

دانشنامه رادیولوژی و موارد آن در پزشکی
تنظیم کننده
رضاپوردست گردان میکروبیولوژیست



مطالب موجود در این دانشنامه

مقدمه

فصل اول رادیوگرافی قفسه سینه

پنومونی
آسم
فیروز کیستیک
آمپیم
پنوموتوراکس
سارکوئیدوزیس

فصل دوم اکوکاردیوگرافی

تنگی آئورت
ایسکمی کبد
تنگی دریچه میترال
پریکاردیت

فصل سوم رادیوگرافی مغز

دمانس
ام اس
تومور هیپوفیز
شکستگی جمجمه
سکته مغزی

فصل چهارم رادیوگرافی شکم

آسیت
گاستریت
آبسه کبد
ایسکمی مزانتیر
سرطان تخمدان

مقدمه

رادیوگرافی یکی از روش های تصویربرداری پزشکی است که با استفاده از آن میتوان به نحوی درون بدن انسان را دید و از بعضی بیماری های آن اطلاع پیدا کرد.

این روش با استفاده از تابش اشعه ایکس ایکس به قسمتی از بدن انسان میتواند تصویر مورد نیاز را تهیه کند.

رادیوگرافی انواع متفاوتی دارد.

پایه ای ترین نوع آن را رادیوگرافی ساده میگویند.

رادیوگرافی ساده اولین نوع تصویربرداری یا اشعه ایکس است که به توسط بشر اختراع شده و هنوز بطور وسیعی از آن استفاده میشود.

یک تصویر رادیوگرافی ساده معمولاً بصورت یک ورقه پلاستیکی یا سلوفان شفاف است که بر روی آن تصویری سیاه و سفید نقش بسته است.

به آن عکس رادیولوژی یا فیلم رادیولوژی هم میگویند. پزشک معمولاً این ورقه را در مقابل نور قرار داده و تصویر را نگاه میکند.

به دستگاهی که نور لازم را برای این کار تهیه میکند نگاتوسکوپ میگویند. تقریباً از هر نقطه ای از بدن انسان میتوان فیلم رادیولوژی تهیه کرد.

در سال های اخیر از نوع جدیدی از رادیوگرافی یا عکس برداری استفاده میشود که به آن رادیوگرافی دیجیتال میگویند. در این نوع از رادیوگرافی از فیلم استفاده نمیشود و تصویر تهیه شده از بیمار بر روی صفحه مانیتور کامپیوتر قابل دیدن است. با این حال میتوان این تصاویر را هم بر روی فیلم چاپ کرد.

گاهی اوقات همراه با رادیوگرافی به بیمار مواد خاصی تزریق شده یا خورانده میشود. به این روش رادیوگرافی رنگی میگویند. از رادیوگرافی رنگی برای تشخیص بهتر و دقیقتر بعضی ضایعات استفاده میشود.

کاربردهای رادیولوژی

معمولا اولین ارزیابی از بیمار ، رادیولوژی است . مهمترین کاربرد رادیولوژی در موارد زیر خلاصه می شود

عکس از ریه که در واقع شناسنامه سلامت فرد است

عکس های رنگی با کنتراست از مری ، معده ، کلیه

بررسی های ساده و سریع از شکم ، مری ، معده ، روده ، کلیه ها ، لوزه سوم ،سنگ های کلیه و

تشخیص شکستگی ها که از بهترین روشهای تشخیصی است

عکس های رنگی با کنتراست

خطرات و نکات ایمنی

امواج پونیزه شده قدرت نفوذ و تخریب بالایی دارند که تابش مداوم و مکرر آن منجر به تخریب بافتهای سلولی می گردد .

بنابراین عایق بندی کامل محل و استفاده از محافظ های سربی برای افراد الزامی است .

همچنین با پیشرفت تکنولوژی ، رادیولوژی نیز دچار تحولاتی شد که از آن جمله ظهور رادیولوژی دیجیتال را باید نام برد.

در رادیولوژی دیجیتال مقدار دز دریافتی اشعه و تکرار آن پایین بوده و تصاویر کیفیت بالاتری دارند بنابراین بیماران مدت زمان کمتری در معرض اشعه قرار می گیرند .

همچنین تصاویر گرفته شده در رادیولوژی دیجیتال ، قابلیت آرشیو داشته که از تکرار عکسبرداری جلوگیری میکند.

فصل اول رادیوگرافی قفسه سینه

پنومونی

پنومونی از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

پنومونی ویروسی عفونت ریوی ناشی از ویروس‌ها. این عفونت ممکن است مجاری تنفسی تحتانی

(نایژه‌ها، نایژک‌ها و ریه‌ها) یا مجاری تنفسی فوقانی (بینی، گلو، لوزه‌ها، سینوس‌ها، نای و حنجره) را درگیر سازد.

علائم شایع

تب و لرز

درد عضلانی و خستگی

سرفه با یا بدون خلط یا خروسک

تنفس سریع و همراه با دشواری

درد سینه

گلودرد

بی‌اشتهایی

بزرگ شدگی غدد لنفاوی گردن

کبودی ناخن‌ها و پوست

علل

عفونت‌های ویروسی، شامل آنفلوآنزا، آبله‌مرغان و ویروس سنسیتیال تنفسی به ویژه در بزرگسالان ویروس‌های تنفسی، سرخک، و سیتومگالوویروس (به ویژه در شیرخواران).

عوامل تشدید کننده بیماری

دوره نوزادی و شیرخوارگی

سن بالای ۶۰ سال

آسم

فیروز کیستیک

استنشاق جسم خارجی به داخل ریه

استعمال دخانیات

زندگی در شرایط پرجمعیت یا غیر بهداشتی

پیشگیری

واکسیناسیون سالیانه علیه آنفلوآنزا در گروه پرخطر (مبتلایان به بیماری‌های قلبی، ریوی یا سایر بیماری‌های مزمن، کارکنان پزشکی و افراد بالای ۶۵ سال) توصیه می‌شود.

واکسیناسیون علیه سرخک در کودکان

عواقب مورد انتظار

معمولاً در عرض چند روز تا يك هفته بهبود مي‌يابد. خستگي پس از بيماري ويروسي شايع است.

عوارض احتمالي

عفونت باكتريايي ثانويه ريه

درمان

اصول كلي

بررسي‌هاي تشخيصي ممكن است شامل آزمايش‌هاي خون، كشت خلط و عكس ساده قفسه سينه باشد.

در اكثر بيماران درمان اين عفونت در منزل انجام مي‌گيرد.

از يك دستگاه مرطوب كننده با بخار سرد براي مرطوب كردن هوا استفاده كنيد. ريختن دارو درون دستگاه مرطوب كننده جهت بخور احتمالاً سودمند نخواهد بود. دستگاه مرطوب كننده را هر روز تميز كنيد.

از يك بالشتك گرم كننده يا كمپرس گرم بر روي قفسه سينه براي تخفيف درد سينه استفاده كنيد.

تشويق بيمار به سرفه كردن و تنفس عميق جهت كمك به تخليه ترشحات ريوي توصيه مي‌گردد. تخليه ترشحات بايد با دقت انجام شود.

داروها

ممكن است از داروهاي ضد ويروس استفاده شود.

در موارد عفونت با ويروس هرپس يا آبله مرغان، آسيكلووير ممكن است تجويز شود.

يا موارد شديد آنفلوآنزاي بخور ريباويرين ممكن است تجويز شود

براي درد خفيف، تب و احتقان ممكن است از داروهاي بدون نسخه، نظير استامينوفن يا قطره‌هاي بيني، اسپري‌ها يا قرص‌هاي ضداحتقان استفاده شود.

آنتی‌بیوتیک‌ها برای مقابله با عفونت باکتریایی ثانویه (در صورت وجود) تجویز شود.

symptom of aspiration pneumonia

علائم پنومونی ناشی از آسپیراسیون

- cyanosis سیانوز
-
- chest pain درد قفسه سینه
-
- fatigue ضعف
-
- fever تب

fppt.com

treatment of aspiration pneumonia

درمان پنومونی ناشی از آسپیراسیون

- ventilator ونتیلاتور
-
-
- antibiotic آنتی بیوتیک
-
-
- aspiration آسپیراسیون

fppt.com

References

Limper AH. Overview of pneumonia. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2011:chap 97.

Niederman M. In the clinic. Community-acquired pneumonia. Ann Intern Med . 2009;151(7).

Torres A, Menendez R, Wunderink R. Pyogenic bacterial pneumonia and lung abscess. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin TR, eds., et al. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine . 5th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2010:chap 32.

آسم

آسم از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

آسم، ورم مزمن راه هوایی می‌باشد. در بیماری آسم، عضلات اطراف نای (راه هوایی) سخت و سفت می‌شوند و عبور هوا را کم می‌کنند. بیشتر این بیماران، کودکان می‌باشند و دختران بیشتر مبتلا می‌شوند.

در اکثر مواقع، آسم خفیف است که متوجه آن نمی‌شویم. حملات آسم می‌تواند برای چند دقیقه تا چند روز ادامه پیدا کند و می‌تواند فرد را تا حد مرگ پیش ببرد.

علل بیماری آسم

مو و یا پوست حیوانات

گرد و خاک

آلودگی هوا

تغییرات آب و هوایی (به خصوص هوای سرد)

مواد شیمیایی موجود در هوا یا غذا

ورزش کردن

گرده افشانی گیاهان

قارچ گیاهان

عفونت تنفسی مانند سرماخوردگی

برگشت محتویات معده به مری (ریفلاکس)

استرس

دوران عادت ماهیانه خانم‌ها

دود تنباکو

سولفیت (ماده ای نگهدارنده در برخی غذاها و نوشیدنی‌ها)

مصرف آسپرین، بتابلوکرها و دیگر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

آلرژی به برخی غذاها مانند بادام زمینی و میگو

بسیاری از بیماران آسمی، دارای سابقه خانوادگی ابتلا به آلرژی می‌باشند و به طور کلی یکی از اقوام آن‌ها، دچار بیماری تب یونجه و یا اگزما بوده‌اند.

اگر یکی از والدین به آسم مبتلا باشد، ابتلای کودک به این بیماری زیاد می‌باشد

عوامل خطر آسم

داشتن آلرژی

اضافه وزن

کاهش وزن وزاد هنگام تولد

کشیدن سیگار

در معرض دود سیگار قرار گرفتن

مادران بارداری که سیگار می‌کشند، کودکان را دچار آسم می‌کنند

در معرض دود و یا آلودگی هوا قرار گرفتن

دارا بودن شغلی که با مواد شیمیایی سروکار دارد، مانند کشاورزی و آرایشگری

در معرض مواد آلرژی زا قرار گرفتن

عفونت باکتریایی و یا ویروسی

علائم بیماری آسم

برخی افراد، در دراز مدت تنگی نفس دارند

خس خس سینه و یا سرفه، نشانه اصلی این بیماری می‌باشد

سرفه با خلط و یا بدون خلط

کشیده شدن پوست بین دنده‌ها در هنگام تنفس

تنگی نفس در نتیجه ورزش و فعالیت بدنی

درد قفسه سینه

بدتر شدن خس خس سینه در شب و یا صبح زود

خس خس سینه با داروهایی که برای باز کردن راه‌های هوایی استفاده می‌شود، بهتر می‌شود

رفلاکس (سوزش سر دل)، باعث بدتر شدن خس خس سینه می‌گردد.

علائم خطرناک بیماران آسمی

کبودی لب‌ها و صورت

از دست دادن هوشیاری و گیجی

تنفس بسیار سخت

سریع شدن ضربان قلب

اضطراب شدید

عرق کردن

غیر عادی نفس کشیدن

توقف تنفس

سینه درد

سفت و سخت شدن سینه

عوارض آسم

کاهش توانایی فعالیت بدنی و ورزش کردن

کمبود خواب

باریک شدن دائم راه‌های هوایی (برونش‌ها)

بستری شدن در بیمارستان

سرفه دائمی

مشکل تنفسی

تغییرات عملکرد ریوی

 This image cannot currently be displayed.

symptom of asthma

علائم آسم

cough سرفه

short breath تنگی نفس

cyanosis سیانوز

difficult breath تنگی دشوار

anxiety اضطراب

 This image cannot currently be displayed.

treatment of asthma

درمان آسم

control airway کنترل راه هوایی

control cough کنترل سرفه

steroid استروئید

bronchodilator برونکودیلاتور

References

Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* . 2010;126:466-76.

Lugogo N, Que LG, Fertel D, Kraft M. Asthma. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin TR, et al., eds. *Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine* . 5th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2010:chap 38.

National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Rockville, MD. National Heart, Lung, and Blood Institute, US Dept of Health and Human Services; 2007. NIH publication 08-4051. Available at <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Accessed June 7, 2013.

Nowak RM, Tokarski GF. Asthma. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al., eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice* . 7th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Mosby; 2009:chap 71.

فیروز کیستیک

فیروز کیستیک از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

فیروز کیستیک نام یک بیماری است که باعث می‌شود بدن یک نوع مخاط چسبنده و غلیظ بسازد. این مخاط در دو ناحیه اصلی از بدن ایجاد مشکل و بیماری می‌کند: ریه‌ها و دستگاه گوارش

یک ریه سالم مخاط می‌سازد، کار مخاط محافظت از لوله‌های تنفسی است تا انسان بتواند راحت‌تر نفس بکشد.

اما برای کسی که فیروز کیستیک دارد، این مخاط به قدری غلیظ و چسبناک می‌شود که می‌تواند ریه‌ها را مسدود کند.

به این ترتیب ناحیه‌ای ایجاد می‌شود که برای رشد باکتری‌ها بسیار مناسب است

آن هم باکتری‌هایی که باعث بیماری و عفونت می‌شوند.

کسی که فیروز کیستیک دارد، تنها ریه‌هایش درگیر بیماری نیست. بلکه سلول‌های تولیدکننده مخاط در اندام‌های تناسلی و دستگاه گوارش از جمله معده، روده، کبد و لوزالمعده هم یافت می‌شوند.

لوزالمعده آنزیم‌هایی تولید می‌کند که به هضم غذا کمک می‌کنند و همچنین هورمون‌هایی می‌سازد که به جذب قند در بدن کمک می‌کنند.

وقتی که این مخاط چسبناک در لوزالمعده تولید شده و راه‌های ارتباطی باریک داخل آن را مسدود می‌کند، هضم غذا در بدن انسان دچار مشکل شده و بدن نمی‌تواند ویتامین‌ها و مواد مغذی مورد نیازش را از غذاها دریافت کند.

فیروز کیستیک خیلی‌ها را در سراسر جهان بیمار کرده است. این بیماری می‌تواند خفیف یا شدید باشد و از فردی به فرد دیگر هم متفاوت است.

