



فصلنامه علمی فرهنگی

شماره دوم، بهار ۱۴۰۲



آنچه در این شماره می خوانیم:

صحبت خودمونی درباره پوسیدگی دندان

غربالگری و موردیابی

آناتومی و فیزیولوژی قلب

بیماری عروق کرونری قلب

مهارت های بالینی پرستار در بیمارستان

دستگاه تنفس

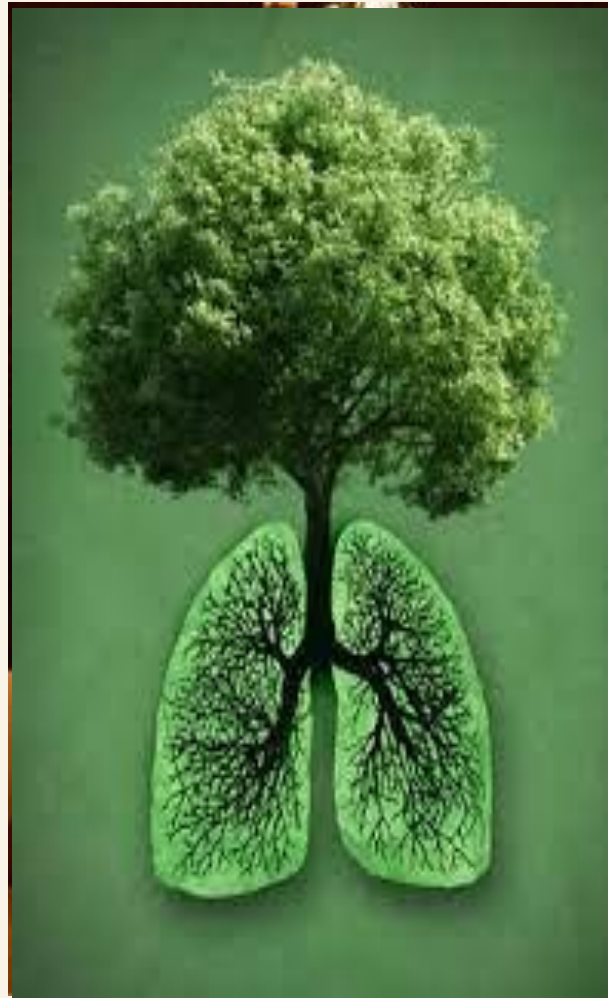
بیماری پروانه ای

چالش های درمان سرطان با رادیوتراپی و راه حل های آن



فصلنامه علمی فرهنگی

شماره دوم، بهار ۱۴۰۲



فصلنامه علمی فرهنگی ویتامین پ

فصلنامه، شماره دوم، بهار ۱۴۰۲

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: سید محمد جواد قاضوی
دوزین

سردبیر: امیر احمدی

هیئت تحریریه: طاهره مقدسی، علی حسینیایی،

زهرا کلانتری، آیناز گودرزی، بهداد رعدی، محمد امین

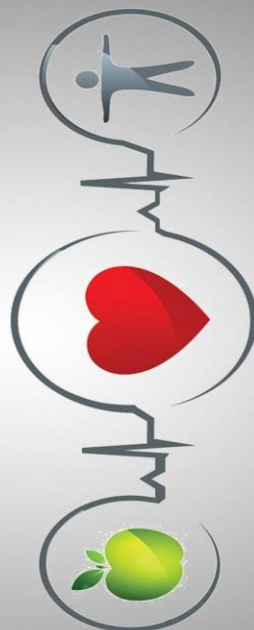
وکیلی، سجاد نصیری، محدثه دلفانی، محمد امجدی

ویراستاران: نسیم ولایتی، سید محمد جواد قاضوی دوزین

ادرس: بزرگراه شهید چمران خیابان یمن. خیابان شهید

اعرابی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. معاونت

دانشجویی و فرهنگی



فهرست

۰۳

صحبت خودمونی درباره پوسیدگی دندان

۰۴

غربالگری و موردیابی

۰۵

آناتومی و فیزیولوژی قلب

۰۸

بیماری های عروق کرونری قلب

۱۰

مهارت های بالینی پرستار در بیمارستان

۱۱

دستگاه تنفس

۱۴

بیماری پروانه ای

۱۵

«چالش های درمان سرطان با
رادیوتراپی و راه حل های آن»

صحبت خودمونی درباره پوسیدگی دندان



گردآورنده: طاهره مقدسی

شاید فکر کنیم درباره پوسیدگی دندان همه چیز را میدانیم! کلیشه هایی که روزمره به گوشمان میخورد و در نهایت جمع بندی همه آنها این میشود که "دندانهای من به طور ارثی مشکل دارند و با وجود اینکه مسواک میزنم به پوسیدگی دندان دچار هستم"

باید این اشتباه را در ذهن خود پاک کنید چون یک بخش بسیار کوچکی از مشکلات پوسیدگی دندان به ژن ها برمیگردد!

برای روشن تر شدن مطلب و رفع ذهنیت های اشتباه درباره علل و بروز پوسیدگی در دندان کمی مسئله را باز تر میکنیم

اول اینکه همه ما در سیستم گوارش خود از دهان گرفته تا روده ها یک جمعیت طبیعی میکروبی داریم که به اون میگیم فلور نرمال، چرا میگیم نرمال! چون این جمعیت میکروبی با وجود اینکه حتی میکروب های فرصت طلب بیماری زا هم داره ولی به خاطر میکروب های مفید بیشتری که داره در حالت نرمال و غیر بیماری زا به سر میره اما امان از وقتی که این جمعیت میکروبی به نفع میکروب های بیماری زا تغییر کنه، اونوقت هست که بیماری اتفاق میوفته و میتونه در اون شرایط پوسیدگی اتفاق بیوفته

جالبه بدونید این فلور نرمال (جمعیت میکروبی نرمال) چطور شکل میگیره! بعد از تولد نوزاد و عبور از کانال زایمان بعد از حدود ۶ ساعت این جمعیت میکروبی در دهان شروع به شکل گرفتن میکنه و حدودا در ۱۴ سالگی شبیه به فلور نرمال یک بزرگسال میشه

نکته مهم که شاید خیلی به گوشتون نخورده این هست که سلامت دهان مادر در دوره بارداری خیلی مهم هست و اگر مادر باردار دچار پوسیدگی های زیاد دندانی باشه و فلور میکروبی دهانش بیماریزا باشه احتمال اینکه کودک استعداد پوسیدگی دندانی داشته باشه بیشتر میشه

شناخت فلور نرمال و عوامل تاثیر گذار روی این جمعیت میکروبی کمک میکنه راحت تر بتونیم علت پوسیدگی دندان را درک کنیم.

یکی از عواملی که روی این جمعیت میکروبی اثر گذار هست اسیدی شدن محیط دهان هست که محصولات حاوی قند زحمتش رو میکشن

جالب تر این هست که بدونید جمعیت میکروبی وقتی که هنوز دندان رویش نکرده با وقتی که دندان در دهان رویش میکنه فرق داره و حتی وقتی دندان در سنین بالا از دست میره و فرد کاندید دریافت پروتز میشه مجدد این جمعیت میکروبی به حالت قبل از بی دندانی برمیگرده

این مطلب به این موضوع اشاره داره که وجود دندان برای وجود باکتری ها ضروری هست وقتی دندانی نباشد

۴ حلقه زنجیره پوسیدگی وجود داره که کمک میکنه با مکانیسم پوسیدگی آشنا بشید و با توجه به همین مکانیسم میتونیم با حذف هر کدوم از این حلقه ها روند پوسیدگی را مختل کنید.

اول وجود دندان، دوم وجود میکروب، سوم رژیم غذایی میزبان، چهارم زمان

به این ترتیب که اول باید دندانی وجود داشته باشه و میکروبی وجود داشته باشه که پوسیدگی رخ بده حتی اگر این ۲ عامل باشن ولی تغذیه درست باشه پوسیدگی اتفاق نمیوفته حالا اگر این ۳ عامل باشن، زمان مهم میشه، پوسیدگی در طی زمان اتفاق میوفته یعنی اگر میکروب بیماری زا باشه ولی زمان تکثیر و تجمع نداشته باشه و مثلاً با مسواک زدن اجازه باقی موندنش روی سطح دندان را ندیم د رنتیجه باز هم پوسیدگی اتفاق نمیوفته

به این دلیل هست که خیلی ها میگن ما دندان های خوبی داشتیم مسواک هم تو عمرمون نزدیم ولی یکباره تغییر کرد و پوسیده شد و از بین رفت!!!! بله دندان خوبی داشتن اما با مسواک نزدن به باکتری فرصت دادن و در طی زمان این اهمال در رعایت بهداشت دهان گریبان گیر این افراد شده.

درباره عوامل میکروبی صحبت کردیم و اما میرسیم به خود دندان

بالا تر اشاره کردیم جمعیت میکروبی با وجود یا عدم وجود دندان تغییر میکنه، چرا؟ چون این جمعیت میکروبی میل به چسبیدن به سطح دندان رو ذاتا دارن حالا عوامل دیگه هم وجود باکتری های فرصت طلب بی هوازی رو فراهم بیشتر میکنه مثلاً اگر دندان بدشکل باشه و یا نامرتبی رویشی دندان ها باعث میشه میکروبها در این نواحی بیشتر فعالیت کنن به واسطه گیر غذایی مه در این نواحی اتفاق میوفته

در شماره های بعدی منتظر بحث جذاب اثر تغذیه بر پوسیدگی دندان و تنها راه کار جلوگیری از تجمع میکروبها باشید

غربالگری و موردیابی

گردآورنده: علی حسینیایی

غربالگری (screening) در پزشکی راهبردی است که در یک جمعیت به کار می رود تا یک بیماری را در افرادی که فاقد نشانه‌ها و علائم هستند، شناسایی کند.

برخلاف اغلب موارد پزشکی، آزمون‌های غربالگری بدون وجود شاهد بالینی از بیماری، بر روی فرد انجام می شود. مقصود از غربالگری شناسایی زودرس بیماری در یک جامعه است، تا به این ترتیب با فراهم شدن امکان مداخله و مدیریت پیش هنگام، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری کاهش یابد.

مداخلات غربالگری برای شناسایی شرایطی طراحی شده اند که در آینده می توانند منجر به بیماری شوند، بنابراین، این مداخله و مدیریت زودهنگام، امید به کاهش مرگ و میر و رنج از یک بیماری را ممکن می سازد. اگرچه غربالگری ممکن است منجر به تشخیص زودهنگام شود، اما همه آزمایش‌های غربالگری برای فرد مورد غربالگری مفید نیستند. تشخیص بیش از حد، تشخیص اشتباه و ایجاد حس امنیت، برخی از عوارض جانبی بالقوه غربالگری هستند.

اهداف غربالگری

- تشخیص زودرس بیماری در جامعه
- نجات جان انسان‌ها به وسیله درمان بیماری در مراحل اولیه
- افزایش کیفیت زندگی بیمار به وسیله تشخیص زودهنگام بیماری
- کاهش احتمال پیشرفت بیماری
- کاهش هزینه‌های درمانی

مثال هایی از آزمایش‌های غربالگری

- تست‌های غربالگری دوران بارداری مانند غربالگری سندرم داون

• غربالگری سرطان پروستات در آقایان

• ماموگرافی: نوع خاصی از رادیوگرافی از پستان‌ها که می تواند در تشخیص زودرس سرطان پستان و در نتیجه درمان آسان تر کمک کند.

