

در این شماره می خوانیم:

- عوامل بروز بیماری پسوریازیس
- آنچه که احتمالاً در مورد گریه و خنده هنوز نمیدانیم...
- تخمدان پلی کیستیک
- بررسی سطوح سایتوکانی در بیماران بشدت بیمار مبتلا به Covid-19 و دیگر بیماری ها
- متابولیسم آهن
- بیماری های مرتبط با فقر آهن
- آنترناتیو تراپی در مشکلات منوپوز
- صبحانه مقوی و مغذی برای ورزشکاران
- اختلالات دفع در کودکان
- علایم وازوموتور یائسگی
- بررسی وضعیت کرونا در سطح دنیا ...
- اختلالات دفع در کودکان
- بررسی ۴ علائم اصلی در دوران منوپوز
- شباهت دردرساز علائم بالینی:
- کووید-۱۹، آنفلوآنزا و سرماخوردگی
- کرونا در گروه سنی کودکان



عوامل بروز بیماری پسوریازیس

دکتر پروین منصوری

متخصص پوست، مو، زیبایی و لیزر
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
عضو انجمن پوست و لیزر امریکا و اروپا
معاون پژوهشی مرکز تحقیقات پوست و سلول های بنیادی



باعث اختلال در سیستم ایمنی بدن گردد، ممکن است اقدام به قطع یا کم کردن میزان مصرف دوز داروها نمایند که توصیه می گردد حتماً با نظر پزشک معالج و تحت نظر او انجام شود.

پرهیز از سیگار، مصرف الکل، مواد مخدر، دوری از استرس های روحی و فیزیکی از تشدید بیماری جلوگیری می کند.

مصرف بعضی از داروها مانند کورتون های سیستمیک، داروهای ضدالتهاب، یا هیدروکسی کلروکین و همچنین چاقی می تواند سبب تشدید یا ایجاد عودهای مکرر شوند.

عواملی از جمله ضربه ها، وجود دارند که باعث تشدید بیماری پسوریازیس می شوند. در عده ای از بیماران به دنبال ضربه ها، خراش های پوستی و گاهی در محل تزریق واکسن، بیماری زونا و یا آبله مرغان تقریباً ۱-۲ هفته بعد ضایعات در محل ضربه ایجاد می شود که به آن پدیده کوپنر گفته می شود. لذا از پوشیدن لباس های تنگ، خاراندن پوست و کندن پوسته ها، انجام فعالیت های ورزشی که ایجاد ضربه می کنند تا حد امکان باید پرهیز کرد. این پدیده به ویژه در افرادی که مبتلا به پسوریازیس کف دست و پا و یا ناحیه تناسلی هستند، شدت بیشتری دارد. استرس های روحی عامل مهمی برای تشدید و عود های مکرر پسوریازیس می باشند که باید از آن ها تا حد امکان پرهیز کرد. در مواردی که مشکلات حاد روحی وجود دارد و یا بیمار قادر به کنترل آن نمی باشد لازم است از یک متخصص روانپزشک کمک گرفت و تحت درمان بود. عفونت ها از جمله عفونت های تنفسی، عفونت های ادراری و همچنین عفونت کووید ۱۹ ممکن است باعث بروز و یا تشدید بیماری پسوریازیس در بیماران شود.

قطع یا کاهش درمان باید زیر نظر پزشک معالج باشد،

حتی در دوران عفونت با کووید ۱۹.....

گاهی بیماران پسوریازیس در این دوران به دلیل ترس از مصرف داروهای که ممکن است

دکتر محمد نامی

مدیر گروه علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز
عضو هیات علمی انستیتو مغز ایندیكاسات، پاناماسیتی
پژوهشگر پسا دکتری دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون



آنچه که احتمالاً در مورد گریه (: و خنده :) هنوز نمیدانیم...

منفی تری از گریه در محیط خصوصی دارد.
۹. حدود نیمی از افراد بعد از گریه احساس بهتری دارند.
۱۰. حدود ده درصد از افراد پس از گریه در واقع احساس بدتری را تجربه می کنند.
۱۱. اینکه کسی از گریه سود می برد یا نه، بستگی زیادی به محیط و افراد پیرامون او دارد. اگر آنها از حمایت برخوردار شوند، احتمالاً فرد بعد از گریه احساس بهتری خواهد داشت.
۱۲. گریه حدوداً در ۱۵ تا ۳۰ درصد جلسات روان درمانی رخ می دهد.
۱۳. گریه کردن در جلسات روان درمانی احتمالاً با نتیجه درمانی بهتری همراه است، زیرا تسهیل بیان عاطفی گام مهمی در موفقیت درمان است. بنابراین، باید به گریه در جلسات رفتار درمانی و شناخت درمانی به دید مثبت تری نگریست.
۱۴. بهره مندی از تکنولوژی عصبی و نورومودالسیون شبکه فعال گریه در مغز، احتمالاً می تواند در درمان غیر دارویی افسردگی و اختلالات خلقی دیگر موثر باشد.
۱۵. مطالعات علوم اعصاب در مورد خنده را چند سالی ست شروع کرده و ادامه می دهیم. مطالعه در مورد ابعاد عصب شناختی و رفتاری گریه در افراد سالم و دچار اختلالات عصب روانشناختی یکی از افق های پیش روی پژوهش های ما در حوزه علوم اعصاب رفتاری و علوم اعصاب کاربردی در دپارتمان علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز و انستیتو سلامت مغز است.

گریه یکی از واکنش های هیجانی معمول در انسان است. طبعاً همه زمانی گریه کرده ایم. با توجه به بروز گریه در انواع موقعیت های منفی (و مثبت)، جای تعجب است که تحقیقات عصب شناختی و رفتاری تاکنون آنچنان که باید به مطالعه این رفتار مهم نپرداخته اند.

در گزارش جدیدی که به تازگی در مجله علمی روان درمانی منتشر شده است، خلاصه ای از دانش و بینش موجود در مورد گریه به منظور معرفی زمینه های پژوهشی آینده به خوبی بیان شده است. در اینجا به برخی از نکات کلیدی که علوم اعصاب شناختی تاکنون در مورد گریه ارائه نموده می پردازیم.
۱. پنج دلیل شایع برای گریه هیجانی عبارتند از فقدان یا از دست دادن (مثلاً پایان یک رابطه عاطفی یا از دست یکی از نزدیکان)، درماندگی، درد و ناراحتی جسمی، گریه همدلانه (به عنوان مثال گریه به دلیل واکنش عاطفی شخص دیگر)، و فوق العاده مثبت یا موقعیت های احساسی خوشایند (به عنوان مثال اشک شادی).

۲. نوزادان دختر و پسر هیچ تفاوتی در گریه ندارند.

۳. با این وجود، تفاوت واضح جنسیتی در بزرگسالان وجود دارد. به طور متوسط، زنان ۲ تا ۵ بار در ماه گریه می کنند. در حالی که مردان ۰ تا ۱ بار در ماه گریه می کنند. این تفاوت از اواخر کودکی شروع می شود و احتمالاً به دلیل تفاوت پذیرش اجتماعی رفتار گریه است (به عنوان مثال، معمولاً به پسران گفته می شود که گریه نکنند و این به طور بالقوه منجر به ناتوانی در گریه کردن در بزرگسالی می شود).

۴. گرایش شخصیتی و شناختی در رفتار گریه دخیل است. افراد با همدلی بالا در هر دو حالت مثبت و منفی راحت تر گریه می کنند تا افرادی که همدلی کمتری دارند. در مقابل، افراد دچار اختلال خلقی شامل وسواس و افسردگی در موقعیت های منفی راحت تر از افراد دیگر گریه می کنند، اما هیچ تفاوتی در موقعیت های مثبت نشان نمی دهند.

۵. سبک دلبستگی نیز در رفتار گریه تعیین کننده است. افرادی که سبک دلبستگی اجتنابی دارند در روابط کمتر از افرادی که سبک دلبستگی ایمن یا مضطرب دارند گریه می کنند.

۶. برپایه مطالعات بوم شناختی-رفتاری، مردم در کشورهای ثروتمند و دموکراتیک بیشتر از افراد دیگر کشورها گریه می کنند.

۷. دیدن گریه فرد دیگر دیدگاه ما نسبت به آن شخص را تغییر می دهد. افرادی که گریه می کنند بیشتر همدل، قابل اعتماد، صمیمی و کمتر پرخاشگر تلقی می شوند. با این حال، دیدن گریه فرد تأثیرات منفی نیز دارد، چراکه فرد از نظر عاطفی بی ثبات تر به نظر می رسد.

۸- موقعیت مکانی نیز در اینجا فاکتور مهمی است. گریه در محل کار به طور کلی بار هیجانی



خنده می‌تواند دارای گیرایش باشد و خنده یک نفر باعث پیدایش خنده در دیگران شود.

و اما خنده و دانش مغز و اعصاب...

بر پایه مطالعات قبلی فانکشنال ام آر آی مغز و یافته‌های مشابه تیم پژوهشی در دپارتمان علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز به نظر می‌رسد که این نواحی در فرایند خنده نقش تعیین کننده‌تری دارند: آمیگدال، اوپر کولوم قشر پیشانی، قشر جلویی اینسولا، هسته اکومبنس و قشر فرانتال داخلی-شکمی مغز.

در عین حال، دینامیک عصبی در قشر مغز و تغییرات پویا در سیستم اعصاب خودکار در این بین هنوز کاملاً مشخص نیست و نتایج آن در مطالعه حاضر تحت بررسی است.

با بهره‌گیری از ستاپ الکتروآنسفالگرافی کمی، پلی‌گرافی، رد یابی حرکات چشم و پوپیلومتری حین آرایه ویدیوهای طنز استاندارد سازی شده، تیم ما در پی واکاوی و پاسخ به این سوالات است.

خنده واکنشی صدادار به احساس خوشحالی، یا در مواقع ناراحتی است که به آن خنده تلخ می‌گویند. عوامل متعددی نظیر شنیدن یک جوک یا مورد غلغله قرار گرفتن می‌تواند باعث پیدایش خنده شود. خنده در رفتار انسان و بعضی از حیوانات دیده می‌شود. خنده جزئی از رفتار انسانی است که به وسیله مغز برای تنظیم احساسات تولید می‌شود، و بدین وسیله انسان‌ها را در روابط اجتماعی کمک می‌کند. خنده در دید روانشناسی، نشانه‌ای برای برقرار کردن رابطه‌ای مثبت با دیگران است. خنده می‌تواند دارای گیرایش باشد و خنده یک نفر باعث پیدایش خنده در دیگران شود. این می‌تواند دلیل محبوبیت استفاده از صدای خنده در نمایش‌های کمدی را توضیح دهد.

ناخویشتن‌داری عاطفی، بی‌ثباتی عاطفی، اختلال ناپایداری یا بی‌اختیاری عاطفی به یک اختلال عصبی اشاره دارد که با گریه کردن بی‌اختیار یا گریه یا خنده غیرقابل کنترل نمود پیدا می‌کند. این حالت می‌تواند به طور ثانویه به دنبال یک بیماری عصبی یا آسیب مغزی رخ دهد. بیماران ممکن است خود را در حال گریه کردن غیرقابل کنترل برای چیزی که فقط کمی ناراحت کننده است یافته و تا چند دقیقه قادر به متوقف کردن گریه‌شان نباشند. این نموده‌ها ممکن است کاملاً با حالت فرد نا متجانس باشد؛ به عنوان مثال بیمار ممکن است گرفتار یک خنده غیرقابل کنترل شود در حالی که احساس عصبانیت یا ناامیدی می‌کند.

مطالعه روی نقشه مغزی و خنده با هدف یافتن کوریدوری برای تحریک مغزی در کاهش آستانه خندیدن و بهینه سازی فرایند سایکونورواندوکرینولوژی خنده در اختلالات خلقی برای تیم ما بسیار تجربه علمی هیجان انگیزی بوده است. نتایج فاز نهایی تحلیل نتایج پروژه خنده و علوم اعصاب شناختی در گروه علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز و انستیتو سلامت مغز-شیراز در حال جمع‌بندی است.



برای بهبود التهاب مجاری تنفسی که با سرفه همراه است،
شربت پروسپان با خاصیت نرم کنندگی خلط،
 باز کردن مجاری تنفسی و کاهش سرفه در طول روز
 و هنگام خواب شبانه باعث آرامش فرد می گردد.





تخمدان پلی کیستیک

اگر زمان تخمک گذاری بیمار ۱۲ و ۱۳ باشد، می بینیم ضخامت اندومتر بالا است و این قضیه در بیماران PCO نکته مهمی می باشد.

کیست تخمدان به دو نوع خوش خیم و بد خیم تقسیم می شود و خود خوش خیم به ساده و شکلاتی تقسیم می شوند و بد خیم هم انواع مختلفی دارد. یکی از عللی که ما برای PCO سونوگرافی توصیه می کنیم در اصل تشخیص تومورهای تخمدان است. بیمار با یک وضعیت پرمویی شدید اسکور بالای ۱۲-۱۳ مراجعه می کند که ممکن است به خاطر تومورهای تخمدان باشد.

یک سری از بیماری ها در تشخیص افتراقی PCO مطرح می شوند، از جمله پرولاکتین بالا و کم کاری تیروئید. بیمار ممکن است کم کاری تیروئید داشته باشد، بیاید با موهای خشن و فکر کند PCO دارد در حالیکه علتش فقط کم کاری تیروئید است یا علتش پرولاکتین است و با یک دارو هم به راحتی کنترل می شود در واقع اینها علائم PCO را تقلید می کنند.

در سنین مختلف علائم PCO متفاوت می شود مگر اینکه بیمار سبک زندگی اش را اصلاح کند و وزن خود را ایده ال نگه دارد و این باعث می شود بعد زایمان مشکلات کمتری داشته باشد. از نظر تغذیه چربی کم و پروتئین زیاد و کربوهیدرات و قند را کنار بگذارد و تحرک داشته باشد. کربوهیدرات ها باعث تشدید PCO هستند. بنابراین توصیه می شود مصرف شیرینی جات قطع شود و شکلات تلخ و توت خشک و انجیر خشک مصرف شود که تاثیر منفی کمتری دارند.

می شد غیرعادی است. بنابراین پرئود نرمال و غیر نرمال به سن مربوط می شود و هرچه فرد بالغ تر می شود نظم پرئود اهمیت بیشتری دارد و در واقع پرئود منظم پرئودی است که فاصله بین دو پرئود ۲۱ تا ۳۸ روز باشد. سن شایع این بیماری همان سن بلوغ و نوجوانی است، ولی گاهی در سن های بالاتر دیده می شود که با تستوسترون بالا و پرمویی همراه است.

قسمت بالایی لب، روی چانه، بین سینه ها، روی خط شکم، ناحیه تناسلی، روی بازوهای مریض، ران ها و پشت بیمار، ۹ ناحیه ای هستند که در این بیماری معمولا دچار پرمویی می شود. این نواحی از خفیف به شدید از شماره ۱ تا ۴ شماره گذاری می شوند.

تخمدان غیرطبیعی در سونوگرافی به صورت بزرگی تخمدان و کیست های ریزریز تشخیص داده می شود.

شایع ترین علت ناباروری PCO است. به طور مثال برای افرادی که با زمینه چاقی دچار PCO هستند، یا اینکه پرمویی و نامنظمی پرئود دارند. اگر درمانشان به صورت هورمونال و یا تغییر لایف استایل انجام شود بعدها نازایی آنها خیلی راحت تر درمان می شود و ممکن است با دارو یا بدون دارو درمان شوند.

با توجه به اینکه هورمون های بدن به خصوص هورمون های زنان در بدن حالت ثابتی ندارند و میزان آنها در روز ۱۰ یا ۱۵ سیکل متفاوت است، حتما باید در یک زمان مناسب بین روز ۲ تا ۵ پرئود آزمایش هورمون ها انجام شود. در مورد انجام سونوگرافی برای PCO، بهترین زمان ۲ روز بعد از اتمام خونریزی است. در غیر این صورت

در روز پنجشنبه ۶ شهریور ماه، برنامه ای با موضوع تخمدان پلی کیستیک با حضور خانم دکتر سونیا کاظم زاده، در صفحه اینستاگرام شرکت بهستان بهداشت به صورت لایو برگزار گردید که خلاصه ای از مباحث مطرح شده در این برنامه به شرح می باشد:

PCO سندرم تخمدان پلی کیستیک می باشد که در عموم به اسم تخمدان های تنبل شناخته شده و شایع ترین بیماری در خانم ها یکی از شایع ترین علت نازایی در خانم ها می باشد. معمولا این بیماری در سنین بلوغ بوجود می آید، یعنی سن بیمار حدود ۱۰ تا ۱۴ سال می باشد و بیمار با علائمی از قبیل پرئودهای عجیب و غریب با خونریزی زیاد و یا با فواصل نامنظم مراجعه می کند. این بیماری معمولا با یک سری علائم به صورت پرمویی که در ۹ نقطه از بدن تعریف شده و با افزایش تستوسترون همراه است که ممکن است باعث ایجاد جوش های صورت شود، این جوش ها بصورت اکنه های سر سیاه و سر سفید و یا اسکار و یا اکنه های التهابی هستند و با مراجعه به پزشکان پوست و داروهای موضعی درمان نمی شوند، به دلیل اینکه اصل داستان بیماری سندرم پلی کیستیک است.

