

بخش دوم؛ عوامل تهدید کننده سلامت:

- بیماری‌های غیرواگیر
- بیماری‌های واگیردار
- کمک‌های اولیه

بیماری‌های غیرواگیر

پدیده‌های شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع که با تغییرات وسیع در سبک زندگی همراه است، در کنار بهبود شاخص‌های بهداشتی که سبب افزایش میزان امید به زندگی شده است، مهمترین عوامل افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر بوده‌اند. بیماری‌های غیرواگیر، مسوول بیش از ۵۳٪ بار بیماری‌ها در سراسر جهان هستند و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل است. به دلیل هزینه‌های درمانی طولانی‌مدت و هزینه‌های بالا از جیب مردم، بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند منجر به هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر شوند. لذا بیماری‌های غیرواگیر از مهمترین موانع توسعه کشورها هستند. چهار بیماری دیابت، فشارخون بالا، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی به همراه چهار عامل خطر کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهمترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر هستند که احتمال مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند. سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ساز آن‌ها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است. کلیدی‌ترین توصیه سازمان بهداشت جهانی این بود که برای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها باید از نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بهره برد و برای موفقیت در این مسیر نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به سمت این بیماری‌ها جهت داده شود. نتایج بررسی‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که چهار بیماری غیرواگیر مهم شامل دیابت، بیماری قلبی و سکت، سرطان و بیماری مزمن تنفسی سالانه مسوول ۲۸ میلیون مرگ هستند. سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌کند در طول ۱۰ سال آینده، بیشترین افزایش در مرگ ناشی از دیابت، بیماری قلبی عروقی^۱، سرطان و بیماری‌های تنفسی در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد.

فشار خون بالا

در سراسر جهان رو به افزایش است و یکی از ده خطر اول سلامتی در سراسر دنیا محسوب می‌شود. پزشکان معتقدند که با کمی تغییر در شیوه زندگی می‌توان تا حد زیادی جلوی این قاتل آرام را گرفت. بیشترین مشکلات فشارخون در فقیرترین کشورهای دنیا وجود خواهد داشت و بر اساس تحقیقات به‌عمل آمده در سال‌های آینده میزان شیوع این بیماری افزایش خواهد یافت.

تعریف فشار خون

خون به‌علت داشتن نیرو (فشار) در شریان‌های اعضاء بدن جاری می‌شود. این نیرو که توسط ضربان قلب و در اثر برخورد خون به جدار شریان بوجود می‌آید فشار خون نامیده می‌شود. فشار خون در دو سطح اندازه‌گیری می‌شود:

¹CVD

فشار حداکثر یا سیستول یا ماکزیمم: در زمانی که قلب منقبض می‌شود و خون وارد سرخرگ‌ها می‌شود و در این حالت فشار خون به حداکثر مقدار خود می‌رسد.

فشار حداقل یا دیاستول یا مینیمم می‌گویند: در زمانی که قلب در حالت استراحت است و در این حالت فشار خون به حداقل مقدار خود می‌رسد.

متوسط فشار ماکزیمم در حد طبیعی ۱۲۰ میلی‌متر جیوه و متوسط فشار مینیمم در حد طبیعی ۸۰ میلی‌متر جیوه است. این دو سطح فشار خون به صورت یک کسر مانند ۸۰/۱۲۰ نشان داده می‌شود که عدد فشارخون ماکزیمم در بالای کسر و عدد فشارخون مینیمم در پایین کسر قرار می‌گیرد.

تقسیم بندی فشار خون

فشارخون طبیعی برای افراد بالغ کمتر از ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه است. اگر فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، به عنوان فشارخون بالا محسوب می‌شود. در مواردی که فشارخون ماکزیمم در یک گروه و فشارخون مینیمم در گروه دیگر قرار می‌گیرد، فشارخون را در گروه بالاتر دسته‌بندی می‌کنیم.

انواع فشار خون بالا

علت ۹۰ الی ۹۵ درصد فشارخون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع فشارخون بالای اولیه گفته می‌شود. اگر علت فشارخون بالا شناخته شده باشد، مثلاً به علت بیماری‌های کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرص‌های ضد بارداری و ... باشد آن را فشار خون بالای ثانویه می‌نامند. این نوع حدود ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می‌شود.

عوامل خطرزمینه ساز (مستعد کننده) فشار خون بالا

بیماری فشارخون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می‌دهند: ارث: در برخی خانواده‌ها استعداد ابتلاء به بیماری فشارخون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر مبتلا به فشار خون بالا باشند، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است.

جنس: شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می‌شود.

سن: با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می‌یابد.

افزایش چربی خون و مصرف سیگار و سایر دخانیات: اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی‌شوند اما در دراز مدت به علت ایجاد بیماری تصلب شرائین (سختی جدار رگ‌ها) باعث تشدید فشارخون بالا می‌شوند.

چاقی: احتمال ابتلا به بیماری فشارخون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

بیماری قند (دیابت): در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، فشار خون بالا، اختلال بینایی و آسیب کلیه است.

کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی: از راه‌های مختلف می‌تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد، از جمله می‌تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه ساز فشارخون بالا است.

حساسیت به نمک: در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلورسیدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشار خون تأثیر زیادی دارد.

فشارهای روحی و عصبی: اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تأثیر فشارهای روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می‌دهد، اما شواهد مذکور برای تأیید قطعی این رابطه کافی نیست.

علائم بیماری فشار خون بالا

افرادی که مبتلا به فشارخون بالای اولیه هستند، ممکن است سال‌ها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی دچار علائمی مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت می‌شوند که دچار عوارض فشارخون بالا شده‌اند. تنها راهی که می‌توان به آن پی برد، اندازه‌گیری فشار خون بوسیله دستگاه فشارسنج است.

عوارض بیماری فشار خون بالا

اگر فشار خون به مدت زیادی بالا رود و به طور مناسب درمان نشود، به رگ‌های بدن آسیب می‌رساند و گاهی باعث پارگی این رگ‌ها می‌شود. از جمله زیان‌های فشارخون بالا در درازمدت تصلب شرائین است که موجب سختی شریان‌ها و انسداد آن‌ها می‌شود و نهایتاً موجب کاهش جریان خون به عضله قلب و سکتة قلبی می‌شود. علاوه بر گرفتاری عروق قلب عضله قلب ضخیم می‌شود و در صورت عدم درمان به موقع بیمار مبتلا به نارسایی قلب می‌شود. اگر مغز گرفتار شود سکتة مغزی اتفاق می‌افتد و اگر ناگهان فشارخون افزایش یابد ممکن است عروق مغز پاره شود و خونریزی‌های مغزی اتفاق افتد. عروق چشم نیز در بیماری فشارخون بالا گرفتار می‌شود و موجب اختلال بینایی به شکل‌های مختلف می‌شود. اگر رگ‌های اندام تحتانی دچار تصلب شرائین شوند درد عضلات به هنگام راه رفتن ایجاد می‌کند. ناتوانی جنسی نیز از عوارض گرفتاری عروق پا ناشی از فشارخون بالاست. در فشارخون بالا کلیه‌ها بیمار می‌شوند و ممکن است به نارسایی کلیه منجر شود.

راه‌های پیشگیری از بروز بیماری فشارخون بالا

تغییر و بهبود روش‌های زندگی: موجب کاهش عوامل خطری که در بیماری قلبی عروقی مؤثرند، می‌شود. از جمله تغییراتی که در روش زندگی داده می‌شود تغییر رژیم غذایی است که شامل مصرف میوه، سبزی و کاهش مصرف غذاهای پرچرب است. کاهش وزن بدن: می‌تواند در کاهش فشارخون بالا مؤثر باشد. افرادی که چربی در قسمت بالاتنه مثل شکم دارند مستعد ابتلا به فشارخون بالا و هیپرلیپیدمی (افزایش چربی خون)، دیابت و بیماری عروقی هستند. کاهش وزن حتی به اندازه ۳/۵ کیلوگرم در کسانی که اضافه وزن دارند می‌تواند بطور قابل ملاحظه‌ای فشار خون را کاهش دهد یا اثر داروهای ضدفشارخون بالا را افزایش دهد.

محدودیت مصرف نمک: کاهش مصرف نمک سطح فشار خون را پائین می‌آورد و موجب کاهش مقدار داروهای مورد نیاز می‌شود. از طریق کاهش دفع کلسیم از راه ادرار از پوکی استخوان و سنگ کلیه جلوگیری می‌شود. کاهش نمک همراه با مصرف پتاسیم خوراکی از پیشرفت افزایش فشار خون جلوگیری می‌کند و تنظیم فشارخون را آسانتر می‌نماید. کاهش پتاسیم خون منجر به افزایش فشارخون می‌شود. مصرف پتاسیم در کسانی که نارسایی کلیه دارند باید با احتیاط صورت گیرد.

ترک سیگار: در کنترل فشار خون بالا مؤثر است. به هر شکل آن (سیگار، چپق، قلیان) از عوامل مهم ایجاد بیماری قلبی-عروقی است. در فرد مبتلا به فشارخون بالا بسیار ضروری است که بیمار از مصرف دخانیات اجتناب کند. اگرچه استرس فشارخون را بطور حاد افزایش می‌دهد، اما حفظ آرامش در کنار رعایت دیگر موارد می‌تواند در کنترل فشارخون بالا مؤثر باشد.

فعالیت بدنی منظم: به صورت پیاده روی به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه (طی سه روز در هفته) می‌تواند فشارخون بالا را کاهش دهد. چربی خون بالا یک عامل خطر مهم دیگر برای افزایش فشارخون بالاست. پس لازم است که این اختلال نیز با رژیم غذایی و یا درمان برطرف شود.

شیوه‌های درمان فشار خون بالای اولیه

فشارخون بالای اولیه درمان قطعی ندارد و احتمال بهبودی کامل بسیار نادر است. اما اگر فشارخون بالا به موقع تشخیص داده و درمان شود و بیمار بطور مرتب تحت مراقبت باشد، قابل کنترل است و می‌توان از عوارض آن پیشگیری نمود. در فشارخون بالای ثانویه اگر علت و بیماری‌های مسبب فشارخون بالا درمان شود، در اکثر موارد فشارخون به وضع طبیعی برمی‌گردد و بیمار بهبود می‌یابد. در بعضی از بیماران با وجود رعایت درمان غیردارویی فشار خون تا حد مطلوب کاهش نمی‌یابد و لازم است برای تنظیم فشار خون بالا از دارو نیز استفاده شود، دارو توسط پزشک تجویز می‌شود.

داروها ممکن است عوارضی مثل سرگیجه، خواب‌آلودگی، تنگی نفس شدید، تپش قلب، تهوع، استفراغ و حساسیت ایجاد کنند که باید در سیر درمان بیمار به آن‌ها توجه داشت. در صورت مشاهده عوارض نامبرده، باید بیمار را به موقع به پزشک ارجاع داد تا مقدار دارو را کاهش دهد و یا در صورت لزوم مصرف داروی مورد نظر را قطع کند و داروی جدیدی تجویز کند. عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و اولاً فرد نباید قبلاً این علائم را داشته باشد و ثانیاً عوارض آن بیش از یک‌بار ظاهر شود. مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است.

مراجعه به پزشک: اگر فرد دارای میانگین فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، او را بمنظور تأیید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری دهید. اگر میانگین فشارخون ماکزیمم ۱۷۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد، فرد را ارجاع فوری دهید. اگر فردی با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب‌آلودگی، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، فشارخون او را اندازه بگیرید. اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر بود او را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب‌آلودگی، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، او را ارجاع فوری دهید. فشارخون بیماران تحت درمان باید کنترل شده باشد (فشارخون هدف، فشارخون کمتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ میلی‌متر جیوه است، مگر در موارد خاص که ممکن است طبق دستور پزشک فشارخون هدف برای بیمار کمتر از مقدار تعیین شده باشد). اگر در زمان مراقبت بیماران فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. در بیماران یک بار اندازه‌گیری فشار خون برای ارجاع به پزشک کافی است.

مهمترین اقدامات برای پیشگیری از فشارخون بالا

آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر:

- از مصرف نمک زیاد پرهیز شود (میزان مصرف نمک روزانه برای افراد عادی باید کمتر از ۵ گرم و برای افراد بالای ۵۰ سال باید کمتر از ۳ گرم باشد).
- از پرخوری و مصرف غذاهای پرچربی خودداری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود.
- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه ریزی شود.
- فعالیت‌بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد.
- افراد سالم حداقل هر سه سال یکبار حتماً فشارخونشان را اندازه‌گیری نمایند.

توصیه‌های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی

راهنمای تغذیه: خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است. ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون مواد غذایی باشند. از مصرف زیاد نمک خودداری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید. غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آب‌پز، بخارپز یا کبابی تهیه کنید و حتی‌المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خودداری کنید

سعی کنید لبنیات کم چربی، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید. از سبزیجات، سالاد و میوه‌جات به مقدار زیاد مصرف کنید. غذاهای نشاسته‌ای مثل نان، ماکارونی، دانه‌های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید. از مصرف نوشابه‌های گازدار شیرین اجتناب کنید. مصرف شکر، شیرینی، شکلات، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید. بجای کره، روغن‌های جامد و یا دنبه از روغن‌های مایع استفاده کنید. گوشت، امعاء و احشاء (جگر، مغز، دل و قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید. مصرف زرده تخم مرغ را محدود کرده (حداکثر ۳ عدد در هفته)، حبوبات مثل عدس، لپه و لوبیا را بیشتر کنید و حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سبوس‌دار مصرف کنید.

راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید ترک، کار دشواری نیست. علائم ترک ۱-۲ هفته باقی می‌ماند که ممکن است آزار دهنده باشد. اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و ما بقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو می‌آورند که ممکن است به دلیل شرایط پیش بینی نشده یا فشارهای روانی شدید باشد. بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است، عادت‌ی که می‌توان آن را کنار گذاشت.

راهنمای ورزش

تمام ورزش‌ها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد. ورزش‌هایی استقامت بدن را زیاد می‌کنند که در آن‌ها حرکات بدنی بطور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند مثل راه رفتن سریع، دویدن، شنا، دوچرخه‌سواری و طناب زدن. حرکات موزون و ملایم بهترین نوع ورزش هستند، مانند دوچرخه‌سواری، شنا، راهپیمایی و طناب زدن. باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل مؤثر در ابتلاء به بیماری قلبی است. سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد. باید به یاد داشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد. به اندازه‌ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید، نه به اندازه‌ای که از پا بیافتید. سطح مطلوب ورزش یعنی اینکه درحین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد. همیشه قبل از شروع ورزش، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید. برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید. سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم‌تر به ورزش ادامه دهید. تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید. درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید. در واقع "بدن می‌گوید ورزش کافی است". بهتر است حداقل هفته‌ای سه روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتی که نتوانید یک جا ۳۰ دقیقه فعالیت کنید می‌توان فعالیت بدنی را در طول روز به سه نوبت ۱۰ دقیقه‌ای تقسیم کرد.

حمله قلبی، سکته مغزی و عوامل خطرآفرین آن‌ها

بیماری‌های قلبی عروقی با میزان ۴۶٪ کل مرگ‌ها، اولین علت مرگ در ایران در سال ۱۳۸۰ است. عمده این مرگ‌ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که ۲۴٪ مربوط به سکته‌های قلبی، ۱۰٪ مربوط به سکته‌های مغزی و ۱۲٪ مربوط به سایر بیماری‌های قلبی عروقی است. داشتن یک قلب سالم بسیار حیاتی است. قلب بدون توقف برای سال‌های طولانی کار می‌کند تا از زندگی کامل‌تر و طولانی‌تر لذت ببرید. ما در هر سن و جنسی می‌توانیم در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی باشیم اما می‌توانیم با یک سری اقدامات به موقع و ساده یعنی با علم به نحوه تغییر شیوه زندگی نامناسب و آگاهی از شرایط بروز بیماری‌های قلبی عروقی، خطر آن را کاهش دهیم.

قلب

قلب انسان یک پمپ عضلانی است که با انقباض خود، خون را به عضلات و بافت‌های بدن می‌رساند. خون حاوی غذا و اکسیژن است و مورد استفاده سلول‌های اعضای بدن قرار می‌گیرد. برای انجام این کار خود عضله قلب هم دائماً نیاز به ذخیره اکسیژن دارد. در سطح قلب دو شریان اصلی تغذیه کننده عضله قلب به نام عروق کرونر راست و چپ قرار دارند که عضله قلب اکسیژن و مواد مغذی خود را از طریق انشعابات این دو شریان بدست می‌آورد.

حمله قلبی

اگر کلسترول و سایر مواد چربی موجود در خون به تدریج در دیواره داخلی شریان‌های بدن رسوب کنند، ایجاد پلاک‌هایی در شریان می‌کنند که سبب می‌شود جدار شریان در آن منطقه سفت و سخت شود. به این شرایط آترواسکلروز یا تصلب شرائین می‌گویند. بطور طبیعی رسوب چربی در شریان از کودکی آغاز می‌شود. در طول زمان این رسوب‌های چربی در عروق کرونر قلب، بتدریج شریان‌ها را تنگ و باریک می‌کنند و جریان خون به عضله قلب را کم یا در نهایت متوقف می‌کنند. به حالتی که خون ناکافی به عضله قلب می‌رسد کم خونی عضله قلب یا ایسکمی می‌گویند. این وضعیت سبب ایجاد درد قلبی می‌شود. اگر سطح پلاک‌های چربی در دیواره شریان ترک بخورد یا زخمی شود، به علت عبور خون در رگ کم روی آن سطح، لخته خون تشکیل می‌شود. اگر یک لخته خون در شریان باریک شده بطور کامل مسیر جریان خون را مسدود کند، چون عضله قلب از اکسیژن محروم می‌شود، آسیب می‌بیند و بخشی از بافت عضله قلب (میوکارد) که توسط آن شریان تغذیه می‌شود، می‌میرد. پزشکان به این وضعیت حمله قلبی یا در اصطلاح پزشکی به علت آسیب دائمی عضله قلب، سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد) می‌گویند. بقاء، پس از حمله قلبی بستگی به تشخیص سریع علائم هشدار دهنده و دریافت فوری خدمات پزشکی دارد.