• آزمایش پاپ اسمیر: می تواند علایم اولیه سرطان دهانه رحم را مشخص نماید.

• سنجش بینایی کودکان توسط چارت اسنلن (Snellen's chart) در بدو ورود به مدرسه

نکات اخلاقی در غربالگری

- از هر فردی که بر روی او آزمایش غربالگری انجام می شود باید کسب اجازه آگاهانه اخذ شود.

• خطرات و سودمندی آزمایش‌ها، همینطور عواقب و نتایج تست‌ها باید به دقت بررسی و مورد ملاحظه قرار گیرند.

• افرادی که نتیجه آزمایش غربالگری آنها مثبت کاذب (false positive) شده ممکن است دچار اضطراب شده و بی جهت مارک بیمار بودن روی آنها بخورد، بنابراین لازم است تمهیدات لازم در این خصوص اتخاذ شود.

• افرادی که نتیجه آزمایش غربالگری آنها منفی کاذب شده است ممکن است دچار یک اطمینان کاذب از سلامتی خود شوند در نتیجه به موقع بیماری خود را پیگیری نکنند و یا در صورتیکه بیماری قابل سرایت به دیگران باشد رعایت‌های لازم را برای عدم انتقال بیماری به دیگران نمایند باید در این زمینه نیز اقدامات لازم انجام شود.

معیارهای غربالگری

- معمولاً غربالگری برای بیماری‌های مزمن انجام می شود.

• بیماری مورد نظر مسئله جدی باشد.

• بیماری مورد نظر شیوع نسبتاً زیادی داشته باشد.

• زمانی که می‌خواهیم یک برنامه غربالگری را در جامعه به اجرا درآوریم حتماً باید به بار بیماری مورد نظر توجه داشته باشیم. هنگامی که شیوع بیماری در جامعه بالا نیست، باید تعادل بین شدت بیماری و سایر ملاحظات نیز مورد توجه قرار گیرد.

• تاریخچه بیماری به خوبی شناسایی شده باشد. (طول دوره کمون، دوره واگیری)

• بین زمان تماس افراد و بروز علائم آشکار بیماری زمانی نسبتاً طولانی وجود داشته باشد.

• تست غربالگری ساده، ارزان و بی خطر باشد.

• باید شواهدی وجود داشته باشد که برنامه غربالگری از نظر بالینی، اجتماعی و اخلاقی برای متخصصان بهداشت و عموم قابل قبول باشد.

تفاوت‌های آزمایش‌های غربالگری با آزمایش‌های تشخیصی

- در آزمایش غربالگری افراد سالم یا به ظاهر سالم آزمایش می گردند، درحالی که تست تشخیصی آزمایش روی افراد دارای علائم بیماری انجام می شود.

تفاوت‌های آزمایش‌های غربالگری با آزمایش‌های تشخیصی

- در آزمایش غربالگری افراد سالم یا به ظاهر سالم آزمایش می گردند، درحالی که در تست تشخیصی آزمایش روی افراد دارای علائم بیماری انجام می شود.

- هدف از آزمایش غربالگری، شناسایی افراد به ظاهر سالم از افراد واقعاً سالم است ولی هدف آزمایش تشخیصی مشخص کردن علت علائم است.

- آزمایش غربالگری برعکس آزمایش تشخیصی معمولاً روی عده نسبتاً زیادی از افراد یا گروههای جمعیت انجام می شود.

- ایده آل آن است که آزمایش غربالگری ارزان، ساده و سریع باشد و حداقل ناراحتی را برای افراد ایجاد کند ولی این ملاحظات در آزمایش تشخیصی دارای اهمیت کمتری می باشد.



آناتومی و فیزیولوژی قلب:

گردآورنده: زهرا کلانتری

قلب یک عضو تو خالی عضلانی است که در قفسه سینه و در فضای بین دو ریه قرار دارد.

وزن قلب حدود ۳۰۰ گرم است و اندازه و وزن قلب تحت تاثیر سن، جنس، وزن بدن و فعالیت های جسمی و بیماری های قلبی قرار دارد.

وظیفه قلب پمپاژ کردن خون به سمت بافت ها و رساندن خون اکسیژن دار و سایر مواد غذایی به آنها است.

قلب از سه لایه تشکیل شده است :

-لایه داخلی(اندوکارد): از سلول های پوششی تشکیل شده و سطح داخلی قلب و دریچه ها را می پوشاند.

-لایه میانی(میوکارد): از فیبرهای عضلانی ساخته شده و مسئول عمل پمپاژ قلب است.

-لایه خارجی(اپی کارد)

قلب از چهار حفره تشکیل شده است. دو حفره در بالا به نام دهلیزها و دو حفره در پایین به نام بطن ها.

عمل پمپاژ خون ، از طریق انقباض و شل شدن منظم دیواره های عضلانی دهلیزها و بطن ها انجام می شود.

قلب راست از دهلیز و بطن راست ساخته شده است که خون وریدی (خون بدون اکسیژن) را از طریق شریان ریوی به منظور اکسیژن گیری به ریه ها میفرستد.

قلب چپ از دهلیز و بطن چپ تشکیل شده است که خون اکسیژن دار را از شریان آئورت به تمام بدن پمپاژ می کند.

لایه های عضلانی دهلیزها، نازک تر از بطن ها هستند.

در طی مرحله شل شدن که دیاستول نام دارد ،همه ی چهار حفره به طور همزمان شل شده ، به بطن اجازه پر شدن داده تا بدین وسیله برای انقباض آماده گردد.

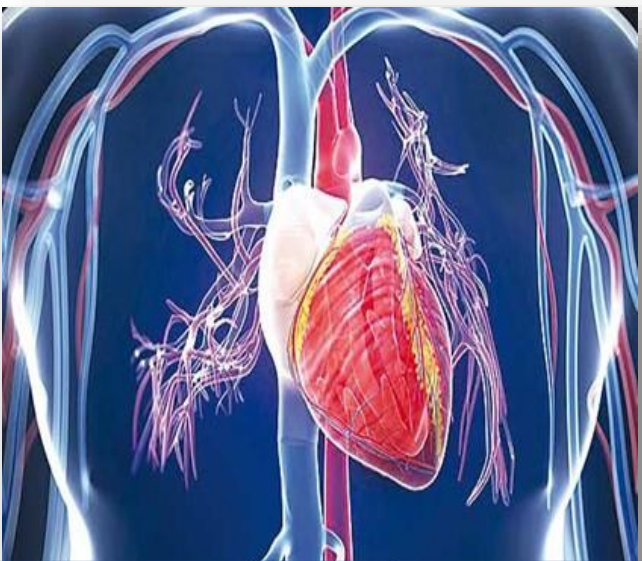
سیستول نیز مربوط به وقایع قلب در طی انقباض دهلیز و بطن هاست.

دریچه ها:

قلب دارای چهار دریچه است که به خون اجازه می دهند در یک جهت حرکت کند.

در قلب دو نوع دریچه دهلیزی-بطنی و دریچه نیمه هلالی وجود دارد.

دریچه های دهلیزی-بطنی دریچه هایی هستند که دهلیزها را از بطن جدا می کنند. این دریچه در سمت راست دریچه سه لتی و در سمت چپ ، دریچه میترا ل نامیده می شود.



در طی مرحله دیاستول این دریچه ها باز شده و اجازه ورود آزادانه خون از دهلیز به بطن های شل و در حال استراحت داده می شود.به محض شروع انقباض و مرحله سیستول دریچه ها بسته می شوند.

دریچه های نیمه هلالی : این دریچه ها نیز دو عدد هستند که دریچه بین بطن راست و شریان ریوی ،دریچه ریوی و دریچه بین بطن چپ و آئورت ، دریچه آئورتی نامیده می شود.

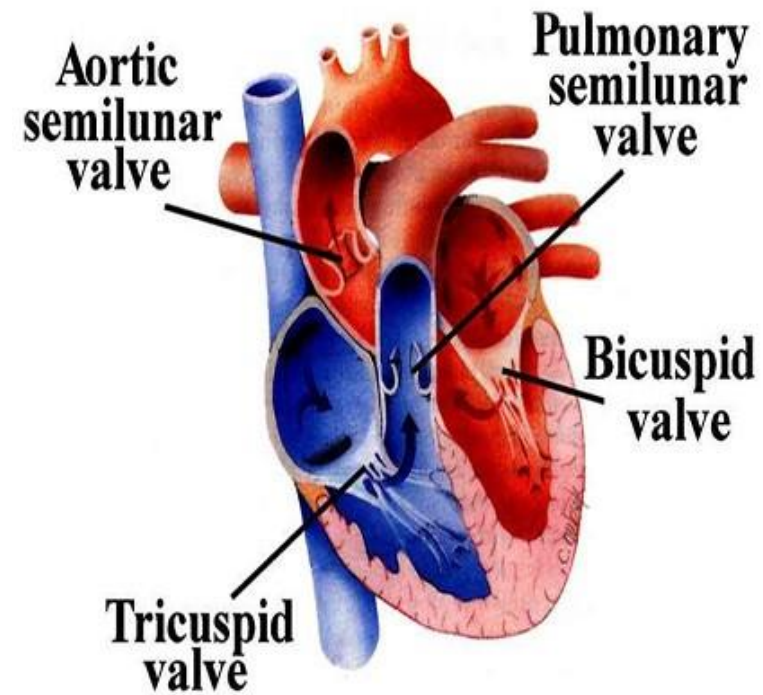
این دریچه ها هنگام دیاستول یا استراحت بسته می شوند و مانع از برگشت خون به بطن ها می شوند و طی سیستول یا انقباض باز می شوند و باعث خروج خون از بطن ها می شوند.

شریان کرونر:

شریان کرونر راست و چپ ، خون شریانی را به قلب می رسانند و عضله قلب را تغذیه می کنند.

عضله قلب با فعالیت متابولیکی که دارد، ۷۰ تا ۸۰ درصد اکسیژن را مصرف می کند در حالیکه سایر اعضا به طور متوسط ۲۵ درصد از اکسیژن تحویلی را استفاده می کنند.

درواقع شریان های کرونر ،عروق غذارسان به خود عضله قلبی هستند.



عملکرد قلب:

سلول های تخصصی در سیستم هدایتی قلب امواج الکتریکی را تولید و به سلول های عضلانی قلب هدایت می کنند و در نتیجه باعث انقباض قلب می شوند.