پرئود منظم بستگی به سن بیمار دارد و در هر سنی تعریف های متفاوتی دارد. اگر به طور متوسط سن بلوغ را ۱۲ سال در نظر بگیریم و خانمی ۱۲ ساله در سال ۴ بار پرئود شود یعنی هر ۳ ماه یکبار غیر عادی نیست و اما یک سال بعد از شروع پرئود این خانم باید ۶ بار در سال پرئود شود یعنی اگر ۲ ماه یکبار پرئود شود، غیرعادی نیست، ولی اگر بالاتر از ۴ سال گذشت همچنان ۴۵ روز یکبار پرئود

بررسی سطوح سایتوکاینی در بیماران بشدت بیمار مبتلا به Covid-19 و دیگر بیماری‌ها



دکتر نیلوفر حسن نژاد

(مدیر علمی شرکت بهداشت)

Letters

RESEARCH LETTER

Cytokine Levels in Critically Ill Patients With COVID-19 and Other Conditions

An abnormally strong proinflammatory response known as "cytokine storm" may play an important role in the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19), although cytokine storm remains ill defined.¹ Sinha and colleagues² reported that although IL-6 levels are elevated in severe COVID-19, they are lower than levels usually observed in (non-COVID-19) acute respiratory distress syndrome (ARDS). However, this comparison is limited by the use of different assays, which are not well standardized.³ We compared cytokine levels in critically ill patients with COVID-19 vs levels in patients with other critical illnesses.

Methods | All patients in this study were admitted to the intensive care unit (ICU) of Radboud University Medical Center. Plasma concentrations of the proinflammatory cytokines tumor necrosis factor (TNF), IL-6, and IL-8 were determined in consecutive mechanically ventilated patients with COVID-19 with ARDS (partial pressure of oxygen/fraction of

inspired oxygen ratio <300; sampled within 48 hours after ICU admission), bacterial septic shock with or without ARDS (sampled within 24 hours after septic shock diagnosis), out-of-hospital cardiac arrest (OHCA; sampled within 24 hours after ICU admission), and multiple traumas (sampled within 24 hours after trauma). The patients with sepsis and trauma are part of larger published cohorts,^{4,5} whereas data of 14 patients with OHCA were previously published.⁶ Sampling occurred between 2010 and 2020 (Table). Patients with immunological insufficiencies were excluded, defined as chronic/concomitant use of immunosuppressive medication, chemotherapy/radiotherapy in the last year or in the past for (non-)Hodgkin lymphoma, or humoral/cellular deficiencies. Cytokines in all cohorts were determined using the same methodology (Milliplex assay, Millipore, on a MAGPIX instrument, Luminex Corporation) by the same technician using the same protocol.

Patient characteristics were analyzed using Fisher exact or Kruskal-Wallis tests followed by Dunn post hoc tests. Cytokine data are presented as geometric means (95% CIs) and analyzed using 1-way analysis of variance on log-transformed data followed by Dunnett post hoc tests.

Table. Patient Characteristics*

Characteristic	COVID-19 with ARDS, March 11 to April 27, 2020 (n = 46)	Septic shock, March 15, 2013, to March 28, 2017		Out-of-hospital cardiac arrest, February 5, 2010, to December 12, 2013 (n = 30)	Trauma, March 19, 2011, to May 30, 2013 (n = 62)
		With ARDS (n = 51)	Without ARDS (n = 15)		
Sex, No. (%)					
Male	34 (74)	36 (71)	6 (40)	22 (73)	44 (71)
Female	12 (26)	15 (29)	9 (60)	8 (27)	18 (29)
Age, median (IQR), y	67 (57-71)	62 (53-72)	73 (64-78)	65 (52-75)	58 (37-72)
BMI, median (IQR)	27.5 (25.0-29.3)	26.4 (23.8-30.5)	25.0 (21.5-30.3)	25.1 (23.4-26.9) ^b	24.7 (23.2-27.4) ^c
Medical history, No. (%)					
Cardiovascular insufficiency	12 (26)	2 (4) ^a	2 (13)	1 (3) ^a	1 (2) ^d
Respiratory insufficiency	3 (7)	1 (2)	0	0	0
COPD	3 (7)	5 (10)	0	0	0
Kidney insufficiency	0	5 (10)	0	0	0
Metastatic neoplasm	4 (9)	1 (2)	2 (13)	1 (3)	0 ^b
Diabetes	13 (28)	8 (16)	1 (7)	1 (3) ^e	4 (6) ^e
Hematologic malignancy	0	0	0	0	0
APACHE II score, median (IQR) ^f	14 (12-18)	21 (17-26) ^g	24 (18-31) ^g	27 (20-34) ^g	20 (14-25) ^g
Pao ₂ /Fio ₂ ratio, median (IQR)	139 (107-171)	206 (162-260) ^d	354 (328-424) ^d	246 (159-370) ^d	253 (201-361) ^d
Leukocytes, median (IQR), ×10 ⁹ /L	8.2 (6.4-11.1)	14.0 (9.8-20.8) ^d	15.4 (7.2-24.4) ^e	12.9 (10.0-16.7) ^d	11.8 (8.9-14.0) ^e

Abbreviations: APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; ARDS, acute respiratory distress syndrome; BMI, body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared); COPD, chronic obstructive pulmonary disease; COVID-19, coronavirus disease 2019; Fio₂, fraction of inspired oxygen; IQR, interquartile range; Pao₂, partial pressure of oxygen.

^a Data were obtained on the same day that blood was obtained for cytokine determination.

^b P < .05 vs COVID-19 with ARDS.

^c P < .01 vs COVID-19 with ARDS.

^d P < .001 vs COVID-19 with ARDS.

^e Intensive care unit score of overall disease severity ranging from 0-71; a higher score indicates more severe disease.

jama.com

JAMA Published online September 3, 2020

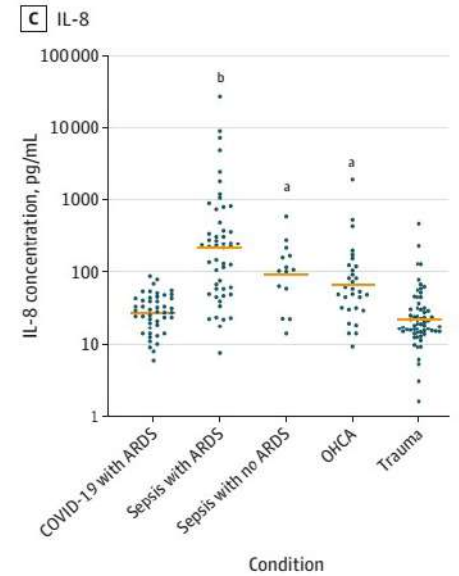
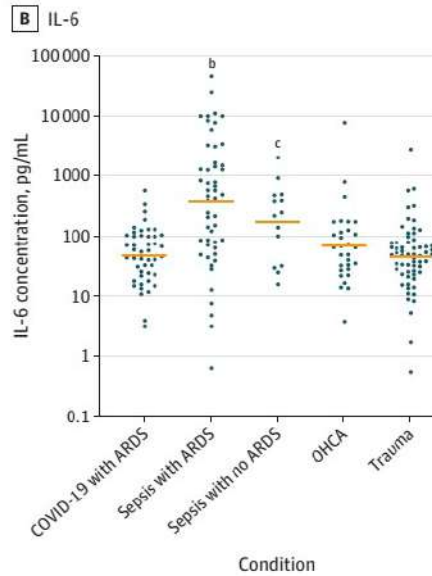
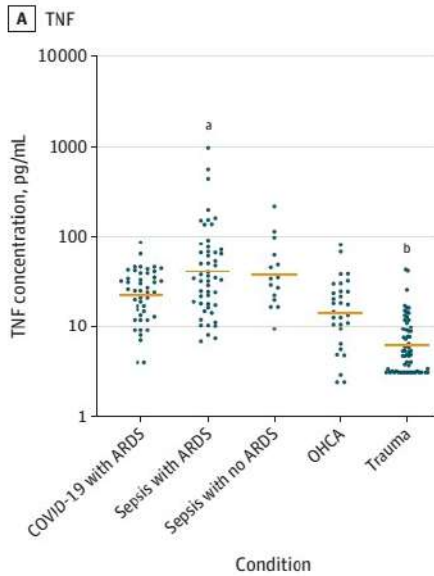
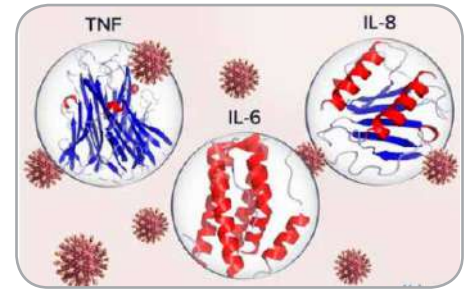
© 2020 American Medical Association. All rights reserved.

در پاتوفیزیولوژی بیماری ویروس کرونا (COVID-19) پاسخ پیش التهابی غیرمعمول و شدید با نام "طوفان سایتوکاینی" احتمالاً نقش مهمی دارد، هرچند که تمام جنبه‌های آن بطور کامل مشخص نشده است. Sinha و همکارانش September 2020 در ژورنال JAMA گزارش دادند که اگرچه سطح سایتوکاین IL-6 در بیماران با علائم حاد COVID-19 افزایش می‌یابد، اما سطح این سایتوکاین در مقایسه با مقدار آن در افراد مبتلا به سندرم حاد زجر تنفسی (ARDS) به مراتب پایین‌تر است (P < .001).

تمام بیماران شرکت کننده در این مطالعه در ICU بستری و تحت تهویه مکانیکی قرار داشتند. غلظت پلاسمائی سایتوکاین‌های IL-6، tumor necrosis factor (TNF)، IL-8 و IL-8، ۴۸ ساعت بعد از بستری در ۶۴ بیمار مبتلا به COVID-19 و ADRS، ۵۱ بیمار مبتلا به شوک سپتیک و ADRA، ۱۵ بیمار مبتلا به شوک سپتیک و بدون ADRA، ۱۵ بیمار مبتلا به ایست قلبی خارج از بیمارستان (OHCA) و ۶۲ بیمار مبتلا به تروما، مورد ارزیابی قرار گرفت. در بیماران بدحال مبتلا به Covid-19 و ARDS سطوح سایتوکاین‌های در گردش خون در مقایسه با بیماران مبتلا به سپسیس باکتریایی و سایر موارد مشابه، کمتر بود.

Cytokine Levels in Critically Ill Patients With Covid-19 and Other Conditions

JAMA Published online September 3, 2020



A: $P < .01$ vs Covid-19 With ARDS.

B: $P < .001$ vs Covid-19 With ARDS.

C: $P < .05$ vs Covid-19 With ARDS.



صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام بهستان بهداشت جهت ارتقا سلامت جامعه و اطلاع رسانی به افراد در حرفه ها و گروه های پزشکی و بیماران با رویکرد بیمار محوری که از ارزش های اصلی بهستان بهداشت است، ایجاد شده است. از شما دعوت می شود در صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام **#بهستان_بهداشت** با ما همراه باشید.



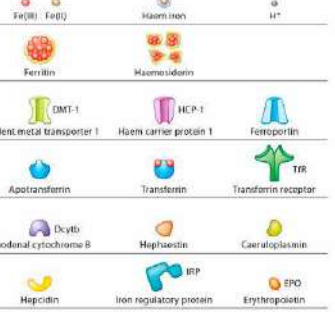
 behestan_chc

 @ behestanhc

متابولیسم آهن

میزان جذب از روش خوراکی
5-20%

یون های آهن



فرم آهن ذخیره شده

کانال های پروتئینی انتقال دهنده آهن

پروتئین های انتقال دهنده آهن

پروتئین های شرکت کننده در واکنش های اکسید و احیا آهن

پروتئین های تنظیم کننده

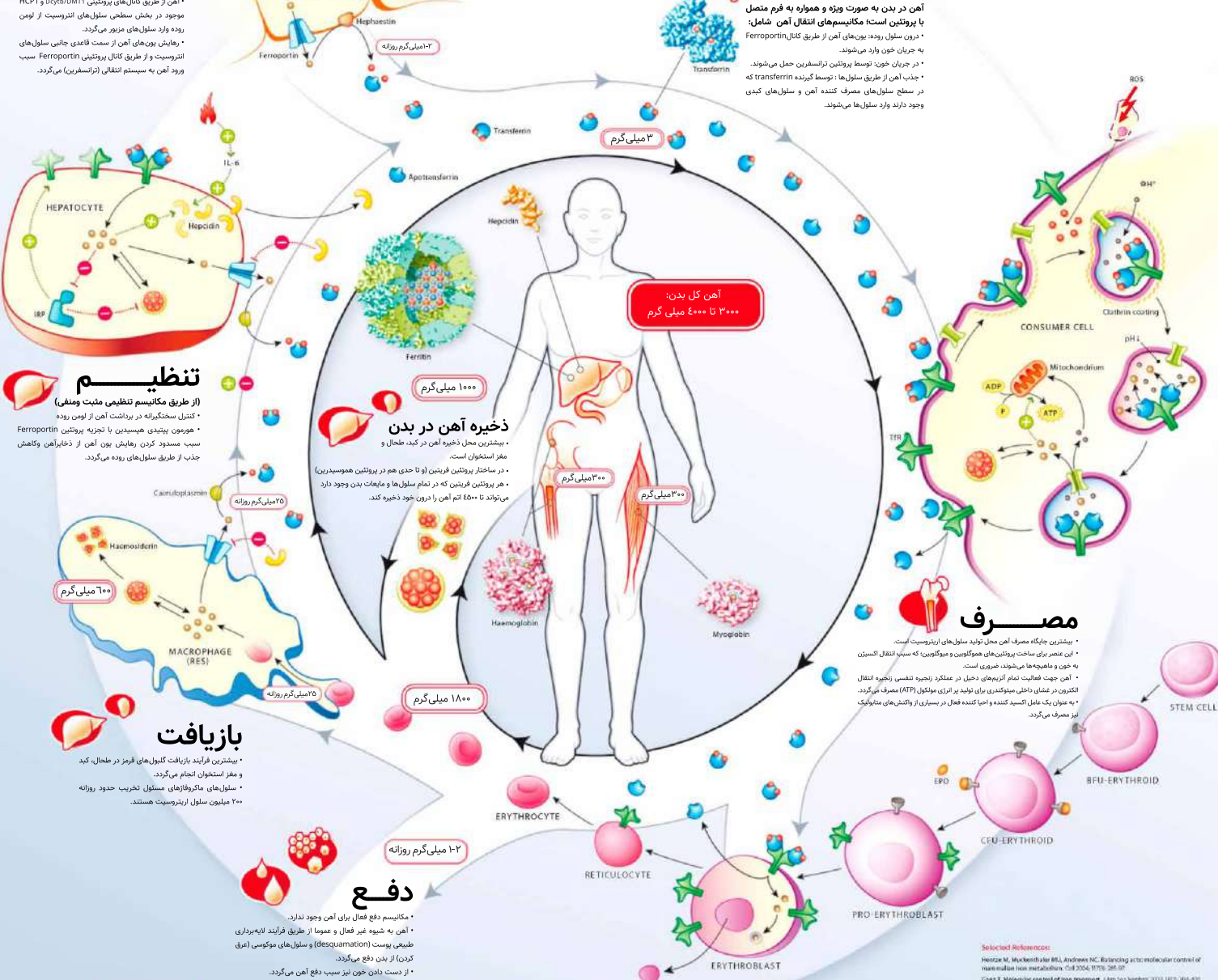
جذب

بیشترین جایگاه جذب آهن در دودنوم و ژنوزوم اولیه:
• آهن از طریق کانال های پروتئینی DMT1 و Dcytb HCP1 موجود در بخش سطحی سلول های اتروسیت از لومن روده وارد سلول های مزبور می گردد.
• بهایش یون های آهن از سمت قاعدی جانبی سلول های اتروسیت و از طریق کانال پروتئینی Ferroportin سبب ورود آهن به سیستم انتقالی (ترانسفرین) می گردد.

انتقال

آهن در بدن به صورت ویژه و همواره به فرم متصل با پروتئین است؛ مکانیسم های انتقال آهن شامل:
• درون سلول روده، یون های آهن از طریق کانال Ferroportin به جریان وارد می شوند.

• در جریان خون، توسط پروتئین ترانسفرین حمل می شوند.
• جذب آهن از طریق سلول ها، توسط گیرنده transferrin که وجود دارد وارد سلول ها می شوند.



تنظیم

(از طریق مکانیسم تنظیمی مثبت ومنفی)
• کنترل سطح آهن در بدن با تنظیم تولید هپسیدین در کبد توسط EPO و هپسیدین در کبد توسط EPO.
• سبب مسدود کردن رهایش یون آهن از ذخایر آهن و کاهش جذب از طریق سلول های روده می گردد.

بازیافت

• بیشترین فرآیند بازیافت گلبول های قرمز در طحال، کبد و مغز استخوان انجام می گردد.
• سلول های ماکروفاژهای مسئول تخریب حدود روزه 200 میلیون سلول اریتروسیت هستند.

مصروف

• بیشترین جایگاه مصرف آهن محل تولد سلول های اریتروسیت است.
• این عنصر برای ساخت پروتئین های هموگلوبین و میوگلوبین، که سبب انتقال اکسیژن به خون و ماهیچه ها می شوند، ضروری است.
• آهن جهت فعالیت تمام آنزیم های دخیل در عملکرد زنجیره تنفسی انتقال الکترون در غشای دخیل میتوکندری برای تولید پر انرژی مولکول (ATP) مصرف می گردد.
• به عنوان یک عامل اکسید کننده و احیا کننده فعال در بسیاری از واکنش های متابولیک نیز مصرف می گردد.

دفع

• مکانیسم دفع فعال برای آهن وجود ندارد.
• آهن به شیوه غیر فعال و عموماً از طریق فرآیند لایه برداری طبیعی پوست (desquamation) و سلول های موکوسی (اسحق کردن) از بدن دفع می گردد.
• از دست دادن خون نیز سبب دفع آهن می گردد.

