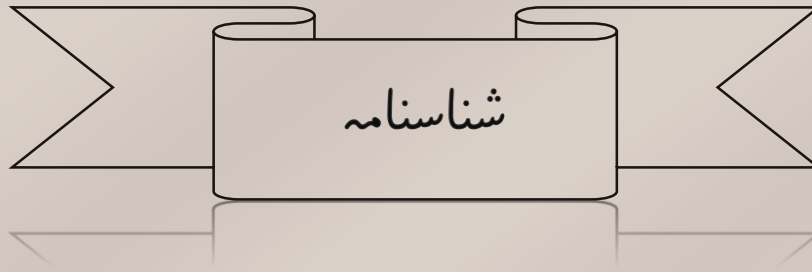




گاهنامه علمی آشنا

نصفه هفتم / زمستان ۱۴۰۲
شماره مجوز: ۱۱۳ / ۱۴۰ / ن / ف





مدیر مسئول : محمدرضا پهلوانی

سر دبیر : محمد احمدی

گرافیسٹ : مہدیہ سرابی

ہیئت تحریر یہ :

الہ درگاہی / فاطمہ بہاروند / سیرا خلجی / مصیب حیدری / محمدرضا پهلوانی



@anjoman_elmi_lums_alg

ایمنی در برابر زلزله ۴_۵

داروهای ضد انعقاد ۶_۹

داروی والپروات سدیم ۱۰_۱۳

قوانین احیای نوزاد ۱۴_۱۸

ای دی ای چ دی (ADHD) ۱۹_۲۶

ایمنی در برابر زلزله

4

پنجم دی ماه (سالروز زلزله بم) به عنوان "روز ملی ایمنی در برابر زلزله

و کاهش اثرات بلایای طبیعی" نامیده شده است و هدف از یادآوری و بزرگداشت آن، جلب نظر و توجه

عمومی به مخاطرات ناشی از وقوع پدیده های طبیعی مانند زلزله، سیل، طوفان، خشکسالی و شناسایی عوامل پیشگیری

و کاهش خسرات ناشی از آن خصوصا تلفات جانی و گسترش فرهنگ ایمنی در جامعه است.

راه های ایمنی در برابر زلزله



مثلت ایمنی در برابر زلزله عبارت است از: آگاهی / آمادگی / همکاری

آگاهی یعنی: داشتن دانش و اطلاعات درباره پدیده زمین لرزه و اقداماتی

که لازم است قبل و بعد از آن انجام داد تا از آسیب زمین لرزه مصون

ماند.

آمادگی یعنی: بالا بردن توانایی های خود برای آماده شدن هنگام رخ دادن زلزله و انجام کارهایی که برای قبل،

حین و بعد زلزله مناسب است؛ این آمادگی باعث دوری شخص از اضطراب و آشفتگی در زمان وقوع زلزله

میشود.

همکاری یعنی: همیاری و کمک کردن یکدیگر در زمان وقوع حادثه.

چند توصیه ایمنی هنگام وقوع زلزله

5

آرامش خود را حفظ کنید ؛ نه فقط هنگام وقوع زلزله بلکه در هر حادثه و پیشامدی
اگر خونسردی خود را حفظ کنیم ، به راحتی میتوانیم سختی هارا پشت سر بگذاریم .

در مکان های امن پناه بگیریم ؛ یعنی محل هایی که آسیب پذیری در آن نقاط کمتر می باشد مانند زیر میز های
محکم ، زیر ستون های اصلی ، نشستن و دست را روی سر قرار دادن .

دوری از مکان های ناامن ؛ مانند قفسه کتاب ها ، پنجره و شیشه ، دیوارهای
ترک خورده ، تیرهای برق .

مراقب پس لرزه ها هم باشید و مکانی امن را برای استراحت و ذخیره مواد دارویی و
غذایی آماده کنید .

اگر در طبقات بالا یا زیرین هستید ، صبر کنید و فوری تلاش برای خروج نکنید و اگر

در طبقه همکف باشید و به بیرون راه پیدا کردید به گونه ای عمل کنید که در راه های اصلی مانع تردد یا مزاحم تردد امدادگران
نشوید .

به محض استشمام بوی گاز در صورت امکان فلکه اصلی را قطع کنید و اگر نتوانستید ،
فورا محل را ترک کنید .

لوله های آب را چک کنید ، اگر لوله ها ترکیده اند از محل ورود شیر به ساختمان ،
شیر را قطع کنید .



داروهای ضد انعقاد

6

داروهای ضد انعقادی و ضد پلاکتهای داروهای هستند که احتمال لخته شدن

خون در سرخرگها، سیاهرگها یا قلب را کاهش می دهند . لخته ها می توانند سبب انسداد جریان خون به عضله قلبی و در نتیجه حمله قلبی شوند . آنها همچنین می توانند سبب انسداد جریان خون به مغز شده و منجر به سکته مغزی گردند .



استفاده از داروهای ضد انعقادی و ضد پلاکتهای در افرادی که در معرض خطر انعقاد خون هستند ، به حفظ جریان طبیعی خون کمک می کند .