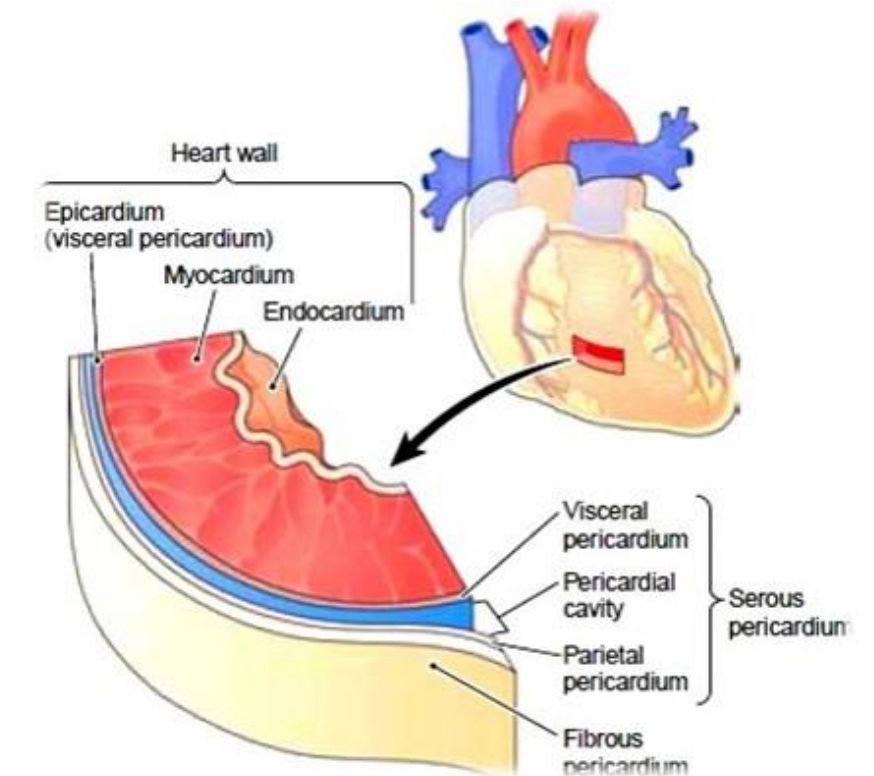
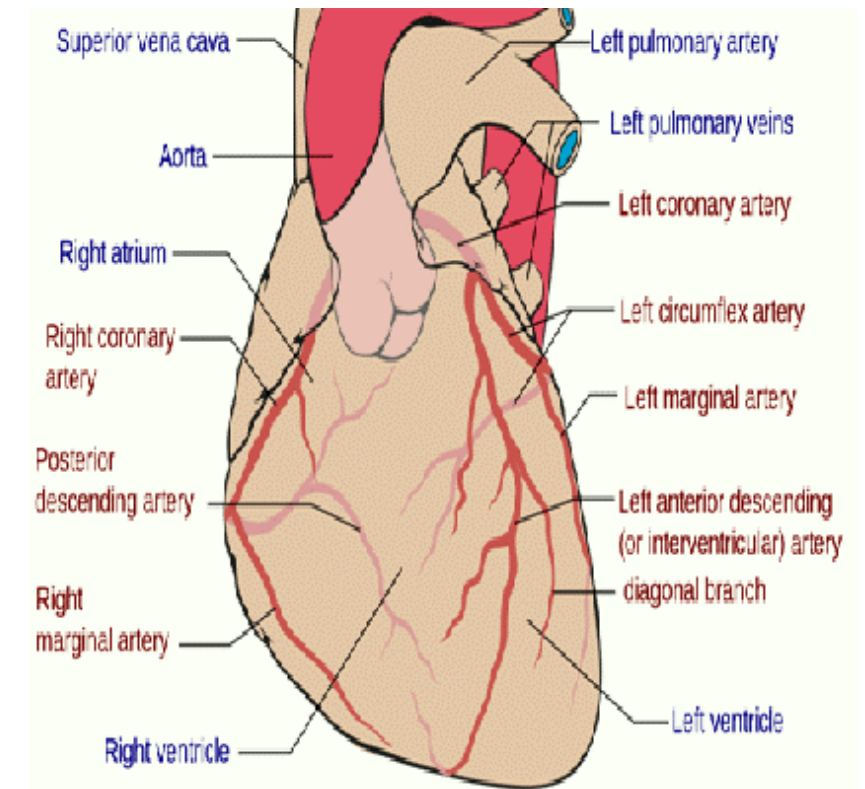
این سیستم هدایتی ابتدا باعث انقباض دهلیزها و سپس انقباض بطن ها می شود.

دسته ای از این سلول های تخصصی که قابلیت تولید امواج الکتریکی را دارند ، بنام گره ها هستند. مهم ترین این گره ها گره سینوسی دهلیزی است که در دهلیز راست قرار دارد. امواج تولید شده توسط راه های بین گره ای به گره دهلیزی-بطنی هدایت می شوند و سپس از طریق همین سلول های تخصصی در بین بطن ها که شاخه هیس نامیده می شود ، این امواج الکتریکی به این ناحیه منتقل می شود و باعث انقباض عضلات در طی مسیر از گره سینوسی-دهلیزی می شود.

تحت شرایط عادی گره سینوسی-دهلیزی (ضربان ساز مسلط قلب) ، دارای بالاترین سرعت ذاتی (۶۰ تا ۱۰۰) تکانه در دقیقه است.

اگر گره سینوسی دهلیزی عمل نکند ، گره دهلیزی بطنی هدایت محل را به دست خواهد گرفت و با سرعت ۳۰ تا ۴۰ ضربان در دقیقه ضربان ایجاد می کند.

در صورت عدم کارایی و عملکرد مناسب این سلول های تخصصی، پزشک برای بیمار پیس میکر یا باتری تعبیه خواهد کرد.



برون ده قلب:

برون ده قلب مقدار خونی است که برحسب لیتر در دقیقه از قلب خارج می گردد. برون ده قلب در یک فرد بالغ در حال استراحت، ۴ تا ۶ لیتر در دقیقه است اما تا حد زیادی بر اساس نیازهای متابولیکی بدن تغییر میابد.

برون ده قلب با توجه به تغییر نیازهای متابولیکی بافت ها، در ارتباط است و در هنگام ترس ، ورزش و بیماری تغییر

می کند. تغییر تعداد ضربان قلب با ایجاد وقفه یا تحریک گره سینوسی-دهلیزی تحت کنترل شاخه های سمپاتیک و پاراسمپاتیک است که از اعصاب سیستم عصبی هستند قرار دارد. تحریک سیستم عصبی از طریق عصب پاراسمپاتیک، ضربان قلب را کم و از طریق عصب سمپاتیک، ضربان قلب را زیاد می کند.

قلب در سالمندان:

با پیشرفت سن، در قلب تغییرات ساختاری و عملکردی به وجود می آید.

وقفه در عملکرد سلول های سیستم هدایتی باعث می شود ضربان قلب آهسته گردد.

اندازه قلب به علت ضخیم شدن دیواره ها بزرگ تر شده و موجب کاهش حجم خون می گردد. همچنین این افزایش ضخامت باعث تغییراتی در ساختمان عضله قلبی و کاهش قابلیت انقباضی قلب می گردد. هر دو این تغییرات منفی باعث کاهش بازده قلب می شود.

دریچه ها به علت سفت شدن به مدت طولانی به طور مناسب بسته باقی نمی مانند. در نتیجه باعث برگشت خون به عقب می گردند.

قلب یک فرد مسن نمی تواند به سرعت ، افزایش نیازهای متابولیکی مربوط به استرس، ورزش یا بیماری را جبران کند. در این مواقع افراد مسن ممکن است علائمی چون خستگی ، کوتاه شدن تنفس و تپش قلب را بروز دهند.

ملاحظات جنسیتی:

تفاوت های ساختمانی بین قلب مردان و زنان مفهوم خاصی دارد.

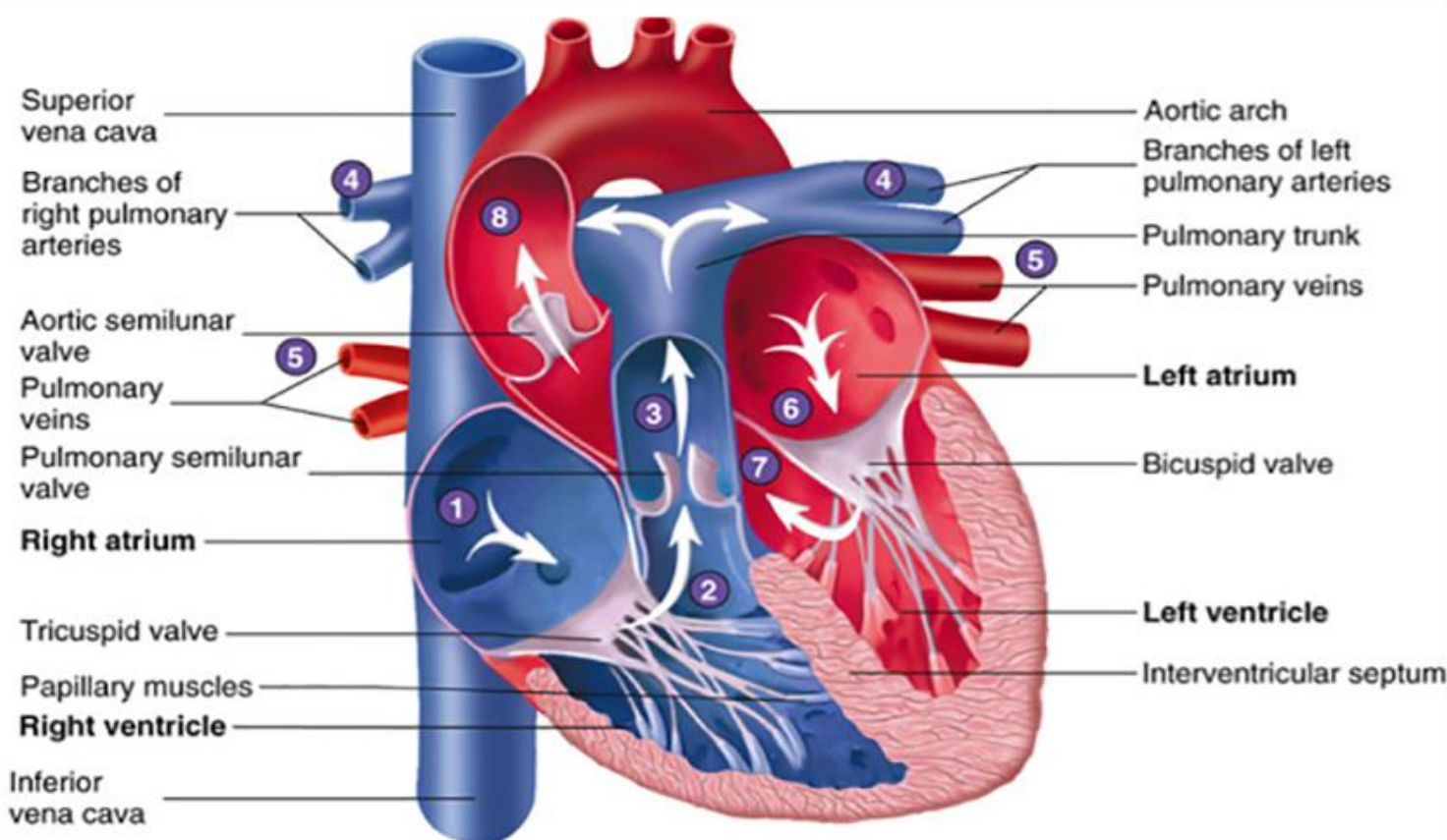
قلب یک زن کوچکتر از قلب مرد است و قطر شریان های کرونر آن نیز از مردان باریک تر است. با وجود این تفاوت در صورت بروز آترواسکلروز عروق کرونر، انجام روش های تشخیصی مانند آنژیوگرافی در زنان به مراتب مشکل تر از مردان است.

