

تاریخ انتشار : چهارشنبه ۲۳ تیر ۱۳۸۹

مجله الکترونیکی ویستا : تندرستی - شماره یازدهم - قلب، عروق و خون

فهرست مطالب این شماره

• ۶ نوع متداول کم خونی

• آنرواسکلروز

• آرتورواسستائین

• آریتمی / ضربان قلب نامنظم

• آریتمی دهلیزی

• آشنایی با تازه‌ترین روش درمان فشار خون

• آشنایی با فشار خون و قلب

• آنچه که می‌خواهید در مورد فشار خون بدانید

• آندوکاردیت

• آنژین پکتوریس

• آنژین صدری

• آنژیوگرافی کرونری

• آنوریسم

• آیا شما در معرض خطر ترومبوز وریدی عمیق هستید؟

• آنوزینوفیلی

• ابزاری برای باز کردن بن بست رگ ها

• اثرات دراز مدت بالا بودن فشارخون

• اختلال در آهنگ موزون تندرستی

• اختلالات سیاهرگ

• ادم ریه

• ارتباط بیماریهای پریدنتال با بیماریهای قلبی

• ارزیابی خطر بیماری قلبی

• از چاه به چاه

• از کم خونی چه می دانید؟

• از همین امروز به قلبتان فکر کنید

• اسید اوریک و خطر قلبی - عروقی

• افزایش تصاعدی بیماری های قلبی

• افزایش فشار خون

• افزایش کلسترول خون

• انژین صدری چیست و چگونه با آن برخورد کنیم

• انواع کم خونی

• ایست قلبی

• ایست قلبی و تنفسی

• اینجا تجمع نکنید!

• با قلب خود چه می کنیم؟

• بانمک ترین بیماری جهان

• بای پس یا آنژیوپلاستی؟ مساله این است!

• بحران هیپرتانسیون

• برخی از بیماری های خونی

• بررسی کامل هموفیلیا Hemophilia

• بزرگ شدن قلب و روش های تشخیص و درمان

• بلوک قلبی

• به هم خوردن تعادل کلسیم خون

• بیماران، جوان تر شده اند

• بیماری برگر

- بیماری دریچه‌ای قلب
- بیماری سرخرگ‌های قلب
- بیماری قلب ناشی از مشکل ریه
- بیماری قلبی پایان راه نیست
- بیماری قلبی در زنان
- بیماری گلیول‌های قرمز داسی شکل
- بیماری ناشی از کاهش ناگهانی فشار
- بیماری‌های عضلانی قلب
- بیماری‌های قلبی
- بیماری‌های قلبی و عروقی ناشی از کار
- بیماری هموفیلی
- بیماری‌های عروق قلب
- بیماری‌های قلب و عروق
- بیماری‌های قلب و عروق
- پایین آوردن کلسترول
- پدیده و بیماری رینود
- پرولاپس دریچه میترال
- پره اکلامپسی و اکلامپسی
- پریکاردیت
- پیر و جوان نمی شناسد
- پیشگیری از بیماری‌های قلبی
- پیشگیری از بیماری‌های قلبی : چربی خون - دیابت - فشار خون بالا - مصرف سیگار - کنترل وزن و تغذیه مناسب
- تا شقایق هست هموفیلی‌ها باید زندگی کنند
- تالاسمی
- تالاسمی چیست ؟
- تالاسمی، قفلی که کلیدی ندارد!
- تپش قلب، علت‌ها و راه‌حل‌ها
- تپیدن با سیگنال‌های نامنظم
- ترومبوز آمبولی شریانی
- ترومبوز ورید عمقی
- ترومبوسیتوپنی
- ترومبوفلیت

• تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب

• تنظیم فشارخون

• تنگی میترا

• توصیه‌های مفید برای پیشگیری از لخته شدن خون

• توصیه‌هایی برای پیشگیری و درمان لخته های خونی در استنت‌های قلبی

• توصیه‌هایی به بیماران قلبی

• تولد در گهواره ایدز

• چگونه از سکته قلبی جان سالم در ببریم

• چه زمانی بیشترین احتمال وقوع حمله قلبی وجود دارد؟

• چه کسانی دچار بیماری قلبی می شوند؟

• حمله قلبی

• حمله قلبی: علائم و نشانه ها

• خانم‌ها، بیماری قلبی را جدی بگیرید

• خانمهای جوان و حملات قلبی

• خسته از کم خونی

• خسته از یک عمر کار مداوم

• خونریزی داخلی

• دال مثل دلم، مثل دریچه

• در جستجوی آهن از دست رفته

• درد قفسه صدی

• دردکهن، دواي نو

• دردهای رشد و سکته قلبی

• درمان دارویی

• دکتر خیس عرق

• دلایل بیماریهای قلب و عروق

• دلایل کم خونی بدن

• دمانس عروقی

• دیابت یکی از عوامل سکته قلبی

• دیسکسیون عروق گردن

• رابطه استرس و بیماری های قلبی

• راهی برای تشخیص سکته قلبی

• روانکاوای فشار خون

• زیدان و آمیتا باچان هم تالاسمی دارند

• سارکوئیدوز قلبی و نارسایی قلب : تشخیص، پیش آگهی و مداخلات درمانی

• سال های دور از آهن

• سرفه می‌کنید؟ شاید آهن ندارید!

• سکته قلبی

• سکته قلبی با علائم ناآشنا

• سکته قلبی بلای دنیای مدرن

• سندرم بروگادا

• سنکوپ(غش) قلبی و غیر قلبی

• شاخصی جدید برای پیش بینی بیماری قلبی

• شریان کروناری

• شریان ها، فراتر از لوله‌های بی جان

• شلی دریچه میترال (MVP)

• علل تپش قلب

• علل درد قلبی

• عمل جراحی بای پس

• عوارض افزایش کلسترول خون در بانوان

• عوارض چشمی فشار خون

• عوامل خطرزا

• فشار خون ، قاتل خاموش

• فشار خون بالا

• فشار خون بالا؛ تهدید بزرگ سلامتی

• فشار خون نامیزان، شما را از پا می‌اندازد

• فقر آهن، کم‌خونی زنان

• فناوری راهگشای عروق خونی

• قاتل خاموش در کمین است

• قاتل درونی تان را بشناسید

• قاتل نامریی در شلوغ‌ترین نقطه شهر

• قلب

• قلب

• قلب ایرانیان به سختی می‌تپد

• قلب زنان آسیب پذیرتر از مردان

• کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک

• کاهش گلبولهای خون

• کم خونی تهدیدی برای سلامت زنان

• کم خونی سلولهای داسی شکل

• کم خونی عارضه ای که زنان به آن خوگرفته اند

• کم خونی فقر آهن

• کم خونی فقر آهن و ارتباط آن با دیرآموزی کودکان و خستگی بزرگسالان

• کم خونی کمبود G6PD

• کم خونی وخیم

• کم خونی، فقر آهن و این همه دردسر!

• کنترل بیماریهای قلبی عروقی در جامعه

• کنترل فشار خون: دارو همیشه لازم نیست!

• گام های دردناک

• لوسمی لنفوسیتی حاد در بالغین

• لوسمی میلوئید حاد در کودکان

• لوسمی میلوژنی مزمن

• مزاحم نشوید

• مصرف نمک

• نارسائی قلب

• نارسایی احتقانی قلب

• نارسایی احتقانی قلبی و اختلال عملکرد جنسی

• نحوه درمان سکته قلبی

• نشانه های بیماریهای قلبی و اصول پیشگیری از آنها

• نعمت لخته شدن خون

• نگاشت لجستیک، مدلی آشوبگونه برای آریتمی قلبی

• نگذارید کار به قطع عضو بکشد

• واریس ؛ روشهای پیشگیری و درمان

• واکسن، اولین راهبرد

• وریدهای واریسی

• وقتی قلب کم میآورد

• هیپرلیپیدمی

۶ نوع متداول کم خونی

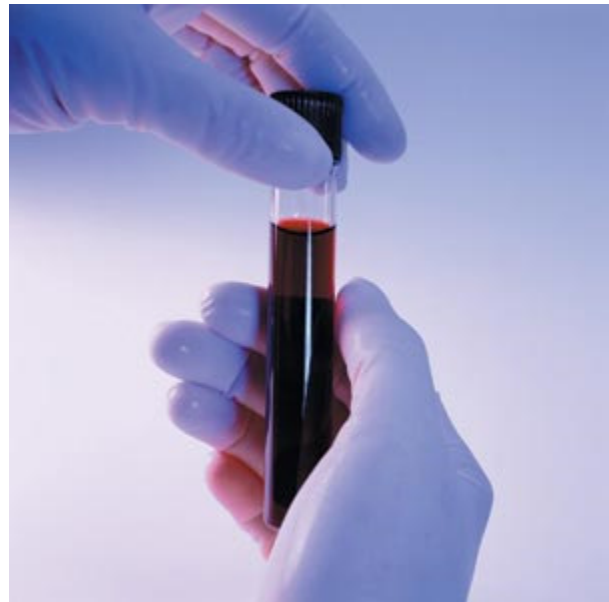
کم خونی انواع مختلفی دارد. کم خونی وضعیتی است که در آن مقدار گلوبول های قرمز خون برای تامین نیاز اکسیژن بدن با کمبود مواجه می شود. دریافتن انواع مختلف این نوع بیماری می تواند به تشخیص علائم و پیشگیری از آن به شما کمک کند.

- کم خونی ناشی از کمبود آهن

کمبود آهن وضعیتی است که در آن میزان آهن موجود در جریان خون بسیار کم میشود. این نوع کم خونی بیشتر بین نوجوانان و خانم ها قبل از دوره یائسگی متداول است. از دست رفتن خون به خاطر عادت های ماهیانه طولانی، خونریزی های داخلی از معده و روده و یا اهداء خون به مقدار زیاد می تواند با این بیماری در ارتباط باشد. از دلایل دیگر این بیماری می توان به عادات بد غذایی و یا بیماری های روده ای شدید اشاره کرد.

- علائم و نشانه ها:

(۱) رنگ پریدگی



(۲) سردرد

(۳) تحریک پذیری

- علائم و نشانه های نوع شدیدتر این کم خونی:

(۱) تنگی نفس

(۲) تشدید ضربان قلب

(۳) شکننده شدن موها و ناخن ها

درمان این نوع کم خونی معمولاً از طریق مصرف مکمل های غذایی آهن و داروهای رژیمی صورت می گیرد.

- کم خونی ناشی از کمبود اسید فولیک

این نوع کم خونی به خاطر کمبود اسید فولیک، یکی از انواع ویتامین های B، در جریان خون بدن ایجاد می شود. این مشکل معمولاً به خاطر مصرف ناکافی اسید فولیک، که بیشتر در سبزیجات یافت می شود، اتفاق می افتد. مصرف بی رویه مشروبات الکلی نیز می تواند در این نوع کم خونی دخیل باشد. طی دوران بارداری یا کودکی که اسید فولیک بیشتری توسط بدن مصرف می شود، ممکن است این بیماری بروز کند. همچنین ممکن است بعنوان یکی از عوارض جانبی سایر مشکلات و اختلالات خونی ایجاد شود.

- علائم و نشانه ها:

(۱) ضعف

(۲) خستگی

(۳) زوال حافظه

۴) تحریک پذیری

می توان با مصرف موادغذایی که حاوی اسید فولیک باشند مثل جگر گاو، مارچوبه و لوبیای قرمز از این بیماری جلوگیری کرد.

• کم خونی بدخیم

این نوع کم خونی معمولاً در افراد بین ۵۰ تا ۶۰ ساله اتفاق می افتد و به خاطر کمبود ویتامین B۱۲ ایجاد می شود. این بیماری ممکن است ارثی باشد اما برخی از انواع این بیماری می تواند به خاطر بیماری ها و مشکلات خودایمن بدن باشد. افرادی که دچار بیماری های خودایمن هستند، بیشتر در معرض ابتلا به کم خونی مهلک و بدخیم قرار دارند.

• علائم و نشانه ها:

(۱) خستگی

(۲) تنگی نفس

(۳) تپش قلب

(۴) بیحسی و کرختی شدید

• کم خونی ناساختنی

کم خونی آپلاستیک به خاطر کمبود یا فقدان گلوبول های قرمز خون در بدن ایجاد میشود. این مشکل ممکن است به خاطر جراحی هایی که در آن بافت های سازنده خون در مغز استخوان از بین می رود. به این دلیل، بیمار قادر به مقابله با بیماری ها نیست و خونریزی زیادی خواهد داشت.

• علائم و نشانه ها:

(۱) بیحالی و سنگینی

(۲) رنگ پریدگی

(۳) لکه های خونریزی زیرپوستی

(۴) خونریزی

(۵) تشدید ضریان قلب

(۶) عفونت

(۷) نارسایی قلبی وابسته به تراکم

بروز این نوع کم خونی دلیل قطعی ندارد اما گفته می شود به خاطر برخی سموم و یا ویروس هپاتیت ایجاد می شود.

• کم خونی یاخته داسی

این نوع کم خونی طبیعتی ارثی دارد و در نتیجه یک نوع غیرعادی از گلوبول های قرمز خون ایجاد می شود. کم خونی یاخته داسی بیماری خطرناک و کشنده است و هیچ راه پیشگیری برای آن وجود ندارد.

• علائم و نشانه ها:

(۱) حملات درد در دست ها، پاها و شکم

(۲) زرد شدن سفیدی چشم

(۳) تب

(۴) خستگی مزمن

(۵) تشدید ضریان قلب

(۶) رنگ پریدگی

مشکلات این بیماری شامل ایجاد زخم هایی در پاها، شوک، خونریزی بینی، و مشکلات و اختلالات استخوانی می باشد.

• زیاد شدن گویچه های سرخ یا پلی سیتمی حقیقی

این بیماری بیشتر در مردان میانسال اتفاق می افتد و در آن گلوبول های قرمز و سفید خون و پلاکت های خونی افزایش می یابند. در این بیماری تولید این گلوبول ها سرعت پشمگیری پیدا می کند و سلول های مغزاستخوان زودتر از حالت عادی بالغ می شوند. علت این بیماری هنوز

ناشناخته است.

• علائم و نشانه ها:

(۱) ارغوانی شدن رنگ پوست

(۲) قرمز شدن چشمها

(۳) سردرد

(۴) گیجی

(۵) بزرگ شدن طحال

گرچه ممکن است علائم و نشانه های کم خونی کمی دشوار باشد اما خوشبختانه می توان گفت که اکثر انواع آن را می توان از طریق دارو و ایجاد تغییر در رژیم غذایی به طور موثری کنترل کرد.

• واریس

سیاهرگ، یک رگ خونی است که خون را در تمام نقاط بدن حمل می کند. به طور طبیعی، این سیاهرگ ها کار خود را مانند یک دستگاه پمپ سالم و خوب روغنکاری شده انجام می دهند، اما گاهی اوقات این رگ ها شکسته شده و جریان خون غیرعادی خواهد شد. مطمئن هستیم که اکثر ما کسانی را می شناسیم که در قسمت های پایین و فوزک پا دچار گشاد شدن و پیچیده شدن رگ های خونی هستند که واریس نام دارد.

واریس می تواند در هر قسمت بدن ایجاد شود اما در قسمت های پایینی بدن متداول تر است.

این سیاهرگ ها ممکن است به خاطر عوامل ژنتیکی به این صورت درآیند اما این تنها دلیل آن نیست. از عوامل مهم دیگر در بروز واریس می توان به بارداری و یا ایستادن های طولانی مدت اشاره کرد. چاقی نیز می تواند در این زمینه نقش داشته باشد. فشار ناشی از وزن اضافه نیز می تواند منجر به ایجاد واریس و شکسته شدن رگ های خونی شود.

علائم و نشانه های واریس نه تنها رگ های بدمنظر طناب شکل است، بلکه دردها و گرفتگی های مداوم، ورم و خستگی پس از مدتی سرپا ایستادن نیز جزء علائم این بیماری است.

رنگ پوست نیز ممکن است تغییر کرده و قهوه ای مانند شود که رکود رنگدانه های پوستی نام دارد. این مشکل نیز از شکسته شدن رگ های خونی و تراوش خون به منطقه آسیب دیده ایجاد شود و در افرادی که به مدتی طولانی به این مشکل مبتلا بوده اند اتفاق می افتد. معمولاً تشخیص این مشکل از طریق مشاهده قابل انجام است اما گاهی اوقات از طریق پروسه ای که فلیوگرافی (پرتونگاری از سیاهرگ ها) نامیده می شود. این عملیات کاملاً بدون درد بوده و در آن محلولی خاص را وارد جریان خون می کنند. آنگاه تصویر رگ ها را برای تشخیص اختلالات و ناهنجاری های موجود در جریان خون و فشار رگ ها، برمی دارند.

شیوه تشخیص دیگر استفاده از اشعه فرابنفش برای آزمایش جریان خون در شریان های اصلی خون در دست ها و پاها است. این شیوه اولتراسونوگرافی دوپلر نام دارد. فرابنفش، یکی از امواج صوتی با فرکانس بالاست. این عملیات با اعمال یک ژل محلول در آب در بدن انجام می شود و سپس یک ابزار دستی به نام ترانسدوکتور روی ناحیه مورد نظر کشیده می شود.

درمان واریس می تواند به سادگی استفاده از جوراب های کشی متراکم، کنترل وزن، انجام ورزش در سطح متوسط، اجتناب از ایستادن های طولانی مدت و بالا نگه داشتن پاها در صورت امکان باشد.

روش درمانی دیگر اسکرودرمانی فشرده نام دارد. در این عملیات، نقاطی از رگ ها که جریان خون در آنها غیرعادی است، تشخیص داده شده و با تزریق مداوم ماده ای به نام اسکروسانت، رفع می شود.

در موارد حاد، استفاده از عملیات جراحی که لیگاسیون یا بستن رگ نام دارد، ضروری خواهد بود. طی این عمل جراحی، یک یا دو شکاف بر روی رگ های واریسی ایجاد کرده و بعد رگ بسته می شود. اگر چندین قسمت رگ گسسته شده و خود رگ شدیداً آسیب دیده باشد، رگ (با بخش آسیب دیده آن) معمولاً برداشته می شود. شکافی در زیر رگ واریسی ایجاد کرده، ابزاری انعطاف پذیر روی رگ تا شکاف اولیه کشیده میشود و بعد رگ را گرفته و برمی دارند.

اگر شما نیز به واریس مبتلا هستید، حتماً باید به دنبال درمان های پزشکی باشید. پزشک شما راه ها و روش های مختلف درمانی را به شما

معرفی کرده و به شما برای مراقبت از وضعیتتان کمک می کند.

• خطرات ترومبوز رگ های خونی

ترومبوز به وضعیتی الحاق می شود که در آن در رگ های خونی، به ویژه در ناحیه پا، لخته ایجاد می شود. این مسئله می تواند در سایر قسمت های بدن نیز اتفاق بیفتد. لخته های خون درون رگ ها معمولاً در ناحیه ران پا و خیم تر از لخته های ایجاد شده در قسمت های پایینی پا هستند. این مشکل با درد همراه بوده و اگر به ریه ها برسد مشکلات مختلفی را به دنبال خواهد داشت. اگر لخته موجود در یک رگ خونی قطع شده و در جریان خون شروع به حرکت کند، ممکن است به ریه برسد. این مشکل انسداد خون ریوی نام دارد که مشکلی بسیار جدی و خطرناک است و ممکن است منجر به مرگ شود.

این مشکل در افراد چاق و افراد بالای ۴۰ سال شایع تر می باشد. دلایل این بیماری عبارتند از: سفرهای طولانی هوایی و سفرهای طولانی مدت با اتومبیل، قطار و ... یا نشستن های طولانی مدت.

• علائم این مشکل: ورم کردن پاها، درد و ناراحتی در پا—این درد معمولاً در یکی از پاها احساس می شود و معمولاً در مواقع ایستادن یا راه رفتن رخ می دهد، احساس گرمای بیش از حد در قسمتی از پا که ورم کرده یا درد می کند، قرمز شدن رگ پا.

اهداف اصلی در درمان این مشکل عبارتند از: جلوگیری از بزرگ شدن لخته ها، جلوگیری از قطع شدن لخته ها و رسیدن به ریه ها، کاهش احتمال ایجاد لخته های خونی دیگر.

تمرین دادن پاها هر یک ساعت یکبار می تواند از بروز این مشکل جلوگیری کند. در موقع رانندگی حتماً هر از چند گاهی به خود استراحت داده و از ماشین پیاده شوید و کمی راه بروید و یا در قطار و هواپیما از جای خود برخاسته و کمی قدم بزنید..

• راه های پیشگیرنده دیگر عبارتند از:

از مصرف قرص های خواب آور خودداری کنید. این قرص ها فرد را دچار سکون و بی حرکتی کرده و احتمال لخته شدن خون را در شریان ها افزایش می دهد؛ لباسهای گشاد و راحت تن کنید؛ از چهارزانو نشستن به مدتی طولانی خودداری کنید؛ آب بدنتان را با مصرف کافی مایعات تامین کنید؛ از جوراب های مخصوص ضد واریس استفاده کنید. این جوراب ها فشار خفیفی در پا ایجاد می کند که البته عوارض جانبی خاصی هم دارند؛ اگر یکسره در طول روز پوشیده شوند در فرد ایجاد ناراحتی می کند، پوشیدن آنها مخصوصاً برای افراد سالخورده یا چاق کمی دشوار است، در فرد ایجاد گرما می کند.

برخی از پزشکان مصرف آسپیرین را به خاطر تاثیر رقیق کنندگی خون آن توصیه میکنند. البته مصرف این قرص برای کودکان مناسب نیست و ممکن است عوارض جانبی داشته باشد. از اینرو مصرف آن حتماً باید با توصیه پزشک باشد.

منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=301412>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آترواسکلروز

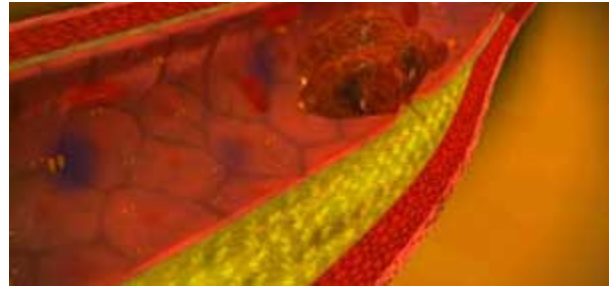
• شرح بیماری

آترواسکلروز (تصلب شریاین) عبارت است از یک گونه بسیار شایع از تصلب شریاین که طی آن رسوباتی به نام پلاک در دیواره رگهایی که خون حاوی



www.takbook.com

اکسیژن و سایر مواد مغذی را از قلب به سایر بخشهای بدن می‌برند، تشکیل می‌شوند. آترواسکلروز می‌تواند باعث آسیب کلیوی، کاهش خونرسانی به مغز و اندامها، و بیماری رگهای قلبی شود. آترواسکلروز یکی از علل عمده سکته مغزی و قلبی است. شروع آن می‌تواند در سنی و چند سالگی باشد. شیوع آن تا سن ۴۵ سالگی در مردان بیشتر است. اما پس از یائسگی، شیوع آن در زنان افزایش می‌یابد.



• علایم شایع

- (۱) تا زمانی که آترواسکلروز به مراحل پیشرفته نرسیده باشد، اغلب بدون علامت است. بروز علایم بستگی به این دارد که خونرسانی کدام قسمت بدن کم شده، و شدت و گسترش بیماری در چه حد است.
- (۲) گرفتگی عضله، وقتی که رگهای پا درگیر شده باشد.
- (۳) آرنج سردی یا حمله قلبی، وقتی رگهای قلبی درگیر شده باشند.
- (۴) سکته مغزی، یا کاهش ناگهانی و موقت خونرسانی به مغز اما بدون بروز سکته، در صورتی که رگهایی که به گردن و سپس مغز می‌روند، درگیر شده باشند.

• علل

- (۱) تکه‌های بافت چربی‌دار، که حاوی لیپوپروتئین کم‌چگال (همان کلسترول بد) هستند و به دیواره سرخرگ آسیب می‌رسانند، اغلب در محل اتصال و انشعاب سرخرگها رسوب می‌کنند. تشکیل این رسوبات شاید حتی در اوایل جوانی آغاز شود. بافت پوشاننده دیواره داخلی سرخرگ در این نقاط اتصال و انشعاب، مواد چربی موجود در خون را به دام می‌افکند. با تجمع مواد چربی، انعطاف‌پذیری سرخرگ کم و فضای داخلی آن تنگ‌تر می‌شود. در نتیجه جریان خون مشکل پیدا می‌کند. از طرفی این رسوبات ممکن است شکاف بردارند یا پاره شوند و روی آنها لخته خونی تشکیل شود که در نتیجه، رگ مسدود می‌شود.
- (۲) فشار خون بالا، کلسترول بالا (بالا بودن غلظت لیپوپروتئین کم‌چگال (کلسترول بد) و پایین بودن غلظت لیپوپروتئین پرچگال (کلسترول خوب))، سن بالای ۶۰ سال، جنس مذکر، استرس، دیابت شیرین (مرض قند)، چاقی و کم‌تحرکی، سیگارکشیدن، تغذیه نامناسب (خوردن چربی و کلسترول به مقدار زیاد) و سابقه خانوادگی آترواسکلروز از عوامل تشدید کننده بیماری هستند.

• پیشگیری

- (۱) ترک سیگار
- (۲) توصیه‌هایی که در قسمت رژیم غذایی آمده است را رعایت کنید. کودکان و نوجوانانی که والدین آنها دچار آترواسکلروز هستند نیز از رژیم کم چربی سود خواهند برد.
- (۳) بطور منظم ورزش کنید.
- (۴) حتی المقدور استرس را کاهش دهید و به سطح قابل کنترل برسانید.
- (۵) اگر دیابت یا فشارخون بالا دارید، برنامه درمانی مربوطه را به دقت رعایت کنید.

• درمان

- (۱) آزمایشات تشخیصی ممکن است شامل موارد زیر باشد: نوار قلب، تست ورزش، آزمایش خون از نظر کلسترول کلی، خوب و بد، قندخون، و نیز عکسبرداری از قفسه سینه و عروق.
- (۲) برای بعضی از بیماران که خطر در مورد آنها زیاد است، جراحی انجام می‌شود: باز کردن رگ با بادکنکهای مخصوص در مورد رگهای تنگ شده؛ و سایر روشهای جراحی مانند تعویض رگ بیمار با سیاهرگ یا رگهای مصنوعی.
- (۳) به دلیل اینکه کار از کار گذشته و آسیب قبلاً وارد شده است، هیچ داروی رضایت‌بخشی برای درمان آترواسکلروز وجود ندارد. در تحقیقاتی مشخص شده است که پایین آوردن سطح کلسترول در کسانی که کلسترول خونشان بالا است، می‌تواند طول عمر را افزایش دهد. اگر شما علایم یک اختلال ناشی از آترواسکلروز را دارید، و رژیم غذایی و ورزش در کاهش کلسترول مؤثر واقع نشده باشند، شاید برای شما

داروهای ضدچربی تجویز شود.

(۴) برای درمان مشکلات همراه آترواسکلروز (مثلاً فشار خون بالا، یا بی‌نظمی‌های ضربان قلب) ممکن است تجویز داروهای دیگر ضروری باشد.

(۵) در برخی دیگر از تحقیقات مشخص شده است که آسپرین و ویتامین E ممکن است خطر سکنه قلبی را کاهش دهند.

• چند نکته در رابطه با بیماری تصلب شرایین

(۱) این بیماری در حال حاضر علاج‌ناپذیر است. اما به تازگی گزارشات زیادی رسیده مبنی بر این که درمان مجدانه عوامل خطر این بیماری می‌تواند

تا حدی انسداد را کاهش دهد. بدون درمان، عوارضی پدید خواهند آمد که نهایتاً به مرگ منتهی خواهند شد.

(۲) سکنه قلبی، سکنه مغزی، آنژین صدری، بیماریهای کلیه، نارسایی احتقانی قلب و مرگ ناگهانی از عوارض احتمالی این بیماری هستند.

۳ میزان فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری بستگی به وضعیت عمومی سلامت و وجود بیماری‌های دیگر دارد.

(۴) رژیم غذایی باید کم چرب، کم نمک و پرفیبر باشد. مصرف غلات، میوه‌ها و سبزیجات تازه را افزایش دهید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=238315>



آرتورواستاتین

بنابر یافته‌های حاصل از مطالعه فرامینگهام (FHS (Framingham Heart Study) دیس لیپیدمی یکی از عوامل اصلی خطر برای بروز بیماری شریان‌های کرونری (CAD)، سکنه مغزی و بیماری عروق محیطی (PVD)، ذکر گردیده که می‌توان با تغییر شیوه زندگی، رژیم غذایی و داروها بر آن تاثیر گذاشت و آن را تغییر داد.

به طور اختصاصی اختلال در متابولیسم چربی‌ها و بالا رفتن میزان سرمی آن‌ها می‌تواند منجر به تشکیل پلاک‌های آترواسکلروز در کرونرها بشود که طی فرآیندی پیچیده در حضور سایر عوامل خطر، تشکیل آن تسریع می‌شود.

دو پیامد اصلی تشکیل پلاک آترواسکلروز در کرونرها: بروز سکنه قلبی و آنژین صدری ناپایدار است. در آمریکا هر سال ۸۰۰۰۰۰ مورد جدید سکنه قلبی (MI) و ۴۵۰۰۰۰ مورد تکراری MI رخ می‌دهد که مرگ ۲/۱ بیماران را به دنبال دارد. هزینه‌های مترتب بر آترواسکلروز کرونری در آن کشور تکان

دهنده است مثلاً در سال ۱۹۹۲ هزینه CAD به تنهایی برای اقتصاد ملی آمریکا ۵۱ میلیارد دلار بوده است.

در سال ۱۹۹۸ انجمن قلب آمریکا (AHA) تخمین زد که سرجمع هزینه بیماری‌های قلبی عروقی که شامل بیماری‌های کرونری (CHD) و سکنه مغزی هم می‌شود بالغ بر ۲۷۴ میلیارد دلار است. شاید به همین دلیل باشد که در آمریکا پر فروش‌ترین گروه دارویی، داروهای قلبی-عروقی هستند و سرمایه‌گذاری کمپانی‌های دارویی برای عرضه داروهایی با هدف کاهش کلسترول (به طور عمده) و رفع سایر اختلالات دیس لیپیدمی



صورت می گیرد ، به طور مثال در سال ۱۹۹۹ داروی سیمواستاتین (با نام تجاری ZOCOR) ساخت کمپانی مرک پر فروش ترین داروی کاهنده چربی خون بوده است : با فروش ۵/۴ میلیارد دلار در همان سال. داروی بعدی آتورواستاتین ساخت کمپانی وارنر-لامبرت (با نام تجاری Lipitor) فروشی معادل ۷/۳ میلیارد دلار داشته است. رقم فروش Lipitor نسبت به سال ۱۹۹۸ نشان دهنده ۷۱ درصد افزایش فروش بود که با توجه به این

روند افزایشی ، انتظار می رفت که در سال ۲۰۰۰ داروی ZOCOR را پشت سر قرار دهد که این اتفاق رخ داد و Lipitor (یا Atorvastatin) با ۴۹ درصد افزایش فروش نسبت به سال ۱۹۹۹ ، موفق شد در سال ۲۰۰۰ فروش خود را به ۵ میلیارد دلار در همان سال برساند (یعنی ۱۰ برابر کل بودجه دارویی کشور ما) و بر صدر جدول داروهای قلبی - عروقی و نیز داروهای ضد هیپرلیپیدمی مستقر شود در حالی که رشد صدر نشین قلبی (ZOCOR) نسبت به سال قبل تنها ۱۱ درصد بود.

در نگاهی کلی تر در سه بازار عمده مصرف دارو در جهان یعنی آمریکا ، اروپا و ژاپن سهم داروهای قلبی با مبلغ ۸/۴۲ میلیارد دلار از سایر گروه های دارویی بیشتر بوده است (با متوسط رشد ۲۰ درصد نسبت به سال قبل).

Atorvastatin مثل سایر داروهای استاتینی یک داروی باز دارنده رقابتی آنزیم HMG - COA رودکتاز است که می تواند با جلوگیری از تبدیل ملکول ، ۳- هیدروکسی ۳ - متیل گلوئاریل کوآنزیم A به موالات که یکی از ملکول های بینابینی در سنتز کلسترول است. جلو ساخت کلسترول در داخل سلول های بدن (به طور عمده کبد) را بگیرد و از این طریق یافته از خود نشان بدهد.

بعد از مصرف یک دوز از دارو ، سنتز استرول (کلسترول) تا مدت ۸ ساعت مهار می گردد. حاصل کار کاهش سنتز کلسترول درون زا (کبدی) خواهد بود که این کاهش منجر به تنظیم افزایشی گیرنده LDL (لیپوپروتئین با دانسته اندک) در غشاء سلول های کبدی گردیده ، کاتابولیسیم لیپوپروتئین های LDL را (که حامل اصلی کلسترول موجود در پلاسما هستند) دامن می زند. کم شدن سنتز و ترشح لیپوپروتئین پش ساز LDL (که حامل بالاترین میزان تری گلیسرید می باشد) در اثر مصرف آتورواستاتین عامل دیگری برای کاهش تولید LDL به شمار می آید.

در خرگوش هایی که هیپرکلسترولمی اندوزن داشتند و با غذاهای غنی از کلسترول تغذیه شده بودند ، تجویز آتورواستاتین با دوزهای ۱،۳ و ۱۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن حیوان به مدت ۶ تا ۷ هفته موجب کاهش کلسترول تام پلاسما به صورتی وابسته به دوز از ۲۸ (با کمترین دوز) تا ۵۴ درصد (با بیشترین دوز) گردید.

در موش های صحرایی بر خلاف لوواستاتین و pravastatin ، آتورواستاتین طول اثر بیشتری در کبد داشت (تا ۸ ساعت). در همین موش ها آتورواستاتین به صورتی وابسته به دوز موجب کاهش تری گلیسرید پلاسما (از ۲۲ تا ۵۲ درصد) و تری گلیسرید کبد (از ۱۵ تا ۲۵ درصد) شد. در خوکی های هندی تغذیه شده با غذای غنی از کلسترول که موجب بالا رفتن کلسترول تام و نیز LDL آن ها شد تجویز دوزهای ۱۰،۲۰،۱۰۰،۲۰۰ mg/kg آتورواستاتین به مدت ۲ هفته ، به نحو معنی داری به ترتیب موجب کاهش LDL به میان ۳۴ ، ۴۲ ، ۴۷ و ۷۰ درصد گردید اما میزان HDL تغییر معنی داری پیدا نکرد. میزان ترشح آپولیپروتئین (B) - APO - B - تجویز دوز ۲۰ mg/kg در همین خوکی ها ، ۷۶ درصد کاهش نشان داد ، به نظر می رسد که دلیل کاهش APO - B پلاسما ، تقلیل ترشح آن از کبد باشد.

در نمونه های انسانی با مهار آنزیم رودکتاز توسط آتورواستاتین ، ذخایر کلسترول درون سلولی (خصوصا در سلول های کبدی که در معرض بالاترین غلظت دارو نسبت به سایر بافت ها قرار دارد) کاهش پیدا می کند. افزایش جبرانی تعداد گیرنده های LDL در سطح سلول های کبدی به برداشت کلسترول LDL بیشتری از پلاسما می انجامد و در نتیجه LDL پلاسما کاهش پیدا می کند البته دلیل دیگر آن مهار سنتز ملکول های لیپوپروتئین با دانسته بسیار کم (VLDL) در کبد است ، زیرا که VLDL پس از ترشح از کبد و بعد از تاثیر پذیری از آنزیم لیپوپروتئین لیپاز (مستقر در عروق ، موبگ ها) و تقلیل چشمگیر میزان تری گلیسرید آن ، به صورت ملکول های LDL در می آید. در مبتلایان به هیپرتری گلیسریدمی ، آتورواستاتین به نحو معنی داری موجب کاهش TG می شود. البته توفیق عمومی بر این است که آنزیم HMG - COA رودکتاز نقش مستقیمی برای توضیح اثر آتورواستاتین بر سطح تری گلیسرید پلاسما می پیشنهاد شده است : کاهش چشمگیر سنتز کلسترول در سلول های کبدی ممکن است بر امکان کنار هم قرار گرفتن (مونتاژ) اجزاء ملکول VLDL تاثیر بگذارد زیرا یکی از اجزاء این ملکول (هر چند در مقایسه با میزان TG موجود در آن ، اندک) کلسترول است و فقدان دسترسی به این جزء یا کاهش دستیابی به آن می تواند بر تولید ملکول VLDL و از طریق آن بر میزان تری گلیسرید پلاسما تاثیر بگذارد.

میزان اسید موالونیک پلاسما یک نشانگر مناسب از میزان تولید کلسترول به صورت درون تنی (in vivo) می باشد. تجویز روزانه ۸۰ میلی گرم

آتورواستاتین به مدت ۶ هفته موجب کاهش تا ۵۹ درصد اسید موالونیک گردید. در این بررسی مبتلایان به هیپرکلسترولمی خانوادگی (از نوع هتروزیگوت ، با یک ژن معیوب برای تولید گیرنده LDL) شرکت داشتند.

تجویز روزانه ۴۰ میلی گرم آتورواستاتین به مدت ۱۵ روز در ۱۶ داوطلب سالم (با وضعیت چربی نرمال) موجب کاهش کلسترول تام تا ۳۴ درصد ، LDL تا ۴۸ درصد ، VLDL تا ۳۷ درصد و تری گلیسرید تا ۲۵ درصد شد. میزان کاهش کلسترول با دوز روزانه ۸۰ میلی گرم آتورواستاتین بیشتر از حداکثر دوزهای توصیه شده برای پراواستاتین و سیمواستاتین است که این مساله میتواند بیانگر مهار بیشتر آنزیم این ردوکتاز با دوز مصرفی آتورواستاتین باشد.

در مطالعه دیگری گروه های مختلفی از مبتلایان به هیپرکلسترولمی (نوع هتروزیگوت فامیلی یا غیر فامیلی) و دیس لیپیدمی مخلوط ، آتورو استاتین با دوزهای مختلف و به مدت ۶ هفته موجب کاهش کلسترول توتال ، LDL ، VLDL و بالاخره TG شد که در جدول شماره (۱) میزان این تغییرات درج شده است.

اثر درمانی ظرف ۲ هفته ظاهر شد و حداکثر پاسخ در هفته چهارم به دست آمد و در هفته های بعد در همین حد باقی ماند.

در یک بررسی بالینی بزرگ تر بیماران با دریافت روزانه ۱۰ میلی گرم آتورواستاتین به مدت ۱۶ هفته با درصدهای متفاوتی (به شرح زیر) به اهداف توصیه شده توسط NCEP رسیدند :

۹۳ درصد بیماران که کمتر از ۲ عامل خطر برای CHD داشتند و LDL آن ها قبل از آغاز درمان برابر یا بزرگ تر از ۱۹۰ mg/dl بود به حد برابر یا کمتر از ۱۶۰ mg/dl رسیدند. ۶۵ درصد بیماران که در معرض ۲ یا بیش از ۲ عامل خطر برای CHD قرار داشتند و LDL قبل از درمان آن ها برابر یا بیشتر از ۱۶۰ mg/dl بود به میزان LDL برابر یا کمتر از ۱۲۰ mg/dl رسیدند و بالاخره ۱۹ درصد مبتلایان به CHD با LDL برابر یا بیشتر از ۱۲۰ mg/dl به هدف درمان یعنی LDL برابر یا کمتر از ۱۰۰ mg/dl دست پیدا کردند.

در مورد تاثیر آتورواستاتین بر میزان TG بررسی دیگری با شرکت ۶۴ بیمار گرفتار هیپرگلیسیریدمی (با متوسط TG برابر ۵۶۵ میلی گرم) انجام گرفت که در آن از دوزهای ۱۰ ، ۲۰ و ۸۰ میلی گرم آتورواستاتین استفاده شد و به ترتیب تری گلیسرید آن ها ۴۱ درصد ، ۷/۲۸ درصد و ۸/۵۱ درصد با هر یک از این سه دوز کاهش نشان داد. در همین مطالعه کاهش VLDL بیماران به ترتیب ۸/۴۸ درصد ، ۶/۴۴ درصد و ۶۲ درصد گزارش گردید.

مقایسه اثر داروهای استاتینی مختلف با حداقل و حداکثر دوز بر انواع لیپوپروتئین ها به نقل از کتاب Drug Facts & Comparison چاپ سال ۲۰۰۱ به شرح مندرج در جدول شماره (۲) است.

آتورواستاتین بعد از مصرف خوراکی سریعاً جذب شده حداکثر غلظت پلاسمایی آن طرف ۱ تا ۲ ساعت به دست می آید . میزان جذب متناسب با دوز تجویزی آتورواستاتین افزایش پیدا می کند.

فراهمی زیستی ملکول آتورواستاتین ۱۴ درصد و میزان مهار آنزیم ردوکتاز حدود ۳۰ درصد است. اندک بودن فراهمی عمومی دارو به پاکسازی پره سیستمیک در مخاط دستگاه گوارش و یا در کبد نسبت داده می شود.

بر خلاف لوواستاتین ، مصرف همزمان این دارو با غذا موجب کاهش جذب آن می شود بدین ترتیب ۲۵ درصد و ۹ درصد کاهش پیدا می کند. آتورواستاتین تا ۹۸ درصد به پروتئین های پلازما متصل می شود. راه اصلی دفع این دارو در انسان ، صفرا می باشد ، کمتر از ۵ درصد دوز مصرفی از ادرار خارج می شود بنابراین بیماری های کلیوی تاثیری بر غلظت پلاسمایی دارو ندارد اما در صورت نارسایی کبد ، افزایش چشمگیر غلظت پلاسمایی آتورواستاتین مورد انتظار است. آتورواستاتین وسیعاً متابولیزه شده در بررسی های برون تنی (in vitor) میزان مهار آنزیم ردوکتاز توسط این متابولیت ها برابر ملکول آتورواستاتین است به طوری که حدود ۷۰ درصد فعالیت مهارتی دارو به متابولیت های فعال آن نسبت داده می شود. نقش آنزیم (p450 2A4) در متابولیزه کردن این دارو با اهمیت است زیرا با تجویز همزمان اریترومایسین و آتورواستاتین (اریترومایسین مهارگر شناخته شده این ایزوایزیم است) غلظت پلاسمایی آتورواستاتین افزایش نشان می دهد.

از آتورواستاتین برای کاهش کلسترول پلاسمایی افزایش یافته و LDL بالا استفاده می کنند البته پس از آن که بیمار تحت رژیم غذایی ویژه با کلسترول محدود قرار گرفت.

قبل از آغاز درمان چربی های پلاسمایی بیمار را به طور ناشتا اندازه گیری می کنند و به عنوان بخشی از ارزیابی ایمن بودن دارو ، آزمون های عملکرد کبدی و کراتین فسفوکیناز (CPK) پلازما نیز انجام می شود. دلایل ثانویه بالا رفتن کلسترول مثل چاقی ، کنترل ناکافی دیابت قندی ، کم کاری تیروئید ، سندرم نفروتیک ، بیماری انسدادی کبد یا دارو درمانی بایستی بررسی و ارزیابی شوند. هدف نهایی از درمان کاهش LDL طبق

توصیه های NCEP (National Cholesterol Education Program) خواهد بود (جدول ۳).

در طول درمان ، آتورواستاتین به صورت خوراکی و یک بار در روز تجویز می شود. دوز پیشنهادی برای شروع درمان ۱۰ mg است که می توان آن را تا ۸۰ میلی گرم در روز افزایش داد ، دلیل افزایش رسیدن به سطح مطلوب LDL طبق توصیه NCEP می باشد که در جدول ذکر شد.

• موارد منع مصرف

- بیماری کبدی فعال یا بالا بودن ترانس آمینازهای سرم

- حساسیت بیش از حد به ماده موثره یا اجزاء موجود در دارو

- حاملگی (مصرف همه داروهای استاتینی به دلیل این که وجود کلسترول و فرآورده های حاصل از آن برای رشد جنین ضروری هستند) منجمله تولید غشاء سلول های جدید و سستنز استروئیدها در دوران شیردهی).

• هشدارها

افزایش ماندگار ترانس آمینازهای سرم در حدی فراتر از ۳ برابر حداکثر محدوده نرمال در ۷/۰ درصد بیماران تحت درمان با آتورواستاتین در جریان مطالعات کارآزمایی بالینی گزارش شد ، البته میزان بروز این اختلال برای دوزهای ۸۰، ۴۰، ۲۰، ۱۰ میلی گرم دارو به ترتیب ۲/۰، ۶/۰، ۳/۲۲، ۰/۶/۰، ۰/۶/۰ درصد اعلام شده بود.

توصیه می شود که قبل از آغاز درمان با آتورواستاتین آزمون های عملکرد کبدی به عمل آید و ۱۲ هفته بعد از آغاز درمان و پس از آن نیز به طور منظم (حداقل سالی دو بار) این آزمون ها تکرار شوند. در صورت افزایش دوز دارو نیز اندازه گیری این آنزیم ها ضروری می شود.

به طور معمول در سه ماهه آغاز درمان میزان آنزیم های کبدی تغییر پیدا می کند ، بیمارانی که

آنزیم های کبدی آن ها بالا می رود بایستی تحت پایش قرار گیرند و در صورت لزوم دوز داروی آن ها تقلیل پیدا کند تا زمانی که این اختلال رفع شود. در صورتی که افزایش آنزیم های ALT و AST از مرز سه برابر حداکثر نرمال گذشت ، قطع فوری درمان توصیه می شود.

علاوه بر اختلال در عملکرد کبد ، بروز رابدومیولیز یا نارسایی حاد کلیوی متعاقب بروز میوگلوبینیوری با مصرف داروهای استاتینی گزارش شده است.

بیماران تحت درمان با آتورواستاتین از میالژی شکایت کرده اند. بروز میوپاتی با نشانه های درد یا ضعف عضلانی همراه با افزایش کراتین فسفوکیناز (CPK) در حد ۱۰ برابر حداکثر محدوده نرمال بایستی موجب قطع درمان بشود علاوه بر این هر یک از بیماران دچار میالژی ، Tenderness (ناسور شدن) عضله یا ضعف عضله و یا بالا رفتن CPK بایستی زیر نظر قرار بگیرند. به بیماران باید توصیه شود که در صورت بروز علائم فوق خصوصا اگر همراه با بیحالی و یا تب باشد ، مراتب را به آگاهی پزشک معالج برسانند. احتمال بروز میوپاتی در صورت مصرف هم زمان داروی استاتینی با داروهای زیر افزایش پیدا می کند : سیکلوسپورین ، مشتقات اسید فیبریک (جمفیروزیل ، کلوفیرات و ...)

اریترومایسین و ضد قارچ هایی با ساختار آزولی (کتوکونازول ، فلوکونازول و ...) لذا بایستی از مصرف هم زمان - حتی المقدور - اجتناب شود یا در صورت مبرم بودن نیاز ، بعد از تعدیل دوز داروی استاتینی و داروی دیگر مصرف انجام گیرد البته در این حالت نیز اندازه گیری منظم CPK و توجه به نشانه های بروز میوپاتی بایستی از نظر دور گردند در بیمارانی که میوپاتی به صورت حاد در آن ها بروز می کند یا بیمارانی که دارای عامل خطر برای مساعد کردن گسترش نارسایی کلیه متعاقب بروز را بدومیولیز هستند (مثل عفونت های حاد شدید ، هیپوتانسیون ، جراحی های عمده بزرگ ، تروما ، داشتن اختلالات شدید متابولیکی ، اندوکرنی و یا الکترولیتی و نیز تشنج های غیر قابل کنترل) توجه به وضعیت بیمار جدی تر و مبرم تر خواهد بود.

۱۲ ، FDA مورد میوپاتی شدید یا رابدومیولیز با مصرف هم زمان لووستاتین و جمفیروزیل را گزارش کرده است. در همه این بیماران میزان CPK سرم بیش از IU/L ۱۰۰۰۰ بود ، ۴ بیمار میوگلوبینیوری داشتند.

مصرف داروهای استاتینی با کلستیرامین بایستی با ۴ ساعت فاصله صورت بگیرد تا ممانعتی در جذب داروی استاتینی ایجاد نشوند. مصرف دپلتیازم موجب بالا بردن غلظت داروی استاتینی شده خطر بروز عارضه (رابدومیولیز و ...) را بالا می برد.

نام های معروف تجارتي این دارو عبارتند از : Lipitor (در آمریکا ، کانادا ، مکزیک ، استرالیا ، اندونزی ، فیلیپین ، آفریقای جنوبی و ...) ، Sortis (در آلمان) و Tohor (در فرانسه).

آریتمی / ضربان قلب نامنظم

• آریتمی چیست ؟

آریتمی ها ضربان های غیر طبیعی هستند، که موجب می شوند قلب خیلی سریع (تاکی کارد) یا خیلی آهسته (برادی کارد) بزند و پمپاژ غیر مؤثر داشته باشد.

آریتمی ها خیلی شایع هستند و میلیونها نفر را در جهان درگیر می کنند. آنها علت اصلی مرگ ناگهانی قلبی در ایالات متحده هستند. سالانه موجب ۴۰۰/۰۰۰ مرگ می شوند. فیبریلاسیون دهلیزی شایعترین شکل آریتمی در آمریکا است که تقریباً ۵/۲ میلیون نفر به آن مبتلا هستند. فیبریلاسیون دهلیزی شایعترین ریتم غیر طبیعی در افراد مسن می باشد. آریتمی ها در اثر اختلال سیستم هدایت الکتریکی طبیعی قلب و بیماریهای قلبی ایجاد

می شوند. بطور طبیعی، چهار حفره قلب (دو دهلیز دو بطن) به صورت کاملاً اختصاصی و هماهنگ منقبض می شوند :

▪ سیگنالی که به قلب می رسد تا بصورت هماهنگ منقبض شود یک ایمپالس الکتریکی است که از گره سینوسی - دهلیزی شروع می شود



که در واقع باتری طبیعی بدن می باشد.

▪ سیگنال، گره سینوس - دهلیزی را ترک کرده و در طول دو دهلیز حرکت می کند و آنها را تحریک می کند تا منقبض شوند. سپس، سیگنال در طول گره دیگری (گره دهلیزی بطنی) حرکت می کند و در نهایت از بطنها گذشته آنها را تحریک می کند تا بصورت هماهنگ منقبض شوند. اختلال در هر جای این سیستم هدایتی می تواند روی دهد و آریتمی های مختلفی ایجاد می کند. اختلال در عضله قلب نیز می تواند وجود داشته باشد که باعث می شود تا به سیگنال بصورت متفاوتی پاسخ دهد یا موجب انقباض بطنها بصورت غیر وابسته و خود مختار شود. تحت بعضی شرایط تقریباً تمام بافت قلبی قادر به ایجاد ضربان قلب هستند و می توانند به عنوان باتری عمل کنند. آریتمی زمانی روی می دهد که :

▪ باتری طبیعی قلب ریتم و ضربان غیرطبیعی تولید کند.

▪ مسیر هدایتی طبیعی قطع شده باشد.

▪ قسمت دیگری از قلب بعنوان باتری عمل کند.

▪ بیماری در ماهیچه قلب اجازه می دهد تا الکتریسته در چرخه ای حرکت کند که یک ضربان ریتم سریع و اغلب خطرناکی را تولید نماید.

• انواع آریتمی ها

دو نوع آریتمی بزرگ، یکی تاکی کاردی ها (ضربان قلب خیلی سریع است - بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه) و دیگری برادی کاردی (ضربان قلب خیلی

آهسته است - کمتر از ۶۰ بار در دقیقه) هستند.

آریتمی ها می توانند تهدید کننده حیات باشند البته در صورتیکه کاهش شدیدی در عملکرد پمپاژی قلب ایجاد نمایند.

وقتی عملکردی پمپاژی قلب به مدت بیش از چند ثانیه به شدت کاهش یافت. گردش خون ضرورتاً قطع می شود و آسیب به ارگانها (مثل مغز) در عرض چند دقیقه بوجود می آید. آریتمیهای خطرناک عبارتند از تاکی کاردی بطنی و فیبریلاسیون بطنی، آریتمی ها با توجه به اینکه در چه جایی از قلب روی داده اند (دهلیز یا بطن) و نیز آنچه به سر ضربان قلب می آورند شناخته می شوند.

آریتمی هایی که در دهلیز شروع می شوند را آریتمی دهلیزی یا فوق بطنی می نامند، آریتمی های بطنی در بطن ها شروع می شوند. بطور کلی آریتمی های بطنی که در اثر بیماری قلبی بوجود می آیند خیلی جدی هستند.

• آریتمی هایی که در دهلیز شروع می شوند.

• فیبریلاسیون دهلیزی : در فیبریلاسیون یا فلاتر دهلیزی، فعالیت الکتریکی قلب ناهماهنگ است، بطوریکه الکتریسته در حفرات بالای بصورت نامنظم جریان دارد و موجب می شود که دهلیزها بلرزند (مانند کیسه پر از کرم) و انقباض غیر مؤثر داشته باشند یا اصلاً منقبض نشوند. فیبریلاسیون دهلیزی در میان بیمارانی که بیماری دریچه ای قلب دارند و به جراحی برای ترمیم یا جایگزینی دریچه میترا نیازمندند شایع است. انواع مختلف درمان برای فیبریلاسیون دهلیزی وجود دارد که عبارتند از برداشتن بافت غیرطبیعی قلب بوسیله کاتتر و نه جراحی، دارو درمانی و در بعضی موارد جراحی.

• فلاتر دهلیزی : سیگنالهایی که سریعاً خارج می شوند باعث می گردند که عضلات دهلیز به سرعت منقبض شوند و اغلب ضربان قلب را بصورت خیلی سریع و ثابت تولید می کند. این ریتم ناشی از حلقه الکتریسته ای است که در حفرات فوقانی قلب تشکیل می شود و معمولاً ضربان قلب تشکیل می شود و اغلب بوسیله قطع این حلقه قابل درمان است.

• تاکی کاردی دهلیز چند ناحیه ای (MAT) : در این تاکی کاردی چندین ناحیه در دهلیز ایملالس الکتریکی (تکانه الکتریکی) تولید می کنند و بیشتر این ایملالسها به سمت بطنها هدایت می شوند و ضربان قلب تندی ایجاد می کنند از ۱۰۰ تا ۲۵۰ بار در دقیقه است. این ضربان خیلی سریع کار قلب را بشدت افزایش می دهد. ضربان خیلی سریع همچنین می تواند زمانیکه قلب لازم دارد تا از خون پر شود را کاهش دهد که جریان خون را به مغز و بدن کم می کند. MAT در افراد ۵۰ ساله به بالا خیلی شایع است و اغلب در افرادی که در ICU بستری هستند دیده می شود.

• انقباضات نارس فوق بطنی یا انقباضات نارس دهلیزی (PAC) : ضربانهای نارس یا اضافه، بیشتر ریتم های قلبی نامنظم ایجاد می کنند. آنها که در حفرات فوقانی شروع می شوند انقباضات پارس دهلیزی (PAC) نامیده می شوند. اینها شایع بوده و خوش خیم هستند. معمولاً علت خاصی ندارند و درمانی لازم نیست. این ضربان نارس ممکن است در نهایت از بین بروند.

• سندرم سینوس بیمار : گروه سینوسی سیگنالهایش را به خوبی رها نمی کند طوریکه ضربان قلب کاهش می یابد. گاهی اوقات ضربان بین برادی کاردی و تاکی کاردی متغییر است. این نوع ریتم قلب در افراد مسن در اثر تغییرات دژنراتیو در مسیر هدایتی قلب دیده می شود.

• آریتمی سینوسی : تغییرات سیکلیک (دوره ای) در ضربان قلب در هنگام تنفس،

(دم و بازدم) آریتمی سینوسی نامیده می شود. در کودکان شایع است و اغلب در بزرگسالان سالم و طبیعی دیده می شود.

• تاکی کاردی سینوسی : گره سینوسی سیگنالهای الکتریکی را سریعتر از معمول می فرستد و سرعت ضربان قلب را افزایش می دهد. این یک واکنش طبیعی در هنگام ورزش است.

• تاکی کاردی فوق بطنی (PSVT) : افراد ریتم قلبی سریعی را از قسمت بالائی قلب خود دارند. در این وضعیت دوره های تکراری ضربان سریع قلب شروع شده و ناگهانی تمام می شود.

• سندرم وُلف - پارکینسون - وایت: این سندرم شامل اپیزودهایی از ضربان قلب سریع (تاکی کاردی) است که بوسیله مسیره های الکتریکی غیرطبیعی در قلب بوجود می آید. در افرادی که دچار سندرم وُلف - پارکینسون - وایت هستند یک مسیر فرعی هدایتی دهلیزی - بطنی وجود دارد. که این مسیر تأخیر هدایتی طبیعی در گره دهلیزی بطنی را دور می زند و ممکن است نوعی تاکی کاردی فوق بطنی ایجاد کند. این سندرم تقریباً از هر ۱۰۰/۰۰ نفر ۴ نفر را درگیر می کند و یکی از شایعترین علل اختلال ریتم سریع قلبی در شیرخواران و کودکان است.

• آریتمی های ناشی از بطن ها

• انقباضات نارس بطنی (PVC) : یک سیگنال الکتریکی از بطنها موجب ایجاد یک ضربان قلب زودرس می شود که معمولاً نادیده انگاشته می شود

این ضربانها معمولاً در افراد بزرگسال سالم و طبیعی دیده می شود.

▪ فیبریلاسیون بطنی : زمانی که سیگنالهای الکتریکی در بطنها خیلی سریع و بدون کنترل آزاد می شوند. فیبریلاسیون بطنی روی می دهد که باعث می شود حفرات تحتانی بلرزند لذا قلب نمی تواند خون را پمپ کند. اگر شخص فوراً تحت درمان قرار نگیرد و یک ریتم طبیعی سریعاً بوجود نیاید فرد دچار آسیب مغزی و قلبی شده و می میرد.

▪ تاکی کاردی بطنی : یک ضربان قلب سریع است که از بطنها (حفرات پائینی قلب) منشاء می گیرد، وقتی این ضربان روی می دهد معمولاً کشنده است . حدود ۴۰۰/۰۰۰ نفر در سال در اثر آن می میرند. درمان انتخابی برای این اختلال شوک قلبی و یا داروهای ویژه ای است تا تعداد شوکهای مورد نیاز را کم کنیم.

• علل و علائم

افرادی که سابقه بیمار شریان کروناری، اختلالات درجه ای ، یا سایر وضعیتهای غیرطبیعی قلبی دارند که دچار سطح غیرطبیعی مواد بیوشیمیائی خون هستند، در احتمال بالاتری برای ایجاد آریتمی ناشی از آنها قرار دارند.

آریتمی ها همچنین می توانند در اثر بعضی مواد و داروها بوجود آیند. این مواد عبارتند از :

▪ داروهای ضد آریتمی

▪ مسدود کننده ها گیرنده های بتا

▪ داروهای ضد جنون

▪ داروهای تقلیدکننده سمبائیک

▪ کافئین

▪ آمفتامین ها

▪ کوکائین ها

• بعضی علائم شایع عبارتند از :

▪ احساس کردن ضربان قلب (طپش قلب)

▪ غش کردن

▪ احساس سبکی سر، سرگیجه

▪ درد قفسه صدری

▪ تنگی تنفس

▪ ضعف و بی حالی

▪ تغییرات در ضربان ، ریتم یا الگوی نبض

اگر سوالی درباره ریتم قلب یا علائم خود دارید لطفاً با پزشک صحبت کنید .

• درمان آریتمی

در مرکز قلب " مری لند "، درمانهای متنوعی برای آریتمی ها داریم. درمانی که ارائه می شود به نوع آریتمی بستگی دارد و شامل داروها، درمانهای غیر جراحی و جراحی مثل روش MAZE طراحی شده جهت فیبریلاسیون دهلیزی می باشد .

بعضی آریتمی های خفیف به درمان نیازی ندارند. سایر آریتمی ها بوسیله دارو قابل درمانند. اگر بیماری دیگری موجب آریتمی شده درمان شامل مراقبت از آن بیماری است. در موارد جدی تر درمانهای دیگری موجود است. ما همچنین با تحقیقاتی که متدهای درمانی جدید را امتحان می کنند در ارتباط هستیم .

• درمانهای مداخله ای غیر جراحی

▪ داروها : از انواع داروها را استفاده می شود که شامل دسته داروهای است که اختلالات ضربان در ریتم قلب را کنترل میکنند.

▪ Ablation : در این، پروسه از انرژی برای از بین بردن ناحیه غیرطبیعی سیستم الکتریکی قلب که مشکل ایجاد کرده است استفاده می شود. بافت غیر طبیعی از نظر الکتریکی معمولاً از طریق مطالعات الکتروفیزیولوژی پیدا می شود که روشی است که در آن از یک کاتتر و یک وسیله برای

نقشه برداری مسیر الکتریکی قلب استفاده میشود .

پس از اینکه با دارو شما را آرام کردند کاتتری از طریق ورید وارد بدن شما می شود و به سمت قلب هدایت می گردد. با استفاده از امواج رادیویی با فراکانس بالا پزشکان می توانند مسیری که آریتمی ایجاد میکند را تخریب کنند. هرگاه که آن را شناسائی کردیم کاتتر مخصوصی را نزدیک بافت غیرطبیعی کرده و انرژی را از طریق آن می فرستیم و فقط بافت غیرطبیعی را از بین می بریم بصورتیکه دیگر هیچ فعالیت الکتریکی نداشته باشد .

• آریتمی هائی که به Ablation پاسخ نمی دهند :

- (۱) تاکی کاردی سینوس نامناسب
- (۲) چرخه گره سینوسی
- (۳) فلاتر دهلیزی
- (۴) تاکی کاردی دهلیزی
- (۵) فیبریلاسیون دهلیزی
- ۶۰ تاکی کاردی فوق بطنی
- (۷) چرخه گره دهلیزی - بطنی
- (۸) سندرم ولف - پارکینسون - وایت
- (۹) تاکی کاردی بطنی

▪ جای گذاری کردن یک باطری دائمی یا شوک قلبی درونی : یک باطری دائمی درون بدن فرد جای گذاری می شود تا ضربان قلب مطمئنی را در زمانیکه ضربان طبیعی قلب پائین است، ایجاد نماید. یک شوک قلبی در بدن افرادی جای گذاری می شود که آریتمیهای بطنی تهدید کننده حیات دارند.

▪ اطلاعات بیشتر در مورد شوک و باطری : پروسه جای گذاری باطری ها یا شوک ها خیلی مشابه است و حدود دو تا سه ساعت طول می کشد در ابتدا برش کوچکی در قفسه سینه زیر استخوان ترقوه ایجاد می شود تا به یکی از وریدهای بزرگ نیمه های قدامی بدن دست بیابند. سپس یک یا چند سیم به سمت قلب هدایت می شوند وقتی که در مکان مناسب قلب قرار گرفتند به یک ژنراتور متصل می شوند و جیبی زیر پوست ساخته می شود و ژنراتور در آن قرار داده می شود .

برای هر دو پرسه بیمار در تمام شب در بیمارستان نگه داشته می شود و روز بعدی می تواند به خانه برگرد بیمار در طول یک ماه می تواند فعالیت بدون محدودیتی را شروع کند.

منبع : دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234150>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آریتمی دهلیزی

آریتمی دهلیزی ناشی از ایجاد پالس های الکتریکی سریع در حفره های فوقانی قلب (دهلیزها) می باشند که بعلت سرعت بالای ضربان قلب منجر به احساس طپش قلب می شوند. این آریتمی در افراد مبتلا به نارسایی



قلب به تنگی عروقی قلب و مشکلات دریچه ای منجر به تشدید علائم بیماری زمینه ای می شود. انواع مختلفی از آریتمی دهلیزی وجود دارند که با اقدامات مختلف مورد درمان قرار می گیرند.

• PSVT

• AF

• فلوتر دهلیزی

• تاکی کاردی دهلیزی

• PAC

• PSVT



این آریتمی دهلیزی به علت وجود مسیره‌های فرعی دهلیزی - بطنی (ولف-

پارکینسون- وایت) و یا وجود مسیره‌های اضافی در داخل گره دهلیزی- بطنی ایجاد می شوند. چرخش سریع پالس الکتریکی بین مسیر فرعی و گره دهلیزی بطنی و یا بین مسیره‌های اضافی و اصلی داخل گره دهلیزی- بطنی (یک حالت اتصال الکتریکی) منجر به افزایش شدید ضربان قلب در حد ۱۸۰-۱۳۰ در دقیقه می شود. افراد مبتلا به این آریتمی معمولاً قلب و عروق سالم دارند و ایجاد آریتمی تنها مشکل آنهاست. مسیره‌های فرعی در سنین کودکی و جوانی و مسیره‌های اضافی داخل گره دهلیزی- بطنی در سنین میانسالی منجر به حملات آریتمی می شوند. شروع حملات آریتمی به صورت ناگهانی بوده و بعد از چند دقیقه و به ندرت بیشتر به صورت خود به خود قطع می شوند. تعداد این حملات متفاوت بوده و ممکن است از یک بار در سال تا چند بار در روز متغیر باشد. اگرچه درمان دارویی ضدآریتمی با داروهایی از قبیل پروپرانولول و وراپامیل انجام می شود ولی درمان موثر و قطعی این آریتمی با ablation به سادگی قابل انجام است.

(۱) AF

AF یک آریتمی دهلیزی بسیار شایع است که عمدتاً با افزایش سن مخصوصاً در صورت وجود بیماری‌هایی از قبیل مشکلات دریچه ای، فشار خون بالا، دیابت، نارسایی قلب و تنگی عروق قلبی دیده می شود. گاهی بیماری‌هایی از قبیل پرکاری تیروئید منجر به AF می شوند که با درمان بیماری، AF برطرف می شود. AF ناشی از چرخش سریع پالس الکتریکی در داخل دهلیزهای قلب می باشد. سرعت حرکت این پالس حدود ۶۰۰ بار در دقیقه است، بنابراین دهلیزها فرصتی برای انقباض مؤثر نداشته و عملاً ساکن می باشند. ساکن بودن دهلیزها باعث بی حرکتی خون داخل دهلیزها و در نتیجه استعداد تشکیل لخته داخل قلبی و آمبولی لخته وعوارضی همچون حمله مغزی می شود که در حقیقت مهم ترین عارضه ریتم AF بوده و برای پیشگیری از آن باید از داروهای ضد انعقادی از قبیل وارفارین استفاده کرد. همه پالسهای ایجاد شده در دهلیزها به بطن های قلب منتقل نمی شوند (در غیر این صورت منجر به VF و مرگ فرد می شد) بلکه حدود ۱۸۰-۱۱۰ پالس در دقیقه از گره دهلیزی- بطنی عبور کرده و در نتیجه ضربان بطن و نبض بیمار در همین حد بوده که نکته قابل توجه نا منظم بودن چشمگیر ضربان قلبی ایجاد شده است. مهمترین علامت ایجاد شده توسط ریتم AF احساس تهپش قلب می باشد؛ با این حال در مبتلایان به مشکلات دریچه ای و نارسایی قلب ممکن است منجر به تشدید نارسایی قلب و ایجاد علائم تنگی نفس و سرگیجه شود. در صورت وجود تنگی عروق قلبی، ضربان قلب بالا که در این ریتم ایجاد می شود منجر به درد آئزینی در فرد می شود. ریتم AF در مبتلایان به سندرم ولف- پارکینسون- وایت (WPW) خطرناک بوده و ممکن است منجر به VF و مرگ ناگهانی شود.

مهم ترین درمان AF، درمان ضد انعقادی برای پیشگیری از تشکیل لخته و حمله مغزی می باشد. در مبتلایانی که سن کمتر از ۷۰ سال داشته و مبتلا به بیماری های دیگر از قبیل فشار خون بالا، نارسایی قلب، اختلالات دریچه ای، دیابت و ... نمی باشند ممکن است درمان با آسپرین کافی باشد در غیر این صورت بعثت خطر بیشتر آمبولی مغزی، نیاز به درمان با وارفارین می باشد. گاهی لازم است قبل از شروع اثرات وارفارین، درمان با هپارین وریدی در بیمارستان انجام شود. قدم بعدی در درمان AF برطرف کردن احساس تهپش قلب می باشد. جهت این امر از ۲ روش درمانی استفاده می شود.

• روش اول برطرف کردن ریتم AF و تبدیل آن به ریتم سینوس است که اصطلاحاً cardioversion نام داشته و به صورت الکتریکی یا شوک و یا درمان دارویی (آمیودارون، پروکائین آمید و ...) انجام می شود. در صورت برطرف شدن ریتم AF، ممکن است برای حفظ ریتم سینوس و پیشگیری از ایجاد

مجدد ریتم AF نیاز به درمان دارویی طولانی مدت با داروهای آنتی آریتمیک باشد که معمولاً در این رابطه از داروی آمیودارون استفاده می شود.

- روش دوم جهت برطرف کردن علائم، کند کردن هدایت الکتریکی به بطن است. به این ترتیب ریتم AF باقی مانده و با استفاده از داروهای ضد آریتمی از قبیل مهار کننده های سمپاتیک (متوپرولول، آنتولول، پروپرانولول) و یا داروی دیگوکسین ضریان قلب را آهسته کرد. این روش درمانی در بیمارانی که ریتم AF مقاوم دارند بیشتر مورد استفاده است.

ممکن است بیماران ریتم AF حمله ای داشته باشند یعنی گاهی ریتم طبیعی و گاهی ریتم AF داشته باشند بنابراین به صورت موقت دچار طپش قلب می شوند. بعضاً برخی بیماران علیرغم ابتلا به حملات AF دچار علائم نمی شوند و ریتم AF فقط توسط هولتر قابل تشخیص می باشد. نکته مهم استفاده از داروهای ضد انعقادی در همه مبتلایان به AF دائم و حمله ای و انواع بی علامت و حتی بعد از cardioversion می باشد. در یک روش درمانی نوین با استفاده از امواج رادیو فرکانسی عمل پالسهای غیر طبیعی در برخی نقاط دهلیز قلب سوزانده می شود (RF ablation) که این عمل ممکن است با قطع حملات و یا کاهش حملات AF همراه باشد. با این حال این روش موفقیت کامل نداشته و در کشور ما کاملاً نوپا می باشد.

در تعداد کمی از بیماران ضریان بالای قلب ناشی از ریتم AF توسط دارو قابل کنترل نبوده و ممکن است به ablation گره دهلیزی - بطنی نیاز باشد. در این صورت ارتباط الکتریکی دهلیز به بطن قطع شده و در نتیجه پالس های ایجاد شده به بطن منتقل نمی شود. قطعاً بعد از ablation نیاز به تعبیه پیس میکر بطنی برای حفظ ضریان قلب می باشد. حملات طپش قلب توسط این روش درمانی به صورت کامل و همیشگی از بین رفته و نیازی به داروی ضد آریتمی نمی باشد. با این حال ادامه درمان ضد انعقادی لازم است.

۲) فلوتر دهلیزی

این آریتمی از انواع تاکی کاردی دهلیزی می باشد و در مبتلایان به فشار خون بالا، دیابت، اختلالات قلبی درجه ای شیوع نسبتاً بالایی دارد (شیوع کمتر از AF). این آریتمی ناشی از گردش یک پالس الکتریکی بر روی یک مسیر دایره ای می باشد که معمولاً در دهلیز راست است. سرعت چرخش این پالس حدود ۳۰۰ بار در دقیقه است ولی فقط نصف پالس های ایجاد شده به بطن ها منتقل می شود بنابراین سرعت ضریان بطنی و نبض بیمار حدود ۱۵۰ بار در دقیقه و معمولاً منظم است (برخلاف AF). ریتم فلوتر دهلیزی به علت ایجاد ضریان قلب بالا منجر به احساس طپش قلب در فرد می شود و در مبتلایان به نارسایی قلبی و یا اختلالات درجه ای با تشدید علائم نارسایی از قبیل تنگی نفس و ضعف همراه است. در مبتلایان به تنگی سرخرگی قلبی، درد آنژیونی قلب ایجاد می شود. ضریان بالای قلب در ریتم فلوتر دهلیزی برخلاف ریتم AF براحتی توسط داروهای از قبیل دیگوکسین و یا داروهای مهار کننده سمپاتیک (آنتولول، متوپرولول، پروپرانولول) کنترل نمی شود و اغلب نیاز به رفع ریتم فلوتر از طریق cardioversion می باشد. این درمان از طریق شوک الکتریکی و یا به صورت دارویی (آمیودارون، پروکائین آمید و...) قابل انجام است. در صورت تکرار حملات فلوتر دهلیزی این آریتمی در اغلب موارد از طریق RF-ablation قابل درمان کامل است. مسیر حرکت الکتریکی داخل دهلیزها بر خلاف ریتم AF مشخص بوده و با سوزاندن (ablation) و قطع این مسیر می توان در ۸۰-۹۰ درصد موارد به صورت غیر قابل برگشت این آریتمی را درمان کرد. با این حال در برخی بیماران علیرغم برطرف شدن فلوتر دهلیزی بعلاوه عوامل زمینه ساز ممکن است ریتم AF در آینده ایجاد شود. فلوتر دهلیزی نیز ممکن است همراه با تشکیل لخته و استعداد حملات مغزی همراه باشد بنابراین در صورت عدم درمان قطعی نیاز به داروهای ضد انعقادی می باشد.

۳) تاکی کاردی دهلیزی

این آریتمی ناشی از وجود یک کانون ضریان ساز سریع در دهلیز چپ یا راست قلب می باشد. این کانون با سرعت بالا پالس الکتریکی ایجاد کرده و ضریان قلب در حد ۱۸۰-۱۰۰ بار در دقیقه منجر به طپش قلب در فرد می شود. در صورت وجود نارسایی قلب، تنگی سرخرگی و یا بیماری درجه ای، تاکی کاردی دهلیزی منجر به تشدید علائم بیماری زمینه ای می شود. اگرچه تاکی کاردی دهلیزی اغلب در مبتلایان به بیماری قلبی ایجاد می شود. با این حال در افراد بدون بیماری قلبی و حتی کودکان کاملاً سالم دیده می شود. درمان دارویی ضد آریتمی برای کنترل علائم مبتلایان به تاکی کاردی دهلیزی قابل انجام است ولی از بین بردن کانون ضریان ساز به وسیله RF ablation به عنوان یک روش مؤثر و مطمئن و با میزان موفقیت بالا (بیشتر از ۸۰ درصد) به تمام بیماران پیشنهاد می شود.

۴) PAC

گاهی یک کانون غیر طبیعی ضریان ساز در یکی از دهلیزهای قلب منجر به ایجاد پالس الکتریکی و در نتیجه ضریان قلب نابجا می شود. تناوب ایجاد

این ضربان نابجا (PAC) در افراد و شرایط مختلف متفاوت بوده و ممکن است ۱۰-۱۲ بار در شبانه روز یا ۳۰-۲۰ بار در دقیقه باشد. این آریتمی کاملاً خوش خیم بوده و علائم مهمی ایجاد نمی نماید. با این حال در برخی بیماران احساس طپش قلب به وجود می آید که می توان در این موارد با استفاده از داروهایی از قبیل پروپرانولول علائم را برطرف کرد. در صورتی که ضربانات نابجای دهلیزی PAC به صورت متوالی و برای مدت طولانی ادامه یابد تاکی کاردی دهلیزی به سرعت ۱۱۰-۱۸۰ بار در دقیقه ایجاد شده و منجر به احساس طپش قلب شدید می شود. در این موارد موثرترین درمان، RF-ablation و سوزاندن دائمی کانون غیر طبیعی ضربان ساز می باشد.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=320640>



آشنایی با تازه‌ترین روش درمان فشار خون

فشارخون بالا، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سرتاسر جهان محسوب می‌شود، به طوری که حدود ۶۵ میلیون نفر تنها در آمریکا به این بیماری دچار هستند. عوارض این بیماری نسبتاً خاموش، علی‌رغم بی‌سر و صدا بودن آن، بسیار زیاد است، به طوری که از هر ۸ مرگ در دنیا، یکی از آنها به علت ابتلا به این بیماری است.

به‌طور معمول برای اعلام فشارخون افراد از ذکر دو رقم استفاده می‌شود مثلاً گفته می‌شود فشارخون فرد ۱۲ روی ۸ یا ۱۴ روی ۹ است. از بین این دو رقم، رقم اول (یعنی عدد بزرگ‌تر) فشارخون سیستولی نامیده می‌شود

که حداکثر میزان طبیعی آن (۱۴۰ یا ۱۴۰ میلی‌متر جیوه) است و رقم دوم (یعنی عدد کوچک‌تر) فشارخون دیاستولی نامیده می‌شود که در حالت طبیعی به هیچ عنوان نباید از (۹۰ یا ۹۰ میلی‌متر جیوه) بالاتر رود.

مطالعات نشان داده است که هر ۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش در فشارخون سیستولی و هر ۱۰ میلی‌متر جیوه افزایش در فشارخون دیاستولی با دو برابر افزایش در میزان مرگ و میرهای ناشی از سکنه‌های قلبی و مغزی و نیز دیگر وقایع عروقی همراه است. به همین دلیل باید به هر شکل ممکن فشارخون بالا را کنترل کرد تا این خطرات به حداقل برسد و از مرگ و میرها و عوارض ناشی از این بیماری کاسته شود.

پزشکان در برخورد با این بیماران معمولاً در قدم اول از درمان‌های دارویی به همراه رژیم غذایی، ورزش و تغییر و اصلاح عادات زندگی استفاده می‌کنند. در حال حاضر داروهای مختلفی برای درمان این بیماری وجود دارد اما حدود ۲۵ درصد مبتلایان به فشارخون بالا علی‌رغم مصرف چند نوع مختلف داروی ضد فشارخون، باز هم فشارخونشان کنترل نمی‌شود. تاکنون پزشکان برای درمان این بیماران مشکلات بسیار زیادی داشتند اما به تازگی ابزار جدیدی طراحی کرده‌اند که به‌نظر می‌رسد به‌طور چشمگیری در حل این مشکلات کمک‌کننده باشد.

• سیستم رتوس

سیستمی که به تازگی از سوی دانشمندان دانشگاه روجستر آمریکا طراحی شده است سیستم درمان فشارخون بالا به روش بارورفلکس نام دارد که به اختصار سیستم رتوس نامیده می‌شود. این وسیله که داخل بدن کاشته می‌شود، برای درمان آن دسته مبتلایان به فشارخون‌های مقاوم به درمان توصیه می‌شود که فشارخون سیستولی آنها حداقل برابر ۱۶۰ میلی‌متر جیوه است. اگرچه هنوز راه زیادی تا استفاده گسترده از

این وسیله در سطح جهان وجود دارد اما نتایج مقدماتی و آزمایشی این ابزار بسیار درخشان و امیدوارکننده بوده، به طوری که پزشکان معتقدند با استفاده از این روش درمانی جدید عوارض ناشی از ناتوانی در درمان فشارخون‌های مقاوم به درمان کمتر از قبل دیده خواهد شد.

• حل مشکل به وسیله شاهرگ‌ها

به طور طبیعی داخل شاهرگ‌های گردن که در اصطلاح پزشکی سرخرگ‌های کاروتید نامیده می‌شوند، اجسامی به نام اجسام کاروتید دارند که نقش بسیار مهم و محوری در تنظیم فشارخون دارند. این اجسام دارای گیرنده‌هایی هستند که میزان فشارخون را حس و آن را به مغز مخابره می‌کنند. برخی معتقدند در مبتلایان فشارخون بالا، این گیرنده‌ها خوب کار نمی‌کنند و بنابراین نمی‌توانند به درستی به مغز اطلاع بدهند که فشار خون بالاست.

به همین دلیل مغز هم نمی‌تواند اقدامات مناسبی در جهت کاهش فشارخون صورت دهد. پژوهشگران از همین فرضیه استفاده کردند و ابزاری الکتریکی طراحی کردند تا فعالیت این گیرنده‌ها را زیاد کند. به دنبال این تحریک الکتریکی، گیرنده‌ها فشارخون را بهتر حس کرده، میزان فشارخون را دقیق‌تر از قبل به مغز مخابره می‌کنند. مغز هم متعاقباً راهکارهای کاهش فشارخون را برنامه‌ریزی و در تمام سطح بدن اعمال می‌کند.

وحشت نکنید. پالس الکتریکی که این دستگاه پس از کارگذاری، به عروق گردن بیمار وارد می‌کند چندان زیاد نیست و اصلاً خطر برق‌گرفتگی همراه ندارد. این دستگاه الکتریکی جریان بسیار اندکی را به بدن وارد می‌کند؛ به قدری اندک که حتی بدن هم آن را احساس نمی‌کند. در ضمن هیچ خطری از سوی دستگاه بیمار را تهدید نمی‌کند و این ابزار جدید بسیار امن و مطمئن در نظر گرفته می‌شود.

• امتیازات

این دستگاه يك امتیاز بزرگ نسبت به داروهای مختلفی که تاکنون به‌عنوان داروهای ضد فشارخون بالا معرفی شده‌اند، دارد. هریک از داروهای فشارخون تنها بر یکی از بخش‌های بدن اثر می‌گذارند و تنها یکی از علل افزایش فشارخون را درمان می‌کنند اما روش جدید با ارائه اطلاعات دقیق از سطح فشارخون فرد، مغز بیمار را وادار به مقابله با افزایش فشارخون می‌کند و مغز نیز با توجه به توانایی و قابلیت‌های وسیع خود، نه يك عضو بلکه تمام اعضای بدن را به مقابله با افزایش فشارخون فرا می‌خواند. به این ترتیب، این دستگاه از چندین مکانیسم مختلف در قسمت‌های مختلف بدن استفاده می‌کند تا فشارخون را پایین بیاورد.

مزیت عمده این دستگاه در درمان فشارخون‌های بالا همین همکاری اعضای مختلف بدن به واسطه دستور مغز است که باعث می‌شود حتی فشارخون‌های مقاوم به درمان نیز با این روش درمان‌پذیر باشند. به‌طور مثال به‌دنبال ارسال تحریک الکتریکی خفیف از سوی این دستگاه، مغز برای کاهش فشارخون دستور می‌دهد که عروق گشاد شوند، سرعت ضربان قلب پایین بیاید و مقداری مایع از کلیه‌ها به بیرون از بدن دفع شود. علاوه بر این، وقایعی که به‌دنبال این روش درمانی برای کاهش فشارخون در بدن روی می‌دهند، کاملاً طبیعی و از جنس واکنش‌های عادی بدن هستند. بنابراین به احتمال زیاد عوارض چندانی برای بیمار در پی نخواهند داشت، در حالی که داروهای قدیمی اکثراً مصنوعی و غیرطبیعی بوده و همواره با این احتمال همراه هستند که باعث بروز عوارض جانبی در فرد مصرف‌کننده شوند.

• نتایج درخشان

همان‌طور که پیش از این گفته شد، نتایج اولیه این مطالعه و ابزار جدید بسیار درخشان بوده است. در مرحله نخست، این ابزار برای ۱۰ بیمار مبتلا به فشارخون مقاوم به درمان کارگذاری شده است.

سه ماه پس از کارگذاری سیستم رنوس در گردن این بیماران، فشارخون سیستولی آنها به‌طور میانگین ۲۲ میلی‌متر جیوه و فشارخون سیستولی آنها به‌طور میانگین ۱۸ میلی‌متر جیوه کاهش پیدا کرد. البته در برخی بیماران اثرات درمانی این ژنراتور بسیار بیشتر بود، به طوری که گاهی فشارخون بیمار تا حدود ۴۰ میلی‌متر جیوه یا حتی بیشتر کاهش پیدا می‌کرد. بیماران به راحتی این ایمپلنت را در گردن خود تحمل می‌کردند و هیچ عوارضی از آن در گردن و حتی دیگر نقاط بدن پیدا نشد. چند روز پس از انجام جراحی برای کارگذاری ایمپلنت در گردن، بیماران وجود آن را در گردن خود احساس نمی‌کردند. نتایج بسیار امیدوارکننده و حتی باعث توجه پزشکان شده است. سازمان دارو و غذای ایالات متحده آمریکا هم در پی طراحی تحقیقی است تا هر چه سریع‌تر با کسب اطمینان از بی‌خطر بودن این دستگاه، مجوز تولید وسیع و استفاده گسترده از آن را در سرتاسر کشور آمریکا صادر کند. با این حساب، فشارخونی‌ها می‌توانند خوشحال باشند و نگرانی‌های پزشکان هم تا حدودی کمتر خواهد شد.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=241565>

www.takbook.com

آشنایی با فشار خون و قلب

● فشار خون:

چیزی که هر کس آن را دارد و برای ادامه حیات انسان ضروری است، در حقیقت بدون میزان معینی فشار در شراین شما خونتان قادر به جریان یافتن در بدن نیست و بدون جریان خون اعضای بدن نمی‌تواند اکسیژن و مواد غذایی مورد نیاز بدن را به دست آورد. بنابراین اهمیت فشار خون بسیار زیاد است.

فشار خون هر فرد همیشه به یک میزان نیست بلکه برحسب نیاز بدن هر لحظه و هر روز در حال تغییر است. برای مثال هنگامی که فعالیت می‌کنید یا دچار هیجان می‌شوید، فشار خون بالا رفته و زمانی که در حال استراحت و یا خواب هستید، کاهش می‌یابد. بنابراین نوسانات فشار خون در یک محدوده معین طبیعی می‌باشد.

● فشار خون چیست؟

زمانی که قلب منقبض می‌شود، خون را به داخل شریانها پمپ کرده، ایجاد فشاری در این شراین می‌نماید که موجب جریان یافتن خون به تمام قسمت‌های بدن می‌شود. شریان‌های یک فرد طبیعی عضلانی و قابل اتساع هستند که در اثر تلمبه خون توسط قلب به داخل آنها دچار کشش یا اتساع می‌شوند. با هر بار انقباض (۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه) قلب مقداری خون به داخل شراین می‌فرستد و فشار در آنها افزایش می‌یابد، برعکس هنگامی که در حال استراحت بین انقباضات می‌باشد، فشار خون کاهش می‌یابد. به همین دلیل دو سطح فشار خون را برای هر فرد در نظر می‌گیرند. یکی در سطحی بالا که قلب در حال انقباض است و دیگری در سطحی پایین زمانی که قلب در حال استراحت می‌باشد.

فشار بالاتر را "فشار سیستول" و فشار پایین‌تر را به نام "فشار دیاستول" می‌نامند که هر دو سطح فشار توسط پزشک گرفته شده، ثبت می‌شود. برای مثال اگر فشار خون شما ۱۲۴ روی ۸۰ باشد، بدان معنی است که فشار سیستول شما ۱۲۴ و فشار دیاستولتان ۸۰ می‌باشد. این اعداد برحسب میلیمتر جیوه بوده و بدین گونه نوشته می‌شوند: "۸۰/۱۲۴ میلیمتر جیوه". این دو عدد اطلاعات مهمی را در مورد وضعیت سلامتی شما بیان می‌کنند.

اهمیت فشار سیستولیک بدین جهت است که حداکثر میزان فشار وارد بر شراین را بیان می‌کند. اهمیت فشار دیاستولیک در بیان حداقل میزان فشار وارد بر شراین شما می‌باشد. هر چه جدار شریانها سخت‌تر بوده، کمتر قابل اتساع می‌باشند. مقاومت در برابر جریان خون بیشتر شده و این دو سطح فشار نیز بالاتر می‌باشند و لذا فشار بیشتری به قلب وارد می‌شود. یک فشار خون مطلوب و طبیعی باید در محدوده‌ای مشخص باشد که معمولا این محدوده برای بیشتر افراد بالغ کمتر از ۹۰/۱۴۰ میلیمتر جیوه است. با چنین فشار خونی جایی برای نگرانی وجود ندارد.

● فشار خون بالا چیست؟

تنظیم کننده‌های اصلی فشار خون شریان‌های کوچکتر هستند که از شراین اصلی جدا می‌شوند (این شریان‌های اصلی خود شاخه‌هایی از شریان آئورت می‌باشند). برای درک این مطلب که چگونه شراین کوچک (آرتریولها) فشار خون را تنظیم می‌کنند به جریان مقدار مشخصی آب از داخل یک شلنگ فکر کنید. زمانی که سر شلنگ تحت فشار نباشد، آب با فشار کمتری از سر شلنگ خارج می‌شود، حال اگر یک شلنگ باریک‌تر به این شیر با همان جریان قبلی وصل کنید و یا سر شلنگ قبلی را با فشار دست تنگ نمایید، آب با فشار بیشتری خارج می‌شود. همین مسئله در



مورد عروق خونی نیز صادق است.

اگر به دلایلی شراین کوچک شما باریکتر شوند، مقاومتشان در برابر جریان خون بیشتر شده، باعث می‌شود که فشار خون شما بالا رفته، قلب متحمل فشار بیشتری شود. اگر فشار در شریان‌های شما بیش از ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه شود و در این محدوده باقی بماند، شما دچار فشار خون بالا یا هیپرتانسیون سیستمیک هستید. حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد علت فشار خون بالا شناخته شده نیست که به آن "هیپرتانسیون اولیه" یا افزایش فشار خون اولیه گویند و مطالبی که در این فصل گفته می‌شود، در مورد این فشار خون می‌باشد. زمانی که علت فشار خون بالا شناخته شده باشد، آن را هیپرتانسیون یا افزایش فشار خون ثانویه گویند که از مهمترین علل آن بیماری‌های کلیوی و غدد درون‌ریز بدن می‌باشد.

• چه عاملی باعث فشارخون بالا می‌شود؟

همانطور که گفته شد، با وجودی که علت فشار خون بالا کاملاً شناخته نشده است، محققین عواملی را در افزایش شانس ابتلا به فشار خون بالا دخیل می‌دانند: این عوامل مستعد شامل ارث، جنس، سن، نژاد، چاقی و حساسیت به سدیم می‌باشند. سایر عواملی که به نظر می‌رسد در ایجاد فشار خون بالا نقش دارند، شامل: مصرف زیاد الکل، مصرف قرص‌های ضد بارداری و زندگی بدون فعالیت و تحرک است که در مورد هر یک توضیح مختصری داده می‌شود.

• نوارث:

محققین دریافته‌اند یک تمایل ذاتی و استعداد ابتلا به فشار خون بالا در برخی خانواده‌ها وجود دارد. به عبارت دیگر اگر والدین یا افراد فامیل نزدیک شما دچار فشار خون بالا هستند، احتمال ایجاد این بیماری در شما بیش از افرادی است که در اطرافیان نزدیکشان سابقه فشار خون بالا وجود ندارد. بنابراین شما و دیگر اعضای خانواده باید مراقب فشار خونتان بوده، برای جلوگیری از سکنه مغزی یا قلبی و سایر عوارض فشار خون بالا، به طور منظم آن را کنترل نمایید.

• جنس:

حدود ۲۷ درصد زنان و ۳۳ درصد مردان در سنین بین ۱۸ تا ۷۴ سال دارای فشار خون بالا هستند.

• سن:

۲۱ درصد مردان بین ۲۵ تا ۳۴ سال دارای فشار خون بالا می‌باشند که این میزان با افزایش سن بالا می‌رود تا در سن ۶۵ سالگی به حدود بیش از ۶۰ درصد می‌رسد. حدود ۲۰ درصد زنان در سنین ۲۵ سالگی تا ۴۴ سالگی دارای فشار خون بالا هستند که در ۶۵ سالگی به بیش از ۶۷ درصد می‌رسد.

• نژاد:

فشار خون یک مسئله و مشکل در سیاهپوستان است. این افراد نسبت به سفیدپوستان بیشتر دچار فشار خون بالا می‌شوند و شدت آن نیز در اینها بیشتر است. از نظر سنی هم سیاهان زودتر از سفیدپوستان به فشارخون بالا مبتلا می‌شوند.

• چاقی:

مطالعات نشان داده که در افراد چاق (کسانی که ۳۰ درصد یا بیشتر اضافه وزن دارند) احتمال ایجاد فشار خون بالا بیشتر است. افرادی که اضافه وزنی کمتر از ۳ درصد وزن مطلوب دارند، معمولاً فشار خونشان مختصری بالاست و یا اینکه در بالاترین حد طبیعی می‌باشند. بنابراین با یک برنامه غذایی مناسب که مواد ضروری را به بدنتان برساند، سعی در کاهش وزن خود نمایید و حتماً دقت کنید زیرا رژیم‌های اصولی نباشد، موجب لطمه‌زدن به شما می‌شود. بخصوص با کاهش مصرف چربی و شیرینی‌جات و افزایش مصرف غذاهای فیبردار به همراه ورزش به این هدف خواهید رسید.

• الکل:

مطالعات نشان داده که الکل می‌تواند موجب افزایش فشار خون شود.

• حساسیت به نمک (سدیم):

مصرف زیاد نمک در برخی افراد فشار خون را افزایش می‌دهد، بنابراین افرادی که مبتلا به فشار خون بالا می‌شوند، باید رژیم غذایی کم نمک را رعایت نمایند.

• قرص‌های ضد بارداری:

شیوع فشار خون در زنانی که از این گونه قرص‌ها استفاده می‌کنند، بیشتر است. خانم‌هایی که علاوه بر مصرف چنین قرص‌هایی سیگار هم می‌کشند، خطر ایجاد فشار خون بالا در آنها چندین برابر افزایش می‌یابد. اگر علاوه بر استفاده از قرص‌های ضد بارداری، خانمی دچار چاقی بوده یا سابقه فشار خون بالا در دوران بارداری، سابقه خانوادگی فشار خون بالا یا بیماری خفیف کلیوی داشته باشد، خطر ایجاد فشار خون بالا افزایش می‌یابد.

▪ زندگی بدون تحرک:

زندگی بدون فعالیت موجب چاقی می‌شود که خود عامل مهمی در ایجاد فشار خون بالا می‌باشد. ورزش منظم علاوه بر کنترل وزن، موجب کاهش اضطراب نیز می‌شود.

▪ آیا می‌توانید بگویید عوامل فشار خون بالا چیست؟

- دقیقا خیر، زیرا فشار خون بالا در بسیاری از موارد فاقد هرگونه علامت است. در حقیقت بسیاری افراد مدتها دچار فشار خون بالا هستند بدون اینکه از آن آگاهی داشته باشند، بنابراین یکی از علل خطرناک بودن فشار خون بالا همین مسئله است. تنها راهی که می‌توان به بالا بودن فشار خون پی برد، اندازه‌گیری آن است. بنابراین پزشک یا افراد مجرب دیگر باید فشار خون شما را حداقل یک بار در سال اندازه‌گیری نمایند.

▪ چگونه فشار خون بالا به بدن آسیب می‌رساند؟

- فشار خون بالا در صورت عدم کنترل قادر است از راه‌های مختلف به بدن شما آسیب برساند که یکی از اثرات عمده آن با افزایش بار اضافی بر قلب و شریان‌ها می‌باشد زیرا از آنجا که قلب مجبور به انجام کار سخت‌تر از مقدار طبیعی برای مدت طولانی می‌باشد، بنابراین به تدریج بزرگ می‌شود. قلبی که مختصری بزرگ شده، ممکن است عملکردی طبیعی داشته باشد ولی اگر به صورتی بارز بزرگ شود، ممکن است به سختی بتواند نیازهای بدن را پاسخگو باشد که به این وضعیت نارسایی قلبی می‌گویند. هر چه سن افزایش می‌یابد، شریان‌ها و شاخه‌های کوچکتر آنها (آتریولها) سخت‌تر شده، قابلیت اتساع آنها کمتر می‌شود. البته چنین حالتی به تدریج در همه انسان‌ها ایجاد می‌شود (بدون در نظر گرفتن فشار خون بالا) اما داشتن فشارخون بالا روند پیشرفت این پدیده را تسریع می‌کند.

احتمال حملات سکته مغزی نیز با وجود فشار خون بالا افزایش می‌یابد. همچنین فشار خون بالای کنترل نشده قادر است به کلیه‌ها آسیب برساند.

اگر چه فشار خون بالای اولیه درمان قطعی ندارد، ولی می‌توان آن را کنترل نمود و از عوارض آن پیشگیری کرد یا آنها را کاهش داد مشروط بر اینکه زود درمان شده، به طور مداوم تحت کنترل قرار گیرد. اگر مبتلا به فشار خون بالا هستید، به توصیه‌های پزشک عمل کرده در صورت تجویز دارو به طور مرتب آنها را مصرف نمایید.

بدانید که نباید فشار خون بالا را ساده گرفت. آمار نشان داده که به طور متوسط احتمال ایجاد بیماری عروق کرونر قلب در افراد با فشار بالای کنترل نشده، سه برابر، احتمال نارسایی احتقانی قلب شش برابر و احتمال سکته مغزی حدود هفت برابر بیشتر از افراد با فشار خون بالای کنترل شده است و بنابراین تکرار می‌کنیم "اگر شما فشار خون بالا دارید، به توصیه‌های پزشکی عمل کرده و در صورت تجویز دارو، آنها را منظم مصرف نمایید." ▪ با فشار خون بالا چه می‌توان کرد؟

- اکثر شیوه‌های درمانی در مورد فشار خون بالا به صورت ترکیبی از رژیم غذایی، ورزش و دارو می‌باشند.

▪ رژیم غذایی:

آمار نشان می‌دهد بسیاری از مردم که فشار خون بالا دارند، چاق نیز هستند. اگر وزن شما از میزان مطلوب بیشتر است، باید مصرف کالری را کاهش داده، وزنتان را کم کنید. پزشک می‌تواند رژیم مناسب را به شما توصیه نماید.

اگر رژیم غذایی به شما داده شد، به طور جدی آن را پیگیری و به آن عمل نمایید. غالبا با کاهش وزن، فشار خون به طور خود به خود پایین خواهد آمد. چاق بودن یک خطر کلی برای سلامتی است بنابراین با کاهش وزن نه تنها به کنترل فشار خونتان کمک می‌کنید، بلکه به دیگر جنبه‌های سلامتی خود نیز کمک خواهید کرد. گاهی کاهش مصرف سدیم (نمک) می‌تواند به کاهش فشار خون کمک نماید.

لذا پزشک ممکن است یک رژیم غذایی با محدودیت نمک به شما توصیه کند.

این بدان معنی است که باید از مصرف غذاهای شور خودداری نموده، مقدار نمک مصرفی را در طبخ غذاها و در سر سفره‌ها کاهش دهید و با مطالعه برچسب‌های روی غذا به میزان سدیم (نمک) موجود در آنها پی ببرید. با تجربه کردن موادی مثل سرکه، آبلیمو، گلپر، ادویه، سبزیجات

معطر و برخی چاشنی‌های دیگر شما می‌توانید هنوز هم از غذاهای مورد علاقه خود لذت ببرید.

نکته مهمی که در مورد رژیم غذایی باید به خاطر داشته باشید، این است که رژیم‌ها باید توسط پزشک به شما توصیه شود و بعد از توصیه طبیب به طور جدی به آن عمل نمایید.

▪ ورزش و تفریح:

داشتن فشار خون بالا به این معنی نیست که شما علیل و ناتوان هستید، در حقیقت بیشتر افرادی که باید فشار خونشان کنترل شود به فعالیت‌های عادی خود ادامه می‌دهند.

از اینکه فعال باشید، نرسید، ورزش باید بخشی از برنامه روزانه شما باشد. با این کار وزن خود را نیز کاهش داده، آن را در یک حد مطلوب حفظ خواهید کرد. پزشک می‌تواند بهترین برنامه ورزش را به شما توصیه نماید اما غالباً هر ورزشی که برای شما لذتبخش است و آن را به طور منظم انجام می‌دهید، احتمالاً مناسب خواهد بود.

▪ دارو:

در برخی افراد، کاهش وزن، محدودیت نمک و دیگر تغییرات در میزان فعالیت و ورزش هم نمی‌تواند فشار خون را تا حد مطلوب کاهش دهند. در صورت چنین وضعیتی برای کنترل فشار خون نیاز به دارو می‌باشد. برخی از این داروها از طریق دفع آب و سدیم (نمک) و برخی دیگر با گشاده کردن عروق و جلوگیری از انقباض شریان‌ها فشار خون را کاهش می‌دهند.

در بیشتر فشار خون‌های اولیه، دارو فشار خون را کاهش خواهد داد. البته پاسخ هر فرد به دارو متفاوت است. لذا در صورتی که شما نیاز به دارو دارید، ممکن است مدت زمانی لازم باشد تا پزشک با تجویز داروهای مختلف بهترین راه را برای کنترل فشار خون شما بیابد.

▪ چگونه می‌توانید به خودتان کمک کنید؟

برای موفقیت درمان فشار خون به یک همکاری دسته جمعی نیاز است. لذا شما و پزشکتان با همکاری یکدیگر این کار را عملی سازید. در این میان شما مهمترین نقش را جهت کنترل فشار خونتان دارید. شما می‌توانید با انجام موارد زیر به خودتان کمک کنید.

(۱) با پزشکتان در تماس مرتب باشید تا بتوانید فشار خونتان را تحت کنترل داشته باشید.

(۲) اگر پزشک دارویی را تجویز نمود، طبق دستور عمل نمایید. اگر احساس ناراحتی بعد از تجویز دارو کردید، آن را به پزشکتان اطلاع دهید. این اطلاعات به پزشک در تنظیم دارو و جلوگیری از بروز عوارض جانبی داروها کمک می‌کند.

(۳) به توصیه‌های پزشکی در مورد رژیم غذایی و ورزش عمل نمایید.

(۴) به خاطر داشته باشید مادامی که شما با تیم مراقبت و سلامتی خود همکاری می‌نمایید، قادر خواهید بود فشار خونتان را کنترل نمایید.

متأسفانه فشار خون بالا بیماری است که در تمام طول عمر وجود داشته، نمی‌تواند کاملاً درمان شود اما مایوس نباشید زیرا معمولاً می‌توان آن را تحت کنترل قرار داد. زمانی که یک برنامه درمانی را شروع کردید، خواهید دید که کنترل فشار خون شما آسان‌تر از آن است که فکر می‌کردید. با کنترل فشار خون بالا خطر بروز بیماری‌هایی مثل سکنه مغزی، سکنه قلبی و بیماری کلیوی را در خود کاهش خواهید داد.

منبع: روزنامه رسالت

<http://vista.ir/?view=article&id=250168>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آنچه که میخواهید در مورد فشار خون بدانید

فشارخون فشاری است که خون ، موقع عبور از رگ های خونی به دیواره آنها وارد می کند. نوسانات فشار خون طبیعی اند. مثلاً فشار خون وقتی استراحت می کنید یا خوابیده اید افت می کند، وقتی فعالیت یا ورزش می کنید بالا می رود؛ اما اگر فشارخون بالا باقی بماند طبیعی نیست.

فشارخون بالا یک بیماری طبی و خیم است که "هیپرتانسیون" نیز نامیده می شود. این بیماری باعث می شود قلب شما فشار کاری بیشتری تحمل کند.

فشارخون را بشناسید؛ زیرا فشار خون شما برای سلامت عمومی شما حائز اهمیت است! اگر بدانید که فشارخون طبیعی دارید، خیالتان راحت می شود. به علاوه می توانید با اطمینان ، برنامه های خود را برای یک زندگی طولانی تر و سالم تر دنبال کنید.

ابتلا به فشارخون بالا خطری برای سلامتی محسوب می شود. این بیماری



می تواند باعث آسیب به اعضای زیر شود: شریان ها، قلب، مغز ، کلیه ها ، چشمها اما می توانید اقداماتی برای کنترل فشار خون بالا انجام دهید.

آگاهی شما نسبت به فشار خونتان می تواند زندگی شما را نجات دهد! پس سعی کنید بیشتر بدانید...

اندازه گیری فشارخون کار ساده و بدون درد است. یک وسیله خاص برای اندازه گیری فشارخون استفاده می شود. این وسیله شامل دو چیز است: بازوبندی که باد می شود و یک درجه ی فشار . بازوبند دور بازو پیچیده می شود و باد می شود. این کار باعث می شود برای مدت کوتاهی جریان خون در رگ اصلی دست متوقف شود. باد بازوبند به آرامی تخلیه می شود.

پزشک یا پرستار به کمک گوشی به صدای بازگشت جریان خون گوش می کند. درجه فشار را می خواند.

از فشارسنج الکترونیکی نیز برای اندازه گیری فشارخون استفاده می کنند.

معنای رقم فشار خون :فشار خون با دو رقم گفته می شود مثلاً ۸/۱۲.

رقم بالا، فشار سیستولیک(زمان انقباضی) را نشان می دهد. یعنی فشاری که ضریان قلب برای جلو راندن خون در رگ ها ایجاد می کند.

رقم پایین فشار دیاستولیک (زمان شل شدن) را نشان می دهد. یعنی فشاری که خون بین دو ضریان دارد. فشار خون طبیعی برای هر انسانی متفاوت است.

• به طور کلی:

• فشار کمتر از ۸/۱۴ سالم تلقی می شود.

• فشار ۸/۱۴ یا بالاتر، فشار بالا تلقی می شود.

در افراد مبتلا به دیابت، بیماری قلبی عروقی یا سایر بیماری ها، ممکن است رقم های دیگری را طبیعی قلمداد کنیم. قبل از تشخیص فشار خون بالا باید فشارخون را چندین نوبت اندازه گیری نمود. آزمایش های دیگری هم ممکن است لازم شوند.

• علل فشارخون بالا

در اغلب موارد، علت دقیق نامشخص است. اما برخی عوامل ممکن است شما را در معرض خطر قرار دهند.

عوامل خطر زایی که می توانید کنترل کنید عبارت اند از :

• وزن

به طور کلی افرادی که اضافه وزن دارند در معرض خطرند.

• رژیم غذایی

رژیم پرسدیم (جزء اصلی نمک است) ممکن است خطر را زیاد کند. غذاهای پر چربی می توانند باعث افزایش وزن شوند.

▪ الکل

مصرف الکل می تواند باعث افزایش فشار خون شود.

نداشتن فعالیت جسمی می تواند منجر به افزایش فشار خون و افزایش وزن شود.

▪ استرس (فشار روانی)

استرس بیش از حد ممکن است باعث فشار خون شود.

عوامل خطرناکی که شما نمی توانید کنترل کنید عبارت اند از :

▪ سن

با افزایش سن، شریان ها کم کم خاصیت ارتجاعی (انعطاف پذیری) خود را از دست می دهند، که ممکن است باعث افزایش فشارخون شود.

▪ توارث

افزایش فشارخون اغلب از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. این بیماری در سیاهپوستان نیز شایع تر از سایر گروههای نژادی است (علل آن نامعلوم است).

▪ جنس

فشارخون بالا در مردان شایع تر از زنان است.

زنان ممکن است در هنگام حاملگی یا موقع مصرف قرص های ضدبارداری دچار فشار خون شوند.

فشار خون بالا ممکن است ناشی از یک بیماری مانند دیابت یا بیماری کلیوی باشد.

اغلب به فشارخون بالا، " قاتل خاموش "، می گویند زیرا اکثر افراد مبتلا به فشار خون بالا ظاهراً هیچ علامتی ندارند.

• اثرات فشارخون بالا

اکثر افراد مبتلا به فشار خون بالا، علائمی ندارند، به همین دلیل معاینات منظم بسیار مهم هستند. علائم احتمالی عبارت اند از:

▪ تنگی نفس

▪ خون دماغ (بدون علت مشخص)

▪ سردرد

▪ سرگیجه

این علائم فقط ناشی از فشار خون بالا نیستند.

فشار خون بالا اگر درمان نشود می تواند منجر به مسائل زیر شود:

▪ سخت شدن و آسیب دیدن شریان ها

▪ سکته قلبی یا نارسایی قلبی

▪ سکته مغزی

▪ نارسایی کلیه

▪ فشار یا تورم در چشمها که ممکن است منجر به کوری شود.

▪ برای مبتلایان به فشار خون بالا راه نجات وجود دارد.

• چگونه فشار خون بالا تشخیص داده می شود؟

بررسی های منظم کلید قضیه است! برای آنکه تشخیص فشار خون بالا تأیید شود، پزشک باید اقدامات زیر را انجام دهد.

▪ او ممکن است پرسش های زیر را بپرسد:

- فشارخون های قبلی؛

- داروهایی که مصرف می کنید؛

- عادت های بهداشتی و سبک زندگی ؛

- سابقه بیماری ها در والدین و بستگان شما؛

- معاینه فیزیکی انجام دهد؛

• او ممکن است قلب، شکم، چشمها، پاها، ساقها و رفلکسهای شما را از نظر علائم فشارخون بالا بررسی کند. چندین بار فشارخون را اندازه گیری کند. این کار ممکن است طرف چند روز انجام شود.

دستور آزمایش بدهد.

این آزمایش ها عبارتند از:

- آزمایش های خون و ادرار؛

- نوار قلب؛

- آزمایشی که به تشخیص مشکلات قلبی کمک می کند.

• درمان

تغییر در عادت های بهداشتی می تواند به کنترل یا کاهش فشارخون شما کمک کند. پزشک شما ممکن است توصیه های زیر را داشته باشد:

• تغذیه سالم

ممکن است به شما توصیه شود که :

مصرف غذاهای پر نمک مثل کنسروها و غذاهای آماده را قطع کنید، برچسب غذا را از نظر میزان سدیم (نمک) واریسی کنید.

از دویه و چاشنی ها و آب لیمو به جای نمک استفاده کنید.

گوشت های چرب (مثل گوشت قرمز) و فرآورده های شیر کامل (مثل بستنی و کره) را کمتر مصرف کنید.

میوه، سبزیجات، غلات سیوس دار و فرآورده های شیر کم چرب را بیشتر مصرف کنید.

• کاهش وزن

اگر اضافه وزن دارید، کم کم وزن خود را کم کنید. از رژیم های غذایی سخت پرهیز کنید. برنامه کاهش وزن معمولاً شامل یک رژیم غذایی سالم همراه با فعالیت جسمی می باشد.

• ورزش

فعالیت منظم فیزیکی می تواند به کاهش فشارخون کمک کند. این کار می تواند سلامت عمومی شما را نیز بهبود بخشد.

سعی کنید اکثر روزهای هفته- ترجیحاً تمام روزها- ۳۰ دقیقه ورزش ملایم انجام دهید.

فعالیت هایی انتخاب کنید که لذت بخش باشند مثل پیاده روی، شنا، دوچرخه سواری، یا باغبانی.

اگر سن بالای ۴۰ سال یا نگرانی هایی راجع به سلامت خود دارید، پیش از شروع برنامه ورزش با پزشک خود مشورت کنید.

• دارو

دارو به شما کمک می کند که:

آب و سدیم زیادی از بدن دفع شود.

قلب راحت شود، به طوری که با نیروی کمتر و دفعات کمتری کار کند.

رگ های خونی کوچک باز شوند تا مقاومت در برابر جریان خون کم شود.

با پزشک یا پرستار خود همکاری نزدیکی داشته باشید. شما نقش مهمی در درمان موفق خود بازی می کنید.

• چند نکته دیگر راجع به سلامتی

• الکل مصرف نکنید.

مصرف الکل نه تنها حرام است بلکه زیانبار است ؛ زیرا باعث افزایش فشارخون می شود.

• سیگار نکشید.

دود کشیدن، خطر حمله قلبی، سکته مغزی و سایر بیماری ها را زیاد می کند. خطراتی که اگر فشارخون بالا داشته باشید اثری مضاعف دارند. اگر

سیگار می کشید سعی کنید برای قطع آن یاری بجوید.

• تمام دستورات دارویی را رعایت کنید.

هیچگاه مصرف داروهای ضد فشار خود را قطع یا تعدیل نکنید مگر آن که به توصیه پزشکتان باشد. هر عارضه ای را فوراً گزارش کنید.

▪ استرس را کم کنید.

از پزشک یا پرستارتان درباره فنون آرامسازی سؤال کنید، مانند تنفس عمیق و تمرکز.

• چند پرسش و پاسخ

▪ هر چند وقت یکبار باید فشارخون خود را بررسی کنیم؟

- به طور کلی، بستگی به فشار خونتان دارد. در ابتدا ممکن است لازم باشد به طور هفتگی بررسی کنید. سپس ممکن است لازم شود هر چند

ماه یکبار بررسی کنید. جزئیات را از پزشک خود بپرسید.

▪ حاملگی چه اثری بر فشار خون دارد؟

- بعضی زنان در انتهای حاملگی دچار فشارخون بالا می شوند. درمان ممکن است شامل استراحت در بستر و بازنگری فشارخون در خانه باشد. در

اکثر موارد پس از زایمان، فشارخون به سطح طبیعی باز می گردد.

▪ آیا فشار خون بالا قابل ریشه کنی است؟

- در اکثر موارد، نه. اما بسیاری از افراد با درمان می توانند فشارخون بالا را تحت کنترل در آورند. فشارخون بالا که ثانویه به بیماری های دیگر باشد)

مثل بیماری کلیه (ممکن است با درمان بیماری اولیه ریشه کن شود.

▪ عوارض جانبی داروهای ضد فشار خون بالا چیست؟

- ممکن است شامل اختلالات خواب، ضعف عضلانی، خستگی و سرگیجه باشد. اگر دچار عوارض جانبی شدید به پزشک خود اطلاع دهید. ممکن

است او بتواند مقدار مصرف را تعدیل کند یا داروها را تغییر دهد. به یاد داشته باشید که نباید داروی خود را قطع کنید مگر آن که با تأیید پزشک

باشد.

▪ اطلاعات بیشتر را از کجا کسب کنیم؟

- با پزشک خود در درمانگاه یا بیمارستان محله خود مشورت کنید. یا در صورت امکان با پزشک محل کار خود صحبت کنید. در پایان تأکید می کنیم که

فشارخون شما کلید سلامتی شماست و شیوه زندگی سالم ،

فشار خون شما را تحت کنترل نگه می دارد!

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=308171>

 **vista.ir**
Online Classified Service

آندوکاردیت

• شرح بیماری

آندوکاردیت عبارت است از یک عفونت غیر مسری که عضله قلب،

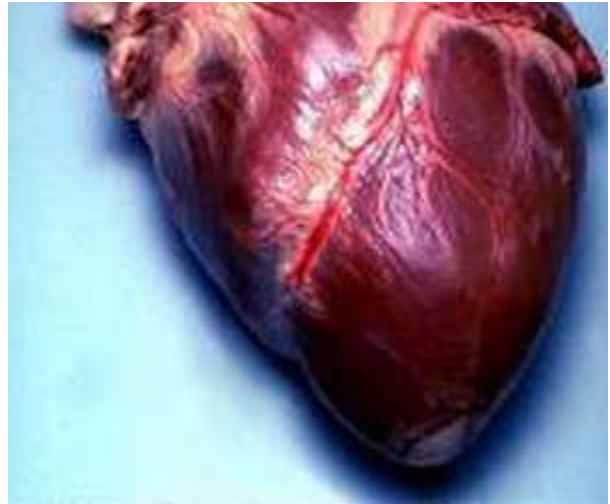
دریچه‌های قلب، و آندوکاردیوم (پوشش داخلی حفرات یا دریچه‌های قلب) را

درگیر می‌سازد.

• علایم شایع



www.takbook.com



علائم زودهنگام:

- (۱) خستگی و ضعف
- (۲) تب، لرز و تعریق زیاد، خصوصاً در شب
- (۳) کاهش وزن
- (۴) دردهای مبهم
- (۵) وجود صدای غیر طبیعی در قلب علائم دیر هنگام:
- (۶) لرز شدید و تب بالا
- (۷) تنگی نفس در هنگام فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- (۸) تورم پاها و شکم
- (۹) تند یا نامنظم شدن ضربان قلب

• علل

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

• عوامل تشدید کننده بیماری

- (۱) تب رماتیسمی
 - (۲) بیماری مادرزادی قلب
 - (۳) پس از وارد آمدن آسیب به دریچه‌های قلب، خطر آندوکاردیت در اثر عوامل زیر بیشتر می‌شود:
- حاملگی

▪ تزریق مواد آلوده به داخل جریان خون، مثلاً همراه با تزریق وریدی مواد مخدر

▪ سوء در مصرف الکل

▪ استفاده از داروهای سرکوب‌کننده ایمنی

▪ وجود دریچه مصنوعی در قلب

• پیشگیری

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

- (۱) پیش از انجام هر گونه اقدام پزشکی که امکان ورود باکتری‌ها به خون در طی آن وجود دارد به پزشک یا دندانپزشک اطلاع دهید و آنتی بیوتیک مناسب جهت پیشگیری از بروز آندوکاردیت دریافت کنید.
- (۲) این مسأله به خصوص باید قبل از کارهای دندانپزشکی، زایمان، و جراحی در دستگاه ادراری یا گوارش مدنظر قرار گیرد.
- (۳) هیچگاه الکل ننوشید.
- (۴) قبل از حامله شدن، با پزشک خود مشورت کنید.
- (۵) مواد مخدر تزریقی مصرف نکنید.

• عواقب مورد انتظار

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

• عوارض احتمالی

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

• درمان

• اصول کلی

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

(۲) هدف درمان، ریشه‌کنی میکروب‌ها با دارو، و فراهم آوردن مراقبت‌های حمایتی برای رفع علائم است.

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

(۴) جراحی برای تعویض دریچه عفونی شده در بعضی از بیماران

(۵) اگر دریچه قلبتان آسیب دیده است، قبل از هر اقدام پزشکی، مشکل خود را به پزشک یا دندانپزشک اطلاع دهید. در برخی از موقعیت‌ها، نیاز به استفاده از آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از آندوکاردیت وجود خواهد داشت.

(۶) پس از رهایی از آندوکاردیت، مرتب زیر نظر پزشک باشید تا از عود بیماری پیشگیری شود.

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

• داروها

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

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

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

(۲) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری‌های عادی خود را در صورتی که وضعیت جسمی‌تان اجازه دهد از سر بگیرید.

• رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

• درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

(۱) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم آندوکاردیت را دارید.

(۲) اگر یکی از موارد زیر به هنگام درمان یا پس از آن رخ دهد:

(۳) افزایش وزن بدن بدون اینکه رژیم غذایی تغییر کرده باشد.

(۴) وجود خون در ادرار

(۵) تنگی نفس یا درد قفسه سینه

(۶) ضعف یا فلج ناگهانی در عضلات صورت، تنه، یا اندام‌ها

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=238376>

 **vista.ir**
Online Classified Service

• آنژین پکتوریس چیست؟

آنژین، درد قفسه سینه است که در صورت نرسیدن خون کافی به قلب ایجاد می شود. این حالت آنژین پکتوریس نیز نامیده می شود. پکتوریس واژه ای لاتین به معنای سینه است. تخمین زده می شود که بیش از ۶ میلیون آمریکایی به آنژین پکتوریس مبتلا هستند. داشتن آگاهی از چگونگی تشخیص و پیشگیری از آنژین به معنای تفاوت میان مرگ و زندگی است. در این مقاله به بررسی علایم، علل، انتخاب های درمانی و چگونگی پیشگیری از پیشرفت بیماری های شدیدتر که آنژین از علایم آن است می پردازیم.

• آناتومی قلب

قلب مسئول پمپاژ کردن خون به تمام اعضای بدن است. این عضو یک عضله کاملاً تخصص یافته است که انتظار می رود یک عمر بی وقفه و بدون استراحت کار کند!



• در هر طرف قلب دو حفره وجود دارد: یک دهلیز و یک بطن

دریچه های مخصوصی که مسئول ممانعت از بازگشت خون به عقب هستند این حفره ها را از هم جدا می کنند. خون اکسیژن دار از ریه ها وارد دهلیز چپ می شود، سپس آن جا می ماند تا دریچه میترال باز و دهلیز منقبض شود. سپس خون به بطن چپ وارد و از آن جا توسط دریچه آئورت به بزرگ ترین رگ بدن یعنی آئورت فرستاده شده و به بقیه بدن پمپاژ می شود. هنگامی که خون به قلب باز می گردد، به دهلیز راست فرستاده می شود. سپس از راه دریچه سه لختی به بطن راست و بعد از آن از مسیر دریچه ریوی به ریه پمپاژ می شود.

در ریه، خون از اکسیژن انباشته می شود و به دهلیز چپ باز می گردد و دوباره این چرخه ادامه می یابد.

قلب برای انجام فعالیت به طور مداوم به اکسیژن و قند نیاز دارد. خون غنی از اکسیژن از طریق سرخرگ های کرونر به قلب می رسد. این سرخرگ ها از آئورت جدا می شوند.

• علایم آنژین پکتوریس

بیشتر بیماران در حین آنژین درد یا فشار شدیدی را احساس می کنند. این درد به بازوها، گردن، پشت و آرواره ها گسترش می یابد. برخی افراد از سوء هاضمه و تهوع نیز رنج می برند. آنژین ممکن است سبب احساس سنگینی یا سفتی بازوها، آرنج ها و مچ به خصوص در سمت چپ بدن شود.

احساس خستگی و کوتاه شدن نفس نیز می تواند از علایم آنژین باشد.

آنژین پکتوریس معمولاً زمانی رخ می دهد که فرد به مدت چند دقیقه فعالیت ورزشی شدیدی انجام داده باشد. این حالت پس از استراحت کردن یا مصرف دارو برطرف می شود. البته گاهی اوقات آنژین پکتوریس در حالت استراحت نیز رخ می دهد.

• علل بروز آنژین

آنژین علامت بیماری عروق کرونر است. بیماری عروق کرونر زمانی بروز می کند که رگ های خونی تامین کننده اکسیژن قلب مسدود شوند. چربی ها که پلاک نامیده می شوند می توانند سبب باریک شدن عروق خونی قلب شوند. این حالت آترواسکلروزیس یا تصلب شرایین نامیده می شود.

تصلب شرایین، جریان خون و اکسیژن رسیده به عضله قلب را کاهش می دهد که این حالت ایسکمی نامیده می شود. آنژین یکی از علایم ایسکمی است که هر چه زودتر تشخیص داده و درمان شود، شانس بهبودی بیمار بیشتر است.

آنژین به واسطه بیماری های دیگری که ممکن است بر مسیر جریان خون به قلب تاثیر گذارند نیز ایجاد می شود. دریچه های غیر طبیعی قلب،

ریتم غیر طبیعی قلب و کم خونی همگی می توانند به آنژین بینجامند.

• آنژین یا حمله قلبی؟

گاهی اوقات یک سرخرگ قلبی با پلاک یا لخته های خونی کاملاً مسدود می شود. وقتی این حالت رخ می دهد، جریان خون به آن قسمت از قلب قطع می شود. بدون وجود خون، سلول های عضله قلب دچار آسیب دائمی می شوند و این همان چیزی است که در طی حمله قلبی رخ می دهد.

علائم حمله قلبی مشابه علائم آنژین است اما با سه تفاوت:

- درد شدیدتر است.
 - درد معمولاً بیش از ۵ دقیقه به طول می انجامد.
 - درد با دارو و استراحت برطرف نمی شود.
- آنژین در صورت درمان نشدن به حمله قلبی منجر می شود.

• توضیح دیاگرام:

در اثر نرسیدن جریان خون و اکسیژن کافی، عضله قلب مواد شیمیایی تولید می کند که سبب بروز درد و دیگر علائم آنژین می شود. توقف فعالیت مسبب این حادثه و مصرف نیتروگلیسرین زیربانی تعادل جریان خون را بازمی گرداند. علائم معمولاً طرف ۵ تا ۱۰ دقیقه برطرف می شوند.

• تشخیص

برای تشخیص علت درد قفسه سینه، پزشک در ابتدا شرح حال بیمار را گرفته و آزمون فیزیکی انجام می دهد. آزمون های متعددی برای تشخیص وجود یا عدم وجود آنژین وجود دارد. یکی از این روش ها الکتروکاردیوگرام با EKG است که از آن برای ثبت ریتم قلب استفاده می شود. تست ورزش نیز ممکن است انجام شود. در این روش، از بیمار خواسته می شود که در حین گرفتن EKG روی یک تردمیل راه رود یا دوچرخه بزند. تغییرات الگوی EKG به پزشک کمک می کند تا بیماری عروق کرونر را در صورت وجود تشخیص دهد.

اکوکاردیوگرام آزمون دیگری است که ساختمان و عملکرد قلب را ارزیابی می کند. پزشک تصویر را بر روی یک پرده تجزیه و تحلیل می کند. اکوکاردیوگرام نیز معمولاً بدون درد است.

در صورت تشخیص وجود انسداد در عروق خونی قلب، پزشک ممکن است آنژیوگرافی را توصیه کند. در طی آنژیوگرافی، پزشک یک لوله نازک به نام کاتتر را به داخل سرخرگ ران یا بازو وارد می کند. کاتتر به سمت قلب هدایت و ماده حاجبی به سرخرگ کرونر تزریق می شود. تصاویر با استفاده از اشعه X گرفته می شود و سرخرگ های مسدود قلبی را نشان می دهد. انجام آنژیوگرافی به بی حس کننده موضعی نیاز دارد. این روش سرپایی است و بیمار پس از انجام تست می تواند محل را ترک کند.

• درمان آنژین پکتوریس

آنژین پکتوریس با داروهایی که بر ذخیره خونی عضله قلب یا نیاز قلب به اکسیژن یا بر هر دو تاثیر می گذارند درمان می شود. داروهایی که بر ذخیره خونی قلب تاثیر دارند گشادکننده های عروق کرونر هستند. این داروها عروق خونی را گشاد کرده و با این عمل فضای باز درون عروق بزرگ تر می شود. در نتیجه جریان خون بهبود می یابد و امکان رسیدن اکسیژن و مواد غذایی بیشتر به عضله قلب میسر می شود. داروها می توانند از درد مرتبط با آنژین پیشگیری کنند اما بیماری زمینه عروق خونی قلب را درمان نمی کنند. تغییر شیوه زندگی نیز می تواند از بدتر شدن بیماری عروق کرونر جلوگیری کند.

• داروها

در بیشتر موارد پیش از جراحی، داروها برای درمان آنژین صدری توصیه می شوند. رده های اصلی داروهایی که برای درمان آنژین به کار می روند عبارتند از:

• نیترات ها:

این داروها به اشکال مختلفی در دسترس هستند. قرص ها یا اسپری نیتروگلیسرین که در طی یک حمله یا زمانی که انتظار بروز حمله وجود دارد زیربانی قرار داده یا اسپری می شوند، پمادهای نیتروگلیسرین که از پوست جذب می شوند، دیسک های پوستی و قرص های طولانی اثر. سه مورد آخر بیشتر برای پیشگیری از حمله به کار می روند تا تخفیف علائم حمله. نیترات ها با کاهش نیاز عضله قلب به اکسیژن عمل می کنند.

برای درمان آنژین اغلب نیتروگلیسرین به کار می رود. این دارو بیشتر وریدها و کمی نیز عروق کرونر را گشاد می کند. با گشادکردن وریدها میزان خون بازگشتی به قلب و در نتیجه بار قلب کاهش می یابد. با گشاد شدن عروق کرونر ذخیره خونی قلب افزایش می یابد.

▪ داروهای مسدودکننده گیرنده بتا:

این عوامل با مسدودکردن اثر سیستم اعصاب سمپاتیک بر قلب عمل می کنند. به این ترتیب ضربان قلب را کند می کنند، فشارخون و در نتیجه نیاز عضله قلب به اکسیژن را کاهش می دهند. بررسی های جدید نشان داده اند که در صورت مصرف این داروها به فاصله کوتاهی پس از یک حمله قلبی و ادامه مصرف آن برای دو سال شانس مرگ یا حمله قلبی کاهش می یابد.

▪ مسدودکننده های کانال کلسیم:

این داروها به منظور درمان حمله ای به کار می روند که به نظر می رسد با اسپاسم عروق کرونر ایجاد شده باشد. این داروها در آنژین پایدار مرتبط با فعالیت نیز موثر هستند. عضلات برای منقبض شدن به مقادیر متفاوتی از کلسیم نیاز دارند. می توان با کاهش میزان کلسیمی که وارد سلول های عضلات در دیواره های عروق کرونر می شود از اسپاسم جلوگیری کرد. برخی داروهای مسدودکننده کانال کلسیم بار قلب را کاهش داده و برخی ضربان قلب را کاهش می دهند.

• تغییرات در شیوه زندگی

(الف) اجتناب از سیگارکشیدن

(ب) انجام فعالیت های ورزشی زیر نظر پزشک

(ج) مصرف یک رژیم غذایی متعادل و سالم، غنی از فیبر و با محتوای چربی پایین

(ح) کنترل سطح کلسترول خون

(خ) کنترل منظم فشارخون

(چ) کاهش وزن در صورت داشتن اضافه وزن

(ت) ورزش منظم

(ث) کنترل سطح قندخون

(ه) خواب شبانه کافی

(ی) کنترل استرس های روزمره

• اصول ABC

▪ رهیز از سیگارکشیدن

▪ انجام فعالیت های ورزشی

▪ تغذیه مناسب

منبع : محیا نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=345810>

 **vista.ir**
Online Classified Service

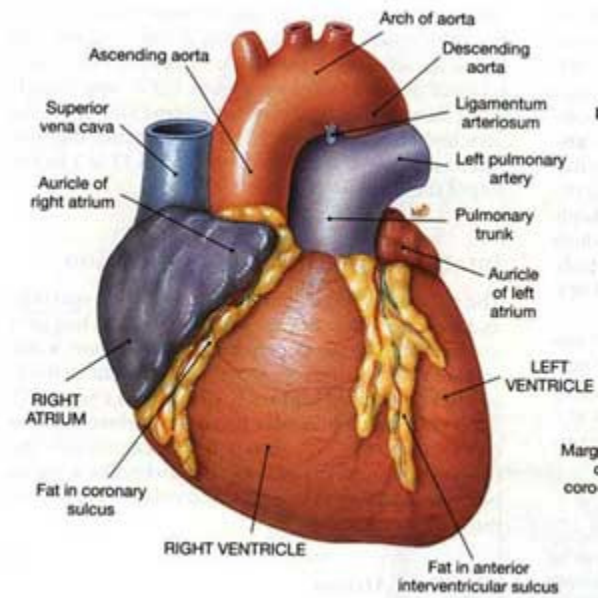
آنژین صدری

• شرح بیماری

آنرژین صدری عبارت است از درد قفسه سینه که از قلب برخاسته باشد. درد معمولاً زیر استخوان جناغ حس می‌شود و به علت نرسیدن اکسیژن به مقدار کافی به عضله قلب روی می‌دهد. عواملی چون ورزش، هیجانات عاطفی، یا غذاهای سنگین در فردی که از قبل مشکل قبلی داشته است می‌توانند باعث برانگیخته شدن این نوع درد شوند. در حالت عادی، وقتی نیاز قلب به اکسیژن زیاد می‌شود، رگ‌های خونساز قلب می‌توانند از پس برآوردن این نیاز برآیند. اما اگر رگ‌های قلبی بیمار باشند، یا فشارخون بالا باشد، خونرسانی به عضله قلب محدود می‌شود. این درد معمولاً در مردان بالای ۳۵ سال و خانم‌هایی که یائسگی را پشت سر گذاشته‌اند دیده می‌شود.

• علایم شایع

(۱) احساس سفتی، فشرده شدن، فشار، یا درد در قفسه صدری



(۲) بروز ناگهانی مشکل در تنفس (گاهی)

(۳) درد قفسه صدری مشابه سوءهاضمه

(۴) حالت خفگی در گردن

(۵) درد قفسه صدری که به آرواره، دندان‌ها، یا گوش تیر می‌کشد

(۶) سنگینی، کرختی، سوزن سوزن شدن یا درد در قفسه صدری، بازو، شانه، آرنج، یا دست، معمولاً در سمت چپ

(۷) درد در بین دو کتف

• علل

(۱) بیماری سرخرگ‌های قلبی، به عبارتی انسداد یا انقباض سرخرگ‌هایی که به قلب خونرسانی می‌کنند.

(۲) کم‌خونی

(۳) پرکاری تیروئید

(۴) تندشدن ضربان قلب

(۵) بیماری دریچه قلب

• عوارض افزایش‌دهنده خطر

(۱) سیگارکشیدن، چاقی، دیابت شیرین (مرض قند)

(۲) فشارخون بالا، کلسترول بالا

۳- خوردن زیاده از حد چربی یا نمک

(۴) عدم تحرک، خستگی، کار زیاد یا استرس

(۵) سابقه خانوادگی بیماری سرخرگ‌های قلبی

(۶) قرار گرفتن در معرض سرما یا باد

• پیشگیری

(۱) درمان علل یا عوامل خطر زمینه‌ساز

(۲) ترک سیگار

(۳) خوردن غذاهای کم چرب و کم نمک. کاهش وزن در صورت اضافه وزن

(۴) اجتناب از عوامل فیزیکی یا عاطفی استرس‌زا که باعث بروز حمله آنرژین صدری می‌شوند.

۵) پس از مشورت با پزشک، به طور منظم ورزش کنید.

• عواقب مورد انتظار

آنژین صدری خفیف با استراحت و استفاده از نیتروگلیسرین و سایر داروها برطرف می‌شود. برای برطرف کردن بیماری‌های زمینه‌ساز ممکن است درمان‌های دیگری ضروری باشند.

• عوارض احتمالی

۱) حمله قلبی

۲) نارسایی احتقانی قلب

۳) بی‌نظمی‌های ضربان قلب که بالقوه مرگبار هستند.

• درمان

• اصولی کلی

هدف درمان عبارت است از کاهش نیاز قلب به اکسیژن یا افزایش اکسیژن‌رسانی به قلب. این هدف معمولاً با دارو قابل دستیابی است.

اگر آنژین صدری با دارو کنترل نشد، درمان‌های دیگر عبارتند از:

۱) آنژیوپلاستی با بادکنک برای بازکردن سرخرگ‌های قلبی مسدودشده، یا جراحی بای‌پاس در حالتی که سرخرگ‌های قلبی شدیداً مسدود شده‌اند.

۲) توصیه‌هایی که در قسمت پیشگیری ذکر شد را رعایت نمایید.

۳) از موقعیت‌هایی که کار قلب را افزایش می‌دهند پرهیز کنید، مثلاً عصبانیت، هوای خیلی گرم یا سرد، ارتفاع بالا (البته به جز مسافرت با هواپیمای مسافربری)، یا فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری شدید بدنی به طور ناگهانی

• داروها

۱) نیتروگلیسرین آنژین صدری حاد را بهبود می‌بخشد، اما تأثیری بر علائم سایر بیماری‌ها ندارد. این می‌تواند در عرض چند ثانیه درد را برطرف کند. همیشه آن را برای استفاده فوری همراه داشته باشید.

۲) امکان دارد سایر داروها مورد استفاده برای بیماری سرخرگ‌های قلبی، مثل آسپیرین، بتا - بلوکرها، یا داروهای مسدودکننده کانال کلسیم، نیز تجویز شوند. در این صورت، رعایت دقیق دستور دارویی بسیار مهم است.

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری خود را طوری تنظیم کنید که درد بروز نکند.

البته این طور نباشد که آنژین صدری را بهانه کنید و اصلاً ورزش نکنید. باید توجه داشته باشید که انجام ورزش به صورت متعادل و منظم (با نظر پزشک) می‌تواند به کنترل علائم کمک کند.

• رژیم غذایی

۱) توصیه می‌شود غذاهای کم چرب و کم نمک استفاده نمایید.

۲) در صورت اضافه وزن، وزن خود را کم کنید.

• درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱) اگر علائم آنژین صدری را دارید.

۲) اگر یکی از موارد زیر پس از تشخیص رخ دهد:

• حمله درد قفسه صدری، علی‌رغم استراحت و درمان با نیتروگلیسرین، بیش از ۱۵-۱۰ دقیقه طول بکشد.

• با درد قفسه صدری از خواب بلند می‌شوید و درد با یک قرص نیتروگلیسرین برطرف نمی‌شود. اگر این حملات ادامه یافتند، حتماً مراجعه کنید، حتی اگر نیتروگلیسرین آنها را برطرف کند.

• حمله درد قفسه صدری متفاوت با گذشته یا شدیدتر از حد معمول است.

آنژیوگرافی کرونری

مستقیم ترین راه کشف این موضوع که چه اشکالی در شریانهای کرونری قلب وجود دارد، استفاده از آنژیوگرافی می باشد. در این آزمایش، یک ماده رنگی مستقیماً به شریانهای کرونری تزریق می گردد و سپس با استفاده از اشعه ایکس، از آن عکسبرداری می شود. برای انجام این آزمایش، یک لوله باریک به نام "کاتتر" معمولاً از طریق شریانی که در کشاله ران وجود دارد به سمت قلب فرستاده می شود. البته گاهی اوقات از شریانهای موجود در مچ دست یا آرنج نیز استفاده می شود. ابتدا مقداری ماده بی حس کننده به زیره پوست تزریق می شود. سپس کاتتر را وارد شریان (کشاله ران) می کنند و آن را به سمت قلب می فرستند. شما در هنگام انجام این آزمایش، چیزی احساس نخواهید کرد، گرچه وقتی که لوله کاتتر به قلب می رسد، ممکن است مقداری دچار طپش قلب شوید که این وضعیت کاملاً طبیعی می باشد.

به محض اینکه لوله کاتتر به شریان کرونری رسید، ماده رنگی به داخل آن تزریق می گردد و در همین حال از زوایای مختلف از قلب عکسبرداری می شود. در هنگام عکسبرداری شما باید به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه نفس خود را حبس نمایید و تکان نخورید. خود ماده رنگی ممکن است کمی باعث برافروختگی شما شود که سریعاً این مشکل از بین خواهد رفت.

آنژیوگرافی کرونری یک آزمایش بی خطر و معمولی می باشد. مشکلات جدی و وخیم که در این آزمایش ایجاد می شوند بسیار نادر می باشند و تقریباً از هر ۱۰۰۰ نفری که آنژیوگرافی می کنند، یک نفر به عوارض جدی آن دچار می شود. مهم ترین خطری که ممکن است ایجاد شود و خوشبختانه بسیار هم نادر می باشد، این است که این آزمایش ممکن است قلب را تحریک نموده و ایجاد سکت قلبی نماید. اگر چنین وضعیتی رخ داد، ممکن است نیاز به عمل جراحی اورژانس پیدا شود. عوارض جانبی دیگری که شیوع کمتری دارند عبارتند از: ایجاد آلرژی یا حساسیت نسبت به ماده رنگی که به شریان کرونری تزریق می شود و صدمه به شریان کشاله ران.

گرچه آنژیوگرافی کرونری بهترین راه بررسی شریانهای کرونری قلب می باشد، اما انجام این کار برای هرکسی که دچار آنژین قلبی یا بیماری کرونری قلب می باشد، لازم نیست. اکثر پزشکان فقط وقتی از این آزمایش استفاده می کنند که این احتمال را بدهند که شما ممکن است از انجام عمل جراحی قلب یا "آنژیوپلاستی" سود ببرند. آنژیوگرافی کرونری حدود ۴۰ دقیقه زمان لازم دارد. سپس شما باید به مدت ۳ یا ۴ ساعت دراز بکشید تا از خطر بروز خونریزی جلوگیری نمایید. به مدت چند روزن ناحیه ای از کشاله ران که در این آزمایش استفاده شده است ممکن است دچار درد خفیفی بشود.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205426>

• شرح بیماری

آنوریسم عبارت است از بزرگ شدن یا بیرون زدگی دیواره یک سرخرگ در اثر ضعف دیواره سرخرگ. آنوریسم اغلب پس از حمله قلبی رخ می‌دهد و معمولاً در آئورت (سرخرگ بزرگی که از قلب منشأ گرفته و در سینه و شکم به سمت پایین حرکت می‌کند) یا سرخرگ‌هایی که مغز، پاها، یا دیواره قلب را تغذیه می‌کنند، ایجاد می‌شود.

• علائم شایع

۱- آنوریسم در قفسه صدری باعث درد قفسه صدری، گردن، کمر، و شکم می‌شود. درد ممکن است ناگهانی و تیز باشد.
 ۲- آنوریسم در شکم باعث درد در کمر (گاهی شدید)، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، و وجود یک توده ضربان‌دار در شکم می‌شود.
 ۳- آنوریسم در یک سرخرگ در پا باعث نرسیدن خون به قدر کافی به نقاط مختلف پا می‌شود. در نتیجه پا دچار ضعف و رنگ‌پریدگی می‌شود، یا اینکه متورم شده، رنگ آن به آبی تغییر می‌کند. امکان دارد یک توده ضربان‌دار در ناحیه کشاله ران یا پشت زانو وجود داشته باشد.

۴- وجود آنوریسم در یک سرخرگ مغزی باعث سردرد (اغلب ضربان‌دار)، ضعف، فلج یا کرختی، درد پشت چشم، تغییر بینایی یا نابینایی نسبی، و مساوی نبودن اندازه مردمک‌ها می‌شود.

۵- وجود آنوریسم در عضله قلب باعث نامنظم شدن ضربان قلب و علائم نارسایی احتقانی قلب می‌شود.

• علل

۱- شایع‌ترین علت، افزایش فشارخون است که سرخرگ را ضعیف می‌کند.

۲- آترواسکلروز (تصلب شرایین)

۳- ضعف مادرزادی سرخرگ (به خصوص در مورد آنوریسم‌های سرخرگ‌هایی که به مغز می‌روند).

۴- عفونت آئورت در اثر بیماری سیفلیس (نادر است).

۵- صدمه فیزیکی

• عوامل تشدید کننده بیماری

۱- سن بیشتر از ۶۰ سال

۲- سابقه حمله قلبی

۳- فشارخون بالا

۴- سیگار کشیدن

۵- چاقی

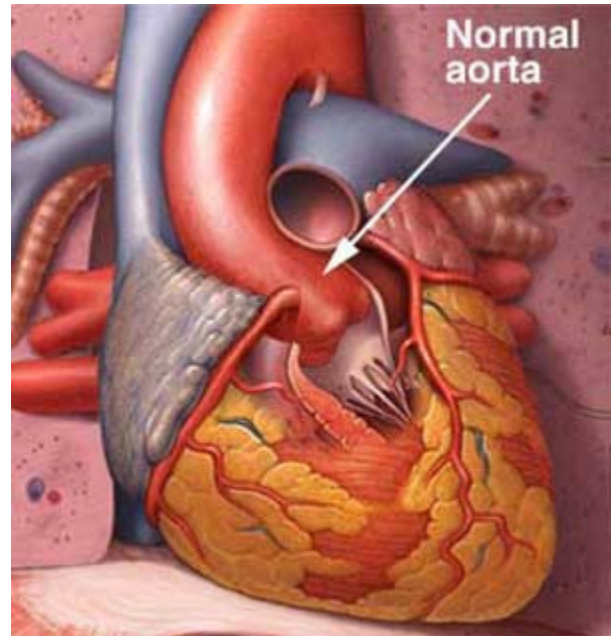
۶- سابقه خانوادگی تصلب شرایین

۷- پلی آرتريت گرهی (یک نوع بیماری که طی آن التهاب سرخرگ‌های کوچک و متوسط رخ می‌دهد)

۸- آندوکاردیت باکتریال (عفونت سطح داخلی قلب)

• پیشگیری

۱- ترک سیگار



۲- ورزش منظم

۳- تغذیه کافی و رژیم کم‌چربی

۴- در صورت وجود سیفلیس، درمان زودهنگام

۵- رعایت برنامه درمانی کنترل فشارخون

۶- کاهش استرس

• عواقب مورد انتظار

اغلب به کمک جراحی درمان‌پذیر است. در جراحی، رگ مصنوعی به جای آن قسمت از رگ که آنوریسم دارد گذاشته می‌شود. جراحی در مورد آنوریسم قلبی می‌تواند باعث برطرف شدن نامنظمی‌های ضربانی شود و عمر را طولانی‌تر کند. گاهی آنوریسم عود می‌کند.

• عوارض احتمالی

۱- سکنه مغزی

۲- پاره‌شدن آنوریسم. علائم بسته به مکان آنوریسم عبارتند از: سردرد شدید، درد شدید و تند و تیز در قفسه صدری، شکم یا پا، از دست دادن هوشیاری. اگر پارگی درمان نشود می‌تواند به مرگ بیانجامد.

• درمان

• اصول کلی

۱- تشخیص زودهنگام و درمان قبل از اینکه آنوریسم پاره شود ضروری است.

۲- بررسی‌ها عبارتند از: آزمایش خون از لحاظ انعقادی، نوار قلب، آنژیوگرافی، سایر عکس‌برداری‌ها، سی تی اسکن، یا سونوگرافی

۳- جراحی برای جایگزین کردن رگ دچار آنوریسم یا بستن آنوریسم

۴- آنوریسم مغزی نیاز به جراحی اورژانس دارد. جراحی برای سایر انواع آنوریسم را می‌توان در میزان مناسب انجام داد.

۵- پس از جراحی، اندازه‌گیری فشارخون و کنترل فشارخون را جدی گرفته و یاد بگیرید.

• داروها

۱- داروهای ضدانعقادی برای جلوگیری از تشکیل لخته و داروهای ضددرد، پس از جراحی تجویز می‌شوند.

۲- امکان دارد برای جلوگیری از عفونت آنتی بیوتیک تجویز شود.

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

قبل از جراحی از فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری سنگین یا فشارآوردن به خود اجتناب کنید. بعد از جراحی، به تدریج فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری‌های عادی خود را از سر بگیرید.

• رژیم غذایی

قبل از جراحی، غذای پر فیبر مصرف نمایید تا از زور زدن به هنگام اجابت مزاج اجتناب کنید. بعد از جراحی، رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.

• درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

۱- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم آنوریسم را دارید، به خصوص وجود یک توده ضربان‌دار در شکم یا پا، یا درد قفسه صدری یا شکمی این یک اورژانس است! کمک بخواهید و تا زمان رسیدن آمبولانس در تخت استراحت کنید.

۲- اگر حمله قبلی داشته‌اید و بعد از آن دچار نامنظمی ضربان قلب یا علائم نارسایی احتقانی قلب شده‌اید.

۳- اگر پس از جراحی، هر کدام از علائم دوباره رخ دهد.

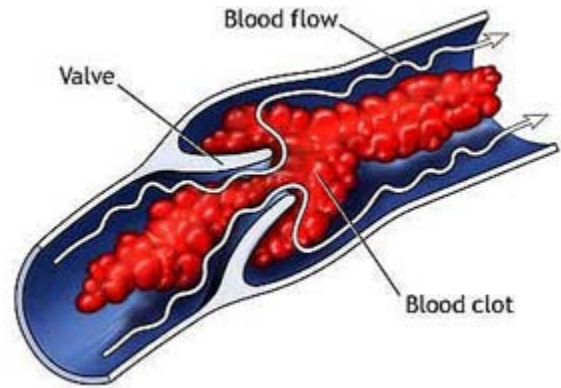
منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=238409>

آیا شما در معرض خطر ترومبوز وریدی عمیق هستید؟

ترومبوز وریدی عمیق (که DVT یا لخته های خونی نیز نامیده می شود) هنگامی رخ می دهد که لخته های خونی در ورید بزرگی تشکیل می شوند. بخشی از یک لخته ممکن است جدا شده و از طریق گردش خون به ریه ها منتقل شود و منجر به آمبولی ریوی (PE) و احتمالاً مرگ شود. برای نجات خودتان می توانید گام های ساده زیر را در پیش بگیرید.

در ایالات متحده ترومبوز وریدی عمیق (DVT) و آمبولی ریوی (PE) مشکلات عمده ای در حوزه سلامت هستند. آمارها نشان می دهد که ۳۵۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰۰ آمریکایی هر سال به DVT یا PE مبتلا می شوند و حداقل ۱۰۰۰۰۰ نفر در نتیجه این بیماری جان خود را از دست می دهند. بسیاری از افراد مبتلا به DVT یا PE مشکلاتی دارند که به میزان زیادی بر کیفیت



زندگی آن ها تاثیر می گذارد. محققان و پزشکان باید تلاش کنند تا روش های بهتری برای پیشگیری از این بیماری تهدیدکننده حیات بیابند.

هر فردی باید عوامل خطر ساز، علائم و گام هایی که می توان برای محافظت از خود به کار بست را بداند.

عواملی که خطر بروز DVT را افزایش می دهند عبارتند از:

- جراحی بزرگ
- عدم تحرک مانند شرایط بستری شدن در بیمارستان و مسافرت های طولانی
- جراحی تازه
- افزایش سطوح استروژن در اثر مصرف قرص های ضد بارداری، بارداری و داروهای خاص
- بیماری های مزمن خاص مانند بیماری قلبی و سرطان
- سابقه DVT در گذشته
- سن (به موازات افزایش سن، خطر افزایش می یابد)
- چاقی
- سیگار کشیدن
- علائم DVT و PE را بدانیم:

ترومبوز وریدی عمیق

حدود نیمی از مبتلایان به DVT اصلاً علائمی ندارند. در آن دسته از افرادی که علائم این بیماری را دارند موارد زیر شایع هستند و در بخش های درگیر شده بدن رخ می دهند (معمولاً در پاها).

- تورم
- درد
- حساسیت
- قرمزی پوست
- آمبولی ریوی (PE)

• اگر به PE مبتلا هستید ممکن است:

- نفس کشیدن برای شما مشکل باشد
- ضربان قلب شما تندتر از حالت طبیعی باشد
- درد یا ناراحتی قفسه سینه داشته باشید که معمولاً با تنفس عمیق یا سرفه بدتر می شود
- هنگام سرفه خون بالا بیاورید
- فشارخون شما بسیار پایین باشد، احساس سبکی سر داشته باشید یا غش کنید
- اگر هر یک از علائم بالا را دارید، باید فوراً به پزشک مراجعه کنید.
- پنج گام برای محافظت از خود:

- (۱) هنگامی که برای مدت زمان طولانی در حالت نشسته هستید مانند مسافرت های بیش از چهار ساعت:
 - بلند شوید و هر ۲ تا ۳ ساعت قدم بزنید.
 - در حالت نشسته پاهای خود را ورزش دهید:
 - در حالی که انگشتان خود را روی زمین گذاشته اید پاشنه پای خود را بالا و پایین ببرید.
 - در حالی که پاشنه پایتان روی زمین است انگشتان خود را به بالا و پایین حرکت دهید.
 - ماهیچه های پایتان را سفت و آزاد کنید.
 - آب زیاد بنوشید و از نوشیدن نوشیدنی های حاوی الکل یا کافئین اجتناب کنید.
- (۲) پس از صرف مدت زمان طولانی در رختخواب مثلاً در شرایط پس از جراحی، بیماری یا جراحت قدم بزنید.
- (۳) اگر بیش از سایرین در معرض خطر قرار دارید، با پزشک خود در مورد پوشیدن جوراب های فشاری مدرج صحبت کنید (گاهی اوقات «جوراب محافظ» یا «جوراب فشاری پزشکی» نامیده می شود).
- (۴) اگر بیش از سایرین در معرض خطر قرار دارید، با پزشک خود در مورد دارودرمانی به منظور پیشگیری یا درمان DVT مشورت کنید (داروی ضد لخته).
- (۵) به طور منظم ورزش کنید، وزنتان را متعادل نگه دارید و سیگار نکشید.

منبع : محیا نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=345749>

 **vista.ir**
Online Classified Service

انوزینوفیلی

انوزینوفیل یکی از انواع گویچه های سفید خون است که به تعداد محدودی در خون یافت می شود. تعداد این سلولها در شرایط بیماریهای انگلی و آلرژی افزایش می یابد که به این حالت انوزینوفیلی گویند. بعضی از تغییرات فیزیولوژیک و نیز پاتولوژیک وجود دارند که عامل ایجاد کننده آن یا نامشخص و یا اینکه بسیار متعددند از آن جمله افزایش گلبولهای سفید





گرانول‌دار اتوزنوفیل هستند. اتوزنوفیلی می‌تواند به زمانی اطلاق شود که تعداد اتوزنوفیلها بیش از ۴۰۰ عدد در میلی‌متر مکعب خون باشد مکانیسم این افزایش مشخص نیست. زیادی اتوزنوفیلها ممکن است در طی یک آزمایش خون بطور اتفاقی معلوم شود و پزشک بعد از آن تصمیم می‌گیرد که چه عمل درمانی را بستگی به علت بیماری در پیش بگیرد.

- سلول اتوزنوفیل

اتوزنوفیلها بطور طبیعی ۲ درصد لکوسیتها را تشکیل می‌دهند. این سلولها اهمیت قابل ملاحظه‌ای در حفاظت بدن در برابر عفونتها دارند. این سلولها دارای گرانولهای فراوان هستند و این گرانولها بوسیله اتوزین یا فلوکسین Floxine رنگ می‌گیرند و بزرگتر از گرانولهای نوتروفیلی هستند. این سلولها ، سلولهای فاگوسیتی هستند اما این خاصیتشان کمتر از نوتروفیلهاست اتوزنوفیلها کمپلکس آنتی ژن و آنتی بادی را منهدم می‌کنند و بر علیه انگلها مبارزه می‌کنند یکی از عفونتهای انگلی ، شیستوزومیاز نام دارد که اتوزنوفیلها به اشکال جوان انگل چسبیده و بسیاری از آنها را می‌کشند. تعداد اتوزنوفیلها در خون در ساعات مختلف روز متفاوت است. در افراد سالم بیشترین مقدار معمولاً در ساعت ۳ صبح می‌باشد اما بهرحال کمتر از ۴۰۰ در میلی‌متر مکعب خون است.

- شمارش اتوزنوفیل

بعد از تهیه گسترش خونی بر روی لام و رنگ آمیزی آن با رنگهای اتوزین یا فلوکسین و شستشو و خشک کردن لام ، تعداد اتوزنوفیلها در زیر میکروسکوپ قابل شمارش می‌باشد.

- اتوزینونی

تعداد اتوزنوفیلهای موجود در گردش خون به واسطه درمان با کورتیکواستروئیدها یا در بیماری‌هایی که در آنها میزان تولید این هورمون بالاست کاهش می‌یابد.

- مکانیسم عمل اتوزنوفیلها

اتوزنوفیلها غالباً به تعداد زیاد در افراد مبتلا به عفونتهای انگلی تولید می‌شوند و به داخل بافتهای مبتلا به انگل مهاجرت می‌کنند. اگر چه قسمت اعظم انگلها بزرگتر از اتوزنوفیلها هستند با این وجود اتوزنوفیلها از راه مولکولهای سطحی ویژه به انگلها می‌چسبند و موادی آزاد می‌کنند که بسیاری از آنها را می‌کشند. اتوزنوفیلها این کار را به چندین روش انجام می‌دهند. با آزاد کردن آنزیمهای هیدرولیتیک از گرانولهای خود که لیروزومهای تغییر یافته هستند. با آزاد کردن انواع فوق‌العاده فعال اکسیژن که کشنده هستند.

با آزاد کردن یک پلی‌پپتید با خاصیت شدید لارو کش از گرانولها موسوم به پروتئین بازی اصلی major basic protein.

- اتوزینوفیلی به واسطه آلودگیهای انگلی

تک یاخته‌ایها کمتر موجب اتوزینوفیلی می‌شوند و قارچها معمولاً بطور مستقیم موجب اتوزینوفیلی می‌شوند. آلودگیهای کوکسیدی اغلب تولید اتوزینوفیلی می‌کند ولی تنها در آمریکا وجود دارد. قارچ اسپریتیلوس فومیگاتوس ممکن است موجب اتوزینوفیلی در برنشها شود و اتوزینوفیلها همراه با سرفه به بیرون از برنشها رانده شوند.

اغلب کرما می‌توانند تولید اتوزینوفیلی کنند و تصور می‌شود که آنتریبیوس و تیری شوریس تیری شورا ، مواردی هستند که این عمل را انجام می‌دهند. کرماهای انگل موجود در بافتها ایجاد یک اتوزینوفیلی مشخص را می‌کنند، خصوصاً کرماهایی که در روده زندگی می‌کنند مثل آسکاریس.

کرماهای روده هنگامی که در روده هستند حساسیت کمتری را بر می‌انگیزند و تا زمانی که به بافتها نروند باعث ایجاد اتوزینوفیلی نمی‌شوند. شیستوزوما موجب اتوزینوفیلی بالا در هنگام نهفته بودن می‌کند، اما در هنگام بلوغ که در جایگاه خود مستقر می‌شوند این اثر را کمتر دارند. زمانی که یک بیمار مبتلا به بیماری انگلی خونی فوق‌العاده سنگینی باشد ممکن است تعداد اتوزینوفیلها به همان اندازه پایین بیاید که در آلودگیهای منجر به چرکی شدن خون ، و این امر سبب پیش آگهی بعدی در بیمار است (بدین معنی که بدن در مقابل این آلودگی انگلی از نظر سلولی دفاع اختصاصی خود را از دست داده است).

- اتوزینوفیلی به واسطه آلودگیهای باکتریایی

عفونتهای باکتریایی کمتر باعث اتوزینوفیلی می‌شوند. ولی پس از وقوع بیماری که درمان انجام شده است، ممکن است اتوزینوفیلی مشاهده شود.

- **لوسمی اتوزینوفیلی**

در بیماری کروموزوم غیر طبیعی (فیلاڈلفیا) حالتی مشابه اتوزینوفیلی ممکن است بوجود بیاید. از لحاظ بالینی دوره آن مانند لوسمی میلوئیدی مزمن CML است و اغلب دارای تابلوی قلبی و عصبی است از موارد اتفاقی که اتوزینوفیلی دیده می‌شود زمانی است که متاستاز وسیع وجود داشته و بعضی مواقع در بیماری هوچکین نیز اتوزینوفیلی رخ می‌دهد.

- **اتوزینوفیلی فامیلی**

اتوزینوفیلی در آفریقائیان نسبت به اروپائیان بیشتر است. بخصوص در مناطقی که عاری از بیماریهای انگلی باشند و گمان می‌رود عامل نژادی دخالت داشته باشد. سندرم افزایش اتوزینوفیلی در زمانی گفته می‌شود که تعداد اتوزینوفیلها از ۱۵۰۰ عدد در میلیتر مکعب بیشتر و برای مدت ۶ ماه یا بیشتر مداومت داشته باشد. در صورتی که علت آن ناشناخته باشد وجود انگل یا بیماریهای آلرژی می‌تواند عامل این اتوزینوفیلی باشد. تمام انواع فیلاریا می‌تواند اتوزینوفیلی ایجاد کند.

- **اتوزینوفیلی ریوی طولانی مدت**

یک بیماری بسیار مقاوم که بیش از یک ماه طول می‌کشد همراه با تب و کاهش وزن است و ممکن است موجب مرگ شود علت بیماری ناشناخته می‌باشد، اما به خاطر پاسخ بیماران به پرونیازولون گمان می‌رود نوعی آلرژی است. تأیید گردیده است که ناهنجاریهای بافتی و تجمع اتوزینوفیلها در بافت بینابینی در داخل آلوئولها از علل این بیماری است.

- **اتوزینوفیلی به واسطه شرایط آلرژیک**

بیماران آسماتیک (مبتلا به آسم) مرتباً اتوزینوفیلی را نشان می‌دهند و این مسئله در بیماران جوان مبتلا به آلرژی علت عمده اتوزینوفیلی می‌باشد. در یک شکل آن اتوزینوفیلی برنشیا یک واکنش مقاوم آلرژیک است که موجب ضخیم شدن مخاط می‌شود.

این آلرژی ممکن است به علت آلودگی قارچی فومیگاتوس باشد. رینیت فصلی یا تب یونجه یک نوع آلرژی می‌باشد که ممکن است نه تنها با فیلتراسیون ناحیه ای اتوزینوفیل همراه باشد بلکه حضور اتوزینوفیلها در خون را به همراه داشته باشد بطور طبیعی ریه به نسبت کمی به اتوزینوفیلها مبتلا می‌شوند. تغییرات بیوشیمیایی دیگری در اتوزینوفیلها اتفاق می‌افتد که موجب بوجود آمدن جرمهای ریزی می‌شود و به نظر می‌رسد حذف سلولهای پیر از خون به تاخیر می‌افتد.

- **اتوزینوفیلی به واسطه تابش اشعه**

۴۰ درصد از بیمارانی که برای معالجه نئوپلاستهای داخل شکمی تحت اشعه قرار گرفته‌اند اتوزینوفیلی را نشان داده‌اند. بیماریهای تورم روده‌ای مانند کولیت اولسراتیو و بیماری مزمن روده‌ای نیز می‌توانند آن را ایجاد کنند.

- **برداشتن طحال**

این عمل نیز موجب اتوزینوفیلی می‌شود احتمالاً به علت خروج آهسته اتوزینوفیلها از گردش خون می‌باشد. هپاتیت مزمن فعال و تورم پانکراس همورازیک حاد می‌تواند میزان اتوزینوفیلها را بالا ببرد.

<http://vista.ir/?view=article&id=296667>



ابزاری برای باز کردن بن بست رگ ها

• داروهای موثر بر عروق کرونر قلب

طی ۱۵ سال گذشته درک مفاهیم کلی از نحوه تشکیل پلاک تصلب شریانی آترواسکلروز افزایش یافته است. لذا خوشبختانه از سال ۱۹۹۱ تاکنون رشد مرگ و میر ناشی از بیماری های مربوط به گردش خون به این علت و به دلیل استفاده از مواد غذایی موثر و سالم داروهای کاهش دهنده کلسترول یک سوم کاهش یافته است. اما هنوز مرگ ناشی از گرفتاری های عروق کرونر که به نحوی در میان سایر عوارض ناشی از گردش خود شاخص تر است رویه افزایش است. افزایش LDL و یا کلسترول بالا از مهمترین عوامل خطر ساز «بیماری های عروق کرونر» CAD قلب است و داروهای جدید با هدف کاهش دادن LDL به بازار عرضه می شوند.

در این میان استاتین ها با خواص کاهش دهنده LDL و سمیت کم جایگاه ویژه ای دارند. به طور کلی استاتین ها سبب مهار آنزیم احیا کننده HMG-CoA می شوند. این آنزیم نقش مرکزی در سنتز کلسترول دارد.

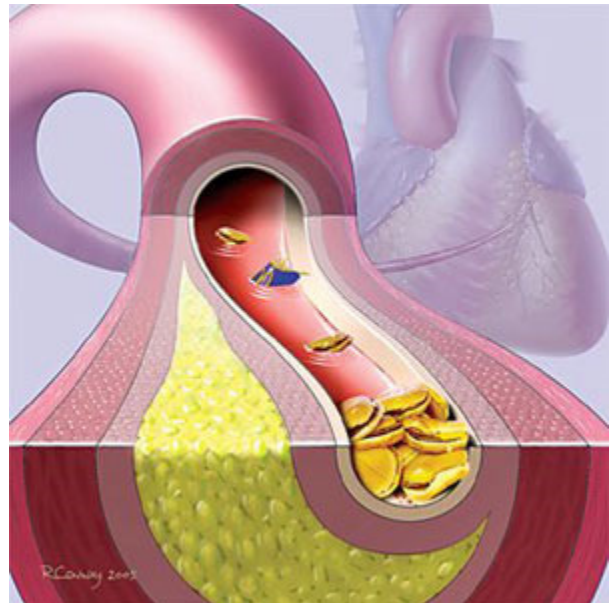
کاهش کلسترول بین سلولی سبب افزایش گیرنده های سطح سلول برای LDL و سبب خارج شدن LDL از مسیر گردش خون می شود. سایر دستجات دارویی به رغم موثر بودن ولی به اندازه استاتین ها تاثیر کاهش دهنده روی LDL ندارند ولی معذالك جهت کنترل خطر بیماری های عروق کرونر مفید هستند. به طور مثال کلاستیرامین و کلاستیپول از رزین های موثری هستند که به اسیدهای صفاوی متصل شده و سبب مهار بازجذب کلسترول در روده می شود.

این داروها سبب مهار بازگشت LDL به کبد و نهایتا افزایش گیرنده های سطح سلولی LDL می شوند. این رزین ها به اندازه استاتین ها در کاهش LDL موثر نیستند و در ضمن طعم زیاد جالبی نیز ندارند. مهارکننده جذب کلسترول دیگری به نام ازتیمیب ezetimibe وجود دارد که تقریباً با همین مکانیسم سبب عدم جذب چربی از صفرا و مواد غذایی می شود. با وجودی که ازتیمیب به اندازه استاتین ها در کاهش LDL موثر نیست اما معذالك سبب تقلیل سطح پلاسمایی LDL و تری گلیسیریدها می شود. تری گلیسیریدها نیز مانند LDL از عوامل خطر ساز برای بیماری های عروق کرونر هستند و سطح پلاسمایی آنها با LDL در ارتباط است. نیاسین که یک ویتامین محلول در آب است نیکوتینیک اسید یا ویتامین B۳ نیز نامیده می شود و در کاهش سطح پلاسمایی کلسترول موثر است. به رغم آنکه مکانیسم تاثیر نیکوتینیک اسید به طور کامل شناخته نشده است اما به نظر می رسد که این ویتامین در ترشح VLDL (LDL خیلی سبک) که پیش ساز LDL است موثر باشد. به نظر می رسد که نیاسین در کم کردن تری گلیسیرید و لیپو پروتئین a که نوعی لیپوپروتئین موثر در تشکیل لخته است نقش دارد. البته برای بروز اثر نیاسین نیاز به مصرف دوزهای بالای این ویتامین است که خود با عوارض جانبی همراه است.

تاثیر مستقیم

به رغم عملکرد غیرمستقیم استاتین ها، سعی شده است که داروهای جدید را بر مبنای تاثیر مستقیم آنها روی پلاک طراحی و ارائه نمایند. این نوع نگرش بر مبنای این نظریه است که شاید تشکیل پلاک همواره در اثر کلسترول بالا نباشد شاید علل دیگری نیز در کار باشد. در حقیقت آترواسکلروز از مسیر اکسیداسیون LDL در پوشش درونی عروق شروع می شود و سبب مهاجرت مونوسیت ها به سمت تشکیل پلاک ختم می شود. در محل تاثیر، مونوسیت ها به ماکروفاژها تبدیل شده و سبب اکسیداسیون LDL و تجمع آنها می شود. اگر میزان LDL بالاتر از حد باشد، ماکروفاژها حالت سلول های کف مانند را به خود می گیرند. این امر سبب مهاجرت بیشتر مونوسیت ها، سلول های T شکل به محل و سبب تولید پلاک نرم می شوند. این تغییرات سبب تغییر شکل دیواره عروق و ضخیم شدن عضلات جدار عروق و حضور کلاژن در محل التهاب می شود. این امر سبب کاهش انعطاف پذیری و نهایتاً سخت تر شدن جدار عروق می شود.

با تشکیل پلاک نوعی تنگ تر شدن مجاری و باریک تر شدن جدار عروق شریانی و کاهش انتقال حجم از خون به بافت صورت می گیرد. ممکن است بیش از ۷۰ درصد عروق قبل از بروز عوارض نزد بیماران درگیر شوند. اگر پلاک ترکیده شود نهایتاً سبب لخته و ضایعات بعدی می شود. داروهای جدید دقیقاً پلاک را هدف قرار می دهند و مانع از تشکیل پیش رونده پلاک می شوند. داروهایی که سبب تخفیف سرعت رشد پلاک می



شوند به سه دسته تقسیم می شوند مهارکننده هایی که مانع از عملکرد ماکروفاژها شده و دسته دیگر آنها هستند که سبب افزایش HDL شده و سبب از مسیر خارج شدن LDL می شوند و نهایتاً آنهایی که LDL اکسیده شده را با آنتی بادی مورد هدف قرار داده و سبب خارج کردن آن از محل ضایعه می شود. دسته اول شامل مهارکننده های VCAM-1 هستند، ترکیبات خاصی مانند P-selectin، E-selectin و ICAM-1 از این نوع هستند و مانع پیشرفت مونوسیت به حالت ماکروفاژ می شود. غالباً این فرآیند تحت تاثیر اکسیدنیتریک قرار دارد. پروبوکل Proboccol یکی از داروها از دسته VCAM-1 است و مانع از پیشرفت ضایعه می شود. مهارکننده های دسته دوم این نوع داروها که سبب افزایش HDL می شوند سبب ارتقای سطح HDL و کاهش سطح پلاسمایی LDL می شود. برخی از داروهای مهارکننده پروتئین های کلستریل ترانسفرآز CETP سبب افزایش HDL می شود. از نظر ژنتیکی، کاهش میزان CETP یکی از اهداف شرکت های دارویی برای عرضه داروهای موثرتر است. داروهای با مولکول کوچک مانند Torcetrapib ساخت شرکت فایزر که همزمان با نوعی استاتین به کار برده خواهد شد، در حال حاضر در فاز III تحقیقات بالینی قرار دارد. GTT-105 تولید شرکت Tobacco-Roche ژاپن نوع دیگری از این دسته است. شرکت Avant راه دیگری را برای کاهش دادن سطح CETP در نظر گرفته است. آنها نوعی واکسن برای CETP به نام CETi-1 ساخته اند که سبب اتصال به CETP می شود. راه دیگری که سبب افزایش سطح HDL می شود عبارت از افزایش میزان Apo-AI قابل دسترس است. Apo-AI نوعی آپولیپو پروتئین همراه HDL است. مشتقات فیبریک اسید مانند جمفیروزیل و فنوفیبرات سبب افزایش فعالیت لیپوپروتئین لیپاز شده که آن هم سبب افت سطح VLDL و کاهش سطح LDL می شود.

عوارض جانبی مانند بثورات جلدی، اختلال ریتم قلب و سنگ های صفاوی در مورد این نوع داروها به چشم خورده است. فنوباریتال و پردنیزون نیز سطح HDL را افزایش می دهند ولی غالباً با عوارض مختلفی همراه هستند. نوع دیگری از درمان عبارت از افزایش سطح Apo-AI از طریق تزریق داخل وریدی نوعی پروتئین نوترکیب حاوی Apo-AI است. یافته های بالینی نشان می دهد که این ترکیب نه تنها سبب افزایش HDL می شود بلکه سبب کاهش پلاک آترواسکلروز نیز می شود. معذالک هنوز نگرانی هایی مربوط به این نوع پروتئین نوترکیب وجود دارد. کاربرد تقلیدکننده های Apo-AI در مدل های حیوانی تأثیرات مثبتی را نشان داده است. به طوری که برخی پپتیدهای طراحی شده شبیه Apo-AI سبب اعمال رفتار مشابه این پروتئین شده است. با ورود این نوع پپتیدهای طراحی شده بالطبع مزایایی نیز از حیث سادگی مولکول و ارزان بودن آن و کم بودن عوارض جانبی نسبت به تزریق پروتئین نوترکیب وجود دارد. PPAR در متابولیسم لیپیدها نقش موثری دارد.

به نظر می رسد که آگونیسست های PPARS مانند گلپیتازون ها و فیبرات ها در ارتقای سطح پلاسمای HDL نقش دارند. این داروها در درمان دیابت نیز موثر هستند. نوع درمان دیگری که وجود دارد عبارت از کاربرد آنتی بادی های علیه LDL اکسید شده OXLDL است. به نظر می رسد که اکسیداسیون LDL يك فرآیند کلیدی در پاسخ های التهابی باشد و سبب بروز عوامل التهابی و تحریک سیستم ایمنی و ایجاد رادیکال های آزاد و نهایتاً سبب اکسیداسیون های متوالی می شود. سال ها است که محققین نقش ماکروفاژها و سلول های T شکل را در تشکیل پلاک دریافته اند. اغلب مردم به طور خود به خودی دارای آنتی بادی های علیه حالت اکسید شده LDL هستند و این سبب جلوگیری از آترواسکلروز می شود. به نظر می رسد که نقش این آنتی بادی ها در پاک سازی LDL اکسید شده از دیوار شریان ها جنبه مثبتی باشد. طراحی انواعی از این آنتی بادی ها موضوعی برای ارائه داروهای جدید است. کاربرد برخی از این آنتی بادی ها در مطالعات حیوانی بسیار دلگرم کننده بوده است لذا کاربرد این نوع آنتی بادی ها در تشکیل و پاکسازی پلاک در دست تحقیق است.

منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=231954>

 **vista.ir**
Online Classified Service

گرچه اثرات دراز مدت خطرناکی در بالابودن فشارخون وجود دارد، اما باید تاکید نمود که تمام این عوارض را می‌توان با درمان فشارخون پیشگیری نمود.

- قلب، عضله‌ای است که خودش هم به خون نیاز دارد. خونرسانی به خود عضله قلب توسط شریان‌هایی به نام شریان‌های کرونری انجام میشود. اگر این شریان‌های کرونری باریک شوند، خون نمی‌تواند به اندازه کافی به عضله قلب برسد. بنابراین وقتی قلب نیاز دارد که کار بیشتری انجام دهد مثلاً وقتی شما از پله‌های يك ساختمان بالا می‌روید، عضله قلب نمی‌تواند برحسب نیازش مقدار بیشتری خون و اکسیژن دریافت نماید. در این حالت در قفسه سینه احساس درد ایجاد میشود که اصطلاحاً به آن ایسکمی میوکارد یا آنژین قلبی گفته میشود.

- اگر يك شریان کرونری باریک شود و سپس يك لخته خون هم در آن تشکیل گردد، قسمتی از عضله قلب که آن شریان به آن قسمت خونرسانی می‌کرد از بین خواهد رفت. این وضعیت را اصطلاحاً يك ترومبوز کرونری يك آنفارکتوس میوکارد و یا يك سکته قلبی می‌نامند.

- اگر در طی چند سال بر اثر بالا بودن فشارخون، شریان‌ها باریک شده و از انعطاف‌پذیری آنها کاسته شود و سفت و سخت گردند، برای قلب مشکل خواهد بود که خون را به تمام نقاط بدن تلمبه کند. این فشار زیادی که

بر روی قلب تحمیل می‌گردد در نهایت باعث صدمه به آن شده و قلب را دچار نارسایی می‌کند. در نتیجه در ریه‌ها آب جمع میشود و باعث تنگی نفس میشود. این وضعیت را اصطلاحاً نارسایی احتقانی قلب یا به طور ساده‌تر نارسایی قلبی می‌نامند.

- باریک شدن شریانی که خون و اکسیژن را به مغز می‌رساند می‌تواند منجر به از دست رفتن موقتی عملکرد قسمتی از مغز شود که آن شریان به آن قسمت خونرسانی می‌کرد. این وضعیت را اصطلاحاً حمله ایسکمیک موقت یا TIA می‌نامند. بسته شدن دائمی شریان توسط يك لخته خون، باعث از بین رفتن قسمتی از مغز میشود که آن شریان مسئول خونرسانی به آن قسمت بود و موجب سکته مغزی می‌گردد.

- رگهای کوچک پاها هم می‌توانند آسیب دیده و سبب شوند که خون کافی به پاها نرسد. در این حالت در هنگام راه رفتن، در عضلات ساق پاها درد ایجاد میشود.

- رگهای کوچک داخل چشم‌ها هم ممکن است بر اثر پرفشاری خون آسیب ببینند، گرچه این وضعیت ممکن است تا وقتی که آسیب شدید به آنها وارد نشده، مشخص نباشد. به ندرت در فشارخونهای خیلی بالا ممکن است در اثر خونریزی رگها به شکلیه چشم آسیب وارد آید. این وضعیت را اصطلاحاً پرفشاری خون بدخیم می‌نامند، گرچه با درمان مناسب، نتیجه خیلی خوبی عاید بیمار خواهد شد.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205453>

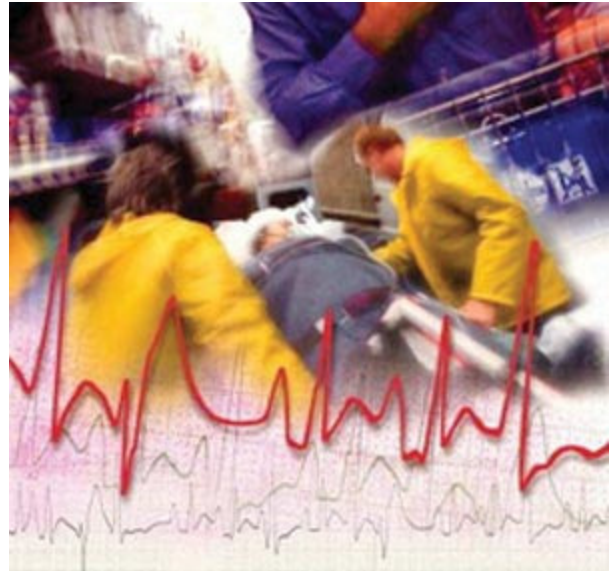
 Vista.ir
Online Classified Service

اختلال در آهنگ موزون تندرستی

قلب اندام اصلی دستگاه گردش خون است. با هر ضریب قلب، خون به سراسر بدن فرستاده می‌شود و اکسیژن و موادغذایی به همه سلول‌های بدن می‌رسد. قلب معمولاً بین ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه می‌زند اما برحسب ضرورت می‌تواند تندتر هم بزند. تعداد ضربان قلب صد هزار بار در روز و بیشتر از ۳۰ میلیون بار در سال و حدود ۵/۲ میلیارد بار در یک عمر هفتادساله



است. بیماری های قلب و دستگاه گردش خون به دو گروه مادرزادی و اکتسابی تقسیم بندی می شود. منظور از بیماری مادرزادی، بیماری است که از لحظه تولد وجود دارد، اما در بیماری های اکتسابی بیماری طی دوران نوزادی، کودکی، نوجوانی و بزرگسالی به وجود می آید. بیماری های مادرزادی قلب، ناهنجاری هایی هستند که در ساختار قلب از بدو تولد وجود دارد. از هر هزار تولد تقریباً هشت نوزاد دچار بیماری های قلبی مادرزادی هستند که ممکن است خفیف تا شدید باشد. بیماری های مادرزادی قلب هنگام رشد جنین در رحم مادر به وجود می آید و معمولاً هم دلیل آن ناشناخته است (گاهی به علت اختلالات ژنتیک است، اما اغلب به این دلیل نیست). آنچه در بیماری های مادرزادی قلب مشترک است، روند رشد غیرطبیعی و ناقص قلب و یکی از نشانه های رایج این بیماری صدای غیرعادی قلب است که به هنگام معاینه پزشکی مشخص می شود. از



بیماری های شایع اکتسابی قلب، بیماری های زیر را می توان نام برد.

(۱) آریتمی

انحراف از ریتم طبیعی ضربان قلب است. آریتمی هم می تواند اکتسابی و هم می تواند به دلیل ناهنجاری های مادرزادی باشد. آریتمی سبب نامنظمی ضربان قلب یعنی یا ضربان غیرعادی تند یا ضربان غیرعادی کند می شود و در هر سنی هم احتمال وقوع دارد و بنابر نوع اختلال ریتم که شامل تعداد، نظم، محل آغاز تحریک و توالی فعالیت ها است آن را با جراحی، دارو، یا به کمک دستگاه ضربان ساز که ضربان قلب را ایجاد و تنظیم می کند (Pacemaker) درمان می کنند.

(۲) کاردیومیوپاتی

یک بیماری مزمن قلبی است که سبب ضعیف شدن عضلات قلب می شود. این بیماری ابتدا روی محفظه پایینی قلب یعنی بطن ها اثر می گذارد و سپس با پیشرفت بیماری عضلات قلب و حتی بافت های اطراف آن هم صدمه می بیند و در موارد شدیدتر سبب ازکارافتادگی قلب و حتی مرگ می شود. کاردیومیوپاتی اولین علت پیوند قلب در کودکان است.

(۳) بیماری شریان های قلبی

شایع ترین اختلال قلب در بزرگسالان است و بیشتر به دلیل آترواسکلروزیس (atherosclerosis) است یعنی رسوب چربی، کلسیم و سلول های مرده در دیواره درونی شریان های قلبی که سبب کندی جریان خون در این رگ ها و حتی گاهی سبب انسداد و تشکیل لخته شده که منجر به سکته قلبی می شود.

کلسترول یک ماده مومی شکل است که در سلول های بدن در خون و در برخی مواد غذایی یافت می شود. بالا رفتن میزان کلسترول خون یکی از فاکتورهای پرخطر برای بیماری های قلبی و حتی سکته قلبی است. کلسترول توسط لیپوپروتئین ها با جریان خون حمل می شود و دو نوع کلسترول LDL (لیپوپروتئین با وزن مخصوص پایین) و HDL (لیپوپروتئین با وزن مخصوص بالا) بسیار شناخته شده هستند. افزایش میزان LDL (کلسترول بد) خطر بیماری های قلبی و سکته مغزی را افزایش می دهد در حالی که افزایش HDL (کلسترول خوب) از بدن در برابر این بیماری ها حفاظت می کند.

(۴) بیماری فشارخون

هنگامی که فشارخون به طور قابل ملاحظه پی بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد دچار بیماری فشارخون است که می تواند عامل آسیب رساندن به قلب و شریان ها یا دیگر ارگان های بدن شود. نشانه های این بیماری شامل سردرد، خون دماغ، سرگیجه و احساس منگی است. نوزادان، کودکان و نوجوانان هم می توانند دچار این بیماری شوند که احتمالاً در این سنین به دلیل عوامل ژنتیک است. عواملی مانند تغذیه نامناسب، اضافه وزن، بی تحرکی و بیماری هایی نظیر بیماری های قلبی یا کلیوی بیماری فشارخون را تشدید می کنند.

(۵) بیماری قلبی روماتیسمی

معمولاً از عوارض درمان نشدن گلودردهای عفونی (چرکی) و تب روماتیسمی است. این بیماری منجر به آسیب های دائمی در قلب و حتی مرگ می شود. عفونت روی دریچه های قلب اثر می گذارد و سبب سفتی یا زخم شدن دریچه های قلب می شود. التهاب و ضعیفی عضلات قلب هم گاهی همراه این بیماری دیده می شود اما اگر عفونت های گلو با آنتی بیوتیک های مناسب و به موقع و به خوبی درمان شود می توان از این بیماری پیشگیری کرد.

۶) سکنه مغزی

تنگی یا انسداد عروق تغذیه پی مغز یا پارگی رگ های خون رسان مغز که منجر به پخش شدن خون در ناحیه مغز می شود، می توانند آسیب هایی به سلول های مغزی بزنند. افرادی که دچار این عارضه شده اند، ضعف و بی حسی در یک سمت بدن، سردرد شدید و ناگهانی، تهوع و استفراغ، تاری دید و مشکل در صحبت کردن، راه رفتن و حرکت را تجربه کرده اند. عواملی مانند سبک زندگی، رژیم غذایی، ورزش و معاینات پزشکی در حفظ سلامت قلب به ما کمک می کند.

• سبک زندگی

استرس یکی از عوامل بروز بیماری های قلبی است. با دعا کردن و نیایش می توانید استرس را کم کرده و به آرامش برسید. پیاده روی و گفت و گو با دوستان نیز موثر است. عصبانیت و خشم خود را کنترل کنید. افرادی که خیلی زود عصبانی می شوند تقریباً سه برابر بیشتر از افراد خونسرد دچار حملات قلبی می شوند. سعی کنید اندامی متناسب داشته باشید. حتی کمی اضافه وزن هم سبب افزایش فشار خون می شود و در نتیجه خطر بیماری قلبی را افزایش می دهد. عادت های مضر را ترک کنید. طبق گزارش انجمن قلب امریکا (AHA) با ترک سیگار تا پنجاه درصد خطر بیماری های قلبی کاهش می یابد. همچنین افرادی که سه سال از ترک سیگار آنها می گذرد از نظر خطر ابتلا مانند افراد غیرسیگاری می شوند. استراحت و مرخصی از کار برای قلب مفید است. تحقیقات نشان داده است مردان بین ۳۲ تا ۵۷ سال که سالی یک بار به تعطیلات می روند کمتر از مردانی که بدون تعطیلی کار می کنند از بیماری های قلبی می میرند.

• رژیم غذایی

مردمی که غذاهای مدیترانه پی یا آسیایی می خورند کمتر از آنهایی که رژیم غذایی آمریکایی دارند، به بیماری های قلبی مبتلا می شوند. غذاهایی که سبب کاهش کلسترول می شوند برای قلب مفید هستند از جمله میوه ها (سیب، آوآکادو، میوه های خشک، گریپ فروت، پرتقال و توت فرنگی)، سبزی ها (بروکلی، هویج، ذرت، باقالی استوایی و پیاز)، غذاهای دریایی و به خصوص ماهی های حاوی اسیدهای چرب امگا ۳ (ماهی آزاد و کیودماهی)، سویا، میوه های مغزدار (گردو، فندق، پسته و...)، نان های سیوس دار و غلات.

خوردن چربی را محدود کنید. به جای گوشت قرمز از گوشت ماهی، مرغ پوست کنده و بوفلمون استفاده کنید. خوردن چندین بار ماهی در هفته خطر حمله قلبی را به نصف کاهش می دهد. از لبنیات کم چرب استفاده کنید. شیرسویا نیز مفید است. اگر مبتلا به فشار خون هستید مصرف سدیم را کاهش دهید. از خوردن نمک و غذاهای فرآوری شده، بپرهیزید. برای مزه دار کردن غذاهای بی نمک از سالسا (نوعی سس تند) فلفل، ادویه کاری یا سیر استفاده کنید.

• ورزش

ورزش های هوازی (اروبیک) بهترین داروی پیشگیری از بیماری های قلبی است. همچنین پیاده روی و دوچرخه سواری نیز مفید هستند. انجمن قلب امریکا اعلام کرده است که وزنه برداری (چند بار در هفته) برای قلب برخی از افراد سودمند است زیرا عضلات قوی تر می تواند میزان ضریان قلب و فشار خون را کم کند و داشتن بافت های عضلانی بیشتر فرآیند متابولیسم بدن را زیاده تر می کند که در نتیجه از چاقی جلوگیری می شود.

• معاینات پزشکی

کنترل فشار خون و کلسترول خون بسیار مفید است و حداقل سالی یک بار برای ارزیابی وضعیت قلب باید به پزشک مراجعه شود. افراد مبتلا به بیماری فشار خون باید با رعایت رژیم غذایی و مصرف داروهای پایین آورنده فشار (که پزشک تجویز کرده است) به سلامت قلب خود کمک کنند. همچنین افراد مبتلا به دیابت که اغلب هم بزرگسالان با دیابت نوع دوم هستند دو تا چهار برابر بیشتر در معرض سکنه قلبی و سکنه مغزی قرار دارند بنابراین باید دیابت را کنترل و مهار کنند. از دیگر عوامل افسردگی است. تحقیقات انجمن قلب امریکا نشان می دهد که افراد افسرده ۷/۱ برابر بیشتر از افراد معمولی در معرض بیماری های قلبی قرار دارند پس برای درمان افسردگی باید اقدام کرد.

بنابراین با کنترل این فاکتورها می توانید از سلامت قلب خود محافظت کرده و از عوارض و مشکلات طولانی مدت بیماری های آن در امان بمانید.

اختلالات سیاهرگ

اکثر مردها از اینکه می بینند آنها نیز می توانند به بیماری ها و اختلالات سیاهرگ که مخصوص خانم ها است مبتلا شوند بسیار تعجب می کنند. درست است که اختلالاتی مانند سیاهرگ های عنکبوتی (دسته ای از سیاهرگ ها که تغییر رنگ داده اند) بیشتر در خانم ها اتفاق می افتد، اما اختلالات دیگری هم وجود دارد حتی انواع دردآور آن که برای آقایان نیز اتفاق می افتد.

• اختلالات سیاهرگ ها چیست؟

قبل از هر چیز خوب است بدانید که دستگاه گردش خون در بدنتان چگونه عمل می کند: قلب خون پر از اکسیژن را از ریه ها به همه ی نقاط بدن توسط شبکه ای از رگ های خونی که سرخرگ نامیده می شوند به گردش در می آورد. این قلب است که بیشترین کار تلمبه کردن خون را انجام می دهد.

بعد از رسیدن اکسیژن به سلول ها، خون دوباره توسط شبکه ی دیگری از رگ های خونی که سیاهرگ نامیده می شوند به قلب بازمی گردد. برای بازگرداندن دوباره ی خون به قلب نیازی به عمل تلمبه زدن نیست. اما برای



برگشتن خون از پاها به سمت قلب که بالا قرار دارد، خون باید خلاف نیروی جاذبه عمل کند. پس خون چطور به سمت بالا حرکت می کند؟ هر سیاهرگ دارای دریچه هایی یکطرفه ی ویژه می باشد که باعث برگشتن خون به سمت قلب می شود. با حرکت کردن و راه رفتن شما، انقباضات ماهیچه های پا بر خون داخل سیاهرگ ها فشار وارد می کند تا در دریچه ها حرکت کند و به قلب برسد. بعد این دریچه ها به طور خودکار بسته می شوند تا فشار خون را در سیاهرگ ها برابر کنند و از رفتن خون به عقب و پاها جلوگیری کند.

بیشتر اختلالات سیاهرگ ها مربوط به اختلال در این دریچه ها می باشد. به طور مثال، اگر این دریچه ها به درستی بسته نشوند، جهت خون ممکن است برعکس شده و از قلب برگردند. این اختلالات به خصوص در افراد میانسال بسیار متداول است. آمار نشان می دهد که حدود ۶۰ درصد از آمریکایی ها از این اختلالات در عذاب هستند.

دو نوع مهم از اختلالات سیاهرگ، گشاد شدن سیاهرگ ها و نارسایی سیاهرگ ها می باشد.

• گشاد شدن سیاهرگ ها

وقتی یکی از دریچه های سیاهرگ از کار می افتد، خون بیشتری در سیاهرگ جمع شده و باعث فشار آوردن به دیواره های سیاهرگ شده و آن را گشاد می کند. این مسئله می تواند زنجیره ای از واکنش ها را به همراه داشته باشد و باعث از کار افتادن تعداد دیگری از دریچه ها شود. از آنجا که سیاهرگ ها گشاد شده و از شکل افتاده اند، بزرگتر جلوه کرده و تغییر رنگ می دهند. به این حالت گشاد شدن سیاهرگ می گویند.

• علائم این اختلال:

▪ باد کردن و بزرگ شدن سیاهرگ های نواحی پا

▪ احساس درد و سوزش

▪ انقباض عضلات و پیچش، گرفتگی عضلات و رگ به رگ شدن، ورم قوزک پا و ایجاد درد پس از نشستن یا ایستادن طولانی مدت

▪ این اختلال بسیار متداول است. ۴۰ درصد مردهای بالای هفتاد سال به این بیماری مبتلا می شوند.

• نارسایی سیاهرگ ها

بیشتر افرادی که با این بیماری دست به گریبان هستند، نمی دانند که آن را چه بنامند. در عوض آن را به گردن گردش خون ضعیف گذاشته و عذاب می کشند.

در این حالت، خون در سیاهرگ های پا جمع شده و باعث ایجاد درد در آن نواحی می شود، به خصوص پس از نشستن یا ایستادن به مدتی طولانی. بعضی از بیماران شکایت از موارد دیگری نیز دارند:

▪ احساس سنگینی یا خستگی در پا

▪ انقباض عضلات در شب

▪ احساس خارش

▪ ناتوانی گاه گاه در حرکت دادن پا

در انواع جدی و پیشرفته ی این اختلال، خون می تواند به بافت های مجاور نیز نفوذ کند و باعث تغییر رنگ این بافت ها شود.

• درمان اختلالات سیاهرگ

حفظ سلامتی سیاهرگ ها بسیار مهم است. با انجام ورزش مداوم و پرهیز از نشستن ها و ایستادن های طولانی مدت می توانید از این اختلالات جلوگیری کنید.

برای بعضی افراد پوشیدن جوراب ها یا شلوارهای مخصوص می تواند کمک کننده باشد. این جوراب ها با فشار وارد آوردن به پا و سیاهرگ ها از برگشت خون جلوگیری می کنند.

مکمل ها و کرم های طبیعی وجود دارد که ونارین نامیده می شود و از عصاره ی خالص درخت پگودای ژاپنی، گیاه کوله خاس، شاه بلوط اسبی و دانه ی انگور ساخته می شود. تحقیقات نشان داده است که گیاهان موجود در ونارین می تواند باعث استحکام بیشتر دیواره های سیاهرگ شده، خاصیت کششی سیاهرگ را بالا برده و درد، ورم، سنگینی و ناراحتی را هم کاهش می دهد و از ابتلا به گشاد شدن سیاهرگ و نارسایی سیاهرگ ها نیز جلوگیری می کند.

علاوه بر این مواد گیاهی، ونارین حاوی ویتامین K1 نیز می باشد که تغییر رنگ و کوفتگی سیاهرگ ها را نیز تقلیل می دهد.

• مراقب سیاهرگ های خود باشید!

حال که این اطلاعات را در مورد بیماری ها و اختلالات سیاهرگ کسب کردید، دیگر بهانه ای برای مراقبت نکردن از سیاهرگ هایتان ندارید. اگر یکی از علائمی که اشاره شد را در خود می بینید، حتماً به پزشک مراجعه کنید. گردش خون صحیح به کسی صدمه نمی زند. و آقایون به یاد داشته باشید، این دیگر فقط بیماری مختص خانم ها نیست!

منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=303390>

 **vista.ir**
Online Classified Service

• شرح بیماری

ادم ریه مجموعه‌ای از علایم وخیم و تهدید کننده حیات ناشی از نارسایی

احتقانی قلب.

• علایم شایع

علایم زیر اغلب به طور ناگهانی در اواسط شب بروز کرده و به سرعت

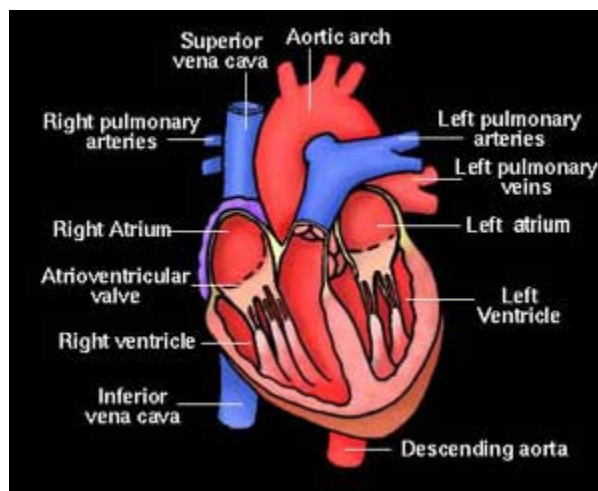
تشدید می‌گردند:

الف) کوتاهی نفس شدید، گاهی همراه خس‌خس

ب) تنفس سریع

ج) بی‌قراری و اضطراب

د) رنگ‌پریدگی



و) تعریق

هـ) کبودی ناخن‌ها و لب‌ها

ی) افت فشار خون

ر) سرفه. در ابتدا ممکن است سرفه بدون خلط باشد، ولی بعداً می‌تواند با خلط کف‌آلود حاوی رگه‌های خون همراه گردد.

• علل

نارسایی بطن چپ قلب در پمپ کردن با قدرت کافی برای تأمین خونرسانی همه بدن. علت زمینه‌ای نارسایی قلب شامل انواع متعددی از بیماری‌های قلبی، به خصوص اختلالات ریتم قلب یا پرفشاری خون همراه آتروسکلروز یا تنگی دریچه ائورت می‌باشد.

• عوامل تشدید کننده بیماری

الف) سن بالای ۶۰ سال

ب) استرس

ج) حمله قلبی اخیر

د) فشار خون بالا یا هر نوع بیماری قلبی

و) چاقی

هـ) استعمال دخانیات

ی) خستگی کار زیاد

• پیشگیری

در صورت وجود هرگونه بیماری قلبی، اقدام فوری جهت درمان به منظور پیشگیری از تشدید علایم نارسایی قلبی ضروری است. درمان شامل کاهش نمک رژیم غذایی، ترک استعمال دخانیات، حفظ وزن در حد مطلوب، استراحت کافی و تجویز داروهای مربوطه می‌باشد.

• عواقب مورد انتظار

در بیشتر موارد، علایم با درمان قابل کنترل است. درمان ادم ریه معمولاً با بهبود قابل توجه و مؤثر همراه است. با این حال بیماری قلبی زمینه‌ای ایجاد کننده ادم ریه نیازمند درمان مادام‌العمر خواهد بود.

• عوارض احتمالی

الف) مرگ (در صورت تأخیر در درمان یا ناموفق بودن درمان).

ب) اشتباه گرفتن این وضعیت با آسم که منجر به درمان نامناسب خواهد شد.

• درمان

الف) اصول کلی

۱) بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش‌های خون، نوار قلب، رادیوگرافی قفسه سینه، آزمون عملکرد ریه و کاتتریزاسیون شریان ریوی باشد.

۲) درمان در جهت کاهش مایعات اضافه، بهبود عملکرد قلب و ریه، و اصلاح هر گونه اختلال زمینه‌ای طرح‌ریزی می‌گردد.

۳) مراقبت شخصی در منزل در مورد ادم ریه مناسب نیست. این وضعیت یک اورژانس بوده و مستلزم مراقبت‌های طبی ویژه است. تأخیر در درمان آن ممکن است منجر به مرگ گردد.

ب) داروها

داروهای زیر ممکن است تجویز گردند:

الف) ترکیبات مخدر برای کاهش اضطراب، کاهش جریان خون به سوی ریه، و کاهش نیاز اکسیژن بدن

ب) داروهای ادرارآور برای کاستن از اضافه حجم خون در گردش و تجمع مایعات در ریه‌ها

ج) دیژیتال برای بالا بردن قدرت ضربان‌ها قلب

د) آنتی بیوتیک‌ها (چنانچه ادم ریه در اثر عفونت بروز یافته باشد)

و) داروهایی نظیر مسدود کننده‌های گیرنده بتا، مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین، نیتراتها و مسدودکننده‌های کانال کلسیم به منظور کاستن بار کاری قلب

ه) تجویز اکسیژن

• فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

تا پایدار شدن وضعیت بیماری در بستر استراحت نمایید. پس از درمان، فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری‌های طبیعی خود را به تدریج از سر بگیرید. فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری جنسی را پس از برطرف شدن علائم، بازگشت توان جسمی طبیعی و با اجازه پزشک از سر بگیرید.

• رژیم غذایی

رژیم کم نمک و کم چربی

• درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علائم ادم ریه باشید. هشدار: این حالت یک است!

• منبع: www.irteb.com

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=238911>

 **vista.ir**
Online Classified Service

ارتباط بیماریهای پریدنتال با بیماریهای قلبی

اگر در مورد بیماری قلبی نگرانید ، شما می توانید هر ساله به آسانی هزاران دلار صرف کنید و سعی کنید از بیماری قلبی پیشگیری کنید . حتماً

www.takbook.com





یک کتاب رژیم غذایی در کتابخانه منزل داشته باشید و در منزل حتماً وسیله ورزشی داشته باشید و عضو یک باشگاه ورزشی شوید و اما یک شرط بهتر برای پیشگیری از بیماری قلبی با هزینه کمتر (کمتر از دو دلار) وجود دارد و آن استفاده از مسواک و نخ دندان بطور مرتب است . تعدادی از مطالعات نشانگر وجود ارتباط بیماری قلبی با سلامت دهان بیماریهای لته می باشد .

- سنوآل مطرح این است که آیا می توان از بیماری پریودنتال (بیماری لته ها و استخوان اطراف دندان) که منجر به بیماری قلبی می شود توسط مسواک زدن جلوگیری کرد ؟

البته مدرک واضحی نداریم . بر طبق نظر انجمن پریودنتیستهای امریکا افرادی که دارای بیماری پریودنتال هستند ۲ برابر افراد سالم دچار بیماری قلبی می شوند و یکی از مطالعات مشخص کرده است که مشکلات مندول دهان که شامل التهاب لته (gingivitis) ، پوسیدگی ها و از دست دادن دندانها می باشد احتمال ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می دهد .

▪ مدارک و مقالات مرتبط بیماری پریودنتال با بیماری قلبی :

بر طبق مقاله ای که انجمن قلب آمریکا ارائه کرده است ۶۷۵ نفر از مردم حتی نمی دانستند دارای بیماری قلبی هستند و افرادی که دارای فشارخون بالا هستند سطح باکتریها در داخل دهانشان بالاتر است و اینها بیشتر دچار آترواسکلروزیس می شوند . در مواقعی که چربی خون بالا رفته و ایجاد پلاک در داخل عروق می کند ، فرد دچار حمله قلبی و سکت می شود و این پلاک با پلاک دندانی هیچ ارتباطی ندارد .

۱ - متخصصین میکروبیولوژی (۲۸ سپتامبر ۲۰۰۲ در کشور سانتیاگو) می گویند مسواک زدن مناسب و نخ کشیدن دندان بیشتر از آنکه لبخند بر لبهای شما بنشانند از بیماریهای قلبی پیشگیری می نماید .

۲ - محققین از دانشکده پزشکی بوستون می گویند : عفونتهای میکروبی علت بیماریهای پریودنتال است که این توسط باکتری به نام *prophy romanos gingios* که شایعترین باکتری در سنین بالای چهل سال می باشد . تجمع این باکتری در داخل دهان از سنین ۱۲ الی ۱۳ ساله است . همچنین بعضی از مطالعات ارتباط بین بیماریهای پریودنتال و بیماریهای قلبی - عروقی ، دیابت و چاقی را نشان میدهد .

▪ بیماریهای پریودنتال و بیماریهای قلبی به چه صورت عمل می کنند ؟

ممکن است سخت شدن عروق منجر به التهاب لته و Gingivitis شود .

متخصصین می دانند که باکتری از داخل دهان به سیستم گردش خونی که در میان بافت لته است می رود . این باکتریها مانند باکتریهای است که در پلاکهای داخل عروقی است . باکتریهای دهان به پلاکهای سیستم گردش خون می چسبند و در شکل گیری پلاکهای داخل عروقی و لخته شدن خون مشارکت می نمایند .

▪ آیا بیماریهای پریودنتال دلیلی برای حمله قلبی است ؟

این سنوآل مطرح است که آیا بیماریهای پریودنتال ، التهابات لته یا دیگر مشکلات دندانی مثل پریکورنیت (وقتی بافت لته اطراف دندانهای آسیا عفونی و متورم می شود) علت حمله های قلبی است؟ محققین می گویند : ارتباط دقیقی بین بیماریهای قلبی و عروقی و بیماری پریودنتال وجود دارد اما واضح نیست . بیماریهای پریودنتال طبیعتاً دلیل بیماری قلبی نیست اما ارتباط این دو بیماری هنوز هم مهم است . مطالعات نشان داده ۲۵٪ افرادی که بیماری لته دارند بیماری قلبی هم دارند و این مسئله بیشتر در مردان زیر ۵۰ سال شایع است .

▪ چه راهکارهایی برای بیماریهای پریودنتال و بیماریهای قلبی باید انجام داد :

محققین می گویند : افرادی که نگران بیماری قلبی هستند باید توجه بیشتری به ریسک فاکتورها نمایند (عواملی که فرد را بیشتر مستعد ابتلا می کند) یعنی فقط مسواک زدن برای پیشگیری از بیماریهای پریودنتال و قلبی کافی نیست بلکه باید از سیگار کشیدن و خوردن غذاهای خیلی چرب صرفه نظر نمود .

▪ برای پیشگیری از بیماریهای قلبی :

اگر اضافه وزن دارید باید وزنتان را کاهش دهید .

خوردن غذاهای سالم ، داشتن رژیم غذایی مناسب .

بیشتر روزهای هفته را به ورزش اختصاص دهید .

عوامل مؤثر بر بیماری مانند : دیابت ، کلسترول بالا ، فشار خون بالا را کنترل نمایید .

افرادی که بیماریهای پریدونتال در آنها پیشرفت کرده است ممکن است احتیاج به مشاوره با یک دندان پزشک داشته باشند تا روش خوب مسواک

زدن را آموزش ببینند و ممکن است احتیاج به جرم گیری لثه و حتی جراحی لثه داشته باشند .

به گفته محققین : افرادی که ناراحتی قلبی دارند یا جراحی قلب کرده اند باید قبل از کارهای سخت دندانپزشکی (مانند : کشیدن ، جراحی و...)

حتماً آنتی بیوتیک مصرف کنند و در نهایت این نکته ضروری است که پیشگیری کردن بهتر از درمان است ولی ما عادت کرده ایم هر موقع بیمار می

شویم به فکر درمان می افتیم ولی به نظر می رسد استفاده کردن صحیح از مسواک و نخ دندان و خمیردندانهای حاوی فلوراید ممکن است به

پیشگیری از مشکلات شدید دندانی کمک نماید.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی پزشکی ایران سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=227322>



ارزیابی خطر بیماری قلبی

اولین گام برای داشتن يك قلب سالم شناخت عوامل خطری است که شما را تهدید می کند. بعضی عوامل خطر مانند سیگار کشیدن مشخص هستند. اما عوامل دیگر مانند فشار خون و کلسترول خون بالا معمولاً علائم واضحی ندارند و نیاز به سنجش دارند. بنابراین برای آنکه بدانید تا چه اندازه در معرض خطر بیماری های قلبی هستید ، به يك سری اطلاعات نیاز دارید.

نقش پزشك

برای آنکه بدانید تا چه حد در معرض خطر بیماری های قلبی هستید، باید به پزشك متخصص مراجعه

نمایید. طی مطالب زیر به شما می گوئیم چگونه از پزشك برای ارزیابی خطر بیماری های قلبی کمک بگیرید.

۱- صحبت کردن: به پزشك بگویید می خواهید قلب خود را سالم نگه دارید و دوست دارید برای انجام این کار با پزشك همکاری کنید. سپس از او بپرسید:

الف) چقدر در معرض خطر بیماری قلبی هستم؟

ب) چگونه می توانم این خطر را کاهش دهم؟

ج) چه آزمایشاتی باید انجام دهم؟

۲- جزئیات درمان: اگر در حال درمان بیماری قلبی یا کاهش عوامل خطر خود هستید، جزئیات درمان را سوال کنید. اینکه نیاز به عمل جراحی،

بستری ،... دارید یا خیر؟

۳- راحت باشید: وقتی پزشك به شما می گوید تا حد امکان به سئوالات او کامل جواب دهید، این کار را انجام دهید. هر چند که بعضی مسائل



ممکن است به نظر شما کاملاً خصوصی باشند. ولی بحث در مورد آنها ممکن است به پزشك شما كمك كند تا احتمال بروز بیماری قلبی را در شما تخمین بزند یا آن را کاهش دهد.

اگر بیماری قلبی دارید هر کدام از علایم را به طور خلاصه توضیح دهید.

۴- از او بخواهید موضوع را به شکل ساده برایتان توضیح دهد: اگر بعضی چیزها را متوجه نشدید از پزشك بخواهید که با زبان ساده برای شما توضیح دهد. اگر شنوایی شما خوب نیست یا در مورد فهم صحبت های پزشك نگران هستید، با یکی از دوستان یا خویشاوندان خود به مطب پزشك مراجعه نمایید.

۵- سوالاتی که باید از پزشك خود بپرسید.

۱- چقدر در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی هستم؟

۲- فشار خون من چقدر است؟ و باید چه کار کنم؟

۳- چربی خون من چقدر است؟ (که شامل کلسترول کل خون، HDL ، LDL و تری گلیسیرید است) و باید چه کار کنم؟

۴- شاخص توده بدنی (BMI) و دور کمر من چقدر است؟ آیا اضافه وزن دارم؟

۵- مقدار قند خون من چقدر است؟ آیا در معرض خطر ابتلا به دیابت هستم؟

۶- چه آزمایش های دیگری نیاز دارم؟

۷- هر چند وقت يك بار باید برای بررسی سلامتی قلبم به پزشك مراجعه کنم؟

۸- چگونه می توانید برای ترك سیگار به من كمك کنید؟

۹- چه میزان فعالیت بدنی برای سلامتی قلبم نیاز دارم؟

۱۰- رژیم غذایی مناسب برای داشتن قلب سالم چیست؟ آیا لازم است با يك کارشناس تغذیه در مورد رژیم غذایی مناسب صحبت کنم؟

۱۱- اگر حمله قلبی داشته‌ام، چطور باید به شما اطلاع دهم؟

کنترل کنید:

آزمایش هایی وجود دارد که می تواند به سلامتی قلب شما كمك كند. از پزشك خود بخواهید این آزمایشات را برای شما بنویسد. سنجش وضعیت چربی های خون:

يك آزمایش خون می تواند کل کلسترول، HDL ، LDL ، تری گلیسیریدها و دیگر انواع چربی را در خون شما اندازه گیری کند. باید ۹ تا ۱۲ ساعت قبل از انجام این آزمایش ناشتا باشید. یعنی شب قبل از مراجعه به آزمایشگاه، باید شام سبکی میل کنید (حدود ساعت ۶ تا ۷ شب) و تا صبح روز بعد که برای آزمایش مراجعه می کنید هیچ غذایی نخورید.

بعضی ها فکر می کنند می توانند يك لیوان شیر یا آب میوه بنوشند. در حالی که خوردن مقدار کمی از این مایعات نیز باعث می شود نتایج آزمایش شما اشتباه شود. پس از شب قبل تا لحظه انجام آزمایش (گرفتن خون) هیچ چیزی نخورید.

چرا این آزمایش باید انجام شود ؟ تا اگر مقدار کلسترول یا تری گلیسیرید خون بالاست، متوجه شویم، زیرا اینها عوامل خطر بیماری قلبی هستند. چه وقت این آزمایش باید انجام شود ؟ افراد بزرگسال سالم حداقل پنج سال يك بار باید مقدار کلسترول خونشان را چك کنند که بر اساس نتیجه آزمایش، پزشك شما تشخیص می دهد که آیا باید این آزمایش ها زودتر تکرار شوند یا خیر؟
اندازه گیری فشار خون

يك تست ساده بدون درد است که با استفاده از دستگاه فشار سنج انجام می شود.

چرا این کار باید انجام شود ؟ برای اطلاع از فشار خون بالا که خود يك عامل خطر ابتلا به بیماری قلبی است.

چه وقت این کار باید انجام شود ؟ حداقل دو سال يك بار. البته در صورتی که فشار خون بالا داشته باشید یا در مرحله قبل از ابتلا به آن باشید، ممکن است پزشك فاصله زمانی کوتاهتری را به شما پیشنهاد کند.

سنجش گلوکز خون ناشتا

بهترین آزمایش برای تشخیص دیابت یا بیماری قند است. باید شب قبل از آزمایش ناشتا باشید و صبح روز بعد نمونه خون بدهید.

چرا این آزمایش باید انجام شود ؟ برای اینکه بدانید دیابت یا احتمال ابتلا به این بیماری را دارید یا خیر.

اگر سطح قند خون ناشتای شما در آزمایش دو روز متفاوت بیشتر از 126 dl/mg باشد، مفهوم آن این است که شما دیابت دارید. سطح بین $110 - 125$ به این معنی است که خطر ابتلا به دیابت در شما زیاد است. دیابت یک عامل خطر مهم برای بیماری قلبی و دیگر بیماری‌هاست. چه وقت این آزمایش باید انجام شود؟ از سن ۴۵ سالگی به بعد حداقل هر سه سال یک بار باید انجام شود. اگر شما در معرض خطر ابتلا به دیابت هستید، باید در سنین کمتر و با فاصله زمانی کوتاهتر این آزمایش را انجام دهید.

شاخص توده بدنی (BMI) و محیط دور کمر چیست؟

BMI اندازه وزن شما نسبت به قدتان است. دور کمر شما بر آوردی از چربی دور میان تنه شماست.

چرا این کار باید انجام شود؟ برای اینکه بدانید آیا تناسب اندام شما خطر بیماری قلبی را در شما افزایش می‌دهد یا نه. BMI برابر ۲۵ یا بیشتر به این معناست که شما اضافه وزن دارید. BMI برابر ۳۰ یا بالاتر به معنی چاقی است. چاقی و اضافه وزن هر دو عوامل خطر ابتلا به بیماری قلبی هستند. در زنان دور کمر بیشتر از ۹۰ سانتیمتر، احتمال بیماری‌های خطرناک دیگر را بالا می‌برد.

چه وقت این کار باید انجام شود؟ هر دو سال یک بار یا بیشتر.

روش‌های دیگری نیز وجود دارد که می‌تواند نشان دهد آیا شما بیماری قلبی دارید یا نه؟ از پزشک سوال کنید که آیا به تست ورزش یا نوار قلب یا دیگر تست‌های تشخیصی نیاز دارید؟

شما و عوامل خطر بیماری‌های قلبی

پرسشنامه زیر به شما کمک می‌کند تا عوامل خطر بیماری‌های قلبی را در خود بررسی کنید. اگر جواب بعضی سوالات را نمی‌دانید می‌توانید از کارشناسان بهداشتی کمک بگیرید.

منبع: تبیان

<http://vista.ir/?view=article&id=208634>

 Vista.ir
Online Classified Service

از چاه به چاه

فایسم یا فایسم (favism یا fabism) کم‌خونی ناشی از همولیز یا تخریب اریتروسیت‌های سالم (گلبول‌های قرمز خون) است. بیمار که معمولاً مرد است احساس خستگی، تهوع، سرگیجه، سردرد، دل‌درد، تب و ضعف می‌کند و ادرارش به رنگ نارنجی تیره درمی‌آید که نشانه خونریزی است. این کم‌خونی معمولاً موقتی است اما اگر بیش از حد شدید باشد می‌تواند قربانی را به حالت کما برده و کشنده باشد. این کم‌خونی ناشی از نقص آنزیمی به نام گلوکز-۶ فسفات دهیدروژناز است که در تمام سلول‌های بدن وجود دارد. این آنزیم از سلول در برابر اکسیدان‌ها که پیوندهای میان اتم‌های یک مولکول را اکسیده می‌کنند یا می‌شکنند، محافظت می‌کند. اکسیداسیون موجب پاره شدن غشای سلول و بیرون ریختن محتویات آن می‌شود. بیشتر سلول‌ها آنزیم فوق را خودشان می‌سازند اما گلبول‌های قرمز خون سلول‌هایی با عمر کوتاه و صرفاً مختص حمل اکسیژن‌ها



از ریه ها به سایر قسمت های بدن و انتقال دی اکسیدکربن به ریه ها هستند. اکسیژن هوا به مولکول های هموگلوبین درون گلبول های قرمز متصل می شود و اکسیدان ها این مولکول ها را تخریب می کنند.

اکسیدان هایی که این خسارت را به بار می آورند آزادانه در جریان خون می چرخند. آنها اگر به گلبول های قرمز برسند منهدمشان می کنند و کم خونی ایجاد می شود. به همین دلیل شخص کم خون احساس ضعف و بیماری می کند. فعالیت طبیعی آنزیم گلوکز-۶ فسفات دهیدروژناز خنثی کردن اکسیدان ها پیش از تماس با گلبول های قرمز است. ژن Gd که این آنزیم را رمزگذاری می کند در تلومر یا بخش انتهایی بازوی بلند کروموزوم X قرار دارد. در میان کل جمعیت جهان نزدیک به سیصد آلل یا نسخه مختلف از این ژن وجود دارد. از آنجا که مردان فقط یک کروموزوم X به ارث می برند، کافی است برای آنکه دچار مشکل شوند ژنی داشته باشند که شکلی غیرعادی از آنزیم گلوکز-۶ فسفات دهیدروژناز را رمزگذاری می کند. این آلل معیوب در ناحیه مدیترانه GdMed و در شمال آفریقا- GdA نامیده می شود. فائوسم هنگامی بروز می کند که شخصی این آلل را به ارث می برد و اتفاقاً باقلا می خورد یا گرده گل هایش را استنشاق می کند. موادی به نام ویسین و کووسین موجود در دانه های باقلا در لوله گوارش و ضمن فرآیندهای شیمیایی هضم به دی ویسین و ایزورامیل تبدیل می شوند. این فرآورده ها بدون حضور آنزیم عادی به اکسیدان هایی قوی در جریان خون تبدیل می شوند که به غشای گلبول های قرمز حمله می کنند.

گمان می شود باقلا بومی شرق مدیترانه باشد. قدیمی ترین دانه های پیدا شده که احتمالاً از بوته های وحشی جمع آوری شده بودند در یک حفاری باستان شناختی نزدیک شهر تراره در فلسطین یافته شده اند و به ۸۵۰۰ سال پیش تعلق دارند. در هزاره سوم پیش از میلاد کشت باقلا در خاورمیانه، شمال آفریقا و جنوب و مرکز اروپا رواج یافت. مصرف باقلا می تواند در بعضی افرادی که تبار مدیترانه ای یا آفریقایی دارند موجب فائوسم شود. وجود و شدت این اختلال بسته به تعداد دو نوع آلی است که در بالا گفته شد.

مردان از آنجا که فقط یک کروموزوم X دارند بیشتر در معرض ابتلا به فائوسم قرار دارند. به استناد جیم بیندون (J. Bindon). انسان شناس، یونانی ها مواردی از فائوسم را بیش از دو هزار سال پیش توصیف کرده اند. فائوسم از هر دوازده نفر در یک نفر کشنده است. اما جهش های ژنتیکی مرگبار معمولاً حذف می شوند و این بدان دلیل است که افراد دارای این ویژگی (حالت کشنده) ممکن است اصلاً آن قدر زنده نمانند که آن را منتقل کنند. به لحاظ نظری صفات باید برای جاندار امتیاز سازشی به همراه آورد یا دست کم آنکه زیانبار نباشد. از زمانی که پزشکی بررسی این اختلال و تاریخ آن را بررسی کرده همواره از وجود فائوسم در شگفت بوده است.

پزشکان در جنگ کره (۱۹۵۳-۱۹۵۱) هنگامی که داروهای ضد مالاریا در بعضی سربازان موجب کم خونی شد، تازه کم کم سر از بیماری فائوسم درآوردند. مالاریا نوعی آلودگی انگلی خون است که توسط پشه های آنوفل انتشار می یابد. هر بار که انگل های پلاسمودیوم در جریان خون آزاد می شوند و به گلبول های قرمز حمله می کنند، تب نوبه ای مالاریا از پی می آید. اکسیداسیون انگل ها را نیز نابود می کند. در کم خونی ناشی از فائوسم، گلبول های قرمز آسیب دیده نمی توانند انگل ها را در خود جای داده و تغذیه کنند. از سوی دیگر سطح اکسیدان ها در جریان خون فوق العاده بالا می رود و بیشتر انگل ها را از بین می برد. تولید انگل ها کاهش یافته و از شدت حمله مالاریا کاسته می شود.

فائوسم برای تندرستی افراد در بلندمدت زیانبار است اما نه به اندازه مالاریا. فائوسم به فرد کمک می کند تا از مالاریا جان سالم به در برد و آن قدر زنده بماند که بتواند ژن هایش را منتقل کند. بدون مالاریا، صفت فائوسم هرگز در جمعیت باقی نمی ماند. تعجبی ندارد که برداشت و مصرف باقلا با اوج فصل تولیدمثل پشه آنوفل همزمان است.

منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=229715>

 **vista.ir**
Online Classified Service

از کم خونی چه می دانید؟
www.takbook.com



بر اساس گزارش های سازمان بهداشت جهانی، کم خونی یک مشکل مهم بهداشتی در جهان و بخصوص در کشورهای در حال توسعه بشمار می آید، بطوریکه براساس این گزارش ها تقریباً حدود ۲ میلیارد نفر از مردم جهان به این عارضه دشوار مبتلا می باشند. به گفته پزشکان کم خونی حالتی است که در آن تعداد و اندازه گلبول های قرمز یا میزان هموگلوبین موجود در خون تغییر می یابد و تبادل اکسیژن و دی اکسیدکربن بین خون و سلول ها دچار اختلال می شود. بر اساس بررسی های صورت گرفته کمبودهای تغذیه ای، خونریزی، ناهنجاری های ژنتیکی، بیماری های مزمن و مسمومیت های دارویی از جمله علل ایجادکننده کم خونی بشمار می آیند.

منظور از کم خونی های تغذیه ای، کم خونی هایی هستند که بعلت دریافت ناکافی موادغذایی بوسیله سلول ها ایجاد می شوند، از مهم ترین مواد مغذی جهت خونسازی که کمبود آنها موجب بروز کم خونی می شود و می توان به آهن، مس، ویتامین های B۱۲ و B۶ و اسیدفولیک اشاره کرد. بر اساس تحقیقات انجام شده مهم ترین و شایع ترین علت کم خونی، کمبود آهن می باشد که ممکن است ناشی از مصرف پایین آهن موجود در مواد

غذایی یا بعلت افزایش خون از دست داده در بدن باشد که در هر صورت به کم خونی ناشی از فقر آهن می انجامد. کودکان در سنین مدرسه و بلوغ و بخصوص در دوران بلوغ در معرض خطر ابتلا به کم خونی فقر آهن قرار می گیرند، چون با سرعت زیادتری رشد می کند و نیاز آنها به مواد غذایی مختلف مخصوصاً آهن افزایش می یابد.

پسران و دختران در دوره بلوغ به آهن اضافی نیاز دارند اما در دختران کمبود آهن شایع تر است. دانش آموزان مبتلا به کم خونی بعلت اینکه مقاومت بدنشان کمتر است بیشتر به بیماری های عفونی مبتلا می شوند، همچنین در این کودکان قدرت یادگیری هم کاهش می یابد و پیشرفت تحصیلی خوبی ندارند و بهره هوشی این دانش آموزان از دانش آموزان سالم کمتر است. عوارض کمبود آهن بویژه در شیرخواران و کودکان ۶ ماهه تا ۹ ساله متعدد می باشد، بطوریکه اختلال در تکامل و هماهنگی سیستم عصبی، اختلال در تکامل گفتاری، کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی، اثرات نامطلوب فیزیولوژیکی و رفتاری و کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت ها از مهم ترین آنهاست.

• میزان نیاز بدن به آهن چقدر است؟

میزان نیاز بدن به آهن بر اساس سن، جنس و وضعیت فیزیولوژیکی افراد متفاوت است، مثلاً زنان باردار بعلت افزایش حجم خون، رشد جنین و جفت و سایر بافت ها به آهن بیشتری نیاز دارند، به همین دلیل بیش از سایرین در معرض خطر کم خونی قرار دارند. در صورت سلامت مادر، میزان ذخایر آهن و آهن موجود در شیر مادر تا شش ماه اول زندگی برای شیرخواران کفایت، ولی در مورد نوزادانی که با وزن کم متولد می شوند ذخایر آهن کم بوده و باید از زمان دو برابر شدن وزن شان، آهن بصورت قطره خوراکی به آنان خوراند شود. میزان آهن مصرفی، روزانه ۵۰ تا ۲۰۰ میلی گرم برای بالغین و شش میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن برای کودکان زیر شش سال و یک تا دو میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن برای کودکان زیر دو سال می باشد.

• دلایل فقر آهن:

دلایل گوناگونی برای کمبود آهن وجود دارد که از آن جمله می توان به عللی چون دریافت ناکافی آهن، جذب ناکافی آهن، افزایش نیاز در زمان رشد و از دست دهی مزمن خون اشاره کرد.

• دریافت ناکافی آهن:

با توجه به اینکه ذخایر آهن موجود در بدن شیرخوار بعد از چهار تا شش ماهگی تقریباً تهی می شود، نیاز است که شیرخواران با شروع غذای کمکی آهن اضافی دریافت کنند، در غیر اینصورت مبتلا به فقر آهن می شوند که این موضوع بویژه در مورد شیرخواران نارس از اهمیت بیشتری

برخوردار است، این نوزادان بعد از دو برابر شدن وزن شان باید آهن اضافه دریافت کنند. در کودکان بزرگتر، کمبود دریافت آهن بعثت رژیم غذایی یا آهن کم و یا دریافت رژیم با آهن ناکافی هم بوجود می آید که در بوجود آمدن و گسترش کم خونی موثر است.

• جذب ناکافی آهن:

این مشکل بعثت اسهال مزمن، تغذیه شیرخواران با شیر مصنوعی، کاهش ترشح اسید معده، مشکلات گوارشی و تداخلات دارویی بوجود می آید و یا ممکن است بعثت کم جذب شدن آهن، مصرف زیاد مواد غذایی سرشار از سبزیجات و حبوبات و مصرف ناچیز پروتئین حیوانی ایجاد شود.

• افزایش نیاز در زمان رشد:

در دوران شیرخواری و کودکی بعثت رشد سریع بافت ها نیاز به آهن افزایش می یابد. اغلب سرعت رشد در سال اول زندگی رخ می دهد. در این مدت وزن بدن و حجم خون تقریباً سه برابر و میزان هموگلوبین خون دو برابر می شود. بیشترین نرخ رشد در شیرخواران نارس و شیرخواران رسیده با وزن کم در هنگام تولد رخ می دهد، در بدن این کودکان حجم خون و میزان ذخیره آهن در هنگام تولد کم است و چون به سرعت وزن اضافه می کنند نیازمندیشان به آهن افزایش می یابد که اگر این نیازمندی برآورده نشود در مدت سه ماه دچار کمبود آهن می شوند.

• از دست دهی مزمن خون:

در ۵۰ درصد شیرخواران خونریزی دستگاه گوارش ممکن است نقش مهمی در ایجاد کمبود آهن داشته باشد (احتمالاً حساسیت شیرخواران به پروتئینی که در شیر تازه گاو وجود دارد علت از بین رفتن مخاط روده و خونریزی گوارشی در آنهاست) و یا ابتلای کودکان به انگل های روده ای باعث از دست دهی خون و کمبود آهن می شود. دفع زیاد آهن به دلیل خونریزی، تخریب سریع گلبول های قرمز به دلیل وجود بیماری هایی نظیر مالاریا و ابتلا به انگل و تخلیه ذخایر آهن به دلیل بارداری های مکرر و با فاصله کم از دیگر دلایل فقر آهن در افراد محسوب می شود.

• علائم کم خونی ناشی از فقر آهن:

علائم کمبود آهن معمولاً به آهستگی بروز می کند، از این رو بیماران کم خون اغلب بدون نشانه هستند، بطور کلی بی اشتهاپی، رنگ پریدگی زبان و مخاط داخل لب و پلک چشم، سردرد، خستگی و بی حسی، بی تفاوتی، تنگی نفس، از بین رفتن بافت پوستی زبان همراه با سوزش و درد، تپش قلب، التهاب و زخم گوشه دهان، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست ها و پاها، التهاب مزمن معده که باعث کاهش ترشحات معده می شود و در کم خونی های شدید تا شقی شدن ناخن ها از نشانه های بالینی کم خونی ناشی از کمبود آهن می باشد. همچنین همه چیزخواری، خوردن مواد غیرمعمول مثل یخ، خاک و نشاسته در کمبود آهن مشاهده می شود و معمولاً با درمان آهن معالجه شده است، در موارد نادر در کم خونی ناشی از کمبود آهن بزرگ شدن طحال نیز دیده شده است.

• گروه های در معرض خطر بیشتر:

زنان در زمان بارداری، زنان در سنین باروری، سالمندان، کودکان بخصوص کودکان مبتلا به سو تغذیه و نوجوانان گروه هایی هستند که بیشتر در معرض خطر کم خونی فقر آهن می باشند.

• راه های پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن:

در سال های اخیر برای برطرف ساختن مشکل کم خونی آهن دو روش از جمله غنی سازی مواد غذایی (افزودن آهن به برخی از مواد غذایی) و آهن یاری (که عبارتست از توزیع مکمل های آهن بین افراد مانند تجویز قرص و قطره آهن بین مادران و کودکان) توصیه شده است. باید توجه داشت که جگر، گوشت و بویزه گوشت گاو، زرده تخم مرغ، سبزیجات، برگ سبز تره، میوه های خشک شده (برگه ها و بخصوص برگه زردآلو)، لوبیا چشم بلبلی، نخود خشک شده و دانه های روغنی مثل پسته، بادام، فندق و.. مهم ترین منابع غذایی حاوی آهن می باشند که می توان برای برطرف کردن فقر آهن آنها را مورد استفاده قرار داد.

منبع : روزنامه ابتکار

<http://vista.ir/?view=article&id=350622>

از همین امروز به قلبتان فکر کنید

● به مناسبت روز جهانی مبارزه با بیماری‌های قلبی بیماری‌های قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و میر در دنیا به شمار می‌روند و سالانه بیش از ۱۷ میلیون نفر در دنیا بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی فوت می‌کنند. بیماری‌های قلبی عروقی یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در دنیاست. در سال‌های اخیر تحقیقات پزشکی دال بر اهمیت نقشی که رژیم در جلوگیری و درمان بیماری قلبی بازی می‌کند ارائه شده و در این زمینه چهار عامل بزرگ در ارتباط با گرفتگی رگ‌های خونی و رژیم غذایی مطرح شده



که عبارتند از:

- ۱) بالا بودن کلسترول خون
- ۲) بالا بودن فشار خون
- ۳) دیابت
- ۴) چاقی

بنابراین اهداف پیشگیرانه رژیم برای سلامتی قلب عبارتند از: پایین آوردن میزان بالای کلسترول خون، کنترل فشار خون، طبیعی کردن میزان قند خون، به دست آوردن وزن طبیعی و مناسب خطرناک است.

