پزشکی امروز

ماهنامه شمارهٔ : ۱۲۳۸ ، سال سی‌ام ، شهریور ماه ۱۳۹۹ ، قیمت ۱۰,۰۰۰ تومان
تاسیس:۱۳۷۰
با یاد بنیانگذار نشریه، دکتر فرخ سیف بهزاد

ابتلاء سیستم عصبی و سیستم اعصاب محیطی با COVID-19

صفحه هشتم

- دکتر جلال جلال شکوهی
عضوهیئت مدیرهٔ انجمن و تعاونی رادیولوژیست‌های ایران
- پروفسور آرمین نوروزی
فوق تخصص جراحی اعصاب محیطی
- دکترحمیدرضا ادراکی
فلوشیپ نورورادیولوژی

ارتباط متقابل کووید-۱۹ و آنفلوآنزا

دکتر برزو سالک

مدیرعلمی نشریه پزشکی امروز
پژوهشگر و مدیرعالی واجرایی پروژه‌های دانش بنیان در حوزه ویروس شناسی

صفحه چهارم

ارتباط زخم معده و بیماری کرونا

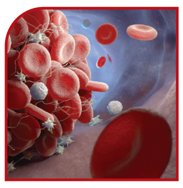
دکتر ایرج خسرونیا
رییس هیات مدیرهٔ جامعهٔ پزشکان متخصصان داخلی

صفحه دهم

نگاهی به نقش داروی رمدسویر در ویروس کرونا

دکتر مهدی نوری
FRCP

صفحه دوم



بررسی میزان ایمنی و اثربخشی آپیکسابان در مقایسه با ریواروکسابان درترومبوآمبولی حاد وریدی

دکتر پریسا نصرتی
دکترای حرفه‌ای داروسازی

صفحه چهاردهم

اثر پاکلیتاکسل هفتگی، با یا بدون بواسیزوماب، به‌عنوان درمانی برای تومورهای استرومای طناب جنسی چیست؟

گروه علمی داروخانهٔ دکترنیرومند

صفحه‌آخر

ارتباط میزان شیوع استرس ، اضطراب ، افسردگی با نمایه توده بدنی و تصور ذهنی از بدن

دکتر اسراء تاجیک ،پسا دکترای تغذیه ،عضوبنیادملی نخبگان
فاطمه یاوری ، دانشجوی پزشکی

صفحه دوازدهم

نگاهی به نقش داروی رمدسیور در ویروس کرونا

دکترمهدی نوری
FRCP

در یکی ازمقاله‌های پیشین، که درباره بیماری کووید-۱۹ ارائه شد، به این نکته نیز اشاره کردم که در جریان پژوهش‌های دانشگاهی پیرامون ویروس‌کرونا و بیماری کووید-۱۹ داروهایی نیز برای درمان این بیماری توصیه شده است. از جمله در مواردی، داروهایی مانند قرص خوراکی Lopinavir+ Ritonavir،که برای درمان بیماری ایدز استفاده می‌شود، تجویز گردید و افرادی نیز فاویپیراویر را توصیه نمودند، و سرانجام یک داروی ضد ویروس به نام **رمدسیور(Remdesivir)**، که از خانواده آنالوگ‌های نوکلئوزید است و برای درمان بیماری ویروسی ابولا و عفونت‌های ویروس ماربورگ (Marburg hemorrhagic fever) ساخته شده است، برای درمان بیماری کووید -۱۹ بکار گرفته شد. این دارو همراه با کلروکین (Remdesivir and chloroquine) تجویز گردید.

در سال ۱۹۷۶ میلادی، ویروسی که بعدها به نام ابولا شناخته شد ، حدود ۳۰۰ نفر را مبتلا کرد. نام ویروس از رودخانه‌ای در جمهوری دموکراتیک کنگو(از سال ۱۹۷۱ تا ۱۹۹۷ زئیر نام داشت) ، گرفته شده‌است.

بیماریِ ناشی از ویروس ابولا یا تب خونریزی‌دهندهٔ ابولا(Ebola hemorrhagic fever) با نشانه‌هایی مانند تب، گلودرد و سردرد تظاهر می‌کند و با تهوع، استفراغ، اسهال و اختلال در عملکرد سایر ارگان‌ها، مانند کبد و کلیه ها و در نتیجه ادامهٔ خونریزی منجر به مرگ می‌شود. کشندگی ویروس ابولا به حدی است که ابتدا، در شیوع بیماری از هر ۱۰ نفر که به بیماری مبتلا شده بودند ۹ نفر جان باختند. این ویروس در سال ۱۹۹۵نیز بیش از ۸۰درصد مبتلایان را به کام مرگ کشید. در سال ۲۰۱۴ نیز بیماری از گینه آغاز گردید وسپس افراد ساکن درسیرالئون و لیبریا را گرفتار نمود و سبب مرگ بسیاری از مبتلایان شد.

ویروس ابولا از طریق تماس با خون یا مایعات بدن حیوان آلوده (اغلب شامل میمون‌ها یا خفاش‌های میوه‌خوار) منتقل می‌شود و درنتیجه افراد مبتلا می‌توانند بیماری را به یکدیگر انتقال دهند.

در تاریخ ۹ اکتبر ۲۰۱۵ میلادی، مؤسسه پژوهش پزشکی بیماری‌های عفونی ارتش ایالات متحده آمریکا{United States Army Medical Research {Institute of Infectious Diseases (USAMRIID} اعلام نمود که موفق شده‌اند نتایج پیش‌بالینی امیدوارکننده‌ای را به‌دست آورند. حاصل این پژوهش دارویی به نام **remdesivir** بود که می‌توانست ویروس ابولا را در میمون‌های رزوس مهار کند. پژوهشگر ارشد این مؤسسه به نام تراویس وارن(Travis Warren) اعلام کرد که این دارو نتیجهٔ همکاری مستمر مؤسسه USAMRIID با شرکت گیلیاد بوده‌است.پس از آن، مطالعات علمی لازم در این زمینه انجام شد ونتایج این بررسی‌ها در کنفرانس سالیانهٔ انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا، ارائه گردید.

همان طور که اشاره شد، رِمْدسیویر، که در آغاز با کد دارویی GS-5734 و نام تجارتی Veklury شناخته می‌شد، یک داروی ضد ویروس جدید از خانوادهٔ آنالوگ‌های نوکلئوزید است. تولید این دارو در جریان همه‌گیری ویروس ابولا تسریع شد. با آنکه تهیه دارو مراحل اولیه ساخت خود را طی می‌کرد ، دست‌کم بر روی یک بیمار نیز به‌کار رفت و نتایج امیدوارکننده‌ای درپی داشت . از داروی رِمْدسیویر (که فرمول آن در صفحه روبرو مشاهده می‌شود) در موارد اورژانس همه‌گیری ابولا از سال ۲۰۱۸ تا اوت ۲۰۱۹ میلادی استفاده شد.

مطالعات بعدی نشان داد که این دارو خاصیت ضد ویروسی بر علیه سایر ویروس‌های تک رشته‌ای RNA دار، مانند ویروس سین‌سیشیال تنفسی، ویروس تب مرگبار لاسا، ویروس نیپا(از خفاش میوه خوار به انسان منتقل می شود)، ویروس هِندرا ونیز کروناویروس‌ها (از جمله کروناویروس مرس و سارس) را نیز نشان می‌دهد. پیش از این در مقاله‌ای اشاره کردم که کرونا ویروس‌ها، خانواده بزرگی از ویروس‌ها را تشکیل می‌دهند. این ویروس‌ها یک ژنوم RNA معمولی دارند .به عبارت دیگر ماده ژنتیکی آنها فقط اسید ریبونوکلئیک است. در تکثیر ویروس‌های RNA دار، که در سیتوپلاسم میزبان صورت می‌گیرد، ویریون‌ها روی گیرنده‌های یاخته‌ای تثبیت شده و سپس به وسیله قطره خواری یا پینوسیتوز (Pinocytosis) به درون یاخته نفوذ می‌کنند و آنگاه عاری از کپسید شده و دراین حال اسید نوکلئیک آزاد می‌گردد. سنتزهای یاخته‌ای به‌علت نفوذ آنزیم‌هایی که فرمان ساخته‌شدن آنها به ویروس مربوط است، متوقف شده و اسید نوکلئیک با دخالت یک RNA پیک، فرمان ساخته شدن پروتئین‌های کپسید را به ریبوزوم‌ها(Polyribosome) صادر می‌کند. در ویروس‌های RNAدار،RNA به‌عنوان پیک خودوارد عمل می‌شوند، RNA پیک ترجمه می‌گردد و درنتیجه یک RNA پلی‌مراز تشکیل می‌گردد.

در اواخر ژانویه ۲۰۲۰، با دنیاگیرشدن بیماری کووید-۱۹، شرکت گیلیاد (Gilead Sciences) تست‌های آزمایشگاهی خود را بر روی ویروس کووید-۱۹ آغاز نمود و اعلام داشت که این دارو علیه ویروس بیماری سارس و مِرس، در الگوهای حیوانی مؤثر است . با موافقت شرکت گیلیاد ساینس(شرکت داروسازی و بیوتکنولوژی آمریکایی) مقداری از دارو برای درمان تعداد اندکی از مبتلایان به کروناویروس، در اختیار مقامات چینی قرار داده شد. در اواخر ماه ژانویه ۲۰۲۰، رمدسیور به نخستین بیمار آمریکایی مبتلا به کووید-۱۹ ،که بیماری‌اش پیشرفت کرده و دچار سینه‌پهلو شده بود، تجویز گردید . با مصرف این دارو شرایط بیمار ظرف یک روز بهبود قابل توجهی یافت ودر نتیجه بیمار

توانست از بیمارستان مرخص گردد. از سوی دیگر، با پژوهشی که برر روی ۳۰ بیمار انجام شد، گزارشی منتشر گردید که رمدسیویر و دو داروی هیدروکسی کلروکین و فاویپیراویر، اثر مهاری به‌نسبت خوبی بر روی ویروس کرونا دارد.