دلایل فقر آهن

- خونریزی حاد
- زخم های مزمن
- دوران بارداری
- دوران رشد و بلوغ
- خونریزی سنگین در دوران پریمنوپاوزه
- خونریزی دستگاه گوارش
- همودیالیز و بیماری های مزمن کلیه
- خونریزی داخلی و نامشخص
- دادن خون به طور منظم
- انجام فعالیت های سنگین ورزشی
- افزایش نیاز به مصرف آهن:
- دوران بارداری
- دوران رشد و بلوغ
- اختلال در جذب آهن/ تاخیر در تکامل آهن
- ابتلا به بیماری های مزمن (بیماری قلب، کبد و آرتریت روماتوئید)
- عفونت های حاد و مزمن
- بیماری التهابی روده (IBD)
- بیماری سلول های خونی
- فقدان اسید کلریک کرامب (آلکلهیدریا)
- استساق و یابوست
- یابوست و یابوست
- افراد گیاه خوار یا فاقد تعادل در رژیم غذایی
- واکنش بدن به غذاها و داروها

علائم فقر آهن

- بدون کم خونی:
- خستگی
- کم توانی
- کاهش توانایی شناختی
- ریزش مو
- با کم خونی:
- خستگی
- ناتوانی در انجام فعالیت بدنی
- تنگی نفس
- بیخوابی و نامنظمی ضربان قلب
- سردی دست ها
- پوست رنگ پریده
- ادم بخش تحتانی پا

پارامترهای مهم در اختلالات متابولیسم آهن

Haemoglobin (g/L)	Ferritin (µg/L)	Transferrin saturation (%)	Soluble transferrin receptor (sTfR) (mg/L)	Mean corpuscular volume (MCV) (fL)	Red blood cell distribution width (RDW) (%)
120-160	30-300	16-45	0.83-1.76	80-100	11.5-14.5
♂ 120-160	♂ 30-300	♂ 16-45	♂ 0.83-1.76	♂ 80-100	♂ 11.5-14.5
♀ 120-160	♀ 30-300	♀ 16-45	♀ 0.83-1.76	♀ 80-100	♀ 11.5-14.5
n ↓	n ↓	n ↓	n ↑	n ↓	n ↓
↓	n-↑↑	↓	n-↑	n ↓	↓
n	↑-↑↑	↑-↑↑	↓	n	n
↓	n-↑	↓	n-↑	n ↓	↓
↓	n-↑	↓	n-↑	n ↓	↓
↓	n-↑	↓	n-↑	n ↓	↓
↓	n-↑	↓	n-↑	n ↓	↓
↓	n-↑	↓	n-↑	n ↓	↓

مواد غذایی حاوی آهن

mg Fe/100g	مواد غذایی گوشتی:
۲۹.۴	• گوشت گوساله
۱۱.۵	• جگر و کلیه گوسفند و گاو
۵.۵	• تخم مرغ
۲	• ماهی
۲۹.۴	مواد غذایی گیاهی:
۱۶	• کدو قرمز
۱۴.۵	• سویا
۱۴.۵	• مغزها مثل بادام
۱۲.۵	• پودر کاکائو
۲.۴	• نان سوسیس دار
۲.۷	• سفیاج
۲	• سیب

Selected References:
 Heiser M, Muckenthaler ML, Andrews NC. Elongating alpha-ketoglutarate control of mammalian iron metabolism. *Curr Opin Cell Biol* 2014; 26: 285-97.
 Garcia T. Molecular control of iron transport. *J Am Soc Nephrol* 2012; 23: 294-300.
 Andrews NC. Merging of basic and clinical iron biology. *Nat Rev Clin Oncol* 2014; 10: 279-91.
 Dumenil G, Vassalli JD. The Regulation of Erythropoiesis. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1197: 459-71.
 Nurnberg E. Iron regulation and erythropoiesis. *Curr Opin Cell Biol* 2010; 22: 151-71.
 Parkes D, Beaumont C, McKinnon RC. Function and evolution of transferrin and ferritin. *Semin Hematol* 1998; 35: 15-54.
 Nemeth E, Tsimb M, Powlison J, Vaughn M, Davidson A, Nandi DM, Ganz T, Kaplan J. Hepcidin regulates cellular iron efflux by binding to transferrin and inducing its internalization. *Science* 2014; 343: 293-297.
 Delaby C, Flord N, Gonzalez AS, Beaumont C. Canonic hepcidin: Presence of the iron export ferroportin at the plasma membrane of macrophages is enhanced by iron loading and downregulated by hepcidin. *Blood* 2013; 121: 309-314.
 Anderson GJ, Fraser DR, McEneaney M, Kasper GG. The transferrin receptor hepcidin and the control of iron export. *Blood* 2013; 121: 309-314.
 Krenn V, Valenta H, Wilenski H, Seifried CW. Hepcidin: from discovery to clinical application. *Nat Rev Clin Oncol* 2014; 10: 279-91.
 Maitland T. Haemoglobin and iron. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1197: 459-71.
 Schwach M. *Haemoglobin*. Berlin: Springer; 2010.
 Felix J, Frenzel B, Schalk-Hartung B, Kravchenko M, Hagen G, von Grottel F. Diagnose und Behandlung von Eisenmangel der Anämie. *Praxis* 2009; 119: 1441-51.
 Thomas C, Thomas E. Anemia of chronic disease: pathophysiology and laboratory diagnosis. *Lab Invest* 2013; 93: 14-23.
 Wick M, Frenzel B, Lehmann F, Krenn V, Labes E. Eisenstoffwechsel und Anämie. *Neurologie bei Kindern und Jugendlichen und Hereditäre Anämie*. Berlin: Springer; 2010.
 Delgado-García JM, A. López & M. Stachler. *Iron*.
 All rights reserved. Reproduction, publication or distribution in print or in any form without the written consent of IronAtlas.
 Your response to address suggestions, questions or inquiries to: info@ironatlas.com
www.ironatlas.com
www.ironatlas.com
 An interactive iron atlas
 (RS) poster and developer
www.ironatlas.com



IRON DEFICIENCY ANEMIA

بیماری‌های مرتبط با فقر آهن

تهیه شده توسط تیم اطفال بهستان بهداشت

کم خونی تغذیه‌ای

خونی مرتبط با عفونت‌های حاد در کودکان بیشتر از بزرگسالان رخ می‌دهد. کمبود آهن اثرات سوء بر پاسخ ایمنی و متابولیسم دارد و منجر به تغییر متابولیسم و رشد عوامل بیماری‌زا می‌شود.

بنابراین کنترل کم خونی کودک از طریق درمان مکمل‌های آهن و محاسبه شرایط کودک از لحاظ جسمی بسیار می‌تواند در آسیب‌های ریوی به ویژه آسم و آلرژی و دستگاه تنفسی موثر باشد

تیروئید

وضعیت طبیعی تیروئید وابسته به حضور بسیاری از عناصر نظیر آهن، ید، سلنیم و روی برای سنتز و متابولیسم هورمون‌های تیروئید است. کمبود این عناصر می‌تواند عملکرد تیروئید را مختل کند و البته رابطه بین فقر آهن و کاهش هورمون t3 و اختلال در متابولیسم نورایی نفرین به اثبات رسیده است و از این رو پیشگیری و غربالگری اولیه کم خونی ناشی از فقر آهن مورد توجه ویژه متخصصان خون و غدد می‌باشد.

منابع:

- 1.Organization, W.H., Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. 2017.
- 2.Arvola, T., et al., Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. Pediatrics, 2006. 117(4): p. e760-e768.
- 3.Gerasimidis, K., et al., The epidemiology of anemia in pediatric inflammatory bowel disease: prevalence and associated factors at diagnosis and follow-up and the impact of exclusive enteral nutrition. Inflammatory bowel diseases, 2013. 19(11): p. 2411-2422.
- 4.Cataldo, F. and G. Montalto, Celiac disease in the developing countries: a new and challenging public health problem. World journal of gastroenterology: WJG, 2007. 13(15): p. 2153.
- 5.Koshy, S.M. and D.F. Geary, Anemia in children with chronic kidney disease. Pediatric Nephrology, 2008. 23(2): p. 209-219.
- 6.Ramakrishnan, K. and P. Harish, Hemoglobin level as a risk factor for lower respiratory tract infections. The Indian Journal of Pediatrics, 2006. 73(10): p. 881-883.
- 7.Ashraf, T.S., et al., Chronic anemia and thyroid function. Acta bio-medica: Atenei Parmensis, 2017. 88(1): p. 119.

این نوع کم خونی زمانی به وجود می‌آید که فرد مواد مغذی لازم به میزان کافی در بدن حضور نداشته باشد. گوشت، ماهی و ماکیان، منابع حیوانی غنی آهن بوده و در مقابل، منابع گیاهی آهن کمتری در دسترس قرار می‌دهند. در مجموع استفاده از غذاهای غنی از آهن، عدم استفاده از ممانعت‌کننده‌های جذب آهن مانند چای و قهوه و فیتات و ترکیبات پلی فنلی، و استفاده از مواد افزایش دهنده جذب آهن مانند اسیدسیتریک یا اسکوربیک اسید (ویتامین C) و یا افزودن منابع گیاهی به منابع حیوانی، بهترین موارد برای بهبود وضعیت آهن بدن هستند.

خونریزی دستگاه گوارش

دستگاه گوارش (GI) اندامی با عروق زیاد و مساحت بزرگ است و به دلیل احتمال خونریزی باید در موارد فقر آهن مورد توجه قرار گیرد. علل خونریزی گوارشی در کودکان می‌تواند شامل آلرژی غذایی، انتروکولیت عفونی، دیورتیکول مکل (شایع‌ترین آنومالی مادرزادی مجرای گوارش)، تشنج، هیپرپلازی لنفونودولار، بیماری التهابی روده (IBD)، آنژیو دیسپلازی، بواسیر و سندرم همولیتیک-اورمیک (HUS) می‌باشد.

هلیکو باکتر پیلوری (HP)

بسیاری از کودکان در کنار ابتلا به HP، مبتلا به IDA نیز هستند که هنوز ارتباط بین این دو عامل اثبات نشده است.

بیماری التهابی دستگاه گوارش (IBD)

این بیماری منجر به التهاب در بافت لوله گوارشی می‌شود که در اغلب موارد به عمق بافت‌های آسیب دیده می‌شود و می‌تواند دردناک و یا منجر به تهدید حیات فرد شود. مشخص شده است که ۳۰ تا ۷۲ درصد از کودکان مبتلا به IBD، دچار کم خونی هستند.

سلیاک

این بیماری یک بیماری خود ایمنی ناشی از حساسیت دائمی به گلوتن در افراد با سابقه ژنتیکی است. کم خونی فقر آهن نیز تظاهرات خارج روده‌ای در بیماری سلیاک دارد و ممکن است با درمان‌های متداول فقر آهن درمان نشود.

بیماری های مزمن کلیوی (CKD)

آنمی شایع‌ترین مشکل در بین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن کلیوی (CKD) است. از علل ابتلا این نوع کم خونی می‌توان به کمبود اریتروپویتین (EPO)، کمبود آهن، اختلال در چرخه متابولیک آهن، کاهش سطح ترنسفرین، جراحی، خونریزی در حین دیالیز، لوله‌گذاری و کوتاه شدن طول عمر گلبول‌های قرمز بخصوص در شرایط دیالیز اشاره کرد.

همچنین سایر عوامل نظیر عفونت، هایپرپاراتیروئیدیسم ثانویه، سمیت آلومینیوم در اثر دیالیز، کمبود ویتامین B12 و فولات، استفاده از داروهای سرکوب ایمنی و سیتوتوکسیکنیز در این امر تاثیرگذار هستند.

بیماری‌های مرتبط به قلب و عروق

آنمی و کمبود آهن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نارسایی احتقانی قلب و نقص مادرزادی قلبی شیوع بالایی دارد. آهن درمانی منجر به بهبود آنمی، بهبود عملکرد قلب، افزایش توان فعالیت روزانه و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

آسم

آسم یک بیماری التهابی مزمن در مجاری هوایی ریه است که منجر به انسداد جریان هوای اپیزودیک می‌شود. کم



FeraMAX[®]
100

Polysaccharide Iron Complex (PIC)
100mg elemental iron

فرامکس

برای شادابی و سرزندگی همه اعضای خانواده



Each Box
Contains:
30 capsules

Once Daily

behestan
behdasht

No.10, Behestan Bldg., Pardis St., Mollasadra Ave., Vanak Sq., Tehran 1991915613 IRAN
Tel: +98 (21) 88879766-7 Fax: +98 (21) 88879768 www.behestan-chc.com

BioSyent



آلترناتیو تراپی در مشکلات منوپوز

حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد از خانم‌های پست منوپوز دارند درمان‌های complementary therapies و alternative را در واقع برای علائمشان استفاده می‌کنند به خصوص در خانم‌هایی که بهبود یافته سرطان پستان هستند بنابراین ضروری است که ایمنی و اثربخشی این روش‌ها سنجش شود. بعضی از مطالعات مزیت‌هایی را دارند، ولی تفسیر این مطالعات به علت اینکه سائز مطالعات کوچک و مدت زمان استفاده کوتاه بوده است، کار بسیار دشواری است و مسئله دیگر پلاسبو افکت است که حدود ۵۰ درصد افراد به درمان‌های پلاسبو جواب می‌دهند و این درصد بالایی است، بنابراین تمام مطالعاتی که انجام می‌شود باید پلاسبو کنترل شود.

در واقع آپ تو دیت روش‌های درمانی آلترناتیو را به سه قسمت تقسیم کرده است، در مورد برخی درمان‌هایی که امید بخش هستند و درمان‌هایی که نتایج باهم در تضاد هستند و نتایج شان مسیر یکنواخت را نشان نمی‌دهد و بلاخره روش‌های درمانی که واقعا افکتیو نیستند و می‌توان آن‌ها را کنار گذاشت.

در مورد روش‌هایی که امید بخش هستند Cognitive behavioral therapy دیدند برای بی خوابی منوپوز کارآمد است ولی بر گرگرفتگی بی اثر است و مشکل عمده‌اش این است که هر خانم باید مدام به درمانگرش مراجعه کند و این کار دلچسبی نیست، hypnosis که مشاهده شد ممکن است برگرگرفتگی موثر باشد اما اطلاعاتی که درباره آن وجود دارد، محدود است. Mind body based therapies که اساسشان

۱۸ اکتبر روز جهانی منوپوز است و به دلیل اهمیت این دوران، سوسیاتی‌های بسیار متفاوتی در تمام نواحی دنیا با فوکوس روی منوپوز ایجاد شده که در راس آنها اینترنشنال منوپوز سوسیاتی است. استرالیا، انگلیس و آمریکا در اروپا و همین طور در کانادا سوسیاتی‌های مستقل منوپوز دارند. در مورد هند و کشورهایی که سوسیاتی‌های مستقل ندارند آنها هم ساب گروهایی را در سوسیاتی‌های به این قضیه اختصاص دادند. تمام این‌ها در واقع اهمیت موضوع منوپوز را مشخص می‌کند.

منوپوز درحقیقت فازهایی دارد که قبل از منوپوز شروع می‌شود. یکی از این فازها پری منوپوز است که تقریباً بین ۴۵ تا ۵۵ سال اتفاق می‌افتد و پس از منوپوز هم پست منوپوز است. در منوپوز استروژن به شدت کاهش می‌یابد و با کاهش استروژن علائم منوپوز ظاهر می‌شود. تقریباً روزانه ۶۰۰۰ خانم در آمریکا منوپوز می‌شوند، این عدد در سال ۲ میلیون نفر است، علائم منوپوز چیزی حدود ۵ سال طول می‌کشد، بنابراین خانم‌ها زمان زیادی با علائم منوپوز درگیر هستند. ۸۰ درصد علائم منوپوز مربوط به علامت‌های وازوموتور است که بسیار آزاردهنده است و اگر ۵ سال هم ادامه داشته باشد، مشکلات جدی را برای زندگی فرد ایجاد می‌کند. همین علائم وازوموتور، HOT FLASH را ایجاد می‌کند که باعث تحریک پذیری خانم‌ها و ایجاد استرس، اضطراب، افسردگی، سردرد و بی خوابی می‌شود و در مجموع روان فرد را مختل می‌کند. در نهایت تمامی این موارد می‌تواند در کیفیت زندگی فرد تاثیر بگذارد و این موضوع نشان دهنده این است که چه قدر نیاز است در مورد منوپوز و درمان و عوارض آن صحبت کنیم.

در سال ۲۰۰۲ جاما مطالعه‌ای را منتشر کرد که این مطالعه WHI در مورد HRT بود، در مطالعه تقریباً ۵ سال به خانم‌ها برای جلوگیری از پوکی استخوان و علائم وازوموتور هورمون داده بودند و نتیجه‌ای که حاصل شد خیلی عجیب بود، عنوان شد برای تمام افراد HRT ضرر دارد و نباید استفاده شود. در حالی که در آن زمان حدود ۵/۵ میلیون خانم در آمریکا در حال مصرف HRT بودند و از فواید آن بهره می‌بردند. با توجه به این نتیجه هورمون درمانی زیر سوال رفت و حدود ۴/۳ میلیون نفر با اینکه علائم داشتند، HRT را کنار گذاشتند. اینجا بود که مسئله درمان‌های جانبی برای عوارض منوپوز ظاهر شد. از جمله complementary therapies و alternative، علی‌رغم اینکه هورمون درمانی بسیار خوب علائم منوپوز را کاهش می‌داد اما نگرانی که در مورد ریسک آن وجود دارد، تمایل خانم‌ها را به سمت روش‌های غیر هورمونی سوق داد.

