



مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center



پاینامه خبری پژوهشی
مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سال چهارم - شماره ۳۵ - خرداد ۱۳۹۲

ISSN: 6018-2251



در این شماره می خوانید:

- ۱ روز جهانی مبارزه با دخانیات
- ۲ سیگار و تغذیه
- ۴ آیا کشیدن قلیان ضرر دارد؟
- ۵ ممکن است با یک آزمایش ساده بتوان سرطان پروستات را تشخیص داد
- ۶ مروری بر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی
- ۹ مروری بر کشنده ترین کوروناویروس شناخته شده
- ۱۲ اخبار پزشکی

ماهانامه خبری پژوهشی
کلید سلامت



سال چهارم - شماره ۳۵
خرداد ۱۳۹۲

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:
دکتر مهارلویی
دکتر جولایی، سید مهدی احمدی، یاسر ساریخانی

رئیس شورای سردبیری:
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

روز جهانی مبارزه با دخانیات

دخانیات سوغات شوم استعمار است که متأسفانه، همه ساله جان میلیونها نفر را در جهان می‌گیرد و شمار کثیری از انسانها را به انواع معلولیت‌ها و بیماری‌های صعب‌العلاج، مبتلا می‌سازد. سیگاراعتیاد جهانشمولی است که بخشی عظیم از سرمایه‌های مادی ملت‌ها را، دود می‌کند و آثار منفی دیگری را بر سلامت جسم و جان باقی می‌گذارد. امروز نیز کمپانی‌های بزرگ، کارخانه‌های عظیم و موسسات اداری بسیاری را به تهیه، تدارک، پخش، استعمال و تبلیغات خود مشغول داشته و درآمدهای کلان را عاید سوداگران دود می‌کنند. تأثیر سیگار در ایجاد بیماری‌های زنان، حنجره، مری، ریه، لوزالمعده، معده و اثنی عشر، برونشیت، سکنه قلبی، سرطان ریه و مثانه، بیماری‌های عروقی و تأثیر روی جنین زنان آبستن، امروزه در مطالعات پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است. از این رو، برخی سیگار کشیدن را انحار تدریجی نامیده‌اند.

اتلاف نفوس بر اثر دخانیات در سطح جهان به ۵/۲ میلیون نفر در سال رسیده، که حدود ۴۷ هزار نفر از این رقم در ایران است. بنا به تحقیقات سازمان بهداشت جهانی، سالانه مبلغی معادل ۱۰۰ میلیارد دلار بابت مصرف سیگار پرداخت می‌شود. در کشور ما، مصرف سالانه سیگار به بیش از چهار میلیارد نخ می‌رسد که ۱۳ میلیارد تولید داخلی، ۱۷ میلیارد واردات خارجی، و ده میلیارد به صورت قاچاق است. سالانه بین ۴۰۰ تا ۷۰۰ میلیارد تومان بابت سیگار هزینه می‌شود که معادل ۱۰۰ تا ۱۸۰ تن طلا است که با توجه به تولید فعلی طلا در کشور که بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ کیلو گرم در سال است، می‌توان گفت که ارزش سیگارمصرفی در کشور در طول سال، معادل بیش از ۱۲۵ سال تولید طلای کشور است.



تاریخچه پیدایش دخانیات

بومیان قاره ی آمریکا در دوران باستان، به خواص گیاه تنباکو را پی بردند. در سال ۱۴۹۲ میلادی کریستف کلمب و همراهانش به جزیره ای در میان آمریکای شمالی و جنوبی رسیدند، آنها دیدند بومی‌ها برگ‌های گیاهی عجیب را به روی آتش ریخته و دود آن را داخل ریه‌های خود می‌کنند. کریستف کلمب، تصور کرد چیزی جادویی کشف کرده است و هنگام مراجعت، مقداری از برگ‌ها و دانه‌های آن گیاه را با خود به اسپانیا برد و به این ترتیب، توتون به اروپا راه یافت. مردم اروپا، این گیاه را «توباکو» و در ایران «تنباکو» نامیدند. استعمال توتون را فاتحین اسپانیایی آمریکا، از بومیان آن

سرزمین آموختند و لفظ سیگار مأخوذ از اسپانیا و اصولاً از نام توتون به زبان بومی، احتمالاً زبان «مالیایی» گرفته شده است. توتون که در سال ۱۶۰۵ م. کم و بیش در عثمانی، مصر و هند شناخته شده بود، توسط پرتغالی‌ها وارد ایران شد. تاریخ ورودش را بعضی ۱۵۹۰ م. مطابق با ۹۹۹ هجری نوشته‌اند، اما آنچه مسلم است، «دود» در زمان شاه عباس در ایران رواج یافت. این تحفه استعماری، با همان نگرش خرافی درمان‌کردن دردها، تقریباً امروزه تمام جوامع روی زمین را مبتلا ساخته و معتادان، آن را برای خود از نان شب ضروری‌تر می‌دانند.



مبارزه با دخانیات

کشورهای استعماری، علی‌رغم اینکه در کشورهای خود سعی در کاهش مصرف این مواد دارند بیشتر تولیدات سیگار خود را به کشورهای جهان سوم صادر می‌کنند و با ترفندهای مختلف تبلیغاتی، سعی در افزایش مصرف سیگار در این کشورها دارند. طبق گزارشها، در آمریکا طی ده سال اخیر، رقم معتادان به سیگار از ۹۰ میلیون نفر به ۴۵ میلیون تقلیل یافته است و برای این کار از تمهیدات مختلفی چون دادن جوایز به اطباء جهت معالجه معتادان و توصیه به ترک سیگار، استفاده شده است و در انگلیس، یازده میلیون نفر از رقم معتادان به سیگار کم شده است. در ایران، جهت مبارزه با مصرف دخانیات، هیأت وزیران در ۳۰ مرداد ۱۳۷۳ و در اجرای مصوبه مورخه سوم مرداد ۱۳۷۱ مجمع تشخیص مصلحت نظام و با استناد به اصل ۱۳۸ قانون اساسی، طرح چگونگی کاهش استعمال دخانیات را در ۴ ماده به تصویب رساند.

ماده ۱- برای حفظ حقوق و تأمین سلامت افراد جامعه در برابر بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات و کاهش هزینه های درمانی کشور، کلیه دستگاههای اجرایی موظفند این تصویب نامه را اجرا کنند.

ماده ۲- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان صدا و سیما، و سایر دستگاه های فرهنگی و شهرداری ها موظفند به منظور جلوگیری از اعتیاد جوانان و تبیین مضرات مالی، بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف دخانیات، برنامه های منظم و منسجم فرهنگی و تبلیغی مناسب را به گونه ای تدوین و اجرا کنند که:
الف: قبیح و مضر بودن مصرف دخانیات همواره مورد توجه همگان باشد.
ب: جلوگیری از اعتیاد کسانی که تا کنون معتاد نشده اند و خصوصاً جوانان، اولویت یابد.
ج: از هراقدام و تبلیغی که تشویق یا تحریک افراد به استعمال یا مصرف بیشتر دخانیات را به دنبال داشته باشد، خودداری شود.

ماده ۳- کلیه دستگاهها، موظفند پیام های هشدار دهنده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه مضرات دخانیات را در معرض دید همگانی قرار دهند و به مفاد آن عمل کنند.

