

در این شماره می خوانیم:

- روز جهانی پنومونی
- خواب های طلایی...
- The compelling link between physical activity and the body's defense system
- درمان های پسونیازیس
- بیماری Morphea
- درمان آرتریت سوریاتیک
- مقایسه فرم های مختلف آهن المنرال
- بررسی اثر استفاده از درمان های گیاه-محور برای کنترل علائم وازوموتور
- آسپیراسیون اجسام خارجی در ریه کودکان
- خوراک ماهی
- نقش تغذیه عملکردی
- عفونتهای پوستی و بافت نرم در کودکان
- فقر آهن در شیرخوارگی
- تالاسمی مینور، مبانی و اصول تشخیصی
- بالینی و آزمایشگاهی



روز جهانی پنومونی دکتر جمال میرزایی



متخصص عفونی و فلوشیپ فوق تخصص نقص ایمنی، سرطان و پیوند

برای این انواع پنومونی ها وجود ندارد و گاه مجبور به استفاده از درمان های ننگه دارنده تا زمان بازسازی ریه و برگشت به شرایط عادی ریه هست.

در پیشگیری از ابتلا به پنومونی، واکسیناسیون اهمیت زیادی دارد. در افراد پر خطر شامل افراد مسن، افراد با سابقه بیماری مزمن مانند دیابت، بیماری های قلبی، فشار خون بالا، بیماری های ریوی مزمن مانند آسم و برونشیت های مزمن، بیماران دیالیزی، شانس ابتلا بیشتر است و همچنین احتمال بروز عوارض جدی تر آنفولانزا را دارند. در بیماران دارای نقص ایمنی مانند افراد مبتلا به سرطان که شیمی درمانی می شوند، توصیه می شود واکسن آنفولانزا را دریافت کنند تا در فصول سرد دچار درگیری های ریوی ثانویه نشوند. علاوه بر واکسن آنفولانزا، واکسن پنوموکوک برای پیشگیری از پنومونی های پنوموکوکی، برای افراد پر خطر توصیه می شود که می تواند سبب پیشگیری از این نوع ذات الریه گردد.

در مورد پیشگیری راه های دیگری از جمله کنترل آلودگی هوا وجود دارد. افراد سالمند یا کسانی که بیماری های زمینه ای ریوی دارند بهتر است در مواردی که هوا آلوده است، از قرار گرفتن در معرض هوای آلوده اجتناب کنند.

سالانه حدود ۴۵۰ میلیون نفر مبتلا به پنومونی یا ذات الریه می شوند که این عدد حدود ۷٪ جمعیت جهان است. این آمار بالا در دنیا سبب شده که روزی را به عنوان روز جهانی پنومونی تعیین کنند تا هر ساله در این روز، در خصوص راه های پیشگیری، علائم بیماری و درمان پنومونی آگاهی و هشدار داده شود.

پنومونی انواع مختلفی دارد و همه آنها در نهایت منجر به درگیری بافت و کیسه های هوایی ریه می شود. درگیری و تجمع آب یا مایع در داخل فضای آلوئول ها (کیسه های هوایی) در ریه باعث می شود که اکسیژن رسانی مختل شده و علائمی چون تنگی نفس، سرفه، خلط، بدن درد و علائم غیر اختصاصی دیگری نیز بروز کند که در مجموع به عنوان پنومونی شناخته می شود.

پنومونی های بیمارستانی، پنومونی هایی هستند که در مراکز نگهداری سالمندان و کودکان بروز می کنند، پنومونی هایی که ناشی از لوله گذاری در افراد بستری در آی سی یو ایجاد می شود و پنومونی های شایع که همان پنومونی اکتسابی از جامعه است که اغلب افراد آن را با علائمی چون تنگی نفس، تب و خلط تجربه کرده اند.

عوامل متفاوتی از جمله باکتری ها، ویروس ها، حتی قارچ ها و سایر میکروارگانیسم ها، مخصوصا در افراد با زمینه نقص ایمنی، در ایجاد پنومونی نقش دارند. در افراد با نقص ایمنی، عفونت های قارچی خاصی مانند آسپروژیلوس دیده می شود که می تواند درگیری های وسیع ریوی را ایجاد کند که مقاوم به درمان بوده و گاه نیاز به درمان طولانی مدت دارد.

پنومونی های اکتسابی از جامعه اغلب باکتریایی هستند و در گذشته که درمان های آنتی بیوتیکی مناسبی وجود نداشت جان بسیار زیادی از بیماران را می گرفت، اما امروزه با آنتی بیوتیک های متعددی که در دسترس هست می توان راه های مناسبی را برای درمان بیماران انتخاب کرد.

در کنار پنومونی های باکتریایی، عفونت های ویروسی هم هستند که می توانند سبب ذات الریه شوند. امسال نیز با شیوع بیماری کرونا با پنومونی های ویروسی وسیعی رو به رو هستیم که سبب نارسایی تنفسی، تنگی نفس، سرفه و تب می شود. دیگر ویروس های سرماخوردگی و آنفولانزا هم می توانند باعث پنومونی های ویروسی شوند که اغلب درمان های اختصاصی

خواب‌های طلایی...

دکتر محمد نامی



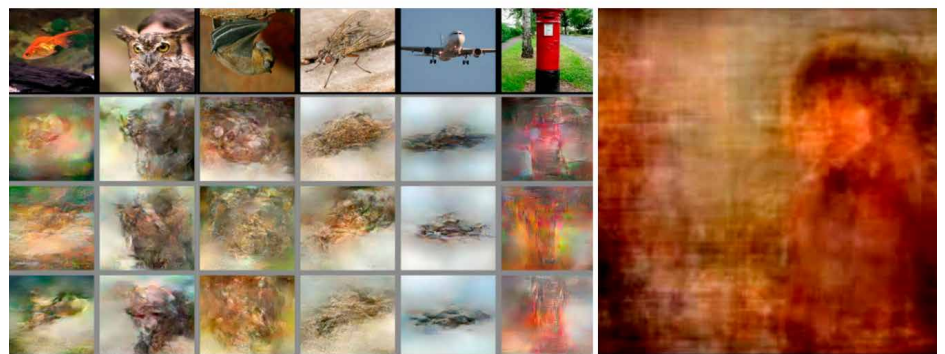
دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی

و فلوشیپ اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
پژوهشگر پسادکتری دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون

خیر! این فقط بازسازی یه فریم از فیلمیه که تو مغز ما به نمایش درمی‌آد. اجازه بدین دقیق‌تر توضیح بدم. ما بخش مهمی از اطلاعات مونو از طریق بینایی به دست می‌آریم. منظره‌ها، آدم‌ها و اتفاقات رو با نگاه کردن می‌شناسیم و از هم تشخیصشون می‌دیم. ولی چشم ما نیست که این حجم عظیم از اطلاعات رو، پردازش می‌کنه. چشم فقط داده‌های اولیه رو در اختیار مغز می‌ذاره. پردازش این اطلاعات، کار مغزه تا بعد به شکل تصویر در اختیار ما قرارشون بده. در واقع مغز ما، یه کارخونه‌ی بزرگ تجسم‌کننده.

حالا بیاید ببینیم این تک‌قاب از رؤیا چطور به دست اومده. در ابتدا پژوهشگران از چند داوطلب خواستند تا ویدئوهایی رو ببینند. موقعی که اونا سرگرم تماشای تصاویر بودن، با کمک «افام‌آرای» از مغزشون تصویربرداری کردن. بعد داده‌های اسکن مغزشون، به کمک محاسبات رایانه‌ای، کدگذاری شد. مثلاً برای اشیا و ابزار یه کد در نظر گرفتند، برا حیوانات یه کد دیگه و برای منظره‌ها، کد سوم. تو مرحله‌ی بعد، از داوطلب‌ها خواستند که بخوابند. موقع خواب هم دوباره به کمک افام‌آرای، از مغزشون تصاویری تهیه شد. دست‌آخر به کمک کدهای به‌دست اومده از آزمایش اول، رویای اون‌ها رو رمزگشایی کردن و بعد با استفاده از رایانه، به زبان تصویر

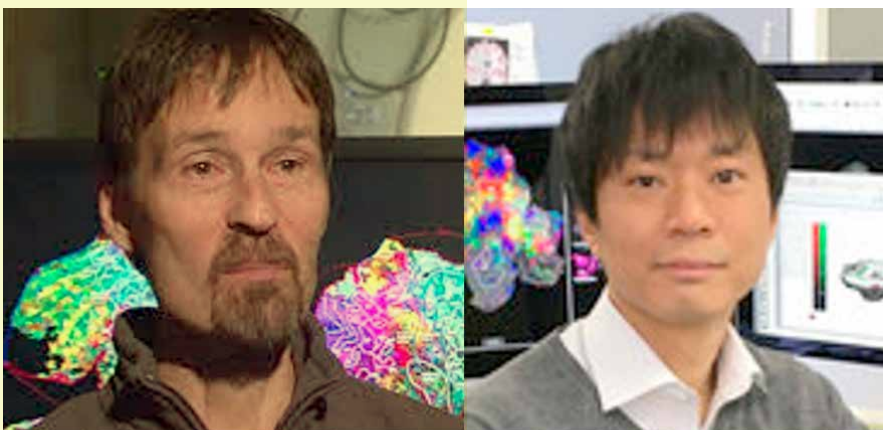
به نظر شما تصویر زیر چی می‌خواد به ما بگه؟ اصلاً این تصویر چیه؟ به نظر یه نقاشی انتزاعیه که یه هنرمند تازه‌کار کشیده. شاید یه عکسه که اتفاقی گرفته شده. محو و پراکنده. انگار یه نفر در حال حرکت، دستش رفته روی دکمه‌ی دوربین و... کلیک! یه عکس تصادفی! اما نه! این تصویری از یه رویا در مرحله‌ی از خوابه، یا بهتر بگم ردی از تصویر خواب دیدن یک فرد مورد آزمایش در آزمایشگاه مطالعات عصب‌شناسی خواب، که توسط دکتر جک گالانت و تیم تحقیقاتی‌اش بازسازی و منتشر شده.



Nishimoto et al. PMID: 21945275

شاید تو دنیای پیشرفته‌ی امروز، تنها حریم خصوصی من و شما، رؤیاهامون باشند. از صبح که از خواب بیدار می‌شیم تا شب که دوباره می‌خوابیم، مدام در معرض دوربین‌هاییم. دوربین‌های کنترل ترافیک، دوربین‌های مداربسته‌ی فروشگاه‌های بزرگ و کوچیک، دوربین‌های حفاظتی اداره‌ها و بانک‌ها و ده‌ها جور دوربین ریز و درشت دیگه. تازه این غیر از دوربین‌های تلفن همراهمونه که هر لحظه، شخصی‌ترین لحظات زندگی مونو ثبت می‌کنن. می‌بینید؟ انگار دیگه فقط رؤیاهای توی خوابمون، مال خودِ خودمون. البته شاید بهتره بگم «بودن». چون تکنولوژی بالآخره رؤیاهای ما رو هم برای دیگران قابل دسترس می‌کنه. تصور ترسناکی به نظر میاد، اما در آینده به نوعی به حقیقت تبدیل می‌شه.

البته «جک گالانت» و «شین‌جی نیشی‌موتو» -همون دانشمندایی که موفق شدن این تصاویر از خواب یه نفر بازسازی کنن- معتقدن به این زودیا به همچین فناوری‌ای نخواهیم رسید. از نظر اونا ده‌ها سال زمان لازمه تا بشه افکار یا تمایلات یه نفر رو به شکلی واضح و شفاف، ثبت و مشاهده کرد. شاید این ابزار در آینده بتونه به ما کمک کنه تا با فیلم‌برداری از رؤیاهامون، معمای خواب رو بیشتر درک کنیم. شاید یه روزی بتونیم بفهمیم معنای خواب دیدن واقعاً چیه. اگه می‌پرسید «این تصویر، دقیقاً همون رؤیاییه که یه نفر تو خواب دیده؟» در پاسخ باید گفت



Jack Gallant and Shinji Nishimoto UC Berkeley and Harvard Medical School
NIHMSID: NIHMS319652

خواب‌مون می‌زنیم تا کاری رو انجام بدیم، در واقع در حال برداشت از بانک خواب‌مون هستیم. اگه بیشتر و بیشتر به این بانک بدهکار بشیم، روزی می‌رسه که دیگه توان جبران بدهی‌هامون رو نداریم. متأسفانه این بانک در ازای بی‌خوابی، بهره‌ی بالایی از ما می‌گیره؛ بهره‌ای که میتونه به قیمت سلامتی و درنهایت زندگی ما تموم بشه.

