

در این شماره می خوانیم:

- آیا ما واقعا هوای مغزمان را داریم ؟
- قهوه، کافئین و تاثیر آن بر سلامت
- فقر آهن
- کووید-۱۹ و ضرورت تحول در ارتباط سنتی میان بیمار و پزشک
- بیماری پسر یازیس و علل ایجاد آن
- کرونا در بارداری
- سالاد ماکارونی و جوانه گندم

یک پرسش:

آیا ما واقعا هوای مغزمان را داریم ؟

دکتر محمد نامی

مدیر دپارتمان علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز
عضو هیئت علمی انستیتو علوم اعصابِ ایندیکاسات پاناماسیتی



چگونه از مغز مراقبت کنیم؟

سوالاتی که مطرح می شود این است که مغز انسان در گذر زمان دچار چه تغییراتی می شود و برای سلامت مغز چه کارهایی باید انجام شود و اینکه اساسا خودمراقبتی از مغز به چه معناست؟ خودمراقبتی از مغز مبحث مهمی است که در سلامت مغز روی آن تاکید می شود. ورزش، مطالعه، پرداختن به بازی های شناختی، تعاملات اجتماعی، تغذیه و خواب مناسب در گذر زمان تاثیر زیادی در سلامت مغز دارند. در علوم اعصاب و دانش مرتبط با مغز و شناخت، جمله معروفی وجود دارد که «هر چقدر از مغزمان بیشتر استفاده کنیم، مغز بیشتری برای استفاده کردن خواهیم داشت.» به نظر می رسد اوج عملکرد مغز از نوجوانی تا میانسالی است و این در حالی است که از میانسالی به بعد، هر سال درصدی از کارکردهای عالی قشر مخ یعنی کارکردهای شناختی دچار تحلیل می شود.

سن افت کارکرد یا اختلالات عصب شناختی از فردی به فرد دیگر متفاوت است و عوامل زیادی در سلامت مغز تاثیر می گذارند که از این قرارند:

ژنتیک

یکی از دلایلی که برخی افراد در سنین پایین تر دچار تحلیل شناختی و کاهش عملکرد مغز می شوند، زیربنای ژنتیکی است، مثلا از نظر آسیب شناسی، برخی از ژن های مرتبط با دمانس یا آلزایمر شناخته شده اند و افراد حامل ژن معیوب، بیشتر در معرض ابتلا به آلزایمر قرار دارند. در مثالی دیگر نیز تحقیقات نشان داده، افراد دارای گروه خونی O کمتر دچار آلزایمر می شوند.

سبک زندگی

در کنار ژنتیک، عادات های زندگی هم نقش مهمی در سلامت مغز دارند. پاسخ به سوال هایی مانند اینکه: «فرد در طول زندگی خود، چه رژیم غذایی غالبی دارد؟ چقدر تحرک دارد؟ آیا از اختلالات خواب رنج می برد؟ شیوه زندگی اش چگونه است؟ احتمالا دچار چه نوع کمبود ویتامینی است؟» (شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه کمبود ویتامین های B1 و B12 می تواند باعث رکود کارکرد مغز شود، بنابراین با تشخیص کمبود این ویتامین ها در بدن مکمل های حاوی این ویتامین ها به بیماران تجویز می شود)، و ... بسیار مهم است. نکته کلیدی دیگر این است که چطور می توان افراد در

زندگی کنترل می کنیم، سلامت مهم ترین قسمت از بدن، یعنی مغز به نوعی فراموش شده است. انگار این عضو کلیدی بدن قرار است همیشه خوب کار کند و مراقبت خاصی هم نمی خواهد تا اینکه در پی اختلال در حافظه، توجه و تمرکز، مشکلات حرکتی، حسی، تعادلی و ... توجه ما به این قسمت از بدن معطوف شود. با پدید آمدن چنین مشکلاتی عملا فرد وارد فرایند درمان می شود، در حالی که مبحث سلامت مغز در پی این است که نگاه درمان محور را به نگاه سلامت محور و مبتنی بر پیشگیری تبدیل کند. این موضوع آنقدر مهم است که باعث شده هفته ای از سال در سراسر جهان به عنوان هفته «آگاهی از مغز» نامگذاری شود.

متخصصان حوزه علوم اعصاب در بحث سلامت مغز به ارزیابی و انجام تست های دوره ای مغز در مراحل مختلف زندگی می پردازند. در این تست ها عملکرد مغز سنجیده می شود. حتی اگر مشکل یا ناکارآمدی خاصی هم وجود نداشته باشد با توانمندسازی می توان نسبت به ارتقای عملکرد مغز برنامه ریزی و اقدام کرد. اگر هم اختلالی در کارکردهای شناختی مغز مانند حافظه، یادگیری، گفتار، کنترل هیجانی-شناختی، ادراک، برنامه ریزی، حل مساله، محاسبه، تصمیم گیری و کارکردهای اجرایی وجود داشته باشد با انجام بازتوانی شناختی می توان به اصلاح اختلال ایجاد شده کمک کرد.

دستم را به سمت انتهای سفره دراز کردم و گفتم: «لطفاً اون رو بدین به من... چی می گن... چیز... ای بابا چی بود اسمش؟» و بقیه بهت زده نگاهم می کردند و یکی یکی آنچه روی سفره بود را نام می برند؛ «نون؟»، «دیس برنج؟»، «ظرف خورش؟» و... تا اینکه آخرش معلوم شد نمکدان را می خواستم. احتمالا برای هر کدام از ما هم پیش آمده است که فارغ از سن و سال گاهی چیزهای ساده را فراموش کنیم. اما، آیا هر فراموشی ای نشانه شروع اختلال شناختی و در پی آن بیماری زوال عقل است؟ چرا دچار فراموشی می شویم؟ چه موقع فراموشی، جدی و نشانه بیماری و چه موقع عادی و ناشی از عوامل بیرونی است؟ برای پاسخ به این پرسش ها، اگر موافقید شاید بهتر باشد نخست از خودمان این سوال را بپرسیم که:

آیا واقعا هوای مغزمان را داریم؟...

طی سال های اخیر با کاربرد واژه هایی نوظهور مانند سلامت مغز در علوم اعصاب کاربردی و علوم شناختی در مجامع علمی و حتی در سطح جامعه روبرو هستیم. واقعیت هم این است که موضوع سلامت مغز بسیار مهم و حیاتی است ولی در بسیاری از جوامع تا به حال توجه چندانی به آن نشده است. دغدغه بیشتر مردم، به خصوص سالمندان، پیشگیری یا کنترل بیماری هایی مانند فشارخون، چربی خون، قندخون و... است. با اینکه سلامت اعضا و اندام هایی مثل چشم، کلیه، کبد، تیروئید، ریه و... را بارها در طول



حوزه مغز و اعصاب به شکلی محسوس جای رویکرد درمان محور امروزی را بگیرد. این موضوع به این معناست که با تکمیل شواهد علمی شاید در مواردی به جای تجویز دارو برای افراد، جلسات توانمندسازی یا بازتوانی عصب-شناختی (به عنوان مثال بازی های شناختی) تجویز شود.

توصیه می شود افراد از سنین میان سالی ۵ هر سال یکبار سلامت مغز خود را بررسی کنند و بر اساس آن با عمل به توصیه های متخصصان به گونه ای به عملکرد بهتر مغز کمک کنند تا از مشکلات مغزی احتمالی آنها در آینده پیشگیری شود.

ورزش های ذهنی موثر

مطالعات نشان می دهد مغز از گروه ارگان هایی در بدن محسوب می شود که در صورت به کار گرفته نشدن، تحلیل می رود و مشکلات زندگی افراد را دوچندان می کند زیرا سلول های مغز در اثر فرسودگی ناشی از نداشتن فعالیت می میرند و از بین می روند. در صورت فعالیت کم مغز، سلول های جوان و جدید جایگزین نمی شود.

زوال عقل در دوران سالمندی بیشتر ظاهر می شود زیرا افراد در دهه پنجم زندگی به مرور از کار و فعالیت های اجتماعی بازنشسته می شوند و به این نوع فعالیت ها کمتر توجه می کنند. از این رو، در خانه هیچ فعالیتی که ذهن را آماده سازی کند برای تمرکز بیشتر انجام نمی دهند.



برای جلوگیری از ورود ذهن به مرحله زوال و از بین رفتن تمرکز و حافظه، مغز در دوران سالمندی نیازمند ورزش است. ورزش توانایی سلول های عصبی را افزایش می دهد. همچنین ورزش ذهن به کاهش تحلیل سلول های خاکستری حافظه، تقویت سلول های مغز، افزایش توانایی بر تمرکز، تقویت راه های ارتباطی و برقراری ارتباط، خونسازی و افزایش حجم اکسیژن مورد نیاز مغز کمک می کند. به گفته محققان، انجام فعالیت ذهنی، تمرین ذهن برای تمرکز بیشتر با انجام بازی های فکری، یادگیری مهارت های جدید و... از جمله تمرینات موفق در بهبود عملکرد مغز هستند.

تمرینات خاص و منحصربه فردی برای گروه سالمندان وجود دارد که از بروز زوال عقل پیشگیری می کند. انجام بازی هایی که باعث برانگیختگی مغز می شود، حافظه را بهبود می بخشد. بازی های متنوع فکری در دوران سالمندی توانایی ذهن افراد را افزایش می دهد. همچنین یادگیری مهارت های جدید مانند یک زبان جدید، نقاشی کردن و نواختن موسیقی عملکرد مغز را در سطح بالایی قرار می دهد. شرکت در بازی های فکری گروهی، حل پازل، معما و شطرنج سلول های مغز را درگیر فعالیت می کند. معاشرت شرکت در انجمن هایی که مربوط به سالمندان می شود یک ورزش موثر ذهنی برای سالمندان است. کاهش استرس در بالابردن توانایی ذهنی در سالمندی بسیار اهمیت دارد.

گیری، کارکرد اجرایی، کلام و... در فرد بررسی می شود. بعد از نمره گذاری مجموعه ارزیابی ها نوبت به مرحله بعدی می رسد که شناسایی نوع اختلال است.

• ممکن است آزمون های مغزی-شناختی حاکی از نقص کارکردی خفیف، متوسط یا جدی در یک یا چند حوزه شناختی مغز (ANI) باشد. این ناکارآمدی ها باید تا حد امکان در قالب بازتوانی عصب شناختی، اصلاح شوند. برخی از مداخله های عصبی در قالب تمرین ها و ورزش های مغزی کمک می کنند مغز مسیر پیری و تحلیل را به مراتب آهسته تر طی کند. اما عکس این وضعیت هم وجود دارد؛ گاهی ارزیابی ها نشان می دهد بیمار در یک حوزه کارکرد بسیار خوبی دارد. این حوزه، حوزه نیازمند توانمندسازی (ANE) نام می گیرد؛ یعنی فرد می تواند سطح شناختی مغز این حوزه را تا سطح حتی بالاتر ارتقا دهد.

• حوزه بازتوانی به برنامه ریزی نیاز دارد. بازتوانی ممکن است عصبی یا شناختی-رفتاری باشد.

• تکنیک دیگر، گرفتن نوار مغزی کمی در شرایط پیش فرض و همچنین هنگام انجام یک تکلیف شناختی است که بر اساس آن و تحلیل های کمی پیشرفته نقشه برداری مغزی انجام می گیرد. نقشه برداری مغزی اطلاعات بسیار مفیدی در دسترس پزشک قرار می دهد تا مقیاس های کمی مورد نیاز را در طراحی مداخلات عصبی و شناختی مدنظر قرار دهد.

- ارزیابی های رفتاری و سنجش کارکردهای حسی-حرکتی نیز بسیار مهم اند. در این ارزیابی ها شنوایی، بینایی، آستانه ادراک حسی، زمان واکنش و دقت لمس در اندام مختلف، همچنین مولفه های حرکتی و هماهنگی حسی-حرکتی سنجیده می شوند. گاهی اختلال در دریافت های حسی ممکن است سرخشی در بروز اختلالات عصبی محیطی باشد.

- با کنار هم گذاشتن آزمایش های مختلف به پستهای می رسمیم که معیارهای سنجش کارکرد مغزی را در برمی گیرد. نام این فرآیند، ارزیابی یا چکاپ مغز یا به تعبیر ما «مغزآزمون» است. با امکانات موجود ما، انجام «مغز آزمون» برای هر فرد به طور متوسط حدود ۳ ساعت طول می کشد و در پایان این تست بنا به تشخیص طرح بازتوانی یا توانمندسازی تجویز می شود. گاهی بیماران دچار اختلالات خاص به همکاران مختلف در حوزه مغز و اعصاب ارجاع داده می شوند.

• یکی از ابزارهایی که در بخش بازتوانی پس از نتایج «مغز آزمون» از آن استفاده می شود، بازی های شناختی است. به این بازی ها اصطلاحاً «بازی های جدی یا بازی های شناختی» هم گفته می شود. وقتی فرد جلوی نمایشگر قرار می گیرد و در حال بازی است، امتیازات و کارکرد چالاک شناختی وی در نظر گرفته می شود و این امکان هم وجود دارد که حین بازی نوار مغزی کمی یا نوعی تصویربرداری (طیفسنجی مادون قرمز) از نواحی خاص مغز وی گرفته شود. بر اساس این ارزیابی پایش تغییرات کارکردی و عصب-شناختی مغز طی جلسات بازتوانی امکان پذیر می شود.

چه افرادی به آزمون های مغز نیاز دارند؟

با مجموعه ای از آزمون ها و تست های استاندارد که عمدتاً در برخی مراکز دانشگاهی کشور ارائه می شود، هر فرد در هر سنی ولو اینکه مشکلی در کارکرد مغزی، عصبی یا شناختی نداشته باشد، می تواند در مورد سطح سلامت مغز خود و ظرفیت شناختی و عملکرد درست آن اطمینان حاصل کند.

