

امراض معمول

گوش، گلو و بینی

بخش اول

(برای همه)

داکتر اباسین محبی

دانش طب در تمام زمینه ها و رشته های تخصصی و فوق تخصصی موجود به سرعت در حال پیشرفت و ترقی است. وسعت و گسترش آنچه که هر داکتر در خصوص قسمت های مختلفه بدن باید بداند و بشناسد تا بر اساس آن بتواند برای مریضان خود مفید واقع شود برکسی پوشیده نیست.

امراض گوش، گلو و بینی جز شایع ترین امراض است که هر داکتر در پراکتیک عمومی و حتی متخصص در سایر رشته ها باید حضور ذهن و آگاهی قابل قبولی نسبت به آنها داشته باشد.

یکی از اهداف تدوین این کتاب آشنایی داکتران، متخصصین و مردم عام با امراض معمول گوش و گلو که در جامعه ما بسیار شایع اند میباشد تا به آنها در تداوی مناسب و نوع برخورد با افت کمک کرده باشد.

درین کتاب بعضی از لغات که در زبان طبی ما به صورت روتین انگلیسی به کار میرود به همان شکل آمده است تا با ترجمه آن با لغات نا آشنایی دری که از نظر طبی، فهم و درک متن با مشکلات مواجه نشود.

امیدوارم که کتاب حاضر که با نیت کمک به مریضان تدوین شده است رهنمای خوبی برای عزیزان باشد به علت تجربه اول در تدوین این کتاب نواقص فراوانی وجود دارد که یاد آوری و رهنمایی عزیزان همکار و خوانندگان ارجمند می تواند راهگشای این معضل باشد. بنا برین تقاضا دارم هر گونه لغزش که در تدوین کتاب به نظر مبارکشان رسید از یاد آوری دریغ نورزند و پیشاپیش از این همکاری تشکر میکنم. در خاتمه از تمام دوستانی که درین راستا با من همکاری کردند قدردانی میکنم زیرا بدون کمک آنها انتشار این کتاب امکان پذیر نبود.

سرچرخي Vertigo

تعريف : سرچرخي يك احساس ذهني است كه ميتواند حالت چرخشي يا دوراني داشته باشد . از نظر علمي سرچرخي را به احساس تغير يافته ارتباط با فضا يا هر گونه احساس چرخشي به علت حركت خود شخص يا اشيا حس ميشود تعريف ميكنند.

سرچرخي مشكلي است كه در ايجاد ان اعضاي مختلفي شركت دارند و اختلال عملکرد يكي از اعضاي دخيل در تعادل باعث سرچرخي ميشود. به همين دليل سرچرخي يك مريض با علت هاي متعدد ميباشد و بايد داکتر دقت بيشتري براي بررسي اين مرض نمايد و ممكن است براي رفع ان ملاقات هاي مکرر با داکتر نياز باشد. براي بررسي بهتر علل سرچرخي سيستم تعادلي را مختصرا شرح ميدهيم. در 85 فيصد واقعات علت آن در گوش داخلي و عصب 8 قحفي موجود ميباشد.

سيستم تعادلي : فيزولوژي سيستم تعادلي بدن انسان با سيستم هاي ذيل در تماس است.

1 – سيستم وستيبولر گوش

2- اعضاي حسي كه به دو گروپ تقسيم ميشود :

الف : اكستروسپيتيو كه شامل

بينايي و حس لامسه در جلد است

ب : پروپروسپيتيو : كه شامل عضلات ، مفاصل و تندون ها است

3- اعضاي حركتي : دستگاه پاراميدل و اكسترا پاراميدل . مغز و مخ عظم و ارتباطات بين ان.

انواع سرچرخي :

1 – سرچرخي فيزولوژيك : حركات و فعاليت هاي غير طبيعي در اعضاي تعادلي سبب ايجاد سرچرخي ميشود مانند:

الف : نگاه كردن به پايين از ارتفاع زياد باعث تحريك بينايي ميشود .

ب : چرخيدن به دور خود باعث تحريك مجاري نيم دايره ميشود.

ج : حركت سريع كف اتاق به علت تحريك جلد و انساج عميق پا .

2 – سرچرخي پتالوژيك : امراض كه در اعضاي سيستم تعادلي وجود دارد باعث سرچرخي ميشود كه شامل :

الف : امراض گوش داخلي كه شامل امراض سيستم وستيبولار ، عصب وستيبولار و ارتباطات مركزي ان .

ب : كوري ناگهاني

ج : لوچي چشم

د : از بین رفتن آنی حسیت اندام سفلی یا تحتانی به علت نیوریت محیطی

ه : ضعف یا فلج نیروون حرکتی علوی یا سفلی

و : سختی حرکات در آفت پارکینسون

از امراضی که باعث سرچرخی پتالوژیک میشود می توان به موارد مهم ذیل اشاره کرد.

1 – لابرنتیت که شامل انواع ذیل میشود :

الف : غیر التهابی که علل آن شامل :

1 – بعد از عملیات های جراحی گوش به علت آسیب به پری لنف

2- تروما که شکستگی استخوان که سبب صدمه به لابرینت و سرچرخی میشود.

2- التهابی که از علل آن میتوان به موارد ذیل اشاره کرد:

1 – ویروسی که معمولا مربوط به ویروس سیفلیس است و مشکل توازن بعد از مدتی بهبود میابد.

2 – باکتریال که به دنبال مننژیت و یا التهاب قیحی مزمن ایجاد می شود که از علل التهابی سرچرخی است.

3 – مرض منیر : مرضی است که علت آن مشخص نیست که در آن سرچرخی توام با برنگس گوش و کاهش شنوایی عصبی همراه است.

4 – سرچرخی وضعیتی سلیم : وقتی سر در یک وضعیت خاص قرار بگیرد پس از مدت زمان کوتاهی به طور ناگهانی سرچرخی آغاز شده و پس از چند لحظه از بین میرود و این سرچرخی تا هفته ها ادامه داشته و پس از مدتی از بین میرود . گاهی هنگام پهلوی به پهلوی شدن در خواب و هنگام بیدار شدن در صبح مریض آن را احساس می کند .

5 – سرچرخی وضعیتی مرکزی : این سرچرخی به نام وضعیتی خبیث نیز یاد میشود که علت آن موجودیت تومور در ناحیه ساقه مغز و فضای خلفی مغز ایجاد شده و بشکل پایدار میباشد.

6 – نوریت ویستیبولار : یک آفت ویروسی بوده که عصب ویستیبولار را مصاب میسازد . التهابات موضعی دهان ، دندان ، تانسل و سینوس ها نقش مهمی در ایجاد این مرض دارد. حملات سرچرخی درین آفت شدید بوده و بین یک تا سه هفته طول میکشد و با دلبدی و استفراغ همراه میباشد.

7 – لابرنتیت توکسیک (سمی) حاد : شایعترین علت سرچرخی است که توسط متخصص گوش ، گلو و بینی دیده میشود و متعاقب التهابات انف و گلو ظاهر می گردد . این مرض ممکن است در مسمومیت دوائی ، الرژی و در افراد ضعیف و یا به دنبال مصرف زیاد الکل دیده شود . سرچرخی از 24 – 48 ساعت ظاهر شده و پس از 7 الی 10 روز از بین میرود.

بی : میگرن : که شروع آن میتواند با سرچرخی باشد

سی : صرع : در شروع حمله سرچرخی از علایم اولیه میباشد.

دی : ملتپیل اسکروزس : این مرض نیز گاهی با استفراغ و سرچرخی همراه میباشد.

ای : علل وعایی : لخته در واوعیه دستگاه تعادلی می تواند علت سرچرخی باشد .

اف : بالا رفتن فشار قحف : به هر علتی نذیر التهاب می تواند باعث سرچرخی شود.

