



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری

موضوع:

بیماریهای شایع در بخش های بیمارستان

تهیه کننده:

دکتر علی صفدری (سوپروایزر آموزشی)

فاخته موسایی (سرپرستار)

فریبا آل مومن (سرپرستار)

زهرا هاشمی (کارشناس پرستاری)

زهرة پورجعفری (کارشناس پرستاری)

راضیه هاشمی (کارشناس پرستاری)

زیر نظر واحد آموزشی مرکز

شهریور ۱۴۰۰

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
بیماریهای شایع اعصاب.....	۱.....
سکته مغزی.....	۱.....
سر درد.....	۷.....
MS.....	۱۰.....
گلین باره.....	۱۲.....
پارکینسون.....	۱۳.....
بیماری های شایع بخش مراقبت ویژه.....	۱۴.....
تروما به سر.....	۱۴.....
تومور مغزی.....	۱۵.....
تروما به چست.....	۱۶.....
بیماریهای شایع چشم.....	۱۷.....
گلوکوم یا آب سیاه.....	۱۷.....
آب مروارید چیست؟.....	۱۷.....
شالازیون.....	۱۸.....
گل مژه.....	۱۸.....
بیماری های شایع فورتها.....	۱۹.....
پنوموتوراکس.....	۱۹.....
هموتوراکس.....	۲۰.....
شکستگی جمجمه.....	۲۲.....
سنگ کلیه (رنال کولیک).....	۲۵.....
احیای قلبی ریوی.....	۲۸.....
بیماری های شایع ارتوپدی.....	۳۰.....
شکستگی استخوان های ساعد.....	۳۰.....
شکستگی مچ پا.....	۳۲.....
شکستگی استخوان ران و لگن.....	۳۳.....
شکستگی لگن.....	۳۳.....

۳۴	شکستگی ران.....
۳۴	شکستگی تنه استخوان بازو.....
۳۶	تاندون فلکسور.....
۳۹	بیماریهای شایع جراحی
۳۹	سوختگی.....
۴۲	آپاندیسیت.....
۴۴	سنگ کیسه صفرا.....
۴۵	فتق.....
۴۹	بیماریهای شایع داخلی
۴۹	بیماری انسداد مزمن ریوی.....
۵۱	فشار خون.....
۵۳	سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد).....
۵۸	نارسایی مزمن کلیه.....
۶۳	سرطان معده.....
۶۶	بیماری Covid ۱۹
۶۷	راه انتقال.....
۶۷	تقسیم بندی بیماری بر اساس شدت و مرحله بیماری.....
۶۸	بیماران ریسک بالا.....
۶۸	درمان دارویی.....
۶۸	آگاهی دادن و نشانه های هشدار.....
۶۹	درمان موارد متوسط و شدید در بیمارستان به صورت دائم و موقت.....
۶۹	درمان بستری.....
۷۱	شرایط ترخیص.....
۶۶	بیماریهای شایع ENT
۷۲	تانسیلکتومی.....
۷۳	سینوزیت.....
۷۵	منابع.....

بیماری‌های شایع اعصاب

سکته مغزی

سکته مغزی نوعی اختلال نورولوژیک ناگهانی است که به دنبال آن خون رسانی به ناحیه ای که دچار سکته مغزی شده است مختل می شود.

به بیان دیگر اگر خون رسانی به قسمتی از مغز دچار اختلال شده و متوقف گردد، این قسمت از مغز دیگر نمی تواند عملکرد طبیعی خود را داشته باشد. این وضعیت را اصطلاحاً سکته مغزی می نامند. سکته مغزی می تواند به عللی مانند بسته شدن یا پاره شدن یکی از رگ های خون رسان مغز ایجاد شود. سکته ی مغزی در مردان بیشتر از زنان است.

معمولاً قبل از بروز سکته مغزی علائم هشدار دهنده ای وجود ندارد یا اینکه علائم بسیار جزئی هستند. بعد از بروز سکته مغزی بیمار باید بلافاصله در بیمارستان بستری گشته تا از بروز صدمات دائمی به مغز جلوگیری شود. عوارضی که بعد از سکته مغزی ایجاد می شود بستگی به محل سکته و وسعت بافت های گرفتار شده ی مغز دارد. عوارض سکته مغزی از عوارض خفیف و گذرا مثل تاری دید تا عوارض فلج کننده دائمی یا حتی مرگ را شامل می شود.

اگر این علائم در طول ۲۴ ساعت از بین بروند، این وضعیت را اصطلاحاً حمله ایسکمی گذرا (Ischemic Attack) (Transient) می نامند که یک علامت هشدار دهنده از یک سکته مغزی احتمالی در آینده می باشد.

سکته مغزی سومین عامل مرگ و میر در جهان است. آمار سکته مغزی در ایران نیز چندان مناسب نیست. پزشکان ایرانی می گویند افراد در ایران ۱۰ سال زودتر از سایر کشورها به سکته مغزی مبتلا می شوند. متخصصان کم تحرکی، مصرف بی رویه نمک و چربی، چاقی، استعمال دخانیات و در مجموع رژیم نامناسب غذایی را عاملی برای حرکت به سمت سکته های مغزی ایرانیان می دانند. بر اساس آمار میدانی سکته های مغزی در مردان ایرانی ۱۰ درصد بیشتر از زنان است. دبیر انجمن سکته مغزی ایران اعتقاد دارد که این سکته به عنوان دومین عامل مرگ و میر در ایران و برخی از کشورهای در حال پیشرفت است.

پژوهش ها نشان می دهند گرچه اشراف بر زبان دوم احتمالاً بی ارتباط با سلامت فیزیکی به نظر می رسد، اما ظاهراً این مهارت از مغز در برابر آسیب های ویرانگر به عملکردهای مغزی محافظت می کند و افرادی که در سخن گفتن به دو زبان مهارت دارند، احتمال بهبودی و درمان آن ها در صورت بروز سکته مغزی، دو برابر دیگران است.

انواع سکته مغزی

سکته مغزی دارای سه نوع اصلی است: سکته ایسکمیک گذرا، سکته ایسکمیک و سکته هموراژیک. حدود ۸۵٪ از تمام موارد سکته های مغزی بر اثر بسته شدن یک شریان مغزی با یک لخته خون (ترومبوز که اصلی ترین عامل تشکیل آن آزار آندوتلیوم است) که به آن سکته مغزی ایسکمیک گفته می شود، ایجاد می شود.

دیگر عوامل عمده سکته مغزی را آمبولی مغزی و خون ریزی مغزی تشکیل می دهند.

آمبولی مغزی وقتی رخ می دهد که تکه ای از یک لخته خون که در جای دیگر بدن مثل قلب یا رگ اصلی گردن ساخته شده، خود را از طریق جریان خون به یکی از شریان های خون رسان مغز برساند و در آنجا گیر کند. حدود یک چهارم از سکته های مغزی بر اثر آمبولی مغزی بروز می کنند. خونریزی مغزی باعث حدود ۱۵٪ سکته های مغزی میشود که بر اثر پاره شدن یکی از شریان های مغز ایجاد می شود. در این موارد خون بر روی بافت های اطراف آن ریخته می شود.

لخته های خونی که باعث ترومبوز و آمبولی مغزی می شوند احتمال زیادی دارند که در یک شریانی که بر اثر آترواسکلروسیس آسیب دیده است ساخته شده باشند. تصلب شراین وضعیتی است که در آن دیواره رگها بر اثر رسوب چربی سفت می شود. عواملی که باعث افزایش احتمال ایجاد تصلب شراین می شود عبارتند از سیگار کشیدن، مصرف زیاد چربی در رژیم غذایی، دیابت و وجود مقدار زیادی چربی در خون.

محققان آلمانی نوعی پروتئین در عروق مغزی را کشف کردند که بر خطر ابتلا به سکته مغزی تأثیر می گذارد.

سد مویرگی خونی در مغز، بسیار مهم است زیرا نقشی محافظتی دارد و در صورتی که این سد دچار اختلال شود، خطر بروز سکته مغزی و دیگر مشکلات مغزی افزایش می یابد. آمبولی مغزی ممکن است بر اثر اختلال در ریتم ضربان قلب، اختلالات دریچه ای قلب یا سکته قلبی که به تازگی رخ داده است، ایجاد شود که تمام این موارد می توانند باعث ساخته شدن لخته خون در قلب شوند. خطر بروز آمبولی مغزی، ترومبوز مغزی و خون ریزی مغزی با بالا رفتن فشار خون افزایش می یابد. در بیماری سلول داسی شکل (سیکل سل) که یک ناهنجاری گلوبول های قرمز خون می باشد، بخاطر شکل گلوبول های قرمز که به صورت داس در می آیند و احتمال چسبیدن به هم و گیر کردن در عروق خونی را دارند، خطر ترومبوز مغزی افزایش می یابد. گاهی ترومبوز ممکن است بر اثر تنگ و باریک شدن شریان های خون رساننده به مغز بخاطر التهاب ایجاد گردد.

در سکت‌های مغزی خون ریزی دهنده که ناشی از پاره شدن یک رگ خونی در داخل یا سطح مغز می‌باشند، وقتی که یک رگ خونی پاره می‌شود، دیگر حس به سلول‌های مغزی نمی‌رسد، به علاوه نشت خون از رگ پاره شده، می‌تواند به بافت مغزی آسیب جدی وارد نماید.

علائم سکت‌های مغزی

در بیشتر افراد علائم سکت‌های مغزی به سرعت و در عرض چند ثانیه یا چند دقیقه بعد از وقوع سکت‌های خود را نشان می‌دهند. علائم هر سکت‌های مغزی بستگی به قسمتی از مغز دارد که دچار گرفتاری شده است. این علائم امکان دارد شامل موارد زیر گردد:

- ✓ ضعف و کرختی صورت و بازوها یا پاها به خصوص در یک طرف بدن (همی‌پارزی)
- ✓ فلج صورت بازو و پاها در همان طرف (همی‌پلژی)
- ✓ عدم تعادل و لنگ زدن (آتاکسی)
- ✓ اختلال در تکلم یا در درک کلام (دیس‌آرتری)
- ✓ اشکال در بلع (دیس‌فاژی)
- ✓ کرختی و سوزش قسمت‌های مختلف بدن - اشکال در درک وضعیت و موقعیت (پارستزی)
- ✓ دو بینی - تاری دید یا از دست دادن بینایی به خصوص در یک چشم.
- ✓ سردرد شدید و ناگهانی.
- ✓ از دست دادن حافظه کوتاه مدت و طولانی مدت - اختلال در قضاوت.
- ✓ سرگیجه بدون دلیل و سقوط ناگهانی.
- ✓ بی‌اختیاری ادرار و مدفوع.
- ✓ اشکال در پیدا کردن کلمات و فهمیدن آن چیزی که دیگران می‌گویند.
- ✓ عدم توانایی در انجام حرکات ظریف.

اگر سکت‌های مغزی شدید باشد، قسمت‌هایی از مغز که کنترل تنفس و فشار خون را بر عهده دارند ممکن است گرفتار شده یا اینکه ممکن است شخص به اغماء رفته و نتایج مرگباری را به دنبال داشته باشد.

نحوه درمان

سی‌تی‌اسکن خون ریزی مغزی را نشان می‌دهد. درمان اولیه پس از وقوع یک سکت‌های مغزی شامل تحت نظر گرفتن دقیق فرد و انجام اقدامات پرستاری برای محافظت راه تنفسی او می‌باشد. اگر در سی‌تی‌اسکن دیده شد که یک لخته خون در شریان وجود دارد، باید فوراً با استفاده از داروهای

ترومبولیتیک اقدام به حل کردن آن نمود. این درمان ممکن است باعث بهبود عواقب سکته مغزی بشود اما در هر موردی نباید آن را بکار برد، زیرا باعث افزایش خطر بروز خون ریزی در مغز می شود. انجام درمان طولانی مدت برای کاهش خطر وقوع سکته های مغزی بعدی بستگی به این دارد که علت ایجاد این سکته مغزی چه بوده است. یکی از راه های درمان سکته مغزی ناشی از انسداد عروق، حل کردن لخته مسدودکننده رگ است.

اگر مشخص شد که یک شریان دچار تنگی شده است ممکن است با جراحی بتوان آن را باز نمود. بعد از بروز یک سکته مغزی که علتش خون ریزی و پاره شدن یک شریان بوده است، درمان بر روی زمینه ایجادکننده آن متمرکز می شود. درمان طولانی مدت آن ممکن است شامل تجویز داروهای ضد فشار خون باشد تا فشار خون را پایین آورده و از احتمال خونریزی های بعدی جلوگیری کند. اگر سکته مغزی بر اثر التهاب شریان باشد، داروی کورتون دار تجویز می شود.

وسیله ای که با آن لخته های خون را در رگ از بین می برند. در بیشتر موارد سکته های مغزی، درمان های توانبخشی مثل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی چه در بیمارستان و چه در خانه ضروری می باشد. بدون شک یکی از مهمترین مراحل درمانی بیماران سکته مغزی توانبخشی تحت نظر یک تیم توانبخشی است که اعضای تیم شامل متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، کاردرمانگر فیزیوتراپیست ارتوپدی فنی، شنوایی شناس، گفتار درمان، بینایی شناسی روانشناس، کارشناس تغذیه، پرستار توانبخشی مددکار اجتماعی و خانه ساز (home maker) می باشد. یکی از روش های جدیدی که در توانبخشی و درمان بیماران سکته مغزی استفاده شده است استفاده از تحریک غیر تهاجمی مغز می باشد که شامل دو تکنولوژی تحریک مغناطیسی مغز و تکنولوژی تحریک الکتریکی مغز می باشد. در روش تحریک مغناطیسی مغز تحریک سلول های مغزی برای اصلاح عملکرد سلول های مغزی از طریق افزایش خاصیت نوروپلاستیسیته مغز انجام می شود. این روش بسیار کم عارضه بوده و توسط پزشکان متخصص طب فیزیکی و توانبخشی یا مغز و اعصاب انجام می شود. در این روش یا به کمک القای با فرکانس بالا نیمکره صدمه دیده تحریک می شود یا به کمک القای با فرکانس پایین فعالیت نیمکره سالم کم می شود که در نتیجه آن فعالیت نیمکره صدمه دیده زیاد می شود. این روش در بازگشت عملکرد دست، بهبود گفتار، کاهش درد و بهبود عملکرد بیماران مؤثر بوده است.

تغییر عادات و نحوه زندگی مثل کم کردن میزان چربی در رژیم غذایی، ترک کردن استعمال دخانیات می توانند باعث کاهش خطر بروز یک سکته مغزی دیگر در آینده شوند. پیش بینی عاقبت

یک سکته مغزی بسیار دشوار است و بستگی زیادی به عوامل ایجادکننده ی آن دارد. معمولاً یک سوم افراد بعد از سکته مغزی به بهبودی کامل یا نسبتاً کامل دست می یابند. یک سوم دیگر از افراد نیز دچار ناتوانی هایی به صورت دائمی می شوند. اگر مشکلاتی که برای افراد بعد از سکته مغزی ایجاد شد در طول ۶ ماه بهبود نیابد احتمالاً این مشکلات دائمی خواهند بود. حدود ۲۰٪ از افرادی که دچار سکته مغزی می شوند، در عرض یک ماه فوت می کنند. تشخیص زودهنگام این عارضه می تواند کمک چشمگیری به جلوگیری از آن یا کاهش آسیب های سکته مغزی داشته باشد.

دارو های مناسب برای درمان سکته مغزی

برای درمان سکته مغزی در گام اول باید نوع سکته مشخص شود. معمولاً متناسب با نوع سکته مغزی داروی استاندارد آن تجویز می شود. با این وجود اغلب داروهای مورد استفاده برای سکته مغزی داروهای ضد انعقاد خون هستند؛ زیرا لخته شدن خون می تواند منجر به TIA شود.

داروهای پیشگیری از سکته مغزی

انواع مختلفی از داروها وجود دارد که از سکته مغزی جلوگیری می کنند. این داروها در دو بخش داروهای ضد انعقاد خون و داروهای ضد پلاکت دسته بندی می شوند. داروهای کاهش کلسترول و فشار خون نیز برای جلوگیری از TIA و سکته مغزی بسیار مفید هستند.

داروهای ضد انعقاد

داروهای ضد انعقاد مانند وارفارین (به عنوان مثال کومادین) از لخته شدن خون جلوگیری می کنند. مصرف این دارو هنگام لخته شدن خون از بزرگ تر شدن لخته خون جلوگیری می کند. بنابراین ممکن است پس از سکته لازم باشد این دارو مصرف شود. اگر فرد دچار فیبریلاسیون دهلیزی یا یکی از شرایط انعقاد خون است باید برای جلوگیری از ایجاد لخته خون این دارو را مصرف کند.

داروهای ضد پلاکت

مصرف داروهای ضد پلاکت مانع از چسبیدن پلاک ها به هم می شود. این امر مانع از انسداد شریان های خون می شود. از این دارو برای جلوگیری از سکته مغزی استفاده می شود.

نکته: آسپرین یکی از داروهای مفید برای جلوگیری از TIA است. مصرف آسپرین خطر ابتلا به سکته مغزی را تا میزان بسیاری کاهش می دهد.

رقیق کننده های خون غیر از وارفارین را می توان به راحتی مصرف نمود. داروهای کاهش کلاسترول نقش مهمی در کاهش احتمال سکته دارند. داروهای کاهش فشار خون در کنترل سکته مغزی مؤثر هستند. هرچقدر فشار خون از حد نرمال بالاتر رود، فشار وارد شده بر مغز و خطر سکته نیز بالاتر خواهد رفت.

داروهای کنترل فشار خون عبارتند از

مسدودکننده های گیرنده آنژیوتانسین (ARB)

مهارکننده های آنزیم تبدیل آنژیوتانسین (ACE)

مسدودکننده های بتا

مسدودکننده های کانال کلسیم

دیورتیک ها

داروهای بعد از سکته مغزی

مصرف نوع دارو برای درمان سکته بسته به نوع سکته مغزی دارد. بعد از مراجعه بیمار به مراکز درمانی پزشک بیمار را معاینه و براساس نوع سکته نوع داروی مناسب را تجویز می کند.

اگر نوع سکته ناشی از انسداد شریان های خون باشد برای رفع لخته خون ایجاد شده باید از داروی وریدی tPA استفاده شود. این دارو توانایی حل کردن لخته خون را دارد. این دارو باید در زمان کمتر از ۲ ساعت بعد از مشاهده سکته تزریق شود. البته اگر لخته خون بزرگ باشد یا زمان مناسب برای تزریق دارو از دست رفته باشد برای درمان سکته باید از عمل جراحی کمک گرفت.

اگر نوع سکته ناشی از خونریزی مغزی باشد باید از داروهای ضد انعقاد خون و ضد پلاکت مانند آسپرین یا وارفارین استفاده شود. مصرف این داروها منجر به رقیق شدن خون و مانع از لخته شدن آن در مغز می شوند. در کنار مصرف این داروهای کاهش فشار خون برای کاهش خونریزی و داروهای برای کاهش فشار بر مغز استفاده می شود. داروهای جلوگیری از اسپاسم یا جلوگیری از تشنج نیز باید تجویز شوند.

از جمله داروهایی که تا مدت ها بعد از سکته مغزی باید توسط بیمار مورد استفاده قرار گیرند، داروهای ضد انعقاد خون و داروهای ضد پلاکت و داروهای کاهش فشار خون هستند. مصرف این داروها بعد از وقوع سکته مغزی خطر ابتلا به سکته مجدد را کاهش می دهند. همچنین ممکن است داروهای ضد افسردگی نیز برای درمان افسردگی بعد از سکته مغزی تجویز شود.

سردرد

سردرد یکی از شایع ترین شکایت های بیماریها است که در بیشتر موارد عللی خوش خیم دارد و نیاز به درمان خاصی جز علامت درمانی ندارد، ولی در بعضی از موارد بسیار شدید و غیرقابل تحمل یا نشانه بیماری های خطرناک مانند تومور مغزی است. درمان سردرد بستگی به عامل ایجادکننده سردرد دارد، اما در اغلب موارد با مسکن سردرد رفع می شود.

انواع سردرد

سردرد به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می شود. سردردهای اولیه عبارتند از ((میگرن))، سردرد خوشه ای و سردرد مزمن روزانه. سردردهای ثانویه علل و پاتولوژیهای متعددی دارند. بخش بزرگی از سردردها عصبی اند، حدود ۹۸ درصدشان خوش خیم و قابل بهبودند و یک تا دو درصد از سردردها نیز به دلیل تومور مغزی یا ضایعه مغزی رخ می دهند.

سردردهای شایع

میگرن

میگرن معمولاً با تپش های منظم و شدید در یکی از نواحی سر همراه است و علائمی همانند تهوع، استفراغ،

حساسیت شدید به نور و صدا دارد یکی از شایعترین انواع سردرد است، عمدتاً به تدریج شروع می شود، معمولاً یک طرفه است و ۲ تا ۷۰ ساعت طول می کشد. طی میگرن شخص به طور غیرعادی احساس خستگی و کسالت می کند. سپس حالت تهوع، استفراغ، اختلالات بینایی و اغلب بیزاری از نور دارد.

سردرد تنشی یا هیجانی

شایعترین نوع سردرد است، خطرناک نیست، اما مکرراً رخ می دهد. سردرد تنشی شایعترین نوع سردرد است و اغلب در اثر استرس و فشارهای عاطفی و عصبی ایجاد می شود. بیشتر بالغین این نوع سردرد را تجربه کرده اند. علت آن انقباض عضلات کاسه سر، گردن، شانه و صورت است و مهم ترین دلیل هم هیجانات عصبی است. درد معمولاً در شقیقه ها، پشیمانی و مواردی پشت سر وجود دارد، درد اغلب به گونه ای است که بیمار احساس میکند، فشاری از بیرون سر به آن وارد میشود، درست مانند آن ک سر درمیان گیره ای قرار دارد. بیمار ممکن است تهوع پیدا کند، اما به استفراغ دچار نمی شود. این درد می تواند ۳۲ دقیقه تا ۷ روز ادامه داشته باشد.

سردردهای تنشی

اگر با استفراغ و تب، تاری دید، اختلال در تکلم، سستی دست و پاها، کاهش هوشیاری، حملات شدید و ضعف عمومی همراه باشند، باید جدی گرفته شود و حتماً به پزشک مراجعه شود.

سردرد مربوط به سینوس ها

نوعی سردرد خفیف تا متوسط است که عموماً در صورت، پل بینی، یا در گونه ها احساس می شود و ممکن است همراه با احتقان بینی یا آبریزش از بینی باشد. در همه سنین افراد را گرفتار می کند و به نظر می رسد که افرادی که آلرژی دارند مستعدترند. این سردرد ممکن است ساعت ها طول بکشد و اغلب سردردی فصلی است. این سردرد اغلب در ناحیه پیشانی متمرکز می شود. این دردها با حرکت سر و دراز کشیدن تشدید می شود و پس از بیدار شدن از خواب به حداکثر شدت خود می رسد. این سردردها با درمان التهاب یا عفونت سینوس ها مرتفع می شوند.

سردرد مختلط

در موارد نادر، برخی از انواع سردرد وجود دارند که محققان معتقدند سردردهای مختلطند و علائمی ما بین سردرد تنشی و میگرن دارند. چنین مواردی وقتی رخ می دهند که علائم و درمان این دو سردرد در برخی از افراد به خوبی قابل افتراق نیست. برای مثال سردرد تنشی ای که بسیار شدید باشد و درد تیز و ضربان داری داشته باشد بسیار شبیه به سردرد میگرنی است. به علاوه هنگامی که سردرد میگرنی متناوباً روی دهد درد آن شبیه به سردرد تنشی احساس خواهد شد.

سردرد خوشه ای

این نوع سردرد شدیدترین درد را به همراه دارد. معمولاً، درد هر روز در یک ساعت معین بروز می کند و ممکن است روزها، هفته ها یا حتی ماه ها طول بکشد. در هنگام شروع حمله، دردی شدید و کشنده در یک طرف سر احساس می شود و ممکن است آبریزش بینی و چشم از همان طرف سر آغاز شود.

علائم شایع سردرد خوشه ای درد شدید و آزار دهنده که معمولاً در داخل یا اطراف یک چشم متمرکز شده است، اما ممکن است به سایر قسمت های سر، صورت، گردن و شانه ها نیز کشیده شود.

سردرد یک طرفه

✓ بیقراری و تشویش

- ✓ ریزش شدید اشک
- ✓ قرمزی چشم در یک طرف سر
- ✓ گرفتگی یا آبریزش بینی در یک طرف سر
- ✓ عرق شدید در پیشانی یا صورت
- ✓ رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت
- ✓ ورم اطراف چشم در یک طرف سر
- ✓ افتادگی پلک

ویژگی های سردرد خوشه ای

دوره خوشه ای معمولاً از شش تا ۱۲ هفته طول می کشد. تاریخ شروع و مدت هر دوره خوشه ای ممکن است از دوره ای به دوره دیگر متفاوت باشد. سردرد معمولاً چند بار در روز اتفاق می افتد. یک حمله تنها می تواند از ۱۰ دقیقه تا سه ساعت طول بکشد. بیشتر حملات در شب، معمولاً یک تا دو ساعت پس از رفتن به رختخواب اتفاق می افتد.

سردرد ناشی از مننژیت یا عفونت

درد در این بیماران به صورت فشرده است و تمام سر را فرا می گیرد، با استراحت کاهش می یابد و با حرکت بدنی تشدید می شود. وجود علائمی چون تب و سفتی گردن به تشخیص این نوع سردرد کمک می کند.

سردرد به علت تومور مغزی

سردرد به علت تومور مغزی معمولاً متناوب و در اوایل صبح شدیدتر است و بیشتر ماهیت حمله ای دارد. با حرکت سر، بلند کردن بار، عطسه و به ویژه سرفه تشدید می شود. معمولاً سردرد همراه با اختلالات خواب همراه است و گاهی بیمار به علت سردرد از خواب بیدار می شود.

سردرد به علت فشار خون بالا

سردرد در این بیماران، معمولاً زمانی آغاز می شود که فشار خون به حدود ۲۰ بر روی ۱۲ رسیده باشد. این نوع سردرد غالباً در ناحیه پس سر است و با درمان فشار خون در اکثر موارد از بین می رود.

سردرد ناشی از بیماری های چشمی

عیوب انکساری چشم، سبب پیدایش سردردهای مکرر در ناحیه پیشانی به خصوص هنگام مطالعه یا تماشای تلویزیون می شود.

سردرد ناشی از عفونت دندان

سردرد ناشی از عفونت دندان نیز از ناحیه صورت شروع و به تدریج به تمام سر منتشر می شود و با درمان عفونت دندانی، درد از بین می رود.

سردرد آلرژیک

سردرد آلرژیک نیز نوع دیگر سردرد است که بر اثر تماس فرد با ماده حساسیت زا ایجاد می شود. معمولاً همراه با این نوع سردرد، سایر علائم حساسیت مثل گرفتگی بینی، آبریزش بینی، سرفه، عطسه و گاهی اسهال دیده می شود و کنترل حساسیت معمولاً به کنترل سردرد منجر می شود.