● کلسترول خون

در این چهار عامل، کلسترول نقش مهمی را به منظور افزایش آگاهی مردم بازی می‌کند. یکی از عوامل مهم ابتلا به بیماری‌های قلبی بالا بودن کلسترول خون است. آنچه اهمیت دارد این است که کاهش یک درصدی کلسترول خون دو برابر از احتمال سکته می‌کاهد. اما کلسترول چیست؟ کلسترول نوعی چربی است که در خون جریان دارد و در بدن همه موجودات یافت می‌شود. در همه فرآورده‌های حیوانی، زرده تخم مرغ، محصولات لبنی و فرآورده‌های گوشتی میزان بالایی از کلسترول را می‌توان یافت.

اگر چه کلسترول برای زنده بودن لازم و اساسی است اما افزایش آن در خون می‌تواند موجب ایجاد خطر قلبی برای فرد شود برای مثال؛ میزان بالای کلسترول خون می‌تواند باعث ذخیره شدن چربی در سرخرگ و در نتیجه تصلب شریان (گرفتگی عروق) شود. در حقیقت انسداد رگ‌های قلب، علت عمده حمله‌های قلبی کشور های صنعتی و در حال پیشرفت گزارش شده است.

برای جلوگیری از حمله‌های قلبی سازمان بهداشت جهانی برای افراد بزرگسال میزان کلسترول را در حد ۲۰۰ و حتی کمتر نیز پیشنهاد و تعیین می‌کند. کلسترول بد چیست؟ کلسترول بد که به آن LDL کلسترول (ال-دی-ال کلسترول) هم گفته می‌شود، می‌تواند به صورت ژنتیکی و یا در اثر شرایط شیمیایی ویژه بدن ایجاد شود. همچنین رژیم غذایی غنی از چربی‌های اشباع، عدم تحرک و یا دیابت و وزن بالا هم در ایجاد آن نقش دارد. کلسترول بد یا ال.دی.ال کلسترول باعث انسداد عروق می‌شود و خطر ایجاد بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد.

کلسترول خوب چیست؟ کلسترول خوب که به آن HDL کلسترول (اچ-دی-ال) هم گفته می‌شود، به برداشت کلسترول بد از بدن کمک می‌کند. در حقیقت اچ-دی-ال کلسترول موجب برداشتن کلسترول از روی دیواره عروق و سلول‌های بدن و انتقال آن به کبد و سپس دفع آن می‌شود. هنگامی که مقادیر زیادی کلسترول توسط بدن ساخته می‌شود و یا زمانی که غذای پرچرب می‌خوریم، کلسترول در شریان‌ها رسوب پیدا می‌کند که به آن پلاک گفته می‌شود. ممکن است بالا بودن میزان کلسترول در بدن زمینه ژنتیکی (خانوادگی) داشته باشد که به آن

هایپرکلسترولمی خانوادگی گفته می شود.

• عوامل مؤثر بر افزایش کلسترول خون

▪ سن:

سطح کلسترول خون با افزایش سن بالا می رود. در واقع سن فاکتور مهمی است که پزشک در تعیین سطح کلسترول بیمار در نظر می گیرد.

▪ وزن:

افراد چاق بیشتر از سایر افراد در خطر ابتلا به هایپرکلسترولمی هستند. در این افراد میزان کلسترول خوب هم پایین تر از افراد معمولی است.

▪ جنسیت:

در مردان بالا بودن میزان کلسترول بد و پایین بودن میزان کلسترول خوب بسیار شایعتر از خانم هاست به ویژه در سن زیر ۵۰ سال. در دوران یائسگی کاهش میزان هورمون استروژن باعث افزایش میزان کلسترول بد می شود. در این دوره سنی بروز هایپر کلسترولمی و به دنبال آن بیماری های قلبی عروقی در زنان شایعتر است.

▪ سابقه خانوادگی:

در بعضی افراد، سابقه خانوادگی ابتلا به هایپر کلسترولمی وجود دارد. انواع گوناگونی از نقص های ژنتیکی می تواند منجر به افزایش تولید کلسترول بد و یا کاهش قابلیت برداشت آنها از خون شود. این عوامل معیوب ژنتیکی از والدین به فرزندان به ارث می رسند.

▪ بیماری های زمینه ای:

بیماری هایی نظیر دیابت می توانند باعث کاهش میزان کلسترول خوب، افزایش تری گلیسیرید و تسریع روند آترواسکلروزیس شوند. فشار خون بالا هم می تواند روند آترواسکلروزیس را تسریع کند. بعضی از داروها می توانند باعث افزایش میزان کلسترول بد و تری گلیسیرید و کاهش میزان کلسترول خوب شوند.

▪ عادت های روزانه:

فاکتورهایی که به طور منفی بر روی سطح کلسترول تاثیر می گذارند شامل مصرف نوشیدنی های حاوی الکل، استرس بیش از حد و استعمال سیگار هستند. ورزش می تواند باعث کاهش میزان کلسترول بد و افزایش میزان کلسترول خوب می شود.

• خطرات فشار خون بالا

عامل دیگر، فشار خون بالای ۹۰-۱۴۰/۸۵ است که می تواند خطر حمله های قلبی، افزایش ضربان و ضعیف شدن و از کار افتادگی کلیه ها را باعث شود. بسیاری از مطالعات نشان داده است که فشار خون بالا میزان خطر حمله های قلبی را افزایش می دهد و رژیم غذایی می تواند نقش مهمی را در درمان فشار خون بالا بازی می کند و اولین برنامه توصیه شده در کمک به پایین آوردن فشار خون کاهش نمک در برنامه رژیم غذایی است.

▪ قند خون تان را تنظیم کنید

میزان بالای قند خون عامل دیگری است که خطر حمله های قلبی را افزایش می دهد که کربوهیدرات های موجود در غذا می تواند در افزایش قند خون نقش مهمی را ایفا کنند. افرادی که دیابت دارند نسبت به سایرین بیشتر در معرض خطر حمله های قلبی و افزایش فشار خون قرار می گیرند.

▪ وزنتان را کنترل کنید

افزایش وزن نیز سهم زیادی در خطر حمله به رگ های خونی و به ویژه افزایش فشار خون، کلسترول بالا و دیابت دارد و عامل مهم و خطرناک در ابتلا به حمله های قلبی است.

• چه زمان باید رژیم غذایی برای سلامتی قلب را شروع کنیم؟

• اگر شما در معرض خطر حمله های قلبی و یا حتی یکی از انواع کوچک ناراحتی های قلبی هستید باید به یک رژیم غذایی به عنوان بخش مهمی از برنامه درمانتان توجه داشته باشید.

• آنچه که باید از خودمان انتظار داشته باشیم:

فقط شما زمانی می توانید به اهداف رژیمتان برسید که یک نگرش مثبت قاطع داشته باشید. قبول کردن و پذیرفتن یک رژیم غذایی برای سلامتی

قلب به معنای رساندن غذا های مطلوب و خوب به بدن نیست بلکه این به معنای تجزیه و تحلیل رژیم کنونی شما است و پیدا کردن جانشین های شایسته و قابل قبول برای غذاهایی که برای خطر گرفتگی رگ های خونی عامل هستند.

• رژیم های موثر برای کنترل وزن

نمونه های معمولی رژیم شامل موارد زیر می شود:

شیر خامه گرفته یا شیر ۱ درصد چربی کامل، غذا های پخته شده به صورت کامل با مارگارین های گیاهی به جای روغن های حیوانی، کره، خرما یا روغن نارگیل، غذاهایی با میزان بالای مصرف گوجه و سبزیجات به جای سس های خامه ای یا پنیری، غذا های طعم دار شده با سبزیجات، ادویه های معطر، لیمو، به جای نمک و سس غذاهایی که با حبوبات پخته شده اند و نان های سیوس دار به جای موادی که میزان جذب فیبر آنها بالاست.

ماهی تازه و سبزیجات به جای پنیر، گردو، فندق و بادام شور شده، چپیس یا سایر غذاها و مواد دارای چربی و نمک بالا، انتخاب تکه های مطبوع و کم چربی گوشت به جای تکه های چربی دار، مصرف ماهی، گوشت مرغ و غذا های گیاهی با چربی پایین به جای مصرف گوشت قرمز، چندین مرتبه در هفته. سایر موارد تعداد کمی از راه های مرتبط با سلامتی در تغییر رژیم غذایی افراد در معرض خطر است. انتظار ویژه ای که یک شخص می تواند از یک رژیم غذایی داشته باشد شامل؛

• اصلاح و کنترل فشارخون در اکثر مواقع رژیم افزایش ورزش می تواند به نرمال کردن فشارخون کمک کند.

• پایین آوردن میزان کلسترول خون. (مطالعات و تحقیقات نشان داده که رژیم غذایی می تواند میزان کلی کلسترول خون را به اندازه ۲۰ درصد و حتی بیشتر کاهش دهد.)

• در کنترل دیابت با رژیم غذایی؛ دیابت نوع ۲ با رژیم غذایی به تنهایی قابل کنترل است و دیابت نوع اول را نیز می توان با رژیم غذایی و انسولین کاهش داد.

• طبیعی کردن وزن؛ با قطع کالری های عمده به خصوص چربی ها و افزایش ورزش هر شخص باید قادر باشد که وزن خود را در هفته یک کیلو کم کند تا اینکه به وزن مناسب برسد و بعد از این فرد می تواند وزن طبیعیش را با کنترل کلسترول و چربی با یک رژیم غذایی مناسب حفظ کند و ادامه دهد.

منبع : روزنامه کارگزاران

<http://vista.ir/?view=article&id=247888>

 **vista.ir**
Online Classified Service

اسید اوریک و خطر قلبی - عروقی

ارتباط میان نقرس با پرفشاری خون، دیابت، بیماری های کلیه و بیماری های قلبی - عروقی از اواخر قرن نوزدهم مشاهده شده است. پژوهشگران قلبی اینطور تصور می کردند که اسیداوریک ممکن است از علل پرفشاری خون و بیماری های کلیه باشد. در سال ۱۸۹۷ دکتر دیویس در گزارش خود به جامعه پزشکی آمریکا نوشت: «فشار بالای شریانی در نقرس تا حدی ناشی از اسیداوریک یا سایر مواد سمی در خون است که تون شریانها(ی





کلیه) را افزایش می‌دهند». از آنجا که داروهای کاهش دهنده اسیداوریک در دوران دکتر دیویس در دسترس نبودند، مطالعه‌ای وجود نداشت که نشان دهد اسید اوریک نقش علیتی در بروز این بیماری‌ها دارد...

ارتباط میان اسید اوریک و بیماری‌های قلبی - عروقی تا حد زیادی تا اواسط دهه ۱۹۵۰ و اوایل دهه ۱۹۶۰ نادیده گرفته شده بود و در آن هنگام کشف گردید. از آن زمان تاکنون، برخی مطالعات اپیدمیولوژیک رابطه‌ای را میان سطح اسیداوریک سرم و طیف وسیعی از بیماری‌های قلبی - عروقی از جمله پرفشاری خون، نشانگان متابولیک، بیماری‌های شریان کرونر، بیماری‌های عروقی مغز، دمانس عروقی، پره‌اکلامپسی و بیماری‌های کلیه گزارش کرده‌اند. ارتباط میان اسیداوریک و بیماری‌های قلبی - عروقی نه تنها

در هیپراوریسمی (که به صورت سطح اسیداوریک بالاتر از 6mg/dL در زنان و بالاتر از 7mg/dL در مردان تعریف می‌شود) بلکه در سطح اسیداوریک در محدوده طبیعی تا بالا هم دیده می‌شود (بالاتر از $5/5-2/5\text{mg/dL}$).

اهمیت نسبی این بیماری‌ها همچنان مورد اختلاف نظر است. برخی متخصصان مانند گروه مطالعات قلب فرامینگهام اینطور ذکر کرده‌اند که اسیداوریک عامل خطرزای بیماری‌های قلبی - عروقی نیست و پزشکان باید در ارزیابی بیمار تنها بر عوامل خطرزای کلاسیک تکیه کنند. سطح اسیداوریک سرم توسط هیچ یک از انجمن‌های تخصصی اصلی به عنوان عامل خطرزای قلبی - عروقی در نظر گرفته نشده است. این مقاله مروری مطالعات مربوط به اسید اوریک و ارتباط احتمالی آن را با پرفشاری خون، بیماری‌های کلیه و بیماری‌های قلبی - عروقی گردآوری و خلاصه می‌کند. هرچند که چنین شواهدی راهگشا هستند، از درمان عمومی هیپراوریسمی بدون علامت برای کاهش خطر قلبی - عروقی حمایت نمی‌کنند. باوجود این به نظر می‌رسد شواهد کافی برای حمایت از انجام کارآزمایی‌های بالینی که مشخص کنند آیا کاهش سطح اسیداوریک فایده بالینی در پیشگیری یا درمان بیماری‌های قلبی - عروقی و بیماری‌های کلیه خواهد داشت یا نه، وجود دارد.

• علت یا معلول

یک مشکل در تعیین اینکه اسیداوریک را باید به خودی خود یک عامل خطرزای قلبی - عروقی در نظر گرفت یا نه این است که افزایش سطح اسیداوریک اغلب با عوامل خطرزای ثابت شده قلبی - عروقی همراه است. برای مثال سطح اسیداوریک در بسیاری از گروه‌های در معرض خطر بالاتر قلبی - عروقی مانند زنان پس از سن یائسگی، سیاه‌پوستان و افراد مبتلا به پرفشاری خون، نشانگان متابولیک یا بیماری‌های کلیوی بالاتر است. افزایش خطر بیماری‌های قلبی - عروقی که در ساکنین کشورهای غربی، مهاجرین به کشورهای غربی و افراد مهاجر از جوامع روستایی به جوامع شهری مشاهده می‌شود نیز با افزایش سطح اسیداوریک همراهی دارد. علاوه بر این، افزایش شدید در موارد پرفشاری خون، چاقی، دیابت و بیماری‌های کلیه در ایالات متحده طی ۱۰۰ سال اخیر نیز با افزایش پیشرونده در سطح اوریک سرم همراه بوده است. میانگین سطح اسیداوریک در مردان به تدریج از $5/3\text{mg/dL}$ در دهه ۱۹۲۰ به $6-5/6\text{mg/dL}$ در دهه ۱۹۷۰ افزایش یافته است. زنان سطح اسیداوریک پایین‌تری دارند تا مردان (به میزان $5/0-1\text{mg/dL}$) که شاید به دلیل اثر اوریکوزوریک استروژن‌ها باشد.

برای بررسی نقش اسیداوریک در بیماری‌ها، اپیدمیولوژیست‌ها اغلب از تحلیل‌های چند متغیره برای ارزیابی این موضوع استفاده کرده‌اند که آیا افزایش سطح اسیداوریک یک عامل خطرزای مستقل قلبی - عروقی است یا خیر. با استفاده از این رویکرد، برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که اسیداوریک مستقل از سایر عوامل خطرزای اثبات شده در ایجاد بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه پرفشاری خون نیست. بنابراین برخی گروه‌های تخصصی اینطور ذکر کرده‌اند که مطالعاتی که نشان می‌دهند اسیداوریک عامل خطرزای مستقل است به حد کافی از نظر سایر عوامل خطر شناخته شده کنترل نشده‌اند. علاوه بر این، در صورتی که اسیداوریک یک عامل خطرزا بود، باید مکانیسمی که با آن اسیداوریک می‌توانست موجب بیماری‌های قلبی - عروقی گردد مشخص می‌شد. سایرین اینطور ذکر کرده‌اند که یکی از کارکردهای اصلی اسیداوریک، نقش آن به عنوان یک آنتی‌اکسیدان است که به هر حال می‌تواند آن را برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی مفید سازد. نهایتاً، افزایش سطح اسیداوریک در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی می‌تواند نتیجه حضور عوامل رایجی مانند کاهش تصفیه گلوومرولی، هیپرانسولینمی، تنگی عروق کلیه یا استفاده از دیورتیک‌ها (که همگی دفع خالص کلیوی اسیداوریک را کاهش می‌دهند) یا مصرف الکل، ایسکمی بافتی یا استرس اکسیداتیو

باشد (که ممکن است تولید اسیداوریک را افزایش دهند).

بحث مشابهی در زمینه ارتباط افزایش سطح اسیداوریک با بیماری‌های مزمن کلیه رخ داده است. پیش از در دسترس قرار گرفتن داروهایی که سطح اسیداوریک را کاهش می‌دهند، بیش از ۵۰ بیمار مبتلا به نقرس درجاتی از نارسایی کلیه و نزدیک به ۱۰۰ آنها در اتوپسی بیماری کلیه داشتند. ضایعات کلیوی در بیماران مبتلا به نقرس با آرتریولواسکلروز پیشرفته، گلوومرولواسکلروز و فیروز میان‌بافتی (interstitial) اغلب همراه با وجود کریستال‌های اورات در مدولای خارجی مشخص می‌شود. وجود این رسوبات اورات موجب اطلاق نام «نفروپاتی نقرسی» به این بیماری می‌شود. با این حال، این فرضیه که آسیب کلیه در اثر رسوب کریستال‌های اورات ایجاد می‌شود به نظر مخدوش یا ناکامل به نظر می‌رسد، به ویژه با توجه به این موضوع که رسوب کریستال‌ها موضعی است و بدین ترتیب بعید است که ماهیت منتشر بیماری را توجیه کند و اینکه کریستال‌ها را در کلیه‌های طبیعی نیز می‌توان در غیاب التهاب یافت. علاوه بر این، شاخص‌ترین یافته که آرتریولواسکلروز پیشرفته و گلوومرولواسکلروز است از یافته‌های مشاهده شده در پرفشاری خون طول کشیده یا گلوومرولواسکلروز مرتبط با سن، غیرقابل افتراق است و ممکن است این واقعیت را منعکس کند که اغلب بیماران مبتلا به نقرس دچار پرفشاری خون و سالمند هستند. نهایتاً طی ۳۰ سال گذشته یک باور گسترده وجود داشته است که اسیداوریک بعید است که عامل خطرزای بیماری‌های کلیه باشد.

• اسیداوریک و بیماری‌های قلبی - عروقی، نگاهی دوباره

وقایع متعددی منجر به بررسی مستمر و مجدد نقش اسیداوریک در بیماری‌های قلبی - عروقی شده‌اند. برخی مطالعات که از نظر عوامل خطرزای متعدد کنترل شده‌اند نشان می‌دهند که اسیداوریک ممکن است یک عامل خطرزای مستقل هم برای بیماری‌های قلبی - عروقی و هم برای بیماری‌های کلیه باشد. مطالعات دیگر متذکر شده‌اند که افزایش سطح اسیداوریک، ایجاد پرفشاری خون، چاقی، بیماری‌های کلیه و دیابت را پیش‌بینی می‌کند. مطالعات در برگیرنده مدل‌های جانوری و کشت‌های سلولی مکانیسم‌هایی را مشخص کرده‌اند که از طریق آنها اسیداوریک ممکن است موجب ایجاد بیماری‌های قلبی - عروقی و کلیوی شود و گزارش‌هایی وجود دارد که فواید قلبی - عروقی و کلیوی حاصل از کاهش سطح اسیداوریک را در کارآزمایی‌های بالینی اولیه و جدید نشان می‌دهد. آیا ما باید این فرض را قبول کنیم که یک عاملی «علیتی» باید مستقل از سایر عوامل خطرزا باشد؟ در عمل این فرض با گزارش‌هایی به چالش کشیده شده است که بیان می‌دارند افزایش سطح اسیداوریک باید هم عامل مستقیم و هم عامل غیرمستقیم ایجاد بیماری‌های کلیوی و قلبی - عروقی باشد. برای مثال یو (Yu) و همکارانش گزارش کردند که بیماری کلیه در ۴۰ بیمار مبتلا به نقرس ایجاد شد اما این بحث را مطرح کردند که اسیداوریک احتمالاً عامل ایجاد بیماری نیست چرا که پرفشاری خون (عامل بسیار محتمل‌تر ایجاد بیماری کلیه) نیز در اغلب این بیماران ایجاد شد. مطالعه قلب فرامینگهام گزارش کرد که اسید اوریک عامل خطرزای علیتی برای حوادث قلبی - عروقی نیست چرا که اسیداوریک مستقل از پرفشاری خون نبود. باوجود این، اگر اسیداوریک موجب پرفشاری خون شود و پرفشاری خون نیز بیماری‌های کلیوی و قلبی را ایجاد کند، در آن صورت اسید اوریک ممکن است در صورتی که به عنوان عامل خطرزای بیماری‌های کلیوی یا قلبی ارزیابی شود، مستقل از پرفشاری خون نباشد.

• پرفشاری خون هیپراوریسمیک

شواهد تجربی و بالینی جدید از این احتمال حمایت می‌کنند که افزایش سطح اسید اوریک ممکن است منجر به پرفشاری خون شود (جدول ۲). مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند که هیپراوریسمی افزایش خطر نسبی ایجاد پرفشاری خون را طی ۵ سال مستقل از سایر عوامل خطرزای مستقل به همراه دارد. مطالعات در مورد سطح اسید اوریک و ایجاد پرفشاری خون عموماً همخوان، متمادی و دارای قدرت مشابه بوده‌اند. هیپراوریسمی همچنین در بزرگسالان مبتلا به مرحله پیش از پرفشاری خون شایع است، به ویژه هنگامی که میکروآلبومینوری وجود داشته باشد. این یافته که هیپراوریسمی پیش از ایجاد پرفشاری خون رخ می‌دهد، نشان می‌دهد که به خودی خود نتیجه پرفشاری خون نیست. تنها یک مطالعه نشان داد که اسیداوریک ایجاد پرفشاری خون را پیش‌بینی نمی‌کند. این مطالعه نمونه‌هایی را در برمی‌گرفت که در آنها پرفشاری خون پس از سن ۶۰ سالگی ایجاد شده بود.

هیپراوریسمی همچنین در پرفشاری خون اولیه شایع‌تر است تا پرفشاری خون ثانویه (حداقل در نوجوانان). در یک مطالعه افزایش سطح اسیداوریک (بیش از ۵/۵ mg/dL) در نزدیک به ۹۰٪ از نوجوانان مبتلا به پرفشاری خون اولیه (essential) مشاهده شد، در حالی که سطح اسید اوریک به وضوح در گروه شاهد و نوجوانان مبتلا به پرفشاری خون ناشی از روپوش سفید یا پرفشاری خون ثانویه کمتر بود. این یافته که سطح اسید اوریک در پرفشاری خون ثانویه افزایش نیافته بود نیز این احتمال را کاهش می‌دهد که هیپراوریسمی ناشی از پرفشاری خون باشد.

جالب توجه است که ارتباط میان سطح اسیداوریک و پرفشاری خون در افراد مبتلا به پرفشاری خون ثابت شده متغیر است. در برخی مطالعات هیپراوریسمی در ۴۰-۶۰٪ از افراد مبتلا به پرفشاری خون درمان شده وجود دارد در حالی که مطالعات دیگر شیوع کمتری را گزارش کردند. قسمتی از این تغییرپذیری ممکن است ناشی از ورود بیماران مبتلا به پرفشاری خون ثانویه در گزارش‌های مختلف باشد. علاوه بر این قدرت ارتباط میان سطح اسیداوریک و پرفشاری خون با افزایش سن بیمار و مدت ابتلا به پرفشاری خون کاهش می‌یابد که نشان می‌دهد اسیداوریک ممکن است در افراد جوان‌تر مبتلا به پرفشاری خون جدید اهمیت بیشتری داشته باشد.

ایجاد یک مدل از هیپراوریسمی خفیف در حیوانات اولین شواهد مستقیم را فراهم کرد که نشان می‌دادند افزایش اسیداوریک ممکن است منجر به افزایش فشارخون شود. در این خصوص، قابل توجه است که انسان‌ها و میمون‌ها سطح اسیداوریک بالاتری دارند تا سایر پستانداران چرا که آنها فاقد آنزیم کیدی اوریکاز هستند که اسیداوریک را به آلانتوین تجزیه می‌کند. برای هیپراوریسمیک کردن موش‌ها (که برای استفاده از آنها به عنوان یک مدل جانوری ضروری است)، تنها از یک مهارکننده اوریکاز استفاده شد. در این مدل هفته‌ها پس از افزایش سطح اسیداوریک، پرفشاری خون ایجاد شد. در چنین حیواناتی، فشارخون به طور مستقیم با سطح سرمی اسیداوریک ارتباط دارد و هنگامی کاهش می‌یابد که اسیداوریک با یک مهارکننده گزانتین اکسیداز یا یک داروی اوریکوزوریک کاهش داده شود. در مدل، نشان داده شد که پرفشاری خون ناشی از تنگی عروقی کلیه به واسطه اسیداوریک است که در اثر کاهش سطح آندوتلیال اکسیدنیتریک و با فعال شدن سیستم رنین - آنژیوتانسین رخ می‌دهد. مطابق با این مشاهدات افزایش سطح اسیداوریک در انسان‌ها نیز با اختلال کارکرد آندوتلیال و افزایش فعالیت رنین پلاسما همراهی دارد.

به مرور زمان بیماری‌های میکروواسکولار کلیه (با بافت‌شناسی مشابه آرتریولوواسکلروز که ضایعه کلاسیک پرفشاری خون اولیه است) در موش‌های مبتلا به هیپراوریسمی ایجاد می‌شود. این یافته که تغییرات میکروواسکولار همچنان، حتی هنگامی که فشارخون با یک دیورتیک کنترل شد، ایجاد گشت، همراه با نشان دادن اثرات مستقیم اسیداوریک بر سلول‌های آندوتلیال و سلول‌های عضله صاف عروق حاکی از آن است که اسیداوریک ممکن است مستقل از پرفشاری خون موجب ایجاد بیماری‌های میکروواسکولار شود. برای مثال در نمونه‌هایی از کشت سلول‌های عضلات صاف عروق، اسیداوریک موجب تکثیر سلولی، التهاب، استرس اکسیداتیو و فعال‌سازی سیستم موضعی رنین - آنژیوتانسین شد.

ایجاد ضایعات میکروواسکولار در کلیه ممکن است مکانیسم دیگری را در دسترس قرار دهد که از طریق آن اسیداوریک می‌تواند موجب پرفشاری خون شود. برای مثال ضایعات میکروواسکولار مشابه ممکن است در موش‌های دارای سطح طبیعی اسیداوریک سرم از طریق انفوزیون آنژیوتانسین II یا مسدود شدن سنتز اکسیدنیتریک ایجاد شود. هنگامی که این ضایعات ایجاد می‌شوند، پرفشاری خون حساس به نمک می‌شود و حتی هنگامی که انفوزیون آنژیوتانسین II متوقف می‌شود یا مسدود شدن سنتز اکسیدنیتریک از میان برداشته می‌شود، باقی می‌ماند.

در مطالعه‌ای دیگر بر روی موش‌های مبتلا به هیپراوریسمی، هنگامی که تجویز مهارکننده اوریکاز پس از بروز بیماری میکروواسکولار کلیه و التهاب میان‌بافتی متوقف شد، فشارخون تنها هنگامی بهبود یافت که موش‌ها روی رژیم کم‌نمک باقی نگه داشته شدند. هم مطالعات تجربی و هم مطالعات انسانی توجیه احتمالی برای چگونگی ایجاد پرفشاری خون توسط اسیداوریک را در انسان‌ها فراهم کرده‌اند. علاوه بر این، مطالعات تجربی، منطقی را در اختیار قرار دادند که چرا اسیداوریک می‌تواند با پرفشاری خون تازه تشخیص داده شده یا تازه شروع شده ارتباط داشته باشد، چراکه نمونه‌های مبتلا به پرفشاری خون طولانی‌مدت ممکن است از قبل مبتلا به بیماری میکروواسکولار کلیه باشند که می‌تواند مسوول اولیه ایجاد پرفشاری خون فعلی آنها باشد.

داده‌های اولیه حاصل از کارآزمایی‌های بالینی همچنین از نقش اسیداوریک در پرفشاری خون اولیه‌ای حمایت می‌کنند که تازه شروع شده باشد. پس از یک مطالعه آزمایشی غیرکور در ۵ بیمار نوجوان مبتلا به پرفشاری خون که نشان داد که آلپورینول فشارخون را کاهش می‌دهد، یک کارآزمایی دوسوکور با شاهد دارونما به صورت متقاطع در ۳۰ نوجوان مبتلا به هیپراوریسمی و پرفشاری خون انجام شد. در این کارآزمایی، درمان با آلپورینول با کاهش قابل توجه فشارخون تصادفی (که در مطب پزشک اندازه‌گیری می‌شود) و فشارخون سرپایی (با هولتر) همراه بود و این کاهش از نظر مقدار با نتایج حاصل با اغلب داروهای ضد فشارخون مشابه است ($9/6 \pm 0.4$ mmHg و $1/5 \pm 4/2$ mmHg در مقایسه با $4/0 \pm 2$ و $7/0 \pm 4/2$ برای دارونما به ترتیب برای فشارخون سیستولیک و دیاستولیک تصادفی [$p = 0.07/0$ و $p = 0.03/0$]). در بیمارانی که سطح اسیداوریک آنها طی درمان با آلپورینول به کمتر از 5 mg/dL کاهش پیدا کرد، فشارخون در ۸۶ بیمار (۱۹ بیمار از ۲۲ نفر) طبیعی شد، در حالی که این میزان طی مرحله درمان با دارونما ۳ بود (۱ بیمار از ۳۰ نفر).

افزایش شدیدی در شیوع پرفشاری خون در سرتاسر دنیا وجود داشته است و شواهدی وجود دارد که سطح اسیداوریک نیز در حال افزایش است.

آیا ممکن است این دو یافته با هم مرتبط باشند؟ این تصور رایج وجود دارد که افزایش شیوع چاقی منجر به افزایش شیوع پرفشاری خون شده است. طی ۲۰۰ سال گذشته، افزایش شدیدی در مصرف فروکتوز در دنیای توسعه یافته رخ داده است، افزایشی که از نظر زمانی با افزایش پرفشاری خون و چاقی همراهی داشته است. فروکتوز از این نظر در میان قندها منحصر به فرد است که به سرعت موجب تخلیه ATP و افزایش تولید و رهاسازی اسیداوریک می‌شود. داده‌های تجربی از ارتباط میان مصرف فروکتوز، هیپراوریسمی و افزایش فشارخون حمایت می‌کنند. برای مثال ایجاد هیپراوریسمی، پرفشاری خون و نشانگان شبه متابولیک با تغییرات بافت شناسی و همودینامیک کلیه بسیار شبیه به آنچه که در هیپراوریسمی مشاهده شده است در موش‌های تغذیه شده با فروکتوز گزارش شده است. درمان این موش‌ها با مهارکننده‌های گزانتین اکسیداز شامل آلپورینول یا فبوسکسوستات سطح اسیداوریک را کاهش داد و تا حدی از این تغییرات جلوگیری کرد. مطالعات اپیدمیولوژیک همچنین مصرف فروکتوز را با افزایش خطر هیپراوریسمی و نشانگان متابولیک ارتباط داده‌اند. علاوه بر این، هر چند که برخی تناقضات در این مورد وجود دارد که آیا فروکتوز می‌تواند موجب پرفشاری خون در موش‌ها شود یا خیر، تجویز رژیم غنی از فروکتوز به انسان‌ها می‌تواند موجب ایجاد بسیاری از ویژگی‌های نشانگان متابولیک از جمله افزایش حاد فشارخون شود. بدین ترتیب هر کسی ممکن است اینطور فرض کند که هیپراوریسمی ناشی از فروکتوز می‌تواند در افزایش شیوع پرفشاری خون در سرتاسر دنیا نقش داشته باشد. مصرف سایر غذاها (مانند گوشت چرب غنی از پورین) یا نوشیدنی‌ها یا مواجهه با سموم (مانند سرب در مقادیری که برای ایجاد مسمومیت با سطح پایین سرب کافی باشد) که سطح اسیداوریک را تغییر می‌دهد ممکن است در افزایش سطح اسیداوریک و ایجاد پرفشاری خون هیپراوریسمیک نیز نقش داشته باشد.

علاوه بر رژیم غذایی، شواهدی وجود دارد که وزن کم هنگام تولد خطر پرفشاری خون و چاقی را در مراحل بعدی زندگی افزایش می‌دهد. در میان مکانیسم‌هایی که از طریق آنها وزن کم هنگام تولد ممکن است منجر به افزایش خطر پرفشاری خون شود یکی کاهش مادرزادی تعداد نفرون‌ها است. هرچند که شواهد مستقیم اندکی در مورد این مکانیسم فرضی در انسان‌ها وجود دارد، در یک گزارش، کلر (Keller) و همکارانش مشاهده کردند که ۱۰ فرد سفیدپوست مبتلا به پرفشاری خون اولیه که در حوادث مربوط به وسایل نقلیه فوت کردند نفرون‌های کمتری داشتند تا ۱۰ فرد شاهد جور شده از نظر سن که به صورت مشابه فوت شدند. این مساله مشخص شده است که مادرانی که نوزادان با وزن کم هنگام تولد یا نوزادانی به دنیا آوردند که نسبت به سن بارداری کوچک بودند به طور معمول بیماری‌هایی مرتبط با هیپراوریسمی مانند پره‌اکلامپسی، پرفشاری خون اولیه و چاقی داشتند. نافلین اسیداوریک به طور آزادانه از گردش خون مادر به جنین منتقل می‌شوند و سطح بالای اسیداوریک مادر و جنین با وزن کمتر نوزادان در هنگام تولد ارتباط داشت. با توجه به اثرات ضد آنژیوژنیک افزایش اسیداوریک این احتمال وجود دارد که فرض شود چنین افزایشی می‌تواند منجر به وزن کم هنگام تولد و کاهش تعداد نفرون‌ها شود که به نوبه خود ممکن است کودک را مستعد ایجاد پرفشاری خون در مراحل بعدی زندگی کند.

در صورتی که والدین کودک چاق باشند یا پرفشاری خون داشته باشند، این امر محتمل‌تر است که بیماری‌های مشابهی در کودک به دلیل ویژگی‌های ژنتیکی یا محیطی (غذایی) ایجاد شود. در یک مطالعه، فرانکو (Franco) و همکارانش گزارش کردند که کودکان ۸-۱۲ ساله که در هنگام تولد وزن کمی داشته‌اند سطح اسیداوریک نسبتا بالا و شواهدی از اختلال کارکرد آندوتلیال داشته‌اند هر چند که هیچ یک دچار پرفشاری خون نشدند.

مصرف بیش از حد فروکتوز یا گوشت غنی از پورین یا مواجهه با دوزهای کم سرب ممکن است منجر به هیپراوریسمی مزمن شود، مادران دارای سطح بالای اسید اوریک که نتیجه رژیم غذایی یا بیماری‌هایی مانند پرفشاری خون قبلی، چاقی یا پره اکلامپسی است ممکن است اسیداوریک را از طریق جفت به گردش خون جنینی منتقل کند، که ممکن است نهایتا منجر به عقب ماندگی رشد داخل رحمی (IUGR) و کاهش تعداد نفرون ها شود.

در میان نوزادان متولد شده با تعداد کم نفرون ها، هیپراوریسمی ممکن است در کودکی به دلیل عوامل ژنتیکی و محیطی ایجاد شود. هیپراوریسمی مزمن، سیستم رنین آنژیوتانسین را تحریک و رهاسازی اکسیدنیتریک آندوتلیال را مهار می کند که منجر به تنگی عروق کلیه و احتمالا افزایش فشار خون می شود. تنگی پایدار عروقی رهاسازی اکسیدنیتریک آندوتلیال را مهار می کند که منجر به تنگی عروق کلیه و احتمالا افزایش فشارخون می شود. تداوم تنگی عروق کلیه ممکن است منجر به آرتریولوواسکلروز و ایجاد پرفشاری خون حساس به نمک حتی در صورت تصحیح هیپراوریسمی شود.

• اسیداوریک، نشانگان متابولیک و دیابت

شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که اسیداوریک ممکن است در ایجاد نشانگان متابولیک نقش داشته باشد. به طور سنتی، افزایش سطح اسیداوریک که در نشانگان متابولیک مشاهده می‌شود به هیپرانسولینمی نسبت داده می‌شود چرا که انسولین دفع کلیوی اسیداوریک را کاهش می‌دهد. با وجود این، هیپراوریسمی اغلب پیش از ایجاد هیپرانسولینمی، چاقی و دیابت رخ می‌دهد. هیپراوریسمی ممکن است همچنین در نشانگان متابولیک در افرادی وجود داشته باشد که اضافه وزن ندارند و چاق نیستند. در یک مطالعه تنها ۹/۵٪ از افراد دارای BMI طبیعی و سطح اسید اوریک کمتر از ۶ mg/dL، نشانگان متابولیک داشتند، در مقابل ۵۹٪ از افرادی که BMI و سطح اسیداوریک بیش از ۱۰ mg/dL داشتند. شواهدی از نشانگان متابولیک را نشان دادند.

- اسیداوریک و بیماری‌های مزمن کلیه

هم مطالعات تجربی و هم مطالعات بالینی نشان دهنده این احتمال هستند که افزایش سطح اسیداوریک به نوبه خود می‌تواند منجر به بیماری‌های کلیه بدون رسوب کریستال‌های اسیداوریک شود. مطالعات تجربی در موش‌ها نشان داده‌اند که افزایش سطح اسیداوریک می‌تواند منجر به ایجاد بیماری‌های کلیوی و همچنین تسریع بیماری‌های کلیه قبلی شود. ضایعات اصلی ناشی از افزایش اسیداوریک در موش‌ها شامل گلوبولواسکروز، فیروز میان‌بافتی و بیماری‌های شریانه‌ای هستند، مشکلاتی شبیه آنچه که در نروپاتی «نقرس» دیده می‌شوند به جز نبود کریستال‌های اورات در داخل کلیه‌ها. مکانیسم آسیب به نظر می‌رسد که با ایجاد بیماری‌های شریانه‌ای پیش گلوبولوی ارتباط داشته باشد که پاسخ خود تنظیمی کلیه را مختل می‌کند و بدین ترتیب موجب پرفشاری خون گلوبولوی می‌شود. یافته‌های بافت‌شناسی مشابه این در بیماری ارثی نروپاتی هیپراوریسمیک خانوادگی جوانان وجود دارد.

مطالعات اپیدمیولوژیک جدیدتر همچنین نشان می‌دهند که اسیداوریک ممکن است در ایجاد بیماری‌های کلیه نقش داشته باشد. برای مثال افزایش سطح اسیداوریک، عامل پیش‌بینی کننده مستقلی در ایجاد میکروآلبومینوری و اختلال کارکرد کلیه در افراد دارای کارکرد طبیعی کلیه است و با اختلال تراوش گلوبولوی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ همراه است که پروتئینوری ندارند. در مقابل، سطح اسید اوریک پیشرفت بیماری‌های مزمن قبلی کلیه را پیش‌بینی نمی‌کند و این موضوع نشان می‌دهد که در بیماری‌های موجود از قبل، ضایعات ساختمانی (و غیر قابل بازگشت) میکروواسکولار و گلوبولوی از پیش ایجاد شده‌اند و موجب پیشرفت بیماری مستقل از سطح اسیداوریک می‌شوند.

- سایر بیماری‌های قلبی - عروقی مرتبط با هیپراوریسمی

هیپراوریسمی به شدت با بیماری‌های عروقی محیطی، کاروتید و کرونری و رخ دادن سکته مغزی، پره اکلامپسی و دمانس عروقی ارتباط دارد. ارتباط میان اسید اوریک و حوادث قلبی - عروقی به ویژه قوت دارد، به خصوص در بیمارانی که در معرض خطر بالای بیماری‌های قلبی هستند و همچنین در زنان. برخی از فواید قلبی عروقی لوزارتان و آتورواستاتین نیز به توانایی این داروها در کاهش سطح اسیداوریک نسبت داده شده است. اینکه آیا اسیداوریک در این بیماری‌ها ارتباط علیتی دارد یا خیر هنوز نیاز به بررسی دارد.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

<http://vista.ir/?view=article&id=361049>

 Vista.ir
Online Classified Service

افزایش تصاعدی بیماری‌های قلبی

براساس آمارهای جهانی ۲۹ درصد علل مرگ و میر در کل دنیا مربوط به بیماری‌های قلبی- عروقی است.

www.takbook.com





هر چند مرگ بر اثر بیماری های قلبی، بیشتر در مردان مشاهده می شود، اما همه زنان و مردان بزرگسال در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند. بیش از نیمی از بیمارانی که دچار حملات قلبی می شوند، پیش از رسیدن به بیمارستان جان می سپارند... .

بیماری های قلبی در کشورهای که درآمد متوسط و پایین دارند، بیشتر

گزارش می شود. سیگار و اختلالات چربی های خونی هنوز مهمترین ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری های قلبی- عروقی شناخته می شود و...

در سال های اخیر تحقیقات وسیعی برای بررسی علل و زمینه های بیماری های قلبی در ۵۵ کشور جهان از جمله ایران صورت گرفته است. برپای همایش سراسری تازه های قلب و عروق که ۱۲ تا ۱۴ مرداد ماه امسال توسط انجمن آترواسکلروز ایران برگزار شد، فرصتی مغتنم بود تا بار دیگر زنگ خطر برای افراد چاق، کم تحرک، گروهی که عادات غذایی نامناسبی دارند، سیگاری ها و... به صدا درآید. گزارش زیرنگاهی کوتاه به این همایش سه روزه دارد.

●●●

این جمله هر چند تکراری است، اما جای تأمل دارد: بیماری های قلبی- عروقی نخستین علت مرگ و میر در کشور به شمار می رود . موضوع وقتی بیشتر جای نگرانی دارد که این آمار را نیز در ادامه جمله بیفزاییم که نزدیک به ۴۰ درصد علت فوت جوانان در کشور به دلیل بیماری های قلبی- عروقی است که این آمار به سرعت در حال افزایش است.

باز نگاهی به آمارها داریم: ۲۲ درصد علت بیماری های قلبی، کم تحرکی در زنان و مردان است. با توجه به آمار نسبتاً بالای جمعیت جوان در کشور که حدود ۵۰ درصد سن زیر ۳۰ سال دارند و افزایش سن این گروه و به دنبال آن افزایش خطر ابتلا به بیماری های قلبی- عروقی از يك سو و از دیگر سو، الگوهای نامناسب غذایی، سال به سال بر تعداد مبتلایان به بیماری های قلبی- عروقی در کشور افزوده می شود. تا ۲۰ سال آینده نزدیک به يك چهارم جمعیت کل دنیا از دخانیات استفاده می کنند تا جایی که در سال ۲۰۲۰ میلادی دخانیات مهمترین علت مرگ و ناتوانی در جهان محسوب می شود؛ بیشتر این افراد سیگاری، در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.

تکنیک های جدید درمان بیماری های قلبی

در این همایش کارگاهی به نام اکوکاردیوگرافی پیشرفته برگزار شد. اما منظور از اکوکاردیوگرافی چیست و چه کاربردی در درمان های نوین بیماری های قلب و عروق دارد؟

دکتر مسعودقاسمی، متخصص بیماری های قلب و عروق و رئیس این همایش در مورد مفهوم اکوکاردیوگرافی می گوید: منظور از این روش، تشخیص بیماری های قلبی از طریق امواج صوتی است. وی با اشاره به این که این رشته از جمله رشته های فلوشیپ تخصصی به شمار می رود، یادآور شد: در این کارگاه آخرین روش های تشخیص بیماری های قلبی به کمک امواج صوتی مورد بحث و تبادل نظر متخصصان قرار گرفته است. سی تی اسکن MSCT۶۴ دستاورد جدید دیگری در زمینه تشخیص بیماری گرفتگی رگ های قلب از طریق سی تی اسکن است. در گذشته تنها آنژیوگرافی روش مطالعه شریان های قلبی بود، اما در حال حاضر روش سی تی اسکن به کمک تصاویر، این امکان را به پزشک می دهد تا با تشخیص به موقع، اقدامات درمانی لازم را به کار گیرد.

بیمارانی که در گذشته مورد عمل باز قلب قرار گرفته اند یا در آنژیوپلاستی از استنت برای آنان استفاده شده است به دلیل برخی علایم، نیازمند ارزیابی نتیجه درمان هستند. از جمله مواردی که در این همایش مطرح شد، سندرم حاد قلبی بود. همچنین آخرین روش های درمان های دارویی و آنژیوپلاستی اورژانس در انفکتوس حاد قلبی و تأثیر داروهای جدید ضدپلاکت و ضدانعقاد در این زمینه بررسی شد. آخرین دستاوردهای استفاده از تکنیک های غیرجراحی برای بستن سوراخ های مادرزادی بین حفره های قلبی از جمله ASD (نقص دیواره بین دو دهلیز) و VSD (نقص دیواره بین دو بطن) از دیگر تازه های این کنگره را تشکیل می داد.

دکتر قاسمی در این زمینه می گوید: در طول دو سه سال اخیر بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های مادرزادی قلب از دو گروه ASD و VSD به ویژه گروه اول، به علاوه PDA (بازماندن مجرای شریانی) در ایران توسط متخصصان قلب اینترونشنال و توسط متخصصان قلب کودکان درمان شده اند.

وی روش درمانی به طریق بسته- بدون جراحی و از طریق جاسازی وسیله ای به نام چتر داخل قلب از طریق ورید پا را از دیگر موفقیت های متخصصان کشور برشمرد.

به کارگیری سلول های بنیادی در درمان بیماری های قلبی از دیگر موارد مطرح شده در این همایش بود. دکتر محمد حسنی در این مورد می گوید: در این همایش سمپوزیوم ویژه ای در این زمینه برگزار شد و دو نفر از صاحب نظران این رشته از کشور آمریکا در این زمینه با متخصصان داخل کشور به بحث و تبادل نظر پرداختند. طی دو سال اخیر در کشور این روش درمانی در قالب چند طرح تحقیقاتی به طور موفقیت آمیز روی تعدادی بیمار مبتلا به بیماری های پیشرفته قلبی انجام شده که امید می رود در آینده نزدیک این روش درمانی بتواند به روش درمانی متداول برای بیماران قلبی تبدیل شود.

یکی از توصیه های متخصصان قلب در این همایش تشخیص به موقع بیماری های قلبی در کودکان بود. به عقیده این متخصصان، در صورت تشخیص به موقع، بسیاری از بیماری های قلبی قابل درمان خواهد بود؛ در غیر این صورت فرصت درمان برای همیشه از بین خواهد رفت. از دیگر موارد مطرح شده در همایش سراسری تازه های قلب و عروق، میزگرد مقایسه روش های آنژیوپلاستی عروق قلب با جراحی قلب باز بود. در این میزگرد پزشکان متخصص جراحی قلب باز و متخصصان اینترونشنال قلب به بحث و تبادل نظر پیرامون مقایسه درمان ها در بیماران مبتلا به دیابت و مقایسه درمان ها در بیمارانی که بیش از يك رگ تنگ دارند و یا تنگی در رگ اصلی چپ آنان وجود دارد نقش تشخیص و درمان به موقع تنگی عروق کاروتید پیش از جراحی قلب باز و همچنین آنژیوپلاستی، میزگرد تشخیص و درمان آریتمی دهلیزی از نوع فیبریلاسیون و آخرین دستاوردها در زمینه بی نظمی ضربان قلب با منشأ دهلیزی از نظر دارویی و الکتروفیزیولوژی مطرح شد.

از نکات بارز در این همایش همکاری تنگاتنگ متخصصان قلب با متخصصان بیهوشی بود.

بیهوشی آماده در حین آنژیوپلاستی بیماران دچار تنگی عروق قلب که در صورت بروز هر گونه حادثه، اورژانس به منظور جراحی قلب باز بیماران را آماده نگه می دارد و نیز ارزیابی آخرین روش های بیهوشی جراحی قلب و مراقبت های ویژه آن در بخش مراقبت های ویژه قلب باز (IUC) نیز از دستاوردهای دیگر این همایش سه روزه بود.

روش های تشخیصی و درمان سنکوپ

یکی از شایع ترین علل سنکوپ، اختلالات ریتم قلب است. در این حالت بیمار به طور ناگهانی دچار تنگی یا کندی بیش از حد ضربان قلب می شود. در مواقعی که ضربان قلب کند می شود، تکافوی خون رسانی به مغز را نمی دهد و بیمار به سنکوپ دچار می شود.

دکتر قاسمی در این زمینه می گوید: سنکوپ بر اثر اختلال در انبساط یا انقباض به موقع سیستم وریدی به وجود می آید. به عبارتی سنکوپ در شرایطی خاص اتفاق می افتد و سبب انبساط سیستم وریدی می شود؛ در این حالت خون کمی به قلب بازمی گردد. این نوع سنکوپ، سنکوپ واژوواگال نام دارد.

وی می افزاید: پیس میکر یا ضربان ساز سه حفره ای، وسیله دیگری است که به دنبال گسترش بهره گیری از آن طی دو سه سال اخیر، بیمارانی که دچار اختلالات ریتم کشنده یا خطرناک قلب هستند، پس از تعبیه دستگاه در بدنشان مشکل آریتمی آنان حل می شود.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=235650>

 **vista.ir**
Online Classified Service

افزایش فشار خون

www.takbook.com

خون برای گردش در رگ های بدن نیاز به فشار دارد که تلمبه قلب آن را تامین می کند و دیواره رگ ها در تنظیم آن نقش دارند.

فشار خون با فعالیت بدنی بالا می رود، اما فردی که دچار بیماری فشار خون بالا است، به هنگام استراحت نیز فشار خونش بالاتر از حد طبیعی قرار دارد.

• علایم شایع

معمولاً علامتی وجود ندارد مگر اینکه شدید باشد. در موارد بحرانی فشار خون ممکن است علایم زیر دیده شوند (علایم زیر مربوط به بالا رفتن فشار خون به طور بحرانی هستند):

سردرد، خواب آلودگی، گیجی، کرختی و مورمور شدن دست ها و پاها، سرفه خونی، خونریزی از بینی، تنگی نفس شدید

• علل



فشار خون بالا معمولاً ناشناخته است. تعداد کمی از موارد در اثر مشکلات زیر ایجاد می شوند :

بیماری مزمن کلیه، تنگی سرخرگ آئورت، اختلال در بعضی از غدد درون ریز، تصلب شرایین

• عوامل افزایش دهنده خطر

- سن بالای ۶۰ سال

- چاقی، سیگار، استرس

- وابستگی به الکل

- رژیم غذایی حاوی نمک یا چربی اشباع شده زیاد

- پشت میز نشینی (عدم تحرک کافی)

- عوامل ژنتیکی

- سابقه خانوادگی فشار خون بالا، سکته مغزی، حمله قلبی یا نارسایی کلیه

- مصرف قرص های تنظیم خانواده، استروئیدها و بعضی از انواع داروهای مهارکننده اشتها

• عوارض احتمالی

- سکته مغزی

- حمله قلبی

- نارسایی قلب و ادم ریه

- نارسایی کلیه

• اصول کلی درمان

اهداف درمان با توجه به ویژگی های هر فرد تعیین خواهند شد و ممکن است شامل کم کردن وزن، تغییر در برنامه های غذایی روزانه، ترک دخانیات، برنامه ورزش مناسب، و مهم تر از همه تغییر شیوه زندگی برای کاهش استرس باشد.

• داروها

در صورتی که اقدامات محافظه کارانه فوق موثر نباشد، با استفاده از داروهای ضد فشار خون می توان فشار خون را پایین آورد. از مصرف داروهای سرماخوردگی و سینوزیت خودداری کنید. این داروها حاوی افرین هستند که باعث افزایش فشار خون می شود.

• فعالیت

فعالیت طبیعی همراه با برنامه ورزشی حداقل ۳ بار در هفته

ورزش باعث کم شدن استرس و حفظ وزن بدن در حد ایده آل می شود. ورزش حتی ممکن است فشار خون را نیز پایین آورد. در مورد نوع و مقدار ورزش با پزشک خود مشورت کنید.

• رژیم غذایی

- رژیم غذایی کم نمک و کم چرب
- در صورت اضافه وزن ، رژیم لاغری مناسب برای کاهش وزن
- در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید.
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم فشار خون بالای بحرانی را دارید.
- اگر درد قفسه سینه رخ دهد، سریعاً درخواست کمک کنید.
- اگر علیرغم درمان، علائم فشار خون بالا ادامه داشته باشند.
- اگر علائم جدید و غیر قابل توجیه ظاهر شوند.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<http://vista.ir/?view=article&id=219428>

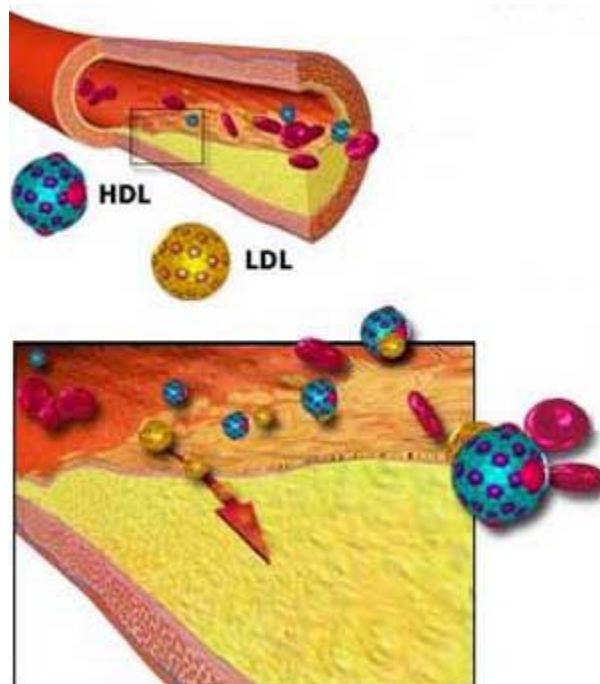


افزایش کلسترول خون

HDL (کلسترول خوب) با حمل LDL (کلسترول بد) مانع چسبیدن LDL به جدار رگ میشود در حالیکه LDL به تنهایی به جدار رگ چسبیده و ایجاد پلاک (آترواسکلروز) می نماید.

کلسترول بالای خون یکی از مهمترین عوامل خطر در ایجاد بیماریهای قلبی است . در واقع به هر میزان که کلسترول خون بالاتر می باشد احتمال ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی بیشتر است . بیماریهای قلبی بعنوان اولین عامل مرگ و میر شناخته شده اند . سالانه ، حدود یک میلیون نفر در ایالات متحده دچار حمله قلبی می شوند و حدود نیم میلیون نفر در اثر بیماریهای قلبی می میرند .

زمانیکه کلسترول خون از حد طبیعی بالاتر رود ، در دیواره عروق رسوب می کند . در درازمدت رسوبات ایجاد شده باعث سختی دیواره شریانها و باریک شدن جریان خون عروق قلبی و کاهش خونرسانی به آن می شوند و در نتیجه قلب دچار کاهش و ایست حرکت می گردد . با کاهش جریان خون به عضلات قلب شخص دچار درد سینه می شود . حال اگر جریان خون بطور



کامل متوقف شود حمله قلبی عارض می گردد .

کلسترول بالای خون بخودی خود باعث ایجاد علائم نمی شود و لذا بسیاری از مبتلایان به این عارضه ، علامت مشخصی ندارند . آگاهی از سطح کلسترول خون بسیار مهم و حیاتی است چرا که کاهش سطح کلسترول خون می تواند بطور چشمگیری میزان ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی و احتمال سکنه های قلبی را کاهش دهد . کاهش سطح کلسترول در تمامی رده های سنی اهمیت دارد . جوانان ، میانسالان و افراد مسن ، زنان و

مردان وحتى افرادی که بیماری قلبی ندارند باید بطور جدی در کاهش سطح کلسترول تلاش نمایند .

هر فرد ۲۰ ساله یا مسن تر باید کلسترول خون خود را حداقل هر پنج سال یکبار اندازه گیری نماید .

• معمولاً میزان کلسترول خون پس از حدود ۹ تا ۱۲ ساعت ناشتا بودن اندازه گیری می شود و می توان همزمان معیارهای زیر اندازه گیری شود :

▪ میزان کلسترول تام خون

▪ میزان LDL که همان کلسترول بد می باشد و عامل اصلی در تخریب دیواره عروق می باشد .

▪ میزان HDL که در واقع بعنوان کلسترول خوب می باشد و عامل جلوگیری کننده از تخریب دیواره عروقی می باشد .

▪ تری گلیسیرید ها : که نوع دیگری از چربی خون می باشد .

HDL بدن را در مقابل بیماری قلبی محافظت می نماید لذا هر چه بیشتر باشد بهتر است . مقادیر کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر ، احتمال

ابتلا به بیماریهای قلبی را افزایش می دهد .

• عوامل مؤثر بر میزان کلسترول خون

▪ عوامل مختلفی بر سطح کلسترول خون تأثیر می گذارند :

(الف) رژیم غذایی :

چربیهای اشباع شده موجود در غذاها میزان کلسترول خون را بالا می برند . در واقع چربیهای اشباع شده عامل اصلی افزایش کلسترول می باشد

. لیکن کلسترول موجود در غذاها نیز عامل مهمی می باشد . لذا کاهش این دو عامل در غذاهای مصرفی نقش بسیار مهمی در کاهش کلسترول

خون دارد .

(ب) وزن :

بالا بودن وزن نقش مهمی در ابتلا به بیماریهای قلبی دارد . ضمناً افزایش وزن می تواند میزان کلسترول خون را افزایش دهد . کاهش وزن نیز می

تواند در کاهش LDL و کلسترول خون مؤثر واقع شود .

(ج) فعالیت های بدنی :

عدم تحرک بدنی می تواند بعنوان یک عامل ابتلا به بیماریهای قلبی بحساب آید . فعالیت بدنی منظم می تواند میزان کلسترول بد را کاهش داده و

میزان کلسترول خوب را افزایش دهد . ضمناً باعث کاهش وزن بدن می شود .

فاکتورهای بالا قابل تغییر می باشند و هر شخصی می تواند آنها را تحت تأثیر قرار دهد . لیکن فاکتورهای زیر قابل تغییر نمی باشند :

(۱) سن و جنس :

با افزایش سن سطح کلسترول افزایش می یابد . قبل از پائستگی ، زنان سطح کلسترول پایین تری نسبت به مردان همسن و سالان خود دارند .

لیکن بعد از پائستگی ، LDL در خانمها افزایش می یابد .

(۲) وراثت :

کلسترول خون در بعضی از خانواده ها بیشتر از حد می باشد .

بطور کلی ، هر چه LDL خون بالاتر باشد و عوامل خطر بیماریهای قلبی بیشتری در شخص باشد ، احتمال ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی و

سکته های مغزی را افزایش می دهد . یکی از مهمترین عوامل خطر ، دیابت (مرض قند) می باشد .

▪ مهمترین عوامل خطری که میزان LDL و اثرات آن را تحت تأثیر قرار میدهد :

(الف) استعمال دخانیات

(ب) فشارخون بالا (۱۴۰ بر روی ۹۰ میلی متر جیوه تا بالاتر از آن)

(ج) میزان HDL پایین (پایین تر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر خون)

(د) سابقه خانوادگی ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی در سنین پایین (منظور بیماری قلبی - عروقی در پدر یا برادر در سن پایین تر از ۵۵ سال و یا

بیماری قلبی - عروقی در مادر یا خواهر در سن کمتر از ۶۵ سال می باشد . سن ۴۵ سال یا بالاتر در مردان و ۵۵ سال یا بالاتر در زنان .

• درمان : مهمترین هدف درمان کلسترول در واقع کاهش میزان LDL خون می باشد که منجر به کاهش احتمال ابتلا به بیماری قلبی - عروقی

خواهد بود .

• دو راه عمده برای کاهش کلسترول مطرح می باشد :

(۱) تغییر فرهنگ زندگی که عبارتند از : رژیم غذایی مناسب ، افزایش فعالیت بدنی و کنترل وزن .

(۲) درمان دارویی : که البته در صورت لزوم حتماً باید با روش اول آمیخته شود .

البته شایان ذکر است پزشکان در مورد نوع درمان ، با توجه به میزان وجود عوامل خطر تصمیم گیری خواهند نمود . بعنوان مثال شخصی که در جدول فوق در بین افراد « با احتمال خطر بالا » قرار گرفته باشد باید LDL خون خود را تا حد زیر ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر کاهش دهد . لذا ممکن است پزشک شما بر حسب این لزوم ، توصیه به تغییر فرهنگ زندگی را در کنار درمان دارویی توصیه نمایند .

منبع : واحد مرکزی خبر

<http://vista.ir/?view=article&id=242185>

 Vista.ir
Online Classified Service

آنژین صدری چیست و چگونه با آن برخورد کنیم

آنژین صدری علامت واضح بیماری قلبی است که همان درد قفسه سینه ناشی از بیماری عروق کرونر قلب است . این درد به علت کمبود اکسیژن قلب ایجاد می شود که میتواند به علت تنگی عروق کرونر یا اسپاسم این عروق ایجاد شود . آنژین صدری به صورت احساس فشار در قفسه سینه و درد با انتشار به گردن ، فک و بازوها ظاهر می شود.

• انواع آنژین :

دو نوع آنژین وجود دارد :

(۱) آنژین پایدار :



این درد معمولاً در زمانی اتفاق می افتد که استرس روحی یا استرس ورزشی وجود داشته باشد یعنی درد با استرس روحی یا ورزشی بوجدومی آید که با مصرف دارو یا قطع فعالیت و یا هردو بهبود می یابد.

(۲) آنژین ناپایدار :

در اغلب اوقات درد آن قابل پیش بینی نیست و ممکن است درحالت استراحت نیز رخ دهد و مدت زمان درد نیز طولانی تر از آنژین پایدار است و ممکن است با درمان دارویی نیز بهبود نیابد که در این صورت با پزشکانت تماس بگیرید یا به نزدیکترین اورژانس مراجعه کنید. در صورت عدم بهبود درد با استفاده از دارو فوراً با پزشک تماس بگیرید یا با اورژانس مراجعه کنید.

• حمله قلبی چیست؟

وقتی قسمتی از عضله قلب شما به دلیل فقدان اکسیژن از بین برود حمله قلبی رخ می دهد که بدون اکسیژن عضله قلب خواهد مرد.

• تفاوت میان آنژین و حمله قلبی :

تفاوت اصلی بین حمله قلبی و آنژین این است که در حمله قلبی قسمتی از عضله قلبی واقعاً می میرد ولی در آنژین عضله قلب نمی میرد با این وجود تشخیص قطعی حمله قلبی تنها بعد از انجام تستهای تشخیصی امکانپذیر است .
- نکته: برای کمک به پزشک در تشخیص لازم است درد قفسه سینه خود را دقیقاً توضیح دهید .

از خودتان این سوالات را بپرسید :

- (۱) درد را چگونه احساس می کنید؟ تیز، مبهم، احساس سفتی، سنگینی یا فشرده شدن
- (۲) محل دقیق درد کجاست؟
- (۳) آیا به جاهای دیگر مثل شانه، بازوها، بین دو کتف، گلو یا فک نیز تیر می کشد؟
- (۴) با چه فعالیت‌هایی درد شروع می شود؟ مثل استرس و فعالیت
- (۵) درد چگونه فروکش میکند؟ مثلا با تغییر وضعیت یا با خوردن آنتی اسید
- (۶) درد چه مدت طول می کشد؟
- (۷) چه موقع از روز این حمله ها بیشتر است؟
- (۸) آیا درد با علائم دیگری مثل تنگی نفس، تعریق یا بیحالی همراه است؟
- (۹) آیا الگوی درد با قبل تفاوت دارد؟

پزشک می خواهد تا حد لازم در مورد علائم و نشانه های شما بدانند بنابراین این از گفتن هر آنچه که احساس میکنید پروا نکنید. به یاد داشته باشید هر چه پزشک مشکوک تر باشد تستهای بیشتری برای تشخیص قطعی نیاز است.

• روش استفاده از قرص زیر زبانی

- بیمار باید در هنگام درد قفسه سینه بنشیند و قرص زیر زبانی را در زیر زبان قرار دهد زیرا در وضعیت ایستاده باعث کاهش فشار خون می شود
 - قرص باید به طور طبیعی حل شود و بلعیده نشود تا دارو به طور کامل حلشود. بیماری که دهانش خشک است قبل از مصرف قرص کمی آب بنوشد یا دهان خود را خیس کند و قبل از حل شدن قرص زبان خود را حرکت ندهد.
 - در صورتی که پس از مصرف یک قرص درد کاهش نیافت میتوان به فاصله هر پنج دقیقه تا سه قرص استفاده کرد و در صورت عدم بهبودی فوراً به نزدیکترین اورژانس مراجعه نماید. نکته: نباید بیشتر از سه قرص در مدت ۱۵ دقیقه استفاده کرد- همیشه قرصهای زیر زبانی همراه داشته باشید.
 - قبل از حل شدن قرصهای زیر زبانی زبان را حرکت ندهد و آب دهان را فروبرد. اگر درد بیمار شدید است قرصها را با دندان خرد کند تا جذب دهانی سریعتر شود.
 - به محض اینکه درد کاملاً تسکین یافت هر مقدار از قرص که در دهان مانده را بیرون بریزد و ۱۵ تا ۲۰ دقیقه جهت پیشگیری از سرگیجه یا غش استراحت کند (مخصوصاً اگر سردرد دارد)
 - قرصهای زیر زبانی را میتوان جهت پیشگیری از دردهای آنژیینی ۵ تا ۱۰ دقیقه قبل از انجام فعالیتهای سنگین بدنی مثل فعالیت جنسی یا بالا رفتن از پله استفاده کرد. اثر دارو به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ادامه می یابد.
 - باید در صورت افزایش درد، تکرار درد، افزایش مدت درد یا شدت درد به اورژانس مراجعه کرد.
- عوارض این قرصها شامل :

- گرگرفتگی

- سردرد

- کاهش فشار خون

- طپش قلب

- احساس پری سر

(۱) باید از فاسد نبودن دارو مطمئن باشید در صورتی که احساس سوزش روی زبان ویا سردرد دارید قرصهای نیتروگلیسیرین سالم هستند برای بر طرف شدن سردرد میتوان از قرص استامینوفن استفاده کرد.

(۲) قرصهای نیتروگلیسیرین در اثر گرما، رطوبت، هوا، نور و باگذشت زمان اثر دارویی خود را از دست می دهند پس هر شش ماه یکبار باید این قرصها رانجديد کرد و این دارو باید در ظروف شیشه ای دربسته و تیره رنگ نگهداری شوند.

(۳) نباید مصرف داروهای قلبی مخصوصاً ترکیبات نیترات را به طور ناگهانی قطع کرد.

استفاده از نوع اسپری دارو:

۱) ظرف اسپری را تکان ندهید و روی زبان یا زیر زبان اسپری کنید. اسپری را استنشاق نکنید .

۲) ممکن است هر ۵ دقیقه تا سه بار (حداکثر) تکرار شود .

۳) پس از استفاده از اسپری حداقل تا ۱۰ ثانیه از بلعیدن آب دهان اجتناب کنید.

استفاده از نوع پماد موضعی:

از اپلیکاتوری که همراه بسته دارو تهیه شده است استفاده کنید دوز تجویز شده را بر روی اپلیکاتور بفشارید . پماد را بوسیله این اپلیکاتور روی محل مناسب بگذارید و پماد را به صورت یک لایه یکنواخت به سطح حدود ۵ سانتی متر مربع بچسبانید. این ناحیه باید بدون مو باشد و نواحی که بیشتر استفاده میشوند عبارتند از :

۱) سینه

۲) شکم

۳) سطح جلوران و ساعد

پس از چسباندن پماد با یک پانسمان شفاف آنرا بپوشانید و با چسب آنرا محکم کنید. از مالیدن پماد بر روی انگشتان پرهیز کنید و محل‌های استفاده از پماد را هر بار به صورت چرخشی تغییر دهید . قبل از استعمال مجدد پماد را از محل قبلی بردارید طرف محتوی پماد را در بسته نگهدارید و در مکان خشک حفظ کنید . هرروز در زمان معین بکار ببرید و ترجیحا به مکان عاری از مو مالیده شود و از مالیدن پماد بر روی پوست خراشیده یا تحریک شده یا محل زخم پرهیز نمایید.

منبع : پزشکان بدون مرز

<http://vista.ir/?view=article&id=314256>



انواع کم خونی

عارضه کم خونی زمانی بروز می‌کند که خون فاقد هموگلوبین کافی است. هموگلوبین به گلبول‌های قرمز خون در حمل اکسیژن از ریه‌ها به تمام اندام‌های بدن کمک می‌کند.

کم خونی انواع مختلفی دارد که هر کدام به دلایل مختلف بروز می‌کنند و به اختصار در ذیل معرفی شده‌اند:

۱) کم خونی ناشی از فقر آهن (IDA):

این نوع کم خونی از شایعترین انواع این بیماری است. فقر آهن زمانی بروز می‌کند که بدن فاقد آهن کافی است.

بدن برای ساختن هموگلوبین به آهن نیاز دارد. این حالت معمولا در اثر از



دست دادن خون به دلیل مشکلاتی همچون عادت ماهانه طولانی و سنگین، زخم‌های داخلی، پولیپ‌های روده یا سرطان روده بروز می‌کند. همچنین، رژیم غذایی فاقد آهن کافی می‌تواند منجر به بروز این حالت شود. در دوره بارداری نیز عدم وجود آهن کافی برای مادر و جنین موجب کم خونی از نوع فقر آهن می‌شود.

بدن می‌تواند با مصرف مواد غذایی مانند گوشت گاو، صدف‌های خوراکی، اسفناج، عدس، سیب زمینی کباب شده با پوست و تخمه گل آفتابگردان، آهن مورد نیاز خود را به دست آورد.

(۲) کم خونی مگالوبلاستیک یا فقر ویتامین:

این نوع کم خونی معمولاً در اثر کمبود فولیک اسید یا ویتامین B-۱۲ بروز می‌کند. این ویتامین‌ها به بدن در سالم نگهداشتن خون یا سیستم عصبی کمک می‌کنند. در این نوع کم خونی، بدن گلبول‌های قرمز خونی تولید می‌کند که نمی‌توانند اکسیژن را به خوبی تحویل دهند.

قرص‌های مکمل حاوی فولیک اسید می‌توانند این نوع کم خونی را درمان کنند. فولیک اسید را همچنین می‌توان از مصرف دانه‌ها و بنشن‌ها، مرکبات و آب میوه‌ها، سیوس گندم و سایر غلات، سبزیجات برگ پهن و سبز تیره، گوشت طیور، صدف و کبد به دست آورد.

گاهی اوقات ممکن است یک متخصص نتواند تشخیص دهد که علت این بیماری کمبود ویتامین B-۱۲ است. این حالت معمولاً در افراد مبتلا به کم خونی و خیم بروز می‌کند که در حقیقت نوعی بیماری خود ایمنی است. عدم دریافت ویتامین B-۱۲ کافی می‌تواند موجب کرختی و بی‌حسی

دست‌ها و پاها، مشکلات در راه رفتن، از دست دادن حافظه و مشکلات بینایی شود. نوع درمان بستگی به عامل مولد بیماری دارد، اما به هر حال مصرف ویتامین B-۱۲ ضروری است.

(۳) بیماری‌های نهفته:

بیماری‌های خاصی وجود دارند که می‌توانند به توانایی بدن در تولید گلبول‌های قرمز خونی آسیب برسانند. برای مثال، افراد مبتلا به بیماری‌های کلیوی به ویژه بیماری که دیالیز می‌شوند در معرض ابتلا به کم خونی قرار دارند. کلیه‌های این بیماران قادر به ترشح هورمون‌های کافی برای تولید

گلبول‌های خونی نبوده و در هنگام دیالیز نیز آهن از دست می‌دهند.

(۴) بیماری‌های خونی ارثی:

اگر در خانواده سابقه بیماری خونی وجود داشته باشد، احتمال ابتلا به آن در افراد دیگر نیز افزایش می‌یابد. یکی از امراض خونی ارثی کم خونی گلبول‌های داسی شکل است. به جای تولید گلبول‌های قرمز خونی طبیعی که به راحتی درون رگ‌های خونی حرکت می‌کنند، گلبول‌های داسی

شکل حرکت سختی داشته و دارای لبه‌های خمیده هستند. این گلبول‌ها نمی‌توانند در رگ‌های خونی ظریف به آسانی حرکت کنند و در نتیجه مسیر رسیدن خون به اعضای بدن را مسدود می‌کنند. بدن گلبول‌های قرمز داسی شکل را نابود می‌کند، اما نمی‌تواند با سرعت کافی انواع

طبیعی و سالم جدیدی را تولید کند. این امر موجب بروز کم خونی می‌شود نوع دیگری از کم خونی ارثی تالاسمی است. تالاسمی زمانی بروز می‌کند که بدن ژن‌های ویژه‌ای را از دست می‌دهد و یا ژن‌های غیر طبیعی مختلف از والدین به کودک ارث می‌رسد که به نحوه تولید هموگلوبین

تاثیر منفی می‌گذارند.

(۵) کم خونی آپلاستیک:

نوع نادری از کم خونی است و زمانی بروز می‌کند که بدن به اندازه کافی گلبول قرمز تولید نمی‌کند. از آنجا که این امر بر گلبول‌های سفید نیز تاثیر می‌گذارد، از این خطر بالای بروز عفونت‌ها و خونریزی‌های غیر قابل توقف می‌شود. این حالت دلایل مختلفی دارد که عبارتند از:

▪ روش‌های درمانی سرطان‌ها (پرتودرمانی و شیمی درمانی)

▪ قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سمی (مانند مواد مورد استفاده در برخی حشره‌کش‌ها، رنگ و پاک کننده‌ها و شوینده‌های خانگی)

▪ برخی داروها (مانند داروهای مخصوص درمان روماتیسم مفصلی)

▪ بیماری‌های خود ایمنی (مانند لوپوس)

▪ عفونت‌های ویروسی که بر تراکم استخوانی تاثیر می‌گذارد.

نوع درمان بستگی به میزان حاد بودن کم خونی دارد. این بیماری را می‌توان با تعویض خون، مصرف دارو و یا پیوند مغز استخوان درمان کرد. کم خونی برای پیشرفت در بدن به گذر زمان احتیاج دارد. در آغاز ممکن است هیچ علائمی بروز نکند و یا علائم بیماری بسیار خفیف باشد، اما با

پیشرفت بیماری می‌توان شاهد علائمی چون خستگی، ضعف، عدم توانایی در کار و تحصیل، کاهش دمای بدن، پریدگی رنگ پوست، ضریان قلب سریع، کوتاهی تنفس‌ها، درد سینه، سرگیجه، تحریک پذیری، کرختی و سردی دست‌ها و پاها و سردرد بود.

تشخیص این بیماری با انجام یک آزمایش خون امکانپذیر است. در صورت مثبت بودن جواب آزمایش و ابتلا به کم خونی انجام آزمایشات دیگری نیز برای تشخیص نوع آن ضروری است. انتخاب نوع درمان کم خونی بستگی به علت بروز آن دارد. برای مثال، نحوه درمان کم خونی گلبول‌های

داسی شکل با نحوه درمان کم خونی ناشی از رژیم غذایی فاقد آهن یا فولیک اسید متفاوت است. از این رو برای کشف بهترین روش معالجه باید به متخصص مربوطه مراجعه کرد.

به روش‌های گوناگون می‌توان مانع از بروز برخی انواع کم خونی شد که مجموعه‌ای از آنها در زیر آمده است؛

▪ مصرف غذاهای حاوی آهن زیاد از جمله گوشت قرمز، ماهی، مرغ، تخم‌مرغ، میوه‌های خشک شده، عدس و لوبیا، سبزیجات سبز برگ پهن مانند اسفناج، کلم و یا غله‌های حاوی آهن غنی شده.

▪ مصرف مواد خوراکی که جذب آهن را در بدن افزایش می‌دهد مانند آب پرتغال، توت فرنگی، کلم و یا سایر میوه‌ها و سبزیجات حاوی ویتامین C.

▪ خودداری از نوشیدن قهوه و چای همراه با وعده‌های غذایی چرا که این نوشیدنی‌ها جذب آهن در بدن را دشوار می‌کند.

▪ کلسیم جذب آهن را مشکل می‌کند لذا برای به کار گرفتن بهترین روش برای مصرف کلسیم به میزان مناسب و کافی با پزشک متخصص باید مشورت کرد.

▪ اطمینان از مصرف کافی فولیک اسید و ویتامین B-12 در رژیم غذایی

▪ مشاوره با پزشک برای خوردن قرص‌های مکمل آهن چرا که مصرف این قرص بدون مشورت با فرد متخصص صحیح نیست. این قرص‌ها در دو نوع فروس و فریک ارایه می‌شوند. جذب فروس در بدن بهتر صورت می‌گیرد اما اثرات جانبی مانند تهوع، استفراغ و اسهال در پی دارد با این حال این اثرات جانبی را می‌توان با کمک برخی اقدامات کاهش داد، از آن جمله اینکه ابتدا با نیمی از دوز تجویز شده شروع کرد و به تدریج آن را به دوز کامل رساند. قرص را در دوزهای تقسیم شده مصرف کرد. قرص را همراه با غذا مصرف کرد و اگر نوعی از قرص آهن مشکلاتی ایجاد می‌کند با متخصص مربوطه برای مصرف نوع دیگر مشورت کرد.

▪ زنانی که باردار نبوده اما در سن بارداری قرار دارند باید هر ۵ تا ۱۰ سال یکبار آزمایش کم خونی بدهند. این امر حتی در شرایط سلامت باید صورت گیرد. انجام این آزمایش‌ها باید از زمان نوجوانی آغاز شود.

▪ همچنین زنانی که باردار نیستند و در سن بارداری قرار دارند در صورت داشتن علائمی چون عادت ماهانه شدید و طولانی، مصرف آهن کم و یا تشخیص قبلی ابتلا به کم خونی باید هر سال آزمایش خون بدهند. اکثر افراد از طریق یک رژیم غذایی سالم و منظم می‌توانند از غذاهای سرشار از آهن استفاده کنند اما برخی افراد نمی‌توانند آهن کافی بدست آورند که مهمترین این افراد دختران نوجوان و زنان در سن بارداری هستند که یا در هر عادت ماهانه خون زیادی را از دست می‌دهند یا بیش از یک بچه دارند و یا از IUD استفاده می‌کنند.

کودکان نوپا و زنان باردار نیز در این گروه هستند. این افراد باید به طور دوره‌ای آزمایش کم خونی بدهند و در صورت فقر آهن حتما باید با مشورت پزشک از مکمل‌های آهن استفاده کند که نحوه درمان مشکل آنها بر عهده پزشک است.

منبع : پارسی طب

<http://vista.ir/?view=article&id=309514>

 Vista.ir
Online Classified Service

ایست قلبی

ایست قلبی عبارت است از فقدان کامل پمپ کردن خون توسط قلب. تأخیر در درمان این حالت حتی برای ۳-۵ دقیقه ممکن است باعث مرگ یا آسیب دائمی مغز شود. بروز این حالت تا سن ۴۵ سالگی در مردان بیش از زنان





است، اما پس از آن برابر است.

- علایم شایع

- منگی کوتاه مدت، و به دنبال آن غش کردن و از دست دادن هوشیاری
- نبض لمس نمی شود. تنفس نیز معمولاً متوقف می شود.

- پوست به رنگ آبی - سفید در می آید. مردمک ها نیز گشاد می شوند.

- تشنج

- گاهی از دست رفتن کنترل ادرار و مدفوع. غش کردن ساده در نگاه اول ممکن است شبیه ایست قلبی به نظر آید، اما در غش کردن ساده، نبض وجود دارد و تنفس قطع نمی شود.

- علل

- نامنظمی های ضربان قلب

- حمله قلبی (انفارکتوس، بیماری تصلب شرایین قلب)

- فقدان گردش خون و شوک عمیق ناشی از خونریزی یا عفونت شدید

- فقدان اکسیژن ناشی از غرق شدگی، خفگی، یا بیهوشی

- تغییرات عمده در ترکیب الکترولیتی خون، مثلاً به هم خوردن تعادل پتاسیم یا مایعات

- عوامل افزایش دهنده خطر

- استرس

- دیابت شیرین

- مصرف داروهای مثل:

الف) دیزیتال. حتی افزایش خفیف غلظت این داروی قوی در خون می تواند ریتم قلب را دچار اختلال کند.

ب) ادرارآورها (دیورتیکها). این داروها می تواند باعث کاهش پتاسیم خون شوند.

ج) آدرنالین یا هر دارویی که فشار خون را در یک بیمار قلبی افزایش دهد، از جمله داروهای که جهت سرماخوردگی مورد استفاده قرار می گیرند، و

قرصها و اسپریها جهت رفع گرفتگی بینی (ضداحتقانها)

- مصرف مواد مخدر، به خصوص کوکائین و مواد مخدر تزریقی

- پیشگیری

در صورت بروز هر یک از مشکلاتی که در قسمت علل ذکر شد، باید فوراً درمان لازم انجام شود.

اگر مبتلا به بیماری قلبی هستید، تا حد امکان، اطلاعات خود را در مورد تمام داروهای که دریافت می دارید، از جمله داروهای بدون نسخه، افزایش دهید.

ترتیبی فراهم آورید که اعضای خانواده و دوستان نزدیکتان احیای قلبی - ریوی (CPR) را فرا بگیرند.

- عواقب مورد انتظار

کسانی که در نزدیکی فرد باشند و آموزش لازم در زمینه تشخیص ایست قلبی و انجام احیای قلبی - ریوی را دیده باشند، اغلب می توانند ضربان

قلب را باز گردانند. اما نتیجه نهایی به علت زمینه ساز ایست قلبی بستگی دارد. به محض بازگشت ضربان قلب، فرد را باید به نزدیکترین مرکز

اورژانس انتقال داد. امکان دارد ایست قلبی مجدداً باز گردد.

- عوارض احتمالی

مرگ یا آسیب دائمی مغز در صورتی که نتوان پمپاژ قلب را در عرض ۵-۳ دقیقه به راه انداخت.

اشتباه گرفتن غش کردن یا سایر علل از دست دادن هوشیاری با ایست قلبی. پیش از آغاز احیای قلبی - ریوی، نبض بیمار را در گردن بررسی کنید.

- درمان

• اصول کلی

به همراه اعضای خانواده‌تان احیای قلبی - ریوی (CPR) را فراگیرید. برای اطلاعات بیشتر با نزدیکترین مرکز بهداشتی یا بیمارستان تماس حاصل کنید. با فراگیری احیای قلبی - ریوی ممکن است بتوانید جان یک نفر را در آینده نجات دهید.

اگر مشکل قلبی دارید، یا در خطر بروز مشکل قلبی هستید، یک گردن‌آویز یا دست‌بند مخصوص همراه داشته باشید تا در مواقع اورژانس بتوان به سرعت به مشکل شما پی برد.

• داروها

پس از اینکه با احیای قلبی - ریوی ضربان قلب برگشت، از اکسیژن اگر در دسترس است استفاده کنید (اکسیژن اورژانس ممکن است در مغازه جوشکاران موجود باشد).

دارو برای درمان علت زمینه‌ساز ایست قلبی، پس از اینکه فاز بحرانی سپری شد.

• فعالیت

پس از بهبودی، فعالیت‌ها باید تدریجاً از سر گرفته شوند. فعالیت جنسی و رانندگی پس از موافقت پزشک می‌توانند آغاز شوند.

• رژیم غذایی

به فردی که علائم ایست قلبی دارد، مایعات یا غذا ندهید. بیمار ممکن است خفه شود.

• در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید

• اگر فرد بیهوش است و نفس نمی‌کشد:

شماره اورژانس را برای کمک یا آمبولانس بگیرید. اگر قربانی کودک است، یک دقیقه عملیات احیا را انجام دهید، سپس اورژانس را بگیرید.

• برای کمک فریاد بزنید. قربانی را ترک نکنید.

• فوراً تنفس دهان به دهان را آغاز کنید.

• اگر قلب ضربان ندارد، ماساژ قلبی بدهید.

• عملیات احیا را تا زمان رسیدن کمک ادامه دهید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240070>

 **vista.ir**
Online Classified Service

ایست قلبی و تنفسی

منظور از ایست قلبی حالتی است که ضربان قلب کاملاً از بین می‌رود و منظور از ایست تنفسی از کار افتادن تنفس خود بخودی در فرد است. این حالات می‌تواند به دنبال سکته قلبی، شوک، خونریزیهای بسیار شدید، گیر کردن اجسام خارجی در حلق، غرق شدگی، برق گرفتگی و ... رخ دهد. ایست تنفسی اولیه ظرف دقایقی کوتاه باعث ایست قلبی می‌شود و ایست قلبی اولیه نیز به سرعت به ایست تنفسی می‌انجامد.



• تشخیص ایست قلبی و تنفسی

جهت اطمینان از ایست تنفسی با مشاهده حرکات تنفسی قفسه سینه

می‌توان به وجود تنفس در مصدوم پی برد و یا می‌توان گوش یا گونه خود را نزدیک دهان وی قرار داد تا صدای تنفس وی را شنیده، یا جریان آن را حس کرد و یا از گرفتن شیشه ساعت یا آینه کوچک جلوی دهان و بینی مصدوم استفاده کرد تا بخارات خارج شده از دهان مصدوم مشخص شود. سپس نبض بیمار بررسی می‌شود. بهترین محل لمس نبض در بچه‌های کوچک نبض شریان رانی است که در ناحیه کشاله ران لمس می‌شود و یا شریان بازویی؛ و بهترین محل نبض در بچه‌های بزرگتر (بالای یک سال) و بالغین نبض گردنی است که در ناحیه گردن و کنار غضروف تیروئید قرار دارد. لمس نبض باید با دو انگشت نشانه و میانی صورت گیرد. در صورتی که هیچگونه نبضی احساس نشود و یا مصدوم تنفس خود بخودی نداشته باشد، عملیات احیاء باید انجام شود.

• زمان انجام عملیات احیاء

بیشترین شانس برای زنده ماندن ارگانهای حیاتی بدن خصوصاً مغز در صورت ایست قلبی و تنفسی ۲ الی ۴ دقیقه است و در این فرصت باید سریعاً اقدامات اولیه برای مصدوم انجام شود. حداکثر زمان انجام عملیات احیاء قلبی - ریوی در منابع علمی مختلف، گوناگون ذکر شده؛ اما مدت زمانی بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه زمانی مناسب به نظر می‌رسد که پس از این مدت اگر عملیات احیاء موفق به نجات مصدوم یا بیمار نگردد، می‌توان از ادامه عملیات خودداری نمود.

• احیاء قلبی - ریوی (CPR)

همان گونه که ذکر شد چنانچه پس از وقوع ایست قلبی و تنفسی در کمتر از ۴ دقیقه به فرد مصدوم رسیدگی شود و عملیات احیاء وی شروع گردد شانس زنده ماندن وی بالا خواهد رفت. قبل از شروع عملیات احیاء قلبی - ریوی باید مطمئن شد آیا فرد واقعاً دچار ایست قلبی - ریوی شده است یا خیر، چرا که انجام عملیات احیاء قلبی - ریوی بر روی فردی که دچار ایست قلبی نشده باشد، می‌تواند منجر به ایست قلبی و مرگ وی شود و انجام ماساژ قلبی و دادن تنفس مصنوعی صرفاً در مواردی باید انجام شود که یا ایست کامل قلبی و تنفسی صورت گرفته باشد و یا وضعیت ضریان قلب و تنفس به گونه‌ای مختل باشد که باعث اختلال و افت شدید هوشیاری، بیهوشی مصدوم، کبودی صورت و لبها و بروز اختلال شدید در علائم حیاتی شده باشد و با ادامه حیات وی منافات داشته باشد.

• مراحل عملیات احیاء

(۱) بیمار را به پشت بخوابانید و او را صدا بزنید و به آرامی تکان دهید تا پاسخ به تحریک مشخص شود.

(۲) اگر بیمار بدون پاسخ باشد راههای تنفسی او را کنترل کنید. چنانچه راه تنفسی بسته است با کمک انگشت راه تنفسی وی را باز کنید و چنانچه راه تنفسی باز است ولی بیمار نفس نمی‌کشد تنفس مصنوعی را شروع کنید.

(۳) در صورتی که از صدمه ندیدن مهره‌های گردنی مصدوم مطمئن هستید، گردن مصدوم را به جلو و سر او را به عقب خم نمایید تا مسیر راه هوایی مصدوم در بهترین و مستقیم‌ترین وضعیت واقع شود و چانه مصدوم را بالا و جلو بیاورید. در صورت صدمه دیدن مهره‌های گردنی بدون حرکت دادن به سر و گردن مصدوم، با قرار دادن شست‌ها روی چانه فک پایینی مصدوم را به سمت جلو و بالا آورید تا ضمن باز شدن دهان، مسیر راه هوایی نیز مستقیم قرار گیرد.

(۴) دو تنفس مناسب دهان به دهان به وی بدهید.

(۵) نبضها را لمس نمایید. اگر ضریان نبضها لمس شود باید به تنفس مصنوعی ادامه داد و اگر لمس نشود، ماساژ قلبی باید شروع شود.

(۶) جهت انجام ماساژ قلبی، دست چپ خود را به حالت ضربدر پشت دست دیگر گذاشته، پاشنه دست راست را بر روی جناق سینه به اندازه دو بند انگشت بالاتر از محل دو شاخه شدن جناق قرار دهید. آرنج‌ها نباید خم شوند. به کمک وزن بدن فشار محکمی به قفسه سینه وارد کنید تا جناق سینه به اندازه تقریبی ۴ الی ۵ سانتیمتر به داخل برود. تعداد مفید ماساژ قلبی باید حدود ۱۰۰-۸۰ بار در دقیقه باشد و به ازای هر ۱۵ ماساژ قلبی ۲ تنفس مصنوعی با روش دهان به دهان داده شود.

در صورتی که فرد دیگری به امدادگر کمک می‌کند باید به ازای هر ۵ ماساژ قلبی یک تنفس مصنوعی داده شود. امروزه بر اساس نظر متخصصین و بسیاری از مراجع علمی در عملیات احیاء قلبی - ریوی دو نفره نیازی به قطع ماساژ قلبی برای انجام تنفس مصنوعی نیست و همزمان با انجام ماساژ قلب توسط یک فرد، فرد دیگر می‌تواند تنفس مصنوعی را انجام دهد.

۷) پس از گذشت یک دقیقه عملیات را به مدت ۴-۵ ثانیه جهت لمس نبض گردنی متوقف نمایید. اگر نبض لمس شود ماساژ قلبی را قطع نمایید و چنانچه تنفس هم برقرار شده باشد تنفس مصنوعی را متوقف کنید. در صورت عدم لمس نبض و عدم برقراری تنفس خود به خودی ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را مجدداً شروع کنید و هر ۳ دقیقه یک بار عملیات را جهت لمس نبضها به مدت ۴-۵ ثانیه متوقف نمایید.

• عملیات احیا در کودکان

در شیرخواران (زیر یک سال) تنفس به روش «دهان» به «دهان و بینی» است یعنی دهان امدادگر روی بینی و دهان کودک قرار می‌گیرد. و تنفس مصنوعی با شدت و حجم ملایمتر از بالغین که باعث پارگی ریه کودک نشود انجام می‌شود. در کودکان بالای یک سال، مانند بزرگسالان، تنفس دهان به دهان انجام می‌شود ولی با شدت و حجم ملایم و متوسط. برای شیرخواران در هنگام ماساژ قلبی فقط از فشار روی جناق سینه با ۲ انگشت اشاره و میانی استفاده می‌شود و در کودکان بالای یک سال فقط از فشار یک دست استفاده می‌شود تا صدمه‌ای به قلب و ارگانهای داخلی نرسد. در ضمن در انجام عمل احیای قلبی - ریوی چه به شکل یک نفره و چه به شکل ۲ نفره برای افراد زیر ۸ سال به ازای هر ۵ ماساژ قلبی یک تنفس مصنوعی لازم است.

• نکات مهم احیا

- فرد را نباید روی سطح نرم مثل تشک یا تختخواب بخوابانید، بلکه سطح سختی مثل کف اتاق بهتر است.
- در تنفس دهان به دهان باید بینی مصدوم را با دو انگشت خود ببندید تا هوایی که به ریه‌ها دمیده می‌شود مستقیماً از آن خارج نشود.
- موقعیت سر و گردن را درست تنظیم کنید.
- طی عملیات احیاء فردی را جهت تماس با اورژانس یا پزشک مأمور نمایید.
- باید دهان شما با دهان مصدوم کاملاً تماس باشد تا هوایی از بین آنها خارج نشود. برای پیشگیری از انتقال بیماریها در حین انجام تنفس مصنوعی می‌توان از ماسک ویژه این کار یا پارچه توری مناسب استفاده نمود.
- عملیات احیاء را تا زمانی که فرد با تجربه یا پزشک بر بالین بیمار برسد و یا تا زمانی که وی به درمانگاه منتقل شود ادامه دهید.
- چنانچه مصدوم مشکوک به ضایعه نخاعی است، سر را مختصری به عقب کشیده به آرامی کمی به عقب خم نمایید سپس تنفس مصنوعی و ماساژ قلبی را ادامه دهید.

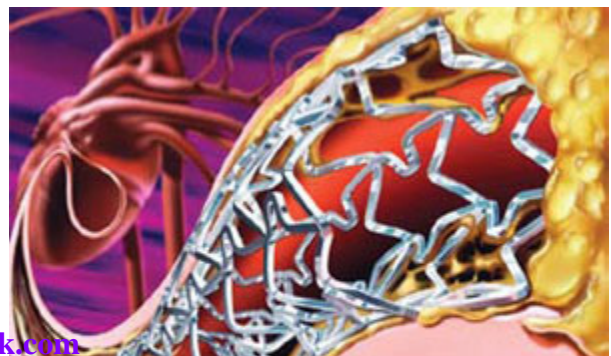
منبع: پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=308161>

 vista.ir
Online Classified Service

اینجا جمع نکنید!

سندرم کرونری حاد (ACS)، از جمله تظاهرات بیماری عروق کرونر قلبی است که طیف وسیعی از بیماری‌ها از جمله آنژین صدری ناپایدار، انفارکتوس میوکارد حاد با یا بدون افزایش ارتفاع بخش ST نوار قلبی را شامل می‌شود. سندرم کرونری حاد، نتیجه آترواسکلروز است؛ یعنی بیماری منتشر عروق متوسط و بزرگ که با اختلال عملکرد آندوتلیال، آتروژنز و تشکیل پلاک بروز می‌کند...





اولین مرحله وقوع یک ترومبوز شریانی، چسبیدن پلاکت به دیواره یک رگ آسیب‌دیده است. فعال‌سازی پلاکت، باعث تغییراتی در شکل آن می‌شود که در نهایت تجمع پلاکتی را افزایش می‌دهد. در مکانیسم چنین تغییراتی، آدنوزین دی‌فسفات و ترومبوکسان A₂ دخیل هستند، بنابراین درمان‌های

دارویی ضدپلاکتی موجود نظیر آسپرین و تیننوپیریدین‌ها آنها را هدف قرار می‌دهند.

• درمان‌های اولیه

درمان اولیه بیماران ACS می‌تواند دارودرمانی حمایتی یا درمان زودرس تهاجمی باشد (بسته به وضعیت بیمار). درمان‌های دارویی عبارتند از درمان با آنتی‌کوآگولانت‌ها (هپارین، انوکسپارین)، مهارکننده‌های گلیکوپروتئین IIb/IIIa (تیروفیبان، آسیکسیماب، اپتیفباتید) و فیبرینولیتیک‌ها (آلتپلاز و تنکتپلاز). درمان اولیه تهاجمی ACS شامل تداخلات کرونری از طریق پوست (PCI) است. در این روش یک استنت داخل عروق کرونر جاسازی می‌شود تا جریان خون بخش مربوطه از میوکارد را مجدداً برقرار کند.

استنت‌های داخل کرونری به دو شکل به بازار ارایه می‌شوند: استنت‌های فلزی خالص و استنت‌های حاوی دارو. استنت‌های حاوی دارو همان ساختار استنت‌های فلزی خالص را دارند و تنها تفاوتشان آن است که پوشیده از داروهای ضدپرولیفراسیون هستند.

در حال حاضر چهار نوع استنت حاوی دارو در بازار آمریکا وجود دارد:

(۱) Xience (Everolimus),

(۲) Cypher (Sirolimus),

(۳) Taxus (Paclitaxel),

(۴) Endeavor (Zotarolimus).

به طور کلی دو مشکل در استفاده از استنت‌ها مطرح است: یکی پیشرفت تنگی و بسته شدن مجدد شریان و دیگری پدیده ترومبوز ناشی از استنت. تنگی مجدد شریان معمولاً با استنت‌های فلزی خاص رخ می‌دهند که با برگشت علایم آنژین مشخص می‌شود. ترومبوز استنت عارضه‌ای است که باعث بروز آنژین صدری ناپایدار، انفارکتوس میوکارد غیرکشنده یا مرگ می‌شود.

برای پیشگیری ثانویه از سندرم کرونری حاد، پیشگیری از دیابت، پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی و نیز تغییر عادات زندگی توصیه شده‌اند. موارد دیگر شامل به حداکثر رساندن درمان دارویی با مهارکننده‌های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین، آنتاگونیست‌های بتا‌آدرنرژیک، مهارکننده‌های HMG-CoA ردوکتاز و داروهای ضدپلاکتی هستند.

مطالعات نشان داده‌اند که درمان ضدپلاکتی دوتایی (DAT)، نقش مهمی در پیشگیری از این عارضه دارد و در مقایسه با مونوتراپی ارجح است. در درمان ضدپلاکتی دوتایی از داروهای استفاده می‌شود که از طریق مکانیسم‌های مختلفی روی عملکرد پلاکت اثر می‌کنند. بیشتر داروهای که برای این منظور در آمریکا به کار می‌روند، عبارتند از آسپرین و تیننوپیریدین‌ها (نظیر کلوییدوگرل و تیکلوپیدین). مصرف هر دو داروی گروه تیننوپیریدین‌ها (شامل کلوییدوگرل و تیکلوپیدین)، با خطر خون‌ریزی و مسمومیت گوارشی همراه است که احتمال آن برابر یا حتی کمتر از آسپرین است. تیکلوپیدین روی مغز استخوان اثر دارد، بنابراین احتمال وقوع پورپورای ترومبوسایتوپنیک ترومبوتیک در مصرف‌کنندگان آن وجود دارد. خطر وقوع TTP به دنبال مصرف کلوییدوگرل کمتر است، در نتیجه در بیشتر بیماران کلوییدوگرل، تیننوپیریدین انتخابی است.

تصمیم‌گیری در مورد دوز و طول دوره درمان ضدپلاکتی دوتایی بر اساس وضعیت بیمار و نوع مداخلاتی که بیمار پیش از این دریافت کرده، تعیین می‌شود. در بیمارانی که به PCI نیاز دارند، طول دوره درمان ضدپلاکتی دوتایی بر اساس نوع استنت تعیین می‌شود.

• آنژین ناپایدار

برای این گروه از بیماران که از دارودرمانی بهره می‌برند، توصیه می‌شود آسپرین را با دوز ۷۵ تا ۱۲۵ میلی‌گرم در روز در ترکیب با ۷۵ میلی‌گرم کلوییدوگرل برای مدت حداقل یک ماه ادامه دهند، اما بر اساس مطالعات انجام شده روی نقش کلوییدوگرل در پیشگیری از مشکلات راجعه در آنژین ناپایدار، بهتر است این درمان تا یک سال ادامه یابد.

• انفارکتوس میوکارد همراه با بالارفتن قطعه ST

در این گروه از بیماران اضافه کردن روزانه ۷۵ میلی‌گرم کلوییدوگرل همراه با ۷۵ تا ۱۶۲ میلی‌گرم آسپرین روزانه توصیه شده است. درمان با

کلوییدوگرل و آسپرین در آنان باید حداقل ۱۴ روز ادامه یابد. این نتیجه براساس دو مطالعه به دست آمده است.

• تداخلات کرونری از طریق پوست

دوز درمان ضدپلاکتی دوتایی (DAT) پس از PCI براساس نوع استنتی که داخل عروق کرونری قرار داده می‌شود، تعیین خواهد شد. در این مورد بین بیماران با انفارکتوس میوکارد همراه با بالا رفتن قطعه ST و بیماران گروه آنژین ناپایدار/ انفارکتوس میوکارد بدون بالا رفتن قطعه ST تفاوتی وجود ندارد.

رژیم درمانی‌های متداول براساس آنچه که تولیدکنندگان استنت توصیه کرده‌اند، مواردی که FDA تایید کرده و نیز تخمین زمانی که برای آندوتلیالیزه شدن استنت‌های فلزی فرض شده، تجویز می‌شوند. آندوتلیالیزاسیون شامل یکی شدن استنت و دیواره عروقی است. چنین فرض می‌شود که این وضعیت باعث کاهش خطر ترومبوز ناشی از استنت می‌شود. در مورد استنت‌های فلزی خالص، نیاز است که آسپرین با دوز ۱۶۲ تا ۳۲۵ میلی‌گرم در روز برای مدت یک ماه و سپس با دوز روزانه ۷۵ تا ۱۶۲ میلی‌گرم در ترکیب با ۷۵ میلی‌گرم کلوییدوگرل در روز برای حداقل یک ماه و در شکل ایده‌آل آن یک سال مصرف شود. استنت‌های حاوی دارو به زمان طولانی‌تری برای آندوتلیالیزاسیون نیاز دارند. آسپرین با دوز ۱۶۲ تا ۳۲۵ میلی‌گرم روزانه برای مدت سه ماه در مورد استنت حاوی داروی سرولیموس یا شش ماه به دنبال استفاده از استنت حاوی پکلیتاکسل و سپس آسپرین ۷۵ تا ۱۶۲ میلی‌گرم روزانه در ترکیب با ۷۵ میلی‌گرم کلوییدوگرل حداقل برای مدت یک سال توصیه شده است.

• احتیاط

درمان ضدپلاکتی دوتایی به میزان قابل‌توجهی در کاهش خطر مرگ و میر بیماران سندرم کرونری حاد موثر است. درمان ضدپلاکتی دوتایی در مقایسه با درمان با آسپرین به تنهایی با خطر بالاتر خونریزی همراه است. در صورتی که بیمار تحت جراحی عروق کرونری قرار گیرد، خطر خونریزی بیشتر می‌شود، بنابراین توصیه شده کلوییدوگرل حداقل ۵ روز قبل از جراحی CABG قطع شود. داروهای دیگری نیز که خطر خونریزی را افزایش می‌دهند، باید در این بیماران با احتیاط مصرف شوند.

منبع : هفته نامه سپید

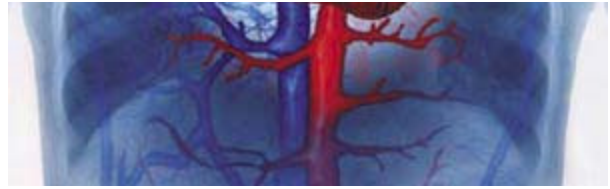
<http://vista.ir/?view=article&id=366774>



با قلب خود چه می‌کنیم؟

در سال ۱۹۱۰، ۱۰ درصد مرگ‌ومیرها در دنیا به علت بیماری‌های قلبی و عروقی بوده است، اما این وضعیت در سال ۲۰۰۰ به ۵۰ درصد رسید و پیش‌بینی شده است این آمار در سال ۲۰۲۰ به ۷۵ درصد مرگ‌ومیرهای شایع در جهان برسد. در حال حاضر، یک سوم از مرگ‌ومیرهای شناخته شده انسان به علت بیماری‌های قلبی است و ۵۰ درصد از کسانی که دچار سکته قلبی می‌شوند، پیش از رسیدن به بیمارستان جان خود را از دست می‌دهند. در ایران نیز بیشترین میزان مرگ‌ومیر در گروه سنی بالغان کشور مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی است.





متأسفانه افزایش بیماری‌های قلبی گریبانگیر بسیاری از کشورهای جهان شده است. این بیماری در راس بیماری‌های کشنده در سطح جهان قرار دارد. این روند فزاینده به گونه‌ای است که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی میزان بروز بیماری‌های قلبی به مرز بحران خواهد رسید. این

بیماری‌ها علاوه بر افزایش آمار مرگ‌ومیر، بار اقتصادی و اجتماعی سنگینی را نیز بر جوامع تحمیل می‌کند.

بیماری‌ها به عنوان یک معضل جدی در کشور مطرح هستند. نزدیک به ۴۰ درصد علت فوت جوانان در کشور به دلیل بیماری‌های قلبی و عروقی است و این آمار بسرعت در حال افزایش است. البته موضوع وقتی بیشتر نگران‌کننده می‌شود که بدانیم سن ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق در ایران، ۷ تا ۱۰ سال جوان‌تر از دیگر کشورهای دنیا است.

شیوع بیماری‌های قلب و عروق طی سال‌های گذشته در کشور ما، روند صعودی داشته است.

آماري که بتازگی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتشار یافته نشان می‌دهد بیشترین عامل عمده مرگ‌ومیر در کشور، بیماری‌های قلبی و عروقی است و روزانه ۳۱۷ نفر به علت این بیماری، جان خود را از دست می‌دهند؛ البته این مشکل مختص ایران نیست. سالانه ۱۵ تا ۱۷ میلیون نفر به علت بیماری‌های قلبی و عروقی در جهان می‌میرند.

بر اساس آمار، بیش از ۲ میلیون نفر از مردم کشورمان مبتلا به بیماری عروق کرونر هستند. سالانه به ازای هر ۲۰ نفر از این تعداد مبتلایان یک سکته قلبی اتفاق می‌افتد.

میانگین سن بیماران که تحت عمل قلب باز یا بالن آنژیوگرافی قرار گرفته‌اند ۵۵ سال است، در حالی که این سن در دیگر کشورها ۱۰ سال بالاتر است. در کشورهای پیشرفته، بیماری‌های قلبی و عروقی علت شایع مرگ‌ومیر هستند، اما به دلیل پیشگیری اولیه و ثانویه، سن ابتلا به آن بالاتر از کشور ماست.

• قلب شکسته زنان

به دنبال مطالعه‌ای از جامعه قلب آمریکا در سال ۱۹۹۷، مشخص شد تنها ۳۰ درصد از خانمها از این مساله که بیماری قلبی و سکته، خطرناک‌ترین تهدید برای سلامت آنهاست، آگاه بودند. خانمها اغلب به آن شکلی که مردان تجربه می‌کنند، حمله قلبی را تجربه نمی‌کنند. علائم بیماری در خانمها می‌تواند خفیف‌تر باشد مثل کوتاه شدن نفس‌ها بدون هیچ گونه دردی در قفسه سینه. برخی از آنها ناگهان احساس بی‌رمق شدن همراه با کمترین فعالیت و ناتوانی را تجربه می‌کنند. درد اغلب در قسمت چپ و پایین قفسه سینه است و با یک مشکل معدی اشتباه می‌شود و از آنجا که علائم در خانمها کمتر قابل مشاهده هستند، بیشتر خانمها مدت زمان زیادی را تا درمان سپری و صبر می‌کنند. تا زمانی که تشخیص بیماری قلبی در خانمها سخت است، درمان آن هم سخت‌تر می‌شود و پیشگیری، کلیدی برای حفظ حیات بیشتر خانمهاست. لازم است خانمها به عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی نگاه دقیق‌تری داشته باشند. اگر آنها سطوح کلسترول یا فشار خون خود را ندانند، لازم است به پزشک مراجعه کنند.

• مراجعه دیر هنگام

علائم بیماری‌های قلبی در بسیاری از موارد دیر ظاهر می‌شوند و نداشتن علامت، دلیل بر سلامت قلب نیست.

اولین گام برای داشتن یک قلب سالم شناخت عوامل خطری است که قلب را تهدید می‌کند. بعضی عوامل خطر مانند سیگار کشیدن، مشخص هستند؛ اما عوامل دیگر مانند فشار خون و کلسترول خون بالا معمولا علائم واضحی ندارند و نیاز به سنجش دارند. بنابراین برای آنکه مشخص شود فرد تا چه اندازه در معرض خطر بیماری‌های قلبی قرار دارد باید به پزشک مراجعه کند.

در سنین بالا برای اطمینان از سلامت قلب، حداقل باید سالی یک بار به پزشک مراجعه کرد. هزینه بالای خدمات درمانی، پوشش ضعیف بیمه و انتظار طولانی برای ملاقات پزشکان در مراکز وابسته به بیمه از عوامل بازدارنده برای مراجعه افراد جامعه به مراکز درمانی هستند. در صورت برطرف شدن این موانع و اطلاع‌رسانی مناسب، به طور قطع مردم بیشتر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و در صورت وجود بیماری در مراحل ابتدایی می‌توانند جلوی آن را بگیرند.

• روزی برای قلب‌ها

به علت اهمیت موضوع و ضرورت جلب توجه مسوولان در برنامه‌ریزی برای پیشگیری از بروز این بیماری‌ها، اطلاع‌رسانی مناسب به افراد جامعه و

مبارزه همه‌جانبه با عوامل خطر ساز این بیماری، از سال ۱۹۹۱ از سوی فدراسیون جهانی قلب و با این نگرش که تمام کشورهای عضو این فدراسیون می‌توانند به ریشه‌کنی همه‌گیری جهانی بیماری‌های قلبی و عروقی کمک کنند، روز ۳ مهر برابر با ۲۵ سپتامبر از سوی سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون جهانی قلب به عنوان روز جهانی قلب اعلام شده است.

• قلب و دود

به گفته متخصصان، سیگار یکی از عوامل اصلی بروز بیماری‌های قلبی در افراد است. آمارها نشان می‌دهند؛ ۲۰ درصد مردم جهان سیگاری هستند و تاکنون جمعیت سیگاری‌های جهان به بیش از یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر رسیده است. این در حالی است که از یک سو بیماری‌های قلبی، اولین علت مرگ‌ومیر در جهان عنوان می‌شوند و از سویی دیگر، روزبه‌روز بر شمار افراد مبتلا به سیگار افزوده می‌شود؛ به طوری که روزانه ۹۰ هزار نوجوان و جوان در جهان شروع به سیگار کشیدن می‌کنند. نقش موثر سیگار در بروز بیماری‌های قلبی در شرایطی است که براساس آمار در ۲ سال گذشته، مصرف سیگار در کشور ۱۰ درصد افزایش یافته است.

از سوی دیگر، آلودگی هوا از عوامل زمینه‌ساز بروز بیماری‌های قلبی است و آلودگی هوا تا ۱۳ درصد احتمال ایجاد بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد. آلودگی‌های موجود در هوا نه‌تنها بیماری‌های قلبی را تشدید می‌کنند؛ بلکه موجب بروز این بیماری‌ها نیز می‌شوند. از سوی سازمان بهداشت جهانی، پیشگیری از حملات قلبی و ممانعت از گسترش مصرف سیگار و دخانیات در دستور کار است و رسیدن به جامعه بدون دود به عنوان یک آرمان برای آینده دنیا ترسیم شده است.

• فشار خون بالا

فشار خون بالا اغلب به عنوان قاتل خاموش نامیده می‌شود، چون معمولاً علامتی ندارد. در نتیجه مردم به آن توجه نمی‌کنند تا این‌که به طور جدی بیمار شوند.

فشار خون بالا از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای بیماری قلبی است. ۳۵ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه و صنعتی از فشارخون بالا که یک فاکتور مهم در بروز بیماری قلب است، در رنج بوده و ۲۵ درصد آنان از بیماری خود بی‌اطلاع هستند و ۵۰ درصد مبتلایان هرگز درمان صحیح نشده‌اند.

نتیجه یک مطالعه در تهران نشان داد ۲۰ درصد از جمعیت بالای ۲۰ سال، بیماری فشار خون دارند. اگر فشار خون بالا داشته باشید، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی هستید. با شروع ۵۵ سالگی، احتمال ابتلا به فشار خون بالا در زنان زیاد است. اگر فشار خون شما بالاست، نیاز به اقداماتی برای کنترل آن دارید. فشار خون بالا را می‌توان با اصلاح شیوه زندگی و استفاده از دارو کنترل کرد.

• اهمیت بیماری‌های غیرواگیر

به علت شرایط خاص کشور در دهه‌های گذشته، تمامی سعی مسوولان سلامت کشور در مهار بیماری‌های واگیردار بوده است؛ اما با بهبود وضع سلامت جامعه اولویت نظام سلامت از بیماری‌های واگیر که منشأ میکروبی و ویروسی دارند، به سمت بیماری‌های غیرواگیر که منشأ رفتاری دارند، تغییر یافت. این بیماری‌ها قابل ریشه‌کنی نبوده و فشار آنها روی سیستم خدمات بهداشتی و درمانی همواره وجود دارد، لذا با به کار بستن راهکارهای موثر می‌توان فشار آن را تعدیل کرد و زندگی ایمن و عاری از دغدغه را برای مردم فراهم نمود. تغییر زندگی از شکل سنتی به مدرن یکی از عوامل اصلی بیماری‌های مزمن و غیرواگیر است. این بیماری‌ها کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سالانه هزینه‌های سنگینی از نظر اقتصادی، بهداشت درمان و اجتماعی به جوامع مختلف تحمیل می‌کند.

نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در کشور در سال ۸۲ طراحی شده و اولین مطالعه کشوری روی ۸۷ هزار نفر در مناطق شهری و روستایی از نظر عوامل خطر ساز این بیماری‌ها (کلسترول، قندخون، فشارخون و نمای توده بدنی) صورت گرفته است.

اما کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر به آسانی و در کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست و هر اقدامی که صورت می‌گیرد، سال‌ها بعد ثمراتش مشاهده می‌شود. اطلاعات نشان می‌دهد کشورهای که یک برنامه‌ریزی موفق انجام داده‌اند، توانسته‌اند به مرور زمان بار بیماری‌های غیرواگیر را کم کنند. پیشگیری از این بیماری‌ها نه‌تنها منجر به افزایش طول عمر بیماران و افزایش طول عمر توأم با سلامت آنان می‌شود؛ بلکه فوائد زیاد دیگری هم برای خانواده‌ها و اقتصاد کشور دربردارد. بیماری‌های قلب و عروق، یکی از این بیماری‌های غیرواگیر است که مورد توجه زیاد قرار گرفته است.

• هزینه‌های بالا

بیماری‌های قلبی علاوه بر مشکلاتی که برای سلامت جامعه ایجاد و رتبه اول مرگ‌ومیر را کسب می‌کنند، در تحمیل هزینه‌های اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم و ناتوانی افراد سازنده جامعه نیز رتبه بالایی دارند. هرکس دفترچه بیمه‌ای در دست دارد، در اولین فرصت به متخصص و فوق تخصص مراجعه می‌کند و انتظار دارد موثرترین و گران‌ترین دارویی را که دفترچه، یا جیب او توان پرداختش را دارد، دریافت کند تا با کمک آن عمر خود را طولانی کند. البته هزینه‌های دارو، آزمایش‌های مختلف، بستری شدن و جراحی، تنها قسمتی از هزینه‌هایی است که به جامعه تحمیل می‌شود. هزینه‌های غیرمستقیم عدم حضور یا حضور موثر افراد، در محل کار یا کاهش کیفیت کار آنها نیز باعث تحمیل هزینه‌های بسیار هنگفتی به جامعه می‌شود. قلب و عروق با دارو قابل درمانند و ۲۵ درصد از این بیماران نیازمند اعمال جراحی باز هستند.

براساس آمارهای موجود در اتحادیه اروپایی به ازای هر شهروند در سال ۲۰۰۲، ۲۲۰ پرو برای درمان بیماری‌های قلبی و عروقی بیماری‌ها هزینه شده است. این بیماری‌ها با مختل کردن زندگی ۴/۴ میلیون نفر، یک درصد شهروندان اتحادیه اروپایی را درگیر کرده‌اند.

• جدی بگیرید

معمولاً درد قلبی در افراد به صورت درد مبهم یا احساس فشار، سنگینی، سفتی، فشردگی یا خفگی بیان می‌شود تا درد واضح و اغلب به صورت احساس ناراحتی است تا درد و در صورت شدید بودن بیمار درد را به صورت خردکننده، فشارنده و له‌کننده توصیف می‌کند که نفس فرد را تنگ کرده و او را از ادامه فعالیت بازمی‌دارد. کیفیت این درد بیشتر فشارنده است تا سوزشی یا تیز.

اگر کسی به طور ناگهانی دچار درد قلبی شود، در هر صورت بهتر است دراز بکشد و فعالیت خود را قطع کند و استراحت مطلق داشته باشد. در صورت داشتن قرص زیرزبانی نیتروگلیسرین یک یا چند عدد از آن تا زمان قطع درد استفاده شود و بیمار بسرعت به اورژانس قلب ارجاع داده شود. اگر هرگونه علامتی از حمله قلبی دارید، فوراً کمک پزشکی بخواهید. در هر صورت دردهای ناحیه قفسه سینه را جدی بگیرید. برای پیش بینی احتمال رخداد حوادث قلبی، معیارهای مشخصی وجود دارد که با مراجعه به پزشک می‌توانید بفهمید آیا مشکل قلبی وجود دارد یا خیر.

منبع : روزنامه جام‌جم

<http://vista.ir/?view=article&id=341373>



باتمک‌ترین بیماری جهان

آیا مبتلا به فشار خون هستید؟ آیا می‌دانید که فشار خون اگرچه هیچ علامت ظاهری ندارد اما می‌تواند به طور مرموزی در صورتی که کنترل نشود به همه سیستم‌های بدن آسیب برساند؟ قلب، کلیه‌ها و مغز مهم‌ترین ارگان‌هایی هستند که ممکن است مورد حمله این قاتل خاموش قرار بگیرند. بیماری‌هایی مانند سکته و نارسایی کلیوی پیامد فشار خون بالاست. این در حالی است که خیلی راحت و ساده و تنها با استفاده از وسیله‌ای کوچک می‌توان از فشار خون بالا آگاه شد و بالطبع از پیامدهای آن جلوگیری کرد... فشارخون بالا عبارت است از افزایش فشار وارده از جریان خون به دیواره رگ‌های خونی. فشارخون بالا به نام قاتل خاموش هم خوانده می‌شود، چون تا زمانی که آسیب جدی به بدن وارد نشده علامتی ندارد.



توجه کنید که فشارخون به طور طبیعی در اثر استرس و فعالیت بدنی هم بالا می‌رود اما فردی که دچار بیماری فشارخون بالا است، به هنگام استراحت نیز فشارخونی بالاتر از حد طبیعی دارد.

• فشار خون بالا چه علامتی دارد؟

بسیاری از افرادی که دچار فشارخون بالا هستند، احساس بیماری ندارند و چون اصولاً فشارخون بالا علامتی ندارد، به همین دلیل هم به آن قائل خاموش می‌گویند. در صورتی که این بیماری کنترل نشود، آسیب‌های جدی به بیمار وارد می‌کند و نشانه‌های جدی آن زمانی بروز می‌کند که فشارخون



فرد کنترل نشده باشد و به ارگان‌های بدن مانند قلب و کلیه آسیب رسانده باشد. سردرد، تنگی نفس، سرگیجه، خواب‌آلودگی، گیجی و مورمور شدن دست‌ها و پاها، گاهی در افزایش فشارخون دیده می‌شود. اما تنها راه تشخیص فشارخون بالا، اندازه‌گیری منظم آن است.

• چگونه بفهمم که فشارخونم بالاست؟

فشارخون اغلب به وسیله دستگاهی که دارای کاف یا همان وسیله بادشونده است، به همراه گوشی پزشکی اندازه‌گیری می‌شود. فشارخون با دو عدد مشخص می‌شود؛ عدد اول که نشان‌دهنده فشار سیستول یعنی فشاری است که خون در اثر انقباض قلب به دیواره عروق وارد می‌کند و عدد دوم نشان‌دهنده فشار دیاستول یا فشارخون به دیواره عروق هنگام استراحت قلب است. فشارخون بالاتر از ۹۰/۱۴۰ اغلب به نام فشارخون بالا شناخته می‌شود. فشارخون بین ۸۰/۱۲۰ و ۹۰/۱۴۰ به‌طور معمول، فشارخون طبیعی است اما فرد باید مراقب باشد تا فشارش از این محدوده بالاتر نرود.

• تغذیه و فشارخون

رعایت رژیم غذایی مناسب نقش بسیار موثری در کنترل فشارخون دارد. میان رژیم غذایی و فشارخون ارتباط اساسی وجود دارد و به منظور پیشگیری از ابتلا و درمان پرفشاری خون باید رژیم غذایی مناسبی داشت. غذاهای پرنمک و پرادویه، چرب و سرشار از گوشت قرمز و سرخ‌کردنی‌ها، سس‌ها، روغن‌های جامد، مصرف نکردن میوه و سبزی، مصرف غذاهای آماده یا همان فست‌فودها به میزان زیاد همه و همه نقش مهمی در بروز بیماری فشارخون بالا یا تشدید آن دارند.

• غذاهای دوستدار فشارخون

مصرف مواد غذایی که حاوی پتاسیم و منیزیم و کلسیم هستند، در بهبود فشارخون بسیار موثر هستند مصرف کم مواد غذایی که حاوی سدیم و چربی‌های اشباع هستند موجب کاهش فشارخون می‌شوند. ماهی به صورت وعده‌ای سه بار در هفته، مصرف نکردن گوشت قرمز، مصرف بیشتر مرغ و گوشت سفید ماکیان در کنترل فشارخون بالا موثر است.

• چند سبزی مفید

▪ کرفس: در کرفس ترکیب شیمیایی به نام فتالید وجود دارد که روی عضلات نرم رگ‌های خونی اثر گذاشته و آن را گشاد می‌کند و از این طریق به شکل مستقیم و ساده در کاهش فشارخون تأثیر دارد.

▪ پیاز: پیاز حاوی ماده به نام آرنوزین است و در ضمن اینکه دارای آنتی‌اکسیدان است، موجب پایین آمدن کلسترول و فشارخون و کاهش لخته شدن خون عروق می‌شود.

▪ سیر: تحقیقات نشان می‌دهد که سیر قادر به تعدیل فشارخون است و خوردن چند حبه سیر یا وجود آن در غذا موجب کاهش فشارخون می‌شود. شنبليله: گرد تخم این سبزی موجب کاهش کلسترول خون و به دنبال آن، کاهش فشارخون می‌شود.

▪ گوجه‌فرنگی: گوجه‌فرنگی که دارای ویتامین‌های اساسی مانند ویتامین C و A است. برای کاهش فشارخون بسیار موثر است، چرا که سرشار از پتاسیم بوده و همان‌طور که گفتیم، غذاهای پتاسیم‌دار در کاهش فشارخون بالا آثار مفیدی دارند. چای سبز: چای سبز هم دارای مواد معدنی و ویتامین‌های زیادی از جمله پتاسیم، فسفر، منیزیم و کلسیم است. وجود چای سبز در رژیم غذایی ماده مناسبی برای تعدیل فشارخون است و به سلامت عروق نیز کمک می‌کند.

▪ تره‌فرنگی: تره‌فرنگی پیازچه و ترب به دلیل داشتن فیبر و ویتامین‌های گوناگون مانند B و C و موادی چون سلولز، خواص ضدعقونی داشته و در

کنار آن قادر به کاهش فشار و چربی خون هستند.

• میوه‌های دوستدار فشارخون

• اهمیت میوه‌ها در کاهش فشارخون بالا کمتر از سبزی‌ها نیست. میوه‌ها با داشتن مواد معدنی و ویتامین، هم در کاهش چربی خون و هم کاهش وزن و تقویت جدار عروق کمک می‌کنند.

• گریپ‌فروت و لیموترش: گریپ‌فروت و لیموترش به عنوان سردسته مرکبات معرفی شده‌اند. بالا بودن میزان ویتامین C و املاح معدنی آنها موجب شده تا از دیرباز برای کاهش فشارخون مورد استفاده قرار گیرند.

• خرما: تحقیقات نشان داده است که نیاز بدن به ماده معدنی منیزیم روزانه ۲۵۰ میلی‌گرم است، در حالی که خرما ۶۳ میلی‌گرم از این ماده معدنی را داراست. همچنین خرما به دلیل اینکه پتاسیم فراوانی داراست، خاصیت ضد فشارخون بالا دارد و می‌تواند جایگزین خوبی برای قند و شکر روزانه باشد.

• گلابی: این میوه مفید و خوش‌طعم هم دارای ویتامین B₂، B₁، A، و مقداری پروتئین است. همچنین حاوی چربی، قند طبیعی، کلسیم و پتاسیم و آهن است. وجود این املاح در گلابی برای مبتلایان به فشارخون بالا مفید است.

• زیتون: زیتون حاوی ویتامین‌های A و C و پیش‌ساز ویتامین A (بتاکاروتن) است. روغن زیتون به تعادل چربی خون کمک می‌کند و بهترین دارو برای درمان فشارخون بالاست.

• چند غذای دیگر

• حبوبات: حبوبات منابع بسیار خوب و غنی فیبرهای محلول در آب هستند و استفاده از آنها برای کاهش فشارخون بالا مانع است. همچنین برخی از حبوبات از جمله عدس و لوبیا و نخود، منابع خوبی برای به دست آوردن پروتئین (غیرحیوانی) به شمار می‌آیند و در عین حال، از آنها سوپ و آش تهیه می‌شود که می‌تواند جایگزین غذای اصلی شود.

همچنین افزودن موادی مانند رب‌انار، آب نارنج، آب‌غوره و ماست‌های کم‌چرب به عنوان چاشنی برای سوپ‌ها و آش‌ها دارای آثار مفید تغذیه‌ای خواهد بود.

• سویا: اسیدآمین‌های موجود در پروتئین سویا، عاملی برای تنظیم فشارخون است. مقادیر کم گوگرد و پروتئین‌های سولفور موجود در پروتئین‌های سویا، موجب افزایش دفع نمک از کلیه و کاهش دفع کلسیم می‌شود.

کلسیم ماده‌ای است که علاوه بر ساخت، نگهداری و سلامت استخوان‌ها و دندان‌ها، در تنظیم فشارخون نیز نقش مهمی را ایفا می‌کند. افزودن حداقل ۲۰ تا ۲۵ گرم محصولات پروتئینی دانه کامل سویا (مانند آجیل سویا) فشارخون را تا حد زیادی پایین می‌آورد.

• مواد لبنی: همان‌طور که بارها گفته شده است، شیر، ماست، پنیر و به طور کلی محصولات لبنی با دارا بودن مقدار زیادی کلسیم و به همراه ویتامین‌ها از منابع غذایی سرشار از مواد مغذی به شمار می‌آیند اما شرط بهره بردن از آنها در یک رژیم سالم استفاده از انواع کم‌چرب آنهاست، بنابراین مصرف دو تا سه وعده شیر یا ماست کم‌چربی یا دو تا سه بار پنیر کم‌نمک و کم‌چربی (به اندازه قوطی کبریت) را به شما توصیه می‌کنیم.

• پرهیزهای غذایی

• از چه غذاهایی باید پرهیز کرد؟

- افراد دچار فشارخون بالا سوسیس، کالباس، کنسرو گوشت، برگرها و سایر فرآورده‌های گوشتی را به علت داشتن مقادیر بالای سدیم، همچنین سبزی‌های کنسرو شده در آب نمک، زیتون شور، چپیس و سایر تنقلات شور را نباید مصرف کنند.

- ماهی دودی یا کنسرو شده و تن ماهی سرشار از سدیم هستند.

- سس‌ها، سوپ‌ها، قرص‌های گوشت، کنسرو لوبیا و سایر غذاهای آماده مصرف می‌تواند سبب تشدید بیماری شود.

- مصرف الکل با فشارخون بالا ارتباط داشته و می‌تواند سبب تشدید بیماری شود.

- در طبخ به جای کره و روغن نباتی جامد، بهتر است از روغن زیتون، ذرت، سویا و کانولا استفاده کرد.

- مواد حاوی کافئین از قبیل قهوه، چای، نوشابه‌های کولا و شکلات، سبب افزایش فشارخون می‌شوند و باید در حد اعتدال مصرف شوند.

- مصرف گوشت‌های قرمز به دلیل وجود چربی در لابه‌لای بافت و همچنین به دلیل افزایش دادن میزان اوره، چندان توصیه نمی‌شود ولی از آنجایی که منابع خوب آهن و روی و ویتامین B₁₂ به شمار می‌آیند، استفاده از انواع بی‌چربی آنها را حداکثر دو بار در هفته و هر بار حداکثر ۱۸۰ گرم توصیه

می‌کنیم. اما در رابطه با مرغ و ماکیان در صورتی که پوست آنها گرفته شده باشد، تا ۲۵۰ گرم در هر بار هم قابل قبول است. - ماهی بهترین گزینه در رابطه با گوشت‌ها به حساب می‌آید و جالب است بدانید که چربی موجود در بافت‌های ماهی، نه تنها موجب افزایش کلسترول و سایر چربی‌های نامطلوب خون و عوارض قلبی‌عروقی نمی‌شود بلکه کلسترول خون را کاهش داده و به سلامت قلب و عروق کمک می‌کند. ماهی علاوه بر اسیدهای چرب امگا ۳ (که آثار شگرفی در کاهش فشارخون، به دلیل جلوگیری از گرفتگی عروق دارد)، دارای مواد مغذی بسیار مفیدی است که این مواد در حفظ سلامتی عروق خونی نیز تاثیر قابل توجهی دارند.

• چرا ورزش کلید کاهش فشارخون است؟

همان‌طور که گفتیم، خطر فشارخون بالا با افزایش سن بیشتر می‌شود. اما اگر سن شما بالا است نباید به صرف اینکه ممکن است مبتلا به فشارخون شوید، دست از فعالیت و تحرک بدنی بردارید.

شروع کنید! ورزش منظم به پیشگیری از ابتلا به فشارخون بالا کمک کرده و خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی را نیز کاهش می‌دهد. اگر فشارخون شما بالاست، ورزش واقعا به کاهش آن کمک می‌کند.

ورزش منظم موجب می‌شود قلب قوی‌تر بشود. یک قلب قوی بدون اینکه خسته شود، خون را به راحتی پمپ می‌کند. هر چه قلب بهتر کار کند و فشار کمتری به آن وارد شود، فشار کمتری هم به دیواره عروق وارد می‌کند. شرکت در فعالیت‌های ورزشی، فشارخون را تا ۱۰ میلی‌متر جیوه کاهش می‌دهد. این همان اثری است که یک دارو در کاهش فشارخون دارد. اگر فشارخون شما کمتر از ۸۰/۱۲۰ است، ورزش کمک می‌کند که فشارخون بالاتر نرود. همچنین ورزش کردن کمک می‌کند که وزن متعادل شود و این مساله به تنظیم فشارخون کمک می‌کند.

• ورزش‌های گوناگون به روش‌های متعدد روی فشارخون تاثیر دارد

• ورزش‌های دینامیک یا همان ایروبیک: در این ورزش همه عضلات بدن در فعالیت بدنی شرکت دارند و حرکات مدام تکرار می‌شوند. از نمونه‌های این ورزش، در جا زدن، پیاده‌روی ملایم، شنا، دوچرخه‌سواری و طناب بازی و حرکات موزون است.

• ورزش‌ها ایرومتریک یا استاتیک: این ورزش‌ها شامل انقباض گروهی از عضلات است، مانند آنچه در بلند کردن وزنه ایجاد می‌شود. در ورزش‌های دینامیک یا همان ایروبیک، نیاز به اکسیژن در بدن بالا می‌رود و چون خون اکسیژن را به بدن می‌رساند، قلب فعالیت بیشتری می‌کند تا نیاز بدن را برطرف کند، در نتیجه قلب قوی‌تر می‌شود تا خون را به همه بخش‌های بدن برساند. در ورزش‌های دینامیک، مصرف اکسیژن و ضربان قلب و فشار سیستولیک افزایش می‌یابد، در حالی که فشار دیاستولیک تغییری نمی‌کند یا کمی کاهش می‌یابد. ضربان قلب بیشتر می‌شود و جریان خون به عضلات بیشتر می‌شود. اگر مبتلا به فشارخون بالا هستید، مهم است که پیش از انجام هرگونه فعالیت بدنی و ورزش با پزشک خود صحبت کنید.

• ۱۰ عامل خطر که موجب بالا رفتن فشارخون می‌شوند

(۱) استرس: وقتی در وضعیتی فوق‌العاده مانند تغییر موقعیت، اضطراب و عصبانیت قرار می‌گیریم، بدن ما فعالیت خود را با مجموعه‌ای از تغییرات سریع داخلی تنظیم می‌کند که یکی از مهم‌ترین آنها آزاد شدن هورمون آدرنالین از غدد فوق کلیوی است که با افزایش تعداد ضربان قلب و تنگ شدن عروق به کمک برخی ترشحات دیگر به بالا رفتن فشارخون منجر می‌شود.

(۲) رژیم غذایی: تحقیقات نشان می‌دهد که نمک از عوامل افزایش دهنده فشارخون است. مصرف نمک زیاد از دوران کودکی پایه‌ای برای بالا رفتن فشارخون در سنین بالاتر می‌شود. پس بهتر است میزان نمک در غذای روزانه کودک، به خصوص شیرخوار محدود و یا حذف شود و در دوران بزرگسالی هم به اندازه مناسب باشد.

(۳) سیگار: سیگار به دلیل اینکه به آزاد شدن هورمون آدرنالین منجر می‌شود موجب افزایش فشارخون می‌شود.

(۴) سن بالای ۶۰ سال: تحقیقات نشان می‌دهد که آسیب دیدن سلول‌های کلیه، مهم‌ترین علت ابتلا به فشارخون در نوار سن است. بهترین راه جلوگیری از آسیب دیدن سلول‌های کلیه، اصلاح رژیم غذایی و استفاده از میوه‌ها و انواع سبزی‌ها و غلات و حبوبات است.

(۵) چاقی: فشارخون بالا در افراد چاق دو برابر افرادی است که اضافه وزن ندارند یا وزن طبیعی دارند. افراد چاق و دارای اضافه وزن در صورتی که رژیم غذایی خود را نیز تعدیل نکنند، علاوه بر ابتلا به فشارخون بالا، در معرض انواع صدمات ناشی از فشارخون مانند سکته و بیماری‌های قلبی نیز قرار دارند.

(۶) بیماری تصلب شرایین: تصلب شرایین یا سختی عروق اصلی، عامل پرفشاری مزمن خون است که عامل شروع آن، آسیب به جدار داخلی عروق است که به دنبال رسوب کلسیم و کلسترول در جدار عروق ایجاد می‌شود.

۷) فعالیت فیزیکی اندک: در صورتی که فردی هستید که تحرک بدنی کافی ندارید و کمتر ورزش می‌کنید، بیشتر در معرض خطر هستید، قلب شما ضعیف‌تر است و احتمالاً اضافه وزن دارید و یا چاق هستید، همه اینها شما را بیشتر مستعد ابتلا به فشارخون می‌کند.

۸) مشکلات کلیوی: کلیه‌ها عضوی از بدن هستند که در تنظیم فشارخون بسیار حیاتی هستند. آسیب به کلیه‌ها، برای مثال در فردی که مبتلا به دیابت است ممکن است سبب ابتلا به فشارخون بالا شود.

۹) تاریخچه خانوادگی: اگر در خانواده‌ای زندگی می‌کنید که یک یا چند نفر از اعضای آن مبتلا به فشارخون بالا هستند، احتمال اینکه شما هم به فشارخون مبتلا شوید، زیاد است. ژنتیک نقش مهمی در ابتلا به این بیماری دارد، پس با رعایت نکاتی که به شما توصیه می‌کنیم از ابتلا به فشارخون پیشگیری کنید.

۱۰) سایر بیماری‌ها: تغییرات هورمونی، بعضی سرطان‌ها، اختلالات کلیوی و یا بیماری‌های عروقی نیز ممکن است سبب ابتلا به فشارخون بالا شوند. به این نوع فشارخون بالا، فشارخون ثانویه گفته می‌شود چون به سبب بروز بیماری دیگر ایجاد شده است.

- اندازه‌گیری فشارخون
- فشارسنج‌ها و انواع آن

امروزه انواع متعددی از فشارسنج‌ها در بازار موجود است. فشارسنج‌های جیوه‌ای، عقربه‌ای، دیجیتالی و در شکل‌های گوناگون مچی و بازویی و غیره.

اما خوب است بدانید که بهترین نوع فشارسنج‌ها، نوع عقربه‌ای و جیوه‌ای آن است که کمتر در دسترس مردم است. این فشارسنج‌ها بیشتر در مطب پزشکان و متخصصان است و کار کردن با آنها کمی مهارت می‌خواهد. اما فشارهای دیجیتالی در بازار فراوان و نسبتاً قیمت مناسب‌تری دارد و کار کردن با آنها راحت‌تر است. اگر پزشک تشخیص دهد که فردی دچار فشارخون بالا است یا شما خودتان حس کردید که به این دستگاه نیاز دارید می‌توانید یکی از این دستگاه‌های فشارسنج را تهیه کنید. فقط یادتان باشد که هنگام اضطراب و استرس ممکن است فشارخون شما کمی بالاتر رود، نکته مهم دیگر این است که فشارسنج‌های دیجیتالی اگر چه کارایی لازم را دارند اما ممکن است وقت لازم را نداشته باشند. سعی کنید هر از چند گاهی در یک درمانگاه با فشارسنج جیوه‌ای دقیق فشار خود را کنترل کنید.

- شرایط پیش از اندازه‌گیری فشارخون

فشارخون باید در شرایط خاصی گرفته شود و بهتر است کسی فشارخون را بگیرد که به این امر تسلط کافی داشته باشد و بتواند شرایط لازم را برای اندازه‌گیری دقیق مهیا کند. بهتر است که بیمار تا نیم ساعت پیش از اندازه‌گیری فشارخون غذا و چای میل نکرده باشد. سیگار نکشیده باشد و اندازه‌گیری فشارخون در شرایط آرام و بدون استرس انجام گیرد. در ضمن لازم است بیمار پیش از اندازه‌گیری فشارخون فعالیت فیزیکی سنگینی انجام نداده باشد و پیش از اندازه‌گیری فشارخون، حداقل به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه در حالت راحت و ریلکس باشد.

- وضعیت مناسب برای اندازه‌گیری فشارخون

درست‌ترین حالت برای اندازه‌گیری فشارخون، حالت درازکشیده است و سپس حالت نشسته راحت. فردی که حداقل ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در حالت دراز کشیده قرار گرفته و هیچ استرسی در این مدت به او وارد نشده باشد، اگر میزان فشارخون سیستولیک او بالاتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد، مبتلا به پرفشاری خون است. در حالت طبیعی، اگر فردی به سرعت از پله‌ها بالا و پایین رود، به طور قطع فشارخونش افزایش پیدا می‌کند (در شرایط خاصی که احتمال می‌دهیم بیمار فشارخون پایین داشته باشد ولی در حالت دراز کشیده فشارخون طبیعی است، یک بار دیگر فشارخون را در حالت ایستاده یا نشسته با پاهای آویزان اندازه می‌گیریم که اگر پایین باشد معلوم می‌شود). باید دست بیمار به نحوی قرار داده شود که هم سطح قلب او باشد و بازویند باید در بازوی بیمار به نحوی بسته شود که نه خیلی شل باشد و نه خیلی سفت.

- شیوه اندازه‌گیری فشارخون

دستگاه فشارخون شامل ستون یا صفحه مدرج بازویند و تلمبه است. باید ابتدا بازویند در بازوی بیمار بسته شود، محل آن نیز بهتر است حدود دو تا سه سانتی‌متر بالاتر از چین آرنج باشد. سپس بازویند را باید آن‌قدر باد کرد تا نبض بیمار قطع شود و ۳۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از آن مقدار باد کردن را ادامه داد. میزان این فشار در اشخاص بالغ بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی‌متر جیوه است. سپس گوشی را از قسمت زنگوله ماند آن (و نه از قسمت مسطح و پرده‌دار) روی نبض آرنج (در ناحیه جلوی چین آرنج قسمت داخل) قرار می‌دهیم و از فشار دادن آن خودداری می‌کنیم. پس از آن پیچ

تلمبه را کمی باز می‌کنیم تا هوای داخل بازوبند به تدریج خالی شود (هر ثانیه ۳ میلی‌متر جیوه یا هر ۳ ثانیه ۱۰ میلی‌متر جیوه) و با دقت به صدای شنیده شده از گوشی گوش می‌سپاریم. جایی که صدای نبض بیمار شروع شده به عنوان فشار سیستولی در نظر گرفته می‌شود. سپس صدای نبض بیمار ادامه می‌یابد تا کاملاً قطع شود یا خیلی ضعیف شود. لحظه‌ای که قطع صدای نبض رخ می‌دهد نیز فشار خون دیاستولی را نشان می‌دهد. برای مثال، بازوبند را تا فشار ۱۷۰ میلی‌متر جیوه باد می‌کنیم. هنگام خالی کردن آن، در فشار ۱۳۰ میلی‌متر جیوه ضربان نبض را می‌شنویم و هنگامی که فشار به ۷۰ میلی‌متر جیوه رسید، صداها کاملاً قطع می‌شود. در اصطلاح بیان می‌کنیم که فشارخون بیمار ۱۳۰ روی ۷۰ میلی‌متر جیوه یا ۱۲ روی ۷ است. رعایت نکردن مسایل تکنیکی و سالم نبودن دستگاه، روی رقم اندازه‌گیری شده تأثیر می‌گذارد.

• اشتباهات اندازه‌گیری فشارخون

چند کار به اشتباه در اندازه‌گیری فشارخون متداول شده که ذکر آنها ضروری است:

- بیشتر افراد و حتی پزشکان گوشی را زیر بازوبند قرار می‌دهند که این امر فشارخون را به طور کاذب بالا نشان می‌دهد.
- در مطب‌ها و بیمارستان‌ها اغلب از یک نوع بازوبند برای همه استفاده می‌شود که این امر صحیح نیست. بازوبند افراد چاق باید با افراد لاغر تفاوت داشته باشد.

- با یک بار اندازه‌گیری فشارخون نمی‌توان قضاوت صحیح از وضعیت فرد داشت و لازم است که این معاینه در زمان‌ها و شرایط متفاوت تکرار شود.
- در نهایت پیش می‌آید که معاینه‌کننده در لحظه شنیدن صدای اول شک می‌کند و همان لحظه بازوبند را دوباره باد می‌کند که این امر نیز فشارخون را بالاتر از حد واقعی نشان می‌دهد.

• شیوه اندازه‌گیری فشارخون با دستگاه‌های دیجیتالی

امروزه دستگاه‌های دیجیتالی اندازه‌گیری فشارخون در بازار موجود است. این دستگاه‌ها شامل یک نوع بازوبند است که به وسیله لوله‌ای به قسمت الکترونیکی دستگاه وصل می‌شود. با فشار دادن دکمه‌ای روی قسمت دیجیتالی دستگاه، بازوبند شروع به باد شدن می‌کند تا به یک سطح معینی برسد سپس به طور اتوماتیک باد آن می‌خوابد. در بازوبند یک گیرنده خاص الکترونیکی وجود دارد که نسبت به نبض حساس است و میزان فشارخون را روی صفحه نمایشگر نشان می‌دهد.

• آیا میزان فشارخون تغییر می‌کند؟

در طول روز، میزان فشارخون هر شخصی تغییر می‌کند. صبح‌ها میزان فشارخون بالاتر و شب‌ها پایین‌تر است. در حالت طبیعی، به هنگام نگرانی و استرس و فعالیت فیزیکی بالا می‌رود. برخی افراد هنگام ملاقات با پزشک مضطرب شده و میزان فشارخون آنها بالا می‌رود. تقریباً میزان فشارخون افراد در نخستین ملاقات با پزشک بالاتر از ملاقات‌های بعدی است. به همین دلیل پزشکان اندازه‌گیری فشارخون را در دو تا سه نوبت جداگانه و یا به صورت ۲۴ ساعته توصیه می‌کنند و بعد به طور موثق اعلام می‌کنند که فرد دچار فشارخون بالا است یا خیر.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=358408>

 Vista.ir
Online Classified Service

بای‌پس یا آنژیوپلاستی؟ مساله این است!

بر اساس آخرین مطالعات انجام شده، آن دسته از بیماران قلبی که برای رفع انسداد شریان‌های خونی‌شان روش آنژیوپلاستی را برگزیده‌اند، امکان



اینکه مجبور باشند در آینده مجدداً از این روش یا روش‌های درمانی دیگر استفاده کنند، زیاد است...

در نشستی که اخیراً جامعه جراحان قلب و عروق اروپا درباره درمان بیماران مبتلا به انسداد عروق قلبی در مونیخ برگزار کردند، این سوال مطرح بود که بین روش‌های درمانی بای‌پس و آنژیوپلاستی، انتخاب کدام بهتر و عاقلانه‌تر است تا کمترین مشکل و عوارض جانبی را برای بیمار در پی داشته باشد و احتمال برگشت‌پذیری بیماری را هم به حداقل برساند؟



نتیجه بحث‌ها و تحقیقات این متخصصان نشان داد که احتمال بازگشت بیماری و احتیاج مجدد به روش‌های درمانی دیگر (پس از یک سال) در

بیمارانی که آنژیوپلاستی کرده‌اند، دو برابر است. به گفته دکتر هینز درکسل، استاد دانشگاه اینسبراک استرالیا، اگر بیماران قلبی می‌خواهند حداقل ۱۰ سال از شر مشکلات قلبی خلاص شوند باید جراحی‌ای را بپذیرند که لازمه‌اش شکافتن قفسه سینه است. به عبارت دیگر عمل باز قلب بهترین پیشنهادی است که می‌توان به بیماران دچار انسداد عروق قلب کرد.

• وقتی رگ‌های قلب گرفتگی دارد

وقتی رگ‌های قلب دچار گرفتگی می‌شوند، متخصصان قلب و عروق ۲ گزینه پیش‌رو دارند. اولین گزینه که قدمت بیشتری هم دارد، انجام عمل بای‌پس قلب است. گزینه دیگر هم که در سال‌های اخیر وارد بازار پزشکی شده، آنژیوپلاستی است که طرفداران زیادی دارد. شاید به این خاطر که در این روش احتیاج به عمل باز قلب از بین می‌رود. در آنژیوپلاستی که برخی افراد آن را با نام بالن می‌شناسند، پزشکان بالنی را وارد رگ‌های مسدود قلب می‌کنند و با این کار سبب خارج شدن زایداتی می‌شوند که باعث گرفتگی رگ شده؛ در نتیجه، خون دوباره در رگ‌ها به جریان درمی‌آید. پزشکان اروپایی بیش از ۳ هزار بیمار قلبی اروپایی و آمریکایی را که عمل باز قلب یا آنژیوپلاستی انجام داده بودند مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. البته این فقط بیمارانی را که یک یا دو رگ مسدود داشتند، دربرمی‌گرفت. یک سوم این بیماران به علت شرایط خاص ژنتیکی نیاز به جراحی داشتند اما روی بقیه بیماران به صورت تصادفی عمل باز قلب یا آنژیوپلاستی انجام شد و نتیجه این بود: «بیمارانی که آنژیوپلاستی شده بودند، به طور متوسط به ۵ استنت در رگ‌هایشان نیاز داشتند.» استنت‌ها فنرهای کوچکی هستند که مانند یک ستون در رگ‌ها کار گذاشته می‌شوند تا مانع رشد دیواره رگ و به هم چسبیدگی و انسداد آن شوند. بعد از گذشت یک سال، محققان به این نتیجه رسیدند که میزان مرگ و میر در بین هر ۲ گروه از بیماران تقریباً یکسان و برابر است: «۷/۷ درصد در بین بیمارانی که عمل باز قلب انجام داده بودند و ۶/۷ درصد در بین آنهایی که مورد آنژیوپلاستی قرار گرفته بودند اما حدود ۱۴ درصد از بیمارانی که آنژیوپلاستی شده بودند پس از یک سال دوباره مجبور بودند این روش یا روش‌های درمانی دیگری را به خاطر بازگشت بیماری‌شان تجربه کنند، در حالی که این رقم در بین بیماران عمل شده تنها حدود ۶ درصد بود.» از طرفی، امکان حمله قلبی در افرادی که عمل باز انجام داده بودند ۲ درصد بود که این رقم در بین آنژیوپلاستی‌ها صفر بود و به عقیده پزشکان این امر به خاطر آن است که خطر حمله به طور ذاتی در بیمارانی که عمل باز قلب انجام داده‌اند، وجود دارد؛ در حالی که این خطر بیماران آنژیوپلاستی‌شده را معمولاً تهدید نمی‌کند.

• مقاله پر سر و صدا

در یکی از پر سر و صداترین مقالاتی که در مجله معتبر پزشکی نیو انگلند در ژانویه ۲۰۰۹ به چاپ رسید، متخصصان اعلام کردند که هنوز هم عمل بای‌پس بهترین و مناسب‌ترین گزینه برای باز کردن عروق مسدود قلب است. به همین خاطر پزشکان متخصص قلب و عروق قبل از هر کاری باید در مورد اثربخشی بیشتر بای‌پس و امکان برگشت‌پذیری بیشتر در روش آنژیوپلاستی صحبت و سعی می‌کنند او را متقاعد کنند که بهترین روش را با توجه به شرایطش برگزیند. طول مدت عمل باز قلب تقریباً ۵ ساعت است که بیمار در تمام این ساعات در بی‌هوشی کامل به سر می‌برد و حدوداً یک ماه بعد از عمل، او سلامت خود را به دست می‌آورد و فعالیت‌های روزمره‌اش را از سر می‌گیرد اما بیمارانی که آنژیوپلاستی می‌شوند حدوداً از ۳ یا ۴ روز بعد از عمل می‌توانند مانند سابق (اگر در مواردی منع پزشکی نداشته باشند) به کارهای خود بپردازند. با این حال توجه به این نکته مهم است که هرچند مدت عمل و بهبودی و پشت‌سر گذاشتن علائم پس از آن در بای‌پس بیشتر از آنژیوپلاستی است اما نتیجه و اثربخشی بای‌پس بیشتر از رقیب امروزی‌اش می‌باشد. وقتی که در سال ۲۰۰۲ استنت‌های پوشیده شده با دارو به جهانیان معرفی شد، بیشترین میزان فروش

تجهیزات پزشکی را به خودش اختصاص داد زیرا اعتقاد پزشکان در آن دوره بر این بود که این فنرهای کوچک وقتی در رگها کار گذاشته می‌شوند دارویی از خود ترشح می‌کنند که باعث جلوگیری از رشد دیواره رگ و در نتیجه پیشگیری از انسداد آن می‌شوند و می‌توانند آنژیوپلاستی را به عملی اثربخش‌تر با امکان برگشت‌پذیری کمتری نسبت به بای‌پس تبدیل نمایند اما تحقیقات و مطالعاتی که در سال ۲۰۰۶ انجام شد، نشان داد که خطر لخته شدن خون و عوارض جبران‌ناپذیر آن در آن دسته از بیمارانی که از استنت‌های دارویی استفاده کرده بودند، بعد از چند ماه یا حتی یک سال پس از انجام آن بسیار افزایش یافت و همین امر باعث شد تا پزشکان در استفاده از این نوع استنت‌ها احتیاط بیشتری بکنند و فقط در موارد خاص و در بیمارانی که چاره‌ای جز استفاده از استنت دارویی ندارند، از آن استفاده نمایند. پزشکان بر این امر تاکید دارند که اطلاعات و تحقیقات بیشتری برای پی بردن به معایب و مزایای عمل بای‌پس و آنژیوپلاستی در مقایسه با هم نیاز است و برای اینکه مشخص شود روش‌های درمانی مختلف چه تاثیری روی بیماران داشته است تا بتوان نتیجه‌گیری صحیحی از آنها کرد حداقل به ۵ سال زمان پس از درمان نیاز است و شاید پس از ۵ سال بتوان گفت که آیا درمانی که روی بیمار انجام شده نتیجه موثر و دلخواه را برایش در پی داشته یا نه؟

روش جراحی CABG یا پیوند بای‌پس عروق کرونر قلب یک عمل جراحی باز است که در آن، از یکی از شریان‌های پا که به عضلات خون می‌رساند، پیوند برداشته و یک سر آن را به آنورت و سر دیگر آن را به پشت قسمت مسدود شده قلب پیوند می‌زنند. این روش معمولاً در افرادی استفاده می‌شود که بیش از دو یا سه رگ تنگ داشته و رگ‌هایش خراب و مشکل‌دار هستند یا هر سه رگ اصلی کرونر آنها تنگی‌های وسیع دارد. اما در افرادی که یک یا دو رگ از رگ‌های خون‌رسان قلب‌شان به خصوص در قسمت‌های ابتدایی رگ مسدود شده و هنوز کلفت است آنژیوپلاستی کرده و بالون می‌زنند تا لوله‌هایی وارد سرخرگ‌های مسدود شود و آنگاه بالون‌های متصل به آن را باد می‌کنند تا راه باز شده و سپس استنت می‌گذارند. ضمن اینکه دوجور استنت داریم: دارویی و غیردارویی. استنت دارویی به ندرت لخته می‌شود ولی در استنت غیردارویی بیمار نیاز دارد روزی یک عدد قرص بخورد در صورتی که بعد از استنت‌گذاری حتی پس از گذشت یک سال، قرص‌های ضد انعقاد خون بیمار قطع شود، حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد خطر سکنه قلبی وجود دارد و بنابراین در این روش بیمار محکوم است که یک عمر از داروهای ضد انعقادی استفاده کند.

معمولاً در آنژیوپلاستی یکی از عوارض نسبتاً شایع این است که اگر پزشک تبحر کافی نداشته باشد، طی فشاری که توسط بالون به رگ وارد می‌شود، رگ پاره می‌شود که البته در بیمارستان‌هایی که آنژیوپلاستی انجام می‌شود دکتر بی‌هوشی و جراح قلب آماده‌اند تا در صورت نیاز به بیمار کمک کنند. از عوارض روش قلب باز هم این است که ممکن است رگ‌ها خوب به هم پیوند نخورند یا به هم بچسبند. از طرف دیگر در جراحی‌های باز، باز شدن قفسه سینه بار روانی زیادی را برای بیمار به همراه دارد و وضعیت عمومی بیمار پس از عمل و بهبود و ترمیم زخم‌ها از دیگر مشکلات بیماران بعد از جراحی‌های باز قفسه سینه است.

در آنژیوگرافی مشخص می‌شود که کدام بیمار برای عمل جراحی قلب باز و کدام بیمار برای استنت مناسب‌تر است و این بستگی به قسمتی از رگ‌های کرونر دارد که مسدود شده است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=365242>

 Vista.ir
Online Classified Service

بحران هیپرتانسیون

بدنبال افزایش فشار خون، انقباض عروقی داریم و در افراد فشار خون بالا، آستانه انقباض عروقی بالا میرود تا خونرسانی به ارگانهای حیاتی در حد

www.takbook.com



مناسبتی حفظ شود. آستانه تغییر قطر عروقی در فشار خونی ها بالای ۱۸۰ میلی متر جیوه است و تداوم آن از حالت انقباض به انبساط عروق منجر میشود و بدن آن پارگی رگ و ادم و اختلال عملکرد ارگان حاصل میگردد.

• فشار خون و فشار خون بحرانی

فشار سیستولیک بالای ۱۳۰ mmHg و دیاستول بالای ۸۹ mmHg را فشار خون میگویند. اما افراد با فشار سیستولیک بالای ۱۸۰ mmHg بیشتر دچار بحران فشار خون میگردند بنابراین بحران فشار خون یعنی فشار دیاستول بالای ۱۳۰ mmHg که بطور موقتی است و با اختلالات بالینی همراه میباشد. این بحران یک فشار خون بدخیم است و همراه با اختلالات بالینی، ارگانهای مربوطه تحت فشار قرار گرفته و آسیب می بینند.

بعبارت دیگر بحران هیپرتانسیون، فشار دیاستول بالای ۱۳۰ mmHg به انضمام یکی از حالتها زیر که جزو فشار خون اورژانسی است:

- علایم ته چشم : ادم پایی، اگزودا و غیره
- علایم نرولوژیک : گیجی، بیقراری، منگی، اختلالات بینایی، خواب آلودگی ناگهانی، تشنج و کوما بسته به شدت ضایعه ناشی از اختلال فشار و تنظیم بدن (Autoregulation یا تنظیم خودبخودی بدن)



▪ نارسایی حاد قلبی

▪ صدمات کلیه : کاهش ادرار بعلت کاهش خونرسانی و ازتیمی (بالا رفتن BUN و کراتینین) و الیگوری (کاهش ادرار ۲۴ ساعته به کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر)

▪ GI : تهوع و استفراغ

وجود این حالتها با فشار خون دیاستول بالای ۱۳۰ mmHg بعنوان فشار خون بحرانی تلقی میشود. اگر این علایم با فشار دیاستول مذکور توأم نباشد بعنوان یک بحران شناخته نمی شود.

درمان نباید سریع و ناگهانی انجام شود بلکه باید در محدوده مشخص و در طی زمان ۲ ساعت معادل با ۲۵ درصد فشار خون بیمار کاهش یابد.

• موارد کنترل فشار خون اورژانسی :

- هیپرتانسیون همراه با آنسفالوپاتی (بحران فشار خون)
- اینفارکشن میوکارد با فشار دیاستول بالای ۱۳۰ mmHg
- خونریزی داخل مغزی بویژه ساب آراکنوئید
- پاره شدن جدار آئورت
- نارسای حاد بطن چپ
- فشار خون بالا بعد از عمل جراحی بای پس قلبی
- گلوومرولونفریت حاد
- بیماریهای کلاژن واسکولار مثل لوپوس
- پیوند کلیه با فشار خون شدید و بالا
- فنوکروموسیتوما (عرق، اختلال بینایی، سردرد)
- واکنشهای همراه با داروهای سه حلقه ای (این داروها ایجاد بحران فشار خون میکنند)
- کوکائین
- بدنال قطع بعضی داروها و ریپاند

• اکلامپسی (تشنج و کوما، افزایش فشار خون و پروتئینوری)

• جراحی اورژانس

• فشار خونهایی که بعد از عمل منجر به خونریزی میشوند

• سوختگیها

• اپیستاکسیس (خونریزی از بینی)

• درمان

هدف کاهش ۲۵ درصد فشار خون در طی مدت ۳ ساعت است (مگر در شرایط خاص). در مواردی که همراه با علائم نرولوژیک است نباید بیش از معیار فوق فشار خون بیمار پایین آورده شود در غیر این صورت خونرسانی به مغز کاهش یافته و علائم شدیدتر میشود. معمولا در این افراد فشار خون از ۱۸۰/۱۰۰ mmHg نباید پایین تر آورده شود و حتی در شرایط خاص در صورت ضرورت فقط مجاز به کاهش فشار خون تا ۱۶۰/۱۰۰ mmHg هستیم.

داروی انتخابی این گروه، داروهای بلوک کننده کانال کلسیم است که اثر ضد ایسکمی نیز دارند و شامل نیمودیپین (Nimodipine) و نیکاردیپین (Nicardipine) که درمان بصورت وریدی انجام میشود که در ۱ ساعت اول ۱۰ درصد و در ۲ ساعت بعد ۱۵ درصد فشار خون کاهش داده میشود.

در صورت موجود نبودن داروهای فوق میتوان از نیپراید و TNG در بیماران با علائم عصبی استفاده کرد.

- اگر بیمار تنها مشکل قلبی داشته باشد فشار خون تا محدوده ۱۲۰/۸۰ mmHg پایین آورده میشود.

- در دایسکشن حاد آئورت، فشار خون در حدود ۱۲۰/۸۰ mmHg حفظ میشود زیرا هرچه فشار کمتر باشد احتمال دایسکشن کمتر خواهد بود و درمان انتخابی در این گروه استفاده از نیپراید وریدی و بتابلوک است.

- در MI و بعد از جراحی بای پس و نارسایی حاد بطن چپ ۲۵ درصد فشار خون فرد در عرض ۳ ساعت پایین آورده میشود.

- در بیماران کلیوی و گلوبولونفریت نیز ۲۵ درصد فشار در طی ۳ ساعت و تا حدود ۱۶۰/۱۰۰ mmHg کاهش می یابد اما در اینها میتوان تا فشار خون طبیعی نیز تعدیل در فشار داشته باشیم.

- در فنوکروموسیتوما از فنتولامین استفاده میگردد. در مسمومیت با تری سیکلیکها از آلفا بلوکرها مثل نیپراید و همچنین نیکاردیپین استفاده میشود اما درمان انتخابی آلفا بلوک است و در زمانی که احتمال ایسکمی قلبی میرود از TNG استفاده میشود.

- در اکلامپسی درمان انتخابی سولفات منیزیم، متیل دوپا و هیدرالازین است و در سطوح بعدی از کلسیم بلوکرها و نیپراید شاید استفاده گردد. در پره اکلامپسی نیز از سولفات منیزیم و متیل دوپا و هیدرالازین استفاده میگردد.

- در جراحی ها نیز از TNG و نیپراید استفاده میگردد.

نیتروپروساید سدیم (نیپراید) شروع اثر و پایان اثر لحظه ای دارد و در بکارگیری آن باید به غلظت سیانید در خون توجه شود.

آدالات به هیچ عنوان دیگر بصورت زیر زبانی استفاده نمیشود زیرا مصرف آدالات زیر زبانی در تمامی فشارخونها خطر سکنه مغزی و قلبی را بالا میبرد و با مرتالیته بالا همراه است و ممنوعیت استفاده دارد و به جای آن TNG زیر زبانی و وریدی بکار برده میشود. قبلا در آنزین پریزمتال از آدالات

استفاده می گردید که دیگر توصیه نمی شود بلکه از دیلتیازم وریدی استفاده می گردد. در بیماران اینفارکشن میوکارد با موج Q و یا بدون موج Q هرگز از آدالات استفاده نمی شود (مرتالیته بالا) مگر در شرایطی که بصورت ترکیبی با سایر داروها داده میشود.

دiazوکساید دیگر استفاده نمیگردد زیرا در بالغین خطر سکنه قلبی (تاکیکاردی رفلکسی) را بالا میبرد (مگر در کودکان).

در بیمارانی که علائمی ندارند از داروهای خوراکی (بتابلوک، کاپتوپریل و انالاپریل) استفاده میگردد.

<http://vista.ir/?view=article&id=269820>

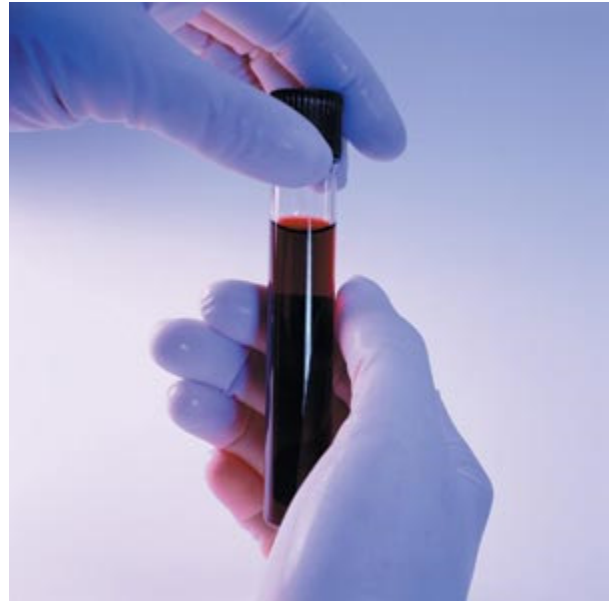
 **vista.ir**
Online Classified Service

برخی از بیماری های خونی

• کم خونی

یکی از عمومی ترین ناراحتیهای خونی ، بیماری کم خونی است. علت آن کم بودن تعداد گلبولهای قرمز یا کم بودن مقدار هموگلوبین در این گلبولهاست. در تمام انواع کم خونی بافتنهای بدن بویژه ماهیچهها و مغز به خاطر کمبود اکسیژن آسیب می بینند. کم خونی ممکن است ناشی از کمبود آهن در جیره غذایی باشد در این حالت گلبولهای قرمز به تعداد عادی وجود دارند اما در آنها مقدار هموگلوبین کم است. این نوع کم خونی در کودکان بیشتر از بزرگسالان رایج است علائم این نوع کم خونی رنگ پریدگی و زود خسته شدن است. خوردن غذاهای آهن دار مانند جگر ، گوشت و سبزیجات و مصرف داروهای آهن دار در درمان آن موثرترند. انواع کم خونی به صورت زیر است.

• کم خونی ناشی از دفع خون: که در این حالت بدن بعد از یک خونریزی شدید دچار کم خونی خواهد شد.



• کم خونی آپلاستیک: به معنی فقدان عملکرد طبیعی مغز استخوان می باشد که بطور مثال در افرادی که در معرض تشعشع گاما قرار گرفته اند دیده می شود.

• کم خونی مگالوبلاستیک: که ناشی از فقدان ویتامین B12 ، اسید فولیک و فاکتور داخلی مخاط معده می باشد.

• کم خونی همولیتیک: (خونی که لیز شده باشد) ، شامل پررنگ شدن گلبولهای قرمز ، داسی شکل شدن گلبولهای قرمز می باشد و در نتیجه گلبولهای قرمز خون شکل قرصی و طبیعی را ندارند بلکه هلالی شکل می شوند. چنین گلبولهایی معمولا بهم می چسبند و مسیر رگها را می بندند. در نتیجه اکسیژن کافی به بافتها نمی رسد. و در این حال شخص دچار کم خونی شدید می شود

• پلی سیتمی

• پلی سیتمی ثانویه

هر گاه بافتها به علت کم بودن شدید اکسیژن هوا در ارتفاعات بلند دچار هیپوکسی شوند در این حالت اندامهای خونساز بطور اتوماتیک مقدار زیادی گلبول قرمز تولید می کنند.

• پلی سیتمی حقیقی (اریترمی)

این بیماری از یک تغییر ژنی بوجود می آید که در گروه سلولی همو بلاستیک که گویچه های قرمز خون را تولید می کنند ایجاد می شود. سلولهای بلاستی حتی هنگامی که گویچه های سرخ بیش از حدی وجود دارند، از تولید گویچه های قرمز باز نمی ایستند.

• لوسمی

معمولا در هنگام ابتلا به یک بیماری عفونی ، تعداد گلبولهای سفید زیاد می شود. تا بدن بتواند با عوامل عفونت مبارزه کند. اما پس از بهبود ، تعداد گلبولها تا حد طبیعی کاهش می یابد. اگر افزایش تعداد گلبولهای سفید بطور مداوم و بدون هیچ دلیلی افزایش یابد به آن لوسمی می گویند. در این حالت مراکز گلبول ساز ، از نظم خارج شده و بطور زانیاری به تولید گلبولهای سفید می پردازند. افزایش تعداد گلبولهای سفید ، مجالی برای تولید گلبولهای قرمز و پلاکتها باقی نمی گذارد و به همین دلیل تعداد این سلولها در خون کاهش می یابد. در نتیجه این بیماری با کم خونی و خونریزیهای داخلی همراه است. تعداد گلبولهای سفید در این بیماری به ۱۰۰ هزار عدد در میلیتر مکعب می رسد.

• هموفیلی

هموفیلی شایعترین و وخیمترین بیماریهای خونریزی دهنده مادرزادی می باشد. علت آنها کمبود فاکتورهای ۱۱ ، ۹ و ۸ با منشا ژنتیکی است. این

بیماری اختصاص به مردان دارد و در زنان بندرت دیده می‌شود. علت بیماری، فقدان یکی از عواملی است که در انعقاد خون نقش دارند. هموفیلی درجات مختلف دارد. در نوعی از آن یک زخم ساده می‌تواند موجب خونریزی شدید شود در فرد هموفیل عامل فعال کننده ترومبوپلاستین (گلوبولین آنتی هموفیلیک) وجود ندارد.

• انواع هموفیلی

هموفیلی A شایعترین نوع هموفیلی است که کاهش در فاکتور ۸ باعث علت این بیماری است. کمبود فاکتور ۹ انعقادی علت بیماری کریسمس یا هموفیلی B است. فاکتور ۸ در جریان خون به فاکتور von willbrand متصل است بدین جهت موافقی که این فاکتور کمبود داشته باشد فاکتور ۸ هم کاهش نشان می‌دهد. اختلال انعقادی با علت کمبود فاکتور ۱۱ خونی را اصطلاحاً هموفیلی C می‌گویند. ژن معیوب هموفیلی B و A بر روی کروموزوم جنسی قرار دارند و به این علت است که این بیماری به علت شرایط خاص کروموزومهای جنسی در افراد مذکر انحصاراً در مردان موجب بیماری می‌شوند.

• درمان هموفیلی

در سال ۱۸۴۰ میلادی برای معالجه هموفیلی از تزریق خون استفاده شد. در سال ۱۹۳۶ به جای تزریق خون کامل از پلاسما استفاده کردند از اواخر دهه ۱۹۶۰ پلاسماهای متراکم مورد استفاده قرار گرفت اوایل دهه ۷۰ پلاسماهای خشک متراکم تهیه شد و برای نخستین بار کودکان و بزرگسالان هموفیل توانستند به شکل عادی زندگی کنند.

• تالاسمی

تالاسمی نوعی کم‌خونی ارثی است که در آن در تولید هموگلوبین اختلال بوجود آمده است. دو نوع تالاسمی وجود دارد. تالاسمی مینور (خفیف) و تالاسمی ماژور (شدید). در تالاسمی مینور بطور معمول اشخاص سالم و طبیعی هستند اما برخی از آنها ممکن است کم‌خونی خفیفی داشته باشند. بیشتر مبتلایان به تالاسمی مینور از بیماری خود اطلاعی ندارند و وقتی از این مساله مطلع می‌شوند که خونشان مورد آزمایش قرار گیرد یا صاحب فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور شوند.

از نشانه‌های افراد مبتلا به تالاسمی مینور این است که گلبولهای قرمز این بیماران کوچکتر از گلبولهای قرمز افراد طبیعی است.

• هنگام ساخته شدن گلبولهای قرمز در مغز استخوان افراد مبتلا به تالاسمی ماژور به مقدار کافی هموگلوبین ساخته نمی‌شود و گلبولهای قرمز خون این بیماران تقریباً خالی از هموگلوبین است. مبتلایان به تالاسمی ماژور در هنگام تولد، طبیعی هستند ولی بین سه ماهگی و هجده ماهگی دچار کم‌خونی می‌شوند. و رنگ پریده‌اند خوب نمی‌خوابند و خوب غذا نمی‌خورند حالت تهوع دارند و اگر درمان نشوند می‌میرند. تنها راه درمان تالاسمی ماژور تزریق منظم خون است که بطور معمول می‌باید، هر چهار هفته یکبار صورت گیرد. فرزندان مبتلا به تالاسمی ماژور از پدر و مادری متولد می‌شوند که هر دو مبتلا به تالاسمی مینور هستند به این منظور برای جلوگیری از تولد چنین نوزادانی ضروری است در هنگام ازدواج خون زن و مرد از جهت ابتلا به بیماری تالاسمی مینور مورد آزمایش قرار گیرند تا در صورت ابتلا هر دو آنها به این بیماری از ازدواج جلوگیری شود.

<http://vista.ir/?view=article&id=296665>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بررسی کامل هموفیلی Hemophilia

بیماری هموفیلی که از نقص یا فقدان فاکتورهای انعقادی در خون ناشی می‌شود یک بیماری خونریزی دهنده است که علت ارثی و ژنتیکی دارد و به

www.takbook.com



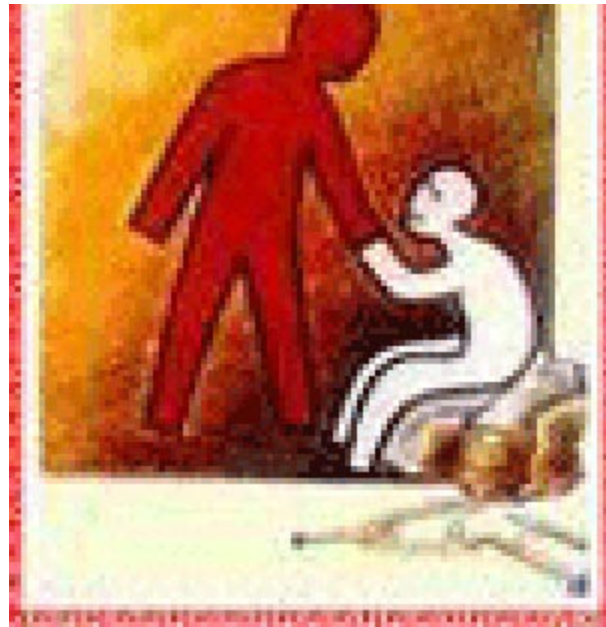
طور مادام العمر گریبانگیر فرد مبتلا است. شایعترین انواع هموفیلی عبارت است از:

- هموفیلی A یا کلاسیک: به دلیل کمبود یا فقدان فاکتور انعقادی ۸
- هموفیلی B یا کرسمیس: به دلیل کمبود یا فقدان فاکتور انعقادی ۹

۸ و ۹ فقط دو ماه از ۱۳ ماده انعقادی در خون انسان است که به آنها فاکتورهای انعقادی می‌گویند و تعادل و تنظیم در آنها باعث جلوگیری از خونریزیهای داخلی و خارجی و به اصطلاح انعقاد خون می‌شود.

- انواع بیماری هموفیلی از نظر شدت
- هموفیلی شدید

در این بیماران میزان فاکتور انعقادی در خون کمتر از یک درصد (۱%) میزان طبیعی است و این افراد دچار خونریزیهای خودبخودی در مفاصل و عضلات می‌شوند، به خصوص مفاصلی که بیشترین وزن بدن را تحمل می‌کنند و حرکت بیشتری دارند. از جمله مفاصل مچ پا، ران، زانو، مچ دست، آرنج و



شانه که معمولاً یک الی دو بار در هفته دچار خونریزی می‌شوند.

- هموفیلی متوسط

در این بیماران میزان فاکتور انعقادی بین ۱% تا ۵% بوده و در این افراد خونریزی خودبخود وجود ندارد و در اثر کوچکترین ضربه یا صدمه دچار خونریزی می‌شوند و به علت تکرار خونریزی دچار آسیب مفاصل و عضلات می‌گردند. این افراد ممکن است ماهی یک بار دچار خونریزی شوند.

- هموفیلی خفیف

در این بیماران میزان فاکتور انعقادی بین ۵% تا ۵۰% میزان طبیعی بوده و هیچگاه دچار خونریزی خود به خودی نشده و فقط در اثر ضربه شدید یا تصادف یا اعمال جراحی دچار خونریزی می‌شوند. خونریزی مفاصل کمتر در این افراد دیده می‌شود. میزان طبیعی فاکتورهای انعقادی در خون بین ۵۰-۱۰۰ درصد می‌باشد. تنها درمان مؤثر در این بیماران جایگزین کردن فاکتور انعقادی دچار نقصان از طریق تزریق وریدی فاکتورهای انعقادی کنستانتره یا فرآورده‌های خونی یا کاربرد DDAVP می‌باشد.

بیماری هموفیلی، یکی از سخت‌ترین و مشکل‌زاترین و پرهزینه‌ترین بیماریهای انسانی است و فرد مبتلا به آن به طور خودبخودی یا در اثر کوچکترین ضربه یا صدمه‌ای دچار خونریزی‌های لاینقطع می‌گردد که با کبودی، ترم، هماتوم و درد بسیار شدید همراه است. این بیماران در هنگام بروز خونریزی چنانچه به سرعت در مراکز درمانی خاص، تحت درمان و مراقبت‌های ویژه و تزریق فرآورده‌های خونی جایگزین قرار نگیرند دچار هماتوم‌های وسیع و دردناک، معلولیت، ناهنجاریهای مفصلی گسترده، قطع عضو و حتی مرگ می‌گردند.

- کمبود فاکتور ۸ یا هموفیلی A

فاکتور ضد هموفیلی (AHF) یا فاکتور هشت انعقاد، پروتئین تک زنجیره‌ای بزرگی است که توسط پروتئازهایی که در مسیر داخلی انعقاد تشکیل می‌شوند، فعال شدن فاکتور ۱۰ را تنظیم می‌کند. این فاکتور در سلولهای پارانشیم کبدی ساخته می‌شوند و به شکل متصل به پروتئین خون ویلبراند در جریان خون گردش می‌کند.

با تعیین ترتیب کد DNA مکمل (cDNA) که حاوی مولکول فاکتور هشت است و تهیه نقشه ژنتیکی ژن فاکتور ۸ روی کروموزوم X اولین تصویر کامل از ساختمان این مولکول به دست آمد و به این طریق پیشرفتهایی در زمینه روشهای تعیین اشخاص حامل و تشخیص‌های قبل از تولد مبتلایان به هموفیلی A حاصل شد.

به طور کلی یک در ده هزار از نوزادان پسری که به دنیا می‌آیند دچار کمبود یا اختلال عملکرد فاکتور ۸ هستند.

بیماری حاصل هموفیلی A نامیده می‌شود و از خصوصیات آن می‌توان به خونریزیهای درون بافت‌های نرم، عضلات و مفاصلی که وزن بدن را تحمل می‌کنند اشاره کرد. خونریزی‌های ناشی از هموفیلی ممکن است در هر عضوی ظاهر شوند و در صورتی که درمان نشوند ممکن است روزها یا هفته‌ها ادامه یابند. این خونریزی منجر به تجمع وسیع خونی می‌شود که بخشی از آن منعقد شده و به بافت‌های مجاور فشار می‌آورد.

فرم شدید بیماری اغلب به خاطر تشکیل هماتوم‌های سفالیک بزرگ هنگام تولد تشخیص داده می‌شود. در فرم متوسط بیماری احتمال دارد طفل تا زمان خزیدن و راه رفتن دچار خونریزی نشود و هموفیلی‌های خفیف ممکن است حتی تا زمان نوجوانی و بلوغ تشخیص داده نشود. به طور معمول بیماران هموفیلیک به خاطر درد دو به دنبال آن تورم مفاصلی که وزن بدن را تحمل می‌کنند مانند مفاصل ران، زانو و مچ پا مراجعه می‌کنند. خونریزی‌های مکرر باعث خوردگی غضروف مفاصلی و در نهایت آتروفی عضلات می‌شوند. به طور کلی خونریزی در هر مفصلی ممکن است اتفاق بیفتد ولی متعاقب صدمه به یک مفصل، این مفصل مکان مساعدی برای دوره‌های خونریزی بعدی می‌شود. خطرناک‌ترین عوارض هموفیلی خونریزی‌های دهانی، حلقی و سیستم اعصاب مرکزی هستند. در کسانی که دچار خونریزی‌های دهانی- حلقی می‌شوند برای باز نگه داشتن مجرای هوایی می‌بایست به طور اورژانس لوله‌گذاری نای انجام شود.

• کمبود فاکتور ۹ یا هموفیلی B

فاکتور ۹ از یک زنجیره ۵۵ کیلودالتونی که به شکل پیش آنزیم است تشکیل شده است. فاکتور ۹ یکی از شش پروتئینی است که در کبد ساخته شده و برای فعالیت بیولوژیکی خود به ویتامین K نیاز دارد. در حال حاضر cDNA فاکتور ۹ تکثیر شده است و نقشه ژنتیکی فاکتور روی کروموزوم X تعیین شده است. از هر صد هزار نفر نوزاد مذکر یکی دچار کمبود یا نقص فاکتور ۹ (هموفیلی B) است. این بیماری از نظر بالینی قابل افتراق با کمبود فاکتور ۸ نیست و البته برای درمان این بیماری از اجزای پلاسمایی دیگر استفاده می‌شود. به همین دلیل تشخیص آزمایشگاهی در این مورد اهمیت خاصی دارد. برای درمان این بیماری از اجزای پلاسمایی غنی از پروتئین‌های کمپلکس پروترومبین و پاپلاسمای یخ زده تازه استفاده می‌شود. در کاربرد این مواد درمانی علاوه بر عوارض مورد انتظار هپاتیت، بیماری مزمن کبدی و ایدز، خطر بزرگ دیگری نیز جان بیمار را تهدید می‌کند، مقادیر ناچیز فاکتورهای انعقادی فعال موجود در کمپلکس پروترومبین تغلیظ شده ممکن است باعث فعال شدن سیستم انعقادی بیمار و ایجاد ترومبوز و آمبولی شوند. این امر به خصوص در بیمارانی که جهت جراحی بستری شده‌اند و حرکت ندارند و مبتلایان به بیماریهای کبدی شایع است.

• عوارض بیماری هموفیلی

اکثر هموفیلیها دچار هپاتیت‌های متعددی می‌شوند و در تعدادی از آنان آنزیم‌های کبدی افزایش یافته است و بزرگی کبد وطحال دارند و تعداد کمی دچار هپاتیت‌های مزمن فعال و یا سیروز کبدی هستند. بیماران هموفیلی به خاطر تزریقات مکرر فرآورده‌های خونی به شدت در معرض خطر ابتلا به ایدز هستند.

علی‌رغم خونریزی‌های مکرر این بیماران به ندرت دچار کم‌خونی فقر آهن شدید می‌شوند چرا که اکثر خونریزیهایشان داخلی است و آهن مجدداً وارد چرخه خونسازی می‌شود.

اکثریت این بیماران دچار محدودیت‌های شدید حرکتی نموده و غالباً نیاز به فیزیوتراپی و جراحیها و تزریق‌های مفصلی دارند. بسیاری از بیماران تحت فشار مشکلات متعدد جسمی از جمله بیماری هموفیلی، آلودگی‌های ویروسی خطرناک، فقر و محرومیت شدید، معلولیت‌های گسترده و غیره دچار مشکلات روحی و روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس اجباری، پارانویید و ... گردیده‌اند که عمدتاً نیاز به مداخله درمانی را می‌طلبد.

درمان زودرس بیماران هموفیل مؤثرتر و کم‌خرج‌تر است و جان بیمار را نجات می‌دهد.

این بیماران نایست از آسپیرین یا داروهای دارای آسپیرین استفاده کننده زیرا این داروها عملکرد پلاکتی را مختل می‌کنند و گاه باعث خونریزی‌های شدید می‌شوند. ایبوبروفین هم مانند آسپیرین، باعث رقیق شدن خون و افزایش خونریزی می‌شود و بیماران هموفیلی نباید از این دارو استفاده کنند.

• ژنوتیپ بیماران هموفیلی

هموفیلی بیماری ارثی و ژنتیکی است که عمدتاً از طریق انتقال ژن معیوب که روی کروموزوم X ناقل مؤنث می‌باشد به از فرزندان ذکور منتقل می‌شوند. در ۲۵% موارد، این انتقال بر اثر جهش ژنتیکی در مادر بدون وجود سابقه قبلی در خانواده می‌باشد. با اجرای طرح ملی شناسایی ناقلین ژن هموفیلی در خانواده‌های دور و نزدیک فرد مبتلا به هموفیلی و انجام آزمایشات ژنتیک می‌توان از تولد نوزاد مبتلا به بیماری هموفیلی

جلوگیری نمود.

عموماً مردان گرفتار بیماری می‌شوند و آنرا از طریق دخترانشان منتقل می‌کنند، عموماً دختران گرفتار بیماری هموفیلی نمی‌شوند ولی آن را به فرزندان پسر خود منتقل می‌کنند به همین دلیل به آنها ناقل می‌گویند.

دختران مردان هموفیلی همیشه ناقل هستند (ناقلین اجباری) و نیاز به بررسی ژنتیک ندارند اما برای سایر زنان خانواده هموفیلی، دانستن اینکه آنها ناقل بیماری هستند یا خیر امری بسیار حیاتی است.

ابتدا شجره‌نامه ژنتیک رسم می‌شود تا ارتباط ناقل احتمالی با اعضای مبتلا به هموفیلی در خانواده نشان داده شود و سپس ناقلین احتمالی برای آزمایش ژنوتیپ به آزمایشگاه معرفی می‌گردند و به این ترتیب ناقلین ژن هموفیلی در جامعه شناخته می‌شوند.

چنانچه یک فرد ناقل زن هموفیلی با مرد سالم ازدواج نماید در هر حاملگی ۲۵٪ احتمال تولد نوزاد هموفیلی وجود دارد که با روشهای تشخیص پیش از تولد را می‌توان از تولد نوزاد هموفیلی جلوگیری نمود.

قابل ذکر است که حدود ۲۵٪ از تولد نوزادان هموفیلی به صورت جهش ژنتیکی و بدون وجود سابقه هموفیلی در خانواده اتفاق می‌افتد که آنها موارد جدید بیماری هموفیلی هستند. تعیین دقیق ناقلان هموفیلی اساس و پایه تشخیص پیش از تولد را فراهم می‌آورد.

امروزه می‌توان در هفته‌های هفتم تا نهم حاملگی از پرزهای جفت نمونه برداری جنینی انجام داد و در صورت مشخص و گویا بودن الگوی چند شکلی‌هایی که در تعیین ناقلان مورد استفاده قرار گرفته‌اند طرف ۴۸ ساعت وضعیت جنین را مشخص کرد که آیا به هموفیلی مبتلا است یا نه.

با این تحولات، مشکلاتی که سقط جنین در حاملگی‌های پیشرفته با آن مواجه است، از بین رفته و دقت بالا در آزمایشات ژنتیکی مولکولی امکان خطا در تشخیص‌ها را به حداقل رسانیده است.

مرکز تشخیص ناقلین هموفیلی باید شامل بخشهای خونشناسی، زنان، مامائی و ژنتیک با پرسنل مجرب و علاقمند و کارآمد باشد.

ایده‌آل آن است که وضعیت ناقل بودن و یا نبودن کلیه ناقلان احتمالی قبل از ازدواج و حاملگی تعیین شده باشد.

مرکز درمانی بیماران هموفیلی

مرکز درمانی بیماران هموفیلی شامل قسمت‌های زیر است:

۱) بخش درمان

۲) بخش اداری

▪ بخش درمان شامل

- بخش پذیرش و بایگانی

- ایستگاه پرستاری

- اتاق استراحت پرستار

- اتاق پزشک و معاینه

- اتاق نگهداری و حل دارو

- اتاق درمان بیماران به صورت سرپایی

- بخش درمان جهت بیماران بستری ۲۴ ساعته

- بخش فیزیوتراپی

- بخش دندانپزشکی

- درمانگاه هپاتیت و ایدز

- درمانگاه ارتوپدی

- داروخانه شامل: انبار، فضای داروخانه و اتاق پرسنل

- بخش مشاوره (ژنتیک- هپاتیت)

- بانک خون شامل: یک اتاق جهت نگهداری فرآورده‌های خونی و خون (حداقل گنجایش ۷ فریزر و یک یخچال بانک خون)

- اتاق پزشک آزمایشگاه و اتاق پرسنل

- یک اتاق جهت انجام آزمایشات
- دستشویی- توالت- حمام جهت پرسنل و بیماران در همه واحدها
- آبدارخانه و توزیع غذا
- کلیه قسمتها باید طوری ساخته شود که کاملاً قابل شستشو و ضدعفونی شدن باشد، مثلاً جنس کاشی در سقف و دیوارها و کف.
- بخش اداری شامل
- اتاق مدیریت
- حسابداری
- آبدارخانه
- انبار مواد غذایی- تجهیزات و لوازم
- آشپزخانه
- رستوران
- مراکز درمانی بیماران هموفیلی متشکل از متخصصان زیر است:
- متخصص خون شناسی کودکان و بزرگسالان
- پرستار خون شناس
- جراحان ارتوپدی
- فیزیوتراپ
- دندانپزشک
- مشاوران ژنتیک
- مددکاران اجتماعی
- کارکنان آزمایشگاه مخصوص انتقال خون
- پرستاران آموزش دیده برای مدارس و پزشک خانواده
- مراکز درمانی دامنه وسیعی از خدمات را پیشنهاد می‌کند. شامل:
- آموزش و تعلیم تزریقات در خانه
- بازدید و عیادت در خانه به وسیله پرستاران
- تهیه و تحویل فاکتورهای انعقادی
- مشاوره پزشکی برای بیماران محلی
- کتابها و جزوات و فیلمهای اطلاعاتی رایگان
- برنامه‌های آموزشی کارکنان استخدامی برای اورژانس، مدارس و مراکز مراقبتی روزانه
- اطلاع رسانی و مشاوره در خصوص بیمه
- اطلاع رسانی و مشاوره در خصوص ویروس HIV
- ورزش و هموفیلی
- ورزش کردن منظم و مرتب به حفظ انعطاف‌پذیری عضلات و تقویت مفاصل کمک می‌کند.
- افراد با هموفیلی خفیف می‌توانند در انواع فعالیتها شرکت کنند ولی بیماران هموفیلی سخت بایستی از ورزشها و فعالیتهایی که باعث آسیب دیدن و خونریزی می‌شود، اجتناب کنند.
- بیمار می‌تواند قبل از تمرین یا ورزش برای جلوگیری از خونریزی از فاکتور انعقادی استفاده کند.
- برخی ورزشهای ایمن:
- شنا- دوچرخه سواری (با کلاه ایمنی)- پیاده‌روی- گلف

منبع : سلامت نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=288360>

بزرگ شدن قلب و روش‌های تشخیص و درمان

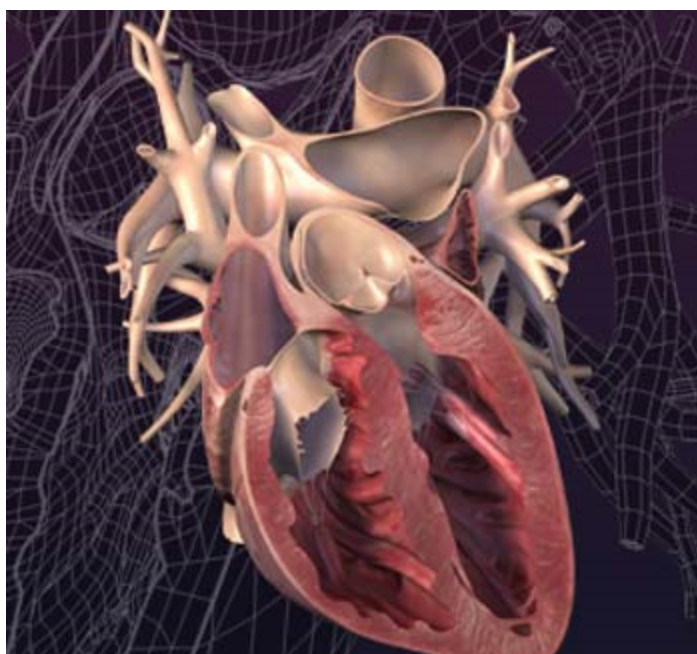
بزرگ شدن قلب اشاره به افزایش اندازه قلب دارد. دو نوع بزرگی قلب وجود دارد: هایپرتروفی و دی لیشن (گرچه معمولاً به طور جداگانه روی می‌دهند ممکن است همزمان نیز اتفاق بیفتند) هایپرتروفی مستلزم افزایش در ضخامت عضله قلب است.

در دی لیشن اندازه داخلی یکی از حفرات قلب افزایش می‌یابد. هایپرتروفی معمولاً یکی از حفرات قلب را تحت تأثیر قرار می‌دهد در حالی که دی لیشن بسته به علت ایجاد آن ممکن است در یک، دو، سه و یا همه حفره‌های قلبی رخ دهد.

در اکثر موارد، بزرگ شدن قلب غیرطبیعی است و با مشکلات قلبی عروقی دیگری همراه است. یک استثناء ورزش، آنروپیک است که بزرگی غیرمضر را سبب می‌شود که شامل هر دو نوع هایپرترافی و دی لیشن قلب است.

• مشکلات مرتبط با بزرگ شدن قلب

به استثنای افزایش اندازه قلب بر اثر ورزش، همه اشکال بزرگی



کاردیاک غیرطبیعی بوده و با مشکلات بعدی شامل نارسایی قلب، ضریان نامنظم قلب و احتمال افزایش آنژین و حمله قلبی ارتباط دارد.

نارسایی قلب به این علت پیش می‌آید که عضله قلبی ضعیف یا نازک شده قادر به پمپاژ مناسب خون نخواهد بود.

سلول‌های عضلانی بیمار در هر دو نوع بزرگی قلب نیز باعث ضریان نامنظم قلب می‌شوند که این امر می‌تواند منجر به از حال رفتن یا مرگ ناگهانی می‌گردد. پیامدهای شایع بزرگی قلب کاهش جریان خون به قلب، آنژین و حمله قلبی خواهد بود.

همه این موارد به افزایش خطر مرگ و کاهش کیفیت زندگی اکثر کسانی که دچار این مشکل شده‌اند، منجر می‌شود.

• علائم بزرگ شدن قلب

افزایش اندازه قلب در افراد مختلف متغیر است و در برخی افراد نشانه‌ای ندارد.

با شروع دی لیشن یا هایپرتروفی و افزایش نیاز به عملکرد قلب نشانه‌هایی به وجود می‌آیند این علائم عبارتند از:

- تنگی نفس

- فشار یا درد قفسه سینه

- تپش قلب (حالتی که قلب با سرعت بیشتر، قدرت فزاینده‌تر یا ضریان جهشی می‌تپد)

- تورم پا و زانو

- سرگیجه یا احساس سبکی در سر

- کاهش هشیاری

در اشکال خفیفتر بزرگ شدن قلب ، نشانه‌ها ممکن است تنها در صورت انجام فعالیت‌های ورزشی یا تلاش و تقلای زیاد روی دهد. در اشکال شدیدتر ممکن است این علائم در هر زمان حتی به هنگام استراحت نیز ظاهر شود.

دیگر بیماری‌های قلبی و ریوی و سایر بیماری‌ها نیز می‌توانند این نشانه‌ها را به همراه داشته باشند و لذا اختصاص به بزرگ شدن قلب ندارند.

• تشخیص بزرگی قلب

گاهی اوقات تشخیص این مشکل براساس یک تست بدنی که توسط پزشک یا دیگر مراقبین بهداشتی انجام می‌شود ، صورت می‌گیرد.

نشانه‌های یک بیمار یا سابقه پزشکی خانوادگی ، فشار خون بالا ، سوفل‌های قلبی خاص ، ضریان قلب شدید ، تورم پاها ، یا صدای مایع در ریه‌ها می‌تواند به تشخیص کمک کند.

عکس برداری اشعه ایکس بزرگی اندازه قلب یا وجود مایع در ریه‌ها را نشان می‌دهد و الکتروکاردیوگرام اغلب امواجی را نشان می‌دهد که مشخصه هایپرتروفی بطن چپ یا راست است.

در واقع پیشنهاد شده الکتروکاردیوگرام برای تشخیص ورزشکاران جوان دچار کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک به کار رود.

بهترین راه برای یک پزشک برای ارزیابی بزرگی قلب اکو کاردیوگرام است. در این تست فرمی از اولتراسوند شبیه به نوع به کار رفته برای بررسی کلیه ، مثانه و یا زنان باردار مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اکو کاردیوگرام مستقیماً اندازه قلب و ضخامت عضله آن را در هر حفره نشان می‌دهد. همچنین عملکرد قلب را نیز مشخص می‌سازد که یک موضوع مهم در تصمیم‌گیری برای درمان بزرگی قلب است.

• درمان

همه مبتلایان به بزرگی قلب باید تحت درمان قرار گیرند. چرا که به این ترتیب احتمال وارد شدن صدمه به قلب کاهش می‌یابد. قرار گرفتن در معرض فلزات ، مصرف الکل یا کوکائین باید حذف شود.

اگر داروهای ایدز یا اسکیزوفرنی باعث این مشکل شده‌اند فواید و خطرات مصرف آنها باید بررسی شود. خوشبختانه داروهای متعددی وجود دارند. افراد مبتلا به بیماری دریچه‌ای قلب می‌توانند با دارو درمان شوند. بسته به نوع عوامل موثر، ترمیم یا جایگزینی دریچه قلب یا از طریق عمل قلب باز یا با کمک کاتتر توصیه می‌شود.

بیماری قلبی عروقی (CVD) یا سرخرگ کرونر (CAD) ممکن است باعث کاردیومیوپاتی با دی لی‌شن شده و هر یک از دو نوع بزرگی قلب را تشدید کند و حتماً باید مداوا شود.

درمان CAD یا CVD و ریسک فاکتورهای آن (سیگار کشیدن ، کلسترول خونی و غذایی بالا، دیابت، فشار خون بالا ، اضافه وزن و عدم تحرک) شامل استفاده از داروها ، تغییرات شیوه زندگی، آنژیوپلاستی یا استنت‌گذاری در سرخرگ کرونر و یا جراحی بای‌پس ، می‌شود.

در موارد دی‌لی‌شن یا هایپرتروفی، نارسایی قلب با داروهایی مانند مسدودکننده‌های بتا بازدارنده‌های ACE یا مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتنسنین جدیدتر (برای کاهش فشاری که قلب باید علیه آن عمل پمپاژ را انجام دهد) ، دیورتیک‌ها (برای تسهیل تنفس و کمک به کاهش مایع اضافی در ریه‌ها و بدن) و دیگر داروهایی که قدرت پمپاژ قلب را بهبود می‌بخشند ، درمان می‌شود

منبع : سازمان آموزش و پرورش استان خراسان

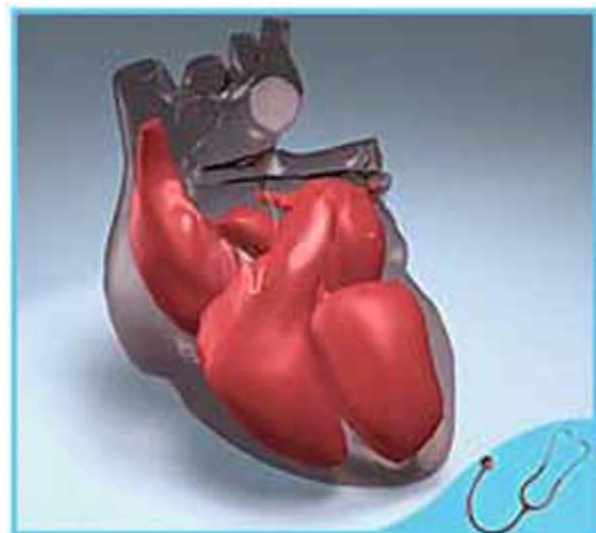
<http://vista.ir/?view=article&id=272931>

 Vista.ir
Online Classified Service

بلوک قلبی

• شرح بیماری

بلوک قلبی عبارت است از یک اختلال پایدار (خفیف یا شدید) در انتقال پیامهای الکتریکی بین دهلیزها (اتاقکهای بالایی) و بطنها (اتاقکهای پایینی قلب). در واقع بلوک زمانی اتفاق می‌افتد که یک ایمپالس (پیام الکتریکی) دهلیزی یا با تاخیر به بطن هدایت شود یا اصلاً هدایت نشود. در این حالت، هماهنگی بین انقباضات دهلیزها و بطنها از بین می‌رود. کنترل ضربان قلب دیگر بطور طبیعی که به هنگام فعالیت یا استرس، تند و در سایر زمانها کند می‌شد انجام نخواهد گرفت و ضربان‌ساز موجود در دیواره مشترک بطنها که در حالت طبیعی خفته است شروع به کار خواهد کرد و سیستم الکتریکی بطنها را به راه خواهد انداخت. بلوک قلب می‌تواند در هر سنی رخ دهد اما در مردان بالای ۴۰ سال و خانمها پس از یائسگی



شایع‌تر است.

• علایم شایع

▪ خستگی ، حملات منگی، ضعف، یا گیجی ، احساس سبکی سر ، تپش قلب یا کندی و نامنظمی ضربان قلب ، تنگی نفس ، آئین قلبی ، نارسایی قلبی ، سنکوپ (غش) و از دست دادن ناگهانی هوشیاری و گاهی تشنج از علائم بلوک قلبی می‌باشند. در موارد خفیف‌تر گاهی بدون علامت است.

▪ کند، تند، یا نامنظم شدن ضربان قلب و ایست قلبی از عوارض احتمالی بلوک قلبی درمان نشده، است. و در صورت بروز حمله از دست دادن هوشیاری سریعاً باید به پزشک مراجعه نمود.

• علل

▪ افزایش فعالیت سیستم عصبی واگ ، مصرف داروهای ضد آریتمی ، اختلال الکترولیتی ، ایسکمی قلبی یا سکنه قلبی ، بیماریهای سیستم هدایتی ، مسمومیت دارویی و بعضی بیماریهای سیستمیک دیگر مثل بیماریهای روماتولوژیک و بیماریهای عفونی از علل مهم بروز بلوک قلبی می‌باشند.

▪ همچنین بیماری سرخرگ‌های قلب، آترواسکلروز (تنگ شدن سرخرگ‌ها) ، ناهنجاری‌های مادرزادی قلب ، مصرف بیش از اندازه داروی دیژیتال یا بعضی از داروهای دیگر مثل کینیدین یا مسدودکننده‌های بتا - آدرنرژیک ، می‌توانند باعث بلوک قلبی شوند.

▪ سن بالای ۶۰ سال ، استرس ، رژیم غذایی نامناسب (پر چرب و پر نمک) ، چاقی ، سیگار کشیدن ، دیابت ، بیماری قلبی مثل آترواسکلروز ، نارسایی احتقانی قلب یا بیماری دریچه‌ای قلب ، فشارخون بالا ، سابقه مصرف بعضی داروها از عوامل افزایش دهنده خطر بلوک قلبی و کلا بیماریهای قلبی هستند.

• پیشگیری

▪ در صورت وجود هرگونه بیماری زمینه‌ساز، برای درمان به پزشک مراجعه کنید.

▪ سیگار نکشید.

▪ به‌طور منظم ورزش کنید.

▪ رژیم غذایی کم چرب و کم نمک داشته باشید.

▪ اگر اضافه وزن دارید، وزن خود را کم کنید.

▪ از مصرف الکل جداً خودداری کنید. الکل باعث مهار ضربان قلب می‌شود.

▪ بعضی از داروها هستند که آن را بدتر می‌کنند. از داروهایی که برای تخفیف آلرژی یا گرفتگی بینی مورد استفاده قرار می‌گیرند اجتناب کنید.

- تشخیص

▪ تشخیص با نوار قلبی و در صورت لزوم تست ورزش یا تستهای دیگر قلبی داده می‌شود. ▪ بررسی‌های تشخیصی مخصوص برای سنجش فعالیت الکتریکی قلب، مثل استفاده از دستگاه هولتر برای مدت ۲۴-۱۲ ساعت، که با آن می‌توان اختلالات ضربان قلب را از یک روز تا دو هفته مورد بررسی قرار داد. این دستگاه هر بار به مدت ۲۴-۱۲ ساعت به بیمار بسته می‌شود و ضربان قلب وی را ثبت می‌کند.

- درمان

▪ با کاشتن یک دستگاه ضربان‌ساز موقت می‌توان علائم را کنترل نمود. گاهی جراحی برای کاشتن یک دستگاه ضربان‌ساز مصنوعی دائمی لازم می‌شود. این دستگاه یک جریان الکتریکی را به‌طور منظم تولید می‌کند و باعث حفظ ضربان قلب در حالت طبیعی می‌شود.

▪ دارویی برای معالجه قطعی بلوک قلبی وجود ندارد، ولی با داروهایی مثل آتروپین یا داروهای دیگر می‌توان علائم را به‌طور موقتی کنترل نمود.

▪ همیشه یک دست‌بند یا گردن آویز که نوع بیماری شما روی آن مشخص شده باشد همراه داشته باشید تا اگر به‌طور ناگهانی هوشیاری خود را از دست دادید بهتر بتوان به شما کمک کرد. ورزش در حد کم، کمک‌کننده است و نباید از آن ترسید. با موافقت پزشک، یک برنامه منظم ورزشی را آغاز کنید. پیاده‌روی ایده‌آل است.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240086>

 Vista.ir
Online Classified Service

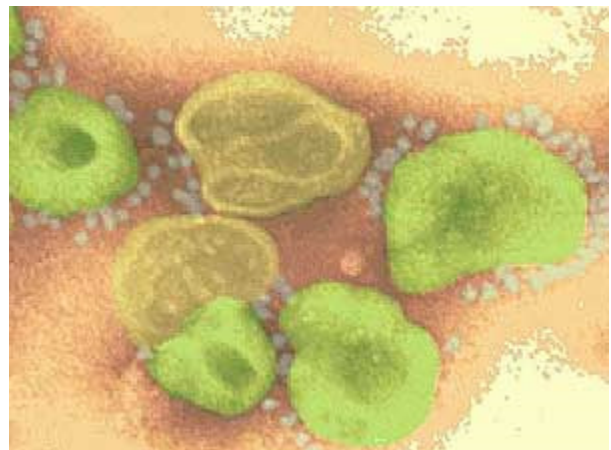
به هم خوردن تعادل کلسیم خون

به هم خوردن تعادل کلسیم خون: کلسیم یکی از اجزای معدنی خون است که به تنظیم ضربان قلب، انتقال پیام‌های عصبی، انقباض عضلات و تشکیل استخوان و دندان‌ها کمک می‌کند.

افزایش یا کاهش غلظت کلسیم خون می‌تواند مشکلات جدی و گاهی تهدیدکننده زندگی به بار آورد، به نحوی که غشاهای تمام سلول‌های بدن، عضلات، استخوان‌ها، غدد پاراتیروئید و هورمون‌های پاراتیروئیدی (که تنظیم‌کننده جذب و استفاده از کلسیم هستند) همگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

- علائم شایع

• کاهش غلظت کلسیم خون



- اسپاسم، پرش، یا کرامپ عضلانی

- بی‌حسی و سوزن سوزن در دست‌ها و پاها

- تشنج

- نامنظمی ضربان قلب

- افزایش فشار خون
- افزایش غلظت کلسیم خون:
- افسردگی، دلیریوم، گیجی
- تشنج و اغماء (تنها در بدترین موارد)
- بی‌حالی و خواب‌آلودگی
- بی‌اشتهایی
- استفراغ و اسهال
- کم‌آبی بدن و تشنگی
- نامنظمی ضربان قلب
- کاهش فشار خون

● علل

الف) کاهش غلظت کلسیم خون

- کاهش فعالیت غدد پاراتیروئید به علت بیماری یا آسیب به هنگام جراحی در گردن
- دریافت ناکافی کلسیم و ویتامین - د در رژیم غذایی
- سوءجذب از دستگاه گوارشی (معمولاً بدون علت مشخص)
- پانکراتیت (التهاب لوزالمعده)
- نارسایی کلیه
- سوختگی یا عفونت شدید
- کاهش غلظت منیزیم خون

ب) افزایش غلظت کلسیم خون:

- وجود شکستگی‌های متعدد و استراحت طولانی‌مدت در تخت
- تومورهای خوش‌خیم یا بدخیمی که استخوان را تخریب می‌کنند.
- پرکاری غدد پاراتیروئید
- میلوم متعدد

● عوامل افزایش‌دهنده خطر

الف) کاهش غلظت کلسیم خون:

- مصرف بعضی از داروها، از جمله دیورتیک‌های تیازیدی و مسدودکننده‌های کانال کلسیمی
- آسیب، سرطان، یا جراحی غده تیروئید یا غدد پاراتیروئید
- افراط در مصرف الکل که باعث نامناسب بودن تغذیه می‌شود.

ب) افزایش غلظت کلسیم خون:

- تغذیه نامناسب، به‌خصوص مصرف بیش از اندازه محصولات لبنی یا آنتی‌اسیدهای حاوی کلسیم زیاد
- عدم فعالیت یا استراحت طولانی‌مدت در رختخواب به هر علت
- تزریق مکرر خون حاوی سیترات
- بیماری مزمن کلیه

● پیشگیری

- از آنتی‌اسیدهای حاوی کلسیم، به‌صورت مرتب استفاده نکنید.
- داشتن یک رژیم طبیعی و متعادل

- هیچ‌گاه الکل ننوشید.
- عواقب مورد انتظار
- اغلب موارد با درمان در عرض یک هفته معالجه می‌شوند، مگر اینکه علت به هم خوردن تعادل کلسیم خون، سرطان باشد.
- عوارض احتمالی
- ایست قلبی
- شکستگی استخوان‌های ضعیف
- سنگ کلیه (در موارد افزایش غلظت کلسیم خون)
- زخم معده و اثنی‌عشر (در موارد افزایش غلظت کلسیم خون)
- درمان
- الف) اصول کلی
- آزمایشات تشخیصی ممکن است شامل آزمایش خون از نظر سطح کلسیم، نوار قلب، و عکسبرداری از استخوان‌ها باشد.
- پیش از اینکه برنامه درمانی برای پیشگیری از عود مشکل طرح‌ریزی شود، باید علت زمینه‌ساز معلوم شود.
- ب) داروها
- در حالت کاهش غلظت کلسیم خون، گلوکونات یا کربنات کلسیم وریدی
- در حالت افزایش غلظت کلسیم خون، محلول سالین داخل وریدی و دیورتیک‌های قوس هنله (مثل فورسماید [لازیکس] و اسید اتاکرینیک)
- ج) فعالیت
- پس از شروع درمان، با رو به بهبود گذاشتن علائم، فعالیت‌های عادی خود را از سر بگیرید.
- د) رژیم غذایی
- در موارد کاهش خفیف غلظت کلسیم خون، از مکمل کلسیمی و ویتامین D استفاده نمایید. شیر و محصولات لبنی نیز بیشتر مصرف کنید.
- در موارد افزایش خفیف غلظت کلسیم خون، مصرف محصولات لبنی و آنتی‌اسیدهای حاوی کلسیم را محدود کنید.
- در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم به هم خوردن تعادل کلسیم خون را دارید.
- اگر پس از آغاز درمان، علائم بدتر شوند یا رو به بهبود نگذارند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240167>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماران، جوان‌تر شده‌اند

- آقای دکتر ماندگار، شما یکی از جراحان معروف قلب و عروق ایران و مورد اعتماد و علاقه مردم هستید و نام شما در ذهن اغلب مردم کشور ما ماندگار است. با توجه به علاقه شما به برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های

www.takbook.com





قلبی و عروقی و تلاش‌هایی که می‌دانم در این عرصه انجام می‌دهید می‌خواهم بدانم چطور به عنوان يك جراح قلب به برنامه‌های پیشگیری علاقه‌مند هستید؟

من هر بار که جراحی می‌کنم ذهنم به این مشغول است که این بیمار می‌توانست با رعایت نکاتی نیاز به جراحی نداشته باشد و یا دیرتر گرفتار مشکل شود. از آنجا که بیمار من در ۱۰ سال اخیر جوان‌تر شده‌اند، فکر می‌کنم و اعتقاد دارم که باید در جامعه کارهایی برای جلوگیری از این شیوع صورت داد.

- ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که در مرحله گذار اپیدمیولوژیک است یعنی در حال مبارزه و کنترل بیماری‌های عفونی و واگیردار هستیم و در این عرصه

موفقیت‌هایی هم نصیب‌مان شده است ولی به شدت در معرض ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و به‌خصوص بیماری‌های قلبی و عروقی هستیم. به نظر شما دلیل این اپیدمی چیست؟

همان‌طور که گفتید، ما با سرعت بیشتری در معرض این گذار قرار گرفتیم یعنی کشورهای توسعه یافته تقریباً کمبودها را پشت سر گذاشته بودند که دچار معضل اضافه‌خواری و بی‌تحریکی شدند ولی کشورهای در حال توسعه هنوز مشکلات خود را در عرصه کمبود این مواد غذایی حل نکرده، وارد این چرخه شده‌اند. راهی را که دنیا توسعه یافته در ۱۵۰ سال پیمود، ما در عرض ۲۵ سال طی کردیم و چاقی و بیماری‌هایی مثل دیابت، افزایش فشار خون سکنه‌های قلبی و مغزی به سرعت گسترش یافت.

شواهد نشان می‌دهد که روند بیماری‌های قلبی عروقی در کشور رو به افزایش است و متأسفانه سن ابتلا هم پایین‌تر از دهه‌های گذشته است. این روند باید مسوولان و علاقه‌مندان به سلامت جامعه را به فکر چاره‌جویی بیندازد. همه می‌دانیم که عوامل خطر چه هستند. باید این عوامل را خوب شناخت و در جهت ایجاد فضایی سالم‌تر، کوشش نمود. برای مثال، اگر تغذیه نامناسب، بی‌تحریکی، استرس و دخانیات از عوامل مهم همه بیماری‌های غیرواگیردار هستند، باید راهکارهایی را که تقویت‌کننده تغذیه مناسب است یا موجب کاهش استرس‌ها می‌شود، انتخاب و برنامه علمياتی را برای هرکدام از عوامل خطر تدوین و اجرا کرد.

- به نظر شما کدامیک از عوامل خطر باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد؟

عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر دو دسته‌اند. دسته‌ای که تقریباً تغییر آنها مشکل است مانند جنس و سابقه فامیلی. چون اطلاعات موجود می‌گویند مردان بیش از زنان در معرض خطر هستند. اگرچه در حال حاضر اطلاعات و بررسی‌های جدید نقش جنس را کمتر از گذشته به حساب می‌آورد ولی سابقه فامیلی بسیار مهم است. دسته دوم، عواملی که می‌توان راحت‌تر آنها را تعدیل کرد. نگاه جامع به تغذیه مردم در خانه و در محل کار، در رستوران‌ها و خصوصاً در فست فودها که قشر جوان جامعه بیشتر مشتری آنها هستند، نوع غذای تولیدی صنایع غذایی که باید سمت و سوی نوینی به طرف غذاهای کم کالری، کم نمک، کم چرب بگیرد، نوع روغن مصرفی که در چند ماه گذشته در صفحه زیر ذره بین سلامت خوب به آن پرداخته‌اید، می‌باشد. میزان دانش تغذیه‌ای مردم و میزان فعالیت‌های بدنی بسیار مهم‌اند؛ تعادل بین آنچه می‌خوریم و آنچه می‌سوزانیم. تقریباً تمام کشورهای که به برنامه پیشگیری توجه دارند، کار روی تغذیه مناسب و تشویق به زندگی پرتحرک را به عنوان راهکارهای اصلی می‌شناسند و برنامه‌های به این منظور در دست اجرا دارند.

کنترل دخانیات، ممنوع کردن تبلیغ برای آن و درج عبارات هشداردهنده روی پاکت سیگار از اقداماتی است که انجام شده است ولی باید جامعه شناسان و متخصصان روان‌شناسی جامعه برای گروه جوان جامعه که از دود چه سیگار و چه قلیان به عنوان تفریح استفاده می‌کنند راهکار اجرایی ارائه دهند. مدیریت جامعه باید به کاهش استرس برای داشتن جامعه‌ای سالم تأکید داشته باشد در تمام مکان‌های آموزشی باید شیوه‌های زندگی سالم و مهارت‌های کنترل خشم و استرس رابه کودکان و جوانان بیاموزند.

- آیا عوامل فامیلی باید در برنامه‌های پیشگیرانه مد نظر باشند؟

به نظر من، هر دو دسته عوامل باید مورد توجه باشند. سابقه فامیلی بسیار مهم است. نوجوانی که به دلیل سابقه فامیلی در معرض خطر بیشتری است، اگر از ابتدای جوانی مراقب تغذیه و فیزیك بدنی خود باشد و خود را از عوامل دیگر مانند سیگار آلودگی هوا و استرس‌ها حفظ کند،

امکان ابتلای خود را به تاخیر می‌اندازد. ما موارد بسیاری از این بیماری‌ها را داریم که نسل به نسل سن ابتلا پایین آمده است. به طور مثال، پدربزرگ در ۶۰ سالگی مبتلا به دیابت شده، پسر او در سن ۴۸ سالگی و نوه‌اش در سن ۳۵ سالگی یعنی عوامل خطر موجود در محیط، سن ابتلا را پایین می‌آورد.

بنابراین برنامه‌های پیشگیری باید به جای پرداختن و توجه داشتن به سنین بالا، به دوران کودکی و حتی جنینی توجه کند. نگاه پیشگیرانه از بیماری‌های غیرواگیر باید از دوران جنینی شروع شود. تحقیقات ثابت کرده است زنانی که در دوران بارداری از روغن‌های غیراشباع (مایع) استفاده کرده‌اند و تغذیه مناسب و متعادلی داشته‌اند و نوزادان‌شان را با شیر خود تغذیه کرده‌اند، در بزرگسالی کمتر به این بیماری‌ها مبتلا می‌شوند. نوع روغن و اسیدهای چرب مورد مصرفی مادر که ذخیره چربی بدن او را می‌سازد، در ترکیب شیر او نقش دارد. علاوه بر این، دوران کودکی و نوجوانی زمانی است که ذائقه شکل می‌گیرد و این فرصت مناسبی است برای اینکه کودکان خود را با غذای سالم‌تر آشنا و ذائقه آنها را پذیرای غذاهای سالم کنیم.

- شما درحقیقت توجه به پیشگیری از زمان تولد را مهم می‌شمارید ولی واقعا در آن دوران به جز تغییر و تصحیح تغذیه مادر، چه کارهایی می‌توان انجام داد؟

نوع تغذیه مادر خصوصا مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ و مصرف نکردن چربی‌های جامد مهم‌اند اگر نوزاد در خانواده‌ای به دنیا بیاید که والدین مادر یا پدر در سن کمتر از ۵۰ سال مبتلا به بیماری قلبی، افزایش فشار خون و سکنه شده باشند، احتیاط بیشتری را به والدین توصیه می‌کنم. این نوزاد ممکن است از نظر ارثی مستعدتر باشد. به طور معمول در کشورهایی که برنامه‌های مدون پیشگیری دارند کنترل‌های خاصی را در مقاطع سنی برای این کودکان انجام می‌دهند و آنها را از نظر چربی خون، میزان کلسترول، افزایش فشارخون و وزن کنترل می‌کنند و با توصیه‌های به موقع از ابتلای زود هنگام جلوگیری می‌کنند.

می‌دانیم نسل جدید در اغلب کشورها به دلیل ماشینی شدن همه وسایل زندگی تحرک بسیار کمی دارند، در حالی که میزان غذای دریافتی آنها کم نشده است بنابراین میزان انرژی دریافتی آنان از غذا بیش از مقدار نیاز آنهاست و به همین دلیل اضافه وزن و چاقی به صورت اپیدمی در حال گسترش است و زمینه ابتلا به این بیماری‌ها را در آنان افزایش می‌دهد.

ورزش و تحرک بدنی باید در خانواده نهادینه شود. پدر و مادری که هر روز دیر از خواب بیدار می‌شوند و صبحانه نخورده به سرکار می‌روند، نباید انتظار داشته باشند که کودک‌شان صبحانه‌خور شود. خانواده‌ای که نرمش و ورزش و صبحگاهی را انجام ندهند نباید انتظار داشته باشند کودکانشان هرروز ورزش کنند. شیوه زندگی در بستر خانواده تغییرپذیر است به شرطی که پدر و مادر از خودشان شروع کنند.

برای تغییر شیوه زندگی باید متولیان و مسوولان جامعه خط مشی‌های مناسبی را مورد توافق قرار دهند. یعنی باید محیطی به وجود آید که در آن محیط حمایتی خانواده‌ها، دانش‌آموزان، کارمندان و کارگران، همه خود را در جریان مداوم تغییر مثبت شیوه زندگی حس کنند. یعنی باید تعهد و التزامی همگانی برای این جریان مداوم به وجود آید. این درست نیست که تمام رستوران‌ها و فست‌فودها بدون داشتن دستورالعمل‌های خاص برای کاهش میزان چربی یا تغییر نوع روغن و تعدیل روش‌های پخت و بدون نظارت، هرگونه غذایی را با کیفیت نامطلوب تهیه و به فروش برسانند، رسانه‌ها انواع مواد غذایی نامناسب را تبلیغ کنند، امکان ورزش و پیاده‌روی فراهم نشود و آموزش در زمینه‌های فوق داده نشود و آن وقت انتظار داشت که از بار بیماری‌های غیرواگیردار که هزینه زیاد اقتصادی نیز به کشور تحمیل می‌کند، کاسته شود.

- به نظر شما این محیط مناسب را چگونه و به وسیله چه ارگانی باید به وجود آورد؟

درست است که وزارت بهداشت در پیشگیری از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر به تنهایی نمی‌تواند اقدام کند ولی به عنوان مسوول سلامت مردم باید تمام امکانات خود را برای به وجود آوردن چنان محیطی فراهم کند. وزارت بهداشت در انجام برنامه‌هایی بسیار دشوار مانند ریشه‌کنی فلج‌اطفال، تولید نمک یددار و غنی‌سازی توانسته است مشارکت همه متولیان را به دست بیاورد. بنابراین برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر نیز باید چنان عزمی به وجود آید.

این عزم بسیار حیاتی است چون با توجه به جمعیت جوان کشور اگر از هم‌اکنون اقدامی مستمر و رو به رشد برای کنترل این بیماری‌ها صورت نگیرد، تا ۱۰ سال آینده تمام امکانات درمانی کشور قادر به پاسخ‌گویی نخواهد بود.

با توجه به تلاش‌های شخص جناب عالی در زمینه پیشگیری و تشکیل تیم‌هایی از متخصصان برای تدوین کتب گوناگون و همکاری‌های موثرتان با برنامه‌هایی که مداخله هدفمند در جامعه را مدنظر دارد. این اقدام یعنی ایجاد چنین محیطی نیاز به چه اقدامی دارد و مراحل این اقدامات چگونه

باید باشد؟

به نظر من ابتدا باید يك برنامه مدون كشوری برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر با مشارکت کلیه وزارتخانه‌ها و نهادهای مدنی و شوراهای تدوین شود. زمانی می‌تواند چنان محیطی به وجود آید که نمایندگان تام‌الاختیار تمام نهادها در تدوین آن مشارکت داشته باشند. قطعاً مدیریت این هماهنگی باید با شوراهای عالی سلامت و امنیت تغذیه‌ای که زیر نظر شخص رئیس‌جمهور است، صورت گیرد.

دبیرخانه این شورا باید از متخصصان مختلف که در زمینه رفتار شناسی و روانشناسی جامعه صاحب نظر هستند و سایر تخصص‌ها کمک بگیرد و مقدمات کار را فراهم کند. شاید برنامه تدوین‌شده‌ای نیز وجود داشته باشد ولی تجربه ما ایرانی‌ها می‌گوید برنامه‌ای که يك وزارتخانه تدوین می‌کند، باید به وسیله همان وزارتخانه اجرا شود. اگر هدف بین بخشی است، شوراها، شهرداری‌ها، اداره‌ها و آموزش و پرورش یا وزارت علوم باید هرکدام وظایف خود را در ساخت يك جریان مستمر و مداوم شیوه زندگی بدانند و اجرا کنند. باید ابتدا در تدوین برنامه مشارکت فعال داشته باشند. وقتی صحبت از مشارکت فعال می‌شود یعنی هر وزارتخانه‌ای باید بداند که در این جریان‌سازی شیوه صحیح زندگی چه نقشی باید ایفا کند.

- با توجه به اشاره شما به توجه به عوامل ارثی و جنسی، آیا در برنامه مراقبت از کودکان هم باید تغییری داده شود؟

بله و این قطعاً بخشی از شرح وظایف معاونت سلامت در وزارت بهداشت است. زمانی که کودکان را در پنج سال اولیه زندگی مورد مراقبت قرار می‌دهد، در این دوران نیز باید به شیوه‌ای سنتی مراقبت مطالب و راهکارهایی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر اضافه شود و همچنین مراقبت‌های دوران مدرسه که نباید نگاه تنها پیدا کردن موارد بیماری باشد. نگاه پیشگیرانه یعنی شناسایی کلیه افرادی که ریسک فاکتور یا عوامل خطر را دارند، این افراد ممکن است از سن کودکی یا نوجوانی در معرض خطر باشند.

- آیا در انتهای این مصاحبه، صحبت دیگری هم دارید؟

بله، می‌خواهم به نقش فردی در سلامت اشاره کنم. هر فرد می‌تواند و باید خودش را با رفتارهای سالم خود دهد. اگر این نقش فردی در بهترین محیط اجتماعی و تولد یافته برای زندگی سالم‌تر فراموش شود، برنامه‌ها به آن نتیجه مطلوب نخواهد رسید. افراد باید آموزش بگیرند و مهارت حفظ سلامت خود را از دوران کودکی بیاموزند. نقش مهدکودک‌ها و نقش مادر و پدر در خانواده در دوران قبل از مدرسه که کودک بهترین قدرت فراگیری و اکتساب را دارد، باید مورد توجه قرار گیرد.

آقای دکتر ماندگار، من از طرف خودم و همکاران نشریه سلامت از شما صمیمانه تشکر می‌کنم و امیدوارم شما و همکارانتان برای تدوین آن برنامه مطلوب بین بخشی پیش‌قدم باشید.

من هم از شما تشکر می‌کنم که این فرصت را فراهم کردید و باز تشکر فراوان از تلاشی که در طول سال‌ها برای سلامت جامعه انجام داده‌اید.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=269265>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماری برگر

• شرح بیماری

بیماری برگر عبارت است از مسدود شدن سرخرگ‌های کوچک و متوسط معمولاً در پا ناشی از التهاب رگهای خونی. این باعث تشکیل لخته می‌شود.

www.takbook.com



سیگار کشیدن یک عامل بسیار مهم در بروز این بیماری است. به واقع، این بیماری در افراد غیرسیگاری بسیار نادر است. حداکثر شیوع این بیماری در مردان سیگاری ۲۰-۴۰ ساله است.

• علایم شایع

- درد متناوب در روی پا یا ساق پا به هنگام ورزش. درد با استراحت بهبود می‌یابد.
- درد، تغییر رنگ به صورت آبی شدن، گرمی، و سوزن سوزن شدن پاها به هنگام قرار گرفتن در معرض سرما
- گاهی بروز زخم‌های دردناک روی انگشتان و نوک انگشتان پا



• علل

- ناشناخته است، اما این بیماری احتمالاً در اثر نیکوتین ایجاد می‌شود.
- سیگار کشیدن باعث بروز اسپاسم در رگ‌های خونی می‌شود، که در اثر آن، رگ‌های خونی مهم پا انسداد می‌یابند.
- عوامل افزایش‌دهنده خطر
 - بیماری بافت همبند یا آترواسکلروز
 - استرس
 - هوای سرد
 - سابقه خانوادگی این بیماری
- پیشگیری
 - سیگار نکشید.
 - از قرار گرفتن در معرض سرما خودداری کنید. در این حالت، رگ‌های خونی منقبض شده و جریان خون به انتهای اندام‌ها، دچار مشکل می‌شود.
- عواقب مورد انتظار
 - در حال حاضر، این بیماری علاج‌ناپذیر است. علایم را می‌توان مدتی تحت کنترل درآورد، اما این بیماری نهایتاً ناتوانی فزاینده‌ای را باعث خواهد شد به خصوص اگر قطع قسمتی از پا ضروری شود.
 - امید به زندگی کاهش می‌یابد.
 - تحقیقات در زمینه علل و درمان این بیماری ادامه دارند، بنابراین امید می‌رود که درمان‌های مؤثرتری ابداع شوند.
- عوارض احتمالی
 - بروز زخم در نوک انگشتان
 - تحلیل رفتن عضلات
 - قانقاریا در پا در اثر فقدان خونرسانی. در این حالت امکان دارد قطع عضو اجتناب‌ناپذیر شود.
- درمان
- الف) اصول کلی
 - آزمایشات تشخیصی ممکن است شامل موارد زیر باشند:
 - سونوگرافی، پلتیسموگرافی برای کمک به تشخیص کاهش جریان خون در رگ‌های محیطی، و آرتریوگرافی (عکسبرداری مخصوص از سرخرگ‌ها) برای تعیین محل ضایعات عروقی
 - اهداف اصلی درمان عبارتند از: بهبود علایم و جلوگیری از بروز عوارض
 - اگر سیگار کشیدن ادامه یابد، اقدامات به عمل آمده ندرتاً با موفقیت همراه خواهند بود، بنابراین سیگار باید ترک شود. برای این کار می‌توان در یک برنامه مخصوص ترک سیگار شرکت جست.

