

ماهنامه الکترونیکی علمی- ترویجی | صاحب امتیاز: مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
سال دهم، شماره پی در پی ۱۰۲ | آبان ۱۴۰۰ | بها: ۳۰۰۰۰ ریال | شماره ثبت: ۸۸/۷/۲۷۱۲۴/۳۶۳۱

تماس با ما

درباره ما



به روایت
اخبار
تصویر

ترویجی

علمی

دیدگاه

کاربر گرامی

جهت استفاده بهتر از نشریه الکترونیکی خودتان، بهتر از نکات زیر را رعایت فرمایید

- ۱- مانیتور خود را روی ۱۲۸۰ در ۸۰۰ پیکسل تنظیم کنید.
- ۲- با کلیک کردن روی یکی از بخش های «دیدگاه علمی»، «ترویجی»، «اخبار»، آن را انتخاب و مطالب زیرمجموعه را مشاهده و انتخاب کنید.
- ۳- با کلیک کردن روی «صفحه قبل»، «صفحه بعد»، «فهرست» مقاله مورد نظران را مطالعه کرده پس از اتمام به «فهرست» بازگشته و مقاله دیگری را در بخش جدید مطالعه فرمایید.
- ۴- برای دسترسی به شناسنامه نشریه الکترونیکی، از امکان «درباره ما» و «تماس با ما» استفاده کنید. مطالعه خوبی داشته باشید

دیدگاه

روابط عمومی
الکترونیک
چيست؟



به روایت

اخبار

تصویر

ترویجی

علمی

دیدگاه

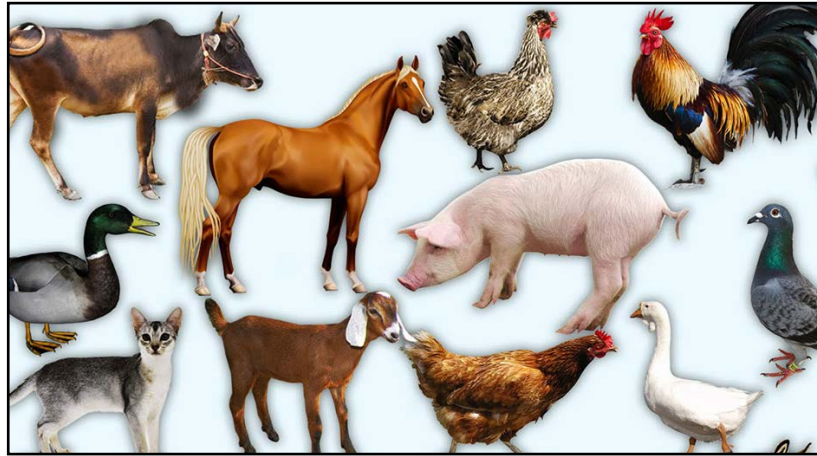
فهرست

علمی

اختلال شخصیت
مرزی



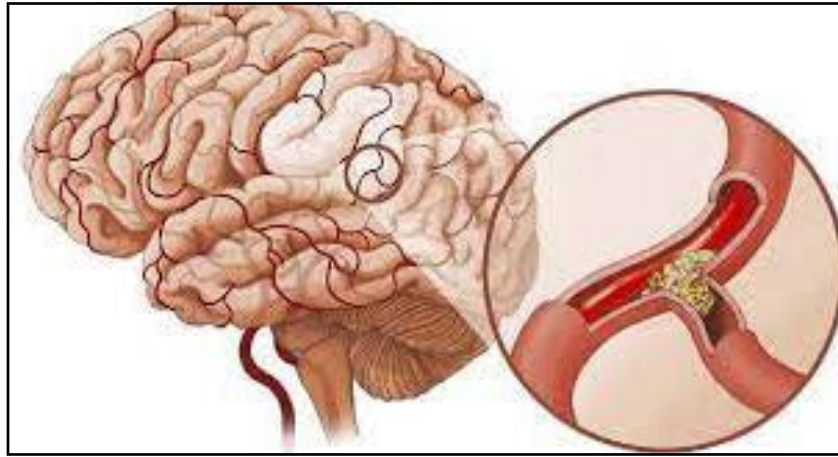
کدام پستانداران
بیشتر در معرض
شیوع کووید-۹۱
هستند



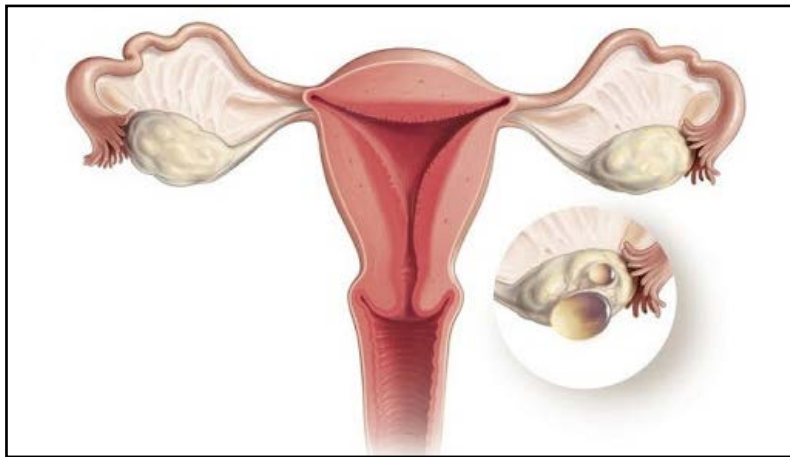
پنومونی
(ذات الریه)



۲۹ اکتبر
روز
جهانی
سکته
مغزی



هیسترو
سالپنگوگرافی



دیدگاه

علمی

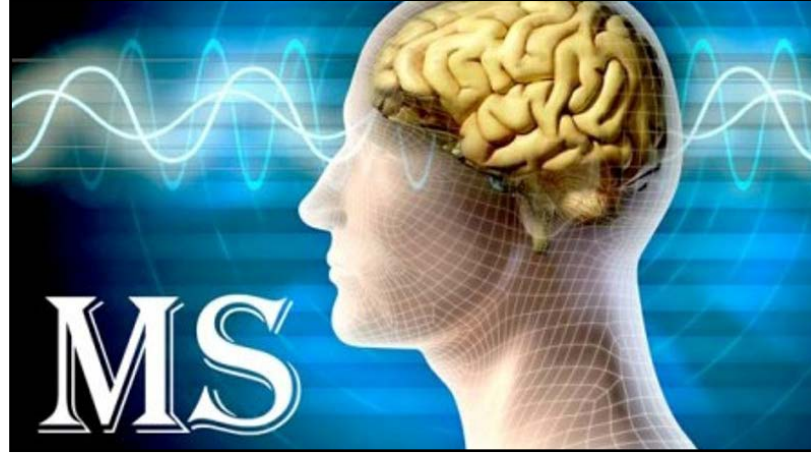
ترویجی

به روایت
اخبار
تصویر



ترویجی

مولتیپل اسکلروزیس
یا
(MS) ام اس
چیست؟



به روایت

اخبار

تصویر

ترویجی

علمی

دیدگاه

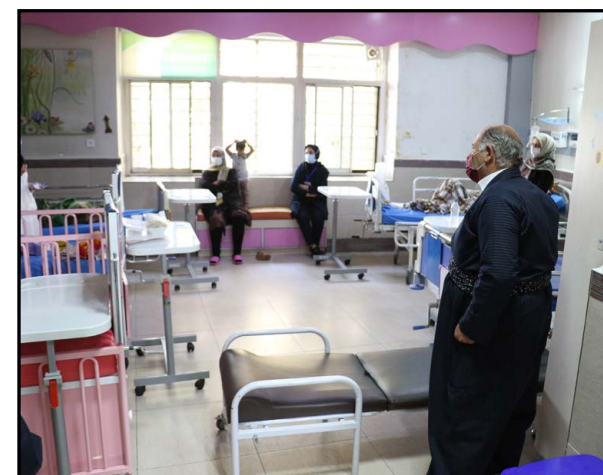
فهرست



کمیته دارویی در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



کلاس آموزش پرستاری در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



آموزش به همراه در بخش اطفال بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



کلاس اصول مستندسازی دانشجویان پزشکی در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



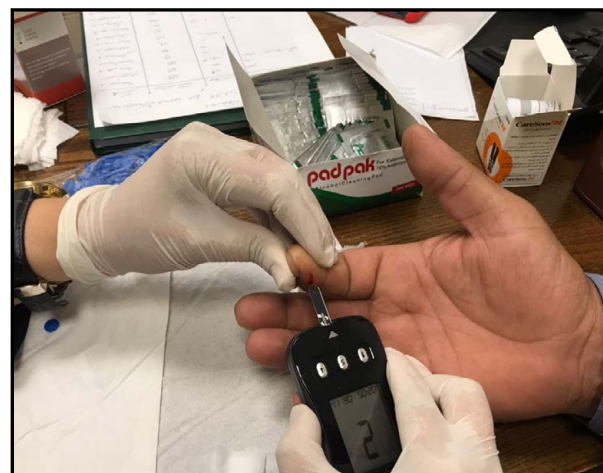
بازرسی بازرسان وزارت بهداشت از بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



جلسه پیوند در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



جلسه کردیناتورهای پیوند در بیمارستان
دکتر مسیح دانشوری



روز جهانی دیابت در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



کلاس آموزش پرستاری بدو ورود در بیمارستان
دکتر مسیح دانشوری



امتحان استاچرها در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



جلسه معاونت آموزشی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



ژرونال کلاب در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مسئله نفسن باز

■ همکاران این شماره

- زهرا درخشانی نژاد _
- مژگان پالیزدار _
- فاطمه بهرام بیگی _
- ساجده زرگان _
- مژگان مجاهد _
- واحد روانپزشکی مرکز

■ سایت و عکس

رضا زاهدی

■ مدیرمسئول

دکتر محمد ورهرام

■ مشاور عالی علمی مجله

دکتر علی اکبر ولایتی

■ سردبیر

نسرین امینیان

■ مدیر اجرایی

مهديه رحیمی

■ طراح و صفحه آرا

منصوره بختیاری

■ هیات تحریریه

دکتر محمد ورهرام، مهديه رحیمی، نسرین امینیان



روابط عمومی الکترونیک چیست؟



گردآوری:



نسرین امینیان

دانشجوی دکترای علوم ارتباطات

دیدگاه



فهرست





ضرورت حرکت به سوی روابط عمومی الکترونیک:

حجم وسیع اطلاعات و داده‌های گسترده که هر روزه نیز بر میزان آن افزوده می‌شود، یکی از الزامات حرکت به سمت روابط عمومی الکترونیک محسوب می‌شود، چرا که روش‌های سنتی قادر به دسته‌بندی و ایجاد امکان دسترسی به حجم بالای داده‌های سازمان‌های اجتماعی، اقتصادی فرهنگی و خدماتی نیستند و تنها روابط عمومی الکترونیک می‌تواند با استفاده از فناوری‌های نوین این علم، این مشکل را مرتفع کند. اما در این خصوص باید ابتدا شمایی کلی از روابط عمومی الکترونیک داشته باشیم.