ماده ۴- هر اقدام و تبلیغی که تشویق یا تحریک افراد به استعمال دخانیات را در پی داشته باشد، در کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها، مؤسسات و شرکت های دولتی و نهادهای انقلاب اسلامی، شهرداری ها و دستگاه هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و همچنین در ساختمانهای اداری وابسته به آنها ممنوع است.



سیگار و تغذیه

یکی از مشکلات عمده در جامعه ما گسترش استعمال دخانیات می‌باشد که خود به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در جهان شناخته شده و علی‌رغم هشدارهای پیاپی مجامع پزشکی و فرهنگی، مصرف آن به طور روز افزون در جامعه بالا می‌رود. متأسفانه آسیب‌ها و پیامدهای ناشی از مصرف سیگار، بسیار جدی و بعضاً جبران‌ناپذیر است و اغلب سیگاری‌ها با اینکه از مضرات سیگار با خبرند، ولی از روی عادت و به بهانه کسب آرامش و رفع خستگی، اقدام به مصرف این ماده خطرناک می‌کنند و سلامت جسم و جان خود را به خطر می‌اندازند. به طور متوسط در ایران سالانه ۱۰۰۰ میلیارد تومان صرف خرید و دود شدن این محصول و ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلیارد تومان صرف بیماری‌های مرتبط با آن می‌گردد. از لحاظ اجتماعی نیز مصرف سیگار زمینه‌ساز بروز اعتیاد به مواد مخدر، الکل، فقر، بزهکاری علی‌الخصوص در جوانان و نوجوانان است. مصرف این مواد عامل ۲۵ بیماری‌کننده از جمله سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و عروقی، ریه، کبد، گوارش، جنین و نازایی مرتبط با استعمال دخانیات می‌باشد. بروز ۵۰ هزار مرگ در ارتباط با دخانیات در ایران و یا در هر ۸ ثانیه یک مرگ در جهان ناشی از مصرف دخانیات، شدت خطر آن را روشن می‌کند. افرادی که مبادرت به استعمال دخانیات می‌کنند احتمال مبتلا شدن آن‌ها به سرطان ریه ۲۲ مرتبه بیشتر از افراد غیرسیگاری می‌باشد و ۲۰ تا ۲۵ سال زودتر از همسالان خود می‌میرند. استعمال دخانیات باعث افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون و خطر ابتلا به بیماری‌های فشار خون بالا و گرفتگی عروق و نهایتاً ایجاد حمله قلبی و سکته می‌شود. استعمال دخانیات خطر ابتلاء به زخم معده را افزایش داده و درمان آن را در افراد سیگاری مشکل‌تر می‌کند. با این وجود رابطه معناداری بین استعمال سیگار و تغذیه وجود دارد. افراد سیگاری عمدتاً بر اثر استعمال دخانیات کم‌اشتها می‌شوند به همین دلیل است که اغلب آنها ضعیف و لاغر هستند و از سوی دیگر تمایلی به مصرف میوه و سبزیجات ندارند این در حالی است که این افراد به علت افزایش مواد سرطان‌زا در بدن و فلزات سنگین موجود در سیگار نیاز به میوه و سبزیجات بیشتری نسبت به افراد عادی دارند.

همچنین سیگار کشیدن باعث عدم جذب کافی ویتامین‌ها و املاح و کمبود آنها در بدن می‌شود. مهم‌ترین ماده مغذی که تحت تأثیر سیگار قرار می‌گیرد، ویتامین ث است. هر چقدر بیشتر سیگار کشیده شود، مقدار بیشتری از ویتامین ث در بافت‌های بدن و خون از بین می‌رود. سیگار کشیدن همچنین باعث کاهش جذب این ویتامین در بدن می‌شود و در نتیجه احتمال ابتلا به بیماری‌ها را افزایش می‌دهد. استعمال دخانیات منجر به افزایش رادیکال‌های آزاد و فلزات سنگین مثل سرب، آرسنیک و کادمیوم در بدن می‌گردد که برای کاهش میزان این مواد نیاز به مواد آنتی‌اکسیدان نظیر ویتامین ث، ویتامین ای و سلنیوم است. این ترکیبات به وفور در میوه و سبزیجات یافت شده و باید در وعده‌های غذایی افراد سیگاری بیشتر باشد. همچنین لبنیات (شیر، ماست، کشک، دوغ و...) به طور رقابتی مانع جذب فلزات سنگین موجود در سیگار می‌شود که توصیه می‌شود مصرف مواد لبنی در افراد سیگاری بیشتر باشد. داشتن الگوی غذایی صحیح شامل میوه و سبزیجات تازه و متنوع، حبوبات، گوشت سفید (ماهی و مرغ)، لبنیات کم‌چرب، مغز گردو، بادام، پسته و فندق تازه و بی‌نمک و همچنین استفاده از میان‌وعده‌های مناسب در کنار وعده غذایی صبحانه، ناهار و شام از عوارض کشیدن سیگار می‌کاهد. همچنین استفاده کافی از مایعات و مخصوصاً آب، کاهش مصرف افراطی چای و قهوه و جایگزین کردن آن با لبنیات کم‌چرب همراه با مواد نشاسته‌ای نظیر نان و ماست و یا نان و پنیر و افزایش فعالیت فیزیکی روزانه همراه با نفس عمیق در کاهش عوارض سیگار بسیار موثر است. از آنجایی که استعمال دخانیات، نه تنها مضرات فردی را به دنبال خواهد داشت، بلکه اشخاص مرتبط با افراد سیگاری نیز جزو جمعیت در معرض خطر به شمار می‌آیند راهکارهایی برای ترک سیگار توصیه شده است. برخی از مواد غذایی که ممکن است وابستگی شدید به دود سیگار را کاهش دهند عبارتند از:

جو دوسر: این ماده غذایی سرشار از فیبر، ویتامین ب۱، ویتامین ای، ویتامین ث و سایر املاح است. عصاره جو دوسر به عنوان یک ماده موثر در ترک اعتیاد به سیگار بکار می‌رود.

اسفناج و برگ چغندر: این دو نوع سبزی جات حاوی اسید فولیک، ویتامین ث، بتاکاروتن و قند است که به دلیل قلبیایی کردن محیط بدن در ترک سیگار موثرند.

کشمش، انجیر خشک و بادام: این مواد غذایی نیز قلبیایی بودن بدن را افزایش می دهند و بنابراین در ترک سیگار موثرند. سیر: امروزه سیر، اولین گیاه دارویی در بین گیاهان است که دارای ماده ضد باکتری و گوگرد و سیلیس و ید می باشد. سیر دارای خواص ضد عفونی کننده بی شمار بوده که از عفونت های تنفسی و مشکلات احتمالی به شدت جلوگیری می کند.

شاه تره: عرق شاه تره مدر بوده و ضد کمبود ویتامین ث است همچنین اشتها آور بوده و به تصفیه خون کمک می کند. همچنین باید مصرف گوشت قرمز، سوسیس و کالباس، غذاهای کنسرو شده و قهوه بدلیل ایجاد تمایل به کشیدن سیگار کمتر شود و در کنار همه این توصیه های غذایی مفید باید تاکید شود که افزایش فعالیت های روزانه مثل پیاده روی تند همراه با تنفس عمیق بسیار موثر است. امید است به عنوان اولین اصل برای تضمین سلامتی خود و کسانی که دوستشان دارید و در کنار شما زندگی می کنند کشیدن سیگار را ترک کنید، تغذیه سالم و مناسبی را در پیش بگیرید، آب سالم بنوشید و به ورزش کردن بپردازید.

