

اختلالات ادراری

الف - بی اختیاری ادراری (Incontinence)

۱. مقدمه:

۸ تا ۳۴ درصد افراد سالمند غیربستری از بی اختیاری ادرار رنج می برند. این امر در زنان بیشتر از مردان دیده می شود و بیش از ۵۰ درصد افراد سالمند بستری در بیمارستانها یا سرای سالمندان نیز به بی اختیاری ادرار مبتلا هستند. هر چند که بی اختیاری ادراری قابل پیشگیری و درمان است و نمی توان از آن بعنوان اختلال طبیعی وابسته به افزایش سن یاد کرد. متأسفانه هنوز در جامعه پزشکی توجه چندانی به این اختلال نمی شود، با افزایش سن، ظرفیت مثانه و قدرت انقباض آن افت می کند و انقباضهای کنترل نشده (Uninhibited) مثانه افزایش می یابند. همچنین حجم ادرار بعد از دفع کمی بیشتر می شود. (حدود ۱۰۰ میلی لیتر) (Post Voiding Residual volumes, PVR).

۲. نوع و علت:

بی اختیاری ادرار را معمولاً به دو نوع Transient و Established تقسیم بندی می کنند:

الف - Transient incontinence: بی اختیاری گذرا در افراد جوان، برخلاف سالمندان شایع نمی باشد. لذا در سالمندان باید به این نوع بی اختیاری شایع توجه کرد. علل این نوع بی اختیاری که برگشت پذیر نیز می باشند بطور خلاصه در کلمه DIAPPERS گنجانده شده اند:

- Delirium
- Infection که منظور عفونت ادراری علامت دار است.
- Atrophic urethritis and vaginitis که در زنان یائسه دیده می شود.
- Pharmaceuticals که شامل الکل و برخی داروها می باشد (جدول ۱).
- Psychiatric disorders که عموماً شامل افسردگی شدید و طولانی مدت می باشد.
- Excessive urine output که بعلت مصرف زیاد مایعات، استفاده از دیورتیک (شامل کافئین و الکل) و اختلالات متابولیک (از قبیل هایپرگلیسمی و هایپر کلسمی) می باشد. بی اختیاری شبانه می تواند به علت بیماریهای مربوط به ادم محیطی و دفع زیاده از حد شبانه مثل نارسایی قلب، نارسایی وریدی محیطی، هایپو آلبومینمی و مصرف دارو (مثل NSAIDs و CCBs مثل کلسیم بلوکرها) ایجاد یا تشدید شود.
- Restricted mobility که به هر دلیل ممکن مانع رسیدن فرد به دستشویی شود. چنانچه این محدودیت را نتوان رفع کرد، تعبیه یک صندلی لگن دار در کنار تخت بیمار می تواند به حل مشکل کمک کند.
- Stool impaction یا فکالوم، علل رایج بی اختیاری ادرار در سالمندان می باشد که معمولاً علائم Urge incontinence یا مثانه بیش از حد پر (Overflow of) یا کلب را نشان می دهد. تخلیه به موقع مدفوع از این نوع بی اختیاری جلوگیری می کند.

جدول ۱- داروهایی که می توانند بی اختیاری را ایجاد یا تشدید کنند

نوع دارو	مثال	اثرات احتمالی
α -Adrenergic agonists	Nasal decongestants (pseudoephedrine)	Increased prostate tone, urinary retention (in men)
α -Adrenergic blockers	Prazosin, terazosin, doxazosin	Urethral relaxation and stress incontinence (in women)
Alcohol	_____	Polyuria, frequency, urgency, sedation, delirium, immobility
Angiotensin-converting enzyme inhibitors	Captopril, benazepril, lisinopril, enalapril	Cough (may precipitate or worsen stress leakage)
Anticholinergics	Antihistamines (1 st generation), benztropine, dicyclomine, disopyramide, trihexyphenidyl	Urinary retention and overflow, delirium, fecal impaction
Calcium channel blockers	Nifedipine, diltiazem, verapamil	Decreased detrusor contractility, urinary retention. Nocturia from peripheral edema, impaction
Diuretics	Furosemide, bumetanide (not thiazides), theophylline, caffeine	Polyuria, frequency. Urgency
Narcotic analgesics	Opioids	Urinary retention, fecal impaction, sedation, delirium
Prostaglandin analog	Misoprostol	Urethral relaxation and stress incontinence
Antidepressants (tricyclic)	Amitriptyline, desipramine	Anticholinergic actions Sedation, rigidity immobility
Antipsychotics	Haloperidol, thioridazine	Anticholinergic actions. Sedation, rigidity. Immobility
Sedatives and hypnotics (long-acting)	Diazepam, flurazepam	Sedation, delirium, immobility
Vincristine	_____	Urinary retention

ب - **Established incontinence**: اگر بی اختیاری ادرار با رد علل گذرا رفع نشد، بی اختیاری تثبیت شده به علت وجود مشکل در دستگاه ادراری تحتانی را باید مدنظر داشت (جدول ۲).

جدول ۲- بی اختیاری در دستگاه ادراری تحتانی و بی اختیاری تثبیت شده

تشخیص یورو دینامیک	برخی علل عصبی	برخی علل غیر عصبی
Detrusor overactivity (Involuntary bladder contractions, Urge incontinence)	Multiple sclerosis Stroke Parkinson's disease Alzheimer's disease	Urethral obstruction or incompetence Cystitis Bladder cancer Bladder stone
Outlet incompetence Manifest as stress incontinence	Radical prostatectomy* Lower motor neuron Lesion	Urethral hypermobility (types 1 and 2 SUI)** Sphincter incompetence (type 3 SUI) Prostate surgery
Outlet obstruction (Tend to secondary detrusor overactivity)	Spinal cord lesion with Detrusor-sphincter Dyssynergia (rare)	- Common in men Prostate enlargement Prostate cancer Large cystocele Anterior urethral stricture After bladder neck suspension
Detrusor underactivity (Cause urinary retentention and over flow)	Disk compression Plexopathy Surgical damage (eg, anteroposterior resection) Autonomic neuropathy (eg, diabetes mellitus, alcoholism, vitamin B12 deficiency)	Idiopathic (common in women) Chronic outlet obstruction

*Other prostate surgery rarely causes neurogenic incontinence

**SUI= stress urinary incontinence.

۳. علائم و نشانه ها:

علائم و نشانه های مربوط به بی اختیاری بر حسب علت زمینه ای متفاوت هستند.

۴. تشخیص:

گرفتن شرح حال جامع، معاینه فیزیکی کامل، (شامل معاینه لگنی، توشه رکتال، اعصاب (S₂-4) و ...) به تشخیص کمک می کنند. جزء بسیار مهم ارزیابی بی اختیاری، داشتن چارت ادراری به مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت توسط بیمار یا مراقبان می باشد. این چارت به ما در رسیدن به تشخیص و تدوین پروتکل درمانی کمک زیادی می کند.

Stress testing اگر به درستی انجام شود حساسیت و ویژگی بالای ۹۰ درصد دارد. با مثانه پر و در حالیکه سالمند در حالت تقریباً ایستاده با پاهای باز قرار داشته، با شل کردن ناحیه پرینه، فرد یک سرفه قوی می کند. نشست ناگهانی ادرار که با سرفه شروع و قطع شود به عنوان پاسخ مثبت در نظر گرفته می شود.

- احساس و احتیاج سریع به ادرار و (Precipitancy) می توانند به علت فعالیت بیش از حد دتروزو (Detrusor Overactivity, D.O) باشد.

- فرکانس ادرار (بیش از ۷ بار در روز) ویژه اختلال خاصی نیست و هم در D.O دیده می شود و هم در O.F یا افسردگی یا نوشیدن مایعات به مقدار زیاد.

- ادرار در شبانه (Nocturia) که بیش از ۲ بار در شب معنی می گردد می بایست با ساعت خواب بیمار معنی شود (۶، ۸ و ۱۰ ساعت یا ...)

- اختلال در دفع ادرار و یا Outlet obstruction (O.O) حتماً بخاطر هایپرپلازی پروستات نیست و می تواند بخاطر D.O باشد در نتیجه نه تنها به پروستات کمک نمی کند بلکه ممکن است زیان آور هم باشد. Postvoiding residual volume دانستن حجم باقیمانده ادراری که توسط سونوگرافی یا کاتتریزاسیون میسر می باشد و کمک خوبی برای تشخیص است. حجم بیش از ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر بیانگر ضعف مثانه و انسداد مجرای خروجی O.O است.

یافته های پاراکلینیک اعم از آزمایش خون، عملکرد کلیه، (آزمایش کامل ادرار و کشت ادرار با در نظر گرفتن علائم) تجویز می شوند مثلاً اگر پولی اوری موجود باشد انجام تست قندخون و گلیسمی ضرورت می یابد و یا اگر هماتوری استریل موجود باشد سیستمولوژی ادرار انجام گردد (فرضیه سرطان مثانه). بررسی یوروپدینامیک توسط یک متخصص (یورولوگ یا جراح زنان) در تشخیص و برنامه ریزی درمانی بسیار موثر می باشد (سیستومتری، یوروفلومتری یودترال پروفیلومتری ...).

۵. درمان:

درمان اختلال ادرار شامل بخش غیردارویی (مثل بهداشت زندگی) و بخش دارو درمانی می باشد. نکته اساسی، تشخیص درست و بموقع این اختلالات و درخواست مشاوره در صورت نیاز می باشد. اشتباهاتی که نباید انجام داد عبارتند از:

- عدم غربالگری اختلالات ادراری هنگام معاینه بیمار سالمند. پرسش از بیمار برای تشویق به صحبت در مورد علائم از طرف بیمار کمک می کنند.

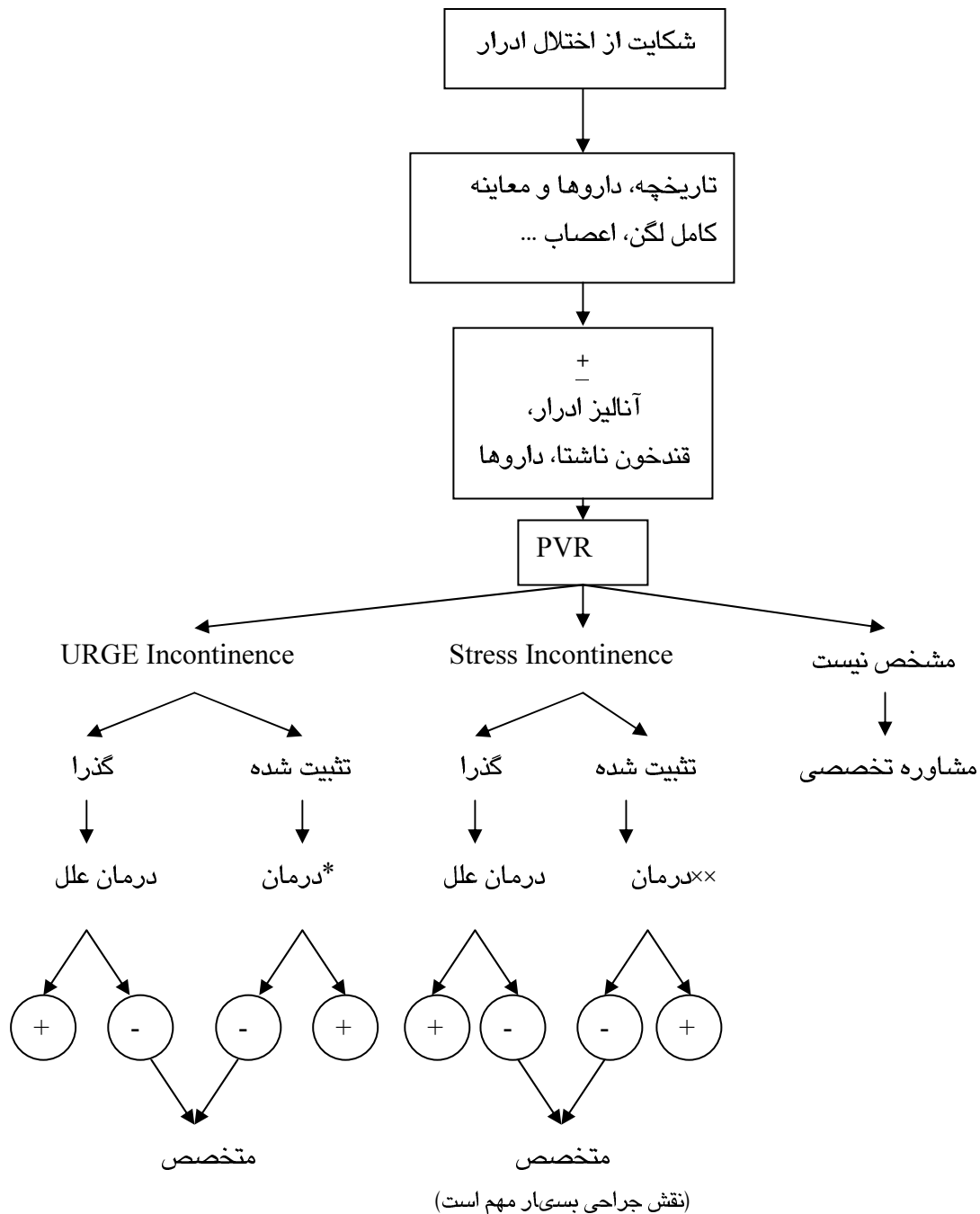
- عدم تشخیص به موقع Urinary Retention و اشتباه در تشخیص Stress incontinence (SUI), Overflow incontinence (O.F) یا Urge incontinence (UI).

در O.F مثل SUI فرد بیمار در زمان سرفه یا عطسه ادرار خود را از دست می دهد و اگر پزشک مانور Kegel یا داروهای α Agoniste تجویز کند OF را بدتر می کند. اگر بیمار گزارش دهد که احساس عدم تخلیه کامل ادرار دارد و اگر پزشک UI را به جای OF تشخیص بدهد، تجویز Oxybutylinin وضع بیمار را حادثر می نماید. بررسی PVR به پیشگیری از این اشتباهات کمک می کند.

- عدم تجویز درمانهای غیر دارویی

- عدم شروع درمان دارویی بادوزهای کم

- عدم درخواست مشاوره برای درمان با جراحی



* Oxybutynin 2.5-5 mg before bed, تمرین مثانه , بهداشت زندگی

** Kegel (8 weeks), Biofeed back, α Agoniste (phenylpropanolamine 75mg-Bid) $\pm$ Estrogen, Pessaries

ب - عفونت های دستگاه ادراری

عفونت دستگاه ادراری از جمله مشکلات شایع سالمندان می باشد. تشخیص، پیشگیری و درمان غالباً پیچیده می باشند. زیرا بروز بیماری در اکثر اوقات غیر معمول می باشد. جدول ۱ برخی از ریسک فاکتورهای شایع را بیان کرده است.

جدول ۱. ریسک فاکتورهای شایع عفونت ادراری در سالمندان

Atrophic urethritis
Atrophic vaginal mucosa (atrophic vaginitis)
Benign prostatic hyperplasia
Cancer of the prostate
Catheter use
Chronic bacterial prostatitis
Genitourinary abnormalities (eg, vesicorectal fistulas)
Genitourinary calculi
Renal and perinephric abscess formation
Urinary diversion procedures (eg, ileal bladder diversion)
Urethral strictures

۱. اپیدمیولوژی

شیوع عفونت ادراری با افزایش سن در هر دو جنس بالا می رود و در زنان سالمند ۲ برابر مردان سالمند دیده می شود. میزان بروز سالیانه عفونت ادراری **باکتریایی علامت دار** در سالمندان به بیش از ۱۰ درصد می رسد. معهذاً از آنجا که بسیاری از این عفونت ها مجدد بروز کرده اند، درصد ابتلای جدید به عفونت پایین است. **باکتریوری بدون علامت** در سالمندان خصوصاً زنان شایع است. بطوریکه در زنان سالمند ۳۰ درصد و در مردان سالمند ۱۰ درصد شیوع دارد.

۲. علائم، نشانه ها و تشخیص

بسیاری از بیماران بدون علامت هستند. علائم شامل سوزش و تکرر ادرار، بی اختیاری جدید، درد فلانک و تب می باشد. دلیریوم و گیجی از عوارض قابل توجه عفونت ادراری در سالمندان می باشند.

الف - باکتریوری به علت سونداژ:

سونداژ طولانی مدت ادراری می تواند به باکتریوری می انجامید و منجر به بروز به عفونت ادراری و سایر مشکلات شود. باکتریوری به علت سونداژ در سالمندان شایعترین علت عفونت بیمارستانی (Nosocomial Infection) می باشد بطوریکه در هر روز ۳ تا ۱۰ درصد بیماران بستری دارای سوند ادراری به باکتریوری مبتلا می شوند. یک سوند موقت در بیش از ۲۰ درصد بیماران می تواند باعث باکتریوری شود. در جدول ۲ برخی اندیکاسیونهای سونداژ طولانی مدت سالمندان ذکر شده است.

جدول ۲. آندیکاسیونهای سونداژ ادراری طولانی مدت در سالمندان بیمار

- احتباس ادراری که با دارو و جراحی قابل درمان نباشد.
- بی اختیاری ادراری یا مدفوعی که به عفونت زخم بیانجامد.
- مراحل آخر بیماری یا ناتوانی شدید بطوریکه حرکت معمول بیمار باعث ناراحتی وی شود.
- شکست سایر راهکارهای درمانی به همراه تمایل بیمار برای سونداژ.

بی اختیاری ادرار در افراد مسن

بی اختیاری ادرار در سنین بالا معضلی است که حدود ۳۰-۱۵٪ افراد مسن را گرفتار می نماید. اگر چه میزان گرفتاری افراد مسن به این بیماری بالاست ولی باید بدانیم که بی اختیاری در هیچ سنی طبیعی تلقی نمی شود و این میزان بالای گرفتاری دلیل سن نیست بلکه بعلت بیماری و اختلال در عملکرد افراد مسن است. بی اختیاری علاوه بر مشکلات روحی و اجتماعی از قبیل خجالت، شرمساری، انزوا و افسردگی می تواند زمینه ساز زخم های ناحیه پرنیه، زخم بستر، عفونت ادراری Uro Sepsis، سقوط و شکستگی نیز شود.

باید بدانیم که بی اختیاری در هر سنی بیماریست ولی قابل درمان
بی اختیاری در جوانان ندرتا علت و عاملی خارج از سیستم ادراری دارد در حالیکه در افراد مسن عمدتا علت آن خارج از سیستم ادراری است و کشف این علل جهت درمان صحیح فرد ضروریست.
بطور طبیعی با گذشت زمان و افزایش سن سیستم ادراری نیز مثل سایر سیستم های بدن تغییر کرده و این تغییرات زمینه را برای بی اختیاری مساعد می نماید حال اگر عواملی پاتولژیک، فارماکولژیک و یا حتی فیزیولوژیک به تغییرات فوق اضافه شود ممکن است منجر به بی اختیاری شود و درمان آن مجددا بیمار را خشک و مختار می نماید. این تغییرات سیستم ادراری ناشی از سن در زن و مرد می تواند مشترک یا متفاوت باشد. مثلاً ظرفیت مثانه در افراد مسن کم شده و قدرت انقباض آن نیز کاهش می یابد. زمانیکه فرد مسن ادرارش می گیرد قدرت به تعویق انداختن ادرارش کم می شود و تعداد و شدت انقباضات غیر ارادی در مثانه افزایش می یابد. در خانمها طول مجرا کاهش یافته و فشار بستن مجرا کم می شود و میزان عضلات مخطط در رابدواسفنکتر نیز کاهش می یابد در حالیکه در مردان میزان باقی مانده ادرار (رزید و ادراری) افزایش می یابد. افراد مسن نحوه و ریتم خوابشان بهم خورده بعلاوه بیشترین مقدار مایعات بدن را در شب دفع می نمایند.
برای سهولت در یادآوری، علل بی اختیاری را به سه گروه الف) موقتی (Transitional) ب) مسجل و دائمی (Established) ج) فونکسیونل (Functional) تقسیم می نمایند که هر کدام در زیر بصورت خلاصه توضیح داده خواهد شد.

الف- علل موقتی بی اختیاری ادرار

این علل عمدتا در خارج از سیستم ادراری قرار دارند و عوارض این علل منجر به بی اختیاری ادراری می شوند. این نوع بی اختیاری بسیار شایع است و نیمی از بیمارانیکه به اورژانس بیمارستانها مراجعه می نمایند و بستری می شوند بی اختیاریشان ناشی از این علت است. نکته مهم این است که اگر این علل تشخیص داده نشود و درمان نگردد بی اختیاری از حالت موقت خارج شده و شکل دائمی بخود می گیرد و تشخیص افتراقی آن از فرم دائمی مشکل خواهد شد. Diaper در زبان انگلیسی بمعنی پوشک بچه است و چون افراد بی اختیار معمولا از پوشک استفاده می نمایند حروف اول علل بی اختیاری را طوری کنار هم قرار داده اند که لغت Diaper درست شده است که این علل بهتر در ذهن بماند.

D = Delirium

دلیریوم بمعنی توهم، پریشانی حواس و سرسام می باشد این حالت می تواند حاد باشد با میزان و درجه و شدت متفاوت. می تواند ناشی از مصرف دارو باشد یا یک بیماری حاد، نمونه خفیف آن را در افراد تب دار می توان مشاهده کرد. توهم می تواند از علل بی اختیاری ادراری باشد که اگر عامل بوجود آورنده آن برطرف شود هم توهم و هم بی اختیاری هر دو بهبود می یابد.

I = Infection

عفونت ادراری گاهی با بی اختیاری همراه است. این نوع عفونت معمولاً با سوزش ادرار، تکرر و حتی خون در ادرار دیده می شود. نوعی از عفونت ادراری وجود دارد که هیچگونه علامتی ندارد ولی در کشت ادرار بیماری باکتری رشد می کند این نوع عفونت بنام باکتریوری بدون علامت (Asymptomatic Bacteriuria) معروفست که معمولاً بی اختیاری ادرار نمی دهد. نکته مهم این است که عفونت ادراری ممکن است در افراد مسن هیچگونه علامتی بجز بی اختیاری ادرار نداشته باشد.

A = Atrophic Vaginitis and Urethritis

بائسگی و قطع ترشح هورمون استروژن در خانمهای مسن سبب آتروفی واژن و مجرای ادراری می شود در این افراد مخاط این ناحیه آتروفی، بیرنگ، شکننده، زخمی و خونریزی نقطه ای دارد و مجرای ادراری گشاد می شود. بی اختیاری ناشی از آتروفی واژن و مجرا گاهی با علائمی از قبیل سوزش ادراری و احساس نیاز فوری به دفع ادرار (urge) همراه است و باید از عفونت ادراری تشخیص افتراقی داده شود. با درمان آتروفی واژینال بی اختیاری نیز بهبود می یابد.

P = Pharmaceutical

از علل مهم و شایع بی اختیاری در افراد مسن داروها می باشند که بدلائل گوناگونی می توانند سبب بی اختیاری شوند. با توجه به لیست بلند این داروها فقط به چند گروه آنها اشاره می شود.