سردرد التهابی (Inflammatory headaches)

این نوع سردردها نشانه سایر اختلالات بوده همچون عفونت سینوسی، مننژیت یا سکته مغزی رخ می دهد.

MS

بیماری ام اس بیماری مزمنی است که با درگیری نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی موجب بروز علائم بالینی متفاوتی در بیمار می گردد و در درازمدت می تواند منجر به درجات مختلفی از ناتوانی گردد. این بیماری عمدتاً در سنین ۲۰-۴۰ سال دیده می شود و زنان را بیشتر از مردان مبتلا می کند. مکانیسم اصلی بیماری بروز پدیده ی خودایمنی و تحریک میلین (لایه ی پوشش سلولهای عصبی) و تا حد کمتری سلولهای سیستم عصبی مرکزی (مغز و نخاع) می باشد عواملی مانند استعداد ژنتیکی، منطقه ی جغرافیایی عفونتهای ویروسی و فشارهای روحی را در پیدایش آن موثر می دانند. وجه مشخص بیماری ام اس وجود پلاکهای متعدد در بافت سفید مغز می باشد که در این پلاکها میلین به صورت کامل یا ناقص تخریب شده است.

انواع بیماری MS

بیماری دارای پنج نوع می باشد که شامل:

(۱) پیشرونده ی اولیه

(۲) پیشرونده ی ثانویه

۳) پیشرونده ی عودکننده

۴) پیشونده ی بهبودیابنده

۵) CIS

تشخیص:

هیچ یک از تستهای آزمایشگاهی یا روشهای عکسبرداری به تنهایی قادر به تشخیص قطعی بیماری نمی باشد و مجموعه ای از علائم بالینی، یافته های عکسبرداری و آزمایشهای خونی و مایع نخاعی و گاهی گرفتن فشار عصب بینایی تشخیص را امکان پذیر می سازد.

علائم و عوارض بیماری:

بسته به شدت التهاب و تخریب سلولهای مغزی و همچنین محل آسیب در مغز علائم و عوارض کاملاً متفاوت می باشند. به عنوان مثال التهاب عصب بینایی باعث کاهش دید، تاری دید، دوبینی جرقه و مگس پران می شود.

ضعف اندامها، عدم تعادل، اختلالات حسی متفاوت، گزگز، مورمور، بی حسی، اختلالات ادراری، سرگیجه و خستگی زودرس از عوارض بیماری می باشند. از خصوصیات دیگر بیماری MS عدم تحمل گرما است. بارداری: میزان عود در طی سه ماهه ی سوم بارداری کاهش می یابد. بسیاری از مطالعات افزایش میزان عودها را در شش ماه اول بعد از زایمان نشان داده اند. روی هم رفته به نظر نمی رسد بارداری اثر درازمدتی روی دوره ی بیماری یا میزان ناتوانی حاصل از آن داشته باشد.

درمان:

طی چند سال اخیر استفاده از داروهای موثر بر سیستم ایمنی موجب کاهش حملات و تاحدی میزان ناتوانی بیماران شده است. بعضی از داروها در زمان حمله جهت کاهش التهاب سیستم عصبی و شدت علائم و عوارض، بعضی به صورت نگه دارنده جهت تغییر مسیر بیماری و کاهش حملات بیماری و بعضی داروها به صورت درمان علامتی جهت تسکین علائم و عوارض به کار برده می شوند. با توجه به مزمن بودن بیماری و روند رو به پیشرفت علائم در بسیاری از بیماران مراقبتهای موردنیاز این افراد وسیع بوده و نباید صرفاً به جنبه ی درمان دارویی توجه گردد. بسیاری از حمایتهای عاطفی و اجتماعی می تواند به اندازه ی مصرف داروها مفید و موثر باشد.

مسائلی که بیمار MS باید بداند:

- فعالیت شدید که باعث افزایش درجه حرارت بدن شود نباید انجام دهد. گرما هدایت عصب را مختل می کند.
- لازم است بیمار همواره خودش را خنک نگه دارد.
- حمام آب داغ ممنوع.
- استرس و فشار روحی نداشته باشد.
- وزن متعادل داشته باشد.
- پیاده روی، نرمش، ورزش و شنا ملایم داشته باشد. البته ورزش که دما را بالا ببرد یا سونا ممنوع.
- خواب خوبی داشته باشد.
- منتظر عود حمله یا عوارض بیماری نباشد.
- آرامش داشته باشد.
- به پزشک اعتماد داشته باشد.
- سوالات خود را از پزشک یا مشاور بپرسد.

گلین باره

سندرم گلین باره یک نروپاتی محیطی حاد و واکنش خود ایمنی به میلین اعصاب محیطی است که منجر به از دست رفتن حاد میلین - ریشه های نخاعی و بعضی از اعصاب جمجمه ای می شود.

علت بیماری:

علت ناشناخته می باشد. ولی در اغلب بیماران دو هفته قبل از شروع اختلالات عصبی یک عامل زمینه ساز مثل عفونت تنفسی یا گوارشی - واکسیناسیون یا جراحی وجود دارد و ممکن است این عوامل موجب واکنش خودایمنی شوند که با حمله به میلین اعصاب منجر به التهاب، تورم، تخریب آن و اختلال در هدایت عصبی گردد.

این بیماری در هر سنی و هر نژادی ایجاد می شود و اغلب پس از چندماه تا یک سال بهبود می یابند.

تظاهرات بالینی:

۱. اختلال حسی به صورت گزگز و کرختی همراه با ضعف عضلات ساق پا که معمولاً این علائم از انتهای اندام تحتانی شروع می شود و ممکن است به تنه، اندامهای فوقانی و عضلات صورت گسترش یابند. ضعف عضلانی ممکن است به فلج کامل منتهی شود.

۲. در صورت اعصاب جمجمه ای باعث ضعف و فلج عضلات چشمی صورت، دهان و حلق شده و منجر به دوبینی، اشکال در بلع تکلم و جویدن می شود.

۳. اختلالات ضربان ریتم قلب، تغییران فشار خون، اختلالات مردمک، فلج روده

تشخیص:

معاینه ی بالینی، سابقه ی عفونت ویروسی اخیر، آزمایش CSF الکترومیوگرافی و بررسی هدایت عصبی

درمان:

- در صورت مشکلات تنفسی نیاز به تهویه ی مکانیکی، حفظ راه هوایی، پیشگیری از آسپیراسیون ساکشن

- اکسیژن تراپی

- کنترل نوار قلبی، درمان آریتمی و برادیکاردی

- پلاسما فرزیس (تعویض پلاسما)

آموزش به بیمار:

- اگر بیمار قادر به حرکت نباشد تغییر وضعیت مکرر هر ۰ ساعت و استفاده از تشک مواج

- ماساژ پوست و استفاده از نرم کننده ها

- سر تخت ۳۰ درجه بالا باشد برای تنفس آسان

- در طی روز بیمار از جوراب الاستیک استفاده کند.

- توصیه می شود بیمار برنامه ی فیزیوتراپی و کاردرمانی در منزل را ادامه دهد.

پارکینسون

اختلال حرکتی پیشرونده است به کندی پیشرفت می کند و در نهایت منجر به ناتوانی می شود.

علل: تخریب سلولهای خاکستری می باشد که مسئول تولید دوپامین است. عوامل کاهش دوپامین

می تواند ژنتیک، آترواسکلروز، عفونت ویروسی، استفاده ی طولانی مدت از داروهای سایکوتیک و

ضربه به سر باشند. پارکینسون معمولاً در دهه ی پنجم زندگی برای اولین بار ظاهر می شود و مردان

را بیشتر از زنان درگیر می کند.

علائم بالینی:

- کندی در شروع حرکات.

- لرزش یکطرفه و کند که در حالت استراحت بروز می کند و در هنگام راه رفتن شدید می شود.

- سفتی گردن ، تنه ، شانه.

سایر علائم شامل:

خم شدن سر به جلو - لرزش سر - اشکال در بلع - پایین افتادگی شانه - عد تعادل - سخن گفتن بریده بریده - فقدان یا کاهش حرکات طبیعی - کاهش وزن - آبریزش بزاق - تعریق شدید - احتباس مثانه - اختلال خواب و افسردگی.

مراقبت از بیمار پارکینسون:

۱. توصیه می شود جهت کاهش سفتی عضلات یک برنامه ی ورزشی روزانه تدارک داده شود. مثل شنا، پیاده روی ، دوچرخه ثابت
۲. تمرینات تقویت عضلات
۳. بیمار روی سطح صاف بخوابد.
۴. موانع اطراف بیمار جهت جلوگیری از سقوط کاهش یابد.
۵. رژیم غذایی مایعات غلیظ و نیمه جامد استفاده شود.
۶. جهت کاهش خستگی غذا را در وعده های زیاد و با حجم کم مصرف کند.
۷. خوردن به موقع داروها در این بیماران مهم است. زیرا عدم خوردن به موقع داروها باعث برگشت و تشدید علائم بیماری می شود.
۸. از قرار گرفتن در هوای گرم ، صدای بلند و نور خیلی درخشان اجتناب کند.
۹. از جملات کوتاه برای صحبت کردن استفاده شود.
۱۰. بیمار همیشه کارت شناسایی پزشکی خود را همراه داشته باشد.

بیماری های شایع بخش مراقبت ویژه

تروما به سر

سر شایع ترین محل وارد آمدن صدمه بوده و ضربه به سر، شایع ترین علت بستری می باشد. شایع ترین نوع صدمات را تصادفات رانندگی و سقوط از ارتفاع تشکیل می دهد. صدمات سر به ۳ دسته تقسیم می شوند:

- ۱- آسیب به سر
- ۲- شکستگی جمجمه
- ۳- صدمات نسوج مغز

اقدامات پرستاری

اولین و مهمترین اقدامی که در اورژانس در مواجهه با بیمار ترما به سر فراموش می شود کنترل علائم حیاتی است که اکثر مواقع فراموش می شود. چه بسا بیمارانی که به دلیل هموتوراکس و پنوموتوراکس و ایجاد مشکل تنفسی و یا خونریزی به دلیل شکستگی های مازور، خونریزی های داخل شکمی و به دنبال افت فشار از بین رفته اند.

اندیکاسیون اینتوباسیون در بیمار تروما به سر

۱- کاهش سطح هوشیاری (GCS کمتر از ۸)

۲- تنفس های نامنظم، سطحی و ناکافی (تنفس بیش از ۴۰ و SPO_2 کمتر از ۸۰)

۳- ترومای همزمان گردن و اوروفارنکس

۴- هایپرونتیلیاسیون بیمار جهت کاهش ICP

➤ نکته:

در برخورد با بیماران تروما به سر، کنترل سطح هوشیاری و قطر مردمک اهمیت زیادی دارد. همیشه میدریاز شدن بیمار خبر از افزایش ICP می دهد.

تومور مغزی

رشد یک توده غیرطبیعی در مغز است که امکان دارد خوش خیم یا بدخیم باشد. تومورهای مغزی، تمام تومورهای داخل جمجمه و یا درون کانال مرکزی نخاع را در برمی گیرد. تومورهای مغزی یا داخل جمجمه ای می توانند ماهیت سرطانی (بدخیم) یا غیرسرطانی (خوش خیم) داشته باشند. در بیماران مبتلا به تومور مغزی، این نکته ممکن است عجیب به نظر برسد که فرد بیمار، با وجود توده در مغزش، احساس درد ندارد. علت این امر آن است که مغز فاقد سنسورها یا گیرنده های عصبی در مننژ می باشد تا با آن سنسورها، احساس درد کند و اساساً درد بدون ورودی سیگنالهای حسی قابل احساس نیست.

مراقبتهای پرستاری در تومورهای مغزی

بررسی و مراقبت پرستاری شامل کلیه نشانه هایی است که موجب دیسترس و نگرانی می شود. این نشانه ها عبارتند از: درد، مشکلات تنفسی، مشکلات روده و مثانه، اختلال خواب، اغختلال در سلامت پوست، عدم تعادل مایعات، وضعیت تغذیه ای بیمار.

بیمار ممکن است بی قرار بوده و دچار تغییرات خلقی شود که با افسردگی شدید، خوشی غیرطبیعی، بدگمانی و اضطراب شدید نمایان شود.

استفاده از روشهای تطابقی خود بیمار می تواند به غلبه بر این احساسات کمک کند. بیمار برای کنترل وضعیت خود، نیاز به تمرین دارد. حضور پرستار، خانواده، دوستان، می تواند سبب حس قدرت

و دلگرمی بیماران شود. از دیگر وظایف پرستار آموزشهای تغذیه ای لازم به این بیماران، آموزش به خانواده و .. می باشد.

تروما به چست

اکثر ترماهای قفسه سینه ممکن است به تنهایی یا در ترکیب به مولتیپل تروما ایجاد شود. ترومای قفسه سینه به دو دسته نافذ و غیرنافذ طبقه بندی می شود.

صدمات غیرنافذ قفسه سینه ناشی از فشار ناگهانی یا فشار مثبت وارده به دیواره قفسه سینه است. ترومای نافذ زمانی ایجاد می شود که شیء ناشی به دیواره قفسه سینه فرو رود.

اهداف درمان شامل ارزیابی وضعیت بیمار و شروع فوری عملیات احیاء است. علاوه بر حفظ راه هوایی و تجویز اکسیژن حمایتی در صورت لزوم لوله گذاری و حمایت تهویه ای صورت گیرد. برقراری مجدد تعادل حجم مایعات و فشار منفی داخل جنبی و تخلیه مایع و خون از فضاهای داخل جنبی امری اساسی است.

بسیاری از اقدامات درمانی همراه با کنترل خونریزی، همزمان در صحنه صدمه یا اورژانس انجام می شود. اقدامات انجام شده در بخش اورژانس، جهت کنترل خونریزی بیمار بلافاصله به اتاق عمل منتقل می شود.

اقدامات پرستاری بعد از عمل جراحی توراکیس

پس از عمل جراحی، علائم حیاتی بطور مکرر کنترل می شود. اکسیژن از طریق ماسک، سوند بینی و دستگاه ونتیلاتور صورت می گیرد.

پس از به هوش آمدن بیمار و ثابت شدن علائم حیاتی سر تخت ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا آورده می شود. قرار دادن بیمار در وضعیت بدنی صحیح و مناسب بیمار مهم است.

رنگ پریدگی و افزایش سرعت ضربان های نبض، احتمال خونریزی داخلی را مطرح می سازد. پانسمانها بطور مکرر از نظر خونریزی باید چک شود.

فیزیوتراپی چست هر ۳ ساعت یکبار متناوباً انجام و آموزش داده شود.

یکی از اقدامات مهم برای بهبود تنفس و روند تبادلات گازی کنترل مناسب ترشحات قفسه سینه و استفاده از سیستم درناژ است.

پرستار باید:

۱. باتل باید تا ۲۰۰ سی سی آب استریل داشته باشد. (در شروع وصل به بیمار)
۲. اتصالات لوله چست تیوب و باتل در شروع شیفت چک شود.
۳. سطح مایع با چسب علامت زده و با ذکر تاریخ و ساعت حجم ترشحات ثبت شود و اگر زیاد بود سریع اطلاع دهد.
۴. اطمینان حاصل کند که سطح مایع در محفظه چست باتل در حال نوسان است.

۵. بیمار را تشویق به سرفه و تنفس عمیق بنمایید. تنفس عمیق و سرفه کم کم به بالا رفتن فشار داخل جنب و جلوگیری از آتلکتازی کمک می نماید.

بیماریهای شایع چشم

گلوکوم یا آب سیاه

گلوکوم یا آب سیاه یک بیماری نیست بلکه مجموعه ای از بیماری ها است که در نهایت منجر به آسیب عصب اپتیک (باصره) می شود. عصب باصره به ذرات نور حساس بوده و پیام های رسیده از شبکیه را در طی فیبرهای عصبی حمل کرده و به مغز می رساند تا تصویر در مغز تشکیل شود. علت دقیق این بیماری مشخص نیست ولی اعتقاد بر این است که فشار بالای داخل چشم در طی یک مدت طولانی می تواند باعث ایجاد این بیماری شود.

علائم بیماری

بسته به نوع گلوکوم (باز، بسته، کودکی، ترومایی و ..) علائم متفاوت است ولی علائم شایع بخصوص در نوع حاد عبارتند از:
سرخی چشم، احساس درد شدید، حالت تهوع و استفراغ، تورم قرنیه، هاله بینی (هاله اطراف نور)، تاری دید.

در حال حاضر هیچگونه درمان قطعی برای ریشه کن کردن این بیماری وجود ندارد و داروی تجویزی بیشتر نقش بازدارنده دارد. افراد بالای ۵۰ سال برای جلوگیری از اثرات مخرب بیماری، بایستی حتماً توسط چشم پزشک مورد معاینه قرار گیرند و با مصرف منظم داروهای تجویز شده توسط چشم پزشک خطرات این بیماری را کاهش دهند.

آب مروارید چیست؟

عدسی از آب و پروتئین تشکیل شده و شفاف است تا نور بتواند از آن عبور کند. گاهی اوقات بخشی از این پروتئین ها تغییر یافته و منجر به کدورت قسمتی از عدسی می شوند، در نتیجه نور به خوبی به شبکیه نمی رسد و اختلال بینایی ایجاد می شود که این پدیده را آب مروارید می نامند.

علائم آب مروارید یا کاتاراکت

- ✓ کم رنگ شدن یا محو شدن رنگ ها
- ✓ دید کم در شب
- ✓ دوبینی یا چند بینی
- ✓ افزایش دید نزدیک

درمان

در مراحل اولیه آب مروارید، وضعیت بینایی با استفاده از عینک بهبود می یابد. اما اگر تدابیر کمک کننده نباشد، جراحی تنها راه درمان است که شامل خارج کردن عدسی کدر شده و جایگزینی آن با عدسی مصنوعی است. دارو، قطره، ورزش یا عینک مانع بروز یا بهبود آب مروارید نمی شود. آب مروارید زمانی نیاز به جراحی دارد که اختلال بینایی، انجام فعالیتهای شغلی یا روزمره را مختل کند.

مراقبتهای قبل و بعد از عمل

قبل از ورود به اتاق عمل، قطره چشمی برای گشاد کردن مردمک استفاده می شود. بعد از عمل احساس خفیف ناراحتی و جسم خارجی تا مدتی بعد از عمل طبیعی است. در طول ماه اول باید از شیلد یا عینک برای محافظت از چشم استفاده کرد. از مالیدن و فشار دادن چشم اجتناب کرد. اجسام سنگین نباید بلند کنند. نماز را نشسته بجا آورند. تا ۵ روز بعد از جراحی حمام نکنند. هیچ نوع پرهیز غذایی ندارند.

سایر بیماری های شایع چشم

ناخنک

یک ضایعه مثلثی شکل است که از ملتحمه روی قرنیه کشیده می شود.

درمان

اگر کوچک باشد، درمان خاصی ندارد. اگر بزرگ شده و تاری دید ایجاد کرده باشد، می توان با جراحی آن را برداشت.

شالازیون

برجستگی کوچک در لبه پلک در زیر پوست است که راه درمان آن جراحی یا تزریق داروهای استروئیدی است.

این عارضه در اثر تجمع غدد چربی پلک در اثر انسداد مجرای خروجی غدد ترشح کننده چربی ایجاد می شود که در صورت بی توجهی به درمان به موقع، تبدیل به یک توده کوچک برجسته، سفت و بدون درد می شود.

گل مژه

گل مژه یک توده متورم، حساس، دردناک و قرمز رنگ در نزدیکی لبه پلک تظاهر می کند. در حقیقت یک آبسه کوچک با رنگ زرد است که اکثراً ظرف چند روز بهبود می یابد و مشکل خاصی ایجاد نمی کند.

بیماری های شایع فوریتها

پنوموتوراکس

پنوموتوراکس به معنی وجود هوا در پرده جنب می باشد که مانع باز شدن کامل ریه میشود. پنوموتوراکس (pneumothorax) روی هم افتادگی قسمتی از یک ریه یا همه آن در اثر نفوذ هوای آزاد بین دو لایه جنب (غشای نازک پوشاننده ریه‌ها). درد ناشی از این عارضه گاهی با درد حمله قلبی اشتباه می شود. این عارضه در همه سنین دیده می شود ولی در مردان فعال (بین ۲۰-۴۰ سال) شایع تر است.

انواع پنوموتوراکس

پنوموتوراکس اولیه: هوا بوسیله سوراخی که در خود دستگاه تنفس ایجاد میشود وارد فضای پلور می شود. این سوراخ می تواند در اثر آسم، آبسه یا آمفیزم باشد. شکستگی دنده شایعترین علت پنوموتوراکس بسته می باشد. پنوموتوراکس ثانویه: هوا بوسیله سوراخ در دیواره قفسه سینه یا دیافراگم وارد فضای پلور می شود. این سوراخ می تواند بر اثر ترومای قفسه سینه یا زخم های نافذی مانند زخم چاقو، گلوله و جسم برنده و... باشد.

پنوموتوراکس خود به خودی

پاره شدن کیسه های هوایی کوچک در ریه در اثر آسم، آبسه یا آمپیم ریه، یا فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری فیزیکی، نظیر غواصی، پرواز در ارتفاعات بالا یا کشش بدنی. موارد مرتبط با فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری اکثراً در افراد سالم رخ می دهد. گاهی علت مشخصی ندارد.

پنوموتوراکس ناشی از ضربه

- زخم های نافذ قفسه سینه که اجازه ورود هوای آزاد به فضای جنب را داده و از این طریق باعث رویهم افتادگی ریه می شوند .

- عارضه کشیدن مایع از ریه (توراستنتر)

علائم شایع پنوموتوراکس

شدت علائم زیر بر حسب میزان روی هم افتادگی ریه و گستردگی بیماری زمینه ای ریه متغیر است. هنگامی که پنوموتوراکس به آهستگی ایجاد شده باشد علائم ممکن است کمتر حاد باشد:

♦ درد خنجری قفسه سینه، این درد ممکن است به شانه یا سراسر قفسه سینه یا شکم انتشار یابد.

♦ کوتاهی نفس

♦ سرفه خشک و تک تک (گاهی)

عوارض احتمالی

ادم ریه (احتباس مایع در ریه)

عفونت ریه

پنوموتوراکس مکرر که نیازمند دخالت جراحی است.

یک پنوموتوراکس کوچک نیاز به توجه خاصی نداشته و خودبه خود بهبود می یابد

تشخیص و درمان پنوموتوراکس

عکس ساده قفسه سینه به اثبات این تشخیص و تعیین اندازه پنوموتوراکس کمک می‌کند. نوع درمان به اندازه پنوموتوراکس و وضعیت زمینه‌ای ریه بستگی دارد. این عارضه ممکن است خودبه‌خود بهبود یابد، ولی ممکن است برای دفع هوای تجمع یافته، بستری در بیمارستان و اقدام به درمان لازم باشد. خودداری از استعمال دخانیات؛ تلاش برای سرفه نکردن، اجتناب از بلند صحبت کردن، خندیدن یا آواز خواندن.

استراحت در حالت نشسته ممکن است برای بیمار راحت‌تر باشد. در صورتی که مراقبت در منزل انجام می‌شود، اندازه‌گیری مرتب فشار خون، تعداد ضربان قلب و تنفس ضروری است.

داروها

برای این اختلال معمولاً دارویی نیاز نیست. ولی برای تسکین درد خفیف از داروهای بدون نسخه نظیر استامینوفن و برای درد شدید از مسکن‌های قویتر ممکن است استفاده شود.

هموتوراکس

هماتوراکس یا وجود خون در قفسه سینه می‌تواند یک تشخیص ترسناک باشد. اغلب موارد هموتوراکس، به علت آسیبها ایجاد می‌شود و بلافاصله مورد رسیدگی قرار می‌گیرند. چند علت و علائم متفاوت برای آن وجود دارد که پزشکان می‌توانند آن‌ها را به سرعت تشخیص داده و برای درمان هموتوراکساز آن‌استفاده‌کنند. شایعترین علت این بیماری یک آسیب تروماتیک مانند زخم و سوراخ و یا آسیب‌های ناشی از تصادف خودرو به قفسه سینه است.

افراد ممکن است به علت پیشرفت این بیماری علائم مختلفی داشته باشند. تشخیص هموتوراکس، معمولاً به کمک معاینه فیزیکی و آزمایشات تصویربرداری انجام می‌شود.

درمان این بیماری جدی نیز شامل تثبیت وضعیت بیمار در صورت زخمی شدن، برداشتن تمام خون جمع شده در قفسه سینه و توقف منبع خونریزی است.

علل هموتوراکس چیست؟

در هماتوراکس، خون در فضایی به نام حفره پلور، که بین دیواره قفسه سینه و ریه وجود دارد، جمع می‌شود. چندین دلیل ممکن از جمله موارد زیر برای ابتلا به این بیماری وجود دارد:

آسیب تروماتیک

هموتوراکس تروماتیک اغلب باعث می‌شود که پارگی به پوشش قفسه سینه یا ریه‌ها برسد. زمانی که این غشا پاره شود، خون به فضایی پلور ریخته شده و هیچ راهی برای تخلیه آن وجود ندارد. حتی کوچکترین آسیب به دیواره قفسه سینه یا ریه‌ها می‌تواند به هموتوراکس منجر شود. به همین دلیل است که اگر شخصی با آسیبهای

ورزشی یا آسیب های ناشی از حوادث رانندگی به بیمارستان مراجعه کند، اولین چیزی که در بدنش چک می شود، علائم و نشانه های هماتوراکس است.

علل دیگر

مسائل دیگری نیز وجود دارد که ممکن است به هموتوراکس منتهی شوند. برخی از افراد، با توجه به وجود بیماری زمینه ای در بدن، ممکن است بیشتر در معرض خطر هموتوراکس باشند. این افراد عبارتند از:

- ✓ افراد مبتلا به عفونت ریه، مانند سل
 - ✓ افراد مبتلا به سرطان های خاص مانند سرطان ریهو پلور
 - ✓ افراد مبتلا به آمبولی ریه (در آمبولی، لخته خون در ریه ها جمع می شود)
 - ✓ افراد مبتلا به نقص در لخته شدن خون
 - ✓ افراد مبتلا به اختلال در عملکرد بافت ریه مانند انفارکتوس ریه
 - ✓ افراد مبتلا به عدم کارایی رگ های خونی در ریه که ممکن است باعث فشار خون شدید شود.
- هموتوراکس همچنین می تواند به وسیله یک روش پزشکی مانند قرار دادن کاتتر وریدی یا داشتن عمل جراحی قلب نیز ایجاد شود. در موارد نادر، این عارضه خود به خود رخ می دهد.

علائم هموتوراکس

هموتوراکس علائم منحصر به فردی را نشان می دهد که هم بیمار و هم پزشک را در تشخیص کمک می کنند. مهمترین علائم این بیماری عبارتند از:

- ✓ درد قفسه سینه، به ویژه هنگامی که تنفس می کنید
- ✓ سردی، رنگ پریدگی یا خیس شدن پوست
- ✓ ضربان قلب سریع
- ✓ فشار خون پایین
- ✓ سختی تنفس یا تنفس سریع و یا کم عمق
- ✓ تنگی نفس
- ✓ احساس بی حسی
- ✓ اضطراب

افراد مبتلا به علائم پنوموتوراکس یا سایر اختلالات مرتبط ممکن است علائم اضافی نیز داشته باشند.

