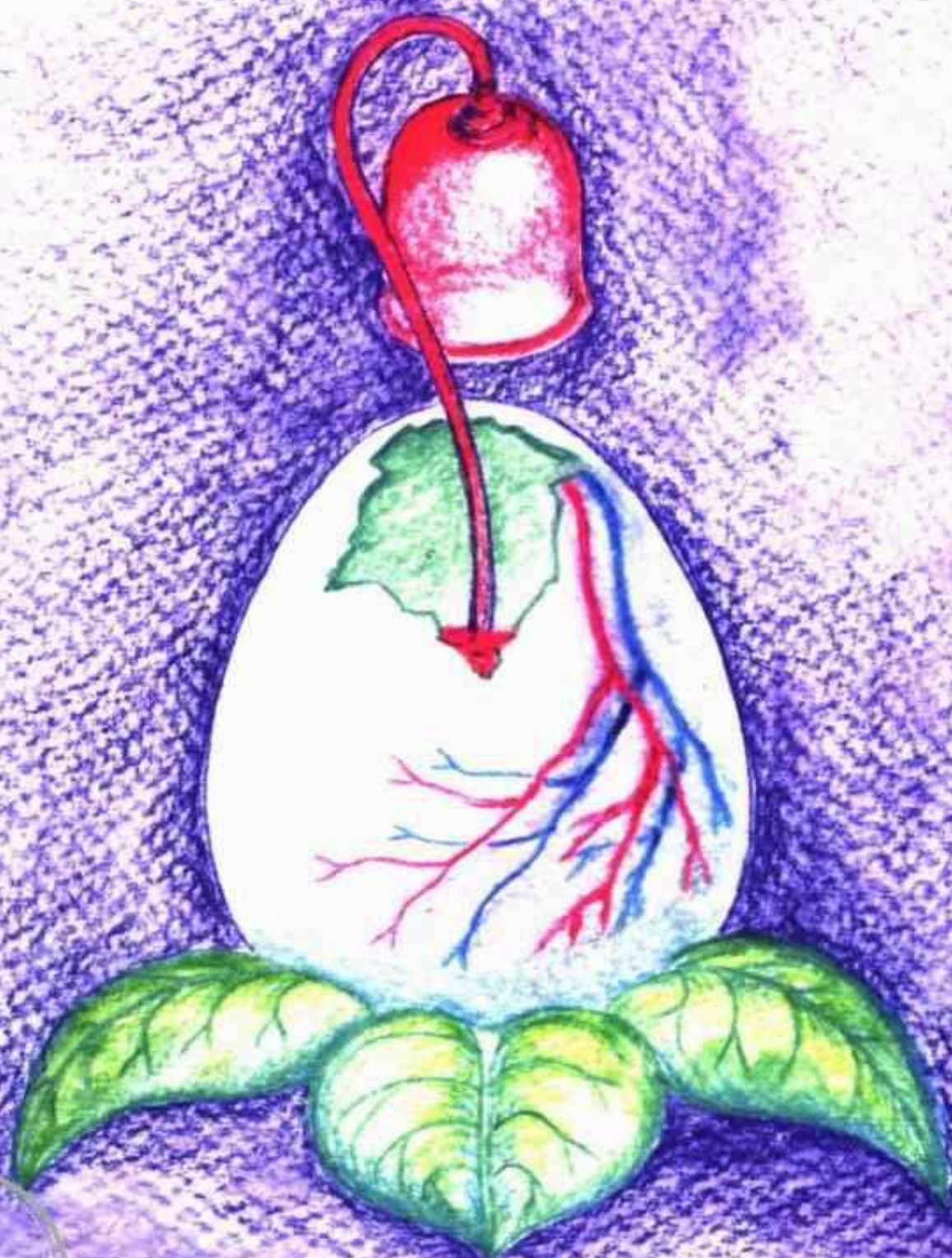


فہد آموز درمان بیماریہا با بادکش



مؤلفین: دکترا مرتضیٰ عموعابدی و فاطمہ الہی قائم



خودآموز درمان بیماریها با بادکش

مؤلفین:

دکتر مرتضیٰ عمو عابدی

و

سرکار خانم فاطمه الهی قائم



عموعابدی، مرتضی
خودآموز درمان بیماریها با بادکش / مولفین مرتضی عموعابدی، فاطمه
الهی قائم. - تهران: نسل نیکان، ۱۳۸۲.
۹۱ص. مصور.

ISBN 964-8143-07-2: ۷۰۰۰ ریال

فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیبا.
کتابنامه: ص. (۹۱).

۱- بادکش. ۲. پزشکی سنتی. الف. الهی قائم، فاطمه. ب. عنوان.
۶۱۵/۸۹۲

خ ۸۴/ع ۹۸ RM

۱۰۲۲۱-۸۲م

کتابخانه ملی ایران

D
۴۱۰
خ ۹۱۹ ع

انتشارات نسل نیکان

۸۳۹۰۲

تابخانه عمومی حسینیه ارشاد
اسم کتاب: خودآموز درمان بیماریها با بادکش
مولفین: مرتضی عموعابدی، فاطمه الهی قائم
۱۳۵۲

صفحه آرایشی: واحد رایانه یاران علوی

چاپخانه: نگین طلائی

نوبت چاپ: اول ۱۳۸۲

شمارگان: ۳۰۰۰ جلد

قیمت: ۷۰۰۰ ریال

شابک: ۹۶۴-۸۱۴۳-۰۷-۲



کلیه حقوق برای مؤلف محفوظ است.

آشنایان ره عشق در این بحر عمیق غرقه گشتند و نگشتند به آب آلوده

تقدیم به آن کسانی که پروانه جانشان با نسیم عشق به پرواز درآمد و تن به نسیم بهشتی دادند تا
عطر جان بخش آشنایی را بشنوند.

سخن از آن سرافراز مردانی است که چون شهاب بر آسمان تیرگیها و ناپاکیها خط بطلان کشیدند
و نامحرمان و متجاوزان دیو سیرت را از خطه پاک سرزمین اسلام راندند و عزت و آزادگی را با
خون خویش پاس داشتند و دشمن زبون و خصم ذلیل را به ورطه شکست و فلاکت نشانیدند.

به یاد

شهید علیرضا خانبا بایی

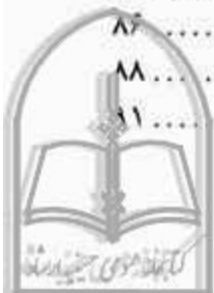
و

شهید مهدی آرونی



فهرست مندرجات

<p>بیماریهای دستگاه اعصاب ۴۷</p> <p>۱- عوارض بیماریهای سربرو واسکولار:..... ۴۷</p> <p>۲- سردرد: ۴۸</p> <p>۳- بیخوابی:..... ۵۰</p> <p>۴- استفراغ عصبی..... ۵۳</p> <p>۵- فلج عصب فاسیال:..... ۵۵</p> <p>۶- نورالژی عصب سه قلو:..... ۵۷</p> <p>بیماریهای دستگاه ادراری و تناسلی..... ۵۸</p> <p>۱- اختلال عصبی دستگاه تناسلی..... ۵۸</p> <p>۲- التهاب پروستات..... ۵۸</p> <p>۳- عفونت مثانه (سیستیت حاد)..... ۶۱</p> <p>۴- عفونت کلیه (پیلونفریت)..... ۶۳</p> <p>بیماریهای زنان..... ۶۵</p> <p>الف - پرئود نامنظم:..... ۶۵</p> <p>ب - دیسمنوره (قاعدگی دردناک):..... ۶۶</p> <p>ج - سندرم دوران یائسگی:..... ۶۸</p> <p>بیماریهای اطفال..... ۷۰</p> <p>الف - پنومونی یا ذات الریه..... ۷۰</p> <p>ب - سوء هاضمه..... ۷۱</p> <p>ج - شب ادراری (Enuresis) (ادرار در حال خواب)..... ۷۳</p> <p>د - سیاه سرفه:..... ۷۴</p> <p>بیماریهای گوش و حلق و بینی..... ۷۵</p> <p>A) دندان درد با آماس لثه..... ۷۵</p> <p>B) کاهش شنوایی..... ۷۶</p> <p>C) فارنژیت مزمن:..... ۷۸</p> <p>D) کنژنکتیویت یا ورم ملتحمه:..... ۷۹</p> <p>E) رینیت:..... ۸۱</p> <p>بیماریهای پوستی..... ۸۳</p> <p>الف - پاپول..... ۸۳</p> <p>ب) سرخچه..... ۸۴</p> <p>ج) نورودرماتیت..... ۸۵</p> <p>د) اگزما..... ۸۶</p> <p>ه- هریس زوستر یا زونا:..... ۸۸</p> <p>منابع..... ۹۱</p>	<p>مقدمه..... ۹</p> <p>یک نظریه فوق العاده در زمینه درمان بوسيله بادکش..... ۱۰</p> <p>روش استعمال یا استفاده از بادکش..... ۱۱</p> <p>کتراندیکاسیون و نکات قابل توجه..... ۱۲</p> <p>بیماریهای دستگاه تنفسی..... ۱۲</p> <p>A - آنفلوآنزا:..... ۱۲</p> <p>B - برونشیت حاد:..... ۱۴</p> <p>C - برونشیت مزمن:..... ۱۴</p> <p>D - آسم برونشیال:..... ۱۵</p> <p>بیماریهای دستگاه هاضمه..... ۱۸</p> <p>A- گاستریت حاد و استرس اولسر:..... ۱۸</p> <p>B - گاستریت مزمن:..... ۱۸</p> <p>C- گاستروانتریت حاد..... ۲۰</p> <p>D -اسپاسم معده:..... ۲۱</p> <p>E -اسپاسم دیافراگم:..... ۲۱</p> <p>F - یبوست:..... ۲۳</p> <p>G - زخم دستگاه گوارش:..... ۲۴</p> <p>بیماریهای دستگاه قلب و عروق..... ۲۶</p> <p>I - آنژین صدری:..... ۲۶</p> <p>II- هیپرتانسیون (فشار خون بالا):..... ۲۸</p> <p>بیماریهای استخوان و مفاصل..... ۳۱</p> <p>۱- آرتروز گردن (اسپوندیلوز گردن):..... ۳۱</p> <p>۲- آرتروز اطراف مفصل اسکاپولو هومرال:..... ۳۲</p> <p>۳- سفتی گردن (گرفتگی گردن، فیروزیت):..... ۳۴</p> <p>۴- رگ به رگ شدن کمر..... ۳۴</p> <p>۵- کمر درد مزمن:..... ۳۵</p> <p>۶- آرنج تنیس بازان:..... ۳۶</p> <p>۷- سیترما..... ۳۷</p> <p>۸- سیاتیک:..... ۳۷</p> <p>۹- آرتروز..... ۳۹</p> <p>۱۰- پاشنه دردناک:..... ۴۲</p> <p>بیماریهای اندوکراین..... ۴۳</p> <p>۱- دیابت..... ۴۳</p> <p>۲- چاقی..... ۴۵</p>
--	---



مقدمه

از هنگام خلقت بشریت، انسان همواره با دو مسئله عمده بیماری و درمان روبرو بوده است و طی این زمان بسیار دور روشهای گوناگون جهت مداوای بیماران بکار برده است که این روشها شامل درمان طبیعی (مصرف گیاهان دارویی، طب سوزنی، آب درمانی، هومیوپاتی، حجامت، بادکش، انداختن زالو، فصدو...) و درمان شیمیایی و غیره می باشد. با توجه به عوارض سوء ناشی از مصرف بی رویه داروهای شیمیایی که به تدریج بر ملا شده است مجدداً علوم پزشکی در دهه های اخیر رویکرد به طب سنتی پیدا کرده به نحوی که امروزه در سطح جهانی تجویز گیاهان دارویی، انداختن زالو، حجامت و روشهای دیگر درمان طب طبیعی ابعاد وسیعی را به خود گرفته است. لذا ما بدین منظور بر آن شدیم مطالبی را جهت یکی از درمان های طب سنتی با عنوان بادکش درمانی جمع آوری نموده تا با ارائه به علاقه مندان طب سنتی خدمتی هر چند اندک در این راستا انجام داده باشیم.

بادکش می تواند مناطقی از بدن را که به علت عارضه اختلال گردش خون دچار اسپاسم شده با تنظیم ناحیه ای رفلکس و ماساژ نقطه ای مورد نظر، گرفتگی و اسپاسم و درد را بر طرف نماید. مسیر رفلکس یک راه به نقطه رفلکس ستون فقرات و یک راه به سیستم فعال عصبی دارد و در مسیر رشته اعصاب توده مانند تا محل ترشح و انتشار هورمون ها ادامه می یابد و با ترشح این هورمونها مانند مونوکین و سیتوکین سیستم ایمنی بدن فعال و تنظیم می شود. همچنین بادکش می تواند تجمع خون در رگ های بافت پیوندی را به جریان انداخته و موجب تسریع کار متابولیسم ضعیف شده بشود. جریان خون روزها در بافت های ناحیه رفلکس، موجب جذب مواد و تحرکات می شوند لذا راندمان متابولیسم سلولی تشدید و جریان خون تسریع می شود و بافت پیوندی به حالت عادی و سلامت خود برمی گردد.



یک نظریه فوق العاده در زمینه درمان بوسیله بادکش

بادکش یکی از درمانهایی است که اغلب در طب سنتی چین اجرا می‌شود. تاریخ شروع درمان بوسیله آن به زمانهای خیلی قدیم برمی‌گردد. بادکش بعنوان یک روشی که می‌تواند نیمی از بیماریهای مزمن را معالجه نماید شناخته شده است. بنابراین هزاران سال بعنوان درمان مؤثر، کاربرد آسان و هزینه کم در میان مردم چین بسیار رواج داشته است.

همانند سایر درمانهای طبیعی بادکش درمانی نیز در نقاط دیگر جهان مورد استقبال و توجه بیشتر و بیشتر مردم قرار می‌گیرد. با توسعه دانش جدید و تکنولوژی و پیشرفت حداقل سطح زندگی عمومی مردم، سلامتی و زندگی طولانی بعنوان یک هدف بوسیله مردم دنبال می‌شود. با پیشرفت طب و استعمال وسیع داروهای شیمیایی کم کم عوارض فراوان جسمی و روحی این داروها برای همه روشن شده است لذا این مسئله باعث افزایش میل و اشتیاق مردم جهت درمان بیماریها با روشهای طبیعی و بدون مواد سمی و عوارض جانبی شده است.

بادکش درمانی یک فشار منفی درون فنجان است که بوسیله خارج کردن هوا از درون آن تولید می‌شود. بنابراین فنجان را به نقاط مورد نظر که دچار احتقان خون شده است می‌چسبانند و عمل مکیدن باعث فعال شدن آن مناطق و یا عضو مورد نظر می‌شود. استخراج هوا از درون فنجان جریان خون را در آن منطقه زیاد کرده و انسداد کانال را بر طرف می‌کند و توازن ما بین یانگ و یین^(۱) ایجاد شده و مزاج بهبود می‌یابد. روش بادکش درمانی عوارض جانبی و مواد توکسیک به همراه ندارد و به راحتی بکار برده می‌شود، به سلامتی بدن آسیب نمی‌رساند،

۱- بنا به مکتب طب چینی در کل، دوازده «مریدیان» اصلی در بدن انسان وجود دارد شش تای آن یانگ می‌باشد که از بالا به پایین و از آسمان به زمین کشیده می‌شود و شش تای دیگر یین می‌باشد که از پایین به بالا و از زمین به آسمان در جریان است. مریدیان‌ها دارای طول‌های متفاوت و نقاط برجسته‌ی متنوعی هستند. علاوه بر دوازده «مریدیان» ویژه، تعدادی مریدیانهای فرعی نیز وجود دارند که در ارتباط با مریدیان‌های اصلی هستند جریان انرژی در بدن انسان به صورت چرخه بسته‌ای مانند شبکه‌ی جریان گردش خون است هم چنان که در رگ‌ها و مویرگ‌ها خون در جریان است، در مریدیان‌ها انرژی گردش می‌کند. مریدیان‌ها مانند دوایر طولی کره‌ی زمین هستند که از قطبی به قطب دیگر، یعنی از سر به پای ما ارتباط دارند. دوازده مریدیان اصلی، جریان‌های انرژی بدن انسان است.



سریع مورد استفاده قرار گرفته و قابل اجرا در یک سطح وسیعی از بیماریها است.

روش استعمال یا استفاده از بادکش

قرار گرفتن بدن در وضعیتهای متفاوت از قبیل نشستن، خوابیدن روی شکم، به پشت خوابیدن یا در وضعیت جانبی قرار گرفتن در بیماریهای مختلف فرق می‌کند و براساس بیماری انتخاب می‌شود. در هر نوبت اجازه می‌دهیم فنجانها بر روی موضع مورد نظر به مدت ۱۵ - ۱۰ دقیقه قرار بگیرند.

فواصل بین بادکش گذاری از روزی یکبار تا یکروز در میان یکبار متفاوت است و تعداد دفعات بادکش گذاری در یک دوره درمانی ۱۰ - ۷ بار می‌باشد. قبل از شروع یک دوره درمانی دیگر لازم است به مدت ۳ تا ۵ روز به بیمار استراحت داده شود. روشهای متفاوت بادکش می‌تواند بر طبق وضعیتهای متفاوت و شرایط بیماری بکار برده شود:

- ۱ - بادکش ثابت: (بادکش در یک دوره از زمان روی نقاط خاصی از بدن ثابت بماند).
- ۲ - بادکش جنبشی: (بعد از این که بادکش به سطح پوست چسبانیده شد بلافاصله آن را از سطح پوست جدا کرده و چندین بار این کار تکرار می‌شود).
- ۳ - بادکش لغزنده: (بعد از این که بادکش به سطح پوست چسبانیده شد فنجان به سمت بالا و پایین کشیده می‌شود و این حرکت تا آنجایی تکرار می‌شود که پوست بیمار ملتهب (قرمز) شود. جهت تسهیل این امر می‌توان قبل از بادکش گذاری پوست بدن را با روغنهایی از قبیل روغن بادام تلخ یا سیاهدانه چرب نمود).
- ۴ - حجامت‌تر: (استفاده از یک لانت جهت خراش دادن پوست در نقاط تعیین شده که باعث خروج مقداری خون از موضع می‌شود)

بادکش می‌تواند به تنهایی یا گروهی یا به طریقه سبک و سنگین استفاده شود.

برای افراد پیر و ضعیف و بچه‌ها از تعداد بادکش کم، روش سبک و مدت زمان کوتاهی

(ترجیحاً ۱۰ - ۵ دقیقه) استفاده می‌شود.



کنتراندیکاسیون و نکات قابل توجه

- بادکش نباید برای بیماران با مشکلات جدی قلبی یا بیماران مستعد خونریزی، بیماران سرطانی، خانمهای حامله و خانمهایی که در دوران پرپود به سر می‌برند مورد استفاده قرار بگیرد.
- بادکش را نمی‌توان برای نقاطی که زخم دارد یا روی شریانها یا جاهایی که ضربان نبض احساس می‌شود بکار بست.
- استفاده از بادکش در بیماران ترومائی یا افرادی که دارای شکستگی استخوان هستند ممنوع است.
- وقتی که بادکش درمانی صورت می‌گیرد باید هوای اتاق گرم نگهداشته شود تا از مبتلا شدن به سرماخوردگی محافظت شود.
- وقتی که برآمدگی پوستی که بادکش در آنجا چسبانیده شد ظاهر شود عمل بادکش انداختن نرمال است. (ارتفاع نرمال این برآمدگی بین ۱۰ تا ۱۵ میلی متر تا قله برآمدگی است).
- وقتی که فرد مورد نظر دارای بیماری جدی و خطرناکی است بطور روتین کار استریلیزاسیون بکار برده شود.
- ضد عفونی کردن با الکل ۷۵٪ آنها را از انتقال عفونت محافظت می‌نماید.

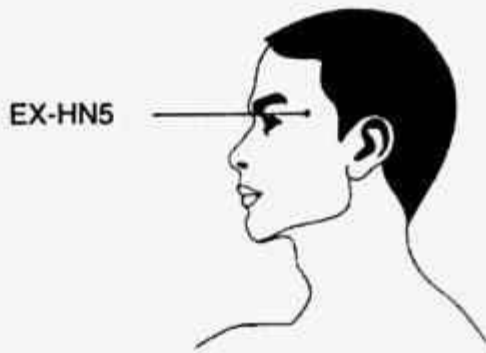
بیماریهای دستگاه تنفسی

A - آنفلوانزا:

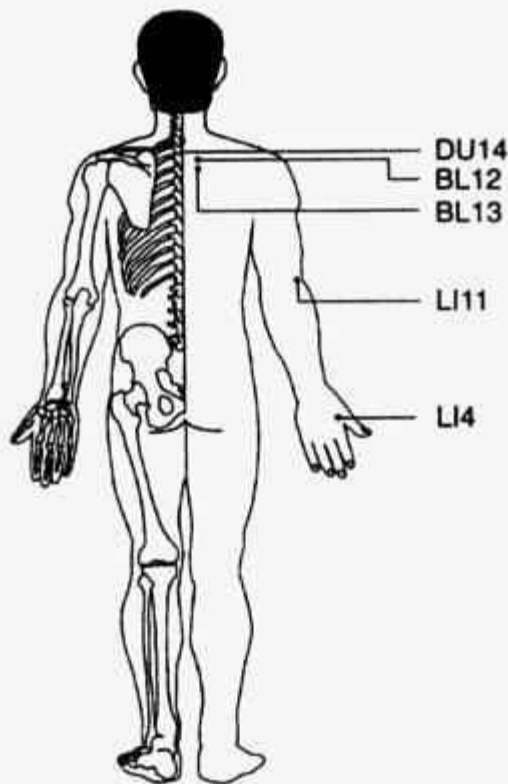
علائم بالینی: دوره نهفته کوتاه ۷۲ - ۱۸ ساعت با شروع برق آسا بصورت تب و علائم ریوی ۳-۴ روزه، (این بیماری بقدری برق آسا شروع می‌شود که بیماران حتی ساعت شروع را بیاد دارند) سر درد، ضعف، میالژی و بی‌اشتهائی شدید و وجود دارد و بیمار خیلی زود در رختخواب می‌افتد. میالژی و سردرد ناراحت کننده هستند. گاهی یک میوزیت حاد یک هفته پس از علائم تنفسی در نوع B دیده می‌شود. آرترالژی هم شایع است.

علائم چشمی: کمتر شایع هستند ولی برای تشخیص مفیدند از قبیل فتوفوبی، اشکریزش، سوزش و درد کره چشم.





شکل شماره (۱) - آنفلوانزا



شکل شماره (۲) - آنفلوانزا

در مراحل اولیه علائم تنفسی نظیر سرفه خشک و ترشح بینی معمولاً بصورت خفیف در بیماران مشاهده می شود.

انسداد بینی و خون دماغ و گرفتگی صدا و گلو درد هم ممکن است دیده شود. تب در پایان روز اول میتواند به ۴۱ برسد ولی از روزهای بعد پایین تر می آید و ۳ تا ۴ روز بیشتر طول نمی کشد. گاهی مجدداً در روزهای سوم یا چهارم بالا می رود.

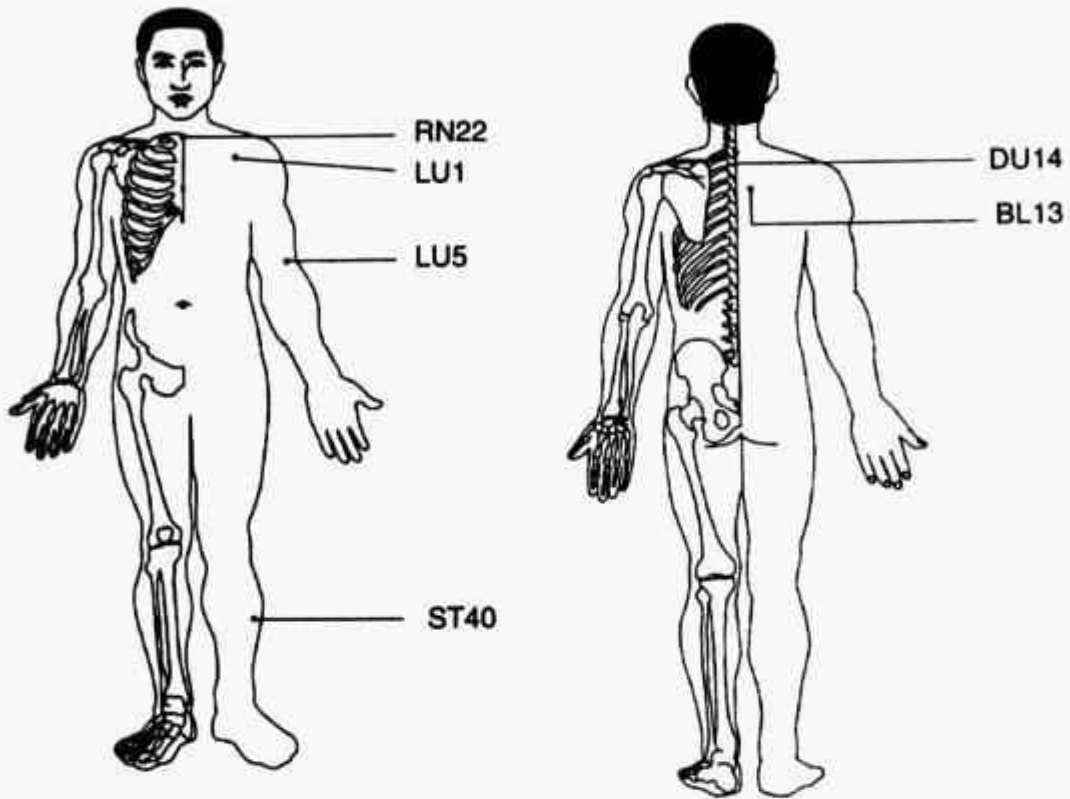
آدنویاتی دردناک گردنی، بندرت اسهال، اوتیت و پاروتیدیت مشاهده می شود.

علائم تنفسی: با افت تب، سرفه مزاحم و درد و سوزش زیر جناغ به علاوه انسداد و ترشح بینی و گلو درد ظاهر می گردد. عوارض ریوی بخصوص در زنان باردار و افراد پیر قابل توجه و مهم است. پنومونی می تواند ناشی از خود ویروس یا ثانویه (باکتریال) باشد و کسانی که بیماری قلبی، کلیوی و دیابت دارند نسبت به عوارض ریوی مستعدتر هستند.



B - برونشیت حاد:

علائم بالینی: سرفه به همراه خلط فراوان، درد قفسه سینه، تنفسهای کوتاه و تنگی نفس



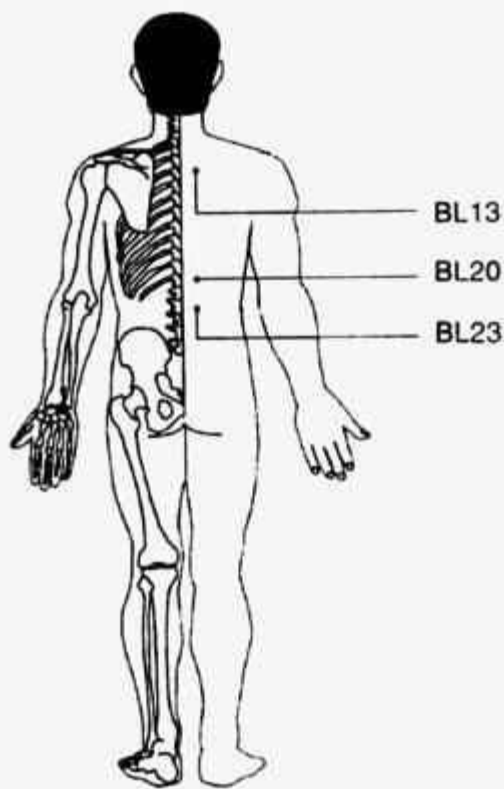
شکل شماره (۳) - برونشیت حاد

شکل شماره (۴) - برونشیت حاد

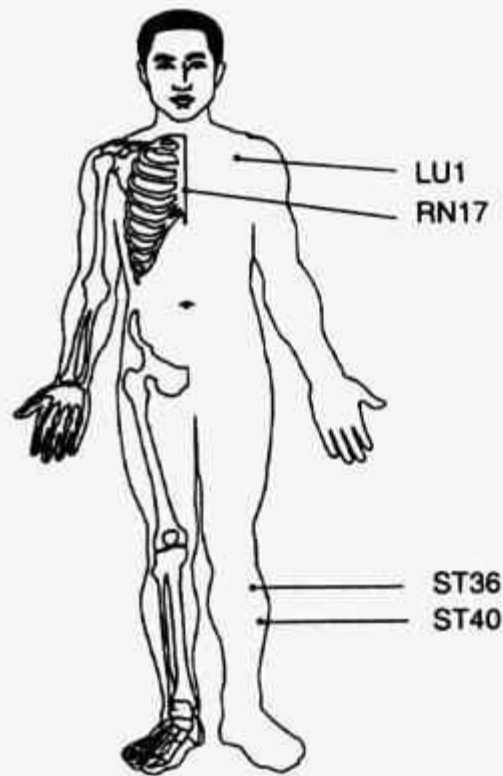
C - برونشیت مزمن:

علائم بالینی: شامل ترشح بیش از حد موکوس درخت تراکتو برونشیاال به میزانی که موجب سرفه و خلط به مدت حداقل ۳ ماه در سال و برای ۲ سال پیاپی شود. برونشیت مزمن ساده با تولید خلط موکوئیدی مشخص می شود در حالی که برونشیت مزمن موکو پورولانت با وجود خلط چرکی مداوم یا مکرر بدون وجود بیماری چرکی مثل برونشکتازی تظاهر می یابد. بعضی از بیماران که دارای انسداد راههای هوایی نیز می باشند به نام برونشیت مزمن همراه با انسداد نامیده می شوند. این بیماری در گروهی از بیماران که در صورت تماس با مواد محرک خاص دچار علائم انسداد می شوند، به نام برونشیت مزمن آسماتیک یا آسم عفونی مزمن نامیده می شوند.





شکل شماره (۵) - برونشیت مزمن



شکل شماره (۶) - برونشیت مزمن

D - آسم برونشیال: یک بیماری راههای هوایی است که در آن افزایش پاسخ درخت تراکتوبرونشیال به محرک‌های مختلف دیده می‌شود. در آسم، مجاری هوایی به طور منتشر تنگ می‌شوند که ممکن است به طور خود بخودی یا به دنبال درمان بر طرف گردند. آسم یک بیماری دوره‌ای می‌باشد که بیمار در فواصل حملات سالم و بدون علامت است. مدت اغلب حملات از چند دقیقه تا چند ساعت می‌باشد.

تریاد بالینی آسم آلرژیک عبارت است از: حملات تنگی نفس، سرفه و ویز (خس خس سینه) از لحاظ اپیدمیولوژی و کلینیکی آسم را می‌توان به دو گروه آسم آلرژیک و آسم ایدیوسنکراتیک تقسیم نمود.