علائم بروز حمله قلبی

احساس پری، احساس فشار آزار دهنده، سنگینی، ناراحتی یا درد در وسط قفسه سینه که معمولاً بطور ناگهانی و طولانی برای بیش از چند دقیقه (۲ دقیقه) ادامه یابد از علائم بروز حمله قلبی است. خصوصاً اگر درد به شانه‌ها، گردن یا بازوها، گلو و فک پایین منتشر شود. گاهی افرادی که دچار درد قلبی می‌شوند، این درد و ناراحتی را بصورت احساس فشار ناشی از ایستادن فردی بر روی قفسه سینه یا احساس فشار ناشی از پیچیدن طناب بدور قفسه سینه شرح می‌دهند. سایر نشانه‌ها شامل احساس سبکی سر، سرگیجه شدید بدون علت، غش، تنگی نفس (در حال استراحت یا در حال فعالیت)، عرق کردن و ناراحتی معده است و ممکن است همراه با درد سینه یا تنگی نفس، حالت تهوع نیز رخ دهد. باید به خاطر داشت همیشه در حمله قلبی تمام این علائم با هم رخ نمی‌دهد و ممکن است در هر فرد نشانه‌های مختلفی وجود داشته باشد. به طور معمول درد و ناراحتی بسیار شدید است، اما در بعضی موارد ممکن است شدت درد معمولی باشد و گاهی نیز بیمار به علت خفیف بودن نشانه‌ها از درخواست کمک خودداری کند. ممکن است در بعضی از بیماران درد سینه وجود نداشته باشد و فقط نشانه‌هایی از درد در بازو یا گلو داشته باشند. معمولاً دردهای تیر کشنده جزء علائم قلبی نیستند. اغلب اوقات وقتی مردم دارای نشانه‌های حمله قلبی هستند، بطور طبیعی منکر این اتفاق می‌شوند و امیدوار هستند که وضعیتی مانند مشکل سوء هاضمه یا کشیدگی عضلانی سینه باشد و در رفتن به بیمارستان تأخیر می‌کنند. این کار می‌تواند مرگ‌آور باشد، زمان در این واقعیه بسیار حیاتی است و هر چه درمان زودتر انجام شود، عضله قلب کمتر آسیب می‌بیند و احتمال بقاء افزایش می‌یابد.

اقدامات لازم در مواقع بروز علائم قلبی

اگر نشانه‌های فوق در فردی رخ دهد و بیش از چند دقیقه ناراحتی ادامه یابد، باید بیمار مستقیماً به بیمارستان برده شود، پس فوراً اورژانس (فوریت‌ها) را خبر کنید. اگر اورژانس به دلایلی در دسترس نباشد، هر چه زودتر بیمار را به بیمارستانی که دارای خدمات فوریت‌های قلبی است، برسانید. در این شرایط بیمار باید استراحت کند و نباید هیچ فعالیتی انجام دهد تا با برانکاردر یا صندلی چرخدار به مرکز درمانی حمل شود. فعالیت بیمار نیاز به خون و اکسیژن بدن و عضله قلب را افزایش می‌دهد و

سبب می‌شود بخش بیشتری از بافت قلب دچار کم خونی شود و آسیب ببیند. کیفیت زندگی بعد از بروز حمله قلبی بستگی به مقدار آسیب عضله قلب دارد. هر چه آسیب کمتر باشد، کیفیت زندگی فرد بهتر می‌شود. خوشبختانه داروهایی در حال حاضر موجود هستند که می‌توانند لخته خونی را که شریان قلب را مسدود کرده است، حل کند و از بین ببرد. به دو دلیل باید فوری به بیمارستان مراجعه کرد:

۱. اگر این شریان بعد از حمله قلبی سریعاً باز شود، خصوصاً در یک تا دو ساعت اول بعد از حمله، مقدار آسیب عضله قلب به مقدار زیادی کاهش می‌یابد و شانس بقاء و زندگی زیاد می‌شود.

۲. حمله‌های قلبی می‌توانند سبب اختلال جدی ضربان قلب و سبب توقف ناگهانی جریان خون به بدن شوند که به آن ایست قلبی می‌گویند.

ایست قلبی

ممکن است دارای علائم معمولی یک حمله قلبی باشد یا ممکن است بدون اخطار قلبی با افتادن بیمار که ظاهراً مرده به نظر می‌رسد، رخ دهد. وضعیت فرد باید هر چه سریعتر به وضعیت طبیعی برگردد، در غیر این صورت بیمار فوت می‌کند. فقط آمبولانس‌های مجهز خاص و بیمارستان‌ها تجهیزات مورد نیاز برای برگرداندن ایست قلبی را دارند.

اقدامات لازم در مواقع بروز ایست قلبی

ایست قلبی زمانی تشخیص داده می‌شود که بیمار بطور ناگهانی بیهوش می‌شود و نبض و غالباً تنفس وجود ندارد. اگر یک ایست قلبی در بیمارستان یا آمبولانس رخ دهد، پزشکان یا کارکنان آمبولانس فوراً یک شوک الکتریکی با استفاده از دستگاه مخصوص به بیمار می‌دهند. اگر ایست قلبی در خانه یا خیابان رخ دهد، بیمار زنده نمی‌ماند، مگر جریان خون و اکسیژن در مدت کوتاهی مجدداً برقرار شود. این یعنی کسی باید سریعاً احیای قلبی عروقی را شروع کند، که ترکیبی از ماساژ خارجی قلبی و تنفس دهان به دهان است.

آنژین صدری (درد قلبی)

آنژین صدری، درد قلبی یا همان درد قفسه سینه یا قفسه صدری است، اما یک حمله قلبی نیست. وقتی عضله قلب بطور موقت دچار کم خونی می‌شود و اکسیژن کافی به آن نمی‌رسد، درد قلبی یا آنژین رخ می‌دهد. چون برخلاف حمله قلبی یک لخته خون مانع جریان خون نشده است و ذخیره خون ناکافی عروق کرونر قلب موقتی است، هیچ آسیبی به قلب نمی‌رسد. زمانی که یک بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌دود یا به سرعت از یک سر بالایی یا پله بالا می‌رود یا خیلی عصبانی و یا هیجان زده می‌شود، قلب سخت‌تر کار می‌کند و اکسیژن بیشتری نیاز دارد. در این شرایط عروق کرونر قلب چون باریک هستند نمی‌توانند جریان خون مورد نیاز را حمل کنند، لذا عضله قلب دچار کمبود اکسیژن می‌شود و درد ایجاد می‌شود. این درد مشابه درد حمله قلبی است و به صورت سوء هاضمه یا فشار و سنگینی که به گردن، فک، پشت، شانه‌ها و بازوها منتشر می‌شود، احساس می‌شود. بطور معمول زمانی که فرد فعالیتی را که سبب درد شده است، متوقف می‌کند آنژین از بین می‌رود. گاهی قرص‌های نیتروگلیسرین مورد نیاز است. اما اکثراً به محض قطع فعالیت و استراحت، درد قلبی رفع می‌شود. افراد بیمار می‌توانند بدون اینکه دچار حمله قلبی شوند، برای سال‌ها آنژین داشته باشند. اما اگر این آنژین با تکرار بیشتر یا با تقلا و کوشش کمتر یا حتی بدون فعالیت رخ دهد، سریعاً باید به پزشک مراجعه کرد، چون فوراً درمان بیشتر و جدی‌تری مورد نیاز است. درد سینه همیشه درد قلبی نیست و ممکن است به دلایل دیگر رخ دهد و ربطی به قلب نداشته باشد. برای اینکه تشخیص داده شود این درد، مربوط به قلب است، نیاز به انجام معاینات و آزمایش‌های لازم توسط پزشک دارد. درد قلبی می‌تواند به علت برگشت اسید معده به مری ایجاد شود، اما معمولاً بصورت سوزش در پشت و پایین‌تر از استخوان جناغ سینه

احساس می‌شود که به سرعت با مصرف داروهای ضد اسید یا شیر از بین می‌رود. التهاب شش‌ها، پرده جنب، عضلات سینه و التهاب مفاصل دنده ای نزدیک جناغ سینه نیز از علت‌های شایع درد سینه هستند.

اقدامات لازم در مواقع بروز درد قلبی توسط بیمار

اگر درد قلبی در حین فعالیت ایجاد شود، فوراً باید فعالیت را متوقف کرد و استراحت کرد. این کار اغلب ناراحتی را کاهش می‌دهد. افرادی که بیماری عروق کرونر قلب دارند و احتمال بروز درد یا حمله قلبی در آن‌ها بیشتر است باید همیشه همراه خود داروی سریع‌الاثرب نیتروگلیسرین داشته باشند. این داروها دیواره عروق کرونر را گشاد می‌کنند و جریان خون را به عضلات قلب بیشتر می‌کنند و نیاز به اکسیژن را کاهش می‌دهند. بهتر است در ابتدا از نصف قرص (اگر به صورت دانه تسبیح نباشد) شروع کرد. اگر همراه با استراحت، درد کاهش نیافت تا سه قرص را می‌توان مرحله به مرحله زیر زبان گذاشت. نباید برای تسکین درد از مقادیر بیشتر داروهای زیر زبانی استفاده کرد.

در صورت بروز هر یک از علائم زیر، سریعاً باید با پزشک یا مرکز فوریت‌ها تماس گرفت:

درد قلبی بیش از ۱۰-۱۵ دقیقه ادامه یابد، درد قلبی که شدیدتر از حالت طبیعی باشد، بعد از گذاشتن سه قرص زیر زبانی درد ساکت نشود، درد قلبی بدون دلیل واضح، بطور مکرر رخ دهد، برای اولین بار درد قلبی در حالت استراحت رخ دهد و اینکه نشانه‌های جدیدی مثل تعریق و تنگی نفس ایجاد شود. قابل توجه اینکه بیماران هرگز نباید بیش از ۵ دقیقه برای دریافت کمک صبر کنند.

دستورالعمل تشخیص سکنه قلبی

اگر با فردی که یکی از علائم تنگی نفس، سرگیجه شدید و بدون علت و یا احساس ناراحتی یا درد قفسه سینه مواجه شد باید مشکوک به سکنه قلبی شده و فشار خون او را اندازه بگیرید و از بیمار سوال کنید:

- آیا احساس درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه می‌کند؟
 - آیا درد به گردن، شانه‌ها و بازوها انتشار دارد؟
 - آیا برای اولین بار است که این نوع درد را دارید؟
- اگر پاسخ هر یک از سوالات خیر بود از بیمار سوالات زیر را بپرسید:
- آیا درد با غذا خوردن، دراز کشیدن یا خم شدن تشدید می‌شود؟
 - آیا در پوست قفسه سینه احساس سوزش دارد؟
 - آیا درد با تنفس عمیق بدتر می‌شود؟

درمان و ارجاع به پزشک

اگر پاسخ هر سه سوال اول، بلی بود اقدامات زیر را انجام دهید: از بیمار در مورد سابقه ابتلاء به بیماری فشار خون بالا سوال کنید، در صورتی که سابقه بیماری فشار خون بالا دارد او را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر این وضعیت به طور ناگهانی برای فرد ایجاد شده باشد یا اگر فرد مدت‌ها این علائم را دارد ولی این بار با علائم شدیدتر مراجعه کرده است، بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. در صورتی که علائم بیمار از قبل وجود داشته و شدت آن در حال حاضر تغییر نکرده است بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. در صورتی که میزان فشار خون بیمار ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر بیمار دارای سابقه سکنه قلبی با یکی از علائم تنگی نفس ناگهانی، سرگیجه و درد قفسه سینه مراجعه کند و این نشانه‌ها شدید باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر بیمار دارای سابقه سکنه قلبی با یکی از علائم تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند و این نشانه‌ها خفیف باشد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. بیماران

مبتلا به بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداده باشد، هر سه ماه یک بار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیر فوری دهید.

پیگیری و مراقبت بیماران

قبل از ارجاع فوری بیمار اقدامات زیر را انجام دهید: بیمار را بدون حرکت نگه دارید و بر روی تخت بخوابانید. در صورت وجود امکانات از اکسیژن با شدت دو لیتر در دقیقه استفاده کنید و بر روی بینی بیمار قرار دهید. در صورت عدم وجود امکانات بدون حرکت دادن بیمار و با استفاده از برانکارد یا صندلی چرخدار بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. در ابتدا بیمار باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شود. بعد از این که وضعیت وی ثبات پیدا کرد، بیمار باید بطور معمول حداقل سه ماه یک بار توسط بهورز و سه ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با فاصله یک ماه از مراقبت بهورز) پیگیری و مراقبت شود. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاه‌تر شود. اگر بیمار مبتلا به بیماری فشار خون بالا و یا دیابت باشد، باید طبق دستورالعمل برنامه‌های کشوری فشار خون بالا و دیابت نیز مراقبت شود. اگر در مراقبت بیمار، فشار خون ماکزیمم او ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون مینیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید.

پیشگیری از بیماری سکته قلبی

از مهمترین اقدامات، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر است: از مصرف نمک زیاد پرهیز شود. از پرخوری و مصرف غذاهای پرچربی خودداری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود. از استعمال دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه‌ریزی شود. افراد سالم حداکثر هر سه سال یکبار حتماً فشار خونشان را اندازه‌گیری نمایند. هر فردی که مبتلا به بیماری قلبی عروقی است، باید از قبل شماره فوریت‌های پزشکی (اورژانس) محل زندگی خود و سریعترین مسیر رسیدن به بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی از خانه یا محل کار خود را بررسی کند و آن را یاد بگیرد. این فرد باید با پزشک خود در مورد اقداماتی که می‌تواند قبل از رسیدن پزشک انجام دهد، صحبت کند. اطلاعات اورژانسی (اطلاعات مربوط به شرایط خاص و بیماری‌هایی که دارد) را با خود در همه جا به همراه داشته باشد و این اطلاعات را به فردی که او را می‌شناسد و نزدیک اوست، نیز بدهد.

توصیه‌های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی (دقیقاً متناسب با توصیه‌های ارائه شده در فشار خون بالا شامل راهنمای تغذیه، راهنمای ترک سیگار و راهنمای ورزش) است.

بهبودی و بازتوانی

اغلب افرادی که به علت حمله قلبی بستری شده‌اند، افسرده و مضطرب می‌شوند. این افراد درباره توانایی انجام فعالیت‌های جسمی، اجتماعی، حرفه‌ای و جنسی خود نگران هستند. معمولاً به جزء در مواردی که حمله قلبی بسیار شدید و عضله قلب خیلی ضعیف شده است و فعالیت بیمار باید محدود شود، دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. اکثر افرادی که دچار حمله قلبی شده‌اند اگر به موقع و صحیح مراقبت شوند، می‌توانند همانند قبل کارهایشان را انجام دهند. توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب، لازم است تا اثرات بی‌حرکی ناشی از دوران بستری را کاهش دهد. معمولاً بیمار به علت این که تحمل فعالیت و ورزش را ندارد و از بروز درد قلبی می‌ترسد، تمایل به حرکت ندارد و در نتیجه در بستر می‌ماند و حرکت نمی‌کند. هدف از بازتوانی بیماران قلبی، برگرداندن فرد به جامعه است، اما مراحل اولیه باید در بیمارستان انجام شود. در بیمارستان می‌توان مهارت‌های حرکتی را تمرین کرد. بیماری که سکته قلبی کرده است یا جراحی قلب داشته است نیاز به برنامه فعالیتی دارد که به تدریج پیشرفت کند و محدودیت‌های حرکتی او را کاهش و تحمل فعالیت او را افزایش دهد. در این برنامه بیماران

یاد می‌گیرند که علائم ناخواسته‌ای که ممکن است طی فعالیت رخ دهد را بشناسند. فعالیت‌های اولیه باید تحت نظارت انجام شود.

سکته مغزی

اگر سلول‌های مغز اکسیژن از خون دریافت نکنند، از بین می‌روند و حمله مغزی یا سکته مغزی رخ می‌دهد. سکته مغزی به علت شرایط مختلف ایجاد می‌شود:

انسداد مغزی: زمانی که دیواره داخلی شریان‌ها با پلاک چربی پر می‌شوند، شریان‌ها باریک شده و جریان خون آهسته و احتمال ایجاد لخته بیشتر می‌شود. یکی از مهمترین دلایل شایع سکته مغزی، ایجاد لخته خون در شریان مغز و مسدود شدن آن است. بعضی اوقات وقتی یک لخته خون یا سایر انواع ذرات در خون در یکی از رگ‌های بدن دور از مغز (معمولاً در عروق قلب) تشکیل می‌شود، توسط جریان خون سرگردان می‌شود و در عروق حرکت می‌کند تا اینکه بالاخره در یک شریان جابگیرد. اگر این لخته خون در شریان مغز جا بگیرد، جریان خون را مسدود می‌کند این وضعیت به سکته مغزی منجر می‌شود. **خونریزی مغزی:** زمانی که یک شریان بیمار (آسیب دیده) در مغز پاره می‌شود و خون به داخل بافت اطراف منتشر می‌شود، نیز سکته مغزی رخ می‌دهد و به آن خونریزی مغزی می‌گویند. وقتی یک شریان پاره می‌شود، سلول‌هایی که توسط این شریان تغذیه می‌شوند از خون محروم شده و به علت فشاری که در اثر تجمع خون در فضای بین مغز و جمجمه ایجاد می‌شود، تحت فشار قرار می‌گیرند. به علت نرسیدن خون به بافت مغز، سلول‌های آن قسمت از مغز از بین می‌روند و در عملکرد مغز یعنی در همان قسمتی که بافت آن آسیب دیده است تداخل ایجاد می‌شود. این تداخل سبب ناتوانی جسمی در فرد می‌شود. علل ایجاد کننده خونریزی مغزی: اگر هم تصلب شرایین و هم فشارخون بالا وجود داشته باشد، احتمال بروز آن بیشتر است. ضربات مغزی نیز می‌توانند سبب خونریزی از شریان مغز شوند.