این گروه داروها عموماً از تشکیل لخته های کوچک خون در سیاهرگها و نیز سرخرگها

و خطرات قلب جلوگیری می نمایند و تا حدودی مانع حرکت لخته های تشکیل شده (آمبولی) به سوی اندام های حیاتی بدن می شوند . با این وجود این گونه داروها لخته های خون را از بین نمی برند .

گروه داروهای ضد پلاکت مانع تجمع پلاکتها و در نتیجه مانع تشکیل لخته خون

می شوند . از این داروها مانند آسپیرین و دی پیریدامول در افرادی که مستعد لخته

سازی اند به منظور پیشگیری از تشکیل لخته خون استفاده می شود .

گروه داروهای ضد انعقاد در دو شکل تزریقی و خوراکی تولید و عرضه می شوند.

رایج ترین قلم دارویی تزریقی از این گروه هپارین است که به طور عمده در بیمارستانها و هنگام اعمال جراحی یا در جریان دیالیز کلیوی تجویز می شود .

امروزه انواع جدیدتر صنایع هپارین تهیه شده که از همان اثربخشی برخوردار و اثراشان طولانی تر است .

7

داروی وارفارین رایج ترین شکل خوراکی داروهای ضد انعقاد است که به منظور

پیشگیری از تشکیل لخته در عروق و قلب و جلوگیری از سگته ها تجویز می شود . از این دارو به دنبال سوانح یا در مبتلایان به اختلالات دریچه ای قلب یا پس از اعمال جراحی به ویژه اعمال تعویض دریچه های قلب که خطر بروز آمبولی بالاست ، استفاده می شود .



مشکل اصلی و شایعی که طی مصرف این داروها وجود دارد این است که مصرف بیش از حد آن ها می تواند سبب بروز خون ریزی از بینی یا لثه یا دستگاه ادراری یا سایر نقاط بدن شود . به همین علت مقدار مصرف دارو (دوز دارو) باید بسیار با دقت محاسبه شده ، برای اطمینان از قسمت سیستم انعقاد بدن ، آزمایش های خونی منظم انجام گیرد .

وارفارین

یک داروی ضد انعقاد است که معمولاً برای پیشگیری و درمان لخته شدن خون ، ترومبوز ورید عمقی آمبولی ریه و برخی بیماری های قلبی تجویز می شود .



• این دارو با مهار توانایی بدن برای تشکیل لخته های خون ، عمدتاً با تداخل در سنتز فاکتورهای انعقادی وابسته به ویتامین کا عمل می کند .

• وارفارین در فرمولاسیون های مختلف موجود است و معمولاً به صورت خوراکی تجویز می شود .

دارویی است که متعلق به دسته مهارکننده های مستقیم ترومبین است .

این دارو در درجه اول برای پیشگیری و درمان تشکیل لخته خون در بیماران مبتلا به ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین استفاده می شود .

- آرگاتروبان با مهار فعالیت ترومبین ، آنزیمی که در فرآیند لخته شدن خون دخیل است ، عمل می کند .
- این دارو به صورت داخل وریدی تجویز می شود و معمولاً در محیط های بیمارستانی تحت نظارت متخصصان استفاده می شود .
- دوز و مدت درمان با آرگاتروبان بر اساس عوامل فردی بیمار ، مانند شدت بیماری و عملکرد کلیه تعیین می شود .

آپیکسابان

دارویی است که برای جلوگیری از لخته شدن خون در افرادی که در معرض خطر حوادث ترومبوآمبولیک هستند، مانند ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی استفاده می شود .

- این دارو به دسته ای از داروها به نام ضد انعقاد خوراکی مستقیم یا ضد انعقاد

خوراکی جدید تعلق دارد .

- آپیکسابان با مهار یک عامل لخته شدن خاص عمل می کند و در نتیجه از تشکیل

لخته های خون جلوگیری می کند .



در پیشگیری و درمان ترومبوز وریدهای عمقی و ترومبوآمبولی ریوی ، جلوگیری از انعقاد خون در گردش خون خارج بدن طی جراحی قلب و روش های دیالیز ، بعنوان داروی کمکی در درمان آنژین ناپایدار ، آمبولی شریان محیطی و کاهش خطر بروز ترومبوز مغزی و مرگ در بیمارانی که دچار حمله پیشرونده شدید و ناگهانی می شوند ، مصرف می شود .



هپارین همچنین بعنوان پیشگیری در اعمال جراحی ارتوپدی و جراحی عمومی به کار می رود .

انوکسپارین

داروی ضد انعقاد است که از تشکیل لخته خونی جلوگیری می کند .

انوکسپارین از ترومبوز وریدهای عمقی (که میتوانند باعث آمبولی ریوی شوند) جلوگیری می کند .

ترومبوز وریدهای عمقی می تواند پس از جراحیهای بزرگ و یا بیمارانی که بعلت بیماری ، مدت زیادی در بستر هستند رخ دهد . همچنین انوکسپارین برای پیشگیری از مشکلات عروق خونی در بیماران دارای آنژین صدری ناپایدار و حمله قلبی نیز بکار می رود .