- از قرار گرفتن در معرض سرما خودداری کنید. از جوراب، شلوار و دستکش گرم استفاده کنید. ناخن‌ها را با احتیاط کوتاه کنید تا از وارد آمدن آسیب به پوست اجتناب شود.
 - جوراب نخی یا پشمی و کفش‌هایی که اندازه پایتان باشد به پا کنید. جوراب نباید از جنس مصنوعی باشد.
 - برای حفاظت از پایتان از کفی مناسب و نیز پوشش نرم داخل کفش استفاده نمایید.
 - پا برهنه بیرون از خانه نروید.
 - گاهی عمل جراحی برای قطع اعصاب سمپاتیکی که به این ناحیه می‌روند انجام می‌گیرد.
 - در صورت بروز قانقاریا، احتمال قطع انگشتان پا یا دست، یا حتی قطع عضو وجود دارد.
 - امکان دارد انجام مشاوره برای تغییر در شیوه زندگی که محدودیت‌های مربوط به بیماری آن را ایجاد می‌کند، توصیه شود.
- (ب) داروها
- امکان دارد داروهای گشادکننده عروقی تجویز شوند، اما اگر سیگار کشیدن ادامه یابد، این داروها ارزش ناچیزی خواهند داشت.
- (ج) فعالیت
- از هوای سرد دوری کنید، اما سعی کنید فعالیت‌های خود را حفظ کنید. یک برنامه مناسب برای حفظ وضعیت مناسب جسمانی را در پیش گیرید.
- (د) رژیم غذایی
- هیچ رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.
- در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید
 - اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم بیماری برگر را دارید.
 - اگر درد غیرقابل کنترل رخ دهد.
 - اگر روی انگشتان دست یا پایتان زخم به وجود آید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240261>

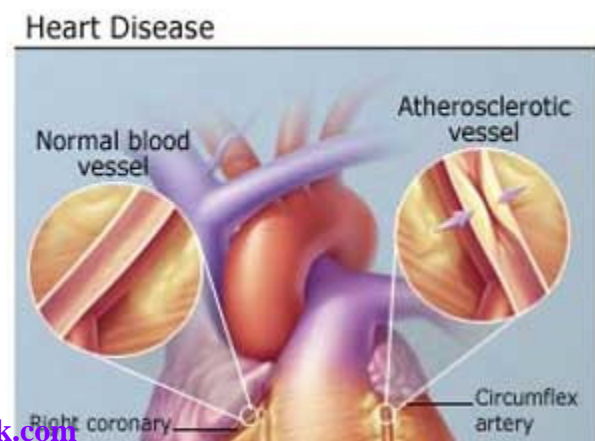
vista.ir
Online Classified Service

بیماری دریچه‌ای قلب

• شرح بیماری

بیماری دریچه‌ای قلب عبارت است از عارضه بیماری‌هایی که دریچه‌های قلب را از شکل می‌اندازند یا تخریب می‌کنند. قلب ۴ دریچه دارد. دریچه‌های دولتی (میترال) و سه‌لتی (تریکوسپید) که دریچه‌های اصلی قلب به شمار می‌روند و کنترل جریان خون به درون بطنها را به عهده دارند. دریچه‌های آنورت و ریوی نیز کنترل جریان خون به خارج از قلب را به عهده دارند. عملکرد درست دریچه‌ها برای کارآمدی قلب به عنوان یک پمپ اهمیت حیاتی دارد.

•علائم شایع



خستگی، ضعف و منگی یا غش، درد قفسه سینه، تنگی نفس، که گاهی فرد را از خواب بیدار می‌کند، از علائم بیماری دریچه‌ای قلب است. و گاهی هم بدون علامت می‌باشد. احتقان ریه، نامنظمی‌های ضربان قلب، وجود صداهای غیرطبیعی در قلب که پزشک به کمک گوشی می‌تواند آنها را بشنود، و بالا یا پایین بودن فشارخون از علائم دیگر بیماری هستند. عفونت دریچه‌ها و نارسایی احتقانی قلب از عوارض احتمالی بیماری است.



• علل

بیماری دریچه‌ای قلب اساساً به دو نوع تقسیم می‌شود: تنگ شدن دریچه که جلوی جریان طبیعی خون را می‌گیرد، یا گشاد شدن دریچه که باعث برگشت خون به عقب و به درون قلب می‌شود. اختلال دریچه‌ای ممکن است ارثی باشد یا توسط مواردی از قبیل تب روماتیسمی، عارضه‌ای از گلودرد استرپتوکوکی، آترواسکلروز (تصلب شریین)، بالا بودن فشارخون، نقایص مادرزادی قلب، آندوکاردیت و تزریق مواد مخدر در رگ و ندرتاً سیفلیس بوجود آید.

سن بالای ۶۰ سال، سابقه خانوادگی بیماری دریچه‌ای قلب، حاملگی، خستگی یا کار زیاد و نشانگان مارفان جزو عوامل افزایش دهنده خطر بروز بیماری هستند.

• تشخیص

بررسیهای تشخیصی ممکن است شامل آزمایش خون، نوار قلب، اکوکاردیوگرافی، عکسبرداری از قلب و ریه‌ها با اشعه ایکس، و آنژیوگرافی و وارد کردن کاتتر به قلب باشد.

• پیشگیری

▪ در صورت وجود بیماریهایی که باعث آسیب به دریچه قلب می‌شوند، برای درمان به پزشک مراجعه کنید (مثلاً در مورد بالا بودن فشارخون، آندوکاردیت و سیفلیس).

▪ برای پیشگیری از تب روماتیسمی، باید برای عفونتهای استرپتوکوکی، آنتی‌بیوتیک مصرف شود.

▪ اگر سابقه خانوادگی بیماری مادرزادی قلب را دارید، پیش از تشکیل خانواده، برای مشاوره ژنتیکی مراجعه کنید.

• درمان

▪ عواقب بیماری، به بیماری زمینه‌ساز بستگی دارد. بسیاری از عوارض بیماریهای دریچه‌ای را می‌توان با دارو کنترل کرد یا با جراحی معالجه نمود. امکان دارد برای تصحیح نقص دریچه‌ای یا درآوردن دریچه بیمار و جایگزینی کردن آن (با دریچه مصنوعی یا دریچه ساخته شده از بافت انسانی یا گاوی، یا دریچه انسانی از یک فرد فوت شده) جراحی انجام شود.

▪ آنتی‌بیوتیکها برای درمان یا پیشگیری از عفونت باکتریایی دریچه قلب موثرند.

▪ داروهای ضد نامنظمی ضربان قلب برای پایدار کردن این نوع نامنظمی‌ها تجویز می‌شود.

▪ داروی دیژیتال برای تقویت یا تنظیم ضربان قلب مفید است.

▪ در بعضی از موارد، داروهای ضد انعقاد پس از عمل جراحی استفاده می‌شود.

• هشدار

در مراجعه به هر پزشک، دندانپزشک، یا به متخصص بیهوشی، بیماری خود را اطلاع دهید

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240125>

بیماری سرخرگ‌های قلب

بیماری سرخرگ‌های قلب (آترواسکلروز سرخرگ‌های قلب عبارت است از تصلب و باریک شدن فضای داخل سرخرگ‌های قلب. قلب ۳ سرخرگ اصلی دارد. زمانی که هر کدام یا همگی تنگ شوند، آنها دیگر نمی‌توانند اکسیژن کافی به سلول‌های قلب برسانند. این بیماری مردان و زنان بالای ۴۰ سال را متأثر می‌سازد، اما پیش از پائین‌سگی در زنان کمتر شایع است.

• علایم شایع

▪ مراحل اولیه:

- اغلب بدون علامت است.

▪ مراحل بعدی:

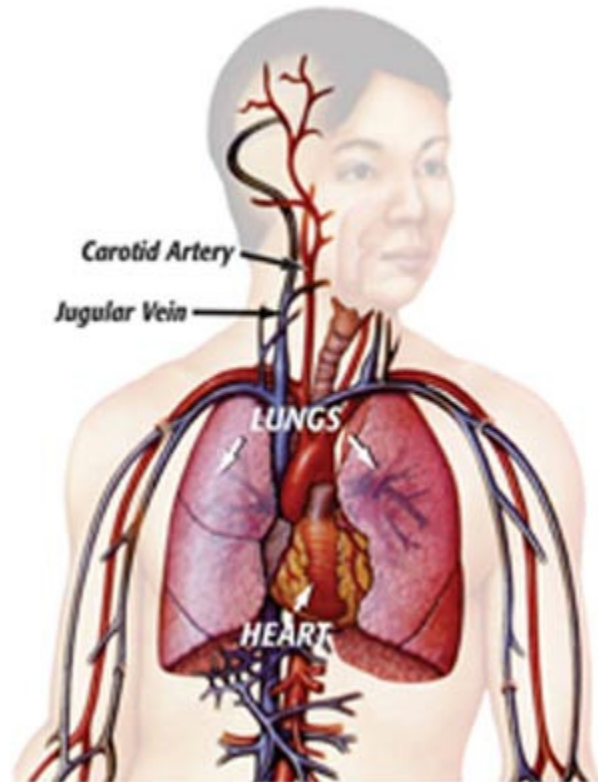
- آنژین صدری (احساس سوزش، فشردگی، سنگینی، یا گرفتگی در قفسه سینه که ممکن است به بازوی چپ، گردن، فک، یا کتف گسترش پیدا کند).

• حمله قلبی

▪ علل

عمدتاً ناشناخته است، مگر رابطه بین این بیماری و عوامل خطری که چند سطر پایین‌تر فهرست شده‌اند.

علاوه بر تنگ شدن داخل سرخرگ (به دلیل تصلب)، غالباً لخته‌های خونی تشکیل می‌شوند و سرخرگ را مسدود می‌کنند.



▪ عوامل افزایش‌دهنده خطر

- سیگار کشیدن

- بالا بودن فشارخون

- سابقه خانوادگی بیماری سرخرگ‌های قلب، دیابت، فشار خون بالا، یا آترواسکلروز

- تغذیه نامناسب، خصوصاً وجود چربی زیاد در رژیم غذایی

- سابقه حمله قلبی یا سکته مغزی

- ورزش نکردن

- شخصیت تهاجمی یا ناشکیبا

- اضافه وزن

- افزایش کلسترول یا LDL (لیپوپروتئین با چگالی کم - کلسترول بد) و یا کاهش HDL (لیپوپروتئین با چگالی زیاد - کلسترول خوب) در خون

• پیشگیری

▪ عواقب مورد انتظار

این بیماری را در حال حاضر نمی‌توان معالجه کرد. اما علایم آن را معمولاً می‌توان تحت‌کنترل در آورد. با درمان می‌توان طور عمر و کیفیت آن را افزایش داد. البته با اتخاذ تدابیر درمانی سخت‌گیرانه می‌توان روند آترواسکلروز را نیز تا حدی معکوس نمود.

تحقیقات علمی درباره علل و روش‌های درمان این بیماری ادامه دارند، بنابراین امید می‌رود که روش‌های درمانی مؤثرتری ابداع شوند و نهایتاً بتوان این بیماری را معالجه کرد.

• عوارض احتمالی

انفارکتوس قلب (مرگ سلول‌های عضله قلب در اثر نرسیدن خون به حد کافی) که زندگی را در معرض تهدید قرار می‌دهد.

• درمان

• اصول کلی

- امکان دارد آزمایشات تشخیصی شامل موارد زیر باشد: نوار قلب؛ اکوکاردیوگرام؛ آزمون ورزش؛ آزمون استرس رادیونوکلئید؛ آزمایش خون برای بررسی چربی، کلسترول، و لیپوپروتئین‌های خون؛ عکس‌برداری از قفسه سینه؛ و آنژیوگرافی (وارد کردن کاتتر به سرخرگ‌های قلب) - سعی کنید عوامل خطر را به هر تعداد که می‌توانید کاهش دهید. به فکر تغییر شیوه زندگی خود باشید.

- سیگار را ترك کنید.

- جراحی بای‌پاس رگ‌های قلب در موارد شدید

- آنژیوپلاستی با بادکنک، در این روش درمانی، يك بادکنك کوچک بدون باد، از درون سرخرگ به سمت محل انسداد هدایت و در آغاز باد می‌شود تا رگ را باز کند. این روش خصوصاً برای سرخرگ‌هایی که به قلب و مغز می‌روند کاربرد یافته است.

- این روش‌ها ممکن است علائم را برای مدتی کاهش دهند یا حتی رفع کنند، اما بیماری زمینه‌ای را نمی‌توانند برطرف کنند.

- در موارد نادر که روش‌های ساده‌تر موثر واقع نمی‌شوند، شاید بتوان بیماری سرخرگ‌های قلب که در مراحل پیشرفته قرار دارد را با پیوند قلب معالجه کرد.

• داروها

نیتروگلیسیرین، داروهای ضدانعقادی، داروهای مسدودکننده کانال کلسیم، داروهای مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین، یا داروهای مسدودکننده بتا آنژیک، برای آنژین صدری و اسپاسم رگ‌های خونی داروهای گشادکننده عروق برای افزایش خونرسانی به عضله قلب امکان دارد تزریق داروهای حل‌کننده لخته خونی ضروری شود.

• فعالیت

يك برنامه ورزشی روزانه و در حد متوسط داشته باشید. فعالیت جنسی را با نظر پزشك از سر بگیرید.

• رژیم غذایی

- رژیم غذایی دارای چربی کم

- اگر اضافه وزن وجود دارد، يك رژیم متناسب برای لاغر شدن بگیرید و بدان پایبند باشید.

• در این شرایط به پزشك خود مراجعه نمایید

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دچار ناراحتی (درد یا فشار) در ناحیه قفسه سینه با انتشار به فك، بازوی چپ، یا پشت شده‌اید. بلافاصله كمك بخواهید. این ممکن است يك مورد اورژانس باشد!

- اگر شما عرق ریزش دارید و احساس تنگی نفس می‌کنید.

- اگر شما دارای عوامل خطر این بیماری هستید و مایلید که در يك برنامه پیشگیری شرکت کنید.

- اگر پس از فعالیت بدنی دچار درد قفسه سینه، گردن، یا فك می‌شوید که با استراحت بر طرف می‌شود.

- اگر پس از شروع درمان، علائم بدتر شوند یا رو به بهبود نگذارند.

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

منبع : پزشك آن لاین

<http://vista.ir/?view=article&id=267925>

بیماری قلب ناشی از مشکل ریه

• شرح بیماری

بیماری قلب ناشی از مشکل ریه پرفشاری خون ریوی عبارت است از نارسایی احتقانی قلب در اثر افزایش فشار خون در ریه‌ها. این وضعیت عارضه‌ای از بیماری‌هایی است که جریان خون را در ریه‌ها آهسته یا متوقف می‌کنند.

• علائم شایع

- خستگی و ضعف
- تنگی نفس به هنگام فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- غش کردن مکرر



▪ تورم پا و ساق پا در اثر تجمع مایع

▪ برجسته شدن رگهای گردن

▪ آبی شدن رنگ پوست

▪ درد قفسه سینه

▪ بزرگ شدن کبد و تورم شکم

▪ تب بالا

▪ سرفه غلیظ

▪ افزایش وزن به میزان ۲-۵ کیلوگرم در عرض ۲-۱ روز

• علل

▪ وجود بیماری انسدادی مزمن ریوی شدید مثل آمفیزم؛ ذات‌الریه مکرر؛ برونشکتازی؛ سیلیکوز؛ سرطان ریه؛ سل؛ یا بیماری‌های کلاژن.

▪ لخته‌های خونی کوچک که از سایر نقاط بدن (معمولاً از وریدهای عمقی پا) به ریه می‌روند و رگهای خونی ریه را مسدود می‌کنند.

▪ بیماری‌های قلبی، از جمله بیماری روماتیسم قلب و بیماری‌های مادرزادی قلب

▪ عوامل تشدید کننده بیماری

▪ استراحت طولانی مدت در رختخواب به دلیل هرگونه بیماری. این مسأله باعث افزایش احتمال تشکیل لخته در خون می‌شود.

▪ سیگار کشیدن

▪ زندگی در ارتفاعات بالا

▪ مواجهه شغلی با مواد آسیب‌زا برای ریه‌ها

▪ مصرف برخی از داروها مثل فن‌فلورامین و دکس‌فن‌فلورامین

• پیشگیری

▪ سیگار نکشید.

• برای هرگونه بیماری زمینه‌ای که با جراحی یا درمان طبی خوب می‌شود به دنبال درمان مربوط باشید و دستورات درمانی را به دقت رعایت کنید.
• عواقب مورد انتظار

این بیماری در حال حاضر غیرقابل علاج است. بسیاری از بیماران ۱۵-۱۰ سال پس از تشخیص زندگی می‌کنند، اما به تدریج ناتوانی زیاده می‌شود. البته علایم را می‌توان برطرف کرد یا تحت‌کنترل در آورد. به کمک پیوند ریه شاید بتوان بیمار را معالجه کرد. تحقیقات علمی درباره علل و درمان این بیماری ادامه دارد، بنابراین امید می‌رود که روشهای درمانی مؤثرتری ابداع شوند و نهایتاً بتوان این بیماری را معالجه نمود. نارسایی قلبی برگشت‌ناپذیر و مرگ از عوارض احتمالی بیماری هستند.

• درمان

امکان دارد آزمایشات تشخیصی شامل موارد زیر باشد: آزمایش خون، بررسی کار ریه‌ها، و عکسبرداری از ریه‌ها با اشعه ایکس. البته ممکن است به اکسیژن نیاز باشد. پزشک می‌تواند نوعی اکسیژنی که به شما اجازه خواهد داد تا فعالیت در زمان ابتلا به این بیماریهای خود را حفظ نمایید را تعیین کند. وزن خود را روزانه ثبت کنید. هرگونه افزایش ناگهانی وزن می‌تواند نشاندهنده تجمع مایع باشد. گاهی انجام جراحی برای تصحیح مشکلات ناشی از بیماریهای مادرزادی یا اکتسابی؛ مثلاً تعویض دریچه قلب آسیب دیده.

• درمان دارویی

الف) داروهای ادرارآور (دیورتیک) برای پیشگیری از تجمع مایع

ب) دیژیتال برای تقویت قدرت انقباضات عضله قلب

ج) آنتی‌بیوتیکها برای درمان عفونتهای مکرر

د) داروهای گشادکننده رگ برای کاهش مقاومت رگهای خونی، تا به این ترتیب خون بهتر جریان پیدا کند.

در ضمن تا حدی که وضعیت جسمی‌تان اجازه می‌دهد در زمان ابتلا به این بیماری فعالیت داشته باشید، اما بیش از حد به خود فشار نیاورید. بین فعالیتهای هم‌استراحت داشته باشید و از رژیم غذایی کم‌نمک استفاده کنید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240467>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماری قلبی پایان راه نیست

زمانی که از بیماری قلبی صحبت می‌شود، تصور این که این عضو حیاتی نتواند ما را در ادامه زندگی همراهی کند، بسیار آزاردهنده خواهد بود. فرد بیمار که به علت سکنه قلبی، نارسایی قلبی و یا عمل جراحی قلب به یک باره متوجه می‌شود که قلب بیماری دارد، افزون بر ناتوانی‌های جسمی که به دنبال این بیماری‌ها رخ می‌دهد، از نظر روحی نیز صدمه فراوانی می‌بیند. گاهی بیماران تا روز قبل از بروز یک حادثه قلبی، به ظاهر هیچ‌گونه مشکلی نداشته‌اند و همه چیز به طور ناگهانی و غافلگیرانه اتفاق افتاده است. چه بسا فرد تا مدت‌ها نتواند بپذیرد که مدتی قادر به انجام بخشی از فعالیت‌های قبلی خود نخواهد بود.



www.takbook.com



از سوی دیگر مشاهده شده که تصورات نادرست و اطلاعات بی پایه و اساس ارائه شده از سوی برخی اطرافیان و افراد غیرمتخصص نیز به مشکلات بیمار دامن می زند. در چنین مواقعی بیمار همه چیز را پایان یافته و بقیه زندگی خود را تارک می بیند. چنین احساسی نه تنها زندگی شخصی او را مختل می کند، بلکه عرصه را بر خانواده

و بستگان نیز تنگ خواهد کرد. حال آن که بیماران قلبی باید بدانند که بروز بیماری به معنای پایان دنیا نیست و با استفاده از روش ها و دستورات نوین علمی که در سراسر دنیا برای بیماران قلبی ارائه می شود می توانند زندگی جدید خود را بر پایه اصول صحیحی بنا گذاشت و از ادامه آن لذت ببرند.

در قدم نخست توصیه می شود فاکتورهای خطر ساز برای بروز بیماری های قلبی را بشناسید، چرا که آگاهی نسبت به آن ها برای پیشگیری لازم است. برخی از این عوامل مانند ارث، جنس و سن در اختیار شما نبوده و قابل تغییر نیستند. اما برای جلوگیری از بروز بیماری های قلبی، باید دیگر عوامل خطر ساز را تحت کنترل خود در آوریم.

بنابراین با حذف دخانیات، متناسب کردن فشار، قند و چربی خون، استرس، چاقی (خصوصاً چاقی شکمی) و کم تحرکی می توان نخستین گام ها را برداشت.

بیشتر این عوامل را می توان از دوران کودکی و نوجوانی کنترل کرد تا احتمال بروز بیماری های قلبی در دوران بزرگسالی کاهش یابد. برخی از این فاکتورهای خطر ساز ارثی هستند و در خانواده از والدین به فرزندان منتقل شده و یا ناشی از یک بیماری دیگر هستند. این ها را نیز تا حدی می توان کنترل کرد. بیماری های مادرزادی قلب، گروه جداگانه ای هستند که با پیشرفت در امر تشخیص و درمان به میزان قابل توجهی کنترل می شوند.

همچنین هر روز گزارش هایی را از رادیو، تلویزیون و یا مجله های پزشکی می شنوید که کسانی که شب ها خر خر می کنند، طاسی جلوی سر دارند و یا موی زایدی روی لاله گوش دارند، بیشتر به بیماری های قلبی مبتلا می شوند اما باید به خاطر داشته باشیم که ابتلا به این نوع عوارض به معنی آن نیست که به حتم به بیماری قلبی مبتلا می شویم، بلکه به شما این هشدار را می دهند که اگر فاکتورهای خطر اصلی (چاقی، دیابت، سیگار، فشار خون بالا، سن، جنس و ارث) را دارید، بیشتر در معرض خطر خواهید بود و باید با کنترل آن ها، خطر بیماری های قلبی را مقدار زیادی کاهش دهید.

بنابراین فکر خود را زیاد به اخباری که هر روز می شنوید، مشغول نکنید. به خاطر داشته باشید که تصمیم به عمل جراحی قلبی، برای یک بیمار نیاز بیشتری به بررسی های مختلف و مشورت میان جراح قلب و متخصص داخلی قلب دارد. پزشکان هم زمانی توصیه به عمل جراحی می کنند که روش های دیگر مانند درمان دارویی و آنژیوپلاستی و استنت گذاری (برای بیماران عروق کرونر) و یا والولدپلاستی (از راه شریان یا ورید برای بیماران دریچه ای)، برای بیمار مناسب نباشد.

توانبخشی قلب نیز برنامه ای است که به طور اختصاصی برای هر بیمار و نیازهای طبی وی طراحی می شود که شامل ورزش، تغییر در روش زندگی، تغذیه صحیح و حمایت های روانی از بیماران قلبی است. برنامه های توانبخشی قلب، فعالیت های بدنی و سلامت روانی را، بدون آن که خطر عوارض مهم را افزایش دهند، بهبود می بخشند.

امروزه با توجه به نتایجی همانند بهبود کیفیت زندگی بیمار، افزایش فعالیت بدنی، رضایت از تغییر فاکتورهای خطر ساز، تطابق روانی در برخوردهای اجتماعی و امکان پیشرفت در فعالیت های کاری بیمار، براساس مهارت قلبی او (نه فقط حضور در محل کار) می توان میزان موفق بودن برنامه های توانبخشی را اندازه گرفت. پاسخ هر بیمار به بیماری قلبی و یا عمل جراحی قلب، با بیمار دیگر متفاوت است و بدن هر بیمار به روش خودش عمل خواهد کرد. همچنین در نفاقت برای عمل های جراحی مختلف متفاوت خواهد بود.

• مهم ترین اهداف توانبخشی بیماران قلبی

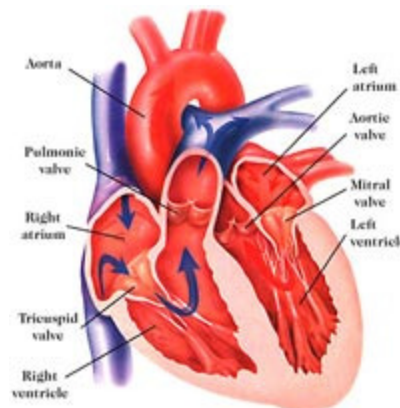
کاهش اثرات فیزیکی و روحی بیماری های قلبی، کاهش خطر انفکتوس مجدد و یا مرگ ناگهانی، کاهش علائم بیماری، به تأخیر انداختن روند «آترواسکلروز» با ارائه برنامه های ورزشی، آموزش و مشاوره ها و تغییر فاکتورهای خطر و بازگرداندن بیماران قلبی به وضع مطلوب در روابط خانوادگی واجتماعی از مهم ترین اهداف توانبخشی است.

بیماری قلبی در زنان

اغلب زنان تا پیش از رسیدن به مرحله یائسگی، ازابتلا به بیماری سرطان وحشت دارند و سعی می کنند نشانه های مربوط به آن را دنبال کنند ، در حالی که خطر ابتلا به بیماری قلبی در زنان نیز همانند مردان وجود دارد. دکتر Sharonne Hayes مشاور بیماریهای قلبی زنان ، معتقدست که بیشتر زنان از عوامل خطر و نشانه های بیماری های قلبی بی خبرند، بیشتر زنان فکر می کنند که بیماری قلبی ، فقط مردان را دچار می سازد. به همین دلیل کمتر از مردان احساس خطر کرده، آزمایش ها و درمان های توصیه شده توسط پزشك را دنبال نمی کنند.

رایج ترین انواع بیماری های قلبی

رایج ترین نوع بیماری های قلبی، بیماری شریانهای قلب است که البته بیش از انواع دیگر قابل پیشگیری است. شریان ها بر اثر مسدود شدن یا تنگ شدن نمی توانند به خوبی خون را از خود



عبور دهند. ایجاد پلاک (یا رسوب) سبب تنگ شدن یا مسدود شدن شریان قلب شده و هر قدر بزرگتر و وسیع تر شوند احتمال بروز حمله قلبی بیشتر خواهد شد. از انواع دیگر می توان به فشار خون بالا اشاره نمود که تأثیرات جدی بر عروق خونی، قلب و کلیه ها می گذارد. تغییر در ریتم ضربان قلب، افزایش تعداد ضربان های قلب و یا کاهش آن نیز از موارد دیگرند؛ گاهی اوقات وجود عارضه ای مادرزادی در دستگاه قلب و عروق به صورت نارسایی آشکار شده و منجر به ایجاد اختلال در جریان یافتن خون و خروج آن از قلب خواهد شد.

عوامل خطر بیماری های قلبی کدامند؟

عوامل خطر ابتلا به بیماری های قلبی در زنان با مردان تفاوتی ندارد و به دو دسته اصلی تقسیم می شود:

(۱) عوامل خطری که قابل اصلاح نیستند ، عبارتند از: افزایش سن، (بیش از ۶۵ سالگی) ، دوران پس از یائسگی ، خارج کردن رحم (هیترکتومی)، وراثت (سابقه ابتلا به بیماری های قلبی در افراد خانواده) .

(۲) عواملی که قابل اصلاحند ، عبارتند از : سیگار کشیدن ، فشار خون بالا، بالا بودن مقدار کلسترول خون، کاهش فعالیت بدنی، شیوه زندگی بی تحرک، چاقی، نوشیدن الکل.

سیگار کشیدن: سیگار کشیدن برای زن و مرد عامل خطر محسوب می شود ، به ویژه برای زنان جوان . زنانی که سیگار می کشند، دو برابر بیشتر از زنان دیگر در معرض خطر قرار دارند. مخصوصاً هنگامی که با سیر عوامل خطرهمراه شود (مانند چاقی، دیابت...) در این صورت ۲۵ بار بر احتمال بروز خطر افزوده می شود. مصرف قرص های ضدبارداری و کشیدن سیگار به حد قابل توجهی ، خطر بروز حمله های قلبی را افزایش می دهد. نکته قابل توجه در این باره این است که چند ماه پس از کنار گذاشتن سیگار، به سرعت از میزان احتمال خطر کاسته خواهد شد .

فشار خون بالا

معمولاً فشارخون با افزایش سن بالا می رود. چاقی نیز فشار خون را بالا می برد و مصرف بسیاری از داروها نیز بر مقدار فشار خون تأثیر می گذارد. در صورتی که خطر بروز آسیب دیدگی وجود داشته باشد(مانند بزرگ شدن قلب، صدمه دیدن عروق شبکیه چشم، حمله قلبی ، نارسایی قلبی و...) درمان دارویی توصیه می شود.

افزایش مقدار کلسترول خون: مانند مقدار فشار خون، مقدار کلسترول خون نیز با زیاد شدن سن، افزایش خواهد یافت. به طور چشمگیری در بیش

از ۵۰ درصد از زنانی که بالاتر از ۵۵ سال سن دارند، مقدار کلسترول خون آنها ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر است. (۲۴۰ mg/dl). البته در برخی از افرادی که به حمله قلبی دچار می شوند، مقدار کلسترول خون طبیعی است ولی آنچه مورد توجه قرار می گیرد نسبت کلسترول تام (total) به کلسترول خوب یا (HDL) است. این نسبت به مقدار کلسترول بد (LDL) یا تری گلیسیریدها نیز بستگی دارد. بیشتر بیماران تمایل دارند که مقدار کلسترول خون خود را به حد طبیعی برسانند و اغلب به راه های غیر دارویی علاقه مندند. در حالی که عوامل متعدد، دست به دست یکدیگر داده و شرایط مناسب بروز بیماری را پدید می آورند. اگر فقط بالا بودن مقدار کلسترول خون تنها عامل ایجاد بیماری باشد، مصرف دارو توصیه می شود و بهتر است که از رژیم غذایی کم چربی پیروی کرد. به خاطر داشته باشیم که بدترین نوع چربی، چربی جامد (کره، روغن حیوانی) است. پرداختن به فعالیت های ورزشی ایروبی (هوازی) نیز مؤثر است. علاوه بر اینها، مصرف چربی های اشباع نشده مانند روغن زیتون نیز توصیه می شود. نکته قابل اهمیت و توجه این است که هر فردی باید از رژیم غذایی خاص خود و برنامه ورزشی مناسب با وضعیت جسمی خود پیروی کند. لازم است که زنان در حدود بیست سالگی از مقدار کلسترول خون خود باخبر شوند. به احتمال ابتلا به دیابت توجه کنند و از پزشک خود بخواهند که قند خون ناشتای آنان را مرتب کنترل کند.

نشانه های عمومی، هنگام بروز حمله قلبی

حمله قلبی نشانه های متغیری دارد. زنان و مردان باید بدانند که نباید صبر کنند تا نشانه ها ظاهر شوند، آنها علامت خطر هستند و ممکن است هنگام پیشرفت بیماری بروز کنند.

ابتدایی ترین نشانه در زنان و مردان، درد در ناحیه سینه است. احساس سنگینی به معنای "درد" نیست. احساس فشار و سنگینی به گردن، پشت، شانه ها یا پایین بازو انتشار می یابد. نفس های کوتاه، سرگیجه، تهوع از متداولترین نشانه ها هستند. هر قدر زنان بیشتر با نشانه ها آشنا شوند، بهتر می توانند درمان شوند.

رایج ترین روش های تشخیص بیماری های قلبی برای زنان کدامند

متخصصین بیماری های قلبی هنوز به دنبال آزمایش هایی هستند که بتوانند در مراحل اولیه، تشخیص بیماری را ممکن سازند. EKG (الکتروکاردیوگرام) و تست ورزش، در افرادی که نشانه خاص بیماری قلبی را ذکر نمی کنند، به کار نمی رود.

اثر ابتلا به بیماری قلبی بر زندگی زنان

تجربه نشان می دهد که زنان پس از ابتلا به بیماری قلبی، به افسردگی نیز دچار می شوند. این موضوع اهمیت زیادی دارد و تاثیر قابل توجهی بر توانایی زنان می گذارد. زیرا زنانی که افسرده می شوند تمایلی به بهتر شدن نشان نداده، از رژیم غذایی، دارویی و برنامه ورزشی توصیه شده، پیروی نمی کنند. لازم است به سلامتی روانی و جسمی آنها توجه کرد.

توصیه های پاپانی برای حفظ تندرستی زنان

۱- درباره عوامل خطر آگاهی بیشتری کسب کنند.

۲- عوامل خطر را از زندگی خود دور سازند. سیگار نکشند، به رژیم غذایی خود توجه کنند و فعالیت بدنی بیشتری داشته باشند.

۳- در صورت بروز نشانه های خاص بیماری، به پزشک مراجعه کنند و او را در تشخیص صحیح و درمان مناسب یاری دهند.

منبع: تیبیان

<http://vista.ir/?view=article&id=208637>

 **vista.ir**
Online Classified Service

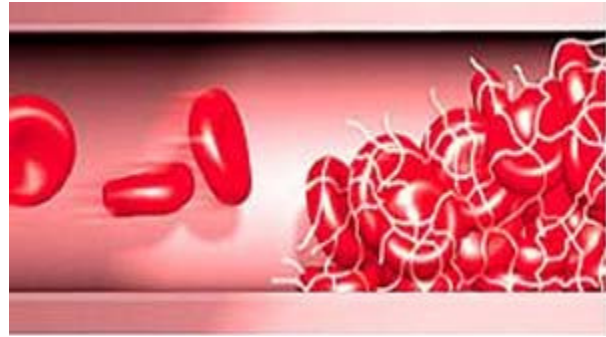
بیماری گلبول های قرمز داسی شکل

www.takbook.com

ماه سپتامبر ماه هشدار در ارتباط با بیماری سیکل سل است. در ایالات متحده بیش از ۷۰۰۰۰ نفر به سیکل سل مبتلا هستند و بیش از ۲ میلیون نفر زن این بیماری را حمل می کنند که می توانند آنرا به کودکان خود انتقال دهند.

چقدر در مورد بیماری سیکل سل می دانید؟ مقاله زیر ۱۰ نکته را در ارتباط با یکی از معمولترین بیماریهای ژنتیکی توضیح می دهد.

• آیا می دانید آفریقایی آمریکایی ها تنها مردمانی نیستند که به بیماری



Sickle Cell مبتلا می شوند؟

- بیماری Sickle Cell میلیون ها نفر را در سراسر جهان مبتلا می کند و بخصوص در میان آفریقایی تبارهای جنوب صحرای بزرگ آفریقا، مناطق اسپانیایی زبان در نیمکره غربی (آمریکای جنوبی، کوبا و آمریکای مرکزی)، عربستان سعودی، هند، کشورهای مدیترانه از قبیل ترکیه، یونان و ایتالیا معمول است. به همین دلیل، بیمارستان های ایالات متحده آمریکا تمام نوزادان تازه متولد شده را برای بیماری Sickle Cell غربالگری می کند.

• آیا می دانید دانستن اینکه مبتلا به Sickle Cell هستید یا نه مهم است؟

افراد با خصیصه Sickle Cell معمولاً هیچیک از علائم بیماری را ندارند. هرچند امکان دارد که فرد با خصیصه Sickle Cell تحت شرایطی از قبیل:

- ارتفاع زیاد (پرواز، کوه پیمایی، یا زندگی در شهرهای با ارتفاع زیاد)

- افزایش فشار (غواصی)

- کم شدن اکسیژن (کوه پیمایی یا ورزش خیلی سخت از قبیل اردوی آموزشی نظامی یا تمرین مسابقات قهرمانی)

- کم آبی (کم شدن آب بدن)

عوارض بیماری را نشان دهند.

به علاوه، فرد با خصیصه Sickle Cell می تواند بیماری را به فرزندانش انتقال دهد. حقیقت این است که افراد با یک زن Sickle Cell و یک زن طبیعی، خصیصه Sickle Cell دارند.

• آیا می دانید که افراد با خصیصه Sickle Cell احتمال کمتری دارد که به مالاریا مبتلا شوند؟

- افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell مثل هر فرد دیگری به مالاریا مبتلا می شوند. هرچند، در افراد با خصیصه Sickle Cell احتمال ابتلا به مالاریا کمتر است. این ویژگی کاملاً از فرد در مقابل عفونت محافظت نمی کند اما احتمال مرگ ناشی از مالاریا را کاهش می دهد.

حقیقت این است که بیماری Sickle Cell در افراد ساکن مناطق مالاریا خیز بیشتر رخ می دهد.

• آیا می دانید که درد یا بحران بیماری معمولترین علامت بیماری Sickle Cell و بیشترین علت مراجعه افراد مبتلا به اورژانس یا بیمارستان است؟

- هنگامی که سلول های داسی شکل از خلال عروق خونی کوچک حرکت می کنند، به یکدیگر می چسبند و جریان خون را بند می آورند. این مسئله دردی را ایجاد می کند که می تواند ناگهان شروع شود، خفیف تا شدید باشد و ممکن است تا هر زمانی طول بکشد.

• آیا می دانید که زن مبتلا به بیماری Sickle Cell می تواند بارداری سالمی داشته باشد؟

- زنان مبتلا به بیماری Sickle Cell می توانند بارداری سالمی داشته باشند، اما به منظور جلوگیری از بروز مشکلات در طی بارداری که می تواند سلامت مادر و جنین را تحت تاثیر قرار دهد، نیاز به توجه بیشتری دارند. بیماری ممکن است شدیدتر شود و درد بیشتر رخ دهد. خطر زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن پایین بالاتر است. هر چند، با مراقبت های اولیه پیش از زایمان و مانیتورینگ دقیق در سراسر بارداری، زنان مبتلا به بیماری Sickle Cell می توانند بارداری سالمی داشته باشند.

در طی بارداری، تستی برای تشخیص ابتلا جنین به بیماری Sickle Cell، خصیصه Sickle Cell یا هیچکدام وجود دارد. این تست معمولاً پس از ماه دوم بارداری انجام می شود. زنان مبتلا به بیماری Sickle Cell به منظور کسب اطلاعات در مورد بیماری و شانس انتقال بیماری Sickle Cell به کودک ممکن است مشاوره ژنتیکی بخواهند.

• آیا می دانید انواع مختلف بیماری Sickle Cell وجود دارد؟

- انواع مختلف متعددی از بیماری Sickle Cell وجود دارد. افرادی که دو ژن Sickle Cell را به ارث می برند، یک ژن از هر یک از والدین، Sickle Cell موسوم به SS را دارند. این بیماری معمولاً آنمی داسی شکل نامیده می شود و شدیدترین نوع بیماری است.

افرادی که یک ژن Sickle Cell را از یک والد و یک ژن دیگر از هموگلوبین غیر طبیعی را از والد دیگر به ارث می برند، نوع متفاوتی از بیماری Sickle Cell را دارند. هموگلوبین پروتئینی است که به گلبول های قرمز خون اجازه می دهد تا اکسیژن را به تمام بخش های بدن حمل کنند.

برخی از انواع بیماری Sickle Cell بسیار شدید و برخی خفیف تر هستند. بیماری، هر فرد را به شکل متفاوتی مبتلا می کند.

• آیا می دانید که درمانی برای بیماری Sickle Cell وجود دارد؟

- پیوند مغز استخوان/سلول بنیادی می تواند بیماری Sickle Cell را درمان کند. مغز استخوان یک بافت نرم چرب در مرکز استخوان ها، جاییکه گلبولهای خونی ساخته می شوند، است. پیوند مغز استخوان /سلول بنیادی پروسه ای است که طی آن سلول های سالم خونساز از فردی- دهنده پیوند - گرفته و به فرد دیگری که مغز استخوانش به درستی عمل نمی کند پیوند زده می شود.

پیوندهای مغز استخوان/ سلول بنیادی بسیار پر خطر هستند و می توانند عوارض جانبی جدی مثل مرگ را در برداشته باشند. برای پیوند، مغز استخوان باید از اعضاء نزدیک خانواده باشد. معمولاً بهترین دهنده پیوند برادر یا خواهر است. پیوندهای مغز استخوان /سلول بنیادی تنها در موارد شدید بیماری Sickle Cell برای کودکان با حداقل تخریب عضوی ناشی از بیماری بکار می رود.

• آیا می دانید که بینایی افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell باید بیش از افراد غیر مبتلا آزمایش شود؟

- هنگامیکه عروق خونی چشم با سلول های داسی شکل مسدود می شوند و شبکه (لایه نازک بافتی در پشت چشم) تخریب می گردد از دست دادن بینایی و نابینایی رخ می دهد.

بینایی افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell به منظور بررسی تخریب شبکه باید هر سال معاینه شود. در صورت امکان، این معاینه باید بوسیله پزشک متخصص شبکه انجام شود. اگر شبکه تخریب شود، لیزر درمانی اغلب می تواند از کاهش بیشتر بینایی جلوگیری کند.

• آیا می دانید فرد مبتلا به بیماری Sickle Cell به منظور اجتناب از برخی عوارض می تواند اقدامات فراوانی انجام دهد؟

افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell می توانند طول عمر طبیعی داشته باشند و از بیشتر فعالیت هایی که افراد دیگر انجام می دهند لذت ببرند. اقداماتی وجود دارد که افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell می توانند انجام دهند تا بتوانند تا حد ممکن سالم باشند. در اینجا نمونه هایی آورده می شود:

- معاینه های منظم. معاینه های منظم می تواند به جلوگیری از برخی مشکلات جدی کمک کند.

- پیشگیری از عفونت ها. بیماریهای معمول مثل آنفولانزا برای کودک مبتلا به بیماری Sickle Cell به سرعت خطرناک می شود. بهترین دفاع پیروی از اقدامات ساده ای است که به پیشگیری از عفونت کمک می کند.

- فراگیری عادات زندگی سالم. افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell باید ۸ تا ۱۰ لیوان آب در روز بنوشند و از غذای سالم تغذیه کنند. آنها همچنین باید تلاش کنند که خیلی گرم و خیلی سردشان نشود و زیاد خود را خسته نکنند.

- جستجوی بررسی های بالینی. بررسی های تحقیقاتی بالینی و جدید همواره به منظور یافتن درمان های بهتر و امید به کشف درمانی برای بیماری Sickle Cell انجام می شوند. افرادی که در این بررسی ها شرکت می کنند ممکن است به داروهای جدید و انتخاب های درمانی دست پیدا کنند.

- حمایت شدن. یافتن یک گروه حمایت از بیماران یا سازمانی اجتماعی که اطلاعات کمکی و حمایتی فراهم می کند.

• آیا می دانید که افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell باید واکسینه شوند؟

- افراد مبتلا به بیماری Sickle Cell بخصوص نوزادان و کودکان بیشتر در خطر عفونت های زاینبار هستند. پنومونی علت عمده مرگ نوزادان و کودکان کوچک مبتلا به بیماری Sickle Cell است. واکسیناسیون می تواند از بیماران در برابر عفونت های خطرناک محافظت کند.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=326787>

بیماری ناشی از کاهش ناگهانی فشار

بیماری ناشی از کاهش ناگهانی فشار عبارت است از یک وضعیت همراه با درد و گاهی تهدیدکننده زندگی که در آن حباب‌های کوچک گاز در خون تشکیل می‌شود و دلیل آن کاهش ناگهانی در فشار محیط است.

• علایم شایع

بلافاصله یا تا ۲۴ ساعت پس از تغییر ناگهانی فشار علایم زیر ممکن است ظاهر شوند:

▪ درد مفصلی خفیف تا شدید ، به خصوص در شانه‌ها ، آرنج‌ها ، و مفاصل ران و زانو

▪ درد قفسه سینه ، تنگی نفس ، احساس سوزش در جناغ سینه

▪ حالت خفگی (مشکل شدید تنفسی در غواصان و کسان دیگری که بسیار

سریعتر از آنچه که باید، از یک محیط با فشار بالا به محیط با فشار طبیعی هوا می‌روند. در این حالت ، حباب‌های نیتروژن در جریان خون بوجود می‌آیند و خون رسانی به اعضای حیاتی را مختل می‌کنند، که گاهی منجر به آسیب شدید یا مرگ می‌شود).

▪ سرفه ، ضعف ، از دست دادن حس طبیعی ، فلج ، از دست دادن هوشیاری ، و ندرتاً اغماء ، ناتوانی در صحبت کردن و نابینایی یا ناشنوایی

▪ آسیب دایمی به مغز و تخریب دائمی استخوان در اثر نرسیدن خون به حد کافی از عوارض احتمالی بیماری می‌باشند.

• علل

تشکیل حباب‌های نیتروژن در خون. نیتروژن یکی از اجزای طبیعی خون است. اگر فشار اطراف بدن به سرعت کاهش یابد مثلاً به هنگام روی آب آمدن سریع پس از غواصی ، یا صعود سریع در هواپیمایی که فشار آن تنظیم نشود، نیتروژن که در حالت عادی در خون حل شده است به حباب‌هایی تبدیل می‌شود که رگ‌های خونی را مسدود می‌کنند و باعث توقف رسیدن مواد غذایی و اکسیژن به سلول‌های بدن شوند.

• عوامل افزایش دهنده خطر

▪ غواصی جهت مقاصد تجاری یا تفریحی. تکرار غواصی در یک روز خطر را افزایش می‌دهد.

▪ بعضی از انواع هواپیماهای با عملکرد بالا

▪ کار کردن در اتاقهای فشار

• پیشگیری

▪ پیش از انجام غواصی ، از افراد حرفه‌ای راهنمایی بگیرید. اگر وضعیت سلامت عمومی شما مناسب نیست، غواصی نکنید. اگر چاق هستید یا سابقه یکی از بیماری‌های زیر را دارید، خطر غواصی برای شما زیاد است:

(الف) بیماری‌های ریوی ، مثل آسم

(ب) جمع شدن خود به خودی هوا دور ریه

(ج) بیماری‌های قلبی

(د) سینوزیت مزمن

(و) بی‌ثباتی عاطفی

(ه) الکلیسم



در موقعیتهایی که ذکر شد، باید فشار محیط اطراف به آهستگی و بطور تدریجی به فشار طبیعی تبدیل شود.

• درمان

در بیمارانی که سریعاً درمان می‌شوند، نتیجه فوق‌العاده است؛ در سایر موارد، نتیجه بستگی به مدت و شدت علائم قبل از شروع درمان دارد. خود درمانی در مورد این وضعیت غیر ممکن است. بستری کردن بیمار در یک اتاق مخصوص جهت کاهش تنظیم شده فشار، برای این که بتوان حباب‌های نیتروژن را وادار به حل شدن در خون کرد.

درمان زمانی به بهترین نحو انجام می‌پذیرد که زود انجام شود؛ البته بعضی از بیماران ممکن است حتی ۶-۹ روز پس از این واقعه نیز از درمان سود ببرند. ارجاع بیمار اهمیت حیاتی دارد حتی اگر علائم بهبود یافته باشند، زیرا در ۲۵٪ بیماران، علائم دوباره باز می‌گردند. معمولاً دارو برای این بیماری لازم نیست. داروی ضد درد نخورید، زیرا ممکن است وضعیت تنفسی را بدتر کند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=240515>

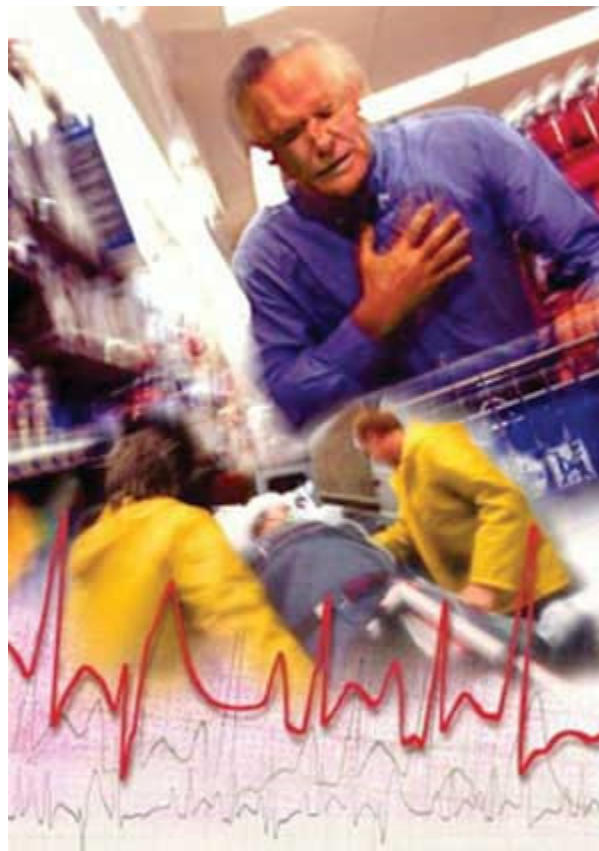


بیماری های عضلانی قلب

بیماری های قلبی عروقی یکی از مهم ترین علل مرگ و میر در کل دنیا است علاوه بر بیماری های عروق قلب که قسمت اعظم بیماری های قلبی عروقی را شامل می شود. بیماری های دیگری مانند بیماری های دریچه قلب، بیماری های مادر زادی، بیماری های عضلانی قلب، و غیره نیز باعث درگیری قلب، این پمپ حیاتی بدن می شوند که متاسفانه اطلاعات عموم بسیار از آن اندک است. و همین کم بودن آگاهی منجر به عدم توجه به آنها می شود.

• بیماری های عضله قلب چیست؟

به طور کلی قلب تشکیل شده است از اعضا و عروق و عضلات قلب و اعصاب قلب، و دریچه های قلب که این ها ارگان ها و سیستم قلب را شامل می شوند و اگر هر کدام از این ارگان ها دچار صدمه شوند بیماری ایجاد می شود. مهمترین و شایع ترین بیماری قلبی در عصر حاضر، بیماری عروقی به ویژه بیماری انسدادی قلب می باشد ولی بیماری عضله قلب نیز به نوبه خود از اهمیت خاصی برخوردار است. مثلاً وقتی گفته می شود " شخصی قلبش بزرگ شده " و یا " شخصی قلبش شل شده " و یا خوب کار نمی کند و یا پمپ قلب ضعیف شده است همه این ها مربوط به به عضله قلب است که در این بیماری ها عضله قلب در اثر عوامل شناخته شده یا بدون علت خاصی دچار گرفتاری و در نهایت باعث اختلال در عملکرد قلب می شود.



• بیماری های عضلانی قلب دو دسته می باشند

(۱) بیماری های اولیه عضلانی قلب

هیچ علت خاصی برای آن یافت نمی شود ولی عضله قلب بیمار است ، به این گروه بیماری های عضلانی قلب کاردیومیوپاتی اولیه گویند.

(۲) بیماری های اکتسابی عضله قلب

تمام گرفتگی های کرونری و بیماری های دریچه ای قلب و حتی بیماری های عصبی قلب و بیماری های متابولیک و انواع بیماری های ژنتیکی را شامل می شود.

• بیماری های عصبی عضله قلب

معطلی است بسیار خطر ناک ، یکی از بیماری های اکتسابی قلب است و متأسفانه آمار زیادی از مبتلایان را شامل می شود. عضله قلب را رگهای عصبی قلب (نرون های عصبی) مانند سیم خار داری به دور قلعه ای بسیار مهم احاطه کرده اند، اگر یک تار سیم این مجموعه به هر علتی گسسته شود و یا فشرده شود نگران کننده و حتی مرگ آور می تواند باشد. بنا بر این توصیه می شود عوامل استرس زا را از زندگی خود دور کنید و به عبارتی بر استرس و نگرانی های زندگی غلبه کنید.

• عوامل ایجاد کننده بیماری های عضله قلب

متأسفانه اکثر بیماری های قلبی به هر علتی که شروع شده باشند نهایتاً تظاهر خود را به صورت گرفتاری و بیماری عضله قلب نشان می دهند. به طور کلی بیماری های قلبی به دو دسته تقسیم می شوند

(۱) بیماری های اکتسابی قلب

(۲) بیماری های مادر زادی قلب

عمده ترین بیماری های قلبی بیماریهای اکتسابی قلب هستند و بیماری های مادر زادی هم می تواند به شکل ژنتیک با بیماری مادر زادی وجود داشته باشد. که ناشی از صدماتی است که در خلال حاملگی و در طول زایمان و یا بعد از زایمان برای جنین و کودک ایجاد می شود که منجر به صدماتی به قلب می گردد. در نتیجه علت ایجاد کننده بیماری های عضلانی قلب هم دو دسته هستند یکی علت های اکتسابی و ثانویه به یک بیماری دیگر مانند دیابت یا گرفتگی عروقی و دیگری علت های اولیه عضلانی قلب که تا کنون علت آن مشخص نشده است. در نتیجه علت های اولیه عضلانی ، به تدریج سلول های قلب تحلیل می رود و جایگزین این سلول ها ، ایاف فیبروزی می شود و قب شل شده و باز می شود و متسع می گردد و به عنوان یک پمپ کار آرایی خود را از دست می دهد.

• علایم بیماری عضلانی قلب

علایم بیماری های عضلانی قلب به شکل علایم نا رسایی قلب ظهور می کند که عمده ترین آن تنگی نفس، کم آوردن هوا، خستگی زود رس و حتی در موارد پیشرفته به شکل ادم ریه و آب دار شدن و خیز دار شدن و نهایتاً اغما و کلاپس قلبی و عروقی است . در کنار این علایم، عوارضی که ممکن است گریبانگیر بیمار شود آریتمی های قلب (نا منظمی ریتم قلب) است. بسیاری از بیماریهای عضلانی قلب توام با آریتمی های قلبی است.

• راه های تشخیص بیماری های عضلانی قلب

در بعضی از موارد بیمار خود از داشتن بیماری خود آگاه نبوده و پزشک با معاینه به صورت اتفاقی متوجه بیمار بودن فرد می شود در بعضی از موارد تشخیص با توجه به اظهاراتی که خود بیمار بیان می کند ، انجام می گیرد. ولی بطور کلی تشخیص پارا کلینیکی از انجام معاینه فیزیکی توسط گوشی شروع می شود و در مراحل بعد بر حسب نیاز الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب) و اکوکاردیوگرافی و انواع اسکن ها و آنژیوگرافی نیز انجام می شود که هر کدام از این موارد در مرحله خاصی مهم و برای تشخیص بیماری لازم و کمک کننده است.

• راه های پیشگیری بیماری های عضلانی قلب

برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری باید آن عواملی که باعث به وجود آمدن این بیماری می شود را حذف کرد و از آلودگی هوا، سیگار کشیدن ، قلیان کشیدن ((قابل توجه جوانان)) مصرف مشروبات الکلی و عوامل شغلی که با ایجاد بیماری ارتباط دارند جلوگیری شود. و بیماری های عفونی حتی یک بیماری ساده سرما خوردگی را جدی گرفت. چون ممکن است به عضله قلب حمله ور شود.

• توصیه به افراد مبتلا و سالم

حتما تمامی افراد باید بهداشت و رعایت موارد ذکر شده را داشته باشند. از مواد مضر مانند سیگار و مشروبات الکلی اجتناب کنند و در ابتدا به بیماری های عفونی و ویروسی از خود مراقبت کامل انجام دهند. تغذیه سالم داشته باشند و از انجام فعالیت جسمانی و ورزشی غافل نباشند.
در پایان.....

• قلب من

خدایا قلب من آکنده از مهر است مهری ، آن سوی جهان هستی و ماورای طبیعت او را قوی دار و کمک به تپیدنش کن

خدایا قلب من در جهان هستی پر از عشق است . سالمش دار تا میزبان خوب و با وفاداری باشد.

هر شب موقع خواب و رها شدن جسم خاکیم از پلیدی های جهان هستی مشت می به آن قلب مشت گونه خود می زنم تا به او بگویم برخیز و بتب و دو باره زندگی را آغاز کن و مبادا روز دیگر را نبینی و غافل از آنچه به خوبی و بدی گذرانده ای باشی و به یاد روزی می افتم که قلب کوچکم مانند خورشید غروب کند و دیگر طلوعی نداشته باشد.

شبها سرم را روی بالش می گذارم و با تمام وجودم به صدای تیک، تاک قلبم گوش می دهم و با تمام وجود حسش می کنم و به این می اندیشم که این تکه گوشت چگونه می تواند باشد؟ وحشی به مانند درنده گان و یا نه آرام و بی آلایش مانند پرندگان ، مثل دریا بیکران باشد یا نه مثل شوره زاری حاصل؟

خدایا قلب مرا به خدا نزدیک کن که این همان چیزی که آرزویش را دارم، مهرورزی را به من عطا کن.

منبع : مجیدلرن

<http://vista.ir/?view=article&id=292419>



بیماری های قلبی

بررسی های جدید پزشکی، نشان می دهد تا سال ۲۰۲۰ میلادی، ۷۰ درصد از موارد مرگ و میر بین نوجوانان کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، ناشی از مصرف تنباکو، چاقی و فشارهای عصبی خواهد بود. افزایش بی رویه مصرف سیگار، بی تحرکی و تغذیه نامناسب از دلایل عمده تراپد بیماری های قلبی و عروقی است.

به طوری که مدیرعامل سازمان بهشت زهرا با اشاره به فوت ۴۴۷۹ شهروند تهرانی در آذر ۸۵، همچنان از ایست قلبی به عنوان شایع ترین علت فوت پایتخت نشینان یاد می کند.

براساس آمار سازمان بهشت زهرا(س)، ایست قلبی با فراوانی ۱۰/۶۹ درصد همچنان شایع ترین بیماری های منجر به فوت شهروندان تهرانی در



آذر ۸۵ بوده است. علت عمده بیشتر مرگ و میرها در جهان بیماری های قلبی عروقی است و براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، بیش از ۵۹ درصد مرگ ها ناشی از بیماری های غیرواگیر بوده است.

بررسی های جدید و گسترده پزشکی در ایران که تحت عنوان مطالعات کاسپین منتشر می شود، نشان می دهد که در ۱۴ سال آینده ۲ عامل

مصرف تنباکو، چاقی و فشارهای عصبی، منجر به بروز ضایعات عروقی خواهند شد و بزرگسالان در کشورهای توسعه نیافته، با نارسایی های قلبی - عروقی دست به گریبان می شوند.

در این مطالعه که با همکاری سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته، فشار خون بیش از ۲۱ هزار دانش آموز ایرانی از ۲۳ استان مختلف در یک دوره ۲ ساله مورد آزمایش قرار گرفته است. مهم ترین شاخص های مرتبط با فشار خون نظیر شیوه زندگی شهری یا روستایی، باورهای اجتماعی، وضعیت اقتصادی خانواده و بالاخره خصوصی یا دولتی بودن محل تحصیل نیز در این مطالعه ثبت شده اند.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد گرچه پسران و دختران به یکسان در معرض ابتلا به بیماری های قلبی عروقی هستند، اما نسبت بروز فشار خون بالا در میان پسران ایرانی بیشتر از دختران است. از جمله نکات حائزاهمیتی که در این گزارش آمده است، وجود رابطه مستقیم میان کم تحرکی و بلندقد بودن با افزایش فشار خون است. به عبارت دیگر نوجوانان بلندقامتی که فعالیت بدنی کمتری دارند، نسبت به همسالان خود که کوتاه قد و کم تحرک هستند، زمینه بیشتری برای ابتلا به فشار خون دارند.

• ۸۰ درصد بیماری های قلبی، قابل پیشگیری

براساس آنچه که کارشناسان بهداشت اعلام کرده اند ۸۰٪ درصد بیماری های قلبی، با تغییر شیوه زندگی قابل پیشگیری است. افزایش قند خون در سن بالای ۴۰ سالگی را «دیابت نوع دوم» می گویند که فقط به دلیل شیوه بد زندگی از جمله تغذیه نامناسب، تحرک ناکافی و چاقی اتفاق می افتد.

دیابت نوع اول معمولاً بر اثر مشکلات غدد پانکراس و کاهش ترشح انسولین رخ می دهد که می تواند در کودکی یا در سنین جوانی اتفاق بیفتد. بیش از ۳۰ درصد سرطان ها با خوردن غذاهای سالم و طبیعی و نگاه داشتن وزن در حد طبیعی و تحرک بدنی قابل پیشگیری است.

بررسی های میدانی که در چین، آمریکا و فنلاند انجام شده، نشان می دهد که افراد در معرض خطر این بیماری ها با رعایت رژیم غذایی و فعالیت بدنی تا ۶۰ درصد توانسته اند از بیماری غیرواگیر دیابت نوع دوم و بیماری های قلبی عروقی، جلوگیری کنند. این افراد اگر علاوه بر رعایت مسائل یاد شده، داروهای پیشگیری از بیماری نیز مصرف کنند، شانس زندگی آنان به ۲ برابر افزایش می یابد.

به عنوان نمونه، فنلاند طی یک برنامه ۲۵ ساله آموزشی برای کاهش مصرف روغن های جامد یا چربی های اشباع شده و دارای ایزومر ترانس، توانسته است بیماری های قلبی عروقی را در این کشور کاهش دهد.

۶۲ درصد تمام بیماری های عروقی و قلبی و ۴۹ درصد حمله های قلبی در دنیا به دلیل فشار خون بالاست. ۱۸ درصد بیماری های عروقی (قلب و مغز) و ۵۶ درصد حمله های قلبی به دلیل کلسترول بالا اتفاق می افتد.

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، سالانه در جهان ۷/۱ میلیون مرگ به دلیل فشار خون بالا رخ می دهد. کلسترول نیز هر ساله ۴/۴ میلیون مرگ را در جهان به دنبال دارد که حدود ۸ درصد مرگ و میرها در دنیاست و ۲۱ درصد بیماری های قلبی بر اثر چاقی رخ می دهد.

• زمستان فصل سگته

بررسی ها نشان می دهند که در هوای سرد زمستان احتمال بروز سگته های قلبی افزایش می یابد.

در فصل زمستان و از آغاز دی تا پایان بهمن ماه که سردترین ماه های سال هستند احتمال بروز سگته های قلبی به بیشترین حد خود می رسد. بنابر همین گزارش، این دوره خطرناک ترین دوره برای بیماران قلبی به شمار می رود به همین دلیل بهتر است مبتلایان به بیماری ها و نارسایی های قلبی در این ماه های سال بیشتر مراقب سلامت خود باشند.

محققان معتقدند در فصل زمستان به دلیل سردی بیشتر هوا، فشار بیشتری به قلب وارد می شود؛ زیرا باید با پمپاژ قوی تر خون بتواند از طریق رگ ها گرمای کل بدن را تامین کند. در ضمن به دلیل این که در زمستان احتمال بروز بیماری های تنفسی مانند تنگی نفس، آسم و آنفلوآنزا بیشتر است به دلیل افزایش فشار خون باز هم کار قلب سخت تر می شود.

به همین دلیل متخصصان به بیماران قلبی توصیه می کنند در زمستان از قرار گرفتن طولانی مدت در فضای باز و سرد خودداری کنند و حتی الامکان بدن خود را گرم نمایند تا فشار کمتری به قلب وارد آید.

منبع : علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرد

<http://vista.ir/?view=article&id=328346>

بیماری های قلبی و عروقی ناشی از کار

بیماری های قلبی و عروقی شایع ترین علت مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه است و حدود ۴۰ تا ۴۵ درصد از علل مرگ را به خود اختصاص می دهند. شیوع بالای بیماری های قلبی و عروقی موجب می شود که تمامی پزشکان با بیماران قلبی و عروقی در ارتباط بوده و در این میان مواجهه با برخی عوامل زیان آور در محیط کاری می تواند بر روی ایجاد یا تشدید بیماری های قلبی و عروقی تاثیر داشته باشد.

عوامل بروز بیماری های قلبی و عروقی

عواملی مختلفی در بروز بیماری های قلبی و عروقی مؤثر بوده و مهم ترین ریسک فاکتورهای بیماری های عروق کرونر شامل سن بالا، جنس مذکر، چاقی، فشار خون بالا، کلسترول خون بالا، دیابت، استعمال دخانیات، عدم تحرک در زندگی روزمره و سابقه خانوادگی مثبت است. همچنین تماس با مواد شیمیایی معدودی نیز سبب بروز یا تشدید بیماری های قلبی و عروقی می شود. در این میان نقش استرس در زندگی روزمره و در محیط کار فرد نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

عوامل زیان آور محیط کار بر دستگاه قلبی عروقی

برخی عوامل زیان آور محیط کار که قادرند در فرد باعث بروز بیماری های قلبی و عروقی یا تشدید این بیماری ها شوند عبارتند از:

-دی سولفید کربن: دی سولفید کربن يك حلال با مصارف گسترده ای است که در صنعت لاستیک و ابریشم مصنوعی کاربرد دارد. تماس با این ماده در محیط کار سبب تسریع پدیده آترواسکلروز یا تصلب شرایین در عروق و در نهایت بروز اسکیمی در عضله قلب شده و منجر به سکته قلبی می شود. در تماس حاد با این حلال علایمی چون سردرد، خستگی، گیجی، منگی، سرگیجه، اختلال هوشیاری و علایمی از افسردگی ایجاد می شود. اما تماس مزمن با این حلال سبب تنگی عروق به ویژه در ناحیه قلب، مغز، شبکه چشم و عروق محیطی می شود. مهم ترین راه تماس با این حلال راه تنفسی بوده و با کنترل محیط کار و کاهش میزان تماس با این حلال می توان از بروز عوارض این حلال جلوگیری کرد.

مونوکسیدکربن Carbon Monoxide CO

مسمومیت با مونوکسیدکربن شایع ترین مسمومیت در صنعت است. مونوکسیدکربن گازی بی رنگ و بی بو است که هر جا سوخت ناقص وجود دارد این گاز تولید می شود. در ریخته گری ها، تعمیرگاه ها و گاراژها و رانندگان لیفتراک خطر تماس با این گاز وجود دارد. مسمومیت حاد با مونوکسیدکربن سبب اختلال هوشیاری، گیجی، منگی، سردرد، تهوع و در نهایت مرگ می شود. تشخیص بیماری با گرفتن شرح حال دقیق و توجه به احتمال مسمومیت با مونوکسیدکربن و علائم بالینی میسر می شود و درمان شامل اکسیژن صددرصد و اکسیژن با فشار بالا می باشد. اما تماس مزمن با مونوکسیدکربن سبب تسریع پدیده آترواسکلروز شده و احتمال بروز بیماری های عروق کرونر و اسکیمی عضله قلب را افزایش می دهد. از این رو وجود این گاز در محیط کار در طولانی مدت سبب بروز عوارض قلبی عروقی شده و سیگار کشیدن این پدیده را تشدید می کند. نیتراهای آلی

این مواد در ساخت نیتروگلیسیرین در صنایع مهمات سازی و داروسازی کاربرد دارند. کارگرانی که در تماس با این مواد هستند دچار اتساع عروق به ویژه در ناحیه وریدهای اندام ها می شوند. در روزهای اولیه تماس با این مواد علائم سردرد، سرگیجه، برافروختگی پوست، کاهش فشار خون و افزایش ضربان قلب بروز می کند و با تکرار تماس سیستم سمپاتیک بدن به تدریج با شرایط جدید سازش پیدا کرده و موجب تنگی عروق می شود. پس از این انطباق اگر تماس با نیتراهای آلی در محیط کار قطع شود فرد دچار علائم تنگی عروق کرونر آسلیمی عضله قلب خواهد شد. این حالت شبیه وضعیتی است که فرد مبتلا به تنگی عروق کرونر داروهای خود را قطع کند.

منبع : هفته نامه آتیه

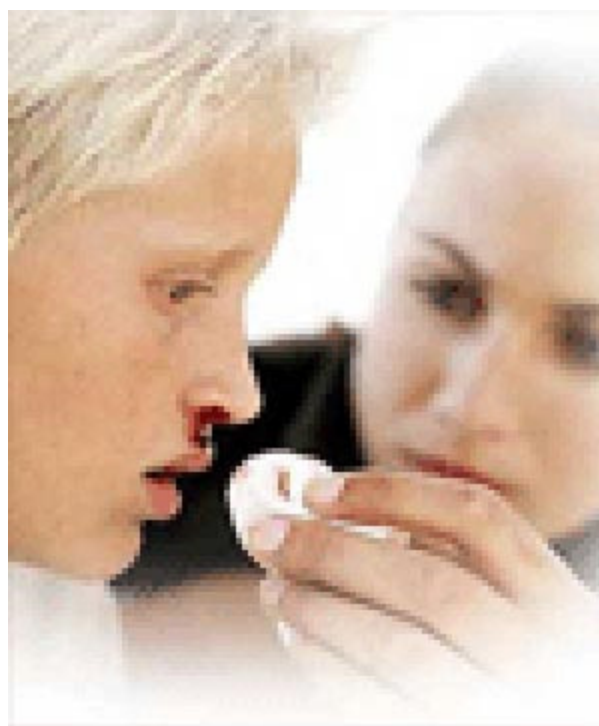
<http://vista.ir/?view=article&id=212939>

بیماری هموفیلی

اگر ورزش می کنید، حتماً با انواع کبودی ها و زخم هایی که روی دست و پا ایجاد میشود آشنایی دارید. اما برای افرادی که مبتلا به اختلال خونریزی که هموفیلی نامیده می شود هستند، حتی کوچکترین زخم ها و کبودی ها مشکل بسیار بزرگی را پدید می آورد.

• هموفیلی چیست؟

هموفیلی بیماری است که از لخته شدن خون جلوگیری می کند، به همین دلیل خونریزی در افرادی که به این بیماری مبتلا هستند، دیرتر از سایرین بند می آید. این یک اختلال ژنتیکی است و این یعنی در نتیجه ایجاد تغییر در ژن ها پدید می آید که می تواند ارثی باشد (از والدین به بچه رسیده باشد) یا حین رشد در رحم ایجاد شده باشد. "همو" به معنی خون است و "فیلی" به معنی تمایل به سمت چیزی داشتن است. فردی که به هموفیلی مبتلاست، تمایل به خونریزی زیاد دارد. این بیماری بیشتر در پسران اتفاق می افتد، گوجه بیماری بسیار نادر است: تقریباً یکی از ۸۰۰۰ پسر با این بیماری مبتلا می شود. این بیماری می تواند تمام افراد را از نژادها و ملیت های مختلف مبتلا کند.



اکثر افراد وقتی دچار جراحت می شوند، بدن آنها به طور طبیعی از خود محافظت میکند. سلول های چسبنده در خون که پلاکت های خونی نامیده می شوند، به قسمتی از بدن که دچار خونریزی شده است رفته و آن منفذ را می بندند. زمانیکه پلاکت ها منفذ را می بندند، موادشیمیایی آزاد می کنند که پلاکت های چسبنده بیشتری را جذب کرده و پروتئین های مختلفی را در خون که فاکتورهای لخته خون نامیده می شوند، را فعال می کند. این پروتئین ها برای تشکیل فیبر با پلاکت ها ادغام می شوند و این فیبرها لخته ها را قوی تر کرده و خونریزی متوقف می شود.

بدن ما ۱۲ عامل لخته کردن دارد که در این روند با یکدیگر کار می کنند. پایین بودن عامل ۸ و ۹ باعث بروز هموفیلی می شود. فردی که مبتلا به هموفیلی است فقط در یکی از این عوامل کمبود دارد، یعنی یا در عامل ۸ یا در عامل ۹ (نه در هر دو اینها).

هموفیلی دو نوع متفاوت دارد. تقریباً ۸۰% از موارد هموفیلی، هموفیلی A هستند که کمبود فاکتور ۸ می باشد. هموفیلی B زمانی اتفاق می افتد که فرد دچار کمبود فاکتور ۹ باشد.

هموفیلی برحسب میزان فاکتورهای لخته کردن در خون بیمار، به سه دسته، خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی می شود. اگر فرد فقط ۱% یا کمتر از فاکتور تحت تاثیر را تولید کند، بیماری او شدید یا حاد تلقی می شود. اگر این میزان ۳% تا ۵% باشد، متوسط و اگر بین ۶% و ۵۰% باشد،

خفیف خواهد بود. به طور کلی، افرادی که مبتلا به انواع خفیف تر هموفیلی هستند هر از گاه دچار خونریزی شدید می شوند، درحالی که هموفیلی های شدید بیشتر دچار این خونریزی ها می شوند.

اکثر افراد مبتلا به هموفیلی در زمان کودکی و خردسالی متوجه مشکل خود میشوند. گاهی اوقات این بیماری آنقدر خفیف است که فرد نازمانیکه قصد انجام یک عمل جراحی مثل عمل لوزه یا آپاندیس را پیدا نکند، متوجه این مشکل نمی شود و با آزمایش خونی که قبل از عمل جراحی توسط پزشک انجام می شود، بیماری او آشکار می شود.

• علت پیدایش هموفیلی

مردها و زنان هرکدام ۲۳ جفت کروموزوم دارند. زن ها دو کروموزوم X و مردها یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y دارند. هموفیلی اختلال ژنتیکی مربوط به کروموزوم X می باشد و این یعنی از مادر به پسر منتقل می شود. اگر مادر در یکی از کروموزوم های X خود ناقل ژن هموفیلی باشد، همه پسرهای او ۵۰٪ شانس ابتلا به هموفیلی را دارند.

گرچه دختران معمولاً به ندرت دچار علائم بیماری هموفیلی می شوند، اما می توانند ناقل این بیماری به شمار روند. برای اینکه یک دختر به این بیماری مبتلا شود، باید این بیماری از هم از کروموزومی که از پدر خود دریافت می کند، و هم از کروموزوم X مادر خود دریافت کند. گرچه این مسئله غیرممکن نیست اما بسیار بسیار نادر است.

• علائم و نشانه های هموفیلی

اگر به نازگی متوجه شده اید که مبتلا به هموفیلی هستید، احتمالاً به نوع خفیف آن مبتلا هستید.

علائم هموفیلی عبارتند از:

▪ کیبوی هایی که با محل و تعداد غیرطبیعی

▪ خون دماغ هایی که بند نمی آیند

▪ خونریزی بسیار زیاد از گزیدن لب یا پر کردن دندان

▪ درد و ورم مفاصل

▪ خون در ادرار

• اقدامات پزشکان

پزشکان هموفیلی را با انجام آزمایش خون تشخیص می دهند. گرچه این بیماری قابل درمان نیست (مگر از طریق پیوند کبد) اما قابل کنترل است. یک زخم و جراحی جزئی و کوچک برای افراد مبتلا به هموفیلی چندان دشوارتر از افراد سالم نیست اما خونریزی های داخلی واقعاً جدی و مشکل ساز خواهد بود. زمانیکه خونریزی در مفاصل، عضلات، یا اندام های داخلی بدن اتفاق می افتد، درمان ضروری خواهد بود. به بیمارانی که به انواع بسیار جدی تر این بیماری مبتلا هستند، معمولاً فاکتوری که از آن کمبود دارند، تزریق می شود که درمان جایگزین فاکتور لختگی نام دارد. فاکتورهای لختگی از طریق IV به رگ فرد تزریق می شود و اینکار در بیمارستان، مطب پزشک، و حتی منزل خود بیمار قابل انجام است.

افرادی که به انواع خفیف تر این بیماری مبتلا هستند، معمولاً نیازی به این تزریق ها وجود ندارد مگر اینکه جراحی عمل جراحی جدی داشته باشند.

اگر شما نیز مبتلا به هموفیلی هستید، احتمالاً با گروهی از پزشکان خون شناسی، پرستاران و مددکاران اجتماعی آشنا هستید. تیم پزشکی شما، می تواند به شما کمک کند تا با نحوه خونریزی های داخلی آشنا شوید (محلی که خونریزی در آن اتفاق می افتد معمولاً گرم شده و احساس خارش و قلقلک می کند). دانستن این مسئله اهمیت بسیار زیادی دارد چون زمانیکه دچار خونریزی داخلی می شوید، برای بند آوردن خونریزی نیاز به جایگزین کردن و تزریق فاکتور لختگی مفقود است.

اگر تزریق فاکتور لختگی را در خانه انجام می دهید، تیم پزشکیتان احتمالاً به شما و خانواده تان آموزش می دهد که چگونه فاکتور لختگی را مخلوط کرده و درون رگ تزریق کنید. اگر تقریباً هر از گاهی دچار خونریزی می شوید، پزشکتان باید از شما بخواهد که به طور مرتب تزریق کنید تا از ایجاد خونریزی در مرحله اول جلوگیری کنید. در این شرایط لوله کوچکی درون سینه تان کاشته می شود که از طریق آن دیگر نگران پیدا کردن رگ و درد تزریق نخواهید بود.

دانشمندان این روزها روی درمان ژنی برای افراد هموفیلی کار می کنند. ژن درمانی تکنیکی آزمایشگاهی است که سعی بر فراهم آوردن اطلاعات

ژنتیکی برای بدن که فاقد آن است، دارد. هموفیلی تست خوبی برای ژن درمانی خواهد بود چون فقط به خاطر وجود یک ژن معیوب ایجاد می شود.

• زندگی کردن با بیماری هموفیلی

اگر مبتلا به هموفیلی هستید، زندگی روزمره تان کاملاً عادی خواهد بود. ورزش برای نوجوانان مبتلا به هموفیلی اهمیت زیادی دارد چون باعث قدرتمندتر شدن عضلات شده که خوریزی مفاصل را کاهش می دهد. شنا و دوچرخه سواری ورزش هایی بسیار عالی هستند چون فشار چندانی بر عضلات وارد نمی کنند. در واقع، شما می توانید در هر ورزشی شرکت داشته باشید، گرچه ورزش های تیمی مثل فوتبال، بسکتبال، بیسبال خطرات بیشتری داشته و ورزش های برخوردی مثل فوتبال، بوکس، چوگان، و هاکی، برای شما ممنوع می باشد چون احتمال آسیب دیدگی در آن بیشتر است.

حفظ وزن سالم نیز اهمیت بسیار زیادی دارد زیرا اضافه وزن می تواند روی بدن فشار وارد کند. همچنین از مصرف هر محصول حاوی آسپیرین، ایبوپروفن، یا ناپروکسین سدیم خودداری کنید. همه این داروها از لخته شدن خون جلوگیری می کند.

اگر مبتلا به هموفیلی هستید و می خواهید با افراد دیگری که مبتلا به بیماری شما هستند ارتباط داشته باشید، می توانید با همسالان خود به اردو بروید. در این اردوها می توانید هم تفریح کنید و هم یاد بگیرید که چگونه به بهترین وجه از خودتان مراقبت کنید.

در زمانهایی که وضعیت بیماریتان شما را فکر فرو می برد و ناراحتتان می کند، با خودتان فکر کنید که تنها نیستید. با مادر یا پدرتان، پزشکتان، پرستار یا هر کس دیگری از تیم مراقبتی خود صحبت کنید. آنها می توانند به شما کمک کنند تا با جوانب روحی و احساسی مشکلاتان کنار بیایید. مبتلا بودن به هموفیلی به این معنا نیست که نمی توانید کار کنید، با دیگران ارتباط برقرار کنید یا کارهایی که افراد دیگر انجام می دهند را انجام دهید. باید در مورد موقعیتتان هوشیار باشید. هر چه که می توانید یاد بگیرید تا بتوانید به بهترین نحو ممکن از خود مراقبت کرده و بهترین و مناسب ترین تصمیم ها را برای زندگیتان بگیرید.

منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=302362>

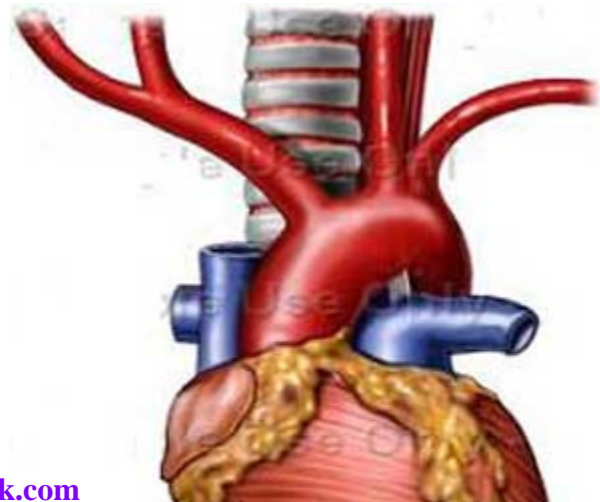


بیماریهای عروق قلب

• شرح بیماری

بیماریهای قلبی یکی از بیماریهای شایع در جوامع امروزی است. این بیماریها ممکن است در روی درجه های قلب یا رگهای قلب بخصوص سرخرگها اثر کند. بیماری سرخرگهای قلب شامل گشاد شدن رگها، التهاب رگها و بسته شدن رگها یا تصلب شرائین است. زمانی که هر کدام یا همگی تنگ شوند، آنها دیگر نمی توانند اکسیژن کافی به سلولهای قلب برسانند. این بیماری مردان و زنان بالای ۴۰ سال را متأثر می سازد، اما پیش از یائسگی در زنان کمتر شایع است.

• بیماری گشاد شدن رگها





یکی از بیماریهای تقریباً ارثی است که در مردها بیشتر از زنها اتفاق می‌افتد. یکی از علائم آن شروع درد شدید عضلانی به هنگام حرکت و کار است که به محض استراحت درد برطرف می‌شود.

- بیماری عروق کرونر

یک عارضه خطرناکی است که برای رگهای مرتبط با قلب پیش می‌آید که ایجاد سکنه می‌کند و باعث مرگ می‌گردد. علل آن زیادی فشار خون، زیادی چربی، افزایش وزن و چاقی، بیماری قند و استعمال دخانیات است. برای درمان باید به پزشک مراجعه کرده و رژیم غذایی را رعایت کرد.

- تصلب شرایین

تصلب شرایین یا آرتریو اسکلروز عبارت از ضخیم شدن دیواره شریانهاست که نتیجه نهایی آن کاهش قابلیت ارتجاعی رگها و مسدود شدن راه عبور خون است و بدینسان جریان خون از میان شریان تصلب یافته کند و حتی قطع می‌شود و برای اینکه جریان خون سیر طبیعی خود را با فشار ثابت بپیماید قلب مجبور است خون را با فشار زیادتری از میان این قبیل شریانها عبور دهد که نتیجه آن بزرگ شدن قلب و آسیب دیدن آن است. در بعضی موارد میزان چربیهای محلول در خون افزایش پیدا می‌کند و بر غلظت آن افزوده می‌شود که این عمل باعث کند شدن حرکت معمولی خون و عامل انواع بیماریها می‌شود از قبیل قانقاریا. در تصلب شرایین، این بیماری در نتیجه افزایش کلسیم آلی و غیر آلی در بدن بروز می‌کند و باعث سفتی و سختی سرخرگها می‌شود. افزایش کلسیم آلی در نتیجه خوردن غذاهای پختنی نامناسب و استعمال بعضی داروها می‌شود و بروز آن یک نوع اعلام خطر محسوب می‌شود.

- علائم و نحوه بروز

ظهور این بیماری به نحوی است که یک روز شخص بدون اینکه احساس دردی در پاها بکند متوجه می‌شود که نمی‌تواند بیش از چند قدم راه برود. با سعی در حرکت و راه رفتن درد شروع می‌شود. ولی به محض ایستادن درد هم متوقف می‌شود. علت این درد تصلب برخی از سرخرگهای پا می‌باشد که در نتیجه این تصلب خون قادر نیست به خوبی در عضلات پا جریان یابد و در نتیجه این اختلال در کار عضله وقفه افتاده و قادر نیست که کار خود را بطور کامل انجام دهد.

- علل بروز

اینگونه افراد معمولاً از بین کسانی هستند که سالیان دراز دخانیات مصرف کرده‌اند یا مبتلا به الکل بوده‌اند و یا در طرز تغذیه رعایت تعادل را نکرده‌اند و یا از میان اشخاصی هستند که تن پرور و کم تحرک می‌باشند.

- عوارض بیماری تصلب شرایین

تصلب شرایین یکی از بدترین بیماریها می‌باشد که اغلب از سنین ۴۰ سالگی به بعد بروز می‌کند و خود سرچشمه و عامل بیماریهای دیگری مانند فشار خون، رماتیسم و بیماریهای قلبی است.

- درمان تصلب شرایین با خوراکیهای طبی

خوردن تره فرنگی بسیار مفید است به صورت پخته یا آب جوشانده آن ۲ تا ۳ عدد از آن را به مدت ۲ ساعت بجوشانید و روزی ۲ تا ۳ فنجان از آن را بنوشید. توت فرنگی چون حاوی ید زیادی است بسیار مفید است و یکی از بهترین میوهها برای سالمندان شناخته شده است و برای تصلب شرایین یکی از بهترین خوراکیهای دارویی محسوب می‌شود.

- سیفلیس آنورت و اتساع آن

التهاب دیواره میانی سرخرگ آنورت عارضه دوره سوم بیماری سیفلیس است که دهها سال بعد از ابتلای به سیفلیس پدید می‌آید. قسمت اول آنورت و قوس آن بیشتر به این عارضه دچار می‌شوند. بافت همینند ارتجاعی دیواره از بین رفته و آنورت متسع می‌شود و کیسه‌ای تشکیل می‌دهد که گاه به بزرگی سر انسان می‌رسد.

- علائم التهاب

علائم التهاب جدار میانی آنورت درد سوزنده عقب قسمت فوقانی جناغ سینه و تنگی نفس است. نبض سریع می‌گردد و عمل بلع دشوار می‌شود زیرا قوس آنورتای متسع روی مری فشار می‌آورد. تشخیص دقیق و صحیح این بیماری بوسیله عکسبرداری ممکن است و معالجه آن

معالجه ضد سیفلیس است.

• التهاب غشای داخلی شریان یا آرتریت انسدادی

گاه پس از رماتیسم حاد و حصه عفونت میکروبی در غشای داخلی مستقر شده و موجب التهاب و تورم آن می‌شود که در نتیجه مجرای شریان تنگ و بسته می‌شود. شریان پا بیشتر به آرتریت انسدادی دچار می‌شود. در ابتدا هنگام راه رفتن ، پا درد گرفته و رنگ آن آبی یا بنفش می‌شود که در صورت شدت بیماری ، درد پا موقع استراحت نیز ادامه دارد. معالجه آرتریت انسدادی داروی متسع کننده رگ و حرارت موضعی است. عمل قطع اعصاب سمپاتیک دیواره شریانها ، تزریق نوکائین در عقده عصبی سمپاتیک مربوطه و یا برداشتن آن عقده موجب اتساع رگها می‌شود.

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ سیگار کشیدن

▪ بالا بودن فشارخون

▪ سابقه خانوادگی بیماری سرخرگهای قلب ، دیابت ، فشار خون بالا و آترواسکلروز

▪ تغذیه نامناسب ، خصوصا وجود چربی زیاد در رژیم غذایی.

▪ سابقه حمله قلبی یا سکته مغزی

▪ ورزش نکردن

▪ شخصیت تهاجمی یا ناشکیبا

▪ اضافه وزن

• داروها

▪ نیتروگلیسرین ، داروهای ضدانعقادی ، داروهای مسدودکننده کانال کلسیم ، داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین ، یا داروهای

مسدودکننده بتا آنژیک ، برای آنژین صدری و اسپاسم رگهای خونی

▪ داروهای گشاد کننده عروق برای افزایش خونرسانی به عضله قلب

▪ امکان دارد تزریق داروهای حل کننده لخته خونی ضروری شود.

• برای پیشگیری از اینگونه بیماریها چه باید کرد؟

▪ از خوردن غذاهای تند و بودار مثل خردل ، گوشت زیاد بخصوص کنسرو شده و بخصوص غذاهای شور پرهیز کنیم.

▪ به منظور اینکه سموم بدن خوب دفع شود و اکسیژن کافی به بدن برسد در هر فرصتی بخصوص در هوای تمیز و صاف نفس عمیق بکشیم.

▪ در رفع بیوست بکوشیم چون بیوست در همه حال و بخصوص در این موقعیت کاملا زیان آور و خطرناک است.

▪ ورزش را فراموش نکنیم.

▪ از کارهای خسته کننده فکری خودداری کنیم.

▪ هر هفته یکبار روزه طبی بگیریم.

منبع : روزنامه جوان

<http://vista.ir/?view=article&id=240443>

 **vista.ir**
Online Classified Service

بیماریهای قلب و عروق

www.takbook.com

با توجه به اینکه بیماریهای قلبی و عروقی در جهان و در کشور ما نیز شایعترین عامل مرگ و میر انسانها هستند اطلاع رسانی درست و مناسب در مورد آنها لازم است. قلب عضوی در قفسه سینه است که کار آن به جریان درآوردن خون درون رگهای بدن است تا اکسیژن و مواد غذایی به همه یاخته ها و اعضاء بدن برسد، بهمین دلیل سالم بودن و عملکرد درست آن در سلامت انسان نقش حیاتی دارد.

قلب انسان از چهار حفره تشکیل شده است. دو حفره سمت راست و دو حفره در سمت چپ که حفره های هر طرف با هم در ارتباط هستند. حفره های سمت چپ دریافت خون اکسیژن دار از سیستم گردش خون ریه ها و تلمبه کردن آن به درون سیستم گردش خون عمومی بدن است و کار حفره های سمت راست قلب دریافت خون جمع آوری شده از اعضاء بدن و فرستادن آن برای اکسیژن گیری مجدد به ششهاست.



برای آنکه عملکرد قلب در تمام طول عمر و در همه ساعات خواب و بیداری ادامه داشته باشد، يك سیستم الکتریکی خودکار در قلب وجود دارد که تنظیم زمانبندی انقباض و انبساط حفره های قلب و باز و بسته شدن دریچه های آنرا بعهده دارد. این سیستم الکتریکی بسته به نیاز فعالیتهای مختلف جسمی و تحت تاثیر يك سیستم عصبی خودکار تنظیم ضربان قلب را انجام می دهد. حفرات قلب را عضلات قلبی تشکیل می دهند که با انقباض و انبساط منظم موجب تلمبه شدن خون از درون قلب به دستگاه گردش خون می شوند.

عضلات قلبی نیز همانند سایر بافتهای بدن نیازمند اکسیژن و مواد غذایی هستند تا زنده بمانند و بتوانند وظیفه خود را انجام دهند. این نیاز با رساندن خون اکسیژن دار از راه سرخرگهای تاجی قلب تامین می شود که اولین رگهایی هستند که از سرخرگ خروجی اصلی قلب منشعب می شوند.

تنگ شدن یا بسته شدن این رگها علت بروز بیماری عروق قلب است که شایعترین و مهمترین بیماری قلبی است و از عوارض آن سکته قلبی و نارسایی قلب می باشد.

عوامل متعددی در بروز این مشکل دخالت دارند که هر کدام از طریقی موجب گرفتگی عروق می شوند.

عوامل خطر در ابتلاء به بیماری عروق تاجی قلب به دو دسته تقسیم می شوند:

- دسته اول، عوامل خطر تغییرناپذیر هستند: جنس مذکر، سن بالا و سابقه خانوادگی.
- دسته دوم، عوامل خطر تغییرپذیر هستند: زیادی فشار خون، زیادی چربی خون، استعمال دخانیات، ابتلاء به بیماری قند، چاقی و شیوه زندگی کم تحرک.

بیماری عروق قلب در مردان شایعتر است و در سنین پایینتری نسبت به زنان دیده می شود. البته زنان هم پس از یائسگی به همان اندازه مردان همسال خود در معرض ابتلاء خواهند بود. با توجه به اینکه این بیماری در افرادی که سابقه خانوادگی آنرا دارند بیشتر دیده می شود و با افزایش سن احتمال ابتلاء به آن بیشتر می شود، برای پیشگیری و کاهش عوارض احتمالی آن باید به عوامل خطر تغییرپذیر توجه بیشتری کرد. سیگار و دخانیات مهمترین عامل خطری هستند که باید مهار شوند. هر فرد سیگاری خطر ابتلاء به سکته قلبی را برای خود ۵ برابر و برای اطرافیان دو برابر می کند و هر چه مقدار و مدت مصرف دخانیات بیشتر باشد این خطر بیشتر است. برخی پژوهشگران معتقدند آلودگی هوای شهری نیز تاثیر مستقلى بر قلب و عروق دارد.

چاقی و زیادی چربی خون دو عامل خطر دیگر هستند که برای تغییر آنها باید از ورزش و تغذیه صحیح كمك گرفت. ورزش حداقل ۳ روز در هفته به مدت نیمساعت بطوری که موجب افزایش چشمگیر ضربان قلب شود، از خطر ابتلاء به بیماری قلبی می کاهد. در واقع فعالیت جسمی برای آنکه در پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی مؤثر باشد، باید سریع و پرتحرک، منظم و از کودکی تا پایان عمر مداوم باشد.

چربی خون انواع مختلفی دارد که زیادی مقدار نوع کلسترولی سبك آن عامل خطر مهمی برای بیماری عروق قلب است. برعکس نوع کلسترولی

سنگین آن از ابتلاء به بیماری قلبی پیشگیری می کند. برای افزایش نوع خوب و کاهش نوع بد چربی خون علاوه بر افزایش ورزش و فعالیت جسمی باید از غذاهای حاوی کلسترول مانند روغنهای حیوانی ، پوست مرغ ، زرده تخم مرغ و گوشت قرمز کمتر مصرف کرد و میزان چربی رژیم غذایی را محدود نمود و از میوه ها و سبزیجات بیشتر استفاده کرد.

زیادی فشار خون عامل خطر دیگری است که تعریف آن بالاتر بودن فشارخون انقباضی و انبساطی (بیشینه و کمینه) به ترتیب از ۱۴۰ و ۹۰ واحد (میلیمتر جیوه) است . البته مقدار فشار خون ایده آل ۱۲۵ روی ۷۵ است. برای پیشگیری از زیاده فشارخون به ورزش و کاهش مصرف نمک در رژیم غذایی توصیه می شود. در مبتلایان به پرفشاری خون که نیازمند به دارو هستند ، مصرف منظم آنها برای پیشگیری از عوارض زیاده فشارخون توصیه می شود.

غیر از بیماری عروق قلب ، بیماری مهم دیگر قلب روماتیسم قلبی است. این بیماری ناشی از اثرات جانبی يك عامل عفونی است که معمولا موجب گلودرد در کودکان ۵ تا ۱۵ ساله می شود. البته همه گلودردها ناشی از این میکروب نیستند و همه مبتلایان به این نوع گلودرد نیز به روماتیسم قلبی دچار نمی شوند. این بیماری با بروز نارسایی قلبی یا تنگ یا گشاد شدن دریچه های قلبی خود را نشان می دهد و بخصوص برای زنانی که باردار می شوند مشکلاتی پدید می آورد. برای پیشگیری از این بیماری مراجعه به پزشك در موقع بروز گلودرد در کودکان و پرهیز از درمان خودسرانه آنان توصیه می شود.

• پیام های بهداشتی بیماریهای قلب و عروق

▪ سیگاریها در دهه سوم و چهارم زندگی خود ۵ برابر دیگران احتمال ابتلا به حمله قلبی دارند یکسال پس از ترك سیگار خطر بیماری عروق قلب نصف میشود و ۱۵ سال پس از ترك ، خطر نسبی مرگ ناشی از بیماری قلبی به حد افراد غیرسیگاری می رسد تنگی نفس ، تپش قلب و افزایش فشارخون از اثرات قلبی زودرس استعمال دخانیات است

▪ استعمال سیگار به تنهایی خطر بیماری عروق قلبی را بطور متوسط ۲ برابر می کند سیگار عامل ۲۱ درصد بیماریهای قلبی کشنده است دود سیگار مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی را برای همسران و فرزندان افراد سیگاری ۳/۱ برابر می کند اضطراب خطر سکنه قلبی مجدد را دو برابر و مرگ را ۲ برابر می کند افسردگی در ۲۵ درصد بیماران دچار ناراحتی قلبی حاد دیده می شود و مرگ و میر آنان را ۴ برابر می کند مصرف نمک زیاد موجب ۴۲ درصد افزایش خطر مرگ ناشی از بیماری عروق قلب است مصرف نمک زیاد موجب ۲۲ درصد افزایش خطر بروز سکنه مغزی است مصرف نمک زیاد موجب ۸۹ درصد افزایش خطر مرگ و میر سکنه مغزی است

▪ آلودگی هوا احتمالا اثر مستقلى در ابتلاء به بیماریهای قلبی دارد سیگاریها ۴ برابر دیگران در معرض سکنه مغزی هستند.

▪ اگر کسی حتی با ۱ درصد از دود سیگار يك فرد سیگاری مواجه شود خطر بیماری قلبی در او ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می یابد.

▪ مقدار اسید اوریک خون که با خوردن زیاد از حد گوشت و حبوبات افزایش می یابد در برخی. پژوهشها مستقلا عامل خطر بیماری عروق قلب شناخته شده است. فعالیت جسمی خطر بروز بیماری عروق قلب را نصف می کند.

▪ عادت همیشگی به ورزش در افرادی که دچار سکنه قلبی می شوند ، بخت زنده ماندن را دو برابر می کند

▪ تحرك جسمی احتمال بروز سکنه مغزی را کم می کند تحرك جسمی احتمال بروز بیماری قند را کم می کند

▪ مصرف بیش از حد شیرینی ها و چاقی خطر بروز بیماری قند را می افزایش دهد که خود عامل خطری برای بیماری عروق قلب است پیاده روی تند ،

دوچرخه سواری و شنا بهترین نوع فعالیت جسمی برای پیشگیری از بیماری قلبی هستند

▪ سکنه قلبی ممکن است در هر ساعتی از شبانه روز چه در حال استراحت و چه در حال فعالیت رخ دهد

▪ تنشهای روانی ، هیجانها و عصبانیتها بیش از حد خطر ابتلا، به بیماری عروق قلب و سکنه قلبی را می افزایش دهد

▪ چاقی ، مصرف نمک و مشروبات الکلی ، تنشهای روانی و سابقه خانوادگی عوامل خطر برای زیاده فشارخون هستند

▪ زیاده فشارخون با تغذیه درست و در موارد لزوم استفاده از دارو درمانپذیر است

▪ سابقه خانوادگی ، مصرف دخانیات ، زیاده فشار و چربی خون ، بیماری قند ، چاقی ، کم تحرکی و تنشهای روانی عوامل خطر بروز سکنه قلبی هستند.

▪ پرهیز از مصرف چربیهای حیوانی ، روغنهای نباتی جامد ، پوست مرغ و محدودیت مصرف زرده تخم مرغ و گوشت قرمز در پیشگیری از چاقی ، زیاده فشار و چربی خون و بیماری عروق قلب نقش دارند

- ورزش و رعایت رژیم غذایی درست در پیشگیری و حتی درمان تصلب شرایین نقش دارند
- چاقی عامل خطری برای زادی فشارخون ، بیماری قند ، سکنه های قلبی و مغزی است
- اضافه وزن و چاقی خطر بیماری عروق قلب را حداقل ۵۰ درصد می افزاید
- گلودردهای کودکان را باید پزشك درمان کند تا از خطر ابتلاء آنان به بیماری قلبی جلوگیری شود
- بیماران قلبی و مبتلایان به فشار خون هرگز نباید بطور خودسرانه و یکدفعه داروی خود را قطع کنند یا تغییر دهند
- برخی پژوهشها نشان میدهند رعایت بهداشت دهان و دندان در پیشگیری از عوارض قلبی مؤثر است
- تنگی نفس در هنگام فعالیت یا خواب ، ورم پاها و پلکها و تکرر ادرار شبانه از نشانه های غیر اختصاصی نارسایی قلبی هستند
- درد چند دقیقه ای قفسه سینه در هنگام فعالیت یا هیجان و تنگی نفس هنگام فعالیت یا خواب از علائم بیماری عروق قلب است.
- ورزش منظم راهی برای سلامت قلب است
- با ورزش منظم خود را در مقابل حملات قلبی محافظت کنیم
- اگر از جوانی عادت به ورزش نداشته اید ، قبل از شروع فعالیت جسمی با پزشك مشورت کنید
- فعالیت جسمی برای سلامت قلب باید پرتحرک ، منظم و مداوم باشد
- با کاهش مصرف چربیها ؛ به ویژه نوع جامد آن ، نمک و گوشت قرمز و افزایش مصرف میوه ها ، سبزیها و گوشت ماهی و ماکیان خود را در مقابل سکنه های قلبی و مغزی بیمه کنید

• حقایقی در بارهٔ درد قلبی

الف) درد قلبی چیست ؟

- درد قلبی، احساس درد یا ناراحتی در قفسهٔ سینه است که زمانی که خون کافی به قلب نمی رسد اتفاق می افتد. علامت شایعی در بیماری عروق کرونر قلب (CHD) است که هنگامی که رگهای خونرسان قلب بر اثر آترواسکلروز دچار تنگی و انسداد می شوند اتفاق می افتد.
- درد قلبی همانند يك درد فشارنده یا تیز احساس می شود که معمولاً در زیر استخوانهای سینه است ولی گاهی در شانه ها، دستها، گردن، فك و پشت نیز احساس می شود. درد قلبی معمولاً با فعالیت آغاز می شود. و معمولاً با چند دقیقه استراحت یا مصرف داروهای درد قلبی تجویز شده کاهش میابد.

ب) چه چیزی باعث شروع درد قلبی می شود؟

- دوره های درد قلبی زمانی اتفاق می افتد که قلب نیاز به اکسیژن بیشتری از اکسیژن موجود در خون تغذیه کنندهٔ قلب دارد. فعالیت بدن شایع ترین عامل آغاز کنندهٔ درد قلبی است . سایر آغاز کننده ها می توانند فشار روحی، گرما یا سرمای شدید، مصرف غذای سنگین، الکل یا سیگار باشند.ج) آیا درد قلبی به معنای این است که حملهٔ قلبی در حال وقوع است؟
- يك دوره درد قلبی به معنی وقوع حملهٔ قلبی نیست. درد قلبی به معنی این است که برخی عضلات قلبی به صورت موقتی خون کافی مثلاً در حین ورزش که قلب شدیدتر کار می کند دریافت نمی کنند.
- درد الزاماً به معنای این نیست که عضلهٔ قلبی دچار تخریب دائمی و غیر قابل برگشت شده است. دوره های درد قلبی به ندرت باعث آسیب دائمی به عضلهٔ قلب می شوند. درد سینه معمولاً در حملهٔ قلبی طولانی تر است و ممکن است با سوء جذب، تهوع، ضعف و عرق ریزش همراه باشد. اگرچه علائم حملهٔ قلبی متفاوت هستند و احتمال خفیف بودن آن نیز وجود دارد.
- وقتی فردی دچار حملهٔ مکرر ولی ثابت درد قلبی می شود، يك دورهٔ درد قلبی به این معنی نیست که حملهٔ قلبی در حال وقوع است. درد قلبی به معنی بیماری زمینه ای عروق کرونر است.
- بیمار مبتلا به درد قلبی در معرض افزایش خطر حملهٔ قلبی نسبت به کسانی که علائم بیماری قلبی عروقی ندارند می باشد ولی يك دورهٔ درد قلبی علامت این نیست که حملهٔ قلبی در حال انجام است. بر عکس وقتی الگوی درد قلبی عوض می شود، اگر تعداد دفعات و مدت بیشتر شود یا با تحرك ایجاد شوند، احتمال وقوع حملهٔ قلبی در روزها و هفته های آتی بیشتر است.
- فردی که مبتلا به درد قلبی است باید در مورد علت های شروع کنندهٔ درد قلبی، کیفیت درد، مدت زمان هر دوره و استفادهٔ دارو در بر طرف نمودن حمله آموزش ببیند. اگر الگوی درد با درد حملهٔ قلبی مشابهت زیادی داشته باشد، فرد باید بلافاصله تحت مراقبت پزشکی قرار بگیرد و بهتر است

ارزیابی بیمار در اورژانس يك بیمارستان نزدیک انجام شود.

(د) آیا تمام دردهای سینه درد قلبی هستند؟

• خیر، اصلاً اینطور نیست. مثلاً، اگر درد کمتر از ۳۰ ثانیه طول بکشد یا طی يك تنفس عمیق، نوشیدن يك لیوان آب، یا تغییر وضعیت ایجاد شود، تقریباً به صورت قطعی می توان گفت درد قلبی نیست و نباید توجه کرد. ولی درد طول کشیده، دردی که با استراحت کاهش پیدا نمی کند و با سایر علائم همراه است می تواند علامت يك حمله قلبی باشد.

(و) چگونه درد قلبی تشخیص داده می شود؟

• معمولاً پزشک با توجه به علائم و چگونگی آغاز آنها می تواند درد قلبی را تشخیص دهد. اگرچه آزمایشات تشخیصی بیشتری ممکن است برای رد نمودن درد قلبی یا اثبات شدت بیماری زمینه ای عروق کرونر لازم باشد. اینها شامل الکتروکاردیوگرام (نوار قلب) در حال استراحت، تست ورزش، و تصویربرداری از عروق کرونر قلب با اشعه X (آرتیوگرام یا آنژیوگرام کرونری) می باشند. الکتروکاردیوگرام (ECG)، ضربانات الکتریکی قبل را ثبت می کند. این ممکن است به ما نشان دهد که عضله قلب به میزان مورد نیازش اکسیژن دریافت نکرده (ایسکمی)؛ و همچنین اختلالات ریتم قلب یا سایر مواردی که در ECG ثبت می شود را نشان دهد، تکنیسین تعدادی اتصالات کوچک را به دستها، پاها و روی سینه بیمار وصل کرده و آنها را به دستگاه ECG متصل می کند. در بسیاری از بیماران مبتلا به درد قلبی، ECG در حالت استراحت طبیعی است. این موضوع چندان جالب نیست چون علائم درد قلبی در زمان استرس روی می دهد. بنابراین، عملکرد قلب در مورد استرس، مخصوصاً حرکات ورزشی آزموده می شود. در ساده ترین تست ورزش، ECG قبل، حین و بعد از ورزش برای بررسی اختلالات مرتبط با استرس سنجیده می شود. فشار خون نیز در حین تست ورزش اندازه گیری شده و علائم مربوطه مورد توجه قرار می گیرند. يك نوع پیچیده تر تست ورزش شامل به تصویر کشیدن الگوی جریان خون در عضله قلب حین اوج فعالیت و بعد از استراحت می باشد. مقادیر کمی از يك ماده رادیوایزوتوپ، معمولاً تالیوم، داخل يك ورید حین اوج فعالیت تزریق شده و با عضله قلب طبیعی جذب می شود، يك نمایشگر رادیواکتیو و کامپیوتر، الگوی انتشاری رادیواکتیو قسمت های مختلف عضله قلب را ثبت می کنند. تفاوت های محلی در غلظت های مواد رادیوایزوتوپ و مقادیری که مواد رادیوایزوتوپ محو می شوند با اندازه گیری جریانهای خون نابرابر مربوط به باریک شدن عروق کرونر یا ناتوانی در جذب آن توسط عضله قلب آسیب دیده مشخص می شوند.

• دقیق ترین راه ارزیابی با عروق کرونر آنژیوگرام است که تصویر با اشعه X از رگهای کرونر است. لوله ای (يك کاتتر) به داخل شریان کتساله ران یا ساعد فرستاده شده و داخل سیستم شریانی به سمت جلو هدایت می شود تا بیکی از رگهای کرونری اصلی برسد. مایعی که با اشعه X نشان داده می شود (ماده حاجب یا رنگ) تزریق می گردد. تصویر با اشعه X از انتشار آن، رگهای کرونر و تنگی آنها را نشان می دهد.

(ه) درد قلبی چگونه درمان می شود؟

• بیماری زمینه ای شریان کرونری که باعث درد قلبی شده باید با کنترل عوامل خطر ساز موجود درمان شود. این موارد شامل فشار خون بالا، مصرف سیگار، سطح بالای کلسترول خون و اضافه وزن می باشد. در صورتیکه پزشک دارویی را برای کاهش فشار خون تجویز کرده باید طبق دستور مصرف شود. توصیه های لازم در مورد چگونگی کنترل وزن، سطح کلسترول خون و فشار خون باید انجام شود. پزشک میتواند برای ترك سیگار نیز به بیمار كمك کند.

• برداشتن این گامها باعث کاهش خطر تبدیل بیماری عروق کرونر به حمله قلبی می شود. بیشتر مبتلایان به آنزین می آموزند چگونه فعالیتهای زندگی شان را تنظیم کنند تا دوره های درد قلبی به حداقل برسد و در این راه احتیاطات زیاد و استفاده از داروها در صورت لزوم را مدنظر قرار می دهند. معمولاً اولین خط دفاع شامل تغییر عادات زندگی فرد برای جلوگیری از ایجاد حمله قلبی می باشد. کنترل فعالیت بدنی، تطبیق با عادات خوب غذایی، تعدیل مصرف الکل، و عدم مصرف سیگار برخی از احتیاطات هستند که به بیماران كمك می کنند تا راحت تر زندگی کنند و به درد قلبی کمتری دچار شوند. مثلاً، اگر درد قلبی در حین فعالیت های شدید بدنی ایجاد می شود از شدت فعالیت ها کم کنند ولی آنها را انجام دهند. اگر درد قلبی بعد از مصرف غذای سنگین ایجاد می شود، از مصرف غذاهای حجیم و سنگین که باعث احساس گرفتگی می شوند پرهیز کنند. کنترل وزن، کاهش میزان چربی رژیم غذایی و پرهیز از موقعیت های ناراحت کننده روحی نیز میتواند كمك کننده باشد.

• درد قلبی معمولاً بوسیله داروها کنترل می شود. بیشترین دارویی که تجویز می شود نیتروگلیسرین است که درد را بوسیله گشاد کردن رگها کاهش می دهد. این عمل باعث افزایش جریان خون عضله قلب شده و حجم کار قلب را کاهش می دهد. نیتروگلیسرین زمانی که احساس ناراحتی ایجاد شده یا مورد انتظار است مصرف می شود. پزشکان در مورد داروهای دیگر توصیه به مصرف منظم برای کاهش کار قلب می کنند.

بتا بلوکرها ضربان قلب را آهسته تر نموده و نیروی انقباضی عضله قلب را کاهش می دهند. بلوک کننده های کانال کلسیم نیز در کاهش دفعات و شدت حملات درد قلبی مؤثر هستند.

ی) در صورتیکه داروها قادر به کنترل درد قلبی نباشند چه باید کرد؟

▪ پزشکان ممکن است جراحی یا آنژیوپلاستی را در صورت عدم موفقیت داروهای بهبود درد قلبی توصیه کنند. عمل جراحی پیوند رگهای کرونر عملی است که رگ خونی به پای رگ مسدود شده پیوند می شود تا خون به عضله قلبی جریان پیدا کند. از رگهای داخل قفسه سینه (پیوند شریان پستانانی داخلی) یا ورید بلندی از پا (پیوند ورید صافن) میتوان استفاده کرد.

▪ آنژیوپلاستی با بالن شامل قرار دادن کاتتری با بالن کوچک در انتهای آن به داخل رگهای ساعد یا کشاله ران می باشد. بالن به آهستگی باد شده تا رگ را در محلی که دچار تنگی شده باز کند سایر روشهای کاتتری که برای باز کردن رگهای کرونری تنگ شده استفاده می شوند شامل لیزر و وسایل مکانیکی هستند که با همان اهداف کاتتر استفاده می شوند.

ر) آیا فرد مبتلا به درد قلبی می تواند ورزش کند؟

▪ بله، مهم است که با پزشک در مورد برنامه ورزش همکاری کنید. ورزش می تواند سطح فعالیتها بدون درد را افزایش دهد، استرس را کاهش دهد و خونرسانی قلب را بهبود بخشیده و به کنترل وزن کمک کند. فرد مبتلا به درد قلبی باید برنامه ورزش را تنها با توصیه پزشک آغاز کند. بسیاری پزشکان به بیماران مبتلا به درد قلبی توصیه می کنند به تدریج به فعالیت بدنی بپردازند، مثلاً با ۵ دقیقه پیاده روی در روز شروع کنند و در عرض هفته ها و ماههای آتی به ۳۰ دقیقه تا یک ساعت برسند. ایده این مورد افزایش تدریجی و مداوم به جای فعالیت شدید ناگهانی است.

ز) تفاوت درد قلبی پایدار و ناپایدار چیست؟

▪ مهم است که بین الگوهای رایج درد قلبی پایدار و ناپایدار تمایز قائل شویم. درد قلبی معمولاً به صورت الگوی منظم یا مشخصی اتفاق می افتد. معمولاً شخص پس از وقوع دوره های متعددی متوجه می شود که مبتلا به درد قلبی است و الگوی آن مشخص می گردد. سطح استرسی که باعث آغاز درد قلبی می شود تا حدودی قابل پیش بینی است و الگوها فقط اندکی تغییر می کنند. این، درد قلبی پایدار است که شایع ترین حالت می باشد.

▪ علیرغم بروز تدریجی، درد قلبی ممکن است در ابتدا به صورت دوره های شدید یا با تکرار زیاد بروز کند. یا الگوی پایدار درد قلبی ممکن است تغییر کند و با فعالیت بدنی کمتری نسبت به گذشته ظاهر شود یا در حین استراحت بروز کند. درد قلبی در این حالات به نام درد قلبی ناپایدار شناخته می شود و نیاز به توجه پزشکی دارد.

▪ اصطلاح درد قلبی ناپایدار در مواردی که علائم مشکوک حمله قلبی وجود دارد ولی آزمایشات بیمارستانی این تشخیص را تأیید نمی کنند. استفاده می شود. مثلاً بیمار ممکن است درد قفسه صدری معمولی ولی طول کشیده داشته باشد و پاسخ آن به استراحت و داروها ضعیف باشد ولی شواهدی دال بر تخریب عضله قلب در نوار قلب یا آزمایشات آنزیمهای قلبی وجود نداشته باشد.

ز) آیا انواع دیگری از درد قلبی وجود دارد؟

▪ دو نوع دیگر درد قلبی وجود دارد. یکی از آنها که مدت زیادی است شناخته شده ولی بسیار نادر است به نام آنژین پرینژمتال یا متغیر می باشد. این نوع به علت انقباض عروقی که باعث تنگ شدن عروق کرونری می شود و جریان خون به قلب را کاهش می دهد بوجود می آید. نوع دیگر تازه کشف شده است و آنژین میکرو واسکولر خوانده می شود. بیماران در این وضعیت دچار درد سینه می شوند ولی انسداد واضحی در عروق کرونر دیده نمی شود. پزشکان دریافته اند که درد به علت عملکرد ضعیف رگهای ریز خون که قلب را تغذیه می کنند و به دستها و پاها نیز می روند بوجود می آیند. آنژین میکرو واسکولر را میتوان با برخی داروهای مورد مصرف درد قلبی درمان نمود.

منبع : میکرو فارسی

<http://vista.ir/?view=article&id=239684>

 Vista.ir
Online Classified Service

بیماری‌های قلب و عروق

بیماری‌های قلب و عروق به قدری شایع هستند که عامه مردم با علایم آن آشنایی دارند. بسیاری از مردم حالت‌های گوناگونی را که در زندگی روزمره با آن مواجه‌اند به اشتباه به بیماری‌های قلبی عروقی نسبت می‌دهند. به عنوان مثال تنگی نفس که یکی از تظاهرات نارسایی قلب است مشخصه بیماری‌های دیگری مثل چاقی شدید، بیماری‌های ریوی و اضطراب هم هست.

به دلیل وحشت فراگیری که از بیماری قلبی در عموم مردم وجود دارد حتی اشخاصی که از لحاظ قلب و عروق سالم هستند، گاهی علایمی شبیه به بیماری‌های قلبی را بروز می‌دهند که ناشی از نوعی تلقین ذهنی است. این تلقین در اطرافیان و آشنایان و بیمارانی که بیماری قلبی در آنها به اثبات رسیده و به خصوص کسانی که سکته قلبی یا انفارکتوس جدی را تجربه کرده‌اند، اغلب باعث وحشت می‌شود. اینجاست که نگرانی‌ها اوج می‌گیرد و پرسش‌ها شروع می‌شود. آیا قلب من هم گشاد شده؟ من خیلی حرص و جوش می‌خورم، این استرس‌ها قلبم را گشاد می‌کند؟ برای یافتن پاسخ این پرسش‌ها و برطرف کردن نگرانی‌هایتان گفت و گویی با دکتر ارشمیدس صنعتی، متخصص قلب و عروق داشتیم.

• آقای دکتر، منظور از گشادی قلب چیست؟

▪ قلب چهار حفره دارد؛ دو حفره در بالا به نام دهلیز و دو حفره در پایین به

نام بطن. قلب را می‌توان به دو قسمت قلب راست و قلب چپ نیز تقسیم کرد. قلب راست خون کم اکسیژن را به ریه‌ها می‌برد و سپس خون اکسیژن‌دار از ریه‌ها به قلب چپ برمی‌گردد و از آنجا به تمام بدن پمپاژ می‌شود. هر کدام از این حفره‌ها ممکن است دچار گشادی بشوند.

• به چه دلیل حفره‌ها گشاد می‌شوند؟

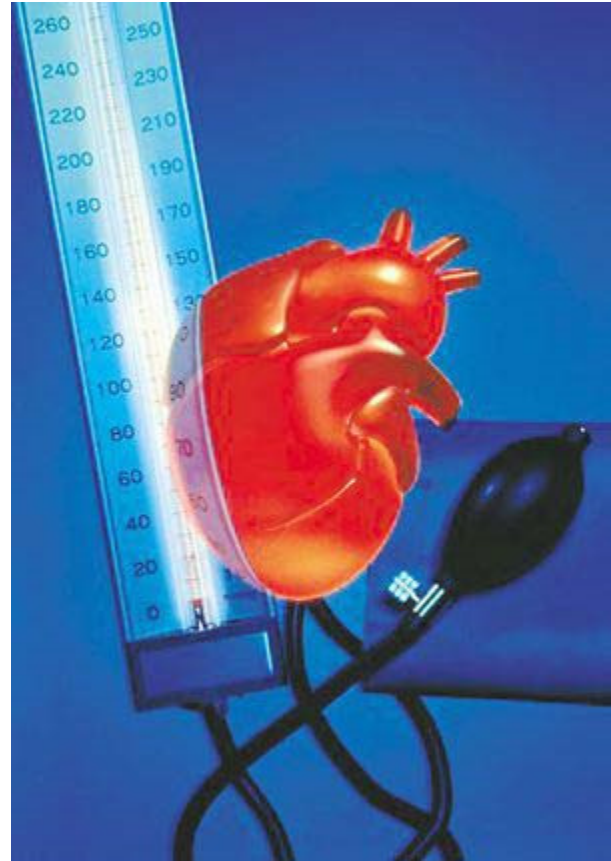
▪ هر کدام از حفره‌ها به دلیل بیماری‌های به خصوصی دچار گشادی می‌شوند ولی گشادی که در میان عوام شناخته شده و مورد بحث است، گشادی بطن چپ است.

• منظورتان این است که بقیه حفره‌ها دچار گشادی نمی‌شوند؟

▪ چرا ولی ما گشادی بطن چپ را بیشتر از بقیه حفره‌ها مد نظر داریم و اصطلاح گشادی قلب را برای آن به کار می‌بریم. این گشادی به نارسایی قلب منجر می‌شود اما بقیه حفره‌ها هم گشاد می‌شوند. به طور مثال دهلیز چپ به دلیل تنگی یا نارسایی دریچه میترال (که بین دو حفره دهلیز و بطن چپ قرار دارد) گشاد می‌شود و یا دهلیز راست قلب که بر اثر تنگی و نارسایی دریچه سه لته (دریچه‌ای است بین دهلیز و بطن راست) ممکن است دچار گشادی شود. گشادی بطن چپ و بطن راست هم به ترتیب می‌توانند به دلیل نارسایی و تنگی دریچه آئورت و دریچه پولمونر اتفاق بیفتند.

• چرا اگر به مشکلات دریچه‌ای قلب مبتلا شویم حفره‌های قلبمان گشاد می‌شوند؟

▪ چون زمانی که قلب دریچه نارسا و ناکارآمد دارد، برای غلبه بر این مشکل خودش مجبور است فعالیت بیشتری بکند. به این معنی که یک فشار



مضعف به عضله قلب وارد می‌شود. قدرت انقباض عضله، افزایش می‌یابد و این فعالیت اضافه سبب می‌شود که رشته‌های عضلانی قلب بعد از مدتی کش بیابند. با ادامه این روند و کش آمدن عضلات قلب، خاصیت انقباض طبیعی قلب افت می‌کند و پمپاژ خون به طور صحیح و درست صورت نمی‌گیرد. در نتیجه خون بیشتری در حفره قلب که دریچه‌اش خراب است، باقی می‌ماند و آن حفره به مرور گشاد می‌شود.

• به غیر از مشکلات دریچه‌ای، دیگر چه عللی موجب گشادی قلب می‌شوند؟

• یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی که می‌توانیم نام ببریم، بیماری‌های ایسکمی قلب هستند. یعنی بیماری‌هایی که موجب تنگی رگ‌های قلب می‌شوند و خون‌رسانی به عضله قلب را مختل می‌کنند. اگر خون به عضله قلب نرسد، درواقع تغذیه و اکسیژن‌رسانی به عضله مختل می‌شود و عضله قلب دچار سکنه یا انفارکتوس می‌شود.

• این سکنه که توضیح دادید چه تاثیری روی گشادی حفره دارد؟

• بعد از سکنه قلبی در يك کلام عضله قلب در ناحیه سکنه از بین می‌رود. خاصیت انقباض خودش را از دست می‌دهد و سفت می‌شود. در اینجا باز هم قلب باید با يك مکانیسم جبرانی به کار خودش ادامه بدهد و باوجود از بین رفتن نسج طبیعی عضله در آن ناحیه، باید وظایف خون‌رسانی را انجام دهد. در نتیجه به دنبال فعالیت مضاعف دچار گشادی می‌شود.

• در این مثال‌هایی که ذکر کردید، يك نقص و بیماری در قلب وجود داشت. قلب مجبور بود برای جبران، فعالیت اضافه داشته باشد و در نتیجه گشاد می‌شد. آیا بیماری وجود دارد که مستقیماً قلب‌مان را گشاد کند؟

• بله، قلب در اثر يك سری عوامل ناشناخته ژنتیکی و یا ویروسی دچار گشادی می‌شود. این گشادی به صورت یکنواخت در حفره قلب اتفاق می‌افتد. به این بیماری کاردیومیوپاتی یا درگیری عضله قلب می‌گوییم. علاوه بر مسائل ژنتیک و يك سری ویروس‌ها، این بیماری در اثر عوامل ناشناخته‌ای هم ممکن است به وجود آید. این بیماری عضله قلب را درگیر می‌کند و آن را دچار گشادی می‌کند. هر جا عضله بیشتری داشته باشد، درگیری و گشادی در آن عضله بیشتر اتفاق می‌افتد.

• آیا فشار خون هم می‌تواند به گشادی قلب منجر شود؟

• بله فشارخون هم مثل مشکلات دریچه‌ای و یا تنگی عروق قلبی، با دو مکانیسم می‌تواند در نهایت به گشادی قلب منجر شود. یکی به خاطر اینکه خود عامل فشارخون، مثل سیگار و چربی بالا جزو ریسک‌های به وجود آورنده بیماری‌های ایسکمی یا همان تنگ شدن عروق قلبی است و طی همان مراحل که گفتیم می‌تواند به گشادی قلب بینجامد.

• مکانیسم دوم چیست؟

• فشارخون موجب می‌شود به عضله بطن چپ قلب فشار مزمن وارد شود، یعنی در درازمدت اگر به آن توجه نشده و درمان نشود، سبب گشادی قلب می‌شود.

• آیا به غیر از مواردی که ذکر کردید علل دیگری هم برای بروز گشادی قلب داریم؟

• بله، بیماری‌های زیادی هستند که می‌توانند با درگیر کردن دریچه‌های قلب، در نهایت به بروز این مشکل کمک کنند، مثل تب روماتیسمی. بیماری‌های هورمونی هم مثل هیپوتیروئیدی یا کاهش فعالیت غده تیروئید در نهایت به دلایلی به صورت غیرمستقیم می‌توانند موجب گشادی قلب بشوند.

• بیماری‌های کلیوی چگونه؟

• بیماری‌های کلیوی خود به خود و مستقیم به گشادی قلب منجر نمی‌شوند اما بیماران دیالیزی به دلیل عملکرد نادرست کلیه‌های خود را از دست داده‌اند، تصفیه خون در آنها به درستی انجام نمی‌شود. موادمسمی مثل اوره در خون بالا می‌رود و قلب مجبور است بیشتر فعالیت کند، در نتیجه بزرگ و گشاد می‌شود. علاوه بر این، بیماران دیالیزی به مشکل فشارخون هم دچار می‌شوند که موجب گشادی قلب می‌شود.

• حاملگی چگونه؟ آیا ممکن است به دلیل حاملگی، قلب گشاد شود؟

• در موارد نادری که خوشبختانه درصد خیلی کمی است (۵,۰ در ۱۰۰۰ نفر) به گشادی قلب منجر می‌شود. این افراد در اواخر حاملگی و یا تا شش ماه بعد از وضع حمل، به دلایل ناشناخته که هنوز مشخص نشده به این بیماری مبتلا می‌شوند.

• آیا جنسیت و سن افراد هم در این بیماری موثر است؟

• گشادی قلب اگر به دلیل بیماری عضله قلب باشد در هر دو جنس مرد و زن مشابه است. افراد به طور معمول در سنین میانسالی بیشتر به آن

مبتلا می‌شوند. البته از سن نوجوانی، جوانی و میانسالی به دلایل ژنتیک، ویروسی یا همان‌طور که گفتیم به دلایل ناشناخته ممکن است اتفاق بیفتد، اما در مورد گشادی قلب که به دلیل وجود يك بیماری زمینه‌ای مثل تنگی عروق (بیماری‌های ایسکمی) اتفاق می‌افتد، در سنین بالای ۵۰ سال و در آقایان بیشتر دیده می‌شود.

• به چه دلیل؟

• چون زمان شیوع بیماری‌های تنگی عروق پیشرفته قلبی از سن ۵۰ سالگی است و آقایان بیشتر به این بیماری‌ها مبتلا می‌شوند. همان‌طور که پیش از این گفتیم، شایع‌ترین علت گشادی قلب، بیماری‌های ایسکمی (تنگی عروق) هستند.

• روش تشخیص بیماری گشادی حفرات قلب چگونه است؟

• اولین راه تشخیصی، معاینه کامل بیمار است. از موارد متوسط تا پیشرفته گشادی قلب با این روش قابل تشخیص است. در موارد خفیف گشادی قلب هم بهترین و موثرترین روش انجام اکو است.

• فردی که دچار گشادی قلب است چه علایمی دارد؟

• افرادی که بطن چپ قلبشان گشاد است معمولاً قادر به فعالیت هستند اما به زودی خسته می‌شوند. دچار تپش و تنگی‌نفس می‌شوند و باید استراحت کنند. اگر بطن راست قلب گشاد شده باشد بیمار اصلاً قادر به فعالیت نیست. البته بیماری‌هایی که به گشادی بطن راست منجر می‌شوند، کم هستند.

• آیا می‌توانیم برای پیشگیری از گشادی حفرات قلب اقداماتی بکنیم؟

• اگر فردی، زمینه‌های ابتلا به بیماری‌های ذکر شده را که باعث گشادی قلب می‌شوند داشته باشد، می‌توانیم با تغییر روش زندگی و شرایط تغذیه بیمار، روند پیشرفت بیماری را کندتر کنیم. تغذیه متناسب و نوع شیوه زندگی، استراحت خوب و داشتن فعالیت مناسب با سن و سال، به همه افراد کمک می‌کند تا از بروز بیماری‌های قلبی آنها جلوگیری شود.

• درمان گشادی قلب به چه صورت است؟

• راه درمان گشادی قلب درمان عامل زمینه‌ساز آن است. اگر علت بیماری مشکلات دریچه‌ای باشد، با رفع مشکل مثلاً تعویض دریچه، اقدام به درمان گشادی قلب به صورت غیرمستقیم می‌کنیم. یا اگر مشکل زمینه‌ساز گشادی، ایسکمی (تنگی عروق) باشد، از طریق تجویز دارو، آنژیوپلاستی و به هر حال درمان ایسکمی، در جهت رفع گشادی قلب اقدام می‌کنیم. اما در مورد گشادی قلب به دنبال کاردیومیوپاتی (عضله قلب) اولین راه درمان، استراحت است. در این مورد، درمان قاطعی نداریم و بیمار باید دارودرمانی شود و در صورت موارد پیشرفته‌تر برای پیوند قلب اقدام کنیم.

• یعنی با استراحت می‌شود جلوی انجام پیوند قلب را گرفت؟

• خیر، در بیماران مبتلا به مشکلات عضله‌ای قلب (کاردیومیوپاتی) که گشادی قلب رخ می‌دهد، متأسفانه در خیلی مواقع درمان قاطع نداریم. با استراحت، درواقع قلب، فرصتی می‌یابد که خودش را دوباره بسازد. قلب گشاد شده مثل يك اسب خسته است که نیاز دارد با استراحت قوای از دست رفته را بازیابی کند.

• آیا می‌توانیم زودتر از بروز مشکل، آن را کشف و بررسی کنیم؟

• بله. همیشه پیشگیری از درمان بهتر است. پرسش خوبی است. اگر والدین در رفتارها و فعالیت‌های اطفال خود دقت کنند، به موقع بیماری تشخیص داده می‌شود و با درمان به موقع آنها، از عوارض بعدی جلوگیری می‌شود. به طور مثال نارسایی قلبی در موارد متوسط تا پیشرفته حتی با معاینه کامل از سوی متخصص اطفال به خوبی قابل تشخیص و درمان است، اما موارد خفیف با درایت پزشک و گزارش صحیح و دقیق والدین تشخیص داده می‌شود.

• والدین به چه موضوعی باید دقت کنند و آن را به پزشک گزارش بدهند؟

• گاهی، بچه‌ها حال عمومی خوبی دارند اما در زمان فعالیت و بازی خیلی زودتر از همسن و سالان خود خسته می‌شوند. با کنترل مرتب فرزندانمان، بیماری‌های مادرزادی مثل نارسایی دریچه آئورت را می‌توان زودتر تشخیص داد و درمان کرد.

• خانم باردار چه‌طور؟ آیا کسانی که مشکلات خفیف دریچه‌ای مثل پرولاپس دارند باید قبل از بارداری به متخصص قلب مراجعه کنند؟

• آن دسته از خانم‌هایی که می‌دانند پرولاپس دریچه دارند، قبل و حین حاملگی باید بررسی بشوند که آیا این مشکل با نارسایی هم توأم است یا

نه. اگر هم با نارسایی همراه باشد باید کنترل شود که این افراد در حین زایمان از آنتی‌بیوتیک استفاده کنند تا درجه آنها دچار عفونت نشود.

• افرادی که نمی‌دانند مشکل درجه یا هر مشکل قلبی دیگر دارند چه‌طور؟

• این دسته از خانم‌های حامله باید میزان فعالیت‌شان را با قبل از حاملگی مقایسه کنند.

اگر به طور واضح این فعالیت‌ها محدود شده باشد و در حین آن تنگی نفس و تهش و درد در ناحیه سینه و بین دو کتف در پشت داشته باشند، باید با متخصص قلب مشورت کنند، چون تغییرات هورمونی در زمان بارداری باعث می‌شود نسج درجه میترا ل حالت شل تری پیدا کند. پس بروز يك سری حالات مثل تهش قلب و مقدار کمی تنگی نفس طبیعی است، به شرطی که تفاوت فاحشی بین توانایی فرد در قبل و حین حاملگی وجود نداشته باشد.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=245348>



پایین آوردن کلسترول

انواع مختلفی از چربی‌ها در خون وجود دارند که معروفترین آنها کلسترول می باشد اما نوع دیگری از چربی‌ها هم وجود دارند که به آن گفته "تری گلیسیرید" می شود و نقش مهمی در بروز بیماری کرونری قلب دارد.

کلسترول بعنوان يك علت بیماری قلبی و عروقی دارای شهرت بدی می باشد، اما در حقیقت کلسترول دارای چند عملکرد ضروری در بدن می‌باشد و هیچکسی نمی تواند بدون وجود کلسترول در بدنش، زندگی کند. کلسترول در کبد ساخته می شود و در غشاء سلولها از آنها استفاده می گردد تا صفرا را ساخته و هورمونها را ایجاد نماید. بنابراین حتی اگر شما هیچ کلسترولی در رژیم غذایی تان نباشد، همیشه مقداری کلسترول در خونتان وجود خواهد داشت.

در عمل، اکثر رژیم های غذایی در کشورهای غربی یا پیشرفته شامل مقادیر زیادی از چربی های حیوانی است که در بدن به کلسترول تبدیل می شود. این چربی ها توسط معده و روده ها جذب شده و به کبد می روند. در کبد، چربی ها تجزیه شده و از طریق گردش خون به سراسر بدن می روند تا تولید انرژی نمایند یا در سلولهای چربی بدن ذخیره شوند. چربی به صورت قطعات کوچکی حاوی ترکیباتی از کلسترول و سایر چربیها در گردش خون منتقل می گردد.

وقتی پزشك برای شما آزمایش کلسترول خون درخواست می کند، آزمایشگاه معمولاً چندین نوع چربی دیگر را هم اندازه گیری خواهد کرد. مقدار کلسترول کامل (توتال) از دو قسمت تشکیل می شود: ۱- LDL و ۲- HDL.

کلسترول LDL را اصطلاحاً "کلسترول بد" می نامند زیرا اگر مقدار آن خیلی بالا برود باعث می شود که در دیواره شریانها رسوب کرده و ایجاد "آتروما" نماید. حدود دو سوم کلسترول موجود در خون از نوع LDL می باشد.

از سوی دیگر به کلسترول HDL، "کلسترول خوب" می گویند زیرا هرچه مقدار این نوع کلسترول بیشتر باشد، احتمال کمتری وجود دارد که شما به بیماری قلبی مبتلا شوید. خانمها مقدار بیشتری HDL نسبت به آقایان دارند اما این تفاوت معمولاً بعد از یائسگی از بین می رود.

تری گلیسیریدها سومین نوع چربی هستند که در آزمایش خون اندازه گیری میشوند. تری گلیسیریدها اکثر چربیهای موجود در سلولهای چربی بدن شما را تشکیل می دهند و وقتی از این سلولها آزاد می شوند برای فعالیتها روزانه شما، انرژی ایجاد می کنند. گرچه تری گلیسیریدها در رسوبات دیواره شریانها وجود دارند، اما میزان زیادی تری گلیسیرید خون، بطور غیرمستقیم با بروز بیماری کرونری قلب ارتباط دارد.

اکثر افرادی که به آنژین قلبی یا سکنه قلبی مبتلا هستند، دارای سطح بالایی از انواع چربی ها در خون می باشند که این وضعیت هم به علت خوردن چربی زیاد و هم به علت ارثی و ژنتیکی ایجاد میشود. با یک برنامه رژیم غذایی مناسب می توانیم تا حدود ۱۰ یا ۲۰ درصد از سطح چربی یا کلسترول خون را کاهش دهیم اما اگر بخواهیم بیش از این مقدار از این چربیها کم کنیم معمولاً مصرف داروهای پایین آورنده چربی ها ضروری می باشد.

پزشک شما ممکن است بیش از یک نوع دارو و برای کم کردن چربی شما تجویز نماید زیرا انواع داروها به روشهای مختلفی باعث کاهش چربی می شوند. با اینحال با وجود مصرف داروهای پایین آورنده چربی خون، به شما توصیه خواهد شد که از مقدار کلسترول رژیم غذایی تان بکاهید تا داروها اثر خود را به خوبی بگذارند.

استاتین ها

پیشرفت بزرگی که در درمان کلسترول در طی پنج سال اخیر ایجاد شده است، کشف گروهی از داروها به نام "استاتین ها" می باشد. استاتین ها با آهسته کردن فرآیند تولید کلسترول در کبد باعث کم شدن کلسترول خون می شوند. استاتین ها می توانند حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از مقدار کلسترول خون کم کنند و دارای عوارض ناچیزی هستند.

در تحقیقاتی که بر روی هزاران نفر از افرادی که از این داروها استفاده می کنند شده است، نشان داده شده که این کم کردن کلسترول باعث کاهش حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از خطر بروز سکنه قلبی در آینده می گردد. شایع ترین داروها از گروه استاتین ها که امروزه مصرف می شوند داروی "سیمواستاتین"، "لوواستاتین" و "پراواستاتین" می باشد.، گرچه امروزه چندین داروی دیگر از این گروه نیز به بازار دارویی وارد شده است.

این داروها معمولاً روزی یک بار خورده می شوند که آن نیز بهتر است همراه با غذای اصلی (ناهار یا شام) میل شود. عوارض جانبی این داروها بسیار کم می باشند اما گاهی اوقات ممکن است باعث التهاب عضلات بازوها و پاها شوند و ایجاد دردی شبیه به درد عضلات در هنگام آنفلوآنزا کنند. این دردها در چند هفته اول مصرف دارو ممکن است رخ دهند که در چنین مواردی باید سریعاً به پزشک اطلاع داده شود. با قطع مصرف این داروها، درد عضلات نیز بهبود می یابد. اگر شما در چند هفته اولی که دارو مصرف می کنید، هیچ مشکلی برایتان پیش نیاید، احتمال خیلی کمی دارد که بعدها دچار مشکل یا عوارض جانبی دارو شوید.

فیبرات ها

برای بعضی افراد، بویژه مبتلایان به مرض قند (دیابت)، چربی نوع تری گلیسیرید بیشتر از کلسترول باعث دردسر می شود. در این موارد از گروه دیگری از داروها به نام "فیبراتها" ممکن است استفاده شود. همانند گروه استاتین ها، این داروها نیز دارای عوارض جانبی اندکی هستند و بهتر است که همراه با غذای اصلی روز (ناهار یا شام) مصرف شوند. آنها نیز ممکن است باعث بروز دردهای عضلانی در هفته های اول مصرف دارو شوند. این داروها می توانند باعث پایین آوردن کلسترول به میزان ۱۰ تا ۱۵ درصد شوند و در همین حدود از مقدار خطر بروز بیماری کرونری قلب کم کنند. از داروهای این گروه که به طور شایعی استفاده می شوند می توان از "جمفیبروزیل" و "کلوپیبرات" نام برد.

رزین ها

داروهای گروه رزین ها با متصل شدن به کلسترول در روده ها و اثر گذشتن بر میزان جذب آنها در بدن، باعث کاهش کلسترول خون می گردند. این داروها به صورت پودر بوده و معمولاً با آب یا آب میوه، روزی یک بار یا دوبار مصرف می گردند. از آنجایی که این رزین ها جذب بدن نمی شوند، نمی توانند باعث ایجاد عوارض جانبی شدیدی شوند اما ممکن است باعث نفخ، آروغ یا یبوست در بعضی افراد شوند. رزین ها همچنین باعث کاهش بروز خطر سکنه های قلبی می شوند اما اثر آنها بسیار کمتر از استاتین ها می باشد و فقط حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از خطر بروز سکنه های قلبی را کم می کند. از این گروه از داروها می توان از داروی "کولستیرامین" نام برد که به صورت پودر می باشد.

اصلاح رژیم غذایی

تغییر در غذاهایی که شما به طور معمول در تمام طول عمرتان مصرف کرده اید ممکن است کار آسانی نباشد اما روش بسیار با اهمیتی در کاهش خطر بروز سکنه قلبی در آینده می باشد.

خوب غذا خوردن به این معنی نمی باشد که از خوردن غذاهایی که از آنها لذت می برید دست بکشید، و فقط غذاهایی که خرگوشها می خورند را بخورید!! اکثر افراد خیلی بیشتر از چربی ای که مورد نیاز آنها است مصرف می کنند (بخصوص چربی های حیوانی یا لبنی). کم خوردن این گونه چربی ها به سلامتی شما و خانواده تان کمک خواهد نمود. گوشت قرمز، پنیر، کره، خامه، شیر و ماست پرچرب بعلاوه روغنهایی که در پختن غذا

مصرف می شوند، همگی دارای "چربی های اشباع شده" هستند و بنابراین عاقلانه است که مصرف آنها را کم نماییم یا فقط در بعضی از موقعیتهای خاص (مثل جشن ها) از آنها استفاده نماییم.

به غیر از اینکه مقدار چربی رژیم غذایی خود کم می کنید، باید نوع چربی که مصرف می کنید نیز از انواع چربیهای اشباع نشده چندگانه باشد که معمولاً روغنهای مایع گیاهی را شامل می شوند و نیز از روغن زیتون نیز استفاده نمایید. اگر شما نمی دانید که روغنی که مصرف می کنید برای قلب مفید می باشد یا خیر، می توانید برچسب روی روغن را مطالعه نمایید و یا از يك متخصص تغذیه سؤال کنید، زیرا یکی، دو نوع از روغنهای گیاهی برای قلب مناسب نیستند. روغن نارگیل تقریباً به اندازه روغن حیوانی برای قلب ضرر دارد!

کم کردن چربی در رژیم غذایی معمولاً راه خوبی برای کم کردن وزن می باشد و بسیاری از افراد متوجه می شوند که با تغییر در رژیم غذایی شان، کمتر دچار سوء هاضمه می شوند. شما ممکن است در مورد میزان کلسترول خونتان نگرانی هایی داشته باشید و از خوردن غذاهای حاوی کلسترول مثل تخم مرغ، جگر، قلوه و صدف ماهی پرهیز نمایید. گرچه این غذاها حاوی مقداری کلسترول می باشند، اما احتمالاً برای اکثر افراد، منابع کم اهمیت تری نسبت به غذاهای دارای چربی های حیوانی زیاد می باشند. تغییر عمده دیگری که باعث بهبود رژیم غذایی از نقطه نظر سلامتی می شود، خوردن میوه و سبزیجات تا آنجایی که برایتان مقدور است، می باشد (حداقل پنج وعده خوردن میوه در روز). در صورتی که بتوانید مقدار غذاهای پرفیبر مثل نان سبوس دار و ماکارونی را در رژیم غذایی تان افزایش دهید، به يك رژیم خوب برای رسیدن به سلامت کامل بدن دست خواهید یافت.

خوشبختانه، صنایع غذایی شروع به درك اهمیت يك رژیم غذایی سالم کرده اند و امروزه کتابهای زیادی در مورد تغذیه به چاپ رسیده است. با اینحال، آن چیزی که اکثر نویسندگان این کتابها از آن چشم پوشی کرده اند این است که هر چه قیمت این غذاهای سالم بیشتر باشد اغلب فشار زیادی بر بودجه خانواده ها وارد خواهد کرد

چهار اقدام برای تغذیه صحیح

- از مقدار چربی مصرفی تان کم کنید.

- بجای چربی های حیوانی از چربی های گیاهی استفاده نمایید.

- از میوه ها و سبزیجات بیشتری استفاده کنید.

- در صورت لزوم با استفاده از رژیم غذایی مناسب اقدام به کم کردن وزن نمایید.

توقف استعمال دخانیات

مزایای توقف استعمال دخانیات، بسیار زیاد و واقعی می باشد و از همان لحظه ای که دست از سیگار کشیدن بر می دارید، این مزایا شروع می شود و پنج سال بعد از آن، خطر بروز يك سکت قلبی برای شما نصف خواهد شد. با این حال شما باید به طور کامل سیگار کشیدن را کنار بگذارید. فقط کم کردن تعداد سیگارها یا تغییر دادن نوع سیگارها یا کشیدن پیپ، کافی نخواهد بود زیرا این کارها فقط باعث کاهش کمی در بروز خطر سکت قلبی می شود.

حدود ۳۰ سال پیش، پزشکان به ارتباط بین بیماریهای قلبی و سیگار کشیدن پی بردند. تا آن موقع، خود پزشکان از افرادی بودند که به میزان خیلی زیادی سیگار یا پیپ می کشیدند ولی امروزه تعداد کمی از پزشکان به استعمال دخانیات روی می آورند.

بسیاری از افراد، هنگامی که در بیمارستان بستری هستند، سیگار کشیدن را کنار می گذارند اما وقتی که به خانه باز می گردند دوباره به استعمال دخانیات می پردازند. اگر شما از سنین نوجوانی شروع به سیگار کشیدن کرده اید، این وضعیت می تواند يك مشکل واقعی برای شما باشد.

بهترین راه ترك سیگار چیست؟ برای هر کسی، این راه از دیگری متفاوت خواهد بود. بعضی از افراد به این نتیجه رسیده اند که راحت ترین کار، متوقف کردن ناگهانی استعمال دخانیات است. اما بعضی دیگر معتقدند که باید به طور تدریجی تعداد سیگار را کم کرد تا به صفر رساند. قسمتی از مشکل، اعتیاد به نیکوتین موجود در سیگار می باشد که می توان با کمک آدامسهای حاوی نیکوتین بر این مشکل غلبه کرد. یکی از چیزهایی که باعث عدم ترك سیگار توسط افراد (بخصوص خانمها) می شود این مسئله است که بعد از ترك سیگار، وزن افراد کمی بالاتر می رود. ما هنوز مطمئن نیستیم که چرا این وضعیت پیش می آید. قطعاً بعد از ترك سیگار، اشتهاى افراد افزایش می یابد و بعضی از افراد برای اینکه میل به سیگار

کشیدن را در خود کم نمایند مبادرت به خوردن چیزهای شیرین می کنند. معمولاً در ۶ ماه اول بعد از ترك سیگار، وزن افراد کمی بالاتر می رود اما بعد از این مدت به تدریج کاهش می یابد.

کم کردن استرس ها و فشارهای عصبی

وقتی شما به آئین یا سکنه قلبی دچار می شوید، فرصت خوبی است که اولویت های زندگی تان را ارزیابی نمایید. شما ممکن است احساس نمایید که شغلی که قسمت عمده زندگی تان را در طی سالیان دراز، صرف آن نموده اید نسبت به خانواده تان، دوستانتان و سایر عالیقتان، کم اهمیت تر به نظر می رسد. گرچه هنوز هیچ مدرک علمی مبنی بر اینکه تغییر در نحوه زندگی می تواند باعث کاهش خطر سکنه قلبی شود یافت نشده است، اما قطعاً سبب بهبود کیفیت زندگی خواهد شد.

تمرینات ورزشی

تمرینات منظم ورزشی نیز برای سلامت شما مفید می باشد و می تواند شما را در مقابل بیماری کرونری قلب حفاظت نماید. تحقیقات زیادی در اروپا و آمریکا انجام شده که نشان می دهد که تمرینات منظم ورزشی (روزی ۲۰ دقیقه و هفته ای دو یا سه بار) می تواند باعث کاهش خطر بروز بیماریهای کرونری قلب شود.

اگر شما قبلاً دچار سکنه قلبی شده اید، در جلسات توان بخشی که در بیمارستان برایتان گذاشته خواهد شد، درباره چگونگی انجام این تمرینات ورزشی مطالبی یاد خواهید گرفت، اما در حقیقت هر کسی که دارای بیماری کرونری قلب می باشد ممکن است به تمرینات ورزشی بیشتری نیازمند باشد. اگر شما قبلاً هیچگاه ورزش نکرده اید و نمی دانید که چگونه این تمرینات را شروع نمایید، از پزشك خود در این مورد سؤال نمایید. نوع ورزشی که شما انجام می دهید احتمالاً اهمیتی نخواهد داشت به شرطی که بتواند به اندازه کافی، قلب و سیستم گردش خون را تحريك نماید. شما باید ورزشهایی که بیشتر به آنها علاقه دارید را انجام دهید. راه رفتن، شنا کردن، دویدن و تمرین در باشگاه، همگی می تواند بسیار مفید و كمك کننده باشند. اکثر افراد باید تمرینات خود را نسبتاً به آهستگی شروع کنند و به تدریج به میزان و شدت آن اضافه نمایند. اگر شما در يك باشگاه ورزش می کنید، به شما یاد خواهند داد که چگونه ابتدا باید بدنتان را گرم نمایید. اگر شما در هنگام تمرینات ورزشی احساس درد، سرگیجه یا تنگی نفس نمودید، تمرین را متوقف کرده و استراحت نمایید.

نحوه برخورد اورژانسی با يك سکنه قلبی

سکنه قلبی می تواند در هر جایی اتفاق بیفتد و هرکسی باید بداند که در چنین مواقعی که يك نفر غش کرده و دچار ایست قلبی شده است چه کار باید بکند. اگر خود شما یا فردی که همراه شما است دچار درد قلبی شده است که به نظر سکنه قلبی می آید، اقدامات زیر را انجام دهید:

- به حالت آرام بنشینید یا دراز بکشید.

- يك قرص زیربانی TNG مصرف نمایید و حدود ۵ دقیقه منتظر باقی بمانید.

- اگر بعد از ۵ یا ۱۰ دقیقه هنوز درد باقی بوده و یا اینکه بدتر شده بود، يك قرص زیربانی TNG دیگر مصرف نمایید.

- اگر این کار هم اثری نداشت، به اورژانس تلفن بزنید.

- يك قرص آسپرین را بجوید تا باعث شود خونتان شروع به رقیق تر شدن کند و از ایجاد لخته جلوگیری نماید (اگر به آسپرین حساسیت دارید از انجام این کار خودداری نمایید).

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205434>

 Vista.ir
Online Classified Service

• شرح بیماری

بیماری رینود یک اختلال اولیه دستگاه گردش خون است که جریان خون انگشتان دست و گاهی انگشتان پا را درگیر می‌سازد. پدیده رینود یک اختلال دستگاه گردش خون است که به‌عنوان عارضه‌ای از سایر بیماری‌ها بروز می‌کند. هر دو اختلال مذکور شریان‌های کوچک دست و پا را درگیر ساخته و در هر دو جنس دیده می‌شوند ولی در خانم‌های سنین ۴۰-۲۰ سال شایع‌ترند.

• علایم شایع

الف) علایم مراحل اولیه:

▪ رنگ‌پریدگی انگشتان هنگام مواجهه با سرما یا استرس. پس از رنگ‌پریدگی، حالت کبودی و سپس قرمزی انگشتان بروز می‌کند. درد،



کرختی و گزگز کردن با این تغییرات رنگ همراه است. گرما این علایم را تخفیف می‌دهد.

ب) علایم مراحل پیشرفته:

عفونت‌های مزمن اطراف ناخن‌های انگشتان دست و پا

بروز زخم در نوک انگشتان به دلیل ناکافی بودن جریان خون انگشتان علایم به‌تدریج در طی سال‌ها بارز می‌گردند. در مورد پدیده رینود علایم ممکن است ناگهانی آغاز گردند.

• علل

▪ انقباض شریان‌های تأمین‌کننده خونرسانی انگشتان دست و پا در اثر حساسیت بیش از حد به سرما. این حساسیت ممکن است ناشی از عملکرد ضعیف دستگاه خودایمنی باشد.

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ استرس

▪ استعمال دخانیات که باعث اختلال در جریان خون انتهاها می‌شود.

▪ آب و هوای سرد و مرطوب

▪ مشاغلی که با کار با وسایل سنگین دارای ارتعاش شدید، نظیر اهر برقی یا مته بادی در ارتباطند.

▪ اسکلودرمی، لوپوس اریتماتو یا سایر اختلالات بافت همبند

▪ بیماری برگز.

▪ بیماری قلب ناشی از بیماری ریوی

▪ مصرف برخی دارها از قبیل ترکیبات ارگوت، داروهای ضدپرفشاری خون، مسدودکننده‌های گیرنده آلفا و بتا آدرنژیک و مسدودکننده‌های کانال

کلسیم

• پیشگیری

▪ از استعمال دخانیات پرهیز کنید. تنباکو باعث شعله‌ور شدن این اختلال می‌گردد. این بیماری در بین افراد غیرسیگاری نادر است.

▪ اقدام برای درمان طبیی بیماری‌های ذکرشده به‌عنوان علت بیماری

▪ از تماس با دود سیگار افراد دیگر نیز اجتناب کنید.

• عواقب موردانتظار

▪ بیشتر افراد خود را به‌خوبی با این بیماری وفق داده و در صورت عدم بروز عوارض، طول عمر طبیعی خواهند داشت.

▪ حدوداً در نیمی از بیماران، بیماری پس از چند سال بهبود یافته یا به‌کلی برطرف می‌شود.

▪ پدیده رینود در صورت قابل علاج بودن علت زمینه‌ای آن، علاج‌پذیر است.

• عوارض احتمالی

▪ ضعف و کرختی دایمی انگشتان دست و پا

▪ قانقاریا و قطع انگشتان (تنها در موارد خیلی شدید بیماری)

▪ پدیده رینود ممکن است به سمت بیماری رینود پیشرفت نماید.

• درمان

(الف) اصول کلی

▪ بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل آزمایش‌های خون، رادیوگرافی دست‌ها و پاها، آزمون مواجهه با سرما (قرار دادن دست‌ها در آب با

دمای ۱۰-۱۵ درجه سانتیگراد)

▪ ترک استعمال دخانیات. با این کار علائم بهبود می‌یابند.

▪ خودداری از تماس با سرما به هر شکل، استفاده از دستکش هنگام کار در فضای باز یا هنگام کار با یخ یا غذاهای منجمد

▪ استفاده از کفش‌های مناسب و جوراب‌های پشمی

▪ دوری از موقعیت‌های استرس‌زا

▪ در صورت نقل مکان به یک نقطه آب و هوایی گرم برای زندگی

▪ تمرین‌های بازخورد زیستی جهت یادگیری طرز بالا بردن درجه حرارت پوست ممکن است کمک‌کننده باشد.

▪ جراحی بر روی اعصاب سمپاتیک عضو درگیر در موارد شدید بیماری

(ب) داروها

▪ داروهای گشادکننده عروق به منظور باز کردن شریان‌های کوچک و بهبود خونرسانی آنها

▪ داروهای آرامبخش به منظور کاهش استرس

(ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ محدودیتی وجود ندارد، مگر در ارتباط با پرهیز از سرما. در هنگام شرکت در ورزش‌های فعال از سرد شدن بدن جلوگیری کنید.

(د) رژیم غذایی

▪ رژیم خاصی نیاز نیست.

• درجه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علائم بیماری یا پدیده رینود باشید.

▪ تشدید ناراحتی یا وجود درمان

▪ ظاهر شدن زخم‌های غیرالتیام‌یابنده بر روی انگشتان دست یا پا

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241356>

 **vista.ir**
Online Classified Service

پرولاپس دریچه میترال

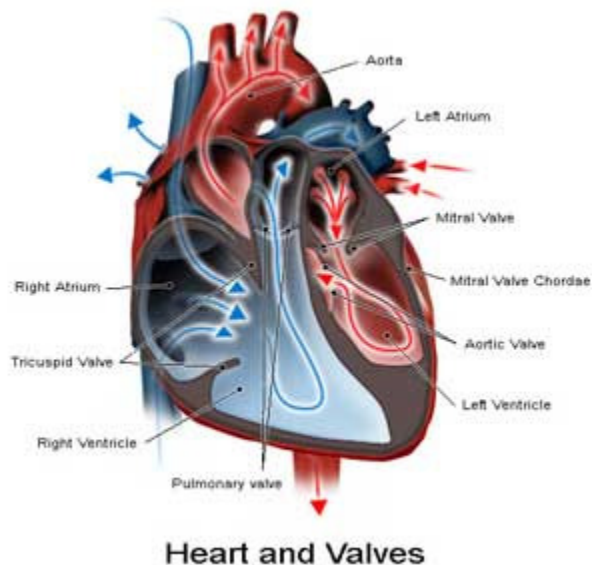
www.takbook.com

• شرح بیماری

پرولاپس دریچه میترال یک اختلال نسبتاً شایع و اغلب خوش‌خیم که در آن دریچه میترال (واقع در سمت چپ قلب) دارای ناهنجاری مختصر بوده و می‌تواند درجاتی از نشت دریچه‌ای (نارسایی میترال) را به همراه داشته باشد. پرولاپس دریچه میترال یک صدای قلبی خاص ایجاد می‌کند که ممکن است با گوشی پزشکی شنیده شود. این اختلال در خانم‌های جوان تا میانسال شایع‌تر است.

• علایم شایع

- اغلب علامتی وجود ندارد و این اختلال در طی یک معاینه معمول کشف می‌گردد.
- درد سینه (تیرکشنده، مبهم یا فشارنده)
- خستگی، کوتاهی نفس
- منگی



▪ اضطراب

- احساس سبکی سر هنگام برخاستن از حالت نشسته یا خوابیده
- تپش قلب

• علل

- علت این اختلال در بسیاری موارد ناشناخته است.
- بعضی شواهد نشان‌دهنده ارثی بودن این اختلال بوده‌اند.
- این اختلال ممکن است با بیماری‌های مادرزادی قلب همراه باشد.
- عوامل تشدید کننده بیماری
- وجود کاردیومیوپاتی، تب روماتیسمی یا بیماری عروق کرونر
- پیشگیری
- ندارد.
- عواقب موردانتظار
- معمولاً یک اختلال خوش‌خیم است که زندگی طبیعی را مختل نمی‌کند.

• عوارض احتمالی

- خطر بروز عوارض اندک است.
- نارسایی میترال (پس زدن خون از طریق دریچه میترال)
- به ندرت بروز عوارض زیر:
- الف) نارسایی احتقانی قلب
- ب) سکته مغزی
- ج) آندوکاردیت عفونی (التهاب پوشش داخلی قلب، به ویژه در ناحیه دریچه‌های قلبی)

• درمان

الف) اصول کلی

- برای اکثر بیماران درمانی نیاز نیست. ارزیابی بیشتر ممکن است هر ۲-۳ سال یکبار صورت گیرد.
- به ندرت جراحی دریچه قلب برای برخی بیماران خاص ممکن است در نظر گرفته شود.

- مصرف آنتی بیوتیک ها جهت هرگونه اعمال دندانپزشکی یا اقدامات جراحی بالقوه غیراستریل (مربوط به مجاری ادرار یا روده‌ها) توصیه می‌گردد.
- ب) داروها
- معمولاً دارویی نیاز نیست. در صورت وجود علائم (مثلاً درد سینه) داروهای قبلی یا سایر درمان‌ها ممکن است تجویز شود.
- ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- محدودیتی وجود ندارد
- د) رژیم غذایی
- رژیم خاصی نیاز نیست. میزان مصرف مایعات را در حد معمول توصیه شده حفظ کنید.
- در مورد بعضی علائم نظیر تهش قلب، قطع مصرف کافئین و الکل ممکن است سودمند باشد.
- درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علائم پرولاپس دریچه میترا باشد.

منبع : شبکه رشد

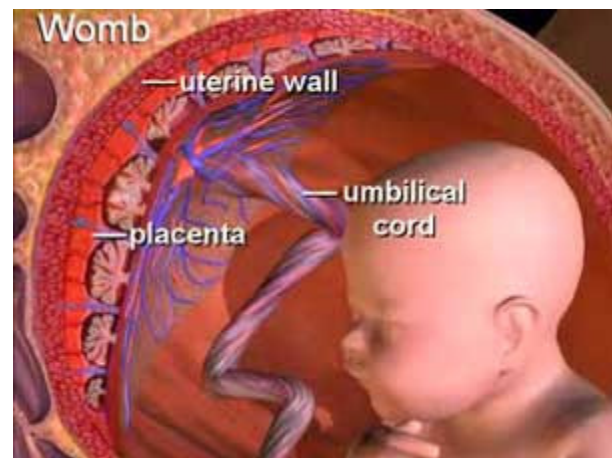
<http://vista.ir/?view=article&id=241367>



پره اکلامپسی و اکلامپسی

افزایش فشار خون در هنگام حاملگی پس از ۲۴ هفتگی به میزان ۱۴۰/۹۰ به اضافه ادم یا پروتینوری ویا هر دو(و در بعضی از حاملگی ها از هفته ۲۰ اتفاق می افتد) اگر تشنج به علائم پره اکلامپسی اضافه شود، اکلامپسی است.

- چه مادرانی در معرض پره اکلامپسی و اکلامپسی هستند؟
- نولی پارها (کسانی که تا به حال زایمان نداشته اند)
- حاملگی های چند قلو
- وجود سابقه فامیلی
- سن مادر کمتر از ۱۸ سال و یا بیشتر از ۳۵ سال
- مول هیداتی فرم (بچه خوره)



- هیدروپس فتالیس
- دیابت
- بیماری های کلیوی
- مزمن عروقی
- وزن زیاد
- وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامناسب

- کمبود کلسیم در مواد غذایی
- ناسازگاری های RH
- اتیولوژی (علت شناسی):
- مکانیزم ایجاد پره اکلامپسی نا مشخص است اما مهمترین فرضیه هایی که وجود دارد عبارتند از:
 - الف) وازو اسپاسم عروقی
 - ب) ناکافی بودن تغذیه
 - ج) ژنتیک
- کنترل مادر در شرایط پره اکلامپسی خفیف:
 - ویزیت ۳ بار در هفته
 - اندازه گیری فشار خون و آلبومین ادرار ۳ بار در هفته
 - کنترل وزن روزانه (یکی از علایم پره اکلامپسی افزایش وزن بیش از ۲ کیلو گرم در ماه است)
 - آموزش تغذیه
 - توصیه به استراحت
 - عوارض مادری پره اکلامپسی :
 - تشنج ، کما ، اختلالات انعقادی
 - عوارض جنینی پره اکلامپسی :
 - تاخیر رشد داخل رحمی یا IUGR ، آسفکسی (زجر جنینی)
 - رژیم غذایی روزانه مادر مبتلا به پره اکلامپسی:
 - پروتیین ۶۰ تا ۷۰ گرم :استفاده از تخم مرغ حداقل ۲ بار در هفته به استثنا کسانی که پره اکلامپسی شدید دارند و دارای سوزش سر دل می باشند
 - کلسیم ۱۲۰۰ میلی گرم
 - استفاده کافی از روی (موجود در ماهی)، منیزیم (موجود در سبزیجات به ویژه نخود سبز) و کلیه ویتامین ها
 - محدود کردن نمک نه قطع کامل آن زیرا قطع کامل باعث ایجاد ورم به علت پس زدن آب می کند.
 - از استفاده نمک خارجی مثل خوردن خیار با نمک و آجیل پرهیز شود.
 - نوشیدن ۶ تا ۸ لیوان آب
 - خودداری از مصرف الکل و کافیین
 - ویژگی های محیط استراحت مادر مبتلا به پره اکلامپسی:
 - محیطی آرام و بدون وجود عوامل محرک و با نور کم ، زیرا هر گونه عامل تحریک کننده ،محرک سیستم اعصاب مرکزی بوده و باعث تبدیل پره اکلامپسی به اکلامپسی خواهد شد.
 - همچنین آمادگی وسایل مخصوص اورژانس این بیماری (SUCTION ،اکسیژن ،دارو ها)لازمست.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241359>



پریکاردیت

• شرح بیماری

پریکاردیت حاد التهاب پریکارد (غشای نازک اطراف قلب). این بیماری مسری یا سرطانی نیست، مگر این که خود ناشی از گسترش یک سرطان در ناحیه دیگری از بدن باشد.

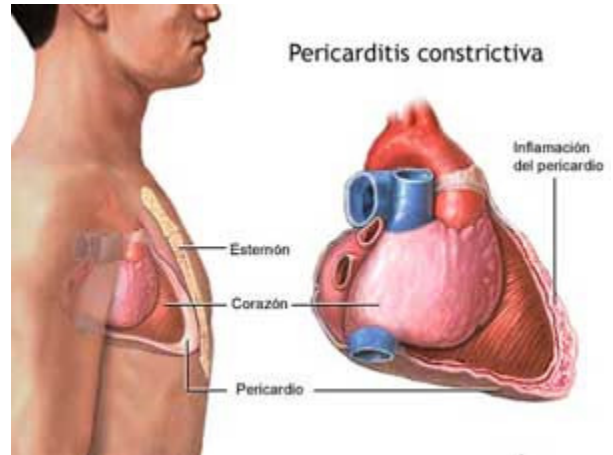
• علایم شایع

▪ درد مبهم یا تیز در قدام قفسه سینه با انتشار به گردن و شانه. درد با حرکت بدتر شده و با نشستن یا خم شدن به جلو تخفیف می‌یابد.

▪ تنفس سریع

▪ سرفه

▪ تب و لرز



▪ اضطراب

▪ مهمترین علایم این عارضه تنها با معاینه فیزیکی مشخص می‌گردند.

• علل

▪ گاهی علت آن نامشخص است. شایع‌ترین علل آن عبارتند از:

▪ عفونت ناشی از ویروس‌ها، باکتری‌ها، سل، آمیب، توکسوپلاسموز یا قارچ‌ها

▪ نارسایی مزمن کلیه

▪ عارضه یک حمله قلبی

▪ عارضه آسیب قفسه سینه شامل استفاده از کاتتر قلبی

▪ گسترش سرطان نواحی دیگر بدن به پریکارد

▪ داروها

▪ اشعه درمانی

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ بیماری اخیر، نظیر یک حمله قلبی، بیماری ویروسی یا تب روماتیسمی

▪ سابقه سل

• پیشگیری

▪ هیچ روش خاص پیشگیری جز درمان اختلالات زمینه‌ساز پریکاردیت وجود ندارد.

• عواقب مورد انتظار

▪ پریکاردیت معمولاً در عرض ۶ ماه بهبود می‌یابد به جز پریکاردیت ناشی از سرطان.

▪ پریکاردیت پس از بهبودی هیچ‌گونه اختلال عملکرد در پی نخواهد داشت.

• عوارض احتمالی

▪ پریکاردیت مزمن

▪ عود

▪ تراوش پریکاردی (تجمع مایع در کیسه پریکارد)

▪ تامپوناد قلبی (اختلال عملکرد قلبی ناشی از تراوش پریکاردی)

• درمان

الف) اصول کلی

- بررسی‌های تشخیص ممکن است شامل رادیوگرافی قفسه سینه، سی تی اسکن یا ام آر آی قفسه سینه، نوار قلب، اکو کاردیوگرافی، و کاتتریزاسیون قلبی باشد.
- پریکاردیوسنتز (کشیدن مایع از کیسه پریکارد) ممکن است به منظور تشخیص یا درمان عوارض انجام شود.
- مراقبت بیمار در منزل معمولاً کافی است مگر در صورت بروز عوارض. هدف درمان عبارتست از تخفیف علائم و کنترل بیماری زمینه‌ای
- برای تخفیف درد از بالشتک گرم‌کننده، کمپرس گرم بر روی قفسه سینه استفاده کنید.

ب) داروها

- درمان ضدالتهابی با آسپیرین معمولاً توصیه می‌شود.
- داروهای استروئیدی در موارد شدید پریکاردیت ممکن است تجویز شوند.
- در صورت عدم کنترل درد با آسپیرین، تجویز مسکن‌های قوی‌تر ممکن است لازم گردد.
- در صورت وجود عفونت باکتریایی از آنتی بیوتیک‌ها ممکن است استفاده شود. همچنین در موارد ▪ پریکاردیت قارچی، آمفوتریپسین بی و در پریکاردیت سلی، داروهای ضد سل تجویز می‌گردد.
- فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- تا زمان فروکش تب و درد در بستر استراحت نمایید.
- پس از آن فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری‌های خود را به تدریج از سر بگیرید.
- فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری جنسی را پس از برطرف شدن تب و درد می‌توانید از سر بگیرید.
- رژیم غذایی
- رژیم خاصی نیز نیست. در صورت وجود اضافه وزن رژیم لاغری توصیه می‌شود.
- درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علائم پریکاردیت باشید.
- بروز موارد زیر در طی درمان:

الف) تب

ب) کوتاهی نفس و ضربان قلب سریع

ج) سرفه خونی

د) کاهش وزن بدون توجیه

و) درد غیرقابل کنترل با داروهای متداول

ه) اگر دچار علائم جدید و غیرقابل توجیه شده اید. استروئیدهای تجویز شده برای درمان این اختلال ممکن است با عوارض جانبی به ویژه بی‌قراری همراه باشند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241380>

 **vista.ir**
Online Classified Service

هر وقت صحبت از بیماری‌های قلبی می‌شود به ناگاه افراد سالمند در ذهن مجسم می‌شوند. البته شاید چنین تفکری چندان نابه‌جا هم نباشد چرا که وقتی به بخش‌های قلب و عروق بیمارستان‌ها نگاه می‌کنید. بخش قابل توجهی از تخت‌ها توسط افراد سالخورده اشغال شده است. اما آیا واقعا افراد جوان از شر این بیماری‌ها در امان هستند؟ آیا تنها بر اساس سن و سال افراد می‌توان به راحتی وجود مشکلات قلبی را در آنها رد کرد؟

متأسفانه آمارها نشان می‌دهند که شیوع بیماری‌های قلبی در میان جوانان چندان کم نیست و شاید حتی طی سال‌های اخیر بیشتر هم شده باشد. دلایل متعددی برای این افزایش شیوع مطرح شده است اما مهمترین آنها نوع زندگی شهرنشینی است که با مسکون و بی‌تحریکی افراد و نیز افزایش استرس‌ها همراه است. به همین دلیل هر چه به پیش می‌رویم میانگین



سن افراد در زمان ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق پائین‌تر می‌آید. این مسائل عمدتاً درباره بیماری‌های عروق قلب صدق می‌کند اما باید توجه داشت که علل بیماری‌های قلبی متعددند و علاوه بر عروق قلب دیگر قسمت‌های قلب را نیز دربرمی‌گیرند.

• زمانی که دریچه‌ها شل می‌شوند

قلب در اصل از چهار حفره مختلف تشکیل شده است که در فاصله بین دو جفت از آنها و نیز در فاصله بین بطن‌ها و عروق بزرگ ریوی و آئورت دریچه‌هایی تعبیه شده‌اند. این دریچه‌ها گاهی دچار اختلال عملکرد می‌شوند و بنابراین مشکلات و علائم ناراحت کننده مختلفی را برای فرد بیمار ایجاد می‌کنند. بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها مادرزادی هستند و تعداد زیادی از آنها هم از تب رماتیسمی ناشی می‌شوند. موارد مادرزادی اکثراً در همان دوران کودکی خود را نشان می‌دهند اما ناشایع نیست که این اختلالات خفیف باشند و بنابراین تا دوران جوانی و حتی بزرگسالی علامت‌دار نشوند. از طرف دیگر، تب رماتیسمی عمدتاً یک بیماری دوران کودکی یا نوجوانی است. این بیماری که در واکنش به نوعی میکروب به نام استرپتوکوک ایجاد می‌شود می‌تواند اکثر دریچه‌های قلب را تخریب کند. پس اگر دو مورد قبل یعنی بیماری‌های مادرزادی دریچه‌های قلب و نیز تب رماتیسمی را در کنار هم در نظر بگیرید، می‌بینید که نه تنها این بیماری‌های قلبی مربوط به دوره سالمندی نیستند بلکه اکثراً در همان دوران کودکی و جوانی مشکل‌ساز می‌شوند. با این حساب احتمالاً به این حرف ما اعتقاد پیدا کرده‌اید که به هیچ عنوان جوان‌ها از بیماری‌های قلبی مصون نیستند.

• التهاب قلب

قلب هم گاهی مثل دیگر اعضای بدن دچار التهاب می‌شود. این التهابات در بسیاری از موارد ویروسی هستند اما گاهی هم میکروبی بوده و با در برخی موارد فاقد هیچ علت مشخصی هستند - خیلی از مواقع التهابات قلب به دنبال عفونت‌های ویروسی نظیر گلودردهای ویروسی ایجاد می‌شوند. با توجه به اینکه چنین التهاباتی در بچه‌ها و جوانان بسیار شایع است، پس مشکلات قلبی همراه با آنها نیز در بچه‌ها و جوانان ناشایع نیست. این بیماری‌ها با درد قفسه‌سینه (در صورت درگیری پرده پوشاننده قلب) و یا تنگی نفس (در صورت درگیری عضله قلب) خود را نشان می‌دهند اما ممکن است علائم دیگری مثل طپش قلب، تب و غیره هم وجود داشته باشد. تشخیص این بیماری‌ها در برخی موارد مشکل است، اما باز هم تأکید می‌کنم که مشکلات قلبی تنها مختص به افراد سالمند نیست.

• نامنظمی آهنگ

قلب به طور معمول بانظم و ترتیب خاصی می‌تپد اما گاهی این نظم و ترتیب به هم می‌خورد و در اصطلاح ریتم قلب نامرتب می‌شود. علل این حالت بسیار متعددند و از فشارخون بالا، پرکاری تیروئید و بیماری‌های دریچه‌ای و مادرزادی قلب گرفته تا اثرات داروها را شامل می‌شود. اما از آنجا که پرکاری تیروئید، فشارخون بالا، بیماری‌های دریچه‌ای و اثرات ناشی از مصرف داروها تنها مختص به افراد سالمند نیست و همان‌طور که پیش از

این گفته شد در جوانان و حتی کودکان هم ممکن است مشاهده شود، نامنظمی ریتم قلب هم ممکن است به دنبال آنها در افراد جوان ایجاد شود. نامنظمی و به هم خوردن آهنگ طبیعی ضربانات قلب اکثرا خود را به شکل احساس طپش قلب نشان می‌دهند اما ممکن است که گاهی بی‌علامت باشد و تنها از روی نوار قلبی که اتفاقی یا به دلیل دیگر گرفته شده است، تشخیص داده شود. پس این هم نوع دیگری از بیماری‌های قلبی است که ممکن است قبل از سنین بزرگسالی و سالمندی دیده شود.

• درگیری عروق کرونر

متأسفانه اکثر افراد فکر می‌کنند که تنگ شدن عروق قلب تنها در سنین بالا ایجاد می‌شود. اگر چه با افزایش سن و رسیدن به دوره سالمندی، بر شیوع این بیماری‌ها افزوده می‌شود اما دانشمندان امروزه معتقدند که روند تصلب شرائین از دوره جوانی و یا حتی کودکی آغاز می‌شود. این روند در نهایت به قدری پیشرفت می‌کند که با بستن عروق قلب منجر به سکته قلبی یا حداقل آنژین دردناک قفسه سینه می‌شود. عواملی که بروز این تصلب شرائین را تسریع می‌کنند به طور عمده شامل دیابت (مرض قند)، فشارخون بالا، مصرف دخانیات و نیز چربی خون بالاست. متأسفانه باید گفت به دنبال پیشرفت علمی و بروز پدیده شهرنشینی، به دو علت بیماری‌های چهارگانه مزبور رو به افزایش گذاشته‌اند: يك علت مهم رواج سکون و کم‌تحركی و زندگی بدون فعالیت است و علت دوم افزایش استرس‌ها، تنش‌ها و مشکلات عصبی است. همین مسائل به تدریج باعث شده‌اند که نسبت به دهه‌های قبل در حال حاضر سن ابتلا به تصلب شرائین و تنگ شدگی عروق کرونر بسیار کمتر از دهه‌های گذشته باشد. البته در این بین تغییر رژیم غذایی مردم هم بی‌تاثیر نیست. به همین دلیل الان در بیمارستان‌ها و مراکز تشخیصی و درمانی کم‌نمی‌بینیم مردان و حتی زنان ۲۵ تا ۳۵ ساله‌ای که به علت تنگی عروق کرونر قلب تحت آنژیوپلاستی با بالون و یا حتی جراحی بای‌پس عروق قلب قرار گرفته‌اند. همه این موارد گوشزد می‌کند که حتی جوان‌ها هم باید مراقب قلب خود باشند.

باید از دوران جوانی از طریق افزایش فعالیت‌های بدنی، کاهش استرس‌ها و فشارهای روانی و نیز داشتن يك رژیم غذایی مناسب از بروز تصلب شرائین پیشگیری کرد و تنها به انکای جوان بودن نباید فکر کنید که به چنین بیماری‌هایی مبتلا نمی‌شوید. از طرف دیگر باید به جوان‌ها اخطار دارد که تمام علائم خود را جدی بگیرند و هیچ وقت مطمئن نباشند که علائم آنها به علت سن پائین مربوط به قلب نیست. علاوه بر تصلب شرائین مشکلات دیگری نیز ممکن است برای عروق قلب ایجاد شوند. به طور طبیعی عروق قلب از روی عضله قلب عبور می‌کنند و هیچگاه به داخل آن نفوذ نمی‌کنند. اما گاهی اوقات به طور مادرزادی این عروق وارد بافت قلب می‌شوند. مشکل اینجاست که قلب دائم در حال انقباض است.

در پی هر انقباض عضله قلب به شدت سفت و محکم می‌شود و همین امر باعث می‌شود عروقی که از داخل نسنج این عضله عبور می‌کنند طی این انقباضات فشرده شوند. بدین ترتیب خونرسانی از طریق رگ مزبور قطع می‌شود و ممکن است حتی قسمت‌هایی از عضله قلب به علت نرسیدن خون کافی دچار سکته شوند. این وضعیت طی ورزش بدتر می‌شود چرا که طی ورزش قلب برای جبران نیازهای بدن به خون بیشتر، محکم‌تر و سریع‌تر می‌زند و این فشارها روی رگ مزبور از قبل هم بیشتر می‌شود. ورزشکارانی که طی ورزش دچار درد قفسه سینه می‌شوند و یا مواردی که ورزشکار حین ورزش فوت کرده است ممکن است به این بیماری دچار باشد. اما ماجرا به همین جا ختم نمی‌شود. بیماری‌های دیگری هم هستند که در دوران جوانی قلب را مبتلا می‌کنند. دسته‌ای از بیماری‌های قلبی وجود دارند که عضله قلب را مبتلا می‌کنند اما هنوز علت آنها مشخص نیست. به این بیماری‌ها در اصطلاح طبی کاردیومیوپاتی گفته می‌شود. کاردیومیوپاتی‌ها انواع مختلف دارند اما سه نوع اصلی دارند که در نوع اول یا نوع اتساعی قلب گشاده شده است، در نوع دوم یا نوع تحدیدی قلب سفت و انعطاف‌ناپذیر شده است و در نوع سوم یا نوع هیپرتروفیک، قلب ضخیم و فطور شده است. این بیماری‌ها هم در اکثر موارد در دوران جوانی و اوائل بزرگسالی ایجاد می‌شوند و باز هم نشان می‌دهند که الزاما نباید مسن و سالخورده بود تا به بیماری قلبی دچار شد.

• سوانح

اگر چه قلب در درون قفسه سینه که قفسه‌ای استخوانی است قرار گرفته است اما نمی‌توان گفت که به طور کامل از شر آسیب‌ها در امان است. در تصادفات اتومبیل ممکن است در صورت عدم استفاده از کمربند ایمنی قفسه سینه با چنان شدتی به فرمان اتومبیل برخورد کند که آسیب شدیدی به قلب وارد شود. از طرف دیگر قلب در خطر آسیب به دنبال چاقو خوردگی یا تیر خوردگی قفسه سینه و یا دیگر آسیب‌های نافذ هم هست. در این موارد ممکن است قلب شروع به خونریزی کند، این خون در داخل پرده اطراف قلب جمع شود و در نهایت به قدری حجم آن زیاد شود که از اطراف فشار شدیدی را به قلب وارد کند. این فشار شدید باعث می‌شود که قلب دیگر عملکرد مناسبی نداشته باشد و حتی وضعیت ممکن است به قدری شدید شود که اگر به طور اورژانسی بیمار درمان نشود، جان خود را از دست بدهد. باتوجه به اینکه همواره جوانان بیشتر از بقیه

سنین در معرض چنین سوانح و حوادثی هستند، این مشکلات قلب و عروق هم بالطبع در آنها بیشتر دیده می‌شود. مواردی که گفته شد تنها توضیح مختصر وسط‌حی از بیماری‌ها و حالاتی بود که می‌توانند در دوران جوانی باعث ابتلای قلب و عروق شوند اما حالات متعدد دیگری هم هستند که اگر چه شیوع کمتری دارند، اهمیت مشابهی در درگیری قلب دارند. به همین دلیل جوانان باید گوش به زنگ باشند که بیماری‌های قلبی در کمین آنها نیز نشست‌اند و تنها به امید سن کم نمی‌توانند خود را از چنین بیماری‌هایی مصون بدانند. تمام علائم خود نظیر درد قفسه سینه، طپش قلب و تنگی نفس را جدی بگیرید و در صورت مواجهه با آنها با مراجعه به متخصص قلب و عروق درصد یافتنی علت زمینه‌ای باشید. با رژیم غذایی مناسب، ورزش و فعالیت‌های بدنی اجتناب از مصرف دخانیات و استرس و تنش‌های روحی سعی کنید که از همین دوره جوانی با بروز تصلب شرائین مقابله کنید. مطمئن باشید که پیشگیری همیشه بهتر از درمان است و متأسفانه بسیاری از این بیماری‌ها پس از ایجاد، درمان قطعی و کامل ندارند.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=250948>



پیشگیری از بیماریهای قلبی

دهلیز و بطن چپ، خون را به اندامها می‌رسانند و دهلیز و بطن راست خون را جهت تصفیه به ریه‌ها. بنابراین قلب در يك سیستم منظم بین بخش عضلانی، سیستم هدایت الکتریکی و گردش خون را در سطح بدن به عهده دارد که اختلال در هر کدام از این قسمت‌ها منجر به عملکرد نامناسب قلب و بیماری می‌گردد. از علل بیماریهای قلبی: بیماریهای عضلانی قلب، سکتة قلبی، افزایش فشارخون، تنگی یا نارسائی دریچه‌ها، الکل، مواد مخدر، سیگار، کمبود ویتامینها، دیابت، بیماری تیروئید، عفونتهای ویروسی و باکتریایی و ... می‌باشد.

شیوع: درحال حاضر در هر ۳۳ ثانیه يك نفر به علت بیماریهای قلبی عروقی از بین میرود ۵% از سکتة



های قلبی زیر سن چهل سالگی، ۴۰% بین ۴۰ تا ۶۵ سالگی و ۵۵% بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد.

● عوامل زمینه ساز

الف : عوامل غیر قابل پیشگیری: تیپ شخصیتی A (افراد پر استرس) شانس بیشتری برای ابتلا به بیماری قلبی دارند.

نژاد : در نژاد سیاه پوست و آمریکایی شیوع بیماری قلبی بیشتر است.

جنس : تا سن ۴۵ سالگی مردان بیشتر از زنان دچار بیماری قلبی می‌شوند اما پس از یائسگی این میزان برابر است.

سن : با افزایش سن شانس سکتة قلبی و بیماریهای قلبی دیگر افزایش می‌یابد.

سابقه فامیلی، وجود بیماری عروق کرونر در افراد کمتر از ۴۰ سال نیز عامل مهمی است.

ب: عوامل قابل پیشگیری

* بالا بودن کلسترول خون ($HDL < 25$, $LDL > 130$) ؛ * بالا بودن تری‌گلیسرید بیش از ۵۰۰؛ * سیگار کشیدن حتی يك عدد و از هر نوعی می‌تواند مضر باشد ؛ * کم تحرکی ؛ * ازدیاد فشارخون ؛ * دیابت بخصوص وابسته به انسولین ؛ * و چاقی مفرط $BMI > 30$ ، چاقی بخصوص در قسمت شکم که در مردان شایعتر است در ایجاد بیماری موثر می‌باشد همچنین نشان داده شده است که به میزان ۲-۳ کیلوگرم کاهش وزن می‌تواند در

بهبود ۳۷٪ از افراد فشارخونی موثر باشد.

علائم: شایعترین تظاهرات بیماران قلبی سکنه میباشد و بیشترین علت آن اترواسکلروز می باشد؛ * درد سینه؛ * تنگی نفس و سرفه؛ * طپش قلب؛ * تعریق؛ * تهوع و استفراغ؛ * سرگیجه، سنکوپ یا پیش سنکوپ؛ * ادم؛ * سیانوز. تغییر در شیوه زندگی بهترین راه پیشگیری از بیماری قلب است

● کم کردن مصرف نمک

- مصرف نمک باید به کمتر از ۲ g (یک ق.چ) در روز برسد برای این کار نمکدان را از سر میز بردارید برای طعم غذا از آب لیمو، سیر، سبزیجات خشک و ادویه استفاده کنید.

- در پخت غذا نمک کمتری استفاده کنید.

- از غذاهای فرآوری شده، کمتر استفاده کنید غذاهای کنسروی، سوپها و غذاهای آماده، آجیل و تنقلات، چیپس و بیسکویت های نمکی دارای نمک زیادی هستند.

- برچسب داروهای مربوط به معده، سرماخوردگی، سردرد را بخوانید بعضی از آنها حاوی سدیم زیاد هستند که نباید بیش از ۱۲۰ mg/۱۰۰g باشد.

● مصرف چربی را محدود کنید

* از چربی های مفید مثل اومگا ۳ و ۶ استفاده کنید. * اومگا ۳ موجب کاهش تریگلیسرید و کلسترول خون شده و باعث رقیق شدن خون می گردد و با نفوذ به غشاء سلول باعث کاهش لخته خون می گردد. * مصرف گردو و بادام ۲ عدد در روز توصیه می شود. * مصرف ماهی ۲-۳ بار در هفته در جهت کاهش کلسترول مفید است. * مصرف زرده تخم مرغ را به سه روز در هفته کاهش دهید. * ترجیحا" گوشت را آبپز استفاده کنید. * از مصرف گوشت پر چرب، جگر، دل، قلوه، مغز و کله پاچه، پوست مرغ، لبنیات پرچرب، خامه، سوسیس، کالباس خودداری کنید. * مصرف روغنها (جامد و مایع) را محدود کنید به جای روغن جامد از روغن زیتون پس از آن کلزا و پس از آن سویا و آفتابگردان استفاده می شود.

● غذاهای حاوی فیبر استفاده کنید.

- روزانه حدود ۵۰۰-۴۰۰g سبزیجات مصرف کنید. - مواد غذایی مانند جو سیوس دار، آرد گندم سیوس دار و حبوبات و سبزیجات در کاهش کلسترول مفیدند.

- سبزیجات مثل اسفناج، انواع کلم، شلغم، چغندر، لوبیا سبز، نخودسبز، انواع لوبیا دارای ویتامین گروه B و اسید فولیک هستند. قارچ، سیر و پیاز کلسترول خون را پایین می آورد.

- اسید فولیک، هموسیستین را که عامل آسیب به دیواره رگ و رسوب چربی است کاهش می دهد.

از مصرف بیش از حد مواد نشاسته ای و قندی پرهیز کنید. میوه جات شیرین هندوانه، خربزه، هلو، لیموشیرین، توت و خرما و انجیر استفاده نشود.

● فشارخون را مرتبا کنترل کنید.

پتاسیم دریافتی با فشارخون ارتباط معکوس دارد. منابع غذایی آن موز، زردآلو، انجیر، گریپ فروت، هلو، آلو، سیب زمینی، سیر، کدو سبز، قارچ، گوجه فرنگی و سایر سبزیها.

کلسیم خطر ابتلا به پر فشاری خون را کاهش می دهد (شیر لبنیات ، سبزیجات سبز تیره) اگر بالای ۳۰ سال دارید مرتبا قندخون و فشارخون خود را کنترل کنید.

● از مصرف سیگار خودداری کنید.

هر نوع ماده دخانی از تنباکو تا مواد اعتیاد آور حتی به میزان کم در ایجاد بیماری قلبی موثر است. آمارها نشان می دهد سیگار از اسلحه هم کشنده تر است بر خلاف باور عمومی ، سیگارهای فیلتردار چون عمیق تر تنفس می شوند خطرناک تر از سیگارهای معمولی می باشند نحوه سیگار کشیدن میزان بلع دود، میزان مصرف سیگار و میزان جذب نیکوتین همه در افزایش شدت و میزان بروز بیماری قلبی موثر است.

از مصرف الکل خودداری کنید.

به مصرف مایعات توجه کنید.

در نارسایی قلبی شدید مصرف مایعات را محدود کنید.

اگر از قرصها ادرار آور استفاده می کنید لازم است غذاهای غنی از پتاسیم و منیزیم مصرف کنید.

● فعالیت بدنی و ورزش

فعالیت بدنی مفید است اما نباید شدت آن زیاد باشد و باید متناسب با نیاز فرد باشد. فعالیت بدنی منظم حداقل ۴-۶ بار در هفته به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه است که می تواند به دفعات حداقل ۱۵ دقیقه ای تقسیم شود در ۳ الی ۶ نوبت در روز. بهتر است ۵ دقیقه اول و آخر به گرم کردن و نرمش بگذرد و ورزش از روزی ۱۰ دقیقه شروع و در عرض ۱۲-۸ هفته روزانه با اضافه کردن ۲ دقیقه در ۶ هفته اول و ۳ دقیقه در ۶ هفته دوم به ۴۰ دقیقه برسانید.

از ورزشهای آئروبیك یا هوارسان استفاده کنید این فعالیتها شامل ورزشهایی با شدت متوسط و نسبتا طولانی است (دویدن ، طناب زدن، پیاده روی تند، شنا، دو آرام، دوچرخه سواری با سرعت کم) لباس و کفش مناسب بپوشید از لباسهای نخی جاذب عرق استفاده کنید در سرما از چند لایه لباس نازک استفاده کنید. در هوای سرد کمتر از ۵ درجه و هوای گرم بیش از ۳۰ درجه یا بلافاصله بعد از غذا خوردن از تمرین خودداری کنید.

* اگر پیاده روی جز تمرین شماسست در يك مسیر دایره ای باشد و به طور مداوم قدم بزنید.

* فعالیتی مناسب است که شما را خسته نکند.

بهتر است فعالیت ورزشی در ساعات اولیه صبح و در فضای باز انجام شود.

* در سطح صاف پیاده روی کنید و از بالا رفتن سربالائی خودداری کنید.

اگر خسته شدید استراحت کنید چندبار استراحت کوتاه بهتر است از يك استراحت طولانی است.

● هشدار به بیماران قلبی

هر روز صبح بعد از ادرار و قبل از خوردن غذا خود را وزن کنید. اگر در مدت ۲ روز يك كيلو گرم یا در يك هفته ۵/۲ كيلوگرم اضافه وزن داشتید با پزشك خود تماس بگیرید. در موارد طپش قلب همراه با سبکی سر، ورم شکم و قوزکهای پا، بدترشدن تنگی نفس خصوصا در شب یا هنگام استراحت، افزایش دفعات درد سینه حتما با پزشك مشورت کنید. در موارد درد سینه شدید به مدت ۱۵ دقیقه یا بیشتر که طی این مدت به سه بار قرص زیربانی به فاصله ۵ دقیقه جواب ندهد فورا با اورژانس تماس بگیرید. اگر حالت تهوع و استفراغ و سوزش معده به همراه رنگ پریدگی و عرق سرد داشتید سریعا" به پزشك مراجعه نمایید.

دکتر منیژه ابراهیمی - مسؤول واحد مبارزه با بیماری های غیر واگیر مرکز بهداشت شهیدای والفجر

<http://vista.ir/?view=article&id=236773>

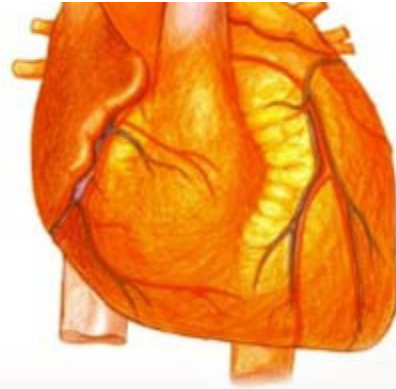


پیشگیری از بیماریهای قلبی : چربی خون - دیابت - فشار خون بالا - مصرف سیگار - کنترل وزن و تغذیه مناسب

● چربی خون (hyperlipidemia)

چربی خون از مهمترین عوامل خطر ساز برای ایجاد بیمار عروق قلبی و ایجاد سکتة های قلبی است. چربی خون بالا در فرد مبتلا علامت و نشانه خاصی ایجاد نمی کند (مگر در موارد بسیار شدید). رسوب آهسته آن در عروق قلبی با ایجاد پلاکهای چربی در طول سالیان فرد را مستعد حملات





قلبی می نماید. بنابراین بررسی میزان چربی خون از سنین پایین (معمولاً ۲۵ سالگی) توصیه می شود. آنچه در گزارش آزمایشگاه به عنوان اجزاء چربی خون ذکر می شود شامل کلسترول، LDL، HDL و تری گلیسرید است. LDL، HDL اجزاء کلسترول می باشند که LDL جزء آسیب رسان و مضر آن بوده و HDL جزء محافظت کننده و مفید آن می باشد. نکته مهم این است که تفسیر میزان گزارش شده توسط آزمایشگاه برعهده پزشک می باشد؛ به عنوان مثال LDL در حد ۱۶۰-۱۵۰ ممکن است در یک فرد سالم و بدون عوامل خطر ساز دیگر نیاز به درمان دارویی نداشته باشد ولی LDL در حد ۱۱۰ برای یک فرد دیابتی و یا در حضور عوامل خطر ساز متعدد پزشک را

ملزوم به شروع درمان دارویی نماید. بنابراین نتیجه آزمایش چربی خون خود را حتماً به یک پزشک (ترجیحاً متخصص قلب و عروق) نشان دهید. چربی خون بالا در اغلب موارد زمینه ژنتیکی و فامیلی دارد. با این حال برخی از عوامل به میزان مصرف الکل و برخی داروها منجر به افزایش اجزاء آسیب رسان و کاهش بخش مفید چربی خون می شوند. ورزش منظم، تغذیه مناسب و کاهش وزن اضافی عکس اثرات فوق را ایجاد می نماید. درمان چربی خون براساس شرایط بیمار و نظر پزشک انجام می شود. در صورت افزایش متوسط چربی خون در فردی که عوامل خطر ساز کمی دارد ابتدا تغییر رژیم غذایی و الگوی زندگی توصیه می شود. در صورت عدم تغییر کافی در میزان چربی خون توسط این روش بعد از ۳ تا ۲ ماه ممکن است نیاز به درمان دارویی باشد. در موارد شدید افزایش چربی خون و همچنین در افرادی که عوامل خطر ساز زیادی دارند از همان ابتدا درمان دارویی در کنار روشهای تغییر الگوی تغذیه و فعالیت تجویز شده و آزمایشات دوره ای از جهت تعیین اثر کافی دارو و تنظیم میزان آن انجام می شود.

- نکته: طبیعی شدن میزان چربی خون با دارو نشانه رفع کامل بیماری چربی خون نیست و قطع دارو و عدم رعایت نکات بهداشتی منجر به عود بیماری می شود و روشهای درمانی در صورت استمرار منجر به کاهش خطر سکتته های قلبی در فرد می شود. رژیم غذایی سالم و کم چرب به همه افراد حتی بدون عوامل خطر ساز توصیه می شود و بررسی میزان چربی خون در افراد سالم از سن ۲۵ سالگی هر ۵ سال یک بار لازم است. درمان دارویی چربی خون بالا عمدتاً برای کاهش جزء LDL کلسترول بوده و شامل داروهای لووستاتین سیمواستاتین آتورواستاتین و ... می باشد. این داروها نقش اثبات شده ای در کاهش حملات قلبی و مرگ و میر در افراد مبتلا به کلسترول بالای خون دارند. گاهی در موارد افزایش شدید تری گلیسرید خون نیاز به داروهایی از قبیل جمفیبروزیل یا کلوفیبرات می باشد. مهمترین عارضه (اگرچه نادر) داروهای فوق عوارض کبدی و با شیوع کمتر عضلانی می باشد. بنابراین مصرف هم زمان داروهای دیگر باید تحت نظر پزشک بوده و آزمایشات لازم به صورت دوره ای درخواست شود.

• دیابت

قند موجود در جریان خون گلوکز بوده و برای تولید انرژی به بافتها تحویل داده می شود. تنظیم میزان قند خون توسط هورمون انسولین انجام می شود. انسولین در حقیقت موجب مصرف گلوکز توسط بافت ها می شود. کاهش تولید انسولین توسط غده پانکراس و یا مقاومت بافتها به انسولین منجر به عدم مصرف گلوکز و در نتیجه افزایش میزان قند خون علیرغم گرسنگی بافتها می شود. در این شرایط بیماری دیابت ایجاد می شود که با گلوکز ناشتای خون بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر مشخص می شود. میزان گلوکز ناشتای خون بین ۱۱۰ تا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر نشان دهنده شروع بیماری دیابت و اصطلاحاً عدم تحمل قند خون می باشد. اولین علائم دیابت به صورت تشنگی و تکرر ادرار و پرنوشی می باشد و موارد شدید منجر به اختلال هوشیاری، نارسایی کلیوی و اسیدی شدن خون می شود. با این حال باید در نظر داشت که اغلب مبتلایان به دیابت علائم مختصر داشته و از بیماری خود آگاه نمی باشند. این در حالی است که قند بالای خون به صورت خاموش وی صدا منجر به نارسایی کلیوی، تخریب اعصاب و عروق و عوارض شدید چشمی شده و زمینه ساز سکتته های قلبی زودرس و نارسایی قلبی می باشد. بنابراین آزمایشات دوره ای برای بررسی میزان قند خون حتی در افراد بی علامت ضروری است.

عدم تولید انسولین توسط غده پانکراس، دیابت تیپ ۱ است که عمدتاً در سنین جوانی دیده می شود. دیابت تیپ ۲ که شیوع بسیار بیشتری دارد ناشی از مقاومت بافت ها به انسولین بوده و زمینه ژنتیک و فامیلی بسیار قوی دارد. چاقی و بی تحرکی در این رابطه بسیار تأثیرگذار بوده و کنترل وزن و فعالیت ورزشی در پیشگیری از دیابت و کنترل آن نقش بسزایی دارند. در صورت ابتلای فرد به بیماری دیابت درمان سریع ضروری است.

موارد عدم تحمل قند که گلوکز خون ناشتا بین ۱۲۶-۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر است. کاهش وزن، تغذیه مناسب و فعالیت ورزشی توصیه شده و بررسی سایر عوامل خطر ساز نظیر فشار خون و چربی خون بالا جهت اصلاح در صورت وجود انجام می شود. قند خون بالاتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر نیاز به درمان دارویی دارد و در موارد خفیف از درمانهای خوراکی نظیر مت فورمین ویا گلیبن کلامید و در موارد غیر قابل کنترل از انسولین تزریقی استفاده می شود. کنترل منظم قند خون در آزمایشگاه و ترجیحاً توسط دستگاه های دیجیتال گلوکومتر در منزل برای مناسب بودن درمان الزامی است. مراجعه دوره ای جهت بررسی عوارض کلیوی و چشمی تحت نظر متخصص مربوطه انجام می شود.

در رابطه با عوارض قلبی عروقی دیابت، کنترل فشار خون و چربی خون بسیار اهمیت دارد. فشارخون یک فرد دیابتی باید کمتر از ۸۰/۱۲۰ میلیمتر جیوه باشد و میزان جزء LDL کلسترول باید کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد. در غیر این صورت درمان دارویی لازم است. قطعاً مصرف سیگار در یک فرد دیابتی حکم خودکشی را داشته و باید شدیداً مورد اجتناب باشد. عوارض ناشی از آسیب های عروقی در بیماران دیابتی شدیدتر بوده و لزوم تشخیص سریع آن را مطرح می سازد؛ بنابراین هرگونه علائمی از قبیل احساس سنگینی در قفسه سینه و تنگی نفس در هنگام فعالیت هشدار دهنده بوده و لزوم مراجعه به متخصص قلب را گوشزد می کند. ممکن است قبل از شروع فعالیت ورزشی در فرد دیابتی نیاز به بررسی از نظر قلبی باشد.

• فشار خون بالا (Hypertension)

فشار خون داخل سرخرگ ها توسط میزان قدرت پمپ عضلانی قلب و مقاومت و سختی دیواره سرخرگ ها ایجاد شده و برای خونرسانی مناسب به بافت ها لازم است . با این حال افزایش نامتناسب این فشار (که توسط واحد میلیمتر جیوه اندازه گیری می شود) در طولانی مدت باعث تخریب دیواره سرخرگ ها (مخصوصاً عروق قلبی و مغزی) شده و خطرناک است . سکتة قلبی (انفارکتوس) و سکتة مغزی (بر اثر انسداد سرخرگی و یا پارگی عروق آن) نارسایی کلیوی ، عوارض چشمی و نارسایی قلب از عوارض مهم فشار خون بالا می باشند. نکته مهم اینست که فرد مبتلا به فشار خون بالا (مگر در موارد بسیار شدید) علامت خاصی نداشته و فقط با کنترل دوره ای و منظم فشار خون در فرد می توان به وجود آن پی برد و درمان مناسب و جلوگیری از عوارض وخیم آن را شروع کرد . اندازه گیری فشار خون معمولاً توسط دستگاههای جیوه ای و کاملاً آسان انجام می شود . میزان فشار خون به واحد میلیمتر جیوه بوده و شامل ۲ جزء است . جزء اول فشار خون در هنگام انقباض قلب بوده و اصطلاحاً فشار سیستولی نام دارد . جزء دوم فشار خون در هنگام استراحت قلب بوده و اصطلاحاً فشار دیاستولی نام دارد . فشار خون ۹۰/۱۴۰ (۱۴۰ روی ۹۰) یعنی فشار سیستولی ۱۴۰ و فشار دیاستولی ۹۰ میلیمتر جیوه. بهترین میزان فشار خون در صورتی است که فشار سیستولی کمتر از ۱۲۰ و فشار دیاستولی کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه می باشد (اصطلاحاً کمتر از ۱۲ روی ۸) . مقادیر بالاتر از ۹۰/۱۴۰ معمولاً نیاز به درمان دارند که البته ممکن است ابتدا با رژیم غذایی مناسب و کاهش وزن و فعالیت ورزشی به درمان آن پرداخت و در صورت عدم موفقیت این روش ، درمان دارویی را شروع کرد . البته ممکن است در برخی بیماران مثلاً افراد دیابتی و یا در صورت وجود عوامل خطر ساز متعدد آستانه شروع درمان دارویی پایین تر باشد (۸۵/۱۳۰) .

چاقی ، تحرک کم ، تغذیه نامناسب از مهمترین عوامل ایجاد کننده فشار خون بالا در جامعه ما می باشد و می توان با ورزش منظم ، حفظ وزن مناسب و رژیم غذایی سالم از ایجاد این بیماری پیشگیری کرد و یا موارد خفیف و متوسط فشار خون بالا را کنترل کرد . با این حال در صورت وجود فشار خون بالا و عدم کنترل آن توسط روشهای فوق ، شروع درمان دارویی کاملاً حیاتی بوده و برای پیشگیری از عوارض کشنده آن باید انجام شود .

داروهایی که برای کنترل فشار خون بکار می روند بسیار متنوع بوده و براساس شرایط بیمار و نظر پزشک انتخاب شده و پیگیری دوره ای از نظر موفقیت درمان و عوارض احتمالی داروها و تصمیم گیری در رابطه با تغییر میزان دارو و یا تعویض دارو ، لازم است . ممکن است برای رسیدن به فشار خون ایده آل چندین بار تغییر میزان دارو و یا تعویض دارو لازم باشد .

- نکته مهم : گاهی در برخی بیماران این تصور ایجاد می شود که با رسیدن فشار خون به حد ایده آل بیماری ایشان درمان شده و باید درمان قطع شود ؛ قطع دارو و برگشتن به عادات غذایی قبل منجر به عود فشار خون شده و فقط با کنترل و درمان دارویی علائم فشار خون می توان از عوارض آن جلوگیری کرد .

میزان نمک مصرف شده در فرد مبتلا به فشارخون بالا ، در تنظیم فشارخون و موفقیت درمان دارویی بسیار حائز اهمیت است . میزان توصیه شده مصرف نمک کمتر از ۲ گرم روزانه است . عدم استفاده از نمک در هنگام طبخ غذا در این زمینه بسیار کمک کننده است . ضمناً توجه به میزان نمک

موجود در غذاهای آماده از قبیل fast-food و یا کنسروها مهم می باشد . فشار خون بسیار شدید (فشار سیستولی بیشتر از ۱۸۰ و فشار دیاستولی بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه) با خطر عوارض زودرس از قبیل خونریزی مغزی ویا نارسایی کلیوی حاد همراه می باشند و ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان و استفاده از داروهای تزریقی جهت کنترل فوری فشار خون باشد . در صورت توصیه پزشک به بستری هیچگاه از این امر اجتناب نکنید .کنترل فشار خون درصورت طولانی مدت از طریق مراجعه منظم به پزشک و ترجیحاً استفاده از دستگاه های کنترل فشارخون در منزل (مخصوصاً انواع دیجیتالی) انجام شده و جهت رسیدن به هدف، لازم می باشند .ممکن است هولتر فشارخون (دستگاه فشارخون دیجیتالی متصل به بیمار) برای ۲۴-۴۸ ساعت برای بیمار در نظر گرفته شود تا فشارخون در طول شبانه روز درهنگام فعالیت و استراحت ارزیابی شده و درمان مناسب طبق آن انجام شود . مصرف سیگار و دخانیات در فرد مبتلا به فشار خون ، علاوه بر افزایش فشارخون با خطر بسیار بالای حمله های قلبی همراه است و حتماً باید قطع شود .گذاختن برخی موارد فشارخون بالا (مخصوصاً انواع شدید) ناشی از علل قابل برگشت نظیر تنگی سرخرگ کلیوی و یا بیماریهای غدد می باشد . در این موارد درمان عوامل ایجاد کننده ممکن است با بهبود فشارخون همراه باشند .

- کنترل وزن و تغذیه مناسب

افزایش وزن (چاقی) در جامعه صنعتی کاملاً در ارتباط با بیماریهای قلب و عروق می باشد و منجر به افزایش شیوع فشار خون بالا ، دیابت و چربی خون بالا می شود . جهت تعیین تناسب وزن در فرد از واحد BMI (body mass index) استفاده می شود . روش محاسبه این واحد از تقسیم وزن بر واحد کیلوگرم بر قد (به واحد متر) می باشد؛ مثلاً عدد BMI در یک فرد ۸۰ کیلوگرمی که قد ۱۷۰ سانتی متر دارد از تقسیم عدد ۸۰ بر (۱/۷) به توان ۲ بدست آمده و حدود ۲۷ می باشد . BMI بین ۲۵-۳۰ نشان دهنده وزن ایده آل است. BMI بین ۲۵ تا ۳۰ نشان دهنده اضافه وزن و BMI بیش از ۳۰ معادل چاقی بوده که با افزایش این عدد خطر مسائل قلبی- عروقی افزایش می یابد . مؤثرترین روش کنترل وزن، کاهش کالری مصرفی توأم با فعالیت ورزشی می باشد . در این رابطه مشاوره با متخصص تغذیه بسیار کمک کننده است . مهمترین رکن در تغذیه مناسب جهت پیشگیری از مسایل قلبی- عروقی خودداری از مصرف چربی های اشباع شده می باشد . این چربی ها در روغن های جامد و چربی حیوانی (شامل گوشت قرمز ، خامه و کره) موجود بوده و بیشترین آسیب را بر دیواره عروق قلب وارد می کنند . اگر چه روغن های غیر اشباع موجود در روغن های مایع ضرر کمتری دارند با این حال استفاده غیرمعمول از این نوع چربی و چربی بیش از حد غذا منجر به آسیب عروقی و اختلال در میزان چربی خون می شود . در این زمینه برخی روغن های گیاهی از جمله روغن زیتون و چربی موجود در ماهی استثناء بوده و مصرف این روغن ها با کاهش چربی مضر خون و افزایش جزء مفید کلسترول همراه بوده و قابل توصیه است . میوه و سبزیجات نیز از ارکان مهم یک رژیم غذایی و بهداشتی بوده در این زمینه ۳-۴ بار مصرف میوه روزانه و مصرف سبزیجات همراه با غذا قابل توصیه است . هیچ یک از داروهای حاوی ویتامین و یا مکمل های تقویتی و آنتی اکسیدان ، اثر اثبات شده ای در پیشگیری از حوادث قلبی- عروقی نداشته و قابل توصیه نمی باشد .

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=320649>

 Vista.ir
Online Classified Service

تا شقایق هست هموفیلی ها باید زندگی کنند

۲۸ فروردین (۱۶ آوریل) سالروز تولد فرانک استابل از بنیانگذاران فدراسیون جهانی هموفیلی، مبنای روزی برای حمایت از بیماران هموفیلی قرار گرفته است. روز جهانی هموفیلی برای اولین بار از سوی فدراسیون جهانی



هموفیلی در سال ۱۹۸۹ تعیین شد. در روز جهانی هموفیلی قرار است توجه دولت‌ها و مردم جهان به مشکلات و مسائل مختلف جامعه هموفیلی جهان جلب شود.

در این رابطه متقاعد کردن دولت‌ها برای حمایت از این بیماران و دفاع از حقوق آنان بزرگ‌ترین وظیفه است که انجمن‌های حامی بیماران به عهده دارند. این روز بهانه‌ای است تا نگاهی دوباره به مشکلات این بیماران در

کشور داشته باشیم.

هموفیلی یک بیماری بسیار قدیمی است. قدیمی‌ترین آثار هموفیلی در مصر و فراعنه مومیایی شده دیده شده است. ۲ هزار سال پیش در تورات از این بیماری نام برده شده است. هموفیلی در مقایسه با سایر بیماری‌ها یک بیماری نادر است. در ایران، مانند همه دنیا از هر ۲۰ هزار نفر یک نفر هموفیل است و با جمعیت ۷۰ میلیونی ما باید حدوداً ۳۵ هزار نفر مبتلا باشند؛ ولی اغلب آنان ناشناس مانده‌اند و فقط در حدود ۷ هزار بیمار شناسایی شده‌اند.

در خون انسان ۱۳ فاکتور انعقادی وجود دارد که نبود هر یک از این فاکتورها موجب اختلال و تداوم خونریزی می‌شود.

به عنوان مثال در هموفیلی نوع A اختلال در فاکتورهای ۸ و ۹ وجود دارد و در هموفیلی نوع B، نبود فاکتور ۹ اختلال انعقادی ایجاد می‌کند، بیماران هموفیلی نوع C نیز با کمبود پلاکت مواجه هستند. بیماری هموفیلی، یک بیماری ژنتیکی وابسته به جنس است که در مردان دیده می‌شود. بیماران هموفیلی به دلیل فقدان برخی فاکتورهای خونی خاص بشدت مستعد خونریزی هستند، به نحوی که با کوچک‌ترین ضربه یا حتی به طور خود به خود دچار خونریزی‌های بسیار شدید می‌شوند. در صورت بروز خونریزی باید بلافاصله فاکتورهای انعقادی جایگزین شوند، وگرنه تاخیر در تزریق این فاکتورها می‌تواند باعث مشکلات مفصلی بسیار وخیم و حتی مرگ شود.

• دسترسی قابل قبول

شاید بزرگ‌ترین مشکل بیماران هموفیلی را بتوان مشکل دارو نامید. معضلی که هر از چند گاهی بالا می‌گیرد و با اعتراض بیماران و معمولاً انکار مسوولان دنبال می‌شود.

بیماران هموفیلی باید با توجه به میزان خونریزی و وزن خود، دارو دریافت نمایند. دریافت نکردن دارو به میزان کافی و بموقع موجب خونریزی داخل مفاصل و ایجاد معلولیت دائمی برای این بیماران می‌شود.

متأسفانه در بسیاری از موارد کمبود دارو باعث ایجاد معلولیت‌های جسمی در بیماران هموفیلی و بخصوص کودکان شده است.

بدون تردید میزان دسترسی به دارو می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های بخش درمان تاثیر بسیار مهمی بگذارد. اما از هر کشوری باید در حد توان و امکانات خود انتظار داشت. در ایران، مسوولان دولتی با درک مشکلات هموفیلی، میزان قابل قبولی از فرآورده‌های خونی در اختیار جمعیت هموفیلی کشور قرار داده‌اند که ۲۰ تا ۲۵ درصد از کل ارز اختصاص داده شده به واردات دارو را شامل می‌شود. سالانه در کشور حدود ۶۰ میلیون دلار یارانه برای داروهای این بیماران هزینه می‌شود.

دسترسی بیماران هموفیلی ایران به دارو، کمی بیش از حداقل استاندارد است. این دسترسی در مقایسه با دیگر کشورهای درحال توسعه مناسب است. بر اساس تحقیقات انجام شده توسط یکی از کارشناسان فدراسیون جهانی هموفیلی در مقایسه با سهم وزارت بهداشت و درمان از درآمد ناخالص ملی، بیماران هموفیلی ایران

۲ برابر بهتر از کشورهای مشابه دسترسی به داروهای مورد نیاز دارند در حال حاضر میزان دسترسی به داروهای انعقادی در ایران ۱/۲ است که این عدد در کشورهای پیشرفته بین ۴ تا ۷ است.

اما جالب است بدانیم علت کمبودهای مقطعی دارو بیشتر به اختلال در توزیع دارو در داروخانه‌ها برمی‌گردد نه کمبود یا عدم واردات آن.

این وضعیت برای بیماران هموفیلی نیز به دفعات به وجود آمده است؛ در حالی که هیچ کمبودی در خصوص تامین داروی مورد نیاز این بیماران وجود ندارد به عنوان مثال اختلال در توزیع فاکتور ۷ دیده می‌شود.

• تحرک و ورزش

چند دهه پیش، به دلیل فقدان روش موثر درمانی، بیماران هموفیل، از هرگونه فعالیت بدنی و ورزشی و حتی مسواک زدن نیز به دلیل احتیاط منع

می‌شدند. امروزه با توجه به وجود مواد و روش‌های درمانی موثر، در پیشگیری از خونریزی‌ها دلیلی برای اعمال محدودیت‌های شدید بر بیماران هموفیلی وجود ندارد. برعکس اگر بتوان به بیمار امکان و اجازه پرداختن به ورزش‌ها و تفریحات مورد علاقه‌اش را داد، در آن صورت علاقه و تمایل بیشتری برای همکاری در بیمار فراهم می‌شود.

البته اگر تصور کنیم بیماران هموفیل می‌توانند به هر نوع ورزش و فعالیت جسمانی که می‌خواهند بپردازند، فکر اشتباهی است؛ اما برای بخش عظیمی از بیماران هموفیل، پرداختن به نوعی از ورزش بدنی هم ممکن و هم بسیار مفید است.

فدراسیون جهانی هموفیلی با تاکید بر اهمیت ورزش و نرمش در حفظ سلامت بیماران هموفیلی توجه به بیماران، کارشناسان و فعالان انجمن‌ها را به این موضوع مهم جلب کرده و تاکید نموده است فیزیوتراپی و بازتوانی از جمله کلیدی‌ترین خدمات برای حفظ سلامت بیماران هموفیلی محسوب می‌شود این فدراسیون فیزیوتراپیست را از مهم‌ترین افراد تیم درمان بیماران هموفیلی معرفی کرده است. بدون شک گسترش امکانات فدراسیون ورزشی بیماران خاص و ایجاد ارتباط و تعامل این فدراسیون با انجمن‌های حامی بیماران از عوامل مهم و تاثیرگذار بر سلامت بیماران هموفیلی است.

• سقط برای پیشگیری

تدوین برنامه پیشگیری از تولد بیماران هموفیلی و حمایت‌های قانونی از پایان دادن به بارداری زنانی که هموفیلی بودن جنین آنها قطعی است از خواسته‌های جامعه هموفیلی ایران است. باید توجه داشت امکانات علمی تشخیصی ناقص و تشخیص بیماری جنین در کشور کاملاً مهیاست. بر اساس قانون سقط درمانی که در مجلس شورای اسلامی تصویب شده در قسمت مربوط به بیماری‌های جینی اشاره‌ای کلی است و در آن عنوان شده است که چنانچه اختلال و ناهنجاری جینی موجب حرج مادر را فراهم سازد، مجوزی برای سقط جنین قبل از ولوج روح را خواهد داشت. مهم‌ترین نکته‌ای که در سطح سقط درمانی مجلس شورای اسلامی پیش‌بینی شده بود، عسر و حرج والدین در اثر تولد فرزند بیمار است که این مساله تنها محدود به حفظ جان مادر و مشکلاتی که برای مادر حامل جنین به وجود می‌آید، محدود می‌شود.

بر این اساس متخصصان پزشکی قانونی بر این عقیده بودند که این بیماری به علت قابل پیشگیری و درمان بودن، نوعاً کشنده محسوب نمی‌شود، بنابراین نیازی نیست که جزو فهرست بیماری‌های مجاز برای سقط جنین قانونی باشد.

اما از سوی دیگر مادری که با آزمایش‌های قطعی پزشکی از بیمار بودن جنین خود مطلع شده، دیگر انگیزه‌ای برای نگهداری جنین را نداشته و در عین حال فشار بالای روانی از طرف همسر و خانواده را نیز باید تحمل کند. این فشارها مادران باردار را به مراکز غیرقانونی سقط جنین سوق می‌دهد یا با تزریق داروها که از بازار سیاه قابل خریداری است جان خود را به مخاطره می‌اندازند.

تا سال گذشته سقط جنین هموفیلی در کشور قانونی نبود؛ اما با توجه به فتوای رهبر معظم انقلاب و تصمیم‌گیری وزارت بهداشت، سقط درمانی قبل از چهارماهگی کاملاً قانونی گردید و مادرانی که جنین آنها بیمار هموفیلی تشخیص داده شود می‌توانند از امتیاز مذکور استفاده کنند. البته این منوط به آن است که تا ۴ ماهگی فرد از هموفیل بودن جنین خود آگاه شود. این امر معمولاً در خانواده‌هایی که فرد هموفیل دیگری داشته باشند ممکن است رخ دهد و در موارد جدید بیماری معمولاً جنین حالتی پیش نمی‌آید.

• برنامه‌ای برای پیشگیری

با بررسی شجره‌نامه خانواده‌های بیماران هموفیلی مشخص شده است بالاترین آمار تعداد ناقلین و مبتلایان به بیماری هموفیلی در ایران، به دلیل رواج ازدواج‌های فامیلی است. کاهش ازدواج‌های فامیلی بویژه در خانواده‌هایی که نمونه مبتلا به هموفیلی مشاهده شده و نیز، انجام مشاوره ژنتیک پیش از ازدواج بهترین راه‌های پیشگیری از تولد فرزند مبتلا به این بیماری است.

در این شرایط برای پیشگیری از شیوع تولد کودک هموفیلی آسان‌ترین، ارزان‌ترین و موثرترین روش، رعایت اصول کلی فاصله‌گذاری و تنظیم خانواده است که مصوب و مورد قبول نظام بهداشت و درمانی جامعه بوده و در سطح فراگیر ملی نیز مورد قبول واقع شده است. با توجه به وسعت کشور و مناطق محروم باید خانواده‌های هموفیلی را کارشناسانه در شبکه بهداشتی کشور زیر پوشش تنظیم خانواده مضاعف و خاص برد، در غیر این صورت هموفیلی با توجه به امکانات نسبی درمانی موجود به سیر پیشرونده خود ادامه خواهد داد. به علت افزایش تدریجی جمعیت در آینده، نگهداری و درمان بیماران نیاز به بودجه‌های کلان خواهد داشت.

باید توجه داشت که انتشار جغرافیایی هموفیلی در دنیا به شکل یکسان (یک در ۲۰ هزار نفر) است. بنابراین در شرایط طبیعی با جمعیت رو به افزایش کشور بر تعداد آنان روز به روز اضافه خواهد شد و در تمام پهنه کشور انتشار خواهند یافت. هر کجا جمعیت بیشتر باشد، تعداد آنان فراوان‌تر

خواهد شد. از طرف دیگر هموفیلی با دانش امروز قابل ریشه‌کنی نیست، زیرا در مخزن ژنی جامعه باقی می‌ماند. فقط می‌توان در کاهش تعداد کوشید و با افزایش کیفیت پیشگیری از تولد (تنظیم خانواده) سطح سلامت را در جامعه بالا برد.

• خون‌های آلوده

شاید ماجرای دادگاه جنجالی مبتلایان به ایدز در اثر تزریق خون آلوده را بدانید. انتقال خون‌های آلوده به بیماران عمدتاً هموفیلی در سال‌های گذشته در ایران، موجب ابتلای صدها نفر از آنها به بیماری ایدز و دیگر بیماری‌ها شد.

۹۷۴ تن بیمار در این قضیه به خون آلوده گرفتار شده‌اند. تعداد ۱۳۷ نفر از آنان فوت کرده‌اند و مناسفانه هر روز بر این آمار افزوده می‌شود. اولین مورد بیماری ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک ۶ ساله هموفیلی که از فاکتورهای انعقادی وارداتی آلوده به ویروس ایدز استفاده کرده بود، مشاهده شد. از آن هنگام این بیماری مخوف کابوس دائمی بیماران هموفیلی شد. هرچند اگر فرآورده‌های خونی سالم باشند بیماران هموفیلی دچار هیچ مشکلی نمی‌شوند، ولی از آنجا که اطمینانی از این موضوع وجود ندارد، خطر ابتلا به ایدز همواره جان بیماران هموفیلی را تهدید می‌کند. قربانیان خون و فرآورده‌های خونی آلوده در ایران دو دسته هستند. اول مصرف‌کنندگان فرآورده‌های خونی آلوده وارداتی از فرانسه در سال ۶۳ که به ویروس ایدز مبتلا شدند و بیش از ۲۰۰ نفر برآورد می‌شوند، دوم مصرف‌کنندگان فرآورده‌های خونی تولید شرکت پژوهش و پالایش انتقال خون ایران در سال ۷۳ که به علت نبود دستگاه ویروس‌زدایی در این شرکت به هپاتیت C مبتلا شدند و بالغ بر ۲ هزار نفر آنها بیماران هموفیلی هستند. موضوع خون‌های آلوده باعث باز شدن یک پرونده جنجالی شد که رسیدگی به آن ۸ سال به طول انجامید تا سرانجام با تایید رای دادگاه توسط دیوان عالی کشور این حکم جنبه اجرایی یافت و به اجرای احکام رفت.

براساس این حکم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان انتقال خون متهمان ردیف اول و دوم این پرونده برای جبران خسارت‌های مالی و معنوی بیماران هموفیلی هستند که بر اثر تزریق خون‌های آلوده به ویروس HIV و هپاتیت C مبتلا شده‌اند.

همچنین وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون همچنین برای جبران هزینه درمان گذشته این بیماران به پرداخت ۱۵۲ میلیارد ریال محکوم شده‌اند.

• کیدهای بیمار

با شروع ماجرای خون‌های آلوده از سال ۱۳۷۵ ابتلا به هپاتیت کابوس دیگر بیماران هموفیلی است. در افراد مبتلا به ویروس هپاتیت C، کبد در معرض آسیب قرار دارد و در صورتی که آسیب‌های کبدی جدی شود، درمان بی‌تاثیر است. همچنین بیماران در معرض سرطان کبد قرار می‌گیرند. با وجود ۷ هزار بیمار هموفیلی در کشور، تعداد بیماران هموفیلی آلوده به هپاتیت در حدود ۲ هزار و ۵۰۰ نفر است که از این تعداد تاکنون ۱۰۰ بیمار جان خود را از دست داده‌اند.

البته از سال ۱۳۷۵ که آلوده شدن بسیاری از بیماران هموفیلی به هپاتیت C بر اثر استعمال خون آلوده مشخص شد، با آگاهی مسوولان و تلاش‌های انجام شده تاکنون کمتر از ۱۰ نفر به تعداد هموفیلی‌های مبتلا به ویروس هپاتیت C اضافه شده‌اند.

خوشبختانه با احساس مسوولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال گذشته درمان بیماران هموفیلی که از طریق فرآورده‌های خونی به بیماری هپاتیت C آلوده شده‌اند، شروع شده است. داروهای این بیماران بسیار گرانقیمت است و هر دوره درمانی یک بیمار بالغ بر ۱۲ میلیون تومان صرفاً هزینه دارویی دارد.

• مشکل اشتغال

اشتغال یکی از خواسته‌های بیماران هموفیلی است. در کشوری که اشتغال مشکل اساسی جوانان محسوب می‌شود، می‌توان انتظار داشت گروه‌هایی که به نوعی مشکلاتی نیز داشته باشند شرایط بدتری خواهند داشت.

هر چند یک نقص ژنتیکی در عوامل انعقاد خون نمی‌تواند مانع بروز ظهور توانایی‌ها و استعدادها فرد در فعالیت‌های شغلی و اجتماعی باشد، اما در عمل برخی سازمان‌ها، بیماران هموفیلی را به عنوان نیروی کار نمی‌پذیرند.

بیشتر سازمان‌های دولتی و نیز بخش خصوصی در شرایط استخدامشان، معافیت پزشکی را اعلام می‌کنند، اما در عمل از استخدام این دسته از بیماران خودداری می‌کنند.

اشتغال مناسب برای این بیماران موجب کاهش فشارهای گسترده روانی حاصل از بیماری و مشکلات تابعه آن از جمله معلولیت‌ها و آلودگی‌های ویروس است و بیماران هموفیلی شاغل نسبت به بیماران هموفیلی فاقد شغل بسیار بهتر با محیط اجتماعی و مشکلات بیماری خود کنار می‌آیند.

• امید به آینده

با درمان، فرد مبتلا به هموفیلی می‌تواند عمر طولانی و زندگی سالم‌تر با محدودیت‌های کمتر داشته باشد؛ اما بدون درمان، این بیماران با درد مداوم، ناتوانی، انزوا و مرگ زودهنگام مواجه می‌شوند. آمارها نشان می‌دهد اکثر بیماران هموفیلی که تحت معالجه قرار نمی‌گیرند قبل از رسیدن به سن ۱۹ سالگی جان خود را از دست می‌دهند.

البته خواسته‌های بیماران هموفیلی در کشورهای پیشرفته سال‌هاست از موضوع دسترسی به دارو برای معالجه فراتر رفته و تغییر کیفیت زندگی بیماران در این کشور خواسته انجمن‌های حامی این بیماران از دولت‌ها محسوب می‌شود. اما در کشور ما هنوز دارو نیز می‌تواند مساله ساز شود. لوگوی بین‌المللی بیماران هموفیلی یک آرم سفید و قرمز است. در این طرح یک فرد عادی و سالم و فردی که مفاصلش تغییر شکل پیدا کرده به هم کمک می‌کنند تا قادر به حرکت باشند. آیا می‌توان امیدوار بود این شعار آرمانی این آرم در دنیای واقعی انسان‌ها هم تحقق پیدا کند؟ تردیدی وجود ندارد که بیماران هموفیلی می‌توانند در سایه برخورد مسوولانه خانواده و جامعه و دولت از زندگی عادی برخوردار شوند.

• کودکان هموفیلی و مدرسه

کودکان هموفیلی از هوش و استعدادی معادل کودکان دیگر برخوردارند و طبیعی است که می‌توانند همانند دیگران به مدرسه بروند و درس بخوانند؛ اما در این راه مشکلاتی نیز وجود دارد. خونریزی یکی از خطراتی است که همواره این کودکان را تهدید می‌کند. اکثر خونریزی‌ها در دانش‌آموزان هموفیلی در اثر ضربه به بدن کودکان، پیچ خوردن پا و... مربوط می‌شود. مسوولان مدرسه باید این دانش‌آموزان را از هر گونه تنبیه بدنی دور کنند و در حد امکان از زد و خورد آنان با سایر دانش‌آموزان جلوگیری کنند. در زنگ تفریح نیز مسوولان مدرسه باید زمینه‌ای فراهم کنند تا محیط تفریح این گونه دانش‌آموزان برای آنها خطرناک نباشد.

در گذشته به علت بی‌توجهی، بسیاری از دانش‌آموزان هموفیلی معلول شده‌اند. در ساعات ورزش، باید فعالیت‌های کم‌فشار و به دور از خطر برای این دسته از دانش‌آموزان در نظر گرفته شود. اما این دانش‌آموزان نباید از همه بازی‌ها محروم شوند، زیرا این مساله خود باعث بروز احساس تنهایی در آنها می‌شود که این عاملی برای خونریزی‌های خود به خود است. برای این بیماری فعالیت‌های کم‌برخورد همچون نرمش‌های کششی، شنا، تنیس روی میز، بدمینتون و شطرنج توصیه می‌شود.

منبع : روزنامه جام‌جم

<http://vista.ir/?view=article&id=307928>

 Vista.ir
Online Classified Service

تالاسمی

تالاسمی نوعی کم‌خونی ارثی و ژنتیکی است که به علت اشکال در ساخت زنجیره‌های پروتئینی هموگلوبین بوجود می‌آید.

• هموگلوبین

هموگلوبین مولکول اصلی داخل گویچه‌های قرمز است که از هم و زنجیره‌های پروتئینی یا گلوبین تشکیل شده است. در هر زنجیره گلوبین یک مولکول هم وجود دارد که اکسیژن را توسط آهن خود حمل می‌کند. پس تولید هموگلوبین نیاز به به تامین آهن و ساخت هموگلوبین دارد. بر اساس نوع زنجیره پروتئینی چند نوع هموگلوبین وجود دارد:





- هموگلوبین A: هموگلوبین طبیعی در بالغین عمدتاً هموگلوبین A می‌باشد که تقریباً حدود ۹۸٪ از هموگلوبین جریان خون را تشکیل می‌دهد و از زنجیره ۴ تایی حاوی دو زنجیره آلفا و دو زنجیره بتا ساخته می‌شود. (۲;۹۴۶#&۲;۹۴۵#&)
- HgbA₂: هموگلوبین A₂ از ۲ زنجیره آلفا و ۲ زنجیره بتا تشکیل می‌شود. (۲;۹۴۸#&۲;۹۴۵#&) که بطور طبیعی ۱-۲٪ هموگلوبین در بالغین را تشکیل می‌دهد.
- HgbF: هموگلوبین F که هموگلوبین اصلی دوران جنینی است و کمتر از ۱٪ هموگلوبین در بالغین را نیز شامل می‌شود، از زنجیره ۴ تایی ۲ تا آلفا و ۲ تا گاما (۲;۹۴۸#&۲;۹۴۵#&) تشکیل گردیده است و هموگلوبین های C ,

H و ... که در بعضی بیماریها بوجود می‌آید.