این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

در طول یک معاینه فیزیکی، پزشکان می توانند صداهای غیر طبیعی تنفسی را از طریق یک استتوسکوپ گوش بدهد. همچنین ممکن است روی قفسه سینه ضربه بزنند تا صدای مایع را در این ناحیه بشنود.

روش های دیگر تشخیص عبارتند از:

اشعه ایکس: تصویربرداری به کمک اشعه ایکس قفسه سینه به سرعت وجود مایع در قفسه سینه را نشان می دهد. در اشعه ایکس، ریه ها به رنگ سیاه در می آیند و جایی که مایع پلور و خون در حفره قفسه سینه به دام افتاده است را سفید نشان می دهد.

سی تی اسکن: سی تی اسکن می تواند تصویر کاملی از ریه ها و حفره پلور به پزشک ارائه دهد که ممکن است در موارد آسیب دیدگی بسیار کارآمد باشد. سی تی اسکن کامل از قفسه سینه اغلب می تواند علت هموتوراکس و بهترین درمان برای فرد را نشان دهد.

سونوگرافی: در شرایط اضطراری، تصاویر اولتراسوند، تصویر سریع و دقیقی از فضای پلور ناشی از آسیب های احتمالی و هموتوراکس را نشان می دهد.

پزشکان همچنین می توانند نمونه ای از مایع پلور را برای تشخیص بردارند. اگر مایع برداشته شده نشانه ای از خون داشته باشد یعنی هموتوراکس رخ داده است.

درمان هموتوراکس

چندین چیز وجود دارد که باید برای اطمینان از موفقیت آمیز بودن درمان انجام شود. در مرحله اول، یک سوزن یا کاتتر از طریق دهان به داخل سینه فرستاده می شود. این کار برای حذف خون و هوایی که در حفره پلور وارد شده است استفاده می شود. به استثنای موارد اضطراری، پزشک قبل از قرار دادن کاتتر از یک ماده آرام بخش استفاده می کند. پس از تخلیه قفسه سینه، پزشک ممکن است از همان لوله برای کمک به باز کردن ریه های آسیب دیده بهره برد.

این لوله در قفسه سینه قرار می گیرد و اجازه می دهد سیالات و هوا از آن خارج شده اما هوا بیش از حد به فضای پلور وارد نشود. این سیستم ممکن است به مکش نیز متصل شود. برای درمان مناسب هموتوراکس، علت باید مورد توجه قرار گیرد. در افرادی که آسیب های جزئی دارند، تخلیه سینه ممکن است همه آن چیزی باشد که بیمار به آن نیاز دارد. اما در موارد شدید ممکن است نیاز به عمل جراحی برای متوقف کردن خونریزی و منبع آن باشد.

شکستگی جمجمه

به هر گونه شکستگی در استخوان کاسه سر، که به جمجمه نیز معروف است، شکستگی جمجمه می گویند. انواع مختلفی از شکستگی جمجمه وجود دارد، اما یک دلیل عمده آن: ضربه یا ضرباتی به سر است که به اندازه کافی قوی برای شکستن استخوان می باشد. آسیب به مغز نیز می تواند با شکستگی همراه باشد، اما همیشه اینطور نیست. شکستگی همیشه به راحتی مشاهده نمی شود. با این حال، علائمی که می تواند شکستگی را نشان دهد. شامل موارد زیر است:

✓ تورم و حساسیت به لمس در اطراف محل شکستگی

✓ کبودی صورت

✓ خونریزی از بینی یا گوش

درمان بستگی به شدت شکستگی دارد. مسکن‌ها ممکن است تنها درمان لازم در شکستگی‌های خفیف باشند، در حالی که ممکن است برای جراحات جدی‌تر، جراحی مغز و اعصاب لازم باشد.

انواع شکستگی جمجمه

نوع شکستگی جمجمه به نیروی ضربه، محل ضربه به جمجمه و شکل شیء ایجادکننده ضربه به سر بستگی دارد. یک جسم نافذ بیشتر از سطح سخت و صاف مانند سطح زمین به جمجمه نفوذ می‌کند. انواع مختلف شکستگی منجر به سطح متفاوتی از آسیب می‌شود.

شکستگی بسته

در یک شکستگی بسته، که به آن یک شکستگی ساده نیز گفته می‌شود، پوستی که ناحیه شکستگی را پوشانده است، پاره نشده است.

شکستگی باز

که به عنوان یک شکستگی مرکب نیز شناخته می‌شود، هنگام پاره شدن پوست و معلوم شدن استخوان ایجاد می‌شود.

شکستگی فرورفته جمجمه

این نوع شکستگی باعث می‌شود جمجمه به داخل حفره مغز فرو رفته یا گسترش یابد.

شکستگی قاعده جمجمه

شکستگی قاعده در کف جمجمه رخ می‌دهد؛ مانند: نواحی اطراف چشم، گوش، بینی یا در بالای گردن در نزدیکی ستون فقرات.

انواع دیگر شکستگی جمجمه

علاوه بر انواع فوق، شکستگی‌ها همچنین می‌توانند به شرح زیر باشند:

خطی (در یک خط مستقیم)

خرد شده (به سه یا چند بخش تقسیم شده است)

علت شکستگی جمجمه

شکستگی جمجمه هنگامی رخ می‌دهد که نیرویی که به اندازه کافی قوی باشد که بتواند استخوان را بشکند، به جمجمه برخورد کند. هر نوع ضربه به سر می‌تواند باعث شکستگی جمجمه شود. این شامل ضرب و شتم با جسم، افتادن و ضربه سر به زمین، زخمی شدن سر در تصادف رانندگی یا هر نوع آسیب دیگر است.

علائم شکستگی جمجمه

در بعضی موارد، مانند یک شکستگی باز یا فرورفته، ممکن است به راحتی شکستگی جمجمه دیده شود. با این حال، گاهی اوقات شکستگی آشکار نیست. **علائم جدی شکستگی جمجمه** شامل موارد زیر است:

✓ خونریزی از زخم ناشی از تروما، در نزدیکی محل تروما یا اطراف چشم، گوش و بینی

- ✓ کبودی در اطراف محل تروما در زیر چشم در وضعیتی معروف به نشانه چشم را کون یا پشت گوش معروف به نشانه نبرد
 - ✓ درد شدید در محل تروما
 - ✓ تورم در محل تروما
 - ✓ قرمزی یا گرمی در محل تروما
- علائم با شدت کم تر، یا مواردی که لزوماً مربوط به شکستگی جمجمه نیست، ممکن است شامل موارد زیر باشد:

سردرد-حالت تهوع- استفراغ-تاری دید- بی قراری-تحریک پذیری-از دست دادن تعادل-گرفتگی گردن-عدم واکنش مردمک به نور-گیجی-خواب آلودگی بیش از حد-غش یا سنکوپ

اقدامات اولیه

۱. بررسی راه هوایی فرد آسیب دیده و باز نگه داشتن آن
 ۲. ارزیابی علائم حیاتی
 ۳. کنترل نبض و تنفس و خونریزی
 ۴. قسمتی را که دچار خونریزی شده است پانسمان نمایید.
 ۵. بررسی حرکت اندام ها
 ۶. ثابت کردن سر و گردن
 ۷. قرار دادن فرد در وضعیت بهبودی در صورت وجود استفراغ های شدید
 ۸. در صورت خروج خون یا مایع زلال از گوش یک پانسمان استریل روی آن قرار دهید و با باند ببندید و سر مصدوم را به همان سمت خم کنید.
 ۹. مصدوم را به سرعت به یک مرکز درمانی انتقال دهید.
- ❖ اولین اقدام در ترومای سر باز کردن راه هوایی می باشد، زیرا اشکال در رسیدن اکسیژن به مغز شایعترین علت مرگ متعاقب ضربه به سر است.

تشخیص شکستگی جمجمه

پزشک ممکن است با انجام معاینه جسمی سر بتواند یک شکستگی را تشخیص دهد. با این حال، تشخیص میزان و ماهیت آسیب مفید است. اشعه X، CT و MRI روش های معمولی برای تصویربرداری از بدن هستند و می توانند به پزشک در تشخیص شکستگی جمجمه کمک کنند. اشعه ایکس تصویری از استخوان را در اختیار پزشک قرار می دهد MRI . تصویری از استخوان و بافت نرم را نشان می دهد و به پزشک اجازه می دهد هم شکستگی جمجمه و هم آسیب مغز را ببیند.

درمان شکستگی جمجمه

شکستگی جمجمه مانند سایر شکستگی‌های استخوانی کنترل نمی‌شود. درمان به عوامل مختلفی بستگی دارد. پزشک، سن، سلامتی و تاریخچه پزشکی و همچنین نوع شکستگی، شدت آن و هرگونه آسیب دیدگی مغزی را در نظر خواهد گرفت. بیشتر شکستگی‌های جمجمه خیلی دردناک نیستند و در اکثر این موارد جمجمه خود را ترمیم می‌کند. در بعضی موارد، مانند شکستگی‌های قاعده جمجمه، دارو برای مدیریت درد ممکن است در تمام موارد مورد نیاز باشد. اگرچه ممکن است بعضی اوقات نارکوئیک‌ها برای تسکین درد ضروری باشند، اما بیشتر افراد با شکستگی جمجمه فقط به داروهای بدون نسخه مانند استامینوفن برای یک دوره کوتاه نیاز دارند. با این حال، اگر شکستگی منجر به نشت بیش از حد مایع مغزی نخاعی (مایعی که مغز و نخاع را احاطه و ضربه گیری می‌کند) شود، ممکن است به عمل جراحی نیاز باشد.

اگر فرورفتگی به اندازه کافی شدید باشد، جراحی اغلب برای درمان آن لازم است. این امر به این دلیل است که شکستگی فرورفته جمجمه، ترمیم خود به خودی سخت‌تری دارد. شکستگی فرورفته جمجمه نه تنها در موارد ایرادات زیبایی، بلکه می‌تواند منجر به آسیب بیشتر مغز نیز در صورت عدم اصلاح شکستگی شود. اگر فرورفتگی به مغز فشار بیاورد یا نشت مایعات مغزی وجود داشته باشد، ممکن است عمل جراحی نیز ضروری باشد. به طور کلی، بیشتر شکستگی‌های جمجمه به خودی خود بهبود می‌یابند و تا زمانی که صدماتی در ساختارهای دیگر مانند مغز وجود نداشته باشد، نیازی به جراحی ندارند. آنها به مرور زمان، معمولاً در طی بیش از شش هفته بهبود می‌یابند. با این حال، در شرایط خاص همانطور که در بالاتر نیز توضیح داده شد، ویژگی‌هایی در مورد خود شکستگی یا آسیب‌های مرتبط با آن وجود دارد که ممکن است نیاز به جراحی داشته باشند تا از بهبودی آنها اطمینان حاصل شود.

سنگ کلیه (رنال کولیک)

از شدیدترین دردها می‌باشد و بسیار ناتوان کننده است. اولین قدم در این افراد، کنترل درد سنگ کلیه می‌باشد که معمولاً نیاز به تجویز مسکن‌های قوی به صورت تزریقی می‌باشد و حتماً باید مراقبت شده و تحت مانیتور انجام شود. بعد از تسکین درد، انجام اقدامات تشخیصی جهت برخورد مناسب با سنگ کلیه لازم است.

در چه مواردی نیاز به اقدام و مراجعه اورژانسی برای دردهای کلیه می‌باشد؟

بیمار تک کلیه : اگر به هر علتی مثل مشکل مادرزادی یا برداشتن یک کلیه، فرد تک کلیه شود و سنگ کلیه داشته باشد، نیاز به اقدام اورژانسی دارد.

عدم دفع ادرار : اگر فرد عدم توانایی در ادرار کردن داشته باشد یا تولید ادرار نداشته باشد، نیاز به اقدام اورژانسی دارد.

افراد با پیوند کلیه : افرادی که پیوند کلیه می‌شوند چون درد کلیه ندارند، هر موقع با عدم تولید ادرار مراجعه نماید، نیاز به اقدام اورژانسی دارند.

افرادی که داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی جهت پیوند یا شیمی درمانی سرطان استفاده می کنند، در صورت سنگ کلیه اقدام اورژانسی لازم دارد.

خانم باردار : فرد حامله با سنگ کلیه نیاز به اقدام اورژانسی دارد.

در صورتی که فرد تب دار شود ($38.3 >$) نیاز به اقدام اورژانس دارد.

اگر تهوع، استفراغ شدید باشد و یا درد با داروهای تزریقی بهبودی نداشته باشد، اقدام اورژانس لازم دارد.

راه های پیشگیری از تشکیل سنگ کلیه کدام است؟

۱. مصرف زیاد آب و مایعات : فرد باید آب و مایعات فراوان در حدود ۳ لیتر در طول روز استفاده نماید تا تولید ادرار حداقل ۲ لیتر شود یا به حدی باشد که ادرار کاملاً شفاف شود. توصیه می شود که دو لیوان آب قبل از خواب مصرف نماید، بصورتیکه فرد یکبار در طول شب ادرار نماید. اگر فرد نمی تواند این میزان آب استفاده نماید، چای کمرنگ می تواند استفاده نماید.

۲. خودداری از تعریق بیش از حد

۳. عدم مصرف نمک در سر سفره

۴. انجام ورزش و تحرک بدنی

۵. کنترل عفونت در خانمها لازم است که با استفاده از آنتی بیوتیکها، عفونت کنترل گردد.

۶. کاهش مصرف پروتئین مقدار لازم پروتئین ۱ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. استفاده از پروتئین گیاهی نسبت به حیوانی بهتر است.

۷. کاهش مصرف کربوهیدرات

۸. مصرف سبزیجات و فیبر فیبر با اتصال به اگزالات، باعث کاهش تولید سنگ اگزالاتی می شود.

۹. کاهش مصرف اگزالات بطور طبیعی در چند ماده غذایی وجود دارد ولی میزان جذب و دفع آن در افراد مختلف، متفاوت است. اگزالات در مواد غذایی مثل چغندر، ریواس، شکلات، چای پررنگ، اسفناج، آجیل، سبوس گندم، توت فرنگی، تمشک، انگور، فلفل و زردچوبه زیاد است. بنابراین مصرف این مواد غذایی در این بیماران باید محدود شود.

۱۰. مصرف پتاسیم زیاد پتاسیم باعث کاهش تشکیل سنگ کلیه می شود.

۱۱. مصرف کلسیم در حد طبیعی میزان ورود کلسیم به بدن باید در حد متوسط باشد که حدود ۸۰۰ میلی گرم در روز می باشد. کمبود شدید کلسیم رژیم غذایی، مثل محدودیت شدید لبنیات، جذب اگزالات را زیاد میکند و تولید سنگ کلیه بیشتر می شود.

۱۲. مصرف آب سیب و گریپ فروت باید محدود شود.

۱۳. مصرف الکل و به ویژه آب جو، باعث افزایش دفع اسید اوریک و کلسیم از ادرار شده، خطر تشکیل سنگ کلیوی بیشتر می شود.

۱۴. مصرف لیموناد با افزایش دفع سترات ادرار باعث کاهش تشکیل سنگ کلیه می شود.

توصیه های کلی به افراد با سنگ کلیه :

این افراد ادرار خود را باید در ظرف شیشه ای یا کاغذ صافی نمایند که در صورتی که سنگ دفع شد، بتوان جهت آنالیز به آزمایشگاه ارسال کرد. ترکیب سنگ از نظر کلسیم، اگزالات، اسید اوریک و یا مواد دیگر معلوم می شود و بر اساس آن میتوان رژیم غذایی خاص آن یا داروی مخصوص را تجویز کنیم تا جلوی سنگ سازی گرفته شود یا حداقل به تعویق بیفتد. میزان سنگ سازی مجدد در افرادی که با سنگ کلیه مراجعه می نمایند در ۱۰ سال حدود ۵۰ درصد است. بنابراین دادن رژیم غذایی مناسب و درمان دارویی به افراد با سنگ کلیه بسیار مهم است.

درمان سنگ کلیه:

اگر ابعاد سنگ کمتر از ۴ میلی متر باشد و انسداد یا عفونت ادراری وجود نداشته باشد، معمولاً خود بخود دفع می شود. اگر این سنگ در مسیر حالب یعنی لوله بین کلیه و مثانه باشد و بعد از حدود یکماه دفع نشود و یا اگر درد شدید داشته باشد، باید اقدام اندوسکوپی جهت خروج سنگ انجام شود. اگر ابعاد سنگ کلیه بیش از ۵ میلی متر باشد، امکان دفع آن کمتر می شود و بالای ۱ سانتی متر احتمال دفع تقریباً صفر می شود و نیاز به اقدامات جراحی دارند.

علائم سنگ کلیه چیست؟

سنگهای کلیوی در اثر تجمع مواد معدنی حاصل میشوند. یک سنگ کلیه معمولاً تا زمانی که به درون میزانی حرکت نکرده است بدون علامت است. هنگامی که علائم سنگ کلیوی پدیدار می شوند معمولاً شامل موارد زیر می شوند:

- ✓ درد شدید در ناحیه کشاله ران یا پهلو
- ✓ پدیدار شدن خون در ادرار
- ✓ حالت تهوع و استفراغ
- ✓ وجود چرک یا گلبول های سفید خون در ادرار
- ✓ کاهش مقدار ادرار دفع شده
- ✓ احساس سوزش در حین ادرار
- ✓ احساس شدید به دفع ادرار
- ✓ تب و لرز در صورت وجود عفونت

دفع سنگ کلیه چه مدت طول می کشد؟

از طریق روش های درمانی، کوچکترین سنگ ها که معمولاً کمتر از ۵ یا ۶ میلی متر هستند، ظرف چند روز تا چند هفته دفع می شوند.

چندین آزمایش متفاوت میتوانند وجود سنگ کلیوی را تایید کنند. یک معاینه جسمانی می تواند وجود درد کولیکی را در ناحیه کشاله ران و نزدیک به کلیه ها آشکار کند. این نشانه ها، اغلب علائم هشدار دهنده در

ارتباط با وضعیت فرد می باشند. یک آزمایش ادرار می تواند وجود یا عدم وجود خون و یک عفونت متعاقب از این وضعیت را در ادرار بیان کند.

آزمایش های خون می توانند برای تشخیص عوارض مرتبط با سنگ کلیوی و همچنین بررسی درستی تشخیص پزشک انجام شوند. آزمایش سی تی اسکن از ناحیه شکمی، راهی برای ارزیابی وجود سنگ های کلیوی است. یک آزمایش سی تی اسکن وضعیت میزنای، مثانه، کلیه ها، وجود یا عدم وجود سنگ، اندازه و موقعیت دقیق سنگ کلیوی، وجود یا عدم وجود انسداد و وضعیت دیگر اعضای موجود در آن ناحیه را مانند آپاندیس، آئورت و پانکراس نشان می دهد. همچنین، نشان داده شده است که آزمایش های سونوگرافی دقت تشخیصی بالایی داشته و می توانند عوارض بسیاری را در ارتباط با سنگ های کلیوی تشخیص دهند. زنان باردار جهت دوری از تشعشعات غیر لازم، بهتر است به جای استفاده از سی تی اسکن از سونوگرافی استفاده کنند. هنگامی که فرد مبتلا به سنگ کلیوی تشخیص داده شد، تصویر برداری های ساده ای به وسیله اشعه ایکس مورد استفاده قرار می گیرند تا پیشرفت سنگ در سیستم دفع ادرار پیگیری شود.

درمان های لازم برای دفع سنگ کلیه چیست؟

درمان سنگ های کلیوی در درجه اول بر روی مدیریت علائم متمرکز است. دفع یک سنگ می تواند بسیار دردناک باشد. در صورتی که فرد سابقه ابتلا به سنگ کلیه را داشته باشد، درمان خانگی می تواند برای او مناسب باشد. افرادی که تا به حال سنگ کلیوی دفع نکرده اند باید با پزشک صحبت کنند. در صورتی که درمان در بیمارستان مورد نیاز باشد، ممکن است به وسیله یک لوله درون رگی به فرد مایعات رسانده شود. همچنین، ممکن است به این بیمار داروهای ضد التهاب نیز داده شوند. اغلب، دارو های مسکن نارکوتیک (مخدر) برای قابل تحمل کردن دفع سنگ کلیوی استفاده می شوند. داروهای ضد تهوع می توانند برای افرادی استفاده شوند که حالت تهوع و استفراغ دارند. در برخی موارد، یک متخصص مجاری ادرار (اورولوژیست) می تواند یک درمان با استفاده از امواج شوک به نام لیتوتریپسی برای بیمار انجام دهد. این یک روش درمانی است که سنگ های کلیوی را به قطعات کوچک تر می شکند و به این صورت به آن ها اجازه عبور می دهد. افراد مبتلا به سنگ های بزرگ کلیوی در نواحی که امکان انجام لیتوتریپسی وجود ندارد می توانند از عمل های جراحی مانند خارج کردن سنگ از طریق برشی در کمر یا وارد کردن یک لوله به میزراه استفاده کنند.

احیای قلبی ریوی

احیای قلبی - ریوی شامل چه اقداماتی می شود؟

احیای قلبی ریوی (Cardio Pulmonary Resuscitation) شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن اعمال حیاتی دو عضو مهم قلب و مغز در فردی که هوشیاری خود را از دست داده، انجام می شود و تلاش می شود تا گردش خون و تنفس به طور مصنوعی تا زمان برگشت جریان خون خودبخودی بیمار برقرار شود. اگر فرد دارای پالس بوده ولی دچار قطع تنفس شده باید با تنفس مصنوعی دهان به دهان ادامه داد.

در صورت انجام ندادن این اقدامات، فقدان اکسیژن سبب تخریب دائمی سلولهای مغز و در واقع مرگ مغزی در عرض زمان کمتر از ۶-۴ دقیقه (زمان طلایی) می شود بنابراین واژه احیای قلبی ریوی (CPR) در سال ۱۹۸۸ به احیای قلبی، ریوی و مغزی (CardioPulmonaryCerebralResuscitation: CPR) تغییر نام داد. نکته مهمی که غالباً اشتباه تفسیر می شود پیرامون زمان طلایی است که در واقع از ثانیه صفر ایست قلبی تا نهایتاً دقیقه چهارم و بلکه ششم از زمان وقوع ایست قلبی است. بدین معنا که به محض مشاهده بیمار نیازمند احیا، بایستی بی درنگ احیا را شروع کنید.

ایست قلبی-تنفسی بی گمان یکی از خطرترین وضعیتهایی است که نیاز به اقدام فوری جهت حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران ناپذیر اندامهای حیاتی بدن دارد. این اقدامات بر اساس پروتکل های خاصی صورت می گیرد و لازمه اجرای آن کسب دانش و مهارت فرد احیاگر می باشد. در حال حاضر فقط ۱۰٪ موارد احیای داخل یا خارج از بیمارستان موجب بقای طولانی مدت بیماران می شود.

مراحل احیا

قبل از هرگونه اقدامی جهت انجام احیای قلبی تنفسی هر مصدوم اطمینان حاصل کنید که این عمل سلامتی شما یا مصدوم را از نظر سرایت بیماریهایی چون ایدز و هپاتیت تهدید نمی کند. مهمترین تغییر در دستورالعمل احیاء سال ۲۰۱۰ میلادی تغییر A-B-C (راه هوایی- تنفس- گردش خون) به C-A-B (گردش خون- راه هوایی- تنفس) می باشد. به استثنای نوزادان تازه متولد شده. مراحل CPR در خارج از بیمارستان به ترتیب (چپ به راست) عبارتند از C-A-B.

C ماساژ قلبی Circulation

A باز کردن راه هوایی Air way

B دادن تنفس مصنوعی Breathing

ماساژ قلبی

آغاز ماساژ قلبی به علت کمک به پمپاژ مصنوعی قلب، اولین قدم و مهم ترین مانور امدادگر است که باید هرچه سریع تر آغاز گردد. قبلاً توصیه می شد که برای بزرگسالان به ازای هر ۱۵ ماساژ قلبی ۲ تنفس مصنوعی و برای کودکان و نوزادان به ازای هر ۵ ماساژ قلبی ۲ تنفس مصنوعی انجام شود. در حال حاضر به جز در مورد نوزادان توصیه می شود که ۳۰ ماساژ قلبی برای هر دو تنفس مصنوعی انجام شود.

فشار بر روی قفسه سینه باید سریع و قوی باشد و با سرعت ۱۰۰ الی ۱۲۰ فشار در دقیقه انجام شود. با این حال باید زمان کافی برای برگشت قفسه سینه به بالا داده شود، به طوری که فشارهای متوالی، خون را به درون دستگاه گردش خون براند. برای انجام ماساژ قلبی پاشنه یک دست را باید در مرکز قفسه سینه، بر روی استرنوم (یا همان جناغ سینه)، در بین سر سینه ها (نیپل ها) قرار داد و دست دوم را باید روی دست اولی گذاشت به طوری که بتوان با حداکثر قدرت به پایین فشار آورده و دست بالایی انگشتان دست پایین را از محدوده ماساژ دور کند. آرنج ها باید کاملاً صاف باشند و انگشتان دست ها با بدن بیمار تماس نداشته باشند.

با هر فشار باید قفسه سینه حدود ۵ الی ۶ سانتی متر پایین برود. با توجه به حیاتی بودن این مانور، از احتمال شکسته شدن دنده‌ها چشم‌پوشی می‌شود و حتی امدادگر پس از شنیدن صدای شکسته شدن دنده، باید همچنان به ماساژینگ ادامه دهد. اما در کلیه بیماران عمل C-A-B صادق نیست. زیرا در خفگی‌ها (یعنی در مواردی که ابتدا ایست تنفسی و سپس ایست قلبی رخ داده باشد) باید اول راه هوایی را باز نمود، بعد تنفس مصنوعی داد و سپس ماساژ قلبی (برقرار کردن گردش خون) انجام شود.

باز کردن راه هوایی

هدف از باز کردن راه هوایی این است که امکان تنفس برای فرد فراهم شود. در گذشته توصیه می‌شد با قلاب کردن انگشتان به دور فک و کشیدن آن به جلو راه هوایی باز شود (مانور جلو بردن فک Jaw thrust). اما انجام این مانور مشکل است و امروزه تصور می‌شود که نسبت به سایر روش‌ها از لحاظ آسیب به گردن بی‌خطرتر نیست؛ بنابراین در حال حاضر انجام مانور استاندارد «زاویه‌دار کردن سر- بلند کردن چانه» توصیه می‌شود برای انجام این کار روی پیشانی به سمت پایین فشار بیاورید و همزمان نوک چانه را بالا بکشید. سپس باید ببینید آیا بیمار خودش نفس می‌کشد یا نه.

