

در این شماره می خوانیم:

از ccu چه خبر؟! (بخش اول آریتمی های قلبی)

اوتیسم

ناباروری مردانه

تشنج قلب یا AF

لکنت

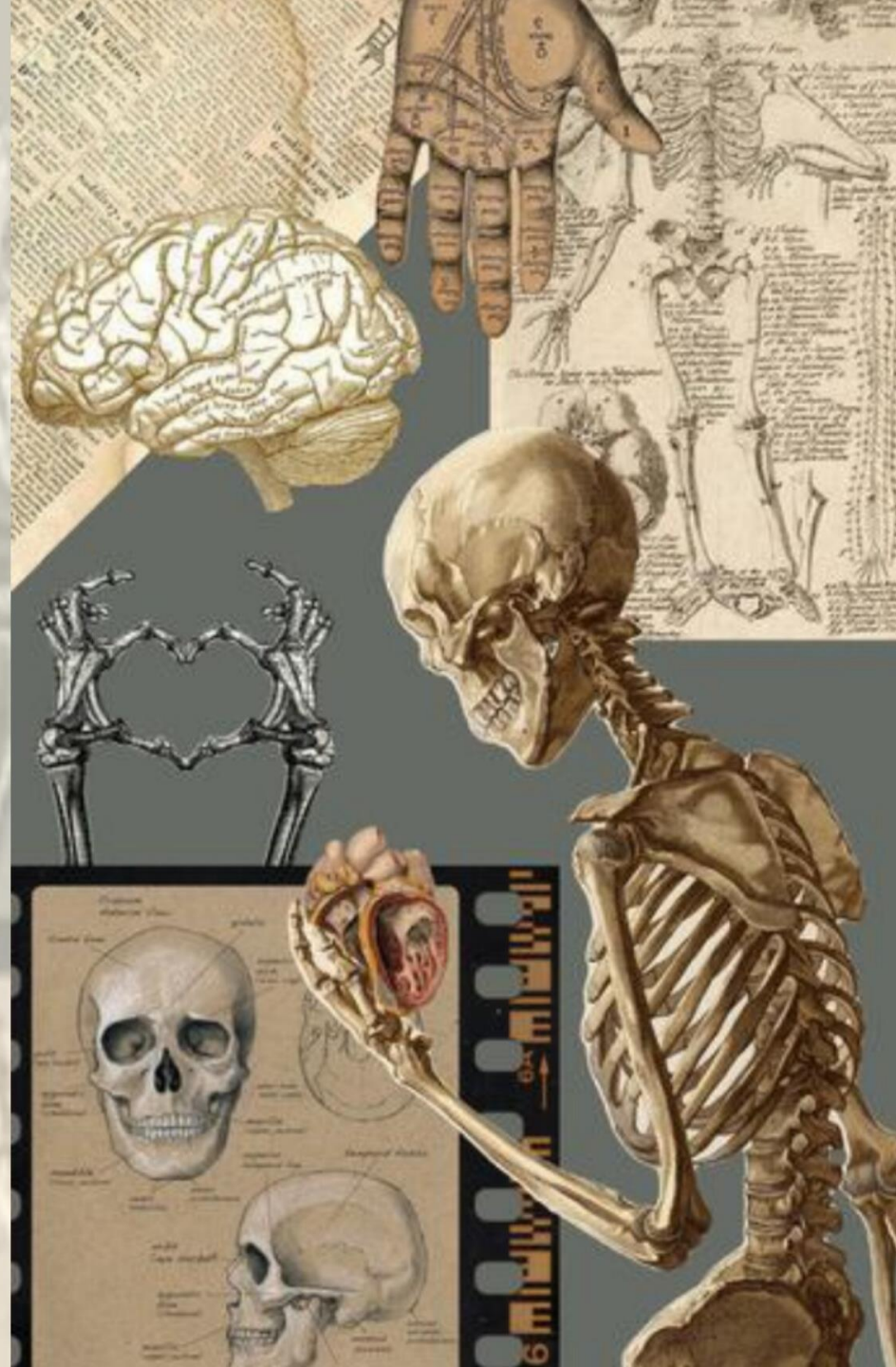
راینوپلاستی

آپاندیسیت

نانوپزشکی

بی حسی

پارکینسون



reflection

انعکاس

فصلنامه دانشجویی

شماره پنجم

اسفند ۱۴۰۲



اول دفتر به نام ایزودانا

صانع و پروردگار حی و توانا



✓ نشریه علمی، اجتماعی انعکاس

✓ دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی اراک

✓ شماره پنجم، زمستان ۱۴۰۲

📌 راه‌های ارتباطی: کانال تلگرام دفتر استعدادهای درخشان

دانشگاه علوم پزشکی اراک

@ araktalented

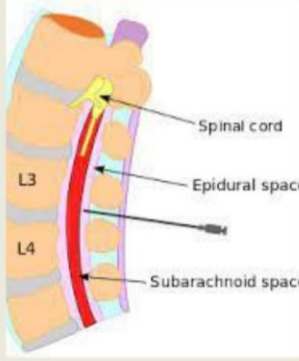


صاحب امتیاز
دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی اراک
مدیر مسئول
مرحان مهلوجی
سر دبیر
مرحان مهلوجی
ویراستار
مرحان مهلوجی
طراح جلد و صفحه‌آرا
آلیس انصاری کیان
گروه نویسندگان به ترتیب: درود انصاری
آیدا انصاری کیان، آلیس انصاری کیان،
حمیده توحیدی، امیر حسین ثانی،
سید حسین حسینی، امیر حسین صفری،
غزل کشاورزبان، آلیس کلاشری،
شهریار گهری، رضا نیروزی

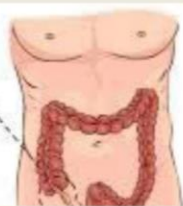
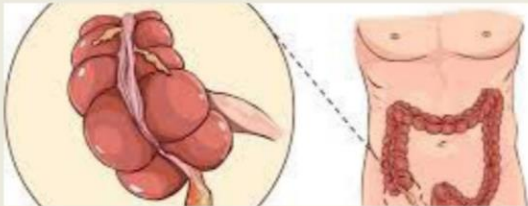
به پنجمین شماره از انعکاس

خوش آمدید! ^_^

«فهرست»



انعکاس



reflection

- ۴
- ۵
- ۱۰
- ۱۱
- ۱۲
- ۱۵
- ۱۶
- ۱۷
- ۲۰
- ۲۱
- ۲۲

سخن آغازین
از ccu چه خبر؟! (بخش اول آریتمی های قلبی)

اوتیسم

ناباروری مردانه

تشنج قلب یا AF

لکنت

راینوپلاستی

آپاندیسیت

نانوپزشکی

بی حسی

پارکینسون



به نام آن که هستی نام از او یافت
فلک جنبش، زمین آرام از او یافت

در کنار لطف، حمایت و توجه همیشگی شما مخاطبان نشریه علمی اجتماعی انعکاس، پنجمین نسخه از این نشریه را در حالی منتشر کردیم که قریب به یک سال از انتشار آخرین شماره آن گذشته است؛ و از اینکه می‌توانیم باری دیگر مهمان ذهن و فکر شما باشیم و به تعامل با هم پردازیم، بسیار خوشحالیم! در این شماره از نشریه، قصد داریم تا وارد دنیای اعجاب انگیز پزشکی شویم و در کنار هم، به کسب اطلاعات مفیدی درباره موضوعات مختلف، پردازیم.

برای شروع، وارد بخش CCU و آریتمی های قلبی می‌شویم و گریزی به نوع شایع آن، یعنی آریتمی AF می‌زنیم و سپس درباره ی بیماری های مختلفی نظیر آپاندیسیت، پارکینسون، ناباروری های مردانه و اوتیسم می‌پردازیم؛ همچنین در این شماره از نشریه، اشاره ای به بی حسی های اسپینال و اپی دورال، به عنوان بخشی از علم بیهوشی، و همچنین صحبتی درباره ی مهم ترین و متداول ترین اختلال تکلمی، یعنی لکنت زبان نیز خواهیم داشت. صحبت کردن از علم نانوپزشکی که یک علم نوین و پرکاربرد و

صدالبته شگفت انگیز است نیز، می‌تواند جزو بخش های پرهیجان و جالب این نشریه باشد.

از هر چه که بگذریم؛ بحث درباره ی عمل های زیبایی، خصوصاً رینوپلاستی یا عمل جراحی بینی، که به مورد توجه ترین موضوع عصر حاضر، چه در میان خانم ها و چه در میان آقایان، بدل شده است نیز، بسیار جالب خواهد بود؛ که در قسمتی از این نشریه، به بیان آن می‌پردازیم. در آخر، امیدواریم تا این شماره از نشریه، مورد توجه و رضایت شما مخاطبان همراه و عزیز قرار بگیرد و ما را بیش از پیش خرسند سازد!

با تشکر

مرجان مهلوجی - مدیر مسئول نشریه ی علمی - اجتماعی انعکاس



از CCU چه خبر؟ آریتمی ها (قسمت اول)

مفتخر هستیم با سری مجموعه (از CCU چه خبر؟) خدمت شما عزیزان باشیم . در بخش اول این مجموعه به بررسی دارو های ضد آریتمی که از دارو های اساسی مورد استفاده در بخش CCU می باشند، می پردازیم. قسمت اول بخش اول را به طور کامل به دو داروی لیدوکائین و پروکائین امید اختصاص داده ایم.

برگرفته از کتاب دارو های ژنریک ایران

رضا نوری _ دانشجوی پرستاری





راه مصرف و دوزاژ

بالغین: 100mg از راه تزریق آهسته وریدی، هر 5 دقیقه تجویز می شود (سرعت تزریق نباید بیش از 25-50 mg/min باشد)، تا زمانی که دیس ریتمی ها از بین برود، یا عوارض جانبی ایجاد شود و یا در مجموع 1gr پروکائین آمید تجویز شود.