به علاوه بیماران دچار طیف بیماری های مغز و اعصاب (آسیب های مغزی، ضربه مغزی، سکته مغزی، صرع، تومورهای مغزی، ام اس، بیماری آلزایمر، زوال عقل، یا بیماری پارکینسون، اختلالات خواب، اختلالات توجه و یادگیری و...) می توانند در پی انجام «مغزآزمون» بازتوانی عصب-شناختی ویژه خود را دریافت کنند. احتمال می رود طی ۱۰ تا ۱۵ سال آینده رویکرد پیشگیرانه در

معرض خطر یا در مراحل ابتدایی افت کارکرد مغزی-شناختی را شناسایی کرد و با شناسایی زودرس، جلوی بروز اختلال جدی را در آنها گرفت یا دست کم به تعویق انداخت.

پیشگیری از تهدیدهای سلامت مغز

رویکردها و راهکارهای متعددی وجود دارد که هر فرد می تواند با به کارگیری آنها تا حد زیادی سلامت مغز و در پی آن به تعویق انداختن ناکارآمدی های مغزی-شناختی را تضمین کند. مطالعه کردن و انجام بازی های فکری و بازی های رایانه ای که اساساً برای تحریک کارکردهای شناختی مانند حافظه، یادگیری، سرعت عکس العمل، تصمیم گیری و چالاک شناختی طراحی شده اند، در سلامت مغز نقش دارند. با اینکه در مورد تاثیر مثبت همه این بازی ها بر کارکرد مغز اتفاق نظر وجود ندارد، شواهدی هم مبنی بر مضر بودن این بازی ها در دست نیست. در عین حال، هنگام انجام چنین بازی هایی باید به کم تحرکی و وابستگی غیرعادی به بازی نیز توجه کرد زیرا هدف از انجام این بازی ها فاصله گرفتن از زندگی طبیعی روزمره نیست. برخی از این بازی های جدی که به بازی های شناختی هم معروف اند، اساساً برای ارتقای کارکرد مغزی طراحی شده اند و پیش بینی می شود با توسعه شواهد علمی در مورد منافع استفاده از آنها، در آینده نزدیک کاربرد گسترده تری پیدا کنند.

وقتی مغز دچار مشکل می شود...

مساله مهم بعدی در سلامت مغز زمانی است که مغز دچار افت کارکرد شناختی شده و فرد نیاز به بازتوانی مغزی دارد. بازتوانی عصبی-شناختی در واقع به شکل گیری مجدد یا جبرانی مدارها و شبکه های عصبی در مغز می انجامد. تعداد سلول های مغزی با ورود به دوره میانسالی به تدریج کاهش پیدا می کند و متأسفانه این کاهش با گذشت هر سال سرعت بیشتری می گیرد. از آنجا که جسم سلولی اعصاب در مغز در قسمت خاکستری دچار تحلیل می شود، حجم مغز در سالمندی کاهش می یابد و در تصویربرداری مانند جسمی چروکیده به نظر می آید. همان طور که تمام بدن انسان در سالمندی دچار فرسودگی و پیری می شود، مغز نیز دچار تحلیل خواهد شد و در نهایت مرگ سلول های عصبی و کاهش چشمگیر اتصالات و مدارهای عصبی رخ می دهد.

اگر سلول های تحلیل رفته در ناحیه ای از مغز با کارکرد شناختی خاص باشند، آن کارکرد یا کارکردهای شناختی به طور واضح دچار اختلال می شوند و فرد با شکایت از مشکل حافظه، اختلال درکی و گفتاری و... مراجعه می کند.

چنین بیمارانی با روش های خاصی ارزیابی می شوند و در پی ارزیابی مشخص می شود کدام بخش از مغز و چه حوزه ای از شناخت فرد آسیب دیده و به بازتوانی نیاز دارد.

ارزیابی جامع کارکردهای مغزی

رویکرد دیگری که در پیشگیری مطرح است این است که با اینکه فرد شکایت و مشکلی خاصی ندارد، لازم است برای ارزیابی و غربالگری مغز به مرکز تخصصی مراجعه کند و به عنوان ارزیابی مغز (اصطلاحاً چکاپ مغز) تحت مجموعه ای از آزمایش ها و تست ها قرار گیرد. این تست ها غیرتهاجمی و بدون درد هستند و با استفاده از پرسشنامه، ابزار دیجیتال یا آزمون های جذاب فناورانه کارکرد مغز یک فرد را ارزیابی می کنند. آزمون ها را معمولاً متخصصان حوزه های مختلف در علوم اعصاب در قالب یک کار تیمی انجام می دهند.

• ارزیابی های مغز شامل آزمایش های پایه است که از معاینه مغز و اعصاب و روان سنجی گرفته تا انجام تست های دیجیتال و پیشرفته شناختی رفتاری، ثبت سیگنال های مغزی و تصویربرداری کارکردی و... را در برمی گیرد.

• در بخشی از ارزیابی های کارکرد مغز، با انجام تست های ویژه رایانه ای و دیجیتال، کارکردهایی مانند حافظه، سرعت تصمیم

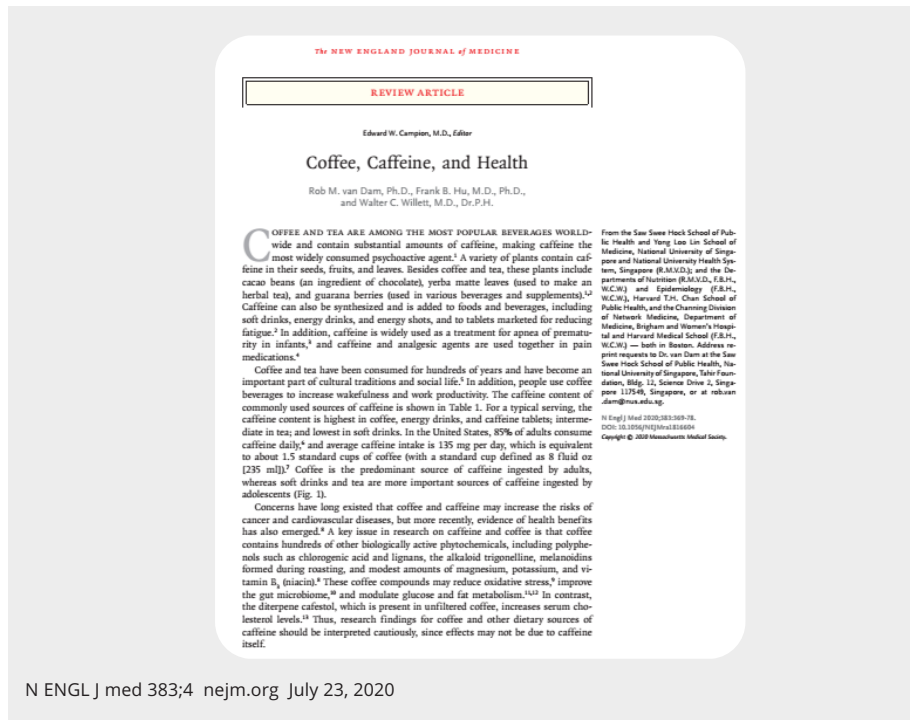
قهوه، کافئین و تاثیر آن بر سلامت

Coffee, Caffeine, and Health

دکتر نیلوفر حسن نژاد (مدیر علمی شرکت بهشتان بهداشت)

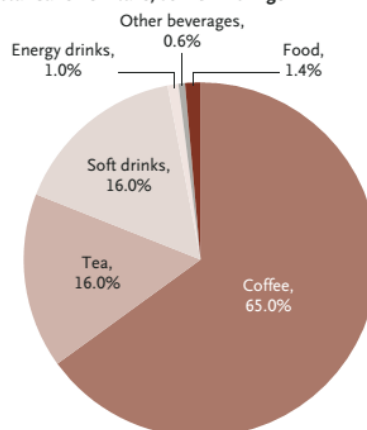


بیشترین مقدار کافئین به ترتیب در قهوه، نوشیدنی‌های انرژی‌زا و قرص‌های کافئین است. و به مقدار متوسط در چای و کمترین میزان کافئین در نوشابه وجود دارد. در ایالات متحده ۸۵٪ بزرگسالان روزانه کافئین مصرف می‌کنند و میانگین مقدار مصرف کافئین ۱۳۵ میلی گرم در روز است که معادل ۱/۵ فنجان قهوه استاندارد می‌باشد. قهوه منبع غالب کافئین مصرفی در بزرگسالان است در حالی که نوشیدنی‌های غیر الکلی و چای مهمترین منبع کافئین مصرفی در نوجوان می‌باشد. مدت هاست که نگرانی در مورد احتمال افزایش بروز خطرات ناشی از سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی با مصرف قهوه و کافئین وجود دارد، اما اخیراً شواهدی در مورد فواید سلامتی این ترکیبات بدست آمده است. مسئله اساسی در تحقیقات انجام گرفته بر روی کافئین و قهوه این موضوع است که قهوه حاوی هزاران ترکیب فیتوشیمیایی با خاصیت فعال بیولوژیک از جمله پلی‌فنول‌ها مانند اسید کلروژنیک و لیگنان‌ها، آلکالوئید تریگونلین و ملانئوئیدین‌ها است که در طی بو دادن قهوه تشکیل می‌شوند، می‌باشد. همچنین مقادیر کمی منیزیم، پتاسیم و ویتامین B3 (نیاسین) نیز وجود دارد. ترکیبات قهوه ممکن است سبب کاهش واکنش‌های استرس اکسیداتیو، افزایش عملکرد میکروبیوم روده و متعادل نمودن متابولیسم گلوکز و چربی گردد. متقابلاً diterpene cafestol که در قهوه فیلتر نشده وجود دارد، سطح کلسترول سرم را افزایش می‌دهد. یافته‌های حاصل از تحقیقات صورت گرفته بر روی قهوه و سایر منابع غذایی حاوی کافئین باید با احتیاط مورد تفسیر و بررسی قرار بگیرند، زیرا ممکن است اثرات آن صرفاً به دلیل ترکیب کافئین موجود نباشد. بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که مصرف قهوه، به عنوان منبع اصلی کافئین در بزرگسالان در ایالات متحده، خطر بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان را افزایش نمی‌دهد. در واقع، مصرف ۳ تا روزانه ۵ فنجان استاندارد قهوه بطور مداوم با کاهش خطر چندین مورد همراه است. با این حال، مصرف زیاد کافئین می‌تواند اثرات نامطلوب داشته باشد. مصرف ۴۰۰ میلی گرم کافئین در روز برای افرادی که باردار یا شیرده نیستند و ۲۰۰ میلی گرم در روز برای افراد باردار و شیرده توصیه می‌گردد.



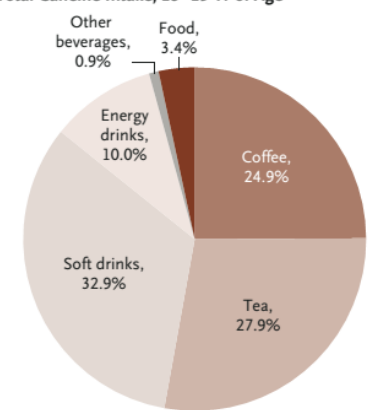
قهوه و چای که از محبوب‌ترین نوشیدنی‌ها در جهان هستند که حاوی مقادیر زیادی کافئین می‌باشند. همین امر باعث شده است که کافئین به عنوان بیشترین ماده روانگردان مصرفی باشد. علاوه بر قهوه و چای در برگ و میوه برخی گیاهان دیگر مانند دانه‌های کاکائو نیز کافئین وجود دارد. کافئین همچنین می‌تواند سنتز شود و به غذاها و نوشیدنی‌ها مانند نوشابه و یا نوشیدنی‌های انرژی‌زا اضافه گردد و یا به صورت قرص کافئین برای کاهش خستگی در بازار وارد شود. علاوه بر این کافئین برای درمان آپنه در نوزادان زودرس و به همراه ترکیبات مسکن به عنوان داروهای تسکین دهنده درد به طور گسترده ای استفاده می‌گردد. مردم عموماً از قهوه برای افزایش بیداری و بهرووری کاری استفاده می‌نمایند.