موسیقی «خواب‌های طلایی»، اثر استاد جواد معروفی برای همه ما آشناست. وقتی اون رو می‌شنویم شاید یاد یه سری از خواب‌های طلایمون افتاده باشیم. دیدن خواب کسی که دوستش داشتیم، عزیزی که از دستش دادیم، خواب قبولیمون تو کنکور، شایدم خواب این‌که صاحب یه کلبه‌ی زیبا تو یه دشت سرسبزیم... ممکنه از نظر برخی از ما، «خواب طلایی» یکی از همین خواب‌ها باشه. اما از نظر من و سایر پزشکان و محققین عصب شناسی خواب، خواب طلایی خوابیه که به مقدار کافی، در زمان درست و با کیفیت و ساختار مورد انتظار اتفاق بیفته. یه فرد میان‌سال در روز به شش تا هشت ساعت خواب نیاز داره. هر چی سن ما بالاتر می‌ره، ساعات خوابمون هم کمتر می‌شه. این یعنی بچه‌ها و جوان‌ترها به خواب بیشتری نیاز دارند. کیفیت خواب شبانه، متفاوت از خواب روز یا نیم‌روزه. خوابیدن کافی و رعایت بهداشت خواب یک ضرورت مهم برای سلامتی. تا وقتی هنوز دستگاهی اختراع نشده که بتونه رؤیاهای ما رو ببینه و با بقیه به اشتراک بذاره، حسابی خوب بخوابید و از دنیای کاملاً شخصی رؤیاهاتون لذت ببرید! خواب‌هاتون سالم و البته طلایی.

مطالعه بیشتر:

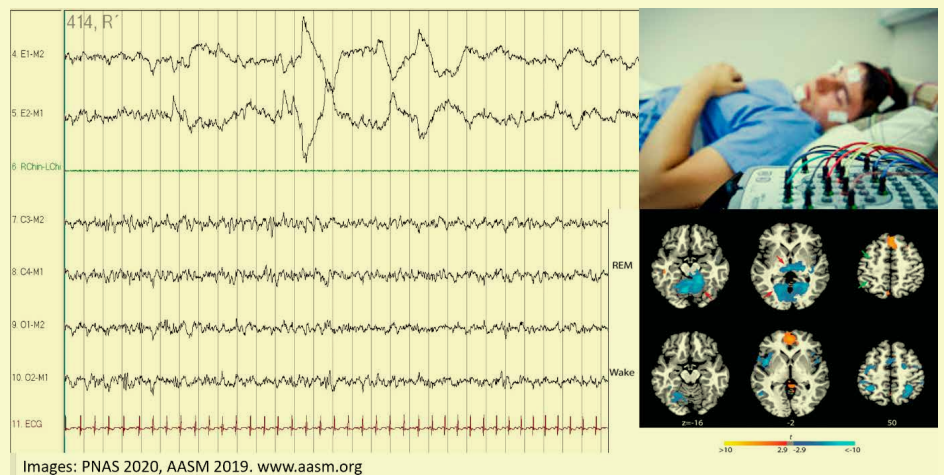
Reconstructing visual experiences from brain activity evoked by natural movies.
doi: 10.1016/j.cub.2011.08.031

ترجمه و بازسازی‌ش کردند. در واقع این تصاویر، ردپای رویای بازسازی‌شده‌ی یکی از همین داوطلبان مورد پژوهش در این پروژه بوده.

اما اصلاً چرا ما می‌خوابیم؟ تصور همه اینه که می‌خوابیم تا برا شروع یه روز دیگه انرژی داشته باشیم. این حرف، شاید خیلی هم غلط نباشه اما بیشتر مربوط به بازاریابی جسم ماست. در حالی که موقع خواب، مغز ما نمی‌خوابه. در واقع وقتی که ما خوابیم، تازه کارهای مهم مغز شروع می‌شه. حرکات سریع چشم و قرار گرفتن بدن در بی‌حرکت‌ترین حالت ممکن از خصوصیات مرحله‌ای از خوابه که حین اون رو با می‌بینیم. ما در این مرحله از خواب (که اصطلاحاً بهش «REM» گفته میشه) کاملاً فلج می‌شیم. اگه تو این مرحله، بدن‌مون دچار حرکت یا تنش بشه، احتمالاً به نوعی اختلال خواب دچار شدیم. پس بدن ما در فلج کامله و آستانه‌ی تحریک حسی‌مون، در بالاترین حد ممکنش قرار گرفته، و با این حال مغز در پویایی کامله. این نوار مغزی و تصویربرداری کاردی مغز یک فرد مورد مطالعه موقع خواب دیدنه. می‌بینید که چه امواجی ثبت شده و چقدر کارکرد مغز در این مرحله از خواب شبیه بیداریه؟! ولی خوب، مغز الان در حال چه کاریه؟ جواب این سؤال خیلی مفصله.

مغز ما شبیه یه کتابخونه‌ی بزرگ و درهم و برهمه؛ یه کتاب‌دار لازمه تا کتاب‌هایی که هر روز وارد این کتابخونه می‌شن رو کدگذاری کنه و هر کدومو تو جای مشخصی بذاره. گاهی هم قفسه‌ای رو گردگیری کنه یا کتاب کهنه‌ای رو ببره به قفسه‌ای دورتر. بخش مهمی از این کار تو مغز ما، موقع خواب انجام می‌شه. جواب سؤال مهم «رؤیاهای ما از کجا میان؟» می‌تونه همین باشه. مغز موقع جاگذاری و منظم کردن این اطلاعات، اون‌ها رو مرور می‌کنه. رؤیاهای ما در واقع تصاویر بازسازی‌شده‌ی این اطلاعاتند. البته در حین این جابه‌جایی، گاهی اطلاعات بی‌ربط یا اشتباه هم وارد کتابخونه می‌شن. یا کاغذی، اشتباهی جای کاغذی دیگه توی برگه‌دان کتابخونه قرار می‌گیره. این می‌تونه توجیه خواب‌های در هم و برهمی باشه که همه‌ی ما گاهی می‌بینیم. حالا شاید وقتشه که از خودمون بپرسیم آیا خوابیدن وقت تلف کردنه؟ یعنی می‌شه زمان کمتری بخوابیم تا فرصت بیشتری برای کارهامون داشته باشیم؟ جواب کوتاه و محکم و قاطعش اینه که: خیر!

وقتی به اندازه‌ی کافی نمی‌خوابیم، خاطرات، حافظه و هیجان‌های ما، به شکل مناسبی کدگذاری نمی‌شند. بر پایه مطالعات علمی، کم‌خوابی می‌تونه باعث انباشت مواد زائد و سمی تو مغز بشه و مدارهای کارکردی مغزو از بین ببره. همه‌ی این‌ها، احتمال بروز «دمانس» یعنی زوال عقل رو بالا می‌بره، که شایع‌ترین نتیجه‌ش آلزایمره. تازه این بیماری‌ها رو هم باید به فهرست مون اضافه کنیم: پارکینسون، دیابت، اختلالات خلقی و روانشناختی، افزایش احتمال بیماری‌های قلبی-سکته مغزی و حتی برخی سرطان‌ها، که ارتباطشون با کم‌خوابی ثابت شده‌اند. خواب سرمایه‌ی ماست. به پشتوانه‌ی این سرمایه است که می‌تونیم در طول روز، کارها و روابطمون رو سر و سامان بدیم. وقتی از ساعت



Images: PNAS 2020, AASM 2019. www.aasm.org



روز پرستار مبارک

بهر غنچه تنامی سراسر اندیشه



The compelling link between physical activity and the body's defense system

Journal of Sport and Health Science 8 (2019) 201–217



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Journal of Sport and Health Science 8 (2019) 201–217



www.jshs.org.cn

Review

The compelling link between physical activity and the body's defense system

David C. Nieman^{a,*}, Laurel M. Wentz^b

^a Human Performance Laboratory, Appalachian State University, North Carolina Research Campus, Kannapolis, NC 28081, USA

^b Department of Nutrition and Health Care Management, Appalachian State University, Boone, NC 28608, USA

Received 12 July 2018; revised 26 August 2018; accepted 25 September 2018

Available online 16 November 2018

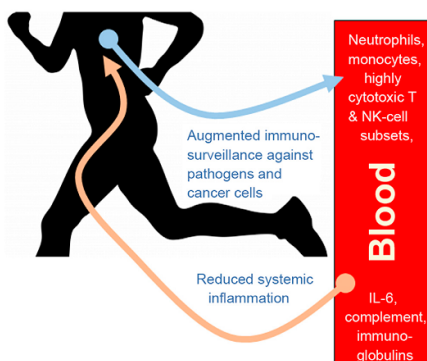
Abstract

This review summarizes research discoveries within 4 areas of exercise immunology that have received the most attention from investigators: (1) acute and chronic effects of exercise on the immune system, (2) clinical benefits of the exercise-immune relationship, (3) nutritional influences on the immune response to exercise, and (4) the effect of exercise on immunosenescence. These scientific discoveries can be organized into distinctive time periods: 1900–1979, which focused on exercise-induced changes in basic immune cell counts and function; 1980–1989, during which seminal papers were published with evidence that heavy exertion was associated with transient immune dysfunction, elevated inflammatory biomarkers, and increased risk of upper respiratory tract infections; 1990–2009, when additional focus areas were added to the field of exercise immunology including the interactive effect of nutrition, effects on the aging immune system, and inflammatory cytokines; and 2010 to the present, when technological advances in mass spectrometry allowed system biology approaches (i.e., metabolomics, proteomics, lipidomics, and microbiome characterization) to be applied to exercise immunology studies. The future of exercise immunology will take advantage of these technologies to provide new insights on the interactions between exercise, nutrition, and immune function, with application down to the personalized level. Additionally, these methodologies will improve mechanistic understanding of how exercise-induced immune perturbations reduce the risk of common chronic diseases.

2095-2546/© 2019 Published by Elsevier B.V. on behalf of Shanghai University of Sport. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Aging; Exercise; Immunology; Infection; Inflammation; Mass Spectrometry; Nutrition

Exercise immunology



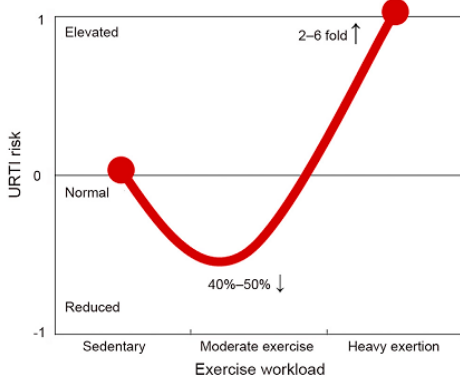
ارتباط جذاب میان فعالیت بدنی و سیستم ایمنی

سیستم ایمنی به ورزش کردن و انجام حرکات بدنی بسیار حساس است؛ میزان استرس فیزیولوژیکی ایجاد شده برای بدن به مقدار و مدت زمان ورزش کردن مرتبط می‌باشد. در این مطالعه به خلاصه نتایج تحقیق در ۴ زمینه ارتباط میان ورزش و سیستم ایمنولوژی بدن پرداخته است که بیشتر از سایر موارد توجه قرار گرفته است که شامل:

۱. اثرات کوتاه مدت و بلند مدت ورزش بر سیستم ایمنی بدن
۲. مزایای بالینی ورزش در رابطه با سیستم ایمنی
۳. تأثیر تغذیه بر پاسخ ایمنی به ورزش
۴. تأثیر ورزش در عملکرد سیستم بدن در میانسالان

ورزش شدید (متوسط تا شدید؛ کمتر از ۶۰ دقیقه) بر روی تجدید اکسیژن رسانی و ضربان قلب (تا حدود ۶۰ درصد) موثر است و به عنوان یک سیستم کمکی (ادجوان) برای سیستم ایمنی منجر به تحریک تبادلات مداوم و زیاد این سلولهای در گردش خون و بافتها می شود. هرگونه تمرین بدنی به طور موازی باعث بهبود فعالیت ضد پاتوژنی ماکروفاژهای بافتی و گردش مجدد ایمونوگلوبولین ها، سایتوکینهای ضد التهابی، نوتروفیل ها، سلول های NK، سلول های T سیتوتوکسیک و سلولهای B نابالغ همراه است. با انجام ورزش متعادل روزانه، تغییرات مثبت در فعالیت دفاعی سیستم ایمنی و سیستم متابولیک ایجاد می گردد.

