

منبع اول

- فصل اول: سلامت و بیماری
فصل دوم: دستگاه تنفس
فصل سوم: دستگاه قلب و عروق
فصل چهارم: دستگاه گوارش
فصل پنجم: دستگاه عضلانی حرکتی
فصل ششم: دستگاه ادراری
فصل هفتم: دستگاه تناسلی
فصل هشتم: دستگاه عصبی
فصل نهم: دستگاه غدد
فصل دهم: دستگاه چشم و گوش
فصل یازدهم: دستگاه پوست
فصل دوازدهم: بارداری و زایمان
فصل سیزدهم: بیماریهای های واگیردار
فصل چهاردهم: بیماریهای روانی

منبع دوم

- فصل اول: موسسه مراقبت بهداشتی و اطلاعات
فصل دوم: تبیین مفهوم اطلاعات مراقبت بهداشتی
فصل سوم: داده پردازی بهداشتی
فصل چهارم: ابعاد قانونی و مدیریتی اطلاعات مراقبت بهداشتی

فصل اول: سلامت و بیماری

مفهوم سلامت و بیماری

سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را «یک حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً عدم بیماری یا ناتوانی» تعریف کرد. در سالهای اخیر با گنجاندن توانایی داشتن «یک زندگی از نظر اقتصادی و اجتماعی مثمر» این تعریف تقویت شده است.

طیف تندرستی، بیماری

پایین ترین نقطه طیف سلامتی و بیماری مرگ است و در بالاترین نقطه آن بنا بر تعریف SHO، سلامتی مثبت قرار دارد.

عوامل موثر بر وضعیت سلامتی و بیماری

الف) بعد جسمی

ب) بعد عاطفی

ج) بعد هوشی (ذهنی)

د) بعد محیطی (محیط زیست)

ه) بعد فرهنگی اجتماعی

و) بعد اقتصادی

ی) بعد اخلاقی

تعریف بیماری

ساده ترین تعریف بیماری آن است که بیماری نقطه مقابل سلامتی است. بین کلمات ناراحتی^۱، ناخوشی^۲ و بیماری^۳ تفاوت هایی وجود دارد.

ناراحتی: به معنی آن است که یکی از اعمال بدن درست کار نمی کند (اختلال عمل فیزیولوژیک یا روان شناختی)

ناخوشی: نه تنها به هنگام وجود ناراحتی خاص در بدن بلکه برای ادراک شخصی از آن ناراحتی و رفتار شخصی در برابر آن است و نشانه تاثیر ناراحتی بر محیط روانی و اجتماعی شخص هم هست (حالات ذهنی شخص که احساس می کند حالش خوب نیست)

بیماری: اختلال اجتماعی است یعنی نقشی که شخص در حالات ناخوشی (نقش ناخوشی) به خود می گیرد.

عوامل موثر بر بیماری

الف) عوامل بیماری زای زیست شناختی

۱- **عوامل بیماری زای زیست شناختی،** موجودات زنده ای مانند ویروس ها، ریکتزیاها، قارچها، میکروبها، تک یاخته های انگلی یا پرداخته ها هستند.

۲- **عوامل فیزیکی:** قرار گرفتن در معرض گرمای زیاد، سرما، رطوبت، فشار، پرتوها، الکتریسیته و سر و صدا و ... موجب ناراحتی می شود.

۳- **عوامل تغذیه ای:** این عوامل می تواند پروتئین ها، چربیها، کربوهیدراتها، ویتامینها، مواد معدنی و آب باشند. هر گونه افزایش یا کمبود در خوردن اجزای غذا می تواند موجب اختلالات تغذیه ای شود.

1 - Disease

2 - Illness

3 - Sickness

سوء تغذیه پروتئین، انرژی، کم خونی، گواتر، چاقی، کمبود ویتامینها برخی از دشواریهای تغذیه ای بسیاری از کشورها را تشکیل می دهند.

۴- **عوامل شیمیایی: الف - عوامل شیمیایی درون زاد:** بعضی مواد شیمیایی در نتیجه به هم خوردن اعمال بدن تولید یا اضافه می شوند مانند اوره (اورمی)، بیلروبین سرم (زردی)، کتونها (کتوزیس)، اسید اوریک (نقرس)، کربنات کلسیم (سنگهای کلیوی) و ...

ب) عوامل شیمیایی برون زاد: موادی هستند که از خارج به بدن میزبان وارد می شوند مانند مواد آلرژی زا، فلزات، بخارها، گرد و خاک، گازها، مواد حشره کش و غیره. این عوامل از راه استنشاق خوردن یا تلقیح به بدن وارد می شوند.

۵- **عوامل مکانیکی:** تماس مزمن به عوامل ساینده یا نیروهای مکانیکی دیگر ممکن است سبب له شدگی، پارگی، تغییر رنگ و ... حتی مرگ بشود.

۶- **کمبود یا افزایش و یا نبود یک عامل لازم برای سلامتی:** این عوامل عبارتند از:

الف) عوامل شیمیایی مانند هورمونها (انسولین، استروژن) و آنزیمها.

ب) عوامل غذایی

ج) فقدان اندامها مانند تیموس

د) فقدان بخشی از اندامها مانند نقایص قلبی

ه) عوامل کروموزومی مانند مونگولیسیم و نشانگان ترنر.

و) عوامل ایمنی شناختی مانند آگاما گلوبولینمی

۷- **عوامل اجتماعی بیماری زاد:** فقر، سیگار کشیدن، اعتیاد به دارو و الکل، سبک زندگی ناسالم، دور ماندن از اجتماع، محرومیت از محبت مادری

ب) عوامل مربوط به میزبان:

۱- **ویژگیهای جمعیت شناختی:** سن، جنس و نژاد

۲- **ویژگیهای زیست شناختی:** عوامل ژنتیک و سطح مواد زیست شیمیایی در خون (مثلاً کلسترول خون)، گروههای خونی و آنتیجیمی، ترکیب سلولی خون، عوامل ایمنی شناختی و اعمال فیزیولوژیک اندامهای مختلف دستگاههای بدن مانند فشار خون، تهویه ریوی و ...

۳- **ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی** مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، آموزشی، شغل، استرس، وضعیت تاهل و مسکن و غیره

۴- **عوامل مربوط به سبک زندگی** مانند صفات شخصیتی، عادات زندگی، وضع تغذیه، ورزش، مصرف الکل، الگوهای رفتاری، اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و ...

بیماریهای نئوپلاستیک

واژه سرطان^۱: اصطلاحی است کلی که گروه بزرگ از بیماریها را توصیف می کند و با رشد و انتشار مهار نشدنی یاخته های غیرطبیعی مشخص می گردد.

نئوپلاسمها می توانند خوش خیم^۲ یا بدخیم^۱ باشند، در نئوپلاسمهایی خوش خیم رشد معمولی معمولاً مضر نبوده و به سایر بافتها انتشار نیافته و تهاجم نمی کند. ولی نوع بدخیم، تومور مضر و قادر به انتشار و تهاجم به سایر بافتها دور از خاستگاه خود می باشد.

1 - Cancer

2 - Benign

عوامل مستعد کننده

سن: سرطان تمام گروههای سنی را درگیر می کند ولی ابتلا افراد مسن تر به سرطان بیشتر از اشخاص جوان تر است. مثل سرطان پروستات، روده بزرگ و بعضی از لوسمی ها در افراد سالخورده میزان بروز بالایی دارند.

جنس: زنان به بعضی از انواع معینی از سرطان حساس ترند و در بعضی انواع دیگر مردان حساسترند.

موقعیت جغرافیایی: سرطان سینه در ژاپن نادر است اما در امریکا، اروپا و اسرائیل بالاست. این اختلاف بیشتر منعکس کننده تاثیر عوامل محیطی (مثل رژیم غذایی، رسوم، آلاینده های محیط) هستند تا تفاوت های وراثتی، زیرا زنان ژاپنی وقتی در آمریکا زندگی میکنند میزان بروز سرطان سینه در آنها هم برابر با زنان آمریکایی می شوند.

شغل: افراد دارای بعضی مشاغل به سرطانهای معینی حساس ترند که به علت تماس بیشتر آنها با سرطانزاهای بخصوصی است. مثلاً در کارگران کارخانجات آزیست (پنبه نسوز) میزان بروز سرطان ریه بیشتر است و یا رادیولوژیستها بیشتر به لوسمی مبتلا می شوند.