- ۱- گروه داروهای آرام بخش و خواب آور مثل دیازپام و فلورازپام
- ۲- گروه داروهای آنتی کولنریژیک مثل آنتی هیستامین ها
- ۳- گروه داروهای ضد افسردگی، ضاسایکوز و ضد پارکینسون
- ۴- گروه داروهای مخدرهای ضد درد مثل تریاک
- ۵- گروه داروهای آنتاگونیست های آلفا آدرنرژیک مثل پرازوسین
- ۶- گروه داروهای آگونیست های آلفا آدرنرژیک مثل ضد احتقان های بینی
- ۷- گروه داروهای بلوک کنند کانال کلسیم
- ۸- گروه داروهای مدر مثل فورازمید
- ۹- گروه داروهای ACEI مثل کاپتوپریل
- ۱۰- الکل

E = Excess urine out put

حجم زیاد ادرار می تواند سبب بی اختیاری شود علل متعددی برای حجم زیاد ادرار وجود دارد منجمله مصرف زیاد مایعات، داروهای مدر، اختلالات متابولیکی، (مرض قند و بالا بودن Ca خون) ناراحتی قلبی CHF، سوء تغذیه، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی

R =Restricted mobility

علل متعددی در افراد مسن می تواند سبب اختلال در حرکت فرد شود شایعترین آنها عبارتند از دردهای استخوانی و مفاصل، خمیدگی، سرگیجه، ضعف چشم، ترس از افتادن عدم تعادل

S =Stool impaction

حدود ۱۰٪ از بی اختیاری ها ناشی از یبوست است شاید از راه تحریک گیرنده های (opioid) تریاک. که منجر به احتباس ادرار و بی اختیاری ادرار می شود.

ب- بی اختیاری مجسل و دائمی

علت این نوع بی اختیاری در سیستم ادراری قرار دارد و بعلت اختلال در سیستم عصبی، عضلانی، آناتومی سیستم ادراری است و به چهار دسته عمده تقسیم می شود:

۱-افزایش انقباض و انقباضات غیر مهار شده در عضلات مثانه (Detrusor Overactivity) مثانه دارای خاصیتی می باشد که می تواند ادرار را درخود ذخیره نماید بدون اینکه فشار در داخل آن بالا برود وقتی که اتساع بحد معینی رسید فرد پر شدن مثانه را احساس می کند و در زمان ادرار نمودن مثانه منقبض شده و گردن مثانه و اسفنکتر ادراری هر دو شکل می شوند تا ادرار کردن صورت گیرد. در بعضی از بیماران مثانه قبل از پر شدن و در غیر زمان ادرار نمودن شروع به انقباضات نابجا می نماید که گاهی بقدری شدید است که منجر به بی اختیاری می شود.

۲-بی اختیاری استرسی (Stress incontinence) در افراد طبیعی استرس هایی از قبیل سرفه کردن، عطسه کردن، خندیدن، خم و راست شدن، از پله بالا رفتن که همگی منجر به افزایش فشار داخل شکم می شود سبب بی اختیاری نمی شود ولی در این دسته از بیماران این نوع فعالیت ها سبب بی اختیاری می گردد.

۳-انسداد مجرا: انسداد مجرا سبب عدم تخلیه مثانه و باقی ماندن ادرار در مثانه می شود گاهی باقی مانده ادراری بحدی است که مثانه مثل ظرف پر شده سرریز و لبریز می شود و بی اختیاری رخ می دهد.

۴-نوع چهارم نیز بعلت عدم انقباض مثانه و پرشدن آن با مکانیزم نوع سوم سبب بی اختیاری می شود در این حالت انسدادی در کار نیست ولی چون مثانه منقبض نمی شود پر شده و لبریز و سرریز می شود.

ج- بی اختیاری فونکسیونل

این حالت به بیمارانی اطلاق می شود که علت بی اختیاری در درک بیمار از زمان و مکان باشد و یا اینکه بیمار درک خوبی دارد ولی بعلت اشکال در حرکت نمودن و عدم دست یابی به آبریزگاه خود را خیس می نماید. البته باید در نظر داشت که ممکن است این حالت با حالت های بالا با یکدیگر همراه بوده و مجموعه ای مشکل و پیچیده را بوجود آورد بعلاوه اینطور نیست که تمامی افراد مبتلا به حواس پرتی بی اختیار باشند. بهرحال باید در نظر داشت که کارآیی اندامها برای اینکه فرد به دست شویی برود و لباس خود را خارج نماید لازم است و انگیزه برای این کار نیز شرط اول حرکت است.

تشخیص

برای تشخیص این بیماری مثل سایر بیماریها لازم است که بیمار تحت بررسی قرار گیرد. گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی، انجام بررسی های لازم روی بیمار (ثبت و مطالعه نحوه ادرار نمودن و بی اختیاری بیمار، تست استرس، اندازه گیری باقی مانده ادراری) و بررسی آزمایشگاهی در تشخیص کمک کننده هستند.

در گرفتن شرح حال بیمار علاوه بر شرح حال کلاسیک باید به نکات زیر توجه نمود. آیا بیمار در حرکات روزانه شخصی خود (خوردن ، راه رفتن، لباس پوشیدن و ...) مشکل دارد یا بدون کمک دیگران می تواند آنها را انجام دهد آیا کارهای روزمره خود را بدون کمک انجام می دهد(خرید، پخت و پز، رانندگی و حساب و کتاب مالی) نحوه ادرار کردن بیمار، نحوه بی اختیاری بیمار، آیا بیمار قبل از ادرار نمودن احساسی دارد یا خیر، آیا این احساس آنی و سریع است، حجم و میزان مایعات مصرفی بیمار چه میزان است، تکرر دارند یا خیر، شب برای ادرار کردن بیدار می شوند یا نه اگر جواب مثبت است چند بار زیرا برای کسی که ۱۰ ساعت در شب می خوابد یک یا دو بار بیدار شدن طبیعی است ولی برای کسی که ۴ ساعت می خوابد این تعداد غیر طبیعی است. افرادی که سن آنها بالا می رود بدلائل متعددی ممکن است خوابشان مختل شود منجمله خود افزایش سن سبب اختلال در خواب می شود، دردهای استخوانی و مفاصل، تنگی نفس، افسردگی، مصرف چای و قهوه می توانند اختلال در خواب بوجود آورده و شخصی که بیدار می شود نیاز به ادرار کردن پیدا کند پس در مجموع بحث تکرر ادرار در شب و روز باید بدقت تعریف و پرسیده شود.

ثبت و مطالعه نحوه ادرار نمودن و میزان مصرف مایعات و بی اختیاری کار ساده و بسیار کمک کننده ای است در این بررسی از بیمار می خواهیم که بمدت ۲-۳ روز با استفاده از یک ظرف مندرج دهان گشاد(در بعضی از موارد حتی می شود از ظرف خالی سرم استفاده نمود) ادرار خود را اندازه گیری نماید و در یک جدولی ساعت ادرار نمودن و حجم آن را ثبت نماید تعداد دفعات بی اختیاری و میزان و در صورت امکان علت آن را (مثل عطسه کردن) نیز ذکر نماید تعداد لیوان یا استکان آب یا چایی که می نوشد را بنویسید این جدول بسیار کمک می کند که مشکلات فرد عینی شود ممکن است فردی یک دو بار در شب بیدار شود ولی بعلت مشکلات حرکتی، درد، بیخوابی بعد از ادرار نمودن این حالات برای او بسیار سخت بوده و در شرح حال شکایت زیاد می نماید که با این جدول میزان مشکلات او مشخص می شود.

درمان بیمار پس از تشخیص و بر اساس یافته های بالینی است. گاهی درمانهای بسیار ساده کمک های فراوانی می نماید و نوع درمان از مریض به مریض دیگری متفاوت است و نمی توان نسخه واحدی برای تمام افراد مسن مبتلا به بی اختیاری ادراری پیچید. مثلاً" درمان بیماری که حواس پرتی دارد و قدرت حرکت ندارد و در رختخواب افتاده با کسی که سالم است فرق می کند اگر چه علت بی اختیاری هر دو انقباضات غیر ادراری باشد.

درمان بیماری خارج از سیستم ادراری گاهی آسان و بسیار کمک کننده است مثلاً" بیماری که بعلت عفونت ادراری یا اتروفی واژینال یا مصرف زیاد مایع مبتلا به بی اختیاری شده اند کافی است مایعات کمتری مصرف نماید یا عفونت و اتروفیش درمان شود. بیماری که بعلت مشکلات حرکتی بی اختیار است قرار دادن یک ظرف برای ادرار نمودن در دسترس او مشکل را حل خواهد کرد. اگر داروها سبب بی اختیاری فرد شده اند باید با پزشک او تماس گرفت که حتی الامکان داروها را تعویض نماید. مصرف داروهای گیاهی از نکاتی است که نباید فراموش شود، رفع مشکل یبوست بیمار با درمانهای خانگی بسیار کمک کننده است اما درمان مواد مسجل و قطعی نیازمند مشاوره ارولوژی دارد و درمان های پیچیده تری است که بدون مشورت امکان پذیر نیست.

بزرگی خوش خیم پروستات

شایعترین تومور خوش خیم در مردان است و به سن مربوط می شود، هر چه سن بالاتر می رود احتمال ابتلا به این تومور بیشتر می شود در ۹۰٪ مردان بالای ۸۰ سال این تومور دیده می شود البته همه اینها مبتلا به بیماری علامت دار بالینی نمی شوند. بیماری علامت دار بالینی نیز به سن مربوط است بطوریکه نیمی از مردان بالای ۷۵ سال از نازک شدن ادرار و پرش کم آن شکایت دارند. علل ایجاد این تومور خوش خیم بخوبی مشخص نشده احتمال زمینه های ژنتیکی وجود دارد بهر حال می دانید که مسائل هورمونی در ایجاد این بیماری دخالت دارند نقش تسترون آزاد و استروژن در ایجاد این بیماری قوی است. بهر حال با توجه به آناتومی مثانه و مجرای ادراری و پرستات مشخص می شود که بزرگی پروستات سبب انسداد در مسیر ادرار می شود که این انسداد یک نوع علائم ایجاد می کند از طرف دیگر برای غلبه بر این انسداد و تخلیه ادرار تغییراتی در مثانه رخ می دهد که یک سلسله علائم دیگر ایجاد می کند به علائم نوع اول علائم انسدادی و به علائم دسته دوم علائم تحریکی گویند.

علائم بیماری

الف علائم انسدادی شامل تاخیر در شروع ادرار می باشد بیمار اظهار می دارد که چندین ثانیه طول می کشد تا ادرارش شروع شود یا برای شروع شدن ادرار بیمار باید زور بزند، بعلاوه ادرار نازک می آید و قطر کافی ندارد و پرش آن نیز کم است. احساس می کند که مثانه اش بطور کامل تخلیه نشده و هنوز ادرار دارد ولی ادراری نمی آید. گاهی مجبور است یکی دو ساعت بعد مجدداً برای ادرار کردن مراجعه نماید، ادرار ممکن است قطع و وصل شود و انتهای ادرار قطره قطره می آید.

ب- علائم تحریکی شامل تکرر، شب بیدار شدن برای ادرار کردن و احساس ناگهانی و نیاز به تخلیه فوری است در موارد پیشرفته ممکن است بیمار با احتباس ادراری، بی اختیاری بعلت پر شدن و سرریز شدن مثانه یا حتی اورمی و آرتمی مراجعه نماید. احتمال تشکیل سنگ در داخل مثانه و عفونت ادراری نیز در این بیماران وجود دارد در معاینه بیماران از طریق مقعد پروستات بزرگ با قوام نسبتاً نرم و صاف لمس می شود و گاهی نیز مثانه پر در ناحیه زیر ناف لمس می گردد.

تشخیص افتراقی:

مهم است که بیمارانی که با علائم فوق مراجعه می نمایند از سایر بیماری های مشابه که می تواند علائمی شبیه به بزرگی خوش خیم پروستات را بوجود می آورند افتراق داد. از جمله این بیماریها می توان به انسداد مجرا بعلت تنگی مجرا، تنگی گردن مثانه، سنگ مثانه و یا سرطان پروستات اشاره نمود. عفونت سیستم ادرار یا سرطان مثانه می تواند علائمی شبیه به علائم ترکیبی BPH ایجاد نمایند وجود خون در ادرار ممکن است به دلیل سنگ مثانه، سرطانهای سیستم ادراری، عفونت و یا حتی BPH رخ دهد. لکن علامت هشدار دهنده ای است و اگر خون در ادرار دیده شد بیمار حتماً باید بررسی کامل ارولوژیکی شود و نیاز به ارجاع به متخصص دارد. سکتة مغزی، مرض قند و یا ضربه و آسیب به نخاع ممکن است روی سیستم عصبی مثانه اثر گذاشته و علائمی شبیه BPH ایجاد نمایند.

درمان:

اگر بیماری فرد مسجل شده در گروهی از بیماران که علائم خفیفی دارند باید به بیمار توضیح داده شود و اطمینان داده شود که بیماری خوش خیم است. سرنوشت بیماری ارتباطی به سرطان پروستات ندارد و به یکدیگر تبدیل نمی شوند. ممکن است بیماری پیشرفت نکند و در همین حد باقی بماند و یا اگر پیشرفت کرد و علائم تشدید شدند لازم است دخالت طبی یا جراحی شوند اگر بیماری مبتلا به احتباس مکرر و مقاوم شود، عفونت ادراری مکرر ناشی از BPH، خون شاشی، سنگ مثانه، نارسایی کلیه بعلت BPH یا دیورتیکول بزرگ مثانه شود نیاز به جراحی دارد موارد بینابینی را نیز می توان درمان طبی نمود.

مشکلات چشمی در سالمندی

بطور کلی ۸۰ درصد اطلاعات فرد از محیط اطراف توسط چشم حاصل می گردد و به همین علت چشم را مهمترین حس بدن می دانند. چشم نیز مانند تمام اعضاء بدن بر اثر گذشت عمر دچار تغییراتی می گردد که به مواظبت ها و مراقبت های بهداشتی درمانی نیاز دارد. ولی خوشبختانه اکثر افراد تا آخر عمر از بینایی خوبی برخوردارند و اکثر بیماری های چشم به درمان دارویی و جراحی جواب می دهند و شایعترین بیماری چشم که همان آب مروارید یا کاتاراکت است امروزه براحتی قابل جراحی است و با لنزهای داخل چشمی بینایی افراد دوباره به حد قبل از عمل و دوران جوانی برمی گردد. و در کشور ما با توجه به فراوانی متخصصین چشم پزشکی حتی در شهرهای کوچک دسترسی به آنها مقدور است و دیگر زمان کوری و نابینایی سپری شده است.

سازمان بهداشت جهانی کوری را چنین تعریف کرده است : کاهش بینایی کمتر از یک دهم یا 20/200 و یا کاهش میدان بینایی کمتر از ۲۰ درجه مرکزی

خشکی چشم (Dry eye)

اشک چشم دارای لایه چربی آبکی موکوسی است که باعث راحت حرکت کردن پلک ها، ضد عفونی کردن قرینه و ملتحمه ، خارج کردن مواد زاید سطحی چشم و جلوگیری از خشک شدن قرنيه و ملتحمه و در نتیجه کاهش خطر عفونت چشم می شود. در افراد مسن به علل گوناگون از جمله عفونت های قدیمی ملتحمه و لبه پلک ها، حساسیت های مختلف پوست و مخاط ، تغییرات هورمونی ممکن است ترشح یا خروج اشک دچار تغییراتی شود و فرد احساس جسم خارجی ، خارش و سوزش چشم و خشکی چشم نماید که بهترین راه پیشگیری از آن رعایت بهداشت چشم و پلک می باشد. هرچند این بیماری با تجویز قطره اشک مصنوعی قابل درمان است .

تطابق Accommodation

لنز یا عدسی چشم یک محیط شفاف در پشت عنبیه چشم برای عبور نور می باشد و با تغییرات ضخامت خود باعث قرار گرفتن تصویر اشیاء بر روی شبکیه (پرده بینایی) می شود و در نتیجه فرد می تواند اشیاء را در فواصل مختلف (از سیار دور تا بسیار نزدیک) بطور واضح ببیند . عدسی چشم شاید تنها عضوی از بدن باشد که در تمام طول زندگی بر حجم و ضخامت آن افزوده می شود و در سنین بالا بعلت تغییرات فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی قدرت تغییر پذیری ضخامت آن کم می گردد و بخصوص دیدن اشیاء نزدیک برای فرد مشکل می گردد که به آن پیر چشمی (Presbyopia) می گویند که معمولاً از سن ۴۰ سالگی به بعد شروع می گردد و فرد نمی تواند براحتی و برای مدت طولانی اشیاء نزدیک را بخوبی ببیند و بخصوص مطالعه کردن برای وی مشکل است که خوشبختانه با تجویز عینک های محدب این مشکل قابل رفع است و توصیه می گردد که افراد مسن اگر اهل مطالعه هستند حتماً به چشم پزشک مراجعه نمایند تا پس از معاینه چشم ، اگر علت دیگری برای کاهش بینایی مطرح نیست با دریافت عینک مناسب بتوانند تا آخر عمر به مطالعه ادامه دهند.

کاتاراکت

کاتاراکت (آب مروارید) وابسته به سن شایعترین علت اختلال بینایی برگشت پذیر است بطوری که ۵۰٪ افراد ۷۴- ۶۵ سال و ۷۰٪ افراد بالای ۷۵ سال از آن رنج می برند. پاتوژن آن چند فاکتوری و کامل شناخته شده نیست. با بالا رفتن سن برضخامت و سختی عدسی افزوده شده و از قدرت تطابقی آن کم می گردد و پروتئین های غیر محلول در آب و اوره بیشتر می شود که با یکسری تغییرات شیمیایی پیچیده همراه است و نهایتاً به مرحله ای می رسد که عبور نور از عدسی براحتی امکان پذیر نیست. این سیر پیشروی بسیار آهسته می باشد.

کاتاراکت دارای انواع مختلفی است که بحث آن خارج از این جزوه است ولی بایستی متذکر شد که کاتاراکت بیماری غیر قابل درمان نیست و هیچ کس را گریزی از آن نمی باشد همانطور که همه افراد پیر می شوند و پوست و استخوانهای آنها دچار تغییرات زیادی می گردد عدسی نیز تغییرات فراوانی پیدا می کند و مسئله مهم توضیح و تفهیم این اختلال است که با برخورد صحیح وبموقع می توان از استرس افراد مسن کاست لذا پیشنهاد می گردد که افراد مسن برحسب نیاز شان به بینایی بایستی تحت عمل جراحی کاتاراکت قرار گیرند. مثلاً یک فرد مسن و فعال که رانندگی می کند نیاز به بینایی خوب جهت رانندگی و بخصوص بینایی در شب را دارد ولی یک فرد که فقط در خانه نشسته و فعالیت زیادی ندارد بینایی وی درحد کارهای خانه است ویافردی که اهل مطالعه است برای دید نزدیک نیاز به بینایی خوبی دارد.

و در آخر قابل ذکر است که عمل جراحی کاتاراکت نسبتاً راحت و سریع است و به بیهوشی عمومی نیز نیازی نیست و با جاگذاری لنزهای داخل چشمی می توان بینایی فرد را برای هرفاصله ای تنظیم کرد.

فشار خون Hypertension

افزایش فشارخون اکثراً در افراد مسن است و باعث یکسری تغییرات در جدار عروق تمام بدن می گردد که در چشم سبب تنگ شدن (narrowing) جدار شریانها و افزایش جدار و برجسته شدن وریدها می گردد که به چند گروه از نظر پیشرفت تقسیم بندی می شود. افزایش ناگهانی فشار خون می تواند سبب ادم (ورم) سرعصب اپتیک، خونریزی داخل شبکیه، نکروز شدن (عدم دریافت خون) شبکیه و... گردد که نیاز به درمان فوری فشار خون دارد.

ولی آنچه مهمتر است ایجاد عوارض فشار خون بالا در چشم است که سبب بسته شدن عروق شبکیه یعنی بسته شدن شریان مرکزی یا شاخه ای (BRAO و CRAO) و بسته شدن ورید مرکزی یا شاخه ای (BRVO, CRVO) می شود و نوع مرکزی چه در ورید باشد یا شریان، بیمار تقریباً بینایی اش را از دست می دهد و بایستی هرچه سریعتر به پزشک مراجعه نماید تا اقدامات درمانی مفیدتر بعمل آید و در نوع شاخه ای بسته به محل گرفتاری ممکن است روی بینایی فرد تاثیرات متفاوتی داشته باشد. (از بینایی خوب تا نابینایی). لذا آنچه در افراد مسن با فشار خون بالا اهمیت دارد، تنظیم فشار خون در حد قابل قبول است تا عوارض آن ظاهر نشود.

دیابت

دیابت شایعترین علت کوری در سنین ۷۵- ۲۹ سالگی است. عوارض دیابت در چشم به چند فاکتور از جمله مدت دیابت، فشار خون بالا، مصرف سیگار و حاملگی بستگی دارد که مهمترین آنها مدت دیابت است و به همین علت اکثر عوارض دیابت در سنین بالا ظاهر می شوند بطوری که بیش از ۹۵٪ افراد دیابتی بعد از گذشت ۲۵ سال از شروع بیماری شان یکی از عوارض آن را در چشم دارند ولی خوشبختانه عوارض شدید آن در کمتر از ۲۵ درصد افراد مبتلا بروز می کند.

شایعترین عارضه دیابت در چشم رتینوپاتی است که به دو نوع پرولیفراتیو (پیشرفته) و نان پرولیفراتیو (غیر پیشرفته) تقسیم می شود. در رتینوپاتی غیر پیشرفته بیمار ممکن است هیچگونه شکایتی نداشته باشد و یا از

کاهش بینایی شکایت کند. در معاینه ته چشم این افراد خونریزی رتین، میکروآنوریسم، آگزودا و ورم رتین بخصوص ناحیه ماکولا دیده می شود. بطور کلی بیماران دارای دیابت نوع غیر وابسته به انسولین را بایستی در زمان تشخیص و بعداً هر سال یک بار معاینه کامل چشمی نمود تا در صورت بروز عوارض، درمان لازم که لیزر تراپی است انجام شود. تعیین زمان درمان و نوع لیزر تراپی به تشخیص متخصص چشم بستگی دارد. در پرولیفراتیو رتینوپاتی که چند سال بعد از بروز دیابت پیدا می شود حدود ۲۵٪ افراد دیابتی ممکن است دچار آن شوند رتینوپاتی پیشرفته است و بعلت نارسایی خون رسانی به چشم، عروق جدید در رتین، عصب اپتیک و یا عنبیه ظاهر می شوند که این عروق بسیار شکننده بوده و ممکن است سبب خونریزی زیاد در مایع زجاجیه (ویتره) و زلالیه (اطاق قدامی) شوند و یا ممکن است بر اثر گذشت زمان سبب جدا شدن شبکیه چشم شوند. بیماران با پرولیفراتیو رتینوپاتی را بایستی هر ۴-۳ ماه معاینه کامل چشم نمود و در صورت لزوم لیزر تراپی و یا جراحی نمود.