برای ساخت زنجیره بتا هر فرد از هر والد خود (پدر و مادر) یک ژن سازنده این زنجیره را دریافت می‌کند و برای زنجیره‌های &۹۴۸#&;&۹۴۵#&; از هر والد ۲ ژن دریافت می‌کند. و بر اساس جهش یا حذف هر کدام از این ژنها ساخت و زنجیره مربوطه مختل شده و انواع بیماری تالاسمی را خواهیم داشت.

هموگلوبین نه تنها برای حمل و تحویل طبیعی اکسیژن لازم است، بلکه در شکل و اندازه و بدشکلی گلبول قرمز دخالت دارد. مقدار کل هموگلوبین خون بطور طبیعی در خانمها ۱۲±۲ و در آقایان ۱۴±۲ گرم در دسی‌لیتر می‌باشد.

• انواع تالاسمی

تالاسمی به دو نوع آلفا تالاسمی و بتا تالاسمی است که خود بتا تالاسمی هم شامل تالاسمی ماژور (تالاسمی شدید) و تالاسمی مینور یا تالاسمی خفیف می‌باشد. افراد مبتلا به تالاسمی مینور در واقع کم خونی مشکل‌سازی ندارند، ولی اگر دو فرد تالاسمی مینور با هم ازدواج کنند به احتمال ۲۵٪ فرزندانشان دچار تالاسمی شدید ماژور خواهد بود و ۲۵٪ فرزندشان سالم و ۵۰٪ تالاسمی مینور خواهند داشت.

• تالاسمی ماژور

تالاسمی ماژور یا آنمی کولی به علت حذف یا جهش در هر دو ژن سازنده زنجیره بتا ایجاد می‌شود و به این ترتیب یا هیچ زنجیره بتایی ساخته نمی‌شود و یا به مقدار کمی ساخته می‌شود. در نتیجه بدن کمبود این زنجیره‌ها را با ساخت زنجیره‌های آلفا جبران می‌کند که این زنجیره‌های آلفای اضافی برای گلبولهای قرمز سمی هستند و با رسوب بر روی سلولهای گلبول قرمز باعث می‌شوند که گلبولهای قرمز در مغز استخوان و در داخل خون تخریب شده و زنجیره‌های آلفا در مغز استخوان رسوب می‌کنند. از طرفی به علت خونسازی غیر موثر، مراکز خونساز خارج مغز استخوان، از جمله کبد و طحال شروع به خونسازی می‌کنند و بزرگ می‌شوند.

بیماری معمولاً بصورت کم خونی شدید در ۶ ماهه اول زندگی کودک تظاهر می‌کند و در صورت عدم شروع تزریق خون، بافت مغز استخوان و مکانهای خونساز خارج مغز استخوان فعال و بزرگ شده و باعث بزرگی مغز استخوانها بخصوص استخوانهای پهن (صورت و جمجمه) و بزرگی کبد و طحال می‌شوند.

• علایم بیماری

- کم خونی شدید طوریکه برای بقاء بیمار تزریق مکرر خون لازم است.
- افزایش حجم شدید مغز استخوان بخصوص در استخوانهای صورت و جمجمه، چهره خاص افراد تالاسمی را ایجاد می‌کند (چهره موش خرماپی).
- اختلال رشد در بچه‌های بزرگتر
- رنگ پریدگی، زردی و گاهی پوست ممکن است به دلیل رنگ پریدگی و برفان و رسوب ملانین به رنگ مس در آید.
- بزرگی کبد و طحال، در سنین بالاتر گاهی طحال به حدی بزرگ می‌شود که باعث تخریب بیشتر گلبولهای قرمز می‌شود.
- علایم ناشی از رسوب آهن در بافت‌های مختلف از جمله پانکراس و قلب و غدد جنسی و ایجاد دیابت و نارسایی قلبی و تاخیر در بلوغ.
- استخوانها نازک شده و مستعد شکستگی می‌شوند.

• تشخیص

در آزمایش خون تالاسمی مازور گلبولهای قرمز خون کوچک و کم رنگ خواهد بود (کم خونی هیپوکروم میکروسیت). افت شدید هموگلوبین به مقادیر کمتر از ۵ گرم در دسی لیتر وجود دارد. بیلی روبین سرم به علت تخریب سلولها افزایش می‌یابد و سایر آزمایشات که لزومی برای گفتن همه آنها نیست. تشخیص قطعی با الکتروفورز هموگلوبین انجام می‌شود که در تالاسمی مازور هموگلوبین A طبیعی ساخته نمی‌شود و ۹۸٪ هموگلوبین‌ها را هموگلوبین F تشکیل می‌دهد و هموگلوبین A₂ نیز تا ۵٪ افزایش پیدا می‌کند.

• عوارض

از عوارض تالاسمی یک سری از عوارض از جمله اختلال رشد و تغییر قیافه بیمار و بزرگی کبد و طحال که به علت خود بیماری است و یکسری عوارض دیگر ناشی از درمان تالاسمی است. اصلی‌ترین این عارضه هموسیدوز یا هموکروماتوز است. هموسیدروز به رسوب آهن در بافتها گفته می‌شود که نتیجه غیر قابل اجتناب تزریق طولانی مدت خون است. در هم نیم لیتر خونی که به بیمار تزریق می‌شود، حدود ۲۰۰mg آهن به بافتها منتقل می‌کند که این مقدار آهن نمی‌تواند از بدن دفع شود و در بافتها رسوب می‌کند و باعث نارسایی در بافتها می‌گردد. بخصوص رسوب آهن در قلب و پانکراس و غدد، مشکل اصلی این بیماران خواهد بود که باعث نارسایی پانکراس و دیابت، نارسایی قلبی و نارسایی غدد جنسی و تیروئید و ... می‌شود.

• درمان

تالاسمی شدید و درمان نشده همیشه باعث مرگ در دوران کودکی می‌گردد. در صورت تزریق مکرر خون و حفظ سطح مناسبی از خون می‌توان طول عمر را افزایش داد و تا حد زیادی مانع از تغییرات استخوانی و اختلال رشد گردید. پس درمان تالاسمی عبارتند از:

• تزریق دراز مدت خون:

هدف از تزریق خون مکرر برای بیمار حفظ هموگلوبین بیمار در سطح بالای ۱۰ است.

• دفروکسامین:

مشکل اصلی بیماران تالاسمی بعد از سالها، هموسیدروز و اضافه بار آهن است، که می‌توان آن را به کمک تزریق مرتب دفروکسامین به صورت زیر جلدی یا وریدی تخفیف داد. این دارو با آهن ترکیب شده و از ادرار دفع می‌شود. البته مقدار زیاد این دارو ممکن است باعث واکنش پوستی در محل تزریق و یا عوارض عصبی به ویژه در دستگاه بینایی و شنوایی شود. بنابراین این دارو به تنهایی برای پیشگیری دراز مدت از مسمومیت با آهن کافی نیست.

• برداشتن طحال:

اگر بزرگی طحال، نیاز به تزریق خون را بیشتر کند طحال برداشته می‌شود تا نیاز به خون کاهش یابد.

• پیوند مغز استخوان:

درمان قطعی بیماری با پیوند مغز استخوان است. البته این عمل با مرگ و میر بالایی همراه است. و در برخی بیماران نیز سلولهای تالاسمی مجدداً رشد می‌کنند.

• روند بیماری

امروزه با توجه به درمانهای موجود بیماران تا ۳۰ سالگی هم زنده می‌مانند. و اینها بچه‌هایی با رشد ناقص هستند و شایعترین علت مرگ آنها نارسایی قلبی به علت هموسیدروز و همچنین به علت تزریق خون و افزایش بار قلب می‌باشد.

• تالاسمی مینور

تالاسمی مینور معمولاً بدون علامت بوده و علائم بالینی واضح ندارند و بطور عمده در تست‌های چکاپ به صورت اتفاقی تشخیص داده می‌شوند. این افراد کم خونی مختصر (هموگلوبین بیش از ۱۰) با سلولهای گلبول قرمز کوچک و کم رنگ (هیپوکروم میکروسیت) دارند که معمولاً مشکل‌ساز نمی‌باشد.

تالاسمی مینور در نتیجه اختلال یکی از دو ژن سازنده زنجیره گلوبین بتا به وجود می‌آید که این ژن ناقص یا از پدر و یا از مادر به فرد به ارث رسیده است، در نتیجه کاهش یا فقدان ساخت زنجیره بتا از یک ژن اتفاق می‌افتد و به دنبال آن هموگلوبین A₂ تا حدود ۴-۸٪ افزایش می‌یابد. تنها نکته‌ای که در تالاسمی خفیف یا مینور جالب توجه است، این است که این افراد موقع ازدواج نباید با یک فرد شبیه خود (تالاسمی مینور) ازدواج

کنند.

• آلفا تالاسمی

علت آلفا تالاسمی حذف یک یا چند ژن از ۴ ژن سازنده زنجیره آلفاست، هر چه تعداد ژنهای حذف شده بیشتر باشد بیماری شدیدتر می‌شود و براساس تعداد ژنهای حذف شده به ۴ گروه تقسیم می‌شوند.

• هیدروپس فتالیسی: که حذف هر ۴ ژن آلفا را دارند و هموگلوبین ساخته شده فقط از زنجیره‌های گاما تشکیل شده است که هموگلوبین بارترز گفته می‌شود و وخیم‌ترین نوع آلفا تالاسمی است و با حیات خارج رحمی منافات دارد و جنین هنگام تولد مرده است و یا مدت کوتاهی پس از تولد می‌میرد. این جنین‌ها دچار ادم شدید هستند.

• بیماری هموگلوبین H:

که در اثر حذف ۳ ژن آلفا گلوبین بوجود می‌آید. بیماران دچار کم خونی هیپوکروم میکروسیتیک بوده و بزرگی طحال در آنها دیده می‌شود. در بعضی مواقع ممکن است نیاز به تزریق خون داشته باشند و در صورت کم خونی شدید و نیاز به انتقال خون باید طحال برداشته شود.

- صفت آلفا تالاسمی ۱: که ۲ ژن آلفا حذف شده و از هر لحاظ شبیه بتا تالاسمی مینور است.

- صفت آلفا تالاسمی ۲: که فقط یک ژن از ۴ ژن حذف شده و یک حالت ناقل ژن، خاموش و بدون علامت است.

<http://vista.ir/?view=article&id=299335>



تالاسمی چیست ؟

تالاسمی یک واژه یونانی است که از دو کلمه تالاسا Thalassa به معنی دریا و امی Emia به معنی خون گرفته شده است و به آن آنمی مدیترانه ای یا آنمی کولی و در فارسی کم خونی می گویند . تالاسمی یک بیماری همولتیک مادرزادی است که طبق قوانین مندل به ارث می رسد . اولین بار یک دانشمند آمریکایی به نام دکتر کولی در سال ۱۹۲۵ آن را شناخت و به دیگران معرفی کرد . این بیماری به صورت شدید (ماژور) و خفیف (مینور) ظاهر می شود . اگر هر دو والدین دارای ژن معیوب باشند به صورت شدید یعنی ماژور (Major) و اگر یکی از والدین فقط ژن معیوب داشته باشد به صورت خفیف یعنی مینور (Minor) ظاهر می شود . تالاسمی برای



کسانی که نوع ((مینور)) را داشته باشند مشکل ایجاد نمی کند و آنها هم مثل افراد سالم می توانند زندگی کنند و فقط در موقع ازدواج باید خیلی مراقب باشند . اما بر عکس این بیماری حداکثر آزار خود را به بیماران نوع ماژور می رساند .

• تالاسمی چگونه منتقل می شود ؟

اگر یک زن و شوهر هر کدام دارای نوع کم خونی خفیف (مینور) تالاسمی باشند ، هر یک از فرزندان آنها ۲۵% احتمال ابتلا به تالاسمی ماژور (کم خونی شدید) را داشته و ۵۰% احتمال تالاسمی مینور و ۲۵% ممکن است سالم باشند .

• علائم و عوارضی که تالاسمی در بیماران ایجاد می کند :

از آنجا که در نوع ماژور تالاسمی (کم خونی شدید) ، هموگلوبین خون غیر طبیعی به نام F یا جنینی افزایش یافته و هموگلوبین قرمز خون کاهش

پیدا می کند ، کودکی که این بیماری را در خود دارد کم خون است و این کم خونی باعث بزرگ شدن طحال و کبد و تغییر قیافه ظاهری او می شود . بنابراین به علت پایین آمدن مداوم خون ، بیمار مجبور است مدام خون تزریق کند و در اثر تزریق خون که دارای مقدار زیادی آهن است و در اثر خود بیماری که باعث شکسته شدن هموگلوبین (گلبولهای قرمز) و آزاد شدن آهن می شود ، میزان آهن خون افزایش یافته و در بافت های عمده بدن چون : قلب ، کبد ، طحال و ... رسوب می کند و سبب ایجاد مشکلات دیگری می شود که تنها به کمک آمپول دسفرال می توان از تجمع آهن جلوگیری کرد . مصرف مداوم دسفرال با قیمت بالای آن ، خود موجب بروز مشکلات اقتصادی در خانواده ها می شود . پس اگر در اثر عدم و یا سهل انگاری ، تالاسمی به خانواده شما قدم گذاشت ، هیچ جای فرار نیست . (تالاسمی)) ماه ها و سال ها تا زمانی که فرزندان زنده است در خانه شما هست و شما نباید فرزندان را سرزنش کنید زیرا این شما بودید که آن را در خود داشتید و به فرزندان منتقل نمودید و اگر الان تالاسمی در خانه شما هست مواظب باشید که دیگر فرزندی به دنیا نیاورید زیرا این بیماری همراه او به دنیا خواهد آمد و اگر هم هنوز با مشکل تالاسمی روبرو نیستید مراقب باشید که هرگز دچار آن نشوید . برای پیشگیری ، دو کار باید انجام دهید :

۱- انجام آزمایش خون از نظر کم خونی (CBC و هموگلوبین) . (۲۲

۲-انجام آزمایش روی جنین در هفته های اول حاملگی در دوران بارداری .

یک بار به روش پیشگیری توجه کنید . با یک آزمایش ساده می توانید جلوی بروز مشکلات بسیاری که در صورت داشتن فرزند تالاسمی با آن بر خورد خواهید نمود را بگیرید .

• تالاسمی در ایران :

تالاسمی در ایران نیز حضور تاسف باری دارد و در حدود سی هزار نفر این بیماری را در خود دارند و هر سال به این تعداد نیز اضافه می شوند . تالاسمی در ابتدا چند ماه خود را پنهان می کند و بعد از مدتی مادران می بینند که کودک آنها زرد و ضعیف و نا آرام است و وقتی که فرزند خود را به دکتر می برند بعد از آزمایش ، دکتر به مادر خانواده می گوید تالاسمی هم همراه کودکش به دنیا آمده است ، آنگاه است که تالاسمی خود را معرفی می کند و هر وقت متوجه شدید که فرزند شما تالاسمی دارد به فکر چاره باشید . اگر دیر بجنید تالاسمی بلایی بر سر کودک شما می آورد که تا سال ها متالم باشید . در صفحات بعد بیشتر توضیح داده می شود که چه کار باید بکنید تا فرزند دلبدتان همراه با این بیماری ، زندگی طولانی تر و بهتری داشته باشد .

• کسانی که در ایران تالاسمی با خود دارند به چهار گروه تقسیم می شوند :

• گروه اول مبتلا یانی که دسترسی به امکانات پزشکی و درمانی ندارند و از درمان صحیح یعنی تزریق خون و دسفرال محروم می باشند .

• گروه دوم بیمارانی که به موقع بیماریشان تشخیص داده می شود و خون تزریق می نمایند اما از دسفرال و سایر اقدامات درمانی استفاده نمی کنند .

• گروه سوم کسانی که بیماریشان به موقع تشخیص داده می شود ، تزریق مناسب خون همراه با روش های جانبی را به موقع دریافت می دارند و طول عمری قابل ملاحظه خواهند داشت .

• گروه چهارم بیمارانی که دسترسی به پیوند مغز استخوان داشته اند ، احتمال بهبودی آنان تا حدود زیادی میسر می باشد ، امید است با اتکا به خداوند تبارک و تعالی در آینده ای نه چندان دور در اثر پیشرفت های علمی ، تالاسمی هم مانند بیماریهای شایع دوران گذشته ریشه کن شود .

• کنترل و درمان بیماری :

تالاسمی با این هدف همراه کودکان به دنیا می آید که خیلی زود هم با او از دنیا برود . اما با کنترل آن می توان سال های سال زندگی کرد . مهمترین راه درمان تالاسمی ، تزریق مداوم خون است . اگر بعد از آزمایش هموگلوبین ، هماتوکریت متوجه شدید که مقدار آن پایین تر از ۱۰ است ، فوراً به مرکز انتقال خون مراجعه کنید . هر چه دیرتر مراجعه کنید ، بدن مجبور است از خونی که استخوان ها می سازند تغذیه کند و خون سازی استخوان ها باعث رشد نا هنجار استخوان های سر و صورت می شود و در آن هنگام تالاسمی ، قیافه وحشتناک خود را نشان می دهد و بیمار خود را دچار مشکلات روحی و روانی فراوان می کند . پس به یاد داشته باشید با تزریق مداوم و به موقع خون از رشد استخوان های صورت کودک خود جلوگیری کنید . این تازه یا قسمتی از کارهایی است که شما انجام داده اید ، اقدام مهم دیگری که شما باید انجام دهید پایین آوردن آهن خون فرزندان است . آهن ، بافت های بدن است و آمپول دسفرال هم دشمن آهن ، شما بعد از آزمایش آهن خون (فریتین) کودکان ، اگر مقدار آن را بالاتر از حد طبیعی مشاهده کردید ، دیگر با تزریق دسفرال به وسیله سرنگ در عطله نمی توانید آن را به حد طبیعی برسانید و حتما باید از

پمپ دسفرال استفاده کنید .

• پمپ دسفرال :

دستگاهی است که به طور اتوماتیک در مدت ۸ الی ۱۲ ساعت آمپول را در زیر پوست ناحیه شکم و یا عضلات بازوی بیمار تزریق می کند و دارو در بدن با آهن تجمع یافته ترکیب و سپس به وسیله ادرار دفع می شود . همان طور که قبلا گفته شد اگر آهن تجمع یافته دفع نشود باعث رسوب در کبد و قلب می شود و مرگ آنان را تسریع می کند .

• طحال برداری :

تالاسمی روی طحال بیمار خود نیز تاثیر می گذارد . گلبول های خون اگر ساختمان و شکل و کار غیر طبیعی داشته باشند زودتر از موعد مقرر (۱۲۰ روز عمر طبیعی گلبول قرمز می باشد) از بین می روند . گورستان و محل تخریب گلبول ها ، طحال است و اگر پزشک متوجه شود که به علت بزرگی و یا فقط پر کاری طحال ، نیاز به خون بالا می رود و یا اینکه هموگلوبین پس از تزریق خون در فاصله زمان کمتری سریعاً پایین می افتد در آن صورت تصمیم می گیرد که طحال جراحی و از بدن خارج شود ، ولی سن ایده آل بالای ۵ سال است زیرا در سنین پایین تر خطر بیماری های عفونی مهلك وجود دارد . بنابراین حتی در سنین بالاتر از ۵ سال که طحال برداری انجام می گیرد ، واکسیناسیون علیه برخی بیماری ها مانند پنوموкок لازم است و علاوه بر آن همیشه بایستی درمان با آنتی بیوتیک سریعاً شروع گردد . اگر تالاسمی طبق روال طبیعی کنترل و درمان شود ، بیماران می توانند مثل هر انسان دیگری سال ها زندگی کنند . امروز تعدادی از بیماران تالاسمی ازدواج کرده و دارای فرزندان سالم هستند . شرایط بد و مرگ و یا عمر طولانی بیمار تالاسمی در دست شماسست . پدران و مادران نیز باید معاینه شوند تا اگر مواردی بود دقیقاً مداوا گردد تا از نارسایی های بیشتر جلوگیری شود . باید با دقت و حوصله در امر معالجه کودک بیمار خود اقدام کنید . در صورت طحال برداری مصرف قرص پنی سیلین و تزریق واکسن پنوموкок برای جلوگیری از عفونت بدن ضروری است . لازم است بیمار تالاسمی در سنین بالا توسط متخصصین قلب ، کلیه ، چشم ، گوش ، غدد و ... مورد معاینه قرار گیرد .

• مشکلات يك بیمار تالاسمی :

۱- ضعف جسمی و رشد کم .

۲- مشکلات ناشی از تزریق خون و درد آن .

۳- تزریق مداوم دسفرال (DESFERAL) و صرف هزینه بالا .

۴- تغییر شکل و رشد نا هنجار جمجمه و بروز مشکلات روانی .

۵- نگرانی حقیقی از آینده بیمار این شمه ای از ده ها مشکل بیمار تالاسمی است .

منبع : شبکه خبری ورلد نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=229654>

 **vista.ir**
Online Classified Service

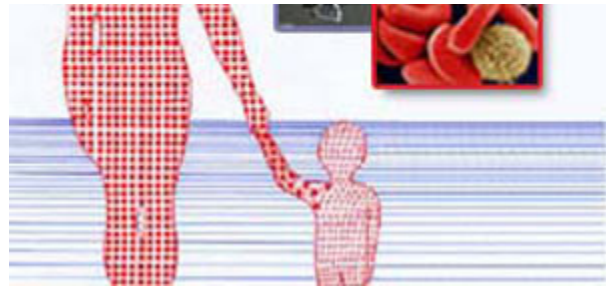
تالاسمی، قفلی که کلیدی ندارد!

ایرانیان باستان زندگی آدمی را متأثر از دو عامل اساسی یعنی گوهر و هنر می دانستند.

گوهر بخش سرشتین وجود آدمیزاد است که در واقع همان ژنتیک است که

www.takbook.com





با فرد از مادر می‌زاید و هنر، آن پاره از وجود است که در طول زندگی بعد از زادن در او شکل می‌گیرد.

آنان اعتقاد داشته‌اند که تغییر گوهر، محال است و قفل یزدان به شمار می‌آید که بر آن کلیدی نیست. اکنون با این مقدمه در نشست‌های اجمالی به بررسی یک بیماری ژنتیک به نام تالاسمی می‌پردازیم. کلمه تالاسمی از واژه یونانی (تالاسا) به معنی دریا گرفته شده است و در مناطقی که مالاریا

شایع بوده، این انگل منجر به نوعی جهش در افراد شده به طوری که مالاریا قادر به رشد در سلول‌های خونی آنها نبوده و در نتیجه این افراد به انگل مالاریا مقاوم شده و زنده می‌مانند.

این بیماری به جز کشورهای اروپایی و آمریکایی در بیشتر نقاط دنیا گسترده است و بیشترین گستردگی در کشورهای مدیترانه‌ای خاورمیانه، هندوستان، آفریقا، چین و آسیای جنوب شرقی است.

• عوامل بروز تالاسمی

عامل ابتلاء به این بیماری وراثت است. افراد مبتلا به این بیماری ژن‌های معیوب را از والدین دریافت می‌کنند که در نتیجه هموگلوبین تولید ناکافی خواهد داشت. هموگلوبین مولکول اصلی داخل گویچه‌های قرمز است که از هم (Heme) و زنجیره‌های پروتئینی یا گلوبین تشکیل شده است. در هر زنجیره گلوبین یک مولکول هم وجود دارد که اکسیژن را توسط آهن خود حمل می‌کند. پس تولید هموگلوبین نیاز به تامین آهن و ساخت هموگلوبین دارد. به طور کلی ۴ نوع هموگلوبین داریم که همه آنها شامل ۴ زنجیره پروتئینی هستند که در تمام انواع هموگلوبین‌ها تعداد دو زنجیره آلفا یکسان است و تفاوت آنها در زنجیره‌های بتا، گاما و دلتا است.

برای ساخت زنجیره بتا هر فرد از هر والد خود (پدر و مادر) یک ژن سازنده این زنجیره را دریافت می‌کند و برای زنجیره‌های آلفا و دلتا از هر والد ۲ ژن دریافت می‌کند و براساس جهش یا حذف هر کدام از این ژن‌ها ساخت و زنجیره مربوطه مختل شده و در واقع به علت اشکال در ساخت زنجیره‌های پروتئینی هموگلوبین انواع بیماری تالاسمی را خواهیم داشت.

هموگلوبین نه تنها برای حمل و تحویل طبیعی اکسیژن لازم است بلکه در شکل و اندازه و بدشکلی گلبول قرمز دخالت دارد. مقدار کل هموگلوبین خون به طور طبیعی در خانمها 12 ± 2 و در آقایان 14 ± 2 گرم در دسی‌لیتر است.

• انواع تالاسمی

تالاسمی به دو نوع آلفا تالاسمی و بتا تالاسمی تقسیم می‌شود که خود بتا تالاسمی هم شامل تالاسمی ماژور (تالاسمی شدید) و تالاسمی مینور یا تالاسمی خفیف است.

• تالاسمی مینور

تالاسمی مینور معمولاً بدون علامت بوده و علائم بالینی واضح ندارند و به طور عمده در تست‌های چکاپ به صورت اتفاقی تشخیص داده می‌شوند. این افراد کم خونی مختصری دارند که معمولاً مشکل‌ساز نیست. تالاسمی مینور در نتیجه اختلال یکی از دو ژن سازنده زنجیره بتا به وجود می‌آید که این ژن ناقص یا از پدر و یا از مادر به فرد به ارث رسیده است.

نکته‌ای که در تالاسمی مینور نوع بتا جالب توجه است، این است که این افراد نباید با یک فرد شبیه خود (تالاسمی مینور) ازدواج کنند. اگر دوفرد تالاسمی مینور با هم ازدواج کنند به احتمال ۲۵ درصد فرزندشان دچار تالاسمی شدید (ماژور) خواهد بود و ۲۵ درصد فرزندانشان سالم و ۵۰ درصد تالاسمی مینور خواهند داشت.

• تالاسمی ماژور

تالاسمی ماژور معمولاً طی چند ماه اول تولد تشخیص داده نمی‌شود. تالاسمی ماژور یا آنمی کولی به علت حذف یا جهش در هر دو ژن سازنده زنجیره بتا ایجاد می‌شود و به این ترتیب یا هیچ زنجیره بنایی ساخته نمی‌شود یا به مقدار کمی ساخته می‌شود. در نتیجه بدن کمبود این زنجیره‌ها را با ساخت زنجیره‌های آلفا جبران می‌کند که این زنجیره‌های آلفای اضافی برای گلبول‌های قرمز سمی هستند و با رسوب روی سلول‌های گلبول قرمز باعث می‌شوند که گلبول‌های قرمز در مغز استخوان و در داخل خون تخریب شده و زنجیره‌های آلفا در مغز استخوان رسوب کنند.

از طرفی به علت خون‌سازی غیرمؤثر، مراکز خون‌ساز خارج مغز استخوان، از جمله کبد و طحال شروع به خون‌سازی می‌کنند و بزرگ می‌شوند. بیماری معمولاً به صورت کم‌خونی شدید در ۶ ماهه اول زندگی کودک تظاهر می‌کند و در صورت عدم شروع تزریق خون، بافت مغز استخوان و مکان‌های خون‌ساز خارج مغز استخوان فعال و بزرگ شده و باعث بزرگی مغز استخوان‌ها به خصوص استخوان‌های پهن (صورت و جمجمه) و بزرگی کبد و طحال می‌شوند.

• علائم بیماری

افزایش حجم شدید مغز استخوان به خصوص در استخوان‌های صورت و جمجمه، چهره خاصی را برای افرادی که تالاسمی دارند ایجاد می‌کند (چهره موش خرمايي).

کم‌خونی شدید طوری که برای بقاء بیمار تزریق مکرر خون لازم است.

- اختلال رشد در بچه‌های بزرگتر

- رنگ پریدگی، زردی و گاهی پوست ممکن است به دلیل رنگ پریدگی و یرقان و رسوب رنگدانه به رنگ مس در آید.

- بزرگی کبد و طحال: در سنین بالاتر گاهی طحال به حدی بزرگ می‌شود که باعث تخریب بیشتر گلبول‌های قرمز می‌شود.

- علایم ناشی از رسوب آهن در بافت‌های مختلف از جمله پانکراس و قلب و غدد جنسی و ایجاد دیابت و نارسایی قلبی و تاخیر در بلوغ.

- استخوان‌ها نازک شده و مستعد شکستگی می‌شوند.

• تشخیص تالاسمی قبل از تولد

امروزه تشخیص سندرم‌های تالاسمی با استفاده از DNA و بر پایه PCR (بررسی ژن‌ها) در دوران قبل از تولد امکان پذیر است. DNA جنین از طریق آمینوسنتز (کشیدن مایع آمنیوتیک یا کیسه آب) یا نمونه برداری از پرزهای جفتی به دست می‌آید که از این طریق ۹۰ تا ۹۵ درصد امکان تشخیص امکان‌پذیر است.

• چگونه می‌توان مانع تولد یک کودک مبتلا به تالاسمی شد ؟

بیماری تالاسمی از اولین رده‌های پیش‌تاز بیماری‌های ارثی در کشور ماست که باید کنترل شود، اگر چه بهترین روش پیشگیری، براندازی و کنترل تالاسمی از راه اکولوژیک شناخته شده ولی به‌طور کلی چند روش پیشنهاد می‌شود:

- روش اول: خروج و دفع جنین مبتلا به تالاسمی از شکم مادر، قبل از پیدا کردن موجودیت انسانی است. با مشاوره ژنتیک در ازدواج‌های دو شخص مینور با هم و نمونه‌برداری از جفت (هفته ۱۰-۱۲ حاملگی) و بررسی DNA در صورتی که تشخیص داده شود که جنین مبتلا به تالاسمی مازور است سقط صورت خواهد گرفت که اجازه شرعی آن نیز گرفته شده است.

- روش دوم: شناسایی ناقلین و ازدواج یک فرد سالم با ناقل که این روش باعث افزایش ناقلین در سطح جامعه در آینده می‌شود. روش سوم: کاهش موالیید از طریق تنظیم خانواده که قادر به ریشه‌کنی واقعی نیست ولی از درجه ابتلا در جامعه می‌کاهد.

• درمان

تالاسمی مازور را یا نباید درمان کرد و یا اگر درمان می‌کنیم خوب درمان کنیم چون اگر درمان به خوبی انجام شود بیماران می‌توانند از نظر فیزیکی، تحصیلات، طول عمر عین افراد سالم باشند. ولی اگر بد درمان شوند بیمار دچار عوارض بیماری (تغییر قیافه، نارسایی کبد، قلب، کاهش رشد و اختلالات روانی و...) شده و عمر کوتاه همراه با زجر و صرف هزینه بالا خواهد داشت، در حالی که اگر درمان نشوند لااقل این زمان کوتاه‌تر خواهد بود. البته امیدواریم که اولاً با پیشگیری‌های لازم کودک مبتلا به تالاسمی متولد نشود و یا اگر شد به بهترین وجه درمان شود و اما درمان قطعی تالاسمی مازور پیوند مغز استخوان است که بهترین‌دهنده ابتدا خواهر و برادر و بعد پدر و مادر و در نهایت افراد دیگر است که با آزمایش‌های اختصاصی تعیین می‌شود.

تالاسمی شدید و درمان نشده همیشه باعث مرگ در دوران کودکی می‌شود. در صورت تزریق مکرر خون و حفظ سطح مناسبی از خون می‌توان طول عمر را افزایش داد و تا حد زیادی مانع از تغییرات استخوانی و اختلال رشد شد. اما دیگر راه‌های درمان تالاسمی عبارتند از:

• تزریق دراز مدت خون:

هدف از تزریق خون مکرر برای بیمار حفظ هموگلوبین بیمار در سطح بالای ۱۰ است.

• دفروکسامین:

مشکل اصلی بیماران تالاسمی بعد از سالها، رسوب آهن در بافتها و اضافه بار آهن است که می‌توان آن را به کمک تزریق مرتب دفروکسامین به‌صورت زیر جلدی یا وریدی تخفیف داد. این دارو با آهن ترکیب شده و از ادرار دفع می‌شود. البته مقدار زیاد این دارو ممکن است باعث واکنش پوستی در محل تزریق و یا عوارض عصبی به ویژه در دستگاه بینایی و شنوایی شود. بنابراین این دارو به تنهایی برای پیشگیری دراز مدت از مسمومیت با آهن کافی نیست.

▪ برداشتن طحال:

اگر بزرگی طحال، نیاز به تزریق خون را بیشتر کند طحال برداشته می‌شود تا نیاز به خون کاهش یابد.

قابل ذکر است بانک خون بند ناف نیز از راه‌های نوین درمان بیماری‌های ژنتیک می‌تواند باشد. بانک خون بند ناف فرایندی است که خون خارج شده از بند ناف و جفت نوزاد شما بعد از تولد برای استفاده‌های پزشکی آینده جمع‌آوری، منجمد و ذخیره می‌شود. فرایند جمع‌آوری خون بند ناف برای نوزاد شما بدون درد و بی‌خطر است و مانع برنامه‌های شما برای تولد یا تصمیمات همسر شما برای قطع بند ناف نمی‌شود.

قابل ذکر است خون بند ناف به‌طور موفقیت آمیزی در درمان لوسمی، نقص سیستم ایمنی، کم‌خونی داسی شکل و آنمی آپلاستیک، تالاسمی، لمفورما مثل بیماری هوچکین و شبیه آنها اما با شرایط شناخته شده کمتر استفاده شده است. اکثریت این بیماران سلول‌های بنیادی بند ناف را از یک هم‌نژاد یا غیرخویشاوند دریافت می‌کنند. امروزه تنها تعداد کمی از کودکان به‌طور موفقیت‌آمیزی با خون بند ناف خودشان درمان می‌شوند زیرا همه این بیماری‌ها پایه و اساس ژنتیک دارند.

به‌عنوان مثال اگر یک بچه با بیماری لوسمی با خون بند ناف خودش درمان شده باشد بیماری او دوباره می‌تواند عود کند زیرا خون بند ناف او حاوی رمز ژنتیک برای لوسمی است. محققین در حال تحقیق راه‌هایی برای اصلاح این موضوع هستند. تحقیقات امیدبخش جدید نشان می‌دهند که خون بند ناف ممکن است برای درمان افراد با شرایط گوناگونی مثل دیابت، آسیب‌های طناب نخاعی، نارسایی قلبی، سکتة و اختلالات نوروزنیک مثل مالتیپل اسکلروزیس استفاده شود. دانشمندان امیدوار هستند که روزی بیماران بزرگسال قادر باشند به‌طور روزمره خون بند ناف خود را برای درمان دریافت کنند. محققان روش‌های توسعه ظرفیت سلول‌های بنیادی در یک واحد خون بند ناف را گسترش داده‌اند و اکنون آنها را در آزمایش‌های کلینیکی آزمایش می‌کنند. اما این فرایندها هنوز معمول و رایج نیستند.

• روند بیماری

امروزه با توجه به درمان‌های موجود، بیماران تا ۳۰ سالگی هم زنده می‌مانند و اینها بچه‌هایی با رشد ناقص هستند و شایع‌ترین علت مرگ آنها نارسایی قلبی به‌علت رسوب آهن در بافتها و همچنین به‌علت تزریق خون و افزایش بار قلب است. به امید آن روز که با رایزنی‌های مناسب و آموزش و سرمایه‌گذاری در سطح کلان کشوری دیگر شاهد زجر کشیدن بیماران تالاسمی نباشیم.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=365940>

 **vista.ir**
Online Classified Service

تپش قلب، علت‌ها و راه‌حل‌ها

• وقتی که دلم تپل می‌زند
به طور عادی، ضربان قلب روندی ناملموس و حس نشدنی دارد و شما از تپیدن قلب خود آگاه نیستید. برای اینکه بهتر این مفهوم متوجه شوید،

www.takbook.com





سعی کنید بدون گرفتن نبضتان، سرعت تپش قلبتان را محاسبه کنید. معمولاً این کار ممکن نیست، چون ضربان قلب را بدن حس نمی‌کند، اما گاهی اوقات وضعیت برعکس است و فرد هر لحظه ضربان قلب خود را در سینه‌اش حس می‌کند. این احساس اگر طولانی مدت ادامه پیدا کند، بسیار

آزار دهنده است.

تعداد بیماری‌هایی که با شکایت از <تپش قلب> به متخصص قلب و عروق مراجعه می‌کنند چندان کم نیست. به طور کلی، احساس تپش قلب و حس ضربان‌های آن را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: موارد طبیعی و موارد غیر طبیعی. برای تعریف موارد طبیعی یک مثال می‌زنیم؛ حدود ۵ دقیقه بدوید و سپس بایستید.

در این حالت، قلب شما محکم و به سرعت در قفسه سینه می‌تپد و شما از تمام ضربان‌های آن آگاه و باخبر می‌شوید. انگار هر یک از ضربان‌ها را در قفسه سینه خود احساس می‌کنید. به طور عادی در ورزش یا فعالیت‌های جسمانی سنگین، قلب مجبور می‌شود برای تأمین نیازهای بدن با سرعت و قدرت بیش از معمول تپد و همین باعث می‌شود از تپیدن قلب خود باخبر شوید.

این واکنش طبیعی بدن است و در همه افراد سالم و حتی ورزشکاران وجود دارد. حس کردن تپش‌های قلب هنگام ورزش به طور معمول آزار دهنده نیست و هیچ وقت کسی با این شکایت که <در حین ورزش ضربان قلبم را احساس می‌کنم> به پزشک مراجعه نمی‌کند. در اصل، همه به طور ذاتی متوجه می‌شوند که این حس طبیعی است و نشانه‌ای از بیماری خاصی نیست.

از طرف دیگر، در اضطراب‌های موقت نیز همین حالت ایجاد می‌شود. زمانی که به مطب دکتر می‌روید، امتحان دارید، یا عصبانی شده‌اید، به طور موقت سرعت ضربان قلب شما افزایش می‌یابد اما اینها هم موقت هستند و شما به طور ذاتی متوجه می‌شوید که این واکنش طبیعی بدن به اضطراب است و از بیماری قلبی ناشی می‌شود.

• اما من بیمارم

صرف‌نظر از آنچه ذکر شد، در بسیاری از موارد تپش قلب بیمارگونه است و از بیماری‌های مختلف ناشی می‌شود. برخی از این بیماری‌ها، بیماری‌های خود قلب و برخی دیگر، بیماری‌های درگیر کننده سایر اعضای بدن هستند.

به همین دلیل، بیماری‌هایی که از تپش قلب شکایت دارند، پس از مراجعه به پزشک متخصص بیماری‌های قلب و عروق تحت بررسی‌های وسیعی قرار می‌گیرند تا علت زمینه‌ای که شاید خارج از قلب باشد، شناسایی و به دنبال آن، درمان مناسب و منطقی در نظر گرفته شود.

• امان از اعصاب

همان‌طور که پیش از این گفتیم، به علت مکانیسم‌های جبرانی، بدن در مقابله با استرس و اضطراب، ضربان قلب را زیاد می‌کند و افزایش ناگهانی سرعت و قدرت ضربان قلب باعث می‌شود فرد از ضربان قلب خود آگاهی پیدا کند اما در نظر بگیرید فردی به علت مشکلات روانپزشکی دچار استرس و اضطراب دایمی باشد.

این افراد همیشه به دلیل مشابه، ضربان قلب خود را احساس می‌کنند. بنابراین یکی از علل مهم تپش قلب اضطراب و نگرانی مداوم است اما هیچ‌گاه نمی‌توان به افرادی که احساس تپش قلب دارند گفت بیماری آنها ناشی از اضطراب است و نیاز به درمان ندارد.

تنها زمانی می‌توان این تشخیص را مطرح کرد که پس از انجام بررسی‌های کافی احتمال وجود بیماری‌های درگیر کننده قلب و دیگر اعضا رد شده باشد و مطمئن باشیم جسم فرد سالم است. تنها در این صورت می‌توان علائم بیمار را به بیماری‌های روانی، استرس و اضطراب نسبت داد.

در این موارد هم درمان چندان سخت نیست. مشاوره با یک روان‌شناس یا روانپزشک و نیز در صورت صلاحدید روانپزشک، مصرف دوره‌ای داروهای ضد اضطراب و آرام‌بخش می‌تواند علائم بیماری را برطرف کند.

• تیروئید و علائم مختلف

متأسفانه بیماری‌های تیروئید علائم بسیار متفاوتی دارند و می‌توانند با هزار چهره خود را نشان دهند. در پرکاری تیروئید، به علت آزادسازی بیش از حد هورمون‌های تیروئید به داخل خون، سوخت و ساز بدن به طور چشمگیر زیاد می‌شود.

قلب هم مجبور است برای جبران نیازهای افزایش یافته بدن، خون بیشتری به اعضا برساند. این کار تنها از طریق افزایش سرعت و قدرت ضربان قلب مقدور است و همین مساله باعث می‌شود فرد ضربان قلب خود را احساس کند اما معمولاً این بیماران دیگر علائم پرکاری تیروئید نظیر لرزش

دست، کاهش وزن، تعریق، اسهال و علائم چشمی را هم از خود بروز می‌دهند.

درمان چندان سخت نیست اما متأسفانه بیماری‌های تیروئید بسیار تمایل به عود دارند. پس باید هر چند وقت يك بار از طریق آزمایش خون، پیگیر وضعیت این بیماری شد. درمان در این موارد به عهده متخصص غدد یا متخصص پزشکی هسته‌ای است.

• فشارخون بالا

قلب در اصل باید خون را به داخل عروق بزرگ بدن پمپ کند اما این عروق دارای فشار هستند، یعنی همان فشاری که پزشك در مطب از روی بازوی شما با يك دستگاه فشارخون محاسبه می‌کند و با اعدادی مثل ۱۲ روی ۸ یا ۱۲ روی ۹ به شما اعلام می‌کند.

بنابراین قلب پیش روی خود با يك سد یا يك مقاومت مواجه می‌شود و باید انرژی زیادی مصرف کند تا بتواند خون درون خود را به داخل این عروق پرفشار وارد کند.

در حالت عادی قلب به قدری قدرت دارد که می‌تواند این کار را به راحتی انجام دهد اما زمانی که فشار درون عروق بالا می‌رود، قلب مجبور می‌شود انرژی بیشتری صرف کند و به اصطلاح پرقدرت‌تر بتپد. همین مساله باعث می‌شود فرد از ضریان قلب خود آگاه و به اصطلاح دچار تپش قلب شود.

• اصل ماجرا

در این نوشتار از خود قلب کمتر گفتیم. بخش مهمی از تپش قلب ناشی از بیماری‌های قلب است. هر يك از بخش‌های مختلف قلب، ممکن است به دنبال ابتلا به بیماری‌های مختلف، برای بیمار تپش قلب ایجاد کنند. بیماری‌های دریچه‌ای قلب گاهی با این علامت همراه هستند.

در قلب ۴ دریچه اصلی وجود دارد که شاید نام آنها برای شما چندان ناآشنا نباشد: دریچه دولتی یا میترال، دریچه سه‌لته یا تری‌کوسپید، دریچه آئورت و دریچه شریان ریوی.

بیماری‌های مختلفی ممکن است باعث تنگ یا گشاد شدن این دریچه‌ها شوند که از مهم‌ترین آنها به مشکلات مادرزادی و تب روماتیسمی می‌توان اشاره کرد. فرد مبتلا به این بیماری‌ها ممکن است دچار تپش قلب، تنگی نفس یا ضعف باشد اما این علائم اکثراً در مراحل پیشرفته بیماری ایجاد می‌شوند و بیماری ابتدا اکثراً بی‌علامت است.

بیماری‌های درگیر کننده عضله قلب هم می‌توانند به تپش قلب منجر شوند. این بیماری‌ها طیف بسیار گسترده‌ای دارند و از بیماری‌های عفونی و التهابی گرفته تا علل ناشناخته را شامل می‌شوند. اگر منشأ بیماری التهابی باشد، علائم دیگری مثل تب هم وجود دارد.

بسیاری از بیماری‌های فوق، تنگی نفس را نیز به همراه دارند. اما یکی از مهم‌ترین علل تپش قلب، به هم ریختن ریتم طبیعی ضربان‌های قلبی است. قلب در حالت عادی ریتم و آهنگ بسیار منظمی دارد. هر گاه این ریتم به هم بخورد، فرد از ضربانات قلب خود آگاه و به اصطلاح دچار تپش قلب می‌شود. این بیماری‌ها انواع بسیار متعددی دارند.

برخی از آنها فقط دهلیزها را درگیر می‌کنند، برخی فقط به بطن‌ها محدود می‌شوند و بعضی دیگر از دهلیزها شروع می‌شوند و به بطن‌ها گسترش پیدا می‌کنند. با توجه به اینکه نوار قلب می‌تواند به خوبی ریتم قلب را به پزشك نشان دهد، پزشكان متخصص قلب و عروق برای بیمارانی که از تپش قلب شکایت می‌کنند، حتماً از گرفتن نوار قلب استفاده می‌کنند تا آهنگ تپش قلب آنها را متوجه شوند. در ضمن این نوار به متخصص نشان می‌دهد که منشأ به هم خوردن ریتم قلب دهلیز راست یا بطن؛ اما مشکلی که وجود دارد این است که گاهی تپش قلب دائمی نیست.

به طور مثال، بیمار زمانی که در مطب پزشك حضور دارد، تپش قلب ندارد اما در منزل دچار این حالت است. با این حساب نوار قلبی که در مطب پزشك گرفته شده، نمی‌تواند مشکل به هم ریختن ریتم منظم قلبی را نشان دهد.

به همین دلیل متخصص قلب در چنین مواردی مجبور می‌شود از روش دیگری برای بررسی بیماری استفاده کند. این روش هولتر مونی‌تورینگ نام دارد که همان نوار قلب معمولی است اما با دستگاه کوچکی که به بدن بیمار وصل می‌شود، در تمام ۲۴ ساعت روز از قلب بیمار اطلاعات می‌گیرد و آن را ثبت می‌کند.

در حقیقت يك دستگاه کوچک نوار قلب است که بدون آزار و اذیتی برای بیمار در تمام شبانه‌روز همراه اوست و دائم از او نوار می‌گیرد. این نوارها در حافظه دستگاه ثبت می‌شود و سپس متخصص قلب و عروق آنها را مرور می‌کند تا اگر هر زمانی از شبانه‌روز ریتم قلب بیمار به هم ریخته باشد، آن را شناسایی کند. علت دیگر، سکنه قلبی است.

سکنه‌های قلبی اکثراً با درد شدید قفسه سینه همراه هستند اما باید توجه داشت این مورد همیشگی نیست و بسیاری از سکنه‌های قلبی

بدون درد قفسه سینه هستند و با علائم دیگری نظیر تنگی نفس، تپش قلب، درد شانه، گردن و یا شکم مشخص می‌شوند. حتی ناشایع نیست که فرد هیچ علامتی هنگام سکته قلبی نداشته باشد.

با این حساب علل تپش قلب بسیار متفاوتند و تنها از روی علامت نمی‌توان علت زمینه‌ساز آن را مشخص کرد. با توجه به اینکه درمان بیماری‌ها به شدت وابسته به علت زمینه‌ساز آنهاست، همیشه در مواجهه با چنین علائمی باید به متخصص قلب و عروق مراجعه کرد تا پس از انجام معاینه و آزمایش‌ها و بررسی‌های لازم، علت زمینه‌ای شناسایی و در مرحله بعد، درمان بر اساس عامل زمینه‌ای طراحی شود.

هیچ‌گاه سرخود یا بر اساس توصیه‌های افراد غیرمتخصص و ناآشنا با مسائل پزشکی برای درمان تپش قلب یا دیگر بیماری‌ها، از دارویی استفاده نکنید. بسیاری از این داروها ممکن است علائم شما را از بین ببرند اما با توجه به اینکه علت زمینه‌ای را به درستی درمان نمی‌کنند، مدتی بعد با عوارض بدتر مجبور خواهید شد به پزشک مراجعه کنید.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=239612>



تپیدن با سیگنالهای نامنظم

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ میلادی ۳۰/۲ درصد از کل مرگها بر اثر بیماری های قلبی، عروقی بوده است که ۸۰ درصد آنها در کشورهای کم درآمد و فقیر اتفاق افتاده است.

در این گزارش آمده است؛ در جهان هر ۳۰ ثانیه یک نفر دچار سکته قلبی می شود و در هر دقیقه یک نفر به علت سکته قلبی فوت می کند و به دنبال سکته قلبی در بیش از ۵۰ درصد از بیماران نیازمند، اقدامهای بازتوانی انجام می شود.

بررسی های انجام شده نشان می دهد که سن بیماران قلبی و عروقی در جهان به علت تغییر شیوه زندگی به سرعت در حال کاهش است. تغییر روشهای زندگی و افزایش شهرنشینی چاقی، فشار خون بالا، افزایش وزن، بی تحرکی و مصرف سیگار از عوامل شیوع بیماری های عروقی کرونر، انسداد قلبی و سکته های قلبی است.

قلب سالم برای زیستن کامل و بدون توجه به سن و جنس، حیاتی است. کنترل عوامل خطر ساز عمده برای بیماری های قلبی، عروقی، فعال بودن



جسمی و سیگار نکشیدن، می تواند از حملات قلبی پیشگیری کند و ممکن است از سرعت پیر شدن قلب بکاهد.

• آمارها چه می گویند

بررسی های انجام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که بیماری های قلبی به سرعت در حال تبدیل شدن به تهدیدی عمده

در کشورهای در حال توسعه است.

براساس این گزارش، بیماری های قلبی و عروقی در مادران در بیشتر کشورهای در حال توسعه چهار بار بیشتر از عوارض زایمانی و ایذ باعث مرگ و میر می شوند، در حالی که ایذ هر سال سه میلیون نفر را در دنیا می کشد، بیماری های قلبی و عروقی ۱۷/۵ میلیون نفر را به کام مرگ می فرستد.

دکتر کامران باقری لنگرانی، وزیر بهداشت و درمان چندی قبل در مصاحبه با ایرنا اظهار داشته بود، براساس آخرین آمار به دست آمده در خصوص علل مرگ و میر ۴۶ درصد علت مرگها ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی بوده است.

به گفته وی پیش بینی می شود در صورت ادامه این روند بیماری های قلبی به مهمترین عامل کاهش سالهای حیاتی تبدیل شود.

از ۱۷/۵ میلیون مورد مرگ ناشی از بیماری های قلبی و عروقی در سال ۷/۲ میلیون به بیماری ایسکمی قلبی، ۵/۵ میلیون به بیماری عروق مغزی، ۳/۹ میلیون به پرفشاری خون و سایر بیماری های قلبی مربوط می شود.

سالانه حداقل ۲۰ میلیون نفر از مرگ ناشی از حمله قلبی و سکته مغزی نجات پیدا می کنند که درصد قابل ملاحظه ای از آنان تا پایان عمرشان نیاز به مراقبتهای پرهزینه دارند.

بیماری های قلبی و عروقی بیشتر در سنین میانسالی رخ می دهد و باعث می شود توسعه اقتصادی اجتماعی هم در فرد و هم در خانواده و جامعه کاهش یابد.

بررسی های انجام شده نشان می دهد در کشورهای توسعه یافته شیوع عوامل خطر در افزایشی که شرایط اقتصادی، اجتماعی پایین تری دارند، بیشتر است که نتیجه آن افزایش موارد بیماری و مرگ و میر است. الگوی مشابهی نیز در زمینه گسترش همه گیری بیماری های قلبی و عروقی در کشورهای در حال توسعه در حال ظهور است.

• فشار و کلسترول خون را همواره کنترل کنید

دکتر علی فخرالدینی متخصص قلب و عروق می گوید: دو عامل خطر مستقل در ایجاد بیماری قلبی و عروقی، پرفشاری خون و بالا بودن کلسترول خون است. مشخص شده است که با کاهش مؤثر فشار خون می توان میزان حمله قلبی را تا ۲۱ درصد، سکته مغزی را تا ۳۷ درصد و مرگ در اثر این بیماری را تا ۲۵ درصد کاهش داد. با کاهش ۱۰ درصد از میزان کلسترول خون میزان بروز بیماری عروق کرونر تا ۳۰ درصد کاهش می یابد.

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی توصیه می کنند که تمامی افراد بزرگسال فشار خون خود را به صورت منظم کنترل کنند و کلسترول خون نیز حداقل هر پنج سال یک بار کنترل شود. وی می افزاید: تحقیقات انجام شده نشان داده است که عوامل روانی اجتماعی مانند افسردگی، انزوای اجتماعی و ضعف حمایت های اجتماعی همانند عوامل خطر شناخته شده بیماری های قلبی و عروقی نقش عمده ای در ایجاد بیماری ایفا می کنند. وی یادآوری می کند: از عوامل خطر غیرقابل تغییر می توان به افزایش سن اشاره کرد. حدود ۸۳ درصد از کسانی که در اثر بیماری های عروقی قلب می میرند در سنین بالای ۶۵ سال قرار دارند.

در سنین بالاتر زنانی که دچار حملات قلبی می شوند بیش از مردان در خطر مرگ در هفته های اول بعد از حمله قلبی قرار دارند.

معمولاً مردان بیش از زنان و در سنین پایین تری دچار حملات قلبی می شوند، حتی بعد از یائسگی، با وجودی که میزان مرگ ناشی از حملات قلبی در زنان زیادتر می شود، به حد مردان نمی رسد.

کودکان والدین بیماران قلبی بیش از دیگر کودکان در خطر بروز بیماری قلبی و عروقی قرار دارند.

وی در مورد عوامل خطرزای قابل تعدیل نیز می گوید: مصرف دخانیات خطر بروز بیماری عروق قلبی در سیگاری ها را دو تا چهار برابر نسبت به غیر سیگاری ها افزایش می دهد.

از دیگر عوامل می توان به بالا بودن کلسترول خون اشاره کرد، هر چه میزان کلسترول خون بالاتر رود، میزان بروز بیماری کرونر قلب افزایش می یابد. اگر عامل خطر دیگر همچون مصرف دخانیات و پرفشاری خون نیز وجود داشته باشد، این خطر بیشتر افزایش می یابد. کلسترول خون افراد به

سن، جنس و وراثت و نژاد نیز بستگی دارد.

منبع : روزنامه قدس

<http://vista.ir/?view=article&id=342186>

ترومبوز آمبولی شریانی

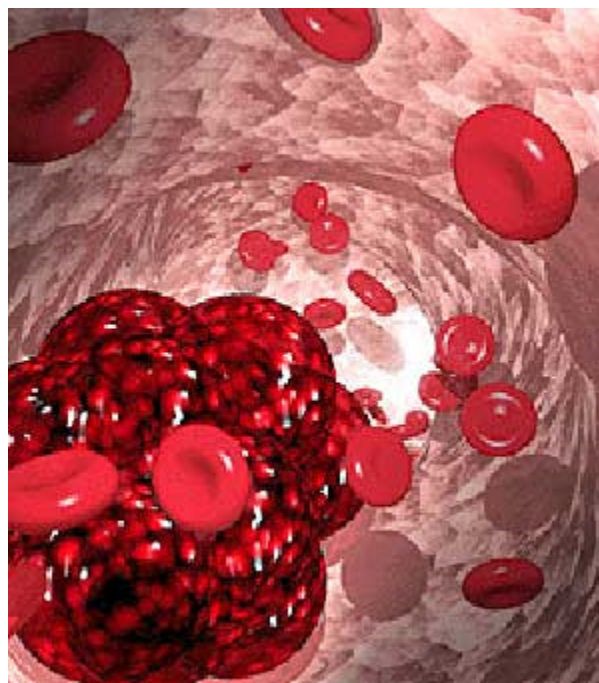
• شرح بیماری

ترومبوز آمبولی شریانی عبارت است از تشکیل لخته خونی در یک شریان (ترومبوز) که ممکن است به اعضای دور دست برود (آمبولی). شریان‌های بزرگ یا کوچک را در هر نقطه از بدن، به ویژه شریان‌های گردن یا شریان‌هایی که به مغز، روده، اندام‌های فوقانی یا کلیه می‌روند، درگیر می‌کند.

• علایم شایع

▪ بسته به مکان استقرار آمبولی، موارد زیر رخ می‌دهند:

- الف) مغز: کوری موقت، مشکل در تکلم، فلج نسبی، کاهش شنوایی، سردرد و گیجی
- ب) اندام‌ها: درد در اندام فوقانی یا ساق بعد از ورزش (با استراحت فروکش می‌کند)؛ ضعف، کرختی، سوزن سوزن شدن و احساس سوزش؛ ضعف یا فقدان نبض بعد از محل انسداد جریان خون. این علام با استراحت فروکش می‌کنند.



ج) روده: درد شکمی، تهوع، استفراغ و شوک

• علل

لخته‌ها ممکن است در هر بیماری که به پوشش یکنواخت قلب یا رگ خونی آسیب بزند، تشکیل شوند. با رشد لخته، قسمت‌های کوچک یا بزرگی کنده می‌شوند و با جریان خون به مغز، شکم، اندام‌ها یا سایر قسمت‌ها می‌روند. بیماری‌هایی که به پوشش عروقی خونی آسیب می‌زنند، عبارتند از:

- آترواسکلروز (تصلب شرایین)
- آسیب به یک رگ خونی در اثر سانحه یا جراحی
- بیماری دریچه‌ای قلب
- حمله گرما
- فیبریلاسیون دهلیزی (نوعی ضریان نامنظم قلب)
- عوامل تشدید کننده بیماری
- سن بالای ۶۰ سال
- سیگار کشیدن
- فشارخون بالا
- دیابت شیرین

▪ سابقه حملات ایسکمیک گذرا

• پیشگیری

▪ در صورت ابتلا به فشارخون بالا یا دیابت شیرین، برای کنترل بیماری، به برنامه درمان خود پایبند باشید.

▪ برای ممانعت از تشکیل لخته‌های خونی، به مدت کوتاهی پس از آسیب یا جراحی، داروهای ضد انعقاد مصرف کنید.

▪ برای سالم نگه داشتن عروق خونی، مرتب ورزش کنید.

• عواقب مورد انتظار

▪ به اعضای آسیب دیده، اندازه رگ خونی آسیب دیده و اندازه آمبولی بستگی دارد. لخته‌های موجود در اندامها را می‌توان با جراحی برداشت و

باعث تسکین علائم شد. لخته‌هایی که به مغز، کلیه و روده‌ها می‌روند، ممکن است قبل از این که بتوان آنها را برداشت، باعث مرگ یا ناتوانی

دائمی گردند.

• عوارض احتمالی

▪ مرگ بافت یا آسیب شدید به سلول‌هایی که در اثر یک لخته از اکسیژن محروم شده‌اند.

• درمان

الف) اصول کلی

▪ آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل ونوگرافی یا آرتریوگرافی (رادیوگرافی خونی پس از تزریق ماده حاجب) باشند.

▪ درمان زودهنگام، ضروری و معمولاً نیازمند جراحی (آمبولکتومی) است.

▪ جراحی برای ترمیم یا جابگزینی عروق خونی آسیب‌دیده یا برای برداشتن یک لخته به وسیله مکش یا بای‌پس

ب) داروها

▪ ضد انعقادها برای رقیق کردن خون و کاهش احتمال ایجاد آمبولی

▪ گشادکننده‌های عروقی برای اتساع عروق خونی

▪ فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ تا برقراری مجدد جریان خون به وسیله جراحی یا درمان‌های دیگر، استراحت کامل الزامی است.

ج) رژیم غذایی

▪ در طول بهبودی رژیم غذایی خاصی ندارد. البته آترواسکلروز و دیابت نیازمند کنترل رژیم غذایی هستند.

• درجه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم ترومبوز یا آمبولی شریانی را داشته باشید. این یک اورژانس است! فوراً از پزشک کمک بخواهید.

▪ اگر علائم بعد از جراحی عود کنند.

▪ اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی ایجاد کنند.

منبع : شبکه رشد

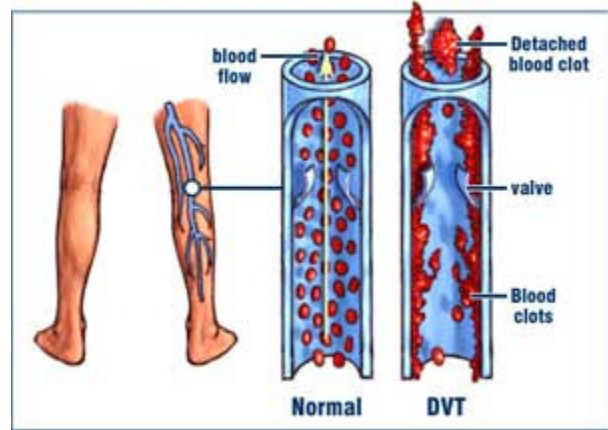
<http://vista.ir/?view=article&id=241654>

 **vista.ir**
Online Classified Service

ترومبوز ورید عمقی

www.takbook.com

Deep Vein Thrombosis (DVT)



• شرح بیماری

ترومبوز ورید عمقی عبارت است از بیماری که طی آن یک لخته خون که در یک ورید تشکیل می‌شود و ممکن است باعث انسداد نسبی یا کامل جریان خون شود یا رها شده و به ریه برود. این حالت متفاوت از لخته‌های موجود در وریدهای سطحی است که در آن به ندرت لخته‌ها رها می‌شوند. معمولاً ساق یا پایین شکم را درگیر می‌کند ولی گاهی سایر وریدهای بدن را مبتلا می‌کند. در افراد بالای ۶۰ سال شایع‌تر است.

• علایم شایع

▪ گاهی بدون علامت

▪ تورم و درد در ناحیه‌ای که توسط ورید تخلیه می‌شود (معمولاً مچ پا، ساق

یا ران). تورم در اندام تحتانی هر چیزی در زیر لخته را شامل می‌شود و به انگشتان پا گسترش می‌یابد.

▪ حساسیت به لمس و قرمزی نواحی آسیب‌دیده

▪ ناراحتی یا درد در راه رفتن. ناراحتی با استراحت بهبود نمی‌یابد.

▪ درد هنگام بلندکردن اندام تحتانی و خم کردن پا (گاهی اوقات)

▪ تب (گاهی اوقات)

▪ افزایش ضربان قلب (گاهی اوقات)

• علل

▪ تجمع خون در ورید که مکانیسم‌های لخته‌کننده خون را بر می‌انگیزد. تجمع ممکن است پس از استراحت طولانی در بستر به دنبال جراحی یا در اثر بیماری ناتوان‌کننده مثل حمله قلبی، سکته مغزی یا شکستگی استخوان رخ دهد.

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ افراد بالای ۶۰ سال

▪ چاقی

▪ استفاده از استروژن موجود در قرص‌های ضد بارداری خوراکی یا برای جایگزینی پس از یائسگی. این امر به ویژه در صورت استفاده از استروژن همراه با سیگار کشیدن خطرناک است.

▪ جراحی، سانحه

▪ بارداری

▪ سرطان

▪ اختلالاتی چون نارسایی قلبی، سکته مغزی و پلی‌سیتمی (افزایش غلظت خون)

• پیشگیری

▪ در طول بیماری‌ها یا استراحت طولانی در بستر خودداری کنید. پس از هرگونه اقدام جراحی یا در طی هرگونه بیماری زمین‌گیرکننده هرچه زودتر حرکت دادن اندام‌های تحتانی را شروع کنید.

▪ در مسافرت‌های طولانی یا اتومبیل یا هواپیما، حداقل هر ۱-۲ ساعت، پاهای خود را حرکت دهید.

▪ به ویژه در صورت مصرف استروژن، سیگار را ترک کنید.

• عواقب مورد انتظار

▪ اگر بتوان از آمبولی ریوی اجتناب کرد، معمولاً با درمان ضد انعقاد قابل‌علاج می‌گردد.

• عوارض احتمالی

▪ آمبولی ریه که طی آن لخته رها می‌شود و به ریه می‌رود. جریان خون ریه مسدود شده، باعث مرگ بافت ریه آسیب دیده می‌گردد. تعداد قابل

ملاحظه‌ای از بیماران دچار آمبولی ریه، به خاطر بیماری می‌میرند.

• درمان

الف) اصول کلی

• آزمون‌های تشخیصی می‌توانند شامل ونوگرافی (رادیوگرافی وریدها)، سونوگرافی و پلتیسموگرافی (میزان خونی را که از اندام عبور می‌کند، اندازه می‌گیرد) باشند.

• اگر لخته‌ها کوچک، محدود به ساق بوده و بیمار توانایی حرکت داشته باشد، درمانی لازم نیست. لخته‌ها غالباً خود به خود رها می‌شوند.
• برای اکثر بیماران بستری شدن به خاطر تزریق ضد انعقادها و مشاهده عوارض لازم است.
• در بیماران خاص، اقدام جراحی برای کار گذاشتن یک دستگاه غربال («چتر») در ورید اجوف تحتانی (ورید اصلی که به ریه‌ها وارد می‌شود) برای به دام انداختن لخته‌ها قبل از رسیدن به ریه‌ها

ب) داروها

• ضد انعقاد داخل وریدی برای پیشگیری از گسترش لخته‌ها
• ممکن است داروهای حل‌کننده لخته تجویز شوند که به‌طور فعال، لخته‌ها را حل می‌کنند.
• برای به حداقل رساندن خطر آمبولی ریه، آزمون‌های خونی برای پایش غلظت ضد انعقاد، اجباری است. ضد انعقادهای خوراکی ممکن است به مدت ۶ ماه یا بیشتر لازم باشند.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

• استراحت در بستر تا رفع تمام علائم التهاب. در هنگام استراحت، حرکت دادن عضلات پا، خم‌کردن مچ پا و تکان دادن انگشتان پا را تبدیل به عادت خود کنید.

• از جوراب‌های کشی مناسب یا بانداژهای کشی استفاده کنید ولی از بند جوراب یا جوراب کشیاف بلند استفاده نکنید.

• در هنگام نشستن به مدت طولانی پاها را بالاتر از باسن قرار دهید.

• پاها را از بستر بلند کنید.

د) رژیم غذایی

• رژیم غذایی خاصی ندارد.

• درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

• اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم ترومبوز ورید عمقی را داشته باشید.

• اگر موارد زیر در طول درمان رخ دهند:

الف) خونریزی غیرمنتظره از هر مکان

ب) درد قفسه سینه

ج) سرفه خونی

د) تنگی نفس

و) تداوم یا افزایش تورم و درد علی‌رغم درمان

ه) اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی تولید کنند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241658>

ترومبوسیتوپنی

• شرح بیماری

ترومبوسیتوپنی عبارت است از کاهش تعداد پلاکتها در گردش خون. پلاکتها با بستن هر شکاف کوچکی که در جدار عروقی خونی ایجاد گردد، نقشی حیاتی در کنترل خونریزی ایفا می‌کنند. در ترومبوسیتوپنی تمایل به خونریزی به ویژه از عروق خونی کوچکتر وجود دارد. این امر باعث خونریزی غیرطبیعی در پوست و سایر قسمت‌های بدن می‌گردد. چند نوع ترومبوسیتوپنی از جمله پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک و پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترومبوتیک وجود دارد.

• علایم شایع

▪ پتشی (لکه‌های کوچک، گرد، بدون برجستگی و به رنگ قرمز مایل به



ارغوانی در پوست)

▪ تمایل به کیودشدگی

▪ خونریزی در دهان

▪ خون دماغ

▪ قاعدگی‌های شدید یا طولانی

▪ وجود خون در ادرار

• علل

▪ مادرزادی

▪ تولید کم یا ناقص پلاکتها در مغز استخوانی

▪ گاهی علت ناشناخته است (ایدیوپاتیک)

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ عفونت حاد

▪ عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (ایدز)

▪ مصرف آسپیرین یا سایر داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی

▪ مصرف داروهایی چون کینیدین، داروهای گوگردار، داروهای ضد دیابتی خوراکی، نمک‌های طلا، ریفامپین و غیره

▪ بزرگی طحال (هیپراسپلنسیسم)

▪ کاهش درجه حرارت بدن

▪ انتقال خون

▪ مصرف الکل

▪ پره‌اکلامپسی

▪ بیماری‌های دیگر از جمله لوپوس اریتما توی سیستمیک، کم‌خونی، لوسمی، سیروز و غیره

▪ مواجهه با اشعه ایکس

• پیشگیری

▪ اجتناب تا حد ممکن از داروهایی که عامل خطرزا هستند.

▪ در مورد بیماران مبتلا به ترومبوسیتوپنی از آسیب بپرهیزید و در صورت وقوع، دنبال درمان باشید.

• عواقب مورد انتظار

▪ در موارد حاد به خصوص در کودکان، اکثراً ظرف ۲ ماه بهبود می‌یابند.

▪ در موارد مزمن ممکن است فروکش و عود وجود داشته باشد. بعضی خود به خود بهبود می‌یابند.

• عوارض احتمالی

▪ سکنه مغزی (خونریزی مغزی)

▪ از دست دادن شدید خون

▪ عوارض جانبی دارو درمانی

• درمان

الف) اصول کلی

▪ تشخیص با توجه به علائم بیمار و نتیجه آزمایش خون که نشانگر تعداد پلاکت‌ها است گذاشته می‌شود.

▪ در بعضی موارد درمانی لازم نیست و اجازه داده می‌شود تا ترومبوسیتوپنی سیر خود را طی کند.

▪ سایر برنامه‌های درمانی بسته به علت زمینه‌ای فرق می‌کنند.

▪ قطع داروی مضر در ترومبوسیتوپنی ناشی از دارو

▪ جراحی برای برداشتن طحال (اسپلنکتومی) در موارد دایمی

▪ انتقال پلاکت برای بیماران مبتلا به ترومبوسیتوپنی مزمن

ب) داروها

▪ ممکن است در زمان تشخیص و در موارد عودکننده، کورتیکواستروئیدها تجویز شوند.

▪ در طی مرحله حاد یک حمله شدید ممکن است گاماگلوبین تجویز گردد.

▪ در موارد دایمی ممکن است درمان سرکویگر ایمنی تجویز شود.

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

▪ استراحت در بستر در طی مرحله حاد

▪ حداقل فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری برای پیشگیری از آسیب

▪ پرهیز از ورزش‌های تماسی

د) رژیم غذایی

▪ رژیم غذایی خاصی ندارد.

• درجه شرايطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

▪ اگر علائم در طی درمان بدتر شوند. از دست رفتن شدید خون در یک وضعیت اورژانس

▪ اگر علائم جدید یا غیرقابل توجه. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی ایجادکننده به ویژه کورتیکواستروئیدها عوارض

جانبی و واکنش‌های زیانبار بسیاری دارند که مستلزم پیگیری هستند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241745>

ترومبوفلیبیت

• شرح بیماری

ترومبوفلیبیت عبارت است از التهاب و وجود لخته‌های خون در یک ورید سطحی (معمولاً اندام‌های تحتانی) که به‌طور اولیه ناشی از عفونت یا آسیب است. این نوع التهاب برخلاف ترومبوز وریدی عمقی به ندرت باعث رهاشدن لخته و جریان یافتن آن در گردش خون می‌گردد. تمامی سنین را مبتلا می‌کند ولی در بزرگسالان و زنان شایع‌تر است.

• علایم شایع

▪ تصلب وریدهای سطحی (مثل یک طناب می‌شود).

▪ قرمزی، حساسیت به لمس و درد در ناحیه مبتلا

▪ تب (گاهی اوقات)

• علل

▪ افزایش فیبرین و لخته شدن گلبول‌های قرمز در یک ورید در اثر:

الف) آسیب به غشای پوشاننده ورید در اثر ضربه، تزریق یا تزریق داخل

Thrombophlebitis



وریدی

ب) گسترش یک سرطان خونی بدخیم

ج) جمع‌شدن خون به دنبال جراحی یا استراحت طولانی در بستر

• عوامل تشدید کننده بیماری

▪ بیماری همراه با اقامت طولانی در بستر

▪ سیگار کشیدن

▪ استفاده از قرص‌های ضد بارداری، ترکیب قرص‌های ضد بارداری و سیگار کشیدن، به میزان زیادی خطر را افزایش می‌دهد.

▪ چاقی

▪ وریدهای واریسی

▪ جراحی، آسیب، سوختگی، عفونت بارداری

▪ سوءمصرف داروهای داخل وریدی

▪ اختلالات عروق خونی

• پیشگیری

▪ در صورت استفاده از قرص‌های ضد بارداری، سیگار نکشید.

▪ در صورتی که به هر دلیل مجبور به استراحت طولانی‌مدت در بستر هستید، تا حد امکان پاها را حرکت دهید تا از تجمع خون در وریدها جلوگیری کنید.

▪ در صورت امکان از هیچ‌گونه داروهای داخل وریدی استفاده نکنید.

• عواقب مورد انتظار

• معمولاً در عرض ۲ هفته قابل‌علاج است.

• عوارض احتمالی

• ممکن است منجر به ترومبوز وریدی عمقی (لخته در وریدهای عمقی) گردد.

• اگر عفونتی وجود داشته باشد و درمان نشود، می‌تواند منجر به مسمومیت خون شود.

• درمان

الف) اصول کلی

• تشخیص با تظاهرات فیزیکی تورم و قرمزی ورید آسیب دیده صورت می‌پذیرد.

• درمان معمولاً شامل استراحت و بالابردن اندام و گاهی بسته به موارد، استفاده از دارو است.

• پوشیدن جوراب‌های کشی یا استفاده از بانداژکشی ممکن است توصیه شود تا جریان خون در وریدها تسریع یابد و باعث تسکین ناراحتی و کمک

به پیشگیری از تشکیل لخته شود. از بند جوراب و جوراب کشیاف استفاده نکنید.

• برای تسکین درد از پوشش‌های مرطوب استفاده نکنید.

• سیگار را ترک کنید و مصرف قرص‌های ضد بارداری را کنار بگذارید. در صورت ادامه هر دو، حمله بعدی لخته‌های وریدی ممکن است یک لخته

خطرناک ورید عمقی باشد.

ب) داروها

• داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی از جمله آسپیرین برای کاهش التهاب و درد

• آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت شک به عفونت باکتریایی

• در صورت وجود خارش، پمادهای موضعی برای تسکین آن

ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری

• استراحت در بستر به همراه بالا بردن اندام آسیب دیده ممکن است به مدت ۱-۲ روز کمک‌کننده باشد. در بیشتر اوقات، پاها، مچ پاها و ساق‌ها را

حرکت دهید. وقتی التهاب شروع به فروکش کردن کند، به آهستگی فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری طبیعی را از سر بگیرید در بیشتر مواقع

استراحت کنید. به مدت طولانی ننشینید و نایستید و پاها را روی هم نگذارید.

د) رژیم غذایی

• رژیم غذایی خاصی ندارد.

• درجه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

• اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم ترومبوفلیت سطحی را داشته باشید.

• اگر در طول درمان موارد زیر رخ دهند:

الف) تب ۹/۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر

ب) درد غیرقابل تحمل

ج) سرفه خونی

د) تنگی نفس

و) درد قفسه سینه

ه) تورم ساق یا پا

• اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی ایجاد کنند.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241749>

تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب

• شرح بیماری

تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب عبارت است از تندی ضربان قلب به نحوی که قلب بسیار سریع‌تر از حالت طبیعی می‌زند بدون این که فرد فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری زیادی داشته باشد.

▪ این تندی ضربان قلب بین ۱۵۰ تا ۳۰۰ ضربان در دقیقه است. فردی که بیماری قلبی ندارد ممکن است با ورزش ضربان قلب را به ۱۶۰ بار دقیقه یا بیشتر برساند که البته این طبیعی است و مشکلی محسوب نمی‌شود. انواع تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب عبارتند از فیبریلاسیون دهلیزی، تند ضربانی سینوسی، تند ضربانی فوق بطنی، و تند ضربانی بطنی.

• علایم شایع

▪ تپش قلب. نبض بین ۱۸۰-۱۰۰ بار در دقیقه می‌زند که بسیار سریع‌تر از



حالت طبیعی است.

▪ غش کردن یا احساس نزدیک بودن مرگ

▪ درد قفسه سینه

▪ سرفه ناخودآگاه

▪ تنگی نفس

• علل

▪ ناشناخته هستند. این حالت می‌تواند در افراد جوانی که هیچ‌گونه شواهدی از بیماری ندارند رخ دهد، اما در عین حال در افراد مسنی که دچار بیماری سرخرگ‌های قلب هستند نیز رخ می‌دهد.

• عوامل افزایش دهنده خطر

▪ بیماری قلبی

▪ تب

▪ پرکاری تیروئید

▪ استرس؛ اضطراب

▪ سیگار کشیدن

▪ مصرف بعضی از مواد و داروها، مثل کافئین، کوکابین، افدرین یا سایر داروهای تقویت‌کننده دستگاه سمپاتیک

• پیشگیری

▪ سیگار نکشید.

▪ حتی‌المقدور استرس زندگی خود را کم کنید.

▪ از دکونژستان‌ها؛ داروهای کم‌کننده اشتها؛ قهوه زیاد؛ کولا و سایر محرک‌ها با یا بدون کافئین؛ و آمفتامین‌ها پرهیز کنید.

• عواقب مورد انتظار

- اکثر موارد موقتی و خوش‌خیم هستند. تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب را معمولاً می‌توان با درمان کنترل کرد.
- عوارض احتمالی
- در صورتی که ضربان قلب به حالت طبیعی باز گردانده نشود، امکان دارد نارسایی احتقانی قلب، حمله قلبی، یا ایست قلبی، که جان بیمار را به خطر می‌اندازند رخ دهند.
- درمان
- الف) اصول کلی
- بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل نوار قلب، و استفاده از دستگاه هولتر (نوار قلب ۲۴ ساعته) باشند.
- بستری کردن بیمار، در صورتی که حمله تندضربانی، علی‌رغم درمان، ادامه یابد.
- ندرتاً استفاده از شوک الکتریکی کنترل شده
- گاهی با اقدامات زیر می‌توان ضربان قلب را کاهش داد:
 - نگاه داشتن نفس به‌طور کوتاه‌مدت
 - نیشگون گرفتن از پوست بازو به قدری که باعث درد شود.
 - زدن آب سرد به صورت، فرو بردن سر در آب سرد به مدت کوتاه، یا دوش سرد به‌طوری که آب سرد روی سر بریزد.
 - در بینی و دهان خود را بگیرد و سعی کنید به ملایمت هوا را از بینی خارج کنید به‌طوری که احساس کنید پرده‌های گوش به سمت بیرون حرکت می‌کنند.
 - ناحیه کاروتید گردن را ماساژ دهید، البته منوط به این که روش انجام بدون خطر این تکنیک را فرا گرفته باشید (از پزشک یا سایر پرسنل پزشکی در این زمینه کمک بخواهید).
- ب) داروها
- در مواردی که حمله تند ضربانی تکرار می‌شود، امکان دارد یک یا چند دارو برای کنترل ضرباهنگ قلب تجویز شوند. این داروها می‌توانند شامل دیژیتال، کینیدین، مسدودکننده‌های کانال کلسیم، پروکایتامید، و مسدودکننده‌های بتا آدرنرژیک باشند.
- ج) فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- به هنگام بروز حمله، تا زمانی که ضربان قلب به حالت طبیعی باز نگشته باشد دراز بکشید. بین حملات، با نظر پزشک، به‌طور منظم ورزش کنید. آمادگی جسمانی به پیشگیری از بروز حملات تند ضربانی قلب کمک می‌کند.
- د) رژیم غذایی
- رژیم خاصی توصیه نمی‌شود.
- درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دچار یک حمله تند ضربانی نامنظم قلب شده‌اید که در عرض ۵-۴ دقیقه برطرف نشده است.
- اگر تنگی نفس رخ دهد.
- اگر درد قفسه سینه به وجود آید.

منبع : شبکه رشد

<http://vista.ir/?view=article&id=241786>

تنظیم فشارخون

در بدن دو سیستم وجود دارد که به ننگ داشتن فشارخون در حد طبیعی کمک می‌کند. یکی سیستم اعصاب سمپاتیک است که هورمون‌های آدرنالین و نورآدرنالین ترشح می‌کند. این هورمون‌ها می‌توانند بر اساس اینکه در کدام قسمت بدن به آنها نیاز باشد، هم باعث تنگ شدن و هم باعث گشاد شدن رگ‌ها شوند. این سیستم در موقعیتهای بحرانی و در مواقع خاصی وارد عمل میشود. مثلاً در هنگام جنگ یا گریز به طور موقت عملکرد قسمتهایی از بدن که در آن موقع به آنها احتیاج نداریم (مثلاً دستگاه گوارش) را کاهش می‌دهد و این کار را با تنگ کردن رگهای خونی دستگاه گوارش انجام می‌دهد. همچنین در همان زمان، رگهای سایر قسمتهای بدن مثل عضلات را گشاد می‌کند تا خون بیشتری در آنها جریان یافته و فرد بتواند از خطر فرار کند. به علت اثر تنگ کنندگی بر روی رگهای کوچک، این فرآیند می‌تواند در ایجاد فشارخون نقش مهمی داشته باشد. بنابراین داروهایی که بر روی این سیستم اثر می‌کنند مثل داروهای بتابلوکر (همچون آنتولول) می‌توانند در کنترل آن استفاده شوند.

سیستم مهم دیگر، هورمونی است که به نام رنین که از کلیه‌ها ترشح می‌گردد و باعث فعال شدن یک آنزیم به نام آنژیوتانسین دو میشود. آنزیم آنژیوتانسین دو باعث تنگ شدن رگها می‌گردد. داروهایی که آنژیوتانسین را جلوگیری می‌کنند به نام داروهای مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین معروف هستند. نمونه این گونه داروها، انالاپریل است که می‌تواند به پایین آمدن فشارخون کمک نماید. آنژیوتانسین همچنین باعث تحریک رها شدن هورمونی به

نام آلدوسترون از غدد فوق کلیه می‌گردد. این هورمون موجب احتباس آب و نمک بوسیله کلیه‌ها شده و ممکن است فشارخون را از این طریق بالا ببرد.

رگهای خونی بسیار کوچک که به شریانچه‌ها معروف هستند، در دیواره‌شان دارای سلولهای عضلانی صاف می‌باشند که در صورت افزایش غلظت کلسیم، منقبض میشوند. افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به افرادی که فشارخون طبیعی دارند دارای مقدار کلسیم بیشتری در سلولهای عضلانی صاف هستند، گرچه علت این امر هنوز مشخص نشده است. در افراد فشارخونی، گفته میشود که این افزایش غلظت کلسیم، موجب انقباض شریانچه‌ها میشود و آنها را سفت‌تر می‌کند تا قلب برای تلمبه‌زدن دچار مشکل گردد. انقباض طولانی مدت شریانچه‌ها موجب آسیب به دیواره‌شان شده و در نتیجه فشارخون باز هم بالاتر خواهد رفت. داروهایی که باعث انسداد کانال‌های کلسیمی میشوند مثل نیفدیپین (آدالات)، موجب می‌گردند که شریانچه‌ها دوباره گشاد شده و فشارخون پایین بیاید.

با وجود اینکه تمام هورمون‌هایی که در اینجا ذکر شد (مثل رنین، آنژیوتانسین، آلدوسترون، آدرنالین و نورآدرنالین) در تنظیم فشارخون در تمام افراد نقش دارند، اما به نظر می‌رسد که افراد دچار پرفشاری خون، بیشتر به این هورمون‌ها حساس هستند. این افراد در جریان خونشان این هورمون‌ها را بیشتر ندارند، اما مهار این هورمون‌ها توسط داروهای ضدفشارخون باعث پایین آمدن فشارخون در آنها میشود.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205454>

 Vista.ir
Online Classified Service

تنگی میترال

تنگی میترال به شرایطی گفته می‌شود که لتهای دریچه میترال ضخیم

شده و کامیشرها همراه با کوتاه و ضخیم شدگی طنابهای وتری، بهم فیوز می شوند . تنگی میترال علت اصلی نارسایی احتمالی قلب در کشورهای در حال توسعه است.

تنگی میترال تقریباً همیشه نتیجه تب روماتیسمی است . درگیری دریچه میترال به تنهایی در ۲۵% موارد اتفاق می افتد در حالی که ۴۰% دیگر از مبتلایان تنگی میترال و نارسایی میترال را همزمان دارند .

سابقه تب روماتیسمی ممکن است وجود داشته باشد یا نداشته باشد . در بیماران مبتلا به تب روماتیسمی از پروفیلاکسی با آنتی بیوتیکهایی نظیر پنی سیلین بنزاتین و یا پنی سیلین VK نقش پیش گیرنده ای در عود بیماری داشته است .

• دلایل کمتر شایع عبارتند از : تنگی میترال مادرزادی ، RA, SLE Myxoma , دهلیزی، کارسینوئید بدخیم و اندوکاردیت باکتریال.

• دلایل اکتسابی تنگی میترال نیز عبارتست از: SLE, RF ، سارکوئیدهای بدخیم ، موکوپلی سارکوئیدوز، اندوکاردیت عفونی فعال، نقرس، بیماری ویپل ، کلسیفیکاسیون گسترده حلقوی.



پاتوفیزیولوژی:

MS به تنهایی تقریباً در ۴۰% بیماران روماتیسم قلبی ایجاد می شود. بعد از یک دوره تب روماتیسمی یک دوره تاخیری ۱۰ تا ۲۰ ساله باید طی شود تا علائم بروز نماید. نشانه بارز MS فیوز شدن کامیشرهاست. وسعت نرمال دریچه میترال در حدود ۴-۶ سانتی متر مربع است وقتی دهانه این دریچه به ۲ سانتی متر مربع کاهش می یابد، ناچاراً فشار دهلیز چپ (LAP) ، برای انتقال جریان خون نرمال افزایش می یابد. بحران تنگی MS زمانی اتفاق می افتد که دهانه دریچه به یک سانتی متر مربع کاهش می یابد و در این مرحله برای حفظ برون ده قلبی نرمال وجود فشار بالای LAP الزامی است .

افزایش فشار دهلیز چپ، فشار وریدها و مویرگهای ریوی را افزایش می دهد که منجر به تنگی نفس فعالیتی می شود. با پیشرفت بیماری، افزایش طولانی مدت و مزمن در فشار دهلیز چپ هیپرتانسیون ریوی، ناکرآبی دریچه سدلتی و پولموناری و نهایتاً نارسایی قلب راست اتفاق می افتد.

• گشاد شدن پیشرونده دهلیز چپ دو عارضه ایجاد می کند:

۱- ایجاد ترومبوس جداری : این ترومبوس ها در ۲۰% بیماران آمبولی ایجاد می کنند . بیماران بالای ۳۵ سال، کسانی که فیبریلاسیون دهلیزی همراه با برون ده قلبی پائین دارند و کسانی که ضامن بزرگ در دهلیز چپ دارند ، مستعد آمبولیزاسیون می باشند .

عارضه قابل توجه دیگر ایجاد فیبریلاسیون دهلیزی است که در حدود ۴۰% از بیماران اتفاق می افتد . از بین رفتن انقباض دهلیزها در طی فیبریلاسیون دهلیزی ۲۰% میزان برون ده قلبی را کاهش می دهد. به دلیل اینکه برون ده قلبی با ضربان قلب در ارتباط است، فیبریلاسیون دهلیزی همراه با پاسخ دهی سریع بطنی، زمان پر شدن دیاستولیک را کاهش داده و برون ده قلبی را تنظیم می کند . عملکرد بطن چپ اغلب نرمال است.

• اپیدمیولوژی :

در کشورهای توسعه یافته و ایالات متحده، بروز MS به دلیل کاهش ابتلا به روماتیسم کاهش یافته است.

در مناطق توسعه نیافته MS با سرعت بیشتری پیشرفت می کند حتی گاهی بیماران قبل از ۲۰ سالگی علامتدار می شوند. بدون دخالت جراحی طبیعت پیشرونده بیماری در ۸۵% موارد منجر به مرگ در ۲۰ سال بعد از شروع علائم می شود. ۲/۳ تمام موارد مبتلا به MS خانم می باشند. سن شروع علائم بیماری معمولاً بین دهه ۳ و ۴ زندگی است .

• تاریخچه طبیعی:

در بیشتر افراد MS یک بیماری پیشرونده است. معمولا یک دوره ۱۶ ساله قبل از شروع تنگی نفس طی می شود. قبل از متداول شدن جراحی در این زمینه پیش آگهی بیماری نامطلوب بوده است. ازسال ۲۵۰ Roweetal ۱۹۲۵ بیمار با MS را مورد مطالعه قرارداد، در عرض ۱۰ سال، ۳۹٪ از بیماران فوت کردند، در ۲۲٪ از بیماران تنگی نفس بدتر شد، در ۱۶٪ حداقل یکی از عوارض ترومبوآمبولیک را بروز کرد. در عرض ۲۰ سال، ۷۹٪ از بیماران فوت کردند، در ۸٪ علایم بیشتر شد و ۲۶٪ بیماران حداقل یکی از عوارض ترومبوآمبولیک را نشان دادند. پیشرفت بیماری حداقل در گروه علامتدار یک قانون است. بیماران جوان تر سیر خوش خیم تری را نسبت به هم گروهان مسن تر خود طی می کنند.

• تشخیص:

تشخیص MS براساس شرح حال قابل حدس است و با معاینه بیمار، الکتروکاردیوگرافی و اکوکاردیوگرافی تائید می شود. دسته بندی کاردیاک می تواند در تشخیص و درمان افراد مختلف کمک کننده باشد.

۱. تاریخچه تب روماتیسمی حاد، هر چند بسیاری از بیماران این مورد را به خاطر نمی آورند.

۲. تاریخچه سوفل

۳. تنگی نفس فعالیتی شایع ترین شکایت است و معمولا" با فعالیت تب، آنمی، شروع فیبریلاسیون دهلیزی، حاملگی آغاز می شود.

۴. ارتوپنه اگر در پی تنگی نفس حمله ای شبانه ایجاد شود.

۵. خستگی فعالیتی

۶. هموپتیزی در پی پاره شدن وریدهای کوچک دیلاته شده برونشی. البته یک یافته دیر رس است.

۷. درد قفسه سینه می تواند به علت ایسکمی بطن راست یا ثانویه به آمبولی کرونری یا اترواسکلروز کرونری همراه ایجاد شود.

۸. ترومبوآمبولیسم می تواند اولین علامت MS باشد

۹. تپش قلب

۱۰. سرفه در وضیت خوابیده (سرفه شبانه)

معاینه بالینی: یافته های معاینه بالینی وابسته به وخامت بیماری و میزان ناتوانی قلبی زمینه ای دارد.

۱- سیانوز محیطی و صورت که در زمانی که بیماران پلی سیتیمی دارند بیشتر دیده می شود.

۲- برجسته بودن ورید ژوگولار همراه با ریفلاکس هپاتوزوگولار.

۳- دیسترس تنفسی که نشان دهنده ادم ریوی است (وجود رال و غیره)

۴- لرزش قابل لمس دیاستولیک در ناحیه آپکس

۵- ناحیه آپکس بهترین محل برای شنیدن سوفل تنگی میترا است که انتشار اندکی دارد. این سوفل تقریبا" هولودیاستولیک همراه با یک صعود سیستولیک ناشی از انقباض دهلیزی است. این سوفل اغلب به صورت LowPitched نزولی و ممتد توصیف می شود و بهترین وضعیت شنیدن آن زمانی است که بیمار به پهلو چپ خوابیده باشد. یک صدای کوتاه ۸ /. ثانیه بعد از S۲ شنیده می شود و با یک Opening Snap همراهی می شود. این صدا یک صدای کوتاه (از نظر زمان) و بلند (از نظر بلندی صدا) است و زمانی ایجاد می شود که باز شدن دریچه ی تنگ، در ابتدای دیاستول به طور ناگهانی متوقف شود.

۶- S۱ بلند که بعد از آن S۲ و O.P شنیده می شود. بهترین محل شنیدن آن در مرز جناغ در سمت چپ است و در زمانی که بیمار به پهلو چپ خوابیده باشد، این صدا توسط یک سوفل دیاستولیک ممتد و LowPitched دنبال می شود که بهترین محل برای شنیدن این سوفل، ناحیه آپکس می باشد و ممکن است به تدریج با پیشرفت میزان تنگی دریچه این صدا ضعیف شود. این صدای S۱ بعد از ورزش و فعالیت بهتر شنیده می شود. ۷- مدت زمان سوفل دیاستولیک (و نه شدت آن) بشدت تنگی میترا مرتبط است. سوفل هولوسیستولیک که در نارسایی میترا شنیده می شود ممکن است در برخی اشکال تنگی میترا نیز شنیده شود.

۸- کلابینگ انگشتان (چماقی شدن انگشتان)

۹- آمبولیزاسیون سیستیمیک و نیز علائم نارسایی قلب راست در MS شدید و شامل آسیت، هپاتومگالی و ادم پریفرال یا محیطی است.

اگرهائیرتانسسیون ریوی وجود داشته باشد، ممکن است افزایش فشار بطن چپ، افزایش صدای دوم و یک سوفل دیاستولیک نزولی و High Pitched

مربوط به نارسایی ریوی وجود داشته باشد (سوفل گراهام استیل).

• تشخیص های افتراقی :

▪ نارسایی دریچه آنورت : می تواند سوفل دیاستولیک و نارسایی طرف چپ قلب را ایجاد نماید ولی بطن چپ بزرگ شده و سوفل معمولاً پاراسترنال و High Pitched است.

▪ بیماری انسداد مزمن ریوی و آمفیوزم : می تواند سیانوز و ادم ایجاد کند و می تواند همراه با MS اتفاق بیافتد . بیماران مبتلا به MS گاهی به عنوان بیماران آسمی تشخیص داده می شوند.

▪ Myxoma دهلیزی

• یافته های آزمایشگاهی :

۱- CBC در مواردی که هموتیزی وجود دارد برای رد کردن آنمی

۲- کشت خون وقتی مشکوک به اندوکاردیت باشیم

۳- الکترولیت ها

• مطالعات تصویری :

۱- CXR : رادیوگرافی قفسه سینه :

(a) نشانه های افزایش یا ریوی ریوی شامل : ۱- برجستگی شریان های ریوی ۲- بزرگ شدن بطن راست ۳- شواهدی دال بر نارسایی احتقانی قلب (ادم بینابینی با خطوط کرلی (B)

(b) افزایش اندازه دهلیز چپ همراه با مسطح شدن بور چپ قلب ،

هم چنین بالا رفتن برونکوس اصلی چپ در اثر افزایش اندازه دهلیز چپ

(C) تغییر الگوی عروقی ریه همراه با شیفت خون به سمت قواعد ریه، برجسته شدن ناف ریه همراه با محو ناگهانی مارکر عروقی

(d) الگوی خطوط کرلی B و ادم ریوی

۲- الکتروکاردیوگرام (: EKG)

(a) بزرگ شدن دهلیز چپ که با پهن شدن موج که بیشتر از همه جا در اشتیاق II مشخص می شود، همراه با نیروی انتهای منفی در V۱

(b) هایپرتنشن ریوی شدید، انحراف محور راست و هایپرتروفی بطن راست.

(c) فیبریلاسیون دهلیزی شایع است اما در MS یافته ای اختصاصی نمی باشد.

اکوکاردیوگرافی: اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک دیمن شنال اختصاصی ترین و حساس ترین روش غیر تهاجمی تشخیص تنگی است. با این روش می توان دریچه را محاسبه نمود . با Echo D۲ می توان اندازه دهانه دریچه میترا را همراه با اندازه دهلیزهای قلبی، اندازه گرفت. با اضافه کردن سونوداپلر رنگی می تواند گردایان دریچه ای و فشار شریان ریوی و همراهی آن با نارسایی میترا را ارزیابی کرد.

روش های متفاوت استفاده شده برای تخمین زدن وسعت دریچه ای میترا در تابلوی ۲ آورده است.

Echod ۲ همچنین برای ارزیابی کیفیت دریچه مفید است. همینطور می تواند برای سنجش مناسب بودن دریچه میترا جهت ولوپلاستی با بالون مفید باشد. درجه بندی MGH در بیش از ۱۰-۸ % نتیجه ضعیفی را بیان می کند.

اکوکاردیوگرافی از طریق مری روش مفیدی برای پیدا کردن وژتاسیون های کوچکتر از ۵ میلی لیتر با ترومبوس های دهلیز چپ است که با اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک قابل مشاهده نمی باشد .

کاتتریزاسیون قلبی : اندیکاسیون ها : مردان بالای ۲۵ سال ، بیشتر زنان بعد از منوپوز ، وجود ریسک فاکتورها ، تاریخچه مصرف کوکائین ، سابقه والوپلاستی میترا با بالون ، شک قوی به وجود بیماری عروق کرونر . یافته های همودینامیک در زمان کاتتریزاسیون شامل :

▪ افزایش فشار Wedge دهلیز چپ یا مویرگهای ریوی (PWP)

▪ افزایش اختلاف فشار دهلیز چپ یا pwcp با بطن چپ

▪ امکان محاسبه دریچه میترا (دهانه دریچه)

▪ کلسیفیکاسیون دریچه میترا

• وجود بیماری های عروق کرونری (CAD) • درمان : در مراکز اورژانس : قرار دادن بیمار در وضعیت عمودی : کنترل ضربان :
دیژیتال ها تاثیر بسیار مختصری در ریتم سینوسی در بیماران مبتلا به MS دارند .

در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی ، دیژیتال ها می توانند در کاهش ضربان بطنی مفید باشند .

ممکن است اضافه کردن های بتابلاکرها به دیژیتال ها برای رسیدن به ضربان بطنی ۷۰-۶۰ نیاز باشد .

در بیمارانی که B بلاکر منع مصرف دارد، می توان از بلاکر کانال کلسیم استفاده کرد مثل diltiazem در صورت وجود ادم ریوی دیورتیک ها استفاده می شوند .

• ضد انعقادها: ضد انعقادها در پیش گیری از شکل گیری ترومبوس ها و آمبولیزاسیون در بیماران با فیبریلاسیون دهلیزی مفید است. در صورت امکان باید یک دوره ۲-۴ هفته ای از درمان ضد انعقادی قبل از شروع کاردیو ورژن شیمیائی یا الکتریکی جهت به حداقل رساندن ریسک آمبولیزاسیون سیستمیک تجویز شود .

• مشورت های کاردیولوژی : برای موارد MS شناخته شده یا مواردی که بیمار از نظر همودینامیکی غیر Stable می باشد ، آریتمی یا آمبولیزاسیون درخواست می شود . هم چنین در موارد شروع جدید بیماری یا پیشرفت علائم ، باید این مشاوره ها انجام گیرد .

درمان طبی : هدف درمان طبی کنترل کردن ضربان سریع بطنی است . در فیبریلاسیون دهلیزی داروی انتخابی دیژیتال ها هستند هرچند یک بتا بلاکر یا بلاکرهاى کانال کلسیمی نیز ممکن است مفید باشد .

• گلیکوزیدهای قلبی : این داروها مکانیسم های الکتروفیزیولوژیک مسئول آریتمی را تغییر می دهند .

• Digoxin (Lanoxin) : این داروها ، داروی انتخابی برای فیبریلاسیون دهلیزی سریع است . این دارو یک گلیکوزید قلبی است که علاوه بر اثرات غیر مستقیم روی سیستم قلبی عروقی ، تاثیرات مستقیمی بر نیروی انقباضی عضلات قلب نیز دارد . اثرات آن روی میوکارد شامل اثرات مستقیم روی عضله قلبی است که انقباض میوکاردی سیستمولیک را افزایش می دهد . اثرات غیر مستقیم آن شامل افزایش فعالیت سینوس کاروتید شده و به دنبال آن افزایش فشار متوسط شریانی می شود .

• دوز بزرگسالی :

۰٫۲۵ mg IV q۶ up to ۱ mg دوز شروعی

۰٫۱۲۵ mg qd - ۰/۲۵ mg دوز نگهدارنده

• دوز خردسال :

۲-۵ ساله Load ۲۰-۴۰ mic/kg po

۵-۱۰ ساله Load ۲۰-۲۵ mic /kg po

۱۵-۱۰ ساله Load ۱۰-۱۵ mic /kg po

دوزهای وریدی معادل ۸۰% دوز خوراکی در نظر گرفته می شوند و دوزهای نگهدارنده ۲۵-۳۵% دوز آغازین می باشند .

• موارد منع مصرف : در بیماران با حساسیت اثبات شده ، داروها یا محصولات مشابه و در کسانی که تشخیص پریکاردیت یا سندروم سینوس کاروتید گذاشته شده ، نباید استفاده شود .

• تداخلات دارویی : داروهایی که سطح Digoxin را افزایش می دهند شامل :

Cyclosporine, Captopril, Bepidill, Losnzodiazepines, aminoglycosides ,diltiazeme, quinidine, propantheline, propafenone, erthromycin, diphenoxylate, anticholinergics, oral amiodarone, itraconazole ,hydroxychloroquim, flecainide, flodipine, indomethacin, ibuprofen , quinine, omeprazole nifedipine, verapamil, tolbutamide, tetracycline,esmolol

داروهایی که ممکن است سطح سرمی دیگوکسین را کاهش دهند ، شامل :

Aminoglutethimide, antihistamine, cholesteyramine, neomycin, penicillamine ,aminoglycosides, oral colestipol, hydantoin , hypoglycemic agents, antineoplastic treatment combinations(including, carmustine, bleomycin, methotrexate, cytarabine, doxorubicin, cyclophosphamide vincristine, procarbazine,) aluminum or magnesium antacids, rifampin, sucralfate, sulfasalazine barbiturates, kaolin ./ pectin, and aminosaliclyc acid

- حاملگی : بی خطر بودن دارو در حاملگی هنوز به اثبات نرسیده است .
- مراقبت ها :
- مواظبت بیماران با نارسایی کلیوی و اختلالات الکترولیتی
- هایپوکالمی می تواند اثرات مثبت وریدی دیژیتال بر انقباض عضله قلب را کاهش دهد .
- کلسیم در صورت تجویز داخل وریدی ، می تواند در بیماران تحت درمان با دیژیتال ها اریتمی ایجاد کند .
- هپیرکلسمی ، بیماران را برای مسمومیت با ریژنال ها مستعد می کند و هایپوکالمی می تواند تا زمان نرمال شدن کلسیم سرم ، اثرات دیگوکسین را سرکوب کند .
- درمان جایگزینی با منیزیم باید در بیماران با هایپومنیزیمی انجام شود تا از سمیت یا دیژیتال ها جلوگیری شود .
- توجه خاص به بیماران با هایپوتیروئیدیسم ، هایپوکسی و میوکاردیت حاد لازم است .
- بلاکرها : مهار کننده قدرت انقباضی قلب و نیز مهار کننده پاسخ های گشاد کننده عروقی به تحریک کننده های آدرنژیک است . (Metoprolol (Lepressor) یک داروی انتخابی و بلوکر اختصاصی رسپتور بتا آدرنژیک است که اوتوماتیسیته انقباضات را کاهش می دهد . در زمان تجویز داخل وریدی باید فشارخون و ضربان قلب و ECG به دقت مانیتور شوند .
- دوز بزرگسال : ۵ میلی گرم داخل وریدی و تکرار دارو ۱۵ دقیقه تا ۱۵ میلی گرم
- دوز خردسال : کفایت تاثیر دارو برای کودکان هنوز به اثبات نرسیده است .
- موارد منع مصرف : از تجویز در افرادی که سابقه حساسیت به دارو یا محصولات مشابه را دارند باید پرهیز شود . هم چنین در کسانی که نارسایی احتقانی قلب شدید ، برادی کاردی ، آسم ، شوک کاردیوژنیک و آنومالی های انتقالی A-V دارند نیز نباید تجویز شود .
- تداخلات دارویی : نمک های آلومینیوم ، باربیتوراتها ، نمک های کلسیم ، کلسترامین ، NSAID s ، پنی سیلین و ریفامپین که این داروها می توانند میزان بیولوژیک و سطح سرمی متوپرول را کاهش دهند که خود می تواند منجر به کاهش اثر فارماکولوژیک این دارو شود .
- بر عکس هالوپریدول، هیدرولازین، دیورتیکهای لوپ و مهار کننده های MAO می توانند سطح Metoprolol را افزایش داده و از این طریق به سمیت و افزایش اثر فارماکولوژیک آن منجر شوند .
- حاملگی : امنیت استفاده از آن در زمان حاملگی به اثبات نرسیده است .
- توصیه ها : بلاک شدن بتا آدرنژیک می تواند نشانه ها و علائم هایپوگلیسمی حاد را کاهش داده و در مقابل نشانه های هایپرتیروئیدیسم را تشدید کند (از جمله طوفان تیروئید).
- باید بیماران به دقت تحت مانیتورینگ قرار گرفته و دارو را به آهستگی کم کنیم . در طی تجویز داخل وریدی به دقت فشارخون و ضربان قلب و ECG باید مانیتور شود .
- بلاک کننده های کانال کلسیمی : کلسیم در هدایت جریان الکتریکی و انقباضی سلولهای قلب، (تولید پتانسیل عمل) نقش دارد . بلاک کننده های کانال کلسیمی از حرکت یون های کلسیم از غشاء سلولی جلوگیری کرده در نتیجه هم تشکیل ایмпالس و هم سرعت هدایت را مهار می کنند .
- عضلات صاف و میوکاردیوم می شوند .
- دوز بزرگسال: ۲۵،۰ mg/kg وریدی در طی ۲ دقیقه . تکرار بعد از ۱۵ دقیقه در صورت نیاز با ۲۵،۰ mg/kg
- دوز خردسال: امنیت و کفایت تاثیر این دارو در کودکان به اثبات نرسیده است .
- موارد منع مصرف : از تجویز در کسانی که حساسیت به این دارو یا محصولات مشابه دارند باید پرهیز شود . همین طور نباید در کسانی که CHF شدید ، سندروم سینوس بیمار یا A.V بلاک درجه ۲ یا ۲ دارند و یا در کسانی که هایپوتنشن (فشارسیستولیک کمتر از ۹۰ mmhg) دارند، استفاده شود .
- تداخلات دارویی: Diltiazem میتواند سطح Carbamazepine Cyclosporin, Digoxine را در صورتی که به صورت همزمان تجویز شود، افزایش دهد.

در زمانی که Diltiazem همراه با Amiodarone تجویز شود ، می تواند برادی کادری و کاهش برون قلبی ایجاد نماید. و به طور مشابه وقتی همراه با بتابلاکرها تجویز شود، می تواند دپرسیون قلبی را افزایش دهد.

Cimetidine می تواند سطح Diltiazem را افزایش دهد. Diltiazem می تواند سطح Theophylline را افزایش دهد.

• حاملگی : امنیت مصرف در زمان حاملگی اثبات نشده است.

• توصیه ها : باید در زمان تجویز به بیمارانی که مشکلات عملکردی کلیوی یا کبدی دارند توجه خاص مبذول داشت. Diltiazem می تواند سطح آنزیمهای کبدی را افزایش داده آسیب کبدی ایجاد نماید.

• توجهات بالینی بیشتر : کاتریراسیون قلبی یک روش نهایی برای تعیین اختلاف فشار درجه میترال ، فشار شریان ریوی ، نارسایی میترال وابسته ، عملکرد بطن چپ و اترواسکلروز همراه می باشد .

این روش اغلب قبل از جراحی در بیماران مسنی که سابقه آنژین را بیان می کنند، یا نشانه های MS شدید در کلینیک یا دراکوکاردیوگرافی وجود دارد، استفاده می شود .

• بررسی با باین منجر به به بدتر شدن LAP می شود. اغلب در بیماران جوانی که فاقد کلسیفیکاسیون درجه ای باشند، خانم های حامله و کاندیداهای ضعیف جراحی، استفاده می شود.

• جایگزینی درجه میترال: در صورتی که درجه ها بی حرکت باشند یا به طور شدیدی کلسیفیه شده باشند و یا در صورتی که اسکار شدید زیر درجه ای وجود داشته باشد، انجام می شود. درجه های مصنوعی بیولوژیکی یا مصنوعی مکانیکال می توانند در جایگزینی استفاده شوند. مرگ و میر حین جراحی ۲-۱۰٪ برای کامیشروتومی میترال و ۵-۲۰٪ برای جایگزینی درجه میترال است .

پیش گیری : پروفیلاکسی اندوکاردیت باکتریال برای اعمال Invasive دهان و دندان باید در تمام طول عمر انجام شود . درمان مناسب فانژیت استرپتوکوکال باید به سرعت انجام شود تا احتمال ایجاد تب روماتیسمی را به حداقل برساند . پروفیلاکسی علیه عفونتهای استرپتوکوکال و عود تب روماتیسمی در بیمارانی که سابقه تب روماتیسمی دارند باید حداقل برای ۲۵ سال استفاده شود.

عوارض: ترومبوآمبولیسم ، عود تب روماتیسمی، اندوکاردیت باکتریال، هایپرنتشن ریوی، ادم ریوی

عوارض جایگزینی میترال : نشست کنار درجه ای، ترومبوآمبولی، اندوکاردیت، اختلال عملکرد مکانیکال، خون ریزی به علت آنتی کوآگولان ها.

• Pitfal های مدیکال و قانونی:

ممکن است وخامت بیماری در زمان پیرودهای ناکی کاردی به علت کاهش در برون ده قلبی که منجر به کاهش شدت سوفل ها می شود، تشخیص داده نشود. عدم انجام پروفیلاکسی با آنتی بیوتیکها برای عفونتهای بتاهمولیتیک استرپتوکوکوی در بیمارانی که بیماری درجه ای میترال دارند و پروفیلاکسی اندوکاردیت عفونی، عدم درمان آنمی و عفونتها در بیماران مبتلا به.

منبع : درمانگران حکیم خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=233450>

 Vista.ir
Online Classified Service

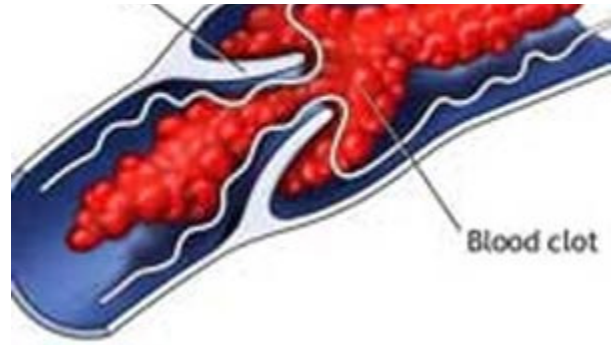
توصیه های مفید برای پیشگیری از لخته شدن خون

• پیشگیری از لخته شدن خون

الف) استعداد و گرایش پلاکت های خون در جهت ایجاد لخته و غلظت بالای

www.takbook.com





آنها. (پلاکت‌های خون، سلول‌های کوچک و ریزنقشی هستند که با انباشتگی و چسبیدن به یکدیگر یا به دیواره‌ی رگ‌های بدن، زمینه‌ساز بوجود آمدن لخته می‌شوند).

(ب) فیبرینوژن که از جنس پروتئین‌ها است و به‌عنوان سنگ بنای لخته‌های ایجاد شده، نقش آفرینی کرده و افزایش مقدار آن در جریان خون، شاخصی در احتمال بروز لخته به‌حساب آورده می‌شود.

(ج) سیستم فیبرنولیتیک: وظیفه‌ی عمده‌ی این سیستم، شکستن و حل

کردن لخته‌های به وجود آمده در شرایط مختلف است، تا از بروز ترومبوپلیت در اندام‌ها یا خطر سکنه‌های احتمالی ناشی از لخته شدن، در شریان‌های خون رسان مغز و قلب جلوگیری کند.

همراه با یک برنامه غذایی مناسب، روزانه حداقل ۵/۲ لیتر مایعات به‌صورت شیر و لبنیات کم‌چرب، آب، چای، آب‌میوه‌های طبیعی و سبزی‌های مورد علاقه‌ی خود را مصرف کنید.

به‌طور قطع نقش و اثر مواد غذایی مختلف نیز به صورت بازدارنده یا مساعد کننده در فرآیند لخته شدن خون مهم شناخته شده‌اند. از شما یاران همراه و دوستان علاقمند درخواست می‌شود به توصیه‌های زیر توجه فرموده و علاج واقعه را قبل از وقوع، به‌عمل آورید.

(۱) از کاهش آب بدن جلوگیری کنید؛ به‌خصوص تحت تأثیر تعریق در اثر افزایش درجه‌ی حرارت محیط یا تب، اسهال، استفراغ، مصرف بی‌رویه‌ی داروهای مُدر (ادرار آور) یا در طی مسافرت‌های طولانی مدت با هواپیما. برای تامین و تضمین سلامتی خود در طی روز، به‌مقدار فراوان از آب و مایعات مختلف استفاده کنید، به‌خصوص صبح‌ها نوشیدن ۱-۲ لیوان آب به‌طور ناشتا بسیار تأثیرگذار است و در فاصله‌ی وعده‌های غذایی حتی بدون احساس تشنگی با نوشیدن چند لیوان آب به شادابی و سلامتی خود کمک کنید.

(۲) کاهش تدریجی اضافه وزن؛ طوری که:

- از دست دادن وزن در هفته حداکثر از ۷۵۰ گرم تجاوز نکند؛

- هنگام اجرای رژیم لاغری، تحت هیچ شرایطی برای رسیدن سریع به وزن مطلوب، هیچ یک از گروه‌های غذایی را حذف نکنید؛

- به موازات بهره‌گیری از رژیم‌های متناسب، متنوع و غنی از مواد مغذی و حیاتی، به تامین آب و مایعات بدن نیز توجه نموده و حداقل ۵/۲ لیتر مایعات به‌صورت شیر و لبنیات کم‌چرب، آب، چای، آب‌میوه‌های طبیعی و سبزی‌های مورد علاقه‌ی خود را استفاده کنید.

• توجه: افرادی که دچار بیماری قند هستند، در برنامه‌ی غذایی روزانه‌ی خود ترتیبی اتخاذ کنند که به افت شدید قندخون (هیپوگلیسمی) و یا کتواسیدوز مبتلا نشوند. مشاوره با یک متخصص تغذیه یا پزشک متخصص در این مورد، راه‌گشا می‌باشد و سلامتی و طول عمر شما را تضمین و تامین می‌کند.

(۳) اقدام به موقع و حساب شده، در جهت کاهش چربی‌های خون، کلسترول و تری‌گلیسیرید بسیار اهمیت دارد.

(۴) استفاده از غذاهای کم چرب و کم کلسترول، طوریکه دریافت اسیدهای چرب اشباع زیر ۷ درصد بوده و مصرف روغن جامد، روغن نارگیل و چربی‌های حیوانی غیر از ماهی، حذف یا بسیار محدود شود و مقدار کل چربی تعیین شده را نیز به‌طور متناسبی در وعده‌های خود غذایی تقسیم کنید.

(۵) محدود کردن پروتئین به ۸/۰ گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن در روز و کاهش مصرف پروتئین‌هایی که منشأ حیوانی دارد، به خصوص گوشت قرمز. همچنین عدم استفاده یا مصرف خیلی کم منابع غذایی حاوی اسید آراشیدونیک فراوان مثل دل، قلوه، مغز و پیه گاو و گوسفند.

(۶) استفاده‌ی بیشتر از مواد غذایی که منشأ گیاهی دارد، به‌ویژه انواع سبزی و میوه‌ها؛ طوری که از طریق مصرف آن‌ها بیش از ۲۰ گرم فیبر به ازای هر ۱۰۰۰ کیلو کالری دریافتی وارد دستگاه گوارش شما شود. بدین ترتیب نه تنها از بروز یبوست می‌شود، بلکه جذب متعادل موادقندی و چربی‌ها و نیز خنثی‌سازی مواد سرطان زا، توسط فیبر مصرفی صورت می‌گیرد. (درصورت استفاده از سبوس گندم جهت افزایش مقدار فیبر دریافتی، باید در طی روی آب زیادی بنوشید، زیرا درغیر این صورت خود این فیبر، باعث یبوست می‌شود).

برای کاهش لخته شدن خون از روغن جامد، روغن نارگیل، چربی‌های حیوانی، گوشت قرمز، دل، قلوه، مغز، پیه گاو و گوسفند به مقدار خیلی کم مصرف کنید و به جای آن از لبنیات کم چرب، ماهی، سبزی و میوه‌ی فراوان استفاده کنید.

۷) استفاده از برنامه غذایی حاوی شیر و لبنیات کم چرب، ماهی، میوه و سبزی فراوان، کاهش مصرف مواد غذایی شیرین، اقدامی در جهت دستیابی به نشاط و شادابی شما تلقی خواهد شد.

۸) استفاده بیشتر از منابع غذایی حاوی اسیدهای چرب اُمگا-۳ مثل شاه‌ماهی، ماهی تن، ماهی آزاد، خال مخالی و ساردین، همراه با محدود کردن مقدار مصرف چربی در برنامه‌ی غذایی روزانه.

۹) مصرف ۱۰-۵ گرم روغن ماهی و ۱۵۰-۱۰۰ میلی‌گرم ویتامین E در روز، از لخته شدن خون جلوگیری می‌کند.

۱۰) خوردن صبحانه و عدم حذف آن به مقدار قابل توجهی موجب کاهش لخته شدن خون و چسبندگی پلاکت‌ها می‌شود؛ چرا که میزان بتا ترومبوگلوبولین که نمایانگر فعالیت پلاکت‌ها برای ایجاد لخته است، در افرادی که صبحانه میل نمی‌کنند، ۵/۲ برابر افرادی است که صبحانه خورده اند.

پس برای سلامت خود و فرزندانتان از همین امروز به مصرف صبحانه در محیط گرم و صمیمی خانواده‌ی خود اقدام کنید تا ضمن کمک به سلامت قلب و عروق، به‌عنوان یک الگوی خوب برای عادت دادن فرزندان به دریافت منظم غذا در سه وعده غذایی اصلی و میان وعده‌ها مطرح باشید.

<http://vista.ir/?view=article&id=284250>



توصیه‌هایی برای پیشگیری و درمان لخته‌های خونی در استنت‌های قلبی

آقای ۵۵ ساله‌ای با پیاده‌روی کوتاهی در سربالایی دچار تنگی نفس می‌شود. پزشک عمومی وی از او می‌خواهد که با مراجعه به یک پزشک متخصص قلب از مشورت او استفاده کند. در تست ورزش از بیمار می‌خواهند در حالی که سیم‌های نوار قلب به بدن او وصل است، روی یک تسمه نقاله در حال حرکت با سرعت و شیب‌های متفاوت راه برود یا بدود. در یکی از مراحل که شیب حرکت زیاد می‌شود، دوباره همان تنگی نفس به سراغ فرد می‌آید و نمی‌تواند به حرکت ادامه دهد. متخصص قلب تست ورزش بیمار را مثبت ارزیابی می‌کند و به او می‌گوید بهتر است آنژیوگرافی



شود.

در اتاق آنژیوگرافی که به آن "کت لب" هم گفته می‌شود مانیتور (شبیبه تلویزیون) هست. در واقع پزشک تصویر رگ‌های قلب را در این مانیتورها می‌بیند و نتیجه به صورت یک فیلم روی CD ضبط می‌شود. دکتر به بیمار می‌گوید یکی از رگ‌های قلب شما حدود ۹۰ درصد بسته شده و باید یک استنت در آن بگذاریم.

• استنت چیست؟

یک فنر فلزی است که درون رگ باز می‌شود و ضمن برطرف کردن گرفتگی داخل رگ آن را باز نگه می‌دارد. این فنر برای همیشه درون رگ باقی می‌ماند تا از بسته شدن دوباره رگ در محل قبلی جلوگیری کند البته با وجود همه این پیش‌بینی‌ها و دقت‌ها، گاه اتفاق‌های ناگوار هم پیش می‌آید.

• لخته در استنت

بعضی وقت‌ها، به‌خصوص در سی روز نخستین بعد از کارگذاری استنت، درون استنت که به‌طور معمول از جنس نوعی فولاد یا از جنس کروم و

کیالت تهیه می‌شود، خون لخته می‌شود و با وجود این که گرفتگی قبلی برطرف شده ولی پیدایش لخته دوباره راه را بر خون می‌بندد. به عبارت دیگر بیمار دوباره در معرض درد قفس سینه یا حتی سکنه قلبی قرار می‌گیرد.

• برای پیشگیری از این لخته چه فکری شده است؟

▪ پوشش روی فلز استنت، یکی از راه‌حل‌هاست. بعضی از استنت‌ها توسط یک لایه خیلی نازک از مواد جلوگیری‌کننده از ایجاد لخته پوشیده شده‌اند. این مواد احتمال بروز لخته را کمتر می‌کنند.

▪ تجویز داروهای ضد لخته خون. پزشکان بعد از کارگذاری استنت به بیمار توصیه می‌کنند، یک یا دو نوع قرص ضد لخته خون را مصرف کند. مدت مصرف این قرص‌ها به‌نظر پزشک و نوع استنت بستگی دارد و بین یک ماه تا یک سال متغیر است. بهتر است این قرص‌ها حتماً از داروخانه‌های معتبر تهیه شوند چون انواع نامرغوب آن می‌تواند باعث به خطر افتادن زندگی بیمار شود.

• گرفتگی دوباره استنت

گاهی پیش می‌آید که مدتی بعد از کارگذاری استنت، مثلاً یک سال بعد، بیمار دوباره احساس می‌کند که همان علامت‌های قبلی به سراغش آمده است. آیا دوباره همان محل تنگ شده است؟ شاید آری.

بعد از کارگذاری استنت سلول‌های داخل رگ که سلول‌های آندوتلیوم خوانده می‌شوند، شروع به تکثیر می‌کنند. به‌طور طبیعی، این سلول‌ها در حدی تولید مثل می‌نمایند که روی فنر فلزی یعنی استنت را بپوشانند ولی همیشه این کار با دقت انجام نمی‌شود. گاهی اوقات این سلول‌های بدن بیش‌تر از حد لازم تکثیر پیدا می‌کنند و خود باعث تنگی دوباره رگ در همان محل استنت می‌شوند.

• برای این مشکل چه راه حلی وجود دارد؟

▪ به نظر می‌رسد این نوع تکثیر بیش از حد سلول‌ها با نوعی استعداد افراد توأم باشد ولی هنوز دقیقاً اطلاعات مستند علمی در این رابطه به دست نیامده است.

▪ پس از آزمایش‌های فراوان چنین به‌نظر می‌رسد که با استنت‌های پوشیده شده با برخی از انواع دارو که از تکثیر زیاد از حد سلولی جلوگیری می‌کنند، می‌توان احتمال این تنگی دوباره را کم کرد. در واقع، این استنت‌ها که به استنت‌های دارویی معروف شده‌اند، همان استنت‌های فلزی هستند ولی روی آن با یک لایه پلیمر، به دارو آغشته شده است.

از آن جا که نخستین بار استنت‌های دارویی در آمریکا ساخته شد، برخی از پزشکان جهت سهولت کار آن را به بیمار تحت عنوان استنت آمریکایی معرفی می‌کنند. البته امروزه این‌گونه استنت‌ها هم در اروپا و هم در آمریکا تولید می‌شوند. در ابتدای کار، تحقیقات صورت گرفته بر روی استنت‌های دارویی خیلی امیدوارکننده بود و همه پزشکان را به وجد آورد. هم‌اکنون که چهار تا پنج سال از این تحقیقات می‌گذرد، نشان داده شده که مرگ و میر بیماران دارای استنت دارویی و استنت معمولی فرقی نداشته است. چرا؟

اخیراً نتایج مطالعات انجام شده روی استنت دارویی توسط خود همان پژوهشگران (که در واقع توسط کارخانه‌های تولید کننده انتخاب شده‌اند) در کنگره ۲۰۰۶ TCT در ایالات متحده آمریکا اعلام شد. دکتر استون و دکتر لنون در این گردهمایی نشان دادند که در فاصله سال‌های دوم تا چهارم، احتمال ایجاد لخته در استنت‌های دارویی بیشتر از استنت‌های غیر دارویی است. اولین بار نتایج مطالعات دکتر کامبزنید و دکتر نوردمن این شک را برانگیخت و این بار ظن مزبور به یقین مبدل شد. پژوهش‌های دکتر وناوزر هلندی هم در کنگره جهانی ۲۰۰۶ با نتایج مشابهی همراه بود.

دکتر فیستر از سوئیس هشدار می‌دهد: <باید دقت داشته باشیم که این‌گونه پژوهش‌ها بر روی بیماران با رگ‌های خوب و بیماران که شرایط بیماری پیچیده‌ای ندارند انجام شده است. در دنیای واقعی به‌نظر می‌رسد که بیماران دریافت‌کننده استنت‌های دارویی در سال‌های دورتر با مخاطرات بیشتری روبه‌رو شوند.>

دکتر هرماندر که در اسپانیا پژوهشی دیگر بر روی استنت‌های دارویی دارد می‌گوید: <اگر خطر ایجاد لخته دیرنگام در دنیای واقعی به اندازه مطالعات انجام شده باشد کارایی استنت‌های دارویی خوب است ولی اگر غیر از این باشد...>

جالب است بدانید که قیمت استنت‌های دارویی بین دو تا پنج برابر قیمت سایر استنت‌هاست. کارخانه‌های تولیدکننده به سبب نتایج عالی اولیه، پزشکان را قانع کردند که حتی برای بیماران که به این استنت‌ها نیاز ندارند آنها را تجویز کنند. آیا هنوز باید به کارگیری بی‌رویه استنت‌های دارویی را ادامه داد؟

از سوی دیگر، کارخانه‌های تولیدکننده برای کم‌رنگ جلوه‌دادن این امر با تعریفی جدید از لخته دیرنگام تلاش دوباره‌ای را برای افزایش به‌کارگیری

استنت‌های دارویی شروع کرده‌اند. پرسش اینجاست که آیا تعریف مرگ را هم می‌توان عوض کرد؟ آن هم در حالی که در مجموع، مرگ و میر بیماران دریافت‌کننده استنت دارویی و استنت غیر دارویی یکسان بوده است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=245351>

 **vista.ir**
Online Classified Service

توصیه‌هایی به بیماران قلبی

رنگش بدجوری پریده، دانه های درشت عرق نشسته روی پیشانی اش، پنج انگشتش را باز کرده روی قلبش و از شدت درد دارد به خودش می پیچد، حس می کند که کسی با تمام سنگینی اش روی سینه او ایستاده و نمی گذارد نفسش بالا بیاید، بدجوری نفس نفس می زند، حالت تهوع، استفراغ، سرگیجه و... آنهایی که خودشان یا اطرافیان‌شان با حمله های قلبی مانوس هستند، خوب می دانند که این شرح حال، شرح حال کیست. اما قفسه سینه به دلایل دیگری نیز ممکن است دردناک شود. به بیان دیگر، تمام دردهای این ناحیه، قلبی نیستند. این مطلب که برگرفته از پایگاه اطلاع رسانی پزشکی ایران سلامت است قصد دارد از شایع ترین انواع درد قفسه سینه صحبت کند و توصیه های عمل گرایانه ای را نیز در اختیار بیماران قلبی قرار دهد.



• درد قفسه سینه

در هر نقطه ای از زیر گردن تا بالای شکم، اگر دردی احساس کنید، به درد قفسه سینه دچار شده اید و هیچ فرقی نمی کند که این درد، واضح و شدید باشد یا مبهم و خفیف. تمام درد های این ناحیه را باید جدی گرفت. پزشکان و بیماران وقتی با چنین دردی مواجه می شوند، معمولا بیمناک می شوند که مبادا پای یک حمله قلبی در میان باشد. حمله های قلبی

یکی از شایع ترین و خطرناک ترین انواع دردهای قفسه سینه اند اما خوشبختانه یا متأسفانه بسیاری از دردهای قفسه سینه، به اشتباه، درد قلبی تلقی می شوند. حقیقت این است که بعضی از دردهای این ناحیه، هیچ خطری در پی ندارند. بعضی ها کمی خطرناکند و بعضی دیگر هم بسیار خطرناکند، آن قدر که جان آدم را تهدید می کنند. به هر حال، هر عضوی از اعضای بدن که در داخل قفسه سینه وجود دارد و تمام بافت های موجود در این ناحیه، می توانند یک منبع بالقوه برای بروز درد قفسه سینه به حساب بیایند. قلب، ریه ها، مری، عضلات بین دنده ای، دنده ها، تاندون ها و اعصابی که داخل قفسه سینه اند، متهمان ردیف اولند.

• قلب درد

به درد قفسه سینه با منشا قلبی «آنژین» می گویند. این درد معمولا وقتی اتفاق می افتد که خون و اکسیژن کافی به قلب نرسد. اگر چنین

دردی یک حد و مرز قابل پیش بینی داشته باشد، به آن می گویند آنزین پایدار. به بیان دیگر، آنزین پایدار به این معناست که شما خودتان بدانید که وقتی میزان فعالیت روزانه تان از یک حد مشخصی بیشتر بشود، به درد قفسه سینه مبتلا می شوید. اما وقتی که دردتان غیرقابل پیش بینی بشود یا این که درحال استراحت نیز به چنین دردی دچار شوید، آن وقت به آن می گویند آنزین ناپایدار. شخصی که به آنزین ناپایدار دچار می شود، باید خیلی زود در بخش اورژانس، مورد بررسی پزشکی قرار بگیرد. حمله قلبی یکی از شایع ترین انواع دردهای قلبی است. وقتی رسوبات چربی یا لخته های خونی، جلوی خونرسانی به قلب را بگیرند و اجازه ندهند که غذا و اکسیژن کافی به عضله قلب برسد، حمله قلبی اتفاق می افتد. این حمله معمولا با احساس سنگینی در قفسه سینه، درد و فشار در این ناحیه و گهگاه با احساس سوزش در قفسه سینه همراه است. درد ناشی از حمله قلبی معمولا چند دقیقه طول می کشد. این درد ممکن است به نواحی دیگری از بدن هم انتشار پیدا کند. کمر، گردن، چانه، شانه، بازو و خصوصا دست و بازوی چپ در حمله های قلبی، معمولا تیر می کشند. علائم دیگری که تشخیص حمله قلبی را در ذهن پزشک تأیید می کند، عبارتند از: تنگی نفس، حالت تهوع، احساس سرگیجه، عرق سرد. حمله قلبی معمولا به دنبال یک فعالیت و یا یک استرس شدید اتفاق می افتد و در اغلب موارد، پس از چند دقیقه استراحت و استفاده از قرص زیرزبانی (نیتروگلیسرین) از بین می رود. به جز حمله قلبی، دلایل قلبی دیگری هم هستند که می توانند منجر به بروز درد در ناحیه قفسه سینه شوند. التهاب پرده ای که دورتادور قلب را در بر گرفته است، یکی از همین دلایل است. این بیماری که به «پریکاردیت» موسوم است، معمولا متعاقب یک عفونت ویروسی اتفاق می افتد. در این مورد نیز، درد قفسه سینه، بسیار شدید و معمولا متمرکز بر روی یک نقطه است و بیمار احساس می کند که انگار قفسه سینه اش دارد سوراخ می شود. همراه بودن علائمی نظیر تب و کوفتگی بدن هم تأیید کننده همین تشخیص است. اسپاسم عروق کرونر، مشکلات عروقی و خصوصا بیماری های مربوط به سرخرگ آئورت و... از دیگر دلایل قلبی برای بروز دردهای قفسه سینه بشمار می روند.

• ۱۰ توصیه به بیماران قلبی

(۱) در هنگام بروز درد قلبی، که معمولا در حال فعالیت و یا استرس به سراغتان می آید، بلافاصله دست از کار بکشید و آرام بنشینید. استراحت، اولین قدمی است که باید برای تسکین دردتان بردارید.

(۲) از قرص زیر زبانی (نیتروگلیسرین) استفاده کنید. اگر پس از ۵ دقیقه، دردتان تسکین پیدا نکرد، مجددا باید یک قرص زیر زبانتان بگذارید. این کار را تا ۳ بار می شود تکرار کرد اما اگر پس از به کار بردن ۳ قرص زیرزبانی در فواصل مناسب، باز هم دردتان از بین نرفت، باید بلافاصله به یکی از مراکز اورژانس مراجعه کنید.

(۳) در مواردی نظیر استحمام، مقاربت و یا بعد از خوردن غذاهای سنگین، بهتر است که به طور پیشگیرانه از قرص زیر زبانی استفاده کنید.

(۴) قرص زیر زبانی خود را در معرض نور و حرارت و رطوبت قرار ندهید چرا که در این صورت، خیلی زود فاسد می شود و خاصیت درمانی اش را از دست می دهد. اگر از نیتروگلیسرین استفاده کردید و مزه تند این دارو را در زیر زبانتان حس نکردید، بدانید که احتمالا داروی شما خراب شده و خاصیتش را از دست داده است.

(۵) حتی الامکان قرص زیرزبانی را در وضعیت ایستاده مصرف نکنید چرا که به دلیل افت ناگهانی فشارخون، خطر سقوط ناگهانی وجود دارد. بهتر است که در وضعیت نشسته یا خوابیده از این قرص استفاده کنید.

(۶) اگر اضافه وزن دارید، بهتر است با مراجعه به پزشک یا متخصص تغذیه، یک برنامه غذایی مناسب دریافت کنید و هرچه زودتر، فکری به حال کاهش وزنتان بکنید.

(۷) عوامل خطر ساز بیماری های قلبی را هرچه زودتر تدبیر کنید. مانند سیگار کشیدن، فشارخون، چربی خون بالا، دیابت.

(۸) وقتی که درد قفسه سینه ندارید، خصوصا در اوایل صبح که هوا پاکیزه تر است، ترجیحا در محل هایی مانند پارک و اماکنی که از فضای سبز برخوردارند، پیاده روی کنید. کم کم اگر دیدید که با این پیاده روی مختصر، مشکلی برایتان ایجاد نمی شود و تحملش را دارید، زمان پیاده رویتان را افزایش دهید یا به دویدن سبک بپردازید.

(۹) هنگام راه رفتن و به ویژه موقع بالا رفتن از پله ها نباید باری بیش از یک کیلوگرم را حمل کنید.

(۱۰) پرهیز از عصبانیت و استرس های روحی، بسیار مهم است و حتی می توانید برای افزایش آسودگی خاطر و دور شدن از عصبانیت های بی مورد، از داروهای آرامبخش کمک بگیرید. • دردهای غیر قلبی

▪ سوزش سر دل: سوزش سر دل یکی از شایع ترین دردهای غیر قلبی است. وقتی مازاد اسید معده پس می زند و در داخل مری به سمت بالا

حرکت می کند، این احساس به وجود می آید: احساس سوزش و درد در قفسه سینه و گردن. در این مواقع، معمولاً در داخل دهان نیز یک طعم ترش حس می شود و مقدار کمی از غذای خورده شده، به داخل دهان برمی گردد. سوزش سر دل معمولاً چند ساعت پس از خوردن یک وعده غذایی اتفاق می افتد و به طور معمول، ساعت ها نیز به طول می انجامد. این حالت معمولاً وقتی اتفاق می افتد که چند ساعت پس از خوردن یک وعده غذایی، فعالیت سنگین کنید یا به جلو خم شوید یا دراز بکشید. نکته مهم این است که چنین دردهایی معمولاً با استفاده از آنتی اسیدهای رایج بهبود می یابند اما دردهای قلبی با آنتی اسیدها ساکت نمیشوند.

• التهاب پرده دربرگیرنده ریه ها: التهاب پرده دربرگیرنده ریه ها نیز منجر به بروز دردی در قفسه سینه می شود که معمولاً متمرکز بر روی یک نقطه و بسیار شدید است. در این مورد هم، نکته مهم این است که با سرفه، نفس کشیدن و دم عمیق، درد بیمار تشدید می شود، در حالی که درد ناشی از حمله قلبی با سرفه و دم عمیق، هیچ تغییری نمی کند. دلایل ریوی دیگری هم وجود دارند که ممکن است منجر به پدید آمدن درد قفسه سینه شوند. ذات الریه، آمبولی ریه، پنوموتوراکس و بیماری هایی نظیر لویوس یا سایر بیماری های اتوایمیون که در آنها بدن علیه خودش فعالیت می کند، نیز منجر به بروز چنین دردهایی می شود.

• حمله ترس: حمله ترس مرضی هم یکی دیگر از حالاتی است که منجر به احساس تنگی نفس و سنگینی در قفسه سینه می شود. این بیماری معمولاً با افزایش ضربان قلب، افزایش سرعت تنفس، تعریق و ترس شدید از خفگی و مرگ همراه است.

• التهاب غضروف بین دنده ها: التهاب غضروف بین دنده ها (که به نشانگان تریتر معروف است) نیز یکی دیگر از مواردی است که می تواند علائم مشابه دردهای قلبی را تقلید کند. وقتی غضروف های بین دنده ای و خصوصاً آن غضروف هایی که دنده ها را به استخوان جناغ سینه متصل می کنند، ملتهب شوند؛ دردی در قفسه سینه حس می شود که بسیار تیز و شدید است و ممکن است با درد ناشی از حمله قلبی اشتباه گرفته شود. البته محل این درد با محل آن درد فرق دارد. در نشانگان تریتر، وقتی فشار مستقیمی به استخوان جناغ وارد کنید، درد تشدید می شود اما در حمله قلبی، بیمار نمی تواند یک نقطه را به عنوان محل درد نشان دهد چرا که درد ناشی از حمله قلبی، مبهم و پخش است و هیچ گونه حساسیت نقطه ای در قفسه سینه به چشم نمی خورد. دردهای عضلانی قفسه سینه که معمولاً از اسپاسم عضلات این ناحیه سرچشمه می گیرند، نیز گهگاه با دردهای قلبی اشتباه گرفته می شوند، در حالی که این دردها نیز با تغییر وضعیت یا خم و راست شدن، کم و زیاد می شوند اما دردهای قلبی با این تغییر وضعیت ها هیچ تغییری نمی کنند.

• زونا: زونا هم یک بیماری پوستی است که منجر به بروز درد قفسه سینه می شود اما در این بیماری معمولاً درد در سطح پوست حس می شود. ضمن اینکه ضایعات پوستی زونا هم به افتراق این درد از درد قلبی کمک می کند.

• دردهای ارجاعی: دردهای دیگری هم هستند که به آنها می گویند: دردهای ارجاعی. یعنی محل اصلی درد، جای دیگری است اما دردش به قفسه سینه رجوع می کند. بیماری هایی نظیر سنگ کیسه صفرا، التهاب کیسه صفرا، التهاب لوزالمعده، بعضی سرطان های گوارشی و... منجر به بروز چنین دردهایی در ناحیه قفسه سینه می شوند.

• خانمهای جوان و حملات قلبی

مطلب تکاندنده ای در سایت پورتال مردمان خواندم که خواندنش برای شما هم مفید است. در این سایت آمده بود: چند وقت پیش داستان وحشتناکی در مورد یک زن جوان شنیدم که دچار حمله قلبی شده بود. زن ۴۰ ساله ای را به بخش اورژانس بیمارستانی آورده بودند که بسیاری از علائم مربوط به حمله قلبی در او مشاهده می شد. حداقل نظر پرستار بخش اینچنین بود. بعد از درمان هایی که برای مقابله با حمله روی این خانم انجام شد، پرستار سایر پزشکان را مطلع کرده و بعد از اتمام شیفت خود با خیال اینکه همه چیز مرتب است به منزل مراجعت کرد. بعد از اینکه روز بعد پرستار دوباره به سر کار خود آمد، بسیار متعجب شده بود از اینکه می دید پزشکان درمان های روی آن خانم را قطع کرده اند و به او گفته اند که فقط دچار یک حمله هیجانی شده است و او را مرخص کرده اند. اما آن خانم دچار مشکلات قلبی جدی بود. متأسفانه بسیاری از پزشکان انتظار حمله قلبی از خانمی جوان که در نواحی سینه، درد دارد را ندارند و با اینکه حمله قلبی بین آقایان جوان بسیار متداول تر از خانم های جوان است، خانم ها از این مسئله مستثنی نیستند. آمار نشان می دهد که در سال ۱۹۹۸ تقریباً ۱۱۰۰۰ زن زیر ۴۵ سال برای حمله قلبی در بیمارستان بستری شده اند. زمانی که خانمی دچار حمله قلبی می شود، صدمات زیادی دیده و گاهی می میرد. در تحقیقی که روی مسئله اختلافات جنسی بین قربانیان حملات قلبی انجام شده است، محققان به این نتیجه رسیده اند که خانم ها بیشتر از این عارضه دچار مرگ می شوند. در واقع، زمانی که دکتر ویولا واکارینو و همکارانش بیماران زیر ۵۰ سال را بررسی کردند، متوجه شدند که آمار خانم هایی که از حمله قلبی

می میرند دو برابر آقایان است. قسمتی از این آمار وحشتناک را می توان اینطور توجیه کرد که خانم هایی که دچار حمله قلبی می شوند به این علت می میرند که یا اصلا درمانی در موردشان صورت نمی گیرد یا دیر انجام می گیرد. گاهی اوقات خانم ها و گاهی پزشکان معالیشان از این حمله غافل می شوند به این علت که ممکن است متوجه نباشند که علائم حمله قلبی ممکن است با تناسب جنسیت فرد تغییر کند. در مقایسه با آقایون، در طی حمله قلبی، خانم ها به جای درد سینه که یکی از علائم مشخص حمله قلبی است، بیشتر دچار دردهای کمر، سو«هاضمه و حالت تهوع می شوند. زمانی که دکتر واکارینو و همکارانش نسبت مرگ و میر بین جوانان را بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که اشتباه در تشخیص بیماری و تاخیر در درمان تنها دلیلی است که مرگ و میر خانم ها را بیشتر از آقایون کرده است. اما این مسئله نیازمند تحقیقات بیشتری است. اما با اینکه پزشکان هنوز در توجیه علل ابتلای خانم های جوان و سالم به حمله قلبی درمانده شده اند، آمار این افراد رو به پیشرفت است. خانم هایی که سیگار می کشند، چاق هستند، دیابت یا فشارخون بالا دارند بیشتر در معرض حمله قلبی هستند. پزشکان معتقدند که دیابت در زنان خیلی بیشتر از مردان خطرناک است و افرادی که به آن مبتلا هستند درصد ابتلایشان به حمله قلبی شش برابر بیشتر می شود. زنان باید از علائم این عارضه باخبر شوند تا بتوانند مراقبت ها و پیشگیری های لازم را انجام دهند. اگر حس می کنید که در معرض خطر حمله قلبی هستید، فرقی نمی کند که ۲۰، ۳۰ یا ۴۰ سالتان باشد، اجازه ندهید که دکترها به سادگی از آن بگذرند و آن را به حساب سو«هاضمه یا اضطراب بگذارند. به آنها بگویید که می خواهید همه آزمایشات لازم را انجام دهید. اگر این کار را نکنید، ممکن است صدمات جبران ناپذیری برایتان داشته باشد.

• اینها می توانند علائمی برای بیماری های قلبی باشند:

(۱) درد در نواحی سینه و گلو. درد در نواحی کمر و بازوها نیز می تواند شامل آن باشد.

(۲) تنگی نفس.

(۳) سرد بودن عرق.

(۴) گیجی و دوران سر.

(۵) ورم و آماس به خصوص در نواحی قوزک پا.

(۶) اضطراب و تپش قلب.

(۷) مشکلات معده و حالت تهوع.

منبع : سایت لینکستان

<http://vista.ir/?view=article&id=257271>

 **vista.ir**
Online Classified Service

تولد در گهواره ایدز

ندا کودکی است با معصومیت تمام کودکان ۱۰ ماهه. او مثل تمام کودکان ۱۰ ماهه می نشیند، چهار دست و پا راه می رود، گریه می کند، می خندد و با هر لبخند گونه های برآمده اش چال می افتد اما چه کسی می داند پشت برق این نگاه، در پس این لبخند و در عمق آن چاله های فرو رفته گونه ها، تابلوی زندگی ندا ممکن است با ویروس ایدز رنگ آمیزی شده باشد. چقدر خوب که هیچ کس نمی داند، نه غریبه هایی که نگاه کنجکاو او را به



زندگی با لیخند پاسخ می دهند، نه آشنابانی که هر روز ده ها بار قربان صدقه اش می روند. چقدر خوب که هیچ کس نمی داند آن وقت تمام



لیخندا و نگاه های او، پشت نقاب ترسناک ایدز که برای دنیای کودکانه ندا مفهومی ندارد به فراموشی سپرده می شود. گرچه در جامعه آماری افراد مبتلا به ایدز و افراد در معرض ابتلا به این ویروس، مردان سهم بیشتری را دارا هستند اما زنان و کودکان گروه آسیب پذیرتری به شمار می روند. بر اساس آخرین آمار جمع آوری شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی سراسر کشور تا تاریخ اول تیر ماه ۱۳۸۷ در مجموع ۱۷۸۱۵ نفر مبتلا به ویروس «اچ.آی.وی» در کشور شناسایی شده اند که ۸/۹۳ درصد آن را مردان و ۲/۶ درصد آن را زنان تشکیل می دهند. بر اساس این گزارش ۲/۴۱ درصد از مبتلایان به ایدز، در گروه سنی ۲۴-۲۵ سال قرار دارند که بالاترین نسبت را در بین گروه های سنی به خود اختصاص می دهند. گرچه تا به امروز نزدیک به ۱۸ هزار بیمار مبتلا به ایدز به ثبت رسیده است، اما به گفته مینو محرز عضو کمیته کشوری مبارزه با ایدز تعداد واقعی این بیماران ۹۰ هزار نفر در کل کشور تخمین زده می شود اما آنچه در این آمار بسیار مهم به نظر می رسد، گروه سنی افراد مبتلاست که بیشتر جوانان را در بر می گیرد و این همان زنگ خطری است که کمتر به گوش می رسد تعداد کودکانی که در بستر ایدز زاده می شوند نیز در حال افزایش است.

• یک راز تلخ

«کبری ع.» که در مرکز بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی(ره) با او به گفت و گو می نشینم ۲۸ سال دارد. او هشت سال پیش ازدواج کرده است و حاصل این ازدواج ندای ۱۰ ماهه است که دو ماه پس از فوت پدرش به دنیا آمده است. شوهر کبری که معتادی تزریقی بوده یک سال پیش بر اثر ایدز فوت کرده است. این روزها کبری از ورامین به بیمارستان امام خمینی(ره) می آید تا داروهای ویژه خود و ندا را از مرکز بیماری های رفتاری به صورت رایگان دریافت کند. بزرگ ترین نگرانی او در حال حاضر خودش نیست بلکه کودکی که ممکن است مبتلا به ایدز باشد. او نگران روزی است که خانواده اش از راز او و ندا با خبر شوند چون برخورد آنها را با این موضوع می تواند پیش بینی کند.

• بارداری با وجود ایدز

ایدز به همان اندازه که قابل انتقال است قابل پیشگیری است. راه های انتقال ایدز مشخص و راه های پیشگیری از آن نیز روشن است. اما موضوع مهم این است که ایدز نوعی بیماری است که به یکباره در فرد جلوه گر می شود و مراحل ابتدایی ابتلا به آن به هیچ وجه علائم خاصی را به همراه ندارد. در همین دوران ممکن است انتقال این ویروس به ویژه از طریق تماس جنسی، منجر به آلودگی زن باردار یا باردار شدن زنی مبتلا به ایدز یا انتقال ایدز همزمان با شکل گیری نطفه شود اما اینکه چه راهکارهایی برای پیشگیری و کنترل و درمان در این شرایط وجود دارد معصومه جنتی سرپرست مرکز بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی(ره) درباره آن می گوید: «وقتی در مورد زنی، آلودگی به ایدز تشخیص داده شد مشاوره های اولیه توصیه به عدم بارداری می کند اما اگر زنی در دوران بارداری آلوده شود یا بعد از باردار شدن متوجه بیماری خود شود طبق توصیه پزشکان بر ختم بارداری تاکید می شود و طبق قانون در ۱۲ هفته اول بارداری این اقدام با مجوز پزشکی قانونی قابل انجام است. اما اگر زنی با وجود ابتلا به ایدز تمایل به بچه دار شدن داشته باشد یا زنی پس از اطمینان از ابتلای خود همچنان اصرار به ادامه بارداری داشته باشد در این صورت احتمال ابتلای بچه در سه مرحله؛ دوران بارداری، حین زایمان و پس از آن مطرح است. به گفته جنتی در دوران بارداری شروع درمان به صورت درمان های پیشگیری کننده با استفاده از دارو، احتمال ابتلا را کاهش می دهد اما این احتمال به صفر نمی رسد مهم تر از این مرحله، هنگام زایمان و پس از آن است، به همین دلیل زایمان افراد مبتلا به ایدز در شرایط خاصی انجام می شود و بیشترین تاکید بر زایمان سزارین است. پس از زایمان هم از آنجا که احتمال انتقال ویروس از طریق شیر مادر وجود دارد، شیردهی نباید انجام شود و مراقبت های خاصی از جانب مادر در مورد خود و کودکش باید در نظر گرفته شود.» به گفته دکتر مینو محرز نیز پس از تولد نوزاد، درمان دارویی چند ساعت پس از تولد آغاز می شود و نوزاد چهار تا شش هفته تحت نظر پزشک از این داروها استفاده می کند اما در ماه های اولیه چون ارگانیکس نوزاد هم چنان تحت تاثیر آنتی پاتی های برگرفته از مادر در دوران بارداری است، تشخیص ابتلای نوزاد به ایدز قطعی نیست و این تشخیص در ۱۸ ماهگی امکان پذیر است.

• در انزوای ایدز

طبق آخرین گزارشی که از سوی سازمان ملل متحد منتشر شده در سال ۲۰۰۷، ۲۹۰ هزار کودک زیر ۱۵ سال در سراسر جهان جان باخته اند و ۱/۱۲ میلیون کودک در کشورهای صحرای آفریقا یک یا هر دو والدین خود را از دست داده اند.

این گزارش که از سوی برنامه ایدز سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت و یونیسف منتشر شده است، بررسی پیشرفت ها و چالش های

موجود را در چهار زمینه مورد بررسی قرار می دهد؛ پیشگیری از انتقال ایدز از مادر به فرزند، ارائه درمان ضد ویروسی ویژه کودکان، پیشگیری از ابتلای کودکان و نوجوانان، مراقبت و حمایت از کودکان مبتلا به ایدز. با وجود اخبار ضد و نقیض گزارش ها حاکی از آن است که دستیابی به نسلی عاری از ایدز امکان پذیر است و لازمه آن تقویت جوامع و خانواده هایی است که نقشی اساسی در روش های کودک محور مبارزه با ایدز ایفا می کنند. تقویت سیستم های بهداشتی، آموزشی و اجتماعی برای مداخله موثر در حمایت از کودکان متأثر از ایدز، خدمات یکپارچه برای پیشگیری از انتقال ویروس از مادر به فرزند از طریق برنامه های مراقبت در دوران بارداری، فرزندآوری و تقویت آمار و ارزیابی برای مستند سازی پیشرفت ها و مشکلات و تقویت تعهدات رسمی از جمله مواردی است که در تعهدات بین المللی به آن پرداخته شده است. اگر سال ها سپری شد تا جامعه ایرانی تابوی ایدز را به عنوان واقعیت موجود پذیرفت، راه حل مقابله دیگر نمی تواند ارائه آمارهای خوشبینانه باشد. نسل کودکان ایدز در راه است در حالی که حتی در همین آمار ۱۸ هزار نفری خبری از آنها نیست؛ کودکانی که غافل از همه باورها، تردیدها و انکارها متولد می شوند، در حالی که می توانند کودکانی باشند تنها از جنس کودک، به دور از انزوای ایدز.

منبع : روزنامه سرمایه

<http://vista.ir/?view=article&id=336176>



چگونه از سکته قلبی جان سالم در ببریم

سکته قلبی یک علامت است. و از آنجا که بسیاری از مردم هنگام دچار شدن به سکته قلبی تنها هستند اغلب پزشکان توصیه می کنند که این افراد قبل از آن که از حال برونند با انجام چند اقدام ساده خود را از مرگ احتمالی نجات دهند. سرفه کردن مداوم و شدید به همراه نفس کشیدن عمیق قبل از هر سرفه و اینکه سرفه ها باید عمیق و طولانی باشد مثل اینکه می خواهید خلط داخل سینه را صاف کنید از جمله اقداماتی است که می تواند ضربان قلب را به حالت طبیعی بازگرداند. به طور کلی سکته قلبی در کشور ما جزء شایع ترین بیماریها محسوب می شود، به همین جهت



اغلب پزشکان پیشگیری از بروز این عارضه را بسیار مهم توصیف می کنند، چرا که عوارض پس از سکته قلبی در مورد افراد مختلف متفاوت بوده و به هیچ وجه قابل پیش بینی نیست. در واقع سکته قلبی در یک بیمار می تواند باعث مرگ شود و در مورد فرد دیگر این گونه نباشد بنابراین توصیه متخصصان بر این است که فرد بیمار و اطرافیانش همواره با آگاهی از مختصر اطلاعات پزشکی بتوانند اقدام موثری در جهت پیشگیری انجام دهند. دکتر محمود شهزادی جراح و فوق تخصص قلب و عروق در این خصوص به خبرنگار ما می گوید: کسانی که احساس می کنند در وضعیت نامناسبی هستند و شاید مرگ تا لحظاتی دیگر به سراغشان بیاید می توانند با انجام این حرکت برای دقایقی خود را نجات دهند. وی خاطرنشان می کند: البته باید گفت همه کسانی که مبتلا به سکته قلبی می شوند قابل نجات نیستند اما به هر حال آگاهی داشتن از برخی مسائل امدادی از سوی فرد و حتی اطرافیان می تواند نقش بسیار مهمی ایفا کند.

● علائم سکته قلبی

این متخصص قلب و عروق علائم سکته قلبی را این گونه عنوان می کند: درد شدید قفسه سینه، درد در بازو، قاعده گردن و جلوی قلب، درد در

بالای شکم و سمت راست قفسه سینه، درد بین دو کتف از مهمترین علائم سکته قلبی هستند و چنانچه فردی برای مدتی چنین دردی را بدن خود احساس کرد بهتر است که به پزشک مراجعه کند. وی می‌افزاید: البته افرادی که دیابت پیشرفته دارند ممکن است که درد شدیدی را به هنگام بروز سکته احساس نکنند بنابراین این افراد بهتر است که هر از گاهی به پزشک مراجعه کرده، تحت معاینات پزشکی قرار گیرند و ادامه می‌دهد: افت فشار خون نیز از دیگر علائم سکته قلبی است که طی آن فرد دچار عرق بسیار شدید می‌شود به طوری که تمامی بدنش خیس می‌شود، درست مانند افرادی که زیر باران فرار گرفته یا داخل حوض افتاده‌اند. به علاوه رنگ‌پریدگی و هیجان بسیار شدید به طوری که بیمار گمان می‌کند در چند قدمی مرگ قرار گرفته از دیگر علائم سکته قلبی است و بیمار باید بداند که این هیجان و ترس شدید خطرات بیشتری را برای وی ایجاد می‌کند. در اغلب موارد دیده شده است که دلهره ناشی از ترس در بیمار باعث ایجاد شوک و از حال رفتگی بیمار شده است. بنابراین چنانچه فردی دچار چنین وضعیتی شد بهترین اقدام از سوی اطرافیان وی ایجاد آرامش جسمی و روحی در فرد است.

وی اظهار می‌دارد: سکته قلبی عبارت است از مسدود شدن رگها و عدم خون‌رسانی به بخشی از قلب، بنابراین با توجه به این که چه مقدار از قلب از خون‌رسانی محروم شده باشد شدت سکته نیز متفاوت است و چنانچه رگ اصلی قلب مسدود شود در این صورت فرد پس از دقایقی دچار مرگ خواهد شد. اما ممکن است فردی به دفعات دچار سکته شود مثلاً "۴ یا ۵ بار در این صورت هر بار بروز سکته ممکن است باعث عدم خون‌رسانی به بخشی از قلب وی شود چنانچه این وضعیت ادامه یافته و هر بار در قسمت بیشتری از قلب گسترش یابد بیمار در وضعیت بحرانی بوده و باید تحت مراقبت پزشکی قرار گیرد.

• «عوامل موثر در بروز سکته قلبی»

به گفته دکتر شهزادی اولین عامل ثابت شده و موثر در بروز سکته قلبی، مصرف سیگار است و پس از آن نیز عواملی همچون چربی خون، دیابت یا مرض قند، فشار خون، چاقی، استرس‌های مکرر و عصبانیت از مواردی هستند که فرد را برای مواجهه به سکته قلبی مستعدتر می‌کنند. البته ناگفته نماند که در برخی از خانواده‌ها سکته قلبی از زمینه ارثی یا ژنتیکی دارد لذا این افراد نیز نه تنها باید از عوامل خطرناک نظیر چربی خون-سیگار- استرس و... دوری کنند بلکه باید تحت معاینات پزشکی به صورت دوره‌ای یعنی هر ۳ تا ۶ ماه یکبار نیز قرار گیرند.

• «راه‌های پیشگیری»

این فوق تخصص قلب و عروق در خصوص راه‌های پیشگیری از بروز سکته قلبی می‌گوید: کسانی که علائم سکته قلبی از قبیل درد قفسه سینه، درد کمر و... را در خود احساس می‌کنند این افراد باید خود را جزو گروه پرخطر قرار دهند چون هر لحظه امکان بروز سکته در آنها وجود دارد بنابراین باید تحت نظر پزشک باشند. از سوی دیگر افراد دچار اضافه وزن باید ورزش را از برنامه زندگی خود دور نکنند، سیگارها نیز باید سیگار را ترک کنند و فشار خون نیز عاملی است که باید تحت کنترل قرار گیرد. وی در خصوص وضعیت سکته قلبی در کشور می‌گوید: متأسفانه میزان ابتلا به سکته قلبی در کشور ما بیش از سایر نقاط دنیا است و این در حالی است که امکانات درمانی مناسبی در کشور از این حیث وجود دارد.

وی توصیه می‌کند: کلیه افراد مسن و کسانی که دچار ناراحتی قلبی هستند و یا افرادی که سابقه دردهای خفیف را در ناحیه قلب خود دارند این افراد نباید در ساختمانها تنها زندگی کنند بلکه توصیه می‌شود این افراد دائماً در کنار خویشاوندان خود حضور داشته باشند تا در صورت لزوم به آنها کمک شود. به علاوه بهتر است که بیماران شماره تلفن‌های اورژانس محل زندگی خود را همیشه در ذهن داشته باشند و در صورت احساس خطر با این شماره تلفن‌ها تماس بگیرند و همچنین چنانچه این افراد ناچار هستند که به تنهایی زندگی کنند باید همسایگان مجاور خود را نسبت به بیماری خود آگاه کنند. سرفه کردن مداوم و شدید به همراه نفس کشیدن عمیق قبل از هر سرفه از جمله اقداماتی که می‌تواند ضریب قلب را به حالت طبیعی بازگرداند کسانی که علائم سکته قلبی از قبیل درد قفسه سینه، درد کمر در ناحیه بین دو کتف و... را در خود احساس می‌کنند، این افراد باید خود را جزو گروه پرخطر قرار دهند، چون هر لحظه امکان بروز سکته در آنها وجود دارد، بنابراین باید تحت نظر پزشک باشند

منبع : موسسه رژیم درمانی تن سالم

<http://vista.ir/?view=article&id=316758>

چه زمانی بیشترین احتمال وقوع حمله قلبی وجود دارد؟

خطرناکترین زمان برای حمله قلبی صبح و در طول آخرین مرحله خواب است. بیماری های قلبی، از جمله حمله قلبی قاتل شماره یک انسانها در جهان است. ریسک حمله قلبی در یک شخص به مجموعه عوامل مرتبط با هم بستگی دارد. عواملی چون: ورزش، سیگاری بودن، رژیم، اضافه وزن، ژنتیک. اما ضرباهنگ شبانه روزی بدن نیز نقش مهمی را ایفا می کند که باعث می شود در ساعات مشخصی هر شخص استعداد بیشتری برای آسیب دیدن داشته باشد.

اگر حدس می زنید که محدوده خطر بعد از یک روز کاری پر استرس قرار دارد، دوباره فکر کنید و حدس بزنید. در اینجا پاسخ دکتر روبرتو مانفردینی از



استادان پزشکی دانشگاه فرارا ایتالیا به این سؤال را میخوانیم.

• سؤال: در چه ساعاتی از روز احتمال وقوع حمله قلبی بیشتر است؟

• پاسخ: خطرناکترین زمان برای حمله قلبی و برای تمام حالات اضطراری قلبی عروقی، شامل ایست ناگهانی قلب، پارگی یا اتساع آنورت، انسداد جریان خون ریوی و سکت، صبح و در طول آخرین مرحله خواب است. یک گروه از دانشگاه هاروارد این ریسک را تخمین زدند و متوجه شدند متوسط بیشترین حملات قلبی، آنفارتوس قلبی بین ساعت ۶ صبح و ظهر، چیزی در حدود ۴۰ درصد است. اما اگر تنها سه ساعت اول پس از بیدار شدن را در نظر بگیریم، این ریسک سه برابر خواهد بود.

سیستم قلبی عروقی از یک الگوی روزانه پیروی می کند که بصورت طبیعی، نوسان دارد. طرز عملکرد قلب، نشاندهنده تغییرات روزانه است. بدین شکل، یک حمله قلبی به عدم تعادل بین افزایش نیاز ماهیچه های قلب به اکسیژن بیشتر و نرسیدن اکسیژن کافی به قلب یا هر دو بستگی دارد. و متأسفانه بعضی از فعالیتهای قلب در اولین ساعاتی روز نیاز به رسیدن اکسیژن بیشتری دارند: از خواب بیدار شدن و آغاز فعالیتهای فیزیکی، حداکثر هورمون آدرنالین، کریستول (که باعث افزایش فشار خون و بالا رفتن سطح قند خون می شود) و یک افزایش دیگر در فشار خون و ضربان قلب در اثر کاته کولامینها (آدرنالین و نورآدرنالین)، باعث یکباره بالا رفتن فعالیت قلب در هنگام از خواب برخاستن شما می شود. تمام این عوامل باعث افزایش ناگهانی مصرف اکسیژن شده، اما همزمان باعث تنگ شدن رگها نیز می شود. پس در اینجا شما رگهای تنگ شده ای دارید که جریان خون به سمت شریانی قلب را نیز کاهش می دهد.

لخته شدن خون می تواند مسیر رگها را مسدود کند و در نتیجه خون رسانی به قلب با اختلال مواجه خواهد شد. وقتی ما از خواب بومی خیزیم، پلاکتهای خون، ذراتی که باعث ایجاد لخته می شوند، به رگها چسبیده اند. به طور معمولی در بدن یک سیستم داخلی وجود دارد که باعث تجزیه و حل شدن این لخته ها می شود. اما در صبحگاه، فعالیت سیستم تجزیه فیبرین کاهش می یابد. پس بدن استعداد بیشتری در ایجاد لخته هایی دارد که شریان قلب را مسدود کند. در این راستا، خون رسانی به قلب کاهش یافته و این در حالیست که بدن نیاز به جریان خون بیشتری دارد. تمامی این تغییرات برای کسانی که کاملاً سالمند، خطرناک نیست. اما برای کسی که مشکل کوچکی در شریان های قلبش دارد، اگر این تغییرات همزمان رخ دهد و او در پیک شروع فعالیتهای بدنی قرار گیرد، نتیجه این خواهد بود که ریسک بالاتری در بروز حمله قلبی در اولین ساعات صبح برای او وجود خواهد داشت.

با اینهمه چرا در آخرین ساعات خواب نیز این ریسک افزایش می یابد؟ معمولاً در طول شب سیستم قلبی عروقی نیز خواب است، منظور این است که فشار خون و ضربان قلب کاهش می یابد. اما در آخرین مرحله خواب، حرکت سریع چشمان در هنگام خواب که بر این باوریم بیشترین

خواب دیدن در این زمان اتفاق می افتد، دوره پرخطری برای سیستم قلب و عروق است زیرا وقتی خواب می بینید، فعالیت سیستم عصبی و ارادی شما افزایش می یابد، حتی بیشتر از زمانی که بیدارید. احتمالاً هر کدام از ما به یاد می آوریم که گاهی صبحها که از خواب بیدار می شویم بسیار خسته ایم، دلایل این است که در خواب می دویدیم یا با خطری مواجه می شده ایم. در این مرحله قلب شما به سرعت می تپد، پس به اکسیژن بیشتری نیاز دارد. و به دلایل مشابه، وقتی که از خواب بر می خیزید، این فعالیت برای شما خطرناک است، البته در صورتیکه مشکل عروقی داشته باشید.

مردم نمی توانند این سلسله وقایع و تاثیرات بیولوژیکی بدنشان را به آسانی کاهش دهند. برای مثال، شما نمی توانید ریسک خطر صبحگاهی با دیرتر بیدار شدن کاهش دهید. بعضی از محققان آزمایشاتی انجام داده اند، و در آن از افراد خواسته اند بعد از بیدار شدن چهار ساعت در رختخواب بمانند و سپس از جا برخیزند، اما همین اتفاقات بعد از این چهار ساعت روی داد. به این دلیل که ریسک مورد نظر به فعالیتهای ما بستگی دارد. اما نباید از تغییرات کاته کولامین ها و فشار خون در صبح ترسید. زیرا اینها بخشی از فیزیولوژی ماست و برای افراد سالم مشکلی ایجاد نخواهد کرد. پزشکان در هنگام درمان باید ریسک صبحگاهی را در نظر داشته باشند. معمولاً افراد صبح پس از بیدار شدن داروهای فشار خون مصرف می کنند، اما این ساعت، بخودی خود ساعت افزایش ریسک و از بین رفتن اثر قرصی است که دیشب مصرف شده، است. پزشک باید مطمئن باشد قرصی که تجویز می کند، در زمانی که بیمار بیشترین نیاز به آن را دارد نیز اثرگذار باشد. اما این بسادگی این نیست که از بیمار بخواهیم تا قرصها را بجای صبح، شب قبل از رفتن به رختخواب مصرف کند. زیرا در طول خواب ضربان و فشار خون کاهش می یابد. و با مصرف قرص اگر این فشار کم، کمتر نیز شود، خون رسانی به مغز کاهش یافته، و این نیز خطرناک خواهد بود.

منبع : سایت فریا

<http://vista.ir/?view=article&id=329067>



چه کسانی دچار بیماری قلبی می شوند؟

تعداد افرادی که به بیماری کرونری قلب دچار هستند در کشورهای مختلف، فرق می کند. این بیماری در کشورهای پیشرفته اروپایی، آمریکایی و استرالیا از شیوع زیادی برخوردار است اما در کشورهای عقب مانده جهان سوم، تعداد افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب بسیار کمتر می باشد. به نظر می رسد که این وضعیت به علت نحوه زندگی این افراد ایجاد می شود به طوری که افرادی که از کشورهای عقب مانده جهان سوم به کشورهای پیشرفته مهاجرت می کنند نسبت به سایر افراد کشور مادرشان، بیشتر دچار بیماری کرونری قلب می شوند. برای مثال، هندیهای که به انگلستان مهاجرت کرده اند بیشتر به بیماری کرونری قلب مبتلا می شوند.

در خود قاره اروپا هم از نظر شیوع بیماری کرونری قلب، تفاوتی بین کشورهای مختلف آ، وجود دارد. در جنوب اروپا، معمولاً این بیماری کمتر از کشورهای شمال اروپا (اسکاندیناوی) و انگلستان است که يك علت آن، نحوه رژیم غذایی مدیترانه ای می باشد. بسیاری از افراد عقیده دارند که رژیم غذایی مدیترانه ای که حاوی مقادیر زیادی سبزیجات تازه، سالاد، میوه، ماهی و مقدار نسبتاً کمی گوشت قرمز و لبنیات می باشد، می تواند در مقابل بروز بیماری های قلبی، اثر حفاظتی داشته باشد. گرچه توصیفات از بیماری کرونری قلب در گذشته های دور توسط پزشکان بیان می شد، اما تا بعد از جنگ جهانی دوم، به عنوان يك بیماری شایع مطرح نبود. از بعد از جنگ جهانی دوم، میزان بیماری کرونری قلب بخصوص در مردان جوان افزایش یافت. در ایالات متحده آمریکا، حداکثر این افزایش در سال ۱۹۷۰ رخ داد و سپس میزان آن تا امروز در حال پایین آمدن است. همچنین در استرالیا، نیوزیلند و بریتانیا، این میزان در حال کاسته شدن است. متأسفانه در کشورهای بلوک شرق سابق و روسیه، میزان شیوع

بیماری کرونری قلب به طور سریعی امروزه در حال افزایش می باشد.گفتن این مطلب، غلو نمی باشد که امروزه اکثر تختهای بیمارستانی در بریتانیا توسط بیمارانی که به نحوی به تصلب شرایین (سفت شدن رگها) دچار هستند، پر شده است و شایع ترین نوع این بیماری نیز بیماری کرونری قلب می باشد. بیماری کرونری قلب از مجموع تمام انواع سرطانها شیوع بیشتری دارد. این بیماری در افراد مسن بیشتر شایع دارد و در مردها نیز چهار برابر زن ها شیوع دارد. در مردان جوان، بعد از تصادفات، بالاترین علت مرگ، بیماری کرونری قلب می باشد. چرا بیماری کرونری قلب این قدر در کشورهای پیشرفته شایع می باشد؟ هیچ کسی به طور مطمئن علت این موضوع را نمی داند، اما رژیم غذایی، استعمال دخانیات، عدم تحرک کافی و محرومیتها به نظر می رسد که از عوامل مهم شیوع زیاد این بیماری در جوا غربی باشد. درمان های جدید

در طی ۱۰ سال گذشته، پیشرفتهای زیادی در درمان بیماری کرونری قلب پدید آمده است. داروهای جدیدی مثل داروهای از بین برنده لخته خون که بعد از سکنه قلبی استفاده می شود ساخته شده است. همچنین داروهای خوبی برای آنژین و پایین آوردن کلسترول خون بوجود آمده است و نیز مطالب بیشتری در مورد داروهای قدیمی مثل بتابلوکرها و آسپرین کشف شده است. این داروها نه تنها می توانند برای تسکین علایمی مثل درد استفاده شوند بلکه باعث بهبود تغییرات بیماری نیز می شوند.با این حال، بزرگترین پیشرفت، در جراحی قلب و آنژیوپلاستی ایجاد شده است. جراحی بای پس (CABG یا پیوند بای پس شریان کرونری) می تواند باعث تغییر در زندگی بیماران دچار آنژین قلبی شده و در بعضی موارد همچنین موجب کاهش خطر ایجاد سکنه های قلبی بعدی می گردد. آنژیوپلاستی روشی است که با استفاده از يك بالون (بادکنک) کوچک، رگهای باریک شده و یا مسدود شده، گشاد می گردند. این روش می تواند بسیار مؤثر باشد، بخصوص امروزه که از استنت های سیمی باریک برای باز باقی ماندن شریانها استفاده می گردد.تمام این مطالب، خبرهای خوبی هستند برای کسانی که دچار مشکلات قلبی شده اند، اما هدف ما باید پیدا کردن علل شیوع زیاد بیماری کرونری قلب و سعی در جلوگیری از ابتلاء به آن باشد.

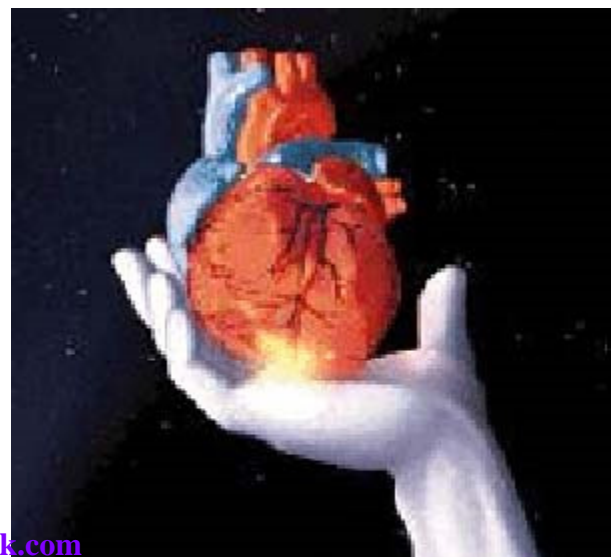
منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205433>

 **vista.ir**
Online Classified Service

حمله قلبی

حمله قلبی آسیب به عضله قلب است که در اثر کاهش خون رسانی به آن ایجاد می شود. معمولاً وقتی یک لخته خون موجب انسداد جریان خون در کروناری (رگ خونرسان یا عضله قلب) می شود، قسمتی از عضله قلب تخریب شده و یا آسیب می بیند و این معضل می تواند کشنده باشد. هر ساله یک میلیون آمریکایی حمله قلبی را تجربه می کنند، سالها پیش حمله قلبی کشنده بود ولی امروزه بدلیل آگاهی بیشتر از علائم و نشانه ها و درمانهای پیشرفته تر ، بسیاری از افرادی که دچار حمله قلبی می شوند زنده می ماند. شیوه زندگی شما ، غذایی که می خورید، مدت زمانی که ورزش می کنید و روش مواجهه و برخورد شما با شرایط استرس زا، نقش مهمی در بهبودی شما از یک حمله قلبی دارد. بعلاوه شیوه زندگی سالم



می تواند ریسک فاکتور هایی که باعث تنگی شریانهای خون دهنده (مشروب کننده) قلب می شود را کنترل کرده و شما را در اولین حمله قلبی و حمله های بعدی محافظت کند.

• علائم و نشانه ها

حمله قلبی علائم و نشانه های مختلفی دارد و تمام افرادی که دچار آن



می شوند علائم مشابه و با شدت یکسانی را تجربه نمی کنند. بسیاری از نشانه های حمله قلبی آنچه در تلویزیون می بینید نیستند.

غالباً نشانه های حمله قلبی در افراد مسن و یا دیابتی کمتر نمایان می شوند. بعضی از افراد هیچ علامتی ندارند، با این وجود هر چه علائم و نشانه ها بیشتر باشند، احتمال وقوع حمله قلبی بیشتر خواهد بود.

• علائم و نشانه های اخطار دهنده حمله قلبی عبارتند از :

- درد فشارنده و سنگینی در وسط سینه که بیش از چند دقیقه طول بکشد .
- دردی که از زیر قفسه سینه به کتف، بازوها، پشت و حتی دندان و فک تیر بکشد.
- افزایش دفعات درد قفسه سینه

▪ تنگی نفس

▪ احساس یک حادثه بد

▪ سرگیجه

▪ غش کردن

▪ تهوع و استفراغ

حمله قلبی معمولاً بطور ناگهانی روی میدهد. در هر مکانی (سرکار و یا در حالت استراحت زمان بازی و یا هنگام راه رفتن) ممکن است روی دهد. بسیاری از افرادی که دچار حمله قلبی

می شوند علائم و نشانه های اخطار دهنده (آنژین) را ساعتها، روزها و یا هفته ها قبل نشان

می دهند و زودرس ترین علامت پیش بینی کننده حمله قلبی دردی است در قفسه صدری که بطور مکرر با حرکت و فعالیت شروع شده و با استراحت برطرف می شود. آنژین (درد قفسه سینه) در اثر کاهش موقتی جریان خون روی می دهد. اصطلاح پزشکی برای جریان ناکافی عضله قلب « ایسکمی قلبی » است.

• علل

اصطلاح پزشکی حمله قلبی « انفارکتوس میوکارد » است. « میو » به معنی عضله، « کارد » به معنی قلب و انفارکتوس به معنی « مرگ عضله در اثر اکسیژن رسانی ناکافی به آن » است . نظیر هر عضله دیگر ، قلب به جریان بافتی از خون نیازمند است و گرنه عضله آن تخریب شده و از بین می رود. بدون خون سلولهای قلبی آسیب دیده و درد و فشار ایجاد می کنند. اگر جریان برقرار نشود سلولهای قلبی می میرند و بافت اسکار جایگزین آنها می شود. اگر ناحیه وسیعی از عضله قلبی تخریب بشود حمله قلبی کشنده است.

قلب شما تقریباً یکبار در ثانیه می زند. در طول روز، قلب شما حدود ۲۰۰۰ گالون خون به سیستم گردش خون پمپ می کند. سیستم گردش خون شما شامل سرخرگها و سیاهرگهاست. سیاهرگها خونی که اکسیژن کمی دارد را به قلب برمی گردانند و سرخرگها خون غنی از اکسیژن را به تمام بافتها از جمله عضله قلب می برند.

هنگامی که یک یا چند سرخرگ کوچکی (سرخرگهای کروناری یا تاجی) که خون غنی از اکسیژن را به قلب می رسانند مسدود شوند حمله قلبی روی می دهد.

به این سرخرگها، «کروناری یا تاجی» می گویند زیرا قسمت فوقانی قلب را مانند تاجی در بر می گیرند.

انسداد معمولاً در اثر یک لخته خون است که در جایی از عروق کروناری که طی سالها در اثر رسوب کلسترول و غیره نازک شده است، ایجاد می شود.

تجمع کلسترول و سایر رسوبات، که جمعاً پلاک نامیده می شوند، در سرخرگهای بدن اترواسکلروز (تصلب شرائین) نامیده می شود. وقتی عروق

کروناری در اثر آترواسکلروز تنگ می شوند، این حالت بیماری عروق کروناری نامیده می شود.

بیماری عروق کروناری یک پیش زمینه اصلی حمله قلبی است. فاکتورهایی که ریسک بیماری عروق کروناری و در نهایت حمله قلبی را در شما افزایش می دهند عبارتند از سابقه خانوادگی بیماری قلبی، مقادیر بالای کلسترول (لیپو پروتئین با دانسیته کم یا LDL و یا کلسترول بد) ، فشار خون بالا، سیگار کشیدن ، چاقی ، فعالیت بدنی کم .

بندرت در اثر پاره شدن لخته خون درون یک قلب بیمار و انتقال آن به یک شریان کروناری سالم یا تنگ حمله قلبی روی می دهد. علت ناشایع دیگر حمله قلبی، اسپاسم شریان کروناری است که مانع خون رسانی به قسمتی از قلب می شود. موادی چون کوکائین می توانند چنین اسپاسم کشنده ای ایجاد کنند.

حمله قلبی یک رویداد لحظه ایستا نمی باشد بلکه فرآیند دینامیک است که در طی چندین ساعت روی می دهد. با هر دقیقه ای که می گذرد و بافتهای قلبی بیشتری از خون بی نصیب مانده و از بین رفته تا می میرند. به هر حال، زمانیکه جریان خون قلب برقرار شود آسیب به آن متوقف می گردد.

• حمله قلبی عوامل خطر ساز

فاکتور های مشخصی که عوامل خطر سازی کروناری نامیده می شوند، ریسک حمله قلبی را بالا می برند. این فاکتورها باعث تشکیل ناخواسته رسوبات (آترواسکلروز) شده که شریانهای بدن از جمله قلب را تنگ می کنند. عوامل خطر سازی کروناری عبارتند از :

فشار خون بالا ، سطح بالای کلسترول خون (LDL یا کلسترول بد) ، سیگار کشیدن ، فعالیت بدنی کم ، چاقی ، دیابت ، استرس ، الکل ، سابقه خانوادگی حمله قلبی ، هوموسیستین ، CRP، فیبرینوژن .

• چه موقع بدنال توصیه های پزشکی باشیم ؟

در هنگام حمله قلبی بسیاری از افراد دقیق با ارزش را هدر می دهند زیرا نمی توانند علائم و نشانه های مهم را شناسایی کرده و با آنها را انکار می کنند. بسیاری از مردم نیز در کمک خواستن تأخیر می کنند زیرا می ترسند که علامت خطر را اشتباهی فهمیده باشند. به هر حال، یکی از مهمترین چیزهایی که می توانید انجام دهید تا از حمله قلبی نجات یابد این است که تشخیص دهید چه چیزی در حال روی دادن است و فوراً واکنش دهید . از میان افرادی که در اثر حمله قلبی فوت شده اند بیشترین مرگ در ساعت اول پس از شروع علائم بوده است. وقت را از دست ندهید چرا که دقیق مهم هستند.

اگر فکر می کنید شما یا شخص دیگری، ممکن است دچار حمله قلبی شده اید سریعاً بدنال درمان پزشکی اورژانس باشید . کارکنان آمبولانس می توانند درمان را شروع کنند و هر چه شما سریعتر به بیمارستان برسید کار بیشتری برای کاهش آسیب به قلب می توان انجام داد، حتی اگر شما دچار یک حمله قلبی بودید، عملکرد سریع می تواند زندگی شما را نجات دهد.

حتی اگر شما دچار حمله قلبی نشده باشید دکترها می توانند با بررسی بیشتر علت علائم شما را پیدا کرده و درمان نمایند.

• غربالگری و تشخیص

بطور ایده آل دکترتان در هنگام معاینات فیزیکی روتین می تواند عوامل خطر سازی حمله قلبی را در شما شناسایی نماید.

اگر شما دچار حمله قلبی شده اید یا مشکوک هستید غربالگری و تشخیص در شرایط دیگری، اتاق اورژانس، انجام می شود. در آنجا احتمالاً از شما خواسته می شود که علائمتان را توضیح دهید و فشار خون شما، ضربان قلب شما، و دمای بدنتان چک می شود. دکتر شما به صدای قلب و ریه تان توسط گوشی گوش می دهد. از شما سؤالاتی در مورد وضعیت سلامت و سابقه بیماری قلبی در خانواده تان می شود همچنین پزشکان اورژانس ممکن است بخواهند تستهایی انجام دهند تا بدانند که آیا علائم نشانه های شما مثل درد قفسه صدی نشاندهنده حمله قلبی است یا ناشی از چیز دیگری می باشد. این تستها شامل موارد زیر است :

• الکترو کاردیوگرام (ECG) : اغلب اولین تستی است که برای تشخیص حمله قلبی بکار می رود

• تستهای خونی : آنزیمهای قلبی

• عکس قفسه سینه (C X R) : عکس قفسه صدی بوسیله اشعه X به پزشک شما اجازه

می دهد که اندازه و شکل قلب شما و عروق خونی آن را چک کند .

• اسکن هسته ای : این تست کمک می کند تا مشکلات جریان خون به قلب را شناسایی کنیم.

• اکو کاردیوگرام : در این تست از امواج صوتی برای تشکیل تصویری از قلب شما استفاده می شود . اکو کاردیوگرام مشخص می کند که آیا قسمتی از قلب توسط حمله قلبی آسیب دیده و بطور طبیعی پمپ نمی کند و یا در آخرین حد ظرفیتش است.

• کاتتریزاسیون کروناری (آنژیوگرافی) : این تست نشان می دهد که آیا شریان کروناری شما تنگ و یا مسدود شده اند. در روزها یا هفته ها پس از حمله قلبی ممکن است از شما تست ورزش شود. تست ورزش نشان می دهد که قلب شما و عروقش چگونه در هنگام فعالیت، عمل می کنند شما ممکن است روی تسمه متحرک راه روید یا دوچرخه ثابتی را که به دستگاه ECG متصل است پدال بزنید و یا ممکن است دارویی که قلب را همانند شرایط فعالیت تحریک می کند به رگ شما تزریق کنند. تست ورزش به دکترها کمک می کند تا بیماری شریان کروناری را، که می تواند درد قفسه صدری تولید نموده و به زودی و یا در آینده حمله قلبی ایجاد کند، تشخیص دهند.

• عوارض

در موارد نادری حمله قلبی می تواند بدون ایجاد و درد و ناراحتی ایجاد شود. که در بیشتر موارد حمله قلبی موجب مرگ می شود. عوارض اغلب در اثر آسیبی که قلب در اثر یک حمله قلبی متحمل شده است ناشی می شود. این آسیب می تواند منجر به وضعیت های زیر گردد:

• ریتم غیرطبیعی قلب (آریتمی) : اگر قلب در اثر یک حمله آسیب دیده باشد، چرخه های کوچک الکتریکی ایجاد شده که می توانند ریتم های غیر طبیعی تولید کنند که بعضی از آنها کشنده است.

• نارسایی احتقانی قلب : ممکن است تعداد بافت آسیب دیده قلب آنقدر زیاد باشد که باقیمانده آن قادر به پمپ کردن مقدار کافی خون به خارج قلب نباشد. کاهش خون رسانی به بافتها و عضوهای بدن موجب تنگی نفس، خستگی و ورم قوزک پاها می شود. نارسایی احتقانی قلب به هر حال ممکن است، یک بیماری مزمن باشد که بر اثر آسیبهای مکرر و وسیع به قلب در طول حمله قلبی بوجود آمده باشد.

• درمان

• در طول حمله قلبی فوراً عمل کنید و این مراحل را در نظر بگیرید :

• تقاضای کمک پزشکی اورژانس کنید.

• آسپرین بجوید : آسپرین مانع از لخته شدن خون می شود ، پس کمک می کند تا جریان خون در رگ تنگ شده برقرار بماند. اگر فکر می کنید که دارید دچار حمله قلبی می شوید یک آسپرین بجوید تا زودتر جذب شود. وقتی آسپرین در هنگام حمله قلبی مصرف شود میزان مرگ را بطور قابل توجهی کاهش می دهد. اگر شما با فردی که در اثر حمله قلبی بیهوش شده مواجه شدید درخواست کمک اورژانس پزشکی کنید و اگر خود در این زمینه تجربه ای دارید تنفس دهان به دهان و ماساژ قلبی یا احیاء قلبی ریوی را شروع کنید.

این عمل به انتقال اکسیژن به بدن و مغز کمک می کند. اگر شما تجربه ای در اورژانس ندارید دکترها پیشنهاد می کنند که تنفس دهان به دهان را رها کرده و فقط ماساژ را انجام دهید . دلیل این پیشنهاد این است که اگر شما خود را با انجام تکنیکهای تنفس غیر معمول گیج کنید دقایقی که برای آن فرد با ارزش است را هدر خواهید داد. بهترین چیزی که می توانید انجام دهید این است که ماساژ قلبی دهید تا خون به ارگانهای حیاتی، بویژه قلب و مغز ، برسد. ماساژ قلبی را با سرعت ۸۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه انجام دهید.

• در دقایق اولیه، حمله قلبی می تواند فیبر پلاسیون بطنی ایجاد کند. این ریتم ناپایدار قلبی « ضربه قلبی غیر مؤثری » است و قلب بطور بی فایده ای لرزد. بدون درمان سریع، فیبرپلاسیون بطنی موجب مرگ می شود. استفاده بموقع از شوک قلبی ریتم طبیعی را به قلب باز می گرداند و این جزئی از درمان اورژانس قبل از رساندن بیمار به بیمارستان است.

بسیاری از آمبولانسها دستگاههای شوک قابل حمل دارند. بسیاری از واحدهای پلیس و آتش نشانی دستگاههای شوک دارند و ممکن است قبل از رسیدن آمبولانس وارد عمل شوند. دستگاههای شوک راه اندازی آسانی دارد و در هواپیماهای تجاری و مکانهای عمومی مثل مدارس ، محلهای خرید، ساختمانهای اداری و میادین ورزشی در دسترس است. وقتی بیمار وارد اتاق اورژانس بیمارستان می شود و مشخص می گردد که دچار حمله قلبی شده است، با داروها درمان می شود و یا به یک عمل جراحی ممکن است نیاز داشته باشد و یا هر دو (بسته به وخامت وضعیت او و مقداری از قلبش که آسیب دیده است).

• پیشگیری

پیش گیری از حمله قلبی هیچوقت دیر نیست حتی اگر شما قبلاً دچار آن شده باشید. دارو و درمانی بطور پیشرونده ای یکی از مهمترین عوامل

کاهش ریسک حمله قلبی دوم شده است و به قلب آسیب دیده کمک می کند تا بهتر کار کند. فاکتورهای شیوه زندگی نیز نقش مهمی در جلوگیری از حمله قلبی و بهبودی از آن را بازی می کنند.

• داروها: بطور کلی دکترها برای کسانی که دچار حمله قلبی شده اند و یا عوامل خطر سازی آن را دارند دارو درمانی شروع می کنند. داروهایی که به عملکرد بهتر قلب کمک می کنند و احتمال حمله قلبی را کاهش می دهند عبارتند از:

• داروهای رقیق کننده خون: آسپرین از غلظت خون شما می کاهد و ایجاد لخته را کمتر می کند. در بعضی از مواقع ممکن است دکتر شما داروی رقیق کننده قویتر از آسپرین تجویز کند. دکترها ممکن است آسپرین را به همراه داروی ضد لخته ای چون کلویپیدوگرل (Plavix) برای بیمارانی که برای گشاده کردن شریانهای کروناری تنگ شده، آنژیوپلاستی کرده اند نسخه کنند. هم قبل و هم بعد از پروسه تحقیقات نشان می دهد که استفاده از Plavix، آسپرین و سایر درمانهای استاندارد، میزان بقا را افزایش می دهند. اگر شما برای پیش گیری از حمله قلبی آسپرین مصرف می کنید، باید بدانید که ضد دردی چون بروفن ممکن است اثر رقیق کنندگی خون را کاهش دهد. اگر همزمان استفاده شوند، بروفن به نظر می رسد که با اثرات مفید آسپرین برای قلب تداخل می کند. اگر مجبورید که برای مشکلی مثل آرتریت، ضد درد مصرف کنید با پزشک خود مشورت نمایید.

بعلاوه اگر چه آسپرین مردان را در مقابل اولین حمله قلبی محافظت می کند ولی به نظر نمی رسد که تمام زنان را محافظت کند. مطالعه ای که در مارس ۲۰۰۵ چاپ شده است هیچ تفاوتی در احتمال اولین حمله قلبی بین زنان ۴۴-۴۵ ساله ای که آسپرین مصرف می کردند و آنها که دارو نما (Placebo) می خوردند نشان نداد، ولی مصرف آسپرین در زنان بالای ۶۵ سال مفید بود.

• مسدود کننده های بتا: این داروها ضربان قلب و فشار خون شما را کاهش می دهند و بار روی قلب را کم می کنند. عمدتاً پس از حمله قلبی نیازمندید که یکسال داروی مسدود کننده بتا مصرف کنید.

• مهار کننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتاسین (ACEI) - اگر شما حمله قلبی متوسط تا شدیدی داشته اید که ظرفیت پمپ کنندگی قلب شما را کاهش داده، ممکن است دکترتان ACEI نسخه کند. این داروها اجازه می دهند که خون راحت تر از قلب شما جریان یابد.

• داروهای پائین آورنده کلسترول - داروهای گوناگونی چون استاتین ها، نیاسین، فیراتنا، مشتقات اسید صفراوی می توانند سطح ناخواسته کلسترول خون شما را پائین آورند. بسیاری از افرادی که دچار حمله قلبی شده اند داروهای کاهنده کلسترول مصرف می کنند - داروهایی که ریسک حمله قلبی دوم را کاهش می دهند.

• مسدود کننده های کانالهای کلسیمی - این داروها عضلات عروقی خونی را ریلکس و شل می کنند بعضی از ضربانات قلب شما را هم کم می کنند.

• شیوه زندگی

اینکه شما چگونه زندگی می کنید تأثیر مهمی در سلامت قلب شما دارد. عمل کردن به روشهای زیر نه تنها از ایجاد حمله قلبی جلوگیری می کند بلکه کمک می کند تا زودتر بهبودی را بدست آورید.

معاینات پزشکی منظم انجام دهید - بعضی از عوامل خطر سازی اصلی حمله قلبی چون چربی خون و فشار خون، قند خون در مراحل اولیه خود هیچ علامتی ندارند ولی پزشک شما می تواند آزمایشاتی انجام دهد که نشان دهد آیا شما مبتلا به این امراض هستید یا خیر. اگر مشکلی وجود داشته باشد شما می توانید کارهایی را انجام دهید که در نهایت دچار حمله قلبی نشوید.

فشار خون خود را کنترل کنید - هر ۲ سال فشار خون خود را چک کنید. اگر فشار خون بالا با سابقه بیماری عروقی کروناری داشته باشید ممکن است پزشکتان توصیه کند که با فاصله کمتری فشارتان را چک کنید. با توجه به ریسک قلبی عروقی فشار خون طبیعی ۱۱۵/۷۵ میلی متر جیوه است.

کلسترول خود را چک کنید - کلسترول خون خود را بطور منظم با تستی که پزشکتان انجام می دهد چک کنید اگر سطح کلسترول بد بطور قابل توجهی بالا است پزشکتان ممکن است توصیه کند که رژیمتان را تغییر دهید یا داروهایی دهد تا آن را کنترل کنید. علاوه بر روشهای معمول بررسی کلسترول، ممکن است پزشکتان CRP را هم اندازه بگیرد این تست اندازه پروتئین فاز حاد را در خون شما مشخص می کند مقدار زیاد آن نشان دهنده التهاب درون عروق شماسست که می تواند برای قلب مضر باشد.

سیگار نکشید - اگر سیگاری هستید تنها چیزی که برای سلامت قلبتان می توانید انجام دهید این است که آن را ترک کنید چرا که از هر ۵ مرگ

ناشی از بیمار قلبی یک مرگ ناشی از سیگار است. اگر خودتان نمی توانید سیگار را ترک کنید از دکترتان بخواهید که روشی معرفی نماید تا بین وسیله این عادت را دور اندازید.

بطور منظم ورزش کنید - سالها پیش پزشکان ورزش بدنیاال حمله قلبی را منع می کردند. بدلیل اینکه می ترسیدند موجب حمله دیگری شود ولی ورزش منظم کمک می کند تا عضله قلب پس از حمله قلبی، عملکرد طبیعی خود را بدست آورد. امروزه ورزش جزء مهم برنامه توان بخشی قلبی است. ورزش از طریق ایجاد وزن مناسب و کنترل دیابت، چربی و فشار خون جلوی ایجاد حمله قلبی را می گیرد.

حمله قلبی تجربه ترسناکی است، حتی اگر پزشکتان بگوید مشکلی ندارید، ممکن است ترس داشته باشید. حمله قلبی زندگی شما را چگونه تحت تأثیر قرار می دهد؟ آیا شما قادر خواهید بود شغلتان را ادامه دهید یا فعالیتهای تفریحی گذشته را انجام دهید؟ حتی ترسناکتر، آیا ممکن است دوباره دچار حمله قلبی شوید؟

• نگرانی تنها یکی از مسائلی است که شما و خانواده تان باید با آن کنار بیائید. بقیه مشکلات عبارتند از:

• عصبانیت - ممکن است عصبانی شوید و از خود بپرسید که چرا دچار حمله قلبی شدید آن هم در این زمان؟ طبیعی است که چنین احساسی را، آن هم پس از یک حمله قلبی داشته باشید.

• احساس گناه - اعضاء خانواده ممکن است در ابتدا بترسند و سپس به خاطر حمله قلبی شما احساس گناه کنند. بعضی حتی ممکن است فکر کنند که حتماً کار اشتباهی انجام داده اند که منجر به حمله قلبی شما شده است.

• افسردگی - افسردگی پس از حمله قلبی شایع است. احساس می کنید که دیگر قادر به انجام کارهای گذشته نیستید و یا دیگر آن آدم قبل از حمله نمی باشید.

این احساسات شایع است و صحبت کردن با پزشک، اعضاء خانواده یا یک دوست در مورد آنها کمک می کند تا بتوانید بهتر با آنها کنار بیائید. شما باید پس از یک حمله قلبی از سلامت روح خود به مانند سلامت جسمتان محافظت کنید. بسیاری از افراد نگرانند که فعالیت جسمانی، فشار زیادی به قلب آورد. به هر حال بیشتر افراد می توانند فعالیت جنسی را در هفته پس از حمله قلبی یا جراحی قلب همانند قبل انجام دهند. هر فردی براساس تحمل جسمی، خود آمادگی روحی او و چگونگی فعالیت جنسی قلبی خود، زمان متفاوتی برای از سرگیری این فعالیت خواهد داشت.

فشاری که فعالیت جنسی روی ضربان قلب، شما وارد می کند تقریباً معادل پیاده روی، کندن زمین و یا بالا رفتن از یک یا دو پله است. همانند سایر فعالیتهای بدنی، فعالیت جنسی ضربان قلب، تنفس و فشار خون شما را افزایش می دهد پس جانب احتیاط را نگه دارید. همچنان که اطمینان بیشتری به سلامت می یابید بهتر می توانید فعالیت طبیعی خود را از سر بگیرید.

بعضی داروهای قلبی مثل مسدود کنندگان بتا می توانند عملکرد جنسی شما را تحت تأثیر قرار دهند. بیشتر مواقع کاهش عملکرد جنسی بدنیاال حمله قلبی ناشی از افسردگی و نگرانی است، تا داروها. اگر قدرت جنسی شما دچار مشکل شده است با دکترتان مشورت کنید. او می تواند به شما کمک کند تا مشکل را مو شکافی کرده و درمان مناسب را پیدا کنید.

ممکن است شما و خانواده تان سؤالات زیادی پس از حمله قلبی به ذهنتان خطور کند، اگر چنین است صحبت کردن با خانواده ها و افرادی که قبلاً این مشکل را تجربه کرده اند کمک کننده است. بسیاری از برنامه های توان بخشی قلبی سرویسهای مشاوره و گروه های حمایت کننده از « نجات یافتگان حمله قلبی » دارند.

نجات یافتن از حمله قلبی به این معنی نیست که زندگی قبلی شما به پایان رسیده است. بر عکس بسیاری از افراد زندگی فعال تری را بدنیاال حمله قلبی در پیش گرفته اند ولی به این معنی است که باید تغییرات مثبتی در عادات روزانه خود بدهید و تا بهبودی می بایستی صبور باشید.

منبع: دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234135>

 Vista.ir
Online Classified Service

حمله قلبی: علائم و نشانه ها

مسدود شدن رگ های خونی قلب می تواند مانع گردش خون در قلب شود. این امر می تواند منجر به لخته شدن خون در شرایین قلب شود و سکتة ی قلبی در فرد بوجود آید. همچنین به این عارضه myocardial infraction یا MI نیز اطلاق می شود.

اگر کمک های پزشکی سر موقع به فرد نرسد، به ماهیچه های قلبی لطمه های جبران ناپذیری خواهد رسید؛ و متأسفانه اکثر افراد در بیشتر مواقع هیچ گونه توجهی به علائم آن نمی کنند.

• نشانه های بیماری قلبی چیست؟

پزشکان انجمن سلامت امریکا و سایر متخصصان پزشکی بر این باورند که در یک چنین شرایطی یکی از این علائم در بیمار بروز می کند:

- فشار غیر قابل تحمل، احساس سیری، فشردگی و درد در قفسه ی سینه بیش از چند دقیقه.
- دردی که از ناحیه ی قفسه ی سینه به شانه ها کشیده می شود و در گردن و بازوها نیز ادامه پیدا می کند. درد می تواند ملایم تا شدید باشد. ممکن است احساسی نظیر فشار، گرفتگی، تنگی نفس و سوزش همراه باشد. درد ممکن است در قفسه ی سینه، بالای شکم، گردن، چانه، و داخل بازوها و شانه ها باشد.
- قفسه سینه احساس ناراحتی شدید می کند، احساس غش کردن به فرد دست می دهد، تعرق زیاد می شود، حالت تهوع در او ایجاد شده و نفس ها کوتاه کوتاه و بریده بریده می شوند.

اضطراب، حالت ناآرامی و عصبانیت، سرد شدن بدن، و بدن عرق کرده، رنگ پریدگی، و زرد شدن بدن از جمله دیگر علائم این بیماری می باشند. البته باید توجه داشت که در یک حمله ی قلبی کلیه ی علائم همراه با هم در فرد ظاهر نمی شوند. گاهی اوقات برخی از این علائم در مرحله ای خاص ایجاد شده، سپس از بین می روند، و مجدداً در فرد ایجاد می شوند؛ اما اگر متوجه حتی یکی از این علائم شدید باید به سرعت درخواست کمک کنید. زمانیکه یکی از این علائم را در خود و یا دیگران مشاهده کردید به هیچ وجه معطل نکنید و فوراً با مرکز فوریت های پزشکی تماس بگیرید. در صورتی که بیمار نبض نداشت و نفس نمی کشید باید فوراً با اورژانس تماس گرفته و با CPR (باز جان بخشی به قلب و ریه) فرد مورد نظر را احیا نمایید.

• پزشکان چگونه می توانند احتمال حمله ی قلبی را تشخیص دهند

پزشکان از روی آزمایش های متعددی که از بیمار به عمل می آورند به راحتی قادرند تا احتمال وقوع حمله ی قلبی را در فرد پیش بینی نمایند. پزشکان در اینصورت میتوانند:

- تاریخچه ی سلامت بیمار را به طور کامل مرور می کنند، و به او آزمایش های مختلف می دهند.
- با استفاده از دستگاه ثبت ضربان قلب (EKG) می توانند هر گونه ناهنجاری که به واسطه ی آسیب به قلب ایجاد شده است را متوجه شوند. از آزمایش خون استفاده می شود تا اگر سطح آنزیمی در خون حد نرمال خود را از دست داده بود، به سرعت شناسایی شود.

• درد قفسه سینه که مربوط به ناراحتی قلبی است به چه شکل است؟

اگر شما از درد سینه رنج می برید، به ویژه در زمان ورزش کردن باید به این فکر بیفتید که آیا این درد ارتباطی به ناراحتی قلبی دارد یا خیر. درد ماهیچه های قلب یکی از ابتدایی ترین علائم انسداد شرایین قلبی است که دلیل اکثر سکتة های قلبی نیز همین امر می باشد.



در حالیکه هیچ تستی وجود ندارد که بتواند به طور ۱۰۰٪ مشخص کند که درد قفسه سینه مربوط به ناراحتی قلبی می شود یا خیر، اما با این وجود دردی که به قلب مربوط باشد، دارای شکل خاصی است. این درد بسیار تند و شدید و غیر قابل تحمل است، مثل آن است که چاقویی در قفسه ی سینه فرو کرده و آن را در بیاوریم.

در این حالت به فرد احساس سنگینی، فشار، تنگی و درد شدیدی دست می دهد. این علائم معمولاً با بریدگی و کوتاه شدگی نفس همراه است. البته این درد زمانی که شما دست از کار کشیده و استراحت کنید، از بین رفته و از شدت آن نیز کاسته می شود.

حمله ی قلبی ممکن است در ابتدا آنقدرها که فکر می کنید دردناک نباشد و به راحتی به بیمار اجازه می دهد که ۵ تا ۶ ساعت پس از ایجاد حمله به زندگی عادی خود ادامه دهد. پس از گذشت یک چنین زمانی به قلب بیمار آسیب های برگشت ناپذیری وارد خواهد آمد.

ماهیه های قلبی به این دلیل دچار آسیب می شوند که نمی توانند به اندازه ی کافی اکسیژن جذب کنند. حمله ی قلبی به سادگی تنها به دلیل عدم رسیدن اکسیژن به مناطق مختلف قلب ایجاد شده و تمام بخش های قلب در کمبود اکسیژن به سر خواهند برد .

اگر انسداد ایجاد شده در رگ های خونی قلب به سرعت از میان برود (در همان ساعات اولیه ی گرفتگی) آسیب های ایجاد شده به پایین ترین میزان خود کاهش پیدا می کند.

این امر اهمیت کمک های سریع پزشکی را بیش از پیش برای بیماران روشن می کند. در ۹۰٪ موارد دردهای شدید که در قفسه ی سینه ایجاد شده و احساس درد و فشار شدیدی به آن وارد می شود، به عنوان نشانه ای از حمله ی قلبی شناخته میشود. حتی اگر این درد به مرور کاهش پیدا کرد و ناپدید شد، به هر حال گرفتگی رگ خونی وجود دارد و ممکن است که به مرور زمان بدتر شده و ناراحتی های بسیار زیادی را برای فرد به همراه داشته باشد.

بی توجهی به چنین دردهایی تنها به این خاطر که بیش از اندازه شدید و غیر قابل تحمل نیستند و یا تنها به این دلیل که خود به خود از بین می روند، بدترین کار ممکن است. این امر به شما می گوید که ممکن است در شرایطی قرار بگیرید که برایتان مرگ آور است. در زمان بروز یک چنین شرایطی باید حواس خود را جمع کرده و فوراً مشکل خود را با یک متخصص قلب و عروق در میان بگذارید.

• ممکن است بدون هیچ عارضه ای دچار حمله ی قلبی شوید

محققان جهانی که بر روی سکنه قلبی مشغول تحقیق و پژوهش هستند، اخیراً به این نکته دست پیدا کرده اند که تقریباً از هر ۴ حمله ی قلبی یکی از آنها فاقد هر گونه علامت هشدار است و اگر هم نشانه ای باشد تنها در همان لحظه ی بروز حمله خود را آشکار می سازد.

به این نوع بیماری های قلبی "سکنه ی خاموش" اطلاق می شود و به دلیل کم خونی های موقتی پدید می آیند. در واقع نوعی کمبود اکسیژن مزمن در قلب است که سبب می شود خون نتواند مواد غذایی لازم را برای لحظه ای خاص به عضلات قلب برساند. این امر بیمار را در شرایط بدی قرار داده و ریسک مرگ در آن تا حد بسیار زیادی در مقایسه با حمله های قلبی دیگر بالا است.

دلیل ایجاد کم خونی موقتی (ایسکمی) یا سکنه ی خاموش همیشه تصلب شرایین است. به این ترتیب که نوعی گرفتگی در رگ های خونی قلب ایجاد می شود و این گرفتگی به مرور زمان بیشتر و بیشتر شده و به واسطه ی جمع شدن کلسترول در رگ راه جریان خون را به طور کلی مسدود می کند. در بیشتر موارد این تقلیل ناگهانی در گردش خون که مانع می شود تا خون، مواد غذایی و اکسیژن کافی را به ماهیچه های قلبی برساند، سبب ایجاد گرفتگی و از کار افتادگی عضلات قلب می شود؛ اما به طور حتم در ۲۵ تا ۳۰ درصد از بیمارانی که دچار حمله ی قلبی می شوند، هیچ گونه علامتی به این منظور که این مسدودیت به مرور زمان بوجود آمده، دیده نمی شود. در مطالعات "فرامینگهام" که بر روی ۴۰۰ مرد آمریکایی بالای ۴۰ سال انجام شده است، پژوهشگران به این نتیجه دست پیدا کردند که در ۲۵٪ موارد بیماران تا زمانی که از آنها نوار قلبی گرفته نشده بود، به هیچ وجه متوجه این امر نشده بودند که دچار عارضه ی سکنه ی قلبی شده اند.

البته عدم وجود درد در افراد بدان معنا نیست که هیچ آسیبی نیز به قلب آنها وارد نشده است. قلب این توانایی را دارد که با آسیب هایی که به آن وارد می شود مداوا کند، سیستم عملکرد قلب به گونه ای است که گاهی اوقات مشکلاتی را که در اثر حمله قلبی وارد می شود را نادیده گرفته و سعی می کند تا نیازهای بدن را مرتفع سازد، اما یک کم خونی موضعی دیگر و یا یک حمله ی قلبی دیگر حتی اگر شدید هم نباشد و در پایین ترین میزان خود باشد می تواند برای فرد مرگ را به همراه داشته باشد چراکه قلب مانند گذشته توانایی رویارویی با آن را ندارد. حتی کسانی که از حمله ی قلبی بعدی نیز جان سالم به در می برند، دچار فلج ماهیچه های قلبی، و یا بی نظمی دائمی ضربان خواهند شد.

هیچ وقت نمی توان به طور حتم پیش بینی کرد که فردی در معرض ایسکمی قرار دارد و یا دچار حمله ی قلبی خاموش خواهد شد؛ اما آمار و ارقام

حاکمی از این امر هستند که هر چقدر فاکتورهای ریسک برای انسداد رگ های خونی قلب بالاتر باشد، احتمال ایجاد سکتة ی خاموش نیز به مثابه آن افزایش پیدا خواهد کرد. البته در این میان فاکتورهای ریسک به دو بخش تقسیم می شوند، یکی آن دسته ای که شما هیچ گونه کنترلی بر روی آن ندارید و شامل مواردی به شرح ذیل می باشند: سن، جنیست، پیش زمینه های ژنتیکی، و بخش دیگر شامل مواردی است که شما بر روی آنها کنترل دارید و شامل: دیابت، فشار خون، کلسترول بالا، مصرف دخانیات، و چاقی و کم تحرکی می باشند.

اگر شما مردی بالای ۵۰ سال هستید که سیگار می کشد و یا خانمی هستید که در مرحله ی یائسگی قرار گرفته و برای مدت زمانی بیش از ۱۰ سال مرض قند داشته و کلسترول خونتان نیز بالا می باشد، حتماً باید به پزشک قلب و عروق مراجعه کرده و تحت اسکن قلب قرا بگیرید تا احتمال ایجاد سکتة قلبی در بدنتان تخمین زده شود و پیش از وقوع حادثه از ایجاد آن جلوگیری بعمل آید.

آزمایش های قلبی که برای تشخیص احتمال بروز ایسکمی هستند شامل: تاریخچه پزشکی، تست های فیزیکی، و آزمایش فشار سنجی قلب است. آزمایش نهایی به این شرح است که فرد باید بر روی ترد میل راه برود و روند عملکرد قلب او ثبت شود.

این یکی از راههای بدون درد، ساده و کم هزینه است که شما را آگاه می کند که آیا ضربان های قلب شما با صدای تیک تیک بمب انسداد شریان همراه هستند یا خیر.

منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=301404>

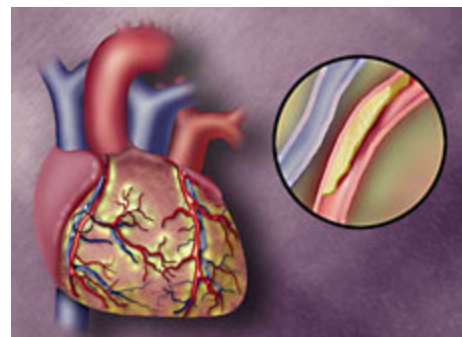


خانم ها، بیماری قلبی را جدی بگیرید

وقتی که اصطلاح بیماری قلبی را می شنوید، اولین واکنش شما چیست؟ ممکن است مثل خیلی از زن ها فکر کنید این بیماری يك بیماری مردانه است و مشکل من نیست! اما واقعیت این است که بیماری های قلبی یکی از دو علت اصلی مرگ و میر در ایران است. متأسفانه بسیاری از زنان این مطلب را نمی دانند در حالی که درك این مطلب حائز اهمیت است.

جالب است بدانید ؛

- در سال ۱۳۸۱ مطالعه قند و چربی خون افراد در تهران نشان داد که ۷/۱۲ درصد زنان



سابقه دردهای قلبی دارند، در حالی که این مشکل تنها در ۸/۸ درصد مردان مشاهده شده است.

- مطالعه دکتر نبی پور در بوشهر نشان داد؛ سابقه سکتة قلبی در مردان ۴/۱۷ درصد و در زنان ۸/۱۹ درصد بوده است.

- ۲۸ درصد زنان يك سال بعد از يك حمله قلبی فوت خواهند کرد.

- در طی ۶ سال بعد از يك حمله قلبی، حدود ۴۶ درصد زنان در اثر نارسایی قلبی ناتوان خواهند شد.

- دو سوم زنان که حمله قلبی داشته اند ، به طور کامل بهبود نمی یابند.

واقعیت این است که اگر شما قلب دارید، پس مشکل قلبی نیز می توانید داشته باشید که خوشبختانه کارهای زیادی برای این حل این مشکل می توان انجام داد.

این مطالب به شما کمک خواهد کرد که عوامل بیماری قلبی را در خود شناسایی کنید و گام هایی در جهت پیشگیری یا کنترل آنها بردارید. این

کارها به خصوص برای زنان میانسال و مسن ارزشمند است، زیرا احتمال بیماری و حمله قلبی در زنان با پائسه شدن، به طور شگفت انگیزی افزایش می یابد.

یک هشتم زنان بین سنین ۴۴-۴۵ سال انواعی از بیماری های قلبی را دارند و این مقدار در زنان بالای ۶۵ سال تا یک سوم افزایش می یابد.

هنوز هم ممکن است فکر کنید، من که در خطر نیستم، چون در حال حاضر بیماری قلبی ندارم.

ممکن است دارای عوامی خطری مانند اضافه وزن، کشیدن سیگار یا فعالیت فیزیکی کم باشید که می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی را افزایش دهد. شاید در مورد عوامل خطر بیماری های قلبی چیزهایی بدانید، اما باید بدانید که خودتان کدام یک از این عوامل را دارید. چیزی که ممکن است ندانید این است که، اگر شما حتی یک عامل خطر را داشته باشید، احتمال ابتلا به بیماری قلبی در شما زیاد است.

یک قلب بیمار و آسیب دیده، در انجام فعالیت های روزانه و حتی توانایی شما در کارهای ساده ای مثل قدم زدن یا بالا رفتن از پله، اختلال ایجاد کرده و به شیرینی زندگی شما لطمه می زند.

یک خبر خوب

شما برای پیشگیری از بیماری قلبی، نیروی عظیمی دارید و می توانید از همین امروز شروع کنید. با شناخت عوامل خطری که شما را تهدید می کنند و ایجاد تغییر مطلوب در آنها نظیر تغییر در رژیم غذایی، افزایش فعالیت فیزیکی و اصلاح سایر عادات روزانه خود می توانید تا حد زیادی خطر ابتلا به بیماری قلبی را کاهش دهید. حتی اگر بیماری قلبی دارید، می توانید گام هایی در جهت کاهش شدت آن بردارید. پس از این مطالب برای داشتن یک قلب سالم استفاده کنید. البته می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با پزشک خود مشورت کنید. از امروز برای حفظ سلامتی قلب خود اقدام کنید.

این عبارت را شعار خود قرار دهید :

" برای درمان بیماری قلبی از همین امروز شروع کنید ، فردا دیر است." بیماری قلبی چیست؟

بیماری های عروق قلبی (بیماری های کرونری) مهم ترین بیماری قلبی است . این بیماری در واقع ناشی از مشکلات رگ های خونی قلب است که می تواند سبب حمله قلبی شود. یک حمله قلبی وقتی اتفاق می افتد که یکی از سرخرگ های تغذیه کننده قلب بسته شود و از رسیدن اکسیژن و غذا به قلب جلوگیری کند. این بیماری ها غالباً به اختصار به عنوان " بیماری قلبی " گفته می شود. بیماری های دیگر قلبی- عروقی شامل سکتة مغزی، فشارخون بالا، آنژین صدری یا درد قفسه سینه و بیماری های روماتیسم قلبی است.

برخی از بیماران قلبی با کمک اعمال جراحی نظیر بای پس (by pass) و آنژیوپلاستی (angioplasty) تا حدودی بهبود می یابند. گرچه این اعمال می توانند به گردش خون و اکسیژن در عضله قلبی کمک کنند، اما سرخرگ ها همچنان آسیب دیده باقی می مانند و مفهوم آن این است که احتمالاً یک حمله قلبی دیگر خواهید داشت. به علاوه تا زمانی که در شیوه زندگی خود تغییری ایجاد نکنید، وضعیت رگ های خونی شما روز به روز بدتر خواهد شد. تعدادی از زنان در اثر عوارض بیماری قلبی فوت می کنند یا برای همیشه ناتوان می شوند. به همین دلیل کنترل و پیشگیری از این بیماری خیلی مهم و حیاتی است.

چه کسانی در معرض خطر هستند؟

عوامل خطر (Risk Factors) ، شرایط یا عاداتی هستند که احتمال ابتلا شخص به یک بیماری را افزایش می دهند. این عوامل می توانند شرایطی را به وجود آورند که وضعیت بیماری موجود را بدتر کنند. عوامل خطر مهم بیماری قلبی که می توانید اقدامات زیادی برای کنترل آنها انجام دهید، شامل موارد زیر است:

۱- سیگار کشیدن

۲- فشار خون بالا

۳- کلسترول خون بالا

۴- داشتن اضافه وزن

۵- فعالیت بدنی کم

۶- دیابت

بعضی از عوامل خطر مانند: سن و سابقه ارثی بیماری قلبی قابل تغییر نیستند. خطر بیماری قلبی در زنان از سن ۵۵ سالگی افزایش می یابد.

زنان بعد از یائسگی، به علت کاهش تولید هورمون استروژن برای ابتلا به بیماری قلبی مستعدتر می شوند. احتمال ابتلا به بیماری قلبی در زنانی که به علل طبیعی یا برداشتن رحم با عمل (hysterectomy) دچار یائسگی زودرس شده اند نسبت به زنان غیر یائسه دو برابر است. سابقه فامیلی و ارثی بیماری قلبی در سنین پایین عامل خطر دیگری است که قابل تغییر نیست. اگر پدر یا برادر شما قبل از سن ۵۵ سالگی یک حمله قلبی داشته اند و یا اگر خواهر یا مادر شما یک حمله قلبی قبل از ۶۵ سالگی داشته اند، احتمال ابتلای شما به بیماری قلبی زیاد است. عوامل خطر اصلی قابل تغییر نیستند، ولی دانستن آن از این لحاظ مهم است که اینگونه افراد می توانند با کنترل سایر عوامل خطر بیماری قلبی را در خود کاهش دهند.

این کار چندان مشکل نیست. محافظت از قلبتان می تواند به سادگی راه رفتن سریع یا خوردن یک سوپ خوشمزه یا کارهایی باشد که برای داشتن یک وزن متناسب به آنها نیاز دارید. هیچ عامل خطری را دست کم نگیرید

بعضی زنان عقیده دارند فقط انجام یک رفتار سالم می تواند از آنها در مقابل خطر بیماری قلبی مواظبت کند. برای مثال ممکن است فکر کنند اگر مرتب قدم بزنند یا شنا کنند ، ولی می توانند سیگار بکشند و سالم بمانند ولی این باور نادرستی است. برای پیشگیری از بیماری قلبی باید تمامی عوامل خطر آن را کنترل کرد. شما می توانید به آرامی این کار را انجام دهید، ولی مهم آن است که واقعا عوامل خطر تغییر دهید. ممکن است بعضی افراد بگویند اگر من فقط یک عامل خطر مثل افزایش وزن یا افزایش کلسترول خون را داشته باشم، کم از بیماری قلبی مصون هستم. ولی اینطور نیست، هر عاملی می تواند سبب افزایش خطر بیماری قلبی گردد، خصوصاً داشتن بیش از یک عامل خطر مسئله ای جدی است، چون عوامل خطر اثرات یکدیگر را تشدید می کنند. پس هر فردی باید عوامل خطر بیماری قلبی را در خود شناسایی کند و اقدامات لازم را برای کاهش آنها انجام دهد.

منبع : تیبان

<http://vista.ir/?view=article&id=208635>



خانمهای جوان و حملات قلبی

چند وقت پیش داستان وحشتناکی در مورد یک زن جوان شنیدم که دچار حمله قلبی شده بود. زن ۴۰ ساله ای را به بخش اورژانس بیمارستانی آورده بودند که بسیاری از علائم مربوط به حمله ی قلبی در او مشاهده می شد. حداقل نظر پرستار بخش اینچنین بود.



بعد از درمان هایی که برای مقابله با حمله روی این خانم انجام شد، پرستار سایر پزشکان را مطلع کرده و بعد از اتمام شیفت خود با خیال اینکه همه چیز مرتب است به منزل مراجعت کرد. بعد از اینکه روز بعد پرستار دوباره به سر کار خود آمد، بسیار متعجب شده بود از اینکه می دید پزشکان درمان های روی آن خانم را قطع کرده اند و به او گفته اند که فقط دچار یک حمله هیجانی شده است و او را مرخص کرده اند. اما آن خانم دچار مشکلات قلبی جدی بود. متأسفانه بسیاری از پزشکان انتظار حمله قلبی از خانمی جوان که در نواحی سینه، درد دارد را ندارند. و با اینکه حمله قلبی بین آقایان جوان بسیار متداولتر از خانم های جوان است، خانم ها از این مسئله مستثنی نیستند. آمار نشان می دهد که در سال ۱۹۹۸ تقریباً ۱۱۰۰۰ زن زیر ۴۵ سال برای حمله قلبی در بیمارستان بستری شده اند. زمانی که خانمی دچار حمله قلبی می شود، صدمات زیادی دیده و گاهی می میرد. در تحقیقی که روی مسئله اختلافات جنسی بین قربانیان حملات قلبی انجام

شده است، محققان به این نتیجه رسیده اند که خانم ها بیشتر از این عارضه دچار مرگ می شوند. در واقع، زمانی که دکتر ویولا واکارینو و همکارانش بیماران زیر ۵۰ سال را بررسی کردند، متوجه شدند که آمار خانم هایی که از حمله قلبی می میرند دو برابر آقایان است. قسمتی از این آمار وحشتناک را می توان اینطور توجیه کرد که خانم هایی که دچار حمله قلبی می شوند به این علت می میرند که یا اصلاً درمانی در موردشان صورت نمی گیرد یا دیر انجام می گیرد. گاهی اوقات خانم ها و گاهی پزشکان معالیشان از این حمله غافل می شوند به این علت که ممکن است متوجه نباشند که علائم حمله قلبی ممکن است با تناسب جنسیت فرد تغییر کند. در مقایسه با آقایون، در طی حمله قلبی، خانم ها به جای درد سینه که یکی از علائم مشخص حمله قلبی است، بیشتر دچار دردهای کمر، سوء هاضمه و حالت تهوع می شوند. زمانی که دکتر واکارینو و همکارانش نسبت مرگ و میر بین جوانان را بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که اشتباه در تشخیص بیماری و تاخیر در درمان تنها دلیلی است که مرگ و میر خانم ها را بیشتر از آقایون کرده است. اما این مسئله نیازمند تحقیقات بیشتری است. اما با اینکه پزشکان هنوز در توجیه علل ابتلای خانم های جوان و سالم به حمله قلبی درمانده شده اند، آمار این افراد رو به پیشرفت است. خانم هایی که سیگار می کشند، چاق هستند، دیابت یا فشار خون بالا دارند بیشتر در معرض حمله قلبی هستند. پزشکان معتقدند که دیابت در زنان خیلی بیشتر از مردان خطرناک است. و افرادی که به آن مبتلا هستند درصد ابتلایشان به حمله قلبی شش برابر بیشتر می شود. زنان باید از علائم این عارضه با خبر شوند تا بتوانند مراقبت ها و پیشگیری های لازم را انجام دهند. اگر حس می کنید که در معرض خطر حمله قلبی هستید، فرقی نمی کند که ۲۰، ۳۰ یا ۴۰ سالتان باشد، اجازه ندهید که دکترها به سادگی از آن بگذرند و آن را به حساب سوء هاضمه یا اضطراب بگذارند. به آنها بگویید که می خواهید همه آزمایشات لازم را انجام دهید. اگر این کار را نکنید، ممکن است صدمات جبران ناپذیری برایتان داشته باشد.

اینها می توانند علائمی برای بیماری های قلبی باشند:

۱. درد در نواحی سینه و گلو. درد در نواحی کمر و بازوها نیز می تواند شامل آن باشد.
۲. تنگی نفس.
۳. سرد بودن عرق.
۴. گیجی و دوران سر.
۵. ورم و آماس به خصوص در نواحی قوزک پا.
۶. اضطراب و تپش قلب.
۷. مشکلات معده و حالت تهوع.

نویسنده: آرمند

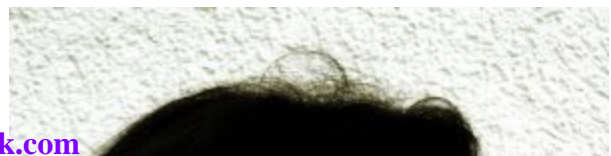
منبع : پورتال مردمان

<http://vista.ir/?view=article&id=209891>

 Vista.ir
Online Classified Service

خسته از کم خونی

عارضه کم خونی زمانی بروز می کند که خون، فاقد هموگلوبین کافی است. هموگلوبین به گلبول های قرمز خون در حمل اکسیژن از ریه ها به تمام



www.takbook.com

اندامهای بدن کمک می‌کند. کم‌خونی انواع مختلفی دارد که در زیر به آن اشاره می‌کنیم:

۱) کم‌خونی ناشی از فقر آهن:

کم‌خونی ناشی از فقر آهن از شایع‌ترین نوع بیماری کم‌خونی است. فقر آهن زمانی بروز می‌کند که بدن فاقد آهن کافی است. بدن برای ساختن هموگلوبین به آهن نیاز دارد. این حالت، معمولاً در اثر از دست دادن خون به دلیل مشکلاتی همچون عادت ماهانه طولانی، زخم‌های داخلی، پولیپ‌های روده یا سرطان روده بروز می‌کند. همچنین، رژیم غذایی فاقد آهن کافی می‌تواند منجر به بروز این حالت شود. در دوره بارداری نیز عدم وجود آهن کافی برای مادر و جنین موجب کم‌خونی از نوع فقر آهن می‌شود. بدن می‌تواند با مصرف مواد غذایی مانند گوشت گاو، اسفناج، عدس، سیب زمینی کباب شده با پوست و تخمه گل آفتابگردان، آهن مورد نیاز خود را به دست آورد.

۲) کم‌خونی مگالوبلاستیک یا فقر ویتامین:

معمولاً این نوع کم‌خونی در اثر کمبود فولیک اسید یا ویتامین B₁₂ بروز می‌کند. این ویتامین‌ها در سالم نگهداشتن خون یا سیستم عصبی به بدن کمک می‌کنند. در این نوع کم‌خونی، بدن گلبول‌های قرمز خونی تولید می‌کند که نمی‌توانند اکسیژن را به خوبی انتقال دهند. قرص‌های مکمل حاوی فولیک اسید می‌توانند این نوع کم‌خونی را درمان کنند. فولیک اسید را همچنین می‌توان از مصرف دانه‌ها و بنشن‌ها، مرکبات و آب میوه‌ها، سیبوس گندم و سایر غلات، سبزیجات برگ پهن و سبزی تیره، گوشت طیور، صدف و کبد به دست آورد. گاهی اوقات ممکن است یک متخصص نتواند تشخیص دهد که علت این بیماری، کمبود ویتامین B₁₂ است. این حالت معمولاً در افراد مبتلا به کم‌خونی و خیم بروز می‌کند که در حقیقت نوعی بیماری خود ایمنی است. عدم دریافت ویتامین B₁₂ کافی می‌تواند موجب کرخی و بی‌حسی دست‌ها و پاها، مشکلات در راه رفتن، از دست دادن حافظه و مشکلات بینایی شود. نوع درمان بستگی به عامل مولد بیماری دارد، اما به هر حال مصرف ویتامین B₁₂ ضروری است.

۳) بیماری‌های نهفته:

بیماری‌های خاصی وجود دارند که می‌توانند به توانایی بدن در تولید گلبول‌های قرمز خونی آسیب برسانند. برای مثال، افراد مبتلا به بیماری‌های کلیوی به ویژه بیمارانی که دیالیز می‌شوند در معرض ابتلا به کم‌خونی قرار دارند. کلیه‌های این بیماران قادر به ترشح هورمون‌های کافی برای تولید گلبول‌های خونی نیستند و در هنگام دیالیز نیز آهن از دست می‌دهند.

۴) بیماری‌های خونی ارثی:

اگر در خانواده، سابقه بیماری خونی وجود داشته باشد، احتمال ابتلا به آن در افراد دیگر نیز افزایش می‌یابد. یکی از امراض خونی ارثی، کم‌خونی گلبول‌های داسی شکل است. به جای تولید گلبول‌های قرمز خونی طبیعی که به راحتی درون رگ‌های خونی حرکت می‌کنند، گلبول‌های داسی شکل حرکت سختی داشته و دارای لبه‌های خمیده هستند. این گلبول‌ها نمی‌توانند در رگ‌های خونی ظریف به آسانی حرکت کنند و در نتیجه مسیر رسیدن خون به اعضای بدن را مسدود می‌کنند. بدن گلبول‌های قرمز داسی شکل را نابود می‌کند، اما نمی‌تواند با سرعت کافی انواع طبیعی و سالم جدیدی را تولید کند. این امر موجب بروز کم‌خونی می‌شود.

نوع دیگری از کم‌خونی ارثی، تالاسمی است. تالاسمی زمانی بروز می‌کند که بدن، ژن‌های ویژه‌ای را از دست می‌دهد و یا ژن‌های غیر طبیعی مختلف از والدین به کودک ارث می‌رسد که به نحوه تولید هموگلوبین تأثیر منفی می‌گذارند.