برای ساختن مخاط طبیعی، بدن انسان به پروتئین خاصی نیاز دارد.

این پروتئین در بدن مبتلایان به فیبروز کیستیک به‌طور ناقص وجود دارد، برای همین هم آن مخاط غلیظ و چسبناک تولید شده و باعث ایجاد مشکلات زیادی برای فرد مبتلا می‌شود.

فیبروز کیستیک یک بیماری ارثی است، یعنی از والدین به فرزندشان منتقل می‌شود. کسی که این بیماری را دارد، با آن متولد می‌شود.

یعنی امکان ندارد که یک نفر سالم به دنیا بیاید و بعد به بیماری فیبروز کیستیک مبتلا شود.

ژن‌ها طراح ویژگی سلول‌های بدن تو هستند و آن‌ها هستند که باعث می‌شوند تو، "خودت" بشوی! با ویژگی‌های منحصر به فرد خودت، مثل رنگ چشم، رنگ پوست و قیافه ظاهری. ژن‌ها از بدن والدین به بدن فرزندانشان منتقل می‌شوند، برای همین است که بیشتر بچه‌ها شبیه پدر یا مادرشان (یا هر دو!) هستند

کسانی که به بیماری فیبروز کیستیک مبتلا هستند، آن را از والدینشان که ژن فیبروز کیستیک در بدنشان وجود دارد، گرفته‌اند.

برای ابتلا به این بیماری باید دو ژن فیبروز کیستیک در بدن کودک باشد که یکی را از پدرش گرفته باشد و دیگری را از مادرش

بیشتر مردم خودشان نمی‌دانند که حامل ژن فیبروز کیستیک هستند یا نه. تا این که ازدواج کرده و بچه‌دار می‌شوند و می‌فهمند که فرزندشان مبتلا به فیبروز کیستیک است.

در این صورت معلوم خواهد شد که هم پدر خانواده حامل ژن این بیماری بوده و هم مادر خانواده

با وجودی که شخص مبتلا به بیماری فیبروز کیستیک با این بیماری متولد می‌شود، اما در همان بدو تولد خودش را نشان نمی‌دهد.

مدتی طول می‌کشد تا علائم بیماری آشکار شوند.

زمانی به این بیماری مشکوک می‌شوید که کودک مدت خیلی زیادی سرفه کرده و مدام به عفونت ریه دچار باشد. همچنین ممکن است مدفوع کودک به طرز غیر عادی بزرگ و حجیم باشد یا این که کودک مطابق انتظار وزنش بالا نرود برای کسب اطمینان از نوع بیماری، دکتر احتمالاً یک آزمایش ساده انجام می‌دهد که اصلاً هم درد ندارد. بچه‌های مبتلا به فیبروز کیستیک در عرق بدنشان نمک زیادی وجود دارد

– بیشتر از حد طبیعی- ، بنابراین کافی است یک نمونه از عرق بدن کودک گرفته شود تا دکتر میزان نمک داخل آن را اندازه بگیرد و معلوم شود که کودک دچار فیبروز کیستیک است یا نه.

آزمایش‌های دیگری هم برای یافتن ژن فیبروز کیستیک انجام می‌شود که به آن‌ها آزمایش‌های ژنتیک گفته می‌شود.

 This image cannot current

SYMPTOM OF CYSTIC FIBROSIS

علامت فیروز کیستیک

weight loss کاهش وزن

grow disorder اختلال رشد

fever تب

pneumonia پنومونی

nasal polyp پولیپ بینی

 This image cannot current

TREATMENT OF CYSTIC FIBROSIS

درمان فیروز کیستیک

lung transplant

پیوند ریه

antibiotic

آنتی بیوتیک

oxygen theraphy

اکسیژن درمانی

References

Flume PA, Mogayzel PJ Jr, Robinson KA, Rosenblatt RL, Quittell L, Marshall BC; Clinical Practice Guidelines for Pulmonary Therapies Committee; Cystic Fibrosis Foundation Pulmonary Therapies Committee. Cystic fibrosis pulmonary guidelines: pulmonary complications: hemoptysis and pneumothorax. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010 Aug 1;182(3):298-306.

Farrell PM, Rosenstein BJ, White TB, et al. Guidelines for diagnosis of cystic fibrosis in newborns through older adults: Cystic fibrosis consensus report. *Journal of Pediatrics* . Aug 2008;153(2).

Stallings VA, Stark LF, Robinson KA, Feranchak AP, Quinton H. Evidence-based practice recommendations for nutrition-related management of children and adults with cystic fibrosis and pancreatic insufficiency: Results of a systematic review. *Journal of the American Dietetic Association* . May 2008;108(5).

Mogayzel PJ Jr, Flume PA. Update in cystic fibrosis 2009. *Am J Respir Crit Care Med* . 2010 Mar 15;181(6):539-44.

Borowitz D, Robinson KA, Rosenfeld M, et al. Cystic Fibrosis Foundation evidence-based guidelines for management of infants with cystic fibrosis. *J Pediatr* . 2009 Dec;155(6 Suppl):S73-93.

آمپیم

آمپیم از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

آمپیم معمولاً عارضه‌ای از عفونت‌های ریه یا قفسه سینه مثل ذات‌الریه و سل می‌باشد که به دنبال گسترش عفونت به پرده جنب رخ می‌دهد.

در رحم، مننژ، آپاندیس و مفاصل نیز آمپیم دیده می‌شود. اما به طور معمول در فضای اطراف ریه‌ها، بین لایه‌های پرده جنب دچار عفونت، اتفاق می‌افتد. آمپیم به علت استفاده از آنتی بیوتیک‌ها تقریباً به ندرت رخ می‌دهد.

علائم

علائم آمپیم ریه عبارتند از: سرفه، تب، درد قفسه سینه، تعریق و نفس نفس زدن

درد قفسه سینه که می‌تواند از یک ناراحتی مبهم تا درد شدید، متغیر باشد. درد غالباً با سرفه یا تنفس بدتر می‌شود. درد ممکن است به قسمت پایینی قفسه سینه یا شکم گسترش یابد

تنفس تند و سطحی

لرز

تب

خستگی شدید

سرفه خشک

تنفس بد بو

کاهش وزن

علل

عفونت های ریه یا قفسه سینه مثل ذات الریه، سل، یا آبسه (دمل چرکی) ریه

روی هم خوابیدن ریه یا آسیب به قفسه سینه

وجود سرطان در سایر نقاط بدن

لوپوس

نارسایی احتقانی قلب

بیماری کلیه

بیماری کبد

خارج کردن چرک از فضای تجمع آن باعث تسریع بهبودی آمپیم می شود. جراحی برای باز کردن دمل چرکی و تخلیه

چرک صورت می گیرد

عوامل تشدید کننده بیماری

تغذیه نامناسب

سیگار کشیدن

خستگی یا کار زیاد

آب و هوای سرد و مرطوب

محیط زندگی شلوغ و غیر بهداشتی

عوارض

مننژیت (عفونت پرده مغز)

پریکاردیت (عفونت پرده دور قلب)

آندوکاردیت (عفونت دریچه های قلب)

آبسه مغز

راه های تشخیص

آزمایش چرک جمع شده و کشت آن

رادیوگرافی قفسه سینه

شمارش گلبول های سفید خون

سی تی اسکن

سونوگرافی

پیشگیری

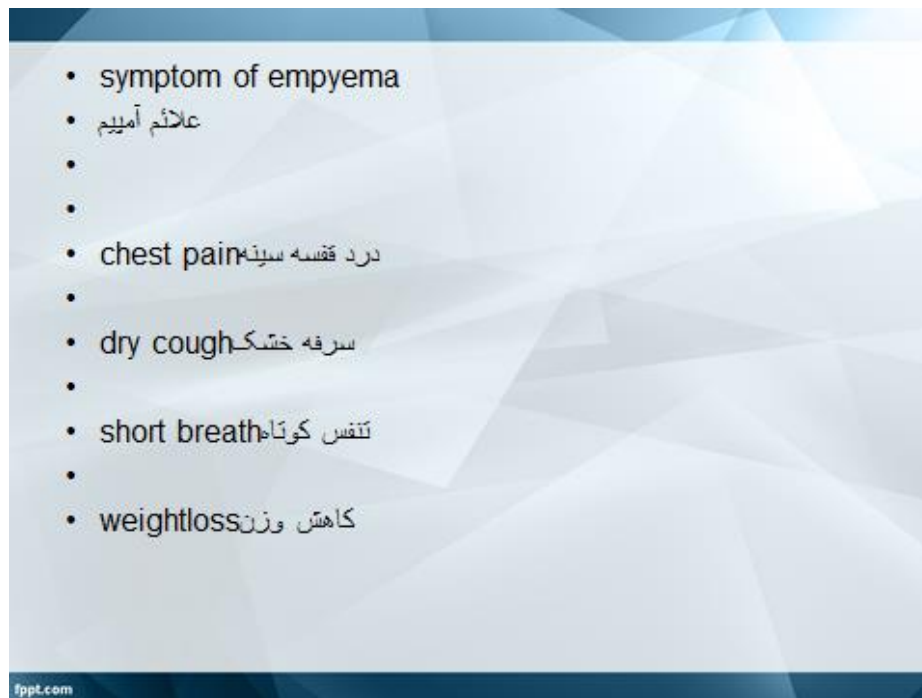
در صورت بروز هر گونه بیماری یا عفونت جدی که ممکن است باعث آمپیم شود، برای درمان سریعاً به پزشک مراجعه کنید.

درمان

درمان موفقیت آمیز به درمان بیماری زمینه ای مثل بیماری سل بستگی دارد. برای درمان معمولاً نیاز به تجویز دوز بالای آنتی بیوتیک وجود دارد و بیمار غالباً باید بستری شود.

خارج کردن چرک از فضای تجمع آن باعث تسریع بهبودی می شود. جراحی برای باز کردن دمل چرکی و تخلیه چرک، به خصوص اگر چرک هنوز مایع باشد، صورت می گیرد.

بهبودی کامل حدود دو ماه زمان می برد.



- treatment of empyema
-
- درمان آمپیم
-
- antibiotic-آنتی بیوتیک
-
-
-
- کنترل عفونت control infection

fppt.com

References

McCool FD. Diseases of the diaphragm, chest wall, pleura, and mediastinum. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 99.

Broaddus VC, Light RW. Pleural effusion. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin TR, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine . 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010:chap 68.

پنوموتوراکس

پنوموتوراکس از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

پنوموتوراکس ساده (پنوموتوراکس بسته) هنگامی رخ می دهد که بافت ریه از هم گسیخته شده و هوا به فضای جنب نشت می کند .

اگر چه یک زخم خارجی و احتمالاً نافذ ممکن است وجود داشته باشد.

اما ارتباطی بین فضای جنب و اتمسفر وجود ندارد. فشار درون قفسه سینه از فشارهای بازدمی طبیعی تجاوز نمی کند و جابه جایی مدیاستن همراه با آن وجود ندارد.

با تجمع هر چه بیشتر هوا در فضای جنب ، ریه ها بر روی هم می خوابند. با روی هم خوابیدن ریه ، حبابچه ها نیز بر روی هم خوابیده (آتلکتازی) و خونی که از قسمت های روی هم خوابیده می گذرد به تبادل اکسیژن و دی اکسیدکربن نمی پردازد.

با روی هم خوابیدن بیشتر و بیشتر حبابچه ها ، این وضعیت که عدم تطابق پرفوزیون / تهویه نام دارد ، واضح تر شده و سطح اکسیژن خون شروع به افت کردن می کند(هیپوکسمی). این مسئله به زودی حیات را به مخاطره می اندازد ، به ویژه اگر صدمات همراه یا شوک نیز وجود داشته باشد.

پنوموتوراکس باز اکثراً در برخوردهای نظامی ، هنگامی که یک گلوله پر سرعت ، زخم بزرگی در قفسه سینه ایجاد می نماید (معمولاً زخم خروجی) رخ می دهد.

این از هم گسیختگی جدار سینه به عبور آزادانه هوا بین اتمسفر و فضای جنب منجر می شود. با حرکت سینه به طرف خارج و پایین رفتن دیافراگم حین دم. هوا به درون زخم کشیده می شود.

فشار درون قفسه صدری افت کرده و هوا با فشار به طرف حفره ایجاد شده در سینه حرکت می کند.

این مسئله بافت ریه را جابه جا کرده و موجب روی هم خوابیدن آن می شود و در نتیجه فضای مرده عملی بیشتری ایجاد می شود.

تلاش تنفسی در سمت سالم قفسه سینه مدیاستن را به طرف خود ، دور از محل آسیب می کشاند. این مسئله مانع از پر هوا شدن کامل ریه صدمه ندیده می شود.

هنگام بازدم ، جمع شدن جدار سینه و بالا رفتن دیافراگم ، فشار درونی را افزایش داده و هوا را با فشار از طریق زخم به خارج می راند.

این حرکت هوا به درون قفسه سینه و خروج از آن از طریق زخم ، عامل ایجاد کننده صدای مکیدن است که سبب شده این نوع زخم به نام «زخم مکنده سینه» شناخته شود.

پنوموتوراکس فشارنده نوعی پنوموتوراکس ساده یا باز است که پس از ایجاد ، فشاری بیشتر از فشار اتمسفر در قفسه سینه به وجود می آورد.

این وضعیت در پی آسیب حاصل از یک مکانیسم تروماتیک یا احتمالاً در پی تهویه با فشار مثبت در بیماری که دچار ترومای سینه شده یا نقایص مادرزادی در درخت تنفسی دارد ، اتفاق می افتد.

symptom of pneumotorax

علائم پنوموتوراکس

- chest pain درد قفسه سینه
-
- short breath تنفس کوتاه
-
- fatigue ضعف
-
- rapid breath تنفس سریع

fppt.com

treatment of pneumotorax

درمان پنوموتوراکس

- surgery جراحی
-
-
-
-
- oxygen therapy اکسیژن درمانی

fppt.com

References

Murray J, Nadel J. Textbook of Respiratory Medicine. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2000.

Marx J. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2002.

سارکونیدوزیس

سارکونیدوزیس از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی قفسه سینه است

سارکونیدوز وضعیتی است که باعث التهاب عمومی بدن می گردد. این التهاب باعث می شود تا توده های کوچکی (گرانولوم) در قسمتهای مختلف بدن شکل گیرند.

سارکونیدوز بیشتر اوقات ریه ها و غدد لنفاوی ناحیه قفسه سینه را درگیر می کند (سارکونیدوز ریوی). اگرچه می تواند تقریباً هر قسمتی از بدن مثل چشمها، پوست، قلب، کبد، کلیه ها، غدد لنفاوی، عضلات، بینی، سینوسها، مغز و اعصاب را درگیر نماید.