در بیماران دیابتی علاوه بر رتینوپاتی، کاتاراکت نیز زودتر بروز می کند و سیر پیشرفت آن نیز سریعتر است.

دژنراسیون ماکولا ناشی از پیری (Age-related Macular degeneration(AMD

این بیماری برای افراد بالای ۵۰ سال تعریف شده است و شایع ترین علت کوری غیر قابل برگشت در افراد بالای پنجاه سال است. حدود ۸٪-۶٪ افراد بالای پنجاه سال را گرفتار می کند که خوشبختانه ۹۰٪-۸۵٪ آنها به نوع خفیف آن مبتلا می شوند و هرچه سن بالاتر باشد شانس گرفتاری آن بیشتر است بطوری که در بعضی آمارها تا ۲۲٪ در افراد بالای ۷۵ سال نیز گزارش شده است.

در این بیماری ناحیه مرکزی بینایی (ماکولا) دچار تغییرات غیر قابل برگشت می گردد و اولین نشانه آن وجود drusen و تغییرات RPE (اپی تلیوم پیگمانته رتین) است و به دو نوع dry (خشک) exudative or wet (مرطوب) تقسیم می گردد که در نوع dry نئووازکولاریزاسیون کروئید (CMW) نداریم. اتیولوژی بیماری ناشناخته است و شاید ایسکمی (کم خونی) کروئید زیررتین علت آن باشد زیرا نیمه خارجی رتین از طریق کروئید و آنهم با مکانیسم دیفوزیون تغذیه می گردد و بطوری که این قسمت شبکیه فاقد عروق خونی است دومین علتی که برای آن ذکر شده است تغییر بیوشیمیایی کلاژن این قسمت است که در جوانی از نوع محلول در آب و در سنین بالا از نوع غیر محلول در آب است و قابلیت جذب و حذف آنها بشدت کاهش می یابد و با تجمع در زیر لایه پیگمانته رتین سبب بروز drusen و تغییرات بعدی می گردد.

بطور کلی سلولهای حساس به نور (فتورسپتورها) در طول شبانه روز، قسمت خارجی شان را از دست می دهند و دوباره این قسمت ساخته می شود، وقتی که این قسمت از سلول جدا می گردد از طریق لایه پیگمانته رتین به کروئید رفته و از آن جا جذب سیستمیک می گردد ولی در این بیماری این جذب انجام نمی شود یا کاهش می یابد و این مواد در آنجا تجمع می کنند و چون فعالترین قسمت رتین ناحیه ماکولا است این اختلال در این قسمت شبکیه دیده می شود.

افراد گرفتار از کاهش بینایی شاکی هستند و گاه از کج دیدن اشیاء در معاینه ته چشم آنها وجود drusen (۱) تغییرات RPE (۲) بطور افزایش پیگمانتاسیون یا کاهش آن (۳) تغییرات آتروفیک ناحیه ماکولا و نهایتاً CNV (۴) (کروئیدال نئووازکولاریزاسیون) دیده می شود. زن و مرد تقریباً به یک نسبت گرفتار می شوند. شایعترین ریسک فاکتور آن افزایش سن است بطوری که هم انسیدانس (شیوع) و هم میزان بروز و هم سیر پیشرفت بیماری با افزایش سن بیشتر دیده می شود. دومین فاکتور موثر در آن مصرف سیگار است بخصوص در خانه ها ولی بطور کلی هرچه تعداد سیگار مصرفی در روز و سالهایی که فرد سیگار می کشد بیشتر باشد خطر بروز این بیماری بیشتر است و ممکن است علی رغم قطع سیگار، باز بیماری بروز نماید ولی مطمئناً قطع سیگار شانس بروز را کاهش می دهد. نقش فامیلی این بیماری نیز شناخته شده است یعنی اگر سابقه فامیلی مثبت باشد شانس گرفتاری زیادتیر است هرچند ژن آن ناشناخته است.

مشکل افراد گرفتار از کاهش بینایی جزئی تا شدید برحسب شدت بیماری فرق می کند ولی بطور کلی بایستی به این افراد متذکر شد که هرگز کور مطلق نمی شوند . درمان ثابت شده ای بجز لیزرتراپی و آنهم برای بعضی انواع (wet) exudative شناخته شده نیست ولی امروزه تحقیقات برای درمان های مختلف ادامه دارد.

گلوکوم

گلوکوم یا آب سیاه یکی از بیماریهای شایع چشمی و یکی از علل کوری غیر قابل برگشت است که علت آن اکثراً اختلال در خروج زلالیه چشم می باشد و فشار داخل چشمی (طبیعی آن ۱۰-۲۱mmhg) بالا می رود که باعث فشار بر روی عصب اپتیک و نهایتاً اختلال کارکرد آنها می گردد. این بیماری به دو صورت (۱) زاویه باز (۲) زاویه بسته افراد مسن را بیشتر از سایر افراد تهدید می کند در گلوکوم باز متاسفانه علامت (symptom) حادی که باعث مراجعه بیمار به پزشک شود نداریم و بیماری زمانی خود را نشان می دهد که قسمت اعظم بینایی از دست رفته است. البته گاهی سردردی خفیف و مبهم در این بیماران وجود دارد که در صورت آگاهی بیمار می تواند باعث تشخیص زودتر بیماری و نجات بینایی وی گردد ولی بطور کلی بهتر است که افراد مسن هر سال به چشم پزشک مراجعه و علاوه بر معاینه روتین ، فشار چشم شان نیز اندازه گیری شود. این بیماری ۱۰٪- ۴٪ افراد بالای ۶۰ سال را گرفتار می کند.

در گلوکوم زاویه بسته بیماری اکثراً بصورت حساس بروز می کند. سردرد و درد چشم ، قرمزی چشم ، کاهش بینایی ، حالت تهوع و استفراغ وجود دارد که باعث مراجعه بیمار می شود و در این حالت پزشکان عمومی نقش بسزایی در تشخیص و اقدامات درمانی اولیه بیمار دارند و بایستی بیمار را سریعاً به چشم پزشک ارجاع دهند زیرا درمان قطعی این بیماری جراحی و یا لیزرتراپی است که بهتر است در همان ساعت یا روز های اولیه انجام شود . مکانیسم آن بسته شدن زاویه چشم و عدم دسترسی زلالیه به شبکه ترابکولوم است که در افراد مسن بعلت بزرگ شدن عدسی و شل شدن زنونلاها تماس عدسی با عنبیه بیشتر می گردد و سبب انسداد مردمک بر روی عدسی می گردد و بعضی مواقع بدون انسداد مردمک بعلت جابجایی ریشه عنبیه و بسته شدن زاویه خروج مایع زلالیه ممکن نیست.

Reference

- 1- Shingleton BJ, Hersh PS. Ocular trauma, principle and Practice, Theime, New York –stuttgart, 2002
- 2- Willam T, Edward Ay. Clinical Ophthalmology (Duane's Baltimore; Williams & Wilkins 2001
- 3- American Academy of ophthalmology, Text book, Optics, refraction and contact lenses .
- 4- Nerad JA. Oculoplastic Surgery Text book. St Louis .Mosby 2001
- 5- Shield MB. Text book of glaucoma 4rd Edition Baltimore; Williams & Wilkins 1998.
- 6- Basic and Clinical Science Course, glaucoma Section (Vol 10) ,American Academy of Ophthalmology ; 2002.
- 7- Koretz J. Accommodation and presbyopia .Philadelphia; Saunders 1994: 270-281
- 8- Jaffe NS, Jaffe MS, Cataract Surgery and its Implication 6th ed. St Louis ; Mosby; 1997
- 9- Basic and Clinical Science Course, vit 8 Retina Section (Vol 12) American Ophthalmology .2002
- 10- Stephen J. Ryan, Text book of retina, (Vol 2) , St Louis; Mosby 2001
- 11- Yannuzzi LA: retina –Vitreous –Macula. Philadelphia WB Saunders 1999

مشکلات گوش و حلق و بینی در سالمندان

طب سالمندان در حیطه گوش و حلق و بینی شامل یکسری مراقبت های خاص در این زمینه است که این گروه از افراد جامعه را سالم تر و با عملکردی بهتر و غیر وابسته تر می نماید. در این حیطه یکسری مشکلات و بیماری ها که بیشتر خاص این گروه است و یا حداقل در این گروه سنی از شیوع بیشتری برخوردار است وجود دارد که متخصص گوش و گلو و بینی در تشخیص و درمان آنها نقش مهمی ایفا می نماید.

یکسری نکات در مورد طب سالمندان وجود دارد که در مورد حیطه گوش و حلق و بینی و بیماریهای آن نیز صدق می کند از جمله:

- ۱- در این گروه سنی معمولاً چندین بیماری در عین حال می تواند وجود داشته باشد که طبعاً اثراتی روی ارگانهای دیگر نیز ایجاد می کند یا به عبارتی در هنگام دخالت در یک ارگان و یا درمان آن ارگان، باید به بیماری همزمان ارگان دیگر نیز توجه داشت.
 - ۲- تظاهر غیر معمول بیماری ها در این گروه سنی.
 - ۳- اهمیت افتراق تغییرات یا علائم خاص ناشی از پروسه سن با علامتی غیر معمول از یک بیماری.
 - ۴- گزارش کمتر از حد واقعی مشکلات این بیماران توسط خودشان یا خانواده ایشان.
 - ۵- منظور از درمان این گروه عمدتاً بهبود عملکرد آنها است.
- در حیطه گوش و گلو و بینی مشکلات متعددی این گروه سنی را مورد هدف قرار می دهد. که به اهم آنها توجه می شود.

۱. مشکلات گوش و شنوایی در سالمندان

سن روی تمام قسمت های گوش یعنی گوش خارجی و میانی و داخلی تاثیر گذار است. در این بین اثر روی گوش داخلی واضح تر و مشکل زاتر می باشد.

پیرگوشی: سردسته این بیماریها پیرگوشی می باشد که عبارت است از کاهش عملکرد شنوایی متعاقب بالارفتن سن. این حالت اغلب دو طرفه و تدریجی می باشد. هر چند علت اصلی ایجاد پیرگوشی مشخص نمی باشد ولی عوامل ژنتیک را در این بیماری دخیل می دانند زیرا دیده شده است که در بعضی از خانواده ها بروز این بیماری شایعتر می باشد. از عوامل دیگر مسبب پیرگوشی سرو صداها ی بلند در طول زندگی می باشد که در بعضی از افراد مستعد منجر به کاهش شنوایی در سنین بالا می گردد. همینطور عفونت های گوش بخصوص عفونت های مزمن گوش باعث ایجاد پیرگوشی بعدی می گردند. داروها بخصوص داروهای اتوتوکسیک که اثرات سمی روی گوش دارند مانند داروهای خانواده آمینو گلیکوزیدها نیز در این بیماری نقش مهمی را ایفا می کنند. این اختلال در بین افراد جامعه شایع است و با پیشرفت سن این بیماری افزایش یافته و کاهش شنوایی ایجاد شده منجر به عدم توانائی شخص در ارتباط برقرار کردن با دیگران شده و حتی می تواند زندگی شخص را به مخاطره اندازد.

علائم بیماری بدینصورت است که شخص از کاهش شنوایی که بصورت تدریجی ایجاد گردیده است شکایت دارد. بیمار بیان می کند صدا را می شنود ولی قادر به تمایز گفتار نیست. در عین حال صدای بلند او را اذیت می کند. پیرگوشی از نظر پاتولوژیک انواع مختلفی دارد که در هر کدام میزان کاهش شنوایی و تمایز گفتار متفاوت است. اگر

گوش این بیماران را مورد معاینه قرار دهیم معمولاً در معاینه نکته خاصی ندارند ولی هنگامی که ادیومتری درخواست گردد، کاهش شنوائی حسی عصبی خود را نشان میدهد که می تواند با توجه به درجه بیماری شدید یا متوسط یا خفیف باشد. کاهش شنوائی معمولاً در فرکانس های بالا بیشتر توجه را جلب می کند. معمولاً دو طرف قرینه و یکسان است. هر چند حالت غیر قرینه هم امکان پذیر است.

گوش خارجی و لاله گوش

بدخیمی ها: گوش خارجی شاید از جهت فیزیولوژی شنوایی و صوت اهمیت زیادی داشته باشد ولی در سالمندان از جهت دیگری مهم است و آنهم اینست که محل شایعی جهت بروز بدخیمی ها و سرطان های مختلف در این گروه سنی است. در بین بدخیمی ها، بخصوص بدخیمی های پوست در این عضو شایع می باشند. تظاهر آن هم بسیار ساده و بصورت یک زخم ظاهر می شود که بهبود نمی یابد. گاهی هیچ درد یا علامت دیگری هم ندارد و گاهی هم ممکن است کمی خارش و درد و ترشح از آن وجود داشته باشد. در صورت پیشرفت ضایعه و عدم درمان می تواند منجر به تخریب تدریجی لاله گوش شده و یا با درگیری غدد لنفاوی مجاور می تواند باعث ایجاد توده در گردن گردد. پس وجود هر کدام از علائم فوق می تواند زنگ خطر باشد و باید سریعاً بیمار ارجاع و مورد درمان قرار گیرد.

این بیماری و عمدتاً تومورهای پوستی در سالمندانی که به تناسب شغل خود ساعت های زیادی در آفتاب می مانند مانند کشاورزان شایعتر است. پس پوشاندن مناطق پوستی سروگردن در مقابل آفتاب بعنوان مثال با استفاده از کلاه می تواند اقدام پیشگیری مناسبی باشد.

خشکی پوست مجرای گوش: بیماری دیگر در این منطقه و در این گروه سنی خشکی پوست کانال گوش خارجی و خارش این ناحیه می باشد که گاهی برای فرد ناتوان کننده است. از طرفی خود این خارش با صدمه به پوست کانال می تواند باعث عفونت بعدی آن گردد. بخصوص اگر شخص اجسام آلوده را به داخل گوش خود فرو برد. برای جلوگیری از این امر استفاده از پمادهای نرم کننده و چرب که با دستور پزشک تجویز می گردد مناسب است. **تجمع جرم گوش:** ضایعه یا بیماری دیگر در این ناحیه جمع شدن و سفت شدن جرم گوش یا واکس داخل کانال گوش است که گاهی باعث گرفتگی گوش و کاهش شنوایی او می گردد. اگر این کاهش شنوایی را با کاهش شنوایی ناشی از سن یا پیرگوشی جمع کنیم به مقدار قابل ملاحظه ای شنوایی شخص را مورد تاثیر قرار می دهد. کسانی که جرم گوش دارند غالباً بیان می کنند که هنگام حمام رفتن گوش آنها مسدودتر می گردد. با مشاهده کانال گوش این افراد تشخیص بسیار راحت است و درمان آنهم خارج کردن این جرم با ساکشن یا شستشو یا استفاده از فورسپس های خاص می باشد که توسط متخصص مربوطه انجام می گیرد.

اختلالات تعادل در سالخوردگان

اختلال تعادل در طب سالمندان اهمیت خاصی دارد و توجه خاصی را می طلبد. ارگانهای مختلفی که در تعادل نقش دارند به نحوی با فرآیند سن تحت تاثیر قرار می گیرند. مثلاً حس بینائی دچار نقصان می گردد که خود بینائی نقش مهمی در تعادل دارد. از طرفی ارگان تعادلی گوش یا سیستم و سستیبولار هم دچار کاهش عملکرد می گردد. همینطور حس محیطی و حس عمقی نیز در اثر سن تحت تاثیر قرار می گیرند. پس بخشی از این ارگانها در حیطه گوش قرار دارند و باید در جهت تشخیص و درمان آنها کوشا بود و آنرا اصلاح کرد. زیرا خود این عدم تعادل منجر به سقوط و افتادن و مشکلات بعدی آن می گردد. شکستگی لگن و استخوانها بخصوص مفصل ران از آن جمله اند.

برای درمان این اختلال نیز بررسی کامل و معاینه فرد توسط متخصص گوش و حلق و بینی و اعصاب و در صورت لزوم قلب و داخلی باید انجام گیرد. و پس از درمان مسائل مربوط به قسمت های مختلف که می تواند باعث

احساس گیجی شود. در نهایت تمرین های خاص جهت برخی سرگیجه ها که علت مشخص قابل درمانی ندارند توصیه می گردد. در اینجا به صورت خلاصه تعدادی از این بیماری ها را نام می بریم.

اتیولوژی سرگیجه :

علل مربوط به گوش خارجی

جسم خارجی، سرومن در برابر پرده صماخ میتواند سرگیجه ایجاد کند.

علل مربوط به گوش میانی:

۱- وجود فشار منفی در گوش میانی

۲- اوتیت میانی حاد و مزمن چرکی

۳- کلسیاتوم هایی که تخریب لایرنت را سبب شود.

۴- تروما به گوش میانی که باعث جابجائی استخوانچه رکابی به داخل وستیبول شود یا شکستگی های گوش میانی.

علل مربوط به گوش داخلی :

۱- لایبرنتیت (التهاب گوش داخلی) که بدنبال عفونتهای ویروسی یا باکتریال ایجاد میشود. که میتواند بطور ناگهانی سرگیجه همراه تهوع واستفراغ وکری حسی عصبی کامل و نیستاگموس را ایجاد نماید.

۲- Vestibular Neuritis که بعلت کاهش عملکرد وستیبول در یکطرف که بدنبال یک عفونت ویروسی تنفسی ایجاد میشود بیمار دچار حمله سرگیجه شدید بمدت ۳-۱ هفته میشود که در این حالت وزوز گوش و کاهش شنوائی وجود ندارد.

۳- بیماری منیر که بیمار حملات کوتاه مدت تکرار شونده سرگیجه وزوز گوش و کاهش شنوائی دارد حملات بمدت ۲۰-۱۰ دقیقه طول میکشد و در فواصل حملات بیمار مشکلی ندارد علت حملات ترشح زیاد و غیر طبیعی اندولنف یا اشکال در سیستم جذب آندولنف می باشد

۴- سرگیجه خوش خیم وضعیتی (BPPV) که شایعترین علت اختلال محیطی وستیبولار می باشد که بیمار دچار سرگیجه های لحظه ای (۳۰-۵ ثانیه) بدنبال قرار گرفتن سر در وضعیت بخصوص (مثلاً هنگام چرخش به یکطرف) میباشد مدت بمیاری ۳ هفته تا ۳ ماه است و خود بخود خوب میشود.

۵- شکستگی ها و ضرب دیدگیهای گوش داخلی

۶- بیماری حرکت که تنها در حالت حرکت مکرر ایجاد میشود که بیمار دچار تهوع واستفراغ و سرگیجه می شود. و بعد مربوط به عصب زوج هشتم مثل التهاب ها ،تروماها و تومورها .

۷- آکوستیک نروما ، تومور زوج هشتم شاخه تعادلی است که می تواند ایجاد سرگیجه کند بیمار از وزوز گوش و کاهش شنوائی یکطرفه شکایت دارد.

۸- علت های مربوط به ساقه مغز در محل هسته وستیبولار ،مانند : التهاب ها ،تروما ، خونریزی ، تومورها، مولتیل اسکروز

۹- علت های عروقی که در سن بالا بیشتر مطرح میشود.

اسپاسم شریانی ناشی از هیپرتانسیون میتواند جریان خون لایرنت را کاهش و سرگیجه چرخشی ایجاد کند. هر عاملی که در سیستم شریانی Post Circulation ایجاد اختلال کند بعلت ایسکمی در لایرنت یا ساقه مغز میتواند سرگیجه ایجاد کند. آترواسکروز شایعترین علت آن است که معمولاً در بیماران سن بالا ، دیابتی ها ، سیگاری ها و بیماران با چربی خون بالا اتفاق می افتد.

آمبولی از علت دیگر عروقی است که باز هم در سن بالا مطرح میشود. سرگیجه این بیماران همراه اختلالات بینائی اختلال عصب صورتی و علائم از کار افتادن قسمت طرفی مدولا است .

(Wallen berg Sndrom)

infarction ها در سیستم ساقه مغز و مدولا میتواند علت سرگیجه در سن بالا باشد. از علت های دیگر عروقی انوریسمها ،میگرن basilar artery و واسکولیت ها میباشد.

سرگیجه سیکوژنیک که حملات بصورت سرگیجه و سبکی سر می باشد دو همراه تهوع واستفراغ میباشد را نیز باید در انتها ذکر کرد.

توضیح د رمورد تمامی بیماری های فوق از حوصله این بخش خارج است .اما در هر صورت هر کدام از بیماریهای ذکر شده فوق دارای علائم و خصوصیات خاصی بوده و روشهای تشخیصی ودرمانی مستقلی دارد که در موارد لزوم توضیح داده خواهد شد.

مسائل و اختلالات مهم در مورد بینی

خشکی مخاط بینی: ساختمان و فیزیولوژی بینی توسط پروسه سن تحت تاثیر قرار می گیرد. ظاهر بینی بعلت ضعیف شدن ساختمان و غضروف های بینی حالت افتاده پیدا می کند. شایعترین شکایت بینی در افراد مسن ترشح بینی، سرفه، کاهش بویائی و خونریزی از بینی است. از طرفی همانطور که در ابتدای بحث صحبت شد گروه سالمندان معمولاً بیماریهای متعددی دارند و برای این بیماریها داروهای خاصی استفاده می کنند. اکثر این داروها و گاهی بیماریها روی بینی و مخاط آن اثر می گذارند. یکی از شایعترین اختلالات فشار خون بالا در این گروه سنی می باشد که جدا از اینکه خود می تواند باعث خونریزی از بینی و مشکلات مربوطه گردد، داروهای مصرفی برای آن نیز روی مخاط بینی اثرات بدی دارند. مثلاً می تواند باعث خشکی مخاط بینی شده و باعث استعداد بیشتر به خونریزی گردند یعنی یک سیکل معیوب ایجاد می گردد. محیط مرطوب عمدتاً مفید است. از داروهائی که مخاط بینی را خشک می نماید باید پرهیز کرد بجز زمانی که هیچ جایگزینی برای آنها وجود ندارد. بعضی از داروهای دیگر مثلاً گروه آنتی هیستامین ها ترشحات بینی را غلیظ کرده و ترشحات پشت حلق را بدتر می کنند.

کاهش حس بویایی و چشایی: با افزایش سن تعداد سلولهای olfactory در بینی و تعداد و اندازه Taste buds ها در زبان کاهش می یابد. این تغییرات موجب کاهش حس بویایی و چشایی در سالمندان می گردد. حس چشایی به حس بویایی وابسته است. بنابر این هر تغییری در حس بویایی با کاهش چشایی همراه است. این کاهش حس از دو جنبه اهمیت دارد.