روابط عمومی الکترونیک چیست و چه تفاوتی با روابط عمومی سنتی دارد؟

آموزشگاه رسانه: روابط عمومی الکترونیک فعالیتی است که با استفاده از تکنولوژی‌های نوین اطلاعاتی و ارتباطاتی، سعی دارد اثربخشی فعالیت‌های روابط عمومی را در رابطه با اهداف سازمان و به ویژه جلب رضایت ذینفعان به حداکثر برساند.

در این معنا، روابط عمومی الکترونیک در مقایسه با روابط عمومی سنتی از نظر هدف و نقش و جایگاه در سازمان، تغییری نکرده ولی از توانمندی بر مراتب بالاتری از حیث افزایش بهره‌وری و کارایی و ارتباط مناسب‌تر بین سازمان و مخاطبان آن برخوردار است.

روابط عمومی الکترونیک به لحاظ مفهومی فرقی با روابط عمومی سنتی ندارد. در روابط عمومی الکترونیک ما از کاغذ استفاده نمی‌کنیم و شاید وجه تمایز اصلی روابط عمومی الکترونیک و روابط عمومی سنتی به لحاظ شکلی در همین نکته نهفته باشد؛ چون همه ابزارند و معمولاً از ابزار برای رسیدن به اهداف که در فلسفه وجودی هنر هشتم نهفته شده استفاده می‌شود.

به طور کلی، اینترنت کار کارشناسان روابط عمومی را آسان‌تر کرده است. کارگزاران روابط عمومی به واسطه استفاده از پایگاه‌ها و سایت‌ها و پست

دردنیای امروز که به عصاره ارتباطات معروف گشته و تغییرات و نوآوری‌های تکنولوژیکی، ارتباطات و اطلاع‌رسانی و ارائه خدمات سرعت بالایی پیدا کرده، کشورها و سازمان‌هایی موفق‌اند که همسو و همپای تغییرات محیطی حضوری قدرتمند و مؤثر در این چرخه داشته باشند و با شناخت مخاطبان، سیاست‌های القایی خودشان را بر روی آنها گسترش دهند و این مقدر نخواهد بود مگر اینکه یک تعریف مجدد از روابط عمومی و کارکردهای آن داشته باشیم.

در این راستا سوال این است که آیا روابط عمومی‌های موجود و یا روابط عمومی‌هایی که تا بحال داشتیم تا چه میزان توانسته است با تاثیرپذیری از فناوری‌های نوین ارتباطی، برنامه‌ها و سیاست‌های سازمان‌های ما را با گرایش‌ها، خواسته‌ها و نیازهای مخاطبان تطبیق دهد و جوابگوی نیازهای واقعی آنها باشد؟ مطمئناً پاسخ زیاد رضایت‌کننده نیست زیرا:

- ۱- مخاطبان ما نسبت به سالهای گذشته با سوادتر، آگاه‌تر و جستجوگرتر شده‌اند
- ۲- فضای رقابتی به جهت رقیبان جدید در عرصه‌های مختلف بخصوص در حوزه‌های فرهنگی و تربیتی گسترش پیدا کرده است
- ۳- ابزارهای برقرارکننده ارتباط با مخاطبان نسبت به سالهای گذشته علمی‌تر، فنی‌تر و با نفوذتر شده است
- ۴- نوع نیازهای مخاطبان در مقایسه با سالهای قبل متفاوت و صبر و حوصله آنها برای ارضاء اطلاعاتی کمتر شده است یعنی مخاطبان ما در عصر کنونی می‌خواهند در کمترین زمان ممکن به بیشترین اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۵- برخی روابط عمومی‌ها هنوز روش‌های سنتی را کنار نگذاشته و نخواستند با استفاده از ابزار روابط عمومی الکترونیک، وظایف خود را انجام دهند و یا تلفیقی از روابط عمومی سنتی و الکترونیک را بکار گیرند؛ بنابراین باید از روابط عمومی سنتی به سوی روابط عمومی الکترونیک حرکت کرد تا یک روابط عمومی کارآمد داشته باشیم اما چگونه؟

دیدگاه



فهرست



الکترونیک با سرعت بیشتر به مخاطبانی بیشتر دسترسی پیدا می کنند. یکی از مزیت های اصلی روابط عمومی الکترونیک، تعاملی بودن آن است. کارگزاران روابط عمومی می توانند از طریق تریبون های آزاد فهرست پستی با همکاران خود در سراسر جهان تعامل داشته باشند و اینترنت این تعامل را آسان تر کرده است.

در فرم سنتی روابط عمومی، انتقال اطلاعات به طور ناقص صورت می گیرد و هزینه های زیادی صرف اشتباهات می شود. به اعتقاد دکتر مارلو، این اشتباهات و افزایش هزینه ها سبب شده تا کارگزاران روابط عمومی به استفاده از خدمات فناوری اطلاعات به ویژه روابط عمومی الکترونیک گرایش بیشتری پیدا کنند.

همچنین از روابط عمومی الکترونیک می توان برای توسعه طرح های موجود روابط عمومی استفاده کرد که باعث توسعه فعالیت های سنتی آن نیز می شود. به علاوه روابط عمومی الکترونیک، رابطه موجود بین متخصصان روابط عمومی و روزنامه نگاران را تغییر داده و این امر نشانگر این است که روابط عمومی از پوسته یک شغل رابطه یی صرف خارج خواهد شد و به جایگاه شایسته و بایسته خود دست می یابد.

مساله دیگر که در این زمینه می توان به آن اشاره کرد این است که روابط عمومی الکترونیک یک چرخه خبری ۲۴ ساعته به وجود آورده است، یعنی مخاطبان سازمان شما در هر زمان و مکان که اراده کنند می توانند به مطالب مورد دلخواه خود دست پیدا کنند. در واقع، روابط عمومی الکترونیک محدودیت های موجود را از بین برده است. شما در روابط عمومی الکترونیک با تک تک مخاطبان در ارتباط هستید.

روابط عمومی الکترونیک به نوعی از روابط عمومی اطلاق می شود که در آن از ابزارهای الکترونیک برای انجام ماموریت های روابط عمومی استفاده می شود. قرار دادن متون انتشاراتی تولید شده در روابط عمومی با همان شکل و فرمت مثلا در قالب PDF نیز در چارچوب روابط عمومی الکترونیک قرار می گیرد.

در روابط عمومی الکترونیک به جای بهره گیری از شیوه های سنتی مواجهه با مشتریان یا مخاطبان، از تکنولوژی های الکترونیکی به منظور سهولت، سرعت و فراگیری بیشتر استفاده می شود.

مفهوم روابط عمومی الکترونیکی و دیجیتالی

استفاده از فناوری دیجیتالی خصوصا کاربردهای مبتنی بر وب سایت های اینترنتی برای افزایش دسترسی و ارائه خدمات و اطلاعات ارتباطی به کاربران و

سازمان ها و نهادها و دریافت اطلاعات از طریق آن. این روش زمینه بالقوه ای برای کمک به ایجاد رابطه ای ساده، روان و مؤثر بین سازمان ها و نهادها و ارائه خدمات ارزان قیمت و فوری به کلیه گروه های کاربر را فراهم خواهد کرد.

روابط عمومی الکترونیکی و دیجیتالی در واقع فضایی در خدمت کاربر قرار می دهد که در آن کاربر، به راحتی به اطلاعات دست پیدا کرده و نیاز خود را مرتفع می کند.

ویژگی های روابط عمومی الکترونیکی و دیجیتالی

روابط عمومی در جوامع اطلاعات آینده نقش مهمی در امر اطلاع رسانی بهینه، ارائه سرویس ها و خدمات به تک تک افراد جامعه خواهد داشت. ویژگی های خاص روابط عمومی دیجیتال سبب تسهیل دسترسی شهروندان و مخاطبان به اطلاعات و خدمات مورد نیاز و کاهش هزینه ها خواهد شد.

- در روابط عمومی الکترونیکی بهره گیری از فناوری های نوین هدف نیست بکه وسیله است وسیله ای در جهت ارائه خدمات و سرویس های مورد نیاز به مخاطبان.

- روابط عمومی دیجیتالی در قید زمان و مکان نیست. خدمات و اطلاعات در تمامی روزها و ساعات در دسترس شهروندان و مخاطبان قرار می گیرد.

- روابط عمومی دیجیتالی ارتباطی دو سویه بین سازمان ها و مردم حاکم می کند.

- مخاطب در روابط عمومی دیجیتالی جمع نیست بلکه فردی است. در روابط عمومی الکترونیکی باید پاسخگوی تک تک اعضای جامعه اطلاعات بود.

نقاط ضعف و قوت روابط عمومی الکترونیک چیست؟

ظاهرا نقطه ضعفی در روابط عمومی الکترونیک وجود ندارد. همه ما باید توجه داشته باشیم که روابط عمومی الکترونیک یک فن برتر و مدرن است که در اختیار کارگزاران روابط عمومی قرار گرفته است. در آمریکا بیش از ۹۵ درصد کارگزاران روابط عمومی دارای PC متصل به اینترنت هستند و بخش اعظم فعالیت های آنها از طریق اینترنت صورت می گیرد. در آلمان بیش از ۶۰ موسسه و شرکت دولتی و خصوصی از روابط عمومی الکترونیک برای تسریع در اطلاع رسانی و برقراری ارتباط سریع با مخاطبان استفاده می کنند.

روابط عمومی الکترونیک

به نوعی از روابط عمومی

اطلاق می شود که در آن

از ابزارهای الکترونیک

برای انجام ماموریت های

روابط عمومی استفاده

می شود. قرار دادن متون

انتشاراتی تولید شده در

روابط عمومی با همان شکل

و فرمت مثلا در قالب PDF

نیز در چارچوب روابط

عمومی الکترونیک قرار

می گیرد.





اختلال شخصیت مردزی

گردآوری:

واحد روانپزشکی مرکز
مسیح دانشوری

علمی



اختلال شخصیت مرزی

در ماه قبل، توضیحاتی در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی ارائه شد و در این ماه یکی دیگر از انواع اختلالات شخصیت به نام اختلال شخصیت مرزی توضیح داده می شود.