زنان به طور معمول ۱۰ سال دیرتر از مردان دچار بیماری های عروق کرونر می شوند که به علت هورمون زنانه استروژن و اثرات حمایت کننده آن بر قلب است.

استروژن باعث افزایش چربی خوب خون و کاهش چربی بد خون می شود و همچنین باعث گشادی عروق می گردد.

زمانی که خانم ها حدود ۵۰ سالگی به سن یائسگی می رسند، میزان استروژن به مرور کاهش میابد و محو می شود و خانم ها در معرض خطر بیشتری برای بیماری عروق کرونر قرار می گیرند به طوریکه در سن ۶۵ سالگی میزان بروز بیماری عروق کرونر در زنان و مردان برابر می شود.

در گذشته هورمون درمانی در دوره بعد از یائسگی انجام می شد با اعتماد بر اینکه از ظهور و پیشرفت بیماری جلوگیری کند. اما امروزه تحقیقات نشان داده است که استفاده طولانی مدت از هورمون درمانی برای پیشگیری از بیماری عروق کرونر مناسب نیست و این روش پیشنهاد نمی شود.



بیماری های عروق کرونری قلب

گرد آورنده: آیناز گودرزی

عروق کرونر وظیفه ی خون رسانی به ماهیچه های قلب را بر عهده دارند. بنابراین، هرگونه بیماری عروق کرونر یا اختلال در عروق کرونر می تواند رساندن اکسیژن و مواد مغذی به قلب را با مشکل مواجه کند. وقتی اکسیژن به میزان کافی به قلب نرسد، ممکن است فرد دچار مشکلات جدی ای مانند حمله ی قلبی و حتی مرگ شود. التهاب و تجمع پلاک در دیواره ی عروق باعث تنگی یا انسداد آن می شود. این بیماری «تصلب شرایین» یا آترواسکلروز نام دارد که یکی از شایع ترین علل بیماری های قلبی است.

CAD یا coronary artertery disease :

این اصطلاح بیانگر تنگی و انسداد شریان های کرونری ناشی از پلاک های آترومی است. التهاب، انباشته شدن و رسوب چربی در لایه ی داخلی عروق کرونر منجر به بیماری عروق کرونر قب (CAD)) می شود. این رسوبات چربی ممکن است در دوران کودکی فرد ایجاد شده باشند و با گذشت زمان، رفته رفته ضخیم تر شوند. ضخیم شدن لایه رسوبات که «آترواسکلروز» نامیده می شود، باعث تنگی عروق شده و می تواند جریان خون به قلب را کاهش دهد.

عوامل و دلایلی که باعث این بیماری می شوند عبارتند از: دخانیات، استرس زیاد، فشارخون بالا، قند بالا، سابقه خانوادگی، سطح کلسترول LDL بالا و HDL پایین و تری گلیسرید بالا، کم تحرکی و چاقی.

این عوامل باعث تشکیل پلاک های آتروم در عروق بدن به ویژه عروق کرونر قلب شده و در صورت پیشرفت باعث کاهش خون رسانی به قلب و بروز علائمی می شود.

علائم و نشانه های بیماری عروق کرونر بستگی به شدت این بیماری دارد. برخی از افراد مبتلا به CAD هیچگونه علائمی ندارند، اما در برخی دیگر از بیماران علائمی مانند درد خفیف قفسه سینه یا آنژین دیده شده است. همچنین، عده ای از بیماران درد شدید قفسه سینه را گزارش داده اند.

اگر میزان خون اکسیژن داری که به قلب می رسد بسیار پایین باشد، فرد دچار درد قفسه سینه (آنژین) می شود. زمانی که جریان خون به طور کامل قطع شود، حمله ی قلبی اتفاق افتاده و ماهیچه ی قلب در معرض خطر مرگ قرار می گیرد. برخی از افراد ممکن است دچار حمله ی قلبی بدون علائم شوند. این اتفاق «حمله ی قلبی خاموش» نامیده می شود.

علائم شایع بیماری عروق کرونر عبارتند از: درد و سنگینی در قفسه سینه و انتقال آن به پشت بازوها و شانه ها و فک و گردن، تپش قلب ، تنگی نفس و خستگی شدید.

برای تشخیص این بیماری، پزشک، علاوه بر بررسی سابقه ی کامل پزشکی و معاینه ی فیزیکی شما، ممکن است آزمایشاتی برایتان تجویز کند. این آزمایش ها می تواند شامل موارد زیر باشد:

نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام ، اسکن هسته ای قلب، تست ورزش و استرس، آنژیوگرافی کرونر یا کاتتریزاسیون.

بیماری عروق کرونری چگونه درمان می شود؟

درمان این بیماری تسکینی است. به این منظور که نمیتوان پلاکهای آتروم را به طور کامل حذف کرد اما می توان از تشکیل و افزایش آن پیشگیری کرد. درمان و پیشگیری قطعی پلاک ها و آنژین و سکنه قلبی ،اصلاح سبک زندگی است.



بیماری کرونر قلب از طریق ترکیبی از تغییر سبک زندگی ، داروها و گاهی جراحی کنترل می شود. این کار بیماری کرونر قلب شما را درمان نمی کند اما علائم شما را کاهش می دهد و احتمال حمله قلبی را در آینده کاهش می دهد.

تدابیر لازم:

از وظایف اصلی و مهم پرستار در این زمینه ، آموزش صحیح به بیمار جهت شناخت ریسک فاکتورها و تعدیل آنها هست. برخی از ریسک فاکتورها مانند سن ، جنس، نژاد و سابقه خانوادگی قابل تغییر نیست. اما برخی از آن ها قابل تغییر است مانند، اصلاح رژیم غذایی (کاهش مصرف غذاهای پرچرب، افزایش مصرف فیبرها، کنترل مصرف کربوهیدرات ها) ، افزایش فعالیت و ورزش منظم ، کاهش استرس و دوری از سیگار. این بیماری نیز با دارو درمان می شود. داروهای مورد استفاده در این زمینه شامل ضد پلاکت ها (به ویژه آسپرین)، کاهش چربی خون(به ویژه داروهای خانواده استاتین ها)، داروهای کاهش فشار خون مانند کلسیم بلاکرها و بتا بلاکرها برای کاهش فشار و کار قلب.

در صورتی که با اصلاح سبک زندگی و مصرف داروها بهبودی حاصل نشد ، از جراحی استفاده می شود. جراحی های لازم در این زمینه شامل بای پس عروق کرونر(ایجاد عروق جدید ، با پیوند از عروق قسمت های دیگر بدن به ویژه ساق پا) و آنژیوپلاستی عروق کرونر(باز کردن عروق با استفاده از بالن).

آنژین صدری چیست؟

آنژین ، اصطلاح پزشکی برای درد قفسه سینه یا ناراحتی ناشی از اختلال موقت در جریان خون و اکسیژن به قلب است. مردم ناراحتی آنژین را به صورت احساس فشردگی، خفگی یا سوزش توصیف می کنند_ معمولاً درد در مرکز قفسه سینه، پشت استخوان جناغ احساس می شود. تقریباً همیشه نشانه ی این است که شما دچار انسداد عروق و بیماری قلبی هستید. معمولاً یک رویداد کوتاه مدت است – چند دقیقه طول می کشد. این یک هشدار است که بدون درمان، شما در معرض خطر حمله قلبی، ضریان قلب نامنظم(آریتمی) و ایست قلبی (ایست قلبی ریوی) هستید.

اگر آترواسکلروز پیشرفت کند، میتواند آنقدر عروق را تنگ کند که خون ، اکسیژن کافی به بافت قلب نرساند و عدم اکسیژن رسانی کافی به قلب ، سبب درد میشود.

در اغلب موارد علت آنژین صدری ، آترواسکلروز (ضخیم شدن شریان هایی که خون، اکسیژن و مواد مغذی را به قلب می رسانند) است.

این اتفاق زمانی می افتد که رسوبات چربی به مرور زمان شریان ها را تنگ کرده و باعث کاهش جریان خون به قلب می شوند. علائم ممکن است تنها زمانی بروز کنند که قلب شما به جریان خون بیشتری نیاز دارد مانند بروز اتفاقات عاطفی و یا ورزش کردن. در چنین حالت هایی قلب تلاش می کند تقاضای بدن به خون بیشتر را برآورده کند، لذا خون را سریع تر پمپاژ می کند. از طرفی شریان های تنگ شده باعث نگه داشته شدن خون می شوند. در این حالت قلب میزان کمی اکسیژن دریافت می کند و همین قضیه باعث ایجاد درد در قلب و در نتیجه احساس درد در قفسه سینه می شود.



درد با متوقف کردن رویدادی که باعث فشار می‌شود یا با مصرف نیتروگلیسرین تسکین می‌یابد. نیتروگلیسرین، عروق کرونر را گشاد می‌کند تا خون غنی از اکسیژن بیشتری به قلب جریان یابد. حمله قلبی به دلیل کمبود اکسیژن به قلب ایجاد می‌شود که باعث آسیب به عضله قلب می‌شود

دو نوع رایج آنژین، پایدار و ناپایدار هستند.

آنژین پایدار یا stable angina: با فعالیت های بدنی و هیجانات عاطفی ایجاد می شود و با استراحت و تجویز اکسیژن و دارو به ویژه نیتروگلیسرین بهبود میابد. این آنژین با دارو و تغییر سبک زندگی قابل کنترل است.

آنژین ناپایدار یا unstable angina قبل از سکته قلبی (MI) رخ می دهد. شروع آن به صورت غیر قابل پیش بینی درد قفسه سینه بدون فعالیت همراه است.

در واقع علائم آنژین می‌تواند از فردی به فرد دیگر، بین مردان و زنان متفاوت باشد و بر اساس نوع آنژینی که دارید تغییر کند. علائم اصلی آنژین عبارتند از: تنگی نفس، درد در قفسه و پشت استخوان جناغ و انتشار درد به پشت بازوها و شانه ها، درد مبهم و سوزش سر دل که معمولا پزشکان آن را با ریفلاکس معده اشتباه متصور می شوند.