وراثت: در تعدادی از سرطانها شواهدی از استعداد وراثتی وجود دارد. پولیپوز فامیلی روده بزرگ، تومور ویلمز، سرطان پستان، تخمدان و روده بزرگ.

رژیم غذایی: خوردن غذاهای ترشی دار، دودی شده، نمک زده، دارای عوامل نگهدارنده، یخچال گذاری نشده با سرطان معده مرتبط است. میزان بالای چربی در رژیم غذایی افراد آمریکا و بروز سرطان پستان و روده بزرگ همبستگی قابل توجهی نشان مید هد.

استرس: استرس جسمی و روحی طولانی مدت بر هیپوتالاموس و هیپوفیز که دستگاه هورمونی و ایمنی را تنظیم می کنند اثر می گذارند، افزایش استرس باعث تغییرات هورمونی یا عملکرد سیستم ایمنی و یا هر دو می شود که به نوبه خود رشد و تکثیر یاخته های سرطانی را افزایش می دهد.

ضایعات پیش سرطانی: ضایعات پیش سرطانی و برخی از تومورهای خوش خیم ممکن است بعداً به سرطان تبدیل شوند مانند لکوپلاکی، آدنوما یا تومورهای خوش خیم روده بزرگ و معده.

علائم هشدار دهنده سرطان

۱- تغییر در اجابت مزاج یا دفع ادرار

۲- زخمی که التیام نمی یابد

۳- خونریزی یا ترشح غیر معمول

۴- ضخیم شدن یا وجود توده در پستان یا هر نقطه دیگر

۵- سوءهاضمه یا وجود مشکل در عمل بلع

۶- تغییر آشکار در زگیل و خال

۷- سرفه یا خشونت صدا به طور آزار دهنده

1 - Malignant

فصل دوم: دستگاه تنفس

ساختمان و عملکرد دستگاه تنفسی

عملکرد اصلی دستگاه تنفس، تبادل گاز است. دستگاه تنفس اکسیژن را از هوا گرفته، آن را به ریه ها منتقل نموده، در آلونل تبادلات بین اکسیژن و دی اکسید کربن انجام شده سپس دی اکسید کربن را به هوا باز می گرداند.

ساختمان راههای هوایی

راههای هوایی فوقانی شامل حفرات بینی^۱ حلق^۲ و حنجره^۳ است.

سینوسها^۴

بعضی از استخوانهای اطراف حفره بینی توخالی هستند، این فضاها را سینوسهای اطراف بینی می نامند که هم باعث سبکی وزن جمجمه می شوند و هم روی کیفیت صدا اثر می گذارند و نوعی طنین خاص به آن می دهند.

حلق

حلق لوله قیفی شکلی است که از بینی تا حنجره امتداد دارد و به سه قسمت تقسیم می شود: ۱- حلق بینی^۵ در بالای لبه کام نرم قرار دارد. ۲- حلق دهانی^۶ در عقب دهان. ۳- حلق حنجره ای^۷ که در عقب حنجره و پایین قاعده زبان قرار دارد.

حنجره

حنجره جعبه صدا نامیده می شود. حنجره در بالا با حلق دهانی و در پایین با تراشه در یک امتداد قرار دارد و در قسمت قدامی مهره های گردنی ۴ و ۶ قرار دارد.

برونشیول انتهایی

قسمت آخر راههای هوایی انتقال دهنده هوا می باشند. منطقه تنفسی شامل برونشیولهای تنفسی و مجاری آلونولی و کیسه های آلونولی می باشند.

آلونول

بافت اصلی ریه (پارانشیم ریه) قسمت فعال از نسج ریه است که شامل میلیونها آلونل می باشد. آلونلها کیسه های کوچک هوایی در انتهای برونشیولهای تنفسی هستند که تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن در آنها انجام می شود. یک واحد آلونولی سالم از برونشیولهای تنفسی، مجاری آلونولی و کیسه های آلونولی ساخته شده است.

فضای پلور

فضای مجازی بین دو لایه سروزی، پلور احشایی و پلور غشایی است. پلور احشایی، ریه و شکافهای بین لوبهای ریه را می پوشاند. پلور غشایی اطراف هر نیمه قفسه سینه (ریه ها) را از خارج، مدیاستن و قسمت بالای دیافراگم را می پوشاند. پلور غشایی در محل ناف ریه با پلور احشایی متصل می گردد.

- 1 - Nose
- 2 - Pharynx
- 3 - Larynx
- 4 - Sinuses
- 5 - Nasopharynx
- 6 - Oropharynx
- 7 - Laryngopharynx

انسداد مزمن راه هوایی

پولیپ بینی^۱

پولیپ بینی عبارت از بیرون زدگی کیسه های شکل پرده مخاطی پوششی بینی و یا سینوسهای اطراف بینی است. پولیپها اغلب به طور شایع در مددجویانی که آلرژی های شدید دارند دیده می شوند و ممکن است یک تا چند تا باشند.

درمان: در بسیاری از مددجویان، عمل جراحی جهت خارج کردن پولیپ بینی جهت برقراری تنفس از طریق بینی، قبل از درمان آلرژی انجام می شود.

انحراف تیغه بینی و شکستگی بینی^۲

تیغه بینی ساختمان تقسیم کننده بینی است و بینی را به دو حفره مساوی تقسیم می کند پس از صدمه ممکن است انحراف پیدا نموده و راه عبور تنفس را غیرقرینه کند. در بعضی بیماران انحراف بینی باعث انسداد تنفسی از طریق بینی، خشکی مخاط بینی که باعث خونریزی می شود و گاهی ناهنجاری زیبایی می گردد.

عمل جراحی جهت تصحیح انحراف تیغه بینی را ترمیم تیغه بینی (سیتوپلاستی)^۳ گویند و شامل ایجاد شکاف در یک طرف تیغه بینی، ارزشیابی پرده مخاطی و راست کردن یا خارج کردن قسمت‌های صدمه دیده غضروف است.

خونریزی از بینی^۴

خونریزی از بینی ممکن است به دلیل آزدگی، صدمه، عفونت یا تومور باشد. به علاوه خونریزی از بینی ممکن است به دلیل بیماریهای عمومی مثل آرتروواسکلروز، پرفشاری خون، دیسکرازی خونی^۵ و یا درمان عمومی^۶ مثل شیمی درمانی یا داروهای ضد انعقاد باشد.

درمان: فشار دادن قسمت قدامی بینی برای حداقل ۵ تا ۱۰ دقیقه است. به علاوه گذاشتن کمپرس یخ باعث ایجاد انقباض عروق می گردد که خونریزی را کاهش می دهد. در صورتی که این اقدامات خونریزی را متوقف نکرد گذاشتن پک بینی ممکن است لازم شود. در صورتی که محل خونریزی مشخص شد عروق خونریزی دهنده به وسیله نیترات نقره سوزانده شده و پک بینی نیز داخل بینی گذاشته می شود پک بینی باید حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت در بینی باقی بماند.

سینوزیت^۷ و پان سینوزیت^۸

عفونت یکی از سینوسهای اطراف بینی را سینوزیت و عفونت بیش از یک سینوس را پان سینوزیت گویند.

علائم بالینی

علائم عمومی تب و لرز همراه با علائم موضعی، درد در سینوسها که با خم شدن تشدید می گردد. درد یا کرختی یا بی حسی در دندانهای فوقانی و ترشحات چرکی یا بی رنگ توام با هم بروز می نمایند. رادیوگرافی سینوسی یا توموگرافی کامپیوتری کداری سینوس را نشان می دهد و ضخیم شدن پرده مخاطی و سطح هوا، مایع دال بر وجود سینوزیت است.

1 - Nasal polyps

2 - Deviated nasal septum and nasal fracture

3 - Septoplasty

4 - Epistaxis

5 - Blood dyscrasias

6 - Systemic treatment

7 - Sinusitis

8 - Pansinusitis

درمان: استفاده از آنتی بیوتیک مناسب جهت کنترل عفونت، ضد احتقانها جهت کاهش ادم، اسپری استروئیدی بینی جهت کاهش التهاب مخاط و مرطوب کردن به وسیله شستشو با محلول نرمال سالین یا افشان کننده تبخیر کننده جهت پیشگیری از خشکی و مرطوب کردن ترشحات می باشد.