در مقابل انجام فعالیت بدنی شدید با استرس فیزیولوژیک، متابولیک و سایکولوژیک مرتبط است و باعث ایجاد پیش-آشفتگی موقت در عملکرد سلول های سیستم ایمنی، بروز التهاب، استرس اکسیداتیو، آسیب ماهیچه ای و افزایش خطر ابتلا به بیماری می گردد. شواهد بسیاری نشان می دهد که با انجام فعالیت ورزشی، شکر موجود در جریان خون گردش در سلول های سیستم ایمنی ذاتی در یک رقابت تنگاتنگ میان ایجاد اثرات ضد التهابی و آنتی اکسیدانی و تومورزایی، تصلب شریکین و سایر فرایندهای بیماریزایی قرار می گیرند. بر اساس چندین مطالعه اپیدمیولوژیک انجام شده، فعالیت بدنی منظم با کاهش مرگ و میر و کاهش بروز آنفلوانزا و پنومونی مرتبط می باشند. مطالعات اخیر نشان می دهد که ورزش و آمادگی جسمانی سبب تنوع میکروبیوتای روده می گردد، اما تحقیقات انسانی بیشتر برای تعیین این ارتباطات نیاز است. از چندین دیدگاه موثرترین راهکارهای تغذیه ای برای ورزشکاران، افزایش مصرف کربوهیدرات ها و پلی فنول ها است. مصرف کربوهیدرات (میوه های حاوی مواد قندی مانند موز) در طی ورزش شدید و طولانی با کاهش سطح هورمون های استرس، کاهش سطح نوتروفیل ها و مونوسیت های خون و کاهش التهاب در ارتباط است. گردش فنولیک های مشتق شده از روده پس از افزایش مصرف پلی فنول در سراسر بدن تأثیرات مثبت ضد التهاب، ضد ویروس، آنتی اکسیدان و سیگنالینگ در سلول های سیستم ایمنی برای ورزشکاران ایجاد می نماید.



اثرات فعالیت بدنی بر سیستم ایمنی

بدن

تغییرات حاد و مزمن:

تقویت عملکرد نظارتی سلول های سیستم ایمنی ذاتی (نوتروفیل و ماکروفاژ و...) با انجام فعالیت بدنی متوسط روزانه اختلال موقت در عملکرد سیستم ایمنی بعد از فعالیت شدید ورزشی

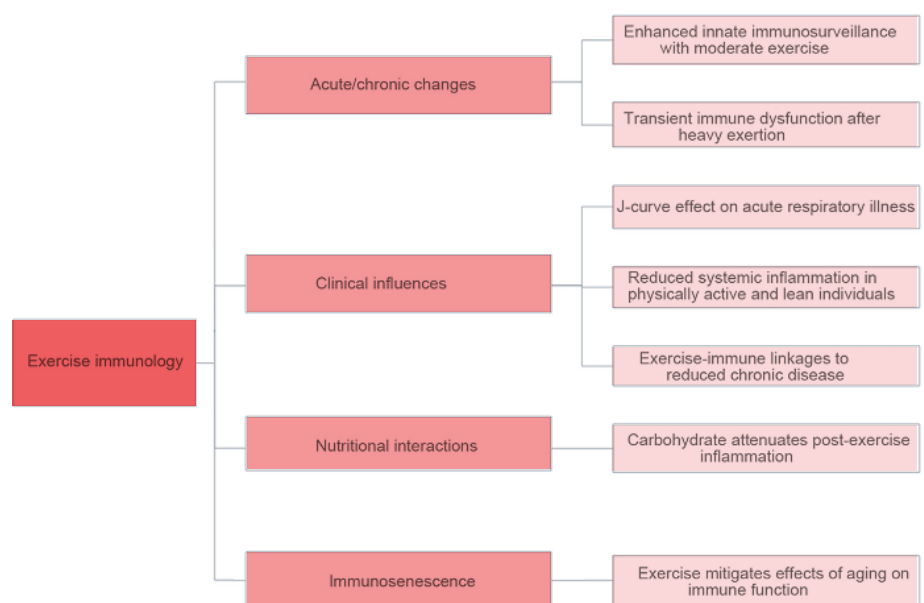
اثرات بالینی:

اثر منحنی L، بر بیماری تنفسی حاد کاهش التهاب سیستمیک در افرادی که لاغر هستند و فعالیت فیزیکی دارند ارتباط بین ورزش و سیستم ایمنی در جهت کاهش بیماری مزمن تعاملات تغذیه ای:

کربوهیدرات ها سبب کاهش التهاب بعد از ورزش می گردد.

فعالیت نامنظم سیستم ایمنی با افزایش سن:

ورزش کردن سبب کاهش تاثیرات افزایش سن بر عملکرد سیستم ایمنی می گردد.



PROSPAN®
Cough Syrup



شربت سرفه گیاهی حاوی عصاره خشک گیاه پیچک

- رقیق کننده مخاط و فروغ آسان تر فلما
- تنفس آسان و راحت تر
- کاهش دهنده و تسکین دهنده سرفه
- برطرف کننده اسپاسم مجاری تنفسی

درمان های 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



پوستی، مفصلی و موارد دیگری می شود.

داروهای ضد TNF آلفا شامل داروهای Remi- Infiximab با نام تجاری رمیکید (Remi-cade)، آدلی مومب (Adalimumab) با نام تجاری Cinnora و اتانسپت با نام تجاری آلتبرل (Altebrel) می باشد که می بایست بعد از انجام آزمایشات و بررسی های خاص از نظر سل، هپاتیت، بیماری های عفونی واگیردار و مشکلات داخلی زیر نظر پزشک و درازمدت استفاده شوند.

هرگز از ادامه درمان خسته نشوید. توجه داشته باشید که بیماری پسوریازیس مزمن و عود کننده است.

در پاسخ به سوالات بیماران که این درمان ها تا چه زمانی باید ادامه پیدا کند، می توان گفت، در بیماری های نظیر فشار خون، دیابت، آرتروز و یا ام اس هیچ زمان مشخصی برای پایان درمان وجود ندارد. این بیماری نیز به دلیل ناشناخته بودن تا زمانی که نیاز به درمان هست باید زیر نظر پزشک معالج ادامه پیدا کند.

بر حسب شدت بیماری پسوریازیس درمان ها متفاوت است. اگر درگیری ها خفیف باشد و بیمار تنها چند پلاک محدود در ناحیه زانو، آرنج و یا سر داشته باشد معمولا اقدامات درمانی به صورت درمان های موضعی صورت می گیرد. گرچه پزشکان حتما باید بیماران را از نظر بیماری های داخلی مانند دیابت، فشار خون و مشکلات همراه بررسی کنند. معمولا اقدامات در موارد خفیف شامل نرم کننده ها، لایه بردارها، پمادهای کورتون و پمادهای حاوی ویتامین D و مهارکننده های کلسی نورین (تاکرولیموس و پیماکرولیموس) سایر مواردی که پزشک بر حسب تشخیص خود تجویز می نماید.

درمان های موضعی بهتر است در ابتدا منظم استفاده شوند و بعد از کنترل بیماری محدود به استفاده نرم کننده ها و ۲ بار در هفته از ترکیبات دیگر گردد. اگر بیماری کمی شدیدتر و وسعت متوسط داشته باشد درمان های موضعی به همراه نوردرمانی (فتوتراپی) با نورهای UVA یا NUVB انجام می گیرد. بدین ترتیب که به صورت موضعی و یا گاهی به صورت منتشر بیمار در جلوی لامپ های NBUB و یا داخل کابین اغلب هفته ای ۲ تا ۳ بار زیر نظر پزشک تا زمان کنترل بیماری با تعیین دوزی که هر بار بر حسب پاسخ به درمان افزایش می یابد، قرار می گیرد و درمان را انجام می دهد.

و بالاخره اگر بیماری گسترده و شدید باشد با نظر پزشک اقدام به درمان های سیستمیک می شود. که این درمان ها شامل داروهای قدیمی تر مانند استفاده از متوترکسات، سیکلوسپورین، سل سپت و داروهای رتینوئید (نئوتیکازون) و درمان های بیولوژیک که جدیدتر و هدفمندتر هستند می باشد. داروهای بیولوژیک به دلیل اینکه مسیر خاص التهاب که باعث ایجاد بیماری پسوریازیس شده را دنبال کرده و التهاب را محدود می کند پاسخ به درمان بیشتر و عوارض کمتری دارند و گاهی نیز پزشک ناچار به درمان ترکیبی با استفاده از داروهای سیستمیک و بیولوژیک می باشد.

در حال حاضر در ایران داروهای بیولوژیک موجود، داروهای مهار کننده TNF آلفا هستند. TNF (تومور نکروزیس فاکتور آلفا)، ماده التهابی اصلی است که در بیماران مبتلا به پسوریازیس به مقدار بیش از حد معمول در بدن ساخته شده و باعث ایجاد التهاب و تحریکات

هر روزه مطالعات
بیشتری راجع به
بیماری‌ها Autoim-
mune و پسونریازیس
جهت پیدا کردن
درمان‌های جدیدتری
که هدفمند باشند،
عوارض کمتری داشته
و مصرف آن برای بیمار
راحت ترو به صورت
فرم‌های خوراکی
باشد، انجام می‌شود.

هر روزه مطالعات بیشتری راجع به بیماری‌ها Autoimmune و پسونریازیس جهت پیدا کردن درمان‌های جدیدتری که هدفمند باشند، عوارض کمتری داشته و مصرف آن برای بیمار راحت ترو به صورت فرم‌های خوراکی باشد، انجام می‌شود.

یکی از داروهای خوراکی بیولوژیک (JAK INHIBITOR) (Janus Kinase inhibitor) - مهارکننده‌های مسیر جک، مثل توفاسیتیب (Tofacitinib) می‌باشد که به صورت خوراکی تهیه شده و دارای تأییدیه سازمان غذا و دارو امریکا (FDA) جهت درمان آرتريت سونریازیس و آرتريت روماتوئید می‌باشد. همچنین مطالعات زیادی نشان داده که این دارو بسیار سریع، بدون عوارض یا با حداقل عوارض می‌تواند بیماری پسونریازیس و بسیاری از بیماری‌های التهابی را کنترل نماید.

آیا پسونریازیس در دوران بارداری مشکلی ایجاد می‌کند؟

بیماری پسونریازیس برای بارداری مشکلی ندارد و تنها در یک سوم موارد تا ۴۰ درصد بیماری می‌تواند زمینه ارثی داشته باشد. به ویژه اگر دو نفر در خانواده درگیر این بیماری باشند و یا زن و شوهر هر دو مبتلا به پسونریازیس باشند این امکان وجود دارد که فرزند هم دچار بیماری پسونریازیس شود که بهتر است در این شرایط قبل از اقدام به بارداری حتماً با پزشک خود مشورت نمایید.

مصرف بسیاری از داروها از جمله متوترکسات، رتینوئیدها (نتوتیکازون) در دوران بارداری عوارضی را برای جنین در پیش خواهد داشت. در چنین شرایطی می‌توان از سیکلوسپورین که در دوران بارداری بی‌خطر ولی در دوران شیردهی مجاز نمی‌باشد، استفاده کرد. داروهای بیولوژیک TNF آلفا در سه ماه اول و دوم بارداری بی‌خطر بوده و چنانچه پسونریازیس مادر شدید باشد، می‌توان زیر نظر پزشک در سه ماه سوم یا در دوران شیردهی، درمان را ادامه داد و معمولاً عارضه‌چندان‌ی برای جنین ایجاد نمی‌کند. مراقبت در زمان واکسیناسیون با واکسن‌های زنده در طول درمان‌های بیولوژیک از جمله مواردی است که باید پزشک مورد توجه و تذکر قرار دهد و ممنوع می‌باشد.

با امید به اینکه بیماران با مراجعه به پزشک روحیه و کیفیت زندگی
بهتری داشته باشند تا در آینده درمان‌های جدیدتری در خصوص
بیماری پسونریازیس داشته باشیم.

بیماری Morphea

دکتر مزده سپاس خواه

متخصص پوست و مو، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Morphea - LSA



شروع کنید. اگر Under Occlusion داده شود طبیعتاً اثرگذاری بیشتری دارد و intralesional مصرف محدودی در Morphea دارد و می‌گویند در فاز فعال En coup de sabre می‌تواند کمک کننده باشد. درمان‌های موضعی غیر از استروئید مثل کلسی پوتریول موضعی در فاز التهابی می‌تواند کمک کند ولی عمدتاً در فرمهای Superficial Morphea موقعی که به هیچ وجه چربی درگیر نیست و حتی در خود پوست هم ترجیحاً Superficial باشد یعنی Superficial Dermis درگیر باشد می‌تواند کمک کنند و می‌توان ۲ بار در روز بصورت Under Occlusion و حداقل ۳ ماه استفاده کرد.