آیا کشیدن قلیان ضرر دارد؟

متأسفانه به اکثر تنباکوهایی که در سال های اخیر به بازار آمده اسانسهای اضافه می شود که این اسانس ها علاوه بر تحریک دستگاه تنفس موجب حساسیت و آلرژی می گردد، بنابراین علاوه بر بیماریهای ذکر شده، رینیت آلرژیک و سرفه های مزمن همراه با خلط را برای فرد به همراه دارد. این تصور، تصویری کاملاً غلط است که اگر دود قلیان وارد ریه نشود و فقط از راه دهان خارج شود، آسیبی به ریهها نمی رساند، چون دود از طریق مخاط دهان و حنجره جذب بدن گشته و آثار سوء خود را می گذارد. حتی در هوایی که دود قلیان آزاد می شود، افرادی که قلیان نمی کشند و در معرض دود قرار گرفته اند، در طولانی مدت دچار عوارض آن خواهند شد. اگر فویل آلومینیومی که در قلیان استفاده میشود کیفیت خوبی نداشته باشد، با زغال در حال سوختن واکنش داده و مواد سرطانزایی تولید میکند که خواه ناخواه موجب سرطان میشود. افرادی که قلیان میکشند باید از این واقعیت مطلع باشند که دود قلیان چون از آب رد میشود و مرطوب است مدت زمان بیشتری در ریهها میماند. برخی میکروبها، عمدتاً باکتریایی که موجب سل میشوند، در لوله قلیان وجود دارند. میزان دیاکسیدکربن که از طریق قلیان استنشاق میشود در مقایسه با سیگار بسیار بالا است و این مسئله باعث میشود که کشیدن یک قلیان برابر با ۷ تا ۱۰ سیگار باشد.

تحقیقات ثابت کرده است که مصرف قلیان میتواند میزان اسپرم را در مردان کاهش دهد. کشیدن قلیان میتواند تحرک و طول عمر اسپرم را کاهش داده و موجب تغییرات ژنتیکی شود که بر بچه تاثیر میگذارد. از آنجا که قلیان حاوی فلزات سنگینی چون آرسنیک، کروم، سرب و کبالت است، اینها موجب کاهش تولید اسپرم میشوند.

بررسی های صورت گرفته نشان می دهد که مصرف قلیان تأثیرات مضر بر اعضای حیاتی بدن مخصوصاً ریه ها و قلب دارد. سرطان ریه، سرطان مری، بیماری انسدادی ریوی مزمن، آمفیژم، پایین بودن وزن هنگام تولد نوزاد، افزایش حملات آسم و ذاتالریه برخی از خطرات مربوط به کشیدن قلیان هستند.

میزان و عمق د م در حرکت دادن آب قلیان بسیار مهم است و قلیان با وجود اینکه کمتر مصرف می شود، اما حجم دودی که از طریق آن وارد بدن می شود، ۱۰ تا ۲۰ برابر دود ناشی از مصرف سیگار است. سایر خطراتی که در کشیدن سیگار مشاهده نمی شود، ولی در کشیدن قلیان وجود دارد، بیماریهای عفونی مثل هپاتیت ب (در اثر استفاده مشترک از شیلنگ قلیان) و افزودن الکل یا داروهای روانگردان به تنباکوی قلیان است. دود تنباکو حتی بعد از اینکه از آب رد میشود هنوز حاوی سطح بالایی از ترکیبات سمی مثل مونوکسیدکربن، فلزات سنگین و موادمشیمیایی سرطان زا است.

تحقیقات همچنین نشان داده است که پس از ۴۵ دقیقه استفاده از دود قلیان، مونوکسید کربن، نیکوتین پلاسما و ضربان قلب به شدت بالا میرود. همچنین محققین می گویند استفاده از قلیان در کنار سرطان ریه با افزایش احتمال ابتلا به سرطان دهان و مثانه نیز همراه است. یک تحقیق نشان داده است که کشیدن قلیان خطر ابتلا به سل ریوی را افزایش میدهد. مخصوصاً کودکان در مقابل تأثیرات مضر قلیان آسیبپذیر هستند. اگر در محلی باشند که در آن قلیان کشیده میشود، احتمال ایجاد عفونتهای ریوی، آسم و سندرم مرگ ناگهانی کودک در آنها افزایش مییابد.

مصرف دخانیات بهبود زخم را به تاخیر می اندازد

در سیستم گوارشی و در بیماری‌هایی که مبتلا به سوء هاضمه هستند می‌توان گفت مصرف دخانیات، به صورت استنشاقی یا طرق دیگر، در ایجاد زخم‌های گوارشی، تشدید برگشت اسید معده به مری و ایجاد سرطان‌های دستگاه گوارش موثر است. همچنین در بیماری‌هایی که دچار زخم‌های سیستم گوارشی هستند، مصرف دخانیات بهبود زخم را به تاخیر می‌اندازد و پاسخ به درمان را کند می‌کند. به بیماری‌هایی که از سوء هاضمه رنج می‌برند توصیه اکید می‌شود، حتماً برای افزایش تأثیر درمان و کاهش عود بیماری، به طور جدی مصرف مواد دخانی را ترک کنند.

ممکن است با یک آزمایش ساده بتوان سرطان پروستات را تشخیص داد

پژوهشگران علوم پزشکی در دانشگاه کالیفرنیا کشور آمریکا می‌گویند موفق به کشف یک روش جدید برای تشخیص قطعی سرطان پروستات در کمترین زمان ممکن و با یک آزمایش ساده ادرار شدند. در حال حاضر روش متداول تشخیص سرطان پروستات زمان‌گیر و پرهزینه است و به همین دلیل اکثر افراد تمایلی به آزمایش‌های دوره ای غربالگری ندارند. در این روش جدید تشخیص قطعی بیماری در کمترین زمان ممکن و با یک آزمایش ساده ادرار قابل انجام است.

محققان دانشگاه کالیفرنیا در تلاش هستند که قابلیت انجام این تست را در یک کیت ساده فراهم آورند (مانند تست حاملگی 'baby check' که در منزل و به راحتی قابل انجام است) و آن را به قیمتی کمتر از ۱۰ دلار به بازار عرضه کنند. علاوه بر سرطان پروستات، سرطان مثانه هم با این روش قابل تشخیص است.

مرسوم ترین روش برای تشخیص بیماری سرطان پروستات، تست 'PSA' است. در این آزمایش میزان 'PSA' خون سنجیده می‌شود. 'PSA' پروتئینی است که توسط غده پروستات ترشح می‌شود و افزایش سطح آن یک زنگ خطر است. این روش قابل اطمینان نیست چراکه ممکن است فردی به این بیماری مبتلا باشد ولی میزان PSA در خون او در حد نرمال باشد. ولی این آزمایش ساده ادرار با استفاده از مواد شیمیایی، چند الکتروود و حسگرهای الکترونیکی انجام می‌شود. نمک موجود در ادرار به هدایت جریان اکتريسيته کمک می‌کند. به کمک یک فرآیند پیچیده، سلول‌های سرطانی توسط الکتروودها به دام انداخته می‌شوند و بیماری تشخیص داده می‌شود.