۵) کم‌خونی آپلاستیک:

آپلاستیک، نوع نادری از کم‌خونی است و زمانی بروز می‌کند که بدن به اندازه کافی گلبول قرمز تولید نمی‌کند. این حالت، دلایل مختلفی دارد که عبارتند از:

• روش‌های درمانی سرطان‌ها (پرتودرمانی و شیمی درمانی)



▪ قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سمی (مانند مواد مورد استفاده در برخی حشره‌کش‌ها، رنگ و پاک‌کننده‌ها و شوینده‌های خانگی)

▪ برخی داروها (مانند داروهای مخصوص درمان روماتیسم مفصلی)

▪ بیماری‌های خود ایمنی (مانند لوپوس)

▪ عفونت‌های ویروسی که بر تراکم استخوانی تاثیر می‌گذارد. نوع درمان بستگی به میزان حاد بودن کم‌خونی دارد. این بیماری را می‌توان با تعویض خون، مصرف دارو و یا پیوند مغز استخوان درمان کرد. کم‌خونی برای پیشرفت در بدن به گذر زمان احتیاج دارد. در آغاز ممکن است هیچ علائمی بروز نکند و یا علائم بیماری بسیار خفیف باشد، اما با پیشرفت بیماری می‌توان شاهد علائمی چون خستگی، ضعف، عدم توانایی در کار و تحصیل، کاهش دمای بدن، پریدگی رنگ پوست، ضریان قلب سریع، کوتاهی تنفس‌ها، درد سینه، سرگیجه، تحریک‌پذیری، کرخی و سردی دست‌ها و پاها و سردرد بود. تشخیص این بیماری با انجام یک آزمایش خون امکانپذیر است. در صورت مثبت بودن جواب آزمایش و ابتلا به کم‌خونی، انجام آزمایشات دیگری نیز برای تشخیص نوع آن ضروری است. انتخاب نوع درمان کم‌خونی بستگی به علت بروز آن دارد. برای مثال، نحوه درمان کم‌خونی گلبول‌های داسی شکل با نحوه درمان کم‌خونی ناشی از رژیم غذایی فاقد آهن یا فولیک اسید متفاوت است. از این رو برای کشف بهترین روش معالجه باید به متخصص مربوطه مراجعه کرد. به روش‌های گوناگون می‌توان مانع از بروز برخی انواع کم‌خونی شد که مجموعه‌ای از آنها در زیر آمده است؛ * مصرف غذاهای حاوی آهن زیاد از جمله گوشت قرمز، ماهی، مرغ، تخم‌مرغ، میوه‌های خشک شده، عدس و لوبیا، سبزیجات سبز برگ پهن مانند اسفناج، کلم و یا غله‌های حاوی آهن غنی شده.

▪ مصرف مواد خوراکی که جذب آهن را در بدن افزایش می‌دهد مانند آب پرتغال، توت فرنگی، کلم و یا سایر میوه‌ها و سبزیجات حاوی ویتامین C.

▪ خودداری از نوشیدن قهوه و چای همراه با وعده‌های غذایی چرا که این نوشیدنی‌ها جذب آهن در بدن را دشوار می‌کند.

▪ کلسیم جذب آهن را مشکل می‌کند. برای مصرف کلسیم به میزان مناسب و کافی باید با پزشک متخصص مشورت کرد.

▪ اطمینان از مصرف کافی فولیک اسید و ویتامین B-12 در رژیم غذایی

▪ مشاوره با پزشک برای خوردن قرص‌های مکمل آهن چرا که مصرف این قرص بدون مشورت با فرد متخصص صحیح نیست. این قرص‌ها در دو نوع فروس و فریک ارایه می‌شوند. جذب فروس در بدن بهتر صورت می‌گیرد؛ اما اثرات جانبی مانند تهوع، استفراغ و اسهال در پی دارد با این حال این اثرات را می‌توان با کمک برخی اقدامات کاهش داد، از آن جمله اینکه ابتدا با نیمی از دوز تجویز شده شروع کرد و به تدریج آن را به دوز کامل رساند. قرص را در دوزهای تقسیم شده مصرف کرد. قرص را همراه با غذا مصرف کرد و اگر نوعی از قرص آهن مشکلاتی ایجاد می‌کند با متخصص مربوطه برای مصرف نوع دیگر مشورت کرد.

▪ زنانی که باردار نیستند اما در سن بارداری قرار دارند، باید هر پنج تا ده سال، یکبار آزمایش کم‌خونی بدهند.

این امر حتی در شرایط سلامت باید صورت گیرد. انجام این آزمایش‌ها باید از زمان نوجوانی آغاز شود.

منبع : روزنامه اطلاعات

<http://vista.ir/?view=article&id=313168>

 Vista.ir
Online Classified Service

خسته از یک عمر کار مداوم

سال بیش از یک میلیون نفر در امریکا دچار سکته قلبی می‌شوند و در درصدی از این افراد که اقدامات پزشکی موثر واقع نمی‌شود، متاسفانه

www.takbook.com



منجر به فوت می شود. با توجه به پیشرفت های پزشکی، چنانچه سریعاً کمک های مناسب پزشکی در اختیار فرد قرار گیرد، اغلب حملات قلبی را می توان به طور موثر درمان کرد.

• نشانه ها

حین سکتة قلبی اغلب بیماران احساس درد یا فشار شدید در قفسه سینه دارند. این درد می تواند به بازوها، گردن، پشت یا فک انتشار یابد. این درد به صورت طولانی و مداوم از ۳۰ دقیقه تا چند ساعت می تواند ادامه داشته



باشد. استراحت، درد را تخفیف نداده یا خیلی کم آن را کاهش می دهد. تغییر وضعیت بدن نیز موجب تخفیف یا تغییر درد نمی شود. بعضی از افراد احساس عدم هضم غذا (سوء هاضمه) یا حالت تهوع طی سکتة قلبی دارند، این علائم می تواند همراه تعریق، سرگیجه یا تنگی نفس باشد. عده بی طی سکتة قلبی هیچ گونه درد قفسه سینه ندارند، این امر به خصوص در افراد مبتلا به دیابت (مرض قند) یا افراد بالای ۷۵ سال شایع است.

• علل

رسوب مواد چربی که پلاک نامیده می شوند، می توانند سبب باریک شدن عروق قلبی شده که به آن تصلب شرائین یا آترواسکلروز می گویند. اگر عروق خونی که اکسیژن را به قلب می رساند دچار اختلال شوند بیماری شریان قلبی اتفاق می افتد. تصلب شرائین می تواند سبب کاهش حجم جریان خون و اکسیژن به عضلات قلب شود که آن را ایسکمی می نامند. اولین علامت بیماری شریان قلبی ممکن است درد قفسه سینه باشد که به این حالت آنژین صدری گویند.

بر خلاف سکتة قلبی، آنژین صدری بعد از ۱۰ دقیقه استراحت یا دریافت داروهای گشادکننده عروق از بین می رود. یک سرخرگ قلبی می تواند کاملاً توسط پلاک یا ترومبوز مسدود شود. ترومبوز هنگامی اتفاق می افتد که لخته های خونی در یک سرخرگ به وجود می آیند و به طور کامل آن را مسدود می کنند. این اتفاق اغلب در سرخرگ هایی ایجاد می شود که صدمه دیده اند یا به دلیل پلاک، باریک شده اند. هنگامی که ترومبوز اتفاق می افتد، جریان خون در بخشی از قلب متوقف می شود. بدون وجود خون، سلول های قلبی دچار صدمه می شوند و به صورت دائم آسیب می بینند. این چیزی است که در یک سکتة قلبی رخ می دهد.

• مقایسه آنژین صدری با سکتة قلبی

علائم سکتة قلبی شبیه آنژین صدری است، لیکن سه تفاوت اصلی دارد؛

(۱) درد در سکتة قلبی بسیار شدیدتر است.

(۲) درد غالباً در سکتة قلبی بیش از پنج دقیقه طول می کشد.

(۳) در سکتة قلبی درد با نیتروگلیسرین یا استراحت کاهش نمی یابد.

هنگامی که شریان های قلبی مسدود می شوند، درد ایجاد می شود. اگر بیماری شریان های قلبی توسط اقدامات پزشکی، درمان نشود، انسداد فوق ممکن است بدتر شود. گاهی اوقات شریان های قلبی کاملاً مسدود شده و سبب سکتة قلبی می شود. چنانچه طی فعالیت بدنی احساس درد در قفسه سینه می کنید و درد فوق در هنگام استراحت ساکت می شود، احتمالاً مبتلا به آنژین صدری هستید. اگر جهت آنژین صدری دارو مصرف می کنید و در حال حاضر مبتلا به درد قفسه سینه شده اید که با دارو یا استراحت بهبود نمی یابد، احتمالاً دچار حمله (سکتة) قلبی شده اید و نیاز به کمک اورژانسی دارید.

• درمان

در آنژین صدری، قلب اکسیژن کافی دریافت نمی کند، در صورتی که در زمان سکتة قلبی اکسیژن رسانی به بخشی از قلب کاملاً متوقف شده، عضلات قلب در مدت چند دقیقه شروع به از بین رفتن می کنند و در مدت ۶ ساعت وسعت صدمه به قلب بیشتر می شود. چنانچه فرد در ساعات اولیه سکتة قلبی، درمان دارویی و پزشکی مناسب را دریافت کند، میزان صدمه به بافت قلبی محدود شده و بقای سلول های قلبی در حد مطلوبی حفظ می شود. پزشک در بیمارستان یا مطب، جهت تشخیص سکتة قلبی، نوار قلبی یا EKG خواهد گرفت. آزمایش خون جهت تعیین میزان صدمه به عضله قلب نیز انجام می شود. با توجه به اهمیت زمان در درمان سکتة قلبی، غالباً درمان قبل از حاضر شدن جواب آزمایش ها

شروع می شود. اگر سکتة قلبی اتفاق بیفتد پزشک اقدامات ذیل را انجام خواهد داد:

۱) تجویز دارو جهت از بین بردن لخته خون و باز کردن سرخرگ. این داروها تحت عنوان داروهای از بین برنده لخته (ترومبولیتیک) نامیده می شوند. غالباً این درمان ها در یک ساعت اولیه شروع سکتة قلبی موثر است، به همین دلیل چنانچه فردی مبتلا به درد قفسه سینه یا سایر علائم مشابه شود بسیار حائز اهمیت است که در یک ساعت اولیه سکتة حتماً به بیمارستان یا یک مرکز پزشکی مراجعه کند.

۲) تجویز داروی مخدر جهت کنترل درد

۳) تثبیت ضربان قلب

۴) کمک به تنفس بهتر با تجویز دارو، اکسیژن و...

ممکن است جهت مشاهده عروق قلبی آنژیوگرافی قلبی نیز انجام شود. براساس آنچه در آنژیوگرافی دیده می شود متخصص قلب و عروق ممکن است قادر به باز کردن سرخرگ های مسدود باشد که این کار به کمک وسیله بادکنک مانندی موسوم به بالن یا ابزارهای فلزی لوله مانند به نام استنت صورت می گیرد.

اگر آنژیوگرافی قلبی طبیعی نباشد یا متخصص قلب و عروق تشخیص دهد که رگ بسته شده توسط بالن یا استنت باز نخواهد شد، ممکن است جراحی قلب باز پیشنهاد شود. در جراحی قلب باز از سیاهرگ پا و... استفاده می شود و رگ های مذکور، رگ بسته شده را دور می زنند و بدین ترتیب خون رسانی قلب را تامین می کنند. به این عمل «بای پس» (میان بر کردن) می گویند. اگر درمان زود انجام شود قلب می تواند خود را ترمیم کند یا صدمه ناشی از سکتة قلبی را به حداقل برساند. این امر سبب جلوگیری از حملات آینده قلبی خواهد شد و نوید زندگی سالم تری را به فرد خواهد داد.

پایان خوشایند یک سکتة قلبی بستگی به توجه سریع و فوری پزشکی دارد. لذا بهتر است از اقداماتی که از پیش تعریف شده است، بهره ببرید.

• اقدامات شما در موارد اورژانس قلبی

۱) چه کسی را مطلع سازید؛ شماره تلفن فردی را که می تواند در مواقع ضروری و اورژانسی به شما کمک کند (پزشک یا دوست) در تلفن خود ثبت کنید تا به راحتی قابل دسترس باشد و حتماً شماره تلفن اورژانس ۱۱۵ را روی تلفن خود یادداشت کنید.

۲) تصمیم گیری در خصوص زمان معاینه پزشک؛ اگر تاکنون ویزیت شده باشید پزشک در مورد این زمان به شما هشدار خواهد داد. نباید بیش از پنج دقیقه جهت تماس با اورژانس به ویژه اگر علائم (درد) شدیدتر یا متفاوت با گذشته باشد، وقت تلف کنید. هرگونه لباس یا کمر بند سفتی را باز کرده و در یک وضعیت راحت، نشسته یا دراز بکشید. در صورت احساس کمبود هوا جهت استنشاق، پنجره ها را باز کنید.

۳) تصمیم در خصوص نحوه مراجعه به پزشک؛ الف- تصمیم دارید به اورژانس کدام بیمارستان بروید؟ با توجه به اینکه در حال حاضر در اکثر بیمارستان ها شرایط برای رسیدگی بیماران قلبی مهیاست، سعی کنید به نزدیک ترین آنها مراجعه کرده یا لافال از قبل نسبت به شناسایی نزدیک ترین بیمارستان مجهز اقدام کنید.

ب) جهت رفتن به بیمارستان، به اورژانس

(۱۱۵ یا خصوصی) زنگ می زنید یا از کسی کمک می گیرید؟ در این مواقع همیشه بهتر است با اورژانس تماس بگیرید. در موارد نادری برخی افراد آنقدر به بیمارستان نزدیکند که امکان دسترسی سریع به امکانات مذکور را دارند. پرسنل (آمبولانس های) اورژانس معمولاً آموزش های کافی را در زمینه احیای قلبی ریوی دیده اند.

اگر پزشک برای این وضعیت دارو تجویز کرده است حتماً حسب دستورات وی رفتار کنید. در صورت مصرف نیتروگلیسرین (که به اشکال زیر زبانی، پماد، اسپری یا چسب موجود است) و عدم بهبودی پس از پنج دقیقه، حتماً به پزشک (یا بیمارستان) مراجعه کنید. این در شرایطی است که نوع و شدت درد به طور بارز با دفعات قبل تفاوت نداشته باشد، در غیر این صورت با اورژانس تماس گرفته یا سریعاً به پزشک مراجعه کنید.

۴) چه اطلاعاتی باید به پزشک بدهید؛ نوع درد (فشارنده، خنجری یا...)، زمان شروع درد (در زمان استراحت، فعالیت و اینکه چه مدت از زمان درد می گذرد)، تغییرات درد از زمان شروع (بهبود داشته یا نه) و داروهایی که جهت تسکین درد استفاده کرده اید. در ضمن موارد سابقه سکتة قلبی، سابقه آنژین صدری و داروهایی که به طور مرتب استفاده می کنید را نیز فراموش نکنید.

به محض ورود به اورژانس برای اینکه به داد شما برسند، حتماً بگویید که «فکر می کنم دچار سکتة یا سکتة قلبی شده ام»، در غیر این صورت با توجه به حجم بالای کار در بخش های اورژانس، شاید کسی به کمک تان نیاید. فراموش نکنید در بهترین شرایط حدود یک سوم افرادی که درمان

مناسب دریافت نمی کنند، می میرند.

• ایست قلبی

سکته یا سکته قلبی می تواند منجر به ایست قلبی شود. ایست قلبی زمانی حادث می شود که قلب، توانایی تلمبه کردن خون به اعضای بدن را از دست می دهد. ده ثانیه پس از ایست قلبی، به دلیل نرسیدن خون به مغز، فرد دچار کاهش سطح هشیاری (غش) می شود. در این حالت حتی تکان شدید نیز فرد مصدوم را بیدار نمی کند. به دنبال ایست قلبی، تنفس نیز از حرکت بازمی ایستد. به این وضعیت، ایست قلبی تنفسی می گویند. بدون احیای قلبی ریوی (CPR) فرد خواهد مرد، خاطرنشان می شود که همه سکته های قلبی منجر به ایست قلبی (و تنفسی) نمی شوند. گسترش آموزش احیای قلبی ریوی در جامعه و به خصوص خانواده افراد مبتلا به بیماری قلبی ریوی می تواند از بروز صدمات غیرقابل جبران جلوگیری کند.

• پیشگیری

به خاطر داشته باشید که دارو، روش های تشخیصی درمانی و اعمال جراحی، هیچ کدام بیماری عروق کرونری را درمان نمی کنند. اگر تغییرات لازم در سبک و شیوه زندگی به وجود نیاید، انسداد عروق کرونری تا مرز سکته قلبی پیشرفت خواهد کرد. رعایت نکات نه گانه ذیل برای رعایت سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری های قلبی الزامی است؛

(۱) ترک سیگار و دخانیات

(۲) داشتن تحرک و فعالیت بدنی (زیر نظر پزشک)

(۳) مصرف غذای سالم، متعادل و سرشار از فیبر (سبزیجات) و با حداقل چربی

(۴) بررسی و در صورت نیاز کنترل چربی های خون

(۵) بررسی منظم و در صورت نیاز درمان فشارخون بالا

(۶) کاهش وزن در صورت وجود اضافه وزن

(۷) بررسی میزان قند خون و درمان در صورت بالا بودن آن

(۸) خواب کافی در طول شب

(۹) مهار تنش و اضطراب در زندگی

• نتیجه

سکته یا سکته قلبی بین افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری شایع است که در صورت عدم درمان مناسب، کشنده خواهد بود. مهم ترین اقدام، تغییر سبک زندگی به سوی عادات مفید و سالم ذکر شده است. علاوه بر تغییر سبک زندگی، تجویز ترکیبی از داروهای زیر به افراد در معرض خطر توسط پزشک، احتمال بروز سکته های قلبی را کاهش می دهد؛

▪ گشادکننده های عروق (نیفدیبین یا آدالات، دپتیارم و...)

با گشاد کردن و شل کردن رگ ها باعث کاهش فشارخون می شوند.

▪ آسپرین؛

با جلوگیری از تجمع پلاکت ها در خون، از تشکیل لخته در عروق جلوگیری می کند.

▪ استاتین ها (لواستاتین، سیمواستاتین و...)

دسته پی از داروهای پایین آورنده چربی خون که سبب کاهش LDL یا کلسترول بد می شوند.

▪ بتابلوکرها (پروپرانولول یا ایندرال، آنتولول و...)

باعث شل شدن عضلات قلب و تسهیل عمل تلمبه پی آن می شود.

نکته آخر اینکه، بیماری قلبی را سرسری نگیرید. این مقاله فقط به عنوان زنگ خطری جهت توجه به سکته قلبی است. همین امروز به پزشک مراجعه کنید و از سلامت قلب خود مطمئن شوید.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=296817>

www.takbook.com

خونریزی داخلی

گاه پس از ایجاد خونریزی، خون بدون حفره‌های داخلی بدن ریخته و سپس در اثر نشانه‌های بعدی که ظاهر می‌گردد، مشخص شود، خونریزی را داخلی می‌نامند. در پاره‌ای موارد خونریزی داخلی بعلت وجود بیماری‌های مختلف است و در بعضی مواقع بعلت وارد شدن ضربه یا شستگی است. خونریزی داخلی ممکن است قابل رویت یا غیر قابل رویت باشد. ولی در صورت قابل رویت بودن نیز، خیلی کمتر از آن چیزی که هست، دیده می‌شود.

• علایم

با مشاهده مکانیسم جراحی، وجود صدمات و جراحی‌هایی که باعث خونریزی داخلی می‌شوند و علائم مشخص شوک، خونریزی داخلی قابل تشخیص است. جراحی‌های خارجی حاد بعضی مواقع نشان دهنده خونریزی داخلی هستند. با وجود این، نشانه‌های خارجی خونریزی داخلی اغلب جزئی بوده یا اصلاً دیده نمی‌شوند. ممکن است تنها، خونریزی خارجی خفیفی دیده شود. در مواردی که ضربه غیر نافذ است، کبودی جزئی در پوست می‌تواند نشانه وجود جراحی و خونریزی در یکی از اعضای داخلی بدن باشد.

در حین بررسی دقیق تمام بدن ممکن است با نشانه‌های زیر برخورد کنید که در این صورت باید خونریزی داخلی را حتمی بدانید:

- کبودی یا ضربه‌های نافذ در گردن.



- جراحی‌هایی که در ناحیه سر شکاف ایجاد کرده اند.

- خونریزی از گوشها و بینی.

- خون مردگی در ناحیه قفسه سینه و یا نشانه‌های شکستگی احتمالی دنده‌ها.

- جراحی‌هایی که در ناحیه قفسه سینه و یا شکم ایجاد پارگی کنند.

- تورم و کبودی قسمتهایی از شکم.

- سفت شدن و یا اسپاسم شکم (بیمار بر روی شکم خم می‌شود).

- وجود خون در ادرار .

- شکستگی استخوان، خصوصاً شکستگی لگن خاصره و استخوانهای بلند بازو و ران.

گیجی، ضعف شدید مخصوصاً وقتیکه فرد ایستاده است، پریدگی رنگ صورت و لب، پوست سرد و مرطوب، تشنگی، بیقراری، ضعیف و تند شدن ضربان قلب (ممکن است نبض‌های انتهایی قابل لمس نباشند) پایین افتادن فشار خون، تنفس سریع و سطحی و بالاخره کاهش سطح

هوشیاری و بی‌هوشی علائم خونریزی داخلی و در واقع شوک ناشی از خونریزی داخلی هستند. که در این موارد بایستی بیمار سریعاً به بیمارستان منتقل گردد.

اگر علائم زیر مشاهده شدند ، خونریزی داخلی خطرناک است :

- سخت شدن و اسپاسم ماهیچه‌های دیواره شکم .
 - ضربه نافذ قفسه سینه و یا شکم.
 - شکستگی استخوان ران و یا لگن خاصره (که در این صورت احتمال خونریزی به میزان ۱ لیتر و یا بیشتر می‌باشد).
 - خونمردگی‌های حاد در پوست بدن.
 - وجود علائم و نشانه‌های شوک.
 - نشانه های شوک در خونریزی داخلی
- اگر خونریزی داخلی خیلی شدید باشد، شوک ایجاد می کند و باعث از کار افتادن قلب و شش نهایتاً مرگ می شود.
- نشانه های شوک که به خونریزی داخلی مربوط می شود عبارتند از :
- اضطراب و بیقراری(که از علائم اولیه و قطعی شوک است) و پرخاشگری و آشفتگی.
- تشنگی.

▪ رنگ پریدگی، مرطوب شدن و سردی پوست که اغلب با عرق شدید همراه است(معمولاً ابتدا دستها و پاها چنین می شوند)و احساس سرما.

▪ تند شدن و ضعیف شدن نبض.

▪ کاهش فشار خون ، معمولاً تا ۶۰/۹۰ میلی متر جیوه و یا پایین تر ، از علائم نهایی شوک است .

▪ تنفس سریع و احتمالاً سطحی.

▪ تغییر در سطح هشیاری.

▪ گشادی مردمک چشمها.

▪ و در موارد نادر ، لرزش بدن.

• دلایل خونریزی داخلی

جراحات های عمیق ، پارگی و جراحات اعضای مختلف بدن(مثلاً پارگی یا لیدگی کبد و طحال)، پارگی رگهای خونی، زخمهایی خونریزی دهنده و بافتیایی که شدیداً متورم شده اند، خونریزی داخلی ایجاد می کنند.قطع رگهای خونی قفسه سینه و یا شکم در عرض چند دقیقه و یا حتی چند ثانیه موجب مرگ می شود.

جراحات هایی که عمقشان زیاد است، باعث پارگی سرخرگها و سیاهرگهای اصلی و در نتیجه خونریزی داخلی می شود. جراحات های عمیق در ناحیه قفسه سینه و شکم نیز رگهای خونی زیادی را قطع می کند و باعث حرکت آزادانه خون به حفره بدن می شود.هرگونه جراحی در ماهیچه و یا شکستگی استخوان نیز میتواند سبب خونریزی داخلی شود.

• انواع خونریزی داخلی

▪ خونریزی نای و ششها

چنانچه در این مراکز خونریزی ایجاد گردد، خون به منزله جسم خارجی عمل کرده و باعث تحریک مخاط ششها شده و ایجاد سرفه می‌کند. در این موارد خون با سرفه از دهان بیمار خارج می‌شود که به رنگ قرمز روشن بوده و کف آلود است.

▪ خونریزی جمجمه

در صورتی که ضربه‌ای به جمجمه وارد شده و باعث خونریزی شود، داخل سفیدی چشم ، قرمز رنگ شده و از بینی خونابه خارج خواهد شد. و یا ممکن است از گوشها و بینی خون خارج شود. در صورتیکه شکستگی ضعیف باشد و خون بیرون راه پیدا نکند تجمع خون در داخل جمجمه باعث فشار به مغز شده و فقط با سردرد و استفراغ مکرر و یا کاهش هوشیاری ممکن است خودش را نشان دهد. در صورت ضربه به سر- استفراغ مکرر و سردرد زنگ خطر بزرگی جهت اعلام خونریزی داخل مغزی می‌باشد که می‌تواند باعث مرگ مصدوم گردد.

▪ خونریزی دستگاه گوارش

هرگاه در مری و معده خونریزی ایجاد شود، بیمار خون روشن یا مواد قهوه ای رنگ استفراغ می‌کند. در صورت خونریزی از روده ها (بسته به محل) دفع خون روشن یا مدفوع قیری رنگ اتفاق می‌افتد.

در صورت ضربه به شکم- دل درد شدید زنگ خطر بزرگی جهت اعلام خونریزی داخلی می‌باشد که می‌تواند باعث مرگ مصدوم گردد.

▪ خونریزی از دستگاه ادراری و کلیه‌ها

خونریزی از دستگاه ادراری و کلیه‌ها با تغییر رنگ ادرار، کدر شدن ادرار و یا ادرار خونی مشخص می‌شود.

▪ خونریزی غیر قابل رویت

خونریزی داخلی نسج در شکستگیها ، خونریزی کبد و طحال ، خونریزی داخل حفره شکم ، خونریزی داخل قفسه سینه که خون دیده نمی‌شود بسیار خطرناک است و باید در تمام موارد تصادفات یا ضربه‌ها مخصوصا به نواحی کبد و طحال در جستجوی علائم خونریزی داخلی بود.

• کمکهای اولیه در خونریزی داخلی

بیمار را به حالت راحت و بدون حرکت بخواه‌بانیید. مجروحینی که از ناحیه ستون فقرات و گردن آسیب دیده‌اند باید تحت مراقبت بیشتری قرار گیرند تا صدمات این نواحی تشدید نشوند.

▪ کنترل علائم حیاتی: هر ۵ دقیقه ، علائم حیاتی را کنترل کنید(نبض- تنفس- فشار خون)

▪ کنترل راههای هوایی: مسیر تنفسی آزاد تمیزی برای مجروح فراهم کنید و مراقب علائم حیاتی باشید.

قرار دادن بیمار در مناسبترین وضعیت: مثلا اگر بیمار دچار تهوع و استفراغ مکرر است او را به پهلو بخواه‌بانیید.

از راه دهان هیچ چیز به مصدوم نخورانیید. زیرا ممکن است مجروح استفراغ کند و با وارد شدن محتویات استفراغ به ریه ، مشکلات تنفسی جدیدی برای وی ایجاد شود.

▪ هرگونه خونریزی خارجی را مهار کنید.

▪ لباسهایی را که در ناحیه گردن و کمر ایجاد فشار می‌کنند، آزاد کنید.

▪ مراقبتها و کمکهای اولیه لازم را در مورد شکستگیها انجام دهید. مصدوم را به آرامی و با احتیاط جابه جا کنید.

▪ چنانچه احساس سرما می‌کند، او را گرم نگهدارید.

▪ هرچه سریعتر مصدوم را به بیمارستان برسانید. در مورد خونریزی داخلی مهمترین کار رساندن بیمار به بیمارستان است. زیرا در این قبیل موارد در منزل نمی‌توان برای بیمار کار موثری انجام داد.

▪ به یاد داشته باشید مصدومینی که دچار خونریزی در نواحی قفسه سینه و یا شکم شده‌اند در اولویت درمان و انتقال قرار دارند.

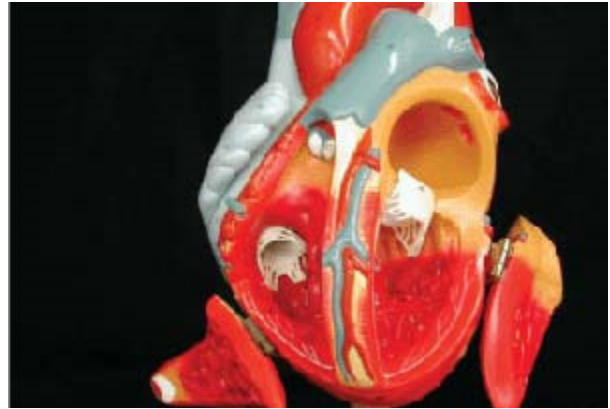
کاربرد آتل برای شکستگی های دست ویا پای جراحی دیده، کمک می کند که خونریزی داخلی مهار شود. در این موارد، آتل های بادی نیز مفید هستند. خونریزی هایی که در اثر جراحی یا بیماری در حفره قفسه سینه و یا شکم ایجاد می شوند، در صحنه حادثه قابل کنترل نیستند، حتی اگر از لباسهای بادی ضد شوک استفاده شود.

منبع : پایگاه اینترنتی امدادگران ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=343746>



دال مثل دلم، مثل دریچه



• سرک کشیدن به دریچه‌های قلبی و آشنایی با بیماری‌های دریچه‌ای قلب از چهار حفره مختلف تشکیل شده است که دو تای آنها، دهلیزهای راست و چپ و دوتای دیگر بطن‌های راست و چپ هستند. برای جابه‌جا شدن و حرکت خون در بین این حفره‌ها، دریچه‌هایی در فاصله این حفره‌ها و نیز بین این حفره‌ها تا عروق بزرگ (آئورت و شریان ریوی) تعبیه شده‌اند. در فاصله مابین دهلیز راست تا بطن راست، دریچه‌ای قرار دارد که سه لت دارد و به همین دلیل، سه‌لته نامیده می‌شود.

خون پس از بازگشت از وریدها یا سیاهرگ‌های بدن به دهلیز راست می‌رسد و از آنجا پس از عبور از دریچه سه‌لته وارد بطن راست می‌شود.

در فاصله بین بطن راست و شریان ریوی، دریچه دیگری واقع شده است که دریچه شریان ریوی نام دارد. خون پس از ورود به بطن راست از سوی این بطن پمپ شده، به شریان ریوی فرستاده می‌شود تا در آنجا گازهای اضافی از آن برداشت و دفع شوند و اکسیژن به میزان کافی در آن وارد شود. سپس خون از ریه‌ها جمع می‌شود و به سمت چپ قلب می‌رسد. ابتدا در این مرحله خون وارد دهلیز چپ می‌شود تا از آنجا به بطن چپ فرستاده شود. در فاصله بین دهلیز چپ و بطن چپ، دریچه‌ای وجود دارد که ۲ لت دارد و دریچه میترال نامیده می‌شود. سپس خون از بطن چپ به درون بزرگ‌ترین شریان (سرخرگ) بدن که همان شریان آئورت است فرستاده می‌شود.

دریچه‌های قلبی وظیفه دارند، هنگام انقباض هر حفره، بسته شوند تا از پس زدن خون به حفره قبلی جلوگیری کنند. در نظر بگیرید، هنگام انقباض بطن راست، خون با فشار به سمت شریان ریوی فرستاده می‌شود. با این حساب دریچه شریان ریوی باز می‌شود تا اجازه ورود خون از بطن راست به شریان ریوی را فراهم کند اما در همان زمان باید دریچه موجود در فاصله بطن راست و دهلیز راست بسته شود (دریچه‌ای که سه‌لته نامیدیم) تا از پس زدن خون از بطن راست به سمت عقب (به سمت دهلیز راست) جلوگیری شود. در اصل وظیفه دریچه‌ها این است که جریان خون را به سمت جلو تنظیم کنند و از حرکت رو به عقب خون در قلب پیشگیری کنند. پس در زمان هر انقباض قلبی، در هر سمت قلب یکی از دریچه‌ها باز و دیگری بسته است.

• دریچه‌ها هم بیمار می‌شوند

دریچه‌های قلبی هم مثل دیگر بافت‌های بدن ممکن است با بیماری‌های مختلفی درگیر شوند. این بیماری‌ها می‌توانند باعث تنگ شدن و یا برعکس گشاد شدن و شل شدن دریچه‌ها شوند. اگر دریچه‌ای تنگ شود، خون به راحتی از آن عبور نمی‌کند و در حفره قلبی جمع می‌شود. این مساله به مرور زمان باعث گشاد شدن این حفره می‌شود.

به‌طور مثال، اگر دریچه میترال تنگ شود، اجازه عبور راحت خون از دهلیز چپ به بطن چپ را نمی‌دهد. به همین دلیل خون در دهلیز چپ جمع و باعث گشاد شدن آن می‌شود. برعکس اگر دریچه‌ای گشاد شود خون به راحتی از آن عبور می‌کند اما زمانی که دریچه باید بسته باشد و اجازه پس زدن مجدد خون به درون حفره را ندهد، این دریچه به علت گشاد شدن و شل‌شدنش قادر به انجام این کار نیست و خون را دوباره به درون حفره قبلی پس می‌زند. پس به‌طور مثال اگر دریچه میترال نارسا شده باشد، هنگام انقباض بطن چپ، خون به درون دهلیز چپ پس می‌زند و باعث گشاد شدن دهلیز چپ می‌شود.

بیماری‌های مختلفی می‌توانند دریچه‌ها را درگیر کنند. این بیماری‌ها ممکن است مادرزادی باشند یا در سال‌های پس از تولد ایجاد شوند. بیماری‌های مادرزادی بسیار متفاوتند. یکی از شایع‌ترین ناهنجاری‌های مادرزادی دریچه‌ها به این شکل است که دریچه آئورت به جای سه‌لته بودن، دولته باشد. این بیماری معمولاً در سال‌های اولیه زندگی بی‌علامت است اما بعد از سنین میانسالی باعث تنگ شدن قابل توجه مدخل شریان آئورت می‌شود و عبور جریان خون را مختل می‌کند. بیماری‌های مادرزادی بسیار متفاوت دیگری هم وجود دارد که برخی خفیف و برخی بسیار شدیدند، به حدی که گاهی یکی از دریچه‌ها کلاً تشکیل نشده است. برخی بیماری‌های دریچه‌ای به صورتی پیچیده‌اند که باعث می‌شوند چندین دریچه به‌طور هم‌زمان دچار ناهنجاری شده باشند و حتی عضلات قلب هم به جبران این مساله دچار شکاف یا ناهنجاری شده باشند. پس طیف این بیماری‌ها بسیار گسترده است.

• باز هم عفونت

دریچه‌های قلب هم ممکن است از عوامل میکروبی و عفونت‌ها آسیب ببینند. آسیب‌های ناشی از عفونت‌ها به دو شکل مختلف می‌توانند به دریچه‌ها آسیب برسانند. نوع اول تهاجم مستقیم عفونت به دریچه‌هاست و نوع دوم آسیب دریچه به واسطه دستگاه ایمنی بدن است. در نوع اول میکروب مستقیماً روی دریچه می‌نشیند و شروع به تخریب و از بین بردن آن می‌کند. این وضعیت بیشتر در بیماران تزریقی، مبتلایان نقص ایمنی و نیز بیماری‌هایی که به نوع دیگری از بیماری‌های مادرزادی یا اکتسابی دریچه‌ها مبتلا هستند، دیده می‌شوند، اما نوع دوم شایع‌تر، معروف‌تر و شاید جالب‌تر باشد.

بسیاری از مردم این عفونت‌ها را روماتیسم قلبی می‌گویند. در این بیماری عفونت در جایی از بدن نظیر گلو ایجاد می‌شود و دستگاه ایمنی بدن علیه آن وارد عمل می‌شود. اگر بخشی از بدن از نظر شکل ظاهری و مولکولی شبیه این باکتری یا میکروب باشد، ممکن است دستگاه ایمنی بدن بیمار به اشتباه علیه این بخش از بدن فرد هم وارد عمل شود و شروع به تخریب آن کند. این واکنش اساس بسیاری از بیماری‌هاست که به‌طور کلی بیماری‌های خودایمنی یا به قول بسیاری از مردم روماتیسم نامیده می‌شوند به دلایل هورمونی و ژنتیکی این وضعیت در خانم‌ها بیشتر از آقایان دیده می‌شود، اما درباره روماتیسم‌های قلبی این وضع صدق نمی‌کند و این تفاوت بین زن و مرد ممکن است چندان قابل توجه نباشد.

نمونه مهم این عفونت‌ها گلودردهای چرکی است. بدن در واکنش به این میکروب‌های گلودرد وارد عمل می‌شود اما چون پروتئین‌های سطح این میکروب با برخی پروتئین‌های دریچه‌های قلب شباهت دارند، واکنش‌های بدن باعث تخریب این دریچه‌ها می‌شود. تمام دریچه‌ها ممکن است در این بیماری تخریب شوند اما دریچه‌های آنورت و میترال احتمال درگیری بیشتری دارند. این بیماری ممکن است باعث تنگی دریچه، نارسایی آن و یا هر دوی آنها شود.

البته این بیماری می‌تواند علائم دیگری نظیر لرزش دست، علائم پوستی و تب و درد مفصلی را نیز به همراه داشته باشد. شایع‌ترین سن ابتلا در کودکان ۴ تا ۹ ساله است، اما در صورت بروز این حالت، عوارض ناشی از آن تا آخر عمر باقی می‌ماند. بسیار مهم است که در این افراد از تکرار عفونت جلوگیری شود، چرا که تکرار عفونت باعث می‌شود اختلال دریچه‌ای رو به وخامت بگذارد. به همین دلیل به بسیاری از این بیماران توصیه می‌شود برای سال‌ها پس از شروع بیماری، به‌طور ماهانه آمپول پنی‌سیلین تزریق کنند تا احتمال بروز عفونت با میکروبی به نام استرپتوکوک گروه A به حداقل برسد.

• تنگی نفس، تپش قلب و...

علائم بیماری‌های دریچه‌های قلب بسیار متفاوتند. به دلیل عدم جابه‌جایی صحیح خون بین حفرات مختلف، برخی از این حفره‌ها گشاد می‌شوند. این گشاد شدن باعث می‌شود، جریان الکتریکی که باعث تحریک و تپش قلب می‌شود به درستی و یکنواختی بین بخش‌های مختلف قلب پخش نشود و در اصل ریتم طبیعی ضربان قلب به هم بخورد. همان‌طور که در هفته‌های پیش گفته شد، به‌هم‌ریختن ریتم طبیعی قلب می‌تواند با علائمی نظیر تپش قلب همراه باشد. در ضمن، گشاد شدن حفرات ممکن است به حدی پیشرفت کند که باعث تجمع خونی در ریه‌ها و متعاقباً ایجاد تنگی نفس شود، از طرف دیگر، خون به جای اینکه به درون سرخرگ‌ها فرستاده شود از طریق دریچه‌های نارسا به عقب پس می‌زند و بنابراین خون کمتری به درون سرخرگ‌ها وارد می‌شود. این کم شدن خون‌رسانی باعث خستگی عضلات می‌شود و خستگی زودرس می‌تواند یکی از علائم اختلالات قلبی باشد. معمولاً درد قفسه سینه از علائم مهم و خاص بیماری‌های دریچه‌ای قلب نیست.

• مطب آقای دکتر

پزشکان برای بررسی بیماری‌های دریچه‌ای قلب روش‌های بسیاری را در دسترس دارند. اولین مرحله انجام یک معاینه بالینی دقیق است. پزشک با گوشی سعی می‌کند صداهای مختلف قلب را گوش دهد. زمانی که دریچه‌ها تنگ یا گشاد شوند، جریان خون از میان آنها با تلاطم عبور می‌کند و این عبور متلاطم جریان خون باعث تولید صداهای غیرطبیعی در قلب می‌شود اما به هر حال شنیدن صداهای غیرطبیعی قلب تنها یک شاهد غیرمستقیم از بیماری دریچه‌های قلبی است و بنابراین استفاده از روش‌های تصویربرداری لازم است.

اولین روش تصویربرداری معمولاً انجام اکوکاردیوگرافی است که می‌تواند تمام دریچه‌ها را به خوبی مورد بررسی قرار دهد. گاهی برای بررسی شدت اختلال دریچه‌ای به‌کارگیری روش‌های دیگری نظیر آنژیوگرافی هم لازم می‌شود اما بیشتر زمانی از این روش‌ها استفاده می‌شود که پزشک تصمیم داشته باشد علاوه بر بررسی عملکرد قلب و شدت اختلال دریچه‌ای، یک مداخله درمانی هم روی بیمار انجام دهد. روش‌های دیگری هم ممکن است مورد بررسی قرار گیرند اما تصمیم‌گیری درباره این مسائل بستگی به نظر متخصص قلب و عروق دارد.

• چه می‌توان کرد؟

روش‌های درمانی مختلفی برای اختلالات دریچه‌ای وجود دارند. برخی ترجیح می‌دهند که در مراحل ابتدایی، اگر اختلالات دریچه‌ای فاقد علامت باشند دست نگه دارند و تنها از اقدامات محافظه‌کارانه استفاده کنند اما به هر حال اگر بیماری به مرحله علامت‌دار برسد و برای بیمار مشکل‌ساز شود، باید اختلال دریچه‌ای ترمیم شود. در گذشته‌های دور، تنها راه جراحی باز قفسه سینه بود. بعدها پیشرفت به جایی رسید که دریچه‌های مصنوعی تولید شدند و در مواردی که دریچه بیمار بود، آن را با یک دریچه مصنوعی تعویض می‌کردند. این دریچه‌های مصنوعی دو نوع اصلی داشتند. گروه اول دریچه‌هایی بودند که از بافت‌های حیوانی مثل خوک به دست می‌آمدند و انواع دوم آنهایی را شامل می‌شدند که فلزی و انعطاف‌ناپذیرند. طی سال‌های گذشته پیشرفت‌های چشمگیری در طراحی و ویژگی‌های دریچه‌های مصنوعی ایجاد شده و هم‌اکنون بسیاری از اختلالات دریچه‌ای به این روش قابل درمان هستند.

اما مهم‌ترین پیشرفت این است که امروز برخی اختلالات دریچه‌های قلب را می‌توان به روش آنژیوگرافی و بدون انجام جراحی باز قفسه سینه درمان کرد. به‌طور مثال در این روش‌ها می‌توان از طریق آنژیوگرافی بالون را به داخل قلب رساند و دریچه‌های تنگ را گشاد کرد. البته باید توجه داشت تمام بیماری‌های دریچه‌ای به این روش قابل درمان نیستند. بنابراین نوع درمان باید از سوی متخصص مجرب تایید شود.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=242303>



در جستجوی آهن از دست رفته

کم‌خونی فقر آهن موجب کم‌اشتهایی و رنگ‌پریدگی کودکان می‌شود. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن، از مشکلات عمده تغذیه‌ای و بهداشتی در کشور است. گروه‌هایی که بیشتر در معرض کم‌خونی فقر آهن قرار دارند شیرخواران، کودکان زیر شش سال، نوجوانان به‌خصوص دختران نوجوان و زنان در سنین باروری به‌خصوص زنان باردار هستند. مردان بالغ هم ممکن است دچار کم‌خونی فقر آهن بشوند اما این خطر در آنها کمتر است. در کشور ما بررسی ملی تعیین وضعیت ریزمغذی‌ها حاکی از آن است که حدود ۳۸ درصد کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه، ۱۸ درصد کودکان شش ساله و نوجوانان ۱۴ تا ۲۰ ساله و ۲۱ درصد زنان باردار در اقلیم‌های ۱۱ گانه کشور دچار کم‌خونی هستند و کمبود آهن بر اساس فریتین سرم در حدود ۳۳ درصد کودکان ۱۵ تا ۲۳ ساله، ۲۶ درصد کودکان شش ساله و ۲۳ درصد نوجوانان دختر و پسر و همچنین ۴۳ درصد زنان باردار کشور وجود دارد.

• عوارض کم‌خونی فقر آهن

آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیل ضروری است. کمبود آهن می‌تواند در تمام مراحل زندگی سبب کاهش قدرت ادراک و یادگیری شود. کم‌خونی فقر آهن در کودکان زیر دو سال و کودکان سنین مدرسه با تاخیر رشد



خفیف همراه است و درمان کم خونی موجب افزایش سرعت رشد می‌شود. تاخیر رشد در کودکان کم خون ممکن است به علت نقش کلی آهن در واکنش‌های حیاتی بدن، رابطه آن با سیستم‌ایمنی و یا تاثیر آن بر اشتها باشد. بر اساس آمارهای جهانی، کمبود آهن به رشد و تکامل مغزی ۴۰ تا ۶۰ درصد کودکان ۶ تا ۲۴ ماهه کشورهای در حال توسعه صدمه می‌زند. کم‌خونی فقر آهن در کودکان سنین مدرسه موجب کاهش قدرت یادگیری می‌شود. ضریب هوشی این کودکان ۵ تا ۱۰ امتیاز کمتر از حد طبیعی برآورد شده است. همچنین، در این کودکان میزان ابتلا به بیماری‌های عفونی بیشتر است زیرا سیستم ایمنی آنان قادر به مبارزه با عوامل بیماری‌زا نیست. مطالعات نشان داده است که دادن آهن به کودکان کم‌خون موجب کاهش ابتلا به بیماری‌های عفونی می‌شود. کودکان و دانش آموزانی که دچار کم خونی فقر آهن هستند همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند. این افراد اغلب از ورزش و فعالیت‌های بدنی دوری می‌کنند و یا در هنگام ورزش خیلی زود خسته می‌شوند. در این افراد تغییرات رفتاری به صورت بی‌حوصلگی و بی‌تفاوتی مشاهده می‌شود. کم خونی فقر آهن به علت تاثیر بر قدرت یادگیری و کاهش آن، افت تحصیلی دانش آموزان را باعث می‌شود.

کم‌خونی مادر باردار به دلیل کمبود آهن سبب تاخیر رشد جنین، تولد نوزاد با وزن کم و افزایش مرگ و میر حول و حوش زایمان می‌شود. کم‌خونی شدید هر سال موجب مرگ حدود ۵۰۰ هزار مادر در دوره بارداری و هنگام زایمان می‌شود.

• علل کم‌خونی فقر آهن

در کودکان زیر پنج سال به ویژه در سال اول زندگی به دلیل سرعت رشد جسمی و تکامل مغزی نیاز به آهن بسیار بالاست. از سوی دیگر با توجه به حجم کوچک معده شیرخوار مقدار غذایی که در هر وعده می‌تواند صرف کند - حتی اگر غذای کودک حاوی منابع غنی از آهن باشد - نیاز سلول‌های در حال رشد او را تامین نمی‌کند. مصرف مقادیر زیاد شیر در کودکان یک تا دو ساله به نحوی که شیر جایگزین سایر غذاهای حاوی آهن شود موجب بروز کم خونی در کودکان می‌شود که کم‌خونی شیری نامیده می‌شود.

• کم‌خونی در سنین مدرسه

در سنین مدرسه بدن به دلیل رشد به آهن بیشتری نیاز دارد و مصرف ناکافی منابع غذایی حاوی آهن در این دوران به کمبود آهن منجر می‌شود. در دوران بلوغ به دلیل جهش رشد، نیاز دختران و پسران نوجوان به آهن بیشتر از دوران قبل است و در صورتی که منابع غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه به اندازه کافی مصرف نشود نوجوان به سرعت در معرض خطر کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن قرار می‌گیرد. در دوران بلوغ دختران علاوه بر جهش رشد و در نتیجه نیاز بیشتر به آهن، به علت عادت ماهیانه و از دست دادن خون، نسبت به کم‌خونی فقر آهن بسیار حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر هستند.

عادات و رفتارهای غذایی خاص در دوران مدرسه و بلوغ اغلب موجب می‌شود که کودکان و دانش آموزان به جای مصرف غذاهای خانگی از غذاهای خیابانی مانند انواع ساندویچ‌ها، سوسیس، کالباس، پیتزا و تنقلات غذایی کم ارزش مانند چیپس، نوشابه، شکلات و پفک استفاده کنند و به این دلیل در معرض خطر کمبود آهن قرار می‌گیرند زیرا این غذاها اغلب از نظر آهن فقیرند.

تغییرات خلق و خو در دوران بلوغ ممکن است موجب کم اشتها می‌شود و مصرف ناکافی غذا، دریافت آهن و سایر مواد مغذی را محدود می‌کند.

• کم‌خونی در دوران بارداری

در دوران بارداری نیاز به آهن در سه ماهه اول در حدود ۸/۰ میلی گرم در روز است و در سه ماهه دوم و سوم به تدریج افزایش یافته و به ۳/۶ میلی‌گرم در روز می‌رسد. افزایش نیاز در دوران بارداری و تامین آهن ناکافی به بروز کمبود آهن و کم خونی در زنان باردار منجر خواهد شد. رعایت نکردن اصول بهداشتی، آب آشامیدنی ناسالم، توالت‌های غیربهداشتی، شستشو و ضد عفونی ناصحیح سبزی‌های خام و در نتیجه، ابتلا به آلودگی‌های انگلی از دیگر عوامل موثر در بروز کم‌خونی فقر آهن است.

مهم‌ترین و شایع‌ترین علل بروز کمبود آهن، مصرف کم انواع گوشت به ویژه گوشت قرمز است که منبع غنی آهن قابل جذب می‌باشد و همچنین مصرف چای همراه با غذا و یا بلافاصله پس از غذا موجب کمبود آهن می‌شود. تانن موجود در چای می‌تواند جذب آهن از منابع گیاهی را به مقدار قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد.

مصرف ناکافی مواد غذایی حاوی ویتامین C نیز احتمال بروز کمبود آهن را افزایش می‌دهد. مصرف نان‌هایی که در تهیه آنها از جوش شیرین استفاده می‌شود، یکی دیگر از عوامل موثر در بروز کمبود آهن است. جوش شیرین موجب باقی ماندن اسید فیتیک در نان می‌شود که کاهش دهنده جذب آهن است. نانی که در تهیه آن از خمیر مایه یا خمیر ترش به جای جوش شیرین استفاده شده است، اسید فیتیک مهار شده و

مانعی در جذب آهن ایجاد نمی‌شود.

• توصیه‌هایی برای کنترل و پیشگیری کم‌خونی

در برنامه غذایی روزانه دونوع آهن <هم> و <غیرهم> وجود دارد. آهن <هم> در گوشت قرمز، مرغ، ماهی و جگر وجود دارد. آهن <غیرهم> در غذاهای گیاهی مانند غلات، حبوبات، سبزی‌ها، مغزها (پسته، بادام، گردو و فندق) و انواع خشکبار (برگه هلو، زردآلو، انجیر و...) وجود دارد. آهن <هم> از قابلیت جذب بالایی برخوردار است و به میزان ۲۰ تا ۳۰ درصد جذب می‌شود. در حالی که آهن <غیرهم> موجود در غذاهای گیاهی به میزان سه تا هشت درصد جذب می‌شود و جذب آن به وجود عوامل کاهش‌دهنده و افزایش‌دهنده جذب آهن بستگی دارد. آهن موجود در زرده تخم مرغ نیز، نوع <غیرهم> است که از قابلیت جذب کمی برخوردار است.

گوشت قرمز، مرغ و ماهی جذب آهن را افزایش می‌دهند. این مواد غذایی ارزش دوگانه دارند. از یک سو دارای آهن <هم> هستند و از سوی دیگر موجب افزایش جذب آهن <غیرهم> که در منابع گیاهی موجود است، می‌شوند. یعنی اگر حتی مقدار کمی گوشت در غذا وجود داشته باشد، آهن موجود در آن موجب افزایش جذب آهن از مواد گیاهی می‌شود. اسید اسکوربیک (ویتامین C) که در سبزی‌ها و میوه‌های تازه و خام وجود دارد یکی دیگر از افزایش‌دهنده‌های جذب آهن است. از طریق مصرف مقداری سبزی خوردن، پیاز و یا انواع سالاد همراه با آب لیمو یا آب نارنج تازه، جذب آهن غذاهای گیاهی افزایش می‌یابد. البته نباید خطر ابتلا به آلودگی‌های انگلی به علت مصرف سبزی خام آلوده را از نظر دور داشت. به این دلیل شستشوی صحیح و ضد عفونی سبزی‌هایی که به‌طور خام مصرف می‌شوند، نباید فراموش شود.

استفاده از جوانه غلات و حبوبات می‌تواند موجب افزایش آهن قابل جذب در مواد غذایی شود. وقتی غلات جوانه می‌زنند ویتامین C در آنها افزایش می‌یابد و میزان تانن‌ها و اسید فیتیک کم می‌شود. به طور مثال جوانه زدن بعضی از غلات مثل گندم و حبوبات مثل ماش و عدس به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت می‌تواند آهن قابل جذب را به دو برابر افزایش دهد. به‌طور کلی برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن باید توصیه‌های زیر به‌کار گرفته شود.

- در برنامه غذایی روزانه از مواد غذایی حاوی آهن مثل انواع گوشت‌ها، گوشت قرمز، مرغ، ماهی، جگر، حبوبات (مثل عدس، لوبیا) و سبزی‌های سبز تیره (اسفناج، جعفری و...) بیشتر استفاده شود.

- همراه با غذا، سبزی‌های تازه و سالاد (گوجه فرنگی، فلفل دلمه‌ای، کلم، گل کلم و...) که در میان وعده‌ها، به‌جای استفاده از تنقلات غذایی کم‌ارزش (پفک نمکی، چیپس، شکلات، نوشابه و...) از انواع میوه‌ها به‌ویژه نارنگی، پرتقال، خشکبار (برگه هلو، الو، زرد الو، توت خشک، انجیر خشک، کشمش، خرما) و انواع مغزها (گردو، بادام، فندق و پسته) که از منابع غذایی آهن هستند استفاده شود.

- از نوشیدن چای، قهوه و دم‌کرده‌های گیاهی یک ساعت قبل و یک تا دو ساعت پس از صرف غذا خودداری شود.

- برای کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص آهن توصیه شود که قرص آهن را شب قبل از خواب و یا پس از غذا میل کنید.

- یکی از علایم بروز کم‌خونی فقر آهن در دختران نوجوانی که عادت ماهیانه آنها شروع شده است و خونریزی زیاد دارند رنگ پوست سبزه مایل به زرد (کلروزیس) است.

• مهم‌ترین علل کم‌خونی فقر آهن در ایران

- مصرف ناکافی مواد غذایی آهن دار

- پایین بودن جذب آهن رژیم غذایی (آهن موجود در غذاهای گیاهی مثل غلات، حبوبات و سبزی‌ها به مقدار کم جذب می‌شود)

- جایگزین شدن غذاهای غیر خانگی (انواع ساندویچ‌ها مثل سوسیس و کالباس که اغلب آهن کافی ندارند) به‌جای غذاهای خانگی و مصرف موادی که فقط معده را پر کرده و احساس سیری به فرد می‌دهد و او را از غذای سفره محروم می‌کند

- خونریزی‌های شدید عادت ماهیانه و یا بیماری‌های دستگاه گوارش مثل زخم معده، زخم اثنی عشر، بواسیر و خونریزی مکرر بینی در کودکان - هیجان‌های عصبی دوران بلوغ که به‌طور معمول به بی‌اشتهایی منجر می‌شود.

- مصرف چای همراه با غذا و یا بلافاصله پس از صرف غذا

- مصرف نان‌هایی که در تهیه آنها به جای خمیرمایه یا خمیر ترش جوش شیرین به‌کار رفته و در نتیجه خمیر آنها ورنیامده و حاوی اسید فیتیک است که مانع از جذب آهن می‌شود

- آلودگی‌های انگلی مانند شیسستوزومیا و کرم فلابدار و زیاردار موجب بروز کم‌خونی فقر آهن می‌شوند. آلودگی به شیسستوزومیا و کرم فلابدار در

کشور ما شایع نیست اما آلودگی به ژباردیا که در کودکان شایع است می‌تواند با کاهش اشتها و کاهش جذب آهن موجب کمبود آهن شود - تخلیه ذخایر آهن بدن در زنان به علت بارداری‌های مکرر و با فاصله کمتر از سه سال

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=260199>

 Vista.ir
Online Classified Service

درد قفسه صدري

در نیمه شب یا ابتدای یک روز کاری شلوغ ممکن است بطور ناگهانی دردی در قفسه صدري خود احساس کنید. ممکن است در ابتدا آن را کتمان کنید ولی این درد شما را نگران و ترسان کرده است. آیا دچار حمله قلبی شده اید؟

• آیا باید به اورژانس بروید؟

درد قفسه یکی از شایعترین دلایلی است که افراد برای گرفتن کمک، به اورژانس تلفن

می کنند. هر ساله پزشکان اورژانس حدود ۴ میلیون آمریکایی را به این دلیل ویزیت می کنند .

خوشبختانه درد قفسه صدري همیشه نشان دهنده حمله قلبی نیست. اغلب ناشی از مشکلات قلبی عروقی نمی باشد حتی اگر درد قفسه سینه شما هیچ ربطی به مشکلات قلبی عروقی نداشته باشد ، این موضوع آنقدر مهم است که ارزش دارد، مدتی را در اورژانس بگذرانید تا علت آن بررسی شود.

• علل

درد قفسه صدري علل زیادی دارد که همگی باید از نظر پزشکی مورد توجه

قرار گیرند. علل درد قفسه صدري به دو دسته قلبی و غیر قلبی تقسیم می شود.

علل قلبی حمله قلبی (لخته خونی جلوی جریان خون به عضلات قلب را می گیرد)

می تواند فشار و سنگینی یا درد فشارنده ای در قفسه صدري ایجاد کند که بیش از چند دقیقه طول می کشد. درد ممکن است به پشت گردن، فک ، شانه ها و بازوهای شما (بویژه بازوی چپ) انتشار یابد. سایر علائم و نشانه ها عبارتند از تنگی نفس، تعرق ، سرگیجه و تهوع. ممکن است تمامی، بعضی یا هیچکدام از این علائم به همراه درد قفسه صدري شما باشد یا نباشد.

آنژین(درد قفسه سینه) رسوبات قلبی ممکن است در سرخرگهایی که که خون را به قلبی می برند تجمع یابند آنها را باریک کرده و بطور موقت جریان خون را مختل کنند بویژه در هنگام فعالیت بدنی جریان محدود خون به قلب، دوره های مکرر درد قفسه صدري را ایجاد می کند. منظور از آنژین اغلب احساس فشار یا سفتی در قفسه سینه است که معمولاً بدنبال استرسهای روحی یا بدنی ایجاد شده و درد عموماً چند دقیقه پس از



پایان استرس بر طرف می شود.

• سایر علل قلبی :

سایر عللی که درد قفسه صدری ایجاد می کنند. عبارتند از : التهاب کیسه دور قلب (پریکاردیت) ، وضعیت کوتاه مدتی که معمولاً بدنبال یک عفونت بوجود می آید. پریکاردیت، دردی تیر کشنده، مشخص و در مرکز قفسه سینه ایجاد می کند. ممکن است تب داشته باشید و احساس مریضی کنید. یک علت تهدید کننده حیات و نادر دو لایه شدن جداره آنورت است که سرخرگ بزرگی را درگیر می کند. اگر لایه های داخلی این رگ خونی از هم جدا شوند و جریان خون در بین آنها با قدرت عبور کند، درد ناگهانی تیر کشنده ای در قفسه سینه و پشت ایجاد می شود. دو لایه شدن جداره آنورت می تواند در اثر ضربه مستقیم به قفسه سینه یا بدنبال فشار خون بالای کنترل نشده ایجاد شود.

• اسپاسم کروناری (انقباض عروق خونرسان به قلب :

که آئزین پریزمتال نیز نامیده می شود، انواع مختلف درد قفسه سینه را ایجاد می کند. در اسپاسم کروناری، این عروقی که خون را به قلب می رسانند دچار انقباض شده و موقتاً جریان خون به سمت قلب را مسدود می کنند. انقباض سرخرگهای کروناری ممکن است خود بخودی یا بر اثر یک محرک مثل نیکوتین یا کافئین ایجاد شود. انقباض شریان کروناری که دوره هائمی از درد قفسه سینه را ایجاد می کنند می توانند بدنبال فعالیت بدنی یا حتی در استراحت ایجاد شوند. این انقباض حتی می تواند شما را از خواب بیدار کند. این وضعیت ممکن است با بیماری عروق کروناری، رسوب اسیدهای چرب در عروق کروناری همراه باشد.

سایر وضعیت های وابسته به قلب که می توانند درد قفسه صدری ایجاد کنند عبارتند از سندروم X و اختلال در کارکرد لایه داخلی عروق .

• علائم غیر قلبی

بسیاری از عواملی که ربطی به قلب شما ندارد، می توانند درد قفسه صدری ایجاد کنند. این عوامل عبارتند از :

• سوزش سردل: اسید معده که به سمت مری می آید سوزش سردل ایجاد می کند که احساس دردناک و سوزانده ای است و در پشت استخوان جناغ حس می شود. این حالت اغلب با احساس مزه تلخ و احساس برگشت غذا به دهان همراه است. این نوع درد قفسه سینه بدنبال خوردن غذا ایجاد شده و تا ساعتها باقی می ماند. علائم و نشانه ها بیشتر وقتی از کمر به جلو خم می شوید یا دراز می کشید ظاهر می شوند.

• حمله پانیک (حمله ترس) : اگر شما دچار دوره های از ترس شدید به همراه درد قفسه صدری ، ضریان قلب سریع ، تنفس تند، تعریق شدید و تنگی نفس می شوید، ممکن است دچار حمله پانیک شده باشید که نوعی اضطراب است .

• درد ناشی از التهاب پرده جنب : دردی مشخص در قسمتی از قفسه سینه است که با تنفس یا سرفه بدتر می شود، می تواند در اثر التهاب پرده جنب ایجاد شده باشد. این وضعیت زمانی روی می دهد که پرده اطراف ریه ها و پرده جنب ملتهب شود. التهاب پرده جنب علل بسیار متنوعی دارد، مانند عفونت ریه و ندرتاً بیماری خود ایمنی مثل لوپوس. بیمار خود ایمنی وضعیتی است که در آن سیستم ایمنی بصورت اشتباهی بافتهای سالم را مورد تهاجم قرار می دهد.

• التهاب مفصل دنده ها : همین وضعیت که سندرم تیتز (Tictze's syndrome) نیز نامیده می شود غضروف قفسه صدری بویژه آن غضروفی که دنده ها را به جناغ سینه متصل می کند ملتهب می شود. درد ناشی از این التهاب ممکن است ناگهانی روی دهد و شدید باشد و باعث شود که احساس کنند دچار حمله قلبی شده اند. مکان درد مختلف است. در این بیماری با فشار بر روی جناغ سینه یا دنده های نزدیک به آن فرد دچار درد می شود. درد ناشی از حمله قلبی وسیعتر است و در آن دیواره قفسه صدری دردناک نیست.

• آمبولی ریوی :

این وضعیت زمانی روی می دهد که لخته خونی در شریان ریوی گیر کند و جریان خون به سمت بافت ریه را مسدود نماید. علائم این وضعیت تهدید کننده حیات، شامل است بر درد ناگهانی و مشخص قفسه سینه که با نفس عمیق یا سرفه شروع شده و یا بدتر می شود. سایر علائم و نشانه های همراه عبارتند از تنگی نفس ، ضریان قلب تند، اضطراب و غش کردن و بندرت ممکن است آمبولی ریه بدون عوامل خطر ساز آن مثل جراحی اخیر یا بی حرکتی روی دهد.

• سایر وضعیت های ریوی :

ریه کلابه (فشرده شده) ، فشار خون بالای شریانهایی که خون را به ریه می برند. (فشار خون ریوی) و آسم نیز، درد قفسه صدری ایجاد می کنند.

• درد عضلانی :

درد قفسه صدری ناشی از مشکل عضلانی در زمانیکه شما از سمتی به سمت دیگر می چرخید یا وقتی بازوانتان را بالا می برید ایجاد می شود .
سندرم درد مزمن مثل فیبرمیالژی درد دائمی قفسه صدری ناشی از عضلات رابوجود می آورد.

• دنده های آسیب دیده و اعصاب له شده : شکستگی یا آسیب دنده همانند یک عصب له شده،دردی را در قفسه صدری ایجاد می کند که حالتی مشخص داشته و ناحیه ای خاص است.

• اختلالات بلع :

چندین اختلال مری می تواند سختی بلع یا حتی بلع دردناک ایجاد کند. یک نوع انقباض مری وجود دارد که گروه کوچکی از افراد را درگیر می کند. وقتی این افراد عمل بلع انجام می دهند، عضلاتی که غذا را به پائین مری هدایت می کنند ناهماهنگ عمل می نمایند که باعث انقباض دردناک عضلات شده و درد ایجاد می شود. از آنجا که اسپاسم مری با داروی نیتروگلسیرین که درمان دردهای قلبی است، آرام می شود، این وضعیت بعضی اوقات با مشکلات قلبی اشتباه می گردد. اختلال بلعی دیگری که آن نیز تعداد کمی از افراد را درگیر می کند، آشالازی است. در این وضعیت دریچه پائینی مری به درستی باز نمی شود تا غذا را وارد معده کند، در نتیجه غذا بدون مری بر می گردد و ایجاد درد می کند. درد به هنگام بلع می تواند با سوزش سردل نیز همراه باشد.

• زونا :

این عفونت اعصاب که ناشی از ویروس آبله مرغان است، دردی همراه با نواری از تاول در پشت و یا دور قفسه سینه ایجاد می کند. این درد سوزاننده و مشخص چندین روز قبل از نمایان شدن تاولها ایجاد می شود.

• مشکلات لوزالمعده یا کیسه صفرا :

سنگ صفراوی یا التهاب کیسه صفرا یا لوزالمعده

می تواند درد حاد شکمی ایجاد کند که به قفسه سینه انتشار می یابد.

• سرطان :

بندرت سرطان قفسه سینه یا سرطانی که از جای دیگر بدن انتشار یافته است درد قفسه صدری ایجاد می کند.

• چه موقع بدنبال توصیه های پزشکی باشیم :

درد قفسه سینه شما ممکن است شدید بوده و یا می تواند مبهم باشد. علت درد می تواند به خفیفی سوزش سردل یا به شدت حمله قلبی باشد.

اگر شما دچار درد مبهم و قفسه صدری شده اید، یا احساس فشار و سفتی در سینه خود دارید، بویژه اگر با سایر علائم و نشانه ها مثل تنگی نفس ، تعریق ، تهوع ، سرگیجه یا دردی که از زیر قفسه سینه به سمت یک یا هر دو بازو و یا گردن انتشار می یابد،همراه باشد فوراً به اورژانس مراجعه کنید. رفتن به اورژانس می تواند زندگی شما را حفظ کند یا اگر مشکلی سلامتی شما را تهدید می کند، در برابر آن محافظت شده و از این بابت آسوده خاطر خواهید شد.

• تشخیص و غربالگری

در اورژانس یا مرکز کنترل درد قفسه صدری و در بعضی بیمارستانهای بزرگ مکانهای ویژه ای برای بررسی درد قفسه صدری وجود دارد که فشار خون، نبض و دمای بدن شما را بررسی می کنند. بعلاوه پزشک سؤالاتی در مورد درد قفسه سینه شما می پرسد بطور مثال : درد در کجای قفسه سینه است ؟ درد را چگونه توصیف می کنید ؟ آیا به همراه درد علائم و نشانه های دیگری هم دارید؟

درد قفسه سینه همیشه نشاندهنده حمله قلبی نیست. ولی اولین چیزی است پزشکان در اورژانس چک می کنند، زیرا بالقوه مهمترین وضعیت تهدید کننده حیات است. آنها همچنین بیماریهای ریوی که تهدید کننده زندگی هستند را نیز بررسی می کنند مثل آمبولی ریه ، دو لایه شدن ائورت یا ریه کلاپس شده یا (فشرده شده) که موجب درد قفسه صدری می شوند.

• آزمایشاتی که باید انجام دهید تا علت درد قفسه صدری شما مشخص شود عبارتند از :

- نوار قلب (ECG):

این تست به پزشکان کمک می کند تا حمله قلبی را به خوبی از سایر مشکلات قلبی تشخیص دهند. این تست فعالیت الکتریکی قلب شما را از

طریق الکترودهای که به پوستتان متصل می شود ضبط می کنند. ریتم (آهنگ ضربانات قلب) و سرعت ضربان قلب و تکانه های الکتریکی که از قلب می گذرند، امواجی بر روی مانیتور (صفحه نمایش) یا کاغذ ضبط می شوند. از آنجا که ماهیچه قلب آسیب دیده نمی تواند تکانه های الکتریکی را بطور طبیعی هدایت کند، نوار قلب فرد نشان می دهد که آیا حمله قلبی روی داده و یا در حال روی دادن است؟

- تست های ورزش :

این تستها چگونگی پاسخ عروق خونی و قلب را به فعالیت فیزیکی اندازه گیری می کنند و مشخص می شود که آیا درد شما به قلب ربطی دارد یا خیر؟ انواعی مختلفی از تستهای ورزش وجود دارد مثلاً ممکن است از شما خواسته شود که بروی یک نوار غلطان متحرک راه بروید و یا یک دوچرخه ثابت را پدال بزنید، در حالیکه به دستگاه نوار قلب متصل هستید و یا ممکن است دارویی درون رگ شما تزریق شود که قلبتان را همانند یک فعالیت فیزیکی تحریک می کند. تستهای ورزش ممکن است با تصویربرداری از قلب از طریق ماوراء صوت (اکوکاردیوگرافی) یا مواد رادیواکتیو (اسکن هسته ای) همراه باشد. تستهای خونی :

پزشک ممکن است درخواست آزمایش خون نماید تا ببیند آیا سطح آنزیمهای ویژه ای که در عضلات قلب یافت می شوند افزایش یافته است یا خیر. آسیبی که در اثر حمله قلبی به سلولهای قلبی وارد می شود، موجب نشت این آنزیمها در خون می گردد .

- عکس قفسه سینه :

گرافی اشعه ایکس قفسه سینه به پزشکان کمک می کند، تا وضعیت ریه ها و اندازه و شکل قلب و عروق خونی بزرگ را چک کنند. همچنین از گرافی قفسه سینه برای بررسی کردن ، تومورهای درون قفسه صدری استفاده می شود.

- اسکن هسته ای :

این تست به پزشکان کمک می کند تا علل قلبی درد قفسه سینه مثل تنگی عروق قلبی را تشخیص دهند. مقدار کمی از مواد رادیواکتیو مثل تالیوم یا سستامیوبی به درون جریان خون شما تزریق می شود. دوربین های مخصوصی ماده رادیواکتیو را که به سمت قلب و ریه جریان دارد، ردیابی می کنند و از قلب و عملکرد آن عکسبرداری می نمایند.

- کاتتراسیون کروناری (آنژیوکاردیوگرام) :

این تست به پزشکان کمک می کند ، سرخرگهای قلبی که تنگ یا مسدود شده اند را شناسایی کنند. یک ماده رنگی مایع از طریق کاتتر (نوعی شلنگ درون رگی) به درون سرخرگهای قلب تزریق می شود، کاتتر لوله نازک و بلندی است که از طریق شریانی ، معمولاً در ران، به سرخرگهای قلب می رسد، وقتی رنگ شریانهای قلب شما را پر کرد آنها، بوسیله اشعه X و ویدئو دیده می شوند.

- EBCT :

این فرآیند شریانها را برای یافتن نشانه های کلسیم اسکن می کند که نشاندهنده تجمع رسوبات چربی به همراه کلسیم در سرخرگهای خون رسانی کننده قلب می باشد.

- MRI

MRI : تکنیک عکس برداری است که در آن از میدان مغناطیسی و امواج رادیویی برای خلق تصاویر عرضی از بدن شما استفاده می شود. تحقیقات اخیر پیشنهاد می کنند که برای تشخیص اینکه مشکلات قلبی علت درد قفسه صدری است. یا خیر . MRI روش مؤثری است.

- اکوکاردیوگرافی :

در اکوکاردیوگرافی از امواج رادیویی به تنهایی برای ایجاد تصویر ویدئویی قلب استفاده می شود. این تصویر به پزشکان کمک می کند تا مشکلات قلبی را بیابند.

- اندوسکوپي :

در این روش وسیله ای قابل انعطاف و باریک که به دوربینی وصل شده است از حلق به پائین فرستاده می شود و به پزشک اجازه می دهد تا مری و معده را مشاهده کند و مشکلات معده را که ممکن است موجب درد قفسه صدری شود ، بررسی نماید.

بسیاری از انواع درد قفسه صدری ممکن است در ابتدا به نظر رسد که مشکلات قلبی

می باشند، اما اغلب پس از بررسی دقیق پزشکان می توانند علائم درد قفسه سینه غیر قلبی را از درد قلبی قفسه صدری شناسایی کنند.

• درمان

- علل قلبی : اگر مشخص شود که مشکلات قلبی علت درد قفسه سینه شما است. پزشکتان ممکن است داروهای زیر را تجویز کند.
 - آسپرین : آسپرین جلوی لخته شدن خون را می گیرد و کمک می کند که خون در یک رگ تنگ شده جریان یابد. وقتی به هنگام حمله قلبی آسپرین خورده می شود، بطور قابل توجه ای میزان مرگ را کاهش می دهد. ممکن است از شما خواسته شود تا آسپرین را بجویید که سریعتر جذب گردد.
 - نیتروگلسیرین : این دارو که در درمان آنژین (درد قفسه سینه) بکار می رود عروق خونی را موقتاً باز میکند و جریان خون قلب را بهبود می بخشد.
 - مسدود کنندگان بتا: این داروها عضله قلب را منبسط می کنند،(کاهش فشار بر عضله قلب) ضربان قلب را کاهش می دهند و فشار خون شما را پائین می آورند.
 - داروهای مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدود کنندگان گیرنده آنژیوتانسین : این داروها باعث می شوند تا خون براحتی در قلب جریان یابد. اگر شما قبلاً دچار حمله قلبی متوسط تا شدید شده اید و هم اکنون قدرت پمپاژ قلب شما کاهش یافته، پزشکتان ممکن است این داروها را تجویز کند این داروها همچنین فشار خون را کاهش داده و احتمال حمله قلبی دیگر را کم می کنند.
 - مسدود کنندگان کانال کلسیم : در درمان اسپاسم عروق کروناری (انقباض عروق خونسازان قلب) پزشکتان ممکن است از داروهایی چون مسدود کنندگان کانال کلسیمی استفاده کنند، این داروها شرايين کروناری را منبسط کرده و جلوی انقباض آنها را می گیرند.
 - اگر کاملاً روشن است که دچار حمله قلبی خواهید شد به شما داروهای از بین برنده لخته خون داده می شود یا تحت پروسه های جراحی قرار خواهید گرفت مثل :
 - آنژیوپلاستی :
 - در این پروسه پزشکتان کاتتری که در نوک آن بالون ویژه ای قرار دارد را وارد شریان کروناری مسدود می کنند. بالون باد می شود تا شریان مسدود را باز کند و جریان خون برقرار گردد.
 - استنت گذاری :
- استنت وسیله تورمانندی است که درون شریان می گذارند تا جلوی انسداد پس از آنژیوپلاستی را بگیرد. (از روی هم خوابیدن جداره عروق جلوگیری می کند.)
- جراحی باز قلب :
- در این روش یک مسیر جایگزین برای جریان خون شریان کروناری مسدود شده ایجاد می شود.
- اگر واضح است که دچار آمبولی ریوی خواهید شد شما را بصورت اورژانسی با داروهای رقیق کننده خون درمان می کنند. دو لایه شدن ائورت که یک حالت اورژانس است به جراحی نیاز دارد. سایر علل قلبی ریوی می توانند در ابتدا در اورژانس درمان شوند. سرطانی که قفسه سینه را درگیر کرده، به درمان نیازمند است و باید به سرطان شناس معرفی شود. پزشکتان معمولاً آنژین یا درد قفسه صدری که در اثر محدودیت جریان خون قلب ایجاد می شود را با دارو، آنژیوپلاستی یا عمل باز قلب درمان می کنند برای افرادی که به این درمانهای استاندارد پاسخ نمی دهند یا کاندید آنها نیستند، پزشکتان در بعضی مراکز درمانی بزرگ در حال بررسی درمانهای جایگزین هستند که EECF نامیده می شوند و در درمان آنژین مزمن بکار می روند.
- در بیشتر موقع درد قفسه صدری مربوط به مشکل قلبی یا ریوی، اورژانس نیست. اگر پزشک تشخیص دهد که در خطر فوری نیستید ممکن است تحت بررسی و درمان سرپائی فرا گیرد و یا ممکن است به پزشک یا متخصص دیگری معرفی شوید.
- علل غیر قلبی :
- درمان علل غیر قلبی درد قفسه صدری به نوع مشکل موجود بستگی دارد . مشکلات و درمانهای آنها شامل موارد زیر هستند :
- سوزش سردل :
- اگر علائم شما نشاندهنده سوزش سردل باشد شما نیازمند داروهای مهار کننده اسید معده بصورت سرپائی یا ضد اسید (آنتی اسید) در اورژانس هستید. بیشتر اپیزودهای سوزش سردل ناشی از خوردن بیش از حد است. اگر اغلب دچار این مشکل می شوید (حداقل یکبار در هفته)

پزشک متخصص گوارش از شما می خواهد که آزمایشات بیشتری انجام دهید. سوزش سردلی که بصورت مزمن و مرتب در سمت چپ احساس می شود و درمان نشده، بندرت ممکن است مری شما را مبتلا به زخم تنگ کند. درمان سوزش سردل مزمن شامل رژیم های غذایی، ضد اسید، مهار کننده اسید و سایر داروها و حتی در بعضی موارد جراحی می باشد.

- حمله پانیک :

این علت ناشی از اضطراب بوده و درد قفسه صدی با تجویز داروهای ضد اضطراب و نگرانی ، تکنیکهای ریلکس کردن (خود آرامی)، قابل درمان است. حملات پانیک گاهی اوقات با حملات قلبی اشتباه می شوند و بسیاری از افراد در اورژانس با این مشکل معاینه می شوند. اما هر گاه نوع گرفتاری شما این تشخیص داده شد، شما را به مراجعی دیگر ارجاع می دهند تا بر این ناراحتی غلبه کنید.

- درد ناشی از التهاب پرده جنب :

التهاب پرده جنب، پرده ای که قفسه صدی و ریه را می پوشاند، ممکن است ناشی از مشکلات مختلفی باشد مثل عفونت ریه و بندرت بیماریهای خود ایمنی مثل لوپوس. پزشکتان تلاش خواهد کرد ،علت ایجاد کننده التهاب جنب را درمان کند. مسکن های معمولی شدت این درد را کم می کنند تا زمانیکه التهاب برطرف شود.

- التهاب غضروف متصل به دنده ها:

درمان این التهاب استراحت، گرم کردن و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی مثل بروفن است.

- درد عضلانی ، دنده آسیب دیده یا عصب له شده :

درد ناشی از این مشکلات با گذشت زمان برطرف می شود .

- مشکلات بلع :

این اختلالات علل زیادی دارند که معمولاً با دارو و جراحی کوچک یا تکنیکهای اندوسکوپی قابل درمان هستند. شما معمولاً به یک متخصص گوارش ارجاع داده خواهید شد.

- زونا :

بهتر است درمان با آسکلویر یا سایر داروهای ضد ویروس هر چه سریعتر ، شروع شود. ترجیحاً ۲۴ ساعت پس از شروع درد و سوزش و قبل از ظهور تاولها . پزشکان داروهای دیگری چون ضد دردها و ضد حساسیتها را برای کاهش درد و خارش استفاده می کنند.

- مشکلات کیسه صفرا یا لوزالمعده :

برای درمان کیسه صفرا یا لوزالمعده ملتهب ممکن است به عمل جراحی نیاز داشته باشید.

درد قفسه صدی یکی از مشکل ترین علائم است که یافتن علت آن پیچیده است . اما اگر چند ساعتی را در اورژانس بگذرانید تا علت آن بررسی شود، موجب آسودگی خاطرتان خواهد شد.

منبع : دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234132>

 **vista.ir**
Online Classified Service

دردکهن، دوی نو

چندی پیش در خبرها اعلام شد که يك روش جدید برای درمان آنوريسم،

www.takbook.com





توسط متخصصان و جراحان قلب در ایران انجام شده است که مانند روش‌های قبل نیازی به جراحی باز ندارد. این یک خبر خوب برای افرادی است که به علت ابتلا به این بیماری تحت درمان قرار خواهند گرفت و دیگر بستری طولانی‌مدت و عوارض ناشی از جراحی باز را تحمل نخواهند کرد. به بهانه انجام این روش جدید در ایران بر آن شدیم تا در مورد این بیماری و نیز این روش جدید، مطالبی را در اختیار شما عزیزان قرار دهیم.

آنوریسم به گشاد شدن قطعه‌ای از رگ می‌گویند که معمولا به دنبال یک بیماری دیگر به وجود می‌آید. آنوریسم انواع مختلفی دارد که براساس شکل ظاهری و محل بیماری طبقه‌بندی می‌شود. از شایع‌ترین محل‌هایی که آنوریسم در آن دیده می‌شود، بزرگترین رگ بدن یعنی شریان آئورت است. آئورت بزرگترین شریان بدن است که از بطن چپ قلب شروع می‌شود

و وظیفه خونرسانی به تمام اندام‌ها و بخش‌های بدن را برعهده دارد.

این شریان پس از خروج از بطن چپ به سمت پایین بدن نزول می‌کند، پس از گذشتن از قفسه سینه، وارد حفره شکمی می‌شود، در بخش انتهایی به دو شریان کوچک‌تر تقسیم شده و به سمت پاها می‌رود. درواقع تمام شریان‌های بدن شاخه‌های کوچک‌تری هستند که از آئورت جدا می‌شوند.

• آئورت، مستعد آنوریسم است

با هر ضربه قلب، خون از بطن چپ با فشار به درون آئورت پمپاژ می‌شود به همین دلیل، در تمام طول عمر یک انسان آئورت در تماس مستقیم با فشارخونی است که از قلب بر دیواره‌های آن وارد می‌کند و با وجود دیواره ارتجاعی این شریان، طبیعی است که آئورت بیش از هر شریان دیگری در معرض گشاد شدن، نازک شدن و یا پارگی باشد.

• عوامل مستعدکننده آنوریسم آئورت

یک سری از بیماری‌ها، آئورت را برای ابتلا به آنوریسم مستعد می‌کنند که شایع‌ترین آنها، آترواسکلروز یا همان تصلب شرایین است. تصلب شرایین معمولا در افراد مسن دیده می‌شود و همان‌طور که بارها گفته شده، با استعمال دخانیات، ابتلا به دیابت، فشارخون بالا، چربی خون بالا و عدم انجام ورزش به صورت مداوم ارتباط مستقیم دارد.

آنوریسم آئورت در ۲۰ درصد موارد به صورت سابقه خانوادگی وجود دارد که این نشان دهنده به ارث رسیدن این بیماری از والدین به فرزندان است. گاهی این بیماری پس از حاملگی در خانم‌ها به وجود می‌آید و گاهی نیز به صورت یک حالت جداگانه در افرادی که فاقد هر بیماری آشکار دیگری هستند، دیده می‌شود.

• علائم بیماری

آنوریسم‌های آئورت بر حسب اینکه در قسمت سینه یا شکم باشند، ممکن است علائم متفاوتی داشته باشند و خطر پارگی آن هم به اندازه آنوریسم و وجود علائم، مربوط است. هر چند بیشتر آنوریسم‌هایی که در بخش داخل سینه‌ای آئورت قرار دارند، بی‌علامت هستند اما گاهی اوقات فشار بر بافت‌های مجاور یا خوردگی آن ممکن است موجب بروز علائمی مثل دردسینه، تنگی نفس، سرفه، خشونت صدا و یا مشکل در بلع شود. آنوریسم‌های آئورت شکمی در مردان فراوان‌تر از زنان است و میزان آن با افزایش سن زیاده‌تر هم می‌شود. آنوریسم‌های آئورت شکمی معمولا بی‌علامت هستند و گاهی اوقات فرد در هنگام لمس شکم خود آن را به صورت یک توده قابل لمس ضریان‌دار حس می‌کند و یا به طور اتفاقی در عکس و یا سونوگرافی شکم برای تشخیص دیگر بیماری‌ها، دیده می‌شود البته با گسترش آنوریسم امکان بروز درد نیز هست.

برخی از بیماران از احساس ضریان‌های قوی در شکم شکایت می‌کنند و بعضی دیگر ممکن است دچار درد قفسه سینه و یا پایین کمر شوند. این درد معمولا علامت پارگی است و یک فوریت پزشکی به حساب می‌آید. در اغلب موارد، پارگی بدون علامت قبلی اتفاق می‌افتد و به راحتی می‌تواند باعث مرگ بیمار شود. هنگام پارگی آنوریسم درد بسیار شدید و کاهش شدید فشارخون روی می‌دهد و بیمار نیاز به جراحی فوری دارد تا از مرگ نجات یابد.

• تشخیص

تشخیص آنوریسم ممکن است به صورت اتفاقی در يك عكس رادیوگرافی رخ دهد. با انجام اکوکاردیوگرافی نیز می‌توان به وجود این بیماری پی برد البته با انجام سی‌تی‌اسکن، MRI و آنورتوگرافی نیز می‌توان این بیماری را تشخیص داد.

• راه درمان چیست؟

بهترین گزینه، تلاش برای پیشگیری از به وجود آمدن بیماری است. افراد باید از کشیدن سیگار اجتناب کنند، سبزی‌ها و میوه‌ها را در رژیم غذایی خود به صورت مداوم استفاده کنند و از ورزش کردن مرتب غافل نشوند. در صورت ابتلا به این بیماری، فرد باید به فکر درمان باشد تا این گشادی منجر به پارگی دیواره رگ نشود چون در صورت پارگی، بیمار سریعاً باید تحت جراحی قرار گیرد. در روش‌های معمول، اگر آنوریسم قبل از پارگی تشخیص داده شود، با انجام جراحی ترمیمی و نصب پروتز در محل آنوریسم از پارگی آن جلوگیری می‌شود اما در روش جدید درمان، اگر این گشادی در آنورت شکمی و زیر شریان‌های کلیوی باشد، از راه آنژیوگرافی دوطرفه شریان‌های رانی و قرار دادن يك فنر مخصوص به نام کاور استنت در محل آنوریسم، دیگر نیازی به انجام جراحی باز ترمیمی وجود ندارد و تمام مراحل انجام این عمل مانند انجام يك آنژیوگرافی می‌باشد.

این فنر به علت نوع خاص خود برای افراد مختلف، متفاوت است و باید برای هر فرد به صورت جداگانه درخواست شود تا از خارج از کشور توسط کارخانه سازنده، ساخته شده و به داخل کشور فرستاده شود. این پروسه حدود دو ماه به طول می‌انجامد و البته قیمت تمام شده این فنر نیز حدود دوازده میلیون تومان می‌باشد. به همین دلیل این راه درمان را نمی‌توان به صورت اورژانسی در کشور انجام داد. همچنین به علت هزینه بالای این فنر، تمام افراد نمی‌توانند از آن بهره‌مند شوند. به همین دلیل انجام جراحی ترمیمی به عنوان راهی در دسترس‌تر و ارزان‌تر، هنوز مورد توجه پزشکان است.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=248184>

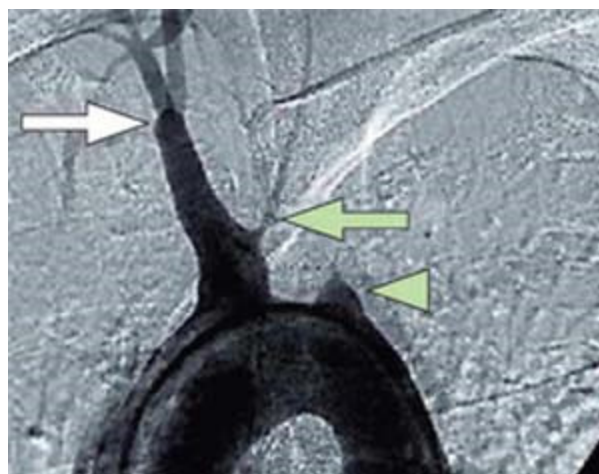
 Vista.ir
Online Classified Service

دردهای رشد و سگته قلبی

در سال ۱۹۹۴، دختری ۱۱ ساله دچار لتارژی و احساس ناراحتی در قفسه سینه شد. تشخیص «دردهای رشد» گذاشته شد. وی در دسامبر ۲۰۰۳، به علت افزایش شدت و دفعات تکرار ناراحتی قفسه سینه، به بخش قلب مرکز ما ارجاع داده شد. ناراحتی قفسه سینه وی با فعالیت مختصر، مثل پیاده‌روی تا ایستگاه اتوبوس، برانگیخته می‌شد و همیشه حسی مانند سنگینی روی قفسه سینه داشت...

معاینه عمومی نکته قابل توجهی نداشت. البته، نبض رادیال دو طرف و کاروتید چپ لمس نمی‌شد. نبض‌های براکیال ضعیف بود؛ نبض‌های فمورال طبیعی بود. روی نبض ضعیف کاروتید راست، برویی سمع می‌شد. ESR مقداری افزایش یافته بود (۱۵mm/h)، غلظت پروتئین واکنشی C نیز بالا بود

(۲۵mg/L). بیمار دچار کم‌خونی میکروسیتیک بود (غلظت هموگلوبین ۱۰۰g/L؛ متوسط حجم سلولی ۶۹ fL). در بقیه موارد نتایج آزمون‌های خون



طبیعی بود. در نوار قلب (ECG) وی، امواج Q در لیدهای V1 تا V3 به چشم می‌خورد که قویا انفارکت قدامی میوکارد قبلی را مطرح می‌کرد. تست ورزش بر اساس پروتکل بروس (Bruce) انجام شد؛ با وجود پشت سر گذاشتن ۹ دقیقه، بیمار دچار تنگی نفس شد؛ نوار قلب، ایسکمی سراسری واضح را نشان می‌داد. اکوکاردیوگرافی نشان دهنده عملکرد سیستولی کاهش یافته بود.

برای وی آسپیرین، آنتولول و آتورواستاتین تجویز کردیم. در آنژیوگرافی، انسداد شریان اصلی کرونری چپ مشخص شد؛ دهانه شریان کرونری راست، دچار تنگی شدید بود. بررسی آنژیوگرافی بیشتر نشان دهنده وجود انسداد شدید در عروق بزرگ منشعب از قوس آنورت بیمار بود (شکل ۱). این انسدادها در آنژیوگرافی با تشدید مغناطیسی (MRA) نیز دیده می‌شد، به علاوه افزایش ضخامت جدار آنورت صعودی مشهود بود. برای بیمار تشخیص آرتری تاکیاسو مطرح شد. در آوریل ۲۰۰۴، بیمار تحت جراحی بایپس قرار گرفت که در طی آن عروق وریدی به هر دو شریان کرونری پیوند زده شد. چند نمونه بیوپسی از آنورت بیمار گرفتیم؛ بررسی آسیب‌شناختی نشان دهنده شواهد التهاب مزمن شامل سلول‌های زانت و ماکروفاژهای به هم چسبیده بود. اسکن PET با ۱۸F-FDG (۱۸F-fluorodeoxyglucose) وسعت التهاب آنورت را مشخص کرد. پردنیزولون و متوتروکسات تجویز شد. یک سال بعد، در MRA هیچ گونه شواهدی از پیشرفت بیماری عروقی دیده نشد. در جریان تست ورزش، بیمار هیچ‌گونه علامت بالینی یا تغییرات ECG دال بر ایسکمی نداشت. بیمار آخرین بار در دسامبر ۲۰۰۴ ویزیت شد که خوب و کاملاً فعال بود.

آرتری تاکیاسو یا بیماری بدون نبض، بیماری التهابی مزمن شریان‌های بزرگ و متوسط است. بیشترین احتمال درگیری در آنورت، عروق بزرگ و شریان‌های کرونری وجود دارد؛ در شریان‌های ریوی و کلیوی نیز احتمال درگیری هست. بیماری به طور تیبیک، بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی بروز می‌کند و نسبت ابتلا مذکر به مؤنث، ۱ به ۹ است. از این رو، آرتری تاکیاسو را باید به عنوان یک تشخیص در هر زن جوان دچار آنژین، به خصوص در صورت لمس نشدن نبض‌ها، مد نظر داشت. تشخیص به صورت بالینی انجام می‌شود؛ به این منظور معیار استاندارد تشخیصی وجود دارد. بسیاری از بیماران جوان، دچار علائم سیستمیک شامل خستگی، تعریق شبانه، تب، اشتها بد، کاهش وزن و درد مفاصل هستند. علائم قلبی در تقریباً ۴۰٪ تمام بیماران وجود دارد؛ نارسایی درجه آنورت، پریکاردیت، نارسایی احتقانی قلب و تپش قلب از آن جمله‌اند. تا ۷۲٪ بیماران دچار پرفشاری خون هستند که معمولاً به علت بیماری شریان کلیوی است. به طور حیرت‌آوری آنژین، تنها در کمتر از ۱۶٪ موارد، اولین علامت است. عوارض اصلی بیماری مثل انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی، نارسایی قلبی یا آنوریسم‌های شریانی، در ۵۰٪ بیماران رخ می‌دهد. عموماً آنژیوگرافی اولین اقدام تشخیصی است.

می‌توان با استفاده از روش‌های تصویربرداری مثل سی‌تی‌آنژیوگرافی و MRA که قادر به نشان دادن بیماری پیش‌انسدادی (prestenotic disease) (معمولاً بی‌علامت) هستند، تشخیص زودرس را تسهیل کرد. اسکن PET با ۱۸F-FDG، یک روش غیرتهاجمی برای پایش بیماری است. آرتری تاکیاسو با کورتیکواستروئیدها درمان می‌شود؛ در صورت مؤثر نبودن درمان استروئیدی می‌توان از متوتروکسات، آزاتیوپرین، سیکلوفسفامید یا اینفلکسیماب استفاده کرد.

تقریباً در ۷۵٪ بیماران درمان‌شده، بیماری فروکش می‌کند، ولی در نیمی از این افراد مجدداً عود نماید. در حدود ۲۰٪ موارد، بیماری به صورت خود به خود فروکش می‌کند. تنگی‌های کوتاه را میتوان با آنژیوپلاستی، استنت یا جراحی بایپس ترمیم کرد. با این حال تنگی مجدد، به خصوص پس از آنژیوپلاستی و استنت، شایع است.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

<http://vista.ir/?view=article&id=341797>

 **vista.ir**
Online Classified Service

درمان دارویی

www.takbook.com

معمولاً در درمان آنژین قلبی، ابتدا از درمان دارویی استفاده می شود. این داروها باعث می شوند که نیاز عضلات قلب به اکسیژن کمتر شود و یا اینکه باعث افزایش جریان خون عضلات قلب می گردند.

هر نوع درمانی که پزشک بریا شما تجویز می کند را باید به خوبی عمل نمایید. شما باید به همان میزان دارویی که پزشک برایتان تجویز می کند را مصرف نمایید که معمولاً خوردن روزی يك یا دو قرص می باشد. شما همچنین باید در صورت لزوم، تغییراتی در نحوه زندگی تان بدهید. تغییر در نحوه زندگی می تواند به صورت ترك استعمال دخانیات، کم کردن وزن و انجام تمرینات ورزشی بیشتر باشد. در این موارد در قسمتها بعدی کتاب صحبت خواهیم کرد.

نیترا ت ها

برای بیش از ۱۰۰ سال است که از انواع مختلف نیترا تها برای درمان آنژین استفاده می شود و شایع ترین دارویی است که برای تسکین دردهای آنژین قلبی بکار می رود. نیترا تها شامل ایزوسورباپدی نیترا ت و نیتروگلیسرین می باشد. تری نیترا ت گلیسریریل یا نیتروگلیسرین (یا همان تی ان جی TNG) خیلی سریع از طریق مخاط دهان جذب می شود و به صورت قرصهای کوچک زیرزبانی یا اسپری ساخته شده است. این دارو باعث گشاد شدن شریانهای کرونری قلب می شود و در نتیجه جریان خونی که به عضلات قلب می رسد را افزایش می دهد.

قرصهای زیر زبانی همچنین باعث گشاد شدن شریانها و وریدهای سراسر بدن می شوند و می توانند منجر به بروز عوارض جانبی مثل سرگیجه و سردرد شوند. اگر شما بعد از مصرف يك قرص زیرزبانی دچار سرگیجه شدید، به مدت چند دقیقه در يك جا بنشینید و یا دراز بکشید. این سرگیجه معمولاً بعد از چند دقیقه بهبود خواهد یافت. سردردی که اغلب بعد از مصرف قرصهای زیرزبانی ایجاد می گردد به علت گشاد شدن موقتی رگهای مغز می باشد. این سردرد معمولاً يك یا دو دقیقه بعد از مصرف قرصها ایجاد میشود و بعد از مدتی به سرعت بهبود می یابد.

هشدار

اگر بعد از ۱۰ دقیقه که از مصرف دومین قرص زیر زبانی گذشت، دردسینه بهتر نشد، سریعاً به اورژانس اطلاع دهید.

بیماران اغلب متوجه می گردند که وقتی سردرد ایجاد می شود، درد سینه شان بهبود می یابد. اثر قرصهای زیر زبانی (تی ان جی TNG) در بیمای کرونری قلب به قدری قابل پیش بینی است که پزشکان اغلب برای اینکه ببینند که آیا دردهای سینه واقعاً مربوط به آنژین قلبی است از این دارو استفاده می کنند. در صورتی که دردهای سینه با مصرف قرصهای زیرزبانی بهبود یافت، می توان فهمید که این دردها مربوط به آنژین قلبی است اما گاهی اوقات دردهای مربوط به مری نیز با مصرف داروهای زیرزبانی بهبود می یابند که می توان با این وضعیت اشتباه گرفته شود. افرادی که دچار آنژین قلبی هستند باید همیشه قرصهای زیرزبانی را همراه خود داشته باشند تا در مواقع ضروری از آنها استفاده نمایند. همیشه به تاریخ مصرف این قرصها توجه داشته باشید چون قرصهایی که تاریخ مصرفشان گذشته است، اثری نخواهند داشت. قرصهای زیرزبانی خیلی به سرعت اثر می کنند، بنابراین اگر درد سینه بعد از پنج دقیقه که از مصرف این قرصها می گذرد بهبود نیافت، ممکن است مشکلات وخیم تری ایجاد شود. پزشک شما احتمالاً به شما توصیه خواهد نمود که اگر بعد از پنج دقیقه، هیچگونه بهبودی در درد سینه ایجاد نشد، يك بار دیگر از قرصهای زیرزبانی استفاده نمایید.

به غیر از انواع زیرزبانی قرصها نیتروگلیسرین (TNG)، این دارو به صورت قرصهای جویدنی، پماد، پلاستر و قرصها یا کپسولهای پیوسته رهش نیز ساخته شده است که براساس نیاز شما، پزشک یکی از انواع آنها را برای شما تجویز خواهد نمود. پلاسترها یا چسبهای پوستی به صورتی ساخته شده اند که با چسباندن آنها بر روی پوست، داروی نیتروگلیسرین آن کم کم جذب پوست می گردد. این پلاسترها معمولاً حدود ۱۸ ساعت بر روی پوست قرار داده می شود و در هنگام شب، آن را در می آورند.

داروهای بتابلوکر

بتابلوکرها گروهی از داروها هستند که حدود ۲۰ سال پیش کشف شدند و پیشرفت بزرگی در درمان آنژین قلبی ایجاد کردند. به این گروه از داروها بدین جهت بتابلوکر گفته می شود که آنها باعث بلوک یا جلوگیری از اثرات هورمون

آدرنالین بر روی گیرنده های بتای قلب، ریه ها و رگهای خونی می گردند. اثر آنها عبارتست از: کاهش تعداد ضربانهای قلب و پایین آوردن فشار خون (بویژه در هنگام فعالیت و تمرین). بیمارانی که از این داروها مصرف می کنند متوجه می شوند که بیشتر از قبل می توانند راه رفته و فعالیت نمایند و کمتر نیاز به استفاده از داروهای زیرزبانی پیدا می کنند. گاهی اوقات افراد فکر می کنند که آنژین قلبی آنها به طور کلی خوب شده است، در حالیکه اگر آنها فعالیت و تمرینات سخت تری انجام دهند، ممکن است این دردها دوباره ایجاد گردند. متأسفانه، داروهای بتابلوکر برای همه افراد به

يك اندازه مناسب نمی باشد. این داروها را نمی توان به بیماریانی که بر برونشیت یا آسم مبتلا هستند تجویز نمود زیرا باعث اشکال بیشتر در تنفس آنها می شود. سایر عوارض داروهای بتابلوکر عبارتند از: سرد شدن دستها و پاها، درد گرفتن عضلات پاها در هنگام راه رفتن، خستگی و گاهی اوقات ناتوانی جنسی.

انواع مختلفی از داروهای بتابلوکر ساخته شده است که معروف ترین آنها عبارتست از: آنتولول، پروپرانولول و آلپرنولول. داروهای مسدود کننده کانال کلسیم

داروهای مسدود کننده کانال کلسیم از ورود یونهای کلسیم به داخل سلول از طریق کانالهای آهسته غشاهای سلولی فعالی جلوگیری می کند. این گروه از داروها حدود ۲۰ سال است که از کشف آنها می گذرد. عمل آنها تقریباً مشابه نیتراتها می باشد و با گشاد کردن شریانهای کرونری باعث افزایش خونرسانی به عضلات قلب می شوند. این داروها همانند داروهای بتابلوکر باعث می شوند که بیمار بتواند فعالیت و تمرینات ورزشی بیشتری قبل از اینکه دچار درد سینه شود انجام دهد اما موجب کاهش ضربان قلب نمی گردند. از آنجایی که این داروها، اثر خود را به روش دیگری بر روی قلب اعمال می کنند، می توان از آنها همراه با داروهای بتابلوکر یا نیتراتها استفاده نمود. شایع ترین عوارض جنبی داروهای مسدود کننده کانال کلسیمی، همانند نیتراتها عبارتست از بروز سردرد و سرگیجه. این داروها همچنین می توانند باعث تورم مچ پاها و ایجاد یبوست نیز بشوند. معروف ترین داروهای مسدود کننده کانال کلسیم عبارتند از: نیفدیپین (آدالات)، دیلتیازم، وراپامیل، نیمودیپین، آملودیپین، فلودیپین و نیزودیپین. آسپرین

هرکسی که با آنژین قلبی مبتلا است باید از آسپرین استفاده نماید اما به شزری که آسپرین باعث ناراحتی معده وی نشود. آسپرین باعث رقیق شدن خون می گردد و در نتیجه خون به آسانی لخته نمی شود. در افرادی که به آنژین قلبی دچار هستند، خطر ایجاد لخته خون در شریانهای تنگ و باریک شده کرونری وجود دارد که در چنین مواقعی منجر به سکتة قلبی می شود. آسپرین با کم کردن خطر تشکیل لخته، خطر ایجاد سکتة قلبی را نیز کاهش می دهد. مقدار آسپرین مورد نیاز برای اینکه از فواید آن استفاده نماییم، فقط ۷۵ میلی گرم در روز می باشد (یعنی يك چهارم يك قرص آسپرین)، که با چنین مقادیر کمی، معمولاً عوارض جانبی آن به ندرت دیده می شود. با این حال افرادی هستند که حتی با مصرف مقادیر کم آسپرین نیز دچار آلرژی یا حساسیت می شوند (اغلب افراد مبتلا به آسم) یا اینکه به ناراحتی های گوارشی مبتلا می گردند. بنابراین چنین افرادی نباید از آسپرین استفاده نمایند. يك داروی جدید به نام "کلوپیدوگرل" (Clopidogrel) می تواند در چنین مواردی جایگزین آسپرین شود. سایر داروها

داروهای دیگری نیز برای درمان آنژین ساخته شده اند و پزشك شما ممکن است از آنها برایتان تجویز نماید، خواه به علت اینکه داروهای قبلاً برای شما تجویز شده، دارای اثر مناسبی نبوده و یا اینکه دارای عوارض جانبی بوده است. یکی از این داروهای جدید، نیکوراندیل (Nicorandil) می باشد که اثر آن مشابه نیتراتها و داروهای مسدود کننده کانال کلسیم می باشد و باعث گشاد شدن شریانهای کرونری قلب می شود. با این حال این داروها اثر خود را به روش دیگری اعمال می کنند و ممکن است در مواردی که نیتراتها به خوبی اثر نمی کنند از آنها استفاده شود. در بعضی مواقع ممکن است برای شما داروی "وارفارین" تجویز شود که باعث رقیق کردن خوب، حتی خیلی بیشتر از آسپرین می گردد. وارفارین می تواند همانند آسپرین باعث کاهش خطر بروز سکتة قلبی شود.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205427>


Online Classified Service

دکتر خیس عرق

www.takbook.com



در ستون حل مساله بالینی، اطلاعات مربوط به یک بیمار واقعی به صورت مرحله به مرحله برای یک پزشک متخصص در حیطه مورد نظر ارائه می‌شود (قلم ضخیم) و او قدم به قدم و با توجه به توضیحات ارائه شده، دلایل و توجیحات خود را برای رسیدن به تشخیص بیماری مطرح می‌کند (قلم معمولی). خواننده مقاله می‌تواند روندی را که برای رسیدن به تشخیص در ذهنش می‌گذرد، با توضیحات پزشک بحث‌کننده مقایسه کند. نظر نویسندگان مقاله در انتهای مقاله و ذیل عنوان «بحث و تفسیر» آمده است....

یک مرد پزشک ۵۵ ساله در ماه اوت با سابقه یک هفته‌ای تب و تعریق شبانه مراجعه کرد. تعریق شبانه چنان بود که وی مجبور بود حداقل شبی یک بار لباس و روبالشی خود را عوض کند. بیمار همچنین سرفه مداوم را ذکر کرد که پیش از این به ریفلاکس مری نسبت داده شده بود. خلط، فتوفوبی، بثورات پوستی، آرترالژی، دیزوری یا تغییر کارکرد روده‌ای وجود نداشت.

تعریق شبانه شدید موجب نگرانی از عفونت‌هایی مانند سل و نیز لنفوم می‌شود. وجود تب نیز مطرح‌کننده عفونت‌های زمینه‌ای، بدخیمی یا بیماری‌های التهابی است. سرفه ممکن است به علل ریوی اشاره داشته باشد. سه ماه قبل، وی یک دوره درمان تجربی ۵ روزه کلاریترومایسین برای تب و سرفه دریافت کرده بود که در همان ابتدا تب برطرف شده و بیمار بهبود یافته بود اما سرفه برطرف نشد. رادیوگرافی قفسه سینه در آن هنگام ارتشاحی را نشان نداد. ندول‌های کلسیفیه به ابعاد ۲-۴ میلی‌متر نزدیک ناف هر یک از ریه‌ها و گره‌های لنفاوی شدیداً کلسیفیه در ناف ریه به اندازه ۲ سانتی‌متر وجود داشت (شکل ۱). این یافته‌ها طی ۳۰ سال گذشته در رادیوگرافی قفسه سینه گزارش و به هیستوپلاسموز بهبود یافته، نسبت داده شده بود، چرا که بیمار تا اواسط دهه دوم زندگی خود در میسوری و آیوا زندگی کرده بود. وی سابقه بیماری ریفلاکس معده به مری را داشت و دو سال پیش برایش تشخیص مری بارت درست در بالای محل اتصال مری به معده مطرح شده بود.

در همان زمان زخمی درست پروگزیمال به محل اتصال مری به معده یافت شد که بررسی‌های معمول بعدی مری، نشان‌دهنده التیام زخم بود و نمونه‌برداری از مری‌بارت دیس‌پلازی را نشان نداد. داروهای بیمار شامل امپرازول، آسیکلوویر (برای پیشگیری از ضایعات ناشی از عفونت راجعه هریس سیمپلکس) و پروپرانولول (به عنوان پروفیلاکسی میگرن) بود. بیمار عامل خطرزایی برای عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) نداشت و آزمایش ویروس ۲ سال پیش منفی بود. وی سابقه آزمایش مثبت PPD را پس از تماس با سل طی دوران آموزش پزشکی در سال ۱۹۶۷ داشت که به همین دلیل به مدت ۱ سال با ایزونیازید درمان شده بود. وی در اوایل ژوئن با اتومبیل به میسوری، آرکانزاس، اوکلاهما، نیومکزیکو و آریزونا سفر کرده بود. وی در چمنزارها و گورستان‌های غرب پیاده‌روی کرده بود و به دیدن آثار باستانی بومیان آمریکا در جنوب‌غربی رفته بود. دندان‌های وی ۲ هفته پیش از شروع تب جرم‌گیری شده بود.

سرفه بیش از ۸ هفته طول کشیده است و بدین ترتیب آن را می‌توان در گروه مزمن طبقه‌بندی کرد. یک علت احتمالی سرفه، بیماری ریفلاکس معده به مری است که با مهارکننده پمپ پروتون به اندازه کافی سرکوب نشده است.

با وجود این ایجاد تب و تعریق شبانه مطرح‌کننده عفونت ریوی یا بیماری التهابی است. سفرهای بیمار ممکن است وی را در معرض پاتوژن‌های قارچی آندمیک مانند هیستوپلازما کپسولاتوم یا کوکسیدیویا دیس ایمیسیس قرار داده باشد. زخم‌های مری ممکن است علل غیربپتیک داشته باشند مانند عفونت با HIV یا سایر ویروس‌ها. درمان با ایزونیازید احتمال فعال شدن مجدد سل را کاهش می‌دهد اما از بین نمی‌برند. آندوکاردیت را باید همیشه در بیماران دچار تب با منشا ناشناخته در نظر داشت. البته خدمات روتین دندان‌پزشکی در بیماران بدون بیماری شناخته شده دریچه‌ای، عامل خطر در نظر گرفته نمی‌شود.

دمای بدن ۳۷/۲°C، نبض ۸۴ ضربه در دقیقه، تعداد تنفس ۱۴ بار در دقیقه و فشارخون ۷۰/۱۱۰ mmHg بود. ریه‌ها در سمع پاک بود. سوفل قلبی یا راب شنیده نمی‌شد. شکم تندرست نداشت و کبد و طحال بزرگ نبودند. بثورات یا لنفادنوپاتی وجود نداشت. پتشی مشاهده نشد. پروستات تندرست نداشت. شمارش گویچه‌های سفید ۳۵۰۰/۳ mm^۳ بود و شمارش افتراقی، تعداد پلاکت‌ها و هماتوکریت نیز طبیعی بودند. شمارش گویچه‌های سفید ۴ سال قبل طبیعی بود. رادیوگرافی قفسه سینه تغییری را نسبت به بررسی‌های قبلی نشان نمی‌داد.

لکوپنی که در بیماران مبتلا به بیماری تب‌دار نامشخص و در معرض تماس محیطی با کنه در اوایل تابستان ایجاد شود موجب نگرانی در مورد بیماری‌های منتقله از کنه مانند تب لکه‌دار کوه‌های راک و ارلیشیوز مونوسیتیکی انسانی می‌شود. بیمار ممکن است چنین بیماری را در آرکانزاس، میسوری یا اوکلاهما گرفته باشد. بیماری‌های ویروسی ممکن است موجب لکوپنی هم بشوند. با توجه به اقامت قبلی بیمار در غرب ایالات متحده، یافتن ندول‌های ریوی کلسیفیه ماندگار و گره‌های لنفاوی ناف ربه مطرح کننده عفونت قبلی با هیستوپلازما کپسولاتوم است. البته عفونت پیشین با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس یا فارچ‌های آندمیک نیز ممکن است موجب ایجاد این یافته‌های رادیوگرافیک شود. بدین ترتیب هیستوپلازما و کوکسیدیوایدومایکوز در حال حاضر جزء تشخیص‌های افتراقی هستند و هر یک از این بیماری‌ها می‌توانند لکوپنی ایجاد کنند. آزمایش‌های تکمیلی شامل آزمون‌های کبدی، کشت خون و آزمون‌های سرولوژیک از نظر HIV و عوامل عفونت‌زای گفته شده در بالا، اندیکاسیون دارد. علاوه بر این سی‌تی‌اسکن قفسه سینه و شکم بیمار نیز توصیه می‌شود.

طی هفته آتی، تب و سرفه ادامه پیدا کرد و شدت تعریق شبانه زیاد شد به نحوی که لباس خواب و رختخواب بیمار را خیس می‌کرد. وی با حوله حمام می‌خوابید که مجبور بود طی شب آن را چند بار تعویض کند. در موارد محدودی دمای بدن وی 38.4°C یا بیشتر می‌شد. وی $1/1$ کیلوگرم وزن کم کرد. وی دوباره به مطب پزشک خود مراجعه کرد و معاینات، مشکلی را نشان نداد. شمارش گویچه‌های سفید خون بیمار $3700/3$ mm بود که 22 آن را نوتروفیل‌های سگمانته، 12 را باندسل و 10 را مونوسیت‌ها تشکیل می‌دادند. هماتوکریت و شمارش پلاکت‌ها مجدداً طبیعی بود. سطح الکترولیت‌ها طبیعی بود. سطح کراتینین سرم 1 mg/dL، آسپاراتات آمینوترانسفراز 140 U/L (حد بالایی طبیعی: 50) آلکالین فسفاتاز 72 U/L (حد بالایی طبیعی: 117) و لاکتات دهیدروژناز 1221 U/L (حد بالایی طبیعی: 618) بود. نتیجه آزمایش ادرار طبیعی بود. کشت خون از نظر استنوتروفوموناس مالتوفیلیا در لوله هوازی یکی از دو مجموعه کشت مثبت بود.

رشد استنوتروفوموناس مالتوفیلیا غیرمنتظره است. این پاتوژن جزء فلور طبیعی پوست انسان نیست و حتی رشد محدود به یک لوله کشت خون را نمی‌توان به سادگی به عنوان آلودگی در نظر گرفت. استنوتروفوموناس مالتوفیلیا به طور معمول یک پاتوژن منتقله از بیمارستان است و عوامل خطر ابتلا به عفونت با این ارگانیزم شامل بستری طولانی‌مدت و بیماری‌های زمینه‌ای شدید است. اشتغال در مراکز مراقبت‌های سلامت به عنوان عامل خطرزای عفونت ناشی از استنوتروفوموناس مالتوفیلیا گزارش نشده است. باکتری‌های غیربیمارستانی که حاوی این ارگانیزم باشد ممکن است در سرکوب شدید ایمنی یا سرطان تشخیص داده نشده، ایجاد شود (احتمالاً در لوله گوارش). کشت خون باید پیش از تجویز هر نوع درمانی تکرار و آزمون سرولوژیک HIV نیز باید انجام شود.

دو مجموعه کشت خون دیگر رشد باکتری را نشان نداد. کشت قبلی به عنوان نتیجه مثبت کاذب تفسیر شد (احتمالاً ناشی از آلودگی در هنگام رگ‌گیری دشوار). آزمون‌های سرولوژیک تریونما پالیدوم، HIV، بروسلا، ارلیشیا اکوی و ارلیشیا شافینسیس، بورلیا بورگدورفری و ویروس هپاتیت C منفی بودند. آزمون واکنش زنجیره‌ای پلی‌مرز (PCR) برای ارلیشیا منفی بود. آزمایش آنتی‌ژن ادراری هیستوپلازما هم منفی بود. آزمایش آنتی‌بادی IgG سیتومگالوویروس مثبت و آنتی‌بادی IgM آن منفی بود.

پنج روز بعد یعنی ۱۲ روز بعد از اولین بررسی، شمارش گویچه‌های سفید بیمار $3700/3$ mm بود که شامل ۲۱ نوتروفیل‌های سگمانته، ۲۹ باندسل، ۱ متامیلوسیت، ۲۴ لنفوسیت واکنشی و ۶ مونوسیت می‌شد. شمارش پلاکت‌ها $10000/3$ mm بود و پلاکت‌ها بزرگ گزارش شدند. سرعت رسوب گویچه‌های قرمز 27 mm/h بود. نتیجه الکتروفورز پروتئین‌های سرم نکته خاصی نداشت. منفی بودن پیگیری کشت‌های خون پیش از آغاز هر نوع درمان مطرح‌کننده آلوده شدن لوله کشت خون به استنوتروفوموناس مالتوفیلیا است. سودمندترین یافته آزمایشگاهی تعداد زیاد لنفوسیت‌های واکنشی است. علل شایع وجود لنفوسیت‌های واکنشی شامل مونونوکلئوز ناشی از ویروس اپشتین-بار (EBV) و عفونت حاد سیتومگالوویروس است. لنفوم، بیماری‌های روماتولوژیک (مثل لوپوس)، اختلالات غدد درون‌ریز (مثل تیروتوکسیکوز) و واکنش‌های دارویی نیز ممکن است موجب لنفوسیتوز واکنشی شوند. بزرگسالان مسن‌تر در صورتی که در مراحل قبلی زندگی آلوده نشوند، ممکن است دچار مونونوکلئوز عفونی ناشی از EBV شوند و تب طولانی‌مدت و تعریق شبانه پیدا کنند. گلورد و لنفادنوپاتی معمولاً وجود دارند اما ممکن است بارز نباشند. ترومبوسیتوپنی (با پلاکت‌های بزرگ که نمایانگر تخریب خودایمنی است) و اختلالات خفیف در آزمون‌های کارکرد کبد شایع است. نوتروپنی نیز ممکن است وجود داشته باشد. در موارد نادر سرفه متوسط یا حتی شدید ممکن است ایجاد شود. آزمایش هتروفیل مونونوکلئوز عفونی و الگوی آنتی‌بادی اختصاصی EBV توصیه می‌شود.

سی‌تی‌اسکن قفسه‌سینه (شکل ۲) و شکم لنفادنوپاتی یا توده‌ای را نشان نداد. اسکن تنها کلسیفیکاسیون‌های تشخیص داده شده قبلی در

ریه و گره‌های لنفاوی ناف ریه و مدیاستن را نشان داد و در موارد دیگر طبیعی بود. نمونه‌برداری از مغز استخوان طبیعی بود و رنگ‌آمیزی و کشت از نظر باکتری‌ها، قارچ‌ها و مایکوباکتری‌ها منفی بود.

بیمار با سیپروفلوکساسین (۷۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۱۰ روز) درمان شد. تب تخفیف پیدا کرد. بیمار حس بهبودی داشت و زیادی باندسل‌ها برطرف شد اما تب و تعریق شبانه پس از کامل شدن دوره مصرف دارو دوباره عود کرد. سرفه بدتر شد و بیمار گزارش کرد که سرفه با بلع غذا و مایعات تشدید می‌شود و در هنگام بلع مایعات حملات سرفه روی می‌دهد. وی به یاد آورد که سالهاست وی در هنگام خوردن هویج خام سرفه می‌کند اما در هنگام خوردن سایر غذاها یا مایعات این‌طور نیست. بیمار دو دوره حمله تب همراه با سرفه داشته که با درمان آنتی‌بیوتیکی بهبود یافته است. در این شرایط، تشدید سرفه در هنگام بلع مطرح‌کننده اسپیراسیون راجعه است. هر چند، فقدان ارتشاح در تصویربرداری قفسه‌سینه برخلاف این احتمال است و بیمار اختلال آناتومیک یا عصبی شناخته‌شده‌ای ندارد که وی را مستعد اسپیراسیون کند. یک احتمال دیگر، ایجاد فیستول برونش به مری است. این فیستول معمولاً همراه با سرطان‌های مری یا برونش ایجاد می‌شود، هر چند که در موارد نادر ممکن است در زمینه عفونت با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس یا هیستوپلازما کپسولاتوم نیز ایجاد گردد. یافته‌های سی‌تی‌اسکن قفسه‌سینه بیمار مطرح‌کننده عفونت قبلی با این ارگان‌هاست. بررسی با بلع باریم برای تعیین وجود فیستول سودمند است.

بیمار آندوسکوپی فوقانی شد چرا که این شک وجود داشت که سرفه به ریفلاکس مری مربوط باشد. تغییرات موید مری بارت مجدداً درست در بالای محل اتصال مری به معده دیده شد. همچنان که آندوسکوپ خارج می‌شد، حباب‌هایی که از نظر اندازه و تعداد با بازدم افزایش پیدا می‌کردند در حال خروج از دیواره خلفی جانبی در سمت راست و در وسط مری مشاهده شد (شکل ۳).

این یافته موید فیستول برونش به مری است. می‌توان از ازوفاگوگرام برای تایید و مشخص کردن بهتر فیستول استفاده کرد. تب ممکن است ناشی از پنومونی راجعه یا حتی آبسه محدود به مدیاستن باشد. باکتری می‌استنوتروفوموناس مالتوفیلیا می‌تواند در چنین شرایطی ایجاد شود. بررسی با بلع دیاتریزوات مگلو مین (گاستروگرافین) انجام شد، ماده حاجب وارد مدیاستن و برونش و سپس لوب تحتانی ریه راست شد (شکل ۴). توده بافت نرم که توسط مجرای فیستول مشخص شده بود به عنوان آبسه تفسیر شد. بررسی قفسه‌سینه با سی‌تی‌اسکن شواهدی را از آبسه یا فلگمون نشان نداد. یک هفته بعد تجسس جراحی قفسه‌سینه بیمار نشان‌دهنده یک فرآیند التهابی بدون آبسه در مدیاستن نزدیک به انتهای فیستول در مری بود؛ بررسی آسیب‌شناسی نمایانگر التهاب مزمن غیراختصاصی بود. فیستول برونش به مری بسته شد و بخشی از ورید آزیگوس بسته شده مجاور بین خطوط بخیه برونش و مری قرار داده شد. آزمون‌های آزمایشگاهی پس از عمل، شمارش کامل سلول‌های خونی را طبیعی نشان داد.

• بحث و تفسیر

ویژگی اساسی استدلال تشخیصی متبحرانه، تشخیص یافته بالینی کلیدی یا «نقطه محوری» است. این کار به ویژه در موارد پیچیده که نیاز به پیگیری طولانی دارند، مانند تب با منشا ناشناخته (FUO)، مهم است. علل کلاسیک تب با منشا ناشناخته شامل عفونت مزمن، سرطان و بیماری‌های التهابی است. علل نامعمول نیز ممکن است، مانند این مورد یافت شوند که شامل یافته‌های بالینی متعدد یا کلیدهای مربوط به سابقه بیمار هستند که بحث‌کننده به دنبال آن است. این یافته‌ها شامل بیماری ریفلاکس معده به مری همراه با مری بارت، سابقه سفر به مناطقی که در آنها عفونت‌های مختلف آندمیک هستند، کشت خون مثبت از نظر استنوتروفوموناس مالتوفیلیا و لنفوسیتوز واکنشی هستند. هر چند که این یافته‌ها یقیناً شایان توجه هستند، اما هیچ یک به سطح نقاط محوری حقیقی نمی‌رسند. در مقابل حملات سرفه که با بلع مایعات ایجاد می‌شوند چنین کاری می‌کنند. این شکایت از اسپیراسیون در هنگام بلع است که ارزیابی فوری را برای تعیین ایجاد سوراخ در حنجره، انسداد مکانیکی یا کارکردی مری (مثل تومور، تنگی خوش‌خیم، دیورتیکول، آشالازی یا اسپاسم منتشر) یا وجود ارتباط میان مری و درخت تراکتوبرونشال ضروری می‌سازد. هر چند که نقطه محوری یقیناً در هر مورد پیچیده‌ای وجود ندارد، بحث‌کننده این یافته کلیدی را تشخیص داد که در نهایت منجر به تعیین علت تب و ترمیم از طریق جراحی شد.

اکثریت (تقریباً ۸۰٪) فیستول‌های اکتسابی مری به مجرای تنفسی ناشی از بیماری‌های بدخیم مری یا قفسه‌سینه هستند؛ بیماران معمولاً با بیماری پیشرفته مراجعه می‌کنند و فیستول به سرعت با استفاده از بررسی با بلع باریم تشخیص داده می‌شود. در صورتی که به فیستول مری به مجرای تنفسی مشکوک باشیم، باید از دیاتریزوات مگلو مین (گاستروگرافین) اجتناب کرد چرا که ممکن است موجب پنومونیت شیمیایی شود. علل غیربدخیم فیستول‌ها متفاوت‌اند و شامل عفونت‌های مزمن (مثل سل)، آسیب ناشی از اشعه، اختلالات مادرزادی، ضایعات بعد از جراحی یا

مداخلات، آسیب موضعی و برونکولیتیاژ هستند. مری‌بارت علتی نادر برای فیستول‌های مری به مجرای تنفسی است. در این بیمار، آخرین آندوسکوپی نشان داده بود که زخم دیستال مری در حال التیام است، در حالی که فیستول در وسط مری بود. به هر حال، مری دیستال زیر مجاری هوایی اصلی قرار دارد و زخم نافذ در آن سطح، انتظار می‌رود که به پارانشیم ریه وارد شود.

درمان فیستول برونش به مری به روش جراحی است و شامل جداسازی مری از برونش، ترمیم سوراخ‌های هر دو طرف با بخیه و قرار دادن فلاپی از بافت زنده (مثل عضله بین دنده‌ای، بالشتک چربی مדיاستن چرخانده شده یا پلور) در وسط برای جلوگیری از عود فیستول است. گره‌های لنفاوی مדיاستینال کلسیفیه (مانند آنهایی که در رادیوگرافی قفسه سینه بیمار ما دیده شده‌اند) معمولاً ناشی از بیماری‌های گرانولوماتوز هستند و به طور معمول در بیماران ساکن در نواحی دیده می‌شوند که هیستوپلاسموز یا سل آندمیک است. ما متوجه شدیم که بیماران با توجه به منفی بودن آزمون آنتی‌ژنی، فقدان رشد هیستوپلازما کپسولاتوم در نمونه بیوپسی مغز استخوان، فقدان التهاب گرانولوماتوز در نمونه جراحی و بهبود بالینی طولانی مدت پس از جراحی، هیستوپلاسموز یا سل فعال ندارد. هر چند که یافته‌های رادیولوژیک مبتنی بر وجود گره‌های لنفاوی مדיاستینال شدیداً کلسیفیه در بیمار ما نشان دهنده علت احتمالی فیستول مری به مجرای تنفسی است.

ویژگی‌های پاتوفیزیولوژیک فیستول اکتسابی مری به مجرای تنفسی ناشی از بیماری گرانولوماتوز غیرفعال در حال حاضر با دانش آناتومی مדיاستن درک شده است. در مדיاستن فوقانی و میانی، مری در خلف تراشه واقع شده است. گره‌های لنفاوی ممکن است در اثر هیستوپلاسموز یا سل، ملتهب و بزرگ شوند. گره‌های لنفاوی، ناحیه‌ای کوچک از دیواره مری مجاور را به بیرون می‌کشند و بدین ترتیب یک دیورتیکول کششی ایجاد می‌کنند، که معمولاً حدود ۱ سانتی‌متر قطر دارد و بدون علامت است. گره‌های لنفاوی کلسیفیه به دیورتیکول مری و مجاری هوایی، هر دو می‌چسبند. به مرور زمان با حرکات مדיاستن و آروزیون موضعی، فیستول مری به مجرای هوایی ایجاد می‌شود. بسته به موقعیت این فرآیند، نتیجه ممکن است فیستول مری به تراشه، فیستول مری به برونش یا فیستول بین مری و پارانشیم ریه مجاور باشد. تشخیص نقطه محوری- سرفه در هنگام بلع- در این مورد نادر اما دراماتیک از تب با منشأ ناشناخته برای تشخیص درست لازم بود. این مورد، اهمیت پرسش مداوم درباره علایم جدید را در موارد پیچیده تشخیصی بیان می‌دارد، همان‌طور که یکی از نویسندگان این مقاله (که همان دکتر خیس عرق مورد سوال بود) می‌تواند تصدیق کند.

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

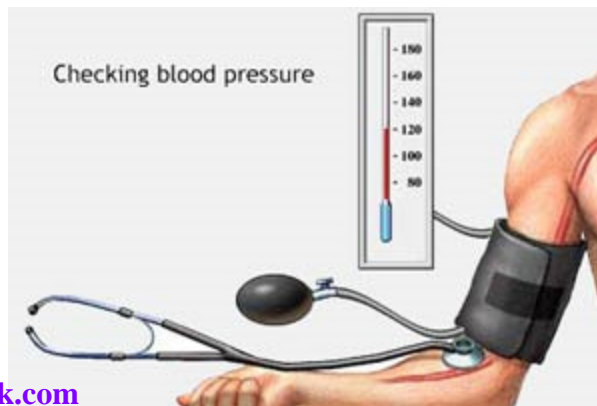
<http://vista.ir/?view=article&id=347456>

 Vista.ir
Online Classified Service

دلایل بیماریهای قلب و عروق

امروزه، بیماری‌های قلبی - عروقی در رأس شایعترین بیماری‌ها در کشور صنعتی و رو به رشد است و آمار مرگ و میر و ناتوانی به دنبال آن نیز بالا است. روش‌های غلط تغذیه، استرس روزمره، کم‌تحرکی جسمی، مصرف دخانیات و افزایش شیوع بیماری‌های متابولیکی نظیر دیابت می‌توانند به این مهم دامن زنند.

درباره این عوامل به کرات در جراید و رسانه‌ها بحث و صحبت شده است، اما از جهت اهمیت مسئله واز آنجا که برای تمام عوامل خطر زای ذکر شده،



نسخه های بسیار ساده ای وجود دارد که هر کس به سادگی وبدون صرف وقت وهزینه قابل توجه می تواند آنها را به کار بندد، پرداختن مجدد به آن و



یاد آوری نکات اولیه وضروری در مورد آن باز لازم به نظر می رسد .

در این مجال قصد داریم نکات کلیدی و اساسی را در ارتباط با عوامل خطرزای بیماری های قلبی - عروقی مرور کنیم:

▪ فشارخون بالا:

به فشارخون بالای ۱۴۰حداکثر ویا ۹۰ حداقل، فشارخون بالا گفته می شود . اگر فردی طی چندین باراندازه گیری میزان فشارخون درروزهای مختلف متوجه شود که در حال استراحت،میزان فشارخونش از مقادیر ذکر شده بیشتر است،می توان گفت که مبتلا به فشار خون بالا ست. این مسئله سبب افزایش کار ماهیچه های قلب می شود ودر نتیجه قلب زودتر دچا رخستگی وکاهش فعالیت می گردد. غالباً در اثر افزایش فشار خون در درازمدت،عملکرد قلب کاهش می یابد و در نتیجه افراد مبتلا به فشار خون ،اغلب دچارسکته های مغزی وقلبی واختلال گردش خون در ناحیه پاها می شوند.

▪ راه های تشخیص :

- اثرات: اختلالات عروق خونی به ویژه عروق مغز ،قلب وکلیه .

- نشانه ها: اختلالات تنفسی (که معمولاً با گذشت زمان از بروزعارضه وبه هنگام فعالیت جسمی به فردعارض می شود)، افزایش ضربان قلب،احساس سرگیجه، درد قفسه سینه، صدا در گوش،خون دماغ شدن وسردرد .

- علل: وراثت ، وزن بالا،کشیدن سیگار،مشکلات روحی بیش از توان فرد ،عوامل محیطی مانند سروصدا ونور.

- تشخیص زود رس : کنترل مکرر فشار خون.

- پیشگیری ودرمان : کاهش وزن، محدود کردن مصرف نمک، نکشیدن سیگار،حفظ آرامش روحی،استفاده از دارو (درصورت تجویز پزشک)

▪ چربی خون بالا:

به علت مصرف بیش از اندازه چربی در رژیم غذایی ویا اختلال در سوخت وساز آنها،ممکن است میزان این مواد در خون بالا رفته ودر دیواره رگ ها ته نشین شوند که این حالت ممکن است باعث تصلب شرایین یا آنرواسکلروزیس وحتى انسداد عروق شوند،مهمترین چربی های خون عبارتند از: تری گلیسرید،کلسترول ولپوپروتئین ها (HDL,LDL,VLDL)

▪ راه های تشخیص :

- اثرات: افزایش وزن ،اختلال در عروق ،درد قفسه سینه،سکته قلبی ومغزی ، از کار افتادن بخش هایی از کبد.

- نشانه ها: در ابتدا علامتی ندارد،اما پس از مدتی هنگام فعالیت جسمی در ناحیه قلب دردهایی بروز خواهد کرد. احساس سرگیجه،بروز درد در ناحیه پاها هنگام راه رفتن،کاهش توانایی مغزی .

- علل : وراثت،پرخورى ،میزان بالای چربی خون،خوردن شیرینی ها،اختلالات متابولیسمی دیگر.

- تشخیص زودرس: آزمایشات مکرر خون .

- پیشگیری ودرمان: کاهش وزن،محدودیت غذاهای شیرین ودارای کلسترول ،عدم مصرف الکل ،فعالیت جسمی ،جایگزینی چربی های گیاهی به جای حیوانی ،استفاده از دارو(در صورت تجویز پزشک).

• مسمومیت با نیکوتین:

میزان مرگ ومیر در افراد سیگاری دوبرابر غیر سیگاری مشابه از نظر سن وجنس است.مصرف سیگار منجر به رها شدن مواد سمی متعددی در بدن می گردد که به سیستم های مختلف بدن از جمله سیستم تنفسی،قلبی، عروقی،غدد،انعقاد خون و...آسیب میرساند وسبب بیماری های مختلفی می گردد.ازجمله :کاهش حس بویایی ،سکته قلبی ومغزی ،سرطان ریه،برونشیت مزمن،تشدید نارسایی گردش خون در پاها که منجر به قطع پا می گردد،ناتوانی جنسی ،کاهش رشد جنین وتولد نوزادان با وزن پایین در خانم های باردار ،پائستگی زود رس ویوکی استخوان در خانم ها واختلال در چربی خون.

▪ راه های تشخیص :

- اثرات : برونشیت ،سرطان ریه وحنجره، سرطان کلیه ومثانه ،گرفتگی عروق ،قطع عضو،بیماری قلبی - عروقی،التهاب معده وروده .

- نشانه ها: سرفه های واکنشی، خلط، گرفتگی صدا، اختلال تنفسی، درد قفسه سینه، دردمعده، نفخ شکم، درد پا هنگام راه رفتن
- علل: از کار افتادن سیستم تصفیه تنفسی، اختلال در سیستم عصبی، مشکلات عملکرد قلب، (ناشی از رسوب نیکوتین در رگ ها)
- پیشگیری و درمان: قطع فوری ویا کاهش کنترل شده مصرف سیگار.

• پیام های بهداشتی بیماریهای قلب و عروق

- سیگاریها در دهه سوم و چهارم زندگی خود ۵ برابر دیگران احتمال ابتلا به حمله قلبی دارند یکسال پس از ترک سیگار خطر بیماری عروق قلب نصف میشود و ۱۵ سال پس از ترک، خطر نسبی مرگ ناشی از بیماری قلبی به حد افراد غیرسیگاری می رسد تنگی نفس، تپش قلب و افزایش فشارخون از اثرات قلبی زودرس استعمال دخانیات است
- استعمال سیگار به تنهایی خطر بیماری عروق قلبی را بطور متوسط ۲ برابر می کند سیگار عامل ۲۱ درصد بیماریهای قلبی کشنده است دود سیگار مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی را برای همسران و فرزندان افراد سیگاری ۳/۱ برابر می کند اضطراب خطر سکنه قلبی مجدد را دو برابر و مرگ را ۳ برابر می کند افسردگی در ۲۵ درصد بیماران دچار ناراحتی قلبی حاد دیده می شود و مرگ و میر آنان را ۴ برابر می کند مصرف نمک زیاد موجب ۴۴ درصد افزایش خطر مرگ ناشی از بیماری عروق قلب است مصرف نمک زیاد موجب ۳۲ درصد افزایش خطر بروز سکنه مغزی است مصرف نمک زیاد موجب ۸۹ درصد افزایش خطر مرگ و میر سکنه مغزی است
- آلودگی هوا احتمالا اثر مستقلی در ابتلاء به بیماریهای قلبی دارد سیگاریها ۴ برابر دیگران در معرض سکنه مغزی هستند.
- اگر کسی حتی با ۱ درصد از دود سیگار یک فرد سیگاری مواجه شود خطر بیماری قلبی در او ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می یابد.
- مقدار اسید اوریک خون که با خوردن زیاد از حد گوشت و حیوانات افزایش می یابد در برخی پژوهشها مستقلا عامل خطر بیماری عروق قلب شناخته شده است. فعالیت جسمی خطر بروز بیماری عروق قلب را نصف می کند.
- عادت همیشگی به ورزش در افرادی که دچار سکنه قلبی می شوند، بخت زنده ماندن را دو برابر می کند
- تحرک جسمی احتمال بروز سکنه مغزی را کم می کند تحرک جسمی احتمال بروز بیماری قند را کم می کند
- مصرف بیش از حد شیرینی ها و چاقی خطر بروز بیماری قند را می افزایش دهد که خود عامل خطری برای بیماری عروق قلب است پیاده روی تند، دوچرخه سواری و شنا بهترین نوع فعالیت جسمی برای پیشگیری از بیماری قلبی هستند
- سکنه قلبی ممکن است در هر ساعتی از شبانه روز چه در حال استراحت و چه در حال فعالیت رخ دهد
- تنشهای روانی، هیجانها و عصبانیتها بیش از حد خطر ابتلا، به بیماری عروق قلب و سکنه قلبی را می افزایش دهد
- چاقی، مصرف نمک و مشروبات الکلی، تنشهای روانی و سابقه خانوادگی عوامل خطر برای زیادی فشارخون هستند
- زیادی فشارخون با تغذیه درست و در موارد لزوم استفاده از دارو درمانپذیر است
- سابقه خانوادگی، مصرف دخانیات، زیادی فشار و چربی خون، بیماری قند، چاقی، کم تحرکی و تنشهای روانی عوامل خطر بروز سکنه قلبی هستند.
- پرهیز از مصرف چربیهای حیوانی، روغنهای نباتی جامد، پوست مرغ و محدودیت مصرف زرده تخم مرغ و گوشت قرمز در پیشگیری از چاقی، زیادی فشار و چربی خون و بیماری عروق قلب نقش دارند
- ورزش و رعایت رژیم غذایی درست در پیشگیری و حتی درمان تصلب شرایین نقش دارند
- چاقی عامل خطری برای زادی فشارخون، بیماری قند، سکنه های قلبی و مغزی است
- اضافه وزن و چاقی خطر بیماری عروق قلب را حداقل ۵۰ درصد می افزایش دهد
- گلودردهای کودکان را باید پزشک درمان کند تا از خطر ابتلاء آنان به بیماری قلبی جلوگیری شود
- بیماران قلبی و مبتلایان به فشار خون هرگز نباید بطور خودسرانه و یکدفعه داروی خود را قطع کنند یا تغییر دهند
- برخی پژوهشها نشان میدهند رعایت بهداشت دهان و دندان در پیشگیری از عوارض قلبی مؤثر است
- تنگی نفس در هنگام فعالیت یا خواب، ورم پاها و پلکها و تکرار ادرار شبانه از نشانه های غیر اختصاصی نارسایی قلبی هستند
- درد چند دقیقه ای قفسه سینه در هنگام فعالیت یا هیجان و تنگی نفس هنگام فعالیت یا خواب از علائم بیماری عروق قلب است.
- ورزش منظم راهی برای سلامت قلب است

- با ورزش منظم خود را در مقابل حملات قلبی محافظت کنیم
- اگر از جوانی عادت به ورزش نداشته اید ، قبل از شروع فعالیت جسمی با پزشک مشورت کنید
- فعالیت جسمی برای سلامت قلب باید پرتحرک ، منظم و مداوم باشد
- با کاهش مصرف چربیها ؛ به ویژه نوع جامد آن ، نمک و گوشت قرمز و افزایش مصرف میوه ها ، سبزیها و گوشت ماهی و ماکیان خود را در مقابل سکنه های قلبی و مغزی بیمه کنید

منبع : دانش ما

<http://vista.ir/?view=article&id=359388>

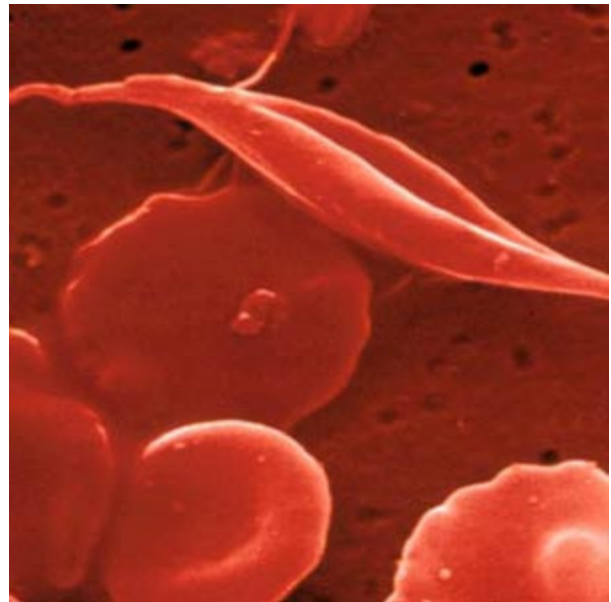
 Vista.ir
Online Classified Service

دلایل کم خونی بدن

کم خونی به حالتی اطلاق می شود که در آن تعداد سلولهای قرمز یا میزان هموگلوبین خون شخص کاهش یابد. هموگلوبین رنگدانه ای قرمز است که نقش مهمی در قرمزی رنگ سلولهای قرمز و خون دارد. اصولا اکسیژن که برای تولید انرژی سلولها بسیار مهم است ، جهت انتقال از ریه به بافتهای مختلف بدن با هموگلوبین ترکیب میشود .

آزمایشی بنام C.B.C در تشخیص دقیق کم خونی و شدت آن ارزش زیادی دارد ، در این آزمایش تعداد کل سلولهای خونی فرد توسط دستگاه مخصوصی شمارش میشود و میزان هموگلوبین و یک سری ایندکسهای دیگر نیز ارزیابی می گردد.

بیشترین تعداد سلولهای خونی را سلولهای قرمز تشکیل میدهند و هر فردی میلیونها سلول قرمز را در خون خود دارد. کاهش تعداد این سلولها را کم خونی و افزایش بیش از حد آنها را پلی سایتمی یا غلیظ شدن خون مینامند. شکل سلولهای قرمز نیز در ارزیابیهای میکروسکوپی حائز اهمیت



است و تغییرات آن میتواند در تشخیص انواع کم خونی مورد استفاده قرار گیرد.

همانو کریت (یکی از ایندکسهای اندازه گیری شده در تست C.B.C) نشانگر اینست که چه میزان از خون توسط سلولهای قرمز تشکیل شده است.

یک نفر از هر پنج زن ، نیمی از زنان باردار ، و سه در صد مردان در امریکا دچار کم خونی فقر آهن هستند !!!

کم خونی ناشی از فقر آهن شایعترین نوع کم خونی است ، و اغلب بدلیل خونریزیهای آهسته و تدریجی پدید می آید. این خونریزی میتواند از طریق روده ها (بخاطر بیماریهای مخاطی و زخمهای معده و اثنی عشر ، مصرف برخی داروها مثل اسپرین یا بروفن و بسیاری از داروهای دیگر ، یا حتی سرطانهای این سیستم) ، ادرار (در اثر بیماریهای مختلف) ، یا قاعدگی (در خانمها) باشد.

بطور کلی کم خونی در خانمها شایعتر از آقایان است ، چرا که با هر بار پرئود میزان قابل توجهی از خون و آهن بدن را از دست می دهند.

علائم شایع و اصلی کم خونی عبارتند از: ضعف و بیحالی ، رنگ پریدگی پوست ، افزایش ضربان قلب ، کوتاهی نفس ، دردهائی در قفسه ی سینه ، منگی و کرختی ، اختلالات خلق و خو ، سردی دستها و پاها ، سردرد ، تحریک پذیری بیش از حد و بیحوصلگی ، عصبانیت بیمورد ، بیحالی و افسردگی و...

کم خونی را به صورتهای مختلفی تقسیم بندی میکنند که از جمله میتوان به : حاد و مزمن ، خفیف تا شدید ، و کم خونی بر اساس علت ایجاد کننده ی آن (فقر آهن ، فقر ویتامینی ، از بین رفتن سلولهای قرمز به دلایل مختلف مثل داروها ، سرطانی بودن آنها ، بیماریهای مزمن مثل آرتریت روماتوئید ، عفونتهای مختلف ، بزرگی بیش از حد طحال و...) و غیره تقسیم بندی می کنند و هر یک از این حالات برخوردهای خاص خود را می طلبند.

تخمین زده می شود که فقط در ایالات متحده ی امریکا ۳/۴ میلیون نفر مبتلا به کم خونی وجود دارد !

بسیاری از انواع کم خونی با اصلاح روشهای تغذیه ای همچنن تامین آهن و ویتامینهای مورد نیاز مثل ویتامین ب ۱۲ ، اسید فولیک ویتامین سی (برای افزایش جذب آهن) ، قابل اصلاحند.

گوشت ، سبزیجات با برگ سبز ، آجیل ، میوه جات خشک شده ، لوبیا و... غنی از آهنند و آب میوه های انواع مرکبات ، انواع سبزیجاتی که برگهای پهن و سبز دارند ، حبوبات ، و... آکنده از ویتامینها و اسید فولیک هستند .

مصرف آهن خصوصا در اطفال ، زنان باردار و زنانی که خونریزیهای ماهیانه ی آنان زیاد تر از حد معمول است بسیار مفید خواهد بود .

در برخی شرایط ، پزشکان مبادرت به تجویز مکملهای حاوی آهن میکنند تا نقص موجود را برطرف سازند ، اما اگر کم خونی فقر آهن وجود نداشته باشد ، منابع غذایی غنی از آهن برای احتیاجات روز مره ی بدن کفایت می کنند.

افزایش بیش از حد آهن در بدن میتواند عواقب وخیمی برای بدن به همراه داشته باشد.

به این خاطر استفاده ی روتین از داروهای حاوی آهن را برای درمان خستگی زودرس ، به شما پیشنهاد نمی کنیم مگر اینکه آزمایشات و بررسی های بالینی ، لزوم مصرف آن را تأیید کنند

کم خونی ناشی از کمبود ویتامین ب۱۲ را اصطلاحا آنمی پرنیشیوز می نامند و توسط کم خونی ، و گلبولهای سفید بزرگتر از حد طبیعی مشخص می شود.

این نوع کم خونی در اثر علل مختلف دیگری نیز پدید می آید که از جمله می توان به کمبود اسید فولیک ، برخی بدخیمی های سیستم خونساز ، و گروهی از اختلالات مادرزادی ، مصرف الکل و نیز بعضی از داروهای که در شیمی درمانی استفاده می شوند اشاره کرد.

برای پیشگیری از ایجاد این کم خونی میتوان از ویتامین ب۱۲ و اسید فولیک استفاده کرد.

• علائم و نشانه های کم خونی فقر ویتامین ب۱۲:

از دست دادن اشتها ، اسهال ، کرختی و گز گز دستها و پاها ، رنگ پریدگی پوست ، احساس خستگی زودرس ، سردرد ، زخمهای مخاطی ، و زبانی ، و تغییر رنگ پوست.

معاینه ی این بیماران میتواند نشانگر اختلال رفلکسها و یکسری علائم عصبی دیگر باشد.

• منابع ویتامین ب۱۲ :

ویتامین ب۱۲ در مواد غذایی حیوانی مثل گوشت ، نرمتنان صدف دار ، شیر ، پنیر ، و تخم مرغ یافت میشود. اغلب مردم که میتوانند گوشت را بعنوان یکی از اجزای غذایی خود داشته باشند ، کمتر در معرض پیدایش کمبود این ویتامین هستند مگر اینکه بدن آنان توانائی جذب این ویتامین را نداشته باشد. در حالت طبیعی ، میزان ذخیره ی ویتامین ب۱۲ بدن تکافوی نیاز بیش از یکسال بدن را میکند (حتی در صورتی که این ویتامین در طول این مدت وارد بدن نشود !) .

ریسک کمبود ویتامین ب۱۲ در گیاه خوارانی که کاملا رژیم بدون شیر، پنیر، یا تخم مرغ مصرف می کنند ، و نیز اطفالی که از اینگونه مادران(گیاهخوار خالص) بدنی می آیند بیشتر از افراد عادی جامعه است و مصرف ویتامین های مکمل در آنها توصیه می شود.

معمولا نقص ویتامین ب۱۲ را با نقص اسید فولیک ، همزمان مطرح می کنند ، چرا که علائم این دو با هم مشابه بوده ودر بسیاری از موارد با هم دیده می شوند. کم خونی پرنیشیوز در حقیقت می تواند محصول مشترک کمبود هر کدام از این دو باشد !

اسید فولیک در حقیقت یکی از ویتامین های گروه ب می باشد ، که برای تکامل جنین انسان نقش بسیار مهمی ایفا می کند. بر خلاف ویتامین

ب۱۲ تنها مقدار کمی اسید فولیک در بدن ذخیره می شود ، بهمین خاطر ، مصرف منظم آن (از طریق مواد خوراکی) ضروریست .غذاهائی مثل جگر ، کلیه (قلوه)، انواع قارچ ، موز ، پرتقال ، سبزیجاتی که برگهای پهن دارند مثل اسفناج ، تخم مرغ ، نان گندم کامل ، لوبیا ، و شیر بعنوان منابع حاوی این ویتامین ارزشمندند.

مصرف اسید فولیک ، قبل و در طول بارداری ، می تواند احتمال پیدایش جنین های ناقص الخلقه را کاهش دهد

منبع : هوای تازه

<http://vista.ir/?view=article&id=300825>

 **vista.ir**
Online Classified Service

دمانس عروقی

دومین نوع شایع دمانس، دمانسی است که در نتیجه بیماری مغزی - عروقی به وجود می آید. دمانس عروقی معمولاً به شکل گام به گام با هر سکت (انفارکت) راجعه پیشرفت می کند. برخی بیماران متوجه زمان خاصی می شوند که در آن زمان عملکردشان بدتر می شود و به تدریج در طی روزهای بعدی بهتر می شود تا سکت جدید آنها رخ دهد. سایر بیماران مسیر قهقرائی پیشرونده ای دارند. علایم نورولوژیک شایع هستند. عروق متوسط و کوچک معمولاً تحت تأثیر قرار می گیرند. انفارکت ها، ممکن است به دلیل پلاک مسدودکننده یا ترومبوآمبولی به وجود بیایند. یافته های جسمی ممکن است شامل بروئی کاروتید، نابهنجاری های فوندوسکوپیک، و بزرگ شدن فضاهای مغزی باشد. آسیب در شناخت ممکن است به صورت لکه ای باشد، و در بعضی زمینه ها بدون نقص است.



• تشخیص، علایم و نشانه ها

▪ معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR جهت دمانس عروقی:

(الف) پیدایش نقص های شناختی متعدد که در هر دو مورد زیر تظاهر می کند.

(۱) آسیب حافظه (اختلال در توانائی یادگیری اطلاعات جدید یا یادآوری اطلاعاتی که قبلاً آموخته شده است).

(۲) یک (یا چند) مورد از اختلالات شناختی زیر:

- آفازی (اختلال زبان)

- آپراکسی (آسیب در توانائی اجراء فعالیت های حرکتی به رغم کارکرد حرکتی بی نقص)

- آگنوزی (ناتوانی در تشخیص یا شناسائی اشیاء به رغم کارکرد حسی بی نقص)

- اختلال در کراکرد اجرایی (به عبارت دیگر، برنامه ریزی، سازمان دهی، نظم و توالی، انتزاع)

(ب) نقص های شناختی در معیارهای الف (۱) و الف (۲) هرکدام موجب اختلال بارز در عملکرد اجتماعی یا شغلی می شوند و نسبت به سطح عملکردی گذشته کاهش قابل توجهی را نشان می دهند.

ج) علائم و نشانه‌های نورولوژیک کانونی (به‌عنوان مثال، تشدید شدن رفلکس‌های وتری عمقی، پاسخ اکستانسور کف‌پائی، فلج پسودوبولبار (pseudobulbar)، نابهنجاری‌هایی در راه رفتن، ضعف یکی از اندام‌ها) یا شواهد آزمایشگاهی دال بر بیماری مغزی - عروقی (مانند، لنفارت‌های متعدد درگیرکننده قشر مخ و ماده سفید زیرین) که استنباط می‌شود رابطه سببی با این اختلال دارند.

د) نقص‌ها منحصرآ در سیر یک دلیریوم روی نمی‌دهند.

براساس ویژگی‌های بارز کدگذاری کنید:

- همراه با دلیریوم: اگر دلیریوم به دمانس اضافه شده باشد.

- همراه با هذیان: اگر هذیان‌ها دارای ویژگی‌های بارز باشند.

- همراه با خلق افسرده: اگر خلق افسرده (شامل تظاهراتی که با معیارهای نشانه‌ای اپیزود افسردگی مازور مطابقت کامل دارند) ویژگی بارز باشد. تشخیص جداگانه اختلال خلفی ناشی از یک بیماری طبی عمومی داده نمی‌شود.

- بدون عارضه: در صورتی‌که هیچ‌کدام از موارد دقیق در تظاهر بالینی جاری غالب نباشند.

- مشخص کنید اگر: همراه با اختلال رفتاری است.

- تذکر در مورد کدگذاری: اختلال مغزی - عروقی را روی محور III نیز کدگذاری کنید.

• اپیدمیولوژی

تا ۳۰٪ کل دمانس‌ها به حساب می‌آید، در اشخاصی که بین سنین ۶۰ تا ۷۰ می‌باشند. شایع‌تر است. شیوع آن نسبت به DAT کمتر است. در مردان نسبت به زنان شیوع بیشتری دارد. شروع اختلال در سنین پائین‌تری در مقایسه با DAT روی می‌دهد. عوامل خطرزا شامل بالا رفتن فشار خون، بیماری قلبی، و سایر عوامل خطرزا جهت سکته مغزی می‌باشد.

▪ بررسی‌های آزمایشگاهی

▪ CT و MRI انفارکت‌ها را نشان خواهند داد.

• تشخیص افتراقی

▪ DAT: ممکن است افتراق دمانس عروقی از DAT مشکل باشد. شرح حال مناسبی از سیر بیماری به‌دست آورید. و به این مطلب توجه داشته باشید که آیا شروع ناگهانی بوده است. آیا سیر بیماری نهانی یا گام به گام بوده است. و آیا آسیب نورولوژیک وجود داشته است. عوامل خطرزای بیماری عروقی را شناسائی کنید و عکس‌برداری از مغز را انجام دهید. اگر بیمار خصوصیات دمانس عروقی و DAT را با هم دارد، در این صورت تشخیص باید دمانس با علل متعدد باشد.

▪ افسردگی: بیماران مبتلا به دمانس عروقی ممکن است مانند بیماران مبتلا به دمانس کاذب (همان‌طور که قبلاً شرح داده شد) دچار افسردگی بشوند. احتمال اینکه افسردگی موجب یافته‌های نورولوژیک کانونی گردد، وجود ندارد. اگر افسردگی وجود داشته باشد، باید تشخیص داده و درمان گردد.

▪ سکته‌های مغزی و حملات ایسکمیک گذرا (TIAها): عمدتاً منتهی به بیماری دمانس پیش‌رونده نمی‌گردد. TIAها اپیزودهای کوتاه‌مدت اختلال نورولوژیک کانونی می‌باشند که کمتر از ۲۴ ساعت طول می‌کشند (به‌طور معمول ۵ تا ۱۵ دقیقه). بیمار دچار سکته مغزی کامل ممکن است بعضی نقص‌های شناختی را داشته باشد؛ یک سکته مغزی منفرد عموماً منجر به دمانس نمی‌شود، مگر اینکه از دست دادن بافت مغزی گسترده باشد.

• درمان

درمان شامل شناسائی و رفع علت سکته‌های مغزی می‌باشد. فشار خون بالا، دیابت و بیماری قلبی باید درمان شوند. اقامت در آسایشگاه‌ها ممکن است در صورتی‌که آسیب شدید باشد، ضرورت یابد. درمان به‌صورت حمایتی و علامتی می‌باشد. از ضدافسردگی‌ها، محرک‌ها، داروهای آنتی‌بیوتیک، و بنزودیازپین‌ها می‌توان استفاده کرد. اما هرگونه داروی روانگردان ممکن است منجر به عوارض جانبی در بیمار مبتلا به ضایعه مغزی گردد.

<http://vista.ir/?view=article&id=339001>

دیابت یکی از عوامل سکته قلبی

دیابت یک عامل خطر مهم و بزرگ برای بیماری‌های قلبی و سکته است. حدود ۶۵ درصد افرادی که دیابت دارند به علت انواع مختلفی از بیماری‌های قلبی عروقی می‌میرند. به ویژه زنان دیابتی خطر بالایی برای مردن از بیماری‌های قلبی-عروقی و سکته قلبی دارند.

حدود ۱۵۰ میلیون نفر در جهان و ۳ میلیون نفر در ایران به بیماری دیابت مبتلا هستند. مطالعه‌ای در شهر بوشهر که توسط دکتر نبی پور و همکارانش انجام گرفت نشان داد که ۹/۱۲ درصد از زنان بوشهری دیابت دارند.

آن نوع دیابتی که به طور شایع در بزرگسالان وجود دارد، دیابت نوع ۲ است. در دیابت نوع ۲، لوزالمعده انسولین تولید می‌کند، اما بدن نمی‌تواند به



طور مناسب از آن استفاده کند و به تدریج توانایی تولید آن را از دست می‌دهد.

دیابت نوع ۲ یک بیماری جدی است که علاوه بر افزایش خطر بیماری‌های قلبی، باعث نارسایی کلیه، کوری چشم و قطع اندام تحتانی در بزرگسالان می‌شود.

دیابت همچنین می‌تواند منجر به آسیب اعصاب و ایجاد اختلال در مبارزه با عفونت شود.

خطر دیابت نوع ۲ بعد از ۴۵ سالگی افزایش می‌یابد. اگر اضافه وزن دارید، به ویژه اگر افزایش وزن شما بیشتر در ناحیه ی قسمت میانی بدن است به احتمال زیاد، در معرض ابتلا به این بیماری هستید.

عوامل خطر دیگر شامل نداشتن تحرک بدنی و سابقه ی خانوادگی دیابت است. زنانی که طی حاملگی دیابت داشته‌اند (دیابت حاملگی) یا نوزادانی که با وزن بیش از ۴ کیلوگرم متولد شده‌اند، در معرض خطر بالای ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند.

علائم دیابت ممکن است شامل خستگی، تهوع، تکرر ادرار، تشنگی غیر معمول، کاهش وزن، تاری دید، عفونت‌های مکرر و تاخیر در بهبود زخم‌های بدن باشد.

دیابت نوع ۲ به تدریج پیشرفت می‌کند و گاهی اوقات هیچ علامتی ندارد. حتی اگر هیچ علامتی از دیابت ندارید، در صورتی که اضافه وزن و هر یک از عوامل خطر دیابت نوع ۲ را دارید، از پزشک خود بخواهید تا برای شما آزمایش قند خون بنویسد.

اگر شما دیابت دارید، کنترل سطح قند خون به پیشگیری از مشکلات احتمالی کمک می‌کند. به علت این که دیابت با بیماری‌های قلبی مرتبط است، کنترل و ارزیابی دیابت بایستی شامل کنترل یک سری عوامل معین باشد.

کسانی که دیابت دارند، باید فشار خون و کلسترول خود را پایین‌تر از سطح توصیه شده نگه دارند. نکشیدن سیگار، داشتن تحرک بدنی و مصرف روزانه ی آسپرین (در صورت توصیه ی پزشک) برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی مهم هستند.

برخی از افراد دیابت ندارند، اما در معرض خطر زیادی برای ابتلا به این بیماری هستند. این افراد "مستعد دیابت" هستند. در این افراد سطوح قند خون بیشتر از میزان طبیعی است، اما هنوز وارد محدوده ی دیابت نشده است.

تحقیقات جدید نشان داده‌اند که بسیاری از افراد مستعد دیابت می‌توانند با ایجاد تغییر در رژیم غذایی و فعالیت بدنی از ایجاد دیابت پیشگیری

کنند یا آن را به تأخیر اندازند.

احتمال سکنه ی قلبی یا مغزی در افراد دیابتی ۵۰ درصد بیشتر از کسانی است که قند خون طبیعی دارند. بنابراین بایستی توجه زیادی به کنترل یا پیشگیری فشار خون، کلسترول خون و دیگر عوامل خطر بیماری های قلبی داشته باشند.

• کنترل دیابت در سه گام:

اگر دیابت دارید، برداشتن سه گام ضروری به شما کمک می کند تا آن را بهتر کنترل کنید:

• گام اول: انجام آزمایش A1C

این آزمایش می تواند نشان دهد که در سه ماه گذشته به طور متوسط چه قدر موفق به کنترل قند خون خود شده اید. مطلوب آن است که مقدار این آزمایش کمتر از ۷ باشد. حداقل هر شش ماه یک بار این آزمایش را انجام دهید.

• گام دوم: فشار خون

توجه داشته باشید که هر چه قدر فشار خونتان بالاتر باشد، قلب برای پمپاژ خون به داخل عروق به تقلای بیشتری نیاز دارد. بهتر است هر بار که به پزشک مراجعه می کنید، از او بخواهید تا فشار شما را اندازه گیری کند. سعی کنید فشارخونتان را کمتر از ۱۳ بر روی ۸ نگه دارید.

• گام سوم: کلسترول

کنترل کلسترول بد یا LDL که باعث انسداد عروق شما می شود. حداقل سالی یک بار آن را اندازه بگیرید و سعی کنید آن را کمتر از ۱۰۰ نگه دارید.

برای کاهش کلسترول و فشار خون می توانید:

- به فعالیت فیزیکی روزانه بپردازید.

- میزان نمک، چربی و کلسترول خصوصاً چربی اشباع شده غذایان را تا حد امکان کاهش دهید.

- غذاهای فیبردار بیشتری بخورید؛ مثل میوه، سبزیجات، حبوبات، نان و غلات سیوس دار(مثل سنگک و بربری).

- وزن خود را کنترل کنید.

- اگر سیگاری هستید، سیگار را ترک کنید.

- داروهای خود را به طور مرتب مصرف کنید.

- از پزشک خود بخواهید تا در صورت نیاز برای شما آسپرین تجویز کند.

- برای کنترل دیابت خود از دیگران هم کمک بخواهید.

• پیشگیری از دیابت

اگر قند خون شما بیشتر از حد طبیعی است، بیشتر احتمال دارد که به دیابت نوع ۲ مبتلا شوید. اما می توانید کارهایی انجام دهید که سلامتی تان را بهبود ببخشید و شروع دیابت را به تأخیر بیندازید یا از آن پیشگیری کنید.

مطالعه ی اخیر نشان داده است که بسیاری افراد مستعد دیابت که اضافه وزن دارند، به طور قابل توجهی می توانند خطر پیشرفت بیماری دیابت را با داشتن رژیم غذایی مناسب(کم چربی و کم انرژی) و انجام فعالیت بدنی (حداقل ۵ روز در هفته و هر بار ۳۰ دقیقه) کاهش دهند.

• نتایج تعدادی تحقیق:

• به طور کلی افرادی که با استفاده از رژیم لاغری و افزایش تحرک بدنی (معمولاً پیاده روی سریع) حدود ۵ تا ۷ درصد کاهش وزن (۷-۵ کیلوگرم) پیدا می کنند، خطر بیماری دیابت تا سه سال آینده در آنها ۵۸ درصد کاهش می یابد.

• در افراد بالای ۶۰ سال این تغییرات در شیوه ی زندگی خطر پیشرفت بیماری دیابت را حدود ۷۱ درصد کاهش می دهد.

• افرادی که داروهای دیابت (متفورمین) مصرف می کنند، خطر پیشرفت بیماری را تا ۳۱ درصد کاهش می دهند. این یافته ها مشخص می کند که شما می توانید اقداماتی انجام دهید که از دیابت پیش گیری کنید یا آن را به تأخیر بیندازید.

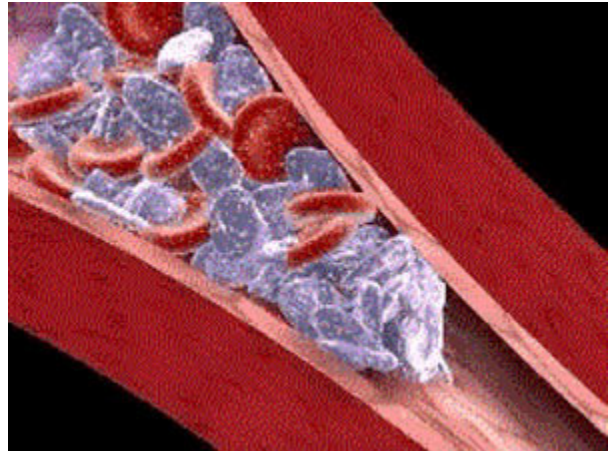
منبع : پارسی طب

<http://vista.ir/?view=article&id=332387>

دیسکسیون عروق گردن

دیسکسیون عروق گردن بیماری جدیدی است. نه به این معنا که اخیراً مردم به آن مبتلا می شوند، بلکه به این معنا که اخیراً درک بیشتری از آن پیدا شده و نور بیشتری بر آن تابیده است.

در بسیاری از موارد، سکنه مغزی علت تنگی یا انسداد در عروقی است که در گردن وجود دارد و به مغز خون می رسانند. در اکثریت موارد نیز علت این تنگی و انسداد اترواسکلروز یا وجود لخته هایی است که در «داخل» این عروق تشکیل می شود. همان بیماری که در عروق قلب هم اتفاق می افتد و همه با آن آشنایی دارند؛ همان بیماری که سیگار، افزایش چربی خون و دیابت در پیدایش آن موثرند. اما دیسکسیون عروق گردن بیماری است که از اساس با این مکانیسم تفاوت دارد. در این بیماری تنگی و انسداد در داخل



رگ نیست، بلکه علت اصلی نشت خون به میان دو لایه پی است که جدار رگ را تشکیل می دهند.

عروق بزرگ عموماً از دو لایه تشکیل شده اند، مثل لوله دوجداره پی که دوجداره بودن آن مقاومت آن را در برابر صدمات محیطی افزایش می دهد. فاصله بین این دو جدار معمولاً یک فاصله مجازی است و در اکثریت افراد این دو جداره را به راحتی نمی توان از هم جدا کرد. اما در برخی از افراد چسبندگی بین این دو لایه خیلی محکم نیست و اگر سوراخی در لایه داخلی پدید آید خون بین دو جدار نفوذ کرده و آن را «دیسکت» می کند. اصطلاح دیسکت زمانی به کار می رود که چیزی نسوج بدن را از هم باز کند.

در سالن تشریح دانشکده پزشکی دانشجویان هنگام بررسی جسد قیچی مخصوص خود را به صورت بسته داخل نسج می برند و آنجا را باز می کنند. این کار باعث شکافته شدن نسج می شود. این معنای دقیق «دیسکسیون» است و اصلاً سالن تشریح را به همین خاطر سالن «دیسکسیون» می نامند. وقتی خون جدار رگ را دیسکت کرد، یک لخته خون در جدار رگ تشکیل می شود که رفته رفته رگ را بسته و باعث سکنه مغزی می شود. تا همین اواخر دیسکسیون عروق گردن را تنها به شکل تروماتیک یعنی به دنبال ضربه می شناختند، اما در سال های اخیر معلوم شده است این بیماری بدون ضربه و به طریق اولی بعد از ضربات بسیار خفیف هم ممکن است رخ دهد و نه تنها این بلکه معلوم شده این بیماری بسیار شایع تر از آن چیزی است که تا به حال تصور می شد و اگرچه در همه سنین امکان پذیر است، اما تا ۲۰ درصد کسانی که در سنین پایین تر دچار سکنه مغزی می شوند مبتلا به این بیماری هستند که آمار بسیار بالا و شگفت انگیزی است، چرا که اکثریت کسانی که در سنین پایین تر دچار سکنه مغزی می شوند به دلیل بیماری های دریچه ای قلبی است یعنی اینکه اگر کسی در سنین پایین تر دچار سکنه مغزی شده و هیچ بیماری دریچه ای قلبی هم ندارد احتمال دیسکسیون در او بسیار بالاست. اما این بیماری از جهات چندی واجد اهمیت است؛ اولاً باید گفت تشخیص این بیماری از این رو اهمیت دارد که در مرحله حاد هم درمان های ضدانعقادی در این بیماران موثر است.

همان طور که می دانیم داروهای ضدانعقادی مثل هپارین و وارفارین تنها در پیشگیری از بروز سکنه مغزی و به خصوص در کسانی که پیشتر دچار سکنه مغزی شده اند، موثرند و در روند یک سکنه مغزی حاد تاثیری ندارند، اما اگر علت سکنه مغزی حاد دیسکسیون عروق گردن باشد، این موضوع صادق نیست و دادن داروهای ضدانعقادی از همان روزهای اول می تواند باعث بهبودی شود. ثانیاً برخلاف سکنه های مغزی معمولی یعنی اترواسکلروتیک، روند سکنه مغزی ممکن است تا مدت ها پس از وقوع سکنه مغزی همچنان به پیشرفت خود ادامه دهد. به این دلایل تشخیص دیسکسیون در مرحله حاد و افتراق آن از سایر موارد سکنه مغزی اهمیت حیاتی دارد. اما اطلاع عمومی از این بیماری هم بی فایده نیست. اگرچه مثل سکنه های مغزی اترواسکلروتیک کاهش ریسک فاکتورهای تصلب شرایین نظیر فشارخون و چربی و قند در این بیماری تاثیری ندارد، اما اطلاع

عمومی می تواند به مردم یادآور شود که انسان برخلاف آنچه از فیلم های اکشن برمی آید بسیار موجود آسیب پذیری است. موارد زیادی از دیسکسیون عروق گردن به دنبال یک سیلی بسیار ساده گزارش شده است، سایر موارد نیز به دنبال ضربات جزئی گردن، شیرجه رفتن، استفاده از ویراتورهای گردن برای لاغری موضعی یا حتی دنده عقب طولانی هنگام رانندگی و... اگر کسی با دیسکسیون عروق گردن آشنایی داشته باشد و بخواهد کودک خردسالی را به هر دلیلی تنبیه کند، مسلماً به او سیلی نخواهد زد یعنی هیچ ضربه یی بر او وارد نخواهد کرد، چراکه هرکسی بالقوه ممکن است جزء کسانی باشد که لایه های محافظ عروق گردن شان چسبندگی محکمی با هم ندارند. اخیراً به وفور مواردی گزارش می شود که دیسکسیون بدون سکنه مغزی اتفاق افتاده یعنی تنها علامت آن درد گردن بوده است. این موضوع اهمیت دیسکسیون را از سکنه مغزی فراتر برده و مواردی از درد گردن را هم شامل می شود که بی تردید دشواری های تشخیصی بیشتری دارد.

کسی که با یک درد ساده گردن به دنبال یک مشت یا حتی یک سیلی ساده دچار درد مختصری در گردن شده، هیچ دلیلی برای بررسی بیشتر او وجود ندارد، اما بر اساس آخرین کشفیاتی که نه در عرض، بلکه در عمق دانایی ما رخ داده، او ممکن است مبتلا به دیسکسیون عروق گردن شده باشد و از این رو ممکن است در آینده نزدیک اتفاقات دیگری برای او بیفتد. در اینجا البته منظور این نیست که هرکسی درد خفیفی در گردن دارد، باید بستری شود و تحت بررسی های گرانقیمتی قرار گیرد، بلکه مقصود من تنها تاکید بر این نکته است که تنها در یک فیلم اکشن می توان تعداد زیادی مشت و لگد خورد و بعد سرحال بلند شد یا یک شیشه سراسری را با سر شکست و از آن سو سالم ولو با خراشی چند بیرون آمد (بگذریم از اینکه یکی از معروف ترین همین کاران هم همین چند روز پیش به مصیبت گرفتار آمد) و همه اینها در جهت آرزوی روزی است که هیچ کس علیه هیچ کس دیگر و به هیچ دلیلی مبتلا به خشونت فیزیکی نشود، حداقل آنچه به حقیر مربوط می شود گردن به بالا،

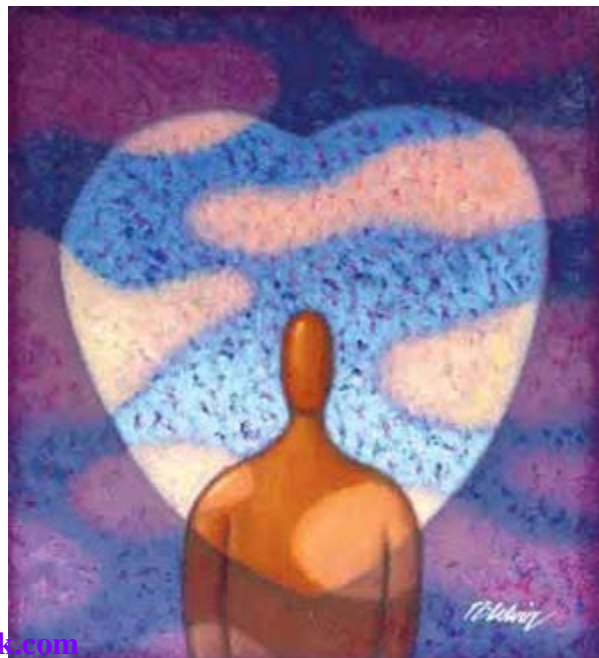
منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=368640>

 Vista.ir
Online Classified Service

رابطه استرس و بیماری های قلبی

رژیم غذایی و ورزش تمام راز سلامتی قلب و عروق نیستند. شواهد روزافزونی نشان می دهند که وضعیت روانی فرد نیز مهم است. می توانید نام آن را - با الهام از واقعه زمین لرزه قدرتمندی که در ساعت چهار و سی دقیقه بامداد یکی از روزهای ماه ژانویه سال ۱۹۹۴ در نزدیکی لس آنجلس به وقوع پیوست- اثر نورتریج بگذارید. ساعتی بعد از وقوع زلزله، تیم های پزشکی شروع به نجات قربانیان کردند، کاری که در تمام طول روز ادامه یافت. آنها مشغول خدمت رسانی به کسانی بودند که در میان آوار گیر کرده بودند، کسانی که این بار پس از جان به در بردن از موج نخست مرگ ها، با موج دوم آن - در نتیجه حملات قلبی- دست به گریبان بودند. ماه ها بعد پژوهشگران در دو مرکز دانشگاهی به بررسی سوابق بیماران قلبی حوزه لس آنجلس پرداختند. آنها در تحقیقات خویش پی به جهش خیره کننده ای در میزان مرگ و میرهای ناشی از بیماری های قلبی-عروقی بردند: از ۶/۱۵



مورد در يك روز معمولی به ۵۱ مورد در روز وقوع زمین لرزه. معلوم شد که

بیشتر این افراد دارای سابقه بیماری های قلب و عروق و یا عوامل خطری چون فشار خون بالا بودند. ولی کسانی که در نتیجه حملات قلبی درگذشتند، در فعالیت های نجات قربانیان شرکت نداشتند و یا تلاشی برای نجات خویش از لایه لای آوار نکرده بودند. پس چرا فوت کردند؟ به نوشته مجله پزشکی نیوانگلند، «فشارهای هیجانی احتمالاً در پیش آمدن رویدادهای قلبی در کسانی که مستعد چنین اتفاقاتی هستند، نقش دارند.» به زبان ساده تر، آنها به خاطر ترس و فشارهای روحی از پای درآمدند. این باور همواره در میان عامه مردم متداول بوده که ترس یا اخبار بد ناگهانی می توانند کشنده باشند. در واقع واژه «تنگی» (که نشان دهنده وضعیت عروق قلب در زمان بروز سکت قلبی است) در زبان یونانی با واژه هایی چون «خشم» و «درد سینه» هم ریشه است. مطالعه نورتریج - و چندین مطالعه دیگر در میان بازماندگان زمین لرزه ۱۹۸۱ آتن و حملات موشکی عراق به اسرائیل در سال ۱۹۹۱ با موشک های اسکاد - آغازگر پژوهش های جدید پیرامون آنچه که آن را می توان «مطالعه روانی قلب» خواند، شد: بررسی پیوندهای عمیق بین هیجانها و عواطف روحی و روانی و دستگاه قلب و عروق. متخصصین قلب و عروق از دیرباز با این اندیشه که قلب - این چشمه پرتوان حیات - می تواند در برابر حوادث روحی و روانی کاملاً از پا درآید، مخالف بودند. این تنها شوک های ناگهانی (همچون زمین لرزه ها) نیستند که می توانند باعث مرگ افراد شوند، شواهد روزافزونی نشان می دهند که وضعیت های هیجانی مزمن (مانند فشارهای روحی، نگرانی ها، خصومت ها و افسردگی) خساراتی به مراتب بزرگ تر از شوک های ناگهانی (ناشی از مثلاً زمین لرزه ها) به بار می آورند. به قول ادوارد سوارز دانشیار روانپزشکی و رفتار انسانی در دانشگاه دوک، «پنجده درصد کسانی که دچار حملات قلبی می شوند، کلسترول بالا ندارند.» خطر ناشی از عوامل روانی و اجتماعی کمتر از نشانگرهای سنتی بیماری های قلبی-عروقی مانند چاقی، مصرف سیگار و فشار خون بالا نیست، خطری که پژوهشگران، اندک اندک دارند به اهمیت آن پی می برند. هم اکنون شمار فزاینده ای از کلینیک ها با این دید نو به بیماری های قلبی نگاه می کنند و سعی دارند به یکی از اسرارآمیزترین منابع آنها - یعنی ذهن و روان انسان ها - بپردازند.

به تدریج، درک ما از شواهدی که به صورت نقل و حکایت تجربیات پراکنده پزشکان جمع آوری یا از گزارشات اپیدمیولوژیک حاصل شده به جست و جوی مکانیسم های اساسی فرامی رود. دبرا موزر پرستار مراقبت های بحرانی در بیمارستان مدیرور واقع در شمال کالیفرنیا در سال های دهه ۱۹۸۰ مکرراً شاهد تغییرات نگرشی بیماران در سیر بیماری قلبی شان بود. به ویژه مورد حمله قلبی (بدون عارضه) مردی در حدود ۵۰ ساله برایش بسیار جالب توجه بود. وی قرار بود پس از دو یا سه روز از بیمارستان مرخص شود، ولی ماندنش در بیمارستان شش روز به طول انجامید. موزر می گوید: «او نسبت به همه چیز وسواس داشت و بخصوص نسبت به وضعیتش بسیار حساس بود و به نظر چنین می رسید که از شدت نگرانی دستی دستی خود را دچار حملات مکرر کم خونی عضله قلب و درد سینه کرده است.» با این حال احساس درد سینه تنها در اندیشه و خیال وی نبود: آزمون ها نیز موید کم خونی عضله قلب وی بودند. سال بعد وی دچار حمله قلبی دیگری شد و به دنبال آن درگذشت.

سال ها بعد موزر (که اکنون استاد پرستاری در دانشگاه کنتاکی در لکسینگتون است) تلاش کرد شدت آثاری را که در بیمار مزبور مشاهده کرده بود، اندازه گیری کند. پاییز گذشته وی در نشست «انجمن قلب آمریکا» نتایج آزمون با شرکت ۵۳۶ بیمار دچار حمله قلبی را ارائه نمود. او سطح اضطراب بیماران را به کمک يك آزمون استاندارد چندجوابی اندازه گرفت و با جست و جو در سوابق آنها عوارضی (مانند حمله قلبی ثانوی) را که احتمالاً در طول اقامت شان در بیمارستان به هم زده بودند، مشخص کرد. کسانی که در آزمون ها بالاترین نمرات را از نظر شدت اضطراب به دست می آوردند، چهار برابر بیشتر از پایین ترین نمرات دچار عوارض قلبی شده بودند. درسی که از این مقایسه می گیریم، کاملاً روشن است: «اضطراب و افسردگی را باید جزء عوامل خطر مهم به شمار آورد.» در واقع پزشکان به این نتیجه رسیده اند که وجود عوامل روانی - اجتماعی متضمن خطرانی است به مراتب بیش تر از آنچه که پیش از این تصور می شد. به گفته دکتر مایکل فرنو استاد قلب و عروق در دانشگاه بیرمنگام واقع در انگلستان، افسردگی لااقل دو برابر بیشتر بیمار را در معرض حملات قلبی قرار می دهد. احساس خصومت نیز عامل خطر مهمی به شمار می رود. سطوح بالای خصومت (که با استفاده از آزمون استاندارد اندازه گیری شده) شانس مردن در نتیجه بیماری قلبی را، در میان گروه بزرگی از بیماران تا ۳۹ درصد افزایش داد - و در بیمارانی که ۶۰ ساله یا مسن تر بودند، این رقم بیشتر از ۵۰ درصد بود. چنین به نظر می رسد که حتی سابقه تروما در دوران کودکی نیز بر احتمال بروز بیماری قلبی در سال های آتی زندگی فرد بی تاثیر نیست. در مطالعه ای که اخیراً بر روی بیش از ۱۷ هزار فرد بزرگسال در سان دیگو صورت گرفت، دکتر ماکسیا دونگ در «مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها» دریافت که خطر حملات قلبی در کسانی که تجربیات نامساعدی (مثل سوء رفتار روانی، جنسی و عاطفی و خشونت در خانه) در کودکی داشتند یا برخی از اعضای خانواده های شان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر یا الکل بودند، ۲۰ تا ۷۰ درصد بیشتر است.

اگر فشارهای روحی و روانی دوران کودکی می توانند موجب بروز حملات قلبی شوند، در مورد عوامل موثر در ایجاد فشارهای کنونی - مانند ساعات طولانی کار، ترس از اخراج، کاهش ذخایر دوران بازنشستگی و غیره- چه می توان گفت؟ در مطالعه ای در سال گذشته که نتایج آن در مجله علمی لانست منتشر شد بیش از ۱۱ هزار بیمار مبتلا به حمله قلبی از ۵۲ کشور جهان مورد بررسی قرار گرفتند و معلوم شد که بیماران در سال قبل از بروز حمله قلبی تحت فشارهای روحی درخور توجهی - ناشی از کار، خانواده، مشکلات مالی، افسردگی و علل و عوامل دیگر- بودند. چرا عوامل مذکور این چنین موثرند؟ این را همه می دانیم که حالات هیجانی بر رفتار انسان ها تاثیر می گذارند. کسانی که دچار افسردگی یا عصبانیتند، کمتر رژیم های غذایی و تمرینات ورزشی مناسب را رعایت می کنند و بیشتر سیگار می کشند. در يك مطالعه عصبانی ترین افراد روزانه ۶۰۰ کالری بیشتر از افرادی که کمترین مشکل را داشتند، مصرف می کردند. با این حال رفتار تنها آغاز ماجرا است. هیجانات منفی می توانند در نتیجه پاسخ های تنش آلود با مکانیسم جنگ و گریز آثار مستقیم نیز داشته باشند. در پاسخ به این تحولات، بدن هورمون های استرس - مانند کورتیزول و اپینفرین (آدرنالین)- ترشح می کند و فشار خون و سطح قند خون افزایش می یابند. در عین حال تغییرات شیمیایی خون (با هدف کمک به ترمیم زخم) باعث تشدید واکنش های انعقادی می شوند. اینها در کوتاه مدت نقش مکانیسم های بقا را ایفا می کنند، لیکن در درازمدت فشار خون بالا و سطوح بالای قند خونی نهایتاً به عروق خونی آسیب می زنند.

پژوهش های جاری بیشتر بر روی آثار حاصل از التهاب متمرکزند. کسانی که دچار حالات خصمانه و افسردگی اند بیشتر از دیگران موقعیت ها را تنش زا تلقی می کنند و هم از این رو میزان ترشح هورمون های استرس در این افراد بیشتر است. سیستم ایمنی با تشدید التهاب - که در هر مرحله از بیماری قلبی (از تشکیل پلاک ها در دیواره عروق گرفته تا حمله کامل قلبی) بر شدت عوارض آن می افزاید - به این وضعیت پاسخ می گوید. اخیراً دکتر ایلان ویتستاین از دانشگاه جانز هاپکینز، پی به وضعیتی برد که شباهت ظاهری بسیاری به حمله قلبی دارد، و خود آن را «سندرم دلشکستگی» خواند. بیماران ویتستاین همگی با شوک های شدیدی - از جمله مرگ ناگهانی یکی از والدین یا فرزندان، تصادف با اتومبیل، دزدی مسلحانه، و حتی جشن تولدهای بی خبر و ناگهانی- مواجهه، و به ناگهان دچار ضعف پمپ قلب شده بودند. سطوح خونی آدرنالین در این بیماران ۳۰ برابر افراد سالم و حتی چهار تا پنج برابر کسانی بود که دچار حملات قلبی واقعی بودند. هورمون های مذکور احتمالاً برداشت کلسیم توسط سلول ها را (که مرحله ای ضروری در فرآیند انقباض عضله قلب است) مختل می سازند.

اگر هیجانات تنش زا برای قلب مضرند و موجب بیماری های قلبی می شوند، پس آیا می توان گفت که عکس آن نیز صادق است؟ تیموتی اسمیت روانشناس از دانشگاه یوتا به این نکته پی برد که اگر چند دقیقه پیش از شروع هر اتفاق پر تنشی به يك دوست یا آشناي حامی خویش بیندیشیم، افزایش فشار خون و ضربان قلب کمتر خواهد بود. مطالعات به این نتیجه رسیده اند که احتمالاً خوشبینی می تواند پیشرفت بیماری سختی شریان ها را نیز کند سازد. حتی امروز به خنده به چشم داروی قلبی می نگرند. در حال حاضر، آخرین دستاورد رشته علمی بررسی روانی قلب برنامه ای است که توسط دکتر دین اورنیش تهیه شده که در آن صحبت از رژیم با چربی های بسیار پایین است. در عین حال، ورزش و کاستن از فشارهای روحی به کمک یوگا، تفکر و تعمق و حمایت از سوی گروه های پشتیبان هم در آن جای دارند. بسیار جالب است که هم اکنون مداخلات روانشناسانه - که بدون درد، بی خطر و کم هزینه اند - به صورت آخرین چاره برای بیماران قلبی (که از روش هایی چون آنژیوپلاستی، گذاشتن بازکننده ها، جراحی بای پس و داروهای رنگ و وارنگ خسته شده اند) درآمده اند. دکتر هاروی زارن که مسئول اجرای برنامه ای با الهام از اورنیش در بیمارستان واحد مرکز پزشکی نورت شور واقع در لین (ماساچوست) است، این دسته از بیماران را به استفاده از روش هایی چون تفکر و تعمق، یوگا، ورزش های شل کننده عضلات و شرکت در نشست های گروه های پشتیبان دعوت می کند. شاید روزی این به صورت مدلی برای درمان بیماران قلبی درآید: رویکردی که تغییرات در شیوه زندگی را با نگاهی تازه به زندگی درهم می آمیزد. چنین دستاوردی تنها به همکاری بین متخصصین قلب، متخصصین تغذیه، روانشناسان، بیمار و خانواده اش - و با درک این که قلب در خلأ نمی تپد، و نه ذهن در خلوت و تنهایی بارور می شود - میسر است.

ترجمه: ع. فخریاسری

منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=214890>

راهی برای تشخیص سکته قلبی

بیماری های عروق کرونر علت اصلی مرگ و میر در ایران است و شامل طیف گسترده ای از يك اشكال گذرا در خون رسانی به عضلات قلب تا يك سکته قلبی وسیع و مرگ ناگهانی است و در واقع عبارت از عدم تعادل میان عرضه و تقاضای اکسیژن در عضلات قلب است . در این میان ، آترواسکلروزیس عامل اصلی ایجاد بیماری عروق کرونر است . این حالت تا حدی در تمام سنین و در هر دو جنس وجود دارد ولی وسعت درگیری افراد با آن به مواردی مثل زمینه ژنتیکی ، عوامل خطر ساز و شرایط فردی بستگی دارد .



مشکل از آسیب به دیواره داخلی رگ آغاز می شود که فشار خون بالا ، هیپرکلسترولمی و سیگار کشیدن موجبات این آسیب را فراهم می کنند . مجموعه این عوامل ، شرایط مساعدی را برای ایجاد لخته در منطقه آسیب دیده ، ایجاد می کند که موجب تنگی رگ و نرسیدن خون به عضله قلب خواهد شد و انقباض رگ نیز می تواند مزید بر علت شود .

اگر این انسداد ایجاد شده تدریجی باشد ، رگهای فرعی که طی مدت طولانی ساخته می شوند ، خون رسانی به عضله قلب را به عهده می گیرند و اگر انسداد ناگهانی باشد و فرصت تشکیل رگهای فرعی وجود نداشته باشد ، انسداد رگ می تواند آسیب غیر قابل جیرانی به عضله قلب وارد کند ، به همین علت است که بیماری های عروق کرونر در افراد جوان خطرناک بوده و مرگ و میر بالایی را در بر دارد . اکثر بیماران می توانند میزانی از فعالیت ، نظیر بالا رفتن از پله ها و راه رفتن در سر بالایی را مشخص می کنند که طی آن احساس ناراحتی به وجود می آید . معمولاً این دردها که با فعالیت مرتبط هستند به تدریج ایجاد می شوند . کمتر از ۱۵ دقیقه طول می کشند و بسیار سریع با استراحت یا تجویز نیتروگلیسیرین زیر زبانی برطرف می شوند .

آنزین پایدار به مواردی اطلاق می شود که احساس ناراحتی هنگام فعالیت و به صورت مزمّن قابل پیش بینی باشد ، آنزین ناپایدار به مواردی اشاره دارد که تغییر قابل توجه در دفعات متعدد و با شدت یا مدت زمان بیشتر وجود داشته باشد یا در سطح پایین تر از فعالیت درد ایجاد شود . بیماران مبتلا به آنزین ناپایدار از نظر بروز سکته قلبی و مرگ در معرض خطر بالایی قرار دارند و اغلب به بستری شدن و درمان طبی شدید نیازمندند .

در واقع نوع شدید بیماری های عروق کرونر قلب ، سکته قلبی است که شایع ترین علامت در مورد آن ، درد است مدت درد بیش از نیم ساعت است و اکثراً در حالت استراحت ایجاد می شود و با دوز معمولی خوراکی نیتروگلیسیرین تسکین نمی یابد . البته در ۲۰-۱۵ درصد موارد درد وجود ندارد که شامل افراد زیر است :

دیابتیک ها ، افراد ضعیف ، معتادان به مواد مخدر و دخانیات ، افراد با فشار خون بالا و سیاه پوستان . در نیمی از بیماران تهوع و استفراغ وجود دارد و سایر علائم عبارتند از : ضعف و بی حالی ، تعریق سرد ، سردی اندام ها ، سرگیجه ، اضطراب و در موارد نادر سکسکه و اسهال هم وجود دارد . یکی از نکات مهم که به کرات در کلینیک با آن برخورد می کنیم تظاهرات سکته قلبی با تابلوی سوء هاضمه است ، به این شکل که تعداد زیادی از مراجعه کنندگان بیان می کنند که متعاقب مصرف غذای نامناسب دچار درد سردل و استفراغ شده اند که ممکن است با مسمومیت غذایی اشتباه شود . در این موارد ممکن است علائمی مانند عرق سرد ، ضعف و بی حالی ، کاهش فشارخون و حتی احساس سنگینی قفسه سینه وجود داشته باشد .

• عوامل خطر ساز بیماری های عروق کرونر

مهمترین اقدام در به حداقل رساندن میزان بروز بیماری های عروق کرونر در نتیجه مرگ و میر حاصل از آن ، پیشگیری به حداقل رساندن عوامل خطر ساز است که عوامل خطر ساز را می توان به سه دسته تقسیم کرد :

(۱) عوامل خطر غیر قابل تغییر :

سن بالا ، جنس مذکر و سابقه فامیلی بیماری زودرس عروق کرونر . با افزایش سن ، شیوع بیماری های عروق کرونر افزایش می یابد و در هر سنی شیوع آن در مردان بیشتر است . این بیماری به طور متوسط در زنان ، ده سال دیرتر از مردان تظاهر می یابد و این مسأله تا حدود زیادی مربوط به هورمون های زنانه است . سابقه خانوادگی تصلب شرایین زودرس ، باعث افزایش تصلب شرایین در افراد می شود که هم می تواند ناشی از عوامل محیطی و هم استعداد ارثی به بیماری باشد .

(۲) عوامل خطر ساز قابل تغییر

الف (هیپرلیپیدمی : افزایش کلسترول باعث تسریع بیماری می شود ، افزایش تری گلیسرید ممکن است عامل خطر مستقلی برای بیماری عروق کرونر ، خصوصاً در زنان باشد ، از طرف دیگر به نظر می رسد HDL نقش محافظتی ارزنده ای دارد ، در اینجا یک رژیم غذایی مناسب می تواند تا حد زیادی در کاهش چربی خون مؤثر باشد ، البته در مواردی نیاز به درمان دارویی هم وجود دارد . همچنین فعالیت فیزیکی مرتب و منظم و در حد تحمل موجب کاهش فشار خون ، افزایش HDL ، کاهش وزن و در کل کاهش خطر بیماری های قلب و عروق می شود . رابطه با فعالیت های فیزیکی نیز لازم است که حداقل ۳ بار در هفته و هر با به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه به ورزش بپردازید ، بهترین فعالیت یا ورزش پیاده روی تند است به شکلی که فرد احساس کند ضربان قلب او کمی تند شده است .

ب (فشار خون بالا : فشار خون بالا با فشار ماکزیمم بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشار مینیمم بیش از ۹۰ میلی متر جیوه مشخص می شود ، فشار خون بالا از عوامل خطر ساز اصلی به شمار می رود . هر چه مدت ابتلا و میزان فشار خون بیشتر باشد ، خطر آن نیز بیشتر خواهد بود ، فشار بالا به شکل قابل توجهی خطر سختی دیواره رگ ها را افزایش می دهد و در درمان آن کاهش فشار اثرات بسیار مثبتی به دنبال دارد .

ج (دیابت شیرین

دیابت قندی به وضوح خطر ایجاد بیماری های عروق کرونر قلب و مرگ و میر ناشی از آن را افزایش می دهد ، مرگ و میر حاصل از بیماری های عروق کرونر قلبی در مردان دیابتیک ۲-۳ برابر و در زنان دیابتیک ۷-۳ برابر بیشتر از سایر افراد جامعه است .

د) استعمال دخانیات : دود تنباکو ، علاوه بر سرطان زا بودن از عوامل خطر اصلی بیماری های عروق کرونری است ، به شکلی که خطر مرگ و میر در افراد سیگاری تا ۷۰ درصد بیشتر و خطر بیماری عروق قلب ۳ تا ۵ برابر افراد غیر سیگاری است . در واقع ۱۲ ماه بعد از قطع سیگار ، کاهش قابل توجهی در بروز CAD دیده می شود و ۲ تا ۵ سال بعد از قطع سیگار خطر سکته قلبی به اندازه افراد غیر سیگاری می رسد .

• سایر عوامل خطر ساز :

چاقی ، فعالیت کم بدنی ، استرس و جزو سایر عوامل خطر ساز محسوب می شوند . چاقی ارتباط نزدیکی با عوامل خطر اصلی مثل فشار خون بالا ، افزایش چربی خون و دیابت دارد . چاقی مخصوصاً در ناحیه شکمی می تواند مهم باشد و کاهش وزن به حد طبیعی موجب ۳۰-۲۰ درصد کاهش در خطر بیماری های ایسکمیک قلب می شود . ورزش های ایرومتریک شامل وزنه برداری ، فعالیت شدید به خصوص در هوای سرد مثل اسکی و پارو کردن برف ، توصیه نمی شود ، اما بیماران می توانند فعالیت های پرانرژی نظیر فعالیت های جسمی متوسط در هنگام کار داشته باشند .

منبع : مرکز اطلاع رسانی خانواده شمیر

<http://vista.ir/?view=article&id=243291>

 **vista.ir**
Online Classified Service

روانکاووی فشار خون

فشار خون میزان فشار داخل رگهاست در زمان سیستول (ضربان قلب) در زمان دیاستول (وقفه بین دو ضربان قلب) .

این فشار روی رگهای محیطی ، عمدتاً "جلوی ارنج محاسبه میشود . وبا دو عدد بر حسب میلی متر یا سانتی متر جیوه بیان میشود . در بیماری پر فشاری این فشارها افزایش میابند ، و وقتی که حجم خون در گردش کاهش یابد یا خاصیت پمپی قلب کم شود ، این فشار کاهش خواهد یافت . کاهش زیاد این فشار به ارگانهای حیاتی بدن صدمه خواهد زد و پر فشاری نهایتاً و در دراز مدت شانس بیماریهای قلبی و خونریزی مغزی را زیاد میکند . بی تردید کشف فشار خون ، توضیح پر فشاری و کم فشاری پیشرفت بزرگی در پزشکی بوده است .

کنترل فشار خون در سالهای اخیر شیوع خون ریزی مغزی را کاهش داده است اما فشار خون پر فشاری و کم فشاری تنها اینگونه متجلی نمیشوند تاثیر و نفوذ اینها بر جان ادمی و جان ادمی بر این مفاهیم بسیار فراتر از اینهاست .

اینجا بر آنم که این تاثیرات متقابل را از زاویه ای فرا علمی بشکافم. اینجا گره گاهی است که تمنیات و معنویات عالم رادر تنیده شدن و به کار آمدن علم ، مستقل از خواست عالم و معلوم می توان در یافت .



روانکاری فشار خون و تبار شناسی این روانکاووی شایددر سنگ سترگ بدیهیات ترکی پدید آورد .

در اولین نگاه ، فشار خون نوعی معاینه است . این معاینه اگر چه از الزامی ترین معاینات پزشکی است ولی میتواند جایگزین معاینات بیشتر بشود . اگر فرصتی برای گفتگو نیست ، اگر سایر معاینات وقت گیرند و نتیجه قاطعی به بار نمی آورند میتوان معاینه را به حاصل آمدن عددی دوگانه که بصورت يك كسر بیان میشود خلاصه کرد . این عدد معیار سلامتی می نماید، میزان الحراره زندگی است عقر به آى دو گا نه داراى محدوده ای متنا سب محدود به بالا ئى وپا ئینی چون زندگی چون روز چون شب با جادوی فریبنده عدد . مگر نه اینکه جادوی عینیت ، عینیتی که در عدد هست از هزاران سال پیش انسان را فر یفته .

در تن ادمی اعداد ارقام دیگری هم هست، عدد نبض عدد درجه حرارت، قد ، وزن... اما هیچکدام از انها نتوانسته اند جایگاه عدد فشار خون رابیانند. عدم ارتباط این اعداد و ارقام با حالات ادمی بجز در درجات واضح تب و بیماری ، این اعداد راز این جایگاه محروم کرده است . پس وقتی که خستگی غروب طبیب را به صندلی چسبانده ، از همانجا هم می توان دستی به فشار خون دراز کرد و عقد معاینه را در حداقل ارتباط با تن بیمار با واسطه آى ابراری جاری کرد و حق العلاج را حلال نمود . حال که این زندگی سنج را در هر داروخانه آى می توان به بهائی نازل خرید باز هم چیزی تغییر نکرده است

فشاری که دکتر میگیرد چیز دیگری است ، و اگر دکتر متخصص باشد هم فشار دکتر متخصص با عمومی متفاوت است.

اگر دکتر متخصص است باشد، هر چه می پرسد و معاینه میکند بجای خود من که میفهمم ، مهم معیار سلامتی است ، اگر فشار خون من گرفته نشود ، بقیه بی ارزش است ، پس میتوان متخصص را هم جواز رهائی از بازجوئی شرح حال و رهائی از معاینات دشوار داد. اگر چه بیماری پر فشاری در بسیاری موارد تا سالها بی علامت است اما احساس خاص بنام "فشار بالا" وجود دارد اگر چه فشار پائین فقط در حالات خاص و خطرناك پدید می آید ولی در زندگی متعارف احساسی خاص بنام "فشار پائین" وجود دارد اگرچه درمان فشار خون پائین در ان حالات خطرناك خون است و مایع و داروهای با لا برنده فشار خون اما احساس "فشار پائین" با اب قند درمان میشود !!و اگر چه حکیم یا عالم میدانند که قند و اب قند در

داخل رگ نمی ماند که فشار را بالا ببرد .

اما تصور فشار پائین ان قدر قوی است که گاه حکیم دستور نیم لیتر یا دو لیوان آب قند میدهد که به بیمار تزریق کنند تا چه حد قدرت تصور فشار پائین در این دستور دخالت دارد و چه حد حق العلاج اندک و مخارج تزریقات؟ چیزی است که شاید خود حکیم هم نداند ، اما همه از این کار مثبت ، از این توجه از این اقدام رضایت دارند احساس فشار پا بین درمان میشود و چیزی در رگ بیمار می دود که به هر حال حیات است ، همسری چیزی می پردازد ، دارو خانه چیزی می فروشد ، و پزشک که چیزی گرفته به اندازه چند ویزیت رضایتی مییابد. از او تشکر می شود اما اگر ریشه این "فشار پائین" کمبود محبتی است

حمله اضطراب بجای خود میماند . مورد توجه قرار نمیگیرد تا ملاقات بعد و پزشک تجربه میکند که آنچه اموخته مال کتاب است و امتحان، اما آنچه میکند مربوط است به خواست بیمار و مخارج زندگی اما اگر چه ماهیت احساس فشار پائین تا حدود زیادی عریان است، اما فشار بالا چنین نیست ماهیت فشار بالا را بدین سهولت نمیتوان حلاجی کرد اگر درمان فشار پائین با خطری همراه نیست

اما پیچیدگی ما هیت فشار بالا درمان ان را گاه خالی از خطر نمیسازد. چه کسی میتواند ادعا کند که میداند " احساس فشار بالا" علت سردرد است یا "سردرد علت فشار بالا"؟ یا فراتر ایا این تشویشی دانسته یا کنک اما مرموز و تاریخی نیست که چونان سردرد میرنجاند

چونان فشار بالا می اشوبد و به تشخیص متشخص "هیپر تانسیون" ارام میگردد . بی تردید این تشخیص نیازی است . و پاسخ ، از تمامی پاسخ های همتای خود در تاریخ فراتر می رود و اقتصادی بسامان تر دارد . و فقط ان زمان صناعی بودن ان رخ می نماید که زیر لوای این جادوی عینی اشوبی سودمند را فرو بنشانیم . وقتی که رودی پرشتاب و پر فشار از خون میرود تا نقیصه ای رادر مغزی که در خشکسالی سکنه نشسته جبران کند قطرات پائین آورنده فشار در واقع تخم مرگ را در زیر زبان میکارند . عدد بالائی فشار نهایت زندگی است و هرچه با لاتر زندگی به نهایت نزدیک تر . عدد بالا آتش است گرمی است جهنم است . جادوی علم جهنم را به قطراتی زیر زبان مسخر میسازد ، آتش را فرو مینشانند . این يك امکان است این جدید است . علم است این چیزی است که به جای تقدیر نشسته در دست توسل دست همه است بشتاب و این قطرات جادو را در کام همسایه رو به موت بریز . بشتاب و این قطرات را در کام بیمار بد حالت که به در مانگاه تو آورده اند و تو از او فقط يك فشار نسبتا بالا یافته ای بریز . این علاج است . این بدیهی است . همه همین کار را میکنند

حتی ان ها که پزشک نیستند و بدنال شاید سکنه ای با همین قطرات کامل شود!!! یا کسی که در حال سکنه مغزی بود،

با این درمان علمی مشعشعانه دیگر به زندگی بر نگردد. ایا پس از مرگ بیمار ما به این صرافت خواهیم افتاد که این پیش فرض های نادانسته ما هستند که بر آنچه میدانیم و میکنیم حکم میرانند . آیا به صرافت خواهیم افتاد که برخی دانسته های ما از بسیاری ندانسته های ما خطرناک ترند ؟ راستی اگر در ساده ترین معاینه درمانهای ما یعنی فشار خون "هیپر تانسیون" چنین تردیدهایی میرود، کارهای پیچیده ما در چه حالند؟

منبع : شبکه خبری ورلد نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=228948>

 Vista.ir
Online Classified Service

زیدان و آمیتا باچان هم تالاسمی دارند

۱۹ اردیبهشت روز جهانی تالاسمی است. تالاسمی ما را به یاد کودکانی با قیافه های به هم ریخته و بی حال می اندازد. همانها که ساعتها قطره های خونی را می شمارند که آرام آرام وارد رگهایشان می شود. تالاسمی اما در

www.takbook.com





دنای امروز چهره دیگری پیدا کرده است؛ آنقدر که فدراسیون بین‌المللی تالاسمی ترجیح می‌دهد به جای «بیمار مبتلا به تالاسمی» بگوید «فرد مبتلا به تالاسمی»...

دکتر پیمان عشقی، فوق‌تخصص بیماری‌های خونی در کودکان، هم همین نظر را دارد و می‌گوید: «دیگر هیچ بیمار تالاسمی نباید به علت

تالاسمی‌اش بمیرد.»

وقتی در سال ۱۹۲۵ دکتر کولی، پزشک آمریکایی مطالعات خود را در مورد کودکان مهاجران ایتالیایی شروع کرد، کمتر کسی باورش می‌شد که پرده از رازهای شایع‌ترین بیماری ارثی خون برداشته خواهد شد. تغییرات استخوان‌های صورت و کم‌خونی شدید در میان مهاجران سواحل مدیترانه توجه دکتر کولی را جلب کرد و این‌گونه بود که کلمه تالاسمی به دنیا آمد. تالاسمی به زبان لاتین به معنای دریا و امی به معنای خون است. تالاسمی برخلاف بسیاری از بیماری‌های ارثی، در مناطق خاصی از دنیا شیوع بیشتری دارد.

دکتر عشقی در این مورد به اصطلاح «کمربند تالاسمی» اشاره می‌کند و می‌گوید: «تالاسمی در مناطقی از دنیا که در مجاورت دریاست و آب و هوای گرم و معتدل دارند شایع‌تر است؛ مثل کشورهای اطراف دریای مدیترانه، کشورهای حوزه خلیج فارس و دریای عمان و به این ترتیب، کمربند تالاسمی از پاکستان و هند تا کشورهای جنوب شرقی آسیا کشیده می‌شود.»

اما چرا این‌گونه است؟ دکتر عشقی کمی فکر می‌کند تا دلیل جالب و پیچیده این پدیده را به زبان ساده‌تر توضیح دهد: «چون ارتباط متقابلی بین بیماری ارثی تالاسمی و ابتلا به بیماری مالاریا هست. در تالاسمی هموگلوبین که بخش اصلی گلبول‌های قرمز خون ماست به طور ارثی نقص دارد. همین نقص باعث می‌شود که گلبول‌های قرمز ضعیف باشند و به سادگی از بین بروند. از طرفی در بیماری مالاریا، پشه آنوفل موجودات میکروسکوپی را وارد بدن می‌کند که در گلبول‌های قرمز زندگی و تکثیر پیدا می‌کنند. گلبول‌های قرمز ناقص افراد تالاسمی هر بدی هم که داشته باشند لاف این فایده را دارند که نمی‌توانند میزبان خوبی برای بیماری مالاریا باشند. برای همین در این نواحی گرم و مرطوب که پشه آنوفل بیشتر است، در طول قرن‌ها افراد تالاسمی بیشتر از سایر مردم از بیماری مالاریا جان سالم به در برده‌اند. به این رابطه ارتباط فیلولوتیک می‌گویند. یعنی یک بیماری ارثی یک بیماری عفونی را برای خود انتخاب می‌کند.»

• دو نکته مهم درباره یک بیماری ارثی

دکتر عشقی خیلی دوست دارد روی کلمه ارثی در مورد تالاسمی تاکید کند. وقتی دلیلش را می‌پرسم، پای دو باور غلط را وسط می‌کشد: «اول اینکه ابتلا به تالاسمی مثل رنگ پوست شماست. اگر شما سیاه‌پوست باشید، آیا دوست نزدیک شما هم سیاه‌پوست خواهد شد؟ پس باور کنید تالاسمی مسری نیست و بیمار تالاسمی هیچ خطری برای سلامتی دیگران ندارد. دوم اینکه برای ابتلای یک فرد به تالاسمی حتما باید پدر یا مادر یا هر دویشان ناقل تالاسمی باشند. عدم درک یک مساله متاسفانه موجب یک اشتباه مهلک می‌شود. اینکه پدر و مادری که یک فرزند تالاسمی دارند، دوباره بدون هیچ بررسی ژنتیکی بچه‌دار می‌شود که شاید بچه بعدی‌شان سالم باشد!»

• این پازل تکمیل شده است

«این پازل تکمیل شده!» این دقیقاً جمله دکتر عشقی است که با اطمینان کامل می‌گوید بیماری تالاسمی و عوارض آن و راه‌های پیشگیری و درمان عوارضش برای پزشکان معلوم شده است: «۱۰ تا ۱۵ سال قبل، متوسط سن بیماران تالاسمی ایران حدود ۱۰ سال بود اما همین حالا جوانان ۲۰ ساله فراوانی هستند که سالم و سرحال برای پیگیری درمان تالاسمی خود به من مراجعه می‌کنند. یک زمانی در کشور فقط ۲ تا ۴ فوق‌تخصص خون کودکان وجود داشت اما حالا متخصصان زیادی مراقبت از بیماران تالاسمی را بر عهده دارند. الان تمام پازل‌های مراقبت تالاسمی جمع شده است. مامی‌دانیم چه طور آه‌زدایی کنیم. چه طور با عوارض قلبی، کبدی و غددی بیماران مواجه شویم. دیگر حالا نباید یک بیمار تالاسمی به خاطر تالاسمی بمیرد!»

• آهن، مهمان مزاحم

بیماران تالاسمی به نسبت نقصی که در گلبول‌های قرمز خود دارند، به خون سالم احتیاج پیدا می‌کنند. اولین گزینه درمانی برای فرم پیشرفته بیماری یعنی تالاسمی ماژور، تزریق منظم خون است. این همان مسابقه نفس‌گیری است که برای بعضی بیماران از شش ماهگی شروع می‌شود. اما مشکل بیماران تالاسمی به همین سادگی حل نمی‌شود. در حقیقت، انرژی پزشکان صرف مقابله با عوارض درمان می‌شود. تزریق

خون سالم اگر چه برای یک بیمار تالاسمی حیاتی است اما همراه خود یک مهمان مزاحم را هم وارد بدن بیمار می‌کند و آن مهمان کسی نیست جز آهن. دکتر عشقی، کار مهم متخصصان خون را درمان عوارض درمان عنوان می‌کند و می‌گوید: «گلبول‌های قرمز بیماران تالاسمی به دلیل اشکال ساختاری زود پاره می‌شوند و مقادیری آهن وارد بدن فرد می‌کنند. از طرفی به خاطر کم‌خونی، بدن تشنه آهن می‌شود و بیمار تالاسمی چند برابر افراد عادی آهن جذب می‌کند. در کنار این مشکلات هر بار تزریق خون هم مقدار اضافه دیگری آهن وارد بدن فرد می‌کند. این تجمع آهن در بافت‌های مختلف رسوب می‌کند و آنها را با آسیب‌های جدی مواجه می‌کند. از قلب و کبد و صفحات رشد گرفته تا تیروئید و پانکراس و غدد جنسی.»

بدن انسان‌ها هیچ مکانیسمی برای دفع آهن اضافه ندارد. از دکتر می‌پرسم که باین آهن چه می‌کنید؟ می‌گوید: «معمولا بعد از ۱۰ بار خون گرفتن ما به فکر آهن‌زدایی از بدن بیمار خود می‌افتیم. سالیان سال بیماران تالاسمی برای دفع آهن مجبور بودند از یک داروی تزریقی که با پمپ و آن هم در عرض ۸ تا ۱۲ ساعت وارد بدنشان می‌شد استفاده کنند. خوشبختانه چند سالی است که داروهای خوراکی وارد بازار شده‌اند. هر چند برای استفاده از انواع خوراکی وجود برخی شروط هم لازم است. از طرفی ما از ۸ سالگی مراقبت قلبی و از ۱۰ سالگی آزمایش‌های متعددی برای کنترل تیروئید، قند و کلسیم خون هم شروع می‌کنیم.»

• پیشگیری، پیشگیری و باز هم پیشگیری

از سال ۷۶ در ایران مشاوره ژنتیکی قبل از ازدواج اجباری شده است. هر ساله نزدیک به ۵۰۰ هزار زوج مورد آزمایش قرار می‌گیرند و نزدیک به ۲۵ هزار زوج ناقل شناسایی می‌شوند. ازدواج دو فرد به ظاهر سالم و مبتلا به نوع مینور تالاسمی می‌تواند منجر به تولد کودکی با تالاسمی مازور شود. به همین خاطر چنین زوج‌هایی مورد مشاوره قرار می‌گیرند. دکتر عشقی می‌گوید: «اجباری بودن مشاوره به معنای جلوگیری از ازدواج این افراد نیست. بلکه معنایش این است که شما یک بار هم که شده باید در مورد عواقبی که در انتظارتان خواهد بود حقایقی را بشنوید. معمولا مشاوران توصیه می‌کنند اگر علائق و وابستگی عاطفی شدیدی بین دو نفر نیست ازدواج نکنند و اگر اصرار به ازدواج دارند، راهکارهای بعدی بررسی جلوگیری از تولد نوزاد با تالاسمی مازور با آنها در میان گذاشته می‌شود.» گفتگویمان به انتها رسیده است و ضبط را خاموش می‌کنم. دکتر اما دلش آرام نمی‌گیرد. می‌گوید بعضی چیزهای مهم مانده که حتما باید به خوانندگان منتقل شود. می‌گوید و من می‌نویسم: «ببینید! این باور غلط است که اگر با غریبه ازدواج کنید، بچه شما تالاسمی نمی‌گیرد. هیچ ربطی ندارد که شما ترک باشید و همسرتان کرد یا عرب. تالاسمی در کشور ما شایع است و در تمام اقوام وجود دارد. یک مورد بسیار مهم دیگر هم این است که اگر قبل از سال ۷۵ ازدواج کرده‌اید و حالا دو یا سه فرزند سالم دارید، اگر باز هم قصد بچه‌دار شدن دارید، حتما باید آزمایش ژنتیکی بدهید. خیلی از پدر و مادرها بعد از سه فرزند سالم حالا صاحب یک بچه تالاسمی مازور می‌شوند و این واقعا یک تراژدی است!»

• پاسخ به ۵ سوال رایج درباره تالاسمی

۱) بیماران تالاسمی که با تجمع غیرمجاز آهن در بدن خود مواجه‌اند، آیا باید از مصرف مواد غذایی حاوی آهن زیاد (مثل جگر) خودداری کنند؟ از نظر تغذیه هیچ فرقی بین افراد تالاسمی و سایر افراد وجود ندارد. فقط این افراد نباید قطره آهن یا سایر داروهای تقویتی آهن‌دار را استفاده کنند. اگر رژیم غذایی سبب بدغذایی کودک شود، ضرر آن بیشتر از منفعت آن است. علاوه بر این آهنی که مثلا از طریق خوردن جگر وارد بدن می‌شود، در مقایسه با آهن دریافتی از تزریق خون مثل یک قاشق چای‌خوری در مقابل دریا است.

۲) فعالیت‌های بدنی بیماران تالاسمی چگونه باید باشد؟

چندان تفاوتی ندارد اما بهتر است فعالیت شدید ورزشی در سطح قهرمانی نداشته باشند. به هر حال با تمام پیشگیری‌هایی که انجام می‌دهیم، مولکول‌های آهن حتی به مقدار جزئی هم روی بافت قلب می‌نشینند. البته برای بیماران تالاسمی المپیاد ورزشی مخصوص به خودشان را هم داریم. به طور کلی ورزش‌های راکت‌دار مناسب‌ترند.

۳) چه شیوه‌ای برای پیگیری مراقبت‌های درمانی بیماران تالاسمی توصیه می‌کنید؟

شعار من یک پزشک، یک پرونده و یک بیمار تالاسمی در هر خانواده است. با توجه به پیچیدگی‌های درمان تالاسمی پزشک و تیم پزشکی باید از کودکی با تمام حالات و شرایط بیمار حتی با شرایط روانی او آشنا باشند. پرستاران، پزشک و خانواده بیمار همگی جزو حلقه‌های درمانی هستند و بهتر است هرگز گسسته نشوند. خیلی وقت‌ها ما از زبان پرستارانی که بیمار با آنها احساس نزدیکی بیشتری داشته مطلع می‌شویم که مثلا بیمار پنهانی دسفرال خود را مصرف نمی‌کند.

۴) اگر یکی از همان بیماران ۲۰ ساله شما برای ازدواج با شما مشاوره کند، چه جوابی به او می‌دهید؟
قطعاً می‌گویم ازدواج کند. کیفیت زندگی بهتر حق هر انسانی است. مثلاً از خانم می‌پرسم شما این آقا را دوست دارید؟ اگر گفت بله، شرایط بالینی شوهر آینده‌اش را برایش توضیح می‌دهم. می‌گویم اگر درمان‌ها و مراقبت‌هایش را مرتب انجام دهد، ممکن است عمری عادی هم داشته باشد. حتی می‌گویم کمکش کند تا خوب داروهایش را بگیرد و از زیر درمان در نرود.
۵) چه قدر احتمال می‌دهید همان بیمار شما به دلیل رسوب آهن، دچار نازایی باشد؟
ببینید! اگر از اول خوب مراقبت گرفته باشد و آهن‌زدایی خوبی شده باشد، احتمال نازایی‌اش خیلی کم است. برای خانم‌ها از آقایان هم کمتر است. به هر حال می‌توان با آزمایش به سادگی تکلیف را روشن کرد.

منبع: روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=368306>

 Vista.ir
Online Classified Service

سارکوئیدوز قلبی و نارسایی قلب: تشخیص، پیش‌آگهی و مداخلات درمانی

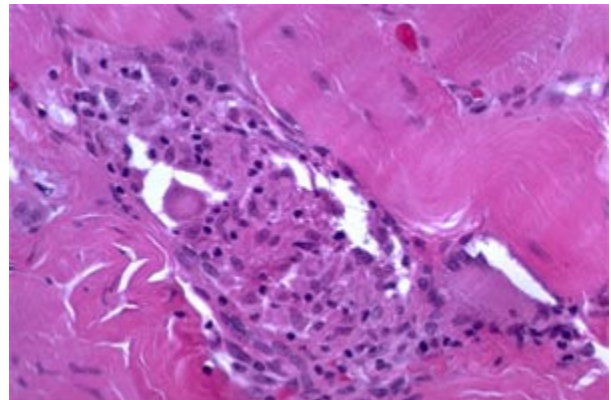
• مقدمه

سارکوئیدوز یک بیماری التهابی با درگیری چندین سیستم مانند ریه، چشم، پوست و قلب است که به دلایل نامشخص ایجاد می‌گردد. در سراسر دنیا از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۲۰ نفر به سارکوئیدوز مبتلا می‌گردند و این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد ژاپنی‌ها بخصوص زنان ژاپنی در سنین بالای ۴۰ سال نسبت به سایر جمعیت دنیا ریسک بالاتری در زمینه ابتلا به سارکوئیدوز بخصوص سارکوئیدوز قلبی دارند.

• بحث

شایعترین شکل درگیری سارکوئیدوز در ۸۰٪ موارد بصورت درگیری ریه

است و در ۵۰٪ موارد در مبتلایان به سارکوئیدوز مزمن درگیری قلب نیز دیده می‌شود. درگیری موضعی قلب یکی از شدیدترین تظاهرات سارکوئیدوز بوده و ممکن است منجر به مرگ فرد گردد. درگیری قلب با تظاهرات کاردیومیوپاتی اتساعی و محدود شونده، اختلال هدایتی قلب و بلوک کامل قلبی و آریتمی‌های خطرناک بطنی و پریکاردیت دیده می‌شود که البته نارسایی قلب عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سارکوئیدوز قلبی محسوب می‌گردد از جمله تظاهرات دیگر این بیماری به دنبال درگیری عروق کرونر است که بصورت علائم سندرم حاد عروقی دیده می‌شود. شایعترین محل تظاهرات سارکوئیدوز قلبی بین دیواره بین دو بطن و دیواره آزاد بطن چپ می‌باشد. به دلیل علائم بالینی غیر اختصاصی آن تشخیص و استراتژیهای درمانی و پیش‌آگاهی این بیمار به خوبی تعریف نشده و حتی با روشها و تجهیزات پیشرفته اغلب از نظرها دور می‌ماند. تظاهرات غیر اختصاصی ناشی از ضایعات گرانولوماتوزاین بیماری سبب تغییر در ECG، اکوکاردیوگرافی، هیستولوژی، بیوپسی و اسکن و تصویر برداری و MRI می‌گردد که جهت تشخیص می‌تواند از آنها بهره جست. شایعترین علت مرگ ناشی از این بیماری نارسایی قلب بوده که می‌توان با کمک استروئید درمانی به بهبود عملکرد بطن چپ و پیشگیری از دیس ریتمی‌های خطرناک و فیبروز قلب کمک نمود. همچنین جهت درمان بلوک قلبی پیس میکر قلبی و به منظور درمان تاکی کاردی بطنی از آمیودارون و کاشت دفیبرلاتورهایی داخل قلبی می‌توان استفاده کرد.



• نتیجه گیری

این مقاله مروری است بر مقالات منتشر از سالهای ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۶ در زمینه سارکوئیدوز قلبی که به بررسی اپیدمیولوژی، تظاهرات بالینی و چگونگی تشخیص و درمان و پیش آگاهی سارکوئیدوز قلبی و ارتباط آن با نارسایی قلب می پردازد که در اصل مقاله به آن پرداخته می شود. سارکوئیدوز یک بیماری التهابی سیستمیک است که به علت نامشخص ایجاد می گردد در سراسر دنیا از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۲۰ نفر به سارکوئیدوز مبتلا می شود و این در حالی است که ژاپنی ها بخصوص ، زنان ژاپنی در سنین بالای ۴۰ سال نسبت به سایر جمعیت دنیا ریسک ابتلا به سارکوئیدوز و بخصوص سارکوئیدوز قلبی دارند. (۱) عمومی ترین تظاهرات آن در ۸۰٪ موارد ریوی است (۲) اما می تواند با درگیری سایر ارگانها مانند پوست ، غدد پاروتید ، طحال ، کبد ، درگیری سیستم اعصاب مرکزی ، استخوان و یوونیت ، غدد لنفاوی و قلب نیز تظاهر یابد (۳) در ۵۰٪ بیماران مبتلا به سارکوئیدوز درگیری قلب نیز دیده شده است (۲) درگیری موضعی قلب یکی از شدیدترین تظاهرات سارکوئیدوز بوده و ممکن است سبب تهدید زندگی فرد و مرگ وی گردد. علائم بالینی سارکوئیدوز قلبی بستگی به محل و وسعت ضایعات التهابی گرانولوماتو دارد و می تواند با تظاهرات آریتمی ، اختلالات هدایتی و نارسایی احتقانی قلب خود را نشان دهد (۴) بلوک کامل قلبی شایعترین تظاهر سارکوئیدوز قلبی است . بلوک درجه یک نیز اغلب در ارتباط با ضایعات مربوط به گره دهلیزی بطنی یا دسته های هیس ایجاد می گردد. در هر بیمار مبتلا به سارکوئیدوز که با علائم سنکوپ مراجعه می کند ارزیابی بلوک کامل قلبی توسط الکتروکاردیوگرافی و هولترمانیتورینگ توصیه می گردد. مرگ ناگهانی به دنبال اختلال هدایتی در قلب و تاکیکاردی بطنی در ۲۰ تا ۶۵٪ از موارد مبتلایان به سارکوئیدوز قلبی دیده می شود. (۵) در ۲۲٪ موارد در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز قلبی تاکیکاردی بطنی و آریتمی های بطنی دیده می شود. (۶) نارسایی احتقانی قلب دومین علت شایع مرگ و میر در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز قلبی است . ضایعات گرانولوماهای التهابی در میوکارد سبب ایجاد تغییرات فیبروتیک و ایجاد اسکار در میوکارد و از دست دادن عملکرد آن می گردد. (۵) بنابراین از جمله تظاهرات شایع در بیمار مبتلا به سارکوئیدوز قلبی علائم نارسایی احتقانی قلب و کاردیو میوپاتی است.

۱۵٪ بیماران مبتلا به سارکوئیدوز قلبی دارای تظاهرات کاردیومیوپاتی اتساعی هستند. این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به کاردیومیوپاتی اتساعی ایدیوپاتیک دارای پیش آگهی بدتر و ضعیفتری هستند در ۲۵٪ موارد علت مرگ این بیماران نارسایی احتقانی قلب می باشد. (۸) آریتمی های فوق بطنی مانند فلوتر، فیبریلاسیون و تاکیکاردی حمله ای دهلیزی از مواردی هستند که در این بیماران با درصد شیوع کمتری دیده می شود. (۹) اختلال عملکرد درجه های قلب مانند درگیری درجه میترال به دنبال ضایعات گرانولوماتو در این بخش و نیز در عضلات پاپیلری دیده می شود که گهگاه به دنبال هایپر تانسیون ریوی و اختلال عملکرد همودینامیک بدن نیاز به تعویض درجه می باشد.

وجود ضایعات حتی می تواند علائم انفاکتوس قلبی و بیماریهای حاد عروق کرونر را ایجاد نماید. (۱۰) پریکاریت نیز بصورت نادر به دنبال اکوکاردیوگرافی در این بیماران شناسایی شده است (۸) کولپولومونال نیز از اثرات ثانویه قلبی به دنبال سارکوئیدوز پیشرفته ریوی است. با این حال عمده ترین دلیل مرگ مربوط به نارسایی سیستم تنفسی است. (۱۰) روشهای تشخیص برای تشخیص این بیماری شامل ارزیابی علائم بالینی غیر اختصاصی این بیماری می باشد که شامل علائم پوستی ، کلیوی، چشمی ، هایپوکلسمی و درگیری غدد پاروتید و مشکلات بلعی است (۱۲) البته در ۹۵٪ موارد شایعترین علائم ریوی است و سایر ضایعات به ترتیب پوستی در ۲۰٪ بیماران ، چشمی در ۱۲٪ بیماران و درگیری غدد پاروتید در ۵٪ و اختلالات مربوط به کلسیم در ۴ تا ۱۰٪ موارد دیده می شود. (۳) به دلیل علائم بالینی غیر اختصاصی آن تشخیص ، درمان و پیش آگهی این بیماران به خوبی تعریف نشده است و حتی با روشها و تجهیزات پیشرفته نیز اغلب تشخیص سارکوئیدوز قلبی از نظر دور می ماند. (۴) تظاهرات غیر اختصاصی ناشی از ضایعات گرانولوماتو این بیماری سبب تغییر در ECG، اکوکاردیوگرافی ، مطالعات هیستولوژیکی ، بیوپسی، اسکن و تصویر برداری و MRI می گردد که جهت تشخیص می توان از آن بهره برد. (۶) شایعترین شیوه درمان در این بیماران استفاده از کورتیکواستروئیدها می باشد اثرات این دارو در پیشگیری و توقف روند التهاب به دنبال سارکوئیدوز در قلب به اثبات رسیده است . در افرادی که نمی توان در آنها از این دسته دارویی استفاده نمود از داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی مانند آنتی متابولیتها مانند آزاتیوپرین و مایکوفنیلات استفاده می گردد. استروئید درمانی به بهبود عملکرد بطن چپ و پیشگیری از دیس ریتمی های خطرناک به دنبال فیبروز قلب کمک می کند. در بلوک بطنی استفاده از پیس میکرو در تاکیکاردی های بطنی استفاده از آمیودارون و در صورت عدم درمان کاشت دفیبریلاتورهای کاشتنی داخل قلبی توصیه می گردد. درمانهای جراحی نیز در صورت ضایعات موجود در درجه میترال نیز انجام می گردد. (۱۲)

سال های دور از آهن

• آشنایی با کم خونی فقر آهن، شایع ترین نوع کم خونی در جهان
آنمی فقر آهن، یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و شایع ترین نوع کم خونی در جهان است. ابعاد وسیع و گسترده این بیماری، نشان می دهد که تقریباً در تمام جهان از شیوع بالایی برخوردار است. در این میان، سهم کشورهای در حال توسعه بیش از دیگران است. متأسفانه دختران در زمان بلوغ و کودکان در حال رشد و زنان در سنین باروری بیشترین طبقه های



درگیر در فهرست مبتلایان این بیماری هستند.