B Total Caffeine Intake, 35–49 Yr of Age



Average daily intake, 188 mg

A Total Caffeine Intake, 15–19 Yr of Age

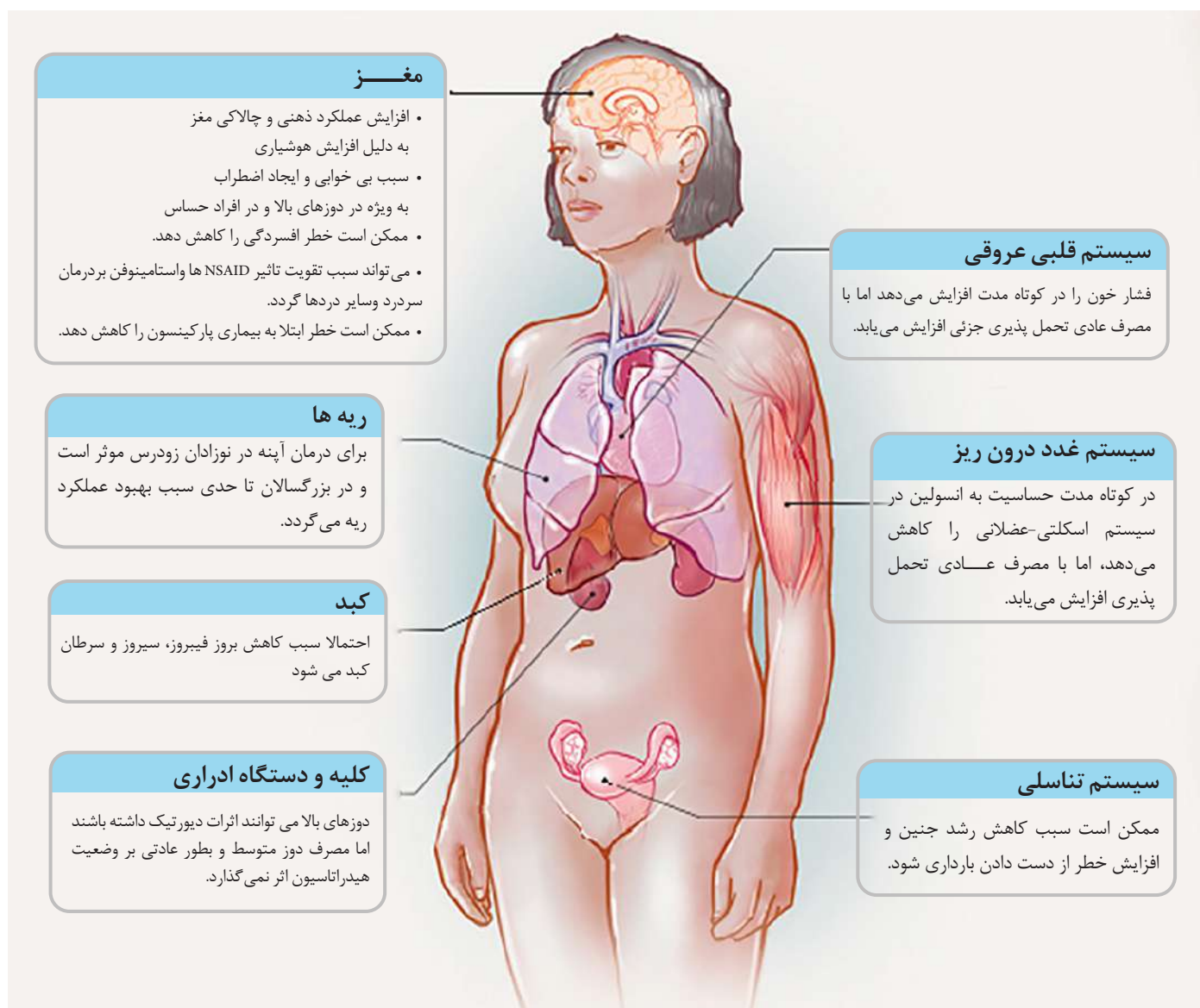


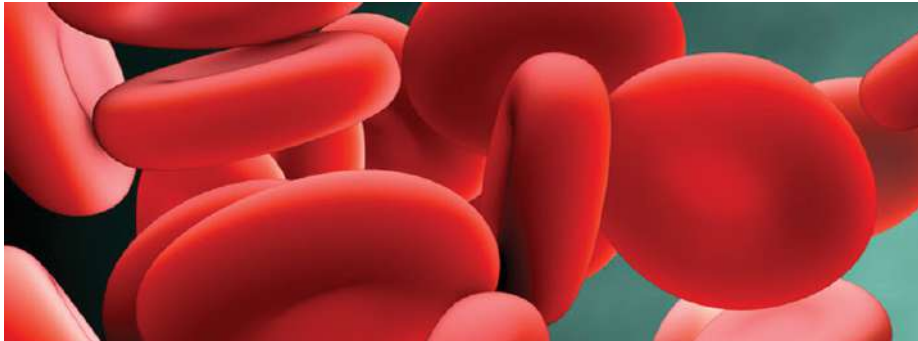
Average daily intake, 61 mg



اثرات کافئین بر سلامت اندامهای مختلف بدن

Effects of Caffeine Intake on Health, According to Organ System





فقر آهن

تهیه شده توسط تیم اطفال بهستان بهداشت

فقر آهن (IDA)

فقر آهن به معنای کاهش میزان کل آهن بدن است و در واقع وضعیتی است که در آن آهن کافی برای حفظ عملکرد طبیعی فیزیولوژیکی خون و بافت‌ها مانند مغز و ماهیچه‌ها وجود ندارد. مراحل شدیدتر فقر آهن با کم خونی (IDA) همراه است. فقر آهن در سه مرحله اتفاق می‌افتد:

مرحله اول:

در این مرحله میزان ذخایر آهن در بدن کاهش می‌یابد. میزان آهن سرم، هموگلوبین و هماتوکریت نرمال است.

مرحله دوم:

در این مرحله ترانسفرین و آهن سرم خونی کاهش می‌یابد. ذخیره خونی کم می‌شود. هماتوکریت و هموگلوبین محدودیت‌های نرمالی دارند.

مرحله سوم:

در این مرحله، علاوه بر کاهش ذخایر آهن، میزان آهن سرم، میزان ترانسفرین، هموگلوبین و هماتوکریت هم کاهش می‌یابند.

تشخیص فقر آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن

تشخیص فقر آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن نیازمند تست‌های آزمایشگاهی است. آکادمی اطفال آمریکا توصیه می‌کند که همه کودکان در سن ۱۲ ماهگی توسط تست‌های آزمایشگاهی از نظر میزان هموگلوبین سنجیده شوند.

انجام تست غربالگری ID و IDA در کودکان می‌تواند از طریق آزمایش خون مویرگی تست‌های زیر انجام شود:

Hb: پایین بودن مقدار هموگلوبین از سطح نرمال، وجود کم خونی را نشان می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت ID را برای کودکان زیر ۵ سال کمتر از ۱۲ mcg/l و در کودکان بالای ۵ سال کمتر از ۱۵ mcg/l در نظر گرفته است.

RBC: فقر آهن توسط کاهش MCH، MCV و MCHC با استانداردهای معتبر و مقداری اختلاف بر اساس سن مشخص می‌شود. کاهش MCV در کودکانی که تالاسمی دارند و یا از کم خونی ناشی از بیماری‌های التهابی رنج می‌برند مشاهده می‌شود.

RDW: میزان یا وسعت گلبول‌های این فاکتور گلبول‌های قرمز را از لحاظ حجم و اندازه می‌سنجد. در ID و IDA میزان RDW افزایش می‌یابد.

فریتین: فریتین موجود در سرم (SF) مهمترین مارکر برای تشخیص ID است. زیرا غلظت آهن متناسب با کل آهن موجود در بدن است. قابل توجه است که سطح SF با افزایش سن تغییر می‌کند.

تفسیر و شرح سطح SF در نوزادان کمتر از ۱۲ ماه بسیار دشوار است. زیرا میزان نرمال متفاوتی از SF برای ۶ ماه اول زندگی وجود دارد.

بر اساس مطالعات متعدد، محدوده اندازه‌گیری فریتین سرم با آزمایش‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد. تفسیر سطح فریتین سرم در بیمارانی که التهاب حاد یا مزمن دارند دشوار می‌باشد زیرا SF یک واکنش‌دهنده فاز حاد است و ممکن است برای هفته‌ها و حتی بعد از اتمام عفونت و التهاب افزایش یابد. علاوه بر این بعد از فعالیت‌های ورزشی نیز میزان SF افزایش می‌یابد و بهتر است حداقل ۲۴ ساعت بعد از چند روز پس از فعالیت ورزشی اندازه‌گیری شود.

تست‌های تکمیلی

آزمایش‌های تشخیصی تکمیلی بمنظور ارزیابی بهتر و شدت ID به ندرت لازم می‌شود که در اینجا به چند روش آن اشاره می‌شود:

غلظت آهن سرم (SI)، ظرفیت کل اتصال آهن (TIBC) و اشباع ترانسفرین (TSat).

در موارد فقر آهن، میزان آهن آزاد در سرم کاهش می‌یابد در نتیجه TIBC افزایش می‌یابد و کاهش قابل توجهی در میزان

TSat (نسبت آهن سرم به ظرفیت کل اتصال آهن) مشاهده می‌شود.

sTfR: گیرنده ترانسفرین محلول در سرم از پروتئولیز غشاء گیرنده ترانسفرین حاصل می‌شود که در موارد ID که سنتز گیرنده‌های ترانسفرین افزایش می‌یابد منجر به افزایش sTfR می‌شود. یک مزیت مهم این فاکتور این است که تحت تاثیر التهاب قرار نمی‌گیرد.

پروتوپورفرین-زینک (ZnPP): مواردی که در مرحله ابتدایی ID یا IDA در سطح فریتین هستند انتقال زینک از طریق سطح روده افزایش می‌یابد. همچنین ZnPP در مسمومیت با سرب یا کم خونی سیدروبلاست نیز افزایش می‌یابد.

میزان هموگلوبین-رتیکولوسیت (RET-Hem-Chr): یک مارکر اولیه برای فعالیت گلبول قرمز است زیرا رتیکولوسیت‌ها اولین سلول‌هایی هستند که به گردش خون منتقل می‌شوند. CHR مارکری است که حتما باید در زمان واقعی و محدودی اندازه‌گیری شود. زیرا رتیکولوسیت‌ها فقط یک تا دو روز در خون باقی می‌مانند.

• Organization, W.H., Iron deficiency anemia. assessment, prevention, and control. A guide for programme managers, 2001: p. 47-62.

• Mattiello, V., et al., Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. European journal of pediatrics, 2020: p. 1-19.

پودر آهن فرامکس

- دارای بالاترین میزان آهن المنتال
- (قابل جذب) برای کودکان
- با حداقل عوارض گوارشی
- بدون تغییر رنگ دندان‌ها



در صورت بروز فقر آهن در سالهای اول زندگی و عدم توجه به درمان کودکان، کودک با اختلال در پردازش سرعت اطلاعات در مغز، یادگیری و حافظه مواجه می شود.



و یا هدایت بیمار به پزشک متخصص در زمینه‌های خاص * مانیتور نمودن وضعیت بیمار در منزل با بکارگیری ابزارهای دیجیتال (IOT) اعم از ابزارهای اختصاصی حوزه سلامت و بهداشت یا با بکارگیری ابزارهای عمومی و چند منظور مانند تلفن‌های همراه هوشمند، امکان نظارت و ارزیابی وضعیت سلامت بیمار را در هر نقطه بصورت ۲۴ ساعته ممکن می‌سازد. همچنین این ابزارها می‌توانند در بازه زمانی طولانی‌تر یک ارزیابی کامل از کیفیت و شرایط زندگی بیمار ارائه دهند (مثلاً وضعیت میزان فشار خون و قند بیمار در طی ۴۸ ساعت گذشته)، کاری که مراکز سنتی ارائه خدمات قادر به انجام آن نمی‌باشند.



یک اتوبوس (MediBus) در آلمان برای ارائه خدمات TeleHealth به مکان‌های فاقد پزشک می‌باشند.

جمع بندی:

با پیشرفت‌های سریع در حوزه سلامت و بهداشت دیجیتال که منجر به رفع محدودیت‌های راه کارهای سنتی ارائه خدمات سلامت و بهداشت می‌گردد می‌توان خدمات با کیفیت، سریع و ارزان در اختیار همگان قرار داد. با پیشرفت در حوزه IOT (اینترنت اشیا) و ارتباطات متنوع، راه کارهای در حوزه e-Health از هر زمان دیگری در دسترس تر و مقرون به صرفه‌تر می‌باشند. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر خواهد گردید که بدانیم در کشور ما ایران و دیگر کشورها در کمتر از ۲۰ سال آینده تعداد قابل توجهی افراد سالمند خواهیم داشت که نیازمند به خدمات حوزه سلامت و بهداشت در سطح و مقیاس بالاتری خواهند بود که زیرساخت‌ها و مدل سنتی ارائه خدمات پاسخگوی آنها نخواهند بود.

با شروع همه‌گیری ویروس COVID-19 محدودیت‌ها و چالش‌های زیرساخت‌های سنتی ارائه خدمات بهداشت و سلامت به سرعت برای همگان آشکار گردید. با گسترش این همه‌گیری و جهانی شدن آن در مدت زمانی بسیار کوتاه، نیاز به یک انقلاب دیجیتال در حوزه ارائه خدمات بهداشت و درمان و آموزش می‌باشد تا ارائه کنندگان خدمات سلامت (Provider) با کمترین هزینه و بیشترین سرعت، امکان ارائه خدمات حیاتی را برای طیف وسیعی از متقاضیان (Patients) داشته باشند.

چالش‌های مدل سنتی ارتباط بیمار با پزشک

برخلاف آنفولانزای اسپانیایی (سال ۱۹۱۸) که در عرض یک سال منجر به یک پاندمی جهانی گردید، ویروس کووید-۱۹ در عرض تنها چند هفته کل قاره‌ها را در نوردید و منجر به یک همه‌گیری بسیار عظیم و وسیع گشت. این گسترش سریع خود محصول دنیای مدرنی می‌باشد که به واسطه پیشرفت‌های تکنولوژی فاصله بین جوامع، شهرها و کشور را به حداقل رسانیده است با این حال ساختار و مدل ارتباطی بیمار با درمان‌گر کماکان بر اساس مدل سنتی چهره-به-چهره و حضور متقاضیان در یک مکان و زمان مشخص می‌باشد. مکانی که عمدتاً فضای محدود و پوشیده داشته و بیماران باید در اتاق یا سالن انتظار، در انتظار فرا رسیدن نوبت در آنجا حضور فیزیکی داشته باشند. ساختار اداری و مالی ارائه خدمات نیز مبتنی بر روش‌های سنتی پرداخت است و بیمار باید نسبت به دریافت قبض و رسید خدمات و پرداخت مبلغ آن در همان محل اقدام نماید. این ساختار سنتی در وضعیت فعلی نه تنها منجر به گسترش ویروس کووید-۱۹ می‌گردد، بلکه افراد دارای بیماری‌های پیش زمینه ای را در معرض خطر دو چندان قرار می‌دهد و باعث می‌گردد بخش قابل توجهی از جمعیت به دلیل نگرانی از آلوده شده به ویروس از حضور در چنین مکان‌هایی خودداری نمایند و نتیجه آن خواهد شد که بخش قابل توجهی به دلیل عدم رسیدگی به مشکلات و بیمارهای غیر مرتبط با کووید-۱۹ در آینده بسیار نزدیک دچار مشکلات جدی در سلامت خود خواهند گردید که خود ناشی از عدم رسیدگی به آنها در زمان لازم می‌باشد. تصور نمایید یک فرد دچار درد مداوم در ناحیه شکمی به دلیل ترس از ابتلا به ویروس کووید-۱۹ از مراجعه به مرکز درمانی خودداری می‌نماید و نهایتاً شش ماه بعد به واسطه درد شدید با مراجعه به مرکز درمانی تشخیص سرطان معده در مراحل پیشرفته داده می‌شود. در صورتی که بیماری فرد در همان شش ماه ابتدایی تشخیص داده می‌شد، شانس درمان و در نتیجه زنده ماندن بیمار به طرز قابل توجهی بالا می‌بود. حالا هزینه‌های درمان و بار مالی آن برای بیمه‌ها و دولت‌ها نیز قابل توجه و سنگین می‌باشد که این موضوع فارغ از خارج شدن نیروی انسانی فعال از چرخه تولید و کار در کشور می‌باشد که همگی نهایتاً منجر به افزایش هزینه‌ها و کاهش تولید ملی می‌گردد.

