

## انواع فلج اندام‌ها بعد از قطع نخاع و مراقبت از بیماران

مهرداد منصور  
اورتوپد

فلج اندام‌ها بعد از قطع نخاع ممکن است کامل یا ناکامل باشد.

### فلج کامل

در این موارد بیمار بلافاصله بعد از ضربه دچار فلج کامل در اندام‌ها می‌شود. اگر قطع نخاع در بالای مهره پنجم گردن ایجاد شده باشد، هم اندام‌های فوقانی و هم تحتانی فلج می‌شوند. به این وضعیت کوادری‌پلژی می‌گویند. اگر قطع نخاع در زیر مهره اول کمری ایجاد شود فقط اندام‌های تحتانی فلج می‌شوند. به این فلجی پاراپلژی می‌گویند.

در قطع نخاع کامل فلج در ابتدا شل است یعنی اندام بیمار کاملاً شل و بدون حرکت است ولی بعد از چند هفته تا چند ماه فلج به صورت سفت و اسپاستیک در می‌آید یعنی عضلات اندام فلج شده سفت و منقبض می‌شوند و گرچه بیمار نمی‌تواند آنها را حرکت دهد دیگران هم نمی‌توانند مفاصل اندام فلج را به راحتی باز و بسته کنند.

### فلج ناکامل

در این نوع از آسیب نخاع، فلج بیمار بعد از حدود یک هفته کمتر می‌شود. در این بیماران معمولاً روند بهبودی ممکن است تا شش ماه هم طول بکشد ولی بعد از شش ماه بهبودی قابل توجهی ایجاد نخواهد شد.

گاهی اوقات به دنبال ضربات شدید به نخاع وضعیتی به نام شوک نخاعی ایجاد می‌شود. در این وضعیت نخاع قطع نشده ولی موقتاً کارکرد خود را از دست داده و بیمار دچار فلج اندام‌ها می‌شود. این وضعیت موقت بوده و بعد از ۲۴ ساعت خودبه‌خود خوب شده و فلجی بیمار بهبود می‌یابد. در ۲۴ ساعت اول حادثه یا معاینه رفلکس‌های عصبی که در سیستم دفع (ادرار و مدفوع) وجود دارد می‌توان فهمید که آیا فلج واقعی است یا شوک نخاعی وجود دارد.

### مراقبت‌های بیمار قطع نخاع چیست؟

یکی از نکات مهم در برخورد با بیماران که دچار این حوادث می‌شوند این است که باید از زمان انتقال بیمار از محل حادثه تا رساندن آن به بیمارستان مراقب باشیم گردن و ستون مهره سینه‌ای و کمری کمترین حرکت را داشته باشند. هر بیماری که دچار حادثه شده ممکن است شکستگی یا دررفتگی ستون مهره داشته باشد و حرکت دادن ستون مهره وی می‌تواند موجب قطع نخاع شده یا در صورتی که قطع نخاع ناکاملی داشته باشد آن را کامل کند.

انتقال بیمار به بیمارستان باید توسط پرسنل آموزش‌دیده صورت گیرد. معمولاً به محض مواجهه با این بیماران گردن‌بند طبی مخصوصی را دور گردن او می‌بندند و بیمار را با روش خاصی روی برانکارد منتقل کرده و محکم می‌بندند تا ستون مهره هیچ حرکتی نداشته باشد. بیمار قطع نخاعی نیاز به مراقبت‌های خاصی دارد. این مراقبت‌ها از طریق فیزیوتراپ و کاردرمانگر به وی داده شده و به همراهان وی آموزش داده می‌شود. مهم‌ترین این مراقبت‌ها عبارتند از:

**مراقبت از پوست:** یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که ممکن است برای یک بیمار قطع نخاعی ایجاد شود زخم بستر است. علت بروز زخم بستر در این بیماران عدم توانایی در حرکت دادن لگن و اندام تحتانی است. این بیماران به علت فلج شدن هر دو اندام تحتانی نمی‌توانند خود را در بستر جابه‌جا کرده و مدت‌های زیادی به پشت می‌خوابند. فشار ممتد بستر به پشت لگن این بیماران می‌تواند موجب زخم بستر شود. این زخم‌ها می‌توانند در پشت پاشنه پا هم به وجود آیند. پیشگیری از این زخم‌ها با جابه‌جا کردن مکرر بیمار در بستر یا استفاده از تشک‌های مخصوص طبی به نام تشک مواج است.