در تاریخ ۱۷ مارس ۲۰۲۰، جمهوری چک مصرف داروی رمدسیور را در موارد شدید بیماری را تایید کرد و پس از آن درگزارش‌های علمی دیگر نیزبه اثر بخشی رمدسیور در بیماری کووید-۱۹پرداخته شد.

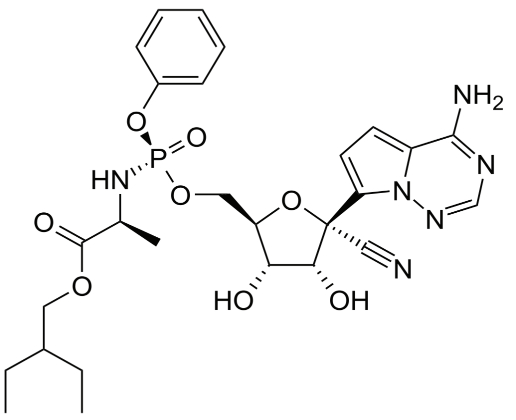
نتایج یک آنالیز بالینی بر روی بیمارانی که رمدسیویر دریافت داشته بودند، امیدوارکننده بود. در ۱۰ آوریل ۲۰۲۰ مقاله‌ای در ژورنال پزشکی نیوانگلند منتشر شد که نشان می داد پس از تجویزاین دارو، از میان ۵۳ نفر بیمار، که دچار نوع شدید بیماری کرونا بودند، ۳۸ نفر با دریافت این دارو بهبودنسبی داشتند، حال۸ نفر وخیم‌تر گردید و ۷ نفر از آنها نیز فوت کردند.

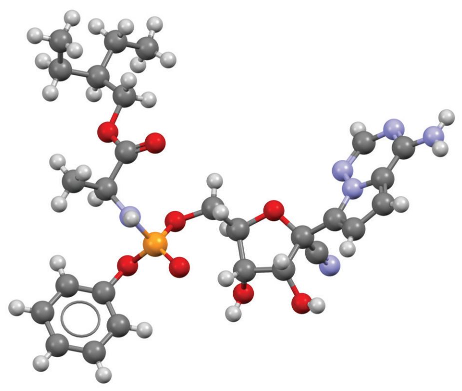
از سوی دیگر پس از نخستین کارآزمایی بالینی در چین، گزارشی منتشر شد که رمدسیور در درمان بیماری کووید-۱۹ موثر نبوده است. این گزارش نشان می داد که تجویز دارو نه تنها سبب بهبود وضعیت بیماران نگردیده، بلکه حجم ویروس در جریان خون بیماران را نیز کاهش نداده‌است. بر اساس این گزارش، از ۱۵۸ بیماری که با این دارو مورد درمان قرار گرفتند ، ۱۳٫۹ درصد بعد از گذشت یک ماه جان باختند. در حالی که میزان مرگ در گروه شاهد، که با یک دارونما مورد درمان قرار گرفته بودند، ۱۲٫۸ درصد بود.

با آنکه سازمان جهانی بهداشت ومقامات بهداشتی چین اعلام کرده بودند که داروی رمدسیویر بر بهبود بیماران کووید- ۱۹ بی‌تأثیر است والبته شرکت گیلیاد هم در پاسخ گفته بود که نتیجه‌گیری آنها نامعتبر است؛ سازمان غذا و دارو ایالات متحده آمریکا (FDA)، درتاریخ ۱ مه ۲۰۲۰، مصرف رمدسیور را در کودکان و بزرگسالان مبتلا به گونهٔ شدید بیماری، با عنوان مجوز اضطراری تأیید کرد.

رمدسیویر یک پیش‌دارو است که در بدن به شکل فعال خود «GS-441524» (همان داروی آنتی‌ویرال که توسط شرکت گیلیاد گسترش یافت) تبدیل می‌شود. این ماده، که یک آنالوگِ آدنوزین (adenosine nucleotide analog antiviral) است، با عملکرد آنزیم RNA polymerase (آنزیمی که ساخته شدن mRNA از روی DNA را رونویسی می‌کند) وابسته به RNA تداخل ایجاد می‌کند و از نمونه‌خوانی و ویرایش ژنتیکی ویروس توسط آنزیم اگزوریبونکلئاز(exoribonuclease) (بابرداشتن نوکلئوتیدها از انتهای '۵ یا انتهای '۳ از مولکول آران‌ای، سبب تجزیهٔ آن می‌شود) جلوگیری به‌عمل می‌آورد و در نتیجه از نیروی تولید و تکثیر ویروس می‌کاهد. البته مشخص نیست که این دارو زنجیرهٔ RNA را خاتمه می‌دهد یا سبب جهش در آن می‌شود. در بخش دیگر به این موضوع پرداخته خواهد شد.

نکته مهم این است که اگر چه تا یافتن داروی کاملا موثر برای درمان بیماری کووید-۱۹، همچنان با تشخیص پزشکان متخصص در موارد ضروری رمدسیور تجویز می‌شود، اما واقعیت این است که هنوز داروی قطعی برای درمان بیماری تهیه نشده است . بنابراین تا عرضه واکسن مطمئن، تنها راه پیشگیری بیماری





کووید-۱۹، رعایت بهداشت، شستشوی مرتب دستها با آب و صابون ، استفاده از ماسک، رعایت فاصله اجتماعی (دست کم یک متر)، عدم شرکت در اجتماعات واحساس مسئولیت خواهد بود.

اغلب انسان با ترشحات تنفسی افراد آلوده به ویروس ، لمس سطح آلوده به ویروس با دستها و تماس با دهان و چشم و بینی خود پیش از شستن دست‌ها مبتلا می‌شود. با توجه به اینکه لایه بیرونی ویروس‌های کرونا از جنس لیپید یاچربی است ، می توان با آب وصابون(هر نوع صابون) آنها راغیر فعال نمود. بنابراین شستن دستها با آب و صابون بهترین روش برای پاکسازی خواهد بود.افراد از این موضوع آگاه هستند، بشقابی که در آن غذای چرب بوده است تنها با آب پاک نمی شود . اما با افزودن چند قطره مایع ظرفشویی یا صابون، چربی ظرف حل شده ومی‌توان آن را کاملا تمیزو عاری از چربی نمود. آب و صابون با پوشش چرب ویروس همین کار را می‌کند. صابون در مدت ۲۰ ثانیه چربی بیرونی ویروس را حل کرده وآن را غیر فعال می‌نماید. بنابر این یکی از بهترین روش‌ها برای پیشگیری از بیماری شستشوی مرتب دستها به مدت ۲۰ ثانیه با آب و صابون است . اما اگر صابون و آب در دسترس نباشد، می توان از محلول الکل اتانول ۷۰٪ نیز استفاده نمود. الکل نیز با درهم‌شکستن و حل کردن چربی غلاف ویروس، مانند صابون عمل می‌کند. تردیدی نیست که خواننده محترم علاوه برشستشوی مرتب دستها با آب و صابون ، از ماسک نیز استفاده می‌کند، با رعایت فاصله اجتماعی و عدم شرکت در اجتماعات از میزان ریسک می‌کاهد وبا احساس مسئولیت موازین بهداشتی را می‌پذیرد و اجرا می‌کند.

■ منابع در دفتر نشریه موجود است.

ارتباط متقابل کووید-۱۹ و آنفلوآنزا

■ دکتر برزو سالک
مدیرعلمی نشریه پزشکی امروز
پژوهشگر و مدیر عالی و اجرایی پروژه‌های دانش‌بنیان در حوزه ویروس‌شناسی

• آنفلوآنزا در دوران پاندمی COVID-19

اپیدمی سالانه آنفلوآنزا به طور قابل توجهی بر سیستم های بهداشتی در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد واز سال ۲۰۱۰ منجر به مرگ سالانه ۱۲۰۰۰ تا ۶۱۰۰۰ نفر ، فقط در کشور آمریکا گردیده‌است. روند ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر در هر سال نشانگر میزان تغییر ژنتیکی در سویه غالب ویروس آنفلوآنزا و اثربخشی و پوشش واکسیناسیون است. در بیماری ویروسی COVID-19 ، پزشکان با ویروس تنفسی دیگری روبرو می‌شوند که تا حدودی به دلیل شیوع بالای آن در یک جمعیت ، میزان مرگ‌ومیر بیشتری نسبت به آنفلوآنزا دارد. بیماری آنفلوآنزا و COVID-19 به طور همزمان نگرانی زیادی را متوجه مسئولان بهداشت عمومی و پزشکان کرده‌اند.

• چشم اندازی از جمعیت درگیر با این دو بیماری:

سندرم حاد تنفسی کروناویروس ۲، ویروسی که سبب COVID-19 و آنفلوآنزا می‌شود ، عوامل بیماری‌زای بسیار متفاوتی هستند ، اما در مناطق مهم با یکدیگر همپوشانی دارند. هر دو ویروس در درجه اول توسط قطرات تنفسی منتقل می‌شوند. بنابراین انتظار می‌رود که اقدامات غیرداروییِ (NPI) مانند پوشش صورت اجباری در ملاءعام ، تعطیلی مدارس و فضاهای خرده فروشی و محدودیت در رفت و آمد ، بر بروز هر دو عفونت به درجات مختلف تأثیر بگذارد.