مشخصات آسم آلرژیک عبارتند از:

۱ - سابقه وجود بیماریهای آلرژیک مانند رینیت، کهیر و اگزما در خود بیمار یا خانواده او.

۲ - ایجاد واکنشهای کهیری به دنبال تزریق داخل پوستی آنتی ژنهای معلق در هوا،



۳- سطح بالای IgE در بیمار

۴- نتایج آزمونهای تحریکی مانند استنشاق آنتی ژنهای خاص در مبتلایان به آسم مثبت است.

مشخصات آسم ایدیوسنکراتیک عبارت است از:

۱- سابقه بیماریهای آلرژیک در خود یا خانواده او وجود ندارد.

۲- سطح IgE سرم در این افراد طبیعی است.

۳- نتایج آزمونهای پوستی آنها منفی می باشد. بعضی از بیماران به هیچ یک از گروههای فوق تعلق نداشته و دارای اتیولوژی متعددی می باشد. به طور کلی آسمی که در کودکی شروع می شود اغلب آلرژیک است و آسمی که در بزرگسالی ایجاد می گردد معمولاً غیر آلرژیک و یا دارای اتیولوژی متعدد می باشد.

محرک های ایجاد کننده آسم ۷ گروه هستند که عبارتند از:

۱- آلرژن ها: آسم آلرژیک وابسته به IgE می باشد.

۲- محرک های دارویی: شایعترین داروهایی که موجب حمله آسم می گردند عبارتند از:

آسپرین، مواد رنگی مانند تارترازین، آنتاگونیست های β آدرنرژیک و عوامل سولفیتی.

۳- محرک های محیطی و آلودگی هوا: ازن، دی اکسید نیتروژن و دی اکسید گوگرد مهمترین

آلوده کننده های هوا هستند.

۴- فاکتورهای شغلی.

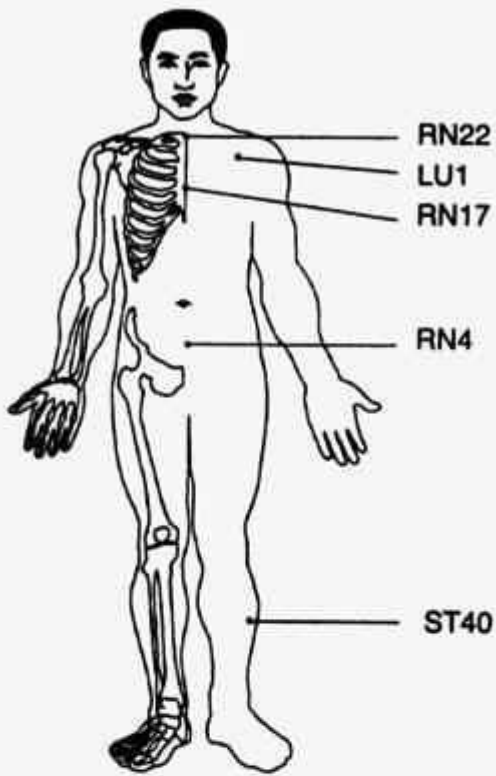
۵- عفونت ها: عفونت های تنفسی شایعترین عوامل زمینه سازی ایجاد کننده حملات آسم

می باشند

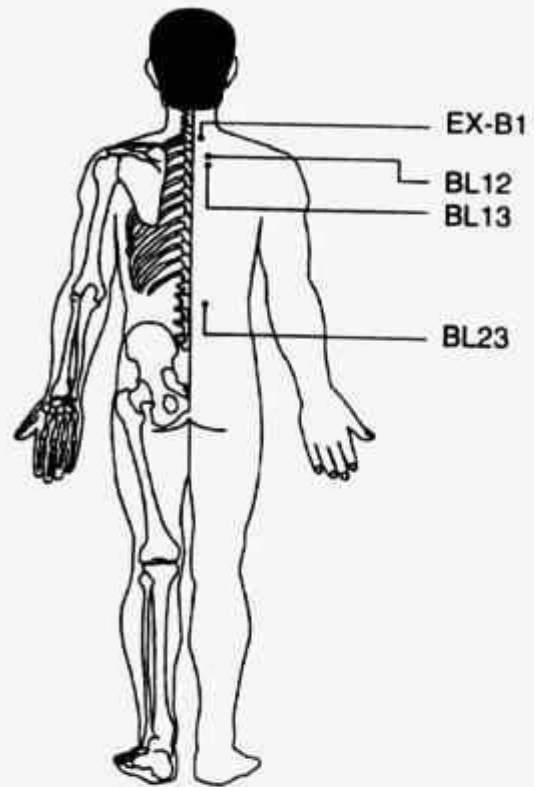
۶- وضعیت های هیجانی و استرس.

۷- ورزش.





شکل شماره (۷) - آسم برونشیا



شکل شماره (۸) - آسم برونشیا

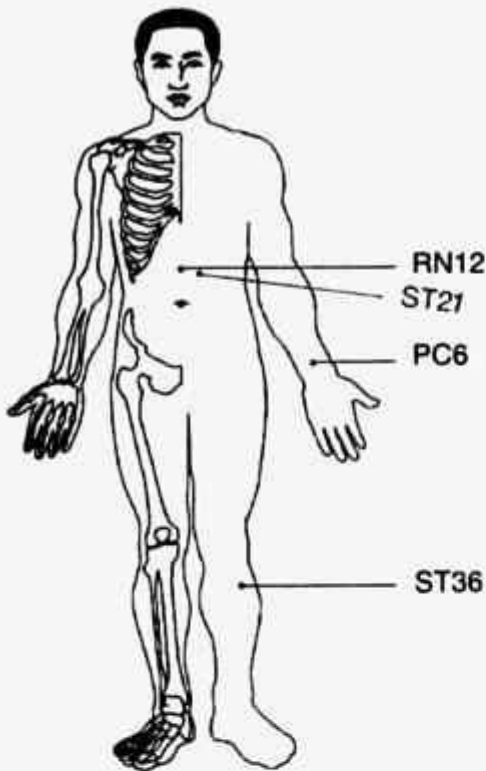


بیماریهای دستگاه هاضمه

A- گاستریت حاد و استرس اولسر:

سبب شناسی: آسپرین، الکل، استرس و شوک، ضربه مغزی (زخمهای کوشینگ)، سوختگی منتشر، مواد سوزان، عفونت حاد باکتریال، اشعه، هیپوکلریدی اپیدمیک، گاستروانتریت ویروسی، هپاتیت گاستروانتریت استاف، سالمونلوز، هلیکوباکتر پیلوری، سیگار، اورمی، رفاکس صفراوی، اتساع حاد معده، قرص آهن، KCL.

بیماریزایی: آسیب مستقیم مخاط (مواد سوزان، اشعه)، عفونت سلولهای مخاطی (گاستروانتریت)، ایسکمی مخاط، (شوک) کاهش مقاومت مخاط.



شکل شماره (۹) - گاستریت حاد و استرس اولسر

آسپرین در همان نقطه که قرار می‌گیرد آسیب می‌زند و اغلب در مالوری ویس دخالت دارد. زخمهای ایسکمیک مخاطی در دوازدهه، شایع‌تر و معمولاً متعددند.

علائم بالینی: یکی از علائم مهم GIB (خونریزی دستگاه گوارش) است. هماتمز (استفراغ خونی) زیاد نشانه باز شدن زخم به درون یک رگ بزرگ است. درد شایع نیست. ممکن است فقط بصورت بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ باشد و ۳۰٪ افراد سالم در بیوپسی معده گاستریت نشان می‌دهند که این امر نشاندهنده این مطلب است که گاستریت می‌تواند بی‌علامت باشد.

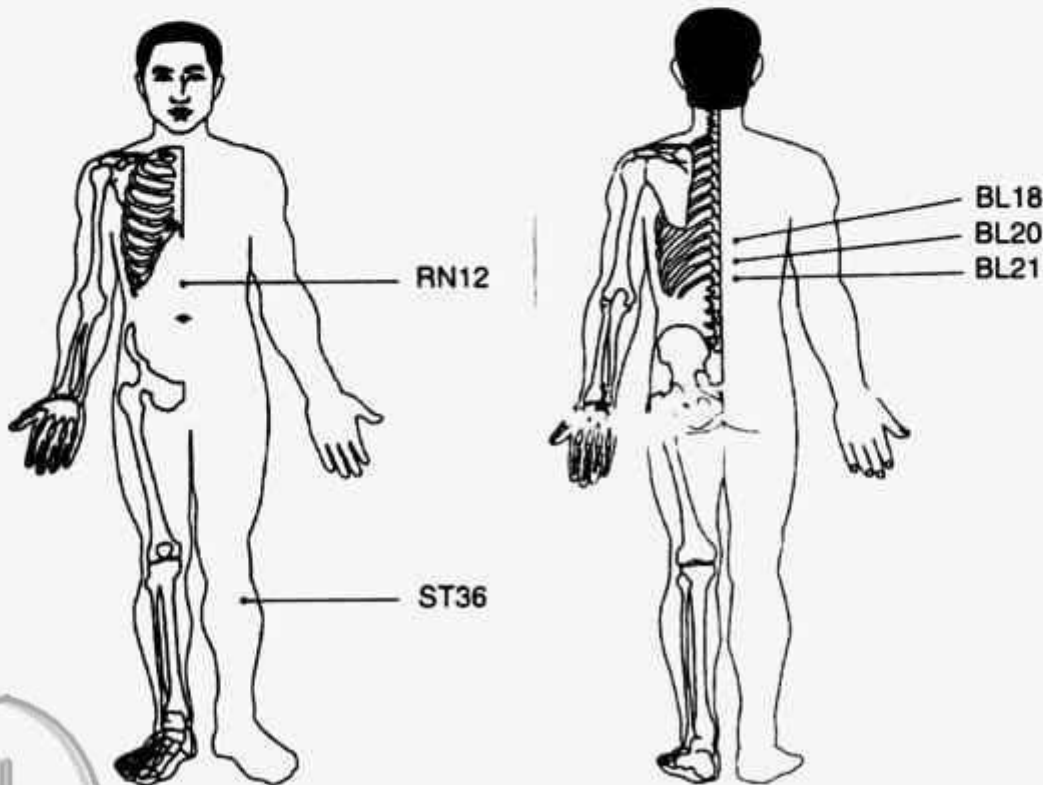
تشخیص با اندوسکوپی صورت می‌گیرد. دوره گاستریت حاد معمولاً ۱-۲ روز است. بجز هیپوکلریدی اپیدمیک که سیر نیمه مزمن پیدا می‌کند.

B - گاستریت مزمن:

تشخیص بر اساس اندوسکوپی و آسیب شناسی صورت می‌گیرد. ممکن است موضعی باشد.



در نوع A سر و تنه معده گرفتار می شود و در نوع B آتر بیشتر مبتلا می گردد. سبب شناسی و بیماریزایی: اشعه، سوء تغذیه، بیماریهای اندوکراین و عفونی همگی مورد بحث هستند. الکل، اسپرین و خاک خوری و همچنین رفلاکس صفراوی نیز مطرح است. ایمونوپاتوژنز بیشتر از همه مطرح است بخصوص برای نوع A با آنتی بادی ضد سلول پاریتال که عده ای آنمی بدخیم پیدا می کنند. در عده ای از افراد مبتلا، نوعی آنتی بادی ضد سلولهای مولد گاسترین وجود دارد و می تواند همراه با زخم پپتیک باشد و بعنوان یک عامل برای سرطان معده شناخته شده و ارث هم دخالت دارد. تقریباً در تمام موارد نوع B احتمالاً هلیکوباکتر پیلوری یافت شده و تنها یک عامل ثانویه نیست زیرا در افراد داوطلب گاستریت ایجاد کرده است. علائم بالینی: باز هم بسیاری از بیماران بی علامت هستند یا علائم غیر اختصاصی مثل درد اپیگاستر، تهوع و استفراغ دارند، رابطه با اولسرو سرطان ذکر شد. بیماری در سنین بالا بیشتر دیده می شود. با مرور زمان گاهی گاستریت سطحی به نوع آتروفیک تبدیل می شود.



شکل شماره (۱۰) - گاستریت مزمن

شکل شماره (۱۱) - گاستریت مزمن



C- گاستروانتریت حاد

GE استافیلوکوکی - اکثراً سم میکروب وارد می شود گر چه خود میکروب هم می تواند تکثیر یابد. غذاهای آلوده عبارتند از شیر و لبنیات، تخم مرغ، سیب زمینی و گوشت مانده در دمای اتاق بخصوص اگر دستکاری شده باشند (سالاد اولویه و سالادهای دیگر، کتلت، کوکوی سیب زمینی، گوشت کوبیده و چرخ کرده و....)

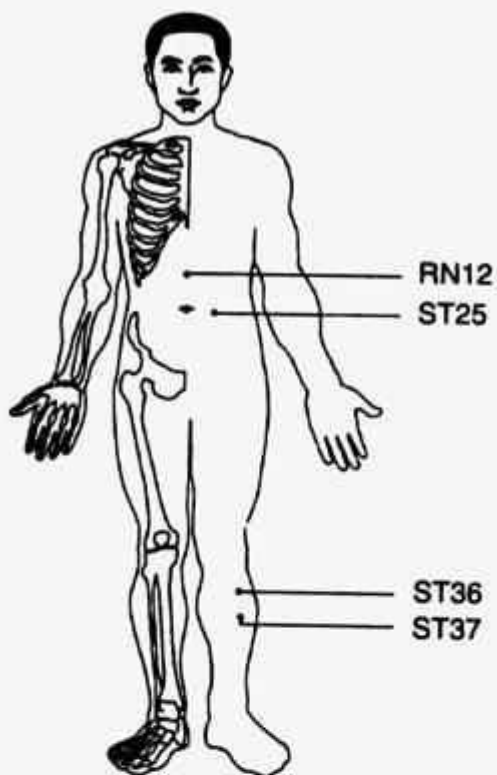
دوره نهفته ۸-۱ ساعت است ولی از ۱۸ - ۰/۵ ساعت نیز گزارش شده است. شروع ناگهانی دل پیچه و حالت تهوع پیایی، سیالوره، (جاری شدن بزاق از دهان) تهوع و استفراغ شدید و اسهال خفیف و گاهی تب. بیماری خیلی سریع شروع می شود و سریع خاتمه می یابد و بیمار ظرف ۴۸ - ۲۴ ساعت خوب می شود ولی موارد بی علامت نادرند.

باسیلوس سرئوس: از نظر بالینی دو نوع بیماری ایجاد می کند: یکی استفراغ (شبه استف) که با برنج پخته در ارتباط است و یکی اسهال شبیه پرفرانژنس با دوره نهفته طولانی تر این بیماری خفیف بوده و دوره آن کوتاه است.

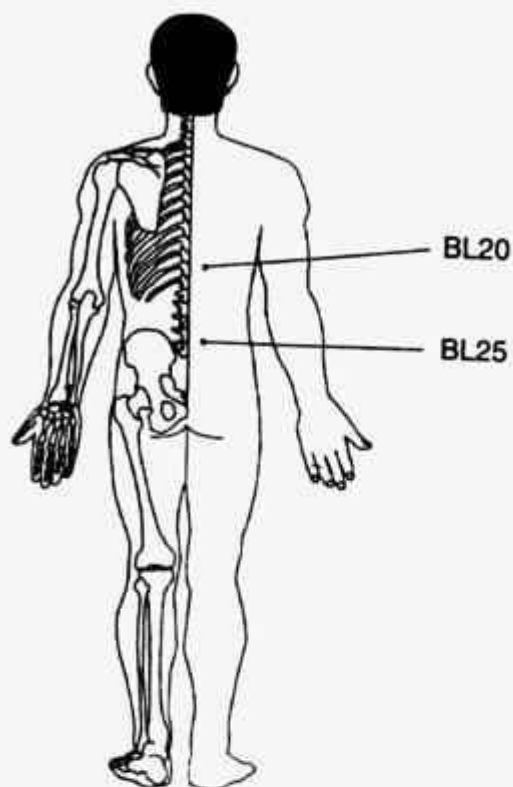
گاستروانتریت ویروسی: روتاویروس، ویروس نورواک و سایر ویروسها.

علائم: پس از دوره نهفته ۹۶ - ۲۴ ساعت برای روتاویروسها و ۴۸ - ۱۸ ساعت برای سایر گروهها با تهوع و استفراغ شدید. (که حتی گاهی صبح به بیمار فرصت بلند شدن از رختخواب را نمی دهد)، دل پیچه، اسهال، سردرد، میالژی، تب، علائم سرماخوردگی





شکل شماره (۱۲) - گاستریت حاد



شکل شماره (۱۳) - گاستریت حاد

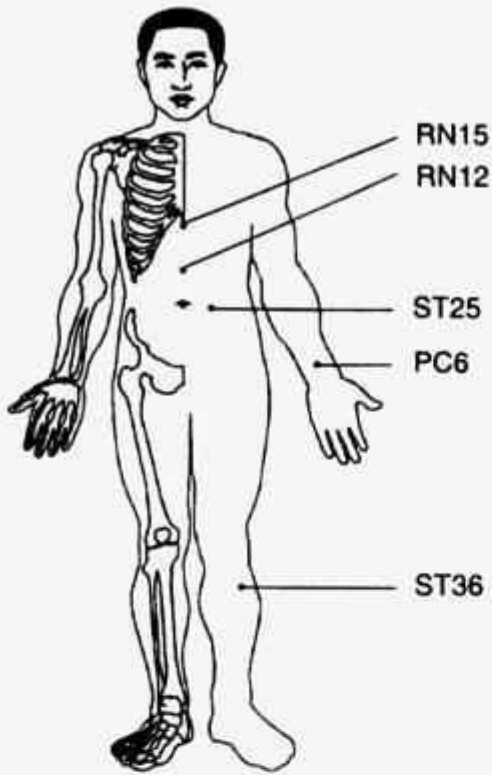
D - اسپاسم معده:

علائم بالینی: درد حاد و ناگهانی در قسمت فوقانی شکم که همراه است با تهوع و استفراغ و اغلب سابقه گاستریت حاد و مزمن را داشته همچنین زخم معده و اثنی عشر را نیز ذکر می کند.

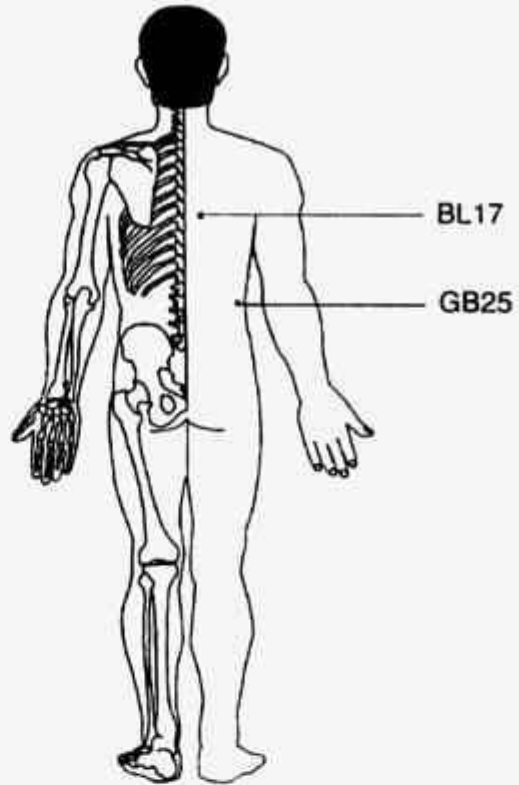
E - اسپاسم دیافراگم:

علائم بالینی: سسکه های مکرر، گرفتگی مجرای غذا و صدا.

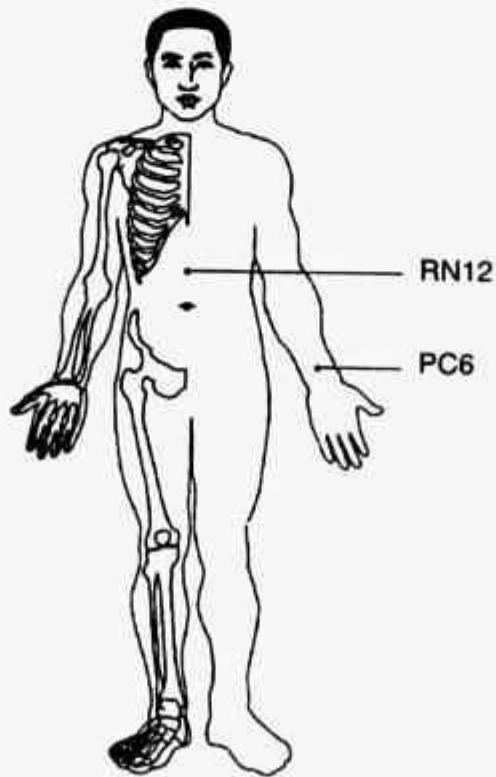




شکل شماره (۱۴) - اسپاسم معده



شکل شماره (۱۵) - اسپاسم دیافراگم



شکل شماره (۱۶) - اسپاسم دیافراگم



F - یبوست:

یبوست شکایت شایعی می باشد که تعریف آن دشوار است در طب جدید به اجابت مزاج کمتر از ۳ بار در هفته یبوست گفته می شود ولی تعداد اجابت مزاج به تنهایی معیار مناسب و کافی جهت تعریف یبوست نمی باشد زیرا در بعضی از افراد مبتلا به یبوست، اجابت مزاج طبیعی بوده، اما از زور زدن بیش از حد، مدفوع سفت، پری قسمت تحتانی شکم و احساس دفع ناقص شکایت دارند.

ابوعلی سینا در کتاب قانون راجع به یبوست چنین می فرماید: یک فرد سالم باید به تعداد دفعات میل غذا دفع مدفوع داشته باشد مثلاً اگر روزی سه وعده غذا می خورد سه بار نیز باید شکم او تخلیه گردد. ضمناً قوام مدفوع باید به قوام عسل باشد و نباید مدفوع شکل خاصی بخود بگیرد و در غیر اینصورت یبوست تلقی می شود.

سبب شناسی: از نظر فیزیوپاتولوژی، یبوست غالباً به علت اختلال انتقال در کولون یا اختلال در عملکرد مقعد و رکتوم به دلیل اختلالات حرکتی اولیه، بعضی از داروها و بیماریهای سیستمیک می باشد. یبوست در اثر بیماریهای مزمنی که موجب نقص فیزیکی یا مغزی می شوند و سبب عدم فعالیت یابی حرکتی می گردند شدت می یابد، عوامل دیگری که موجب تشدید یبوست می شوند عبارتند از: فقدان فیبر در مواد غذایی، ضعف عمومی عضلانی و احتمالاً استرس و اضطراب.

در اشخاصی که به تازگی دچار یبوست شده اند باید به یک ضایعه انسدادی در کولون مشکوک شد. علاوه بر نئوپلاسم کولون علل دیگری که موجب انسداد کولون می شوند عبارتند از: تنگی (ناشی از ایسکمی کولون، بیماری دیورتیکولر و بیماریهای التهابی روده)، جسم خارجی و تنگی های معقد.

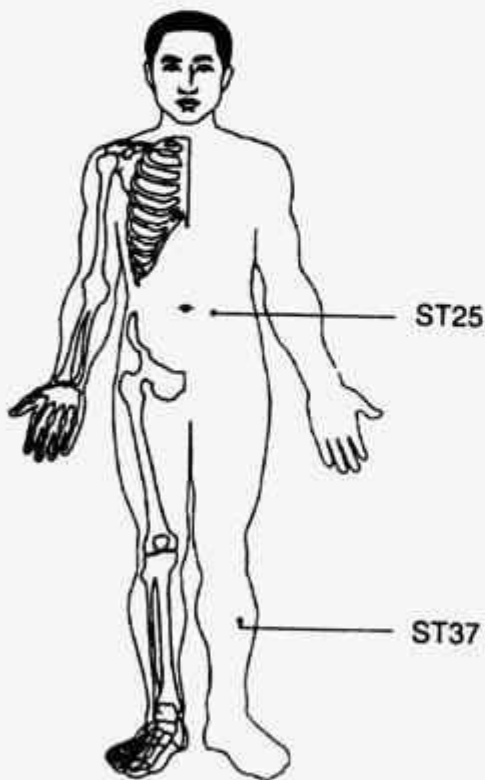
بیماریهای که موجب یبوست می شوند:

- ۱- اسکروز مولتیپل
- ۲- عفونت انگلی شاگاس
- ۳- بیماری هیرشپرونگ
- ۴- پارکینسونیسم و حوادث عروقی مغز.

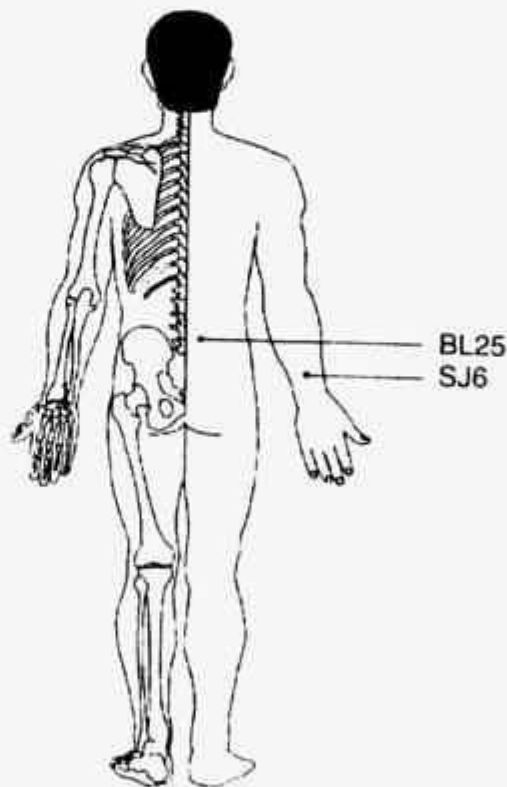
داروهایی که موجب یبوست می شوند عبارتند از: داروهای آنتی کولینرژیک (مانند ضد



افسردگی‌ها و آنتی سایکوتیک‌ها) کدئین، داروهای ضد درد مخدر، آنتی اسیدهای حاوی کلسیم یا آلومینیوم، سوکرافات، مکمل‌های آهن دار، بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم. بیماری‌های آندوکراین مانند دیابت شیرین و هیپوتیروئیدی سبب یبوست می‌شوند. یبوست در حاملگی شایع است و علت آن تغییر در مقدار استروژن و پروژسترون می‌باشد بیماری‌های کلاژن و اسکولار نیز ممکن است سبب یبوست شوند. در یبوست ایدیوپاتیک کودکان تصور می‌گردد که عوامل روانی و فیزیولوژیک هر دو در ایجاد آن نقش دارند. پرولاپس رکتوم و رکتوسل از علل دیگر یبوست هستند.



شکل شماره (۱۷) - یبوست



شکل شماره (۱۸) - یبوست

G - زخم دستگاه گوارش:

الف - زخم دوازدهه: یک بیماری مزمن و عودکننده است. غالباً این زخمها عمیق و دارای حاشیه واضحی هستند این زخمها از مخاط و زیر مخاط می‌گذرند و به موسکولاریس بروریا



می‌رسند. سیر طبیعی زخم دوازدهه شامل بهبودی خود به خودی و عودهای مکرر می‌باشد. ۶۰٪ زخمهای التیام یافته در طی مدت یکسال و ۹۰-۸۰٪ آنها در عرض دو سال بعد از بهبودی عود می‌نمایند.

سبب شناسی: زخم پپتیک ناشی از عدم تعادل بین عوامل مهاجم به خصوص اسید معده و پپسین و عوامل حفاظتی شامل موکوس معده، بی‌کربنات و پروستاگلاندین هاست. هلیکوباکتر پیلوری نقش مهمی در ایجاد زخم پپتیک دارد ۱۰۰-۹۵٪ بیماران مبتلا به زخم دوازدهه و ۷۵-۸۵٪ از مبتلایان به زخم معده دارای این ارگانیسم هستند.

علائم بالینی: درد اپی گاستر شایعترین علامت زخم دوازدهه است.

در ۱۰٪ بیماران درد در سمت راست اپی گاستر می‌باشد. مشخصه درد زخم دوازدهه این است که ۹۰ دقیقه تا ۳ ساعت بعد از خوردن غذا ایجاد می‌شود و اغلب بیمار را شبها از خواب بیدار می‌نماید. غالباً چند دقیقه بعد از خوردن غذا یا آنتی اسید درد بیمار تسکین پیدا می‌کند. اگر درد زخم مداوم بوده و به وسیله غذا یا آنتی اسید تسکین نیابد یا به پشت یا ربع فوقانی شکم انتشار یابد، نشان دهنده سوراخ شدن زخم است.

اگر درد زخم دوازدهه با خوردن غذا شدت یابد و یا همراه با استفراغ باشد، در اغلب موارد حاکی از انسداد راه خروجی معده می‌باشد. درد ناگهانی شدید و منتشر تمام شکم نشان دهنده سوراخ شدن زخم است.

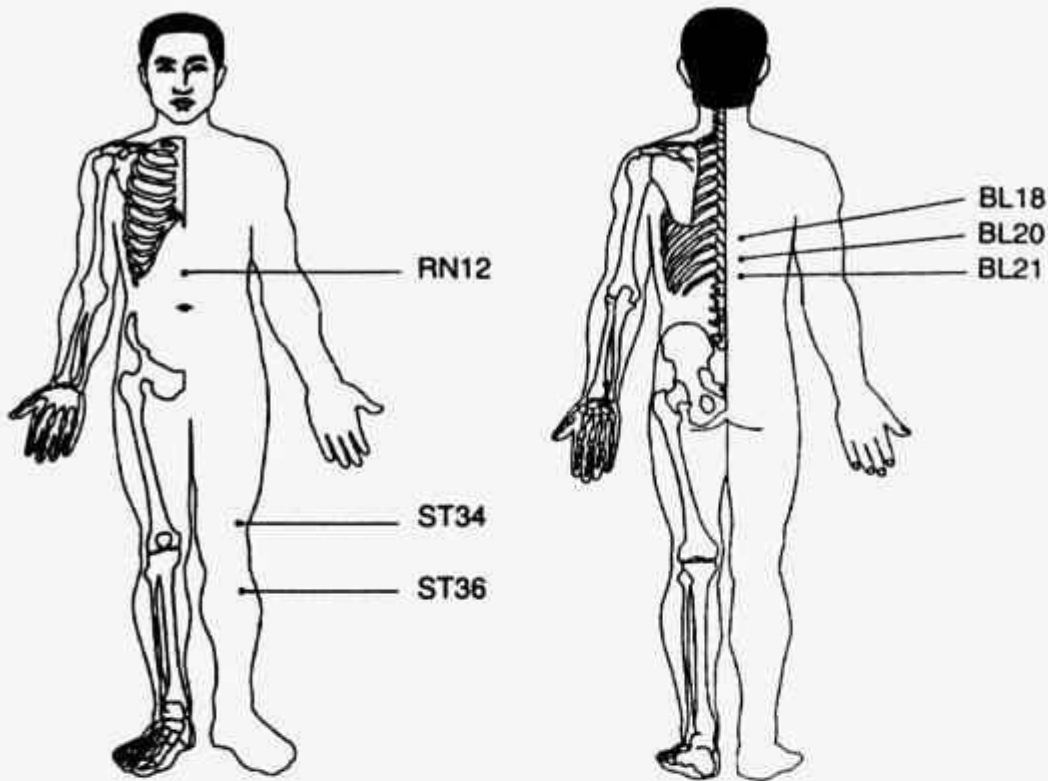
ب - زخم معده: شایعترین دوره سنی شیوع زخم معده در دهه ششم زندگی، یعنی تقریباً ۱۰ سال پس از زخم دوازدهه می‌باشد.