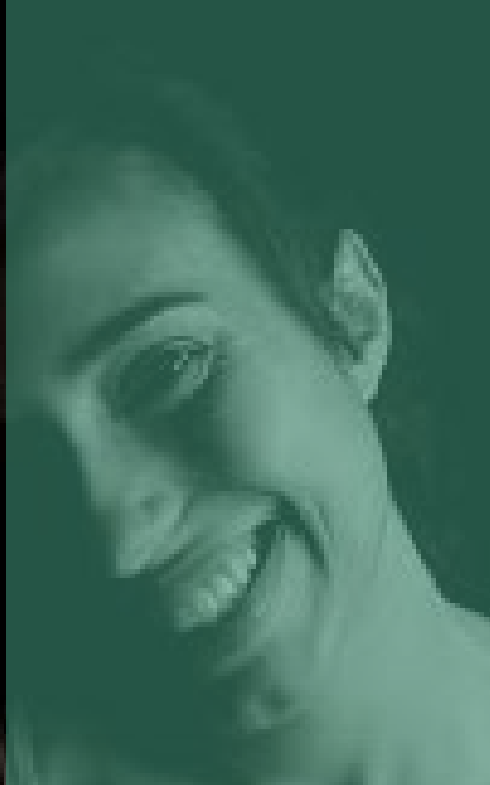
ویژگی اصلی شخصیت مرزی، الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط میان فردی، خود انگاره، عواطف و تکانشگری محسوس است که در اوایل بزرگسالی شروع می شود. این افراد نسبت به شرایط محیطی بسیار حساسند و دستخوش ترس شدید از رها شدن و خشم نامناسب می شوند. آنها برای اجتناب از رها شدگی واقعی یا خیالی تلاشهای شتابزده می کنند، حتی زمانی که با جدایی کوتاه مدت مواجه باشند یا هنگامی که تغییرات اجتناب ناپذیر در برنامه وجود داشته باشد. احساس جدایی یا طرد قریب الوقوع یا از دست دادن ساختار بیرونی می تواند به تغییرات عمیق در خود انگاره، عاطفه، شناخت و رفتار منجر شود. آنها باور دارند این رها شدن اشاره دارد به اینکه آنها بد هستند. این ترس رها شدگی با عدم تحمل تنها بودن و نیاز به اینکه دیگران با آنها باشند ارتباط دارد. تلاشهای شتابزده برای جلوگیری از رها شدن ممکن است اعمال تکانشی نظیر جرح خویشتن یا رفتارهای خودکشی گرا را شامل شود.

امکان دارد آنها مراقبت کننده یا همسران بالقوه ای را در اولین یا دومین ملاقات، بسیار آرمانی کنند، بخواهند وقت زیادی باهم بگذرانند و در اوایل رابطه جزئیات بسیار خصوصی را در میان بگذارند. اما ممکن است آرمانی کردن دیگران به کوچک شمردن فوری تغییر نماید و احساس کنند که طرف مقابل به قدر کافی اهمیت نمی دهد یا به اندازه کافی برایش وقت صرف نمی کند. این افراد می توانند با دیگران همدلی و مهرورزی کنند، اما فقط با این توقع که طرف مقابل به نوبه خود حواسش به آنها باشد و نیازهای آنها را برآورده سازد.

تغییرات ناگهانی در خود انگاره با تغییر دادن هدفها، ارزشها و آرمانهای شغلی مشخص می شوند. امکان داد تغییرات ناگهانی در عقاید و برنامه های مربوط به شغل، هویت جنسی، ارزشها و نوع دوستان وجود داشته باشد. این افراد ممکن است به طور ناگهانی از نقش نیازمند به کمک به نقش انتقامجوی حق به جانب بد رفتاری گذشته تغییر کنند. این افراد ممکن است در شغل بدون ساختار یا موقعیتهای تحصیلی عملکرد بدتری داشته باشند. امکان دارد آنها قماربازی کنند، غیر مسئولانه خرج کنند، پر خوری کنند، به آمیزش جنسی نا امن بپردازند، بی پروا رانندگی کنند و یا سوء مصرف مواد داشته باشند.

افراد مبتلا به این اختلال، ژستهای تهدید به خودکشی یا خود جرحی را نشان می دهند. اعمال جرح خویشتن مانند بریدن یا سوزاندن بسیار شایع است. اندیشه پردازی مکرر خودکشی اغلب دلیلی برای کمک به این افراد است. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است بی ثباتی عاطفی و واکنش پذیری محسوس خلق را تجربه کنند. خلق ملول اغلب با دوره های خشم، وحشتزدگی یا نا امید می مختل می شود. این دوره ها ممکن است بیانگرواکنش پذیری شدید فرد به استرس های میان فردی باشند. چون آنها به راحتی کسل می شوند ممکن است همواره جوپای کاری برای انجام دادن باشند. آنها اغلب مشکل کنترل خشم دارند. ممکن است حرفهای نیش دار بزنند، طغیانهای خشم کلامی داشته باشند و به دنبال آن احساس گناه داشته باشند. این واکنشها اغلب در پاسخ به رها شدگی واقعی یا خیالی روی می دهد. این اختلال در زنان بیشتر از مردان است.

عالمی



هوش مصنوعی پیش بینی می کند

کدام پستانداران بیشتر در معرض شیوع کووید-۱۹ هستند



گردآوری:



زهرا درخشانی نژاد

کارشناس مرکز تحقیقات کرونا

علمی



فهرست





هوش مصنوعی پیش بینی می کند که کدام پستانداران بیشتر در معرض شیوع کووید-۱۹ هستند بوفالوهای آبی، پانگولین های ساندا و راسو از جمله ۵۴۰ پستاندار هستند که بر اساس زیست شناسی و محل زندگی آنها احتمال انتشار ویروس کرونا توسطشان وجود دارد.

یک ابزار هوش مصنوعی با استفاده از اطلاعات مربوط به محل زندگی و جنبه های زیست شناسی ۵۴۰ گونه پستاندار، پیش بینی کرده است که به احتمال زیاد کووید-۱۹ را منتشر می کنند.

بر اساس این مدل، راسو، پانگولین های ساندا و خفاش ها جزو ۱۰ درصد برتر از گونه هایی هستند که بیشترین احتمال شیوع کووید-۱۹ را دارند که با نتایج آزمایش های آزمایشگاهی نیز مطابقت دارد.

ویروس SARS-CoV-2 که عامل کووید-۱۹ است، به بافت انسان و حیوان از طریق درگیر کردن پروتئین ACE2 بر روی سلول های میزبان، حمله می کند. این مرحله برای آلوده کردن حیوان مورد نیاز است، که پیش نیازی برای انتقال احتمالی بعدی به میزبان های دیگر است.

گونه های متمایز نسخه های متفاوتی از پروتئین ACE2 دارند، بنابراین با درک این موضوع که هر کدام از آنها چقدر به پروتئین اسپایک ویروس کرونا متصل می شود، می تواند به ما کمک کند تا پیش بینی کنیم که کدام حیوانات بیشتر در معرض ابتلا به کووید-۱۹ هستند. اما توالی اسید آمینه ای که ACE2 را تشکیل می دهد تنها برای حدود ۳۰۰ گونه موجود است.

برای حل این مشکل، باربارا هان در موسسه مطالعات اکوسیستم کری در نیویورک و همکارانش ابزاری ساختند تا پیش بینی کنند که آیا پروتئین ACE2 از ۵۴۰۰ گونه پستاندار می تواند به طور کافی به پروتئین اسپایک ویروس اصلی کرونا بدون دانستن توالی اسید آمینه ACE2 خود متصل شود.

گونه هایی که پیش بینی می شود قادر به انجام این کار باشند، شامل گوزن دم سفید است که اخیراً مشخص شده است که نرخ عفونت بسیار بالایی در آمریکای شمالی دارد. اسکانک راه راه و ۷۶ گونه جوندۀ از جمله برخی از گونه های موش های صحرایی و آهو نیز احتمال انتشار ویروس کرونا را به همراه برخی از گونه های پرورشی مانند بوفالو آبی دارند.

برای ایجاد این مدل، تیم تحقیقاتی تخمین زد که پروتئین اسپایک با چه شدتی به پروتئین ACE2 از ۱۴۲ گونه پستاندار (که پروتئین ACE2 آنها توالی یابی شده) متصل می شود و اینکه آیا این گونه ها احتمالاً ویروس کرونا را منتشر می کنند یا خیر.

آنها اطلاعات هوش مصنوعی ۱۴۲ گونه را در مورد قابلیت انتقال و حدود ۶۰ ویژگی زیست محیطی و بیولوژیکی آنها وارد کردند تا بتواند ارتباط بین قابلیت انتقال و صفات مختلف را تشخیص دهد. این صفات شامل محل زندگی حیوانات، میزان همپوشانی زیستگاه آنها با جمعیت انسانی، طول عمر، تنوع رژیم غذایی و توده بدن آنها بود.

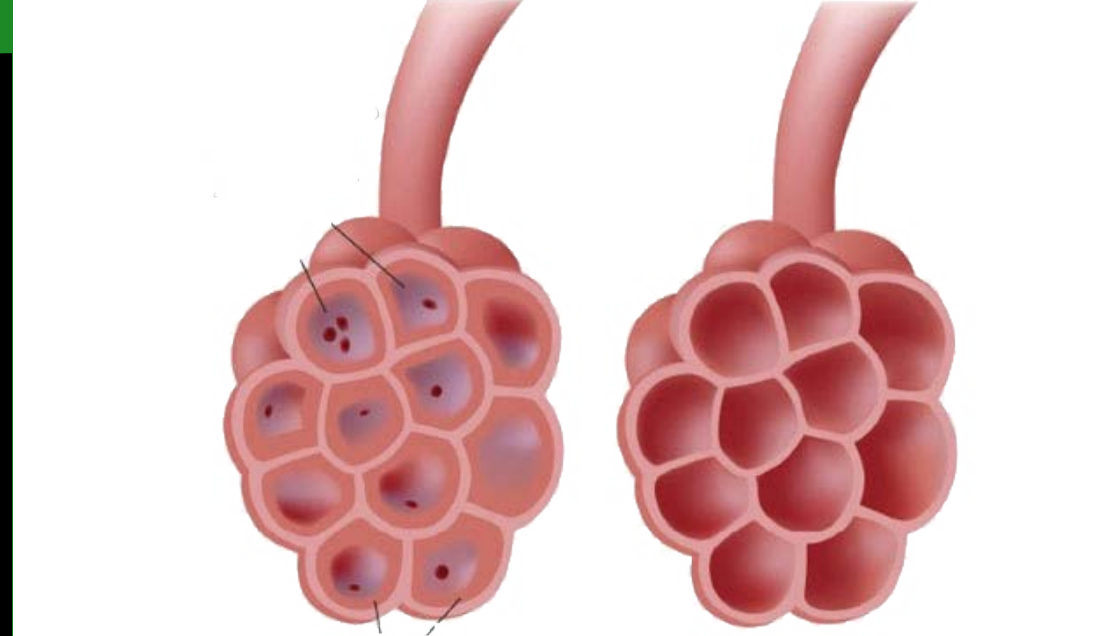
با استفاده از مدل به دست آمده، با دادن داده های ویژگی های زیست شناختی و اکولوژیکی برای گونه های دیگر، می توان احتمال قابلیت گسترش ویروس کرونا را در ۵۴۰۰ گونه پستاندار مورد مطالعه را حدس زد.