جی : زونای گوش : مرضی است با علامه سرچرخی . برنگس گوش ، کاهش شنوایی و فلج عصب وجهی

اچ : ادویه های خواب آور ، ضد تشنج ، ضد پارکینسون و پایین آورنده ده های فشار خون .

آی : آسیب مغزی به هر علت مانند فشار خون مزمن .کم خونی و تضیق دسامات قلبی.

جی : بعضی امراض و حالات غدد داخلی مانند قاعدگی .حاملگی و یاسگی .کم کاری غده پاراتایروید و کاهش قند خون .

ک : بعضی افراد در مسافرت یا حرکت با موتر و ریل و یا کشتی مبتلا به سرچرخی میشود .

ال : مسایل روانی : تعداد زیادی از مریضان را شامل میشود.

تداوی و مشوره ها به مریض

قبل از هر چیز باید به مریض گوشتزد کرد از تشویش بپرهیزد چرا که نگرانی و اضطراب نه تنها باعث تشدید مریضی میشود بلکه موجب می گردد که تداوی ها به کار گرفته شده موثر واقع نگردد.با توجه به وسعت عللی که باعث سرچرخی میگردد و نیز ذکر این نکته که اکثر سرچرخی ها شدید و جز امراض گوش داخلی میباشد بهتر است افراد مبتلا به متخصصین گوش .گلو و بینی مراجعه کنند و با عنایت به این نکته که اکثر سرچرخی ها قابل تداوی اند به توصیه های داکتر به دقت عمل نمایند .تداوی سرچرخی با توجه به علت زمینه یی ان متفاوت بوده دو به اساس علل آن تداوی صورت میگیرد به طور مثال برای علل التهابی ان از انتی بیوتیک استفاده میگردد.

برنگس گوش Tinnitus

برنگس گوش نشانه یی است غالبا ذهنی (سبجیکتیف) یعنی صدایی است که مریض خود میشنود و دیگران آن را نمی شنوند و به ندرت ممکن است که داکتر با به کار بردن وسایلی مانند گوشی طبی (استاتسکوپ) برنگس گوش مریض را بشنود که دران صورت به آن برنگس گوش واقعی یا (ابجیکتیف) می گویند . این صدا ممکن است بصورت صدای زنگ زدن . اشپلاق زدن و یا صدای ریزش آب باشد که به طور منقطع یا مداوم در گوش شنیده میشود .صدا ممکن است درطول روز ایجاد مشکل نکند ولی شبها و هنگام سکوت و خواب باعث ناراحتی شود .برنگس گوش وقتی مداوم وشدید باشد ممکن است فرد را به مشکلات عصبی دچار کند.شدت این صدا ها معمولا کم است و غالبا برنگس گوش علامه دیگر امراض گوش و گاهی اولین علامه این امراض است .بنا برین معاینه دقیق گوش و سایر قسمت های بدن لازم است.گاهی علت خاصی برای برنگس گوش پیدا نمی شود و چون بیشتر علت های ان به گوش مربوط می گردد .توصیه میشود مریض در درجه اول به متخصص گوش .گلو و بینی مراجعه نماید.

برنگس گوش ذهنی (سبجیکتیف)

برنگس گوش ذهنی ناشی از امراض مختلف گوش است که موارد ذیر را شامل میشود.

1 – امراض مجرای گوش : جمع شدن واکس در گوش .موجودیت اجسام اجنبی در گوش و

2 – آسیب پرده گوش و پارگی های گوش و ...

3 – امراض گوش متوسط مانند التهاب حاد گوش متوسط . التهاب مزمن گوش متوسط و التهاب سیروزی گوش متوسط

4 – امراض گوش داخلی مانند پیر گوشی .سندروم منیر

5 – در معرض صدا های بلند قرار گرفتن به مدت طولانی (مثل کارگران کارخانه ها ریسندگی و بافندگی و فابریکه های پر سروصدا)

6 – مصرف ادویه های که دارای تاثیرات سمی بالای گوش اند مانند سالیسیلات .کنین . استرپتومایسین و جنتامایسین

7 - امراض عصب شنوایی و قحفی

8- امراض عمومی مانند کم خونی، فشار بلند خون و فشار پایین خون

9 – امراض روانی

برنگس گوش واقعی (آبیگکتیف)

هنگامی است که داکتر با قرار دادن گوشی طبی (استاتسکوب) به روی مجرای گوش مریض بتواند برنگس گوش را بشنود که علل آن :

1 – باز ماندن غیر طبیعی نفیر استاخی (تیوب که بین بینی و گوش قرار دارد)

2 – تشنج کام نرم (سافت پلایت)

3 – امراض وعایی راس و عنق (که معمولا با حرکت دادن سر و با افزایش فعالیت میزان نبض تشدید می گردد)

روش ها تدای برنگس گوش

همانطور که قبلا توضیح داده شد برنگس گوش یکی از علایم امراض است و خودش یک مرض مستقل نیست . لذا ابتدا با مراجعه به داکتر باید علت آن مشخص گردد تا درمان مناسبی برای آن انجام گیرد.

1 - اگر فردی به علت واکس گوش برنگس گوش دارد با خارج کردن آن ناراحتی برطرف میگردد. در ضمن باید مریض را مطمئن کرد که مریضی خطرناکی ندارد و توجه خود را بدان معطوف نکند .

2 – گوش کردن به رادیو و تلویزیون در کاهش صدا موثر است

3 – نگرانی، اضطراب و بی خوابی موجب تشدید برنگس گوش میشود و باید از آن بپرهیزد

4 – ادویه آرامبخش برای افرادی که تشویش و اضطراب دارند مفید است

5 – بلاخره نوعی آله گوش با ایجاد صوت وجود دارد که با ماسک کردن و یا پوشاندن برنگس گوش ناراحتی مریض تخفیف می دهد و استفاده از آن برای تعدادی مریضان مفید است.

تبصره

در معاینات اگر علت موضعی برای برنگس گوش وجود داشته باشد با اقدامات درمانی یا جراحی مشکل حل می شود. ولی متاسفانه در بیشتر موارد تدای طبی و یا جراحی برای رفع این ناراحتی وجود ندارد و توصیه های ذیل میتواند در تخفیف ناراحتی موثر باشد :

۱ – پرهیز از شنیدن هر نوع صوت بلند. اگر شغل شما به صورتی است که مجبور به شنیدن استید (مانند کار کردن در کارخانه ها) استفاده از محافظ گوش که مانند محافظی که آبیاز ها یا شناگران در موقع آب بازی استفاده میکنند مناسب است .

۲ – پرهیز از تشویش و ناراحتی های عصبی که برنگس گوش را شدت میبخشد

۳ – سعی کنید به حد کافی استراحت داشته باشید و از خستگی بیش از حد پرهیز کنید

۴ – پرهیزکردن از موادی که باعث تحریک اعصاب میشود نظیر نوشیدن قهوه، کافین و سگرت (نیکوتین) که برنگس گوش را بیشتر میکند.

۵ – مریض باید این واقعیت را بپذیرد که برنگس گوش دارد و سعی کنید انرا فراموش کند و توجه و دقت زیاد به آن نکند.

- ۶ - مریض باید از توهّمات و نگرانی های بیجا دست بردارد و فکر نکند این صدا باعث کُری او میشود یا مغزش را مختل کرده و باعث مرگش میشود .
- ۷ - معمولاً برنگس گوش هنگام شب و خواب که سکوت وجود دارد بیشتر مشخص میشود از این رو استفاده و یا داشتن ساعتی که تیک تاک بکند باعث تخفیف ناراحتی میشود.
- ۸ - اگر موقع خواب با گذاشتن یک بالش یا دو بالش سر بلند تر قرار بگیرد مریض راحت تر میتواند برنگس گوش را تحمل کند
- ۹ - استفاده از ادویه ها آرامبخش به طور موقت می تواند موثر باشد.
- ۱۰ - استفاده از آله گوش نزد مریضانی که کاهش شنوایی و برنگس گوش دارند به علت پوشاندن گوش برنگس گوش به شکل قابل ملاحظه یی کاهش میابد.
- ۱۱ - ورزش : درین رابطه حرکات ورزشی مخصوصی است که تعلیم داده میشود و باعث شل شدن عضلات ناحیه سر شده و خون به تمام نقاط بدن به خوبی جریان می یابد و در تخفیف ناراحتی موثر است .
- ۱۲ - ماسک برنگس گوش : پوشاندن یا ماسک کردن برنگس گوش به این معنی است که شخص با شنیدن اصوات از خارج برنگس گوش را فراموش میکند.