وقتی دیس ریتمی ها از بین رفت 2-6 mg/min از راه انفوزیون مداوم وریدی تجویز می شود. دوز ابتدایی موثر بین 500-600 mg است. اگر دیس ریتمی مجدداً ایجاد شد، باید دوز بولوس را مطابق دستور فوق تکرار کرد و سرعت انفوزیون را افزایش داد.

روش دیگر: 0.5-1 gr از راه عضلانی هر 4-8 ساعت تا زمانی که درمان خوراکی شروع شود، تزریق کرد.

دوز ابتدایی در فیبریلاسیون دهلیزی (AF) یا تاکیکاردی پاروکسیسمال (حمله ای) دهلیزی:

بالغین: 1-1.25 gr از راه خوراکی تجویز می شود. اگر دیس ریتمی بعد از یکساعت هنوز وجود داشت، 750mg دیگر تجویز می شود. اگر تغییری ایجاد نشد، میتوان تا زمانی که دیس ریتمی از بین برود یا عوارض جانبی ایجاد شود، 0.5-1 gr از راه خوراکی هر دو ساعت تجویز نمود.

دوز ابتدایی در تاکی کاردی بطنی (VT):

بالغین: 1 gr از راه خوراکی تجویز می شود. دوز نگهدارنده روزانه 50 mg/kg از راه خوراکی، منقسم با فواصل 3 ساعت است.

در هیپرترمی بدخیم:

بالغین: 200-900 mg از راه انفوزیون وریدی تجویز می شود.

پروکائین آمید

(PROCAINEAMID HCL)

✓ این دارو از مشتقات پروکائین است که در دسته دارو های ضد آریتمی بطنی و ضد آریتمی های فوق بطنی قرار می گیرد.

✓ پروکائین آمید در رده C، در طبقه بندی مصرف در حاملگی قرار دارد.

اندیکاسیون

در انقباضات زودرس بطنی (PVC)، تاکیکاردی های بطنی (VT)، فیبریلاسیون و فلوتر دهلیزی (Atrial flutter) مقاوم به کینیدین و در تاکیکاردی پاروکسیسمال (حمله ای) دهلیزی مورد استفاده قرار می گیرد.





توجهات بالینی

با معده خالی مصرف شود.

در خلال تجویز وریدی، EKG (نوار قلب) و فشار خون بیمار را کنترل کنید. (یکی از عوارض دارو هیپوتانسیون شدید است.)

در صورت بروز آریتمی، اثرات شدید سمی، پهن شدن قطعه QRS (بیش از 50%)، طولانی شدن قطعه PR و کاهش بیش از 15 mmhg در فشار خون، تجویز وریدی را متوقف کنید.

یکی از عوارض خطرناک و کشنده این دارو، تاکی کاردی بطنی (VT) است.

آموزش به بیمار/خانواده

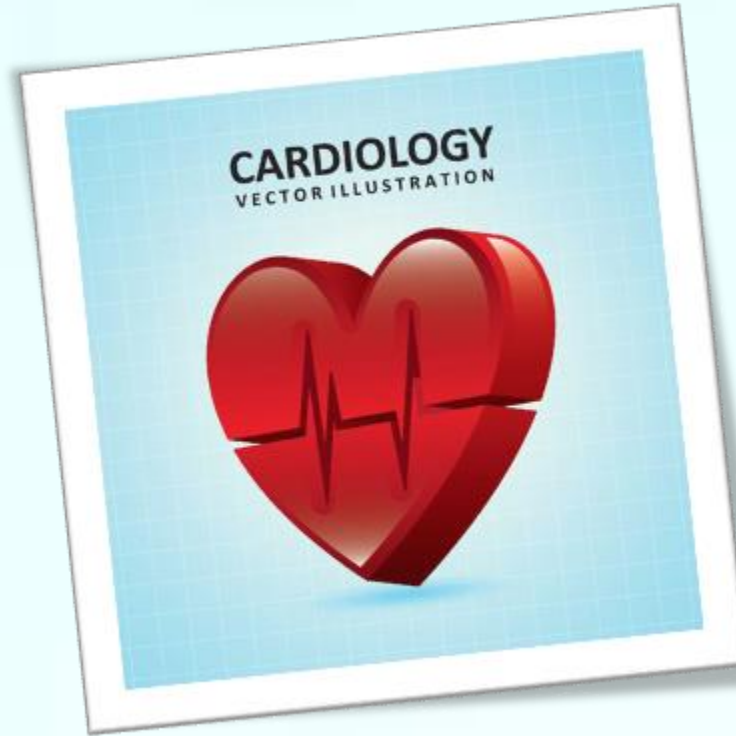
به بیمار و خانواده اش روش صحیح اندازه گیری نبض را آموزش دهید و توصیه کنید تغییر در تعداد و ریتم ضربانات قلب را به پزشک گزارش دهد.

مصرف پروکائین امید سبب سرگیجه می شود. به بیمار توصیه کنید تا مشخص نشدن تاثیر دارو از رانندگی و سایر امور مورد نیاز به هوشیاری خودداری کند.

مصرف این دارو در دوره شیردهی ممنوع است، چون دارو در شیر ترشح شده وجود دارد.

مکانیسم اثر

اثر ضدآریتمی: این دارو با اثر مستقیم روی عضله قلب، اثر دپرس کننده عضله میوکارد را دارد و موجب کاهش تحریک پذیری، سرعت هدایت و خودکاری همراه با طولانی شدن دوره تحریک ناپذیری می شود.



کنتراندیکاسیون ها و موارد احتیاط:

کنتراندیکاسیون ها: در

1. بلوک کامل گره AV (دهلیزی-بطنی) 2. طولانی شدن زمان QT و یا کمپلکس QRS 3. مسمومیت با دیگوکسین 4. بیماران مبتلا به TORSADES DE POINTES 5. میاستنی گراو 6. حساسیت نسبت به این دارو و پروکائین

موارد احتیاط: در

1. بلوک ناکامل گره AV (دهلیزی-بطنی) و BBB (بلوک شاخه ای) 2. نارسایی احتقانی قلب (CHF) 3. اختلال عملکرد کلیه و کبد (متابولیت های این دارو از طریق ادرار دفع می شود).



✓ لیدوکائین دارای انواع مختلف و دوز های متفاوتی است. داروی لیدوکائینی که در CCU استفاده می شود، Lidocaine HCL می باشد.

✓ این نوع لیدوکائین در رده B در بارداری قرار دارد.

اندیکاسیون

✓ این نوع دارو در آریتمی بطنی متعاقب از انفارکتوس حاد میوکارد، درمان VF (فیبریلاسیون بطنی) و VT (تاکیکاردی بطنی) بدون نبض، درمان VT ضربان دار و انواع SVT (تاکیکاردی فوق بطنی)، مسمومیت با دیگوکسین و جراحی قلب و یا در استفاده از کاتتر های قلبی بکار می رود.

راه مصرف و دوزاژ

بالغین و کودکان: 1 mg/kg به عنوان دوز حمله ای با سرعت 25-50 mg/min از راه وریدی تزریق می شود که در صورت نیاز می توان این دوز را 5 دقیقه بعد تکرار کرد. معمولاً بعد از تجویز دوز حمله ای 0.02-0.05 mg/kg یا 1-4 mg در دقیقه از راه انفوزیون مداوم وریدی تجویز می شود. حداکثر دوزاژ بالغین 300 mg (حدود 4 mg/kg) در هر دوره یک ساعته می باشد.

نکته: در Cardiac Arrest (ایست قلبی)، در صورت عدم وجود آمبودارون می توان از لیدوکائین 1-1.5 mg/kg با تکرار هر 5 تا 10 دقیقه تا سقف دوز 3 mg/kg استفاده نمود.

نکته:

آموزش بیمار/خانواده: چون ممکن است مصرف دارو سبب خواب آلودگی و سرگیجه شود، به بیمار توصیه کنید جهت حرکت و انتقال به محل دیگر از دیگران کمک بگیرد.

مکانیسم اثر

اثر ضد ریتمی بطنی: با اثر مستقیم بر روی شبکه پورکینژ (شبکه ساب اندوکاردیال سلول های هدایتی)، سبب کاهش دیپلاریزاسیون (تحریک خودکاری و تحریک پذیری بطنی در خلال مرحله دیاستول) (استراحت) می شود.

اثر بیحس کننده موضعی: مهار شروع و هدایت ایмпالسهای عصبی (انتقال روند دیپلاریزاسیون) از طریق کاهش نفوذپذیری غشای سلول عصبی نسبت به سدیم



کنتر اندیکاسیون

1. سندرم Stokes_Adams
2. بلوک شدید گره SA
3. حساسیت (دهلیزی-دهلیزی-بطنی) و بطنی
4. التهاب یا عفونت در محل تزریق
5. دفورمیتی (تغییر شکل غیرطبیعی) اسپاینال
6. بیماری های عصبی

احتیاطات مورد نیاز برای تجویز

- در
1. بیماران مسن، ناتوان و شدیداً بدحال
 2. شوک شدید
 3. بلوک پاراسرویکال
 4. سندرم ولف-پارکینسون-وایت
 5. برادی کاردیا (کاهش ضربان قلب)
 6. بلوک ناکامل قلبی
 7. فیبریلاسیون دهلیزی (AF)

تداخلات دارویی

مصرف این دارو، با داروهای فنی توئین، کینیدین، پروکائین آمید و پروپرانولول سبب تشدید تضعیف قلب و اثرات سمی دارو می گردد.

مصرف سایمتیدین و β Blockers به همراه لیدوکائین باعث کاهش متابولیسم و افزایش اثرات دارو می شود.

اتیسم چیست؟

بیماری اتیسم که پیش از سه سالگی بروز میکند یکی از اختلالات فراگیر رشدی است که در این اختلال رشدی مهارت‌های زبانی، گفتاری، ارتباطی رفتاری و اجتماعی با تاخیر و بصورت انحرافی انجام میگیرد. اتیسم به وضوح یک اختلال ژنتیکی پیچیده انسانی است که شامل تعامل بین ژن‌ها و محیط است. شیوع اتیسم، در سراسر جهان حدود 1٪ است. اتیسم بیشتر مردان را تحت تأثیر قرار می‌دهد تا زنان. تشخیص و درمان این اختلال نیاز به همکاری گروهی از متخصصین شامل روانپزشک اطفال، گفتار درمانگر، کار درمانگر و روانشناس کودک دارد.