کمبود آهن حالتی است که در آن مقدار آهن بدن کمتر از حد نرمال است و پیشرفته ترین مرحله آن، کم خونی فقر آهن است. آهن فراوان ترین و مهم ترین فلزی است که در واکنش های بیوشیمیایی بدن مورد استفاده قرار می گیرد و همچنین جزو ساختمان بسیاری از آنزیم های ضروری بدن است و کمبود آن مشکلات عدیده ای ایجاد می کند. مهم ترین مورد مصرف آهن از نظر کمی در بدن سنتز هموگلوبین است و به این لحاظ در کمبود آهن به کم خونی دچار می شویم. میزان آهن موجود در بدن ۴ گرم است که ۲۵۰۰ میلی گرم آن در ساختمان هموگلوبین، ۱۰۰۰ میلی گرم در ذخیره آهن و ۵۰۰ میلی گرم در ساختمان آنزیم های هموگلوبین به کار می رود.

آهن در بسیاری از مواد غذایی وجود دارد و با یک رژیم غذایی کامل روزانه ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم آهن وارد بدن می شود، ولی فقط ۱۰ درصد آن جذب می شود. از طرفی، میزان آهنی که روزانه دفع می شود، یک میلی گرم است که به طرق زیر اتفاق می افتد:

▪ ریزش سلول های اپی تلیال دستگاه گوارش

▪ پوسته ریزی پوست

▪ ریزش سلول های اپی تلیال مجاری ادراری

در مواردی که نیاز به آهن زیاد است قدرت جذب دستگاه گوارش ۳ تا ۴ برابر می شود و مقادیر بیشتری آهن جذب می کند. ذخایر آهن بدن به شدت حفظ می شود و جذب و دفع آهن در حالت طبیعی تعادل دقیقی دارد. در خانم ها در سنین باروری به دلیل خونریزی قاعدگی میزان دفع آهن روزانه به یک و نیم میلی گرم می رسد و در دوران رشد سریع نیز نیاز به آهن افزایش می یابد. متأسفانه رژیم غذایی بسیاری از افراد فاقد آهن کافی و مرغوب است.

• مهم ترین عوامل ایجاد آنمی فقر آهن عبارتند از:

▪ فقر در رژیم غذایی

▪ اشکال در جذب آهن

▪ افزایش نیاز بدن به آهن

▪ افزایش دفع آهن از بدن

• رژیم غذایی

آهن در بسیاری از مواد غذایی وجود دارد. بهترین فرم آن در منابع غذایی حیوانی یافت می شود. غنی ترین منبع آهن قابل جذب، جگر است. گوشت قرمز، مرغ و ماهی نیز آهن قابل توجهی دارند. تخم مرغ هم غنی از آهن است اما آهن آن کم جذب می شود.

متاسفانه جذب آهن تحت تاثیر تداخلات مواد غذایی قرار می‌گیرد و بعضی مواد، جذب آهن را کاهش می‌دهند. این مواد عبارتند از: فیتات موجود در نان، فسفات‌ها، اگزالات‌ها، کربنات‌ها و پلی‌فنل تانین موجود در چای و سلیکات‌ها و همچنین هیدروکسید آلومینیوم به کار رفته در شربت‌ها و قرص‌های آنتی‌اسید که بی‌رویه و بدون تجویز پزشک به میزان زیاد مورد مصرف قرار می‌گیرند. الکل نیز از جذب آهن جلوگیری می‌کند. در بسیاری از گیاهان و سبزیجات مقدار قابل توجهی آهن وجود دارد ولی باید دانست، آهن موجود در مواد غذایی گیاهی آهن فیک است که به پروتئین‌های غیرقابل جذب متصل و غیرقابل استفاده شده است و در نتیجه اکثر آن دفع و فقط مقدار بسیار کمی جذب می‌شود. علاوه بر این در مواد غذایی گیاهی به دلیل وجود فیبر، فیتات، فسفات و پلی‌فنل جذب آهن مشکل‌تر است. بنابراین سبزیجاتی که به داشتن آهن مشهورند، نظیر اسفناج منبع ضعیفی از آهن هستند زیرا آهن آنها جذب نمی‌شود. سویا، نخود و لوبیا نیز حاوی آهن هستند ولی آهن آنها از نوع غیرقابل جذب است. به این لحاظ منابع غذایی حیوانی بهترین منابع آهن هستند ولی به دلیل گران بودن و فقر اقتصادی اقشار کم‌درآمد، مصرف آنها محدود است.

شیر منبع ضعیفی برای آهن است و به همین دلیل تغذیه دراز مدت کودک با شیر موجب می‌شود کودک در مرحله رشد سریع، از ۶ تا ۲۴ ماهگی دچار کمبود آهن شود. فقر آهن در این دوران عواقب ناگواری برای شیرخوار در بردارد از جمله آنکه موجب اختلال در درک و شناخت نوزاد می‌شود. از این لحاظ، نوزادان باید زیر نظر پزشک، آهن کمکی دریافت کنند. بچه‌ها در سنین دبستان نیز اگر به میزان زیاد از خوراکی‌های کم‌ارزشی که فاقد مواد مغذی و آهن هستند استفاده کنند مستعد ابتلا به کم‌خونی ناشی از سوء تغذیه می‌شوند.

• افزایش نیاز به آهن

کودکان شیرخوار به دلیل رشد سریع، به آهن بیشتری نیاز دارند و استفاده از آهن کمکی با تجویز پزشک برای آنها لازم است. همچنین خانم‌ها و دختران به دلیل از دست دادن ماهانه مقداری آهن از بدن باید این کمبود را جبران کنند و به میزان بیشتری آهن نیاز دارند. در غیر این صورت فرد دچار کمبود آهن خواهد شد که به آنمی فقر آهن می‌انجامد. میزان مصرف آهن در دوران رشد سریع شیرخوارگی و بلوغ در بالاترین حد خود قرار دارد. در بارداری نیز به دلایل مختلف خصوصا رشد جنین نیاز به آهن زیادتر می‌شود.

• اشکال در جذب آهن

بیماری‌های مختلف موجب کاهش جذب آهن می‌شود. در این حالت، علی‌رغم وجود آهن قابل جذب در رژیم غذایی تا زمانی که علت اصلی رفع نشود، کمبود آهن جبران نخواهد شد. حالات پاتولوژیک مختلف که جذب آهن را کاهش می‌دهند، عبارتند از اسهال‌های مزمن، بیماری سوء جذب، (کمبود ترشح اسید معده)، برداشتن قسمتی از معده با عمل جراحی و...

• افزایش دفع آهن از بدن

خونریزی‌های مختلف، یکی از دلایل افزایش دفع آهن است. یکی از شایع‌ترین علل آنمی فقر آهن خونریزی‌های دستگاه گوارش است. آلودگی به انگل‌های روده‌ای نیز موجب دفع مقادیر قابل توجهی آهن از بدن می‌شود. آلودگی به کرم‌های قلاب‌دار در ایران از شیوع بیشتری برخوردار است. در جوامعی که آلودگی به این نوع کرم‌ها دارای شیوع بالایی است، آنمی فقر آهن به طور وسیع دیده می‌شود.

میزان نیاز به آهن با توجه به سن و جنس متفاوت است ولی به طور کلی از آنجا که در یک رژیم برای هر ۱۰۰۰ کیلو کالری، تقریباً ۶ میلی‌گرم آهن موجود است، این کمبود برای مردان و پسران که مقدار مورد نیاز روزانه آنها ۱۰ میلی‌گرم در روز است اشکال چندانی ندارد ولی برای زنان که مقدار آهن مورد نیاز آنها ۱۵ میلی‌گرم در روز است و مقدار کالری دریافتی روزانه آنها از مردان کمتر است، ایجاد مشکل خواهد کرد.

• علایم آنمی فقر آهن

ضعف، خستگی و سستی مهم‌ترین و شایع‌ترین یافته تمام آنمی‌ها از جمله فقر آهن است. تنگی نفس غیرعادی و زود هنگام در فعالیت‌های جسمانی نظیر ورزش و رنگ پریدگی از جمله رنگ پریدگی مخاطها نظیر ملتحمه چشم، زبان و دهان از علائم آن هستند. مبتلایان معمولاً دارای پوست خشک و موهای شکننده هستند. بیش از ۵۰ درصد آنها دچار التهاب زبان هستند و زبان آنها قرمز، متورم، صاف و شفاف و حساس است. این علامت خصوصاً در مبتلایان مسن که تغذیه خوبی ندارند، شایع‌تر است. ناخن‌ها خشک و شکننده می‌شوند. افزایش ضربان، وزوز گوش، سردرد، تپش قلب و علائم گوارشی نظیر تهوع، بی‌اشتهایی و یبوست از علائم آنمی فقر آهن است اما علامت بارز و اختصاصی فقر آهن، پیکا یا تغییر اشتها نام دارد. این افراد مایلند مواد جامد و غیرمحلول بخورند، نظیر خاک خوری، نشاسته‌خوری و یخ‌خوری.

این علامت در خانم‌های حامله مبتلا به آنمی فقر آهن مشاهده می‌شود. چنانچه آنمی فقر آهن طولانی شود، علامت‌هایی به وجود می‌آید که

امروزه کمتر مشاهده می‌شود؛ از جمله زخم گوشه لب، خراش و حساسیت و تورم گوشه‌های دهان و ناخن قاشقی شکل (سطح ناخن مقعر می‌شود و به قاشق شباهت می‌یابد).

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=240889>



سرفه می‌کنید؟ شاید آهن ندارید!

کم‌خونی ناشی از فقر آهن، علائم متنوع و عجیب و غریبی دارد. محققان ایتالیایی به تازگی دریافته‌اند که فقر آهن می‌تواند عامل بروز سرفه‌های مزمن در زنان باشد. اهمیت این کشف در این است که سرفه تا به امروز به‌عنوان یکی از نشانه‌های بیماری فقر آهن شناخته نمی‌شد و پزشکان معمولاً سرفه مزمن را نشانه مشکلاتی مانند آسم، برگشت اسید معده به مری و مصرف دخانیات می‌دانستند. دکتر کاترینا بوکا و همکارانش در دانشگاه تورین، با تحقیقی که روی ۱۶ زن گرفتار سرفه مزمن که هیچ بیماری دیگری جز فقر آهن نداشتند انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان با مکمل‌های آهن به جای مصرف داروهای



ضدسرفه می‌تواند باعث بهبودی این خانمها شود.

دکتر بوکا می‌گوید: از آنجا که آهن در سامانه ایمنی بدن برای تولید پروتئین‌های کنترل‌کننده التهاب نقش تنظیمی مهمی دارد بنابراین کمبود آهن می‌تواند بدن را آماده ابتلا به عفونت و التهاب به ویژه در نواحی بالایی دستگاه تنفسی کرده و در نتیجه فرد را با مشکل سرفه‌های مداوم و طولانی مدت روبه‌رو کند. جالب اینجاست که بدانیم هم سرفه مزمن و هم فقر آهن در خانمها شایع‌تر است.

نقش اصلی آهن در بدن شرکت در ساخت گلبول قرمز خون است که وظیفه عمده آن حمل و نقل اکسیژن از ریه به بافت‌های بدن است. در صورتی که ذخایر آهن بدن ما به هر دلیلی دچار کمبود شود ساخت گلبول قرمز مختل شده و باعث ایجاد کم‌خونی می‌شود. آهن علاوه بر خونسازی در ساختمان عضلات و برخی از آنزیم‌های مهم بدن نیز نقش دارد و بنابراین کمبود آن می‌تواند باعث تأخیر در رشد بدنی به‌ویژه رشد مغزی شود و شخص را مستعد عفونت کند.

• کمبود آهن چه علائمی دارد؟

اگر کم‌خونی خفیف باشد یا به صورت تدریجی ایجاد شود بدن ما خود را با آن سازگار می‌کند، بنابراین ممکن است علامتی نداشته باشد. اما با شدت یافتن کم‌خونی علائم نیز آشکار می‌شوند. خستگی و احساس ضعف از اولین علائم کم‌خونی است.

فرد کم‌خون با کوچکترین فعالیت بدنی خسته می‌شود. به همین دلیل معمولاً از انجام این قبیل کارها طفره می‌رود و با کم کردن کارهایش به نوعی خودش را با بیماری هماهنگ می‌کند. این افراد معمولاً تا مدت‌ها به پزشک مراجعه نمی‌کنند و برای خستگی خود توجه‌های مختلفی می‌آورند.

اگر ظاهر رنگ پریده دارید، دست و پاپتان زود به خواب می‌رود یا گزگر می‌کنید، اگر نمی‌توانید برای مطالعه یا انجام کاری تمرکز کنید و اگر به

سردردهای گاه و بیگاه یا سیاهی رفتن چشمها دچار می‌شوید، باز هم باید شک کنید که مبادا کم‌خون شده باشید.

افراد کم‌خون ممکن است تحریک پذیر بوده و زود عصبانی شوند یا حالت بی‌تفاوتی داشته باشند. این تغییرات رفتاری در بچه‌های کم‌خون بیشتر دیده می‌شود و به همین دلیل پدران و مادرانی که با رفتارهای ناپسند بچه‌ها روبه‌رو می‌شوند قبل از نصیحت و تنبیه به این فکر بیفتند که شاید کودکی کم‌خون دارند!

در بچه‌ها فقر آهن می‌تواند باعث تأخیر رشد نیز بشود و در موارد شدیدتر ضایعات همیشگی بر جای بگذارد. این کودکان معمولاً ضریب هوشی پایین‌تر از حد طبیعی داشته و به دلیل کاهش قدرت یادگیری دچار افت تحصیلی می‌شوند. پس اگر کودکی درس نخواند باز هم به کم‌خونی شک کنید!

همچنین با شدت یافتن کم‌خونی فقر آهن، زبان بدون پرز و ملتهب شده و زخم‌هایی در گوشه لب و دهان ایجاد می‌شود، ناخن‌ها طرد و شکننده شده و ممکن است حالت قاشقی پیدا کنند. برخی از افراد مبتلا به کم‌خونی فقر آهن شدید گرایش به خوردن مواد عجیبی نظیر خاک، یخ، نشاسته و برنج خام دارند که به آن «پیکا» یا «هرزه‌خواری» می‌گویند. در نهایت فقر آهن شدید ممکن است منجر به تنگی نفس واضح شده و علائم نارسایی قلبی ایجاد کند.

کم‌خونی فقر آهن می‌تواند علائم گوارشی هم ایجاد کند. بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، آروغ زدن، اسهال و یبوست و حتی اشکال در بلع غذا ممکن است به خاطر فقر آهن باشد.

• چطور فقر آهن می‌گیریم؟

آهن ریز مغذی مهمی است که باید از طریق غذا به بدن برسد. بنابراین سرراست‌ترین علت فقر آهن، ناکافی بودن میزان آهن مواد غذایی ماست. گوشت قرمز، گوشت پرندگان، ماهی و دیگر اجزاء گوشتی مانند جگر و قلوه از مهم‌ترین غذاهای دارای آهن هستند. اگر گیاه خوار هستید یا به هر دلیل دیگری گوشت کم مصرف می‌کنید در معرض ابتلا به فقر آهن قرار دارید. زرده تخم‌مرغ، سبزی‌های سبز برگی مانند اسفناج، گل کلم، سویا، حبوباتی نظیر عدس و لوبیا، کشمش، خرما، گردو، پسته، بادام و میوه‌هایی نظیر زرد آلو از دیگر غذاهای آهن‌دار هستند.

سبزی‌ها و میوه‌های ذکر شده اگر چه از مقدار آهن قابل قبولی برخوردار هستند اما آهن آنها به صورتی است که به خوبی در روده‌ها جذب نمی‌شود. از آنجا که گوشت می‌تواند جذب آهن مواد غذایی غیراز خود را نیز افزایش دهد به همین دلیل متخصصین تغذیه توصیه می‌کنند که کدبانوهای خانه سبزیها و سویا را به همراه یک تکه کوچک گوشت یا بال مرغ طبخ نمایند. ویتامین ث می‌تواند جذب آهن را زیاد کند به همین دلیل مصرف خربزه، فلفل سبز، گوجه فرنگی و میوه‌هایی نظیر پرتقال، لیمو و دیگر مرکبات همراه غذا توصیه می‌شود.

باید توجه کرد که مصرف چای، قهوه و شکلات جذب آهن را به شدت کاهش می‌دهد. بنابراین بهتر است تا حدود ۲ ساعت قبل و بعد از غذا از مصرف آنها خودداری کنیم. بیمارهای روده‌ای مانند اسهال و سوء جذب و داروهای مانند رانیتیدین و تتراسیکلین هم به دلیل اختلالی که در جذب آهن ایجاد می‌کنند می‌توانند باعث کم‌خونی فقر آهن شوند.

بنابراین اگر خدای ناکرده فردی هستید که عادت به مصرف خودسرانه دارو دارید و بالاتر از آن تجویز خودسرانه هم می‌کنید آگاه باشید که ممکن است باعث چنان عواقبی برای خود و دیگران شوید که فکرش را هم نمی‌کردید.

علت دیگر کم‌خونی فقر آهن افزایش نیاز بدن به آهن در سنین رشد و بارداری است. شیر مادر تا ۶-۴ ماهگی می‌تواند نیاز شیرخوار به آهن را تأمین کند اما پس از این زمان و با شروع تغذیه کمکی باید قطره آهن هم شروع شده و تا پایان ۲ سالگی ادامه یابد. کودکان شیر مادرخواری که قطره آهن را دریافت نمی‌کنند یا به نحو مناسب به آنها خورنده نمی‌شود و همچنین نوزادان نارس در معرض فقر آهن هستند.

تغذیه با شیر گاو نیز می‌تواند باعث دفع خون از دستگاه گوارش شیر خوار شده و فقر آهن ایجاد کند به همین دلیل مصرف شیر گاو در اطفال زیر یکسال ممنوع است. کودکانی که با شیر خشک تغذیه می‌شوند نیز بسته به میزان آهن شیرخشک و میزان جذب آن در معرض این بیماری قرار دارند.

در کودکان پیش دبستانی و نوجوانان افزایش سرعت رشد، بی‌اشتهایی ناشی از تغییرات خلق و خو و مصرف مواد کم ارزش غذایی پایین مانند پفک، چیپس و شکلات می‌تواند باعث فقر آهن شود.

عامل مهم دیگری که می‌توان آن را ذکر کرد، اتلاف آهن موجود در بدن از راه خونریزی است. خانم‌ها به دلیل خونریزی عادت ماهانه پیوسته در معرض تهدید فقر آهن هستند. اگر تغییرات فیزیولوژیک زمان حاملگی و خونریزی حین زایمان را هم به آن اضافه کنید باید باعث شود که به‌عنوان یک

خانم بیشتر مراقب خود باشید.

خونریزی از دستگاه گوارش نیز مهم است. حتی خونریزی‌های مخفی ناشی از زخم معده یا خونریزی‌های کم و مرتب از بواسیر می‌تواند فقر آهن ایجاد کند پس آنها را جدی بگیرید. اگر شما یک مرد بالغ هستید مطمئن باشید که نسبت به خانمها و بچه‌ها احتمال کمتری دارد که فقر آهن بگیرید اما اگر مبتلا شدید قبل از هر چیز خونریزی دستگاه گوارش می‌تواند علت آن باشد.

• چه باید کرد؟

در صورت شک به کم خونی پزشکان به کمک برخی آزمونهای آزمایشگاهی تشخیص را قطعی می‌کنند. درمان اصلی کم خونی فقر آهن مصرف مکمل‌های دارویی آهن به ویژه شکل خوراکی آن است. در صورتی که شما به کم خونی فقر آهن مبتلا شده اید، رژیم غذایی غنی از آهن به تنهایی برای درمان کافی نیست و باید حتماً از دارو نیز استفاده نمایید.

داروها به صورت قرص، کپسول و شربت وجود دارند و برای جذب بیشتر آهن بهتر است این داروها را با معده خالی و به همراه یک لیوان آب پرتقال مصرف کنید. مکمل‌های آهن عوارض جانبی نیز ممکن است داشته باشند. تیره شدن رنگ مدفوع از جمله این عوارض است که ضرری ندارد. برخی علائم دیگر مانند تهوع را می‌توان با افزایش تدریجی مقدار دارو و تغییر شکل دارو برطرف نمود.

اما آخرین نکته این‌که فقر آهن شایعترین و مهم‌ترین نوع کمبود ریز مغذی‌ها در جهان است که همه کشورها از دارا و ندار را درگیر کرده است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی بیش از یک سوم جمعیت دنیا، نیمی از خانمهای باردار، ۲۰ درصد زنان سنین باروری و ۴۰ درصد کودکان شیر خوار به فقر آهن مبتلا هستند.

آمارها در کشور ما نیز کم و بیش مشابه است. اگر فردی از خانواده شما به سرماخوردگی مبتلا باشد چقدر مراقبت می‌کنید تا خودتان مبتلا نشوید؟ آمارها می‌گویند که از هر ۳ نفر یک نفر به فقر آهن مبتلا است که بیماری بسیار جدی تری نسبت به سرماخوردگی است!

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=283391>



سکته قلبی

وقتی که در يك بیمار دچار بیماری کرونری قلب، شریانهای کرونری به علت ایجاد لخته یا ترومبوز مسدود می شوند، سکته قلبی ایجاد می گردد. عضله قلب که به آن اصطلاحاً "میوکارد" گفته می شود، به علت نرسیدن خون و اکسیژن به آنها دچار دردهای شدیدی می شوند که هر لحظه بر مقدار این دردها افزوده می گردد. در صورتی که این لخته خون به سرعت از بین نرود، بعد از ۵ تا ۱۰ دقیقه، آن قسمت از عضله قلب که از اکسیژن و خون محروم می شود، خواهد مرد. این حالت در سکته قلبی یا آنفارکتوس میوکارد دیده می شود.

وسعت واقعی سکته قلبی و میزان عضلاتی که در این موارد آسیب می بینند به عوامل مختلفی بستگی دارد. اولین عامل، اندازه شریان می باشد. هرچه شریانی که مسدود می شود، بزرگتر باشد، وسعت بیشتری از عضله قلب آسیب می بیند. دومین عامل این است که وقتی سایر شریانهای کرونری هم دچار مشکل باشند، وسعت آسیب بیشتر خواهد بود. بالاخره اینکه، وسعت سکته قلبی بستگی به این خواهد داشت که آیا منطقه دچار آسیب، دارای رگهای اضافی هم بوده است یاخیر.

اگر این رگهای اضافی، به منطقه آسیب دیده بتوانند خونرسانی کنند، صدمات کمتری ایجاد خواهد شد. تمرین های ورزشی منظم، باعث تحریک تشکیل این رگهای اضافی در قلب می شوند و به همین دلیل است که چرا این تمرینات ورزشی می توانند نقش مهمی در درمان بیماران کرونری

قلب داشته باشند.

اثر فوری آسیب دیدن عضلات قلب، بغیر از ایجاد درد، آن است که قلب دیگر نمی تواند مانند سابق به خوبی عمل تلمبه کردن خون را انجام دهد و در نتیجه فشار خون شدیداً پایین آمده و موجب غش کردن، عرق ریزش و تهوع می شود. مشکل اصلی دیگری که در مراحل اولیه آسیب دیدن قلب ایجاد می شود، آن است که عضله آسیب دیده می تواند باعث بروز بی نظمی هایی در ریتم ضربان قلب بشود که اصطلاحاً به آن "آریتمی قلبی" گفته می شود. این بی نظمی ها می توانند تهدید کننده حیات بوده و منجر به "ایست قلبی" شوند. به خاطر خطرانی که این آریتمی ها می توانند ایجاد کنند، اهمیت زیادی دارد که افرادی که دچار سکته قلبی می شوند، در ۴۸ ساعت اول پس از سکته، در بخش مراقبتهای قلبی (سی سی یو CCU) به دقت تحت نظر باشند.

خوشبختانه بعد از ۲ یا ۳ روز که از سکته قلبی گذشت، احتمال وقوع چنین آریتمی های خطرناکی نادر است و می توان بعد از این مدت بیمار را از بخش سی سی یو به بخش عمومی بیمارستان منتقل کرد و سپس به خانه فرستاد. بعد از بروز يك سکته قلبی، بدن شروع به ترمیم قسمتهای آسیب دیده می کند. سلولها از قسمت عضله مرده یا آسیب دیده برداشته می شوند و بافت فیبروز تشکیل می شود. این مراحل حدود ۶ تا ۸ هفته طول خواهند کشید. بافتی که در محل آسیب ایجاد می شود، قوی می باشد اما متأسفانه عضله قلبی که از دست رفته است، دیگر نمی تواند جایگزین شود و در نتیجه قلب ضعیف تر می گردد. اکثر افرادی که يك سکته قلبی کوچک داشته اند، تفاوت چندانی نسبت به قبل از سکته قلبی احساس نخواهند کرد. گرچه، اگر يك قسمت بزرگ از عضله قلب دچار صدمه شود، اندازه قلب بزرگتر شده و دیگر نمی تواند به خوبی عمل تلمبه زدن خود را انجام دهد. این حالت را اصطلاحاً "نارسایی قلبی" می گویند.

نتیجه نهایی

نارسایی قلبی می تواند بر اثر بسیاری از بیماریهایی که قلب را گرفتار می سازند ایجاد شود (بویژه در بالا بودن فشار خون)، اما در کشورهای پیشرفته غربی، بیماری کرونری قلب مهم ترین علت ایجاد نارسایی قلبی می باشد. وقت که قلب نمی تواند به خوبی تلمبه بزند، ریه ها دچار احتقان و پرخونی شده و تنگی نفس ایجاد می شود. احتقان و پرخونی سایر قسمتهای بدن هم منجر به احتباس مایعات شده و باعث می گردد که در مچ پاها ورم ایجاد شود. برای سالیان درازی، اساس درمان این افراد، استفاده از داروهای "مدر" بود که باعث افزایش ادرار می شد تا این آب اضافی از بدن خارج گردد. با این حال امروزه از داروهای جدیدی که اصطلاحاً به آنها "آنزیم مبدل آنژیوتانسین" یا بطور خلاصه تر "مهارکننده های ACE" گفته می شود، استفاده می گردد که بسیار مؤثرتر از داروهای قبلی می باشند.

نتیجه دیگری که به علت بافت فیبروز در عضله قلب ایجاد می شود، تداخل آن با فرآیند الکتریکی قلب است که به طور طبیعی باعث ریتم طبیعی ضربان قلب می شود و در چنین مواردی منجر به بی نظمی هایی در ضربان قلب می گردد. مهم ترین بی نظمی قلبی که در این موقع ایجاد می شود را اصطلاحاً "فیبریلاسیون دهلیزی" می نامند که معمولاً با داروی "دیگوکسین" آن را درمان می کنند. دیگوکسین يك داروی قدیمی است که از گل انگشتانه بدست می آید. سایر بی نظمی های قلب را می توان با داروهای مثل بتابلوکرها و نیز داروهای جدیدتر درمان نمود.

اثرات بالا رفتن سن

بیماری کرونری قلب، يك بیماری تدریجی و غیرقابل پیش بینی می باشد. رسوب چربی در شریانها ممکن است خیلی آهسته و آرام در طی ۲۰ یا ۳۰ سال ایجاد شوند. در طی این مدت، فرد هیچگونه درد یا مشکلی را حس نخواهد کرد اما وقتی که این شریانها به میزان ۷۰ درصد تنگ و باریک می گردند و جریان خون به عضلات قلب مختل می شوند، مشکلات آغاز می گردد.

از آنجایی که این روند بسیار کند می باشد، قلب می تواند در این مدت با ایجاد رگهای خونی جدید و اضافی که اصطلاحاً به آنها رگهای اضافی یا "کولترال" (Collateral) گفته می شود با این تغییرات مقابله کند. شریان های کرونری تشکیل شبکه مؤثری از لگهای خونی در اطراف قلب می دهند و هنگامی که یکی از آنها تنگ و باریک می شود، یکی از شاخه های شریان دیگر، با گشترش یافتن، باعث می شود که به خونرسانی منطقه مبتلا، کمک نماید.

گرچه، تشکیل آتروما در شریان کرونری بسیار آهسته و کند می باشد، اما يك لخته می تواند در هر لحظه ای به طور ناگهانی ایجاد شود. افرادی که فقط گاهی اوقات دچار آنژین قلبی می شوند، ممکن است به طور ناگهانی آنژین آنها بدتر شده (آنژین ناپایدار) و یا دچار سکته قلبی شوند. خوشبختانه این وضعیت چندان شایع نمی باشد و فقط حدود پنج درصد مبتلایان به آنژین، به چنین وضعیتی دچار می گردند.

مسئله ای که بیشتر نگران کننده است، این حقیقت می باشد که يك سکته قلبی ممکن است در فردی که سابقه هیچگونه مشکل قلبی را

نداشته است به طور ناگهانی ایجاد شود. این وضعیت می تواند بر اثر رسوبات نسبتاً کوچک چربی که اگر در جای خود باشند مشکلی ایجاد نمی کنند اما وقتی از جای خود جدا شده و کند می شوند می توانند باعث انسداد ناگهانی شریان شوند. اکنون ما شروع به فهمیدن بهتر این فرآیند کرده ایم و به نظر می رسد که داروهای مختلفی قادر هستند که جلوی بروز این مشکل را بگیرند. شرح حال اول: آنژین قلبی

سه ماه قبل، آقای آرمانور متوجه شد که در هنگام بالارفتن از پله ها یا از سربالایی مخصوصاً اگر هوا سرد هم باشد، دچار دردهایی در سینه می شود. با مراجعه به پزشک متوجه شد که دچار آنژین قلبی می باشد. پزشک برای درمان او، داروی ضد آنژین "آنتولول" را تجویز نمود. اکنون آقای آرمانور احساس می کند که دوباره حالش خوب شده و هیچ مشکلی ندارد. شرح حال دوم: سکته قلبی

آقای رابرت، یک ورزشکار و دوندۀ ماراتون می باشد. پدر او در سن ۶۴ سالگی بر اثر سکته قلبی فوت نمود. حال آقای رابرت کاملاً خوب بود اما یک روز، بعد از اینکه حدود ۱۵ کیلومتر دوید، دچار درد سینه شد و به طور ناگهانی فوت کرد. در کالبد شکافی که از او به عمل آمد، متوجه شدند که علت مرگ او، سکته قلبی می باشد.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205428>



سکته قلبی با علائم ناآشنا

انسداد رگ ها، اختلال در خون رسانی و انتقال اکسیژن به عضله قلب باعث تخریب بخشی از قلب و سکته می شود.

بیماری های قلبی و عروقی یکی از مهم ترین عوامل مرگ و میر در جهان محسوب شده و آمار مبتلایان به این بیماری روز به روز در حال افزایش است. زندگی شهرنشینی، بی تحرکی، پیروی از الگوهای غذایی نادرست، استرس و استعمال دخانیات از جمله عواملی است که موجب افزایش احتمال سکته های قلبی در دنیای امروز شده است.

مطابق با آمار در کشور ما نیز سکته و بیماری های قلبی در بین عوامل مرگ و میر پس از تصادفات گزارش شده است. محققان و متخصصان قلب و عروق، آگاهی نداشتن از علائم و عوامل خطر ابتلا به بیماری و جدی نگرفتن

علائم معمول و غیر معمول سکته را دلیل افزایش آمار مرگ و میر ناشی از سکته های قلبی و کاهش میانگین سن مبتلایان می دانند، این در حالی است که در صورت تشخیص سریع و مراجعه فوری به پزشک، خطر رفع شده و بیماری درمان خواهد شد.

• بیماری

از بین رفتن قسمتی از عضله قلب ناشی از قطع جریان خون در آن منطقه موجب پیدایش سکته قلبی می شود.

دکتر حسن غلامی نوده، متخصص قلب و عروق در خصوص تعریف این بیماری می گوید: سکته قلبی زمانی رخ می دهد که خون رسانی به سلول



های قلبی به طور حاد مختل شده و به طور متوسط ۴۰ تا ۵۰ درصد از رگ ها بسته شوند.

این متخصص اضافه می کند، علائم، وسعت و شدت بیماری در افراد مختلف متفاوت بوده و بسته به درگیری رگ ها و عروق، وسعت آن متغیر خواهد بود. بطور کلی انسداد رگ ها و اختلال در عملکرد خون رسانی و انتقال اکسیژن، باعث سکنه قلبی شده و در صورت مراجعه دیر هنگام منجر به از کار افتادگی قلب و مرگ بیمار می شود.

دکتر حمید بیگدلیان، فوق تخصص قلب و عروق در خصوص سنین شایع ابتلا به بیماری می گوید: بطور کلی سن شیوع بیماری در جهان بویژه در کشورهای غربی ۵۵ تا ۷۵ سال گزارش شده است، این در حالی است که در کشور ما میانگین سنی سکنه قلبی ۴۵ تا ۵۵ سال بوده و این آمار در حال کاهش است.

دکتر منوچهر فارونی فوق تخصص قلب و عروق و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز شیوع سکنه قلبی را در سنین پائین هشدار جدی می داند و معتقد است: سبک زندگی، رژیم غذایی غلط، کاهش میزان آگاهی افراد، استرس و ... از جمله عوامل کاهش میانگین سن سکنه قلبی در کشور و افزایش آمار زنان مبتلا به این بیماری در مقایسه با گذشته است.

دکتر حمید بیگدلیان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان معتقد است: شیوع ابتلا به سکنه قلبی در مردان بیشتر از زنان بوده و در واقع می توان گفت مردان به میزان قابل توجهی در مقایسه با زنان در معرض ابتلا به سکنه قلبی قرار دارند.

• عوامل خطر

دکتر حسن غلامی، متخصص قلب و عروق در خصوص عوامل خطر بیماری می گوید: ژنتیک، افزایش سن، برخی بیماری ها نظیر دیابت و فشار خون، مصرف برخی داروها و جنسیت از جمله ریسک فاکتورهایی است که احتمال ابتلا به سکنه قلبی را افزایش می دهد. دکتر حمید بیگدلیان، فوق تخصص قلب و عروق اضافه می کند، استعمال دخانیات و مواد مخدر، افزایش میزان چربی های خون مانند کلسترول و تری گلیسیرید، وجود بیماری های زمینه ای دیابت، اضافه وزن، تحرک نداشتن، مصرف خودسرانه دارو، زمینه فامیلی، استرس و فشارهای روانی از عوامل خطر ساز پیدایش سکنه قلبی در افراد است.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دیابت و چاقی را دو عامل خطر اصلی در افزایش احتمال ابتلا به سکنه قلبی در زنان می داند و معتقد است، با ورود به سن یائسگی و تغییرات هورمونی احتمال ابتلا به سکنه قلبی در زنان مبتلا به دیابت یا چربی خون به میزان قابل توجهی افزایش پیدا می کند و ضروری است که این بیماران تحت کنترل پزشک قرار گیرند تا از بروز سکنه های قلبی در آنان پیشگیری شود.

این متخصص استرس را به عنوان یکی از عوامل خطر ساز ابتلا به سکنه قلبی در افراد معرفی کرده و می افزاید: استرس های طولانی مدت و مداوم سبب پیدایش تغییرات شدید هورمونی و عصبی در افراد، افزایش ضربان قلب و میزان آدرنالین و کورتون، کاهش انسولین و افزایش قند خون می شود، که این موارد در نهایت منجر به گرفتگی عروق شده و احتمال ابتلا به سکنه قلبی را افزایش می دهد.

دکتر منوچهر فارونی سبک زندگی افراد را در افزایش خطر ابتلا به سکنه قلبی مؤثر دانسته و معتقد است: شیوه زندگی و الگوهای غذایی از دوران کودکی نقش مهمی در سلامت قلب و پیشگیری از ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی در آینده دارد.

مصرف فست فودها، سیگار و استرس از جمله عواملی است که شانس ابتلا به سکنه قلبی را افزایش می دهد، بطوری که تحقیقات نشان می دهد افراد سیگاری سه برابر بیشتر از غیرسیگاری ها در معرض ابتلا به سکنه قلبی قرار دارند و در افرادی که بسیار عجول و حساس هستند و فشارهای روانی و عوامل استرس زا در آنها تأثیرگذارتر است، احتمال ابتلا به سکنه قلبی افزایش پیدا می کند.

• علائم

علائم بروز سکنه قلبی را می توان به دو گروه علائم شایع و نشانه های غیرمعمول تقسیم کرد. بسیاری از افراد علائم شایع نظیر درد، احساس سوزش و سنگینی در ناحیه سینه را شناخته و در صورت مشاهده این علائم هشدار، سریع به پزشک مراجعه می کنند اما باید توجه داشت نشانه های وقوع سکنه در افراد مختلف متفاوت بوده و همیشه با درد یا احساس تنگی نفس همراه نیست.

دکتر حسن غلامی در خصوص علائم شایع سکنه قلبی می گوید: احساس تنگی نفس ناگهانی، پیدایش درد در قفسه سینه، دست چپ، ناحیه کتف، تپش قلب، عرق سرد، تهوع و استفراغ از جمله علائم سکنه قلبی بویژه در افراد میانسال و مسن است.

دکتر منوچهر فارونی در خصوص علائم غیرشایع می گوید: برخی علائم سکنه قلبی، افراد را دچار اشتباه می کند، دردهای ناحیه فک تحتانی و دندان ها، درد معده، دردهای ناحیه مچ دست یا کتف از علائمی است که افراد با مراجعه به متخصصان گوارش، دهان و دندان و... از معالجه بموقع

محروم می ماند. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران اضافه می کند: بطور کلی علائم بیماری در افراد مسن، مبتلایان دیابت و معتادان با افراد عادی متفاوت است.

سرگیجه و سقوط، سکسکه بدون علت، افزایش ضربان قلب و نبض، پیدایش درد در ناحیه مچ و آرتروز گردن از جمله علائمی است که در صورتی که پس از انجام فعالیت، عصبانیت یا پرخوری مشاهده شود باید جدی تلقی شده و مراجعه زودهنگام به پزشک معالج ضروری است. این فوق تخصص قلب و عروق تصریح می کند: در بسیاری از بیماران دیابتی سکته قلبی با درد همراه نیست و این بیماران متوجه خطر حمله قلبی نمی شوند.

دکتر حسن غلامی، سردرد، درد سینه، احساس خستگی پس از انجام فعالیت های کم، سرگیجه و تنگی نفس را از علائم شایع سکته قلبی در زنان معرفی می کند. وی مصرف داروهای نظیر نیتروگلسیرین و مراجعه زودهنگام فرد به پزشک را از عوامل مهم در پیشگیری از مرگ و درمان بیماری می داند.

دکتر حمید بیگدلیان، فوق تخصص قلب و عروق توجه به علائم هر چند ناچیز و مراجعه زودهنگام به پزشک را در کنترل بیماری ضروری دانسته و معتقد است: در صورتی که مدت زمان و خون رسانی به عضلات قلب کمتر از ۲۰ دقیقه طول بکشد، مشکلی پیش نخواهد آمد در غیر این صورت با گذشت زمان و مراجعه دیرهنگام به پزشک احتمال مرگ به میزان قابل توجهی افزایش پیدا می کند.

این متخصص اضافه می کند: احتمال مرگ و میر در جوانان بیشتر از افراد مسن است زیرا در افراد جوان تعداد مویرگ ها کم بوده و سکته در ناحیه وسیع تری اتفاق می افتد چون هنگام انهدام عضلات قلب رگ های بزرگ تر آسیب دیده و خون رسانی انجام نمی شود در صورتی که در افراد مسن، مویرگ ها به خون رسانی کمک می کنند و احتمال مرگ کاهش پیدا می کند.

دکتر بیگدلیان، شیوع سکته قلبی در کودکان را مربوط به التهاب عروق قلبی می داند و معتقد است تحمل نکردن تغذیه از شیر مادر با تنگی نفس، تعریق زیاد، نفس تنگی شدید با انجام فعالیت کم و کدر شدن چهره در نوزادان و شیرخواران از علائم شایع سکته قلبی در کودکان است اما باید توجه داشت که ابتلا به سکته قلبی در کودکان بسیار نادر است.

پیروی از رژیم های غذایی کم چرب و سرشار از میوه و سبزیجات، کنترل فشار خون و بیماری دیابت، تناسب اندام، استفاده نکردن از روغن های اشباع و کنترل استرس و کلسترول از جمله عوامل ضروری در پیشگیری از ابتلا به سکته قلبی بویژه در جوانان است.

منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=366128>

 **vista.ir**
Online Classified Service

سکته قلبی بلای دنیای مدرن

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیش از ۱۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۵ در اثر ابتلا به یکی از انواع بیماری های قلبی - عروقی مانند حمله قلبی جان خود را از دست داده اند و بر خلاف عقیده عموم بیش از این مرگ و میرها در کشورهای کم درآمد و یا با درآمد متوسط و همچنین به میزان برابر بین زنان و مردان رخ می دهد.

در سایت سازمان جهانی بهداشت در پاسخ به این سوال که چطور می



www.takbook.com



توان از بروز حمله قلبی یا سکته قلبی جلوگیری کرد ضمن انتشار مطلب فوق آمده است که اخبار خوب حاکی از آن است که وقوع ۸۰ درصد از حملات قلبی قابل پیشگیری هستند.

در ادامه این مطلب آمده است داشتن یک رژیم غذایی سالم، داشتن تحرک

و فعالیت بدنی منظم و نیز خودداری از استعمال تمام انواع محصولات دخانی کلیدهای اصلی این موفقیت هستند.

این سه راهکار ساده نه تنها به میزان قابل توجهی درصد بروز سکته قلبی را کاهش می دهند بلکه در بیشتر موارد در پیشگیری از ابتلا به دیابت نوع دوم، اختلالات مزمن در مجاری تنفسی و نیز انواع خاصی از سرطان ها موثر هستند.

• جزئیات راهکارهای ارائه شده برای جلوگیری از ابتلا به سکته قلبی به قرار زیر است:

▪ یک رژیم غذایی سالم داشته باشید:

یک رژیم غذایی متعادل برای داشتن قلب و دستگاه گردش خون سالم ضروری است و اغلب شامل مقادیر زیادی از میوه ها و سبزیجات، غلات سبوس دار، گوشت لخم، ماهی و مرغ می شود. همچنین لازم به ذکر است که در این رژیم غذایی میزان مصرف قند و نمک باید محدود شود.

▪ تحرک بدنی منظم داشته باشید:

حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی منظم داشته باشید تا سلامت قلب و عروق شما حفظ شود. به علاوه حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی در بیشتر روزهای هفته می تواند وزن بدن شما را در حد سلامتی نگه دارد.

▪ سیگار نکشید:

دخانیات از هر نوعی که باشد برای سلامت بدن به طور کلی بسیار مضرست. همچنین قرار گرفتن در معرض دود سیگار هم خطرناک است. لازم به یادآوری است که بر اساس تحقیقات علمی معتبر خطر بروز سکته قلبی به محض ترک سیگار کاهش می یابد و پس از گذشت یک سال این خطر نصف می شود.

لازم به ذکر است که برای موفق شدن در کاهش این خطرات مردم به وجود محیط ها و شرایط حمایت کننده از جمله فراهم آمدن شرایط مناسب برای دسترسی به مواد غذایی سالم، وجود مسیرهای مناسب برای پیاده روی یا دوچرخه سواری و فضاهایی عاری از دود سیگار نیاز دارند.

فراهم کردن امکان دسترسی به شرایط ذکر شده همچنین برای کودکان و افراد فقیر که به شرایط و محیط های سالم زندگی دسترسی ندارند و اغلب خودشان برای داشتن زندگی سالم و رژیم غذای سالم قدرت انتخاب ندارند امری ضروری و قابل توجه است.

▪ روغن حیوانی کم مصرف کنید:

« مصرف روغن های حیوانی ذخیره ای به دلیل داشتن زنجیره بلند و اشباع شده اسیدهای چرب و نیز خطر بروز بیماری سختی عروق (تصلب شرائین) باید به حداقل رسانده شود.»

یک متخصص صنایع غذایی و عضو هیات علمی دانشگاه ، در گفت وگو با ایسنا با اشاره به این که منشا چربی های حیوانی از لبنیات یا چربیهای ذخیره ای است، اظهار کرد: « در چربیهای حیوانی که بصورت ذخیره ای هستند(نظیر دنبه) و برخی افراد آن را ذوب کرده و به عنوان روغن آشپزی مورد استفاده قرار می دهند، هیچ نوع مواد افزودنی بکار برده نمی شود.»

وی با بیان این که مصرف روغنهای منشا گرفته از چربیهای ذخیره ای باید به حداقل رسانده شود، متذکر شد: « روغنهای گیاهی از بذر یا میوه تهیه می شوند که از این دسته می توان به دانه آفتابگردان و ذرت و بادام زمینی اشاره کرد. همچنین روغن زیتون و نارگیل و روغن پالم از روغنهای گیاهی هستند که از میوه ها تهیه می شوند.»

این عضو هیات علمی دانشگاه یادآور شد: « اینگونه روغن های گیاهی در مرحله اول باید تصفیه شوند و پس از تصفیه لازم است که مواد نگه دارنده نظیر آنتی اکسیدانها به منظور طولانی شدن ماندگاری به این نوع روغن ها افزوده شود.»

این متخصص صنایع تغذیه با بیان این که در روغنهای گیاهی مواد نگه دارنده ای تحت عنوان توکوفرولها به صورت طبیعی وجود دارد، تصریح کرد: « مدت زمان ماندگاری این نوع روغنها حداکثر تا یک سال است و در اثر زیاد ماندن اکسید شده و ترکیبات مضر (نظیر آلدئیدها، اسیدها و کتون ها) را تولید می کنند که برای سلامتی بسیار مضر هستند.»

وی خاطرنشان کرد: « روغنهای گیاهی در اثر حرارت طولانی و مستقیم هنگام طبخ، ترکیبات سرطانزا به وجود می آورند بنابراین در مصرف و

نگهداری این نوع روغن‌ها باید دقت کافی شود.»

عضو هیات علمی دانشگاه متذکر شد: «با استفاده مداوم از روغن باقیمانده تولید برخی محصولات صنعتی (نظیر چپیس) ترکیباتی تحت عنوان اکرولئین تولید می‌شود که برای بدن مضر هستند.» این متخصص تغذیه تأکید کرد: «برای استفاده از روغن‌ها لازم است که جهت انجام هر نوع طبخی بسته به اینکه روغن حرارت طولانی یا مستقیم می‌بیند، از نوع خاص روغن استفاده شود؛ برای مثال از روغن‌های سرخ کردنی برای سرخ کردن غذا و برای تهیه سالاد و مواردی که نیاز به حرارت مستقیم و شدید ندارد از روغن‌های گیاهی استفاده شود.»

منبع: روزنامه ابرار

<http://vista.ir/?view=article&id=238517>

 Vista.ir
Online Classified Service

سندرم بروگادا

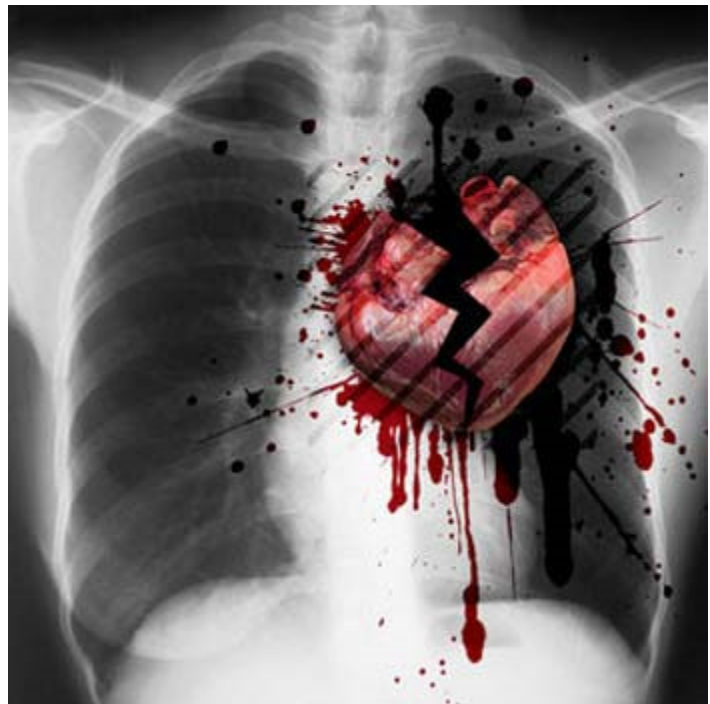
• مشخصات سندرم بروگادا:

- (۱) بلوک شاخه راست
 - (۲) ST-در ۷۳-۷۱
 - (۳) مرگ ناگهانی به صورت سنکوپ یا Sudden death در بیمارانی که قلب طبیعی دارند.
- حوادث سنکوپ و مرگ ناگهانی به وسیله‌ی vt یا vf ایجاد می‌شوند. این آریتمی‌ها بدون هشدار و به صورت ناگهانی ایجاد می‌شوند در حالی که ریتم بیمار سینوسی است و فاصله‌ی QT طولانی نمی‌شود.
- فقط در موارد بسیار اندک، قبل از VT، نوسانات کوتاه و بلند ایجاد می‌شود، یافته‌ی که در آریتمی‌های دیگر نظیر Torsade de points در سندرم QT طولانی بسیار شایع است. قبل از آن، افزایش سرعت ضربان قلب، همانند تاکی‌کاردی بطنی پلی مرفیک وابسته به کاتکول آمین، وجود ندارد.

• تاریخچه:

اولین بار این سندرم در سال ۱۹۸۶ مشاهده شد. بیمار یک پسر سه ساله از لهستان بود. او به دفعات دچار این حمله شده و به وسیله‌ی پدرش احیاء شده بود. خواهر کوچکترش در سن دو سالگی پس از حملات متعدد به طور ناگهانی فوت شده بود.

۸ مورد دیگر از این سندرم در سال ۱۹۹۲ نیز گزارش شد. سپس در سراسر جهان نمونه‌هایی مانند این بیماران گزارش گردید. کشف اخیر غیر طبیعی بودن ژنتیک این سندرم را مشخص کرد. در مرحله‌ی ابتدایی اختلالات الکتریکی این بیماری یک مرحله‌ی مهم در پیشگیری و درمان مؤثر برای جلوگیری از مرگ ناگهانی بیماران با ساختار قلب طبیعی می‌باشد.



در سال ۱۹۸۰، CDC (مرکز کنترل بیماری‌ها) در آتلانتا، یک عارضه‌ی بالای غیرطبیعی از مرگ ناگهانی را در مردان جوان از جنوب شرق آسیا گزارش کرد.

• شیوع بیماری:

این سندرم، شایع‌ترین علت مرگ‌های ناگهانی در افراد جوان کمتر از پنجاه سال در جنوب آسیا است که سابقه‌ی ناراحتی قلبی ندارند. در بعضی افراد نوار قلبی ممکن است به طور تپیک (RBBB؛ تغییرات ST در V۱-V۲) بروز کند. اما نوار سایر افراد ممکن است طبیعی باشد و یا گاهی به طور متناوب غیر عادی شود.

الکتروکاردیوگرام غیر عادی در این سندرم ممکن است به دنبال تجویز «فلسپانید» یا «پروکابین آمید» «آجمالین» آشکار شود. بنابراین تست داروشناسی اختصاصی است و برای بیمارانی که دارای تاریخچه‌ی از سنکوپ با منشأ ناشناخته یا V۴ نامعلوم می‌باشند، توصیه می‌شود. متأسفانه این آزمایش‌ها به صورت روتین انجام نمی‌شوند و بدون تردید این یکی از دلایلی است که سبب عدم تشخیص به موقع این بیماری می‌شود. در فرانسه و ژاپن یک مورد از هزار الکتروکاردیوگرام در افراد بزرگسال ظاهراً سالم دارای این سندرم می‌باشند. این سندرم به طور متوسط، سبب مرگ ناگهانی در سن ۳۵ تا ۴۵ سالگی می‌شود. همچنین در سن ۶ ماهگی و ۷۴ سالگی نیز این سندرم مشاهده شده است.

• تظاهرات بالینی:

این سندرم با حملات Vt پلی مرفیک یا V۴ مشخص می‌شود، وقتی حمله‌ی تمام می‌شود، بیمار دچار حمله سنکوپ می‌شود. وقتی حمله ادامه پیدامی‌کند خود به خود قلب ضربه می‌بیند و دچار وقفه و در نتیجه مرگ ناگهانی می‌شود، بنابراین طیف بروز علائم گسترده است. در یک سر آن اشخاصی هستند که بدون علامت‌اند و در سر دیگر آن افرادی که دچار مرگ ناگهانی می‌شوند. اشخاصی که الکتروکاردیوگرام آنها طبیعی است در ضمن آزمایش‌های روتین شناسایی می‌شوند. در سایر بیماران، در ضمن غربالگری از طریق الکتروکاردیوگرام، بعد از مرگ ناگهانی در یکی از اعضای خانواده شناسایی می‌شوند.

• تشخیص:

تشخیص سندرم، آسان است، از طریق الکتروکاردیوگرافی دراز مدت در بیمارانی که شکل تپیک این الکترو را دارند (ST در V۱-V۲ و RBBB) و همچنین تاریخچه‌ی از مرگ ناگهانی یا سنکوپ به دنبال Vt پلی مرفیک در اعضای خانواده می‌باشد. تغییرات نوار در این سندرم وابسته به تداخل سیستم اتونوم و تجویز داروهای آنتی‌آریتمی می‌باشد:

داروهای تحریک کننده‌ی آدرنژیک سبب کاهش صعود ST می‌شوند، در حالی که داروهای تحریک کننده‌ی واگ باعث بدتر شدن آن می‌شوند. داروهای کلاس ۳ و Ic و Ia و تب باعث افزایش صعود قطعه ST می‌شوند. ورزش در برخی بیماران، سبب کاهش صعود قطعه ST می‌شود، اما در دیگران سبب افزایش صعود قطعه ST می‌شود (بعد از ورزش، وقتی که درجه حرارت بدن افزایش می‌یابد).

وقتی ضربان قلب کاهش می‌یابد، صعود قطعه ST افزایش می‌یابد. وقتی که ضربان قلب تند می‌شود صعود قطعه ST کاهش می‌یابد، هر چند که خلاف این هم ممکن است مشاهده شود. بیماران دچار سنکوپ ناشناخته باید با داروهای آنتی‌آریتمی تحت بررسی قرارگیرند تا احتمال این سندرم به عنوان یکی از علل آریتمی بطنی و سنکوپ رد شود.

• پیش آگهی و درمان:

پیش آگهی این سندرم، وقتی بدون درمان گذاشته شود، خیلی وخیم است. یک سوم بیماران دچار سنکوپ یا تحت احیای قلبی ریوی، حملات Vt پلی مرفیک جدید در طی ۲ سال بعد را داشته‌اند.

متأسفانه پیش آگهی افراد بدون علامت همراه با الکتروکاردیوگرام تپیک نیز خیلی بد است. یک سوم افرادی که هیچ سابقه‌ی بیماری قلبی ندارند دچار اولین Vt پلی مرفیک یا V۴ در طی ۲ سال بعد شده‌اند. این علائم آخر (V۴-Vt) برای طرح درمان این بیماران خیلی مهم است: برای اینکه داروهای آنتی‌آریتمی (آمیودارون یا بتابلوکرها) از مرگ ناگهانی قلبی جلوگیری نمی‌کند، فقط کاشتن دفیبریلاتور بطنی (ICD) مؤثر و لازم می‌باشد و آریتمی‌های بطنی را درمان می‌کند، وقتی که دفیبریلاتور بطنی در قلب کاشته می‌شود، میزان مورتالیتیه در بیماران با سندرم بروگادا به ۰% با پیگیری ۱۰ ساله این بیماران می‌رسد. این جای تعجب نیست، چون این بیماران جوان هستند و معمولاً بیماری‌های دیگری ندارند و ساختار قلب آنها نرمال می‌باشد و بیماری کرونر قلب ندارند، این بیماران نارسایی قلبی و اشکالات ایسکمی قلبی نیز ندارند، بنابراین کاندید ایده‌آلی برای درمان با ICD می‌باشند.

بررسی معاینات بالینی و الکتروکاردیوگرافی از ۲۰ بیمار ایرانی (۱۵ مرد با میانگین سن 42 ± 9 که سندرم بروگادا داشتند، انجام شد. الکتروکاردیوگرام غیر طبیعی (به صورت خود به خودی در ۶ مورد و به دنبال تحریک در ۱۴ مورد) در ۵ بیمار علامت‌دار و ۱۵ مورد بیماران بدون علامت شناسایی شد. آریتمی بطنی در ۴۰٪ از بیماران بدون علامت ایجاد شد.

اختلاف مهمی در سن، جنس و PR اینتروال ST-، یا اینتروال HV بین بیماران وجود نداشت. در ۸ بیمار دفیبریلاتور بطنی کاشته شد. در طول 16 ± 2 ماه پیگیری، یک بیمار علامت‌دار، به طور مناسب تحت درمان با دستگاه شوک کاشتنی قرار گرفت. هیچ‌یک از بیماران بدون علامت و بیماران دارای نوار غیرطبیعی خود به خودی دچار حمله قلبی نشدند. اطلاعات الکتروفیزیولوژیک نقشی در پیش‌بینی تحریک برنامه‌ریزی شده، ندارند.

• منشأ الکتروکاردیوگرام و آریتمی بطنی:

روشن نیست در این سندرم RBBB، واقعی است و یا به علت دپلاریزاسیون زودرس اپیکاردی بطنی راست می‌باشد. علائم بالینی و الکتروفیزیولوژی نشان می‌دهد هر دو احتمال ممکن است وجود داشته باشد، بعضی از الکتروکاردیوگرامها به طور واضح یک RBBB را بعد از طبیعی شدن قطعه ST نشان می‌دهد. تقریباً ۱۰٪ بیماران با این سندرم، با AF ناگهانی مراجعه می‌کنند، امکان دارد نقص ژنتیکی در بعضی از بیماران، منجر به تاکیکاردی بطنی و VF شود.

• ارتباط با سایر سندرمها:

امکان دارد بین این سندرم وسایر سندرمها، مخصوصاً دیس پلازی بطن راست ارتباطی وجود داشته باشد. اخیراً، غیر طبیعی بودن ژنتیکی سندرم بروگادا را کشف کرده‌اند، به این ترتیب که ایرادی در ژن SCNSA واقع روی کروموزوم ۳ وجود دارد. در حالی که در دیسپلازی بطن راست، ژن معیوب روی سایر کروموزومها قرار می‌گیرد.

به رغم این بررسی‌ها، ممکن است در بعضی از بیماران، دو شکل متفاوت بیماری ظاهر شود. در برخی مواقع الکتروکاردیوگرام مشابه سندرم بروگادا وجود دارد، اما به وسیله این سندرم ایجاد نمی‌شود (سندرم بروگادای کاذب).

«ایکوگوش» و همکارانش بررسی خوبی را روی یک بیمار دچار سندرم «ولف پارکینسون وایت» انجام دادند که به وسیله کاتتری که دارای فرکانس رادیویی بود، تحت درمان قرار گرفته بود، بیمار بعد از دو سال به طور ناگهانی فوت کرد. آنالیز الکتروکاردیوگرام این مورد نشان می‌داد که بیمار علاوه بر «ولف پارکینسون» مبتلا به سندرم بروگادا نیز بود.

بنابراین اوهزمان مبتلا به دوسندرم بود. پس این احتمال وجود دارد که بعضی از بیماران همزمان دچار دیسپلازی بطن راست و سندرم بروگادا باشند. کشف اخیر نشان می‌دهد که نقص ژنتیکی، عامل ایجاد این سندرم است.

این سوال مطرح شد که امکان دارد بیماری «شاگاس» سبب ایجاد صدمه روی کانال سدیم شود. گرچه تفاوت‌های اساسی بین بیماری «شاگاس» و سندرم «بروگادا» وجود دارد، ولی در نهایت هر دو به مرگ ناگهانی در فرد منجر می‌شود. آسیب کانال سدیم در اثر عفونت و ایمونولوژیک در بیماری «شاگاس» ایجاد می‌شود، ولی در سندرم بروگادا جنبه ژنتیک دارد و اختلال در هدایت و ریولاریزاسیون، هدایت الکتریکی به هم می‌خورد و باعث ایجاد VF می‌شود.

منبع : هفته نامه پزشکی امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=279916>


Online Classified Service

سنکوپ (غش) قلبی و غیر قلبی

• سنکوپ(غش)

از دست رفتن کامل ولی موقت هوشیاری سنکوپ نام دارد. فرد دچار سنکوپ به صورت ناگهانی هوشیاری خود را از دست داده و به زمین می افتد. مدت زمان سنکوپ از چند ثانیه تا چند دقیقه است و بیمار به صورت خود به خود هوشیاری خود را به صورت کامل به دست می آورد. ممکن است قبل از ایجاد سنکوپ فرد دچار احساس سرگیجه، تعریق سرد و یا تهوع و استفراغ کند و یا کاملاً ناگهانی و بدون هیچ احساس قلبی سنکوپ رخ دهد. بعد از دست آوردن هوشیاری فرد معمولاً کاملاً سرحال و بدون علائم است (مگر در صورت ایجاد ضربه و آسیب بر اثر زمین خوردن).

علیرغم اینکه سنکوپ برای فرد یک اتفاق عجیب و ترسناک است ولی در واقع حدود یک سوم افراد در طول زندگی خود حداقل یک بار دچار غش می شوند و ۳-۶ درصد از مراجعات به بیمارستان بعلت سنکوپ می باشد. نکته مهم این است که سنکوپ یک بیماری نیست بلکه یک نشانه است و تشخیص دقیق بیماری منجر به سنکوپ اهمیت دارد. اگرچه در اغلب موارد

سنکوپ ناشی از علل غیر قلبی و خوش خیم است با این حال در برخی موارد به علت بیماری قلبی بوده و در این موارد ممکن است آریتمی های بدخیم قلبی زمینه ساز سنکوپ بوده و پیش آگهی کننده احتمال مرگ ناگهانی قلبی باشد. نکته دیگر افتراق مواردی همچون تشنج و با مسائل روانی از سنکوپ می باشد که با شرح حال دقیق بعمل آمده توسط پزشک به راحتی قابل انجام است.

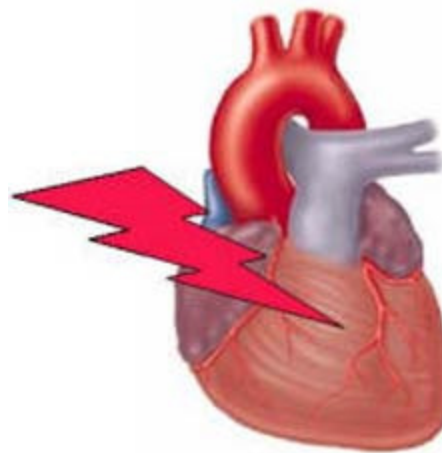
(۱) سنکوپ غیر قلبی

این نوع سنکوپ خوش خیم بوده و معمولاً در افراد جوان و سالم دیده می شود. انواع متفاوتی از بیماری های منجر به سنکوپ غیر قلبی وجود دارند که اغلب خطر عمده ای برای سلامتی فرد محسوب نمی شوند (مگر در صورت آسیب به هنگام زمین خوردن). شایع ترین سنکوپ غیر قلبی که به صورت شایع در افراد جوان دیده می شود، اصطلاحاً سنکوپ وازوواگال نام دارد. در مبتلایان به این نوع سنکوپ ایستادن طولانی، استرس ها و هیجانات روانی و گاهی محرک هایی از قبیل دیدن خون، ادرار کردن و یا اجابت مزاج به صورت متناقض باعث کاهش ضربان قلب و افت فشار خون و در نتیجه سنکوپ می شود. تشخیص این نوع سنکوپ با تست tilt انجام می شود. در صورتی که تکرار حملات کم باشد معمولاً نیاز به درمان خاصی به غیر از توصیه به پرهیز از عوامل ایجاد کننده نیست. در مواردی که حملات مکرر وجود دارد، ممکن است نیاز به درمان دارویی و استفاده از جورابهای واریس باشد. در موارد نادر که علائم شدید و مقاوم وجود داشته باشد ممکن است بر اساس نظر پزشک نیاز به تعبیه پیس میکر باشد. یکی از علل شایع سنکوپ در سالمندان، افراد دیابتی و مبتلایان به فشار خون که تحت درمان دارویی می باشند، افت فشار خون وضعیتی (اصطلاحاً ارتواستاتیک) است. ایستادن ناگهانی از وضعیت نشسته یا خوابیده در این افراد به علت اختلال اعصاب اتونوم و تجمع خون در اندام تحتانی منجر به افت فشار خون و گاهی سنکوپ می شود. پرهیز از تغییر وضعیت به صورت ناگهانی و یا در صورت لزوم قطع برخی داروها معمولاً در رفع این نوع سنکوپ کافی است.

یکی دیگر از علل سنکوپ مخصوصاً در سالمندان سندرم کاروتید حساس می باشد. شبکه عصبی موجود در سرخرگ کاروتید (واقع در زیر زاویه فک) در این بیماران به فشار حساس بوده و ایجاد فشار مختصر در این ناحیه (با چرخاندن سر یا بستن کراوات یا یقه محکم) منجر به تحریک عصبی و افت فشار خون و کاهش ضربان قلب شده و سنکوپ ایجاد می شود. تشخیص این بیماری به راحتی توسط ماساژ کاروتید توسط پزشک و مونتورینگ هم زمان نوار قلبی و فشارخون انجام می شود. پرهیز از عوامل ایجاد کننده لازم است با این حال در بسیاری از موارد برای پیشگیری از بروز حملات سنکوپ نیاز به تعبیه پیس میکر می باشد.

(۲) سنکوپ قلبی

مبتلایان به این نوع از سنکوپ در معرض عوارض خطرناک و به ویژه مرگ ناگهانی می باشند. سنکوپ قلبی عمدتاً ناشی از آریتمی های قلبی است. گاهی کندی ضربان قلب (برادیکاردی) در موارد شدید منجر به حملات سنکوپ می شود. در این موارد تعبیه پیس میکر کافی بوده و نیاز به



درمان دیگری نیست. تاکی کاردی بطنی، علت بدخیم تری برای سنکوپ می باشد. در صورتی که تاکی کاردی های بدخیم قلبی به صورت موقت و گذرا در فرد ایجاد شوند، سنکوپ ایجاد شده و با قطع آریتمی فرد هوشیاری خود را بدست می آورد. با این حال ممکن است این آریتمی ها طول کشیده و با ایجاد ریتم لرزشی بطنی VF به صورت خود به خود غیر قابل برگشت نبوده و در صورت عدم درمان فوری (کاردیوورژن) منجر به مرگ می شود.

مهمترین علائمی که احتمال سنکوپ قلبی را مطرح می کنند شامل موارد زیر است:

(۱) سابقه بیماری سرخرگی قلبی و یا علائم آن به صورت درد قفسه سینه (آنژین) و یا سابقه حمله های قلبی

(۲) وجود نارسایی قلبی که توسط اکوکاردیوگرافی قابل تشخیص است.

(۳) الکتروگرام قلبی غیر طبیعی که توسط آن می توان به بیماری سرخرگی قلبی، برادیکاردی، هیپرتروفی قلب و سایر بیماریهای آریتمی را از قبیل سندرم QT طولانی، بروگادا و بطن راست آریتمی را پی برد.

(۴) سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی در اقوام نزدیک

(۵) تشخیص آریتمی قلبی در هنگام ثبت هولتر

در صورتی که تاکی کاردی های وخیم قلبی بعنوان علت سنکوپ شناخته شوند تنها درمان مؤثر برای بیماران مبتلا تعبیه دفیبریلاتور قلبی (ICD) می باشد.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=320676>

 **vista.ir**
Online Classified Service

شاخصی جدید برای پیش بینی بیماری قلبی

• پروتئین واکنشی C و قلب شما

هنگامی که کلسترول LDL به دیواره شریان وارد می شود (A) و به پوشش شریان صدمه می زند؛ شریان با آزاد کردن پیغام برهای شیمیایی به نام «سایتوکاین» ها از خود واکنش نشان می دهد و این مواد پاسخ التهابی را باعث می شود. سایتوکاین ها سلول های ایمنی به نام لنفوسیت های T و ماکروفاژها را به صحنه فرا می خوانند.

ماکروفاژها LDL را می بلعند و مملو از کلسترول می شوند (B) و به سلول های کفی بدلی می شوند. نتیجه التهاب مداوم در دیواره شریان است چون برای محصور کردن این التهاب به دیواره شریان پیام می فرستد تا ماده ای فیبری تولید کند و نهایتاً این ماده کلاهی را بر روی ناحیه ملتهب تشکیل می دهد. به این ترتیب پلاک تصلب شرایین به وجود می آید (C) اما در زمانی ممکن است پلاک پاره شود (D). بدن سعی می کند به وسیله عوامل انعقادی، پلاکت ها و سلول های خونی با تشکیل یک لخته خونی در



محل این پارگی را ترمیم کند (E). لخته خونی حاصل باعث انسداد کامل شریان می شود.

بیماری های قلبی یکی از علل اصلی مرگ و میر در جهان امروز است. مهمترین علت بیماری های قلبی انسداد عروق تغذیه کننده قلب یا عروق کرونری است. دانشمندان در مواجهه با همه گیری تقریبی بیماری عروق کرونر دسته ای از عوامل را به عنوان عوامل خطر ساز شناسایی کرده اند. با ادامه بررسی ها، عوامل خطر ساز جدیدی کشف شده اند. این امر پزشکان را قادر ساخته است که روش های جدیدی برای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری قلبی را مورد توجه قرار دهند. یکی از جدیدترین عوامل خطر ساز، پروتئین واکنشی C (CRP) است که یکی از قدیمی ترین تاکنیک ها برای پیشگیری از آن ورزش است. آیا این روش قدیمی می تواند نگرانی های جدید را برطرف سازد؟

• آترواسکلروزیس یا آترواسکلرایتیس

بیماری عروق کرونر یکی از تظاهرات پدیده آترواسکلروزیس (تصلب شرایین) است. این بیماری علاوه بر حملات قلبی مسئول اغلب موارد سکته های مغزی، بسیاری موارد نارسایی کلیه و بیماری های سرخرگ های محیطی است که معمولاً در دست ها و پاها می تواند به قانقاریا و قطع عضو منجر شود. آترواسکلروزیس به «سخت شدن شریان ها» ترجمه می شود، اما بیماری بسیار پیچیده تر از اینها است. دانش قرن بیستمی به ما آموخته است که کلمات قدیمی یونانی به طرز شگفت انگیزی صحیح هستند: «آتر» (Ather) به معنای حلیم یا حلیم جو است. در «آترواسکلروزیس» لایه میانی دیواره شریان با ماده ای نرم و خمیری پر می شود و پس از آن شریان دچار اسکلروزیس (Sclerosis) یعنی سختی یا سفتی می شود.

تحقیقات به عمل آمده در قرن بیست و یکم به ما نشان می دهند که التهاب نیز عنصری اساسی در شکل گیری بیماری است. به همین دلیل می توان نام جدیدی بر این بیماری نهاد با پسوند «ایتیس» (itis) به معنای «التهاب» که توصیف دقیق تری از بیماری است یعنی «آترواسکلرایتیس». به هر حال این فرآیند هر نامی که بر آن بگذاریم، زمانی آغاز می شود که ذرات لیوپروتئینی با تراکم کم (LDL یا همان کلسترول بد) به دیواره شریان نفوذ می کند. اما اگر همه چیز به خوبی پیش رود، لیوپروتئین با تراکم زیاد (HDL یا همان کلسترول خوب) فرآیند را وارونه کرده و کلسترول را از دیواره شریان برمی دارد تا در نهایت در کبد سوخت و ساز پیدا کند و از بین برود. اما اگر LDL در دیواره شریان تجمع یابد، هدفی برای رادیکال های آزاد اکسیژن خواهد بود، یعنی همان مولکول های پرنرژی که حاصل واکنش های سوخت و ساز در بدن هستند. زمانی که رادیکال های آزاد، کلسترول را بمباران می کنند، آنها را به LDL اکسید شده بدل می کنند، شبیه واکنشی که هنگام فاسد شدن روغن صورت می گیرد.

کلسترول اکسید شده روند تصلب شرایین را آغاز می کند. تا مدتی پیش پزشکان تصور می کردند که پلاک های چربی در روند تصلب شرایین رسوبات غیرفعال کلسترول بوده و پلاک های بزرگ تر خطرناکند. هیچ یک از این موارد درست نیستند. در واقع کلسترول اکسید شده التهاب فعال را در دیواره شریان آغاز می کند. لنفوسیت های T و ماکروفاژها، یعنی گلبول های سفیدی که نقش کلیدی در سیستم ایمنی بدن بازی می کنند، خون را ترک کرده، به دیواره سرخرگ مهاجرت می کنند و LDL اکسید شده را می بلعند. زمانی که ماکروفاژها باکتری و ویروس ها را می بلعند، آنها را می کشند، اما در مورد کلسترول عکس این قضیه صادق است: ماکروفاژهای حاوی چربی بزرگ شده و به سلول های اسفنجی تبدیل می شوند.

سپس این سلول ها پاره شده و کلسترول اکسید شده را به درون دیواره سرخرگ یعنی جایی که می تواند چرخه تخریب را به جریان اندازد رها می کنند. سلول های عضلات صاف دیواره سرخرگ در پاسخ به التهاب، بزرگ شده و یک سرپوش انعطاف ناپذیر را بر روی پلاک التهابی شکل می دهند. پلاک های بزرگ دارای سرپوش سخت، وخیمند: آنها شریان های کرونری را تنگ کرده و جریان خون را کاهش می دهند. همین پلاک ها باعث «آنژین صدری» می شوند، یعنی درد قفسه سینه که به دلیل نرسیدن خون غنی از اکسیژن به عضلات قلب اتفاق می افتد. با این حال این پلاک های بزرگ سخت معمولاً حمله قلبی را موجب نمی شوند. در عوض پلاک های کوچک تر و نرم تر خطرناک ترند چرا که امکان پاره شدن دارند؛ با پاره شدن پلاک ها لخته (ترمبوز) در سطح آنها تشکیل می شود. در نتیجه یک انسداد کوچک به انسدادی بزرگ بدل می شود. در نهایت این لخته است که شریان را مسدود کرده و مرگ سلول های عضلات قلب را که به خون غنی از اکسیژن سرخرگی نیازمندند، سبب می شود. انسدادهای مشابه سکته مغزی و همچنین معلولیت های ناشی از انسداد عروق محیطی را موجب می شوند.

• CRP چیست

CRP (پروتئین واکنشی C) ماده اصلی شاخص فرآیندی به نام «پاسخ فاز حاد» در خون است که واکنش بدن در برابر هر نوع التهابی محسوب می شود. در گذشته پزشکان سطوح خونی CRP را برای تشخیص «تب حاد روماتیسمی» اندازه می گرفتند. با کاهش شیوع «تب حاد روماتیسمی»

این تست کمتر مورد استفاده قرار می‌گرفت، اما امروزه این تست نقش جدیدی در تشخیص و درمان بیماری شریان‌های کرونر قلب پیدا کرده است. CRP در کبد تولید می‌شود، از این رو هرکسی آن را در خون خود دارد. سطوح خونی CRP در افراد سالم بسیار پایین است، اما با هر نوع التهابی در هر بخش از بدن میزان آن در خون افزایش می‌یابد، از آنجایی که CRP نشان‌دهنده پاسخ بدن به التهاب است شاخص خوبی برای شناسایی وجود التهاب است، اما آیا CRP در خود التهاب هم نقش دارد؟

آیا CRP تخریب حاصل از بیماری شریان‌های کرونری را افزایش می‌دهد؟ دانشمندان پاسخ این پرسش‌ها را نمی‌دانند، اما بسیاری از آنها حدس می‌زنند که CRP آنتی‌آترواسکلروزیس را شعله‌ورتر می‌کند، اگرچه CRP در کبد ساخته می‌شود، راه خود را از خون به سوی پلاک‌های تصلب شریانی باز می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهند که این پروتئین می‌تواند به کلاسترول اتصال یافته و برداشت آن را توسط ماکروفاژها تسهیل کند، همچنین می‌تواند التهاب را تحریک کرده و امکان لخته شدن را افزایش دهد. هنوز بسیار زود است که بگوییم کاهش CRP می‌تواند مانند درمان با داروهای گروه استاتین یا مصرف مقادیر کم آسپرین خطر بیماری‌های عروق کرونری را کاهش دهد، اما بررسی‌ها نشان می‌دهند که رعایت موارد بالا میزان CRP را پایین می‌آورد. در هر حال روشن نیست که کاهش CRP علت است یا معلول، اما اطلاع از میزان آن کمک‌کننده است. دو پژوهش عمده در سال ۲۰۰۵ در مورد بیماران قلبی نشان دادند حتی زمانی که درمان با استاتین، سطح کلاسترول LDL را تا میزان بسیار زیادی کاهش می‌دهد، CRP می‌تواند میزان خطر را پیشگویی کند.

• اندازه‌گیری CRP

در خون افراد سالم تنها مقادیر بسیار ناچیزی از CRP وجود دارد، اگرچه هنوز میزان طبیعی CRP به دقت تعریف نشده است، اما میزان‌های بی‌خطر عموماً زیر یک میلی‌گرم در لیتر هستند. التهاب شدید مانند آنی که در تب روماتیسمی حاد، ذات‌الریه، آرتریت روماتوئید دیده می‌شود می‌تواند میزان CRP را تا حد ۴۰ میلی‌گرم در لیتر یا بیشتر بالا ببرد. زمانی که پژوهشگران آزمایشی را برای اندازه‌گیری CRP ابداع کردند قصدشان کشف التهاب‌های گسترده در بدن بر مبنای آن بود، بنابراین آزمایش مذکور تنها به اندازه‌گیری میزان‌های بالاتر CRP حساس بود. التهاب عروق کرونر می‌تواند بسیار زیان‌آور و حتی مرگبار باشد، اما تنها بخش کوچکی از بدن را درگیر می‌کند در نتیجه التهاب این عروق تنها افزایش خفیفی در سطح خونی CRP را به دنبال دارد. CRP در حد طبیعی که در قدیم تعیین شده است باقی می‌ماند، چرا که این التهاب خفیف‌تر از حدی است که در آزمایش استاندارد CRP قابل شناسایی باشد.

بنابراین از آزمایش CRP با حساسیت بالا استفاده می‌شود که به دانشمندان اجازه می‌دهد تغییرات اندک این پروتئین را در خون اندازه‌گیری کنند و از آنجایی که نتایج این آزمایش از «پایایی» برخوردار بود و انجام آن نسبتاً آسان است، در حال انتقال از حوزه پژوهش به حوزه آزمایش‌های معمول تشخیصی است. اگرچه CRP بهترین آزمایش معمول برای التهاب شریانی است، سایر موادی که در گروه «واکنش‌دهنده‌های فاز حاد» قرار می‌گیرند نیز برای شناسایی التهاب شریان‌های کرونر قلب مورد استفاده اند از جمله از میلوپراکسیداز، فاکتو نکروز تومور-آلفا (TNF)، فیبرینوژن، پروتئین آمیلوئید A سرمی، مولکول اتصال‌ی درون سلولی بک، اینترلوکین شش و آلبومین سرمی. این شاخص‌ها دست کم می‌توانند نشان دهند که روند التهاب شریانی هم فعال و هم پیچیده است. تحقیقات متعدد از جمله «بررسی سلامت پزشکان» که بر روی ۲۱ هزار مرد انجام شده و نیز «بررسی سلامت زنان» که در مورد ۲۸ هزار زن و با بودجه دانشگاه هاروارد انجام شده است، نشان می‌دهد که اندازه‌گیری CRP می‌تواند بیماری قلبی را قبل از اینکه با شیوه دیگری قابل شناسایی باشد پیشگویی کند. اگرچه میزان خطر از تحقیقی به تحقیق دیگر متغیر است، به نظر می‌رسد که افراد دارای بالاترین میزان CRP نسبت به افراد دارای پایین‌ترین سطح خونی CRP با احتمال ۲ تا ۷ بار بیشتر به بیماری قلبی-عروقی مبتلا می‌شوند. به طور کلی سطوح خونی کمتر از یک میلی‌گرم در لیتر CRP بیانگر خطر کم بیماری قلبی است، مقادیر بین یک تا سه میلی‌گرم در لیتر خطر متوسط و مقادیر بالاتر از سه میلی‌گرم در لیتر خطر بالا را نشان می‌دهند. رابطه مشابهی میان میزان CRP در خون و خطر سکته مغزی و بیماری شریان‌های محیطی وجود دارد. جای تعجب نیست که این بیماری‌ها نیز مانند بیماری عروق کرونر قلب، تظاهرات تصلب شریانی آترواسکلروز هستند.

• CRP در بیماران قلبی

بالا بودن CRP یکی از عوامل خطرسازی است که می‌توان بر مبنای آن افراد سالمی را که در معرض خطر بیماری عروق کرونر هستند شناسایی کرد. این شناسایی اهمیت دارد چرا که افراد مستعد بیماری قلبی می‌توانند از روش‌های پیشگیرانه شامل تغییر روش زندگی (رژیم غذایی، ورزش، کنترل وزن، پرهیز از کشیدن سیگار) و مصرف دارو (آسپرین و داروهای پایین‌آورنده کلاسترول، فشار خون و دیابت) استفاده کنند اما افراد

میتلا به حملات قلبی و آنژین صدری که می دانند بیماری عروق کرونری دارند خطر برای آنها صد درصد است. آیا اندازه گیری CRP می تواند به پزشکان در درجه بندی میزان خطر بیماری قلبی کمک کند؟ هرچه میزان CRP بالاتر باشد خطر پیامد بد برای بیماران قلبی بیشتر می شود از جمله حملات قلبی تکرارشونده، تنگی مجدد، شریان هایی که با آنژیوپلاستی باز شده اند و مرگ در اثر بیماری قلبی. اما از آنجایی که تمامی بیماران با بیماری عروق کرونر تحت درمان جدی قرار می گیرند، معلوم نیست که دانستن میزان CRP تغییری در درمان بدهد.

• ورزش و CRP

استفاده از یک داروی کاهنده چربی خون از نوع استاتینی و یا مصرف روزانه آسپیرین می تواند میزان CRP خون را پایین بیاورد. اما آیا ورزش نیز می تواند میزان CRP را کاهش دهد؟ اولین بررسی گسترده در این مورد در سال ۲۰۰۲ منتشر شد. دکتر ارل فورد با استفاده از داده های جمع آوری شده تحقیق شماره ۲ «بررسی ملی سلامت و تغذیه» میزان CRP را در ۱۳۷۴۸ آمریکایی بزرگسال ارزیابی کرد. حتی پس از کنار گذاشتن سایر عواملی که می توانند بر میزان CRP اثر بگذارند (مثل کلسترول، سیگار، چاقی، مصرف آسپیرین، مصرف الکل و رژیم غذایی) باز هم رابطه واضحی میان فعالیت جسمی و میزان CRP خون وجود داشت.

در افرادی که به طور متوسطی ورزش می کردند، در مقایسه با کسانی که اصلاً ورزش نمی کردند یا کم ورزش می کردند، میزان CRP خون ۱۵ درصد کمتر بود و در افرادی که به طور جدی ورزش می کردند، این کاهش به ۴۷ درصد می رسید. اگر ورزش با کاهش میزان CRP در افراد سالم رابطه داشته باشد، آیا در مورد بیماران قلبی نیز موثر است؟ یک بررسی سه ماهه در مورد ۲۷۷ بیمار قلبی شواهد محکمی در تأیید این امر را ارائه کرده است. ورزش به طور متوسط میزان CRP را در این افراد تا ۴۱ درصد پایین آورده و این تاثیر مستقل از اثرات کاهش وزن و درمان با داروهای استاتینی بود. CRP شاخصی است که بهتر از همه شاخص های التهاب بررسی شده است اما بررسی هایی که سایر نشانگرهای التهاب عروقی را مورد توجه قرار می دهند یافته های مشابهی را گزارش کرده اند. به نظر می رسد که ورزش منظم جزء التهابی را در تصلب شریایی کاهش می دهد.

منبع : روزنامه شرق

<http://vista.ir/?view=article&id=226690>

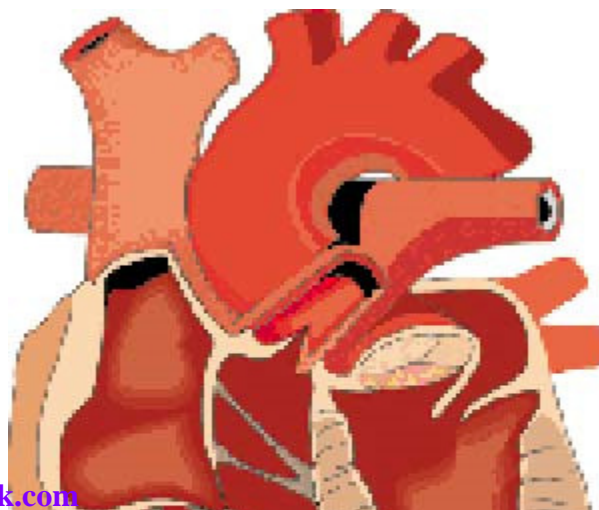


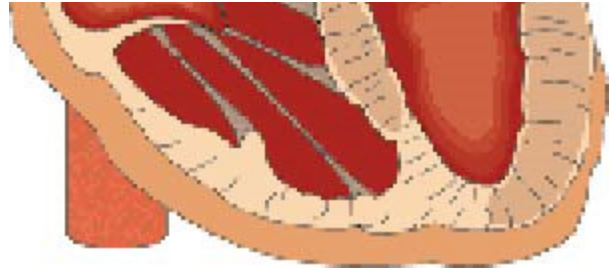
شریان کروناری

• بیماری شریان کروناری (CAD) چیست ؟

بیماری شریان کروناری (CAD) که شایعترین مشکل بیماری قلبی است ، از علل اصلی مرگ در زنان و مردان آمریکایی است. با توجه به گزارش انجمن قلب آمریکا ، بیش از ۱۲ میلیون آمریکایی از CAD رنج می برند و هر ساله بیش از ۵۰۰ هزار آمریکایی از حمله قلبی ناشی از این بیماری می میرند.

CAD که بیماری ایسکمی قلبی نیز نامیده می شود. هر گاه انسداد سرخرگها کروناری (عروق خونی کوچکی که خون و اکسیژن را به قلب می رسانند) جریان خون به قلب را کم می کند، عضلات قلب را از اکسیژن





محروم می سازد. CAD معمولاً از تشکیل پلاکهای چربی در سرخرگها ناشی می شود.
CAD می تواند درد قفسه صدری، تنگی نفس و سایر علائم را ایجاد کند.
اگر جریان خون کاملاً قطع شود حمله قلبی روی خواهد داد.
• علل عوامل خطر ساز

با توجه به گزارش انجمن قلب آمریکا خطر مرگ و میر با بیماری کروناری قلب

در مردان بالای ۴۰ سال ۴۹٪ و در زنان بالای ۴۰ سال ۳۲٪ است.

با افزایش سن در زنان این خطر افزایش می یابد تا به حد مردان رسد.

عوامل زیادی هستند که ریسک CAD را بالا می برند که بعضی از آنها قابل کنترل است.

• خطر عوامل CAD عبارتند از :

• تاریخچه خانوادگی بیماری قلبی کروناری، سکته مغزی، یا بیماری عروق محیطی (بویژه قبل از ۵۰ سالگی در مردان یا قبل از ۶۰ سالگی در زنان)

• تاریخچه خانوادگی سکته مغزی یا بیماری شریان محیطی

• جنس مرد

• سن (۶۵ سال و بیشتر)

• مصرف تنباکو (کشیدن)

• افزایش فشار خون

• دیابت

• سطح بالای کلسترول (بویژه سطح بالای LDL (کلسترول بد) و سطح پائین HDL (کلسترول خوب) و تری گلیسرید بالا)

• فعالیت بدنی کم و ورزش کم

• چاقی

• یائسگی در زنان

چونکه CAD به شیوه های زندگی خاصی بستگی دارد، عوامل خطر ساز زیادی مثل فشار خون بالا ، کلسترول بالا، سیگار کشیدن، چاقی و کمی فعالیت بدنی در ایجاد آن مؤثر بوده که اکثراً قابل کنترل هستند. اگر درمان پزشکی قلبی بسیار پیشرفت کرده است. کنترل عوامل خطر ساز کلید پیشگیری از بیماری و مرگ ناشی از CAD است.

• علائم و نشانه ها

علائم همراه با CAD ممکن است واضح باشند ولی این بیماری قادر است بدون هیچ علامت مشخص روی دهد. بعضی علائم شایع عبارتند از :

• درد قفسه صدری (آنژین)، از شایعترین علائم است و هنگامی که به قلب اکسیژن و خون کافی نمی رسد روی می دهد.

• درد در افراد مختلف متغیر است. درد قفسه صدری ممکن است تیپیک یا غیرتیپیک باشد . درد قفسه صدری مشخص یا تیپیک : در زیر جناغ سینه احساس می شود و با حالت فشارنده و سنگینی همراه است. که با احساسات و فعالیت بدتر می شود و با استراحت و نیتروگلیسیرین بهبودی می یابد.

• درد قفسه صدری غیرتیپیک یا نامشخص : می تواند در سمت چپ قفسه سینه، شکم، پشت یا بازو احساس شود می تواند مبهم یا تیر کشنده باشد. به ورزش ربطی ندارد و با استراحت یا نیتروگلیسیرین بهبودی نمی یابد این نوع درد در زنان شایعتر است.

• تنگی نفس: معمولاً علامت نارسایی احتقانی قلب است. قلب در این حالت ضعیف است زیرا که به مدت طولانی کمبود اکسیژن و خون داشته است و یا گاهی در اثر حمله قلبی اخیر یا گذشته ضعیف شده است. اگر قلب خون کافی به گردش خون پمپاژ نمی کند. تنگی نفس ممکن است با تورم پاها و قوزک همراه باشد.

• حمله قلبی : در بعضی موارد، اولین علامت CAD حمله قلبی است. این اتفاق زمانی روی می دهد که پلاک آترواسکروتیک یا لخته های خون

جریان به سمت قلب را در عروق کروناری مسدود می کنند. این شریان کروناری قبلاً در اثر CAD تنگ شده است. درد ناشی از حمله قلبی معمولاً شدید است و بیش از درد قفسه صدری که در بالا توضیح داده شد، طول می کشد و با استراحت یا نیتروگلیسرین بهبود نمی یابد.

• تشخیص CAD

پزشکان دانشگاه مرکز قلب "مری لند" فرآیند تشخیص را با صحبت کردن با بیماران در مورد علائم، تاریخچه پزشکی و عوامل خطر ساز شامل تاریخچه فامیلی CAD، سیگار کشیدن، دیابت، فشار بالای خون و کلسترول بالا، سپس معاینه بالینی و تستهای تشخیصی انجام می دهند تا شدت CAD و اثرش را در عملکرد قلب بیمار بررسی کرده و بهترین راه درمانی را پیشنهاد کنند.

تستهای زیادی وجود دارد که ممکن است در تشخیص CAD کمک کند. معمولاً قبل از اینکه تشخیص قطعی گذاشته شود بیش از یک تست انجام شده است.

• بعضی از تستها عبارتند از :

- ECG نوار قلب : تست ورزش ، اکوکاردیوگرام ، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی یا آرتریوگرافی کروناری

- EBCT : هدف از این تست مشخص کردن کلسیم درون پلاکهای تشکیل شده در سرخرگهاست هر چه کلسیم بیشتر یافت شود احتمال ایجاد CAD بیشتر است.

- کاتتراسیون قلبی : تستهای رادیوگرافی : اشعه X و سایر ماشینها برای ایجاد تصویر از ارگانهای درون قفسه سینه استفاده می شوند.

- اسکن مواد رادیواکتیو : تستهای تشخیصی که در آنها مقدار کمی رادیواکتیو به درون گردش خون تزریق می شود. این مواد تصویر برداری از قلب توسط دوربینهای مخصوص را ممکن می سازد.

- سونوگرافی درون عروقی : در این تست از تکنولوژی ماوراء صوت برای ایجاد تصویری از درون شریان کروناری استفاده می شود.

مرکز قلب دسترسی فوری به پیشرفته ترین روشهای تشخیص موجود مثل آزمایشگاههای کاتتراسیون دیجیتال قلبی، اسکنهای PET/ CT و اسکنهای sclice CT Multi فراهم می سازد. این تکنولوژیها نه تنها به پزشکان اجازه می دهند تا بیماری را بیابند و روشهای درمانی خاص هر بیمار را بکار گیرند، بلکه بیماری آینده را پیش بینی کرده و جلوی آنرا می گیرند.

• درمانها - درمانهای دارویی و جراحی

• درمان دارویی :

متخصصان قلب داورها را به همراه رژیم غذایی و تغییر شیوه زندگی ، ترک سیگار ، ورزش و پائین آوردن و ثابت نگه داشتن سطح کلسترول بکار می برند تا بیماری را کنترل کرده و ریسک مشکلات قلبی در آینده را به حداقل برسانند.

• درمان با استفاده از کاتتر :

دانشگاه مرکز قلبی "مری لند" تیم با تجربه ای از متخصصان قلب دارد که عمل کاتتراسیون را صدها بار در سال انجام می دهند.

• روشهای درمانی با استفاده از کاتتر در درمان CAD شامل موارد زیر هستند که همگی در دانشگاه مرکز قلب مری لند انجام می شوند :

- آنژیوپلاستی کرونر : روشی است که در آن از بالون برای باز کردن و گشاد کردن سرخرگهای کروناری مسدود استفاده می شود تا جریان خون به سمت قلب بهبود یابد.

- آنژیوپلاستی عروق محیطی: در این روش مجموعه ای از جراحان عروق، رادیولوژیستهای مداخله ای و متخصصان قلب با هم همکاری می کنند تا عروق محیطی مسدود را درمان کرده و جریان خون به اندامها را برقرار سازند.

- استنت گذاری : استنت گذاری در عروق کروناری شامل گذاشتن لوله فلزی تور مانند کوچکی در سرخرگ تنگ شده است تا آن را باز نگه دارد و گشاد تر کند. استنت بطور دائم جا گذاری می شود و معمولاً بدنبال آنژیوپلاستی انجام می شود.

- آتروکتومی کروناری : در آوردن پلاکها از سرخرگها

- برآش : رادیو تراپی درون کرونرها برای درمان تنگی مجدد آنهاست.

پس از درمان در آزمایشگاه کاتتراسیون قلبی، پرستاران در اتاق بهبودی از بیماران مراقبت می کنند جائیکه جراحان مرکز قلب مری لند برای مشورت فوری در دسترس می باشند.

• روشهای جراحی

جراحان قلب در تلاش هستند تا روشهای جراحی که نسبت به عمل باز قلب کمتر تهاجمی هستند را ابداع کنند.

▪ عمل باز قلب با تهاجم کمتر

دانشگاه مرکز قلب مری لند بدلیل وجود جراحان با تجربه در عمل باز قلب با تهاجم کمتر بسیار فعال است. این روش بدلیل عدم نیاز به ماشین قلب و ریه مصنوعی، در هنگام جراحی قلب کمتر تهاجمی است.

با این روش دیگر نیاز نیست که قلب را از حرکت باز داریم. مزایای این روش بهبودی سریعتر، کاهش نیاز به تزریق خون و کاهش عوارض است.

▪ سایر روشهای جراحی قلب

- کاندوتیت شریانی : شریانها طول عمر بیشتری نسبت به وریدها دارند .

- Endovascular Vein Harvest :

در این تکنیک با یک برش کوچک که محدوده دوری را نیز نمایان می کند، وریدی را که از پای بیمار گرفته خواهد شد، آماده می کنند و به جای عروق مسدود قلب قرار می دهند. این روش که تهاجم کمی دارد جایگزین تکنیک با برش بزرگتر شده است چرا که برش کمتری، سختی کمتر برای بیمار دارد و ریسک عفونت را پائین آورده و زمان بهبودی را سریعتر می کند.

- زن درمانی برای جلوگیری از تنگی ورید پیوندی :

دانشگاه مری لند در مطالعه DNA درمانی شرکت کرده است که روی سیاهرگهای بیمار قبل از اینکه در بدنش جای گذاری شود انجام می شود. مارکرهای شخصی (ژنهای بد) بوسیله قطعه ای از DNA مسدود می شوند که بعداً سیاهرگ جای گذاری شده را باز نگه داشته تا بخوبی کار کند.

- رگ سازی بوسیله لیزر :

این پروسه بیماری که بیماری شریان کروناری آنژین یا درد قفسه صدری دارند و کاندید آنژیوپلاستی یا عمل باز قلب نیستند را درمان می کند. در این پروسه از لیزر برای ایجاد کانالهایی یا سوراخهای کوچکی مستقیماً از طریق عضله قلب و بوسیله برش کوچکی خارج عضله قلب فوراً بسته می شود، استفاده می کنند. به مرور زمان که این کانالها ترمیم می یابند و موجب رشد عروق کوچک جدید یا مویرگها از طریق فرآیند آنژیوژنیزس می شوند. این پروسه عضله قلب را تحریک می کند و در کنترل درد مؤثر است . این روش به تنهایی یا به همراه عمل باز قلب به کار می رود.

منبع : دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234148>

 **vista.ir**
Online Classified Service

شریان ها، فراتر از لوله های بی جان

تا همین چند سال پیش بیشتر پزشکان با قطعیت مشکل آترواسکلروز را تنها نوعی انسداد می پنداشتند؛ قطعات چربی که به تدریج و طی سال ها در دیواره شریان ها تشکیل می شوند. اگر تجمعی (پلاک) به قدر کافی بزرگ شود، سرانجام «لوله» مبتلا را مسدود کرده و مانع رسیدن خون به بافت خواهد شد و پس از مدتی بافت تشنه خون خواهد مرد. اگر بدین ترتیب بخشی از عضله قلب یا مغز از پا درآید، گفته می شود حمله قلبی یا



www.takbook.com



سکته مغزی رخ داده است.

امروزه دیگر کمتر کسی با این شرح کوتاه و جمع و جور موافق است. از سوی دیگر بررسی هایی که از ۲۰ سال پیش شروع شد، نشان داده شریان ها شباهت چندانی به لوله های بی جان ندارند، بلکه از سلول های

زنده پی تشکیل شده اند که بی وقفه با یکدیگر و محیط اطراف خود در ارتباط اند. این سلول ها، در فرآیند ایجاد و رشد رسوب های آترواسکلروز بی تفاوت نیستند. لیکن رسوب های یادشده تنها در موارد اندکی آن قدر بزرگ می شوند که بتوانند مانع عبور جریان خون شوند. در بیشتر حمله های قلبی و بسیاری از سکته های مغزی، در مواردی پیش می آید که پلاک های نه چندان بزرگ، دچار پارگی شده و فرآیند تشکیل لخته های خون (یا ترومبوس) را آغاز می کنند؛ لخته هایی که سرانجام مانع جریان طبیعی خون خواهند شد. از سوی دیگر پژوهش های اخیر به وضوح نقش کلیدی التهاب را در آترواسکلروز نشان داده اند. این فرآیند (همان که موجب می شود بریدگی های عفونی دچار قرمزی، تورم، داغی و درد شود) در پس زمینه تمام مراحل این ضایعات (از ایجاد پلاک ها گرفته تا رشد و پارگی آنها) حضور دارد. زمانی که عوامل عفونت را سلامتی ما را تهدید می کند، این فرآیند التهاب است که به کمک ما می شتابد (هر چند، در آترواسکلروز، بیشتر به ما ضرر می رساند). این بار مدافعان ما در برابر دشمنان خارجی (خیلی دوستانه)، خود ما را زیر آتش می گیرند؛ اتفاقی که در برخی بیماری های التهابی کاملاً شناخته شده مانند آرتریت روماتوئید نیز پیش می آید. این مفهوم نو از موضوعی کهن، اندیشه های جدیدی را پیش می کشد که برای تشخیص و درمان آترواسکلروز بسیار مفید است. در عین حال بار دیگر امید به گشودن راز سر بسته معمای پیچیده پی که از دیرباز فکر بشر را به خود مشغول داشته، در دل ها زنده شد، اینکه چرا برخی از حمله های قلبی بدون هیچ هشدار روی می دهد و پاره پی از درمان ها بارها با شکست مواجه می شود. امروزه بیش از همیشه لزوم پیشرفت در زمینه هایی چون پیشگیری، کشف و درمان آترواسکلروز مطرح است. امروزه حملات قلبی و سکته های مغزی (که حاصل این بیماری اند) به عنوان علت اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی، سرطان ها را پشت سر گذاشته و در کشورهای در حال توسعه نیز به سرعت در حال افزایش است.

• شروع مشکل

گذشتگان که فاقد ابزارهای لازم برای توصیف تعامل بین سلول ها و مولکول ها بودند، نخست توجه خود را معطوف به التهاب کردند (چیزی که مشاهده و حس کردن آن برایشان میسر بود). امروزه می دانیم که این نشانه های خارجی، در واقع نقطه اوج و حاصل یک نبرد خونین میکروسکوپی به شمار می رود. برخی از گلبول های سفید خون (رمزندگان خط مقدم دستگاه ایمنی بدن) پس از احساس (درست یا نادرست) شروع حمله میکروب ها، در بافتی که ظاهراً در معرض خطر است، گرد آمده و موادی را (با هدف محدود کردن عفونت) ترشح می کنند. این مواد شیمیایی از جمله شامل اکسیدان ها (قادر به نابود کردن مهاجمان) و مولکول های علامت دهنده پی (مثلاً پروتئین های موسوم به سیتوکین ها) هستند که رهبری و هماهنگی فعالیت های سلول های مدافع را برعهده می گیرند. از این رو پژوهشگران با یافتن سلول های التهابی و واسطه های شیمیایی حاصل از فعالیت آنها در بافت، توانستند به ماهیت پاسخ التهابی بدن پی ببرند.

روشن ترین تصویر از نقش التهاب در شروع آترواسکلروز، از پژوهش ها پیرامون پروتئین کم تراکم (LDL) یا به اصطلاح کلسترول بد حاصل شد. ذرات LDL، متشکل از مولکول های چربی (لیپید)، کلسترول (یک لیپید دیگر) را از منبع خود در کبد به روده ها و اعضای دیگر منتقل می کند. دانشمندان از دیرباز می دانستند که گرچه بدن به LDL و کلسترول نیاز دارد، مقادیر بالای این دو موجب بروز و پیشرفت آترواسکلروز خواهد شد. لیکن تا همین اواخر هیچ کس نمی دانست چگونه این مقادیر بالا منجر به تشکیل پلاک می شود. آزمایش های صورت گرفته روی سلول های کشت شده در آزمایشگاه و حیوانات نشان می دهد مشکل زمانی شروع می شود که LDL از خون در لایه داخلی دیواره شریان (نزدیک ترین قسمت دیواره شریان به جریان عبور خون) انباشته می شود. LDL (در برخی از غلظت ها)، می تواند از این لایه (که عمدتاً از سلول های پوشاننده سطح داخلی شریان تشکیل شده)، ماده خارج سلولی (بافت همبند) و سلول های عضلانی نه چندان متراکم (که ماده مزبور را تولید و ترشح می کنند) نیز عبور کند. حاصل این تحولات، انباشته شدن LDL در ماده خارج سلولی است. با انباشته شدن LDLها، لیپیدهایشان دستخوش اکسیداسیون (همان پدیده پی که موجب زنگ زدگی لوله ها و فساد کره می شود) و پروتئین هایشان اکسیده و گلیکه (پیوند با قندها) می شود. ظاهراً سلول های دیواره رگ ها، این تغییرات را زنگ خطری پنداشته و از دستگاه دفاعی بدن طلب کمک می کند. به ویژه آنکه سلول های پوشش دیواره داخلی شریان ها، در سطح خارجی خود، مولکول های چسبانی را در معرض جریان خون قرار می دهد. این مولکول ها مانند چسب به سلول های خونی

به ظاهر آرامی موسوم به منوسیت ها (که معمولاً در جریان خون در گردش اند) می چسبند.

این تعامل موجب می شود سلول ها به دیواره شریان بچسبند. LDLهای تغییر یافته همچنین سلول های پوشش دیواره داخلی شریان و عضلانی صاف بخش میانی دیواره رگ را تحریک به ترشح مواد شیمیایی موسوم به کموکین ها می کند که جذب کننده منوسیت ها است. همانطور که سگ ها شکار را بو می کشند، منوسیت ها نیز رد شیمیایی سلول های پوشش دیواره داخلی شریان را دنبال کرده و به لایه لای آنها راه می یابند. سپس کموکین ها و مواد دیگری که توسط سلول های پوشش دیواره داخلی شریان و عضلانی صاف، منوسیت ها را تحریک به تکثیر و بدل شدن به ماکروفاژهای فعال (رزمندگان سراپا مسلح، که آماده نشانه رفتن سلاح های خود به روی هر دشمن خارجی هستند) می کند. وظیفه این رزمندگان، پاکسازی مهاجمان از دیواره رگ ها است. ماکروفاژها با واکنش نشان دادن به پروتئین های ترشح شده از سلول های تحریک شده پوشش دیواره داخلی شریان و عضلانی صاف، سطح خود را با مولکول هایی به نام گیرنده های زیاله می آریند. این مولکول ها، ذرات LDL تغییر یافته را به دام انداخته و در هضم آنها به ماکروفاژها کمک می کنند. در نهایت ماکروفاژها چنان انباشته از قطرات کوچک چربی می شوند که زیر میکروسکوپ کف آلود به نظر می رسند. در واقع آسیب شناسان نام این ماکروفاژهای انباشته از چربی را سلول های کف آلود گذاشته اند.

همان کاری که منوسیت ها در دنبال کردن مولکول های چسبان و کموکین ها به داخل پوشش دیواره داخلی شریان می کنند، لنفوسیت های T (گلبول های سفید خون که شاخه دیگری از دستگاه ایمنی را تشکیل می دهند) نیز انجام می دهند. به علاوه سیتوکین هایی را ترشح می کنند که فعالیت های التهابی را دوجندان می کنند. ماکروفاژهای کف آلود و شمار کمتری از لنفوسیت های T، به اتفاق، به اصطلاح رگه های چربی را می سازند که پیشتاز پلاک های پیچیده (و عامل به هم ریختن شکل و ظاهر شریان ها) در آینده به شمار می روند. از همان آغاز دوران نوجوانی، آثار اینگونه پلاک ها را می توان در رگ ها پیدا کرد.

• چه چیزی موجب رشد پلاک ها می شود

پس از توفیق پاسخ التهابی (مثلاً در زخم سر زانو در پی افتادن و کشیده شدن زانو روی زمین) در جلوگیری از پیشرفت عفونت، ماکروفاژها مولکول هایی را ترشح می کنند که به فرآیند التیام سرعت می بخشند. فرآیند «التیام» در التهاب های مزمن - منجمله آترواسکلروز- نیز وجود دارد، اما به جای بازگرداندن دیواره های شریان ها به وضعیت اولیه خود، آنها را تغییر شکل داده و پلاک های بزرگ تر و پیچیده تری را به وجود می آورد.

در سال های اخیر زیست شناسان دریافته اند که ماکروفاژ ها، سلول های سطح داخلی دیواره عروق و سلول های عضلانی صاف لایه داخلی دیواره ملتهب عروق، عواملی ترشح می کنند که سلول های عضلانی صاف لایه میانی (بافت زیر لایه فوق) را تشویق به رفتن به بالای لایه داخلی، تکثیر و تشکیل اجزای ماده خارج سلولی می کنند. ملغمه پی از سلول ها و مولکول های ماده زمینه پی، بافت متراکمی را تشکیل می دهند که ناحیه آترواسکلروزی ابتدایی را می پوشانند. با کامل تر شدن «کلاهِک»، ناحیه زیر آن تغییرات کلی پیدا می کند. روشن است که در این میان، تعدادی از سلول های کف آلود مرده و چربی هایشان آزاد می شود. به همین دلیل است که آسیب شناسان ناحیه زیر کلاهِک را هسته چربی یا سلول های مرده می خوانند. جالب است که پلاک های آترواسکلروزی در طول حیات خود، به جای آنکه مانع جریان خون شوند، به طرف خارج دیواره رگ رشد می کنند. بدین ترتیب جریان خون کم و بیش (غالباً برای ده ها سال) حفظ خواهد شد. وقتی پلاک ها به داخل روی می آورند، جریان خون دچار محدودیت می شود-وضعیتی که عموماً نام تنگی بر آن گذاشته اند. تنگی مانع رساندن خود به بافت خواهد شد، به ویژه زمانی که نیاز به خون بیشتر است و شریان ها به طور طبیعی گشاد می شود. برای مثال در فردی که به نحوی زیر فشار (روحی یا ناشی از فعالیت بدنی) است، قلب به اندازه کافی خون دریافت نمی کند، وضعیتی که آئزین صدری خوانده می شود؛ احساس فشار، تنگی، یا فشردگی، معمولاً در زیر استخوان وسط سینه. تنگی در عروق دیگر می تواند موجب گرفتگی های دردناک در عضلات ساق پا یا کپل هنگام فعالیت های ورزشی شود؛ عارضه پی که نام لنگیدن نوبتی بر آن نهاده اند.

• شروع بحران

گاه پلاکی آنقدر رشد می کند که عملاً مانع جریان خون شریان شده و موجب حمله قلبی یا سکته مغزی می شود. با این حال تنها ۱۵ درصد سکته های قلبی به این صورت پیش می آیند. آسیب شناسان با معاینه دقیق دیواره های عروق کسانی که در اثر حملات قلبی درگذشته اند، نشان داده اند که بیشتر حملات پس از پاره شدن کلاهِک پلاک (که شرایط را برای تشکیل لخته خونی روی محل پارگی فراهم می سازد) روی داده اند. پلاک هایی که بیشتر در معرض پارگی هستند، کلاهِک های نازک تر و مقداری زیادی لیپید و ماکروفاژهای بسیار دارند. آسیب پذیری این کلاهِک ها، نیز حاصل فرآیند التهاب است. تمامیت پوشش روی ضایعه آترواسکلروزی، قبل از هر چیز، به رشته های بسیار محکم کلاژن بستگی

دارد که توسط سلول های عضلانی صاف ساخته می شود. وقتی چیزی موجب بروز التهاب در پلاکی می شود (که تاکنون کم و بیش ساکت و بی سر و صدا بود) واسطه های این فرآیند می توانند لاقبل به دو روش کلاهدک را تضعیف کنند. تجربیات من نشان داده واسطه ها می توانند ماکروفازها را به ترشح آنزیم هایی تحریک کنند که مانع ترشح کلاژن تازه (که برای حفظ و ترمیم کلاهدک بسیار لازم است) می شوند. پس از آنکه خون از پارگی ایجاد شده در کلاهدک وارد ضایعه شد، با هسته لیپیدی سرشار از پروتئین هایی مواجه می شود که لخته شدن خون را سرعت می بخشد. مثلاً مولکول های واقع روی سلول های T در پلاک ها، سلول های کف آلود را تحریک به تولید مقدار زیادی عامل بافتی می کنند که خود محرک نیرومندی برای ایجاد لخته است. خون نیز خود دارای پیشتازهای پروتئین های شرکت کننده در سلسله واکنش های مسوول تشکیل لخته است. پس از تماس بین خون و عامل بافتی و دیگر محرک های تشکیل لخته در هسته پلاک، پیشتازهای فرآیند لخته سازی وارد میدان می شود. در عین حال، مواد دیگری نیز در بدن ترشح می شود که مانع تشکیل لخته شده یا می تواند (پیش از آنکه موجب حمله قلبی یا سکنه مغزی شود) آن را نابود سازد، ولی پلاک های ملتهب موادی ترشح می کنند که ماشین ضدلخته سازی خود بدن را فلج می کند.

اگر لخته پی به طور طبیعی یا به کمک داروها از بین برود، ممکن است بار دیگر فرآیند ترمیم آغاز شده و کلاهدک را به حال اول بازگرداند، ولی در عین حال با تشکیل بافت بازمانده از فرآیند ترمیم، بر حجم آن می افزاید. در واقع شواهد بسیاری حاکی از آن اند که با رفت و آمدهای عوامل محرک التهاب و تشکیل و حل لخته ها، آثار حجیمی به جا مانده و پلاک ها بزرگ و بزرگ تر می شود. تصویر جدید ما از آترواسکلروز نشان می دهد چرا بسیاری از حمله های قلبی (ظاهراً) بدون هیچ دلیل روی می دهند؛ پلاک هایی که پاره می شوند، لزوماً خیلی به داخل کانال جریان خون تجاوز نکرده و لذا (احتمالاً) عامل درد سینه نبوده یا در تصاویر رادیولوژی چندان نمایان نیستند. دیدگاه جدید ما، این نکته را نیز روشن می کند که چرا درمان های معطوف به گشودن مسیر جریان خون در شریان های نیمه بسته (آنژیوپلاستی به کمک بالون یا قرار دادن قالب های غ *stents* در داخل شریان) یا ایجاد مسیرهای انحرافی به کمک اعمال جراحی، می تواند از درد سینه بکاهد، ولی قادر به پیشگیری از حمله های قلبی در آینده نیست. در اینگونه موارد، خطر در پلاکی در کمین است که کمتر مانعی بر سر راه جریان خون و بیشتر در معرض پارگی به شمار می رود. متأسفانه حتی زمانی هم که تنگی مساله است، شریان هایی که با قالب های سنتی درمان شده اند، اغلب دوباره مسدود می شود، ظاهراً تا اندازه ای به این دلیل که خود قالب می تواند پاسخ التهابی درخور توجهی ایجاد کند. قالب های پوشش دار جدید، که داروهای ضدالتهابی را به کندی آزاد می کند، از خطر عود انسداد کاسته است.

• فراتر از کلسترول بد

گرچه LDL، اغلب، آغازگر رویدادهای پی درپی فوق تصور می شود، ولی دانشمندان چند عامل دیگر را نیز یافته اند که بدون هیچ تردیدی، خطر بروز آترواسکلروز یا عوارض آن را افزایش می دهد. بسیاری از این عوامل خطر (و چند تایی دیگر که هنوز تحت بررسی است) خواص التهابی بسیار جالبی از خود نشان داده است. با این حال LDL احتمالاً نقشی (به مراتب بزرگ تر از آنچه عموماً می دانیم) در ایجاد و تداوم آترواسکلروز ایفا می کند. بنابر آمار که معمولاً زیاد از آن صحبت می شود، نیمی از بیماران دچار درد سینه یا کسانی که قبلاً دچار حمله قلبی شده اند، دارای سطوح LDL بیشتر از متوسط نیستند، یافته پی که بارها به این معنا تفسیر شده است که LDL در این افراد نقشی در ایجاد آترواسکلروز نداشته است. لیکن سطح LDL در کشورهای غربی به طور معمول بالاتر از حد نیاز بدن است و یادآوری می کنیم که حتی مقادیر «متوسط» نیز می تواند آغازگر بیماری شریان ها باشد. در واقع کارشناسان بهداشت عمومی، در پاسخ به داده های جدیدی که سلامتی قلب را به سطوح خونی لیپوپروتئین ها نسبت می دهند، همواره تعریف سطوح «بهداشتی» برای LDL را تغییر داده اند. رهنمودهای فعلی، که در میزگردی از کارشناسان با همکاری انستیتوهای بهداشت ملی ایالات متحده تعریف شدند، کلسترول LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون (mg/dL) را به عنوان سطح خونی مطلوب عنوان کردند. همچنین شروع درمان دارویی را در کسانی که در معرض چندین عامل خطر هستند، زودتر از سابق (۱۳۰ mg/dL به جای ۱۶۰ mg/dL) پیشنهاد کردند. در مورد بزرگسالانی که در معرض خطر اندکی هستند، رهنمودها توصیه می کنند تغییر شیوه زندگی (رژیم غذایی و ورزش) همچون گذشته در ۱۶۰ mg/dL و درمان دارویی در ۱۹۰ mg/dL شروع شود. این رهنمودها در سال ۲۰۰۱ منتشر شد، در حالی که داده های حاصل از کارآزمایی های بزرگ و جامعی که پس از آن گردآوری شدند، درمان های باز هم تهاجمی تر را توجیه می کنند. قطعاً اصلاح رهنمودها و ارزیابی مجدد اهداف درمانی کلسترول LDL هنوز در راهند.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=354773>

www.takbook.com

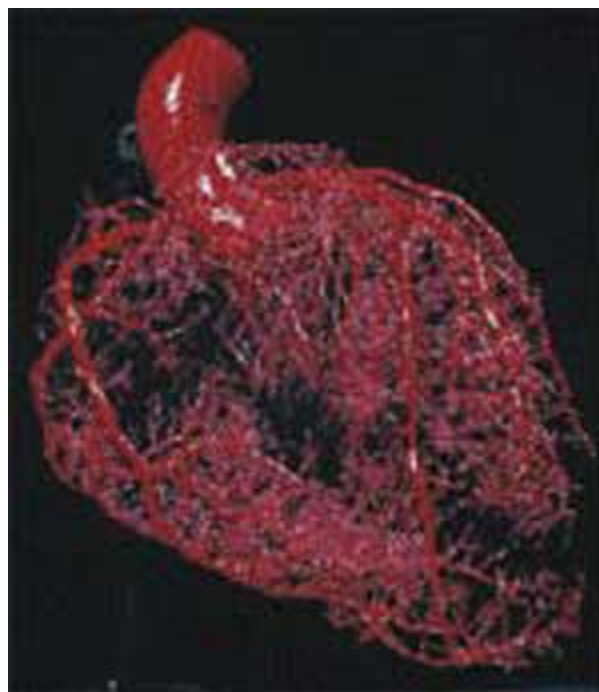
شلی دریچه میترال (MVP)

شلی دریچه میترال (MVP) اختلالی است که یکی از دریچه های قلب شما که میترال نام دارد را درگیر می کند و زمانی اتفاق می افتد که این دریچه می تواند کاملاً بسته شود بنابراین مقداری خون درون قلبتان از این دریچه نشت می کند.

کمی بیش از ۲ درصد مردم آمریکا دچار شلی دریچه میترال هستند. زنان و مردان به میزان برابر به آن دچار می شوند. در بسیاری از افراد MVP بی خطر است و نیازی نیست که تغییری در شیوه زندگی فرد داده شود. این بیماری طول عمر شما را کاهش نمی دهد. در بعضی افرادی که MVP دارند اگر بیمار پیشرفت کند، درمان ضروری است.

• علائم و نشانه ها

MVP اختلالی است که در تمام عمر همراه بیمار است ولی بسیاری از افراد مبتلا هیچگاه علامت و نشانه ای ندارند. هر گاه تشخیص داده شود، افراد مبتلا ممکن است شگفت زده شوند که اختلالی در قلبشان وجود داشته است، در حالیکه علامت و نشانه ای نداشته اند. علائم و نشانه های MVP



در افراد مختلف متفاوت است. این علائم خفیف هستند و بتدریج پیشرفت می کنند و شامل موارد زیر است:

- ضربان قلب نامنظم (آریتمی)
- سرگیجه ، احساس سبکی سر
- سختی تنفس یا تنگی نفس ، اغلب وقتی طاق باز می خوابند یا پس از فعالیت بدنی
- خستگی
- درد قفسه صدی که با حمله قلبی یا بیماری عروق کروناری همراه نیست.

• علل

وقتی قلب شما درست کار می کند ، دریچه میترال با باز و بسته شدن خود جریان خون را بین اتاق بالائی (دهلیز چپ) و پائینی سمت چپ (بطن چپ) تنظیم می کند. ولی در بعضی افراد دریچه میترال بخوبی کار نمی کند و هر بار که قلب پمپ می کند و منقبض می شود ، به سمت دهلیز چپ برآمده می شود (دقیقاً مثل یک چتر نجات) این حالت مانع از این می شود که دریچه کاملاً بسته شود. در نتیجه بجای اینکه خون در یک مسیر جریان یابد مقداری خون به سمت دهلیز نشت می کند.

نام دیگر شلی دریچه میترال سندرم مورمور - کلیک است. هرگاه پزشک بوسیله گوشی پزشکی به قلب شما گوش می دهد، آزمانی که لت ها به سمت خارج برآمده می شوند صدای کلیکی به گوش رسیده و برگشت خون به دهلیز بصورت مورمور شنیده می شود.

پزشکان اسامی دیگری نیز برای MVP به کار می برند: سندرم بارلو - سندرم دریچه شل - سندرم بالونی شدن دریچه میترال .

در بعضی افراد ممکن است MVP ارثی باشد و اغلب در اعضاء خانواده دیده می شود. افرادی که دچار سندرم مارفان یا سایر اختلالات بافت همبند

هستند بیشتر دچار MVP می شوند.

اگر شما MVP دارید لت های دریچه میترال شما ممکن است بزرگ یا ضخیم شوند. زنانی که دچار MVP هستند اغلب لاغر و ستون فقرات خمیده یا اختلال اسکلتی خفیفی در دیواره قفسه صدری دارند. بعضی ممکن است سوراخی در دیواره جدا کننده دو اتاق فوقانی دهلیزها داشته باشند که به این وضعیت نقص سپتوم (دیواره) دهلیزی می گویند.

• چه موقع لازم است توصیه های پزشکی را جدی بگیریم؟

هر گاه شما دچار علائم و نشانه های MVP شدید باید با پزشکتان تماس بگیرید. اگر قبلاً MVP را در شما تشخیص داده اند، هر گاه علائمتان بدتر شد به پزشک مراجعه کنید.

• بیماریابی و تشخیص

بیشتر مواقع پزشکان بیماری شلی دریچه میترال را در میان بزرگسالان جوان می یابند. احتمال زیادی وجود دارد که پزشکتان در حین معاینات معمول قلب بوسیله گوشی پزشکی MVP را تشخیص دهد. هرگاه MVP وجود داشته باشد او ممکن است صداهای غیرطبیعی همانند صدای کلیک ویژه MVP را بشنود. این صدای کلیک مشخصاً در میانه صدای ضربه قلب شنیده می شود که بدنبالش سر و صدای میریر وجود دارد. صدای کلیک بدلیل صاف شدن لت های دریچه میترال است و حرکت رو به عقب جریان خون به دهلیز صدای میریر ایجاد می کند. برای تأیید تشخیص به اکو کاردیوگرافی که یک روش غیر تهاجمی و ماوراء صوت برای بررسی قلب است نیازمندید.

این تست از امواج صوتی با فرکانس بالا استفاده می کند تصویری از قلب و ساختمانهایش که شامل دریچه میترال و جریان خون عبوری از آن نیز هست را نمایان می سازد میزان خونی که نشت می شود (برمی گردد) نیز قابل اندازه گیری است.

در بعضی موارد شما به تستهای بیشتری نیازمندید. که جزئیات بیشتری در مورد دریچه های قلبتان و را مشخص کرده و در کمک به تشخیص مؤثر می باشند در اختیارتان بگذارند بویژه در مواقعی که بخواهیم سایر اختلالات قلبی را رد کنیم.

این تستها عبارتند از :

• عکس قفسه سینه:

عکس قفسه سینه بوسیله اشعه X اندازه و شکل قلب را نشان

می دهد که می توان نشانه ای از نارسایی یک دریچه را نیز در آن یافت.

• نوار قلب ECG (الکترو کاردیوگرام):

در این تست نوارهایی که بوسیله سیم (الکتروود) به پوستتان وصل می شوند تا ایمپالسهای الکتریکی که توسط قلبتان تولید می شوند را اندازه بگیرند و ایمپالسها بصورت موجهایی روی مانیتور یا کاغذ ثبت می شوند. علاوه بر این اطلاعات ECG ریتم قلب شما را نیز نشان می دهد.

• اکوکاردیوگرافی از طریق مری:

با این روش دید نزدیکتری به دریچه میترال خواهیم داشت. مری، لوله ای است که از حلق به معده متصل می شود و در کنار قلب قرار دارد. در اکو کاردیوگرافی معمولی ترانسدیوسر که امواج صوتی لازم که امواج صوتی لازم برای تشکیل قلب ضربه دار را می سازد بروی قفسه سینه حرکت داده می شود. در اکو کاردیوگرافی از طریق مری به انتهای لوله ای که درون مری قرار داده شده یک ترانسدیوسر کوچک وصل می شود. چونکه مری در کنار قلب است و قرار دادن ترانسدیوسر در آن ناحیه تصویر واضح تری از قلب (دریچه میترال و جریان خون از آن) نشان می دهد.

• سونوگرافی داپلر :

با اندازه گیری تغییراتی که در فرکانس امواج ماوراء صوت پس از برخورد با گلبولهای قرمز که از قلب یا عروق شما حرکت می کنند بوجود می آیند، این نوع سونوگرافی اطلاعاتی درباره سرعت و مسیر جریان خون در اختیار ما می گذارد ، این روش در ارزیابی عملکرد دریچه ها مفید است. یک کامپیوتر اطلاعات جریان خون درون قلب را دسته بندی کرده و بعد بصورت تصویر دو بعدی نشان می دهد و از رنگها برای نشان دادن سرعت و مسیر جریان خون استفاده می کند.

• کاتتراسیون قلبی :

در این روش پزشک یک لوله نازک (کاتتر) را از طریق عروق خونی باز و یا کشاله ران به قلب شما می رساند از طریق کاتتر رنگ را بدرون حفره های قلب و عروق خونی قلب می ریزند. این رنگ همچنان که در قلب حرکت می کند پخش می شود ، در تصاویر گرفته شده با اشعه X دیده می

شود و اطلاعات زیادی در رابطه با قلب و دریچه های آن و همچنین جریان خون و نشت آن در اختیار پزشکتان می گذارد . بعضی از این کاتتر ها دستگاهی در نوک خود دارند که می تواند فشار خون را در حفره های قلب مثل بطن چپ اندازه بگیرند.

هرگاه تشخیص داده شد که شما MVP دارید ممکن است پزشکتان توصیه کند که اعضاء درجه یک خانواده تان نیز تست شوند.

• عوارض

• اگر چه بسیاری از مردمی که MVP دارند هیچ علامتی نشان نمی دهند اما گاهی عوارض بیشتر در افراد میان سال و مسن ظاهر می شوند و عبارتند از :

• برگشت دریچه میترا - شایعترین مشکل برگشت دریچه میترا و نارسایی آن است، وضعیتی که در آن دریچه بشدت نشت می دهد و مقدار زیادی خون به دهلیز چپ بر می گردد.

• مشکلات ریتم قلب - افرادی که MVP دارند ممکن است دچار ریتم های نامنظم قلبی شوند. این مشکل بویژه در دهلیزها بوجود می آید ولی تهدید کننده حیات نیست. پزشکان مواردی از مرگ ناگهانی قلبی را بدنال MVP گزارش کرده اند به هر حال این موارد بسیار نادر هستند و حتماً بدلیل مشکلات دریچه ای نمی باشند..

• افرادی که برگشت شدید دریچه میترا دارند و یا دریچه به شدت تغییر شکل یافته است به ایجاد مشکلات ریتم غیر طبیعی مستعدتر هستند.

• درمان

بیشتر افرادی که شلی دریچه میترا دارند بویژه آنها که هیچ علامتی ندارند به درمان نیاز ندارند.

اگر شما علامت دار شدید ممکن است پزشکتان دارویی تجویز کند تا درد قفسه سینه یا آریتمی ناشی از MVP را بهبود بخشد . برای مثال پزشکان گاهی دارویی به نام مسدود کننده بتا را برای ضریان قلب بالا یا ناراحتی در قفسه صدری تجویز می کنند. هیچ گاه بدون مشورت با پزشکتان این داروها را قطع یا کم و زیاد نکنید.

• به دیگران نیز اطلاع دهید:

اگر نیاز به کار روی دندان خود دارید که منجر به خونریزی لثه می شود و یا حتی تمیز کردن و جرم گیری معمولی . همچنین قبل از اعمال جراحی چون برداشتن لوزه، کیسه صفرا، یا پروستات به جراح خود اطلاع دهید که دچار MVP هستید. ممکن است نیاز به مصرف دوره ای از آنتی بیوتیکها قبل از عمل جراحی داشته باشید تا احتمال عفونت را کم کند. استفاده پیشگیرانه آنتی بیوتیکها، بسیاری از باکتری ها که ممکن است وارد گردش خون شوند را از بین برده و جلوی عفونت دریچه قلب را می گیرد. آموکسی سیلین یکی از شایعترین داروهایی است که بدین منظور تجویز می شود. ولی اگر شما به داروهای خانواده پنی سیلین (آمپی سیلین) حساسیت دارید . پزشکتان می تواند از آنتی بیوتیکهای دیگر مانند کلیندومایسین ، کلاریترومایسین یا آزیترومایسین استفاده کند..

• احتیاطهای لازم در زمان حاملگی :

اگر MVP دارید و حامله هستید شانس داشتن یک دوره بارداری خوب در شما بالاست . با این وجود پزشکان گاهی اگر عفونتی وجود داشته باشد که سیستم گردش خون را درگیر کند در هنگام زایمان (بدون عارضه و موفق) آنتی بیوتیک تجویز می کنند.

حتی اگر علائم و نشانه ای به همراه MVP ندارید و هیچ داروئی برای آن مصرف نمی کنید ممکن است پزشکتان توصیه کند که هر ۳ یا ۵ سال دوباره بررسی شوید تا اگر به سمت برگشت و نارسایی دریچه میترا پیشرفت کرده اید مشخص شود.

• پیشگیری

شما نمی توانید جلوی ایجاد شلی دریچه میترا را بگیرید. ولی می توانید جلوی ایجاد و عوارض آن را مثل عفونت باکتریایی، با در جریان قرار دادن جراح و دندانپزشکتان پیش از اعمال جراحی، بگیرید. هر گاه لازم باشد به شما آنتی بیوتیک داده می شود. هر گاه دچار علائم و نشانه های عفونت باکتریایی مثل تب، لرز یا سردرد و یا دچار تنگی نفس شدید حتماً به پزشکتان اطلاع دهید.

• مراقبت از خود

بسیار از افرادی که MVP دارند دارای یک زندگی طبیعی، فعال و بدون مشکل هستند . عمدتاً پزشکان توصیه نمی کنند که شیوه زندگی خود را تغییر دهید و یا محدودیتی در انجام فعالیتهاى بدنی و رژیم غذایی خود قائل شوید.

علل تپش قلب

قلب جزو اندامهایی از بدن می‌باشد که علیرغم تپش و فعالیت مداوم و بی‌وقفه‌اش، وجودش در بدن احساس نمی‌شود. به عبارت دیگر انسانها در ۹۹٪ مواقع اصلاً متوجه وجود این عضو در بدن خود نمی‌باشند. هرگاه فرد احساس بکند که قلبش درون قفسه سینه در حال تپش می‌باشد، دچار تپش قلب شده است. پس تپش قلب به معنی آگاهی از ضربان قلب خود است.

همانگونه که می‌دانید قلب نوعی تلمبه است. خون بوسیله آن در بدن جریان می‌یابد، اما چه تلمبه حیرت‌زایی! قلب در هر تپش تقریباً صد سانتیمتر مکعب خون را در بدن پخش می‌کند. روزانه حدود ۱۰ هزار لیتر خون بوسیله این تلمبه در درون رگهای هدایت می‌شود.

در مدت عمر متوسط یک انسان شاید ۲۵۰ میلیون لیتر خون بوسیله قلب، تلمبه زده شود. طول مدت هر تپش قلب انسان، کمی بیش از هشت‌دهم ثانیه است. بنابراین، قلب روزی صد هزار بار می‌تپد و در فاصله هر یک تپش به مدتی برابر زمان یک تپش، به استراحت می‌پردازد. پس قلب روزانه حدود ۶ ساعت آرامش دارد.

این که می‌گوییم «تپش» قلب، مقصودمان بسته و باز شدن آن است؛ یعنی انقباض و انبساط آن. تلمبه قلب در حالت انقباض (بسته شدن) خون

را بیرون می‌راند؛ اما در حالت انبساط (باز شدن) خون را به درون قلب می‌کشد. البته گمان نکنید که این کار به سادگی مثلا باز و بسته شدن مچ دست صورت می‌گیرد. خیر؛ بلکه انقباض قلب به صورت نوعی موج از پایین قلب شروع شده، تا به بالای آن حرکت می‌کند.

• احساس تپش قلب

تپش قلب به صورتهای گوناگون نظیر کوبیدن لرزیدن، تپیدن و ... احساس می‌شود. برخی ذکر می‌کنند که قلبشان هری می‌ریزد یا بعضی می‌گویند که قلبشان چند دقیقه تپ‌تپ می‌زند و دوباره به حالت عادی بر می‌گردد. در برخی نیز ضربان قلب همیشه تند است و تپش قلب به صورت دائم احساس می‌شود.

• چه چیز سبب ادامه تپیدن قلب است؟

آیا انقباض و انبساط آن یک عامل خارجی دارد، یا از درون خود قلب برمی‌آید؟ این مساله یکی از جالب‌ترین پرسش‌ها در زیست‌شناسی است که در پاسخ آن هنوز بسی ابهام وجود دارد. با این وصف، اکنون برایتان آزمایشی را تعریف می‌کنم که از صدها سال پیش، دانشمندان با آن آشنا بوده‌اند. فرض کنید تخم مرغی را حدود ۲۴ ساعت در ماشین جوجه‌کشی حرارت دهیم، حال اگر آن را بشکنیم و با ذره بین به درون آن بنگریم، خواهیم دید که سلولهای که قرار است بعداً قلب جوجه را تشکیل دهند، از هم‌اکنون می‌تپند.



آری ، این باخته‌ها از هم‌اکنون که هنوز قلبی درست نشده است، تپش را آغاز کرده‌اند! باز فرض کنید این سلولها را برداریم و در یک مدیوم ، یعنی «ماده کشت مخصوص» ، پرورش دهیم. خواهیم دید که قلب رشد می‌کند. پس قلب دارای این ویژگی است که بطور خودکار می‌تواند عمل باز و بسته شدن را انجام دهد. نتیجه آنکه تپیدن دایمی قلب هنوز از معماهای زندگی است!

• علل تپش قلب

تپش قلب در اکثر موارد نشانه بیماری خاصی نمی‌باشد و جای نگرانی چندانی ندارد. ولی برای بیمار ممکن است این نشانه خیلی خطرناک به نظر برسد. زیرا تصور می‌کند که به دنبال تپش قلب ممکن است توقف قلبی اتفاق بیفتد و قلب از کار بیفتد. همین نگرانی و استرس باعث تحریک قلب شده و تپش قلب فرد تشدید پیدا می‌کند.

• علل روحی و روانی

تپش قلب به تنهایی نشان‌دهنده هیچ گروه خاصی از اختلالات نیست و اغلب در واقع اختلال فیزیکی اولیه نبوده، بلکه مشکلی روانی است. گاهی بویژه در بیماران مبتلا به اضطراب ، بیماران از احساس تپش قلب شکایت دارند ولی در بررسیها اختلال ریتمی مشخص نمی‌شود.

• علل فیزیولوژیک یا طبیعی

حالت‌هایی هستند که به طور طبیعی باعث تپش قلب می‌شوند. ورزش و فعالیت بدنی شدید می‌تواند باعث ایجاد تپش قلب برای مدت چند دقیقه شود. فردی که بیماری قلبی ندارد ممکن است با ورزش ضربان قلب را به ۱۶۰ بار دقیقه یا بیشتر برساند که البته این طبیعی است و مشکلی محسوب نمی‌شود. استرس ، هیجان و اضطراب نیز از عوامل شناخته شده تپش قلب به شمار می‌روند. از سوی دیگر مصرف چای غلیظ ، قهوه تلخ و برخی سیگارها ممکن است در فرد تپش قلب ایجاد نمایند.

• علل آریتمی قلبی

توجه به الگوی تپش قلب و همچنین نبض همزمان ، تشخیص را آسان می‌کند. در تمام حالت‌های دیگر تپش قلب بیشتر به صورت تند زدن و شدید زدن قلب خود را نشان می‌داد و ضربان قلب منظم بود. نبض نامنظم در حین حمله تپش قلب تقریباً همیشه دال بر آریتمی است. آریتمی‌های شایعی که منجر به تپش قلب می‌شوند، فیبریلاسیون دهلیزی ، انقباضات پیش‌رس دهلیزی یا بطنی تاکیکاردی یا تند ضربانی فوق بطنی و بطنی و تند ضربانی سینوسی می‌باشند. ضربانها در تاکیکاردی یا تند ضربانی فوق بطنی و بطنی و تند ضربانی سینوسی ، سریع و منظم ، در فیبریلاسیون دهلیزی سریع و نامنظم و در انقباضات پیش‌رس دهلیزی یا بطنی بصورت "یک در میان" مشاهده می‌شوند.

در بعضی مواقع تپش قلب به صورت نابجا و نابهنگام بروز پیدا می‌کند که فرد احساس می‌کند قلبش می‌ریزد یا یک ضربه محکم به دیواره قفسه سینه اصابت می‌کند. اگر فرد در این حالت نبض خود را گرفته باشد متوجه می‌شود که یک نبض خالی زده است. این نوع تپش قلب در اکثر موارد نشانه یکی از شایعترین آریتمی‌های قلبی به نام "انقباض پیش‌رس یا زود هنگام بطنی" یا (PVC) است که اگر تعداد آن از حدی بیشتر شود ممکن است خطرات جدی برای فرد به همراه داشته باشد.

• بیماریهای دیگر و داروها

افراد کم خون و پرکاری‌غده تیروئید نیز قلبشان با سرعت و شدت بیشتری می‌تپد. در پرولاپس دریچه میترال نیز که یکی از بیماریهای خوشخیم دریچه میترال قلب می‌باشد، تپش قلب به نسبت شایع می‌باشد و افرادی که این مسئله را دارند، با کمی فعالیت بدنی دچار درد و تپش قلب می‌شوند.

مصرف بعضی از مواد و داروها مثل کافئین ، کوکابین ، افرین یا سایر داروهای تقویت‌کننده دستگاه سمپاتیک ، دکونژستانها ، داروهای کم‌کننده اشتها ، قهوه زیاد ، کولا و سایر محرکها با یا بدون کافئین ، آمفتامین‌ها و سیگار باعث تپش قلب می‌شوند.

• علائم همراه

تشخیص بیماری زمینه‌ای عمدتاً بر اساس سایر علائم و یافته‌های همراه داده می‌شود. تپش قلب همراه با علائمی مانند سرگیجه ، تنگی نفس ، سرفه ناخودآگاه ، درد قفسه سینه ، غش کردن یا احساس وقوع مرگ یا در زمینه بیماریهای قلبی نیاز به بررسی بیشتر دارد.

• تشخیص علت تپش قلب

کسی که دچار تپش قلب می‌شود باید در هر حال به پزشک مراجعه نماید. پس از انجام معاینات لازم نوار قلب از بیمار گرفته می‌شود که تا حد زیادی می‌تواند علت تپش قلب را مشخص کند. گاه نیز انجام آزمایشهایی برای تشخیص برخی بیماریهای زمینه‌ای لازم است. در نهایت اگر علت

تهپش قلب مشخص نشود، دستگاهی به نام هولترمونیتور یا نوار قلب متحرک به فرد متصل می‌شود تا اگر در طول ۲۴ ساعت فرد دچار تهپش قلب گردد، نوار قلب در همان حالت از بیمار گرفته شود و نوع آریتمی قلب فرد مشخص شود. علاوه بر هولتر مانیتور، می‌توان از تست ورزش استفاده کرد تا پزشک و بیمار اطمینان حاصل کنند که فعالیت شدید، عامل بوجود آورنده آریتمی خطرناک نیست.

• درمان

اصول درمان بر درمان آریتمی خاص تشخیص داده شده، حذف عامل بوجود آورنده (دارو، تنباکو، قهوه، چای و الکل) تشخیص و درمان بیماریهای همراه (پرکاری تیروئید، افت قند خون، علائم بایئسگی و اضطراب) استوار است. در اکثر موارد با رعایت عادات مناسب زندگی و تغذیه، پرهیز از استرسها و هیجانان و انجام ندادن فعالیتهای ورزشی نامتناسب، تهپش قلب فرد بهبود می‌یابد.

به منظور خاتمه دادن آریتمی نابجا، گاهی مانورهای واگی متعدد توسط پزشک یا توسط فرد آموزش دیده انجام می‌شود که با تحریک عصب واگ باعث برگشت تهپش قلب در بعضی از آریتمی‌ها می‌شوند و عبارتند از:

ماساژ ناحیه کاروتید گردن (البته منوط به این که روش انجام بدون خطر این تکنیک را فرا گرفته باشید).

نگاه داشتن نفس به‌طور کوتاه‌مدت

سرفه پی‌درپی

نیشگون گرفتن از پوست بازو به قدری که باعث درد شود.

زدن آب سرد به صورت، فرو بردن سر در آب سرد به مدت کوتاه، یا دوش سرد بطوری که آب سرد روی سر بریزد.

در بینی و دهان خود را بگیرد و سعی کنید به ملایمت هوا را از بینی خارج کنید بطوری که احساس کنید پرده‌های گوش به سمت بیرون حرکت می‌کنند.

• درمان دارویی

در مواردی که حمله تند ضربانی تکرار می‌شود، امکان دارد یک یا چند دارو برای کنترل ضربان قلب تجویز شوند. در مواردی که تهپش قلب در اثر آریتمیهای قلبی ایجاد شده باشد، داروهایی مانند دیگوکسین، کینیدین، مسدودکننده‌های کانال کلسیم، پروکاینامید، و داروهای ضد بتا آدرنرژیک تجویز می‌شوند. در آریتمی‌ها اگر ضربان قلب به حالت طبیعی باز گردانده نشود، امکان دارد نارسایی احتقانی قلب، حمله قلبی، یا ایست قلبی، که جان بیمار را به خطر می‌اندازند، رخ دهند.

گاهی نیز لازم می‌شود که برای تنظیم ضربان قلب، دستگاهی به نام ضربان‌ساز قلب (Pace maker) در قلب بیمار جاسازی شود تا در مواقع ضروری ضربان قلب بیمار را تنظیم نماید.

ندرتاً استفاده از شوک الکتریکی کنترل شده لازم می‌شود.

منبع: پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=308166>

 Vista.ir
Online Classified Service

علل درد قلبی

هر عضوی از بدن درد خاص خود را دارد و در جای خاصی احساس می‌شود. با این حال پزشکان چندان موافق نیستند دردهایی را که در قسمت قلب و





قفسه سینه احساس می‌شود درد قلبی بنامیم. آنها بیشتر از اصطلاح درد قفسه سینه یا آنژین صدری استفاده می‌کنند و تمام دردهای ناحیه سینه را مهم تلقی کرده (هر چند درست روی قلب نباشد) و علت آن را کاملاً بررسی می‌کنند. علت این است که برخی از دردهای قفسه سینه اصلاً منشأ قلبی ندارند و در اثر آسیب‌های سایر اندامها ایجاد می‌گردند.

• کیفیت درد قلبی

معمولاً درد قلبی در افراد به صورت درد مبهم یا احساس فشار، سنگینی، سفتی، فشردگی یا خفگی بیان می‌شود تا درد واضح و اغلب بصورت احساس ناراحتی است تا درد. و در صورت شدید بودن بیمار درد را بصورت

خرد کننده، فشارنده و له کننده توصیف می‌کند که نفس فرد را تنگ کرده و او را از ادامه فعالیت باز می‌دارد. کیفیت این درد بیشتر فشارنده است تا سوزشی یا تیز. بنابراین در کسانی که دچار دردهای سوزشی قلب می‌شوند (بویژه وقتی اندازه محل درد از حد یک سکه تجاوز نمی‌کند)، باید به فکر علل دیگری برای درد بود. البته اینگونه دردها نیز ممکن است منشأ قلبی داشته باشند ولی نشانه ایسکمی (کاهش خونرسانی بافت قلب) نمی‌باشند.

معمولاً دردهای قلبی با فعالیت بدنی و یا تغییر حالات روحی و روانی (از جمله استرس‌های ناگهانی)، سرما، غذا یا ترکیبی از این عوامل تسریع و تشدید می‌شود و با استراحت تسکین می‌یابد. البته بسیاری از حملات با این الگوها هماهنگی ندارد. مدت این دردها نیز از ۵ دقیقه تا ۳۰ دقیقه متغیر است. در صورتیکه درد قلبی از نیم ساعت بیشتر به طول بینجامد احتمال سکته قلبی در فرد مبتلا به شدت افزایش می‌یابد.

• محل درد قلبی

معمولاً این درد در ناحیه جناغ سینه (قسمت پایینی آن) یا سمت چپ قفسه سینه احساس می‌شود اما درد سایر قسمتهای سینه نیز ممکن است مربوط به قلب باشد. ولی ممکن است به سایر قسمتها نیز انتشار داشته باشد. گاه این درد به بالای شکم راه می‌یابد و فرد تصور می‌کند دچار سوءهاضمه شده است و گاه به آرواره یا زیر چانه، گردن، پشت و بین دو کتف یا بازوها (بویژه دست چپ) نیز تیر می‌کشد. مورد اخیر (انتشار به دست چپ) حالتی نسبتاً اختصاصی بوده و باید فرد را نسبت به قلبی بودن منشأ درد آگاه سازد.

• علائم شایع همراه درد قلبی

معمولاً حمله قلبی با علائمی مانند احساس نزدیکی مرگ، تعریق سرد، تهوع و استفراغ، احساس خفگی، تنگی نفس، ضعف و منگی همراه است.

• علل درد قلبی

علت درد قلبی در درجه اول کاهش خونرسانی به بافت عضلانی قلب می‌باشد. به طوری که عروق قلب نتوانند جوابگوی نیاز قلب به اکسیژن و مواد غذایی باشند. این امر در چند حالت ایجاد می‌شود اما شاید دو سه مورد آن از بقیه مهمتر باشند که بسته شدن نسبی یا کامل سرخرگ‌های قلب توسط لخته خون، گرفتگی یا انقباض عروقی و اختلال شدید در ضربان قلب از آن جمله‌اند.

گاهی عروق قلبی بتدریج دچار گرفتگی می‌شوند و حالتی ایجاد می‌شود که گویی رسوبات خاصی رگ را مسدود می‌سازند. اگر این انسداد تدریجی از مرز ۷۰٪ بگذرد، رگ‌های در حالت فعالیت نمی‌توانند تکافوی نیاز قلب را بدهند و فرد دچار درد می‌شود. به این نوع درد قلبی آنژین پایدار یا دردی که ناشی از مقدار خاصی فعالیت است، می‌گویند. این افراد دچار تنگی مشخصی از یک، دو یا سه رگ قلبی هستند و وضعیتشان در طول ماهها و سالها تثبیت شده است.

رسوبات داخلی رگ‌ها که باعث تنگی آنها می‌شود (و به آنها پلاکهای آترواسکروتیک نیز می‌گویند) در برخی موارد موجب تشکیل لخته شده و انسداد ناگهانی و کامل سرخرگ قلبی اتفاق می‌افتد. حال بسته به اینکه این لخته به سرعت رفع شود یا پابرجا بماند فرد را دچار آنژین ناپایدار (که مردم به آن سکته ناقص می‌گویند) و یا سکته قلبی می‌کند. در این حالت فرد به طور ناگهان دچار درد قلبی می‌شود و این درد چندان با استفاده از قرصهای زیر زبانی بهبود نمی‌یابد. در حالت دیگر رگ‌های قلبی فرد دچار انقباض می‌شود و درد قلبی خاصی در حالت استراحت یا حتی در خواب برای فرد ایجاد می‌نماید.

• عوامل خطر آفرین قلب

هر کسی ممکن است دچار درد قلبی بشود ولی دردی که توصیف آن بیان شد، بیشتر در کسانی که ریسک فاکتورها یا عوامل خطر ساز تنگی‌ها و انسداد عروق قلبی را داشته باشند بروز پیدا می‌کند. این عوامل به طور خلاصه عبارتند از: جنس مذکر، چاقی و وزن بالا، فشار خون بالا، چربی خون بالا (بالا بودن سطح کلسترول بد خون، یا پایین بودن سطح کلسترول خوب خون)، دیابت، استرس و فشارهای روحی و روانی، داشتن سابقه خانوادگی بیماری سرخرگ‌های قلب و سکنه قلبی، رژیم غذایی پر از چربی‌های اشباع شده، نداشتن فعالیت بدنی کافی (بی‌تحركی آفت قلب است) و کشیدن سیگار. در گذشته‌ای نه چندان دور سکنه قلبی و دردهای مربوط به قلب بیشتر در افراد مسن و نهایتاً میانسال بروز پیدا می‌کرد اما امروزه سن بروز چنین دردهایی بسیار پایین آمده و متأسفانه برخی افراد در سنین جوانی درد قلبی و گاه سکنه قلبی را تجربه می‌کنند.

• تشخیص

در اورژانس در وهله اول یک نوار قلب از بیمار گرفته می‌شود. اگر نوار قلب تغییراتی به نفع کاهش خونرسانی قلب داشت، معمولاً فرد در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (سی‌سی‌یو) بستری می‌شود. در غیر این صورت، پزشک با توجه به معاینات و شرح حال بیمار تصمیم خواهد گرفت که فرد نیاز به بستری شدن دارد یا خیر.

به هنگام بستری شدن در بیمارستان، بررسی‌های تشخیصی ممکن است شامل نوار قلب، ((اسکن پرفیوژن میوکارد (اسکن قلب)) اسکن رادیوآکتیو با تکنسیم ۹۹))، آنژیوگرافی (عکسبرداری از رگ‌ها با اشعه ایکس به کمک تزریق ماده حاجب درون آنها) و اندازه‌گیری آنزیم‌هایی که از عضله قلب آسیب دیده به درون خون آزاد می‌شود، باشد.

• اقدامات درمانی اولیه

اگر کسی به طور ناگهانی دچار درد قلبی بشود، در هر صورت بهتر است دراز بکشد و فعالیت خود را قطع کند و استراحت مطلق داشته باشد. اگر درد ادامه پیدا کند و منشا گوارشی یا تنفسی نتوان برای آن در نظر گرفت، بهتر است در صورت داشتن قرص زیر زبانی نیتروگلیسرین یک یا چند عدد از آن تا زمان قطع درد استفاده شود و بیمار به سرعت به اورژانس قلب ارجاع داده شود. اگر هرگونه علامتی از حمله قلبی را دارید، فوراً کمک پزشکی بخواهید.

توجه داشته باشید که داروهای حل‌کننده لخته تنها در ساعات اولیه حمله مؤثر خواهند بود. اگر فردی که دچار حمله قلبی شده است بی‌هوش است یا دچار ایست قلبی شده و نفس نمی‌کشد، فوراً تنفس دهان به دهان را شروع کنید. اگر ضربان قلب وجود ندارد، ماساژ قلبی بدهید. تا زمانی که کمک نرسیده باشد عملیات احیا را ادامه دهید.

در مواردی که دردهای قلبی به صورت مزمن در آمده باشد، بیمار با وضعیت خود آشنایی کافی دارد و داروهای لازم را برای کنترل چنین دردهایی در اختیار دارد. و معمولاً نیز چنین دردهایی آنقدر ادامه پیدا نمی‌کنند که فرد را از ادامه کار بازدارند. فقط لازم است فرد رعایت حال خود را بکند و در صورت بروز درد داروهای اورژانسی خود را استفاده نماید. البته باید به کیفیت یا کمیت درد خود توجه کند و شاید بهتر باشد که به پزشک مراجعه نماید.

• اقدامات درمانی در بیمارستان

▪ اکسیژن

▪ داروهای قلبی که به سرعت لخته‌های خون را حل می‌کنند (باید در عرض ۳-۱ ساعت از زمان بروز حمله داده شوند).

▪ داروهای ضد درد

▪ داروهای ضد بی‌نظمی قلب و داروهای ضد آنژین صدری، مثل مسدودکننده‌های بتا آدرنژیک یا مسدودکننده‌های کانال کلسیمی، برای پایدار کردن نامنظمی ضربان قلب

▪ داروهای ضد انعقاد برای جلوگیری از تشکیل لخته خون

▪ نیتروگلیسرین برای گشاد کردن سرخرگ‌ها و افزایش خونرسانی قلب

▪ داروی دیژیتال برای تقویت انقباضات عضله قلب و پایدار کردن ضربان قلب

▪ امکان دارد برای به کار انداختن قلب نیاز به تحریک الکتریکی وجود داشته باشد.

• شاید جراحی (کار گذاشتن دستگاه ضربان‌ساز ، آنژیوپلاستی با بادکنک کوچک ، یا جراحی بای‌پاس سرخرگ‌های قلب)

• پیشگیری

• حتی‌المقدور اجتناب یا کنترل عوامل خطر

• رژیم غذایی کم‌چرب (چربی باید کمتر از ۳۰٪ کل کالری دریافتی را تأمین کند) و پر فیبر

• وزن خود را در حد مطلوب نگاه دارید.

• علل غیر قلبی درد سینه

دردهای دیگری که ممکن است با درد قلبی اشتباه شوند شامل دردهای ناشی از دستگاه تنفسی ، دستگاه گوارشی ، دستگاه عضلانی اسکلتی و حتی پوست هستند. دردهای ریوی با سرفه کردن و تنفس کردن تشدید پیدا می‌کنند و در صورت پرسش ، فرد سابقه عفونت مجاری تنفسی و ترشح بیش از اندازه مجاری تنفسی را ذکر می‌کند. کسانی که دچار ترشح بیش از اندازه اسید معده هستند با مشکل خود آشنایی دارند و می‌دانند که درد آنها بیشتر بعد از مصرف غذاهای تحریک کننده یا نفاخ ایجاد می‌شود.

از سوی دیگر مصرف آنتی اسید و سایر داروهای مشابه درد آنها را تخفیف می‌دهد. دردهای عضلانی اسکلتی نیز با آسیبهای این اندامها یا سرما خوردن عضلات بین دنده‌ای همراه است. زونا نیز از بیماریهای نسبتاً شایعی است که اگر بر اثر آن درد قفسه سینه بروز پیدا کند، ممکن است پزشک را به اشتباه به سوی دردهای قلبی گمراه کند.

• علل کم اهمیت درد سینه

در زنان جوان به ندرت دردهای قلبی منشا ایسکمیک (کاهش خونرسانی) دارند. در این موارد معمولاً معاینه و نوار قلب چیز خاصی را نشان نمی‌دهد. این موارد بیشتر در اثر آشفتگیهای روانی و وجود بیماری خفیف دریچه‌ای به نام پرولاپس دریچه میترال ممکن است ایجاد شده باشد و تجویز آرامبخش یا داروی ایندرال بهترین کمک را به بیمار خواهد کرد. البته اطمینان دادن به بیمار و همراهان او نیز در تخفیف درد ایشان بسیار موثر خواهد بود.

• علل اورژانسی درد سینه

حالت‌های بسیار خطرناکی نیز گاه موجب درد قلبی می‌شوند که باید با دقت فراوان آنها را مد نظر داشت. یکی از این حالتها پاره شدن حاد آنورت است که درد سینه و تند شدن تعداد تنفس و نبض را موجب می‌شود و در صورتی که اقدام فوری به عمل نیاید، بیمار فوت خواهد شد. از علل جدی دیگر غیر از سکنه قلبی ، پنوموتوراکس ، پریکاردیت حاد و ... است.

منبع : پاراسات

<http://vista.ir/?view=article&id=308160>

 Vista.ir
Online Classified Service

عمل جراحی بای پس

عمل جراحی بای پس، یکی از بزرگترین پیشرفتهای ایجاد شده در درمان آنژین قلبی می باشد. کلمه بای پس به معنی راه فرعی می باشد و از آنجایی که در عمل جراحی بای پس، بریا شریان کرونری مسدود شده، یک راه فرعی با استفاده از رگهایی که از پاها یا سینه برداشته می شود قرار می دهند، نام بای پس به این عمل جراحی اطلاق می گردد.

وقتی برای اولین بار این عمل جراحی ابداع شد، جراحان از وریدهایی که از پاها برمی داشتند برای بای پس استفاده می کردند. آنها به اندازه ۱۰

تا ۱۳ سانتیمتر از وریدهای پا را برداشته و آن را بین شریان کرونری مسدود شده و شریان اصلی بدن یعنی آئورت قرار می‌دادند. در ۱۰ سال اخیر در این روش تغییراتی ایجاد شد و اکثر جراحان امروزه بجای اینکه از وریدها استفاده کنند، از شریانهای کوچک برای پیوند زدن استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد که نتایج طولانی مدت این روش، بهتر از استفاده کردن از وریدها باشد، زیرا وریدها هیچگاه نمی‌توانند به خوبی فشاری که در شریانهای کرونری وجود دارد را تحمل نمایند.

دو شریانی که به طور شایع در عمل جراحی بای پس استفاده می‌شوند، شریانهای پستانی داخلی (Internal Mammary) می‌باشند که در پشت جناغ سینه قرار دارند. این شریانها را می‌توان به شریان راست یا چپ کرونری متصل نمود. اخیراً جراحان حتی از شریانهای معده یا دستها نیز استفاده کرده‌اند که نتایج هردوی آنها بهتر از استفاده از وریدهای پا می‌باشد. البته انجام عمل جراحی بای پس دارای خطراتی نیز می‌باشد و نباید انجام آن را برای هر کسی توصیه نمود، بخصوص اگر دارای بیماری خفیفی باشد و زیاد احتیاجی به این عمل نداشته باشد. با این حال، تعداد کمی از افراد هم وجود دارند که با وجود اینکه علایم خفیفی دارند باید اقدام به عمل جراحی بای پس نمایند زیرا در معرض خطر زیادی برای بروز سکته قلبی هستند. این افراد معمولاً در آنژیوگرافی که به عمل آورده‌اند فهمیده‌اند که هر سه شریان کرونری آنها گرفتار می‌باشد. تعدد کمی از بیماران هم بعد از عمل جراحی

بای پس، هنوز هم از دردهای سینه و آنژین

ناراحت هستند، زیرا برای این افراد امکان نداشت که برای تمام قسمتهای مسدود شده، راه فرعی (بای پس) قرار داد. قراردادن راههای فرعی (بای پس) برای همه شریانهای اصلی کرونری، باعث کاهش خطر بروز سکته قلبی در آینده می‌گردد، اما بعضی از شریانها به قدری کوچک هستند که نمی‌توان برای آنها هم راه فرعی گذاشت، به همین دلیل این افراد ممکن است بعد از عمل جراحی، هنوز هم به مقدار کمی دچار درد سینه یا آنژین شوند که اغلب می‌توان آن را به وسیله تجویز بعضی داروها کنترل نمود.

متأسفانه رگهای جدیدی که پیوند زده می‌شوند نیم‌توانند برای همیشه باقی بمانند و اگر آنها باریک یا مسدود شوند، دوباره ممکن است به یک عمل جراحی دیگر نیاز پیدا شود. عمل جراحی دوم می‌تواند خطرناکتر از عمل جراحی اول باشد، اما با استفاده از روش جدید بکارگیری شریان پستانی داخلی، نتایج طولانی مدت خوب و یا حتی بهتری نسبت به عمل جراحی قلبی بدست خواهد آمد.

نحوه انجام عمل جراحی بای پس شریان کرونری

- معمولاً یک یا دو روز قبل از عمل جراحی، شما در بیمارستان بستری خواهید شد تا چند آزمایش انجام شود.
- در روز عمل جراحی، شما در اتاق عمل بیهوش خواهید شد و بعد از عمل به هوش خواهید آمد و هیچ یک از کارهایی که در عمل جراحی اتفاق می‌افتد را احساس نخواهید کرد.
- به مدت یک روز یا بیشتر به شما سرم، سوند ادراری و دستگاههایی برای گرفتن نوار قلبی متصل خواهد بود، اما بعد از مدتی اکثر این وسایل برداشته می‌شوند.
- بعد از حدود ۵ الی ۱۰ روز شما قادر خواهید بود که به خانه بروید و بعد از حدود ۶ یا ۸ هفته، شما می‌توانید اکثر فعالیتهای طبیعی خود را انجام دهید. به عبارت دیگر، شما می‌توانید رانندگی کنید، به سرکار خود بروید (به شرط این که کار خیلی سنگین کارگری نباشد) و فعالیت جنسی طبیعی خود را از سر بگیرید.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205430>



کلسترول نوعی چربی است که در بدن همه ما وجود دارد و وجود آن برای بدن اهمیت فراوان دارد از جمله اینکه بعضی هورمون‌ها از کلسترول، ساخته می‌شوند و در ساختمان برخی از سلول‌های بدن ما کلسترول به کار می‌رود. اما زیادی کلسترول در خون بسیار خطرناک است چون این ماده می‌تواند درون رگ‌ها رسوب کرده، رگ‌ها را سخت کند، عبور خون را با دشواری روبرو ساخته، یا آن را بند بیاورد. بسته شدن رگ‌هایی که به قلب یا مغز خون می‌رسانند، باعث سکتة قلبی یا سکتة مغزی می‌شود.

• کلسترول خون از کجا می‌آید؟

بیشتر کلسترولی که در بدن ما وجود دارد، به وسیله کبد (جگر سیاه) ساخته می‌شود. خوردن غذاهای کلسترول‌دار، مانند گوشت چربی‌دار، لبنیات (کره، پنیر، شیر، ماست) و تخم‌مرغ به مقدار کلسترول بدن می‌افزاید.

ممکن است زیاد بودن کلسترول بدن ما ارثی باشد چون بعضی اشخاص با اینکه بسیار کم از غذاهای کلسترول‌دار مصرف می‌کنند اما به افزایش کلسترول خون مبتلا هستند.

• کلسترول در بدن بانوان

زیادی کلسترول هم برای زنان و هم برای مردان خطرناک است، اما هورمون زنانه استروژن از زنان در برابر اثرهای بد کلسترول محافظت می‌کند پس از یائسگی میزان استروژن خون کاهش و برعکس اثرهای بد کلسترول افزایش می‌یابد بنابراین زنان باید بویژه پس از یائسگی، مواظب مقدار کلسترول خون خود باشند.

• پیشگیری

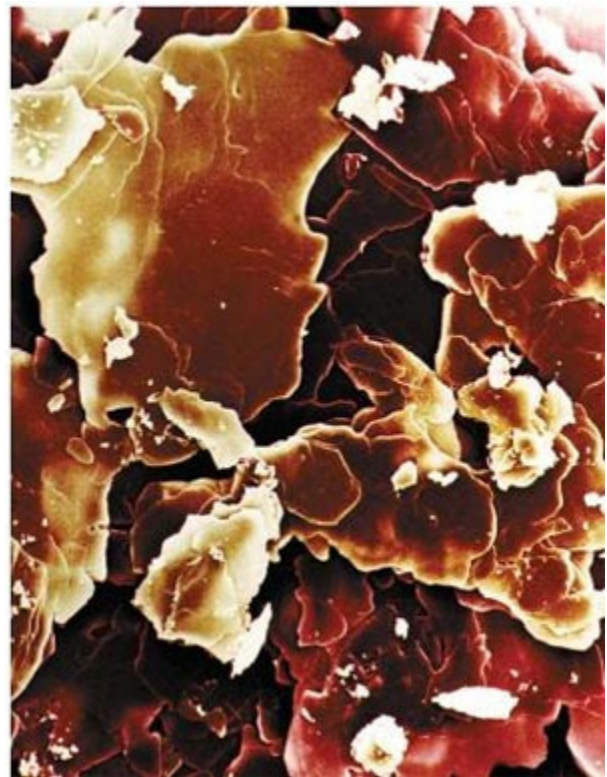
خانم‌ها، باید همیشه مقدار کلسترول خون را به طور منظم تحت آزمایش قرار دهند. آنهایی که مقدار کلسترول خون آنها عادی است، هر ۵ سال یکبار و خانم‌هایی که هریک از ویژگی‌های زیر را نشان می‌دهند، هر سال یا حداکثر هر دو سال یکبار باید تحت آزمایش خون قرار گیرند:

- ۱) خانم‌هایی که مقدار کلسترول خون آنها زیاد است، یا سابقه خانوادگی کلسترول بالای خون دارند
- ۲) خانم‌هایی که به بیماری‌های قلبی، عروقی مبتلا هستند یا سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی، عروقی دارند
- ۳) خانم‌هایی که سیگار می‌کشند
- ۴) خانم‌هایی که بیماری دیابت (بیماری قند) دارند

• عوامل خطرناک:

اگر شما حداقل یکی از ویژگی‌های زیر را دارید خطر افزایش کلسترول در خون شما وجود دارد:

- ۱) سن شما ۵۵ سال یا بیشتر از آن است
- ۲) مادر، پدر، برادر یا خواهر شما قبل از ۵۰ سالگی دچار حمله قلبی یا مرگ ناگهانی شده است
- ۳) دخانیات مصرف می‌کنید
- ۴) فشار خون بالا دارید
- ۵) مقدار کلسترول پرتراکم شما کمتر از ۲۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است
- ۶) دیابت دارید
- ۷) تحرک کافی ندارید
- ۸) چاق هستید



راه‌های کاهش کلسترول خون:

(۱) ورزش کنید

(۲) اگر چاق هستید وزن بدن خود را کاهش دهید

(۳) سیگار نکشید

(۴) غذاهای بدون کلسترول یا کم کلسترول مصرف کنید یعنی در واقع رژیم غذایی‌تان را تغییر دهید

• مواردی که باید بیشتر مصرف کنید:

▪ مرکبات (پرتقال، گریب‌فروت و ...) سیب، گلابی، زردآلو، گیلاس، توت، توت‌فرنگی

▪ سبزی‌هایی که پربرگ هستند و برگ‌های آنها سبز تیره است، مانند اسفناج، کلم، کاهو و سبزی‌هایی که رنگ زرد، نارنجی دارند مانند ریشه هویج و سیب‌زمینی

▪ گندم، جو، نان‌های سبوس دار، انواع ماکارونی، شیر بدون چربی یا کم‌چربی و مشتقات آنها،

▪ مرغ یخ‌زده، کنسرو، گوشت بدون چربی و سفیده تخم‌مرغ، زرده تخم‌مرغ

▪ نخود، حبوبات پخته شده

▪ موادی که باید کمتر مصرف کنید:

▪ نارگیل، سبزی‌هایی که با کره یا روغن یا با سس‌های کرم مانند تهیه شده‌اند

▪ بیسکویت، کیک، شیرینی، چیپس، کلوچه، شیرپرچربی و مشتقات آنها

▪ گوشت گوساله و گوسفند پرچربی، مرغابی و غاز و مرغ پرچربی، جگر، دل و قلوه، سوسیس سرخ شده ▪ کنسرو ماهی پر روغن و زرده تخم‌مرغ، بادام زمینی

• درمان با دارو:

اگر چند ماه ورزش، رعایت رژیم غذایی مناسب و ترک سیگار اثری در کاهش کلسترول خون شما نداشت، آن‌گاه ممکن است پزشک برای کاهش آن داروهایی برای شما تجویز کند. فراموش نکنید همراه با مصرف دارو باید رژیم غذایی کم‌چربی و کم‌کلسترول خود را ادامه دهید.

منبع : روزنامه رسالت

<http://vista.ir/?view=article&id=288013>

 **vista.ir**
Online Classified Service

عوارض چشمی فشار خون

آیا مبتلا به فشارخون هستید؟ آیا می‌دانید که بالا بودن فشارخون علاوه بر عوارضی که در قلب، کلیه، مغز و سایر اندام‌ها ایجاد می‌کند می‌تواند روی چشمان شما نیز تأثیر بگذارد؟

بیماری فشارخون که بصورت فشار دیاستولی بالای ۹۰ و یا فشار سیستولی بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه تعریف می‌شود باعث تغییرات گسترده و پیچیده‌ای در عروق بدن می‌شود. از آنجا که شبکه‌ی تنها عضوی



از بدن است که عروق آن بصورت مستقیم قابل مشاهده می باشد ممکن است قبل از آنکه عوارض فشارخون در سایر اعضای بدن پدیدار شود بتوان عوارض فشارخون را در رگ های شبکه تشخیص داد. بنابراین اگر چشم پزشك فقط با معاینه چشم به شما گفت که احتمالاً مبتلا به فشارخون هستید تعجب نکنید.



فشارخون، بالا بخصوص بصورت مزمن باعث تنگ شدن تدریجی سرخرگ

های شبکه می شود که در مراحل اولیه ممکن است چندان قابل تشخیص نباشد، اما به تدریج با پیشرفت بیماری، تنگی سرخرگ ها شدیدتر می شود. (این تنگی شریان ها، در معاینه، با باریک شدن شدید شریان ها در مقایسه با وریدهای شبکه مشخص می شود). در موارد پیشرفته تر علاوه بر تنگ شدن منتشر شریان ها ممکن است دیواره شریان در برخی نقاط بصورت موضعی دچار اسپاسیم شود و ظاهر نامنظمی پیدا کند. در مراحل بعدی خونریزی های کوچک در شبکه اتفاق می افتد به علاوه ممکن است موادی از داخل عروق به داخل شبکه نشست کند و بصورت لکه های سفید روی شبکه دیده شود. در مواردی که فشارخون شدیداً بالا باشد ممکن است علاوه بر عوارض فوق ورم سر عصب بینایی اتفاق بیافتد. (فشارخون در این حد بسیار خطرناک است و ممکن است منجر به سکته قلبی یا مغزی شود بنابراین فرد مبتلا باید به سرعت در بیمارستان بستری گردد.) البته لازم به ذکر است که این عوارض فشارخون هیچکدام تغییر محسوسی در بینایی فرد ایجاد نمی کنند به علاوه در صورت درمان مناسب فشارخون، این تغییرات به تدریج به حالت معمول بر می گردند و شبکه ظاهر عادی پیدا می کند.

علاوه بر تغییرات فوق الذکر که معمولاً باعث کاهش دید نمی شوند، فشارخون می تواند زمینه ساز بروز انسداد شریان یا ورید مرکزی شبکه (یا شاخه های آن ها) شود که در این حالت باعث افت دید دائمی می شود.

گرچه مهمترین تغییرات ناشی از فشارخون در شبکه اتفاق می افتد، اما سایر قسمت های چشم نیز از این عوارض در امان نیستند مثلاً افزایش ناگهانی فشارخون بویژه در افراد جوان می تواند باعث تغییراتی در عروق و رنگدانه های مشیمیه شود که البته تأثیر خاصی روی بینایی فرد ندارد به علاوه افزایش حاد فشارخون گاهی باعث پاره شده رگ های ظریف ملتحمه و ایجاد خونریزی زیر ملتحمه می شود این خونریزی معمولاً ظرف ۲-۳ هفته خودبخود جذب می شود و نیاز به درمان خاصی ندارد.

یک نکته بسیار مهم آن است که در افراد مبتلا به دیابت وجود فشارخون بالا می تواند باعث تشدید عوارض دیابت در شبکه (رتینوپاتی دیابتی) شود. بنابراین کنترل فشارخون در افراد دیابتی اهمیتی دو چندان می یابد.

• درمان

درمان اصلی مبتلایان به عوارض چشمی فشارخون، درمان خود بیماری فشارخون است. معمولاً در صورت درمان مناسب تغییرات شبکه پس از مدتی برطرف می گردند و در صورتیکه معاینه چشم پس از ۲-۳ ماه تکرار شود شبکه ظاهر طبیعی خواهد داشت. معاینه شبکه وسیله خوبی برای ارزیابی کنترل مناسب فشارخون می باشد.

منبع : پایگاه اطلاع رسانی مرکز اصلاح دید نور

<http://vista.ir/?view=article&id=219024>

 **vista.ir**
Online Classified Service

عوامل خطرزا

همانگونه که يك فرد قد بلند احتمال بیشتری نسبت به يك فرد قد کوتاه دارد که سرش به چارچوب در برخورد کند، افرادی هم که دارای يك یا چند عامل خطر هستند، بیشتر از کسانی که فاقد این عوامل خطر هستند احتمال بروز سکته قلبی را دارند. با اینحال، نه همه کسانی که قدشان بلند است سرشان به چارچوب در برخورد می کند و نه همه افرادی که دارای عوامل خطر هستند دچار سکته قلبی می شوند، اما احتمال آن برای این افراد بیشتر می باشد.

عوامل خطر برای ابتلاء به بیماری قلبی به دو دسته تقسیم می شوند: ۱- عواملی که می توانیم برای تغییر آنها کاری انجام دهیم (عوامل قابل اصلاح) و ۲- عواملی که نمی توانیم برای تغییر آنها کاری انجام دهیم (عوامل غیر قابل اصلاح). هرچه تعداد عوامل خطر در يك فرد بیشتر باشد، احتمال بروز بیماری کرونری قلب نیز بیشتر می باشد.

ارزش همه عوامل خطر به يك اندازه نمی باشند. بعضی از آنها (مثل سیگار کشیدن) در احتمال ایجاد بیماری کرونری قلب دارای اثر بیشتری هستند. بنابراین برای مثال يك فرد سیگاری که دارای فشار خون بالایی می باشد و میزان کلسترول خونش هم بالا می باشد نسبت به کسی که فقط دارای یکی از این عوامل خطر می باشد، احتمال بیشتری دارد که به بیماری کرونری قلب دچار شود.

عوامل خطرزای قابل اصلاح بیماری کرونری قلب:

- سیگار کشیدن.

- بالا رفتن کلسترول.

- بالا بودن فشار خون.

- مرض قند.

- چاقی.

- استرس و فشارهای عصبی.

- عدم تحرک.

گرچه، بالا بودن کلسترول خون در فردی که عامل خطر دیگری ندارد فقط باعث می شود که احتمال خطر ابتلاء به بیماری کرونری قلب نسبت به افرادی که هیچگونه عامل خطری ندارند کمی افزایش یابد. در چنین مواردی، نباید زیاد نگران باشید زیرا پزشك برای پایین آوردن کلسترول خون، توصیه هایی به شما خواهد نمود.

عوامل خطرزای غیر قابل اصلاح بیماری کرونری قلب

- عوامل ارثی و ژنتیکی مثل بالا بودن ارثی کلسترول خون.

- جنس (مردان بیشتر از زنان به بیماری کرونری قلب مبتلا می شوند).

- سن.

سن و جنس افراد

بیماریهای قلبی، همانند بسیاری دیگر از بیماریها، در افراد مسن و پیر بیشتر دیده می شود. در حال حاضر در انگلستان، نیمی از موارد سکته های قلبی در افراد بالای ۶۵ سال ایجاد می شود.

نکته قابل توجه در بیماری کرونری قلب این است که در زیر سن ۵۵ سالگی، این بیماری در آقایان بسیار شایع تر از خانم ها می باشد. علت این امر بدین خاطر است که خانمها قبل از یائسگی به ندرت دچار سکته قلبی می شوند. بعد از یائسگی، احتمال بروز بیماری کرونری قلب در خانمها افزایش می یابد و به تدریج به آقایان نزدیک می شود به طوری که بعد از ۷۵ سالگی، تعداد خانمهای دچار بیماری کرونری قلب به اندازه آقایان می باشد.

علت دقیق اینکه چرا خانمها قبل از یائسگی، کمتر به بیماری کرونری قلب مبتلا می شوند هنوز به درستی مشخص نشده است، اما به نظر می رسد که با کاهش ناگهانی بعضی از هورمونونها در هنگام یائسگی ارتباط داشته باشد. امروزه که پزشکان از جایگزینی هورمونی (HRT) بعد از یائسگی در خانمها استفاده می کنند، دیده شده است که از بیماری کرونری قلب و سکته قلبی در اینگونه خانمها به میزان قابل توجهی کاسته شده است.

سابقه خانوادگی

وقتی يك يا چند نفر از بستگان نزديك (مثل پدر، مادر، خواهر، برادر يا بچه ها) فردی دچار بیماری کرونری قلب باشند، پزشکان از آن به عنوان يك سابقه فامیلی مثبت نام می برند. اگر پدر شما در سن زیر ۶۰ سال و یا مادر شما در سن زیر ۶۵ سال دچار سکنه قلبی شده است، احتمال خطر بروز بیماری کرونری قلب در شما افزایش می یابد. البته، اگر والدین شما در سنین بالاتری نسبت به آنچه که گفته شد دچار سکنه قلبی شده اند، مسئله زیاد مهمی نمی تواند برای افزایش احتمال خطر این بیماری برای شما باشد. همین مسئله برای برادرها و خواهرهای شما نیز کاربرد دارد. با اینحال، در خانواده های خیلی بزرگ و پر جمعیت، این حقیقت که يك عضو خانواده ممکن است دچار سکنه قلبی شود می تواند فقط نتیجه شانس باشد.

چرا بیماری کرونری قلب در بعضی خانواده ها بیشتر دیده می شود؟ به دو علت این بیماری در بعضی خانواده ها شایع تر است. اول اینکه، ژن هایی که هر فردی از والدینش به ارث می برد ممکن است او را مستعد ابتلاء به افزایش فشار خون، افزایش کلسترول خون و یا دیابت (مرض قند) کند. ثانیاً، نحوه زندگی افراد يك خانواده چون تقریباً مشابه هم هستند و از يك نوع غذای خاص مصرف می کنند و اگر والدین سیکاری باشند، معمولاً بچه ها نیز سیکاری خواهند شد، بنابراین افراد يك خانواده دارای عوامل خطر تقریباً یکسانی خواند بود.

اگر در خانواده شما سکنه قلبی شایع می باشد، بهتر است هر چند وقت يك بار برای معاینه و چك آپ به پزشك مراجعه کنید و از وضعیت فشار خون، میزان کلسترول خون و یا سایر مشکلاتی که می توان با درمان آنها، از خطر بروز سکنه قلبی کم نمود، با اطلاع شوید.

رژیم غذایی و کلسترول

همانگونه که قبلاً گفته شد، آتروما يك علت اصلی بروز بیمار کرونری قلب می باشد. رسوب چربی و مخصوصاً کلسترول در دیواره شریانها ایجاد پلاکهایی می کند. این پلاکها باعث می گردند که شریان باریک شده و جریان خون کمتری از آن عبور نماید. وقتی این پلاکتها جدا می شوند، يك لخته در محل جداشدگی ایجاد می گردد و از رسیدن خون به عضلات قلب جلوگیری می کند. این وضعیت در سکنه قلبی رخ می دهد. تمام این فرآیند در فردی که دارای کلسترول بالایی می باشد، احتمال بیشتری دارد که رخ دهد.

بالا بودن کلسترول افراد تا حدودی بستگی به مسایل ژنتیکی و توارث دارد. بعضی از خانواده ها دارای ژن هایی هستند که موجب افزایش بعضی چربی های خون می گردد. این وضعیت را اصطلاحاً "هیپرلیپیدمی فامیلیال" یا به طور اختصار FH می نامند. با این حال، هرچه بیشتر چربی (بخصوص چربی های حیوانی و چربیهای لبنیات) خورده شود، میزان کلسترول شما بالاتر رفته و خطر بروز بیماری کرونری قلب نیز به همان اندازه بیشتر می گردد. بنابراین واقعاً ارزشش را خواهد داشت که اقدام به کم کردن چربی های حیوانی از رژیم غذایی تان بکنید.

سیگار کشیدن

استعمال دخانیات ارتباط زیادی با خطر بروز بیماری کرونری قلب دارد. مواد شیمیایی موجود در دود سیگار از طریق ریه های شما وارد گوش خون شده و در سرتاسر بدن شما منتشر خواهد شد و هر سلولی را در بدن تحت تأثیر قرار خواهد داد. این مواد شیمیایی باعث می گردند که رگهای خونی به طور موقت تنگ

و باریک شوند. آنها همچنین باعث می شوند که سلولهای موجود در خون به نام پلاکتها حالت چسبندگی بیشتری پیدا کرده و احتمال ایجاد لخته توسط آنها بیشتر گردد.

تعداد سیگارهایی هم که در روز کشیده می شود از اهمیت زیادی برخوردار است. میزان ابتلاء به بیماری کرونری قلب در سیگارهای سبک (کمتر از ۱۰ سیگار در روز)، متوسط (بین ۱۰ تا ۲۰ سیگار در روز) و شدید (بیشتر از ۲۰ سیگار در روز) متفاوت می باشد. یکی از دلایلی که پزشکان از بیماران می خواهند که سیگار کشیدن را کنار بگذارند، این است که سیگار کشیدن یکی از عوامل خطری است که هرکسی می تواند آن را تحت کنترل خودش داشته باشد. به محض اینکه شما سیگار کشیدن را متوقف کنید، از مزایای آن برخوردار خواهید شد. گرچه خطر بروز بیماری کرونری قلب در افراد سیکاری که از استعمال دخانیات دست کشیده اند هیچگاه به اندازه افرادی که هیچگاه سیگار نشکیده اند پایین نمی آید، اما قطعاً بعد از يك سال یا بیشتر که از توقف سیگار کشیدن بگذرد، این میزان بسیار نزديك به افرادی خواهد بود که اصلاً سیگار نکشیده اند.

استرس و فشار عصبی

بسیاری از افرادی که قبلاً يك بار سکنه قلبی کرده اند، فشارهای عصبی و استرسهایی که داشته اند را مسئول این سکنه خود می دانند، اما به طور تعجب انگیزی بسیار مشکل است که این فشارهای عصبی و استرسها را به سکنه قلبی آنها مرتبط دانست. عوامل شروع کننده و محرکی مثل تمرینهای ورزشی غیر منتظره ناگهانی و هیجانات شدید می توانند باعث سکنه قلبی شوند اما میزان وقوع چنین مواردی بسیار نادر می

باشد. در حقیقت در زمانهایی که مردم در استرس و فشار عصبی شدیدی بوده اند (مثلاً در هنگام جنگ جهانی دوم) تعداد سگته های قلبی در بین مردم بسیار پایین بوده است. پزشکان همچنین افراد را از نظر شخصیتی به انواع مختلفی تقسیم کرده اند و معتقدند که در بعضی از انواع شخصیتها، خطر بروز بیماریهای قلبی بیشتر خواهد بود. تکنولوژی مدرن و جدید، امروزه این توانایی را برای ما ایجاد کرده است که کارهایی را که سابق در عرض چند روز انجام می داده اند در کمتر از يك ساعت انجام دهیم.

افرادی که دارای شخصیت تیپ آ (A) هستند می خواهند کارهایی را بیش از توان خود، با سرعت بیشتر و اهداف غیر ممکن انجام دهند. این افراد بی قرار که همواره در حال جنب و جوش هستند به زحمت برپا خودشان وقت استراحت کنار می گذارند. قبلاً اینطور گفته می شد که افراد دارای شخصیت تیپ آ (A) که معمولاً مرد هستند در مقایسه با افراد تیپ ب (B) که زندگی را زیاد سخت نمی گیرند، احتمال بیشتری دارد که به بیماری های کرونری قلب دچار شوند.

این تئوری که ارتباط بین شخصیت پراسترس تیپ آ (A) و بروز بیماریهای کرونری قلب را مطرح می ساخت، ابتدا مورد استقبال زیادی قرار گرفت و تلاشهای بسیاری شد تا افرادی که سخت کار می کرده اند را متقاعد کنند که استراحت بیشتری کنند و زندگی را راحت تر بگیرند، اما تحقیقاتی که جدیداً صورت گرفته، به طور تعجب انگیزی این یافته ها را رد می کند و ارتباط چندانی بین سگته های قلبی و فشار های عصبی دیده نشده است.

بیماریهای مرتبط با بیماری کرونری قلب

دو بیماری شایع و مهمی که با بیماری کرونری قلب ارتباط دارند و خطر بروز آن را بالا می برند عبارتند از:

(۱) بالا بودن فشار خون و (۲) مرض قند (دیابت).

بالا بودن فشار خون یا اصطلاحاً بیماری "پرفشاری خون" مشکلی است که در آن، فشار خونی که از قلب به تمام نقاط بدن از زریق شریانها فرستاده می شود افزایش یافته است. بالا بودن فشار خون باعث ایجاد فشارهایی بر روی قلب و سیستم گردش خون می شود و اکثر مردم می دانند که این وضعیت می تواند باعث سگته مغزی شود. با اینحال در انگلستان، بالا بودن فشار خون، بیشتر باعث سگته قلبی می شود تا سگته مغزی، که احتمالاً علت آن بالا بودن میزان کلسترول خون مردم این کشور می باشد. درمان بالا بودن فشار خون باعث کاهش خطر بروز سگته قلبی و سگته مغزی می گردد. معمولاً فشار خون را با بستن وسیله ای به دور بازو اندازه گیری می کنند. با هر ضربه قلب، فشار خون به يك نقطه حداکثر (فشار سیستولیک) می رسد و سپس این فشار سقوط کرده و به يك نقطه حداقل (فشار دیاستولیک) می رسد. این فشار را برحسب میلیمتر جیوه (mmHg) اندازه گیری می کنند. فشار خون افراد سالم در حالت استراحت در حدود می باشد که اصطلاحاً می گویند، فشار ۱۲ روی ۷ است. فشار خون در حال استراحت را فشار خون مرزی می نامند، در الیکه فشار خون را به طور مشخص فشار خون بالا می گویند. بالا بودن فشار خون (هیپرتانسیون) در سرتاسر جهان شایع می باشد و در بعضی افراد، مثل سیاهپوستان آفریقا بیشتر دیده می شود. در انگلستان، ۲۵ درصد افراد بالای ۵۰ سال دارای فشار خون بالا می باشند. علت ایجاد فشار خون بالا در اکثر افراد، ناشناخته است. این بیماری در بعضی خانواده ها و در افرادی که به بیماری کلیه دچار هستند بیشتر دیده می شود. متأسفانه بالا بودن فشار خون در ابتدا هیچگونه علامتی ندارد که بیمار متوجه آن شود. به همین دلیل باید گاه به گاه فشار خون اندازه گیری شود تا در صورت بالا بودن آن، اقدام به درمان صورت پذیرد. بالا بودن فشار خون در شریان ها باعث آسیب زدن به دیواره رگها شده و تولید آتروما را سرعت می بخشد. همچنین قلب مجبور است که سخت تر کار کند تا تحت فشار زیاد خون را به شریان ها تلمبه نماید، اما این کار را باید بدون اکسیژن رسانی کافی انجام دهد. این وضعیت باعث افزایش احتمال ابتلاء فرد به آنژین قلبی یا سگته قلبی می گردد. بالا بودن فشار خون، همچنین خطر بروز سگته مغزی راه افزایش می دهد زیرا به رگهای خونی مغز آسیب وارد می سازد..

مرض قند (دیابت) بیماری شایعی می باشد که سه درصد افراد را در انگلستان دچار می سازد. این بیماری به علت کمبود یا مقاومت به هورمون انسولین ایجاد می شود، هورمون انسولین برای کنترل ورود گلوکز (قند خون) به داخل سلول های سرتاسر بدن ضروری می باشد. مرض قند می تواند افراد را در هر سنی مبتلا سازد. بچه ها و جوانانی که دچار مرض قند می شوند به احتمال زیاد، نیاز به تزریق مرتب انسولین خواهند داشت. با این حال، بسیاری از افراد در سنین میانسالی به این بیماری دچار می شوند و می توانند با رژیم غذایی مناسب و مصرف قرصهای پایین آورنده قند خون، این بیماری را کنترل نمایند. هدف از درمان این بیماری، نگهداشتن قند خون (گلوکز) در يك حد طبیعی می باشد. با این وجود، علیرغم درمان، مرض قند می تواند باعث افزایش خطر اختلالات گردش خون و نیز بیماری کرونری قلب شود. برای خانمها این وضعیت، بخصوص دارای

اهمیت زیادی می باشد زیرا به نظر می رسد که مرض قند می تواند با اثر حفاظتی هورمونهای زنانه مقابله کرده و میزان ابتلاء به بیماریهای کرونری قلب در آنها را به اندازه مردان بالا ببرد. کنترل خوب و مناسب دیابت (مرض قند) با استفاده از رژیم غذایی، قرصهای پایین آورنده قند خون یا انسولین باعث می شود که از بروز بیماریهای قلبی در این افراد کاسته شود.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205432>

 **vista.ir**
Online Classified Service

فشار خون ، قاتل خاموش

بیماری فشار خون هیچ علامتی ندارد اما تا دلتان بخواهد عارضه ایجاد می کند و سکته مغزی تنها یکی از عوارض این بیماری آرام و بی سروصدا است.

• فشار خون در یک نگاه

فشار خون ، فشاری است که از طرف خون بر سطح داخلی رگهای بدن وارد می شود . اما وقتی می گوئیم کسی فشار خون دارد یا به فشار خون مبتلاست ، منظورمان این است که شخص مزبور دچار افزایش خون شریانی شده است . استفاده از عبارت "پرفشاری خون" در این مورد صحیح تر است اما در میان مردم چندان کار برد ندارد. افزایش فشار خون با خطرات زیادی همراه است. سکته قلبی ، سکته مغزی ، نارسایی قلبی ، نارسایی



کلیوی ، اتساع عروق ، (آتورسزم) و تخریب شبکیه چشم از جمله عوارضی هستند که بخاطر بالا بودن فشار خون و کنترل نکردن آن بوجود می آیند.

• در جستجوی عامل نا شناخته :

در ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد ، علت خاص و شناخته شده ای برای افزایش فشار خون وجود ندارد . این نوع از بیماری را با نام فشار خون اولیه می شناسیم . فشار خون اولیه به مرور زمان و بالا رفتن سن ایجاد می شود اما بین ۵ تا ۱۰ درصد از فشار خون ها به خاطر وجود یک زمینه ای (مشکلات کلیوی ، تومور های غده فوق کلیوی ، بیماری های مادر زادی قلب) به وجود می آید که به آن فشار خون ثانویه می گویند. این نوع فشار خون به صورت ناگهانی ظاهر می شود و شدت آن از نوع اولیه بیشتر است . همچنین ، بعضی از دارو ها مانند قرص های ضد بارداری ، شربت های سرماخوردگی ، ضد احتقان ها و مسکن های معمولی این توانایی را دارند که فشار خون را به شکل ثانویه افزایش بدهند.

• قاتل خاموش

بیشتر کسانی که فشار خونشان بالاست ، حتی در سطح خیلی بالا و خطرناک ، فاقد هر گونه علامتی هستند . این همان چیزی است که بیماری فشار خون را به یک قاتل آرام و بی سروصدا تبدیل می کند. تنها تعداد اندکی از افراد در مراحل اولیه این بیماری دچار سردرد های گنگ ، سرگیجه یا خون دماغ می شوند. البته در بیشتر موارد ، این علائم وقتی ایجاد می شوند که فشار خون حسابی بالا رفته و به یک مرحله خطرناک و تهدید کننده نزدیک شده باشد.

• عوامل خطر ساز

▪ سن :

با افزایش سن ، خطر بروز فشار خون بیشتر می شود. افزایش فشار خون در بین مردان بیشتر است. این در حالی است که زنان بعد از یائسگی شانس بیشتری برای ابتلا به فشار خون دارند.

▪ نژاد :

افزایش فشار خون در بین سیاه پوستان بیشتر است و در سن پایین تری هم بروز می کند عوارض آن هم در این نژاد بیشتر از نژاد سفید است.

▪ سابقه خانوادگی :

آنهایی که یک یا چند تن از اعضای خانواده شان به این بیماری دچار باشند ، احتمال ابتلاشان به فشار خون بیشتر است.

▪ اضافه وزن :

هر چه وزن بیشتر باشد ، حجم خون نیز بیشتر خواهد بود . بدیهی است که حجم خون یکی از عوامل اصلی در افزایش فشار بر رگهای بدن است.

▪ کم تحرکی :

هر چه شخص کم تحرک تر باشد ، تعداد ضربان قلبش نیز کمتر خواهد بود . با کاهش تعداد ضربان قلب ، انقباضات قلبی شدید تر و قوی تر می شود . این امر باعث می شود تا نیروی وارد بر رگها افزایش پیدا کند و به طور طبیعی فشار خون بالا برود.

▪ استعمال دخانیات و الکل :

مواد شیمیایی در داخل تنباکو به دیواره شریانها آسیب وارد می کند و آنها را تنگ می کند . هر چه قطر رگ کمتر شود ، فشار خون بیشتر می شود . الکل نیز می تواند به خود قلب آسیب برساند و باعث افزایش فشار خون شود.

▪ مصرف بیش از اندازه سدیم :

وقتی از سدیم حرف می زنیم ، در واقع از نمک طعام صحبت می کنیم . سدیم باعث می شود کلیه ها آب کمتری دفع کند و به این ترتیب مایع زیادی در بدن محبوس می شود. افزایش مایع یا به اصطلاح احتباس آب ، باعث حجم خون و در نتیجه افزایش فشار خون می شود.

▪ مصرف کم پتاسیم :

پتاسیم یکی از عناصر ضروری است که باید از طریق مواد غذایی مختلف به بدن ما برسد. در داخل بدن ، نوعی تعادل بین سدیم و پتاسیم برقرار است. اگر میزان پتاسیم پایین بیاید ، میزان سدیم خون دچار افزایش می شود.

▪ استرس :

نقش اضطراب و تنش های روحی روانی در بروز و تشدید فشار خون به دفعات ثابت شده است. استرس باعث افزایش موقت اما شدید فشار خون می شود.

▪ عوامل متفرقه :

در کنار این موارد ، مواردی چون کلسترول بالا ، بیماری دیابت ، بیماری کلیوی ، حاملگی و وقفه تنفسی (آپنه) حین خواب هم می تواند احتمال بروز فشار خون را زیاد کند.

• آیا من فشار خون گرفته ام ؟

تشخیص این بیماری با اندازه گیری فشارخون در چند نوبت و با نظر پزشک قطعی می شود . میزان فشار خون به طور معمول در قالب دو عدد بیان می شود . عدد اول یا بالاتر (فشار سیستولیک) فشار وارد بر بر شریانها در حالت انقباض قلب است. عدد دوم یا پایین تر (فشار دیاستولیک) همین فشار را در فاصله بین دو انقباض قلب نشان می دهد. در نوشته و مباحثات پزشکی ، میزان فشار خون را با واحد میلی متر جیوه بیان می کنند. اما در بین مردم کشور ما ، سانتی متر جیوه رایج تر است . پس وقتی می گوئیم فشار خون کسی ۱۲ روی ۸ است یعنی فشار سیستولیک او ۱۲۰ میلی لیتر جیوه و فشار دیاستولیک او ۶۰ میلی لیتر جیوه است . این میزان ، همان میزانی است که اکثر متخصصان به عنوان مرز فشار خون طبیعی از آن یاد می کنند. اما بعضی دیگر معتقدند که مینای محاسبه فشار خون طبیعی باید فشار سیستولیک ۱۱۵ و فشار دیاستولیک ۷۵ میلی لیتر جیوه باشد. بدیهی است که تنها یک نوبت اندازه گیری نمی شود به کسی بر چسب این بیماری را زد و باید فشار خون را در چند نوبت و در موقعیت ها و زمان های مختلف اندازه گرفت . در تفسیر فشار خون هم فشار خون سیستولیک مهم است و هم فشار دیاستولیک، البته در سنین بالای ۵۰ فشار سیستولیک مهم تر است در بین این افراد ، رایج ترین نوع فشار خون ، همان نوعی است که در آن نوع سیستولیک افزایش

پیدا می کند . اما فشار دیاستولیک طبیعی باقی می ماند.

وقتی می گوئیم شخصی در آستانه ابتلا به فشار خون قرار دارد یعنی به مرور زمان میزان فشارخونش بالا تر می رود و چند سال بعد به بیماری افزایش فشار خون مبتلا می شود. افرادی که فشارخونشان در مرحله آستانه است ، تقریباً یک نفر از سه نفرشان (بین ۳۵ تا ۶۴ سال) و یک نفر از هر دو نفرشان (بالای ۶۵ سال) به فشار خون مبتلا می شوند. اگر برای بیماری تشخیص فشار خون مطرح شود ، پزشک در خواست آزمایش ادرار ، خون و نوار قلب می کند .

• خطراتی که در کمین بیمار است:

اگر فشار وارد بر دیواره داخلی شریانها بیشتر از اندازه طبیعی باشد شریانها دچار آسیب می شوند. و به دنبال آن عضو مربوطه هم آسیب می بیند. هر چه فشار خون بالا تر باشد و مدت زمان زیادی هم بطور کنترل نشده رها شود ، آسیب وارده بیشتر خواهد بود. افزایش فشار وارد برشریان ها باعث سفت و سخت شدن (تصلب) دیواره آنها می شود . این امر به مرور زمینه ساز حمله قلبی و دیگر مشکلات عروقی خواهد بود. همچنین ممکنست رگ بزرگ و گشاد شود و باد کند که به این حالت آنوریسم می گویند. در گیری رگهای مغز در اثر افزایش فشار خون می تواند باعث بروز سکتة مغزی شود. ضعیف و باریک شدن عروق کلیوی ، نارسایی کلیوی را در پی خواهد داشت و ضخامت ، باریکی عروق در شبکیه چشم باعث کاهش یا فقدان بینایی می شود . نارسایی قلبی نیز یکی دیگر از عوارض بلند مدت افزایش فشار خون است. وقتی قلبی مجبور شود عمل تلمبه کردن خون را در برابر فشار بالاتری انجام دهد ، به تدریج ضخیم می شود و در دراز مدت تلمبه کردن خون را از دست می دهد و دچار نارسایی می شود.

فشار خون بالا می تواند سوخت و ساز بدن را دچار مشکل کند و بر فرآیند های تفکر ، حافظه و یاد گیری هم اثر بگذارد. اختلال شناختی و زوال عقل هم بین بیماران مبتلا به فشار خون بیشتر از سایرین است.

• انتخاب داروی مناسب :

ایجاد تغییر در عادات و و سبک زندگی یکی از راه های کنترل فشار خون است اما بعضی اوقات این تغییر رویه به تنهایی کفایت نمی کند و پزشک مجبور می شود از داروهای کنترل کننده کمک بگیرد. به طور معمول استفاده ترکیبی از دو یا چند دارو در کنار یکدیگر بهتر از نمونه های تک دارویی جواب می دهد.

اصلی ترین دسته بندی داروهای پائین آورنده فشارخون به این شرح است.:

(۱) دارو ای افزایش دهنده حجم :

این دسته از دارو ها روی کلیه ها اثر می کند و باعث می شوند که سدیم و آب بیشتری از بدن دفع شود. مثل : فروزماید (لازیکس) و تریامترن. اچ از انواع داروهای مدرن به حساب می آید.

(۲) داروهای بلوک کننده گیرنده های بتا :

این دارو ها فشار روی قلب را کم می کند و کمک می کند قلب آرام تر و با فشار کمتری ضریان داشته باشد. داروهای آشنای آنتولول و پروپرانولول (ایندرال) از همین دسته اند.

(۳) دارو های مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین :

این داروها از ساخته شدن یک ماده شیمیایی تنگ کننده عروق جلوگیری می کند و باعث شل شدن رگها می شوند. تجویز این دارو در بیماران نارسایی قلبی ، عروق کرونر و نارسایی کلیه توصیه می شود. انالاپریل و کاپتوپریل متعلق به این گروهند.

(۴) داروهای بلوک کننده های گیرنده های آنژیوتانسین ۲ :

این دارو ها تقریباً مثل گروه قبلی عمل می کنند. و برای فشار خون همراه با نارسایی قلبی ، گرفتگی عروق کرونر و نارسایی کلیه بر اثر فشار خون بکار می رود.

(۵) دارو های بلوک کننده کانالهای کلسیم :

این دسته از دارو ها ماهیچه های دیواره عروق را شل می کند. بعضی هاشان هم ضریان قلب را هم کاهش می دهند. نیفدیپین (آدلات) و آمیلودیپین از همین دسته اند.

(۶) داروهای مهار کننده رنین :

رنین نام آنزیمی است که توسط کلیه ها ترشح می شود و یک چرخه شیمیایی را فعال می کند که در نتیجه آن فشار خون بالا می رود. داروی جدید :تکتورنا:در این دسته قرار می گیرد. این دارو نسبت به دیگر انواع داروهای فشار خون سریع تر عمل می کند.و اگر چه به تنهایی نیز کاربرد دارد اما بهتر است همراه به یک داروی مدر تجویز شود تا اثر دهی آن بیشتر شود.

▪ توجه

مصرف دارو تنها بخشی از درمان بیماری فشار خون است . اگر به این بیماری مبتلا هستید، باید سعی کنید سبک و سیاق زندگی تان را تغییر بدهید.بعضی از عادات خود را ترک کنید و به جای آنها به رفتارهای جدید و سالم عادت کنید. متأسفانه بیماری فشار خون از آن دسته بیماریهایی نیست که بتوانید یک بار آن را درمان کنیدو بعد با خیال آسوده پی کار و زندگی تان بروید.این بیماری تا آخر عمر نیاز به مراقبت و توجه شما دارد.برای اینکه فشارخونتان را برای همیشه تحت کنترل داشته باشید ، به این توصیه ها عمل کنید.

(الف) تغذیه سالم و رسیدن به وزن ایده آل :

غذاهای کم چرب استفاده کنید .روی مصرف میوه ، سبزیجات، حبوبات و مواد غذایی سیوس دار و لبنیات کم چرب تاکید داشته باشید. میزان مصرف سدیم باید تحت کنترل باشد . مصرف پتاسیم را هم بیشتر کنید.

(ب) الکل و سیگار را کنار بگذارید:

مصرف الکل بر قلب اثر می گذارد و موجب فشار خون می شود . سیگار نیز صدمه شدیدی روی دیواره شریان ها می زندو باعث تصلب شریانه می شود.

(ج) بر استرس خود غلبه کنید:

بیش از اندازه کار نکنید.فکرهای منفی و مزاحم را دور بریزید.صبور و خوش بین باشید . خواب کافی داشته باشید.اضطراب را از خود دور کنید روش ریلاکسیون پیشه کنید . آرام و عمیق تنفس کنید.این کار اثر چشمگیری روی فشار خونتان دارداگر فکر می کنید به تنهایی نمی توانید این کار را انجام دهید از دستگاه های موسوم به رسپیرت استفاده کنید.

(د) فشار خون خود را در خانه اندازه بگیرید:

دارو های خود را درست مصرف کنید. به طور مرتب نزد پزشک بروید.

(و) فشار خون خود را چند وقت یکبار اندازه گیری کنیم:

متخصصان پیشنهاد می کنند که افراد دارای فشار خون طبیعی (یعنی کمتر از ۸۰/۱۲۰ میلی لیتر جیوه)هستند هر دو سال یکبار و افرادی که در مرحله آستانه (بین ۸۰/۱۲۰ تا ۹۰/۱۴۰ میلی لیتر جیوه) قرار دارند باید سالی یکبار اندازه بگیرند ولی افرادی که به بیماری های کلیوی ، قلبی عروقی یا دیابت دچارند یا سابقه سکتة های مغزی داشته اند باید در فواصل کمتری فشار خونشان را اندازه گیری کنند.

• بخور نخور های فشار خون :

▪ برخی مواد غذایی می توانند به طور طبیعی فشار خون را پائین بیاورند . کرفس ، پیاز، سیر ، شنبلیله ، چای سبز ، خرما ، گلابی ، زیتون و برگ زیتون ، تره فرنگی ، سویا ، گوجه فرنگی ، گریپ فروت و لیمو ترش از این جمله اند.مصرف این مواد به هیچ وجه به معنی قطع درمان دارویی نیست. در خصوص گریپ فروت ممکنست غلظت داروهای بلوک کننده کانال کلسیم را بالا ببرد و عوارض جانبی آنها را تشدید کند پس در مصرف آن با پزشک خود مشورت کنید.

▪ تامین پتاسیم بدن برای بیماران مبتلا به فشار خون ضروری است .چون در غیاب این عنصر ، توازن سدیم و پتاسیم به نفع سدیم بهم می خورد و فشار خون تشدید می شود. موز ، آناناس ، زرد آلو ، انجیر ، گریپ فروت ، هلو ، انگور ، آلو ، سیب زمینی ، سیر ، کلم بروکلی ، کدو سبز ، فارچ ، گوجه فرنگی ، انواع سبزی ها و حبوبات از منابع خوب پتاسیم هستند.

▪ افزایش مصرف نمک رابطه مستقیم با افزایش فشار خون دارد از آن جایی که در حین طبخ از نمک استفاده می شود ، دیگر لزومی ندارد که شما موقع صرف غذا ی خود دست به نمکدان ببرید . می توانید از گلپر ، آویشن ، نعناع خشک یا کنجد به جای چاشنی های نمک استفاده کنید.در تهیه غذاهای آماده و نوشابه ها نیز سدیم فراوانی به کار می رود. سوسیس ، کالباس ، کنسرو گوشت ، انواع برگر ها و سایر فرآوردهای گوشتی ، سبزی های کنسرو شده در آب نمک ، زیتون شور ، چیپس و انواع تنقلات شور ، ماهی دودی و یا کنسرو شده ، انواع سس ، سوپ ها و کنسرو های آماده ، عصاره های گوشت و بسیاری مواد غذایی نمک دار .محصولات لبنی (شیر ، ماست ، پنیر) کلسیم فراوان دارند . ویتامین های

متنوعی هم در آنها وجود دارد اما باید سراغ انواع کم چرب آنها بروید.

▪ حیوانات سرشار از فیبر های محلول در آب هستند و استفاده از آنها می تواند به کاهش فشار خون کمک کند و صد البته به عنوان منبع تامین کننده پروتئین مورد نیاز بدن به حساب می آید.

▪ در بین انواع گوشت ها ، ماهی بهترین انتخاب است. چربی ماهی نه تنها موجب عوارض قلبی عروقی نمی شود بلکه به سلامت قلب و عروق کمک می کند.

▪ نوشیدنی های حاوی کافئین از قبیل قهوه ، چای و نوشابه های کولا دار موجب افزایش فشار خون می شوند و باید در حد اعتدال استفاده شوند. می توانید به جای آنها از انواع چای و دم کردنی های گیاهی یا دوغ کم نمک استفاده کنید.

▪ کره ، خامه ، سس ، مارگارین ، دنبه ، چربی های هیدروژنه و روغن های جامد را از برنامه غذایان کنار بگذارید. به جای آنها از روغن زیتون و یا دیگر انواع روغن های گیاهی مایع و روغن ماهی استفاده کنید. مغز ها و دانه های گیاهی مثل گردو را وارد برنامه غذایی روزانه کنید.

منبع : مجیدلرن

<http://vista.ir/?view=article&id=292436>



فشار خون بالا

چاقی و اضافه وزن مسلماً با فشارخون بالا ارتباط دارد. شیوع این مشکل در افراد جوان دچار اضافه وزن دو برابر و در افراد مسن و چاق ۵۰ درصد بیشتر از افراد دارای وزن طبیعی است. در مردان به ازای هر ۱۰ درصد افزایش وزن، فشار خون ۶/۶ میلیمترجیوه بالاتر می‌رود.

اکثر افراد مبتلا به پرفشاری علایمی ندارند، اما این مشکل می‌تواند سبب آسیب حاد یا مزمن به بخش‌های مختلف بدن شود. در مغز این مشکل به مویرگ‌های خونی آسیب می‌رساند، در نتیجه سکتة مغزی بروز می‌کند. در چشم‌ها، پرفشاری سبب آسیب به مویرگ‌های خونی و بروز اختلال بینایی و در کلیه‌ها نیز سبب نارسایی کلیه می‌شود. ممکن است علایمی از قبیل سردرد، دردهای قفسه سینه و تنگی نفس نیز بروز کند.

مواردی از پرفشاری که در حد مرزی هستند، اغلب بدون درمان باقی



می‌مانند. درمان غیردارویی شامل: کاهش نمک در رژیم غذایی، ترک سیگار، انجام ورزش منظم و استفاده از روش‌های شل‌کردن عضلات است.

داروهای ضد فشارخون نیز ممکن است تجویز شوند.

• چه غذاهایی مفید هستند ؟

عموماً اعتقاد پزشکان به این است که افراد دچار پرفشاری، نیاز به کاهش دریافت سدیم دارند. پتاسیم و کلسیم اضافی نیز می‌تواند به کاهش فشارخون کمک کند.

- موز، زردآلو، انجیر، گریپ‌فروت، هلو، انگور و آلو میوه‌هایی سرشار از پتاسیم هستند و سیب‌زمینی، سیر، براکلی، کدو سبز، قارچ و گوجه‌فرنگی و

سبزی‌ها سرشار از پتاسیم هستند. حیوانات نیز از این نظر غنی‌اند.

میوه‌ها و سبزی‌ها دارای مقدار کم سدیم هستند و باید به وفور مصرف شوند. در مطالعات مقایسه‌ای میان گیاه‌خواران با افراد غیرگیاه‌خوار، مشاهده شده است که متوسط فشارخون گیاه‌خواران کمتر است. یکی از علل این تفاوت را دریافت بیشتر پتاسیم در گیاه‌خواران دانسته‌اند.

- مرکبات، توت‌ها و سبزی‌های دارای برگ سبز، منابع خوب ویتامین C هستند. دریافت کم این ویتامین با پرفشاری ارتباط دارد. مصرف مکمل ویتامین C در افراد دچار پرفشاری و همچنین افراد سالم سبب کاهش فشارخون می‌شود.

- گوشت و مرغ طبخ شده بدون نمک برای افراد دچار پرفشاری توصیه می‌شود. برای معطرکردن گوشت می‌توان از سبزیهای معطر، ادویه‌ها و میوه‌ها استفاده کرد. به عنوان مثال برای گوشت گوسفند از مرزنگوش و مریم‌گلی، برای مرغ از شوید و ترخون و برای جگر از پرتقال می‌توان استفاده کرد.

- ماهی تازه، منجمد یا کنسرو شده بدون آب نمک خوب هستند. می‌توان ماهی را با برگ‌بو، شوید، فلفل قرمز و سیاه، ادویه‌ها، مرکبات، سس‌های خانگی بدون نمک و سایر سبزی‌ها معطر کرد. ماهی‌های حاوی اسیدهای چرب مفید از قبیل حلوا، قزل‌آلا و قباد چندین بار در هفته توصیه می‌شوند.

- سبزی‌های ریشه‌ای از قبیل سیب‌زمینی، همچنین برنج، ماکارونی، رشته‌ها و حلیم بدون نمک و همچنین مواد نشاسته‌ای دارای سدیم کم هستند و می‌توان به عنوان پایه‌ای برای وعده غذایی از آنها استفاده کرد.

- دانه کنجد و سبزی‌های برگ سبز، منابع کم سدیم و تامین کننده کلسیم هستند.

- سیر نیز به کاهش فشارخون کمک می‌کند.

• از چه غذاهایی باید پرهیز کرد؟

- از سوسیس، کالباس، کنسرو گوشت، برگرها و سایر فرآورده‌های گوشتی به علت دارا بودن مقادیر بالای سدیم باید پرهیز کرد. سبزی‌های کنسرو شده در آب نمک، زیتون شور، چیبیس و سایر تنقلات شور نیز نباید مصرف شوند.

- ماهی دودی یا کنسرو شده و تن ماهی سرشار از سدیم هستند.

- سس‌ها، سوپ‌ها، قرص‌های گوشت، کنسرو لوبیا و سایر غذاهای آماده مصرف می‌تواند سبب تشدید بیماری شود.

- مصرف الکل با فشاربالا ارتباط داشته و می‌تواند سبب تشدید بیماری شود.

- در طبخ به جای کره و روغن نباتی جامد بهتر است از روغن زیتون، سویا و کانولا استفاده کرد.

- مواد حاوی کافئین از قبیل قهوه، چای، نوشابه‌های کولا و شکلات، سبب افزایش فشارخون می‌شوند و باید در حد اعتدال مصرف شوند.

▪ چند نکته :

- کاهش وزن و حفظ وزن طبیعی از ارکان اساسی هر برنامه طراحی شده جهت مقابله با پرفشاری هستند.

- نیاز روزانه یک فرد بزرگسال به نمک یک دهم قاشق چای‌خوری است. مقادیر بیشتر نمک فقط در شرایط آب و هوایی گرم و یا در طول شیردهی لازم است. در این موارد یک قاشق چای خوری نمک کافی خواهد بود.

- برای کاهش فشارخون، پیاده‌روی سریع به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه، ۳ تا ۵ بار در هفته توصیه می‌شود.

- مصرف سیگار سبب تشدید پرفشاری شده بنابراین توصیه به ترک سیگار می‌شود.

• کلسترول بالا

خطر ابتلا به بیماری قلب و عروق و بروز حمله قلبی را می‌توان با بوجود آوردن تغییراتی که میزان کلسترول را پایین بیاورد کاهش داد. توجه به این نکته ضروری است که به ازای هر ۱ درصد کاهش در مقدار کلسترول خون ۲ درصد خطر کاهش می‌یابد. برای مثال پایین آوردن کلسترول خون به

میزان ۱۵ درصد می‌تواند خطر حمله قلبی را برای شما ۳۰ درصد کاهش دهد. اکثر افراد می‌توانند مقدار کلسترول خون خود را تا میزان مطلوب زیر ۲۰۰ پایین بیاورند. مقدار کلسترول خون اساسا تحت تاثیر مواد غذایی مصرفی و زمینه ارثی مقدار کلسترول خون می‌باشد. خوردن غذاهایی که

چربی‌های اشباع شده زیادی دارند بیش از هر چیز شما را در خطر بالا رفتن کلسترول خون قرار می‌دهند. کاهش کلسترول خون با کاهش دریافت کلسترول و چربی رژیم (مخصوصا چربی اشباع شده)، افزایش مصرف فیبرهای غذایی محلول و ثابت نگه‌داشتن وزن در حد ایده‌آل امکان‌پذیر است.

چربی‌های اشباع در گوشت‌ها (مخصوصا گوشت قرمز مثل گوشت گاو و گوسفند) و لبنیات مثل خامه و کره وجود دارد. بعضی از محصولات فنادی

مثل پای‌ها، کیک‌ها و کلوچه‌ها نیز می‌توانند حاوی مقادیر زیادی چربی‌های اشباع شده باشد. همراه با کاهش مصرف چربی‌های اشباع شده لازم است غذاهای غنی از نشاسته (که بعضی از مواقع کربوهیدرات پیچیده نامیده می‌شوند) بیشتر مثل غلات صبحانه‌ای، سیب‌زمینی آب‌پز یا کبابی، برنج پخته، لوبیا، ماکارونی و نان مصرف کنیم.

باید به خاطر داشت که اگر شما اضافه وزن دارید و مقدار کلسترول خونتان بالاست کاهش وزن می‌تواند به پایین آوردن کلسترول خون کمک کند. برای کسانی که به درمان پیشرفته‌تری نیاز دارند درمان‌های دارویی مؤثر در دسترس می‌باشد.

سیوس جو یک منبع غنی از فیبر محلول می‌باشد. نکته‌ای که درباره این ماده مطرح است این است که به نظر می‌رسد این ماده کلسترول LDL که رسوب چربی در سرخ‌رگها را ایجاد می‌کند کاهش داده، ولی سطح کلسترول محافظت کننده HDL را بالا می‌برد. غذاهای دیگر غنی از فیبر محلول شامل انواع لوبیا، عدس و بعضی از میوه‌ها می‌باشند. از آنجا که تمام این غذاها از دو جنبه کم‌چربی بودن و فیبر بالا مفید هستند، مصرف روزانه آنها مفید است.

چند راهنمایی ساده برای شروع در اینجا آورده شده است. این تغییرات در رژیم غذایی می‌تواند به کاهش مقدار کلسترول خون کمک کند.

▪ مواردی که باید در رژیم غذایی کاهش داد:

- به جای غذاهای سرخ شده، از کباب شده استفاده کنید.

- چربی‌های اضافی را از غذاها و خوراکی‌های گوشتی حذف کنید.

- بجای پنیر چرب از انواع کم‌چربی استفاده کنید.

- سعی کنید به جای خامه از ماست کم‌چربی استفاده کنید.

- به جای شیر چرب از شیر پاستوریزه کم‌چربی استفاده کنید.

- غذاهای چرب مانند کلوچه‌ها، پای‌ها، کیک‌ها و شیرینی‌ها را محدود کنید.

- از قسمت‌های کم‌چرب گوشت استفاده کنید. تمام چربی‌های قابل رؤیت را جدا کنید و از مرغ و ماهی بیشتر از گوشت قرمز استفاده کنید.

▪ مواردی که باید در برنامه غذایی خود افزایش دهید:

- غذاهای گیاهی: سبزیجات، حبوبات و بقولات مانند انواع لوبیا و عدس و غیره

- غذاهای تهیه شده از غلات، غلات صبحانه، ماکارونی، برنج، نان، میوه‌ها

آنچه مسلم است هیچ یک از مواد غذایی به خودی خود مضر نمی‌باشند، بلکه ترکیب غلط آنها در یک رژیم غذایی نامناسب است که مشکل آفرینی می‌کند.

• چه تغییرات دیگری باید انجام گیرد؟

علاوه بر این که یک رژیم خوب می‌تواند نقش مهمی در کاهش بیماری قلبی داشته باشد، موارد دیگری را نیز باید رعایت کرد. پس برای اینکه یک قلب سالم داشته باشید:

- سیگار را ترک کنید.

- وزن‌تان را در محدوده مطلوب نگه دارید.

- استرس نداشته باشید.

- به طور مرتب ورزش کنید

منبع : کاشف

<http://vista.ir/?view=article&id=332875>

 Vista.ir
Online Classified Service

فشار خون بالا؛ تهدید بزرگ سلامتی

پرفشاری خون، یکی از تهدیدهای بزرگ سلامتی در کشورهای صنعتی است و نقش عمده‌ای در بروز بیماری‌های عروقی قلب، سکنه مغزی، نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی و مرگ ناشی از این بیماری‌ها دارد. قبل از اینکه فشار خون بالا عارضه‌ای ایجاد کند، علامتی ندارد لذا بسیاری از افراد از وجود آن بی‌خبر هستند.

پرفشاری خون، به افزایش فشار خون سیستولیک (ماکزیمم) مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک (مینیمم) مساوی یا بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه یا همراه با هم اطلاق می‌شود. معمولاً با یک بار فشار خون بالا، نمی‌توان مارک بیمار فشارخونی به فرد زد بلکه باید الگوی فشار

خون بالا شامل ثبت حداقل دو فشار بالای غیرطبیعی جداگانه باشد. فشار خون بایستی حداقل در دو نوبت (ترجیحاً در یک زمان مشخص از روز) به فاصله ۲-۴ هفته و در هر نوبت، دو بار به فاصله حداقل دو دقیقه اندازه‌گیری شود. میزان فشار خون طبیعی در بچه‌ها و زنان حامله پایین‌تر است. میزان بروز این بیماری با افزایش سن، بالا می‌رود و در مردان، شایع‌تر از زنان جوان است ولی پس از سن ۷۵ سالگی در زنان شایع‌تر از مردان است.

در ۹۵-۹۰ درصد موارد، علت شناخته‌شده خاصی وجود ندارد و به آن فشار خون اولیه اطلاق می‌شود و بقیه موارد موسوم به فشار خون ثانویه بوده و علل مختلفی از جمله بیماری‌های مزمن کلیه، بیماری‌های عروق کلیه، مصرف قرص‌های ضدبارداری و... را شامل می‌شود. الگوی گرفتاری فامیلی در فشار خون اولیه شایع و مطرح‌کننده اهمیت عوامل ژنتیکی است. در گذشته، فشار مینیمم را به عنوان عامل خطر اصلی بیماری‌های عروق کرونر و مغز می‌دانستند اما مطالعات اخیر نشانگر اهمیت توجه به فشار ماکزیمم به موازات و در کنار فشار مینیمم است. در بررسی اولیه شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و بررسی‌های متعدد آزمایشگاهی لازم است.

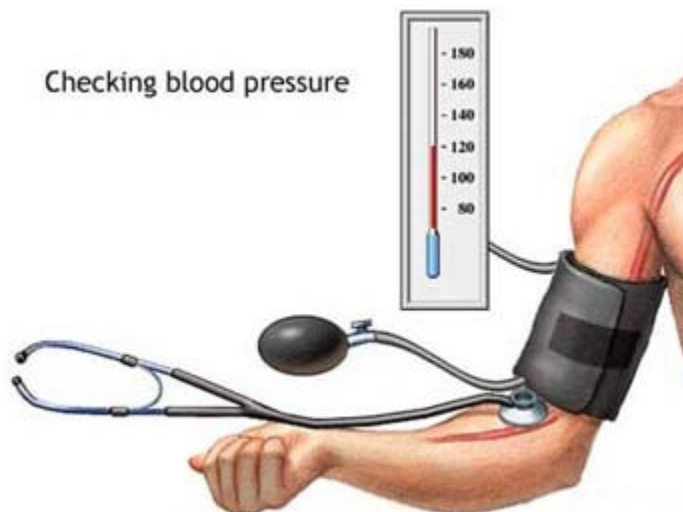
فشار خون بالا به تنهایی، به ندرت علامت‌دار است، هر چند علائمی نظیر سردرد (معمولاً پشت سر)، تاری دید، خستگی، سرگیجه، خونریزی از بینی، تنگی نفس و درد قفسه سینه می‌تواند وجود داشته باشد. اشخاص مبتلا به ازدیاد فشار خون معمولاً عصبی و پرتحرک هستند. همچنین گرایش به کار زیاد و نیز در برخی مواقع، خستگی مفرط بدون اینکه کار سخت بدنی انجام شده باشد وجود دارد که بر اثر آن، بیمار در انجام کارها احساس ناتوانی جسمی می‌کند و معمولاً ناراحتی‌های گوارشی نیز وجود دارد؛ شخص مبتلا چهره گلگون پیدا می‌کند و در مراحل خطرناک بیماری پریدگی رنگ و افسردگی به سراغ بیمار می‌آید.

در نوع ثانویه، علائم اختصاصی ممکن است ظاهر شده و سر نخ‌های را در مورد بیماری زمینه‌ای به دست دهد. با فشار خون مزمن یا شدید، علائم صدمه به اعضای بدن ممکن است ظاهر شود که شامل نارسایی قلبی، بیماری عروق قلب، بیماری عروق مغزی، اورمی و... است.

تقریباً در ۵ درصد از بیماران، یک علت ثانویه برای فشار خون بالا یافت می‌شود. در افرادی که سن کمتر از ۳۰ سال یا بیشتر از ۵۵ سال دارند و بیماری آنها اخیراً آغاز شده، احتمال اینکه بیماری آنها علت قابل برگشت زمینه‌ای داشته باشد بیشتر است.

در زیر به طور فهرست‌وار علل ثانویه فشار خون بالا را ذکر می‌کنیم: بیماری‌های کلیه، بیماری‌های عروق کلیه، کم‌کاری و پرکاری تیروئید، افزایش فعالیت بخش قشری غده فوق‌کلیوی، فنوکروموستیوم، مصرف قرص‌های ضدبارداری، درمان جایگزین با استروژن، برخی اختلالات مغزی، استرس، حاملگی، استفاده از برخی داروها (داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی مثل بروفن، دیکلوفناک سدیم و...)، کورتون، داروهای ضداحتقان بینی و از جمله داروهای ضدسرماخوردگی، داروهای ضدآشفتا، ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای و...

• درمان :



هدف از درمان فشار خون، جلوگیری از مرگ‌ومیر و عوارض طولانی‌مدتی است که در زمینه فشار خون بالا و ممتد ایجاد می‌شود. وقتی فشار خون بیش از حد بالاست، تنها یک شوک مختصر کافی است تا شخص را با خطر جدی روبه‌رو نماید. اعمالی چون بلندکردن جسم سنگین، دویدن (مثلاً برای رسیدن به اتوبوس) یا هر حالت هیجانی شدید چون عصبانیت، می‌تواند فشار را تا ۱۰ درجه بالا برده و شخص را تا مرحله مرگ سوق دهد؛ بنابراین درمان پرفشاری خون بسیار حیاتی است.

در موارد خفیف یا متوسط، درمان غیردارویی به مدت ۶-۳ ماه انجام می‌شود که به طور کلی شامل تغییر سبک زندگی است و شامل کاهش نمک در رژیم غذایی (کمتر از ۶ گرم در روز)، ترک سیگار، کاهش وزن در افراد چاق، ورزش منظم و استفاده از روش‌های شل‌کردن عضلات است. در صورت امکان، دوری از مشاغل و محل سکونت پراسترس، مؤثر خواهد بود.

این تغییر در سبک زندگی ممکن است تبدیل فشار خون بالا به نوع شدیدتر را به تعویق بیندازد و نیاز به درمان دارویی را کمتر کند یا به صفر برساند و همچنین موجب می‌شود سایر عوامل خطر ساز قلبی را کاهش دهد. مواد غذایی حاوی پتاسیم که در زیر به آنها اشاره می‌شود، ممکن است باعث پیشگیری و حتی کاهش پرفشاری خون شود؛ آناناس، موز، زردآلو، انجیر، گریپ‌فروت، هلو، انگور، آلو، سیب‌زمینی، سیر، براکلی، کدوسبز، قارچ، گوجه فرنگی، سبزی‌ها و حبوبات. میوه‌ها و سبزی‌ها دارای مقدار کمی سدیم هستند و باید به میزان زیادی مصرف شوند. مرکبات، توت‌ها و سبزی‌های دارای برگ سبز، منابع خوب ویتامین ث هستند. دریافت کم این ویتامین با پرفشاری ارتباط دارد. مصرف مکمل ویتامین ث در افراد دچار پرفشاری و همچنین افراد سالم سبب کاهش فشار خون می‌شود.

مصرف کافی کلسیم و منیزیم مفید است. کمبود کلسیم می‌تواند باعث ایجاد و تشدید بیماری شود. دانه کنجد و سبزی‌های برگ سبز، منابع کم سدیم و تأمین‌کننده کلسیم هستند. مصرف اسیدهای چرب «امگا-۳» نیز اثرات خوبی در کاهش فشار خون دارد که در انواع ماهی به وفور یافت می‌شود. مواد قندی مورد نیاز باید از عسل، شکر سرخ، کشمش و خرما تأمین شود. بهترین شکل نشاسته، سیب‌زمینی پخته یا پخاریز و نان از آرد گندم سبوس‌دار است.

• غذاهای خطرناک :

مشتقات آرد سفید، شکر سفید و همه شیرینی‌های پخته‌شده با آنها، ادویه و ترشی‌ها مخصوصاً سرکه و نمک بیش از اندازه، همه غذاهای سرخ‌کرده و چرب، سوسیس، کالباس، کنسرو گوشت، برگرها و سایر فرآورده‌های گوشتی به علت مقادیر بالای سدیم، تمامی تنقلات شور، ماهی دودی یا کنسرو شده، سس‌ها، سوپ‌ها، قرص‌های گوشت و سایر غذاهای آماده مصرف می‌تواند فشار خون را افزایش داده و مقاومت دارویی نسبت به داروهای ضد فشار خون ایجاد کند.

یکی از علل بروز ازدیاد فشار خون، ضعف کلیه ناشی از مصرف افراط‌آمیز چای، قهوه، نوشابه‌های کولادار و شکلات است. در این میان مصرف بیش از حد چای- خصوصاً چای جوشیده- برای کلیه‌ها خطرناک‌تر است. اگر چای به صورت کم‌رنگ مخلوط با کمی شیر نوشیده شود، بهتر است زیرا بدین ترتیب «تئین» از چای جدا می‌شود.

اگر پس از ۶-۳ ماه از درمان غیردارویی پاسخ مناسب حاصل نشد بایستی اقدام به درمان دارویی نمود. در پایان، مروری بر آخر هفته‌هایمان داشته باشیم. پنج‌شنبه‌شب‌ها معمولاً خانه دوست و فامیل مهمان هستیم و با غذاهای رنگارنگ و بیشتر خوشمزه که حتی تست کردن آنها کالری زیادی به بدن می‌رساند، پذیرایی می‌شویم. صبح جمعه هم با کله‌پاچه از خود و خانواده پذیرایی می‌کنیم یا ممکن است برای شام، سفارش فست‌فود بدهیم. آیا بهتر نیست در مهمانی‌های دوستانه‌ای که داریم، با غذاهای سالم از یکدیگر پذیرایی کنیم و مهمانی تنها بهانه‌ای برای دورهم‌بودن باشد؟ صبح جمعه هم با دوستان یک قرار ورزشی داشته باشیم و برای صبحانه با نان سنگک و پنیر و انگور از مهمان خود پذیرایی کنیم؟

<http://vista.ir/?view=article&id=282082>

فشار خون نامیزان، شما را از پا می‌اندازد

شاید با سردرد و سرگیجه خودش را نشان دهد، شاید دست و پایتان مور مور شود یا احساس کرختی کنید یا خواب‌آلوده و بی‌حال شوید، حتی شاید هیچ نشانه‌ای نداشته باشید و ناگهان دچار خونریزی مغزی، سکته یا کاهش سطح هوشیاری شوید، در این صورت حتما فشارتان بالا رفته یا پایین آمده است و شما از آن غافل بوده‌اید.

فشار خون در تعریف علمی عبارت است از فشاری که خون بر دیواره رگ‌ها وارد می‌کند و عواملی چون مقدار خونی که قلب به رگ‌ها می‌فرستد و ویژگی‌های رگ‌هایی که خون در آنها جریان دارد، بر آن اثر می‌گذارد. شما تا به حال برای گرفتن فشار خون به پزشک مراجعه کرده‌اید؟ شاید برای شما



هم این پرسش پیش آمده باشد که چرا پزشکان همیشه فشار خون را در قالب دو عدد اعلام می‌کنند؟ دکتر مهشید معصوم بابایی، پزشک متخصص داخلی درباره چگونگی اندازه‌گیری فشار خون می‌گوید: «میزان فشار خون از طریق اعلام بالاترین میزان فشار خون یا فشار سیستولی روی پایین‌ترین میزان آن یا فشار دیاستولی، اندازه‌گیری می‌شود.»