در کسانی که کاهش شنوایی ندارد دستگاه کوچک الکترونیکی پشت گوش گذاشته میشود که صوت تولید کرده و با ایجاد این صدا برنگس گوش ماسک میشود . ممکن است سوال ایجاد شود که اگر این دستگاه تولید صدا را شخص استفاده کند ناراحتی او دو برابر خواهد شد . زیرا هم برنگس گوش و هم صدای آله گوش ناراحتی را تشدید خواهد کرد در حالیکه در عمل اینطور نیست و بدن صدا های را که از بیرون میشوند بهتر از برنگس گوش انرا تحمل میکند . و به این جهت با شنیدن صوت از این دستگاه الکترونیکی برنگس گوش مریض پوشانیده شده و ناراحتی تخفیف پیدا میکند.

کاهش شنوایی

یکی از عوامل مهم معلولیت و اختلال در ارتباطات اجتماعی کاهش شنوایی است . تکلم ناقص از علایم نقص شنوایی پنهان در کودک سالم می تواند باشد . از هر ۱۰۰۰ طفل یک نفر با کاهش شنوایی حسی - عصبی متولد میشود . کاهش شنوایی بیشتر در سنین بالا رخ میدهد . به طوری که حدود ۴ در صد افراد زیر سن ۴۵ سال دچار درجات متفاوتی از کاهش شنوایی هستند و با افزایش سن بیشتر میشود . به طوریکه شیوع آن در افراد بالای سن ۶۵ سال به حدود ۳۰ در صد میرسد ولی ۲ - ۴ در صد اطفال دچار کاهش شنوایی هستند . طفلی که دچار کم شنوایی میشود دچار کاهش رشد مغزی و مشکل در تکلم و متعاقب آن عدم برقراری روابط مناسب اجتماعی می شود . برای تحصیل علم و رشد فکری این بچه ها نیاز به مراکز مخصوص مراقبت های خاص می باشد که همه اینها مصارفی بر دوش خانواده و اقتصاد جامعه خواهد شد .

کاهش شنوایی در اطفال به چهار نوع خفیف ، متوسط و شدید و کُری کامل تقسیم میشود :

- ۱ - خفیف : کاهش شنوایی به اندازه ۱۵ - ۳۰ دسی بل است (زمزمه ملایم ۲۰ دسی بل و اتاق آرام ۳۰ دسی بل)
 - ۲ - متوسط : کاهش شنوایی به اندازه ۳۱ - ۵۰ دسی بل است (جارو برقی و رادیو با صدای ملایم ۴۰ دسی بل است)
 - ۳ - شدید : کاهش شنوایی به اندازه ۵۱ - ۸۰ دسی بل است (گفتگو معمولی در ۵۰ سانتی متری ۶۵ دسی بل و ترافیک شلوغ ۷۰ دسی بل است)
 - ۴ - کُری کامل : کاهش شنوایی به اندازه ۸۱ - ۱۰۰ دسی بل (زنگ خطر در ۳۰ متری ۱۰۰ دسی بل و صدای ماشین طیاره ۱۰۰ دسی بل)
- به صورت عموم شایع ترین علت کُری متوسط تا شدید در اطفال اختلال های جنیتی در ۵۰ فیصد و واقعات و منجنبت در ۱۰ فیصد واقعات میباشد .

کاهش شنوایی به دو دسته انتقالی و حسی - عصبی تقسیم میشود .

در کاهش شنوایی انتقالی مشکل در مجرای گوش پرده گوش و یا در عظام یا استخوان های کوچکی که در گوش متوسط قرار دارد و یا هم در دریچه بیضوی موجود میباشد.

در کاهش شنوایی حسی – عصبی مشکل در گوش داخلی .عصب شنوایی ویا هم مرکز شنوایی است و

علل کاهش شنوایی در اطفال :

- 1 – التهاب سیروزی گوش
- 2 – التهاب حاد گوش متوسط
- 3- التهاب مزمن گوش متوسط
- 4 – انسداد مجرای گوش به واسطه واکس (چرک گوش) و یا هم اجسام اجنبی
- 5 – عوامل ولادی

شایعترین علت کاهش شنوایی انتقالی در اطفال التهاب گوش متوسط است که با تداوی مناسب اکثرا گذرا و موقتی است .در صورت بروز عوارضی مانند لیبرانتیت ،آبسه دماغی و مننژیت کاهش شنوایی حسی – عصبی نیز وجود خواهد داشت .در التهاب مزمن گوش متوسط هر بار که اوتیت به صورت حاد عود میکند ممکن بر مقدار کم شنوایی افزوده شود و این حالت همرا با پارگی پرده گوش و بیجا شدن استخوان های کوچک است که کری مختلط را سبب میشود.در میان التهابات گوش التهاب سیروزی از شایع ترین علت های کاهش شنوایی در اطفال مکاتب ابتدایی و کودکان ها میباشد.جمع شدن مایع در گوش متوسط باعث کم شنوایی انتقالی میشود و برای جلوگیری از پیشرفت این مرض خارج کردن این مایع از گوش متوسط از نظر شنوایی اهمیت شایانی دارد.

علت این مریضی انسداد نفیر استاخی است و شایعترین علت سنگینی گوش در اطفال و کاهلان میباشد .عوامل مساعد کننده ان عبارتند از : بزرگی تانسل های سوم . افرازات پشت انف و حساسیت بینی است .این مریضی باعث کاهش شنوایی انتقالی دوطرفه میشود علایم شامل کاهش شنوایی و درد گوش است .ولی چون حالت عمومی مریض خوب میباشد والدین دیر متوجه میشوند .اکثرا این اطفال از طرف مکاتب به مراکز صحتی بخاطر سنگینی گوش معرفی میشوند.درد گوش درین مریضان مداوم نبوده و شبها بیشتر میباشد .در معاینه فیزیکی پرده با اوتوسکوپ پرده به رنگ کهربایی دیده میشود و به طرف داخل کشیده شده است و ممکن است سطح مایع –هوا یا حباب ها هوا نیز مشاهده شود درصورتی عدم تداوی کاهش شنوایی دایمی و عوارض ذیل ایجاد میشود.

1 – سخت شدن پرده گوش (تمپانو سکروز) یا دیده شدن لکه های سفید به روی ان

2- چسبندگی در گوش متوسط و عدم حرکت عظام داخل گوش

3- فرورفتگی پرده گوش

4 – تشکل کولستانوم

تداوی

تجویز ادویه آنتی هیستامینیک در مریضان که آلرژی بینی دارند و برطرف کردن مشکلات موجوده در بینی و سینوس ها و بررسی تانسل ها و در صورت لزوم عملیات ان اگر تداوی نشده باشد هم چنان ترشحات و مایع موجود در گوش متوسط ذریعه عملیه میرنگنومی (شکاف کردن پرده گوش) باید خارج گردد در صورتیکه افرازت غلیظ باشد یک لوله کوچک بنام گرومیت در گوش گذاشته میشود و در ظرف چند ماه افرازت از بین رفته و گوش به حالت طبیعی بر میگردد.در تضمن به والدین طفل توصیه میگردد تا آب وارد گوش طفل نگردد تا از التهاب حاد جلوگیری شود.