درمانهای جراحی: در صورتی که اقدامات غیرجراحی کافی نبودن جراحی سینوس به وسیله آندوسکوپ^۱ ممکن است ضروری باشد. عمل کالدول لوک^۲ نوع دیگری از عمل جراحی جهت سینوزیت فک فوقانی است برداشتن نسوج مبتلا از سینوس پروانه ای پرویزنی از خارج^۳ صورت می گیرد.

التهاب حلق^۴

التهاب حلق ممکن است منشا ویروسی یا باکتریایی داشته باشد.

علائم بالینی: مددجو ممکن است از احساس سوزش، درد گلو، اشکال در بلع، تب، بیحالی و سرفه شکایت داشته باشد و تعداد گلبولهای سفید او افزایش یابد.

درمان: بستگی به علت ایجاد کننده بیماری دارد. از آنتی بیوتیک جهت درمان التهاب حلق باکتریایی استفاده می شود. دادن استراحت، مایعات، غرغره نرمال سالین، مسکن ها، تب بر تا برطرف شدن علائم پیشنهاد می شود.

التهاب لوزه ها^۵

التهاب لوزه ها عبارت از عفونت حاد لوزه ها که به شکل نسوج لنفوئیدی بادامی شکل در حفره لوزه ای حلق قرار گرفته اند می باشد. استرپتوکوک شایع ترین میکروارگانیسم آلوده کننده است. سایر علل هموفیلوس آنفلوانزا، استرپتوکوک پیورن و غیره می باشند.

علائم بالینی: درد گلو، اشکال در بلع، گوش درد (به دلیل انتشار به گوش) و بی حالی عمومی در بعضی مددجویان لنفادنوپاتی^۶ (بزرگی غدد لنفاوی) ممکن است در ناحیه غدد لنفاوی گردن بروز نماید.

آدنوئیدها^۷

نسوج لنفوئیدی قرار گرفته در حلق بینی، در کودکان بزرگ بوده و در زمان بلوغ آتروفی می شوند. در کودکانی که عفونت های مزمن دارند، بزرگ شدن آدنوئیدها ممکن است بروز نماید که باعث انسداد بینی، آپنه انسدادی هنگام خواب و اختلال در عملکرد لوله استنشاق همراه با تجمع مایع در گوش میانی می گردد.

درمان: جهت درمان از آنتی بیوتیک استفاده می شود. شستشو با نرمال سالین می تواند ناراحتی را کاهش دهد خارج کردن لوزه ها ممکن است به وسیله عمل جراحی تونسیلکتومی و آدنوئیدکتومی^۸ و یا مجموعاً آدنوتونسیلکتومی انجام شود.

رینیت^۹

التهاب مخاط بینی را رینیت می گویند.

¹ - Functional endoscopic sinus surgery

² - Culdwell- luc procedure

³ - External spheno ethmoidectomy

⁴ - Pharyngitis

⁵ - Tonsillitis

⁶ - Lymphadenopathy

⁷ - Adenoids

⁸ - Adenoidectomy

⁹ - Rhinitis

علائم بالینی: افزایش ترشحات بینی در صورت عفونت سینوس ها ترشحات ممکن است زرد یا سبز شوند رینیت ممکن است به صورت حاد، آلرژی یا وازو موتور طبقه بندی شود.

التهاب حنجره^۱

التهاب با خشونت صدا را لارنژیت گویند.

لارنژیت حاد

این اختلال زمانی به وجود می آید که حنجره در نتیجه عفونت موضعی و ویروسی متورم گردد. بجز عفونت علت‌های دیگر آن عبارتند از: ۱- استفاده نابجا از صدا و تارهای صوتی. ۲- در معرض گرد و غبار به مواد شیمیایی قرار گرفتن. ۳- در معرض گرد و غبار به مواد شیمیایی قرار گرفتن. ۳- در معرض هوای سرد و مرطوب به مدت طولانی بودن.

علائم بالینی: حملات ناگهانی گرفتگی صدا، بلع مشکل سرفه خشک و خلط غلیظ.

درمان: ۱- توصیه به صحبت نکردن. ۲- پرهیز از سرفه های شدید. ۳- مصرف مسکن استفاده از اسپریهای گلو و دهانشویه. ۴- افزایش مصرف مایعات به منظور رقیق نمودن خلط ها.

سرطان حنجره^۲

سرطان حنجره بدخیمی طنابهای صوتی یا دیگر قسمت‌های حنجره است. اغلب در ناحیه گلو (طنابهای صوتی حقیقی)، ساختمانهای زیر گلو (بالای طنابهای صوتی) بروز می نماید. ۸۰ درصد موارد سرطان را مردان تشکیل می دهند و بیشتر در مردان بالای ۶۰ سال ظاهر می یابد. اغلب سرطان حنجره از نوع اسکواموس سل کار سینوما است.

اتیولوژی: عامل بروز سرطان حنجره، به طور قابل ملاحظه ای کشیدن سیگار است. استنشاق مواد دیگر و ذرات سمی مثل گرد و غبار هوا ممکن است از عوامل خطرزا باشند.

ارزیابی تشخیص: لارنگوسکوپی مستقیم و غیرمستقیم، سی تی اسکن و تصویر نگاری حنجره^۳ با ماده حاجب برای بررسی عروق خونی و گره های لنفاوی.

درمان: اگر تومور محدود به طنابهای صوتی حقیقی باشد درمان با اشعه اغلب بهترین درمان است. تومورهای بالای گلو ممکن است با اشعه درمان است. تومورهای بالای گلو ممکن است با اشعه درمان شوند یا با برداشتن قسمتی از حنجره^۴ همراه با بدون تشریح غدد لنفاوی^۵ می باشد.

اختلالات راه هوایی تحتانی^۶

آسم

تعریف: آسم اختلال راه های هوایی مزانشیماست که به طور وسیله اسپاسم دوره ای (انقباض طولانی راه هوایی) مشخص می گردد. آسم یک اختلال پیچیده است که عوامل بیوشیمیایی، ایمنولوژی، غدد داخلی، عفونت اتونومیک و عوامل روانی در آن دخالت دارند.

آسیب شناسی: آسم به دو طبقه اصلی تقسیم می شود: آسم خارجی (آلرژیک) و آسم داخلی (غیر آلرژیک).

1 - Laryngitis

2 - Cancers of larynx

3 - Laryngography

4 - Partial Laryngectomy

5 - Lower airway disorders

6 - Lower airway disorders

آسم خارجی: به دلیل موادی مثل گرد و خاک، ذرات پنبه، گرده گل، حشرات، اسپورهای قارچ، سیگار، داروها و غذاها می باشد. این آسم اغلب در زمان طفولیت شروع می شود.

آسم داخلی: به وسیله بسیاری از اختلالات داخلی مثل سرماخوردگی یا عفونت تنفسی فوقانی یا حتی ورزش شروع می شود. این نوع آسم اغلب در بالغین ۳۵ ساله به بالا وجود دارد.

علائم بالینی: مددجو تنگی نفس شدید و به طور مشخص تنفس کوششی دارد. در شروع یک حمله حاد، احساس انقباض قفسه سینه، خس خس سینه در بازدم و دم، سرفه بدون ترشح، طولانی شدن بازدم، افزایش تعداد ضربان قلب، افزایش تعداد تنفس وجود خواهد داشت.

بررسی تشخیصی: اسپیرومتری کاهش حداکثر میزان جریان بازدمی، نیروی حجم بازدمی، نیروی ظرفیت حیاتی را معلوم می سازد. ظرفیت باقیمانده عملی، ظرفیت کلی ریه و حجم باقیمانده افزایش می یابند. تجزیه گاز خون هیپوکسمی و الکالوز تنفسی را مشخص می کند. رادیوگرافی قفسه سینه، پرتو هوایی ریه را مشخص می کند.

درمان طبی: هدف از درمان آسم، حفظ و باز نگه داشتن راه های هوایی به وسیله تسکین اسپاسم و تمیز کردن ترشحات اضافی مثل نارسایی حاد تنفسی و حملات مکرر و پشت سر هم آسم می باشد. مداخلات فوری شامل استنشاق بتاآدرنرژیک و تزریق وریدی آمینوفیلین می باشد.