در واقع وجود گرانولومهای شکل گرفته در پاسخ به التهاب است که باعث ایجاد علایم در قسمتهای مختلف بدن می گردد. علت واقعی سارکونیدوز مشخص نیست. به نظر می رسد که ژنتیک در این مساله دخیل باشد، زیرا این مشکل در بعضی خانواده ها بیشتر مشاهده می شود.

اعتقاد بر این است که يك عامل عفونی یا برخی عوامل محیطی ممکن است باعث بروز سارکونیدوز در فردی شوند که نسبت به آن حساس است.

اگرچه هنوز تاثیر هیچ عفونت و یا عامل خاصی در بروز سارکونیدوز، قطعی نشده است.

سارکونیدوز اختلال نسبتاً نادری است و از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در انگلستان، ۲۰-۱۰ نفر به آن مبتلا می شوند.

این بیماری در جنس مونث نسبت به جنس مذکر کمی بیشتر مشاهده می شود.

به طور شایعتر معمولاً در سنین ۴۰-۲۰ سالگی برای اولین بار علایم سارکونیدوز تشخیص داده می شود.

اگرچه سارکونیدوز ممکن است افراد جوانتر و یا مسنتر را هم درگیر نماید. این اختلال در سوئد و دانمارک شایعتر است.

سارکونیدوز می تواند هر قسمتی از بدن را درگیر نماید.

ریه ها شایعترین قسمتی هستند که در سارکونیدوز مبتلا می شوند. از هر ۱۰ نفر افراد مبتلا به بیماری مبتلا شود

در ۹ نفر آنها درگیری ریه ها دیده می شود

تقریباً حدود نیمی از افراد مبتلا به سارکونیدوز نمی دانند که به این بیماری مبتلا هستند.

در این افراد، زمانی بیماری تشخیص داده می شود که به دلیل دیگری از قفسه سینه عکس رادیوگرافی گرفته شود.

انها معمولاً هیچ علامتی ندارند. از هر ۱۰ نفر مبتلا در ۴ نفر از آنها علایم اختلال، بسیار به سرعت

و در عرض ۲ هفته بروز می کند.

به این حالت سارکونیدوز حاد گفته می شود. معمولاً سارکونیدوز حاد پیش آگهی خوبی دارد و بدون درمان نیز

بهبود می یابد.

علایم سارکونیدوز

علایم سارکونیدوز در بین افراد مختلف، متفاوت می باشد. زیرا سارکونیدوز می تواند بر سیستمها و قسمتهای زیادی از بدن تاثیر گذارد.

علایم عمومی می توانند شامل تب، فقدان اشتها، احساس خستگی، کاهش وزن و درد مفاصل باشند. سایر علایم بستگی به محلی از بدن دارد که درگیر شده است.

ریه ها: شما ممکن است متوجه کوتاهی تنفس (به ویژه در زمان فعالیت)، سرفه، درد قفسه سینه و یا به طور نادر ممکن است سرفه خونی (هموپتیز) داشته باشید.

غدد لنفاوی: آنها ممکن است متورم شده و شما متوجه توده هایی در زیر بازو، در گردن و یا در کشاله ران شوید.

پزشک ممکن است متوجه تورم غدد لنفاوی در ناحیه قفسه سینه در زمان مشاهده عکس قفسه سینه شما بشود.

پوست: شما ممکن است توده های کوچکی را درست در زیر پوستتان حس کنید. همچنین ممکن است یک راش

ارغوانی رنگ و برجسته بر روی بینی، گونه ها، چانه و گوشها ایجاد شود.

اریتم نودوزا نیز حالتی است که باعث ایجاد توده های قرمز و گردی اغلب در ساق پا می شود.

این مساله ممکن است در واقع شروع بیماری سارکوئیدوز باشد و شایعترین نوع ضایعات پوستی

در سارکوئیدوز می باشد.

چشمها: سارکوئیدوز می تواند باعث التهاب چشمها و در نتیجه تاثیر بر روی دید شما شود. چشمها معمولا قرمز و

دردناک می شوند.

اگر شما مبتلا به سارکوئیدوز هستید و علائم چشمی در شما بروز کرد، حتما به پزشک مراجعه کنید

قلب: سارکوئیدوز باعث کند شدن کار قلب و یا منظم شدن آن می شود.

آسیب به ریه ها که به علت سارکوئیدوز ایجاد شده می تواند تغییراتی در سمت راست قلب ایجاد کرده و آن را بزرگ

نماید.

این مساله می تواند در صورت عدم درمان باعث نارسایی سمت چپ قلب نیز شود.

معمولا سارکوئیدوز باعث بزرگی قلب می شود که به آن کاردیومیوپاتی می گویند. این مساله به این معناست که قلب شما

نمی تواند مثل قبل، قوی و موثر کار کند و به همین علت شما دچار تنگی نفس می شوید.

اعصاب: سیستم عصبی شما ممکن است به چندین روش در سارکوئیدوز درگیر می شود. این بیماری می تواند باعث بروز سردرد، مشکل در بلع، افتادگی صورت، نوعی مننژیت و مشکلات بینایی و شنوایی گردد.

همچنین ممکن است بی حسی، احساس مور مور کردن و خواب رفتگی در صورت، دستها و پاها یا شما ایجاد شود. در موارد نادر حتی ممکن است تشنج و یا سکته نیز بروز کند.

کلیه ها: سارکوئیدوز تاثیر زیادی بر روی کلیه ها دارد و با بالا بردن سطح کلسیم خون، باعث بروز سنگ کلیه می گردد.

کبد و طحال: این ارگانها ممکن است بزرگ شوند. این مشکل در مواقع نادری می تواند باعث مشکل در انعقاد خون و در نتیجه بروز کم خونی شود.

نوع بررسیهای صورت گرفته توسط پزشک برای تشخیص سارکوئیدوز بستگی به این دارد که کدام قسمت از بدن شما دچار التهاب شده است.

آزمایشاتی که برای بررسی درگیری ریه ها و قفسه سینه صورت می گیرد: عکس رادیولوژی قفسه سینه و سی تی اسکن.

اگر پزشک به درگیری ریه های شما شک کند، تصمیم به گرفتن عکس رادیولوژی قفسه سینه و یا سی تی اسکن برای بررسی بیشتر ناحیه قفسه سینه می گیرد.

آزمون هاي عملکرد ريه

به شما ممكن است توصيه شود كه آزمون عملکرد ريه يا اسپيرومترى انجام دهيد. اسپيرومتر وسيله اى است كه مقدار هوايى كه شما از ريه هايتان خارج مى كنيد را اندازه مى گيرد.

بيوپسى ريه: براى قطعى كردن تشخيص، در بيشتر موارد از محل التهاب در ريه ها، نمونه گيرى (بيوپسى) انجام مى شود.

اين كار در ريه ها، معمولاً از طريق عبور دادن يك دوربين كوچك از طريق بينى، تراشه و بعد ريه ها صورت مى گيرد. به اين فرايند، برونكوسكوپى گفته مى شود.

سپس نمونه اى از بافت ريه برداشته شده و به ازمايشگاه فرستاده مى شود. نواحى دچار التهاب در ساركوئيدوز، نمايى خاصى در زير ميكروسكوپ دارند.

آزمونهاي بررسى درگيرى قلب در ساركوئيدوز: نوار قلب

اگر پزشك احتمال بدهد كه قلب شما نيز گرفتار ساركوئيدوز شده است، ممكن است از شما بخواهد تا يك نوار قلب (الكتروديوگرام) بگيريد.

نوار قلب، فعاليت الكترىكى قلب شما را ثبت كرده و چنانچه در اين زمينه مشكل وجود داشته باشد، آن را نشان مى دهد. همچنين ممكن است از شما خواسته شود تا يك نوار قلب در حين فعاليت نيز بگيريد كه وضعيت الكترىكى قلب شما را در حين فعاليت و ورزش نشان مى دهد.

اکوکاردیوگرام: گاهی نیاز است که اکوی قلبی (اسکن اولتراسوند قلب) نیز انجام دهید. در صورتی که قلب شما بزرگ شده باشد و یا گرفتار سارکونیدوز شده باشد، در اکو مشخص خواهد شد. گاهی اوقات نیز نیاز به انجام اسکن های دقیقتری از قلب وجود دارد.

درمان اصلی سارکونیدوز اغلب قرصهای خوراکی استروئیدی است.

این داروها باعث کاهش التهاب می شوند. معمولاً از پردنیزولون به صورت روزانه استفاده می شود. درمان ممکن است تا ۶ ماه نیز طول بکشد.

گاهی نیز نیاز به دوره های طولانی تر استروئید درمانی می باشد.

اگر سارکونیدوز بر سیستم عصبی، قلب و یا چشم اثر گذارد و یا سطح کلسیم خون شما بالا برود و یا علایم شدید تنفسی و ریوی داشته باشید، احتمال نیاز به استفاده از استروئید بیشتر می شود.

گاهی اوقات ممکن است قرصهای استروئیدی موثر نباشند و یا باعث عوارض جانبی شوند.

جراحی و درمانهای غیر دارویی

به طور بسیار نادر، سارکونیدوز ممکن است باعث ایجاد اسکار (جوشگاه) شدیدی در ریه ها شود. در چنین حالتی، یک روش درمانی انتخابی پیوند کلیه است. پیوند قلب نیز در مواردی که تأثیر سارکونیدوز بر روی قلب خیلی زیاد بوده است، صورت گرفته است.

اغلب اوقات افراد مبتلا به سارکونیدوز که قلب آنها نیز گرفتار شده است، نیاز به استفاده از ضربان ساز قلب برای کنترل تعداد ضربان قلبشان پیدا می کنند.

symptom of sarcoidosis

علائم سارکوئیدوز

- dry cough سرفه خشک
-
- fatigue ضعف
- short breath تنفس کوتاه
-
- dry mouth دهان خشک
- seizure تشنج
- fever تب

treatment of sarcoidosis

درمان سارکوئیدوز

- steroid استروئید
-
- immune therapy ایمنی درمانی
-
-
- control damage کنترل آسیب

References

Drake W, Newman LS. Sarcoidosis. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin Tr, et al., eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine . 5th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2010:chap 59.

Iannuzzi M. Sarcoidosis. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Textbook of Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2011:chap 95.

فصل دوم اکوکاردیوگرافی

تنگی آنورت

تنگی آنورت از مواردی است که نیازمند اکوکاردیوگرافی است

تنگی دریچه آنورت مهم‌ترین بیماری دریچه‌ای قلب در کشورهای توسعه‌یافته است که بیشتر افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می‌سازد..

تنگی دژنراتیو (دریچه‌های شدیداً کلسیفیه) شایع‌ترین علت تعویض دریچه آنورت در بزرگسالان است.

بسیاری از بیماران دچار تنگی بی‌علامت آنورت، مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همزمان نظیر فشار خون بالا، فیبریلاسیون دهلیزی و بیماری شریان کرونر نیز هستند که این موارد را هم باید با دقت ارزیابی و درمان کرد. تنگی دریچه آنورت با عوارض و مرگ و میر بیشتری نسبت به دیگر بیماری‌های دریچه‌ای قلب همراه است.

تنگی ائورت

تنگی آنورت در جوانان به احتمال زیاد یک مشکل مادرزادی است (دریچه آنورت دو لتی). بروز تنگی قابل‌توجه آنورت در افراد مبتلا به دریچه آنورت دو لتی مادرزادی زودتر رخ می‌دهد.

با وجودی که میزان بقا در بیماران بی‌علامت نرمال است اما پس از ظهور علایم به طور چشمگیری کاهش می‌یابد.

پاتوفیزیولوژی و سیر طبیعی

آسیب‌شناسی تنگی آئورت شامل فرآیندهایی شبیه به آترواسکلروز عروقی است بنابراین تمام عوامل خطر بیماری عروقی قلب، جز عوامل خطر بیماری تنگی آئورت محسوب می‌شوند.

سیر طبیعی تنگی آئورت شامل یک دوره نهفته طولانی است که طی آن تشدید پیشرونده انسداد خروجی بطن چپ منجر به تغییرات هیپرتروفیک در بطن چپ می‌شود.

با کاهش سطح درجه آئورت به کمتر از نصف اندازه طبیعی آن، اختلاف فشار قابل‌توجهی بین بطن چپ و آئورت صعودی (در اکوکاردیوگرافی یا اندازه‌گیری مستقیم حین کاتتریزاسیون قلبی) ایجاد می‌شود.

این تغییر بیانگر افزایش جبرانی فشارهای بطن چپ است که به حفظ فشار سیستمیک مناسب کمک می‌کند. یکی از پیامدهای این وضعیت، بروز هیپرتروفی (افزایش ضخامت عضله قلبی) بطن چپ و سپس اختلال کارکرد دیاستولی و افزایش مقاومت در برابر پر شدن بطن چپ است.

بنابراین، برای پرشدگی کافی بطن چپ در دیاستول و کمک به برقراری حجم ضربه‌ای کافی، باید انقباض دهلیز چپ با قدرت انجام گیرد.

افزایش قدرت انقباض کلی میوکارد و تقویت پیش بار با افزایش انقباض دهلیزی سبب حفظ کارکرد سیستم دیاستولی بطن چپ می‌شود و در واقع بیمار در وضعیت بی‌علامت باقی می‌ماند.

تنگی آئورت

طی دوران نهفته بدون علامت، هیپرتروفی بطن چپ و تقویت پیش‌بار توسط دهلیز، افزایش پس‌بار ناشی از تنگی آئورت را جبران می‌کند.

با تشدید بیماری، فرآیندهای جبرانی کفایت خود را از دست می‌دهند و سبب بروز علایم نارسایی قلب، آنژین یا سنکوپ می‌شوند.

با تشدید تنگی آئورت و کاهش سطح درجه آئورت به یک سانتی‌متر مربع یا حتی کمتر، ممکن است تغییرات کارکرد بطن چپ دیگر برای غلبه بر انسداد جریان خروجی و حفظ عملکرد سیستولی (حتی در صورت همراهی با افزایش پیش‌بار) کافی نباشد.

نقص به وجود آمده در کارکرد سیستولی، چه به تنهایی و چه همراه با اختلال کارکرد دیاستولی، ممکن است به بروز بالینی نارسایی قلب منجر شود.

همچنین هیپرتروفی پیش‌رونده بطن چپ بر اثر تنگی آئورت منجر به افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن

(و در نتیجه ایسکمی قلبی) می‌شود؛ همزمان، هیپرتروفی میوکارد ممکن است موجب فشار بر روی شریان‌های کرونری داخل عضله قلب شود که مسئول خونرسانی هستند و این می‌تواند حتی در غیاب بیماری عروق کرونر، سبب بروز آنژین (درد قلبی) شود.