التهاب حاد گوش متوسط

این آفت در اطفال شایعتر از بزرگسالان بوده و متعاقب انتانات طرق تنفسی علوی و بندش نفیر استاخی رخ میدهد. در کودکان مهمترین علت آن بزرگ شدن ادینوید و التهاب آن است. علایم آن شامل درد گوش و تب است که درد علامت اصلی آن است. اگر پرده گوش پاره شود به مدت کوتاهی چرک و خون خارج می شود و درین لحظه درد گوش تخفیف میابد تداوی شامل پنسلین و مشتقات آن و ادویه ضد درد است.

عدم موجودیت ولادی مجرای گوش (انوشیا)

درین آفت ممکن است مجرای گوش اصلا ایجاد نشده و یا بصورت ناقص تشکیل گردد. در صورت انسداد کامل کم شنوایی حدود 60 دسی بل خواهد بود در ضمن انسداد معمولا یکطرفه است و گوش دیگر سالم می باشد. به همین دلیل این افراد از نظر شنوایی و تکلم مشکل نخواهد داشت درین افراد اگر از نظر شغلی نیاز به شنوایی هر دو گوش باشد میتوان از آله های گوش مخصوص استفاده کرد.

انسداد مجرای گوش به علل غیر ولادی شامل :

واکس (چرک) .جسم خارجی و تورم جلد مجرای گوش که در اطفال جسم خارجی یکی از شایعترین موارد است .

کاهش شنوایی حسی – عصبی در اطفال

این مریضی نادرتر از نوع انتقالی است و به دوران حاملگی و ضیعت زایمان و امراض دوران نوزادی ارتباط میگیرد معمولا دوطرفه است و تشخیص زود هنگام آن از نظر مشکلات گفتاری اهمیت فراوان دارد.

علل کاهش شنوایی حسی –عصبی در اطفال عبارتند از :

1 – کری ارثی

2 – کری ولادی

3 – کری ناشی از ضربه

4 – انتانات

5 – هایپو تایرویدیزم

1 – کری ارثی :

درین گروه نقص در تکامل حلزون شنوایی می باشد که فکتور وراثت رول عمده دارد. ابتلا سایر اعضای خانواده رکن مهم در تشخیص است و انجام مشاوره جینیکی قبل از ازدواج در شرایطی که هر دو مبتلا به ناشنوایی ارثی باشد ضروری است. (اکثر موارد کاهش شنوایی ارثی از نوع حسی -عصبی) است. این نوع کری ها شامل کری های است که به وسیله جین غالب و گاهی جین مغلوب منتقل می شود.

کری ارثی همراه با مشکلات دیگر نیز میتواند مترافق باشد مانند افت های جلدی . چشم . اسکلنی .تایروید و التهاب کلیه .

2 - کری ولادی : به علت صدمات وارده به جنین هنگام تولد و یا بعضی امراض و مسمومیت ها دوران حاملگی عارض میشود .امراض مادر در 3 الی 4 ماه اول حاملگی باعث اختلال شنوایی در جنین میگردد. زیرا بعد از این زمان است که حلزون یا کوکله در داخلی تکامل می یابد.

اگر در سه ماه اول حاملگی مادر مصاب به سرخچه شود طفل وی به احتمال 5- 10 در صد اختلال شنوایی جدی خواهد داشت ولی اگر کودکی مبتلا به سندروم سرخچه باشد در 70 فیصد واقعات احتمال ابتلا به کاهش شنوایی به دلیل مصابیت اورگان کورتی است.

سفلیس ولادی می تواند منجر به کاهش شنوایی حسی عصبی یک طرفه یا دو طرفه گردد. استفاده از ادویه های مانند کنین و استرپتومایسین می تواند موجب آسیب گوش داخلی شود.

هم چنان عدم توافق ار اچ خون مادر و جنین نیز از علل دیگری است.

3 – صدمات هنگام تولد: آنوکسی یا کم رسیدن اکسیژن به نوزاد هنگام تولد باعث آسیب حلقون و کاهش شنوایی حسی عصبی در فرکانس های پایین میشود. صدمات میخانیکی هنگام تولد با فورسپس و غیره ممکن است باعث خونریزی داخل جمجمه به خصوص به استخوان گیجگاهی شود و به قوقعه یا عصب شنوایی آسیب برساند.

4 – التهابات: شایعترین علت کری شدید حسی عصبی یک طرفه در اطفال اوربون است. مننژیت باکتریال دومین علت شناخته شده کری کری حسی عصبی در اطفال است و تجویز دیکستامینازون در این مریضان درین مریضان می تواند به میزان زیادی از کاهش شنوایی بکاهد. مخملک نیز می تواند ضایعاتی در گوش داخلی ایجاد کند.

5 – هایپو تایریدیزم: هایپو تایریدیزم ولادی باعث کری حسی عصبی میشود که غالباً شدید است حتی با معالجه قابل بازگشت نیست. در هایپو تایریدیزم اکتسابی شنوایی از نوع حسی عصبی است ولی شدت آن کمتر و قابل برگشت است. علت این که چگونه کم کاری تایروید باعث کری میشود به نظر میرسد تغییراتی در اورگان کورتی قوقعه است.

علامه کلینیکی را در کری های ارثی و ولادی به دو نوع قسیم میکنند. در نوع شدید کری اگر مریض آموزش پیدا نکند کر و لال خواهد شد و اگر گوش مبتلا شود تا 5 الی 10 سالگی به آن توجه نمیشود. در نوع خفیف با تاخیر شروع به صحبت کردن می کند و در مکتب پیشرفت درسی ندارد. تشخیص سریع مشکل است. در انواع شدید در سنین 1 الی 2 سالگی و در انواع خفیف در زمان مکتب تشخیص میشود. تکامل شنوایی از دوران داخل رحمی با تشکیل ساختمان های آناتومیک شنوایی آغاز میشود و در دوران بلوغ رشد آن ادامه میابد. نوزاد سالم و طبیعی در زمان تولد به صدا ها پاسخ می دهد و علامه پیشرفت شنوایی شناخت صدای مادر و تشخیص شدت صدا ها است.

با افزایش سن تغییرات ساختاری در ساختمان گوش رخ میدهد. تغییرات اولیه بعد از نوازدی در گوش متوسط به صورت تغییر وضعیتی پرده گوش نمایان میشود. قوقعه تقریباً به اندازه دوران بلوغ میباید و توانایی پاسخ به صدا را در هفته 24 حاملگی دارد. سیستم شنوایی عصبی – مرکزی نیز شروع به رشد میکند و تا سن 10 سالگی کامل میشود. این تغییرات و تکامل تدریجی عامل اصلی تعیین آزمایش های شنوایی و روش های نو توانی شنوایی در مریضان می باشد.

فکتور های خطر

سابقه کری فامیلی. انتانات ولادی مانند سرخکان. وزن زمان تولد کمتر از 1500 گرام. ناهنجاری های عظام وجه. ابتلا به زردی که منجر به تعویض خون شود. مصرف ادویه ها سمی برای گوش. مصابیت به مننژیت باکتریال. مشکلات در تنفس خود به خود به مدت 10 دقیقه. تنفس مصنوعی با دستگاه به مدت 10 روز یا بیشتر. تاخیر در تکلم. سابقه ضربه به سر و کسر استخوان تیمپورال و ابتلا به وایرس ها.

در صورتیکه مطابق جدول زیر فعالیت های طفل شما با سن او هماهنگی نداشته باشد یا جز یکی از گروه های ذیل باشد برای ارزیابی شنوایی به داکتر مراجعه کنید.

2 ماهگی: به صدا گوش می دهد و خنده میکند.

4 ماهگی: به صدای خشن و آرام پاسخ متفاوت میدهد و به تحریکات مختلف با صدا پاسخ میدهد و از چیغ کشیدن لذت می برد.