دادن تنفس مصنوعی

برای انجام تنفس مصنوعی از روش‌های مختلف (مانند ماسک مسطح) می‌توان استفاده نمود اما روش پر کاربرد یکی از طریق بادکنک بی‌وی‌ام (آمبوبگ) است و دیگری روش سنتی دهان به دهان که امروزه با توجه به رعایت نکات بهداشتی، کمتر توصیه می‌شود. در روش دهان به دهان، بینی بیمار را با دو انگشت ببندید و دهانتان روی دهان او بگذارید و هوا را درون ریه او بدمید تا حدی که قفسه سینه بالا رود. قبلاً توصیه می‌شد که ضمن انجام تنفس مصنوعی هوا با شدت به درون ریه‌ها دمیده شود. اما از آنجایی که این کار ممکن است تأثیر فشار بر روی قفسه سینه را کاهش دهد و ضمناً جریان خون در ریه‌ها در شرایط ایست قلبی چندان زیاد نیست، به دمیدن هوا با شدت زیاد نیازی نیست و دمیدن هوا صرفاً در حدی که باعث بلند شدن قفسه سینه شود کافی است. تنفس مصنوعی به خصوص برای ایست‌های قلبی غیر شاهد، ایست‌های قلبی با مکانیزم آسفیکسیال (خفگی) و افرادی که چند دقیقه‌ای است دچار ایست قلبی شده‌اند و میزان اکسیژن در خونشان کاهش یافته‌است اهمیت دارد.

اما در چند دقیقه اول ایست قلبی (در صورتی که ایست قلبی شاهد باشد و ضمناً مکانیزم آسفیکسیال نداشته باشد) فشار بر روی قفسه سینه یا ماساژ قلبی اهمیت بسیار بیشتری دارد؛ بنابراین انجام تنفس مصنوعی نباید باعث به تأخیر انداختن ماساژ قلبی شود.

بیماری‌های شایع ارتوپدی

شکستگی استخوان‌های ساعد

ساعد دو استخوان دارد. این دو استخوان را رادیوس (زند اعلی یا بالایی) و اولنا (زند اسفل یا پایینی) مینامند. اگر سر پا بایستیم و دستهای خود را در کنار تنه خود آویزان کنیم بطوریکه کف دست‌ها به طرف جلو باشد.

استخوانی از ساعد که به تنه نزدیک تر است را اولنا مینامند و به استخوانی که از تنه دورتر است استخوان رادیوس میگویند. شکستگی ساعد ممکن است بصورت شکستگی منفرد استخوان رادیوس یا اولنا بوده و یا ممکن است هر دو استخوان ها شکسته شوند. چون درمان هر سه این موارد تقریبا شبیه یکدیگر است در این مبحث در مورد هر سه صحبت می شود.

علائم شکستگی های ساعد چیست

وقتی هر دو استخوان ساعد شکسته شده است شکل ظاهری ساعد بیمار تغییر میابد. ساعد در محل شکستگی خم میشود و گاهی اوقات میتوان نوک تیز استخوان در محل شکستگی را در زیر پوست ساعد لمس کرد. در بعضی موارد نوک تیز استخوان شکسته شده پوست را سوراخ کرده و بیرون میزند و شکستگی را به نوع باز تبدیل میکند. وقتی شکستگی فقط در یک استخوان ساعد ایجاد شده یا جابجایی کمی دارد معمولا ساعد در محل شکستگی بسرعت متورم و دردناک میشود. در این موارد ممکن است حرکت دادن ساعد موجب برخورد قطعات شکستگی به یکدیگر شده و ایجاد صدا کند که به آن کریپیتاسیون میگویند. بیمار دچار شکستگی ساعد درد زیادی داشته و حرکات چرخشی ساعد و مچ دست وی بسیار دردناک میشود. تشخیص قطعی شکستگیهای ساعد با رادیوگرافی است. رادیوگرافی ساده شکل و محل شکستگی را نشان میدهد.

درمان شکستگی های ساعد

درمان این شکستگی ها بصورت جاناندازی و سپس بیحرکت کردن شکستگی است. جاناندازی ممکن است به طریقه بسته یا باز باشد

جاناندازی بسته شکستگی ساعد

در شکستگی های ساعد جاناندازی استخوان ها باید بسیار دقیق باشد. ساعد از دو استخوان تشکیل شده که با هم کار میکنند. اگر یکی از آنها در وضعیت مناسب جوش نخورد هماهنگی در حرکات بین دو استخوان از بین رفته و در نتیجه ممکن است چرخش ساعد دچار مشکل شود.

اگر محل شکستگی جابجایی نداشته باشد درمان بصورت گچ گیری کل اندام فوقانی از کف دست تا بالای بازو است. آرنج را در این گچ در زاویه ۹۰ درجه قرار میدهند. در این موارد پزشک معالج تا سه هفته هر هفته یک رادیوگرافی از ساعد تهیه میکند تا اگر شکستگی جابجایی پیدا کند زود متوجه آن شود.

ذکر این نکته مهم است که به علت عضلات قوی که به استخوان های ساعد میچسبند حتی اگر در ابتدا محل شکستگی جابجایی نداشته باشد و بیمار در مدتی که گچ دارد دستش را اصلا حرکت هم ندهد ممکن است قطعات شکسته شده بر اثر انقباض عضلات جابجا شوند.

بعد از سه هفته معمولا امکان جابجایی وجود ندارد. در صورتیکه شکستگی تا سه هفته در گچ بدون جابجایی باقی ماند گچ بمدت ۱۰-۱۲ هفته باقی مانده تا استخوان های شکسته شده زمان کافی برای جوش خوردن داشته باشند. این زمان در بچه ها حدود ۴-۶ هفته است.

در صورتیکه شکستگی استخوان های ساعد جابجایی داشته باشند در بچه ها سعی در جاناندازی بسته شکستگی میشود. در صورتیکه شکستگی جافتاد درمان بصورت گچ گیری به صورتی است که ذکر شد. در صورتیکه جاناندازی بسته موفقیت آمیز نباشد درمان بصورت عمل جراحی خواهد بود.

شکستگی استخوان های ساعد در بالغین اگر همراه با جابجایی باشند نیاز به عمل جراحی دارد. در بالغین جاناندازی بسته استخوان های ساعد بسیار مشکل است و اگر هم امکان پذیر شود حفظ جاناندازی با گچ عملی نیست.

شکستگی مچ پا

در موارد زیر فوراً با اورژانس تماس بگیرید:

مصدوم خونریزی غیر قابل کنترلی دارد.

پا و مچ پای او بی حس، سرد و رنگ پریده یا آبی شده باشد.

مصدوم شوکه شده باشد (بی حال، رنگ پریده با نفس هایی تند و سطحی)

درمان شکستگی مچ پا

۱- استخوانی که شکسته و بیرون زده را رها کنید.

اگر استخوانی شکسته و از پوست بیرون زده، فشارش ندهید و سعی نکنید آن را جا بیاندازید. آن قسمت را با باند تمیز بپوشانید و فوراً درخواست کمک پزشکی کنید.

۲- جلوی خونریزی را بگیرید.

با یک تکه پارچه بمدت ۱۵ دقیقه، فشار مستقیم و یکنواختی بر روی زخم وارد کنید و قسمت آسیب دیده را بالاتر بیاورید.

اگر خون پوشش روی زخم را خیس کرده باشد، پوششی دیگر بر روی آن قرار دهید و فوراً جهت کمک پزشکی تماس بگیرید.

۳- ورم قسمت آسیب دیده را کنترل کنید.

هر گونه زیور آلات پا، از جمله پابند و انگشتر پا را در بیاورید.

اگر کمک پزشکی در دسترس نبود، درمان (استراحت، یخ) را بکار ببرید.

به مچ پا استراحت بدهید. از شخص بخواهید از چوب زیر بغل استفاده کند تا از فشار وارد شده روی مچ جلوگیری شود.

آن قسمت را سرد نگه دارید. برای انجام این عمل از کیسه یخ استفاده کنید یا یک تکه یخ را درون پارچه ای تمیز قرار دهید. بطور مستقیم یخ را روی زخم قرار ندهید.

مچ پا را به آرامی با یک نوار کشدار (برای رفع کوفتگی و ضرب دیدگی دور زانو و مچ و غیره میبچند) ببندید. سعی نکنید استخوان را جا بیاندازید.

مچ پا را هم راستا با قلب بالا بیاورید.

۴- درد و تورم را کنترل کنید.

به مصدوم داروی بدون نسخه بدهید، مانند ایبوپروفن یا آسپرین. اگر شخص دچار عارضه قلبی و کلیوی می‌باشد از دادن ایبوپروفن و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی دیگر خودداری کنید. به شخص ۱۸ ساله و یا جوانتر، آسپرین ندهید.

۵- هر چه سریعتر او را نزد پزشک ببرید.

اقدامات بعدی

پزشک او را معاینه کرده و از مچ پا و پا عکسبرداری میکند. او همچنین ممکن است از قسمت آسیب دیده سی تی اسکن و یا ام آر آی بگیرد تا بررسی کند آیا نیاز به عمل جراحی هست یا نه. در صورت نیاز، پزشک استخوان شکسته را جا می‌اندازد و مچ پا را با آتل یا گچ ثابت نگه می‌دارد. ممکن است عمل جراحی برای تعمیر شکستگی لازم باشد.

شکستگی استخوان ران و لگن

در شکستگی های لگن و ران به علت مجاورت استخوان شکسته با رگ های خونی بزرگ همیشه خطر قطع یا پارگی رگ توسط نوک تیز استخوان شکسته و به دنبال آن خطر خونریزی شدید داخلی و حتی احتمال مرگ مصدوم وجود دارد. خطر دیررس دیگری که به خصوص در شکستگی ران اتفاق می افتد حرکت چربی در عروق خونی بدن و گسترش آن به سمت رگ های ظریف ریوی و آمبولی چربی و در نهایت انسداد رگ های ریوی است. این اتفاق معمولاً ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از شکستگی روی می دهد و با علائمی چون سرفه، تنگی نفس، احساس بی قراری، اضطراب، تندشدن تنفس و نبض و علائم شوک همراه است. آتل بندی و ثابت کردن سریع شکستگی بلافاصله پس از وقوع حادثه احتمال بروز این عارضه خطرناک را تا حد زیادی کاهش می دهد.

شکستگی لگن

لگن دربرگیرنده اندام های ادراری و تناسلی است و شکستن آن خطر آسیب به این اندام ها را در بر دارد. این نوع شکستگی اغلب بر اثر سقوط روی اندام تحتانی رخ می دهد و معمولاً در افراد مبتلا به پوکی استخوان و سالمندان بیشتر اتفاق می افتد.

■ علائم: ناتوانی در راه رفتن و ایستادن با وجود ظاهر سالم اندام های تحتانی، درد در نواحی پشت، کشاله ران یا لگن که با حرکت افزایش می یابد، پارگی مثانه، وجود خون در ادرار، درد یا ناتوانی در تخلیه ادرار، خونریزی داخلی و شوک از نشانه های این شکستگی است. بهترین راه برای شناسایی شکستگی لگن این است که دو طرف لگن را به آرامی به سمت پایین و داخل فشار دهید. لگن شکسته با این کار دردناک خواهد شد.

■ اقدامات: مصدوم را به پشت بخوابانید و از او بخواهید که حرکت نکند. یک تکه پارچه حجیم یا جسمی نرم زیر زانوهایش قرار دهید تا زانو کمی خم شود. در صورت عدم دسترسی به آتل های سخت از آتل خودی استفاده کنید. پاهای او را از مچ تا لگن با شال، روسری یا باند، محکم به هم ببندید و ثابت کنید. اگر درد مصدوم

غیرقابل تحمل بود از بستن پاها خودداری کنید و تا رسیدن اورژانس پاهای مصدوم را از ناحیه مچ و زانو در امتداد بدنش با دست نگه دارید.

شکستگی ران

ضربات شدید می تواند منجر به شکستگی استخوان ران و فرورفتن سر تیز آن به داخل شاهرگ های مجاور آن شود. بنابراین اقدامات اولیه مناسب نقش حیاتی در زندگی مصدوم دارد.

■ **علائم:** درد در محل شکستگی، عدم توانایی در راه رفتن، کوتاه شدن استخوان ران، چرخیدن زانو و پنجه پا به خارج و شوک ناشی از خونریزی داخلی از جمله نشانه های شکستگی ران است.

■ **اقدامات:** نحوه بی حرکت سازی و آتل بندی استخوان ران مانند شکستگی لگن است. فقط زیر زانو را در این شکستگی خم نمی کنیم. در این شکستگی در صورت دسترسی از آتل سخت استفاده کنید. یک تخته چوب را طوری کنار پای شکسته قرار دهید که از زیر بغل تا نوک پا ادامه یابد. هر دو پا را به این تخته ثابت کنید. نبض مچ پا را بگیرید اگر نبض را حس نکردید بلافاصله با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید.

شکستگی تنه استخوان بازو

شکستگی استخوان بازو جزو شکستگی های شایع است بطوریکه یک بیستم شکستگی های بدن در استخوان بازو اتفاق می افتد. در بچه ها احتمال شکستگی ساعد بیش از شکستگی بازو است.

مکانیسم شکستگی تنه استخوان بازو

مکانیسم شکستگی بازو زمین خوردن با دست کشیده است. در حین زمین خوردن، فرد بطور غیر ارادی دست خود را جلو آورده و در حالت کشیده قرار می دهد. با برخورد کف دست به زمین نیروی کافی به دست و سپس به ناحیه بازو وارد شده و موجب شکستگی میشود. علل دیگر این شکستگی ها تصادف اتومبیل و سقوط از ارتفاع است. شکستگی تنه استخوان بازو معمولاً در یک سوم میانی آن ایجاد میشود.

علائم شکستگی تنه استخوان بازو

معمولاً علائم شکستگی بازو واضح است. در حین ضربه ای که منجر به شکستگی میشود بیمار صدای شکسته شدن را شنیده یا احساس میکند و بلافاصله درد شدیدی در بازو احساس می گردد.

بازوی شکسته شده تغییر شکل داده و متورم میشود و پوست آن بعد از مدت کوتاهی کبود میشود. بیمار درد شدیدی در محل شکستگی داشته و درد با حرکت دادن بازو بیشتر میشود به همین علت بیمار سعی میکند با دست سالم خود ساعد و بازوی طرف آسیب دیده را حمایت کند.

در حین معاینه بازو ممکن است صدای به هم خوردن قطعات شکستگی با دست معاینه کننده احساس شود. به علت نزدیکی عصب رادیال به استخوان بازو در بعضی از موارد شکستگی این استخوان، عصب رادیال فلج میشود.

فلج شدن این عصب میتواند خود را بصورت کاهش حس در پشت دست و عدم توانایی در بالا آوردن مچ دست و انگشتان دست نشان دهد.

تشخیص شکستگی استخوان بازو

چون در شکستگی های استخوان بازو بخصوص قسمت های پایینی آن احتمال آسیب به عصب رادیال زیاد است، پزشک معالج به دقت کارکرد این عصب را معاینه میکند. وی از بیمار میخواهد تا انگشتان و مچ دست را به بالا حرکت دهد و حس لامسه پشت دست مبتلا را بدقت بررسی میکند.

رادیوگرافی به تشخیص شکستگی و شکل شکستگی کمک میکند. در واقع تشخیص قطعی این شکستگی در غالب اوقات با استفاده از رادیوگرافی ساده است.

در تمام شکستگی های تنه استخوان بازو پزشک معالج از شانه و آرنج بیمار هم عکسبرداری کرده و این نواحی را بدقت بررسی میکند تا از عدم آسیب در این قسمت ها مطمئن شود.

مراقبت های اولیه برای شکستگی تنه استخوان بازو

اگر شما اولین کسی هستید که بیمار را میبینید باید

ابتدا مطمئن شوید وی از صحنه تصادف و آسیب دور شده و خطر بیشتری او را تهدید نمیکند.

اگر خونریزی واضح در اندام می بینید یا احتمال می دهید بیمار شکستگی های دیگر یا آسیب های دیگری هم در دیگر نقاط بدن دارد، با اورژانس تماس بگیرید.

اگر می بینید سر استخوان شکسته شده از زخم بیرون زده است سعی نکنید آنرا دوباره به داخل زخم برگردانید. مطمئن شوید نفس کشیدن بیمار خوب است و نبض بیمار به درستی میزند.

اگر تورم و یا خونریزی در محل وجود دارد با فشار موضعی بر روی محل و بالاتر بردن نسبت به سطح قلب بیمار، خونریزی و تورم را کاهش دهید.

اگر محل آسیب زخمی شده است روی آنرا با یک پارچه تمیز یا گاز بپوشانید تا آلودگی بیشتری ایجاد نشود. محل شکسته شده را موقتا بیحرکت کنید. برای اینکار ابتدا بازو را در کنار تنه قرار دهید. سپس ساعد را با یک تکه پارچه به گردن آویزان کرده و یک تکه پارچه پهن دور بازو و تنه ببندید تا آنها را به هم نزدیک نگه دارد. بیمار را به مرکز درمانی نزدیک منتقل کنید.

درمان شکستگی های تنه استخوان بازو ممکن است با استفاده از روش های غیر جراحی انجام شود و در بعضی موارد ممکن است برای درمان نیاز به استفاده از عمل جراحی وجود داشته باشد.

درمان غیر جراحی شکستگی تنه استخوان بازو چگونه است؟

بسیاری از شکستگی های تنه استخوان بازو بدون انجام عمل جراحی قابل درمان هستند. برای این منظور از گچ گیری خاصی به نام "گچ آویزان Hanging cast" و یا از اسپلینت های بازویی استفاده میشود. معمول ترین روش درمان غیر جراحی شکستگی تنه استخوان بازو گچ گیری است.

استفاده از گچ گیری برای درمان شکستگی تنه استخوان بازو

معمولا بازو و ساعد بیمار تا کف دست او با گچ پوشانه میشود در حالیکه مفصل آرنج در حالت ۹۰ درجه خم قرار گرفته و مفصل مچ دست مستقیم و بدون انحراف است. وسط قسمت از گچ که دور ساعد است به توسط

یک نوار پارچه ای به گردن بیمار آویزان میشود. هدف از این گچ این نیست که دور قطعات شکسته شده بازو را بگیرد و در اکثر اوقات هم قسمت بازویی گچ دور قطعه بالایی شکستگی را نمیگیرد. این گچ با مکانیسم وزن خود اعمال اثر میکند یعنی وقتی بیمار ایستاده یا نشسته بوده و بازو در حالت عمودی قرار دارد وزن گچ موجب میشود قطعات شکسته شده از هم دور شوند و برآیند این نیروی کششی و نیروهایی که از طرف عضلات اطراف بازو به محل شکستگی وارد میشوند شکستگی را جاناندازی میکند و تا وقتی که فرد ایستاده یا نشسته است (به بیان دیگر تنه در وضعیت عمودی است) این وضعیت جاناندازی حفظ میشود.

درست به همین علت است که برای اینکه این روش درمانی موثر واقع شود بیمار باید در یکی دو هفته اول، همیشه در حالت ایستاده یا نشسته باشد. حتی به وی توصیه میشود تا در حالت نیم نشسته بخوابد و هیچگاه گچ را از گردن خود باز نکند. در یکی دو هفته اول معمولاً بیمار احساس میکند که با تغییر وضعیت بدن، قطعات شکستگی به هم برخورد کرده و صدا میدهند. این واقعیت دارد ولی بعد از حدود سه هفته قطعات شکسته شده به هم میچسبند و دیگر نسبت به هم حرکت نمیکنند. در این زمان است که پزشک معالج گچ را خارج کرده و تا ۳-۴ هفته دیگر یک بریس پلاستیکی مخصوص را به دور بازو می بندد. با استفاده از این بریس مچ دست و آرنج بیمار آزاد میشوند و وی میتواند آنها را حرکت دهد. کلاً بعد از گذشت یک و نیم تا دو ماه از شروع درمان شکستگی به اندازه ای محکم میشود که پزشک این اسپلینت را هم خارج میکند. با این حال بیمار تا چند ماه باید مراقب بازوی خود باشد که ضربه مجددی به آن وارد نشود. گاهی اوقات برای درمان اولیه بیمار بجای گچ آویزان شونده از یک آتل یا اسپلینت گچی استفاده میشود.

تاندون فلکسور

تاندون ها بافت هایی هستند که عضله را به استخوان متصل میکنند و با انقباض عضله تاندون ها استخوان را میکشند و باعث حرکت بخشی از بدن میشود. ماهیچه هایی که انگشتان و شست دست را حرکت میدهند درساعد قرار دارند. تاندون های بلندی از این عضلات منشأ گرفته و از مچ عبور کرده و به استخوان های کوچک انگشتان و شست متصل می شوند. تاندون هایی که انگشتان دست را به سمت بالا میکشند تاندون های اکستانسور (راست کننده) نامیده می شوند. اما تاندون هایی که در سمت کف دست هستند باعث خم شدن و جمع شدن انگشتان و شست میشوند و تاندون های فلکسور (تاکننده) نام دارند. تاندون ها برای بهتر انجام دادن کارشان که همان کشیدن استخوان است از طریق تونل هایی به نام غلاف های تاندونی عبور کرده و به استخوان متصل میشوند، تاندونها به راحتی در میان این تونل ها سر میخورند.

شرح بیماری

پاره شدن تاندون درساعد، مچ یا کف دست، خم شدن یک یا چند انگشت را غیر ممکن می کند. چون تاندون ها به سطح پوست نزدیک نیستند یک شکاف یا بریدگی عمیق در سطح کف دستی انگشتان یا خود دست به احتمال بیشتری میتواند به تاندون ضربه بزند در این موارد تاندون بریده میشود. تاندون ها بین ماهیچه و استخوان اتصال ایجاد میکنند و مانند باند ارتجاعی عمل می کنند و چنانچه پاره یا بریده شوند این کشش از روی آنها

برداشته میشود و سر تاندون پاره شده از محل اتصال خود دور میشود و این مسئله ترمیم خود بخودی را غیر ممکن میسازد. از آنجا که اعصاب انگشتان نزدیک تاندون ها هستند صدمه به تاندون میتواند به اعصاب هم آسیب بزند و موجب بی حسی شود اما اگر به عروق خونی آسیب برسد میتواند جریان خون انگشت را قطع کند که این مورد به جراحی سریع احتیاج دارد. گاهی اوقات آسیبهایی که به تاندونها میرسد جزئی بوده و نمیتواند کاملاً عملکرد تاندون را مختل کند این موارد تشخیص آسیب دیدگی تاندون را با مشکل روبه رو میکنند.

علل بیماری

۱. بریدگی و جراحی در دست و ساعد
۲. حرکات کششی خاص (اکثراً در فوتبال، کشتی و بطور کلی در حرکاتی که انگشتان تحت کشش زیادی قرار بگیرند

۳. برخی از بیماری های خاص (مثل آرتريت روماتوئید)

پزشکان چگونه تشخیص میدهند؟؟

پزشک از شما میخواهد که انگشت خود را خم کنید سپس باز کنید تا قدرت انگشت شما را بسنجد. پزشک امکان دارد که از شما بخواهد انگشت آسیب دیده را خم کنید در حالی که مابقی انگشتان شما را نگه داشته است. پزشک امکان دارد که شریان و اعصاب تغذیه کننده انگشت که از دست می آیند به سمت انگشت را تست کند. و نهایتاً شاید پزشک درخواست رادیو گرافی هم بدهد.

علائم

۱. عدم توانایی خم کردن یک یا چند انگشت
۲. درد در هنگام خم کردن انگشت
۳. درد لمسی (با لمس کردن آن بخش از انگشت درد ایجاد میشود) در سطح کف دستی انگشت

درمان

درمان همه آسیب های تاندونی فلکسور جراحی است (اگر درمان در طی ۷-۱۰ روز اول انجام شود، نتایج بهتری بدست خواهد آمد) و بعد از جراحی پزشک به کمک یک آتل دست را در وضعیت ثابتی قرار میدهد تا تاندون بخوبی التیام یابد. درمان آسیب های تاندون اکستنسور در مواردی غیر جراحی میباشد.

بریدگی ها و اقدامات اولیه

آیا تا به حال یک زخم باز را دیده اید؟ زخم باز یک جراحی در سطح پوست است که باعث نمایان شدن قسمت های زیر پوست شده و معمولاً موجب خونریزی خارجی می شود. این نوع زخم ها در هر وسعتی به سرعت عفونی شده و میکروب ها می توانند سریع به لایه های عمقی تر پوست گسترش یافته و وارد گره های لنفاوی شده و از این مسیر تا سراسر بدن گسترش یابند. بنابراین روی تمام زخم ها باید به درستی تمیز و پوشیده شود و پوشش آن نیز ثابت گردد.

پوشاندن صحیح زخم به کنترل خونریزی، جلوگیری از آلودگی و جذب خون و ترشحات زخم کمک می‌کند و موجب التیام سریع زخم می‌شود.

آیا می‌دانید زخم‌های باز انواع مختلفی دارند و تشخیص نوع آن‌ها در ارائه کمک‌های اولیه مناسب بسیار موثر است؟

انواع زخم باز کدامند و اقدامات لازم چیست؟

خراشیدگی یا ساییدگی: این زخم در اثر ساییده شدن لایه فوقانی پوست ایجاد می‌شود. به دلیل آنکه بیشتر اعصاب این لایه آسیب می‌بینند، زخم دردناک، ولی خونریزی قابل توجه نیست. خراشیدگی اگر وسیع باشد یا ذرات خاک یا اجسام خارجی در آن فرورفته باشد، می‌تواند جدی و خطرناک باشد.

اقدامات: چنانچه جسم خارجی به طور سطحی در پوست فرورفته است، آن را به آرامی با آب و صابون بشوید و زخم را با بتادین، ضدعفونی و پانسمان کنید.

بریدگی: زخمی است که لبه‌های صاف داشته و شبیه بریدگی جراحی یا بریدگی با لبه کاغذ است. این زخم، سوزش زیادی داشته و شدت خونریزی در این نوع زخم، بسته به عمق بریدگی، محل و اندازه زخم متفاوت است.

پاره‌شدگی: زخمی است عمیق که دارای لبه‌های ناصاف بوده و در اثر اجسام تیزی مانند شیشه ایجاد می‌شود. در این جراحت، بافت‌های زیرین پوست آسیب دیده و احتمال خونریزی شدید زیاد است.

اقدامات: در بریدگی و پاره‌شدگی اولویت با کنترل خونریزی به وسیله فشار مستقیم است. لبه‌های زخم را به هم نزدیک کنید. عضو را بی‌حرکت و کمی بالاتر از سطح قلب قرار داده تا از درد و خونریزی آن کاسته شود. چنانچه جسم خارجی در زخم باقی مانده آن را خارج نکنید. زخم را ضدعفونی و پانسمان کنید و مصدوم را به نزدیک‌ترین مرکز درمانی برسانید.

برای آنکه خود را از بیماری‌های احتمالی دور کنید، در هنگام تماس با خون، از دستکش معاینه یا یک کیسه پلاستیک استفاده کنید

کنده‌شدگی: زخمی است که قسمتی از پوست یا عضله از بدن جدا یا آویخته شود.

اقدامات: سطح زخم را تمیز و جلوی خونریزی را بگیرید. اگر قسمتی از پوست یا عضله آویزان شده آن را در محل اولیه خود قرار دهید و روی آن را ببندید و بلافاصله مصدوم را به مرکز درمانی برسانید.