اگر آسم درمان نشده و نیروی حجم بازدمی کمتر از ۴۰ درصد پیش بینی شده باقی بماند، استروئید به صورت تزریق وریدی داده می شود.

در صورتی که میزان فشار سهمی اکسیژن به کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه، افت نموده است، اکسیژن داده می شود.

آمفیزم ریوی^۱

آمفیزم اختلالی است که در آن دیواره های آلئولی منهدم می گردند که باعث اتساع بیش از حد فضاهاى آلئول به طور دائمی می شود و راههای عبور هوا در نتیجه این تغییرات مسدود می گردد. اشکال در بازدم به دلیل انهدام دیواره های بین آلئولی روی هم قرار گرفتن بخشی از راه هوایی و از دست دادن حالت برگشت پذیری ریه است.

برونشیت مزمن^۲

به سرفه ترشچی که در حدود سه ماه از سال و برای دو سال متوالی وجود داشته باشد، برونشیت مزمن اطلاق می شود. عمدتاً با مصرف سیگار و یا بودن در معرض مواد آلوده کننده ارتباط دارد. در این بیماران احتمال عود عفونتهای سیستم تنفس تحتانی افزایش می یابد.

علائم بالینی: ۱- زودرس ترین علامت سرفه ترشچی مزمن در ماههای زمستان می باشد. سرفه باهوای سرد رطوبت و محرکهای ریوی تشدید می شود. ۲- سابقه مصرف سیگار و عفونتهای تنفسی مکرر.

درمان: هدف عمده در درمان برونشیت مزمن عبارتست از حمایت در باز نگه داشتن درخت برونشیاال محیطی.

برونشکتازی^۳

یک فرم از بیماری انسدادی ریه برونشکتازی است که نوع شدید برونشیت می باشد. این اختلال به دلیل اتساع و از شکل طبیعی خارج شدن دائمی برونش و برنشیولها می باشد که به دلیل تغییرات التهابی مخاط برونشیاال به طور مزمن، بروز می نماید. برونشکتازی اغلب موضعی بوده و بیشتر لوب یا بخشی از ریه را درگیر می کند.

1 - Emphysema pulmonary

2 - Bronchitis chronic

3 - Bronchiectasis

ارزیابی تشخیصی: ملاک های تشخیصی شامل سابقه سرفه ترشحات طولانی مدت به علاوه منفی بودن خلط از نظر باسیل سل در یک مدت طولانی می باشد.

درمان: اهداف عمده درمانی شامل بهبود اکسیژن رسانی و کاهش دی اکسید کربن، جلوگیری و کنترل عفونت و بهبود تخلیه برونش ها می باشد، کمک به بهبود قسمتهای از راه هوایی مسدود شده که قابل برگشت می باشد، ایجاد تسهیلاتی جهت خروج ترشحات برونش (با استفاده از مواد خلط آور، فیزیوتراپی یا برونکوسکوپی)، افزایش میزان مایعات خوراکی.

- پیشگیری و درمان عفونت تنفسی، افزایش تحمل فعالیت، اجتناب از تحریک راه هوایی با آلرژنها، توصیه به ترک سیگار، کنترل عوارض، تسکین اضطراب و درمان افسردگی که اغلب در بیماران وجود دارد.

درمان دارویی شامل گشاد کننده های برونش، آنتی هیستامین ها، استروئیدها، آنتی بیوتیکها و خلط آورها می باشد.

اختلالات نسج ریه آتلکتازی^۱

به روی هم افتادن یا کلاپس بافت ریه، در هر قسمتی از ساختار نسوج ریه (در بخشهای قاعده^۲ لوبار^۳ و میکروسکوپی^۴) اتلکتازی گویند.

اختلال در نیروهای طبیعی که انبساط ریه را بهبود می بخشد منجر به بروز بیماری می شود. این عوامل ممکنست ناشی از کاهش نیروی اتساع دهنده ریه، انسداد راه هوایی، ناکافی بودن سورفکتانت ریه یا افزایش حالت بازگشت پذیری ریه باشد. همچنین اتلکتازی بخصوص پس از اعمال جراحی در مددجویان بسیار شایع است. خصوصاً افرادی که تحت عمل جراحی های شکم و یا قفسه سینه قرار گرفته اند.

درمان: هدف اولیه پیشگیری از بروز اتلکتازی است که با تنفس عمیق و سرفه موثر و استفاده از اسپرومتری تشویقی صورت می گیرد. در صورت بروز اتلکتازی، اکسیژن درمانی و اقدامات تهاجمی جهت حفظ و باز نگه داشتن راه هوایی مثل تخلیه ترشحات، فیزیوتراپی ریه و ساکشن ترشحات نای صورت می گیرد. از برونکوسکوپی جهت خارج کردن مواد می توان استفاده نمود.

پنومونی (پنومونیتیس)^۵

عبارت است از فرایندهای التهابی در نسوج ریه که غالباً همراه با افزایش قابل توجه در مایع فضای بینابینی و آلونل است.

علل: علل زیادی سبب بروز پنومونی می شوند که شامل باکتریها، ویروسها، میکروپلازماها، مواد قارچی، پروتوزوآ می باشند. همچنین اسپیراسیون غذا، مایعات یا مواد استفراغی، استنشاق مواد سمی یا مواد شیمیایی سوز آور، سیگار، گرد و غبار یا گازها ممکن است منجر به پنومونی شود.

علائم بالینی: تب، لرز، تعریق، درد پلوری سینه، سرفه، تولید خلط، هموپتزی، تنگی نفس، سر درد و خستگی همراه است. در مددجویان مسن ممکن است تب با علائم تنفسی وجود نداشته باشد اما همراه با تغییر در وضع مغزی و نقصان حجم می باشد.

درمان: درمان اولیه اکثر پنومونی ها آنتی بیوتیک است (پنی سیلین جی، سفالوسپورین، اریترومايسين، آمپی سیلین). زمانی که سرفه بدون خلط و ناراحت کننده باشد یا به دنبال حملات سرفه، هیپوکسمی شدت باید، داروهای ضدسرفه تجویز می شود. داروی ضد درد برای تسکین درد پلورتیک تجویز می شود. در صورتی که تبادل گازی ناکافی باشد اکسیژن درمانی انجام می شود.

1 - Atelectasis
2 - Basilar
3 - Lobar
4 - Microscopic
5 - Pneumonitis

آبسه ریه^۱

آبسه ریه یک ضایعه نکروتیک موضعی پارانشیم ریه است که حاوی مواد چرکی می باشد.

علائم بالینی: ۱- از سرفه خفیف خلط دار تا یک بیماری حاد متغیر می باشد. ۲- تب و سرفه خلط دار همراه با بوی بد خلط و گاهی خلط خونی. ۳- پلورزی و یا درد مبهم قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف، بی اشتها و کاهش وزن نیز شایع است.

سل^۲

سل بیماری عفونی است که توسط مایکوباکتریوم توبوکولوز ایجاد می گردد. معمولاً شش ها را درگیر می کند، اما ممکن است به تمامی اعضاء بدن مثل مننژ، کلیه، استخوان و غدد لنفاوی انتشار یابد. سل ریه به عنوان یک بیماری واگیردار قابل گزارش است. عفونت اولیه معمولاً ۱۰-۲ هفته بعد از تماس با عامل بیماری زا رخ می دهد. پس از آن شخص به علت ضعف و یا سیستم ایمنی ناقص ممکن است دچار بیماری فعال گردد. ممکن است روند فعالیت بیماری طولانی بوده و با دوره هایی از خاموشی و فعالیت مجدد همراه باشد.

علائم بالینی: یافته های معمول شامل خستگی، بی اشتها، از دست دادن وزن مداوم، تب با درجه کم، لرز و تعریق (اغلب شبانه)، درد قفسه سینه و سرفه مداوم که ابتدا بدون خلط است و در ادامه به شکل سرفه خلط دار موکوسی و چرکی به همراه سرفه خونی در می آید.

علائم بالینی: ۱- افزایش تعداد تنفس اولین علامت بالینی این سندرم است. تنفس کم سطحی می شود. مددجو احساس گرسنگی هوا می کند، هیپوکسی (فشار اکسیژن شریان زیر ۶۰-۵۰ میلی متر جیوه) و سیانوز نیز بروز می کند.