سبب شناسی: اسید و پپسین در پاتوژنز زخم معده نقش مهمی دارند. مبتلایان به زخم معده زودتر از مبتلایان به زخم دوازدهه دچار عفونت با هلیکوباکتر پیلوری می‌شود.

علائم بالینی: درد اپی گاستر شایعترین علامت زخم معده می‌باشد. درد ممکن است با خوردن غذا ایجاد یا شدت یابد. تخفیف علائم با خوردن آنتی اسید و غذا نسبت به زخم دوازدهه کمتراست.

عوارض: خونریزی از عوارض شایع بوده و همچنین مرگ و میر ناشی از سوراخ شدن معده تقریباً ۳ برابر مرگ و میر ناشی از سوراخ شدن دوازدهه می‌باشد.





شکل شماره (۱۹) - زخم دستگاه گوارش

شکل شماره (۲۰) - زخم دستگاه گوارش

بیماریهای دستگاه قلب و عروق

I - آنژین صدری:

الف) آنژین صدری پایدار: این سندرم بالینی حمله‌ای به علت ایسکمی گذرای میوکارد ایجاد می‌شود. ۷۰٪ مبتلایان به آنژین صدری مردان هستند.

یک بیمار مبتلا به آنژین صدری، به طور مشخص مرد ۶۰ - ۵۰ ساله یا زن ۷۵ - ۶۵ ساله‌ای است که به علت ناراحتی قفسه سینه به صورت سنگینی، فشار، احساس خفگی یا درد واضح به پزشک مراجعه می‌نماید. این بیمار محل درد را با یک مشت بسته روی استرنوم نشان می‌دهد.

ناراحتی قفسه سینه معمولاً به طور متناوب کم و زیاد می‌شود و غالباً ۵-۱ دقیقه طول می‌کشد.

آنژین صدری ممکن است به شانه چپ، هر دو بازو (سطح داخلی ساعد)، دست و پشت گردن، فک واپی گاستر انتشار یابد. اگر چه آنژین صدری غالباً به علت فعالیت (ورزش، فعالیت جنسی)



یا هیجان (استرس، ترس یا نومییدی) ایجاد شده و با استراحت رفع می‌گردد، اما ممکن است در حالت استراحت یا هنگام شب که بیمار خوابیده است نیز بوجود آید.

ب) آنژین صدری ناپایدار: بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار به سه دسته زیر تقسیم می‌گردند:

A - بیماران مبتلا به آنژین صدری که درد آنها اخیراً (کمتر از ۲ ماه) ایجاد شده، درد شدید بوده و در روز سه بار یا بیشتر حمله صورت می‌گیرد.

B - مبتلایان به آنژین صدری شدت یافته یعنی کسانی که به آنژین پایدار مزمن مبتلا هستند ولی دفعات، شدت و مدت آن بطور واضح افزایش یافته است.

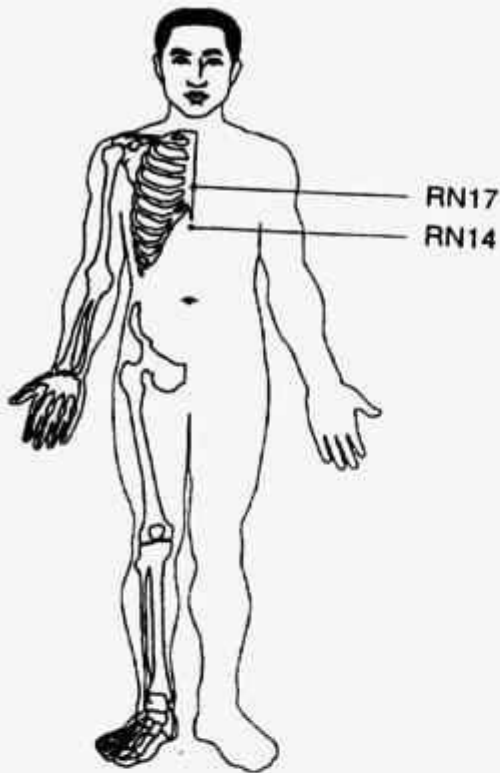
C - مبتلایان به آنژین صدری در هنگام استراحت.

* آنژین صدری ناپایدار ممکن است اولیه باشد. همچنین می‌تواند مدت کوتاهی بعد از MI اتفاق افتد.

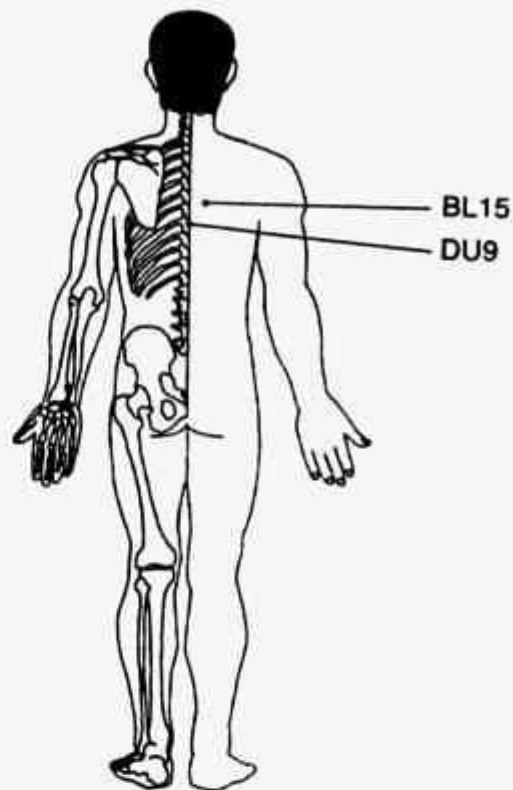
ج) آنژین متغیر پرینزمتال: نوعی آنژین ناپایدار می‌باشد که با حملات ایسکمی شدید دراز مدت ناشی از اسپاسم موضعی عروق کرونر مشخص می‌گردد.

نکته: بیمارانی که در هنگام استراحت درد دارند یا دچار آنژین صدری بعد از MI می‌شوند باید سریعاً در بیمارستان بستری گردند و در این بیماران نباید تنها به درمان با بادکش اکتفا گردد.





شکل شماره (۲۱) - آنژین صدری



شکل شماره (۲۲) - آنژین صدری

II- هیپرتانسیون (فشار خون بالا):

مرز مشخصی بین فشار خون طبیعی و هیپرتانسیون وجود ندارد لذا حدود قرار دادی برای تعیین فشار خون در نظر گرفته شده است.

نکته: در صورت مشکوک شدن به هیپرتانسیون باید لااقل ۲ بار و طی دو معاینه جداگانه فشار خون را اندازه گیری کرد.

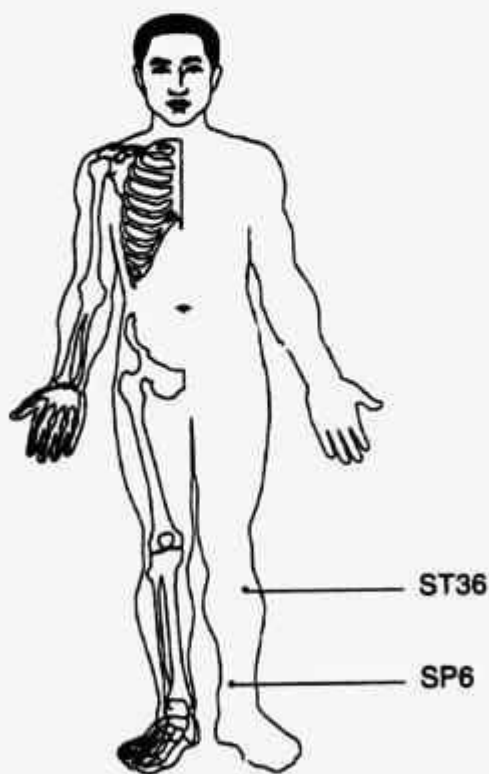
نکته: فشار خون مناسب برای قلب و عروق کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه است. اگر چه فشار پایین احتیاج به بررسی دارد.

نکته: فشار خون بالاتر از ۲۰۰/۱۴۰ را فشار خون بدخیم گویند. ادم پایی توام با خونریزی و آگزودا دررتین نشان دهنده فشار خون بدخیم است.

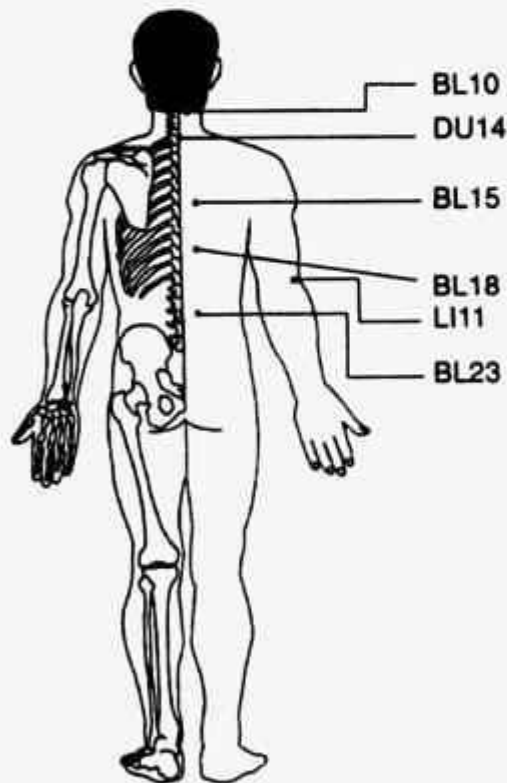
علائم بالینی: سردرد از علائم مهم بیماران مبتلا به هیپرتانسیون شدید است. سردرد این بیماران در ناحیه اکسی پیتال (پس سر) بوده و معمولاً در هنگامی که بیمار از خواب بیدار



می شود وجود داشته و پس از چند ساعت خود به خود بهبود می یابد سایر علائم عبارتند از: سرگیجه، تپش قلب، خستگی زود رس و ناتوانی جنسی. علائم بیمارانی که دچار هیپرتانسیون ثانویه به علت یک بیماری زمینه ای هستند عبارتند از: پر ادراری، پرنوشی وضعف عضلانی ناشی از هیپوکالمی در مبتلایان به هیپرآلدوسترونیزم اولیه. سردرد، تپش قلب، تعریق و سرگیجه وضعیتی در بیماران مبتلایان به فشوکروموسیتوم. بالا رفتن وزن و عدم ثبات روانی در سندرم کوشینگ.



شکل شماره (۲۳) - هیپرتانسیون



شکل شماره (۲۴) - هیپرتانسیون



طبقه‌بندی فشارخون در افراد بالاتر از ۱۸ سال

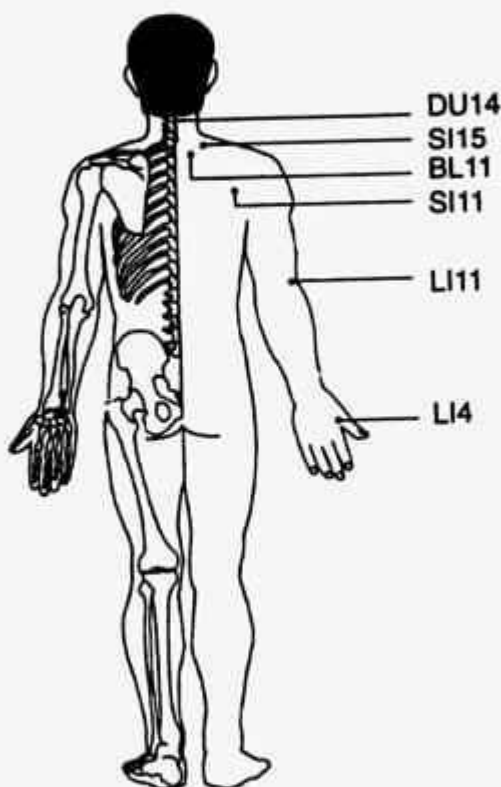
فشار دیاستولی (mm.Hg)	فشار سیستولی (mm.Hg)	
۸۵ >	۱۳۰ >	طبیعی
۸۵-۸۹	۱۳۰-۱۳۹	طبیعی بالا هیپرتانسیون
۹۰-۹۹	۱۴۰-۱۵۹	مرحله ۱ (خفیف)
۱۰۰-۱۰۹	۱۶۰-۱۷۹	مرحله ۲ (متوسط)
۱۱۰-۱۱۹	۱۸۰-۲۰۹	مرحله ۳ (شدید)
۱۲۰ ≤	۲۱۰ ≤	مرحله ۴ (بسیار شدید)



بیماریهای استخوان و مفاصل

آرتروز گردن (اسپوندیلوز گردن): بدرجاتی تقریباً همیشه در اشخاص بالای ۵۰ سال وجود دارد. از دیسکهای بین مهره‌ای شروع می‌شود و بطور ثانویه بر مفاصل مهره‌ای خلفی اثر می‌گذارد. بیشتر سه مهره تحتانی گردن را می‌گیرد. چاقی نیز در ایجاد این بیماری دخیل است.

علائم بالینی: در صورت میلوپاتی علائم فشاری روی خود نخاع است و فلج اندام تحتانی رخ می‌دهد ولی در صورت رادیکولوپاتی درد ریشه‌ای اندام فوقانی وجود دارد و بالاخره یک درد موضعی روی خود مهره‌های گردنی احساس می‌شود. گرفتگی عضلات گردن وجود دارد ولی شدت آن کمتر از فتق است. درد حالت نوسانی و دوره‌ای دارد. گرفتاری مهره‌های فوقانی گردن بصورت سردرد ناحیه پس سر ظاهر می‌کند. رادیکولوپاتی بصورت درد راجعه‌ای است که روی شانه پخش می‌شود و حتی تا انگشتان می‌رسد. ممکن است پارستزی (بی‌حسی) در دست بخصوص در



شکل شماره (۲۵) - آرتروز گردن

شب وجود داشته باشد. نورالژی C8 با درد قلبی اشتباه می‌شود و در این نوع نورالژی درد در سمت داخلی ساعد احساس می‌شود در حالیکه در نورالژی C6 درد در سمت خارجی ساعد احساس می‌شود. کاهش حس لمس و تمیز بین دو نقطه در درماتومهای مزبور وجود دارد. ضعف عضلانی بارز نیست. در صورت میلوپاتی پاراپلژی اسپاستیک رخ می‌دهد. در میلوپاتی بالای C5 بی‌اختیاری ادرار و مدفوع هم وجود خواهد داشت. تست باینسکی مثبت است ولی



سطح حسی زیاد مشخص نیست بلکه پارستزی بارز مهمی وجود دارد. در معاینه اسپاسم معمولاً خیلی شدید نیست اما محدودیت خفیف حرکات گردن در تمام جهات وجود دارد گرچه حتی در شدیدترین حالات ممکن است اکستانسیون محدود نشود. پیشرفت علائم عصبی بصورت آتروفی و فاسیکولاسیون اندام فوقانی و پارزی اسپاستیک در اندام تحتانی کند و نامحسوس است بطوری که با ALS اشتباه می شود، ولی بر خلاف آن تغییرات حسی در اندام تحتانی وجود دارد و فاسیکولاسیون زبان موجود نیست. گردن ممکن است مختصری کیفوتیک باشد. عضلات خلفی گردن دردناکند ولی در حالت اسپاسم نیستند. علائم رادیوگرافی: باریک شدن فضای مفصلی و تشخیص اوستئوفیتها بخصوص در قدام و پیشرفت اوستئوفیت به سوی سوراخ بین مهره‌ای بخصوص در نمای مایل مشاهده می شود. با CT می توان دقیقاً قطر کانال را معلوم کرد. میلوگرافی محل ضایعه و شدت انسداد را نشان می دهد و می توان ماده حاجب را در ناحیه گردن نیز تزریق نمود.

۴) آرتريت اطراف مفصل اسکاپولو هومرال:

آرتروز شانه نادر است و زمینه می خواهد مثلاً یک ضایعه تروماتیک قبلی، نکروز آواسکولار سرهومروس یا کهولت شدید. حرکتها محدود هستند و نشانگان قوس دردناک وجود دارد. درد در شانه‌ها بیشتر در هنگام شب شدید می شود.

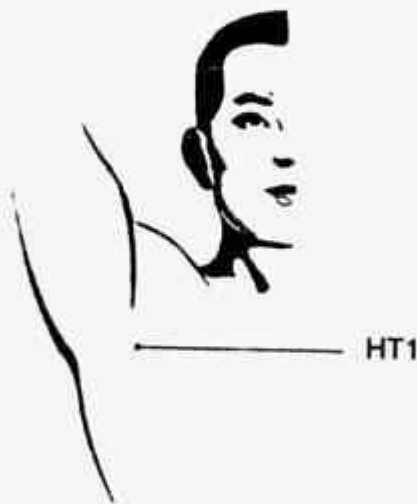
معاینه شانه: بعضی بیماریهای شایع در سایر مفاصل مانند آرتروز در شانه نادر هستند ولی شانه نیز گرفتاریهای مخصوص به خود را دارد از قبیل: پارگی کاف عضلانی، نشانگان قوس دردناک و شانه یخ زده.

درد حقیقی شانه بندرت محدود به خود شانه می ماند، بلکه تا محل اتصال دلتوئید روی کنار خارجی بازو انتشار می یابد) و بعید است که از آرنج پایین تر برود ولی درد مفاصل آکرومیوکلایکولار و استرنوکلایکولار روی خود مفصل محدود می ماند. دردهای راجعه با منشاء مهره‌های گردن، توراکس و شکم در شانه زیادند.

دردهای شبکه بازویی اغلب با پارستزی همراهند و از آرنج پایین تر می روند. در معاینه باید بین حرکات خود مفصل شانه (گلنوهومرال) و کتف تفاوت قائل شد و برای معاینه قدرت عضلانی

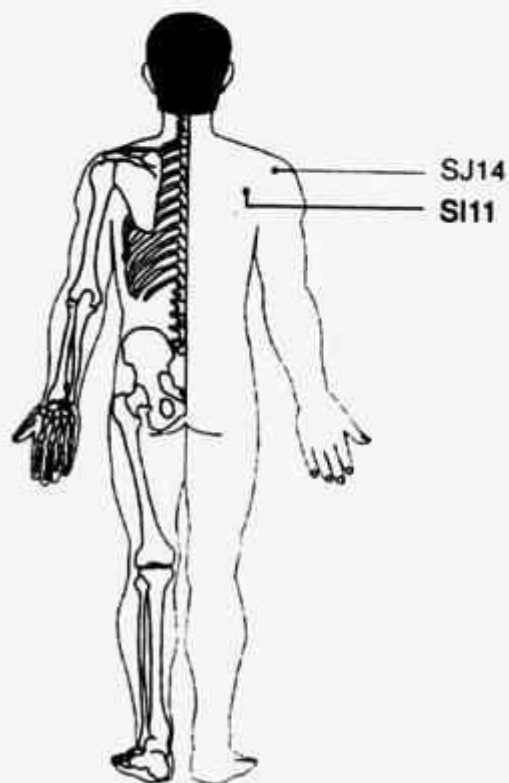


باید ابدوکسیون، ادوکسیون، فلکسیون، اکستانسیون، چرخش به خارج و داخل را در مفصل شانه و بلند کردن شانه، عقب دادن کتف و ابدوکسیون و چرخش کتف را امتحان کرد. برای معاینه حرکات مفصل شانه آرنج باید در حال فلکسیون باشد. با گرفتن نیمه تحتانی وثابت نمودن آن می توان حرکت مفصل گلتوهمرال را ارزیابی نمود. بطور طبیعی نیمی از دامنه ابدوکسیون در مفصل گلتوهمرال و نیمی در اثر چرخش کتف ایجاد می شود. بیماریهای شانه عموماً باعث محدودیت حرکت گلتوهمرال می شوند تا حرکت کتف. اگر بیمار می تواند شانه را در حال ابدوکسیون نگه دارد ولی نمی تواند خودش ابدوکسیون را شروع کند باید به پارگی تاندون سوپرا اسپیناتوس مشکوک شد.



شکل شماره (۲۶)

آرتريت اطراف مفصل اسکاپولو هرمرال

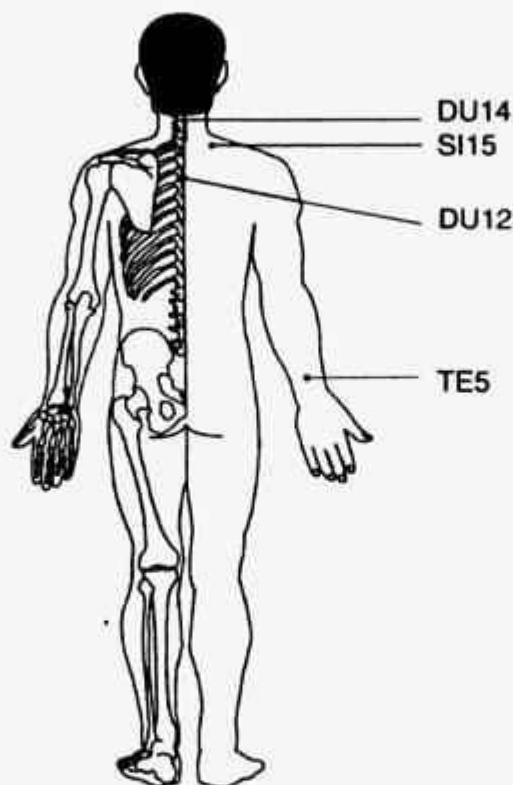


شکل شماره (۲۷) - آرتريت اطراف مفصل اسکاپولو هرمرال



۳- سفتی گردن (گرفتگی گردن، فیبروزیت)

در این بیماری دردی در عضلات خلف گردن احساس می شود که اغلب به شانه ها انتشار می یابد و در این حالت اگر عضلات خلف گردن را در بین انگشتان فشار دهیم احساس درد شدیدی در بیماری ایجاد می شود.



شکل شماره (۲۸) - سفتی گردن

۴- رگ به رگ شدن کمر

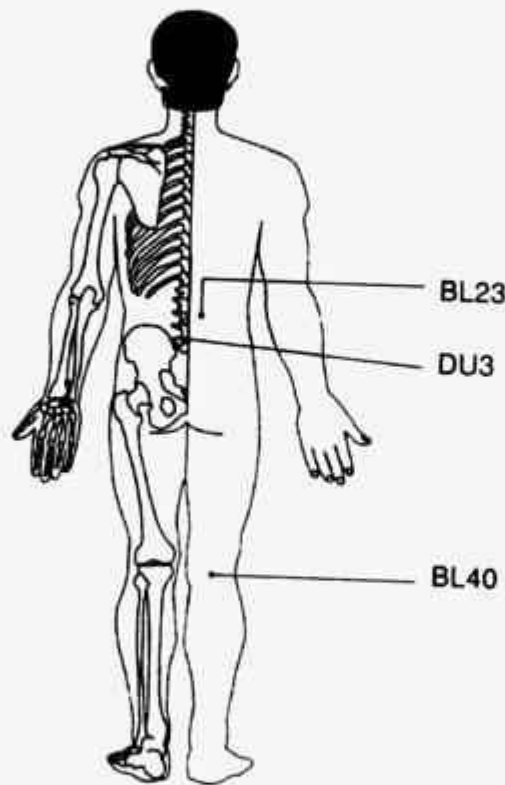
علائم بیماری: سفتی گردن، درد و عدم توانایی در چرخش گردن به اطراف در تشخیص این عارضه تمام علل استخوانی باید رد شوند. بیماریهای سیستمیک باید مدنظر باشند، از سرماخوردگی و آنفلوآنزا گرفته تا میوزیت ها و بیماریهای کلاژن.

اصطلاحات رگ به رگ شدگی و پیچ خوردگی لومبوساکرال غالباً به صورت مبهم توسط بیماران یا پزشکان به کار برده می شود و ناشی از ضایعات آناتومیکی خاصی نمی باشد این ضایعات



خفیف و خود محدود بوده و غالباً ناشی از بلند کردن یک جسم سنگین، افتادن یا ضربه در هنگام تصادف اتومبیل می‌باشند. بیماران مبتلا به این ضایعات ممکن است وضعیت‌های غیر طبیعی ناشی از اسپاسم عضلات به خود بگیرند. درد معمولاً محدود به ناحیه کمر بوده و به پاها و کفها انتشار نمی‌یابد.

علائم بالینی: درد حاد کمر، عدم توانایی در صاف کردن ستون فقرات و مشکلات دراز کشیدن چه روی شکم و چه روی پشت.



شکل شماره (۲۹) - رگ به رگ شدن کمر

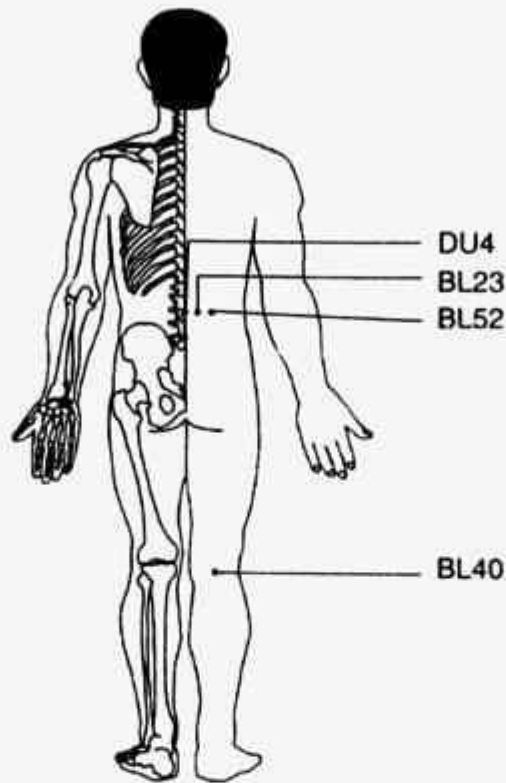
۵- کمر درد مزمن:

علائم بالینی: این نوع کمر درد برای بیمار قابل تحمل بوده و درد بیشتر در بالای رانها احساس می‌شود و اغلب در خستگی شدید یا در حالت قرار گرفتن در معرض سرمای شدید، این درد تشدید می‌شود.

از علل شایع این نوع کمر درد معمولاً می‌توان به کشیدگی عضلانی، آرتروز، روماتیسم،



استئوآرتریت، فتق دیسک بین مهره‌ای، درد کمر بععل ایسکمیک اشاره کرد



شکل شماره (۳۰) - کمر درد مزمن

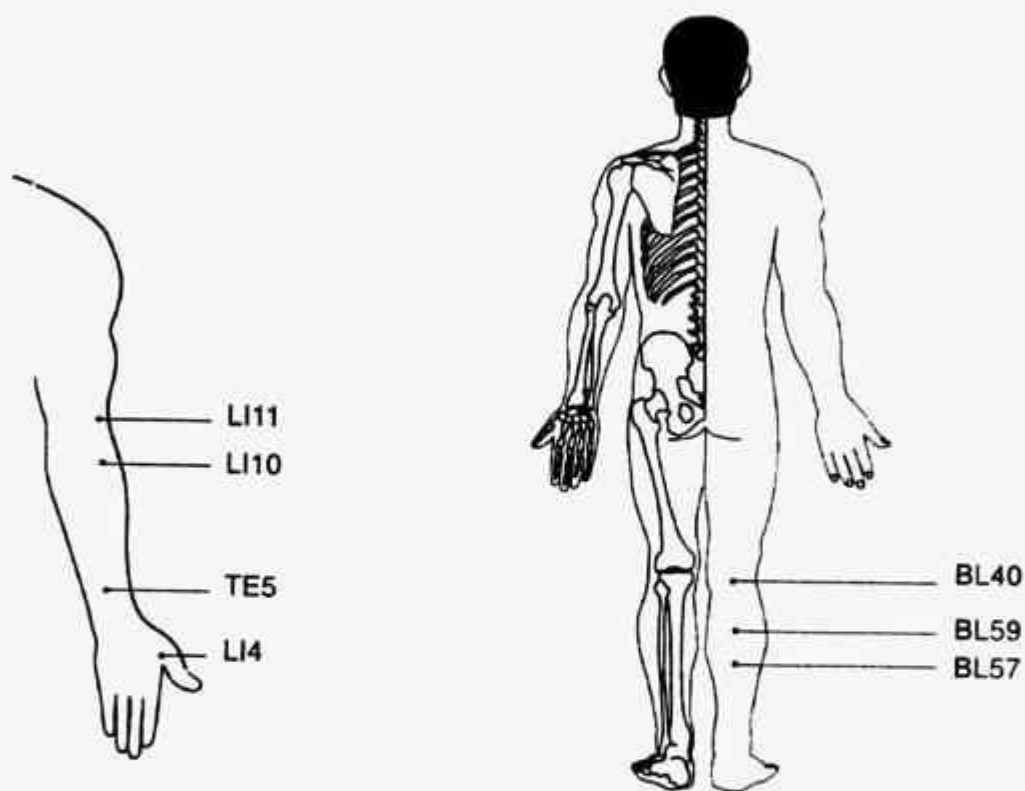
۶- آرنج تنیس بازان:

عارضه‌ای دردناک بوده که بافت نرم روی قسمت خارجی آرنج را گرفتار می‌سازد. بک درد مکانیکی است که دقیقاً به نحوه کار و فعالیت بستگی دارد و در کسانی دیده می‌شود که اکستانسیون مچ یا پروناسیون سوپیناسیون مکرر دارند. با حرکاتی از قبیل باز و بسته شدن پیچ یا رختشویی یا ورزشهایی از قبیل تنیس درد تشدید می‌یابد. اکستانسیون مچ در برابر مقاومت سبب تشدید درد می‌گردد. درد می‌تواند تا ساعد و پشت مچ دست انتشار یابد.



۷- سیسترما

علائم بالینی: درد موضعی و برجستگی در پشت پاها که بیمار در راست کردن و کشیدن پای خود عاجز و ناتوان است.



شکل شماره (۳۱) - آرنج تنیس بازان

شکل شماره (۳۲) - سیسترما

۸- سیاتیک:

علائم بالینی: درد و سوزش، احساس تیر کشیدن و یا سوزن سوزن شدن در ناحیه پایین کمر که به سمت سطح خلفی خارجی رانها، سطح خارجی ساق پا و سطح خارجی پنجه پا انتشار پیدا می کند.