برای Active Lesions تاکرولیموس ممکن است موثر باشد اما پیمکرولیموس مطالعه‌ای ندارد همچنین در مورد Imiquimod یک مطالعه RCT وجود دارد که با Placebo مقایسه کرده که در این موارد نسبتاً موثر بوده است. درمان سیستمیک زمانی که درمان موضعی با فوتوتراپی موثر نبوده و یا گستردگی ضایعه باشد مورد استفاده است.

کورتیکواستروئید سیستمیک Prednisolone با دوز می‌تواند 0.1-5 mg/kg/day در موارد شدید و فعال و زمانی که Subcutaneous fat پایین تر از آن درگیر باشد بهتر جواب دهد و ۳ ماه زمان تا مشاهده اثر درمانی لازم است و در بزرگسالان بررسی نشده اما کودکان تا ۳۰٪ بعد از قطع درمان امکان برگشت می‌باشد.

بیماری Morphea که به نام Localized Scleroderma هم شناخته می‌شوند در واقع یک بیماری اسکلوئوتیک می‌باشد که عمدتاً پوست و گاهی از درم فراتر رفته و بافت‌های چربی، پیوندی، ماهیچه و استخوان را نیز درگیر می‌نماید. برای تشخیص از سابقه فیزیکی فرد شروع می‌نماییم و لازم است هیستوپاتولوژی انجام گیرد که در نمونه باید Subcutaneous fat وجود داشته باشد و آزمایش‌های ضروری قبل از درمان CBC diff, CPK, LDH, ESR, CPR می‌باشد و نیازی به تست‌های روماتولوژی نیست.

انجام تست سرولوژی برای Borrelia burgdorferi فقط با نشانه کلینیکی لازم است. اما در آرتروز، همراهی با التهاب گوش و همچنین افرادی که Juvenile Morphea و Linear Morphea دارند امری ضروری است.

آیا لازم است تصویربرداری خاصی انجام شود؟

در موارد خاص که بیماران 'en coup de sabre' دارند یا Progressive facial hemi atrophy ممکن است همراهی مشکلات نورولوژیک دیده شود یعنی مبتلا به صرع، سردرد یا میگرن باشند. در این افراد تغییراتی در MRI مغز دیده می‌شود. درمان Morphea عمدتاً به درمان‌های موضعی، سیستمیک، فوتوتراپی بصورت عمده تقسیم می‌شود، البته درمان‌های خاص دیگری هم هستند و اینکه کدام درمان را انتخاب کنیم بستگی به شدت و وسعت Morphea دارد و برای دیدن اولین نشانه‌های درمان حداقل ۸ تا ۱۲ هفته دارو استفاده شود. در فاز فعال بیماری، در حالت‌های متوسط تا شدید بیماری، عمدتاً به مدت چهار هفته کورتیکواستروئید موضعی باید دریافت نماید و درمان را تا ۱۲ هفته می‌توان ادامه داد و در صورت لزوم به درمان بیش از ۳ ماه در Morphea باید با فاصله مجدداً تجویز گردد، یعنی یک مدت قطع کنید و دوباره



بیوپسی دقیق دارند که تشخیص مطمئن نیست و درخانم‌های با سن کم و قبل از منوپوز حتما بیوپسی صورت گیرد چون در این سن LSA شانس کمی دارد همچنین در صورتی که بیماری را همراه با هایپرکراتوز مشاهده شد برای رد احتمال بدخیمی باید نمونه برداری شود.

بیماری Extra genital LS را حتما باید بیوپسی کنیم البته به شرط اینکه نشانه‌هایی از Morphea داشته باشد و همچنین اگر Pigmented areas LS داشت حتما بیوپسی کنید چون ممکن است تکثیر غیر معمولی ملانوسیت‌ها را نیز داشته باشد و اگر خواستید در درمان از استروئید موضعی فراتر بروید حتما بیوپسی کنید و اگر جراحی‌های ارولوژی برای درمان لازم بود حتما قبلش نیاز به پاتولوژی برای تایید تشخیصتان دارید.

برای درمان VLS ما دو مرحله داریم:

۱- Induction of remission که معمولا در سال اول انجام می‌شود.

۲- Maintenance Treatment که ممکن است در طول زندگی باشد.

استاندارد طلایی برای رسیدن به بهبودی در واقع کورتیکواستروئیدهای موضعی سه بار در روز می‌باشند اما در صورت مقاومت به درمان این موارد را بررسی کنید:

(۱) تشخیص غلط

(۲) قطع درمان پس از رفع خارش

(۳) آلرژی به دارو

(۴) بعد از منوپوز که علائم را بدتر می‌کند. بندرت ممکن است فرمهای Severe hyperkeratotic خیلی به TCS جواب دهند.

بعد از Methotrexate, Mycophenolate Mofetil خط دوم درمان است که Evidence خوبی دارد و جلوی رشد لنفوسیت‌ها را می‌گیرد، غیر از این روی تکثیر سلول‌های مزانشیمی مثل سلول‌های فیبروبلاست و سلول‌های ماهیچه هم تاثیر دارد و از این طریق هم باعث کم کردن اسکروز می‌گردد.

- Cyclosporine – Azathioprine
- Chloroquine and hydroxychloroquine _superficial X-ray
- Phenytoin – Colchicine – Retinoids – Intravenous immuoglobulins (IVIg)
- Abatacept (Infliximab – Rituximab – Imatinib – Tocilizumab – Tranilast (topical)

یک سری داروهایی هستند که خیلی تاثیر ندارند، بنابراین در کل داروی قابل توصیه‌ای نیست و همچنین در مورد فتوتراپی نیز خط اول درمان فتوتراپی محدود به صورت Medium Dose UVA1 را می‌گویند اگر جایی در دسترس باشد بصورت آلترناتیو می‌توان از bath-puva یا Cream-puva هم استفاده کرد. در بخشی از مطالعه مروری که در سال ۲۰۱۹ روی Interventions for Morphea انجام شد این است که اگر Methotrexate را به Prednisone اضافه کنیم اثرش از Prednisone تنها بیشتر می‌باشد. تعدادی گزارش case series می‌باشد که Excimer Laser در Superficial Morphea موثر بوده است. فیزیوتراپی جزئی از Multi Modal Treatment برای Morphea است هر چند اویدنس در مطالعات زیادی وجود ندارد.

انتقال چربی از خود فرد درمان خوبی برای درمان کازمتیک است، برای پایداری چربی انتقال داده شده، می‌توان PRP به آن اضافه کرد. همچنین می‌توان سلول‌های مزانشیمی بافت چربی و یا سلول‌های مزانشیمی بافت مغز استخوان را اضافه کرد.

برای Parry-Romberg syndrome برخی از مطالعات هم تعداد جلسات درمانی و هم مقدار Overcorrection margins را افزایش داده و مشاهده کردند که اثر بهتر است.

باز از کازمتیک‌ها از بقیه فیلرها Poly-L-Lactic acid برای PRS و Facial Linera Scleroderma استفاده شده و چون بافت سفت هست ممکن است جلسه اول کمی تزریق مشکل باشد ولی جلسات بعد بهتر می‌گردد و از دزهای کمتر در حد 1-1.5 ml استفاده کرد. هیالورونیک اسید در en coup de sabre و PRS همراه و یا بدون Subcision استفاده شده، برای کاهش عوارض بهتر است از Blunt – Tipped cannulas استفاده بشود.

بیمار را چطور پیگیری نماییم؟

بیماری بایست حداقل سالی یک بار بخصوص در کودکان و بخصوص در فرمهای Linear و Mixed Types که خیلی مستعد برگشت بیماری هستند، ویزیت شوند.

بیماری Lichen Sclerosis یک بیماری Inflammatory Scaring Dermatosis می‌باشد که پاسخ لنفوسیتی‌ها در آن موثر هستند و بیشترین بخش درگیر Genital Skin می‌باشد و در هر دو جنس شیوع دارد، از لحاظ اتیولوژی هم علت‌های مکانیسم‌های خودایمنی، رطوبت و تحریک پذیری و تروما، عوامل ژنتیکی و آنتی‌ژن‌های HLA کلاس دو و Borrelia infection و TNFa در آن مطرح می‌باشد.

چه زمانی بیوپسی کنیم؟

همیشه مریضهای LSA نیازی به بیوپسی ندارند. در صورتی که بخواهیم بیوپسی انجام دهیم حتما باید بیشترین نواحی فعال از لحاظ اسکروز را بررسی نماییم ولی فقط آنهایی نیاز به



سوریاژیس درمفاصل به چه فرم می باشد؟

بیماران با شدت بالا کسانی هستند که در واقع مفاصل درگیری دارند یعنی کسانی که اگر از آنها X-Ray بگیریم یا درتست فیزیکی نگاه کنیم خوردگی مفاصل قابل مشاهده می باشد و همچنین زمانی که مراجعه می کنند محدودیت در عملکرد و ناتوانی در عملکرد را دارا هستند و همچنین بهترین درمان استفاده از Biolog- DMARD ها می باشد که بهترین نوع آن a tumor necrosis factor inhibitor (TNF blocker) می باشد که بعنوان خط اول درمان است اما در صورتی که بیمار Methorexate دریافت کرد، این بیماران، کسانی هستند که کاندید استفاده از TNF blocker ها نیز می باشند.

در صورتی که تعدادی از بیماران به Nonbiologic DMARD ها مقاوم باشند و بعد از سه ماه، بهبودی قابل مشاهده نباشد و آرتریت فرد همچنان باقیمانده و بیش از سه مفصل متورم باشد توصیه می گردد از TNF blocker ها در درمان استفاده شود. در نهایت کسانی که به Nonbiologic dmard ها مقاوم هستند، بصورت تیبیک بعد از سه ماه باید درمورد اینکه مقاوم هستند یا خیر، قضاوت کنیم. بعضی مواقع غیر از مفاصل جاهایی از جمله درگیری پوستی و درگیری انگشتان بصورت Dactylitis, Enthesitis مشاهده می شود که باید مد نظر داشت تا در صورتی که آرتریتیس بیمار رو به بهبودی است ولی ضایعات پوستی وجود دارد این موارد را بعنوان یک Severe disease در نظر می گیریم و باید درمان را سمت بهبودی این موارد پیش ببریم، بخاطر همین از TNF blocker ها می توانیم در درمان اینها استفاده کنیم. پس

سوریاژیس مفاصل، کلیه مفاصل محیطی را درگیر می نماید و بعد از آن ممکن است مفاصل آکسیال را که شامل Sacroiliac Joints, Spine می باشند را درگیر نماید، اما گاهی ممکن است فراموش کنیم Enthesitis و Dactylitis است. Enthesitis در واقع محل اتصال تاندون یا لیگامنت به استخوان می باشد و هرگونه التهاب و یا پاتولوژی آنجا وجود داشته باشد Enthesopathy گفته می شود و التهاب آن را Enthesitis می گوئیم. اصولی در این نوع درمان اهمیت به سزایی دارد و در درمان بیماران سوریاتیک آرتریتیس که مهمترین و اولین نکته درمان های غیر دارویی می باشد. یکی از مهمترین توصیه های غیردارویی برای بیماران دارای اضافه وزن می باشد که باید فعالیت بدنی جهت کاهش وزن را حتما انجام دهد و حتما درمورد بیماری فرد با او مشاوره داشته باشیم تا بتوانیم نتیجه خوبی از درمان بگیریم. اما حالا لازم است ببینیم فردی که با درگیری مفاصل محیطی مراجعه می کند چطور باید درمان کنیم:

براساس تقسیم بندی این بیماران را به سه نوع تقسیم می کنیم:

(۱) موارد خفیف

(۲) موارد متوسط تا شدید

(۳) موارد مقاوم به درمان

بهترین درمان برای بیماران با مشکل آرتریت محیطی NSAIDs ها هستند اما نکته مهم این است که حتما باید در درمان اینها از دز ضد التهاب استفاده شود. اگر آرتریت Peripheral Arthritis خفیف تا متوسط باشد یا اینکه به NSAIDs مقاوم باشد باید از DMARD ها استفاده کنیم که مهمترین دارو Methotrexate می باشد.