به علاوه، با شدت یافتن تنگی آئورت، برون‌ده قلب دیگر با فعالیت کردن افزایش بیشتری پیدا نمی‌کند.

در این شرایط، افت مقاومت عروق سیستمیک که به طور طبیعی با انجام فعالیت ایجاد می‌شود ممکن است موجب افت فشارخون و سنکوپ فعالیت شود. بروز برخی آریتمی‌ها می‌تواند موجب سنکوپ استراحتی شود.

تظاهرات بیماری می‌تواند متنوع باشد. علایم کلاسیک تنگی آنورت شامل علایم نارسایی قلب مثل تنگی نفس فعالیت، آنژین و سنکوپ است. ظهور این علایم، نشان‌دهنده تنگی قابل‌ملاحظه آنورت بوده و در این شرایط باید لزوم تعویض دریچه را مد نظر قرار داد.

برخی از بیماران مبتلا به تنگی شدید آنورت (به ویژه سالمندان)، ممکن است با علایم مبهمی مراجعه کنند و در ابتدا تنها علایمی به صورت کاهش تحمل فعالیت بدون مشخص بودن علایم کلاسیک بیماری را بروز دهند.

برخی دیگر ممکن است شروع حادثی داشته باشند و گاهی علایم بر اثر بیماری‌های زمینه‌ای همراه تسریع می‌شوند مثلاً، فیبریلاسیون دهلیزی

در نتیجه کاهش پرشدگی دهلیز، می‌تواند منجر به بروز علایم نارسایی قلب شود یا گاهی شروع داروهای ضد فشارخون و یا وازودیلاتور به منظور درمان فشار خون یا درد سینه در بیمار با تنگی آنورت بی علامت شناخته نشده، موجب بروز سنکوپ گردد.

تشخیص

یک یافته فیزیکی کلاسیک در تنگی آنورت، سوفل سیستولی خشن افزایش‌یابنده‌کاهش‌یابنده است که با بیشترین شدت روی دومین فضای بین‌دنده‌ای سمت راست سمع می‌شود و به سمت شریان‌های کاروتید نیز انتشار می‌یابد.

این یافته می‌تواند با کاهش قدرت و تاخیر در نبض کاروتید، طولانی‌شدن ضربه نوک قلب و محو شدن یا کاهش پیدا کردن صدای دوم آنورت همراه باشد

با این همه، در سالمندان ممکن است سوفل از شدت کمتری برخوردار باشد. همچنین با افزایش بروز آترواسکلروز و پرفشاری خون در سالمندان، تغییرات کلاسیک ایجاد شده در نبض کاروتید ممکن است از نظر دور بمانند.

یافته‌های معاینه بالینی به تنهایی قادر به رد کردن تنگی آنورت نیستند.

اکوکاردیوگرافی داپلر: به عنوان روش مطمئن و دقیق برای بیماران دچار علایم کلاسیک تنگی آئورت توصیه می‌شود. این روش برای برآورد سطح دریچه آئورت، حداکثر و میانگین اختلاف فشار دو سوی دریچه و حداکثر سرعت جریان آئورت مفید است.

همچنین اکوکاردیوگرافی اطلاعات خوبی را در زمینه کارکرد بطن چپ، فشار پرشدگی بطن چپ و اختلالات همزمان دریچه‌های دیگر فراهم می‌کند.

تست ورزش: تست ورزش برای ارزیابی بیماری عروق کرونر همزمان (که با توجه به ریس فاکتور های مشابه شایع نیز می باشد) یا تعیین میزان تحمل فعالیت در بیماران دچار تنگی خفیف تا متوسط آئورت انجام می شود.

افتراق بین بیمارانی که واقعا بی علامت هستند از کسانی که سطح فعالیت معمول آنها به کمتر از آستانه ایجاد علایم کاهش یافته، حایز اهمیت است.

در طی تست ورزش در صورتی که بیمار با رسیدن به کمتر از ۸۰ حداکثر ضربان قلب پیش‌بینی شده دچار علامت شود یا پاسخ فشار خون وی غیرطبیعی باشد، عمل تعویض دریچه آئورت را باید مد نظر قرار داد.

با این وجود گاهی از انجام این آزمون در کسانی که به تنگی قابل توجه آئورت مبتلا هستند خودداری باید کرد زیرا خطر مرگ هنگام انجام آزمون وجود دارد.

آنژیوگرافی کرونری: با توجه به همراهی زیاد درگیری عروق کرونری با تنگی آئورت، آنژیوگرافی تشخیصی قبل از جراحی دریچه در بماران بزرگسال توصیه می شود.

درمان

درمان داروئی موثری برای تنگی آئورت وجود ندارد. کنترل عوامل خطر (مثل بیماران کرونری قلب) موجب کاهش پیشرفت آن می شود.

تعویض دریچه آئورت تنها درمان موثر برای تنگی آئورت شدید است. ترمیم دریچه آئورت توصیه نمی شود. میزان متوسط مرگ و میر حوالی عمل جراحی حدود ۴٪ و خطر اختلال کارکرد دریچه مصنوعی با درمان مناسب نزدیک به ۱٪ در سال است. مصرف داروی ضد انعقادی وارفارین ضروری است.





References

Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr., Faxon DP, Freed MD, et al; 2006 Writing Committee Members; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients with Valvular Heart Disease): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular

Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation .

2008;118:e523-e661.

Carabello BA. Valvular heart disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine . 24th ed.

Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 75.

Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol . 2008;52(8):676-685.

Otto CM, Bonow RO. Valvular heart disease. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes Dp, Libby P, Braunwald E, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine . 9th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2011:chap 66.

ایسکمی کبد

ایسکمی کبد از مواردی است که نیازمند اکو کادیو گرافی است

نارسایی حاد کبدی زمانی رخ می دهد که کبد به سرعت توانایی عملکرد خود را از دست بدهد. نارسایی حاد کبدی نیاز فوری به مراقبت و درمان پزشکی دارد.

کبد انسان

معمولا نارسایی کبد طی چند سال به آرامی پیشرفت می کند، اما نارسایی حاد کبدی طی چند روز بروز می کند.

نارسایی حاد کبدی باعث بروز عوارض زیادی در بدن می شود، مثل خونریزی بیش از حد و افزایش فشار در مغز

نارسایی حاد کبدی نیاز فوری به مراقبت و درمان پزشکی دارد.

برخی علل نارسایی حاد کبدی با درمان برطرف می شوند، اما برخی مواقع، پیوند کبد تنها راه درمان نارسایی حاد کبدی است.

علائم نارسایی حاد کبدی

زرد شدن پوست بدن و چشم ها (زردی یا یرقان)

درد قسمت راست و بالای شکم (محل کبد)

تهوع

استفراغ

احساس بدحالی

به سختی تمرکز کردن

حالت پریشانی و گم گشتگی و سرآسیمگی

خواب آلودگی و بی حالی

نارسایی حاد کبدی به سرعت در شخص بروز می کند و خطرناک است.

اگر به طور ناگهانی دچار زردی پوست و چشم ها، درد در قسمت بالا و راست شکم و تغییرات غیرعادی در وضعیت روحی، شخصیتی و رفتاری گشتید، فوراً به پزشک مراجعه کنید.

علل نارسایی حاد کبد

زمانی که سلول های کبدی به طور قابل توجهی آسیب ببینند و نتوانند دیگر کار کنند، نارسایی حاد کبدی رخ می دهد.

علل نارسایی حاد کبد عبارتند از

مسمومیت با استامینوفن: مصرف دوز بالای استامینوفن از شایع ترین علل نارسایی حاد کبدی است.

اگر مقدار خیلی زیاد استامینوفن را یک مرتبه مصرف کنید و یا برای چند روز و در هر روز استامینوفن را بیشتر از حد توصیه شده توسط پزشک مصرف کنید،

بخصوص اگر دچار بیماری مزمن کبدی هم باشید، نارسایی حاد کبدی رخ می دهد.

نارسایی کلیه اغلب بعد از نارسایی کبد بروز می کند، بخصوص اگر به علت مصرف مقادیر زیاد استامینوفن باشد، زیرا مقادیر زیاد این دارو هم کبد و هم کلیه را تخریب می کند.

داروهای مصرفی: برخی داروها مثل آنتی بیوتیک ها، داروهای غیراستروئیدی ضد التهابی و داروهای ضد تشنج می توانند باعث نارسایی حاد کبدی شوند.

هپاتیت و سایر ویروس ها:

می توانند باعث نارسایی حاد کبدی شوند مثل ویروس هرپس سیمپلکس و سیتومگالوویروس نیز نارسایی حاد کبدی

ایجاد میکند

بیماری خودایمنی: هپاتیت خودایمنی می تواند باعث نارسایی حاد کبدی شود.

در این بیماری، سیستم ایمنی بدن به سلول های کبدی حمله می کند و باعث التهاب و آسیب می گردد.

بیماری متابولیکی: برخی بیماری های متابولیکی نادر مثل بیماری ویلسون و کبد چرب حاد در بارداری، به ندرت باعث نارسایی حاد کبدی می شوند.

سرطان ها: سرطان کبد یا سرطان هایی که از سایر قسمت های بدن به سمت کبد می روند، می توانند باعث نارسایی کبد شوند.

البته باید گفت بسیاری از موارد نارسایی حاد کبدی، علت مشخصی ندارند.

عوارض نارسایی حاد کبد

ورم یا ادم مغزی: تجمع مایعات در مغز باعث ادم (ورم) مغزی و افزایش فشار در مغز می شود، در نتیجه بافت مغز از جای طبیعی خودش جابجا می شود. ادم مغزی همچنین باعث کمبود اکسیژن در مغز می شود.

اختلالات خونریزی دهنده: کبد نارسا نمی تواند به مقدار کافی فاکتورهای انعقاد خون را که باعث لخته شدن خون موقع خونریزی می شوند، تولید کند.

لذا کنترل خونریزی از زخم های گوارشی یا سایر جاهای بدن سخت است، چون خون به سرعت لخته نمی شود.

عفونت ها: افراد مبتلا به نارسایی حاد کبدی در معرض خطر زیادی برای ابتلا به بیماری های عفونی هستند، بخصوص عفونت های خون، مجاری تنفسی و مجاری ادراری.

نارسایی کلیه: نارسایی کلیه اغلب بعد از نارسایی کبدی بروز می کند، بخصوص اگر به علت مصرف مقادیر زیاد استامینوفن باشد، زیرا مقادیر زیاد این دارو هم کبد و هم کلیه ها را تخریب می کند.



References

Hauser SC. Vascular diseases of the gastrointestinal tract. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 145.

Stevens WE, Patil A. Vascular disease of the liver. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease . 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:chap 83.

تنگی دریچه میترال

تنگی دریچه میترال از مواردی است که نیازمند اکوکاردیوگرافی است.

تنگی دریچه میترال نوعی نارسایی دریچه میترال ، به معنای باریک شدن راه عبور خون از طریق این دریچه یا مسدود شدن کامل دریچه است.

تنگی دریچه باعث بازگشت خون به بطن چپ قلب می‌شود. اکثر افراد بزرگسالی که به تنگی دریچه میترال مبتلا می‌شوند در زمان کودکی به تب روماتیسمی مبتلا شده اند.

تنگی و افتادگی دریچه میترال همچنین با بالا رفتن سن و تشکیل رسوبات کلسیم در دریچه‌ی قلب نیز ایجاد می‌شود

تنگی دریچه‌ی میترال ممکن است در افراد بزرگسال هیچ علائمی ایجاد نکند.

در برخی افراد بعد از انجام ورزش یا انجام فعالیت‌های فیزیکی که ضربان قلب را بالا می‌برد، علائم بروز می‌کنند.

در اغلب موارد علائم این بیماری در سنین بین ۲۰ تا ۵۰ سال ظاهر می‌شوند.

علائم بیماری تنگی دریچه میترال ممکن است بعد از یک دوره آریتمی فیبریلاسیون دهلیزی که موجب افزایش ضربان قلب می‌شود، بروز کنند.

همچنین عوامل دیگری مانند بارداری، عفونت در قلب یا ریه‌ها و ابتلا به سایر بیماری‌های قلب می‌تواند باعث بروز علائم تنگی دریچه‌ی میترال شود. علائم این بیماری عبارتند از

احساس درد و ناراحتی در قفسه سینه بعد از انجام فعالیت‌های فیزیکی. این درد معمولاً در بازوها، گردن و فک نیز منتشر می‌شود.

سرفه کردن که گاهی با خلط خونی همراه است

تنگی نفس بعد از ورزش و گاهی در هنگام دراز کشیدن

داشتن مشکلات خواب به علت تنگی نفس در هنگام خوابیدن (شایع‌ترین علامت تنگی دریچه)

خستگی مفرط

ابتلای مکرر به عفونت‌های تنفسی و برونشیت

تپش قلب

ورم کردن پاها

در صورتی که تنگی دریچه میترال مادرزادی باشد، علائم این بیماری ممکن است از بدو تولد در نوزاد وجود داشته باشند و در غیر این صورت ظرف دو سال اول، علائم بروز می‌کنند. این علائم عبارتند از

سرفه کردن

اختلال در رشد و عدم رشد کافی کودک

شیر نخوردن نوزاد به اندازه‌ی کافی یا عرق ریختن در هنگام شیر خوردن

تنگی نفس

علت‌ها و دلایل بیماری تنگی دریچه میترال

خونی که در بین دهلیزهای قلب جریان دارد، در واقع باید از دریچه‌ی میترال قلب عبور کند.

دریچه‌ای که بین دو دهلیز سمت چپ قلب شما قرار دارد، دریچه‌ی میترال نام دارد. با باز شدن این دریچه خون از دهلیز فوقانی به دهلیز پایینی وارد می‌شود و با بسته شدن آن از بازگشت خون به دهلیز فوقانی جلوگیری می‌شود.

تنگی دریچه‌ی میترال به این معناست که این دریچه به اندازه کافی باز نمی‌شود و در نتیجه در هنگام باز شدن دریچه خون کمتری به دهلیز پایینی منتقل می‌شود و نهایتاً خون کمتری به بدن می‌رسد.

دهلیز فوقانی بر اثر فشاری که به آن می‌آید، دچار تورم می‌شود. به علت خون‌رسانی ضعیف، مایعات و خون اضافی در بافت ریه جمع می‌شوند که باعث تنگی نفس می‌شود.

دربزرگسالان، در اغلب موارد تنگی دریچه‌ی میترال در افرادی ایجاد می‌شود که سابقه‌ی ابتلا به تب روماتیسمی را داشته‌اند و یا به عفونت استروپتوکوک مبتلا شده‌اند و آن را به طور کامل درمان نکرده‌اند.