طبق مطلبی که در سال ۲۰۱۹ در نیچر چاپ شده است، ۷۰ درصد خانم‌ها اگر فقط ۵۰ درصد از علامت گرگرفتگی‌شان بهبود پیدا کند راضی می‌شوند، این خانم‌ها به دنبال درمان هورمونی نیستند و یا در بعضی مواقع شرايطی را دارند که نمی‌خواهند از درمان شیمیایی استفاده کنند، زیرا خانم‌ها در این سن داروهای مختلف استفاده می‌کنند و به تداخلات دارویی فکر می‌کنند. بنابراین ضرورت دارد به صورت جدی و علمی به complementary medicine و alternative medicine بپردازیم و منابع بحث از آپ تو دیت ۲۰۲۰ هستند، همه گایدلاین‌ها مباحث را به آلترناتیو تراپی اختصاص دادند،

صورت در مورد آن قضاوت کنند که آیا داروی خوبی است یا خیر؟

استرالیا معتقد است که برای گرگرفتگی همه درمانها باید اثرشان حتما با پلاسبو مقایسه شود، ایمنی فیتو استروژن‌ها به خصوص در مورد سرطان پستان هنوز مشخص نیست و اویدنس‌ها کافی نیستند در مورد هربال مدیسین‌ها مقداری متا آنالیزهای بزرگی که اخیرا در واقع هستند. در فیتو استروژن‌ها و بلک کوهوش و چند ترکیب مختلف در مورد هربال مدیسین‌ها می‌دانید که فیتو استروژن‌ها به دسته خیلی بزرگی هستند. گیاهانی که خاصیت استروژنی دارند یک دسته از آنها ایزوفلاون‌ها هستند، چند بخش مختلف هستند که از بینشان ایزوفلاون‌ها موثرتر است. این مطالعه ۲۰۱۳ که تعداد نسبتا خوبی حدود 43 RCT بود با این حال وقتی بررسی کردند در مورد فیتو استروژن‌ها دیدند که گرگرفتگی و تعریق شبانه را کاهش نمی‌دهد. جنستینینگ که یکی از ایزوفلاون‌ها است باید مطالعات بیشتری بر روی آن صورت گیرد. یکی از گروه فیتو استروژن‌ها، ایزوفلاون‌ها است. جنستینینگ یکی از این دسته کته گوری‌ها می‌باشد که در خیلی از سبزیجات و مواد گیاهی وجود دارد. سردسته آن‌ها سویا است ولی باز هم در مورد ایزوفلاون‌ها و فیتو استروژن‌ها در رابطه با بهبود یافته‌های سرطان پستان باید با احتیاط استفاده شود، زیرا ایمنی آن اثبات نشده است. ایزوفلاون‌ها هنگام استفاده، تحت تاثیر انزیم‌های گوارشی تغییر می‌کنند و باکتری‌ها روی آنها تاثیر می‌گذارند ترکیبی که در نهایت به دست می‌آید شبیه استروژن است ولی به خوبی خود استروژن‌ها نیست.

مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۹ در نوترینت چاپ شده است. این مطالعه به نفع ایزوفلاون‌ها و

stress management; relaxation; deep breathing تکنیک‌ها هستند، مشاهده شد این قسمت‌ها هم با پلاسبو تفاوتی ندارند. در نهایت Satellite ganglion block مشاهده شد که می‌تواند گرگرفتگی را بهبود بخشد.

این‌ها درمان‌هایی که جزء درمان‌های امید بخش به حساب می‌آیند، بخش دیگر هربال تراپی و plant based therapy ها هستند، روش‌هایی که اطلاعات در موردشان ضد و نقیض است و پاسخ‌ها یکنواخت نیست. فیتو استروژن‌ها در این دسته هستند و paced respiration ریلکسیشن بیسد متودها هستند این‌ها هم در واقع نتایج شان تثبیت شده نیست و weight los . می‌دانیم چاقی خود ریسک فاکتور در گرگرفتگی است. یکی دیگر از روش‌هایی که موثر نیست، طب سوزنی است که جزو آلترناتیو تراپی‌ها برای HOT FLASH استفاده می‌شود. evening primrose oil که خیلی از بیماران آن را استفاده می‌کنند. یک منبع خیلی خوب برای Gamma linoleic acid است ولی متاسفانه در مورد hot flash موثرتر از پلاسبو نیست. دانه کتان هم خیلی موثر نیست. در مورد کرم‌های پروژسترون و جنسینگ هم مطالعاتی وجود دارد و موثر نیستند.

در رابطه با هربال تراپی‌ها بر اساس ACOG مشخص نیست بر علائم وازوموتور و گرگرفتگی موثر باشد. RCOG هم مقداری ملایم تر است. علاوه بر اینکه تغییرات لایف استایل را مطرح می‌کند، HRT را به صورت جدی مطرح می‌کند و آلترناتیو تراپی را جزوه درمان‌ها قرار می‌دهد و علی‌رغم اینکه می‌تواند کمک کننده باشد، برای علائم وازوموتور ایمنی‌شان مشخص نیست به خصوص برای کسانی که بهبود یافته سرطان پستان هستند و کسانی که استروژن را باید با احتیاط برایشان تجویز کرد و حتما زیر نظر Health care provider دارو را مصرف کنند.

NHS در حقیقت به یک بهداشت سالم، زندگی سالم، با رژیم غذایی خوب فکر می‌کند، ترک سیگار، الکل و استرس را توصیه می‌کند، ولی مجددا مشابه همان چیزی است که RCOG بیان می‌کند ممکن است اویدنس‌هایی وجود داشته باشد که بعضی از گیاهان بتوانند علائم وازوموتور را بهبود ببخشند، ولی مشخص نیست که با چه دوزی و چه مقدار طول بکشد. کانادا هم در رابطه با اویدنس‌ها می‌گوید برای گرگرفتگی کافی نیستند و همچنین ایمنی آن‌ها زیر سوال است. ولی در حقیقت، مرکزی در کانادا وجود دارد که لایسنس ایمنی برای خانم‌های منوپوز و پست منوپوزال می‌دهند. افيکيسي و کوالیتی یک شماره ۸ رقمی را می‌دهند و هربال مدیسین‌ها جزو این بخش و جزو داروهای ایمن و قابل استفاده قرار می‌گیرند.

آمریکای شمالی دقیقا مثل آپ تو دیت طبقه بندی کرده است و تاکید دارد همه کلینیکسین‌ها وقتی مطالعه‌ای در مورد یک داروی گیاهی دارند، مطمئن شوند با پلاسبو کنترل شده است در آن





صبحانه مقوی و مغذی برای ورزشکاران

تخم مرغ	۲ عدد
کره آب شده	۱ قاشق غذاخوری
نمک و فلفل	به میزان کافی
پنیر گودا	۱ ورق
کنجد خام	۱ قاشق مرباخوری
شیر با چربی متوسط	۱ لیوان
خرما	۳ عدد
گوجه فرنگی	۱ عدد
نان یا سیب زمینی پخته	به میزان کافی

ابتدا خرماها و شیر را میکس و مخلوط می‌کنیم. کره را داخل ماهیتابه کوچک با حرارت آب کرده، دو عدد تخم مرغ را مخلوط نموده نمک و فلفل اضافه می‌کنیم و داخل ماهیتابه می‌ریزیم تا ببندد. پس از آن ورقه پنیر را به روی نیمرو گذاشته، کنجد خام را رویش پخش می‌کنیم، درب ظرف را گذاشته تا پنیر کاملا آب شود. (دقت کنید تخم مرغها کاملا سفت شود)

نیمروی آماده شده را با گوجه فرنگی و نان (یا سیب زمینی پخته) به همراه شیر خرما میل کنید.

این صبحانه پر کالری و کاملا مغذی بوده و شامل تمام گروه های غذایی می باشد.



فیتو استروژن‌ها است که عنوان می‌کند زمانی که با پلاسبو کنترل می‌شوند این بهتر است. اما اینکه چه دوزی استفاده شود و چه کامپوننتی وارد می‌کنند، چه زمانی استفاده شود، مشخص نیست. بنابراین مطالعه بیشتر را طلب می‌کند. مطالعات در مورد ایزوفلاون‌ها گیج کننده است، در مورد بلک کوهوش اویدنس کافی نیست، واقعا به خصوص در مورد ایمنی آن هنوز زیر سوال است. به خصوص در مورد بهبود یافته‌های سرطان پستان ممکن است اثرات استروژنیک داشته باشد. مسئله دیگر هپاتوکسیسیتی است و نباید سر خود استفاده شود و اثرات مشابه استروژن دارد، بنابراین استفاده آن برای بهبود یافته‌های سرطان پستان زیر سوال است. یک نگرانی که در مورد بلک کوهوش وجود دارد هپاتوکسیسیتی آن است و اثری که ممکن است روی کبد داشته باشد.

چاینیس هربال مدیسین Chinese herbal medicine، طب چینی مطالعاتی دارد که این مطالعه در سال ۲۰۱۷ در COCHRANE چاپ شد. افراد طی مطالعه ۱۲ هفته دارو را استفاده کردند، نتایج نشان داد هربال مدیسین چینی هم موثر نیست به خصوص برای ایمنی نتایج قطعی نیست. در نتیجه نیاز است مجدداً مورد مطالعه قرار بگیرد. Evening primrose oil که خیلی از بیماران استفاده می‌کنند حاوی گاما لینولئیک اسید است که تاثیر خیلی خوبی ندارد و دانه کتان هم از پلاسبو اثر بیشتری ندارد.

با توجه به نکات فوق آیا هربال مدیسین‌ها را باید کنار گذاشت یا نه؟

در پاسخ باید گفت: خیر، باید در موردش مطالعاتی صورت بگیرد.

البته مطالعاتی در شرف انجام است. محققان در سال ۲۰۲۰ یک مطالعه متاآنالیز بزرگ را در مورد اثر Fenugreek و تاثیر آن روی علائم وازوموتور شروع کردند. و یک مطالعه بزرگ در سال ۲۰۱۹ فقط در مورد پلاسبو تریتمنت شروع شد که آیا علائم منوپوز را تحت تاثیر می‌گذارد یا خیر. بنابراین مطالعات در مورد الترنیتیو تراپی و هربال تراپی ادامه دارد. یکی از این گیاهانی که بر روی آن کار می‌کنند انجلیکا جیگاز Angelica Gigas Nakai است که به آن اجلیکای کره‌ای گفته می‌شود که از داروهای سنتی شرق دور است که ابتدا فکر می‌کردند برای خیلی از مشکلات زنان استفاده می‌شود، در سال ۲۰۱۲ اولین مطالعه را به صورت جدی و علمی در مورد آن شروع کردند و متوجه شدند که اثرات ضد التهاب دارد و آنتی اکسیدان و آنتی کنسر است.

یک مطالعه دیگر سال ۲۰۱۸ چاپ شد که بر روی سرطان پروستات و خیلی قسمت‌ها در آن مانند اثر آندروژنیک بررسی شد و مطالعه را بر روی سرطان‌های مختلف انجام دادند. هم ریشه و هم برگ و هم میوه این گیاه قابلیت استفاده دارد و مدت‌ها می‌گفتند جینسینگ خانم‌ها است و در سال ۲۰۱۲ از انجلیکا جیگاز ناکایی روی موش‌هایی که در واقع تخمدان آنها را برداشته بودند استفاده کردند و متوجه شدند میزان استروژن و پروژسترون آنها افزایش پیدا کرده است.

استروژن ۱۰۰ که دارای این گیاه است که در پست منوپوز و علائم منوپوزال می‌توان از آن استفاده کرد. به خصوص در مورد ایمنی مطالعات ۲۸ روزه و ۹۰ روزه در مورد آن انجام شد و مشاهده کردند هیچ اویدنس وجود ندارد که عارضه داشته باشد. بنابراین مطالعات هربال همچنان ادامه دارد و باید کنترل شده و در مقایسه با پلاسبو انجام شود و پزشکان می‌توانند از این مطالعات استفاده کنند و در درمان‌ها کمک کننده باشند.



Fecal Incontinence

اختلالات دفع در کودکان

گلایه‌مند هستند که گمراه کننده است و گاهی این کودکان زمان طولانی را برای اجابت مزاج صرف می‌کنند و یا از درد شکمی مزمن رنج می‌برند.

نکته مهم دیگر این است که ارتباطی بین بی‌اختیاری مدفوع و بی‌اختیاری ادرار نیز وجود دارد و معمولاً ۵۰-۱۵٪ کودکانی که دچار بی‌اختیاری مدفوع هستند، بی‌اختیاری ادرار نیز دارند و برعکس این مطلب نیز صادق هست و حتماً باید هر دو مورد بررسی شود.

در مجموع باید سه مطلب مد نظر قرار بگیرد:

۱- آیا بیماری زمینه‌ای وجود دارد؟

۲- آیا یبوست با بی‌اختیاری ارتباط دارد یا

خیر؟

۳- آیا مشکلات اعصاب و روان وجود دارد یا

خیر؟

در بحث مشکلات اعصاب و روان، باید در مورد بیش‌فعالی کودکان سوالات پرسیده شود، زیرا معمولاً این افراد دچار یبوست و بی‌اختیاری مدفوع می‌شوند و از متخصصین مربوطه می‌توان کمک گرفت.

در پروسه درمانی کودکانی که دچار بی‌اختیاری مدفوع هستند، عمومی‌ترین نکته درمان یبوست است و نکته کلیدی و طلایی نحوه برخورد خانواده و آموزش آنهاست. درمان یبوست و بی‌اختیاری وابستگی زیادی به همکاری خانواده دارد. یعنی باید با صبر و تحمل و بردباری، با مشکل روبرو شوند. آموزشهای لازم برای برخورد با این مشکل را یاد بگیرند، از تنبیه خودداری نمایند، تشویق کودکان فراموش نشود چون این پروسه ممکن است زمان‌بر باشد.

جمعه ۱۴ شهریور ماه، وبینار اختلالات دفع در کودکان و مبحث بی‌اختیاری مدفوع با سخنرانی آقای دکتر اسماعیلی فوق تخصص گوارش کودکان و با همکاری شرکت بهستان بهداشت برگزار گردید که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد:

تعریف بی‌اختیاری مدفوع، دفع مدفوع بصورت غیرارادی یا ارادی مکرر در مکان نامناسب می‌باشد.

معمولاً کودکان باید در سن حدود چهار سالگی، توانایی کنترل داشته و در مکان مناسب اقدام به دفع نمایند. گاهی اتفاق می‌افتد که کودک بعد از جداسدن از پوشک، توانایی کنترل مدفوع را داشته، اما پس از گذشت مدتی دچار بی‌اختیاری می‌گردد و توانایی کنترل را ندارد، اما شیوع بی‌اختیاری معمولاً از سن چهار سالگی به بالاست.

در مطالعاتی که انجام شد مشخص گردید که ۴-۱٪ کودکان در سن ۴ سالگی و ۲-۱٪ کودکان در حدود ۷ سالگی دچار بی‌اختیاری مدفوع هستند که از این میان ۸۰٪ آنها Retentive Functional Fecal Incontinence دارند یعنی یبوست در بروز آن دخالت دارد. این مشکل در پسرها رایج‌تر بوده و در کودکانی که دچار بیماریهای زمینه‌ای مانند ADHD، اوتیسم و یا بیماری‌های مرتبط با یبوست هستند بیشتر دیده می‌شود.

در مطالعه‌ای که در شمال ایران و در بین ۴۹۳ کودک انجام شد، مشخص شد که ۱۰۵ نفر از این کودکان دچار یبوست بودند و همچنین در شروع فصل پاییز و رفتن به مدرسه این تعداد افزایش یافت و در تابستان تعداد کمتر شده است و مجدداً در پاییز سال بعد این رقم افزایش یافت که نشان دهنده این موضوع بود که با بازگشایی مدارس، تعداد کودکان مبتلا به یبوست و در ادامه بی‌اختیاری مدفوع افزایش یافته است که به دلایل زیر می‌تواند باشد: تمیز نبودن سرویس‌های بهداشتی، ترس از بسته شدن درب، ترس از گیر کردن در سرویس بهداشتی، ترس از باز شدن ناگهانی درب آن و جمعیت زیاد و فرصت کم و عدم اطلاع کافی معلمان عزیز از اهمیت موضوع، که این عوامل باعث ایجاد استرس و ترس شده و کودکان تمایل کمتری برای دفع دارند و در ادامه منجر به بروز یبوست و در ادامه بی‌اختیاری می‌گردد.

در بحث Nonretentive Functional Fecal Incontinence هنوز دلایل اصلی مشخص نشده است اما یکی از قوی‌ترین مباحث، احتمال عدم کارکرد موثر سیستم‌های عصبی رکتال در درک از حس مدفوع و حجم آن در رکتوم است. معمولاً در این کودکان مشکلات رفتاری نیز بالاست. کودکان با سابقه جراحی آنورکتال بعلت بیماری هیرشپرونک یا تنگی آنال و نیز در کودکان با سابقه سو استفاده جنسی معمولاً بی‌اختیاری مدفوع بیشتر دیده می‌شود.