هان می گوید که برای آزمایش و اعتبارسنجی پیش بینی ها، این نتایج باید با نظارت سیستماتیک و مطالعات آزمایشگاهی دنبال شود.

آرینجی بانرگی از دانشگاه ساسکاچوان در کانادا می گوید: «این یک رویکرد فوق العاده مفید است که میتوان با اولویت بندی گونه های جانوری، جهت مراقبت استفاده شود». او می گوید نظارت، علاوه بر کمک در ردیابی عفونت های ویروسی، جهت بررسی ظهور احتمالی انواع ویروس کرونای سازگار با حیوانات نیز مفید است.

پنومونی (ذات الریه)

Pneumonia



گردآوری:



مزگان پالیزدار

سوپروایزر کنترول عفونت

علمی





پنومونی(ذات الریہ)نوعی عفونت حاد تنفسی است کہ ریہ ہا را درگیر می کند. ریہ ہا از کیسہ های کوچکی بہ نام آلوئول تشکیل شدہ اند کہ ہنگام تنفس یک فرد سالم پر از ہوا می شوند. ہنگامی کہ فردی بہ پنومونی مبتلا می شود، آلوئول ہا پر از چرک و مایع می شوند کہ تنفس را دردناک و دریافت اکسیژن را محدود می کند.

ذات الریہ بزرگترین عامل عفونی مرگ و میر کودکان در سراسر جہان است. ذات الریہ در سال ۲۰۱۹ موجب مرگ ۷۴۰۱۸۰ کودک زیر ۵ سال گردیدہ کہ ۱۴ درصد از کل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را شامل می شود، اما در کل علت ۲۲ درصد از مرگ و میرهای کودکان ۱ تا ۵ سالہ، پنومونی می باشد.

این بیماری در تمام نقاط دنیا کودکان و خانوادہ ہا را درگیر می کند ولی بیشترین مرگ و میر در جنوب آسیا و جنوب صحرائی آفریقا می باشد. کودکان را می توان از ذات الریہ محافظت کرد، با انجام یکسری مداخلات سادہ می توان از این بیماری پیشگیری نمودہ و با داروہا و مراقبت های کم ہزینہ ان را درمان کرد.

علل بیماری:

پنومونی توسط تعدادی از عوامل عفونی از جملہ ویروس ہا، باکتری ہا و قارچ ہا ایجاد می شود. رایج ترین آنها عبارتند از:

استرپتوکوک پنومونیه - شایع ترین علت پنومونی باکتریایی در کودکان
ہوموفیلوس آنفلونزا نوع- (Hib) (b) دومین علت شایع پنومونی باکتریایی
ویروس سنسیشیال تنفسی شایع ترین علت ویروسی پنومونی است

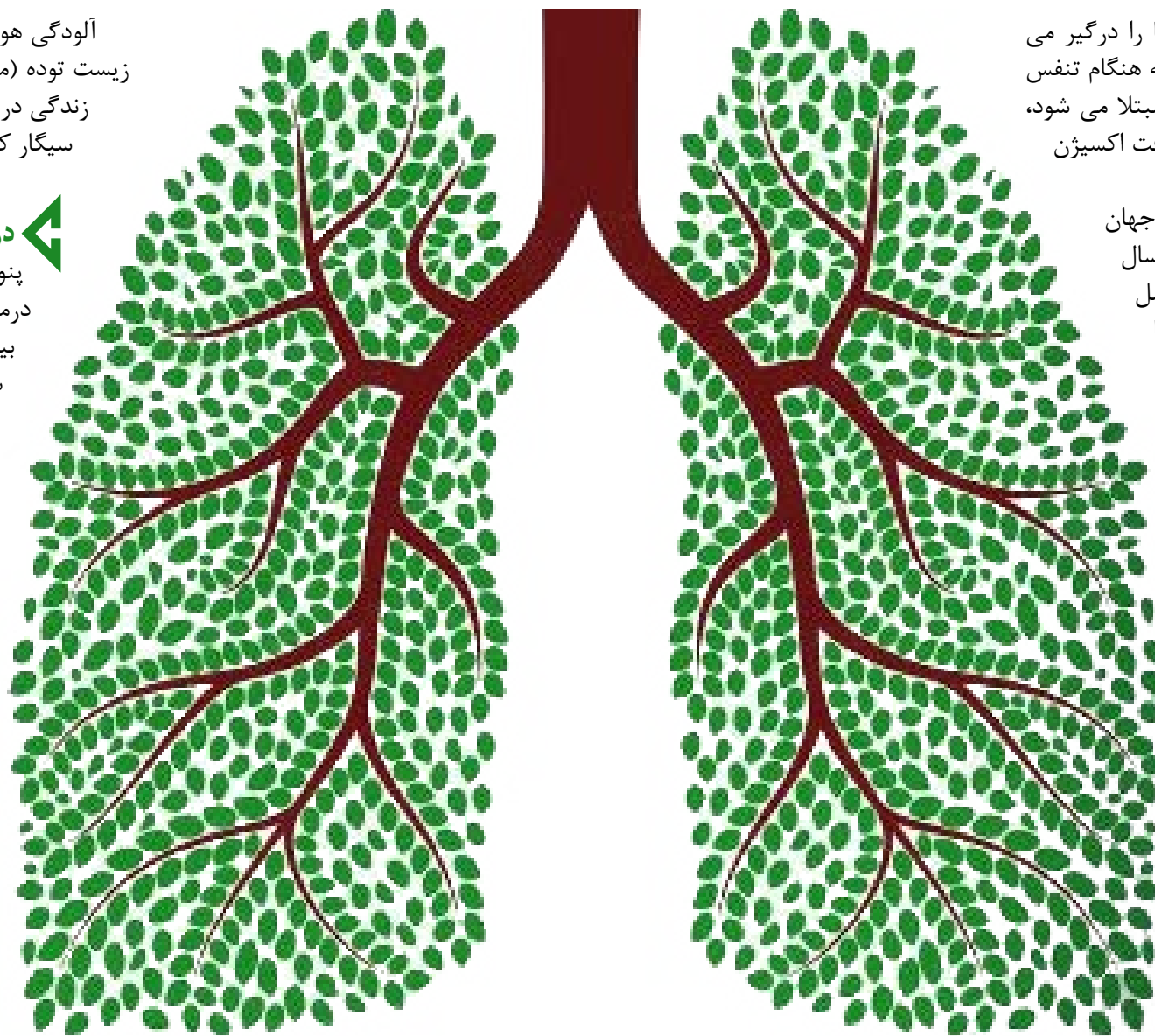
در نوزادان آلودہ بہ HIV، Pneumocystis jiroveci یکی از شایع ترین علل ذات الریہ است کہ عامل حداقل یک چہارم مرگ و میرهای پنومونی در نوزادان مبتلا بہ HIV است.

راہ انتقال:

ذات الریہ می تواند بہ روش های مختلفی منتشر شود. ویروس ہا و باکتری هایی کہ معمولا در بینی یا گلوی کودک یافت می شوند، در صورت استنشاق می توانند ریہ ہا را آلودہ کنند. همچنین ممکن است از طریق قطرات ہوا برد ایجاد شدہ توسط سرفہ یا عطسہ پخش شوند. علاوہ بر این، ذات الریہ ممکن است از طریق خون منتقل شود، بہ خصوص در حین تولد و مدت کوتاهی پس از تولد. تحقیقات بیشتری باید در مورد پاتوژن های مختلف ایجاد کنندہ ذات الریہ و راہ های انتقال آنها انجام شود، زیرا این امر برای درمان و پیشگیری از اہمیت حیاتی برخوردار است.

علائم بالینی:

ویژگی های پنومونی ویروسی و باکتریایی مشابہ است. با این حال، علائم پنومونی ویروسی ممکن است بیش از علائم پنومونی باکتریایی باشد. در کودکان



آلودگی هوای داخل ساختمان ناشی از پخت و پز و گرم کردن با سوخت های زیست تودہ (مانند چوب یا سرگین) زندگی در خانہ های شلوغ سیگار کشیدن والدین.

درمان:

پنومونی باید با آنتی بیوتیک درمان شود. آنتی بیوتیک انتخابی برای درمان خط اول، آموکسی سیلین است. اکثر موارد ذات الریہ نیاز بہ آنتی بیوتیک های خوراکی دارند کہ توسط پزشک تجویز می شوند. بستری شدن در بیمارستان فقط برای موارد شدید پنومونی توصیه می شود.

پیشگیری:

پیشگیری از ذات الریہ در کودکان یک جزء ضروری برای کاهش مرگ و میر کودکان است. ایمن سازی علیہ Hib، پنوموکوک، سرخک و سیاہ سرفہ موثرترین راہ برای پیشگیری از ذات الریہ است.

تغذیہ کافی یک عامل مہم برای بہبود سیستم دفاعی طبیعی کودکان است کہ با تغذیہ با شیر مادر در ۶ ماہ اول زندگی شروع می شود. علاوہ بر اینکہ در پیشگیری از ذات الریہ موثر است، در صورت بیمار شدن کودک بہ کاهش طول بیماری نیز کمک می کند.

برطرف کردن عوامل محیطی مانند آلودگی هوای داخل ساختمان (مثلاً با تہیہ اجاق گازهای سرپوشیدہ تمیز و مقرون بہ صرفہ) و تشویق بہ رعایت بہداشت خوب در خانہ های شلوغ نیز می توان تعداد ابتلا کودکان بہ ذات الریہ را کاهش داد. در کودکان مبتلا بہ HIV، آنتی بیوتیک کوتریموکسازول روزانہ برای کاهش خطر ابتلا بہ پنومونی تجویز می شود.

پاسخ WHO

هدف برنامہ جہانی یکپارچہ سازمان جہانی بہداشت و یونیسیف برای ذات الریہ و اسہال (GAPPD) تسریع کنترل پنومونی با ترکیبی از مداخلات برای محافظت، پیشگیری و درمان پنومونی در کودکان با اقدامات زیر است: محافظت از کودکان در برابر ذات الریہ از جملہ ترویج تغذیہ انحصاری با شیر مادر و تغذیہ مکمل کافی

پیشگیری از ذات الریہ با واکسیناسیون، شستن دست ہا با صابون، کاهش آلودگی هوای خانگی، پیشگیری از HIV و استفادہ از کوتریموکسازول برای کودکان در خطر یا مبتلا بہ HIV

درمان ذات الریہ با اطمینان از اینکہ ہر کودک بیمار توسط یک مراقب بہداشتی، مراقبت مناسب را دریافت نماید و در صورت شدید بودن بیماری در یک مرکز بہداشتی درمانی برای او آنتی بیوتیک ہا و اکسیژن مورد نیاز تجویز شود تشخیص و درمان موثر پنومونی برای بہبود بقای کودک بسیار مہم است.