سوراخ‌شدگی: زخمی عمیق که در اثر وارد شدن یک جسم نوک تیز ایجاد می‌شود. این جراحت همیشه باعث خونریزی شدید نمی‌شود، ولی در سوراخ‌شدگی‌های شکم و قفسه سینه، احتمال خونریزی‌های شدید و مرگ زیاد است.

اقدامات: ابتدا اجازه دهید چند لحظه‌ای خونریزی جریان یابد تا میکروب‌های داخل زخم به همراه خون خارج شوند. محل زخم را ضدعفونی کنید و در صورتی که جسم خارجی در آن فرورفته است، آن را خارج نکنید،

چرا که با خروج جسم بر شدت خونریزی افزوده می‌شود. بنابراین جسم را با پانسمان ثابت کنید و مصدوم را به بیمارستان منتقل کنید.

قطع عضو: این جراحی شدیدترین نوع زخم‌های خونریزی دهنده است و اغلب به دلیل یک جسم برنده صنعتی آلوده اتفاق می‌افتد.

اقدامات: خونریزی را با وارد کردن فشار مستقیم و بالا نگه داشتن عضو متوقف کنید. برای مراقبت از عضو قطع شده، آن را در یک گاز استریل یا دستمال تمیز پیچانید و بعد درون یک کیسه پلاستیکی قرار دهید و سر آن را محکم گره بزنید. سپس کیسه حاوی عضو قطع شده را داخل یک کیسه یخ قرار دهید. کیسه حامل عضو و مصدوم را به بیمارستان انتقال دهید.

روش صحیح پانسمان زخم باز چگونه است؟

۱- برای مهار بهتر خونریزی، لبه‌های زخم را به هم نزدیک کرده و با یک گاز استریل یا دستمال تمیز، خونریزی را به وسیله فشار دادن کنترل کنید.

۲- وقتی خونریزی کنترل شد، اطراف زخم را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده از داخل به خارج تمیز کنید. عکس این کار و حرکت رفت و برگشت پنبه روی زخم موجب می‌شود که آلودگی اطراف زخم به داخل آن نفوذ و زخم را عفونی کند.

۳- پس از استریل کامل زخم، یک قطعه گاز استریل روی زخم بگذارید، به طوری که روی زخم و اطراف آن را کاملاً بپوشاند. پانسمان را دقیقاً روی زخم قرار دهید و هرگز آن را جابه‌جا نکنید. در صورت جابه‌جا شدن پانسمان آن را عوض کنید. حرکت پانسمان می‌تواند میکروب‌های سطح پوست را به سمت زخم هدایت کند.

۴- در صورتی که خون به پانسمان نفوذ کرد، هرگز پوشش روی زخم را برندارید. برای بند آوردن خونریزی، گاز یا دستمال بیشتری روی پوشش قبلی زخم قرار دهید.

۵- گاز استریل را در ۴ طرف با چسب روی پوست ثابت و سپس بانداز کنید.

بیماری‌های شایع جراحی

سوختگی

سوختگی‌ها چگونه درمان می‌شوند؟

هنگامی که سوختگی خیلی شدید نیست، گرفتن محل سوختگی زیر آب سرد و روان به مدت ۱۰ دقیقه و یا شستشو با مواد شیمیایی مخصوص سوختگی به مدت ۲۰ دقیقه می‌تواند از بروز عوارض ناشی از سوختگی جلوگیری کند. علاوه بر این، پس از سوختگی، خیلی سریع باید لباس‌های فرد را از محل سوختگی خارج کرد. پس از این، به منظور جلوگیری از بروز هر گونه عفونت و یا ورود میکروب به داخل بدن، باید محل سوختگی در محفظه‌های پلاستیکی مخصوص و یا مواد استریل نگهداری شود.

سوختگی های خفیف و معمولی می توانند با گازهای استریل و همچنین مسکن های مخصوص درمان شوند. اما در عین حال اگر این سوختگی ها شدت یابند و یا در ناحیه صورت، دست و یا مفاصل بدن اتفاق بیافتند، باید خیلی سریع فرد به بیمارستان منتقل شود.

این طور که آمارهای رسمی نشان می دهند، به طور کلی ۱۰ درصد از کل سوختگی هایی که بروز می کنند، به مراقبت های پزشکی و بیمارستانی نیاز دارند. این در حالی است که بیش از ۵۰ درصد سوختگی های بدن، بسیار شدید هستند و شانس زنده ماندن فرد بسیار کم است.

سوختگی های عمیق و شدید به درمان های طولانی مدت و مراقبت های ویژه نیازمند است که در برخی مواقع می تواند شامل پیوند پوست و یا درمان های دیگر برای جلوگیری از کشیدگی پوست و همچنین درمان های روانی شود.

چند نوع سوختگی داریم؟

برای تشخیص سوختگی خفیف تا شدید، اولین قدم تعیین وسعت تخریب بافت بدن (پوست و عضله) است. سه نوع سوختگی داریم: سوختگی درجه ۱، سوختگی درجه ۲ و سوختگی درجه ۳.

سوختگی درجه ۱

در این نوع سوختگی، فقط لایه خارجی پوست یا اپیدرم تخریب می شود و دارای علائم زیر است:

- پوست قرمز می شود.

- پوست ورم می کند.

- برخی مواقع درد هم وجود دارد.

اگر این نوع سوختگی بخش هایی از دست، پا، صورت، کشاله ران، باسن و یا مفاصل بزرگ را درگیر کند، نیاز به درمان پزشکی دارد.

سوختگی درجه ۲

هنگامی که اولین و دومین لایه پوست (اپیدرم و درم) تخریب شوند، سوختگی درجه ۲ نام دارد. علائم آن عبارت است از:

- تاول پوستی بروز می کند.

- پوست به شدت قرمز و لکه لکه می شود.

- درد و ورم شدیدی وجود دارد.

از یخ برای محل سوختگی استفاده نکنید. استفاده از یخ بر روی محل سوختگی باعث می شود که بدن فرد بسیار سرد شود و موجب تخریب بیشتر زخم شود

اگر وسعت این نوع سوختگی بیشتر از هفت و نیم سانتیمتر نباشد، به صورت سوختگی درجه یک درمان می شود.

اگر منطقه سوختگی بیشتر از هفت و نیم سانتیمتر باشد و یا اگر سوختگی در دست ها، پاها، صورت، کشاله ران و یا باسن و یا مفاصل بزرگ باشد، درمان باید فوراً انجام شود.

سوختگی درجه ۳

در این نوع سوختگی، تمام لایه های پوست تخریب می شوند و باعث آسیب دائمی بافت می شود. بافت چربی، ماهیچه و حتی استخوان نیز ممکن است درگیر شوند. منطقه سوختگی ممکن است سیاه و خشک شود.

اگر همراه با سوختگی، دود هم استنشاق شود، مشکلات تنفسی، مسمومیت با گاز مونوکسید کربن و یا دیگر مسمومیت ها ممکن است رخ دهد.

درمان سوختگی درجه ۱ و ۲

- سرد کردن: محل سوختگی را زیر شیر آب سرد به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بگیرید تا درد فروکش کند. اگر این کار برایتان سخت است، می توانید محل سوختگی را در ظرف آب سرد قرار دهید. سرد کردن محل سوختگی باعث دور شدن گرما از پوست و کاهش ورم پوست می شود. لازم به ذکر است که باید از قرار دادن یخ بر روی محل سوخته خودداری کنید.

- بستن محل سوختگی پوست با گاز استریل: محل سوختگی را با گاز استریل بپوشانید. از پارچه های کرکی و پرزدار و یا پارچه هایی که ممکن است الیاف آن جدا شده و به دوران زخم فرو برود یا بچسبد، خودداری کنید. گاز استریل را سفت نبندید و محل سوختگی را فشار ندهید.

با باندپیچی کردن، از ورود هوا به محل سوختگی جلوگیری می کنید، درد را کاهش می دهید و از تاول زدن پوست محافظت می کنید.

- داروهای ضد درد مصرف کنید. این داروها از قبیل: آسپرین، ایبوپروفن، ناپروکسن و یا استامینوفن می باشد. از مصرف آسپرین برای کودکان خودداری کنید. کودکان و نوجوانانی که در دوره نقاهت آبله مرغان و یا علائم شبه آنفلوانزا می باشند، نباید آسپرین مصرف کنند. بهتر است با پزشک خود راجع به مصرف داروها مشورت کنید.

نکات مهم در درمان سوختگی درجه ۱ و ۲

سوختگی های کوچک معمولاً بدون درمان، بهبود می یابند. این سوختگی ها معمولاً موجب تغییر رنگ پوست می شوند.

برخی سوختگی ها همراه با عفونت می باشد. نشانه های عفونت شامل: درد زیاد، قرمزی، تب، ورم و یا ترشح می باشد. اگر عفونت رخ دهد، باید به پزشک مراجعه کنید.

- از یخ استفاده نکنید. استفاده از یخ بر روی محل سوختگی باعث می شود که بدن فرد بسیار سرد شود و موجب تخریب بیشتر زخم شود.

- از مالیدن سفیده تخم مرغ، کره و یا خمیردندان بر روی محل سوختگی خودداری کنید، زیرا این ها باعث عفونت می شوند.

- تاول ها را نترکانید. ترکاندن تاول ها باعث گسترش عفونت می گردد.

- از برنزه کردن پوستی که کمتر از یک سال از سوختگی آن می گذرد، اجتناب کنید، زیرا ممکن است باعث تغییر شدید رنگ پوست شود

- حداقل به مدت یک سال، کرم ضدآفتاب را به محل سوختگی بمالید.

نکات مهم در سوختگی درجه ۳

برای این نوع سوختگی ها به پزشک مراجعه کنید و این کارها را انجام دهید:

- لباس های سوخته را درنیاورید.

- فرد سوخته را از دود و آتش و یا گرما دور کنید.

- سرد کردن محل سوختگی پوست

- محل سوختگی را در آب سرد فرو نکنید. اگر منطقه سوخته را سرد کنید، دمای بدن به یکباره افت می کند و فشار خون و جریان خون بدتر می شوند و شوک رخ می دهد.

- نشانه های گردش خون (تنفس، سرفه و یا حرکت) را بررسی کنید. اگر این نشانه ها وجود ندارد، CPR (احیای قلبی ریوی) را شروع کنید.

- اگر امکان داشته باشد، محل سوختگی را بالاتر از سطح قلب قرار دهید.

- منطقه سوختگی را بپوشانید. با گاز استریل و یا با حوله مرطوب و تمیز، منطقه سوخته را بپوشانید.

- واکسن کزاز بزنید. سوختگی می تواند باعث ابتلا به کزاز شود. پزشکان توصیه می کنند که هر ۱۰ سال یکبار، واکسن کزاز بزنید.

آپاندیسیت

آپاندیسیت در واقع التهاب آپاندیس است که خود را با درد زیاد در شکم یا ناحیه زیرشکمی نشان می دهد .

آپاندیس زائده ای کوچک و شبیه انگشت با طولی حدود ۱۰ سانتی متر است که درست در زیر دریچه ایلتوسکال به سکوم چسبیده است؛ آپاندیس به طور مرتب با غذا پر و سپس به داخل سکوم تخلیه می شود. به دلیل کوچکی مجرای آپاندیس ممکن است به خوبی تخلیه نشود به همین دلیل بسیار مستعد بروز انسداد و سپس عفونت است؛ آپاندیسیت، شایع ترین علت بروز التهاب حاد در ربع تحتانی راست شکم است و یکی از شایع ترین علل جراحی فوری شکم به شمار می آید؛ آپاندیسیت در هر سنی ممکن است رخ دهد، بیشتر بین سنین ۱۰ تا ۳۰ سالگی اتفاق می افتد.

چه عواملی باعث بروز آپاندیس می شود؟

التهاب آپاندیس یک بیماری اورژانسی است که نیاز به عمل جراحی فوری دارد، زیرا در صورت عدم درمان ممکن است آپاندیس سوراخ شود و مواد عفونی به داخل حفره شکم بریزد و باعث التهاب شدید شکم می‌شود و در صورت عدم درمان می‌تواند کشنده باشد.

آبسه آپاندیس چیست؟

گاهی اوقات پس از پاره شدن آپاندیس، دیواره‌هایی دور آن را می‌گیرد و از گسترش عفونت در کل شکم جلوگیری می‌کند و باعث به وجود آمدن آبسه آپاندیس می‌شود؛ علائم آبسه آپاندیس در معاینه شبیه آپاندیسیت است و در همه موارد لازم است جراحی انجام شود.

درد اولین نشانه آپاندیس است؛ از دست دادن اشتها، تهوع یا استفراغ که دقیقا پس از درد شکم رخ می‌دهد، تورم شکم، تب با درجه پایین (۳۸/۲ تا ۳۸/۸) از علائم بروز آپاندیس است.

ناتوانی در دفع گاز یا بالعکس یبوست یا اسهال به همراه گاز، درد مبهم در همه قسمت‌های بالا و پایین شکم، پشت و مقعد، ادرار دردناک، گرفتگی شدید عضلات از دیگر علائم آپاندیس است؛ اگر هر کدام از علائم ذکر شده را دارید بلافاصله باید تحت مراقبت‌های پزشکی قرار بگیرید، زیرا تشخیص و درمان به موقع بسیار اهمیت دارد، در این مواقع بیمار باید چیزی نخورد و ننوشد و از مصرف قرص‌های ضد درد، آنتی‌اسید و مسهل پرهیز کند و سریعاً تحت درمان قرار گیرد. وی تشریح کرد: تشخیص آپاندیسیت ممکن است گمراه کننده باشد، اغلب علائم این بیماری مبهم یا بسیار شبیه سایر بیماری‌هاست؛ بیماری‌هایی نظیر عفونت مثانه یا مجاری ادراری، التهاب معده، عفونت‌های روده‌ای، مشکلات تخمدان و غیره می‌تواند نشان دهنده آپاندیس باشد. معاینه شکم برای تشخیص التهاب، آزمایش ادرار برای بررسی عفونت ادراری، آزمایش خون برای پی بردن به مبارزه احتمالی بدن در برابر عفونت، سونوگرافی یا سی تی اسکن از کارهایی است که برای تشخیص آپاندیس انجام می‌شود.

روش درمان آپاندیسیت

گاهی اگر جراح مشکوک به آپاندیسیت باشد ترجیح می‌دهد برای رعایت ایمنی بیمار و جلوگیری از پارگی آپاندیس عمل جراحی را انجام دهد؛ اگر آپاندیس به صورت آبسه بروز کند جراحی به صورت ۲ مرحله‌ای، یعنی اول تخلیه آبسه و سپس برداشتن آپاندیس است.

عمل جراحی آپاندیسیت یا به صورت لاپاراسکوپیک یا به صورت باز با ایجاد برش حدود ۵ تا ۱۰ سانتی متری بر روی شکم انجام می‌شود؛ در صورت ایجاد التهاب داخل شکمی به علت پارگی آپاندیس؛ برش از زیر ناف ایجاد و شکم باز می‌شود و پس از برداشتن آپاندیس کل شکم شستشو داده می‌شود.

مراقبت‌های پس از جراحی آپاندیس

۱۲ ساعت پس از برداشتن آپاندیس بیمار قادر به حرکت خواهد بود، ولی ۲ تا ۴ هفته طول می‌کشد که بیمار به فعالیت عادی خود بازگردد؛ پس از برداشتن آپاندیس در صورت بروز هر کدام از موارد زیر باید سریعاً با پزشک تماس گرفت، این موارد شامل استفراغ خارج از کنترل، افزایش درد شکم، افزایش درد و قرمزی در

محل برش جراحی، تب، چرک کردن زخم، عدم دفع گاز و مدفوع است. وی یادآوری کرد: هیچ راهی برای پیشگیری از آپاندیسیت وجود ندارد، اما به هر حال بروز آپاندیسیت در افرادی که غذاهای دارای فیبر بالا مانند سبزی و میوه مصرف می کنند، کمتر شایع است.

سنگ کیسه صفرا

سنگ صفرا ماده‌ای سفت و شبیه سنگ مرمر است که بیشتر از جنس کلسترول و بیلی‌روبین تشکیل شده و در کیسه صفرا به وجود می آید چنانچه سنگ صفرا علائم آشکاری نداشته باشد، نیازی به درمان ندارد. اما وقتی سنگ باعث مسدود شدن مجاری صفراوی شود، سبب به وجود آمدن درد ناگهانی در قسمت بالای سمت راست شکم می شود که «حمله کیسه صفرا» یا «حملات صفراوی» نام دارد .

درمان سنگ کیسه صفرا چیست؟

درمان معمول این بیماری، عمل جراحی است. اما در برخی موارد سنگ‌های کلسترولی بدون جراحی درمان می شوند.

عمل جراحی برای برداشتن سنگ صفرا

به عمل جراحی برداشتن سنگ کیسه صفرا کوله‌سیستکتومی (Cholecystectomy) گفته می شود که از رایج ترین عمل‌های جراحی است.

کیسه صفرا از اندام‌های حیاتی بدن نیست، به این جهت برداشتن آن تاثیر زیادی روی کیفیت زندگی ندارد . برای عمل برداشتن کیسه صفرا بیمار بیهوش می شود و با برداشتن آن، مسیر صفرا از کبد به روده کوچک تغییر می یابد.

عمل جراحی کوله‌سیستکتومی چگونه انجام می شود؟

عمل جراحی کوله‌سیستکتومی به دو روش انجام می گیرد:

۱. کوله‌سیستکتومی به روش لاپاراسکوپي: تقریباً تمام جراحان، روش لاپاراسکوپي را به کار می‌برند. طی این روش بیمار با فاصله کوتاهی پس از عمل جراحی می‌تواند مرخص شود و به خانه برگردد. شخص بعد از این عمل معمولاً تا یک هفته بعد می‌تواند فعالیت‌های عادی و روزمره خود را انجام دهد .

۲. کوله‌سیستکتومی باز: زمانی که کیسه صفرا ملتهب شود، عفونت کند یا زخم شده باشد، از عمل کوله‌سیستکتومی باز استفاده می‌شود. این امکان وجود دارد که جراح پس از به وجود آمدن مشکلی در عمل کوله‌سیستکتومی به روش لاپاراسکوپي از روش کوله‌سیستکتومی باز استفاده کند.

بیمار پس از این عمل جراحی ممکن است به یک هفته بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد و احتمالاً بعد از حدود یک ماه از عمل جراحی می‌تواند دوباره فعالیت‌های عادی و روزمره خود را از سر بگیرد.

درمان‌های غیر جراحی برای برداشتن سنگ کیسه صفرا

به ندرت و در شرایط خاص از درمان‌های غیر جراحی برای برداشتن سنگ کیسه صفرا استفاده می‌شود. اما به عنوان مثال، هنگامی که سنگ کیسه صفرا از جنس کلسترول باشد و فرد به بیماری خاصی مبتلا باشد که امکان انجام عمل جراحی در او نباشد، استفاده از روش غیر جراحی تنها راه حل باقیمانده است.

با این حال، باید به یاد داشته باشید که حتی با درمان، سنگ کیسه صفرا ممکن است دوباره برگردد. بنابراین، این امکان وجود دارد که بیمار برای مدت طولانی و حتی در مواردی تا پایان عمر درمان سنگ کیسه صفرا را پیگیری کند.

پزشک ممکن است از انواع روش‌های غیر جراحی برای برداشتن یا شکستن سنگ‌های صفراوی کلسترولی بهره ببرد:

فتق

بیماری فتق را می‌توان براساس نوع پیش‌رفتگی و محل ایجاد آن دسته‌بندی کرد. میزان شیوع فتق در کودکان، فتق در زنان و فتق در مردان براساس دسته‌بندی انواع باد فتق متفاوت است.

فتق داخلی

اگر پیش‌رفتگی یا بیرون‌زدگی فتق به سمت داخل بدن باشد به آن فتق داخلی می‌گوییم.

فتق خارجی

اگر پیش‌رفتگی یا بیرون‌زدگی فتق به سمت بیرون بدن باشد به آن فتق خارجی می‌گوییم. فتق می‌تواند از طریق ماهیچه به سمت بیرون بدن فشار آورد و در زیر پوست مشاهده شود.

فتق کشاله ران یا فتق اینگوینال (Inguinal hernia)

فتق اینگوینال به شکل برآمدگی در کشاله ران یا کیسه بیضه ظاهر می‌شود. فتق کشاله ران در مردان شایع‌تر از زنان است. این فتق هنگامی رخ می‌دهد که بخشی از روده‌ها یا بافت چربی از طریق یک نقطه ضعف یا پریشانی در دیواره شکمی در بالای قسمت ران، فشار آورند. به فتق در کشاله ران فتق مغربی هم گفته می‌شود.

فتق رانی (Femoral hernia)

فتق فمورال به صورت برآمدگی در قسمت بالایی ران ایجاد می‌شود. توده حاصل از این فتق با وارد آوردن فشار یا دراز کشیدن ناپدید خواهد شد و با سرفه یا زورزدن ممکن است که ظاهر شود. فتق رانی در زنان شایع‌تر از مردان است.

فتق شکافی

فتق شکافی در محل مربوط به جراحی شکمی یا عمل‌های لاپاروسکوپی ایجاد می‌شود؛ که به عنوان فتق پست لاپاروتومی هم شناخته می‌شود.

فتق نافی (Umbilical hernia)

برآمدگی اطراف منطقه ناف، شامل بخشی از روده یا بافت چربی که از طریق دیواره شکم در نزدیکی ناف بیرون می‌زند. فتق ناف در کودکان و نوزادان زیر ۶ ماه بیشتر دیده می‌شود.

فتق ناف در زنان بیشتر از فتق ناف در مردان گزارش شده است. چاقی، بارداری‌های متعدد و تومورهای داخل شکمی از علل فتق نافی در زنان است.

فتق اینکارسره: اگر فتق با فشار، به محل اصلی خود برنگردد در این حالت فتق گیر کرده (اینکارسره) نامیده می‌شود.

فتق مختنق: فتق گیر کرده (اینکارسره) در صورتی که با قطع جریان خون به بافت‌ها همراه باشد فتق مختنق (استرنگوله) نامیده می‌شود. فتق مختنق در صورتی که درمان نشود می‌تواند تهدید کننده زندگی باشد.

علت ایجاد فتق چیست؟

علت ایجاد فتق ترکیبی از ضعف عضلات و فشار است. بسته به علت آن، فتق ممکن است به سرعت یا در مدت زمان طولانی توسعه یابد. به طور طبیعی دیواره شکم دارای مناطقی است که احتمال ضعیف شدن آنها می‌رود. هر کس در هر سنی ممکن است به فتق دچار شود.

بیشتر موارد فتق در کودکان مادرزادی است. در بزرگسالان، ضعف طبیعی یا فشار ناشی از بلند کردن جسم سنگین، سرفه مداوم، مشکل در اجابت مزاج یا دفع ادرار باعث می‌شود دیواره شکم ضعیف یا گسسته شود.

علل ضعف عضلانی منجر به فتق

شکست دیواره شکم - نقص مادرزادی عضلات - سن - سرفه مزمن - آسیب وارد شده بر اثر جراحی عواملی که بدن ما را تحت فشار قرار می‌دهند و ممکن است باعث فتق شوند؛ به خصوص اگر عضلات ما ضعیف باشند، عبارتند از:

حاملگی - یبوست - بلند کردن وزنه سنگین - آبسه شکمی - افزایش ناگهانی وزن - جراحی - سرفه مداوم یا عطسه

علائم فتق چیست؟

شایع‌ترین علامت فتق یک عضله یا توده بیرون آمده در ناحیه آسیب دیده از بدن است. فتق ممکن است ایجاد دردهای بسیار شدید شکمی کند. همچنین با بروز مشکلات جدی دیگر ممکن است نیاز به جراحی اورژانسی پیدا کنید.

شاخص‌ترین علائم فتق عبارتند از:

- ✓ درد در ناحیه کشاله ران که با خم شدن یا بلند کردن اجسام سنگین بدتر می‌شود.
- ✓ وجود توده یا برآمدگی دردناک در کشاله ران یا ناحیه شکمی
- ✓ وجود توده دردناک در ناحیه بیضه
- ✓ احساس سنگینی در شکم
- ✓ سوزش یا احساس درد در محل زخم

✓ درد قفسه سینه

✓ مشکل بلعیدن

✓ درد شکمی

روش‌های تشخیص فتق

تشخیص فتق معمولاً ساده است: ممکن است یک برآمدگی زیر پوست را احساس کنیم یا ممکن است هنگام بلند کردن اشیاء سنگین، سرفه کردن، زور زدن هنگام دفع ادرار یا اجابت مزاج و یا موقع نشستن یا ایستادن طولانی مدت احساس درد کنیم. درد ممکن است شدید باشد یا درد خفیفی که در طول روز شدت پیدا کند.

انواع مختلفی از بیماری فتق وجود دارد که هر کدام با مجموعه علائم خاص خود همراه هستند. پزشک براساس علائم و تاریخچه سلامت ما، معاینه فیزیکی و احتمالاً آزمایش خون یا اسکن تصویری در منطقه آسیب‌دیده، فتق را تشخیص می‌دهد.

علاوه بر معاینه فیزیکی پزشک ممکن است برخی از آزمایش‌ها از جمله: سونوگرافی، اشعه ایکس باریوم و آندوسکوپی را برای تشخیص علت ایجاد فتق درخواست کند.

سونوگرافی برای تشخیص فتق

زمانی پزشک این آزمایش را توصیه می‌کند که بیمار زن باشد تا از علل درد مربوط به دستگاه تناسلی مانند کیست تخمدان یا فیبروئید جلوگیری کند.

در مردان سونوگرافی برای ارزیابی فتق‌های کشاله ران و یا فتق بیضه است. این آزمایش با استفاده از امواج صوتی برای ایجاد تصاویر شکم و اندام‌های لگن انجام می‌شود. سونوگرافی کمک بزرگی است تا پزشک معالج به صورت دقیق وجود بیماری فتق یا عدم وجود آن را تایید کند.

نقش اسکن توموگرافیکامپیوتری (CT) در تشخیص فتق

پزشک ممکن است این آزمایش را برای جلوگیری از شرایط دیگری که باعث درد و تورم شکم می‌شود، توصیه کند. سی‌تی اسکن با به کار بردن اشعه ایکس برای ایجاد تصاویر شکم و اندام کاربرد دارد و شامل یک رنگ کنتراست است که در بازوی بیمار تزریق می‌شود.

این نوع تست ممکن است به دلیل برخی محدودیت‌های بیمار توصیه نشود. در واقع بنابر تشخیص پزشک معالج است که نیازی به سی‌تی اسکن وجود دارد یا خیر. اگر مشکل زمان یا دسترسی به پزشک را دارید، پیشنهاد می‌کنیم از طریق تماس تلفنی با پزشک با پزشک متخصص نظر ایشان را در این باره جویا شوید.

تشخیص فتق با تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

پزشک این آزمایش را زمانی به بیمار توصیه می‌کند که هنگام ورزش شدت دردش افزایش یابد؛ زیرا فعالیت بدنی می‌تواند عامل ایجاد بیماری فتق باشد.