ریواروکسابان

نوعی ترکیب ضد انعقادخون است که از تشکیل لخته های خونی جلوگیری می نماید . به منظور پیشگیری و همچنین درمان ترومبوز وریدی عمقی استفاده می شود . ترومبوز وریدی عمقی ممکن است به آمبولی ریوی منجر شود که می تواند تهدید کننده حیات باشد .

داروی والپروات سدیم



والپروات و والپروات سدیم (Sodium valproate) یا والپروئیک اسید (Valproic acid) با نام‌های تجاری دپاکین و والپاکین از داروهای ضد افسردگی، هیجانی، عصبی، عدم تعادلات روانی و ضد صرع یا تشنج و جهت کنترل اختلالات دوقطبی است. این دارو بیشتر برای پیشگیری از تشنج ناشی از قطع مصرف داروهای اعصاب تجویز می‌شود.

والپروات سدیم اثرات آرام بخشی نیز دارد و گاهی برای درمان اختلال هراس تجویز می‌شود. این دارو برای جلوگیری از سردردهای میگرنی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

موارد مصرف

والپروئیک اسید برای درمان صرع آبسنس ساده و مرکب تجویز می‌شود.

در این نوع صرع، بیمار به‌طور ناگهانی دچار از دست دادن هوشیاری می‌شود

به‌طوری که چهره‌اش بی‌حالت شده و بی‌حرکت باقی می‌ماند. والپروئیک اسید



کمک می‌کند تا دفعات بروز این صرع کمتر گردد و به عنوان یک درمان خط دوم برای تشنج جزئی و اسپاسم‌های شیر

خوار استفاده می‌شود. همچنین برای کنترل بیماری صرع به صورت داخل وریدی استفاده می‌شود. والپروئیک اسید

برای تثبیت خلق در اپیزودهای مانیا و مختلط اختلال دوقطبی (افسردگی-مانیا) و پیشگیری از میگرن هم به کار می‌رود.

این دارو به دلیل اثرات مهار کننده هیستون-دیاستیلاز در درمان ایدز و

سرطان آزمایش شده است .

مکانیسم اثر

هرچند مکانیسم دقیق عملکرد این دارو روشن نیست اما احتمالاً جلوگیری از کاهش فسفاتیدیل اینوزیتول (۳,۴,۵) تری فسفات یا PIP3 موجب اثر کاهش تشنجی آن است . این دارو همچنین کانال‌های وابسته به ولتاژ سدیم غشا را بلوک می‌کند و سطح GABA مغزی را افزایش می‌دهد .

عوارض جانبی

گیجی، تغییرات خلقی یا رفتاری، تاری دید، حرکات‌های غیرعادی چشم‌ها به عقب و جلو، دوبینی ، مشاهده لکه در میدان بینایی ، افزایش دفعات صرع ، هایپوگلیسمی ، کبودی یا خونریزی غیرعادی ، لرزش در بدن (به خصوص دست‌ها و چانه) ، راه رفتن پارکینسونی (نه به این معنا که بیمار پارکینسون دارد) ، بی‌اشتهایی ، تهوع و استفراغ ، درد شکمی شدید ، خستگی و ضعف ، زردی پوست یا چشم‌ها ، اسهال یا یبوست ، سرگیجه یا خواب‌آلودگی خفیف ، سوءهاضمه ، سردرد ، بی‌قراری ، مشکل در به خواب رفتن ، ریزش مو ، تغییرات دوره ماهانه ، بثورات جلدی ، افت مهارت‌های حرکتی بدنی ، کاهش یا افزایش وزن غیرعادی و همچنین قرمز شدن چشم‌ها .

اسید والپروئیک هشدار جعبه سیاه برای سمیت کبدی ، پانکراتیت و نقص‌های جنینی دارد . شواهدی وجود دارد که والپروئیک اسید ممکن است باعث رشد زودرس و استخوانی شدن صفحات رشد استخوانی در کودک و نوجوان و در نتیجه کوتاهی قد شود .

اسید والپروئیک همچنین می‌تواند باعث میدریازیس مردمکها شود . شواهدی وجود

دارد که نشان می‌دهد اسید والپروئیک ممکن است احتمال بروز

سندرم تخمدان پلی کیستیک در زنان مبتلا به صرع یا اختلال دو قطبی

را افزایش دهد .

مطالعات نشان داده اند که این خطر ابتلا به PCOS در زنان مبتلا به صرع در مقایسه با افراد دارای اختلال دو قطبی بیشتر است . افزایش وزن نیز ممکن است رخ دهد .

تداخلات دارویی

والپروات CYP2C9 ، گلوکوکورونیل ترانسفراز و اپوکسید هیدرولاز را مهار می‌کند و اتصال به پروتئین بالا دارد و از این رو ممکن است با داروهایی که بسترهای مربوط به هر یک از این آنزیم‌ها هستند یا کاملاً پروتئینی هستند ، در تداخل باشد . همچنین ممکن است اثرات مهار کننده CNS الکلی را تقویت کند . این دارو به دلیل احتمال کم کردن کلیرانس سایر ضد تشنج‌ها (از جمله کاربامازپین ، لاموتریزین ، فنیئوئین و فنوباریتون) نباید همراه با سایر ضد صرع‌ها مصرف شود . همچنین ممکن است با برخی داروهای دیگر در تداخل باشد :

آسپرین : ممکن است غلظت والپروات را افزایش دهد. همچنین ممکن است در متابولیسم والپروات اختلال ایجاد کند .