مطالعات به طور مداوم الگوی کاهش آنفلوآنزا را در سال ۲۰۲۰ (ژانویه تا مه) پس از پذیرش NPI در مقایسه با فصول قبل نشان داده‌اند. روند مشابهی در ایالات متحده رخ داده‌است ، میزان بیماری‌های شبه‌آنفلوآنزا برای فصل ۲۰۱۹-۲۰۲۰ زودتر از حد انتظار کاهش می‌یابد. هنگام تفسیر این داده‌ها باید احتیاط گردد، زیرا میزان آزمایش ویروس‌های تنفسی غیر SARS-CoV-2 در طول موج همه‌گیر اولیه بسیار محدود شد.

انتظار می‌رود که الگوی کاهش انتقال آنفلوآنزا در فصل بعدی با توجه به رعایت مداوم NPI آنفلوآنزا پایدار باشد. استفاده مداوم از پوشش‌های صورت (ماسک) و قرنطینه محلی در دوره‌های افزایش شیوع ویروس می‌تواند میزان عفونت را برای هر دو بیماری کاهش دهد ، اما با کاهش نظارت بر محدودیت‌های رفت و آمد ، انتظار می‌رود انتقال آنفلوآنزا و SARS-CoV-2 افزایش یابد.

علاوه بر NPIها، واکسیناسیون فصلی آنفلوآنزا نیز از اهمیت بیشتری برخوردار است تا شیوع ویروس در جمعیت به کمترین میزان برسد. با وجود دردسترس بودن گستردهٔ واکسن‌های آنفلوآنزا ، پوشش واکسیناسیون ملی به طور مداوم در بزرگسالان کمتر از ۵۰٪ است.

•تأثیرات همزمانی این دو بیماری بر عملکرد بالینی:

اگرچه هیچ تظاهرات بالینی خاصی به طور قابل اعتماد میان بیماری آنفلوآنزا اولیه و COVID-19 قابل تمایز نباشد ، شناسایی علت ویروسی در عمل بالینی مهم خواهد بود.

نخست ، رویکرد مدیریت این دو ویروس متفاوت است. آنفلوآنزا را می‌توان با یک **مهارکنندهٔ نورآمینیداز** یا **یک مهارکننده اندونوکلئاز وابسته به کپ** (cap-dependent) درمان نمود ، که هیچ یک از آن‌ها فعالیت ضدویروسی علیه SARS-CoV-2 ندارند. **Remdesivir** برای درمان COVID-19 تحت مجوز استفاده اضطراری در دسترس است ، اما از آنجا که به صورت تزریقی تجویز می‌شود ، این دارو فقط برای بیماران بستری شده در بیمارستان است. بسیاری از درمان‌های دیگر برای COVID-19 تحت بررسی هستند ، از جمله داروهای ضدویروس خوراکی که می‌توانند پیامدهای مهمی در مدیریت سریع بیماری داشته‌باشند.

دوم ، سندرم ناشی از هر ویروس سیر متفاوتی را دنبال می‌کند. بیماران مبتلا به آنفلوآنزا اغلب در هفته نخست بیماری شدیدترین نشانه‌ها را تجربه می‌کنند ، در حالی که بیماران مبتلا به COVID-19 ممکن است مدت طولانی‌تری از نشانه‌ها را با اوج گرفتن در هفتهٔ دوم یا سوم بیماری تجربه کنند. تمایز میان ویروس‌ها می‌تواند به پزشکان این امکان را بدهد تا در مورد چگونگی پیشرفت نشانه‌ها به بیماران ، راهنمایی‌های پیش‌بینی‌کننده را ارائه داده و به شناسایی عوارض بعدی در دوره بیماری کمک نماید.

سوم ، شناسایی صحیح ویروس، پیامدهای مهمی بر کنترل عفونت دارد ، از جمله راهنمایی مناسب در مورد قرنطینه ، بازگشت به مدرسه و توصیه های کار و شناسایی و ردیابی تماس با افراد مبتلا به COVID-19.

با آغاز فصل ویروس تنفسی در سال ۲۰۲۰ ، هر بیماری که دارای ویژگی‌های غیراختصاصی عفونت‌ویروسی تنفسی باشد ، باید حداقل آزمایش SARS-CoV-2 بدهد. یک لایه اضافی از پیچیدگی این است که عفونت همزمان با آنفلوآنزا و SARS-CoV-2 مشاهده شده‌است ، بنابراین نتیجه مثبت برای یک ویروس ، عفونت‌زا بودنِ ویروس دیگر را از بین نمی‌برد. هنوز مشخص نیست که آیا آزمایش‌های اولیه باید شامل ویروس باشد یا اینکه بعد از بازگشت نتایج SARS-CoV-2 می‌توان آزمایش آنفلوآنزا را اضافه کرد.

مدیریت جمعیت کودکان ممکن است متفاوت باشد، زیرا چندین ویژگی منحصربه‌فرد ویروس در کودکان وجود دارد. آنفلوآنزا طیف وسیعی از ابتلا و مرگ‌ومیر قابل توجه در کودکان داشته‌است و افراد میان ۵ تا ۱۷ سال که نقشی اساسی در انتشار شیوع فصلی آنفلوآنزا دارند.

در مقابل ، مسیر بیماری COVID-19 در کودکان به طور معمول خفیف است و ممکن است کودکان کمتر توسط دیگران آلوده شوند یا دیگران را آلوده کنند. بنابراین ، در حالی که نظارت بر شیوع COVID-19 در کودکان برای هدایت برنامه‌های بازگشایی مدارس و مهدکودک همچنان مهم است ، انتظار می‌رود که تأثیرات COVID-19 در سلامتیِ کودکان بسیار کمتر از افراد مسن باشد.(Jama Network -2020)

• شباهت‌ها و تفاوت‌های آنفلوآنزا و COVID-19:

آنفلوآنزا و COVID-19 هر دو بیماری تنفسی مسری هستند که توسط ویروس‌های گوناگون ایجاد می‌شوند. COVID-19 در اثر عفونت با کروناویروس جدید به نام (SARS-CoV-2) و آنفلوآنزا در اثر عفونت با ویروس‌های آنفلوآنزا ایجاد می‌شود. از آنجا که برخی از نشانه‌های آنفلوآنزا و COVID-19 مشابه هستند، تشخیص تفاوت میان آنها فقط بر اساس نشانه‌ها ممکن است دشوار باشد و برای تأیید تشخیص بالینی ممکن است آزمایش انجام شود. آنفلوآنزا و COVID-19 ویژگی‌های بسیاری دارند ، اما تفاوت‌های اساسی میان این دو وجود دارد.

در حالیکه هر روز موضوعات بیشتری می‌آموزیم ، هنوز موارد بسیاری در مورد COVID-19 و ویروس عامل آن ناشناخته است. در این بخش با توجه به بهترین اطلاعات موجود تاکنون، COVID-19 و آنفلوآنزا مقایسه شده است.

۱) علائم و نشانه ها :

۱-۱) شباهت‌ها :

COVID-19 و آنفلوآنزا می‌توانند دارای درجات مختلفی از نشانه‌ها باشند ، از هیچ‌گونه علامتی (بدون علامت) تا نشانه‌های شدید. نشانه‌های رایج COVID-19 و آنفلوآنزا شامل موارد زیر است:

- تب یا احساس تب و لرز
- سرفه
- تنگی نفس یا سخت شدن تنفس
- احساس خستگی
- گلودرد
- آبریزش بینی یا گرفتگی بینی
- درد عضلانی یا بدن درد
- سردرد
- برخی از افراد ممکن است استفراغ و اسهال داشته باشند ، اگرچه این مورد در کودکان بیشتر از بزرگسالان است.

۱-۲) تفاوت‌ها :

◀ آنفلوآنزا :

آنفلوآنزا می‌تواند بیماری خفیف تا شدید ایجاد کند و در بعضی مواقع منجر به مرگ شود. آنفلوآنزا با سرماخوردگی متفاوت است. آنفلوآنزا اغلب به طور ناگهانی ایجاد می‌شود. افرادی که مبتلا به آنفلوآنزا هستند اغلب برخی یا تمام این نشانه‌ها را احساس می‌کنند:

- تب یا احساس تب و لرز
- سرفه
- گلودرد
- آبریزش بینی یا گرفتگی بینی
- عضلات یا بدن درد
- سردرد
- احساس خستگی
- برخی از افراد ممکن است استفراغ و اسهال داشته باشند ، اگرچه این مورد در کودکان بیشتر از بزرگسالان است.

■ توجه به این نکته مهم است که تمامی مبتلایان به آنفلوآنزا تب نخواهند داشت.(cdc.gov)

◀ کووید-۱۹ :

سایر علائم و نشانه‌های بیماری COVID-19، متفاوت از آنفلوآنزا ، ممکن است تغییر در از دست دادن حس چشایی یا بویایی باشد.

افراد مبتلا به COVID-19، طیف وسیعی از نشانه‌ها گزارش شده را دارند(از نشانه‌های خفیف گرفته تا بیماری شدید) نشانه‌ها ممکن است ۲ تا ۱۴ روز پس از قرار گرفتن در معرض ویروس ظاهر شود. افرادی که این نشانه‌ها را دارند ممکن است COVID-19 داشته باشند:

- تب یا لرز
- سرفه
- تنگی نفس یا دشواری در تنفس
- خستگی
- درد عضله یا بدن
- سردرد
- کاهش مجدد حس چشایی یا بویایی
- گلو درد
- احتقان یا آبریزش بینی
- حالت تهوع یا استفراغ
- اسهال

این موارد تمام نشانه‌های احتمالی را شامل نمی‌شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد COVID-19 ، سایت CDC همچنان این فهرست را به‌روز می‌کند.(cdc.gov)

۲) نشانه‌ها چه مدت پس از مواجهه و عفونت ظاهر می شوند؟

۲-۱) شباهت :

درCOVID-19 و آنفلوآنزا ، ۱ روز یا بیشتر می‌تواند میان ابتلای فرد و آغاز نشانه‌های بیماری فاصله وجود داشته باشد.