راهیابی به کمر درد

شرح حال و معاینه: اگر شایع‌ترین و مهمترین علل را مرور کنیم با یک شرح حال ساده می‌توان علت را حدس زد.

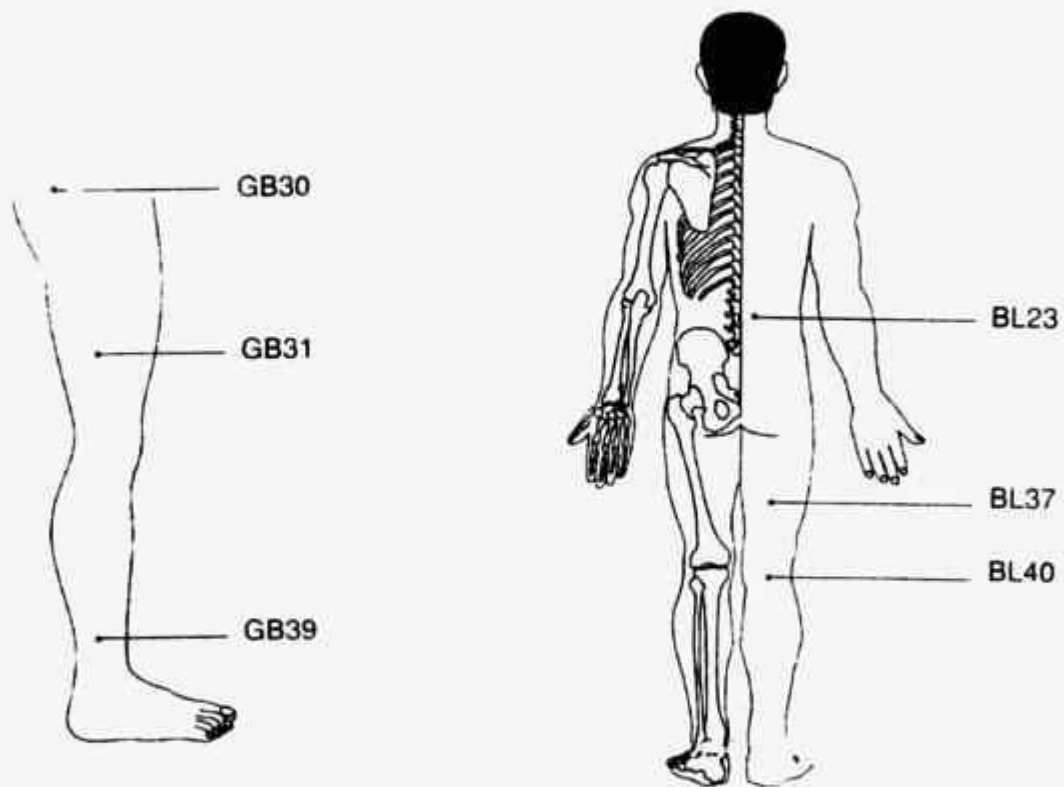
مثلاً یک فرد جوان در اثر کار یا ورزش سنگین یا یک فرد میانسال در اثر سرما یا بلند کردن بار سنگین دچار یک کمر درد حاد شده که در معاینه می‌توان حدس زد مشکل جدی از قبیل فتق دیسکهای بین مهره‌ای وجود ندارد، یا یک زن یائسه با سابقه کمر درد مبهم و طولانی ناگهان دچار کمر درد حاد می‌شود (شکستگی کمپرسیون بدنبال اوستئوپوروز)، یا بادست بطور مبهم بر تمام ناحیه کمر و پشت خود می‌کشد و نقطه دردناک ندارد و کشاله ران نیز درد می‌کند و ضعف پروگزیمال دارد (اوستئومالاسی یا اوستئوپوروز یا بدون آرتروز)، یا یک مرد جوان با کمر درد شدید شبانه که از خواب بلند می‌شود و مجبور است راه برود بغلطد تا خوب شود و روزها بهتر است (درد انتهایی نشانه اسپوندیلیت آنکیلوزان و گروه بیماریهای مشابه). آیا یک بیماری سیستمیک در کار است؟ (دردهای مفصلی یا استخوانی منتشر، با تب، کاهش وزن، آنمی، سدیمان بالا) آیا دردناکی موضعی وجود دارد؟ (گرفتاری در خود مهره‌ها) درد کلا دیکاسیون تنگی نخاع یا مشکل عروقی را مطرح می‌کند که درد ناشی از تنگی کانال نخاع با نشستن و درد ناشی از مشکل عروقی با ایستادن ساکت می‌شود. درد بدخیمی معمولاً شدید است و با تغییر موقعیت و مسکنهای خفیف بر طرف نمی‌شود. آیا رادیکولوپاتی در کار است (پارستزی و بی‌حسی و ضعف عضلانی و هیپورفلکسی که با استراحت به این سادگی بر طرف نمی‌شود). معاینه شکم، دق زاویه دنده‌ای، معاینه لگن و مفاصل هیپ الزامی است. باید پا و گودی کف پارانیز بررسی نمود.

کمر درد مزمن با علل کار کردن تقریباً همیشه در زنان دیده می‌شوند. در ضمن اکثر موارد کمر درد (با هر علتی) قبل و در هنگام قاعدگی تشدید می‌یابند. برای معاینه مفاصل ساکروایلیاک باید محکم لگن را تکان داد که آیا باعث تشدید درد می‌شود یا نه؟

در فتق دیسک کمری حرکت کمر به پهلوها حداقل از یک طرف آزاد است و گرنه باید به بیمار



فکر کرد یا آن که بیمار اسپوندیلیت دارد نه بیماری دیسک.
 تست لازک (راست کردن پا): ایجاد درد در این آزمایش در اغلب کمر دردهای حاد یک علامت غیر اختصاصی است ولی شدت درد و نوع علائم و سمت درد مهم است بطوری که اگر رادیکولوپاتی در یک طرف موجود باشد و با انجام لازک سمت مقابل همان علائم تولید شود، یک رادیکولوپاتی حقیقی در اثر فشار روی سیاتیک در کار است.



شکل شماره (۳۳) - سیاتیک

شکل شماره (۳۴) - سیاتیک

۹- آرتریت

آرتریت باکتریایی حاد: باکتری‌ها از طریق جریان خون، از یک منطقه عفونی مجاور مفصل یا بافت نرم و یا از طریق تلقیح مستقیم در هنگام جراحی، تزریق یا تروما وارد مفصل می‌گردند.
 الف - آرتریت باکتریایی غیر گونوکوکی: اگر چه عفونت‌های خونی با ارگان‌های مثل استافیلوکوک اورئوس، هموفیلوس انفلوانزا و استرپتوکوک پیوژن در افراد سالم هم اتفاق



می‌افتند، ولی در بسیاری از موارد آرتریت عفونی، یک عامل زمینه‌ای وجود دارد. آرتریت روماتوئید شایعترین بیماری زمینه‌ای برای آرتریت عفونی می‌باشد عامل ایجاد کننده آرتریت عفونی در این بیماران در اغلب اوقات استافیلوکوک طلایی می‌باشد.

علائم بالینی:

۱ - درد یکنواخت متوسط تا شدید در اطراف مفصل

۲ - افوزیون

۳ - اسپاسم عضلانی و کاهش دامنه حرکات مفصل

۴ - تب ۳۸/۹ - ۳۸/۳

۵- در اغلب مبتلایان یک مفصل درگیر می‌شود و زانو شایعترین مفصل گرفتار می‌باشد سپس مفصل هیپ، شانه، مچ دست و آرنج درگیر می‌گردند.

یافته‌های آزمایشگاهی: پیش از مصرف آنتی بیوتیک‌ها باید نمونه‌هایی از خون محیطی و مایع سینوویال گرفته شود. کشت خون در بیش از ۵۰٪ موارد در عفونت با استافیلوکوک طلایی مثبت است مایع مفصلی کدر، خونی، سرروز یا به شدت چرکی می‌باشد.

ب - آرتریت گنوکوکی:

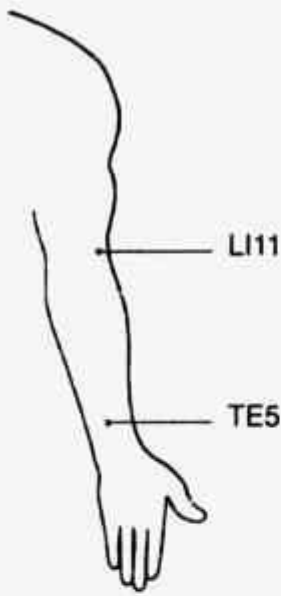
مسئول ۷۰٪ از آرتریت‌های عفونی در اشخاص زیر ۴۰ سال می‌باشد.

علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی: شایعترین علائم عفونت گنوکوکی منتشر عبارتند از: تب، لرز، راش و علائم مفصلی، تعداد کمی پاپول که به طرف پوستول‌های هموراژیک پیشرفت می‌نمایند بر روی تنه و سطح اکستانسور قسمت انتهایی اندام‌ها به وجود می‌آیند. آرتریت مهاجم و تنوسینوویت زانو، دست، مچ دست، پا و مچ پا از علائم مشخص بیماری هستند. کشت مایع مفصلی همواره منفی بوده و کشت خون در کمتر از ۴۵٪ بیماران مثبت است.

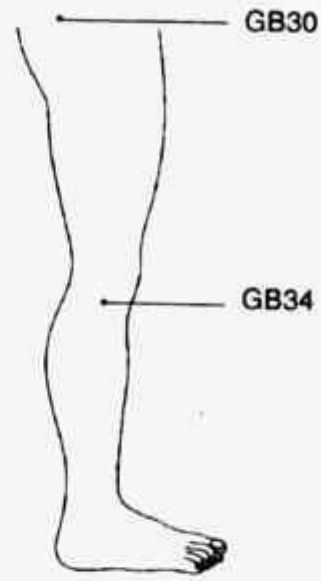
ج - آرتریت مایکوباکتریایی:

آرتریت سلی به طور اولیه مفاصل بزرگ تحمل کننده وزن به ویژه هیپ، زانو و مچ پا و گاهی مفاصل کوچک را مبتلا می‌سازد. تورم و درد پیشرونده تک مفصلی در عرض چند ماه تا چند سال ایجاد می‌گردند.

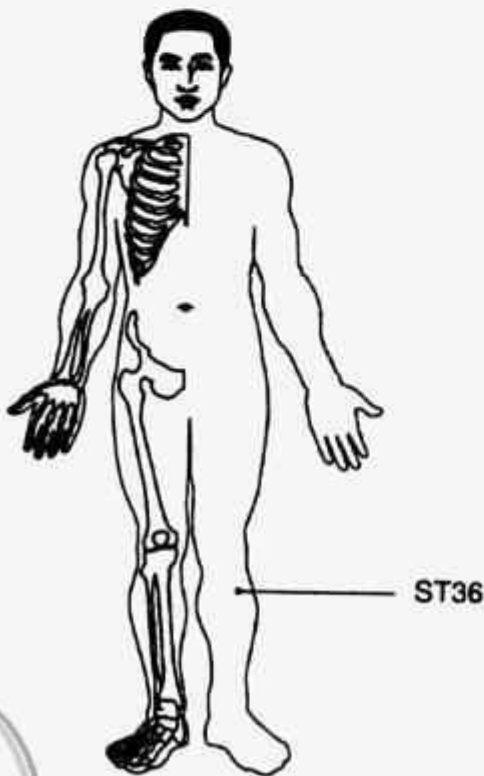




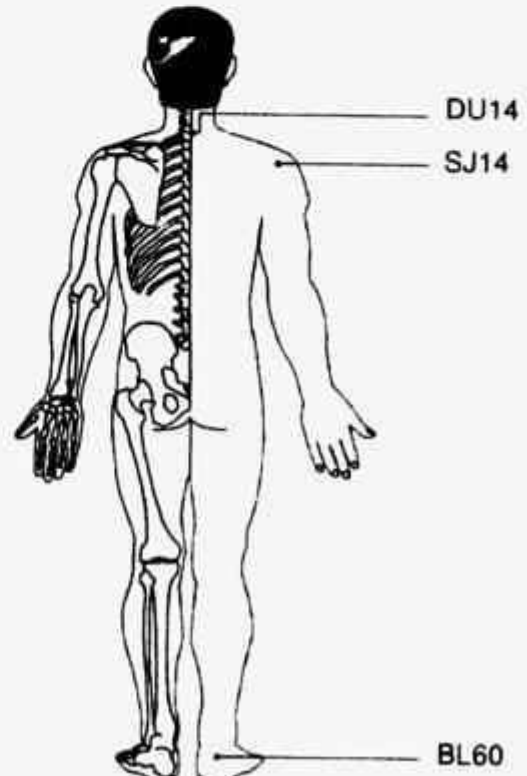
شکل شماره (۳۶) - آرتريت



شکل شماره (۳۵) - آرتريت



شکل شماره (۳۷) - آرتريت

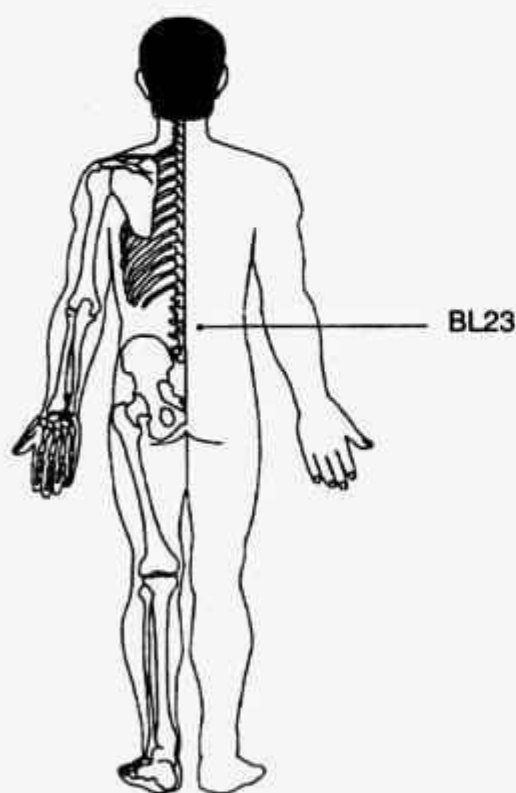


شکل شماره (۳۸) - آرتريت



۱۰ - پاشنه دردناک:

سبب‌شناسی - درد بافت نرم زیر پاشنه در اثر ضربه، سرما یا خود بخودی، فاسئیت پلانتار (درد زیر قسمت قدامی پاشنه) از علل شایع پاشنه دردناک می‌باشند.
 فاسئیت پلانتار در جریان یک بیماری سیستمیک مثل سندرم رایتز، دردهای استخوان پاشنه، اوستئومیلیت، تومور، پاژه، آرتریت مفصل ساب تالار، خار اضافی روی پاشنه دردهای پشت پاشنه: پارگی آشیل (همراه با ضعف در راه رفتن و ایستادن روی پنجه آن پا)، بورسیت پشت پاشنه: در زنان جوان در اثر تماس مکرر با پشت کفش، بیشتر در زمستان و همراه با التهاب پوست روی آن، ایجاد می‌شود.



شکل شماره (۳۹) - پاشنه دردناک



شکل شماره (۴۰) - پاشنه دردناک

تشخیص: با مروری بر عللی که ذکر شد می‌توان فهمید که علل شایع در بافت‌های نرم زیر پاشنه است و همان نقطه درد می‌گیرد. کفش را باید همیشه بعنوان یک عامل سببی در نظر گرفت. گاهی پا برهنه کار کردن در سرما یا رطوبت به پاشنه لطمه می‌زند و بالشتک چرمی آن



دچار التهاب می‌کند. بیماری خود استخوان را با عکس می‌توان تشخیص داد و بالاخره در بیماری پاشنه همیشه باید علل سیستمیک را در نظر داشت و آزمایشات لازم را درخواست کرد. در بورسیت پشت پاشنه باید عقب کفش را ابر محافظ گذاشت و اگر فایده نکرد باید علاوه بر بورس قسمت برجسته مزاحم تو بروزیده پاشنه را بر داشت. در درد بالشتک چربی زیر پاشنه نیز می‌توان ابر زیر کفش گذاشت.

بیماریهای اندوکراین

۱ - دیابت: دیابت به دو نوع دیابت نوع I و دیابت نوع II تقسیم‌بندی می‌شود. دیابت نوع یک عموماً در بیماران جوانتر و لاغر رخ می‌دهد و با ناتوانی شدید پانکراس در ترشح انسولین مشخص می‌شود.

ویژگی مشخصه بیماران مبتلا به دیابت نوع I این است که اگر انسولین قطع شود، کتوز و در نهایت کتواسیدوز رخ می‌دهد. بنابراین، این بیماران وابسته به انسولین هستند. زیرا این افراد کاملاً ناتوان از ترشح انسولین اندوژن می‌باشند.

بیماران مبتلا به دیابت نوع II اغلب مسن‌تر هستند (سن بیشتر از ۴۰ سال) سابقه خانوادگی دیابت را ذکر می‌کنند و چاق هستند (اگر چه ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران لاغر هستند) دیابت نوع II با مقاومت محیطی در برابر عمل انسولین و کاهش ترشح انسولین علی‌رغم افزایش قند خون مشخص می‌شود. این نقایص سبب کاهش جذب محیطی گلوکز و نیز افزایش تولید گلوکز کبدی می‌شوند و این اختلالات به ترتیب سبب بروز هیپرگلیسمی در حالت ناشتا و در حالت پس از خوردن غذا می‌شوند.

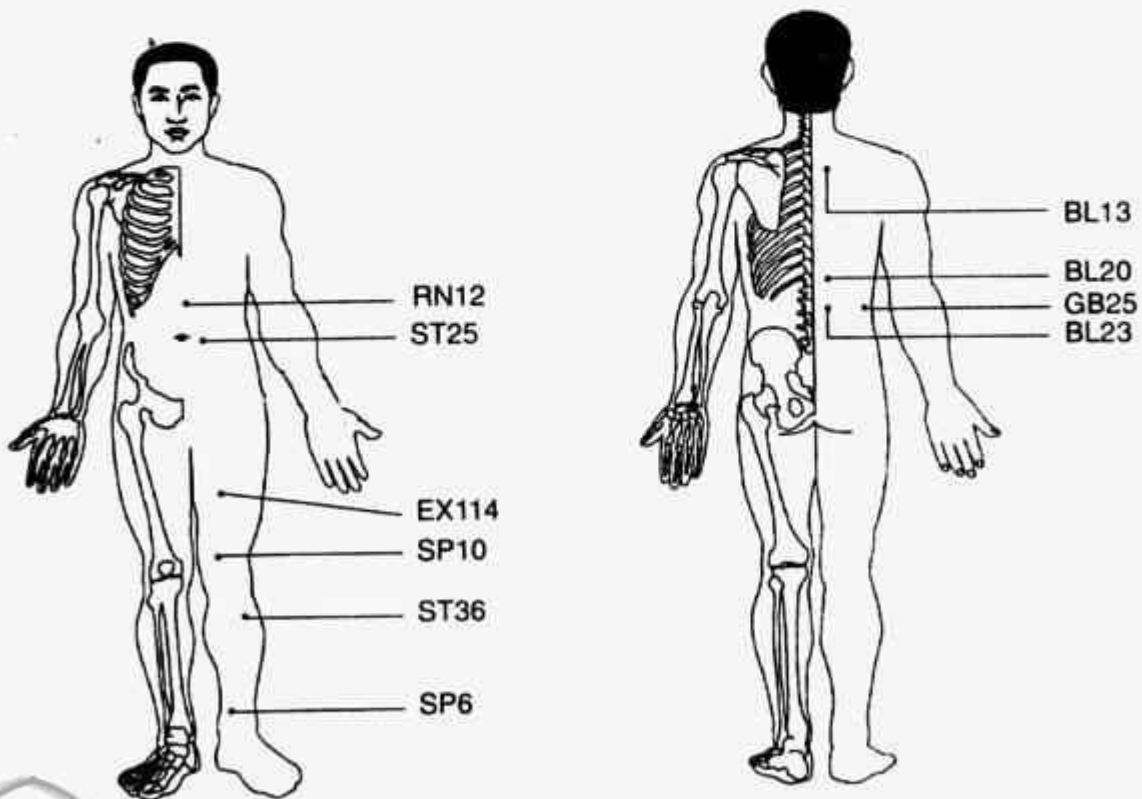
تشخیص: در بیمارانی که با علائم دیابت کنترل نشده مانند پر ادراری، پرنوشی، شب ادراری و کاهش وزن مراجعه می‌کنند و نتیجه یک تست قند خون اتفاقی در آنها بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است، به سادگی می‌توان تشخیص دیابت را مطرح نمود بیماران مبتلا به حمله جدید دیابت نوع II به طور متوسط به مدت ۴ تا ۷ سال قبل از تشخیص واقعاً دچار دیابت بوده‌اند، بنابراین بیمارانی که جدیداً به عنوان افراد مبتلا به دیابت نوع II تشخیص داده می‌شوند، ممکن است در زمان تشخیص مبتلا به رتیئوپاتی و یا نفروپاتی دیابتی باشند.



چون با افزایش سن مقاومت به انسولین افزایش می‌یابد، در بیماران دارای عوامل خطر زایی دیابت با افزایش سن احتمال بروز دیابت بیشتر می‌شود و باید به طور مرتب اقدامات غربالگری در مورد آنها اجرا شود.

عوامل خطر زای دیابت نوع II عبارتند از:

- ۱- چاقی (بیش از ۱۳۰ در صد وزن ایده آل)
- ۲- سابقه خانوادگی دیابت نوع II در بستگان درجه یک
- ۳- سن بیشتر یا مساوی ۶۵ سال همراه با هر یک از عوامل فوق
- ۴- سابقه قبلی اختلال تحمل گلوکز
- ۵- افزایش فشار خون یا افزایش بارز چربی خون
- ۶- سابقه دیابت بار داری یا سابقه زایمان نوزاد با وزن مساوی یا بیشتر از ۹ پوند (حدود ۴/۵ کیلوگرم)



شکل شماره (۴۱) - دیابت

شکل شماره (۴۲) - دیابت



۲ - چاقی: چاقی ۲۰٪ اضافه وزن تعریف می‌شود. در کودکان مرز مشخص وجود ندارد و تشخیص بیشتر متکی بر ظاهر بچه است. بر اساس دور بازو و ضخامت چین پوستی هم قابل تعریف است. بچه‌های چاق کمی نسبت به سن خود قد بلندتر هستند ولی نهایتاً قد کوتاه‌تر می‌شوند.

چاقی در بزرگسالان حد اکثر حدود ۵۰ سالگی در مردان و کمی دیرتر در زنان بروز می‌کند. در بچه‌ها در سنین یک سالگی، ۶ - ۵ سالگی و مجدداً در نوجوانی به حداکثر می‌رسد. در طبقات فقیر بیشتر دیده می‌شود.

بیماریزایی: برای حفظ چاقی پرخوری الزامی نیست زیرا شخص بتدریج چربی ذخیره کرده و حالا فقط این ذخیره را حفظ می‌کند. چاقی مادام‌العمر شدیدتر است و از بچگی شروع می‌شود و در زنان با هر حاملگی تشدید می‌یابد و به درمان جواب نمی‌دهد. چاقی میانسالی شکل خفیف‌تر شایع بیماری است. این افراد بعد از ۲۰ سالگی و بین ۴۰ - ۲۰ سالگی شروع به چاق شدن می‌کنند و این چاقی با کمی تحرک و پرخوری رابطه مستقیم دارد. به این دو نوع چاقی به ترتیب محیطی و مرکزی نیز گفته می‌شود زیرا در اولی حتی ساعد و ساق نیز چاق هستند و چین پوستی ساعد ضخیم است.

تفاوت میان چاقی نیمه بالای بدن (آندروئید) و نیمه پایین (ژنیکوئید):

حتی آدیپوسیت‌های نیمه بالای بدن (از کمر به بالا) در پاسخ به هورمون‌ها متفاوتند. از لحاظ بافت شناسی در چربی نیمه بالای بدن هیپرتروفی آدیپوسیت‌ها و در نیمه پایین هیپرپلازی دخالت دارد. برای همین لاغر شدن در زنان مشکل‌تر است (چون هیپرپلازی را نمی‌توان از بین برد) ولی در عوض چاقی آندروئید خطر بیشتری از نظر ایجاد آترواسکلروز و فشار خون و دیابت دارد. زنهایی که از کمر به بالا چاق می‌شوند نیز مانند مردان بیشتر در خطر هستند.

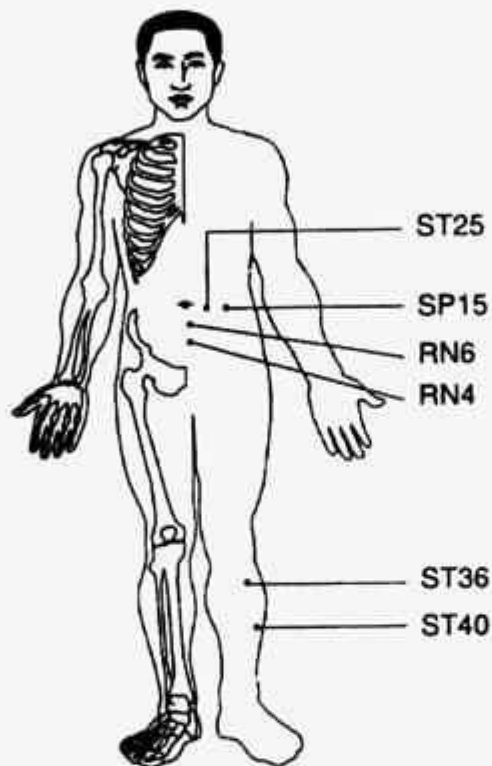
از علل دیگر دخیل در ایجاد چاقی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

کوشینگ، PCO، انسولینوما، تومور هیپوتالاموس، داروهای اعصاب (آنتی سایکوتیک‌ها و ضد افسردگی‌ها)، حشیش، خود بخودی. استرس، افسردگی، هیپوتیروئیدی و...

آثار و عوارض چاقی: دیابت (مقاوم به انسولین)، هیپرلیپدمی (تری‌گلیسرید و تا...



کلسترول)، آترو اسکلروز، فشار خون، قلب ریوی، کبد چرب، سنگ صفرا و کوله سیستیت، آرتروز، نقرس، حوادث ارتوپدیک، واریس و آمبولی، عدم تحمل گرما، فتق، سرطان اندومتر، آمنوره و اولیگومنوره و ریکتز (در بچه‌های چاق).



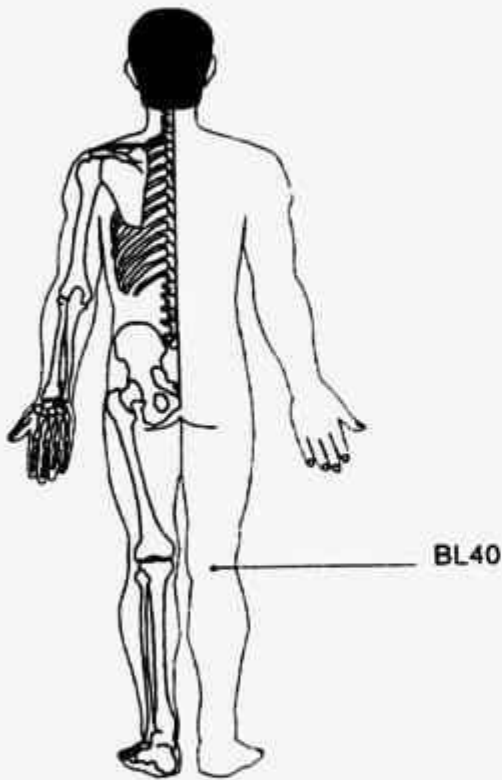
شکل شماره (۲۳) - چاقی



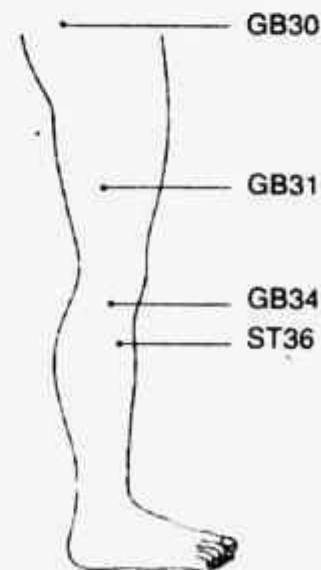
بیماریهای دستگاه اعصاب

۱ - عوارض بیماریهای سربرو واسکولار:

علائم بالینی: فلج یا ناتوانی وضعف حرکت با دهان و چشمهای تغییر شکل داده شده، اشکال در صحبت کردن، حرکت آهسته و کاهش سطح هوشیاری.

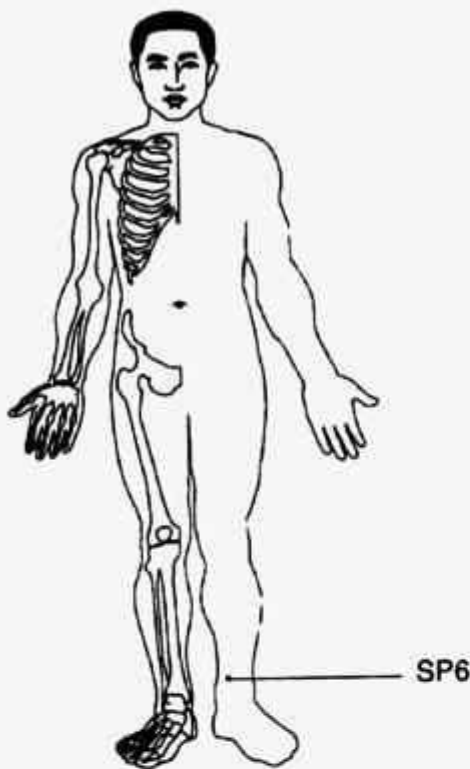


شکل شماره (۴۴) - فلج اندام تحتانی

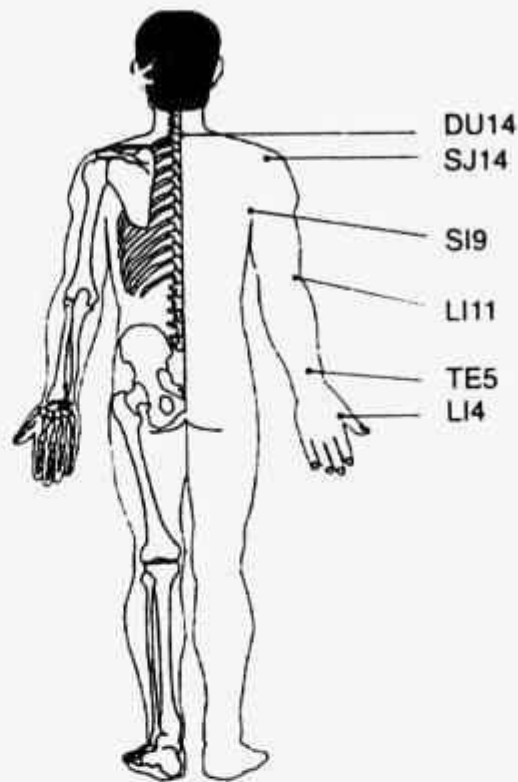


شکل شماره (۴۵) - فلج اندام تحتانی





شکل شماره (۲۶) - فلج اندام تحتانی



شکل شماره (۲۷) - فلج اندام فوقانی

۲ - سردرد:

علل سردرد بسیارند، سردرد معمولاً (به خصوص در موارد مزمن و عودکننده) اختلالی خوش خیم است اما موارد جدید ممکن است نخستین و یا عمده‌ترین تظاهر یک بیماری سیستمیک شدید و یا نشانه وجود یک بیماری داخل جمجمه‌ای باشند و به همین سبب باید تحت بررسی کامل قرار گیرند.