۱- موجب کاهش لذت فرد از غذا خوردن و بی اشتها می گردد. برخی از سالمندان سعی می کنند احساس بی مزه بودن غذا را با اضافه کردن نمک جبران کنند. در این موارد باید به آنها آموزش داد که بجای نمک از چاشنی ها مثل آب لیمو یا سبزی های معطر مثل نعناع استفاده کنند. همچنین تربیین ظاهر غذا در افزایش اشتها می تواند موثر باشد.

۲- کاهش حس بویایی و چشایی خطر مسمومیت به علت نشت گاز و یا مصرف غذای فاسد را برای سالمندان بیشتر می کند. البته باید توجه داشت که کاهش حس بویایی و چشایی با افزایش سن به تدریج رخ میدهد و خفیف است. اگر این کاهش حس سریع، مشخص و قابل توجه باشد ممکن است به دلیل درمان های دارویی یا بیماری های ارگانیک مغزی بوده و نیاز به توجه فوری دارد.

توده های بدخیم بینی و سینوس: در سن بالا توده های بدخیم بینی و سینوس شایع می باشند. تنها علامت این بیماریها می تواند انسداد یکطرفه بینی و یا ترشح خونی از یک بینی باشد. بنابر این اگر فرد مسنی ترشح یکطرفه

و خونابه ای از بینی داشت و یا از انسداد بینی شاکی بود و یا دچار اختلالات بینائی مانند دو بینی شد باید به تومور شک کرد و از این جهت سریعاً مورد بررسی قرار گیرد. همینطور وجود برآمدگی روی سینوسها و داخل بینی باید شک بسیار قوی به توده ایجاد کند و سریعاً بیمار به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع شود. تغییر شکل ناگهانی بینی نیز می تواند دلیل بیماری تومورال یا عضلانی بوده و سریعاً باید مورد بررسی قرار گیرد.

تغییرات و اختلالات صدا و حنجره وابسته به افزایش سن

صحبت کردن مربوط به عملکرد حنجره و تارهای صوتی و ساختمانهای بالای حنجره مثل لب، زبان، دندانها و ریه هاست. تغییرات وابسته به سن در یکی یا همه این ساختمانها می تواند اثر مستقیم روی کیفیت صدا داشته باشد. بیماریهای متعددی ارگانهای فوق را درگیر کرده و می تواند باعث اختلال صوتی گردد که باید دقیقاً مورد بررسی قرار گیرد. یکی از این بیماریها بدخیمی های حنجره بخصوص در افراد سیگاری است که می تواند اولین علامت آن گرفتگی صدا و تنگی نفس باشد و تشخیص زودرس این بیماری می تواند به نفع زندگی شخص باشد. بیماریهای دیگری مثل پارکنسیون و مشکلات هورمونی مانند اختلالات تیروئید نیز می تواند باعث اختلال در صوت گردد. فلج طنابهای صوتی بعلت بیماریهای مختلف نیز می تواند باعث گرفتگی صدا گردد. با معاینه می توان بیماریهای فوق را از هم افتراق و درمان خاص را انجام داد. علامت گرفتگی صدا در این گروه سنی همانند سایر افراد باید جدی تلقی شده و حتماً بخصوص در موارد طول کشیده با معاینه حنجره توسط متخصص گوش و حلق و بینی بررسی شود.

اختلالات دهان و دندان

در این گروه سنی اختلالاتی مثل خشکی دهان و مشکلات مفصل فک و دندان شایع می باشد به تغییرات مخاط و تغییر رنگ سفید یا قرمز در مخاط دهان و حلق نیز باید دقت خاص مبذول داشت. اختلال شایع دیگر در این منطقه در این گروه سنی مشکلات بلع می باشد. اگر شخص مسنی از گیر کردن غذا یا دسیفاژی شکایت کرد باید جدی تلقی شود.

بدخیمی های سروگردن

و بالاخره معضل پزشکی شایع در این گروه سنی بدخیمی های ناحیه سروگردن است. بطوریکه بیشتر از نصف همه بیماران دچار بدخیمی در زمان تشخیص اولیه مسن تر از ۶۵ سال هستند. بسته به محل بدخیمی علامت تظاهر کننده بیمار متفاوت است. بطوریکه بدخیمی های پوست این ناحیه با زخم و ضایعه پوستی مشکوک تظاهر می نماید. بدخیمی های حنجره بیشتر موارد با گرفتگی صدا و بدخیمی های مری با احساس گیر کردن غذا و بدخیمی های حفره دهان و حلق با ضایعه زخمی مشخص می گردند. گاهی بدخیمی های این ناحیه با توده های گردن ظاهر می شوند. علائم فوق که ذکر گردید باید سریعاً مورد ارزیابی قرار گیرند.

منابع:

1. AAO- HNS 1995 committee on hearing & Equilibrium otolaryngology & head & neck surgery 113:181,1995.
2. Baloh, R.w 4 others, familial migraine with vertigo neurology. 46: 458, 1996.
3. Barber,H. positional nystagmus, otolaryn. Head & neck surgery, 92,645,1984.
4. Freeman. Inner ear Barotrauma, Arch, otolaryngol. 95:556,1972.
5. otolaryngology.head & neck surgery, camming's third Edition. Volum 4 1993.

ماکولوپاتی وابسته به سن

به مجموعه ای از تغییرات پاتولوژیک در ماکولا می گویند که با کاهش دقت بینایی همراه است. دو نوع ماکولوپاتی وابسته به سن وجود دارد. در نوع مرطوب (Wet type) بدلیل نشست خون یا سرم از عروق کوروئیدال و ایجاد دو نوع هماتوم یا ادم ساب رتینال و در نوع خشک (Dry Type) بدلیل پاره شدن اپی تلیوم پیگمانته رتین سلولهای گیرنده نوری از بین رفته و دقت بینایی کم می شود. نوع مرطوب عامل ۱۰ درصد موارد ماکولوپاتی وابسته به سن است ولی باعث ۹۰ درصد موارد کوری قانونی ($20/200 \leq$ دقت بینایی) می شود.

علائم، نشانه ها و تشخیص

بیمار ممکن است متوجه شود که در دید مرکزی خود اجسام بزرگتر یا کوچکتر ظاهر می شوند و یا خطوطی صاف یا شکسته یا بدون قسمت مرکزی دیده شوند. اگر این اختلال فقط در در یک چشم ایجاد شود، بدلیل اثر چشم سالم مقابل، بیمار متوجه این آسیب نمی شود، با این وجود اگر بیمار با هر چشم خود بطور مجزا به تابلویی حاوی شبکه ای از خطوط بنگرد، این آسیب به سرعت کشف خواهد شد. لذا بیماران در معرض خطر (آنهايي که در یک چشم دچار ماکولوپاتی شده اند) باید هر روز صبح به این تابلوی خطوط بنگرند. با وارد آمدن آسیب، در عرض چند روز دقت بینایی کاهش می یابد. با دیدن ته چشم از طریق یک افتالموسکوپ این ضایعات به صورت نواحی گرد کوچک و به رنگ سفید - زرد با حاشیه نامشخص دیده می شوند که تشخیص ماکولوپاتی را متحمل می سازد.

درمان

برای نوع خشک، درمان قطعی وجود ندارد. نوع مرطوب را می توان از طریق جراحی با لیزر در ۵۰ درصد موارد کنترل کرد. اگر چه به علت کاهش دقت بینایی مرکزی مطالعه و رانندگی برای سالمند دشوار می شود. اما او قادر به انجام بسیاری از کارهای روزمره خود می باشد. از آنجا که هنوز بخشی از رتین حسی سالم است می توان این امیدواری را به سالمند داد که او نابینا نشود. برای انجام کارهای از قبیل مطالعه و تماشای تلویزیون نیز می توان عینک تجویز کرد.

افسردگی در سالمندان

بیماری افسردگی یکی از اختلالات نسبتاً شایع در سالمندان است. شیوع آن ۲/۵ درصد برآورد شده است. تشخیص و درمان بموقع آن در سالمندان حائز اهمیت است. افسردگی علاوه بر افزایش خطر میزان مرگ و میر ناگهانی منجر به کاهش همکاری بیمار در درمان سایر بیماریهای جسمانی گردیده و کیفیت زندگی وی را کم میکند. وجود افسردگی میزان استقلال بیمار را کاهش داده و به وابستگی بیشتر وی به دیگر اعضای خانواده منجر میگردد که این بنوبه خود به افزایش روز افزون فشار روانی اعضای خانواده منتهی میگردد. فشار روانی بالا در آینده از خانواده به کشمکش میان اعضای خانواده منجر شده و به خستگی روانی، افسردگی بیشتر سالمند ختم میشود.

تعریف:

افسردگی یکی از اختلالات روانی است که بعلت شباهت ظاهری با کاهش کلی فعالیت های سالمند، ممکن است به غلط از تظاهرات طبیعی سالمند تفسیر شود و از درمان بموقع غفلت گردد. علائم تشخیص و ویژگیهای افسردگی در سالمندان مشابه غیر سالمندان است با این تفاوت که برخی از بیماریهای مغزی مانند سکته مغزی (CAV)، پارکینسون، اختلال عروق مغزی در سالمندان شایع تر بوده و خود با سندرومهای افسردگی همراه است که میتواند شکل بالینی افسردگی را تغییر دهد. در اینگونه موارد توجه به اشکال مختصر افسردگی در سالمندی ضرورت دارد.

علت افسردگی: علت افسردگی در سالمندی نیز مشابه غیر سالمندی است. همان تغییرات نروترانس میتی که در غیر سالمندی باعث افسردگی میشود مانند کاهش سطح NE و 5HT و دوپامین و موارد مشابه، همانها در سالمندان نیز به افسردگی منجر میگردند.

برخی از تغییرات نروآناتومیک و نروفیزیولوژیک و نیز استرس های ویژه سایکوسوشیال منحصر به سالمندان میباشد که قابل ذکر است.

- ۱- وجود بیماریهای توام جسمانی مانند آرتریت روماتوئید، کم خونی و سوء تغذیه مانند کمبود ویتامین B₁₂
- ۲- بیماریهای مغزی در سالمندی بیشتر دیده میشود. مانند بیماری پارکینسون (کاهش دوپامین در پارکینسون میتواند از سوی دیگر به افسردگی منجر گردد). سکته مغزی بخصوص در ناحیه قدامی نیمکره چپ.
- ۳- مصرف داروهای متعدد بعلت بیماریهای توام جسمانی. مانند متیل دوپا برای کاستن فشار خون، پروبرانولول، سایمتدین، دیگوکسین و داروهای با خاصیت آنتی کلینرژیک که خود باعث تشدید اختلال حافظه بیمار میگردد.
- ۴- استرس های ویژه سالمندان مانند مرگ دوستان و نزدیکان، احساس تنهایی، مواجهه با مرگ، مشکلات مالی، بازنشستگی و محدود شدن شبکه ارتباط اجتماعی.

- ۵- ایسکمی نواحی سفید مغز، آترواسکلروز عروق کوچک و ایجاد نکروزهای میکروسکوپی در نواحی ساب کورتیکال. به این نوع افسردگی Vascular Depression گفته میشود که تقریباً ویژه گروه سالمندان است. کنترل فشار خون، هیپر لیپدیمی، دیابت و وزن میتواند از این نوع افسردگی پیشگیری نماید.

چگونه افسردگی را در سالمندان تشخیص دهیم؟

معیارهای تشخیصی در سالمندان مشابه غیر سالمندان است. توجه به این معیارها در تشخیص اهمیت بسزایی دارد:

- ۱- احساس افسردگی و یا کاهش علایق
 - ۲- کاهش یا افزایش وزن
 - ۳- کاهش یا افزایش خواب روزمره
 - ۴- کندی بارز یا بیقراری روزمره
 - ۵- احساس خستگی یا فقدان انرژی روزمره
 - ۶- احساس بی ارزشی و گناه نامتناسب با حوادث و وقایع
 - ۷- کاهش توانایی تفکر و تمرکز کافی فکر.
 - ۸- افکار مستمر مرگ، فکر خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی
- بیماری که از ۸ معیار فوق حداقل ۴ مورد را داشته باشد دچار بیماری افسردگی اساسی است. در بررسی تشخیصی افسردگی در سالمندان مراقب نگرشهای نامتناسب خود در مورد سالمندان باشیم. نگرشهای زیر ما را از تشخیص بموقع افسردگی در سالمندان باز میدارد:
- بسیاری از معیارهای فوق در سالمندان غیر افسرده بطور طبیعی دیده میشوند.
 - بعلت ناتوانی فیزیکی و روانی فزاینده در سالمندان، افسردگی جزو لاینفک سالمندی طبیعی است.
 - افسردگی در سالمندان علاج ناپذیر است.
 - درمان افسردگی در سالمندان ارزش بالینی ندارد
 - همه سالمندان درجاتی از افسردگی را بطور طبیعی دارند.
 - چون سالمندان بیشتر با مفهوم مرگ و نیستی اشتغال ذهنی دارند، لذا افسردگی در آنها اجتناب ناپذیر است
 - بیماریهای متعدد جسمانی در سالمندان خواهی نخواهی آنها را افسرده میسازد، این دیگر درمان نمیخواهد
 - بیماری جسمانی ناتوانی فیزیکی میدهد. ناتوانی برابر است با افسردگی. ما با درمان افسردگی سالمندان نمی توانیم آنها را توانا و یا به عبارتی جوانتر سازیم. پس درمان افسردگی در سالمندان ارزش بالینی ندارد.
 - تحمل عوارض داروهای ضد افسردگی بدتر از تحمل رنج ناشی از وجود افسردگی است. دقت کنیم در رویکرد تشخیص با بیماران سالمند خود را از پیش ذهنیت های فوق و یا مشابه آن پاکسازی کرده و برحذر داریم.

درمان افسردگی سالمندان باعث:

- ۱- بهبود کیفیت زندگی میشود
 - ۲- میزان همکاری آنها را با درمان بیماریهای جسمانی بیشتر میکند
 - ۳- از میزان وابستگی آنها به سایر اعضای خانواده پیشگیری می کاهد
 - ۴- از کاهش و بدتر شدن سلامت روانی سایر اعضای خانواده پیشگیری می کند
 - ۵- از افزایش خدمات تشخیصی و درمان سرپایی و بستری سالمندان جلوگیری میکند.
- رنج ناشی از افسردگی، سالمند را به درمانگاههای متعدد و پزشکان مختلف میکشاند و باعث مصرف بیشتر خدمات بهداشتی- درمانی و تحمیل هزینه گزاف و بی مورد میشود.

تظاهرات بالینی افسردگی ویژه سالمندان

هر چند که معیارهای تشخیصی در سالمند و غیر سالمند مشابه است، اما تظاهرات بالینی آن در بسیاری موارد تفاوت دارد. توجه به این نکات از تشخیص اشتباهی در سالمندان جلوگیری میکند.

۱- سالمندان افسرده بندرت از روحیه یا خلق افسرده شکایت میکنند. بندرت ممکن است شاهد آن باشید که سالمند افسرده بگوید "من افسرده ام" "من پکر و بیحوصله ام". بجای بیان خلق افسرده، بیشتر از "تحریک پذیری و عصبانیت" "زود از کوره در رفتن" و یا "گوشه گیری اجتماعی" "حوصله میهمان را نداشتن" شکایت خواهند کرد.

۲- علائم نباتی (vegetative) در سالمندان بارزتر است. کاهش خواب، کاهش اشتها، کاهش انرژی از شکایات شایع سالمندان افسرده است.

۳- گاهی اوقات افسردگی سالمند خود را عموماً بشکل سندرومهای "درد مزمن" احساس "خستگی مزمن" و یا "هیپوکندری" (خود بیمار انگاری: نگرانی مفرط از داشتن یک بیماری مثل سرطان ... که تاکنون پزشکان موفق به تشخیص آن نشده اند) نشان میدهد.

افسردگی در سالمند غالباً به شکل انواع خفیف تظاهر میکند و ۴ معیار از ۸ معیار فوق را شامل نمیشود. این موارد را "افسردگی خفیف" گویند که مانع از ارزش تشخیص و درمانی نمیشود.

افسردگی همراه با بیماریهای جسمانی

شایعترین بیماریهای مزمن جسمانی در سالمندان عبارتست از: آرتريت، فشار خون، بیماریهای قلبی، اختلالات ارتوپدی، کاتاراکت، دیابت، اختلالات شنوایی و بینایی.

ارتباط پیچیده ای میان بیماریهای جسمانی و افسردگی در سالمندان وجود دارد. گفته میشود که ۲۰-۲۵ درصد سالمندانی که بیماریهای جسمانی دارند توأم از افسردگی عمده نیز رنج میبرند.

وجود افسردگی توأم خطر موربیدیتی و مورتالیتی را افزایش میدهد که این خطر در سالمندان بیشتر است. دقت کنیم که شکایات متعدد جسمانی ما را از توجه به علائم افسردگی منصرف نکند و تمامی آنها را نیز صرفاً ناشی از بیماریهای جسمانی ندانیم.

رابطه افسردگی با بیماریهای مغزی

در سنین سالمندی برخی از بیماریهای مغزی مانند ایسکمی، CVA، دمانس، پارکینسون افزایش مییابد. در اینجا به افسردگی توأم موارد فوق پرداخته میشود.

دمانس

۱- گفته میشود که ۲۴٪ بیماران مبتلا به دمانس توأم از افسردگی نیز هستند. بالعکس ۱۴٪ بیماران افسرده سالمند مبتلا به دمانس نهفته نیز میباشند. تفکیک این دو از یکدیگر و درمان هر یک هنر بالینی درمانگر را نشان میدهد.

۲- وجود علائم اختلال شناختی مانند فراموشی در بیمار سالمند افسرده ضرورت یک دوره کامل افسردگی را ایجاب میکند که ممکن است به بهبود علائم شناختی بیمار نیز منجر گردد. اختلال شناختی ممکن است در بیماری افسردگی به تنهایی و یا افسردگی توأم با دمانس نیز دیده شود.

افسردگی پس از سکته مغزی

۱- افسردگی در بیمارانی که دچار CVA میشوند تقریباً شایع است. علائم افسردگی بخصوص در سکنه هایی که در نیمکره چپ رخ میدهد بیشتر است. این دسته از افسرده ها ممکن است دچار افسردگی خفیف باشد و تمام

معیارهای افسردگی عمده را پر نکند. دقت کنیم که در اینگونه موارد نیز افسردگی را ناشی از ناتوانی فیزیکی ندانیم. تشخیص و درمان افسردگی به توانبخشی فیزیکی بیماران CVA کمک بسیاری خواهد نمود. ۲۰٪ بیماران CVA دچار افسردگی عمده و ۲۰٪ آنها دچار افسردگی خفیف میشوند.

افسردگی و پارکینسون

۵۰٪ بیماران پارکینسونی دچار افسردگی میشوند. وجود صورت ما سکه، کندی حرکات ما را از تشخیص افسردگی باز ندارد. ضروریست در این بیماران علائم افسردگی مورد بررسی قرار گیرد.

افسردگی

افسردگی، اختلالی است که با احساس ناراحتی و ناامیدی همراه بوده و از نظر شدت از خفیف تا تهدید کننده حیات، متغیر است.

افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی سالمندان می باشد. فراوانی علائم افسردگی بالینی بارز در بین سالمندان غیر بستری ۱۵ - ۸ درصد و در بین سالمندان بستری حدود ۳۰ درصد است. افسردگی مآثور غالباً کمتر در سالهای آخر زندگی رخ می دهد و شیوع آن تنها ۲ درصد در سالمندان غیر بستری، ۱۱ درصد در سالمندان بستری در بیمارستان و ۱۲ درصد در سالمندان بستری در مراکز نگهداری می باشد.

افسردگی یکی از شایعترین ریسک فاکتورهای خودکشی می باشد. در ایالات متحده بیشترین آمار خودکشی در افراد ۷۰ ساله و بالاتر دیده می شود.

علت افسردگی در سالمندان، همچون افراد جوانتر، اجتماعی - روانی - زیستی می باشد. بیماریهایی که ممکن است باعث افسردگی در سالمندان شوند در جدول ۱ نشان داده شده اند.

جدول ۱- بیماریهایی که ممکن است باعث بروز افسردگی در سالمندان شوند.

Type	Disorder
Cancer	Cancer of the breast, kidney, lung, ovary, or pancreas; leukemia; lymphoma
Cardiovascular disorders	Postmyocardial infarction, cardiomyopathy, heart failure
Endocrine disorders	Thyroiditis, hyperthyroidism, hypothyroidism, cushing's disease, addison's disease, hypopituitarism
Neurologic disorders	Alzheimer's disease, amyotrophic lateral sclerosis, huntington's disease, parkinson's disease, multiple sclerosis, vascular dementia (multi-infarct dementia)
Metabolic or nutritional	Malnutrition, hypokalemia, hyperkalemia, hyponatremia, hypernatremia, hypocalcemia, hypercalcemia,
Viral infections	hypomagnesemia, vitamin B ₁₂ deficiency Hepatitis, HIV infection, herpes zoster

ریسک فاکتورهای دیگر شامل: ناتوانی جسمی همراه با یک بیماری مزمن، تاریخچه افسردگی، فوت همراه، فوت دوست نزدیک، عدم وجود رفاه اجتماعی مناسب، انزوای اجتماعی، وضعیت استرس آور، اختلال شناختی و اعتیاد می باشند.

۱. علائم و نشانه ها

جدول ۲- تظاهرات بالینی افسردگی در سالمندان

علائم	مورد
رفتار افسرده، تحریک پذیر یا مضطرب حملات گریه نبود اعتماد به نفس، کمی اعتماد به نفس، ملامت نفس تمرکز و حافظه ضعیف کاهش رضایت، از دست رفتن علاقه به فعالیتهای معمول، از دست رفتن پیوستگی انزوای اجتماعی	خلق تظاهرات روانی همراه
منفی نگری، ناامیدی، عدم استقلال، افزایش وابستگی افکار راجعه در مورد مرگ افکار خودکشی (نادر ولی جدی در صورت حضور) سستی سایکوموتر؛ خستگی بی قراری بی اشتها و کاهش وزن بی خوابی	تظاهرات جسمی
هذیان بی ارزش و گناهکار بودن هذیان بیمار و ناخوش بودن (نیپیلیستی، سوماتیک یا هایپوکوندریال) هذیان فقر	تظاهرات روانی

۲. تشخیص براساس:

- گرفتن یک شرح حال جامع و انجام یک معاینه فیزیکی کامل.

- گرفتن شرح حال داروئی (مصرف الکل و مواد مخدر).

- انجام تستهای اختصاصی از قبیل ابزار بررسی افسردگی در سالمندان (Geriatric Depression Scale, GDS)

تشخیص افتراقی: دمانس کاذب و هایپوکوندریازیس از جمله مواردی هستند که هنگام تشخیص افسردگی باید به آنان نیز توجه کرد. به طور مثال تا ۲ سال بعد از سکته مغزی (Ischemic stroke) بخصوص وقتی لوب و فونتال چپ آسیب دیده باشد، ریسک افسردگی بسیار بالا بوده و عدم رسیدگی به آن، باعث افت عملکرد درمانهای توانبخشی و افت توانایی بیمار می شود.