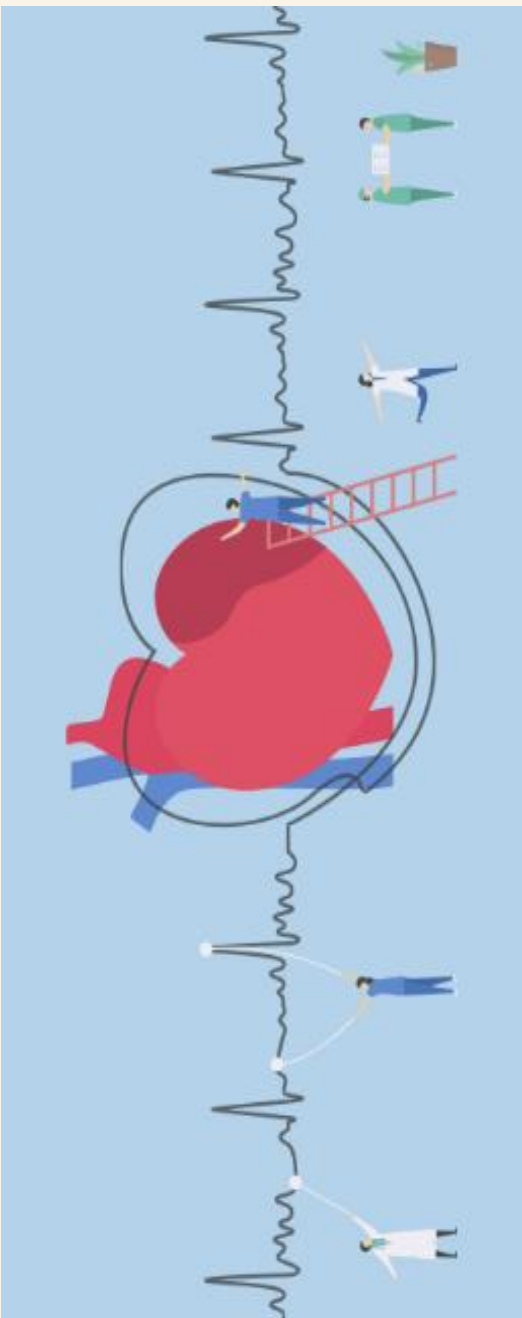
همه ما با درجاتی از رسوب چربی در شریان ها مواجه هستیم. عواملی هستند که منجر به افزایش سطح چربی در شریان ها و عروق می می شوند. این عوامل عبارتند از: سابقه خانوادگی تصلب شرایین، سطوح بالای کلسترول درخون، فشار خون بالا ، سیگار کشیدن، دیابت، جنسیت مرد و کم تحرکی.

متخصصین مربوطه در زمینه آنژین ، سابقه پزشکی شما را بررسی می‌کنند و یک معاینه فیزیکی کامل به شما ارائه می‌دهند. آنها همچنین ممکن است آزمایشاتی را اجرا کنند مانند: نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام، تست ورزش، آنژیوگرافی عروق کرونری، الکتروکاردیوگرام از طریق مری و بررسی آنزیم های قلبی.

تدابیر پرستاری لازم در برخورد با فردی که دچار آنژین شده است :

۱. استراحت مطلق و حداقل جابه جایی ۲. تجویز اکسیژن ۳. تجویز نیتروگلیسرین برای جلوگیری از سکته قلبی ۴. ثبت نوار قلب

برای درمان آنژین مانند درمان بیماری عروق کرونری باید توجه ویژه به اصلاح سبک زندگی و مصرف داروهای لازم شود و در صورت پاسخ گو نبودن ، به دو روش بای پس کرونری و یا آنژیوپلاستی کرونری جراحی شود.



سکته قلبی

سکته قلبی در اصطلاح پزشکی به آن انفارکتوس میوکارد یا حمله قلبی گفته می شود و عبارتست از انهدام و مرگ سلولی دائم و غیر قابل برگشت در بخشی از عضله قلب که به علت از بین رفتن جریان خون و وقوع یک ایسکمی شدید در آن قسمت از قلب روی می دهد . این توقف گردش خون ممکن است ناگهانی و بدون هیچ علائم قبلی نمایان گردد و یا پس از چند حمله آنژینی (درد قفسه سینه) نمایان شود .عمده ترین دلیل سکته قلبی ، بسته شدن رگ های تغذیه کننده قلب است.

مهم ترین علامت آن درد شدید و فشارنده و سنگین موضعی قفسه سینه که در مرکز قفسه صدری (سینه) با قابلیت انتشار به طرف آرواره، بازوها، پشت و گردن، و بیشتر از ۲۰ دقیقه طول می کشد و فرد ترس و نگرانی شدیدی را احساس می کند. از نشانه های دیگر آن تعریق سرد و تنگی نفس و رنگ پریدگی و دیس ریتمی و تهوع است که بعد از درد ، شایع ترین آن تعریق سرد و تنگی نفس است.

تدابیر پرستاری و پزشکی

از زمان قطع شدن جریان خون رسانی و نکروز شدن غیر قابل برگشت در عضله میوکارد در افراد مختلف ۴تا۶ ساعت زمان طلایی فرق می کند. در ابتدا برای تشخیص آن سریعاً باید نوار قلب گرفته شود. راه های دیگر تشخیص آن اکوی قلب و بررسی آنزیم های قلبی است که ۱تا۲ ساعت بعد از سکته افزایش می یابند.

سپس بعد از تشخیص باید : ۱.تسکین درد با سولفات مورفین صورت گیرد(در صورت برادیکاردی و افت فشار خون از پتیدین استفاده می شود) ۲. استراحت مطلق و پوزیشن نیمه نشسته برای بیمار ۳.تجویز اکسیژن با توجه به درصد اکسیژن اشباع خون ۴.تزریق سرم و پرل زیر زبانی نیتروگلیسرین ۵. صحبت کردن با بیمار برای کاهش استرس و نگرانی او.

برای درمان اضطراری، پزشک داروهای ضد انعقاد از جمله آسپرین و هپارین و یا استرپتوکیناز تجویز می کند تا لخته ها را از بین ببرد. نکته قابل توجه اینجاست که پزشک باید مطمئن شود که بیمار خونریزی داخلی نداشته باشد تا با دادن این دارو اتفاقات ناگوartری رخ ندهد. از روش های بالن گذاری عروق کرونری نیز استفاده میشود.



مهارت های بالینی پرستار در بیمارستان

گردآورنده: بهداد رعدی

به محض اینکه روپوش سفید به تن کنید بیمار و همراه بیمار به شما چشم میدوزند و انتظار دارند که شما بدانید و تسلط داشته باشید هیچکس به نحوه آموزش شما در دانشگاه و بهانه های شما اهمیتی نمی دهد . فقط و فقط دانش شماست که همراهتان خواهد بود پس اگر نمیخواهید در این لحظات دچار استرس شوید باید مهارت هایی را بیاموزید که در ادامه به برخی از آنها خواهیم پرداخت .

IV قرار دادن

به طور کلی تزریق وریدی که با نام علمی “IV therapy” نیز شناخته می‌شود ، به تزریق انواع مایعات و داروها درون ورید بیمار یا سرم که در جریان خون قرار دارد تزریق وریدی می‌گویند. هنگامی که کاتتر متصل به سیاهرگ بیمار بوده ، تزریق درون ورید باعث انتقال دارو به جریان خون بیمار نیز می‌شود. تزریق وریدی به دو حالت سریع و زمان‌بر نیز صورت می‌گیرد ، که منظور از تزریق سریع درون وریدی انتقال دارو به جریان خون به طور مستقیم است. همچنین منظور از تزریق زمان بر درون وریدی نیز انتقال دارو به جریان خون در طی زمان به وسیله کاتتر می‌باشد. از طرفی باید گفت که تزریق زمان بر نیز به دو روش قطره ای و تزریق پمپ نیز تقسیم می‌شود.

نکاتی که در IV باید به آن توجه داشت

۱) انتخاب محل صحیح محل تزریق و ورید مناسب ۲) ضدعفونی کردن محل تزریق ۳) استفاده از شریان بند برای یافتن ورید

۴) نحوه ورود سوزن و زاویه مناسب

اقدامات احتیاطی تشنج :

مراقبت های پرستاری بیماران تشنجی امری بسیار مهم می باشد ، همانطور که مستحضر هستید تشنج نشات گرفته از تخلیه ناگهانی و عصبی سلول های مغز می باشد . تشنج در واقع ترکیبی از تمام فعالیت های حرکتی، حسی و روانی مغز است که این بیماری می تواند تمام مغز یا بخشی از آن را درگیر نماید

ظواهرات مختلفی می تواند در هنگام تشنج بروز نماید که این تظاهرات بسته به اینکه از کدام قسمت مغز نشات گرفته متفاوت است و این تظاهرات می تواند هر کدام به صورت تنها و یا ترکیبی بروز نماید . هر کدام از این تظاهرات به صورت گیجی و خواب آلودگی می تواند بروز نماید . تشنج می تواند به صورت اختلالات حرکتی، اختلالات حسی، اختلالات کنترل ادرار و مدفوع، اختلالات حافظه، اختلال در سیستم خودکار بدن، اختلالات رفتاری و روانی، اختلالات بینایی و سردرد و سرگیجه خود را نشان دهد

در برخورد اول با بیمار مشکوک به حمله تشنج ابتدا باید بررسی شود که آیا تشنج اتفاق افتاده است یا خیر . به همین منظور ابتدا از بیمار و اطرافیان فرد شرح حال دقیقی پرسیده می شود و وجود یک شرح حال خانوادگی به تشخیص کمک می کند . همچنین بررسی های آزمایشگاهی، تصویر برداری، انجام نوار مغز می تواند در تعیین نوع حمله می تواند کمک نماید . مسئولیت شاخص پرستار بررسی و تهیه شرح حالی از نوع حملات تشنج می باشد. معمولا ماهیت حملات تشنجی نوع درمان را مشخص می کند. اقدامات لازم به هنگام بروز تشنج عبارت است از :

بهتر است فرد در ناحیه ای به دور از شلوغی و هیاهو و خلوت باشد. در این زمان بهتر است بیمار بر روی زمین قرار بگیرد و سعی نمایید آسیبی به ناحیه سر بیمار وارد نشود و یک بالش نرم زیر سر بیمار قرار دهید .

در صورتی که بیمار لباس های تنگ برتن دارد بهتر است این لباس ها که موجب فشار به بدن می شود را باز نمایید

شماره دوم، بهار ۱۴۰۲

در صورتی که قبل از بروز حمله تشنج در کنار فرد بودید سعی نمایید یک ابروی دهانی برای فرد بگذارید در غیر این صورت اگر حین تشنج دهان بیمار قفل شده بود بهتر است از فشار آوردن به منظور باز کردن دهان خودداری ورزید زیرا این روند می تواند موجب بروز آسیب دیدگی دهان و دندان شود .

پس از تشنج بهتر است از باز بودن راه هوایی مطمئن شوید و بیمار را به پهلو بخوابانید . پس از بروز تشنج عمومی ممکن است به مدت بسیار کوتاه نفس کشیدن قطع شود

اصول اولیه مراقبت از زخم

از پرستاران انتظار می رود که مراقبت موثر و ایمن از زخم را به بیماران مبتلا به زخم ارائه دهند. با اقدامات مناسب مراقبت از زخم، ممکن است بتوان میزان عفونت زخم را کاهش داد، زمان بهبود را کوتاه کرد، از عوارض جلوگیری کرد و رضایت بیمار را افزایش داد. در فرآیند مراقبت از یک فرد مبتلا به زخم، ارزیابی جامع بیمار و زخم برای برنامه ریزی یک مراقبت سیستماتیک مورد نیاز است. برای انجام این کار، از پرستاران انتظار می رود که قبل از هر چیز از روند ترمیم زخم و عوامل مؤثر بر این فرآیند آگاهی داشته باشند.