آمبولی ریوی^۳

به انسداد یک یا چند شریان ریوی به وسیله لخته (ترومبوس) یا حرکت لخته (آمبولوس) آمبولی ریه اطلاق می گردد. لخته ها می توانند از قلب راست و یا هر جایی از سیستم وریدی منشأ گرفته سپس کنده شده و به ریه حمل گردند.

علائم بالینی: ۱- درد قفسه سینه شایع ترین علامت آمبولی ریه است. ۲- تنگی نفس دومین نشانه شایع بیماری است. ۳- تاکی پنه، ۴- تب، تاکیکاردی، اضطراب، سرفه، تعریق، استفراغ خون آلود، سنکوپ و مرگ ناگهانی. ۵- آمبولی های متعدد در شریانهای انتهایی ریوی، علائم برونکوپنومونی و نارسایی قلبی را به وجود می آورند. ۶- یافته های غیرمتداول دیگر شامل گالوپ های قلبی، ادم، مورمور قلبی و سیانوز است.

تومورهای بدخیم ریه^۴

سرطان ریه^۵ یا سرطان برونکوژنیک^۶

تومور بدخیم ریه است که از اپی تلیوم یا دیواره برونشیاال سرچشمه می گیرد. سرطان برونکوژنیک بر حسب نوع سلول طبقه بندی می شوند که عبارتند از: اپیدرموئید^۷ (سرطان سلولهای سنگفرشی)^۸ که شایع ترین نوع است، آدنوکارسینوما^۹، کارسینوم سلولهای

1 - lung abscess

2 - Tuberculosis

3 - Pulmonary embolism

4 - Malignant lung tumors

5 - Lung cancer

6 - Bronchogenic

7 - Epidermoid

8 - Squamous cell carcinoma

9 - Adenocarcinoma

کوچک^۱ (اوت سل کارسینوما^۲) و کارسینوم سلولهای بزرگ^۳ (تمایز نیافته)، ریه ها همچنین محل شایع متاستاز سرطانه‌های دیگر نقاط بدن از طریق گردش خون سیاهرگی یا گسترش لنفاتیک هستند.

علائم بالینی: هرگونه تغییر در الگوی تنفسی، سرفه، خلط با رگه های خونی، خلط برنگ زنگ زده و یا چرکی، درد سینه، بازوها و شانه تجمع مکرر و عود کننده مایع در پلور، پنومونی یا برونشیت، تنگی نفس بدون توصیف.

اختلالات پلور^۴

پلورزی^۵ (پلوریت): در اثر التهاب و تورم دو لایه جداری و احشایی جنب به وجود می آید. هنگام تنفس (بخصوص حین دم) بر اثر کشیده شدن لایه های ملتهب پرده جنب درد شدیدی که تیز و فرو رونده (نیش چاقو) است احساس می شود. وقتی بیمار نفس خود را در سینه حبس می کند درد کاهش یافته و یا ممکن است از بین برود یا به شانه و شکم انتشار یابد.

علائم بالینی: درد پلور غالباً در یک طرف قفسه سینه بروز می کند و اکثراً در قسمتهای تحتانی کناری سینه است، با تنفس عمیق و سرفه کردن تشدید می شود. اکثراً مددجو دقیقاً محل آن را مشخص می کند می تواند به گردن، شانه و شکم انتشار یابد. این درد می تواند مشکلاتی در تبادلات گازی ایجاد نماید.

تجمع مایع در پلور^۶

تجمع مایع در پلور را پلورال افیوژن گویند.

مقدار مایعی که به طور طبیعی در فضای پلور وجود دارد ۱۵-۵ سی سی می باشد. وجود این مایع موجب می شود تا لایه احشایی و جداری جنب بدون ساییدگی بر روی هم بلغزند. تراوش مایع پلور به طور طبیعی از فضای پلور از عروق پوشانده داخل فضای پلور غشایی ادامه دارد و به وسیله عروق و لنف پلور احشایی مجدداً جذب می گردد.

هر شرایطی که در ترشح و یا تخلیه این مایع دخالت نماید باعث تجمع مایع در پلور می گردد.

علائم بالینی: معمولاً علایم و نشانه های بیماری زمینه وجود دارد مانند پنومونی که باعث تب و لرز و درد پلورتیک می شود. اگر تجمع مایع در پلور کمتر از ۲۵۰ سی سی باشد اثبات وجود مایع به وسیله عکس ریه به صورت می گیرد، اگر تجمع مایع در پلور بیشتر از ۲۵۰ سی سی باشد تنگی نفس بخصوص هنگام فعالیت وجود دارد. کاهش اتساع ریه، جابجایی مדיاستن به طرف مقابل و کاهش صداهای تنفسی ممکن است عارض گردد.

آمپیم^۷

تجمع چرک در پلور را آمپیم گویند. مایع پلور مایعی رقیق با مقدار کمی لکوسیت است. اما اگر مایع چرکی شود و در فرمول شمارش گلبولهای سفید افزایش یابد، مایع آمپیم است.

علائم بالینی: بیمار دچار تب، درد پلور، تنگی نفس، بی اشتها و کاهش وزن می گردد.

1 - Small cell carcinoma

2 - Oat cell carcinoma

3 - Large Cell carcinoma

4 - Disorders of the pleural

5 - Pleurisy

6 - Pleural effusion

7 - Empyema

فصل سوم: دستگاه قلب و عروق

قلب

قلب عضو عضلانی و مخروطی شکل و توخالی است که بین دو ریه در بافتی به نام مدیاستن و عقب استخوان جناغ ورودی دیافراگم قرار دارد. وزن تقریبی قلب ۳۰۰ گرم است ولی وزن قلب تحت تاثیر سن، جنس، وزن بدن، میزان ورزش بدن و بیماری قلبی قرار دارد.

کار قلب تلمبه زدن خون به سمت بافتها، تحویل اکسیژن و مواد غذایی به آنها و در عین حال خارج کردن دی اکسید کربن و سایر مواد زائد متابولیسیم است.

گلبولهای سفید خون: گلبولهای سفید خون سلولهای هسته داری هستند که حدود ۷ هزار در هر میلی متر مکعب خون است. سه نوع گلبول سفید در خون وجود دارد: ۱- گرانولوسیتها^۱ - ۲- لنفوسیتها^۲ - ۳- منوسیتها^۳.

گرانولوسیتها: یا لکوسیتهای پلی مورفونوکلتر، سلولهایی با دانه های برجسته در سیتوپلاسمشان هستند و دارای هسته های می باشند که به لوبهای متعدد تقسیم شده اند. این گلبول ها ۷۵ درصد کل گلبولهای سفید خون را تشکیل می دهند. این گلبولها بنا بر نوع رنگ پذیری سیتوپلاسمشان به سه دسته تقسیم می شوند: ائوزینوفیلها^۴، بازوفیلها^۵ و نوتروفیلها^۶.

لنفوسیتها حدود ۲۰ درصد گلبولهای سفید خون را تشکیل می دهند این سلولها در عقده های لنفاوی و بافت لنفاوی کبد، طحال و سایر اعضای بدن ساخته می شوند. لنفوسیتها عمل بیگانه خواری واقعی ندارند، وظیفه اصلی آنها تولید انواع آنتی بادی است. **مونوسیتها** ۵ درصد گلبولهای سفید خون را تشکیل می دهند و بزرگترین نوع گلبولهای سفید خون هستند. عمل بیگانه خواری دارند و از اجزای سیستم رتیلولاندوتلیال می باشند.

بیماریهای سرخرگ کرونر^۷

آترواسکلروز کرونر شایع ترین بیماری قلبی در ایالت متحده آمریکاست. که به دنبال ضخیم شدن دیواره عضلانی و انتهایی شریانهای کوچک و آرتریوها ایجاد می شود. این ضایعه پاتولوژیک سرخرگهای کرونر با تجمع غیرطبیعی مواد چربی و بافت فیبری در جدار ر مشخص می شود و بالاخره باعث تغییراتی در ساختمان و کار رگ و کاهش جریان خون به میوکارد می شود.

درمان: کم کردن مصرف کلسترول و چربی، ترک سیگار، تدابیر کنترل افزایش قند خون(دیابت)، تدابیر مربوط به افزایش فشار خون با کاهش سطح کلسترول سرم با استفاده از داروهای ضدچربی خون.