8 ماهگی: با صدا کردن اسمش فعالیت خود را متوقف میکند و صدا ها را تقلید میکند.

10 ماهگی: با دقت حرکات مختلف را تقلید میکند و اولین کلمات را ادا میکند.

12 ماهگی : با حرکات به تقاضاهای مختلف پاسخ میدهد و افراد خانواده را با نام میشناسد.پ

اگر طفل شما در 2 سالگی قادر به تکلم نیست.

در 3 سالگی تکلم نا مفهوم دارد یا قادر به بیان جملات ساده نمی باشد.

در 5 سالگی قادر به ساختن جملات صحیح نباشد و یا روان صحبت نکند .

طفل هنگام صحبت کردن دست و پاچه و مضطرب می شود .

طفل خیلی اهسته و یا خیلی بلند صحبت می کند .

باید از نقطه نظر شنوایی ارزیابی گردد که جهت آن تست های ارزیابی متعددی موجود است.

تداوی :

اقدامات وقایوی و پیشگیری شامل موارد ذیل است.

1 – جلوگیری از ازدواج های فامیلی در افراد کر مادرزاد

2 – دقت در تجویز ادویه های که دارای تاثیرات سمی بالای گوش است

3 – ابتلا به سرخکان در سه ماه اول حاملگی که گاهی اگر محرز باشد سقط جنین ضرورت است

4 – تست های شنوایی در تمام اطفالی 7 الی 9 ماهه و تا سن مکتب انجام شود تا بتوان زودتر مریضی را تشخیص داد .

تداوی طبی و جراحی متاسفانه فایده یی چندانی ندارد . آموزش به مریض هر چه زودتر انجام شود زیرا اهمیت بیشتری دارد و صحبت کردن را بهتر میکند.

همچنان اقدامات ذیل باید گرفته شود

تجویز آله گوش که از سن قبل از تکلم باید استفاده شود

آموزش خانواده مریض

آموزش لب خوانی

آموزش گفتار

آموزش در مکاتب مخصوص و نزد معلمان مجرب که بعد از مدتی در صورت امکان بتوان او را به مدارس معمولی معرفی کرد.

احیای کاهش شنوایی

با همکاری متخصصان گوش . گلو و بینی . شنوایی سنجی و گفتار درمانگر و با استفاده از روش های چون استفاده از آله گوش و لب خوانی به احیای مریضان میپردازیم .

حیاتی ترین جز تکامل تکلم در 3 سال اول زندگی شکل میگیرد . باید موارد کم شنوا و ناشنوا را زودتر تشخیص داد و آموزش ویژه اینگونه افراد را بیش از یک سالگی آغاز کرد . طفل زیر یک سال میتواند آله گوش را تحمل کند و تاخیر یک الی یک و نیم سال در استفاده از آله گوش اختلال شدید و جبران ناپذیری را در تکامل مهارتهای گفتاری سبب میشود.

Cochlear implantation کاشت قوقعة شنوایی

در صورتیکه طفل آسیب عصب شنوایی نداشته باشد و فقط قوقعة یا حلزون از بین رفته باشد می توان از کاشت حلزون یا قوقعة استفاده کرد. درین روش باقی مانده عصب شنوایی گوش معیوب مستقیماً با الکتروود های قوقعة مصنوعی تحریک میشود. این روش در مریضانی که قبل از دست دادن شنوایی تکلم را فراگرفته است بیشترین کاربرد را دارد و زمانی انجام میشود که مریض به آله گوش و گفتار های درمانی پاسخ ندهد و در مواردی که عصب سالم است بسیار کمک کننده می باشد.

Sinusitis سنوزیت

سینوس ها فضاهای استخوانی استند که توسط مخاط تنفسی پوشیده شده و در اطراف بینی قرار دارند. در هر انسان دو سینوس فکی. سینوس های پیشانی و یک جفت سینوس شب پره ای وجود دارد. سینوس ها از طریق سوراخ های کوچکی به نام استیوم به سوراخ بینی راه می یابند. التهابات حاد بینی موجب تورم مخاط بینی شده و انسداد سوراخ استیوم را موجب می شود که این انسداد سبب جمع شدن ترشحات در سینوس ها شده و درد ایجاد می کند.

سینوزیت مزمن: سینوزیت مزمن نسبت به سینوزیت حاد شیوع بیشتر دارد. مخاط بینی به طور مداوم ترشحات مخاطی برای مرطوب هوا تولید کرده و به کمک مویک های داخل بینی و سینوس به طرف خلف بینی رانده می شود. این مژکها یا میوک ها به علت وجود بعضی مواد مانند نیکوتین موجود در سگرت و الوده گی هوا فلج شده و نمی توانند ترشحات بینی را به طرف خلف بینی برانند به این جهت مریض ترشحات غلیظ پشت حلق پیدا می کند و زمینه را برای بروز سینوزیت ها فراهم می کند. اگر به هر علتی ترشحات بینی (مثل آلرژی) افزایش یابد زمینه سینوزیت مهیا می شود. به طور کلی تورم مخاط بینی به طور متناوب باعث انسداد سوراخ استیوم سینوسها شده در این رابطه یک سیکل معیوب ایجاد می شود.

مریض در سینوزیت مزمن سر درد مبهم دارد در حالیکه در سینوزیت حاد به صورت سر درد های شدید تظاهر می نماید. مریض از ترشحات غلیظ پشت حلق. گرفتگی متناوب بینی و کاهش حس بویایی شاکی است و ممکن است به طور ثانوی به گلو درد. گرفتگی صدا سرفه دچار شود.

عواملی که می توانند سینوزیت مزمن ایجاد کنند عبارتند از.

- 1- التهابات تداوی ناشده بینی و سینوس
- 2- انحراف پرده بینی
- 3- پولیپ بینی
- 4- آلرژی (حساسیت)
- 5- انتانات و التهابات دندان ها
- 6- مصرف طولانی قطره های ضد احتقان بینی مانند زانوسین و غیره
- 7- تومور های ناحیه بینی

تداوی

مهمترین نکته برای مریضان سینوسی از بین بردن عوامل زمینه‌ی است. یعنی اگر مریض آلرژی بینی دارد باید تحت مداوی آلرژی بینی قرار گیرد یا اگر در معرض هوایی آلوده کارخانه‌هایی مثل سیماب، شیشه و بافندگی است باید از این محیط‌ها اجتناب کرده یا از ماسک استفاده کنند و در صورت کشیدن سگرت آنرا باید ترک کند.

عوامل انسدادی داخل بینی نظیر پولیپ و انحراف پرده بینی باید از طریق عملیات‌های جراحی اصلاح گردد. آب‌بازی و شیرجه رفتن در آب برای مریضان سینوزیت مضر است. بعد از رفع عوامل زمینه‌ی یک دوره کامل آنتی‌بیوتیک‌ها برای از بین بردن التهابات سینوس تجویز میگردد. در صورت عدم بهبود مریض نیاز به مداوی جراحی سینوس دارد. امروز علاوه بر جراحی‌های معمول سینوس از اندوسکوپی جهت تشخیص و مداوی جراحی استفاده میشود.

درین روش با تلسکوپ مخصوص و با بزرگ‌نمایی مناسب قسمت‌های مختلف حفره بینی و سینوس‌ها وجه مورد معاینه قرار گرفته و هر نوع ناهنجاری‌ها نظیر تنگی مجرا و انسداد مجرای سینوس، التهاب مخاط و کتلات پولیپوئید مشاهده میگردد و سپس با وسایل مخصوص و مختلفه و با دید میکروسکوپی یک نسوج آلوده و پولیپوئید خارج میگردد.