مشکلات دریچه‌ای قلب که از تب روماتیسمی نشأت می‌گیرند، معمولاً ۵ تا ۱۰ سال بعد از ابتلا به تب روماتیسمی ایجاد می‌شوند و بعد از به وجود آمدن مشکلات دریچه‌ای نیز ممکن است تا مدت‌ها علائم آن در شخص بروز نکند.

تنگی دریچه‌ی قلب به ندرت بر اثر دلایل دیگری به جز تب روماتیسمی ایجاد می‌شود که عبارتند از

تشکیل رسوبات کلسیم در دریچه‌ی قلب

انجام پرتو درمانی در ناحیه قفسه سینه

مصرف برخی داروها

برخی از کودکان به طور مادرزادی این مشکل را دارند و یا ممکن است به سایر بیماری‌های مادرزادی مبتلا باشند که بر دریچه‌های قلب نیز اثر می‌گذارد و معمولاً نوزادانی که به تنگی دریچه‌ی میترال مبتلا هستند، مشکلات قلبی دیگری نیز دارند.

تنگی دریچه‌ی میترال می‌تواند به طور ژنتیکی از والدین به فرزندان به ارث برسد

تشخیص تنگی دریچه میترال

در ابتدا پزشک به وسیله‌ی استتوسکوپ به صدای قلب شما گوش می‌دهد و در صورتی که به تنگی دریچه میترال مبتلا باشد احتمالاً پزشک صدای غیر طبیعی از قلب شما می‌شنود.

معمولاً در حین تپیدن قلب و در میان صدای تپش قلب صدای دیگری نیز شنیده می‌شود. این روش همچنین می‌تواند ضربان نامنظم قلب و گرفتگی ریه‌ها را نیز نشان بدهد.

سایر روش‌های تشخیص تنگی دریچه‌ی میترال عبارتند از

رادیوگرافی از قفسه سینه

سی تی اسکن قلب

اکوکاردیوگرافی

نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام

عکسبرداری ام آر آی از قلب

اکوکاردیوگرافی از طریق مری

راه و روش‌های درمان

روش درمان دریچه قلب به شدت بیماری و علائم آن و وضعیت قلب و ریه‌ها بستگی دارد. افرادی که هنوز هیچ علائمی ندارند یا علائم آن‌ها بسیار خفیف است ممکن است نیازی به درمان نداشته باشند.

از طرف دیگر در افرادی که علائم شدیدی دارند ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان برای تشخیص وضعیت بیمار و درمان او باشد.

داروهایی که برای درمان تنگی دریچه میترال تجویز می‌شوند عبارتند از

داروهای ادرار آور یا دیورتیک‌ها

نیترات‌ها و بتابلوکرها

(شل کننده عروق)

بلوک کننده‌های پذیرنده‌ی آنژیوتاسیون

دیگوکسین

داروهای ضد انعقاد خون: این داروها برای پیشگیری از تشکیل لخته خون در قلب و منتقل شدن آن به سایر نقاط بدن، تجویز می‌شوند

در برخی موارد مصرف آنتی بیوتیک تجویز می‌شود. افرادی که قبلاً به تب روماتیسمی مبتلا بوده اند، برای جلوگیری از ابتلای مجدد لازم است یک دوره طولانی مدت پنیسیلین مصرف کنند.

در گذشته به افرادی که به تنگی دریچه میترال مبتلا بوده اند، توصیه می‌شد که قبل از انجام هرگونه درمان دندانپزشکی و سایر اقدامات پزشکی مانند کلونوسکوپی، آنتی بیوتیک مصرف کنند.

امروزه مصرف آنتی بیوتیک کمتر توصیه می‌شود. لازم است در مورد لزوم مصرف آنتی بیوتیک با پزشک خود مشورت کنید.

انجام عمل والوپلاستی: در این عمل یک لوله‌ی باریک از طریق یکی از رگ‌های بدن (که اغلب رگ پا انتخاب می‌شود) وارد قلب می‌شود.

با رسیدن سر این لوله باریک به دریچه میترال یک بالون در محل دریچه قرار داده می‌شود و بالون منبسط می‌شود تا دریچه قلب باز شود و جریان خون بهبود یابد.

این جراحی به عنوان گزینه‌ی جایگزین جراحی باز و در افرادی انجام می‌شود که شدت بیماری آن‌ها بالا نیست. حتی در صورت موفقیت آمیز بودن این عمل ممکن است چند ماه یا چند سال بعد نیاز به تکرار این عمل باشد.

جراحی باز قلب برای ترمیم یا تعویض دریچه قلب : می‌توان دریچه‌ی قلب را با دریچه مصنوعی یا طبیعی عوض کرد و بسته به نوع دریچه‌ی جایگزین، ممکن است دریچه‌ی جدید برای چند دهه بعد از جراحی سالم بماند و به خوبی کار کند یا ممکن است کم کم تحلیل برود و نیاز به انجام مجدد جراحی باشد. کودکانی که به تنگی دریچه‌ی میترال مبتلا هستند معمولاً به انجام جراحی نیاز دارند.





References

Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr., Faxon DP, Freed MD, et al; 2006 Writing Committee Members; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients with Valvular Heart Disease): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* . 2008;118:e523-e661.

Carabello BA. Valvular heart disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 75.

Nishimura Ra, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol . 2008;52:676-685.

Otto CM, Bonow RO. Valvular heart disease. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, Braunwald E, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2011:chap 66.

پریکاردیت

پریکاردیت از مواردی است که نیازمند اکوکاردیوگرافی است

(pericarditis) به التهاب هر کدام از لایه های پریکارد (پیراشامه) التهاب پیراشامه یا پریکاردیت

گفته می شود.

پریکارد نوعی بافت همبند کیسه مانند است که پیرامون قلب و ابتدای رگ های بزرگ آن را فرا گرفته است.

علل پریکاردیت عبارتند از

عفونت ها

عمل جراحی قلب

حمله قلبی

تروما

تومور

سرطان

تشعشعات

بیماری های خود ایمنی (مانند آرتریت روماتوئید و لوپوس)

البته برای برخی از افراد مبتلا به پریکاردیت نمی توان دلیل خاصی را پیدا کرد.

پریکاردیت می تواند حاد (به طور ناگهانی رخ بدهد) و یا مزمن (طولانی مدت) باشد.

علائم پریکاردیت، زمانی که بروز می کنند می توانند شامل موارد زیر باشند

درد قفسه سینه. این درد اغلب شدید و در مرکز قفسه سینه بروز می کند. درد ممکن است به گردن و شانه ها نیز کشیده شود و گاهی اوقات بازو ها و پشت را نیز تحت تاثیر قرار دهد.

این درد می تواند در هنگام دراز کشیدن، سرفه کردن و بلع بدتر شود و در هنگام نشستن و خم شدن رو به جلو بهتر شود.

تب خفیف

افزایش ضربان قلب

پزشک می تواند بر مبنای موارد زیر پریکاردیت را تشخیص دهد

معاینه بالینی

ممکن است برخی آزمایش های دیگر نیز برای تشخیص علت بروز پریکاردیت انجام شود.

درمان پریکاردیت بسته به علت بروز آن می تواند شامل موارد زیر باشد.

دارو های ضد التهابی غیر استروئیدی برای کاهش درد و التهاب

استروئید ها که گاهی اوقات برای حملات شدید مورد استفاده قرار می گیرند.

آنتی بیوتیک ها. در صورتی که پریکاردیت به علت عفونت ها به وجود آمده باشد ممکن است پزشک از آنتی بیوتیک ها استفاده کند.

دارو های آنتی متابولیک که در مواردی که پریکاردیت برای چند هفته طول بکشند و یا به صورت مکرر بروز کنند مورد استفاده قرار می گیرند.

بیشتر افراد مبتلا به پریکاردیت در مدت دو تا ۴ هفته درمان می شوند.



treatment of pericarditis

درمان پریکاردیت

steroids استروئید

antibiotic آنتی بیوتیک

antifungal ضد قارچ

References

LeWinter MM, Tischler MD. Pericardial diseases. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine . 9th ed.

Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 75.

فصل سوم رادیوگرافی مغز

دمانس از اختلالات نیازمند رادیوگرافی مغز است

دمانس یا زوال عقل نوعی اختلال مزمن است که می تواند زندگی فرد را مختل کند.

فراموشی حالت «اختلال حافظه مربوط به سن» گفته می شود و در افراد بالای ۶۰ سال امری عادی است.

البته این حالت کمی می تواند ناراحت کننده باشد به ویژه اگر در برخی از کارهای روزمره تان دچار مشکل شوید یا مثلا نتوانید کلیدهای خود را پیدا کنید.

اما دمانس از دست دادن پیشرونده حافظه به صورت تدریجی است و در نهایت بیمار مبتلا به دمانس نمی تواند از خود مراقبت کند.

بعضی می گویند، قسمتی از مغز مربوط به شکل گیری و بازیابی حافظه، دچار فرسودگی می شود.

از طرفی میزان تولید هورمون ها و پروتئین ها که از سلول های مغزی محافظت می کند و باعث ترمیم آنها می شود با بالا رفتن سن کاهش می یابد.

در بیشتر افراد مسن خون رسانی به مغز کاهش پیدا می کند.

این امر می تواند در حافظه اختلال ایجاد کند و در مهارت های شناختی تغییراتی به وجود بیاورد.

معمولا روند از دست دادن حافظه مربوط به سن را می توان با فعال نگه داشتن مغز کاهش داد.

هر چه فعالیت های مغزی از طریق یادگیری مهارت های جدید، بیشتر شود بهتر می توان حافظه را تقویت و حفظ کرد.

این کار برای افرادی که در سنین ۶۰ و ۷۰ هستند، موثر است. تغذیه سالم و ورزش نیز نقش کلیدی در این زمینه دارد.

اگر این مشکل باعث نگرانی شما شده، بهتر است به پزشک مراجعه کنید.

دمانس با مشکلات دیگر مانند تغییر شخصیت، نداشتن تمرکز و اهمیت ندادن به بهداشت شخصی نیز ارتباط دارد.

دمانس با بیماری های عفونی تشدید می شود

در این زمینه باید با پزشک مشورت کنید زیرا علت همه فراموشی ها دمانس نیست. بنابراین هر چه زودتر این مشکل را با پزشک مطرح کنید. به عنوان مثال، علایم افسردگی در برخی موارد شبیه دمانس است. پزشک پس از ویزیت فرد بیمار و انجام تست حافظه، آزمایش خون تجویز می کند.

زمین خوردن مکرر و کاهش وزن ناگهانی در برخی موارد از علایم اولیه دمانس در افراد مسن است

برخی داروها روند بیماری را کند می کند اما بیماری را درمان نمی کند.

افرادی که دچار دمانس شده اند، می توانند با نظر پزشک از داروهای پیشگیری از بروز سکنه استفاده کنند.



References

Apostolova LG, DeKosky ST, Cummings JL. Dementias. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice* . 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2012:chap 66.

Bayer A. Presentation and clinical management of dementia. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* . 7th ed. Philadelphia, Pa; 2010:chap 52.

Camicioli R, Rockwood K. Dementia diagnosis. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* . 7th ed. Philadelphia, Pa; 2010:chap 51.

Knopman DS. Alzheimer's disease and other dementias. In: Goldman L, Schafer AI, eds.

Goldman's Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2011:chap 409.

Qaseem A, et al., American College of Physicians/American Academy of Family Physicians

Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice

guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family

Physicians. Ann Intern Med . 2008;148:370-378.

ام اس از اختلالات نیازمند رادیوگرافی مغز است

MS

یک بیماری خود ایمنی مزمن می باشد که اثر خود را روی سیستم اعصاب مرکزی نشان می دهد.

MS زمانی که سیستم ایمنی بدن به میلین حمله می کند،

ظاهر می شود. میلین، غلاف محافظت کننده از فیبرهای عصبی در مغز و نخاع می باشد. میلین تخریب می شود و برخی اعصاب زمینه ای آسیب می بینند.

بسیاری از آزمایشات برای تشخیص وجود دارد، از جمله: ام آر آی و تجزیه و تحلیل مایع نخاع

در طی مدت کمتر از یک ماه، این تخریب عصبی صورت می پذیرد.

MS زمانی که سیستم ایمنی بدن به میلین حمله می کند،

ظاهر می شود. میلین، غلاف محافظت کننده از فیبرهای عصبی در مغز و نخاع می باشد.

علائم بیماری

بی حسی

تاری دید

عدم تعادل بدن

هماهنگی ضعیف عضلات

لکنت زبان

ر عشه

خستگی بیش از حد

مشکلات حافظه

اختلال عملکرد مثانه

فلج

نابینایی

درمان این بیماری شامل: کنترل علائم و بهبود زندگی بیمار است.

در حال حاضر بسیاری از داروها، موجب کاهش شدت حملات

MS

و کاهش سرعت پیشرفت این بیماری می گردند.

اگر به محض تشخیص این بیماری، درمان صورت نگیرد، موجب از کار افتادگی فرد می گردد.

این عوامل بیماری ام اس را تشدید میکند

خستگی شدید

استرس

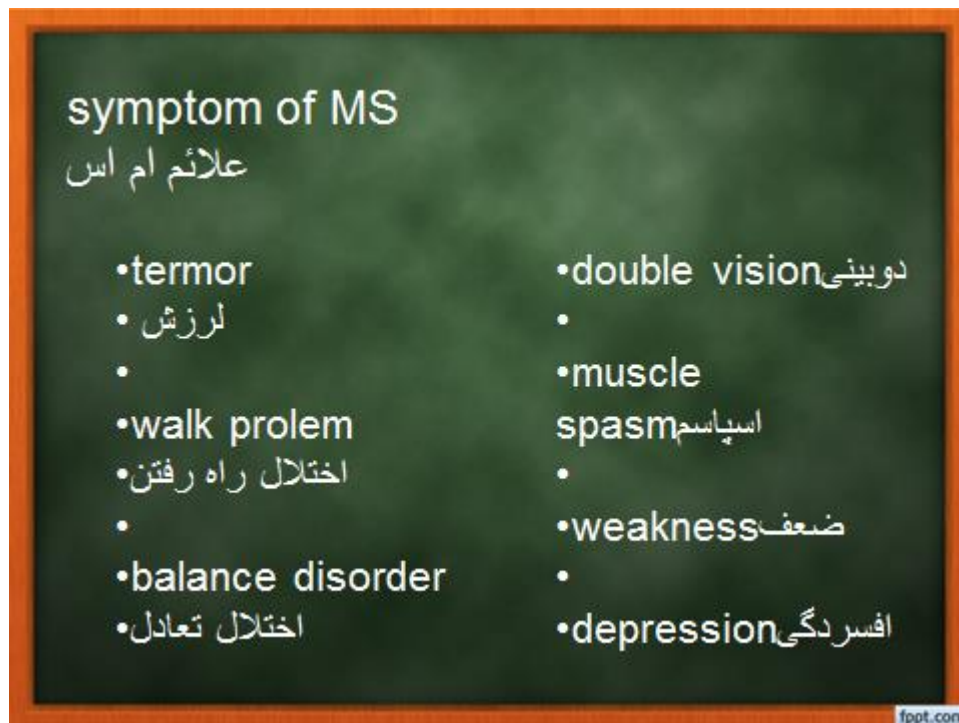
سیگار

تب

حمام گرفتن با آب گرم و یا در مکان های خیلی گرم بودن

در معرض نور خورشید قرار گرفتن

نوشیدن الکل



symptom of MS
علائم ام اس

•termor	•double visionدوبینی
• لرزش	•
•	•muscle
•walk prolem	spasmاسپاسم
• اختلال راه رفتن	•
•	•weaknessضعف
•balance disorder	•
• اختلال تعادل	•depressionافسردگی

fppt.com

References

Houtchens MK, Lublin FD, Miller AE, Khoury SJ. Multiple sclerosis and other inflammatory demyelinating diseases of the central nervous system. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice* . 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012:chap 54.

Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* . 2011;69:292-302.

Rubin S. Management of multiple sclerosis: an overview. *Dis Mon* . 2013;59:253-260.

آدنوم هیپوفیز از اختلالات نیازمند رادیوگرافی مغز است

هیپوفیز غده ای است که در قاعده جمجمه و کف مغز قرار داشته و تنظیم کننده هورمونی کل بدن است ، این غده هورمونهای مختلفی از جمله هورمون پرولاکتین ، هورمون رشد ، هورمونهای جنسی و را ترشح می کند و از آنجاییکه کوچکترین تغییر در میزان این هورمونها در بدن منجر به تغییرات بسیاری در کارکرد فرد می شود ، تغییرات اندک در این غده عوارض بسیاری دارد.

ناباروری در خانم ها و اختلال جنسی در آقایان از عوارض تومور این ناحیه است.

محل غده هیپوفیز در کف مغز و بین دو عصب بینایی قرار دارد ، از همین رو بزرگ شدن این غده با فشار به اعصاب بینایی باعث عوارض بینایی مختلفی از جمله تاری دید و بخصوص کاهش میدان بینایی می گردد ، بدین معنی که فرد اطراف را بخوبی نمی تواند ببیند.

وقتی قسمتی از سلولهای این غده تکثیر بیش از حد یابد ، منجر به افزایش اندازه غده می گردد ، و باعث ایجاد تومور هیپوفیز یا همان آدنوم هیپوفیز می گردد.

آدنومهای هیپوفیز از لحاظ اندازه دو دسته هستند ، آدنومهای کوچکتر از ۱۰ میلی متر که به آنها میکروآدنوم و آدنومهای بزرگتر از ۱۰ میلی متر که به آنها ماکرو آدنوم می گویند.

بیشتر آدنومهای هیپوفیز میکروآدنوم های بدن علامت هستند و بطور اتفاقی در طی ام آر آی مغزی پیدا می شوند ، و لازم بذکر است این میکروآدنومهای بدون علامت ، در غالب موارد بزرگ نمی شوند ،

لذا تنها توصیه انجام ام آر آی هر یکسال یکبار می باشد.

آدنومهای هیپوفیز دو دسته علامت دارند ، یک دسته به علت بزرگی آن و فشار به بافت‌های اطراف ، که این علائم شامل

سر درد

تاری دید و تغییر میدان بینایی

افزایش پرولاکتین که این افزایش پرولاکتین در مرد و زن علائم مختلفی دارد بطوریکه

در خانمها منجر به ناباروری ، ترشح شیر از نوک پستان ، عدم قاعدگی

و در آقایان ، کاهش میل جنسی ، کاهش توان جنسی

دسته دوم علائم ناشی از ترشح هورمون زیادی از آدنوم دارد ، که بسته به نوع آدنوم هورمونی خاص افزایش ترشح

می یابد

مثلا آدنوم مربوط به ترشح هورمون رشد با افزایش ترشح هورمون رشد باعث بدشکلی در صورت ، اندامهای قطور،

انگشتان دست کلفت ، صدای کلفت و عوارض قلبی می شود که اصطلاحا به این شکل آکرومگالی می گویند.

و یا آدنوم مترشحه هورمون پرولاکتین ، منجر به عوارض زیادی ترشح پرولاکتین که قبلا اشاره شد می گردد.

تشخیص آدنوم هیپوفیز

تشخیص آدنوم هیپوفیز با انجام ام آر آی هیپوفیز و بررسی های هورمونی می باشد

آدنوم مترشحه پرولاکتین

خوشبختانه در اکثر موارد این آدنومها با دارو قابل درمان بوده ، و سائز آنها کوچک می شود ،

در مورد آدنومهای مترشحه پرولاکتین ، که غالب موارد را شامل می شود ، بهترین داروها ، شامل

بروموکریپتین و کابرگولین (با نام تجاری داستینکس) می باشد ، که در مورد برموکریپتین بعلت عوارض گوارشی بهتر است با شکم پر خورده شود و در مورد کابرگولین هفته ای یک یا نصفی مصرف شود.

در طی درمان بررسی ام آر آی مغزی و بررسی سطح پرولاکتین خون انجام می گیرد.

هدف درمانی کاهش سطح پرولاکتین تا زیر ۲۰ می باشد و در طول درمان حتما وضعیت بینایی باید پیگیری شود،

چرا که در صورت عدم درمان مناسب نیاز به جراحی دارد.

جراحی آدنوم هیپوفیز

در صورت عدم پاسخ مناسب درمانی و یا در صورت تاری دید که به دارو درمانی پاسخ ندهد ، نیاز به جراحی می باشد و خوشبختانه در غالب موارد انجام جراحی از طریق بینی امکان پذیر است.

در روش جراحی آدنوم هیپوفیز از طریق بینی ، با همراهی متخصص گوش و حلق و بینی از طریق بینی به کف جمجمه رسیده و در آنجا توسط میکروسکوپ و آندوسکوپ تومور تخلیه می شود ، و بیمار چند روز بعد از جراحی قابل ترخیص می باشد.

ولی در مواردی که اندازه توده بسیار بزرگ باشد، و یا در مواردی که شک وجود داشته باشد که منشأ تومور از هیپوفیز است، بهتر است از طریق باز کردن جمجمه تحت جراحی قرار گیرد

symptom of pituitary tumor

علائم آدنوم هیپوفیز

- headache سردرد
-
- menstrual cycle change تغییرات پر یود
-
- vision disorder کاهش دید
-
- weight loss کاهش وزن



References

Melmed S, Kleinberg D. Anterior pituitary. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology . 11th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008:chap 8.

شکستگی جمجمه از اختلالات نیازمند رادیوگرافی مغز است

آسیب به سر عبارت است از ضربه به سر، همراه با یا بدون از دست دادن هوشیاری یا سایر علائم قابل مشاهده.

بسته به ماهیت ضربه، زخم‌های سر ممکن است باز یا بسته باشند.

معمولاً بر اثر ضربه ی مستقیم به جمجمه و یا سر به زمین سقوط کردن ایجاد می شود ، که ممکن است باعث صدمه یا اختلال در کار مغز شود و یا بیهوشی دست دهد.

علائم شایع

به گستردگی صدمه بستگی دارند. توجه داشته باشید که بودن یا نبودن تورم در محل وارد آمدن ضربه ربطی به جدی بودن آسیب ندارد. علائم شامل هر کدام یا تمام موارد زیر هستند

خواب آلودگی یا گیجی

استفراغ یا تهوع

تاری دید

بیهوشی نسبی یا کوتاه مدت

منگی

اشکال در صحبت کردن

ضعف عضلانی

هم‌اندازه نبودن مردمک‌ها

از دست هوشیاری به‌طور موقتی یا برای مدت طولانی

فراموشی

تحریک‌پذیری

ممکن است در ناحیه ی شکستگی استخوان فرو رفته باشد.

خون یا مایع اب شفاف مانند مغزی نخاعی ممکن است از بینی یا گوش جاری شود .

سردرد

گشاد شدن مردمک های چشم به اندازه های متفاوت.

خون گرفتگی چشم ها

نشانه های واضح جراحات های سر

خونریزی از پوست سر در صورتی که زخم شده باشد

زخم های جمجمه را پاک نکنید

از هرگونه حرکت غیر ضروری اجتناب کنید

علل

وارد آمدن ضربه به سر. بدترین آسیب‌ها معمولاً در اثر تصادفات رخ می‌دهند

عوامل افزایش دهنده خطر

مصرف الکل

ورزش‌های خطرناک، مثل بوکس

اختلالات صرعی و تشنجی

سوار شدن بر دوچرخه و موتور سیکلت بدون کلاه ایمنی

پیشگیری

قبل از رانندگی از داروهای روان گردان استفاده نکنید. از مصرف الکل جداً پرهیز کنید

به هنگام دوچرخه سواری یا حرکت با موتور سیکلت از کلاه ایمنی استفاده کنید

همیشه به هنگام سوارشدن در خودرو از کمربند ایمنی استفاده نمایید. شیرخواران و کودکان کم سن و سال را نیز در

صندلی‌های عقب قرار داده، با کمربند ایمنی مخصوص از آنها مراقبت نمایید

عواقب مورد انتظار

با شناسایی زودهنگام علائم خطر و درمان معمولاً قابل معالجه است. عوارض ضربه به سر ممکن است جان بیمار را به

خطر اندازند یا باعث معلولیت دایمی شوند

عوارض احتمالی

خونریزی در داخل جمجمه و خارج از مغز (خونریزی و هماتوم زیرسخت شامه) خونریزی به داخل مغز

بستری کردن برای زیر نظر گرفتن بیمار، در صورتی که علائم شدید باشند

اقدامات تشخیصی عبارتند از: آزمایش خون و مایع نخاع، عکسبرداری ساده از جمجمه و گردن با اشعه ایکس، و سی‌تی

اسکن از سر

تعیین گستردگی آسیب تنها با معاینه و مشاهده دقیق امکان‌پذیر است. امکان دارد پس از معاینه و بررسی فرد توسط

پزشک، وی به خانه فرستاده شود، اما باید یک فرد قابل اطمینان در کنار او بماند و مراقب بروز علائم جدی باشد.

بیست و چهار ساعت اول پس از ضربه از نظر بروز علائم و عوارض جدی بسیار مهم است، اگرچه این گونه علائم و

عوارض ممکن است دیرتر (تا ۶ ماه پس از آسیب) نیز ظاهر شوند

اگر شما مراقبت از فرد را به عهده دارید، او را تا ۲۴ ساعت هر ۲ ساعت یا طبق آنچه توصیه شده است بیدار کنید. اگر فرد بیدار نشد، فوراً پزشک را خبر کنید.

در صورت بروز علائم زیر نیز پزشک را در جریان بگذارید: - استفراغ - ناتوانی از حرکت دادن دست یا پا در یک طرف به خوبی طرف دیگر - سفتی گردن - هم‌اندازه یا هم‌شکل نبودن مردمک‌ها - تشنج - بی‌قراری قابل توجه - سردرد شدید که تا بیش از ۴ ساعت پس از آسیب ادامه یابد. - گیجی یا عدم آگاهی نسبت به زمان، محیط اطراف، یا افراد

داروها

تا زمانی که تشخیص قطعی نشده باشد نباید هیچ‌گونه دارویی به فرد، از قبیل استامینوفن یا آسپرین داد

symptom of skull fracture

علائم شکستگی جمجمه

•blood of nose خون ریزی بینی

•

•eye bleeding خون ریزی چشم

•

•seizure تشنج

•

•confusion اختلال شناخت

•vision disorder اختلالات دیدن

References

Crenshaw AH, Jr. Surgical techniques and approaches. In: Canale ST, Beaty JH, eds. Campbell's Operative Orthopaedics. 12th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2012:chap 1.

سکته مغزی از اختلالات نیازمند رادیوگرافی مغز است

زمانیکه رگهای خون‌رسان به مغز بهر دلیلی پاره یا بسته شود، بافت‌های مغز از اکسیژن و غذا محروم می‌شود و بعد از چند دقیقه سلول‌های مغز شروع به مردن می‌کنند، در این وضعیت فرد دچار سکته مغزی شده‌است.

سکته مغزی یک وضعیت اورژانسی است، درمان فوری ضروری بوده و عملکرد زود هنگام می‌تواند جلوی آسیب بیشتر و عوارض شدید و بلقوه سکته مغزی را بگیرد.

فرد دچار سکته مغزی شده ممکن است توانایی حرف زدن را از دست داده، دچار مشکلات حافظه شده یا یکطرف بدنش فلج شود.

خبر خوب این است که سکته مغزی می‌تواند پیشگیری و درمان شود. امروز و در این مقاله راستینه می‌خواهیم اطلاعاتی راجع به دو نوع سکته مغزی، افراد در خطر سکته مغزی، دلایل و نشانه‌های آن و خلاصه‌ای از شیوه درمان و پیشگیری از سکته مغزی بپردازیم.

(stroke) دو نوع اصلی سکته مغزی کدام‌اند؟ سکته مغزی

دو نوع اصلی سکته مغزی شامل سکته مغزی ایسکمیک (بسته شدن رگ) و هموراژیک (پاره شدن و خونریزی مغز) می‌باشد.

(Ischemic) سکته مغزی ایسکمیک

حدود ۸۷ درصد کل بیمارانی که دچار سکته مغزی می‌شوند، دچار این نوع از سکته مغزی می‌شوند. در این نوع سکته یک لخته یا ترومبوس در رگ‌های خون‌رسان به مغز شکل گرفته و مانع خون‌رسانی به مغز می‌شود.

(hemorrhagic) سکنه مغزی هموراژیک

این نوع سکنه مغزی زمانی رخ می‌دهد که یکی از رگ‌های خورسان به مغز پاره شده و سطح بین مغز و جمجمه را پر از خون می‌کند (خوریزی ساب آراکنوئید)

یا زمانی که یک رگ معیوب در مغز پاره شده و تمام بافت‌های اطرافش را پر از خون نماید

هر دو نوع سکنه باعث فقدان خورسانی در مغز و جمع شدن خون در مغز شده و باعث فشار زیاد بر مغز می‌شود. نتیجه سکنه بسته به مکانیکه سکنه رخ داده و میزانی که مغز آسیب دیده متفاوت است.

سکنه‌های کوچکتر ممکن است باعث مشکلات کوچکتر از جمله ضعف در دست و پا شود در حالیکه سکنه‌های بزرگتر می‌تواند باعث فلج شدن و یا مرگ شود.