منبع:

زیر ۵ سال، علائم عبارتند از: سرفہ و/ یا تنفس

دشوار، با یا بدون تب ، تنفس سریع یا انقباض دیوارہ پایینی قفسہ سینہ (در ہنگام دم قفسہ سینہ بہ داخل کشیدہ و فرو رفتگی پیدا می کند.در حالت طبیعی و افراد سالم در ہنگام دم قفسہ سینہ باز می شود). خس خس سینہ در عفونت های ویروسی شایع تر است.

در موارد شدید بیماری ،نوزادان ممکن است نتوانند غذا یا مایعات بخورند و همچنین ممکن است دچار کاهش سطح ہوشیاری ، ہیپوترمی و تشنج شوند.

عوامل خطر:

در حالی کہ اکثر کودکان سالم می توانند با دفاع طبیعی خود با عفونت مبارزہ کنند، کودکانی کہ ضعف سیستم ایمنی دارند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا بہ ذات الریہ هستند. سیستم ایمنی کودک ممکن است در اثر سوءتغذیہ یا تغذیہ نامناسب ضعیف شود، بہ ویژہ در نوزادانی کہ با شیر مادر تغذیہ نمی شوند.

بیماری های قبلی مانند عفونت های علامت دار HIV و سرخک نیز خطر ابتلای کودک بہ ذات الریہ را افزایش می دہند.

عوامل محیطی زیر نیز احتمال ابتلا کودک بہ ذات الریہ را افزایش می دہند:



۲۹ اکتبر (۷ آبان) روز جهانی سکته مغزی

WORLD
STROKE
DAY 29TH
OCT

سکته مغزی در سال ۲۰۱۰ به عنوان یک اورژانس بهداشت عمومی شناخته شد. در سراسر جهان از هر ۴ بزرگسال بالای ۲۵ سال، ۱ نفر در طول زندگی خود دچار سکته مغزی می شود. پیش بینی می شود، ۱۳,۷ میلیون نفر در سراسر جهان در سال جاری اولین سکته مغزی خود را تجربه کنند و در نتیجه پنج و نیم میلیون نفر جان خود را از دست خواهند داد. روند کنونی نشان می دهد که تعداد مرگ و میر سالانه بدون اقدام مناسب به ۶,۷ میلیون نفر در سال خواهد رسید. میزان بروز سکته مغزی در کشورهایی با درآمد کم بیشتر است. از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸، نرخ کلی بروز سکته مغزی در کشورهای با درآمد کم تا متوسط ۲۰ درصد بیشتر از نرخ بروز در کشورهای با درآمد بالا بوده است. امروزه از هر سه نفری که دچار سکته مغزی می شوند، دو نفر در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط زندگی می کنند. بروز سکته مغزی با افزایش سن به میزان قابل توجهی افزایش می یابد. هر دقیقه ای که از آغاز سکته مغزی می گذرد و درمان با تأخیر آغاز می شود، عملکرد مغز به میزان بیشتری مختل شده و ناتوانی های ناشی از آن شدت خواهد یافت. در صورتی که دولت ها برنامه ای در راستای پیشگیری از سکته مغزی نداشته باشند، آسیب های اقتصادی و اجتماعی زیادی را متحمل خواهند شد.

شواهد نشان می دهد که ویروس کووید -۱۹ خطر بروز سکته مغزی را افزایش می دهد. از طرف دیگر بسیاری از مردم به دلیل ترس از ابتلا به بیماری کرونا با تأخیر، جهت سایر مشکلات به مراکز درمانی مراجعه می کنند. مهمترین گام در آگاه سازی جامعه، آگاهی از علائم و نشانه های سکته مغزی و جستجوی درمان های فوری پزشکی است. در صورت بروز سه علامت اصلی کج شدن یک طرفه صورت، ناتوانی در بالا آوردن دست و ناتوانی در صحبت کردن، باید بلافاصله با ۱۱۵ تماس گرفته شود و درخواست کمک گردد.

آگاه سازی جامعه در راستای سبک زندگی سالم و اجتناب از روشهای پرخطر نیز توصیه می گردد. به کار گیری توصیه های زیر میزان بروز سکته مغزی را به صورت چشمگیری کاهش خواهد داد. ورزش منظم: پنج بار ورزش در هفته به مدت ۳۰ دقیقه می تواند خطر سکته مغزی را تا ۲۵ درصد کاهش دهد.

رژیم غذایی کم چرب: تغییرات جزئی در رژیم غذایی می تواند به حفظ وزن و کاهش سطح کلسترول کمک کند و احتمال سکته مغزی را کاهش دهد.

ترک سیگار: سیگار عامل اصلی افزایش سکته مغزی است. ترک سیگار می تواند خطر بروز سکته مغزی در اطرافیان فرد سیگاری را نیز کاهش دهد.

کاهش مصرف الکل: مصرف بیش از حد الکل با بیش از یک میلیون سکته در سال مرتبط است. کنترل فشار خون: با مصرف داروهای کنترل فشار خون (در صورت تجویز پزشک)، میزان بروز سکته مغزی کاهش خواهد یافت.

مدیریت استرس و افسردگی: افزایش میزان استرس و افسردگی می تواند خطر سکته مغزی را به ویژه در افراد میانسال یا سالمند تقریباً دو برابر کند.

منبع: <https://www.world-stroke.org>

گردآوری:



فاطمه بهرام بیگی

مسئول آموزش به بیمار
بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

علمی



فهرست



هیستروسالپینگوگرافی

● هیستروسالپینگوگرافی یا عکس رنگی رحم:

هیستروسالپینگوگرافی (HSG) یا عکس رنگی رحم نوعی تکنیک تصویر برداری از داخل رحم و لوله رحم با کمک نوع خاصی از اشعه ایکس به نام فلوروسکوپ و ماده حاجب می باشد. در روش فلوروسکوپ به جای یک عکس ثابت، چندین تصویر متوالی (ویدئویی) ساخته می شود. رادیولوژیست می تواند ماده حاجب را در حالی که در میان قسمت های مختلف سیستم تولید مثل فرد حرکت می کند، دنبال کند. سپس قادر خواهد بود تا در صورتی که بیمار دچار انسداد در لوله رحم و یا دیگر اختلالات ساختاری در رحم باشد، آن را تشخیص دهد.

● موارد کاربرد هیستروسالپینگوگرافی:

از مهمترین موارد کاربرد عکس رنگی رحم می توان به تشخیص ناباروری، سقط های مکرر، بسته بودن و چسبندگی لوله های رحمی، ناهنجاری های ساختاری در رحم، فیبروم رحمی و پولیپ های رحمی اشاره کرد. این آزمون در ارزیابی علل ناباروری بسیار مهم است زیرا در صورت انسداد لوله های رحمی شانس حاملگی بشدت کاهش می یابد. حدود ۵۰ - ۲۵ درصد از علل ناباروری زنان را اختلالات لوله ای به خود اختصاص می دهد.

● آماده شدن قبل از انجام هیستروسالپینگوگرافی:

این تست معمولاً چند روز تا یک هفته بعد از دوره قاعدگی انجام می شود تا از عدم بارداری بیمار اطمینان حاصل شود و همچنین خطر عفونت کاهش یابد. نکته مهم این است که در صورت احتمال بارداری حتماً به پزشک اطلاع دهید چرا که انجام این تست ممکن است برای جنین خطرناک باشد. همچنین در صورتی که دچار بیماری التهابی لگن (PID) و یا خونریزی غیر طبیعی واژن هستید از انجام این تست خودداری کنید. قطعات فلزی با دستگاه رادیولوژی تداخل ایجاد می کند و به همین علت قبل از انجام هیستروسالپینگوگرافی باید هر چیز فلزی را از بدن خود جدا کنید.

بدلیل انقباضات رحم، جایگذاری کاتتر و تزریق ماده حاجب خانم ها حین انجام آزمون احساس درد می کنند که در موارد وجود انسداد و گرفتگی در لوله های رحمی این درد به مراتب افزایش می یابد. لذا بنا به تشخیص پزشک، پیش از انجام هیستروسالپینگوگرافی، در صورتی که بیمار احساس اضطراب داشته باشد، داروی آرام بخش تجویز می شود و ممکن است برای کاهش دردی که بعضاً در طی آزمایش احساس می شود، داروهای ضد درد نیز تجویز شود. این داروها باید حدود یک ساعت قبل از انجام هیستروسالپینگوگرافی مصرف شوند. همچنین برای جلوگیری از وقوع عفونت قبل و بعد از انجام تست اغلب از آنتی بیوتیک استفاده می شود.

● روش هیستروسالپینگوگرافی:

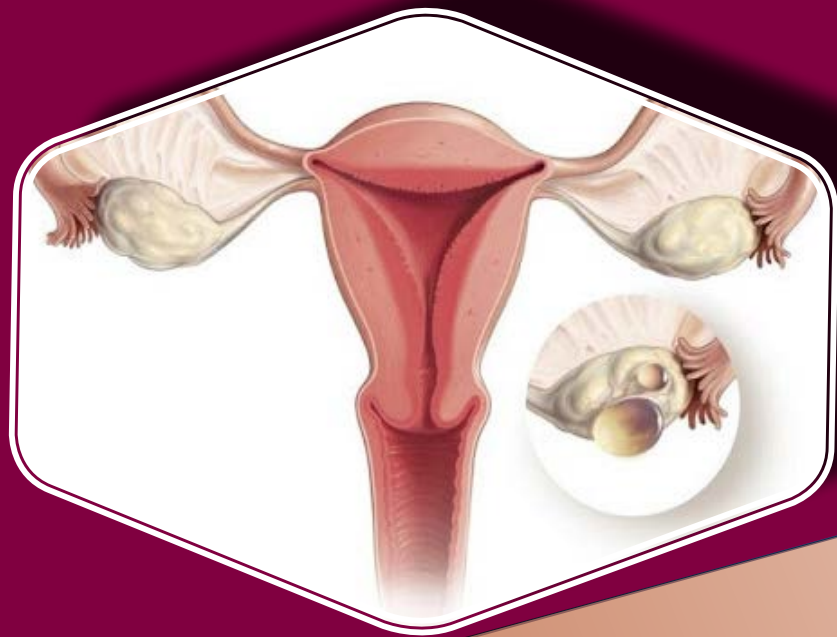
روش هیستروسالپینگوگرافی روشی سرپایی است و مدت زمان انجام عکس رنگی رحم بین ۵ تا ۳۰ دقیقه می باشد. در این روش فرد باید از گان (لباس یک بار مصرف) استفاده می کند و به پشت دراز کشیده و زانوهای خود را خم و پاهای خود را باز می کند. سپس رادیولوژیست یک اسپکولوم وارد واژن فرد می کند. با انجام این کار گردن رحم را که در

گردآوری:



ساجده زرگان

دانشجوی دکتری پرئوپزشکی



انتهای واژن قرار گرفته است مشاهده می گردد. در این مرحله ممکن است فرد کمی احساس ناراحتی کند.