Epistaxis خونریزی بینی یا (خون بینی)

خونریزی از بینی یک مشکل شایعی است و در هر سنی بروز میکند. شایعترین علت خونریزی از بینی ضربه یا تروما است که میتواند به دو شکل شدید و خفیف باشد. شدید مثل ضربه‌هایی است که باعث شکستگی استخوان‌های بینی شود و خفیف مثل دستکاری کردن بینی و یا فین شدید یا در معرض هوای خشک و سرد قرار گرفتن که باعث شکنندگی مخاط بینی می‌شود. البته خونریزی از بینی میتواند در زمینه‌ی مشکلات خون (کاهش انعقاد پذیری خون) و تصلب شرایین نیز رخ بدهد که درین موارد مریض تنها سابقه خونریزی از بینی را نمیگوید بلکه مواردی از کبود شدن خودبخودی جلد و یا خونریزی از خراش‌های سطحی جلد و موجودیت خون در ادرار را نیز ذکر میکند. این مسئله که علت خونریزی مربوط به ضربه است یا مشکلات در علقه شدن خون اهمیت حیاتی در مداوی مریض دارد. و داکتر با اخذ تاریخچه و معاینه دقیق می‌تواند به این مسئله پی ببرد. زیرا اساس مداوی خونریزی ناشی از پارگی او عیه توسط ضربه گذاشتن تامپون (گازی مغطوس با ملحم آنتی‌بیوتیک) در بینی است ولی مداوی خونریزی ناشی از مشکلات انعقادی برطرف کردن نقص موجود و افزایش انعقاد پذیری خون است که گاهی فکتورهای انعقادی و یا خون تازه به آن‌ها داده میشود. در مورد مریضان قلبی و مشابه به آن قطع ادویه ضد انعقاد خون مانند هپارین، وارفارین، آسپرین و ایبوپروفین توصیه میشود.

بعضی اوقات خونریزی بینی در اطفال و نوجوانان به دنبال التهابات و یا انتانات سیستم تنفسی طرق علوی است مانند سرما خوردگی و یا ریزش و در مواقعی خونریزی بینی در اطفال همراه با خروج ترشحات متعفن و بدبو است که احتمال وجود جسم خارجی را در بینی تقویت میکند.

خونریزی‌های بینی به دو گروه تقسیم میشوند:

1 - خونریزی قدامی که در 80 فیصد واقعات خونریزی را تشکیل میدهد عمداً از شبکه و عایی کسل‌باغ و یا ناحیه لیتل است که در قسمت قدامی یا جلویی تیغه بینی قرار دارد.

2 - خونریزی‌های بخش خلفی بینی که اکثراً شدید هستند و ناشی از پارگی عروق می‌باشند.

خونریزی از بینی معمولاً یک طرفه است و اکثراً خونریزها از همان طرفی است که شدیدتر است. خونریزی دو طرفه بینی معمولاً نادر است مگر در شکستگی‌های شدید بینی برای تعیین محل خونریزی مریض باید بینی خود را تخلیه کند. سپس داکتر طی معاینه دقیق خونریزی را تشخیص دهد پی بردن به ناحیه از بینی که خونریزی از آن آغاز شده است اهمیت دارد.

مداوی

پنדה باید علت خونریزی را با سوالات ذیل مشخص کنیم.

1 - آیا خونریزی از بینی به دنبال تروما بوده است یعنی ضربه‌ی بی‌به بینی وارد شده؟

2 - آیا شما مبتلا به مریضی هیموفیلی هستید؟

3 – آیا شما فشار بلند خون دارید ؟

4 – آیا به غیر از بینی در جایی دیگر از بدنتان دچار خونریزی شده اید یا دچار کبودی های در سطح جلد و یا خون در ادرار تان وجود دارد .

5 – آیا سابقه مصرف آسپرین ، هپارین ، وارفارین و ایبوپروفین دارید و دیگر دواهای مصرفی تان را در طی چند هفته اخیر بگوید ؟

به اساس جواب مریض به این چند سوال معلوم میشود که علت خونریزی مسایل مربوط به افات خون است یا ثانویه به یک ضربه بینی مریض خونریزی کرده است . این مسئله در تداوی خونریزی بسیار مهم است .

اگر مریض در وضعیتی بود که نمی توانست به سوالات جواب بدهد شرح حال مناسب از پایواز او بسیار کمک کننده است .

ابتدا مریض باید روی چوکی بنشیند و سر خود را به طرف جلو خم کند تا خون داخل حلق اوتشود و ایجاد سرفه نکند سپس مریض با دست محکم نوک بینی را میگیرد تا به ناحیه کسلخ فشار آورد و بعد از 5 دقیقه لخته یی در ناحیه ایجاد میگردد . در طی این زمان فشار خون مریض ، ضربان قلب او و همچنین درجه حرارت بدن مریض تعیین میشود .

تداوی انتخابی خونریزی از بینی سوزانیدن عروق خندهنده است . اما اگر به علت مشخص نبودن و در دسترس نبودن محل خونریزی این کار میسر نبود استفاده از تامپون کار بسیار موثری است . اگر مریض به علت خونریزی شدید دچار شاک شده باشد ترانسفیوژن خون و انجام معاینات خون باید صورت بگیرد و مریض بستری شود . اگر مریض به اساس مشکلات انعقادی خون دچار خون بینی شده باشد علاوه بر اقدامات بالا باید به نوع نقص انعقادی پی برد ادویه ضد انعقاد خون باید قطع گردد در پایان اگر با هیچ یک از اقدامات بالا خونریزی قطع نگردد داکتر باید شریان خون دهنده را بسته کند و به این ترتیب خونریزی قطع میگردد . اخیرا برای مسدود کردن اوعیه و قطع کردن خونریزی ابتدا به کمک رادیولوژیست با آنژیوگرافی تمام اوعیه انف مشخص میگردد و سپس توسط سوند بسیار باریک مواد انسداد دهنده را در اوعیه که خون میدهد تخلیه می کنند . این روش موجب انسداد رگ شده و خونریزی قطع میگردد بدون آنکه کدام شق جراحی انجام داده شود.

Allergic Rhinitis آلرژی انف یا بینی

اجزای مختلف سیستم معافیت بدن با مواد بیگانه یی که می توانند برای بدن ما مضر باشند به مقابله میپردازد . این مواد شامل موجودات زنده مثل باکتری ها ، ویروس ها ، فنگس ها و یا مواد غیر زنده مثل مواد موجود در هوای تنفسی و یا غذا ها میباشند . البته همیشه این دفاع سیستم معافیتی به نفع بدن ما نیست و یکی از ان موارد همان صدمات ناشی از افزایش حساسیت است که تظاهرات آن را در بینی می بینیم و به ان آلرژیک رینت میگویند .

رینت عبارت است از التهاب مخاط بینی که بعد از جهاز هضمی مخاط بینی بیش از هر نسج دیگری با مواد خارجی در تماس است .

تصفیه هوایی تنفسی و گرم و مرطوب کردن آن از وظایف بینی است . مواد گوناگون موجود در هوا با مخاط بینی تماس پیدا میکند در کسانی که استعداد به آلرژی را به ارث برده اند تماس مکرر با ذرات موجود در هوا عکس العمل آلرژی را باعث میشوند . در واقع سیستم دفاعی بدن در پاسخ به آلرژن ها تولید انتی بادی می کند . این انتی بادی ها به سطح یک تعداد از حجرات دفاعی بدن به نام مستوسایت ها می چسبند و به این ترتیب مثل یک شکارچی آماده برای صید آلرژنها هستند که قبلا شناخته شده اند و حالا دوباره داخل بدن میشوند . بعد از اینکه آلرژن ها بدین وسیله اخذ شدند حجرات ماستوسیت شروع به افراز موادی میکنند که بنام واسطه های کیمایوی یاد میشوند که مهمترین ان هیستامین است که سبب توسع اوعیه انف ، افراز مواد از رگها به خارج ، افزایش ترشحات مخاط بینی و تحریک رشته های عصبی (که به صورت عطسه و خارش ظاهر میشود) این عکس العمل ها بسیار سریع انجام میگردد و از لحظه تماس تا شروع علایم حد اکثر چند دقیقه یی بیشتر طول نمی کشد که به ان مرحله عکس العمل آلرژیک گویند . بین 2 الی 12 ساعت پس از تماس اولیه با آلرژن مواد کیمایوی با خاصیت جلب حجرات التهابی مختلف باعث تجمع این حجرات در نسج بینی شوند .