علل سردرد و درد صورتی:

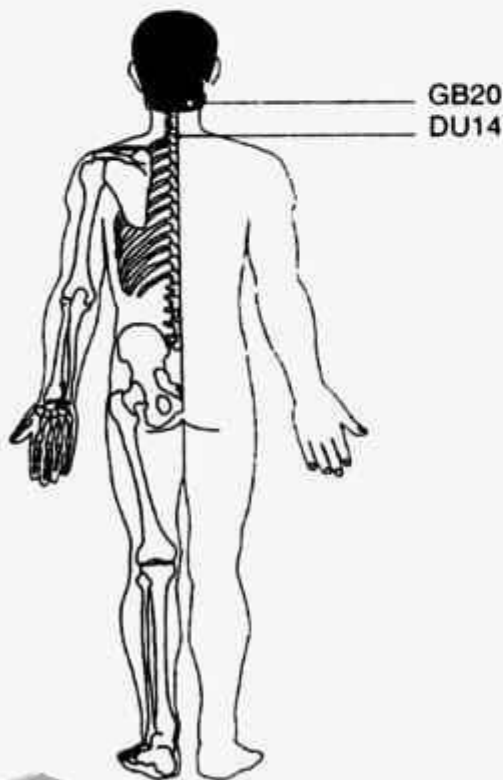
الف - شروع حاد: خونریزی ساب آراکنوئید، دیگر اختلالات عروق مغزی، منتزیت یا انسفالیت، اختلالات چشمی (گلوکوم، التهاب حاد عنبیه)، تشنج‌ها، پونکسیون لومبر، انسفالوپاتی ناشی از پرفشاری خون، مقاربت

ب - شروع تحت حاد: آرتريت سلول ژانت، توده‌های داخل جمجمه‌ای (تومور، هسپاتوم ساب دورال، آبسه) نورالژی سه قلو (تیک دولوروز)، نورالژی زبانی حلقی، نورالژی به دنبال زونا.





شکل شماره (۴۸) - سردرد



شکل شماره (۴۹) - سردرد

ج - مزمن: میگرن، سردرد خوشه‌ای، سردرد تنشی، اختلالات مهره‌های گردنی، سینوزیت، بیماریهای دندانی
میگرن: به صورت سردردی یک طرفه و غالباً ضربان‌دار تظاهر می‌یابد و معمولاً همراه با تهوع، استفراغ، فتوفوبی، و احساس خستگی است. اورای بینایی و یا دیگر علائم نورولوژیک در ۱۰٪ بیماران مشاهده می‌شود. $\frac{2}{3}$ تا $\frac{3}{4}$ موارد میگرن در زنان رخ می‌دهد. شروع در اوایل زندگی است.

سردرد خوشه‌ای: سردردی شایع است که در مردان بسیار شایع‌تر از زنان می‌باشد. این سردرد مشخصاً در سنین بالاتر از میگرن آغاز می‌شود و سن متوسط شروع ۲۵ سالگی است. سندرم به صورت دوره‌های سردردهای غیر ضربانی ثابت و بسیار شدید یک طرفه و کوتاه مدت که از ۱۰ دقیقه تا کمتر از ۲ ساعت به طول می‌کشند تظاهر می‌یابد. سردردهای خوشه‌ای بر خلاف سردردهای میگرنی همواره یک طرفه‌اند و معمولاً در هر بیمار فقط در یک سمت بروز می‌نمایند. سردردها معمولاً در شب بروز نموده، سبب بیدار شدن بیمار از



خواب می شوند و به مدت چند هفته تا چند ماه هر روز در زمانی مشابه عود می کنند، پرخونی ملتحمه، اشک ریزش، گرفتگی بینی و سندرم هورنر در سمت سردرد معمولاً به همراه سردرد ایجاد می گردد.

سردرد تنشی: عنوانی است که جهت توصیف سردردهای مزمن و با علت مشخص که فاقد مشخصات سردردهای میگرنی یا خوشه‌ای می باشند بکار می رود. چگونگی ایجاد این سردردها نامشخص است و تنش احتمالاً نقش اولیه‌ای در ایجاد آنها ندارد. انقباض عضلات گردن و پوست سر که به عنوان علت سردرد مطرح گشته‌اند نیز احتمالاً یافته‌ای ثانویه می باشند. سردرد تنشی معمولاً اختلالی مزمن است که پس از ۲۰ سالگی شروع می شود. مشخصه سردرد حملات مکرر، (اغلب روزانه) سردردی غیر ضربانی، دو طرفه و واقع در اکسی پوت است که همراه تهوع، استفراغ و یا اختلالات اولیه بینایی نیست. درد گاهی به صورت نواری که به سفتی به دور سر پیچیده شده توصیف می گردد و زنان بیش از مردان مبتلا می شوند.

۳- بیخوابی:

۱۰٪ مردم در جریان یکسال بیخوابی داشته یا دارند بیشتر در زنها و سنین بالا دیده می شود ولی بی خوابی زنها اکثراً جدی نیست

تعریف: حد اقل هفته‌ای ۳ شب به مدت لااقل یک ماه که موجب خستگی قابل توجه روزانه و اختلال کار شده باشد. با توجه به نکاتی که در شرح حال (راهیابی) ذکر خواهد شد.

شرح حال:

۱- بیمار کم خواب

۲- یک ساعت کم خوابی خود را چندین ساعت تصور می کند در حالی که بیمار دچار آپنه از صدها بیدار شدن خود در هنگام اشباع 02 زیر ۵۰٪ با خبر نیست و هنگامی که در حال خفه شدن است خواب آلود باقی می ماند و شکایتی ندارد. شرح حال بیخوابی مانند شرح حال هر شکایت دیگر باید دقیق باشد. اکثر بیماران از بیخوابی شکایت دارند با این جمله که خواب ندارم و در پاسخ به مدت این بیخوابی، طول مدت آنرا یک ماه ذکر می کنند. باید دقیقاً برسد از ساعت چند به رختخواب می رود؟ چقدر طول می کشد تا بخواب رود؟ چند بار در طول شب بیدار

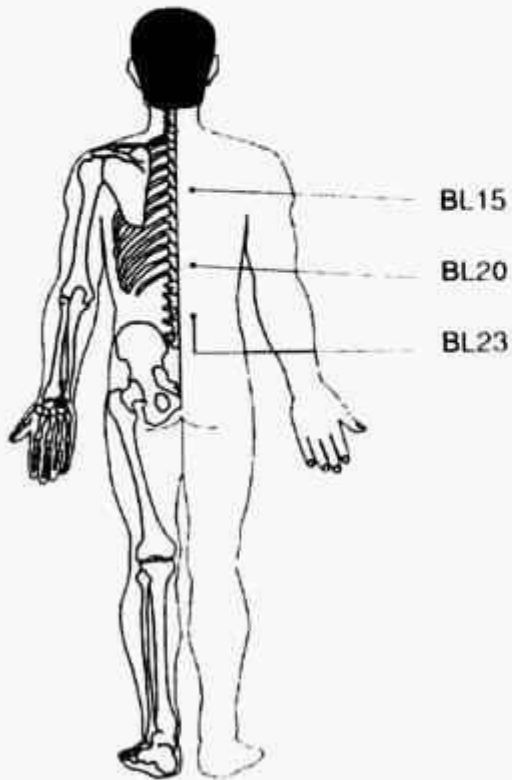


خواب می‌پرد؟ آخرین بار که از خواب می‌پرد و دیگر تصمیم می‌گیرد و رختخواب را ترک کند چه ساعتی است؟ آیا در طول روز می‌خوابد؟ این وضعیت چند شب است که ادامه پیدا کرده؟ آیا داروی خواب آور استفاده می‌کند؟ آیا در حال حاضر خسته است و دوست دارد بخوابد (ولی خوابش نمی‌برد)؟ بیماران نوروپاتیک بیدارند اما خودشان نیز مبالغه می‌کنند و بیداری آنها یک مشکل جدی مانند افسردگی درونزانیست به طوری که ممکن است ۲-۱ شب تا صبح نخوابند. اما روز بعد استراحت می‌کنند. بیداری صبح زود (توأم با سایر علائم) خیلی به نفع تشخیص افسردگی است. حتی ممکن است این بیماران از بیداری شکایتی نداشته باشند و حتی خودشان به همراهانشان بگویند که تمام روز می‌خوابند. او در واقع خواب نیست بلکه نیروی بلند شدن از رختخواب را ندارد و از ساعت ۳ صبح با افکار مایوس کننده بیدار بوده است. شرح حال بی‌خوابی و اختلالات خواب را باید از هم بستر یا هم اتاقی او نیز پرسید.

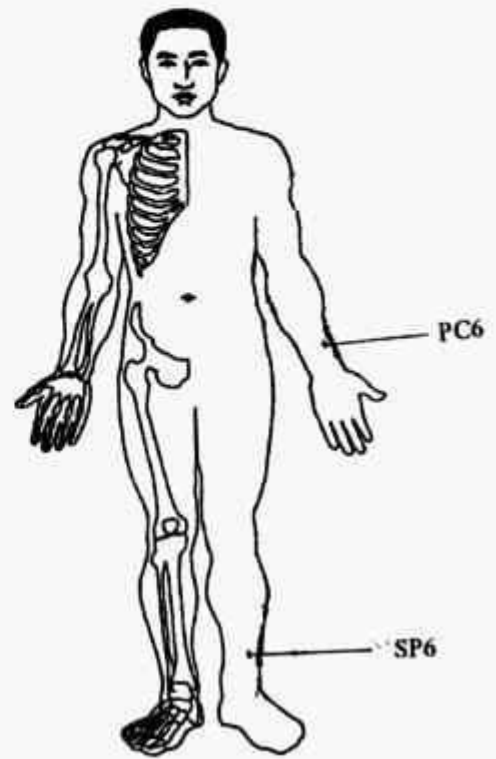
علل بیخوابی‌ها:

- I) مشکل روانی: (به ترتیب افزایش اهمیت و شدت) نوروهای گذرا اغلب بدنبال استرس، نورو مزمن، افسردگی درونزا، مانیاوسایکوزها.
- II) بیماریهای داخلی: بیماری قلبی - ریوی باهیپوکسی، درد، تب و....
- III) داروها: مصرف داروهای نظیر کورتون، بتابلوکرها، قهوه و سیگار، تیروکسین، آفتامینها، داروهای ضد تشنج، شیمی درمانی و....
- IV) میوکلونوس شبانه: در افراد پیر و میانسال دیده می‌شود و یک نوع صرع محسوب می‌گردد.

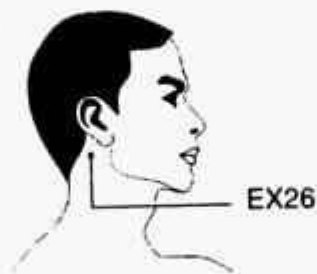




شکل شماره (۵۰) - بیخوابی



شکل شماره (۵۱) - بیخوابی



شکل شماره (۵۲) - بیخوابی



۴ - استفراغ عصبی

پدیده‌های همراه با استفراغ: تهوع، سیالوره، تنفس تند و عمیق و نامنظم، اغ زدن، پرستالتیسم معکوس، برادی کاردی (بجز در حین تهوع)، کاهش ترشح اسید، احساس دفع.

رابطه استفراغ با غذا:

* در حین یا بلافاصله بعد از غذا: روانزا، انسداد خروجی معده و اسپاسم پیلور.

* یکساعت یا بیشتر بعد از غذا: انسداد خروجی معده و گاستروپارزی، پانکراتیت.

* استفراغ غذای چند روز پیش: انسداد مکانیکی

* استفراغ صبح زود قبل از غذا: الکلیسم، بارداری، اورمی، اضطراب، سینوزیت، پس از گاسترکتومی (بخصوص نوع ناکامل)، فشار خون بدخیم و هیپرتانسیون CSF.

رابطه استفراغ با درد:

* استفراغ انسداد پیلور بر خلاف سرطان پانکراس یا بیماری صفراوی درد را بر طرف می‌کند.

کیفیت استفراغ:

* استفراغ حجیم در انسداد مکانیکی و آتونی معده یا پایین‌تر و نیز در ZE و نشانگان حلقه آوران دیده می‌شود.

* استفراغ غذای هضم نشده: انسداد خروجی معده، دیسفاژی و آشالازی، دیورتیکول زنگر، روانزا، کمبود اسید معده.

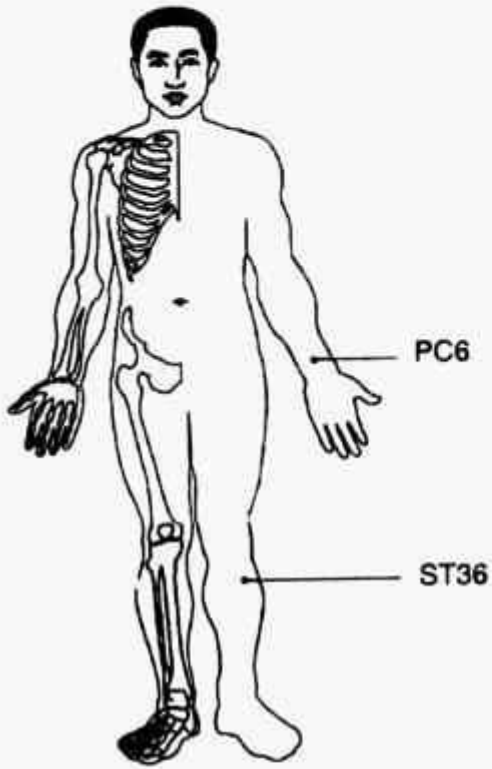
* استفراغ حجیم اسیدی (PH کمتر از 1.5): ZE، انسداد خروجی معده.

استفراغ تلخ سبز رنگ (صفراوی) یا استفراغ قهوه‌ای با بوی بد از منشاء معده به پایین است.

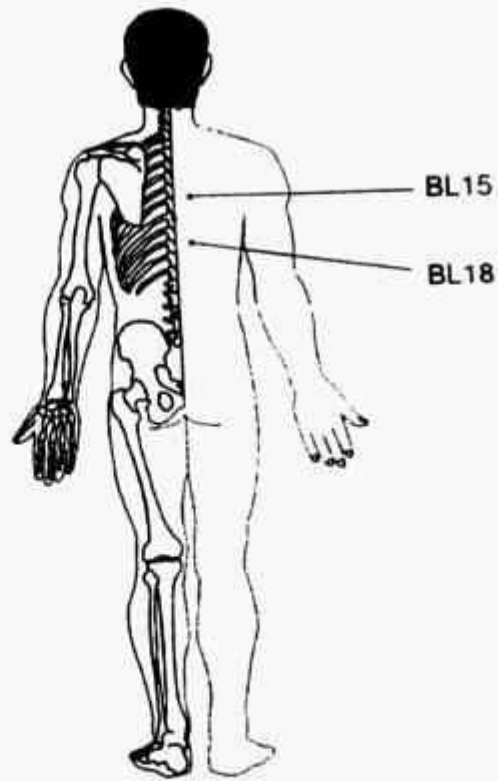
استفراغ با بوی مدفوعی: انسداد کولون، فیستول گاستروکولیک یا دثود نوژنوکولیک، رشد باکتریال.

* استفراغ روانزاد عصبی: اغلب در زنان جوان که مشکل عاطفی و روانی دارند و از مدتها پیش بطور دائم یا متناوب وجود داشته و اینها حتی در بچگی نیز در شرایط فشار روحی سابقه استفراغ داشته‌اند. استفراغ در حین یا بلافاصله بعد از غذا رخ می‌دهد و ممکن است بدون تهوع باشد. بیمار گاهی می‌تواند خود را تا رسیدن به دستشوئی کنترل کند و اطرافیان بیمار بیشتر نگرانند تا خود او. اشتها معمولاً طبیعی است مگر آنورکیسانروزا داشته باشد. مع الوصف اکثر بیماران لاغر هستند.





شکل شماره (۵۳) - استفراغ عصبی



شکل شماره (۵۴) - استفراغ عصبی



۵ - فلج عصب فاسیال:

عصب VII (فاسیال) عمدتاً حرکتی است و تمام عضلات حالتی صورت را عصب می دهد ولی در مسیر خود دسته کوچکی از الیاف حسی به مجرای گوش خارجی و اعصاب ترشحي بزاق و حس چشایی $\frac{2}{3}$ قدامی زبان به آن ملحق می شوند. در معاینه عصب بیمار باید این کارها را انجام دهد و حرکات او باید قرینه باشد:

ابروها را کاملاً بالا بدهد و اخم کند، چشمها را محکم ببندد بطوری که نتوان با دست باز کرد، گوشه های دهان را پایین دهد، لبخند بزند، لبها را فشار دهد، لبها را باد کند و سوت بزند. عضله پلاتیسم را کاملاً منقبض نماید. حس چشایی $\frac{2}{3}$ قدامی زبان را نیز می توان امتحان کرد.

فلج خود بخودی فاسیال (BELLS): علت احتمالاً آماس غیر چرکی عصب درون مجرای استیلوماستوئید است. در هر سنی می تواند رخ دهد ولی بیشتر در افراد جوان دیده می شود و مردها بیشتر مبتلا می گردند. در سابقه ممکن است گلو درد، سرما خوردگی یا تماس با باد کولر و نظایر این یافت شود. زونا را نیز می توان از علل این بیماری ذکر کرد.

علائم ظرف چند ساعت شروع می شوند و اغلب قبل از آن دردی در گوش، ماستوئید، زاویه فک یا اشکریزش وجود دارد. فلج از نوع محیطی است. در صورت گرفتاری کوردا تیمپانی حس چشایی قدام زبان از دست می رود و در صورت توسعه فلج به بالای مجرا، عضله رکابی نیز از کار می افتد و مزجیب تشدید حس شنوایی (هیپر اکوزیس) می گردد، از بین رفتن چین و چروک صورت و تغییر پیدا کردن زاویه ی دهان نیز مشهود است.

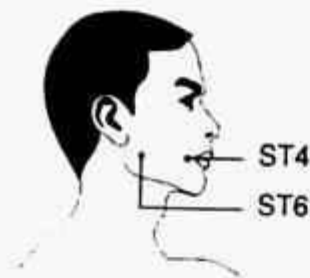
آزمایشات: آزمون شرمز (مقایسه اشک دو چشم با کاغذ خشک کن)، اودیومتری ایمپدانس (برای کار عضله رکابی)

آزمون چشایی: ابتدا رطوبت زبان بیمار را با کاغذ خشک کن می گیریم سپس مقداری سرکه یا محلول آب نمک در نیمه مبتلا با مقداری پنبه می مالیم. باید بتواند بلافاصله تشخیص دهد و اگر پس از چند ثانیه مکث مزه را تشخیص دهد، باید آزمون را تکرار کرد.

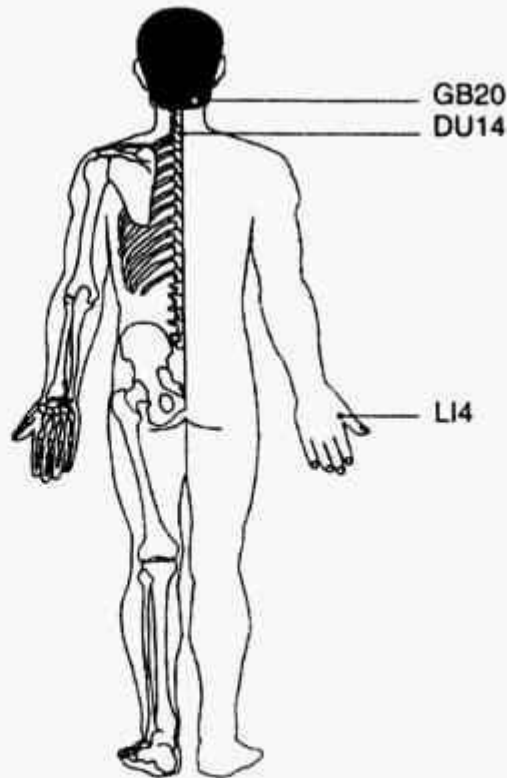
الکتروگوستاتومتری: اگر با جریان الکتریسته ضعیف $\frac{2}{3}$ قدامی زبان را تحریک کنیم بیمار حس می کند که در آن قسمت طعم بخصوصی که به آن طعم فلز اطلاق می کنند ایجاد شده است.



اندازه‌گیری ترشح بزاق غدد تحت فکی: با گذراندن کاتتری از درون مجرای وارتن ترشح بزاق غدد تحت فکی دو طرف مقایسه می‌شود و در سمت بیمار ترشحات کمتر هستند. آزمونهای الکتریکی: تا ۷۲ ساعت اول فایده ندارند زیرا عصب فلج شده و در این مدت مثل طرف سالم به تحریک الکتریکی جواب می‌دهد. با قرار دادن الکتروود بر روی محل خروج عصب از سوراخ می‌توان عصب را تحریک نمود. این آزمون را می‌توان هر روز تکرار کرد و در صورت عدم وجود استحاله نتیجه باید مانند طرف سالم باقی بماند و اگر مقدار الکتریسته لازم برای تحریک افزایش یافت نشانه شروع استحاله است.



شکل شماره (۵۵) - فلج عصب فاسیال

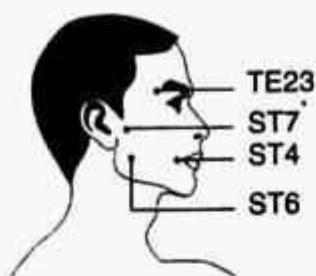


شکل شماره (۵۶) - فلج عصب فاسیال

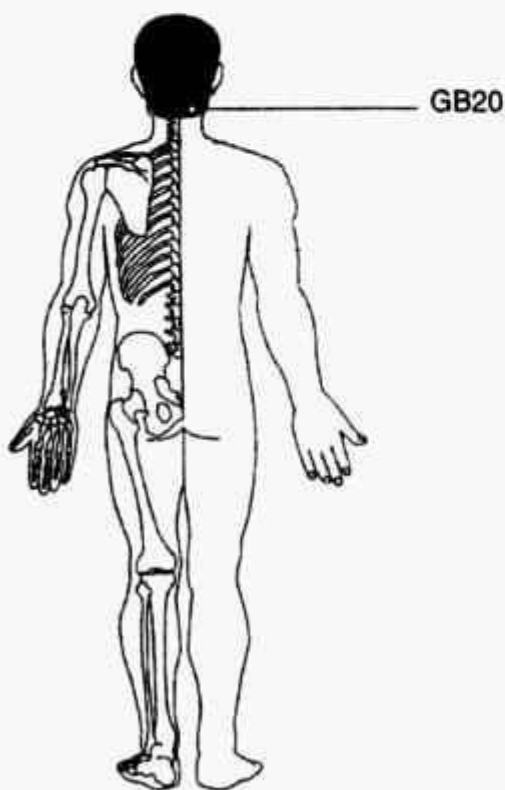


۶ - نورالژی عصب سه قلو:

سندرمی است با علت نامشخص که سبب درد صورتی می شود و در میانسالی و سنین بالاتر بروز می نماید. در بسیاری موارد ریشه های عصب سه قلو در مجاورت عروق بوده و احتمالاً فشار عروق کوچک بر عصب عامل ایجاد بیماری می باشد. درد عمدتاً محدود به مناطقی است که توسط شاخه های دوم و سوم عصب سه قلو عصب دهی می شوند. درگیری شاخه نخست و یا درگیری دو طرفه در کمتر از ۵٪ موارد رخ می دهد. به طور معمول دردی شدید و صاعقه وار به صورت گذرا ایجاد و خود به خود بهبود می یابد. بروز درد در خواب نادر است. تحریک حس مناطق برانگیزنده در اطراف گونه، بینی یا دهان توسط لمس، سرما، صحبت کردن و یا جویدن سبب بروز درد می شود.



شکل شماره (۵۷) - نورالژی عصب سه قلو



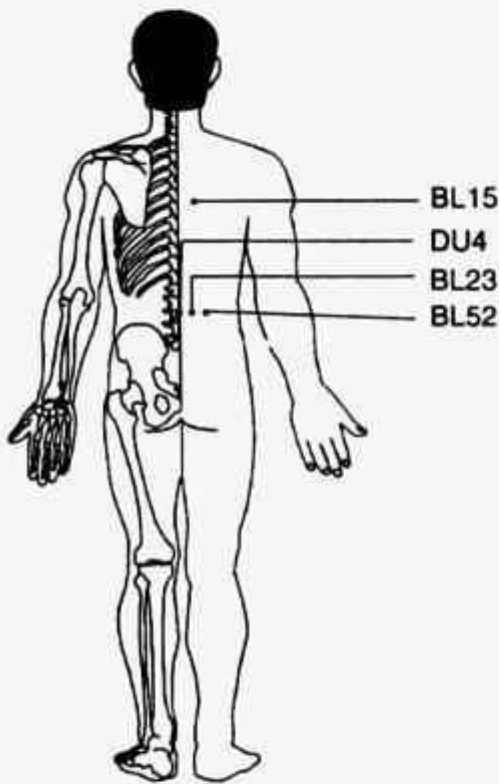
شکل شماره (۵۸) - نورالژی عصب سه قلو



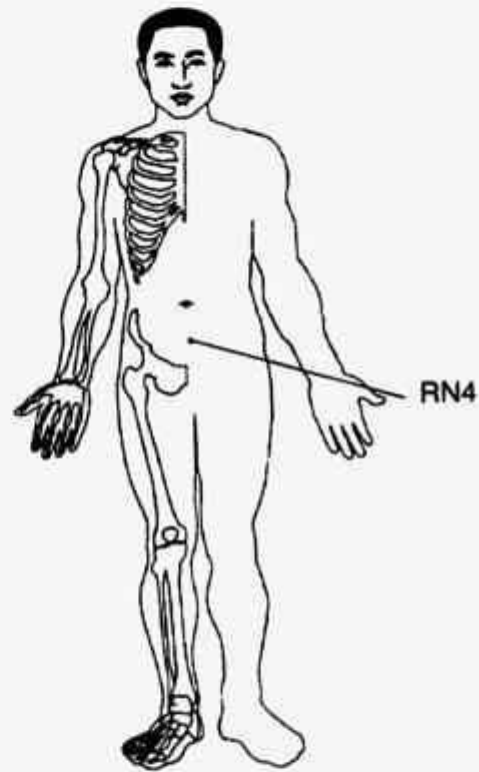
بیماریهای دستگاه ادراری و تناسلی

۱ - اختلال عصبی دستگاه تناسلی:

علائم بالینی: دارای رمق و توان پایین، احساس سرگیجه، به سختی خواب رفتن، ضعف قوه باء و دفع مایع شبانه.



شکل شماره (۵۹) - اختلال عصبی دستگاه تناسلی



شکل شماره (۶۰) - اختلال عصبی دستگاه تناسلی

۲ - التهاب پروستات (پروستاتیت): شایعترین مشکل ارولوژیک مردان زیر ۵۰ سال است:

* پروستاتیت حاد باکتریال: گرچه بطور شایع عامل عفونت یک ارگانسیم است ولی ممکن است بصورت پلی میکروبیال نیز دیده شود. راه ورود بصورت بالا رونده بوده و ادرار عفونی بداخل داکت‌های پروستات ریفلاکس می‌یابد.

علائم بالینی: تب و لرز، درد رکتال، کمر، پرینه و علایم تحریکی ادراری از علایم آن است. پروستات می‌تواند موجب احتباس ادرار گردد. دردهای عضلانی و مفصلی شایع است.



معاینه رکتال، پروستات بزرگ، حساس، سفت و گرم می‌شود. ادرار کدر، بدبو و گاهی همراه با هماچوری وسیع می‌باشد.

• پروستاتیت مزمن باکتریال:

علت و مکانیسم ایجاد بیماری: ارگانیزم‌های مسئول همانند پروستاتیت باکتریال حاد هستند و مسئله ریفلاکس و آناتومی داکتال که قبلاً ذکر شد در این مورد نیز صادق است. عده‌ای نقش اختلال عملکرد ترشحاتی را نیز مطرح می‌نمایند. ترشحات در این بیماران قلیایی بوده و همین عامل تأثیر باز دارنده‌ای برای انتقال آنتی بیوتیک‌ها از پلاسما به ترشحات پروستات دارد.

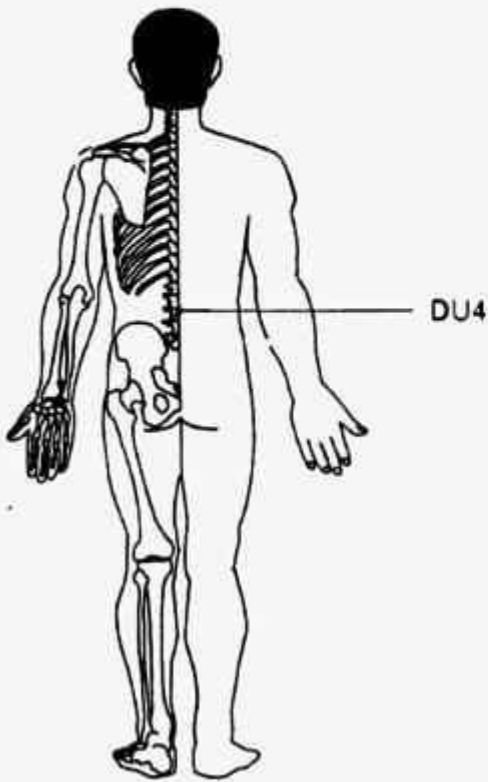
علائم بالینی: اکثر این بیماران تکرر، سوزش ادرار، ناکچوری و احساس دفع فوری ادرار همراه با درد کمر و پرینه دارند. علائم می‌توانند همراه با عود و گاهی Acute exacerbation بصورت تب و لرز باشند. یافته اختصاصی در توشه رکتال ندارند. پروستات معمولاً نرمال بوده گرچه می‌تواند سفت و متورم و حساس نیز باشند.

• هیپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH):

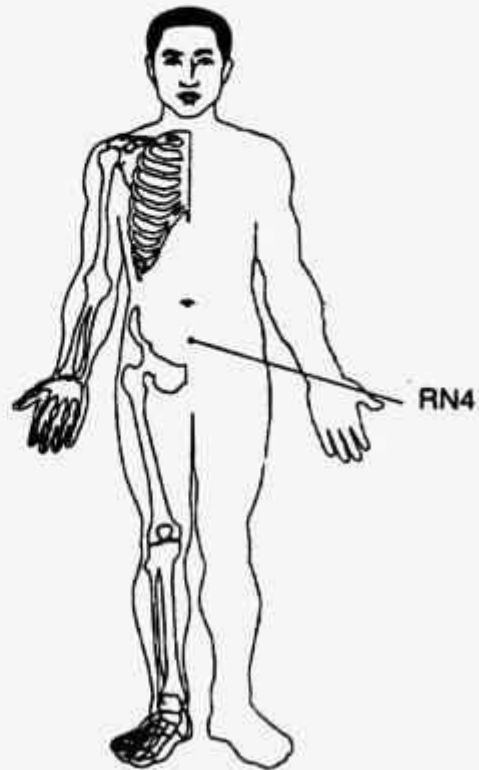
شایعترین تومور خوش خیم در مردان می‌باشد. علت این بیماری مولتی فاکتوریال بوده و تحت کنترل عوامل آندوکراین است. استروما و اپیتلیوم پروستات می‌توانند ندولهای BPH را تشکیل دهند. برای ایجاد BPH دو فاکتور دی‌هیدروتستوسترون (DHT) و افزایش سن ضروری می‌باشد.

علائم بالینی: شامل علائم انسدادی نظیر Hesitancy، کاهش فشار و کالبر ادرار، احساس عدم تخلیه کامل مثانه، دو بار ادرار کردن در طی ۲ ساعت، زور زدن در حین ادرار کردن و قطره قطره ادرار کردن در انتهای ادرار و علائم تحریکی نظیر تکرر ادرار، ناکچوری و احساس دفع فوری ادرار می‌باشد.

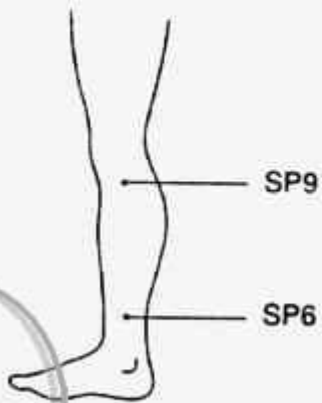




شکل شماره (۶۱) - التهاب پروستات



شکل شماره (۶۲) - التهاب پروستات



شکل شماره (۶۳) - التهاب پروستات



شکل شماره (۶۴) - التهاب پروستات



۳- عفونت مثانه (سیستیت حاد)

علت و مکانیسم بیماری: سیستیت باکتریال غیر کمپلیکه حاد اساساً در خانمها و بدون وجود اختلالات ساختمانی و فونکسیونل دیده می شود و راه عفونت بالا رونده است.

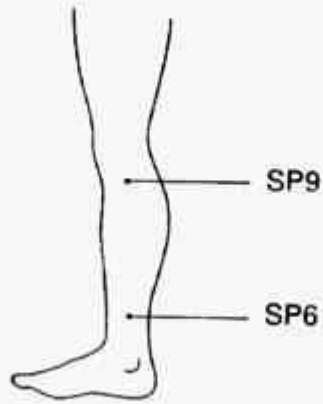
مردان بعلت وجود ترشحات آنتی باکتریال پروستات محافظت می شوند. ۸۰٪ عوامل ایجاد کننده E.coli بوده و فقط استافیلوکوک ساپروفیتیکوس و اتروکوک از دسته گرم مثبت های هوازی می توانند مسئول این بیماری باشند.

علائم بالینی: علایم تحریکی ادراری (تکرر، سوزش ادرار و احساس دفع فوری ادرار) علامت مشخصه سیستیت حاد هستند.

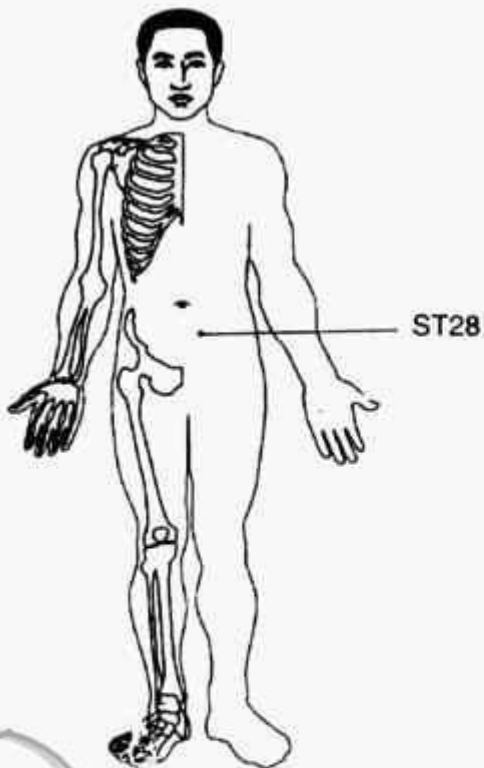
در بزرگسالان تب و علایم عمومی غیر معمول بوده و در معاینه ممکن است تندرینس سوپراپوبیک وجود داشته باشد.

تشخیص: در آنالیز ادرار بطور تیپیک پیوری، باکتریوری و گاهاً هماچوری دیده می شود اما تشخیص قطعی باکشت ادرار است. اگر در یک فرد بالغ بر اساس علایم و آنالیز ادرار یک عفونت غیر کمپلیکه مد نظر باشد می توان از کشت ادرار صرف نظر کرد، اگر تشخیص مسجل نیست یا بیمار کودک بوده یا جدیداً آنتی بیوتیک در یافت نموده و یا سابقه عفونت ادراری داشته باشد باید قبل از شروع درمان کشت ادرار انجام داد.

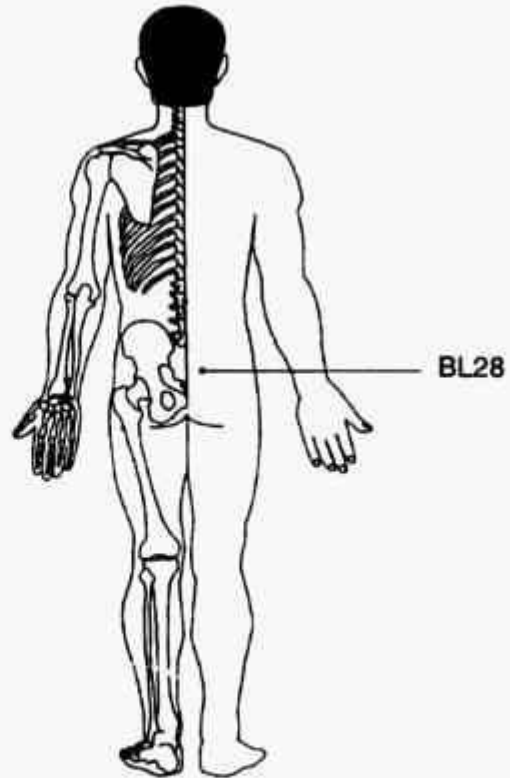




شکل شماره (۶۵) - عفونت مثانه



شکل شماره (۶۶) - عفونت مثانه



شکل شماره (۶۷) - عفونت مثانه



۴ - عفونت کلیه (پیلونفریت)

الف - پیلونفریت حاد: پیلونفریت حاد عفونی باکتریال بوده که موجب التهاب پارانشیم و لگنجه کلیه می‌گردد. E.coli عامل عفونت در ۸۰٪ موارد بوده و سایر علل شامل: کلبسیلا، پروتئوس، سراتیا، اتروباکترو سیتروباکتر می‌باشند. پاتوژنها اکثراً از طریق سیستم ادراری تحتانی به کلیه رسیده و وجود ریفلاکس موجب افزایش ریسک پیلونفریت حاد می‌شود. اختلال در پرستالتیسم حالب ممکن است موجب زمینه سازی عفونت سیستم ادراری فوقانی شود. عفونت‌های هماتوژن اغلب در ارتباط با باکتری می‌استافیلوکوک بوده و همراه با فرم بالینی حاد آبسه کلیه می‌باشد.

علائم بالینی: تب ناگهانی، لرز، درد فلانک یکطرفه یا دو طرفه علائم کلاسیک پیلونفریت حاد هستند. سوزش و تکرر ادرار، Urgency (احساس دفع فوری ادرار) تهوع و استفراغ از علائم دیگر محسوب می‌شود و این بیماران اغلب درد منتشر شکم دارند.

تشخیص: لکوسیتوز با شیفت بطرف نوتروفیل و فرم‌های نابالغ در CBC، پیوری، باکتریوری، پروتئینوری و تعداد متغیر RBC در آزمایش ادرار از علائم آزمایشگاهی است. کشت ادرار همواره مثبت بوده و حاوی 100000 CFU.ML باکتری است.

ب - پیلونفریت آمفیزماتو: یک عفونت نکروزان کلیه بوده که از خصوصیات آن وجود گاز در داخل و اطراف کلیه است. ۹۰ - ۸۰٪ این بیماران دیابتیک بوده و بقیه انسداد سیستم ادراری بدنال سنگ یا نکروز پاپیلری دارند. شایعترین ارگانیسم E.coli می‌باشد.

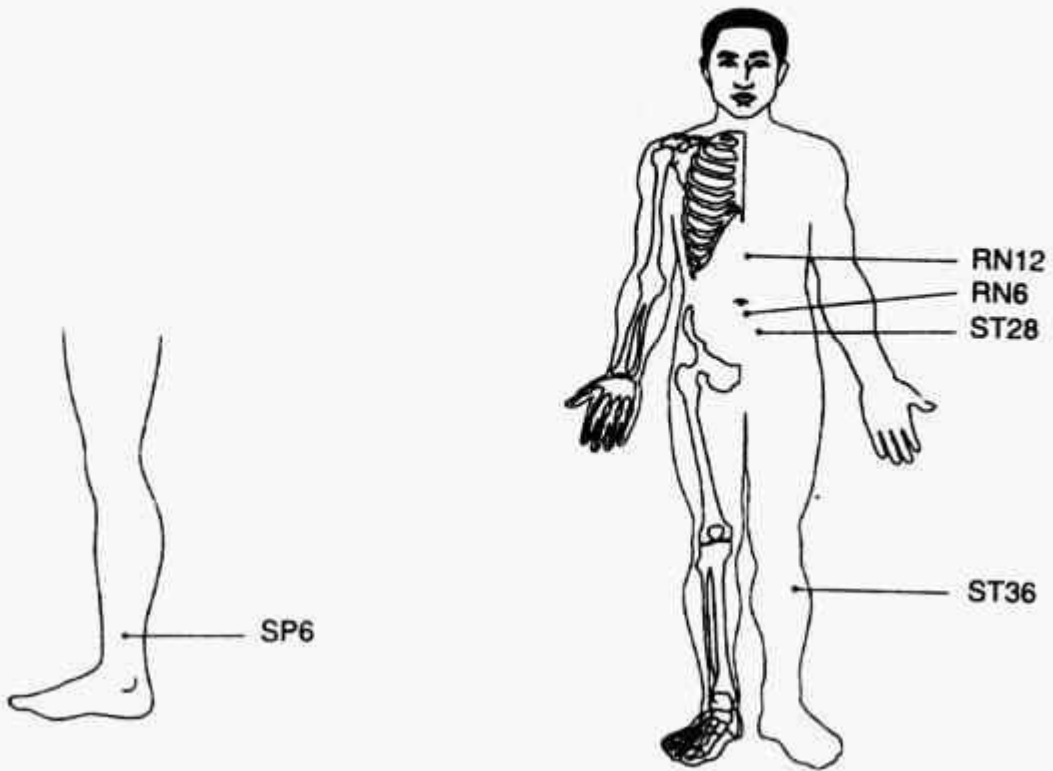
علائم بالینی: بطور تیپیک بیماران پیلونفریت حاد شدید که به درمان‌های اولیه با آنتی بیوتیک‌های تزریقی جواب نمی‌دهند مراجعه می‌نمایند. سه علامت اصلی تب و درد فلانک و استفراغ توصیف شده است. کشت ادرار عموماً مثبت بوده است.

ج - پیلونفریت مزمن: نشان دهنده روند آتروفیه شدن و در نهایت نارسایی کلیه است. اصطلاح اسکار پیلونفریتیک صحیح‌تر بنظر می‌رسد چون عفونت‌های مکرر بر روی یک زمینه غیر طبیعی ساختمان یا فونکسیونلی سبب آن می‌باشند.

علائم بالینی: در صورت عدم حضور عفونت حاد آسیمپتوماتیک هستند، هیپرتانسیون با علائم نارسایی ممکن است اتفاق افتد. یافته‌های فیزیکی خاصی ندارند و اکثراً بطور اتفاقی کشف می‌شوند.

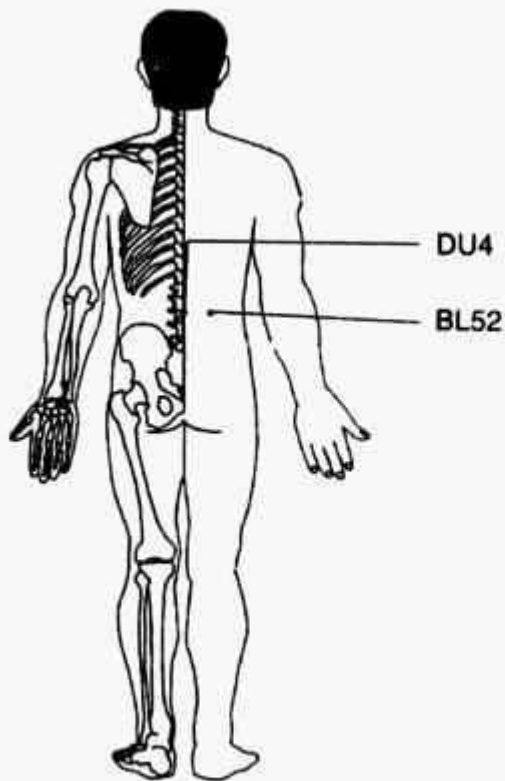
علائم تشخیص: پیوری و باکتریوری در آنالیز ادرار در حین عفونت فعال دیده می‌شوند. در موارد پیشرفته با گرفتاری گلو مرونولها (اسکار) پروتئینوری دیده خواهد شد.





شکل شماره (۶۸) - عفونت کلبه

شکل شماره (۶۹) - عفونت کلبه



شکل شماره (۷۰) - عفونت کلبه

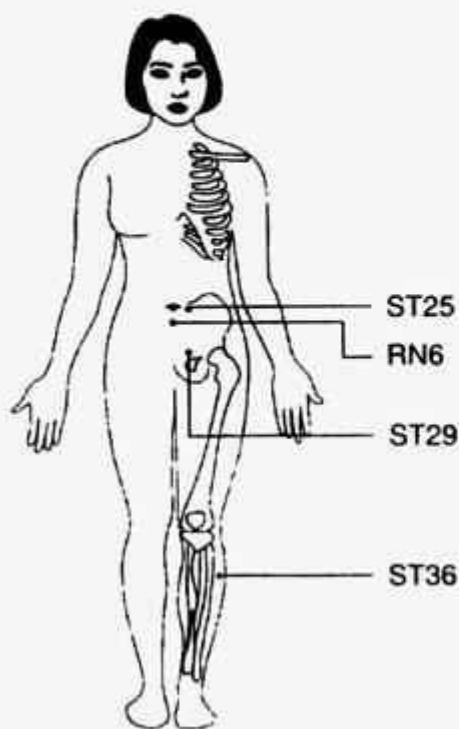


بیماریهای زنان

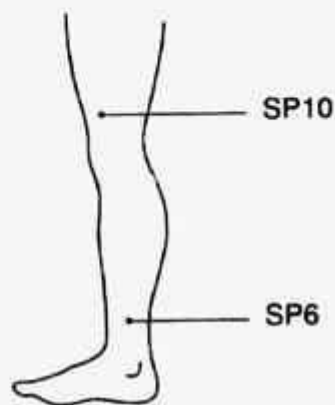
الف - پرئود نامنظم:

- ۱ - منوراژی (هیپرمنوره): عبارتست از خونریزی شدید یا طولانی مدت قاعدگی. علل منوراژی عبارتند از: میومهای زیر جلدی، عوارض حاملگی، آدنومیوز، هیپرپلازی آندومتر، تومورهای بدخیم و خونریزی دیس فونکسیونل.
- ۲ - متروراژی: عبارتست از خونریزی در فواصل بین دوره‌های قاعدگی، پولیپ‌های آندومتر و کارسینوم‌های آندومتر و سرویکس از علل پاتولوژیک هستند، در سالهای اخیر مصرف استروژن‌اگزوژن یک علت شایع این نوع خونریزی شده است.
- ۳ - هیپومنوره (کریپتومنوره): یعنی کم بودن میزان خونریزی قاعدگی گاهی اوقات فقط در حد لکه بینی. ممکن است علت آن انسداد باشد. از علل دیگر عبارتند از: چسبندگی رحم (سندرم آشرمن) و گاهی اوقات مصرف OCP.
- ۴ - پلی منوره: یعنی زیاد بودن دفعات قاعدگی (کاهش فاصله بین پرئودها) این حالت معمولاً با عدم اوولاسیون همراه است.
- ۵ - منومتروراژی: عبارتست از وقوع خونریزی در فواصل نامنظم. مقدار و طول مدت خونریزی نیز متغیر است. هر حالتی که موجب متروراژی شود در نهایت می‌تواند منجر به منومتروراژی گردد.
- ۶ - اولیگو منوره: یعنی دوره‌های قاعدگی با فاصله بیش از ۳۵ روز. اگر به مدت بیش از ۶ ماه قاعده نشود آمنوره تشخیص داده می‌شود. علل احتمالی عبارتند از: حاملگی، اختلالات محور هیپوفیز - هیپوتالاموس، منوپوز، کاهش بیش از حد وزن و تومورهای ترشح‌کننده استروژن.
- ۷ - خونریزی بدنبال مقاربت: علامتی از کانسرسرویکس است مگر این که خلاف آن ثابت شود. سایر علل شایع عبارتند از پولیپ‌های سرویکس، اورشن سرویکس و عفونت سرویکس یا واژن (مثلاً به علت تریکوموناس).





شکل شماره (۷۱) - پریود نامنظم



شکل شماره (۷۲) - پریود نامنظم

ب - دیسمنوره (قاعدگی دردناک):

شایعترین شکایت بیماران ژنیکولوژیک، دیسمنوره است. اکثر زنان موقع قاعدگی ناراحتی خفیفی را تجربه می‌کنند ولی دیسمنوره زمانی است که شدید بودن درد مانع از فعالیت‌های روزمره شده و نیاز به درمان دارویی باشد.

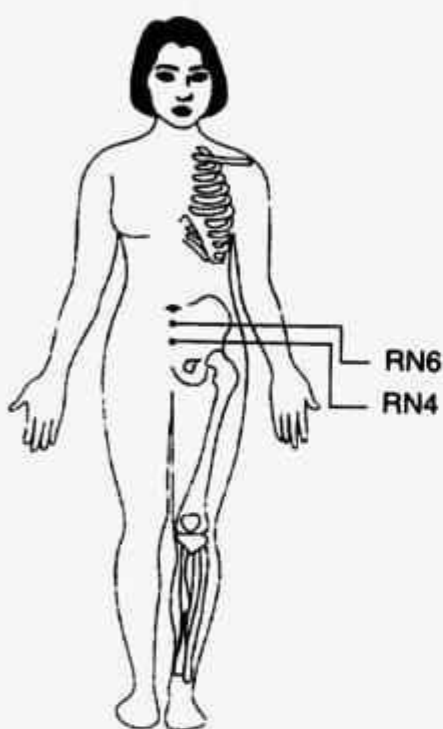
سه نوع دیسمنوره وجود دارد: ۱- اولیه (بدون علل ارگانیک) ۲- ثانویه (با علت پاتولوژیک) و ۳- مامیرانوز. در اینجا عمدتاً روی دیسمنوره اولیه بحث می‌شود. دیسمنوره ثانویه در اختلالاتی مانند آندومتریوز، آندرومیوز، PID، تنگی سرویکس و پولیپ‌های فیروئید دیده می‌شود.

مکانیسم: از مدتها قبل مشخص شده است که درد حین قاعدگی در سیکل‌های توأم با اوولاسیون دیده می‌شود. مکانیسم درد به فعالیت پروستاگلاندین‌ها نسبت داده می‌شود و ممکن است فاکتورهای روانی نیز دخالت داشته باشند.

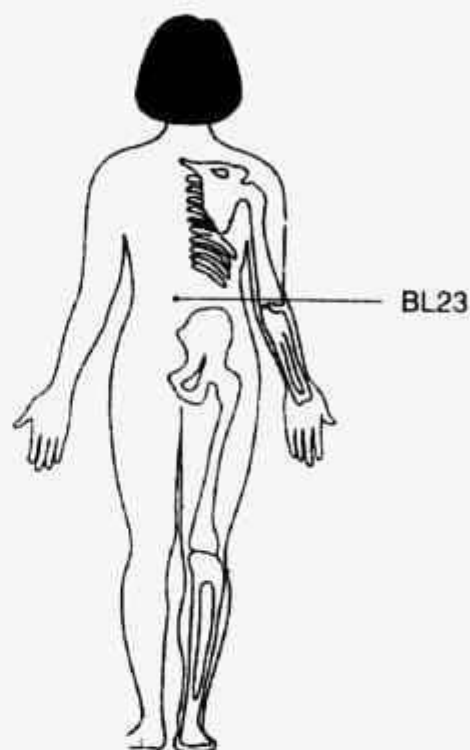
علائم بالینی: چون دیسمنوره تقریباً همیشه در سیکل‌های توأم با اوولاسیون دیده می‌شود لذا



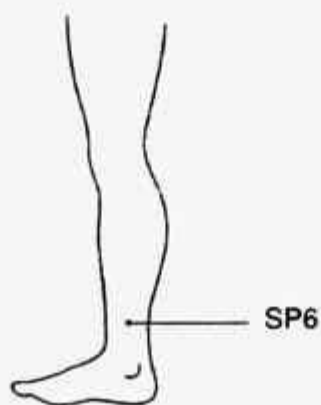
معمولاً در اوایل شروع خونریزی قاعدگی بروز نمی‌کند، زیرا سیکل‌های قاعدگی در ابتدا بدون اوولاسیون هستند. درد بطور مشخص در روز اول قاعدگی بروز می‌کند ولی ممکن است تا روز دوم نیز وجود داشته باشد. گاهی تهوع و استفراغ و اسهال و سردرد وجود دارد.



شکل شماره (۷۳) - دیسمنوره



شکل شماره (۷۴) - دیسمنوره



شکل شماره (۷۵) - دیسمنوره



ج - سندرم دوران یانسگی:

علائم بالینی: علائم و نشانه‌های مربوط به کاهش استروژن‌های آندوژن:

* دستگاه تولید مثل: اولین نشانه بالینی تغییر در قاعدگی است که ممکن است به یکی از اشکال زیر باشد:

(I) متوقف شدن ناگهانی قاعدگی نسبتاً نادر است.

(II) شایعترین حالت کاهش تدریجی مقدار و طول مدت خونریزی قاعدگی است.

(III) در مقدار کمی از بیماران خونریزی واژینال مکرر یا شدید وجود دارد.

* مجاری ادراری: استروژن در حفظ اپی‌تلیوم مثانه و پیشابراه نقش مهمی ایفا می‌کند. کاهش شدید استروژن ممکن است تغییرات آتروفیک ایجاد کند که این حالت نیز ممکن است باعث سیستیت آتروفیک گردد.

* غدد پستانی: کوچک شدن اندازه پستان.

* گرگرفتگی: شایعترین و مشخص‌ترین نشانه سندرم دوران یانسگی حملات ناگهانی برافروختگی و تعریق است که به آن گرگرفتگی می‌گویند اکثر زنان اظهار می‌دارند که گرگرفتگی با یک احساس فشار در سر که بیشتر شبیه سردرد است شروع می‌شود. طول مدت حملات از چند لحظه تا بیش از ۱۰ دقیقه طول می‌کشد (بطور متوسط ۴ دقیقه). فواصل حملات از ۲-۱ ساعت تا ۲-۱ هفته می‌باشد. این علائم به علت پیدایش تغییراتی در وازودیلاتاسیون جلدی، تعریق، کاهش درجه حرارت مرکزی بدن و افزایش ضربان نبض می‌باشد.

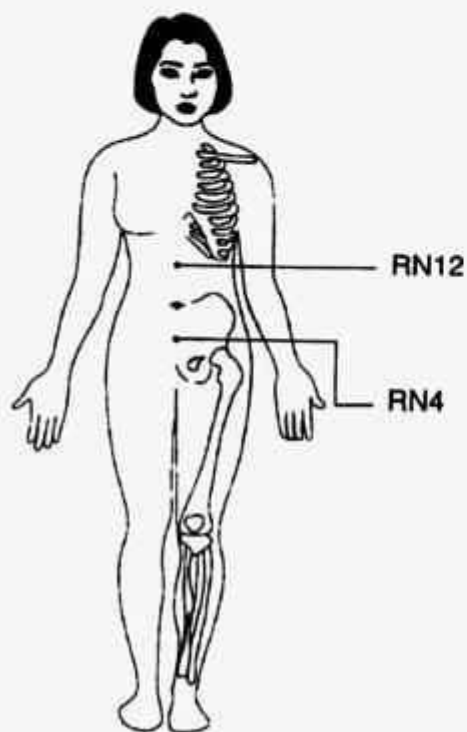
* استئوپورز: این اختلال با کاهش مقدار استخوان بدون تغییر ترکیب شیمیایی آن مشخص می‌گردد. استئوپورز عمدتاً در استخوان‌های تراپکولررخ می‌دهد به همین دلیل در ستون مهره‌ها و دیستال رادیوس بیشتر دیده می‌شود.

* سیستم قلبی عروقی: خطر بیماریهای قلبی عروقی بعد از منوپوز بتدریج بالا می‌رود.

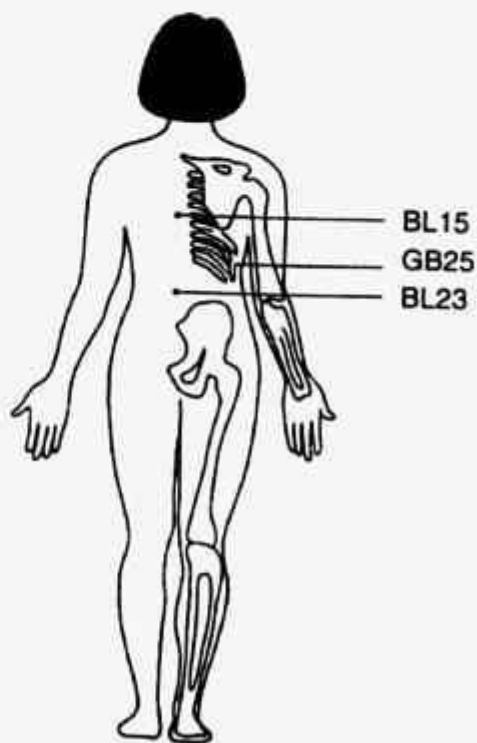
* پوست و مو: با بالا رفتن سن تغییرات قابل توجهی در پوست روی می‌دهد پوست بطور منتشر نازک شده و خاصیت ارتجاعی خود را از دست می‌دهد ریزش متغیر موزیس بغل پویس.



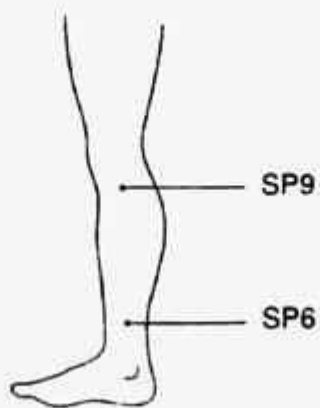
* تغییرات روانی: نشانه‌های مانند تحریک‌پذیری، دیسفوری و عصبانیت افزایش می‌یابد.



شکل شماره (۷۶) - سندرم دوران بانگی



شکل شماره (۷۷) - سندرم دوران بانگی



شکل شماره (۷۸) - سندرم دوران بانگی



بیماریهای اطفال

الف) پنومونی یا ذات‌الریه: پنومونی به عفونت پارانشیم ریه اطلاق می‌گردد. گروه وسیعی از عوامل باکتریایی، مایکوپلاسمایی، کلامیدیایی، ریکتزیایی، ویروسی، قارچی و انگلی قادر به ایجاد پنومونی می‌باشند لذا پنومونی یک بیماری منفرد نمی‌باشد بلکه گروهی از عفونتها را تشکیل می‌دهد.

راههای انتقال و سرایت عامل پنومونی:

- ۱) آسپیراسیون ارگانیسم‌های کلونیزه شده در اوروفارنکس
- ۲) استنشاق آئروسول‌های عفونی.
- ۳) انتقال هماتوزن از مناطق خارج ریه. شایعترین عامل بیماریزا در این وضعیت استافیلوکوک طلایی است.

۴) در تلقیح مستقیم: تلقیح مستقیم به دنبال قرار دادن لوله تراشه یا ورود اجسام نوک تیز (مانند چاقو) ایجاد می‌شود.
سن و بیماریهای همراه:

سن عامل مهمی در تعیین علت پنومونی می‌باشد. در کودکان کمتر از ۶ ماه کلامیدیا تراکومایتیس و ویروس سن سیتیال تنفسی (RSV) شایعترین عوامل هستند. هموفیلوس آنفلوانزا در بین بچه‌های ۶ ماه تا ۵ ساله و در بالغین جوان مایکوپلازما پنومونه و کلامیدیا پنومونه شایع می‌باشد.