با گسترش کووید-۱۹ و تداوم آن، فشار به زیرساخت‌ها، مراکز درمانی، کادر درمان و ارائه دهندگان خدمات به طرز قابل توجهی افزایش پیدا کرده است و زیرساخت‌های سنتی بخش سلامت و بهداشت پاسخگوی این حجم عظیم از تقاضا نمی‌باشند. اینجا ضرورت بکارگیری تکنولوژی‌ها و راه‌کاری نوین بهداشت و درمان مانند Telemedicine/Telehealth (رسیدگی و ارائه خدمات سلامت و بهداشت و آموزش بصورت راه دور به بیماران و متقاضیان که دارای فاصله فیزیکی با خدمات دهنده بوده و ارائه این خدمات عمدتاً مبتنی بر ابزارهای دیجیتال مانند ارتباطات امن تصویری باشد) در این زمان اهمیت دو چندان می‌یابد. واقعیت امر آن است که راه‌کارهایی مانند Telemedicine/Telehealth مدت زمان قابل توجهی در دسترس بوده‌اند ولی به دلیل آنکه با اقبال مناسبی مواجهه نگردیده‌اند، در حوزه بهداشت و سلامت ضریب نفوذ پایینی داشته‌اند. البته تا قبل از همه‌گیری کووید-۱۹.

راه کارهای مدرن برقراری ارتباط موثر و آسان میان بیمار با پزشک

خبر خوب اینکه ما در سال ۱۹۱۸ زندگی نمی‌کنیم. در دنیای مدرن امروز به لطف پیشرفت‌ها در حوزه دیجیتال و فراهم بودن برقراری انواع ارتباطات تصویری و صوتی در لحظه (Real-Time) می‌توان با بکارگیری این ابزارها و تکنولوژی‌ها با کمترین هزینه و در کوتاه‌ترین زمان از خدمات حوزه سلامت و بهداشت، آموزش و ارائه مشاوره در هر مکان و زمان بهره‌مند گردید. راه کارهای Telemedicine/Telehealth در قالب سه نوع خدمات قابل ارائه هستند، هر چند که می‌تواند محدود به این سه خدمت نبوده و تنوع بسیار بالایی در ارائه خدمات مرتبط داشته باشند. این سه مدل ارائه خدمت عبارتند از:

* ارتباط در لحظه (Real-Time) بین بیمار و پزشک برای ارائه مشاوره، بررسی وضعیت بیمار، پاسخ‌گویی به سوالات بیمار در خصوص دارو، نحوه مصرف و یا عوارضی که بیمار در حین مصرف دارو با آن مواجه می‌باشد. همه این موارد باید با حفظ محرمانگی از اطلاعات بیمار و اطمینان از عدم افشای آنها بر بستر دیجیتال فراهم گردد که خود نیازمند زیرساخت‌های امن در این خصوص است.

* به اشتراک گذاری سوابق و وضعیت حال بیمار با دیگر ارائه کنندگان خدمات سلامت و بهداشت برای کسب مشورت

بیماری پسوریازیس و علل ایجاد آن

دکتر پروین منصوری

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



در نهایت فرم اریترودرمیک، که تمام پوست دچار التهاب بوده، قرمز رنگ، همراه با سوزش، خارش و پوسته ریزی منتشر است. معمولاً فرم اریترودرمیک به دنبال فرم های معمول که درمان نشده و گسترده هستند و گاهی نیز به دنبال تحریکات پوستی ناشی از مصرف داروها و یا استفاده از محرک هایی که بیمار بدون مشورت با پزشک، از مراکز یا حتی به دنبال تبلیغات از صفحات مجازی تهیه و استفاده می کند، ایجاد می شود. فرم اریترودرمیک یک اورژانس پوستی است و بیمار حتماً باید در بیمارستان بستری شود. چرا که تجمع خون در سطح پوست ممکن است منجر به ایجاد اختلال در آب و الکترولیت یا مشکلات قلبی در بیمار شود. از طرف دیگر مصرف طولانی مدت ترکیبات کورتونی (کورتیکوستروئیدها) در سطح وسیع از پوست یا بعضی پمادها در بیماران مبتلا به اریترودرمی با جذب سریع و وسیع داروهای موضعی، تحریکات پوستی و عوارض متعدد همراه خواهد بود و نیاز به مراقبت نزدیک از بیمار دارد. البته بیماری پسوریازیس تنها به این موارد ختم نمی شود.

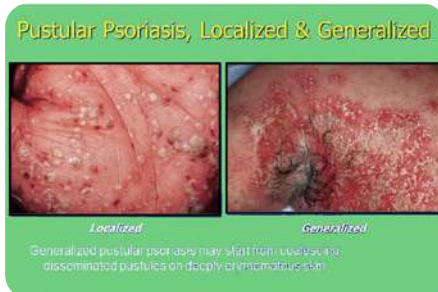
پسوریازیس شدید پوستی خطر

درگیری مفاصل را افزایش می دهد،

پس اقدام به درمان الزامی است.

حدود ۴۰ درصد از بیماران ممکن است دچار درگیری مفاصل شوند که این درگیری با التهاب، درد، تورم معمولاً در چند مفصل و اغلب در انگشتان دست و پا تظاهر می کند. به ویژه در کسانی که پسوریازیس در پشت بند

روی سر و سایر نواحی و در مواردی به صورت گسترده خود را نشان می دهد. در حدود ۱۵ درصد موارد بیماری به شکل ضایعات قطره ای کوچک بروز می کند، و به آن پسوریازیس GUTTATE یا قطره ای گفته می شود که مانند قطره های ریز باران این تظاهرات پوستی را در سرتا سر بدن می توان مشاهده کرد. در موارد کمی پسوریازیس ممکن است چین های بدن، مانند زیر سینه ها، کشاله ران و زیر بغل را درگیر کند که معمولاً به دنبال فشار، صدمات پوستی و به ویژه در افراد چاق قابل مشاهده است. گاهی هم پسوریازیس به شکل چرکی است یعنی به جای صفحات قرمز رنگ دانه های ریزی که حاوی مواد سفید چرکی هستند در سطح پوست ظاهر می شوند و البته عامل باکتری یا میکروبی نیست و به علت التهاب و تجمع گلبول های می باشد. این فرم چرکی ممکن است در سرتا سر بدن منتشر باشد که در این صورت همراه با تب و تغییرات در حال عمومی بیمار و در مواردی نیز منجر به بستری شدن افراد می گردد. در برخی موارد این فرم چرکی محدود به کف دست و پا می باشد.



پسوریازیس یک بیماری التهابی عود کننده پوست است که ممکن است گاهی دیگر اعضای بدن را نیز درگیر کند. از گروه بیماری های خود ایمن است. یعنی به طریقی تغییر در سیستم ایمنی علیه پوست، مفصل و دیگر ارگان ها در این بیماری ایجاد می شود.

تاریخچه پسوریازیس

کلمه پسوریازیس از "پسورا" به معنی خارش در طب آمده و علیرغم اینکه جز قدیمی ترین بیماری هایی است که اطبا در دنیا شناخته اند، اما هنوز علت دقیق آن نامعلوم است و سیر مشخص و درمان قطعی ندارد. ولی راه هایی برای کنترل این بیماری وجود دارد که می تواند کیفیت زندگی بیماران را بهتر کند.

بیماری هایی که مزمن هستند مانند دیابت، فشار خون، بیماری ام اس، بیماری آرتریت روماتوئید (التهاب در مفاصل)، همچنین بیماری التهابی روده و موارد بسیار دیگری علل ناشناخته دارند و ممکن است سیر ایجاد آن ها باعث استرس و بروز فشارهای روحی و فیزیکی در زندگی بیماران شوند که با مراجعه به پزشک و شروع درمان های مناسب از مشکلات بسیاری جلوگیری خواهد شد و فرد می تواند به زندگی و فعالیت های عادی و روزمره خود ادامه دهد.

۳-۱ درصد مردم دنیا مبتلا به بیماری پسوریازیس هستند. این بیماری به اشکال مختلف پوستی بروز می کند. شایع ترین آن فرم پلاک است که به صورت صفحات قرمز رنگ با حدود مشخص و پوسته های سفید صدفی در ناحیه آرنج، زانوها به صورت قرینه ناحیه پشت و باسن و گاهی

Psoriasis is a Complex Disease

Characteristics	Palmoplantar ¹	Plaque ¹	Joints (PsA) ²
1% - 3% of Caucasian population affected	~4%	~80%	7-40%
Inflammatory disorder	~2%	~1-2%	
Lifelong, chronic, relapsing disease	~12%	~2-6%	
Various clinical features			40-50% ³
Plaque-type psoriasis most common form			

Guttate Psoriasis

- Small, drop-like lesions on the trunk, limbs, and scalp
- Often triggered by bacterial infections (i.e. streptococcal infection, upper respiratory tract infection, pharyngitis, or tonsillitis)
- Mostly affects children and young adults
 - Self limiting resolving in 3-4 months
- Long term prognosis ?
 - 1/3 of individuals will develop classic plaque psoriasis



Clinical Manifestations: Nail Matrix

Pitting



Transverse grooves



Leuconychia



انگشتان و یا درگیری در ناخن دارند این تظاهرات مفصلی در انگشتان بیشتر می باشد. خشکی صبحگاهی مفاصل به ویژه در ۲ ساعت اول صبح و بهبود تدریجی در طول روز از دیگر علائم درگیری مفصلی پسوریازیس است.

Psoriasis Arthritis



بیش از ۵۰ درصد بیماران درگیری در ناخن ها دارند که به صورت نقاط فرو رفته کوچک و متعدد (Pitting) و یا تغییرات شدیدتر چون ضخیم شدن زیر ناخن، تغییر رنگ زرد خطوط طولی، جدا شدن ناخن از بستر و خونریزی های طولی زیر ناخن بروز می نماید. مشکلات ناخن ممکن است سبب محدودیت در فعالیت های روزانه بیماران شود.

مطالعات نشان می دهند که در ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به پسوریازیس ناخن احتمال بروز آرتریت یا درگیری در مفاصل نیز وجود دارد.

پسوریازیس مفصل بیماری التهابی مخربی است که حتما باید توسط متخصص روماتولوژی درمان و کنترل شود.



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



**بررسی امراض عفونی مرتبط با خانواده
کرونا و ویروس‌ها، بررسی تفاوت تظاهرات
بالینی این بیماری‌ها، بررسی تفاوت
تظاهرات بالینی بیماری Covid-19 در
رده‌های سنی مختلف، درمان بیماری
Covid-19 در خانم‌های باردار**

در وینار "کرونا در بارداری" که توسط شرکت بهستان بهداشت با همکاری انجمن متخصصین زنان و مامایی استان فارس، برگزار گردید، مباحثی در رابطه با ویروس SARS Covid2 و نحوه بیماری‌زایی آن، بیماری Covid-19، تظاهرات بالینی آن در خانم‌های باردار و نوزادان متولد شده از این افراد، نحوه مدیریت و روش‌های درمان بیماری در خانم‌های باردار و نوزادان آنها، زمان ترخیص از بیمارستان و یا خروج از قرنطینه در افراد مرتبط با گروه‌های مورد بحث ارائه شد که خلاصه این مباحث به شرح زیر می‌باشد:

دکتر محسن مقدمی

متخصص داخلی و فوق تخصص بیماری‌های عفونی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



رسد علائم بالینی کمتری نسبت به سایر رده‌های سنی وجود دارد و به نظر می‌رسد میزان شدت بیماری در افراد بالغ و بخصوص در افرادی که سن بیشتری دارند بیشتر است. نتایج بررسی‌ها نشان داده است که دو تئوری وجود دارد. تئوری اول اینکه به نظر می‌رسد هر چه سن افراد کمتر باشد شانس ابتلا در آنها کمتر است. تئوری دیگری نیز وجود دارد که ممکن است Clinical Manifestation در رده‌های سنی مختلف متفاوت باشد، به این معنا که افراد با سن کمتر ممکن است آلوده شوند. ولی علائم آنها خیلی خفیف و یا حتی بدون علامت و Asymptomatic باشند و یا حتی ممکن است ترکیبی از این دو تئوری وجود داشته باشد. در مطالعه جدید صورت گرفته نتایج حاکی از آنست که میزان بروز بیماری (Disease Presentation) در افراد آلوده به ویروس در رده سنی زیر ۲۰ سال در حدود ۲۰ درصد و در بالای ۲۰ سال حدود ۸۰ درصد بوده است و با افزایش سن میزان علائم بیماری (Clinical Manifestation) نیز افزایش داشته است به طوریکه در رده سنی بالای ۷۰ سال حدود ۷۰ درصد افراد آلوده دارای Disease Presentation بوده‌اند.