ویژگی‌های ارتباطی کودکان اتیستیک

! کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم از همان ماه‌های ابتدای زندگی، به نام خود واکنش نشان نمی‌دهند.
! افراد مبتلا به اتیسم که در تولید گفتار مشکل دارند، از طریق تقلید یا حرکات و اشارات آن را جبران نمی‌کنند.
! این کودکان دارای رفتارهای عودکننده، کلیشه‌ای و غیر عادی اند یا اینکه دارای علایق محدود خاص حرکتهای تکراری و کلیشه‌ای و اختلالاتی در پردازش حسی اند، که بر رفتار آنها تأثیر گذار است.
! کودک مبتلا به اتیسم ممکن است بتواند یک ترانه با یک جمله در یک فیلم یا کارتون را حفظ کند و بدون کم و کاستی آن را دائما بیان کند، اما نمی‌تواند از آن در گفتار در زندگی روزمره خود استفاده کند.
! توجه مشترک، در کودک مبتلا به اتیسم درگیر مشکلات اساسی است و این اختلال در توجه مشترک که مقدمه‌ای بر توانایی تقلید و سپس مهارت‌های یادگیری کودک است، تأثیر مستقیم دارد.
! کودک اتیستیک، دچار نواقصی در تعاملات اجتماعی است. آنها نمی‌توانند ارتباطات اجتماعی را از طریق کلامی یا غیر کلامی (لبخند اجتماعی، تقلید، ارتباط چشمی) مدیریت کنند.
! کودکان مبتلا به اتیسم، دارای مشکلات مشابهی هم در گفتار و هم در درک گفتار اند و هرچه درک گفتار ضعیف‌تر باشد پیش‌آگهی بدتری میتوان از کودک اتیستیک دریافت نمود.

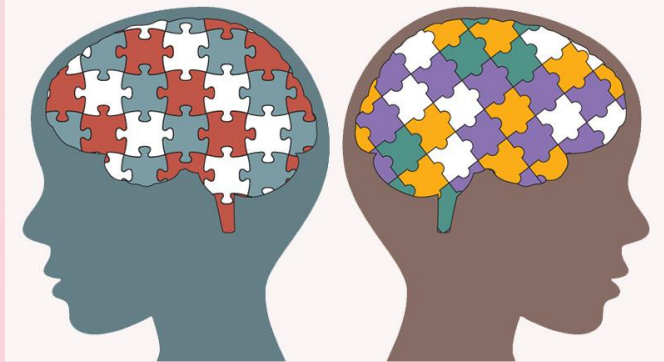


نکاتی برای درمان

برای کودک مبتلا به اتیسم، از بیان استعاری اجتناب کرده و انتظاراتتان را ساده و روشن سازید.
برای کودک مبتلا به اتیسم، از یک حوزه‌ی مورد علاقه، یک دلبستگی یا یک استعداد خاص برای ارتباط برقرار کردن با کودک، بهبود مهارت‌های تحصیلی و افزایش توجه استفاده کنید.
در مورد کودک مبتلا به اتیسم، از عوامل باز دارنده محیطی، مانند نورهای روشن و صدا های بلند که ممکن است مانع یادگیری یا آرامش شوند، آگاه باشید.
برای کودک مبتلا به اتیسم از فن‌آوری‌ها مانند تلویزیون، سی‌دی و کامپیوتر استفاده کنید.

آیدا انصاری کیان
دانشجوی گفتار درمانی
برگرفته از Asha

اتیسم

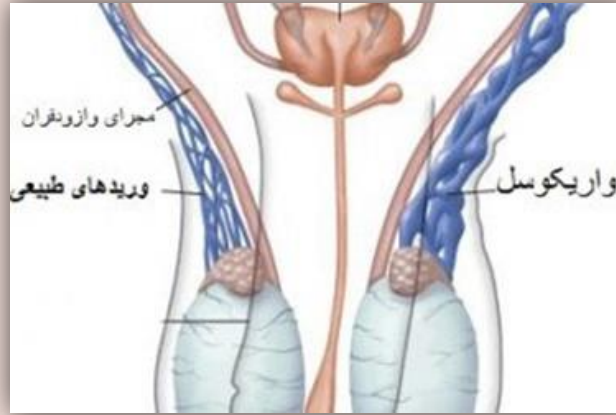


ناباروری مردان

ناباروری یک بیماری سیستم تولید مثلی است که با عدم موفقیت در بارداری بالینی پس از 12 ماه یا بیشتر از مقاربت جنسی محافظت نشده منظم تعریف می شود. ناباروری بخش قابل توجهی از جمعیت را تحت تاثیر قرار می دهد. مشکل ناباروری همواره یکی از چالش های اصلی پزشکی باروری بوده است.

علت

دلایل ناباروری در زنان یا مردان متفاوت است. تقریباً 85 درصد از زوج های نابارور علت قابل شناسایی دارند. شایع ترین علل ناباروری اختلال در تخمک گذاری، ناباروری با عامل مردانه و بیماری لوله های رحمی است. 15 درصد باقی مانده از زوج های نابارور «ناباروری غیرقابل توضیح» دارند. سبک زندگی و عوامل محیطی مانند سیگار کشیدن و چاقی می توانند بر باروری تاثیر منفی بگذارند. ناباروری مردان دلایل مختلفی دارد، و این دلایل از جهش ژنتیکی گرفته تا انتخاب سبک زندگی تا بیماری های پزشکی یا داروهای مصرفی را شامل می شود. اما به طور کلی ناباروری مردان به سه دسته تقسیم می شود: بیماری هیپوتالاموس هیپوفیز که باعث هیپوگنادیسم ثانویه (کم کاری غده جنسی به دلیل کمبود هورمون های تحریک کننده) می شود، انسداد خروجی منی (معمولاً آزواسپرمی انسدادی، OA نامیده می شود) و اختلال عملکرد بیضه (که ممکن است با هیپوگنادیسم اولیه همراه باشد). آزواسپرمی به عنوان عدم وجود اسپرم در انزال تعریف می شود. تقریباً 1 درصد از مردان را تحت تاثیر قرار می دهد و شدیدترین تظاهرات نارسایی بیضه است. شایع ترین علت آزواسپرمی غیر انسدادی نارسایی اولیه بیضه است، تشخیصی که نیاز به سطح سرمی تستوسترون تام و FSH و آزمایشات بعدی بر اساس نتایج اولیه

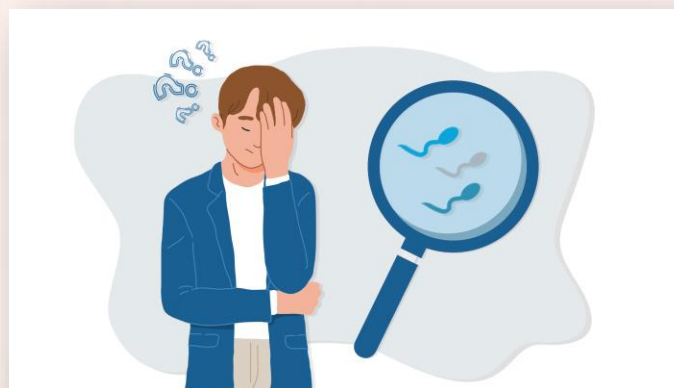


لویین و همکاران، در سال 2017، مطالعه ای را منتشر کردند که نشان دهنده کاهش غلظت اسپرم در ایالات متحده و سراسر جهان بود. علت شناسایی این یافته های کاهش تعداد اسپرم دشوار است، اما ممکن است تا حدی به دلیل افزایش نرخ اضافه وزن و مردان چاق در سنین باروری باشد. علاوه بر این، قرار گرفتن در معرض آفت کش ها و استفاده غیرقانونی از مواد مخدر و تنباکو نیز می تواند دخیل باشد، اگرچه هیچ رابطه علی بین این رفتارها و کاهش پارامترهای اسپرم در حال حاضر وجود ندارد. اختلالات فیزیولوژی مردانه، مانند غلظت کم تستوسترون یا تعداد کم اسپرم، در 35 درصد از زوج های نابارور رخ می دهد. از دیگر دلایل ناباروری در مردان چاقی است که احتمالاً به دلیل تغییرات هورمونی ثانویه می باشد. در یک مطالعه کوهورت گذشته نگر بینیک و همکاران رابطه معکوس بین شاخص توده بدنی (BMI) و تستوسترون، نسبت تستوسترون به استرادیول، حجم انزال و غلظت اسپرم نشان دادند. نویسندگان همچنین میزان بالاتری از آزواسپرمی و اولیگواسپرمی (کمبود اسپرم) را در بین مردان چاق (به ترتیب 12.7 و 31.7 درصد) در مقایسه با مردان با وزن طبیعی (9.8 درصد و 24.5 درصد) گزارش کردند. سن بالا مدت ها است که تاثیر منفی بر باروری دارد. شواهد معاصر تأیید می کنند که مردان مسن تر پارامترهای مایع منی بدتر، نتایج باروری ضعیف تر با بارداری بدون کمک و افزایش خطر مشکلات سلامتی در فرزندانشان دارند. واریکوسل، وریدهای غیرطبیعی متسع و پرپیچ و خم در شبکه پامپینی فرم، یکی از علل شایع ناباروری مردان است.