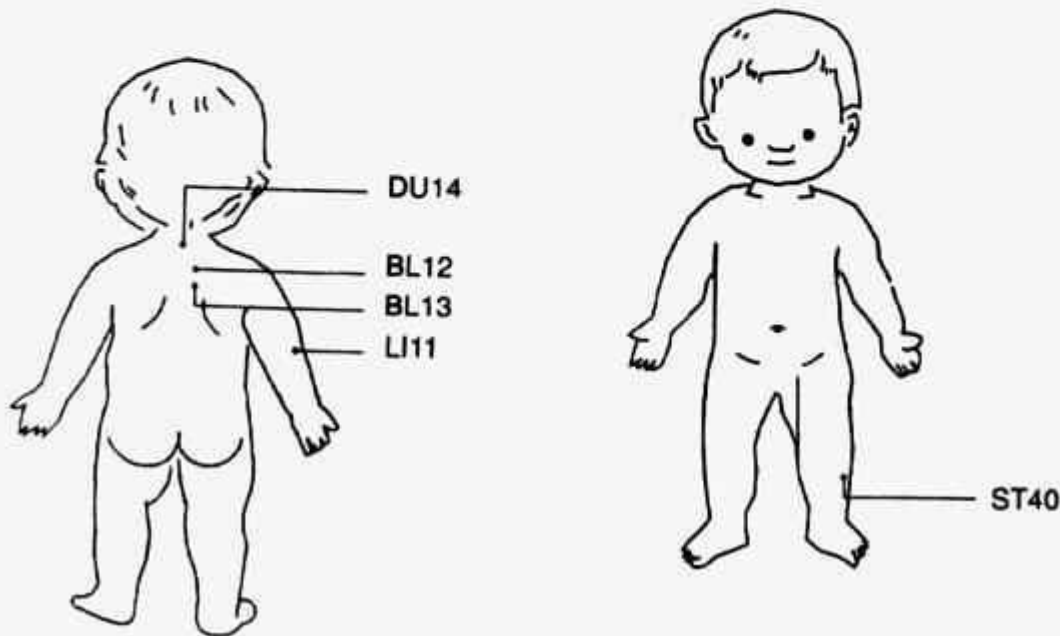
علائم بالینی:

پنومونی تیبیک: با شروع ناگهانی تب، سرفه همراه با خلط چرکی و گاهی درد پلوریتیک قفسه سینه مشخص می‌شود. در معاینه فیزیکی در مناطقی که رادیوگرافی نشان دهنده غیر طبیعی بودن آنها است، می‌توان نشانه‌های تراکم ریوی (ماتیته، افزایش فرمیتوس، آگوفونی، صدای برونکیال و رال‌ها) را مشاهده کرد.

پنومونی آتیبیک: با شروع آهسته‌تر، سرفه خشک، وجود علائم خارج ریوی (سردرد، در



عضلانی، خستگی، گلودرد، تهوع، استفراغ و اسهال) و عکس قفسه سینه غیر طبیعی ولی علائم اندک در معاینه ریه (اغلب رال) مشخص می شود.

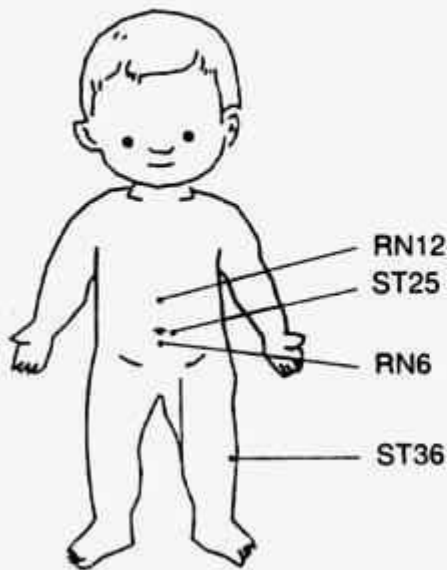


شکل شماره (۷۹) - پنومونی

شکل شماره (۸۰) - پنومونی

ب) سوء هاضمه: واژه‌ای است که معمولاً توسط بیماران برای توصیف برخی از علائم که غالباً به شکل احساس ناراحتی در قسمت فوقانی شکم بوده و اکثراً همراه با خوردن غذا می‌باشد، به کار می‌رود این واژه غیر اختصاصی بوده و ممکن است معنای یکسانی برای پزشک و بیمار نداشته باشد مثلاً بعضی از بیماران سوء هاضمه را به فشار یا درد شکمی که امکان دارد با پری شکم بعد از خوردن غذا، سیری زودرس، تهوع یا نفخ همراه باشد توصیف می‌کنند و معمولاً از آن به عنوان ترش کردن یاد می‌کنند. برخی دیگر از بیماران ممکن است از این واژه برای توصیف یک احساس مبهم یا عدم تحمل برخی از غذاها، استفاده نمایند عده‌ای از بیماران از این واژه برای بیان آروغ زدن، احساس وجود گاز زیاد در شکم یا نفخ استفاده می‌نمایند. علائمی که غالباً به عنوان سوء هاضمه بررسی می‌گردند:





شکل شماره (۸۱) - سوء هاضمه

۱ - درد: درد احشای شکمی توسط اعصاب آوران احشایی که همراه با راههای سمپاتیک شکمی هستند منتقل می‌گردد. درد احشایی به صورت درد مبهمی که در خط وسط بدن منتشر می‌باشد یا به صورت احساس پری شکم یا فشار توصیف می‌گردد.

۲ - سوء هاضمه بدون زخم: سوء هاضمه بدون زخم اشاره به وضعیتی دارد که علائم بیمار نشان دهنده زخم پتیک می‌باشد ولی با آندوسکوپی یا رادیوگرافی با باریم هیچ زخمی یافت نمی‌شود و هیچگونه اختلال عضوی (نظیر بیماریهای مجاری صفراوی) یا سندرم روده تحریک‌پذیر که بتوان علائم را به آن نسبت داد وجود ندارد.

۳ - سوزش سردل: عبارت است از احساس گرما یا سوزش در زیر جناغ یا بالای اپی‌گاستر که به گردن و گاهی بازوها انتشار می‌یابد. سوزش سردل گذرا در افراد سالم شایع است، ولی سوزش شدید و متناوب سردل معمولاً علامتی از اختلالات کارکردی مری می‌باشد. سوزش سردل اغلب با ریفلاکس معدی - مری همراه است. در این وضعیت، سوزش سردل پس از مصرف غذای زیاد به دنبال خم شدن یا خوابیدن به پشت ایجاد می‌گردد.

۴ - عدم تحمل غذا: در بعضی از افراد، غذاهای خاصی می‌توانند موجب سوء هاضمه شوند بعنوان مثال: مرکبات به دلیل PH نسبتاً پایین و غذاهای ادویه دار اغلب در بیماران مبتلا به زخم پتیک یا ازوفازیت پتیک موجب تشدید علائم می‌شوند یا شیر در بعضی از افراد باعث کمبود آنزیم لاکتاز موجب عدم تحمل می‌شود.



۵- بلع هوا (آئروفاژی): در افرادی که از آروغ زدنهای مکرر و مزمن شکایت دارند.

۶- پرگازی و نفخ

ج- شب ادراری (Enuresis) (ادرار در حال خواب)

(I) ۵۰٪ کارکردی: (فونکسیونل): این نوع شب ادراری ۵۰٪ موارد شب ادراری را شامل شده و بیشتر در پسر بچه‌های ۳ تا ۷ ساله با سابقه فامیلی مثبت دیده می‌شود.

(II) روانزا: ۳۰٪ موارد ابتلا را شامل می‌شود و بی‌اختیاری روزانه بیشتر در دخترها دیده می‌شود بدین معنی که تمام ادرار خود را در حالت بیداری ناگهان رها می‌کنند ولی رها کردن ادرار در شب نیز می‌تواند روانزا باشد.

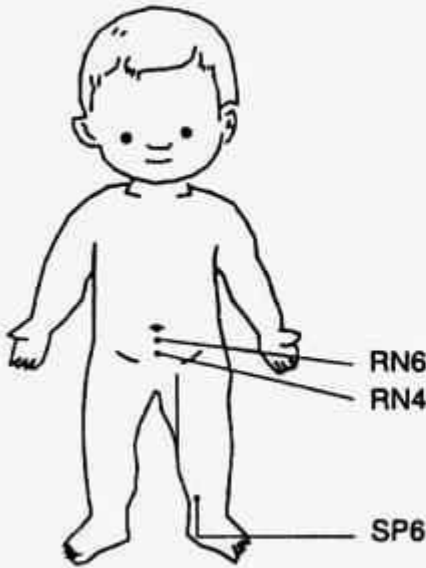
* عوامل زمینه‌ای: فشار برای آموزش کنترل ادرار قبل از ۱/۵ سالگی، خود را به بچگی زدن برای جلب توجه دیگران، در بیماری حاد و استرس نوار مغز ۴۰٪ اینها اشکال دارد. معمولاً بعضی شب‌ها رخ می‌دهد حتی ماهی یکبار بدون مسائل ادراری در روز.

(III) عضوی: علل شایع: PUV، تنگی مه‌آ، رادیکولوپاتی ساکرال مثلاً اسپاینا بیفیدا. در دختران جوان تنگی دیستال مجرا مطرح است (کاهش قطر ادرار بدون سیستیت). علل تکرر ادرار (مثلاً سیستیت) و پلی‌اورمی را باید در نظر داشت. داروها از جمله تیوریدازین می‌توانند شب ادراری ایجاد کنند.

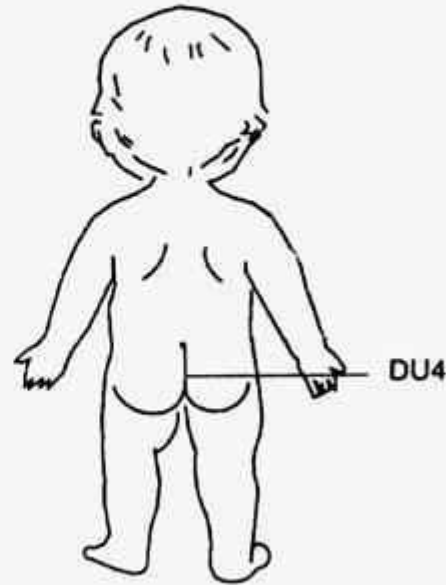
معاینات: بخصوص نگاه کردن به قطر ادرار و سونداژپس از تخلیه برای رد ادرار باقیمانده انجام می‌شود.

اقدامات تشخیصی: کشت و کامل ادرار، (برای رد عفونت، دیابت و...) ادرار ۲۴ ساعت (برای رد پلی‌اورمی)، عکس فقرات (برای اسپاینا بیفیدا) نوار مغز، اروفلومتری و VCUG (برای رد تنگی مه‌آ، مثانه نوروژنیک، PUV،...) در مواردی که مشخصاً کارکردی هستند گرفتن شرح حال خانوادگی برای تشخیص الزامی است.





شکل شماره (۸۲) - شب ادراری

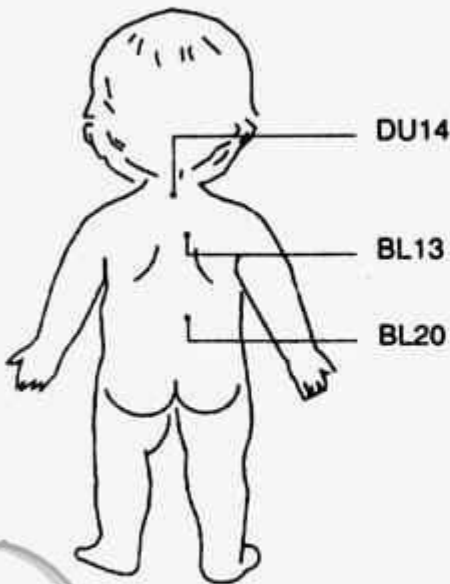


شکل شماره (۸۳) - شب ادراری

د - سیاه سرفه:

سبب شناسی: اغلب ناشی از
بوردتلاپرتوسیسی می باشد.

اپیدمیولوژی: سیاه سرفه بسیار مسری
است و انسان تنها میزبان شناخته شده
بوردتلاپرتوسیسی است. دوره نهفتگی به
طور متوسط شش روز است و از ۶ - ۱۴
روز متغیر است. بیماران در مرحله پیش از
حملات سرفه، بیشترین احتمال سرایت
دادن بیماری را دارند. بیشترین خطر بیماری
در کودکان زیر ۵ سال است و بیشترین میزان



شکل شماره (۸۴) - سیاه سرفه



مرگ و میر در شیرخوران با سن کمتر از یک سال است.
 علائم بالینی: بیماری همراه با نشانه‌های بالینی ۸ - ۶ هفته طول می‌کشد و به طور کلی به سه مرحله تقسیم می‌شود:

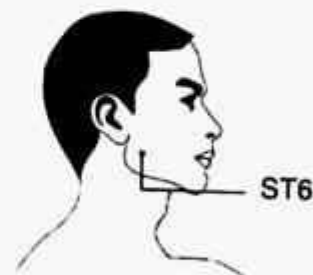
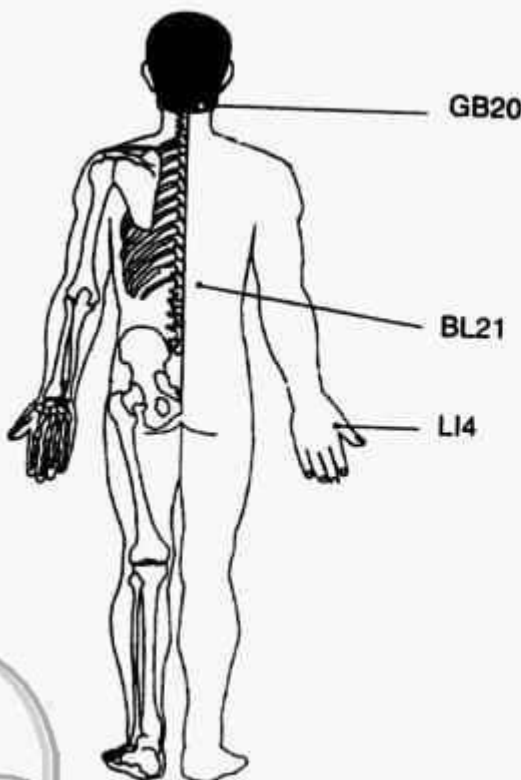
الف - مرحله کاتارال (۲ - ۱ هفته): آبریزش از بینی (شفاف تا موکوسی) پر خونی ملتحمه، اشک ریزش، سرفه خفیف، خس خس سینه و تب خفیف مشاهده می‌شوند متأسفانه تشخیص سیاه سرفه معمولاً در این مرحله انجام نمی‌گیرد ولی در این مرحله سیاه سرفه مسری‌تر است.

ب - حملات مرحله گهگیر: (پاروکسیسمال) این مرحله ۲-۴ هفته یا بیشتر طول می‌کشد و شدت و میزان حملات سرفه افزایش می‌یابد. در این مرحله حملات مکرر ۵ تا ۱۰ سرفه شدید در جریان دم ایجاد می‌شود. پس از هر مرحله سرفه، ناگهان دم عمیقی انجام می‌شود که ایجاد سرفه‌های صدا دار می‌کند و علت آن عبور هوا با فشار از گلوت تنگ است. استفراغ پس از سرفه دلیل کافی برای مشکوک شدن به سیاه سرفه در کودک می‌باشد.

ج - مرحله نقاقت (۲-۱ هفته): سرفه‌های گهگیر و استفراغ در این مرحله از نظر شدت و دفعات کاهش می‌یابند. در مرحله نقاقت، سرفه مزمن ممکن است برای ماهها باقی بماند.

بیماریهای گوش و حلق و بینی

A - دندان درد با آماس لته



شکل شماره (۸۵) - دندان درد

شکل شماره (۸۶) - دندان درد





I) کاهش شنوایی حسی ارثی مادرزادی: مانند: سندرم آلپورت - عبارت است از اختلال در نمو حلزون که ثانویه به یک مشکل ژنتیک باشد که پس از تولد یا بعداً ظاهر می شود.

II) کاهش شنوایی حسی ارثی

غیرمادرزادی: در سن بالا ایجاد می شود.

III) کاهش شنوایی غیر ارثی مادرزادی:

● سرخجه (در سه ماهه اول بارداری)

● کرن ایکتروس

● ترومای زایمانی

● سمیت دارویی (کینین، استرپتومایسین،

آرام بخش ها و داروهای تضعیف کننده

CNS)

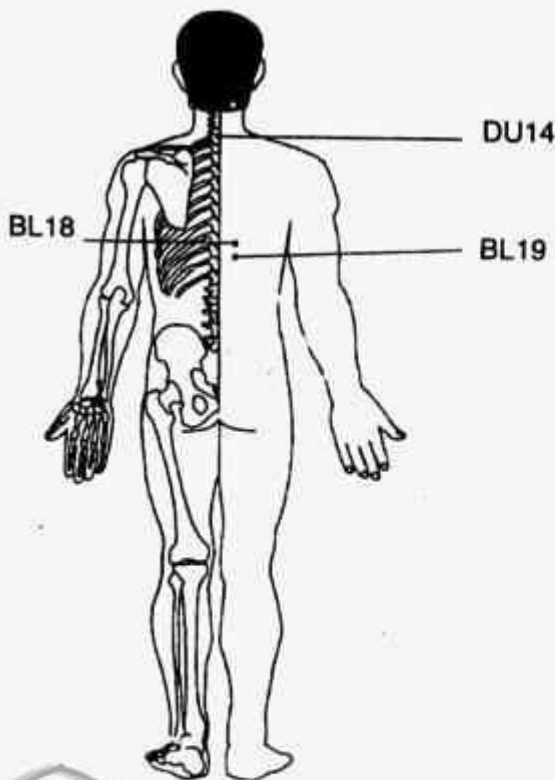
● سیفلیس مادرزادی

IV) کاهش شنوایی حسی عصبی

غیر ارثی اکتسابی:

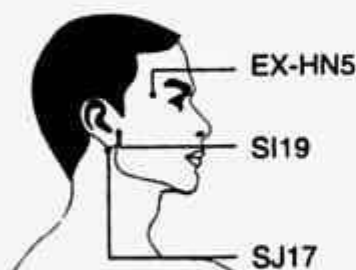
● پیرگوشی: آتروفی سلولهای گانگلیونی

در حلزون و یا تغییرات فشار قاعده ای



شکل شماره (۸۷) - کاهش شنوایی





شکل شماره (۸۸) - کاهش شنوایی

مشاهده می‌شود. معمولاً دو طرفه و تدریجی بوده و رکروتمان وجود دارد. در ابتدا در فرکانس‌های بالا سپس در فرکانس‌های متوسط و پایین دچار کاهش توانایی تفکیک صدا می‌شود.

● شغلی: کاهش شنوایی ابتدا در فرکانس ۴۰۰۰ هرتز و سپس به سمت بالاتر و پایین‌تر در افرادی که محیط کار آنها شدت صوت بیش از ۸۵ دسی بل دارد ایجاد می‌شود.

● تروما

● مسمومیت دارویی: آمینوگلوکوزیدها، سالیسیلات‌ها، کینین و سایر داروهای آنتی مالاریا باعث تخریب سلولهای مویی حساس در گوش داخلی می‌شوند.

● ناشی از علل متابولیک هیپوتیروئیدی
نکته: پیرگوشی شایع‌ترین علت کاهش حسی عصبی شنوایی در اشخاص مسن است.

ب - کاهش شنوایی انتقالی

I - علل مادرزادی:

● آتروفی مجرای خارجی گوش

● فیکساسیون مادرزادی استخوانهای

رکابی

● فیکساسیون مادرزادی استخوانهای

چکشی



شکل شماره (۸۹) - کاهش شنوایی



● از هم پاشیدگی یا اختلال تکامل استخوانچه‌ها

● کلستاتوم اولیه

II- علل اکتسابی:

● انسداد مجرا بر اثر تجمع سرومن

● اتواسکلروز شایع‌ترین علت کاهش شنوایی انتقالی در اشخاص ۵۰ - ۱۵ سال می‌باشد.

● پارگی پرده صماخ

● اوتیت میانی سرروز

● تمپانوا سکلروز

● اوتیت چسبنده

● فیکس شدن استخوانچه‌ها

● اتواسکلروز

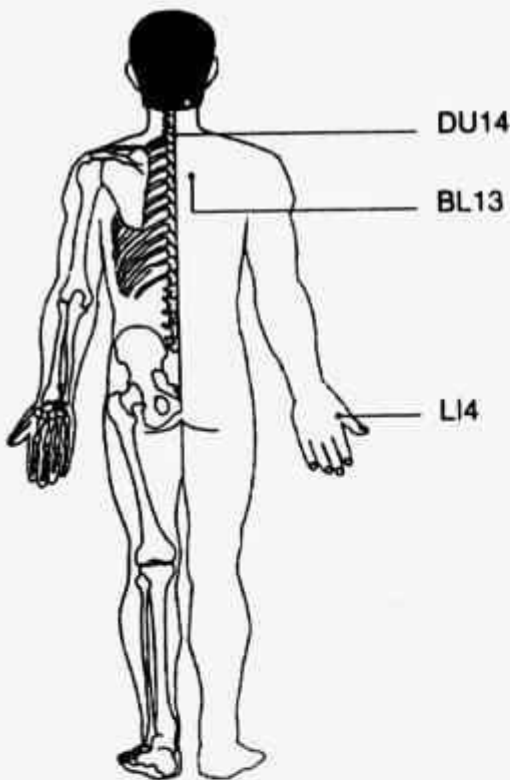
● از هم پاشیدگی استخوانچه‌ها

(C) فارنژیت مزمن:

علائم بالینی: خشکی و درد گلو با احساس

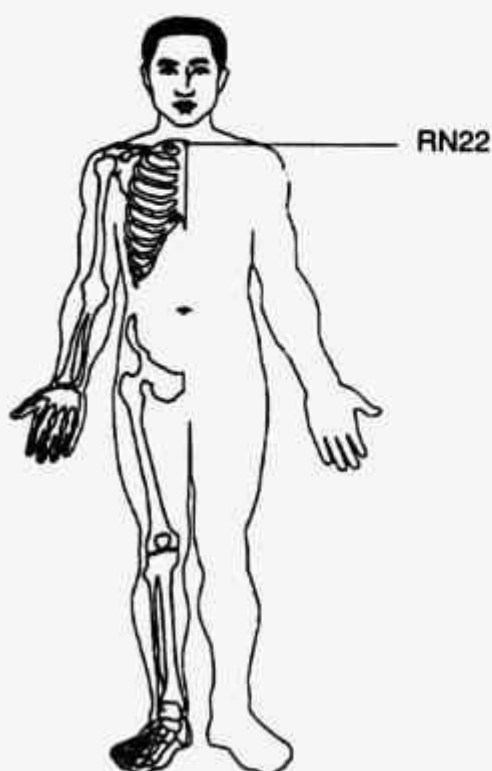
داشتن جسم خارجی در گلو گاهی اوقات به

همراه تهوع می‌باشد.

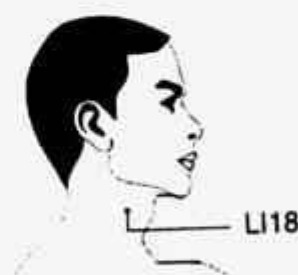


شکل شماره (۹۰) - فارنژیت مزمن





شکل شماره (۹۱) - فارنزیت مزمن



شکل شماره (۹۲) - فارنزیت مزمن

(D) کنژنکتیویت یا ورم ملتحمه:

التهاب ملتحمه (کنژنکتیویت) شایعترین بیماری چشمی در سراسر جهان است. شدت این بیماری از یک قرمزی خفیف چشم تا کنژنکتیویت شدید با ترشح چرکی فراوان متغیر است. علل کنژنکتیویت: باکتریال، کلامیدیایی، ویروسی، ریکتزایی، قارچی، انگلی، ایمونولوژیک (آلرژیک)، شیمیایی یا تحریکی، کنژنکتیویت مرتبط با بیماری سیستمیک، کنژنکتیویت ثانویه به داکریوسیستیت یا کانالیکولیت

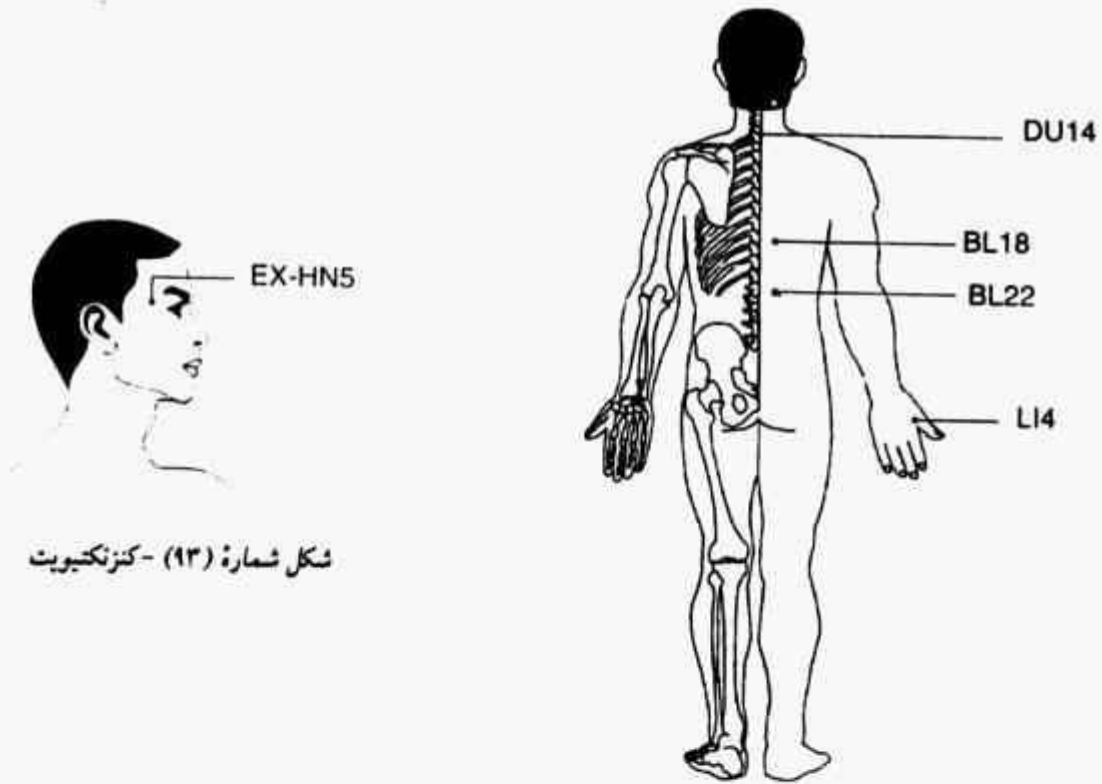
نشانه‌های کنژنکتیویت: نشانه‌های مهم کنژنکتیویت عبارتند از: احساس جسم خارجی، احساس خراش یا سوزش اغلب به تورم یا هیپرتروفی پاپیلر ارتباط دارند که به طور شایع با پرخونی ملتحمه همراه است.

علائم کنژنکتیویت: علائم مهم کنژنکتیویت، عبارتند از: پرخونی، اشک ریزش، آگرودا، افتادگی کاذب پلک، هیپرتروفی پاپیلر، کموز، فولیکول، غشاهای حقیقی یا کاذب گرانولوم، آدنوپاتی جلوی گوش.



کنژنکتیویت باکتریال: بر دو نوع است: حاد و مزمن. نوع حاد می‌تواند خود محدود باشد خصوصاً وقتی با میکروارگانیزم‌های خاصی مانند هموفیلوس انفلوانزا ایجاد شود هر کنژنکتیویت شدید چرکی نیاز به تست‌های آزمایشگاهی و درمان فوری دارد زیرا در غیر این صورت احتمال درگیری قرنیه، از دست دادن چشم یا ورود گنوکوک و مننگوکوک به بدن و سپتی سمی یا مننژیت وجود دارد.

کنژنکتیویت باکتریال مزمن: در بیماران دچار انسداد مجاری نازولاکریمال یا داکریوسیتیت مزمن دیده می‌شود و معمولاً یک طرفه است.



شکل شماره (۹۳) - کنژنکتیویت

شکل شماره (۹۴) - کنژنکتیویت

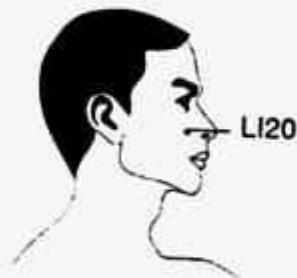


(E) رینیت:

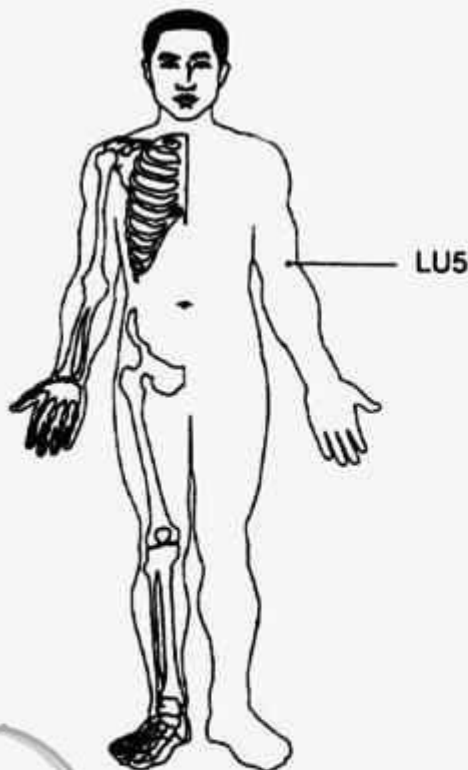
به التهاب مخاط بینی رینیت گفته می‌شود که ممکن است حاد، مزمن، آلرژیک، عفونی، آتروفیک و یا دارویی باشد.

الف: رینیت حاد (سرماخوردگی): بیش از ۹۰٪ موارد رینیت حاد را عفونت‌های ویروسی تشکیل می‌دهند که در رأس آنها سرماخوردگی است و به همین دلیل آن دو را مترادف یکدیگر به حساب می‌آورند. بر حسب عامل به وجود آورنده بیماری، بعد از یک دوره کمون ۱ تا ۳ روزه و علائم پرودرمال (ضعف و بی‌حالی خفیف، گرفتگی بینی و آبریزش بینی و عطسه)، شروع شده و به تدریج سوزش یا درد گلو و گاهی خشونت صدا و یا سرفه ظاهر می‌شود. تب معمولاً خفیف بوده (کمتر از ۳۸/۳ درجه سانتیگراد) و آبریزش بینی ممکن است برای ۱ تا ۲ روز غلیظ و چرکی شود. سینوزیت باکتریال و اوتیت میانی از عوارض این بیماری است.

ب - رینیت مزمن: در برخی از بیماران مبتلا به رینیت مزمن نمی‌توان ماده آلرژن خاصی را مشخص کرد. این گروه از بیماران تحت تأثیر فاکتورهای غیر اختصاصی نظیر هوای سرد، تغییر درجه حرارت یا رطوبت محیط، استرس و خستگی دچار علائم رینیت (گرفتگی بینی، آبریزش شفاف از



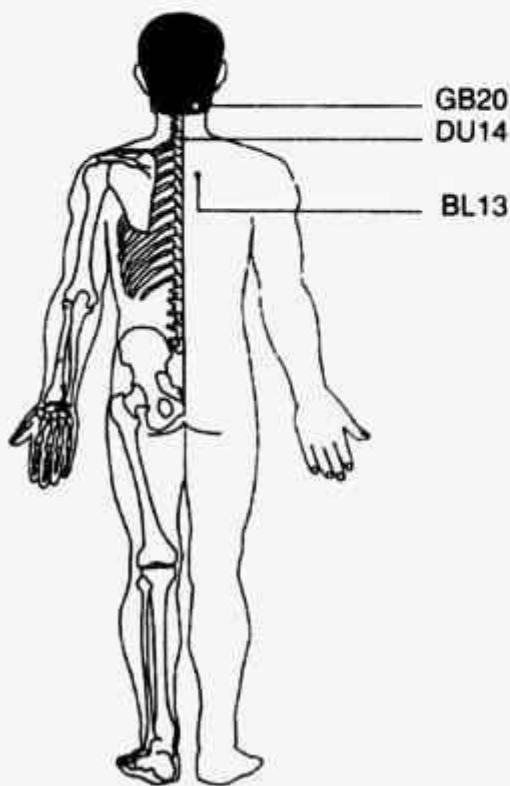
شکل شماره (۱۵) - رینیت



شکل شماره (۱۶) - رینیت



بینی و گاهی عطسه) می شوند و به نظر می رسد علت این نوع رینیت، اختلال در سیستم اتونوم باشد.