۳. درمان

درمان شامل: سایکوتراپی، دارودرمانی و در بعضی موارد الکتروتراپی (Electro Convulsiv Therapy, ECT) می باشد.

درمان افسردگی، اگر دارودرمانی و سایکوتراپی را همزمان در بر بگیرد تأثیر بهتری خواهد داشت. سایکوتراپی (Supportive, Behavioral, Cognitive) می تواند فردی یا گروهی انجام شود و مسلماً نیاز به رویکرد تخصصی و در نتیجه مداخله یک تیم روانشناس - روانپزشک دارد.

در دارودرمانی می بایست از داروهایی استفاده شود که حداقل عوارض جانبی دارند و بعد از ۱۵ روز یا ۱ ماه وضعیت جسمی و روانی بیمار بررسی شود، تا اگر دارو تأثیری مثبت روی وضعیت روانی نداشته یا عوارض جانبی دارد، جایگزین شود. پزشک می تواند در آغاز دارودرمانی به بیمار اطلاع دهد که برای پیشگیری از بروز مجدد افسردگی، باید درمان را بطور مرتب و به مدت یک سال باید انجام دهد. البته هر ۲ تا ۶ ماه وضعیت بیمار باید بررسی شود.

دمانس (Dementia)

یکی از شایعترین بیماریهای روانی- رفتاری در سالمندان بیماری دمانس یا "خرد زدا" است که پس از ۶۵ سالگی ۸-۵ درصد سالمندان را درگیر میسازد. شیوع این بیماری هر ۵ سال دو برابر میشود بطوریکه در ۸۰ تا ۸۵ سالگی حدود ۵۰ درصد سالمندان دچار درجاتی از بیماری دمانس هستند.

۲. تعریف

بیماری دمانس با کاهش حافظه، فراموشی و نیز یادگیری مطالب جدید شناخته میشود. نظر به اینکه در سالمندی همزمان با کاهش سایر قوای جسمانی و روانی، توانایی شناختی مانند حافظه نیز کاهش می یابد اما می بایست شاخص هایی را برای تفکیک بیمار دمانسی از سالمند طبیعی که دچار ضعف حافظه طبیعی شده است را داشت باشیم تا بیمار را از سالمند سالم تفکیک و اقدامات درمانی انجام شود.

۳. علت دمانس

بر حسب دمانس علت بیماری نیز متفاوت است. در بیماری آلزهایمر تشکیل گروهای نروفیبریلاری در درون نرون ها و پلاک های آمیلوئیدی در خارج از نرونها باعث دژنراسانس نرونها و آتروفی نواحی خاکستری مغز میگردد. آتروفی ابتدا از نواحی مدیال لب های تمپورال شروع شده و بتدریج نواحی پاریتال، پاریتواکسیپیتال و سپس نواحی حرکتی فرونتال را در بر میگیرد.

دمانس عروقی بدنال ایسکمی نواحی مغز ایجاد میشود. بر حسب ایسکمی نواحی مختلف کورتیکال و ساب کورتیکال طبقه بندی متعددی از دمانس عروقی تدوین شده است. دمانس بیشتر با ایسکمیهایی ساب کورتیکال که نواحی سفید مغز و لوپ های نرونی کورتیکو- استریاتو- تالامو- کورتکس را درگیر میسازد دیده میشود.

۴. تشخیص دمانس

۱- وجود اختلال حافظه بصورت عدم توانایی در به یادآوری مطالب یادگرفته شده قبلی و نیز ناتوانی در

یادگیری مطالب جدید

۲- آفازی حسی یا حرکتی

۳- آپراکسی

۴- اختلال در عملکرد اجرایی

وجود مورد ۱ با یکی از سه مورد بعدی، بیماری دمانس را مسجل میسازد. بیماری دمانس انواع متعددی دارد که شایعترین آن بیماری آلزهایمر است. از علل غیر دژنراتیو می توان از دمانس عروقی، دمانس بدنال ضربه مغزی، دمانس ناشی از بیماریهای سیستمیک مانند نارسایی کبد و کم کاری را نام برد.

در بررسی تشخیصی ضروریست علاوه بر معیارهای بالینی از ابزارهای پاراکلینیکی نیز استفاده نمود. MRI و SPECT با حساسیت و ویژگی بالا کمک موثری در تشخیص آلزهایمر خواهند نمود. اندازه گیری هورمونهای تیروئید - B₁₂ تست های روتین میتواند ما را به سایر علل دمانس مانند کم کاری غده تیروئید، کمبود ویتامین B₁₂ و نارسایی کبدی، پرکاری غده پاراتیروئید که درمان پذیر و دمانس برگشت پذیر میباشد راهنمایی کند.

مراتب بالینی وضعیت شناختی و حافظه فرد سالمند:

طبیعی:

احساس درونی و ذهنی ضعف حافظه در سالمند وجود ندارد.

سایر اعضای خانواده سالمند نیز شواهدی از ضعف حافظه در بیمار نمی بینند.

هیچگونه علائم خلقی یا رفتاری ناشی از ضعف حافظه دیده نمیشود.

فراموشی طبیعی سالمندی:

۵۰٪ افراد بالای ۶۵ سال، احساس ذهنی فراموشکاری را ابراز میدارند.

اسامی برخی از افراد را فراموش میکنند.

اشیاء را در جای مربوط به خود نمیگذارند و محل جدید را فراموش میکنند.

ممکن است در بیان افکار خود، کلمات مورد نظر را با دشواری پیدا کنند.

سایر اعضای خانواده به علایم فوق پی نمیبرند که این خود حاکی از آن است که علایم مذکور از شدت کمی برخوردار هستند.

این مرحله هر چند نیاز به درمان ندارد اما با برخی توصیه ها (فعالیت ذهنی) و داروها (ویتامین E سلز لین) میتوان از افت بیشتر پیشگیری کرده و یا آهنگ آن را کند نمود.

مطالعه کتاب و روزنامه، مرور خاطرات و یا نوشتن آن، گفتگو با دوستان و سایر همکاران یا همسایه در مورد موضوعات مورد علاقه، بازی شطرنج، بازی اعداد، حل کردن جدول و یا هر گونه فعالیت ذهنی دیگر میتواند در این مرحله از افت بیشتر قوای ذهنی پیشگیری کند.

تجویز سلز لین (مهار کننده اختصاصی MAOIB) روزانه ۵ تا ۱۰ میلی گرم و یا ویتامین E روزانه 1000-2000 واحد با داشتن اثر خنثی سازی رادیکالهای آزاد مانع تخریب بیشتر نرونی میگردد.

اختلال حافظه خفیف- علاوه بر علایم قبلی.

احساس ذهنی فراموشکاری در اغلب سالمندان در این موارد ابراز میشود.

اسامی نزدیکان را فراموش میکند.

سؤالات تکراری میپرسد.

سایر اعضای خانواده به فراموشکاری سالمند خود واقف میشوند.

توانایی انجام کارهای جاری در او کم میشود. یادگیری مهارت های جدید کاهش می یابد.

علائم رفتاری سالمند، اضطراب و گوشه گیری در سالمند مشاهده میشود.

دمانس (آلزهایمر) خفیف، علاوه بر علایم قبلی

۱- "حافظه اخیر" مختل میشود.

۲- روزهای هفته و ماههای سال را اشتباه میکند.

۳- IADLS (Instrumental Activity of Daily livings) مختل میشود.

مانند تلفن زدن - اتوبوس سوار شدن و رفتن به مکان دیگر. خرید کردن، تهیه غذای ساده و کارهایی از این قبیل.

۴- در این مرحله ممکن است بیمار توانایی نسبی زندگی مستقل خود را حفظ کند.

V. دمانس (آلزهایمر) در حد متوسط، علاوه بر علایم قبلی.

۱- قادر به اداره خود در جامعه نیست.

۲- اختلال در فعالیت های حیاتی (ADLS Activity of Daily livings)

- حمام کردن

- غذا/ خوردن

- توالت رفتن

- نقل و مکان کردن

- لباس پوشیدن

۳- اختلال در حافظه بلند مدت، مانند اسامی مدرسه هایی که در آنجا تحصیل کرده. خاطرات مربوط به چند سال قبل.

بیشتر ارجاعاتی که به پزشکان جهت درمان بیماران انجام میشود معمولاً در مرحله V شدت بیماری رخ میدهد که تقریباً بیمار در مرحله پیشرفته ای قرار دارد. نظر به اینکه در حال حاضر امکانات دارویی لازم برای بیماران آلزهایمر در کشور وجود دارد، لذا اهمیت فراگیری علایم بالینی بیماری آن است که بیمار را در مرحله III و IV تشخیص داده و جهت درمان اقدام و یا به متخصص ارجاع داد. در این صورت در حد قابل توجهی میتوان از سرعت افت حافظه و قوای ذهنی بیمار مبتلا به آلزهایمر کاست و مانع از وابسته شدن وی به سایر اعضاء خانواده گردید.

تجویز دارو در مرحله V بیماری نیز توصیه میشود هر چند که ممکن است اثربخشی کمتری داشته باشد. برای مشاهده اثر مطلوب داروها میبایست ۶ ماه بیمار تحت درمان قرار داشته باشد و در مورد قطع یا ادامه مصرف آن ارزیابی بالینی نمود.

در مرحله III بهتر است هر ۶ ماه یکبار توسط متخصص ویزیت شده و در صورت امکان ارزیابی کامل نروسایکولوژیک انجام داد. گفته میشود ۶۰-۵۰ درصد بیماران این مرحله به آلزهایمر دچار میشوند.

آلزایمر

۱- مقدمه:

دمانس (Dementia) که زوال مغزی یا عقلی نیز نامیده می شود، افت عملکردی شناختی پیشرونده می باشد که توانایی فرد را در ادامه زندگی اجتماعی و فعال دشوار می سازد. در بیماران مبتلا به دمانس اختلالات رفتاری نیز دیده می شود و همین منجر به فرسودگی همراه و بستری شدن برخی از این بیماران در مراکز مراقبت و درمان تخصصی یا غیر تخصصی می شود. برخی از انواع دمانس به دلایلی از قبیل کمبودهای تغذیه ای (Vit B12) یا افسردگی رخ می دهند و البته با تشخیص مناسب قابل درمان هستند و برخی دیگر مانند بیماری آلزایمر یا بیماری کرسفلد ژاکب قابل درمان نمی باشند (جدول ۱).

جدول ۱- اتیولوژی دمانس

Cause	Examples
Degenerative disorders	Alzheimer's disease frontotemporal dementia Lewy body dementia Pick's disease Parkinson's disease
Vascular dementia	large or small vessel disease vasculitis
Metabolic and endocrine	hypothyroidism, hyperthyroidism uremic encephalopathy hepatic encephalopathy vitamin deficiency (B ₁₂ , folic acid, nicotinic acid)
Infection based	neurosyphilis Jakob-Creutzfeldt disease HIV dementia
Toxin related	alcohol (Korsakoff's psychosis, Wernicke's syndrome) heavy metals medication toxicity
Miscellaneous	post-traumatic encephalopathy intracranial tumor normal pressure hydrocephalus subdural hematoma anoxic encephalopathy

از آنجایی که رایج ترین فرم دمانس در بزرگسالان بیماری آلزایمر می باشد، در این بخش به تعریف بیماری آلزایمر خواهیم پرداخت.

۲- بیماری آلزایمر (Alzheimer's Disease):

این بیماری متداولترین نوع زوال مغزی است و ۵۰٪ اختلالات حافظه و شناختی پیشرونده را در سالمندان در بر می گیرد.

۳- تشخیص بالینی بیماری آلزایمر:

براساس نتیجه پژوهشهای آکادمی اعصاب آمریکا (AAN) در سال ۲۰۰۲، اکثر بیماران بخصوص در فازهای اول این بیماری (Mild dementia) تشخیص داده نمی شوند و در نتیجه به درمان مناسب دسترسی ندارند.

examination(MMSE) در غربالگری این بیماری، در سطح اجتماع و در میان افراد سالمند و افرادی که اختلالات حافظه دارند، استفاده شود. این تست ابزار بسیار مناسبی است ($Se=60\%$) اما حساسیتش کمی ضعیف می باشد ($Sp=63\%$) در نتیجه اگر فقط از این ابزار برای بررسی شناختی استفاده شود، گروهی از بیماران بطور اشتباه در گروه "نرمال" تعریف خواهند شد و مسلماً نیاز به مشاوره می باشد.

در هنگام معاینه، تیم درمانی باید در زمینه علائم دیگری مثل اختلال در یادگیری، حفظ اطلاعات جدید، اختلال در مسئولیت پذیری، اختلال در انجام فعالیتهای پیچیده، اختلال در تصمیم گیری یا اختلال در رفتار و کرنولوژی این اختلالات، از بیمار و همراهش سؤال کنند.

سندرم تیپیک آلزایمر شامل آمیزی (فراموشی)، اختلال در یادگیری و نام بردن اطلاعات جدید، اختلالات گفتاری پیشرونده که اکثراً با Anomie همراه است شروع شده و به طرف Fluent aphasia پیش می رود. این اختلالات در مهارت Visiospatial که بصورت Disorientation بروز می کنند و دشواری کپی کردن از شکلها (Copying Figure) دیده می شود.

اختلال در فعالیتهای اجرایی (Executive function) به وضوح در بیماران دیده می شود و شامل برنامه ریزی، قضاوت و نگرش می باشد.

بیمار در اوایل ابتلای بیماری راهکارهایی را به طور "اتوماتیک" تدوین می کند تا از تداخل این اختلالات با فعالیتهای روزمره جلوگیری کنند، اما زمانی فرا می رسد که بیمار به این مشکلات پی می برد و این زمان برای رو آوردن به پزشک و تشخیص زودهنگام این بیماری مناسب می باشد. ولی متأسفانه در سطح جامعه اختلالات حافظه به افزایش سن مرتبط می شوند و این فرآیند را طبیعی تصور می کنند و زمانی که بیمار با اختلالات حافظه پیشرفته به پزشک مراجعه می کند، بیماری به سطح وخیم رسیده است.

علائم نروپسیکولوژی در این بیماری شایع هستند، از جمله آپاتی که در اوایل بیماری سرعت نسبتاً بالایی دارد، آژیتاسیون که با پیشرفت بیماری بیشتر بروز می کند، افسردگی که در ۵۰ درصد این بیماران موجود است و بی خیالی، بی برنامه بودن که در ۲۵ درصد این بیماران مشاهده می شود. آنومالیهای موتور (Motor) در فازهای آخر این بیماری مشاهده می شوند. طول عمر این بیماران حدوداً ۷ تا ۱۰ سال بیداری می باشد. اکثر این بیماران به علت بیماریهای ریوی مثل برنکایتیز و پنومونیا فوت می کنند.

برای تشخیص این بیماری می بایست اول بیماریهای دیگری که باعث بروز دمانس می شوند، رد نمود. غربالگری اختلالات تیروئید و کمبود Vit B12 جزء توصیه های علمی می باشند. همچنین نوروایمیجینگ به منظور تشخیص (Neuro imaging) اختلالات عروقی و رد سایر عوامل به کاربرده می شود (جدول ۲ و ۳).

Development of multiple cognitive deficits manifested by both:

1. Memory impairment (impaired ability to learn new information)
2. One (or more) of the following cognitive disturbances:
 - Aphasia (language disturbance)
 - Apraxia (impaired ability to carry out purposeful movements despite intact motor function)
 - Agnosia (failure to recognize or identify objects despite intact sensory function)
 - Disturbance in executive functioning (ie, planning, organizing, sequencing, abstracting)

Each of the cognitive deficits described above causes significant impairment of social or occupational functioning and represents a significant decline from a previous level of functioning.

The course is characterized by gradual onset and continuing cognitive decline.

The deficits are not caused by delirium.

For Alzheimer's disease:

The cognitive deficits listed in the first criterion (parts 1 and 2) are not due to any of the following:

1. Other central nervous system disorders that cause progressive deficits in memory and cognition (eg, cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal-pressure hydrocephalus, brain tumor)
2. Systemic disorders known to cause dementia (eg, hypothyroidism, vitamin B₁₂ or folic acid deficiency, niacin deficiency, hypercalcemia, neurosyphilis, HIV infection)
3. Substance-induced conditions

For vascular dementia:

Focal neurologic signs and symptoms (eg, exaggeration of deep tendon reflexes, extensor plantar response, pseudobulbar palsy, gait abnormalities, weakness of an extremity) or laboratory evidence indicates cerebrovascular disease (eg, multiple infarctions affecting the cortex and underlying white matter) that is judged to be etiologically related to the disturbance.

For dementia due to other medical disorders:

Evidence from the history, physical examination, or laboratory tests indicates that the disturbance is the direct physiologic consequence of such conditions as Parkinson's disease, Huntington's disease, Pick's disease, Creutzfeldt-Jakob disease, head trauma, HIV infection, normal-pressure hydrocephalus, hypothyroidism, brain tumor, vitamin B₁₂ deficiency, or intracranial radiation.

Adapted from the American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994, pp. 142-143, 146, 152.

جدول ۳ - علائمی که در تشخیص احتمالی بیماری آلزایمر کمک می کنند

Cognitive Domain	Possible Indication*
Ability to learn and retain information	Increased repetition of conversations Difficulty remembering recent conversations, events, appointments (eg, arriving at the wrong time) Misplacement of objects Difficulty discussing current events in an area of interest
Ability to handle complex tasks	Difficulty following a complex train of thought or performing tasks that require many steps (eg, balancing a checkbook, cooking a meal)
Reasoning ability	Inability to respond with a reasonable plan to solve problems at work or at home (eg, knowing what to do if the bathroom is flooded) Uncharacteristic disregard for rules of social conduct
Spatial ability and orientation	Difficulty driving, organizing objects around the house, or finding the way around familiar places
Language	Difficulty finding words to express self Difficulty following conversations
Behavior	Increased passiveness and reduced responsiveness Increased irritability and suspicion Misinterpretation of visual or auditory stimuli Changed behavior or dress
*Increased difficulty in any of these areas generally indicates the need for further assessment for dementia. Asking the patient or family members relevant questions about areas of concern may help.	
Adapted from the <i>Quick Reference Guide for Clinicians: Early Diagnosis of Alzheimer's Disease and Related Dementias</i> . U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.	

۴- درمان بیماری آلزایمر:

درمان بیماری آلزایمر به دو دسته تقسیم می شوند:

۱. دارو درمانی (بازدارنده کولین استراز و نروپروتکتورها)

۲. درمانهای غیردارویی (پسیکوتراپی کاردرمانی، ارتباط درمانی، موسیقی درمانی ...)

مدیریت درمانی باید جوابگوی نیاز و درخواست بیمار و خانواده وی مطابق با فرآیند پیشرونده بیماری باشد. بازدارنده کولین استراز تنها داروهایی هستند که از طرف مجامع علمی برای درمان بیماری آلزایمر تأیید شده اند. در حال حاضر از این خانواده دارویی، ۴ دارو در دسترس بیماران قرار دارد و شامل موارد زیر می باشد:

- (بخاطر هپاتوتوکسیک بودن دیگر تجویز اولیه نمی شود.) Tacrine
- Donepezil (Aricept , Eisai) (در ایران موجود است)
- Rivastigmine (Exelon , Novartis)
- Gualantamine (Reminyl , Janssencilag) (در ایران هنوز موجود نیست)

مصرف این داروها باعث بهبود عملکرد کلی و شناختی فرد شده و در اختلالات رفتاری و فعالیتهای روزمره بیمار تأثیر مثبت دارد و باعث می گردد بیمار دیرتر به سرای سالمندان سپرده شود. و زمان مراقبت را نیز برای همراه کمتر می نماید.

از آنجایی که پاسخ همه افراد در مقابل یک دارو یکسان نیست، در صورتی که بیماری به یکی از این داروها پاسخ نداد، می توان از داروی دیگری از این خانواده بهره مند شد.

با توجه به یافته های حاصل از پژوهش ها ویتامین E (2000 IU/d) و سلیژیلین (10 mg/d)، اثر مثبتی در کنترل پیشرفت اختلالات عملکردی بیمار می دارند. امروزه در پژوهشها (Evidence Basted

Medicine) نتیجه قابل ملاحظه ای برای گیاه درمانی (Ginko biloba) یا آنتی اکسیدانهای دیگر، یا داروهای ضدالتهابی و استروژن مشاهده نمی شود و جزو سفارشات درمانی از آنها نام برده نشده است.

در مورد داروهای دیگر مثل سرم تراپی برای جلوگیری و از بین بردن پلاکهای آمیلوئید هنوز توصیه قطعی نمی شود و این موارد در دست پژوهش هستند. به منظور تشخیص نقش داروهای ضدالتهابی، استروژن، استاتینها، داروهای ضد فشار خون و غیره در پیشگیری این بیماری به پژوهش های بیشتری در این زمینه نیاز است.

درمان غیردارویی، مثل کاردرمانی، گفتار درمانی، آرامش درمانی، موسیقی درمانی و فعالیتهای گروهی (مثل آواز خواندن، تئاتر بازی کردن) در این بیماری بسیار مهم است. درمانهای غیردارویی، حتی در افرادی که اختلالات شناختی بسیار پیشرفته دارند ولی از نظر جسمی توانمند هستند، به بالا بردن سطح سلامتی و نگهداری توانایی بازمانده بیماران کمک بسیاری می نماید.

درگیر کردن و حمایت از همراهان بیمار (Caregiver) از جمله کلیدهای موفقیت در ارتقاء سطح سلامتی بیماران می باشد. همراهان در این بیماری مزمن، پایه های اساسی مراقبت و درمان هستند. با توجه به اینکه اکثر خود همراهان، سالمند بوده یا فرزندان هستند که خود مسئولیت خانوادگی دارند، اگر از آنها حمایت نشود منجر به فرسودگی آنان می شود (Burn out) و همین امر دلیل سپردن این بیماران به سرای سالمندان و حتی بیمار شدن همراهان (افسردگی، بیماریهای قلبی - عروقی و غیره) می باشد.

بیماری آلزایمر از دسته بیماریهای مزمن بوده و نه تنها بیمار را سالیان سال دنبال می کند، بلکه وی را از مرز هوشیاری تا «جنون» و ناتوانی می کشاند، اطرافیان بیمار (همراه) را نیز درگیر کرده و گاهی باعث از بین رفتن

هسته خانواده می گردد. غیر از درمان دارویی این بیماری، درمانهای غیر دارویی اعم از موسیقی درمانی، تئاتر، تای شی و ... موجود هستند که نقش بسیار مهمی در تواناییهای بازمانده بیمار دارند و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار و همراه وی را بهبود می بخشند.

زمانی فرا می رسد که بیمار بدون از دست دادن توانایی جسمانی (بجز کنترل ادرار)، توانایی روانی خود را از دست داده و به غیر از فراموشی، عدم شناسایی زمان و مکان یا چهره آشنایان و اختلالات رفتاری مثل بی قراری را از خود نشان می دهد.