**مراقبت از دستگاه ادراری:** بیماران قطع نخاعی کنترل ادرار ندارند. در ابتدا برای این بیماران سوند ادراری زده می‌شود. بیمار باید یاد بگیرد چگونه از سوند استفاده کند یا بدون آن تا حدودی کنترل ادرار کردن را بدست بگیرد.

**مراقبت‌های دفعی:** بیماران قطع نخاعی کنترل دفع مدفوع ندارند. این بیماران با آموزش‌های خاص یاد می‌گیرند که چگونه تا حدودی روی دفع خود کنترل داشته باشند.

**مراقبت از مفاصل:** یکی از خطراتی که بیمار قطع نخاعی را تهدید می‌کند خشک شدن مفاصل است. مفاصل اندام فلج شده به‌طور ارادی حرکت نمی‌کند پس اگر مدتی بی‌حرکت بماند دچار خشکی و سفتی می‌شود. این خشکی بعد از مدتی غیر قابل برگشت شده و در مراقبت بیمار مشکلات جدی ایجاد خواهد کرد.

**مراقبت‌های حرکت گردن:** برحسب اینکه عضلات لگن بیمار فلج شده یا نه، بیمار می‌تواند برای حرکت کردن از صندلی چرخدار یا بریس استفاده کند. آموزش استفاده از این وسایل توسط فیزیوتراپ به بیمار داده می‌شود. ■

## اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی (ADHD) چیست؟

# این کودک پرانرژی است!



سمیرا شبرمحمدی

دکتری تخصصی روانشناسی

این اختلال یکی از اختلالات عصبی-رشدی است، و ویژگی اصلی آن رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اختلال‌گرانه محسوب می‌شوند، یعنی موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند. این موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند خانواده، مدرسه، یا هر جای دیگری باشند که در آنجا، غیر از کودک، فرد دیگری نیز حضور دارد. رفتارهای اختلال‌گرانه کودکان مبتلا به ADHD شدیدتر از آن هستند که از سن کودک انتظار می‌رود. همه کودکان پرانرژی هستند و گاه بدون فکر کردن عمل می‌کنند، یا دوست دارند جنب‌وجوش داشته و از این بازی به آن بازی یا سرگرمی دیگری مشغول شوند، همچنین بروز رفتارهای تکانشگرانه نیز تا حدود زیادی در مورد کودکان عادی و طبیعی است، اما نکته مهم این است که در کودکان مبتلا به ADHD بروز رفتارهایی از این دست بیش از اندازه و نامتناسب با مرحله رشدی است که فرد در آن قرار دارد.

### معیارهای ADHD بر اساس DSM-5

**معیار ۱:** اختلال ADHD، مجموعه‌ای فراگیر از رفتارهای بی‌توجهی یا بیش‌فعالی تکانشگری است که باعث مختل شدن عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی فرد شده و خصوصیت اصلی آن نشانه‌های (۱) یا (۲)، از موارد زیر است:

**بی‌توجهی:** که ۶ علامت یا بیشتر از نشانه‌های زیر، که حداقل ۶ ماه ادامه داشته‌اند، و شدت و درجه آنها با سطح رشدی فرد مطابقت ندارد، از جمله:

- بی‌توجهی و بی‌دقتی فرد به جزئیات و در نتیجه ناتوانی در انجام دادن دقیق فعالیت‌ها، تکالیف یا کارهایش
- ناتوانی در تمرکز کردن حواس و حفظ توجه
- بی‌توجهی و گوش ندادن به حرف‌های طرف مقابل (حتی وقتی محرک مزاحمی وجود نداشته باشد)
- ناتوانی در انجام گام‌به‌گام کارها و تکالیف براساس دستورالعمل (فرد نمی‌تواند کاری را که شروع کرده