بنزودیازپین‌ها : ممکن است باعث سرکوب CNS شود و اثر متقابل فارماکوکینتیک وجود دارد .

آنتی بیوتیک های کاربپنم :

سطح والپروات را کاهش می دهد که به طور بالقوه منجر به تشنج می شود .

13

سایمتیدین : متابولیسم والپروات را در کبد مهار می کند و منجر به

افزایش غلظت

والپروات می شود .

اریترومایسین : متابولیسم والپروات را در کبد مهار می کند و منجر به افزایش غلظت والپروات می شود .

Ethosuximide : ممکن است غلظت اتوسکسیمیید را افزایش داده و منجر به سمیت شود .

فلبامات : ممکن است غلظت پالپروات پلاسما را افزایش دهد .

مفلوکین : ممکن است متابولیسم والپروات همراه با اثرات صرع مستقیم مفلوکین را افزایش دهد .

قرص های ضد بارداری خوراکی : ممکن است غلظت پالپروات پلاسما را کاهش دهد .

Primidone : ممکن است متابولیسم والپروات را تسریع کند .

ریفامپین : باعث افزایش ترشحات والپروات شده و منجر به کاهش غلظت

والپروات می شود .

وارفارین : ممکن است غلظت وارفارین را افزایش داده و مدت زمان خونریزی

را طولانی تر کند .

زیدوودین : ممکن است غلظت سرمی زیدوودین را افزایش داده و منجر به سمیت شود .

قوانین احیای نوزاد

14

احیای قلبی تنفسی یا **CPR** ، یک اقدام نجات‌دهنده است که شما می‌توانید

برای نجات جان کودک‌کی که هیچ علائمی از زندگی نشان نمی‌دهد ، یعنی بیهوش است و نفس نمی‌کشد انجام دهید .

احیای قلبی تنفسی با استفاده از فشار قفسه سینه و تنفس مصنوعی ، خون غنی از اکسیژن را تا زمان احیای کودک یا رسیدن اورژانس ، در مغز و سایر اندام‌های حیاتی کودک به گردش درمی‌آورد .

حفظ گردش خون حامل اکسیژن به جلوگیری از آسیب مغزی که می‌تواند طی چند دقیقه رخ دهد و باعث مرگ شود کمک می‌کند .

تأکید می‌کنیم که، لطفاً به هیچ مطلبی به عنوان تنها منبع اطلاعات خودتان اتکا نکنید

و گمان نکنید که فقط با خواندن و بدون تمرین عملی نزد یک فرد آموزش

دهنده بتوانید **CPR** کودک را یاد بگیرید . برای یادگیری و تمرین تکنیک‌های

مناسب ، باید به قدر کافی وقت بگذارید و دوره احیای قلبی تنفسی نوزاد ،

شیرخوار و کودکان بالای یک سال را در کلاس‌های کمک‌های اولیه

بگذرانید ، چون این تکنیک‌ها با توجه به سن کودک متفاوت است و انجام

نادرست آنها می‌تواند برای کودک خطرناک باشد . در این مطلب می‌توانید

با مراحل انجام احیای قلبی تنفسی شیرخوار زیر یک سال آشنا شوید .



احیای قلبی تنفسی در کودک بزرگتر از یک سال

مطالعه می‌کنید : مرحله یک : بررسی اولیه / مرحله دو : ۳۰ فشار روی قفسه سینه یا ماساژ قلبی / مرحله سه : دو تنفس

مصنوعی / مرحله چهار : مراجعه به پزشک

اول مطمئن شوید که کودک شیرخوار چه وضعیتی دارد . اگر کودک در وضعیت

غیرپاسخگو یا بیهوشی بود ، برای انجام احیای قلبی تنفسی به ترتیب زیر عمل

کنید :

- با فریاد زدن اسم کودک ، سعی کنید توجه او را جلب کنید .
- اگر پاسخ نمی‌دهد ، به کف پای او ضربه‌ای بزنید و هنگام بررسی تنفس کودک ، دوباره بلند صدایش بزنید .
- برای بررسی کردن تنفس ، ببینید که آیا قفسه سینه او بالا و پایین می‌رود یا نه و به دنبال شنیدن صدای نفس کشیدنش باشید .
- اگر کودک پاسخ نمی‌دهد و نفس نمی‌کشد یا بریده‌بریده و به زحمت نفس می‌کشد ، از شخصی بخواهید با ۱۱۵ یا شماره اورژانس محل زندگی تان تماس بگیرد .
- اما اگر با کودک تنها هستید و عملیات نجات را بلدید ، دو دقیقه مراقبتی را طبق شرح زیر اجرا کنید و خیلی همزمان با اورژانس تماس بگیرید تا مسئول آگاه اورژانس در این کار مهم در کنار و همراه شما باشد .
- به سرعت اما با ملایمت کودک را به پشت روی یک سطح صاف و سفت قرار دهید .
- کنار او بایستید یا زانو بزنید .
- مطمئن شوید که خونریزی شدیدی ندارد .
- اگر خونریزی دارد ، با اعمال فشار بر ناحیه ، اقدامات لازم را برای متوقف کردن خونریزی انجام دهید .
- تا زمانی که خونریزی تحت کنترل نباشد ، احیای قلبی تنفسی را انجام ندهید .