کلیدی‌ترین مبحث در بی‌اختیاری مدفوع، پیشگیری از یبوست می‌باشد یعنی اگر کودکان دچار مشکلات یبوستی شوند، امکان عدم کنترل مدفوع ناشی از سرریز شدن مدفوع بسیار زیاد می‌شود. از نظر تشخیصی، گاهی خانواده‌ها این مشکل را بصورت اسهال بیان می‌نمایند و از اسهال کودکان



دکتر ملیحه فاکھی

جراح و متخصص زنان و زایمان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران



و البته بعضی از واریان‌های ژنتیکی هم در بروز گرگرفتگی موثر است. از نظر بروز گرگرفتگی بعد از یائسگی، خانم‌ها به چهار کلاس طبقه‌بندی می‌شوند: معمولاً ۲۰ درصد خانم‌ها اصلاً دچار گرگرفتگی نمی‌شوند، دسته‌ای که گرگرفتگی‌های خفیف را تجربه می‌کنند، که هیچ اختلالی در فعالیت‌های روزانه شان ایجاد نمی‌کند. دسته دیگر گرگرفتگی‌های متوسط هستند که تا حدودی اختلال در فعالیت‌های روزانه‌شان ایجاد می‌شود. دسته بعدی موارد شدید گرگرفتگی است که گاهی حتی فرد از انجام فعالیت‌های روزانه بازمی‌ماند. بر همین اساس تصمیم می‌گیریم برای مریض چه درمانی را انتخاب کنیم. در مواردی که گرگرفتگی خفیف است، به خانم‌ها توصیه می‌کنیم در جایی قرار بگیرند که درجه حرارت پایین‌تری داشته باشد. همیشه یک بادبزنی در کیف‌شان داشته باشند، تا در مواقع لازم از آن استفاده کنند. در فصل سرما به جای اینکه لباس‌های ضخیم یک لایه بپوشند، توصیه می‌کنیم چند لایه لباس‌های نازک بپوشند، تا هر وقت گرمشان شد لباس‌هایشان را کم

یک سوم از خانم‌ها ممکن است گرگرفتگی را تا بیش از ۱۰ سال تحمل کنند و ۹ درصد هم ممکن است تا سن ۷۰ سالگی یا پایان عمر دچار مشکلات ناشی از گرگرفتگی شوند. بنابراین خیلی مهم است که درمان آن را بدانیم از این جهت که بر کیفیت زندگی خانم‌ها اثر می‌گذارد و مشاهده شده که بروز آن با افزایش میزان بروز مشکلات قلبی و عروقی و میزان بروز دمانس همراهی دارد.

در مورد ریسک فاکتورها، خانم‌هایی که چاق‌تر هستند بیشتر در معرض بروز گرگرفتگی هستند و به همین خاطر یکی از درمان‌هایی که پیشنهاد می‌شود کاهش وزن است. خانم‌هایی که سیگاری هستند، خانم‌هایی که فعالیت فیزیکی خوبی ندارند، افرادی که از نظر وضعیت اجتماعی اقتصادی وضعیت خوبی ندارند. مثلاً مشاهده شده خانم‌هایی که تحصیلات زیر دیپلم دارند یا وضعیت اقتصادی خوبی ندارند و برای تهیه نیازهای اولیه‌شان دچار مشکل هستند، بیشتر دچار HOT FLASH می‌شوند و این زمینه روانی قضیه را مطرح می‌نماید. خانم‌هایی که FSH بالاتری دارند، بیشتر در معرض خطر هستند

درمان‌های دارویی غیر هورمونی گرگرفتگی و درمان‌های هورمونی

همانطور که می‌دانید استروژن در قسمت‌های مختلف بدن گیرنده دارد و افت آن بعد از یائسگی باعث می‌شود علامت‌های مختلفی داشته باشد. شایع‌ترین علامتی که در یائسگی بروز می‌کند و در واقع جز اولین علائمی است که یائسگی خودش را با آن نشان می‌دهد، HOT FLASH یا گرگرفتگی است، که معمولاً در ۸۰ درصد خانم‌ها بروز می‌کند.

HOT FLASH جز اولین علائم و جز علائمی است که شاید در طولانی مدت با بیمار همراه باشد و علائمی بعدی مثل آتروفی واژینال چند سال بعد از بروز یائسگی خود را نشان می‌دهند. HOT FLASH در ۸۰ درصد خانم‌ها دیده می‌شود، گرچه ممکن است در آخرین منس‌های یک خانم در سن گذار به سمت یائسگی، در طول منس‌های هم دچار گرگرفتگی شود. این اتفاق می‌تواند در تمام و یا در بعضی منس‌های اتفاق بیفتد و معمولاً ۴۰ درصد خانم‌ها در سن گذار به یائسگی دچار این مشکل می‌شوند. اغلب طی ۴ تا ۵ سال بهبود پیدا می‌کنند، ولی متأسفانه



میلی گرم روزانه اثراتش با استروژن عملاً فرقی ندارد، اما نکته اینجاست که ما به علت عوارض ناشی از گاباپنتین که کمترین آن خواب آلودگی در روز است اجازه نداریم در دوزهای بالا از آن استفاده کنیم. توصیه‌ای که برای گاباپنتین شده، این است که با دوز ۱۰۰ میلی گرم روزانه قبل از خواب گاباپنتین را شروع کنیم. یکی از مزیت‌های گاباپنتین این است که خیلی از خانم‌ها HOT FLASH‌ها شبانه است که هم باعث اختلال در خواب می‌شود و هم گرگرفتگی. اگر گاباپنتین قبل از خواب استفاده شود باعث می‌شود بیمار ما در طول خواب دچار گرگرفتگی نشود و یا حداقل حملاتش را کم می‌کند، به علت اثرات سداتیوی که دارد باعث می‌شود، حتی اگر بیمار در اثر گرگرفتگی از خواب بیدار شد، حداقل خیلی راحت به خواب می‌رود. پس با دوز ۱۰۰ میلی گرم شبانه شروع می‌کنیم و اگر اثرات بهبودی را در بیمار ندیدیم به او توصیه می‌کنیم، هر سه شب یکبار ۱۰۰ میلی گرم به این دوز اضافه کند که می‌توان ماکسیمم تا ۳۰۰ میلی گرم قبل از خواب آن را اضافه کنیم و اگر ناچار شدیم مجدداً دوز را افزایش بدهیم، آن را باید در طی روز تقسیم کنیم که ماکسیمم تا ۳۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای فرد استفاده کنیم و اثرات خوب آن را ببینیم.

داروی دیگری که هم رده گاباپنتین به حساب می‌آید، پرگابالین است. که ۳۰۰ میلی گرم دوز روزانه آن اثراتی معادل ۹۰۰ میلی گرم گاباپنتین دارد. مشکلی که در رابطه با پرگابالین وجود دارد

استفاده FDI APPROVED است پاروکستین است. که روزانه دوز ۷.۵ میلی گرم آن ۸۰-۹۰ درصد علائم بیمار را بهبود می‌دهد. بعضی‌ها توصیه می‌کنند، پاروکستین را به عنوان اولین دارو به بیمار بدهیم و عده‌ای سیتالوپرام را به عنوان اولین دارو توصیه می‌کنند. سیتالوپرام هم با دوز روزانه ۲۰ میلی گرم اثراتی مانند پاروکستین را دارد. اما مشاهده شده است داروهایی مانند سرتالین، فلوکستین در درمان گرگرفتگی تاثیری ندارند. یکی دیگر از داروهایی که در درمان گرگرفتگی موثر است ونلافاکسین می‌باشد اما به علت اثرات توکسیستی که خیلی سریع بروز می‌کند، مانند تهوع و استفراغ، خیلی توصیه نمی‌شود.

یکی از مواردی که باید در رابطه با SSRIها خیلی به آن توجه کرد، مصرف همزمان آن‌ها با تاموکسیفن است. پاروکستین سرتالین و فلوکستین داروهایی هستند که مانع از تبدیل تاموکسیفن به متابولیت‌های فعال آن می‌شود. بنابراین در خانم‌هایی که سرطان پستان دارند و از تاموکسیفن استفاده می‌کنند، بهتر است به سمت مصرف این داروها نرویم و از گزینه‌های دیگر مانند سیتالوپرام استفاده کنیم. اما داروی بعدی که خیلی موثر است و حتی اثراتی مانند استروژن می‌تواند داشته باشد گاباپنتین است. گاباپنتین با دوز ۹۰۰ میلی گرم روزانه که در واقع به صورت دوز منقسم ۳۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت استفاده می‌شود، می‌تواند اثراتی مانند SSRIها داشته باشد. در دوزهای خیلی بالاتر مانند ۲۴۰۰

کنند. بهتر است از مصرف محرک‌ها خودداری کنند. مثلاً مشاهده شده در افرادی که فلفل و ادویه‌جات تند استفاده می‌کنند، احتمال اینکه دچار حملات گرگرفتگی شوند، افزایش می‌یابد. خانم‌هایی که در معرض استرس هستند باید تنش و استرس‌های خود را کاهش دهند. مصرف ویتامین E با دوز پایین دیده شده است، اثر مختصری نسبت به پلاسبو در کاهش گرگرفتگی داشته است.

مهم‌ترین قسمت مدیریت گرگرفتگی در گرگرفتگی‌های متوسط و شدید است. اکثر بیماران هم که به ما مراجعه می‌کنند از این دسته هستند، زیرا بیماران که گرگرفتگی‌های خفیف را تجربه می‌کنند، معمولاً به پزشک مراجعه نمی‌کنند. بهترین دارو که اثر ۱۰۰ درصدی دارد، هورمون تراپی است. آلترناتیوهای جایگزین و خیلی خوب برای استروژن، وجود دارد. این آلترناتیوها به ترتیب گروه داروهای SSRIها و SNRIها هستند. داروهای Antiepileptic و داروهای که اثرات مرکزی دارند و پروژسترون‌های دوز بالا.

اولین دسته داروها که بهترین آلترناتیو برای استروژن‌ها به حساب می‌آیند و اثری معادل ۸۰ درصد اثر استروژن دارند SSRIها هستند. مزیت SSRIها این است که به محض شروع آن، طی چند روز علائم بیمار بهبود پیدا می‌کند و مثل درمان افسردگی نیست که درمان بیمار چندین هفته به طول بیانجامد.

کدام دسته داروها می‌توانند از بین SSRIها و SNRIها استفاده شوند؟ آن چیزی که فعلاً برای

گروه‌های خاصی هستند، که باید مراقب باشیم و برای شروع درمان در آن‌ها محدودیت داریم. از جمله خانم‌هایی که سرطان پستان دارند. این افراد از دو جهت مشکل دارند، به علت هورمون تراپی‌هایی که می‌شوند ممکن است خیلی زود دچار نارسایی تخمدان شوند، از طرف دیگر در درمان هورمونی این افراد خیلی محدودیت داریم. گزینه مناسبی که برای این افراد می‌توانیم در نظر بگیریم SSRI ها است، اما باید حواسمان باشد زمانی که این افراد تاموکسیفن استفاده می‌کنند، پاروکستین و فلوکستین را نباید در آنها استفاده کنیم. ولی سیتالوپرام در این افراد یک گزینه خیلی مناسب است. داروی خط بعدی گاباپنتین است که علائم آن‌ها را خیلی خوب پوشش می‌دهد. مشکل بعدی، خانم‌های سن پری منوپوزال است. همان طور که گفته شد ۴۰ درصد از خانم‌ها زمانی که در سن پری منوپوزال هستند در قاعدگی‌هایشان دچار گرگرفتگی می‌شوند و همزمان با آن دچار خون ریزی‌های نامنظم می‌شوند. در این موارد اگر بیمار کنتراندیکاسیون نداشته باشد از OCP دوز پایین استفاده می‌کنیم. که هم علائم خونریزی او را پوشش بدهیم و هم به درمان گرگرفتگی او کمک کنیم. مورد بعدی خانم‌هایی هستند که دچار اختلالات خلقی و افسردگی می‌شوند، که در خانم‌های یائسه به خصوص اوایل یائسگی خیلی شایع است. در این موارد گفته می‌شود که حتی اگر درمان هورمونی را برای بیماران انتخاب کردید و استروژن و پروژسترون به او دادید، بهتر است همزمان با آن از SSRI ها استفاده کنید. SSRI را به تنهایی برای فرد شروع کنید یا در کنار هورمون تراپی از SSRI ها استفاده کنید.

می‌خواهید تبدیل دارو انجام دهید و از SSRI ها به سمت گاباپنتین بروید، گاباپنتین یا هر داروی دیگری را شروع کنید و SSRI ها را طی دو هفته ادامه دهید و کم کم آن را حذف کنید که دچار عوارض ناشی از قطع ناگهانی آن نشوید.

دسته سوم پروژستین‌ها با دوز بالا هستند. مکانیسم اثر آن‌ها به این شکل است که پروژستین‌ها باعث مهار ترشح گنادوتروپین‌ها از هیپوتالاموس می‌شوند. مشاهده شده است که با دوز ۵۰۰ میلی‌گرم IM از مدروکسی پروژسترون استات تا ماه‌ها گرگرفتگی ممکن است کنترل شود و بیماران به خوبی بهبود پیدا کنند. حتی دیده شده است DMPA نسبت به ونلافاکسین که یک SNRI است ممکن است، اثرات بیشتری داشته باشد. بنابراین یک گزینه مناسب می‌باشد. البته باید حواسمان باشد که در دوزهای بالا پروژستین‌ها خطر ترومبوز و ریدهای عمقی را دارند و باید از این جهت ارزیابی خطر انجام شود.

نوراتیندرن استات، پروژسترون دیگری است که می‌توانیم از آن استفاده کنیم. ۱۰ میلی‌گرم دوز روزانه آن می‌تواند موثر باشد که البته اثراتش اصلا معادل مدروکسی پروژسترون استات ۵۰۰ میلی‌گرم نیست، ولی تا ۷۰-۸۰ درصد اثرات آن را خواهد داشت.

یک داروی دیگر که متاسفانه در ایران از آن استفاده نمی‌کنیم ولی در اروپا مورد استفاده قرار می‌گیرد، البته باید خیلی در استفاده از آن مراقب باشیم چون ریسک سرطان پستان را افزایش می‌دهد، داروی تیپولون است که یک استروئید سنتتیک است که اثرات استروئیک پروژسترونیک و هم آندروژنیک دارد. علائم وازوموتور را به خوبی کاهش می‌دهد و باعث بهبود وضعیت دانسیته استخوانی می‌شود. یکی دیگر از اثرات خوب آن بهبود وضعیت سکسچوال خانم‌ها می‌شود. حتی این بهبود وضعیت سکسچوال خیلی بیشتر از مواردی است که به بیماران استروژن و پروژسترون داده می‌شود. اما به علت عارضه سرطان پستان و سکتة مغزی که دارد، در ایران خیلی از آن به این منظور استفاده نمی‌شود.

این است که بر روی پرگابالین به اندازه گاباپنتین مطالعات انجام نشده و خیلی شناخته شده نیست. دارو خیلی در دسترس نیست و گران‌تر است، بنابراین گزینه اول ما نخواهد بود.

داروی بعدی که خیلی کم استفاده است، داروی کلونیدین است که یک آلفا ۲ آدرنژیک آگونیست می‌باشد و عوارضی مانند خشکی دهان و یبوست دارد، که برای بیمار ناخوشایند است. توصیه می‌شود کلونیدین را خوراکی برای بیمار استفاده نکنید و اگر می‌خواهید برای بیمار تجویز کنید، صرفاً به صورت پچ استفاده شود و پچ را با کمترین دوز شروع کنید و طی چند هفته دوز آن را افزایش دهید. البته کلونیدین دارویی است که بیماران به علت عوارض بالا، نمی‌توانند خیلی آن را تحمل کنند.

داروی بعدی اکسی بوتینین است که یک آنتی کولینیژیک است و در مثانه هایپراکتیو از آن استفاده می‌کنیم. اکسی بوتینین عوارضی مانند خشکی چشم‌ها، خشکی دهان و یبوست با مقدار کمتر را به همراه دارد. دیده شده است دوز ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم روزانه آن اثراتی بیشتر از پلاسبو دارد.

یکی از موارد مهم در درمان گرگرفتگی، پلاسبوفاکت است. حتی اگر به بیمار پلاسبو بدهیم ۲۰ تا ۵۰ درصد ممکن است برای گرگرفتگی موثر باشد و این در خانم‌هایی که دچار اضطراب هستند، مشکلات روحی و روانی دارند یا از نظر شرایط اجتماعی اقتصادی پایین تر هستند بر روی آن‌ها اثر بیشتری دارد، که باز هم بعد روانی گرگرفتگی را به ما نشان می‌دهد.

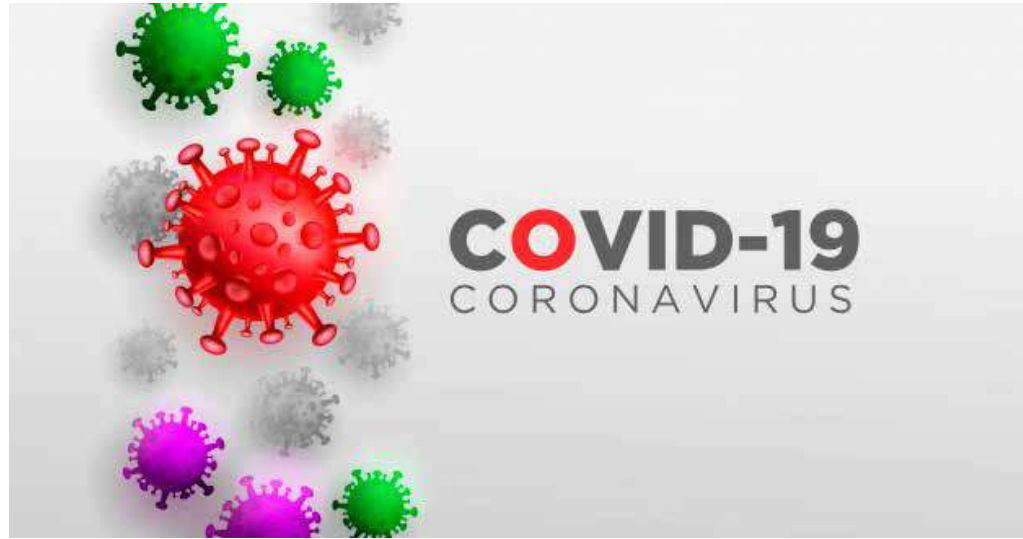
در رابطه با گاباپنتین نکته ای که وجود دارد این است که گاهی اوقات SSRI ها به عنوان خط اول درمان به علت بروز عوارض و یا هر دلیل دیگری جواب دهی لازم را ندارند و مجبور می‌شوید به داروی دیگری آن را تغییر دهید. مثلاً می‌خواهید گاباپنتین را انتخاب کنید، گفته می‌شود اگر می‌خواهید تبدیل دارو انجام دهید، این درست نیست که گاباپنتین را به SSRI ها اضافه کنید و اثرات بیشتری از آن ببینید. این دو با هم اثر سینرژیک ندارند. بنابراین اگر

داشته اند. بنابراین بر اساس همین تحقیقات به نظر می‌رسد تا امروز نزدیک به یک سوم جمعیت ایران به بیماری Covid-19 آلوده شده باشند.