۲-۲) تفاوت :

اگر فردی مبتلا به COVID-19 باشد ، ممکن است نشانه‌های آن در مقایسه با ابتلا به آنفلوآنزا بیشتر باشد.

◀ آنفلوآنزا :

به طور معمول ، نشانه‌ها در فرد ۱ تا ۴ روز پس از سرایت بیماری ظاهر می‌شود.

◀ کووید-۱۹ :

به طور معمول ، ۵ روز پس از سرایت به فرد

◁◁◁

نشانه‌ها ایجاد می‌شود ، اما علائم می‌تواند از ۲ روز پس از سرایت یا ۱۴ روز پس از سرایت ظاهر شود ، و دامنه زمانی می‌تواند متفاوت باشد.(cdc.gov)

۳) تا چه مدت افراد می توانند ویروس را منتقل نمایند؟

۳-۱) شباهت :

در COVID-19 و آنفلوآنزا، انتشار ویروس حداقل برای ۱ روز پیش از بروز نشانه‌ها ممکن است.

۳-۲) تفاوت :

اگر فردی مبتلا به COVID-19 باشد ، ممکن است برای مدت زمان طولانی‌تری در مقایسه با آنفلوآنزا قابلیت انتقال داشته باشد.

◄ آنفلوآنزا :

بیشتر افراد دچار به آنفلوآنزا، پیش از آنکه نشانه‌های خود را بروز دهند ، بیماری آن‌ها حدود ۱ روز به صورت مسری بوده و به‌راحتی قابل سرایت به دیگران است.

به نظر می‌رسد کودکان با سن بالاتر و بزرگسالان مبتلا به آنفلوآنزا در طی ۳-۴ روز ابتدایی بیماری خود بیشتر قابلیت انتقال بیماری را دارند، اما بسیاری حدود ۷ روز بیماری‌شان مسری باقی می‌ماند.

نوزادان و افراد دارای سیستم‌ایمنی ضعیف می‌توانند حتی برای مدت طولانی‌تری قابلیت انتقال داشته‌باشند.

■ چگونه آنفلوآنزا سرایت می‌کند؟

● از شخصی به شخص دیگر :

افراد مبتلا به آنفلوآنزا می‌توانند آن را به دیگران تا حدود ۱٫۸ متر (۶فوت) دورتر منتقل نمایند. بیشتر متخصصان بر این نظراجماع دارند که ویروس‌های آنفلوآنزا عمدتا توسط قطره‌هایی(Droplets) هنگام سرفه ، عطسه یا صحبت کردن، پخش می‌شوند. این قطرات می‌توانند در دهان یا بینی افرادی که در مجاورت آن‌ها هستند یا احتمالا توسط ریه‌ها استنشاق می‌شوند ، قرار گیرند. کمتر ممکن است فرد با لمس یک سطح یا شی که آلوده به ویروس آنفلوآنزا است و سپس دست زدن به دهان ، بینی یا چشم خود ،مبتلا به آنفلوآنزا گردند.

● چه زمانی آنفلوآنزا گسترش می‌یابد :

افراد مبتلا به آنفلوآنزا در سه تا چهار روز اول پس از آغاز بیماری خود به میزان بیشتری قابلیت سرایت را دارند. بیشتر بزرگسالان سالم ممکن است یک روز پیش از بروز نشانه‌ها و ۵ تا ۷ روز پس از بیماری، دیگران را آلوده نمایند. کودکان و برخی افراد با سیستم‌ایمنی ضعیف ممکن است ویروس را برای مدت بیش از ۷ روز منتقل کنند.

نشانه‌ها حدود ۲ روز پس از ورود ویروس به بدن می‌توانند (اما ممکن است از ۱ تا ۴ روز باشد) پدیدار شوند. این بدان معناست که شما ممکن است پیش از آنکه از بیماری خود آگاه شوید، آنفلوآنزا را به شخص دیگری منتقل نمایید. برخی از افراد می‌توانند به ویروس آنفلوآنزا آلوده شوند اما هیچ نشانه‌ای نداشته باشند. در این مدت ، این افراد ممکن است ویروس را به دیگران منتقل کنند.

● دوره سرایت:

ممکن است شخص بیمار پیش از آگاهی از بیماری خود و همچنین هنگامی‌که در دوران بیماری قرار دارد ، آنفلوآنزا را به شخص دیگری منتقل نماید.

○ افراد مبتلا به آنفلوآنزا در ۳-۴ روز اول پس از آغاز بیماری، احتمال بالاتر انتقال را دارند.

○ برخی از بزرگسالان سالم در غیر این صورت ممکن است، یک روز پیش از بروز نشانه‌ها و ۵ تا ۷ روز پس از بیمار شدن ، دیگران را آلوده کنند.

○ برخی از افراد ، به ویژه کودکانِ خردسال و افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند ، ممکن است به مدت طولانی تری با آنفلوآنزا درگیر باشند. (cdc.gov)

◄ کووید-۱۹ :

این موضوع که چه مدت شخص ناقل یا آلوده می‌تواند ویروس عامل COVID-19 را گسترش دهد همچنان در دست بررسی است.

افراد ممکن است ویروس را حدود ۲ روز پیش از آنکه نشانه یا نشانه‌هایی را تجربه نمایند، انتقال دهند و حداقل ۱۰ روز پس از ظهور نشانه‌ها، قابلیت سرایت داشته باشند. اگر فردی بدون علامت باشد یا نشانه‌ها بهبود یابند ، پس از مثبت شدن آزمایش COVID-19 ، ممکن است حداقل ۱۰ روز به صورت مسری باقی‌بماند.

■ چگونه کووید-۱۹ سرایت می‌کند؟

تصور می شود که COVID-19 عمدتا از طریق تماس نزدیک از یک شخص به فرد دیگر گسترش می‌یابد. برخی از افراد بدون نشانه ممکن است ویروس را پخش نمایند. شیوهٔ انتشار ویروس و شدت بیماری عبارت‌اند از:

● از شخصی به شخص دیگر :

تصور بر این است که این ویروس عمدتا از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود.

○ میان افرادی که از نزدیک با یکدیگر در تماس هستند (در حدود ۱٫۸ متر).

○ توسط قطرات‌تنفسی که هنگام سرفه ، عطسه یا صحبت توسط شخص آلوده تولید می‌شود.

○ این قطرات می‌توانند در دهان یا بینی افرادی که در نزدیکی آن‌ها هستند، قرار‌گیرند.

○ COVID-19 ممکن است توسط افرادی که نشانه‌هایی از خودنشان نمی‌دهند نیز منتشر شود.

● ویروس به‌راحتی در میان افراد پخش می‌شود.

میزان انتقال این ویروس از فردی به فرد دیگر،می‌تواند متفاوت باشد. برخی ویروس‌ها مانند سرخک بسیار مسری هستند ، در حالی که ویروس‌های دیگر بدین آسانی گسترش نمی‌یابند. عامل دیگر این است که آیا گسترش پایدار است؟ ، بدین معنا که بدون توقف از فردی به فرد دیگر منتقل می‌گردد.

● ویروس عامل COVID-19 به آسانی و بسیار پایدار در میان افراد گسترش می‌یابد.

اطلاعات حاصل از بیماری همه‌گیر COVID-19 حاکی از آن است که این ویروس با سرعت بیشتری نسبت به آنفلوآنزا در حال شیوع است ، اما نه به اندازه سرخک که بسیار مسری است. به طور کلی ، هرچه فرد با دیگران ارتباط نزدیکتر داشته‌باشد و این تعامل بیشتر باشد ، خطر گسترش COVID-19بیشتر است.

● شیوع ویروس به سایر روش‌ها:

ممکن است فردی با لمس یک سطح یا جسمی که ویروس روی آن قرار دارد و سپس با لمس دهان ، بینی یا چشم خود به COVID-19 مبتلا شود، اما تصور نمی‌شود که این اصلی‌ترین راه انتشار ویروس باشد.

●شیوع میان حیوانات و انسان :

○ درحال حاضر خطر گسترش COVID-19 از حیوانات به افراد بالا در نظر گرفته نمی‌شود.

○ به نظر می‌رسد ویروسی که منجر به COVID-19 می‌شود در برخی شرایط می‌تواند از افراد به حیوانات منتقل شود. برخی از گزارش‌های ارائه شده به CDC حاکی از آن است که تعداد اندکی از حیوانات‌خانگی ازجمله گربه‌ها و سگ‌ها پس از تماس نزدیک با افراد آلوده به ویروس عامل COVID-19 مبتلا به این ویروس گشته‌اند.(cdc.gov)

■ شیوهٔ انتشار :

۱) شباهت :

COVID-19 و آنفلوآنزا می‌توانند از فردی به فرد دیگر ، در میان افرادی که در تماس نزدیک با یکدیگر هستند (در حدود ۱٫۸ متر) شیوع پیدا کنند. هر دو به طور عمده توسط قطره‌هایی از مبتلایان به COVID-19 یا سرفه ، عطسه یا صحبت کردن فرد بیمار به فرد سالم منتقل می‌شوند.

ممکن است فرد در اثر تماس فیزیکی انسان (برای نمونه دست دادن) یا با لمس یک سطح یا جسمی که آلوده به ویروس است و سپس دست زدن به دهان ، بینی یا احتمالا چشم ، به این بیماری مبتلا شود.

