بهداشت و سلامت

حدیث جعفری

توانبخشی در سالمندان

توانبخشـی افراد سـالمند بایـد اهداف ویژه‌ای داشـته باشـد، به طـور معمول این اهداف شامل توانایی حرکت و انجام کارها و مراقبـت از خود، بـدون کمک گرفتن از دیگران است. این اهداف به طور مؤثری به وسیله یک تیم از متخصصان بهداشتی که در زمینه‌های تخصصی گوناگون با هم کار کنند، قابل دستیابی است.

افراد مسنی که ممکن است از برنامه‌های توانبخشی سود برند، به طور تیپیک کسانی هسـتند که یک ناتوانی چشمگیر و اساسی دارند و این ناتوانی به تازگی شـروع شـده است. آنها سکته مغزی، شکستگی استخوان هیپ یا سـایر شکستگی‌ها، صدمه مرتبط با سقوط یا یک بیماری اساسی نظیر نارسایی قلبی شـدید، آرتروز شـدید پیشرونده و یا بیماری پارکینسون دارند. ناتوانی، توان آنها را برای مستقل یا نیمه مستقل زندگی کردن تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پس سـن افراد نباید فاکتوری در تعیین شرکت در برنامه‌های بازتوانی و توانبخشی باشـد. معیار اصلی، توانایی سـود بردن از بازتوانـی اسـت. معیارهای پایه بـرای این منظور، شـدت ناتوانی موجود و گستردگی ناتوانی قبلی اسـت. آسیب شناختی شدید، یک فاکتور خطر برای پاسخ ضعیف به یک برنامه توانبخشی است. به طور معمول افراد سالمند با ناتوانی ناچیز نظیر شکستگی مچ یا آرتروز زانو نیز می‌توانند به صورت سرپایی یا در منزل، از برنامه‌های توانبخشی سود برند. در عمل، توانبخشـی به عنوان فرآیندی که هدف آن اعاده ظرفیت‌های عملکردی افراد ناتوان اسـت، در نظر گرفته می‌شود. هدف اصلی برنامه‌های بازتوانی برای افراد سالمند، کمک کردن به آنها بـرای اداره فعالیت‌های شـخصی روزانه، بدون نیاز به کمک گرفتن از دیگران است.

در ارزیابـی پیشـرفت در توانبخشـی، دسـتیابی به اهداف ویژه باید در نظر گرفته شود. به طور کلی، توانایی دستیابی به انجام فعالیت‌های خاص، از ترتیب معینی پیروی می‌کند.

بـه عنوان مثـال معمـولاً در برنامه‌های توانبخشی پس از سکته مغزی، توانایی غذا خوردن به طور زودهنگام به دسـت می‌آید، در حالی کـه توانایی بالا رفتـن از پله یک هدف طولانی مدت‌تر است. استفاده از یک مقیاس ارزیابی عملکرد که به طور منظم در مدت برنامه توانبخشی سنجیده شود، به این فرآیند کمک می‌کند.

منبع: WWW.portal-ag.ir
WWW.Spaces.live.com

رایانه سلامت

دکتر فرهاد منتظری

www.amazon.com

این سایت یکی از منابع معتبر برای خرید کالا از طریق اینترنت است. خرید انواع کتاب در زمینه‌های مختلف مثل پزشکی و بهداشت نیز از طریق این سایت امکان‌پذیر است. برای این کار کافیست به صفحه اصلی سایت رفته و اسم کامل کتاب مورد نظر یا بخشی از آن را در بخـش Search در بالای صفحه وارد کنیـم. پس از کلیک کردن روی عبارت Go صفحه‌ای شـامل تمام عناوین حاوی کلمه وارد شده نمایش داده می‌شود.

علاوه بر نام نویسـندگان و ناشر، قیمت موارد موجود نو و دست دو برای هر عنوان نمایش داده می‌شود.

اگر نامی کـه وارد کرده‌اید تعداد زیادی عنوان کتاب برای عبارتی که نوشته‌اید یافت شده اسـت می‌توانید بر اسـاس دسته‌بندی موجود در قسـمت چپ صفحه، جستجوی خود را دقیق‌تر کنید.

کلیـک روی هر یک از عناوین اطلاعات بیشتر در مورد آن کتاب و لینکی یا عبارت Add to shopping card را نمایـش می‌دهد.

خرید کتـاب با کلیـک روی این لینک و سـپس روی عبـارت Proceed to checkout و وارد کـردن اطلاعات کارت اعتباری امکان‌پذیر است.