اواخر سال گذشته میلادی در چین اولین موارد ابتلا به بیماری Covid-19 گزارش شد. این بیماری می‌تواند افراد مختلف جامعه را در گروه‌های سنی مختلف تحت تاثیر قرار دهد. ویروس کرونا سال‌های زیادی است که با ما وجود داشته است ولی در دو دهه اخیر انواع جدید این ویروس بیماری‌های جدی ایجاد کرد. برای مثال عامل بیماری سرما خوردگی (Common cold) در جوامع مختلف در حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد کرونا ویروس‌ها هستند که می‌توانند علائم Upper respiratory infection ایجاد کنند. معمولاً بیماری خیلی ساده و خوش خیم است که پس از ۴ تا ۵ روز درمان حمایتی از بین می‌رود. در تقسیم بندی این کرونا ویروس‌ها جزو آلفا کرونا ویروس‌ها هستند و معمولاً هم مشکل خاصی با آنها وجود نداشته است. بعد از سال ۲۰۰۲ تقریباً هر ۱۰ سال گونه جدید از کرونا را دیدیم که بیماری جدی ایجاد می‌کردند که این‌ها در تقسیم بندی از Generation بتا کرونا ویروس‌ها بودند. اولین مورد از این بیماری SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) بود که در آن زمان هم از چین شیوع پیدا کرد و در کل دنیا گسترش یافت. در حدود ۱۰ سال بعد بیماری MERS (Middle East Respiratory Syndrome) دیده شد. منشأ این بیماری نیز خاورمیانه بود و به نظر می‌رسد primary source این بیماری شتر بود. این ویروس‌های جدید علاوه بر Upper respiratory infection و در حقیقت نومونیا (Pneumonia) هم ایجاد می‌کردند و همین موضوع باعث خطرناک شدن آنها و ایجاد مرگ توسط آنها بود. در SARS میزان Mortality در حدود ۱۰ درصد موارد ابتلا بود، این نرخ در MERS در حدود ۳۵ درصد بود، ولی نکته مهمی وجود داشت تعداد محدود موارد ابتلا به این بیماری‌ها بود که در مورد MERS در حدود ۳ تا ۴ هزار و در مورد SARS زیر ۱۰ هزار مورد ثبت شده است. میزان انتقال فرد به فرد در این دو بیماری خیلی پایین بود، ولی اتفاقی که در سال میلادی گذشته افتاد گونه دیگری از ویروس SARS با منشأ ووهان چین دیده شد که ژنومی تقریباً یکسان با SARS با تغییراتی که در آن ایجاد شده و باعث تفاوت آن با بقیه کرونا ویروس‌ها می‌شود. این ویروس جدید منجر به ایجاد نومونیای شدید می‌شود. نکته مهم در رابطه با ویروس این است که انتقال فرد به فرد بالایی دارد و به همین خاطر در مدت زمان یک تا دو ماه بسیاری از کشورهای جهان را درگیر کرده و این انتقال فرد به فرد بالا در نهایت باعث جهان‌گیری این بیماری شد. آمار مرتبط با این بیماری در نقاط مخلف دنیا متفاوت است، ولی تا امروز در استان فارس حدود ۳۱۵-۳۰۰ خانم باردار مبتلا به کرونا ثبت شده است که خوشبختانه با مراقبت‌هایی که صورت گرفت هیچ مورد فوتی از این تعداد نداشتیم. در استان فارس با توجه به جمعیت کل استان، درصد ابتلای افراد باردار به بیماری Covid-19 تفاوتی با درصد ابتلای افراد عادی جامعه نداشت. نکته مهم در رابطه با بیماری Covid-19 بحث وابستگی علائم بیماری به سن است. همچنان که در دنیا بحث زیادی در این رابطه است. در این بیماری تعداد موارد بستری و علائم بیماری در رده‌های سنی مختلف متفاوت است. در کودکان و موارد زیر ۲۰ سال به نظر می‌

بنابراین این تئوری در حال
شکل‌گیری است که شاید میزان
آلودگی در رده‌های سنی مختلف
یکسان باشد ولی Presentation
متفاوت باشد.



استفاده می‌شود. این دارو از آنجایی که RNA Synthesis را بلاک می‌کند، تاثیر Anti-viral دارد. البته با توجه به مقالات تاثیر قابل توجهی در کاهش Mortality و Severity بیماری نداشته و فقط در کاهش Hospitality موثر بوده است. اما در خانم‌های باردار Contraindication دارد و تا امروز براساس مستندات نباید استفاده شود. به علاوه این دارو فقط در موارد Hypoxy کار برد دارد و در موارد خفیف تا متوسط هیچ کاربردی ندارد.

داروی Anti-viral دیگری که وجود دارد Favipravir است که در خانم‌های باردار استفاده نمی‌شود.

تنها داروی Anti-viral که بر اساس گایدلاین برای خانم‌های باردار قابل استفاده است kaletra است که به مدت ۷-۱۰ روز استفاده می‌شود، ولی تاثیر آن مشخص نیست و حتی از گایدلاین WHO خارج شده است. پس داروهای ضدویروس متنوعی وجود ندارد و در صورتی که افراد باردار حالت شدید بیماری را داشته باشند تنها داروی kaletra و با فرم رضایت بیمار قابل استفاده است.

داروی دیگری که از روز دهم بیماری برای خانم‌های باردار علامت‌دار قابل استفاده است داروهای Immunosuppressive مثل کورتیکواستروئیدها هستند که با فرم رضایت قابل استفاده خواهند بود. بنابراین از نظر درمان دارویی، داروی Anti-viral موثر وجود ندارد و مهمترین چیزی که در بیمارستان به بیماران ارائه می‌شود، در واقع Supportive care و Standard of care Oxygen therapy است. در رابطه با Oxygen therapy که معمولاً در سطح شدید بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرد و به روش‌های مختلف غیر تهاجمی تا تهاجمی انجام می‌شود، میزان Saturation در خانم‌های باردار باید بالای ۹۴ درصد باشد.

درد گلو و سرفه اما ریه‌ها درگیر نشده است. در نوع Moderate درگیری ریه وجود دارد ولی شدید نیست. در این حالت بیمار خوب است، Saturation بیمار خوب است، در بیمار ثابت است و در Chest CT کمتر از ۵۰ درصد ریه فرد درگیر است. در موارد Severe درگیری ریه بیش از ۵۰ درصد، Respiratory rate بالاست و با وجود حمایت تنفسی از بیمار Saturation کمتر از ۹۴-۹۳ درصد (بسته به ارتفاع از سطح دریا عدد متفاوت) است. در موارد Critical نیز، Hemodynamic در بیمار مختل شده است. در موارد Mild درمان بیماری کاملاً Symptomatic است. بیمار در منزل استراحت می‌کند و از طریق Telemedicine پیگیری می‌شود و Symptomatic Therapy صورت می‌گیرد؛ علاوه بر مصرف مایعات، اگر تب باشد استامینوفن، اگر سرفه باشد Cough Suppressant استفاده می‌شود و از NSIDs هرگز استفاده نمی‌شود، چرا که منجر به Expression در گیرنده‌های ACE2 شده و شانس گسترش ویروس و درگیری را افزایش می‌دهند.

در موارد Moderate که درگیری ریوی وجود دارد بهتر است که بیمار بستری شود. به عنوان پزشک مهمترین وظیفه‌ای که وجود دارد تشخیص Stage و تغییرات آن در بیمار است که این مورد توسط پیگیری‌های تلفنی باید انجام شود. تشخیص اینکه بیمار از حالت Mild به Moderate و یا Severe تغییر کرده می‌تواند به بستری به‌موقع و شروع درمان متناسب و حفظ جان بیمار کمک کند. در مورد خانم‌های باردار زمانی که بیماری در حالت Moderate بوده و درگیری ریه وجود دارد باید بیمار بستری شود. داروهای Anti-viral از جمله Remdesivir در فاز اول

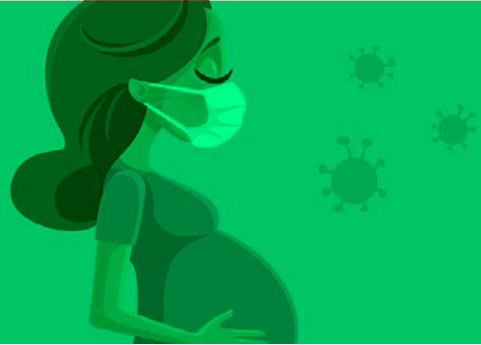
در محیط‌های بیمارستان باید چه روندی وجود داشته باشد تا میزان آلودگی پرسنل و انتقال بیماری در بین آنها کم شود: استفاده از Face covering برای کاهش احتمال انتقال. بیمار بستری در بیمارستان تنها زمانی اجازه ی برداشتن ماسک خود را دارد که در اتاق بسته باشد و هیچکس غیر از خود بیمار در اتاق نباشد. همه افراد باید ماسک استفاده کنند به جز افراد زیر دو سال. ماسک در تمام موارد باید روی صورت باشد حتی در اتاق استراحت پرسنل مگر در مواردی که قرار است صرف غذا انجام شود و در چنین زمانی باید فاصله اجتماعی رعایت شود. ترجیحاً از ماسک‌های سوپاپ‌دار استفاده نشود.

درمان Covid-19 خانم‌های باردار مبتلا

در حال حاضر هیچ درمان موثر Anti-viral برای این بیماری وجود نداشته و تمام داروهایی که تاکنون تحت بررسی هستند، هنوز به صورت Effective تاثیری بر میزان Mortality و کاهش علائم نداشته‌اند. به جز یکی دو مورد که تحقیقات نشان داده تاثیر دارند. برای شروع درمان باید دو موضوع در نظر گرفته شود.

اولین موضوع مهم اینست که فرد در چه فازی از بیماری قرار دارد. ۱۰ روز اول بیماری معمولاً فاز Virological است و در این فاز ویروس در حال تکثیر (Replicate) است. بعد از این مرحله تا پایان بیماری که معمولاً در ۸۰ درصد افرادی که بهبود می‌یابند حدود ۱۴ روز به‌طور می‌انجامد، علائم و شواهد بالینی که وجود دارد به‌خاطر فاز Immunologic است. در افرادی که این فاز شدیدتر است و Cytokine Storm اتفاق می‌افتد این فاز طولانی‌تر است.

دومین موضوع مهم تقسیم‌بندی شدت بیماری است، اینکه بیماری از نوع Mild، Moderate و یا Severe است. در نوع Mild فرد علائم شبه آنفلوآنزا دارد. مثل بدن درد،



روش تشخیص بیماران مبتلا به بیماری Covid-19 در آزمایشگاه‌های ویروس‌شناسی

آقای دکتر مازیار ضیائی‌ان

دکترای تخصصی ویروس‌شناسی پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



نشان‌دهنده وجود یک عفونت درحال حاضر خوب‌شونده است در واقع در این حالت فرد پیک عفونت را گذرانده و سیستم ایمنی وی فعال شده و علیه ویروس IgM تولید کرده و این IgM به همراه ایمنی سلولی درحال کمک به کاهش تیترو ویروس است.

IgG نشان‌دهنده یک عفونت گذشته است. تیترو IgG به سرعت و شدت پس از IgM افزایش پیدا می‌کند. بنابراین تست سرولوژی کاربرد تشخیصی ایمنی نسبت به ویروس دارد و در تشخیص بالینی بیماری کاربردی ندارد، اگرچه گاهی در مراحل آخر بیماری که افراد فقط IgM دارند و یا بعضاً IgM و IgG را همزمان دارند تیتروهای بسیار پایینی از ویروس را نشان می‌دهند، ولی در طول یک تا دو روز بعد تست PCR در آن‌ها منفی می‌شود. بنابراین وجود IgM و IgG نمی‌تواند نشان‌دهنده عفونت فعال باشد مگر اینکه تست PCR در این افراد مثبت باشد. البته موارد بسیار نادری هم از افراد دیده شده که با اینکه چندین تست PCR مثبت داشتند ولی IgM و IgG در آن‌ها ساخته نشده است.

در نهایت می‌توان گفت که در علم

ویروس‌شناسی این موضوع که فردی که

یک بار به‌طور طبیعی به یک عفونت

ویروسی حاد مبتلا شده (با یا بدون علائم

بالینی) در کوتاه مدت مجدداً به ویروس

آلوده شود، امکان‌پذیر نیست، اما چنین

مواردی از ابتلا مجدداً دیده شده است که

یکی از دلایل این موضوع می‌تواند تشخیص

عفونت ابتدایی بوده باشد هرچند که در این

موضوع بحث زیادی وجود دارد و برای ایجاد

نتیجه‌گیری موثر احتیاج به اطلاعات

بیشتری وجود دارد.

یک نمونه Swab از Nasopharyngeal فرد و یک سواب دیگر از حلق و Deep Pharynx تهیه کرده و هر دو سواب را در یک تیوب انتقال (Transport Tube) قرار می‌دهیم که حاوی Transport medium های بسیار ساده هستند، در واقع یک سیستم بافری ساده که حاوی آنتی‌بیوتیک و یک سیستم تعیین pH باشد برای این امر کفایت می‌کند. مرحله بعد استخراج RNA (RNA Extraction) و ویروس از این نمونه‌ها خواهد بود. RNA در این ویروس ۳۰ هزار باز دارد و در مقایسه با سایر RNA virus ها نسبتاً درشت است. پس از انجام عمل استخراج، مطابق با پروتکل‌های WHO که در کیت‌های تشخیص ایران اعمال شده، معمولاً دو سکانس از ویروس تکثیر می‌شود، یکی برای Screen-ing و یکی به عنوان Confirmatory. ولی در مواردی که ویروس تیترو بالایی در نمونه فرد دارد و یک نتیجه واضح از تست بدست می‌آید معمولاً به تست Confirmatory نیازی نخواهد بود. لازم به ذکر است روش تشخیصی RT-PCR از نظر تئوری در حدود ۹۸-۹۷ درصد Specificity دارد و ۹۸-۹۷ درصد Sensitivity دارد. این در حالی است که Sensitivity و Specificity بالینی برای تشخیص SARS Corona Virus2 در بیماری Covid-19 قطعاً کمتر از این مقدار است که این امر به دلیل بیماری‌زایی (Pathogenesis) خود ویروس، علائمی که ایجاد می‌کند، مدت زمانی که این علائم باقی می‌ماند و همچنین نحوه نمونه‌گیری خواهد بود. اگر بخواهیم Sensitivity بالینی افزایش یابد، نیاز به افرادی وجود دارد که در نمونه‌گیری Expert باشند، تا نمونه‌ها با دقت بالایی جمع‌آوری شود. زیرا دقت نمونه‌گیری جزو خطای آزمایش محسوب می‌شود و این امر می‌تواند میزان Sensitivity را تحت تاثیر قرار دهد.