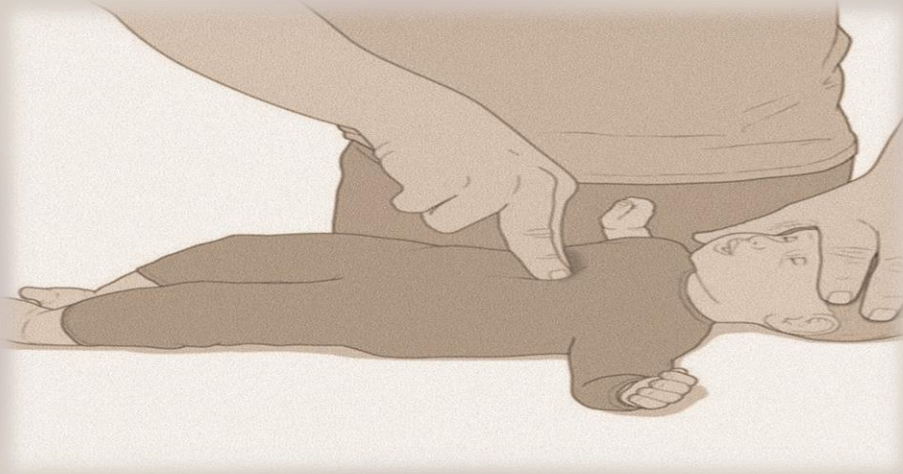
مرحله دو: ۳۰ فشار روی قفسه سینه یا ماساژ قلبی

16

بعد از کنترل خونریزی ، می‌توانید ۳۰ فشار روی قفسه سینه را اعمال کنید .

برای این کار به شکل زیر عمل می‌شود :

- یک دست را روی پیشانی کودک شیرخوار قرار دهید .
- نرمی نوک دو یا سه انگشت را در مرکز قفسه سینه کودک ، درست زیر خطی فرضی بین نوک سینه‌ها مثل شکل زیر قرار دهید .



- سینه را به اندازه تقریبی $\frac{8}{3}$ ، یعنی سه سانتی‌متر و هشت میلی‌متر ، مستقیماً به طرف پایین فشار دهید .
- سپس بگذارید قفسه سینه به حالت عادی خود برگردد .
- این فشارها باید قدرتی نرم ولی یکنواخت داشته باشند و تند و پرشی نباشند .
- ۳۰ فشار قفسه سینه را با سرعت دو فشار در ثانیه انجام دهید .
- با صدای بلند بشمارید : یک و دو و سه و ... ، و در حینی که عدد را می‌گویید به پایین فشار دهید و در حینی که و را می‌گویید دستتان را بالا بیاورید .

بعد از ۳۰ بار فشار ، لازم است دو تنفس مصنوعی انجام بدهید . اما اگر انجام

تنفس مصنوعی دهان به دهان را بلد نیستید ، انجام فشارهای قفسه سینه که در

بالا آمده ، بهتر از هیچ کاری نکردن است . برای دو تنفس مصنوعی به ترتیب زیر عمل کنید :

- با قرار دادن یک دست بر پیشانی کودک و دو انگشت روی چانه او و عقب دادن سرش ، طوری که در حالتی خنثی قرار گیرد ، مسیر تنفسی او را باز کنید .

- با دهان خود روی بینی و دهان کودکتان را شبیه شکل زیر کاملاً ببندید .



- یک نفس معمولی بکشید و حدود یک ثانیه به بینی و دهان کودک هوا بدمید و ببینید که آیا قفسه سینه‌اش بالا می‌رود یا خیر .

- اگر قفسه سینه بلند نشد ، قبل از دادن تنفس مصنوعی دوم ، دوباره سر کودک را عقب بدهید و از بسته شدن جلوی دهان و بینی او با دهان خودتان اطمینان حاصل کنید .

- اگر سینه کودک بلند نشود ، مسیر تنفسی او مسدود است .

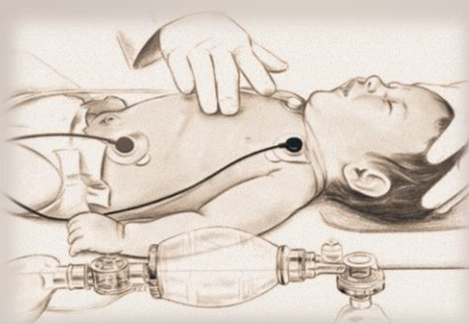
- دهان کودک را باز کنید ، به دنبال عامل انسداد بگردید و در صورت امکان آن را بردارید .