اعلام آمار روزانه مبتلایان به Covid-19 در ایران نیز بر مبنای تست RTPCR انجام می‌شود. از آنجایی که تعداد روزانه این تست در ایران در مقایسه با دنیا بسیار کمتر است و تست از افراد فاقد علامت و حتی افراد دارای علائم خفیف انجام نمی‌شود بنابراین ایران در بین آلوده‌ترین کشورهای دنیا به بیماری Covid-19 قرار دارد.

همچنین امروز بحث شیوع بیماری در موج‌های مختلف و جهش ویروس مطرح است. در حالی که این موج‌های مختلف شیوع براساس میزان رعایت جوامع است و نه براساس تغییر ویروس. مثلا در ایران پس شیوع اولیه، مردم تعطیلات نوروز را خیلی خیلی رعایت کردند و قرنطینه تا حدودی اجرا شد و در نتیجه آمار ابتلا کاهش پیدا کرد. پس از تعطیلات نوروز رعایت در بین مردم کاهش پیدا کرد و این منجر به موج دوم بیماری و سپس مجدداً با رعایت مردم شیوع کاهش پیدا کرد. در حال حاضر نیز شاهد موج سوم بیماری با عدم رعایت‌ها همزمان با شروع دهه اول محرم و مسافرت‌های مردم در تعطیلات تاسوعا و عاشورا هستیم. مطابق با شیوع بیماری در ایران همزمان با دهه اول محرم، بیماری در عراق نیز به همین علت عدم رعایت مردم در این مناسبت‌ها شیوع بالایی پیدا کرد.

بررسی تغییرات ژنوم ویروس در کشورهای مختلف نشان داد که ویروسی که در حال حاضر در آمریکا و اروپاست با ویروسی که در چین بود متفاوت است و همین تفاوت‌ها نشان داد شیوع ویروس SARS Covid-2 به آمریکای جنوبی از آمریکای شمالی و شیوع ویروس در اروپا نیز بیشتر از آمریکای شمالی صورت گرفت.



بررسی وضعیت کرونا در سطح دنیا، علل موفقیت و عدم موفقیت کشورهای مختلف در کنترل شیوع این بیماری و بررسی اصول مدیریتی صحیح در رابطه با کنترل این بیماری

دکتر محمد رحیم کدیور

فوق تخصص بیماری‌های عفونی کودکان
استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی شیراز



زمانی که یک فرد مبتلا به پنومونی (Pneumonia) در بیمارستان بستری می‌شود، در شرایط ایده‌آل باید برای تمام ویروس‌ها و باکتری‌هایی که می‌توانند پنومونی ایجاد کنند چک شود. بیش از ۱۰ نوع ویروس و باکتری شایع در این زمینه وجود دارد. بنابراین بخصوص در زمان حاضر که نزدیک به فصل شیوع آنفولانزا قرار داریم باید دقت شود که هر نوع پنومونی دقیقا در نتیجه SARS Covid2 نیست. با وجود تعداد بالای تست در کشور انگلیس، مطالعات آنتی‌بادی در این کشور نشان داده است که آمار واقعی مبتلایان حداقل ۱۲ برابر مواردی است که گزارش شده است. زیرا همانطور که پیشتر گفته شد آمار اعلام شده بر اساس RTPCR است و این تست معمولا از افراد دارای علائم گرفته می‌شود. این درحالی است که ۸۰ درصد مبتلایان به Covid-19 یا asymptomatic بوده و یا دارای علائم mild هستند و این افراد یا به پزشک مراجعه نمی‌کنند و یا در صورت مراجعه تست RTPCR از آن‌ها انجام نمی‌شود. همچنین در نیویورک، آمریکا، با وجود تعداد تست RTPCR معادل یک چهارم جمعیت این کشور، نتایج آزمایشات آنتی‌بادی نشان داده است که تعداد مبتلایان واقعی حداقل ۱۰ برابر و میزان مرگ و میر واقعی تقریبا ۲ برابر میزان گزارش شده است.

همچنین در ایران آقای دکتر مصطفوی، عضو کمیته اپیدمیولوژی کرونا و رئیس مرکز تحقیقات انستیتو پاستور در نشست خبری مجازی با خبرنگاران اظهار داشت: در مطالعه‌ای در تهران که از کارمندان ادارات مختلف انجام شد، تست آنتی‌بادی کرونا در ۲۰ درصد از افراد مثبت بود. همچنین در افرادی که برای بیماری‌های دیگر به آزمایشگاه رفته بودند ۱۲ درصد افراد تست کرونای مثبت داشتند. آقای دکتر ملک‌زاده حدود دو ماه پیش اعلام کردند که سه شهر ایران نزدیک به ۶۰ درصد تست آنتی‌بادی مثبت داشته‌اند. جناب آقای رئیس جمهور نیز حدود یک‌ماه و نیم پیش اعلام کردند براساس تحقیقات آنتی‌بادی ۲۵ میلیون نفر به بیماری Covid-19 آلوده شده و تست آنتی‌بادی مثبت

از نادرست بودن روش‌های مدیریتی اعمال شده برای کنترل این بیماری تا امروز و نیاز به تغییر استراتژی‌های مدیریتی دارد.

در سطح دنیا هر ساله در فصل شیوع آنفولانزا حدود ۳۰۰-۶۰۰ هزار مرگ وجود دارد. در سال جاری وجود همزمان آنفولانزاهای فصلی و Covid-19 می‌تواند اوضاع را بدتر کند. البته به نظر می‌رسد رعایت موارد بهداشتی از جمله ماسک و ورود بیشتر واکسن آنفولانزا می‌تواند کمک کننده باشد.

حدود ۸۰ درصد از موارد مرگ ناشی از بیماری Covid-19 در افراد بالای ۶۰ سال و ۷۵ درصد در موارد دارای بیماری‌های زمینه‌ای بوده است و علت آمار بالای مرگ در بعضی کشورها به دلیل بیشتر بودن جمعیت سالمند در آن‌هاست. انتقال بیماری Covid-19 از طریق respiratory droplet صورت می‌گیرد بنابراین صحبت کردن، سرفه و عطسه می‌توانند منجر به انتقال بیماری شوند. برای همه رده‌های سنی امکان ابتلا وجود دارد و ۴۰ درصد از افراد مبتلا ممکن است هیچ علامتی نداشته باشند اما حتی در این افراد امکان انتقال بیماری به دیگران وجود دارد. باید دقت شود که در شرایط حاضر احتمال اولیه برای هر فردی با کوچکترین علائم تنفسی از جمله سرفه خشک، لرز، گلودرد همراه با تنگی نفس با یا بدون تب باید بیماری Covid-19 باشد. در صورت تشخیص بیماری Covid-19 در هر فرد، اولین و مهمترین نکته قرنطینه فرد مبتلا و در مرحله بعد درمان او و همچنین بررسی سایر افراد با سابقه تماس نزدیک با وی به منظور آلودگی به بیماری Covid-19 خواهد بود.

علائم بیماری Covid-19 به ترتیب شدت شیوع در افراد مبتلا عبارتند از: تب (۹۹%-۸۳)، سرفه (۸۲%-۵۹)، خستگی (۷۰%-۴۴)،

از نظر تعداد دفعات ابتلا به بیماری Covid-19 در کوتاه مدت نیز تاکنون تمام موارد ابتلای مجدد اعلام شده تنها براساس علائم بوده است، تنها مورد قطعی ابتلای مجدد حدود یک ماه پیش به صورت مستند اثبات شد که باز هم بررسی ژنوم ویروس در این فرد نشان داد ویروسی که فرد در این دو ابتلا به بیماری Covid-19 به آن آلوده شده از نظر ژنوم متفاوت بوده است. بنابراین اکثر مواردی که ابتلای مجدد اعلام می‌شود یا علائم همان بیماری قبلی است و یا بیماری دیگری است که علائمی شبیه به بیماری Covid-19 دارد.

از آنجایی که در سطح دنیا اعلام آمار ابتلا به بیماری Covid-19 و مرگ ناشی از آن تنها براساس RTPCR است، بنابراین براساس تعداد تست در هر میلیون نفر از جمعیت کشورها، به نظر می‌رسد که آمار واقعی مبتلایان به این بیماری در دنیا حداقل حدود ۱۰-۵۰ برابر و آمار مرگ ناشی از آن حدود ۲-۵ برابر است. از نظر اعلام آمار مرگ نیز، تنها افرادی به عنوان مرگ Covid-19 ثبت می‌شوند که قبلاً از آن‌ها تست RTPCR مثبت وجود داشته باشد در غیر این صورت مرگ در این افراد تحت عنوان بیماری Covid-19 ثبت نشده و در نتیجه آمار واقعی مرگ ناشی از این بیماری در سطح دنیا از میزان گزارش شده بالاتر خواهد بود.

در ایران نیز با توجه به اینکه از موارد بیماری Covid-19 که فاقد علامت یا دارای علامت mild هستند تست RTPCR انجام نمی‌شود، به نظر می‌رسد آمار واقعی ابتلای روزانه حداقل ۱۰ برابر میزان گزارش روزانه است.



با توجه به آمار روزانه ابتلا و مرگ روزانه به نظر می‌رسد کره جنوبی، ژاپن، چین، کانادا و نیوزیلند در بین بهترین کشورها در کنترل بیماری Covid-19 بوده‌اند. کره جنوبی با ۵۰ میلیون نفر جمعیت تنها ۳۰۵ مورد مرگ و ۱۵۰۰۰ مورد کرونای مثبت داشته است. در این کشور با شروع شیوع Covid-19 شرایط جنگی اعلام شد. با مثبت شدن تست Covid-19 هر فرد، با استفاده از یک نرم افزار GPS و دوربین‌های سطح شهر تمامی افرادی که فرد با آن‌ها در تماس بوده در مدت ۱۰ دقیقه مشخص و سپس تمامی این افراد جمع‌آوری، مورد تست Covid-19، قرنطینه و درمان قرار می‌گرفتند و به این ترتیب شیوع Covid-19 در این کشور کنترل شد. در چین نیز یک قرنطینه اجباری اجرا شد که این موضوع به کنترل موفق بیماری کمک کرد. در کشور ژاپن قرنطینه شدیدی اعمال نشد ولی از آنجایی که افراد در این کشور دستور پذیر هستند این کشور موفق به کنترل موثر بیماری Covid-19 شد. آمار نشان می‌دهد تمام کشورهایی که از اصول علمی برای کنترل شیوع بیماری استفاده کردند در کنترل آن موفق بوده‌اند. در ایران نیز پس از اولین موج بیماری و قرنطینه اولیه‌ای که اجرا شد، بیماری به میزان بالایی کنترل شد اما پس از پایان قرنطینه و عدم اعمال قوانین دستوری برای کنترل شیوع بیماری، مجدداً بیماری شیوع گسترده‌ای پیدا کرد تا حدی که در مقایسه با ماه‌های ابتدایی شیوع Covid-19 در ایران، میزان مرگ در ماه‌های اخیر ۲۵ درصد افزایش یافته است و این مهم نشان

gradient افزایش می‌یابد و درگیری بیش از ۵۰ درصد ریه در سی تی اسکن وجود دارد. بروز انواع شدید بیماری در هر زمانی از سیر بیماری ممکن است رخ دهد و بروز آن الزاما مستلزم طی همه مراحل قبل نیست.

مرحله سوم: critical. فاز تشدید التهاب: ملاک ورود به این مرحله وجود حداقل یکی از موارد زیر است:

- بیمار دارای علائم نارسایی تنفسی و علی‌رغم اکسیژن درمانی غیر تهاجمی میزان $SpO_2 \leq 88\%$ است.
- بیمار با نشانه‌های شک همراه است.
- بیمار نیازمند و یا تحت تهویه مکانیکی است.
- بیمار دچار نارسایی چند ارگانی است.

محققان تخمین زده‌اند یک دقیقه صحبت با صدای بلند می‌تواند حداقل ۱۰۰۰ قطره حاوی ویروس ایجاد کند. با هر سرفه نزدیک به ۳۰۰۰ قطره تنفسی با سرعت حدود ۸۰ کیلومتر بر ساعت در هوا پراکنده می‌شود. تنها با یک عطسه نزدیک به ۳۰ هزار قطره تنفسی با سرعتی حدود ۳۲۰ کیلومتر بر ساعت منتشر می‌شود. اگر فردی مبتلا به بیماری باشد، قطره‌های تنفسی که تنها با یک عطسه او منتشر می‌شوند می‌توانند حامل نزدیک به ۲۰۰ میلیون ذره ویروس باشند. در حال که به نظر می‌رسد در حدود ۱۰۰۰ ویروس می‌تواند فرد را به بیماری مبتلا کند. از آنجایی که بیماری Covid-19 از طریق تماس نزدیک با افراد منتقل می‌شود، بنابراین با سازماندهی، آموزش و کارکردن روی این موضوع، قابل کنترل است. بهترین راه پیشگیری از بیماری Covid-19، قرار نگرفتن در معرض ویروس از طریق رعایت پروتکل‌های بهداشتی است.

بی‌اشتهایی (۴۰-۸۴٪)، تنگی نفس (۳۱-۴۰٪)، درد عضلانی (۱۱-۳۵٪). سایر علائم غیر اختصاصی نیز عبارتند از: گلودرد، گرفتگی بینی، سردرد، اسهال، تهوع و استفراغ، از دست دادن حس بویایی و چشایی.

در رابطه با شدت بیماری Covid-19 نیز ۴۰ درصد افراد دچار بیماری با شدت خفیف (mild disease)، ۴۰ درصد به بیماری با شدت متوسط (moderate disease)، ۱۵ درصد به بیماری به صورت شدید (Severe disease) و ۵ درصد نیز به حالت Critical disease دچار خواهند شد.

گروه‌های در معرض خطر برای ابتلا به نوع عارضه‌دار Covid-19 براساس دستورالعمل کشوری شامل موارد زیر خواهند بود:

گروه الف: بیماران با نقص ایمنی:

- تحت درمان با کورتیکواستروئید (بیش از ۲۰ mg/d پردنیزولون بیش از دو هفته)
- شیمی درمانی
- پیوند اعضا
- بدخیمی‌ها

گروه ب: بیماران با بیماری زمینه‌ای:

- دیابت کنترل نشده با $HbA1c > 7.6\%$
 - بیماری قلبی-عروقی غیر از فشارخون
 - $BMI > 40$
 - بیماری‌های تنفسی مزمن زمینه‌ای
 - نارسایی کلیوی مزمن
 - به‌طور کلی در افراد بالای ۶۵ سال احتمال بروز موارد بیماری عارضه‌دار افزایش می‌یابد.
- در حال حاضر اکثر افراد بستری در بیمارستان به دلیل بیماری Covid-19، به‌ویژه در اطفال، دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند.

سیر بیماری Covid-19 را می‌توان به مراحل زیر تقسیم کرد:

مرحله صفر: بی‌علامت/ قبل از بروز علائم. تشخیص در این مرحله صرفا با تست RTPCR انجام می‌شود. در این مرحله یا فرد کاملا بدون علامت است و یا شروع بیماری در او خواهد بود.

مرحله یک: مرحله بروز خفیف علائم است. معمولا با تب خفیف، سرفه خشک، لرز، سردرد، از بین رفتن حس بویایی و یا چشایی، تهوع و استفراغ، اسهال، بی‌اشتهایی و خستگی مفرط همراه است. در این مرحله در بعضی افراد گاهی انقدر علائم ملایم است که فرد حتی به پزشک مراجعه نمی‌کند. مهمترین مساله اینست که علائم حیاتی فرد در این مرحله پایدار، میزان Oxygen Saturation بالاتر و یا مساوی با ۹۳ درصد است و فرد نیاز به بستری ندارد. درمان به شکل سرپایی انجام می‌شود و لازم است موارد خطر به بیمار گوشزد شود.

مرحله دو، فاز تنفسی:

• **فاز تنفسی متوسط (moderate):** در این مرحله علائمی مثل تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه سینه با یا بدون تب وجود دارد و میزان SpO_2 بین ۹۰ تا ۹۳ درصد است. در این مرحله افراد نیاز به بستری در بیمارستان و دریافت اکسیژن دارند.

• **فاز تنفسی شدید (severe):** در این مرحله طیف علائم بالینی با شدت بیشتری وجود دارد. فرد دچار tachypnea شده و میزان SpO_2 بدون دریافت اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد است. میزان A-a

اختلالات دفع در کودکان

دکتر ماندانا رفیعی



فوق تخصص گوارش کودکان
مرکز تحقیقات گوارش و بیماریهای کبد/ استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پروتئین Whey در شیر مادر است و این تعداد دفع در نوزادانی که از شیر گاو تغذیه می‌کنند کمتر می‌شود و علت آن نیز وجود مقادیر بالای پروتئین Casein در شیر گاو است. در نوزادانی که با شیر خشک تغذیه می‌شوند تعداد دفعات دفع متفاوت خواهد بود که به فرمولاسیون فرمولا، میزان پره بیوتیک و درصد و نوع پروتئین آن بستگی دارد، ولی در مجموع نوزادانی که فرمولا دریافت می‌کنند، معمولاً قوام مدفوع سفت تری دارند.