شکل شماره (۱۷) - رینیت

ج - رینیت حساسیتی: رینیت آلرژیک یا تب یونجه شایعترین شکل بیماری آتوپیک بوده و بین ۵ تا ۲۰ درصد افراد جامعه به آن مبتلا هستند. بیماری ممکن است حاد و فصلی یا مزمن و دائمی باشد. بیماری با عطسه، آبریزش شفاف و رقیق از بینی (و گاهی چشم)، گرفتگی بینی و خارش بینی (و گاهی چشم) مشخص می شود.

د - رینیت آتروفیک: این بیماری یک رینیت مزمن با علت ناشناخته بوده و با آتروفی و اسکروز مخاط و زیر مخاط بینی و تغییرات قالب استخوانی آن مشخص می شود. بیماری اغلب بعد از سن بلوغ به وجود آمده، دو طرفه بوده و در زنان شایعتر است.

مشخصترین یافته در این بیماری وجود دلمه های زرد مایل به سبز یا قهوه ای مایل به سیاه در مخاط بینی است. به دلیل رشد باکتری ها خصوصاً کوکو با سیل ها و کلبسیلا، بوی متعفن و گندیده استشمام می شود که به دلیل تخریب گیرنده های عصبی، بیمار آن را درک نمی کند. به دلیل وجود دلمه و تغییرات بافتی، گرفتگی بینی و خونریزی های مکرر بینی (متعاقب کننده شدن دلمه ها)، شایعترین علائم بیماری هستند. ممکن است مخاط نازوفارنکس، اوروفارنکس و حتی حنجره نیز گرفتار شوند (خشکی و سوزش گلو).

ه - رینیت دارویی: این نوع رینیت ممکن است در اثر مصرف موضعی و یا سیستمیک برخی از داروها به وجود آید:

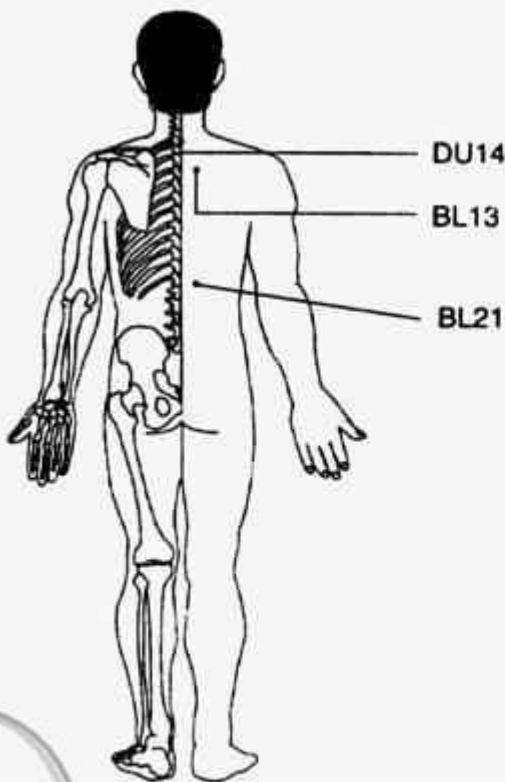
داروهای موضعی: مصرف طولانی مدت (۵ تا ۱۰ روز) سمپاتومیمتیک ها - موضعی داخل



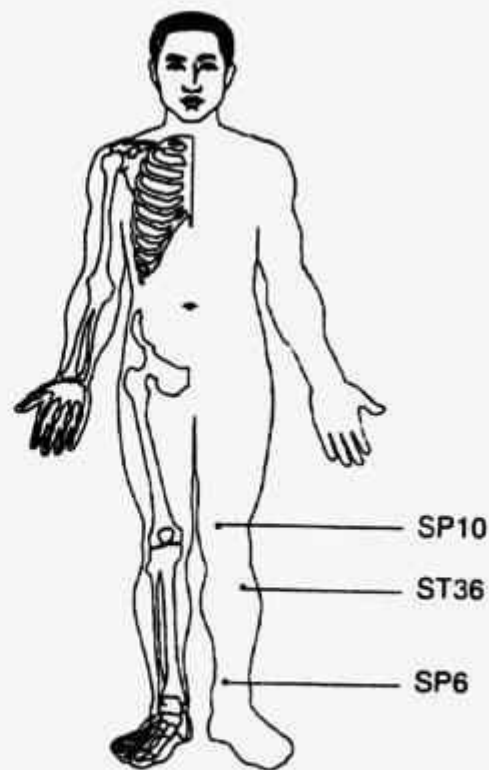
بینی در راس این داروها نفازولین می‌تواند موجب رینیت شود. در معاینه، مخاط بینی، قرمز، ادماتو و خشک می‌باشد. داروهای سیستمیک: مصرف آسپرین (در بیماران حساس به آن خصوصاً مبتلایان به آسم و پولیپ بینی) داروهای ضد فشار خون (نظیر گوانتیدین، متیل دوبا، رزوپین) وازودیلاتورهای محیطی (نظیر مشتقات ارگوت) و مهارکننده‌های آنتی کولین استرازاها (نظیر نتوستیگمین) از طریق ایجاد اختلال عروقی می‌توانند موجب احتقان و گرفتگی بینی شوند.

بیماری‌های پوستی

الف - پاپول: یک ضایعه سفت برجسته با قطر حداکثر ۰/۵ cm بوده و رنگ ضایعه متغیر است. در طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی ضایعات پوستی اولیه آنها به صورت پاپول تظاهر می‌کند مانند (آدنوم سباسه، کومدون بسته (آکنه) و...
علائم بالینی: عفونت فولیکولهای مو و غدد جلدی به شکل پاپول و کومدون و تظاهر پیدا می‌کند.



شکل شماره (۹۸) - پاپول



شکل شماره (۹۹) - پاپول



ب - سرخجه (سرخک آلمانی): یک عفونت حاد ویروسی اطفال و بزرگسالان است که به طور مشخص باراش، تب و لنفا دنوپاتی تظاهر می‌یابد. سرخجه چه به صورت علامتدار و چه به شکل بی علامت یک بیماری مسری و واگیردار است. دوره کمون بیماری به طور متوسط ۱۸ روز است. ویروس از طریق قطرات ترشحات تنفسی گسترش می‌یابد و مجاری تنفسی را آلوده می‌کند و سپس وارد خون می‌شود. ویروس سرخجه در سندرم سرخجه مادرزادی تا یک هفته بعد از ایجاد بیماری انتقال می‌یابد. اطفال مبتلا به سرخجه مادرزادی ممکن است تا ۲ سالگی ویروس را از دستگاه تنفسی یا ادرار منتشر نمایند. اشخاصی که به تازگی تحت واکسیناسیون قرار گرفته‌اند موجب انتقال ویروس به افراد دیگر نمی‌شوند.

علائم بالینی:

الف) سرخجه اکتسابی بعد از تولد: سبب بیماری بسیار خفیف یا تحت بالینی می‌گردد. دوره مقدماتی در اطفال شایع نمی‌باشد. بیماری در بزرگسالان شدیدتر بوده و همراه با دوره مقدماتی (ضعف، تب و بی اشتها) می‌باشد.

شایعترین و مهمترین تظاهرات سرخجه اکتسابی بعد از تولد عبارتند از:

۱ - لنفادنوپاتی پشت گوش، گردنی و ساب اکسی پیتال

۲ - تب

۳ - بثورات از نوع ماکولوپاپولر بوده و معمولاً از صورت شروع شده و به طرف پایین گسترش می‌یابند. بثورات به صورت گروهی در نیامده و گاهی با زکام و کنژنکتیویت همراه هستند. بثورات غالباً ۳-۵ روز باقی می‌مانند. تب ممکن است وجود نداشته باشد یا فقط در مراحل اولیه به مدت چند روز ایجاد شود.

یکی از عوارض مهم که تقریباً فقط در زنان دیده می‌شود آرتریت بوده که اغلب در مفاصل انگشتان مچ دست و زانوها به وجود می‌آید که کودکان و بالغین بعد از مبتلا شدن به سرخک ممکن است به آنسفالیت دچار شوند که بیشتر در بالغین ایجاد شده و با مرگ و میر ۵۰-۲۰٪ همراه است.

ب) سرخجه مادرزادی: عفونت مادر در مراحل ابتدایی حاملگی ممکن است موجب آلودگی جنینی و ایجاد سرخجه مادرزادی شود.

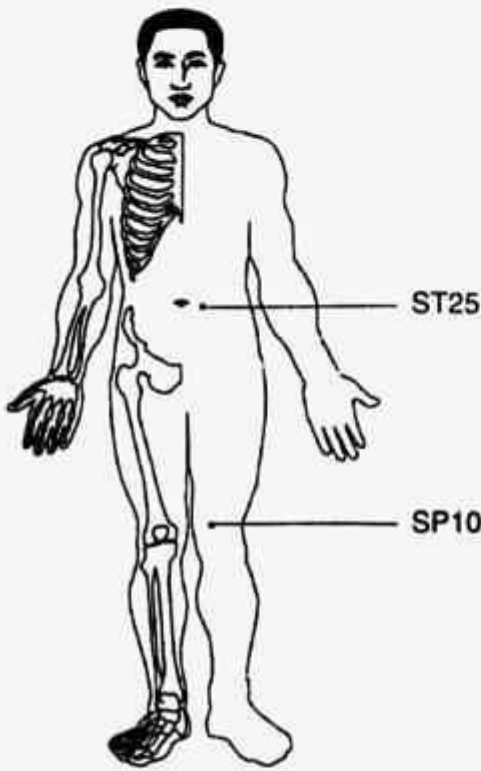
نشانه‌های کلاسیک سرخجه مادرزادی عبارتند از: کاتاراکت، بیماری قلبی و کوری.

علائم موقت: کاهش وزن هنگام تولد، ترومبوسیتیونی، هپاتواسپلنومگالی، یرقان و پنومونی

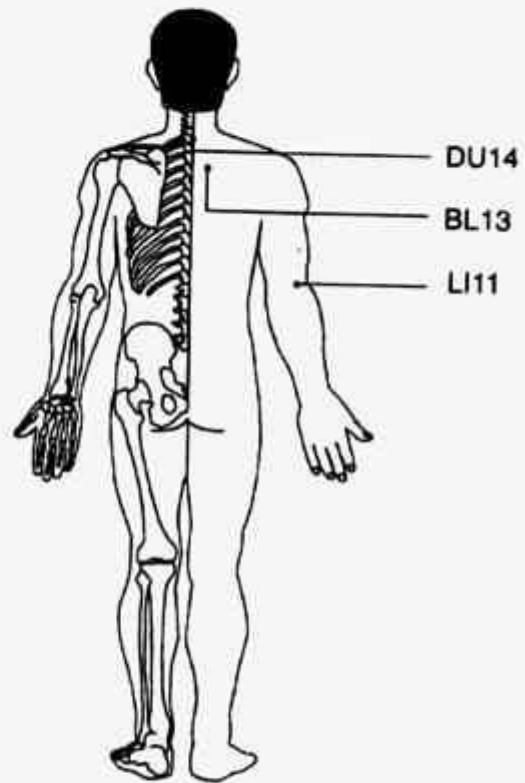


علائم و نشانه‌های دائمی: کری، PDA، تنگی شریان ریوی، گلوکوم، کاتاراکت، عقب ماندگی ذهنی، دیابت شیرین و اختلالات رفتاری.

* عفونت مادر در سه ماهه اول بارداری در ۵۰٪ موارد موجب سرخجه مادرزادی می‌گردد.



شکل شماره (۱۰۰) - سرخجه

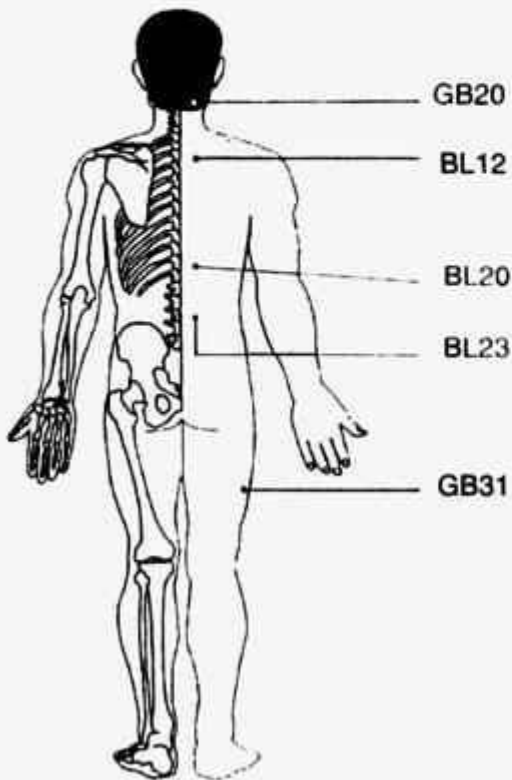


شکل شماره (۱۰۱) - سرخجه

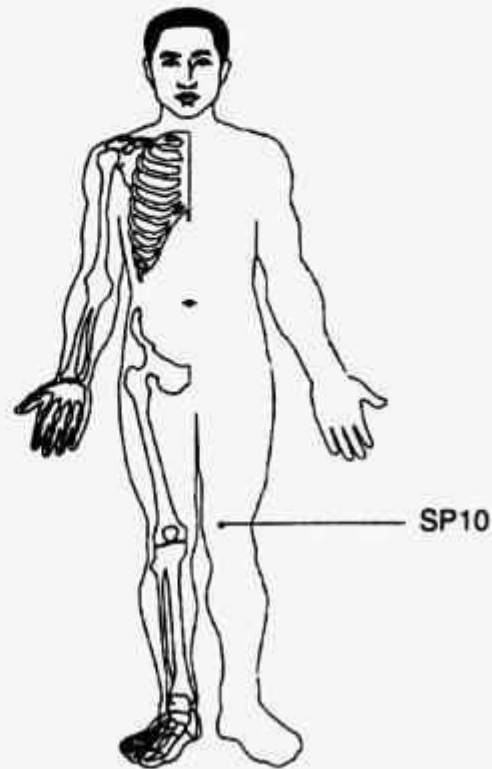
ج - نورودرماتیت (لیکن سیمپلکس مزمن): پلاک محدود التهاب اگزمایی مزمن که بر اثر خاراندن عادتاً ایجاد می‌شود.

علائم بالینی: خارش موضعی، ضخیم شدن پوست، خطوط پوستی برآمده (لیکنیفیکاسیون)، حاشیه‌های ظریف و واضح پوستی از علائم بیماری می‌باشند.





شکل شماره (۱۰۲) - نورودرمانیت



شکل شماره (۱۰۳) - نورودرمانیت

د - اگزما (التهاب اگزما): شایعترین بیماری التهابی پوست است. سه مرحله برای اگزما وجود دارد: الف) حاد ب) تحت حاد ج) مزمن. هر یک از این لغات مؤید مرحله‌ای هستند که طی آن روند التهابی دینامیک تکامل می‌یابد. از نظر بالینی یک بیماری اگزمایی می‌تواند از هر یک از مراحل مذکور آغاز شده و به مرحله‌ای دیگر مبدل شود. اکثر بیماری‌های اگزمایی در صورت عدم تغییر ناشی از تحریک خاراندن و مصرف دارو به مرور زمان و بدون عارضه برطرف خواهد شد. چنین حالت مطلوبی تقریباً هیچ‌گاه میسر نیست زیرا خاراندن، تحریک، یا سعی در درمان موضعی تقریباً اجتناب‌ناپذیر است. وجود درجاتی از خارش علامت اصلی التهاب اگزمایی است.



مراحل التهاب اگزمایی

● التهاب اگزمایی حاد:

سبب شناسی: التهاب از تماس با آلرژن‌های اختصاصی از قبیل پیچک سمی و مواد شیمیایی ناشی می‌شود.

یافته‌های فیزیکی: درجه التهابی از متوسط تا شدید متغیر است و یک پلاک متورم و قرمز روشن با سطحی دانه دانه در طی چند ساعت شکل می‌گیرد.

معاینه دقیق سطحی و زیرکولهای ریز و شفاف انباشته از سرم را نشان می‌دهد.

علائم بالینی: اگزمای حاد موجب خارش شدیدی می‌شود و بیماران حتی در خواب خود را می‌خارانند.

● التهاب اگزمایی تحت حاد:

اریتم و پوسته در الگوهای مختلف دیده می‌شود و معمولاً حاشیه‌های اگزمایی ممکن است ظاهری مشابه داشته باشند.

حاشیه پلاکهای پسوریازیس و عفونت‌های قارچی سطحی کاملاً مشخص است. پلاکهای پسوریازیس قرمزی قابل توجهی داشته و واجد پوسته‌های سفید نقره‌ای‌اند.

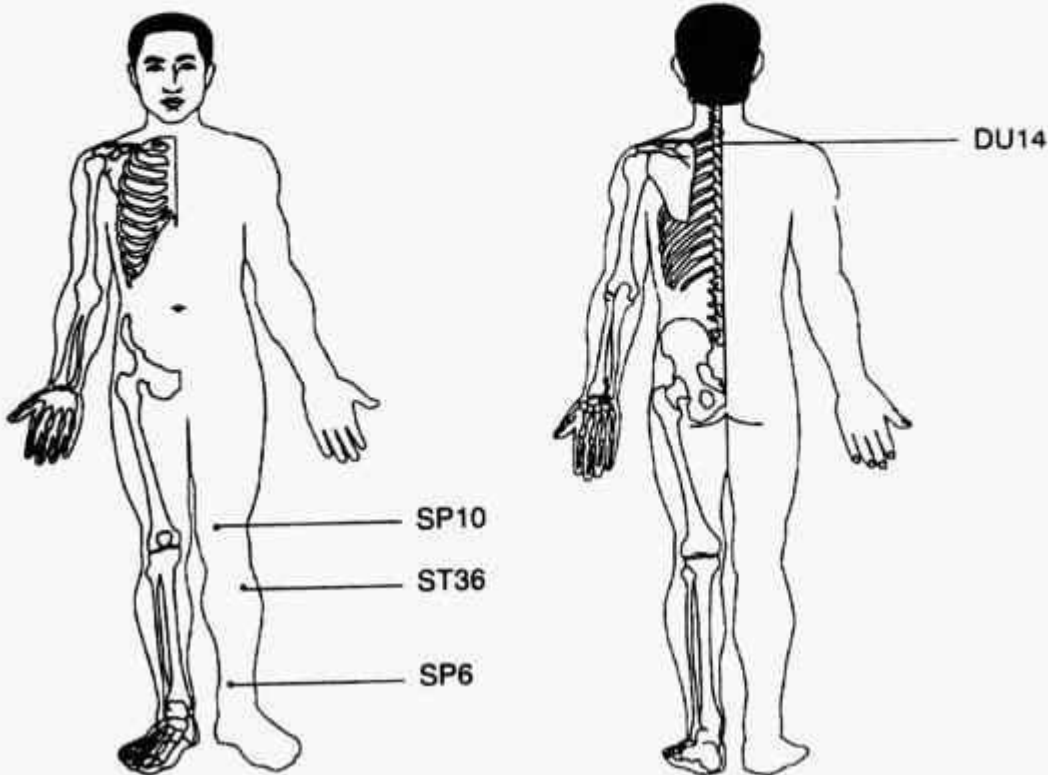
علائم بالینی: از عدم وجود خارش تا خارش شدید متفاوت است.

● التهاب اگزمایی مزمن:

در صورت عدم کنترل خاراندن التهاب اگزمایی تحت حاد به التهاب اگزمایی مزمن تبدیل خواهد شد. مناطق ملتهب ضخیم شده و نقوش سطحی پوست بر آمده‌تر می‌شوند.

علائم بالینی: خارش متوسط تا شدید وجود دارد.





شکل شماره (۱۰۴) - اگزما

شکل شماره (۱۰۵) - اگزما

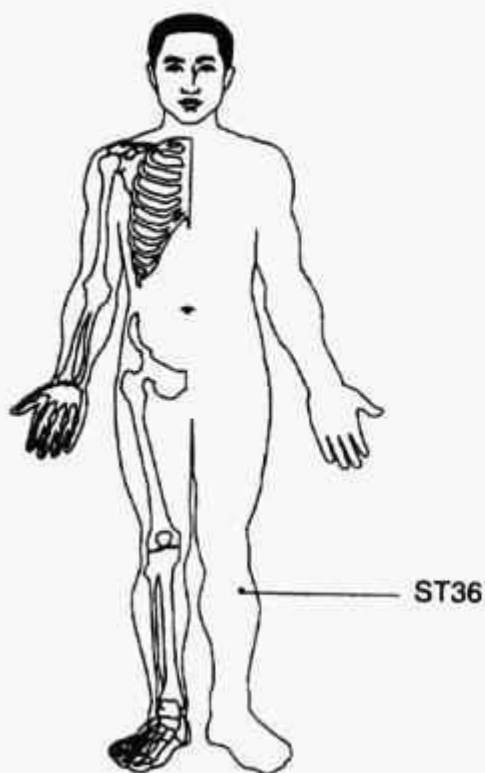
ه- هرپس زوستر یا زونا:

یک عفونت ویروسی پوست است که عموماً پوست یک درماتوم مجزا را درگیر می‌کند و در ۱۰٪ - ۲۰٪ از کل افراد جامعه در طول مدت عمر اتفاق می‌افتد. افراد در هر سنی مبتلا می‌شوند. زونا به طور معمول در افراد جوان بروز می‌کند ولی انسیدانس باسن بالا می‌رود. زونا در اثر فعال شدن مجدد ویروس واریسلا ایچا می‌شود. ویروس مزبور در طی یک حمله قبلی آبله مرغان وارد اعصاب پوستی شده به گانگلیونهای ریشه خلفی مهاجرت کرده و به فرم نهفته باقی می‌ماند. سن، داروهای سرکوب کننده ایمنی، لنفوم، خستگی، ناراحتی عاطفی و پرتو درمانی باعث فعال شدن مجدد ویروس می‌شوند. ویروس متعاقباً به عصب حسی مهاجرت کرده و پوست را دچار عفونت می‌کند. بعضی از بیماران خصوصاً کودکان مبتلا به زونا هیچ سابقه‌ای از آبله مرغان ندارند. این بیماران ممکن است آبله مرغان را از طریق جفت دریافت کرده باشند.

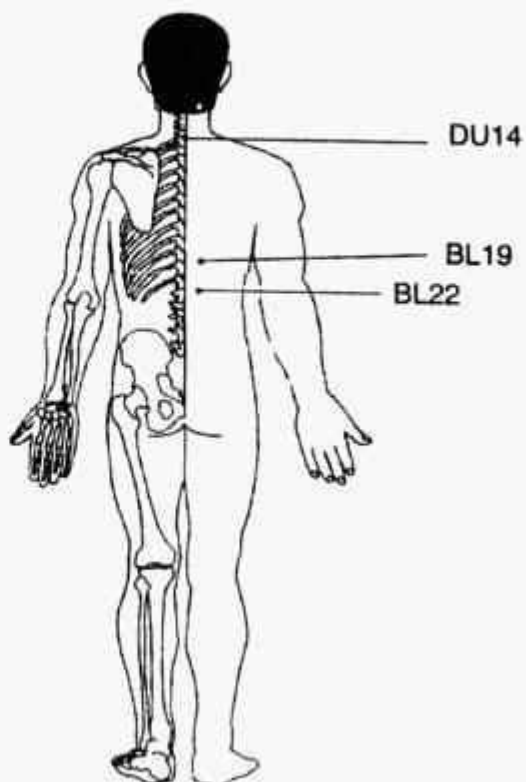


علایم بالینی: درد، خارش یا سوزش که عموماً محدود به یک درماتوم است چهار تا پنج روز قبل از ظهور بثورات رخ می‌دهد دوره طولانی‌تری از درد (۷-۱۰۰ روز) گزارش شده است. درد مزبور ممکن است شبیه به پلورزی، انفارکتوس میوکارد، بیماری شکمی یا سردرد میگرنی باشد و ممکن است تا زمانی که بثورات مشخص‌کننده ظاهر شوند یک مشکل تشخیصی دشوار باشد. حساسیت یا هیپرآستزی قبل از بثورات در درماتوم یک علامت پیش‌بینی‌کننده مفید است.





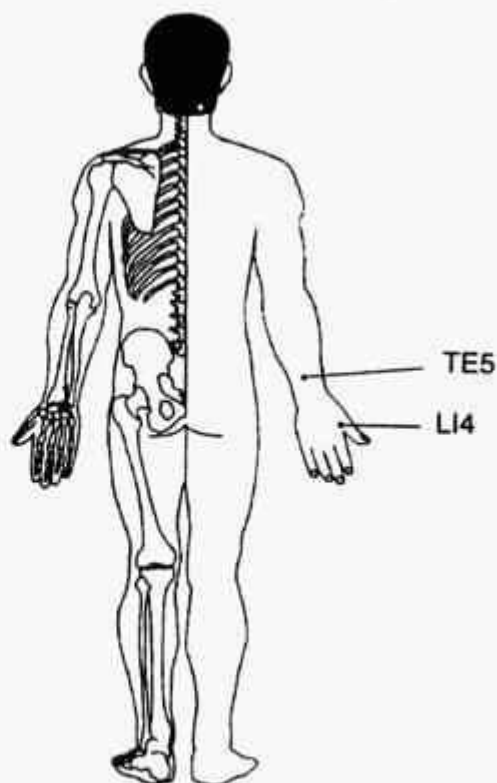
شکل شماره (۱۰۶) - ابتلا نواحی شکم و کمر به زونا



شکل شماره (۱۰۷) - ابتلا نواحی شکم و کمر به زونا



شکل شماره (۱۰۸) - ابتلا ناحیه صورت به زونا



شکل شماره (۱۰۹) - ابتلا ناحیه صورت به زونا

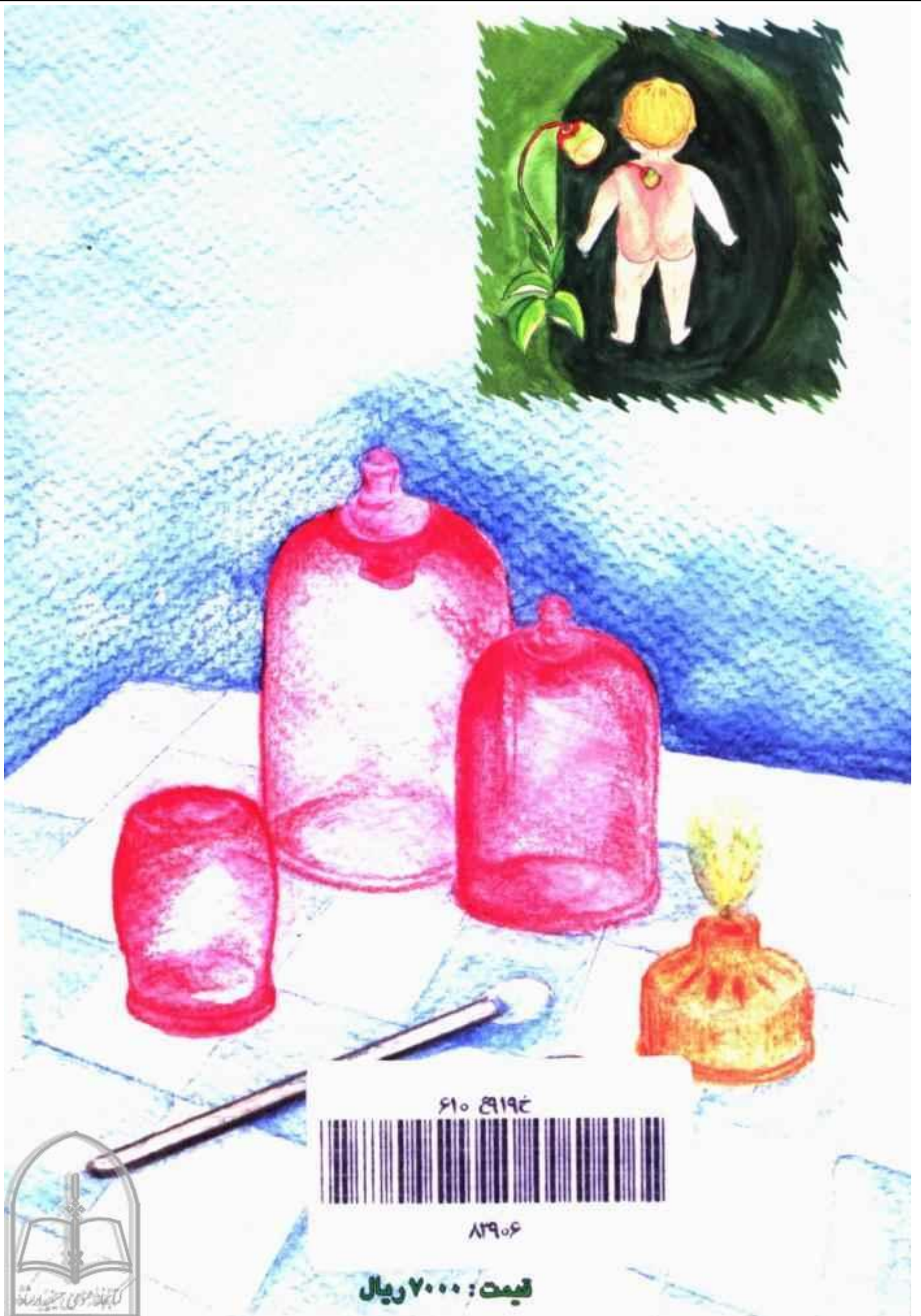


منابع

- 1- A To Z Acupuncture courses Anton taya suriya.
- 2- Cecil Textbook of medicine.
- 3- Current obstetric & Gynecologic.
- 4- Clinical neurology Roger P.simon, Michael I. Amin off, David A. Green berg.
- 5- Habif.
- 6- Harrison's principles of Internal Medicine.
- 6- smith's General urology.
- 8- Nelson Textbook of pediatrixes.

کتابخانه عمومی حسینیه ارشاد
۱۳۵۹





۶۱۰ ۸۱۹۴



۸۱۹۰۶

قیمت: ۷۰۰۰ ریال