آثار سکته مغزی

وقتی یک سکته مغزی رخ می‌دهد، سلول‌های عصبی در قسمت بافت آسیب دیده مغز به علت نرسیدن خون کافی نمی‌توانند عمل کنند، یعنی قسمتی از بدن هم که تحت کنترل این سلول‌ها هستند و از آن‌ها فرمان می‌گیرند نیز نمی‌توانند کار کنند. نتیجه معمولی یک سکته مغزی فلج یک طرف از بدن، کاهش توانائی در صحبت کردن یا درک صحبت دیگران و از دست دادن حافظه است. زمانی که یک سکته مغزی به مغز آسیب می‌رساند، اثرات آن ممکن است جزئی یا شدید و نیز موقتی یا دائم باشد. این وضعیت بستگی به وسعت آسیب مغز و نوع سلول‌های مغزی دارد که آسیب دیده‌اند. اثرات آن نیز به این بستگی دارد که چگونه بدن مجدداً جریان خون قسمت آسیب دیده مغز را برقرار می‌کند. سلول‌های مغزی آسیب دیده نمی‌توانند بهبود یابند یا اینکه سلول‌های جدید ایجاد کنند، بنابراین پیشگیری از سکته مغزی با اصلاح عوامل خطرآفرین، بسیار مهم است.

علائم بروز سکته مغزی

احساس ضعف یا بی‌حسی و کرختی ناگهانی در صورت، بازو و یا پا در یک طرف بدن (فلج اندام‌ها بصورت یک طرفه)، اختلال بینایی (دو بینی، تاری دید شدید یا کاهش بینایی بخصوص در یک چشم، بینایی نصفه، دیدن لکه‌های سیاه در جلوی چشم)، اختلال تکلم (از دست دادن توانائی صحبت کردن، لکنت زبان، سنگین شدن زبان، پاسخ‌های بی‌مورد و بی‌جا)، سردرد ناگهانی شدید و بدون علت، گیجی ناگهانی و بدون علت، اختلال در تعادل بدن (تلولو خوردن یا افتادن ناگهانی) و سرگیجه بسیار شدید، خصوصاً همراه با هر یک از نشانه‌های قبلی.

بسیاری از سکته‌های مغزی با تشخیص و کنترل سکته قلبی قابل پیشگیری است، چون سکته قلبی یک عامل هدایت‌کننده سکته مغزی است. بعضی وقت‌ها حمله‌های مغزی گذرا رخ می‌دهند. این سکته‌های مغزی کوچک و خفیف، نشانه‌هایی مثل سکته مغزی بزرگ و شدید ایجاد می‌کنند ولی برای مدت کوتاهی رخ می‌دهند. حمله‌های مغزی گذرا می‌توانند چند روز، چند هفته یا چند ماه قبل از یک سکته مغزی شدید رخ دهند، در نتیجه باید به‌عنوان علائم هشدار دهنده مورد توجه قرار گیرند.

اقدامات لازم در مواقع بروز علائم سکته مغزی

توجه پزشکی یا جراحی سریع درمورد این نشانه‌ها از بروز سکته مغزی بزرگ جلوگیری می‌کند. در هنگام بروز این نشانه‌ها همانند سکته قلبی باید فوراً به پزشک مراجعه کرد یا با فوریت‌ها تماس گرفت. در این شرایط بیمار نباید حرکت کند و فعالیتی داشته باشد و لازم است تا رسیدن کمک پزشکی بی حرکت بماند یا با برانکارد یا صندلی چرخدار به مرکز درمانی منتقل شود.

بازتوانی بعد از حمله مغزی

اثراتی که سکته مغزی بجا می‌گذارد ممکن است سبب شود در فعالیت‌های زندگی روزانه تغییراتی داده شود، لذا نیاز به آموزش برای زندگی با شرایط جدید دارد. بازتوانی، آسیب ایجاد شده بوسیله حمله مغزی را بر نمی‌گرداند. بازتوانی برای بازسازی قدرت، ظرفیت و اعتماد به نفس بیمار انجام می‌شود. برنامه بازتوانی معمولاً در جهت سوق دادن بیمار به سمت استقلال طراحی می‌شود و بستگی به نیازهای بیمار دارد. بازتوانی بعد از تثبیت و پایدار شدن وضعیت بیمار بعد از حمله مغزی و آمادگی و توانایی او برای انجام بازتوانی، شروع می‌شود.

اقدامات لازم برای کاهش خطر حمله قلبی و سکته مغزی

افرادی که دارای سابقه سکته قلبی، بیماری قلبی، سابقه حمله مغزی گذرا هستند و دخانیات مصرف می‌کنند، بیشتر احتمال دارد دچار سکته مغزی شوند. کلسترول خون بالا هم خطر سکته مغزی را افزایش می‌دهد، چون سبب افزایش سلولی گلبول قرمز خون می‌شود. در افراد مبتلا به دیابت نیز خطر سکته مغزی بیشتر است. کم تحرکی و چاقی بطور غیر مستقیم به علت بالا بردن خطر بیماری‌های قلبی، در ایجاد خطر سکته مغزی نقش دارند. حمله قلبی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب رخ می‌دهد. بیماری عروق کرونر قلب با افزایش سن شایع‌تر می‌شود. بیماری عروق کرونر در مردان بیش از زنان است. بیماری عروق کرونر در افرادی که دارای سابقه خانوادگی حمله‌های قلبی یا دیابت هستند شایع‌تر است. اگرچه نمی‌توان سن، جنسیت و یا زمینه ارثی را کنترل کرد یا تغییر داد، اما می‌توان در ابتدای شروع زودرس بیماری عروق کرونر قلب، کارهایی را برای کاهش عوامل خطر مهم دیگر، شامل مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا، فشار خون بالا، کم تحرکی بدنی و اضافه وزن، انجام داد. اگر این عوامل خطر کاهش یابند و کنترل شوند، خطر بروز اولین حمله قلبی کاهش می‌یابد؛ اندازه‌گیری فشار خون به طور منظم، عدم مصرف دخانیات، مصرف غذاهای مغذی به مقدار متعادل، حفظ وزن در حد مطلوب، فعالیت بدنی یا ورزش بطور منظم و معاینات پزشکی منظم

دستورالعمل تشخیص سکته مغزی

اگر فرد با یکی از علائم احساس ضعف یا بی‌حسی و کرختی ناگهانی در صورت، بازو و یا پا در یک طرف بدن (فلج اندام‌ها بصورت یک‌طرفه)، اختلال بینایی (دوبینی، تاری دید شدید یا کاهش بینایی بخصوص در یک چشم، بینایی نصفه، دیدن لکه های سیاه در جلوی چشم)، اختلال تکلم (از دست دادن توانایی صحبت کردن، لکنت زبان، سنگین شدن زبان، پاسخ های بی مورد و بی جا)، سردرد ناگهانی شدید و بدون علت، گیجی بدون علت، اختلال در تعادل بدن (تلولو خوردن و یا افتادن

ناگهانی) و سرگیجه بسیار شدید، مراجعه کند، باید به سکنه مغزی مشکوک شد. ارجاع به پزشک: اگر فشار خون بیشتر از ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه باشد بدون حرکت دادن بیمار و با استفاده از برانکارد یا صندلی چرخدار بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر بیمار دارای سابقه سکنه مغزی با یکی از علائم سکنه مغزی مراجعه کند، به سکنه مغزی مشکوک شوید. بیماران مبتلا به سکنه مغزی باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداشته باشد، هر سه ماه یک بار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیر فوری دهید.

دیابت

دیابت یک بیماری غیرواگیر است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند، ولی نیمی از آن‌ها از بیماری خود آگاه نیستند. در این بیماران قند خون (گلوکز) به طور طبیعی برای تولید انرژی (سوخت و ساز) توسط سلول‌ها جذب نمی‌شود و بنابراین میزان قند خون افزایش می‌یابد. مقدار طبیعی قند خون در افراد سالم بین ۷۰ تا ۹۹ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و در مبتلایان بیش از ۱۲۶ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر است.

انواع دیابت

دیابت یا بیماری قند به چهار نوع تقسیم می‌شود:

دیابت نوع ۱: بیشتر در کودکان و جوانان دیده می‌شود و درصد کمی از افراد مبتلا به دیابت (۱۰٪ تا ۱۵٪) به این نوع مبتلا هستند. عامل بروز دیابت نوع ۱ کاهش یا عدم ترشح هورمونی به نام انسولین است. افراد مبتلا برای درمان این نوع بیماری باید انسولین تزریق کنند.

علل بروز: استعداد ژنتیکی (ارثی)، اختلال‌ها و بیماری سیستم ایمنی بدن (سیستم ایمنی بدن به اشتباه علیه سلول‌های سازنده انسولین موادی می‌سازد که این سلول‌ها را از بین می‌برد) بعضی ویروس‌ها، فشارهای عصبی یا استرس‌ها
علائم: این علائم معمولاً شدید و ناگهانی هستند: تشنگی زیاد و نوشیدن آب بسیار (پرنوشی)، گرسنگی (پرخوری)، ادرار زیاد (پرادراری)، خستگی زیاد، کم شدن وزن بدن و لاغری و تاری دید

دیابت نوع ۲: این نوع دیابت بیشتر در افراد بالای ۳۰ سال مشاهده می‌شود و اکثر افراد مبتلا به دیابت (بیش از ۸۵٪ تا ۹۰٪) در این گروه قرار دارند. این بیماران معمولاً چاق هستند و درمان آن‌ها با برنامه غذایی مناسب، ورزش و یا داروهای خوراکی انجام می‌شود. به طور معمول در دیابت نوع ۲ مقدار ترشح انسولین طبیعی است و یا حتی افزایش یافته، اما سلول‌های بدن حساسیت خود را به انسولین از دست داده‌اند که این وضعیت مقاومت به انسولین نامیده می‌شود.

علل بروز: در افراد بزرگسال (با سن بیش از ۳۰ سال) عواملی از قبیل: اضافه وزن و چاقی، کم تحرکی یا عدم فعالیت بدنی (ورزش)، سابقه فامیلی و ارثی

اضافه وزن و چاقی: چاقی مهمترین عامل محیطی دخیل در بروز دیابت نوع ۲ است. افزایش چربی در بدن باعث افزایش مقاومت به انسولین و بنابراین بالا رفتن قند خون می‌شود. به همین دلیل دیابت نوع ۲ در بیش از نیمی از موارد با ورزش و رژیم غذایی -که باعث کاهش وزن می‌شود- درمان می‌شود.

کم تحرکی یا عدم فعالیت بدنی (ورزش): کم تحرکی و مصرف غذاهای پر انرژی که در شهرهای بزرگ و صنعتی شایع است، عامل بروز دیابت نوع ۲ است. این شیوه زندگی که به چاقی منجر می‌شود، شیوه زندگی غربی هم نامیده شده است.

علائم: در دیابت نوع ۲ اغلب علامتی وجود ندارد و یا غیر اختصاصی است. برخی از این علائم: احساس گرسنگی و بی‌حوصلگی، گرسنگی، تشنگی، احساس سوزش در انگشتان دست و پا، کاهش وزن، ادرار شبانه، اختلال در بینایی، عفونت‌های مکرر، تأخیر در بهبود زخم‌ها و بریدگی‌ها

بعضی از علائم فوق ناشی از عوارض دیابت است و سال‌ها پس از ابتلا به دیابت ظاهر می‌شود. در این موارد، ابتدا عوارض دیابت مشاهده می‌شوند و بعد به ابتلای چند ساله به دیابت پی برده می‌شود.

دیابت بارداری

این نوع دیابت معمولاً بعد از ماه پنجم بارداری ایجاد شده و اغلب ظرف مدت کوتاهی پس از پایان دوره بارداری از بین می‌رود. کنترل آن طی دوران بارداری اهمیت بسیاری دارد. در این افراد احتمال ابتلا به دیابت در آینده بیشتر می‌شود. در صورت عدم کنترل قند خون عوارض متعددی مادر و جنین را تهدید می‌کند. درمان دیابت بارداری، با تزریق انسولین صورت می‌گیرد و مصرف داروهای کاهنده قند خون طی دوران بارداری ممنوع است. علت دقیق بروز دیابت بارداری همچون انواع دیگر دیابت ناشناخته است. اما دانشمندان عقیده دارند هورمون‌ها، زمینه ژنتیکی و چاقی نقش ویژه‌ای در ایجاد این بیماری دارند. طی دوران بارداری جفت که وظیفه تغذیه جنین را به عهده دارد مقادیر زیادی از انواع هورمون‌ها تولید می‌کند. اگر چه وجود این هورمون‌ها برای رشد جنین ضروری است، اما موجب اختلال در عملکرد انسولین و مقاومت به آن در بدن مادر می‌شود. تمام خانم‌های باردار دچار درجه‌هایی از مقاومت به انسولین می‌شوند. ولی تعداد کمی از آن‌ها به دیابت بارداری مبتلا خواهند شد. دیابت بارداری معمولاً در هفته‌های ۲۸-۲۶ حاملگی ظاهر می‌شود. خانم‌های باردار در این هفته‌ها با آزمایش^۱ GCT غربالگری می‌شوند تا در صورت ابتلا به دیابت بارداری به سرعت شناسایی و درمان شوند. خانم‌های باردار در معرض خطر در اولین مراجعه (هفته‌های ۱۰-۶ بارداری) باید آزمایش GCT را انجام دهند. دیابت بارداری در خانم‌هایی که قبل از حاملگی چاق هستند بیشتر دیده می‌شود، بنابراین کم کردن وزن قبل از بارداری به پیشگیری از ابتلا به این بیماری کمک می‌کند. انواع اختصاصی دیابت

این نوع دیابت ناشی از یکی از عوامل نقص ژنتیکی در عملکرد سلول‌های تولید کننده انسولین، بیماری غده پانکراس مثل پانکراتیت و سرطان، بیماری غدد درون‌ریز مثل پرکاری تیروئید، آکرومگالی، سندرم کوشینگ، داروها و مواد شیمیایی مانند کورتن‌ها و هورمون‌های تیروئید، عفونت‌ها مانند سرخچه مادر زادی، بیماری‌های ژنتیکی مانند سندرم داون است.

عوارض دیابت

عوارض زودرس: در این موارد قند خون بیمار به شدت پائین آمده یا بالا می‌رود که در هر دو حالت باید بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. کاهش قند خون ممکن است به علت مصرف زیاد انسولین یا قرص‌های ضد دیابت (کاهش‌دهنده قند خون)، کم خوردن یا حذف یک وعده غذا و فعالیت زیاد ایجاد شود. علائم کاهش قند خون احساس ضعف یا گرسنگی، رنگ پریدگی، عرق سرد، تپش قلب، سرگیجه، گیجی، خواب‌آلودگی و در نهایت بیهوشی است. از آنجا که سلول‌های مغز فقط از سوزاندن قند، انرژی مورد نیاز خود را به دست می‌آورند، کاهش شدید قند خون برای مدت کوتاهی سبب آسیب سلول‌های مغزی می‌شود. این آسیب برگشت ناپذیر و دائمی است. در صورت بروز کاهش قند خون چنانچه بیمار بیهوش نشده باشد، می‌توانید به او چند حبه قند یا یک ماده غذایی شیرین بدهید. اگر بیمار بیهوش بود وی را در وضعی قرار دهید که راه تنفسی او باز باشد. در حالت بیهوشی هیچ ماده غذایی نباید از طریق دهان داده شود و باید او را به پزشک ارجاع فوری دهید. افزایش شدید قند خون به دلیل پر خوری و یا مصرف ناکافی داروهای پایین آورنده قند خون ایجاد می‌شود. علائم افزایش شدید قند خون تشنگی زیاد، ادرار زیاد، خستگی، ضعف عضلانی، درد شکم، اختلالات بینایی، تاری دید، گیجی و منگی و در نهایت بیهوشی است. در هنگام افزایش قند خون، در صورت بیهوشی راه تنفسی بیمار را باز نگهدارید و بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید.

¹ Glucose Challenge Test

عوارض دیررس: این عوارض بعد از چند سال اتفاق می افتد. شامل مشکلات چشمی، ناراحتی‌های کلیه، ناراحتی‌های قلبی، بی‌حسی و گزگز کردن دست‌ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم‌ها هستند. یکی از عوارض دیررس مهم دیابت، پای دیابتی نامیده می‌شود. در این بیماری ابتدا زخمی در انگشتان پا به وجود می‌آید. ولی به علت اختلال در خون‌رسانی بهبودی حاصل نمی‌شود و زخم پیشرفت می‌کند. در صورت عدم کنترل بیماری، عضو مبتلا دچار گانگرن (قانقاریا) شده و برای جلوگیری از پیشرفت آن اندام مبتلا باید قطع شود. مرحله اول بیماری یعنی به وجود آمدن زخم، اغلب به دلیل بی‌حسی و عدم درک درد، فشار، گرما یا سرما است که ناشی از عوارض عصبی دیابت است. عدم تشخیص و درمان به موقع عوارض دیابت در نهایت به نابینایی، نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه، قطع پا و سکت‌های قلبی و مغزی منجر می‌شود.