- پس از هر سری فشار روی قفسه سینه ، دهان کودک را در جست و جوی شی خارجی نگاه کنید تا وقتی که در حین ورود تنفس مصنوعی ، سینه کودک بالا بیاید .

شما می توانید عمل ۳۰ فشار قفسه سینه و دو تنفس مصنوعی را ادامه دهید تا به یکی از موارد زیر برخورد کنید :

- متوجه یک نشانه بارز حیات در کودک شوید .
- یک دستگاه شوک خارجی خودکار (AED) آماده استفاده باشد .
- شما تقریباً دو دقیقه احیای قلبی تنفسی را که شامل پنج دور فشار قفسه سینه و تنفس مصنوعی است ، انجام داده اید و شخص دیگری آماده است تا جای شما را بگیرد .
- شما تقریباً دو دقیقه احیای قلبی ریوی را که شامل پنج دور فشار قفسه سینه و تنفس مصنوعی است انجام داده اید ، ولی با کودک تنها هستید و حالا باید با شماره ۱۱۵ یا شماره اضطراری شخصی تماس بگیرید .
- پرسنل اورژانس جای شما را بگیرند .
- برای ادامه دادن خیلی خسته هستید .
- محل حادثه ناامن شده است .

مرحله چهار : مراجعه به پزشک



- حتی اگر کودک در زمان رسیدن کمک و اورژانس خوب به نظر برسد ،
- باز هم یک پزشک متخصص باید او را معاینه کند تا مطمئن شوید که مسیر
- هوایی او کاملاً باز است و کودکان دچار هیچ نوع جراحت داخلی نشده است .

اختلال روانی ای دی ایچ دی (ADHD)

19

ای دی ایچ دی یا اختلال نقص توجه/بیش فعالی ، یکی از شایع ترین اختلالات روانی ست که اکثراً کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد.

ای دی ایچ دی چیست ؟

افراد با ADHD ، کمبود توجه دارند (ناتوانی در حفظ تمرکز) ، بیش فعال (حرکت بیش از حد که با محیط مناسب نیست) و تکانشگر (اعمال عجولانه که در لحظه بدون فکر اتفاق می افتد) هستند.

ADHD یک اختلال مزمن و ناتوان کننده در نظر گرفته می شود که فرد را در بسیاری از جنبه های زندگی از جمله دستاوردهای تحصیلی و حرفه ای ، روابط بین فردی و عملکرد روزانه تحت تاثیر قرار می دهد.

اختلال بیش فعالی و نقص توجه در صورت عدم درمان مناسب می تواند منجر به عزت نفس و عملکرد اجتماعی ضعیف در کودکان شود.



بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه ، ممکن است عزت نفس پایین ، حساسیت نسبت به انتقاد ، و افزایش انتقاد از خود را تجربه کنند که احتمالاً ناشی از سطوح بالاتر انتقاد در طول زندگی است.

تخمین زده می شود که ۸/۴٪ از کودکان و ۲/۵٪ از بزرگسالان ADHD دارند .

ADHD ، اغلب برای اولین بار در کودکان مدرسه ای شناسایی می شود که منجر به اختلال در یادگیری درس یا مشکل در انجام تکالیف مدرسه داشته باشد .

با توجه به تفاوت در نحوه بروز علائم ، این بیماری در پسران بیشتر از دختران تشخیص

داده می شود . با این حال ، این بدان معنا نیست که پسران بیشتر به بیش

فعالی مبتلا می شوند . پسران تمایل به بیش فعالی و سایر علائم بیرونی دارند در حالی

که دختران تمایل به عدم تحرک دارند .

علائم اچ دی اچ دی چیست و چگونه تشخیص داده می شود ؟

بسیاری از کودکان ممکن است در یک جا نشستن ، منتظر ماندن ، توجه کردن ،

بی قرار باشند و رفتار تکانشی داشته باشند .

با این حال ، کودکانی که معیارهای تشخیصی **ADHD** را برآورده می کنند ، از این

نظر تفاوت دارند که علائم بیش فعالی ، تکانشگری ، سازماندهی و یا بی توجهی آنها به طور قابل توجهی بیشتر از حد

انتظار برای سن یا سطح رشد آنها است .

این علائم منجر به رنج قابل توجهی می شود و باعث ایجاد مشکلاتی در خانه ، مدرسه یا محل کار و روابط می شود . علائم

مشاهده شده نتیجه نافرمانی فرد یا ناتوانی در درک وظایف یا دستورالعمل ها نیست .

انواع ای دی اچ دی

عمدتاً سه نوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه وجود دارد :

۱. نوع عمدتاً بی توجه

۲. نوع عمدتاً بیش فعال / تکانشی

۳. نوع ترکیبی

تشخیص نوع اختلال بر اساس وجود علائم پایدار است که در یک دوره زمانی

21

رخ داده و در شش ماه گذشته قابل توجه است. در حالی که ADHD را

میتوان در هر سنی تشخیص داد، این اختلال از دوران کودکی شروع می شود.

هنگام بررسی تشخیص، علائم باید قبل از ۱۲ سالگی فرد وجود داشته باشد و باید در بیش از یک مرحله مشکل ایجاد کرده باشد. به عنوان مثال، علائم نمیتوانند تنها فقط در خانه بروز کنند.