کشیدن قلیان و سیگار چه تأثیری بر زنان باردار و جنین دارد؟

از آنجا که لوله قلیان حاوی میکروارگانیسمهای عفونی زیادی است و زنان باردار سیستم ایمنی ضعیفی دارند، احتمال گرفتن بیماری بیشتر خواهد بود. قلیان هم مانند سیگار میتواند احتمال زایمان پیش از موعد، و حتی مرده به دنیا آمدن نوزاد و سایر مشکلات را افزایش دهد. همچنین میتواند بر رشد جنین نیز تأثیر منفی داشته باشد. دود قلیان غلظت اکسیژن را در بدن مادر کاهش داده و نهایتاً موجب تنگی نفس جنین شده و او را به سمت مرگ می‌کشاند. بیشترین تأثیر سوء مصرف سیگار بر روی جنین، در سه ماهه دوم و سوم بارداری است، زیرا در این زمان اندام‌های جنین به تدریج تشکیل می‌شوند و در صورت استعمال سیگار، رشد اندام‌ها مختل و جنین با عقب ماندگی مواجه می‌شود. استعمال سیگار حتی پیش از بارداری هم مضر است و بر تخمک‌های زن تأثیر منفی دارد و قدرت باروری آن‌ها را کاهش دهد. استعمال سیگار موجب می‌شود تا هنگام زایمان، جنین با استرس مواجه شود و با آغاز درد زایمان، ضربان قلب جنین کاهش یابد و نتواند انقباضات رحم را تحمل کند. به این ترتیب زایمان با مشکل مواجه شده و نوزاد باید به روش سزارین متولد شود. استعمال سیگار توسط اطرافیان مادر باردار هم اثراتی سوئی بر جنین دارد و تنفس دود ناشی از سیگار اطرافیان نیز بسیار خطرناک است. دود قلیان نیز برای جنین بسیار مضر است و به دلیل این که پیش از استعمال با بخار آب مخلوط می‌شود، بسیار خطرناک تر از دود سیگار است.



مصرف سیگار و قلیان موجب پوکی استخوان می‌شود

مصرف سیگار و قلیان موجب اختلال در جذب کلسیم و ساخت استخوان، یائسگی زودرس، کاهش وزن و تخریب هورمون‌های جنسی می‌شود که به تسریع پوکی استخوان می‌انجامد. مصرف الکل نیز با کم کردن فعالیت سلول‌های سازنده استخوان موجب پوکی استخوان می‌شود.

این داروها اثر ضدالتهابی خود در بدن را با کاهش تولید موادی به نام پروستاگلاندین ها ایجاد می کنند. اگر شما دچار صدمه ای شوید و یا اینکه قسمتی از پوستتان دچار بریدگی شوند، این منطقه قرمز، گرم و دردناک میشود. این وضعیت به خاطر پروستاگلاندین ها ایجاد میشود که از سلولهای آسیب دیده در منطقه اطراف بریدگی ترشح می گردد. در اکثر قسمتهای بدن که پروستاگلاندین ها التهاب را بدتر می کنند (مانند داخل مفاصل افراد دچار آرتريت) استفاده از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، بسیار موثر می باشد. یا این حال در معده، پروستاگلاندین ها دارای یک نقش خیلی مهم حفاظتی در لایه مخاطی هستند و مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی که باعث کاهش پروستاگلاندین ها در این منطقه می شود باعث ضعف این سیستم دفاعی شده و باعث می گردد که در بعضی از افراد، زخم معده یا اثنی عشر ایجاد شود. داروهای جدیدتر ضدالتهاب غیراستروئیدی که اصطلاحاً به آنها مهارکنندگان سیکلواکسیژناز ۲ گفته میشود اخیراً ساخته شده اند (مثل داروی ملوکسیکام Meloxicam). این داروها تولید پروستاگلاندین ها را در تمام قسمتهای بدن به غیر از معده کاهش می دهد و در نتیجه مشکلی در معده یا اثنی عشر ایجاد نمی کنند. در آینده، این داروها ممکن است به کاهش تعداد افراد مبتلا به زخم کمک نمایند. در اینجا لازم است گفته شود که گرچه داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی در اکثر افراد باعث بروز زخم نمی شوند، اما اگر شما در هنگام مصرف این داروها دچار سوءهاضمه میشوید، حتماً باید با پزشک خود در این مورد مشورت نمایید.

علل کمتر شایع بروز زخم

زخم های معده و اثنی عشر گاهی اوقات در افرادی که نه آلوده به عفونت هلیکوباکتریلوری هستند و نه از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی استفاده می کنند دیده میشود. این زخمها، گرچه معمولاً به درمان دارویی به خوبی پاسخ می گویند، اما اغلب علت ایجاد آنها مشخص نمی گردد. خیلی به ندرت زخمهای معده یا اثنی عشر ممکن است بر اثر وجود سایر بیماریها ایجاد شود. مثلاً در بیماری کرون (یک نوع بیماری که ممکن است هر قسمتی از روده را گرفتار نماید)، سندروم زولینجرالیسون (نوعی بیماری که به علت اختلال هورمونی، معده مقدار زیادی اسید ترشح می کند) و لنفوم (سرطان سلولهای خون در دیواره معده) ممکن است زخم ایجاد شود. گرچه امروزه مشخص شده است که استعمال سیگار به تنهایی نمی تواند باعث بروز زخم شود، اما معلوم شده که سیگار کشیدن می تواند باعث بروز زخم شود، اما معلوم شده که سیگار کشیدن می تواند باعث اختلال در الیتام زخمها شود. بنابراین به افرادی که دچار زخم هستند و سیگاری می باشند، توصیه می گردد که دست از سیگار کشیدن بردارند.

سرطان پروستات یکی از شایع ترین علل مرگ و میر در سراسر جهان است. براساس آخرین آمارگیری وزارت بهداشت آمریکا سالانه حدود ۲۴۰ هزار نفر در این کشور به این بیماری مبتلا می شوند و ۲۹ هزار نفر بر اثر آن جان خود را از دست می دهند. سرطان پروستات، اغلب در مراحل اولیه هیچ علامتی را نشان نمی دهد. وقتی که علائم بروز می یابد، بعید نیست بیماری به خارج از پروستات انتشار یافته باشد.

علائم سرطان پروستات شامل این موارد است:

- مشکلات ادراری
 - ناتوانی در ادرار کردن
 - دشواری شروع یا توقف جریان ادرار
 - احساس دفع در اغلب مواقع، به ویژه در شب
 - جریان ضعیف ادرار
 - وقفه در جریان ادرار
 - درد یا سوزش وقت ادرار کردن
 - اشکال در نعوظ آلت تناسلی
 - خون در ادرار یا مایع منی
 - درد متناوب در قسمت پایین پشت، مفصل ران، یا قسمت های بالای ران
- اگرچه این علائم، علائم سرطان هستند، اما آنها به احتمال خیلی زیاد، به دلیل شرایط غیرسرطانی بروز کرده اند. بررسی این نشانهها، از سوی پزشک، مهم است.

مروری بر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) مانند آسپرین، پیروکسیکام، ایندومتاسین، ایبوپروفن، دیکلوفناک، مفنمیک اسید و ناپروکسن، داروهایی هستند که برای درمان آرتريت (التهاب مفاصل) و دردهای عضلانی و نیز سایر دردها مصرف میشوند. این داروها در صورتی که به طور مداوم در طولانی مدت مصرف شوند ممکن است با تداخل در سیستم دفاعی معده و اثنی عشر، ایجاد زخم نمایند.