به منظور توانمند ساختن این افراد و جلوگیری از افت عملکردی فیزیکی آنها مراکز تخصصی ویژه آلزایمر مطابق با استانداردهای جهانی (Special Care Units, SCU) وجود دارند. این مراکز به صورت روزانه و شبانه روزی به سالمندان خدمات ارائه می کنند. پنج خصوصیت در این ساختمان ها وجود دارد:

۱. تشخیص صحیح بیماری آلزایمر قبل از پذیرش
۲. معماری مناسب ساختمان: امنیت، نور، فضای راه رفتن، حیات و (فضای آرامبخش)
۳. تیم درمانی: متشکل از افراد آموزش دیده، با تجربه و مشتاق به رسیدگی به سلامت بیماران آلزایمر
۴. همکاری با خانواده بیمار (همراه)
۵. طرح درمانی فردی با توجه به تاریخچه زندگی بیمار و توانایی بازمانده او.

دکتر حسین حماری
معاون دفتر بهداشت دهان و دندان
بهداشت دهان و دندان

پلاک دندان چیست؟

بسیاری از غذاهایی که شما می‌خورید، موجب می‌شوند که باکتریها در دهان شما اسید تولید کنند. این مجموعه (غذا + باکتری + محصولات تولیدی باکتری) پلاک دندان نام دارد، که با چشم دیده نمی‌شود. نه تنها غذاهای شیرین مثل شکلات و شیرینی بلکه مواد نشاسته‌ای مثل نان، بیسکویت و غلات نیز باعث تولید اسید می‌شوند. اگر شما به دفعات تنقلات میل کنید، فعالیت اسیدی را در تمام روز خواهید داشت و پس از تعداد زیادی از این فعالیت‌های اسیدی، دندان شما پوسیده خواهد شد.

پلاک دندان باعث تحریک لثه‌ها، جدا شدن لثه از دندان و نهایتاً تخریب استخوان مجاور دندانها نیز می‌شود. در چنین حالتی، دندانها لق شده و از دست می‌روند. بیماری لثه دلیل اصلی از دست دادن دندان در بالغین است. × با مراقبت از دندانهایتان، مصرف یک رژیم غذایی متعادل و مراجعه مرتب به دندانپزشک، شما می‌توانید دندانهای سالم و لبخندی زیبا و جذاب، در تمام طول زندگی داشته باشید.

بهترین راه حذف پلاک مولد پوسیدگی، مسواک زدن و تمیز کردن روزانه بین دندانهاست.

مسواک - پلاک را از سطوح دندان پاک می‌سازد. روزی دوبار با یک مسواک با موهای نایلونی نرم با انتهای گردو دسته مستقیم مسواک کنید. مسواک با موهای نرم، انعطاف‌پذیر است، زیر لبه لثه را بهتر تمیز می‌کند و به سطوح بین دندان‌دستی دسترسی بهتری دارد. در ضمن صدمه‌ای به لثه وارد نمی‌سازد. سایز مسواک شما باید مناسب دهان شما باشد تا به تمام نواحی به راحتی دسترسی داشته باشید.

خمیر دندان - از خمیر دندانهای حاوی فلوراید استفاده نمائید که به پیشگیری از پوسیدگی دندانهای شما کمک می‌کند. میزان لازم خمیر دندان برای بزرگسالان به اندازه‌ای است که طول موهای مسواک را بپوشاند و بهتر است درون موهای مسواک فشرده شود. برخلاف نظر عامه مردم، آنچه باعث تمیز شدن دندانها می‌شود، میزان و نوع خمیر دندان نیست، بلکه نحوه مسواک زدن است.

نخ دندان - روزی یکبار تمیز کردن بین دندانها با نخ دندان یا تمیز کننده‌های بین دندان‌دیگر (برحسب توصیه دندانپزشک) پلاک را از سطوحی که مسواک به آنها دسترسی ندارد، بر می‌دارد. این امر برای پیشگیری از پوسیدگی و بیماری لثه در این نواحی، به اندازه مسواک زدن ضروری است. تفاوت چشمگیری بین استفاده از انواع مختلف نخ دندان مشاهده نمی‌شود.

× بهترین مسواک و تمیز کننده بین دندان‌دی که شما می‌توانید بخرید نوعی است که شما آن را مرتب و به درستی استفاده کنید.

زمان تعویض مسواک چه موقع است؟

به محض اینکه موهای مسواک شروع به سائیده شدن نمود، مسواک باید تعویض شود که این مدت معمولاً سه ماه است. اما این زمان بستگی تام به شدت و نحوه مسواک زدن فرد دارد.

روش مسواک زدن:

- مسواک را با زاویه ۴۵ درجه نسبت به لثه‌ها نگهدارید. مسواک زدن باید به موازات سطح جونده دندانها و در خط حدفاصل لثه و دندان انجام شود.
- به آرامی مسواک را با حرکات کوتاه جلو و عقب در عرض دندانها به حرکت درآورید. مسواک هر بار حداکثر دو دندان مجاور را پوشش می‌دهد.
- سطوح بیرونی و داخلی و سطح جونده دندانها را مسواک کنید.
- از پاشنه مسواک برای تمیز کردن سطوح داخلی دندانهای قدامی، با حرکات ملایم بالا و پایین استفاده کنید.
- به منظور حذف باکتریها و خوشبو نمودن تنفس خود، زبانتان را نیز مسواک کنید.

روش نخ کشیدن دندانها:

- حدود ۴۵ سانتی متر از نخ را بریده و قسمت اعظم آن را حول انگشت میانی یک دست بپیچید. بقیه نخ را حول همان انگشت دست دیگر بپیچید. این انگشت نخ آلوده را جمع خواهد کرد. نخ را محکم بین انگشتان شست و سبابه نگهدارید.
- نخ را با یک حرکت ملایم مالشی (اره‌ای) بین دندانها هدایت کنید تا از محل تماس دو دندان به آرامی رد شود. هرگز بطور ناگهانی نخ را به سمت لثه نبرید.
- وقتی نخ به خط لثه رسید، به شکل نیمدایره آن را حول دندان قرار داده و به آرامی به فضای بین لثه و دندان هدایت کنید.
- نخ را محکم مجاور دندان نگهدارید و با حرکتی آرام به سمت بالا و پایین، نخ را از لثه دور نگهدارید.
- این روش را برای سایر دندانها هم تکرار کنید.
- قسمت خلفی آخرین دندان را فراموش نکنید.

× راهکارهایی برای افراد با ناتوانی اندام که در گرفتن مسواک مشکل دارند:

- ۱) از یک نوار الاستیک برای گرفتن مسواک با دست استفاده کنید.
- ۲) دسته مسواک را با اسفنج، توپ لاستیکی یا دسته دوچرخه ضخیم نمائید.
- ۳) طول دسته مسواک را با یک تکه چوب یا پلاستیک مثلاً یک خط کش یا یک چوب زبانی افزایش دهید.
- ۴) نخ دندان را به شکل حلقه درآورید تا راحت‌تر در دست گرفته شود.
- ۵) از مسواک‌های الکتریکی یا نگهدارنده‌های نخ دندان که بطور تجاری در دسترس می‌باشند، استفاده نمائید.

پروتز ثابت:

ونیر Veneer

روکش Crown

بریج Bridge

ایمپلنت (کاشت دندان)

ونیرها- امروزه دیگر دلیلی ندارد که فاصله بین دندانها یا دندانهای رنگ گرفته، بدشکل و کج خود را تحمل کنید. یک ونیر که روی دندانهای شما قرار داده می‌شود، اشتباه طبیعت و یا آسیب ناشی از یک صدمه را تصحیح کرده و به شما کمک می‌کند تا لبخندی زیبا داشته باشید. ونیرها نازک بوده و پوسته‌هایی هستند که با مواد همرنگ دندان برای هرفرد، بطور خاص ساخته می‌شوند تا سطح جلویی دندانها را پوشش دهند. آنها معمولاً در لابراتوار و توسط تکنسین دندانسان، از روی مدلی که توسط دندانپزشک شما تهیه شده، ساخته می‌شوند.

شما باید بدانید که این، یک درمان غیر قابل برگشت است، زیرا برای تطبیق پوسته ونیر روی دندان، لازم است مقدار کمی از مینای دندان برداشته شود.

دندانپزشک ممکن است به شما توصیه کند که از بعضی غذاها و نوشیدنی‌ها که ونیر شما را بدرنگ می‌کند، مثل چای و قهوه پرهیز کنید. گاهی ممکن است ونیر ترک بردارد یا دچار شکستگی شود ولی برای اغلب افراد، زیبایی حاصل از کاربرد آن بیشتر ارزش دارد.

روکش Crown - شما ممکن است برای پوشاندن یک دندان و بازگرداندن شکل و اندازه طبیعی آن، نیازمند روکش باشید. یک روکش دندان، دندان شما را قویتر ساخته و ظاهر آن را بهبود می‌بخشد. وقتی میزان کافی از نسج دندان برای نگهداری یک پرکردگی وسیع باقی نمانده باشد، روکش می‌تواند آن دندان را پوشانده و ساپورت کند. روکش‌ها ممکن است برای اتصال یک بریج، محافظت از یک دندان ضعیف و یا ترمیم دندانی که قبلاً شکسته است، بکار روند. روکش درمان خوبی برای دندانهای بدرنگ و یا بدشکل است. همچنین برای پوشاندن یک ایمپلنت دندانی نیز استفاده می‌شود.

اگر دندانپزشک شما روکش شدن دندان را توصیه می‌کند، احتمالاً به یکی از دلایل فوق می‌باشد تا به شما کمک کند دندانهای سالم و لبخندی زیبا داشته باشید.

بریج Bridge - اگر شما یک یا چند دندان را از دست بدهید، دچار مشکل در جویدن و صحبت کردن می‌شوید. در این صورت بریج یکی از درمان‌هایی است که با جایگزینی دندانهای از دست رفته به حفظ شکل صورت و کاهش مشکلات جویدن کمک می‌کند. بریج ثابت، دندانهای از دست رفته را که بین دندانهای دیگر هستند، جایگزین می‌سازد و نمای زیبایی دارد.

این نوع ترمیم ممکن است از طلا، آلیاژها، پرس‌لن (چینی) یا ترکیبی از این مواد باشد و به منظور ساپورت، به دندانهای مجاور که به آنها دندانهای پایه اطلاق می‌شود، باند شده یا به روکش روی آنها متصل می‌شود. برخلاف بریجهای متحرک که میتوانید آنها را بیرون آورده و تمیز نمائید، یک بریج ثابت فقط توسط دندانپزشک می‌تواند برداشته شود. یک بریج ایمپلنت، دندانهای مصنوعی را مستقیماً به استخوان فک یا زیر لثه، بسته به نوع بریجی که دندانپزشک تجویز کند، متصل می‌نماید. بنابراین بسیار مهم است که دندانهای باقیمانده خود را تمیز و سالم نگهدارید.

ایمپلنت - هیچ چیز جانشین دندانهای سالم نمی‌شود. ولی وقتی شما دندانی را به دلیل بیماری یا حادثه از دست داده‌اید، بهتر است بدانید که راهی برای بازگرداندن لبخند زیبای شما وجود دارد. یک ایمپلنت دندانی ظاهر و احساسی شبیه دندان از دست رفته‌تان به شما می‌دهد. دندانپزشک یک پایه یا فریم فلزی را زیر لثه شما قرار می‌دهد که درست شبیه ریشه یک دندان به استخوان فک متصل می‌شود. سپس دندانپزشک یک دندان جایگزین را روی ایمپلنت قرار می‌دهد به نحوی که شبیه وضعیت دندان اصلی خود شما به نظر آید.

اغلب بیماران معتقدند، ایمپلنت مطمئن و با ثبات است و آن را جایگزین خوبی برای دندان از دست رفته‌شان می‌دانند. ایمپلنت‌ها می‌توانند جایگزین یک یا چند دندان از دست رفته شوند.

لازم به ذکر است که ایمپلنت نیاز به جراحی دارد، بنابراین بیماران باید از نظر کلی در سلامت بسر برند، لثه‌های سالم داشته و استخوان کافی جهت ساپورت ایمپلنت داشته باشند. در ضمن باید مقید به رعایت دقیق بهداشت دهان و ملاقاتهای مرتب با دندانپزشک باشند.

× مراحل جایگزینی ایمپلنت

ابتدا جراحی جهت قرار دادن پایه ایمپلنت انجام می‌شود. جراحی تا چندین ساعت ممکن است طول بکشد و سپس حداکثر ۶ ماه وقت لازم است تا استخوان حول این پایه رشد کرده و آن را محکم در برگیرد. بعضی ایمپلنت‌ها نیاز به یک جراحی ثانویه دارند تا یک رابط (Post)، پایه را به دندان جایگزین متصل کند. در سایر انواع ایمپلنت‌ها، پایه و رابط بهم متصل هستند و همزمان قرار داده می‌شوند.

پس از چندین هفته که لثه‌ها بهبود یافتند، مرحله بعد شروع می‌شود. دندانهای مصنوعی ساخته شده و به قسمت رابط پایه متصل می‌شوند. چون چندین بار امتحان دندانهای مصنوعی جهت تنظیم دقیق وضعیت آنها لازم است، این مرحله ممکن است یک یا دو ماه طول بیاورد.

جراحی ایمپلنت ممکن است در مطب دندانپزشک (تحت بی حسی موضعی) و یا بیمارستان (تحت بیهوشی عمومی) انجام شود. داروهای ضد درد معمول و گاهی آنتی بیوتیک تجویز می‌شود. دندانپزشک دستورات لازم جهت نحوه رعایت بهداشت دهان و نوع رژیم غذایی را به شما خواهد داد.

پروتز متحرک:

- پروتز پارسیل

- پروتز کامل

پروتز پارسیل: این پروتز شامل چندین دندان جایگزین متصل به یک پایه پلاستیک به رنگ لثه است که توسط یک اسکلت فلزی بهم متصل شده‌اند. پروتز پارسیل با گیره‌های فلزی یا وسایلی که به آنها اتصالات دقیق اطلاق می‌شود به دندانهای طبیعی شما متصل می‌شود. این اتصالات دقیق تقریباً دیده نمی‌شوند و معمولاً از گیره‌های فلزی زیباتر هستند. ممکن است برای تطابق بهتر یک پروتز پارسیل با دندانهای طبیعی، لازم باشد که آنها روکش شوند. بویژه وقتی از اتصالات دقیق استفاده می‌شود.

چه مدت طول می‌کشد تا به استفاده از پروتز پارسیل عادت کنیم؟

در چند هفته اول، پروتز پارسیل جدید شما ممکن است حجیم و ناراحت بنظر آید، ولی دهان بالاخره عادت کرده و آن را قبول می‌کند. قرار دادن و برداشتن پروتز مقداری تمرین می‌خواهد. کلیه دستورات دندانپزشکتان را رعایت کنید. پروتز باید به راحتی در جای خود قرار گیرد. هرگز با گاز گرفتن پروتز آن را با فشار به سر جای خود نرانید. این کار باعث خم شدن یا شکستن کلاسیپها می‌شود.

چه مدت باید از پروتز استفاده کنیم؟

دندانپزشک دستورات لازم را در این زمینه به شما خواهد داد. ابتدا ممکن است از شما خواسته شود که تمام مدت از آن استفاده کنید. گرچه این امر ممکن است کمی ناراحت کننده باشد، ولی این سریع‌ترین راه برای نشان داده شدن قسمتهایی از پروتز است که ممکن است نیاز به تنظیم داشته باشد. اگر پروتز فشار زیادی به یک ناحیه خاص وارد کند، آن نقطه زخم می‌شود. دندانپزشک پروتز شما را تنظیم می‌کند تا راحت‌تر تطابق یابد. بعد از انجام تنظیم‌های لازم، معمولاً دندانپزشک توصیه می‌کند که قبل از رفتن به رختخواب، آن را از دهان درآورده و صبح دوباره از آن استفاده کنید.

آیا غذا خوردن با پروتز پارسیل مشکل است؟

غذا خوردن را با غذاهای نرم و بریدن آن به قطعات کوچک شروع کنید. با هر دو طرف دهان بجوید تا فشار یکنواختی روی پروتز وارد شود. از مصرف غذاهای چسبنده و سفت پرهیز کنید.

آیا پروتز پارسیل نحوه صحبت کردن را تغییر می‌دهد؟

اگر تلفظ بعضی کلمات با پروتز جدید برای شما مشکل است، با صدای بلند تمرین کنید، کلماتی که در تلفظ آنها مشکل دارید، تکرار کنید. به مرور زمان، شما به صحبت کردن صحیح با پروتز خود عادت خواهید کرد.

نحوه مراقبت از پروتز پارسیل چگونه است؟

بهتر است جلوی یک سینک پر از آب بایستید تا اگر بطور اتفاقی پروتز از دست شما افتاد، مشکلی پیش نیاید. برای حذف خرده‌های مواد غذایی و پلاک از سطح پروتز، هر روز آن را مسواک کنید. این کار مانع تغییر رنگ یافتن پروتز نیز می‌شود. بهتر است از مسواکهای مخصوص پروتز که موهای آن مناسب این کار است، استفاده کنید. البته یک مسواک با اندازه متوسط (regular) و موهای نرم هم قابل قبول است. سایر شوینده‌های خانگی و اغلب خمیر دندانها ساینده‌ی زیاد داشته و نباید برای تمیز کردن پروتز بکار روند. کلیه سطوح پروتز باید کاملاً تمیز شود و به آرامی مسواک زده شود تا صدمه‌ای به اتصالات پلاستیکی و یا خم شده وارد نشود.

اگر پروتز مرطوب نگهداشته نشود، شکل صحیح خود را از دست می‌دهد. بنابراین شبها پروتز باید در آب یا محلول مخصوص این کار قرار داده شود. البته اتصالات فلزی در محلولهای ویژه پروتز ممکن است دچار یرگی شوند. دندانپزشک روش صحیح نگهداری از پروتز را به شما توصیه خواهد کرد.

آیا پروتز پارسیل نیاز به تنظیم مجدد دارد؟

با گذشت زمان و افزایش سن، دهان بطور طبیعی تغییر می‌کند و ممکن است نیاز به تنظیم مجدد پروتز باشد. استخوان و لثه‌ها تحلیل رفته و پروتز لق می‌شود. پروتز لق مشکلات متعددی مثل زخم و عفونت را ایجاد می‌کند. بنابراین اگر پروتز شما لق شده است، فوراً به دندانپزشک خود مراجعه کنید تا مجدداً تنظیم شود.

آیا من خود می‌توانم تنظیم‌های جزئی یا ترمیم پروتز پارسیل را انجام دهم؟

با این کار شما ضرر جدی به پروتز و سلامتی خود وارد می‌سازید. این کار به پروتز صدمه وارد کرده و باعث عدم تطابق صحیح آن در دهان و بروز التهاب و زخم می‌شود. چسب‌هایی که در بازار فروخته می‌شوند، اغلب مواد شیمیایی مضر دارند که نباید روی پروتز استفاده شوند. اگر پروتز شما تطابق خوبی نداشت، دچار شکستگی یا ترک خوردگی شد یا یکی از دندانها لق شد، بلافاصله به ملاقات دندانپزشک بروید. اغلب در همان روز، دندانپزشک می‌تواند تغییرات و تعمیرات لازم را انجام دهد. در موارد پیچیده‌تر ممکن است لازم باشد، پروتز به لابراتوار فرستاده شده و ترمیم گردد.

آیا کار خاصی برای مراقبت از دهان باید انجام شود؟

دوبار مسواک زدن و تمیز کردن بین دندانها بطور روزانه، مانع بسیاری پوسیدگیها و بیماریهای لثه می‌گردد. که منجر به از دست رفتن دندانها می‌گردند. توجه خاص به تمیز کردن دندانهایی که زیر گیره‌های فلزی پروتز قرار می‌گیرند، معطوف دارید. پلاک دندانی که زیر این گیره‌ها جمع می‌شود، احتمال بروز پوسیدگی را در این دندانها افزایش می‌دهد. دندانپزشک روش صحیح مسواک زدن و تمیز کردن بین دندانها را به شما نشان خواهد داد. انتخاب یک رژیم غذایی صحیح و متعادل نیز اهمیت دارد. ملاقات دندانپزشک در فواصل مشخص و بطور مرتب جهت چک‌آپ وضعیت دهان و دندانها امری حیاتی است.

پروتز کامل(دست دندان)

تفاوت پروتز کامل معمولی و فوری- پروتزهای کامل بر اساس زمان گذاشتن آنها در دهان به دو نوع معمولی و فوری تقسیم می‌شوند. پروتزهای فوری بلافاصله بعد از کشیدن دندانهای باقیمانده در دهان گذاشته می‌شوند. بدین منظور، قبلاً دندانپزشک قالب فکین بیمار را تهیه کرده و اندازه‌گیریهای لازم را انجام داده است. مزیت این نوع پروتز این است که بیمار در طی دوره بهبودی، بی‌دندانی کامل را تجربه نمی‌کند. از آنجا که استخوانها و لثه‌ها ممکن است در طی دوره بهبودی بویژه شش ماه اول بعد از کشیدن دندانها تحلیل یافته و جمع شوند، پروتز فوری ممکن است به منظور تطابق صحیح، نیاز به ترمیم (reline/rebase) داشته باشد. پروتز کامل معمولی، معمولاً پس از بهبودی بافتها که حداقل ۶-۸ هفته بطول می‌انجامد، ساخته می‌شود.

اوردنچر- یک پروتز متحرک است که روی تعداد کمی دندان طبیعی باقیمانده تطابق می‌یابد. دندانهای باقیمانده برای تأمین ثبات پروتز باید آماده شده و تراش داده شوند. دندانپزشک تشخیص می‌دهد که آیا اوردنچر مناسب شما می‌باشد یا خیر.

استفاده از پروتز کامل چگونه است؟

پروتز جدید برای چند هفته ممکن است ناراحت بنظر آید تا اینکه به آن عادت کنید. حتی قبل از اینکه عضلات گونه و زبان یاد بگیرند تا آن را در جای خود نگهدارند. ممکن است احساس کنید پروتز لق می‌باشد. ممکن است دهان کمی دچار التهاب یا زخم شود و یا بطور موقت کمی افزایش جریان بزاق را حس کنید. بتدریج که دهان به پروتز عادت می‌کند، این مشکلات کاهش می‌یابد. معمولاً بعد از تحویل پروتز یک یا چند جلسه پیگیری لازم است اگر مشکلی بویژه التهاب و زخم ادامه یافت، حتماً با دندانپزشک خود مشورت نمائید.

آیا قادر به جویدن با پروتز کامل خواهم بود؟

جویدن با پروتز نیاز به کمی تمرین دارد. با غذاهای نرم و یا ترد و شکننده و بریدن آن به تکه‌های کوچک شروع کنید. همزمان با هر دو سمت دهان و به آرامی بجوید تا مانع کج شدن پروتز شوید. به مرور به پروتز خود عادت خواهید کرد و به رژیم غذایی نرمال خود برمی‌گردید. (تقریباً دو تا دو و نیم ماه بعد) در مورد غذاهای سفت و داغ و یا استخوانهای لبه تیز محتاط باشید.