اهمیت کنترل دقیق قندخون

کنترل دقیق قند خون: تظاهر عوارض زودرس و دیررس را کاهش می‌دهد، بروز عوارض دیررس را به تأخیر می‌اندازد، در صورت ایجاد عوارض، از ناتوانی‌های ناشی از آن‌ها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی‌های شدید کلیه، سکت‌های قلبی و مرگ پیشگیری می‌کند.

چه کسانی در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند؟

تمام زنان و مردان بالای ۳۰ سال که حداقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشند: افرادی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند (طبق شاخص BMI)، افرادی که پدر، مادر، خواهر و یا برادر آن‌ها سابقه ابتلا به دیابت دارند. افرادی که فشار خون ماکزیمم مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌مترجیوه و فشار خون مینیمم مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه دارند. زنانی که سابقه دو بار یا بیشتر سقط خود به خودی (بدون علت مشخص)، سابقه مرده‌زایی و یا سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم دارند. زنانی که در یکی از بارداری‌های قبلی خود سابقه دیابت بارداری دارند. زنان باردار در هر گروه سنی، در صورتی که یک خانم باردار هر یک علائم سابقه خانوادگی دیابت، مرده‌زایی، فشار خون بالا، دو بار سقط خود به خودی بدون دلیل، زایمان نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم و دیابت بارداری در بارداری‌های قبلی را داشته باشد، در اولین مراجعه بدون توجه به سن حاملگی در معرض خطر محسوب می‌شود. خانم بارداری که هیچ یک از این علائم را نداشته باشد، از ماه پنجم حاملگی (هفته ۲۶-۲۸ بارداری) در معرض خطر است. افرادی که قند خون ناشتا در آن‌ها ۱۲۰-۱۰۰ است، اختلال قند خون ناشتا دارند. کسانی که در آزمایش تحمل قند دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز، قند خون آن‌ها ۱۹۰-۱۴۰ باشد، اختلال تحمل گلوکز دارند. افراد دچار اختلال تحمل گلوکز و اختلال قندخون ناشتا را پری دیابتیک می‌نامند. این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.

درمان دیابت

دیابت درمان قطعی ندارد، ولی قابل کنترل است. در حال حاضر فقط می‌توانیم با کنترل قند خون در محدوده طبیعی از بروز عوارض دیابت پیشگیری کنیم.

درمان دیابت نوع ۱: رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی، فعالیت‌بدنی و ورزش دائمی و منظم، تزریق انسولین، آموزش و پایش دائمی مقدار قند خون

درمان دیابت نوع ۲: رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی، فعالیت‌بدنی و ورزش دائمی و منظم، استفاده از داروهای کاهنده قند خون، آموزش و پایش دائمی مقدار قند خون، آموزش‌های لازم برای افراد مبتلا به دیابت

آموزش‌های لازم برای افراد مبتلا به دیابت

در ابتدا، بیمار باید بداند که کنترل دقیق قند خون چه اهمیتی دارد و در هر بار ملاقات نکته‌های زیر را آموزش ببیند: کنترل وزن، برنامه غذایی، ورزش و فعالیت‌های بدنی، مراقبت از پا، ترک مصرف دخانیات، نحوه‌ی مصرف و تزریق انسولین و آموزش نکته‌هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری‌ها باید رعایت کند.

کنترل وزن: برای تعیین وزن استاندارد از نمودار BMI استفاده می‌شود.

کمتر از ۲۰ = کمبود وزن (لاغر)

۲۰-۹/۲۴ = طبیعی وزن

۲۵-۹/۲۹ = وزن اضافه

۳۰-۹/۳۴ = چاقی متوسط (چاقی درجه یک)

۳۵-۹/۳۹ = چاقی شدید (چاقی درجه دو)

۴۰ به بالا = چاقی خیلی شدید (چاقی درجه سه)

برنامه غذایی: باید به افراد مبتلا به دیابت درباره‌ی برنامه‌ی غذایی به طور دقیق آموزش داد. تعداد وعده‌های غذا را افزایش داده و در هر وعده، مقدار غذای مصرفی را متناسب با فعالیت بیمار کاهش دهند. افراد مبتلا به دیابت به خصوص بیماران لاغر و بیمارانی که قرص مصرف می‌کنند و یا انسولین تزریق می‌نمایند، هرگز نباید یکی از وعده‌های اصلی غذای خود را حذف کنند. از میوه‌های غیرشیرین و سبزی‌ها در وعده‌های غذایی به مقدار زیاد استفاده کنند. مصرف میوه‌های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار شیرین مانند توت خشک، کشمش، قیسی را در برنامه‌ی غذایی خود محدود کنند. از حبوبات در برنامه‌ی غذایی روزانه بیشتر مصرف کنند. نان سبوس دار مصرف کنند. قند و شکر و انواع شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و امثال آن را مصرف نکنند. از مواد نشاسته‌ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو، و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشود مصرف نمایند. مصرف چربی‌ها را کاهش دهند و به این منظور از سرخ کردن غذا خودداری و آن را به صورت آب پز و کبابی تهیه کنند. از گوشت‌های کم چربی استفاده کنند و قبل از پخت چربی گوشت و پوست مرغ را جدا کنند. از شیر و ماست کم چربی استفاده کرده، برای این کار شیر را جوشانده و پس از سرد شدن چربی آن را جدا کنند. مصرف تخم مرغ را محدود کرده و از گوشت‌های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه کمتر مصرف کنند. به جای خامه، کره و روغن‌های جامد از روغن مایع و زیتون استفاده کنند. نکته مهم اینکه بعضی از افراد مبتلا به دیابت می‌توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

ورزش و فعالیت‌های بدنی: افزایش فعالیت‌های بدنی در کنترل بیماری قند بسیار اهمیت دارد. ورزش و فعالیت‌های بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر باشد. این بیماران می‌توانند ورزش‌های سبک مثل نرمش و پیاده‌روی انجام دهند و درباره‌ی نوع ورزش با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت کنند.

مراقبت از پا: ممکن است دو عارضه برای آن‌ها پیش‌آید؛ الف) بی حسی و کمرختی پا ب) عفونت و دیر بهبود یافتن زخم و جراحات‌های پا. لذا هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله‌ی نرم خشک کنند. ناخن‌های پا را کوتاه نگه دارند، ناخن را مستقیم گرفته گوشه‌های آن را نگیرند و در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود. در صورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن‌های او را بگیرد. جوراب خود را روزانه عوض کرده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده کنند. از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کنند. در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحات‌های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند. پاهای خود را روزانه از نظر وجود

قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند و برای این منظور و مشاهده‌ی کف پا می‌توانند از آینه استفاده نمایند. از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شومیز و هر وسیله‌ی گرمایی دیگر خودداری کنند. ترک مصرف دخانیات؛

عوارض مصرف دخانیات: قند خون را افزایش می‌دهد. باعث افزایش خطر دیابت نوع ۲ می‌شود. بر عملکرد انسولین در بدن تأثیر می‌گذارد. کنترل دیابت را سخت‌تر می‌کند. خطر عوارض دیابت را افزایش می‌دهد. احتمال بروز عوارض دیابت (مثل عوارض کلیوی، عصبی، چشمی، قلبی، سکته، تصلب شرایین به خصوص در پاها)، بیشتر می‌شود. افراد مبتلا به دیابت که هر نوع دخانیات (سیگار، پیپ، چپق، قلیان و جویدن توتون) مصرف می‌کنند، باید برای ترک تشویق شوند. مزایای ترک دخانیات در افراد دیابتی: کاهش مقاومت به انسولین، کاهش آسیب‌های چشمی، کاهش مشکلات کلیوی و نارسایی کلیه، کاهش آسیب‌های عصبی

نحوه‌ی مصرف و تزریق انسولین: به بیمارانی که انسولین مصرف می‌کنند باید نحوه‌ی نگهداری، نحوه‌ی مخلوط کردن، رعایت بهداشت سرنگ‌ها و محل‌های تزریق انسولین را آموزش داد. همیشه انسولین را مطابق با دستورالعمل‌های شرکت تولید کننده مورد استفاده قرار دهید. همیشه یک ویال انسولین اضافی را در یخچال نگهداری کنید تا در زمان‌های ضروری بتوان از آن استفاده کرد. هیچ زمانی از انسولین شفافی که کدر شده باشد یا تکه‌های کوچک و کلوخه و یا رسوب در ویال دیده شده و با تکان دادن مالیم حل نشود، استفاده نکنید. انسولین نباید در معرض درجه حرارت‌های بالا، تماس مستقیم با نور آفتاب و یا یخ زدن قرار گیرد زیرا اثر بخشی خود را از دست می‌دهد. اگر انسولین در معرض نور خورشید قرار گرفته باشد، گاه تغییر رنگ قهوه‌ای نشان می‌دهد که در این موارد نباید از آن استفاده کنند. در صورت فاسد شدن انسولین، نوع شفاف آن کدر می‌شود و نوع شیری رنگ نیز یکنواختی خود را از دست می‌دهد و به صورت دانه دانه به دیواره شیشه می‌چسبد. همیشه قبل از استفاده تاریخ مصرف انسولین را بررسی کنید، زیرا تا ۲۸ تا ۳۰ روز می‌توانید از آن‌ها استفاده کنید. طی مسافرت بهتر است انسولین را در کیف دستی خود حمل کنید نه در چمدانی که به قسمت بار می‌سپارید. این نکته به ویژه در مسافرت با هواپیما اهمیت دارد؛ زیرا که در ارتفاع بالا ممکن است انسولین در قسمت بار هواپیما یخ بزند. ویال‌های انسولین و کارتریج‌های قلم باز نشده باید در یخچال و دمای ۲ تا ۸ درجه نگهداری شوند. برای جلوگیری از آسیب‌های محیطی و ضربه بهتر است انسولین در یک جای ایمن نگهداری شود.

نکته‌هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری‌ها باید رعایت کند: در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری‌هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال و استفراغ مبتلا شود، باید اقدام‌های ذیل را انجام دهد: در صورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند. اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیر شیرین، آب میوه و یا شیر استفاده نماید. باید در زمان بیداری به اندازه‌ی کافی استراحت کند. در صورت ابتلا به عوارض شدید، مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

سرطان

در حالت طبیعی هر روز میلیون‌ها سلول در بدن انسان به علت پیری یا صدمات و جراحات می‌میرند و به جای آن‌ها سلول‌های تازه‌ای جانشین می‌شوند. در بعضی شرایط یک سلول تغییر شکل پیدا کرده و تبدیل به یک سلول سرطانی می‌شود که شباهت زیادی به سلول‌های طبیعی بدن ندارد و برای هدف خاصی یا وظیفه‌ی بخصوصی تقسیم‌بندی نمی‌شود. تقسیمات بی‌هدف و سریع سلول‌های سرطانی در هر نقطه از بدن که باشد بتدریج توده یا توموری را تشکیل می‌دهد. این توده سرطانی با ترشح موادی به داخل بدن با فشار به اعضای مجاور موجب اختلالات عظیمی در بدن می‌شود. سلول‌های طبیعی بدن به گونه‌ای

برنامه‌ریزی شده‌اند که بعد از طی یک دوره مشخص خواهند مرد، در حالی که سلول‌های سرطانی فاقد این خاصیت بوده و بدون هدف خاصی رشد می‌نمایند. به این مجموعه توده سلولی و علائم و عوارض آن‌ها بیماری سرطان گفته می‌شود. بافت سرطانی همانند انگلی است که از بافت خود شخص بیمار بوجود آمده و تحت کنترل بدن نیست. از مواد غذایی بدن، بدون آن که عملی به نفع آن انجام دهد استفاده می‌کند. سرطان‌ها اکثراً موقعی پیدا می‌شوند که سیستم دفاعی طبیعی بدن مختل یا ضعیف شده است.

انواع تومورها

تومورهای خوش‌خیم: تهدید کننده حیات نیستند. معمولاً قابل درمان‌اند و به ندرت عود می‌کنند. سلول‌های آن‌ها به بافت‌های اطراف تهاجم نمی‌کنند. سلول‌های آن‌ها به نقاط دیگر بدن گسترش نمی‌یابند. تومورهای بدخیم: خطرناک‌تر از نوع خوش‌خیم و تهدید کننده حیات هستند. بعد از درمان احتمال عود زیاد است. سلول‌های آن‌ها به بافت‌های اطراف حمله می‌کنند. سلول‌های آن‌ها از راه خون و سیستم لنفاوی به قسمت‌های دیگر بدن گسترش می‌یابند.

عوامل شناخته شده در ایجاد سرطان

عوامل ارثی: بعضی از سرطان‌ها در بعضی اقوام و خانواده‌ها بیشتر دیده می‌شود که احتمالاً به ساختار ژنتیکی آن‌ها بستگی دارد.

عوامل فیزیکی: مانند پرتوهای یون ساز، اشعه ماوراء بنفش، آسیب‌های خفیف و پی‌درپی سبب تغییراتی در سلول‌ها و در نهایت باعث پیدایش سلول‌های سرطانی، مانند سرطان پوست می‌شود.

عوامل شیمیایی: موارد سرطان زای متعددی مانند ارسنیک و بسیاری از مواد شیمیایی دیگر سرطان زا شناخته شده‌اند ولی مهمترین عامل شیمیایی سرطان‌زای شناخته شده توتون است که نقش آن‌ها در ایجاد سرطان‌های متعدد بویژه سرطان ریه و ... کاملاً مشخص شده است.

عوامل زیست شناختی: بعضی از ویروس‌ها در ایجاد سرطان دخالت دارند. بطور مثال ویروس هپاتیت B علت اصلی سرطان کبد شناخته شده است. آلودگی مزمن به بعضی از انگل‌ها نیز باعث سرطان مثانه می‌شود.

عوامل خطر ساز برای بروز سرطان‌ها

افزایش سن: بخصوص سن بالای ۶۵ سال خطر ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهد. استفاده از سیگار: خطر ابتلا به سرطان‌های ریه، حنجره، مری، مثانه، کلیه، حلق، معده، لوزالمعده و دهانه رحم را افزایش می‌دهد.

نور خورشید: اشعه ماورای بنفش خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش می‌دهد. اشعه‌های یونیزه کننده: اشعه یونیزه کننده آن قدر قوی است که می‌تواند یک الکترون را از اتم جدا کند. مقدار زیاد اشعه ماورای بنفش موجب سرطان پوست می‌شود. اشعه‌های X و گاما نیز یونیزه کننده‌اند که در عکس‌های رادیوگرافی از اشعه X استفاده می‌شود. گرفتن تعداد زیاد این عکس‌ها موجب سرطانی شدن ارگان‌ها می‌شود. مواد شیمیایی خاص: مثل موادی که در رنگرزی، نقاشی و ساختمان‌سازی استفاده می‌شود و در طولانی مدت و در صورت عدم احتیاط مضرند.

تغذیه بد، کم تحرکی و چاقی: رژیم پرچرب احتمال ابتلا به سرطان‌های پروستات، روده بزرگ و رحم را افزایش می‌دهد.

بعضی از ویروس‌ها و باکتری‌ها: مثل ویروس هپاتیت B که بیشترین آسیب این بیماری متوجه کبد بیمار است.

هورمون‌ها مثل استروژن

سابقه فامیلی

مصرف مشروبات الکلی: بخصوص اگر همراه با کشیدن سیگار باشد خطر چندین برابر می شود.

علائم سرطان‌ها

وجود توده غیر طبیعی در سینه یا هر قسمت بدن، خال جدید یا تغییر شکل خال‌های قدیمی، زخمی که بهبود نمی‌یابد، خشونت صدا یا سرفه‌های طولانی مدت، تغییر در اجابت مزاج یا دفع ادرار، گیرکردن غذا در گلو، کاهش وزن بدن بدون توجیه و خونریزی و ترشحات غیر طبیعی

شایع‌ترین سرطان‌ها

سرطان پوست، پستان، معده، ریه، روده بزرگ، دهانه رحم، سیستم خون‌ساز، مری، پروستات، دهان و حلق و کبد

راه‌های پیشگیری از سرطان

پیشگیری اولیه یا نوع اول: این نوع پیشگیری را با بالا بردن سطح سلامتی و تندرستی (مبارزه با عوامل زمینه ساز سرطان) ایجاد می‌شود: آموزش بهداشت، تغذیه صحیح، بهداشت روان، مسکن و محیط کار عاری از مواد و عوامل سرطان‌زا، انجام آزمایشات و معاینات دوره‌ای به فواصل کافی، واکسیناسیون هپاتیت B، بهسازی محیط، بهداشت فردی و عدم تماس با مواد سرطان‌زا

پیشگیری نوع دوم: از زمانی که اولین سلول سرطانی تشکیل می‌شود تا موقعی که به حجم و وزن قابل ملاحظه‌ای برسد سال‌ها طول می‌کشد. با توجه به علاقه بیمار به تندرستی خود و انجام معاینات دوره‌ای، علاقه‌مندی پزشک معالج و وجود آزمایشگاه معتبر، امکان تشخیص بعضی از سرطان‌ها در مرحله قابل درمان وجود دارد. بنابراین با تشخیص زودرس و درمان فوری و صحیح سرطان‌ها می‌توان به این اهداف دست یافت؛ معالجه کامل و قطعی سرطان و همچنین جلوگیری از اعمال جراحی وسیع (که در مراحل پیشرفته بیماری حتی در صورت درمان بیمار، با نقص عضو و معلولیت همراه است).