الرژن های موجود در هوایی تنفسی شامل پولن گیاهان (درخت ، چمن ها ، علف ها) فنگس های ذره بینی و ذرات یا سبوسه های حیوانات ، حشرات ، گرد و خاک ، پشم و پر پرندگان است .

پولن گیاهان چون سبکتر هستند و به تعداد بی شمار و به طور گسترده در هوا منتشر می شوند و از شایعترین علل رینیت آلرژیک هستند.

پولن گلها (بوته ها و درخت های گلدار) چون معمولا سنگین و چسبیده هستند و به تعداد کم تولید می شوند جز در تماس نزدیک باعث آلرژی نمی شوند. بعضی فنگس ها در محیط خانه و بعضی در محیط خارج فراوان تر هستند. فنگس های محیط خانه در تمام سال رشد میکنند و در نتیجه علایم ناشی از آلرژی نسبت به آنها مزمن تر هستند. های محیط خارج با سرمای زمستان از بین میرود و در هوای گرم و مرطوب تابستان و خزان به آسانی رشد میکنند و علایم آلرژی فصلی را به وجود میاورند. بعضی جانداران کوچک ذره بینی هستند که در سراسر دنیا پراکنده اند از میتوان از (مایت) نام برد که جز از هشت پا ها اند آلرژن های زیادی در مدفوع این جانداران وجود دارد. غذای عمده این جانداران حشرات جلد و اجزای مرده جلد بدن انسان ها است. شرایط مناسب برای رشد و تکثیر آنها محیط گرم و مرطوب است. یکی از مکانهای که این جانداران زندگی میکنند چپرکت یا تخت خواب انسان ها است که محیط خوبی برای تغذیه آنها است. بعضی از حشرات که بدن آنها پس از مردن می پوسد و جزیی از گرد و خاک می شود. می توانند باعث رینیت آلرژیک میشوند. انواع سوسک ها که در سراسر جهان پراکنده اند و درخانه ها رشد و تکثیر می کنند از مهمترین دسته این حشرات هستند.

در آب دهان، ادرار و مدفوع حیوانات خانگی مثل سگ، پشک و پرندگان مختلف آلرژن های مختلف موجود است که علایم رینیت آلرژیک مزمن ایجاد میکنند.

باید توجه داشت گرد و خاک خانه مجموعه یی از آلرژن های از منابع مختلف است از جمله پشم، پر، ادرار و مدفوع حیوانات خانگی. پولن یا گرده های نباتات، فنگس ها، لاشه حشرات، مواد نباتی و غذایی و مواد کیمیای مختلف درآ موجود است.

علایم

آلرژیک رینیت مریضی شایعی است که حدود 10 الی 15 فیصد مردم به آن دچار هستند.

این افت در هر سنی ممکن است شروع شود. شروع علایم در اکثر مریضان قبل از بیست سالگی است در شروع مریضی از نظر جنسی اختلافی وجود ندارد.

شایع ترین علایم رینیت آلرژیک عبارتند از: گرفتگی بینی، آبریزش، خارش و عطسه.

گرفتگی بینی معمولا دو طرفه است. انسداد مداوم یکطرفه علامه انحراف حجاب انف و یا پولیپ است. کاهش بویایی اغلب با پولیپ همراه است ولی در رینیت آلرژیک شدید نیز ممکن است دیده شود. کاهش حس ذایقه کمتر معمول است. علاوه بر خارش بینی خارش چشم، کام، گوش و گلو نیز شایع است. عطسه معمولا در صبح شایعتر است.

چشم ها ممکن است به التهاب ملتحمة یا کانجکتیف آلرژیک دچار شوند. مخصوصا در رینیت آلرژیک فصلی خارش و سرخی و پندیدگی کانجکتیف چشم آبریزش و ترشحات مخاطی به درجات مختلف وجود دارند. مالیدن چشم برای تسکین خارش سرخی و آبریزی را تشدید می کند. پلکها ممکن است سرخ و متورم باشد.

تشخیص

تشخیص رینیت آلرژیک بر پایه و علایم کلینیکی است.

آلرژن های مسول را می توان به آزمایش پوست و خون شناخت. در گرفتن تاریخچه باید نکات ذیل را در نظر گرفت.

1- سن شروع: رینیت آلرژیک در هر سنی ممکن است شروع شود. با اینکه آلرژنهای غذایی بندرت باعث رینیت آلرژیک می شوند. در یکی دوسال اول زندگی اهمیت غذاها در تولید آلرژی از مواد موجود در هوا بیشتر است. از غذا ها، شیر گاو شایعترین منبع آلرژی است.

2- زمان: اگر مریض به موادی حساس شده باشد که تنها در فصول خاصی در هوا موجود باشند (مثلا گرده گیاهان) علایم فصلی هستند (رینیت آلرژیک فصلی)

3 – مکان : در رینیت فصلی علایم در محیط خارج شدید می شوند چون تماس مریض با پولن یا گرده های نباتات و فنگس ها ذره بینی در خارج رشد می کنند بیشتر است . در رینیت های مزمن برعکس علایم در محیط داخل منزل یا محیط کار شدیدتر و در خارج ضعیف تراند یا به کلی از بین میروند .

4 – شغل و حرفه : اگر علایم در محیط کار شدیدتر باشد ممکن مریض به موادی که در محیط کار موجود اند حساس شده باشد لذا اطلاع از وظیفه و شغل مریض مهم است .

مشاغل مختلف مریضان را با آلرژن های گوناگون تماس می دهد . مثلا در و ترنری . دامداری . قصاب ها . کارکنان فارم های مرغداری آلرژن های شایع مواد حیوانی است . باغبان ها . کارکنان گل خانه ها که با پولن گل ها و نباتات درگیر هستند . نانوا ها با آرد . قالین باف ها با پشم . پنبه دانه و مواد کیمیایی در تماس هستند . کارکنان ساختمانی با رنگ و سایر مواد کیمیایی . نجار ها با خاک اره چسپ . رنگ و غیره کفاشها و آرایشگرها هر کدام با موادی در ارتباط به شغل خود حساسیت دارند .

5 – عادات و سرگرمی ها : گرچه ثابت نشده که مواد کیمیایی موجود در دود سگرت بتوانند باعث واکنش آلرژیک شوند ولی دراینکه بوی سگرت علایم را تشدید می کند جای شک نیست . سرگرمی های مریض ممکن است تماس با آرژنهای مختلف را باعث شود مثلا نقاشی کردن . نجاری . باغبانی . کبوتربازی و غیره .

همچنان مریضان مبتلا به رینیت آلرژیک ممکن است به سایر امراض آلرژیک مانند استما و اگزیم نیز دچار باشد و یا در گذشته از آن رنج برده باشند وجود این امراض در حال یا در گذشته مریض این احتمال را که علایم منشا آلرژیک دارند افزایش می دهد . هم چنان سابقه فامیلی نیز باید مد نظر گرفته شود چون استعداد به آلرژن ارثی است اغلب در فامیل مریض کسانی دیگری به امراض آلرژیک دچار هستند .

معاینات لابرتواری

راه های کمک کننده به تشخیص این مریضی زیاد است که شامل : معاینه ترشحات بینی . معاینه خون جهت ایزونوفیلی خون محیطی و اندازه گیری (ای جی ای) سیروم و آزمایش (راست) و عکس العمل جلدی آن .

تداوی :

شامل سه اصل کلی است .