اسکن MRI می‌تواند پارگی در ماهیچه‌های شکم را، حتی زمانی که هیچ ورمی نباشد، تشخیص دهد. این آزمایش با استفاده از امواج رادیویی و یک میدان مغناطیسی برای ایجاد تصاویر شکم و اندام بیمار است.

اگر تشخیص پزشک این باشد که فتق ممکن است عارضه ایجاد کند؛ مانند اینکه بیمار در حال از دست دادن خون یا قطع شدن جریان خون‌رسانی باشد، آزمایش‌های تصویربرداری و همچنین آزمایش خون را برای بررسی علائم عفونت انجام خواهد داد.

اهمیت تشخیص به موقع بیماری فتق را جدی بگیریم. مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علائم یکی از ساده‌ترین راهکارها برای جلوگیری از بروز مشکلات حادث‌تر خواهد بود.

درمان فتق

تقریباً همه انواع فتق نیاز به جراحی دارند. این که آیا ما نیاز به درمان داریم یا نه؟ به اندازه فتق و شدت علائم در ما بستگی دارد. گزینه‌های درمان برای فتق عبارتند از: تغییر سبک زندگی، مصرف دارو یا جراحی که در ادامه به توضیح هر کدام می‌پردازیم.

تغییر سبک زندگی برای درمان فتق شامل:

تغییرات غذایی اغلب ممکن است علائم فتق را از بین ببرد؛ اما فتق را از بین نمی‌برد. از وعده‌های غذایی بزرگ یا پرخوری اجتناب کنید. وزن بدن خود را در محدوده سالم نگه دارید.

برخی تمرینات ممکن است به تقویت عضلات اطراف شکم کمک کنند و علائم فتق را کاهش دهند. با این حال، گاهی تمرینات انجام شده می‌توانند فشار را در این ناحیه افزایش دهند و در واقع باعث ایجاد فتق بیشتر شوند.

درمان دارویی فتق

برخی از مسکن‌ها مثل استامینوفن می‌توانند ناراحتی و درد حاصل از فتق را بهبود ببخشند.

عمل جراحی برای درمان فتق

اگر فتق در حال افزایش است یا باعث درد می‌شود، پزشک ممکن است تصمیم بگیرد که عمل جراحی را انجام دهد.

روش‌های جراحی فتق

فتق می‌تواند با جراحی باز یا لاپاروسکوپی انجام شود. در جراحی باز که ممکن است با بی‌حسی موضعی و یا بیهوشی عمومی انجام شود، جراح یک برش در ناحیه کشاله ران ایجاد می‌کند و بافت بیرون زده را به شکم برمی‌گرداند. گاهی پزشک برای تقویت ضعف عضلات از مش (بستری مصنوعی برای افزایش استحکام بافت شکم) استفاده می‌کند.

پس از عمل جراحی، پزشک ما را تشویق می‌کند در اسرع وقت حرکت کنیم، اما ممکن است چند هفته زمان نیاز باشد تا فعالیت‌های معمول خود را از سر بگیریم.

در روش لاپاروسکوپی که نیاز به بیهوشی عمومی دارد؛ جراح از طریق چند سوراخ کوچک در سطح شکم به داخل شکم دسترسی پیدا می‌کند و با استفاده از لوله‌های لاپاروسکوپ جراحی با حداقل تهاجم انجام می‌شود.

افرادی که تحت لاپاروسکوپی قرار می‌گیرند ممکن است ناراحتی کمتری پس از جراحی داشته باشند و زخمشان سریعتر بهبود یابد.

عوارض درمان نکردن باد فتق

اگر فتق درمان نشود، خون‌رسانی به بخش بیرون‌زده عضو انجام نمی‌شود و جریان خون متوقف می‌شود. امکان دارد سبب انسداد روده همراه با تب، درد شکمی شدید، استفراغ و شوک شود.

بیماریهای شایع داخلی

بیماری انسداد مزمن ریوی

COPD یا بیماری انسداد مزمن ریوی، نوعی اختلال ریوی است که نفس کشیدن را دشوار می‌کند؛ اولین علائم این بیماری گاهی به قدری خفیف است که افراد آن را به "کھولت سن" نسبت می‌دهند. به گزارش سرویس ترجمه ایمن، افراد مبتلا به COPD ممکن است برونشیت مزمن (بیماری ناشی از التهاب مزمن در نایژه‌ها)، آمفیزم (نابودی پارانشیم ریوی) و یا هر دو را تجربه کنند. در ادامه شما را با علائم بیماری انسداد مزمن ریوی و راه‌های تشخیص آن آشنا می‌کنیم:

علائم بیماری انسداد مزمن ریوی چیست؟

این بیماری می‌تواند مجاری هوایی را مسدود کند و به کیسه‌های کوچک و بادکنکی‌مانند جاذب اکسیژن (آلوئول)، آسیب برساند. این تغییرات باعث تنگی نفس در فعالیت‌های روزمره، خس‌خس سینه، درد قفسه‌سینه، سرفه مداوم و تولید مخاط زیادی، احساس خستگی، سرماخوردگی یا آنفلوآنزا می‌شود. انسداد مزمن ریوی شدید، فعالیت‌هایی مثل پیاده‌روی، آشپزی، تمیز کردن منزل یا حتی استحمام را دشوار می‌کند. این بیماری باعث افزایش مخاط همراه با سرفه و تشدید تنگی نفس می‌شود. COPD پیشرفته با تورم ران‌ها یا پاها به علت تجمع مایعات، کاهش وزن، کاهش استقامت عضلات، سردرد صبحگاهی، خاکستری‌شدن لب‌ها و ناخن‌ها به دلیل پایین آمدن سطح اکسیژن، همراه است.

COPD و برونشیت مزمن چه تفاوتی با هم دارد؟

برونشیت مزمن، مشکل اصلی برخی از افراد مبتلا به COPD است. علامت بارز این بیماری سرفه پیوسته همراه با مخاط فراوان بوده، به گونه‌ای که مخاط حبس شده می‌تواند جریان هوا را مسدود کرده و بستری برای پرورش میکروب ایجاد کند. سرفه افراد سیگاری، معمولاً نشانه‌ای از برونشیت مزمن است؛ این سرفه اغلب هنگام صبح و در هوای سرد و مرطوب بدتر می‌شود.

تفاوت COPD و آمفیزم چیست؟

آمفیزم به کیسه‌های هوای ریز موجود در ریه‌ها آسیب می‌زند؛ در این وضعیت ریه‌ها هنگام تنفس و ورود اکسیژن به خون، متورم می‌شود. سپس این اندام‌ها در حین بازدم، دی‌اکسید کربن را به صورت گاز زائد از ریه‌ها خارج می‌کند. هنگام ابتلا به آمفیزم، این کیسه‌های هوای ظریف نمی‌تواند به درستی منبسط و منقبض شود. با

گذشت زمان این آسیب، کیسه‌های هوا را از بین می‌برد و سوراخ‌های بزرگی را در ریه‌ها ایجاد می‌کند که هوای غیرتازه در آن محبوس می‌شود؛ افراد مبتلا به آمفیزم دچار مشکلات زیادی در بازدم می‌شوند.

معاینه بدنی برای تشخیص COPD

پزشک هنگام نفس کشیدن به صدای سینه بیمار گوش می‌دهد، سپس درباره سابقه سیگارکشیدن و پیشینه خانوادگی COPD از او سؤال می‌کند. میزان اکسیژن خون نیز ممکن است با آزمایش خون یا پالس اکسیمتر، اندازه‌گیری شود.

آزمایش تنفس اسپرومتری

اسپرومتری، آزمایش اصلی برای تشخیص COPD است؛ این وسیله میزان ورود و خروج هوا به ریه‌ها و سرعت آن را اندازه‌گیری می‌کند. در این آزمایش افراد نفس عمیق می‌کشند؛ آن‌ها ممکن است تست را بعد از استنشاق داروی برونکودیلاتور (بازکننده مجاری هوایی)، تکرار کنند. اسپرومتری می‌تواند حتی قبل از بروز علائم COPD، مشکل را پیدا کند.

عکسبرداری از قفسه سینه با اشعه ایکس

برای تشخیص COPD عکسبرداری از قفسه سینه استفاده نمی‌شود، اما ممکن است این روش به حذف بیماری‌های دارای علائم مشابه مانند پنومونی کمک کند. در COPD پیشرفته، عکسبرداری از قفسه سینه با اشعه ایکس ممکن است ریه‌هایی را که بسیار بزرگ‌تر از حد طبیعی به‌نظر می‌رسد، نشان دهد.

درمان دارویی COPD

برونکودیلاتورها، داروهایی است که عضلات مجاری هوایی را شل کرده و به بازنگه‌داشتن آن‌ها و تنفس راحت‌تر کمک می‌کند. آنتی‌کولینرژیک، نوعی برونکودیلاتور است که اغلب توسط افراد مبتلا به COPD استفاده می‌شود. بعضی برونکودیلاتورها اثر کوتاه مدتی داشته، حدوداً چهار تا ۶ ساعت دوام می‌آورد و براساس نیاز بیمار استفاده می‌شود. برونکودیلاتورهایی که دارای اثر طولانی است، برای افراد دارای علائم پایدارتر، استفاده می‌شود.

مبتلایان به COPD ممکن است از هر دو نوع برونکودیلاتور استفاده کنند. در صورت تسکین نیافتن بیماری با کمک برونکودیلاتورها، بیماران می‌توانند داروهای کورتیکواستروئید مصرف کنند؛ این داروها معمولاً به‌صورت استنشاقی استفاده می‌شود و التهاب مجاری هوایی را کاهش می‌دهد. استروئیدها نیز ممکن است به‌شکل قرص یا تزریق در هنگام عود بیماری تجویز شود. همچنین در صورت تشخیص نشانه‌های عفونت ریه شامل سرفه، تنگی نفس و یا تب نیز مصرف آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود.

درمان COPD با توانبخشی ریه

کلاس‌های توانبخشی ریوی به افراد روش‌هایی را می‌آموزد که بتوانند فعالیت‌های روزانه خود را بدون هرگونه تنگی نفس پیگیری کنند. تمرینات خاص به تقویت قدرت عضلات، از جمله عضلات مورد استفاده در تنفس کمک می‌کند؛ روش‌های مدیریت استرس و کنترل تنفس نیز در این شیوه آموزش داده می‌شود.

درمان COPD با جراحی

تعداد کمی از مبتلایان به COPD با عمل جراحی بهبود می‌یابند. در بولکتومی و جراحی کاهش حجم ریه، قسمت‌های بیمار ریه برداشته می‌شود تا بافت سالم بهتر عمل کند و تنفس آسان‌تر شود. پیوند ریه نیز ممکن است به بهبود برخی از مبتلایان به COPD شدید که نارسایی ریه دارند، کمک کند، اما این روش ممکن است عوارض جدی داشته باشد.

موضوعی که شاید بیشتر افراد بیمار از آن غافل باشند، این است که در کنار تنگی نفس، داشتن فعالیت و انجام تمرینات ورزشی به صورت آهسته و پیوسته در بهبود آن‌ها اهمیت زیادی دارد. معاشرت با افراد سیگاری و استنشاق بخارات شیمیایی و سایر مواد تحریک‌کننده ریه نیز برای بیماران COPD بسیار مضر است. واکسیناسیون در برابر آنفلوآنزا و بیماری پنوموکوکی و شستشوی مرتب دست‌ها می‌تواند برای پیشگیری از بیماری مفید باشد. همچنین در فصل سرما و آنفلوآنزا، بیماران COPD نباید با افراد مبتلا به سرماخوردگی تماس داشته باشند.

فشار خون

فشار خون یکی از علائم اصلی حیات است، هنگامی که سرخرگ‌های بزرگ، قابلیت ارتجاع و استحکام طبیعی خود را از دست بدهند و عروق کوچک نیز باریکتر شوند، فشار خون بالا می‌رود.

فشار خون بالا گاهی کشنده بی‌سر و صدا نامیده می‌شود، زیرا تا مراحل انتهایی اکثراً هیچ علامتی ندارد. فشارخون به طور طبیعی در اثر استرس و فعالیت بدنی بالا می‌رود، اما فردی که دچار بیماری فشارخون بالا است، به هنگام استراحت نیز فشارخونش بالاتر از حد طبیعی است.

اندازه‌گیری فشار خون

اصولاً فشارخون در بخش‌های مختلف سیستم گردش خون متفاوت است ولی در اندازه‌گیری، فشار خون به دو نوع فشارخون سیستولی و دیاستولی مجزا می‌شود.

فشار خون سیستولی معمولاً به فشارخونی که در سرخرگ‌های است گفته می‌شود و فشارخون دیاستولی به فشارخون ورید گفته می‌شود. معمول‌ترین روش اندازه‌گیری فشار خون به وسیله فشارسنج است که با استفاده از ارتفاع جیوه برای اندازه‌گیری فشار خون در حال چرخش در رگ‌ها استفاده می‌کند. فشارخون طبیعی براساس قرارداد برای فشارخون سیستولی پائین‌تر از ۱۲۰ میلی‌متر جیوه و برای فشارخون دیاستولی پائین‌تر از ۸۰ میلی‌لیتر جیوه است. شیوع فشارخون بالا در جوامع گوناگون متفاوت است.

فشار خون بالا در چه کسانی دیده می‌شود؟

فشار خون بالا خصوصاً در افراد مسن بسیار شایع است. تقریباً در حدود یک نفر از هر چهار نفر از فشار خون بالا رنج می‌برند. در بیماران جوان‌تر در مردان شایع‌تر است ولی در سنین بالاتر در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود. به طور کلی با افزایش سن خطر ابتلا افزایش می‌یابد.

علل ایجاد فشار خون بالا

علل بروز این بیماری هنوز به طور کامل شناخته نشده است ولی برخی عوامل فرد را مستعد ابتلا به فشار خون می کنند از جمله :

- ۱- سن بالای ۶۰ سال با افزایش سن احتمال بروز فشار خون افزایش می یابد
- ۲- چاقی و اضافه وزن
- ۳- سیگار کشید
- ۴- صرف الکل
- ۵- رژیم غذایی حاوی نمک زیاد یا چربی اشباع شده و عدم مصرف میوه و سبزی
- ۶- کم تحرکی و نداشتن فعالیت بدنی کافی
- ۷- استرس
- ۸- عوامل ژنتیکی، اگر یکی از والدین و یا هر دو دچار فشار خون بالا باشند، خطر ابتلای فرد به فشار خون بیشتر است
- ۹- مصرف قرصهای ضد حاملگی، استروئیدها و بعضی از انواع داروهای مهارکننده اشتها
- ۱۰- پشت میز نشینی
- ۱۱- نژاد: سفید پوستان و نژاد هندواروپایی بیشتر دچار افزایش فشار خون می شوند .

پیشگیری از بیماری فشارخون

۱. کنترل وزن، کم کردن حتی یک کیلوگرم از وزن برای کنترل فشار خون مفید است
۲. انجام ورزش مرتب، ۳۰ دقیقه ورزش در هر روز بهترین راه مبارزه با پرفشاری خون است
۳. کم کردن مصرف نمک و غذاهای پرچرب
۴. داشتن رژیم غذایی حاوی میوه و سبزیجات، لبنیات کم چرب و غذاهای حاوی پتاسیم نظیر دانه های سبوس دار و خشکبار استفاده کنید .
۵. عدم مصرف سیگار و مشروبات الکلی
۶. اندازه گیری فشار خون حداقل هر شش ماه یک بار
۷. زنان باردار باید مرتب برای معاینه پیش از زایمان به پایگاه های بهداشتی درمان و خانه بهداشت مراجعه کنند تا کارشناسان بهداشت بتوانند به پرفشاری احتمالی خون پی ببرند و به موقع کنترل کنند .
۸. در خانم هایی که قرصهای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند باید فشار خون خود را مرتب کنترل نمایند
۹. پرهیز از مصرف سوسیس، کالباس، کنسرو گوشت، برگرها و سایر فرآورده های گوشتی به علت دارا بودن مقادیر بالای سدیم و همچنین پرهیز از سبزی های کنسرو شده در آب نمک، زیتون شور، چیپس و سایر تنقلات شور .

۱۰. مواد حاوی کافئین از قبیل قهوه، چای، نوشابه‌های کولا و شکلات، سبب افزایش فشارخون می‌شوند و باید در حد اعتدال مصرف شوند .

۱۱. اجتناب از مصرف غذاهای سرخ کرده یا غذاهایی که در درجه ی حرارت‌های بسیار بالا و یا با مدت زمان طولانی تهیه می‌شوند، و عدم استفاده ی چند باره از روغن‌های آشپزی.

۱۲. استفاده از گوشت سفید به جای گوشت‌های قرمز .

۱۳. کنترل استرس، زیرا یکی از عوامل بالا بردن فشار خون که بسیار سریع هم عمل می‌کند، استرس و عصبانیت است .

۱۴. استراحت به میزان کافی هر روز زیرا کار کردن بی وقفه بیشترین فشار را بر سلامتی فرد وارد خواهد کرد

۱۵. انجام ورزش‌هایی مثل پیاده روی، شنا، دوچرخه سواری برای پایین آوردن فشار خون مفید هستند بنابراین حداقل ۳ بار در هفته و هر بار حداقل ۳۰ دقیقه باید ورزش کرد.

عوارض فشار خون بالا

سکته مغزی، حمله قلبی، نارسایی احتقانی قلب و ورم ریه، نارسایی کلیه و آسیب چشمی و مشکل بینایی از عوارض اصلی فشار خون بالا هستند .

براساس گزارش دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، هرچه فشار خون بالاتر باشد، میزان امید به زندگی پایین تر خواهد بود .

درمان

اهداف درمان با توجه به ویژگیهای هر فرد تعیین خواهند شد و ممکن است شامل کم کردن وزن، ترک دخانیات، کنترل فشار خون بصورت روزانه، استفاده از داروهای ضد فشار خون تحت نظر پزشک، کاستن از استرس، برنامه ورزش مناسب و تغییر شیوه زندگی برای کاهش استرس باشند .

سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد Myocardial infarction)

حمله قلبی، فرآیندی هست که در آن قسمت‌هایی از عضله قلب به علت کاهش جریان خون کرونری (عروق خون‌رسان قلب) از بین می‌رود.

کارکرد قلب انسان چگونه است؟

قلب عمدتاً از عضلات خاص به نام میوکارد ساخته شده است. قلب، خون را برای خون‌رسانی به سراسر بدن به رگ‌های خونی یا شریان‌ها منتقل می‌کند. عضله قلب مانند هر عضله دیگر نیاز به خون‌رسانی خوب دارد. عروق کرونر خون را به عضله قلب می‌رسانند. شریان‌های اصلی کرونر از آئورت جدا می‌شوند. آئورت شریانی بزرگ است که خون غنی از اکسیژن را از قلب به بدن منتقل می‌کند. شریان‌های اصلی کرونر به شاخه‌های کوچکتر تقسیم می‌شوند که خون را به تمام قسمت‌های عضله قلب می‌رسانند.

سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد) یا حمله قلبی چیست؟

قلب هم مانند هر عضله بدن نیاز دارد به طور ثابت اکسیژن و مواد مغذی مورد نیازش تامین شود. انفارکتوس حاد میوکارد نام پزشکی برای حمله قلبی است. حمله قلبی وضعیتی تهدیدکننده برای زندگی فرد است. سکته قلبی زمانی رخ می‌دهد که جریان خون به عضله قلب، ناگهان قطع شود و باعث آسیب بافت قلب شود. این حالت معمولاً نتیجه انسداد یک یا چند مورد از عروق کرونری است. انسداد می‌تواند به علت ایجاد پلاک خونی باشد. پلاک ماده‌ای که عمدتاً از چربی، کلسترول و مواد زائد سلولی تشکیل شده است.

در اثر انسداد عروق کرونری در قلب وضعیتی به نام ایسکمی قلبی اتفاق می‌افتد. اگر یکی از عروق کرونر اصلی مسدود شده باشد؛ بخش بزرگی از عضله قلب تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اگر یک شریان شاخه‌ای کوچک‌تر مسدود شود؛ مقدار کوچکتري از عضله قلب تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اگر ایسکمی قلبی بیش از حد طول بکشد، سلول‌های بافت قلبی می‌میرد. انفارکتوس میوکارد به معنای واقعی کلمه مرگ عضله قلب شناخته می‌شود.

پس از سکته قلبی، اگر بخشی از عضله قلب مرده باشد؛ در طی چند هفته بعد بافت اسکار جایگزین می‌شود.

علائم و نشانه‌های سکته قلبی چیست؟

در حالی که علائم اصلی حمله قلبی درد در قفسه سینه و تنگی نفس است. اما گاهی علائم می‌توانند کاملاً متفاوت باشند.

شایع‌ترین علائم سکته قلبی عبارتند از:

- فشار یا تنگی در قفسه سینه
- درد در قفسه سینه، پشت، فک و سایر قسمت‌های فوقانی بدن که بیش از چند دقیقه طول می‌کشد
- تنگی نفس
- تعریق
- استفراغ
- اضطراب
- سرگیجه
- ضعف و یا حالت تهوع

درد ممکن است ثابت یا متناوب باشد. همچنین، زنان کمتر احتمال دارد علائم درد قفسه سینه را تجربه کنند. در عوض ممکن است احساس سوزش یا درد در بازو، گردن، پشت و یا فک را احساس کنند.

همه افراد مبتلا به حمله قلبی نشانه‌های مشابه با شدت علائم یکسان را تجربه نمی‌کنند. اکثر زنان و مردان درد قفسه سینه را به عنوان نشانه سکته قلبی گزارش داده‌اند.

عوارض حمله قلبی چیست؟

متأسفانه یک چهارم افرادی که دچار حمله قلبی می‌شوند قبل از رسیدن به بیمارستان جان خود را از دست می‌دهند. سایر بیماران نیز در بیمارستان در معرض عوارض تهدیدکننده زندگی هستند.

عوارض حمله قلبی شامل موارد زیر است:

- سکته مغزی
- آریتمی‌های دائمی قلب (ضربان قلب نامنظم)
- نارسایی قلبی
- تشکیل لخته‌های خون در پاها یا قلب
- آنوریسم یا انسداد ضعیف قلب
- آسیب به اندام‌های حیاتی مانند کبد و کلیه
- مرگ

کسانی که از حمله قلبی جان سالم به در برده‌اند و چند ساعت پس از آن مشکلات جدی ندارند، احتمال بیشتری برای بهبود کامل دارند.

چه چیزی باعث حمله قلبی یا سکته قلبی می‌شود؟

در بیشتر موارد تشکیل لخته خون (ترومبوز) علت اصلی حمله قلبی است. ممکن است لخته درون یکی از شریان‌های اصلی یا شاخه‌های فرعی از عروق کرونر تشکیل شده باشد. سرخرگ‌های کرونری که وظیفه خون‌رسانی به قلب را بر عهده دارند؛ به وسیله شبکه‌ای از سلول‌ها، چربی و کلسترول که پلاک (plaque) نامیده می‌شود؛ به تدریج مسدود می‌شوند.

خونی که تلاش می‌کند از این سرخرگ‌های مسدود شده عبور کند، می‌تواند یک لخته تشکیل دهد. اگر این لخته، جریان خون را به صورت کامل قطع کند. بخشی از ماهیچه قلب که به وسیله آن سرخرگ تغذیه می‌شده، می‌میرد. لخته‌های خون معمولاً در شریان‌های طبیعی تشکیل نمی‌شود.

سایر علل سکته قلبی چیست؟

موارد غیر معمول دیگر که می‌توانند عروق کرونر را مسدود کنند عبارتند از:

- التهاب عروق کرونر (نادر)
- لخته شدن خون در جاهای دیگر بدن و ورود آن به شریان کرونر
- مصرف کوکائین که می‌تواند باعث ایجاد اسپاسم در عروق کرونر شود.
- عوارض جراحی قلب
- برخی از مشکلات نادر قلب

چه کسانی در معرض خطر سکته قلبی قرار دارند؟

برخی عوامل ممکن است خطر ابتلا به حمله قلبی را افزایش دهند. در ادامه به برخی از مهم‌ترین آنها اشاره می‌کنیم.

فشار خون بالا

اگر فشار خون بالا دارید؛ خطر حمله قلبی شما را بیشتر از سایر افراد تهدید می کند. فشار خون طبیعی کمتر از ۸۰/۱۲۰ میلی متر جیوه است. همانطور که اعداد فشار خون افزایش می یابد خطر ابتلا به بیماری های قلبی نیز افزایش می یابد. داشتن فشار خون بالا باعث صدمه به شریان ها و سرعت بخشیدن به فرایند ایجاد پلاک می شود.

سطح کلسترول بالا

وجود سطح بالایی از کلسترول در خون شما، خطر ابتلا به حمله قلبی یا سکته قلبی را افزایش می دهد. شما ممکن است با تغییر دادن رژیم غذایی یا مصرف داروهای خاص، سطح کلسترول خون خود را کاهش دهید.

سطح تری گلیسیرید بالا

سطح تری گلیسیرید بالا هم خطر ابتلا به حمله قلبی یا انفارکتوس میوکارد را افزایش می دهد. برخی از تری گلیسیریدها ممکن است در شریان های شما باقی بمانند و به ایجاد پلاک کمک کنند.

دیابت و سطح قند خون بالا

دیابت باعث افزایش سطح قند خون و یا قند خون می شود. سطح بالای قند خون می تواند در نهایت منجر به بیماری عروق کرونر شود. درگیری به دیابت یک وضعیت جدی است که می تواند حملات قلبی یا انفارکتوس میوکارد را در برخی افراد ایجاد کند.

چاقی

افراد دارای اضافه وزن به احتمال بیشتری از سایرین دچار سکته قلبی می شوند. چاقی با شرایط مختلفی همراه است که خطر ابتلا به سکته قلبی را افزایش می دهد.

سیگار کشیدن

مصرف دخانیات خطر ابتلا به حمله قلبی یا سکته قلبی را افزایش می دهد. همچنین ممکن است فرد به سایر بیماری های قلبی عروقی منجر شود.

افزایش سن

خطر ابتلا به سکته قلبی با سن افزایش می یابد. مردان بعد از ۴۵ سالگی در معرض خطر ابتلا به حمله قلبی هستند و زنان بعد از ۵۵ سالگی در معرض خطر ابتلا به سکته قلبی هستند.

سابقه خانوادگی

اگر سابقه خانوادگی بیماری های اولیه قلب دارید، احتمال ابتلا به حمله قلبی در شما وجود دارد.

مشکلات و عوارض بعد از سکته قلبی چیست؟

حمله قلبی همیشه باعث صدمات دائمی به عضلات قلبی می شود، اما با درمان سریع می توان از آسیب بیشتر جلوگیری کرد. صدمه به قسمت خاصی از قلب باعث تاثیر روی پمپاژ قلب می شود که به آن نارسایی قلبی می گویند.

همچنین ممکن است بعضی افراد بعد از حمله های قلبی همچنان آنزین دریافت کنند تا صدمات قلبی ناشی از حمله قلبی درمان شوند، زیرا ممکن است همچنان یک یا چند رگ قلبی دچار تنگی باشند.