استفاده از تست‌های تشخیصی سرولوژی که بر پایه الیزا (ELISA test) عمل می‌کنند بیشتر به جهت مطالعات اپیدمیولوژی (Epidemiologic) انجام می‌شود وجود IgM

SARS Corona Virus2 که ایجاد کننده بیماری Covid-19 است ژنوم بزرگی دارد که نزدیکی ژنتیکی زیادی به SARS1 و MERS داشته و امروز می‌دانیم منشأ این ویروس به نوعی تغییر یافته SARS Corona Virus - 1 است. شباهت RNA که بین این دو ویروس وجود دارد نزدیک به ۹۰ درصد است. روش شناسایی این ویروس در افراد به صورت شناسایی نوکلئیک اسید آن در دستگاه تنفسی افراد است. این ویروس منجر به ایجاد عفونت حاد می‌شود. در واقع بعد از وارد شدن به بدن پس از یک دوره کمون (Incubation period) شروع به تکثیر بسیار زیادی کرده و تیترو آن به اوج می‌رسد در این زمان سیستم ایمنی بدن از طریق دو بازوی خود که عبارتند از Humeral Immunity و Cell Mediated Immunity هستند، فعال شده و تیترو ویروس را کاهش داده و منجر به ایمنی خواهد شد. زمانی که ویروس در بدن در دوره کمون قرار دارد، از آنجایی که تیترو قابل توجهی از ویروس در دستگاه تنفس وجود ندارد که توسط RT-PCR قابل تشخیص باشد، نتیجه تست فرد منفی خواهد بود. همچنین زمان‌هایی وجود دارد که Chest CT فرد Abnormal است ولی تست PCR در این فرد منفی است. که در این حالت نیز موضوع False Negative بودن تست به بیماری‌زایی ویروس برمی‌گردد. در واقع بیمار زمانی برای تست مراجعه کرده که فاز عفونت ویروسی به پایان رسیده و چیزی که در CT فرد دیده می‌شود در واقع اثرات درگیری سلول‌های ریه و ویروس و همچنین پاسخ سیستم ایمنی به عفونت ویروسی است. در واقع فرد ریه درگیری دارد که ممکن است حتی نیاز به دستگاه‌های تنفسی و کمک‌های پزشکی داشته باشد در حالی که دیگر ویروسی در Upper respiratory tract فرد وجود ندارد که در تست قابل تشخیص باشد.

فرآیند استاندارد گرفتن نمونه از یک فرد برای انجام تست ویروس کرونا به این شرح است: به وسیله سواب‌هایی که نوک داکرون (Dacron) و محور (shaft) پلاستیکی دارند



آیا در دوران بارداری احتمال ابتلا به بیماری Covid-19 و شدت آن بیشتر است؟

دکتر پیمان دهقانی

متخصص زنان و زایمان

عضو هیئت مدیره انجمن متخصصین زنان و مامایی فارس



کاهش احتمال نیاز به سزارین و زایمان واژینال
ابزاری در این افراد شود.

آیا افراد در دوران پاندمی Covid-19 برای بارداری اقدام کنند؟

در این رابطه در ماه June سال ۲۰۲۰ سه گروه نازایی
دنیا شامل انجمن باروری و جنین‌شناسی اروپا
ESHRE (European Society of Human Reproduction)
& Embryology، انجمن طب باروری آمریکا
ASRM (American Society for Reproductive Medicine)
و فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های باروری IFFS
(International Federation of Fertility Societies)
یک بیانیه مشترک دادند که باروری یک حقیقت
ضروری انسانی است و پاندمی کرونا نیز یک
چالش منحصر به فرد در دنیاست که در کل دنیا
گسترش یافته، مرگ و میر بالایی دارد و پایان
مشخص نیز ندارد. به نظر آن‌ها از آنجایی که
تولید مثل برای بهبود جامعه و حفظ سرعت تولد
بخصوص در جوامعی که جمعیت آن‌ها رو به
کاهش بوده لازم است، لذا فرزندآوری نهی نشده
اما این انجمن‌ها خود را ملزم به جمع‌آوری
اطلاعات بیشتر در رابطه با تاثیر کرونا بر بارداری
برای مقابله با این پاندمی و پاندمی‌های آینده در
سطح دنیا دانسته‌اند.

باردار و ۰/۹ درصد در خانم‌های غیر باردار و
همچنین نیاز به Mechanical Ventilation را ۰/۵
درصد در خانم‌های باردار و ۰/۳ درصد در
خانم‌های غیر باردار گزارش کرده است که در
نهایت پس از اصلاح این مقایسه بر اساس سن و
بیماری‌های زمینه‌ای در افراد مورد بررسی،
تفاوت بین خانم‌های باردار و غیر باردار را از نظر
این دو موضوع غیرمعنی‌دار عنوان کرده‌است ولی
همچنان نیاز به Close Follow Up در خانم‌های
باردار مبتلا به کرونا را توصیه کرده است. به علاوه
در خانم‌های باردار قرنطینه و Isolation توصیه
شده است.

WHO نیز گزارش

کرده است که در بیماری کرونا

از نظر Clinical manifestation

تفاوتی بین خانم‌های باردار و

غیر باردار وجود ندارد

همچنین براساس مقالات ارائه شده، از آنجایی
که وضعیت قرنطینه به‌طور قابل توجهی در
افزایش استرس خانم‌های باردار موثر است توجه
به شرایط روحی و روانی خانم‌های باردار در
شرایط قرنطینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است
و حتی در زمان زایمان حضور فردی که بتواند به
بهبود احساس امنیت در این افراد کمک
کند می‌تواند سبب کاهش نیاز به بی‌حسی و

به‌طور کلی خانم‌های باردار ابتلای بیشتر و
شدیدتری به این بیماری ندارند و ابتلای آن‌ها
بیشتر به صورت علائم خفیف تا متوسط شبیه
آنفلانزا تظاهر می‌کند. علائم شدیدتر مثل
نومونیا بیشتر در افراد بالای ۳۵ سال و افرادی
که بیماری‌های زمینه‌ای مثل
Obesity، Hypertension، Heart disease و یا دیابت
دارند دیده می‌شود. اگرچه به صورت تئوری
سیستم ایمنی خانم‌های باردار ضعیف‌تر از افراد
عادی است، ولی به‌صورت تجربی ریسک بالاتری
از میزان و یا شدت ابتلا به بیماری Covid-19 برای
خانم‌های باردار نسبت به جمعیت عادی
(General population) دیده نشده و اگر ریسک
بیشتری وجود داشته باشد بعد از هفته ۲۸
بارداری یا سه ماهه سوم خواهد بود.

طبق یک مقاله گذشته‌نگر (Retrospective) که در
ژورنال Lancet به چاپ رسیده، از ۷ مورد خانم
باردار مبتلا به بیماری کرونا که در ماه نهم
بارداری به علت نومونیا در بیمارستان بستری
شده بودند، هیچ‌یک احتیاج به ICU Admission
نداشته و همگی از بیمارستان مرخص شده‌اند.
WHO نیز گزارش کرده است که در بیماری کرونا
از نظر Clinical manifestation تفاوتی بین خانم
های باردار و غیر باردار وجود ندارد. همچنین
CDC پس از بررسی نود هزار و صد مورد کرونا در
خانم‌های باردار و غیر باردار، نیاز
به ICU Admission را ۱/۵ درصد در خانم‌های



تاثیر بیماری کرونا بر بارداری و مراقب از خانم‌های باردار مبتلا به کرونا

دکتر حمیرا وفایی

متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ ژریناتولوژی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



شده که این افراد فقط تا هفته ۲۸ بارداری اجازه دارند در بخش هایی کار کنند که به‌طور مستقیم با بیماران در تماس هستند. پس از ۲۸ هفته‌گی محل کار این افراد باید تغییر کند به بخش‌هایی که به‌طور مستقیم با بیماران در تماس نباشند و یا بخش‌هایی که مسئولیت انجام Telemedicine و ویزیت آنلاین را بر عهده دارند. به‌علاوه، از آنجایی که بیماری Covid-19 یک عامل خطر (Risk factor) و عامل محرک (Trigger factor) برای ترومبوز و ترومبوآمبولی (Tromboemboli) و DVT (Deep vein thrombosis) است در افراد باردار مبتلا برای پیشگیری (Prophylaxis) از این خطر احتیاج به Risk assessment وجود دارد. در مورد خانم‌های بارداری که به نوع Mild بیماری مبتلا بوده، در منزل قرنطینه هستند و به صورت OPD دنبال می‌شوند باید به آن‌ها توصیه شود که مایعات خوب و به‌مقدار زیاد بنوشند و تحرک خوبی داشته باشند و به صورت Bed rest نباشند. همچنین در صورتی که از Hydration و Mobility بیمار مطمئن نیستیم بهتر است تا زمانی که بیماری در آن‌ها بهبود می‌یابد (یک دوره ۷-۱۴ روز) برای ایشان Thrombo-prophylaxis تجویز گردد. همچنین برای تمام افراد باردار مبتلا به Covid-19 که در بیمارستان بستری می‌شوند نیز باید Thrombo-prophylaxis ترجیحاً از نوع Low molecular weight و حداقل تا ۱۰ روز پس از ترخیص از بیمارستان تجویز شود. در صورتی که به نظر می‌رسد بیمار در طی ۱۲ ساعت آینده زایمان خواهد داشت می‌توان دارو را پس از زایمان تجویز کرد. همزمان باید Multi-disciplinary management را رعایت کرد، در صورتی که بیمار دچار Thrombocytopenia باشد ممکن است نتوان Thrombo-prophylaxis تجویز کرد. برای افراد بارداری که در قرنطینه هستند، زمان مناسب برای ترک قرنطینه حداقل سه روز پس از قطع تب بدون دارو به همراه بهبود علائم تنفسی و یا حداقل ۱۰ روز پس از شروع علائم و یا زمانی است که تب وجود نداشته باشد، علائم تنفسی بهبود یافته و دو تست PCR منفی به فاصله ۲۴ ساعت وجود داشته باشد. همچنین در مورد بیماران بدون علامت که در قرنطینه هستند، پس از ۱۰ روز از زمان مثبت شدن تست خود و یا پس از دو تست PCR منفی به فاصله ۲۴ ساعت، می‌توانند از قرنطینه خارج شوند.

آلودگی کمتری وجود دارد، می‌شود با رعایت پروتکل‌های بهداشتی (nuchal translucency) NT را انجام و NIPT را پیشنهاد داد ولی در اکثر کشورها در شرایط پاندمی کووید پس از سونوی و یابیلیتی، تست NIPT برای غربالگری پیشنهاد و سپس در ۲۰-۱۸ هفته‌گی Detail Anomaly Scan انجام می‌شود. حدود ۲۸-۲۶ هفته‌گی یک ویزیت حضوری دیگر انجام می‌شود که در این زمان افراد با جواب آزمایش‌هایی که از قبل و به صورت آنلاین برای ایشان درخواست شده بوده، مراجعه خواهند داشت. بین ۳۶-۳۲ هفته‌گی ویزیت دیگری هست که می‌توان آن را به صورت Telemedicine در هفته ۳۲ انجام داد. در ۳۷-۳۶ هفته‌گی نیز فرد باید یک ویزیت حضوری داشته باشد. ۳۹-۳۸ هفته‌گی مجدداً ویزیت می‌تواند به صورت Telemedicine باشد و در ۴۱-۴۰ هفته‌گی نیز ویزیت به شکل حضوری انجام می‌شود. براساس پروتکل‌ها، گایدلاین‌ها و سیاست کشورهای مختلف دسترسی بیماران به ویزیت‌های حضوری و آنلاین متفاوت است و مطالبی که تاکنون در این رابطه مطرح شد، براساس گایدلاین‌های WHO، RCOG و همچنین گایدلاین اخیر عربستان سعودی در این رابطه بود. در رابطه با افراد باردار پرخطر (High risk) زمان ارجاع و دسترسی آن‌ها به مراکز سطح ۳ قطعاً متفاوت است. در چنین افرادی هر زمان که احساس شود نفع مراجعه حضوری درمقایسه با خطر آلودگی به Covid-19 برای چنین افرادی بیشتر است، بهتر است که مراجعه فرد به صورت حضوری و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی باشد. در بیمارانی که Moderate تا Severe Illness وجود دارد یا Saturation کمتر از ۹۵ درصد است، زمانی که Comorbidity ها وجود داشته باشد و علی‌رغم گرفتن دارو، تب بالای ۳۹ درجه باشد و یا علائم Failure وجود داشته باشد، بیمار باید بستری شود. در خانم‌های باردار هر زمان احساس شود فرد احتیاج به درمان (Medical Therapy) دارد بهتر است بیمار بستری شود. نکته خیلی مهمی که باید توجه شود افراد باردار از کادر درمان هستند که متأسفانه معمولاً فراموش می‌شوند درحالی‌که حفظ سلامتی آن‌ها متضمن حفظ کادر درمان است. چنین افرادی حتماً باید یک ارزیابی خطر (Risk Assessment) همراه با مسئول بیمارستان یا بخش داشته باشند. در اکثر پروتکل‌ها بیان