صرف نظر از دلیل باز شدن زخم، هدف اولیه در مراقبت، آماده سازی محیطی است که در آن بهبود صورت می گیرد. برنامه های کاربردی که برای این منظور انجام می شود؛ کنترل خونریزی، برداشتن بافت مرده و چرک، حمایت از تشکیل بافت گرانولاسیون و اپیتلیال شدن، و محافظت از زخم در برابر ضربه و عوامل بیماری زا است. این آماده سازی در محل آسیب نیز مستلزم انتخاب مواد پانسمان مناسب با ویژگی های زخم است.

مناسب ترین محلول پاک کننده ای که می توان برای جلوگیری از آسیب به بافت گرانوله در زخم های تمیز استفاده کرد سرم فیزیولوژیک است و گفته شده است که برای این منظور می توان از آب آشامیدنی لوله کشی استفاده کرد

مراقبت از زخم های باز ویژگی های خاصی را نشان می دهد. تمیز کردن زخم یک مرحله مهم در روند بهبود است. تمیز کردن زخم ، بافت نکروزه و مواد پانسمان باقیمانده از زخم بسیار مهم است

بهتر است بستر زخم را بدون ایجاد ضربه های جدید تمیز کنید . تمیز کردن زخم را می توان با دقت با پدهای گاز مرطوب شده با سالین انجام داد یا از انژکتور استفاده کرد

پانسمان صحیح که به عنوان بخشی از مراقبت جامع بیمار مورد استفاده قرار می گیرد، تأثیر مهمی در بهبود زخم های مزمن و مشکل ساز دارد. اهداف کاربرد پانسمان؛ به طور خلاصه می توان آن را به عنوان ارائه بهبود سریع و قابل قبول از نظر زیبایی، کاهش درد، حذف ترشحات و بو، جلوگیری از عفونت و اطمینان از راحتی بیمار خلاصه کرد.



برخی دیگر از مهارت های مورد نیاز پرستاران در مراکز درمانی عبارتند از :

باز کردن بخیه وچگونگی مراقبت از محل جراحی و مدیریت دارویی

مراقبت از سنترال لاین گردن و فمور

یادگیری انواع مختلف دارویی و محاسبات مرتبط

انواع ساکشن گذاشتن تراکتوستومی و بسیاری موارد دیگر

وظیفه کلی این دستگاه چیست ؟

تبادل اکسیژن و کربن دی اکسید را فراهم کرده و در راستای فراهم نمودن اکسیژن کافی برای بافت ها و سلول ها نقش ایفا مینماید.

شامل چه چیزهایی است ؟

دستگاه تنفس شامل ریه ها و شبکه ای از لوله های منشعب است. بینی، حلق، حنجره، نای، برونش ها و کیسه های هوایی را نیز می توان از اجزای این دستگاه دانست.

تقسیم بندی از لحاظ عملکرد ؟

— هدایتی : همان حفرات بینی و حلق، حنجره و نای، برونش ها و برونشیول ها هستند که هوای دمی را تمیز و گرم و مرطوب کرده و مسیری را برای انتقال رفت و برگشتی هوا به ریه ها فراهم می کنند.

— تنفسی : عملکرد اصلی دستگاه که تبادل گازها است، به وسیله برونشیول های تنفسی و آلوئول ها انجام می شود.

آلوئول ها : همان جایگاه های سلولی تبادلات اکسیژن و کربن دی اکسید بین هوای دمی و خون اند که کیسه مانند بوده و قسمت زیادی از ریه ها را اشغال کرده اند.

اما ریه ها ...

ریه ها نرم، اسفنجی و بسیار ارتجاعی اند؛ به گونه ای که اگر حفره قفسه سینه باز شود، ریه ها فوراً مچاله شده و حجمشان کم می شود. در کودکان صورتی رنگ بوده و با افزایش سن تیره تر و لکه دار می شود که به دلیل استنشاق ذرات گرد و غبار و آلاینده ها است.

ریه راست کمی بزرگتر از چپ بوده و با شیار های مایل و عرضی به سه لوب فوقانی، میانی و تحتانی تقسیم می شود؛ درحالیکه ریه چپ با شیار مایل به دو لوب فوقانی و تحتانی تقسیم می شود.

حجم ریه ها به چه صورت است ؟

اکثر حجم ها و ظرفیت های ریوی را می توان با اسپرومتر اندازه گرفت. مجموع حجم های ریوی، با حداکثر حجمی که ریه ها می توانند متسع شوند برابر است که بسته به تناسب اندام، سن، قد، جنس و نیز برخی عوامل محیطی از جمله ارتفاعی که در آن زندگی می کند، می توانند متفاوت باشند.

حجم های ریوی را می توان به حجم جاری، ذخیره دمی، ذخیره بازدمی و نیز حجم باقی مانده تقسیم کرد که مجموع این حجم ها حدود ۵۸۰۰ میلی لیتر خواهد شد.

نقش اصلی ریه ها چیست؟

همانطور که گفتیم نقش اصلی دستگاه، تبادل گازها است که ریه ها برای انجام این عملکرد صحیح از اندام هایی مانند عضله دیافراگم، عضلات بین دنده ای قفسه سینه، عضلات شکم و حتی از عضلات گردن کمک می گیرند که در این بین بیشترین کمک را عضله دیافراگم دارد.

هوا از طریق مجاری خود را به کیسه های هوایی می رساند و در آنجا با خونی که قلب از سراسر بدن دریافت کرده ، تبادل گاز می کند و آن را تمیز کرده و دوباره به قلب می فرستد تا به اندام ها ارسال شود.

— در بخشی دیگر از مطالب قرار است به بیماری های رایج سیستم تنفسی اشاره شود.

(Rhinit) رینیت

رینیت دربرگیرنده گروهی از اختلالات است که با التهاب و تحریک غشای مخاط بینی مشخص میشود این حالت باعث مشکلات سینوس و گوش ، مشکلات خواب و اختلال یادگیری می شود. رینیت معمولا با اختلالات دیگری همچون آسم همراه می شود و سالیانه بین ۱۰ تا ۳۰ درصد جمعیت جهان را مبتلا میکند ، رینیت ویروسی، بویژه سرماخوردگی سالانه حدود یک میلیارد نفر را مبتلا می کند . علائم و نشانه های رینیت شامل آبریزش بینی و احتقان بینی ،عطسه و خارش مخاط بینی ، سردرد و گلو درد هم ممکن است باشد.

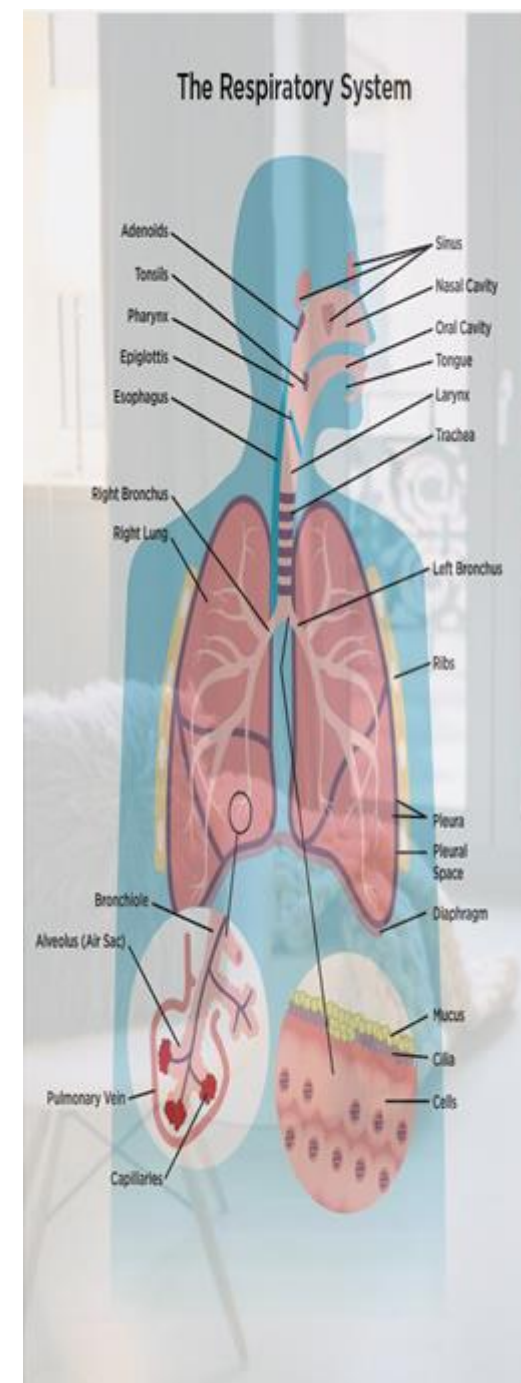
درمان دارویی رینیت : آنتی هیستامین ها و داروهای کورتیکواستروئیدی جهت رفع خارش و آبریزش بینی.

(COPD) بیماری انسداد مزمن ریوی

این بیماری شامل چند نوع بیماری تنفسی است و افراد مبتلا به آن دچار وقفه تنفسی یا عدم توانایی در بازدم طبیعی می شوند. این بیماری در سن ۳۰ تا ۴۰ سالگی آغاز می شود و از سن ۵۰ سالگی به بعد به اوج خود می رسد. به همین دلیل بسیاری آن را با تحلیل بدن و نشانه های روند تدریجی پیری اشتباه می گیرند. علائمی نظیر تنگی نفس و سرفه خلط دار خصوصا در هنگام صبح در فرد شایع می باشند. اغلب افراد سیگاری به این بیماری مبتلا می شوند. درمان این بیماری با ترک سیگار، مصرف بازکننده مجاری هوایی مانند برونکودیلاتورها و توانبخشی ریوی که یک برنامه ورزشی تحت نظارت است، انجام می شود.

دستگاه تنفس

گردآورنده: سجاد نصیری،محدثه دلفانی



تشخیص:

در ارزیابی بیماران مبتلا به COPD، رادیوگرافی قفسه سینه معمولاً برای حذف تشخیص های جایگزین، ارزیابی بیماری های همراه یا ارزیابی تغییر در علائمی که نشان دهنده عارضه COPD است، انجام می شود. توموگرافی کامپیوتری قفسه سینه برای ارزیابی ناهنجاری های مشاهده شده در رادیوگرافی معمولی قفسه سینه، برای حذف برخی از عوارض COPD (مانند بیماری ترومبوآمبولیک، سرطان ریه)، یا زمانی که بیمار برای جراحی کاهش حجم ریه، درِیچه های درون برونشِیال یا پیوند ریه در نظر گرفته می شود، انجام می شود.