بخصوص دارای ضایعات پوستی خیلی شدید با دوز بیشتر باید شروع نماییم .
اگر فرد Peripheral arthritis داشت که مقاوم به درمان بود نسبت به TNF blocker ها باید چکار کنیم؟

اگر اولین TNF blocker را در فرد استفاده کردیم و فرد پاسخ به درمان خوبی نداشت توصیه می شود دومین TNF blocker را در این بیمار استفاده کنیم و طی مدت ۳ تا ۴ ماه تاثیراتش شروع خواهد شد. همچنین در صورتی که از دو TNF blocker استفاده کردیم و باز هم مقاوم به درمان بود توصیه می گردد از داروهایی که IL-17 Inhibitor هستند یا داروهایی که IL-12/23 Inhibitor هستند در درمان اینها استفاده کنیم .

درگیریهای Axial Disease

منظور از درگیریهای آکسیال، درگیریهای Spine و درگیری Sacroiliac Joints می باشد و بر اساس شدت بیماری درمان انتخاب می گردد. درمان کسانی که Mild axial symptoms دارند و کسانی که درد مختصر در ناحیه کمر بدون اختلال عملکرد، بهترین درمان استفاده از NSAID ها با دز ضدالتهاب می باشد.

بنابراین برخلاف بیماران دیگر روماتولوژیک که در واقع توصیه می شود که Methotrexate را همراه با TNF blocker در طول درمان ادامه بدهیم، ولی در بیماران سوریاتیک آرتریتیس توصیه این است که زمانی که شما پاسخ درمانی TNF blocker ها را دیدید دیگر لازم نیست Methotrexate را ادامه دهید. یکسری بیماران نیز هستند که با TNF blocker ها درمان می شوند مثل: Adali- و Infliximab mumab که گاهاً Adalimumab گفته می شود ولی بیشترین دارو Infliximab می باشد که توصیه می گردد که همزمان با اینکه بیمار TNF blocker می گیرد لازم است که از Non-biologic DMARD ها نیز در درمان این موارد استفاده کنیم زیرا شانس اینکه فرد دچار سایر بیماریهای Autoimmune بخصوص لوپوس شود بیشتر می شود.

همچنین اگر فرد نسبت به Non-biologic DMARD ها مقاومت نشان داد در برخی موارد، یکسری Cytokine inhibitors هم وجود دارند که می توانیم در درمان این موارد استفاده کنیم . آنچه مهم می باشد زمانی است که فرد همراه با ضایعات مفصلی، ضایعات پوستی مقاوم به درمان وجود دارد و می توانیم از این دو آنتی اینترلوکین استفاده کنیم و همچنین مورد دیگر استفاده از این دو گروه دارو استفاده Anti-TNF ها در بعضی افرادی که Contraindications دارند. مهمترین گروه درمانی بیولوژیک بیماران سوریاتیک آرتریتیس استفاده از TNF blocker ها می باشد و ما پنج داروی TNF blocker را معرفی می کنیم که FDA آنها را تایید کرده است این پنج دارو شامل :

etanercept – adalimumab – infliximab – certolizumab pegol – golimumab

فاکتورهای متعددی در زمان تجویز TNF blocker دخالت دارند:

- 1- Rout زیر جلدی و IV که قابل استفاده می باشد.
- 2- تعداد دفعات تجویز برایمان مهم است.
- 3- آیا به صورت منظم مصرف بشود یا نه ؟
- 4- و در نهایت قیمت دارو که اهمیت زیادی دارد.

- اولین دارویی که در سوریاتیک آرتریتیس قابل استفاده است Etanercept با دوز ۵۰ mg زیر جلدی می توانیم استفاده کنیم که البته مکانیسم عملش با بقیه داروها متفاوت می باشد .
- داروی بعدی ۵ mg/kg Infliximab که در واقع یک a human / mouse chimeric TNF blocker است.
- Adalimumab mg ۴۰ که یک Human monoclonal antibody هست که بصورت ۴۰ mg Subcu استفاده می کنیم.
- Golimumab mg ۵۰ که Subcu ۵۰ mg ماهانه استفاده می کنیم.
- Certolizumab pegol mg ۴۰۰ که با Initial dose mg ۴۰۰ شروع می کنیم.

برای اینکه ما TNF blocker را در فردی که سوریاتیک آرتریتیس دارد شروع کنیم یا هر بیمار روماتولوژیک را بخواهیم شروع کنیم نیاز به Screening می باشد:
اول از همه غربالگری برای tuberculosis (TB) latent انجام می دهیم که باید حتما ppd کمتر از ۵ میلی گرم انجام شود و سپس یک Chest Xray از فرد بگیریم و حتما باید Viral marker ها، HCV antibody، HBsAg را در این موارد بررسی نماییم.
در مورد Etanercept گفته شده است دز موثری که برای افرادی که سوریاژیس آرتریتیس دارند

مقایسه فرم‌های مختلف آهن المنتال

تهیه شده توسط تیم اطفال شرکت بهستان بهداشت

فروس فومارات

ملح فومارات آهن حاوی ۳۳٪ آهن المنتال است. فرس فومارات از لحاظ اثر بخشی و عوارض گوارشی شبیه فرس سولفات است ولی حلالیت کمتری نسبت به آن دارد و در محیط پایدارتر است.

فروس گلوکونات

ملح گلوکونات آهن حاوی پایین ترین میزان آهن المنتال است و در نتیجه عوارض گوارشی آن نسبتاً کمتر از نمک‌های دیگر است و می‌تواند باعث سیاه شدن دندان کودکان شود.

مقایسه اثر بخشی و تحمل پذیری ترکیبات آهن دوظرفیتی و سه ظرفیتی

در نتیجه مطالعه‌ای مقایسه‌ای بین قرص فرس سولفات با جذب آهسته در مقابل فرس آسکوربات، مشاهده شد که تفاوتی بین اثر بخشی دو ترکیب دیده نمی‌شود این در حالی است که در مطالعات دیگر مقایسه ای که بین آهن فرم فریک در مقابل فرس سولفات و سایر ترکیبات آهن فرس انجام شد، اثر بخشی ضعیف تر فرم فریک به اثبات رسیده است. مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات گوارشی با فرس سولفات با جذب آهسته در مقایسه با دیگر ترکیبات فرس سولفات به مراتب کمتر است.

امروزه با پیشرفت در علوم دارویی کمپانی‌ها برای رفع مشکلات رایج مصرف مکمل‌های آهن اعم از سیاه شدن دندان‌ها و مشکلات گوارشی و بعضاً طعم آزار دهنده آهن به سمت تولید محصولات با تکنولوژی‌های پیشرفته و بدون این عوارض رفته‌اند. استفاده از تکنولوژی لیپوزومال در ابتدا با استقبال زیادی از جانب پزشکان و خانواده‌ها

ترکیبات آهن موجود در بازار از لحاظ دوز، ملح و یون شیمیایی آهن (فریک یا فرس) بسیار متفاوت اند اما نمک‌های آهن دوظرفیتی مثل فرس سولفات، فرس فومارات و فرس گلوکونات استفاده بیشتری دارند و نسبت به فرم فریک در اولویت هستند. ترکیبات حاوی فرس سولفات اغلب فراهم زیستی خوبی از خود نشان داده‌اند (بین ۱۰ تا ۱۵ درصد) در حالی که فراهم زیستی ترکیبات فریک ۳-۴ برابر کمتر از فرس سولفات است. (جدول شماره ۱)

نمک های فرس علی رغم اثربخشی و فراهم زیستی خوب معایبی مثل عوارض گوارشی بالا (حدود ۲۳ درصد) دارد و در فرم قطره باعث سیاه شدن دندان‌ها می‌شوند. از بین نمک‌های دو ظرفیتی آهن، فرس سولفات با سرعت جذب آهسته با توجه به اثر بخشی مطلوب و تحمل پذیری قابل قبول و قیمت پایین، همچنان درمان قطعی و استاندارد کمبود آهن می‌باشد. سازمان WHO نیز بر این موضوع تاکید کرده است.

عوارض جانبی زیاد	فروس فومارات فروس گلوکونات فروس سولفات	آهن دو ظرفیتی
جذب ضعیف تر قیمت بالاتر دوز مصرف نیاز بالاتر	فروس گلایسین سولفات آیرون پروتیین سوکسینات ترکیب آهن پلی مالتوز	آهن سه ظرفیتی

جدول ۱- تفاوت بین ترکیبات خوراکی آهن دو ظرفیتی و سه ظرفیتی

مقایسه میزان آهن المنتال در نمک‌های دو و سه ظرفیتی آهن

- فرس سولفات: ۲۰ درصد
- فرس فومارات: ۳۳ درصد
- فریک آمونیوم سیترات: ۱۸ درصد
- فرس بیس گلایسینات: ۲۰ درصد

فروس سولفات

ملح سولفات آهن حاوی ۲۰٪ آهن المنتال است، بیشتر در فرمولاسیون قرص مصرف دارد و فرم مایع آن زیاد پایدار نیست و در محیط اکسیده می‌شود. بسیار حلال است و ازین رو فراهم زیستی بالایی دارد. در دوزهای پایین امکان دارد که عوارض گوارشی کمتر داشته باشد اما با اندک مقداری افزایش دوز مشکلات جدی گوارشی اعم از تیرگی مدفوع، یبوست و مشکلات معده ایجاد می‌کند.



منابع:

1. Santiago, P., Ferrous versus ferric oral iron formulations for the treatment of iron deficiency: a clinical overview. The Scientific World Journal, 2012.
2. Nagpal, J. and P. Choudhury, Iron formulations in pediatric practice. Indian pediatrics, 2004. 41(8): p. 807-816.

مواجهه شد و بعد از آن تکنولوژی‌های coating دیگر مانند PIC یا پلی ساکارید کامپلکس از نمونه‌های پیشرفت علم در این زمینه است بطوریکه آهن در پوششی از لیپید یا پلی ساکارید قرار می‌گیرد و در سایت جذب روده که دئودنوم نام دارد این پوشش باز شده و جذب آهن مستقیماً در این ناحیه انجام می‌شود بنابراین دیگر عوارض‌های گوارشی و سیاه شدن دندان‌ها مشاهده نمی‌شود. پودر مکمل آهن FeraMAX با تکنولوژی PIC و با طعم تمشک و انگور محصول کمپانی BioSyent کانادا با سابقه ۴ سال متوالی پیشرو در مارکت مکمل آهن از جمله محصولات جدید و مورد استقبال به حساب می‌آید.



صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام بهستان بهداشت جهت ارتقا سلامت جامعه و اطلاع رسانی به افراد در حرفه‌ها و گروه‌های پزشکی و بیماران با رویکرد بیمار محوری که از ارزش‌های اصلی بهستان بهداشت است، ایجاد شده است. از شما دعوت می‌شود در صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام **#بهستان_بهداشت** با ما همراه باشید.



 **behestan_chc**

 **@behestanhc**



فرامکس برای سلامتی مادر و جنین

- * مکمل آهن خوراکی شماره ۱ در کشور کانادا
- * مورد تایید پزشکان بین المللی
- * دارای پوشش پلی ساکاریدی
- * با حداقل عوارض گوارشی و تحمل پذیری بالا





بررسی اثر استفاده از درمانهای گیاه-محور برای کنترل علائم وازموتور

تهیه شده توسط تیم لوکال شرکت بهستان بهداشت

Franco و همکاران (۲۰۱۶) در یک مرور سیستمیک و متا آنالیز در رابطه با استفاده از درمانهای گیاه-محور برای کنترل علائم یائسگی، با استفاده از پایگاه‌های الکترونیکی اطلاعات، Ovid MEDLINE، EM BASE و Cochrane Central تمام مقالات RCT که درمانهای گیاه محور را برای علائم گرگرفتگی، تعریق شبانه و خشکی واژن مورد مطالعه قرار داده بودند را بررسی کردند. در این مطالعه مقالات RCT با شرایط زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

بررسی اثرات هر نوع درمان گیاه-محور در خانمها در هر سه مرحله: پیش از یائسگی (perimenopausal)، یائسگی (menopausal) و پس از یائسگی (postmenopausal) در مقایسه با یک دارونما و یا بدون درمان و جمع‌آوری endpoints برای علائم گرگرفتگی، تعریق شبانه و خشکی واژن. این درمان‌های گیاه-محور تمام موارد زیر را شامل می‌شد:

گیاهان دارویی، سویا، ایزوفلاون، جنسینگ، کوهوش سیاه، StJohn's wort، ERR731 Rheum rhaponticum، Cimicifuga (گل راعی)، مکمل‌های دارویی، داروهای سنتی، داروهای گیاهی چینی.