نوع بی توجه

بی توجهی با چالش هایی در انجام کار، تمرکز و سازمان دهی همراه است. برای تشخیص این نوع ADHD، شش (یا پنج مورد برای افراد ۱۷ ساله یا بیشتر) از علائم زیر اغلب رخ می دهد:

۱. به جزئیات توجه نمی کند یا در کارهای مدرسه یا شغلی اشتباه می کند.
۲. در تمرکز روی کارها یا فعالیت ها، مانند سخنرانی، مکالمه یا مطالعه طولانی مشکل دارد.
۳. به نظر می رسد وقتی با او صحبت می شود گوش نمی دهد (یعنی به نظر می رسد فکر او جای دیگری است).
۴. دستورالعمل ها را دنبال نمی کند و تکالیف مدرسه، کارهای خانه یا وظایف شغلی را کامل نمی کند (ممکن است کارها را شروع کند اما به سرعت تمرکز خود را از دست می دهد).
۵. در سازماندهی کارها مشکل دارد (مثلاً زمان را به خوبی مدیریت نمی کند؛ کارها را نامرتب و نامنظم انجام می دهد).
۶. از کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است، مانند تهیه گزارش ها و تکمیل فرم ها، اجتناب می کند یا دوست ندارد.
۷. اغلب چیزهایی را که برای کارها یا زندگی روزمره لازم است از دست می دهد، مانند اوراق مدرسه، کتاب، کلید، کیف پول، تلفن همراه و عینک.



۸. به راحتی حواسش پرت می‌شود.

۹. کارهای روزانه مانند انجام کارهای خانه و انجام امور را فراموش می‌کند. نوجوانان

و بزرگسالان مسن تر ممکن است فراموش کنند که به تماس های تلفنی پاسخ

دهند، صورتحساب ها را پرداخت کنند و قرار ملاقات بگذارند.

نوع بیش فعال / تکانشی

بیش فعالی به حرکات بیش از حد مانند بی قراری، انرژی بیش از حد، ثابت نشستن و پرحرف بودن اشاره می‌کند و تکانشگری به تصمیمات یا اقداماتی اشاره دارد که بدون فکر کردن به عواقب آن انجام می‌شود.

برای تشخیص این نوع ADHD، شش (یا پنج مورد برای افراد ۱۷ ساله یا بیشتر) از علائم زیر اغلب رخ می‌دهد:

۱. بی قراری می‌کند یا با دست یا پا ضربه می‌زند، یا روی صندلی تکان می‌خورد.

۲. قادر به نشستن نیست (در کلاس درس، محل کار).

۳. می‌دود یا از جایی که نامناسب است بالا می‌رود.

۴. قادر به بازی یا انجام فعالیت های اوقات فراغت به آرامی نیست.

۵. همیشه "در حال حرکت" است، گویی توسط یک موتور هدایت می‌شود.

۶. زیاد حرف می‌زند.

۷. قبل از اینکه سوالی تمام شود، پاسخی را به زبان می‌آورد (مثلاً ممکن است جملات

افراد را تمام کند، منتظر صحبت کردن در مکالمات نمی‌ماند).

۸. به سختی در انتظار نوبت خود است، مثلاً در هنگام انتظار در صف.



۹. حرف دیگران را قطع می‌کند یا به آنها نفوذ می‌کند (مثلاً مکالمات، بازی‌ها یا فعالیت‌ها را قطع می‌کند یا بدون اجازه از چیزهای دیگران استفاده می‌کند).

نوع ترکیبی

این نوع ADHD تشخیصی است که هنگامی که هر دو معیار برای هر دو نوع بی‌توجه و بیش‌فعال/تکانشی برآورده می‌شود، مشخص می‌شود.

ای دی اچ دی معمولاً توسط ارائه‌دهندگان سلامت روان یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه تشخیص داده می‌شود.

ارزیابی روانپزشکی شامل شرح علائم از بیمار و مراقبان، تکمیل مقیاس‌ها و پرسشنامه‌ها توسط بیمار، مراقبین و معلمان، سوابق کامل روانپزشکی و پزشکی، سابقه خانوادگی و اطلاعات مربوط به آموزش، محیط و تربیت است. همچنین ممکن است شامل ارجاع برای ارزیابی پزشکی برای رد سایر شرایط پزشکی باشد.



توجه به این نکته مهم است که شرایط متعددی مانند اختلالات یادگیری، اختلالات خلقی، اضطراب، مصرف مواد، آسیب‌های سر، شرایط

تیروئید و استفاده از برخی داروها مانند استروئیدها می‌توانند ADHD را تقلید کنند.

همچنین بیش‌فعالی و نقص توجه ممکن است با سایر شرایط سلامت روان، مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک، اختلالات اضطرابی و اختلالات یادگیری همراه باشد.

بنابراین، ارزیابی کامل روانپزشکی بسیار مهم است. هیچ آزمایش خون یا تصویربرداری معمولی برای تشخیص این اختلال وجود ندارد.