شیوع

تشخیص

شیوع ناباروری اولیه در بین زوجین 13.2-17.3 درصد است و تخمین زده می‌شود که ناباروری زوجین بر 72.4 میلیون نفر در سراسر جهان تأثیر بگذارد. علاوه بر این، WHO تخمین می‌زند که 9 درصد از زوج‌ها در سراسر جهان با مسائل باروری دست و پنجه نرم می‌کنند و عامل مردانه 50 درصد از ناباروری زوج‌ها را تشکیل می‌دهد. ناباروری مردان یک وضعیت چند عاملی است که نیاز به درک صحیح و آگاهی از تغییرات جغرافیایی و عوامل مرتبط با آن به ویژه در رابطه با عوامل ژنتیکی دارد. در این چشم انداز، اطلاعات مربوط به داده های جهانی در مورد ناباروری قابل ذکر است. برای مثال، حدود 5 تا 6 درصد از مردان در آمریکای شمالی، 8 درصد در استرالیا و 7.5 درصد در اروپا نابارور هستند. در مقابل، نرخ ناباروری در شمال آفریقا، جنوب صحرای آفریقا، و شرق اروپا و کشورهای خاورمیانه در مقایسه با آمریکای شمالی، استرالیا و اروپا بیشتر است. در کشورهای خاورمیانه از جمله مصر، قطر و عربستان سعودی، ناباروری مردان در حال افزایش است. در مطالعه ای در ایران نشان داده شد که میانگین شیوع ناباروری در طول زندگی در ایران 9/10 درصد است و 3/3 درصد از جمعیت کشور ناباروری فعلی دارند. در مطالعه دیگری توزیع ناباروری ناشی از عوامل مردانه بین 20-70 درصد و درصد مردان نابارور از 5/2 تا 12 درصد گزارش شده است. شواهد نشان می‌دهد که ناباروری مردان در برخی از جمعیت ها افزایش یافته است.



امیرحسین صفری_دانشجوی پزشکی

برگرفته از مقاله ی واریکوسل و ناباروری مردانه ۲۰۱۷

Christian Fuglesang

و مقاله ی تشخیص و اداره ی ناباروری ۲۰۲۱

Sandra Ann Carson, MD,

و مقاله ی روش های اثبات شده و اثبات نشده برای تشخیص

و درمان ناباروری ۲۰۲۰

Marian Szamatowicz

درمان

راهکار های متفاوتی با توجه به علت ناباروری مردان برای درمان آن وجود دارد. مردان مبتلا به هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک اغلب با داروهای مشابه گنادوتروپین (هورمون محرک فولیکول (FSH) و گنادوتروپین جفتی انسانی درمان می شوند. تستوسترون در درمان ناباروری مردانه جایی ندارد، زیرا درمان با تستوسترون باعث سرکوب اسپرماتوژنز می شود. نقش جراحی های معمولی تولید مثل مردان با هدف بهبود یا رفع ناباروری عامل مردانه اخیراً در تلاشی برای گسترش اندیکاسیون های محدود آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. درمان جراحی ناباروری مردان اغلب زمانی نشان داده می شود که انزال نمی تواند ارائه شود (آسپرمی) یا زمانی که آزواسپرمی وجود دارد. انسداد در آزواسپرمی انسدادی (OA) در برخی موارد با جراحی قابل رفع است. طب سنتی به دلیل در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن، به ویژه در کشورهای غیرصنعتی، نقش زیادی در درمان دارند. با وجود پیشرفت های عمده در تکنیک های کمک باروری (ART)، طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی (WHO)، تقریباً 80 درصد جمعیت جهان به مراقبت های بهداشتی سنتی اعتماد دارند.



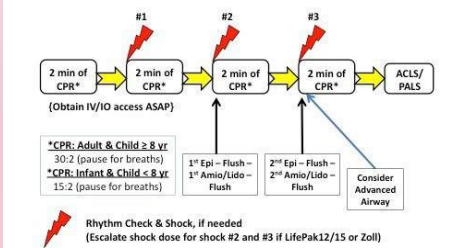
VF یا تشنج قلبی!

امیرحسین ثامنی_دانشجوی پرستاری

برگرفته از کتاب اصول مراقبت‌های ویژه
در •icu•ccu•دیالیز

نوشته ی حسین شیری_ ملاحظت نیکروان
مفرد

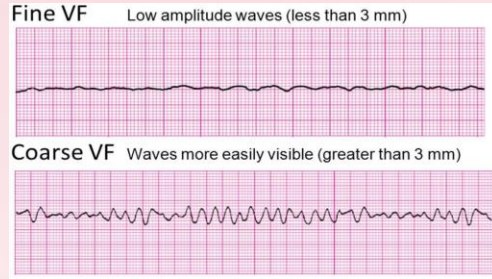




در صورت عدم تاثیر شوک، ماساژ و تنفس مصنوعی ادامه می یابد و طبق پروتکل CPR، از شوک های بعدی، اپی نفرین، آمیودارون و دیگر داروها استفاده می شود.

عملکرد شوک الکتریکی (دفیبریلاتور)

طی شوک الکتریکی، تمام سلولهای قلب همزمان دپولاریزه (فاز تحریک) شده و سپس بطور هماهنگ رپولاریز (فاز استراحت) میشوند و از فعالیت میافتند. این امر اجازه میدهد که بافت طبیعی ضربان ساز قلب، کنترل قلب را از سر گیرد. اگر شوک بیش از ۱۰ دقیقه به طول انجامد احتمال ادامه زندگی کاهش می یابد. ✓ هر یک دقیقه تاخیر در شوک برگشت VF را 7 تا 10 درصد کاهش میدهد. ✓ اگر ماساژ مناسب قلبی انجام شود این میزان به 3 تا 4 درصد کاهش میابد.



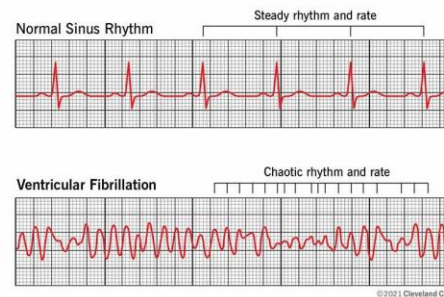
درمان

CPR برای بیمار انجام می شود. ابتدا برای بیمار از شوک دفیبریلیشن 200 ژول استفاده می شود.

- 1) شوک (آنسین کور نایز 200 ژول) + ماساژ + تنفس + یک میلی گرم اپی نفرین
- 2) شوک (آنسین کور نایز 200 ژول) + ماساژ + تنفس + یک میلی گرم اپی نفرین
- 3) شوک (آنسین کور نایز 200 ژول) + ماساژ + تنفس + یک میلی گرم اپی نفرین + آمیودارون 300 میلی گرم (2 آمپول) یا لیدوکائین یک و نیم میلی گرم / کیلوگرم. داروی آمیودارون و لیدوکائین مقاومت به VT را می شکانند.
- 4) شوک (آنسین کور نایز 200 ژول) + ماساژ + تنفس + یک میلی گرم اپی نفرین
- 5) شوک (آنسین کور نایز 200 ژول) + ماساژ + تنفس + یک میلی گرم اپی نفرین + آمیودارون 150 میلی گرم (یک آمپول) یا لیدوکائین 75 میلی گرم / کیلوگرم

تغییرات : EKG

اشکال مختلفی از امواج لرزشی بی قواره دیده می شود که امکان تشخیص موج P، کمپلکس QRS، و موج T وجود ندارد. به علت اینکه امواج با اشکال و ولتاژ مختلف می باشند گاهی VF با پارازیت اشتباه می شود. تعداد ضربان بطن تقریباً 350-500 تا در دقیقه می باشد که ممکن است به علت بی نظمی در EKG قابل شمارش نباشد. فیبیریلاسیون بطنی از نظر ارتفاع امواج در EKG به دو نوع خشن و نرم تقسیم می شود.



در صورتی که امواج فیبیریلاسیون بطنی بیش از ۲ میلیمتر ارتفاع داشته باشند به آن فیبیریلاسیون خشن یا coarse گفته میشود و اگر ارتفاع این امواج کمتر از ۲ میلیمتر باشد به آن فیبیریلاسیون لطیف یا fine میگویند.

entricular fibrillation فیبریلاسیون بطنی

فیبریلاسیون بطنی از خطرناک ترین اریتمی ها و یک ریتم سریع و نامنظم است که از دپولاریزاسیون (تحریک) نا هماهنگ عضله میوکارد ناشی میشود و در پی آن، بطن قادر به ادامه انقباض و پمپ خون نیست و برون ده قلبی برابر با صفر است، در صورتیکه بطور مستقیم به قلب نگاه کنیم لرزش بطن قابل مشاهده است (قلب لرزان). این ریتم بخودی خود بهبود نمی یابد و در صورتیکه دفیبریلاسیون (الکتروشوک) انجام نشود به مرگ منتهی خواهد شد. معمولاً در مرحله نهایی بیماریهای قلبی اتفاق می افتد. VF یکی از علل شایع مرگ قلبی ناگهانی می باشد.

شیوع VF در بیماران MI (سکته قلبی حاد قدامی) و RBBB (بلوک شاخه ای راست) در میان مردان شایعتر از زنان است.

80% موارد VF در 12 ساعت اول بعد MI (سکته قلبی) رخ میدهد. علل: سکته قلبی، پدیده R on T، مسمومیت دارویی، تحریک کاتترهای داخلی قلبی، هیپوکسمی و برق گرفتگی.

لکنت چیست؟



همه ما مواقعی داریم که راحت صحبت نمی کنیم. ممکن است به آنچه میگوییم « آه » یا « می دانی » اضافه کنیم . یا ممکن است یک صدا یا کلمه را بیش از یک بار بگوییم. به این موارد ناروانی می گویند.

افرادی که لکنت دارند ممکن است ناروانی های بیشتری داشته باشند و انواع مختلفی از ناروانی ها داشته باشند.

آنها ممکن است قسمت هایی از کلمات را تکرار کنند (تکرار ها) ، صدا را برای مدت طولانی (طولانی) بکشند، یا در بیرون آوردن کلمه (بلاک) مشکل داشته باشند.

لکنت بیش از یک ناروانی است.

لکنت ممکن است روز به روز تغییر کند؛ ممکن است زمان هایی داشته باشید که مسلط هستید و زمانی هایی که بیشتر لکنت دارید.

استرس یا هیجان نیز می تواند منجر به لکنت بیشتر شود.

برگرفته از کتاب گیتار



آیلین انصاری کیان_ دانشجوی گفتاردرمانی

علائم و نشانه های لکنت

انواع ناهماهنگی های زیر در هنگام لکنت رخ می دهد:

✓ تکرار های قسمتی از کلمه ✓ تکرار های یک هجای

کلمه ✓ کشیده گویی صداها ✓ مسدود کردن یا توقف

همچنین ممکن است متوجه رفتار های دیگری مانند تکان دادن سر یا پلک زدن شوید.