تعداد دفعات دفع در نوزادان با رشد آنها تغییر کرده و در سن ۱۶ هفتگی معمولاً به ۲ بار در روز کاهش می‌یابد و این مقدار کاملاً نرمال می‌باشد و معمولاً با شروع غذای کمکی مدفوع سفت تر شده و در بسیاری موارد یبوست آغاز می‌شود. شیوع یبوست در کودکان متفاوت بوده و معمولاً پسران ۳ برابر دختران بیشتر دچار یبوست می‌شوند. یکی از عوامل بسیار مهم در آغاز و تشدید یبوست، سابقه دفع دردناک است. وقتی یک کودک در خروج مدفوع دچار درد شده باشد این ذهنیت برای او ایجاد می‌شود که همیشه این درد وجود خواهد داشت و از این رو سعی می‌کند تا از خروج مدفوع جلوگیری کرده و به اصطلاح خودش را نگه دارد که باعث تجمع مدفوع در شکم می‌شود و مشکلات بعدی را به همراه دارد و بدین ترتیب کودک از رفتن به دستشویی خودداری می‌کند.

از این رو یکی از مشکلات بزرگ در تشخیص یبوست، عدم آگاهی و شناخت والدین از رفتار کودکان و همچنین از یبوست است و به همین دلیل توصیه می‌شود که تمام پزشکان و همکاران کودکان، جدول مربوط به شکل مدفوع به نام آمستردام را در مطب داشته و برای کودکانی که از پوشک استفاده می‌کنند، نوع و قوام مدفوع از این جدول استفاده نمایند و برای کودکانی که از

جمعه ۱۴ شهریور ماه، وبینار اختلالات دفع در کودکان و مبحث یبوست با سخنرانی خانم دکتر رفیعی فوق تخصص گوارش کودکان و با همکاری شرکت بهستان بهداشت برگزار گردید که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد:

دفع نرمال در کودکان نشانه ای از سلامت آنها می‌باشد. اما یبوست یکی از موارد شایع در بین کودکان است به نحوی که ۳٪ مراجعات به پزشکان عمومی و متخصصین کودکان و همچنین ۱۰-۲۵٪ مراجعات به پزشکان فوق تخصص گوارش کودکان مربوط به مشکل یبوست است. مطالعاتی در زمینه بررسی میزان یبوست کودکان در ایران نیز انجام شده است که نتایج آن شیوع بین



۱۵/۶۴٪ و ۲۱/۳٪ در گروه سنی کودکان بود که نشان دهنده شیوع زیاد یبوست در ایران می‌باشد. در حال حاضر به دلیل شیوع کرونا و اقدامات قرنطینه‌ای و تعطیلی پارکها و مراکز تفریحی کودکان، تعطیلی مدارس، عدم انجام حرکات ورزشی، عدم تحرک کودکان، نشستن مداوم کودکان و استفاده از تبلت و موبایل و تلویزیون، شاهد ابتلای بیشتر کودکان به یبوست هستیم و مراجعات مربوط به یبوست در حال افزایش است.

در ۲۴ ساعت ابتدایی تولد، ۸۷٪ و در ۴۸ ساعت ابتدایی تولد، ۹۹٪ نوزادان باید دفع داشته باشند و اگر تا این ساعات دفع اتفاق نیفتاد نشان دهنده بروز خطر بوده و باید تحت بررسی قرار گیرد. نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند روزانه ۷-۵ بار دفع دارند که علت آن وجود مقادیر بالای

موارد هایپوتیروئیدی، هایپرکلسمی، مسمومیت با ویتامین D3، سیستمیک فیبروزیس، مسمومیت با سرب ناشی از مصرف مداد، گچ یا خاک باید مدنظر قرار گیرد.

در فرایند تشخیصی فقط در صورت وجود علائم خطر نیاز به انجام آزمایشهایی نظیر: آزمایش کلسیم سرم، TSH/T4، سلیاک، CBC، سرم، سطح سرم است و گرفتن تاریخچه و بررسی و معاینه دقیق بسیار مهمتر می باشد. استفاده از تصویربرداری معمولاً در یبوست های مقاوم به درمان، تشخیص سخت و کودکان چاق کاربرد بیشتری دارد. اخیراً MRI نیز استفاده می شود تا میزان ضایعات تشخیص داده شود و همچنین برای تشخیص اختلالات کولون نیز از Sitz Marker و کنترل گرافی ۲۴ ساعته استفاده می شود.

در فرایند درمان، مهمترین بخش شرح حال دقیق، معاینه کافی، صحبت با خانواده، آموزش دستشویی رفتن، رژیم غذایی مناسب بوده و در انتها استفاده از داروهای نظیر لاکتولوز، PEG، پارفین خوراکی، شربت منیزیم و در صورت تجمع مدفوع شیاف گلیسرین یا آنتی هموروئید و یا انمای نرمال سالین به همراه تصحیح رژیم غذایی و ورزش پیشنهاد می گردد.

پوشک جدا شده اند نیز از Bristol Stool Chart استفاده شود و والدین از این جداول برای توصیف مدفوع استفاده نمایند تا درک بهتری از نوع مدفوع حاصل شود.

دو تعریف در دفع کودکان بسیار مهم است:

Fecal Impaction Infant dysphasia:

توده حجیم که در ناحیه شکم وجود دارد و با لمس مشخص است و براحتی دفع نمی شود. در این حالت در نوزادان زیر شش ماه بسیار رایج است که والدین آنرا با یبوست اشتباه می گیرند. معمولاً شیرخواران بهنگام دفع، پاهای خود را جمع نموده و قرمز می شوند و فشار زیادی به خود می آورند و گریه می کنند تا دفع انجام شود. حدود ده تا بیست دقیقه این گریه و بیقراری ادامه می یابد و بعد از اینکه مدفوع نرم و مایع خارج گردید نوزاد احساس راحتی کرده و آرام می شود و معمولاً این حالت بعد از دو ماه رفع خواهد شد و این یک حالت طبیعی در سیر تکاملی رکتوم است که نوزاد دفع را به تدریج یاد گرفته و قدرت عضلانی لازم برای دفع را بدست می آورد.

در نتیجه بحث آموزش یکی از مهمترین نکات در اینگونه موارد هست. زیرا هم در دوره نوزادی می تواند به خانواده ها کمک کند و هم در پیشگیری از مشکلات یبوست و رفع آن در سنین بالاتر.

بهتر است کودکانی که هنوز در پوشک هستند را برای دفع، به محل مناسب و آرام منتقل کنید. استفاده از توالیت فرنگی مناسب و صندلیهای دفع کودک می تواند بسیار مفید باشد. کودک را به همراه پوشک روی این صندلی بنشانید تا طریقه دفع را یاد بگیرد. کودکانی که سابقه دفع دردناک داشته اند معمولاً مقاومت بیشتری در این زمینه انجام می دهند و آموزش این کودکان زمان بر است و نیاز به حوصله و صبر بیشتری دارد و حتی ممکن است که این پروسه تا شش ماه زمان ببرد.

بهتر است ۵ الی ۱۰ دقیقه بعد از صرف غذا، کودک را به محل دفع راهنمایی کرده تا با کمک شروع حرکات دودی روده دفع انجام بگیرد. تشویق کودک و دادن جایزه بعد از دفع، بسیار موثر است به طوریکه کودک تشویق شده و تمرین رفتن به توالیت را تکرار نموده و تکمیل می نماید و یاد می گیرد. استفاده از توالیت فرنگی و یا صندلیهای دفع کودک در حین حمام نیز تاثیر زیادی دارد بدین صورت که کودک یاد می گیرد بدون پوشک این عمل را تکرار و تمرین نماید و ترس ناشی از نبودن پوشک از بین می رود. اما باید دقت نمود که اصرار بیش از حد نیز باعث ترس کودک شده و ممکن است نتیجه برعکس بدهد و دقت گردد که نباید عجله نمود.

آغاز مدرسه نیز تاثیر زیادی در شیوع یبوست دارد. معمولاً سرویس بهداشتی های کثیف و تمیز نبودن آنها، ترسهای ناشی از خراب بودن درب، باز شدن ناگهانی درب، گیر کردن در توالیت و این قبیل اتفاقات باعث می شود که کودک از رفتن به توالیت خودداری نماید و مدفوع را نگه دارد و به مرور باعث ایجاد یبوست شود.

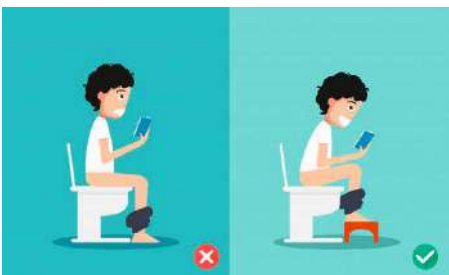
پس بدین ترتیب در سنین مختلف، عوامل مختلف می تواند باعث شروع و یا تشدید یبوست گردد. تشخیص افتراقی:

Hirsch sprung:

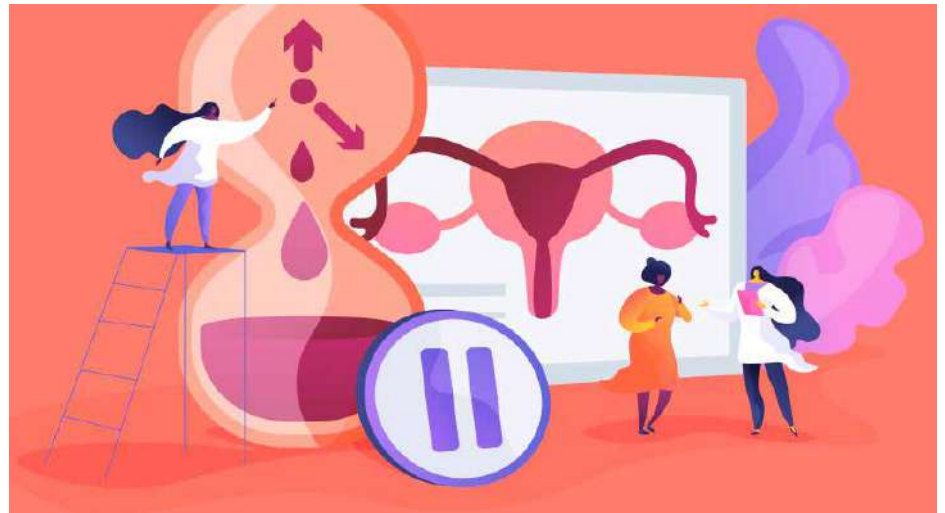
شایع ترین تشخیص افتراقی Hirsch sprung می باشد و حتماً معاینه دقیق انجام شود. با اینکه شیوع کمی دارد اما حتماً باید بررسی گردد و معمولاً در پسران شیوع بیشتری دارد.

یبوست غیر ارگانیک: کودکان پرتحرک معمولاً وقتی برای دفع ندارند و بدلیل تحرک بسیار بالا، تمایلی برای نشستن در توالیت و دفع ندارند. رژیم غذایی، ترس از دفع، استفاده کم از مایعات و سابقه و پیشینه دفع نیز عوامل موثر دیگر هستند.

یبوست ارگانیک: بیماریهای متابولیک، ضایعات ناحیه اسپینال، آنورمالی ناحیه کولون و رکتوم، داروها و بیماریهای سیستمیک نیز از دیگر عوامل بروز یبوست می باشند. در مبحث بیماری های سیستمیک،



ارتباط مستقیمی بین یائسگی و علائم شایع آن مانند گرگرفتگی، خشکی واژن و اختلال خواب (با تعریق یا بدون تعریق شبانه) وجود دارد.



اختلالات خواب و بیخوابی

Sleep disturbances/Insomnia

کیفیت خواب بطور کلی با افزایش سن دچار تغییر می‌شود و در یائسگی بنظر می‌رسد این مسئله بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد. مشکل خانم‌ها در خواب دو برابر مردان است که به دلیل تغییرات هورمونی مرتبط با یائسگی و یا افزایش سن است. با گذشت زمان گزارشات مربوط به مشکلات خواب در خانم‌ها افزایش می‌یابد بطوریکه بیشتر از ۵۰ درصد از خانم‌ها اختلال در خواب را گزارش می‌کنند. البته تغییرات هورمونی به تنهایی توضیح کاملی برای ارتباط بین دلیل اختلالات خواب و یائسگی نیستند. تعیین منشا اختلال خواب می‌تواند به انتخاب درمان مناسب برای آن کمک کند و خانم‌هایی که بیدار شدن شبانه را در ارتباط با تعریق شبانه گزارش می‌دهند کاندید مناسبی برای هورمون درمانی هستند.

خانم‌ها اغلب از سن ۴۰ سالگی به بعد، اختلالات خواب را نشان می‌دهند، که وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، نژاد و پایین بودن شادکامی زناشویی نیز می‌توانند از دلایل اختلالات خواب باشند. البته اختلال در تنفس و سندروم پای بیقرار نیز باید در نظر گرفته شود. برای پی بردن به اختلالات خواب می‌توان به پلی سومنوگرافی (Polysomnography) که ابزار بالینی مفیدی است اشاره کرد.

علائم وازوموتور Vasomotor symptoms

علائم وازوموتور از جمله گرگرفتگی، اکثر خانم‌ها را در دوران یائسگی تحت تاثیر قرار می‌دهد، گرچه شدت و مدت زمان آن در افراد متفاوت است اما در ۸۵ درصد خانم‌های یائسه گزارش شده است. گرگرفتگی در ۵۵ درصد خانم‌ها حتی قبل از یائسگی و شروع بی‌نظمی قاعدگی وجود دارد که خبر از ورود به دوران یائسگی می‌دهد. براساس مطالعه و آنالیز پروژه بهداشت زنان ملبورن که شامل ۴۲۸ زن می‌باشد، میانگین مدت زمان گرگرفتگی ۵/۲ سال است. ۲۵ درصد از خانم‌ها تا ۵ سال یا کمی بیشتر از شروع دوران یائسگی احساس گرگرفتگی دارند. تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از ۳۵۴۴۵ خانم طی مدت ۴ سال، موید این نکته است که گرگرفتگی بیشترین علامت آزاردهنده در دوران یائسگی است، حدود یکسال قبل از آخرین دوره قاعدگی شروع می‌شود و رفته رفته با ورود خانم‌ها به دوران یائسگی شدت آن کاهش می‌یابد.

علت گرگرفتگی احتمالا بدلیل نوسانات یا عدم تولید استروژن است. تصور می‌شود کاهش سطح استروژن ممکن است باعث کاهش سطح سروتونین و در نتیجه افزایش فعالیت گیرنده ۵-هیدروکسی تریپتامین (سروتونین) (HT2A-B) در هیپوتالاموس شود، به این ترتیب سروتونین بیشتری آزاد می‌شود، که می‌تواند باعث فعال شدن گیرنده (HT2A-B) شود این فعالسازی دما را تغییر می‌دهد و منجر به گرگرفتگی می‌شود.

هرساله حدود ۲۵ میلیون خانم در سراسر دنیا یائسه می‌شوند و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد خانم‌های یائسه به یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر برسد. دریک ارزیابی مبتنی بر جمعیت که بر روی ۳۸۶ خانم استرالیایی انجام شد، ۸۶ درصد از آن‌ها اظهار کردند که حداقل یکبار جهت بهبود علائم یائسگی به پزشک مراجعه و برای دریافت درمان مناسب مشاوره کرده‌اند.

ارتباط مستقیمی بین یائسگی و علائم شایع آن مانند گرگرفتگی، خشکی واژن و اختلال خواب (با تعریق یا بدون تعریق شبانه) وجود دارد، علاوه بر این در طول یائسگی خانم‌ها ممکن است علائم افسردگی که مرتبط با تغییرات هورمون‌هاست را داشته باشند و همچنین خانم‌های یائسه در معرض خطر ابتلا به پوکی استخوان و بیماری‌های قلبی و عروقی نیز قرار دارند.

علائم ناخوشایند دیگری از یائسگی نیز وجود دارند که شامل درد مفاصل و عضلات و افزایش وزن و تغییر شکل بدن می‌باشد. همچنین در این دوران علاوه بر خشکی واژن علائم دیگری مانند بی‌اختیاری و سوزش ادرار نیز ممکن است وجود داشته باشد و همچنین ممکن است عملکرد جنسی فرد را نیز تحت تاثیر قرار دهد.

(GSM) Genitourinary syndrome of menopause

بافتهای تناسلی- ادراری (Urogenital) به شدت نسبت به استروژن حساس هستند و نوسانات استروژن در دوران یائسگی و به دنبال آن سطح پایین آن پس از یائسگی می تواند این بافتهای را شکننده کند. مطالعات متعددی نشان می دهد که حدود ۲۷ تا ۶۰ درصد از خانمها علائم متوسط یا شدید خشکی واژن را در دوران یائسگی نشان می دهند و همچنین علائمی مانند آتروفی واژن، تنگ و کوتاه شدن واژن و رحم نیز وجود دارند که برخلاف گرگرفتگی، با گذشت زمان و بدون درمان بهبود نمی یابد. هورمون درمانی در یائسگی (HRT)، یک درمان موثر برای آتروفی و خشکی واژن است. برای این منظور می توان از استروژن سیستمیک یا واژینال استفاده نمود. اگرچه تجویز استروژن بصورت موضعی ارجحیت دارد. زیرا دوزهای پایین حتی بدون استفاده همزمان از پروژسترون برای رحم بی خطر است. اگرچه هورمون درمانی در بهبود تغییرات آتروفی واژن موثر است اما در بی اختیاری ادراری (UI) موثر نیست. استفاده از هورمون درمانی خطر ابتلا به بی اختیاری ادراری (UI) را در بین خانمها افزایش داده و خصوصیات UI را در بین خانمهای علامت دار بعد از یکسال استفاده تشدید می نماید.