تظاهرات دهانی عفونت HIV

لوکوپلاکیای مویی دهان (OHL)

به طـور عمده لوکوپلاکیای مویی دهانـی (OHL) در افراد مبتلا به عفونت HIV دیده می‌شـود. ایـن ضایعه در Border طرفی زبان دیده می‌شود و گاهی انتشار دو طرفه داشته و ممکن است به سمت Ventrum گسترش یابد. این ضایعه یک ناحیه کراتوتیک با حدود نامشخص و بدون علامت بوده که اندازه آن از چند میلی‌متر تا چند سانتی‌متر متغیر است.

اغلب، خطوط مشخص عمودی بانمای راه راه وجود دارند یا ممکن است سطح ضایعه زبر بوده و هنگام خشک کردن ضایعه موداربه نظر برسد.

کاندیدای دهان (Oral Candidiasis)

کاندیدا، یک قارچ اسـت که در فلور نرمال حفره دهان یافت شده و تحت شرایطی روی سطح مخاط دهان رشد می‌کند. یک فاکتـور اصلی مرتبط با افزایش رشـد کاندیـدا کاهش مقاومت میزبان است که در بیماران ناتوان یا بیمارانی که تحت درمان‌های مهار سیستم ایمنی هستند، دیده می‌شود.کاندیدیازیس شایع‌ترین ضایعـه دهانی در بیماری HIV اسـت و در حـدود ۹۰ درصد بیمـاران مبتلا به ایدز یافت می‌شـود. به طور معمول این ضایعه به یکی از ٤ شـکل کلینیکی دیده می‌شـود: سـودو ممبرانوس، اریتماتوز، کاندیدیا هیپرپلاستیک یا آنگولار چیلاتیس

سارکوم کاپوسی

سـارکوم کاپوسـی یک نئوپلاسـم عروقی چند کانونی نادر بوده که علت آن نامشـخص اسـت، به تازگی یک گونه جدید ویروسی از ویروس هرپس کشف شده که ارتباط نزدیکی با ks دارد. این ویروس HHr-8 اسـت. افـراد آلوده به HIV، ۷۰۰۰ بار بیشـتر مستعد ks هسـتند. با وجود این، ارتباط محکمی در ارتباط اتیولوژیک بین HHR و ks برقرار نشده است. ویروس از ۲۹ درصد بالغین امریکایی و ۸ درصد کودکان غیرمبتلا به ایدز جدا شـده است. اگر چه ks یک تومور بدخیم است، اما در فرم کلاسیک، موضعی بوده و به آرامی رشد می‌کند. در افراد مبتلا به ایدز، ks ضایعه‌ای پیشرونده ترمور و بیشتر آنها ضایعات مخاط دهان بـه خصوص کام و لثه ایجاد می‌کننـد. اغلب حفره دهان اولین یا تنها ناحیه ایجاد ضایعه است. ضایعات دهانی در مراحل اولیه بدون درد بوده و به صورت ماکول‌های ارغوانی مایل به قرمز در مخاط دیده می‌شود.

هیپرپیگمنتاسیون

افزایش بروز هیپرپیگمنتاسیون دهانی در افراد آلوده به HIV دیده می‌شـود. نواحی پیگمانته دهانی اغلب به صورت نقطه یا خطوطی بر روی مخاط باکال «کام لثه» یا زبان وجود دارد.

زخم‌های آتیپیک و تأخیر در ترمیم

گـزارش پژوهش هایی که اخیراً انجام شـده نشـان می‌دهد نوتروپنی مربوط به HIV می تواند در بیماران آلوده به آن، میزان بـروز بالایـی از ضایعات هرپتیک راجعه و آفتـی را ایجاد کند. زخم‌هـای دردناک، غیراختصاصی، مقاوم، بزرگ و غیرعادی در افراد با اختلال ایمنی شایع است.

اگـر ترمیم با تأخیر انجام شـود، این ضایعات به طور ثانویه عفونی شـده و ممکن اسـت از ضایعات هرپتیک و آفتی مقاوم غیرقابل تشخیص شوند. استوماتیت آفتی راجعه (RAS) در افراد آلوده به HIV توضیح داده شده است ولی ممکن است بروز کلی آن بیشتر از بروز کلی در جمعیت نباشد.