همچنین احساسات و نگرشها میتوانند بر لکنت تأثیر بگذارند:

✓ ناامیدی یا تنش میتواند باعث ایجاد ناروانی بیشتر

شود. ✓ هیجان زده بودن یا احساس عجله نیز میتواند ناهماهنگی ها را افزایش دهد.



علل لکنت

هیچ دلیلی برای لکنت وجود ندارد. علل احتمالی شامل موارد زیر

است: ✓ سابقه خانوادگی ✓ تفاوت های مغزی

همیشه نمی توانید بدانید که کدام کودکان به لکنت ادامه می دهند ، اما عواملی که ممکن است آنها را در معرض خطر قرار دهد:

✓ جنسیت: پسر ها ۴ برابر بیشتر از دخترها دچار لکنت میشوند . ✓ سنی که لکنت شروع شد: احتمال ادامه لکنت در کودکانی

که از 3 و نیم سالگی یا بعد از آن شروع به لکنت می کنند بیشتر است . ✓ الگوهای بهبود خانواده: کودکانی که اعضای خانواده

آنها همچنان به لکنت ادامه می دهند نیز احتمال بیشتری دارد که به لکنت ادامه دهند .

انواع لکنت زبان

✓ نوع اول یا Developmental : در کودکان زیر پنج

سال و خصوصا پسران دیده می شود. این اتفاق زمانی می افتد که آن ها در حال گسترش دادن مهارت زبانی خود هستند

و معمولا خود به خود برطرف می شود.

✓ نوع دوم یا Neurogenic: این مورد ناهنجاری های سیگنالی بین مغز و اعصاب یا عضلات دیده می شود.

✓ نوع سوم یا Psychogenic: بیماری بر بخشی از مغز اثر می گذارد که بر تفکر و استدلال حاکم است. به طور مثال

این اتفاق زمانی می افتد که کودکی از ترس دچار لکنت زبان شده یا به در عامیانه زبانش بند آمده باشد.

درمان لکنت

راه های مختلفی برای کمک به لکنت وجود دارد.

یک تیم درمانی معمولا شامل شما، فرزندتان، سایر اعضای خانواده و معلم فرزندتان می شود.

درمان به یک یا چند مورد از موارد زیر بستگی دارد: ✓ کودک

چقدر لکنت دارد ✓ نحوه واکنش کودک هنگام لکنت ✓ چگونه لکنت بر زندگی روزمره کودک تأثیر می گذارد ✓ واکنش دیگران به کودک در هنگام لکنت چگونه است ✓ سن فرزند

راینوپلاستی

راینوپلاستی یکی از انواع جراحی بینی است که جراح طی آن ساختار غضروف یا استخوان بینی را برای اصلاح ظاهر آن تغییر می‌دهد. آمار این جراحی در ایران در سال 99 از حداقل 20000 تا 80000 جراحی متغیر است. افراد ممکن است این عمل را برای ایجاد تغییرات زیر انجام بدهند:

نوک غیر معمول بینی، بینی کج، بینی پهن، بزرگی بینی، کوچکی بینی، بینی بلند، دارا بودن قوز در بینی، سوراخ‌های بزرگ بینی، افتادگی نوک بینی یا کم بودن زاویه بینی و لب، عدم قرینگی در بینی.

مراحل: بیهوشی، برش

جراحی زیبایی بینی به دو روش بسته و باز انجام می‌شود. در روش بسته، تمامی برش‌ها داخل بینی ایجاد می‌شود. در روش باز، برش در سراسر کلوملا (پوست نازک بین دو سوراخ بینی) زده می‌شود اکثر برش‌ها درون بینی ایجاد می‌شوند اما در برخی موارد، یک برش خارجی کوچک نیز نیاز است. با بکارگیری این روش‌ها، پوستی که استخوان‌ها و غضروف بینی را پوشانده، به آرامی بالا می‌آید و اجازه تغییر شکل ساختار بینی را به جراح می‌دهد..



شکل‌دهی مجدد ساختار بینی

اندازه یک بینی بزرگ ممکن است با حذف استخوان و غضروف کاهش یابد. گاهی اوقات ممکن است نیازمند پیوند غضروف باشیم. برای این منظور، بیشتر از غضروف تیغه میانی بینی استفاده می‌شود. گاهی هم از غضروف گوش یا به ندرت از بخشی از غضروف دنده می‌توان استفاده کرد.

تصحیح انحراف تیغه بینی

در صورتی که تیغه بینی انحراف داشته باشد، این انحراف می‌تواند صاف شود و برآمدگی‌های درون بینی برای بهتر شدن تنفس کاهش یابند.

بستن برش

هنگامی که ساختار زیرین بینی به شکلی مطلوب تغییر یافت، پوست بینی و بافت، بخیه شده و برش‌ها بسته می‌شوند. برای تغییر اندازه بینی ممکن است برش‌های اضافی در چین‌های طبیعی حفره‌های بینی ایجاد گردد.



اسپلینت یا گچ بینی

غزل کشاورزیان دانشجوی اتاق عمل
برگرفته از: تکنولوژی جراحی پلاستیک
وترمیمی لیلا ساداتی_بری و کهن جلد
دوم_ تکنولوژی جراحی الکساندر ENT، فک و صورت

دوره بهبودی

مرحله اول: بهبودی اولیه

ورم و کبودی قابل مشاهده بلافاصله بعد از عمل اتفاق می‌افتد. اثرات بعد از جراحی طی دو تا چهار هفته فروکش می‌کند و بیشتر بیماران بعد از دو هفته می‌توانند به سر کار خود برگردند. در این دوره توصیه می‌شود از کیسه یخ استفاده شود.

مرحله دوم: بهبودی طی زمان

بیشتر بیماران نتیجه نیمه نهایی جراحی خود را بعد از سه ماه مشاهده می‌کنند. در این زمان، تورم بینی تا حد زیادی خوابیده است اما نتیجه کامل تغییر شکل بینی بعد از یکسال از جراحی قابل مشاهده است.

مراقبت‌های بعد از عمل

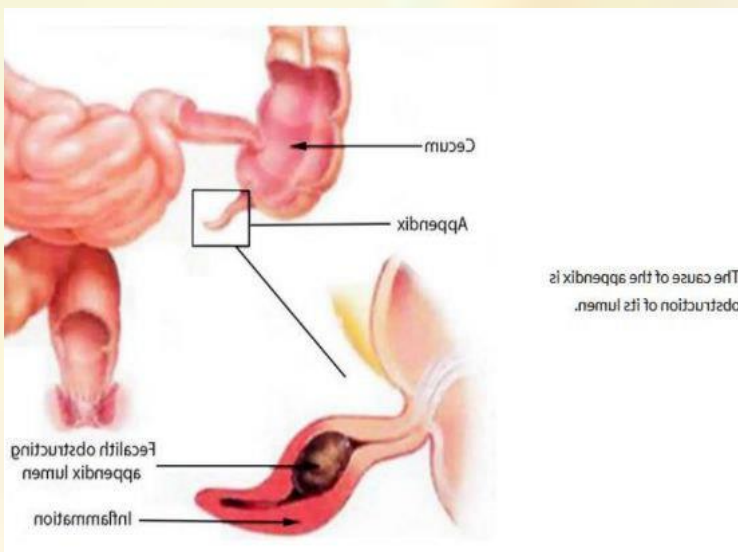
1. تا وقتی بیمار پک بینی دارد نمیتواند از طریق بینی نفس بکشد این موضوع باید به بیمار گفته شود.
2. پک بینی حدود 1 تا 3 روز بعد از عمل برداشته میشود.
3. باید از فین کردن خودداری کرد زیرا با فشار بر لوله استنشاق احتمال باز شدن برش و عفونت وجود دارد.
4. اهمیت مرطوب بودن هوا به بیمار گوشزد شود.
5. به دلیل وجود پک احتمال بروز برخی مشکلات وجود دارد.
6. از تمامی فعالیت‌های شدید اجتناب شود.
7. عفونت در محل برش، مشاهده قرمزی، ترشحات درد، گرم‌ماندن لمس، سختی تنفس بدون فعالیت و سختی در بلع و سرگیجه پایدار تا 24-48 ساعت جراحی گزارش شود.

عوارض:

1. خونریزی

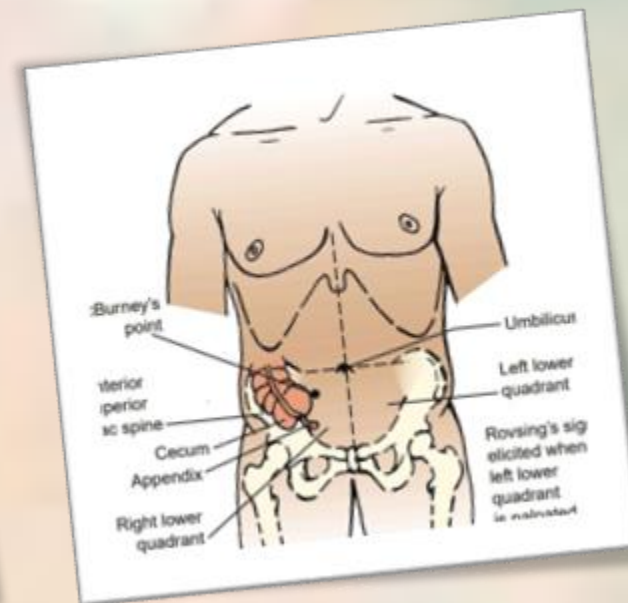
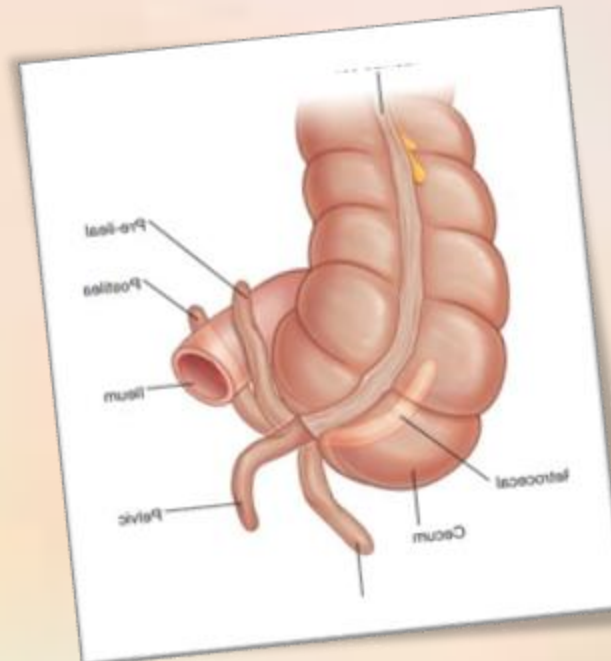
التهاب کرم کوچولوی لوله گوارش!