آیا قادر به صحبت کردن با پروتز کامل خواهم بود؟

تلفظ بعضی لغات نیاز به تمرین دارد. کلماتی که با آنها مشکل دارید، بلند بلند تکرار کنید. اگر هنگام صحبت کردن، پروتز صدا می‌دهد، آهسته‌تر صحبت کنید. گاهی هنگام سرفه، خنده یا حتی لبخند زدن، پروتز از جای خود حرکت می‌کند. آن را با جویدن آرام و قورت دادن آب دهان به سر جای خود برگردانید. اگر مشکل صحبت کردن شما ادامه یافت، با دندانپزشک خود آن را در میان بگذارید.

چه مدت باید از پروتز کامل استفاده کنم؟

دندانپزشک راهنمائیهای لازم را در این زمینه خواهد نمود. در طی چند روز اول، ممکن است به شما بگویند که اغلب اوقات حتی هنگام خواب از آن استفاده کنید. پس از دوره تنظیم اولیه، پروتزها را قبل از خوابیدن خارج سازید. این کار به لثه‌ها اجازه می‌دهد که استراحت کنند و به نفع سلامت دهان است. معمولاً پوشش مداوم بافت با مواد دندانپزشکی مطلوب نیست. تحت فشار قرار گرفتن ۲۴ ساعته مخاط، باعث تورم آن شده و منجر به تحلیل استخوان فک می‌گردد. در ضمن میکروارگانیسمهای حفره دهان در هنگام خواب فعالیت بیشتری داشته و منجر به التهاب

بافتهای دهان و گاهی ضایعات قارچی می‌گردد. اگر افرادی اصرار به استفاده از پروتز هنگام شب را دارند، باید در موقعی دیگر ۶-۸ ساعت در ۲۴ ساعت پروتز را از دهان خارج سازند.

آیا می‌توانم از چسب‌های پروتز کامل (adhesive) استفاده کنم؟

پروتزها معمولاً بسیار ظریف هستند و اگر حتی از چند سانتیمتری بیفتند، ممکن است بشکنند. بنابراین هنگام تمیز کردن آنها روبروی یک سینک پر از آب بایستید. وقتی از آن استفاده نمی‌کنید، پروتزها را دور از دید و دسترس کودکان نگهداری نمائید.

مثل دندانهای طبیعی، پروتزها هم باید روزانه مسواک زده شوند تا پروتز تمیز و عاری از مواد غذایی و پلاک و رنگدانه‌ها باقی بماند و دهان نیز سلامت باشد. بهتر است از مسواکهای مخصوص پروتز و یا یک مسواک با موهای نرم استفاده شود. مسواکهای با موهای سخت به پروتز آسیب می‌رساند.

بعضی افراد از صابون دستشویی یا مایع ظرفشویی ملایم برای تمیز کردن پروتزها استفاده می‌کنند که هر دو مطلوب است ولی از کاربرد سایر پودرهای شوینده با قدرت ساینده بالا خودداری کنید. از کاربرد مواد سفیدکننده قوی هم پرهیز کنید، زیرا ممکن است نواحی صورتی رنگ پروتز را سفید نماید. ممکن است دندانپزشک شما یک تمیز کننده پروتز را به شما توصیه نماید. هفته‌ای یکبار پروتزها را در محلول یک قاشق چایخوری ماده تمیز کننده مثل وایتکس در یک لیوان آب، ۶-۸ ساعت قرار داده و سپس با آب سرد بشوئید.

وقتی از پروتزها استفاده نمی‌شود باید در آب یا محلول نگهداری ویژه پروتز در یک ظرف دربسته قرار داده شوند، زیرا خشک شدن به شکل آنها آسیب می‌رساند. هرگز پروتزها را در آب داغ قرار ندهید، زیرا باعث تاب برداشتن پروتز می‌شود. تمیز کننده‌های اولتراسونیک نیز برای مراقبت از پروتز بکار می‌روند، گرچه استفاده از آن، جایگزین مسواک زدن روزانه نمی‌شود، هر روز صبح قبل از قراردادن پروتز، لثه‌ها، زبان و کام را با یک مسواک نرم مسواک بزنید، تا هم تمیز شوند و هم جریان خون در دهان تحریک شود. استفاده از دهانشویه آب و نمک ولرم (یک قاشق چایخوری نمک در یک لیوان آب ولرم) هم بسیار کمک کننده است. استفاده از یک رژیم غذایی معتدل و صحیح برای تأمین سلامتی مهم است.

آیا من می‌توانم تعمیرات جزئی پروتز را انجام دهم؟

شما با سعی در تطابق و یا تعمیر پروتز جداً به پروتز و سلامت خودتان آسیب می‌رسانید. پروتزی که به درستی تطابق نیافته باشد، باعث التهاب و زخم می‌شود. اگر پروتز شکست یا ترک خورد یا یکی از دندانها لق شد، به دندانپزشک خود مراجعه کنید. او اغلب در همان جلسه، تنظیم لازم را انجام خواهد داد. فردی که به درستی آموزش ندیده است، قادر به بازسازی پروتز نیست، آسیب بیشتری به پروتز رسانده و باعث بروز مشکلاتی در دهان می‌شود. چسب‌هایی که در بازار فروخته می‌شوند، مواد شیمیایی مضر دارند که نایبستی روی پروتز مصرف شوند.

آیا پروتز نیاز به جایگزین شدن خواهد داشت؟

در طول زمان با توجه به سایش طبیعی، پروتز نیاز به ترمیم یا تعویض خواهد داشت که برای این کار دندانپزشک از همین پروتز فعلی استفاده خواهد کرد. وضعیت دهان نیز با افزایش سن بطور طبیعی تغییر می‌کند و باعث لقی پروتز خواهد شد. استخوان و لثه‌ها تحلیل رفته و روابط فکی تغییر خواهد کرد. پروتز لق سبب بروز زخم و عفونت شده، جویدن با آن مشکل است و نمای صورت را تغییر خواهد داد. پس مهم است که به موقع نسبت به تعویض پروتز اقدام شود. ملاقاتهای مرتب با دندانپزشک برای تأمین سلامت دهان و کنترل وضعیت پروتز ضروری است.

مشکلات گوارشی

یبوست

مقدمه:

از میان اختلالات سیستم گوارشی، بیشترین شکایات بیماران بزرگسال (حدود ۱۰٪ افراد ۷۵ سال به بالا)، یبوست است. علائم آن تغییر تناوب در دفع مدفوع (کمتر از ۳ بار در هفته)، طولانی شدن زمان دفع (۱۰ دقیقه یا بیشتر)، احساس دفع ناکامل و یا حتی احتیاج به تحریکات دستی برای دفع است (جدول ۱).

جدول ۱- تعریف یبوست

حداقل ۲ کرایتیریا می بایست در ۱۲ ماه موجود باشند.
- اختلال در دفع مدفوع* (نیاز به فشار یا مانور دستی).
- احساس دفع ناکامل*.
- دفع مدفوع سفت و تکه تکه شده*.
- کمتر از ۳ دفع مدفوع در هفته و بدون استفاده از لاکساتیو.
- کمتر از ۲ دفع مدفوع در هفته و بطور متوسط در طول سال.

* ۲۵٪ دفع مدفوع می بایست جوابگوی این کرایتیرها باشند.

عوامل:

الف - اولیه: کند شدن ترانزیت کولون، اختلال در کف لگن، کم شدن حجم آب بدن و کاهش حس تشنگی، کم تحرکی و استفاده از داروها (مثل استفاده زیاد از حد از ملین ها)

ب - ثانویه: اختلال در سیستم عصبی (صدمه به سیستم عصبی مرکزی، بیماری پارکینسون، سکتۀ مغزی و زوال مغزی)، اختلال در سیستم گوارش (دیورتیکولوز، مگا کولون هموروئید، پولیپ، سرطانها و غیره)، اختلال در سیستم غدّی و متابولیک (دیابت، هایپو تیروئیدی، هایپرگلیسمی، هایپر یا هایپو تیروئیدی و هایپو گلیسمی) و داروها (آنتی کولینرژیک، کلسیم بلوکرها، دیورتیکها، داروهای آنتی پسیکوتیک، آنتی پارکینسونها و ضد افسردگیهای سه حلقه ای).

شناسایی ریسک فاکتورها به تیم درمانی کمک می کند تا برنامه ریزی مداخله ای پیشگیری را به طور احسن اجرا نماید. به طور مثال اگر بیمار احتیاج به دارو درمانی با مرفین دارد، همزمان با رعایت بهداشت تغذیه او، احیاناً دارو درمانی در زمان تجویز مرفین نیز ارائه داده می شود (EG: Sorbitol).

تشخیص و درمان:

لازم است از بیمار و یا همراه وی تاریخچه بیماریها و دارو درمانی و نیز تاریخچه بیماریهای گوارشی در خانواده (یبوست، سرطان و پولیپوز) فرد شاکی پرسیده شود. بیمار را باید تشویق کرد تا علائم بیماری و زمان بروز آن را توضیح دهد تا پایه های اولیه تشخیص بالینی آماده شود.

در معاینه بالینی، توجه به صدای دستگاه گوارشی و وجود نفخ در شکم، تومور، وجود مدفوع در رکتوم (توشه رکتال)، هموروئید، فیسور، وجود گلب یا مثانه پر، وجود "دیارۀ غلط" (ترشح موکوس نارنجی یا قهوه ای کمرنگ به خاطر راکد شدن مدفوع در رکتوم)، حالت تهوع، بی اشتها، بی قراری، درد و غیره توجه می شود.

جدول ۲- ریسک فاکتورهای یبوست

- افت حرکت
- اشتباه در تغذیه نامناسب (کمبود فیبر در غذاها)
- بیماریهای نورودژنراتیو (پارکینسون و دمانس)
- اختلال در سیستم عصبی (سکته مغزی، ضایعه نخاعی)
- داروها
- هایپوگلیسمی و هایپر گلیسمی
- دهیدراتاسیون

به منظور کمک به تشخیص، آزمایشات زیر را می توان انجام داد: قندخون ناشتا، TSH، کلسیم، پتاسیم، آنالیز ادرار و وجود خون در مدفوع. رادیولوژی استاندارد شکم می تواند کمک به دیدن فکالوم (توده حجیم مدفوع راکد در رکتوم یا سیگموئید) کند که بعضی اوقات در معاینه توشه رکتال حس نمی شود. کولون سکویی کوتاه (یا کامل در صورت نیاز) فقط زمانی تجویز می شود که فرضیه سرطان کولون ایجاد شده باشد. بررسی زمان ترانزیت بعد از بلع مارکوره های رادیو اکتیو که نیاز به تجویز یک متخصص جهازهاضمه را دارد می تواند کمک به تشخیص کند. برای پیشگیری از یبوست نیاز به استفاده مناسب از مایعات ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی لیتر در روز، استفاده بیشتر از فیبرها، ورزش و تا حد ممکن عدم استفاده از داروهای عاملی (حتی لاکساتیوها مثل فنول فتالین) استفاده از روغن مثل روغن زیتون (نصف استکان در یک لیوان آب یخ) صبح ناشتا یا روغن کرچک (نه به طور مداوم)، آلو، آب آلو و احياناً شیاف گلیسرین و یا سوربیتول ۱۵ تا ۳۰ میلی لیتر در روز توصیه می گردد.

اگر فکالوم موجود بود باید اول با انگشت وازلین زده آنرا خرد کرد و با سوند رکتال و آب ولرم شستشو داد. اگر بیمار دفع فکالوم را تحمل نمی کند (درد، بی قراری تپش قلب و غیره) نیاز به بستری شدن و مشاوره تخصصی خواهد بود (استفاده از پلی اتیلن گیکل).

باتوجه به بیماریهایی که یبوست از عوارض آن است مانند آئزین صدری، انفارکتوس، مگاکولون، پرلایس رکتوم، هموروئید و بی اختیاری مدفوع به شکایات بیمار باید دقت کرد و آن را جدی گرفت و بار دیگر به صورت تیمی روی آن کارکرد و بیمار و همراهش را در برنامه ریزی درمانی درگیر نمود. در آسایشگاه، بیمارانی که نمی توانند شکایت و درد خود را ابراز کنند و دارای ریسک فاکتور یبوست هستند، سفارش می شود که برای هر غربالگری فکالوم هر ۱۵ روز یک بار توشه رکتال انجام شود. از تقویم چکاپ مایعات - ادرار و دفع مدفوع (جدول ۳) نیز می توان استفاده نمود به شرط آنکه هر فرد مراقب در شیفتهای مختلف خود را مسئول بداند و آنرا درست پر کرده و امضاء کند.

دقت شود در زمان بروز بیماری حاد و علائمی مثل تهوع، تب، کم اشتها و همچنین در زمان تجویز داروهای مرفینیک (آپیوئیدها) می بایست بیمار را تشویق به افزایش حجم مایعات در روز نمود به طور مثال هنگام بروز تب هر درجه بالاتر از 38°C ، منجر به افزایش نیاز به آب و مایعات در بزرگسالان تا حدود ۳۰۰ میلی لیتر و در یان زمان برای جلوگیری از دهیدراتاسیون و عوارض آن احياناً داروها دیورتیک باید موقتاً قطع شوند. مسلم است که ورزش (راه رفتن ۲ تا ۳ کیلومتر در روز)، تشویق برای به موقع به دستشویی رفتن برای دفع مدفوع (مثلاً صبح بعد از نوشیدن ۲ لیوان مایعات خنک) و در صورت لزوم توانبخشی با بیوفیدبک (Biofeedback) توسط یک متخصص می تواند در پیشگیری یبوست موثر باشد.

جدول ۳- فرم بررسی مایعات - ادرار و دفع مدفوع

خانم / آقای:							هفته: / / تا / /							اتاق شماره:						
شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه														
							مایعات (تعداد لیوان)													
							مایعات (ml) m سرم SC, IV													
							ادرار* (هر ۲ ساعت)													
							ادرار (ml) (کیسه سند)													
							مدفوع (بله / خیر) (سفت / نرم / دیاره)													
							امضاء* مسئول (هر ۳ شیفت)													
							ملاحظات													

* اگر بیمار هر ۲ ساعت ادرار کرد ضرب در (×) بگذارید.

** اگر اختلالی در نوشیدن مایعات، دریافت مایعات یا در ادرار و دفع مدفوع بود به پزشک مسئول می بایست در اسرع وقت گزارش شود.

دکتر شهربانو مقصود نیا

متخصص ملب سالمندی

سرطان

بیش از نیمی از موارد سرطان در سالمندان بالای ۶۵ سال رخ می دهد (۷۰ درصد موارد مرگ). سن بالا هنوز بعنوان مهمترین ریسک فاکتور بروز سرطان بحساب می آید. نرخ مرگ و میر به علت سرطان در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷- نرخ مرگ و میر به علت سرطان (به ترتیب)

مردان	زنان
۱. سرطان ریه	۱. سرطان ریه
۲. سرطان پروستات	۲. سرطان سینه
۳. سرطان کولون و رکتوم	۳. سرطان کولون و رکتوم
۴. سرطان پانکراس	۴. سرطان پانکراس
۵. لنفوم (غیر هوچکینی)	۵. سرطان خون / لنفوم
۶. سرطان خون	۶. سرطان تخمدان
	۷. سرطان رحم *

* تنزل جایگاه سرطان رحم از لحاظ کشندگی به علت متداول شدن پاپ اسمیر و سایر اقدامات پیشگیرانه می باشد.

سرطانهای قابل پیشگیری عبارتند از: سرطان ریه، سرطان پستان، سرطان کولون، سرطان رحم (آندومتر و سرویکس) و سرطان پوست (ملانوم).

توصیه ها در این زمینه عبارتند از:

۱. قطع مصرف سیگار و تنباکو به هر شکل.
۲. مصرف متعادل الکل.
۳. بررسی میزان در معرض عوامل سرطانزا بودن در محل کار.
۴. پرهیز از مصرف غیرضروری داروهایی که احتمال کارسینوژن بودن آنها بالاست.
۵. انجام رادیوگرافی تشخیصی فقط در صورت لزوم (نه بیش از حد).
۶. پرهیز از قرار گرفتن زیاد در معرض نور خورشید و استفاده از ضدآفتاب ها.
۷. استفاده از ترکیب استروژن - پروژسترون برای هورمون درمانی پس از یائسگی.
۸. استفاده از رژیم غذایی با چربی و گوشت قرمز کم و میزان فیبر، میوه تازه و سبزی زیاد.
۹. کنترل و حفظ وزن متناسب و ورزش.

سرطان ریه

شایعترین علت سرطان ریه، سیگار کشیدن می باشد (۷۵٪ موارد) که این خود یک فاکتور خطر قابل پیشگیری می باشد.

سرطان سینه

از آنجا که ریسک سرطان پستان در طول زندگی افزایش می یابد، توصیه می شود زنان بالای ۶۰ سال هر سال مورد غربالگری قرار گیرند.

× توصیه ها:

- همه زنان از سن ۲۰ سالگی باید معاینه شخصی سینه های خود را آموزش ببینند. این معاینه باید ماهیانه و بدلیل تغییرات هورمونی بهتر است در اواسط سیکل ماهیانه انجام شود.
- زنان بالای ۳۰ سال باید سالیانه توسط پزشک معاینه شوند.
- زنانی که یکی از بستگان درجه اول آنها قبل از یائسگی دچار سرطان سینه شده اند، باید از ۵ سال زودتر از زمان ابتلای فرد مذکور شروع به ماموگرافی سالیانه کنند.
- از سن ۴۰ سالگی در زنان با خطر پایین باید حداقل هر ۲ سال یکبار و زنان دارای خطر قابل توجه هر سال ماموگرافی انجام شود.
- از سن ۵۰ سالگی همه زنان باید سالیانه ماموگرافی انجام دهند.

سرطان دهانه رحم

نرخ مرگ و میر بعلت سرطان دهانه رحم در ۴۰ سال اخیر در ایالات متحده تا ۷۰ درصد کاهش داشته است، که عمدتاً به علت معاینه منظم و انجام پاپ اسمیر بوده است. ۴۰ درصد سرطانهای دهانه رحم در زنان ۶۵ سال به بالا رخ می دهد. خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم در زنان بیشتر به دلایل ذیل است: شروع زود هنگام روابط جنسی، روابط جنسی با شریک های مختلف توسط خودشان یا همسرشان، بیماری ایدز، افت سیستم ایمنی، استفاده از دخانیات، الکل، هرپس واژینال و رفاه اجتماعی ضعیف (مشکلات اقتصادی و عدم دسترسی به خدمات درمان)

× توصیه ها:

- با آنکه بعضی از مجمعه های علمی سفارش می نمایند که بعد از ۳ آزمایش منفی، پاپ اسمیر انجام نشود، ولی با توجه به اینکه آزمایش پاپ اسمیر می تواند به طور کاذب منفی باشد و نیز زمان انجام پاپ اسمیر زمان رجوع بیمار به پزشک برای تبادل اطلاعات بهداشتی است و مورد دیگر اینکه انجام پاپ اسمیر سالانه در افرادی که از رفاه اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند، بسیار موثر است، توصیه می شود که این آزمایش سالانه انجام شود و واژن و رحم نیز معاینه شود (در کشورهای توسعه یافته، پیک شیوع سرطان رحم در زنان ۸۵ سال می باشد).

سرطان تخمدان

سرطان بسیار خطرناک و مرگباری است ولی با هورمون درمانی (Oral Contraception) قابل پیشگیری می باشد (افت ریسک نزدیک به ۸۰٪). بعضی از پژوهشها تأثیر توبال استریلیزیشن را در پیشگیری از سرطان تخمدان نشان داده اند.

× توصیه ها:

- در زنانی که یکی از بستگان درجه اول آنها مبتلا به سرطان تخمدان می باشد باید اوارکتومی پیشگیرانه (ترجیحاً در سن ۲۵ سالگی) را در نظر گرفت و قبل از تصمیم به جراحی (از ۲۵ سالگی یا ۵ سال زودتر از ابتلای فرد مذکور) باید مورد غربالگری سالیانه با سونوگرافی و عکسبرداری دوپلر رنگی قرار گیرند. سرطان تخمدان فامیلیال عامل ۵ تا ۱۰ درصد موارد ابتلا می باشد.

سرطان کولون و رکتوم

شکی نیست که غربالگری برای این سرطان بطور قابل ملاحظه ای در تشخیص زودهنگام آن تأثیر می گذارد.

× توصیه ها:

- همه افراد بالغ باید سالیانه مورد معاینه لگنی قرار گیرند (در زنان بررسی کولدوساک نیز ضروری است). توصیه می شود در هر آزمایش تست خون پنهان در مدفوع نیز درخواست گردد. همچنین توصیه می گردد که در ۵۰ سالگی یک سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر انجام و در صورت منفی بودن هر ۵ - ۳ سال انجام شود. در افرادی که با مصرف آسپیرین مشکلی ندارند توصیه می شود هر روز یا یکروز در میان برای پیشگیری از بیماری قلبی - عروقی و سرطان کولون ۸۰ تا ۳۵۰ گرم آسپیرین مصرف کنند.

سرطان پوست و ملانوما

ریسک فاکتور اصلی برای سرطان پوست و ملانوما، قرار گرفتن در معرض اشعه ماورای بنفش می باشد.

× توصیه ها:

- توصیه می شود در طول عمر و در سنین بالا کمتر در معرض مستقیم نور خورشید قرار بگیرند بخصوص از ساعت ۱۱ تا ۴ بعدازظهر و در صورت لزوم از ضدآفتاب های مناسب با SPF ۱۵ یا بالاتر استفاده کنند. سایر اقدامات محافظتی از قبیل استفاده از کلاه و ... نیز توصیه می گردد. معاینه کامل پوست در معاینات روتین سالمند ضروری است.

فصل چهارم: مراقبت و درمان در آخر زندگی (Palliative Care)

مقدمه:

موفقیت در علوم پزشکی، درمان است و پدیده مرگ، را نوعی شکست می دانند. مراقبت و درمان مناسب از یک فرد در آخر زندگی نیاز به نگرش دیگری دارد با این دیدگاه که مرگ بیماری نیست و در اواخر زندگی نیازی به درمانهای سنگین و غیرضروری نمی باشد. اگر هدف پزشکان، اعضای تیم مراقبتی و همچنین بستگان فردی که زندگیش رو به پایان است، ارتقاء کیفیت زندگی می باشد، اکنون می بایست هدف، ارتقاء کیفیت مرگ و رسیدن به "مرگ موفق" باشد. در این عصر جدید ماشینی نه تنها زایمان - که پدیده ای طبیعی است - بلکه مرگ هم اکثراً در بیمارستانها و زیر درمانهای سنگین رخ می دهد. برای رسیدن به هدف ارتقاء کیفیت زندگی تا مرگ (مرگ هم جزء زندگی است) جامعه پزشکی به دانش درمان تسکینی یا درمان آخر زندگی (Palliative Care) که علم نسبتاً جدیدی است که در کشور ما تقریباً ناشناخته است، نیاز دارد.