سپس رادیولوژیست اقدام به تمیز کردن گردن رحم و واژن با بتادین می کند و با تزریق بی حسی موضعی از درد بیمار می کاهد. در مرحله بعدی ابزاری که کانولا (سوند) گفته می شود وارد گردن رحم می شود و اسپکولوم برداشته می شود. از طریق این سوند حدود ۳ تا ۵ میلی لیتر ماده حاجب (عمدتاً ید) به آرامی و با فشار کم به داخل رحم و لوله های رحمی تزریق می شود.

در مرحله بعد فرد زیر دستگاه فلوروسکوپ قرار می گیرد و رادیولوژیست شروع به تصویربرداری می کند. در این حین ممکن است بیمار چندین بار موقعیت خود را تغییر دهد تا رادیولوژیست از زوایای مختلفی تصویربرداری کند. با حرکت ماده حاجب از طریق لوله رحم ممکن است بیمار اندکی احساس درد و گرفتگی کند.

پس از پر شدن رحم از مایع بر اثر تابش اشعه ایکس به ماده حاجب که اکنون در رحم قرار گرفته کنتراستی به شکل نقاطی سفید روی صفحه مانیتور مشخص می گردد که محدوده رحم را نشان می دهد. اگر تست برای ارزیابی لوله های فالوپ انجام شود مایع از کانولا به سمت رحم و لوله های فالوپ حرکت می کند. طول لوله های فالوپ و باز بودن آن با حرکت مایع کنتراست مشخص می گردد. به طور معمول مایع باید تمام فضای رحم و لوله های رحمی را پر نماید ولی در صورت وجود انسداد، ماده حاجب بخشی از رحم و لوله های رحمی را پر نمی کند. با تغییر حالت قرار گرفتن بیمار می توان این روش را دوباره تکرار کرد تا بخش های دیگر این اندام های داخلی را بررسی کرد. این مواد به سرعت از لوله های تخمدان عبور کرده و ماده حاجب نشت کرده در صفاق طی دو ساعت یا کمتر از طریق سیستم ادراری دفع می شود.

بعد از اتمام تصویربرداری، رادیولوژیست اقدام به برداشتن سوند می کند. در پایان نیز به منظور جلوگیری از عفونت و کاهش درد داروهای مناسب تجویز می شود و سپس فرد مرخص می شود.

● عوارض هیستروسالپینگوگرافی:

در اکثر موارد بعد از انجام آزمایش می توان فعالیت های عادی و روزمره را از سر گرفت اما برخی از علائم زیر نیز می تواند بعد از انجام سونو هیستروگرافی پدیدار می شوند:

از مهمترین عوارض هیستروسالپینگوگرافی می توان به درد و انقباض عضلانی اشاره کرد. عفونت: شایع ترین عوارض هیستروسالپینگوگرافی عفونت لگن می باشد. اگر در طول ۱ تا ۲ روز بعد از هیستروسالپینگوگرافی دچار درد یا تب شدید فوراً با متخصص زنان خود تماس حاصل کنید.

غش کردن: برخی زنان بعد از هیستروسالپینگوگرافی ممکن است دچار سرگیجه و حالت

تهوع شوند. این اثرات جانبی عادی هستند و در نهایت ناپدید می شوند.

واکنش آلرژیک به ماده حاجب ید: به ندرت ممکن است نسبت به ید به کار رفته در این روش حساسیت نشان داده شود. در صورت آلرژی به ید و غذاهای دریایی متخصص زنان خود را در جریان قرار دهید. در چنین شرایطی اگر بعد از هیستروسالپینگوگرافی دچار عوارضی مانند راش، خارش یا تورم شدید فوراً با پزشک خود تماس حاصل فرمایید.

لکه بینی یا خونریزی واژنی شدید: در برخی موارد ۱ تا ۲ روز بعد از هیستروسالپینگوگرافی احتمال بروز لکه بینی و به ندرت خونریزی وجود دارد. اگر بعد از هیستروسالپینگوگرافی دچار خونریزی سنگین شدید فوراً متخصص زنان خود را آگاه سازید.

درد شدید و گرفتگی

ترشحات واژنی با بوی بد

استفراغ

آسیب دیدگی رحم، مانند سوراخ شدن جدار بافت

موارد منع هیستروسالپینگوگرافی:

از موارد منع هیستروسالپینگوگرافی اسپاسم لوله های رحمی می باشد، زیرا می تواند سبب نتیجه مثبت کاذب شود و همچنین در صورت عدم عبور کاتتر به داخل رحم انجام عکس رنگی رحم توصیه نمی گردد.

● مزایای هیستروسالپینگوگرافی:

از مهمترین فواید عکس رنگی رحم می توان به غیر تهاجمی بودن آن اشاره کرد، به این معنی که نیاز به عمل جراحی ندارند. همچنین کوتاه بودن زمان انجام این روش، از دیگر مزایای عکس رنگی رحم می باشد. این روش جهت رفع چسبندگی لوله های رحمی نیز بکار می رود.

منابع:

1-Salazar CA, Isaacson KB. Office Operative Hysteroscopy: An Update. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Feb;25(2):199208. doi: 10.1016/j.jmig.2017.08.009. Epub 2017 Aug 10. PMID: 28803811.

2-<https://www.radiologymarkazi.ir>

3-<https://ebnesinahospital.com>

عالمی

فهرست

مولتیپل اسکلروزیسی یا ام اس (MS) چیست؟



مولتیپل اسکلروز یا ام اس (MS) یک بیماری ناتوان کننده مغز و نخاع (سیستم عصبی مرکزی) است. در این بیماری در سیستم ایمنی بدن به غلاف حفاظتی فیبرهای عصبی (میلین) حمله می کند و باعث ایجاد مشکلات ارتباطی بین مغز و بقیه ی قسمت های بدن می شود و در نهایت، این بیماری می تواند باعث آسیب دائمی یا از بین رفتن اعصاب شود. علائم و نشانه های MS به طور گسترده ای متفاوت هستند و به میزان آسیب عصبی و اعصاب درگیر بستگی دارد؛ مثلا در برخی افراد که شدت بیماری در آن ها زیاد است، ممکن است توانایی راه رفتن مستقل یا در کل این توانایی را از دست بدهند، در حالی که دیگران ممکن است مدت طولانی بهبودی پیدا کنند و هیچ گونه علائم جدیدی را تجربه نکنند. هیچ درمانی برای مولتیپل اسکلروز وجود ندارد، با این حال، درمان ها می توانند در سرعت بهبودی بعد از حملات، تغییر مسیر بیماری و مدیریت علائم آن کمک کنند.

اکثر افراد مبتلا به MS دارای دوره ی عود کننده ی بیماری هستند. افراد دوره هایی همراه با علائم جدید یا عود بیماری را که چند روز تا چند هفته ادامه دارد را تجربه می کنند و معمولا به طور کلی یا قسمتی از آن بهبود می یابد و این عود ناشی از دوره ی بهبودی و خاموشی بیماری است، که می تواند ماه ها یا حتی سال ها طول بکشد.

افزایش اندک دمای بدن می تواند به طور موقت علائم و نشانه های MS را بدتر کند، اما به معنای عود بیماری نیست.

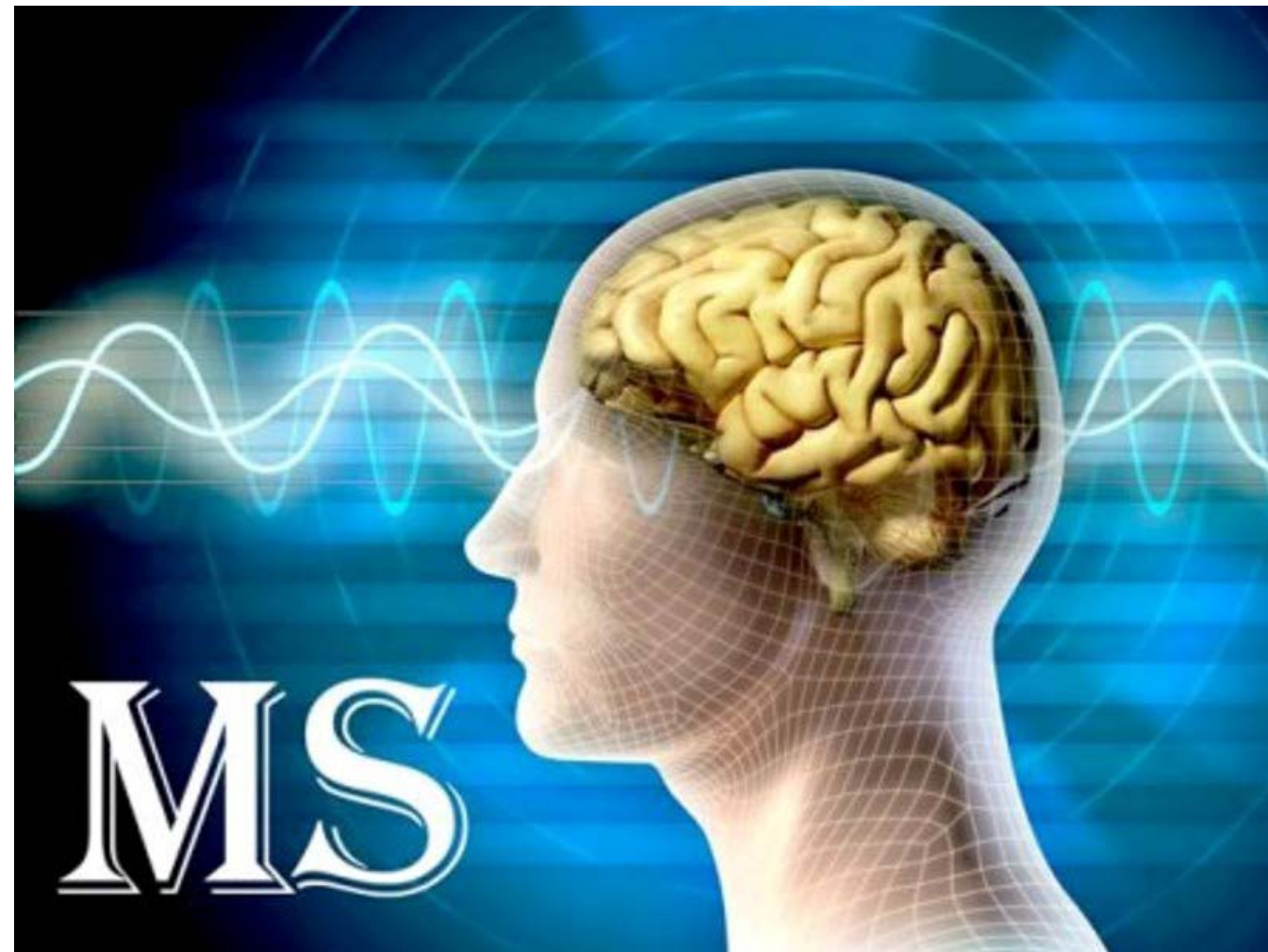
حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد از افراد مبتلا به MS با عود مکرر و در نهایت پیشرفت مداوم علائم با یا بدون دوره های بهبودی، دچار مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس پیشرونده ی ثانویه هستند و بدتر شدن علائم معمولا شامل مشکلات حرکتی و راه رفتن می شود، که میزان پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به MS پیشرونده ی ثانویه متفاوت است و بعضی افراد مبتلا به MS شروعی تدریجی و پیشرفت مداوم نشانه ها و علائم بدون عود را تجربه می کنند، که به عنوان MS پیشرونده ی اولیه شناخته می شود.