پاتوفیزیولوژی



آپاندیس (Appendix) زائده کوچک و کرمی شکلی به طول تقریبی 10 سانتی متر است و در انتهای سکوم (درزیردیچه ایلئوسکال) قرار گرفته است. قاعده آپاندیس در بخش خلفی داخلی جدار سکوم قرار دارد و تقریباً با نقطه مک برنی منطبق است ولی خود آپاندیس در افراد مختلف ممکن است که در موفقیت های مختلف قرارگیرد.

نقطه مک برنی (McBurney's point): حد فاصل بین یک سوم خارجی تا دو سوم داخلی خط فرضی حد فاصل بین خار قدامی فوقانی ایلیاک و ناف است.



آپاندیسیت به دنبال انسداد لومن آپاندیس ایجاد میگردد. علل انسداد لومن آپاندیس:

هایپرپلازی لنفونید: شایعترین علت انسداد (60%)؛ عفونت های ویروسی علت اصلی آن بوده و موجب علائم اولیه قبل از آپاندیسیت در افراد جوان میشود.

تجمع مواد مدفوعی (فکالیت) (35%)

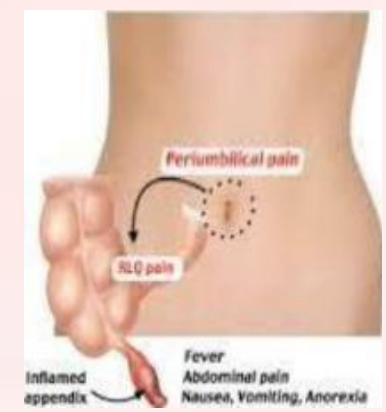
آپاندیس به طور مرتب با مواد موجود در روده ها پر و خالی میشود و با توجه به اینکه مجرای کوچکی دارد مستعد التهاب به دلیل گیر افتادن مواد موجود در آن است.

نکته: آپاندیسیت (Appendicitis) شایع ترین علت جراحی شکمی است.

در همه سنین میتواند اتفاق بیوفتد ولی بیشتر در سنین 5-35 سالگی اتفاق می افتد.

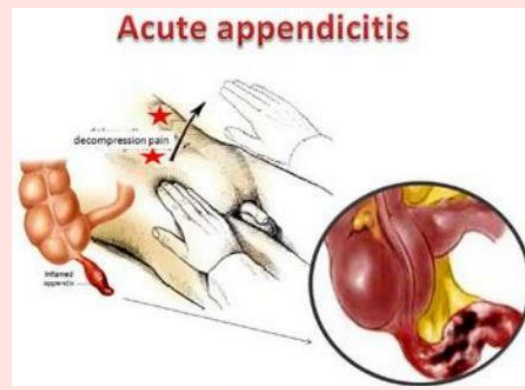
تظاهرات بالینی

✓ علائم طی چند ساعت و چند روز بروز میکند.



علائم: درد مبهم در ناحیه اپی گاستر یا اطراف ناف (این درد احشایی، مبهم و غیر موضعی است) سپس درد به حالت موضعی درمی آید و در نقطه مک بورنی، بیمار، درد تیز، مشخص و موضعی را حس میکند.

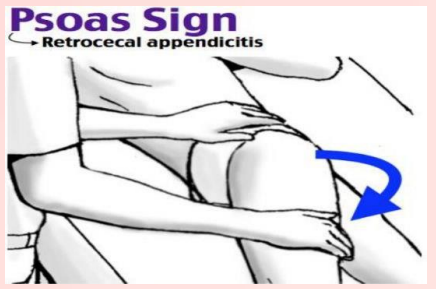
✓ تب خفیف ✓ تهوع و استفراغ (گاهی) ✓ کاهش اشتها ✓ بیوست. در صورتی که بیمار این علائم را داشت، نباید از ملین ها استفاده کرد زیرا احتمال پاره شدن آپاندیس و به دنبال آن پریتونیت وجود دارد. ✓ حساسیت در لمس نقطه مک بورنی در 50% بیماران ✓ حساسیت در لمس برگشتی (Rebound tenderness): تولید یا تشدید درد، همزمان با برداشتن ناکافی فشار (وقتی معاینه کننده روی ناحیه فشار می آورد، درد وجود ندارد اما وقتی فشار را بر میدارد درد ایجاد یا تشدید میشود.)



Rovsing sign: ایجاد فشار در ناحیه LLQ (ناحیه تحتانی چپ) باعث ایجاد درد در ناحیه RLQ (ناحیه تحتانی راست) میشود.



✓ ممکن است درد آپاندیسیت در نواحی دیگری هم حس شود؛ مثلا: اگر آپاندیس در پشت سکوم جمع شده باشد: درد و حساسیت هنگام لمس کمر وجود دارد. اگر نوك آپاندیس به سمت لگن رفته باشد: درد و حساسیت در معاینه رکتوم و هنگام دفع وجود دارد. اگر آپاندیس پاره شود: ایلئوس پارالیتیک (فلج روده) اتفاق می افتد.



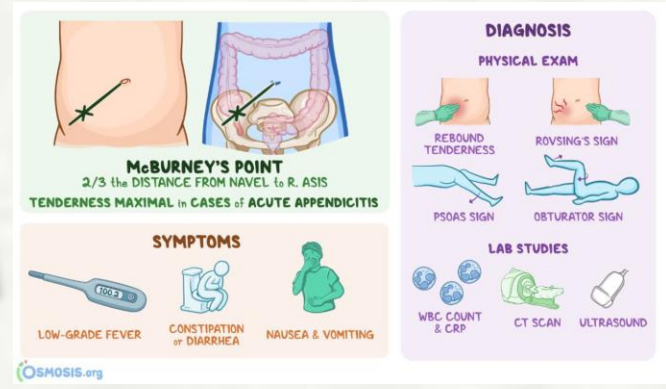
Obturator sign ✓

بیمار را به پهلو چپ می خوابانیم، پای او را بلند کرده و مفصل زانو را خم میکنیم و پا را به شکم نزدیک کرده و ساق پای بیمار را به طرف بالا میکشیم. این تست، عضله obturator بیمار را درگیر میکند که عضله نزدیکی به آپاندیس است و در صورتیکه آپاندیس عفونی باشد، انجام این تست باعث درد خواهد شد.



تشخیص

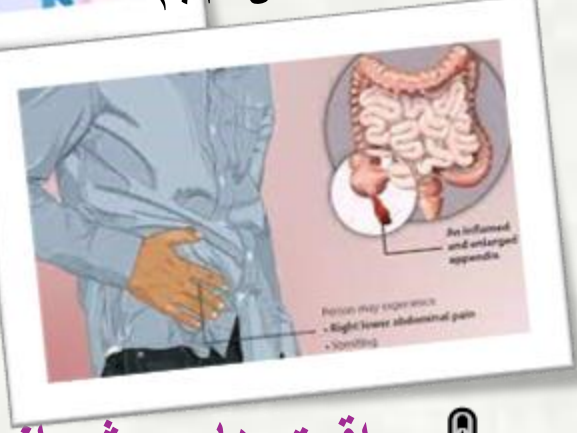
✓براساس معاینه کامل جسمی است (همان نشانه هایی که گفته شد). ✓یافته های آزمایشگاهی و رادیولوژیک ✓افزایش تعداد گلبول های سفید (لکوسیتوز) و به ویژه تعداد نوتروفیل ها (نوتروفیلی) (با انجام (CBC) پی میبرند. ✓آزمایش کامل ادرار برای رد احتمال عفونت ادراری (تشخیص افتراقی)



شهریار گوهری_ دانشجوی پرستاری



برگرفته از کتاب لارنس ۲۰۱۹



مراقبت های پیش از عمل آپاندکتومی

بعد از تایید شدن تشخیص آپاندیس که به وسیله تست های آزمایشگاهی ، تست های رادیولوژیک، عکس ساده شکم و سونوگرافی انجام میشود، برای بیمار اقدامات (peroperation) (پیش از عمل) انجام میشود که شامل موارد زیر است:

✓ NPO نمودن بیمار (خودداری از خوردن مواد غذایی با دهان) ✓مایع درمانی و آنتی بیوتیک تراپی برای بیمار شروع میشود. ✓عدم استفاده از مسکن های مخدر پیش از عمل تا درد بیمار مخفی (ماسکه) نشود. ✓نصب NG Tube (سوند بینی معدی): ممکن است استفاده از NG برای کاهش احتباس و درد لازم شود. ✓اجتناب از دادن انما (پاک کردن روده ی بزرگ به وسیله ی آب از آلودگی ها یا مدفوع): میتواند باعث پارگی روده شود.

عوارض

✓سوراخ شدن: در صورتی که به بیمار سریع رسیدگی نشود. ✓التهاب ورید پورت به علت آمبولی از روده عفونی ✓پریتونیت ✓آبسه های داخل لگنی ✓آبسه های زیر دیافراگم این عوارض آپاندیسیت را خطرناک میکنند و باید سریعاً اقدامات درمانی برای بیمار انجام شود. هرکدام از این عوارض بسیار خطرناک اند و میتوانند تهدیدکننده جان بیمار باشند.