هدف این علم که پایه گذار آن یک پرستار انگلیسی است

(Cicely Sanders, St chritopher's Hospice, London,

1967) تدوین کیفیت مناسب روزهای آخر زندگی است، که جوابگوی نیازهای جسمی، روانی، معنوی، عاطفی، شخصی و خانوادگی افراد باشد. کنترل علائم بیماریهای پیشرونده مثل درد در سرطان یا علائم بیماریهای حاد مثل نفس تنگی، برای تسکین بیمار و ارتقاء لحظه به لحظه کیفیت زندگی تا مرگ و همچنین رسیدگی به سلامت همراه و خانواده، بعد از فوت اقوام و نزدیکان از اهداف این رشته هستند.

این رشته در اروپا و آمریکا از سالهای ۱۹۸۰ به صورت آکادمیک در دانشگاههای علوم پزشکی ارائه داده می شود. مسلم است پزشک یا پرستار آموزش دیده کمتر احساس گناه یا خطا نسبت به "عدم درمان" بیماری "تعالج" کرده و احتمال بازپس دادن بیمار به خانواده اش، با گفتن جمله ای مثل "دیگر از دست ما کاری بر نمی آید"

(Passive Euthanasia) و یا حتی تسریع عمدی سیر مرگ (Active Euthanasia) کم می شود، که هر دو جواب فوق غیراخلاقی بوده و مستقیماً به عدم دانش در زمینه درمان تسکینی آخر زندگی مربوط می شوند.

شایعترین علائم در بیماریهای پیشرونده یا در آخر زندگی عبارتند از:

- ۱- درد
- ۲- خستگی
- ۳- کاهش وزن، ضعف و ناتوانی
- ۴- افسردگی، اضطراب و بی قراری
- ۵- تهوع و استفراغ
- ۶- گیجی و منگی
- ۷- زخم بستر
- ۸- تنگی نفس
- ۹- یبوست
- ۱۰- خشکی دهان
- ۱۱- بی اختیاری ادرار

برای جوابگویی به این علائم که باعث عذاب فرد بیمار است، مسلماً باید تا حد ممکن رابطه نزدیکی بین فرد بیمار و تیم درمانی وجود داشته باشد تا نیازهای درمان، روحی، عاطفی و اجتماعی در تصمیم گیری درمانی منعکس شوند. چندی از این علائم توصیف خواهند شد:

درد

در بین این علائم درد از اهمیت بیشتری برخوردار است زیرا بیماران معمولاً از درد به عنوان عامل آزاردهنده خود یاد می کنند. درک نوع درد بیمار به پزشک کمک می کند تا درمان مناسب را تجویز کند. درد را به دو زیر گروه تقسیم می کنند:

۱. نوسیسپتو (Nociceptive)

۲. نوروپاتیک (Neuropatic)

دردهای نوسیسپتو از تحریک رسپتورهای درد ایجاد می شوند و دردهای نوروپاتیک از آسیب دیدگی اعصاب مرکزی یا محیطی سرچشمه می گیرند.

دردهای نوسیسپتو مثل درد شکستگی استخوان یا متاستاز در استخوان با داروهای آنالژژیک بیشتر تسکین می یابند با یا بدون داروهای آدجوان (Adjuvant) مثل داروهای ضد افسردگی، ضد صرع، کورتیکوئیدها و غیره.

دردهای نوروپاتیک، مثل درد زنا، نوروپاتیهای محیطی، بعد از جراحی یا آسیب دیدگی اعصاب بیشتر به داروهای Adjuvant پاسخ مثبت می دهند. بطور مثال Gabapentin بیش از داروی دیگری برای درد دیابتیکها و دردهای بعد از زنا تجویز می شوند، چون دارای اثر بسیار مناسب و عوارض جانبی کم می باشد.

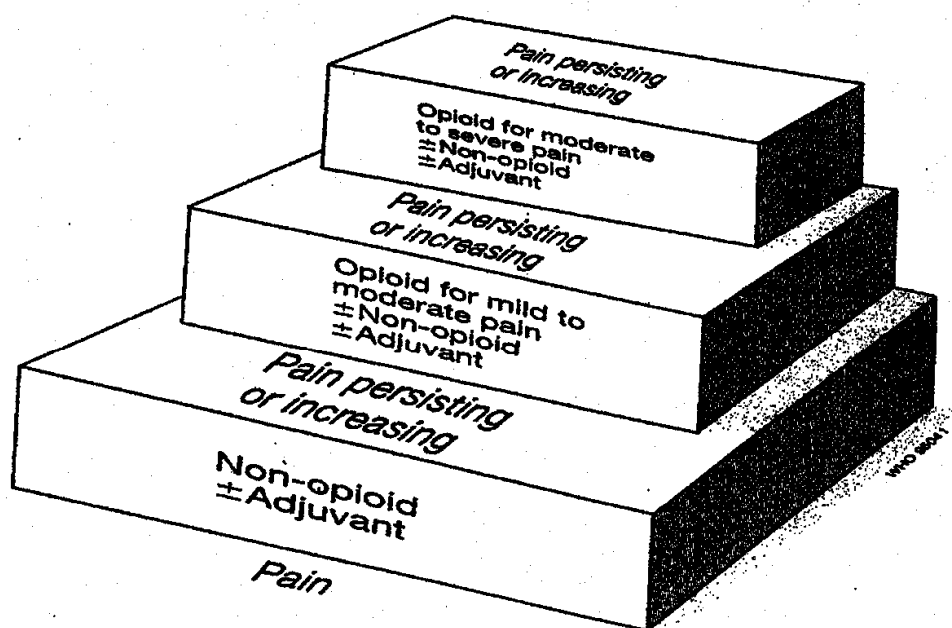
برای دردهای قبل از پانسمان و حتی آمپول زدن کرم جلدی بسیار موثری Emla® موجود است به نام (مخلوطی از Liodocaine و Prilocaine) این کرم به صورت چسب جلدی هم وجود دارد.

انتخاب دارو و طرز تجویز به وضعیت سلامت شخص خیلی مرتبط است به عنوان مثال، آیا بیمار می تواند دارو را بلعد یا باید زیر جلدی تجویز شود؟ آیا بیمار نارسایی کلیوی یا کبدی پیشرفته دارد؟

دردهای متاستاز استخوانی بیشتر با NSAID، کالسیتونین و بیفوسفوناتها تسکین می یابند و حتی ممکن است با اپیوئیدها آرام نشوند.

برای کمک به تجویز داروها و همچنین درمان غیردارویی درد، به نمودار و جدولهای زیر توجه شود.

شکل ۱- رویکرد قدم به قدم کنترل و درمان درد (سازمان بهداشت جهانی)



جدول ۱- نمونه ای از داروها در رویکرد قدم به قدم

DRUG	BRAND NAME	USUAL STARTING DOSE	
		ORAL	PARENTERAL
NONOPIOID ANALGESIC			
Aspirin	—	325–650 mg every 4 h	—
Ibuprofen	Advil, Motrin	400 mg qid	—
Acetaminophen	Tylenol	325–1000 mg every 4 h	—
Naproxen	Naprosyn	275 mg 3–4 times daily	—
Choline magnesium trisalicylate	Trilisate	1000 mg 3 times daily	—
STEP 2 OPIOID ANALGESIC			
Codeine*	—	60 mg every 3–4 h	60 mg every 2 h IM or SC
Hydrocodone*	Lorcet, Lortab, Vicodin	10 mg every 3–4 h	—
Oxycodone*	Percocet, Percodan	10 mg every 3–4 h	—
STEP 3 OPIOID ANALGESIC			
Morphine	MSIR	30 mg every 3–4 h	10 mg every 3–4 h
Morphine, sustained release	Oxycontin, MS Contin, Oramorph	90–120 mg every 12 h	—
Oxymorphone	Numorphan	—	1 mg every 3–4 h
Hydromorphone	Dilaudid	6 mg every 3–4 h	1.5 mg SC or IM every 4–6 h
			3-mg suppository every 6–8 h
Fentanyl	Duragesic	—	25 µg every 72 h
ADJUVANT AGENTS			
Amitriptyline	Elavil	10 mg daily	—
Nortriptyline	Pamelor	10 mg daily	—
Desipramine	Norpramin	10 mg daily	—
Carbamazepine	Tegretol	200 mg twice daily	—
Gabapentin	Neurontin	300 mg per day†	—
Clonazepam	—	0.5 mg 3 times per day	—

*Combined with aspirin or acetaminophen.

†Increased to 300 mg twice daily on day 2 and then 300 mg 3 times daily on day 3.

SOURCE: Dosing recommendations for analgesics are from *Management of Cancer Pain*. Clinical Practice Guideline no. 9, AFKPR publication no. 94-0529. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1994. Dosing recommendations for adjuvant agents are from *Management of Cancer Pain* and manufacturer's recommendations.

* فانتانیل (Fentanyl trans dermal, path) : زمانی استفاده می شود که نیاز اپیوئید بیمار مشخص شده باشد و درمانش از Opioid oral به Path تبدیل شود. این دارو در ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از نصب، تأثیر کامل خود را دارد و هر ۷۲ ساعت چسب باید تعویض شود. فانتانیل کمتر از اپیوئیدها موجب بیوست می شود.

** در ۲۴ تا ۷۲ ساعت اول تجویز اپیوئید بیمار ممکن است بیمار دچار اختلالات شناختی شود، مثل Halucination ، و می توان با آنتی پسیکوتیکهای آتپیک مثل Risperidone آنرا کنترل نمود. دقت شود که اینجا Risperidone موقتاً تجویز می شود.

جدول ۲- داروهای غیر اپیوئید

Drug	Dose	Preparations
Salicylates		
Aspirin	325–650 mg every 6 h	tablets, suppositories, suspensions
Non-steroidal		
Ibuprofen	200–800 mg every 6–8 h	tablets, suspensions
Naproxen	500 mg every 12 h	tablets, suspensions
Sulindac	150–200 mg every 12 h	tablets
Indomethacin	25–50 mg every 8–12 h	capsules, suspensions, suppositories
Trilisate	500–1500 mg every 12 h	tablets, suspensions
Ketorolac	10 mg every 4–6 h	tablets, intravenous/intramuscular
Cyclo-oxygenase-2 inhibitors		
Celecoxib	100–200 mg every 12 h	capsules
Rofecoxib	12.5–50 mg in 24 h	tablets, suspensions
Miscellaneous		
Acetaminophen	325–1000 mg every 6 h	tablets, suppositories, suspensions
Tramadol	50–100 mg every 6 h	tablets

جدول ۳- دزائ تقریبی درمان درد با اپیوئیدها

Drug	Parenteral	Enteral	Onset (min)	Duration (h)	Half life (h)
Morphine	10 mg	30 mg	15–30	3–7	2–4
Codeine	130 mg	200 mg	15–30	4–6	3
Fentanyl	0.1 mg		7–8	1–2	2–6
Fentanyl TM*		0.5TM	5–15	5–15	2–4
Hydrocodone	N/A	30 mg	10–20	4–8	3–4
Hydromorphone	1.5 mg	7.5 mg	15–30	4–5	2–3
Oxycodone	N/A	20 mg	15–30	2–5	3–4
Propoxyphene	N/A	130 mg	30–60	4–6	6–12
Meperidine	75 mg	300 mg	10–45	2–4	3–4
Methadone	10 mg	20 mg	30–60	4–8	15–120

*Fentanyl TM is transmucosal fentanyl; see specific dosing guidelines

جدول ۴- داروهای کمکی

Drug class	Dose	Routes	Indications	Side-effects
Antidepressants				
Amitriptyline	10–25 mg	po	neuropathic pain	anticholinergic, orthostasis
Nortriptyline	10–25 mg	po		
Desipramine	10–25 mg	po		
Anticonvulsants				
Clonazepam	0.5–1 mg qd-tid	po	neuropathic pain	sedation
Carbamazepine	100 mg qd-tid	po		leucopenia, thrombocytopenia
Gabapentin	100 mg qd-tid	po		sedation, ankle swelling
Corticosteroids				
Dexamethasone	2–4 mg qd-qid	po/iv/sq	cerebral edema, bone metastases, neuropathic pain, cord compression	steroid psychosis, gastrointestinal bleeding, osteoporosis
Prednisone	15–30 mg tid-qid	po		
Local anesthetics				
Lidocaine	5% ointment, 5% liquid, patch 5% for 12 h	topical qid	localized pain postherpetic neuralgia	localized erythema
Capsaicin	0.025–0.075% cream	topical qid		burning
Emla® cream or disc	2.5 g	1 h before procedure		
Bisphosphonates				
Pamidronate	60–90 mg	iv over 24 h	bone pain, metastases	pain flare
Etidronate	5–10 mg/kg	iv/po	Paget's disease	
Risedronate	30 mg qd × 2 months	po	Paget's disease	esophageal irritation
Calcitonin	25–200 IU/day	sq/nasal	bone pain	hypersensitivity

qd, everyday; tid, three times a day; qid, four times a day; po, orally; iv, intravenously; sq, subcutaneously

جدول ۵- درمانهای غیردارویی تسکین درد

علاوه بر درد کنترل سایر علائم نیز نکاتی دارد که مختصراً بیان می شوند:

تهوع و استفراغ

در بیماران با سرطان پیشرفته شایع است. این علائم علل مختلف دارند، باید دقت نمود که عوامل ایاتروژن رفع شود (داروها، NGtube و ...) در جدول ۶ به درمان دارویی آنها اشاره می شود.

جدول ۶- دارو درمانی تهوع و استفراغ

تنگی نفس

غالباً به تنگی نفس توجهی نمی شود. سفارش ترک سیگار مهم است. استفاده از بخور، اکسیژن و با نظر پزشک بکار بردن کورتیکوئیدها می تواند موثر باشد اگر علت قلبی عروقی باشد، پزشک می تواند از دیورتیکها نیز با دز کم استفاده کند.

افسردگی و اضطراب

مراقبان باید به کلیه ابراز احساسات بیمار توجه کرده و هر علامت روحی را جدی بگیرند. اگر چه درمان دارویی می تواند حتی در هفته های آخر زندگی مفید باشد اما مهمتر از آن توجه به احساسات بیمار است. نوازش دست و صورت بیمار، یک موسیقی ملایم، استفاده از آرموتراپی (پخش عطر گل رز و ...) می تواند موثر باشد.

هایپرگلیسمی

هایپرگلیسمی معمولاً با سرطان پیشرفته و متاستاز استخوان همراه است. مایع درمانی و تجویز داروها برای کنترل آن مفید است و نیاز به مشاوره تخصصی دارد.

درد متاستاتیک استخوان

علاوه بر تجویز مسکن (NSAIDs)، استفاده از رادیوتراپی برای متاستاز استخوان نیز مفید می باشد و نیاز به مشاوره تخصصی دارد.

تغذیه و هیدراتاسیون در آخر زندگی

تصمیم گیری در زمینه تجویز مایع درمانی و تغذیه درمانی در بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته و یا سالمندانی که در معرض فوت نزدیک هستند (End of stage terminally ill)، بسیار دشوار و نیاز به دانش ویژه ای دارد. از آنجا که به غذا خوردن و نوشیدن، با دیدگاه اولویت حیاتی و الزام برای سلامت دیده می شود، مراقبین و خانواده بیمار انتظار دارند که تا آخرین لحظات زندگی آب و غذا به بیمار داده شود.

پژوهش های متعدد نشان داده است که تجویز تغذیه با NG Tube (Tube Feeding) در بیماران آلزایمر و نارسایی کلیوی، کبدی و ریوی، کاهش طول عمر را به همراه دارد و عوارض خطرناکی مثل ایزولاسیون دارا می باشد. استفاده از گاستروستومی (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) یا ژژناستومی ریسک ایزولاسیون یا آسپیراسیون را کاهش می دهد.

پژوهشهای متعدد در زمینه هیدراتاسیون زیر جلدی (sub coetaneous or hypodermic fluid infusion)، IV یا NG Tube و ترشحات ریوی و خشکی دهان ارتباط مستقیم را نشان نداده و حتی سفارش می شود که در این موارد بهتر است از بخور و تمیز کردن و مرطوب کردن دهان با ملایمت استفاده شود. هدف باید تسکین بیمار و جلوگیری از عوارض دردزا یا ناراحت کننده باشد و نه طولانی نمودن عمر بیمار. پزشک و تیم درمانی باید در تصمیم گیری خود تا حد ممکن، بیمار و خانواده اش را شریک نماید.

گروههای صحبت:

در بخشهای سالمندان بیمارستانها و بسیاری از بخشهای دیگر و در مراکز مراقبت، درمان و توانبخشی سالمندان، تیم درمان با از دست دادن افراد سالمند و یا بیماری که در زمان طولانی با آنها همکاری نموده اند، در معرض افسردگی و فرسودگی روحی - روانی، قرار دارند

تک تک افراد تیم درمانی در بسیاری از موارد احساس گناه نموده و شاید برنامه ریزی درمانی یا روند آن موافق نبوده و باعث ناهماهنگی و برخورد بین افراد تیم شود.

گروههای صحبت" با هدف ارتقاء همکاری تیمی و تقویت روحی و روانی تیم برقرار می شوند. در این گروهها افراد تیم درمانی اعم از پزشک، پرستار، گروه توانبخشی، مددکار و غیره با یک روانشناس یا روانپزشک هفته ای یک یا دوبار به طور برنامه ریزی شده حدود ۳۰ دقیقه تا یک ساعت جمع می شوند، تا هر یک از افراد تیم تجربیات روحی روانی هفته خود را با نگاه به وضعیت بیماران نزدیک به فوت یا افراد فوت شده بیان کند. روانشناس یا روانپزشک نقش مدیریت و مشورت در این جلسات را دارد.

ثابت شده است که وجود این گروههای صحبت فرسودگی تیم درمانی (Burn out)، مرخصیهای استعلاجی و استعفا را به طور موثر کم می کند و همکاری تیمی را تقویت می نماید.

نمونه یک فرم معاینه جامع طب پیشگیری برای افراد ۵۵ سال و بالاتر بدون علائم خاص

وضعیت خانوادگی (متاهل، بیوه و ...)

اگر بیوه هست از چند وقت پیش

وضعیت سلامتی همراه (همراها)

روابط با شوهر / زن و بچه ها

تنهایی

مسکن و وضعیت اقتصاد خانواده

بیمه

شناسایی بیمار

فعالیت‌های اجتماعی

سطح آموزش و شغل

استفاده از وسایل حمل و نقل

فعالیت روزانه

تفریحات

وجود یک فوت در خانواده و زمان وقوع آن

شکایات فعلی

بیماری‌های همراه

سابقه بیماری / جراحی قابل توجه

سابقه خانوادگی

معاینه پزشکی

رعایت بهداشت و سلامت (تغذیه، ورزش، خواب، واکسیناسیون و ...)

داروهای مصرفی فعلی

مصرف داروهای دخانیات و مواد مخدر

استفاده از درمان‌های پزشکی آلترناتیو (طب سوزنی، طب گیاهی، انرژی درمانی)

وزن

*غربالگری

سالیانه (یا بیشتر قد

اگر در جدول ذکر فشارخون و نوار قلبی

شود) غربالگری بینایی

افسردگی

اختلال شناختی

خشونت در خانه

معاینه سالیانه پروستات و ...

انجام سالیانه تست تشخیص خون مخفی در مدفوع و سیگموئیدوسکوپی هر ۵ سال

(کولونوسکوپی یا باریوم انمای دابل کنتراست برای افراد با ریسک بالای سرطان

کولون)**

معاینه سالیانه پستان، ماموگرافی هر سال تا ۷۰ سال و بالای ۷۰ سال و بیشتر اگر

امید به زندگی بیش از ۵ سال می باشد.

انجام پاپ اسمیر در خانم‌های فعال از نظر روابط جنسی اگر دهانه رحم موجود است

(عمل نشده) تا سن ۶۵ سال سپس اگر ۳ سال آخر منفی بود هر ۲ سال تا ۷۰ سال یا

بیشتر اگر امید به زندگی بیش از ۵ سال می باشد.

بررسی پوست (سرطانهای پوست و بیماریهای قارچی پوست) کلسترول هر ۵ سال معاینه دهان، گرههای لنفاوی، بیضه ها، پوست، قلب و ریه ها (سالانه) گلوکز در گروه پرخطر (۶۵ سال به بالا، اضافه وزن و سابقه خانوادگی) هر سال و برای افراد دیگر هر ۳ سال عملکرد تیروئید (TSH) تا ۶۵ سالگی هر ۵ سال و پس از آن سالانه پوکی استخوان (BMD) در صورت لزوم برای تصمیم نوع درمان معاینه پروستات / PSA سالانه اگر بیش از ۱۰ سال امید به زندگی وجود دارد. واکسن دیفتری و کزاز و تکرار هر ۱۰ سال واکسن پنوموкок ۲۳ ظرفیتی و تکرار هر ۵ سال اگر احتمال خطر بالا باشد سالانه واکسن آنفلوانزا	***واکسیانسیون
کنترل بهداشت مواد غذایی در یخچال کنترل بینایی و شنوایی استفاده از اجاق برقی (پیشگیری از آتش گرفتن) بستن کمربند ایمنی کلاه ایمنی در موتور و دوچرخه سواری پیشگیری از سقوط پرهیز از سیگار آموزش کمکهای اولیه به افراد خانواده تنظیم گرمای آب پیشگیری از بیماریهای مقاربتی پرهیز از مصرف تنباکو پرهیز از مصرف الکل و مواد مخدر مصرف کافی کالری محدود کردن چربی و کلسترول مصرف میوه، سبزی و حبوبات مصرف کافی کلسیم 800-1500 mg/dl مصرف کافی مایعات انجام منظم ورزش مراقبت منظم از دندانها مسواک زدن بعد از هر غذا با خمیر دندان حاوی فلوراید	پیشگیری از تصادفات رفتار جنسی مشاوره سالانه سوء مصرف مواد رژیم غذایی و ورزش سلامتی دندانها
بحث در مورد درمان جایگزینی با هورمون برای زنان یائسه بحث در مورد استفاده ASA (80-325mg) یک روز در میان بحث در مورد استفاده از آنتی اکسیدان مثل Vit C, Vit E بحث در مورد استفاده Vit D و کلسیم.	پروفیلاکسی دارویی

Ref:

- J. A m Geriatr soc 1999; 47(1): 122-123
- Clinical Geriatrics, Dharmarajan, 2003, Parthenon publishing

* Medicare در آمریکا هزینه غربالگری سالانه سرطانهای سینه، دهانه رحم و پروستات و همچنین آستئوپروز را بدون حد سنی بالا در بر می گیرد.

** سابقه سرطان کولون در بستگان درجه یک، سابقه سرطان تخمدان، سرطان آندومتر یا سرطان پستان، سابقه بیماری کرون یا رکتوکولیت هموراژیک یا پولیپ یا رکتوم.

*** به تابلوی ویژه توجه شود