ویروس آنفلوآنزا و ویروس عامل COVID-19 ممکن است توسط افرادی به دیگران منتقل شود که هیچ گونه نشانه و یا حتی علائم بسیار خفیف نشان دهند یا هرگز علائمی نداشته باشند (بدون علامت).

۲) تفاوت :

در حالی که تصور می‌شود ویروس‌های COVID-19 و آنفلوآنزا به روش‌های مشابهی گسترش می‌یابند، COVID-19 در میان جمعیت‌های خاص و گروه‌های سنی مسری‌تر از آنفلوآنزا است. همچنین ، مشاهده شده است که COVID-19 دارای وقایع فوق‌العاده شیوع بیش از آنفلوآنزا است. این بدان معناست که ویروسِ عامل ایجاد COVID-19 می‌تواند به سرعت و به آسانی در بسیاری از افراد شیوع یابد و با پیشرفت زمان موجب انتشار مداوم در میان افراد شود. (cdc.gov)

■ افرادی که در معرض خطر شدید بیماری هستند:

۱) شباهت :

COVID-19 و بیماری آنفلوآنزا می‌توانند منجر به بیماری شدید و عوارض حاد گردند. افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند عبارتند از:

○ افراد سالخورده

○ افرادی که شرایط پزشکی ویژه و یا سابقه بیماری خاصی دارند

○ زنان باردار

● تفاوت:

خطر ابتلا به عوارض در کودکان سالم در مقایسه با COVID-19 در بیماری آنفلوآنزا بیشتر است. با این حال ، نوزادان و کودکان مبتلا به بیماری پزشکی زمینه‌ای در معرض خطر ابتلا به آنفلوآنزا و COVID-19 قرار دارند:

◄ آنفلوآنزا :

کودکان خردسال بیشتر در معرض خطر بیماری شدید ناشی از آنفلوآنزا هستند.

◄ کووید-۱۹ :

کودکانی که در سنین مدرسه، آلوده به COVID-19 بیشتر در معرض خطر ابتلا به سندرم التهابی چند سیستمی در کودکان (MIS-C) هستند که یک عارضه نادر اما شدید ناشی از COVID-19 است. (cdc.gov)

■ عوارض:

۱) شباهت :

COVID-19 و آنفلوآنزا می‌توانند منجر به عوارضی شوند ، از جمله:

○ ذات الریه

○ نارسایی تنفسی

○ سندرم دیسترس حاد تنفسی (به عنوان نمونه مایع در ریه ها)

○ عفونت و التهاب خون

○ آسیب قلبی (به عنوان نمونه حملات قلبی و سکته)

○ نارسایی چند ارگان بدن (نارسایی تنفسی ، نارسایی کلیه ، شوک)

○ وخیم شدن وضعیت پزشکی فرد به صورت مزمن (شامل ریه‌ها ، قلب ، سیستم عصبی یا دیابت)

○ التهاب بافت‌های قلب ، مغز یا عضلات

○ عفونت‌های باکتریایی ثانویه از عفونت‌هایی هستند که در افرادی بروز پیدا می‌کنند که پیش از این به آنفلوآنزا یا COVID-19 مبتلا شده‌اند ، نمود پیدا کرده است.

۲) تفاوت :

◄ آنفلوآنزا :

بیشتر افرادی که به آنفلوآنزا مبتلا می‌شوند طی چند روز تا کمتر از دو هفته بهبود می‌یابند ، اما برخی از افراد دچار عوارض می‌شوند.

◄ کووید-۱۹ :

عوارض اضافی مرتبط با COVID-19 می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

● لخته شدن خون در رگ‌ها و عروق ریه‌ها ، قلب ، پاها یا مغز

● سندرم التهابی چند سیستم در کودکان (MIS-C) (منبع : cdc.gov)

■ مراحل پیشگیری:

واکسن آنفلوآنزا را جدی بگیرید:

● CDC ، واکسن سالانه آنفلوآنزا را به عنوان نخستین و مهمترین مرحله در جهت محافظت در برابر ویروس‌های آنفلوآنزا توصیه می‌کند. دریافت واکسن آنفلوآنزا طی سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ بیش از هر زمان دیگری از اهمیت برخوردار خواهد بود.

● اشاره به این نکته ضروری است که واکسن آنفلوآنزا از COVID-19 جلوگیری نمی‌کند، اما سبب کاهش بار بیماری‌های آنفلوآنزا، بستری‌شدن در بیمارستان و مرگ و میر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی و منابع پزشکی کمیاب برای مراقبت از افراد مبتلا به COVID-19 می‌شود.

● CDC تخمین می‌زند که در فصل گذشته ، کمتر از نیمی از مردم آمریکا تحت تجویز واکسن آنفلوآنزا قرار گرفته‌اند و حداقل ۴۱۰،۰۰۰ نفر از آنفلوآنزا در بیمارستان بستری شده‌اند. افزایش پوشش واکسیناسیون این بار را کاهش می‌دهد.

● بیشتر واکسن‌های آنفلوآنزا از چهار ویروس آنفلوآنزا محافظت می‌کنند، که تحقیقات نشانگر آن می‌باشد، این ویروس‌ها رایج ترین آنها خواهند بود.

● افراد از ۶ ماهه و بالاتر تا میانهٔ آبان‌ماه باید واکسن سالانه آنفلوآنزا را دریافت نمایند.

● واکسیناسیون افراد در معرض خطر به‌ویژه جهت کاهش خطر ابتلا به بیماری آنفلوآنزا بسیار حائز اهمیت است.

● افرادی که در معرض خطر عوارض جدی بیماری آنفلوآنزا هستند عبارتند از: کودکان خردسال،زنان باردار،افرادی که دارای برخی بیماری‌های مزمن مانند آسم ، دیابت یا بیماری‌های‌قلبی و ریوی هستند

و افراد بالاتر از ۶۵ سال از جملهٔ این افراد هستند.تمامی افرادی که در معرض خطر آنفلوآنزا هستند، در معرض خطر بیشتری از COVID-19 نیز قرار دارند.

● واکسیناسیون برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و کادر درمان نیز بسیار حائز اهمیت است و روی هم رفته تمام گروه‌هایی که با افرادی که در معرض خطر بیشتری هستند زندگی می‌کنند یا از آن‌ها مراقبت می نمایند تا از سرایت آنفلوآنزا به آنها جلوگیری کنند. این امر به ویژه در مورد افرادی که در مراکز درمانی و مراقبتهای پزشکی که طولانی مدت مشغول به کار هستند صدق می‌کند و این روزها به کانون اصلی انتشار ویروس کرونا یا آنفلوآنزا تبدیل شده است.

● کودکان کمتر از ۶ ماه در معرض خطر ابتلا به بیماری آنفلوآنزا هستند ، اما سن آن‌ها کمتر از حداقل سن برای دریافت واکسن می‌باشد. افرادی که از نوزادان مراقبت می‌کنند باید در عوض واکسن را دریافت نمایند.

■ در دستور کار قرار دادن اقدامات روزانهٔ پیشگیرانه از شیوع ویروس ها :

اقدامات پیشگیرانه روزمره‌ای که همواره جهت کاهش سیوع آنفلوآنزا توصیه می‌گردد:

● از تماس نزدیک با افراد بیمار خودداری کنید.

● اگر بیمار هستید ، تا آنجا که ممکن است تماس با دیگران را محدود کنید تا از آلوده نمودن آن‌ها پیشگیری به‌عمل آید.

● استفاده از دستمال هنگام عطسه و سرفه

● هنگام سرفه یا عطسهٔ ممتد ، بینی و دهان خود را با دستمال ببندید. پس از استفاده ، آن را دور بیاندازید.

● دستان خود را به‌طور مرتب با آب و صابون بشویید. اگر آب و صابون در دسترس نیست ، از مواد ضدعفونی‌کنندهٔ برپایه الکل استفاده نمایید.

● از تماس دستها با چشم ، بینی و دهان خودداری کنید.زیرا این روش، اصلی‌ترین راه انتقال ویروس‌ها می‌باشد.

● سطوح و اشیا آلوده به ویروس‌های آنفلوآنزا را تمیز و ضدعفونی نمایید.

● توصیهٔ CDC در موارد مرتبط با آنفلوآنزا این است که افراد حداقل ۲۴ ساعت پس از رفع تب در خانه بمانند ، مگر اینکه از خدمات پزشکی یا سایر موارد ضروری استفاده کنند. تب باید بدون نیاز به استفاده از داروی کاهش دهنده تب از بین برود. راهنمای اقامت در خانه برای COVID-19 ممکن است متفاوت باشد.

■ استفاده از داروهای مورد تایید و تجویز پزشک :

● استفاده از داروهای ضدویروسی (antiviral) جهت درمان آنفلوآنزا ، اشاره به این نکته از اهمیت برخوردار است که داروهای ضدویروسی آنفلوآنزا جهت درمان COVID-19 ساخته نشده‌اند.

● داروهای ضد ویروسی ، نشانه‌های بیماری آنفلوآنزا را تعدیل نموده و مدت زمان بیماری را کوتاه می‌کنند. همچنین ممکن است از عوارض جدی و آتی این بیماری جلوگیری نمایند.