براساس این معیارها در نهایت ۶۲ مقاله‌ی RCT مورد بررسی قرارگفتند که از این تعداد ۳۶ مقاله در مورد فیتواستروژن‌ها، ۱۶ مقاله در رابطه با کوهوش سیاه و ۱۰ مقاله در مورد گیاهان دارویی بود. در مجموع این مقالات نتایج گزارش شده از ۶۶۵۳ زن مورد بررسی قرار گرفت. از این ۶۲ مقاله، ۲۱ مقاله در اروپا، ۱۷ مقاله در آسیا و اقیانوسیه، ۷ مقاله در آمریکای جنوبی و ۷ مقاله در خاورمیانه بود. طول مداخلات درمانی در مقالات مورد بررسی از ۴ هفته تا دوسال متغیر بود اما بیشتر مقالات یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای داشتند.

بررسیها نشان داد بین مصرف ترکیبات فیتواستروژن و بهبود تعدادی از علائم یائسگی همبستگی وجود دارد، از جمله کاهش ملایم در تعداد دفعات گرگرفتگی و خشکی واژن. در حالیکه بین استفاده از این ترکیبات و کاهش دفعات تعریق شبانه کاهش معنی‌داری وجود نداشت. این در حالی است که دو زیرگروه اصلی فیتواستروژن ایزوفلاون (isoflavone) و لیگنان (lignans) ترکیب شیمیایی مشابه

استرادیول estradiol (یکی از فرمهای استروژن) دارند. بنابراین آشکار است که ویژگی‌های مشابه استروژن داشته باشند. اما این مکانیسم عمل همچنین می‌تواند تاثیرات نامطلوبی از جمله هیپرپلازی آندرومتر داشته باشد.

همچنین مطالعات ارتباط معنی‌داری بین استفاده از مکمل‌های کوهوش سیاه (Cimicifuga race-) از مکمل‌های کوهوش سیاه (mose or Actaea racemosa) و کاهش علائم یائسگی نشان نداد. هنوز اطلاعات کافی در رابطه با ترکیبات موثر و مکانیسم عملکرد آن و همچنین اثرات احتمالی نامطلوب آن در دست نیست. همچنین در مطالعات، ارتباطی بین کاهش علائم یائسگی و مصرف گیاهان دارویی با منشأ چین وجود نداشت. در حالیکه مطالعه بر روی مصرف انواع جدیدتر این داروها از جمله عصاره ERR731 (an extract isolated from Rheum rhaponticum) و (extract from pine bark) ارتباطاتی با کاهش در تعداد دفعات روزانه گرگرفتگی نشان داد، که احتیاج به مطالعات بیشتری دارد.

References:

1. Franco, O. H., Chowdhury, R., Troup, J., Voortman, T., Kunutsor, S., Kavousi, M., Oliver-Williams, C. and Muka, T., 2016. Use of Plant-Based Therapies and Menopausal Symptoms A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of American Medical Association. 315(23):2554-2563.
2. Katherine M. Newton, PhD; Susan D. Reed, MD MPH; Andrea Z. LaCroix, PhD; Louis C. Grothaus, MS; Kelly Ehrlich, MS; and Jane Guiltinan, ND., 2006. Treatment of Vasomotor Symptoms of Menopause with Black Cohosh, Multibotanicals, Soy, Hormone Therapy, or Placebo A Randomized Trial. American College of Physicians, Ann Intern Med. 2006; 145(12):869-879

Gen EstroG-100®

Natural Menopause Relief



[منوپوزیک دوره طبیعی
در زندگی بانوان است.]



- مدیریت صحیح
- درمان طبیعی
- زندگی نرمال و لذت بخش

آسپیراسیون اجسام خارجی در ریه کودکان

دکتر اشکان مصلحی



متخصص کودکان و فوق تخصص ریه کودکان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شیراز

دلایل بروز آسپیراسیون:

- از آنجایی که در سن ۳-۱ سالگی جستجوی کودکان در محیط، بیشتر به صورت نگاه کردن و به دهان بردن اجسام است خطر بروز این آسیب در این سن کودکان بیشتر است.
- آموختن رفتارهای راه رفتن و دویدن، غذا خوردن کودک در حین راه رفتن و یا دویدن خطر آسپیراسیون را افزایش می‌دهد.
- نداشتن دندان کافی
- سیستم بلع نابالغ
- تحت مراقبت قرار گرفتن توسط کودکان دیگر
- ۹۱ درصد از اجسام خارجی آسپیره شده ارگانیک هستند.

اجسام کشنده در آسپیراسیون:

- باتری: هرچه ولتاژ بیشتری داشته باشد خطر نشت در آن‌ها بیشتر است بنابراین علاوه بر انسداد راه تنفسی در اثر نشت می‌تواند منجر به از بین رفتن کامل ریه و مجاری ریه شود.
- اجسام رنگارنگ و گرد
- آدامس، آبنبات‌های سفت، پاستیل
- حبوبات به خصوص به صورت خام
- اجسام تیز و انواع سوزن‌ها
- تکه‌های انواع گوشت‌ها که سفت بوده و احتیاج به جویدن دارند.
- میوه‌های گرد و سفت مثل گیلاس و انگور
- انواع دانه‌ها مثل تخمه و انواع آجیل

این موارد راه تنفسی را به طور کامل می‌بندند و خارج کردن آن‌ها گاهی بسیار سخت و احتیاج به مهارت و تجربه زیادی دارد.

در یکی از موارد آسپیراسیون، مادری با فرزند ۱۴ ماهه خود به اورژانس مراجعه کرد. این مادر اظهار می‌کند که فرزندش ۶ هفته پیش بعد از خوردن مقداری چیپس در خانه مادر بزرگ خود دچار حالت‌های gagging و choking شده است. از آنجایی که در زمان بروز این اتفاق مادر خود در آنجا حضور نداشته نمی‌داند که آیا کودک چیز دیگری به همراه چیپس خورده است یا خیر و همچنین نمی‌داند که آیا فرزندش در زمان بروز این اتفاق دچار سیانوز شده است یا خیر؟ در طول این ۶ هفته کودک به ۷ پزشک که شامل پزشک عمومی و یا متخصص اطفال در رشته‌های مختلف بوده‌اند ارجاع داده شده و سه بار هم در بیمارستان با تشخیص‌های Bronchiolitis (سه روز)، Pneumonia (سه روز) و RAD (دو روز) بستری شده است. ولی همچنان گاهی حملات سرفه و خس خس و سرفه‌های productive را داشته است. در طی معاینات در اورژانس distress تنفسی نداشته و تنها در قسمت جناغ سینه low-pitched monophonic expiratory wheeze شنیده می‌شده است.

تعداد زیادی از موارد آسپیراسیون اجسام خارجی در ریه کودکان وجود دارد که یا تشخیص داده نمی‌شوند و یا زمانی تشخیص داده می‌شوند که عوارض زیادی ایجاد کرده‌اند. این موضوع هنوز هم یکی از عوامل جدی‌کننده و در واقع پنجمین علت مرگ غیر عمد در گروه اطفال به خصوص در آمریکا محسوب می‌شود. شایع‌ترین سن برای بروز این اتفاق ۳-۱ سالگی است و کودکان پسر بیشتر در معرض هستند.





خوراک ماهی

مواد لازم:

ماهی قزل آلا یا سالمون ۲۵۰ گرم
لیموتازه، دارچین، زنجبیل، زعفران، سیر، پیاز، نمک، فلفل، گوجه فرنگی به مقدار لازم برای طعم دهی
کلم بروکلی، قارچ، فلفل دلمه‌ای رنگی، چغندر، کنجد به مقدار لازم برای دورچین
نان جو دوسر

طرز تهیه:

ابتدا کف تابه را سیر و حلقه‌های پیاز چیده تکه های ماهی قزل آلا یا سالمون (به اندازه ۲۵۰ گرم) را روی آن قرار می دهیم. سپس روی ماهی را مجددا سیر و حلقه‌های پیاز می گذاریم.
آب لیمو تازه و زعفران و زنجبیل و دارچین و نمک و فلفل را به اندازه یک چهارم استکان مخلوط کرده و تا نصف آب اضافه کنید. سپس آن را به روی ماهی ریخته و برش‌های گوجه فرنگی را نیز روی ماهی قرار دهید. درب ظرف را گذاشته و به مدت ۳-۴ ساعت صبر کنید تا کاملا مزه دار شود. بعد از این مدت با شعبه ملایم ماهی را بپزید.
پس از آماده شدن ماهی، چغندر پخته شده، کلم بروکلی تکه شده و فلفل دلمه‌ای رنگی خرد شده و قارچ (به صورت خام یا کمی پخته شده) را به شکل دورچین قرار داده و روی ماهی را کنجد خام بریزید و همراه با نان جو دوسر نوش جان نمایید.

این غذا حاوی ترکیباتی است که برای تقویت سیستم ایمنی مفید می باشد، مانند امگا ۳ و سلنیوم و زینک و ویتامینهای آ و سی و ای

لارنکس (Larynx) به عنوان تنگ‌ترین مجرای تنفسی یک قسمت حساس از نای است که کوچکترین جسم خارجی فارغ از جامد یا مایع می‌تواند سبب انسداد این قسمت شود.

فازهای بالینی آسپیراسیون اجسام خارجی:

فاز اول: در لحظه وقوع آسپیراسیون این فاز را مشاهده می‌کنیم. در این فاز فرد علائمی شامل gagging، coughing، wheezing و یا stridor را تجربه می‌کند. بیشترین مرگ و میر نیز در این فاز اتفاق می‌افتد. بنابراین مهمترین زمان برای انجام اقدامات اورژانسی در محل و داشتن اطلاعات مانورها در این مرحله است.

فاز دوم (Silence Foreign Body Aspiration Syndrome): این فاز از چند دقیقه پس از وقوع آسپیراسیون تا حتی چندماه پس از آن ممکن است ادامه یابد. در واقع این فاز asymptomatic است. مدت زمان این فاز بسته به محل جسم خارجی، درجه انسداد مجرای هوایی و نوع ماده‌ای که سبب آسپیراسیون شده، متفاوت است.

فاز سوم: فاز عوارض و شروع مجدد علائم است. این عوارض می‌تواند به یکی از انواع recurrent infections، abscess، bronchiectasis و حتی مرگ باشد. از آنجایی که در این فاز امکان آسیب به ریه وجود دارد ممکن است فرد از یک و یا دو ریه دچار عوارض شده و کیفیت زندگی و یا طول عمر وی برای همیشه کاهش یابد.

» بنابراین در تشخیص آسپیراسیون اجسام خارجی گرفتن history

به عنوان مهمترین فاکتور در تشخیص، از اهمیت بالایی برخوردار است و سپس معاینات فیزیکی و بررسی علائمی مثل سرفه، کاهش صداهای تنفسی یک طرفه و همچنین monophonic wheezing یک طرفه می‌توانند

« نشانه‌های آسپیراسیون اجسام خارجی باشند.

در تشخیص آسپیراسیون، تصویربرداری‌ها ۷۳ درصد sensitivity و ۴۵ درصد specificity دارند. تا ۲۰ درصد از بیماران نیز ممکن است هم از نظر history و هم از نظر radiography ارزیابی منفی داشته باشند.

در صورتیکه آسپیراسیون با اجسام خارجی تازه اتفاق افتاده باشد و کودک هوشیار باشد می‌توان از طریق انجام اورژانس برای خروج این جسم خارجی تلاش کرد. نکته خیلی مهم اینست که در صورتیکه جسم خارجی را مشاهده نمی‌کنیم نباید از طریق وارد کردن انگشت (Blind finger sweeps) به مسیر تنفسی کودک برای خروج آن اقدام کنیم. زیرا این موضوع خود می‌تواند منجر به فرورفتن جسم خارجی شده و یا موجب آسیب به بافت این مجاری و خونریزی گردد.



نقش تغذیه عملگروری

دکتر نیلوفر حسن نژاد

(مدیر علمی شرکت بهدشتان بهداشت)



سلامت روان

بهداشت روان نیز برای بسیاری از افراد اولویت است. در حالی که غذا به تنهایی نمی‌تواند افسردگی، اضطراب یا استرس را درمان یا درمان کند، خوردن یک رژیم غذایی غنی از انواع مواد مغذی ممکن است به سلامت روان شما کمک کند. رژیم‌های غذایی غنی از آنتی‌اکسیدان، ویتامین‌ها (مانند ویتامین‌های گروه B)، مواد معدنی (روی، منیزیم)، فیبر، چربی‌های سالم (امگا ۳) و سایر ترکیبات فعال زیستی، مانند پروبیوتیک‌ها، با ایجاد سلامت روان در ارتباط هستند، هر چند مطالعات بیشتری مورد نیاز است. در سال ۲۰۲۱ شاهد شرکت‌های تولیدکننده مواد غذایی و آشامیدنی هستیم که محصولاتشان حاوی این ترکیبات خواهند بود و تاکیدشان بر کاهش استرس و بهبود خواب و در نتیجه سلامت روان افراد است.