مترجم : دکتر کامران دوامی

مورد بالینی

Dupuytren’s Contracture

مرد ۵۷ ساله‌ای با سابقه دیابت شیرین و مصرف الکل به دلیل خمیدگی (Contracture) انگشتان دو دست به یک مرکز جراحی دست مراجعه می کند. سابقه مشکل مشابه در برادر و پـدر بیمار وجود دارد.در معاینه فیزیکی خمیدگی از نـوع Flexion Contracture در انگشتان ۳ دو طرف و انگشت ۵ دست راست وجود داشت.در توضیح دقیق تر، مشکل بیمار شـامل خمیدگی در حد ۱۰۰ درجـه در مفصل ابتدایی بین انگشـتی (Proximal Interphalangeal) در انگشت کوچک دست راست بود. به علاوه فاسیای کف دستی (Palmar Fascia) ضخیم شده و چندین طناب منتهی به ندول‌های سفت در کف دست‌ها لمس می شد. بر اساس موارد فوق Dupuytran’s Contracture در بیمار تشـخیص داده شـد. این بیماری یک اختلال تکثیر رشـته ای (Fibroproliferative) مربوط به فاسیای کف دست است.بیمار تحت عمل فاسیوتومی نسـبی دو طرفه قرار گرفت. عوامل خطر این بیماری شامل سابقه خانوادگی،مشکل مشابه، دیابت، مصرف الکل و استفاده از ماشین آلات با لرزش زیاد است. در این مورد، بهبود بدون عارضه بود و عود کنتراکچر در پیگیری‌های بعدی بیمار دیده نشد.

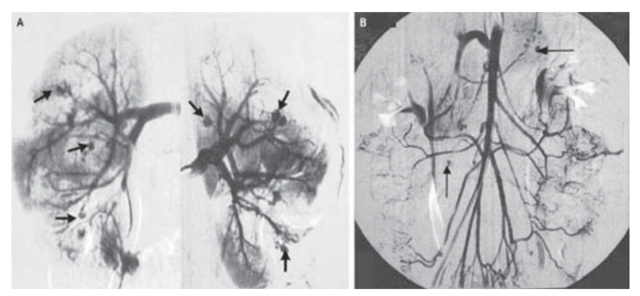
مترجم : دکتر فرهاد منتظری
منبع: NEJM356:12,March22,2007

تصویرپزشکی

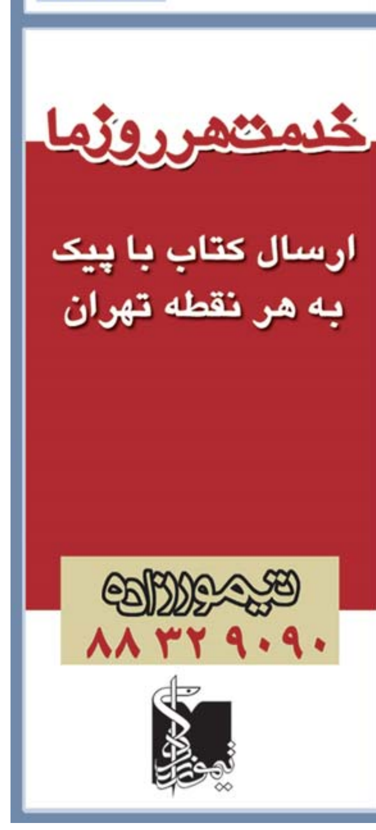
میکرو آنوریسم شریانی در پلی‌آرتریت ندوزا

تصویر این شماره متعلق به یک جوان ۱۹ ساله با سابقه ۱۰ ماهه از فنومن‌رینود، درد شکم، تب و فشـار خون بالاست.در معاینه، فشارخون بیمار ۱۵۰/۱۰۰ بوده و ندول‌های متعدد زیرپوستی نیز مشاهده شد.

در آزمایش خون، ESR بالا و آنمی به دست آمد. در سایر آزمایش‌ها لکوسیتوز به چشم می‌خورد. ANCA بیمار منفی گزارش شـد. بعد از بررسـی بیشتر برای بیمار آنژیوگرافی به عمل آمد که میکروآنوریسم‌های متعدد در شاخه‌های شریان هپاتیک مشاهده شد. همچنین در شریان کلیوی و طحال هم درگیری‌های مشابهی وجود داشت. در ادامه بررسی‌ها تشخیص PAN قطعی شده و بیمار با Azathioprine تحت درمـان قرار گرفت.