مراقبت از خانم‌های باردار مبتلا به بیماری Covid-19 بر اساس شدت بیماری در آن‌ها به شرح زیر خواهد بود:
افرادی که نوع Mild و بدون علامت بیماری را نشان می‌دهند: در صورتی که در این افراد comorbidity وجود نداشته باشد می‌توان آن‌ها را به صورت OPD (Outpatient Department) دنبال کرد. آن‌ها را باید ۱۴ روز در قرنطینه قرارداد و Follow up باید به صورت Telemedicine و به صورت آنلاین باشد. در طول زمانی که این افراد در قرنطینه به سر می‌برند Prenatal Care باید به مواقع ضروری و لازم محدود شود. باید به این افراد Self-assessment را به صورت روزانه توصیه کرده و از آن‌ها فیدبک گرفت. به آن‌ها توصیه شود که در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر مراجعه حضوری به مراکز درمان یا تماس تلفنی با پزشک خود داشته باشند:
تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس، عدم جواب دهی تب به داروها، نمی‌توانند به راحتی مایعات را قورت دهند، saturation پایین، درد قفسه سینه به‌صورت Pleuritic و Persistent، حالت گیجی، کبودی (Cyanosis) روی لب و یا نوک انگشتان و یا وجود هرگونه Obstetric Complication.
تعداد ویزیت‌های دوران بارداری در زمان کرونا برای افراد کم خطر (Low risk):
WHO توصیه می‌کند تعداد ویزیت‌ها به ۸ مرتبه محدود شود که ۶ مرتبه از آن‌ها باید حضوری و به صورت One stop clinic باشد به نحوی که خانم باردار در همان یک مرتبه خروج از منزل بتواند تمام آزمایش‌ها، سونوگرافی‌ها و سایر امور مربوط به مراقبت‌های بارداری را انجام دهد از این رو که در هر Session فقط یک‌بار خروج از منزل کافی باشد، تا فرد تماس کمتری با سایر افراد و در نتیجه احتمال کمتری برای آلودگی به کرونا داشته باشد.
در رابطه با نحوه ویزیت، RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) ویزیت اول را در ۶-۸ هفته اول قرار داده است که همزمان یک سونوگرافی و یابیلیتی (Viability Scan) انجام می‌شود. در رابطه با انجام سونوگرافی‌های غربالگری، در مناطقی که میزان آلودگی بسیار زیاد است ترجیحاً از تست NIPT (Non-invasive prenatal testing) استفاده می‌شود و سپس سونوی غربالگری در ۱۸ هفته‌گی یا همان سه ماهه دوم به منظور Anomaly Scan انجام می‌شود. در مناطقی که



بررسی زمان ختم بارداری در افراد مبتلا به کرونا

دکتر شهره روزمه

متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ پریناتولوژی



خفیف هستند و قرار است Terminate شوند، بهتر است Cervical ripening از طریق روش‌های مکانیکی به صورت گذاشتن Cervical Foley و سپس ارجاع فرد به منزل تا زمان Ripening انجام شود. در بیمارانی که به هر دلیلی به صورت In-patient مدیریت می‌شوند، می‌توان همزمان با استفاده از روش مکانیکی و استفاده از اکسی توسین (Oxytocin) یا میزوپروستول (Misoprostol) فرآیند Cervical ripening را انجام داد تا مدت فرآیند Labor Induction کوتاه شود. مادرانی که در Labor Course قرار دارند باید تحت Close Fetal and Maternal Monitoring قرار بگیرند و بهتر است Saturation و Respiratory Rate در مادربه صورت ساعتی ثبت شود و در صورتی که Saturation در مادر کمتر از ۹۵ درصد شود حتماً باید ABG (Arterial Blood Gas) و PaO2 (Partial Pressure of Oxygen) سنجیده شود. در صورتی که PaO2 کمتر از ۷۰ باشد می‌تواند منجر به Placental insufficiency و Hypoxia در جنین شود که در چنین شرایطی باید اقدامات لازم برای Termination و زایمان زود هنگام سریع تر انجام شود.

نمی‌باید در غیر این صورت ختم بارداری توصیه نمی‌شود.

در خانم‌هایی که در سن بارداری بالای ۳۲-۳۰ هفته هستند در صورتی که دچار علائم متوسط تا شدید Covid-19 بوده و یا موارد Critically Ill Patient، اکثر گایدلاین‌ها ختم بارداری را پیشنهاد می‌کنند.

در رابطه با روش زایمان نیز، زایمان به روش طبیعی ارجح است، زیرا سزارین ممکن است باعث آزادسازی سایتوکین (Cytokine)‌های التهابی و فاکتورهای التهابی بیشتر و بدتر شدن شرایط مادر گردد،

بنابراین بهتر است سزارین فقط بر اساس اندیکاسیون‌های مامایی در نظر گرفته شود. همچنین طبق توصیه

American Society of Maternal-Fetal Medicine

در صورتی که در طول زایمان شرایط مادر در حال بدتر شدن باشد، باید تحت سزارین قرار بگیرد.

در صورتی که قرار باشد مادری به روش طبیعی زایمان کند، برای Cervical ripening چه کارهایی باید انجام شود:

در تمام گایدلاین‌ها توصیه می‌شود که مدت اقامت مادر در Labor کوتاه شود به همین دلیل در مادرانی که بدون علامت و یا دارای علائم

در اکثر گایدلاین‌ها توصیه شده که افرادی که بدون علامت و یا دارای علائم خفیف هستند، در صورتی که اندیکاسیون‌های Medical و Obstetric وجود نداشته باشد، تا ۱۴ روز بعد از مثبت شدن تست یا ۷ روز بعد از شروع علائم یا ۳ روز پس از بهبود علائم در مناطقی که امکان گرفتن تست مجدد وجود ندارد، بهتر است برای افراد القای زایمان (Labor Induction) صورت نگیرد.

همچنین توسط American Society of Maternal-Fetal Medicine توصیه شده در افرادی که سن بارداری آن‌ها بالای ۳۹ هفته بوده و دچار علائم خفیف Covid-19 هستند از آنجایی که امکان شدت بیماری و بیشتر شدن علائم وجود دارد بهتر است القای زایمان صورت گیرد. همچنین افرادی که دچار Preeclampsia، Rupture of membranes و یا سایر اندیکاسیون‌های ختم بارداری هستند نیز از این قانون مستثنی خواهند بود.

بر اساس گایدلاین‌ها، برای افرادی که دچار علائم متوسط تا شدید Covid-19 بوده و یا موارد Critically Ill Patient بهتر است تصمیم‌گیری برای ختم بارداری به صورت گروهی باشد، ولی بیشتر نظرات به این صورت است در خانم‌هایی که در سن بارداری زیر ۳۲-۳۰ هفته قرار دارند ختم بارداری فقط در شرایطی برای آن‌ها در نظر گرفته شود که با استفاده از روش‌های مختلف اکسیژن رسانی میزان Saturation آن‌ها افزایش



بررسی Vertical infection، تظاهرات بالینی Covid-19 در نوزادان، مراقبت‌های مربوطه، شیردهی، در آغوش گرفتن نوزاد توسط مادر آلوده

آقای دکتر رضا بهرامی

متخصص کودکان، فوق تخصص نوزادان

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



در رابطه با شیردهی به نوزاد از آنجایی که شیر مادر باعث افزایش ایمنی در نوزادان می‌شود، بنابراین باید شیردهی به نوزاد انجام شود، اما این موضوع به حال عمومی مادر بستگی دارد. اگر حال عمومی مادر خوب باشد با در نظر گرفتن اقدامات حفاظتی مثل شستشوی دست‌ها، شستشوی سینه و استفاده از ماسک مادر می‌تواند نوزاد را در آغوش گرفته و به نوزاد شیر دهد. در صورتی که حال عمومی مادر خوب نباشد، ولی قادر به دوشیدن شیر است، می‌توان از شیر دوشیده شده استفاده کرد اما اگر مادر در ICU بستری شده می‌توان از شیرهای موجود در بانک شیر و در صورت عدم موجودی از شیر مصنوعی استفاده کرد. هرچند که هنوز مستندی برای اثبات انتقال Covid-19 از طریق شیر مادر وجود ندارد اما بهتر است مادران مبتلا و یا مشکوک از اهدای شیر خود خودداری کنند.

در شرایطی که حال عمومی مادر و نوزاد هر دو خوب است، مادر می‌تواند با رعایت پروتکل‌های بهداشتی نوزاد خود را در آغوش گرفته و لمس کند، اما اگر مادر علامت‌دار باشد و بخصوص سرفه داشته باشد بهتر است که چنین کاری انجام نشود و مادر و نوزاد از هم جدا باشند. در صورتی مادر مبتلا اجازه ملاقات فرزند خود در NICU را دارد که دو تست PCR منفی به فاصله ۲۴ ساعت از یکدیگر داشته باشد.

ترخیص نوزادان نیز براساس علائم بالینی انجام می‌شود. اگر نوزاد علامت‌دار نباشد ۲۴ ساعت پس از تولد ترخیص می‌تواند انجام شود و تست PCR دوم نیز می‌تواند در منزل انجام شود. همچنین لازم است این نوزادان تا ۱۴ روز تحت قرنطینه باشند. نیاز است که علائم ناخوشی به همراهان این نوزاد گوشزد شود و این نوزادان در منزل احتیاج به مراقبت فعال خواهند داشت. در نوزادان علامت‌دار ۱۰ روز پس از شروع علائم‌ها، ۳ روز پس از قطع تب، بدون دارو و یا در صورت وجود دو تست PCR منفی به فاصله ۲۴ ساعت امکان ترخیص وجود دارد.

اگر تست PCR برای نوزاد مثبت شود باید به علائم و وضعیت بالینی وی توجه شود. در صورتی که نوزاد مبتلا به Covid-19 بدون علامت باشد نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نداشته و در بخش نوزادان و در یک اتاق ایزوله بستری می‌شود. Vital sign باید هر چهار ساعت چک شود و آزمایش‌های معمول محدودی مثل CRP، CBC diff، همراه Chest X-ray به منظور بررسی درگیری ریه در نوزاد انجام می‌شود.

در صورتی که نوزاد مبتلا به Covid-19 علامت‌دار باشد قطعاً نیاز به بستری در NICU در اتاق ایزوله وجود دارد. Vital sign باید مرتب چک شود و آزمایشات بیشتری نیاز است از جمله CRP، ABG، CBC diff، تست‌های عملکرد کبدی، بیومارک‌های قلبی، تست‌های عملکرد کلیوی به همراه Chest X-ray به منظور بررسی وسعت درگیری ریه در نوزاد انجام می‌شود.

از نظر علامت‌های آزمایشگاهی که این نوزادان ممکن است داشته باشند، لکوسیت‌ها (Leukocytes) ممکن است نرمال و یا کاهش یافته و لنفوپنی (Lymphopenia) داشته باشند. همچنین SGPT، SGOT، LDH، CPK می‌تواند افزایش یافته باشد.

از نظر رویکرد درمانی در نوزادانی که PCR مثبت دارند، اگر نوزاد بدون علامت است احتیاج به هیچ فعالیت درمانی نیست. ولی اگر نوزاد علامت‌دار است، بسته به علائم بالینی که وجود دارد باید درمانی انجام شود. ممکن است به روش‌های حمایتی تنفسی تهاجمی، اکسیژن‌رسانی، اصلاح آب و الکترولیت نیاز باشد. توصیه شده در نوزادان از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف استفاده شود. همچنین ممکن است نیاز به استفاده از سورفکتانت نیز وجود داشته باشد ولی قطعاً داروی ضدپروفس در نوزادان استفاده نخواهد شد. نکته مهم اینست که تمام نوزادانی که PCR مثبت دارند باید در انکوباتور نگه داری شوند، حتی اگر نیاز به حمایت تنفسی تهاجمی وجود داشته باشد.

با توجه به مطالعات تا به امروز انتقال Vertical بیماری Covid-19 از مادر به نوزاد غیر محتمل است، اما تا زمان کامل شدن مطالعات منطقی است که نوزادانی که از مادر مبتلا به کرونا متولد می‌شوند را به عنوان نوزاد آلوده در نظر گرفته و در مواجهه با آن‌ها تمام اقدامات محافظتی انجام شود. همچنین توصیه شده در زمان تولد این نوزادان، متخصص نوزاد حضور داشته باشد تا در صورت نیاز عملیات احیا انجام شود. بهتر است احیا در فضایی خارج از اتاق زایمان انجام شود و در صورتی که چنین امکانی وجود نداشته باشد می‌توان در فاصله ۲ متری از مادر عملیات احیا را انجام داد. تظاهرات و علائم بالینی Covid-19 در نوزادان اختصاصی نیستند. این علائم شامل ناپایداری دمایی بدن نوزاد به صورت Hypothermia یا Hyperthermia، علامت‌های تنفسی مثل Tachypnea، Grunting، Nasal Flaring، علامت‌های گوارشی مثل Vomiting، Diarrhea، Abdominal distension و Lethargy هستند.

نحوه برخورد ما با نوزادی که از یک مادر آلوده و یا مشکوک به Covid-19 متولد شده به علائم و وضعیت بالینی نوزاد در بدو تولد بستگی دارد. اگر بر اساس علائم بالینی نوزاد احتیاج به بستری در NICU وجود داشته باشد اقدام لازم به این صورت است که نوزاد باید در انکوباتور در اتاق ایزوله در NICU که تهویه مناسب نیز داشته باشد، بستری شود. باید برای این نوزاد یک پرستار اختصاصی قرارداد و ۲۴ ساعت بعد از تولد تست PCR برای نوزاد انجام می‌شود.

اگر نوزاد در بدو تولد علائم بالینی پایداری داشته و احتیاج به بستری در NICU نداشته باشد در صورتی که علائم بالینی مادر نیز پایدار است می‌توان نوزاد را در فاصله ۲ متری از مادر و در یک انکوباتور نگه‌داری کرد. در صورتی که انکوباتور وجود نداشته باشد می‌توان از پاراوای نیز استفاده کرد. همچنین و ۲۴ ساعت بعد از تولد تست PCR برای نوزاد انجام می‌شود. اگر تست PCR اول برای نوزاد منفی باشد، ۴۸ ساعت بعد باید تست دوم انجام شود. در صورتی که تست دوم نیز منفی باشد، احتیاجات حفاظتی و تماسی حذف می‌شود و نوزاد نیاز به احتیاطات معمول دارد.