خیلی از افراد آسیب دیده توسط سکنه مغزی دچار ضعف در بخشی از بدن، مشکلات تکلمی و یا انواع بی‌اختیاری از جمله بی‌اختیاری ادرار می‌شوند

علامه سکنه مغزی

در صورتیکه فکر می‌کنید شما یا یکی از اطرافیان‌تان دچار سکنه مغزی شده‌اند، به این علامه و نشانه‌هایی که در ادامه بیان می‌کنیم دقت نمایید. با اطلاع بموقع از سکنه مغزی می‌توان خطرات و عوارض سکنه را کاهش داد. این علامه شامل

مشکل در راه رفتن. شما ممکن است تلو تلو خورده، سرگیجه ناگهانی داشته باشید و یا تعادلتان را از دست دهید

مشکل در صحبت و ادراک. شما ممکن است دچار گیجی شوید. شما ممکن است موقع حرف زدن کلماتی را حذف کرده و یا در فهمیدن صحبت دیگران مشکل داشته باشید

فلج شدن و یا بی‌حسی صورت، دست و پا. ممکن است بصورت ناگهانی در صورت، دستها و پاها یا خود دچار بی‌حسی، ضعف و یا فلج شدن، نمایید.

سعی کنید هر دو دست خود را بالای همزمان بالای سرتان ببرید، اگر یکی از دست‌ها افتاد شما ممکن است دچار سکتة شده باشید. همچنین ممکن است موقع خنده یک طرف از دهان شما دچار افتادگی شود.

مشکلات بینایی در یکی و یا هر دو چشم. ممکن است بصورت ناگهانی دچار تاری و یا سیاهی دید شوید و یا دچار دوبینی گردید.

سر درد. دردی ناگهانی و شدید در سر که ممکن است با استفراغ، سرگیجه و یا مشکلات هشیاری همراه باشد، ممکن است نشان‌دهنده سکتة مغزی در شما باشد.

زمانیکه دچار یکی یا بیشتر از یکی از علائم سکتة شدید، ولو اینکه علائم از بین رفتند و یا کم بودند می‌بایست با اورژانس تماس بگیرید.

هر دقیقه زمانیکه دچار سکتة شده‌اید، مهم است پس منتظر از بین رفتن علائم نشوید. برای بیشترین بهره‌وری در درمان، شما باید تا سه ساعت بعد از ظاهر شدن اولین نشانه به بیمارستان مراجعه نمایید.

عواملیکه بر سکتة مغزی تأثیر می‌گذارند به دو دسته قابل تغییر و غیر قابل تغییر تقسیم می‌شوند، افرادی که تعداد بیشتری از این عوامل را داشته باشند، ممکن است در خطر بیشتری برای ابتلا به سکتة مغزی باشند

عوامل قابل تغییر شامل

(hypertension) فشار خون بالا

دیابت

سیگار کشیدن و یا استنشام دود سیگار دیگران

کلسترول بالای خون

مصرف الکل

چاقی و یا اضافه وزن

فقدان فعالیت جسمی

سابقه بیماری های قلبی

استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری یا هورمون درمانی با قرص های حاوی استروژن

مردان طلاق گرفته در خطر بیشتری برای سکته مغزی می باشند

عوامل غیر قابل تغییر شامل

سن. خطر سکته با افزایش سن افزایش می یابد و افراد ۵۵ سال به بالا بیشتر از بقیه در خطر هستند

نژاد. افراد آفریقایی-آمریکایی بیشتر از سایر افراد در خطر سکته مغزی می باشند

جنسیت. مردان بیشتر از زنان در خطر سکته مغزی می باشند. زنان معمولاً در سنین بالاتری نسبت به مردان دچار سکته

مغزی شده و خطر مرگ پس از سکته مغزی در آنها بیشتر است

سابقه. سابقه شخصی و یا خانوادگی سکته مغزی، سکته قلبی یا حمله ایسکمیک گذرا

خطر سکته مغزی را افزایش می‌دهد

سکته مغزی می‌تواند باعث ناتوانی‌های موقتی و یا دائمی بسته به مدت زمان فقدان خون در مغز و بخش آسیب دیده شد.

این عوارض شامل

فلج شدن و یا از کار افتادن عضلات

مشکل در صحبت کردن و یا فرودادن غذا و مایعات

از دست دادن حافظه و یا مشکل در فکرکردن

مشکلات احساسی

درد یا سایر احساسات غیرمعمول در قسمت‌هایی از بدن که تحت تأثیر سکته قرار گرفته‌اند

تغییر در رفتار و اهمیت به خود

مانند سایر بیماری‌ها صدمات مغزی و درمان عوارض آنها بسته به اشخاص مختلف متفاوت است



References

Biller J, Love BB, Schneck MJ. Vascular diseases of the nervous system: ischemic cerebrovascular disease. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice . 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 51A.

Del Zoppo GJ, Saver JL, Jauch EC, Adams HP Jr. American Heart Association Stroke Council, Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: a science advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke . 2009;40:2945-2948. Epub 2009 May 28.

Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for

healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke . 2011;42:227-276.

Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke . 2011;42:517-584.

فصل چهارم رادیوگرافی شکم

آسیت از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی شکم است

آسیت به معنای جمع شدن مایع اضافی در شکم و ورم شکم است

آسیت می تواند فرم پیشرفته ورم اندام ها به دنبال بیماری نارسایی قلبی باشد، یعنی وقتی نارسایی قلبی به درجات خیلی شدید می رسد

ورم پاها از مچ به ساق و از ساق به ران و در نهایت به شکم گسترش می یابد.

در مورد بیماری های کلیه که یکی از آنها دفع شدید پروتئین از کلیه هاست نیز در صورت وخامت می تواند بیماری آسیت ایجاد شود.

اما عامل اصلی آسیت، سیروز کبدی است، سیروز کبدی به معنای آسیب ساختمان و عملکرد کبدی است.

از آنجا که خون سیاهرگی بیشتر احشای شکمی باید قبل از رسیدن به قلب از کبد رد شود و در آنجا فیلتر شود، وقتی ساختمان کبد بر اثر سیروز به هم می ریزد، راه رسیدن خون به قلب سد می شود و به این ترتیب مایع در شکم تجمع می کند.

از طرفی کبد که محل اصلی ساختن آلبومین است بر اثر بیماری سیروز نمی تواند آلبومین بسازد و همان طور که در هفته قبل توضیح داده شد، کم شدن آلبومین خون باعث خروج پلاسما از داخل رگ ها به بیرون می شود.

علت دیگر آسیت می تواند انواع سرطان های داخل شکم مثل سرطان معده، سرطان کبد و سرطان روده بزرگ باشد که البته شیوع کمتری نسبت به سیروز دارند، ولی به عنوان اولین تظاهر این بیماری ها اهمیت دارند.

درمان آسیت

۲ نوع درمان برای آسیت وجود دارد

درمان اول استفاده از داروهای مدر (ادرار آور) برای کم کردن حجم خون است که باعث می شود مقداری از حجم خون کم شود و مایع داخل شکم بتدریج کمتر شود.

این روش برای بیمار آسان است، ولی داروهای مدر دارای عوارضی هستند که می تواند باعث آزار بیمار شود و از طرفی در برخی موارد بیماری با این داروها خوب کنترل نمی شود.

درمان دوم کشیدن مایع آسیت به تناوب مثلا هر دو هفته یا هر ماه است، اگر چه این روش برای بیمار اندکی سخت است و نیاز به بستری شدن موقت دارد، ولی گاهی تنها راه درمان است. در نهایت اگر بتوان علت اصلی بیماری را بر طرف کرد مثلا پیوند کبد برای درمان سیروز انجام شود، آسیت به کلی درمان خواهد شد.



References

Runyon BA; AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. 2009;49(6):2087-2107.

Mehta G, Rothstein KD. Health maintenance issues in cirrhosis. *Med Clin North Am*. 2009;93:901-915.

Garcia-Tsao G. Cirrhosis and its sequelae. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 156.

گاستریت از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی شکم است

گاستریت یا ورم معده به وجود التهاب و پرخونی در سطح داخلی مخاط معده و تخریب سلول های مخاطی معده اطلاق میشود .

بعضی از بیماران با شنیدن اصطلاح ورم معده فکر میکنند که ناحیه بالای شکم و زیر استخوان جناق سینه بایستی ورم کرده و بالا بیاید در صورتی که گاستریت بعلت حمله سلول های میکروسکوپی التهابی به مخاط معده و ایسکمی بافتی سطح اپیتلیال مخاط ایجاد شده و ربطی به باد کردن و و ورم کردن ناحیه معده ندارد.

هر چند وجود بعضی از علائم گوارشی مانند درد و سوزش سر دل و احساس ترش کردن و گاهی حالت تهوع تشخیص بالینی گاستریت را توسط پزشک مطرح میکند اما برای تشخیص قطعی گاستریت بایستی آندوسکوپی و در صورت لزوم بیوپسی (تکه برداری) انجام شود.

(Peptic Ulcer) علائم بالینی بیمار مبتلا به گاستریت مشابه زخم پپتیک معده و یا اثنی عشر

میباشد به همین دلیل بیماران به غلط ورم معده را با زخم معده اشتباه میگیرند .

این علائم شامل احساس درد و یا پیچش در قسمت فوقانی شکم احساس ترش کردن غذا احساس مزه اسیدی یا تلخی در دهان زبان باردار و گاهی تهوع و استفراغ میباشد.

تنها موردی از علائم که در گاستریت ها بندرت دیده میشود ارتباط شروع درد با غذا خوردن است که اکثرا در زخم های معده و یا اثنی عشر دیده میشود .

در صورت وجود زخم در معده بیمار سیری درد ناک داشته و با خوردن غذا درد و سایر علائم تشدید میشود لذا این قبیل بیماران از غذا خوردن گریزان هستند .

بالعکس در صورت وجود زخم در اثنی عشر بیمار گرسنگی دردناک داشته و با خوردن غذا درد و سایر علائم تسکین مییابد و لذا بیماران تمایل به خوردن مرتب غذا برای جلوگیری از شروع درد را دارند.

بطور کلی وجود یک نوع میکرب به نام هلیکوباکتر پیلوری یکی از علل اصلی گاستریت میباشد که در صورت عدم ریشه کن نمودن کامل و قطعی این میکرب بطور مزمن در دراز مدت ممکنست گاستریت به حالات مرضی جدی تری از قبیل زخم معده و یا سرطان معده تبدیل شود.

سایر علل مهم گاستریت شامل: انواع استرس های عصبی و جسمی - مصرف بیش از حد مجاز الکل - مصرف بی رویه گروهی از مسکن ها بنام

NSAIDs –

سوختگی و عفونت های شدید در بدن - و جایگزینی بعضی از سلول های نابه جا در جدار معده میباشد .

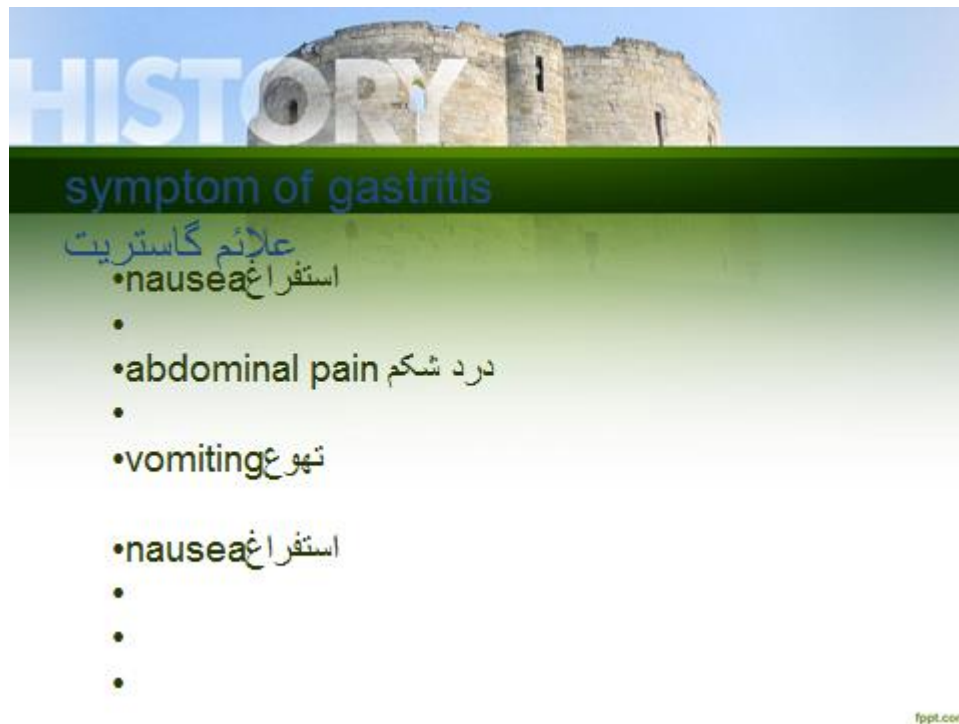
گاستریت در صورت عدم درمان مناسب بطور حاد ممکن است به حالتی بنام گاستریت زخمی شونده

تبدیل شده و با بروز زخم های متعدد و سطحی در مخاط معده باعث خون ریزی های شدید گوارشی

بصورت استفراغ خونی و یا مدفوع خونی بشود

گاستریت یا ورم معده در صورت تشخیص صحیح بایستی بطور قطعی و دقیق و کامل با داروهای تخصصی درمان گردد تا از بروز عوارض جدی و گاه تهدید کننده زندگی جلوگیری شود .

پروتکل های دارویی که توسط دکتر بهزاد نخعی و دستیاران مورد پژوهش و آزمایش قرار گرفته درصد موفقیت درمانی گاستریت را افزایش داده است



References

Kuipers E, Blaser MJ. Acid peptic disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 141.

Lee EL, Feldman M. Gastritis and gastropathies. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease . 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:chap 51.

آبسه کبد از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی شکم است

آبسه کبد؛ عفونت کبد است. اگر چه آبسه کبدی می تواند به عنوان عارضه بیماریهای کیسه صفرا باشد که در آن عفونت از طریق مجرای صفراوی به کبد ایجاد می شود.

علائم آن شامل درد شکم، و تب است. درمان آسپیراسیون از راه پوست

(قرار دادن یک سوزن از طریق پوست به داخل آبسه) و یا جراحی لاپاروسکوپی به تخلیه چرک جمع آوری شده،
بادرمان آنتی بیوتیک برای ریشه کن کردن عفونت است.

آبسه درمان نشده کبدی می تواند به سرعت خطر مرگ را به دنبال داشته باشد

تجمع چرک در قسمتی از کبد را آبسه کبدی گویند که به دلایلی چون عفونت های داخل شکم (مانند آپاندیسیت،
دیورتیکولیت و ...)، عفونت های داخل خون، عفونت های داخل کبدی، اندوسکوپی اخیر سیستم صفراوی کبدی و صدمات
وارد شده به کبد ایجاد می شود.