● مطالعات نشانگر آن است که داروهای ضدویروسی آنفلوآنزابهترین اثر را ۲ روز پس از آغاز بیماری خواهند داشت ، اما آغاز مصرف این داروها پس از ۲ روز نیز موثر است ، به‌ویژه اگر بیمار، فاکتور پرخطری داشته یا از آنفلوآنزا با دوز بالا رنج ببرد. (منبع : cdc.gov)

■ محافظت از خود و دیگران در برابر ویروس کرونا :

●بهداشت مناسب : شامل شستن دست‌ها ، جلوگیری از پخش قطرات کوچک (Droplets) ناشی از سرفه و عطسه ، تمیز و ضد عفونی کردن محل سکونت یا محل کار است.

● رعایت فاصلهٔ فیزیکی : از اصلی‌ترین اقدامات پیشگیرانهٔ کووید-۱۹ رعایت فاصله‌گذاری‌های اجتماعی است.

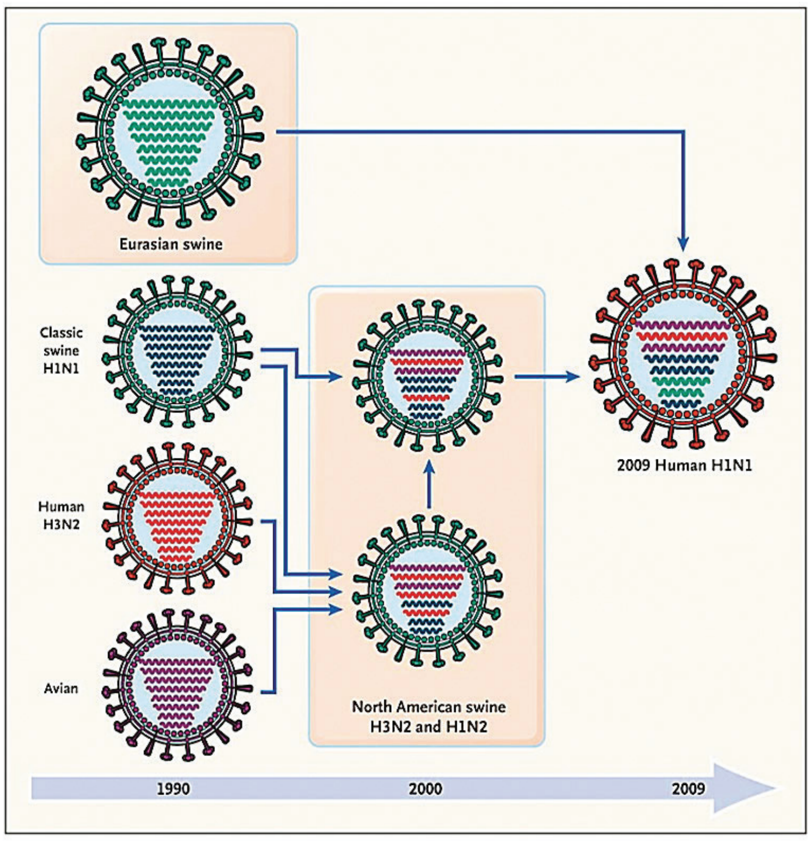
● استفاده از ماسک: اقدام پیشگیرانه و البته بسیار ساده‌ای که سبب محافظت از افراد و اطرافیان در برابر ویروس کرونا خواهد شد. ماسک می‌تواند در فضایی که فاصله‌گذاری امکان‌پذیر نیست، از افراد محافظت نماید.

■ واکسیناسیون:

در حال حاضر هیچ‌گونه واکسن تایید شده‌ای برای COVID-19 وجود ندارد ، اما افراد باید واکسن آنفلوآنزا را دریافت نمایند. ابتلا به آنفلوآنزا و COVID-19 به طور همزمان بسیار خطرناک است و افراد را در معرض خطر مرگ قرار خواهد داد.دانشمندان از سراسر جهان در حال پژوهش و مطالعه روی واکسن COVID-19 هستند. (health.gov.au)

■ درمان‌های تاییدشده :

۱)شباهت:



افرادی که در معرض خطر بالای بیماری هستند یا به سبب COVID-19 یا آنفلوآنزا در بیمارستان بستری شده‌اند ، باید جهت تسکین نشانه‌ها و عوارض، تحت مراقبت‌های پزشکی حمایتی قرار گیرند.

۲)تفاوت:

◀ آنفلوآنزا :

داروهای ضد ویروسی آنفلوآنزا و تحت تجویز توسط پزشکان ، جهت درمان آنفلوآنزا مورد تأیید FDA هستند.

◀ کووید-۱۹ :

انستیتوی ملی بهداشت(NIH) دستورالعمل‌هایی(Guidelines) در مورد درمان COVID-19 تهیه نموده است که با ظهور شواهد جدید در مورد گزینه‌های درمانی ، به طور منظم به‌روز می شود.

در حالی که **remdesivir** یک عامل ضدویروسی است که به عنوان گزینهٔ درمانی در COVID-19 مورد بررسی قرار می‌گیرد و تحت مجوز استفاده اضطراری (EUA) در دسترس است ، درحال حاضر هیچگونه داروی خاصی و یا سایر داروهای درمانی تایید شده توسط سازمان غذا و دارو (FDA) برای COVID-19 وجود ندارد. (منبع : cdc.gov)

■ واکسیناسیون :

۱) شباهت :

واکسن های COVID-19 و آنفلوآنزا باید توسط FDA تأیید یا اجازه استفاده اضطراری (EUA) آن گرفته شود.

۲) تفاوت ها :

◀ آنفلوآنزا :

چندین واکسن آنفلوآنزا با مجوز FDA سالانه تولید می شود تا بدن را برابر ۳ یا ۴ ویروس آنفلوآنزا محافظت نماید.

◀ کووید-۱۹ :

در حال حاضر هیچگونه واکسنی جهت جلوگیری از COVID-19 وجود ندارد. تولیدکنندگان واکسن و سایر محققان و تولیدکنندگان در حال سرعت بخشیدن به تولید واکسن برای جلوگیری از شیوع COVID-19هستند. (منبع : cdc.gov)

■ درمان:

آنتی‌بیوتیک‌ها آنفلوآنزا یا ویروس‌کرونا را درمان نمی‌کنند.آنتی‌بیوتیک‌ها فقط روی عفونت‌های باکتریایی تأثیر دارند.

پرداختن به نشانه‌هایی مانند مصرف دارو برای کاهش تب ممکن است به درمان آنفلوآنزا و COVID-19 کمک نماید. در موارد شدید ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان باشد.

پیش از این نیز اشاره گردید که در حال حاضر هیچ داروی ضدویروسی جهت درمان ویروس کرونا وجود ندارد ، اما داروهای ضدویروسی در حال حاضر در حال آزمایش هستند تا مشاهده شود آیا می توانند نشانه‌های را بهبود بخشند. داروهای ضدویروس می توانند علائم آنفلوآنزا را برطرف کنند و گاهی طول دورهٔ بیماری را کوتاه کنند.(منبع : slhn.org)

■ ویروس‌های COVID-19 و آنفلوآنزا چه مقدار شبیه هستند؟

در وهلهٔ نخست ، ویروس‌های COVID-19 و آنفلوآنزا هر دو در یک مورد مشابه هستند. این دو ویروس سبب بیماری تنفسی می‌گردند که به صورت طیف وسیعی از بی‌علامت یا خفیف تا شرایط شدید و حتی مرگ پدیدار می‌شوند.

دومین موردی که می‌توان اشاره نمود ، هر دو ویروس از طریق تماس و قطرات‌تنفسی منتقل می‌شوند. در نتیجه ، همان اقدامات بهداشت عمومی ، مانند بهداشت دست و آداب درست عطسه و سرفه ، اقدامات مهمی است که تمامی افراد می‌توانند برای جلوگیری از عفونت انجام دهند.

■ ویروس‌های COVID-19 و آنفلوآنزا چه تفاوت هایی دارند؟

سرعت انتقال یک نقطه تفاوت مهم میان این دو ویروس است. آنفلوآنزا دارای یک دوره انکوباسیون میانه کوتاه‌تر (مدت زمان عفونت تا بروز نشانه) و یک فاصله سریالی کوتاه‌تر (زمان بین موارد متوالی) نسبت به ویروس COVID-19 است. فاصله سریالی و پیاپی برای ویروس COVID-19 ۵ الی ۶ روز برآورد شده است ، در حالی که برای ویروس آنفلوآنزا ، ۳ روز است. این بدان معنی است که آنفلوآنزا می‌تواند سریعتر ازCOVID-19 گسترش یابد.

بعلاوه ، انتقال در ۳الی۵ روز نخست بیماری یا انتقال بالقوه پیش از علامت (انتقال ویروس قبل از ظهور نشانه‌ها) عامل‌اصلی انتقال آنفلوآنزا است. در مقابل ، افرادی هستند که می‌توانند ویروس COVID-19 را ۲۴تا۴۸ ساعت پیش از آغاز نشانه‌ها از بدن خود دفع کنند. تعداد عفونت‌های ثانویه تولید شده از یک فرد آلوده برای ویروس COVID-19 میان ۲ تا ۲٫۵ است ، بیشتر از آنفلوآنزا. با این حال ، تخمین ویروس‌های آنفلوآنزا و COV-ID-19بسیار متناسب با زمان است و مقایسه مستقیم را دشوارتر می‌کند.

کودکان مهم ترین انتقال‌دهنده ویروس آنفلوانزا در جامعه هستند. برای ویروس COVID-19 ، داده‌های اولیه نشان می‌دهد که کودکان کمتر از بزرگسالان تحت تأثیر قرار گرفته و میزان حملات بالینی در گروه سنی ۰ تا ۱۹ اندک است. اما داده‌های اولیه از مطالعات صورت گرفته روی انتقال این ویروس در چین نشان می‌دهد که کودکان احتمال مبتلا شدن از بزرگسالان را دارند ، نه برعکس. دامنه نشانه‌ها برای این دو ویروس تا حدودی مشابه است. برای COVID-19 ، داده‌های تا به امروز حاکی از آن است که ۸۰ درصد از عفونت‌ها خفیف یا بدون علامت هستند ، ۱۵ درصد عفونت شدید ، نیاز به اکسیژن و ۵ درصد عفونت‌های حیاتی هستند که به تهویه نیاز دارند. این بخش‌های عفونت شدید و بحرانی بیش از آنچه برای عفونت آنفلوآنزا مشاهده می شود، رخ می‌دهد.