آنژین قفسه صدی^۸

آنژین قفسه صدی واژه ای است که برای توصیف درد قفسه سینه ناشی از ایسکمی(نرسیدن خون) به عضله قلب به کار می رود. شرایطی که باعث بروز آنژین می شوند دو دسته هستند:

۱- شرایطی که خون یا اکسیژن رسانی به قلب را کاهش می دهند مانند تصلب شرائین، اسپاسم شریانی، کاهش فشار خون، نارسایی یا تنگی آئورت، هیپوکسمی و کم خونی، پلی سیتی(افزایش گلبولهای خون) که منجر به کاهش جریان خون به شریان کرونر می شود.

1 - Granulocyte

2 - lymphocyte

3 - Monocyte

4 - Eosinophil

5 - Basophil

6 - Neutrophil

7 - Coronary artery disease

8 - Angina pectoris

۲- شرایطی که نیازهای عضله قلب را افزایش میدهد. مانند اعمال نیرو و فشار، هیجان، صرف و هضم یک وعده غذایی سنگین، کم خونی، هیپرتیروئیدسم، ضایعه عضله قلب، هیپرتروفی عضله قلب و نارسایی یا تنگی آئورت.

علائم بالینی: حملات شدید گذرا از زیر جناغ سینه یا درد جلو قلبی که ویژگی های آن به صورت احساس فشار و سوزش، شدت آن از خفیف تا متوسط، محل درد پشت جناغ سینه یا کمی به سمت چپ جناغ سینه با انتشار به گردن، فک، شانه ها و سطوح درونی اندام فوقانی انتشار پیدا کند. طول مدت درد معمولاً کمتر از پنج دقیقه است. با مصرف نیتروگلیسرین و استراحت درد برطرف می شود. دیسپنه، رنگ پریدگی، تعریق، غش، تپش قلب ممکن است وجود داشته باشد.

انفارکتوس میوکارد

فرآیندی است که در آن قسمتهایی از عضله میوکارد به علت کاهش خونگیری و کاهش جریان خون کرونر از بین می روند. علت کاهش جریان خون، تنگی شدید سرخرگ کرونر به علت آترواسکلروز یا انسداد کامل سرخرگ توسط آمبولی یا ترومبوز است، شوک و خونریزی نیز باعث کاهش جریان خون کرونر می شوند.

علائم بالینی: درد ناگهانی و مداوم قفسه سینه: که معمولاً قسمت پایین استخوان جناغ و بالای شکم شروع می شود. درد انفارکتوس میوکارد برخلاف درد آنژین صدری خود به خود شروع می شود (بدون فعالیت بدنی و هیجانات عاطفی) و با نیتروگلیسرین برطرف نمی شود درد به صورت فشارنده بوده و ممکن است به شانه و بازوها (معمولاً چپ) انتشار یابد. نبض بیمار ممکن است سریع و نامنظم، ضعیف یا حتی غیرقابل لمس باشد. کوتاهی تنفس، رنگ پریدگی، سرما، عرق ریزش سرد، گیجی و یا سبکی سر، تهوع و استفراغ ممکن است عارض گردد.

آندوکاردیت های عفونی^۱

آندوکاردیت عفونی (اندوکاردیت باکتریال) عفونت دریچه ها و سطح آندوتلیال قلب می باشد. این حالت در اثر تهاجم مستقیم باکتری یا ارگانسیم های دیگر ایجاد شده و منجر به ناهنجاری لتهای دریچه های قلب می گردد.

علائم بالینی: ۱- شروع تدریجی: علائم و نشانه ها ناشی از توکسیسته (سمیت) عفونت، تخریب دریچه های قلب و آمبولی قطعات وژتاتیو روی سطح آندوکارد قلب می باشد.

میوکاردیت

میوکاردیت یک بیکاری التهابی میوکارد می باشد که می تواند موجب گشادی قلب، ایجاد ترومبوز در دیواره قلب (ترومبوز مورال)، انفیلتراسیون (سوخ) سلولهای خونی در گردش به اطراف عروق کرونر (و بین رشته های عضلانی قلب) و دژنراسیون رشته های عضلانی خود (صدمه به سلولهای میوکارد) شود.

علائم بالینی: بیمار ممکن است علامتی نداشته باشد در صورت بروز علائم، شایعترین علائم شامل خستگی، تنگی نفس، تپش قلب و درد قفسه سینه است. تائیکاردی توام با تب، دیس ریتمی و در صورت بروز پریکاردیت، مالش پریکاردی هم وجود دارد.

پریکاردیت^۲

به التهاب پرده پریکارد، ساک غشایی در بردارنده قلب، اطلاق می گردد. پریکاردیت ممکن است اولیه یا ثانویه (در جریان بیماریهای متعدد داخلی یا خارجی) ایجاد شود ممکن است حاد یا مزمن (عود کننده) باشد.

علائم بالینی: درد قفسه سینه کاملاً مشابه درد انفارکتوس قلبی است. در سایر اوقات درد پلورزی را تقلید می کند این درد با تنفس، چرخاندن قفسه سینه تشدید می شود اما معمولاً به بازوها انتشار نمی یابد و غالباً راست نشستن آن را تخفیف می دهد.

¹ - Endocarditis

² - Pericarditis

بیماری قلبی روماتیسمی

بیماری قلبی روماتیسمی یک واکنش التهابی حاد است که میتواند باعث گرفتاری پوشش داخلی قلب (آندوکاردیت) شامل دریچه شده و باعث اسکار، بد شکلی و تنگی دریچه گردد یا درگیری ماهیچه قلب (میوکاردیت) بدهد و یا پوشش خارجی قلب را درگیر نماید (پریکاردیت).

علائم بالینی: هر چند که بیماران عاری از علائم می باشند، اثرات دائمی خاصی باقی می ماند که اغلب منجر به بد شکلی و ناهنجاری پیشرونده دریچه ها می گردند و ممکن است تنگی یا رگورژیتاسیون ایجاد نماید و یا به وسیله علائم نارسایی احتقانی قلب مشخص گردد.

تامپوناد قلبی^۱

تامپوناد به دنبال جمع شدن مایع درون پریکارد ایجاد می شود که پر شدن دیاستولیک بطن را کاهش می دهد و یک وضعیت تهدید کننده و خطرناک می باشد. مایع درون پریکارد می تواند خون، چرک و یا هوای درون ساک پریکارد باشد.

علائم بالینی: ۱- کاهش فشار خون: اتساع وریدهای گردن ناشی از افزایش فشار وریدی، مات شدن صداهای قلبی و کاهش برن ده قلبی. ۲- نبض پارادوکس، ۳- نگرانی، گیجی، بیقراری و اضطراب. ۴- تنگی نفس، افزایش تعداد ضربان قلب و درد جلوی قلبی. ۵- افزایش فشار ورید مرکزی. ۶- کیسه پریکارد متسع، کاهش مالش پریکاردی. ۷- کاهش ولتاژ QRS، تغییرات الکتریکی، بزرگ شدن سابه قلب در رادیوگرافی قفسه سینه.

ناهنجاریهای ساختمان قلب

ناهنجاریهای ساختمان قلب ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد. نوع مادرزادی، از تکامل ناقص ساختمانهای قلب ناشی می شود مانند نقص های دیواره ای بازماندن مجرای شریان و غیره. اما نوع اکتسابی، از فرآیندهای بیماری منشأ می گیرند که بعد از تولد ایجاد می گردند مانند کاردیومیوپاتی ها.

کاردیومیوپاتی^۲

کاردیومیوپاتی بیماری عضلات قلب با علت ناشناخته است. کاردیومیوپاتی به سه دسته طبقه بندی می شود کاردیومیوپاتی ایدیوپاتییک دیلاته (احتقانی)^۳ کاردیومیوپاتی ایدیوپاتییک هیپرتروفیک^۴ (تنگی ایدیوپاتییک زیر آئورتی هیپرتروفیک) و کاردیومیوپاتی ایدیوپاتییک محدود کننده (فشارنده)^۵.

بیماریهای دریچه قلب

دریچه های قلب جریان یک طرفه خون را برقرار می کنند هنگامی که دریچه ها در سلامتی به سر می برند خون در سراسر قلب به وریدها در یک مسیر یکطرفه جریان می یابد.