Reference:

<https://www.healthline.com/nutrition/>

[food-and-nutrition-trends#functional-nutrition](#)

با توجه به تأثیر قابل توجه COVID-19 در سلامت جسمی و روانی بسیاری از افراد، مصرف غذاهایی که سلامتی بدن را تأمین می‌کنند، مورد توجه است.

تقویت‌کننده‌های سیستم ایمنی

غذاها فقط به این دلیل که سبب رفع گرسنگی می‌شوند ارزشی ندارند. با توجه به نقش‌هایی که مواد موجود در غذاها در بهبود سلامت نقش ویژه دارند در نتیجه غذا و نوشیدنی سبب جلب توجه بسیار به بازار مکمل‌ها شده است. COVID-19 یادآور این مطلب است که سلامتی می‌تواند زودگذر باشد و در هر زمان می‌تواند تغییر کند. برای بسیاری، این امر منجر به جستجوی محصولاتی شده است که بتوانند پشتیبانی‌کننده سیستم ایمنی سالم باشند تا بدن آمادگی بهتری برای مقابله با بیماری پیدا کند.

بیش از ۵۰٪ از مصرف‌کنندگان مکمل‌های بیشتری برای حفظ سلامت سیستم ایمنی بدن خود در سال ۲۰۲۰ مصرف کردند. علاقه روز افزون به سلامت سیستم ایمنی در سال ۲۰۲۱ بسیار مورد توجه صنعت بهداشت و سلامت قرار گرفته است. بسیاری از مصرف‌کنندگان به جای تمرکز بر روی درمان، تلاش می‌کنند از طریق تقویت سیستم ایمنی از بیماری جلوگیری کنند. همچنین، صنایع غذایی با ایجاد محصولاتی با مواد مغذی اضافی مانند روی، سلنیوم، ویتامین C و ویتامین D تلاش دارند که از عملکرد ایمنی بدن و سلامت پشتیبانی کنند. علاوه بر این، پیش بینی می‌شود که مواد تشکیل دهنده مواد غذایی موضوع قابل توجه در خط مقدم صنایع غذایی باشند. نمونه‌هایی از این موارد شامل افزودن روغن زیتون برای حمایت از سلامت قلب، ویتامین C برای تقویت سیستم ایمنی بدن یا پروبیوتیک‌ها برای تقویت سیستم گوارشی سالم است.

عفونتهای پوستی و بافت نرم در کودکان

دکتر علیرضا ناطقیان

فوق تخصص بیماری‌های عفونی اطفال



Bullous Impetigo بیشتر در دوره نوزادی با کلونیزه شدن استافیلوکوکوس و بیشتر در شیرخوارگاه‌ها بوجود می‌آید و فرم خطرناکتری است که توکسین‌ها و اپیدرمولیزین‌های استافیلوکوکوس بافت را جدا می‌کنند و باعث تجمع مایع‌های قابل توجهی می‌شود و همین امر نشانه‌ای از افتراق این عفونت از عفونتهای دیگر است. در این عفونت علاوه بر اسمیر و کشت که در بررسی و درمان نیاز است، درمان سیستمیک جدی هم باید در نظر گرفته شود. البته درمان‌های موضعی با داروهای آنتی‌باکتریال هم کمک کننده هستند.

۲- التهاب فولیکولی (folliculitis): این ضایعه بیشتر در بزرگسالان دیده می‌شود و می‌تواند از فولیکول‌های مو سرچشمه گیرد و در بیشتر مواقع استافیلوکوکوس‌ها در ایجاد این ضایعات نقش بازی می‌کنند. این در حالی است که در افراد با نقص ایمنی، سایر میکروب‌ها هم می‌توانند مشاهده شوند.

۳- کورک و کفگیرک: کورک می‌تواند از هر نوع ضایعه سطحی پوست حتی از یک گزش ساده شروع شود و در واقع حاصل آبسه‌های زیر جلدی ناشی از گسترش عفونت به بافت‌های زیرین است. وقتی تعداد متعددی از کورک‌ها به هم راه پیدا کنند و یکی شوند به آنها کفگیرک گویند که در واقع فرم پیشرفته عفونتهای پوستی هستند. رعایت بهداشت در بروز کورک و کفگیرک راجعه



در شرایط حال حاضر با پاندمیک شدن کرونا ویروس و مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها افزایش مقاوت‌های آنتی‌بیوتیکی جدید پس از پایان این دوره، دور از انتظار نیست. اما باید توجه داشت که عفونتهای پوستی و بافت نرم از قدیم الایام وجود داشته و ارتباطی با عفونتهای جدید ندارد و همیشه بار قابل توجهی را از نظر بهداشتی به تمام سیستم‌های سلامت وارد کرده و می‌کند. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که فقط در ارتباط با زرد زخم (Impetigo) حدود ۱۴۰ میلیون کودک تنها در کشورهای در حال توسعه وجود دارند که در فصل‌های گرم و زمانی که این کودکان فعالیت بدنی بیشتری دارند مخصوصاً در پسران بدلیل اینکه تروما و ضایعات پوستی را بیشتر تجربه می‌کنند، این میزان بیشتر است.

انواع ضایعات و عفونتهای پوستی

۱- زرد زخم: خیلی از عفونتهایی که ممکن است رخ دهد می‌تواند از سرم‌نشا یک زرد زخم و همچنین از پارانشیا اتفاق بیافتد و عمدتاً اولسرهای سطحی هستند که بیشتر ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس و بعد از آن توسط استرپتوکوکوس هماتولیتیک گروه A می‌باشد که می‌تواند در نواحی از بدن که با لباس پوشیده نیست، مثل صورت و بعد از آن در دست و پا رخ دهد.

زرد زخم ابتدا به صورت اولسر سطحی است و سپس یک لایه زخم عسلی رنگ دور آن را فرا می‌گیرد که زیر این لایه زخم، چرک فراوانی وجود دارد. این زخم‌ها می‌تواند به صورت تکی یا منتشر شده در بدن دیده شود که این امر بستگی به نحوه برخورد فیزیکی کودک با زخم دارد. اما افتراق زرد زخم از تب خال (هرپس لابیالیس) اهمیت به سزایی دارد و حتی ممکن است ترکیبی از هر دو در یک زخم مشاهده شود.

نحوه افتراق بالینی زرد زخم از تبخال

(الف) مشاهده زخم با ذره بین: بطوریکه مشاهده و زیکول سالم به نفع تبخال است و مشاهده چرک زیاد به نفع زرد زخم است.

(ب) زخم‌های تکرار شونده در تبخال مشاهده می‌شود و نه در زرد زخم

(ج) کشت زخم نیز برای افتراق دقیق، مخصوصاً در کسانی که مشکوک به نقص ایمنی زمینه‌ای هستند استفاده می‌شود.

نکته قابل تامل این است که اگر افتراق این دو امکان پذیر نبود باید توجه داشت که درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت ۳-۵ روز می‌تواند به بهبود زرد زخم بیانجامد اما در تبخال مخصوصاً فرم‌های راجعه خیلی موثر نیستند.

انواع زرد زخم

Non-bullous Impetigo یا واگیردار که در بچه‌های ۲-۵ سال دیده می‌شود و بیشترین مسئله مربوط به این است که این ضایعات درمان نمی‌شوند، گسترده می‌شوند، راجعه هستند و کاملاً ریشه‌کن نمی‌شوند. در این نوع عفونت ممکن است سلولیت و لنفاژیت هم رخ دهد که بستگی به سطح ایمنی فرد دارد و حتی در مواقعی سپتیمی هم ممکن است دیده شود.



حال افزایش است و این امر موجب می‌شود که موپیروسین در درمان این عفونت‌ها دیگر جایگاه نداشته باشد و آنتی بیوتیک موضعی فوسیدین جایگزین مناسبی باشد. با توجه به مطالعه‌ای که در بیمارستان رازی تهران در بیماران مبتلا به زرد زخم انجام شد نشان داده شد که بیش از ۷۵٪ بیماران با درمان موضعی فوسیدین بهبود پیدا کردند و در واقع میزان مصرف سفالکسین و کلوکساسیلین در مطالعه کاهش پیدا کرد و نیاز به مداخله درمان سنتی پنسیلین ۳:۶ نبود.

در درمان کودکان با بیماری‌های مکرر پوستی البته که در نظر گرفتن مشکلات فاگوسیتیک مثل CGD و نقصهای دیگر در فاگوسیتوز بسیار مهم است اما گاهی رعایت مناسب بهداشت در این کودکان در نظر گرفته نمی‌شود و یا آنتوبی این کودکان به خوبی کنترل نمی‌شود. این عفونت‌ها در کودکان روستایی در اثر خراش روی پوست در اثر بازی و برخورد شاخ و برگ درختان ایجاد می‌شود و در کودکان شهری اکثراً توسط مراقبین کودک، والدین و گاهی از طریق خود کودک که کلنیزه به استافیلوکوکوس و استرپتوکوکوس هستند منتقل و استمرار می‌یابد.

در نهایت توصیه می‌شود که با توجه به افزایش مقاومت‌های آنتی بیوتیکی و برای جلوگیری از آن بهتر است به جای استفاده از آنتی بیوتیک‌های خوراکی در عفونت‌های ساده از آنتی بیوتیک‌های موضعی نظیر فوسیدین استفاده شود.

امر بسیار مهمی است و این درحالیست که در افرادی با بیماری زمینه‌ای مانند دیابت حتی با رعایت بهداشت هم این امر امکان پذیر است.

۴- Sycisis barbae: این عفونت بیشتر در محل رویش موهای صورت در مردان مخصوصاً ریش رخ می‌دهد و منشأ باکتریایی دارد.

۵- اکتیما (Ecthyma): این عفونت یکی از عوارضی است که ممکن است بعد از زرد زخم رخ دهد که عفونت به بافت‌های زیرین گسترش پیدا کند؛ اما حالتی شبیه آبسه پیدا نمی‌کند. بلکه اولسر عمیق تر و زبرتر می‌شود و معمولاً با خارش شدید همراه است.

اگر درمان اکتیما ناصحیح انجام شود، می‌تواند ایجاد اسکار یا جای زخم هم بکند. تشخیص افتراقی در اکتیما بسیار اهمیت دارد که ممکن است علت اکتیما گانگروزوم ناشی از E.Coli یا سودوموناس را مطرح کند و حتی دیابت و مشکلات نارسایی عروقی هم می‌تواند زمینه‌ساز این ضایعات شوند و این امر افتراق اکتیما را جدی تر می‌کند و درمان‌های سیستمیک استفاده می‌شود.

۶- پارانشیا (Paronychia): ضایعه‌ای ساده است که در کودکان بدلیل ترومای اطراف ناخن پیش می‌آید و حتی می‌تواند در بزرگسالان بعلت استفاده بیش از حد از مواد پاک‌کننده رخ دهد اما چون ناخن و نوک دست خیلی راحت می‌تواند با استافیلوکوکوس‌ها کلونیزه شود، روی بافت‌های ملتهب دور ناخن خصوصاً در کودکانی که پوست و ناخن حساسی دارند، استافیلوکوکوس‌ها و استرپتوکوکوس‌ها می‌توانند اضافه شوند و در این مرحله باز هم تشخیص افتراقی اهمیت پیدا می‌کند، زیرا پارانشیا در اغلب مواقع می‌تواند ناشی از هرپس باشد و اگر بدون نظر پزشک اقدام به خالی کردن چرک شود می‌تواند به گسترش قابل توجهی از عفونت در انگشتان منتهی شود و این درحالی است که هرپس فقط و فقط نیاز به درمان سیستمیک دارد.

از دیگر انواع ضایعات پوستی می‌توان به گال، سوختگی‌ها، زخم‌های جراحی، تروماها، ضایعات دیابتیک و درمانیت‌های آتوپیک هم اشاره کرد که در ضایعات درمانیت آتوپیک درمان‌های موضعی آنتی‌باکتریال و آنتی‌استافیلوکوکوس موضعی به بهبودی ضایعه کمک می‌کند درحالی‌که هرگونه دارو مانند کورتیکواستروئیدها جوابگو نیستند.