راه‌های کاهش ریسک ابتلا به COPD :

- ترک سیگار
- تجویز دارو ها : داروهای خوراکی و استنشاقی وجود دارد که برای بیماران مبتلا به COPD تجویز می گردند
- توانبخشی : یک روش کلی برای نگهداری از ریه‌ها است که شامل تغذیه و ورزش درمانی به همراه استفاده از داروهای تجویزی پزشک است.
- سلامت شغلی : بسیاری از شغل ها شما را در معرض مواد شیمیایی خطرناک قرار می دهد که بدون اقدام پیشگیرانه مؤثر می‌تواند اثر مخربی بر روی ریه ها بگذارد. برای پیشگیری از این مخاطرات شغلی ، نباید از استفاده از ماسک‌های مخصوص، بهبود تهویه فضای کاری، یا پیاده‌سازی روش‌های بهبود ایمنی حین کار و بهبود شرایط کاری غافل شد.

آسم :

آسم وضعیتی است که در آن مجاری تنفسی شما باریک و متورم می‌شود و ممکن است حتی مخاط اضافی تولید کند. این وضعیت می‌تواند تنفس را دشوار کرده و باعث سرفه، صدای سوت (خس خس) می شود. به طور معمول با هر نفس کشیدن، هوا از طریق بینی یا دهان به داخل گلو و مجاری هوایی شما وارد شده و در نهایت به ریه‌ها می‌رسد. تعداد زیادی مجرای هوایی کوچک در ریه‌های شما وجود دارد که به انتقال اکسیژن از هوا به جریان خون کمک می‌کنند. انواع مختلفی از آسم وجود دارد و عوامل مختلفی می‌توانند باعث بروز آسم شوند یا حمله حاد ایجاد کنند. اگرچه این بیماری قابل درمان نیست اما علائم آن قابل کنترل است.

علائم :

علائم آسم در افراد مختلف متفاوت است. ممکن است حملات آسم به ندرت اتفاق بیفتند و علائم را فقط در زمان‌های خاص مانند هنگام ورزش کردن داشته

باشید یا بالعکس با علائم مداوم مواجه شوید. معمولا علائم آسم در جوانان و افراد

مسن عبارتند از:

- تنگی نفس • احساس درد در قفسه سینه • خس خس سینه در هنگام بازدم که نشانه شایع آسم در کودکان است •مشکل خواب ناشی از تنگی نفس، سرفه یا خس خس سینه • حملات سرفه یا خس خس سینه که در اثر ابتلا به ویروس تنفسی مانند سرماخوردگی یا آنفولانزا بدتر می‌شوند. • مشکل در صحبت کردن • خستگی

هنوز مشخص نیست که چرا بعضی از افراد به آسم مبتلا می‌شوند و برخی دیگر به آن مبتلا نمی‌شوند اما احتمالاً ترکیبی از عوامل محیطی و ارثی (ژنتیکی) است.

قرار گرفتن در معرض تحریک‌کننده‌های مختلف و موادی که باعث ایجاد آلرژی (حساسیت) می‌شوند، می‌تواند علائم و نشانه‌های آسم را تحریک کند. عوامل محرک آسم از فردی به فرد دیگر متفاوت است

Covid 19:

بیماران مبتلا به آن ، دارای مشکلات تنفسی خفیف تا شدید با علائم زیر هستند

تنگی نفس، تب، سرفه

این ویروس از طریق ذرات و قطره‌های ریز معلق در هوا که فرد مبتلا به هنگام تنفس ، صحبت کردن، خواندن، سرفه یا عطسه کردن آن‌ها را پخش می‌کند، گسترش می‌یابد. در موارد نادرتر، کووید-۱۹ احتمالاً می‌تواند از طریق لمس سطح آلوده و سپس لمس دهان، بینی یا چشم‌ها منتقل شود، اما این راه اصلی شیوع این بیماری نیست .

پیشگیری :

- در صورت داشتن شرایط دریافت واکسن، تمام دوزهای خود، از جمله دوزهای تقویت‌کننده، را تزریق کنید.
- در صورت توصیه، ماسک بزنید. اگر در حال حاضر در منطقه‌ای با میزان انتقال بالای کووید-۱۹ زندگی می‌کنید، حتی در صورت واکسینه بودن، در فضاهای عمومی سربسته ماسک بزنید. هنگام شرکت در رویدادهای دارای جمعیت زیاد نظیر کنسرت‌های شلوغ ماسک بزنید.

- فاصله فیزیکی را رعایت کنید (حداقل ۶ فوت (۲ متر) از دیگران فاصله داشته باشید).
- از حضور در اجتماعات و مکان‌های دارای تهویه ضعیف خودداری کنید
- بطور مرتب دست‌هایتان را بشویید و آن‌ها را با ژل حاوی الکل ضدعفونی کنید.
- هنگام عطسه یا سرفه، قسمت داخل آرنج خود را جلوی دهانتان قرار دهید.
- سطوح پرلمس را تمیز و ضدعفونی کنید.

اگر در حال حاضر در منطقه‌ای با میزان انتقال بالای کووید-۱۹ زندگی می‌کنید، حتی در صورت واکسینه بودن، در فضاهای عمومی سربسته ماسک بزنید. هنگام شرکت در رویدادهای دارای جمعیت زیاد نظیر کنسرت‌های شلوغ ماسک بزنید.

- فاصله فیزیکی را رعایت کنید (حداقل ۶ فوت (۲ متر) از دیگران فاصله داشته باشید).
- از حضور در اجتماعات و مکان‌های دارای تهویه ضعیف خودداری کنید
- بطور مرتب دست‌هایتان را بشویید و آن‌ها را با ژل حاوی الکل ضدعفونی کنید.
- هنگام عطسه یا سرفه، قسمت داخل آرنج خود را جلوی دهانتان قرار دهید.
- سطوح پرلمس را تمیز و ضدعفونی کنید.
- هر روز وضعیت سلامت خود را تحت نظر داشته باشید. اگر علائم کووید-۱۹ دارید، از خانه خارج نشوید، مگر برای انجام آزمایش

سرطان ریه :

سرطان ریه بیماری ای است که سلول‌های سرطانی در بافت ریه شروع به تقسیم بی‌رویه می‌کنند و توانایی تنفس فرد را کاهش می دهند. این بیماری اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر در زنان و مردان مبتلا به سرطان است و درمان قطعی ندارد. برخی از روش‌های درمانی مورد استفاده در درمان سرطان ریه شامل این موارد است : جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی، ایمونوتراپی، درمان‌های گیاهی

از آنجایی که این سرطان پس از تشکیل سریع گسترش می‌یابد یا متاستاز می‌دهد، بسیار خطرناک است و یکی از صعب العلاج ترین سرطان‌هاست. غدد فوق کلیه، کبد، مغز و استخوان‌ها شایع‌ترین مکان‌ها برای متاستاز سرطان ریه هستند.

خطر ابتلا به سرطان ریه در افراد سیگاری بسیار بالا است و با سال‌ها و تعداد پاکت‌های سیگاری که فرد استعمال کرده رابطه‌ی مستقیم دارد. خوشبختانه در صورت ترک سیگار خطر ابتلا به این سرطان کاهش می‌یابد. قرار گرفتن در معرض دود سیگار (سیگار کشیدن منفعل) نیز می‌تواند باعث ایجاد این بیماری در افراد غیر سیگاری شود.

تشخیص زودهنگام سرطان ریه می‌تواند در روند درمان تاثیرگذار باشد، با این حال شناسایی این سرطان در مراحل اولیه دشوار است، زیرا علائم آن شبیه عفونت تنفسی است و گاهی فرد هیچ علائمی ندارد، به همین دلیل پیش آگهی کارسینوم ریه، ضعیف است. در بیماران مبتلا به سرطان ریه که توده‌ی سرطانی محدود به ریه‌هاست، بقای پنج ساله حدود ۵۴ درصد است اما بقای پنج ساله در کسانی که سرطان ریه پیشرفته و غیر قابل جراحی دارند، حدود ۴ درصد است. از عوارض سرطان ریه می‌توان به تنگی نفس ، سرفه‌ی خونی، درد، تجمع مایع در ریه و متاستاز به سایر ارگان‌ها اشاره کرد.

علائم:

در مراحل اولیه معمولا سرطان ریه بدون علامت است. در ۲۵٪ موارد، طی عکس رادیوگرافی ساده قفسه‌ی سینه یا سی تی اسکن، به طور تصادفی و هنگام بررسی دیگر بیماری‌ها تشخیص داده می‌شود که معمولا در این مرحله، توده سرطانی کوچک و به اندازه‌ی یک سکه است و فرد هیچ علامتی ندارد.

رشد و حمله سرطان به بافت ریه و بافت‌های اطراف، در تنفس اختلال ایجاد می‌کند و منجر به علائمی نظیر موارد زیر می‌شود؛

- سرفه مداوم جدید
- تشدید سرفه مزمن قبلی
- تنگی نفس
- خس خس سینه
- درد قفسه‌ی سینه
- خلط خونی (هموپتیزی)

تومورهایی که در قسمت بالایی ریه قرار دارند، می‌توانند بر اعصاب صورت تاثیر گذارند. در این حالت علایم سرطان ریه عبارتند از؛

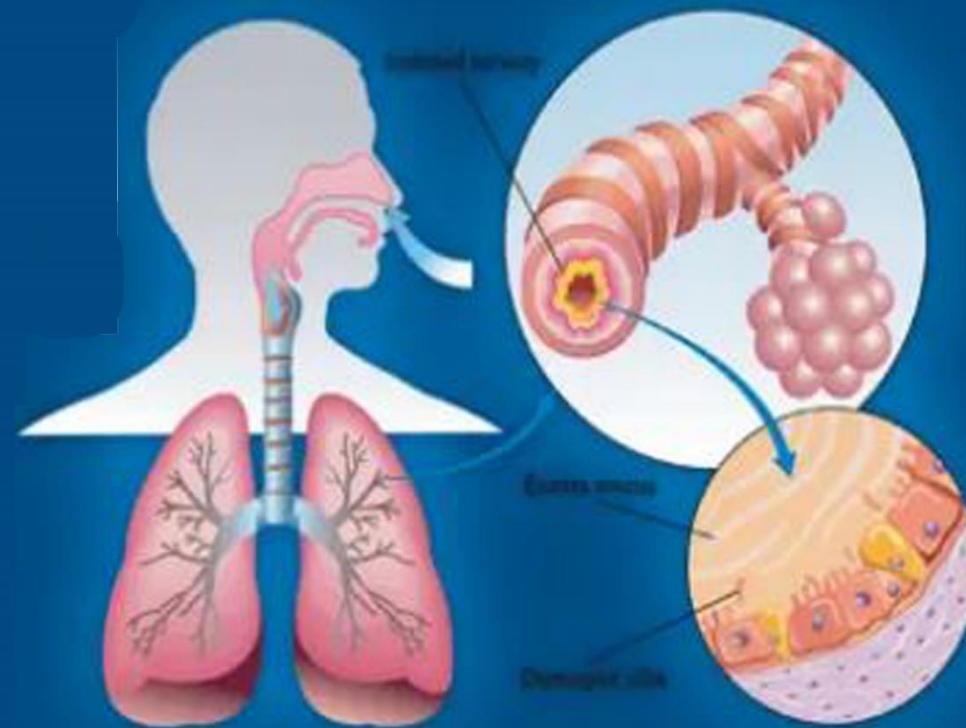
- افتادگی یک طرفه پلک
- کوچک شدن مردمک
- عدم تعریق در یک طرف صورت
- ممکن است درد شانه‌ای به دست‌ها گسترش یابد
- فلج تارهای صوتی منجر به خشونت صدا می‌شود.