مکانیسم اثر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

پاسخ التهابی زمانی رخ میدهد که بدن در مواجهه با تحریک هایی مانند ارگانیسم های خارجی یا مواد با خاصیت آنتی ژنیک قرار می گیرد. پروستاگلاندین ها در پاسخ به این تحریکات تولید می شوند که برای حذف عوامل خارجی مفید است. مکانیسم اثر اصلی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، مهار تولید پروستاگلاندین هاست.

عوارض گوارشی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

عوارض گوارشی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی شایع و گاهی جدی هستند. آسیب دستگاه گوارش ممکن است زمانی اتفاق بیفتد که تولید پروستاگلاندین توسط این داروها کاهش یابد. چنین وضعیتی به کاهش موکوس اپی تلیال، ترشح بیکربنات، جریان خون مخاطی، تکثیر اپیتلیال و مقاوم مخاطی نسبت به آسیب بیتجامد. در نتیجه، مکانیسم دفاعی طبیعی مخاط دستگاه گوارش تحت تاثیر عواملی مانند اسید معده، پپسین و نمکهای صفراوی قرار می گیرد. مسمومیت گوارشی ناشی از این داروها، بطور اولیه مرتبط با آثار سیستمیک و نه موضعی آنهاست. در نتیجه پوشش اتریکی روی این داروها یا انتقال دارو به اشکال دیگر مانند شیاف، برای کاهش عوارض گوارشی این گروه داروها بی فایده است. به علاوه مصرف دوز کمتر دارو نیز عوارض گوارشی را کاهش نمی دهد. به نظر میرسد از میان این داروها، ایبوپروفن از همه کم خطرتر و پیروکسیکام و ایندومتاسین بدترین آنها هستند.

عوامل خطرناک متعددی احتمال بروز عوارض گوارشی ناشی از این داروها را افزایش می دهند. از جمله، سابقه قبلی مشکلات گوارشی (زخم و خونریزی)، سن بالای ۶۰ سال، مصرف دوز بالای دارو، مصرف همزمان کورتیکواستروئیدها و داروهای آنتی کوآگولانت، مصرف همزمان چند داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی، طول مدت مصرف و آلودگی به هلیکوباکتریلوری.

راهکارهای متعددی برای کاهش خطر بروز عوارض گوارشی ناشی از مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی قدیمی وجود دارد:

- ۱- استفاده از سایر داروهای ضد درد: استفاده منظم از استامینوفن نیز در مقایسه با داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی در دردهای عضلانی-اسکلتی اثر ضد درد مشابهی دارد.
- ۲- میزوپروستول (آنالوگ PGE₁) میتواند از بروز زخمهای معده و دوازدهه جلوگیری کند.
- ۳- مصرف کنندگان طولانی مدت داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی قدیمی، بایستی برای کاهش میزان وقوع زخمهای گوارشی، از مهارکننده های پمپ پروتون (امپرازول و ...) استفاده نمایند.

عوارض قلبی - عروقی

داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی خصوصاً مهارگران COX₂ (سلکوکسیب و ...) خطر بروز عوارض جانبی را در بیماران با سابقه یا در معرض خطر بیماریهای قلبی-عروقی افزایش می دهند. این داروها می توانند:

- با فعالیت ضدانعقادی آسپیرین تداخل داشته باشند
- فشارخون را افزایش می دهند

- با مهار ساخت پروستاگلاندین ها باعث کاهش جریان خون کلیوی و احتباس آب و نمک می شوند که نارسایی قلبی را تشدید کرده و نیز باعث کاهش اثر دیورتیکهای مورد استفاده در نارسایی قلبی می شود.

عوارض کلیوی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی:

پروستاگلاندین های کلیوی به طور طبیعی گشاد کننده عروق هستند. داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی با مهار ساخت پروستاگلاندین ها، سبب ایجاد انقباض عروقی شده و در افراد مستعد می توانند باعث نارسایی کلیوی حاد شوند. نفريت بینابینی نیز ممکن است متعاقب مصرف این داروها رخ دهد.

عوارض کبدی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی:

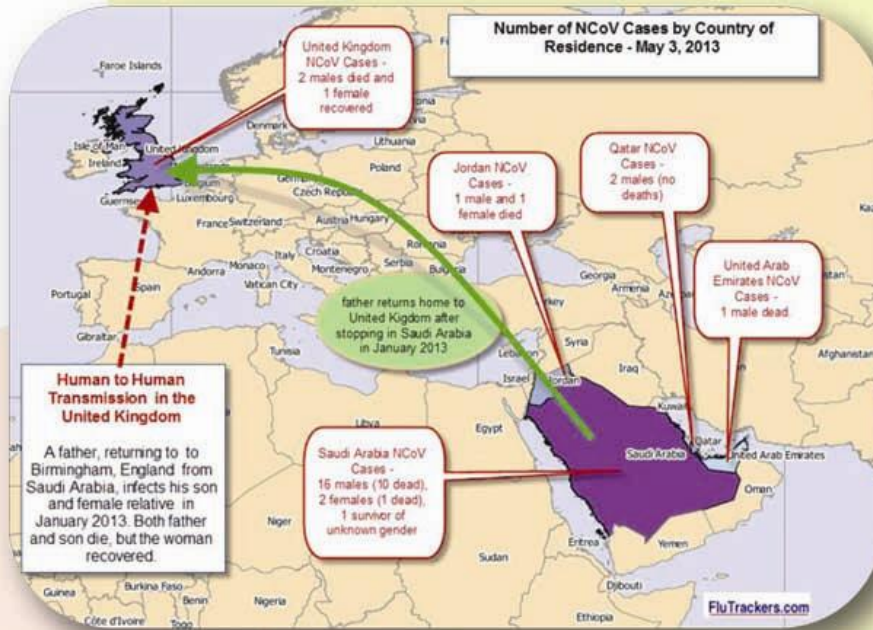
افزایش آنزیمهای کبدی ممکن است بدنبال مصرف این داروها رخ دهد، اما نارسایی کبدی نادر است. بنظر میرسد، مسمومیت کبدی ناشی از مصرف این گروه داروها بیشتر در ۶ تا ۱۲ هفته اول پس از شروع دارو رخ دهد که در صورت بروز، مصرف این داروها بایستی قطع گردد. دیکلوفناک بیشتر از سایر اعضای این گروه باعث مسمومیت کبدی می شود.

آثار هماتولوژیک داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی:

عوارض جانبی هماتولوژیک ناشی از مصرف این داروها، در درجه اول به فعالیت ضدپلاکتی آنها مربوط می شوند. آسپیرین و سایر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی در بیشتر بیماران مصرف کننده خونریزی قابل توجهی ایجاد نمی کنند. خونریزی معمولاً در بیمارانی مشاهده می شود که سابقه بیماری خاصی (مانند خونریزی گوارشی قبلی) داشته اند یا تحت درمان با داروهای خاصی مانند آنتی کوآگولانت ها هستند یا تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. عوارض جانبی متعدد داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، مشکلات فراوانی را برای بیماران تحت درمان با این گروه دارویی ایجاد میکنند. این وضعیت با تجویز دوز نامناسب دارو یا شکل نامناسب آن تشدید می شود. بنابراین تنظیم دوز تجویز شده داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی در کاهش خطر وقوع عوارض آن بسیار اهمیت دارد.