اختلال عملکرد هنگامی اتفاق می افتد که دریچه های قلب قادر به باز شدن کامل یا بسته شدن کامل نباشند. دریچه تنگ شده مانع جریان یافتن خون از یک حفره به یک حفره دیگر می شود.

دریچه نارسا ممکن است به خون اجازه دهد که به حفره ای که از آن پمپ شده است پس بزند.

¹ - Cardiac tamponade

² - Cardiomyopathy

³ - Idiopathic dilated (Congestive cardiomyopathy)

⁴ - Idiopathic hypertrophic cardiomyopathy

⁵ - Idiopathic restrictive (constrictive) cardiomyopathy

بیماری دریچه میترال

تنگی میترال: انسداد در جریان یافتن خون است که ناشی از وجود یک ناهنجاری در لتهای دریچه میترال می باشد و از باز شدن درست دریچه حین دیاستول جلوگیری می باشد.

نارسایی میترال: به علت ناهنجاریهای دریچه میترال خون در جریان سیستول از بطن چپ به دهلیز چپ پس می زند. نارسایی دریچه میترال با تنگی دریچه میترال همراه است.

پرولاپس دریچه میترال: یک یا هر دولت دریچه در حین سیستول بطن به طرف دهلیز چپ برآمده می شوند.

بیماری دریچه آئورت

تنگی آئورت: جریان پیشرونده خون از بطن چپ به آئورت و جریانخون سیستمیک را مسدود می کند. تنگی آئورت یک انسداد در مقابل جریان خون از خلال دریچه آئورت در حین سیستول است. این انسداد در مقابل جریان خون، در برابر تخلیه خون، بطن چپ مقاومت ایجاد می کند و فشار بطن چپ را بالا می برد.

نارسایی آئورت: نارسایی آئورت به علت بی کفایتی دریچه آئورت است، خونی که در جریان سیستول داخل آئورت تخلیه شده است، دوباره به داخل بطن چپ بر می گردد، در نتیجه به منظور برقراری فشار طبیعی، بطن چپ هیپرتروفیه می شود.

بیماری دریچه تریکوسپید: تنگی یا نارسایی تریکوسپید معمولاً همراه با سایر اختلالات ساختمانی قلب ایجاد می شوند، که منجر به نارسایی بطن راست می گردند.

بیماری دریچه ریوی: معمولاً ناهنجاریهای دریچه ریوی نقصهای مادرزادی هستند.

علائم بالینی تنگی میترال: سوفلهای قلبی، فیبریلاسیون دهلیزی و آمبولی سیستمیک دیده می وشد.

نارسایی میترال: معمولاً بدون علامت است اگر برن ده قلبی کاهش یابد، خستگی و تنگی نفس اولین علائم هستند و به تدریج ارتوپنه، تنگی نفس حمله ای شبانه و ادم محیطی عارض می گردد. پرولاپس میترال نیز بدون علامت است در صورت بروز علائم ممکن است تاکی کاردی، گیجی، سنکوپ، خستگی، تنگی نفس، ناراحتی قفسه سینه، اضطراب و تپش قلب ناشی از دیس ریتمی قلبی ایجاد نماید.

تنگی آئورت: معمولاً به صورت آنژین صدری، سنکوپ، تپش قلب، خستگی و اختلالات بینایی می باشد.

نارسایی آئورت: بدون علامت است ممکن است تپش قلب و سوفل قلبی بروز نماید.

بیماری دریچه تریکوسپید و ریوی: در تنگی دریچه تریکوسپید اشکال تنفسی و خستگی احساس ضربان در گردن و ادم محیطی دیده می شود و در نارسایی آن بزرگی کبد، ادم محیطی و سوفلهای قلبی عارض می گردد و در نارسایی و تنگی دریچه ریوی اشکال تنفسی و خستگی و سوفل قلبی بروز می کند.

هیپرتانسیون^۱

هیپرتانسیون شریانی یا فشار خون بالا عموماً به صورت افزایش دائم فشار خون سیستولیک شریانی در سطح بالای ۱۴۰ میلیمتر جیوه و فشارخون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلیمتر جیوه تعریف می وشد.

انواع هیپرتانسیون: ۱- هیپرتانسیون اولیه^۲ (اسامی، ایدیوپاتیک): بدین معنی است که دلیل بالا رفتن فشار خون را نمی توان تعیین کرد. بیشتر از ۹۰-۹۵ درصد تمام موارد هیپرتانسیون را تشکیل می دهند.

¹ - Hypertension

² - primary hypertension

۳- هیپرتانسیون ثانویه^۱: هیپرتانسیون که ناشی از علل قابل تشخیص است را هیپرتانسیون ثانویه گویند. تعدادی از بیماریهای اختصاصی مشکلات مسئول این بیماری هستند ۵ تا ۱۰ درصد جمعیت مبتلا به هیپرتانسیون دارای این نوع هیپرتانسیون می باشند.

علل هیپرتانسیون ثانویه

۱- کلیوی: بیماری پارانشیم کلیه گلو مرونفریت حاد، نفریت مزمن، پلی کیستیک، نفروپاتی دیابتی، هیدرونفروز، بیماری عروق کرونر، تومورهای تولید کننده رنین و ...

۲- هورمونی (آکرومگالی، هیپو و هیپرتیروئیدیسم، هیپرکلسمی، بیماری آدرنال، از جمله سندرم کوشینگ، فئوکروموسیتوم و ...

۳- اختلالات عصبی (افزایش فشار داخل جمجمه، تومور مغزی، آنسفالیت و غیره).

علائم بالینی: در مراحل اولیه هیپرتانسیون به غیر از بالا رفتن فشار خون، تظاهر دیگری ندارد، در صورت عدم درمان مددجویان ممکن است سردرد، خستگی، گیجی، تپش قلب، گرگرفتگی، تاری دید، خونریزی از بینی را گزارش کنند.

درمان: الف، درمانهای غیر دارویی:

- کاهش وزن: کاهش وزن حدود ۱۵ درصد از وزن ایده آل بدن برای تمام مددجویان مبتلا به فشار خون چاق توصیه می شود.

- محدودیت سدیم: محدودیت متوسط سدیم تا سطحی حدود یک تا ۲/۵ گرم سدیم یا ۴ تا ۶ گرم نمک در روز اثرات ضد فشار خون بالا دارد.

- تعدیل رژیم غذایی از نظر چربی با کاهش مصرف چربی اشباع شده و افزایش چربی غیر اشباع ممکن است فشار خون را کاهش دهد.

- ورزش: ورزشهای ایزوتونیک وضعیت قلبی عروقی را بهبودی می بخشد، در مددجویان چاق و مبتلا به هیپرتانسیون در کاهش وزن کمک می کند و اثرات سودمندی در کاهش فشار خون دارد.

- محدودیت کافئین: مصرف کافئین را به ۲۵۰ گرم در روز محدود کنند.

- روشهای آرامش عضلانی^۲: شامل تفکر ماوراء ماده، یوگا، بیوفیدبک، روان درمانی در کاهش هیپرتانسیون موثر است.

- قطع مصرف سیگار (وجود نیکوتین در سیگار باعث افزایش تعداد ضربان قلب و انقباض عروق محیطی شده و منجر به هیپرتانسیون می شود)

ترکیبات منیزیوم، پتاسیم و کلسیم: ترکیبات منیزیوم، پتاسیم و کلسیم اثرات ضد هیپرتانسیون دارند.

ملاحظات دارویی: دیورتیکها، داروهای مهار کننده آدرنرژیک، گشاد کننده عروقی، مهار کننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین، آنتاگونیست های کلسیم در درمان هیپرتانسیون مورد استفاده قرار می گیرند.

آنورسم

انبساط موضعی دائمی یک شریان را آنورسم گویند. افزایش در اندازه رگ یک شاخص معمول است.

1 - Secondary hypertension

2 - Relaxation

بیماری رینود

رینود به حملات متناوب که در آن شریانهای کوچک یا شریانچه های اندامها منقبض می شوند و سبب رنگ پریدگی و سیانوز انگشتان و تغییرات درجه حرارت پوست می گردند، که این حملات در پاسخ به سرد شدن محیط یا هیجان شدید اتفاق می افتد به محض اتمام حمله، تغییرات رنگ به وسیله قرمزی پوست جایگزین می شوند.