APPENDICITIS SYMPTOMS



مراقبت های بعد از عمل آپاندکتومی

✓پوزیشن بیمار باید نشسته باشد.
✓از مسکن مخدر چند ساعت بعد از عمل میتوان استفاده کرد؛ مثل سولفات مورفین
✓بعد از بازگشتن صدا های روده مایعات خوراکی در حد تحمل بیمار شروع میشود و سپس در حد تحمل بیمار، به او غذا داده میشود.
✓۵ روز بعد از عمل، بخیه های محل انسزیون کشیده میشود.
✓تا چند هفته بعد از عمل بیمار باید از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند.
✓2-4 هفته بعد از عمل بیمار میتواند فعالیت های معمول خود را از سر بگیرد.
✓ممکن است در بعضی موارد آپاندیس دچار عارضه یا پارگی یا آبسه شود؛ در این بیماران درن برای تخلیه ترشحات بعد از عمل گذاشته میشود و باید مراقبت های درن نظیر بررسی میزان ترشحات و خالی کردن به موقع آن باید انجام شود.
✓علائم انسداد روده و خونریزی ها را کنترل میکنیم.
✓آموزش مراقبت از زخم (هنگام ترخیص به بیمار)

چند کاربرد فناوری نانو در پزشکی

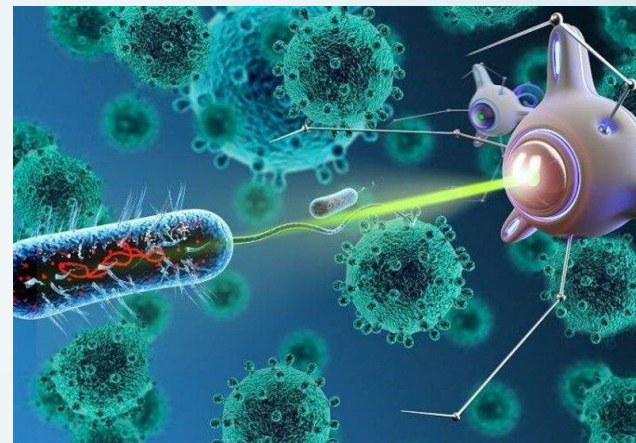
از کاربرد های نانو فناوری در پزشکی میتوان به نانو دارو ها، موفقیت در درمان آترواسکلروز (از عوامل مهم خطر آفرین در بیماری های قلبی عروقی)، نانو چاقوها، پزشکی ترمیمی، درمان سرطان ، ایمونوپروپلاکسی و استفاده در طب نظامی نام برد.

فناوری نانو در درمان سرطان: جراحی، رادیو درمانی و شیمی درمانی از شیوه های موجود در درمان سرطان در حال حاضر هستند و با وجود اینکه در بسیاری از موارد موثر می باشند اما اغلب باعث آسیب شدید سیستمیک و نابودی مقدار قابل توجهی از بافت های اطراف تومور می شوند. نانوپوسته ها از روش های درمان نوین هستند که در حال حاضر تحت آزمایشات بالینی می باشند. این نانوذرات بسیار کوچک دارای پوشش طلا می توانند سلول های سرطانی را با نفوذ عمیق در داخل بافت، هدف قرار دهند.

پزشکی ترمیمی: نتایج تحقیقات نشان میدهد که نانوذرات میتوانند در ترمیم بافت هایی از قبیل استخوان، غضروف، سیستم عصبی، پوست و عضله قلب نقش موثری داشته باشند. یکی از ترکیبات مورد استفاده، نانوتیوب های کربنی می باشند (نانوتیوب های کربنی، مولکول های بزرگ استوانه ای متشکل از شش ضلع از اتم های کربن می باشند. جداره آنها متشکل از یک و یا چند لایه از گرافن است. به علت وسعت سطح بیرونی آنها، نانوتیوب های کربنی دارای قابلیت مناسبی برای حمل داروهای شیمی درمانی می باشند. یکی دیگر از ویژگی های مهم نانوتیوب های کربنی این است که قادر به انتقال پروتئین ها از طریق غشای سلولی به منظور القا اثرات طبیعی آنها می باشند).

فناوری نانو در تشخیص: مطالعات نشان می دهند که نشانگرهای فلورسنت در زیست حسگرهای دستگاه ها، بطور بالقوه می توانند با نانوذرات مغناطیسی جایگزین شوند. مزیت اصلی این روش این است که آنالیت (ماده مورد تجزیه) می تواند قبل از شروع فرایند تشخیص، تغلیظ شود.

کاربرد فناوری نانو در طب نظامی: امروزه اکثر جراحات و صدمات در عملیات های نظامی بوسیله قطعات و ترکش های مهمات انفجاری ایجاد می شود. فناوری نانو در این حوزه به کمک طب نظامی آمده، بدین صورت که امروزه می توان از نانوذرات نقره و مس و همچنین از نانوذرات کیتوزان (نانو ذرات کیتوسان یک نوع کیتین هستند که به طور نسبی یا کاملاً استیل شده است. از آنجا که کیتین به طور طبیعی اتفاق می افتد (به عنوان مثال در دیواره سلولهای قارچی و پوسته های سخت پوستان) ، کیتوزان کاملاً قابل تجزیه و زیست سازگار است و می تواند به عنوان چسب و به عنوان یک عامل ضد باکتری و ضد قارچ مورد استفاده قرار گیرد.) در ساخت باندهای پزشکی که باعث افزایش سرعت ترمیم و بسته شدن اینگونه زخم ها می شوند استفاده کرد.



آیلین کلانتری_دانشجوی پزشکی

برگرفته از مقالات

مقاله ی آشنایی با نانو پزشکی و نانو داروها
نویسندگان : سید محمد رضا میر ابوظالبی ، لیلیا
وفاجو

و مقاله ی فناوری نانو و طب نوین : کاربرد های
نانو در پزشکی
نویسندگان : علیرضا تهمتن ، جواد چار استاد ،
عماد بهبودی ، سید جواد شکوه حسینی ، محمد
براتی

نانو تکنولوژی

یک نانومتر اندازه ای بسیار کوچک و مساوی با 9-10 میلی متر میباشد ؛ در واقع همانند اندازه یک توپ شیشه ای کوچک در مقایسه با یک شی با اندازه کره زمین است. فناوری نانو، شاخه ای بسیار پیشرفته تحقیقاتی که تمرکز آن بر استفاده از روش های مولکولی و اتمی برای ایجاد محصولات در مقیاس نانو است. مفهوم اساسی فناوری نانو بر پایه استفاده از اتم ها و مولکول ها جهت ساخت ساختار هایی کاربردی است.

نانو پزشکی

نانو پزشکی، به عنوان استفاده از فناوری نانو برای سلامت تعریف شده که از خواص اصلاح شده و یا جدید فیزیکی، شیمیایی و زیست شناختی در مقیاس نانو بهره میبرد.



بیهوشی ناحیه ای | بی حسی نخاعی (اسپاینال)

این دو روش یک سری شباهت ها و تفاوت هایی دارند که برخی از آنها عبارت انداز:

شباهت ها: در هر دو روش

افت فشارخون دیده می شود از آنجایی که بی حسی اسپاینال سریع تر انجام می شود این افت فشار بیشتر است. امکان عارضه عصبی وجود دارد که ناشی از برخورد با نوک ریشه عصبی است که موقتی است. (احساس برق گرفتگی در پا) امکان بروز تهوع، خارش و کاهش ضربان قلب وجود دارد که در اسپاینال شدیدتر است. در هر دو روش مقدار کمتری داروی بیهوشی نسبت به بیهوشی عمومی به نوزاد می رسد.

تفاوت ها

در اسپاینال سوزنی که استفاده می شود بسیار نازک تر از اپیدورال است. در اپیدورال میزان دارویی که استفاده می شود حجم کمتری دارد ولی دوز آن بیشتر است. در اسپاینال دارو سریع تر از اپیدورال اثر می کند. اسپاینال نسبت به اپیدورال عارضه بیشتری دارد. (خارش، افت فشارخون ناگهانی، تهوع) در اپیدورال از آنجایی که کاتتر برای مریض گذاشته می شود از طریق آن می توان به تزریق داروی بی حسی ادامه داد. در اپیدورال تزریق ممکن است در هر نقطه ای در امتداد ستون فقرات انجام شود از جمله در قسمت گردنی، سینه ای، کمری یا ساکرال در حالی که در روش اسپاینال تزریق در زیر مهره دوم ستون فقرات کمری جهت جلوگیری از سوراخ کردن و در نتیجه آسیب به طناب نخاعی انجام می شود.

روشی برای انسداد درد در طول انجام سزارین می باشد. اما استفاده از یک شات بی حسی اسپاینال می تواند به عنوان ضد درد موضعی در برخی شرایط به کار رود. برای مثال زمانی که به استفاده از سیستم خلا در طول زایمان نیاز باشد و یا زمان کافی برای پیشبرد زایمان وجود نداشته باشد. در این روش ماده بی حسی در قسمت درونی دورا زیر سخت شامه یا نزدیک نخاع تزریق می شود.

بی حسی اپیدورال

رایج ترین نوع تسکین درد زایمان می باشد. در این روش ماده بی حسی از طریق کاتتر وارد فضای اپیدورال می شود. این کاتتر یک شلنگ نازکی است که از طریق سوزن اپیدورال در فضای اپیدورال قرار داده می شود. این فضا در کنار فضای اسپاینال اما در قسمت بیرونی دورا (سخت شامه) و در تماس با سطح خارجی آن است.



حمیده توحیدی_ دانشجوی هوشبری



- برگرفته از
- (1) کتاب میلر بخش 3 فصل 17
- (2) Corning J.L.N.Y.Med
- (3) Bier A. Versuche uber
- (4) Cocainisirung des Ruckenmarkes
- 2018 BASICS OF ANESTHESIA

همان بی حسی منطقه ای است که می تواند درد را در قسمت بزرگتری از بدن مسدود کند و شما در حین عمل کاملا هوشیار هستید. در واقع فقط از ناحیه کمر به پایین احساس درد نمی کنید. انواع بی حسی منطقه ای شامل موارد زیر می شود: بی حسی نخاعی (اسپاینال): مواد بیهوشی به طور مستقیم به کیسه ای که طناب نخاعی را احاطه کرده است تزریق می شود. اپیدورال: مواد بیهوشی به قسمت پایین کمر و خارج از کیسه نخاعی تزریق می شود. معمولاً از این روش ها برای کاهش درد زایمان سزارین یا جراحی ستون فقرات لگن و زانو استفاده میشود.