گردآوری:



مژگان مجاهد

کارشناس هماهنگ کننده
ایمنی بیمار



ترویجی



فهرست



ترویجی



مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس (MS) چه علائمی دارد؟

اولین علائم و نشانه‌های مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس معمولا از سن ۲۰ تا ۴۰ سالگی ظاهر می‌شود و ممکن است از فرد به فرد و در دوره‌های گوناگون بیماری متنوع باشد، که بستگی به موقعیت فیبرهای عصبی آسیب دیده دارد و علائم اغلب بر حرکت تاثیر می‌گذارد، مانند:

- بی حسی یا ضعف در یک یا چند عضو که معمولا در یک طرف بدن به طور همزمان رخ می‌دهد، یا در پاها و تنه
- احساس شوک الکتریکی که با حرکات خاص گردن رخ می‌دهد، به ویژه خم شدن گردن به جلو (نشانه‌ی لرمیت یا حساسیت الکتریکی)
- لرزش، فقدان هماهنگی یا راه رفتن نامناسب
- لکنت زبان
- خستگی
- سرگیجه
- مورمور شدن یا درد در قسمت‌های مختلف بدن
- مشکلات جنسی
- مشکل در عملکرد روده و مثانه

مشکلات بینایی نیز شایع هستند، از جمله:

- از دست دادن کامل یا قسمتی از بینایی، معمولا در یک چشم در یک زمان، اغلب همراه با درد در هنگام حرکت چشم
- دوبینی طولانی مدت
- تاری دید

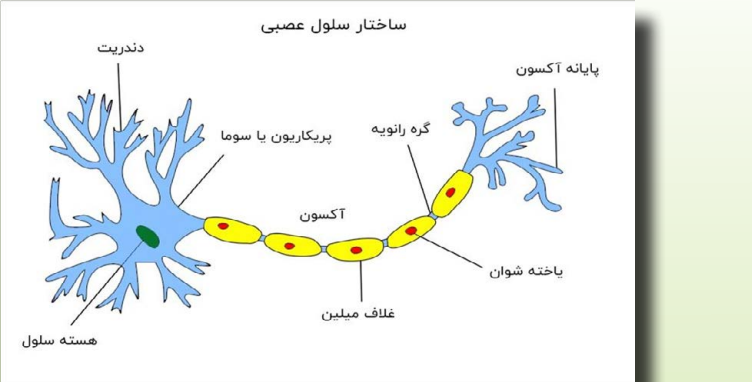
عوارض جانبی زیر نیز ممکن است دیده شود:

- سفتی یا گرفتگی ماهیچه
- فلج شدن، معمولا در پاها
- تغییرات ذهنی مانند فراموشی و نوسانات خلقی
- افسردگی
- صرع

دلایل ایجاد مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس چیست؟

علت مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس ناشناخته است و تصور بر این است که یک بیماری خود ایمنی است که در آن سیستم ایمنی بدن به بافت‌های خود حمله می‌کند؛ بدین گونه که نقص عملکرد در سیستم ایمنی موجب تخریب ماده‌ی چربی پوشش و محافظ الیاف عصبی در مغز و نخاع (میلین) می‌شود و میلین را می‌توان با پوشش عایق بر روی سیم‌های برق مقایسه کرد. هنگامی که میلین آسیب ببیند و فیبر عصبی در معرض قرار گیرد، ممکن است پیام‌هایی که در امتداد این عصب حرکت می‌کنند مسدود شوند یا به کندی انتقال یابند و احتمال دارد خود عصب نیز آسیب ببیند. این موضوع که چرا بیماری MS در بعضی افراد پیشرفت می‌کند و در بعضی دیگر نه، هنوز مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد که ترکیبی از ژنتیک و عوامل محیطی مسئول است.

هنگامی که میلین آسیب ببیند و فیبر عصبی در معرض قرار گیرد، ممکن است پیام‌هایی که در امتداد این عصب حرکت می‌کنند مسدود شوند یا به کندی انتقال یابند و احتمال دارد خود عصب نیز آسیب ببیند. بیماری MS اینگونه بر عملکرد سیستم عصبی تاثیر می‌گذارد.



عوامل زیر خطر ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس را افزایش می‌دهند:

سن: MS ممکن است در هر سنی رخ دهد، اما معمولا در افراد بین ۱۶ تا ۵۵ ساله رخ می‌دهد.

جنسیت: احتمال ابتلا به MS در زنان بیش از دو تا سه برابر در مردان است.

سابقه‌ی خانوادگی: اگر یکی از والدین یا خواهر و برادر مبتلا به MS باشند، فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری است.

برخی از عفونت‌ها: انواع ویروس‌ها با بیماری MS مرتبط هستند، مانند ویروس اپشتین بار که عامل مونونوکلئوز عفونی است.

نژاد: افراد سفید پوست، به خصوص نسل شمال اروپا، بیشترین خطر ابتلا به MS را دارند و افراد آسیایی، آفریقایی یا بومی‌های آمریکا دارای کمترین احتمال خطر هستند.

آب و هوا: MS در کشورهای دارای آب و هوای معتدل، از جمله کانادا، شمال آمریکا، نیوزیلند، جنوب شرقی استرالیا و اروپا، بسیار شایع است.

ویتامین D: داشتن سطح پایین ویتامین D و کم در معرض نور خورشید بودن، با افزایش شانس ابتلا به MS مرتبط است.

برخی بیماری‌های خود ایمنی: بیماری‌های تیروئیدی، دیابت نوع ۱ یا بیماری التهابی روده، احتمال ابتلا به MS را افزایش می‌دهد.

سیگار کشیدن: امکان عود بیماری MS در افراد سیگاری دارای علائم آن، بیشتر از افراد غیر سیگاری است.

چگونه مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس تشخیص داده می‌شود؟

تشخیص MS می‌تواند دشوار باشد، چرا که ممکن است علائم آن همانند سایر اختلالات عصبی باشد. در صورت اینکه پزشک شما به این بیماری شک کند، شما را به متخصص مغز و اعصاب ارجاع می‌دهد و پزشک راجع به سابقه‌ی بیماری سوال هایی می‌پرسد و معاینات بالینی جهت تشخیص هرگونه آسیب به مغز، نخاع و عصب چشم انجام می‌دهد.

تشخیص MS تنها با یک آزمایش امکان پذیر نیست، بنابراین پزشک شما آزمایشات زیر را انجام می‌دهد:

آزمایش خون: جهت افتراق بیماری هایی که علائم مشابهی دارند، مانند بیماری لایم و ایدز

بررسی تعادل بدن: هماهنگی قسمت‌های مختلف بدن با هم،قدرت بینایی و سایر عملکردهای دیگر جهت چگونگی وضعیت اعصاب انجام MRI که تمامی جزئیات ساختار بدن را نشان می‌دهد.

یکی از روش‌های تشخیص MS، انجام MRI از مغز است. قسمتی که در تصویر مشخص شده است، قسمت آسیب دیده به دلیل بیماری MS است.

تجزیه و آنالیز CSF: مایعی که مغز و نخاع را در بر می‌گیرد، به نام مایع مغزی نخاعی (CSF)، که اغلب در افراد مبتلا پروتئین‌های خاصی در CSF دیده می‌شود. **ارزیابی فعالیت الکتریکی مغز:** آزمون پتانسیل‌های برانگیزی که فعالیت الکتریکی مغز را اندازه‌گیری می‌کند.

درمان MS چیست؟

در حال حاضر هیچ درمانی برای MS وجود ندارد؛ اما تعدادی از اقدامات می‌توانند عملکرد بدن را بهبود بخشند، همچنین پزشک می‌تواند با تجویز برخی داروها روند بیماری را کند کرده، از حملات جلوگیری یا آن‌ها را درمان کند، علائم را کاهش دهد یا در کنترل استرس ناشی از بیماری به فرد کمک کند. داروهایی که ممکن است به کند شدن روند بیماری یا به اعصاب آسیب دیده کمک کنند، عبارتند از:

اینترفرون بتا (آونکس، بتاسرون، ربیف)

کوپلیمر ۱ (کوپاکسون)

دالفام پریدین (آمپیرا)

دی متیل فومارات (تکفیدرا)

میتوکسانترون(نووانترون)

ناتالیزوماب(تیزابری)

اکلیزومب

تری فلومونید

داروهای استروئیدی: جهت کوتاه‌تر شدن و کاهش شدت حملات می‌توان از داروهای استروئیدی استفاده کرد.

بوتاکس: برای کاهش اسپاسم عضلانی و درمان برخی دیگر از علائم می‌توان از شل کننده‌های عضلانی، آرام‌بخش‌ها یا سم بوتولینوم (بوتاکس) را امتحان کرد.

فیزیوتراپی: فیزیوتراپی با آموزش یک سری تمرینات به حفظ قدرت و تعادل و کنترل خستگی و درد کمک می‌کند و یک کار درمان می‌تواند راه‌های جدیدی برای انجام کارها به فرد مبتلا آموزش دهد تا کارها راحت تر و مراقبت فردی نیز آسان تر شود. اگر مشکل در راه رفتن است، می‌توان از عصا، واکر یا آتل می‌توانند کمک کننده باشند.