1 – دور کردن آلرژن ها مربوط از مریض و فراهم ساختن محیط زیست مناسب

2 – تداوی با دوا (فارمکوتراپی)

3 – کاهش دادن عکس العمل سیستم معافیتی نسبت به آلرژن ها مسول (ایمینوتراپی)

در مورد اینکه چگونه می توانیم محیط زیست مناسب برای مریض به وجود بیاوریم ابتدا باید مشخص شود که آلرژن بینی فصلی است یا دایمی در ضمن مریض از محیط های بسته می نالد یا از محیط های باز شکایت دارد . مثلا اگر شخص در هنگام خارج شدن از محیط خانه و رفتن به محیط های باز علایمش تشدید می شود باید به مریض توصیه کرد که سعی کند با استفاده از ماسک و یا وسایل مشابه و پوشانیدن دهن و بینی از تماس با ذرات گیاهان و همچنین دود ها و گاز های کیمیایی که در محیط خارج خانه است جلوگیری کند و کوشش کند در فصلی که آلرژن تشدید میشود از رفتن به محیط های که ذرات گیاهان زیاد است جلوگیری کند . در ساعات بیروبار و پر رفت و آمد شهر از رفتن به محیط های آلوده و تجاری خودداری کند و از دریوری زیاد پرهیز کند . اگر مریض دارای وظیفه خاصی است که رینیت آلرژیک را تشدید میکند مثلا اگر رنگمال ساختمان است حتی المقدور تغیر وظیفه دهد و اگر نمی تواند با استفاده از ماسک های مخصوص کار کند از قرار گرفتن در مقابل بوهای تند و دودهای مخصوصا دود سگرت اجتناب کند . با اینکه دود سگرت به خودی نمی تواند آلرژن ایجاد کند ولی در فرد حساس می تواند واکنش ایجاد کند و حساسیتش تشدید شود .

اگر شخص در محیط خانه بیشتر دچار مشکل است فراهم کردن یک محیط خالی از آلرژن ها پایه اساسی پیشگیری و تداوی است. اتاق خواب بیش از هر دیگر اهمیت دارد چون وقت مریض بیشتر در آن میگذرد بنابراین در اتاق خواب نکات ذیل باید رعایت گردد.

- 1 – کف اتاق باید از چوب یا موزایک باشد که به آسانی بتوان آنرا از گرد پاک کنیم .
- 2 – قالین . پرده ضخیم .کوچ و پشم و موی حیوانات در اتاق خواب نباید موجود باشد.
- 3 – همه وسایل اتاق خواب باید به آسانی قابل شستشو باشد کوچ های چوبی و یا فلزی و پرده های پلاستیک شاده ترجیح دارد.
- 4 – از وسایلی که به آسانی به گرد و خاک اغشته می شوند و برداشتن گرد از آنها دشوار است نباید استفاده شود.
- 5 – دروازه و کلکین اتاق را باید در فصل که گرد و ذرات در هوا فراوان است و نیز در اوقاتی که آلودگی هوا شدید است بسته نگاه داشته شود.
- 6 – اتاق را باید یک الی دو بار در هفته با پارچه مرطوب پاک کاری نمود بهتر است مریض هنگام پاک کاری تا چند ساعت پس از آن از اتاق دور باشد.
- 7 – بالش ها باید از الیاف مصنوعی (پولی استر یا داکرون) پر شده باشند و ماهی یکبار شسته شوند .
- 8 – لباس ها و کمپل ها را باید زود زود شست و روجایی بالش و تشک و ملحفه باید از الیاف مصنوعی یا پنبه باشد.
- 9 – حیوانات را نباید به اتاق خواب راه داد مانند پرندگان .پشک و غیره .
- 10 – ادویه :

از ادویه های که در تداوی رینیت آلرژیک استفاده میشوند می توان از انتی هیستامین ها و ادویه ضد احتقان و کورتیکو استروید های که به طور موضعی تجویز میشود نام برد .از سودیم کرومو گلیکت هم به عنوان پیشگیری و وقایه میتوان استفاده کرد .اگر تداوی های فوق تاثیر زیادی در برطرف کردن مشکل مریض نداشت می توان وی را به یک مرکز الرژی معرفی کرد .در صورت واجد شرایط بودن از روش حساسیت زدایی تدریجی می توان استفاده نمود .

Snoring خرخر کردن

خر خر کردن و وقفه تنفسی در خواب دو انتهای یک اختلال وسیع و پیچیده هستند بطوریکه تقریبا 10 فیصد افرادی که دچار خرخر کردن عادی هستند پس از یک یا چند سال مصاب وقفه تنفسی در خواب میگردند . از طرفی تقریبا تمامی مبتلایان به وقفه تنفسی در خواب دچار درجائی متفاوتی از خرخر کردن است .

خرخر کردن ممکن است یکی از نشانه های مریضی باشد و یا اینکه جز ایجاد مزاحمت اجتماعی در صورتیکه این مشکل سبب مشکلات تنفسی نشود خطرناک نیست .

به جز مسایل اجتماعی و خانوادگی اهمیت خرخر کردن در عوارض آن است آن گروه از مریضان اغلب دچار احساس کسالت و خواب آلودگی روزانه هستند و در اطفال باعث اختلال در رشد و تکامل می شود . همچنین خطر بروز امراض قلبی وعایی (امراض اسکیمیک قلب و فرط فشار خون) در مبتلایان به خرخر عادی بیشتر میباشد . اگر خرخر کردن با تغیر وضعیت سرو گردن کم یا متوقف گردد بی آزار تلقی میگردد.

مطمئن ترین منبع آگاهی از وضعیت مریض اعضای فامیل او است و اینان باید به وضعیت خواب مریض دقت کنند . مخصوصا اینکه آیا تنفس مریض به طور موقت قطع میشود و آیا مریض به دنبال این توقف تنفس در خواب برای نفس کشیدن تقلا میکند یا نه ؟

مردان نسبت به زنان بیشتر خرخر میکنند که علت هورمونی در آن دخیل است هورمون پروجسترون به علت اثر تحریک تنفسی احتمال قطع تنفس را کاهش می دهد در حالیکه تستسترون این نقش را ندارد . خرخر پس از گذشت دهه چهارم عمر آغاز و به تدریج شدیدتر میشود این مریضان اغلب هنگام صبح سردردی دارند و احساس نشاط حاصل از خواب شبانه را نمی کنند و به هنگام روز به محض نشستن در چوکی شروع به چرت زدن میکنند اکثر این مریضان چاق استند ولی خرخر در مردان لاغر هم ممکن است شدید باشد.

خرخر عاداتی در افرادی است که که مبتلا به مریضی وقفه تنفسی در خواب نیستند و با افزایش سن شیوع آن افزایش میابد . توقف متناوب تنفس به هنگام خواب را که غالبا با خرخر کردن تنفسی همراه است توقف تنفسی در خواب توصیف میکنند . مدت قطع تنفس در صورتیکه به تعداد بیش از 20 بار در ساعت برسد مرضی تلقی میشود .

توقف تنفسی به هنگام خواب می تواند مرکزی و یا هم محیطی باشد . توقف تنفسی مرکزی به علت امراض گوناگون سیستم عصب مرکزی است .توقف محیطی ویا انسدادی به علت انسداد معبر فوقانی سیستم تنفسی می باشد و شیوع نوع انسدادی در مردان 4 فیصد و در زنان 2 فیصد میباشد توقف انسدادی تنفس می تواند ناشی از مشکلات ذیل باشد.

انحراف حجاب انف . رینیت وازوموتور . سینوزیت . حجیم شدن قرین های بینی .بزرگ و حجیم شدن لوزه ها و آدینوید و یا هر دو که در کودکان زیادتیرین علت توقف تنفسی و یا خرخر کردن است . تنگی معبر هوایی در بلعوم و بینی به دلیل تجمع شحم در دیواره آن . بزرگی زبان که در آمیلیودوزیا کم کاری تیروید دیده میشود .