گاهی اوقات ، بیماران ممکن است برای آزمایش های روان شناختی اضافی (مانند آزمایش های عصبی روان شناختی یا روان شناختی) ارجاع داده شوند یا ممکن است تحت آزمایش های کامپیوتری برای ارزیابی شدت علائم قرار گیرند.

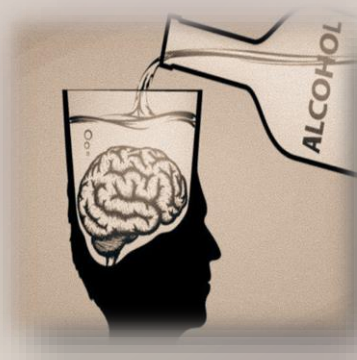
علل بروز اختلال بیش فعالی و نقص توجه

دانشمندان هنوز علل خاصی برای بروز ای دی اچ دی شناسایی نکرده اند. در حالی که شواهد فزاینده ای وجود دارد که ژنتیک به ای دی اچ دی کمک می کند و چندین ژن با این اختلال مرتبط هستند ، البته هیچ ژن یا ترکیب ژن خاصی به عنوان علت این اختلال شناسایی نشده است .

با این حال ، توجه به این نکته مهم است که بستگان افراد مبتلا به **ADHD** نیز اغلب تحت تأثیر قرار می گیرند .

شواهدی از تفاوت های آناتومیکی در مغز کودکان مبتلا به ای دی اچ دی در مقایسه با سایر کودکان بدون این بیماری وجود دارد .

به عنوان مثال ، کودکان مبتلا به **ADHD** حجم ماده خاکستری و سفید مغز کمتری دارند و در حین انجام وظایف خاص ، نواحی مختلف مغز را فعال می کنند . مطالعات بیشتر نشان داده است که لوب های پیشانی ، هسته دمی و ورمیس مخچه مغز در **ADHD** تحت تأثیر قرار می گیرند .



چندین عامل غیر ژنتیکی نیز با این اختلال مرتبط هستند ، مانند وزن کم هنگام تولد ، زایمان زودرس ، قرار گرفتن در معرض سموم (الکل ، سیگار ، سرب و غیره) در دوران بارداری و استرس شدید در دوران بارداری .

درمان ADHD معمولاً شامل ترکیبی از تراپی و مداخله دارویی است. در کودکان

پیش دبستانی و کوچکتر، رویکرد خط اول توصیه شده شامل راهبردهای رفتاری

در قالب آموزش مدیریت والدین و مداخله در مدرسه است.

درمان تعامل والد-کودک (PCIT) یک روش درمانی مبتنی بر شواهد برای کمک به کودکان خردسال مبتلا به ای دی اچ دی و اختلال نافرمانی مقابله ای است.

بر اساس دستورالعمل های فعلی، محرک های روانی (آمفتامین ها و متیل فنیدات) درمان های دارویی خط اول برای مدیریت بیش فعالی هستند.

در بیماران پیش دبستانی مبتلا به این اختلال، آمفتامین ها تنها داروی مورد تایید FDA هستند، اگرچه دستورالعمل ها نشان می دهد که در صورت ناکافی بودن مداخلات رفتاری، متیل فنیدات به جای آمفتامین ها ممکن است مفید باشد.

آگونیست های آلفا (کلونیدین و گوانفاسین) و مهارکننده انتخابی بازجذب نوراپی نفرین، اتوموکستین، دیگر گزینه های مورد تایید FDA برای درمان ای دی اچ دی هستند.

داروهای جدیدتر مورد تایید دیگری نیز وجود دارد، از جمله Jornay (متیل فنیدات طولانی رهش)

که در شب مصرف می شود و اثر دارو را از صبح روز بعد شروع می کند،

Xelstrym (دکستروآمفتامین) که یک پیچ آمفتامین است.



Qelbree (ویلوکسازین) که یک دارو است . غیر محرک ، آدازنیا (متیل فنیدات

26

هیدروکلراید) ، دیاناول (سوسپانسیون خوراکی با رهش طولانی آمفتامین) ،

Mydayis (محصول آمفتامین نمک های مخلوط) ، و کوتیپلا (قرص متیل فنیدات

طولانی رهش خوراکی تجزیه کننده) .

بسیاری از کودکان و خانواده ها بسته به اثربخشی و تحمل دارو ، می توانند گزینه های دارویی مختلف را به طور متناوب تغییر دهند .

هدف از درمان بهبود علائم برای بازگرداندن عملکرد در خانه و مدرسه است . بنابراین تراپی نیز در کنار دارو ها بسیار کمک کننده است .



A product shot featuring a clear glass bottle of LIQUID and a small, light-colored ceramic vase. The bottle has a silver-colored screw cap and a white label with the word "LIQUID" in a large, bold, sans-serif font. Below the name, there is smaller text including "FOUNDED BY MARCO MARINO" and a list of ingredients. The bottle is positioned on the left side of the frame. To its right is a small, light-colored ceramic vase containing a branch with several dried, brown leaves. The background is a simple, light-colored wall with a vertical seam or shadow line. The overall aesthetic is clean and minimalist.