کوروناویروس جدید - ۲۰۱۲

HCoV - EMC



تهیه و تنظیم: دکتر بهنام هنرور - عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

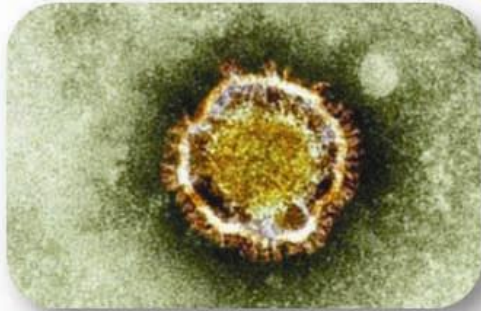
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز مدیریت بیماری های واگیر

۱۳۹۲

مروری بر کشنده ترین کوروناویروس شناخته شده



تا کنون (۵ ماه می ۲۰۱۳ میلادی) ۲۷ نفر در جهان در اثر عفونت با کوروناویروس جدید (nCoV) بیمار شده و از این عداد ۱۸ نفر جان خود را از دست داده اند. بیماران از کشورهای اردن (۲ نفر)، قطر (۲ نفر)، عربستان سعودی (۱۹ نفر بیمار و ۱۳ نفر فوتی)، انگلستان (۳ نفر اهل یک خانواده با سابقه سفر مکه) و امارات متحده عربی (یک نفر) بوده اند. تا کنون بیشتر بیماران از کشور عربستان گزارش شده اند. در کشور عربستان بیشترین موارد مربوط به شهر ریاض می باشد (بیش از ۵۰ درصد بیماران عربستانی از ریاض گزارش شده اند).

در مدت زمان ۳ روز (از ۱۲ اردیبهشت الی ۱۵ اردیبهشت) ۱۰ مورد جدید از شرق عربستان گزارش شد که ۷ مورد منجر به مرگ بوده است. اولین بیمار اهل اردن (در اوایل آوریل سال گذشته علائم بیماری را از خود نشان داد و آخرین بیمار نیز که مردی با ملیت امارات بود نیز در ۸ مارس ۲۰۱۳ به این بیماری دچار شد. بیشتر بیماران دچار علائم حاد و شدید تنفسی می شدند که نیاز به بستری در بیمارستان پیدا نموده و ۱۱ نفر از ایشان نیز تحت درمان با دستگاه تنفس مکانیکی (Ventilator) نیاز پیدا نمودند. تنها ۲ نفر از بیماران تا کنون بیماری خفیف داشته اند. تا کنون ۵ مورد از ابتلا گروهی بیماران گزارش شده است:

اولین مورد ابتلا گروهی بیماران در آوریل ۲۰۱۲، از بیمارستانی در کشور اردن (آوریل ۲۰۱۲) با ۱۱ مورد مشکوک و ۲ مورد تایید شده (هر دو مورد تایید شده فوت شدند) گزارش شد. ۱۰ نفر از این ۱۳ بیمار مشکوک و قطعی، از اعضای تیم پزشکی بودند. دومین ابتلا گروهی در یک خانواده عربستانی رخ داد و سومین ابتلا گروهی نیز در اعضا خانواده یک بیمار انگلیسی که به تازگی از عربستان (مکه) بازدید کرده بود گزارش شد. چهارمین و پنجمین ابتلا گروهی نیز در عربستان بوده است. به دلیل این ابتلا گروهی در ۵ مورد، احتمال انتقال انسان به انسان در این بیماری مطرح شده است اما هنوز به اثبات قطعی نرسیده است.

از آوریل سال ۲۰۱۲ که اولین مورد فوت شده در اثر ابتلا به کوروناویروس جدید گزارش شده است، تا امروز تقریباً یکسال می گذرد ولی کماکان منبع و مخزن قطعی بیماری و راه های انتقال آن نامعلوم مانده است. در این یکسال مطالعات گوناگونی پیرامون کشف مخزن و بررسی سکانس ژنتیکی ویروس جدید و مقایسه آن با ویروس عامل نشانگان سارس (SARS) انجام گرفته است. بیشترین موارد در کشور عربستان بوده است.

کوروناویروس ها و بیماری SARS:

کوروناویروس ها خانواده ای از ویروس ها هستند که می توانند طیف وسیعی از بیماری ها را از سرماخوردگی تا نشانگان حاد شدید تنفسی (SARS) ایجاد نمایند.

- در ماه نوامبر سال ۲۰۰۲ میلادی بیماری شدید و کشنده تنفسی ناشی از کوروناویروسی جدید در کشور چین شناخته شد و در طی یکسال ۸۰۹۸ نفر بیمار و ۷۴۴ نفر در اثر نشانگان حاد تنفسی ناشی از آن فوت شدند. این سندرم کشنده تنفسی را سارس (SARS: Severe acute respiratory Syndrome) نامیدند.

بعد از ماه ژوئن ۲۰۰۳ میلادی گزارشی از موارد آلودگی انسانی به این ویروس توسط سازمان بهداشت جهانی گزارش نشده است.

تاریخچه کوروناویروس جدید:

للسال گذشته (ماه نوامبر ۲۰۱۲ میلادی)، یک بیمار اهل قطر دچار بیماری شدید تنفسی شد و بررسی های میکروبیشناسی نشان داد که عامل بیماری ویروس جدیدی است از خانواده کوروناویروس ها و "شبه سارس" (SARS-like virus) نامیده شد.

بررسی های نمونه های تنفسی بیماران فوت شده کشور اردن نشان داد که اولین موارد ابتلا و فوت بیماران در اثر این ویروس کشنده جدید که به اسم (nCoV (novel coronavirus) نامیده می شود، در اردن رخ داده است (۶ ماه زودتر از کشور قطر).

مرگ و میر بیماران مبتلا:

نکته قابل توجه دیگر در اپیدمیولوژی کوروناویروس جدید (hCoV-EMC) مرگ و میر بالای آن است:

در مقایسه با SARS که حدود ۱۰ درصد مرگ و میر داشت (بیشترین مرگ و میر در سندرم سارس در گروه سنی بالای ۶۵ سال بود) تقریباً ۵۰ درصد، کوروناویروس جدید با ۶۵٪ مرگ و میر در مبتلایان کشته‌ترین کوروناویروس شناخته شده برای انسان است. تجربه قبلی در برخورد با سندرم سارس نشان می‌داد که کمترین مرگ و میر در گروه سنی زیر ۲۴ سال (۱٪) و سپس در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال (۶٪) بود.

برای مقایسه افزایش میزان مرگ و میر بیماری‌ها میتوان به آنفلوآنزا اشاره نمود. معمولاً ویروس آنفلوآنزا کمتر از نیم درصد مرگ و میر دارد و درجهانگیری سال ۱۹۱۸ که کشندگی ویروس عامل پاندمی آنفلوآنزا به ۱ الی ۳ درصد رسید، حدود ۵۰ میلیون نفر را در سراسر دنیا به کام مرگ فرو کشید. اکنون می‌توان کشندگی ۶۵ درصدی کوروناویروس جدید را تصور نمود که چه اندازه نگران کننده است.

نقش حیوانات در انتقال بیماری:

تا کنون پاسخ دقیق این سوال که "آیا حیوانات در انتقال این بیماری نقش دارند یا خیر" بطور قطعی مشخص نشده است اما احتمال بالایی برای آن وجود دارد.