چگونه انفارکتوس میوکارد تشخیص داده می‌شود؟

برای تشخیص اینکه آیا شما دچار حمله قلبی شده‌اید؛ پزشک به صدای قلب شما گوش می‌دهد تا نارسایی‌های ضربان قلب را بررسی کند. ممکن است تعدادی از تست‌های مختلف را انجام دهید. ممکن است الکتروکاردیوگرام (EKG) برای اندازه‌گیری فعالیت الکتریکی قلب شما انجام شود. گاهی آزمایش خون همچنین می‌تواند برای بررسی پروتئین‌هایی که با آسیب‌های قلبی مرتبط هستند، مانند تروپونین لازم است.

سایر آزمایش‌های تشخیص سکنه قلبی عبارتند از:

- آزمایش استرس برای دیدن اینکه چگونه قلب شما به شرایط خاصی مانند تمرین پاسخ می‌دهد
- آنژیوگرافی با کاتتریزاسیون کرونر برای بررسی مسائل مربوط به انسداد در شریان‌ها
- اکوکاردیوگرام برای کمک به شناسایی مناطق قلب شما که به درستی کار نمی‌کنند

برای پیشگیری از حمله قلبی یا انفارکتوس میوکارد چه کار کنیم؟

اگر شما درگیر بیماری‌های قلبی هستید؛ برای بهبود سلامت قلب خود می‌توانید برخی کارها را انجام دهید. ایجاد تغییراتی در سبک زندگی و رژیم غذایی شما می‌تواند از حمله قلبی یا انفارکتوس میوکارد جلوگیری کند.

- سیگار نکشید
- اگر فشار خون بالا دارید، کاملاً تحت کنترل و درمان باشید
- غذایی را مصرف کنید که چربی، کلسترول و نمک کم داشته باشد
- میوه‌های تازه و سبزیجات زیاد بخورید
- ورزش کنید
- وزن خود را در محدوده طبیعی نگه دارید
- اگر دیابت دارید، به طور مرتب قند خونتان را کنترل کنید
- دستور پزشکتان در مورد مصرف داروها را رعایت کنید
- پزشکتان را به طور مرتب برای چک‌آپ ملاقات کنید

چگونه انفارکتوس میوکارد یا حمله قلبی را درمان کنیم؟

حمله‌های قلبی به درمان فوری نیاز دارند. بنابراین بیشتر درمان‌ها در اتاق اورژانس آغاز می‌شود. ممکن است برای تخریب شریان‌هایی که خون را به قلب می‌رسانند؛ روشی فوری به نام آنژیوپلاستی استفاده شود. در طول آنژیوپلاستی، جراح شما یک لوله طولانی و نازک به نام کاتتر را از طریق شریان خون وارد می‌کند تا به انسداد برسد. سپس یک بالون کوچک متصل به کاتتر به منظور باز کردن شریان باد می‌شود و اجازه می‌دهد جریان خون دوباره برقرار شود. جراح شما همچنین ممکن است یک لوله کوچک‌تر به نام استنت در محل انسداد قرار دهد. استنت می‌تواند مانع از بسته شدن مجدد شریان شود.

در بعضی موارد پزشک از پیوند عروق کرونر قلب (CABG) استفاده می‌کند. در اغلب موارد چند روز پس از سکتة قلبی پیوند انجام می‌شود.

تعدادی از داروهای مختلفی که برای درمان سکتة قلبی استفاده می‌شود:

- رقیق‌کننده‌های خون مانند آسپرین. اغلب برای شکستن لخته‌های خون استفاده می‌شود و جریان خون را از طریق شریان‌های تنگ شده بهبود می‌بخشد
- ترومبولیتیک‌ها اغلب برای حل شدن لخته مفید هستند
- داروهای ضد پلاکت مانند کلوپیدوگرل می‌تواند برای جلوگیری از تشکیل لخته‌های جدید و رشد لخته‌های موجود موثر باشد.

در هنگام حمله قلبی چه باید بکنیم؟

در صورتی که به حمله قلبی شک کردید، اولین کار این است که با اورژانس تماس بگیرید. شما باید تا زمانی که آمبولانس می‌رسد، بنشینید و استراحت کنید. اگر آسپرین در نزدیکی شماست، یک قرص ۳۰۰ آن را بجوید. در صورتی که به آسپرین حساسیت دارید، از آن استفاده نکنید. اگر آسپرین در نزدیکی شما نیست و یا نمی‌دانید که به آن حساسیت دارید یا خیر، فقط تا زمان رسیدن آمبولانس در جای خود بمانید و استراحت کنید.

نارسایی مزمن کلیه

مقدمه: اصطلاح نارسایی مزمن کلیه (CKD) به از بین رفتن پیشرونده و غیر قابل برگشت عملکرد کلیه گفته می‌شود. این نارسایی پیشرونده با افزایش پلکانی غاظت کراتینین سرم به موازات کاهش فیلتر اسیون گلومرولی مشخص می‌شود. بطور کلی هدف در درمان مدرن، برقراری درمان جایگزین کلیه بوسیله دیالیز یا پیوند کلیه است. قبل از آنکه بیمار علائمی پیشرفته اورمی را پیدا کند.

پاتوفیزیولوژی: با کاهش عملکرد کلیوی، محصولات نهایی متابولیسم پروتئین که بطور طبیعی (از طریق ادرار دفع میشوند) در خون تجمع می‌یابند. در نتیجه اورمی ایجاد می‌شود.

به تمام سیستم‌های بدن تاثیر مضر می‌گذارد. هر چه تجمع موارد زاید بیشتر باشد، نشانه‌ها شدید خواهد بود.

نارسایی مزمن کلیه، سه مرحله شناخته شده دارد: کاهش ذخایر کلیوی، نارسایی کلیه و ESRD، سرعت کاهش عملکرد کلیوی و پیشرفت نارسایی مزمن کلیه بستگی به اختلاف زمینه‌ای، دفع ادراری پروتئین و وجود هیپرتانسیون دارد. در بیمارانی که مقادیر بیشتری پروتئین دفع می‌کنند یا فشار خون بیش از نرمال دارند. تمایل به پیشرفت، سریعتر بیماری، بیشتر است.

مراحل بیماری مزمن کلیه

مرحله اول:

در این مرحله ۷۵٪-۴۰٪ عملکرد نفرونها از بین می‌رود. بیمار معمولاً هیچ نشانه‌ای ندارد زیرا نفرون‌های باقیمانده می‌توانند عملکرد کلیه را حفظ کنند.

مرحله دوم :

در این مرحله ۹۰٪-۷۵ عملکرد نفرون های از بین می رود. در این دوره کراتین و BUN بالا می رود کلیه توانایی خود را برای تغلیظ ادرار از دست می دهد و آنمی ایجاد می شود بیمار ممکن است پرادراری و شب ادراری را گزارش کند.

مرحله سوم:

مرحله آخر بیماری کلیوی ESRD - مرحله نهایی نارسائی مزمن کلیه است. وقتی اتفاق می افتد که کمتر از ۱۰٪ عملکرد نفرون ها باقی باشد. تمام عملکردهای نرمال تنظیم، ترشحی و هورمونی کلیه، شدیداً آسیب می بینند ESRD با افزایش BUN و کراتین خون و عدم تعادل الکترولیتی مشخص می شود و قتیکه بیمار این نقطه می رسد معمولاً دیالیز لازم است. اکثر نشانه های اورمی دیالیز قابل برگشت است

تظاهرات بالینی: از آنجا که اکثر سیستم های بدن تحت تاثیر اورمی ناشی از نارسایی مزمن کلیه قرار می گیرند، بیمار علائم و نشانه ها متعددی دارد. شدت این علائم و نشانه ها بستگی پیشرفت اختلال، سایر بیمارهای زمینه ای و سن بیمار دارد.

تظاهرات قلبی - عروقی: هیپرتانسیون (در اثر احتساب آب و سدیم ناشی از فعالیت سیستم رنین آنژیوتانسین - آلدسترون)، نارسائی احتقانی قلب وادم ریوی (در اثر اضافه حجم مایعات) و پریکاردیت (بعلت تحرک پریکارد توسط سموم اورمیک از جمله مشکلات قلبی - عروقی هستند که در بیماران ESRD دیده می شود).

نشانه های جلدی: خارش شدید شایع است. امروزه انجماد اورمیک (رسوب بلورها اورمیک از پوست) بعلت درمان زودرس و گسترده ESRD بوسیله دیالیز، کمتر شایع است.

تظاهرات سیستمیک: نشانه گوارش بصورت بی اشتها، تهوع، استفراغ و سکسکه شایع هستند. تغییرات نورولوژیک شامل اختلال سطح هوشیاری، عدم توانایی تمرکز، انقباضات عضلانی و تشنج دیده می شوند. مکانیسم های اصلی بیشتر این تظاهرات، شناخته نشده اند. اما معمولاً چنین تصور می شود که تجمع مواد زاید اورمیک، علت احتمالی این علائم و نشانه ها است.

علائم و نشانه ها همراه با بیماری مزمن کلیه:

نورولوژیک: ضعف و خستگی، گیجی، ناتوانی در تمرکز، اختلال جهت یابی، تشنج، بیقراری پاها، سوزش کف پا، تغییرات رفتاری

پوستی: رنگ پوست خاکستری برنزه، پوست خشک و فلسی، خارش، کبودی، پورپورا، ناخن های نازک و شکننده، موهای خشن و باریک

قلبی و عروقی: هیپرتانسیون، ادم گوده گذار، ادم اطراف اربیت مالش پریکاردی، احتقان وریدی گردن، پریکاردیت، تامپوناد پریکاردی. هیپرکالمی، هیپرلیپیدمی

تنفسی: رال تنفسی، خلط زیاد و غلیظ تضعیف رفلکس سرفه، کوتاهی تنفسی، تندی تنفس، تنفس کاسمال، پنومونی اورمیک (ریه اورمیک)

گوارشی: بوی آمونیاک در تنفس، مزه فلز در دهان، زخم و خونریزی دهان، بی اشتها، تهوع و استفراغ، سکسکه، یبوست یا اسهال، خونریزی گوارشی.

خونی: کم خونی، ترومبوسیتوپنی

تناسلی: قطع قاعدگی، آترونی بیضه ها، عقیمی، کاهش انرژی جنسی

عضلانی - اسکلتی: کرامپ عضلانی، از دست دادن قدرت عضلانی، استئودیستروفی کلیوی، درد استخوانی، شکستگی استخوانها، افتادگی پا.

بررسی و یافته های تشخیص

سرعت تصفیه گلومرولی (CRF)

با آنالیز ادرار ۲۴ ساعته و اندازگیری کلیرانس کراتینین می توان کاهش GFR را تشخیص داد. با کاهش GFR (در اثر عدم کارایی گلومرول ها) کلیرانس کراتینین نیز کاهش می یابد، حال آنکه کراتینین و BUN سرم افزایش می یابد.

کراتینین سرم، حساس ترین عملکرد کلیوی است زیرا بطور ثابت در بدن تولید می شود

عوارض:

عوارض احتمالی نارسایی مزمن کلیه که به توجه پرستار و مراقبت گروهی نیاز دارند، عبارتند از:

*هیپرکالمی در اثر کاهش دفع، اسیدوز متابولیک، کاتابولیسم و مصرف زیاد پتاسیم (رژیم غذایی، داروها و مایعات)

*پریکاردیت، افوزیون: پریکاردو تامپوناد (پریکاردی در اثر احتباس مواد زاید اورمیک و دیالیز ناکافی

*هیپرتانسیون بعلت احتباس آب و سدیم و بدی عملکرد سیستم رنین-آنژیوتانین-آلدوسترون

*آنمی بعلت کاهش اریتروپوتین، کاهش طول عمر RBC، خونریزی گوارشی بعلت سموم محرک و دفع خون از طریق همودیالیز.

بیماریهای استخوانی و کلیسیفیکاسیون های متاستاتیک در اثر احتباس فسفر و کاهش سطوح کلسیم، متابولیسم غیرطبیعی ویتامین D و افزایش سطوح آلومینیوم.

دارو درمانی:

با تجویز داروهایی همچون ضد فشارخون ها اریتروپوتین، آهن حمایتی، عوامل ترکیبی فسفات و کلسیم حمایتی می توان از عوارض پیشگیری کرده یا آنها را به تعویق انداخت. همچنین ضروری است که بیمار برای کاهش سطح سموم اورمیک در خون، به اندازه کافی تحت دیالیز قرار بگیرد.

آنتی اسیدها:

با تجویز آنتی اسیدهای حاوی آلومینیوم که با فسفر غذایی موجود در لوله گوارش باند می شوند می توان هیپرفسفاتی و هیپوکلمی را درمان نمود. اما نگرانی درباره سمیت احتمالی دراز مدت آلومینیوم و توام بودن سطوح بالای آلومینیوم با نشانهای نورولوژیک و استئومالاسی (نرمی استخوان) پزشکان را برآن داشته است که

به جای دوزهای بالای آنتی اسیدهای آلومینیومی، ار کربنات کلسیم استفاده کنند، این دارو نیز با فسفر غذایی موجود در لوله گوارش ترکیب می شود و سبب میشود تا دوزهای کمتری از آنتی اسید مورد استفاده قرار بگیرد. هم کربنات کلسیم و هم آنتی اسیدهای ترکیبی با فسفر باید از طریق غذا تجویز شوند تا موثر باشد. از آنتی اسید حاوی منیزیم بعلت احتمال سمیت منیزیم استفاده نمی شود.

عوامل ضد فشارخون و قلبی عروقی:

با کنترل حجم داخل عروقی و مصرف داروهای مختلف ضد فشارخون می توان هیپرتانسیون را درمان کرد. نارسایی احتقانی قلب و ادم ریوی نیز ممکن است نیاز به درمان از طریق محدودیت مایعات، رژیم غذایی کم سدیم، دیورتیک ها عوامل اینوتروپ مثل دیژیتال ها یا دوبوتامین و دیالیز داشته باشند. اسیدوز متابولیک ناشی از نارسایی مزمن کلیه هیچ نشانه ای ایجاد نمی کند و نیاز به درمان ندارد اما استفاده از بیکربنات سدیم حمایتی یا دیالیز برای موارد نشان دار اسیدوز لازم است.

داروهای ضد تشنج:

احتمال وقوع آنورمالی های نورلوژیک وجود دارد بنابراین بیمار باید از نظر شواهد اولیه سفتی های عضلانی، سردرد، هذیان یا فعالیتهای تشنجی مورد مشاهده قرار بگیرد اگر تشنج ایجاد شود شروع آن نوع تشنج زمان و اثرات عمومی آن بر بیمار ثبت می گردد فوراً به پزشک اطلاع داده می شود معمولاً برای کنترل تشنج از دیازپام وریدی یا فنی توئین استفاده می شود ممکن است برای حفاظت از بیمار استفاده از نرده های کنار تخت لازم باشد.

اریتروپوئین:

آئمی توام با نارسایی مزمن کلیه به وسیله اریتروپوئین انسانی درمان می شود بیماران کم خون (هماتوکریت زیر ۳۰ درصد) در ابتدا نشانه های غیراختصاصی همچو بی حالی، خستگی عمومی و کاهش تحمل فعالیت را تجربه می کنند. اپوژن درمانی شروع می شود تا هماتوکریت به حدود ۳۳ تا ۳۸ درصد برسد آنگاه نشانه های آئمی تسکین می یابند.

اپوژن به صورت وریدی یا زیرجلدی سه بار در هفته تجویز می شوند برای افزایش هماتوکریت ممکن است ۲ تا ۶ هفته وقت لازم باشد بنابراین اپوژن برای بیمارانی که نیاز فوری به اصلاح آئمی دارند تجویز نمی شود. اثرات جانبی اپوژن درمانی عبارتند از هیپرتانسیون (به خصوص در مراحل اولیه درمان) تشکیل لخته های خون در محل ابزار عروقی، تشنج و تخلیه ذخایر آهن بدن.

تغذیه درمانی:

با اختلال عملکرد کلیوی مداخلات تغذیه ای مورد نیاز می باشد این مداخلات عبارتند از تنظیم دقیق مصرف پروتئین، مصرف مایعات متعادل با میزان دفع مایع، مصرف سدیم مطابق با دفع سدیم و تا حدودی محدودیت پتاسیم در همین زمان مصرف کالری کافی و ویتامین های حمایتی تشویق می شود. مصرف پروتئین محدود می گردد زیرا اوره- اسیداوریک و اسیدهای ارگانیک محصولات ناشی از تجزیه پروتئین غذایی و پروتئین بافتی با

اختلال عملکرد کلیوی سریعاً در خون انباشته می شود. پروتئین های مصرفی باید از ارزش بیولوژیکی بالا برخوردار باشند. پروتئین های با ارزش بیولوژیک بالا پروتئین های کامل هستند و اسیدهای آمینه ضروری را که برای رشد و ترمیم سلولی مورد نیاز است دارا می باشند معمولاً مقدار مصرف مایع ۶۰۰-۵۰۰ میلی لیتر بیشتر از برون ده اداری ۲۴ ساعت قبل می باشد. با مصرف کربوهیدرات ها و چربیها، کالری مورد نیاز تامین می شود. استفاده از ویتامین های حمایتی لازم است زیرا رژیم درمانی محدود از پروتئین، ویتامین های مورد نیاز بدن را تامین نمی کند علاوه بر این بیمار تحت دیالیز ممکن است ویتامین های محلول در آب از طریق خون از دست بدهد.

اقدامات پرستاری

بیمار با نارسایی مزمن کلیه برای پیشگیری از عوارض کاهش عملکرد کلیوی و استرس و اضطراب ناشی از تغییرات شیوه زندگی معمولاً نیاز به مراقبت دقیق پرستاری دارد مثال هایی از تشخیص های پرستاری احتمالی برای این بیمار عبارتند از:

* اضافه حجم مایع بعلت کاهش برون ده اداری مصرف اضافی در رژیم غذایی و احتباس آب وسدیم.
* اختلال تغذیه ای برای کمتر از نیازهای بدن بعلت بی اشتها؛ تهوع و استفراغ محدودیت های غذایی و اختلال در غشاهای مخاطی دهان.

* کمبود آگاهی درباره بیماری و رژیم درمانی

* عدم تحمل فعالیت بعلت خستگی کم خونی احتباس مواد زاید و دیالیزی

* اختلال در اعتماد به نفس بعلت وابستگی تغییرات نقش تصویر بدن و اختلال عملکرد جنسی

مراقبت های پرستاری مستقیماً بر روی بررسی وضعیت مایع و شناسایی منابع احتمالی عدم تعادل اجرای برنامه صحیح رژیم غذایی به منظور مصرف مناسب مواد غذایی و محدودیت های توصیه شده و تأمین احساس مثبت در بیمار از طریق تشویق به مراقبت از خود و استقلال بیشتر تأکید می کند توضیح دادن و تأمین اطلاعات بیمار و خانواده درمانی او درباره ESRD اقدامات درمانی و عوارض احتمالی اهمیت دارد. بعلت تغییرات زیادی که بیمار و خانواده بیمار تحمل می کنند، معمولاً نیاز به حمایت عاطفی شدید می دارند.

تأمین مراقبت در منزل و جامعه - آموزش بیماران برای مراقبت از خود :

پرستار در امر آموزش بیماران ESRD نقش فوق العاده مهمی را بازی می کند بعلت نیاز این بیماران به آموزش گسترده پرستار مراقبت های منزل پرستار دیالیز و پرستار بخش سرپایی؛ در ضمن کنترل پیشرفت بیمار و همکاری او با رژیم درمانی او را آموزش می دهند ارجاع به کارشناس تغذیه و توضیحاتی درباره نیازهای غذایی مفید است زیرا تغییرات تغذیه ای زیادی در این بیماران ایجاد می شود. به بیمار آموزشی داده می شود که چگونه بازبودن ابزار عروقی خود را چک کند و احتیاطات لازم را در مورد آن اجرا نماید. بعنوان مثال از بازوی دستی که دیالیز می شود فشارخون را کنترل نکرده و نمونه خون نگیرند. علاوه بر این بیمار و خانواده برای فائق آمدن بر مشکلات دیالیز و مسئولیت های دراز مدت خود نیاز به کمک و حمایت قابل توجهی دارند. در این بیماران

لازم است در مورد نشانه ها و مشکلاتی که باید به مراقبین بهداشتی یا پزشک گزارش شوند بحث شود بعنوان مثال:

- تشدید علائم نارسایی کلیوی (تهوع؛ استفراغ تغییرات برون ده اداری؛ بوی آمونیاک در حین تنفس)
- علائم هیپرکالمی (ضعف عضلانی؛ اسهال کرامپ شکمی)
- علائم و نشانه های مشکلات ابزار عروقی

علائم فوق الذکر مبنی بر تشدید نارسایی کلیوی بعلاوه افزایش سطوح BUN و کراتینین خون ممکن است نیاز به دیالیز را مطرح کند.

مراقبت مداوم:

اهمیت پیگیری درمان بعلت تغییرات وضعیت فیزیکی عملکرد کلیوی و نیاز به دیالیز برای بیمار و خانواده او مورد تأکید قرار می گیرد ارجاع به بخش مراقبتهای منزل فرصتهایی را برای بررسی محیط بیمار؛ وضعیت عاطفی و استراتژیهای سازگاری مورد استفاده توسط بیمار و خانواده او برای غلبه بر تغییرات نقش خانوادگی در اختیار پرستار قرار میدهد.

سرطان معده

سرطان معده در جهان به عنوان چهارمین سرطان شایع و دومین عامل مرگ بر اثر سرطان شناخته می شود. این نوع از سرطان یکی از شایع ترین سرطان های بدخیم در سرتاسر جهان است، شیوع این سرطان ناشی از فرآیند ایجاد بافت سرطانی در معده چند مرحله بوده و جزء بیماری های چند عاملی (Multifactorial) دسته بندی می شود. دلیل آن هم ایجاد سرطان بر اثر وجود عوامل عفونی، محیطی و ژنتیکی در افراد است.

دیواره معده از پنج لایه تشکیل شده است. داخلی ترین لایه که حائز اهمیت خاص است، لایه مخاطی نامیده می شود و اکثر سرطان های معده نیز از این قسمت شروع می شود. هر چه سرطان به بافت های زیرین نفوذ کند، احتمال بهبودی کاهش می یابد.

سرطان معده در طی سالیان و با آرامی رشد می کند ولی قبل از اینکه سرطان به معنای واقعی ایجاد شود، تغییراتی در لایه های معده ایجاد می شود. این تغییرات اولیه بندرت علائم ایجاد می کنند و تشخیص داده نمی شوند. در حالی که این نوع از سرطان در مقایسه با انواع دیگر سرطان نسبتاً کمتر شایع بوده، یکی از بزرگ ترین خطرات این بیماری، مشکل تشخیص آن است.

از آنجایی که سرطان معده معمولاً علائم اولیه را ایجاد نمی کند، اغلب اوقات تشخیص داده نمی شود تا زمانی که به سایر قسمت های بدن گسترش یابد. این باعث می شود که درمان آن مشکل تر شود.

علائم سرطان معده

علائم و نشانه های سرطان معده ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- خستگی
- نفخ پس از خوردن

- احساس سیری کردن بعد از خوردن مقدار کمی از غذا
- سوزش سر دل شدید
- سوء هاضمه
- تهوع ناخواسته، تهوع مداوم
- دل درد
- استفراغ مکرر
- کاهش وزن ناخواسته

در مراحل پیشرفته سرطان معده علائم و نشانه‌های شاخص عبارت‌اند از: خون در مدفوع، استفراغ، کاهش وزن بدون علت قابل توجه، درد معده، زردی یا یرقان، تجمع آب داخل شکم (آسیت)، اختلال بلع (دیسفاژی)

علت سرطان معده

به طور کلی، سرطان زمانی شروع می‌شود که یک خطا (جهش) در DNA سلول رخ دهد. جهش باعث می‌شود رشد و تقسیم سلول با سرعت سریع انجام شود. سلول‌های سرطانی جمع‌کننده توده‌ای را تشکیل می‌دهند که می‌تواند به ساختارهای مجاور حمله کند. سلول‌های سرطانی می‌توانند از تومور جدا شوند و در سراسر بدن گسترش پیدا کنند. در برخی موارد عفونت معده با باکتری هلیکوباکتر پیلوری علت سرطان معده گزارش شده است. از سایر عوامل و علت سرطان معده می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ابتلا به گاستریت مزمن معده
- سن بالا (بیش از ۵۰ سال)
- جنس مذکر
- رژیم غذایی (پر نمک، کم میوه و کم سبزیجات)
- کم خونی
- سیگار کشیدن
- متاپلازی روده‌ای
- پولیپوز آدنوماتوز فامیلی با پولیپوز معده

مصرف غذاهای حاوی نیترات بالا بویژه فست فودها و نیز مصرف غذاهای نمک‌سود و دودی شده و آماده سازی نامناسب غذا، به همراه استفاده از غذاهای مانده، از مهم‌ترین علت سرطان معده در جوامع بشری است. یک رابطه قوی بین رژیم غذایی در غذاهای دودی و شور و سرطان معده در بخش اصلی معده وجود دارد. سرطان معده به همراه بیماری ریفلاکس گوارشی (GERD) و چاقی بیش از حد همراه است.

تشخیص سرطان معده

از آنجایی که افراد مبتلا به سرطان معده به ندرت علائم را در مراحل اولیه نشان می‌دهند، این بیماری اغلب تا مراحل پیشرفته‌تر تشخیص داده نمی‌شود. برای تشخیص، پزشک ابتدا یک معاینه فیزیکی برای بررسی هر نوع

اختلال انجام می‌دهد. همچنین ممکن است یک آزمایش خون را انجام دهد، از جمله آزمایش برای حضور باکتری *H. pylori* که علت سرطان معده است.

اگر پزشک مشکوک به سرطان در شما باشد، آزمایش‌های تشخیصی بیشتری را باید برای تشخیص علت انجام دهید. آزمایشات تشخیصی به طور خاص برای تومورهای مژگون و سایر اختلالات در معده و مری است. این آزمون‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی
- بیوپسی
- تست‌های تصویربرداری، مانند سی تی اسکن و اشعه ایکس

درمان سرطان معده

به طور کلی، این نوع از سرطان با یک یا چند مورد زیر درمان می‌شود:

- شیمی درمانی
 - پرتو درمانی
 - عمل جراحی
 - ایمونوتراپی، مانند واکسن و دارو
- طرح دقیق درمان شما بستگی به مبدأ و علت سرطان دارد. سن و سلامت کلی نیز می‌توانند نقش داشته باشند. به غیر از درمان سلول‌های سرطانی در معده، هدف درمان این است که از پخش سلول‌ها جلوگیری شود. این سرطان، ممکن است به نقاط زیر نیز آسیب برساند:

- ریه‌ها
- گره‌های لنفاوی
- استخوان‌ها
- کبد و سایر نقاط بدن

عوامل خطر

عوامل خطر اصلی سرطان، سابقه ریفلاکس معده و چاقی هستند. فاکتورهایی که خطر ابتلا به سرطان را در بدن افزایش می‌دهد عبارت‌اند از:

- یک رژیم غذایی حاوی غذاهای شور و دودی
- رژیم غذایی کم میوه و سبزیجات
- سابقه خانوادگی سرطان
- عفونت با هلیکوباکتر پیلوری
- التهاب معده درازمدت
- کم خونی سرطانی

- سیگار کشیدن

- پولیپ معده

جلوگیری از سرطان معده

روشن نیست که چه چیزی عامل اصلی و علت سرطان معده در انسان است، بنابراین هیچ راهی برای جلوگیری از آن وجود ندارد؛ اما شما می‌توانید با ایجاد تغییرات کوچک در زندگی روزمره اقدامات لازم برای کاهش خطر ابتلا به این نوع از سرطان را انجام دهید.