وریدهای واریسی^۱: از دست دادن کفایت دریچه های و بالا رفتن فشار وریدی سبب اتساع پیچ خوردگی وریدهای سطحی می شود.

این وضعیت در اندامهای تحتانی، وریدهای سافن و یا پایین تنه به طور شایع تری اتفاق می افتد هر چند که ممکن است در هر جایی از بدن (مثل واریس مری) ایجاد شود. واریس ها ممکن است اولیه یا ثانویه باشند وریدهای واریسی اولیه اغلب ناشی از یک استعداد مادرزادی یا فامیلی هستند که منجر به از دست دادن خاصیت ارتجاعی دیواره ورید می شوند، وریدهای واریسی ثانویه به دنبال تروما، انسداد، ترومبوز وریدی عمقی یا آسیب های التهابی دریچه ها ایجاد می گردند.

علائم بالینی: اگر علامتی وجود داشته باشد، به صورت درد مبهم، کرامپ عضلانی و افزایش یافتن خستگی عضلانی در اندامهای تحتانی ظاهر خواهد شد. ادم مچ پا و احساس سنگین بودن پاها ممکن است اتفاق بیفتد گرفتگی عضلات شبانه شایع می باشند چنانچه علت واریس وریدی، ترومبوز عمقی عروق باشد بیمار از علائم نارسایی مزمن وریدی مانند ادم، درد، پیگمانتاسیون و زخم شدن عضو نیز رنج می برد.

ترومبو آنژییت اوبلیتران^۲ (بیماری بورگر)^۳

یک ناهنجاری شریانی انسدادی است که به وسیله التهاب قطعه ای در شریانها و وریدها ایجاد می گردد. بیماری از التهاب اندام شروع و به طرف سر پیشرفت می کند. هر دو اندام فوقانی و تحتانی را فرا می گیرد.

علائم بالینی: شایع ترین شکایت درد است که از تغییرات ایسکمیک ناشی می گردد. درد با فعالیت در قوس پا یا لنگش پشت پا می تواند وجود داشته باشد، لنگیدن متناوب یک گرفتاری شایع است.

کم خونی

منظور از کم خونی پایین بودن تعداد سلولهای قرمز خون و هموگلوبین یا هماتوکریت پایین تر از حد نرمال می باشد و که این حالت نشانه یک بیماری یا تغییر فونکسیون بدن است.

انواع کم خونی ها: الف. کم خونی اکتسابی: ۱- کم خونی ناشی از کاهش تولید گلبولهای قرمز:

شامل کم خونی فقر آهن: کم خونی به علت فقدان ویتامین B12 و اسید فولیک، آنمی پرنیسیوز، کم خونی به علت نارسایی مغزی استخوان (آنمی آپلاستیک)

۲- کم خونی به علت افزایش تخریب گلبولهای قرمز، کم خونی همولیتیک (به علت تروما، مواد شیمیایی و داروها، عوامل عفونی، بیماریهای سیستمیک)

۳- کم خونی های ثانویه که به علت افزایش هدر رفتن خون پدید می آیند. ممکن است به دنبال خونریزی حاد یا مزمن به وجود می آید.

ب) کم خونی های مادرزادی: هموگلوبینو تاپی، آنمی داسی شکل، تالاسمی، آنمی همولیتیک به علت نقص در داخل گلبول قرمز، کمبود آنزیم گلوکز ۶ فسفات دهیدروژناز و اسفرو سیتوز ارثی از این دسته می باشد.

¹ - Varicose Veins

² - Thromboangitis obliterans

³ - Burger's disease

علائم بالینی: هموگلوبین ۱۰ تا ۱۲ گرم در ۱۰۰ میلی لیتر خون (کم خونی خفیف) علامتی ندارد.

کم خونی متوسط: تنگی نفس، تپش قلب، تعریق همراه با گرفتار می کند.

علائم بالینی: دوره کمون بیماری ۲ تا ۶ هفته است. بیمار دچار خستگی، سردرد، بیقراری و در عضلات می شود. به تدریج علائم زیر آغاز می شود. افزایش دمای بدن تا حد ۳۹ درجه سانتی گراد، التهاب حلق، لنفادنوپاتی کاکولوپاپولر، بزرگی طحال باعث دردناک شدن ربع فوقانی سمت چپ شکم می شود. درگیری دستگاه عصبی باعث سر درد می شود، درگیری کبد ممکن است به سندرم شبه هپاتیت منجر شود.

اختلالات خونریزی دهنده

در نتیجه چهار مشکل اساسی، اختلالات خونریزی دهنده ایجاد می شوند:

- ۱- ضعف و آسیب دیدگی عروق که باعث می شود آنها به سادگی و یا خود به خود پاره شوند.
- ۲- کمبود پلاکت (ترومبوسیتوپنی)، به علت کاهش تولید (هیپوپروولیفراسیون)، ذخیره شدن بیش از حد پلاکتها در طحال یا انهدام بیش از حد پلاکت ها.
- ۳- کمبود یا فقدان کامل یکی از فاکتورهای انعقادی
- ۴- فیبرینولیز بیش از حد یا ناکافی

پورپورا (پورپورا ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک)^۱

تعریف: خروج مقدار کمی خون از عروق و وارد شدن آن به بافتها و غشاهای مخاطی، هم صدمات عروقی^۲ و هم کمبود پلاکتها^۳ می تواند باعث خونریزی شود اصطلاح ترومبوسیتوپنی بدین معنی است که تعداد پلاکتها به کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی متر مکعب خون کاهش یافته است. پلاکتها در حالت عادی ۱۰-۸ روز در جریان گردش خون و وجود دارد، در این بیماری به علت از بین رفتن زودرس آنها بیش از ۳-۱ روز باقی نمی ماند.

دو مشکل اساسی مشخص کننده ترومبوسیتوپنی هستند:

- ۱- خونریزی خود به خودی در هر جای بدن (نظیر دستگاه اعصاب مرکزی، عضلات و مفاصل) موقعی که تعداد پلاکتها کمتر از ۲۰۰۰۰ در هر میلی متر مکعب خون باشد.
- ۲- طولانی شدن تراوش خون از یک محل، حتی اگر به طور موضعی سعی در کوتاه کردن خونریزی نمایم.

علائم بالینی: پتشی، آکیموز، خون دماغ و خونریزی از لثه و خون مردگی نشانه این بیماری است. زنان ممکن است در موقع قاعدگی، خونریزی شدید داشته و یا در فاصله دو قاعدگی دچار خونریزی بشوند.

انعقاد داخل عروقی منتشر^۴

تعریف: اصطلاح انعقاد منتشر داخل عروقی به معنی انعقاد گسترده یا منتشر خون در داخل آرتریولها و مویرگهای کل بدن می باشد، DIC تحت عناوین مختلف مانند کواگولوپاتی مصرفی، سندرم دفیبریناسیون خوانده می شود.

اتیولوژی: به وسیله دو علامت به ظاهر متضاد مشخص می شود:

- ۱- رسوب منتشر فیبرین در آرتیولیها و مویرگهای سراسر بدن که به صورت گسترده به تولید لخته منجر می شود. ۲- خونریزی از کلیه ها، مغز، آدرنال، قلب و سایر اندامها.

1 - Idiopathic thrombocytopeni purpura

2 - Vascular purpura

3 - Thrombocytopenic Purpura

4 - Disseminated intravascular coagulation(DIC)

هموفیلی^۱

سه نوع اختلال ارثی خونریزی دهنده وجود دارد: ۱- هموفیلی A (کلاسیک^۲)، ۲- هموفیلی B (کریسمس^۳)، ۳- وزن ویلبراند^۴. هموفیلی A ناشی از کمبود فعالیت فاکتور ۸ (گلوبولین ضد هموفیلی) انعقادی می باشد. هموفیلی B در اثر کمبود فاکتور ۹ (جزء پلاسمایی ترمبو پلاستین) پدید می آید. ون ویلبراند در اثر کمبود فاکتور ۸ و مختل بودن کار پلاکتها عارض می گردد.

برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir

1 - Hemophilias
2 - Classic hemophilia
3 - Christmas disease
4 - Vonwillbrand's disease