با توجه به سابقه تماس با شتر و برخی حیوانات در این بیماران و شباهت ژنتیکی ویروس جدید با کوروناویروس خفاشی احتمال می‌رود حیوانات مخزن بیماری بوده و افراد بعد از تماس با آنها به بیماری مبتلا شده‌اند. با این حال هنوز وجود مخزن حیوانی برای این بیماری قطعی نشده است و مطالعات برای احتمال حیوانی بودن منبع این بیماری در حال انجام است.

امکان انتقال فرد به فرد و احتیاطات توصیه شده در برخورد با بیماران: هرچند انتقال انسان به انسان به طور قطعیتز تایید نشده است، اما وجود موارد ابتلا گروهی (مخصوصاً در پرسنل بیمارستان در اردن) باعث شده است که در برخورد با این بیماران، همان سطح احتیاطات و اقدامات مراقبتی که برای نشانگان سارس توصیه می‌شد برای مبتلایان به ویروس جدید هم کماکان توصیه گردد.

بر اساس راه اصلی انتقال کوروناویروس عامل سندرم سارس (SARS)، که تماس مستقیم است، برای پیشگیری از انتقال ویروس جدید نیز می‌توان توصیه‌هایی را بیان نمود.

• بررسی‌ها نشان می‌دهد بیشتر افرادی که دچار آسیب از این ویروس شده‌اند (مشابه آنچه در آنفلوآنزای نوپدید H۷N۹ در چین وجود دارد)، مردان سالمند هستند.

• بر اساس مطالعات فعلی، دوره کمون ۴ تا ۶ روزه پیشنهاد شده است.

ابتلا گروهی در خانواده انگلیسی:

این مرد ۶۰ ساله انگلیسی سفری به مکه داشته است. در عربستان بعد از ۴ روز اقامت مریض میشود و به انگلستان بر میگردد و همسر و پسرش بعد از ملاقات با او بیمار می‌شوند. خودش و پسرش در اثر این بیماری تنفسی شدید ناشی از این ویروس میمیرند. همسرش نیز مبتلا به بیماری خفیف می‌شود که بعد از مدتی بهبودی کامل می‌یابد. (اولین گزارش بیماری خفیف)

احتمال انتقال فرد به فرد از آن جهت در این گزارش مطرح شد که هیچکدام از اعضای خانواده انگلیسی سابقه مسافرت اخیر به خارج از انگلستان را نداشتند و تنها ریسک فاکتور احتمالی برای ابتلا ایشان، برخورد با پدر خانواده (که اخیراً از سفر مکه مکرّمه بازگشته بود) در نظر گرفته شد.

اختلاف این ویروس با ویروس عامل SARS :

یکی از اختلافات این ویروس جدید با سایر کوروناویروس‌ها و از جمله SARS آنست که ویروس جدید وقتی وارد سلولی می‌شود باعث تغییرات ژنتیکی در تعداد ژن‌های بیشتر می‌شود، و بر اساس مطالعات کنونی ۲۰۷ ژن در سلول آلوده شده دستخوش آسیب می‌گردند.

این ویروس بر خلاف سایر کوروناویروس‌ها که بیشتر به سلول‌های بافت تنفسی انسان علاقه دارند و کمتر مشاهده شده که سلول‌های دیگر را آلوده نمایند، می‌تواند باعث رده‌های گوناگون سلول‌های بدن شود و بافت تنفسی، کبد، کلیه‌ها، روده و همچنین ماکروفاژها را آلوده نماید و دقیقاً به همین دلیل است که بیماران مبتلا معمولاً دچار نارسایی چند ارگان شده و فوت می‌شوند.



درس آموخته جهانگیری سندرم تنفسی SARS:

در تجربه پاندمی نشانگان سارس، فرد super spreader یک پزشک چینی بود که باعث بیماری افراد زیادی در یک هتل واقع در کشور هنگ کنگ گردید.

دقیقاً یکی از مهمانان همان هتل بود که ویروس را با خود به کانادا برده و در نهایت زمینه ساز بیماری ۴۴ نفر بعدی گردید.

• زمانی که ویروس وارد کشور کانادا شده بود، خانم سالمندی همسرش را برای بررسی مشکل قلبی به یک بیمارستان برده و بعد از ترخیص، مردسالمد دچار علائم تنفسی می شود که بررسی ها نشان می دهد در اثر ویروس SARS است.

• این خانم در عرض ۲ ساعت و نیم که در بیمارستان حضور داشته است، باعث بیماری ۱۳ نفر گردید (۳ نفر از پرسنل اورژانس، یک نفر نیروی نگهدارنده، ۵ فرد ملاقات کننده، ۳ پرستار و یک بهیار)

• نکته مهم در آن زمان این بود که خود خانم سالمند هیچگونه علائمی دال بر بیماری نداشت.

اینکه چرا برخی افراد super spreader می شوند معلوم نیست، اما میدانیم که انجام اقداماتی مانند

قراردادن لوله تنفسی (جهت برقراری تنفس تحت دستگاه تهویه مصنوعی)، می تواند به انتشار بیشتر ویروس بصورت ریزذرات منجر گردد. اما چرا برخی افراد تعداد زیادی ویروس را در جامعه منتشر میکنند؟ پاسخ این پرسش هنوز معلوم نشده است.

احتمال جهش:

از طرفی کورونایروس ها یک "RNA ویروس" هستند. از RNA ویروس ها هر چیزی احتمال می رود. این ویروس ها قابلیت جهش ژنتیکی سریعتی دارند و هرچه بیشتر در جمعیت انسانی بمانند احتمال بروز یک موتاسیون ناخوشایند و بد بیشتر می شود. از نتایج این مطالعات می توان چنین نتیجه گیری نمود،

که پیشگیری از همه گیری این گونه ویروس ها نیاز به مجهز بودن کشورها به روشهای نوین و دقیق تشخیص و همچنین داشتن اتاق های ایزوله تنفسی کافی و پرسنل آموزش دیده، دارد.

درمان:

بررسی های اخیر نشان می دهند که ترکیب داروی ضدویروس ریباویرین با اینترفرون آلفا b-۲ می تواند از تکثیر ویروس در سلول های آلوده در محیط کشت سلولی جلوگیری نماید، و این امیدی برای درمان این بیماران محکوم به مرگ میباشد.

افرادیکه در فاصله کمتر از ۱ متر با بیماران صحبت نموده اند، در مقابل عطسه و یا سرفه بیماران قرار داشته باشند، وسایل نوشیدنی و خوراکی مشترک با بیماران داشته باشند، افرادی که دستشان با سطوح آلوده به قطرات تنفسی بیماران برخورد داشته و سپس چشم، بینی و یا دهان خود را با همان دست لمس کرده باشند، و همچنین پزشکان و سایر پرسنل بیمارستان که در معاینه، ساکشن ترشحات تنفسی و درمان نقش داشته باشند در معرض اکتساب این ویروس قرار دارند.

- راه رفتن به مدت کوتاه یا نشستن در اتاق انتظار برای مدت زمان کوتاه دارای نقش قابل توجهی درانتقال بیماری نمی باشد. - استفاده از ماسک N95 در برخورد با این بیماران (بدون توجه به انجام پروسیجر خاصی مانند ساکشن و یا انتوباسیون بیمار) توصیه می گردد.

امکان تبدیل به وضعیت مشابه جهانگیری SARS:

ویروس شناسان بر این اعتقادند که هر چند انتقال فرد به فرد در کورونایروس جدید بطور محدودی تا کنون رخ داده است اما امکان تبدیل وضعیت آرام فعلی به وضعیتی مشابه آنچه در سارس رخ داد وجود دارد.