اگر سرطان ریه، مری را درگیر کند باعث اختلال در بلع (دیسفاژی) می‌شود. در صورت ایجاد انسداد وسیع در راه‌های هوایی، بخشی از ریه روی هم می‌خوابد و باعث ایجاد عفونت‌های مکرر تنفسی مانند آبسه، نومونیا و برونشیت، در ناحیه‌ی مسدود شده می‌شود. تومورها می‌توانند بر رگ‌های بزرگی که خون را بین سر، بازو و قلب منتقل می‌کنند، فشار وارد کنند که باعث تورم صورت، گردن، قفسه‌ی سینه، شانه‌ها و بازوها می‌شود.

درمان :

درمان سرطان ریه شامل جراحی (پنومکتومی، لوپکتومی ، سگمنکتومی، برداشتن لوب ریه)

شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، ایمونوتراپی



Chronic Obstructive Pulmonary Disease

NURSING CARE MANAGEMENT

گرد آورنده: محمدامین وکیلی

امروز میخواهیم کنار هم درباره یک بیماری با اسمی منحصر به فرد بخونیم تا اندکی بر اطلاعاتمون راجع به این بیماری و سابقش افزوده بشه .این بیماری با نام پروانه ای یا با اسم علمی تر Epidermolysis Bullosa شناخته میشود.

ابتدا ببینیم اصلا چرا به این بیماران پروانه ای می گویند ؟

در دنیا به کودکان مبتلا به بیماری «ای بی»، کودکان پروانه ای می گویند، چون پوست این بیماران همانند بال های لطیف و نازک پروانه به شدت شکننده است و با اندکی تماس دچار تاول های آبکی یا خونی شده و با پیشروی زخم، به تدریج بافت پوست از بین می رود. زخم های این کودکان بسیار دردناک است و در صورت محرومیت از مراقبت های ویژه ، زخم های آن ها تا اندام های داخلی نیز پیش می رود به حدی که به تدریج برخی اندام ها در اثر عمیق تر شدن زخم ها از بین رفته و آسیب های جبران ناپذیر و حتی در صورت رسیدگی نشدن به زخم ها مرگی دردناک را برای کودکان پروانه های رقم می زند .

منشا بیماری ای بی(E.B) از کجاست ؟

پوست انسان از دو لایه تشکیل شده است: لایه بیرونی که (اپیدرم) و لایه داخلی که (درم) نامیده می شود. در افراد سالم، بین این دو لایه ، پروتئینی کلاژنی ایی وجود دارد که مانع از حرکت و سایش (اصطکاکی) دو لایه می شوند. اما پوست افراد مبتلا E.B، فاقد این بافت کلاژنی بوده و کوچکترین فشار و مالشی منجر به ساییده شدن این دو لایه و ایجاد تاول و زخم های دردناک می شود. درد مبتلایان به این بیماری با درد شدیدترین سوختگی ها برابر است.

بیماری پروانه ای چند نوع است ؟

۱) سیمپلکس

رایج ترین نوع است که در آن تاول و زخم در لایه بیرونی پوست ایجاد می شود

۲) اتصالی

این نوع بیماری می تواند شدید باشد و از نوزادی در بیماران بروز کند .

۳) دیستروفیک

در این نوع لایه های پوستی بعلت نقص در ژن کلاژن سازی بدرستی بهم پیوند نخواهند خورد .

توارث این بیماری به دو صورت می باشد:

اتوزومی مغلوب:

در صورتیکه فرد به نوع مغلوب بیماری مبتلا شده باشد یعنی هم مادر و هم پدر ناقل این بیماری بوده اند که معمولا در ازدواج های فامیلی دیده می شود. بنابراین یکی از مهمترین علل بروز این بیماری ازدواج های فامیلی است . در نوع مغلوب این بیماری نشانه های شدید تری دیده می شود

اتوزومی غالب:

نوع غالب این بیماری با شدت کمتری در فرزندان رخ می دهد. و امکان دارد در سال های اول زندگی خبری از بیماری نباشد. و یا اینکه به صورت پیشرفته دیده نمی شود و تنها نواحی انگشت ها یا ناخن ها را درگیر می کند .

در واقع بیماری پروانه ای ناشی از یک جهش ژنتیکی در کراتین یا کلاژن است . می تواند از یک ناراحتی جزئی که نیاز به تغییر برخی فعالیت ها دارد ، تا کاملاً ناتوان کننده و در بعضی موارد کشنده، متفاوت است. در نتیجه ی این بیماری، پوست به شدت شکننده شده و با کوچکترین خراشی لایه لایه شده و کنده می شود. افراد مبتلا به اشکال خفیف ای بی ممکن است درمان گسترده ای نیاز نداشته باشند. در هر صورت، آن ها باید برای بازداشتن تاول ها از شکل گیری و پیشگیری از عفونت زمانی که تاول ها رخ می دهند، کوشش کنند.

عوارض این بیماری چیست ؟

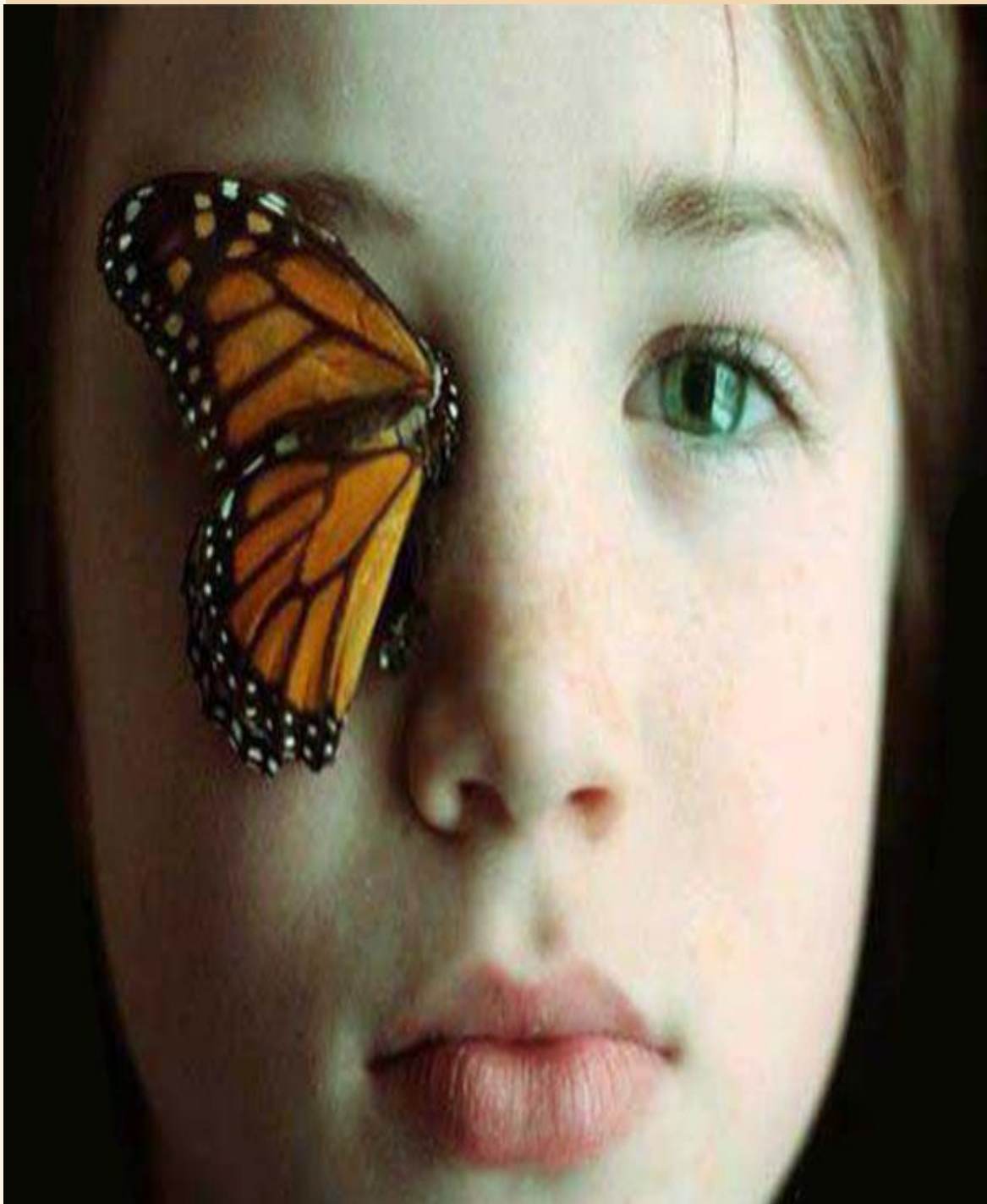
۱) عفونت

۲) سپسیس

۳) همجوشی عضلات و تغییر در مفاصل

۴) مشکلات تغذیه ای و بیوست

۵) سرطان پوست



«چالش های درمان سرطان با رادیوتراپی و راه حل های آن»

گردآورنده: محمد امجدی

پرتودرمانی تطبیقی (Adaptive radiotherapy) یک فرآیند پرتودرمانی است. ما از آن برای تطبیق درمان با تغییرات تشریحی داخلی استفاده می کنیم. برخی از اندام های بدن که نیاز به پرتودرمانی دارند، می توانند از نظر اندازه و شکل تغییر کنند. این تغییرات می تواند در طول روزها و هفته هایی که یک دوره درمان طول بکشد اتفاق بیفتد. هدف ART توضیح این تغییرات است. این به ما امکان می دهد دوز تابش را با دقت زیادی به تومور برسانیم. برای مثال یکی از فواید این تکنیک این است که به جای تنظیم و تغییر بیمار که با جابجایی تخت درمان انجام میگیرد، دوز اشعه ای که به نقاط مختلف میرسد را با توجه به تغییر مکان تومور تغییر میدهد که روش راحت تر و کم خطا تری هست.

تقریباً همه روشهای درمانی بیماری ها با چالش هایی برای اجرای درست و موثر خودشان مواجه هستند و رادیوتراپی هم از این قاعده مستثنی نیست. یکی از مهم ترین چالش هایی که ما داریم تغییر محل توموری است که قبل از شروع درمان تعیین کردیم. این اتفاق باعث میشه برنامه درمانی که طراحی کردیم دیگه کارایی نداشته باشه و باید تغییر پیدا کنه که دلایل مختلفی دارد. ساده ترین دلیل این است که طی جلسات درمان به خاطر برخورد مثلاً اشعه ایکس با تومور حجم آن کوچکتر خواهد شد یا ممکن است حتی دم و بازدم ما بخاطر تغییر وضعیت ریه ها در محل تومور تاثیرگذار باشه. برای رفع این مشکل راه حل های مختلفی وجود دارد اما منطقی ترین راه حل این است که ما بتوانیم محل تومور قبل، حین و بعد از جلسات درمانی را به کمک تصویربرداری ببینیم. یکی از بهترین تکنیک ها برای رسیدن به این هدف «Adaptive radiotherapy»

است.