عوامل پیشگیری کننده کلی در سرطان‌ها

فعالیت بدنی مداوم و مرتب داشته باشید (۳۰ دقیقه در روز و حداقل ۳ بار در هفته)، مصرف مواد غذایی محتوی ویتامین A و C مثل مصرف مرکبات، سبزیجات سبز و زرد، کاهش وزن بدن در صورت چاق بودن، عدم استفاده از دخانیات و مصرف تنباکو و فراورده های آن، استفاده بیشتر از لبنیات کم چرب، استفاده بیشتر از گوشت کم چرب و افزایش مصرف ماهی و گوشت سفید به جای گوشت قرمز، استفاده از نان‌های سبوس‌دار، استفاده از لوبیای سویا و حبوبات، پوشیدن لباس‌های پوشیده برای محافظت از پوست در مقابل نور خورشید، استفاده از کلاه و عینک آفتابی و...، خودداری از روبارویی با نور آفتاب بین ساعات ۱۱ تا ۱۶ و استفاده از کرم ضد آفتاب، مقابله با استرس و فشارهای عصبی: استرس خود می‌تواند یک ریسک فاکتور بروز بیماری سرطان باشد (برای مثال اگر شما تحت استرس هستید فشار خونتان بالا می‌رود، ممکن است پرخوری کنید، ورزش کمتر انجام دهید، سیگار بکشید و)، انجام معاینات دوره‌ای کارگران رستوران‌ها، رانندگان، کارگران راه و ساختمان، نگهبانان، صندوق دارها و کافه دارها، معدن چیان، کارگران کارخانجات، نساجی، کارگران نقاش، کارگران لاستیک‌سازی‌ها، و کارگرانی که در تهیه و تولید آسفالت و قیر کار می‌کنند، کارگرانی که در تماس با حشره‌کش‌های حاوی آرسنیک هستند، کارگرانی که در تولید باکتری‌کش‌ها، آفت‌کش‌ها و حلال‌ها فعالیت دارند و... برای پیشگیری از بروز سرطان‌های شغلی

نکته: فراموش نکنیم ۳۰ تا ۴۰٪ کل موارد سرطان‌ها با ایجاد تغییرات مناسب در تغذیه، کنترل وزن و ورزش قابل پیشگیری است. عامل ۳۰٪ مرگ‌های ناشی از تمام سرطان‌ها نیز استفاده از سیگار است. هر چه سرطان زودتر تشخیص داده شود شانس بهبودی بیشتر خواهد بود، بنابراین بهترین کار پیشگیری است.

درمان سرطان‌ها

تخمین زده شده است که حدود یک سوم از تمام موارد سرطان قابل پیشگیری است. یک سوم دیگر مشروط به تشخیص سریع و زود هنگام قابل درمان است. یک سوم باقی مانده در صورت وجود تیم های درمانی و مراقبتی استاندارد، می توانند طول عمر زیادی داشته باشند. درمان سرطان به نوع آن و میزان پیشرفت سرطان بستگی دارد. شوک و استرس ناشی از بیماری معمولاً قدرت تصمیم‌گیری افراد را در این موارد مختل می‌کند. مهمترین و مطمئن‌ترین کار، اعتماد به پزشکان و پذیرش تصمیمات آنها است.

شیوه‌های درمانی سرطان‌ها

جراحی: شامل برداشتن غده یا عضو سرطانی و بافت اطراف آن است.
شیمی درمانی: داروها و هورمون‌هایی را شامل می‌شود که برای حمله به سلول‌های سرطانی و پیشگیری از تولید مثل آنها استفاده می‌شود.

پرتو درمانی: منظور اشعه‌های پرنرژی مانند اشعه X، پرتوهای گاما و ... است که برای از بین بردن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود.

پیوند مغز استخوان: درمان تکمیلی شیمی درمانی است.

درمان زیستی: شیوه‌درمانی جدیدی است که در آن پروتئین‌هایی که بطور طبیعی ایجاد می‌شوند برای تحریک سیستم دفاعی بدن فرد به کار می‌روند.

بیماری‌های واگیر

به آن دسته از بیماری‌ها می‌گویند که در نتیجه یک عامل بیماری‌زا یا فرآورده‌های سمی آن به وجود می‌آید. این بیماری‌ها می‌تواند به صورت مستقیم یا غیر مستقیم از انسان به انسان، یا از حشرات و حیوانات به انسان، جانور به جانور، یا از محیط به انسان یا جانوران منتقل شود.

انواع انتقال بیماری‌های واگیر

انتقال مستقیم: تماس مستقیم (لمس کردن مثل دست دادن، ذرات ریز قطره‌ای مثل عطسه و سرفه و تماس جنسی)، تماس با خاک (کزاز)، گزش حیوانات (هاری)، مادر به جنین (سرخجه)

انتقال غیر مستقیم: انتقال به وسیله ناقل بی‌جان (مثل آب، غذا و لباس)، انتقال به وسیله ناقل جاندار (مگس)، انتقال به وسیله هوا (ذرات و گرد و غبار معلق در هوا)

طبقه بندی بیماری‌های واگیر

بیماری‌های واگیردار بر اساس راه انتقال تقسیم‌بندی می‌شوند؛

بیماری‌های انتقال یافته از هوا

بیماری‌های باکتریایی: مانند مملک، آنژین چرکی، تب روماتیسمی، دیفتری، مننژیت باکتریایی، سیاه سرفه، سل و پنومونی.
بیماری‌های ویروسی: مانند آنفلونزا، سرخک، سرخجه، اوریون، آبله مرغان، مننژیت ویروسی، عفونت‌های تنفسی ویروسی و سرماخوردگی

بیماری‌های انتقال یافته از طریق مدفوع

بیماری‌های باکتریایی: مانند تیفوئید و پاراتیفوئید و وبا

بیماری‌های ویروسی: مانند فلج اطفال و هپاتیت A

بیماری‌های انتقال یافته از طریق حیوانات: مانند سیاه زخم، هاری، سل گاوی، طاعون و .. است.
بیماری‌های انتقال یافته از طریق تماس: بیماری‌های آمیزشی (مثل سیفلیس، سوزاک، ایدز)
بیماری‌های انتقال یافته از طریق حشرات: مانند مالاریا، سالک، تیفوس و ...

آشنایی با مفاهیم و واژه ها

عفونت^۱: ورود، تکامل، تکثیر و گسترش یک عامل عفونی بیماری‌زا را در بدن انسان یا جانوران عفونت می‌گویند. بدن در مقابل عفونت‌ها پاسخ نشان می‌دهد ولی یک عفونت همیشه منجر به بیماری نمی‌شود. عفونت می‌تواند بصورت عفونت ناپیدا و بدون حضور نشانه‌های بالینی مثل فلج اطفال و یا به شکل عفونت آشکار باشد.
بیماری عفونی^۲: ورود، تکثیر و گسترش عامل عفونت‌زا به بدن انسان یا حیوان و ایجاد علایم و نشانه‌های بالینی آشکار را بیماری‌های عفونی می‌گویند.

فرد آلوده: کسی است که عامل عفونت از او به طور طبیعی بتواند منتقل شود.
حامل یا حالت ناقلی: به انسان یا حیوانی گفته می‌شود که دارای علائم ظاهری و بالینی بیماری نیست و عامل عفونی را در بدن خود دارد و می‌تواند منبع عفونت برای دیگران باشد. چنانچه حالت حامل بودن برای یک دوره طولانی باقی بماند به آن حامل مزمن گویند.

انواع آلودگی

آلودگی سطحی یا آلایش: وجود عامل بیماری‌زا بر سطح بدن، لباس، روی وسایل و بستر خواب، اسباب بازی، لوازم جراحی و پانسمان، آب، شیر و مواد خوراکی مثل آلوده شدن ادرار در اثر تماس لوله نمونه با بدن، آلوده شدن محیط کشت با میکروب‌های بدن
آلودگی انگلی: جایگزین شدن، تولید مثل و گسترش بند پایان بر سطح بدن یا لباس را آلودگی انگلی می‌گویند. مثل: آلودگی به شپش، آلوده شدن با هیره و آلودگی با کرم‌های انگلی روده ای.

بیماری اکسیورزیس

کرمک یا اکسیور که در فارسی با نام های کرم نخی یا کرم سنجاقی از آن یاد می‌شود. کرمی است انگلی به رنگ سفید صدفی یا شفاف، به شکل نخ با پوسته نرم که طول کرم نر ۲ الی ۵ میلی متر و کرم ماده ۲ الی ۱۳ میلی متر است. این کرم فقط انگل انسان است.

عامل عفونت اکسیورزیس

کرم درازی به نام آنتروبیاس ورمیکولاریس است. ابتلای انسان به این انگل را آنتروبیازیس می‌نامند. نسبت آلودگی به این کرم در کشورهای مختلف از ۱ تا ۲۰ درصد متغیر است. آلودگی در اجتماع های انسانی مانند مهدکودک ها، خوابگاه ها شایع است. آلودگی در ایران بخصوص در کودکان پرورشگاه و مدارس بیشتر است. مخزن بیماری، انسان و خاک آلوده به تخم انگل است. تخم کرم بیضی شکل و غیر متقارن است. کرم بالغ در نواحی تحتانی روده کوچک یا ابتدای روده بزرگ زندگی می‌کند. این کرم می‌تواند روزانه ۲۰۰۰ تخم دفع نماید. تخم‌ها پس از شش ساعت در حرارت بدن دارای لار و آلوده کننده می‌شوند. زمان لازم برای تکمیل سیر تکامل تخم ماده ۴ الی ۷ هفته است.

¹Infection

² Infectious Disease

راه انتقال اکسیورزیس

انتقال بطور مستقیم و از طریق دست‌های آلوده به تخم کرم صورت می‌گیرد. تخم‌ها همراه مدفوع در محیط منتشر و از طریق انتقال تخم از راه لوازم شخصی، آب و سبزی‌ها براحتی امکان‌پذیر است. آلودگی به دنبال خارش پرینه ایجاد می‌شود. عفونت معمولاً در دو مرحله رخ می‌دهد. تخم انگل ابتدا از اطراف مقعد به لباس‌ها و رختخواب و اسباب بازی‌ها منتقل می‌شود، تخم‌های منتقل شده اغلب از طریق دست‌ها وارد دهان دیگر بچه‌ها شده و بلعیده می‌شوند. تخم انگل همچنین می‌تواند در هوا پراکنده شده و توسط دیگر افراد خورده شود.

چرخه آلودگی

کرم بالغ در نواحی تحتانی روده کوچک یا ابتدای روده بزرگ زندگی می‌کند، که پس از جفت‌گیری و بارور شدن کرم ماده به طرف مخرج مهاجرت می‌کند. در اواخر شب از مخرج خارج شده و در اطراف مخرج تخم‌گذاری می‌کند. در نزد دختران کوچک تخم‌گذاری ممکن است در اطراف بخش خارجی دستگاه تناسلی و یا ندرتاً در داخل صورت گیرد. تخم‌ها پس از شش ساعت در حرارت بدن دارای لارو آلوده کننده می‌شوند که در این صورت با بلعیده شدن از راه دستگاه گوارش وارد روده شده و تبدیل به لارو می‌شود. لاروها مسیر خود را به سمت روده بزرگ طی نموده در این محل بالغ شده سیکل زندگی کرمک تکرار می‌شود. زمان لازم برای تکمیل سیر تکامل تخم ماده ۴ الی ۷ هفته است. عمل تخم‌ریزی در اطراف مقعد با خارش شدید ناحیه همراه بوده که اکثراً در اثر خاراندن ناحیه مقعد تخم‌ها به انگشتان فرد چسبیده یا در زیر ناخن‌ها قرار می‌گیرد. با قرار گرفتن تخم‌ها در دهان، تخم‌های حاوی لارو مجدداً وارد دستگاه گوارش شده و عفونت ادامه پیدا می‌کند.

علائم بالینی

بیشتر بچه‌های آلوده به انگل بی علامت هستند. تخم‌گذاری انگل در اطراف مقعد باعث خارش شدید ناحیه می‌شود. در کودکان با خاراندن مداوم ناحیه مقعد همراه است و ممکن است ایجاد زخم یا خونریزی در ناحیه کند. خارش معمولاً در شب خیلی شدیدتر بوده ایجاد بی‌خوابی و بی‌قراری در کودک می‌نماید. در دختر بچه‌ها آلودگی با کرمک می‌تواند باعث حساسیت و خارش ناحیه واژینال شود. در آلودگی‌های شدید علاوه بر خارش ناحیه مقعد، بی‌خوابی و ساییدن دندان‌ها دیده می‌شود.

راه‌های تشخیص

خارش ناحیه مقعد و اطراف پرینه، بی‌خوابی، ساییدن دندان‌ها، عصبانیت و خستگی، اثبات تشخیص آلودگی با کرمک یا پیدا کردن کرم است. البته تشخیص قطعی در ۹۰ درصد موارد با آزمایش مدفوع صورت می‌گیرد.

مراقبت و پیشگیری

با درمان بیماران و اعضاء خانواده طبق دارونامه، آموزش در مورد دفع صحیح زباله و مدفوع و عدم استفاده از کودهای انسانی تازه در مزارع، شستشوی مکرر مقعد کودک مبتلا به خصوص صبح زود که طفل از خواب بیدار می‌شود. ضد عفونی کردن توالت‌های آلوده، آموزش در مورد اهمیت شستشوی دست‌ها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا، عوض کردن لباس زیر و ملحفه کودک مبتلا و شستشوی آن با آب جوش و خشک کردن در آفتاب، کلرینه آب آشامیدنی در صورتی که تصفیه نیست. آموزش در مورد جوشاندن آب در مسافرت‌ها یا در محل‌هایی که آب آشامیدنی تصفیه و یا کلرینه ندارند. آموزش به اطرافیان بیمار در مورد ضد عفونی نمودن وسایل و اشیاء بیمار و استفاده نکردن از آن‌ها، نظارت دقیق بر کار غذا فروشی‌ها و نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی، پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و آموزش در مورد کوتاه کردن ناخن‌ها میتوان از افراد مبتلا مراقبت و از انتقال به افراد دیگر پیشگیری کرد.

بیماری آسکاریازیس

آسکاریس از کرم‌های لوله‌ای (کرم‌های گرد یا نخ‌سانان) است که گاهی با نام "کرم گرد گول‌پیکر روده" شناخته می‌شود. آسکاریس لومبریکوئیدس، بزرگترین کرم لوله‌ای (کرم گرد) در انسان است. این کرم سفید یا صورتی رنگ است. اندازه کرم نر ۳۱-۱۰ سانتی‌متر و ماده ۳۵-۲۲ سانتی‌متر بوده و در بیش از ۸۵٪ موارد، این عفونت نشانگانی را به همراه ندارد، به ویژه اگر تعداد کرم‌ها اندک باشد.

عامل عفونت

آسکاریس لومبریکوئیدس کرم غالب در مناطق معتدل و گرمسیری است ولی شیوع آن در کشورهای دیگر بیشتر بوده و در مناطق فقیر از جهت بهداشتی شیوع بالاتری دارد. تخمین زده می‌شود که بیش از ۴/۱ جمعیت کره زمین مبتلا به آسکاریس باشند. در بسیاری از کشورها شیوع عفونت به ۸۰٪ می‌رسد.

راه انتقال

راه انتقال دهانی، از راه خوردن تخم‌های آلوده‌کننده همراه با خوراکی یا آب است. نحوه انتقال بیماری به انسان از دست به دهان است که در آن انگشت‌ها در اثر تماس با خاک آلوده شده‌اند. خوراکی‌هایی که خام خورده می‌شوند مانند سبزی‌ها، آلودگی را منتقل می‌نمایند. خوردن خاک آلوده (خاک خواری) و گردوغبار در مناطق کویری نقش مهمی در انتشار آلودگی دارد. آب آشامیدنی به ندرت منبع عفونت است.

چرخه آلودگی

انسان میزبان واسط و نهایی کرم است و تمامی مراحل رشد کرم در انسان طی می‌شود. کرم‌های بالغ معمولاً در مجرای روده ی کوچک زندگی می‌کنند و غذای خود را از مواد نیمه هضم شده‌ی میزبان به دست می‌آورند. تخم‌ها هنگام دفع از بدن میزبان تقسیم نشده هستند. تخم عفونت‌زا پس از خورده شدن توسط انسان در قسمت فوقانی روده کوچک باز و لارو آزاد شده، وارد دیواره ی روده می‌شود و به سیاهرگ ها و یا عروق لنفاوی راه می‌یابد. لاروها از طریق گردش خون به کبد و در نتیجه به ریه می‌رسند. این لاروها ممکن است ۷-۱ روز پس از آغاز عفونت وارد ریه شوند. در طی چرخه ی ریوی طول لارو پنج بار افزایش یافته و به ۵/۱ میلی متر می‌رسد. هنگام ورود به روده، لاروها چهارمین پوست اندازی خود را انجام می‌دهند. کرم‌های ماده‌ی تخم‌گذار تقریباً ۵/۲ تا ۲ ماه پس از شروع عفونت ایجاد شده و ۱۸-۱۲ ماه زندگی می‌کنند.