افرادی که بیشتر در معرض خطر عفونت شدید آنفلوآنزا هستند را کودکان ، زنان باردار ، سالخوردگان ، مبتلایان به بیماریهای مزمن پزشکی و گروهی که سیستم ایمنی مناسبی ندارند، تشکیل می‌دهند. برای COVID-19 ، درک فعلی ما این است که **سن بالاتر و شرایط خاص بالینی** ، احتمال مبتلا شدن به عفونت شدید را افزایش می‌دهد.

آنچه که تا به امروز مشخص است، میزان مرگ و میر ناشی از COVID-19 بیشتر از آنفلوآنزا ، به ویژه آنفلوآنزای فصلی باشد. اگرچه درک واقعی مرگ و میر ناشی از COVID-19 مدتی طول خواهد کشید ، اما داده‌هایی که تاکنون در اختیار داریم نشان می‌دهد که نسبت مرگ و میر خام (تعداد مرگ گزارش شده تقسیم بر موارد گزارش شده) بین ۳الی۴ درصد است

، نسبت مرگ و میر عفونت (تعداد مرگ گزارش شده تقسیم بر تعداد عفونت ها) کمتر خواهد بود. در مورد آنفلوآنزای فصلی ، مرگ و میر ، اغلب زیر ۰٫۱٪ است. با این حال ، مرگ و میر تا حد زیادی توسط دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تعیین می‌شود.

▪ چه مداخلات پزشکی برای ویروس‌های COVID-19 و آنفلوآنزا در دسترس است؟

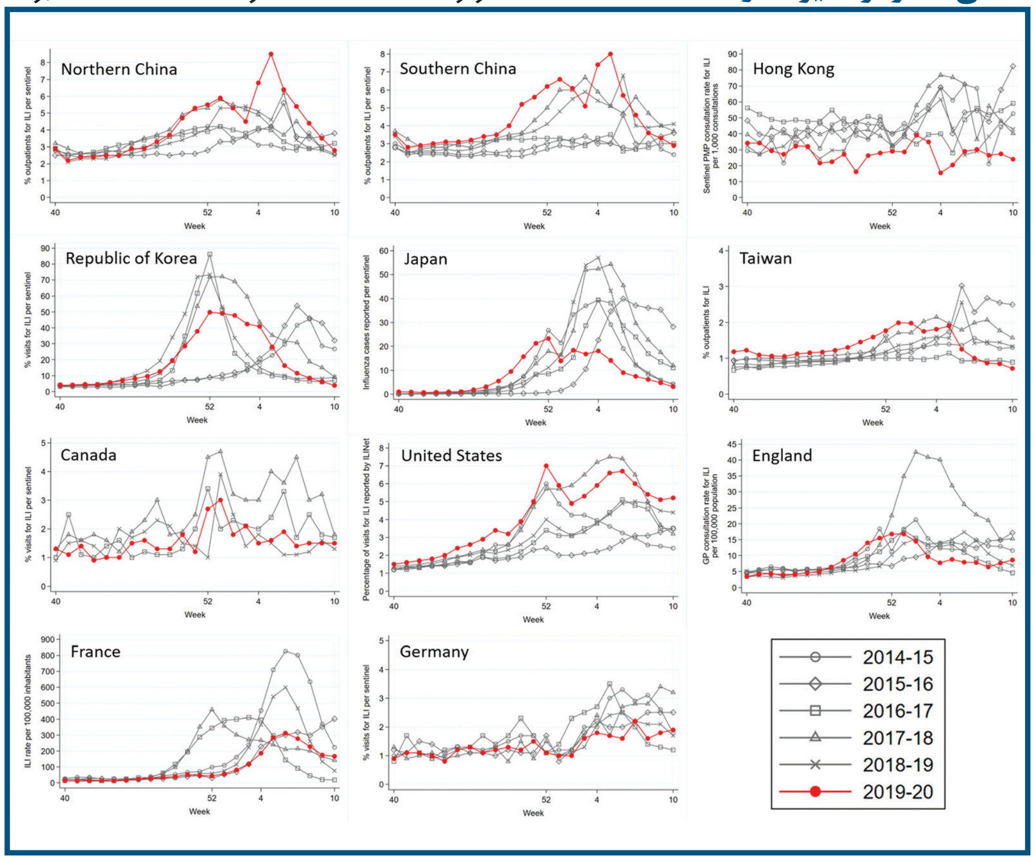
در حالی که این روزها تعدادی از روش‌های درمانیِ کشور چین در آزمایش‌های بالینی وجود دارد و بیش از ۲۰ واکسن در حال تولید برایCOVID-19 هستند ، در حال حاضر همچنان هیچ‌گونه واکسن تاییدشده و یا درمانی مشخص و مستند برای COVID-19 وجودندارد. در مقابل ، ضد ویروس‌ها و واکسن‌های آنفلوآنزا موجود است. واکسن آنفلوآنزا در برابر ویروسCOVID-19 موثر نیست ، اما توصیه می‌شود تا افراد هر سال این واکسن را دریافت نمایند تا از شیوع آنفلوآنزا جلوگیری کنند.(منبع : Who.int)

بیماری‌های تنفسی-ویروسی بیشترین پتانسیل را در ایجاد بیماری‌های همه‌گیر دارند و تهدید اصلی ظهور سویه همه‌گیر ویروس در رابط انسان و حیوان است. در اغلب موارد ، گونه‌های جدید آنفلوآنزا در حیواناتی مانند پرندگان و خوک‌ها ، مانند H۵N۱ ،H۱N۱ و H۷N۹ وجود داشته‌است و این ویروس‌ها سبب مرگ و میر قابل توجهی در انسان شده‌اند. تاکنون هیچ یک از این ویروس‌ها از انسان به انسان منتقل نشده‌اند.

کشور استرالیا با انجام فعالیت‌های زیر با شیوع ویروس کرونا مقابله نمود:

- کنترل و بررسی شیوع بیماری برحسب وقوع
- شناسایی و توصیف ماهیت ویروس و شدت بالینی بیماری
- پژوهش درباره راهکارهای مدیریت بیماری خاص تنفسی ؛
- پاسخگو بودن پرسش‌های مردم به سرعت و به طور موثر که منجر به حداقل رسیدن تأثیر شیوع ویروس کرونا می‌شود.
- اعمال راهکارهایی که منجر به حداقل رسیدن خطر انتقال بیشتر بیماری می شود.
- کمک به بهبود سریع و مطمئن افراد ، جوامع و خدمات. (منبع : Health.gov)

▪ آیا بیماری COVID-19 بر روند عفونت فصلی آنفلوآنزا تأثیر گذار است؟



عفونت ناشی از بیماری ویروس‌کرونا ۲۰۱۹ به طور چشمگیری در سراسر جهان گسترش یافته است. بیماری همه‌گیر COVID-19 نگرانی عمومی را برای جلوگیری از بیماری‌های عفونی افزایش داده‌است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی رابطه میان اپیدمی COVID-19 و کاهش بالقوه در موارد آنفلوآنزای فصلی انجام شده‌است.

این مطالعه برای نشان‌دادن روند موارد آنفلوآنزای فصلی از فصل ۲۰۱۴-۲۰۱۵ تا فصل ۲۰۱۹-۲۰۲۰ در ۱۱ کشور و منطقه انجام شده و به ارزیابی تاثیر آنفلوآنزا بر بیماری کرونا پرداخته است.

افراد در ۱۱ کشور و منطقه زیر زندگی می‌کردند: شمال چین ، جنوب چین ، هنگ‌کنگ ، جمهوری‌کره ، ژاپن ، تایوان ، کانادا ، آمریکا ، انگلیس، فرانسه و آلمان. ما گزارش‌های هفتگی داده‌های آنفلوآنزای فصلی را از فصل ۱۵-۲۰۱۴ تا فصل ۲۰-۲۰۱۹ از هفته اپیدمیولوژیک (EPI) هفته ۴۰ تا هفته ۱۰ EPI ، با استفاده از پایگاه داده‌های دسترسی آزاد هر مقام بهداشت عمومی استخراج کردیم. داده‌های آنفلوآنزای فصلی به تفکیک کشورها و مناطق ارائه شدند. ما یک طرح شبه آزمایشی Difference-in-Difference (DID) را برای بررسی اینکه آیا روند تعداد یا نسبت بیماران مبتلا به آنفلوآنزا قبل و بعد از ۲۰ ژانویه این فصل (۲۰-۲۰۱۹) با سال (۱۵-۲۰۱۴ تا ۱۹-۲۰۱۸) متفاوت است یا خیر.

•نتایج:

از هفته ۴ام EPI در فصول ۲۰-۲۰۱۹ ، آمریکا ، کانادا و کشورهای اروپایی روند مشابهی را در نوسانات موارد آنفلوآنزای فصلی با موارد فصول قبل (بدون کرونا) ، تجربه کرده اند. در مقابل ، برخی از مناطق آسیایی روند متفاوتی را در شیوع آنفلوآنزا در این فصل از موارد فصول گذشته (بدون کرونا) ، تجربه کرده اند. در شمال و جنوب چین ، تعداد بیماران آنفلوآنزا بدون داشتن الگویی ثابت در فصل ۲۰-۲۰۱۹ نوسان داشت. تعداد بیماران آلوده به آنفلوآنزا در هنگ‌کنگ ، ژاپن و تایوان پس از هفته ۴ام EPI از فصل ۲۰-۲۰۱۹ نسبت به فصول آنفلوآنزا (بدون کرونا) به طور قابل توجهی کمتر بود.