- تمام کند و خیلی زود تمرکزش را از دست می‌دهد)
- ناتوانی در نظم دادن و سازماندهی کارها (مثلاً اتاق کودک و وسایلش همیشه شلخته و بی‌نظم هستند، و در بزرگسالان، مثلاً ناتوانی در مدیریت زمان و کارهایش)
- اجتناب از انجام کارهای نیازمند تلاش ذهنی مستمر (مثلاً کودک از انجام تکالیف کلاسی یا خانگی متنفر است)
- کم کردن وسایل و لوازم (مثلاً کودک لوازم مدرسه را مثل مداد و دفترش مرتباً کم می‌کند، و در بزرگسالان مبتلا به این اختلال مثلاً فرد دسته کلید، عینک، یا وسایل دیگری را کم می‌کند)
- حواس‌پرتی سریع توسط محرک‌های بی‌اهمیت و مزاحم
- فراموش کردن کارهای روزمره (مثلاً در مورد کودک ممکن است انجام تکالیف مدرسه‌اش را فراموش کند، یا در بزرگسال مثلاً سر قرار ملاقاتش حاضر نمی‌شود)
- **بیش‌فعالی و تکانشگری (بی‌فکری - بی‌پروایی):** ۶ نشانه یا بیشتر از نشانه‌های زیر که به مدت حداقل ۶ ماه ادامه داشته و شدت و درجه آنها با مرحله رشدی فرد مطابقت ندارد:
- وقتی نشسته دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهد (بی‌قراری، و وول خوردن)
- در موقعیت‌های نامناسب، به این طرف و آن طرف می‌دود یا از وسایل بالامی‌رود (در نوجوانان یا بزرگسالان ممکن است به شکل احساس بی‌قراری و بی‌تابی خود را نشان دهد)
- فعالیت‌های تفریحی‌اش پر سر و صداست (مثلاً هنگام بازی بی‌وقفه و با صدای بسیار بلند حرف می‌زند)
- جنب و جوش دائمی دارد
- پر حرفی (فرد مبتلا به‌طور کلی زیاد حرف می‌زند)
- بیش از مطرح شدن کامل یک سؤال ناگهان پاسخ می‌دهد (بی‌صبوری زیاد)
- معمولاً نمی‌تواند منتظر نوشتش بماند (مثلاً در صف یا در بازی منتظر نوبت خود نمی‌ماند)
- معمولاً کارهای دیگران را بی‌ادبانه قطع می‌کند یا مزاحم‌شان می‌شود (مثلاً به زور وسایل دیگران را استفاده می‌کند.)

**نکته ۱:** چندین نشانه بی‌توجهی یا چندین نشانه بیش‌فعالی - تکانشگری، در دو یا چند موقعیت محیطی یا وضعیت مشاهده می‌شود (مثلاً در خانه و مدرسه یا محل کار به‌طور همزمان)

**نکته ۲:** قبل از ۱۲ سالگی چندین نشانه بی‌توجهی یا

چندین نشانه بیش‌فعالی - تکانشگری وجود داشته باشند. **نکته مهم** در تشخیص ADHD این است که روانشناس بالینی علاوه بر اینکه اطمینان حاصل کند که بیش‌فعالی یا بی‌توجهی فرد بسیار بیشتر از سطح نرمال آن برای مرحله رشدی کودک است روی دو معیار اخیر ذکر شده یعنی، سن حضور نشانه‌ها قبل از ۱۲ سالگی و، وجودشان در دو محیط یا وضعیت مختلف دقت داشته باشد.

### علل ایجادکننده ADHD

این علل، شامل علل بیولوژیکی و سیکولوژیکی است. از جمله مهم‌ترین علل بیولوژیکی نقش عوامل ژنتیک، استفاده مادر از الکل و سیگار کشیدن او در بارداری، نابه‌نجاری مغزی مثلاً کوچکتی بودن مغز و کم‌حجمی برخی لوب‌های مغزی و نابه‌نجاری‌های منجمه، مواد سمی محیطی نظیر افزودنی‌های خوراکی و مسمومیت با سرب و سیگار کشیدن والدین و حضور نیکوتین در محیط، هستند.

علل سیکولوژیکی نظیر تعامل والد-فرزند، به‌ویژه روش‌های تربیتی ناکارآمد والدین و نقش آن در تشدید رفتارهای اختلال‌گرانه کودک، بنا بر عقیده برخی نظریات سایکودینامیک والدین سخت‌گیر با ایجاد دور باطلی از رفتارهای لجبازی و نافرمانی زمینه مقاومت بیشتر کودک و اختلال‌گری او را بوجود می‌آورند. نظریه پردازان یادگیری معتقدند توجه والدین به رفتارهای نامناسب کودک مبتلا به ADHD نقش پاداش یا تقویت را ایفا کرده و باعث افزایش فراوانی آنها می‌شود، و نیز طبق نظریه ذهن‌خوانی اعتقاد بر این است که کودکان ADHD به اندازه افراد سالم توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران را ندارند.