علائم بالینی

بدنبال اسقرار کرم در روده دل درد یا اختلالات عصبی، دندان قروچه، بی‌خوابی و گاهی تهوع و استفراغ ایجاد می‌شود. کهیر، التهاب صورت و راش های پوستی مشاهده می‌شود. اتوزینوفیلی در طی مهاجرت ریوی، لاروها وجود دارد. در خلال مهاجرت ریوی لاروها ممکن است حساسیت میزبان را برانگیخته و باعث تظاهرات حساسیتی، حملات آسمی، ارتشاح ریوی، و ادم لب ها شوند.

راه های تشخیص

تشخیص عفونت با یافتن تخم‌ها در مدفوع صورت می‌گیرد. تخم‌های بیشمار در گسترش مستقیم مدفوع دیده می‌شوند. در صورت منفی بودن آزمایش مستقیم، روش تغلیظ باید مورد استفاده قرار گیرد.

مراقبت و پیشگیری

شستشوی دست‌ها قبل از غذا خوردن، خودداری از وارد کردن انگشتان به دهان، احداث توالت‌های بهداشتی و دفع بهداشتی مدفوع و آموزش بهداشت در مورد به‌کارگیری توالت‌های بهداشتی، راه اندازی سیستم‌های بهداشتی، استفاده نکردن از کود

انسانی در کشاورزی، شستن دقیق میوه‌ها و سبزی‌ها به خصوص آن‌هایی که به شکل بوته و درختچه هستند و در معرض آلودگی‌های منتقله از مدفوع سگ و گربه هستند مانند خیار، گوجه، کاهو، توت فرنگی و...

بیماری ژیاردیازیس

ژیاردیا لمبلیا پروتوزوا، تک سلولی‌ایی است که در روده انسان‌ها و دیگر پستانداران زندگی می‌کند و ژیاردیازیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های انگلی در دنیا به شمار می‌رود. ژیاردیا نوعی پاتوژن (عامل بیماری) پروکزیمال روده باریک است و از راه خون منتشر نمی‌شود. این پروتوزوا در روده باریک انسان به دو شکل دیده می‌شود: تروفوزوئیت و کیست. تروفوزوئیت‌های ژیاردیا در بخش فوقانی روده کوچک و در تماس با مخاط زندگی می‌کنند. کیست شکل مقاوم انگل بوده و می‌تواند در خارج از بدن و در محیط تا ماه‌ها زنده بماند.

عامل عفونت

ژیاردیا انتشار جهانی داشته یعنی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه شایع است. در مناطق گرمسیر بیشتر از مناطق سردسیر است. خوردن ۱۰ کیست برای ایجاد عفونت کفایت می‌کند.

راه انتقال

از آنجا که کیست‌ها در هنگام دفع یا مدتی پس از آن می‌توانند عفونت ایجاد کنند، در مواردی که بهداشت دفعی پایین است، انتقال فرد به فرد روی می‌دهد. اگر غذا پس از آماده شدن یا پخته شدن با کیست‌های ژیاردیا آلوده شود، بیماری می‌تواند از راه غذا نیز انتقال یابد. انتقال از راه آب سبب عفونت اپیدمیک (به عنوان مثال در مسافران) می‌شود. ژیاردیا در برابر کلریناسیون روتین آب - ۱۵ گرم پرکلرین ۶۰ درصد را در یک لیتر آب حل کرده و سپس ۷ قطره از آن را در یک بطری آب می‌ریزند، پس از نیم ساعت آب قابل مصرف است - (که برای کنترل عفونت‌های باکتریایی کفایت می‌کند)، مقاوم است و با جوشاندن یا تصفیه آب می‌توان کیست‌های موجود در آن را از بین برد.

چرخه آلودگی

به دنبال خوردن کیست‌های انگل، تروفوزوئیت‌های تاژک‌دار در روده باریک آزاد شده و تکثیر می‌یابند. در شرایط خاص تروفوزوئیت‌ها به شکل کیست‌هایی درمی‌آیند و از طریق مدفوع دفع می‌شوند. معمولاً انگل بصورت کیست در مدفوع وجود دارد. در مدفوع شل، ممکن است تروفوزوئیت نیز وجود داشته باشد، اما کیست‌های مقاوم که می‌توانند خارج از بدن نیز زنده بمانند، عفونت را منتقل می‌کنند. کیست‌ها نمی‌توانند گرما را تحمل کنند اما در آب تازه سرد برای ماه‌ها زنده می‌مانند.

علائم بالینی

بیشتر بیماران بدون علامت هستند.

علائم ژیاردیازیس حاد

علائم بیماری می‌توانند بطور ناگهانی و یا بتدریج ایجاد شوند. بعد از دوره کمون که معمولاً یک تا سه هفته به طول می‌انجامد، علائم بیماری آشکار می‌شوند. در ابتدا بیمار دچار اسهال، درد شکم، نفخ، آروغ زدن، دفع گاز، تهوع و استفراغ می‌شود. بیماری معمولاً بیش از یک هفته بطول می‌انجامد، اما اغلب اسهال برطرف می‌شود.

علائم ژیاردیازیس مزمن

ممکن است علائم حاد قبلی وجود داشته باشد. در این نوع عفونت اسهال الزاماً علامت بارز بیماری نیست، اما افزایش دفع گاز، و دفع مدفوع شل و گاه کاهش وزن روی می‌دهد.

راه های تشخیص

با تشخیص آنتی ژن انگل در مدفوع و یا با مشاهده کیست‌ها و یا تروفوزوئیت‌های انگل در مدفوع یا روده باریک داده می‌شود. کیست‌ها بیضوی هستند و چهار هسته دارند. تروفوزوئیت‌ها گلابی مانند بوده دو هسته و چهار جفت تاژک دارند. از آنجا که دفع کیست‌ها متغیر بوده، همیشه نمی‌توان کیست‌ها را مشاهده کرد، گاه نیاز به تکرار آزمایش مدفوع، نمونه‌برداری از مایع دوازدهه و بیوپسی از روده باریک است. آزمون‌های مربوط به ارزیابی آنتی ژن ژیا ردیا در مدفوع به اندازه ارزیابی میکروسکوپی حساس و اختصاصی بوده، آسان‌تر انجام می‌شود.

مراقبت و پیشگیری

با توجه به راه انتقال بیماری، شستن دست‌ها با آب و صابون پس از اجابت مزاج و رعایت اصول بهداشت فردی مهمترین راه پیشگیری از ابتلا به ژیا ردیازیس است. ژیا ردیا در برابر کلریناسیون روتین آب (که برای کنترل عفونت‌های باکتریایی کفایت می‌کند)، مقاوم است. با جوشاندن یا تصفیه آب می‌توان کیست‌های موجود در آن را از بین برد.

لیشمانیوز جلدی یا سالک

بیماری انگلی است که در خاور میانه از جمله ایران، افغانستان و اراضی ساحلی مدیترانه شایع است. در مناطق روستایی شایع‌تر است. تعداد افراد آلوده در دنیا ۱۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود و ۳۵۰ میلیون نفر در معرض خطر هستند. این بیماری معمولاً به صورت زخم پوستی تظاهر نموده و ممکن است تا بیش از یک سال طول بکشد و اسکار آن تا پایان عمر باقی می‌ماند. بروز سالک در کشور بر اساس گزارش دانشگاه‌ها در سال ۱۳۹۰ به میزان ۲۷ در صد هزار نفر جمعیت بوده است.

عامل عفونت

سالک یک بیماری انگلی و بومی ایران است که عامل آن گونه‌های لیشمانیا بوده و به وسیله پشه خاکی منتقل می‌شود. در ایران به دو شکل است: الف) نوع شهری یا خشک که مخزن آن انسان است و سگ مخزن تصادفی است. ب) نوع روستایی یا مرطوب که مخزن آن عمدتاً جوندگان هستند.

چرخه آلودگی

سیر تکامل انگل در بدن پشه خاکی

پشه ماده در هنگام خونخواری از زخم سالک ماکروفاژها و گلبول‌های سفید (لکوسیت) حاوی آماستیگوت را می‌بلعد. انگل در معده میانی پشه خاکی آزاد تبدیل به پروماستیگوت شده و به جدار معده می‌چسبد. با تقسیم دوتائی تکثیر نموده و به سمت دهان مهاجرت می‌کند. در هنگام خونخواری از میزبان از طریق نیش پشه وارد پوست میزبان می‌شود. از زمان ورود انگل به بدن پشه خاکی تا قابلیت عفونت‌زائی هفت روز طول می‌کشد.

سیر تکامل انگل در بدن مهره‌داران

پشه خاکی تعدادی پروماستیگوت را به بدن مهره‌دار تلقیح می‌کند. پروماستیگوت‌ها به رسپتورهای ماکروفاژها چسبیده و توسط ماکروفاژها خورده می‌شوند. پروماستیگوت‌ها داخل فاگولیزوزم تبدیل به آماستیگوت شده و با تقسیم دوتائی تکثیر می‌شوند. با زیاد شدن انگل، ماکروفاژ پاره شده و آماستیگوت‌ها آزاد می‌شوند. مجدداً این انگل‌ها وارد دیگر ماکروفاژها شده و آن‌ها را آلوده و تکثیر می‌نمایند. این عمل تا فعال شدن سیستم ایمنی بدن و کنترل عفونت ادامه دارد.

راه انتقال

به طور کلی بیماری سالک بوسیله انواع پشه های خاکی آلوده با سه روش منتقل می شود: انسان به انسان، حیوان به حیوان، حیوان به انسان یا انسان به حیوان

راه انتقال سالک نوع شهری: در سالک نوع شهری انگل معمولاً به طور مستقیم از انسان به انسان منتقل نمی شود؛ ولی در تمام مدتی که انگل در زخم باقی است، به پشه خاکی منتقل می شود. این مدت سرایت پذیری در موارد درمان نشده ممکن است چند ماه الی دو سال ادامه داشته باشد.

راه انتقال سالک نوع روستایی: مرحله انتقال معمولاً از مخازن حیوانی بیماری به وسیله پشه فلیتوم ماده صورت می گیرد. انتقال بیماری از شخص به شخص به وسیله انتقال خون و تماس های جنسی به ندرت گزارش شده است.

علایم بالینی سالک نوع شهری

در ابتدا ضایعه سالک به شکل یک سفت دانه یا پاپول قرمز رنگ و بدون درد و گاه با خارش مختصر همراه است. بعد از چند هفته ضایعه فعال تر و بزرگتر شده، اطراف آن را هاله قرمز رنگی فرا می گیرد و بر اثر تجمع سلول ها به یک ضایعه سفت تبدیل می شود. پس از ۳-۲ ماه پاپول به صورت دانه های سرخ و برجسته با سطح صاف و شفاف و قوامی نرم در می آید. گاه در روی آن فرو رفتگی به عمق یک میلی متر که ته آن پوسته پوسته است ایجاد می شود. به تدریج سطح دانه نرم می شود و مایع سروزی ترشح می کند. بالاخره ضایعه به صورت زخمی باز در می آید. اطراف زخم دارای هاله ای صورتی رنگ است که در مقایسه با بافت های اطراف و زیر آن سفت به نظر می رسد. بهبودی زخم معمولاً از مرکز زخم شروع می شود. بهبودی کامل بعد از گذشت ۱۲-۶ ماه و گاه بیشتر صورت می گیرد. اثر آن به صورت جوشگاهی فرورفته با حدودی کاملاً مشخص و حاشیه ای نامنظم باقی می ماند.

علایم بالینی سالک نوع روستایی

ضایعه به صورت جوش همراه با التهاب حاد ظاهر می شود. پس از دو هفته زخمی شده که به سرعت بزرگ و دور آن پر خون می شود. زیر لبه زخم خالی است و لبه زخم دارای دندان و چرک زیاد است. جوش خوردن زخم از وسط و اطراف همزمان اتفاق می افتد. به طور معمول زخم طی ۶-۴ ماه بهبود می یابد. دوره کمون لیشمانيوز جلدی نوع روستایی کمتر از ۴ ماه و در نوع شهری ۸-۲ ماه و گاهی ۲ سال است.

راه های تشخیص

مورد مشکوک: وجود پاپول یا زخم پوستی منطبق بر علایم بالینی است به ویژه در نقاط باز بدن که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد.

مورد محتمل: مورد مشکوک به همراه وجود سابقه اپیدمیولوژیک در منطقه یا سابقه ابتلا به سالک در همان محل قبلی و احتمال عود آن است.

مورد قطعی: دیدن انگل در گسترش تهیه شده از ضایعه پوستی و کشت مثبت انگل یا نتیجه مثبت آزمایشات تخصصی دیگر که در آزمایشگاه های تخصصی انجام می شود. تشخیص سالک با دیدن انگل در گسترش تهیه شده در ضایعه (اسمیر) یا کشت است.

مراقبت و پیشگیری

سمپاشی با حشره کش ابقایی برای از بین بردن پشه های خاکی در مناطق مسکونی، درزهای دیوار سنگی، محل نگهداری حیوانات و زباله ها، نصب توری و پرده بهداشتی (منافذ ریزوآغشته به حشره کش)، دفع صحیح زباله و کود حیوانی، نوسازی اماکن مسکونی، تخریب اماکن متروکه و مسطح سازی آنها، کنترل جمعیت جوندگان، از بین بردن سگ های ولگرد، عدم

ساخت اماکن مسکونی، صنعتی، سیاحتی و ورزشی در مجاورت لانه جوندگان، عدم نگهداری دامها در مجاورت اماکن مسکونی، آموزش جامعه در معرض خطر مبنی بر انجام اقدامات پیشگیرانه (از جمله استفاده از لباسهای کاملاً پوشیده به خصوص در هنگام غروب و در طول شب) و راههای انتقال بیماری، آموزش چهره به چهره بیماران مبنی بر تکمیل دوره درمانی و رعایت پانسمان در نوع شهری، باید بیمار را به نزدیکترین مرکز درمان سالک ارجاع دهد. این بیماریها نیاز به جداسازی ندارند.

بیماری پدیکولوزیس

پدیکولوز شپش حشره‌ای کوچک بوده و انگل انسان است. طول عمر متوسط شپش ماده ۳۰ روز است و می‌تواند سر، بدن و عانه (دستگاه تناسلی خارجی) را در انسان آلوده کند. میزبان برخی از انواع شپشها انسان است. در دهه گذشته در ایالات متحده آمریکا هر سال ۶ میلیون مورد ابتلا به شپش گزارش شده است.

عامل عفونت

شپش سر، شپش تن و شپش عانه (شپش دستگاه خارجی تناسلی) است.

شپش سر

قدرت آلوده‌سازی انگل خارج از بدن انسان هفت روز است. زیستگاه اصلی لابه لای موها به خصوص پشت گوش و پس سر است. زمان تبدیل یک تخم به شپش بالغ سه هفته و طول عمر شپش یک ماه است. راه انتقال آن از طریق تماس مستقیم و یا تماس با اشیاء آلوده نظیر حوله، شانه، برس، کلاه، روسری، متکا، لباسهای خواب هستند، وقتی که به طور مشترک استفاده می‌شوند و یا یک جا روی هم قرار داده می‌شوند. صندلی سینما و وسایل نقلیه عمومی در مواقع شیوع بیماری، باعث انتقال می‌شوند.

علائم بالینی شپش سر

اولین علائم بالینی در سر موقعی اتفاق می‌افتد که شپش شروع به حرکت می‌کند که معمولاً از حاشیه دو طرف سر شروع می‌شود و بعد به طرف مرکز سر گسترش می‌یابد. در این هنگام بیمار احساس خارش در سر می‌کند. به تدریج خارش سر افزایش یافته و گاهی خارش شدید سر باعث کندگی پوست ناحیه شده و با اضافه شدن عفونت، زرد زخم بروز می‌کند. گاهی در موارد پیشرفته غدد لنفاوی اطراف سر در ناحیه گردن برجسته می‌شود.

شپش تن

ناقل بیماری‌هایی نظیر تیفوس است. بیشتر در افراد بی خانمان یا در زمانهای سیل و زلزله و جنگ شایع است. در کسانی که در محل‌هایی غیر از خانه خود می‌خوابند نیز می‌تواند رخ دهد. بیشتر در درز و چین لباس زیر افراد زندگی و تخم‌گذاری کرده، حتی در آلودگی سنگین، تخم‌ها به تار موهای ریز بدن می‌چسبند. قدرت آلوده‌سازی دیگران خارج از بدن حداکثر ده روز است. هنگام نیاز به تغذیه بر روی پوست بدن می‌آید و شروع به مکیدن خون می‌کند.

علائم بالینی شپش تن

تشخیص بیماری با دیدن شپش یا تخم آن در لباس فرد و یا آثار آن در روی لباس و پوست فرد امکان‌پذیر است.

شپش عانه (شپشک)

بیشتر در موهای نواحی تناسلی بوده، اما می‌تواند در هر منطقه مودار دیگر بدن نیز مانند ران‌ها، سینه، زیر بغل، ریش و سبیل، مژه و ابرو و حتی سر نیز پیدا شود. جزء بیماری‌های آمیزشی محسوب شده و با تشخیص این بیماری باید به فکر دیگر

بیماری‌های آمیزشی بود. احتمال ابتلا به این بیماری با یک بار تماس جنسی با فرد مبتلا، حدود ۹۵٪ است. راه انتقال آن در معاینه‌ی فرد مبتلا، به سختی می‌توان شپش را دید؛ اما تخم شپش را می‌توان پیدا نمود که به موهای ناحیه چسبیده‌اند. تماس جنسی، لباس‌های زیر، حوله‌های حمام، صابون، کیسه‌های خواب و تختخواب آلوده از راه‌های انتقال شپش عانه است. طول عمر شپش ۱۵ روز بوده و قدرت آلوده‌سازی خارج از بدن کمتر از ۲۴ ساعت است.