ورزش: ورزش منظم با کاهش خطر ابتلا به سرطان معده همراه است. سعی کنید فعالیت بدنی روزانه خود را در بیشتر از روزهای هفته داشته باشید.

خوردن میوه‌ها و سبزیجات بیشتر: سعی کنید هر روز میوه‌ها و سبزیجات بیشتری را به رژیم خود اضافه کنید. طیف گسترده‌ای از میوه‌ها و سبزی‌های رنگارنگ را انتخاب کنید.

مقدار غذاهای شور و دودی که می‌خورید را کاهش دهید: با محدود کردن این غذاها از معده خود محافظت کنید.

سیگار نکشید: سیگار کشیدن خطر ابتلا به سرطان معده و همچنین بسیاری از انواع سرطان را افزایش می‌دهد.

بیماری Covid 19

بیماری کووید ۱۹ به صورت طیفی از علائم از بی علامتی / از قبیل بروز علائم Symptomatic- /pre تا موارد پنومونی شدید تا سندرم **دیسترس** حاد تنفسی شدید (ARDS) تظاهر می‌کند.

خاطر نشان می‌شود که علائم ثابت نیست و در هر زمان ممکن است بیماری وارد مرحله بعدی شود. دوران کمون بیماری کووید ۱۹ حدود ۱۴-۳ روز می‌باشد و به طور متوسط در طی ۵-۴ روز پس از تماس علائم آشکار می‌شود. در حدود ۸۱٪ موارد بیماران مبتلا به کووید ۱۹ به صورت بی علامت بوده و یا علامت خفیف تا متوسط دارند در حدود ۱۴٪ موارد مبتلایان یا علائم شدید و نیازمند بستری مراجعه می‌کنند. در ۵٪ موارد شرایط بحرانی شده و ممکن است نیازمند بستری در ICU و مراقبت ویژه باشد. از دست دادن حس بویایی و چشایی از جمله علائمی است که در بسیاری از مبتلایان گزارش شده است. از علائم دیگر می‌توان به علائم گوارشی نظیر: بی اشتها، ضعف، بی حال، خستگی زودرس، دل درد، تهوع، استفراغ و اسهال اشاره کرد. برخی مطالعات نشان می‌دهد که ممکن است بعد از گذشت ۸-۵ روز تنگی تنفس عارض شود که عموماً نشانگر تشدید تنفس است.

خاطر نشان می‌شود که در سالمندان در شروع بیماری علائم خفیف تر و تدریجی می‌باشد و همین موضوع مشکلات تشخیص و درمان به هنگام را در آن‌ها می‌تواند ایجاد کند.

به نظر می رسد که علائم بیماری در مراحل ابتدایی عمدتاً مربوط به واکنش های وایرال است و در مراحل پیشرفته بیماری پاسخ های ایمنی بیشتری را در بروز علائم دارند. البته واکنش های ویروسی تا انتهای بیماری کم و بیش ادامه دارد.

راه انتقال

عموماً انتقال ویروس از طریق ترشحات تنفس و فرد به فرد به واسطه سرفه، عطسه یا صحبت کردن با ایجاد انواع قطرات تنفسی و آئروسول می باشد. با توجه به اینکه ذرات هوابرد (آئروسول) و نیز قطرات تنفسی عمدتاً در فاصله نزدیک به بیمار متمرکز می شوند احتمال انتقال ویروس با رعایت فاصله فیزیکی و تهویه مناسب کاهش می یابد. بیشتر موارد انتقال ویروس زمانی صورت می گیرد که در فاصله کمتر از ۲ متر و بدون پوشش محافظتی (حداقل ماسک) از بیمار قرار داشته باشیم. آئروسول ها بیشتر در حین اقدامات خاصی نظیر لوله گذاری یا استفاده از **نبولایزر** ایجاد می شوند. ولی تحت شرایط خاص، در صورتی که تهویه مناسب وجود نداشته باشد در حین صحبت کردن، آواز خواندن و فریاد زدن نیز ممکن است ایجاد شود و مسافت انتقال ویروس و ماندگاری آن در این وضعیت طولانی تر خواهد بود و ممکن است برای مدت ۳۰ دقیقه و در فاصله بیش از ۱/۸ متر در اطراف آن باقی بماند.

سه عامل مهم انتقال

- ✓ فضاهای سرپوشیده با تهویه نامناسب و ناکافی، شلوغی و تجمع افراد
- ✓ تماس نزدیک
- ✓ خطر تماس و انتقال ویروس به میزان تهویه محیط، تجمع جمعیت، میزان استفاده از انواع ماسک، مدت تماس و نوع فعالیت افراد بستگی دارد.

احتمال انتقال عفونت به مجموعه عواملی چون تراکم ویروس، میزان گردش و تهویه هوا و پوشیدن ماسک توسط فرد مبدا و فرد در تماس بستگی دارد و از آنجایی که انتقال تنفسی ویروس مهم ترین راه انتقال می باشد استفاده از ماسک مناسب و رعایت فاصله فیزیکی به طور قابل توجهی انتقال ویروس را کاهش می دهد.

تقسیم بندی بیماری بر اساس شدت و مرحله بیماری

- موارد غیر شدید (Disease severe non)

(۱) علائم خفیف دستگاه تنفس فوقانی، تب

(۲) سرفه، خستگی، **میالژی** بدون تنگی تنفس و افت اکسیژن

۳) داشتن علائم گوارشی

۴) از بین رفتن حس بویایی و چشایی

۵) شواهد بیماری شدید ندارد، تنگی تنفس شدید ندارد

- موارد (Moderate to severe)

۱) $90 < O_2 < 94$ و یا درگیری کمتر از ۵۰٪ ریه

- موارد شدید بیماری (Severe) هر کدام از موارد نشان زیر نشان دهنده شدت بیماری است.

۱) $PR \geq 30$

۲) $O_2sat < 90$

۳) FLO_2 زیر ۳۰۰

۴) نیازمند استفاده از NIV یا HFNO

- تعریف بیماری Critical (هر کدام از موارد زیر را شامل می شود).

۱) نارسایی تنفسی $FLO_2 < 200$

۲) هیپوکسی یا افت O_2 علی رغم استفاده از NIV و یا HFNO

۳) اینتوبه شدن بیمار

۴) اختلالات همودینامیک

۵) اختلالات هوشیاری

۶) نارسایی یک یا چند ارگان

بیماران ریسک بالا

دیابت، بیماری قلبی، سن بالای ۶۰ سال، مصرف داروهای ایمنوساپروسیو، چاقی ($BMI > 30$)، بیماری مزمن ریوی و کلیه، آنمی سایکل سل و پیوند اعضا

درمان دارویی

در فاز غیر شدید درمان خاصی جز درمان علامتی توصیه نمی شود ولی در بیماران با ریسک بالا توجه و پیگیری بیشتری نیازمند است. توجه به ادامه مصرف داروهای کنترل دیابت در فرد دیابتی، کنترل فشار خون در افراد دارای فشار خون بالا، مصرف داروهای بیماری های زمینه ای، توجه به اندازه گیری دقیق تب، فشار خون و قند خون در تمام موارد پیشنهاد می شود.

آگاهی دادن و نشانه های هشدار

در صورت بروز بلافاصله به مرکز بهداشت مراجعه کنند:

- ✓ در صورت تب مداوم (بالای ۴ روز) و بازگشت تب
- ✓ علائم تنگی نفس، تشدید بی اشتها، بی قراری شدید (علائم هیپوکسی)

درمان موارد متوسط و شدید (بیمارستانی به صورت موقت یا دائم)

- بستری موقت

در مواردی که شدت بیماری از نوع متوسط باشد و تمایل به درمان در منزل می باشد می توان با تشکیل پرونده موقت با الزامات زیر خدمات درمانی انجام داد.

✓ در حین بستری موقت ویزیت روزانه توسط پزشک الزامی است. اندازه گیری تب و اکسیژن الزامی است.

✓ این موارد بیماران با $90 < O_2 < 94$ و یا درگیری ریه کمتر از ۵۰٪ کاندید تزریق آنتی ویروس یا کورتیکواستروئیدها و هیدراتاسیون و بررسی آزمایشگاهی شامل ALT، AST، CRP، CBC، Cr/BUN، اشباع اکسیژن روزانه بررسی گردد.

✓ دقت بر علائم آزمایشگاهی با شروع فاز التهابی شدید (↑ افزایش CRP)، تب که با مصرف کورتیکواستروئیدها قطع نمی شود (تشدید لنفوپنی).

✓ آزمایشات CBC، CRP بنا به شرایط روزانه یا یک در میان چک شود.

✓ آزمایشات اولیه ALT، AST، BUN/Cr در ابتدای پذیرش چک شود تا دوز داروها **Adyust** یا قطع گردد و براساس شرایط بالینی می توان در روزهای بعد تکرار کرد.

✓ دادن آنتی کوآگولان براساس شرایط بالینی بیمار

✓ در بیماری که هیپوکسی شدید ندارد و فعالیت روزانه محدود نشده است دادن آنتی کوآگولان توصیه نمی شود.

✓ در صورت بدتر شدن حال عمومی، کاهش هوشیاری و افزایش تنگی نفس و افزایش مارکرهای التهابی بیمار بستری دائم گردد.

✓ در هنگام پذیرش داشتن گرافی ریه یا CT اسکن ترجیحا دوز پایین توصیه می شود.

✓ به طور روتین تکرار رادیولوژی یا CT اسکن در طی درمان یا پایان آن نیاز نیست.

بیمار کاندید بستری دائم

مواردی که بیمار تمایل به بستری موقت ندارد و بیماران Severe و Critical کاندید بستری می باشند.

درمان بستری

کورتیکواستروئیدها

- ✓ درمان پذیرفته شده در تمام گایدلاین ها در بیماران بستری هیپوکسیک با دوز دگزامتازون 8mg روزانه معادل 200mg هیدروکورتیزون یا 40mg متیل، 50mg پردینیزولون خوراکی)
- ✓ دوره درمان: بنا به دوره بستری شرایط التهابی و هیپوکسی و مقدار درگیری ریه متغیر است.
- ✓ دادن کورتیکواستروئیدها با دوز بالا در افراد مسن ریسک مرگ و میر، خطر عفونت میکروبیال و قارچی را بالا می برد. تعدیل دوز در این افراد توصیه می شود.

Remdesivir

- ✓ در بیماران درگیری ریوی و هیپوکسیک (نیاز به مصرف اکسیژن مکمل) در اولین فرصت توصیه می گردد.
- ✓ در بیمارانی که اینتوبه میشوند توصیه نشده است.
- ✓ تفاوتی در رژیم درمانی ۵ روزه و ۱۰ روزه ذکر نشده است (درمان استاندارد ۵ روزه می باشد).
- ✓ قابل ذکر است ریسک برادی کاردی هیپرگلسیمی و تهوع و استفراغ در رژیم طولانی تر بیشتر دیده می شود.

پروفیلاکسی VTE

دادن آنتی کواگولان درمانی صرفاً بر اساس سطح D-Dimer تصمیم گیری نمی شود.

- ✓ در زمان بستری آنتی کواگولان پروفیلاکسی به صورت LMWH یک بار در روز یا هپارین 5000U دو بار یا سه بار در روز توصیه می شود.
- ✓ در هنگام بستری در ICU میتوان Dose intermediate استفاده کرد ولی توصیه روتین به مصرف دوز درمانی نیست
- ✓ در صورت شک بالینی قوی DVT و آمبولی ریه ضمن انجام اقدامات جهت اثبات مورد فوق دوز درمانی ضد انعقاد توصیه می گردد.

درمان فاز سیتوکینینی (Cytokine release)

فاز التهابی در کووید ۱۹: پاسخ تشدید شده ایمنی بدن میزبان در مقابله با ویروس کووید ۱۹ که باعث واکنش التهابی شدید می شود و به صورت مستقیم با آسیب ریوی، درگیری ارگان های مختلف و پیش آگهی ارتباط دارد.

ممکن است بیماری در فاز التهابی شدید (Cytokine release) مراجعه کند و یا در سیر بستری در بیمارستان به این فاز تبدیل شود. در فاز سیتوکینینی (هیپوکسمی + افزایش مارکرهای التهابی) و یا نارسایی ارگان ها همراه با بالا رفتن بیو مارکر های التهابی رخ می دهد.

نکته مهم در درمان فاز التهابی شناسایی به موقع آن و درمان هرچه سریع تر آن است (۲۴-۴۸ ساعت ابتدایی).

برای درمان فاز التهابی داروهای تعدیل کننده و تضعیف کننده سیستم ایمنی استفاده می گردد.

کورتیکواستروئیدها

- ✓ درمان با دوز معمول تر از معمول پیشنهاد می گردد.
- ✓ در برخی مطالعات ۳ تا ۵ روزه کورتون یا متیل پردنیزولون دوز بالا (1-2mg) در فاز التهابی (هیپوکسمی + افزایش مارکرهای التهابی) پیشنهاد می شود بنابر شدت فاز التهابی دوز و دوره آن قابل تغییرات توجه گردد و در اکثر مطالعات دوز بالای 250mg متیل پردنیزولون در افراد مسن باعث افزایش ریسک عفونت و تشدید بیماری های زمینه ای می گردد.

Tocilizumab

درمان Tocilizumab همراه با دوز پایین کورتیکواستروئید ها پیشنهاد می شود و درمان به تنهایی توصیه نشده است. در شرایط بدتر شدن هیپوکسمی (نیاز به اکسیژن مکمل) و یا افزایش CRP همراه هایپوکسمی تزریق می شود (حداکثر 8mg/kg). تزریق حداکثر دو دوز (به فاصله ۱۲ تا ۲۴ ساعت) علی رغم بالا بودن فاکتورهای التهابی امکانپذیر است. اندازه گیری اینترکولین ۶ الزامی نیست. برخی مطالعات در صورت عدم کنترل فاز سیتوکینینی با کورتیکواستروئیدهای دوز بالا این دارو تزریق می گردد.

کنتراندیکاسیون های توسیلوزوماب

Plt زیر ۵۰ هزار- شک به عفونت فعال باکتریال و قارچی ANC زیر ۵۰۰ شک به انسداد یا پاره شدن احشا گوارشی

شرایط ترخیص

- ✓ بهتر شدن حال عمومی افزایش sat اکسیژن دیسترس تنفسی
- ✓ قطع تب حداقل ۷۲ ساعت

✓ توجه به آزمایشات بیمار مثل کاهش ESR، CRP و افزایش درصد لنفوسیت ها می تواند کمک کننده باشد.

بیماریهای شایع ENT

تانسیلکتومی

لوزه برداری (Tonsillectomy): نوعی جراحی گوش حلق بینی می باشد که در آن اقدام به برداشتن لوزه ها می شود. این عمل جراحی حدود ۳۰۰ سال قدمت دارد که به طور سنتی با حذف دو لوزه موجود در کناره حلق به انجام می رسد .

در کودکان لوزه سوم نیز همراه با این عمل جراحی برداشته می شود که به آن آدنوئیدکتومی (Adenoidectomy) و در صورتی که همراه با برداشتن لوزه باشد به آن تانسیلوآدنوئیدکتومی (Tonsilloadenoidectomy) گفته می شود.

اندیکاسیون ها

تانسیلکتومی زمانی برای بیمار کاربرد دارد که وی سابقه تجربه عفونت های مکرر لوزه را داشته باشد. دفعات التهاب باید بیش از سه بار باشد.

یک بار التهاب به عفونت لوزه برای انجام این عمل جراحی کافی نیست. تانسیلکتومی در موارد زیر اندیکاسیون دارد: عفونت مکرر لوزه با تعداد دفعات ۷ بار در سال گذشته، حداقل ۵ بار در هر سال به مدت ۲ سال یا حداقل ۳ بار در هر سال به مدت ۳ سال، که به صورت مستندات در پرونده های پزشکی بیمار موجود باشد یا یک یا بیشتر از موارد زیر باشد: دمای بیشتر از ۳۸/۳ درجه، آدنوپاتی گردن، ترشحات لوزه .

- **نشانه های مطلق:** بزرگ شدن لوزه های که منجر به انسداد راه های هوایی فوقانی شود، دیسفاژی شدید (سختی در بلع)، اختلالات خواب یا عوارض قلبی، التهابات لوزه منجر به تب و تشنج.
- **نشانه های نسبی:** بوی بد دهان، اختلال در گفتار، سه بار یا بیشتر عفونت لوزه در هر سال با وجود درمان پزشکی کافی، هایپرتورفی لوزه ها که یک طرفه می باشد و بافت سرطانی فرض می شود.

مراقبت های قبل از عمل

- آزمایش خون (کنترل زمان انعقاد خون)
- کنترل وجود دندان لق
- معاینه فیزیکی و سابقه پزشکی

مراقبت های روز قبل از عمل

- خودداری از مصرف آسپرین، ایبوپروفن، ناپروکسن، وارفارین و دیگر داروهای مشابه.

مراقبت های روز عمل

- منع از خوردن و آشامیدن؛ حدود ۱۲ ساعت قبل از عمل
- مصرف داروهای خاص با یک جرعه کوچک آب

بعد از عمل

گلودرد حدود دو هفته بعد از عمل جراحی باقی بماند. بازیابی کامل بیمار حدود ۷ تا ۱۰ روز به طول می‌انجامد و در این مدت باید بیمار باید هیدراتاسیون کافی داشته باشد زیرا کم آبی می‌توند باعث افزایش گلودرد شود. در برخی موارد؛ اغلب ۷ تا ۱۱ روز بعد از جراحی احتمال خونریزی از محل برش وجود دارد. در کل خطر خونریزی چیزی در حدود ۱ تا ۲ درصد است. در بزرگسالان و به خصوص افراد مسن بالای ۷۰ سال و سه چهارم افراد مورد جراحی خونریزی در همان روز عمل جراحی اتفاق می‌افتد. حدود ۳ درصد از این افراد دچار خونریزی قابل توجهی در این زمان می‌شوند که گاهی نیاز به مداخلات جراحی دارد. شیوه تسکین درد پس از جراحی در حال تغییر است. به طور سنتی برای دردهای خفیف از استامینوفن کدئین و برای دردهای شدیدتر از مواد مخدر قوی تر استفاده استفاده می‌شد. به نظر می‌رسد عمل جراحی لوزه برای بزرگسالان نسبت به کودکان دردناکتر است.

خطرات و عوارض احتمالی

این عمل جراحی مانند دیگر اعمال خطرات و عوارض خاص خود را دارد:

✓ خطرات بیهوشی:

- واکنش به داروهای بیحس کننده
- اختلالات تنفسی

✓ خطرات جراحی:

- خونریزی در حین عمل جراحی
- تورم: تورم زبان و کام نرم. این تورم باعث اختلالات تنفسی در چند ساعت ابتدایی بعد از عمل می‌شود.
- عفونت بعد از جراحی که بسیار نادر است و نیاز به درمان دارد

سینوزیت

سینوزیت یکی از شایعترین مواردی است که پزشک عمومی به آن بر می‌خورد. اکثر موارد سینوزیت حاد به دلیل عفونتهای ویروسی مجاری تنفسی فوقانی به وجود می‌آیند و به ندرت سرماخوردگی با سینوزیت باکتریایی عارضه دار می‌شود. به طور متوسط هر بزرگسال ۳ تا ۴ بار در سال سرما می‌خورد، در حالیکه سرماخوردگی برای هر کودک ۶ تا ۱۰ بار در سال روی میدهد. تقریباً ۵٪ تا ۲ درصد از سرماخوردگیها و بیماریهای شبیه آنفلوآنزا در بزرگسالان به وسیله‌ی سینوزیت حاد باکتریایی عارضه‌دار میشوند.

تعاریف

- **سینوزیت**: التهاب یک یا تعداد بیشتری از حفرات سینوسهای پاراناژال است که علت آن میتواند آلرژی، ویروس، باکتری و ندرتاً قارچ باشد.

- **سینوزیت حاد**: سینوزیتی است که کمتر از 4 هفته طول بکشد.

- **سینوزیت راجعه**: حداقل 4 دوره سینوزیت حاد در سال که مدت هر یک حداقل 10 روز باشد و بین دوره‌های علائمی وجود نداشته باشد.

- **سینوزیت مزمن**: سینوزیتی است که چه با درمان، چه بدون درمان 12 هفته یا بیشتر طول بکشد.

عوامل مستعد کننده

سینوزیت باکتریایی اغلب مولتیفاکتوریال است ولی شایعترین عوامل مستعدکننده آن، عفونتهای ویروسی مجاری تنفسی فوقانی و آلرژی هستند. به طور کلی ۵ عامل به عنوان موارد مستعدکننده سینوزیت شناخته شده اند:

1. بیماریها (عفونتهای تنفسی، رینیت آلرژیک، فیروز کیستی، ضعف ایمنی، سندرم وگنر و سندرم کارتاژنر)
2. محرکها (دود سیگار، آلودگی هوا، کلر)
3. عوامل آناتومیکی (انحراف سپتوم بینی، هیپرتروفی آدنوئیدال، مژکهای بدون تحرک، پولیپ، تومور و جسم خارجی)
4. داروها (استفاده بیش از حد از داروهای ضداحتقان و سوء مصرف کوکائین)
5. تروما (جراحیهای دندان و شیرجه زدن)

جدول ۱: سینوزیت باکتریایی در کودکان

تظاهرات شایع	تظاهرات شدید*
<ul style="list-style-type: none"> • علائم پایدار عفونت مجاری تنفسی فوقانی بدون بهبود پس از ۱۰ تا ۱۴ روز همراه با هر دو مورد: • ترشحات چرکی بینی و • کسالت ادامه یافته • تب یا بدون • تب • سرفه • تحریک پذیری • لتارژی • درد صورت 	<ul style="list-style-type: none"> • کودک شدیداً بدحال با: • تب ۳۹ درجه یا بیشتر (مقاوم به درمان با دوز مناسب تب-برها) • ترشحات چرکی بینی • معمولاً همراه با • سرفه • سردرد • تورم صورت • تندرns سینوس <p>*توجه: تظاهر نامعمول تر در کودکان - با شک قوی به عوارض اینتراکرنیال / چرکی</p>

جدول ۲: سینوزیت باکتریایی در بزرگسالان

تظاهرات شایع	دیگر تظاهرات همزمان
<ul style="list-style-type: none"> • علائم پایدار عفونت مجاری تنفسی فوقانی بدون بهبود پس از ۱۰ الی ۱۴ روز یا با بدتر شدن پس از ۵ روز همراه با هر دو مورد: • احتقان بینی / ترشحات چرکی بینی و • درد صورت • تب یا بدون • تب • دندان درد • تورم صورت 	<ul style="list-style-type: none"> • سردرد • تنفس بدبو • هیپوسمی / آنوسمی • درد / فشار / احساس پری در گوش • خستگی • سرفه • درد صورت که با خم شدن بطرف جلو بدتر می شود

اقدامات تشخیصی

- کشت نازال یا نازو فارنجیال به دلیل ارتباط ضعیف با پاتولوژیهای سینوسها توصیه نمیشود.
- تصویربرداری سینوسها با اشعه X یا CT اسکن در تشخیص سینوزیت به طور روتین توصیه نمی شود.
- رادیوگرافی با اشعه X در کودکان توصیه نمیشود؛ همچنین در بزرگسالان ممکن است تنها نقش بسیار محدودی در تأیید تشخیص بالینی داشته باشد.
- MRI برای تشخیص سینوزیت کمک کننده نمیباشد
- بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن را از نظر آلرژی بررسی کنید.

پیشگیری

-درمان مناسب آلرژی و عفونتهای ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی ممکن است از ایجاد سینوزیت جلوگیری کند.

-فاکتورهای محیطی که سینوسها را تحت تاثیر قرار میدهند عبارتند از: دود سیگار، آلودگی محیط، شناکردن در آب آلوده و ترومای ناشی از تغییر فشار (barotrauma) مثلاً هنگام شیرجه زدن در آب .

اهداف درمانی سینوزیت

- بهبود نشانه‌های بیماری
- کاهش خطر بروز عوارض سینوزیت
- کاهش خطر عود بیماری
- کاهش بروز موارد سینوزیت مزمن
- درمان کامل عفونت

آموزش به بیماران و تجویز داروهای کمکی

به بیمار آموزش دهید تا اقدامات زیر را برای کاهش علائم انجام دهد:

۱. اقدامات خانگی

- بیماران باید از مقدار کافی مایعات استفاده کنند (نوشیدن حدود ۶ تا ۱۰ لیوان مایعات در روز برای رقیق کردن ترشحات توصیه میشود).
- دوش آب گرم (با بخار فراوان) و یا افزایش رطوبت منزل
- استفاده از کمپرس گرم روی صورت (پارچه‌های اتو شده گرم، شیشه‌های حاوی آب گرم و یا بسته‌های ژل مخصوص) به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه ۳ بار در روز یا بیشتر
- استراحت به میزان کافی
- بالا آوردن زیر سر در هنگام خواب
- اجتناب از کشیدن سیگار
- اجتناب از هوای خیلی سرد یا خشک
- شستشو با محلول سالین نرمال (برای این کار میتوان از محلولها و اسپریهای سالین که به صورت آماده در دسترس هستند استفاده نمود و یا محلول مشابه را در منزل تهیه کرد).
- محلول ساختنی (یک چهارم قاشق چایخوری نمک را در یک فنجان آب حل کرده و برای شستشو از یک سرنگ یا قطره چکان استفاده کنید).

- قطره‌ها و اسپریهای سالین که به صورت تجاری در دسترس قرار دارند.
- استفاده از ضددردهای رایج (مانند استامینوفن، ایبوپروفن) در بیمارانی که با درد یا افزایش درجه حرارت مراجعه کرده‌اند، توصیه میشود.
- بهتر است مصرف این داروها تا زمان وجود درد یا تب ادامه پیدا کند.
- استفاده از آنتی بیوتیک را برای بیماران زیر توصیه کنید.
- تداوم علائم (معمولاً بیش از ۷ روز)
- علائم شدید (ترشحات فراوان چرکی از بینی، درد صورت و علائم سیستمیک)
- وخیم تر شدن واضح علائم بالینی
- ✓ در صورت تجویز آنتی بیوتیک برای بیمار، به او توصیه کنید چنانچه علائم در عرض ۷۲ ساعت بهبود پیدا نکرد و یا علائم عدم تحمل آنتی-بیوتیک (مانند استفراغ) ظاهر شد، مجدداً مراجعه کند.

منابع

راهنمای جامع اتاق عمل
پرستاری داخلی - جراحی برونر و سودارث
اصول طب داخلی هاریسون
اینترنت