### درمان ADHD

دارودرمانی یکی از درمان‌های احتمالی برای این اختلال است. معمولاً داروهایی مثل ریتالین، دکسدرین یا سایلرت توسط پزشکان تجویز می‌شوند. نتایج مطلوب یعنی کنترل کودک بر رفتارش را افزایش می‌دهند. همچنین رفتاردرمانی و نوروفیدبک می‌تواند در درمان این افراد مؤثر باشند. ■

## ویتامین D و آسیب عضلات در ورزشکاران



نتایج مطالعات جدید نشان می‌دهد که میزان ویتامین D در بیش از نیمی از ورزشکاران در مدارس فوتبال ناکافی است. این امر خطر آسیب عضلانی را افزایش می‌دهد. ویتامین D در حفظ عملکرد و قدرت عضلات نقش به‌سزایی دارد.

در مطالعه فوق ۲۱۴ ورزشکار با میانگین سنی ۲۲ سال شرکت داشتند. در ابتدای مطالعه اطلاعات مربوط به سن، نمایه توده بدن (BMI)، سابقه آسیب‌دیدگی و سابقه از دست دادن مسابقه به علت کشیدگی عضلات اندام تحتانی یا آسیب عضله مرکزی جمع‌آوری شد. میزان ویتامین D خون  $\leq 20 \text{ ng/mL}$  طبیعی،  $21 \text{ ng/mL}$  -  $30 \text{ ng/mL}$  ناکافی و  $> 30 \text{ ng/mL}$  کمبود در نظر گرفته شد. طبق نتایج به دست آمده در ۱۲۶ ورزشکار میزان ویتامین D کمتر از حد طبیعی بود. به طوری که ۲۲ نفر به کمبود شدید مبتلا بودند.

در کسانی که به کمبود ویتامین D مبتلا بودند شیوع کشیدگی عضلات اندام تحتانی یا آسیب عضله مرکزی بالاتر بود. ۱۴ ورزشکار حداقل از دست دادن یک بازی را به علت مصدومیت گزارش کردند که ۸۶ درصد آنها به کمبود ویتامین D مبتلا بودند. این یافته‌ها می‌تواند با تغییرات فیزیولوژیکی که در شرایط کمبود ویتامین D در ترکیب عضلات اتفاق می‌افتد، مرتبط باشد. به گفته محققان آگاهی از اثرات کمبود ویتامین D می‌تواند به تشخیص زودهنگام مشکل در ورزشکاران منجر شود. با استفاده از مکمل‌یاری می‌توان میزان ویتامین D را به سطوح طبیعی بازگرداند و از بروز آسیب بیشتر پیشگیری کرد. این یافته‌ها نه‌تنها برای ورزشکاران حائز اهمیت است، بلکه برای جمعیت عمومی نیز سودمند هستند. ویتامین D کافی برای عملکرد، ساختار و قدرت عضلات و اسکلت بدن ضروری است.

ویتامین D که تحت عنوان ویتامین آفتاب نیز شناخته می‌شود، توسط پوست و در هنگام مواجهه با نور خورشید در بدن تولید می‌شود. اجتناب از نور خورشید و استفاده از کرم‌های ضد آفتاب می‌تواند دلیل بخشی از کمبود ویتامین D افراد باشد. ویتامین D در شیر و غذاهای غنی شده مانند آب پرتقال و برخی غلات صبحانه نیز یافت می‌شود. به افرادی که به کمبود ویتامین D مبتلا هستند، مکمل‌یاری با ویتامین D توصیه می‌شود. نکته عملی: سطوح کافی ویتامین D در حفظ سلامت استخوان‌ها و عضلات نقش اساسی دارد. حفظ ویتامین D خون در محدوده طبیعی به تمامی افراد در تمام سنین و به‌طور ویژه در ورزشکاران توصیه می‌شود. ■

Your Doctor

## تازه‌ها

### تبلیغات مواد غذایی و خطر بروز چاقی در کودکان

نتایج مطالعه‌ای که در مجله PNAS منتشر شده، نشان‌دهنده کودکانی که از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به چاقی هستند، در هنگام تماشا تبلیغات مربوط به فست‌فودها مراکز پاداش در مغز فعالیت بیشتری دارند. این یافته نشان می‌دهد که چرا در برخی کودکان احتمال برخوردی بیشتر است. این مطالعه اولین پژوهشی است که نشان می‌دهد چگونه ژن چاقی بر پاسخ مغز نسبت به تبلیغات مواد غذایی و سایر محرک‌های غذا خوردن تأثیر می‌گذارد.