علائم بالینی شپش عانه (شپشک)

خارش شدید شبانه و قرمزی اطراف دستگاه تناسلی بخصوص در کسانی که بهداشت را رعایت نمی‌کنند. پوسته شدن و قرمز شدن پوست در محل استقرار شپش، وجود لکه‌های آبی در زیر شکم و بالای ران و باسن، التهاب مژه‌های چشم و خارش آن از علائم بالینی شپش عانه است.

راه تشخیص

مورد مشکوک: وجود خارش در ناحیه سر و تن در جامعه آلوده به شپش
مورد احتمالی: وجود ضایعات به صورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی (التهاب) موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، و وجود خراش‌های موازی بین دو کتف بر روی شانه (در آلودگی به شپش تن)، دور ناحیه ناف و عانه (در آلودگی به شپش عانه) و مشاهده رشک (تخم‌های شپش) در نواحی مودار.
مورد قطعی: مشاهده رشک و شپش همراه با وجود ضایعات به صورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی (التهاب) موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، و وجود خراش‌های موازی بین دو کتف بر روی شانه (در آلودگی به شپش تن)، دور ناحیه ناف و عانه (در آلودگی به شپش عانه) و مشاهده رشک (تخم‌های شپش) در نواحی مودار.

مراقبت و پیشگیری

شستشوی مرتب سر با شامپوهای معمولی و شانه کردن مو به‌ویژه در دختران، عدم استفاده از لوازم شخصی دیگران مثل برس و شانه، حوله حمام، روسری، شال، مقنعه، چادر و کلاه، عدم استفاده از وسایل آرایش عمومی در آرایشگاه‌ها، دفع به موقع موها در آرایشگاه، تمیز کردن مرتب داخل اتاق‌ها و تختخواب‌ها، درمان به موقع افراد آلوده جهت پیشگیری از آلوده شدن سایر افراد، معاینه مرتب موهای دانش‌آموزان و افرادی که جدید وارد جمع آنان می‌شوند، شستشوی مرتب لباس‌های افراد خصوصاً لباس زیر به‌ویژه در فصل پاییز و زمستان، بررسی افرادی که جدید وارد محل‌هایی چون مهد کودک‌ها، خوابگاه‌ها، آسایشگاه‌ها، زندان‌ها و سایر مکان‌های اجتماعی می‌شوند، در صورت مشاهده یک نفر آلوده در خانواده باید کلیه افراد بررسی و درمان شوند، داخل اتاق خواب‌ها، تخت خواب‌ها و سایر لوازم خواب مرتب تمیز و شستشو داده شود، آغشته کردن لباس‌ها به مواد دورکننده حشرات از آلوده شدن به شپش تن جلوگیری می‌نماید و خودداری از روابط جنسی نامشروع وعدم استفاده از لباس‌های زیر دیگران از آلودگی به شپش جلوگیری می‌کند

ایدز (HIV/AIDS)^۱

HIV نوعی ویروس است. HIV گرفته شده از ویروس نقص ایمنی است. وجود HIV را در فرد، عفونت HIV می‌نامند که باعث بیماری AIDS می‌شود. یک بیماری سندرمیک و نشان‌دهنده مراحل آخر ابتلا به ویروس نارسایی ایمنی انسان (HIV) است. میزان مرگ و میر نزد افراد مبتلایی که تحت درمان مؤثر ضد رتروویروسی قرار نمی‌گیرند بسیار زیاد است. عفونت اولیه

¹ Human immunodeficiency virus

با HIV به ایجاد یک پاسخ ایمنی سلولی و همورال (ایمنی مایعات بدن) نسبت به ویروس منجر می‌شود که با دوره نهفتگی طولانی (متوسط ده سال) همراه است که بیمار طی آن معمولاً بی علامت است.

راه انتقال ایدز

انتقال جنسی (شایع‌ترین راه انتقال در جهان)، تماس‌های خونی نظیر تزریق خون یا فرآورده‌های خونی، استفاده از وسایل تزریقی مشترک، تماس‌های تصادفی با وسایل تیز و برنده که قبلاً به خون فرد مبتلا آلوده شده باشد، انتقال از مادر به کودک در حین بارداری، زایمان و شیردهی و پیوند اعضا

علائم بالینی

علائم بالینی سندرم حاد HIV :

- حدود سه تا شش هفته بعد از تماس با ویروس HIV، بیمار علائم بالینی مشابه منونوکلئوز عفونی با علائم تب، سردرد، زکام و بزرگی غدد لنفاوی را نشان می‌دهد. این علائم تنها در ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران مشاهده می‌شود. در این دوره بار ویروسی (تعداد ویروس در خون) بسیار بالاست. طی یک تا سه هفته پاسخ ایمنی در بدن ایجاد شده، بار ویروس کاهش می‌یابد. علائم بالینی این مرحله بعد از مدتی (حداکثر دو ماه از زمان ورود ویروس) فروکش می‌کند؛ ولی بیمار وارد مرحله بدون علامت می‌شود.

علائم بالینی دوره نهفته

پس از عفونت اولیه و تکثیر ویروس و به دنبال آن تغییرات ایمونولوژیک ویژه HIV رخ می‌دهد. سال‌ها طول می‌کشد. طی این دوره سیستم ایمنی تخریب شده که این تخریب با کاهش تعداد سلول‌های CD4 تظاهر می‌یابد. در این دوره بیماری در حال پیشرفت است.

علائم بالینی بیماری آشکار بالینی

تخریب پیشرونده سیستم ایمنی که در اغلب بیماران رخ می‌دهد، سرانجام به بیماری آشکار بالینی با علائم و نشانه‌های بیماری زمینه‌ای و یا عفونت‌ها و بدخیمی‌های فرصت طلب می‌انجامد، کاهش وزن بدون توجیه، عفونت مکرر دستگاه تنفس فوقانی (سینوزیت، برونشیت و...)، علائم پوستی (زخم‌های مکرر دهانی، درماتیت)، اسهال مزمن بیش از یک ماه، کاندیدیازیس دهان و مری، سل ریوی در یک سال اخیر و یا سل خارج ریوی، عفونت‌های باکتریایی شدید (باکتری، پنومونی، مننژیت، عفونت مفصل و درگیری‌های مغزی)، هرپس (تبخال) مزمن بیش از یک ماه

راه تشخیص ایدز

آزمون الایزا^۱: براساس سنجش آنتی‌بادی HIV است. ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ حساسیت دارد. در صورت مثبت شدن الایزا باید آزمایش مجدد الایزا انجام شده و در صورت تکرار پاسخ مثبت، نتیجه با روش وسترن بلات^۲ مورد تأیید قرار گیرد.

تست های تشخیص سریع: این روش نیز به سنجش آنتی‌بادی می‌پردازد. از حساسیت مناسبی برخوردار است. در صورت مثبت شدن تست سریع باید آزمایش مجدد با روش الایزا انجام شود. و در صورت پاسخ مثبت الایزا، نتیجه باید با وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد. این آزمایش باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را دارند. استفاده از این کیت‌ها به منظور خودآزمونی جایز نیست. کیت‌های به کار برده شده باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند.

¹ Elisa

² Western blot

آزمون وسترن بلات: این آزمون نیز که برروی آنتی‌بادی صورت می‌گیرد. نسبت به الایزا اختصاصی‌تر است و به عنوان آزمون تأییدی نهایی به کار می‌رود.

PCR: در نوزادان از آنجا که آنتی‌بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده و تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می‌ماند، بنابراین آزمایش‌های آنتی‌بادی مثبت (الایزا، وسترن بلات و تست تشخیص سریع) ارزش تشخیصی ندارند. لذا باید از روش PCR استفاده کرد که به جای آنتی‌بادی به جستجوی ژن‌های ویروس می‌پردازد. برای نوزادانی که با این روش تشخیص داده شده‌اند باید بعد از ۱۸ ماهگی سری آزمایش‌های آنتی‌بادی انجام شود.

مراقبت و پیشگیری ایدز

مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شرکا جنسی آنان، افرادی که سابقه رفتارهای جنسی حفاظت نشده با افراد متعدد دارند و شرکای جنسی آنان، افرادی که سابقه زندان دارند و شرکای جنسی آنان، افرادی که علائم بالینی مشکوک به این بیماری را دارند شامل همسران افراد شناخته شده مبتلا، فرزندان متولد شده از مادران مبتلا، مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی، مبتلایان به سل در مناطق توصیه شده. نکته حائز اهمیت اینکه: با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی‌بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین دو هفته تا چند ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است، لازم است هر سه ماه آزمایش تکرار شود. باوجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای HIV/AIDS وجود ندارد.

انواع پیشگیری ایدز

پیشگیری در تماس جنسی: به تعویق انداختن سن اولین رابطه جنسی، وفاداری به همسریا شریک جنسی، مراقبت بهداشتی در روابط جنسی، درمان کامل بیماری آمیزشی، پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک
پیشگیری در اعتیاد تزریقی: پرهیز از مصرف مواد یا اقدام به ترک، در صورتی که امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیرتزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوبیوئیدی مانند متادون، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق و استفاده از سرنگ و سوزن استریل
پیشگیری در انتقال خون و فرآورده‌های خونی و پیوند اعضا: غربالگری افراد داوطلب برای اهدا خون یا عضو، توصیه به پرهیز از اهدا خون در صورت شک به ابتلا به HIV

پیشگیری در سرایت از طریق مادر به فرزند: مادران بارداری که در خطر ابتلا به HIV هستند و یا در مناطق توصیه شده زندگی می‌کنند باید از نظر ابتلا به HIV بررسی شوند. مادران باردار مبتلا باید هر چه سریع‌تر به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند تا درمان/پیشگیری دارویی مناسب برای آن‌ها شروع شود. داروی ضد رتروویروسی (ARV) باید در طی دوران حاملگی و حین زایمان (به صورت تزریق وریدی) توسط مادر مصرف شده و اگر مادر در مرحله بیماری پیشرفته باشد باید تا آخر عمر آن را ادامه دهد. درمان پیشگیری در نوزاد بعد از تولد تا یک ماه ادامه یابد. پرهیز از شیردهی توسط مادر مبتلا به فرزند و استفاده از شیر خشک باید توصیه شود.

پیشگیری پس از تماس: تماس غیر شغلی با خون و سایر مایعات بالقوه عفونی مانند منی، ترشحات واژینال و ... که خطر انتقال HIV را به همراه دارند؛ شامل تماس جنسی بدون مراقبت، تزریق با وسایل مشترک، فرو رفتن تصادفی سر سوزن آلوده، گاز گرفتگی انسان و تماس مخاط با مایعات آلوده به ویروس. ضروری است در سریع‌ترین زمان ممکن بعد از این تماس‌های تصادفی و اسپورادیک فرد برای دریافت درمان مناسب به مرکز مشاوره ارجاع شود. تماس غیر شغلی در محیط‌های بیمارستانی که می‌تواند شامل تماس بیماران با پرسنل مبتلا به HIV و همچنین استفاده اشتباه از وسیله بیماران مبتلا برای

بیمار دیگر باشد. در تماس‌های غیرشغلی پس از گذشت ۷۲ ساعت از زمان تماس، تجویز درمان ضد رتروویروسی تأثیری ندارد.

کمک‌های اولیه

تعریف کمک‌های اولیه

کاربرد ماهرانه اصول پذیرفته شده درمانی به هنگام وقوع یک سانحه یا بد حال شدن ناگهانی، با استفاده از امکانات و وسایلی که در آن زمان در دسترس وجود دارد.

دلایل انجام کمک‌های اولیه

نجات جان مصدوم

جلوگیری از بدتر شدن حال مصدوم

بالا بردن احتمال بهبودی مصدوم

مسئولیت امدادگر

موقعیت را درک کند، بیماری یا حالت مصدوم را تشخیص دهد، روش‌های درمانی مناسب و کافی را بدون اتلاف وقت به کار ببرد، بسته به وخامت حال مصدوم، بدون معطلی او به بیمارستان، مطب پزشک یا خانه انتقال دهد، مسئولیت امدادگر زمانی تمام می‌شود که مصدوم تحت نظر پزشک یا پرستار یا سایر اشخاص متخصص قرار گیرد. امدادگر نباید محل حادثه را ترک کند مگر آنکه وضعیت را برای شخصی که عهده‌دار امر شده است گزارش کند و مطمئن شود که به کمک وی در مراحل بعدی نیازی نیست.

موارد نیازمند کمک‌های اولیه

زخم‌ها و خونریزی‌ها، شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها، سوختگی‌ها، برق‌گرفتگی، خفگی و ورود اجسام در بدن

زخم‌ها و خونریزی‌ها

الف) زخم‌های بسته: آسیبی که زیر پوست شکافته نشده قرارداد یک زخم بسته نامیده می‌شود و شامل کوفتگی و له‌شدگی است

کوفتگی: به سلول‌ها و عروق خونی موجود در داخل بافت وارد می‌شود. باعث تورم و درد موضعی در محل آسیب می‌شود. ممکن است در محل صدمه تغییر رنگ (آبی و سیاه) داشته باشد که بر اثر نشت خون از عروق صدمه دیده و تجمع آن در بافت‌های اطراف به وجود می‌آید.

له‌شدگی: در آن نیروی بزرگی به بدن وارد شده و ایجاد جراحت می‌کند. این نیرو می‌تواند صدمه جدی در بافت‌های نرم زیر جلدی به همراه خونریزی داخلی ایجاد کند و ممکن است منجر به شوک (کاهش خون‌رسانی) شود. گاهی اوقات له‌شدگی با زخم باز همراه می‌شود.

ب) زخم‌های باز: هنگامی که پیوستگی پوست از بین برود زخم باز ایجاد می‌شود و شامل: خراشیدگی، پارگی و کنده‌شدگی، قطع‌شدگی، سوراخ‌شدگی، له‌شدگی (همراه با باز شدن پوست) است.

خراشیدگی‌ها: به وسیله تراشیده شدن یا ساییدن خارجی‌ترین لایه پوست ایجاد می‌شود. این جراحت معمولاً بسیار دردناک است چون انتهای اعصاب باز است. در اغلب موارد خون از زخم نشت دارد اما به راحتی با فشار مستقیم قابل کنترل است. در صورت وسیع بودن سطح خراشیدگی مثل حادثه سر خوردن یک موتورسوار روی زمین خطر عفونت یک مسئله جدی است.

پارگی: بصورت یک شکاف در پوست است که عمق‌های متفاوت دارد. خونریزی در این زخم‌ها بیشتر است خصوصاً اگر شریان درگیر شده باشد. پارگی ممکن است خطی (منظم) یا ستاره مانند (نامنظم) باشد. پارگی منظم معمولاً بوسیله بریده شدن توسط اشیا تیز مثل چاقو، تیغ یا شیشه شکسته ایجاد می‌شود، معمولاً بهتر از انواع ستاره‌ای بهبود می‌یابد، چون زخم لبه‌های صاف دارد. پارگی نامنظم: اغلب در اثر بریدگی با یک شیء کند بوجود می‌آید. لبه‌های زخم ناهموار است. زمان بهبودی ممکن است طولانی شود.

کنده شدگی: یک لایه شل و آویخته پوست و بافت نرم زیر آن که به میزان کمی پاره شده (کنده شدگی نسبی) یا کاملاً کنده شده است (کنده شدگی کامل). خونریزی به دنبال آسیب عروق خونی ممکن است شدید باشد. بعضی از عروق خونی ممکن است خودبخود با کشیده شدن به داخل بافت نرم فشرده شوند و خونریزی کاهش یابد. بنابراین از دست دادن مقدار کم خون احتمال وجود یک آسیب جدی را رد نمی‌کند. زمان بهبودی طولانی بوده و جای زخم ممکن است وسیع باشد. کنده شدگی‌ها شایع‌ترین پی‌آمد حوادث ماشین‌آلات صنعتی یا خانگی و وسایل نقلیه موتوری هستند. اغلب انگشتان دست و پا، دست‌ها، پاها، بازوان و ساق پاها را درگیر می‌کنند.

قطع شدگی: قطع پیوستگی در یک اندام یا قسمت دیگری از بدن ب‌طور کامل یا نسبی است. خونریزی از ناحیه قطع شده معمولاً زیاد است، بنابراین باید مراقب علائم شوک بود. گاه به دلیل اسپاسم رگ‌های خونی، خونریزی از حد مورد انتظار کمتر می‌شود.

سوراخ شدگی: عموماً نتیجه فرو رفتن یک جسم نوک تیز مثل میخ، سوزن یا چاقو به داخل بافت نرم هستند. زخم ورودی ممکن است در ظاهر کوچک باشد و خونریزی کمی ایجاد کند، ممکن است عمیق و تخریب کننده باشد و باعث خونریزی شدید داخلی شود. زخم گلوله ممکن است دو زخم ورودی و خروجی ایجاد کند. اگر بیمار از فاصله نزدیک مورد شلیک قرار گیرد زخم ورودی بوسیله باروت سوخته احاطه خواهد شد. زخم خروجی معمولاً بزرگتر است و خونریزی شدیدتری دارد. له شدگی (همراه با باز شدن پوست): اگر در آسیب له شدگی پوست نیز آسیب ببیند با اینکه ممکن است خونریزی خارجی خفیف باشد اما باید احتمال وجود آسیب به ارگان‌های داخلی و شوک را کاملاً جدی گرفت.