اقدامات حمایتی: همراه با درمان، میتوان اقدامات دیگری برای کاهش علائم MS انجام داد، به طور مثال ورزش منظم و پرهیز از گرمای بیش از حد جهت افزایش انرژی و از پزشک خود درباره تاثیر یوگا بر کاهش خستگی یا استرس سوال کنید، همچنین مراقب سلامت احساسی خود باشید. از خانواده، دوستان و مشاور خود برای کنترل استرس یا اضطراب کمک بخواهید.

علت

مولتیپل اسکلروزیس

یا ام اس ناشناخته است و تصور

بر این است که یک بیماری خود

ایمنی است که در آن سیستم

ایمنی بدن به بافت‌های خود

حمله می‌کند.

آموزش به همراه در بخش اطفال بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر

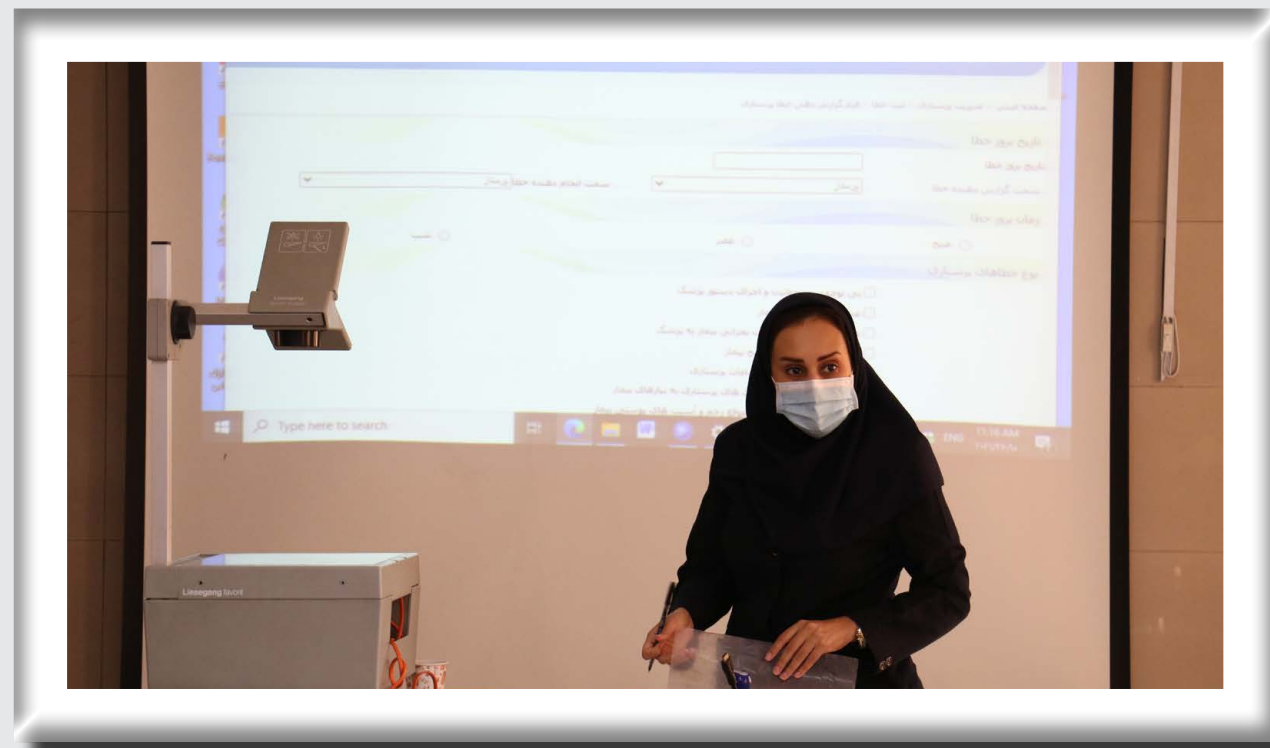


فهرست



کلاس آموزش پرستاری در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



فهرست



کمیته دارویی در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



جلسه پیوند در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



بازرسی بازرسان وزارت بهداشت از بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



کلاس اصول مستندسازی دانشجویان پزشکی در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



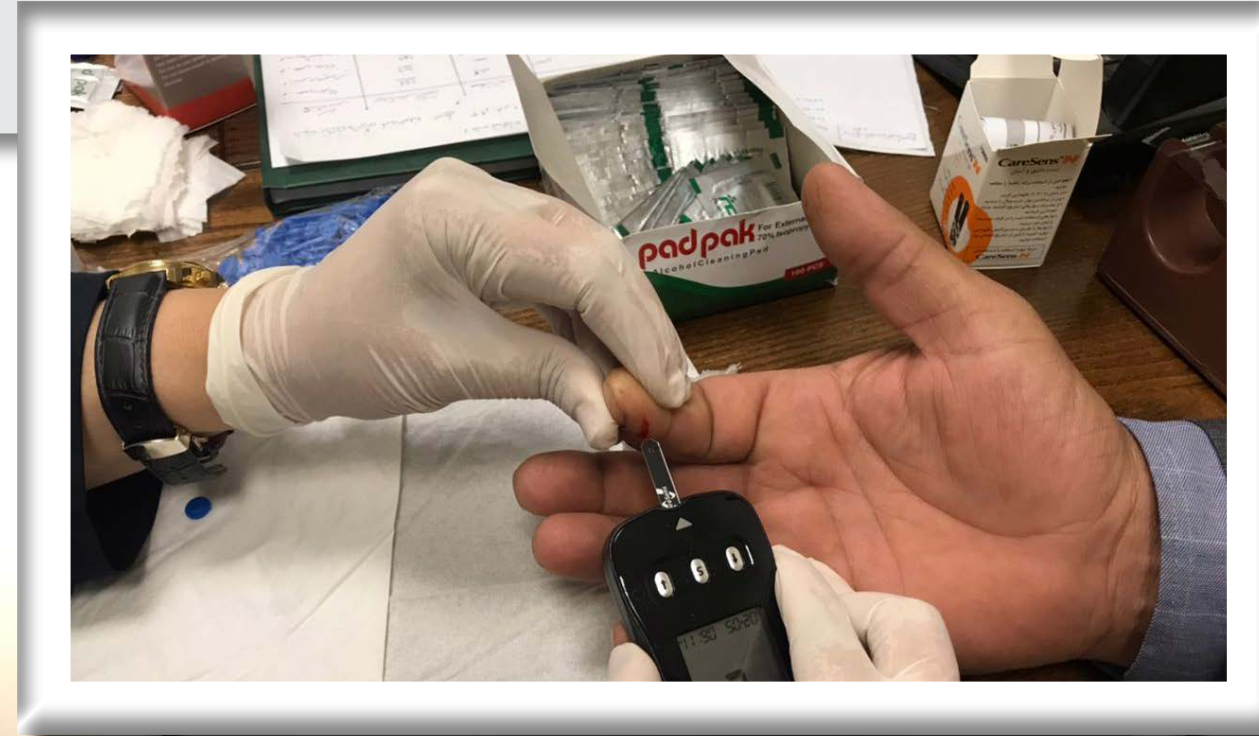
کلاس آموزش پرستاری بدو ورود در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



روز جهانی دیابت در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

به روایت
اخبار
تصویر



جلسه کردیناتورهای پیوند در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



ژرونال کلاب در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری



جلسه معاونت آموزشی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

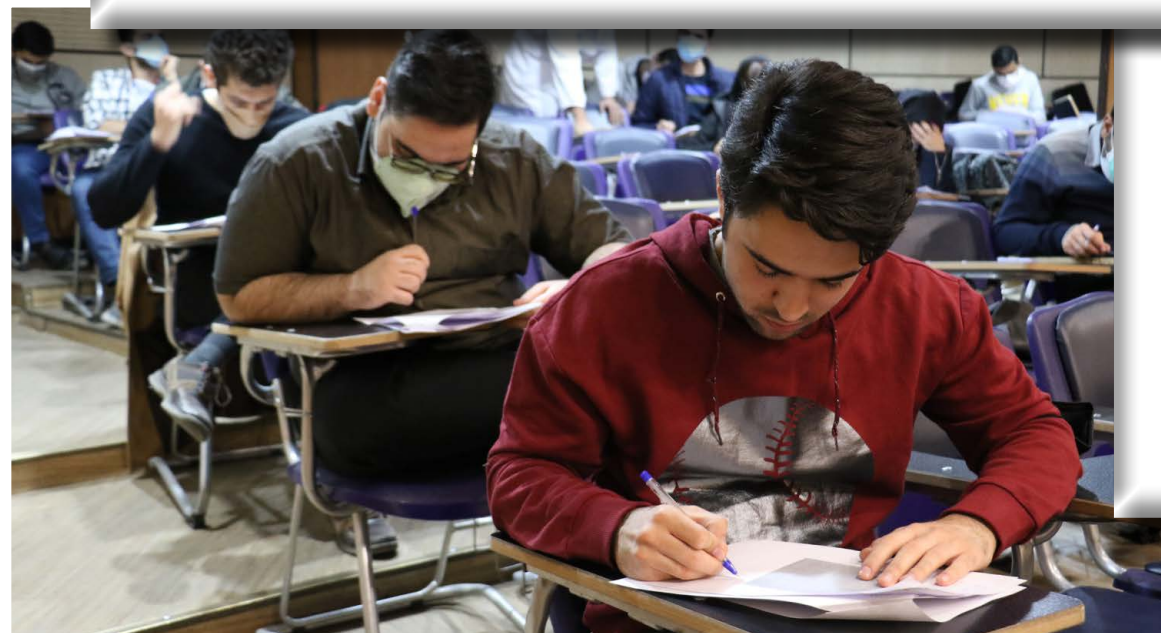
به روایت
اخبار
تصویر

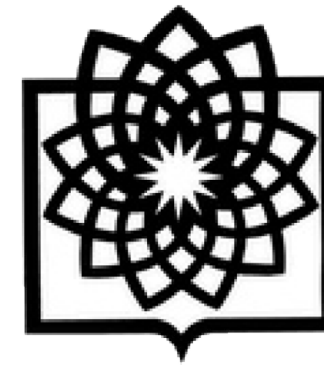


فهرست



امتحان استاجرها در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری





نشانی: تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری‌های ریوی
دکتر مسیح دانشوری_ واحد روابط عمومی
کدپستی: ۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲ شماره: ۲۶۱۰۶۰۰۰

www.nritld@smbu.ac.ir www.nafasjournal.ir pr.nritld@smbu.ac.ir

ماهنامه الکترونیکی «نفس بادصبا» آماده دریافت مقالات و دیدگاه‌های پژوهشگران، محققان و صاحب‌نظران داخل و خارج مرکز می‌باشد.
هر گونه مسوولیت صحت مطالب و عواقب ناشی از آن به عهده نویسندگان و گردآوری‌کنندگان می‌باشد.