در این مطالعه تبلیغات مواد غذایی در تلویزیون مورد استفاده قرار گرفت تا چگونگی پاسخ مغز را نسبت به نشانه‌های مواد غذایی در دنیای واقعی مورد مطالعه قرار گیرد. زیرا در اکثر مطالعاتی که در گذشته انجام شده فقط عکس‌های مواد غذایی به شرکت کنندگان نشان داده شده بود.

در مطالعه حاضر ۷۸ کودک ۹ تا ۱۲ ساله شرکت کردند. به منظور شبیه‌سازی تماشا تلویزیون، ۱۲ دقیقه تبلیغات (نیمی مربوط به تبلیغات مواد غذایی و نیمی دیگر مربوط به آیم‌های غیرغذایی) به کودکان نشان داده شد. شرکت کنندگان از نظر استعداد ژنتیکی ابتلا به چاقی بر اساس ژن مرتبط با توده چربی و چاقی (FTO) که احتمال ابتلا به چاقی را در سراسر عمر پیش‌بینی می‌کند، بررسی شدند. با استفاده از MRI مشخص شد هسته اکومینس (منطقه‌ای در مغز که با مصرف مواد غذایی مرتبط است) نه تنها در کودکان با ژنوتیپ FTO نسبت به کودکانی که از نظر ژنتیکی کمتر در معرض ابتلا به چاقی بودند، بزرگتر بود بلکه واکنش آن در مواجهه با تبلیغات مواد غذایی قوی‌تر بود. ■

Your Doctor

**مشکلات در دید نزدیک**  
این مشکل هنگام خواندن، نوشتن یا کار با رایانه محسوس است.  
**راه‌حل و شیوه درمان کم‌بینایی**  
پیشرفت دانش چشم پزشکی باعث بهبود فرآیند تشخیص و توانبخشی در افراد کم‌بینا شده است. قبل از هر نکته‌ای توصیه می‌شود برای اصلاح این عارضه معاینه‌های کم‌بینایی را به دقت پیگیری کنید تا امکان تجویز مناسب‌ترین روش مهیا شود. در مراکز معاینه و درمان کم‌بینایی، وسایلی در دسترس عموم قرار دارد که در ادامه به تعدادی از آنها اشاره می‌شود:

### ابزارهای اپتیکی

انواع تلسکوپ‌ها، ذره‌بین‌ها و وسایل الکترونیکی CCTV برای دید نزدیک.

### ابزارهای غیراپتیکی

عینک‌های آفتابی با رنگ‌های متفاوت به منظور افزایش حساسیت کترتاست و راحتی بینایی فرد.

### وسایل کمک زندگانی

همچون ساعت‌های سخنگو، سنسورهای حساس به لیزر شدن آب، ناخن‌گیرهای ذره‌بین‌دار و انواع آینه‌ها. ■

Vision



## مشکلات شایع افراد کم‌بینا

بارها این سوال مطرح می‌شود که افراد کم‌بینا ممکن است با چه مشکلاتی مواجه شوند؟ در پاسخ به این پرسش موارد زیر را در اولویت قرار می‌دهیم:

### از دست دادن درک عمق

فرد دارای این مشکل نمی‌تواند به درستی درک کند پله چقدر بالا یا پایین است.

### از دست دادن حساسیت کترتاست

تشخیص چهره افراد، تشخیص لبه‌ها (مانند لبه پله)، دید در نور کم یا هوای

مه‌آلود برای این گروه مشکل است.

### اختلال در دید رنگ

چنین فردی در دید رنگ سبز، قرمز یا زرد و آبی مشکل دارد و ممکن است قادر به تمایز رنگ‌های چراغ راهنما در تقاطع‌ها نباشد.

### مشکلات در دید دور

این گروه از افراد هنگام تماشا تلویزیون، دیدن تخته کلاس، خواندن نام خیابان‌ها و تشخیص چهره افراد با مشکل روبه‌رو می‌شوند.