درمان: درمان باید با کمترین عارضه و هزینه همراه باشد، همیشه در دسترس باشد و همینطور فلور میکروبی بدن را بر هم نزند و البته در طولانی مدت برای فرد و جامعه ایجاد مقاومت میکروبی نکند. از اینرو آنتی‌بیوتیک‌های موضعی به علت اینکه وارد دستگاه گوارش نمی‌شوند و عوارض جانبی ندارند بسیار جذاب تر از داروهای خوراکی هستند. درمان در رابطه با افرادی که تعداد ضایعات زیادی دارند، یا بدحال هستند، یا وقتی که حدس بر این باشد که کودک دچار باکتری می‌شده، همچنین در افرادی که علائم SIRS مثل تعداد تنفس بالا، ضربان قلب بالا و همینطور در افرادی که نقص ایمنی دارند، باید در بیمارستان انجام شود.

در کودکان و بالغین بیشترین میکروبی که ایجاد ضایعات پوستی می‌کند استافیلوکوکوس اورئوس است که این میزان در کودکان نزدیک به ۸۰٪ است و طبق مطالعات داخلی حدود ۴۰٪ تا ۵۰٪ مقاوت متیسیلین (MRSA) از آنها گزارش شده است. یعنی نه تنها به گروه اول PRP مثل اگراسیلین و کلوکساسیلین مقاوم هستند، بلکه به نسل اول سفالوسپورین‌ها و کفلین هم مقاوم هستند و متأسفانه این میزان رو به افزایش است و این یک هشدار جدی است که حتی برای عفونت‌های ساده و ظاهراً غیرخطرناک پوست و بافت نرم که سالها با آنتی‌بیوتیک‌های ساده درمان می‌شدند خصوصاً برای کودکانی که سابقه بستری در بیمارستان دارند ممکن است این روزها با مقاومت دارویی روبرو شویم و نکته اینجا است که حتی مقاومت به موپیروسین که در MRSA استفاده می‌شود هم در



فقر آهن در شیرخوارگی

دکتر امیر حسین نوحی

متخصص کودکان و فلوشیپ مراقبت‌های ویژه کودکان



می‌یابد. تمایل به خوردن چیزهای غیرمعمول همچون یخ و خاک و حتی رنگ دیوار نیز از علائم کم خونی می‌باشند. در صورت شدت یافتن کم خونی، مواردی همچون افزایش ضربان قلب، تغییر شکل قلب و حتی نارسایی قلبی هم ایجاد می‌شود. کم‌خونی بر روی وضعیت هوشی کودک بسیار موثر است و می‌تواند تا حد زیادی باعث کاهش هوش کودک شود. کاهش فریتین اولین علامت فقر آهن است بطوری که ابتدا فریتین و سپس هموگلوبین کاهش می‌یابد.

در آزمایش خون برای تشخیص کم‌خونی فاکتورهای زیر بررسی می‌گردند:

CBC: میزان هموگلوبین موجود در خون- در کم خونی میزان هموگلوبین خون کاهش می‌یابد.

TIBC: فاکتور انتقال آهن در خون- در دوران کم خونی، میزان حمل آهن در خون افزایش می‌یابد.

MCV: فاکتور اندازه گلبول قرمز- در کم خونی اندازه گلبول‌های قرمز کاهش می‌یابد.

RDW: تنوع شکل گلبول‌های قرمز- در کم خونی تنوع شکل گلبول‌های قرمز بیشتر می‌شود و این شاخص افزایش می‌یابد و در نهایت پلاکت‌های خون چک می‌شود که در کم خونی‌های شدید میزان پلاکت خون افزایش می‌یابد.

با توجه به علائم ذکر شده، مصرف مکمل آهن در شیرخواران از ۴ تا ۶ ماهگی به بعد ضروری می‌باشد. دوز آهن برای پیشگیری از ابتلا به کم خونی ۱-۲ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن کودک و دوز مصرفی برای درمان کم‌خونی ۳-۴ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن کودک می‌باشد.

فقر آهن شایع‌ترین اختلال تغذیه‌ای در دنیا است. در کتاب رفرنس نلسون (۲۰۲۰) بیان شده است که ۳۰ تا ۵۰ درصد جمعیت دنیا مبتلا به کم خونی هستند و بیشتر افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. در آمریکا ۸-۱۴ درصد کودکان ۱۲-۳۶ ماه دچار کمبود آهن هستند که اگر درمان نشوند به کم خونی ناشی از فقر آهن مبتلا خواهند شد. اولین منبع جذب آهن، مواد غذایی مصرفی است که در بهترین حالت ۱۰ درصد از کل آهن موجود در غذا جذب می‌شود.

میزان آهن مورد نیاز بدن روزانه ۱ میلی‌گرم می‌باشد. پس بدین منظور باید میزان آهن مصرفی در بدن روزانه حداقل ۱۰ میلی‌گرم باشد تا میزان ۱ میلی‌گرم آهن آن جذب شود. در دوران شیرخوارگی جذب آهن از طریق شیر مادر صورت می‌گیرد. میزان آهن موجود در شیر مادر کم است اما جذب مناسبی دارد. میزان آهن موجود در شیر گاو بیشتر از شیر مادر است ولی جذب کمتری دارد. بنابراین به دلیل جذب پایین آهن موجود در شیر، مصرف مکمل آهن در دوران شیرخوارگی ضروری است. در دوران نوزادی سطح هموگلوبین نوزاد بالاست (۱۶-۲۰).

در سه ماه اول تولد تبدیل هموگلوبین نوع F به هموگلوبین نوع A اتفاق می‌افتد که این تبدیل باعث کاهش هموگلوبین از ۱۶ تا ۸ می‌شود. همین تخریب باعث آزاد شدن مقدار زیادی آهن می‌شود که به تامین آهن مورد نیاز بدن نوزاد کمک می‌کند ولی از ۴ ماهگی به بعد به دلیل کم بودن میزان آهن شیر، اگر کودک با مکمل آهن تغذیه نشود، کودک کم‌کم دچار کم خونی می‌شود. به طوری که ذخایر آهن کودک تا نهایت ۹ ماهگی تمام می‌شود و اگر مصرف مکمل آهن انجام نشود، کودک دچار کم‌خونی می‌شود. در نوزادان نارس، این روند سریع‌تر طی می‌شود و بایستی مصرف مکمل آهن زودتر شروع شود.

علائم فقر آهن:

فقر آهن در ابتدای شروع، بی‌علامت است و فقط از طریق آزمایش خون مشخص می‌شود. ولی اگر درمان انجام نشود، علائم زیر بروز می‌کنند:

زمانی که میزان هموگلوبین به زیر ۸ برسد، کودک رنگ پریده می‌شود. (ابتدا این رنگ پریدگی در کف دست، کف پا، بستر ناخن و ملتهمه چشم قابل رویت است)

هنگامی که کودک بزرگتر می‌شود، کم‌خونی با علائمی همانند عدم تحمل سرما، زود خسته شدن و توان کم برای بازی کردن با همسالان، تاثیر روی یادگیری و هوش و دقت کودک بروز

تالاسمی مینور،

مبانی و اصول تشخیصی بالینی و آزمایشگاهی

دکتر ساسان حجازی

فوق تخصص هماتولوژی کودکان
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه



اگر ۲ زن درگیر باشند، بیماری تالاسمی مازور بتا به وجود می آید و اگر یک کروموزوم درگیر باشد تالاسمی مینور بتا ایجاد خواهد شد.

تشخیص: تالاسمی مینور هیچگونه تظاهر بالینی ندارد و در واقع تالاسمی مینور آلفا و بتا، بیماری تلقی نمی شوند و صرفاً از طریق شرح حال و بررسی خانوادگی قابل تشخیص و پیگیری هستند.

تالاسمی های مینور آلفا و بتا از جهت آلگوریتیمیک در گروه کم خونیه های هیپوکروم - میکروسیتیک با RDW نرمال طبقه بندی می شوند و به همین جهت در تشخیص افتراقی کم خونی فقر آهن قرار می گیرند که RDW بالا دارد. تشخیص تالاسمی مینور بتا با ملاحظه تغییرات مورفولوژیک گلبول قرمز در اسمیر خون محیطی مطرح و با دیدن Hgb A2 بالای ۳٫۵ در آزمایش الکتروفورز هموگلوبین اثبات می شود. تشخیص تالاسمی مینور آلفا کمی مشکل تر است و با بررسی الکتروفورز هموگلوبین قابل اثبات نیست. وجود هیپوکرومی و میکروسیتوز در فردی با سابقه خانوادگی تالاسمی آلفا به نفع درگیری است و کشف موتاسیونهای ژن آلفا در بررسی ژنتیکی اثبات کننده است.

در نهایت تالاسمی مینور آلفا و بتا در زندگی کودکان هیچگونه اختلالی ایجاد نمی کنند و خانواده ها نباید نگرانی از این بابت داشته باشند. ارزش تشخیصی آنها صرفاً در زمان ازدواج (به ویژه ازدواجهای فامیلی) به منظور جلوگیری از ازدواج افراد ناقل با یکدیگر در راستای پیشگیری از تولد کودکان مبتلا به تالاسمی های مازور است که فاجعه ای برای خانواده و نظام سلامت تلقی می شود.

سلول انتقال دهنده اکسیژن در بدن گلبول قرمز است و پروتئینی که این وظیفه را به عهده دارد، هموگلوبین نام دارد. هر گلبول قرمز شامل ۶۴۰ میلیون ملکول هموگلوبین است که ۳۰٪ وزن آن را شامل می شود و وظیفه آن تبادل قابل برگشت اکسیژن و دی اکسید کربن است. سنتز هموگلوبین از پیشتازهای اریترئیدی در مغز استخوان آغاز و تا رتیکولوسیت ها در خون محیطی ادامه پیدا می کند. هموگلوبین از دو بخش تشکیل شده است: هم و گلوبین: هم قسمت اتصال دهنده آهن می باشد و قسمت گلوبین یک پروتئین ناقل محسوب می شود.

هموگلوبینها به سه دسته تقسیم می شوند:

- ۱- هموگلوبین های **Embryonic**: که وظیفه خون سازی در سه ماهه نخست جنینی را به عهده دارند.
- ۲- هموگلوبین **Fetal**: که وظیفه خون سازی از سه ماهه دوم جنینی را به عهده دارد.
- ۳- هموگلوبینهای **Adult**: که وظیفه خون سازی در سه ماهه سوم و سپس دوران بعد از تولد را به عهده دارند.

در بحث تالاسمی، بخش گلوبین مولکول مهم است. هموگلوبین A2 که هموگلوبین اصلی دوران پس از تولد محسوب می شود از چهار زنجیره پپتیدی تشکیل شده است که یک جفت از خانواده آلفا و یک جفت از خانواده بتا است.

الف) زنجیره آلفا از ابتدائی ترین هموگلوبین های دوران جنینی وجود دارد و توسط ۴ ژن بر روی کروموزوم ۱۶ منتقل می شود و موارد زیر از اختلال زنجیره آلفا بوجود می آید:

اگر هر ۴ ژن تولید کننده زنجیر آلفا نباشند، زنجیره آلفائی وجود نخواهد داشت و ادامه حیات ممکن نبوده و نوزاد مرده با تابلوی **Hydrops Fetalis** به دنیا خواهد آمد. در صورت فقدان ۳ ژن، تابلوی بالینی این بیماران همانند بتا تالاسمی مازور خواهند بود و معمولاً هر ۳ الی ۶ ماه نیاز به تزریق خون خواهند داشت. اگر ۲ ژن درگیر باشند، در این حالت تابلوی بالینی همانند بتا تالاسمی مینور می باشند و اگر ۱ ژن درگیر باشد، علامت بالینی نداشته و تشخیص صرفاً از طریق شرح حال و بررسی ژنتیکی امکان پذیر خواهد بود.

ب) در مورد زنجیر بتا، که توسط ۲ ژن و بر روی کروموزوم ۱۱ منتقل می شوند، مسائل ساده تر بوده و تنها ۲ حالت بالینی وجود دارد:



صفحه اینستاگرام بهستان بهداشت فضایی برای تعامل پزشکان و بیماران



صفحه اینستاگرام 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 **#بهستان_بهداشت** با ما همراه باشید.

 **behestan_chc**

یگدا

مبارک

امسال "یلدا" را
با اناری از جنسی دیگر
به خاطر بسیار
یادت نرود که یاد کردن
"دل" می خواهد "نه دلیل"