کمک‌های اولیه در زخم‌ها و خونریزی‌ها

سرعت عمل داشته باشید اما خونسردی خود را حفظ کنید. علایم حیاتی را کنترل کنید. مصدوم را به پشت بخوابانید و پاها را در وضعیت بالا ببرید. خونریزی را کنترل کنید. زخم را از آلودگی و عفونت محافظت نمایید. مصدوم را گرم نگه دارید. مصدوم را در وضعیت استراحت قرار داده و اندام زخمی را بی‌حرکت کنید. لباس مصدوم را شل کنید. در صورت بروز شوک، پاهای مصدوم را بالا نگه دارید اما در صورت خونریزی سر و گردن نباید سر را نسبت به بقیه بدن پایین تر نگه داشت، چون سبب خونریزی بیشتر می‌شود. جهت بررسی وضعیت جریان خون اعضاء از لمس نبض و گرمی هر اندام و همچنین معاینه پر شدن مویرگی ناخن‌ها استفاده کنید. در صورتی که خون لخته شده باشد، از کندن و تمیز کردن آن خودداری کنید. هرگز اشیائی مانند چاقو، تکه‌های شیشه و... را از زخم خارج نکنید زیرا امکان تشدید آسیب و خونریزی وجود دارد. در این شرایط، از یک دستمال و یا باند حلقه شده (تامپون) استفاده کنید. تامپون باید کاملاً اطراف جسم را بپوشاند طوری که وقتی خواستید روی آن باندپیچی کنید، به جسم فشار وارد نشود و مصدوم را به مرکز درمانی انتقال دهید.

شکستگی‌ها

شکستگی بسته: پوست ناحیه صدمه دیده سالم است.

شکستگی باز: پوست ناحیه صدمه دیده پاره می‌شود که ممکن است همراه با بیرون زدگی استخوان از محل پارگی باشد.

کمک های اولیه در شکستگی ها

عضو را همراه با مفصل بالا و پایین محل شکستگی ثابت کنید، هرگونه خونریزی خارجی را کنترل کنید، کلیه زینت آلات و ساعت را خارج کنید، علائم حیاتی عضو دیده را هر ۱۵-۵ دقیقه کنترل کنید، اگر شوک ظاهر شد به درمان آن پردازید، عضو را بالاتر از سطح قلب نگه دارید، به طور متناوب از کیف یخ روی محل استفاده کنید، مسکن تجویز کنید و به علائم آمبولی چربی توجه کنید.

دررفتگی یا جابجایی مفصل

خارج شدن یک مفصل از محل خود به دنبال یک حرکت سریع است. معمولاً همراه با صدمات بافت نرم داخل کپسول مفصلی و لیگامان اطراف، ادم شدید و صدمه احتمالی شریان، ورید و اعصاب اطراف است.

کمک های اولیه در دررفتگی ها

اندام در رفته را در راحت ترین حالت از نظر مصدوم قرار دهید، مفصل و استخوان بالا و پایین آن را ثابت نگه دارید، هرگونه خونریزی خارجی را کنترل کنید، زیور آلات و ساعت را خارج کنید، علائم حیاتی را هر ۱۵-۵ دقیقه کنترل کنید، تلاش نکنید که در رفتگی را جا بیندازید چون ممکن است رگ ها و اعصاب آسیب ببینند، عضو را بالاتر از سطح قلب نگه دارید، از کیف یخ استفاده کنید، مسکن تجویز کنید، اگر شوک ظاهر شد به درمان آن پردازید، مصدوم را به بیمارستان برسانید.

سوختگی ها

انواع سوختگی ها شامل سوختگی های حرارتی، شیمیایی، الکتریکی، تابشی، شدید و جزئی است.

درجات سوختگی

سوختگی درجه ۱: آسیب به لایه خارجی پوست وارد می شود: قرمزی، درد متوسط و تورم و آماس از علائم آن است.
سوختگی درجه ۲: سوختگی به دومین لایه پوست نفوذ می کند.
سوختگی درجه ۳: سوختگی به لایه سوم پوست نیز نفوذ می کند. درد در سوختگی درجه سه کمتر از سوختگی درجه دو است، زیرا سلول های عصبی در بافت آسیب دیده تخریب می شوند اما آسیب و صدمه خیلی شدیدتر از نوع دو است.

کمک های اولیه در سوختگی ها

سوختگی شدید: بیمار را پوشانده، گرم نگه داشته و هر چه زودتر به بیمارستان برسانید.
سوختگی جزئی: به فرد مصدوم آرامش و اطمینان بدهید. پوشش های تنگ را شل کنید و لوازم شخصی را بیرون بیاورید. بخش سوخته را به مدت ۱۰ دقیقه زیر جریان آب سرد تمیز بگیرید یا آن را در آب سرد فرو ببرید و یا روی یخ بگذارید. جای سوختگی را تمیز ببوشانید و به آن دست نزنید. در صورت نداشتن وسایل لازم، روی زخم را باز بگذارید. هرگز تاول های بوجود آمده را نترکانید و به محل سوختگی دست نزنید.

برق گرفتگی

علت اصلی برق گرفتگی در مدارس اتصال سیم برق به وسایل و دستگاه هایی است که دانش آموزان به آن ها دست می زنند. عبور جریان برق از بدن می تواند سبب ارتعاش ماهیچه های قلب یا حتی ایست کامل قلب شود. برق نه تنها ناحیه ورودی اش به بدن را مجروح می سازد بلکه ناحیه ای که از آن خارج می شود و به زمین می رود را نیز مجروح می کند. هر چقدر ولتاژ برقی که وارد بدن می شود بیشتر باشد، سوختگی ایجاد شده عمیق تر است.

آب هادی جریان برق است. بنابراین تماس با وسایل الکتریکی با دست خیس یا زمانیکه زیر پاها خیس است، خطر برق‌گرفتگی را زیاد می‌کند. الکتریسیته تولید شده بوسیله برق آسمان عمرش فوق‌العاده کوتاه است اما می‌تواند موجب مرگ آنی یا حداقل سبب به آتش کشیدن لباس شخص شود. منبع برق چه ضعیف باشد و چه قوی هیچگاه با دست لخت به مصدوم دست‌نزنید، مگر آنکه مطمئن باشید که مصدوم دیگر در تماس با منبع برق نیست. در مواردی که با برق‌گرفتگی ولتاژ بالا روبرو هستید به هیچ عنوان به مصدوم نزدیک نشوید مگر آنکه از طرف پلیس یا شخص مسئولی به شما این اطمینان داده شود که می‌توانید به مصدوم نزدیک شوید.

کمک‌های اولیه در برق‌گرفتگی

به یکی از طرق قطع کنتور یا بوسیله چوب خشک، پارچه ضخیم و خشک یا دستکش لاستیکی ضخیم برق را از فرد جدا کنید، پس برطرف شدن اتصال برق از مصدوم، به فرد تنفس مصنوعی دهید و بیمار را به مراکز درمانی انتقال دهید.

خفگی

هرگاه به هر دلیلی هوای اکسیژن دار به ریه فرد نرسد و در نتیجه اکسیژن کافی به سلول‌های بدن نرسد خفگی ایجاد می‌شود. این فقدان ممکن است به کمبود اکسیژن در هوایی که تنفس می‌کنیم؛ اختلال، یا جراحت در سیستم تنفسی مربوط باشد. سلول‌های حیاتی در مغز تنها سه دقیقه می‌توانند بدون اکسیژن دوام بیاورند.

علل خفگی

بسته شدن مجرای تنفسی: گیرکردن جسم خارجی در مجرای تنفسی
وجود مایعات در مجرای تنفسی: غرق شدن در آب

کمبود هوا: قرار گرفتن صورت روی بالش به مدت طولانی (در نوزادان) یا داخل کردن سر در کیسه پلاستیکی (در کودکان)
فشرده شدن راه تنفس از خارج: فشرده شدن گلو با پنجه دست یا دارزدن

جراحتهای قفسه سینه

وارد آمدن فشار بر روی قفسه سینه: افتادن جسم سنگین روی قفسه سینه یا تحت فشار قرار گرفتن بین جمعیت زیاد
برق‌گرفتگی

در جریان بیماری‌هایی نظیر آسم، تورم مجاری تنفسی، سکت قلبی، فلج اطفال

استنشاق مواد سمی

شوک که سبب نرسیدن خون و اکسیژن به بافت‌ها می‌شود.

کمک‌های اولیه در خفگی

درها و پنجره‌ها را باز کنید، فرد مبتلا را به فضای آزاد منتقل کنید، عامل خفگی را سریعاً برطرف سازید و راه تنفس را باز کنید، اگر مصدوم نفس نمی‌کشد بلافاصله تنفس مصنوعی را شروع کنید، زمانی که تنفس و ضربان قلب برقرار شد، مصدوم را در وضعیت بهبود قرار دهید، میزان تنفس، نبض، و سطح هوشیاری را هر ده دقیقه یک‌بار چک کنید، مصدوم را فوراً به بیمارستان برسانید.

ورود اجسام در بدن

ورود اجسام می‌تواند به صورت: جسم خارجی در اعضاء عضلانی، در چشم، در گوش، در بینی و یا در گلو باشد.

کمک‌های اولیه برای جسم خارجی در اعضاء عضلانی

عضو ضایعه دیده را با محلول ضد عفونی بشوید، اگر جسم خارجی سطحی است، ابتدا آن را خارج کرده سپس شستشو دهید و پانسمان کنید، اگر جسم مانند سنجاق فرو رفته مراقب باشید تا نشکند و بیمار را به پزشک برسانید، اگر سوزن و سنجاق شکسته و بخشی از آن بیرون است به آرامی آن را بیرون بکشید، سرم ضد کزاز تزریق کنید.

کمک‌های اولیه برای جسم خارجی در چشم

در مورد اشیایی مانند شیشه، فلز، چوب و ... مصدوم را به مراکز درمانی برسانید، در مورد اشیاء خرد داخل پلک، آن‌ها با دقت خارج کنید، اگر شی در پلک پایین است، با گوشه دستمال مرطوب آن را خارج کنید، اگر شی در داخل پلک بالا است، بیمار به پایین نگاه کند، پلک را بطرف بالا برگردانده و جسم را خارج کنید، برای خروج جسم خارجی، چشم با یک لیوان آب شستشو دهید، اگر روش‌های قبلی جواب نداد مصدوم را به پزشک برسانید، اگر مواد شیمیایی وارد چشم شده باشند، در این صورت خطر سوختگی، عفونت و کوری وجود دارد، چشم با آب فراوان شستشو دهید، آن را بانداز کنید و بیمار را به مراکز درمانی برسانید.

جسم خارجی در گوش

عوارض وجود جسم خارجی در گوش شامل: ناشنوایی موقت و آسیب پرده گوش

دلایل وجود جسم خارجی در گوش

ورود حشرات به داخل گوش و استفاده از اجسام برای تمیز کردن گوش و ...

کمک‌های اولیه برای جسم خارجی در گوش

به مصدوم آرامش دهید، اگر حشره وارد گوش شده است؛ از چند قطره الکل، روغن زیتون، روغن بادام و یا پارافین استفاده کنید، اگر در اقدام فوق حشره خارج نشد مصدوم را به مراکز درمانی ببرید. هرگز برای خروج اجسام از گوش از سنجاق یا چیزهای نوک تیز استفاده نکنید

کمک‌های اولیه برای جسم خارجی در بینی

اگر جسم نرم و صاف است، آن را با ایجاد عطسه به بیرون برانید، اگر جسم خارجی تیز است و در پشت بینی فرو رفته، نباید آن را دستکاری کرد، زیرا می‌تواند سبب زخمی شدن و خونریزی شود، از مصدوم بخواهید که با دهان نفس بکشد و هرچه زودتر وی را به مراکز درمانی برسانید.

کمک‌های اولیه برای جسم خارجی در گلو

در حالی که سر بیمار پایین است، سرفه ایجاد کنید و بین دو شانه بزنید، اگر غذا در گلو گیر کرده در پشت مصدوم قرار گرفته، دو دست را دور کمرش حلقه کنید و در ناحیه معده فشار محکمی از پایین به بالا وارد کنید، اگر روش‌های فوق مؤثر نبود مصدوم را به بیمارستان برسانید.

آفتاب‌زدگی

عوارض آفتاب‌زدگی شامل: پیدایش لکه در صورت و در مورد افراد مبتلا به این لکه ها باعث افزایش آن‌ها می‌شود. موجب سوختگی پوست شده و در درجات بالا همراه با سرطان پوست است.

گرما زدگی

علت آن می‌تواند از دست دادن آب و نمک در بدن باشد.

کمک‌های اولیه در آفتاب‌زدگی

اگر مصدوم قادر به نوشیدن است به او آب و نمک بخورانید. اگر شخص بیهوش است به او سرم فیزیولوژی داخل رگ تزریق کنید. به دانش‌آموزانی که حالشان نسبتاً خوب است قرص‌های نمک با آب بدهید.

کمک‌های اولیه در گرم‌زدگی

قبل از عارضه: استعمال پمادهای مخصوص

بعد از ایجاد عارضه: استفاده از پمادهای بی‌حس‌کننده، استفاده از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌ها برای برطرف کردن سوزش و خارش، در موارد فوری که موارد فوق در دسترس نیست از روغن زیتون استفاده کنید.

کمک‌های اولیه در سرما‌زدگی

پیشگیری: پوشیدن دستکش، چرب کردن پوست

بعد از سرما‌زدگی: نباید دست یا پا را یک مرتبه گرم کرد، چون سبب ایجاد مشکل خونی می‌شود، لباس‌ها و جوراب‌های خیس را خارج کنید، به مصدوم مایعات گرم بنوشانید، مصدوم را در اتاق گرم قرار دهید، اگر سرما‌زدگی خیلی پیشرفته است از پزشک کمک بگیرید.

کمک‌های اولیه در تهوع و استفراغ

در حالت خفیف: به بیمار ذرات یخ بخورانید، تا زمانی که علت تهوع روشن نیست هیچ نوع دارویی نباید به بیمار داد. اگر تهوع به علت خوردن غذاهای نامناسب است با یک استفراغ ناراحتی برطرف می‌شود، اگر استفراغ ادامه داشت دانش‌آموز را به پزشک برسانید.

سردرد

به علت اختلال دید دانش‌آموز نمی‌تواند بخوبی سطرهای کتاب را بخواند، لذا سر درد ظاهر می‌شود؛ در این مواقع استفاده از عینک پیشنهاد می‌شود و برای سر درد به علت میگرن؛ معالجه توسط پزشک باید انجام پذیرد.

شکم درد

علت شکم درد می‌تواند خوردن میوه‌های کال و نشسته، خوردن غذاهای مانده و فاسد، خوردن کنسروهای از تاریخ گذشته باشد.

کمک‌های اولیه در شکم درد

از دادن داروهای خود سرانه پرهیز نمایید، بیمار را جهت مداوا به پزشک برسانید.

دندان درد

علت‌ها می‌تواند پوسیدگی دندان، خوردن زیاد شیرینی و شکستن اشیاء سخت نظیر پسته و ... باشد.

خونریزی دندان

کشیدن دندان‌های خراب توسط دندان پزشک و از جا کردن دندان پوسیده توسط خود دانش‌آموز موجب خونریزی دندان می‌شود.

کمک‌های اولیه در خونریزی دندان

استفاده از پنبه فشرده آغشته به یک ماده ضد عفونی مانند بتادین

چشم درد

دستکاری چشم؛ ورم پلک، ورم ملتحمه، ورم کره چشم، به هم چسبیدن پلک‌ها، ورود خس و خاشاک؛ تورم و التهاب چشم موجب چشم درد می‌شود.

کمک‌های اولیه در چشم درد

شستشوی چشم با شوینده‌ها مانند Eye bath و مراجعه به پزشک پیشنهاد می‌شود.

گوش درد

التهاب مجرای خارجی گوش، تورم پرده گوش، پارگی پرده گوش موجب گوش درد می‌شود.

دلایل گوش درد

خاراندن گوش با اجسام سفت مانند چوب کبریت، پنبه، سنجاق و ... درمان: مراجعه به پزشک متخصص است.

خونریزی بینی

علت آن ضعیف بودن مویرگ‌های بینی، ابتلا به بیماری‌های عفونی

درمان خونریزی بینی

اگر خونریزی در اثر عیب عروق داخلی است؛ مراجعه به متخصص گوش، حلق و بینی، اگر خونریزی در اثر بیماری عفونی است؛

انجام معاینات و آزمایش‌ها توسط پزشک

تشنج

علت تشنج درجه حرارت بالای بدن و تب، بیماری مغزی، عفونی و یا مسمومیت است.

کمک‌های اولیه در تشنج

اگر تشنج خفیف است، خواباندن دانش‌آموز در یک محل راحت و مراقبت از وی، استفاده از دستمال آب سرد روی پیشانی و

پاشویه وی و اگر تشنج شدید است، باید بلافاصله به پزشک مراجعه نمود.

تکلیف عملکردی:

۱. با توجه به آنچه آموخته‌اید خطرات مربوط به هر یک از محیط‌های زیر را شناسایی و راهکارهای

پیشگیری از وقوع این خطرات را بیان نمایند.

۲. در محیط کلاس، راهروها، حیاط مدرسه، سرویس‌های بهداشتی و دیگر مکان‌ها

۳. از یک مدرسه بازدید کنید و بر اساس آنچه که در مدرسه مشاهده کرده‌اید دو پیام آموزشی در

زمینه ایمنی و پیشگیری از آسیب برای یکی از گروه‌های مخاطب (دانش‌آموزان، پدران و مادران،

معلمان و ...) طراحی کنید.

۴. تکلیف عملی: پمفلتی طراحی کنید و از طریق آن دانش‌آموزان، پدر و مادرها، کارکنان مدرسه، و

سایرین را با بیماری‌های انگلی کرمک، آسکاریوز، ژiardیوز، یا سالک آشنا کنید.