دکتر مسعود اصغری
N E JM. V355:24 ,December 14 – 2006



آمار

دکتر کیوان رضوانی

احتمال آلودگی به سل در افراد سیگاری ۷۳ درصد بیشتر است

بر اساس یک مطالعه، خطر آلودگی به سل و تبدیل آن به سـل فعال در افراد سیگاری ۷۳ درصد بیشتر از افراد غیرسیگاری است. البته تـا پیش از این Smoking ، به عنوان Risk factor برای ابتلا به سـل مطرح بوده اما میزان تأثیرگذاری آن مشـخص نبوده اسـت. به گـزارش خبرگزاری آسویشـیتدپرس از برکلی، محققان دانشگاه کالیفرنیا در برکلی، ٢٤ مطالعه را که شامل اطلاعاتی درباره عواقب Smoking و ابتلا به سل بود مورد تجزیه و تحلیل قرار دارند. آنان پی بردند که احتمال آلودگی افراد سیگاری به سل، نسبت به افراد غیرسیگاری ۷۳ درصد بیشتر است و در میان افراد آلوده به سل، احتمال تبدیل این آلودگی به بیماری سـل فعال در سیگاری‌ها ۵۰ درصد بیشـتر از افراد غیرسیگاری است. به طور کلی خطر ابتلا به سل فعال در یک سیگاری نسبت به یک غیرسیگاری، در یک جمعیت مشابه ۲/۵ برابر بیشتر است.

ایـن مطالعـه در آخریـن شـماره مجله Archives of internal medicine journal به چاپ رسیده است.

منبع:
www.associatedpress.com

کوتاه وگویا

دکتر ساراآرین مهر

ارتباط MS بامونونوکلئوز

در افـرادی که در طول زندگی خود مبتلا به مونونوکلئوز عفونی شده‌اند، حتی ۳۰ سال پـس از این عفونت، شـانس ابتلا به بیماری اسکلروز مولتیپل (MS) بالاتر خواهد بود.

بر اساس بررسـی‌های به عمل آمده، ابتلا به عفونت مونونوکلئوز شـانس ابتلا به MS را به میـزان ۲ برابـر افزایش می‌دهـد. البته شدت عفونت مونونوکلئوز ارتباط چندانی با ابتلا به MS نخواهد داشـت. شانس ابتلا به این بیماری حتی پس از گذشـت سـال‌ها از عفونت مونونوکلئوز بالاست و احتمالاً علت این مسـئله آن است که ویروس مونونوکلئوز سبب تغییر در وضعیت ایمونولوژیک بدن فرد می‌شود و شانس ابتلا به MS را از این طریق افزایش خواهد داد.

منبع:
Archives of Neurology February 2007

ایستگاه پرستاری

تهیه و تنظیم :
نفیسه قانعی*

علائم و درمان فشارخون وضعیتی (Postural hypotension)

تابلو شماره (۳)

توصیه‌هایی برای تغییر سبک زندگی بیمار

ـ از نشستن یا دراز کشیدن برای مدت طولانی اجتناب کنند. دوره‌های استراحت باید کوتاه باشد و از حرکات ناگهانی جلوگیری شود.

ـ هر تغییر وضعیتی باید به آرامی انجام شـود به ویژه وقتی که از وضعیت خوابیده یا نشسته به وضعیت ایستاده تغییر داده می‌شود.

ـ زمانی که از وضعیت خوابیده یا نشسته بلند می‌شوید برای مدت کوتاهی کنار تخت بنشینید.

ـ تا حـد ا مکان از داروهایی که فشـارخون وضعیتـی را تسـریع می‌کند اجتنـاب نمایند (با کارکنان پزشکی مشورت شود).

ـ همیشه بعد از غذا از ایستادن اجتناب شود.

ـ از منابع شـدید حرارتی اجتناب شود برای مثال حمام گرم می‌تواند باعث گشاد شدن عروق محیطی شود.

ـ هنگام خوابیدن سر تخت بالاتر قرار بگیرد.

ـ اجتنـاب از ایجاد یبوسـت و جلوگیری از ایجاد فشار در طول دفع

ـ دریافت مایعات به حد کافی

ـ اجتناب از مصرف بیش از حد الکل.

ـ اطمینان یافتن از اینکه محیط زندگی بیمار تا حد امکان بی خطر باشد (از نظر احتمال سقوط، نور کافی و اثاثیه مناسب بررسی شود).

***کارشناس پرستاری**