تاریخچه

اولین بی حسی در سال 1885 توسط جیمز لئونارد کورنینگ متخصص مغز و اعصاب در نیویورک انجام شد. او در حال آزمایش کوکائین بر روی اعصاب اسپاینال در یک سگ بود که تصادفی دورا پاره کرد. در 16 آگوست سال 1898 August Bier اولین بی حسی نخاعی برای عمل جراحی توسط در شهر کیل آلمان انجام شد. او 3 میلی لیتر از محلول کوکائین 5/0 در صدرابه فضای اسپاینال یک کارگر 34 ساله تزریق کرد. پس از آن او و دستیارش در 6 بیمار دیگر هم از این محلول برای بی حسی اسپاینال استفاده کردند. آنها توصیه کردند این روش برای جراحی پا مناسب است اما باید سمیت کوکائین را هم در نظر گرفت.

علائم

علائم بیماری در افراد و شرایط مختلف متفاوت است و در اکثر مواقع همگام با روند بیماری پیشرفت می کند. اما می توان گفت به دلیل اینکه سلول های عصبی با روند کندی از بین می روند، معمولاً شروع علائم زمانی آغاز می گردد که حدود ۸۰ درصد سلول های عصبی فرد که در جسم سیاه واقع شده اند، از بین بروند. علائم پارکینسون همان گونه که گفته شد ممکن است در افراد متفاوت باشد، به این صورت این امکان وجود دارد که فردی در پیشرفته ترین حالت بیماری علائمی را که فرد دیگری در آغاز بیماری دارد، تجربه نکند. این بیماری دارای دو نوع علائم حرکتی و غیر حرکتی می باشد، که در ادامه به ذکر مهم ترین این علائم می پردازیم.

✓ لرزش یکی از بارزترین علائم پارکینسون می باشد که به مفهوم لرزیدن یا تکان خوردن دست و بازو و در برخی موارد نیز لرزش پا می باشد. از دیگر علائم می توان به عدم تعادل یا ایجاد مشکل در هنگام راه رفتن، کندی حرکات فرد و انقباض و سفتی عضلات اشاره کرد. ✓ می توان گفت این بیماری به طور معمول با مشاهده ی بروز مشکل در عضلات بدن آغاز می گردد و سپس تا مرحله ی ایجاد مشکل در بلع فرد و همچنین بروز یبوست در فرد پیش می رود. در مراحل بعدی، ممکن است عضلات فک درگیر شده و فرد دچار لکنت شدید یا ناتوانی در بیان کلمات گردد.

بعضی اشخاصی که به این بیماری مبتلا می شوند نیز ممکن است در مراحل شدیدتر دچار دمانس (فراموشی) یا زوال عقلی گردند. لازم به ذکر است که اولین علائم این بیماری در سال های ۵۰ تا ۶۰ سالگی افراد و در مواردی در سنین کمتر مشاهده می شود.

علل بیماری

لازم به ذکر است که در کل سیر بیماری پارکینسون پیشرونده می باشد و با گذشت زمان معمولاً وضعیت حادثتر میشود. در کل می توان گفت روند این بیماری اغلب اوقات کند است و چندین سال این روند به طول می انجامد. نهایتاً این بیماری منجر به کاهش تدریجی عملکرد فرد می گردد، اما با داشتن روند درمانی مناسب فرد می تواند یک زندگی عادی را تجربه کند.

همان گونه که اطلاع دارید مغز یک بخش مهم از سیستم اعصاب هر فرد می باشد که خود آن نیز از قسمت های مختلفی تشکیل شده است. یکی از این بخش ها ساقه ی مغز است که در بخش پایینی مغز واقع شده است. ساقه ی مغز نیز دربرگیرنده ی پل مغزی، مغز میانی و بصل النخاع است. در داخل ساقه ی مغز منطقه ای وجود دارد که در تنظیم حرکات بدن نقش دارد. این منطقه ی کوچک تحت عنوان ماده جسم سیاه شناخته می شود. در بیماری پارکینسون که یک اختلال عصبی می باشد، سلول های جسم سیاه تحت تاثیر قرار می گیرند. در نورو ن های تولید کننده ی دوپامین یا دوپامینرژیک این منطقه ی خاص از مغز تولید دوپامین متوقف شده و در نتیجه دوپامین دارای یک کاهش کلی می شود. مهم ترین نقش دوپامین در بدن، تنظیم حرکات بدن می باشد. دوپامین با ارسال سیگنال هایی به مغز اجازه ی حرکت به ماهیچه ها را می دهد. بنابراین کاهش دوپامین دلیل عمده ی بسیاری از علائم بیماری پارکینسون در فرد مبتلا است.

بیماری پارکینسون

از شایع ترین بیماری های مخرب اعصاب، می توان بیماری پارکینسون Parkinson's Disease یا (PD) را نام برد. در این بیماری نورولوژیک، فرد مبتلا به تدریج برخی توانایی های خود از جمله توانایی های جسمی و روحی خود را از دست می دهد. این بیماری بعد از بیماری آلزایمر، در فهرست معمول ترین بیماری های تخریب کنندگی اعصاب دسته بندی می شود. در صورتی که فرد به پزشک مراجعه نکند و یا راهکارهای درمان را درست انجام ندهد، سرعت روند بیماری افزایش می یابد و علائم آن بیشتر می شود.



شیوع

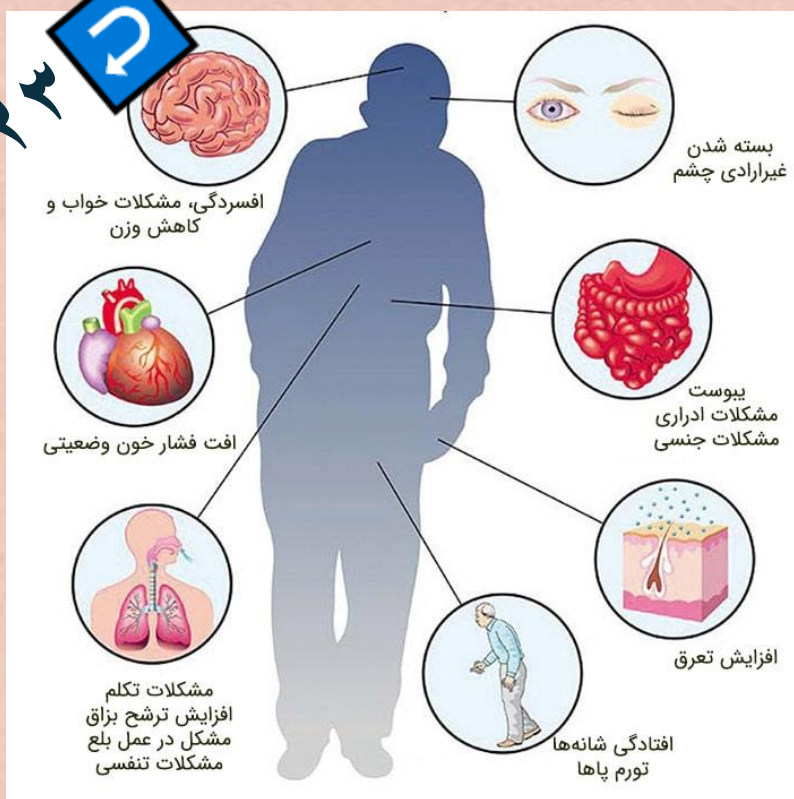
میزان شیوع پارکینسون در ایران ۲ در ۱۰۰۰ است. این میزان برای بیماران بالای ۶۵ سال ۱۰ برابر افزایش می یابد (۲ در ۱۰۰) و از سال ۲۰۱۳، صد و شصت هزار نفر مبتلا به پارکینسون در ایران تخمین زده شده است.

سید حسین حسینی_ دانشجوی پزشکی
برگرفته از فیزیولوژی گایتون ، کتاب اعصاب امینوف



پیشگیری

باید اذعان داشت که راه شناخته شده ای برای جلوگیری از ابتلا به بیماری پارکینسون وجود ندارد. تحقیقات در این زمینه نشان می دهد که افرادی که از انواع میوه ها و سبزیجات ، غذاهای سرشار از فیبر ، روغن های حاوی امگا ۳ و همچنین ماهی استفاده می کنند ، می توانند مقاومت بیشتری در برابر ابتلا به این بیماری داشته باشند. همچنین لازم به ذکر است که مصرف بیش از حد گوشت قرمز و فرآورده های لبنی ، می تواند به ایجاد بیماری کمک کند. بنابراین در کل نمی توان راه قطعی برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری پیشنهاد داد. یکی از بهترین خوراکی ها برای افراد مبتلا به این بیماری ، ماهی می باشد.



درمان در جهت افزایش نوپامین در CNS بکار می رود: آگونیست های دوپامین ابتدا مورد استفاده قرار میگیرند که شامل روپینیرول و پرامپیکسول است. در نهایت به مریض ترکیب لوودوپا همراه با کاربیدوپا نیاز پیدا می کند.

علائم و راهکارهای پیشگیری از پارکینسون

اختلال بویایی	ترشح بیش از حد بزاق
عدم تعادل وضعیتی	لرزش
مشکل در راه رفتن	مختل شدن خواب
تفسیر خلق و خو	اختلال در دستگاه گوارش
کندی حرکت	اضطراب و افسردگی
از دست دادن حرکات اتوماتیک	احساس درد در پا

راهکارهای پیشگیری

دوری از حشره کش ها	خوردن امگا ۳	استفاده از ویتامین دی ۳
مصرف سبزیجات تازه	خوردن جای سبز	ورزش هوازی منظم

نوع یکی درصد الهام روح و نود و نه درصد عرق ریختن است

توماس ادیسون