به گفته این پزشک، عدد سیستولی مربوط به نیرویی است که خون در زمان انقباض قلب بر دیواره رگ‌ها وارد می‌کند و عدد دیاستولی فشاری است که بین دو ضربه بر دیواره رگ‌ها وارد می‌شود. فشار خون معمولا بر حسب میلی‌متر جیوه یا سانتی‌متر جیوه بیان می‌شود، اما ما در ادامه این متن، اصطلاح میلی‌متر جیوه را که باید پس از اعداد سیستول و دیاستول به کار ببریم برای تسهیل در مطالعه، حذف می‌کنیم. دکتر معصوم بابایی می‌گوید: «هم بالا بودن فشار سیستول و هم بالا بودن فشار دیاستول، خطرناک است و ممکن است به عوارض شدید قلبی عروقی بینجامد.»

• یک تقسیم‌بندی مهم

دکتر معصوم بابایی با تقسیم‌بندی انواع فشار خون به ۳ گروه عمده توضیح می‌دهد، میزان سیستول در فشار خون طبیعی کمتر از ۱۲۰ و میزان دیاستول کمتر از ۸۰ است، اما فشار خونی که در آن سیستول بالاتر از ۱۴۰ و دیاستول بالاتر از ۹۰ می‌شود و کسانی که فشار سیستول آنها بین ۱۲۰ تا ۱۴۰ و دیاستول آنها بین ۸۰ تا ۹۰ باشد، گروه پیش فشار خون بالا نامیده می‌شوند. این متخصص داخلی درباره فشار خون در کودکان می‌گوید: «فشار خون در کودکان یک عدد مشخص نیست و تحت تاثیر سن، جنس و قد کودکان تغییر می‌کند و باید آن را با فشارسنج مخصوص کودکان اندازه‌گیری کرد.»

• شما هم سوال دارید؟

تقسیم‌بندی فشار خون را خواندید؟ چیزی کم نداشت؟! ممکن است شما هم مثل ما، بخواهید بدانید چرا فشار خون پایین در این تقسیم‌بندی جایی ندارد. معصوم بابایی در این زمینه تاکید می‌کند: «فشار خون بالا یک بیماری است، اما بیماری با عنوان فشار خون پایین، وجود ندارد پایین بودن فشار خون معمولا به عنوان نشانه بیماری دیگر شناخته می‌شود که یکی از نشانه‌های آن، پایین آمدن میزان فشار خون است.»

• دلایل افت فشار خون

دلایل افت فشار خون چندان متعدد نیستند به گفته این متخصص داخلی، بیماری‌هایی که با عرق ریزی شدید همراهند، اسهال، استفراغ، دردهای شدید و به طور کلی همه بیماری‌هایی که سبب خروج مایعات از بدن می‌شود، سبب کاهش فشار خون جاری در رگ‌ها می‌شود. از سویی دیگر، تحریک سیستم پاراسمپاتیک بدن نیز ممکن است سبب افت فشار شود که معنی ساده آن همان حال و هوایی است که آدم‌ها در شرایط پراسترس دچارش می‌شوند، مثل همان‌ها که در مجالس سوگواری غش می‌کنند.

• فشار خون بالا، بی‌نشانه تا مرحله بحران

به گفته معصوم بابایی فشار خون بالا، برخلاف فشار خون پایین که همیشه دلیلی دارد، در بسیاری از موارد، دلیل اصلی افزایش فشار خون

تشخیص داده نمی‌شود، گاهی امکان دارد این پدیده تحت تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی باشد و گاهی ممکن است بالا رفتن فشار خون به دلیل بیماری‌هایی مثل پرکاری یا کم‌کاری تیروئید، پرکاری غده فوق کلیوی، پرکاری غده پارائتیروئید باشد و گاهی وقت‌ها هم وابسته به نوع رژیم غذایی بیماران است.

با این حال پزشکان به خوبی می‌دانند که اگر مراجعه‌کنندگان آنها زیادی چاق باشند، با ورزش کردن میانه‌ای نداشته باشند، از سبزی و میوه خوششان نیاید و در عوض علاقه‌مند به رژیم‌های غذایی پر نمک و پر چربی باشند یا داروهای کاهش اشتها یا ضد بارداری مصرف کنند یا الکی باشند، احتمالاً در خطر افزایش فشار خون بیمارگونه هستند و باید فشارشان را کنترل کنند.

به گفته این متخصص داخلی افزایش فشار خون یک قاتل بی‌صداست و هرچند وقتی فشار خون خیلی بالا باشد ممکن است با نشانه‌هایی مانند تنگی نفس، سردرد، کند زدن نبض، استفراغ، خواب رفتگی دست‌ها و حتی خونریزی مغزی همراه باشد، اما در بیشتر مواقع تا رسیدن به مرحله بحران، بی‌نشانه است و در عین حال سالانه بیش از ۹۰۰ هزار نفر را با انواع عارضه‌های قلبی، مغزی و کلیوی روانه قبرستان می‌کند. این متخصص داخلی هشدار می‌دهد: «علائم افزایش فشار خون در مرحله بحرانی بسیار به علائم افت آن شبیه است و به همین دلیل نمی‌توان با مشاهده علائم ظاهری فرد از پایین یا بالا بودن فشار او مطمئن شد و به همین دلیل تغییرات فشار باید توسط پزشک با فشارسنج اندازه‌گیری شود.»

• اشتباه‌های رایج

معصوم بابایی درباره اقداماتی که می‌توان آنها را هنگام تغییر فشار خون انجام داد، می‌گوید: «زمانی که فشار فردی افت می‌کند باید به او مایعاتی مثل انواع آب میوه و... خورانده شود، اما در فشار بالا بهترین اقدام مراجعه به پزشک است.» او با اشاره به اشتباه‌های رایج مردم در مواجهه با تغییرات فشار خون می‌گوید: «باورهای غلط در این زمینه فراوانند، برای مثال برخی از مردم تصور می‌کنند وجود قند در مواردی که فرد دچار افت فشار خون شده موثر است، در حالی این ماده نقشی در بالا آوردن فشار ندارد و نقش اصلی را مایعات به عهده دارد.» او همچنین به یکی دیگر از باورهای غلط در اذهان عمومی اشاره می‌کند و توضیح می‌دهد: «بعضی‌ها خیال می‌کنند ترشی‌ها و بخصوص آب لیمو، سرکه و آب غوره سبب افت فشار می‌شود در حالی که ترشی باعث پایین آوردن اسیدیت خون می‌شود که این پدیده سبب احساس ضعف و بی‌حالی در فرد می‌گردد و به هیچ وجه ربطی به پایین آوردن فشار خون ندارد.»

منبع : روزنامه جام‌جم

<http://vista.ir/?view=article&id=356627>

 Vista.ir
Online Classified Service

فقر آهن، کم‌خونی زنان

کم‌خونی فقر آهن یکی از شایع‌ترین بیماری‌های رایج در میان زنان است. بر طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی، یک‌چهارم جمعیت جهان به بیماری کم‌خونی مبتلا هستند که بیش از نیمی از آنها را زنان و دختران تشکیل می‌دهند. بررسی‌های دقیق‌تر نشان داده است که شیوع کم‌خونی فقر آهن در میان دختران و پسران در سنین مدرسه ۳۷ درصد، در زنان غیرباردار ۲۵ درصد، و در میان مردان بالغ ۱۸ درصد است. همچنین کم‌خونی در زنان و دختران، به دلیل خونریزی‌های دوران قاعدگی و خونریزی حین زایمان (زنان در هر زایمان طبیعی به‌طور متوسط ۶۰۰ سی‌سی خون از





دست می‌دهند)، در نوزادان نارس با وزن کم، و در سالمندان به علت مشکلات دندانی و گوارشی و دسترسی نداشتن به گروه‌های مختلف غذایی، در مقایسه با بقیه افراد جامعه شایع‌تر است. کم‌خونی عوارضی نیز بر جای می‌گذارد که در زنان باردار و کودکان زیر ۹ سال بیشتر بروز می‌کنند. از جمله عوارض کم‌خونی در زنان باردار، ضعف و ناتوانی بدنی، افزایش خطر مرگ و میر به هنگام زایمان، افزایش خطر تولد نوزاد نارس و کم‌وزن و کم‌هوش، و بالا رفتن احتمال سقط جنین است. کم‌خونی در کودکان نیز منجر به اختلال تکامل گفتاری و حرکتی، کاهش میزان یادگیری و گاه افت

تحصیلی می‌شود.

• کم‌خونی و انواع آن

اکسیژن لازم برای سوخت و ساز طبیعی بافت‌های بدن را گلبول‌های قرمز موجود در خون فراهم می‌کنند. گلبول‌های قرمز حاوی هموگلوبین (پروتئین مسئول حمل اکسیژن) هستند. اگر مقدار گلبول‌های قرمز یا هموگلوبین خون فردی ده درصد کمتر از استاندارد آن جامعه باشد، کم‌خون محسوب می‌شود. اما به‌طور کلی، کاهش تعداد گلبول‌های قرمز خون را کم‌خونی می‌نامیم.

گلبول‌های قرمز در مغز استخوان ساخته و سپس وارد جریان خون می‌شوند و بعد از ۱۲۰ روز به‌طور طبیعی از بین می‌روند و این چرخه در بدن ادامه می‌یابد. اگر ساخته شدن گلبول قرمز در مغز استخوان به هر علتی کاهش یابد، کم‌خونی رخ می‌دهد. برخی داروها، مواد شیمیایی و تشعشعات بر مغز استخوان اثر می‌کنند و فعالیت آن را کاهش می‌دهند. در بعضی بیماری‌ها، ماده‌ی دیگری مانند چربی جانشین مغز استخوان می‌شود. گلبول‌های قرمز خون دو بخش دارند: بخش پروتئینی و بخش غیرپروتئینی، یعنی آهن. به دنبال کمبود آهن، کم‌خونی فقر آهن بروز می‌کند. اگر فرد به‌دلیلی مقدار زیادی خون از دست بدهد هم کم‌خون می‌شود. در برخی انواع بیماری‌ها نیز پروتئین تشکیل‌دهنده گلبول‌های قرمز غیرطبیعی است. تالاسمی شایع‌ترین مثال این نوع کم‌خونی است.

مواد دیگری نظیر ویتامین B۱۲ و اسید فولیک هم در ساخت گلبول قرمز نقش دارند. بنابراین، کمبود این مواد در رژیم غذایی نیز باعث کم‌خونی می‌شود. برخی افراد به‌طور ژنتیکی به بیماری فاویسم مبتلا هستند و سلول‌های خونی آنها به دنبال مصرف مواد خاصی تخریب می‌شود. در گروهی از بیماری‌های دستگاه ایمنی نیز بدن خودبه‌خود سلول‌های خونی را منهدم می‌کند و شخص به کم‌خونی مبتلا می‌شود.

• علائم و نشانه‌های کم‌خونی

اصلی‌ترین کار خون رساندن اکسیژن به تمام اعضا و بافت‌های بدن است. اعضای حساس زودتر از سایر اعضا نسبت به کم‌خونی و کمبود اکسیژن واکنش نشان می‌دهند. تپش قلب، تنگی نفس و خستگی زودرس از علائم قلبی کم‌خونی‌اند و به‌تدریج ظاهر می‌شوند. بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، سردرد، افت فشار خون، تاری دید، سرگیجه، رنگ‌پریدگی، مورمور شدن بدن، بی‌اشتهایی، یبوست و نفخ از دیگر علائم و نشانه‌های کم‌خونی به‌شمار می‌روند. البته نوع علائم و سرعت بروز آنها به شدت کم‌خونی و سن فرد بستگی دارد. در کم‌خونی خفیف، فرد از کاهش قدرت بدنی، تندی ضریان قلب و کوتاهی تنفس در حین ورزش شکایت دارد. اما اگر کم‌خونی شدید باشد، قدرت فرد برای فعالیت بدنی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد و هر نوع فعالیتی با تنگی نفس، تپش قلب، سردرد شدید و خستگی زودرس همراه می‌شود. افراد مسن‌تری که به بیماری‌های قلبی-عروقی هم مبتلا هستند، ممکن است دچار تشدید درد قفسه سینه، لنگ زدن و نارسایی قلبی شوند.

علاوه بر ضعف، خستگی، رنگ‌پریدگی، بخصوص در دست‌ها و سطح داخلی پلک‌ها، کم‌خونی ناشی از فقر آهن با علائم دیگری نظیر التهاب زبان، غش، احساس ناراحتی در شکم، علاقه شدید به خوردن یخ، رنگ یا خاک، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست‌ها و پاها، حالت تهوع، گود شدن سطح ناخن‌ها، ابتلا به عفونت‌های تکرارشونده و بی‌اشتهایی نیز همراه است.

• کم‌خونی فقر آهن

کم‌خونی ناشی از فقر آهن مهم‌ترین اختلال تغذیه‌ای شایع در میان کودکان و زنان در سنین باروری در کشورهای درحال توسعه است. این بیماری باعث اتلاف منابع و مراقبت‌های بهداشتی و کاهش ظرفیت جسمی و روانی بخش بزرگی از جامعه می‌شود. همچنین، مرگ و میر بر اثر ابتلا به بیماری را در زنان و کودکان افزایش می‌دهد.

دریافت ناکافی آهن به علت دسترسی نداشتن به مواد غذایی حاوی آهن، تولید گلبول‌های قرمز را کاهش می‌دهد. بنابراین، افراد دچار این نوع کم‌خونی باید رژیم غذایی‌شان را به نحوی تنظیم کنند که آهن بیشتری از مواد غذایی جذب کنند.

اگر برای ساخت گلبول‌های قرمز خون آهن کافی در دسترس نباشد، بدن ابتدا از ذخایر آهن خود استفاده می‌کند. سپس در صورت ادامه کمبود، ذخایر آهن بدن کاهش می‌یابد. در نهایت، کل ذخایر آهن بدن به مصرف می‌رسد و کم‌خونی فقر آهن بروز می‌کند. آهن اساسی‌ترین ماده اولیه برای ساخته شدن گلبول‌های قرمز خون است. البته علاوه بر آهن، مواد مغذی دیگری مانند اسید فولیک، ویتامین B6، ویتامین B12، ویتامین C و پروتئین نیز برای خون‌سازی لازم است که باید از طریق رژیم غذایی روزانه تأمین شود.

کم‌خونی فقر آهن در کودکان خردسال با عوارض جبران‌ناپذیری همراه است. کودکان به علت رشد سریع نیاز بیشتری به خون‌سازی دارند. بنابراین، باید آهن به میزان کافی دریافت کنند. کمبود آهن در خردسالان باعث کاهش بهره‌هوشی و قدرت یادگیری آنان می‌شود و به رشد مغزی کودکان صدمه می‌زند. در این سنین، خانواده‌ها باید نسبت به علائمی نظیر رنگ‌پریدگی، سفید بودن لب‌ها، کم‌خوابی یا پرخواهی حساس باشند. در کودکان سنین مدرسه و نوجوانان نیز وجود آهن برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم آمدن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیل ضروری است. ضریب هوشی کودکان مبتلا به کم‌خونی فقر آهن ۵ تا ۱۰ امتیاز کمتر از حد طبیعی آن برآورد شده است. همچنین میزان ابتلا به بیماری‌های عفونی در این کودکان بیشتر است زیرا دستگاه ایمنی بدن آنان قادر به مبارزه با عوامل بیماری‌زا نیست. کودکان و دانش‌آموزان دچار کم‌خونی فقر آهن همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند. آنان اغلب از ورزش و فعالیت‌های بدنی دوری می‌کنند یا زودتر از سایرین خسته می‌شوند. در این افراد تغییرات رفتاری به صورت بی‌حوصلگی و بی‌تفاوتی مشاهده می‌شود. افت تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به فقر آهن به علت تأثیر آن بر قدرت یادگیری است.

در دوران بلوغ، به دلیل جهش رشدی، دختران و پسران نوجوان بیش از قبل به آهن نیاز دارند. اما دختران نوجوان، به دلیل شروع خونریزی‌های قاعدگی و از دست دادن مرتب خون، بیشتر مستعد ابتلا به کم‌خونی فقر آهن‌اند. همچنین، آلودگی‌های انگلی و محیطی نظیر ذرات سرب معلق در هوا نیز ممکن است موجب بروز کم‌خونی در نوجوانان شود.

تغذیه نامناسب در دوران بارداری، بارداری‌های مکرر و با فواصل اندک، بارداری در سنین پایین و مصرف نکردن قرص آهن در این دوران، زنان باردار را مستعد ابتلا به این عارضه می‌کند. به علاوه، ابتلا به بیماری‌های مزمن عفونی و انگلی نیز از علل عمده کم‌خونی‌های دوران بارداری در کشورهای درحال توسعه است. کم‌خونی فقر آهن در دوران بارداری ممکن است به زایمان زودرس و مرگ و میر مادر و کودک در حین زایمان بینجامد. به‌طور کلی، علل ابتلا به کم‌خونی فقر آهن به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. ناکافی بودن میزان آهن در رژیم غذایی مصرفی (مثلاً در افرادی که رژیم‌های گیاهخواری دارند)؛

۲. جذب ناکافی آهن بر اثر اسهال، کاهش ترشح اسید معده، مشکلات گوارشی یا مصرف برخی داروها؛

۳. افزایش نیاز به آهن برای افزایش حجم خون در دوران نوزادی، نوجوانی، بارداری و شیردهی؛

۴. خونریزی‌های شدید قاعدگی، جراحی‌های بزرگ، بیماری‌های بدخیم یا عفونت‌های انگلی.

• کم‌خونی فقر آهن در ایران

براساس آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نزدیک به نیمی از زنان ایرانی به کم‌خونی مبتلا هستند. این در حالی است که حدود ۲۰ درصد از این زنان بیش از دیگران در معرض خطر مرگ قرار دارند. نتیجه چنین وضعیتی افزایش احتمال مرگ و میر مادران در حین زایمان و نیز تولد نوزادان کم‌وزن است. کم‌خونی و سوءتغذیه در زنان با عوارضی نظیر اضطراب، فشارهای روحی، افسردگی، ضعف یادگیری، و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در مورد مسائل اساسی زندگی نظیر تعداد دفعات بارداری و مراقبت از کودک همراه می‌شود.

دکتر بهروز یزدانی، متخصص بیماری‌های داخلی، می‌گوید: «آمار چندان دقیقی از میزان شیوع کم‌خونی در زنان جامعه نداریم. اما به‌طور تجربی می‌دانیم که بیش از نیمی از زنان ما به کم‌خونی مبتلا هستند. اغلب این افراد با کم‌خونی خفیف تا متوسط دست و پنجه نرم می‌کنند، بدون آنکه مراجعه‌ای به پزشک داشته باشند. البته اگر کم‌خونی شدید شود، زندگی عادی فرد نیز مختل خواهد شد. سرگیجه و تاری دید از علائم بسیار شایعی هستند که فرد را ناگزیر از مراجعه به پزشک می‌کنند. اگر فرد به‌طور حاد خون از دست داده باشد، بی‌توجهی به کم‌خونی او منجر به مرگ وی خواهد شد.»

آمار منتشرشده دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت نیز حاکی از افزایش شیوع کم‌خونی در کودکان زیر دو سال است. به گفته دکتر ربابه شیخ‌الاسلام، رئیس سابق این دفتر، بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۴۰ درصد از کودکان ایرانی ۱۵ تا ۲۳ ماهه کم‌خونی دارند. شیوع کم‌خونی در برخی مناطق روستایی به ۶۰ درصد هم می‌رسد.

دکتر ایزدیبار، فوق تخصص بیماری‌های خون کودکان، می‌گوید: «شیر مادر برای تأمین آهن مورد نیاز بدن شیرخوار کافی نیست. در سایر کشورها غذاهای کمکی کودک با آهن غنی می‌شود، اما در کشور ما لازم است شیرخواران تا دوسالگی مرتباً قطره آهن مصرف کنند. استفاده از شیر گاو قبل از یکسالگی نیز ممکن است موجب خونریزی گوارشی در شیرخوار شود و وی را مستعد ابتلا به کم‌خونی کند.» • درمان و پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن

میزان آهن مورد نیاز روزانه در زنان باردار ۲۷ میلی‌گرم، در مردان و زنان یائسه ۸ میلی‌گرم و در سایر زنان ۱۸ میلی‌گرم است. زنان باردار باید از پایان ماه چهارم تا سه ماه پس از زایمان، روزانه ۲۰ میلی‌گرم آهن دریافت کنند. در شیرخواران نیز قطره آهن باید همزمان با شروع تغذیه تکمیلی آغاز شود و تا پایان ۲ سالگی ادامه یابد.

بهترین راه پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن دریافت خوراکی میزان کافی آن است. آهنی که از طریق مواد خوراکی به بدن ما می‌رسد شامل دو نوع گوشتی و غیرگوشتی است. آهن گوشتی در گوشت قرمز، ماهی و جگر وجود دارد. این نوع آهن به سرعت جذب بدن می‌شود (۲۰ تا ۳۰ درصد). اما میزان جذب آهن غیرگوشتی در بدن کم است (۳ تا ۸ درصد). این نوع آهن در زرده تخم‌مرغ، غلات، برگه هلو، انجیر، آلو، هویج، حبوبات، سبزیجات، میوه‌جات و سیب‌زمینی وجود دارد.

در رژیم غذایی کودکان باید گوشت و تخم‌مرغ به میزان کافی وجود داشته باشد. کودکان باید پس از ۶ ماهگی خوردن گوشت و تخم‌مرغ را به تدریج شروع کنند. در یکسالگی، روزانه یک وعده گوشت و هفته‌ای سه تا چهار تخم‌مرغ برای کودک ضروری است. به علاوه، دادن آب گوشت برای تأمین آهن بدن کودک کافی نیست زیرا آهن در الیاف گوشت وجود دارد نه در عصاره آن.

مشکلی که اکثر مادران در خوردن قطره آهن به کودکان با آن روبه‌رو هستند سیاه شدن دندان‌های کودک است. قطره آهن ممکن است موجب تیرگی دندان‌ها شود، اما هیچ تأثیری در پوسیدگی آنها ندارد. برای پیشگیری از این تغییر رنگ توصیه می‌شود که قطره به‌طور مستقیم با دندان کودک تماس پیدا نکند و دهان او بلافاصله پس از مصرف قطره با آب شسته شود.

در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به کم‌خونی فقر آهن، با صلاحدید پزشک، مصرف مکمل‌های آهن توصیه می‌شود. مکمل‌های آهن برای بزرگسالان به دو شکل قرص فرس سولفات و کپسول هماتینیک وجود دارد. کپسول هماتینیک علاوه بر آهن حاوی ویتامین C، ۱۲B_۱ و اسید فولیک است و روزانه یک عدد همراه با غذا یا بعد از آن مصرف می‌شود. خوردن قرص‌های فرس سولفات ممکن است با علائم مختلف گوارشی نظیر تهوع، استفراغ، بی‌وست، اسهال، درد معده و دل‌پیچه همراه شود. همچنین رنگ مدفوع در زمان مصرف این مکمل‌ها تیره می‌شود. برای کاهش عوارض گوارشی ناشی از مصرف مکمل‌های آهن توصیه می‌شود که بعد از غذا مصرف شوند. برای افرادی که نمی‌توانند عوارض گوارشی قرص فرس سولفات و کپسول هماتینیک را تحمل کنند، کپسول فیفول (Fefol) جایگزین می‌شود. در گروهی که نسبت به عوارض گوارشی باز هم حساس‌ترند، استفاده از شربت فروگلوبین مناسب است.

اما مصرف طولانی‌مدت و بدون تجویز پزشک مکمل‌های آهن ممکن است باعث تجمع آن در بافت‌هایی نظیر قلب و کبد شود و به‌هیچ‌عنوان توصیه نمی‌شود. همچنین، خوردن مقدار زیاد آهن خطرناک است. یک شیشه قرص فرس سولفات می‌تواند یک کودک را مسموم کند.

• برنامه کشوری مهار کم‌خونی فقر آهن

۱. آهن‌یاری: آهن‌یاری به معنای توزیع قرص آهن در میان گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر کم‌خونی فقر آهن است. منظور از گروه‌های در معرض خطر زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال و دختران نوجوان است. در برخی از کشورها، آهن‌یاری به شکل توزیع آهن در مدارس نقش مؤثری در پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن داشته است.

۲. غنی‌سازی مواد غذایی: غنی‌سازی مواد غذایی با آهن روش دیگری است که برای کاهش شیوع کم‌خونی فقر آهن در جوامع توصیه می‌شود. در این روش، مقدار معینی آهن را به یکی از مواد غذایی اصلی و روزانه مردم اضافه می‌کنند. نان از جمله مواد غذایی است که بسیاری از کشورها از سالیان قبل نسبت به غنی‌سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌های ضروری اقدام کرده‌اند. در کشور ما نیز غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک در استان بوشهر از سال ۱۳۸۰ به مورد اجرا گذاشته شده است.

۳. آموزش تغذیه صحیح: آموزش عمومی در مورد منابع غذایی حیوانی و گیاهی آهن و نیز عوامل کاهش‌دهنده و افزایش‌دهنده جذب آهن در پیشگیری از ابتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن اهمیت زیادی دارد.

کم‌خونی فقر آهن عارضه‌ای قابل پیشگیری است. در صورت ابتلا به آن نیز، با رفع علت زمینه‌ساز، می‌توان فقر آهن را به‌خوبی با مصرف

مکمل‌های آهن برطرف کرد. بنابراین، به همه زنان در معرض خطر ابتلا به کم‌خونی فقر آهن توصیه می‌شود که برای تشخیص به‌موقع و درمان کامل آن اقدام کنند. همچنین نکات تغذیه‌ای لازم برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری را برای ارتقای سطح سلامت خود و اعضای خانواده به‌خاطر بسپارند.

- کم‌خونی فقر آهن مهم‌ترین اختلال تغذیه‌ای زنان در سنین باروری در کشورهای در حال توسعه است.
- ضریب هوشی کودکان مبتلا به کم‌خونی فقر آهن ۵ تا ۱۰ امتیاز کمتر از حد طبیعی آن برآورد شده است.
- کم‌خونی فقر آهن در کودکان خردسال عوارض جبران‌ناپذیری به همراه دارد.
- دختران نوجوان، به دلیل شروع خونریزی‌های قاعدگی، بیشتر مستعد ابتلا به کم‌خونی فقر آهن‌اند.
- کم‌خونی فقر آهن در دوران بارداری ممکن است به زایمان زودرس و مرگ و میر حین زایمان بینجامد.
- در حدود نیمی از زنان ایران به کم‌خونی مبتلا هستند.
- شیر مادر برای تأمین آهن مورد نیاز بدن شیرخوار کافی نیست.
- خوراندن قطره آهن به شیرخواران همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا پایان دوسالگی ضروری است.
- کم‌خونی و سوءتغذیه در زنان با عوارضی نظیر اضطراب، افسردگی، ضعف یادگیری و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در مورد مسائل اساسی زندگی همراه می‌شود.

• آهن بیشتری جذب کنید!

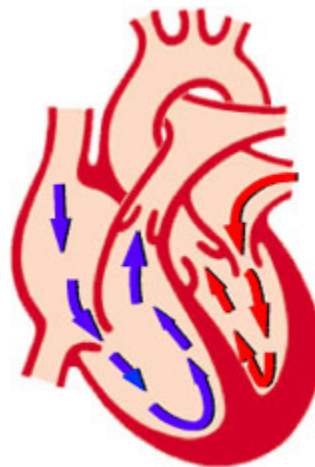
۱. از میوه‌ها و سبزیجات سرشار از ویتامین C همراه با منابع غذایی آهن‌دار استفاده کنید. توصیه می‌شود همراه ناهار و شام، نارنج یا لیموترش بخورید. می‌توانید آب میوه‌هایی نظیر پرتقال، لیموشیرین، لیموترش، انبه، سیب و آناناس را نیز با غذا بنوشید. ویتامین C با اسید اسکوربیک در سبزی‌های برگی نظیر شاهی، نعناع، ترخان، جعفری و در گوجه‌فرنگی و فلفل سبز به وفور یافت می‌شود. می‌توانید به سوپ یا آبگوشتان سبزی هم اضافه کنید.
۲. اسید تارتاریک و اسید مالیک نیز که در هویج، سیب‌زمینی، چغندر، کدوتیل، شلغم و گوجه‌فرنگی موجود است جذب آهن را افزایش می‌دهند.
۳. گوشت قرمز و ماهی را در برنامه غذایی خود بگنجانید.
۴. اگر به یبوست یا اسهال مزمن مبتلا هستید یا بیماری گوارشی خاصی دارید، برای رفع هرچه سریع‌تر آن به پزشک مراجعه کنید. خونریزی‌های مخفی گوارشی در درازمدت باعث کم‌خونی می‌شوند.
۵. نانی را مصرف کنید که به شیوه سنتی و بدون افزودن جوش شیرین طبخ شده باشد. توصیه می‌شود نان‌هایی را بخورید که از خمیر ورآمده تهیه شده‌اند.
۶. به‌جای چپیس و پفک، میان‌وعده‌هایی نظیر توت خشک، کشمش و انجیر خشک را در اختیار کودکان قرار دهید.
۷. قبل از خوردن سبزیجات خام و تازه، آنها را کاملاً ضدعفونی کنید. مطمئن باشید که ضدعفونی سبزیجات و میوه‌ها مواد غذایی موجود در آنها را از بین نمی‌برد.
۸. قبل از تهیه غذا، هنگام مصرف آن و نیز پس از هر بار اجابت مزاج دست‌های خود را با آب و صابون بشوید.
۹. اگر علائمی از کم‌خونی در خود سراغ دارید، برای بررسی دقیق‌تر به پزشک مراجعه کنید. چنانچه پزشک در شما تشخیص کم‌خونی داد، تا درمان کامل آن به خوردن دارو ادامه دهید.
۱۰. از مصرف چای یا قهوه همراه با غذا یا بلافاصله پس از آن خودداری کنید. حداقل ۲ ساعت بعد از آخرین وعده غذایی چای بنوشید.
۱۱. برای استفاده از سبزیجات و میوه‌های پخته، آنها را به قطعات درشت خرد و آب‌پز کنید.
۱۲. مصرف جوانه غلات و حیوانی نظیر ماش و عدس باعث افزایش آهن قابل جذب آنها می‌شود. توصیه می‌شود از جوانه این گروه مواد غذایی در تهیه سالاد و غذا استفاده کنید.

منبع : ماهنامه زنان

<http://vista.ir/?view=article&id=228684>

فناوری راهگشای عروق خونی

تحلیل عملکرد سیستم گردش خون یکی از مهمترین مسائل در شناخت ، کنترل و جلوگیری از ناهنجاری ها و بیماری هایی است که امروزه نقش عمده ای در آمارمرگ و میر انسان ها دارند. با توجه به اهمیت شناخت عملکرد سیستم گردش خون سالهاست که تلاش زیادی در شناسایی این سیستم به عمل آمده است و در این راه مدل سازی و شبیه سازی یکی از ابزارهایی است که امروزه به صورت گسترده در خدمت علوم بویژه مهندسی قرار گرفته است تا بتوان براحتی پارامترها و ویژگی های یک سیستم را بررسی و مطالعه کرد. در واقع اگرچه بروز گرفتگی و تنگی این عروق موجب تغییر شدت جریان خون در آنها می شود، نرم افزارهای مدل ساز با دریافت این تغییرات ، می توانند ناهنجاری های پدید آمده را تشخیص دهند. در این طرح علاوه بر تولید دانش این مدل سازی در داخل کشور، روشهای موجود نیز بهبود یافته است. در ضمن مدل سازی شریان های اصلی بدن مانند کلیه ، کبد، شریان های گردنی (کاروتید) و همه شریان های قلبی در ۴۲ متغیر از برتری های این طرح است.



حجم کلی خون در یک فرد بالغ ۶ لیتر یا ۷ درصد لیتر الی ۸ درصد وزن بدن است و در لوله هایی به نام رگهای خونی جریان می یابد. این رگها از قلب شروع و به آن ختم می شوند و خون را به قسمتهای بدن هدایت می کنند. تقریباً ۹۶۰۰ کیلومتر رگ خونی در بدن وجود دارد که به ۳ نوع اصلی سرخرگ ، مویرگ و سیاهرگ تقسیم می شوند. سرخرگ رگهایی با جدار کلفت هستند که خون را از قلب به ریه ها یا سایر قسمتهای بدن هدایت می کنند. مویرگ ها هم خون را به همه بافتهای بدن می رسانند و در نهایت سیاهرگ ، خون خالی از اکسیژن و تصفیه نشده را به قلب برمی گردانند. به طور کلی خون در بدن دو گردش مجزا از یکدیگر دارد؛ یکی گردش خون سراسری و دیگری گردش خون ریوی که هر دو از قلب شروع می شود و به آن نیز خاتمه می یابد.

در گردش خون سراسری خون قرمز روشن حاوی اکسیژن از سمت چپ به داخل رگ اصلی بدن ، یعنی آئورت و سپس به تعدادی رگ دیگر به نام سرخرگ پمپ می شود. سرخرگ ها در سرتاسر با تقسیمات متعدد به سرخرگ های کوچکتر تبدیل می شوند تا به اعضا و بافتهای بدن اکسیژن و مواد غذایی برسانند و محصولات زائد، مانند اکسیژن را از آنها بگیرند. خون پس از خارج شدن از بافتها در سیاهرگ ها به یکدیگر می پیوندند. تا سرانجام دو سیاهرگ بزرگ سیاهرگ های زیرین و زیرین را قبل از بازگشت خون به سمت راست قلب ، تشکیل دهند. در گردش خون ریوی هم ، خونی که اکسیژن آن تخلیه یا صرف شده است و به همین دلیل کمی آبی رنگ است به بافتهای ریه پمپ می شود. در اینجا خون اکسیژن تازه می گیرد و دی اکسید کربن بیرون می دهد. خون حاوی اکسیژن تازه به سمت چپ قلب بازمی گردد و آنگاه مجدداً از طریق گردش خون سراسری به همه قسمتهای بدن پمپ می شود. به این ترتیب قلب خون حاوی اکسیژن و مواد غذایی یا مواد زائد را از طریق لوله هایی به نام رگهای خونی که انواع مختلفی دارند به همه قسمتهای بدن می رساند. البته خون استفاده شده از طریق سیاهرگ های بدن که سرانجام به دو بزرگ سیاهرگ زیرین و زیرین تخلیه می شوند به قلب بازمی گردد و خون این دو سیاهرگ ابتدا به دهلیز راست و سپس از طریق دریچه های سه لتی به بطن راست تخلیه می شود.

در انقباض با ضربان بعدی قلب دیواره عضلانی بطن راست خون را از طریق دریچه ریوی به سرخرگ ریوی و سپس به ریه ها می راند. خون در ریه ها دی اکسیدکربن خود را از دست می دهد و دیواره اکسیژن پر می شود. این خون سرشار از اکسیژن ، از طریق سیاهرگ های ریوی به دهلیز چپ بازمی گردد و از طریق میتراک وارد بطن چپ می شود. در ضربان بعدی ، بطن چپ منقبض می شود و خون را از طریق دریچه آئورتی به داخل سرخرگ آئورت می راند. اما تحلیل همین عملکرد سیستم گردش خون یکی از مهمترین مسائل در شناخت ، کنترل و جلوگیری از ناهنجاری ها و بیماری هایی است که امروزه نقش عمده ای در آمار مرگ و میر انسان ها دارد. مدل نرم افزاری برای شبیه سازی جریان خون و تشخیص ناهنجاری های آن به همین منظور و براساس ویژگی های رگهای بدن در دانشگاه صنعتی امیرکبیر طراحی و ساخته شده است.

دکتر کامران حسینی ، مجری طرح و دانش آموخته دکتری دانشکده مهندسی پزشکی دانشگاه صنعتی امیرکبیر، بررسی غیرتهاجمی بدن و تشخیص بیماری را ازجمله اهداف مدل سازی های رایانه ای در مهندسی پزشکی ذکر می کند و می افزاید: این گونه مدل سازی ها سابقه نسبتا طولانی در کشورهای مختلف دارد و مراکز تحقیقاتی دنیا به دنبال بهبود و اصلاح آنها هستند. در این طرح علاوه بر تولید دانش این مدل سازی در داخل کشور، روشهای موجود نیز بهبود یافت. ضمن آن که مدل سازی شریان های اصلی بدن مانند کلیه ، کبد، شریان های گردنی (کاروتید) و همه شریان های قلبی در ۴۲ متغیر از برتری های این طرح است. اگرچه بروز گرفتگی و تنگی این عروق موجب تغییر شدت جریان خون در آنها می شود و نرم افزارهای مدل ساز با دریافت این تغییرات ، می توانند ناهنجاری های پدید آمده را تشخیص دهند.

• گردش خون مدل سازی می شود

با توجه به اهمیت شناخت عملکرد سیستم گردش خون سالهاست که تلاش زیادی در شناسایی این سیستم به عمل آمده است. مدل سازی و شبیه سازی یکی از ابزارهایی است که امروزه به صورت گسترده در خدمت علوم بویژه مهندسی قرار گرفته است تا بتوان براحتی پارامترها و ویژگی های یک سیستم را بررسی و مطالعه کرد. در این راستا هیل برای نخستین بار در سال ۱۹۳۸ ، یک مدل ۲ پارامتری را از مکانیک ماهیچه های قلب ارائه کرد که در سال ۱۹۷۴ توسط گروه اصلاح شد. گروه توانست مساله ضربان قلب را در ماهیچه ها آن هم در حالت ایزومتریک و هم ایروتونیک بررسی کند. لمون هم در سال ۲۰۰۰ با استفاده از روش اجزای محدود بطن چپ را شبیه سازی کرد. البته تاریخچه مدل های رایانه ای ارائه شده برای سیستم گردش خون به دهه ۶۰ میلادی برمی گردد. در آن سالها دانشمندانی چون نوردگراف یک مدل چندشاخه ای ارائه کردند که درخت شریانی گردش خون سیستمیک را به فرم قابل استفاده در رایانه دیجیتالی درآورد که می توانست شرایط فیزیولوژیکی و آسیب شناسی مختلف این سیستم را شبیه سازی کند. این مدل به صورت تکمیل تر و کامل تر توسط آوولیو در سال ۱۹۸۰ بیان شد. ضمنا جریان خون در نقاط مخصوص مثل گرفتگی های سیستم گردش خون یا نقاطی که رگ به ۲ شاخه منشعب می شود نیز توسط آوولیو با روش اجزای محدود بررسی شد. البته بیان ریاضی تمام گردش خون بسیار پیچیده است. در نتیجه در مدل های ارائه شده به صور مختلف ساده سازی هایی انجام شده است. به عنوان مثال لاری در سال ۱۹۹۶ یک مدل از قلب چپ و آئورت را با در نظر گرفتن جریان خون به صورت ضربانی ارائه کرد و توانست توسط یک پمپ بالنی تغییرات در کار جریان و حجم ضربه ای و زمان تانسین را بررسی کند.

• عمده ترین محدودیت

عمده ترین محدودیت مدل های سیستم گردش خون مساله عدم مدل سازی تمامی شریان های مهم و اصلی است ، ضمن این که هدف کلی این مدلها بررسی یک نارسایی خاص در سیستم گردش خون بوده است. اما در مکانیزم جدید ارائه شده توسط حسینی برای جریان خون سعی بر آن بوده تا قسمتهای مهم دستگاه گردش خون نیز گنجانده شوند و در مورد رگها و سیاهرگ ها نیز، تلاش بر آن بوده است تا مجموعه رگها و سیاهرگ ها و مویرگ ها به صورت چند محفظه قرار گیرند و البته سایر رگهای موازی با رگهای مهم حذف نشده اند، بلکه در پارامترهای سیستم که بایستی کنترل شوند (مثل فشار) لحاظ شده اند. به گفته حسینی ، طراحی سیستم مذکور از اردیبهشت ۱۳۸۴ شروع و در فروردین ماه ۱۳۸۶ تکمیل شده است. وی می افزاید: در این پروژه ، پس از مطالعات کامل در مورد سیستم گردش خون و در نظر گرفتن کلیه پارامترهای فیزیولوژیک و همچنین بررسی جامع مدل های موجود (مکانیکی ، الکتریکی و ریاضی) ابتدا دیاگرام بلوکی مربوط به اجزای سیستم گردش خون بیان شده است. سپس مدل الکتریکی هر یک از اجزای با استفاده از امان های مقاومت ، خازن و سلف طراحی و روی مدار اصلی پیاده شده است. مقادیر مقاومت رگی ، اینرسی خون ... مربوط به هر جزو سیستم هم با استفاده از فرمول های معتبر و براساس داده های آناتومیک و فیزیولوژیک موجود محاسبه و سپس مقادیر همودینامیکی به الکتریکی تبدیل می شوند.

پمپهای بطن راست و چپ نیز با استفاده از منابع ولتاژی مدل شده اند. مدل نهایی شامل ۴۲ امان و نمایانگر عملکرد عادی سیستم گردش خون

است ، در این میان کلیه نمودارهای فشار و حجم قسمتهای مختلف دستگاه قابل حصول هستند و نارسایی های سیستم از طریق تغییر پارامترهای مدل مانند مقاومت و خازن قابل بررسی است. در ادامه بررسی دو دسته از بیماری های مهم سیستم گردش خون به نام آنوریتم شریان آنورت و گرفتگی شریان کلیوی به صورت تفصیلی انجام شده است. حسنی درباره مراحل مختلف طراحی این سیستم می گوید: کلیه مدل سازی های الکتریکی با استفاده از نرم افزار Orcad صورت گرفته است ضمن این که افت فشارهای ناشی از آنوریتم آنورت و گرفتگی شریان کلیه ، توسط روش دینامیک سیالات محاسباتی و نرم افزار Fluent به دست آمده است. نکته مهم آن است که کلیه نتایج به دست آمده با داده های کلینیکی موجود در مراجع فیزیولوژی و پاتولوژی مقایسه شده اند. این مدل برای اولین بار در کشور بررسی شده است و می توان با ادامه آن DATA BASE های مناسبی از بیماری های مختلف سیستم گردش خون تهیه کرد. حسنی می افزاید: البته این پروژه حامی مالی نداشته است. تاکنون ۲ مقاله معتبر در نشریات اروپایی و آمریکایی منتشر و در ۳ کنفرانس بین المللی نیز در کشورهای اتریش و هلند شرکت کرده ایم. گام بعدی طرح ما تطبیق یافته های بالینی از بیماران واقعی با خروجی های نرم افزار است تا با اصلاح نقایص احتمالی ، مدل جامع و قابل اعتمادی به دست بیاید. این نرم افزار هم اکنون با دریافت اطلاعاتی از جمله طول و شعاع رگ ، نمودارهای فشار بر زمان ، حجم بر زمان و برون ده قلبی را مشخص می کند. انتظار می رود با گسترش تحقیقات در مورد این طرح بتوان به صورت عملی بیماری های مختلف سیستم گردش خون مانند آنوریتم و گرفتگی ها را در بیماران از لحاظ درصد گرفتگی ها یا قطر پیش رونده آنوریتم پیش بینی کرد ولی این امر نیازمند کمک پزشکان متخصص نیز هست. در پایان از مسوولان وزارت آموزش عالی می خواهم که کمی بیشتر از دانشجویان دکتری حمایت کنند. در هر صورت اگر دولت بتواند در امور تحقیقات سرمایه گذاری وسیع کند، خواهیم دید که ظرف ۵ سال می توانیم در سطوح بین المللی بیش از پیش ظاهر شویم و رتبه دانشگاهی خود را افزایش دهیم.

• کاربردی ترین مدل

یکی از کامل ترین مدلهایی که برای سیستم گردش خون ارائه شده است ، مربوط به زاسک و کراوز است. آنها یک مدل ۱۵ المانی برای تحلیل سیستم گردش خون ارائه کرده اند که یک سیستم هیدرولیکی است و بازده پمپهای قلب (بای پس) اندازه گیری و بررسی شده است. بر این اساس یک مدل عددی که سیستم گردش خون را به صورت ساده و کامل بیان کند ابداع شد. البته گرچه در ابتدا مدل از لحاظ پایداری عددی دچار مشکل بود ولی توسط مکانیسم های مکانیکی خاص این نقص برطرف شد.

شبهه سازی آنالوگی با استفاده از مدارات الکتریکی از اواخر دهه ۷۰ میلادی در مورد سیستم گردش خون آغاز و امروزه این نوع مدل سازی نقش اساسی در بیان فیزیولوژی سیستم ایفا می کند. روپنیک در سال ۲۰۰۰ مدل نسبتاً کاملی از سیستم گردش خون در حالت کارکرد دایم و گذرا با استفاده از مدار معادل برقی ارائه کرد. طی سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ نیز مدل های مشابهی توسط نیت و پودنار ارائه شده است .

منبع : راسخون

<http://vista.ir/?view=article&id=357469>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قاتل خاموش در کمین است

فشار خون بالا یکی از شایع ترین بیماری ها در غرب و به نوعی در کل دنیای امروز است. گمان می رود از هر چهار فرد بالغ یک نفر فشار خون بالای متوسط و از هر ۱۳ نفر یک نفر فشار خون خیلی بالا دارد. اگرچه بسیاری از





مردم تصور می کنند فشار خون بالا، بیماری مهمی نیست، اما در صورت درمان نکردن به عواقب وخیم پزشکی منجر می شود. تحقیقات نشان داده است ناتوانی در درمان فشار خون بالا سبب بروز سکنه می شود. فشار خون بالا همچنین فرد را در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری (حملات قلبی)، نارسایی قلبی و آسیب کلیوی قرار می دهد. در افرادی که دیابت (افزایش

قند خون) دارند، فشار خون بالا باعث بروز مشکلات چشمی جدی شده که ممکن است به کوری منجر شود. حسب تعریف، فشار خون نیروی وارد شده بر دیواره سرخرگ ها ناشی از تخلیه خون از قلب به درون شبکه وسیع سرخرگ ها و سیاهرگ ها و میلیون ها مویرگ است. در بدن سالم، دیواره عروق خونی قابلیت انعطاف دارد و هیچ مانعی در مسیر جریان خون وجود ندارد، به طوری که جریان خون به طور مداوم در سراسر بدن حرکت می کند و خون اکسیژن دار سرشار از مواد غذایی را به سلول ها می رساند و مواد زائد و دی اکسید کربن را از دور خارج می کند. وقتی دیواره عروق تحت تاثیر شرایط نامطلوب قرار می گیرد، قابلیت انعطاف خود را از دست می دهد و جریان خون دچار مشکل می شود، در نتیجه قلب مجبور است بیشتر تلاش کند تا خون را به بدن برساند.

توجه، مشکل در اینجاست که افزایش فشار خون ممکن است بدون علامت باشد. فکر نکنید در صورت داشتن فشار خون بالا حتماً باید سردرد داشت یا دچار خون دماغ شد. مهم است همه بدانند که باید به طور مرتب فشار خون خود را بررسی کنند تا در صورت افزایش، با استفاده از داروهای کاهنده فشار خون درمان شود. امروزه با توجه به فهم اثرات سوء فشار خون بالا روی قلب و کلیه، درمان این بیماری بیشتر صورت می گیرد. اگر مبتلا به فشار خون (هیپرتانسیون) هستید، بدانید راه های ساده، موثر و منحصر به فردی برای درمان آن وجود دارد. هر قدر فهم ما در خصوص چگونگی و سبک زندگی روی سلامتی زیادتیر می شود، بیماران توانایی بیشتری در خودیاری برای درمان فشار خون بالا پیدا می کنند. نکات ساده پی مانند چه غذاها و نوشیدنی هایی بخوریم، سیگار یا قلیان نکشیم و چگونه از استرس دوری کنیم، به مقدار زیادی در کنترل فشار خون بالا موثرند. در موارد خفیف بیماری، رعایت معیارهای ذکر شده باعث پایین آمدن فشار خون بدون نیاز به دارو خواهد شد. حتی اگر برای درمان فشار خون بالا (هیپرتانسیون) به دارو نیاز داشته باشید، رعایت موارد فوق الذکر در رابطه با کنترل بیماری به شما کمک کرده و احساس موثر بودن درمان را القا می کند.

• فشار خون چیست

قلب از طریق رگ های بزرگی که سرخرگ نامیده می شوند، خون را به سراسر بدن فرستاده، اکسیژن و مواد غذایی مورد نیاز مغز و دیگر سلول های بدن را تامین می کند. فشار خون سرخرگ ها به وسیله میزان تلاش قلب و سلامتی عروق خونی مشخص می شود. فشار خون بالا یا هیپرتانسیون زمانی رخ می دهد که این فشار افزایش یابد.

• میزان طبیعی فشار خون چقدر است

فشار خون طبیعی اغلب متغیر است. میزان فشار خون از فردی به فرد دیگر تغییر کرده و در هر فرد طی روز به طور طبیعی بر اساس کار قلب بالا یا پایین می رود. با افزایش سن فشار خون به آرامی بالا می رود. در یک فرد جوان طبیعی، متوسط فشار خون حدود ۸۰/۱۲۰ است. به طور ایده آل فشار خون باید زیر ۸۵/۱۴۰ باشد، اگر فشار خون به طور مداوم از این میزان بالاتر رفت و مثلاً به ۹۰/۱۶۰ رسید، نیازمند درمان است.

• آیا فشار خون بالا بیماری است

فشار خون بالا به تنهایی یک ناخوشی نیست. در حقیقت بیشتر افرادی که فشار خون شان بالاست احساس خوبی دارند و فاقد علامت هستند. به هر حال درمان فشار خون بالا مهم است زیرا اگر فشار خون برای یک مدت طولانی بالا بماند به رگ های خونی آسیب می رساند و منجر به بروز مشکلات جدی مانند اختلالات بینایی، تصلب شرایین، حمله قلبی، سکنه و نارسایی قلبی و کلیوی می شود.

• اندازه گیری فشار خون

- برای گرفتن صحیح فشار خون بازو باید عریان باشد، لذا در موقع اندازه گیری فشار خون لباس راحتی بپوشید که آستین آن به راحتی بالا رود.
- قاعدتاً بین بازوی راست و چپ اختلاف فشاری وجود ندارد.
- زمانی که بازوبند یا کاف (کیسه قابل باد شدن) فشارسنج را دور بازویتان می بندند، خود را شل کرده و نفس بکشید.
- قبل از اندازه گیری فشار خون، چای، قهوه یا هر نوع نوشابه حاوی کولا ننوشید.

• یک تا دو ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون، سیگار یا مواد حاوی نیکوتین مصرف نکنید.

• شیوه اندازه گیری فشار خون

(۱) بازوبند یا کافی که دور بازویتان بسته می شود، توسط معاینه گر باد می شود و موقتاً جریان خون را قطع می کند و صدای نبض از طریق گوشی قرار داده شده روی بازویتان شنیده می شود.

(۲) وقتی فشار بازوبند به آهستگی کاهش می یابد، خون جریان پیدا کرده و معاینه گر ضربه یی را می شنود. اولین صدای شنیده شده را سیستول می نامند.

(۳) وقتی که قلب در بین دو ضربه استراحت می کند، ستون جیوه پایین آمده و صدای جریان خون به وضوح شنیده نمی شود، زمانی که صدا کاملاً قطع شد، اندازه دوم یا فشار دیاستولیک ثبت می شود.

• قرائت فشار خون

قرائت فشار خون به دو صورت است؛ می نویسیم $۸۰/۱۲۰$ می خوانیم «۱۲۰ روی ۸۰». صورت کسر زمانی است که قلب منقبض شده و فشار سیستولی نامیده می شود و مخرج کسر یعنی قلب در حال استراحت است و فشار دیاستولی نامیده می شود.

فشار سیستولی؛ حداکثر فشار عروق خونی، زمانی است که قلب منقبض می شود و خون به داخل سرخرگ ها رانده می شود. وقتی اولین صدای ضریان قلب شنیده می شود، فشار سیستولی اندازه گیری می شود که منعکس کننده کار قلب است و می تواند وابسته به فعالیت فرد باشد. در یک شخص سالم فشار سیستولی در حالت نرمال بین ۱۲۰ تا ۱۴۰ میلیمتر جیوه است.

فشار دیاستولی؛ پایین ترین فشار عروق خونی، زمانی است که قلب در حال استراحت است و با خون پر می شود. در یک شخص سالم فشار دیاستول ۸۰ میلیمتر جیوه است. به طور کلی پزشکان ترجیح می دهند این فشار بالاتر از ۸۵ نرود، گرچه در بعضی شرایط تا ۹۰ میلیمتر جیوه نیز قابل قبول است.

• ترس از پزشک

اضطراب باعث بالا رفتن فشار خون می شود، بنابراین مهم است که شخص قبل از گرفتن فشار خون آرام باشد. فشار خون بعضی افراد با دیدن پزشک بالا می رود، که به این حالت فشار خون «روپوش سفید» یا «مطبی» گفته می شود. هنوز علت این مساله به درستی شناخته نشده است. مشخص شده است بعضی از مردم وقتی به پزشک مراجعه می کنند از ترس تشخیص نگران کننده، دچار اضطراب شده و این اضطراب به تنهایی باعث بالا رفتن فشار خون می شود.

• پزشک به دنبال چیست

فشار خون بالا یا هیپرتانسیون به وسیله هر دو فشار سیستولی و دیاستولی تشخیص داده می شود. معمولاً اگر فشار سیستولی بالا رود فشار دیاستولی نیز بالا می رود و بالعکس. اعتقاد بر این است که بالا رفتن فشار دیاستولی مهم تر از بالا رفتن فشار خون دیاستولی است، زیرا علامتی از سفتی و تنگی سرخرگ های کوچک و متوسط است. هیپرتانسیون به اشکال زیر است؛

• فشار سیستولی ۱۴۰ یا بالاتر

• فشار دیاستولی ۹۰ یا بالاتر

• هم فشار سیستولی و هم فشار دیاستولی بالا باشند.

• کنترل فشار خون در منزل

گاهی اوقات پزشک به خصوص زمانی که برای اولین بار برای شما دارو تجویز می کند، به شما پیشنهاد می کند فشار خود را در منزل کنترل کنید تا اطلاعاتی در رابطه با پاسخ به درمان به وی بدهید. در این موارد می توانید فشار خون تان را روزانه یا حتی چند بار در روز بررسی کنید.

بایدها و نبایدها؛ اگر تصمیم به خرید و استفاده از فشارسنج دارید، به دنبال کسی باشید که به دقت به شما آموزش دهد و اگر در رابطه با استفاده صحیح از آن شک دارید از پزشک یا فرد مطلعی کمک بخواهید. بالاخره به یاد داشته باشید یک بار بالا بودن فشار خون مهم نیست بلکه بالا بودن فشار خون در یک دوره از زمان مهم است. برای به دست آوردن تصویر طولانی مدت از فشار خون تان باید هر روز در یک زمان مشخص و در شرایط یکسان فشار خون را اندازه گیری کنید. برای اجتناب از قرائت نادرست فشار خون، زمانی را انتخاب کنید که آرام هستید. (۵ دقیقه استراحت قبل از اندازه گیری مفید است.)

برای نتیجه گیری بهتر به موارد ذیل توجه کنید؛

- یک زمان به خصوص از روز (خواه صبح یا شب) فشار خون را اندازه بگیرید.
- تا نیم ساعت بعد از مصرف قهوه یا کشیدن سیگار صبر کنید، زیرا کافئین و نیکوتین به طور موقت فشار خون را بالا می برند.
- آرام نشسته و چند دقیقه با آرامش نفس بکشید.
- زمانی که فشار خون می گیرید بازوبند را در سطح قلب قرار دهید.

• تشخیص هیپرتانسیون

چون فشار خون بالا معمولاً بدون علامت است، برای آگاهی از وضعیت فشار خون لازم است به طور منظم بررسی شوید. چون فشار خون با افزایش سن تمایل به بالا رفتن دارد، این مساله اهمیت بیشتری پیدا می کند. فواصل بررسی براساس سطح سلامتی و نظرات پزشک متفاوت خواهد بود.

• چه کسانی دچار فشار خون بالا می شوند

اینکه چرا بعضی از ما بیش از دیگران، فشار خون بالا داریم کاملاً مشخص نشده است، اما عوامل قطعی خطر شناخته شده اند.

• نژاد؛ بعضی نژادها مانند سیاهپوستان بیشتر از دیگران در معرض خطر ابتلا به فشار خون بالا هستند که ممکن است تا حدودی به روش دفع نمک بدن وابسته باشد.

• سن؛ فشار خون به طور ثابت از ۲۰ تا ۴۰ سالگی افزایش می یابد و بعد از آن تمایل دارد که با سرعت بیشتری بالا رود.

• جنس؛ در دهه های دوم و سوم زندگی فشار خون زنان مختصری پایین تر از فشار خون مردان است. اما در اثر تغییرات هورمونی (به طور مثال در حاملگی یا مصرف قرص های ضدبارداری) ممکن است شرایط تغییر کند. همین مورد در زنانی که هورمون جایگزین (استروژن) مصرف می کنند، صحت دارد.

• شرح حال خانوادگی؛ اگر یکی از والدین یا هر دو فشار خون بالا داشته باشند، خطر ابتلا به این بیماری دو برابر می شود.

• وزن اضافی؛ چاقی علامت خطری برای فشار خون بالا است. وزن بالا سبب فشار روی قلب می شود.

• رژیم غذایی؛ یک رژیم پر از چربی و نمک، فاقد کلسیم و منیزیم و فسفر باعث بالا رفتن فشار خون می شود. از خوردن غذاهای بسته بندی شده (کنسروی) خودداری کنید و میوه و سبزیجات بیشتر بخورید.

• استرس؛ نقشی که اضطراب در به وجود آوردن فشار خون بالا ایفا می کند، هنوز نامشخص است. به هر حال کسانی که فشار خون شان در موقعیت های استرس زا بالا می رود (به این افراد آتشی مزاج می گویند) بیشتر در معرض افزایش فشار خون بالا هستند.

• سیگار؛ سیگاری ها بیش از افراد غیرسیگاری فشار خون بالا دارند. نیکوتین عروق را تنگ می کند.

• بیماری ها؛ تعدادی از بیماری ها و بسیاری از اختلالات هورمونی فشار خون بالا ایجاد می کند. افراد دیابتی به دلیل اختلالات طبی بیشتر در معرض خطر ابتلا به سکتته و مشکلات قلبی و کلیوی قرار دارند. خطر این عوارض زمانی که شخص دچار فشار خون بالا یا هیپرتانسیون است، بیشتر می شود.

• اثرات فشار خون بالا روی بدن

بعضی از پزشکان فشار خون بالا را «قاتل آرام» می نامند، زیرا به آهستگی و با علائم کم یا بدون علامت به قلب، عروق خونی، کلیه و دیگر اعضا آسیب می رساند. در حقیقت حدود نیمی از افرادی که فشار خون بالا دارند، به طور کامل از آن بی خبرند. گاهی اوقات اگر فشار خون به طور غیرمترقبه بالا رود آن را به صورت سردرد، سرگیجه و تاری دید تجربه می کنند. اگر فشار خون بالا باشد پزشک دنبال علائم آسیب به اعضا می گردد. جست وجوی این علائم شامل دیدن ته چشم، گوش دادن به قلب برای آشکار کردن نامنظمی ها، بررسی جریان خون در سرخرگ ها و بررسی شکم برای علائمی مثل بزرگی کلیه است.

• بیماری های همراه

چون فشار خون بالا باعث بروز آسیب به قلب و عروق خونی می شود، در صورت عدم درمان می تواند سبب بروز مشکلات طبی شده که خیلی از آنها جدی یا بالقوه کشنده هستند. می توان با بررسی منظم فشار خون و درمان مناسب از برخی از این بیماری ها اجتناب کرد.

• نارسایی قلبی؛ تلاش برای پمپ کردن در مقابل فشار بالای عروق سبب بروز فشار روی قلب می شود. این کار اضافی طی زمان، قلب را بزرگ

می کند. عاقبت، قلب نارسا شده و خون کافی را نمی تواند به بدن برساند. با پیشرفت این وضعیت علائمی مثل ضعف و خستگی بروز می کند. بعداً به واسطه بزرگی قلب مایع در ریه ها و پاها جمع شده سبب بروز سرفه، تنگی نفس، تورم ساق و مچ پا می شود.

- نارسایی کلیه؛ آسیبی که به ساختمان سرخرگ های کلیه وارد می شود، سبب انسداد جریان خون به کلیه ها می شود. در نهایت کارایی و عملکرد کلیه تحت تاثیر قرار می گیرد و قادر نخواهد بود کار اصلی خود را که دفع مواد زائد، دارو و الکل است، انجام دهد. در مراحل اولیه علائمی مثل تهوع و کاهش اشتها و خستگی بروز می کند.
- ضعف بینایی؛ فشار خون بالا به عروق چشمی آسیب می رساند. این، اولین سرنخ قابل رویت است که فشار خون بالا روی اندام های دیگر ایجاد می کند. پزشک با معاینه ته چشم، صدمات را تشخیص می دهد. نهایتاً فشار خون بالا سبب آسیب شبکه می شود که می تواند به تار دید یا کوری منجر شود.
- سکته مغزی؛ افراد دارای فشار خون بالا تا ۷ برابر بیشتر در معرض خطر سکته هستند. تخمین زده می شود در صورتی که فشار خون بالا درمان شود، مرگ ۴ نفر از هر ۱۰ نفری که در اثر سکته می میرند، قابل پیشگیری است. سکته (گاهی اوقات حمله مغزی نامیده می شود) زمانی اتفاق می افتد که جریان خون به مغز (معمولاً به وسیله لخته خون) قطع می شود. گاهی اوقات سکته به دلیل نازکی جدار رگ های خونی کوچک ناشی از فشار خون بالا است که سبب پارگی عروق می شود. در دیگر موارد قسمت مبتلا می میرد که به اختلالات تکلم، بینایی و فلج منجر می شود.
- حمله گذرای ایسکمی؛ فشار خون بالا همچنین می تواند سبب بروز حمله گذرای ایسکمی (TIA) یا سکته گذرا شود که ممکن است به صورت موقتی باعث اختلال بینایی، سرگیجه و تغییرات حسی شود. اگرچه فرد به حالت عادی برمی گردد، ولی در معرض خطر سکته واقعی است. نشانه ها ناگهانی بروز می کند، اما همیشه بهبود کامل می یابد.
- فراموشی (دمانس)؛ گاهی اوقات یکسری از سکته های کوچک که شدید نیست، ولی سبب ضعف ناگهانی و دوپینی شده، به تدریج سبب آسیب به بافت مغز می شود. اگر به مدت طولانی این وضعیت ادامه یابد، فرد فراموشکار و گیج می شود. گاهی اوقات ممکن است با بیماری آلزایمر اشتباه شود. به هر حال در این وضعیت درمان دارویی می تواند از بدتر شدن وضعیت جلوگیری کند.
- بیماری عروق قلبی؛ اگر سرخرگ تامین کننده خون قلب در نتیجه فشار خون بالا، سخت، غیرقابل ارتجاع، باریک و مسدود شود، خون کافی به قلب نخواهد رسید. علائم بیماری قلبی شامل درد، احساس فشار یا خفقان در قفسه سینه (آنژین صدری)، سکته قلبی یا مرگ است.
- سکته (حمله) قلبی؛ اگر سرخرگ های کرونری (تامین کننده خون قلب) باریک شوند، خون کافی به قلب نمی رسد، یا اگر یک سرخرگ به وسیله لخته مسدود شود قسمتی از قلب بدون خون مانده و می میرد که به این حالت سکته (حمله) قلبی گویند.
- بیماری عروق محیطی؛ وقتی عروق خون رسان پاها آسیب می بیند، خون کافی به انگشتان نمی رسد. این حالت به نوبه خود می تواند باعث درد ساق ها به خصوص در راه رفتن شود. بیماری عروق محیطی ممکن است سبب زخم پاها و حتی گانگرن (قانقاریا) به دلیل نرسیدن خون به پاها شود. زخم پا همچنین به سیگار و دیابت نیز نسبت داده می شود.

منبع : روزنامه اعتماد

<http://vista.ir/?view=article&id=325028>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قاتل درونی تان را بشناسید

www.takbook.com



لخته‌های خون در مسیر رگ‌های خونی حرکت کرده و ممکن است در مناطقی که رگ قطر کمی دارد باعث انسداد رگ و بند آمدن جریان خون شوند.

▪ محققان می‌گویند هر ساله متجاوز از ۲۵ هزار بیمار که اغلب بیماری کشنده‌ای ندارند از بین می‌روند. دلیل مرگ آنها لخته‌های بزرگ شونده خونی است و پزشکان عمدتاً تخصص لازم برای پیشگیری از این مشکل را ندارند.

▪ محققان معتقدند اگر پزشکان اصول پیشگیری و از بین بردن لخته‌های خونی را به‌درستی اجرا کنند از بروز ترومبوآمبولی‌های داخل وریدی جلوگیری می‌شود. به دلیل برخی بیماری‌ها، خون در داخل عروق لخته می‌شود. در بسیاری موارد لخته از جای خود کنده شده و با جریان خون حرکت می‌کند.

در این حالت به آن آمبولی می‌گویند. این آمبولی‌ها فوق‌العاده خطرناک هستند. آنها در مسیر رگ‌های خونی حرکت کرده و ممکن است در مناطقی که رگ قطر کمی دارد باعث انسداد رگ و بند آمدن جریان خون شوند.

در نتیجه خون لازم به آن بافت نمی‌رسد و اگر مشکل برطرف نشود به مرگ سلول‌های بافت منجر می‌شود. حال اگر این ناحیه در مغز یا عروق کرونر قلب باشد می‌تواند باعث بروز سکته قلبی و مغزی شود که اگر بیمار به این دلیل نمیرد قطعاً با عوارض متعددی در ادامه زندگی روبه‌رو خواهد شد.

▪ محققان تخمین می‌زنند که علت ۱۰ درصد کل مرگ و میر بیماران در بیمارستان‌های بریتانیا همین آمبولی‌های داخل وریدی است. همچنین این بیماری سالانه حدود ۶۰ هزار نفر را در سراسر بریتانیا از بین می‌برد.

این رقم ۵ برابر بیشتر از آمار مرگ‌های با واسطه سرطان، ایدز و تصادفات رانندگی در مجموع است. مشکل اینجاست که مزیت تجویز دارو برای پیشگیری باید در مقابل احتمال خطر خونریزی شدید بعد از جراحی قرار گیرد.

ارزیابی این خطر نیز پیچیده است چرا که به تاریخچه پزشکی و مراحل درمانی که بیمار طی کرده وابسته است و طبیعتاً این مسئله بیمار به بیمار متفاوت است.

▪ پروفیسور دیوید فیتزموریس استاد بخش مراقبت‌های اولیه دانشگاه بیرمنگام و دکتر الن موری یکی از اعضای همان بخش در مقاله خود در ژورنال پزشکی بریتانیا می‌نویسند: «به رغم شواهدی که در مورد درمان لخته‌های داخل عروقی در دست داریم استفاده از آنها در بریتانیا چندان مورد توجه نبوده است.

عوامل متعددی ممکن است در این قضیه دخیل باشند که شامل آموزش و اطلاعات ناکافی در مورد این بیماری است. آمبولی‌های داخل وریدی بعضاً یک بیماری خاموش است که گاهی پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان بروز می‌کند.»

مطالعات پزشکی نشان داده است که داروها می‌توانند میزان بروز آمبولی‌های داخل وریدی را بیش از ۶۵ درصد کاهش دهند اما به گزارش کمیته آمار سلامت این داروها فقط به یک بیمار از پنج بیمار در معرض خطر داده شده است. رایج‌ترین داروی مورد استفاده هپارین با وزن مولکولی پایین است.

محققان فوق در ژورنال پزشکی بریتانیا می‌افزایند: «گزارش کمیته سلامت که دو سال قبل منتشر شد نشانگر امیدواری در تغییر شرایط درمان برای این بیماری است. در همین حال بیش از ۲۵ هزار نفر در بیمارستان‌های بریتانیا به‌خاطر خطا و کوتاهی در درمان لخته‌های داخل عروقی از بین رفتند.»

ماه گذشته نیز موسسه ملی سلامت راهکارهایی برای مواجهه با لخته‌های بزرگ شونده و میزان خطرات آنها منتشر کرد.

در این گزارش توصیه شده که برای هر بیمار بزرگسال بستری باید در برگیرنده پذیرش خطر آمبولی‌های داخل وریدی ارزیابی و ثبت شود. این ارزیابی بر اساس سن، بی‌حرکت بودن بیمار و اینکه آیا بیمار به‌طور مداوم داروهای خاصی (مثلاً داروهای ضدبارداری) مصرف می‌کند یا نه، است. این موسسه سفارش می‌کند برای افراد با ریسک پایین از جوراب‌های واریس فشارنده استفاده شود. برای افراد با ریسک بالا علاوه بر استفاده از جوراب‌های فوق باید هپارین نیز تجویز شود.

پروفسور تام ترژر فوق‌تخصص جراحی قفسه سینه و رییس موسسه ملی سلامت انگلستان می‌گوید: «یکی از دشوارترین مشکلات برای جراحان پیشگیری از بروز آمبولی‌های داخل وریدی است. برای این‌کار باید از داروهای ضدانعقاد خون برای جلوگیری از تشکیل لخته استفاده شود. برای رسیدن به قضاوت صحیح در این زمینه باید از آنالیزهای مطالعات متعدد سود برد.»

منبع : ایرانیان انگلستان

<http://vista.ir/?view=article&id=277805>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قاتل نامریی در شلوغ‌ترین نقطه شهر

نقش آلودگی هوا در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی در جوامع شهری، به عنوان یک عامل موثر و در عین حال قابل اصلاح، روز به روز آشکارتر می‌گردد. به‌طوری‌که مواجهه حاد با آلودگی هوا با عوارض قلبی-عروقی مختلفی شامل بستری شدن به علت آنژین صدری، سکته قلبی و نارسایی قلبی مرتبط دانسته شده است...

به‌نظر می‌رسد عامل اصلی در پیدایش این عوارض نامطلوب، ذرات بسیار ریز حاصل از احتراق باشند که شامل مواد آلی واکنش‌پذیر، عناصر فلزی، مواد واسطه مانند جیوه و... می‌شوند، بنابراین افزایش شناخت میانجی‌ها و درک بهتر چگونگی انجام این فرآیندها، برای طراحی راهکارهای موثر در کاهش خطرات ناشی از آلودگی هوا، امری ضروری است.

• چگونگی پیدایش عوارض

بنا بر تخمین سازمان جهانی بهداشت (WHO)، آلودگی هوا سالانه مسوول سه میلیون مورد مرگ زودرس در جهان می‌باشد. این ارتباط پاتولوژیک، خصوصاً در کشورهای دارای درآمد سرانه پایین و متوسط که رشد اقتصادی سریعی داشته و میزان آلودگی هوا در آنها رو به افزایش است، بیشتر خودنمایی می‌کند. ارتباط بین آلودگی هوا و میزان مرگ و میر، حتی در شرایطی که میزان آلودگی کمتر از شاخص‌های مجاز بین‌المللی است، به وضوح به چشم می‌خورد. در این نوشتار به مسیرهای بالقوه‌ای که آلودگی



هوا از طریق آنها باعث پیدایش عوارض قلبی - عروقی می‌شود، می‌پردازیم.

- مسیر تماس

آلاینده‌هایی که توان آسیب رساندن به سلامتی انسان را دارند، شامل ذرات معلق (PM)، دی‌اکسید نیتروژن، ازن، دی‌اکسید گوگرد و ترکیبات آلی فرار هستند. بحث ما در مورد نقش ذرات معلق خواهد بود، چرا که این عامل همواره در میان سایر آلاینده‌ها، بیشترین ارتباط را با بروز عوارض نامطلوب داشته است. ذرات بزرگ‌تر (با قطر بیش از ۱۰ میکرومتر) معمولاً از خاک و عناصر رسوبی منشأ می‌گیرند، در حالی که ذرات کوچک‌تر، در اثر احتراق سوخت‌های فسیلی در خودروها و ژنراتورها ویا تغییرات شیمیایی جوی به وجود می‌آیند و تنها ذرات با قطر کمتر از ۱۰ میکرومتر قابلیت نفوذ به عمق ریه‌ها را دارند. شاخص‌های ملی کیفیت هوا بر اساس غلظت توده این ذرات قابل استنشاق پایه‌گذاری شده است. این ذرات معمولاً قطر آئرودینامیکی کمتر از ۱۰، ۵/۲ و ۱/۰ میکرومتر (نانوذرات) دارند.

لازم به ذکر است سهم نانوذرات در میزان غلظت توده ذرات معلق ناچیز است و در حال حاضر در شاخص‌های ملی کیفیت هوا مورد سنجش قرار نمی‌گیرد. بسیاری از اجزای تشکیل‌دهنده توده ذرات معلق جوی (به‌ویژه در غلظت‌های طبیعی جوی)، سمی نیستند وحتی برخی نیز مانند کلرید سدیم کاملاً بی‌خطرند. برعکس، نانوذرات حاصل از احتراق در سطح خود دارای اجزای آلی محلول، هیدروکربن‌های چندانحلقه‌ای آروماتیک و اکسید فلزات واسطه هستند که باعث ایجاد استرس اکسیداتیو و التهاب می‌شوند، بنابراین میزان سمیت ذرات معلق در وهله اول به تعداد ذراتی که فرد در تماس با آنها بوده، اندازه و سطح ذرات و ترکیب شیمیایی آنها بستگی دارد. اگرچه نانوذرات به دلیل داشتن فضای سطحی بیشتر نسبت به ذرات بزرگ‌تر، قدرت بیماری‌زایی بیشتری دارند، نباید از مضرات بخش عمده تشکیل‌دهنده توده ذرات معلق، یعنی ذرات با قطر ۵/۲ تا ۱۰ میکرومتر نیز غافل بود.

- مسیرهای موثر احتمالی

مسیر مشخصی که ذرات معلق اثرات مخرب خودشان را از طریق آن بر سیستم قلبی‌عروقی القا می‌کنند، تاکنون شناخته نشده، ولی دو فرضیه در این رابطه پیشنهاد و از نظر تجربی بررسی شده‌اند.

- مسیر کلاسیک

تاثیرات غیر مستقیم از طریق ریه‌ها: فرضیه اصلی چنین مطرح می‌کند که ذرات تنفس شده باعث برانگیخته شدن پاسخ التهابی در ریه‌ها می‌گردند که به نوبه خود به آزاد شدن سیتوکین‌های التهابی و انعقادی به درون جریان خون منجر می‌شود.

- مسیر جایگزین

انتقال مستقیم به درون جریان خون: بر اساس این فرضیه، ذرات کوچک و غیرمحلول استنشاقی و یا نانوذرات می‌توانند به سرعت و سریع، وارد جریان خون شوند و تاثیرات بالقوه خود را به صورت مستقیم بر قلب و عروق و سیستم انعقادی اعمال کنند. عبور نانوذرات از سد ریوی‌خونی به عوامل مختلفی مانند اندازه، بار الکتریکی، ترکیب شیمیایی ذرات و تمایل آنها برای به هم پیوستن بستگی دارد. با در نظر گرفتن قدرت نفوذ نانوذرات به اعماق آئوئولها و قرارگیری تنگاتنگ دیواره نازک آئوئول در کنار شبکه مویرگی، انتقال این ذرات، چه به تنهایی و چه پس از بلعیده شدن توسط ماکروفاژها، دور ازانتظار نخواهد بود. این ذرات پس از ورود به جریان خون قادرند با اندوتلیوم عروق واکنش نشان داده و یا مستقیماً بر پلاک‌های آترواسکلروتیک تاثیر گذاشته و باعث ایجاد استرس اکسیداتیو موضعی و اثرات التهابی گردند. افزایش التهاب، سبب خروج پلاک‌های آترومی کرونی از حالت ثبات شده و می‌تواند به پارگی این پلاک‌ها، تشکیل لخته یا نشانگان حاد کرونری منجر شود. شریان‌های آسیب‌دیده، قابلیت برداشت ذرات معلق وارد شده را به جریان خون دارند. ورود نانو ذرات به دیواره عروق، زمینه اساسی را برای ایجادآترواسکلروز (تصلب شرایین) از طریق تجمع ذرات LDL (با قطر ۲۰ نانومتر) در داخل لایه درونی رگ، فراهم می‌سازد.

- سازوکار بیماری

یافته‌های همه‌گیر شناختی نشان می‌دهند آلودگی هوا هم به آتروژن‌زمن (ساخت پلاک‌های آترومی در طول زمان) و هم به آتروترومبوز حاد (ایجاد لخته روی پلاک آترومی به صورت حاد) کمک می‌نماید.

- ساخت پلاک آترومی

اگرچه شناخت دقیق نقش تک‌تک اجزای ذرات معلق، نیاز به انجام مطالعات بیشتری دارد، در مجموع از یافته‌های حاضر، چنین استنباط می‌شود که نه تنها پلاک آترومی در اثر مواجهه با ذرات معلق گسترده‌تر می‌شود، بلکه شکننده و ناپایدارتر شده و بیشتر در معرض خطر پارگی قرار می‌گیرد.

تماس کوتاه مدت با ذرات معلق با حوادث حاد قلبی-عروقی، آریتمی‌های بطنی، سکته مغزی و بستری شدن در بیمارستان ویا حتی مرگ در اثر نارسایی قلبی یا بیماری‌های ایسکمیک قلب همراه است. در یک مطالعه نشان داده شد که زمان سپری شده فرد در داخل خودرو یا وسایل حمل و نقل عمومی یا سوار بر موتورسیکلت و حتی دوچرخه، به طور ثابتی با شروع علائم در فرد، مرتبط است. این یافته نشان می‌دهد که مواجهه با ترافیک راه‌ها، عامل خطر سازی برای ابتلا به سکته قلبی است. ارتباط حوادث قلبی-عروقی حاد با آلودگی هوای محیط، از یکی از موارد زیر منشا می‌گیرد: اختلال در روند تشکیل لخته و یا اختلال در عملکرد دیواره رگ.

• ترومبوز (تشکیل لخته): ذرات معلق باعث القای اثراتی در جهت افزایش انعقاد می‌گردند. این اثرات شامل افزایش بیان عامل بافتی روی سلول‌های اندوتلیال و همچنین تجمع فیبرین و پلاکت‌ها در سطح این سلول‌ها می‌شود. به علاوه، نانوذرات قادرند به عنوان کانونی برای تجمع پلاکتی عمل کنند. انجام مطالعات بالینی در مورد تشکیل لخته در انسان‌ها کار دشواری است که قسمتی از این سختی به دلیل معذورات اخلاقی است. در تایید وجود چنین سازوکاری، مطالعه مشاهده‌ای در سال ۲۰۰۶ به چاپ رسید که نشان می‌داد میزان فعالیت پلاکتی و نیز میزان تجمع پلاکتی- لکوسیتی در زنان هندی که مرتباً در تماس خانگی با ذرات معلق ناشی از سوخت مواد آلی طبیعی (فضولات حیوانی و...) قرار دارند، افزایش می‌یابد.

• اختلال عملکرد عروقی: در مطالعات مختلف نشان داده شده که تماس با آلودگی هوا می‌تواند باعث بدتر شدن علائم آنژین صدری و تشدید ایسکمی میوکارد، هنگام فعالیت شده و زمینه‌ساز سکته حاد قلبی گردد. بسیاری از این اثرات از طریق تاثیر مستقیم بر سیستم عروقی میانجی‌گری می‌شود. حدس زده می‌شود که یکی از سازوکارهای احتمالی این پدیده، کاهش دسترسی طبیعی اکسید نیتریک، در اثر افزایش میزان استرس اکسیداتیو باشد. مطالعات تجربی انجام گرفته، نقش میانجی‌گرانه سوپراکسید را در پیدایش اختلالات عروقی ناشی از آلودگی هوا به اثبات رسانده‌اند. این تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که تماس با ذرات معلق آلاینده هوا می‌تواند باعث افزایش خطر ابتلا به فشار خون در فشار نتایج بررسی‌های بالینی دیگر نیز با نشان دادن این مطلب که مواجهه با ذرات معلق آلاینده هوا باعث افزایش مختصر ولی معنی‌داری، هم در فشار خون سیستولی و هم دیاستولی می‌گردد، وجود چنین احتمالی را به صورت غیر مستقیم مورد تایید قرار داده‌اند.

لازم به ذکر است که اختلالات عروقی ناشی از آلودگی هوا، تنها به اختلالات حرکتی محدود نمی‌شود، بلکه در گروهی از مطالعات تصادفی شده دوسوکور، گروهی از مردان سالم و گروهی از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر که در وضعیت باثباتی قرار داشتند، به مدت یک ساعت و حین فعالیت بدنی متناوب در معرض دود رقیق گازوییل و یا هوای فیلترشده قرار گرفتند. در این مطالعات مشخص شد آزاد شدن حاد عامل فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی، پس از استنشاق دود گازوییل، کاهش می‌یابد و این اثر تا ۶ ساعت پس از تماس اولیه نیز ادامه پیدا می‌کند. مقدار این کاهش با میزان کاهشی که در افراد سیگاری مشاهده می‌شود، قابل مقایسه است. این خاصیت ضدانهدام لخته (آنتی‌فیبرینولیتیک)، قدرت لخته‌سازی ذرات معلق را به ویژه در حضور آسیب عروقی، دوچندان می‌نماید. بنابراین می‌توان چنین برداشت کرد که کاهش فعالیت وازوموتور در بیماران دچار ایسکمی قلبی باعواقب جدی بالینی همراه است.

• ایجاد بی‌نظمی در ضربان قلب (آریتمی‌زایی): اگرچه آریتمی‌ها سهم کوچکی از مجموعه عوارض قلبی آلودگی هوا را به خود اختصاص می‌دهند، در بسیاری از موارد بستری در بیمارستان یا بروز مرگ‌های ناگهانی قلبی، دخیل هستند. تاکنون اکثر مطالعات به بررسی تاثیر ذرات معلق آلاینده بر تغییرپذیری ضربان قلب پرداخته‌اند؛ چرا که این عامل با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و حتی مرگ ناشی از این بیماری‌ها همراهی داشته است.

اینکه این ذرات چگونه تاثیرات خود را بر عملکرد تنظیم خودکار قلب القا می‌کنند، تاکنون آشکار نشده، ولی برخی محققین چنین عنوان کرده‌اند که ذرات تجمع‌یافته قادر به فعال کردن گیرنده‌های تحریکی در مجاری هوایی هستند و می‌توانند مستقیماً با فعال کردن واکنشی سیستم عصبی، بر تعداد و آهنگ ضربان قلب تاثیر بگذارند. مطالعات متعددی تاکنون به بررسی این فرضیه پرداخته و تاثیر آلاینده‌های مختلف را بر تغییرپذیری ضربان قلب و بروز آریتمی‌ها ارزیابی نموده‌اند، ولی با این وجود در متون امروزی در مورد دامنه، نوع و جهت این تغییرات اختلاف نظر وجود دارد و همین امر رسیدن به نتیجه قاطع را غیرممکن می‌سازد، البته لازم به ذکر است که ایسکمی حاد عضله قلب که در نتیجه نشانگان حاد کرونری به وقوع می‌پیوندد، شایع‌ترین عامل زمینه‌ساز بروز آریتمی‌های مهلک است.

• تلاش‌ها ادامه دارد

بارها وجود رابطه‌ای محکم بین آلودگی هوا و بیماری‌های قلبی-عروقی در مطالعات مختلف نشان داده شده و این رابطه به حدی آشکار است که

حتی تلاش‌های قانونی صاحبان صنایع خودروسازی نیز نتوانسته آن را کمرنگ سازد.

سازوکار دقیق این ارتباط به خوبی شناخته نشده، ولی شواهدی آشکار بر دخالت نانوذرات حاصل از احتراق در بروز بسیاری از عوارض قلبی-عروقی تاکید دارند. ذرات معلق، چه با انتقال مستقیم به درون جریان خون و چه از طریق آزاد ساختن واسطه‌های شیمیایی از ریه، موجب تقویت فرآیند آتروژنز شده و موجب عوارض حاد ترومبوتیک یا عروقی می‌گردند. این اثرات از طریق مسیرهای پیش‌التهابی و اکسیداتیو اعمال می‌شوند. ارتقای شاخص‌های کیفیت هوا، کاهش تماس‌های فردی با آلاینده‌ها و طراحی فناوری‌های جدید در موتورها و سوخت‌ها، همگی به کاهش آلودگی هوا کمک کرده، در نتیجه از عوارض ناشی از آن کاسته و موجب کاهش ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها می‌شوند.

منبع : هفته نامه سپید

<http://vista.ir/?view=article&id=360964>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قلب

قلب یک تلمبه عضلانی است که در سینه قرار دارد و بطور مداوم در حال کار کردن و تلمبه زدن است. قلب بطور شبانه روزی خون را به سرتاسر بدن تلمبه میکند. در حدود ۱۰۰۰۰۰ بار در روز قلب ضریان می کند. برای اینکه قلب بتواند این کار سنگین را انجام دهد، نیاز دارد که توسط شریانهای کرونری، به عضله خودش هم خونرسانی مناسبی صورت پذیرد.

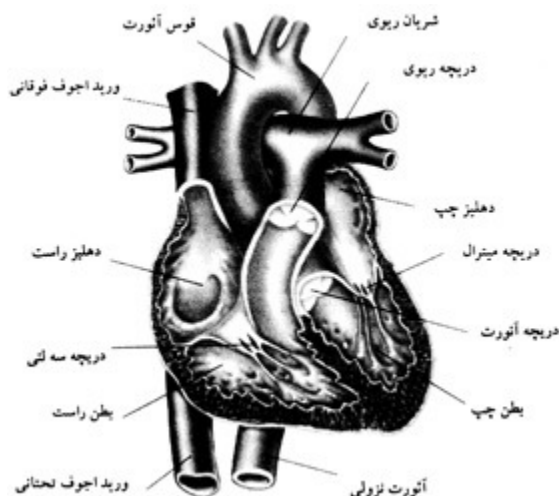
قلب چگونه کار می کند

عملکرد اصلی قلب، تلمبه کردن خون قرمز و روشن که حاوی مقادیر زیادی اکسیژن و مواد غذایی است از طریق شریانهای بزرگ به سرتاسر بدن می باشد وقتی اکسیژن این خون توسط بافتها برداشته شد، وریدها خون فاقد اکسیژن کافی را که به رنگ تیره تری در آمده است را دوباره به قلب بر می گردانند. قلب دارای دو قسمت می باشد که هر قسمت آن به صورت یک تلمبه جداگانه عمل

می کند. هر یک از این قسمت ها نیز به دو بخش تقسیم می شود. بنابراین قلب کلا دارای چهار حفره می باشد. حفره های بالایی را که

اصطلاحا

"دهلیز" می نامند، به صورت جمع کننده خون ورودی به قلب عمل می کنند و حفره های پایینی که به آنها "بطن" گفته می شود، با انقباض خود باعث می شوند که خون از قلب به بیرون تلمبه شود. قسمت راست قلب، خونهایی را که از وریدهای تمام بدن می آید را گرفته و به سمت ریه ها تلمبه می کند تا اکسیژن ریه ها بتوانند وارد این خون شوند. قسمت چپ قلب، خونی را که از ریه ها خارج می شود را گرفته و سپس آن را به تمام قسمتهای بدن می فرستد تا نیازهای اکسیژن آنها را بر طرف نماید. برای اینکه خون به همراه اعضا و عضلات بدن برسد، باید با فشار زیادی تلمبه گردد. شما وقتی یک شریانتان بریده می شود، می بینید که خون باچه فشاری به بیرون فواره می زند. برای اینکه این تلمبه زدن با قدرت کافی انجام شود، عضلات قلب باید خیلی قوی باشند و هیچگاه مثل سایر عضلات (مثلا عضلات پا ها) دچار خستگی نگردند. بنابراین، عضلات



قلب نیاز دارند که خودشان به خوبی خونرسانی شوند و اکسیژن و مواد غذایی به اندازه کافی به آنها رسانده شود. این خونرسانی خود عضلات قلب، توسط شریانهای کرونری و شاخه های آنها صورت می پذیرد.

شریانهای کرونری

شریانهای کرونری از آنورت بیرون می آیند. آنورت، شریان اصلی بدن می باشد که از بطن چپ، خون را خارج می سازند. شریانهای کرونری از ابتدای آنورت منشأ گرفته و بنابراین اولین شریانهایی هستند که خون حاوی اکسیژن زیاد را دریافت می دارند. دو شریان کرونری (چپ و راست) نسبتاً کوچک بوده و هر کدام فقط ۲ یا ۴ میلیمتر قطر دارند. این شریانهای کرونری از روی سطح قلب عبور کرده و در پشت قلب به یکدیگر متصل می شوند و تقریباً یک مسیر دایره ای را ایجاد می کنند. وقتی چنین الگویی از رگهای خونی قلب توسط پزشکان قدیم دیده شد، آنها فکر کردند که این شبیه تاج می باشد به همین دلیل کلمه لاتین "شریانهای کرونری" (Coronary) را به آنها دادند که امروزه نیز از این کلمه استفاده می شود. از آنجایی که شریانهای کرونری قلب از اهمیت زیادی برخوردار هستند، پزشکان تمام شاخه ها و تغییراتی که می تواند در افراد مختلف داشته باشد را شناسایی کرده اند. شریانهای کرونری چپ دارای دو شاخه اصلی می باشد که به آنها اصطلاحاً "نزولی قدامی" و "شریان سیرکومفلکس" یا چرخشی می گویند و این شریانها نیز به نوبه خود به شاخه های دیگری تقسیم می شوند. این شریانها، باعث خونرسانی به قسمت بیشتر عضله بطن چپ می شوند. بطن چپ دارای عضلات بیشتری نسبت به بطن راست می باشد زیرا وظیفه آن، تلمبه کردن خون به تمام قسمتهای بدن است. شریانهای کرونری راست، معمولاً کوچکتر بوده و قسمت زیرین قلب و بطن راست را خونرسانی می کند. وظیفه بطن راست تلمبه کردن خون به ریه ها می باشد.

شریانهای کرونری دارای ساختمانی مشابه تمام شریانهای بدن هستند اما فقط در یک چیز با آنها تفاوت دارند که فقط در زمان بین ضربان های قلب که قلب در حالت ریلکس قرار دارد، خون در این شریانها جریان می یابد. وقتی عضله قلب منقبض می شود، فشار آن به قدری زیاد می شود که اجازه عبور خون به عضله قلب را نمی دهد، به همین دلیل قلب دارای شبکه موثری از رگهای باریک خونی است که باعث می شود تمام نیازهای غذایی و اکسیژن رسانی آن را به خوبی انجام دهد. در بیماران کرونری قلب، شریانهای کرونری تنگ و باریک می شوند و عضلات قلب از رسیدن خون و اکسیژن به اندازه کافی محروم می گردند (مانند هنگامی که که یک لوله آب به دلایل مختلفی تنگ شود و نتواند به خوبی آبرسانی کند). در حالت استراحت، ممکن است اشکالی برای فرد ایجاد نشود، اما وقتی که قلب مجبور باشد کار بیشتری انجام دهد و مثلاً شخص بخواهد چند پله را بالا برود، شریانهای کرونری نمی توانند بر اساس نیاز اکسیژن این عضلات، به آنها خون و اکسیژن برسانند و در نتیجه شخص در هنگام بالا رفتن از پله ها دچار درد سینه (آنژین) می گردد. در چنین مواقعی اگر فرد کمی استراحت کند، درد معمولاً از بین خواهد رفت. اگر یک شریان کرونری به علت مسدود شدن آن توسط یک لخته خون، به طور کامل جلوی خونرسانی اش گرفته شود، قسمتی از عضله قلب که دیگر خون به آن نمی رسد، خواهد مرد.

منبع: پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205506>

 Vista.ir
Online Classified Service

قلب

حتما تا حالا زیاد این اصطلاح را شنیده اید که <قلب من بزرگ شده است> اما آیا از خودتان پرسیده اید که این به چه معناست؟ زمانی که قلب از





اندازه‌های طبیعی خود بزرگ‌تر می‌شود به آن بزرگی قلب گفته می‌شود. دو نوع بزرگی قلب وجود دارد که این دو می‌توانند جداگانه وجود داشته باشند و یا هر دو با هم در یک بیمار ایجاد شوند.

نوع اول وضعیتی است که در آن تنها ضخامت عضلات قلب افزایش می‌یابد. نوع دوم هم‌حالتی است که در آن اندازه حفره قلب گشاد می‌شود. در بیشتر مواقع بزرگی قلب در هر نوعی که باشد با سایر مشکلات قلبی - عروقی همراه است. تنها یک استثنا وجود دارد که بزرگی قلب سودمند است و در اثر بیماری به وجود نمی‌آید و آن هم در ورزشکاران حرفه‌ای است.

• علل ضخیم‌شدن عضلات قلبی

ضخیم‌شدن عضلات قلبی یعنی همان نوع اول بزرگی قلب در اثر فشار زیادی که به قلب وارد می‌شود، ایجاد می‌شود. این حالت معمولاً دیواره حفره‌های اصلی قلب به اسم بطن‌ها را درگیر می‌کند. بیشترین علت ضخیم‌شدن عضلات قلبی، افزایش فشارخون است. با افزایش فشارخون، قلب مجبور است برای مقابله با این فشارخون بالا قدرت پمپ‌کردن خون را

بالا ببرد و این کار اضافی موجب ضخیم‌شدن عضلات آن می‌شود.

دقیقاً مثل اینکه شما وزنه می‌زنید تا عضلات دست و پای خود را حجیم کنید. قلب هم انگار در مقابله با فشارخون می‌خواهد وزنه بزند. همان‌طور که گفتیم از مهم‌ترین علت‌های افزایش ضخامت عضلات قلب، افزایش فشارخون است اما علل دیگری هم وجود دارند، مثل تنگی دریچه آئورت. حتی گاهی به صورت ژنتیک و بدون علت خاصی ممکن است این بیماری بروز کند.

در این بیماری عضلات قلب فرد به صورت ژنتیکی ضعیف هستند و برای پمپ‌کردن خون نیاز به فعالیت بیشتر دارند. این حالت به مرور زمان سبب ضخیم‌شدن عضلات می‌شود. میزان ابتلا به بیماری نسبتاً نادر است. همان‌طور که می‌دانید قلب ما از دو بطن چپ و راست تشکیل شده است و عللی که ذکر شد مربوط به افزایش ضخامت دیواره بطن چپ بود. اما بعضی از علل هم موجب افزایش ضخامت بطن راست می‌شوند. این بیماری‌ها شامل بیماری‌های ریوی مثل آمفیزم و برونشیت مزمن هستند.

• علل گشادی حفره قلب

شایع‌ترین عوامل گشادی قلب عللی هستند که موجب آسیب دیواره قلب می‌شوند. به دنبال این آسیب‌ها وقتی قلب می‌خواهد خود را ترمیم کند، به اندازه طبیعی خود نمی‌رسد و دیواره آن نازک می‌شود. این حالت سبب گشادی حفره قلب می‌شود. کسانی که دچار سکنه قلبی و آسیب دیواره قلب می‌شوند و یا کسانی که به دنبال بعضی از بیماری‌های ویروسی دچار التهاب دیواره‌های قلبی می‌شوند، این دو از علل شایع گشادی حفره قلب هستند. بعضی از بیماری‌های تیروئیدی و ژنتیکی هم موجب گشادی قلب می‌شوند، همچنین گاهی دریچه‌های بین حفره‌های قلبی به خوبی بسته نمی‌شوند و این کارکرد نامناسب دریچه‌ها موجب گشادی حفره قلب می‌شود.

• اثرات بزرگی قلب بر سلامت

به جز بزرگ‌شدن قلب در ورزشکاران که یک امر طبیعی و حتی مفید در نظر گرفته می‌شود، در بقیه موارد، بزرگ شدن قلب موجب بروز اثرات سوء روی سلامت می‌شود. مشکلاتی که در اثر بزرگ‌شدن قلب ایجاد می‌شود شامل نارسایی قلب، نامنظم‌شدن ضربان قلب، درد قفسه سینه و حملات قلبی است. اگرچه دیواره قلب ممکن است ضخیم شده باشد اما این ضخیم‌شدن عضلات قلبی به معنای این نیست که کار پمپ خون بهتر صورت می‌گیرد. این قلب‌ها دیواره ضخیم یا حفره‌های بزرگ قادر نیستند که کار پمپ خون را به خوبی انجام دهند. از آنجا که هم‌زمان با ضخیم‌شدگی عضلات، عروق خونی قلب به اندازه کافی زیاد نمی‌شود، پس شانس حملات قلبی در این افراد بیشتر است.

• آیا درمان بزرگی قلب ضروری است؟

از آنجایی که بزرگ‌شدن قلب شانس مرگ و میر را زیاد می‌کند و موجب می‌شود که کیفیت زندگی بیماران اختلال پیدا کند، درمان به شدت توصیه می‌شود. درمان هر چه زودتر شروع شود، از پیشرفت بیماری جلوگیری می‌کند و به بهبود علائم کمک می‌کند. حتی اگر بزرگی قلب به‌طور اتفاقی

و قبل از بروز علائم کشف شود هم باید درمان از همان موقع شروع شود.

• چه موقع باید شك کنیم و برای بررسی احتمال بزرگی قلب مراجعه کنیم؟

اگر شما هرگونه علائم قلبی دارید که در فعالیت یا استراحت ایجاد می‌شود، هرچه سریع‌تر به پزشک مراجعه کنید. علائم مهمی که می‌تواند برای شما هشداردهنده باشند، همان‌هایی هستند که در قسمت علائم بیماری ذکر کردیم. این علائم ممکن است نشانه‌ای از بزرگی قلب باشند که درمان هرچه سریع‌تر را طلب می‌کنند. توصیه دیگر ما این است که اگر یکی از افراد خانواده شما دچار بزرگی قلب به صورت ژنتیکی است، حتماً برای کنترل قلب خود به پزشک مراجعه کنید. در این موارد انجام يك عکس ساده قفسه سینه و گرفتن نوار قلب می‌تواند خیال شما را از وجود این بیماری راحت کند. حتی ممکن است در این موارد اکوکاردیوگرافی هم لازم باشد. تصمیم‌گیری در این موارد را به پزشک متخصص قلب و عروق واگذار کنید.

• درمان قلب بزرگ

بهترین راه برای درمان يك قلب بزرگ، از بین بردن بیماری‌های زمینه‌ای موجود است (مثل کنترل فشارخون). علاوه بر آن، يكسری درمان‌های دارویی هم برای بهبود علائم وجود دارد؛ مثلاً داروهای مدر برای خارج‌کردن مایع اضافی بدن یا دیگوکسین برای تقویت پمپاژ قلب و ... هم وجود دارند که آنها را پزشک مربوطه طبق صلاحدید تجویز می‌کند. پس شما در انتخاب درمان دخالت نکنید و سر خود هیچ‌گونه دارویی (حتی داروهای گیاهی) را مصرف نکنید.

• علائم قلب بزرگ

بعضی مواقع هنگامی که میزان بزرگی قلب خفیف باشد، هیچ علامتی در بیماران دیده نمی‌شود اما اگر بیماران علامت‌دار شوند، علائم به صورت زیر خواهد بود:

▪ نفس‌نفس‌زدن یا کم‌آوردن در هنگام ورزش و فعالیت‌های بدنی

▪ احساس فشار یا درد روی قفسه سینه

▪ تپش قلب (قلب سریع می‌زند و یا در قفسه سینه جست و خیز می‌کند)

▪ تورم در ناحیه مچ پاها و ساق پاها

▪ سرگیجه یا احساس سبکی سر

▪ از دست دادن هوشیاری

در حالت خفیف این علائم، فقط هنگام ورزش یا فعالیت شدید ایجاد می‌شوند اما در حالت شدیدتر حتی هنگام استراحت هم این علائم به وجود می‌آید. البته بسیاری از بیماری‌های قلبی و ریوی دیگر هم می‌توانند این علائم را ایجاد کنند و این علائم برای بزرگی قلب اختصاصی نیستند.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=245965>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قلب ایرانیان به سختی می‌تپد

در این نوشته سعی می‌شود به صورت اختصار به گوشه‌هایی از اهمیت بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورمان ایران اشاره نماییم و تا حدودی به

www.takbook.com



ابعاد مختلف این چالش مهم که سلامت، بخش عظیمی از جمعیت کشور را تهدید می‌کند، بپردازیم. قبل از طرح مسایل مربوط به این گروه از بیماری‌ها لازم است نکاتی مقدماتی مورد اشاره قرار گیرد...

• تقسیم‌بندی بیماری‌ها

به طور کلی امروزه براساس تقسیم‌بندی ساده‌ای که از بیماری‌ها و امراض صورت می‌گیرد، سه گروه از هم مشخص می‌گردند:

- (الف) بیماری‌های واگیر، بیماری‌های حول و حوش مادری- نوزادی و تغذیه‌ای،
- (ب) بیماری‌های غیرواگیر (N.C.D)،
- (ج) حوادث و تصادفات (Injuries).

به طور کلی در دهه‌های اخیر در جهان و همین‌طور در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌ها، همان گروه دوم یعنی بیماری‌های غیرواگیر هستند. بیماری‌های غیرواگیر شامل بخش قابل توجهی از بیماری‌های مختلف است که امروزه در ایران عامل اصلی مرگ و میر و نیز بار بیماری‌ها (Burden) می‌باشد. در حال حاضر بالغ بر ۶۰ درصد

مرگ و میرها نیز و بار بیماری‌ها متوجه این گروه از بیماری‌هاست مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های زیرمجموعه این گروه، بیماری‌های قلبی-عروقی هستند.

• بیماری‌های قلبی-عروقی

بیماری‌های قلبی-عروقی شامل گروهی از بیماری‌ها هستند که در یک تقسیم‌بندی ساده به صورت زیر قابل طرح‌اند:

- (الف) بیماری‌های عروق کرونر، عروق مغزی و عروق محیطی،
- (ب) بیماری‌های دریچه‌های قلب،
- (ج) بیماری‌های مادرزادی قلبی،
- (د) بیماری‌های عضله قلب (کاردیوپاتی‌ها)،
- (ه) بیماری‌های متفرقه قلبی (تومورها،...).

در این نوشته منظور از بیماری‌های قلبی-عروقی عمدتاً همان بیماری‌های گروه الف می‌باشد (Cardio vascular disease).

از میان این بیماری‌ها، بیماری‌های عروق کرونر (Coronary Artery Disease) مهم‌ترین و شایع‌ترین آنها بوده و امروزه ۷۰ تا ۸۰ درصد این بیماری‌ها را شامل می‌شود.

بیماری‌های عروق کرونر یا بیماری‌های انسدادی شریانی قلب در حال حاضر اصلی‌ترین علت مرگ و میر در ایران و در عین حال یکی از مهم‌ترین علل بار بیماری‌ها (Burden) می‌باشند. تخمین زده می‌شود سالانه بالغ بر یکصد هزار مرگ و میر در اثر این گروه از بیماری‌ها در کشور اتفاق می‌افتد. موضوع بسیار مهم سیر نزولی سن گرفتاری و نیز مرگ و میر در اثر این بیماری در ایران است.

• بیماری‌های عروق کرونر (CAD)

امروزه حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد مرگ و میرهای کشور ناشی از این گروه از بیماری‌ها بوده و متأسفانه سن ابتلا به این بیماری در دو یا سه دهه اخیر در کشور رو به کاهش داشته و ایران یکی از چند کشوری است که در ردیف‌های اول جدول جوان‌ترین مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونر در جهان قرار گرفته است. این امر در حالی است که در ایران متأسفانه منابع مالی بسیاری برای درمان این گروه از بیماری‌ها مصرف می‌شود.

متوسط سن بیمارانی که در ایران به دلیل این بیماری نیاز به عمل جراحی بای پس عروق کرونر (CABG) پیدا می‌کنند با یک سیر نزولی در یکی دو دهه اخیر به حدود ۵۰ سال رسیده است و این در حالی است که در بسیاری کشورها این سن بالای ۶۵ سال است.

این امر علاوه بر تبعات زیانبار و سنگین انسانی برای بیماران و خانواده آنان، عواقب بسیار منفی اقتصادی و اجتماعی نیز برای کشور دارد. متأسفانه سالانه بخش مهمی از منابع مالی و انسانی در حوزه سلامت تشخیص و درمان این بیماران (CAD) در ایران هزینه می‌گردد و این



موضوع در حالی است که نتایج و پی‌آمدهای درمان‌های گران‌قیمت چندان مفید فایده نبوده و به عمر بیمار و کیفیت زندگی آنان نیز چندان تاثیر قابل ملاحظه ندارد!

• علل و عوامل اصلی بروز و شیوع بیماری‌های کرونر

علل و عوامل ایجاد بیماری‌های عروق کرونر بسیار متعدد و عمدتاً ناشی از فاکتورهای خطری است که برخی از آنها عبارت‌اند از: فشار خون، دیابت، اختلالات چربی‌ها، استفاده از دخانیات (سیگار)، نداشتن تحرک فیزیکی (چاقی)، سابقه خانوادگی، فشارهای روانی و استرس‌ها و تغذیه نامناسب و...

همان‌طوری که ملاحظه می‌شود، ریشه و علل اصلی بروز و شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی به ویژه بیماری‌های عروق کرونر، گروهی از عوامل است که با استراتژی پیشگیری (Prevention) قابل کنترل می‌باشد. جای بسیار تاسف است که در ایران به جای کشف و تشخیص زودرس این ریسک فاکتورها و درمان به موقع و زودهنگام آنها به ویژه فشار خون، دیابت و چربی‌های بالا و... در بسیاری موارد متأسفانه این فاکتورهای خطر با عوارض و عواقب وخیم همچون بیماری‌های قلبی، کلیوی، مغزی و... خود را نشان می‌دهند. در این هنگام دیگر اقدامات درمانی به رغم هزینه بالا چندان اثربخش نیست! در این مختصر امکان پرداختن مفصل‌تر به مطالب وجود ندارد و لذا عمدتاً تمایل داریم به شیوه‌های برخورد و راه‌حل‌های اصلی کنترل این گروه از بیماری‌ها بپردازیم.

• شیوه‌های برخورد با موضوع

برای برخورد در کنترل بیماری‌های قلبی-عروقی در کشور به طور کلی دو شیوه و نگرش بیشتر وجود ندارد.

▪ نگرش تجزیه گرایانه

(Analytic Approach)

▪ نگرش سیستمی

(Systemic Approach)

نگرش تجزیه گرایانه یعنی آنکه مشکلات و عوارض و تبعات متعدد و مختلف بیماری‌های قلبی-عروقی را به صورت جداگانه نگاه کنیم و به پاسخ‌گویی یک به یک آنها بپردازیم. درست همان کاری که در ایران انجام می‌شود! مثلاً برای انجام اعمال جراحی قلب، بخش‌های جراحی قلب را افزایش دهیم، واحدهای آنژیوگرافی را توسعه دهیم! داروهای مختلف قلبی را وارد کنیم! و برای تشخیص و درمان این بیماری‌ها تکنولوژی‌های مختلف و نو به نو را وارد کنیم! و بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی را توسعه دهیم! متخصصان قلب و عروق را آموزش و تکثیر نماییم! و... در این نگرش روش برخورد روش درمان‌های علامتی (Symptomatic) است یعنی همان اتفاقی که در سال‌های اخیر در رابطه با مشکل بیماری‌های قلبی در کشور ایران به وقوع پیوسته و همچنان در حال وقوع است!؟

در نگرش سیستمی عمدتاً به علل و عوامل و راه‌حل‌های اساسی پرداخته می‌شود و توجه بیشتر به ریشه‌ها و مبانی است. در این دیدگاه طبیعت و خصلت نگاه، طبیعت پیشگیرانه (Preventive) دارد و در واقع با کنترل عوامل موجود و ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی-عروقی که اشاره شد، به صورت اصولی با موضوع برخورد می‌شود. در این نگاه است که اگر خوب دقت کنیم متوجه علل و عوامل اصلی خواهیم شد و با دیدی علمی و اصولی به کنترل این چالش مهم در کشور موفق خواهیم شد.

در همین ارتباط است که گفته می‌شود یکی از مهم‌ترین اقدامات بنیادی در حوزه سلامت نیاز به اصلاح ساختاری در سیستم سلامت کشور و به ویژه نظام ارایه خدمات سلامت است. با نگاه مجدد به ریسک فاکتورها و عوامل خطر در بیماری‌های قلبی-عروقی، به ویژه در مورد بیماری‌های عروق کرونر، به منظور کنترل و مهار این چالش بزرگ در سلامت ایران به ویژه در دو یا سه دهه آینده، ما نیازمند نگرش و دیدگاه سیستمی هستیم. اقدامات و برنامه‌های متعدد و همه‌جانبه‌ای مورد نیاز است که امروزه در جهان به لحاظ علمی در قالب سیستم سلامت عمومی یا «Public Health System» این مداخلات و اقدامات صورت می‌پذیرد. در سطور بعد توضیحات بیشتری در این مورد داده می‌شود.

• اقدامات استراتژیک در نظام سلامت ایران

برای کنترل و مهار بیماری‌های قلبی-عروقی که متأسفانه اصلی‌ترین علت مرگ‌ومیر در کشور ما ایران می‌باشند، همان‌طوری که ذکر شد، اقدامات و برنامه‌های پیشگیری در چارچوب یک سیستم سلامت عمومی (Public Health) مورد نیاز است. این سیستم در هر خدمات سلامت، نقش و موقعیت پایه‌ای و تعیین‌کننده دارد.

سیستم‌های سلامت عمومی به طور کلی دارای وظایف و کارکردهای شش گانه زیر هستند:

- ۱) پیشگیری از انتشار بیماری‌ها و همه‌گیری‌ها،
- ۲) محافظت‌های محیطی (زیست محیطی)،
- ۳) پیشگیری از حوادث و تصادفات،
- ۴) تشویق و ارتقا رفتارهای سالم و ایمن،
- ۵) پاسخ‌گویی به حوادث و بلایا و
- ۶) اطمینان‌یابی (Assurance).

از آنجا که نظام‌های سلامت در همه جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه، نقش بی‌بدیلی در ارتباط با کنترل تهدیدات و بیماری‌های مهم جهان امروز از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی دارند، لذا دارا بودن یک سیستم سلامت عمومی برای اعمال و به کار بستن روش‌های کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، حیاتی است.

درست است که نقش عوامل اجتماعی و اقتصادی بسیار ریشه‌ای و امروزه تحت عنوان «SDH» یا «Social Determinants of Health» مورد مطالعه و پیگیری قرار می‌گیرند، اما نباید از این امر غفلت نمود که اگر بخواهیم بدور از ذهنی‌گرایی و ایده‌آل‌نگری اقداماتی عملی نیز صورت دهیم، ارتقای سلامت و کنترل تهدیدات از جمله چالش مهم بیماری‌های قلبی‌عروقی در کشور، منوط به عملکرد موفق این سیستم سلامت عمومی خواهد بود. به همین دلیل است که معتقدیم نقش متولیان نظام‌های سلامت و ساختار مناسب این نظام‌ها در کشورهای مشابه ما بسیار ارزشمند و اثربخش است.

بسیاری از اقداماتی که در سطور بعد خواهیم آورد، باید در چارچوب یک سیستم سلامت عمومی طراحی، برنامه‌ریزی و سازماندهی و نظارت و کنترل کنیم. در این مورد ما در کشور خودمان دچار ضعف‌ها و نارسایی‌های متعددی هستیم. این امور یعنی اقدامات در راستای ارتقای سلامت (Health Promotion) در کشور ما متولی فعال و تعریف شده‌ای ندارد.

اقدام استراتژیک دوم در نظام سلامت ایران، توسعه و تقویت سیستم مراقبت اولیه سلامت و یا همان PHC است. نظام ارائه خدمات سلامت در ایران در حال حاضر ساختار مناسبی نداشته و یک نوع آشفتگی و به هم‌ریختگی در آن مشاهده می‌شود. نظام ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر PHC و سطح‌بندی و نظام ارجاع عمل کند. ضروری است سطح اول ارائه خدمات (PHC) برای تمامی جمعیت کشور، تعریف و سازماندهی شود و همه آحاد مردم از خدمات ضروری سلامت بهره‌مند بوده و به آن دسترسی داشته باشند. در این صورت است که بسیاری از بیماری‌ها در مراحل اولیه، تشخیص و درمان خواهند شد.

در مورد بیماری‌های قلبی‌عروقی کنترل ریسک‌فاکتورها به صورت کلان و گسترده در کشور برای آحاد جامعه به این صورت امکان‌پذیر و عملی خواهد بود. بدون سازماندهی این سیستم که خوشبختانه پایه‌های اولیه آن در کشور از سال‌ها قبل وجود داشته، نه تنها امکان کنترل و مهار بیماری‌های قلبی‌عروقی را در آینده نخواهیم داشت، بلکه اساسا با نبود این ساختار، امکان مواجهه با دیگر بیماری‌های غیرواگیر و دیگر تهدیدات غیرقابل پیش‌بینی را در سلامت نیز نخواهیم داشت.

● چه باید کرد؟

در این سطور به عناوین اقدامات ضروری و حیاتی در رابطه با کنترل این گروه از بیماری‌ها می‌پردازیم.

الف) توسعه آموزش عمومی سلامت: این امر حیاتی‌ترین اقدامات استراتژیک در ارتباط با برخورد با بیماری‌های قلبی و ریسک فاکتورهای ایجاد آن می‌باشد. آموزش عمومی سلامت از طریق رسانه‌های عمومی، به ویژه رسانه‌های دیداری و شنیداری از اهمیت خاص برخوردار است. رسانه‌های ما به ویژه رادیو و تلویزیون می‌توانند نقش بسیار سازنده و اثر بخشی در ارتقای دانش و سواد عمومی سلامت در مردم (Health Literacy) داشته باشند. متأسفانه برخی برنامه‌های این رسانه ملی در راستای این استراتژی جهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی‌عروقی نبوده و تا حدودی بالعکس عمل می‌نمایند، به طوری که با تبلیغ و طرح مطالب و برنامه‌های تکنولوژیک محور و درمان‌نگر، عملاً باعث نوعی انحراف از حقایق علمی و فنی می‌شوند.

ب) روش دیگر برای این منظور، یعنی ارتقای دانش سلامت در مردم، استفاده از آموزش‌های والدین و جوانان است. آموزش‌های عمومی سازمان‌یافته در دانشگاه‌ها، مدارس و ... از دیگر اقدامات اساسی در این راستا می‌باشد.

ج) نظارت اصولی بر تولید و توزیع مواد غذایی

نظارت بر الگوی تغذیه در کشور،

د) توسعه و افزایش امکانات تفریحی سالم و ورزشی در سطوح مختلف،

هـ) توسعه و تشویق رفتارهای ایمن اعم از حمل و نقل، استفاده از اوقات فراغت،

و) برنامه‌ریزی و سازماندهی جهت کنترل ریسک فاکتورها،

ز) اصلاح سیستم ارایه خدمات سلامت (مبتنی بر سیستم مراقبت اولیه سلامت).

منبع : هفته نامه سپید

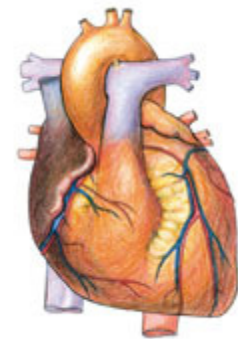
<http://vista.ir/?view=article&id=367939>

 **vista.ir**
Online Classified Service

قلب زنان آسیب پذیرتر از مردان

پزشکان می گویند که زنان بیش از مردان به نوعی بیماری وریدی پنهان مبتلا می شوند. در این بیماری اگرچه به ماهیچه های قلبی آنان اکسیژن نمی رسد ولی شریانهای سرخرگ آنان در عکسبرداری به وضوح دیده می شود و گرفتگی نشان داده نمی شود.

این شرایط که ممکن است بر ۳ میلیون زن آمریکایی تاثیر گذارد، ریسک ابتلا به بیماری قلبی را به میزان قابل توجهی افزایش می دهد. علامت اصلی این بیماری درد در قسمت سینه است. در بسیاری از زنان این درد وجود دارد و در آنژیوگرام چیزی نشان داده نمی شود. در این تست نوعی رنگ به داخل شریانهای سرخرگ تزریق می شود و مورد عکسبرداری قرار می گیرد تا اگر گرفتگی وجود دارد تشخیص داده شود، ولی چیزی دیده نمی شود و پزشکان نیز معالجه ای را لازم نمی



بینند، ولی مبتلایان به این بیماری ممکن است پس از مدتی دچار حمله قلبی و یا نارسایی قلبی شوند. ضعف عضلات قلبی می تواند موجب ناتوانی انسان شده و به مرگ فرد منجر شود.

دکتر سوپکر از مرکز خون، شش و قلب می گوید: «وقتی هیچ انسدادی در رگها دیده نمی شود، هر کس ممکن است از ادامه معالجات دلسرد شود، در حالی که این بیماری نیز مانند دیگر امراض نیاز به مراقبت و درمان دارد.» بهترین راه برای هر زن در پیدا کردن بیماری شاهرگی، تحمل تست های متفاوت است که یکی از آنها نوعی تست استرس است که جریان خون به داخل قلب را اندازه گیری می کند، ولی همه افراد به انجام تست ها نیاز ندارند. زنانی که نشانه بیماری را در خود مشاهده می کنند و کسانی که سابقه بیماریهای قلبی در خانواده دارند، در اولویت قرار دارند. یافته ها در مقالات مجلات پزشکی _ به ویژه مجله کالج قلب و جریان خون در آمریکا تفاوت بیماریهای قلبی میان مردان و زنان را مورد مطالعه قرار می دهد.

نتایج گذشته، دیگر اعتبار خود را از دست داده اند، زیرا پزشکان به این نتیجه رسیده اند که تحقیقات در گذشته بیشتر روی مردان انجام می شد و این در مورد زنان صدق نمی کند. تعدادی از تفاوتها بین زنان و مردان به قرار زیر است: زنان مبتلا به بیماری قلبی ناخوش تر از مردان هستند، جراحی قلبی کمتر برایشان مفید است و در این ناتوانی قلبی علائم حادثتری در آنان مشاهده می شود. بسیاری از تفاوتها به این دلیل است که زنان در هنگام ابتلا به بیماری قلبی، سالخورده تر و ضعیف تر از مردانند ولی این موضوع در مورد همه تفاوتها صدق نمی کند.

● علائم حمله قلبی نیز میان مردان و زنان متفاوت است:

مردان دارای درد در قسمت سینه می شوند، در حالی که زنان احساس سرگیجه، ضعف و نفس تنگی می کنند و بدنشان بیشتر عرق می کند. بیماری قلبی، سکته و گرفتگی رگهای قلب بیشترین علل مرگ در کشورهای پیشرفته است، این بیماری در سال ۲۰۰۳ در آمریکا جان ۹۱۰۶۰۰ نفر را گرفت که ۴۸۴۰۰۰ نفر که بیش از نیمی از آنان را تشکیل می دهد میان زنان بوده است.

اگر چه ریسک زنان پس از یائسگی و سالخوردگی افزایش می یابد ولی بیماری قلبی اولین عامل مرگ زنان بالای ۲۵ سال است.

تعداد مبتلایان به بیماری شریانی قلبی در چند دهه اخیر کاهش یافته ولی بیشتر این کاهش در مردان بوده است.

دلیل اصلی بیماری پنهان قلبی قرارگرفتن ذخیره های چربی در داخل دیواره شریانهای سرخرگی و یا رگهای بسیار باریک قلب است، این ذخیره های چربی در عکسبرداری به عنوان گرفتگی و انسداد نشان داده نمی شود، ولی بر جریان خون تاثیر گذاشته و می توانند به ماهیچه های قلب آسیب برسانند که موجب حمله قلبی ایزکمیک (جریان ناکافی خون) شود.

ولی اغلب به این شرایط اهمیت داده نمی شود و به زنان گفته می شود که نباید نگران چیزی باشند. دکتر سوپکو می گوید: آنان باید به شدت با عوامل دیگر که به بیماری شریانی منجر شود مانند کلسترول بالا، فشار خون بالا و دیابت، برخورد کنند و در صورت لزوم باید سیگار را ترک کرده، کاهش وزن دهند و به ورزش بپردازند.

تحقیقات نشان می دهد که در مقایسه با غیرسیگاریها، زنانی که سیگار می کشند دارای ریسکی برابر با کسی هستند که سیگار نمی کشند ولی وزنش ۹۰ پوند بیشتر از اوست. دکتر سوپکو می گوید: پیامم به زنان بیمار این است که به علائم بیماری بیشتر دقت کنند و فکر نکنند که چون زن هستند از ابتلا به بیماری قلبی مصون می مانند.

تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ در آمریکا در این باره انجام شد ۹۳۶ زن با علائم این بیماری را مورد مطالعه قرار داد و میانگین سنی زنان را ۵۸ سال اعلام کرد ولی بسیاری از آنها در سنین پیش از یائسگی قرار داشتند.

دکتر جی پیبین رئیس داروشناسی قلب در دانشگاه فلوریدا می گوید: با توجه به علائم بیماری در همه آنها، فقط یک سومشان گرفتگی مشهود در رگهایشان داشتند در حالی که در چنین گروهی از مردان بیش از سه چهارم گرفتگی مشهود وجود داشت. دکتر پیبین می گوید: در دو سوم زنان باقیمانده که گرفتگی مشهود وجود ندارد، بیش از نیمی از آنان دارای نابهنجاری رگها هستند، بدین معنا که در زمان مورد نیاز گشاد نمی شوند.

این نابهنجاری هم در سرخرگها و هم در رگهای کوچکتر که قلب را تغذیه می کنند - و شبکه ای از رگها به نام «میکرو واسکولاتور» را تشکیل می دهند- دیده می شود. آزمایشات نشان داد که دیواره داخلی سرخرگ که از صفحات کوچک پوشیده شده بود، برای تطبیق خود از بیرون رشد کرده بود، بنابر این ورودی آن نرمال به نظر می رسید، ولی بالاخره این شرایط آنقدر ادامه می یابد تا سرخرگ را تنگ کرده و مسدود سازد. پس از ۴ سال میزان مرگ ناشی از حمله قلبی بدون گرفتگی ۱۰ درصد بود.

دکتر پیبین می گوید: «این درصد برای افرادی که آنژیوگرام شریانی نرمال دارند، بسیار بالاست.» تحقیقات بیان می کند که هنوز دلایل ابتلای بیشتر زنان به بیماری شریانی پنهان مشخص نشده ولی محققان می گویند ممکن است ناهماهنگی هورمونی و دارابودن تحمل بالاتر از التهابات که در بیماری شریانی نقش بزرگی را ایفا می کند، ارتباط داشته باشند.

منبع: ۲۲ jan ۲۰۰۶, Newyork Times

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=218860>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک

کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک یک بیماری پیچیده قلبی است که با علایمی همچون؛ افزایش ضخامت عضله قلب، سفتی بطن چپ، تغییرات دریچه میترال و سلولهای قلب همراه است.

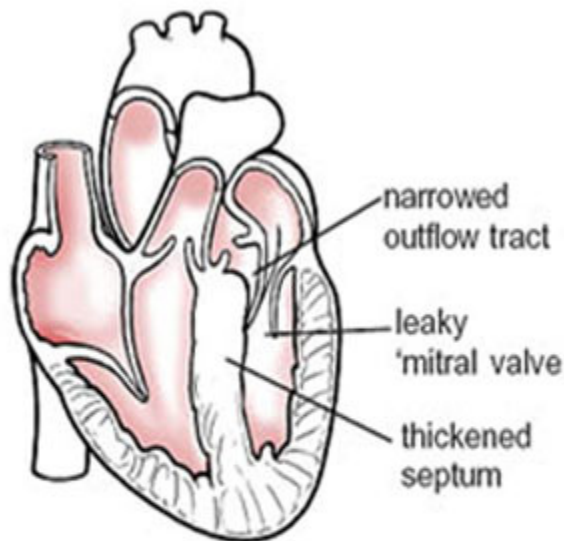
افزایش ضخامت عضله قلبی بطور عمومی در سپتوم بین بطنی درست زیر دریچه آئورت اتفاق می افتد که ممکن است باعث انسداد یا کاهش جریان خون از بطن چپ به آئورت شود در اینصورت بطنها باید با شدت بیشتری جهت ارسال خون منقبض شوند.

کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک ممکن است همچنین باعث افزایش ضخامت دیگر قسمتهای عضله قلبی مثل؛ اپکس، بطن راست و سرتاسر بطن چپ شود.

سفتی بطن چپ یک علامت کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک است که در نتیجه افزایش ضخامت سپتوم اتفاق می افتد که باعث میشود که بطن چپ نتواند بطور نرمال منبسط و از خون پر شود همچنین موجب فشار به دیواره درونی قلب می شود.

- تغییرات دریچه میترال:

هنگامی که مجرای خروجی خون تنگ شده باشد خون همانند فواره آب به سمت دریچه آئورت حمله ور میشود و سبب کشش لتهای دریچه میترال نیز



میشود که در نتیجه آن مقداری از خون وارد دهلیز چپ می شود.

- تغییرات بافت سلولی:

در کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک نظم و سازماندهی سلولهای عضله قلبی بهم می ریزد و موجب اختلال در عبور جریان های الکتریکی قلب و ایجاد آریتمی های بطنی می شود. اییدمیولوژی

تخمین زده می شود از هر ۵۰۰ آمریکایی یک نفر مبتلا به کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک هستند و در حال حاضر بین ۶۰۰۰۰۰ تا ۵/۱ میلیون آمریکایی تحت تاثیر این بیماری هستند. این بیماری مهمترین علت مرگ ناگهانی قلبی در افراد زیر ۳۰ سال است.

• علل کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک

- وراثت: علت می تواند بخاطر نقص ژنتیکی در خانواده باشد، البته در بعضی از افراد با توجه به وجود ژن معیوب بیماری پیشرفت نمی کند.

- اکتسابی: گاهی بیماری بدلیل پرفشاری خون یا افزایش سن ایجاد می شود

- ناشناخته: در بعضی موارد علت بیماری ناشناخته است.

• علائم

بسیاری از افراد مبتلا دارای زندگی نرمال هستند و علایمی ندارند یا علائم بسیار جزئی است ولی در افرادی که عملکرد قلبی مختل می شود علائم ظاهر می شود این علائم در هر سنی اتفاق می افتد و شامل:

- آئزین قلبی: معمولاً با فعالیت فیزیکی یا ورزشی همراه است اما ممکن است در حال استراحت یا پس از صرف غذا ایجاد شود.

- تنگی نفس و خستگی، مخصوصاً با اعمال فشار همراه است. این علائم بیشتر در افراد بزرگسال اتفاق می افتد.

- سنکوپ: در ۱۵-۲۵ درصد افراد مبتلا ایجاد می شود که علت آن می تواند بخاطر ایجاد آریتمی، پاسخ غیر نرمال عروق خونی در حین ورزشی یا ناشناخته باشد.

- مرگ ناگهانی: در افراد بسیار کمی اتفاق می افتد.

• تشخیص

- تاریخچه بیماری: وجود علائم در خانواده

- معاینات فیزیکی: گوش کردن به صدای قلب و ریه، بیماران مبتلا به کاردیومگالی انسدادی پیشرفته ممکن است صدای مور مور داشته باشند.

- آزمایش: اکوکاردیوگرافی مهمترین تست تشخیصی است که در آن سختی دیواره قلب قابل دیدن است. دیگر آزمایشات ممکن است شامل؛ آزمایش خون، گرافی سینه، تست ورزش، آنژیوگرافی و MRI.

• درمان

نوع درمان بستگی به وجود تنگی در مجرای خروجی خون، عملکرد قلب، علائم بیماری، سن و سطح فعالیت بیمار، وجود آریتمی است. درمان بر اساس پیشگیری از علائم و عوارض، عوامل خطر، تغییر شیوه زندگی و دارودرمانی است.

• شناسایی خطرات

شناسایی تعداد بیماران نادری که در معرض مرگ ناگهانی قلبی هستند حائز اهمیت است. افراد پرخطر جهت مرگ ناگهانی قلبی شامل؛

- وجود مرگ ناگهانی قلبی در سابقه فامیلی

- بیماران جوانی که مکرراً دچار سنکوب می شوند

- بالا رفتن غیر نرمال فشار خون در پاسخ به فعالیت ورزشی

- بالغینی که ضربان سریع قلبی همراه با آریتمی دارند

- داشتن علائم شدید همراه با عملکرد ضعیف قلبی

اگر بیماری دارای دو یا چند فاکتور خطر جهت مرگ ناگهانی قلب باشد پزشکان به او درمانهای ضد آریتمی یا دفیبریلاتور قلبی (ICD) را توصیه می کنند بیشتر بیماران مبتلا به کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک ریسک پایینی را در رابطه با مرگ ناگهانی قلب دارند.

• دارودرمانی

اغلب داروها استفاده شده جهت درمان علائم و پیشگیری از مرگ ناگهانی قلبی است. داروها باعث انقباض قلب، کمک به کاهش درجه انسداد و افزایش کفایت پمپ قلبی می شوند. داروهای بتا بلوکر و مسدود کننده های کانال کلسیم دو دسته داروی مصرفی هستند.

• فرایندهای جراحی

▪ سپتال میوکتومی (Septal myectomy):

در این فرایند جراح قسمت کوچکی از دیواره سپتوم را جهت گشاد کردن منفذ خروجی خون از بطن چپ به آنورت را برمی دارد. این فرایند دارای نتایج نتایج بسیار مثبت است و زمانی انجام می شود که دارو درمانی موثر نباشد انجام می شود. در این فرایند افتادگی دریچه میترا نیز برطرف می شود.

▪ حذف سپتوم با الکل:

با آنژیوگرافی شریان تغذیه کننده سپتوم معین میگردد، سپس با تصویر برداری قسمتی از سپتوم که باعث تنگی منفذ خروجی بین بطن چپ و آنورت شده است را معین نموده و پس از تزریق مقداری الکل و کشتن سلولهای این قسمت به مرور زمان پس از چند ماه منفذ گشاد می گردد.

• تغییر شیوه زندگی

▪ رژیم:

مصرف حداقل ۸-۶ لیوان آب بسیار مهم است مگر اینکه مصرف مایعات محدود شده باشد. در آب و هوای گرم باید مصرف آب بالاتر باشد. با پزشک خود در مورد مصرف مایعات و نمک مشورت کنید.

▪ ورزش:

در مورد انجام ورزش با پزشک خود مشورت کنید بیشتر بیماران می توانند ورزشهای هوازی غیر رقابتی را انجام دهند، بلند کردن وزنه های سنگین به هیچوجه توصیه نمی شود.

▪ ویزیت منظم:

کلیه بیماران مبتلا باید سالانه یکمرتبه ویزیت متخصص قلب داشته باشند.

▪ پیشگیری از عفونت:

این بیماران مستعد آندوکاردیت عفونی هستند لذا باید احتیاط‌های زیر را انجام دهند.

- تجویز یک آنتی بیوتیک پیشگیرانه جهت هر فرایند جراحی که باعث خونریزی شود.

- در صورت علائم عفونت مثل تب بیشتر از (۳۸,۴ degrees Celsius) به پزشک خود اطلاع دهید

- از دندان و لثه های خود بهتر مراقبت کنید.

<http://vista.ir/?view=article&id=351809>

 Vista.ir
Online Classified Service

کاهش گلبولهای خون

بیماری معمولا بر اساس آن سلولی که مورد حمله سیستم ایمنی بدن قرار گرفته است تقسیم بندی میشود و چون سه گروه سلول در خون است پس سه گروه بیماری اتوایمون وجود دارد.

- اتوایمون همولیتیک آنی

- ایمون ترمبوسیتوپنی

- ایمون گرانولوسیتوپنی

میتوان هر گروه را تحت سلول مورد حمله مورد بررسی قرار داد ولی علت بیماری طرز تشخیص و درمان آنها شبیه بهم میباشند.

آنچه که موجب اطلاق لفظ اتوایمون به این گروه بیماریها می شود . آنست که آنتی بادی برضد سلول وجود دارد .



بررسی آنتی اتوایمون بعلت وجود آزمایش کومس برای تشخیص راحتتر می باشد ولی برای ایمون ترمبوسیتوپنی و ایمون نوتروپنی تست راحتی وجود ندارد. اگر چه آزمایشهایی موجود است .

بیشتر بیماریهای اتوایمون که بیانگر سلول گلبول قرمز میشوند بتوسط در نوع آنتی بادی ایجاد می شوند .

۱- آنتی بادی های ایمونوگلوبین ۶ IG که در حرارت ۳۷ درجه فعالیت می کند و بنام آنتی بادی گرم Warm Reneting موسوم است و آنتی بادی که از نوع IgM می باشد و در حرارت کمتر از ۳۷ درجه فعالیت می کند و آنتی بادی سرد Cold aggciting نامیده میشود.

آنتی بادی گرم IgG را نمی توان با تستهای گلوپیناسیون پیدا کرد ولیکن بکمک تست آنتی گلبولین میتوان یافت .

تست آنتی گلبولین یا تست کومس برای یافتن آنتی بادی های گرم بکار می رود . اساس تست بدین قرار است که در بدن خرگوش بر علیه گلبولین انسانی آنتی بادی می سازند و سپس گلبولهای قرمز بیمار را می شویند و ممکن است در نتیجه تزریقات قبلی خون بروز کند. وبعلت آنتی بادی های پلاکتی و گلبول سفید است. گاهی اوقات نیز در نتیجه آنتی ژن های گوناگون گلبول قرمز بروز می کند که اهمیت ندارد . تب معمولا ۲ ساعت پس از تزریق خون بروز می کند و تا ۱۲ ساعت ادامه دارد.

سرفه و تنگ نفس خفیف نیز از علائم آنست .

درمان فوری دادن کورتیزون و آنتی هیستامین است . عوارض آلرژیک گاهی بعلت IgA در بیماری که دچار کمبود IgA می باشد بروز می کند و ممکن

است شدید باشد.

خون ممکن است پس از تزریق عفونت یافته باشد. سه گروه پseudomonas - کلی باسیل و آکروموباکتر Achromobacter در حرارت چهار درجه رشد میکنند و از سیترات خون استفاده می کنند و تا سیترات آن تمام نشده است اختلال ظاهری در خون دیده نمی شود.

گاهی مختصر همولیز در خون دیده می شود. علائم بالینی شوک شدید ، با تزریق چند سی سی خون عفونت یافته ایجاد می شود. و علائم DIC بروز می کند.

درمان هیدروکورتیزون بمقدار ۲۰۰ میلی گرم تا یک هزار میلی گرم است پیش آگهی وخیم است و آنتی بیوتیک های داده شده کمتر مؤثر واقع می شوند.

عفونت هایی که توسط خون انتقال می یابند عبارتند از هپاتیت A - None B , B None A , سیتموگالوویروس Cytomegalovirus مونوکلئوز عفونی ، بروسلوز ، مالاریا و بالاخره سفلیس می باشند.

همه خونهایی که از بانک خون خارج می شود برای هپاتیت و سفلیس آزمایش می شود بهترین تست برای هپاتیت اندازه گیری Alanin - Amino Transferase آلانین آمینوترانسفر از سرم می باشد.

این تست اختصاصی هپاتیت نیست ولی اختلال کبدی درخون دهنده را نشان میدهد و بر روی آن آنتی گلبولین خرگوش می ریزند و در حرارت ۳۷ درجه قرار می دهند. اگر در سطح گلبول قرمز آنتی بادی موجود باشد . آگلوتیناسیون ایجاد میشود. که تا ۴ + درجه بندی می شود . آگلوتیناسیون ضعیف یا یک بعلاوه را میتوان در زیر میکروسکوپ مشاهده کرد. و گفته میشود که تست کومس ضعیف مثبت است .

اگر تست کومس را بروش غیر مستقیم انجام دهیم آنتی بادی گرم در سرم بیمار پیدا میشود . سرم مبتلا را با گلبول قرمز شسته ایزوگروپ در گرمخانه ۳۷ درجه قرار میدهند . آنتی بادی موجود در سرم بیمار به این گلبولها می چسبد و سپس آنتی گلبولین بر روی آن می ریزند. اگر در سرم آنتی بادی وجود داشته باشد آگلوتیناسیون ایجاد میشود و میگویند که تست کومس غیر مستقیم مثبت است. برای یافتن آنتی بادی های سرد حرارت ۴ درجه مناسبترین است . در اینجا سرم بیمار با گلبول قرمز شسته شده ایزوتوپ در یخچال قرار داده می شود و اگر مثبت باشد گلبول قرمز آگلوتینه میشود. البته باید سرم بیمار را رقیق کرد و تیترا Cold agglutinin را بدست آورد. تیترا بالاتر از ۱ غیر طبیعی است. همولیز در زمانی اتفاق می افتد که تیترا آگلوتین سرد بالاتر از ۱ باشد گاهی تیترا بالاتر از ۱ می باشد

آگلوتین سرد معمولا IgM است و اختصاص آنتی iI انما که در همه گلبول قرمز اشخاص بالغ وجود دارد میباشد. خون جفت با این آنتی بادی های آگلوتینه نمی شود زیرا آنتی ژن I ندارد .

تعداد کمی آنتی بادی ها با خون جفت آگلوتینه میشود که به آنها آنتی (i Letile) می گویند.

سرم کومس معمولا آنتی بادی بر علیه IgG و کمپلمان دارد میتوان آنتی بادی اختصاصی بر علیه IgG و Comperment جداگانه ایجاد کرد .

اتو ایمون همولیتیک آنمی . شایعترین آنمی های همولیتیک بعلت آنتی بادی می باشد در همه گروههای سنی دیده میشود . شروع بیماری میتواند به آهستگی یا حاد باشد . با تب

تب ضعف عمومی ، درد پهلو ، شکم همراه است . طحال قابل لمس است .

خون محیطی . میکرو اسفروسیت همراه با پلی کروما توفیلی نشان میدهد . از اسفروسیتوز ارثی با وجود تست کومس مثبت مشخص میشود .

تست ormater frogility طبیعی است ولی یک گروه سلولی که زود همولیز میشوند وجود دارند.

شدت همولیز با شدت مثبت بودن تست کومس مربوط نیست . گاهی یک کومس ثبت شدید همولیز خفیف ایجاد می کند .

ایتولوژی بیماری . شاخص ترین علت بیماری ، بیماری کلاژن است . لوپوس در راس آنها قرار دارد .

سپس دارو ها میتوانند باعث بروز بیماری شوند . گاهی نیز عفونت های ویروس و یا میکروبی علت بیماری است .

اگر سرم کومس اختصاصی برای آنتی IgG و آنتی کمپلمان موجود باشد میتوان بهتر ایتولوژی بیماری را شناخت .

مثلا اگر تست کومس با آنتی IgG مثبت ویا آنتی Complarmetn منفی باشد نوع ایدیوپاتیک (علت نامشخص) ، آلدوست (Methylopopa) پنی سیلین مسئول است .

در بعضی موارد آنمی اتوایمون همولیتیک آنتی بادی IgA می باشد و کومس منفی است اگر تست با آنتی IgG و آنتی کمپلمان هر دو مثبت باشد

علت بیماری SLE (سیستمیک پونوی) میباشد و داروئی نیست .

اگر با آنتی IgG منفی و با آنتی کمپلمان مثبت باشد داروهای متعدد و بیماریهای مانند همولیز بعلت آگلوتینین سرد (Cold Agglutinin Sineance) مطرح می‌باشد و بندرت ایدیوپاتیک است هست آنکه در آنتی بادیهای گرم کمپلمان بر سطح گلبول ثابت نمیشود و همولیز داخل عروقی اتفاق نمی‌افتد آنست که برای Compenetfnation دو ملکول IgG ضروری است و باید فاصله دو ملکول در سطح گلبول قرمز بیشتر از ۴۰۰ آسترانگ نباشد تا کمپلمان بتواند روی آن سوار شود. در IgG آنتی بادی پنتامر Pentamer است و ثابت شدن کمپلمان براحتی صورت میگیرد. ولی IgM نمیتواند براحتی بر روی گلبول قرمز سوار شود بنابراین تیتراژ Cold agglutinin در سرم بسیار بالا میرود بدون آنکه همولیز وجود داشته باشد. در آنمی اتوایمون ، آنتی بادی IgG بیشتر روی آنتی ژن RH سطح گلبول سوار میشود. این آنتی ژن ها با هم فاصله کمی دارند فیکساسیون کمپلمان براحتی صورت میگیرد . آنتی ژن I گلبول قرمز در کنار آنتی ژن ABO گروههای خونی قرار دارد. بنابراین پایه برای آنتی بادی IgM گلیکوپروتئین سطحی که آنتی ژن ABO در آنجا قرار دارد میباشد.

بیماری اتوایمون همولیتیک آنمی سرد و گرم هر دو در لنفوم و هوچکین بیشتر دیده میشود در لوسمی لنفوئیدی مزمن آنتی بادی IgM بر روی آنتی ژن I سوار میشود .

در لنفوم هیدروستستیک آنتی بادی بر روی آنتی ژن نا (آمی کوچک) سوار میشود . درمان همه آنمی های همولیتیک اتو ایمون اگر بیماری اولیه وجود داشته باشد یا دارو علت باشد درمان بیماری اولیه یا ندادن دارو است.

درمان با پرونتژون یک تا ۲ میلی گرم برای هر کیلو وزن در همه بیماران که علت بیماری شخص نیست درمان انتخابی است . دو هفته درمان برای کنترل بیماری ضروری است سپس دارو بتدریج کاهش می‌یابد . در ۲۰۰ میلی گرم یک دوز در میان رسانده می‌شود. اگر پردنیزون موثر نبود طحال برداری ۸۰ درصد بیماران را بهبود می‌بخشد . در بعضی از بیماران حتی پس از طحال برداری مقدار کمی پردنیزون ضروری است .

• ایمون ترمبوسیتوپنی : این بیماری در تیپ عفونتهای ویروسی در اطفال و بالغین بروز می‌کند و دو نوع حاد و مزمن دارد.

نوع حاد کودکان بیشتر عفونی است و نوع مزمن یا ایدیوپاتیک است و یا علت لوپوس می‌باشد . لوپوس میتواند قیل ، مقارن و یا بعد از ITP (ایمون ترمبوسیتوپنیک پورپورا) پیدا شود.

نوع حاد معمولا خودبخود بهبود می‌یابد و دوره آن ۶ ماه است و بیشتر در اطفال دیده می‌شود و ویروسهای متعددی مسئول شناخته شده اند . نوع حاد در تعقیب مصرف دارو نیز دیده شده است. بسیاری از داروها می‌توانند ترمبوسیتوپنی ایجاد کنند . نوع حاد دارویی پس از مصرف کونیدین (Qunidine) بسیار شدید است و بیمارانی که حساس هستند در مدت کوتاهی دچار ترمبوسیتوپنی میشوند . در نوع مربوط به کفلین (= Keflin Cephalotin) مدتی طول میکشد تا بیماری بروز کند بطور کلی در مواجهه با بیماری که دچار ترمبوسیتوپنی شده است سابقه مصرف دارو بسیار مهم است . بعضی از داروها پس از مصرف طولانی ایجاد ترمبوسیتوپنی ایمن می‌کنند بنابراین باید حتی داورهایی را که مدتی مصرف شده است نیز مسئول داشت مانند ترکیبات تیازید Thyazide یافتن آنتی بادی ضد پلاکت در بیماران مبتلا بر اساس مصرف آنتی IgG و چسبیدن آن به پلاکت با رادیو اکتیو کردن آن و اندازه گیری مقداری که باقی مانده است امکان پذیر شده است .

اگر ITP همراه با آنمی همولیتیک باشد به آن سندرم اوآنس Evans گفته میشود . گاهی در لوپوس آمبوسیتوپنی و لکوپنی و آنمی همولیتیک توام است .

نوعی لکوپنی ایمن در آرتریت روماتوئید همراه با اسپلنومگالی وجود دارد که به آن سندرم فلتی میگویند و با خارج کردن طحال بهبود می‌یابد .

منبع : شبکه خبری ورلد نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=229655>

 Vista.ir
Online Classified Service

از شدت خستگی چشم هایش را به هم می فشرد. نفس های کوتاه امانش را بریده بود. درد در قفسه سینه اش فریاد می زد. با نگاهی گیج و کرخت به ضریان کوتاه قلبش گوش می داد.

از خیلی وقت پیش حال و حوصله دیدن هیچ موجود زنده ای را نداشت. بی دلیل از کوره در می رفت و فکر می کرد این جا آخر دنیاست. وسوسه یک لحظه آرامش در دستان ناتوانش جا می ماند. به قول مادر، خوب می خورد اما انگار همیشه گرسنه بود و دست و پایش پی در پی خواب می رفت!

بوی خاک را دوست داشت و دور از چشم همه حتی خاک هم می خورد. بر اساس آخرین تحقیقات پزشکی از هر ۵ زن ایرانی یک نفر مبتلا به کم خونی است و عوامل ذکر شده مربوط به یکی از همین بیماران خاموش



است.

بیماری ای که از جانب بسیاری از افراد ساده گرفته می شود اما سلامت نیمی از زنان باردار کشور و انسان های پیر و جوان را نشانه رفته است. بدن برای خون سازی نیازمند مواد اولیه مانند آهن و ویتامین ها، بخصوص اسید فولیک است، اما اکثر مردم در سراسر جهان دسترسی کمی به منابع غذایی آهن (ویتامین B12 مانند گوشت) دارند. بنابراین کم خونی ناشی از فقر آهن شایع ترین و مهم ترین کم خونی مردمان دنیا به شمار می رود.

بخش اصلی خون سازی بدن از طریق مغز استخوان صورت می گیرد. به همین خاطر عواملی که موجب صدمه به مغز استخوان می شود، می توانند سبب کم خونی شوند.

• ریشه کم خونی در سوء تغذیه

مدیر گروه تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵۰ درصد کم خونی ایرانیان به ویژه زنان را ریشه در سوء تغذیه می داند.

دکتر سیدعلی کشاورز می گوید: «دو سوم مشکلات تغذیه ای ایرانیان ناشی از کمبود و مشکل دریافت آهن است. کم خونی در کودکان از دوران پس از ۶ ماهگی شروع می شود و بر ضریب هوشی افراد تأثیر منفی می گذارد. قدرت یادگیری و تمرکز دختران بویژه در دوره بلوغ تحت الشعاع عوارض ناشی از کم خونی قرار می گیرد.

این امر بازدهی کاری افراد را دچار افت کرده و دقت آنان را به شدت پایین می آورد. این در حالی است که عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کم خونی آدمیان تأثیر مستقیم و غیر مستقیم دارد.

عادات غذایی نادرست نیز در ایجاد بیماری کم خونی نقش عمده ای ایفا می کند.» به گفته دکتر کشاورز، بیشتر ایرانیان بلافاصله پس از مصرف وعده های غذایی روزانه و شبانه چای مصرف می کنند و این در حالی است که مصرف یک فنجان چای پس از غذا بیش از ۹۵ درصد جذب آهن را کاهش می دهد و مصرف یک پرتقال یا دو عدد نارنگی بلافاصله پس از غذا جذب آهن مواد خوراکی را افزایش خواهد داد.

• فقر، فقر می آورد

بر اساس اظهارات این متخصص تغذیه، رعایت نکردن نکات بهداشتی معمولاً در اثر فقر فرهنگی و اقتصادی افراد پدید می آید و کمبود بهداشت انسان ها با عادات غذایی نادرست آنان دست به دست هم می دهد تا افراد گرفتار این بیماری خطرناک شوند.

به اعتقاد پزشکان، بی حالی، ضعف، بی حوصلگی و عصبانیت، سرگیجه، ترک گوشه لبها، قاشقی شدن ناخن ها، درد دهان، تمایل به خوردن خاک در کودکان، اختلال رشد و افت تحصیلی می توانند زنگ های خطر ابتلا به این بیماری را برای انسان ها به صدا در آورد.

گوشت، مهم ترین و راحت ترین منبع قابل جذب آهن است اما آهن موجود در گیاهان (حتی عدس و اسفناج) کمتر جذب بدن می شود.

تعدادی از غذاها موجب جذب بیشتر آهن از روده می شود در حالی که خوردن خوراکی های مردم پسندی مانند چای و قهوه و بعضی داروها مانع جذب آهن شده و فرد را مستعد کم خونی می کند.

به اعتقاد پزشکان، بدن کودکان در سن رشد و خانم های باردار به آهن نیاز بیشتری دارد.

ناراحتی های گوارشی مانند زخم معده و اثنی عشر و سنگ کلیه دفع خون همراه با ادرار و... کم خونی های شایع پدید می آورد.

رئیس هیأت مدیره انجمن تالاسمی ایران نیز با ابراز نگرانی از فقر آهن و شیوع کم خونی و چاقی در کشور انباشته شدن شکم را از انواع پلوه، نان، پفک و چیپس های مختلف فاقد خاصیت غذایی، دغدغه ای ملی می داند.

دکتر مینا ایزدیار با نگاهی به نوع شدیدی از کم خونی (تالاسمی) دستپاچگی جوانان را در هنگام ازدواج دلیل عمده تکثیر این بیماری در نسل های آینده معرفی می کند.

متخصص خون و سرطان کودکان با تأکید بر انجام آزمایش های ژنتیک قبل از ازدواج تصریح می کند: اگر دختران و پسران جوان مبتلا به کم خونی قبل از اقدام به ازدواج با یکدیگر پای درد و دل های بیماران تالاسمی بنشینند به طور حتم از ازدواجی با حاصل فرزند تالاسمی پرهیز می کنند.

تفاوت کم خونی و کاهش فشار خون

شمار زیادی از مردم هنوز از تفاوت های میان کم خونی و کاهش فشار خون آگاهی چندانی ندارند و نمی دانند که این دو موضوع با یکدیگر ارتباط زیادی ندارند.

به اعتقاد دکتر ایزدیار، کم خونی با کاهش هموگلوبین های خون همراه است و افراد دچار خون ریزی به دلیل از کار افتادگی مغز استخوان به آن مبتلا می شوند و بیماری های ارثی نظیر تالاسمی سیستم خون سازی بدن را دچار اختلال می کنند. خستگی، زود رنجی، اختلال خواب و پرخواهی، ضعف حافظه و فراموشی، بالابودن تپش قلب پس از طی مسافت های کوتاه مدت، تمایل به خاگ خوری، یخ جوی، تمایل زیاد به خوردن کشتک و برنج خام از دیگر نشانه های این بیماری به شمار می روند.

در این میان بسیاری از افراد به توصیه بزرگتر های فامیل به مصرف داروهای گیاهی روی می آورند.

این در حالی است که متخصص خون و سرطان کودکان با مصرف داروهای گیاهی (در زمینه رفع کم خونی) موافقتی ندارد. وی معتقد است در این مورد، کمبود آهن، پروتئین و ویتامین (ب ۱۲) باید از طریق منابع گوشتی و حیوانی تأمین شود.

با این حال ایزدیار بر مصرف کاهو، انگور، کشمش، توت فرنگی و هلو تأکید می کند. وی شیوع این بیماری را از ۶ ماهگی تا ۲ سالگی می داند و با اظهار تأسف مشکلات گوارشی و روده ای افراد (بویژه مردان) را دلیل عمده افت آهن می داند.

رئیس هیأت مدیره انجمن بیماران تالاسمی از زنان ایرانی می خواهد با رعایت نکات تغذیه ای ورزش را فراموش نکنند. ایزدیار با اشاره به بیمارانی که تحمل مصرف قرص های آهن را ندارند، می گوید: مقاومت در برابر خوردن این قرص به معنای تکمیل نشدن درمان است و باید افراد به هر ترتیب ممکن درمان خود را به پایان برسانند.

به نظر متخصصان تغذیه برای درمان کم خونی فقر آهن می توان از قرص های آهن یا آهن تزریقی استفاده کرد.

در فرد مبتلا به کم خونی ذخایر آهن بدن تقریباً تمام می شود. بنا براین هنگام درمان کم خونی باید این ذخایر جایگزین شوند به همین علت است که معمولاً درمان کم خونی فقر آهن ۴ الی ۶ ماه طول می کشد.

تحقیقات نشان می دهد کار اصلی خون رساندن مواد تغذیه کننده (اکسیژن، گلوکز) و سازنده به بافت ها و برطرف کردن مواد اضافی و زباله ای (همچون دی اکسید کربن و اسید لاکتیک) از بافت های بدن است.

خون، بافت پیوندی تخصص یافته ای است که سلول های آن در داخل ماده زمینه ای مایعی به نام پلاسما شناورند. حجم خون در یک فرد بالغ بطور متوسط ۵ لیتر است. خون به واسطه گردش در داخل رگ های خونی اصلی، مواد غذایی و حرارت را در بدن توزیع کرده و اکسیژن و دی اکسید کربن را بین سلول ها و ریه ها انتقال می دهد و مواد زاید حاصل از فعالیت سلول ها را به ارگان های دفعی می رساند. خون در محیط خارج از بدن منعقد شده و به صورت لخته در می آید و قسمت محلول آن به صورت مایعی زرد و روشن به نام پلاسما، از آن جدا می شود.

همچنین انجام آزمایش C.B.C در تشخیص دقیق کم خونی و شدت آن بسیار مؤثر است و در این آزمایش تعداد کل سلول های خونی توسط دستگاه مخصوصی شمارش می شود و میزان هموگلوبین و یک سری ایندکس های دیگر ارزیابی می شود.

در هر حال حال اگر زود رنجی بی دلیل و هزار و یک عامل ناشناخته برای بیرون رفتن از کوره احساسات خود دارید حتماً یک آزمایش کم خونی را در برنامه های کاری خود قرار دهید.

سبزیجات با برگ سبز، آجیل، میوه جات خشک شده و لوبیای سرشار از آهن و آب انواع مرکبات، انواع سبزیجاتی که برگ های پهن و سبز دارند و حبوبات، سرشار از ویتامین ها و اسید فولیک را فراموش نکنید.

یادتان باشد افزایش بیش از حد آهن نیز می تواند عواقب وخیمی برای بدن به همراه داشته باشد به همین لحاظ مصرف مکمل های حاوی آهن بدون نظر و تجویز پزشک می تواند برای افراد خطرناک باشد. نوشیدن چای پررنگ و زیاد موجب بروز و شیوع کم خونی در افراد می شود، نوشیدن چای موجب جذب آهن بدن شده و چنانچه افراد تمایل به نوشیدن «چای» دارند، بهتر است آن را کم رنگ بخورند و ریزش موی خود را نیز در ارتباط مستقیم با کم خونی ببینند.

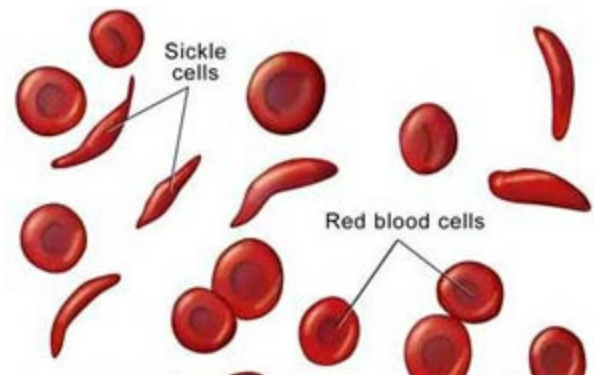
منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=254176>

 Vista.ir
Online Classified Service

کم خونی سلولهای داسی شکل

کم خونی داسی شکل یک اختلال خونی است که با هموگلوبین معیوب (HbS) شناخته می شود. این بیماری میلیون ها نفر را در جهان و حدود ۷۲ هزار نفر را در آمریکا مبتلا ساخته است. این بیماری در یک تولد از هر ۵۰۰ تولد آفریقایی- آمریکایی دیده می شود. هموگلوبین طبیعی صاف و گرد است و به سلول اجازه عبور آسان از مویرگهای خونی را می دهد. سلولهای هموگلوبین سلول داسی سفت و به شکل داس می باشند. این ملکولهای هموگلوبین تمایل دارند به شکل خوشه ای و در کنار یکدیگر قرار گیرند، بنابراین به راحتی از مویرگهای خونی عبور نمی کنند. این خوشه ها



منجر به توقف جریان خون حمل کننده اکسیژن می گردند. برخلاف سلولها با هموگلوبین طبیعی که بیش از ۱۲۰ روز زنده هستند، سلولهای داسی بعد از ۲۰-۱۰ روز از بین می روند. این روند طی یک دوره مزمن منجر به بروز کم خونی می گردد.

شایعترین انواع ژن سلول داسی عبارتند از :

(۱) صفت سلول داسی :

این افراد حامل ژن معیوب - Hbs - هستند اما مقداری هموگلوبین طبیعی - Hba - نیز دارند افراد با صفت سلول داسی معمولاً بدون علامت هستند و می باشند. ممکن است کم خونی خفیف ایجاد گردد. تحت شرایط پر استرس، خستگی، کاهش اکسیژن و یا عفونت روند داسی شدن رخ می دهد و در نتیجه عوارض بیماری سلول داسی بروز می نماید.

(۲) بیماری سلول داسی - هموگلوبین C:

فرد دارای هر دو نوع هموگلوبین Hbs و Hbc می باشد. هموگلوبین C باعث ایجاد سلولهای هدف می گردد. وجود هموگلوبین طبیعی در کنار این هموگلوبین باعث می شود، فرد علامتی از کم خونی نداشته باشد. اگر هموگلوبین S داسی با سلول هدف همراه شود منجر به یک کم خونی خفیف تا متوسط می گردد.

این افراد اغلب از بیماری سلول داسی با درجه خفیف رنج می برند. بحران انسداد عروقی، صدمات ارگان ها به علت کم خونی و داسی شدن های مکرر و احتمال بالای عفونت همه صفات مشترکی برای Hbs و Hbc می باشند.

(۳) بیماری سلول داسی - هموگلوبین E :

این نوع مشابه بیماری سلول داسی C است با این تفاوت که یک عنصر در ملکول هموگلوبین جایگزین شده است. این نوع معمولاً در افراد جنوب آسیا مشاهده می شود. برخی افراد با بیماری هموگلوبین E بدون علامت می باشند. هر چند تحت شرایط ویژه نظیر خستگی، کاهش اکسیژن و یا کمبود آهن یک کم خونی خفیف تا متوسط بروز می نماید.

(۴) هموگلوبین S - تالاسمی بتا :

این بیماری با ارث رسیدن همزمان ژن های تالاسمی و سلول داسی ایجاد می گردد. این اختلال باعث کم خونی متوسط و شرایطی مشابه ولی خفیف تر از بیماری سلول داسی می گردد. همه اشکال بیماری سلول داسی می توانند عوارض همراه با بیماری را بروز دهند. فرد مبتلا به HbSS به شدت مبتلا خواهد بود.

• چه کسی به بیماری سلول داسی مبتلا می شود؟

بیماری سلول داسی به صورت اولیه، افراد جنوب آفریقا و شبه جزیره کارائیب را مبتلا می سازد ولی صفت سلول داسی در خاور میانه، هند، آمریکای لاتین، و نژاد مدیترانه ای یافت می شود. براساس تخمین، بیش از ۷۲ هزار نفر در ایالات متحده به این بیماری مبتلا هستند. میلیون ها نفر در سراسر جهان از عوارض بیماری سلول داسی رنج می برند. ۲ میلیون نفر آفریقایی - آمریکایی یا ۱/۱۲ جمعیت آمریکا صفت سلول داسی را دارا می باشند.

• علل بیماری داسی شکل چیست؟

بیماری داسی یک بیماری ارثی است که توسط یک جهش ژنتیکی ایجاد می شود. این ژنها بر روی ساختاری از سلولها به کروموزوم وجود دارند. به طور طبیعی در هر سلول بدن ما ۴۶ یا ۲۳ جفت کروموزوم وجود دارد. جفت کروموزوم ۱۱ حاوی ژنهای مسئول تولید هموگلوبین نرمال می باشد. یک جهش یا اشتباه در این ژنها منجر به بیماری داسی شکل می شود. این جهش در نقاطی از جهان که بیماری مالاریا شایع است بیشتر دیده می شود هر چند افراد دارای صفت داسی به مالاریا مبتلا نمی شوند. صفت داسی حقیقتاً فرد را در برابر انگل مالاریا محافظت می نماید. مالاریا اغلب در آفریقا و نواحی مدیترانه ای اروپا دیده می شود. کودکی که جهش ژنتیکی را از هر دو والدین به ارث می برد، بیماری سلول داسی شکل مبتلا خواهد شد. کودکی که جهش را از یکی از والدین به ارث می برد به حامل صفت سلول داسی شکل خواهد بود و می تواند آن را به فرزندانش منتقل سازد.

• علائم بیماری سلول داسی شکل چیست؟

علائم و عوارض زیر با بیماری سلول داسی شکل همراه می باشد. هر چند هر فرد علائم متفاوتی را تجربه می کند.

▪ آنمی

شایعترین علامت بیماری سلول داسی شکل است. در این بیماری سلول های قرمز خون بصورت سلول داسی شکل تولید می شوند، اما به علت بدشکل بودن توانایی حمل اکسیژن را از دست می دهند. در نتیجه بدن آب را از دست داده و دچار تب می شود. شکل داسی باعث سفتی سلولها و دام افتادن آنها در عروق می گردد. در نتیجه سلولها در طحال تخریب می شوند و یا به علت عملکرد غیر طبیعی از بین می روند و کاهش در سلولهای قرمز خونی منجر به کم خونی می شود. کم خونی شدید فرد را خسته و رنگ پریده می نماید، همچنین توانایی حمل اکسیژن به بافت ها را با مشکل رو به رو خواهد کرد.

▪ بحران درد یا بحران داسی:

هنگامی که عروق خونی توسط سلولهای داسی شکل مسدود می شوند و جریان خون قطع می شود و بحران درد رخ می دهد که بحران انسداد عروقی نیز نامیده می شود. درد در تمام نقاط بدن ایجاد می گردد اما اغلب در قفسه سینه، بازوها و پاها احساس می گردد. تورم دردناک انگشتان دست و پا، داکتیلیت نامیده می شود و می تواند در خردسالان و اطفال زیر ۲ سال مشاهده شود. پریاپیسم (نعوذ دردناک) یک روند دردناک در ناحیه آلت تناسلی مردان می باشد. هرگونه اختلال در جریان خون منجر به درد، تورم و مرگ بافتی در اثر عدم دریافت خون و اکسیژن کافی می گردد.

▪ سندرم قفسه سینه حاد :

یکی از عوارض خطرناک بیماری سلول داسی شکل، روند داسی شدن در قفسه سینه می باشد. معمولاً به طور ناگهانی و در شرایط پراسترس، عفونت، تب و کم آبی بدن رخ می دهد. سلولهای داسی شکل به یکدیگر متصل گشته و عروق ریز ریوی را مسدود می سازند. علائم شبیه به

پنومونی و شامل تب، درد و تک سرفه شدید می باشد. اپیزودهای متعدد سندرم سینه منجر به صدمه دائمی ریه می گردند.

▪ تجمع سلولهای خونی در طحال :

این فرآیند منجر به کاهش ناگهانی هموگلوبین گشته و در صورت عدم درمان فوری تهدید کننده حیات می باشد. بدلیل افزایش حجم خون طحال، این عضو بزرگ و دردناک می گردد. بعد از اپیزودهای مکرر، صدمات جدی بر طحال وارد خواهد شد. بسیاری از کودکان مبتلا به بیماری در سن ۸ سالگی دیگر طحال کارایی ندارند چون از طریق جراحی طحال خارج شده و یا در اثر اپیزودهای مکرر عملکرد خود را از دست داده است. احتمال عفونت بزرگترین نگرانی برای اطفال مذکور می باشد. عفونت شایعترین علت مرگ در کودکان زیر ۵ سال، در این گروه می باشد.

▪ سکتة :

دیگر عارضه شدید و ناگهانی در بیماران سلول داسی شکل است. سلولهای بد شکل از طریق انسداد عروق خونی بزرگ تغذیه کننده مغز منجر به سکتة می گردند. هرگونه اختلال در جریان خون و اکسیژن به مغز منجر به اختلالات عصبی غیرقابل بازگشت می گردد. در ۶۰% بیماران که یک بار سکتة کرده اند احتمال سکتة دوم و سوم نیز وجود دارد.

▪ یرقان، یا زردی پوست ، چشم ها و دهان:

یکی از شایعترین علائم و نشانه های بیماری سلول داسی شکل می باشد، سلولهای داسی شکل به اندازه سلولهای قرمز خونی عمر نمی کند و قبل از این که کبد آن ها را از خون تصفیه نماید سریعاً از بین می روند. بیلی روبین (عامل زرد رنگی) ایجاد شده از این سلولها منجر به یرقان و زردی می گردد. همه ارگان های مهم تحت تأثیر این بیماری قرار می گیرند. کبد، قلب، کلیه ها، کیسه صفرا ، چشم ها، استخوان ها و مفاصل به علت عملکرد غیر طبیعی سلولهای داسی شکل و عدم وجود جریان خون د ر عروق صدمه می بیند. مشکلات عبارتند از:

- افزایش عفونتها

- زخم های پا

- صدمات استخوانی

- سنگ های صفراوی

- صدمات کلیه و کاهش ادرار

- صدمات چشمی

علائم بیماری سلول داسی شکل ممکن است مشابه دیگر اختلالات خونی و مشکلات طبی باشد. همیشه جهت یک تشخیص سریع و دقیق با پزشک خود مشاوره نماید.

• بیماری سلول داسی شکل چگونه تشخیص داده می شود؟

علاوه بر شرح حال طبی کامل و معاینه فیزیکی روش های تشخیصی بیماری سلول داسی شکل عبارتند از :

▪ آزمایش های خونی و دیگر روش های ارزیابی.

منبع : پزشکان بدون مرز

<http://vista.ir/?view=article&id=314246>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کم خونی عارضه ای که زنان به آن خوگرفته اند

سردردهای مدام و طولانی دارد. پزشك علت را كم خونی و در نتیجه نرسیدن خون به مغز تشخیص داده است. میل شدیدی به مصرف یخ دارد. تکه های یخ را می شکند، كوچك می كند و با اشتیاق شروع به مصرف آنها می كند. پزشك تمایل شدید به خوردن یخ را یکی از نشانه های كم خونی می داند. كف پاها و دست هایش سوزن سوزن می شود به قدری كه آرامش را از او می گیرد، خودش گمان می كند این مسأله ارثی است. به خاطر می آورد كه مادرش همیشه از این مشكل شكایت می كرد، اما پزشكان معتقدند سوزن سوزن شدن دست و پاها از نشانه های كم خونی در زنان است. اغلب ساعت های روز بی حال و افسرده است. به خاطر



نداشتن انرژی و توان برای انجام دادن کارهای معمولی روزانه، خودش را سرزنش می كند، گاه دیگران نیز در این كار با او همراه می شوند، در حالی كه به عقیده پزشكان این حالت ها خبر از كم خونی در فرد می دهند. چند بار برگه آزمایش را نگاه می كند. مكئی می كند و سپس به مراجعش می گوید: «شما دچار كم خونی هستید.» این جمله ای است كه بارها و بارها نه فقط در مطب پزشكان به بیماران گفته می شود، بلکه در محاوره های روزانه مردم خطاب به يكديگر هم شنیده می شود و البته زنان در طول زندگی خود بیشتر شنونده این جمله اند تا مردان. كم خونی به قدری فراوان شده كه نه يك بیماری یا مشكل تغذیه ای، بلکه به يك مسأله عادی در زندگی بسیاری از زنان تبدیل شده، ناراحتی و مشكلی كه به جای برطرف كردنش فقط با آن كنار می آیند. كم خونی شایع ترین مشكل تغذیه ای جهان و كشور ما است. بویژه كم خونی ناشی از آهن در بیش از دو میلیارد نفر از مردم جهان وجود دارد. دختران و زنان بین ۱۵ تا ۴۹ سال، زنان باردار، شیرخواران و كودكان پیش دبستانی بیش از دیگران در معرض ابتلا به كم خونی هستند. دكتر حوریه شمشیری عضو انجمن تنظیم خانواده در چهارمین میزگرد اهداف توسعه هزاره در رابطه با کاهش میزان مرگ و میر كودكان و بهبود بهداشت مادران متذكر شد كه يك سوم زنان ایرانی مبتلا به كم خونی ناشی از سوءتغذیه در هنگام بارداری هستند. اما صرف نظر از زنانی كه با كم خونی به دنیا می آیند، بسیاری دیگر نیز بعد از تولد و در سنین رشد به دلایل گوناگون مبتلا به كم خونی می شوند. يك بررسی عمومی نشان داده نزدیک به ۴۳ درصد دختران نهرانی در سال های اول و دوم متوسطه دچار كم خونی اند. منصوره لیبی رانكوهی شیمیست و محقق تغذیه كه سال ها در آزمایشگاه های كنترل موادغذایی تحقیق و فعالیت كرده، كم خونی را وضعیتی می داند كه در آن سلول ها قادر نباشند به اندازه کافی گلبول قرمز بسازند. او در پاسخ به این سؤال كه چرا و به چه دلیل سلول ها قادر به ساختن کافی گلبول قرمز نیستند، به يك نکته اشاره می كند: «سوءتغذیه». منصوره لیبی می گوید: «سوءتغذیه به این معناست كه غذاهای مورد نیاز سلول ها روزانه در اختیار آنها قرار گرفته نشده است.» به اعتقاد او كم خونی بیماری نبوده (برعكس آن چه عامه به غلط می پندارند) بلکه يك پدیده بیمارگونه است. پدیده بیمارگونه ای كه فقط بر اثر سوءتغذیه حادث می شود، اما می تواند بیماری های متعددی را با خودش به همراه بیاورد. از آن جمله می توان به سردردهای مداوم و فراوان، عدم تعادل در راه رفتن، خستگی های مفرط و پیوسته، فراموشی، طوری كه فرد گمان می كند دچار بیماری آلزایمر شده و همین طور قاعدگی های طولانی مدت به گونه ای كه زن می پندارد مبتلا به تومورسازی شده اشاره كرد. البته كم خونی با ضعف و ناتوانی بسیار همراه است. شكی نیست كه هر ماده غذایی خوب، نقش بسزایی در تولید خون کافی، لازم و سالم دارد كه در شرایط تغذیه نامناسب یا نادرست بخصوص هنگامی كه بدن دچار فقدان شدید ویتامین هاست، خون سازی با اختلالات جدی همراه می شود. «فضای شلوغ و پرهمهمه مدارس دخترانه با دانش آموزانی كه با صدای بلند می خندند و در حال بازی و ورزشند و دانش آموزانی كه آرام برای خود خلوتی ساخته اند در گوشه ای نشسته اند و به این صحنه ها نگاه می كنند. كمی تحرك، خستگی و نداشتن انرژی کافی به اعتقاد متخصصان ارتباط مستقیم با معضل كم خونی در زنان دارد. شمسی آذرنيوش می گوید: «كم خونی بر اثر كم بودن تعداد هموگلوبین خون پدید می آید و كار هموگلوبین حمل اكسیژن به بافت های بدن است. اگر مقدار هموگلوبین كمتر از میزان عادی و مورد نیاز بدن باشد، مقدار اكسیژن کافی نیز به بافت ها نمی رسد و در نتیجه فرد دچار خستگی مداوم، كم تحرکی و نداشتن انرژی می شود. كم خونی معمولاً در دوران بارداری مشكلات خاص دیگری را برای مادر و نوزاد به وجود می آورد. چرا كه بدن مادر و نوزاد هر دو به مقدار زیادی اكسیژن احتیاج دارند و در نتیجه كم بودن تعداد هموگلوبین در خون، این فرایند با اشكال مواجه می شود. زنان باردار هم آسان تر از دیگران به كم خونی دچار می شوند چون تهیه مقدار کافی آهن به وسیله خوراك روزانه، به گونه ای كه احتیاجات مادر و نوزاد را تأمین كند، به دلیل نوع تغذیه حاكم در خانواده با اشكال فراوان توأم است. از

طرفی مادر باید قبل از بارداری به رفع مشکل کم خونی خود اقدام کند تا بتواند به هنگام بارداری آهن کافی را که شایع ترین نوع کم خونی در اثر کاهش آن به وجود می آید به نوزاد برساند. چرا که نوزاد نیز نیازمند ذخیره مقدار کافی آهن در بدنش است تا بتواند در دوران شیرخواری که از خوردن غذا محروم است از ذخیره آهن خود استفاده کند. به طور کلی زنان باردار به علت افزایش حجم خون، رشد جنین و جفت و سایر بافت ها به آهن بیشتری نیاز دارند. «فقر آهن یکی از شایع ترین اختلالات تغذیه ای در کشورهای در حال توسعه و مهم ترین علت کم خونی در زنان و کودکان شناخته شده است با وجود این کم خونی غیر از کم خونی ناشی از فقدان آهن انواع دیگری هم دارد. منصوره لیبیبی محقق تغذیه و نویسنده می گوید: «کم خونی می تواند ناشی از فقدان مس، ید، کبالت و ویتامین های گروه B از جمله B۹ ، B۶ ، B۳ و B کوپالامین و همین طور ویتامین C و E (این دو نوع کم خونی از خطرناک ترین و مهم ترین نوع کم خونی ها هستند که بیشتر مردم به آنها مبتلا هستند.» به دلیل این که در شرایط فقدان ویتامین C هیچ گونه ماده غذایی قادر به جذب در بدن نیست، حتی اگر شخص بهترین نوع پروتئین را هم مصرف کند، قابل جذب نخواهد بود و همین طور در مورد فقدان شدید ویتامین E که بیشتر مردم به آن مبتلا هستند با این باور نادرست که ویتامین E محلول در چربی است و بدن چندان به آن احتیاج ندارد و یا در کلیه ها رسوب می کند، در نتیجه این طرز فکر، شخص عمری را در کم خونی به سر خواهد برد. مهم تر از همه این که در کمبود این ویتامین ارزشمند تمام غدد درون ریز دچار اختلالات جدی می شوند.»

کم خونی ها از هر نوع که باشند دارای عوارض ظاهری بسیار مشترکی اند. رنگ پریدگی صورت، ریزش شدید موها، عدم توانمندی در انجام حتی وظایف روزانه، بی حوصلگی، دردهای نامفهوم عضلانی گاه در یک قسمت از بدن و گاه در تمام بدن. تنگی نفس که برخی آن را با آسم یا حالت های آلرژیک اشتباه می گیرند، فراموشی گاه به گاه و فراموشی مداوم و عدم تعادل در راه رفتن که گاهی با ام اس یا صرع اشتباه گرفته می شود، همگی از جمله نشانه های کم خونی است که منصوره لیبیبی رانکوهی محقق تغذیه و شیمیست به آن ها اشاره می کند. وزارت آموزش و پرورش در سال تحصیلی جدید بخشنامه مربوط به فروش مواد خوراکی در مدارس را با هدف جهت دادن به نوع تغذیه دانش آموزان و تشویق آنها به مصرف مواد غذایی سالم را تهیه و صادر کرده است. در این بخشنامه مسؤولان مدارس متعهد به جلوگیری از فروش مواد خوراکی با ارزش تغذیه ای کم و موظف به هدایت دانش آموزان به مصرف مواد غذایی ای شده اند که در حین سلامت بتوانند نیازهای تغذیه ای آنها را بر طرف کنند. یکی از کارشناسان بهداشتی آموزش و پرورش می گوید: «باید بین خانواده ها فرهنگ تغذیه درست را جا بیندازیم و مدارس بستر خوبی برای این کار است. این که والدین بدانند به جای پرکردن کیف دانش آموز از مواد بی ارزش مثل پفک و چیپس می توانند با فراهم کردن مقداری نان، پنیر، گردو بهترین مواد غذایی را به بدن فرزندشان برسانند.» متخصصان مهم ترین عامل در ایجاد پدیده بیمارگونه کم خونی را سوءتغذیه می دانند.

به گفته منصوره لیبیبی محقق تغذیه و نویسنده کتاب های تغذیه ای «مواد مورد نیاز سلول های بدن روزانه ۴۱ نوع ماده غذایی است که عبارتند از اسیدهای آمینه ضروری به تعداد ۸ عدد، قندها به تعداد یک عدد، چربی ها به تعداد ۲ عدد، مواد کانی یا مینرال ها حداقل ۷ عدد، ویتامین های محلول در چربی ها ۲ عدد و بقیه ویتامین های گروه B که این گروه از ویتامین ها از اهمیت فوق العاده ای برخوردارند. زیرا برای تک تک سلول های بدن الزامی اند و فقدان حتی یک عدد از آنها قادر است کل سیستم بدن را به مخاطره بیندازد. در تمام کم خونی ها با جبران فقدان آهن می توان این ناراحتی را از شتاب انداخت. اما مردان بسیار به ندرت دچار کم خونی می شوند و اگر مردی دچار این عارضه شد احتمال زیادی وجود دارد که یکی از اندام های او نظیر روده یا معده دچار خونریزی است. چرا که مردان عادت های ماهیانه، دوران سخت بارداری و دوران طاقت فرسای شیردهی را ندارند و این موضوع خاص زنان است.» رعایت رژیم غذایی درست به اعتقاد متخصصان راه حل اساسی برطرف کردن عارضه کم خونی است. شمسی آذرنیوش می گوید: «اگر کمی حوصله کنیم و دقت بیشتری در تغذیه داشته باشیم همراه با ورزش، حتماً نتیجه خوبی می گیریم. شناختن مواد غذایی، ترکیبات و نقش هر کدام آنها در رفع یکی از نیازمندی های بدن فقط به مقداری صرف وقت و مطالعه احتیاج دارد. به طور مثال این که بدانیم خوردن پسته، انجیر، تره فرنگی، اسفناج، جعفری، شاهی، آلو، خرما، زردآلو، زرده تخم مرغ، انگور، ذرت بوداده و ... در رفع کم خونی مؤثرند و یا ورزش در رساندن خون و گردش خون در تمام اعضای بدن تأثیر به سزایی دارد بویژه در رساندن خون به مغز. در کنار رعایت اصول غذایی صحیح و انجام دادن حرکات ورزشی، سلامتی بدن تا حد زیادی تأمین و تضمین می شود و می توانیم جلوی عارضه کم خونی را در مراحل اولیه و قبل از آن که با شدت گرفتن آسیب بیشتری را به بدن وارد کند، بگیریم.» تصمیم گیری درباره نحوه مصرف غذایی موضوعی است که به خود اشخاص بستگی دارد، اما بدیهی است هر چه دانش و آگاهی تغذیه علمی و صحیح در میان مردم و خانواده ها افزایش یابد، توان آنها برای مقابله با بیماری ها بیشتر می شود. منصوره لیبیبی رانکوهی محقق تغذیه می گوید: «به طور مثال اگر زنان بدانند با خودداری از مصرف انواع شیرینی ها مثل قند، شکر، کیک ها، نوشابه ها، بستنی ها، آب میوه های ساختگی بیرون به ترشح متعادل اسید معده خود کمک می کنند، چون با مصرف

این مواد ترشح اسید معده کمتر شده و مواد کانی سخت حل شدنی نظیر آهن، مس، ید و Bکوبالامین در این حالت قادر به هضم و جذب نیستند و این مسأله به پیشروی کم خونی دامن می زند، مطمئناً در برنامه تغذیه ای خانواده نیز مصرف کمتر این مواد را الگو قرار می دهند.»

فاطمه امیری

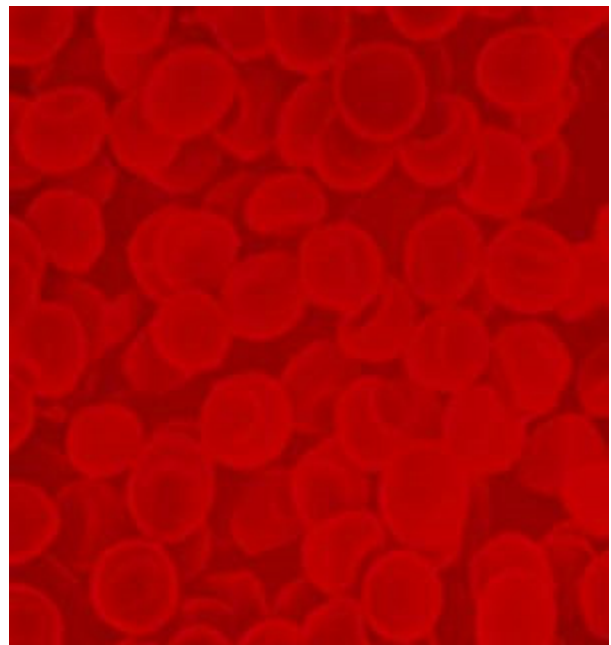
منبع : روزنامه ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=209077>

 Vista.ir
Online Classified Service

کم خونی فقر آهن

- کم خونی فقر آهن چیست؟
شایعترین علت کم خونی ، فقر آهن می باشد. آهن جهت ساخت هموگلوبین لازم است.
آهن اکثراً درون هموگلوبین ذخیره می شود و حدود ۳۰ درصد از آهن نیز در فریتین و هموسیدرین مغز استخوان ، طحال و کبد ذخیره می گردد.
- علت کم خونی فقر آهن چیست؟
 - کاهش آهن در رژیم غذایی:
- آهن از رژیم غذایی جذب می گردد، هر چند فقط یک میلی گرم آهن از هر ۱۰-۲۰ میلی گرم آهن غذا جذب می شود. فردی که قادر به مصرف یک رژیم غنی از آهن نباشد ممکن است به درجاتی از آنمی فقر آهن مبتلا شود.
- تغییرات بدنی:
- هنگامی که بدن تحت تاثیر تغییرات ناگهانی نظیر رشد ناگهانی در بچه ها و بالغین یا در طی دوره شیردهی قرار می گیرد، نیازمند افزایش دریافت آهن و



افزایش تولید سلول های قرمز خونی می باشد.

▪ اختلالات مجاری گوارشی:

اختلال در جذب آهن بعد از برخی جراحی های دستگاه گوارش شایع است. قسمت اعظمی از آهن موجود در غذا توسط قسمت کوچکی از روده فوقانی جذب می گردد. هر اختلالی در دستگاه گوارش می تواند جذب آهن را تغییر داده و منجر به آنمی فقر آهن شود.

▪ از دست دادن خون :

از دست دادن خون باعث کاهش آهن و در نتیجه کم خونی فقر آهن می شود . منبع از دست دادن خون شامل : خونریزی دستگاه گوارش،

خونریزی ماهیانه یا صدمات می باشد.

• علائم کم خونی فقر آهن چیست؟

علائم زیر شایعترین علائم کم خونی فقر آهن می باشند. هر چند هر فرد ممکن است علائم متفاوتی را تجربه نماید.

علائم عبارتند از:

(۱) رنگ پریدگی غیر طبیعی یا کاهش رنگ پوست

(۲) تحریک پذیری

(۳) کاهش انرژی و خستگی زودرس

(۴) زخم و تورم زبان

(۵) تمایل به خوردن موادی نظیر خاک یا یخ (یک حالت به نام سندرم پیکا)

علائم کم خونی فقر آهن ممکن است مشابه دیگر شرایط خونی یا مشکلات طبی باشد. همیشه جهت تشخیص با پزشک خود مشاوری نماید.

• چگونه کم خونی فقر آهن تشخیص داده می شود؟

شک به کم خونی فقر آهن از طریق یک سری یافته های عمومی در یک شرح حال طبی کامل و معاینه فیزیکی حاصل می گردد. علائمی نظیر

خستگی زودرس ، رنگ پریدگی غیر طبیعی پوست و افزایش ضربان قلب از یافته های عمومی می باشد.

کم خونی فقر آهن، اغلب طی یک معاینه طبی و از طریق یک آزمایش خون که میزان هموگلوبین و آهن خون را می سنجند آشکار می گردد. در

کنار شرح کامل طبی و معاینه فیزیکی ، روش های تشخیصی کم خونی فقر آهن شامل موارد زیر می باشد:

• آزمایش های تکمیلی خون

▪ نمونه گیری از مغز استخوان

مغز استخوان از طریق آسپیراسیون (مکیدن) یا یک سوزن نمونه برداری تحت یک بی حسی موضعی خارج می گردد. در نمونه برداری آسپیراسیون

یک نمونه مایع از مغز استخوان گرفته

می شود، اما در یک نمونه برداری سوزنی سلول های مغز استخوان گرفته می شوند (مقداری از بافت مغز استخوان گرفته می شود). این

روش ها اغلب به صورت همزمان به کار می روند.

▪ درمان کم خونی فقر آهن

- درمان اختصاصی فقر آهن که توسط پزشک شما تعیین می شود براساس موارد زیر می باشد:

- سن، سلامت عمومی و شرح حال طبی

- شدت آنمی (کم خونی)

- علت کم خونی

- تحمل شما برای داروها و روش های درمانی مختلف

- عقاید و انتخاب شما

• درمان شامل:

▪ رژیم غذایی غنی از آهن: منابع مناسب عبارتند از :

▪ گوشت - گوشت گاو ، گوشت بره ، جگر و دیگر ارگان های گوشتی

▪ ماکیان- مرغ، مرغابی، بوقلمون، جگر (بخصوص گوشت تیره)

▪ ماهی - صدف، میگو، ساردین ها و ماهی کولی

▪ برگ سبز خانواده کلم نظیر گل کلم ، کلم پیچ، شلغم

▪ سبزی ها نظیر نخود فرنگی ، لوبیا ، نخود خشک

▪ نانی که خمیر آن به اندازه کافی ور آمده باشد.

▪ نان سفید غنی از آهن ، برنج و حبوبات

• مکمل های آهن:

مکمل های آهن را برای چند ماه تجویز می نمایند تا سطح آهن در خون افزایش یابد. مکمل آهن می تواند منجر به تحریک معده و تغییر حرکات روده گردد و جهت افزایش میزان جذب آهن، باید با معده خالی یا همراه با آب پرتقال مصرف شود.

• چگونه بدن آهن را جذب می نماید؟

آهن در بسیاری از مواد غذایی وجود دارد و از طریق معده جذب می شود. در طی روند جذب، اکسیژن با آهن ترکیب شده به پلاسما خون وارد و به ترانسفرین منتقل می گردد. از این مرحله آهن و ترانسفرین در تولید هموگلوبین شرکت نموده و در کبد، طحال و مغز استخوان ذخیره گشته و براساس نیاز سلول های بدن مصرف می شود.

• غذاهای حاوی مقادیر فراوان آهن

▪ غذای غنی از آهن / میزان / محتوای آهن تقریبی براساس میلی گرم

▪ صدف خوارکی / ۳ اونس / ۲/۱۳ میلی گرم

▪ جگر گاو / ۳ اونس / ۵/۷ میلی گرم

▪ آب میوه آلو / ۲/۱ لیوان / ۲/۵ میلی گرم

▪ گوشت گاو / ۳ اونس / ۰/۳ میلی گرم

▪ نخود / ۲/۱ لیوان / ۰/۳ میلی گرم

▪ سبوس گندم / ۲/۱ لیوان / ۸/۲ میلی گرم

▪ میگو / ۳ اونس / ۶/۲ میلی گرم

▪ کشمش / ۲/۱ لیوان / ۵۵/۲ میلی گرم

▪ ساردین / ۳ اونس / ۵/۳ میلی گرم

▪ اسفناج / ۲/۱ لیوان / ۴/۲ میلی گرم

▪ لوبیا / ۲/۱ لیوان / ۲/۲ میلی گرم

▪ بوقلمون / ۳ اونس / ۰/۲ میلی گرم

▪ آلو / ۲/۱ لیوان / ۹/۱ میلی گرم

▪ کباب گوشت گاو / ۳ اونس / ۸/۱ میلی گرم

▪ نخود سبز / ۲/۱ لیوان / ۵/۱ میلی گرم

▪ بادام زمینی / ۲/۱ لیوان / ۵/۱ میلی گرم

▪ سیب زمینی / ۱ عدد / ۱/۱ میلی گرم

▪ لوبیا سبز / ۲/۱ لیوان / ۰/۱ میلی گرم

▪ نخم مرغ / ۲/۱ عدد / ۰/۱ میلی گرم

منبع : دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234129>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کم خونی فقر آهن و ارتباط آن با دیرآموزی کودکان و خستگی بزرگسالان

www.takbook.com



• خون و نقش آن در بدن چیست ؟

خون مایعی است به نام " پلاسما" که گلبولهای قرمز و سایر سلولهای خونی در آن معلق میباشند. پلاسما و گلبولهای قرمز با هم عهده دار تامین غذا و اکسیژن نسوج و درواقع انرژی بدن هستند و کاهش انرژی یعنی بروز خستگی .

• کم خونی چیست ؟

کم خونی اغلب با کمبود هموگلوبین در گلبولهای قرمز توجیه میشود. کمبود هموگلوبین به علل مختلف ، از جمله نقص مواد غذایی (فقر آهن ، ویتامین B12 ، و اسید فولیک) و یا کاهش گلبولهای قرمز خون (در اثر خونریزی ، همولیز و پرکاری طحال) بوجود می آید .

• هموگلوبین چیست ؟

هموگلوبین ، ترکیبی از یک ماده آهن دار به نام " هم " و یک پروتئین به نام " گلوبین " است . این ترکیب درون گلبولهای قرمز جای گرفته و کاهش و یا

افزایش آن معیار کم خونی ویا پرخونی است .

• کم خونی چه ارتباطی با ذخیره آهن بدن دارد؟

چنانکه اشاره شد، آهن عنصر اصلی هموگلوبین خون است . گلبولهای قرمز که در مغز استخوان بوجود می آیند، آهن مورد نیاز خود را از ذخیره موجود در کبد یعنی " فری تین " تامین می کنند چنانکه غلظت فری تین در کبد کاهش یابد ، انسان به کم خونی " فقر آهن " مبتلا می شود.

• علل کم خونی فقر آهن چیست ؟

الف) خونریزی : در اثر خونریزیها ، ذخیره آهن بدن کاهش می یابد که باید توسط غذا واستفاده از قرصهای آهن دار تامین شود. این نوع کم خونیها درمورد زنان جوان که با خونریزی پر حجم ماهیانه روبرو هستند ، کاملاً صدق میکند . خونریزیهای ضعیف و دنباله دار که به علت زخم معده و سرطان روده ، تومورهای تخمدان ، مثانه ، کلیه ها و همچنین فیروز رحمی بوجود می آیند. در بلند مدت منجر به فقر آهن میگردد . به منظور پیشگیری از عواقب احتمالی کم خونی ، پزشکان انجام آزمایش سالیانه خون در مدفوع را توصیه می کنند.

ب) کمبود آهن در رژیم غذایی : عدم استفاده کافی از غذاهای آهن دار ، در دراز مدت منجر به کم خونی فقر آهن می شود.

ج) اشکال در جذب آهن : جذب آهن در بیماریهای روده ای مانند پولیپ ، اسهالهای مزمن و جراحیهای انجام شده در روده ، مختل میشود . با توجه به اینکه اسید معده از عوامل موثر در جذب آهن می باشد، مصرف زیاد داروهای ضد اسید نیز در آن اختلال بوجود می آورد.

د) بارداری : با افزایش حجم خون در دوران بارداری ، نیاز مادر و جنین به آهن افزایش می یابد که باید با تغذیه مناسب تامین شود، در غیر اینصورت ، کم خونی مادر منجر به کندی رشد جنین و احیاناً سقط آن میگردد. مادران جوان جامعه ما اغلب این واقعیت را نادیده گرفته و با کم خونی فقر آهن روبرو هستند.

• عوارض کم خونی فقر آهن چیست ؟

کم خونیهای ضعیف در مراحل اولیه علامتی ندارند ولی با ادامه آن به تدریج عوارض مربوطه ظاهر می شود . اولین و مهمترین عارضه کم خونی ، خستگی است . فعالیت حیاتی افرادی که هموگلوبین خون آنها پائین است ، کاهش یافته وزود خسته می شود ضعف و رنگ پریدگی ، التهاب و سوزش زبان ، زخم کناره دهان وشکنندگی ناخن ها وهمچنین سردرد و سرگیجه از عوارض بعدی کم خونی است . تمایل غیر طبیعی به مواد غیر غذایی مانند جویدن یخ ، خوردن نشاسته خام نیز از نشانه های " کم خونی فقر آهن " است . این مشکل در کودکان بیشتر دیده می شود.

کودکانیکه به خوردن خاک تمایل پیدا می کنند، به طور غیر مستقیم از کم خونی خود خبر می دهند بخشی از کم خونی این کودکان نیز ممکن است در اثر مسمومیت با سرب موجود در رنگ دیوار منازل تشدید شود. کودکان کم خون ، اشتهاى خود را به غذا از دست می دهند و مقاومتشان در برابر عوامل عفونی کاهش می یابد.

• چه کسانی در معرض کم خونی فقر آهن قرار دارند ؟

به طور کلی زنان بیشتر از مردان در معرض خطر " کم خونی فقر آهن " هستند . زیرا علاوه بر خونریزیهای ماهیانه ، کلا ذخیره آهن بدنشان نسبت به مردان کمتر است . چنانکه اشاره شد ، زنان جوان ، به خصوص بانوانی که گرفتار دفع پرچم خون در عادت ماهیانه می باشند و همچنین کودکان در مرحله رشد سریع ، نیاز زیادی به آهن خوراکی دارند ، چنانکه نتوانند از مواد غذایی آهن دار استفاده کنند، به سرعت گرفتار کم خونی می شوند از این نظر ، کودکان پیش دبستانی و دبستانی در جهان برای جبران کم خونی از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند.

• کم خونی فقر آهن چگونه مشخص میشود؟

کم خونی با کاهش هموگلوبین خون مشخص می شود.

• محدوده طبیعی هموگلوبین خون در سنین مختلف در زیر مشخص شده است .

• زنان : ۱۲ تا ۱۶ گرم درصد

• مردان : ۱۴ تا ۱۸ گرم درصد

• نوجوانان : ۱۲ تا ۱۶ گرم در صد بچه ها : ۱۰ تا ۱۴ گرم در صد

• شیرخواران : ۱۰ تا ۱۵ گرم در صد نوزادان : ۱۶ تا ۲۵ گرم درصد

افرادی که هموگلوبین خون آنها پائین تر از مقادیر نامبرده است ، کم خون محسوب می شوند . لازم به ذکر است که ارقام اشاره شده تا حدی نسبی بوده و به عوامل دیگر خونی نیز ارتباط پیدا می کنند. چنانکه ممکن است دو ورزشکار با هموگلوبین خون برابر ، آنکه ذخیره آهن یعنی " فری تین " بیشتر دارد ، از انرژی بالاتری برخوردار باشد. " سی بی سی " آزمایش پر درخواستی است که با انجام آن علاوه بر غلظت هموگلوبین خون ، خصوصیات کلی سلولها از جمله شکل و رنگ و حجم و تعداد آنها نیز بررسی می شود. " فری تین " همواره غلظت هموگلوبین را در حد طبیعی حفظ می کند و از کاهش آن جلوگیری می کند . لذا پزشکان در موارد کم خونی فقر آهن ، قبل از هر اقدامی به سنجش " فری تین " خون می پردازند و در مراحل بعد برای ریشه یابی علت کم خونی ، به آزمایش های تکمیلی دیگر یعنی اندازه گیری آهن خون و ترانسفرین (پروتئین حامل آهن) و همچنین در صد اشباع ترانسفرین می پردازند.

• معضلات کم خونی چیست ؟

چون آهن علاوه بر فعالیت خون سازی در ساختمان عضلات و بعضی از آنزیم های مهم بدن نیز وارد می شود، کمبود آن منجر به کندی رشد جسمی و به خصوص مغزی نوزادان و شیرخواران می گردد. این ضایعه در موارد شدیدتر ممکن است برگشت ناپذیر شده و کودک را در کند ذهنی همیشگی نگه دارد . خردسالان کم خون ، اغلب نا آرام و تحریک پذیر می باشند. کودکان کم خون در مرحله پیش دبستانی و دبستانی با ضعف یادگیری و درک مطالب روبرو می شوند . " کم خونی فقر آهن " در بانوان باردار ، بر رشد جنین اثر گذاشته و ممکن است زمینه ساز سقط آن شود . نوزادانی که از مادران مبتلا به فقر آهن به دنیا می آیند ، اکثرا کم وزن و ضعیف می باشند.

• روش درمان کم خونی فقر آهن چیست ؟

علت کم خونی های شدید، باید قبلا ریشه یابی شود. مواد غذایی به تنهایی جوابگوی تخلیه آهن ذخیره شده بدن نمی باشند. بنا براین متخصصین زنان و زایمان و همچنین متخصصین کودکان برای درمان کم خونی بیماران خود از داروهای آهن دار استفاده می کنند. آهن خوراکی نقص کمبود را در بانوان باردار تامین می کند. خونریزی های پر حجم ماهیانه بانوان نیز با داروهای مخصوص قابل کنترل می باشند.

• چگونه می توان از کم خونی فقر آهن پیشگیری نمود؟

" کم خونی فقر آهن " را می توان با تنظیم رژیم غذایی مناسب کنترل نمود. عمده ترین مواد غذایی آهن دار عبارتند از جگر گوسفند ، زرده تخم مرغ ، گوشت قرمز بی چربی ، گوشت مرغ و بوقلمون ، ماهی و سایر آبزیان است . اغذیه گیاهی نیز مانند جوانه گندم ، شیره چغندر (ملاس) ، حبوبات (عدس و نخود) سبزیجات سبز به خصوص اسفناج ، نان و میوه های خشک (کشمش و زرد آلو و گردو) ، دانه های گیاهی و خشکبار از آهن غنی برخوردارند. شدت جذب آهن غذاهای گیاهی کندر از حیوانی است . بنابراین اغلب همراه با غذاهای گوشتی مصرف می شوند . صرف یک لیوان آب پرتقال و یا سایر مرکبات در روز ویا استفاده از قرصهای ویتامین C شدت جذب آهن را افزایش می دهد.

صرف چای و قهوه با غذا ، باعث محدودیت جذب آهن می گردد. به همین دلیل استفاده از آنها همراه غذا توصیه نمی شود . در بیماری های عفونی ، آهن به صورت عامل دفاعی از محیط فعالیت باکتریها خارج شده و به کم خونی منتهی می گردد. لذا برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن

و گریز از خستگیهای بی دلیل ، توجه به حفظ بهداشت و رعایت رژیم غذایی غنی از آهن به خصوص در کودکان و بانوان جوان و باردار بسیار لازم است .

• مصرف اضافی آهن چه مضراتی دارد ؟

داروهای آهن دار به هیچوجه نباید بدون تجویز پزشک مصرف شوند، با وجودیکه جذب آهن در جهاز هاضمه بر حسب نیاز بدن تنظیم می گردد، ولی در مواردی که بیش ازحد مصرف شود، در نسوج مختلف بدن از جمله کبد رسوب کرده و مشکلات فراوانی را بوجود می آورد. زیادی آهن ، میتواند مغز استخوان را مهار کرده و خود عامل کم خونی شود. مردان که چرخه آهن بدنشان متعادل است ، نیاز چندانی به آهن اضافی ندارند و قرصهای آهن داری که گاهی در رقابتهای ورزشی مصرف می کنند ، ممکن است به علت نقص ژنتیکی ، با خطر شدیدی روبروشوند.

کودکان نوپا نیز با خوردن قرصهای آهن دار که در دسترس آنها است ، دچار مسمومیت می شوند . مسمومیتهائی که به علت بی مبالاتی در حفظ داروها از دسترس کودکان پیش می آید زیاد است .

طبق گزارشات موجود، تعداد کودکانیکه با مسمومیت آهن به درمانگاههای اورژانس آمریکا روانه شده اند ، به بیش از ۲۰هزار مورد در سال بوده است .

منبع : شبکه خبری ورلد نیوز

<http://vista.ir/?view=article&id=229685>

 Vista.ir
Online Classified Service

کم خونی کمبود G6PD

کمبود فعالیت آنزیم G6PD (گلوکز - ۶ - فسفات - دهیدروژناز) یکی از مهمترین اختلالات متابولیسم کربوهیدرات ها است که توسط ژن وابسته به جنس بر روی کروموزم X ، جمعیتی قریب به ۲۰۰ میلیون نفر را در برگرفته است . و این یکی از بیماریهای ارثی شایع می باشد و زمانی که فرد در معرض استرس ، عفونت یا داروهای خاص قرار می گیرد منجر به تجزیه گلبولهای قرمز خون می شود .

• شیوع :

▪ شیوع کمبود شدید و نسبتاً شدید G6PD در نوزادان پسر در مقایسه با نوزادان دختر بیشتر است .

▪ یکی از علتهای معمول در ایجاد یرقان نوزادان ، کمبود G6PD است که بیشترین شیوع را در کشورهای آسیایی و مخصوصاً منطقه جنوب شرقی آسیا دارد .

▪ اکثر پژوهشگران توصیه می کنند کلیه نوزادان بلافاصله بعد از تولد از نظر



کمبود G6PD آزمایش شوند .

• علائم و نشانه ها :

- خستگی
- رنگ پریدگی
- کوتاهی تنفس
- ضربان سریع قلب
- رنگ زرد پوست (یرقان)
- ادرار تیره
- کبد بزرگ

• عوامل خطر ساز :

- کمبود G6PD یک بیماری وابسته به کروموزم های جنسی و مغلوب می باشد که اثر اولیه آن کاهش G6PD در گلبولهای قرمز است و در نتیجه گلبولهای قرمز تخریب می شوند . اثر نهائی بیماری ایجاد کم خونی می باشد .
- افراد مبتلا به این بیماری بطور معمول کم خون نبوده و علائم بیماری را نشان نمی دهند . تا زمانیکه گلبولهای قرمز در معرض یک عامل اکسیدان و یا استرس قرار گیرد.

• عوارض :

- بیماریهایی که در هفته اول تولد در نوزادان بصورت یرقان همولیتیکی حاد با عوارض وخیمی چون کرن ایکتروس با از دست دادن شنوایی و عقب افتادگی ایجاد می شوند همگی ممکن است در اثر کمبود فعالیت برخی آنزیم ها مخصوصاً G6PD بوجود آید و به خاطر عدم آگاهی خانواده ها مخصوصاً مادران از وجود کمبود فعالیت آنزیم G6PD در فرزندانشان ممکن است اطفال آنها در معرض برخی از عوامل اکسیدان از قبیل آسپرین ، سولفامیدها و داروهای ضد مالاریا مخصوصاً در نقاطی که هنوز مالاریا در آنجا کاملاً ریشه کن نشده است قرار گیرند و همچنین باقلای سبز که معمولاً در فصل بهار به فراوانی یافت می شود مشکلات زیادی را بوجود آورد . شدت فلوتورسانس در خون افراد سالم زیاد و در خون بیماران مبتلا به نقص آنزیم G6PD کم و یا صفر می باشد .

- معمولاً نتیجه هر حمله بهبودی خودبه خود است .

- بندرت نارسایی کلیه یا مرگ بدنال حمله حاد رخ می دهد .

• راههای پیشگیری :

- بیماران مبتلا به G6PD باید بطور اکید از عواملی که باعث تشدید علائم می شوند بخصوص داروها اجتناب کنند .

- مشاوره ژنتیک در مورد حاملین و بیماران لازم است .

- کلیه نوزادان در تمام کشورها مخصوصاً در استانهای ساحلی مورد آزمایش کمبود G6PD قرار گیرند .

- آگاه سازی جامعه از طریق رسانه های گروهی در خصوص خودداری از مصرف داروهای اکسیدکننده و باقلای سبز بعمل آید .

- آموزش ویژه کارکنان بهداشتی - درمانی برای آشنایی با علائم اولیه بیماری و شناسایی به موقع آن انجام گیرد .

• درمان :

- اگر علت حمله بیماری عفونت باشد باید درمان شود و اگر علت یک داروست باید مصرف آن قطع شود .

منبع : واحد مرکزی خبر

<http://vista.ir/?view=article&id=242128>



کم خونی وخیم

کم خونی وخیم (کم خونی ناشی از کمبود ویتامین ب ۱۲) عبارت است از کمخونی ناشی از جذب ناکافی ویتامین ب۱۲ (کوبالامین). ویتامین ب۱۲ تنها در غذاهای با منشأ حیوانی یافت می‌شود، مثل گوشت، ماهی، و لبنیات. این نوع کمخونی اغلب در افراد ۵۰-۶۰ ساله روی می‌دهد. علائم کمخونی وخیم به آهستگی و به طور نامحسوس ظاهر می‌شوند و ممکن است بلافاصله تشخیص داده نشوند.

• علائم شایع

ضعف، به خصوص در بازوها و پاها

زبان دردناک

تهوع، بی‌اشتهایی، و کاهش وزن

خونریزی از لته‌ها



کرختی و احساس سوزن سوزن شدن در دست‌ها و پاها

مشکل در تعادل

لب‌ها، زبان و لته‌های رنگ پریده

زردی چشم‌ها و پوست

افسردگی

گیجی و منگی، و زوال عقل

سررد

مشکل در حافظه

وزوز گوش

• علل

فقدان ماده‌ای به نام «فاکتور داخلی» که جذب ویتامین ب۱۲ را ممکن می‌سازد. این ماده از مخاط معده ترشح می‌شود. علت فقدان «فاکتور داخلی» معلوم نیست، اما امکان دارد يك نقص ارثی یا اختلال خودایمنی باشد.

کاهش ترشح اسید معده، به خصوص بعد از جراحی معده، یا همراه با فقدان «فاکتور داخلی». اسید معده نیز برای جذب ویتامین ب۱۲ ضروری است.

• عوامل افزایش‌دهنده خطر

غذای نامناسب، به خصوص رژیم گیاهخواری که ویتامین ب۱۲ را فراهم نمی‌آورد و عدم استفاده از مکمل ویتامین ب۱۲ در این حالت

بیماری تیروئید

جراحی معده، سرطان معده، یا التهاب معده

پرکاری یا بی‌اشتهایی عصبی

دیابت شیرین (مرض قند)

میگسیدم (يك نوع بیماری تیروئید)

سابقه خانوادگی این نوع کمخونی

سن بالا

عوامل ژنتیکی. این بیماری در مردمان اهل شمال اروپا شایع‌تر است. در عوض در سیاه‌پوستان و آسیایی‌ها نادر است.

- پیشگیری

اگر جراحی معده شده‌اید یا التهاب معده دارید، باید مرتباً ویتامین ب۱۲ تزریق کنید.

- عواقب مورد انتظار

در حال حاضر این بیماری غیرقابل درمان است. اما با تزریق منظم ویتامین ب۱۲ علائم را تا هر زمان می‌توان کنترل نمود و عوارض را بهبود بخشید. بعضی از علائم در عرض چند روز پس از شروع درمان ناپدید می‌شوند، در حالی که این زمان برای بعضی علائم دیگر ممکن است چند ماه باشد.

- عوارض احتمالی

نارسایی احتقانی قلب

دو بینی

افزایش استعداد ابتلا به عفونت

نانوانی جنسی در مردان

- درمان

برای تأیید بیماری از آزمایشات تشخیصی مختلفی می‌شود: آزمایش خون، آزمایش شیلینگ (جهت بررسی جذب ویتامین ب۱۲)، و گاهی نمونه‌برداری از مغز استخوان

دستورات درمانی توصیه شده که شامل درمان ویتامین ب۱۲ نیز هست را به کار بندید.

- داروها

معمولاً ویتامین ب۱۲ تزریقی تجویز می‌شود. مقدار آن بستگی به شدت بیماری دارد. دوز معمول عبارت است از یک تزریق در روز تا ۷ روز، سپس یک تزریق در هفته برای یک ماه، و سپس یک تزریق در ماه برای باقی عمر

طریقه تزریق ویتامین ب۱۲ به خود را یاد بگیرید، زیرا مکمل‌های خوراکی ناکافی هستند. درمان برای باقی عمر ضروری است. البته توجه داشته باشید که با درمان نیز توانایی جذب ویتامین ب۱۲ در شما طبیعی نخواهد بود

- فعالیت

ممکن است لازم باشد که فعالیت بدنی تا رفع خستگی و مشکلات تعادلی محدود شود.

- رژیم غذایی

رژیم خاصی توصیه نمی‌شود. هم‌اکنون، گوشت و جگر خام که قبلاً توصیه می‌شدند دیگر توصیه نمی‌شوند.

امکان دارد دریافت مکمل آهن ضروری باشد.

• در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید

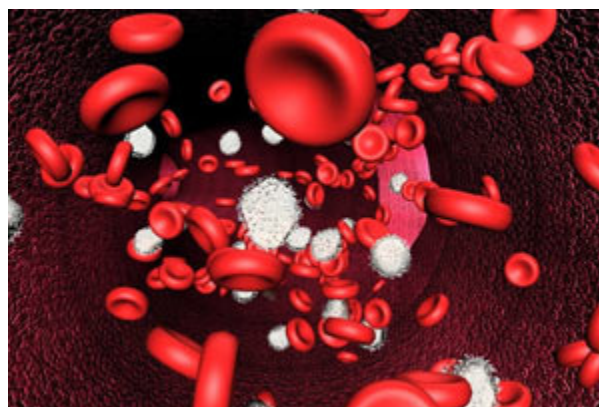
اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم این نوع کم‌خونی را دارید

اگر علائم در عرض ۲ هفته پس از آغاز درمان شروع به بهبود نکنند.

منبع : پایگاه اطلاع‌رسانی پزشکی نوین

<http://vista.ir/?view=article&id=223540>





آهن، یکی از مهم ترین عناصری است که در بافت های بدن تاثیر سازنده و کلیدی دارد و قسمت اعظم آن در مولکول هموگلوبین و گلوبول های قرمز به کار می رود و اغلب مردم به ویژه زنان و کودکان ذخیره کمی از آهن در بدن خود دارند. کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن، از مشکلات عمده تغذیه ای و بهداشتی در کشور است که می تواند در تمام مراحل زندگی سبب کاهش قدرت ادراک و یادگیری شود. یک شهروند بجنوردی در این باره می گوید:

مناسفانه مصرف غذاهای آماده و فست فودها، تنقلات کم ارزش مانند شکلات و پفک و چیپس جایگزین غذاهای مفید و مقوی خانگی شده است به همین علت کمبود آهن در بیشتر افراد جامعه مشاهده می

شود. «علیرضا محبی» می افزاید: اگر فرهنگ صحیح استفاده از مواد غذایی با ارزش رواج پیدا کند درصد کم خونی نیز کاهش می یابد. وی ادامه می دهد: فرزند من به کم خونی مبتلا بود که با کاهش مصرف غذاهای آماده و سوسیس و کالباس و مصرف مواد حاوی آهن مانند گوشت و سبزی های تازه کم خونی او تا حدودی برطرف شده است. شهروند دیگری می گوید: بیشتر اوقات از بی حوصلگی و خستگی زیاد رنج می برم و با مراجعه به پزشک و انجام آزمایشات متعدد متوجه شدم به کم خونی مبتلا هستم. «مریم مسعودی فر» می افزاید: به گفته پزشک ۲ زایمان پی در پی و مصرف ناکافی مواد حاوی آهن باعث شده است تا به کم خونی دچار شوم. یک کارشناس تغذیه در این باره می گوید: شیرخواران، کودکان زیر ۶ سال، نوجوانان به خصوص دختران نوجوان و زنان در سنین باروری (به خصوص زنان باردار) بیشتر در معرض بروز کم خونی قرار دارند. «علیزاده» می افزاید: آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیل ضروری است. وی تصریح می کند: کم خونی فقر آهن در کودکان زیر ۲ سال و سنین مدرسه با تاخیر رشد خفیف همراه است و درمان کم خونی موجب افزایش سرعت رشد می شود. تاخیر رشد در کودکان کم خون ممکن است به علت تاثیر کلی آهن در واکنش های حیاتی بدن، رابطه آن با سیستم ایمنی و یا تاثیر آن بر اشتها باشد. وی با بیان این که کم خونی فقر آهن در کودکان سنین مدرسه باعث کاهش قدرت یادگیری می شود عنوان می کند: ضریب هوشی این کودکان ۵ تا ۱۰ امتیاز کمتر از حد طبیعی برآورد شده است هم چنین در این کودکان میزان ابتلا به بیماری های عفونی بیشتر است زیرا سیستم ایمنی آن ها قادر به مبارزه با عوامل بیماری زا نیست. تجویز آهن به کودکان کم خون باعث کاهش ابتلا به بیماری های عفونی می شود. کودکان و دانش آموزانی که دچار کم خونی فقر آهن هستند همیشه احساس خستگی و ضعف می کنند، این افراد بیشتر از ورزش و فعالیت های بدنی دوری می کنند و یا در هنگام ورزش خیلی زود خسته می شوند و تغییرات رفتاری آن ها به صورت بی حوصلگی و بی تفاوتی مشاهده می شود. به گفته وی، کم خونی فقر آهن به دلیل تاثیر بر قدرت یادگیری و کاهش آن باعث افت تحصیل دانش آموزان می شود. «علیزاده» می گوید: کم خونی فقر آهن مادران باردار سبب تاخیر رشد جنین، تولد نوزاد با وزن کم و افزایش مرگ و میر جنین در حوالی زمان زایمان (پری ناتال) می شود. وی می افزاید: در کودکان زیر ۵ سال به ویژه در سال اول زندگی به دلیل سرعت رشد جسمی و تکامل مغزی نیاز به آهن بسیار بالاست. مصرف مقادیر زیادی شیر در کودکان یک تا ۲ ساله به نحوی که شیر جایگزین سایر غذاهای حاوی آهن شود موجب بروز کم خونی در کودکان می شود. در سنین مدرسه بدن به دلیل رشد به آهن بیشتری نیاز دارد و مصرف ناکافی منابع غذایی حاوی آهن در این دوران منجر به کمبود آهن می شود. در دوران بلوغ نیز به دلیل جهش رشد نیاز دختران و پسران نوجوان به آهن بیشتر از دوران قبل است و در صورتی که از منابع غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه به اندازه کافی استفاده نشود، نوجوان به سرعت در معرض خطر کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن قرار می گیرد. وی عنوان می کند: در دوران بلوغ دختران علاوه بر جهش رشد و نیاز بیشتر به آهن (به دلیل سیکل ماهانه) نسبت به کم خونی فقر آهن بسیار حساس تر و آسیب پذیرتر هستند. وی ادامه می دهد: عادات و رفتارهای غذایی خاص در دوران مدرسه و بلوغ اغلب موجب می شود که کودکان و دانش آموزان به جای مصرف غذاهای خانگی از غذاهای خیابانی مانند انواع ساندویچ های سوسیس و کالباس، پیتزا و تنقلات غذایی کم ارزش مانند چیپس، نوشابه، شکلات و پفک استفاده کنند به همین دلیل در معرض خطر کمبود آهن قرار می گیرند چون این غذاها آهن ندارند و بر سلامت فرد تاثیر بدی می گذارند. در برنامه غذایی روزانه ۲ نوع آهن نوع هم «Heme» و غیر هم «Non.Heme» وجود دارد. آهن «Heme» در گوشت قرمز، مرغ، ماهی و جگر و آهن «Non.Heme» در غذاهای گیاهی مانند غلات، حبوبات، سبزی ها، مغزها (پسته، بادام، گردو و...) و انواع

خشکبار (برگه هلو، زردآلو، انجیر و ...) وجود دارد. وی اظهار می دارد: آهن «Heme» از قابلیت جذب بالایی برخوردار است و به میزان ۲۰ تا ۳۰ درصد جذب می شود در حالی که آهن Non.Heme موجود در غذاهای گیاهی به میزان ۲ تا ۸ درصد جذب می شود و جذب آهن بستگی به وجود عوامل کاهش دهنده و افزایش دهنده جذب آهن دارد. به گفته این کارشناس تغذیه آهن موجود در زرده تخم مرغ از نوع Non.Heme است که از قابلیت جذب کمی برخوردار است. گوشت قرمز، مرغ و ماهی افزایش دهنده جذب آهن هستند. این مواد غذایی ارزش دوگانه دارند یعنی اگر حتی مقدار کمی گوشت در غذا وجود داشته باشد آهن موجود در آن موجب افزایش جذب آهن از مواد گیاهی موجود در غذا نیز می شود. وی به مواد افزایش دهنده جذب آهن اشاره می کند و می گوید: اسیداسکوربیک یا ویتامین C که در سبزی ها و میوه های تازه و خام وجود دارد از افزایش دهنده های جذب آهن است و می توان از طریق مصرف مقادیر سبزی خوردن، پیاز و یا انواع سالاد همراه با آب لیمو یا نارنج تازه جذب آهن غذاهای گیاهی را افزایش داد.

استفاده از جوانه غلات و حبوبات می تواند موجب افزایش آهن قابل جذب در مواد غذایی شود. وقتی غلات جوانه می زنند ویتامین C در آن ها افزایش می یابد و میزان تانن ها و اسید فیتیک کم می شود. به طور مثال جوانه زدن برخی از غلات نظیر گندم و حبوبات مانند ماش و عدس به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت می تواند آهن قابل جذب را به ۲ برابر افزایش دهد. وی به روش های پیش گیری از کم خونی فقر آهن اشاره می کند و اظهار می دارد: برای پیش گیری از کم خونی بهتر است در برنامه غذایی روزانه از مواد غذایی حاوی آهن مانند انواع گوشت ها (قرمز، ماهی، مرغ) جگر، حبوبات (عدس، لوبیا) و سبزی های سبز تیره (کشنیز، جعفری و ...) بیشتر استفاده شود. وی عنوان می کند: برای جذب بیشتر آهن بهتر است همراه با غذا از سبزی های تازه و سالاد (گوجه فرنگی، فلفل دلمه ای، کلم، گل کلم و ...) که حاوی ویتامین C هستند و جذب آهن را افزایش می دهند استفاده کرد. در میان وعده ها به جای استفاده از تنقلات غذایی کم ارزش از انواع میوه ها به خصوص نارنگی، پرتقال، خشکبار (کشمش، خرما، انجیر خشک) و انواع مغزها (فندق، بادام، پسته و ...) که از منابع غذایی آهن هستند استفاده کنند. «علیزاده» می گوید: از نوشیدن چای، قهوه و دم کرده های گیاهی یک ساعت قبل و پس از صرف غذا باید خودداری کرد و برای کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص آهن توصیه می شود که این قرص شب قبل از خواب و پس از غذا میل شود. وی تصریح می کند: رعایت نکردن اصول بهداشتی، آب آشامیدنی ناسالم، توالت های غیربهداشتی، ضد عفونی نکردن صحیح سبزی های خام و در نتیجه ابتلا به آلودگی های انگلی از عوامل موثر در بروز کم خونی فقر آهن است. مصرف نان هایی که در تهیه آن ها از جوش شیرین استفاده می شود یکی دیگر از عوامل موثر در بروز کمبود آهن است و پیروی از طرح های آهن یاری، آموزش تغذیه و کنترل بیماری های عفونی و انگلی و غنی سازی مواد غذایی در پیش گیری و کنترل کم خونی فقر آهن موثرند. آهن یاری به طور معمول برای گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر کم خونی فقر آهن مانند زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال و سنین مدرسه و دختران نوجوان انجام می شود. وی به اهمیت درمان و کنترل بیماری های عفونی و انگلی اشاره می کند و می گوید: ابتلا به بیماری های عفونی باعث کاهش اشتها می شود و دریافت مواد مغذی از جمله آهن کاهش می یابد هم چنین بیماری های عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی اختلال ایجاد می کند و درمان به موقع و مناسب می تواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد.

منبع : روزنامه خراسان

<http://vista.ir/?view=article&id=366806>

 **vista.ir**
Online Classified Service

کنترل بیماریهای قلبی عروقی در جامعه

(۱) ایجاد، اجرا و پایش اقداماتی برای کاهش شیوع خطر بیماری عروق کرونر

www.takbook.com





در مردم و کاهش نابرابری در عوامل خطر در بین افراد و طبقات مختلف جامعه .

(۲) کنترل دخانیات و درمان افراد سیگاری مایل به ترک.

(۳) افراد بیمار را شناسایی و توصیه های مراقبتی مناسب و درمان مورد لزوم را برای آنها انجام داد.

(۴) بیماران دارای ریسک فاکتور بیماری قلبی عروقی را شناسایی و توصیه و درمان مناسب را در مورد آنها انجام داد.

(۵) باید امکاناتی فراهم شود تا افرادی که علائم احتمالی مربوط به عروق کرونو حمله قلبی دارند توسط افراد آموزش دیده (استفاده از دستگاه دفیبریلاتور) ظرف ۸ دقیقه اول بعد از حمله مورد مراقبت قرار گیرند تا از منافع احیاء قلبی عروقی بهره مند شوند.

(۶) کسانی که به نظر می رسد دچار حمله حاد قلبی شده اند بصورت تخصصی ارزیابی و در صورت لزوم آسپرین برای آنها تجویز گردد. داروهای ترومبولیتیک باید ظرف مدت ۶۰ دقیقه به آنها داده شود.

(۷) سیستم مراقبتی به گونه ای باشد که این افراد درمانی مقرون به صرفه و مناسب دریافت کنند تا از مرگ و ناتوانی آنها جلوگیری شود.

(۸) کسانی که دچار آئین صدری هستند یا مشکوک به داشتن آن می باشند درمان و بررسی مناسب دریافت کنند تا درد آنها کاهش و از خطر حمله قلبی در آنها کاسته شود

(۹) کسانی که به شدت آئین آنها افزوده می شود سریعاً " به کاردیولوژیست ارجاع شوند.

(۱۰) اینگونه بیماران بصورت سازمان یافته تحت بررسی و مراقبت و درمان قرار گیرند.

(۱۱) کسانی که مشکوک به نارسایی قلبی هستند تحت ارزیابی شامل ECG و اکوکاردیوگرافی قرار گرفته تا تشخیص مسجل شود و برای آنها که تشخیص ثابت می شود اقدامات درمانی مناسب انجام شود.

(۱۲) کسانی که در اثر بیماری قلبی بستری شده اند دعوت به شرکت در برنامه های پیشگیری ثانویه و بازتوانی شوند . هدف از اینگونه برنامه ها کاهش خطر حملات قلبی و بازگشت به زندگی طبیعی است.

در ضمن برنامه ریزی باید موارد زیر را در نظر داشت تا برنامه ریزی ما از انسجام لازم برخوردار بوده و در حین عمل دچار مشکل نشویم، بعبارت دیگر تمام جوانب کار را اعم از جنبه های اقتصادی، فزاهمی و دسترسی ، مقبولیت و کاربردی بودن را مدنظر قرار دهیم و چنانچه در مواردی از شواهد کافی محروم هستیم یا از اقدامات آلترناتیو استفاده کرده و یا ابتدا آن اقدام را بصورت پایلوت تست کنیم.

- کیفیت خدمات: خدمات ارائه شده باید از کیفیت استاندارد برخوردار باشد تا از اتلاف سرمایه و دوباره کاری جلوگیری شود.

- اطلاعات مناسب برای مردم: باید مردم را نسبت به ارائه اینگونه خدمات و لزوم استفاده آنها از این خدمات به نحو شایسته آگاه کنیم تا بیشترین افراد از این خدمات بهره مند گردند.

- ارزیابی : باید جامعه را قبل و بعد از ارائه خدمات بصورت پیوسته مورد ارزیابی قرار داد تا تأثیر این خدمات بدرستی مشخص گردد و میزان بهره ای که کل جامعه از این خدمات کسب می کند معلوم گردد.

- اقدامات براساس شواهد: از انجام اقداماتی که مبنای علمی صحیح و یا ثابت شده ای ندارند اجتناب شود.

- استفاده از اقشار و سازمانهای داوطلب: در امر پیشگیری از بیماریهای قلبی به منابع محدود وزارت بهداشت اکتفا نشود و با ارائه ادله محکم و مستند سعی در کسب حمایت آحاد مردم و سازمانهای مختلف گردد.

- درمان و اقدامات اورژانس: در امر درمان بیماران قلبی سرعت عمل حرف اول را می زند و در کنار تجهیز بیمارستانها و تربیت نیروی ماهر باید دسترسی برابر عموم اقشار به این امکانات از طریق تقویت پایگاههای اورژانس در نقاط دور و نزدیک فراهم شود.

<http://vista.ir/?view=article&id=266492>

کنترل فشار خون: دارو همیشه لازم نیست!

• گفت‌وگو با دکتر شاهرخ حوائجی، متخصص بیهوشی

قلب دستگاه مرکزی بدن است. خون را به مغز، فرمانده بدن، و تمامی احشا و نسوج می‌رساند. همچنین، عروق شبکه ارتباطی وسیعی میان قسمت‌های مختلف بدن ایجاد می‌کند. برای صدور فرمان مغز به بخشی از بدن، خون و اکسیژن لازم است. قلب تأمین‌کننده خون مورد نیاز دورترین اعضای بدن است. هرچه مراقبت‌های انجام‌شده در جهت حفظ سلامت دستگاه قلب و عروق بیشتر باشد، هماهنگی بین سایر اعضا و قسمت‌های بدن بیشتر خواهد بود. از جمله مسائلی که به منظور حفظ سلامت این دستگاه مورد توجه قرار می‌گیرد کنترل فشار خون است.

پرفشاری خون، بخصوص در سنین پس از یائسگی، خطر بزرگی برای سلامت بسیاری از زنان جامعه ما محسوب می‌شود. رژیم‌های نادرست غذایی، مصرف زیاد غذاهای چرب و پر نمک، بی‌تحرکی و زندگی ماشینی از جمله عوامل مستعدکننده برای ابتلا به بیماری پرفشاری خون است.

دکتر شاهرخ حوائجی، متخصص بیهوشی و فلوشیپ بیهوشی قلب و آکسی‌یو، در گفت‌وگویی، به معرفی بیماری پرفشاری خون، علل ایجادکننده و تغییرات لازم در نحوه زندگی مبتلایان می‌پردازد.

• آقای دکتر، ابتدا بفرمایید فشار خون چه اهمیتی دارد و چرا میزان آن مقیاسی است برای سلامت دستگاه قلب و عروق؟

• فشار خون به معنی فشاری است که خون در هنگام عبور از رگ‌های خونی

به دیواره آن وارد می‌کند. وجود فشار خون در بدن لازم است و بدون آن نمی‌توان زندگی کرد. فشار خون یک اندازه طبیعی دارد و یک اندازه غیرطبیعی. اگر در اندازه طبیعی باشد، فرد زندگی عادی و روزمره خواهد داشت، در غیر این صورت، مشکلاتی برای بدن و دستگاه گردش خون ایجاد می‌شود. چنان‌که فشار خون طبیعی دارید، با اطمینان برنامه‌هایتان را برای زندگی‌ای طولانی و سالم دنبال کنید.

• فشار خون با دو عدد اعلام می‌شود. عدد اول فشار خون سیستولیک یا ماکزیمم و عدد دوم فشار خون دیاستولیک یا مینیمم را نشان می‌دهد. سیستول و دیاستول در دستگاه گردش خون چه مفهومی دارد؟

• هنگامی که قلب منقبض می‌شود و خون را وارد دستگاه گردش خون می‌کند، فشاری ایجاد می‌شود. این فشار، که ناشی از انقباض عضله قلب است، فشار خون سیستولیک نامیده می‌شود. در فاز دیاستول چرخه ضربان قلب، عضله آن شل می‌شود و خون وریدی به داخل قلب برمی‌گردد، درجه آئورت بسته می‌شود و دیگر خونی به سیستم شریانی بدن وارد نمی‌شود. در این مرحله، فشار خون نسبت به مرحله سیستول پایین می‌آید. این فشار خون فشار خون دیاستولیک نام دارد.

سیستول و دیاستول همان ماکزیمم و مینیمم است که برای بیشتر افراد آشناست.

• میزان طبیعی و غیرطبیعی فشار خون سیستولی و دیاستولی چقدر است؟

• میزان طبیعی فشار خون در کتب مختلف متفاوت در نظر گرفته شده است.



میزانی که بیشتر مورد قبول است حداکثر ۱۴۰ میلی‌متر جیوه برای فشار سیستول یا ماکزیمم و ۹۵ میلی‌متر جیوه برای فشار دیاستول یا مینیمم است. در مقالات تحقیقی اخیر آمده است که فشار سیستولیک نباید بالاتر از ۱۲۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک هم نباید بیشتر از ۷۰ میلی‌متر جیوه باشد. هر عاملی که باعث شود فشار سیستولیک از این میزان بالاتر رود، باعث پرفشاری خون سیستولیک خواهد شد. اضطراب، تصلب شرایین و چاقی از جمله علل پرفشاری خون سیستولیک هستند.