- آنان معتقدند که اگر فردی که "گسترش دهنده قوی" نامیده می شود (Super spreader) با این ویروس آلوده گردد و سپس بیمار شده و در بیمارستانی که احتیاطات لازم و ایزولاسیون دقیق در آن انجام نمی گیرد، آنوقت است که گسترش شدید بیماری (مشابه تجربه SARS) می تواند آغاز گردد.

این بیماران ممکن است بیماری را به کشورهای دیگر نیز منتقل نمایند چنانچه بیمار هفدهم که اهل امارات متحده عربی بود در آلمان تشخیص داده شد. هر دو بیمار قطری هم در کشورهای اروپایی تشخیص داده شده بودند و بررسی ها نشان دادند که اولین افراد تیم پزشکی که ایشان را ویزیت نموده اند از ماسک و وسایل محافظت کننده مناسب استفاده ننموده اند، و اگر تاکنون فردی از ایشان به این بیماری مبتلا نشده است شاید مدیون این باشند که بیماران در بدو ورود به بیمارستان، تحت درمان با دستگاه تنفس مکانیکی بوده است.

اخبار پزشکی

دیده بان عدالت: ارزیابی پیشرفت های کشور تانزانیا در "عدالت در سلامت"، دسامبر ۲۰۱۲

Ifakara Health Institute, Ministry of Health and Social Welfare, Training And Research Support Center: December 2012

<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/tanzania%20EW%20January2013.pdf>

دیده بان عدالت، ابزاری است برای نظارت بر پیشرفت های عدالت در سلامت با استفاده از گردآوری، سازماندهی، تجزیه و تحلیل، گزارش دهی و بازنگری شواهد عدالت در سلامت که در حال حاضر در کشورهای شرق و جنوب آفریقا در راستای تعهدات ملی و منطقه ای در حال اجراست. در فوریه ۲۰۱۰، کنفرانس منطقه ای وزیران بهداشت ECSA با عنوان "جامعه ی سالم" تاکید می کند که کشورها بایستی گزارش های مبتنی بر شواهد خود را در رابطه با عدالت در سلامت و پیشرفت هایشان را در برخورد با بی عدالتی در این زمینه ارائه دهند. این گزارش مجموعه ای از شواهد را برای پاسخ به سیستم بهداشت تانزانیا، در ترویج و دستیابی به عدالت در سلامت و مراقبت های بهداشتی با استفاده از چارچوب دیده بان عدالت، مهیا می سازد. گزارش مزبور، شواهد را در چهار موضوع اصلی تعریف می کند: عدالت در سلامت، دسترسی خانواده ها به منابع سلامت، سیستم بهداشت عادلانه و عدالت جهانی. و نیز این گزارش بیانگر سطوح پیشین (۲۰۰۵-۱۹۸۰)، سطوح کنونی (اطلاعاتی که اکنون بیشتر در دسترس عموم قرار دارد) و تفسیر سطح پیشرفت به سوی عدالت در امر بهداشت، می باشد.

تغییرات آب و هوایی و سلامت: مشکل چیست؟

Anstey MH: *globalization and health* 9(4), 9 february 2013

<http://www.globalizationandhealth.com/content/pdf/1744-8603-9-4.pdf>

شواهد علمی مختلف موید این امر هستند که گرم شدن جهان در حال وقوع است. و آن می تواند اثرات و نتایج منفی فراوانی برای سلامتی در پی داشته باشد مانند بیماری های تنفسی که توسط هوای آلوده ایجاد می شوند و یا شیوع بیماری های گرمسیری و نیز افزایش سوئ تغذیه به سبب وقوع سیل و خشکسالی. نویسنده مقاله بر این باور است که زمان آن رسیده طرفداران بهداشت عمومی، طرحی از موفقیت های گذشته را برای مقابله با پیامدهایی که آلودگی برای بهداشت عمومی می تواند در پی داشته باشد ترسیم نمایند و نیز ارتباط میان گرم شدن جهان و آلودگی هوا را طراحی کنند. به علاوه، راهکارهایی که بتواند دینفعان و اهداف توسعه ی را به هم مربوط کند ارائه نموده و داده های مربوط به بازخورد تطابق با تغییرات جوی و روش های مهاجرت را که برای مقابله با گرم شدن جهان مورد نیاز می باشد، گردآوری کنند.

حفاظت از جامعه در مقابل استفاده از مواد دخانی دست دوم در آفریقا: چالش های اعمال سیاست ها

Piotte PN: *Consultancy Africa Intelligence*, 22 January 2013

<http://tinyurl.com/asw8cfz>

مجله اکونومیست پیش بینی کرده است در صورتی که تمهیداتی اندیشیده نشود؛ مصرف تنباکو در ۱۲ یا سیزده سال آینده، در کشورهای جنوب صحرای آفریقا دو برابر خواهد شد. در کنار فقیر شدن خانواده ها، بالا رفتن میزان مصرف دخانیات منجر به افزایش بیماری های عمومی و افزایش هزینه های بهداشتی می گردد. اجرای سیاست های منع مصرف دخانیات در آفریقا، با مشکلات عدیده ای روبه رو است که بخش عمده ی آن بر میگردد به: مداخله های صنعت تنباکو، کمبود منابع مالی و انسانی، فقدان حمایت از سوی موسسات دولتی و قانونگذاران و فقری که گریبانگیر جامعه ی شهری است اگرچه نظر نویسنده بر این است که عدم پذیرش اجرای قوانین و حتی نبود ضمانت اجرایی از سوی دستگاه های اجرایی و سیستم های نظارتی بزرگترین تهدید کننده ی قوانین منع استعمال دخانیات به شمار می آید. بنابراین از یک سو به استراتژی های اجرایی همراه با سیستم های نظارتی قدرتمند، و از سوی دیگر به تحقیقاتی برای ارزشیابی کارایی سیاست های منع دخانیات در آفریقا نیاز مبرمی وجود دارد.

ترجمه مهدی حاج ابراهیمی
کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع رسانی

فراخوان تشکیل شبکه کارشناسان سلامت

بسمه تعالی

"قل امر ربی بالقسط"

به منظور تلاشی جمعی برای اعتلای نظام سلامت کشور و کمک به حل معضلات و مشکلات این عرصه و پشتیبانی از تشکیلات علمی برنامه ریزی ها و اقدامات اجرایی، از همه عزیزانی که در عرصه سلامت صاحب تجربه و نظر هستند دعوت می کنیم تا با حضور در شبکه کارشناسان سلامت و بیان پیشنهادات و نظرات ارزشمند خود، نقش آفرین باشند.

نام و نام خانوادگی..... سال تولد..... سمت فعلی.....

سوابق قبلی در نظام سلامت.....

عنوان آخرین مدرک تحصیلی..... سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی.....

محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی..... زمان شروع به کار در نظام سلامت.....

نشانی پستی.....

پست الکترونیک..... شماره تماس.....

خواهشمند است فرم فوق را تکمیل به آدرس:

شیراز- میدان امام حسین- دانشکده پزشکی- ساختمان شماره ۲- طبقه ۸- مرکز تحقیقات

سیاستگذاری سلامت ارسال نمایید.

همچنین در صورت تمایل می توانید به جای پست، فرم را اسکن نموده و به آدرس الکترونیکی:

Health.Policy.Research@Gmail.com ارسال نمایید.

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت(اشتراک رایگان الکترونیکی)

می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