Gen EstroG-100®

Natural Menopause Relief

Peri-and Post-menopausal Management



طریقه مصرف:

یک عدد کپسول دوبار در روز

و یا دو عدد کپسول با هم قبل از خواب

ژن استروچی ۱۰۰

ژن استروچی ۱۰۰ یک محصول کاملاً گیاهی و فاقد فیتواستروژن است. این ترکیب از عصاره ۳ گیاه بومی کره جنوبی تهیه شده است و بیش از ۴۰ سال می باشد که در این کشور برای خانمها در دوران منوپوز استفاده می گردد. همچنین عدم وجود استروژن در ترکیبات آن سبب شده است که برای طیف گسترده ای از خانمها قابل استفاده باشد. محصول ژن استروچی ۱۰۰ تاثیر چشمگیری در بهبود علائم بسیار شایع دوران منوپوز از جمله گر گرفتگی، تعرق شبانه، نوسانات خلقی، اختلالات خواب و خشکی واژن دارد. این محصول دارای گواهینامه NDI از کشور آمریکا، NPN از health کانادا، EFSA از اروپا است و در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می گیرد.



مشابه یک سندرم کاوازاکی که تست کوید ۱۹ مثبت بوده است نیز گزارش شده است.

۲. ضایعات ناشی از استفاده از وسایل محافظتی در برابر کرونا

که می‌تواند مربوط به لباس، عینک، ماسک، شیلد و دستکش باشد که در داخل و خارج از بیمارستان توسط کادر درمان و افراد عادی استفاده می‌شود. همچنین مواد شوینده و ضد عفونی کننده‌ای که توسط افراد استفاده می‌گردد، همه می‌توانند ایجاد درماتیت نمایند. به خاطر تماس این تجهیزات و مواد با پوست، بیماران ممکن است دچار درماتیت تماسی، دسکوامیشن، ابریزن و حتی دیس پیگمنتیشن شوند و گاهی این ضایعات به خاطر تغییر شرایط فیزیولوژیک در افراد، می‌توانند باعث تشدید درماتوزهای قبلی مثل پسوریازیس یا آکنه در این افراد شوند. یکی از بهترین راهکارها برای پیشگیری از بروز این ضایعات عدم خروج غیرضروری از منزل است که نیاز به استفاده از وسایل محافظتی و همچنین شستشو و استفاده از ضد عفونی کننده‌ها را کاهش می‌دهد و در نتیجه درماتیت تماسی کمتری ایجاد می‌شود. توصیه می‌شود افراد از امولینت‌ها و مرطوب کننده‌ها به طور مداوم استفاده نمایند و برای ضد عفونی کردن از الکل ۷۰ درصد همراه با گلیسرین استفاده گردد که رطوبت رسانی نیز برای پوست انجام شود.

۳ - واکنش های پوستی مرتبط با مصرف داروها

برای درمان کوید ۱۹ در کشورهای مختلف پروتوکل های مختلفی وجود دارد و داروهایی مثل هیدروکسی کلروکین و آزیترامایسن استفاده می‌شود که می‌تواند منجر به بروز واکنش های دارویی مثل کهیر، Erythematous maculopapular و AGEP و SJS و فرم های دیگری از آلرژی شود که در زمان ایجاد بیماری شاید افتراق آن ها از این بیماری های پوستی مشکل باشد. هم چنین داروها می‌توانند باعث تشدید درماتوزهای قبلی بیمار شوند. در گزارشات تشدید پسوریازیس ژنرالیزه و پوستولر به دنبال مصرف هیدروکسی کلروکین گزارش شده است.

داروهای ضد ویروس نیز می‌توانند ایجاد Erythematous Maculopapular و AGEP ضایعات شبه آکنه و الوپسی نمایند.

۴ - واکنش ها و عوارض ایجاد شده در ضمام پوستی مرتبط با کرونا

در بیمارانی که بین ۳ تا ۴ ماه قبل به کوید ۱۹ مبتلا شده بودند مواردی با ریزش موی شدید به متخصصین پوست مراجعه می‌کنند که معمولاً به صورت تلون آفولویوم مشابه در بیمارهای تب دار است و در کسانی که طولانی مدت تب های بالا داشتند توقف رشد ناخن هم گاهی مشاهده می‌شود.

در نهایت مواردی وجود دارند که به نظر به کوید ۱۹ مرتبط نیستند اما به جهت جدید بودن ماهیت این بیماری ممکن است در آینده کیس ریپورت های دیگری از تظاهرات متفاوت پوستی در سراسر دنیا ارائه گردد.

از دسامبر ۲۰۱۹ شیوع کوید ۱۹ با تب، دیسترس تنفسی، میالژیا و علائم ریوی شروع شد و در حدود ۱۱ مارس ۲۰۲۰ به صورت پاندمی در سراسر دنیا اعلام گردید. بعد از اوج گیری بیماری کیس ریپورت های متعددی درباره ی بیماریهای پوستی در مقالات گزارش شد و با توجه به اینکه در سایر بیماریهای ویرال مثل تب مخملی و شوک توکسیک و مننگوکوسمی هم علائم پوستی ظاهر می‌گردد، توجه به این علائم برای همه همکاران خط اول درمان علی الخصوص پزشکان عمومی و خانواده و متخصصین پوست به عنوان علائم پرزنته و شروع کننده ی بیماری میتواند در شناخت و قرنطینه بیماران و محدود کردن کوید ۱۹ مفید واقع شود.

تظاهرات پوستی ناشی از کوید ۱۹ به طور کلی به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

۱. ضایعات وابسته به ویروس (skin eruptions related to virus)

۲. ضایعات مرتبط با استفاده از وسایل محافظتی در برابر کرونا (personal protective equipment)

۳. واکنش های پوستی مرتبط با مصرف داروها

۴. واکنش ها و عوارض ایجاد شده در ضمام پوستی مرتبط با کرونا

بیماری کرونا یک بیماری مولتی سیستم است و پوست نیز یکی از ارگانهاست که در طی بیماری درگیر می‌شود و میزان درگیری پوست در گزارشات مختلف بین ۲۰ تا ۴۰ درصد گزارش شده است. ارتباط بین شدت بیماری و تظاهرات پوستی و همچنین زمان به وجود آمدن بثورات مشخص نیست. در یک رجیستری انجمن درماتولوژی آمریکا از بیماران با تست مثبت آزمایشگاهی که بیمارشان تایید شده بود؛ علائم پوستی به ترتیب شیوع: راش موریلیفرم (۲۲٪)، راش پرنیو لایک و chilblaine acral (۱۸٪)، کهیر (۱۶٪)، اریتم ماکولر (۱۳٪)، راش وزیکولر (۱۱٪)، راشهای پاپولو اسکواموس (۹/۹٪)، پور پورای رتریفرم (۴/۶٪) گزارش شده است و در ۶۰٪ این بیماران تب و سرفه وجود داشته است.

۱. ضایعات وابسته به ویروس

A - راش موریلیفرم یا اکزانتماتوز: شایع ترین راش همراه با کوید ۱۹ است که در حدود ۲۲ درصد افراد دارای تظاهرات پوستی، بروز می‌نماید. در ۵۶ درصد موارد با خارش همراه بوده و در تنه و اندام فوقانی دیده می‌شود که می‌تواند در هر دوره ی بیماری (هم ابتدای آن و هم در حین ریکواری بیمار) مشاهده گردد.

B - Pernio-Like Lesion و Chilblain که به آن انگشت کوبیدی یا (Covid Toes) هم گفته می‌شود: به صورت سرمازدگی در قسمت های انتهایی بخصوص انگشتان پا و دست و ناحیه کنار زانو به صورت ضایعات اریتماتوز و ادماتوز، گاهی همراه با خارش یا بدون خارش که سابقه ای از پرنیو نیز ندارند، مشاهده می‌گردد. Pernio-Like Lesion در مرحله دیفرس بیماری ظاهر می‌گردد و معمولاً در جوانترها و در بیمارانی با شدت بیماری کمتر مشاهده می‌شود. پانویز این ضایعات مشخص نیست گرچه یک پدیده انفلاماتوار باشد. ضایعات ظرف ۲ تا ۸ هفته بهبودی می‌یابند و از نظر آماری ۲۵ درصد افرادی که این ضایعات را دارند مبتلا به کوید ۱۹ هستند. اما به طور روتین نیاز به تست کوید برای تمام مبتلایان وجود ندارد. مگر این که این ضایعات بیش از ۴ هفته باقی بمانند.

C - Urticaria: کهیرحاد ژنرالیزه است که در بیش از ۹۰ درصد موارد با خارش همراه است و می‌تواند در سطح بدن منتشر بوده یا در سطح کف دست یا پا لوکالیزه شود که تشخیص آن هم به نفع کوید ۱۹ است که ممکن است همزمان با علائم تنفسی و سایر علائم بروز نماید.

D - Erythematous Maculopapular Rash: که به صورت راش قرمز رنگ در سراسر پوست و در ۱۳ درصد بیماران کوید ۱۹ ظاهر شده که ممکن است با یا بدون خارش و از نظر زمان بیماری متفاوت باشد.

E - Vesicular Rash: در حدود ۹ تا ۱۱ درصد بیماران ظاهر شده که بیشتر در ناحیه تنه و مشابه آبله مرغان است که گاهی همورازیک می‌باشد. وجه افتراقی آن با آبله مرغان این است که ضایعات همه مونومورف و همزمان بوده که میتوان این گونه آن ها را خصوصاً در بچه ها از ضایعات Varicella تشخیص داد. در این بیماران PCR منفی بوده است.

F - Livedo Reticularis Like Eruption و Retiform Purpura: راش نادری در ۵ درصد افراد است که به صورت دیده شدن عروق در ریز پوست ممکن بروز نماید. معمولاً همراه با ضایعات نکروتیک است و در بیماران بستری در ICU مشاهده می‌شود که حدود ۹۰ درصد آن ها دیسترس تنفسی داشتند و باید توجه داشت که این ضایعات در بیماران بدحال و با Mortality Rate حدود ۱۰٪ می‌باشد که دلیل آن Thrombotic Vasculopathy و تغییرات کواگولاسیون است است که در بیماران ایجاد می‌گردد و افزایش دی دایمر درایت بیماران می‌تواند نشانه میکروترومبوزهای متعدد باشد.

H - Papulosquamous Rash: ضایعاتی مشابه پیتیریا زیس روزه ا و علائم کمتر شایع مثل Erythema Multiforme یا لیکن پلان و ضایعات Petechiiae و شبیه تب دنگو نیز گزارش شده اند که آزمایش کوید ۱۹ آن ها مثبت شده است. چند مورد هم در نوزادانی دیده شده است که مادران کوید ۱۹ مثبت داشتند و در نوزاد بلافاصله بعد تولد ضایعات Erythematous Maculopapular و یا راش شبیه میلاریا مشاهده شده که بعد از ۱۰ روز بهبودی داشتند.

و در آخر باید به یکی از سندرم های نادرتر مثل Multi System Inflammatory Syndrome of Child اشاره کرد که با علائم یک راش پلی مورفیک اریتماتو همراه ایندوریشن در دست و پا و موکوزیت مخاط دهان و کونژونکتیویت همراه با علائم سیستمیک در کودک



سالاد ماکارونی و جوانه گندم (غنی از انواع ویتامین‌ها)

ماکارونی فرمی (غنی شده با ویتامین‌های ب و آهن)

آبکش شده	.....	۳ پیمانه
جوانه گندم	.....	۲ پیمانه
خیارشور خردشده	.....	نصف پیمانه
تخم مرغ پخته و خرد شده	.....	۳ عدد
نخود سبز پخته	.....	نصف پیمانه
ذرت پخته	.....	نصف پیمانه
لفل دلمه ای رنگی خرد شده	.....	۲ قاشق غذاخوری
هویج پخته و خرد شده	.....	نصف پیمانه
پیازچه خردشده	.....	۳ قاشق غذاخوری
جعفری خرد شده	.....	۲ قاشق غذاخوری
روغن زیتون	.....	به میزان کافی
نمک و فلفل و آبلیمو	.....	به میزان کافی
لیمو تازه (پس از آماده شدن)	.....	۳-۴ عدد

تمامی مواد بالا را با یکدیگر مخلوط کرده و کاملاً به هم بزنید. حدود نیم ساعت در یخچال قرار داده تا خودش را ببندد. سپس نوش جان کنید.

(در صورت تمایل با آب لیمو تازه)



تاثیر شیر مادر کرونایی بهبودیافته در پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹

ترجمه: دکتر فرناز مشیری

متخصص زنان و زایمان و نازایی



شیر مادر سرشار از آنتی بادی های ضد ویروس است.

محققان هلندی در تحقیقی که اخیراً بر روی شیر مادران کرونایی بهبود یافته انجام دادند دریافتند شیرمادر حاوی آنتی بادهایی است که می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به ویروس کرونا موثر باشد. به گفته این محققان، بیماران می‌توانند برای این منظور یک مکعب یخ حاوی شیر مادر را بکنند، این امر سبب می‌شود که آنتی بادی‌ها بتوانند به غشاهای مخاطی دهان و مجاری هوایی چسبیده و مانع از انتشار بیشتر ویروس کرونا در بدن شوند. طبق گزارش NHS شیر مایل به زرد (آغوز) که چند روز اول پس از تولد، تولید می‌شود. علاوه بر ویروس کرونا، می‌تواند سرشار از آنتی بادهای ضدویروس‌های دیگر مانند آبله مرغان باشد. شیر مادر از کودکان تازه متولد شده در برابر عفونت‌های تنفسی محافظت می‌کند. با تغذیه شیر مادر، آنتی بادی‌ها به کودک منتقل می‌شود.

منبع: WHO