افسردگی/مالیخولیا:

Depression/Melancholy

بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی منتشر شده در ژانویه ۲۰۲۰، دویست و شصت و چهار میلیون نفر در دنیا به افسردگی مبتلا هستند. یک پنجم از جمعیت ایالات متحده در دوره زندگی خود یک دوره افسردگی را تجربه می کنند و به طور کلی معمولا خانمها دو برابر مردان به این بیماری مبتلا می شوند. بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، کشور ما، ایران، در میان ده کشوری که بیشترین آمار ابتلا به افسردگی را دارند در جایگاه دهم قرار می گیرد. اوج افسردگی معمولا در دهه چهارم زندگی رخ می دهد. خانمهایی که هیچ یک از علائم افسردگی را ندارند هنوز دو تا چهار برابر بیشتر از مردان در معرض ابتلا به بیماری افسردگی در دوران یائسگی هستند. سایر عوامل موثر در ایجاد افسردگی در دوران یائسگی شامل خواب ضعیف، وقایع استرس زا، عدم اشتغال، شاخص توده بدنی بالاتر، سیگار کشیدن، یائسگی زودرس و نژاد افراد می باشد. برخلاف اعتقادات قبلی، گرگرفتگی

الزاما موجب بروز افسردگی نمی شود. برخی نظریه ای را ارائه داده اند که در آن گرگرفتگی می تواند منجر به اختلال خواب و سپس خستگی روزانه و کیفیت پایین زندگی و در نهایت بروز علائم افسردگی شود. در حالیکه تحقیقات نشان می دهد علائم افسردگی غالبا مقدم بر گرگرفتگی هستند.

References:

1. Hill K, The demography of menopause. Journal of Maturitas, 1996 , 2:113-127
2. Santoro N., Epperson C. N., Mathews, S. B. 2015. Menopausal Symptoms and Their Management. Endocrinol Metab Clin North Am. 44(3): 497-515.

برای مطالعه کامل مقاله و دریافت منابع به لینک زیر مراجعه کنید:

<http://behestan-chc>

بخش دانستنی های بیماران / زنان



است. همچنین طول دوره این بیماری بیشتر از ۳ یا ۴ روز نخواهد بود. برخی علائم در این میان می تواند کمک کننده باشد، به عنوان مثال از دست رفتن حس بویایی و چشایی در کرونا بیشتر دیده می شود. در چند ماه اخیر اسهال نیز جزو علائم کرونا اعلام شده است که در بیماران مبتلا به آنفلوآنزا به ندرت بروز می کند. در این شش ماه پیش رو مردم حتما باید بیش از گذشته به دستورالعمل های محافظتی از جمله زدن ماسک، رعایت فاصله گذاری اجتماعی و عدم حضور در تجمعات و محیط های سر بسته توجه کنند.

شباهت در دسرساز علائم بالینی: کووید-۱۹، آنفلوآنزا و سرماخوردگی



دکتر فرناز مشیری

متخصص زنان و زایمان و نازایی

هر ساله با آغاز فصل پاییز، کشور حدود چهار ماه درگیر شیوع ویروس تنفسی آنفلوآنزا می شود که ممکن است گاهی منجر به فوت فرد مبتلا شود. در حال حاضر آنفلوآنزای A با سویه H1N1، H3N2 و آنفلوآنزای B در حال چرخش است. آنفلوآنزای B شدت کمتری دارد و محدودتر است، اما آنفلوآنزای A ممکن است باعث درگیری شدید و حتی فوت بیمار شود.

علائم آنفلوآنزا و کووید-۱۹ در بسیاری از موارد مشابه است، اما تفاوت هایی هم دارد. در اکثر مواقع آنفلوآنزا با علائم تب و لرز شدید و سردرد، به صورت ناگهانی ظاهر می شود. تب علامت شاخصی در این بیماری است و بعد از دو یا سه روز سرفه نیز به علائم افزوده می شود.

در کرونا، تب ممکن است اولین علامت بروز بیماری نباشد، یا حتی اصلا بروز نکند. همچنین دوره معمول بیماری آنفلوآنزا پنج روز است، البته در مواردی که عارضه دار می شود ممکن است دو تا سه هفته نیز طول بکشد، اما دوره بیماری کووید-۱۹، در اکثر مواقع کمتر از دو تا سه هفته نیست.

در سرماخوردگی آبریزش بینی و عطسه، علائم غالب است و تب نادر بوده و در صورت بروز، خفیف



• WORLD •
MENOPAUSE
day

October 18



MENOPAUSE

IS A NATURAL STAGE IN THE LIFE.

LET'S RELIEVE MENOPAUSE SYMPTOMS NATURALLY.



No. 10, Behestan Bldg., Pardis St., Mollasadra Ave., Vanak Sq., Tehran 1991915613 IRAN
Tel: +98 (21) 88879766-7 Fax: +98 (21) 88879768 www.behestan-chc.com



کرونا در گروه سنی کودکان

دکتر امیر ابراهیم صفرزاده

متخصص اطفال



با شیوع مجدد ویروس کرونا و افزایش ابتلای کودکان به بیماری کرونا در جامعه به منظور آگاهی رسانی به جامعه، برنامه لایو اینستاگرام در تاریخ ۱۴ مهر ۹۹ با حضور جناب آقای دکتر امیر ابراهیم صفرزاده متخصص اطفال در صفحه رسمی شرکت بهستان بهداشت برگزار گردید و در این برنامه جناب آقای دکتر به سوالات مخاطبین در مورد کرونا در گروه سنی کودکان پاسخ دادند که خلاصه این پرسش و پاسخ به شرح زیر می باشد:

۱. لطفا در مورد علائم کرونا در کودکان بفرمایید؟ آیا اسهال و استفراغ و علائم گوارشی می تواند نشانه کرونا باشد؟

علائم سیستمیک شامل تب، استخوان درد، گلودرد، علائم تنفس، سرفه، آبریزش، دیسترس تنفسی، و در بعضی موارد علائم گوارشی از جمله اسهال و استفراغ و دردهای شکمی و حتی علائم پوستی شامل کهیر تاول های پوستی و در موارد نادرتر سندرم التهاب چند سیستمی (MIS) می تواند از علائم ابتلا به ویروس کرونا باشد.

۲. علائم تشخیصی هشدار دهنده در کودکان چه چیزهایی هستند و چه زمانی نیاز به مراجعه پزشک وجود دارد؟

اکثر بچه ها یا علائم چندانی ندارند یا علائم خفیف را تجربه می کنند. در صورت مشاهده هر کدام از علائم ذکر شده در بالا به همراه تب حتما به پزشک متخصص مراجعه فرمایید.

۳. تب کرونا چند درجه است؟ برای پایین آوردن تب در کرونا چه اقداماتی را مناسب می دانید؟

بطور کلی گفته می شود که تب در آنفولانزا بالاتر از تب در کرونا است. اما مسئله تب در کودکان مسئله جدی است و باید حتما با بروز تب، به پزشک متخصص اطفال مراجعه فرمایید.

نحوه برخورد بالینی با تب در کرونا همانند سایر عفونت های ویروسی است و در کودکان استفاده از استامینوفن حدودا با دوز ۱۵ mg/kg هر ۴ ساعت یکبار به عنوان خط



اول درمان تب توصیه می‌شود. مصرف هرگونه داروی تب بر دیگری مثل بروفن یا ناپروکسن فقط با توصیه و تجویز پزشک متخصص استفاده گردد. نکته مهم در کودکان جلوگیری از دهیدراسیون و کاهش سطح آب بدن کودک است و بدین منظور استفاده از مایعات و آب فراوان هنگام تب ضروری است. در مورد پاشویه نکته مهم این است که درجه حرارت آب نباید با دمای بدن کودک در آن لحظه بیشتر از ۴-۵ درجه تفاوت داشته باشد. استفاده از آب سرد باعث لرز و احساس ناخوشایند کودک می‌شود.

۴. آیا کودکان می‌توانند ناقل کرونا باشند؟

برخلاف شایعاتی که از ابتدای شیوع بیماری رایج شده کرونا حتی در نوزادان از بدو تولد نیز دیده شده است. بنابراین بچه‌ها هم می‌توانند کرونا بگیرند و هم ناقل بیماری باشند. در مورد انتشار ویروس یا پخش شدن ویروس در محیط اطراف بیمار (Shedding) تصورات براین است که چون شدت سرفه در اطفال کمتر است ممکن است باعث انتقال بیماری نگردد که در عمل اینطور نیست. کشورهای مختلف نظرات مختلفی در مورد میزان توانایی اطفال در انتشار ویروس نسبت به بزرگسالان دارند، ولی آنچه همه متفق القول در مورد آن شکی ندارند این است که کودکان نیز می‌توانند بیماری را منتقل کنند.

۵. آیا کودکان هم مثل بزرگسالان به خاطر کرونا در آی سی یو بستری می‌شوند؟

بله متأسفانه، در آمار جهانی دیده می‌شود که حدود ۱۰ درصد مبتلایان به کووید-۱۹ در گروه سنی کودکان هستند و حدود ۱ درصد مرگ و میر بیماری مربوط به این گروه سنی است. با بالا رفتن آمار کلی و متأسفانه به دنبال برداشته شدن قرنطینه سراسری در دنیا و عدم رعایت موازین بهداشتی طبعاً آمار ابتلای کودکان نیز بالاتر رفته و به دنبال آن آمار بستری در PICU نیز بیشتر خواهد شد.

۶. چگونه از ابتلای کودکان و نوزادان به کرونا پیشگیری کنیم؟

توصیه‌های پیشگیری از ابتلا در اطفال طبق توصیه‌های GDC با بزرگسالان تفاوتی ندارد. عدم حضور در مکان‌های شلوغ و پرازدحام چه در محیط باز و چه در محیط سرپسته، رعایت فاصله بیشتر از ۱٫۵ متر با افراد، ایجاد جریان هوا در محیط‌های سرپسته، به علاوه رعایت بهداشت دست‌ها همچنان مهمترین عوامل پیشگیری در اطفال و بزرگسالان است.

۷. آیا استفاده از ماسک را در کودکان برای جلوگیری از کرونا توصیه می‌کنید؟ کودکان زیر دو سال چطور؟

در رابطه با ماسک طبق آخرین گفته WHO در مورد کودکان بالاتر از ۲ سال، ماسک سه لایه جراحی پیشنهاد می‌شود. اما در مورد کودکان زیر ۲ سال و کودکانی که درجاتی از اختلالات شناختی در آنها وجود دارد، مثل اوتیسم و فلج مغزی، در صورتی که استفاده از ماسک برای کودک اضطراب زیادی به همراه داشته باشد و نیز کودکان با مشکلات تنفسی حاد استفاده از ماسک توصیه نمی‌شود. در مورد استفاده از شیلد نیز توصیه WHO بر اساس شرایط هر جامعه متفاوت بوده است. همانگونه که برای استرالیا فقط استفاده از شیلد برای بچه‌های زیر ۲ سال توصیه شده، ولی گفته شده که شیلد جایگزین مناسبی برای ماسک نیست، ولی در سنگاپور توصیه می‌شود که ماسک به همراه شیلد استفاده شود.

۸. مراقبت‌های خانگی از بچه مبتلا به کرونا چگونه است و چطور کودک مبتلا به کرونا را قرنطینه کنیم؟

قرنطینه به معنای عدم تماس کودک با سایر افراد است. اگر پدر و مادر علائمی ندارند و مبتلا نیستند، حتماً در محیط منزل ماسک داشته باشند. رعایت بهداشت دست بسیار مهم است. البسه و ملحفه کودک روزانه تعویض و شستشو شود. شرایط تهویه اتاق کودک و جریان هوا مناسب باشد. از ارتباط کودک با افراد مسن خانواده یا کسانی که به دلیل بیماری یا مصرف داروهای خاص ایمنی پایین دارند و یا دیابت دارند جلوگیری کنند. ضمناً اگر کسانی که با کودک زندگی می‌کنند علائم بیماری ندارند نیازی به انجام تست‌های تشخیصی نیست، ولی به محض مشاهده علامت باید تست PCR بدهند.

۹. در مورد رابطه بین حیوانات خانگی و کودکان در دوران کرونا بفرمایید.

تا به امروز هیچ گزارش مستدلی از انتقال ویروس از سگ و گربه خانگی به انسان گزارش نشده است ولی هنوز برای قضاوت زود است زیرا از ابتدای شروع بیماری در چین انتقال از انسان به حیوانات خانگی مثل سگ و گربه مشاهده شد. طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی رفتارهایی مثل بوسیدن و بغل کردن حیوانات انجام نشود و



حتی الامکان با بزاق این حیوانات در تماس نباشیم و بعد از تماس حتما شستشوی درست دست‌ها انجام گردد.

۱۰. آیا تزریق واکسن آنفولانزا یا پنوموکوک می‌تواند از ابتلا به کرونا جلوگیری کند؟

واکسن آنفولانزا و پنوموکوک تاثیری بر ویروس کرونا ندارند. اما اگر نیاز به این دو واکسن وجود دارد حتما باید تزریق آن انجام شود.

۱۱. آیا در این شرایط انجام واکسیناسیون نوزادان و کودکان ضروری است؟

واکسیناسیون معمول دوره‌ای کشوری نیز ارتباطی با کرونا ندارند اما توصیه می‌شود، والدین به هیچ وجه واکسیناسیون کودک را به تعویق نیندازند و با رعایت فاصله‌گذاری زمانی و جلوگیری از ازدحام، حتما برای انجام واکسیناسیون اقدام فرمایند.

۱۲. چه گروهی از کودکان بیشتر در معرض ابتلا هستند؟ آیا وزن بالا یا دیابت یا آسم یا سایر شرایط خاص در کودکان، فاکتورهای خطر محسوب می‌شوند؟

بله متأسفانه و درست همانند بزرگسالان کودکان مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، دیابت، بیماری‌های تنفسی، چاقی بیش از حد، بیماری‌های روماتیسمی، بیماری‌های کلیوی، سندروم نفروتیک، نارسایی‌های کلیوی، مشکلات مغز استخوان، بیماری‌های خود ایمنی که عوامل سرکوب کننده ایمنی دریافت می‌کنند، یا کودکانی که کورتون با دوزهای بالا دریافت می‌کنند و نیز کودکانی که پیوند دریافت کرده‌اند بیشتر در معرض ابتلا می‌باشد.

۱۳. کودکان تا چه اندازه و از چه سنی لازم هست در مورد کرونا بدانند که استرس نگیرند و سلامت روان آنها تهدید نشود؟

به دلیل اهمیت مسئله حتما باید به کودک آگاهی و هشدارهای لازم را بدهیم، ولی به این نکته توجه داشته باشیم که بچه‌ها به خصوص در سنین زیر دبستان تفکر منطقی ندارند و دنیای فانتزی و خیال پردازی دارند و نمی‌توان از آنها انتظار داشت که همانند بزرگترها مسائل را درک کنند، بنابراین باید با زبان کودکانه و با چاشنی انواع بازی و موارد فانتزی ماسک زدن و شرایط بیماری را به کودک آموزش بدهیم، تا کودک ما دچار استرس و اضطراب نشود. در صورت ابتلا کودک از او بخواهید که در مورد استرس‌ها و حس خود با شما صحبت کند، یا نقاشی بکشد و به این طریق به تخلیه استرس او کمک کنید، و در نهایت می‌توانید از مراکز روانشناسی نیز کمک بگیرید.

۱۴. با توجه به اینکه این بیماری در بزرگسالان بیشتر در مردان دیده می‌شود، آیا جنسیت کودکان در ابتلا به بیماری و یا شدت بیماری تاثیر دارد؟

تاکنون هیچ یک از سایت‌های معتبر دنیا هیچ‌گونه گزارشی در رابطه با تفکیک جنسیتی در گروه‌های سنی کودکان و نوجوانان اعلام نکرده‌اند.

۱۵. در صورتیکه مادر یک نوزاد مبتلا شده باشد، آیا می‌تواند نوزاد خود را لمس کند و به او شیر بدهد؟

آکادمی طب اطفال آمریکا توصیه می‌کند که مادر مبتلا به شرط آنکه حال عمومی مساعد دارد و نیاز به بستری و مراقبت‌های ویژه نداشته باشد، با استفاده از ماسک و دستکش و رعایت بهداشت پوست و شستن دست می‌تواند به فرزند خود شیر بدهد. در ضمن مادر باید در بیست و چهار ساعت گذشته بدون استفاده از داروی تب بر تب نداشته باشد.

۱۶. چگونه می‌توان سیستم ایمنی کودکان را تقویت کرد؟

اگر کودک شما سلامت است و وزن و قد و پارامترهای رشد او نرمال است و کمبود ویتامین دی نداشته باشد، نیاز به مکمل خاصی نیست، اما در صورت وجود بیماری‌های زمینه‌ای و یا کمبود ویتامین دی و یا کمبود وزن حتما با پزشک متخصص مشورت کنید.

۱۷. آیا نسبت بیماری شدید یا مرگ و میر ناشی از کرونا در کودکان بیشتر از بزرگسالان است؟

مرگ و میر در کودکان نسبت به بزرگسالان کمتر و حدود ۱ درصد از کل آمار است.

۱۸. دوز مناسب ویتامین دی در کودکان چقدر است؟

دوز مناسب مصرف ویتامین دی را پزشک بر اساس شرایط کودک و وزن و سن او محاسبه می‌کند. اما در کل میزان ویتامین دی در بدن کودک نباید کمتر از ۳۰ نانو گرم در میلی لیتر باشد.

۱۹. فاویسم جزو بیماری‌های زمینه‌ای است یا آلرژی؟

بعضی از داروهایی که در آ‌ی‌سی‌یو در موارد شدید بیماری استفاده می‌شوند، در بیماری فاویسم محدودیت استفاده دارند، ولی فاویسم فاکتور مستقلاً برای افزایش خطر ابتلا به بیماری کرونا محسوب نمی‌شود.