نشانه های این بیماری عبارتند از؛ مدفوع سفید (گچ مانند)، ادرار تیره، تب و لرز، کاهش اشتها، تهوع و استفراغ، درد
شکمی در بالا و سمت راست، کاهش وزن ناخواسته، ضعف و یرقان.

هشدار- در صورت عدم درمان احتمال سپسیس و مرگ وجود دارد. حتما در صورت درمان ۱۰-۳۰ درصد احتمال مرگ و
میر وجود دارد بویژه در آنها که بیشتر از یک آبسه دارند.

توصیه های بهداشتی درمانی - برای کاهش احتمال آبسه کبدی بهتر است هرچه سریعتر عفونت های شکمی درمان شوند.
درمان این بیماران بر تخلیه چرک توسط درن (از روی پوست) و دریافت آنتی بیوتیک برای مدت ۶-۴ هفته. البته گاهی
درمان آنتی بیوتیکی تنها می تواند کافی باشد.

تاریخچه تشخیص آبسه های کبدی به زمان بقراط حکیم بر می گردد و آبسه های کبدی بر اساس عوامل ایجاد کننده آنها، به سه دسته تقسیم می شوند

آبسه پیوژنیک کبد که بوسیله میکروبهای مانند ایشریشیا کولی، کلبسیلا، پروتئوس، اینتروکوک، استافیلوکوک طلائی، استرپتوکوک فیکالیس، استرپتوکوک میلری و میکروبهای بی هوازی مانند خانواده باکتریوئید ایجاد می شود و گاهی اوقات چند میکروب با هم در ایجاد آن نقش دارند

آبسه آمیبی کبد که بوسیله آمیب هیستولیتیکا ایجاد می شود

آبسه قارچی کبد که بوسیله قارچ خانواده کاندیدا ایجاد می شود

آسیب شناسی

آبسه کبدی معمولاً بشکل یک کیسه پر از چرک که همان لاشه گلبولهای سفید، باکتریها و بقایای سلولهای مرده هستند، فضایی از جسم کبد را اشغال نموده و می تواند با فشاری که به بافت های اطراف خود در داخل کبد، وارد می نماید باعث بروز مشکلاتی برای بیمار شود.

علت شناسی

شایعترین علتهایی که باعث ایجاد آبسه پیوژنیک کبد می شوند عبارتند از

عفونت و التهاب سیستم صفراوی از خود کبد گرفته تا کیسه صفرا و لوزالمعده یا همان پانکراس

سیروز کبدی

پیوند کبد

آمبولی شریان کبد در بیماران مبتلا به سرطان کبد

بستری شدن در بیمارستان به هر علتی

ضعف سیستم ایمنی بدن به هر دلیلی مانند سوء تغذیه، ایدز یا مصرف داروهای پایین آورنده سیستم ایمنی

کھولت سن

پاره شدن آپاندیس

سرطان لوزالمعده

التهابها و عفونت های روده ها مانند بیماری کرون یا دایورتیکولیت

عفونت خون یا سپتیسمی

ضربه به کبد

آبسه های آمیبی کبد در اثر آمیبیاز روده بزرگ ایجاد می شوند، به این صورت که بیمار معمولاً دچار یک اسهال آمیبی خونی شده و بدون درمان خود بخود خوب شده و بعدها مثلاً بعد از ۶ ماه دچار آبسه آمیبی کبد می شود و اکثر بیماران هنگام گرفتن تاریخچه بیماری، آن اسهال خونی آمیبی را که ۶ ماه پیش به آن دچار شده بودند، بیاد نمی آورند

آبسه های قارچی کبد در افرادی که سیستم ایمنی پایینی به هر دلیل دارند مانند دیابت، ایدز و مصرف داروهای پایین آورنده ایمنی، در اثر رشد وسیع قارچهای خانواده کاندیدا در روده بزرگ، به آن مبتلا می شوند.

علائم بیماری آبسه کبدی

یک بیمار آبسه کبدی معمولاً با یک تب و شکم درد مراجعه می کند، اما بندرت محل دقیق درد را در بالای سمت راست شکم یعنی جایی که کبد قرار دارد نشان می دهد و این می تواند ورزیده ترین پزشکان را گمراه کند.

علاوه بر تب و لرز که از شایعترین علائم بیماری هستند، حالت تهوع و استفراغ، کاهش وزن، زردی یا همان یرقان می توانند از علائم دیگر بیماری باشند. گلبولهای سفید معمولاً بالا می روند، بیلی روبین و آلکالین فسفاتاز بالا می روند، اما آنزیمهای کبدی خیلی بالا نمی روند و آلبومین سرم کاهش می یابد.

تشخیص آبسه های کبدی

در اکثر مواقع پزشک با گرفتن یک تاریخچه دقیق بیمار، یک معاینه فیزیکی دقیق و انجام کارهای تصویر برداری مانند سونوگرافی و سی تی اسکن به تشخیص می رسد.

نکته بسیار مهم در تشخیص آبسه های کبدی متمایز نمودن آبسه پیوژنیک از آبسه آمیبی است، زیرا درمان و پیش آگهی آنها کاملاً متفاوت است و تشخیص به موقع نوع آبسه می تواند جان بیمار را نجات دهد. تمایز بین این دو نوع آبسه به سه روش صورت می گیرد

آزمایش سرولوژی یا همگلوتینین برای آمیب هیستولیتیکا ۱

کشت میکروبی آبسه

پاسخ به درمان آزمایشی

معمولاً وقتی بیمار یک جوان سالم است و فقط یک آبسه در لوب راست کبد خود دارد و کبد در معاینه دردناک است و تیتتر سرولوژی آمیبی او بالاتر از ۱/۲۵۶ است به آبسه آمیبی بیشتر مشکوک می شویم،

اما اگر بیمار یک بیمار بالای ۵۰ سال و مبتلا به دیابت و یرقان است و در معاینه می بینیم که ریه هم درگیر است و بیمار چند تا آبسه در نقاط مختلف کبد خود دارد

و تست سرولوژی آمیبی او کمتر از ۱/۲۵۶ می باشد و آلبومین سرم او هم پایین است، بیشتر آبسه پیوژنیک برای او مطرح می شود.

درمان

درمان آبسه های کبد، بر اساس عوامل ایجاد کننده آنها هم احتیاج به آنتی بیوتیک مناسب و هم احتیاج به تخلیه جراحی دارد.

بعضی مواقع اگر در دسترس باشد، تحت راهگشایی سی تی اسکن، جراح یک لوله وارد آبه نموده و آن را تخلیه می نماید، اما چنانچه آبه زیاد در دسترس نباشد، عمل جراحی لازم است.



References

Reddy KR. Bacterial, parasitic, fungal and granulomatous liver diseases. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine . 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 360.

Sifri CD, Madoff LC. Infections of the liver and biliary system. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases . 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone;2009:chap 72.

سرطان تخمدان از مواردی است که نیازمند رادیوگرافی شکم است

سرطان تخمدان گونه ای سرطان است که از تخمدان ها آغاز می شود.

در بدن هر زن دو تخمدان وجود دارد که در طرفین رحم واقع شده اند و هر کدام اندازه یک بادام هستند. تخمدان ها در کنار تخمک، هورمونهای پروژسترون و استروژن تولید می کنند.

سرطان تخمدان سالیانه ۶۵۰۰ زن را در انگلیس مبتلا می کند. سرطان تخمدان، پس از سرطان سینه، سرطان روده، سرطان ریه و سرطان رحم، پنجمین سرطان شایع میان زنان است.

سرطان تخمدان معمولاً در زنانی بروز پیدا می کند که به سن یائسگی رسیده اند، اما امکان دارد در هر سنی نیز دیده شود.

علائم ابتلا به سرطان تخمدان

سرطان تخمدان ممکن است هیچ علائمی به همراه نداشته باشد به خصوص در مراحل اولیه. از آنجائی که نشانه های ابتلا به سرطان تخمدان با نشانه های بسیاری امراض دیگر مشابه است، این نوع سرطان معمولاً به سختی تشخیص داده می شود.

اما بطور کلی از جمله علائم کلی احتمالی در موارد ابتلا به سرطان تخمدان می توان به نفخ، احساس فشار، دردهای لگنی یا شکمی، دفع ادرار مکرر، و احساس سیری زود هنگام اشاره کرد.

عامل خطر: سابقه خانوادگی

سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان تخمدان به عنوان یک عامل ریسک تلقی می گردد.

بدین مفهوم که شانس ابتلا به سرطان تخمدان در زنانی که در خویشاوندان نزدیک خود سابقه ابتلا به سرطان تخمدان،

سینه یا روده بزرگ را داشته اند بیش از سایرین است. جهش های ژنی ارثی از جمله

BRCA1 و BRCA2

که با سرطان

سینه در ارتباط هستند، در واقع علت بروز ۱۰٪ از موارد سرطان تخمدان محسوب می شوند.

عامل خطر: سن

سن اصلی ترین عامل خطر در ابتلا به سرطان تخمدان است. ابتلا به سرطان تخمدان پس از یائسگی بسیار شایع تر است و استفاده از هورمون درمانی نیز شانس ابتلا را افزایش می دهد.

این شانس به ویژه در افرادی که مدت ۵ تا ۱۰ سال از استروژن بدون پروژسترون استفاده می کنند بسیار بالاتر است. در مورد این که آیا مصرف توأمان استروژن و پروژسترون ریسک ابتلا را افزایش می دهد یا خیر اطلاعات دقیقی در دست نیست.

عامل خطر: چاقی

چاقی نیز عامل افزایش ریسک ابتلا در سرطان تخمدان محسوب می شود. زنان چاق هم نرخ ابتلای بیشتری دارند و هم ریسک مرگ و میر ناشی از سرطان تخمدان در آنها بیش از سایر زنان مبتلاست. بنابراین زنان سنگین وزن تر، ریسک ابتلای بالاتری دارند.

روش های تشخیصی

دو روش تشخیصی در مورد سرطان تخمدان، سونوگرافی از تخمدان و انجام آزمایشی برای اندازه گیری سطح پروتئینی

به نام CA125

در خون است.

گرچه در مواردی که این روش ها برای زنانی که ریسک ابتلای متوسط دارند به کار می رود نمی تواند زیاد در نجات جان آنها مفید واقع شود.

بنابراین معمولاً انجام این دو روش در مورد زنانی که شانس ابتلای بالایی دارند توصیه می شود

آزمایش های تصویر برداری همچون سی تی اسکن، ام.آر.آی و یا سونوگرافی می توانند وجود توده در تخمدان را مشخص کنند

اما فقط از راه نمونه برداری از بافت (بیوپسی) می توان تشخیص داد که آیا توده موجود سرطانی است یا خیر
مراحل سرطان تخمدان

مرحله سرطان تخمدان را بر حسب این که سرطان تا چه میزان به سایر ارگان ها یا بافت ها سرایت کرده تعیین می کنند.
این فرآیند معمولاً طی عمل جراحی انجام می شود. مراحل تعریف شده در مورد سرطان تخمدان به شرح ذیل است

مرحله ۱: سرطان فقط به تخمدان ها محدود شده است

مرحله ۲: سرطان به رحم و یا ارگان های لگنی سرایت کرده است

مرحله ۳: سرطان به غدد لنفاوی یا نسوج شکم سرایت کرده است

مرحله ۴: سرطان به اندام های دورتر بدن مانند کبد و یا ریه ها سرایت کرده است

انواع سرطان تخمدان

انواع سرطان تخمدان بر حسب سلول هایی که درون تخمدان موجب رشد سرطان شده اند، متفاوت است.

موارد عمده سرطان تخمدان

سرطان های مخاطی

(epithelial)

یا کارسینوما

(carcinomas)

هستند.

این سرطان ها از سلول هایی که بر روی سطح تخمدان واقع شده اند آغاز می شوند.

بعضی اوقات تومورهایی که از این سلول ها شکل یافته اند آشکار سرطانی به نظر نمی رسند اما با این وجود باز هم

ویژگی های مشکوکی از خود بروز می دهند. این تومورها

LMP نامیده می شوند

و نسبت به سایر انواع سرطان های تخمدان خطر کمتری دارند

نرخ بهبودی از سرطان تخمدان

آماري که به حداقل پنج سال ادامه حیات زنان مبتلا پس از تشخیص مربوط است بسیار متفاوت است؛ از ۱۸٪ تا ۸۹٪.

این آمار در واقع به این بستگی دارد که سرطان در چه مرحله ای تشخیص داده شده باشد.

البته باید دانست این آمار به زنانی که بین سال های ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۱ مبتلا تشخیص داده شده اند مربوط است و با توجه به

این که روش های درمانی روز به روز پیشرفت می کند، احتمالاً در مورد زمان حال می توان به اعداد و ارقام بسیار

امیدوار کننده تری اشاره کرد.

جراحی سرطان تخمدان

جراحی معمولاً به عنوان اولین مرحله درمانی سرطان تخمدان محسوب می شود. معمولاً جراحی به گونه ای انجام می شود که تومور تا جایی که امکان دارد از بدن خارج شود.

امکان دارد پزشک در موارد پیشرفته مجبور شود رحم را نیز به همراه بافت های مجاور از بدن بیمار خارج نماید

شیمی درمانی

شیمی درمانی نوعاً پس از جراحی و برای تمام سطوح سرطان تخمدان به کار می رود. زنانی که به تومور

LMP

مبتلا هستند معمولاً پس از جراحی به شیمی درمانی نیاز ندارند، مگر این که تومور مجدداً رشد نماید.



Symptom of ovarian cancer
علائم سرطان تخمدان

- difficult eating اختلال خوردن
- weight loss کاهش وزن
-
- pelvic pain درد لگن
-
- abdominal pain درد شکم
-
- period disorder اختلال پریود
- constipation یبوست

References

Armstrong D. Ovaries and fallopian tubes. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al. eds. *Abeloff's Clinical Oncology* . 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill-Livingstone; 2008:chap 93.

Berek JS, Chalas E, Edelson M, Moore DH, Burke WM, Cliby WA, et al. Prophylactic and risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy: recommendations based on risk of ovarian cancer. *Obstet Gynecol* . 2010 Sep;116(3):733-43.

Coleman RL, Ramirez PT, Gershenson DM. Neoplastic diseases of the ovary: screening, benign and malignant epithelial and germ cell neoplasms, sex-cord stromal tumors. In: Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, Katz VL, eds. *Comprehensive Gynecology* . 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2012:chap 33.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Ovarian cancer: including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer. Version 1.2013. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ovarian.pdf. Accessed November 16, 2012.