• علت پرفشاری خون چیست؟

• با افزایش سن، خاصیت کشسانی یا نرمی دیواره عروق شریانی از بین می‌رود. هرچه میزان غیرطبیعی شدن دیواره شریان‌ها بیشتر باشد، نوسان و تغییرات فشار خون بیشتر خواهد بود. روند تصلب شرایین یعنی سخت شدن دیواره شریان‌ها از اواسط عمر شروع می‌شود و با افزایش سن شدت می‌یابد. به‌طور کلی، هر عاملی که باعث کاهش خاصیت کشسانی عروق شریانی یا نرمی آنها شود، پرفشاری خون ایجاد می‌کند. افزایش سن، وزن و چربی خون، همچنین استرس‌های محیطی از جمله عوامل دخیل در پرفشاری خون شناخته شده‌اند.

• بین فشار خون سیستولی و دیاستولی ارتباطی وجود دارد؟

• بله، معمولاً فشار خون دیاستولیک نصف به علاوه یک فشار خون سیستولیک است. مثلاً اگر فشار خون سیستولیک ۱۲۰ میلی‌متر جیوه باشد، فشار خون دیاستولیک ۷۰ خواهد بود. در اغلب موارد، با افزایش فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک هم افزایش می‌یابد؛ اما آنچه باعث تخریب دیواره عروق می‌شود فشار خون دیاستولیک است. یعنی اگر فشار خون دیاستولیک به‌طور مداوم در حدود ۱۱۰ میلی‌متر جیوه باشد، این وضعیت در مقایسه با افزایش گاه‌گاه فشار خون سیستولیک تا اندازه ۱۷۰ یا ۱۸۰ میلی‌متر جیوه مشکلات جانبی بیشتری ایجاد می‌کند. در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مزمن، این ارتباط به‌هم می‌خورد و فشار خون سیستولیک آنها در حدود ۱۴۰ تا ۱۶۰ و فشار خون دیاستولیک در حدود ۱۰۰ تا ۱۱۰ میلی‌متر جیوه خواهد بود. این بیماران نیاز به درمان دارند.

• به‌نظر شما، میزان فشار خون در بازوی راست و چپ متفاوت است؟

• من به‌شخصه نمی‌دانم تفاوت فشار در دو بازو تا چه اندازه از نظر علمی صحت دارد، اما عده زیادی به این تفاوت معتقدند. بارها به بیمارانی برخورد کرده‌ایم که تقاضای اندازه‌گیری فشار خون در هر دو بازو را دارند. به هر شکل، فشار خون در دست چپ مختصری از دست راست بیشتر است، اما این تفاوت آن‌قدر فاحش نیست، مگر در فردی که به یک ضایعه عروقی در شریان زیرترقوه‌ای (ساب‌کلاوین) راست یا چپ مبتلاست.

• فشار خون در حالت خوابیده بالاتر است یا ایستاده؟

• در وضعیت ایستاده و نشسته، فشار خون در مقایسه با وضعیت خوابیده بالاتر است. بنابراین اگر فشار خون ماکزیمم فردی در حالت استراحت ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار مینیمم او ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر باشد، این فرد مستعد ابتلا به بیماری پرفشاری خون است. چنین فردی قطعاً در وضعیت نشسته و ایستاده فشار خونی بالاتر از حد طبیعی خواهد داشت.

• فشار خون سیستولیک مهم‌تر است یا دیاستولیک؟

• فشار خون دیاستولیک یا مینیمم اهمیت بیشتری دارد تا فشار خون سیستولیک یا ماکزیمم. در حقیقت، تخریب عروق و ضایعاتی که ایجاد می‌شود بیشتر ناشی از افزایش فشار خون دیاستولیک است. اما اگر فشار خون سیستولیک به‌طور ناگهانی بالا رود و فرد سابقه عارضه عروق مغزی داشته باشد، در این صورت، افزایش فشار خون سیستولیک منجر به پارگی عروق مغزی و به دنبال آن سکته مغزی می‌شود. این وضعیت معمولاً در افرادی که به‌طور مزمن فشار خون دیاستولیک بالا داشته‌اند و با افزایش ناگهانی فشار خون سیستولیک مواجه می‌شوند رخ می‌دهد.

• آیا ویژگی‌های جسمانی فرد نظیر قد و وزن در میزان فشار خون وی مؤثر است؟

• هرچه فرد بلندقدتر و سنگین‌وزن‌تر باشد و سن بیشتری داشته باشد، به حداکثر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک نزدیک‌تر می‌شود. مثلاً، در یک کودک خردسال، فشار خون سیستولیک ۸۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۵۰ میلی‌متر جیوه مناسب است، درحالی‌که در یک فرد ۴۰ ساله، فشار خون ایده‌آل ماکزیمم ۱۲۰ تا ۱۳۰ میلی‌متر جیوه و مینیمم ۶۰ تا ۷۰ میلی‌متر جیوه است.

• امراض قلبی در افراد مبتلا به پرفشاری خون شیوع بیشتری دارد؟

• در مبتلایان به پرفشاری خون، چون فعالیت قلب افزایش پیدا می‌کند، میزان خونی که از عروق کرونر - شریان‌های تغذیه‌کننده قلب - عبور می‌کند، کاهش می‌یابد.

بنابراین این افراد بیشتر به امراض عضله قلب مبتلا می‌شوند. هرگاه میان مقدار اکسیژن مورد نیاز عضله قلب و اکسیژنی که در اختیارش قرار

می‌گیرد توازن برقرار نباشد، درد قلبی ایجاد می‌شود و اگر این وضعیت شدت یابد، سکنه قلبی اتفاق می‌افتد.

عضله قلب این افراد به اجبار با قدرت بیشتری کار می‌کند، در نتیجه، عوارضی نظیر خستگی زودرس، کم‌خونی مزمن و بیماری قلبی پیش می‌آید. در ضمن، در مبتلایان به تصلب شرائین و پرفشاری خون ناشی از آن، عروق تغذیه‌کننده عضله قلب هم درگیر می‌شود، بنابراین، خون کمتری در اختیار عضله قلب قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، افزایش کار قلب و نیاز فراوان این عضو به اکسیژن، با توجه به کمبود اکسیژن‌رسانی، درد قلبی ایجاد می‌کند.

• قلب مبتلایان به پرفشاری خون گشاد می‌شود؟

• بزرگی قلب یعنی وضعیتی که اندازه قلب از نصف قطر عرضی قفسه سینه بیشتر است. اما این مقیاس به تنهایی برای تشخیص بزرگی یا نارسایی قلبی کافی نیست، چون در افراد ورزشکار، دیواره عضله قلب، بخصوص بطن چپ، ضخیم‌تر و اندازه قلب بزرگ‌تر از حد طبیعی است. اگر بزرگی قلب با اختلال عملکرد این عضو همراه باشد، ممکن است ناشی از نارسایی قلب باشد، اما تا زمانی که آزمایش‌های دقیق‌تر مانند اکوکاردیوگرافی انجام نشده، نمی‌توان با اطمینان گفت که بزرگی قلب ناشی از نارسایی قلبی است.

• مشکلات تنفسی با امراض قلبی و پرفشاری خون مرتبط است؟

• دستگاه تنفسی و دستگاه قلبی-عروقی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. با تنفس، ۲۰ تا ۲۵ درصد از انرژی قلب مصرف می‌شود. بنابراین در فردی که دچار نارسایی قلبی است، قلب از برآورده کردن نیاز انرژی، دستگاه تنفسی ناتوان می‌شود. از طرف دیگر، فردی که مبتلا به آسم یا بیماری ریوی است، به علت کمبود اکسیژن و افزایش مقاومت عروق ریه با مشکل قلبی روبه‌رو می‌شود.

• چرا بیماران مبتلا به پرفشاری خون از خستگی شکایت دارند؟

• در این بیماران، به دلیل تنگی عروق در اکثر اعضای بدن، میزان خونی که به هر عضو می‌رسد کم می‌شود. در حقیقت، حجم خون این افراد در مقایسه با افراد سالم کمتر است، بنابراین، آنها زودتر از سایرین خسته می‌شوند. مثلاً، یک فرد سالم پس از طی یکی دو کیلومتر پیاده‌روی احساس خستگی می‌کند، اما شخص مبتلا به پرفشاری خون، به علت افزایش کار قلب، باید فشار خون بالاتری ایجاد کند تا بتواند از طریق عروق سخت و تنگ‌شده خون را به نسوج برساند، در نتیجه، زودتر از افراد سالم دچار خستگی و فرسودگی می‌شود.

• در تشخیص بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نحوه اندازه‌گیری فشار خون اهمیت بسیاری دارد. بفرمایید که وضعیت مناسب برای اندازه‌گیری فشار خون چیست؟

• فردی که حداقل ده الی پانزده دقیقه در حالت درازکشیده قرار گرفته و هیچ استرسی در این مدت به او وارد نشده باشد، میزان فشار خون سیستولیک او بالاتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد، مبتلا به پرفشاری خون است. در حالت طبیعی، اگر فردی به سرعت از پله‌ها بالا و پایین رود، قطعاً فشار خونش افزایش پیدا می‌کند.

• چه تغییراتی را در شیوه زندگی و رژیم غذایی مبتلایان به پرفشاری خون توصیه می‌کنید؟

• با توجه به عامل ایجادکننده پرفشاری خون، نحوه کنترل و درمان آن تعیین می‌شود. اغلب افراد مبتلا به پرفشاری خون در سنین متوسط یا بالایی هستند، چاق‌اند، سابقه بیماری دیابت دارند، فعالیت جسمانی کمی در طول روز دارند، و با استرس‌های زیادی مواجه‌اند. بنابراین، اگر در روش زندگی این افراد تغییرات مناسبی ایجاد شود، در کاهش خطرات ناشی از پرفشاری خون مؤثر است. کاستن از استرس‌های محیطی و شغلی، مصرف کمتر نمک و چربی، بخصوص چربی‌های جامد، و نزدیک شدن به وزن ایده‌آل در کنترل فشار خون مؤثر است. پیاده‌روی و انجام ورزش‌های سبک که فشار چندان به عضله قلب وارد نمی‌کند هم از نظر روانی و عاطفی نقش مثبتی در فرد دارد و هم از وزن اضافی می‌کاهد و فشار خون را تنظیم می‌کند.

• آقای دکتر، برای کنترل پرفشاری خون الزاماً باید دارو مصرف شود؟

• در مرحله اول، معمولاً از دارودرمانی استفاده نمی‌شود. در فرد مبتلا به پرفشاری خون، برحسب عامل ایجادکننده بیماری، از شدت آن می‌کاهیم. مثلاً، اگر فرد مبتلا به چاقی است، ورزش را کم می‌کنیم؛ اگر در محیط کاری پر استرس مشغول به کار است، محیط را تغییر می‌دهیم؛ اگر از غذاهای پر نمک استفاده می‌کند، نمک غذایی را کم می‌کنیم. و اگر با این روش‌های حمایتی موفق به نزدیک کردن فشار خون به حد طبیعی نشدیم، درمان دارویی را آغاز می‌کنیم. بنابراین، همه افرادی که به بیماری پرفشاری خون مبتلا هستند، نیاز ندارند داروهای پایین‌آورنده فشار خون مصرف کنند.

گام های دردناک

در مورد زندگی امروز و تاثیر زیانبار شغل‌های کم تحرک و پشت میزی زیاد شنیده‌ایم اینکه این شیوه زندگی ما را مستعد چاقی و ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و روانی می‌کند و برای رویارویی با تمام این مشکلات باید شیوه سالم‌تری برای زندگی خود انتخاب کنیم، شیوه‌ای با رعایت تغذیه مناسب و گنجانیدن ورزش و تحرک روزانه در آن.

یکی از مشکلاتی که بسیاری از شاغلان در کارهای کم تحرک با آن مواجه هستند واریس است. افرادی که ساعت‌های طولانی مجبورند روی پا بایستند، افرادی که ساعت‌های طولانی پشت میز کار می‌نشینند بیشتر در معرض ابتلا به واریس قرار دارند.

این افراد معمولا از درد پاها، درد پشت ساق پا، احساس سنگینی در پا و خستگی در هنگام نشستن شکایت می‌کنند. زنان باردار هم در اثر تغییرات هورمونی در معرض ابتلا به واریس قرار دارند. ترشح هورمون‌هایی مانند هورمون پروژسترون و قرص‌های ضد حاملگی روی عروق اثر می‌گذارند و عروق را شل می‌کنند. عامل وراثت و فاکتورهای فامیلی هم در ابتلا به واریس موثر هستند.

دکتر کلانتر معتمدی، متخصص عروق با تاکید بر نقش وراثت در بروز واریس می‌گوید: اگرچه عوامل موثر در ابتلا به واریس متعدد است اما دلایل ارثی یکی از عوامل مهم در این زمینه محسوب می‌شود. افراد مستعد در صورتی که در شرایط بروز این بیماری قرار بگیرند زودتر از سایرین مبتلا خواهند شد. او در ادامه می‌افزاید: زنانی که زمینه واریس را دارا هستند به ویژه در ماه‌های آخر بارداری چون سر بچه روی وریدهای ایلیاک فشار می‌آورد باعث افزایش فشار وریدی پاها می‌شود و واریس را تشدید می‌کند.



• واریس چیست؟

واریس نارسایی وریدها یا همان سیاهرگ‌های سطحی اندام‌هاست که در نتیجه دیواره رگ‌ها و نارسایی دریچه‌های لانه کبوتری ایجاد می‌شود. اگرچه واریس در اندام‌های تحتانی (پاها) شایع‌تر است اما در سایر اندام‌ها حتی مری هم ممکن است ایجاد شود. هرورید (سیاهرگ) دارای دریچه‌های کنترل کننده جریان خون است. نارسایی در این دریچه‌ها و اختلال در عملکرد طبیعی آن منجر به واریس می‌شوند. کهولت سن، چاقی مفرط، آسیب دیدگی پاها و ایستادن مداوم و شیفت کاری طولانی بدون تحرک مانند پرستارها و آرایشگران، تغییرات فشارهای جوی (مهمانداران)

و... از دیگر عوامل زمینه‌ساز ابتلا به واریس محسوب می‌شوند.

در این بیماری وریدها برجسته و گشاد می‌شوند و پیچ و خمهایی در سطح پاها مشاهده می‌شود. با پیشرفت بیماری واریس کم کم شکل ظاهری پاها بدتر شده که این امر در جوانان بیشتر از سالمندان مشکل‌ساز و ناراحت‌کننده خواهد بود. برخی از سیاه‌رگ‌های واریسی هم به‌طور عمقی درون ساق پا قرار دارند و قابل مشاهده نیستند.

در مراحل پیشرفته بیماری فرد در پای خود احساس درد و کوفتگی به ویژه در زمان عصر و شب خواهد کرد. گاهی در مبتلایان به واریس لکه‌های قهوه‌ای رنگی در پایین ساق پا مشاهده می‌شود. این لکه‌ها ناشی از رسوب موادی در زیر پوست است و کم کم پوست پا ضخیم و شبیه چرم می‌شود. در صورتی که در این مرحله درمان انجام نشود ممکن است به علت بالا رفتن فشارها در این ناحیه زخم ایجاد شود. این زخم‌ها در یک سوم تحتانی ساق پا و نزدیکی قوزک ایجاد می‌شوند و زخم واریس نام دارند.

در برخی از خانم‌ها مویرگ‌های سطحی پاها برجسته می‌شود که به آن «تلائزکتازی» یا «وریدی‌های عنکبوتی» گفته می‌شود. این پدیده علاوه بر ظاهری بد شکل و ناراحت کننده نشان دهنده نارسایی وریدهای عمقی هستند.

هنگامی که وریدهای عمقی نارسا می‌شوند ممکن است مراحل اولیه واریس ایجاد نشود و فقط مویرگ‌های سطحی برجسته شوند که گاهی به دنبال یک ضربه خفیف و یا خود به خود پاره شده و باعث ایجاد کبودی و تغییر رنگ و منظره بد می‌شوند. این کبودی‌ها به‌طور معمول بعد از چند روز از بین می‌روند. اما در این موارد فرد باید هر چه سریع‌تر اقدامات پیشگیرانه را شروع کند.

• پیشگیری بهتر از درمان است

پوشیدن جوراب واریس اولین و شایع‌ترین راه‌های پیشگیری از این بیماری است. اما راه‌های دیگری هم برای پیشگیری از این بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن وجود دارد. نشستن در حالتی که پاها در سطحی بالاتر از قلب قرار داشته باشد یکی از راه‌های موثر است.

به‌طور مثال توصیه می‌شود این افراد در حالت نشسته پاها را روی یک صندلی قرار دهند و لحظاتی را روی زمین دراز بکشند.

جلوگیری از یبوست هم گاهی موثر در پیشگیری است. یبوست باعث افزایش فشار بر سیاهرگ‌های ساق پا می‌شود همین امر زمینه‌ساز واریس است. رژیم‌های غذایی غنی از فیبر باعث کاهش یبوست و پیشگیری از واریس می‌شود.

مصرف غلات و صبحانه سبوس‌دار، پاستا و برنج هم در این زمینه موثر است. غلات غنی از فیبر نامحلول، مدفوع را حجیم کرده و آب را در خود نگه می‌دارد.

به این شکل فشار کمتری به وریدهای پا وارد می‌شود. البته باید توجه داشت که افزایش دریافت فیبر در رژیم غذایی باید همراه با افزایش دریافت آب کافی باشد.

مصرف مواد حاوی ویتامین ث مانند مرکبات هم بسیار مفید است این ویتامین برای حفظ استحکام کلاژن ضروری است. کلاژن به حفاظت از دیواره رگ‌ها کمک می‌کند. فقدان ویتامین ث در رژیم غذایی منجر به پارگی وریدهای کوچک و بدتر شدن واریس و ریدها می‌شود.

• درمان

دکتر کلانتر معتمدی معتقد است اگر واریس به موقع تشخیص داده شود می‌توان به راحتی آن را درمان کرد اما اگر واریس تبدیل به زخم شود درمان آن مشکل خواهد شد و گاهی این زخم‌ها تا استخوان فرد پیش می‌رود که معالجه را بسیار مشکل و حتی غیر ممکن می‌کند. درمان واریس در برخی از مراحل نیاز به عمل جراحی و یا استفاده از لیزر دارد.

• مراقب جوراب‌های واریس باشید

برخی استفاده از جوراب‌های واریس را بی‌ضرر می‌دانند و معتقدند اگر سودمند نباشد حداقل ضرری ندارد. این در حالی است که جوراب‌های ضدواریس باید استاندارد باشند و سایز درستی داشته باشند. استفاده خودسرانه و نادرست این جوراب‌ها دارای عوارض است.

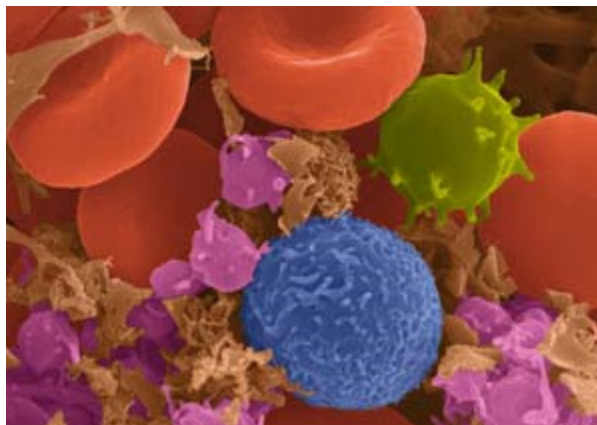
منبع : روزنامه تهران امروز

<http://vista.ir/?view=article&id=300015>

لوسمی لنفوسیتی حاد در بالغین

• لوسمی لنفوبلاستی حاد بالغین چیست ؟

لوسمی لنفوبلاستی حاد بالغین که نام دیگر آن " لوسمی لنفوبلاستی حاد " (ALL) میباشد ، بیماری است که در آن تعداد بسیار زیادی " لنفوسیت " (نوعی از گلبولهای سفید که با عفونت مبارزه می کنند) در خون و مغز استخوان یافت میشود . لنفوسیتها توسط مغز استخوان وسایر اندامهای دستگاه لنفاوی ساخته می شوند ، مغز استخوان بافت اسفنجی شکلی است که داخل استخوانهای بزرگ بدن قرار دارد . این بافت سازنده گلبولهای قرمز (که اکسیژن و سایر مواد را به بافتهای بدن حمل می کنند) ، گلبولهای سفید (که با عفونت مبارزه می کنند) و پلاکتها (که



خون را منعقد میسازند) می باشد .

بطور طبیعی مغز استخوان سلولهای بنام " بلاست " را تولید می کند که در مسیر تکامل (بلوغ) خود به انواع مختلف سلولهای خونی که هر کدام وظیفه ای خاص دارند ، تبدیل میشوند .

لنفوسیتها در " لنف " که مایعی بی رنگ و آبکی است و در رگهای لنفاوی جریان دارد یافت می شوند . رگها یا عروق لنفاوی بخشی از دستگاه لنفاوی بوده و از لوله های نازکی ساخته شده اند که همچون رگهای خونی در تمام بدن پخش می شوند ، در مسیر این عروق ، اندامهای کوچک و لویبایی شکلی بنام " غده یا گره های لنفی " مشاهده میشوند که تجمع آنها را بصورت خوشه ای می توان در ناحیه زیر بغل ، لگن ، گردن و شکم دید ، طحال (اندامی در بالای شکم که سازنده لنفوسیتها و تصفیه کننده خون از سلولهای پیر و فرسوده می باشد) ، تیموس (اندام کوچکی در پشت استخوان جناغ) و لوزه ها (اندامی در گلو) نیز بخشهایی از دستگاه لنفاوی هستند . لنفوسیتها با ترشح موادی بنام " پادتن " که به عوامل بیماریزا حمله می کنند ، با عفونت مبارزه می نمایند .

در ALL لنفوسیتها به بلوغ و تکامل نهایی نرسیده و تعداد آنها بسیار زیاد می شود بطوریکه می توان لنفوسیتهای نابالغ را در خون و مغز استخوان مشاهده نمود . همچنین تجمع این سلولها در بافتهای لنفاوی منجر به بزرگ شدن این بافتها می شود . همچنین افزایش تعداد لنفوسیتها ممکن است منجر به کاهش تعداد سایر سلولهای خونی در خون و مغز استخوان شود . چنانچه مغز استخوان نتواند به اندازه کافی گلبول قرمز که حامل اکسیژن است ، تولید کند ، کم خونی عارض خواهد شد و اگر نتواند به تعداد کافی پلاکت که خون را منعقد می سازد ، تولید نماید ، شاهد خونریزی و کیودی خواهیم بود . لنفوسیتهای سرطانی می توانند به اندامهای دیگر مثل نخاع و مغز حمله کنند .

لوسمی می تواند حاد باشد (پیشرفت سریع همراه با تعداد بسیار زیادی سلولهای سرطانی) و یا روندی مزمن داشته باشد (پیشرفت کند همراه با سلولهای سرطانی بالغ) . ALL بسرعت پیشرفت کرده و در بالغین و کودکان دیده میشود . درمان ALL در بالغین با کودکان متفاوت است . معمولا تشخیص ALL مشکل است ، علائم اولیه بیماری ممکن است شبیه آنفلوآنزا یا سایر بیماریهای رایج باشد ، در صورت وجود نشانه های زیر باید به پزشک مراجعه نمود : تب - ضعف و خستگی مداوم - درد مفاصل و استخوانها و یا بزرگ شدن غدد لنفاوی .

در صورت وجود علائم فوق پزشک برای بیمار آزمایش خون درخواست می کند تا از تعداد انواع مختلف سلولهای خونی آگاهی یابد . اگر نتایج آزمایش غیر طبیعی بود ممکن است نمونه برداری از مغز استخوان انجام شود . در این آزمایش سوزنی را وارد استخوان کرده و مقدار کمی از مغز استخوان را بر می دارند تا به بررسی آن در زیر میکروسکوپ بپردازند ، همچنین ممکن است نیاز باشد تا مقداری از مایع مغزی نخاعی را (CSF = مایع در برگرفته مغز و نخاع) بوسیله سوزنی که از ناحیه کمر بیمار وارد نخاع می کنند برداشت نمایند پس این مایع را برای ارزیابی از نظر وجود

سلولهای سرطانی در زیر میکروسکوپ قرار می دهند و به مطالعه آن می پردازند . بعد از اینکه نتیجه تمام آزمایشات مشخص شد پزشک می تواند نوع لوسمی را تشخیص و بهترین درمان را ارائه دهد .

شانس بهبودی (پیش آکمی) به وضعیت ظاهری سلولها در زیر میکروسکوپ ، ایجاد گسترش لوسمی ، سن بیمار و وضعیت عمومی سلامت وی بستگی دارد .

• مرحله بندی

سیستم مرحله بندی خاصی برای ALL وجود ندارد . انتخاب شیوه درمان بستگی به این دارد که آیا بیمار قبلا درمان شده است ؟
درمان نشده

منظور از ALL درمان نشده این است که بیمار قبلا هیچ درمانی جز درمان علامتی دریافت نکرده است . تعداد بسیار زیادی گلبولهای سفید در خون و مغز استخوان یافت می شوند . علائم و نشانه های دیگر لوسمی ممکن است وجود داشته باشد .

• فروکش یافته

مقصود از لوسمی فروکش یافته ، این است که به بیمار درمان داده شده است و تعداد گلبولهای سفید و سایر سلولهای خونی در خون و مغز استخوان در حد طبیعی است ، علائم و نشانه هایی از لوسمی دیده نمیشود .

• راجعه

لوسمی راجعه (عود یافته) بیماری است که بعد از مدتی فروکش مجددا بازگشته است .

منظور از لوسمی طغیانگر این است که بیماری علیرغم درمان فروکش نمی یابد .

• نگاهی اجمالی به شیوه های درمان

• لوسمی لنفوبلاستی حاد بالغین چگونه درمان میشود ؟

درمانهایی برای بیماران مبتلا به ALL وجود دارد . درمان اولیه ALL ، شیمی درمانی است . از پرتو درمانی در موارد خاص استفاده می کنند ، کاربرد پیوند مغز استخوان هنوز در دست مطالعه است .

شیمی درمانی با استفاده از داروها ، سلولهای سرطانی را می کشد ، دارو ممکن است بصورت قرص ، تزریق عضلانی یا وریدی تجویز شود . شیمی درمانی یک درمان فراگیر بحساب می آید زیرا دارو وارد جریان خون شده ، در تمام بدن سیر کرده و سلولهای سرطانی را از بین می برد . گاهی داروی ضد سرطان را بوسیله سوزنی که از ناحیه مغز یا کمر بیمار وارد می کنند ، به مایع مغزی نخاعی می رسانند .

در پرتو درمانی از اشعه ایکس یا سایر پرتوهای پر انرژی برای کشتن سلولهای سرطانی و کوچک کردن توده استفاده می کنند .

تابش پرتوها توسط دستگاهی که خارج از بدن بیمار قرار دارد انجام میشود (پرتو درمانی خارجی)

درمان ALL شامل دو مرحله است ، مرحله اول " درمان القایی " نام دارد و هدف از آن نابودی هر چه بیشتر سلولهای سرطانی بمنظور هدایت بیماری به مرحله فروکش یافته است . در صورت موفقیت این مرحله ، فاز دوم درمان تحت عنوان " درمان مکمل " آغاز می شود که مابقی سلولهای سرطانی را از بین می برد . برای اینکه بیمار در مرحله فروکش باقی بماند ممکن است نیاز باشد سالها شیمی درمانی بگیرد .

چنانچه سلولهای سرطانی به مغز حمله کرده باشند پرتو درمانی یا شیمی درمانی مغز انجام میشود . همچنین ممکن است بمنظور پیشگیری از گرفتاری دستگاه اعصاب مرکزی ، نوع خاصی از درمان بکار برده شود که مانع رشد سلولهای سرطانی در مغز ، در مرحله درمان القایی و مرحله فروکش می گردد .

در پیوند مغز استخوان ، مغز استخوان سالم را جانشین مغز استخوان بیمار می کنند . به این صورت که ابتدا تمام مغز استخوان فرد بوسیله مقادیر زیاد داروهای شیمی درمانی همراه یا بدون پرتو درمانی تخریب می شود . سپس مغز استخوان سالم را از فرد دیگری که از نظر بافتی شباهت زیادی به بدن بیمار دارد برداشت می نمایند . فرد دهنده پیوند می تواند برادر یا خواهر دو قلوی بیمار (بهترین حالت) ، برادر یا خواهر وی و یا یک شخص غریبه باشد . مغز استخوان سالم را از طریق سوزنی که در سپاهرگ قرار گرفته وارد بدن بیمار می کنند تا جایگزین مغز استخوان تخریب شده گردد .

پیوند مغز استخوانی را که در آن فرد دهنده شخصی غیر از خود بیمار است " پیوند آلوژنیک " می نامند ، در نوع دیگری از پیوند مغز استخوان ، که هنوز مطالعه روی آن در حال انجام است ، و پیوند اتولوگ نامیده میشود مغز استخوان مورد نیاز را از بدن خود بیمار برداشت و آنرا تحت درمان با

دارو قرار می دهند تا سلولهای سرطانی آن از بین بروند ، پس محصول بدست آمده را منجمد و نگهداری می کنند . در مرحله بعد بوسیله مقادیر زیاد داروهای شیمی درمانی همراه یا بدون پرتو درمانی ، مغز استخوان باقی مانده بیمار را تخریب می کنند . بالاخره مغز استخوان منجمد شده را گرم و با تزریق وریدی وارد بدن فرد می کنند تا جایگزین مغز استخوان تخریب شده گردد .

در صورتیکه بیمار بتواند ۵ بار یا بیشتر در سال و آنهم در بیمارستان پیوند مغز استخوان انجام دهد ، شانس بهبودی وی افزایش میابد .

▪ درمان بر اساس مرحله استقرار بیماری

درمان ALL به نوع بیماری ، سن مریض و شرایط کلی وی بستگی دارد .

ممکن است برای درمان بیمار از روشهای استاندارد بخاطر اثر بخشی آنها در مطالعات گذشته ، استفاده نمود و یا اینکه بیمار را ترغیب به شرکت در آزمونهای بالینی کرد که روی روشهای نوین درمان کار می کنند ، البته تمام بیماران با روشهای استاندارد بطور کامل معالجه نمی شوند و برخی از این درمانها دارای عوارض جانبی زیاد و نامطلوبی هستند . بهمین علت امروز هدف تحقیقات ، یافتن راههای جدید برای درمان سرطان بر اساس تازه ترین اطلاعات می باشد.

لوسمی لنفوبلاستی حاد درمان نشده در بالغین

درمان احتمالا ، شیمی درمانی خواهد بصورت شیمی درمانی مغز به تنهایی یا همراه با پرتو درمانی مغز یا شیمی درمانی فراگیر با دوز بالا بمنظور پیشگیری از ابتلا مغز . درمان ممکن است شامل تزریق خون ، تجویز انتی بیوتیک و دستور العملهای رعایت بهداشت بدن و دندان باشد ، داروهای جدید در مرحله آزمایش است ،

▪ لوسمی لنفوبلاستی حاد فروکش یافته در بالغین

درمان ممکن است یکی از موارد زیر باشد :

- شیمی درمانی کوتاه مدت ولی با دوز بالا و متعاقب آن شیمی درمانی بلند مدت و با دوز پائین (در دست مطالعه)

- پیوند مغز استخوان آلوژنیک (در دست مطالعه)

- پیوند مغز استخوان اتولوگ (در دست مطالعه)

- شیمی درمانی مغز به تنهایی یا همراه با پرتو درمانی مغز و یا شیمی درمانی فراگیر با دوز بالا بمنظور جلوگیری از رشد سلولهای سرطانی در مغز (پیشگیری دستگاه اعصاب مرکزی) .

لوسمی لنفوبلاستی حاد راجعه در بالغین

از پرتو درمانی برای تخفیف و تسکین علائم استفاده می کنند ، ممکن است برای بیمار پیوند مغز استخوان انجام شود .

منبع : iranblood

<http://vista.ir/?view=article&id=353039>

 **vista.ir**
Online Classified Service

لوسمی میلوئید حاد در کودکان

• لوسمی میلوئید حاد اطفال چیست ؟

لوسمی میلوئید حاد اطفال (AML) ، سرطان بافت تشکیل دهنده خون یعنی مغز استخوان ، گره های لنفاوی می باشد .

www.takbook.com





AML را تحت عناوین دیگری مثل " لوسمی غیر لنفوسیتی حاد " و یا " لوسمی میلوژنی حاد " نیز می نامند . این نوع سرطان دارای چندین زیر گونه می باشد . شیوع AML در کودکان در مقایسه با لوسمی لنفوسیتی حاد (ALL) کمتر است ، کودکان مبتلا به سندرم دان (Down Syn) در طی ۳ سال ابتدایی زندگی شانس بیشتری برای ابتلا به AML دارند .

تمام سلولهای خونی توسط مغز استخوان تولید می شود . مغز استخوان بافت اسفنجی شکلی است که داخل استخوانهای بزرگ قرار گرفته و سازنده گلبولهای قرمز (که حامل اکسیژن و سایر مواد به بافتهای بدن

هستند) ، گلبولهای سفید (که با عفونت مبارزه می کنند) و پلاکتها (که به انعقاد خون کمک می کنند) می باشد .

مغز استخوان سلولهای خونی جدید تولید می کند ، در لوسمی ، مغز استخوان اقدام به ساختن تعداد بسیار زیادی از سلولهای خونی غیر طبیعی که بیشتر از نوع گلبول سفید هستند ، می نماید . این گلبولهای سفید غیر طبیعی و نابالغ ، " بلاست " نامیده می شوند که در خون و دستگاه لنفاوی به گردش پرداخته و ممکن است به اندامهای حیاتی نظیر مغز ، بیضه ها ، تخمدانها و یا پوست حمله کنند . لوسمی پرمیئوسیتی حاد نوع نادری از AML می باشد که مانع روند طبیعی انعقاد خون می شود ، در موارد نادر تجمع سلولهای سرطانی در AML توده های توپری را بنام " سارکوما گرانولوسیتی مجزا " یا کلوروما (Chloroma) بوجود می آورد.

روند بیماری ممکن است حاد(رشد سریع همراه با تعداد زیادی بلاستهای نابالغ) یا مزمن (رشد آهسته همراه با تعداد بیشتری سلولهای سرطانی بالغتر) باشد . AML می تواند هم در کودکان و هم در بالغین بوجود آید . درمان نوع بالغین با نوع اطفال متفاوت است .

علائم و نشانه های اولیه AML ممکن است بصورت تب و لرز ، خونریزی یا کبودیهایی که بسادگی ایجاد می شوند ، بزرگ شدن غدد لنفاوی و علائمی شبیه آنفلوآنزا مثل احساس خستگی و ضعف مداوم ، دردهای استخوانی و مفاصل باشد . اگر کودک شما دارای علائمی از لوسمی است ، پزشک برای آگاهی از تعداد سلولهای خونی و مطالعه آنها در زیر میکروسکوپ ، آزمایش خون درخواست می نماید و در صورتیکه نتایج آزمایش غیر طبیعی بود ممکن است از طفل ، نمونه برداری (تکه برداری) از مغز استخوان بعمل آورد . در این شیوه سوزنی را وارد استخوان لگن کرده و مقدار کمی از مغز استخوان را برداشت می نمایند تا بعد از مطالعه در زیر میکروسکوپ نوع لوسمی تشخیص و بهترین درمان ارائه شود . از اقدامات دیگری که ممکن است انجام شود " آنالیز کروموزومی " است که برای افتراق AML از ALL و سایر انواع لوسمی انجام می شود .

• سایر بدخیمی های میلوئیدی در کودکان

سندرمهای میلودیسهلازی (Myelodysplastic Syndromes = MDS) اختلالات سلولهای خونساز هستند .

این بیماریها معمولا باعث کاهش گلبولهای سفید ، گلبولهای قرمز و پلاکتها شده و ممکن است نهایتا منجر به AML گردند .

لوسمی میلومونوسیتی جوانان (Juvenile myelomonocytic leukemia = JMML) یک نوع سرطان فوق العاده کمیاب سلولهای خونساز بشمار می رود . کودکان مبتلا به نوروفیبروماتوز تیپ ۱ (NF1 = Neurofibromatosis) I بیشتر در معرض ابتلا به JMML هستند .

• مراحل لوسمی میلوئید حاد در کودکان

سیستم مرحله بندی خاصی برای لوسمی میلوئید حاد AML وجود ندارد متاسفانه همیشه بیماری زمانی تشخیص داده میشود که سلولهای سرطانی از طریق جریان خون در بدن پخش شده و گاهی به اندامهای دیگر بدن حمله نموده اند اغلب بیماران را بر مبنای اینکه قبلا درمان دریافت کرده اند یا خیر ، طبقه بندی می کنند .

• درمان نشده

منظور از AML درمان نشده این است که افراد مبتلا هیچ درمانی جز درمانهایی که برای تخفیف علائم بیماری انجام شده است ، دریافت نکرده اند ، تعداد بسیار زیادی گلبولهای سفید در خون و مغز استخوان وجود دارند و ممکن است سایر علائم AML نیز دیده شود . در موارد نادر ممکن است AML بصورت توده سرطانی تو پر تحت عنوان " سارکوما گرانولوسیتی مجزا " یا " کلوروما (Chloroma) مشاهده شود .

• فروکش یافته

AML فروکش یافته ، سرطانی است که در آن تعداد گلبولهای سفید و سایر سلولها در خون و مغز استخوان ، متعاقب شیمی درمانی در حال

نزدیک شدن به مقادیر طبیعی هستند و ممکن است علامت و نشانه ای از لوسمی دیده نشود .

• راجعه / طغیانگر

مقصود از AML راجعه (عود یافته) سرطانی است که بعد از مدتی فروکش (خاموشی) مجدداً بازگشته است . واژه " AML طغیانگر " (سرکش) زمانی اطلاق می شود که لوسمی علیرغم درمان فروکش نمی کند .

• نگاهی اجمالی به روشهای درمانی

• چگونه لوسمی میلوتید حاد اطفال (AML) درمان می شود ؟

درمانهایی برای کودکان مبتلا به AML وجود دارد . نتیجه همکاری پزشکان مجرب و حاذق ، ارائه بهترین پروتوکل درمانی برای کودک خواهد بود . درمان کودک شما اغلب توسط گروهی از پزشکان متخصص در سرطان کودکان انجام خواهد شد .

درمان اولیه AML ، شیمی درمانی است که گاهی متعاقب آن ، پیوند مغز استخوان نیز انجام می شود . از پرتو درمانی در موارد خاص استفاده می کنند . کاربرد زیست درمانی هنوز در مرحله مطالعه و آزمایش است ، شیمی درمانی عبارتست از کاربرد داروهای ضد سرطانی بمنظور کشتن سلولهای بد خیم ، این داروها ممکن است بصورت خوراکی ، تزریق عضلانی و یا تزریق وریدی تجویز شوند . شیمی درمانی را باید یک درمان فراگیر بحساب آورد زیرا دارو وارد جریان خون شده ، در تمام بدن سیر کرده و سلولهای سرطانی را از بین می برد ، گاهی اوقات داروی ضد سرطان را بوسیله سوزن مستقیماً به مایع در برگزیده مغز نخاع (CSF) تزریق می کنند که " شیمی درمانی اینترتکال " Intrathecal نامیده می شود .

در پرتو درمانی برای از بین بردن سلولهای سرطانی و کوچک کردن توده از اشعه x یا سایر پرتوهای پر انرژی استفاده می کنند .

در AML تابش پرتوها توسط دستگاهی که خارج از بدن بیمار قرار دارد انجام می شود (پرتو درمانی خارجی) پیوند مغز استخوان یک شیوه جدید درمانی بمنظور جایگزین کردن مغز استخوان فرد بیمار با مغز استخوان سالم است . در این روش ابتدا بوسیله مقادیر زیادی از داروهای ضد سرطان همراه یا بدون پرتو درمانی ، تمام مغز استخوان موجود در بدن بیمار را از بین می برند . سپس از فرد دیگری که شباهت بافتی زیادی با بدن بیمار دارند ، مغز استخوان سالمی را تهیه می کنند . فرد دهنده پیوند می تواند برادر یا خواهر دو قلو یا بیمار (بهترین حالت) ، برادر یا خواهر معمولی وی و یا شخص دیگری باشد . مغز استخوان سالم را از طریق سیاهرگ و بوسیله سوزن به بدن بیمار تزریق می کنند تا جانشین مغز استخوان تخریب شده گردد . این نوع پیوند مغز استخوان را که در آن بافت پیوندی (مغز استخوان) از فرد دیگری غیر از خود بیمار تهیه می شود " پیوند آلوژنیک " می نامند .

نوع دیگری از پیوند مغز استخوان نیز وجود دارد که تحت عنوان " پیوند اتولوگ " نامیده میشود و ممکن است بکار برده شود . در این نوع ، بافت پیوندی را از خود بیمار تهیه و سپس آنرا در معرض داروهای ضد سرطان قرار می دهند تا سلولهای بدخیم موجود در آن از بین برود . سپس محصول بدست آمده را منجمد نگاهداری می کنند . در قدم بعدی به بیمار مقادیر زیادی شیمی درمانی همراه یا بدون پرتو درمانی می دهند تا ما بقی مغز استخوان وی تخریب شود . بالاخره در مرحله آخر مغز استخوان سالم منجمد شده را گرم و به بدن بیمار باز می گردانند تا جانشین مغز استخوان تخریب شده گردد .

در زیست درمانی هدف این است که با تحریک ، تقویت و حفظ قدرت دفاعی بدن ، بیمار را وادار به مبارزه با سرطان نمایند . در این روش از موادی استفاده می شود که یا توسط بدن خود بیمار ساخته شده و یا در آزمایشگاه تولید کرده اند . زیست درمانی را گاهی " درمان اصلاح کننده پاسخ زیستی " و یا " ایمنی درمانی | " می نامند . درمان AML بطور معمول دارای ۲ مرحله میباشد : درمان القایی و درمان استحکامی ، ممکن است از مرحله سومی تحت نام " درمان تشدید " نیز استفاده شود . در طی درمان القایی سعی بر این است که تا می توان سلولهای سرطانی را با کمک شیمی درمانی از بین برد و بیماری را بسوی فروکش کردن رهنمون ساخت . بعد از موفقیت در این مرحله و هنگامیکه علائمی از لوسمی دیده نشد ، درمان استحکام بخشی داده میشود . هدف از درمان بعد از فروکش کردن بیماری ، کشتن باقیمانده سلولهای سرطانی است .

بعنوان درمان پیشگیرانه ، کودک ممکن است درمان حفاظتی دستگاه اعصاب مرکزی (CNS) را نیز دریافت نماید . برای کشتن سلولهای سرطانی انتشار یافته به مغز و نخاع و نیز برای جلوگیری از تهاجم سلولهای سرطانی به مغز و نخاعی که هنوز آلوده به سرطان نشده اند از شیمی درمانی اینترتکال و / یا دوزهای بالای داروهای ضد سرطان استفاده می کنند .

عوارض ناخواسته ناشی از درمان ، ممکن است مدتها پس از خاتمه درمان ظاهر شود . لذا توصیه می شود هر چند گاه یکبار به پزشک مراجعه گردد . شیمی درمانی می تواند منجر به بروز مشکلات قلبی ، کلیوی و شنوایی حتی بعد از خاتمه درمان شود . پرتو درمانی هم ممکن است

اختلالاتی را در رشد و نمو بوجود آورد .

• درمان بر اساس مرحله استقرار بیماری

درمان AML کودکان بستگی به این دارد که آیا بیمار قبلا درمان برای لوسمی دریافت کرده است یا خیر و نیز نوع لوسمی وی چه می باشد، بهترین درمان توسط پزشکان و متخصصین در امر سرطان کودکان و در بیمارستان یعنی جائیکه این بیماران درمان می شوند ، ارائه می گردد . ممکن است برای کودک شما یک روش درمانی استاندارد که طبق مطالعات گذشته و در پاره ای از بیماران اثر بخش بوده است ، استفاده نمود یا اینکه قبول نمایید روشهای جدید در حال مطالعه روی فرزندان آزمایش شود. البته تمام بیماران با درمانهای استاندارد بطور کامل معالجه نمی شوند و برخی از این روشها دارای عوارض جانبی زیادی هستند . بهمین دلیل است که امروزه مطالعه روی شیوه های نوین و بر اساس آخرین اطلاعات و یافته های علمی از ماهیت بیماری در حال انجام است .

• لوسمی میلوئید حاد درمان نشده در کودکان

احتمالا درمان بصورت شیمی درمانی القایی با استفاده از بیش از دو داروی ضد سرطان بمنظور کشتن سلولهای بد خیم و فروکش کردن بیماری است . معمولا این هدف با موفقیت تامین می شود . همچنین شیمی درمانی اینتراتکال همراه یا بدون پرتو درمانی مغز برای جلوگیری از انتشار سلولهای سرطانی به مغز و طناب نخاعی ممکن است بکار گرفته شود . علاوه بر اینها بمنظور بهبودی سریعتر کودک و رهایی از عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی القایی ممکن است از زیست درمانی استفاده شود.

• لوسمی پرمیلوسیتی حاد (Acute Promyelocytic leukemia = APL)

درمان APL احتمالا شامل ترکیبی از اسید رتینوئیک all trans (ATRA) و شیمی درمانی خواهد بود . مطالعه روی استفاده از تری اکسید آرسنیک در کودکان مبتلا به APL ادامه دارد .

• کودکان مبتلا به سندرم دان (Down Syndrome)

درمان این کودکان شیمی درمانی است .

• سندرم میلو دیسپلازی (Myelodysplastic Syndrome)

درمان این بیماری احتمالا شامل شیمی درمانی و متعاقب آن پیوند مغز استخوان یا پیوند سلول مادر خون محیطی است .

• لوسمی میلو مونوسیتی جوانان (Juvenile myelomonocytic leukemia)

درمان این بیماران ممکن است بصورت پیوند سلول مادر خون محیطی ، استفاده از ایزومر Cis اسیدرتینوئیک و شیمی درمانی باشد .

• لوسمی میلوئید حاد فروکش یافته در کودکان

درمان شامل شیمی درمانی اضافی و یا پیوند مغز استخوان خواهد بود . در برخی موارد ممکن است درمان حفاظتی دستگاه اعصاب مرکزی و / یا شیمی درمانی نگهدارنده استفاده نمود .

• لوسمی میلوئید حاد راجعه در کودکان

درمان فعلی بستگی به این دارد که بیمار قبلا چه درمانی را دریافت کرده است ، ممکن است شما بپذیرید که کودکان تحت درمان با روشهای جدید آزمایشی قرار بگیرد ، اینها شامل داروهای جدید شیمی درمانی ، پیوند مغز استخوان و زیست درمانی می باشد . در درمان لوسمی پرمیلوسیتی حاد راجعه (APL) ممکن است از تری اکسید آرسنیک و یا رژیمهای حاوی اسید رتینوئیک all trans (ATRA) استفاده نمود ، عوارض جانبی ممکن است مدتها بعد از خاتمه درمان ، ظاهر شوند . بنابراین این نکته ضروری است که باید هر چند گاه کودک را نزد پزشک برد . شیمی درمانی می تواند منجر به بروز مشکلات قلبی ، کلیوی و شنوایی شود . ضمن اینکه پرتودرمانی می تواند باعث اختلال رشد و نمو کودک شده و احتمال اختلالات هورمونی و بروز آب مروارید (کاتاراکت) را افزایش دهد .

منبع : iranblood

<http://vista.ir/?view=article&id=353041>

لوسمی میلوزنی مزمن

• لوسمی میلوزنی مزمن چیست ؟

لوسمی میلوزنی مزمن (که CML یا لوسمی گرانولوسیتی مزمن نامیده می شود) بیماری است که طی آن تعداد بسیار زیادی گلبولهای سفید در مغز استخوان ساخته می شود . مغز استخوان ، بافت اسفنجی شکلی است که داخل استخوانهای بزرگ بدن قرار دارد . این بافت سازنده گلبولهای قرمز (که اکسیژن و سایر مواد را به تمام بافتهای بدن می رسانند) ، گلبولهای سفید (که با عفونت مبارزه می کنند) و پلاکتها (که خون را لخته می سازند) می باشد .



بطور طبیعی ، سلولهای مغز استخوان " بلاست " نامیده می شوند که در روند بلوغ خود به انواع مختلف سلولهای خونی که هر کدام وظیفه ای جدا

دارند تبدیل می شوند . CML آندسته از سلولهای بلاستی را تحت تأثیر قرار می دهد که قرار است به " گرانولوسیت " (نوعی از گلبولهای سفید) تبدیل می شوند . این بلاستها بالغ نشده و تعداد آنها بسیار زیاد می شود . و سلولهای بلاست نابالغ را می توان در خون در مغز استخوان یافت .

در اکثر بیماران مبتلا به CML ماده ژنتیکی (کروموزوم) در سلولهای لوسمیایی منظره ای غیر طبیعی دارد که " فلادلفیا " نامیده می شود .

لوسمی می تواند حاد باشد (پیشرفت خیلی سریع با تعداد بسیار زیادی سلول بلاست نابالغ) و یا مزمن (دارای سرعت پیشرفت آهسته تر با تعداد بیشتری سلولهای سرطانی بالغ) . لوسمی میلوزنی مزمن با آهستگی پیشرفت کرده و معمولاً در افراد میانسال یا پیرتر دیده می شود . اگر چه می تواند در کودکان نیز مشاهده شود .

• در مراحل ابتدایی CML اکثر بیماران علامت یا نشانه ای از سرطان ندارند . اما در صورت بروز و مشاهده هر یک از علائم زیر باید حتماً به پزشک مراجعه کرد :

- خستگی که از بین نمی رود .

- احساس بدون انرژی بودن .

- تب .

- عدم احساس گرسنگی .

- تعریق شبانه .

- همینطور ممکن است طحال (اندامی که در قسمت بالای شکم قرار داشته و سازنده انواع دیگری از گلبولهای سفید و تصفیه کننده خون از سلولهای پیر ، فرسوده و مرده است) بزرگ شود .

با مشاهده علائم فوق الذکر پزشک ممکن است برای آگاهی از تعداد انواع مختلف سلولهای خونی ، تعدادی آزمایش خون درخواست نماید . در صورتیکه جواب این آزمایشها غیر طبیعی باشد ، ممکن است آزمایشهای خونی بیشتری انجام شود . همچنین ممکن است نمونه برداری (تکه برداری) از مغز استخوان انجام شود . در این آزمایش سوزنی را وارد استخوان کرده و مقداری از مغز استخوان را کشیده و به مطالعه آن در زیر میکروسکوپ می پردازند . سپس پزشک می تواند بگوید بیمار به چه نوعی از لوسمی مبتلا شده و بر این اساس بهترین برنامه درمانی را برای وی طرح ریزی می کند .

- مراحل لوسمی میلوزنی مزمن

بعد از اینکه لوسمی میلوزنی مزمن (CML) تشخیص داده شد ، آزمایشهای زیادی انجام می گیرد تا دریابند آیا بیماری به قسمتهای دیگر بدن نظیر مغز انتشار یافته است یا خیر ، این روش " مرحله بندی " نامیده می شود . CML در سیر پیشرفت خود از فازهای مختلفی عبور می کند . این فازها مراحل اساس و انتخاب شیوه درمان بیمار را تعیین می کند . مرحله بندی که برای لوسمی میلوزنی مزمن بکار می رود به قرار زیر است :

- فاز مزمن :

تعداد کمی از سلولهای بلاست در خون و مغز استخوان وجود دارد. ممکن است علامتی از لوسمی مشاهده نشود ، این مرحله می تواند از چند ماه تا چند سال بطول انجامد .

- فاز تشدید شده :

تعداد بیشتری از سلولهای بلاست در خون و مغز استخوان یافت می شود . تعداد سلولهای طبیعی کمتر است .

- فاز بلاستی :

بیش از ۳۰ درصد از سلولهای خون یا مغز استخوان سلولهای بلاست هستند ، گاهی اوقات مرحله بلاست CML را " بحران بلاست " می نامند . گاهی نیز سلولهای بلاستی ایجاد تومورهایی در خارج از مغز استخوان نظیر استخوان یا گره های لنفاوی می نمایند ، گره های لنفاوی ، ساختمانهای لوبیایی شکل کوچکی هستند که در تمام بدن وجود دارند . آنها سازنده و ذخیره کننده سلولهایی هستند که با عفونت مبارزه می کنند .

- عود :

در این حالت سلولهای بدخیم علیرغم درمان ، کاهشی نشان نمی دهند .

- لوسمی میلوزنی مزمن چگونه درمان می شود ؟

درمانهایی برای افراد مبتلا به لوسمی میلوزنی مزمن وجود دارد . ۳ نوع از این درمانها که مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از :

- شیمی درمانی (استفاده از داروها برای کشتن سلولهای سرطانی)

پرتو درمانی (استفاده از مقادیر زیاد اشعه x یا سایر پرتوهای پر انرژی برای کشتن سلولهای سرطانی)

پیوند مغز استخوان (کشتن مغز استخوان و جایگزین کردن آن با مغز استخوان سالم)

استفاده از روشهای زیست شناختی (کاربرد دستگاه ایمنی بدن برای مبارزه با سرطان) فعلا در دست مطالعه می باشد .

- در برخی بیماران ممکن است بمنظور تخفیف علائم از جراحی استفاده نمود

در شیمی درمانی از داروها برای کشتن سلولهای سرطانی استفاده می کنند . دارو را می توان بصورت قرص تجویز کرد و یا از طریق تزریق داخل عضلانی یا وریدی به وی داد . شیمی درمانی یک درمان فراگیر بشمار می رود زیرا دارو وارد جریان خون شده ، در بدن سیر کرده و می تواند سلولهای سرطانی را هر کجا که باشند ، نابود سازد .

همچنین ممکن است با قرار دادن یک لوله در مغز یا در پشت بیمار دارو را مستقیما به مایع اطراف مغز و نخاع وارد نمود . این روش شیمی درمانی " اینتراتکال " (Intrathecal) نامیده می شود .

در پرتو درمانی با استفاده از اشعه x یا سایر پرتوهای پر انرژی سلولهای سرطانی را نابود کرده و اندازه توده را کوچک می نمایند . تابش پرتو توسط دستگاهی که خارج از بدن بیمار قرار گرفته است (پرتو درمانی خارجی) انجام می شود . از پرتو درمانی برای تسکین علائم و یا بعنوان جزئی از درمان ، قبل از پیوند مغز استخوان استفاده می کنند .

در پیوند مغز استخوان ، هدف جایگزین کردن مغز استخوان بیمار با مغز استخوان سالم است . در وهله اول تمام مغز استخوان را بوسیله دوزهای بالای داروهای ضد سرطان همراه یا بدون پرتو درمانی ، تخریب می کنند . پس مغز استخوان سالم را از فرد دیگری که از لحاظ بافتی شباهت زیادی به بدن بیمار دراد برداشت می کنند . فرد دهنده ممکن است خواهر یا برادر دو قلو یا بیمار (بهترین حالت) برادر یا خواهر معمولی یا یک شخص کاملا غریبه باشد . مغز استخوان سالم از طریق سوزن وارد ورید فرد بیمار میشود تا جایگزین مغز استخوان تخریب شده شود . اگر مغز استخوان از فردی غیر از خود بیمار گرفته شود ، پیوند حاصله را " آلوژنیک " می نامند . نوع دیگری از پیوند مغز استخوان " اتولوگ " نامیده می شود که هم اکنون مراحل مطالعاتی خود را سیر می کند . در این روش ، مغز استخوان از خود بیمار گرفته شده و بوسیله داروها ، سلولهای

سرطانی آنرا از بین می برند . پس محصول را منجمد و ذخیره می کنند . به بیمار مقادیر بالای شیمی درمانی همراه یا بدون پرتو درمانی می دهند تا مغز استخوان باقیمانده وی تخریب شود . در مرحله آخر مغز استخوان منجمد شده را گرم کرده و از طریق یک سوزن وارد سیاهرگ بیمار می کنند تا جایگزین مغز استخوان تخریب شده شود .

در صورتیکه بتوان پیوند مغز استخوان را در بیمارستان و به تعداد بیش از ۱۵ بار در سال برای بیمار انجام داد شانس بهبودی افزایش می یابد . روشهای زیست شناختی بدن را وادار به مبارزه با سرطان می کنند ، در اینجا با استفاده از موادی که توسط بدن ساخته شده و یا در آزمایشگاه تولید می گردد برای تحریک و تقویت دفاع طبیعی بدن در برابر بیماریها بکار می رود . این روش را گاهی " اصلاح پاسخ زیستی " یا " ایمنی درمانی " می نامند ، اگر طحال بیمار بزرگ شده باشد ممکن است پزشک طی یک عمل جراحی بنام " اسپلنکتومی " آنرا از بدن خارج نماید .

• درمان بر اساس مرحله استقرار بیماری :

استفاده از روشهای استاندارد بخاطر اینکه اثر بخشی آنها در مطالعات گذشته به اثبات رسیده است ممکن است برای بیمار در نظر گرفته شود یا اینکه بیمار را در پروژه های تحقیقاتی شرکت داد . البته اکثر بیماران با درمانهای استاندارد بطور کامل معالجه نمی شوند و علاوه بر این عوارض برخی از این روشها بسیار زیاد و نامطلوب است . بهمین دلیل مطالعات روی یافتن شیوه های نوین وموثرتر درمانی در حال انجام است .

• مرحله مزمن لوسمی میلوژنی مزمن

درمان یکی از موارد زیر خواهد بود :

(۱) شیمی درمانی با مقدار بالا بهمراه پرتودرمانی و متعاقب آن پیوند مغز استخوان .

(۲) درمان زیست شناختی .

(۳) Imatinib mesylate (STI ۱۵۷)

(۴) شیمی درمانی بمنظور کاهش تعداد گلبولهای سفید خون .

(۵) استفاده از داروهای ضد سرطان دیگری برای کاهش تعداد گلبولهای سفیدخون

(۶) جراحی برای برداشت طحال (اسپلنکتومی)

(۷) شیمی درمانی و / یا پرتو درمانی و متعاقب آن پیوند مغز استخوان

• مرحله تشدید شده لوسمی میلوژنی مزمن

درمان یکی از موارد زیر خواهد بود :

(۱) پیوند مغز استخوان

(۲) Imatinib mesylate (STI ۱۵۷)

(۳) درمان زیست شناختی

(۴) شیمی درمانی با مقدار زیاد

(۵) شیمی درمانی برای کاهش تعداد سلولهای سفید خون

(۶) استفاده از سایر داروهای ضد سرطان

(۷) تزریق خون یا فرآورده های خونی برای تخفیف علائم

• مرحله بلاستی لوسمی میلوژنی مزمن

درمان یکی از موارد زیر خواهد بود

(۱) Imatinib mesylate (STI ۱۵۷)

(۲) شیمی درمانی

(۳) پیوند مغز استخوان

(۴) شیمی درمانی برای تسکین علائم سرطان

(۵) شیمی درمانی با مقدار زیاد

• عود لوسمی میلوژنی مزمن

درمان یکی از موارد زیر خواهد بود

(۱) Imatinib mesylate (STI ۱۵۷)

(۲) درمان زیست شناختی یا تزریق داخل وریدی گلبولهای سفید برای بیمارانیکه بعد از پیوند مغز استخوان دچار عود شده اند .

(۳) مطالعه روی استفاده از ترکیب جدید داروهای ضد سرطان برای بیمارانیکه قادر به دریافت درمانهای زیست شناختی نیستند .

منبع : iranblood

<http://vista.ir/?view=article&id=353060>

 vista.ir
Online Classified Service

مزاحم نشوید

خانم چاق ۵۵ ساله‌ای با سابقه پرفشاری خون و آپنه انسدادی شدید هنگام خواب که نیازمند (CPAP) است برای کنترل درد در پی کوله‌سیستکتومی روی بی‌دردی تحت تنظیم (PCA) (۲) با مورفین قرارداده شد. تقریباً ساعت ۱ صبح، ۵ ساعت بعد از شروع مورفین، تعداد تنفس بیمار به ۷ بار کاهش یافت (در حالی که روی CPAP بود). معاینه فیزیکی نشان‌دهنده سطح اشباع اکسیژن ۹۸، فشارخون طبیعی، ضربان قلب ۵۰ بار در دقیقه و مردمک‌های نوک سوزنی بود. بیمار لتارژیک بود، چشم‌هایش را باز می‌کرد و در واکنش به تکان دادن شدید، بی‌هدف زیر لب صدا می‌کرد اما هنگامی که تحریک متوقف می‌شد به سرعت به خواب می‌رفت. پرستار



که نگران بود پزشک مربوطه را صدا کرد. پزشک که به خاطر صداکردنش ناخشنود به نظر می‌رسید، نعره زد: «شما چه انتظاری دارید، وقتی که بیمار را نیمه شب از خواب عمیق بیدار می‌کنید، سطح عالی هوشیاری؟ طبیعی است که وی خواب‌آلود باشد.» وی ادامه داد که «من را فقط در موارد مرگ و زندگی بیدار کنید...»

• حرفه‌ای‌گری، آیا همیشه به معنی بودن در بهترین شرایط است؟

این مورد مشخص‌کننده اختلالات پیچیده‌ای در چهار توانایی پزشک است که بر ایمنی بیمار اثر می‌گذارد: حرفه‌ای‌گری، مراقبت از بیمار، روابط عمومی و مهارت‌های بین فردی و طبابت مبتنی بر نظام. اینکه یک پزشک هنگامی که وی را از خواب بیدار می‌کنند تا به یک بیمار کمک کند چگونه واکنش نشان می‌دهد، می‌تواند بهترین آزمون باشد که چقدر حرفه‌ای‌گری در شخصیت پزشک ادغام شده است. این مورد نمایان می‌سازد که چقدر اشکال در حرفه‌ای‌گری با اختلالات شناختی یا عاطفی یکی از اعضای گروه (در این مورد پزشک) ارتباط دارد و اقدام تصحیح‌کننده اغلب نیاز به کار گروهی برای تضمین مراقبت ایمن دارد.

دشوار است که بدانیم آیا پزشک دانش کافی برای تشخیص جدی بودن دوز بیش از حد مورفین دارد یا خیر. با توجه به اینکه رفتار خشنی در میان نبوده است، فقدان دانش می‌تواند خطا در قضاوت را توجیه کند. با وجود این، ابراز خشم پزشک به پرستار مطرح‌کننده اختلالات عاطفی است که به اختلال کارکرد شناختی منجر می‌شود. اینکه مورد ذکر شده اشکال منفردی در حرفه‌ای‌گری است، یا یک ویژگی شخصیتی و یا اختلالی اکتسابی تنها به این روش مشخص می‌شود که این واقعه را با رفتار وی در موقعیت‌های مشابه مقایسه کنیم.

پدیده اینرسی خواب ممکن است در این مورد اهمیت داشته باشد. اینرسی خواب، گیجی و اختلال کارکردی است که در هنگام بیدار شدن از خواب طی مرحله بدون حرکت سریع چشم در خواب(۳)(NREM) اتفاق می‌افتد. این عدم تمرکز ممکن است ۳۰ دقیقه پس از خواب اتفاق بیفتد و از ۱۰ دقیقه تا حداکثر ۲ ساعت پس از بیدار شدن طول می‌کشد. عدم تمرکز ممکن است شامل دوره‌های بی‌خوابی پس از بیدار شدن نیز باشد. اغلب ما هنگامی که ناگهان از خواب می‌پریم دوره کوتاهی از اختلالات شناختی را تجربه کرده‌ایم. این مساله چند لحظه طول می‌کشد که برای پردازش اطلاعات پس از یک تماس تلفنی کافی است. اولین واکنش ما ممکن است خودکار باشد، اما پس از وقفه‌ای اندک ما دوباره زنگ می‌زنیم، اطلاعات اضافه‌تر می‌خواهیم و در تصمیم‌مان بازنگری می‌کنیم. در صورتی که واکنش اولیه ما فاقد هماهنگی حسی و بی‌ادبانه باشد، به سرعت عذرخواهی می‌کنیم و اشتباه‌مان را در حرفه‌ای‌گری قبول می‌کنیم. چنین رفتار خودارزیابی و خود تصحیحی در کفایت اقدامات ما در حرفه‌ای‌گری محوری است.

• چگونه می‌توانیم حرفه‌ای‌گری را پیش‌بینی کنیم؟

غریبالگری متقاضیان دانشکده پزشکی و رد برخی از دانشجویان در هر سال، برخی از آنهایی را که فاقد این ویژگی‌های شخصیتی و ناسازگاری با حرفه‌ای‌گری پزشکی هستند حذف می‌کند. با وجود این، هنگامی که دانشجویان وارد دوره آموزش می‌شوند، ما در آموزش حرفه‌ای‌گری پزشکی یا تشخیص و پیشگیری از تخریب آنها چندان موفق نیستیم که این امر منجر به عدم کفایت در حرفه‌ای‌گری می‌شود.

تخریب، نشانگانی شامل از بین رفتن شخصیت در ارتباطات با همکاران و بیماران، خستگی عاطفی، بدبینی و عدم کارایی است. این نشانگان زمانی ایجاد می‌شود که پزشکان زیر فشار ثابت هستند، کنترل کمی در برنامه خود دارند و نمی‌توانند مراقب خود باشند. تخریب با اختلال عملکرد شغلی و مشکلات سلامت ارتباط دارد و ممکن است منجر به الکلیسم و اعتیاد شود. سه چهارم رزیدنت‌ها در یک مطالعه تخریب شده بودند. آنها رفتار غیرحرفه‌ای را در ترخیص زود هنگام بیماران گزارش کردند تا کارشان را قابل اداره‌تر کنند و خطاهای پزشکی مرتکب شدند و به طور کامل گزینه‌های درمانی را با بیماران در میان گذاشتند و به سوالات آنها پاسخ ندادند.

• طبابت مبتنی بر نظام: نظام‌های کشیک و آنکال

یکی از جنبه‌های تعیین‌کننده حرفه‌ای‌گری پزشکی، مسوولیت‌پذیری در قبال ارائه خدمات در کل دوره بیماری فرد شامل شب‌ها و آخر هفته‌ها است. وجود اشکال در اطمینان از اینکه یک پزشک با کفایت در زمان مقتضی وجود دارد یک خطای حرفه‌ای است. با وجود این، در دسترس بودن کافی نیست. پزشک باید از نظر شناختی هوشیار و از نظر احساسی در وضعیت خوبی باشد تا بتواند به طور مطلوب به نیازهای تماس گیرنده یا بیمار واکنش نشان دهد و انگیزه اقدام مناسب را بدون توجه به ساعت یا خواب‌آلودگی‌اش داشته باشد. به طور خلاصه، پزشکان باید هنگامی که مسوول مراقبت از بیماران هستند، بهترین شرایط را داشته باشند.

همان‌طور که گفته شد، منطقی نیست که یک فرد ۲۴ ساعت از شبانه‌روز، ۷ روز هفته و ۲۶۵ روز سال در دسترس باشد. بنابراین، پزشکان باید در نظام‌هایی مشارکت کنند که دسترسی به پزشکان با کفایت و همچنین وجود زمان کافی برای بازگرداندن قوای جسمی و روحی را تضمین می‌کنند. هنگامی که درخواست خدمات تقریباً دایمی است، کشیک‌های محدود همراه با وجود دوره‌های زمانی استراحت اجباری بین کشیک‌ها، دسترسی به پزشکان هوشیار را تضمین می‌کند. هنگامی که درخواست خدمات ناپیوسته است، نظام‌هایی که در آن پزشکان آنکال هستند و در منزل منتظر تماس تلفنی‌اند، بازگشت به سر کار در هنگام نیاز، منطقی است. در موارد حد واسط، با کشیک‌های طولانی‌تر که در آن دوره‌هایی از خواب بدون تداخل را می‌توان پیش‌بینی کرد، جوابگو خواهند بود.

• نظام‌ها، کار گروهی و حرفه‌ای‌گری

حرفه‌ای‌گری واژه‌ای است که به واسطه محبت بدون چشم‌داشت و اعتماد، پذیرش صادقانه و تصحیح اشتباهات تعریف می‌شود. حرفه‌ای‌گری زمانی بیش از همه به چالش کشیده می‌شود که نیازهای بیمار با نیازهای شخصی در تضاد باشد. بنابراین، حرفه‌ای‌گری شامل خودارزیابی نیازهای فردی و مراقبت از خود است که رفاه جسمی و روحی را برای گروه پزشکی تضمین می‌کند.

اعضای گروه که در هدف کیفیت خدمات سهیم هستند، نقش‌های خاصی دارند، وظایف جداگانه‌ای انجام می‌دهند و با شرایطی که ایجاد می‌شود تطابق پیدا می‌کنند. علاوه بر این کار گروهی خوب، خطر اشتباهات فردی پزشک (یا سایر کارکنان) را کاهش می‌دهد که می‌توانند کار گروه را مختل کنند و موجب به پیامدهای خطرناک شوند. از آنجا که پزشکان مسوولیت نهایی را در تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی دارند، سایر اعضای گروه (در این مورد پرستار) در زمینه پایش عملکرد، پشتیبانی، تطبیق‌پذیری و برقراری ارتباط مسوولیت قبول می‌کنند که تضمین می‌کنند پیام

فرستاده شده، دریافت شود.

وضعیت جسمی و ذهنی هر یک از اعضای گروه (شامل پزشکان ارشد) در یک نظام ارایه خدمات سلامت بیمارمحور و ایمن اهمیت دارد. اگرچه از خود گذشتگی پزشک اهمیت دارد، معمولاً برای غلبه بر غریزه بقا هنگامی که افراد از حد ظرفیت جسمی و روحی خود فراتر می‌روند، کافی نیست. نظام‌های خدمات سلامت قابل اعتماد باید فشار کاری را با زمان به گونه‌ای متعادل کنند که مطمئن باشند رفاه جسمی و روحی برای کارکنانشان از جمله پزشکان فراهم است.

علت ریشه‌ای تداخلات بیش از حد در خواب پیچیده است. پزشکان ممکن است مسوولیت بیماران را بیش از حدی که بتوانند به خوبی از پس آن برآیند. ممکن است پزشکان کافی برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیماران در تخصص مربوطه وجود نداشته باشند یا اینکه نظام موجود نتواند برنامه تماس‌ها یا وظایف را به گونه‌ای تنظیم کند که از تصمیم‌گیری صحیح در هنگام شب و وجود زمان کافی برای خواب و استراحت اطمینان حاصل کنیم تا کارکرد روحی و ذهنی بازسازی شود. علت هرچه که باشد، وجود مشکلاتی در زمینه حرفه‌ای‌گری، برقراری ارتباط و مهارت‌های بین فردی در طی دوره آموزش که با اشکالات آتی در زندگی ارتباط دارند. یک مطالعه نشان داد که اقدامات رشته‌ای توسط بوردهای پزشکی به شدت با عدم مسوولیت‌پذیری مانند حضور غیرمطمئن در درمانگاه یا اشکال در پیگیری قرار با بیماران و کاهش توانایی در بهبود رفتار طی دوران دانشکده پزشکی ارتباط پیدا می‌کند. بوردهای پزشکی داخلی آمریکا (ABIM) (۱) مشخص کرد که رابطه‌ای بین نمرات پایین داده شده توسط گردانندگان برنامه حرفه‌ای‌گری طی دوره رزیدنتی و تحریم‌های اعمال شده توسط بوردهای ناپدیدکننده پزشکی در سال‌های بعد وجود دارد (۲). علاوه بر این لوینسون (Levinson) و همکاران گزارش کردند که ارتباط با بیماران به نحوی که نتواند هم‌دردی را منتقل کند موجب ایجاد حس عدم مراقبت و عدم حمایت در بیماران می‌شود و با افزایش شکایات مربوط به طبابت نادرست ارتباط دارد.

پرستار مربوطه که از این واکنش ناراضی بوده و بی‌دردی تحت تنظیم بیمار (PCA) را متوقف کرده بود، با جراح تماس گرفت تا نگرانی‌اش را به وی ابراز کند. جراح دستور نالوکسان (نارکان) داد. بیمار به سرعت بیدار شد و تغییر وضعیت ذهنی و سرکوب تنفسی از بین رفت. خوشبختانه، این مورد در اثر کار گروهی عالی، پیامد خوبی داشت. پرستار خطای شناختی پزشک ارشد را تخفیف داد. با وجود این، اثر رفتار غیرحرفه‌ای پزشک ارشد بر اعتماد و احترام گروه و همچنین اثر عوامل سیستمیک بر مشکلات حرفه‌ای در زیر بحث خواهد شد.

• تاکید بر حرفه‌ای‌گری در آموزش پزشکی

شورای اعتباربخشی فارغ‌التحصیلان آموزش پزشکی (ACGME) (۲) از برنامه‌های رزیدنتی می‌خواهد که ۶ قابلیت عمومی را در پزشکان آموزش دهند و ارزیابی کنند. یکی از این توانایی‌ها حرفه‌ای‌گری است. این قابلیت به صورت برعهده‌گرفتن مسوولیت‌های حرفه‌ای، تبعیت از اصول اخلاقی و نشان‌دادن احترام، حس هم‌دردی و تعهد نسبت به کار بالینی به بیماران و اعضای گروه بالینی تعریف می‌شود. پایش پزشکان توسط خودشان نسبت به وضعیت جسمی و روحی نیز برای حرفه‌ای‌گری لازم است، همان‌طور که مراقبت از خود نیز ضروری است که شامل خواب کافی برای تصمیم‌گیری درست است. شورای انجمن‌های پزشکی آمریکا در زمینه اخلاق و مسایل قانونی توجه پزشکان را به سلامت و رفاه خودشان و همچنین سلامت همکارانشان جلب می‌کند که ضرورتی اخلاقی است.

علاوه بر حرفه‌ای‌گری شخصی، سازمان‌های خدمات سلامت باید تحولی را در اقدامات و تغییر رفتار نسبت به کار پزشکان ایجاد کنند. ضعف و خستگی جسمی یا روحی باید خطرات غیرقابل قبول برای خدمات ایمن باشند نه نشانه تعهد. با توجه به اثرات مخرب خستگی که منجر به تخریب رزیدنت مربوطه و مشکلاتی در ایمنی بیماران می‌شود، ACGME تمام برنامه‌های آموزشی را ملزم می‌سازد که به هیات علمی و رزیدنت‌های خود آموزش دهند که نشانه‌های خستگی را بشناسند و سیاست‌هایی را تدوین کنند و به کار گیرند تا با اثرات منفی بالقوه پیشگیری و مقابله کنند. این سیاست‌ها شامل محدودکردن ساعت کار خاص هر رشته برای رزیدنت‌های و فلوها به ۸۰ ساعت در هفته، ۲۰ ساعت کار مداوم بدون استراحت و حداقل یک روز از هر ۷ روز استراحت است.

برخی اساتید پزشکی ابراز نگرانی می‌کنند که تاکید بر مراقبت پزشکان از خود و داشتن ذهنیت کار شیفیتی ممکن است با ارتباط بین پزشک و بیمار تداخل کند و حرفه‌ای‌گری پزشکی را از بین ببرد. این نگرانی‌ها، مشکل عمده‌تر تخریب ناشی از خستگی، افسردگی و واکنش‌های حسی بروز کرده به صورت بدبینی یا خشم را نادیده می‌گیرد که به جدایی و عدم ارتباط حسی با بیماران منجر می‌شود. اینها خطرات جدی‌تری در کیفیت خدمات به بیمار هستند تا عدم ارایه مستمر خدمت به بیمار توسط یک پزشک واحد و این امر با مطالعات گزارش شده توسط خود رزیدنت‌های تخریب شده و از بین رفتن مشکلات جدی در کیفیت خدمات پس از محدودکردن ساعت کاری کارکنان سلامت نشان داده شده است.

• ارزیابی حرفه‌ای‌گری در دانشجویان

تعیین و ردیابی حوادث اساسی در زمینه رفتار غیرحرفه‌ای، همانند موردی که گفته شد، روشی اساسی برای ردیابی حرفه‌ای‌گری است. روش دیگر ارزیابی که برای دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها استفاده می‌شود، گرفتن نمره رفتار حرفه‌ای از همکاران، پرستاران، اپراتورهای تلفن و سایر اعضای گروه است، برای مثال بوردهای معاینه‌کنندگان پزشکی در حال آزمون پیمایشی برای استفاده در دانشکده‌های پزشکی است. Mini-CEX حرفه‌ای‌گری، چک‌لیستی از رفتارهای مهم است که اعضای هیات علمی استفاده می‌کنند تا به عملکرد نمره بدهند و فیدبکی برای دانشجویان و رزیدنت‌ها درباره ارتباطات حرفه‌ای مشاهده شده طی مواجهه با بیمار فراهم کنند. ارزیابی‌های بالینی استاندارد شده عینی، آزمون‌هایی هستند که در آنها بیماران استاندارد شده به ارتباط برقرارکردن دانشجو یا رزیدنت و مهارت‌های بین فردی آنها در زمینه انسانیت و بحث‌های اخلاقی با بیماران نمره می‌دهند. آموزش و ارزیابی تکوینی حرفه‌ای‌گری را می‌توان در سطح دانشجویان یا گروه طبابت کننده و از طریق تحلیل علت ریشه‌ای وقایع حیاتی و انعکاس آن بر عمل انجام داد که تحلیل هدایت شده وقایع، علل و پیامدها، اثرات احساسی بر شرکت‌کنندگان و اینکه چگونه تجارب ممکن است تصمیم‌گیری را برای اقدامات آینده شکل دهند، در بر می‌گیرد.

• چه قدم‌هایی را هر یک از کارکنان مراقبت‌های سلامت باید در این موقعیت بردارد؟

در این مورد، پرستار باید خطای در قضاوت و حرفه‌ای‌گری را از طریق فرآیند ارتقای کیفیت گزارش کند که ارزیابی پزشک ارشد را از نظر تخریب روحی توصیه می‌کند. این گزارش می‌تواند رفتار غیرحرفه‌ای را در سطوح مختلف ثبت کند:

(۱) اشکالات موجود در احترام به قضاوت و نگرانی هر عضو از گروه،

(۲) اشکال در ارزیابی اختلالات شناختی خود که در اثر مشکلات مربوط به خواب یا سایر اختلالات ایجاد می‌شود

(۳) اشکال در پشتیبانی از مسوولیت‌های عضو فلوی گروه. در یک گروه با عملکرد خوب، یک جلسه گروهی در مورد کیفیت خدمات در پی این واقعه می‌تواند فرصتی را فراهم کند تا نظامی را طراحی کنیم و از کفایت حرفه‌ای تمام اعضای گروه اطمینان حاصل کنیم.

مراقبت شخصی از یک پزشک غیرحرفه‌ای باید از طریق یک برنامه ارتقای حرفه‌ای پزشکی مدیریت شود. در یک گروه با عملکرد خوب، رفتار غیرحرفه‌ای را می‌توان به عنوان جنبه‌ای مرسوم از ارتقای کار گروهی برای ایجاد اعتماد میان اعضای گروه هدف قرار داد. متأسفانه شواهدی وجود دارد که پزشکان دارای بیشترین خطر از نظر نقص در حرفه‌ای‌گری در پی موقعیت‌های کاری فردی و غیرگروهی هستند.

در موقعیت‌های پزشکی، تفاوت توان میان پزشک و سایر اعضای گروه ممکن است اداره رفتار غیرحرفه‌ای را به نحو متوازن دشوار سازد. این امر به نادیده‌گرفتن نمونه‌های مهمی از رفتار غیرحرفه‌ای و گزارش‌های پزشکان به کارکنان پزشکی، بوردهای تاییدکننده یا سایر مراجعی می‌شود که بیشتر به اقدام علاقه دارند تا لکه‌گیری کارها. اگرچه همیشه نیاز به محافظت از بیماران وجود دارد و برخی از موارد رفتار غیرحرفه‌ای آن‌قدر ناخوشایند هستند که این نوع رویکرد منضبط مناسب است، نکته منفی این مسیر آن است که اغلب به مخفی‌کاری، تقابل و حتی کشیده‌شدن کار به دادگاه منجر می‌شود. رویکرد به مسایل حرفه‌ای‌گری ابتدائاً به عنوان مشکلات بالقوه نظام‌ها که می‌توان آنها را با تغییراتی در نظام آموزش حرفه‌ای‌گری ترمیم کرد، اغلب به پیامدهای مطلوب از نظر ایمنی، خدمات با کیفیت و ارتباطات کاری متوازن منجر می‌شود. فرهنگ عدم سرزنش و مسوولیت‌پذیری نظام در قبال مسایل ایمنی بالقوه یا واقعی می‌تواند تبادل نظر را در زمینه علل ریشه‌ای رفتار غیرحرفه‌ای امکان‌پذیر سازد.

اگرچه ما نمی‌توانیم مطمئن باشیم که علت ریشه‌ای رفتار غیرحرفه‌ای در این مورد چیست، اما می‌توانیم تقریباً یقین داشته باشیم که تخریب روحیه پزشک عامل مداخله‌گر مهمی است. پیشگیری از تخریب، مسوولیت همه پزشکان و سازمان‌های خدمات سلامت است که در آنها کار می‌کنند. (برای منابع به کادر ۱ مراجعه کنید). ارتقای رفاه پزشکان جنبه‌ای جدید از طبابت مبتنی بر نظام و حرفه‌ای‌گری است که پیاده‌سازی آن در سال‌های اول آموزش شروع شده است. حرفه‌ای‌گری نوین از پزشک می‌خواهد که «روش‌های بازسازی فردی، هوشیاری عاطفی، ارتباط با نظام‌های حمایتی اجتماعی و حس تبحر و درک را در کارشان تقویت کنند. سرمایه‌گذاری در آموزش حرفه‌ای‌گری و مراقبت پزشک از خود می‌تواند به جلوگیری آتی در طول زندگی در برخی موارد کمک کند.»

منبع : هفته نامه نوین پزشکی

<http://vista.ir/?view=article&id=347458>

مصرف نمک

مصرف نمک اثر مستقیمی بر روی فشارخون دارد. نشان داده شده است که بالا رفتن فشار خون همزمان با بالا رفتن سن که در جوامع شهرنشین دیده میشود، نتیجه مصرف مقادیر زیاد نمک می‌باشد. کاهش مصرف نمک به پایین آمدن فشارخون کمک می‌نماید. مصرف زیاد نمک در طی چندین سال، احتمالاً با افزایش مقدار سدیم موجود در سلولهای عضله صاف دیواره‌های شریانچه‌ها باعث افزایش فشارخون می‌گردد. به نظر می‌رسد که این مقدار بالای سدیم باعث تسهیل ورود کلسیم به داخل سلولها میشود. کلسیم هم به نوبه خود باعث تنگ و باریک شدن مجرای شریانچه‌ها می‌گردد.

شواهدی وجود دارد که افرادی که دارای زمینه وراثتی برای ابتلاء به پرفشاری خون هستند، از توانایی کمتری برای برداشت نمک از بدنشان از طریق کلیه‌ها برخوردارند. با این حال مدارک اندکی وجود دارد که چنین افرادی نمک بیشتری از سایر افراد مصرف می‌کنند، گرچه آنها ممکن است آن مقدار نمکی که می‌خورند را در بدنشان نگه دارند.

ارتباط بین نمک و فشارخون، سالیان درازی است که مورد بحث قرار می‌گیرد، زیرا تحقیقات اولیه که در این مورد انجام شده بود، دقت کافی را نداشت. با این حال در دهه ۱۹۸۰ براساس یک تحقیق بین‌المللی دقیق، نشان داده شد که ارتباط نزدیکی بین مصرف نمک و فشار خون در افراد کشورهای مختلف وجود دارد. برای مثال، ژاپنی‌ها، لهستانی‌ها و پرتغالی‌ها نمک زیادی در غذایشان مصرف می‌کنند و شیوع

پرفشاری خون و سکتة مغزی در افراد این کشورها بیشتر است. بعلاوه، دیده شده است که افراد این کشورها که دارای رژیم غذایی پر نمک هستند، با بالا رفتن سنشان، فشار خونشان هم بالا می‌رود. برعکس، افراد کشورهایایی که نمک شیوع پرفشاری خون در این کشورها نسبتاً کمتر است. همانگونه که بعداً خواهیم گفت، شواهد خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد که در صورت کاهش مصرف نمک در رژیم غذایی، فشارخون هم پایین خواهد آمد. گرچه این امر حقیق دارد که بعضی از افراد، بدنشان نسبت به نمک حساس‌تر است. این موضوع در مورد افرادی که سابقه فامیلی ابتلاء به فشارخون دارند صادق است. همچنین شواهدی وجود دارد که افراد مسن نسبت به نمک حساس‌تر هستند.

ارتباط بین مصرف نمک و ابتلاء به فشارخون در تحقیقی که اخیراً بر روی کودکانی که تازه از شیر گرفته شده بودند و به عده‌ای از آنها غذای کم نمک و به بقیه آنها غذای معمولی داده شده بود، تأیید گردید. پس از شش ماه، فشارخون کودکانی که غذای کم نمک خورده بودند، پایین‌تر از کودکانی بود که غذای معمولی خورده بودند. گروهی از این کودکان را تا ۱۵ سالگی پیگیری نمودند و مشاهده شد که هنوز فشارخون آنها پایین‌تر است.

اگر بتوانیم کودکان را متقاعد کنیم که کمتر نمک مصرف نمایند، می‌توانیم از همان ابتدا جلوی بروز پرفشاری خون را بگیریم. بنابراین مصرف چیپس و پفک در کودکان، که امروزه به وفور صورت می‌پذیرد، می‌تواند نگران کننده باشد.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205458>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نارسانی قلب

www.takbook.com

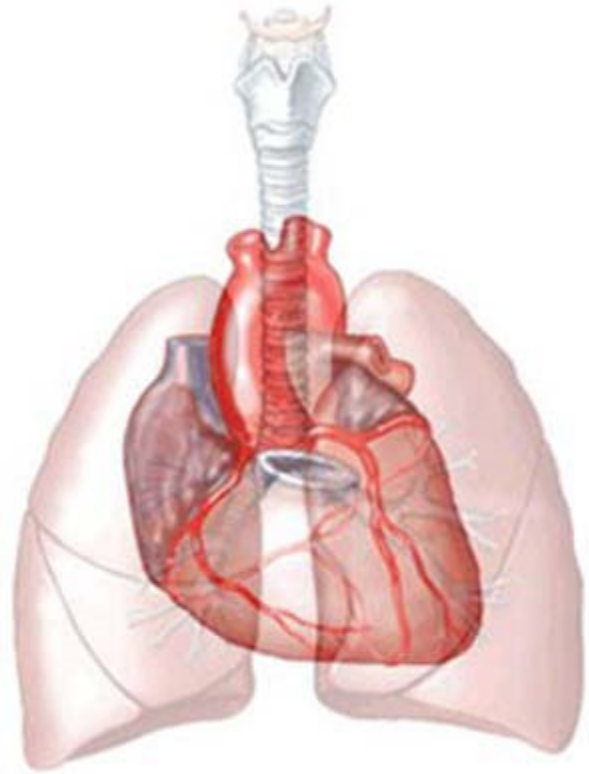
• نارسایی قلب چیست ؟

برخلاف آنچه به نظر می رسد اصطلاح " نارسایی قلب " به معنی این است که قلب شما نمی تواند به خوبی آنچه باید خون را پمپ کند. نارسایی قلب بدین معنا نیست که قلب شما از کار ایستاده یا شما دچار حمله قلبی شده اید به نارسائی قلب، نارسائی احتقانی قلب نیز می گویند. "احتقانی " یعنی اینکه خون در بدن شما تجمع می یابد، زیرا که قلب قادر به پمپ کردن آن نمی باشد.

• چه چیزی باعث نارسایی قلب می شود؟

نارسایی قلب علل متفاوتی دارد. گاهی اوقات علت اصلی یافت نمی شود. شایعترین علل نارسایی قلب در زیر لیست می شود:

- بیماری شریان کروناری (تنگی عروق خون دهنده به قلب) – اغلب افرادی که نارسایی قلب دارند قبلاً دچار حمله قلبی شده اند.
- مشکلات عضله قلب (کاردیومیوپاتی)
- فشار خون بالا (هیپرتانسیون)
- مشکلات هرکدام از دریچه های قلبی



▪ ضربان غیرطبیعی قلب (آریتمی)

▪ مواد سمی (مثل مصرف الکل)

▪ بیماری مادرزادی قلبی (مشکل قلبی که از بدو تولد وجود داشته است)

▪ دیابت

▪ مشکلات تیروئید

• علائم نارسایی قلب چیست ؟

بعضی افرادی که نارسایی قلبی دارند مشکلات و علائم کمی دارند. در زیر فهرستی از مشکلاتی که ممکن است فردی با نارسایی قلبی داشته باشد آورده شده است:

▪ تنگی نفس (شاید هنگام راه رفتن یا از پله بالا رفتن)

▪ تنگی نفس در هنگامی که در بستر خوابیده اید.

▪ بیدار شدن در شب بدلیل تنگی نفس ناگهانی

▪ تورم پاها (معمولاً پاها و قوزک ها)

▪ افزایش وزن سریع

▪ سرفه مزمن

اگر هر کدام را دارید بویژه اگر در گذشته مشکل قلبی داشته اید به پزشک خود از اطلاع دهید.

• چه آزمایشاتی مورد نیاز است ؟

پزشکتان احتمالاً بر اساس تاریخچه پزشکی شما، علائم و معاینه فیزیکی، به نارسائی قلبی مشکوک می شود. او همچنین ممکن است آزمایشات زیر را درخواست کند:

▪ آزمایشات خونی

▪ آزمایشات ادرار

▪ عکس قفسه سینه

▪ نوار قلب

▪ اکوکاردیوگرافی یا عکس برداری قلب بوسیله مواد رادیواکتیو

دو آزمایش آخر اغلب مورد استفاده قرار می گیرند تا به تشخیص مطمئن شویم. (این دو آزمایش) برای قطعی شدن تشخیص مورد استفاده قرار می گیرند) اکوکاردیوگرافی تستی است که هیچ دردی ندارد. یک پروب در سطح قفسه سینه حرکت داده می شود و امواج صوتی می فرستد تا پزشک شما بتواند از قلب تصویری بگیرد. تصاویر به پزشکتان نشان می دهند که تا چه حد قلبتان خوب پمپاژ می کند.

عکس برداری بوسیله مواد رادیواکتیو شامل تزریق دوز بسیار کمی از ماده رادیواکتیو به خون است. این ماده به سمت قلبتان حرکت می کند و تصاویری تولید می کند که به پزشکتان نشان

می دهد که چه حد قلبتان خوب پمپاژ می کند. ماده رادیواکتیو بی ضرر است و پس از پایان تست بطور کامل از بدنتان خارج می شود.

• چه درمانهایی مورد نیاز است ؟

داروهای متفاوت بسیاری در درمان نارسائی قلب بکار می روند. شما بر اساس نوع علائمتان ممکن است یک یا چند دارو لازم داشته باشید. پزشکتان در مورد این داروها با شما صحبت خواهد نمود. ممکن است مدتی طول بکشد تا داروی مناسب حال شما و مقدار آن یافت شود.

• چندین نوع دارو که معمولاً در درمان نارسایی قلب مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از :

▪ مهارکننده های ACE : این نمونه داروها به باز و گشاد شدن رگهای بدن شما کمک کرده و فشار خون شما را پائین می آورند و جریان خون را بهتر می کنند.

▪ ادرار آورها : مدرها معمولاً قرص آب نیز نامیده می شوند زیرا که ادرار شما را بیشتر کرده و از تجمع آب در بدنتان جلوگیری می کنند. این داروها همچنین از تجمع آب در ریه ها جلوگیری کرده و کمک می کنند تا راحت تر نفس بکشید.

▪ مسدود کننده های بتا : این داروها جریان خون را بهتر کرده و جلوی بعضی مشکلات ریتم قلب را می گیرند.

▪ دیگوکسن : این دارو که دیجیتالیس هم نامیده می شود کمک می کند تا قلب بهتر پمپ کند. دیگوکسن ممکن است با سایر داروها مصرف شود.

اگر مشکلات دیگری هم دارید یا دچار عوارض این داروها شده اید لازم است تا داروهای دیگری مصرف کنید.

وقتی داروهای نارسایی قلبی مصرف می کنید باید آزمایشات خونی برای بررسی پتاسیم خون و عملکرد کلیه انجام دهید، بسته به اینکه چه نوع دارو و با چه دوزی مصرف می کنید و بدون اینکه دچار مشکلی شوید. به هر حال اگر در مورد داروهایی که مصرف می کنید سؤالی دارید یا دچار عوارض آنها شده اید باید با پزشکتان صحبت کنید. خیلی مهم است که داروها را همانگونه که پزشکتان گفته است مصرف کنید.

• چه موقع لازم است که به پزشک تلفن کنیم ؟

هرگاه تنگی نفس داشتید یا در پاها و قوزکها دچار تورم شدید باید با پزشکتان تماس بگیرید. همچنین اگر در طول یک تا دو روز ۳-۵ پوند (هر پوند معادل ۴۵۰ گرم است) وزن اضاف کردید باید با او تماس بگیرید.

برای اینکه وزن خود را مرتب چک کنید لازم است تا هر روز صبح قبل از ادرار کردن و پس از اینکه چیزی خوردید خود را وزن کنید.

شما باید هر گاه سؤالی در مورد وضعیت خود یا داروهایتان دارید با پزشکتان تماس بگیرید.

• آرترواسکلروزیس / آرترواسکلروزیس (تصلب شرایین)

سرخرگها، عروق خونی هستند که اکسیژن و مواد غذایی را از قلب شما به بقیه بدنتان

می رسانند. سرخرگهای سالم قابل انعطاف و قوی بوده و حالت الاستیکی دارند. سطح داخلی آنها صاف است طوریکه خون بدون هیچ محدودیتی در آن جریان دارد. ولی به مرور زمان، فشار زیاد در شریانها شما می تواند دیواره آنها را سخت و ضخیم کند و گاهی مانع جریان یافتن خون به ارگانها و بافتهای بدنتان شود. به این پروسه آرترواسکلروزیس یا سخت شدن سرخرگها (تصلب شرایین) گفته می شود.

آرترواسکلروزیس شایعترین شکل آرترواسکلروزیس می باشد. هر دو اصطلاح اغلب به جای هم استفاده می شوند ولی آرترواسکلروزیس به سخت شدن سرخرگها که در اثر تجمع رسوبات چربی (پلاکها) و سایر مواد ایجاد می گردد گفته می شود. عموماً تصور می شود که این بیماری قلب را درگیر می کند. آرترواسکلروزیس و آرترواسکلروزیس شریانها را در هر جای از بدنتان می توانند درگیر کنند. وقتی سرخرگهایی که به سمت

اندامهای شما می روند درگیر می شوند، ممکن است دچار مشکلات گردش خون در بازوها و پاهایتان شوید که بیماری شریانهای محیطی نامیده می شود. وقتی شریانهای گردن درگیر می شوند می توانید دچار سکنه مغزی با حمله گذاری اسکیمی (TIA) شوید. آترواسکلروزیس می تواند موجب برآمدگی در جداره شریان شما شود. (آنوریسم)

متأسفانه بعضی از افراد که آترواسکلروزیس یا آرتیواسکلروزیس دارند هیچ علامتی نشان نمی دهند تا زمانیکه یک یا چند شریان آنچنان سخت شود که یک اورژانس پزشکی بوجود آورند. در مورد این بیماری چه می توانید انجام دهید ؟ مراقب علائم اخطار دهنده باشید و عوامل خطر سازی که شیوه زندگی سالم را به خطر می اندازند را از بین ببرید.

• علائم و نشانه ها

علائم و نشانه ها معمولاً بتدریج ظاهر می شوند. در ابتدا، علائم ممکن است تنها پس از یک فعالیت شدید ایجاد شوند. زمانیکه شریانهای شما نمی توانند اکسیژن و مواد غذایی کافی به عضلاتتان برسانند. اما همچنان که تنگ شدن عروق پیشرفت می کند با فعالیت کمتری مشکل ایجاد می شود.

آرتیواسکلروزیس و آترواسکلروزیس می توانند در هر سرخرگی در بدنتان روی دهند، اما بیماری بیشتر سرخرگهای قلب، مغز، کلیه ها، آئورت شکمی و پاها را درگیر می کند.

• علائم و نشانه های اختصاصی به نوع شریانهایی که مسدود شده اند بستگی دارد:

- قلب : انسداد شریانهای قلب (شریانهای کروناری) علائم حمله قلبی را ظاهر می کند مثل درد قفسه صدری .
- گردن : انسداد شریانهای کاروتید در گردن شما علائم سکنه مغزی مثل گزگز و مورمور شدن ناگهانی ، ضعف یا سرگیجه را ایجاد می کند.
- بازوها و پاها: انسداد شریانهای بازوها و پاها موجب علائم بیماری شریانهای محیطی مثل درد پاها در هنگام ورزش می شود.
- سخت شدن سرخرگها همچنین می تواند در مردان اختلال نعوذ ایجاد کند.

معمولاً تا زمانیکه یک یا چند سرخرگ شما به اندازه ای تنگ نشده اند که شدیداً جریان خون را کاهش دهند (ایسکمی) یا لخته خون ایجاد کنند که می تواند رگ را کاملاً مسدود کند هیچ علامت و نشانه ای دیده نمی شود. بعضی افراد تا زمانیکه لخته خونی رگ تنگ شده ای را مسدود نکند و حمله قلبی یا سکنه مغزی ایجاد نکند و یا با پارگی یک آنوریسم، خونریزی داخلی ایجاد نشود هیچ علامتی ندارند.

• علل

در آرتیواسکلروزیس ، دیوارهای شریانها سخت و ضخیم می شوند و در جریان خون تداخل ایجاد می کنند. این وضعیت در اثر پروسه افزایش سن یا آترواسکلروزیس ایجاد می شود.

آترواسکلروزیس بیماری پیچیده و آرامی است که به طور تیبیک در اوائل زندگی ایجاد شده و گسترش می یابد. پزشکان علت اصلی آن را نمی دانند ولی می تواند در اثر آسیب به داخلی ترین لایه شریانها که اندوتلیوم نامیده می شود ایجاد گردد. علل آسیب به اندوتلیوم عبارتند از :

• افزایش کلسترول خون (کلسترول بد)

• فشار خون بالا

• ویروس

• واکنش آلرژیک

• یک ماده تحریک کننده مثل نیکوتین یا مواد مخدر یا هوموسیستین زیادی (آمینواسیدی است که در خون یافت می شود.)

• بعضی بیماریها مثل دیابت

علت هرچه باشد، هرگاه که لایه داخلی شریان آسیب دید نوعی از سلولهای خونی که پلاکت نامیده می شوند در محل آسیب تجمع یافته و سعی می کنند تا شریان را ترمیم نمایند. احتمالاً ، رسوبات چربی که از کلسترول ساخته شده اند و سایر مواد حاصله سلولی تجمع یافته و سختی را ایجاد کرده و فضای سرخرگ را تنگ می کنند. ارگانها و بافتهایی که توسط این رگ تنگ شده خون رسانی می شوند، خون کافی دریافت نمی کنند.

بدن شما ممکن است با افزایش فشار خون برای برقراری جریان خون کافی به این کمبود خون رسانی پاسخ دهد. افزایش فشار خون باعث آسیب

بیشتر به عروق شده و اطراف پلاک تشکیل شده، التهاب ایجاد می کند. احتمالاً قطعاتی از رسوبات چربی پاره شده و وارد گردش خون می شوند. این وضعیت موجب تولید لخته خون شده و به ارگانها آسیب می رساند، همانند آنچه در حمله قلبی روی می دهد، لخته خون همچنین می تواند به سایر نقاط بدن شما رفته جریان خون را به ارگان مهمی به طور کامل یا نسبی قطع نماید.

- عوامل خطر ساز

سخت شدن سرخرگها به مرور زمان روی می دهد لذا احتمال خطر ایجاد آن با افزایش سن شما بیشتر می شود. این وضعیت از میان سالی به بالا شایعتر است .

- احتمال خطر ایجاد بیماری با شرایط زیر نیز افزایش می یابد:

- فشار خون بالا

- سطح بالای هوموسیستئین در خون شما

- دیابت

- بیماری مزمن کلیوی

- چاقی

- سیگار کشیدن

- اشکال در کنترل شرایط استرس زا

- سابقه خانوادگی بیماری قلبی زودرس

- چه موقع لازم است بدنبال مداخلات پزشکی باشیم !

هیچگاه علائم زودرس جریان خون ناکافی را نادیده نگیرید مثل درد پاها و گزگز و مورمور شدن. این علائم نشاندهنده افزایش احتمال خطر حمله قلبی یا سکته مغزی می باشند.

در حقیقت هرگاه شما مقدار قابل توجهی آرترواسکلروزیس یا آترواسکلروزیس در قسمتی از بدنتان دارید احتمال اینکه در سایر نقاط نیز درجاتی از بیماری را داشته باشید زیاد است. اگر گردش خون شریان ضعیفی در پاهایتان دارید شما بیشتر مستعد آنژین یا حمله قلبی می باشید زیرا شریانهای کروناری هم به همان میزان تنگ شده اند. اگر مشکوک به داشتن آترواسکلروزیس یا آرترواسکلروزیس هستید یا عوامل خطر ساز این بیماری را دارید با پزشکتان صحبت کنید. تشخیص و درمان زود هنگام می تواند جلوی پیشرفت بیماری را گرفته و مانع ایجاد یک اورژانس پزشکی بزرگ شود. • غربالگری و تشخیص

پزشکتان ممکن است علائم شریانهای تنگ یا سخت را در هنگام معاینه شما بیابد. این علائم عبارتند از :

- عدم وجود یا نبض ضعیف پس از محل تنگی شریان

- صداهای برونی روی شریانها که پزشک بوسیله گوشی می شنود. (صدائی خاص که توسط گوشی پزشکی قابل شنیدن است)

- شواهدی بر عدم ترمیم زخم در نواحی که خون رسانی محدود شده است .

- کاهش فشار خون در اندام درگیر

- علائم برآمدگی نبض دار در شکم یا پشت زانو (ناحیه برجسته شده و حالت ضرباندار دارد)

- پزشکتان ممکن است یک یا چند آزمایش زیر را برای تشخیص بیماری یا علائم آن

پیشنهاد کند:

- تستهای خونی - تست خونی برای اندازه گیری سطح کلسترول، هوموسیستئین یا

قند خون (گلوکز) که عامل خطر ساز این بیماری هستند، بررسی می شود.

- ایندکس فوزک - بازو (ABI) - با استفاده از یک دستگاه فشارسنج معمولی و یک دستگاه سونوگرافی که برای بررسی جریان خون استفاده می شود (سونوگرافی داپلر) ، پزشک شما فشار خون را در قوزک شما و بازویان اندازه گیری می کند. تفاوت غیرطبیعی بین فشار خون قوزک و بازو

نشاندهنده بیماری عروق محیطی است که معمولاً بعلت آترواسکلروزیس ایجاد می شود

- نوار قلب (ECG) - نوار قلب یک وسیله تشخیصی است که الکترودهایی به پوست شما متصل شده و ایمپالسهای الکتریکی قلبتان را اندازه

گیری می کند. نوار قلب همچنین حمله قلبی گذشته را در بعضی افراد نشان می دهد. پزشکتان ممکن است نوار قلب در هنگام تست ورزش یا پس از آن انجام دهد.

• عکسبرداری - عکس قفسه سینه بوسیله اشعه X، اکوکاردیوگرافی، سی تی اسکن و MRI روشهای غیرتهاجمی برای نشان دادن شریانهای شماست که تنگی و میزان انسداد در آنها مشخص می شود. این تستها اغلب سختی و تنگی شریانهای بزرگ را به خوبی آنوریسم و رسوبات کلسیم در دیواره سرخرگها نشان می دهند.

• سونوگرافی داپلر - پزشکتان ممکن است با سونوگرافی داپلر، سرخرگها بدنتان را دیده و فشار خون در نقاط مختلف پا و بازو را اندازه گیری کند. این روش کمک می کند تا میزان انسداد و سرعت جریان خون، در شریانهای شما اندازه گیری شود.

• عوارض

وقتی سرخرگهای شما تنگ می شوند، بافتی که توسط شریان تنگ شده خون رسانی

می شود، خون کافی دریافت نمی کند. بویژه در هنگام فعالیت تقاضا زیادتر است. این وضعیت موجب آسیب به ارگانهای شما شده و موجب حمله قلبی، سکته مغزی یا سایر بیماریهای شریانی جدی می شود.

آنوریسم عارضه جدی دیگری است. آنها می توانند درد قسمت پائین کمر یا زانو ایجاد شوند و آنوریسمهای بزرگتر می توانند پاره شوند و خون ریزی داخلی کشنده ای ایجاد کنند. این وضعیت یک واقعه ناگهانی و خطرناک است ولی می تواند بصورت نشت تدریجی از آن نیز باشد. آنوریسمهای آنورت همچنین می توانند لخته های کوچک خونی را در خود جای دهند که قادر به جدا شدن و گردش در جریان مسیر خون هستند و بالاخره شریان را در نقطه ای مسدود می کنند و به این وضعیت آمبولی گفته می شود.

گردش خون ضعیف شریانی همچنین می تواند احساس گرما یا سرما را از بین ببرد و شما را نسبت به آسیب های ناشی از سوختن یا یخ زدن مستعد سازد. در موارد نادر، گردش خون ضعیف به اندامهای شما می تواند موجب مرگ بافتی (گانگرن) شود و ممکن است قطع عضو لازم گردد.

• درمان

تغییرات شیوه زندگی، سلامت سرخرگهای شما را بهبود می بخشد. پزشکتان همچنین انواع مختلف داروها را برای کاهش اثر آترواسکلروزیس یا آرترواسکلروزیس استفاده می کنند.

• داروهای پائین آورنده کلسترول - اگر شدیداً مقدار LDL (چربی بد) را در خون خود کم کنید ساخته شدن پلاکها را متوقف می کنید. پزشکتان از میان چندین نوع داروی پائین آورنده کلسترول که شامل داروهایی که به استاتین ها و فیبراتها معروفند می باشد، داروی مناسب را برای شما انتخاب می کند.

• داروهای ضد پلاکتی - پزشک شما ممکن است داروهای ضد پلاکتی مثل آسپرین را برای کاهش احتمال تجمع پلاکتها در محل آترواسکلروزیس، تجویز نماید.

• ضد انعقادها - در بعضی موارد، طبیب شما ممکن است ضد انعقاد تجویز کند مثل هپارین یا وارفارین تا خون شما رقیق شده و جلوی تشکیل لخته در سرخرگها و مسدود شدن جریان خون گرفته شود.

• گشاد کننده های عروق خونی - گشاد کننده های عروق خونی مثل پروستاگلندین ها، از سفت شدن عضلات دیواره عروق جلوگیری کرده و تنگ شدن سرخرگها را متوقف می کنند. اما این دسته دارویی قوی بوده و عموماً وقتی سایر داروها مؤثر نبوده تجویز می شوند.

• سایر داروها- پزشک شما ممکن است داروهای خاصی را برای کنترل عوامل خطر ساز مثل دیابت، فشار خون بالا و سطح بالای هوموسیستئین پیشنهاد کند. همچنین ممکن است داروهای ویژه ای برای علائمی چون لنگش متناوب پیشنهاد شود.

• اگر شما علائم شدیدی دارید، تنگی شدیدی که حیات بافت پوستی یا عضلانی را تهدید

می کند یا دچار اختلال عملکرد یکی از ارگانهای خود شده اید، کاندید یکی از اعمال جراحی زیر خواهید شد:

• آنژیوپلاستی: در این پروسه طبیب شما لوله باریک و بلندی (کاتتر) را به قسمت تنگ شده یا مسدود سرخرگ شما وارد می کند. یک سیم به همراه بالون از طریق این کاتتر به ناحیه تنگ شده فرستاده می شود. سپس بالون باد می شود و پلاک را به دیواره شریان فشرده می کند. ممکن است یک لوله تور مانند (استنت) نیز در شریان جای گذاری شود تا آن را باز نگه دارد.

• آمبولکتومی: همچنین ممکن است به کمک یک کاتتر لخته های خون را خارج کننده که آمبولکتومی نامیده می شود.

- اندرترکتومی : در بعضی موارد ضروری است که از طریق جراحی پلاکها را از دیواره شریان تنگ شده جدا کنیم. در این روش ، جراح با یک برش شریان را باز می کند سپس پلاکها را برمی دارد و شریان را می بندد.
- جراحی عروق : پزشکتان ممکن است با استفاده از رگی در نقطه دیگری از بدن با یک لوله ای که بصورت مصنوعی ساخته شده یک پیوند جایگزین بسازد. این پیوند اجازه می دهد تا جریان خون، شریان مسدود یا تنگ شده را دور بزند. از این روش بیشتر برای بهبودی جریان خون پاها استفاده می شود ولی در ترمیم یک آنوریسم آئورت بزرگ که نشئت می کند نیز کاربرد دارد.
- درمان لیز کننده ترومبوزها – اگر شما سرخرگی دارید که بوسیله لخته خونی مسدود شده است پزشک ممکن است داروی حل کننده لخته را به درون شریان و در محل وجود ترومبوز وارد کرده و آن را از بین ببرد.
- بعضی از مداخلات به آنژیوگرافی نیازمند است . روشی که در آن کاتتر کوچکی به درون سرخرگها وارد شده و پر از رنگ می شود و به پزشک اجازه می دهد تا به کمک اشعه X محل تنگی را ببیند. اگر بیماری، شریانهای قلب شما را درگیر کند ممکن است جراحی باز قلب به شما پیشنهاد شود. این جراحی جریان خون را به سوی قلب شما بهبود بخشیده و درد قفسه سینه را بر طرف می کند. اگر این بیماری سرخرگهای گردن را درگیر کند جراحی شریان کاروتید پیشنهاد می شود تا پلاکها برداشته شده و جریان خون به مغز بهبود یابد.
- مراقبت از خود
- با کنترل عوامل خطر ساز از طریق تغییر مناسب شیوه زندگی می توانید از پیشرفت بیماری جلوگیری کنید.
- تحرک داشته باشید . ورزش منظم و مناسب به ماهیچه ها کمک می کند تا اکسیژن را بهتر مصرف کنند. فعالیت بدنی همچنین می تواند گردش عروق خون و رشد عروق جانبی (عروق خونی جدیدی که بطور طبیعی محل انسداد را دور می زنند و اجازه می دهند تا خون بیشتری به اندامهای شما برسد.) را تقویت نماید.
- ترک سیگار – سیگار کشیدن تخریب و انسداد سرخرگها را بیشتر می کند. ترک سیگار مهمترین مسئله ای است که موجب کاهش رشد انسداد عروق و کاهش ریسک عوارض می شود.
- رژیم غذایی سالمی داشته باشید تا وزن متعادلی بدست آورید – رژیم غذایی مناسب قلب کمک می کند تا وزن خود را کنترل کرده و نیز سطح کلسترول و فشار خون را کاهش دهید.
- اضطراب را در زندگی خود کم کنید یا یاد بگیرید که با آن کنار بیایید – عوامل استرس زا را در محیط کار و خانه از بین ببرید. یا روش های کنترل استرس مثل شل کردن عضلات و نفس عمیق را آموزش ببینید.
- کلسترول ، فشار خون و دیابت را کنترل کنید – در این زمینه با پزشک خود صحبت کنید او ممکن است داور یا درمان جدیدی در نظر داشته باشد.
- مراقبت از پاها - در افرادی که آرتیرواسکلروزیس پا و ران دارند ضروری است کفشهایی بپوشند که پاها را کامل بپوشاند و کاملاً مناسب شما باشد . حتی بریدگیهای کوچک یا خراشیدگیها نیازمند توجه فوری است و زیرا کاهش گردش خون به این معنا است که بافتها دیرتر ترمیم می شوند. اگر درمان نشوند حتی آسیب کوچک پوستی در پا یا در ران منجر به عفونت می گردد.

منبع : دانشگاه علومپزشکی بوشهر

<http://vista.ir/?view=article&id=234152>

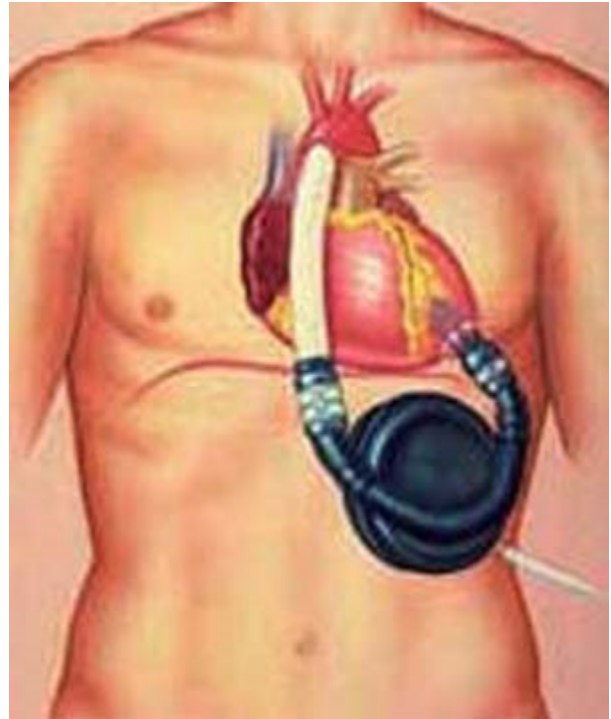


نارسایی احتقانی قلب

نارسایی احتقانی قلب عارضه ای است از بسیاری از بیماریهای جدی که طی آن قلب مقداری از ظرفیت پمپ کردن کامل خود را از دست می دهد. بنابراین خون به داخل دیگر اعضای بدن خصوصاً ریه ها و کبد پس زده می شود.

• علایم شایع:

- تنگی نفس، به خصوص هنگام فعالیت یا موقع دراز کشیدن روی تخت (وقتی که اندامها همسطح سر و تنه قرار می گیرند)
 - تند یا نامنظم شدن ضربان قلب
 - برجسته شدن سیاهرگ های گردن
 - خستگی، ضعف یا غش
 - سرفه (معمولاً خلط دار)
 - کاهش فشار خون
 - تورم شکم، پا و مچ پا
 - بزرگ شدن کبد
- علل



▪ حمله قلبی، بیماری سرخرگ قلب

▪ هر عاملی که باعث افزایش غیر طبیعی ضخامت و دیواره های قلبی شود

▪ عفونت ها

▪ بیماری های دریچه ای قلب

▪ فشار خون بالا

▪ نامنظمی های ضربان قلب

▪ پرکاری تیروئید

▪ بیماری های مادر زادی قلب

• عوامل افزایش دهنده خطر

دیابت، سیگار کشیدن، الکل، چاقی، رژیم پرچرب و پر نمک

وجود يك عامل خطر ساز به تنهایی کافی است تا نارسایی قلب ایجاد شود، اما ترکیب این عوامل به شدت خطر را افزایش می دهند.

• پیشگیری

اگر دچار بیماری هستید که منجر به نارسایی قلب می شود، به پزشك مراجعه کنید و برنامه درمانی مربوطه را به دقت اجرا کرده، و به آن پایبند

باشید. دستورات تغذیه ای را نیز رعایت کرده و کشیدن سیگار و نوشیدن الکل را متوقف کنید.

• عوارض احتمالی

▪ جمع شدن مایع در ریه ها

▪ نامنظمی ضربان قلب

• اصول کلی درمان

هدف از درمان عبارت است از بهبود کار پمپ کردن قلب، که معمولاً به کمک دارو، استراحت و سایر اقدامات حیاتی انجام می گیرد.

گاهی بر حسب علت بیماری ممکن است جراحی روی دریچه های قلب یا سرخرگ های قلب انجام شود.

• داروها

▪ داروهای ادرارآور(دیورتیک ها) برای کاهش تجمع مایع در بدن و تورم اندامها

▪ دیژیتال برای تقویت و تنظیم ضربان قلب

▪ داروهای ضد نامنظمی ضربان قلب برای منظم کردن ضربان قلب

▪ داروهای گشاد کننده عروق برای کاهش فشار خون، حتی اگر فشار خون طبیعی باشد.

● فعالیت

در مراحل اولیه، استراحت در تخت به طوری که سر و قسمت بالای بدن بالاتر از سایر نقاط بدن قرار گیرد، اهمیتی به حد دارو دارد. از فعالیت بدنی غیر ضروری (مثل بالا رفتن از راه پله) تا زمانی که بیمای تحت کنترل در نیامده، خودداری کنید.

● رژیم غذایی

▪ سعی کنید وزن خود را به حد ایده آل برسانید تا از فشار روی قلب کاسته شود.

▪ رژیم غذایی باید کم نمک، کم چرب، و دارای مقادیر زیادی فیبر غذایی باشد.

▪ به هیچ وجه الکل ننوشید.

● در این شرایط به پزشک خود مراجعه کنید.

▪ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان علائم نارسایی احتقانی قلب را دارید.

▪ علائم عفونت: از جمله تب، دردهای عضلانی، سردرد و سرگیجه

▪ بدتر شدن علائم، بخصوص تند یا نامنظم شدن ضربان قلب یا بروز خس خس سینه در شب

▪ سرفه همراه با زیاد شدن خلط یا خونی شدن آن

▪ افزایش وزن به میزان حدود ۲-۵ کیلوگرم در عرض ۲-۱ روز

منبع: پایگاه اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<http://vista.ir/?view=article&id=219422>

 **vista.ir**
Online Classified Service

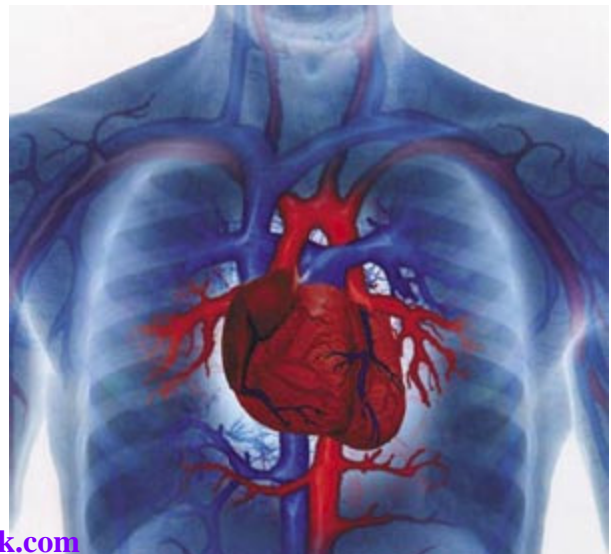
نارسایی احتقانی قلبی و اختلال عملکرد جنسی

● مقدمه

عملکرد جنسی یکی از جنبه های مهم کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب است و اختلال در عملکرد جنسی میتواند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده آن را کاهش دهد. (۱)

اختلال در نعوظ (Erection Dysfunction) ED) مشکلی شایع در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب می باشد. بیش از ۷۵% مبتلایان به CHF از ED) رنج می برند. (۲)

علی رغم اینکه بیش از ۸۰% مبتلایان به بیماریهای قلبی نیاز به مشاوره و صحبت پیرامون عملکرد جنسی با پزشک و پرستار را احساس می کنند ولی اغلب فراهم آورندگان مراقبتهای بهداشتی بر این باورند که صحبت





پیرامون مسائل جنسی سبب اضطراب و خجالت بیمار می گردد . مطالعات نشان می دهد بیماریهای قلبی اعم از سکتة قلبی ، جراحی بای پس

عروق کرونر، پیوند قلب و نارسایی قلبی سبب کاهش ظرفیت بدنی، خستگی، مشکلات تنفسی ، ترس از مرگ، اضطراب میشود. این عوامل در کنار نوع داروهای مصرفی و اختلال در مراقبت از خود سبب اختلال در عملکرد جنسی شده و حتی بسیاری از بیماران از این احتمال که انجام فعالیت جنسی ایجاد مشکل یا مرگ در آنها شود می ترسد . بنابراین اختلال عملکرد جنسی اثرات عمیقی بر زندگی بیمار و همسرش می گذارد که نیاز به بررسی، تشخیص ، مشاوره و راهنمایی کافی در این زمینه ضروری می باشد. (۲)

عملکرد جنسی رضایتبخش نیازمند عملکرد صحیح مجموعه ای از سیستم های سایکولوژیکی -هورمونی- عصبی و عروقی است اما به طور کلی اختلال نعوظ در مردان در دو طبقه کلی ارگانیک و سایکولوژیک طبقه بندی می گردد . علل ارگانیک شامل علل عروقی - تروماتیک- جراحی، عصبی، اندوکراین و مصرف داروها است. در بررسی تاریخچه بیماران بایستی به ریسک فاکتورهای زیر به عنوان ریسک فاکتور های ایجاد کننده اختلال نعوظ (ED) در مردان توجه کرد(۴)

▪ سن:

افزایش سن سبب کاهش هورمون مردانه و اختلال در عملکرد اندوتلیال می گردد. ۴۰٪ مردان در دهه چهارم زندگی حداقل گهگاه و ۵۲٪ افراد بین ۷۰-۴۰ سال و ۷۰٪ مردان در دهه ۷ زندگی (ED) را تجربه میکنند. (۵)

▪ دیابت :

۷۵-۵۰٪ دیابتی ها دچار (ED) هستند که علت آن اختلال در عملکرد اندوتلیال و نورپاتی اعصاب محیطی است. روند (ED) در بیماران دیابتی ۱۵-۱ سال زودتر بارز می گردد و سبب اختلال در لیپیدو- ارکشن و انزال و ارگاسم می گردد.(۶)

▪ سیگار:

سبب تشدید روند اترواسکلروز، صدمه اندو تلیال و کاهش تولید NO می گردد.

• داروها :

اسپیرونولاکتون، بلوک کننده های سمپاتیکی مثل کلونیدین- متیل دو پا ، دیورتیک های تیازیدی ، ضد افسردگی ها - کتوکونازول- سایمتیدین- الکل - متادون- هروئین- داروهای کاهش دهنده چربی ، آنتی هیستامینها، کلسیم بلوکرها- بتابلوکرها- هورمونها- کورتن ها- سداتیوها در اتیلوژی اختلال عملکرد جنسی نقش دارند.

مشکلات بین فردی زن و شوهر ، مسائل سایکولوژیکی مانند اضطراب ، افسردگی(۶) خستگی، آئمی و (۷) LVEF\$، هیپرتروفی پروستات - پروستاتکتومی- پرولاکتینمی(۸) تیپ شخصیتی ۱ در معرض خطر بیشتری نسبت به تیپ ۲ هستند ۸/۶۱٪ افراد تیپ ۱ و ۲/۴۵٪ تیپ ۲ از (ED) رنج می برند.

▪ فشار خون بالا:

مجله امریکایی فشار خون اشاره می کند در مقایسه با مردان سالم افراد مبتلا به فشار خون بالای درمان نشده سطح تستسترون کمتری در خونشان دارند که احتمال (ED) را افزایش می دهد. در این بررسی افراد مبتلا به فشار خون ۵۹٪ موارد به (ED) مبتلا بوده و سطح تستسترون خونشان ۱۲٪ کمتر از افراد سالم بود (۴)

▪ کاهش کسر جهشی بطن چپ :

میزان اختلال(ED) در بیمارانی که دچار اختلال در کسر جهشی به میزان متوسط تا شدید بودند در حدود ۶/۸۰٪ بر آورده شده است.(۸-۷)

▪ مشکلات قلبی عروقی:

تخریب عملکرد اندوتلیال و ریسک فاکتورهای قلبی در بروز (ED) نقش دارد اختلال در لایه اندوتلیال سبب اختلال در سنتز Nitric Oxide میشود . NO یک نوروترانسمیتر مهم است که نقش مهمی در فیزیولوژی ایجاد ارکشن بازی می کند.(۸)

▪ دیس لیپیدمی:

افزایش کلسترول کاهش HDL و افزایش تری گلیسرید سبب اختلال در ED می گردد.(۴)

• نتیجه گیری:

اساس فلسفه پرستاری بر بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی است و یکی از جنبه های مهم کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن مانند CHF توجه به بعد عملکرد جنسی است. (۹)

از جمله مداخلات توصیه شده در جهت کاهش این مشکل Sildenafil است این دارو بلوک کننده فعالیت فسفودیستراز ۵ است که اثر مهار روی تولید NO دارد. این دارو سبب بهبود عملکرد قلب و عروق خونی و افزایش فعالیت بدنی می شود و می تواند با کمک بهبود عملکرد جنسی سبب ارتقاء کیفیت زندگی فرد گردد . استفاده از این دارو در بیماران CAD و دریافت کنندگان نیتراها توصیه نمی گردد. چرا که سبب کاهش فشار سیستولیک و دیاستولیک شده و در ایجاد حملات قلبی مؤثر است (۱۰) سایر روشهای قابل توصیه در این بیماران استفاده از داروهای مکانیکی مانند واکيوم ، پروتز آلت، تستسرون درمانی و سایر درمانهای خوراکی است. در کنار این مداخلات پرستاران در بخشهای بالینی با ارزیابی مناسب و مشاوره و توصیه های بجا و کنترل عوارض با تمرکز به کشف راهکارهای مناسب با توجه به سن ، وضعیت کلی سلامتی ، تاریخچه کلی ، وسعت بیماری و عوارض جانبی بیماری و درمان می توانند در کاهش ریسک فاکتورهای اختلال عملکرد جنسی و سازش و مقابله با کاهش توان بدنی در اثر CHF و عوارض جانبی داروها بر اختلال عملکرد جنسی نقش داشته باشند . (در این میان به اهمیت و جایگاه مشاوره با همسر بیمار و خود بیمار در زمینه مسائل جنسی از سایر راهکارهای مفید و کاربردی در این زمینه باشد. (۱)

<http://vista.ir/?view=article&id=285198>



نحوه درمان سکته قلبی

اگر شما درد شدیدی در سینه احساس می کنید، احساس عرق ریزش و سرما دارید و حالت تهوع هم دارید، ممکن است دچار سکته قلبی شده باشید. سکته قلبی وقتی اتفاق می افتد که يك شريان کرونری که معمولاً قبلاً هم باریک شده بود، به طور کامل مسدود گردد. هنگامیکه شما دچار سکته قلبی می شوید و اورژانس را خبر می کنید، آنها ابتدا از طریق ماسک صورت به شما اکسیژن می رسانند و يك سرم هم از طریق ورید به شما وصل می کنند تا بتوانند سایر داروها را از این طریق به شما تزریق نمایند. همچنین الکتروکاردیوگرام به شما وصل می شوند تا نوار قلبی شما گرفته شود. برای تسکین درد سینه، يك آمپول مورفین به شما تزریق می گردد و نیز برای اینکه حالت تهوع شما متوقف گردد، دارویی به شما داده می شود.

از بین بردن لخته خون

در مراحل اولیه بعد از بروز سکته قلبی، مهمترین درمان اولیه، دادن داروهایی است که باعث از بین بردن و حل شدن لخته خون می گردد که در بعضی مواقع، این عمل قبل از اینکه فرد به بیمارستان برسد شروع می شود. گرچه ممکن است عجیب به نظر برسد، اما جویدن يك قرص آسپرین می تواند راه خوبی برای شروع لوند حل شدن لخته باشد. آسپرین از طریق مخاط دهان جذب شده و فوراً شروع به رقیق کردن خون می کند. به غیر از آسپرین، داروهای جدید دیگری هم وجود دارند که در دسترس می باشند. در ۱۰ سال اخیر، تغییر مهمی در روش درمان سکته های قلبی ایجاد شده است، زیرا ما امروزه دارای داروهای قدرتمندی هستیم که باعث حل شدن لخته خون می شوند و همانگونه که می دانیم این لخته خون، منشاء تمام مشکلات می باشد. این داروها را اصطلاحاً داروهای "ترومبولیتیک" (Thrombolytics) می نامند و به صورت تزریقی به بیمار داده می شوند. شایع ترین دارو از این گروه از داروها که در سرتاسر جهان مصرف می گردد، داروی "استرپتوکیناز" می باشد، اما در بعضی موارد، داروی گرانقیمت تری به نام TPA یا فعال کننده پلاسمینوژن بافتی ، ترجیح داده می شود. نکته اساسی در داروهای ترومبولیتیک، این است که اگر این داروها در عرض ۶ ساعت بعد از وقوع سکته قلبی تزریق شوند، تأثیر زیادی خواهند داشت، زیرا بعد از این مدت عضلات قلب ممکن است حتی اگر لخته هم از بین برود و شریان کرونری دوباره باز شود، صدمه بدی دیده باشند. بیشترین تأثیر داروی استرپتوکیناز وقتی خواهد بود که در همان

ساعت اول بعد از وقوع سکته قلبی، تزریق شود، اما اگر این کار انجام نشود، هنوز هم می توان تا ۱۲ ساعت اول این دارو را تزریق نمود. استفاده از این داروهای قدرتمند حل کننده لخته، بدون خطر نیز نمی باشد، اما بررسی هایی که بر روی دهها هزار نفر از افرادی که سکته قلبی کرده اند و این داروها به آنها تزریق شده است، نشان می دهد که مزایای آنها خیل بیشتر از معایبشان می باشد. از آنجایی که داروهای ترومبولیتیک، لخته های خون را حل می کنند، افراد را نیز بیشتر مستعد خونریزی می کنند. در بعضی بیماران، این وضعیت ممکن است خطرات زیادی ایجاد کند. برای مثال، افرادی که اخیراً تحت عمل جراحی بزرگی قرار داشته اند، یا يك سکته مغزی کرده اند و یا اینکه خونریزی از زخم معده داشته اند، باید از داروهای دیگری استفاده نمایند.

اگر به شما استرپتوکیناز تزریق شد، به شما يك کارت داده خواهد شد تا مشخص گردد که شما این دارو را دریافت کرده اید و د چه تاریخی این تزریق انجام شده است. این کارت به علل زیر به شما داده خواهد شد:

- اکثر افراد، بعد از ۵ روز که به آنها استرپتوکیناز تزریق شد به آن مقاومت نشان می دهند و این مقاومت می تواند ه مدت یکسال یا بیشتر باقی بماند.

- بنابراین اگر شما در طی این مدت دوباره به داروهای ترومبولیتیک نیاز پیدا کردید، بجای استرپتوکیناز، به شما داروی گران قیمت tPa تزریق خواهد شد.

- اهمیت زیادی دارد که شما همیشه این کارت را همراه خود داشته باشید تا در صورت دوباره رفتن به بیمارستان، پزشکان با مشاهده آن بتوانند داروی مناسب را به شما تزریق نمایند.

تنظیم ضربان قلب

در مراحل اولیه بعد از سکته قلبی، عضله آسیب دیده قلب می تواند خیلی تحریک پذیر بوده و ایجاد بی نظمی هایی در ریتم قلب نماید که بعضی از این بی نظمی ها می توانند موجب توقف کامل قلب شوند. متأسفانه به همین علت است که بعضی از افراد بعد از اینکه دچار درد سینه شدند و قبل از اینکه کمک پزشکی به آنها رسانده شود در منزل می میرند. این بی نظمی های ریتم قلب که اصطلاحاً به آن "آریتمی قلبی" گفته می شود را می توان با استفاده از يك شوک الکتریکی که شما حتماً آن را در فیلمهای تلویزیونی یا سینمایی دیده اید، به خوبی درمان نمود. افرادی که به این شوکهای الکتریکی نیاز دارند، بیهوش هستند و بنابراین نیازی نیست که برای انجام این کار، آنها را بیهوش نماییم. متأسفانه این روش فقط وقتی اثر می کند که از توقف قلب بش از چند دقیقه نگذشته باشد. به همین دلیل است که مأموران اورژانس باید همیشه این وسیله همراهشان باشد.

در بیمارستان، معمولاً افرادی که دچار سکته قلبی شده اند را در بخش ویژه ایی به نام "بخش مراقبتهای قلبی" یا اصطلاحاً "سی.سی.یو." (CCU) بستری می کنند و در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از وقوع سکته قلبی که خطرناکترین زمان می باشد، به دقت ریتم قلبی بیماران ارزیابی و مراقبت می گردد. اگر ریتم قلبی شروع به نامنظم شدن کرد، معمولاً می توان با استفاده از داروهای مخصوصی آن را کنترل نمود و این بی نظمی ها آنقدر شدید نخواهند شد که نیاز به انجام شوک الکتریکی باشد. بعد از این مدت، خطر بروز بی نظمی های قلبی به مراتب کمتر خواهند شد و داروهای مثل داروهای بتابلوکر تجویز می گردد تا از بروز دوباره آنها جلوگیری شود.

بهبودی از سکته قلبی در بیمارستان

بدترین دوره زمانی بعد از وقوع سکته قلبی، يك یا دو روز اول آن می باشد که در طی این زمان، شما معمولاً در بخش سی.سی.یو. تحت مراقبت شدیدی هستید. بعد از این مدت، اکثر افراد، دیگر دردی احساس نخواهند کرد و می توانند از جای خود بلند شوند. بعد از ۵ تا ۷ روز که از سکته قلبی گذشت، شما قادر خواهید بود که بیمارستان را ترک کرده و به خانه بروید، اما بعضی از افراد (بخصوص بیماران پیر و سالخورده) ممکن است لازم باشد که مدت بیشتری در بیمارستان بستری شوند. در هفته اول، گرچه شما دیگر دردی نخواهید داشت اما ممکن است احساس خستگی نمایید و کمی هم درجه حرارت شما بالا برود. این وضعیت معمولاً بعد از مدتی که روند التیام شروع می گردد، بهبود خواهد یافت. کم کم قسمتهای آسیب دیده عضلات قلب التیام یافته و مثل همه جای بدن که دچار صدمه و زخم می شود، يك جای زخم بر آن باقی می ماند. این جای زخم به مدت حدود ۴ تا ۶ هفته بعد از سکته قلبی تقریباً کامل می گردد.

مرخص شدن از بیمارستان

بعد از همه مراقبتهایی که در بیمارستان انجام می شود، اغلب احساس عجیبی در برگشتن به خانه پیدا می گردد. طبیعتاً شما در مورد کارهایی

که می توانید و کارهایی که نمی توانید انجام بدهید، نگرانی هایی خواهید داشت و همسر شما ممکن است حتی بیشتر از شما نگران باشد! در واقع، انجام بیشتر کارهایی که در خانه صورت می گیرد کاملاً بی خطر می باشد اما باید هرگونه فعالیت فیزیکی سنگین در چند هفته اول، خودداری نمود. بخاطر داشته باشید که بعضی از کارهای خانه مثل جارو کشیدن که باعث صرف انرژی زیادی می شود نیز جزو فعالیتهای سنگین به حساب می آید و از انجام آنها باید خودداری نمود. اهمیت زیادی دارد که در این مراحل اولیه بعد از بهبودی از سکته قلبی، خانواده و دوستان شما سعی نکنند که زیادی و بیش از حد از شما حفاظت کنند. شما ممکن است بعد از سکته قلبی به هر درد کوچکی، حساسیت زیادی نشان دهید، در حالیکه قبلاً به این دردها اهمیتی نمی دادید. گزارش شده است که حدود ۹۰ درصد افرادی که سکته قلبی کرده اند در چند هفته اول از دردهای غیر از درد قلبی شاکی بوده اند. با این حال، حدود یک سوم این افراد دچار آنژین قلبی می شوند که ممکن است احساسی شبیه سکته قلبی به آنها دست دهد. این دردها معمولاً با انجام فعالیت ایجاد می شوند و بعد از استراحت کردن از بین می روند. در چنین مواردی شما باید از قرصهای زیربانی TNG که در بیمارستان به شما داده اند استفاده نمایید. اگر با مصرف یک قرص زیربانی، درد همچنان باقی بود، یک قرص دیگر هم می توانید مصرف نمایید و اگر باز هم بعد از ۲۰ دقیقه درد طول کشید باید سریعاً به بیمارستان بروید.

مصرف داروها در خانه

در طی هفته اولی که شما در بیمارستان بستری هستید، انواع مختلفی از داروها به شما داده می شود که بعضی از آنها برای درمان عوارض سکته قلبی می باشد و بعضی دیگر برای کاهش خطر بروز مشکلات در طی چند هفته یا ماه آینده هستند. امروزه داروهای گوناگونی وجود دارند که برای افرادی که دچار سکته قلبی شده اند تجویز می گرد و پزشک شما تصمیم خواهد گرفت که کدام دارو برای شما مناسب می باشد. تعجب نکنید اگر می بینید که فرد دیگری که سکته قلبی کرده است داروهایش با شما متفاوت می باشد، زیرا هر دارویی مناسب بعضی افراد می باشد. آسپرین: آسپرین، شایع ترین دارویی است که تجویز می شود، اما بعضی از افراد به دلایل نمی توانند از آن مصرف کنند (معمولاً به دلیل اختلالاتی که در معده ایجاد می شود). هدف اصلی از تجویز آسپرین، کاهش چسبندگی پلاکتها که مسئول ایجاد لخته در خون هستند، می باشد.

داروهای بتابلوکر: این داروها که باعث بلوک شدن و جلوگیری از اثر هورمون آدرنالین بر روی گیرنده هایی که در قلب و رگهای خونی وجود دارد می شوند، سبب کاهش خطر بروز یک سکته قلبی دیگر در فرد می گردند. بسیاری از پزشکان از این داروها تجویز می کنند اما در بعضی از افراد مثل کسانی که دچار آسم، برونشیت یا نارسایی قلبی هستند، داروهای بتابلوکر (مثل آتنولول و پروپرانولول) نباید تجویز گردد.

مهارکننده های ACE: کشف این داروها باعث پیشرفت های بزرگی در درمان مشکلات قلبی شده است. ACE (یا آنزیم مبدل آنژیوتانسین) باعث افزایش مقدار آنژیوتانسین در گردش خون می شوند. آنژیوتانسین باعث انقباض و تنگ شدن رگهای خونی می شود و سبب می گردد که بدن، مقادیر بیشتری آب و نمک در خود نگه دارد. مهارکننده های ACE با کاهش میزان آنژیوتانسین، از بروز سکته های قلبی و نارسایی قلبی در افراد می کاهند.

استاتین ها: این گروه از داروهای جدید باعث کاهش کلسترول خون می گردند. این داروها با کاهش مقدار کلسترولی که در بدن (بویژه در کبد) ساخته می شود، از رسوب آنها در شریانها جلوگیری می کنند. داروهای این گروه شامل لوواستاتین، فلوواستاتین و سیمواستاتین می باشند. نیتراتها: این داروها از مهمترین داروهای هستند که شما در منزل استفاده می کنید. آنها شامل قرصهای زیربانی TNG و قرصهای ایزوسوربایدی نیترات می باشند. این داروها در صورتی که شما دردی در سینه احساس می کنید استفاده می گردند.

منبع : پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=205435>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نشانه های بیماریهای قلبی و اصول پیشگیری از آنها
www.takbook.com

بیماریهای قلب و عروق علت اصلی مرگ و میر و از عوامل مهم ناتوانی های افراد دیابتی است . مهمترین علت پیدایش بیماریهای قلبی -عروقی ،تصلب شرایین می باشد . تصلب شرایین باعث می شود که سرخرگ های گوناگونی که به قسمتهای مختلف بدن خون می رسانند ، بتدریج سخت و تنگ گردند و توانایی آنها برای انتقال اکسیژن و مواد غذایی به سلول های بدن کاهش یابد .

عواملی هستند که موجب سریعتر شدن تصلب شرایین میگرددند.و در صورت وجود آنها احتمال پیدایش بیماریهای قلبی و عروقی افزایش پیدا می کند . برای پیشگیری از پیدایش بیماریهای قلبی -عروقی و مرگ و میر و ناتوانی ناشی از آنها ، باید این عوامل خطر را بشناسید و به توصیه های پزشکی لازم توجه نمایید . عوامل خطر برای بیماریهای قلب و عروق عبارتند از : سن بالا ، جنس مذکر ، سابقه خانوادگی سکته قلبی زودرس ، فشار خون بالا ، افزایش چربی های خون (بویژه کلسترول) ، بیماری قندی ، سیگار کشیدن ، چاقی ، کم تحرکی و اختلال در انعقاد خون .

با توجه به اینکه دیابت از عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی است و

معمولا با عوامل خطر دیگر همراهی دارد (وگاهی شاید ایجاد کننده آنها باشد مبتلایان به دیابت باید بیش از دیگران مراقب سلامت قلب و عروق خود باشند . پژوهشهای فراوان پزشکی نیز نشان داده اند که عوامل خطر قلبی -عروقی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ شایعتر است .



بیماریهای قلبی عروقی را می توان به سه گروه عمده تقسیم کرد :

(۱) بیماریهای عروق کرونر قلب

(۲) حوادث عروقی مغز

(۳) بیماریهای رگهای محیطی بزرگ

ی بیماریهای عروق کرونر قلب

قلب یک پمپ عضلانی به اندازه مشت گره کرده انسان است که در هر دقیقه بطور متوسط ۶۰ تا ۱۰۰ بار می تپد و خون را در بدن به گردش در می آورد . گردش خون سبب می شود که اکسیژن و مواد غذایی به اعضای بدن برسد و مواد زائد ناشی از فعالیت سلولها نیز دفع گردد .عضله قلب هم از این قاعده مستثنی نیست . و باید خون رسانی مناسبی داشته باشد . تا عمل حیاتی خود را بدرستی انجام دهد . خونرسانی به عضله قلب توسط رگهایی موسوم به سرخرگهای کرونر صورت می گیرد رسیدن خون به قلب و میزان فعالیت عضله قلب تا حدی مشابه وضعیت عرضه و تقاضا است ؛هر چه قلب فعالیت بیشتری داشته باشد به خون بیشتری احتیاج خواهد بود . سرخرگهای کرونر باید بتوانند این افزایش نیاز را تامین کنند و گرنه سلولهای عضله قلب با مشکل کم خونی روبرو خواهند شد.

تصلب شرایین و همچنین پیدایش لخته ها درون رگهای کرونر سبب می شود که خونرسانی به سلولهای عضله قلب کاهش یابد .در نتیجه کمبود اکسیژن و مواد غذایی و انباشت مواد زائد در عضله قلب ، دردی پدید می آید که به درد قلبی یا آنژین صدری معروف است اگر سرخرگ کرونر بطور کامل بسته شود ، سلولهای قلبی مربوط به آن حوزه خواهند مرد که به این وضعیت انفاکتوس یا سکته قلبی می گویند . گاهی نیز در اثر اختلال شدید و گسترده در کارکرد عضله قلب ،مرگ ناگهانی رخ میدهد.

• نشانه های مهم بیماریهای قلبی

(۱) درد قفسه سینه :

این درد فشارنده در ناحیه پشت جناغ سینه احساس می شود و ممکن است به گردن ، دستها ، پشت ویا شکم هم انتشار یابد . آنژین صدری اغلب هنگام کارهای بدنی یا فشارهای روحی و روانی که فعالیت قلب افزایش پیدا می کند ، بروز می نماید و معمولا با استراحت ی نیتروگلسیرین

زیربازی تسکین می یابد اگر درد با استراحت یا چندین دقیقه پس از مصرف قرص زیر زبان بهبود نیافت و ویژه اگر همراه با تنگی نفس، تهوع و تعرق شدید بود، ممکن است نشانه سکنه قلبی باشد. بدلیل اختلال در اعصاب محیطی، شدت نشانه های بیماری قلبی در افراد دیابتی ممکن است کمتر از میزان مورد انتظار باشد. از این رو شما که به دیابت مبتلا هستید باید بطشتر مراقب باشید و بموقع به پزشک مراجعه کنید البته درد های سینه فقط نشانه بیماری قلبی نیست و ممکن است در اثر بیماری گوارشی یا ریوی نیز پدید آید.

(۲) تنگی نفس:

احساس تنگی نفس می تواند از نشانه های بیماری عروق کرونر قلب باشد گرچه در بیماری از بیماریهای تنفسی و ... نیز این حالت پدید می آید.

(۳) تپش قلب:

در این وضعیت، فرد بطور ناراحت کننده ای ضربان قلب خود را احساس می کند. تپش قلب در حالت های اضطراب و برخی بیماریهای دیگر قلبی نیز ممکن است پدیدار شود.

(۴) خیز یا ادم:

در مراحل پیشرفته تر بیماری قلبی که کارکرد پمپ قلب اشکال پیدا می کند، مایع موجود در بافت های بدن بطور کامل تخلیه نمی شود و در زیر جلد انباشته می گردد. البته خیز یا ادم در نتیجه بطماریهای وتریسی پاها، بیماری کبد، اختلالات کلیوی و ... نیز ممکن است پدید آید.

• حوادث عروقی مغز (سکنه مغزی)

هنگامی که رگ های تغذیه کننده مغز بشدت آسیب ببینند، خون به سلول های مغزی نمی رسد و آنها دچار مرگ خواهند شد. که به این حالت سکنه مغزی می گویند. سکنه مغزی هم در اثر تنگی و بسته شدن رگ های مغز پدید می آید و هم بدنال پاره شدن و خونریزی رگ های مغز. مهمترین عامل خطر برای حوادث عروقی مغز افزایش فشار خون است. خطر سکنه مغزی در مبتلایان به دیابت که فشار خون بالا هم دارند، دو برابر افرادی است که تنها به پرفشاری خون دچار هستند. این همسئله اهمیت کنترل فشار خون در بیماری دیابت را آشکار تر می سازد. نشانه های حوادث عروقی مغز بسته به اینکه کدام قسمت مغز اختلال خونرسانی پیدا کند، بسیار گوناگون هستند. کرختی یا ضعف حرکتی شدید در یک نیمه بدن و نایبیط یا تاری دید زودگذر یک چشم از جمله نشانه های حوادث عروقی مغز می باشند.

• بیماریهای رگ های محیطی

منظور از بیماریهای رگ های محیطی بیماریهایی است که عروق غیر رگ های قلب و مغز را گرفتار می کنند. این بیماریها معمولا در نتیجه تنگ شدن رگ هایی که خون را به پاها و دستها می رسانند، پدید می آیند. کاهش خونرسانی به پاها به سبب دو نوع عارضه می شود.

(۱) قانقاریا یا گانگرن:

مرگ بافتی در اثر رسیدن خون به اندامها که در نهایت به قطع آن اندام می انجامد.

(۲) لنگش متناوب:

بعلت تصلب رگ هایی که خون را به اندامهای تحتانی برسانند، پس از مدتی راه رفتن درد شدیدی معمولا در عضلات پشت ساق پا بوجود می آید که باعث لنگیدن می شود.

بطور کلی احتمال اینکه مبتلایان به دیابت نیاز به قطع قسمتی از پاهایشان پیدا کنند، ۱۵ تا ۴۰ برابر افراد غیر مبتلا به دیابت است. بنابراین پایبندی به توصیه های مربوط به پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و نیز رعایت اصول مراقبت از پاها، برای افراد دیابتی بسیار اهمیت دارد.

• اصول پیشگیری از بیماریهای قلب و عروق در افراد دیابتی

(۱) چربی بویژه کلسترول خون خود را کاهش دهید.

کلسترول که نوعی چربی است، در پیدایش و گسترش تصلب شرابین نقش مهمی دارد زیرا می تواند در دیواره رگها رسوب کند و همراه با عوامل دیگر به تنگی و بسته شدن سرخرگها بیانجامد. کلسترول دو نوع مهم دارد - کلسترول بد LDL که موجب بسته شدن رگها و بیماری قلبی - عروقی می شود ۲- کلسترول خوب (LDH) که کلسترول اضافی بدن را از بافتها خارج می کند و خطر بیماری قلبی را می کاهش دهد. نوعی از کلسترول که باید غلظت کمی در خون داشته باشد، همان نوع بد یا LDL است. شما می توانید با مصرف غذاهای پرچربی و رعایت توصیه های پزشکتان، چربی خون خود را در سطح مناسب نگه دارید.

(۲) فشار خون خود را کنترل کنید.

فشار خون بالا افزون بر اینکه فشار بیشتری بر قلب وارد می سازد و نیاز آن بخون را افزایش می دهد ، روند تصلب شرایین را تسریع می کند. و سبب آسیب اعضای گوناگون بدن هم می شود .

(۳) وزن خود را در حد مطلوب نگه دارید .

چاقی عامل خطر مهمی برای افزایش فشار خون است . همچنین چاقی یا اضافه وزن موجب افزایش مقاومت سلولهای بدن نسبت به انسولین می شود. شما باید زیر نظر یک پزشک یا متخصص تغذیه وزن بدنتان را به میزان متناسب با قد ، جنس و سن خود برسانید

(۴) سیگار نکشید

استعمال دخانیات سبب افزایش ضربان قلب و در نتیجه کار قلب می شود و فشار خون را هم بالا می برد . همچنین سیگار با اثر روی عوامل انعقادی و نیز تغلیظ خون ، احتمال تشکیل لخته و بسته شدن سرخرگها را افزایش می دهد . افزون بر این ، سیگار با اثر بر روی رگهای کوچک ، خونرسانی به بخشهای انتهایی اندامها را مختل می کند و این عارضه در افراد دیابتی که گرفتاری اعصاب محیطی نیز دارند ، بسیار مهم است و خطر قطع عضو را باز هم افزایش می دهد این آثار جدی از آثار سرطان زایی سیگار است . که موجب ناتوانی و مرگ خواهد شد . امروزه سیگار مهمترین علت قابل پیشگیری سرطان ب شمار می رود .

(۵) قند خون خود را کنترل کنید .

کنترل دقیق قند خون ، هم بطور مستقیم و هم بطور غیر مستقیم ، نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای عروقی می تواند داشته باشد .

(۶) فعالیت ورزشی منظم داشته باشید .

پژوهشهای پزشکی نشان داده اند که داشتن یک زندگی کم تحرک ، صرف نظر از عوامل خطر دیگر ، احتمال دیابت ، چاقی و بیماری کرونر قلب را افزایش می دهد . پیاده روی ، دوچرخه سواری ، تنیس روی میز ، باغبانی و دویدن آرام فعالیتهای بدنی هستند که اثر مفیدی بر تندرستی شما خواهند داشت . توصیه می شود که روزانه ۳۰ دقیقه به فعالیتهای بدنی بپردازید این میزان فعالیت را می توانید در سه دوره ۱۰ دقیقه ای نیز انجام دهید .

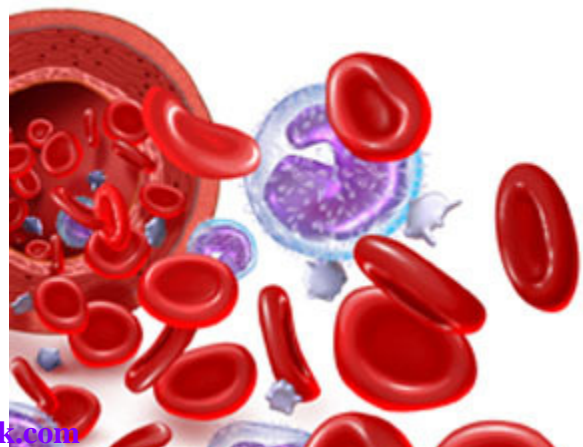
منبع : پارسی طب

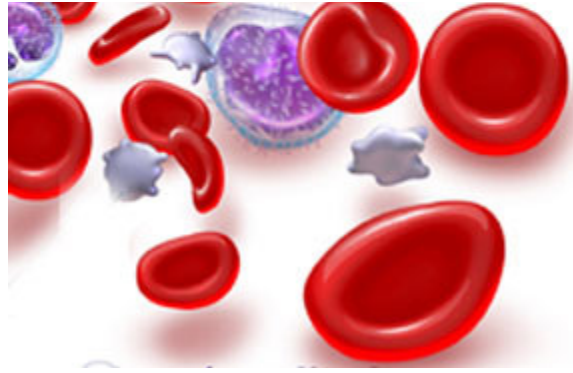
<http://vista.ir/?view=article&id=332385>

 Vista.ir
Online Classified Service

نعمت لخته شدن خون

بیماری هموفیلی یکی از شایعترین اختلالات خونی در جامعه جهانی است که از سنین کودکی خود را نشان داده و تا پایان عمر با بیمار همراه است. هموفیلی یک اختلال در سیستم لخته شدن خون است. لخته شدن فرایندی است که طی آن خون شما از شکل مایع به فرم جامد تغییر شکل می دهد تا جلوی خونریزی گرفته شود. هموفیلی انواع مختلفی دارد که تمامی انواع آن می توانند باعث طولانی شدن مدت خونریزی شوند. اگر کسی که مبتلا به بیماری هموفیلی است دچار بریدگی شود مدت زمان بیشتری طول می کشد تا در مقایسه با یک فرد سالم خونش لخته شود.





بریدگی‌های کوچک معمولاً مشکل چندانی ایجاد نمی‌کنند. مشکل مربوط به خونریزی‌های عمیق داخلی و خونریزی در مفاصل است که می‌تواند سلامت بیمار را با خطر جدی روبه‌رو کند.

علائم بیماری هموفیلی به شدت نقص پروتئین‌هایی بستگی دارد که باعث شکل‌گیری لخته شده و به آنها «فاکتورهای لخته‌شدن» می‌گویند. اگر سطح فاکتورهای لخته‌شدن خیلی پایین باشد بیمار ممکن است دچار خونریزی خودبه‌خود شود؛ یعنی بدون هیچ‌گونه زخم یا بریدگی بیمار دچار خونریزی شود. اما اگر کمبود این فاکتورها خفیف تا متوسط باشد بیمار

ممکن است تنها پس از جراحی یا صدمه دیدن دچار خونریزی شود. در بیماری که دچار خونریزی خودبه‌خود است این علائم دیده می‌شود:

- کبودی‌های وسیع و عمیق

- درد و تورم مفاصل به دلیل خونریزی داخلی

- وجود خون در ادرار یا مدفوع

- خونریزی طولانی مدت بعد از بریدگی، صدمه دیدن، جراحی یا کشیدن دندان

نوزادان مبتلا به هموفیلی ابتدای تولد مشکل خاصی ندارند

اما به مرور و با افزایش تحرک کودک و برخورد او با اشیای مختلف و زمین خوردن کبودی‌های وسیعی در بدن او ظاهر می‌شوند.

• فرایند لخته شدن

برای درک بهتر مشکلی که در بیماری هموفیلی وجود دارد ابتدا باید بدانیم خون چگونه لخته می‌شود. فرایند لخته شدن به واسطه فعالیت پلاکت‌ها و فاکتورهای لخته‌شدن انجام می‌شود. این فرایند زمانی آغاز می‌شود که پلاکت‌ها به محل صدمه دیدگی یک رگ متصل می‌شوند. آبشاری از واکنش‌های آنزیمی شروع شده که منجر به شکل‌گیری شبکه‌ای توری از پروتئین‌ها می‌شود. این شبکه پروتئینی که شبیه تار عنکبوت است پلاکت‌ها را در محل مورد نظر نگه می‌دارد تا لخته تشکیل شود. در خون انسان ۲۰ فاکتور لخته شدن وجود دارد که کمبود هرکدام از آنها باعث بیماری هموفیلی می‌شود.

• انواع بیماری هموفیلی

شایع‌ترین نوع هموفیلی به نوع A معروف است. بعد از آن نوع B رایج‌ترین نوع بیماری هموفیلی است. نوع C به نسبت ۲ نوع دیگر کمتر شایع است و علائم آن خفیف‌تر از ۲ نوع دیگر است. هموفیلی A و B تقریباً همیشه در پسرها رخ می‌دهد. در واقع این ۲ نوع بیماری از طریق مادر به پسر منتقل می‌شود و در واقع همیشه مادر ناقل بیماری است اما خود مادر مشکل خاصی ندارد. البته این امکان وجود دارد که هموفیلی در اثر یک جهش ژنتیکی هم ایجاد شود. اما هموفیلی C هم در پسرها رخ می‌دهد هم در دخترها و ممکن است ژن عامل بیماری از طریق هرکدام از والدین به فرزندان منتقل شود.

• آیا کودک شما هموفیلی دارد؟

اگر باردار هستید یا قصد بارداری دارید و در خانواده شما سابقه بیماری هموفیلی وجود دارد بهتر است با پزشک خود مشورت کنید. با انجام تعدادی آزمایش ژنتیک، ناقل بودن شما به عنوان مادر مشخص شود. اگر هم نوزاد پسری دارید که هنگام ختنه کردن دچار خونریزی شدیدی شده یا خیلی سریع دچار کبودی‌های وسیع می‌شود بهتر است با پزشک مشورت کنید.

• عوارض بیماری

هموفیلی می‌تواند باعث بروز مشکلات متعددی برای بیماران شود. شایع‌ترین مشکل خونریزی داخلی عمیق است که در عضلات رخ می‌دهد و باعث تورم عضو می‌شود. تورم می‌تواند باعث فشردگی عصب شده و موجب ایجاد بی‌حسی یا درد شود. در این صورت بیمار به سختی می‌تواند از عضو مورد نظر استفاده کند. مشکل دیگر آسیب دیدن مفاصل است. خونریزی داخلی ممکن است باعث افزایش فشار و صدمه دیدن مفصل شود. درد اغلب شدید بوده و بیمار با دشواری قادر به حرکت دادن مفصل است. اگر خونریزی در مفاصل به‌طور متناوب رخ دهد و بیمار درمان مناسبی دریافت نکند این آزرده‌گی مفصل می‌تواند باعث تخریب مفصل شده یا به بیماری آرتريت(التهاب مفصل) تبدیل شود.

اگر خونریزی داخلی باعث آسیب دیدگی مفصل شده درمان‌های فیزیوتراپی می‌تواند باعث بهبود عملکرد آنها شود. با این درمان‌ها تحرک مفصل حفظ شده و از خشک شدن یا تغییر شکل شدید مفصل جلوگیری می‌شود. اما اگر خونریزی‌ها به‌طور مرتب اتفاق افتاده و به موقع درمان صورت نگرفته باشد ممکن است مفصل تخریب شود که در این صورت بیمار باید از مفصل مصنوعی استفاده کند. مفصل مصنوعی از طریق جراحی به جای مفصل طبیعی تخریب شده قرار داده می‌شود.

بیماران مبتلا به هموفیلی بیشتر از سایر مردم خون دریافت می‌کنند تا جایگزین خون از دست رفته بدن شود. در نتیجه بیش از پیش در معرض خطر آلودگی از طریق فرآورده‌های خونی آلوده هستند. تا اواسط دهه ۸۰ میلادی بسیاری از بیماران مبتلا به هموفیلی در اثر آلودگی با ویروس ایدز یا انواع هپاتیت جان خود را از دست داده بودند. ولی از آن زمان به بعد فرآورده‌های خونی کمتر دچار آلودگی بوده‌اند چون اهداکننده خون به دقت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد تا آلوده به چنین بیماری‌هایی نباشد.

به هر حال بهتر است بیماران مبتلا به هموفیلی در مقابل بیماری هپاتیت A و B واکسینه شده باشند. بیماری هموفیلی درمان ندارد اما بیمار بر حسب نوع بیماری در صورت دریافت مرتب داروهای تجویز شده می‌تواند زندگی طبیعی و عادی داشته باشد.

• مراقبت‌های شخصی و نحوه زندگی در بیماران هموفیلی

این چند توصیه به بیماران مبتلا به هموفیلی کمک خواهد کرد تا دچار خونریزی شدید و مشکلات مفصل نشوند. نخستین توصیه ورزش کردن مرتب است. فعالیت‌های نظیر شنا، دوچرخه سواری و راه رفتن باعث تقویت عضلات شده و مفاصل را حمایت می‌کند. بیماران هموفیلی ترجیحاً نباید ورزش‌های تماسی انجام دهند؛ ورزش‌های نظیر فوتبال، کشتی، بسکتبال و ورزش‌های رزمی.

نکته بعدی پرهیز از مصرف برخی از داروهاست. داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نظیر آسپرین و ایبوپروفن در بیماران هموفیلی باعث افزایش و تشدید خونریزی می‌شوند. برای کاهش درد یا تب بهتر است از استامینوفن استفاده شود. در عین حال برخی داروهای گیاهی و مکمل‌های غذایی گیاهی هم وجود دارند که ترکیبات موجود در آنها می‌تواند باعث تأخیر در ایجاد لخته شود؛ بنابراین قبل از مصرف هر دارویی حتماً با پزشک خود مشورت کنید.

توصیه بعدی بهداشت دهان مناسب است. با این کار احتمال پوسیدگی دندان‌ها و عفونت لثه کمتر شده و در نتیجه نیاز به درمان‌های دندانپزشکی نظیر جراحی لثه و کشیدن دندان که می‌تواند باعث بروز خونریزی شود کاهش پیدا می‌کند.

کسانی که بیماری هموفیلی دارند بهتر است مثل بیماران دیابتی کارتی همراه خود داشته باشند که در آن بیماری‌شان مشخص شده باشد. بدین ترتیب در صورت وقوع هر حادثه‌ای قادر پزشکی سریع‌تر می‌توانند اقدامات درمانی را آغاز کنند.

اگر شما کودکی مبتلا به هموفیلی دارید حتماً این قضیه را با پرستار او یا مربیان مهدکودک و یا معلمان مدرسه در میان بگذارید. کودک شما نباید در ورزش‌هایی که در بالا ذکر شد شرکت کند و معلمان در مدرسه یا مهدکودک باید از این مسئله آگاه باشند.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=366708>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نگاشت لجستیک، مدلی آشوبگونه برای آریتمی قلبی

تئوری آشوب دانشی است نوین که برای توصیف بسیاری از پدیده‌ها با موفقیت به کار گرفته شده است که از جمله آن‌ها می‌توان آریتمی‌های



قلبی را نام برد. برای تحلیل ارتباط بین آشوب و رفتارهای ناهنجار قلب، ابتدا تئوری آشوب و دو شاخگی را مورد بررسی قرار خواهیم داد. سپس به بررسی تغییرات ضربان هنگام وقوع آریتمی قلبی نگاشت لجستیک به عنوان مدلی که منطبق بر رفتار سری های زمانی فواصل بین ضربانی در هنگام وقوع آریتمی ها خواهیم پرداخت.

آشوب واژه ای است که رفتار به ظاهر پیچیده را در سیستم هایی که خوش رفتار و ساده به نظر می رسند توصیف می کند. رفتار آشوبگونه، در نگاه اول بی نظم و تصادفی به نظر می رسد، مانند رفتار سیستم پیچیده ای با درجات آزادی بسیار زیاد یا مانند رفتار سیستمی که تحت تاثیر نویز خارجی



قرار گرفته است.

این گونه رفتار در هنگام وقوع آریتمی های قلبی نیز به وضوح دیده می شود. در واقع فواصل بین زمانی سیگنال های الکتریکی قلب و در نتیجه ضربان آن در طول وقوع آریتمی با حالت طبیعی متفاوت است. این تغییر در سرعت ضربان قلب، به گونه ای است که سری های زمانی فواصل بین ضربانی با دوشاخه شدن به سمت آشوب می روند. بنابراین برای توصیف رفتار این سری های زمانی می توان از معادلات تفاضلی آشوبناک استفاده کرد.

• آشوب

رفتار آشوبگونه در سیستم های بسیار ساده (با تعداد درجه آزادی بسیار محدود) و تقریباً عاری از نویز بروز پیدا می کند. در واقع عامل ایجاد رفتار پیچیده در این سیستم ها دینامیک غیرخطی آنها است. بدین معنی که متغیرهای دینامیکی که رفتارهای سیستم را توصیف می کنند، به فرم غیر خطی در رابطه حضور دارند. در یک سیستم آشوبناک رفتار سیستم نامتناوب است و نسبت به شرایط اولیه حساسیت وجود دارد. علی رغم این گونه رفتارها، سیستم های آشوبناک معین هستند و نه تصادفی. اگر در سیستمی با داشتن معادلات زمانی، مقدار پارامترهای توصیف کننده سیستم و شرایط اولیه بتوان رفتار سیستم را به طور کامل تعیین کرد، آن سیستم معین نامیده می شود. اهمیت علم آشوب آن است که توصیفی جایگزین برای رفتارهای به ظاهر تصادفی، در سیستم های معین ارائه می دهد. اگر به تغییرات فواصل زمانی بین ضربان ها در طول به وجود آمدن آریتمی قلبی توجه شود، ملاحظه می شود که این تغییرات آشکارا نوسانات نامنظم دارند و الگوی رفتاری آن ها سازگار با آشوب قطعی است.

• دوشاخه شدن

دوشاخه شدن به معنای از هم گسیختن، به دو قسمت تقسیم شدن و تغییر است. در سیستم های دینامیکی هدف از بررسی تئوری دوشاخگی مطالعه تغییرات نگاشت با تغییر پارامتر است. در ادامه با بیان نتیجه تئوری معیار دوشاخگی، این پدیده را بیشتر بررسی می کنیم. اگر تابعی (نگاشتی) باشد که به پارامتر A وابسته است، آنگاه نقطه X_e که در رابطه $FA(X_e) = X_e$ صدق می کند، یک نقطه ثابت برای این تابع خواهد بود. اگر مشتق تابع FA در نقطه ثابت آن برابر با 1 شود (نقطه ثابت ناپایدار شود)، آنگاه این نقطه ثابت ناپایدار شده و دو نقطه ثابت جدید به وجود می آیند. این روند در مورد نقاط ثابت جدید نیز با تغییر پارامتر A ادامه می یابد. بدین ترتیب تعداد نقاط ثابت تغییر کرده و FA با تغییر A مرتباً دچار دوشاخگی می شود. بسیاری از نگاشت ها از جمله نگاشت مربعی و لجستیک، از طریق دوشاخه شدن به آشوب می روند.

• آریتمی قلبی

هنگامیکه دو یا چند نوسان ساز با یکدیگر جفت شوند به طوری که فیدبک آن ها برهم تاثیر گذارد، رفتار آشوبگونه اتفاق می افتد. در قلب کلسیم بین سلولی به دقت توسط تعدادی فرایند کوپل شده، دقیقاً مانند اسپلاتورهای که جفت شده باشند، تنظیم می شود به طوری که به صورت متناوب میزان آن کم و زیاد می شود [V]. نویسندگان در مقاله [V] علت ایجاد الگوی ضربان نامنظمی که رفتار آشوبگونه را نشان می دهد، میزان اضافی کلسیم بین سلولی در قلب می دانند. برای آزمایش این نظریه به قلب سالم در شرایط آزمایشگاهی داروی ouabin را تا حدی که تمرکز آن ایجاد مسمومیت کند، تزریق کردند. با ثبت پتانسیل عمل تک فاز و سپس گسسته سازی آن و محاسبه فواصل بین ضربان های متوالی، مشاهده شد که پس از اثر کردن دارو قلب ابتدا دچار ضربان های تند ولی منظم شد. متوالیاً قلب شروع به نوسان با الگوی bigeminal کرد، که فواصل

زمانی کوتاه پس از فواصل زمانی طولانی ظاهر می شدند. آریتمی خود به خود به صورت تناوب های مرتبه بالاتر quadrigeminy گسترش یافت و سرانجام کاملا نامنظم شد به طوری که هیچ الگوی تکرار شونده ای نداشت. آن طور که انتظار می رفت فواصل زمانی بین ضربانها در طول آریتمی الگوی نامنظم و تصادفی نداشت. بلکه در نگاشت یوانکاره نواحی وجود داشتند که تمرکز آن ها از نواحی دیگر بیشتر بود. این نشانه کلاسیک آشوب است. ساختار ناهنجاری که نواحی با چگالی بالا را ایجاد کرده به عنوان جذب کننده خارجی نام دارد، زیرا نقاط ترجیحا به سمت این ناحیه جذب می شوند. بدین ترتیب دوشاخه شدن در طول وقوع آریتمی و حرکت به سمت آشوب به وضوح در این آزمایش دیده می شود. در نتیجه وقتی که قلب به سمت آریتمی قلبی می رود، سرعت ضربان تغییر می کند. محدوده این تغییرات از حالت طبیعی، یعنی حدودا ۷۵ ضربان در دقیقه (که با فاصله بین ضربانی ۰/۸ ثانیه معادله است) تا ۱۰۰ ضربان در دقیقه (فاصله بین ضربانی ۰/۶ ثانیه) متغیر است [۲]. بنابراین می توان سری های زمانی بین موج های R در الکتروکاردیوگرام را که روشی معمول برای اندازه گیری زمان بین ضربانی است، در هنگام وقوع آریتمی قلبی، با معادلات تفاضلی، مثلا نگاشت های یک بعدی بیان کرد [۵،۶]. از این رو در ادامه نگاشت لجستیک بررسی و به عنوان مدلی ساده به منظور کنترل و پیشگیری از وقوع آریتمی قلبی پیشنهاد داده می شود.

• نتیجه گیری

از آنجا که فواصل بین ضربانی در طول وقوع آریتمی قلبی مقادیری بین صفر و یک اختیار می کنند (همانطور که در بخش قبل مقادیر ۰/۸ و ۰/۶ ثانیه دیده شد) و روند آشوبناک شدن آن ها نیز در طول به وجود آمدن آریتمی از طریق دوشاخه شدن است، نگاشت لجستیک را می توان به عنوان مدلی ساده برای آریتمی قلبی در نظر گرفت که در آن A پارامتریست که تغییر آن در محدوده معین، حالت ضربان متناوب یا آشوبگونه را به وجود می آورد.

منبع : ماهنامه تخصصی مهندسی پزشکی

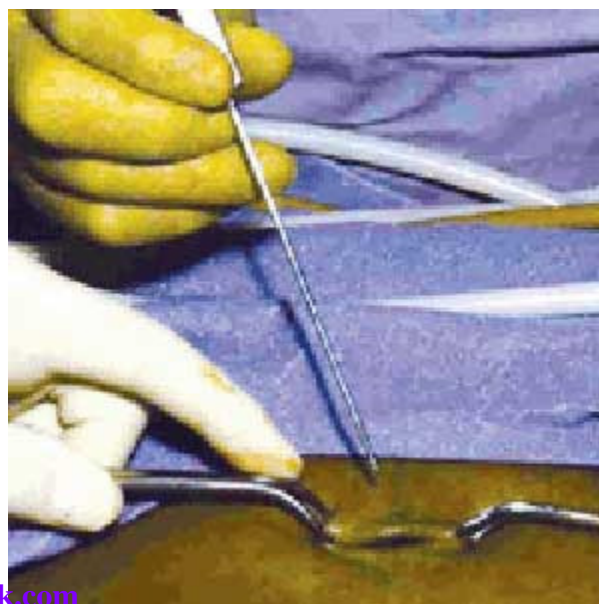
<http://vista.ir/?view=article&id=358945>

 **vista.ir**
Online Classified Service

نگذارید کار به قطع عضو بکشد

- گفتگو با دکتر علیرضا کلانتر معتمدی، فوق تخصص جراحی عروق ما سعی می کنیم با استفاده از کمپرس کردن عروق به وسیله باندکشی مخصوص و ایجاد يك فشار مناسب، ورم را بخوابانیم و یا کارهایی مثل ماساژتراپی انجام دهیم.

سه گروه رگ در بدن وجود دارد. آنها را می شناسید و شاید تا حدی هم با وظایفشان آشنا باشید. گروه اول شریانها یا سرخرگها هستند که خون تمیز و حاوی اکسیژن در آنها جاری است. آنها چه بزرگ و قطور باشند و چه نازک و ظریف، غذا و اکسیژن را به همه سلولهای بدن می رسانند. گروه دیگر که ورید یا سیاهرگ نام دارند، خون تیره و بدون اکسیژن را از سلولها دور کرده و به ریه می برند تا دوباره به وسیله پمپاژ قلب به گردش خون برگردد. گروه بعدی رگهای لنفی هستند. درون رگهای لنفی آب و املاح،



- از بیماری‌های عروق شروع کنیم.
- شایع‌ترین درگیری‌ها مربوط به وریدهاست، به‌خصوص وریدهایی که در اندام‌های تحتانی مثل پا قرار دارند. خون ممکن است در عروق پا لخته شود و سبب ورم اندام تحتانی شود. تورم عروق و ظاهر شدن آنها رامی‌توانید در پای اغلب خانم‌ها ببینید، حال چه به‌صورت رگ‌های ریز و نار عنكبوتی و چه درشت‌تر که نهایتاً رگ‌های واریسی واضح در زیر پوست ایجاد می‌کنند. به هر حال شیوع این درگیری در خانم‌ها بیشتر است.
- چرا؟
- خانم‌ها اغلب به‌دلیل اثری که هورمون‌های زنانه روی عروق بدن آنها دارد، بیشتر دچار مشکلات عروقی مانند واریس می‌شوند البته آقایان هم مبتلا می‌شوند اما شیوع آن در خانم‌ها بیشتر است. درمان خاصی هم نیاز نیست، مگر اینکه شخص به خاطر زیبایی و رنجی که از ظاهر بد این رگ‌ها می‌کشد، به پزشک مراجعه کند و جراحی شود.
- این بیماری را در دست‌ها هم داریم؟
- بله اما نادرتر است. خون مسافت بیشتری را در پاها طی می‌کند اما طول دست‌ها، کمتر است. علاوه بر این، دست‌ها به منبع اصلی پمپاژ یعنی قلب نزدیک‌ترند. با این حال، بیماری‌هایی هم داریم که ناشی‌اند ولی وریدهای دست را درگیر می‌کنند، مثلاً گاهی دنده گردنی یا نوعی بیماری به اسم T.O.S ایجاد می‌شود که در آن عضلات، فشار غیرطبیعی را به ورید وارد می‌کنند.
- علایم درگیری رگ‌های بدن با هم فرق دارند؟
- بله، اگر شریان‌ها درگیر باشند، بیماران با عوارض ناشی از کم‌خونی به ما مراجعه می‌کنند. مثلاً فردی تصلب شرایین دارد و به دنبال این بیماری، گرفتگی عروق پیدا کرده است. بنابراین در هنگام راه رفتن پاهایش درد می‌گیرند. گاهی پیش می‌آید که آنقدر پا کم‌خون می‌شود که حتی در استراحت هم دردناک می‌شود. به دنبال آن زخم‌هایی در انگشتان پا ایجاد می‌شود. این زخم‌های ناشی از کم‌خونی گاهی به قطع عضو هم منجر می‌شوند اما اگر وریدها درگیر باشند، همان‌طور که گفتیم دست و پا پا ورم می‌کند و دردناک است. درباره رگ‌های لنفی هم همین‌طور است ولی تفاوت‌هایی با نوع وریدی دارد. به هر حال این بیماران به دلیل ورم پا، در هنگام راه رفتن مشکل خواهند داشت.
- چه تفاوتی؟
- ورم‌هایی که در نوع درگیری عروق لنفاوی پیش می‌آید خیلی سفت‌تر بوده و آنقدر سخت هستند که به درمان‌ها پاسخ مناسب نمی‌دهند و اصولاً درمان قطعی ندارند، در حالی که وریدهای متورم به درمان پاسخ خوب می‌دهند.
- چه درمانی انجام می‌دهید؟
- ما سعی می‌کنیم با استفاده از کمپرس کردن عروق به‌وسیله باندکشی مخصوص و ایجاد یک فشار مناسب، ورم را بخوابانیم و یا کارهایی مثل ماساژتراپی انجام دهیم.
- چرا رگ‌های لنفی درگیر می‌شوند؟
- درگیری این رگ‌ها (که آنها را به نام سپیدرگ می‌شناسیم) وقتی به وجود می‌آید که مواد موجود در رگ لنفی یا ساخته نشوند یا به‌صورت صحیح به‌وجود نیایند. در این صورت دست یا پای مورد نظر ورم می‌کند. تا امروز هنوز درمان قطعی و موفقی برای این بیماری نداریم. اقدامات درمانی هم فقط می‌تواند ورم را کمتر کند. علت این درگیری‌های لنفی بیشتر مادرزادی است و در موقع بلوغ در افراد ظاهر می‌شود البته گاهی هم به‌دنبال جراحی ممکن است پیش بیاید.
- چه جراحی‌هایی؟
- مثال واضح آن در بیماری‌هایی است که به سرطان پستان مبتلا هستند. در این افراد برای تعیین میزان درگیری، از غدد لنفاوی زیر بغل تکه‌برداری می‌کنند و گاهی این غدد را تخلیه می‌کنند. علاوه بر این به دنبال ادامه درمان با رادیوتراپی و اشعه درمانی در واقع این غدد را با برق می‌سوزانند. واضح، که دستی که غدد لنفاوی مربوط به آن برداشته شده است، دچار درگیری عروق لنفاوی می‌شود و ورم می‌کند.
- از درگیری شریان‌ها ن‌گفتید؟
- اشاره‌ای کردیم که بعضی از بیماران به دنبال بروز بیماری‌هایی مثل دیابت و تصلب شرایین و به‌خصوص استفاده از سیگار دچار درگیری عروق می‌شوند. این بیماری‌ها موجب می‌شوند رگ‌ها از حالت طبیعی و سالم خارج گردند و ضخیم و سخت شوند. به این ترتیب، خون در آنها به

سختی جریان پیدا می‌کند و گاهی لخته می‌شود. خون لخته شده درون رگ‌های بسیار ریز می‌رود و آنها را می‌بندد. بافت مورد نظر که رگ تغذیه‌دهنده‌اش بسته شده است می‌میرد و زخم‌هایی که به‌وجود می‌آیند به‌خاطر کم‌خونی آن ناحیه هستند. این زخم‌ها گاهی به قطع عضو منجر می‌شوند. بیماران ما بیشتر یا سیگاری و یا مبتلا به دیابت هستند. این افراد بیشتر در عروق پاها درگیری دارند.

• چرا پاها؟

• دست‌ها، عروق فرعی زیادی دارند که اگر هر سه رگ اصلی دست هم دچار مشکل شود آنها خون‌رسانی را ادامه می‌دهند. البته پاها هم دارای این رگ‌های فرعی هستند اما چون طول بیشتری از دست دارند، خون مجبور است مسافت بیشتری را طی کند و اضافه بر این، سرعت جریان خون در پاها (که از قلب دورترند) به نسبت کمتر شده است. برای همین، در مبتلایان به دیابت، مشکلات مختلفی را در پاها می‌بینیم.

• همه مشکلاتشان مربوط به درگیری عروق است؟

• خیر، دیابتی‌ها که امروز متأسفانه ۱۰ تا ۱۵ درصد ایرانی‌ها را تشکیل می‌دهند، در هر مرحله‌ای از این بیماری که باشند، درگیری اندام تحتانی دارند (۱۵ درصد از آنها) این درگیری‌ها، یا به صورت عفونت یا درگیری اعصاب محیطی و بی‌حسی پاها است و یا به‌صورت درگیری عروق محیطی اما متأسفانه دیابتی‌ها به‌خاطر اینکه درگیری اعصاب پا دارند، به بی‌حسی پاها دچار هستند و اگر به دلیل عوامل فشاری یا برنده پایشان آسیب ببینند و زخم بشود متوجه نمی‌شوند. علاوه بر این آنها درجانی از تصلب شرایین را هم دارند و عروقشان درگیر است و این زخم‌ها خیلی دیر جوش می‌خورند.

• سیگار چگونه موجب درگیری عروق می‌شود؟

• هنوز دقیقاً نمی‌دانیم چگونه اما سیگار پدیده التهابی شدیدی در عروق بدن ایجاد می‌کند و هم سرخرگ را درگیر می‌کند و هم سیاهرگ را. رگ‌ها را کلفت و ضخیم می‌کند و چون این عروق ملتهب هستند، جراحی هم کمک‌چندانی نمی‌کند. بیماری شایعی به نام برگر وجود دارد که متأسفانه در جوانان ایرانی هم بسیار شایع است. این بیماری که مبتلایانش بدون استثنا سیگاری هستند در مردها بسیار بیشتر از زنان (نسبت ۴۰ به یک) است، بیماران در عروق ریز تا متوسط درگیری دارند و به دنبال کشیدن سیگار، زخم‌هایی سیاه‌رنگ و بسیار دردناک، این افراد را به عذابی سخت، دچار می‌کند که از درد شدید انگشتان دست یا پا شب‌ها خواب ندارند. این درد زیاد ناشی از بسته‌شدن رگ تغذیه‌کننده انگشتان است و در واقع بافت خاص به خاطر اینکه درحال از بین رفتن و مرگ است، درد دارد. قطع انگشتان سیاه شده و حتی در موارد پیشرفته قطع دست از ناحیه مچ، عاقبت این بیماران است.

• چرا برای این بیماران جراحی عروق انجام نمی‌شود؟

• برگر هم بیماری خیلی خوبی است و هم خیلی بد. چون برخلاف دیگر بیماری‌ها که رگ‌های بزرگ‌تر را درگیر می‌کنند و می‌توان عامل تنگی را از داخل رگ خارج کرد و یا آن رگ را پیوند زد، برگر رگ‌های ریز را درگیر می‌کند و رگ آنقدر ملتهب است که پیوند زدن فایده چندانی ندارد اما خیلی خوب است چون با قطع سیگار سیر پیشرفت بیماری به سرعت کاهش می‌یابد و اغلب به قطع عضو منجر نمی‌شود. البته جوانان باید سیگار را ترک کنند، چون بعضی‌ها به جای انجام این کار، به دنبال درد شدیدی که دارند، از تریاک استفاده می‌کنند و یک معضل دیگر را به معضلات خود می‌افزایند. هم خودشان نباید سیگار بکشند و هم باید کمک کنند همکاران و افراد مرتبط با آنها سیگار را ترک کنند چون اگر شما در ارتباط زیاد با فرد سیگاری باشید، به نسبت سه به یک خودتان غیرمستقیم سیگار مصرف کردید (هر سه سیگاری که او می‌کشد، شما با استنشاق دود سیگار انگار یک سیگار کشیده‌اید).

• از پیشگیری ن‌گفتید؟

• با توجه به اینکه مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها یا عواملی که سبب درگیری عروق می‌شوند دیابت و سیگار هستند، بنابراین توصیه‌ای که می‌توانیم بکنیم: پرهیز از مصرف سیگار است. به دیابتی‌ها هم توصیه می‌کنیم: به موقع به متخصصان غدد مراجعه کنند و با کنترل قند خون از عوارض دیابت بکاهند و هرگونه تغییر رنگ و حس پا را با مراجعه به پزشک جدی بگیرند. همان‌طور که تنظیم قند خون در شما عزیزان موجب می‌شود عفونت‌ها کم شوند اگر در دیابتی‌ها، عفونت رخ دهد و قند خون را با کمک همکاران غدد و تغذیه، تحت کنترل نداشته باشند مشکلات عظیمی رخ می‌دهد که واضح‌ترین آن خوب نشدن و یا بهبودی کند زخم‌هاست.

منبع : روزنامه سلامت

<http://vista.ir/?view=article&id=248168>

www.takbook.com

واریس ؛ روشهای پیشگیری و درمان

وریدهای واریسی معمولا بصورت طنابهایی برجسته و آبی رنگ درست زیر سطح پوست دیده می شوند. در هر قسمتی از بدن می توان این وریدها را دید، اما بیشتر پاها درگیر می شوند. وریدهای متورم و پیچ در پیچ قابل رویت که گاهی به وسیله موبرگ های پرخونی به نام وریدهای با نمای عنکبوتی شکل احاطه شده اند، همان وریدهای واریسی سطحی هستند. این وریدها دردناک و ظاهرا بد شکل هستند، اما معمولا بی ضرر هستند.

گاهی اوقات این وریدها متورم می شوند حین تماس حساس هستند. مانع جریان خون می شوند که در این صورت باعث تورم ناحیه ، خارش پوست و درد در ناحیه مبتلا می شوند. پاهای ما علاوه بر شبکه ورید سطحی یک شبکه وریدی داخلی یا عمیق هم دارد. در مواردی نادر، ورید داخلی پا به



حالت واریسی در می آید.

این وریدهای واریسی عمقی معمولا دیده نمی شوند، اما می توانند باعث تورم یا درد در سراسر پا بشوند. در وریدهای واریسی عمقی ممکن است لخته های خون هم تشکیل شود. مشکل واریس نسبتا شایع است و بسیاری از مردم در خانواده خود این مشکل را دارند. احتمال بروز واریس در زنان آبرابر مردان است. علت واریس چیست؟ شریان ها که خون پر اکسیژن را از قلب به سراسر بدن می برند دیواره ای عضلانی و ضخیم دارند که دارای بافت الاستیک است. وریدها خون را از بدن به قلب برمی گردانند که دیواره آنها عضلانی است و شبکه ای از دریچه ها درون آنها وجود دارد که فقط به سمت قلب باز می شوند.

وقتی خون در وریدها به حرکت در می آید دریچه ها به نوبت باز می شوند تا خون حرکت کند و به جلو برود و بعد بسته می شوند تا خون به عقب برنگردد. در وریدهای واریسی ، این دریچه ها خوب کار نمی کنند به صورتی که خون در وریدها جمع می شود و عضلات براحتی نمی توانند خون را به سمت قلب حرکت دهند.

خون به جای این که از یک دریچه به دریچه دیگر به جریان در آید به صورت جمع شده در ورید حرکت می کند، فشار وریدی و احتمال احتقان ورید زیاد می شود و ورید متورم شده حالت پیچ در پیچ پیدا می کند. به دلیل این که وریدهای سطحی عضلات دیواره ای قوی ندارند احتمال واریس در این وریدها بیشتر از وریدهای عمقی است ، چرا که دیواره عضلانی وریدهای عمقی قوی تر است. هر شرایطی که باعث فشار بیش از حد روی پاها یا شکم شود می تواند منجر به واریس شود. شایع ترین فشار زمان بارداری ، در افراد چاق یا افرادی که طولانی مدت می ایستند، وجود دارد.

بیبوست مزمن و در بعضی موارد نادر تومورها هم می توانند باعث واریس شوند. ماندن در حالت ساکن احتمال واریس را زیاد می کند، زیرا عضلات در حالتی که فرد بی حرکت است به پمپ کردن خون کمک نمی کنند. با بالا رفتن سن ، وریدها ضعیف تر می شوند و احتمال واریس بیشتر می شود. در قدیم می گفتند چهارزانو نشستن باعث واریس می شود در حالی که این باور غلط است؛ اما اگر کسی واریس داشته باشد چهارزانو نشستن آن را بدتر می کند.

علایم واریس چیست؟ رگهای خونی برجسته به رنگ آبی تیره بخصوص در پاها درد پا، احساس سنگینی در پا و حساس شدن آنها که اغلب با تورم پاها پس از ایستادن طولانی مدت همراه است. موارد زیر را نیز به خاطر داشته باشید و در صورت بروز آنها حتما به پزشک مراجعه کنید: اگر تورم

بیش از حد یا وقتی پوست روی وریدهای واریسی پوسته پوسته شد، زخمی شده تغییر رنگ داد یا مستعد خونریزی شد احتمال ابتلا به درماتیت (التهاب پوست) ناشی از توقف خون در رگ وجود دارد.

ممکن است در این صورت برای اجتناب از گرفتاری بیشتر و پیشگیری از مشکلات جدی در گردش خون جراح، ناچار به برداشتن وریدهای مبتلا شود. اگر وریدهای واریسی قرمز رنگ هستند باید به پزشک مراجعه شود زیرا احتمال دارد به فلبیت (التهاب رگ) مبتلا باشید. اگر بر اثر حادثه ای وریدهای واریسی پاره یا بریده شوند برای کنترل خونریزی و پیشگیری از عوارض باید به پزشک مراجعه شود. درمان واریس نوع خفیف واریس معمولاً به درمان نیاز ندارد.

در این موارد در خانه با انجام کارهایی می توان درد و ناراحتی را تسکین داد. وریدهای واریسی سطحی به طور طبیعی به درمان نیاز ندارد، اما نباید از آنها غافل شد. ممکن است پزشک برای تسکین درد و فراهم کردن راحتی برای بیمار جوراب های الاستیک مخصوص واریس را توصیه کند. این جوراب ها به عضلات پای شما کمک می کنند که با تمرکز فشار در نزدیکی وریدها خون را به سمت بالا پمپ کنند. باید صبحها بعد از بیدار شدن و قبل از این که از بستر حرکت کنید، این جوراب ها را بپوشید. در بستر که هستید پاها را بلند کنید و بالا ببرید، سپس جورابها را بپوشید. جوراب ها نباید در قسمت مچ پا یا کشاله ران فشار وارد کنند و تنگ باشند در روز باید این جوراب ها را در طول روز چندین بار به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه پای خود را بالاتر از سطح بدن نگه دارید. گاهی پزشک برای تسکین تورم و درد، داروهای ضدالتهاب مثل آسپرین یا بروفن را تجویز می کند. اگر احساس کردید پوست اطراف وریدهای واریسی زخمی شده یا تغییر شکل داده اند یا اگر بدون نشانه های خارجی احساس درد مداوم دارید، حتماً به پزشک مراجعه کنید؛ چراکه ممکن است وریدهای عمقی شما مبتلا شده باشند. در بیشتر موارد لازم نیست وریدهای واریسی برداشته شوند. اگر واریس خیلی اذیت کرد با چند روش می توان آنها را برداشت.

وریدهای عنکبوتی را براحتی می توان به وسیله لیزر برداشت. در مواردی که واریس حالت خفیفی دارد، جراح با روش اسکروتراپی درمان را انجام می دهد یعنی ماده ای شیمیایی به نام عامل اسکروزینگ به درون ورید تزریق می شود تا دیواره های آن روی هم بخوابد و دیگر نتواند خون را جابه جا کند و به عبارتی ورید واریسی از مسیر خون حذف شود و خون از وریدهای دیگر به حرکت درآید. در موارد شدیدتر با عمل جراحی ورید مبتلا به واریس برداشته می شود. متأسفانه هیچ درمانی نمی تواند از تشکیل واریس مجدد جلوگیری کند. قبل از اقدام درمانی باید با جراح عروق مشورت کنید تا راه درمانی مناسب برایتان در نظر گرفته شود. چگونه می توان از تشکیل واریس جلوگیری کرد؟

به طور منظم ورزش کنید. تناسب وزن و فعالیت بهترین راه برای قوی نگهداشتن عضلات پا و به حرکت درآمدن خون در بدن است. وزنتان را کنترل کنید و از چاقی بپرهیزید. -از غذاهای کم چرب، کم نمک و کم شیرین استفاده کنید. آب زیاد بنوشید. اگر کارتان طوری است که باید در طول روز سرپا بایستید، هر از گاهی پاهای خود را به حالت کشش درآورده و نرمش دهید تا جریان خون زیاد شود و فشار وریدی کاهش یابد. -از مصرف دخانیات خودداری کنید.

تحقیقات نشان داده است سیگار باعث افزایش فشارخون و بدتر شدن واریس می شود. -اگر باردار هستید به جای آن که به پشت بخوابید روی پهلوئی چپ بخوابید تا فشار وارده از رحم روی وریدهای لگن به حداقل برسد. این وضعیت باعث می شود جریان خون به چنین هم راحت تر برسد.

منبع : پایگاه جامع اطلاع رسانی پزشکان ایران

<http://vista.ir/?view=article&id=303120>

 **vista.ir**
Online Classified Service

واکسن، اولین راهبرد

www.takbook.com

بیماری هپاتیت از جمله بیماری‌هایی است که سهم قابل‌توجهی از مرگ و میر، ناتوانی، بار اقتصادی - اجتماعی و روانی را به خود اختصاص داده و موارد مزمن آن در حال حاضر مشکلات و تبعات بسیاری را بر جامعه ما تحمیل کرده است.

انجام واکسیناسیون هپاتیت B می‌تواند بروز این بیماری که سهم زیادی از سرانه سلامت را به خود اختصاص داده است در کشور ما کاهش داده و الگوی اپیدمیولوژیک آن را تغییر دهد.

از سال ۱۳۷۲ با ادغام واکسیناسیون هپاتیت B در برنامه گسترش ایمن‌سازی کشور، کودکان از بدو تولد علیه این بیماری واکسینه می‌شوند. بنابراین نوجوانان تا سن ۱۴ سال بر علیه این بیماری ایمن شده‌اند و از سال گذشته طبق مصوبه کمیته‌های کشوری ایمن‌سازی و هپاتیت B مبنی بر پوشش‌دهی نوجوانان زیر ۱۸ سال برای کنترل بیماری هپاتیت B، برنامه ایمن‌سازی سراسری هپاتیت B نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته که به مدت ۲ سال تحت پوشش واکسیناسیون قرار می‌گیرند.

در مرحله اول این طرح در سال گذشته نوجوانان متولد سال ۶۸ واکسینه شدند و در مرحله دوم که از ۱۵ اسفند سال جاری آغاز می‌شود، کلیه متولدین سال ۶۹ واکسینه خواهند شد.

هپاتیت یک بیماری شایع است که به علت التهاب کبد ایجاد می‌شود. کبد بزرگ‌ترین غده بدن و کارخانه شیمیایی آن است که فعالیت‌های حیاتی و

مهمی مانند دخالت در هضم و جذب و مصرف مواد غذایی مانند چربی‌ها، قندها، پروتئین‌ها و ویتامین‌ها، ساخت آنزیم‌ها و پروتئین‌ها، تصفیه سموم و تبدیل آنها به مواد بی‌ضرر، متابولیسم داروها، خون‌سازی قبل از تولد، مقاومت در برابر عفونت‌ها، فراهم‌ساختن سریع انرژی در هنگام ضرورت و ذخیره آهن را بر عهده دارد.

هپاتیت‌های ویروسی که جزء علل مهم درگیری کبد می‌باشند در اثر آلودگی با ویروس‌های هپاتیت A، B، C، D، E و همچنین ویروس‌های CMV، EBV سرخک و سرخچه ایجاد می‌شود.

به طور کلی هپاتیت‌های ویروسی براساس نام ویروس و راه سرایت به ۲ دسته تقسیم می‌شوند:

(۱) دسته اول هپاتیت‌های ویروسی منتقله از راه آب و مواد غذایی شامل A، E

(۲) دسته دوم هپاتیت‌های ویروسی هپاتیت B است.

اهمیت هپاتیت B شیوع زیاد این بیماری و همچنین عوارض مهم کبدی و خارج کبدی است.

در حال حاضر سه چهارم مردم دنیا در نواحی با شیوع بالای آلودگی هپاتیت B زندگی می‌کنند و حدود یک میلیون نفر در سال به علت عوارض حاد عفونت هپاتیت B و همچنین عوارض مزمن نظیر سیروز فوت می‌کنند.

عفونت هپاتیت B یک مشکل مهم بهداشتی در دنیاست. مسیر بیماری از یک عفونت حاد تا یک بیماری مزمن متفاوت است.

معمولا موارد حاد عفونت با هپاتیت B سیر خودمحدود شونده دارند.

یک تا ۲ درصد از موارد حاد منجر به هپاتیت برق‌آسا می‌شوند که در ۵۰-۳۰ درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود.

• انواع هپاتیت B و علائم آن

به طور کلی آلودگی به ویروس هپاتیت B به ۳ حالت متفاوت وجود دارد: حاد، مزمن و بدون علامت.

در حالت هپاتیت حاد، بیمار پس از یک دوره مقدماتی با نشانه‌هایی مانند تب، سرماخوردگی، تهوع، استفراغ، درد شکم و ادرار تیره دچار زردی



می‌شود.

یکی از مهم‌ترین علائم، زردشدن چشم‌هاست. این بیماری به طور معمول خود به خود بهبود می‌یابد و در طی ۶ ماه خون از ویروس پاک می‌شود و فقط در ۵ تا ۱۰ درصد بیماران بالغ ممکن است آلودگی مزمن ایجاد شود.

در هپاتیت مزمن نشانه‌ها بسیار غیراختصاصی است. شایع‌ترین نشانه هپاتیت مزمن، ضعف و خستگی طولانی است. گاهی ممکن است زردی خفیف یا خارش وجود داشته باشد. با پیشرفت این بیماری ممکن است نارسایی کبدی بروز کند. این افراد باید تحت نظر پزشک قرار گیرند و در صورت نیاز دارودرمانی شوند. این بیماری فقط با مراجعه به پزشک و انجام آزمایش تشخیص داده می‌شود. در آلودگی بدون علامت، فرد بدون هیچ‌گونه نشانه بالینی و یا آزمایشگاهی بیماری کبدی، فقط ویروس هپاتیت را در خون خود دارد و می‌تواند آن را به سایرین انتقال دهد.

این افراد به درمان دارویی نیاز ندارند ولی خطر ابتلا به حالت مزمن هپاتیت در آنان زیاد است و باید هر ۶ ماه یکبار توسط پزشک بررسی شوند.

• راه‌های انتقال

روش غالب انتقال بیماری هپاتیت B در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. در مناطق با شیوع بالا، انتقال از مادر به جنین مهم‌ترین راه انتقال است. اصلی‌ترین راه انتقال در مناطق با شیوع متوسط، انتقال از فرد آلوده در دوران کودکی و نوجوانی است و در مناطق با شیوع کم، روابط جنسی غیرمطمئن و مصرف داروهای تزریقی در بالغین است.

میزان انتقال هپاتیت B از مادر به جنین در صورت آلودگی مادر، بیش از ۹۰ درصد است. انتقال این ویروس از مادر به جنین ممکن است طی بارداری، هنگام زایمان یا بعد از آن اتفاق بیفتد.

نوزادان به دنیا آمده از مادران ناقل باید در بدو تولد واکسینه شوند که از این طریق احتمال آلوده شدن نوزاد به شدت کاهش می‌یابد.

احتمال انتقال بیماری هپاتیت B از طریق تماس جنسی حفاظت نشده با فرد آلوده، استفاده مشترک از ابزار آلوده تیز و برنده نظیر سرنگ و سوزن، تیغ اصلاح و مسواک، خراش‌های پوستی مخاطی به خصوص در کودکان طی تماس‌های نزدیک بدنی و تماس‌های غیرمستقیم مثل خالکوبی، حجامت و سوراخ کردن گوش وجود دارد.

ویروس هپاتیت B می‌تواند از خارج از بدن به مدت طولانی زنده بماند. لذا احتمال آلودگی در تماس با وسایلی نظیر مسواک، تیغ و حتی اسباب‌بازی آلوده با خون وجود دارد.

به نظر می‌رسد با توجه به الگوی اپیدمیولوژیک بیماری در کشور ما، آلودگی با این روش بیشتر اتفاق می‌افتد.

تزریق خون و تماس با خون آلوده نیز یک روش مهم انتقال بیماری است که امروزه کنترل خون‌های اهدایی در کشور ما، احتمال آلودگی از این طریق را بسیار اندک کرده است.

انتقال از طریق تماس جنسی نامطمئن، مهم‌ترین روش انتقال در کشورهای توسعه‌یافته است.

در آمریکا ۵۰ درصد از موارد هپاتیت حاد به علت انتقال از این طریق است. لذا آموزش عمومی جامعه در مورد پایداری به خانواده و استفاده از وسایل حفاظتی اهمیت بسزایی در کنترل این بیماری دارد.

هپاتیت B شایع‌ترین ویروس منتقل‌شونده از طریق خون در پرسنل بهداشتی و درمانی است. انتقال معمولاً از طریق وسایل آلوده یا تماس با سوزن آلوده ایجاد می‌شود. انتقال ویروس هپاتیت B از پرسنل بیمارستانی آلوده به بیماران وجود دارد.

یکی از راه‌هایی که جدیداً مورد توجه قرار گرفته، انتقال از طریق اعضای پیوندشده است. حتی اهدای عضو نظیر کلیه و قرنیه از فرد اهداکننده آلوده می‌تواند موجب انتقال بیماری شود.

• گروه‌های در معرض خطر و پرخطر ابتلا به بیماری

گروه‌های در معرض خطر ابتلا به بیماری هپاتیت B شامل کارکنان سامانه بهداشتی درمانی کشور اعم از پزشکان متخصص، دستیاران، پزشک عمومی، دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی، پرستاری و مامایی، دندانپزشکی، رشته‌های مختلف بهداشتی، رشته‌های مختلف علوم آزمایشگاهی و اتاق عمل، کارکنان نیروی انتظامی درگیر با مجرمین و زندانیان، امدادگران، کارگران بیمارستان‌ها و رفتگران شهرداری هستند.

صاحبان مشاغل پرخطر و افرادی که به نوعی با اجسام تیز و نافذ سر و کار دارند؛ از قبیل آرایشگران، زندانبانان و زندانیان، مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی، افراد با بی‌بند و باری جنسی و رفتارهای پرخطر، همسران افراد آلوده، نوزادان مادران آلوده، افراد دریافت‌کننده خون و فرآورده‌های خونی

مانند بیماران هموفیلی، تالاسمی و تحت دیالیز، افراد دریافت‌کننده عضو و بافت پیوندی و دریافت‌کنندگان اقدامات تتو و خالکوبی جزء گروه‌های پرخطر ابتلای به بیماری هپاتیت B هستند.

• برنامه کنترل راه‌های پیشگیری

در کشور ما استراتژی‌های موردنیاز برنامه کنترل هپاتیت در ۳ سطح اول، دوم و سوم پیشگیری تعریف می‌شوند و در هر ۳ سطح بنا به امکانات موجود و اولویت‌های اجراء اهداف موردنظر، فعالیت‌های قابل انجام تعیین می‌شود که عبارتند از: واکسیناسیون، تزریق ایمونوگلوبولین هپاتیت B، پیشگیری از آلودگی بعد از تماس آلوده، رعایت احتیاط‌های استاندارد، غربالگری گروه‌های هدف، مراقبت موارد آلوده، درمان بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن، تقویت زیرساخت‌های لازم به‌منظور فراهم کردن امکانات غربالگری، آموزش و مشاوره افراد نیازمند، مراقبت اپیدمیولوژیک، ثبت و گزارش‌دهی، تحقیق و پژوهش، پایش و ارزشیابی.

مهم‌ترین و مؤثرترین راه مبارزه با هپاتیت B پیشگیری به‌وسیله واکسیناسیون است. واکسن‌های هپاتیت B کاملاً بدون خطر بوده و در بیش از ۹۰ درصد موارد مؤثر است. هدف از انجام واکسیناسیون، پیشگیری از ایجاد عفونت مزمن هپاتیت B و در نتیجه جلوگیری از عوارض عفونت مزمن مانند سیروز است.

به‌نظر می‌رسد با واکسیناسیون برنامه‌ریزی شده و هدفمند می‌توان تا حدود زیادی شیوع هپاتیت B در جامعه را کاهش داد. به‌طور کلی ۵ تا ۹۰ درصد مرگ‌های ناشی از این آلودگی با واکسن قابل پیشگیری است.

دریافت واکسن توسط افراد خانواده فرد آلوده یا افرادی که با خون و ترشحات آلوده سر و کار دارند و یا رفتارهای پرخطر از قبیل تماس جنسی خارج از چارچوب خانواده و اعتیاد تزریقی دارند و افرادی که به‌طور مکرر خون و یا فراورده‌های خونی دریافت می‌کنند، ضروری است. این واکسن به‌صورت عضلانی در بزرگسالان در بازو و در کودکان زیر ۲سال در ران در سه نوبت اولین مراجعه، یک ماه بعد و ۶ ماه بعد از اولین مراجعه تزریق می‌شود.

از دیگر راه‌های پیشگیری، پرهیز از استفاده مشترک از وسایل تیز و برنده نظیر سرنگ و سرسوزن، تیغ اصلاح و مسواک، پرهیز از انجام اقداماتی که به سوراخ شدن پوست منجر می‌شود نظیر؛ خالکوبی، تتو، حجامت به‌روش غیرعلمی در مراکز غیرمطمئن و آلوده، پرهیز از تماس جنسی مشکوک و حفاظت نشده است.

منبع : روزنامه همشهری

<http://vista.ir/?view=article&id=302408>

 **vista.ir**
Online Classified Service

وریدهای واریسی

بیماری وریدهای واریسی عبارت است از اتساع و پیچ‌خوردگی دائمی وریدها (معمولاً در پا). در بزرگسالان شایعتر است و می‌تواند وریدهای سطحی، عمقی و رابط بین وریدهای سطحی و عمقی را درگیر کند. وریدهای لب‌های مهبل در طول بارداری و وریدهای اطراف مقعد (هموروئیدها) نیز ممکن است واریسی شوند.

• علایم شایع



- وریدهای بزرگ، بدشکل، شیبه مار و کیود که در حال ایستاده از زیر پوست قابل رؤیت هستند. بیشتر در پشت ساق یا داخل پا از مچ تا کشاله ران ظاهر می‌شوند.
- ناراحتی مبهم و درد در پاها به‌ویژه پس از ایستادن
- خستگی
- علل



وریدهای پاها در هر چند سانتیمتر درجه‌هایی یک‌طرفه دارند که به بازگشت خون به قلب برخلاف نیروی جاذبه کمک می‌کنند. اگر درجه‌ها نشت کنند، فشار خون در وریدها مانع از تخلیه مناسب خون می‌گردد. درجه‌ها ممکن است به خاطر سابقه بیماری وریدی مثل ترومبوفلیت، ایستادن طولانی یا فشار بر روی وریدهای لگن در اثر بارداری، تومورها یا مایعات شکم از کار بیفتند.

• عوامل افزایش‌دهنده خطر

- بارداری

▪ چرخه قاعدگی، علایم قبل و در حین قاعدگی بدتر می‌شوند.

▪ سابقه خانوادگی وریدهای واریسی

▪ شغل‌های مستلزم ایستادن طولانی

• پیشگیری

ورزش منظم به‌ویژه پیاده‌روی، شنا یا دوچرخه‌سواری برای حفظ سلامت گردش خون

• عواقب مورد انتظار

▪ با درمان قابل کنترل و با جراحی قابل علاج است.

• عوارض احتمالی

▪ زخم نزدیک مچ پا در اثر خون‌رسانی نامناسب به پوست. ممکن است بهبودی آن کند باشد.

▪ لخته خونی ورید عمقی

▪ خونریزی زیر پوست یا خونریزی خارجی

▪ مشکلات پوست مجاور وریدهای واریسی که شبیه آگزما هستند.

• درمان

• اصول کلی

- روش‌های محافظه‌کارانه:

دوره‌های استراحت زیاد با بلند کردن پا، جوراب فشاری کشی و سبک (بهتر است قبل از بیرون آمدن از بستر پوشیده شود)، اجتناب از کمربند و

سایر لباس‌های تنگ، استفاده از لباس گرم و مرطوب در صورت ایجاد خارش

- روش‌های جراحی و غیره (در صورت وجود درد، فلبیت عودکننده، تغییرات پوستی یا برای زیبایی):

بستن و بریدن ورید صافن، تزریق محلول اسکروزدهنده، فلیکتومی (برداشتن ورید با چاقو) اقدامی جدیدتر با زمان بهبودی کوتاه‌تر). ممکن است

برای جوشگاه‌ها، برداشت تمام ناحیه و سپس پیوند (گرافت) پوست لازم باشد.

- وریدهای عنکبوتی (تلائزکتازی ایدیوپاتیک) که ممکن است وسیع و بدمنظره باشند:

تزریق داخل مویرگی محلول ۱٪ سدیم تترادسیل سولفات (یا محلول نمکی هیپرتونیک ۴/۲۳٪) با استفاده از یک سوزن ظریف. تا به دست آوردن

نتایج بهینه، ممکن است درمان‌های دیگری لازم باشند.

• داروها

برای این اختلال معمولاً دارو لازم نیست. البته ممکن است یک پزشک یک ماده شیمیایی را در وریدهای واریسی تزریق کند تا آنها را لخته کند و

جوش بزند (گاهی). سایر وریدها گردش خون ناحیه را به عهده خواهند گرفت.

▪ فعالیت

- از ایستادن به مدت طولانی بپرهیزید.

- یک برنامه ورزشی مناسب روزمره را به عنوان بخشی از درمان محافظه کارانه اختیار کند. برنامه پیاده روی بعد از اسکالروتراپی برای کمک به پیشبرد بهبودی، مهم است.

- قبل از پایین آوردن پا از تخت، جوراب های کشی (در صورت استفاده) را بپوشید.

▪ رژیم غذایی

- رژیم غذایی خاصی ندارد.

- در صورتی که چاقی یک مشکل باشد، کاهش وزن توصیه می گردد.

• در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید

▪ اگر خود یا عضوی از خانواده تان وریدهای واریسی داشته باشید.

▪ اگر پس از تشخیص، وریدهای واریسی شروع به ایجاد مشکلاتی در گردش خون پاهایتان بکنند

منبع : ویلاگ زنبور درمانی

<http://vista.ir/?view=article&id=252999>



وقتی قلب کم می آورد

• نگاهی به علائم، علل و درمان نارسایی قلبی

قلب هم مثل مغز از حیاتی ترین اعضای بدن محسوب می شود، چرا که حتی یک لحظه زندگی بدون آن مقدور نیست. تمام بافت های بدن برای بقا و حیات، نیاز مبرم به دریافت اکسیژن و مواد غذایی و از طرف دیگر، دفع دی اکسید کربن و مواد زائد دارند که هر دوی این موارد، کاملاً به جریان خون وابسته است و با جریان ممتد و مداوم خون تامین می شود.

در نظر بگیرید که این جریان خون هم به نوبه خود از سوی قلب ایجاد می شود و به راه می افتد. در اصل، قلب آغازکننده حرکتی مداوم و ضربان دار از جریان خون به سمت بافت هاست تا آنها را تغذیه و پشتیبانی کند. سپس

جریان خون از سوی وریدها به سمت قلب برمی گردد تا از آنجا برای برقراری مجدد جریان خون به سمت شریان ها یا همان سرخرگ ها پمپ شود.

• پمپ ضعیف می شود

قلب به طور عادی حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد خونی که از سوی وریدها به داخل آن برمی گردد را طی هر ضربان قلبی به بیرون پرتاب می کند. این عملکرد در اصل شبیه یک پمپ است و به عبارت دیگر هر انقباض ماهیچه قلب همانند یک پمپ، مایع ورودی به داخل پمپ را به سمت شریان ها بیرون می فرستد اما گاهی شرایط به این خوبی نیست و همه چیز این قدر منظم و مرتب صورت نمی گیرد و قدرت عضله قلب کم می شود، طوری که به جای ۶۰ درصد تخلیه و پمپاژ خون، این میزان به حدود ۳۰-۴۰ درصد وحتى گاهی به مقادیر بسیار کمتر و حدود ۵-۱۰ درصد افت پیدا می کند. به این



رقم به‌طور معمول و در اصطلاح پزشکی، کسر تخلیه گفته می‌شود. به‌طور مثال، اگر که کسر تخلیه از ۶۰ درصد به ۴۰ درصد برسد، یعنی قلب در هر بار تپش به جای تخلیه ۶۰ درصد از محتویات خود، تنها ۴۰ درصد آن را پمپ می‌کند و این مساله باعث می‌شود خون کمتری به بافت‌ها برسد و ممکن است دیگر جوابگوی نیازهای بدن نشود.

البته یک راه جبران وجود دارد و آن اینکه سرعت تپش قلب بیشتر شود. در اصل اگرچه در هر بار ضربان، میزان کمتری از خون پمپ می‌شود اما تعداد دفعات تپش افزایش می‌یابد تا در هر دقیقه، همان میزان قبلی از خون به بافت‌ها برسد. با این حساب خون‌رسانی به بافت‌ها از سوی قلب مثل گذشته باقی می‌ماند اما گاهی قلب قادر نیست سرعت خود را به اندازه کافی بالا ببرد و یا افت عملکرد عضله قلب به قدری شدید است که تنها از طریق افزایش سرعت تپش، قابل جبران نیست. در این موارد، به تدریج علائم نارسایی قلبی در فرد ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، نارسایی قلبی از حالت جبران‌شده به حالت جبران نشده پیشرفت کرده و وضعیت بیمار رو به وخامت می‌گذارد.

• خسته شدم

علائم مختلفی ممکن است در فردی که دچار افت عملکرد قلب و نارسایی قلبی شده، ایجاد شود. در مراحل اول ممکن است فرد در حالت نشسته و استراحت مشکلی نداشته باشد، چرا که انرژی زیادی صرف نمی‌شود و حتی همین میزان از عملکرد قلبی جوابگوی نیازهایش خواهد بود اما همین فرد اگر شروع به ورزش کند، دچار علائم خستگی و تنگی نفس می‌شود، چرا که این قلب نارسا توانایی رساندن خون کافی به عضلات در حال ورزش را ندارد. این عضلات، خون بسیاری زیادی طلب می‌کنند که نامین آن در توان این قلب نیست و بنابراین عضلات بدون غذا مانده، دچار خستگی می‌شوند.

اگر نارسایی قلبی خفیف باشد، باید ورزش‌های سنگین انجام داد تا به این مرحله رسید اما در موارد شدید نارسایی قلبی حتی در حرکات خفیف هم ممکن است دیگر قلب توان جوابگویی به نیازها را نداشته باشد و فرد دچار علائم و خستگی شود. گاهی بیماری آنقدر شدید می‌شود که فرد بیمار در حالت استراحت و نشسته هم دچار علائم است، چون این قلب به قدری ضعیف شده که حتی جوابگوی نیازهای پایه و زمان استراحت فرد نیست.

یکی دیگر از علائم نارسایی قلبی تپش قلب است. همان‌طور که پیش از این گفته شد، قلب برای جبران ناتوانی‌های خود و رساندن خون کافی به بافت‌ها، سرعت تپش و ضربان خود را زیاد می‌کند؛ یعنی افزایش سرعت در کنار عوامل متعدد دیگر باعث می‌شود فرد احساس تپش قلب کند. تنگی نفس هم یکی از علائم مهم نارسایی قلبی است. این علامت در مراحل اولیه فقط هنگام فعالیت بدنی ایجاد می‌شود اما با پیشرفت بیماری ممکن است حتی در حالت استراحت هم وجود داشته باشد. در مراحل انتهایی بیماری، تنگی نفس به حدی می‌رسد که فرد ترجیح می‌دهد همیشه نشسته باشد، چرا که در حالت خوابیده، قدرت عضلانی تنفسی‌اش کم و بر شدت تنگی نفس او افزوده می‌شود.

بدترین وضع زمانی به وجود می‌آید که قلب به قدری ضعیف می‌شود که حتی قادر به جمع کردن خون از درون ریه‌ها نیست. به‌طور طبیعی، خون وقتی از وریدهای محیطی به طرف راست قلب می‌رسد، از سوی عضلات سمت راست قلب به داخل ریه‌ها فرستاده می‌شود و از اینجا دوباره خون باید به سمت چپ قلب برود تا به سمت سرخرگ و بافت‌ها پمپ شود و آنها را تغذیه کند. اما در موارد شدید نارسایی قلبی، نیروی قلب به قدری کم می‌شود که توان جمع‌کردن خون از درون ریه‌ها را ندارد. بنابراین مقدار زیادی از خون داخل ریه‌ها باقی می‌ماند.

در اصل ریه‌ها پرآب (یا در واقع پر خون) شده و به یک باتلاق وسیع تبدیل می‌شوند. وظیفه اصلی ریه این است که از خونی که به آن می‌رسد، دی‌اکسیدکربن بردارد و به آن اکسیژن بدهد اما زمانی که ریه به این باتلاق تبدیل می‌شود انجام این کار مقدور نیست و فرد دچار کبودی و کمبود اکسیژن می‌شود. در اصل گاهی آنقدر مایع درون ریه‌ها زیاد می‌شود که پزشک وقتی صدای ریه فرد بیمار را گوش می‌کند، صدای قل‌قل کردن مایعات را در ریه‌ها از طریق گوشی پزشکی خود می‌شنود.

• چرا و به چه علت؟

علل نارسایی قلبی بسیار متفاوتند اما همان‌طور که گفته شد، وجه مشترک همه آنها تخریب و کاهش عملکرد کلی قدرت انقباضی قلب است. برخی از علل نارسایی قلبی، موقت و جبران‌پذیر هستند و پس از مدتی خود به خود یا به دنبال درمان بهبود پیدا می‌کنند اما برخی دیگر دائمی و غیرقابل برگشت هستند.

یکی از مهم‌ترین علل نارسایی قلبی سکنه‌های قلبی است. در پی هر سکنه قلبی، بسته به محل انسداد عروق کرونر بخشی از عضله قلب از بین می‌رود. هرچه میزان این بخش بیشتر باشد احتمال ابتلا به نارسایی قلبی بیشتر می‌شود. جالب اینجاست که در بسیاری از موارد، افرادی

که به علت سکنته‌های متعدد قلبی به نارسایی قلبی مبتلا شده‌اند، از بروز سکنته قلبی خود بی‌خبر هستند. به عبارت دیگر ممکن است در سال‌ها و ماه‌های گذشته بدون هیچ‌گونه احساس و درد و ناراحتی دچار سکنته شده باشند، به حدی که در حال حاضر بخش بسیار بزرگی از عضله قلب خود را از دست داده‌اند. این حالت به‌ویژه در دیابتی‌ها، الکلی‌ها و افراد مسن بسیار شایع است.

از دیگر علل نارسایی قلبی می‌توان به بیماری‌های دریچه‌های قلبی اشاره کرد. این دریچه‌ها ممکن است تنگ یا برعکس گشاد باشند. این وضعیت باعث می‌شود عبور و مرور خون از درون دریچه‌ها به صورت طبیعی صورت نگیرد و نارسایی قلبی اتفاق بیفتد.

اگر این بیماری‌ها و اختلالات مدتی طولانی ادامه یابند، حتی گاه ممکن است باعث گشادشدن و بزرگ‌شدن کل حفره قلب بشوند. اختلالات دریچه‌ای به دو نوع اصلی تقسیم می‌شوند که یکی از آنها مادرزادی و نوع دیگر اکتسابی است. اکتسابی به نوعی گفته می‌شود که فرد بعد از تولد به بیماری مبتلا شده است. به‌طور مثال، تب روماتیسمی می‌تواند دریچه‌های قلب را مبتلا کند. بسیاری از این افراد در فاصله ۱۰ تا ۲۰ سالگی به این بیماری مبتلا می‌شوند و بیماری در دوران جنینی ایجاد نمی‌شود.

یکی از علل دیگر نارسایی قلبی التهاب عضله قلب است. کاردیت یا التهاب قلب می‌تواند منشا ویروسی داشته باشد اما گاهی اوقات منشا آن نامشخص است. در ضمن، افرادی که به برخی بیماری‌های خودایمن مبتلا هستند یا به تازگی تحت شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی قرار گرفته‌اند، ممکن است به علت التهاب قلب یا عوامل دیگر به درجاتی از نارسایی قلبی مبتلا شوند.

متأسفانه یکی از علل نارسایی قلبی که کمتر به آن توجه می‌شود بیماری‌های ریوی است. در این موارد بیماری ریوی به قدری پیشرفت می‌کند که باعث افزایش فشار عروق ریوی می‌شود. این افزایش فشار باعث می‌شود خون نتواند از طرف راست قلب به سمت چپ برسد. پس قسمت چپ، خون کافی برای پمپ کردن به بافت‌های مختلف بدن ندارد و همین مساله باعث بروز علائم نارسایی قلبی می‌شود. سیگاری‌های قهار که پس از سال‌ها استعمال دخانیات به بیماری‌هایی نظیر برونشیت و آمفییزم دچار شده‌اند، ممکن است به این نوع نارسایی قلبی مبتلا شوند.

فشارخون بالا هم یکی از علل نارسایی قلبی است. این وضعیت ابتدا از سوی قلب تحمل می‌شود. به عبارت دیگر، قلب سعی می‌کند با ضخیم‌تر کردن خود، قدرت کافی به دست بیاورد تا در برابر افزایش فشارخون ایستادگی کند اما متأسفانه این مقاومت تنها مدت مشخصی ادامه پیدا می‌کند و معمولاً پس از گذشته چند سال، قلب به نارسایی می‌رسد. در این موارد، حفره قلب گشاد می‌شود.

علل اصلی نارسایی قلبی، همان مواردی هستند که گفته شد اما علل بسیار متعدد دیگری نیز برای بروز نارسایی قلبی وجود دارند. حتی در بسیاری موارد، علت نارسایی قلبی ناشناخته باقی می‌ماند.

• چه می‌شود کرد؟

درمان نارسایی قلبی هم مثل تقریباً تمام بیماری‌های دیگر به بیماری زمینه‌ای بستگی دارد. در مواردی که نارسایی از اختلالات دریچه‌های قلب ناشی می‌شود، باید اختلال دریچه‌ای را ترمیم کرد که گاه به انجام جراحی نیاز دارد. خوشبختانه در حال حاضر بسیاری از این موارد را می‌توان با تکنیک‌های جدید، بدون انجام جراحی قلب باز و تنها از طریق بالون ترمیم کرد.

درباره مواردی که از تنگی و اختلالات عروق کرونر قلب ناشی می‌شوند، راه درمان برطرف کردن انسداد از طریق آنژیوگرافی و کارگذاری استنت و انجام جراحی بای‌پس عروق کرونر قلب است. انتخاب نوع درمان به تعداد عروق مبتلا و محل ابتلای عروق و نیز نظر متخصص قلب و عروق شما بستگی دارد.

اگر نارسایی قلبی از فشارخون بالا ناشی شود، مهم‌ترین توصیه، کنترل دقیق فشارخون است. اگر فشارخون شما کنترل باشد و در محدوده طبیعی قرار بگیرد، از بروز اثرات نامطلوب آن روی قلب جلوگیری می‌شود. رژیم غذایی مناسب، انجام مرتب ورزش‌های مناسب و نیز مصرف منظم داروهای تجویز شده از سوی پزشک، اقدامات اصلی هستند. درباره افزایش فشارخون هم باید گفت مثل همه بیماری‌های دیگر، پیشگیری از بروز نارسایی قلبی از درمان بهتر و راحت‌تر است.

در مواردی که نارسایی قلبی از بیماری‌های ریوی ناشی می‌شود، مرحله اصلی درمان، اصلاح و ترمیم اختلالات ریوی زمینه‌ای است. ترک سیگار حتی در این مرحله برای بیمار مفید است. داروها به‌طور منظم باید مصرف شوند. گاهی درمان‌های کمکی مثل استفاده از اسپری‌های خاص یا اکسیژن کمکی نیز مورد نیاز است.

برای التهابات از داروهای خاصی استفاده می‌شود اما گاهی التهاب هم خود به خود برطرف می‌شود. بسته به نوع التهاب، داروی مصرفی هم متفاوت خواهد بود.

هیپرلیپیدمی

هیپرلیپیدمی عبارت است از بالابودن غلظت چربی خون. انواع افزایش چربی خون (نوع ۱، ۲، ۳، ۴، ۵) براساس سطح انواع چربی در خون، و میزان بالاتر بودن آنها از حد طبیعی تعریف می‌شود. افزایش چربی خونی در هر سنی می‌تواند رخ دهد، اما در بزرگسالان شایع‌تر است. البته انواع مختلف افزایش چربی خون در سنین مختلف رخ می‌دهند.

• علایم شایع

- گرهک‌های زرد رنگ چربی در پوست زیر چشم‌ها، پوست ناحیه آرنج و زانو، و نیز در تاندون‌ها
- بزرگ شدن طحال و کبد (در بعضی از انواع)
- حلقه‌های سفیدرنگ در اطراف مردمک چشم (در بعضی از انواع)

• علل

خون حاوی انواع مختلف چربی (لیپیدها) است که با پروتئین‌های خون ترکیب می‌شوند و تشکیل لیپوپروتئین‌ها را می‌دهند. لیپوپروتئین‌ها انرژی

تأمین می‌کنند و مواد اولیه برای ساخته شدن بعضی از بافت‌ها و هورمون‌ها را فراهم می‌آورند. لیپوپروتئین‌ها حاوی کلسترول و تری‌گلیسرید هستند. کلسترول خون در لیپوپروتئین‌های مختلف خون از جمله لیپوپروتئین پرچگال (HDL)، لیپوپروتئین کم چگال (LDL)، و لیپوپروتئین بسیار کم چگال (VLDL) پخش شده است. اگر میزان LDL (کلسترول بد) فراتر از حد طبیعی باشد، در دیواره رگ‌ها رسوب می‌کند و باعث آترواسکلروز می‌شود. HDL (کلسترول خوب) نقش محافظتی دارد، به این ترتیب که از رسوب کلسترول بد جلوگیری می‌کند.

هر کدام از انواع افزایش چربی خون ممکن است ارثی یا ثانویه به یک اختلال دیگر باشند.

• عوامل تشدید کننده بیماری

• رژیم غذایی نامناسب که حاوی چربی اشباع شده و کلسترول به میزان زیاد است.

• سابقه خانوادگی افزایش چربی خون

• مصرف قرص‌های تنظیم خانواده یا استروژن

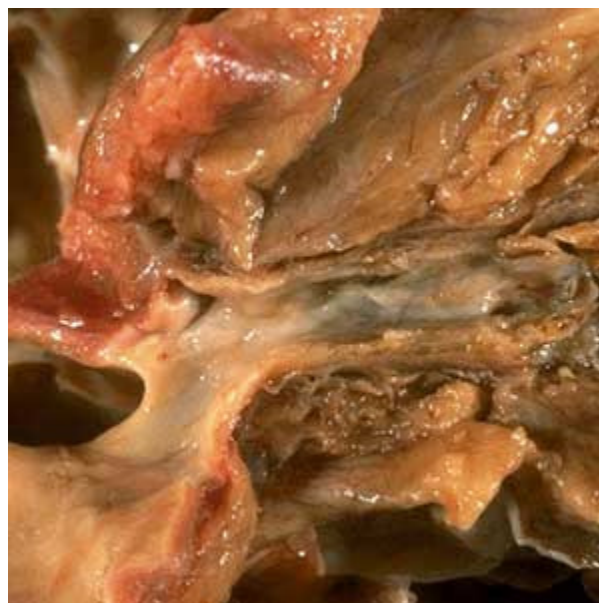
• دیابت شیرین

• کم کاری تیروئید

• نفروز (یک نوع بیماری کلیوی که در آن کلیه به میزان زیادی پروتئین دفع می‌کند).

• الکلی بودن

• پیشگیری



- رژیم غذایی کم‌چربی داشته باشید.
- اگر دیابت دارید، برنامه درمانی خود را به دقت رعایت کنید.
- آزمایش اندازه‌گیری سطح کلسترول و انواع آن را بدهید.
- عواقب مورد انتظار
- معمولاً با رعایت رژیم غذایی تا آخر عمر و دارو قابل درمان یا کنترل است.
- عوارض احتمالی
- آترواسکلروز، این بیماری یکی از علل عمده بیماری قلبی (بیماری رگ‌های قلب)، سکته مغزی، نارسایی کلیه و خون‌رسانی ناکافی به اعضا به شمار می‌رود.
- التهاب حاد لوزالعمده
- درمان
- اصول کلی
- جهت تشخیص، آزمایش خون برای اندازه‌گیری چربی‌های خون به‌طور ناشتا انجام می‌پذیرد.
- برای بعضی از بیماران، تنها تغییر رژیم غذایی ممکن است برای درمان کافی باشد؛ اما در بعضی دیگر ممکن است برای کاهش چربی‌های خون نیاز به دارو باشد.
- استرس خطر بیماری قلبی که عارضه عمده افزایش چربی خون است را زیاد می‌کند. سعی کنید استرس زندگی‌تان را کمتر کنید. راه‌های آرام‌سازی و تمدید اعصاب خود را فرا بگیرید.
- سیگار را ترک کنید. سیگار کشیدن باعث تسریع رسوب چربی در رگ‌های خونی می‌شود.
- داروها
- هم‌اکنون داروهای زیادی برای کنترل چربی‌های خون استفاده می‌شوند. با راهنمایی و همفکری پزشک خود مؤثرترین دارو را پیدا کنید.
- داروهایی برای درمان بیماری‌های زمینه‌ساز، مثل دیابت یا بیماری‌های تیروئید
- قرص‌های تنظیم خانواده را کنار بگذارید. برای این کار از سایر روش‌ها استفاده کنید.
- فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری
- محدودیتی برای آن وجود ندارد مگر این که تاندون‌ها در اثر رسوب چربی ضعیف شوند یا شما دچار بیماری رگ‌های قلب شوید.
- انجام ورزش منظم برای کاهش وزن و کنترل استرس کمک‌کننده است و امکان دارد در افزایش توانایی بدن در پاکسازی چربی خون پس از غذا نیز مؤثر باشد.
- رژیم غذایی
- رژیم غذایی کم‌چربی (خصوصاً چربی اشباع شده) داشته باشید. برای کسب اطلاع در مورد رژیم غذایی مناسب با پزشکتان مشورت کنید.
- اگر اضافه وزن دارید، وزن خود را کم کنید. هر چقدر وزن‌تان زیاده‌تر باشد، بدن شما چربی بیشتری تولید می‌کند.
- هرگز الکل ننوشید.
- درجه شرايطی باید به پزشك مراجعه نمود؟
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان علائم یا سابقه خانوادگی افزایش چربی خون دارید.
- اگر دچار علائم جدید و غیر قابل توجیه شده‌اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

منبع : ویلاگ زنبور درمانی

<http://vista.ir/?view=article&id=253017>



support@vista.ir