تعداد موارد آنفلوآنزا در این فصل مانند فصول گذشته (بدون کرونا) در این کشورها به اوج نرسید. برعکس ، تعداد موارد آنفلوآنزا در جمهوری‌کره در فصل ۲۰-۲۰۱۹ مشابه تعداد موارد مشاهده شده در سال‌های گذشته بود.

اگرچه پژوهشگران همچنین تعداد نمونه‌های آنفلوآنزا را تحت آزمایش قراردادند ، اما داده‌ها برای بیشتر کشورها و مناطق در دسترس نبودند. بر اساس داده‌های موجود ، تعداد آزمایش‌های آنفلوآنزا در جمهوری‌کره بعد از هفته ۴ام EPI در این فصل به تدریج در مقایسه با فصول قبلی (بدون کرونا) کاهش یافته‌است. با این حال ، به نظر می‌رسد اپیدمی COVID-19 تأثیر اندکی در آزمایش‌های آنفلوآنزا در سایر مناطق آسیا و کشور آمریکا داشته است.

از آنجا که هنگ کنگ ، ژاپن و تایوان از نظر جغرافیایی نزدیک به چین هستند ، ممکن است تأثیر شیوع COVID-19 در چین به طور مستقیم بیشتر از سایر کشورها بر مردم این کشورها تأثیر بگذارد. هنگ‌کنگ ، ژاپن و تایوان موارد ورودی از چین را در مرحله تکامل شیوع COVID-19 گزارش نمودند. شهروندان این مناطق ممکن است اقدامات پیشگیرانه قوی ، از جمله استفاده از ماسک،بهداشت دست و حتی فاصله فیزیکی را به طور جدی دنبال کنند. در نتیجه ، این اقدامات احتیاطی ممکن است به جلوگیری از انتقال آنفلوآنزا کمک کرده باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر محدودیت‌هایی دارد. اول ، مطالعه فوق اکولوژیکی می‌باشد. بنابراین ، نمی‌توان به طور مستقیم ارتباط میان شیوع COVID-19 و تغییرات رفتار را برای جلوگیری از عفونت ویروس تنفسی تجزیه و تحلیل نمود. دوم ، یافته‌ها ممکن است تحت تأثیر تعداد آزمایش‌های آنفلوآنزا در طی اپیدمی COVID-19 باشد. هنوز منابع علمی معتبر ، نتایج مطالعه‌های حال‌حاضر خود را در قالب اطلاعاتی در مورد ارتباط میان همه‌گیری COVID-19 و کاهش سایر بیماری های عفونی ارائه می دهند.(منبع : Science Direct)

▪ فصل آنفلوآنزا ۲۰۱۵-۲۰۱۶ چگونه بود؟

فصول آنفلوآنزا می‌تواند از نظر زمان ، شدت و مدت زمان متفاوت از یک فصل به فصل دیگر باشد. فصل آنفلوآنزای ۲۰۱۵-۲۰۱۶ اندکی دیرتر از سه فصل قبل آنفلوآنزا آغاز شد. این فصل نیز سپس اوج گرفت. در حالی که ویروس‌های H۳N۲ در اوایل فصل غالب بودند ، ویروس‌های H۱N۱ در اواخر فصل شایع ترین بودند و ویروس غالب برای تمام فصل بودند. این ویروسی است که در سال ۲۰۰۹ برای ایجاد همه‌گیری پدیدار شد و سبب بیماری شدید در برخی از کودکان و بزرگسالان جوان و میانسال گردید. در حالی که گزارش‌هایی از بیماری‌های شدید آنفلوآنزا و مرگ و میر وجود داشت ، به طور کلی فصل ۲۰۱۵-۲۰۱۶ نسبت به سه فصل قبلی معتدل تر بود.

▪ چه مقدار واکسن آنفلوآنزا در فصل ۲۰۱۵-۲۰۱۶ تولید و توزیع شده است؟

واکسن آنفلوآنزا توسط تولیدکنندگان خصوصی تولید می‌شود ، بنابراین تامین آن به تولید کنندگان بستگی دارد. برای سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۶ ، تولیدکنندگان در ابتدا پیش‌بینی می‌کردند که بین ۱۷۱ تا ۱۷۹ میلیون دوز واکسن برای بازار ایالات متحده تهیه نمایند. از تاریخ ۲۶ فوریه ۲۰۱۶ ، تولیدکنندگان گزارش کردند که حدود ۱۴۶٫۴ میلیون دوز واکسن آنفلوآنزا حمل کرده‌اند.

▪ واکسن آنفولوآنزا ۲۰۱۵-۲۰۱۶ چقدر موثر بود؟

برآورد اثر بخشی واکسن‌آنفلوآنزا (VE) در پایان فصلِ CDC برای فصل ۲۰۱۵-۲۰۱۶ به کمیته مشورتی در زمینه روش‌های ایمن سازی (ACIP) در ۲۲ ژوئن ۲۰۱۶ ارائه شد. برآورد کلی VE تنظیم شده CDC در برابر ویروس آنفلوآنزای A و B برای تمامی سنین ۴۷ درصد بود. VE کلی در برابر (A (H۱N۱ ، pdm۰۹ ۴۱ درصد بود و کل VE در برابر آنفلوآنزای B ، ۵۵درصد بود. این برآورد اثربخشی واکسن از داده‌های جمع آوری شده از شبکه Flu VE ایالات متحده از ۲ نوامبر ۲۰۱۵ تا ۱۵ آوریل ۲۰۱۶ گرفته شده است.(VE:Vaccine Effectiveness)

▪ فصل آنفلوآنزا ۲۰۱۷-۲۰۱۸ چگونه بود؟

فصل آنفلوآنزا ۲۰۱۷-۲۰۱۸ با شدت زیاد و با مراجعه به کلینیک و بخش‌های اورژانس برای بیماری شبه آنفلوآنزا (influenza-like illness:ILI) همراه بود و تعداد افراد بستری شده در بیمارستان مربوط به آنفلوآنزا و فعالیت آنفلوآنزا افزایش یافته و از نظر جغرافیایی برای مدت طولانی مناطق وسیعی را در بر گرفت. در سال ۲۰۱۷ ، CDC تصمیم به استفاده از روش جدید برای طبقه‌بندی شدت فصلی گرفت و از این روش برای فصول ۲۰۰۳-۲۰۰۴ تا ۲۰۱۶-۲۰۱۷ بهره گرفت. فصل ۱۸-۲۰۱۷ نخستین فصلی بود که در تمام گروه‌های سنی ، شدت بالا طبقه بندی شد.

▪ چه مقدار واکسن آنفلوآنزا در فصل ۲۰۱۷-۲۰۱۸ تولید و توزیع شده است؟

واکسن آنفلوآنزا توسط تولیدکنندگان خصوصی تولیدمی‌شود ، بنابراین تامین آن به تولیدکنندگان بستگی دارد. برای فصل ۲۰۱۷-۲۰۱۸ ، تولیدکنندگان در ابتدا پیش بینی می‌کردند که بین ۱۵۱ تا ۱۶۶ میلیون دوز واکسن تزریقی برای بازار ایالات متحده تهیه کنند. از تاریخ ۲۳ فوریه ۲۰۱۸ ، تولیدکنندگان گزارش کردند که حدود ۱۵۵٫۳ میلیون دوز واکسن آنفلوآنزا تولید نموده‌اند.

▪ واکسن آنفلوآنزا ۲۰۱۷-۲۰۱۸ چقدر موثر بود؟

اثر کلی واکسن (VE) واکسن آنفلوآنزای ۲۰۱۷-۲۰۱۸ علیه هر دو ویروس آنفلوآنزای A و B ۴۰ درصد تخمین زده‌شده‌است. این بدان معنی است که واکسن آنفلوآنزا ۴۰ درصد خطر کلی فرد را برای مراجعه به مطب پزشک برای بیماری آنفلوآنزا کاهش می‌دهد. حفاظت با نوع ویروس و زیرگروه: ۲۵ درصد در برابر (A (H۳N۲ ، ۶۵ درصد در برابر (A (H۱N۱ و ۴۹ درصد در برابر ویروس‌های آنفلوآنزای B. تخمین‌های VE در تاریخ ۲۰ ژوئن ۲۰۱۸ به کمیته مشورتی در زمینه روش‌های ایمن‌سازی ارائه شد.

در حالی که واکسن آنفلوآنزا می‌تواند در میزان عملکرد آن متفاوت باشد،واکسیناسیون آنفلوآنزا بهترین راه برای جلوگیری از این بیماری و عوارض بالقوه جدی این بیماری است و این واکسن از میلیون‌ها بیماری آنفلوآنزا و بستری شدن ده‌ها هزار نفر در بیمارستان جلوگیری کرد. به عنوان نمونه، در طول فصل آنفلوآنزا ۲۰۱۶-۲۰۱۷ ، مطابق تخمین CDC واکسن آنفلوآنزا از پیش‌بینی تخمینی ۵٫۳ میلیون بیماری، ۲٫۶ میلیون ویزیت پزشکی و ۸۵۰۰۰ بستری در بیمارستان مربوط به آنفلوآنزا جلوگیری می‌کند. همچنین نشان داده شده است که واکسیناسیون آنفلوآنزا خطر مرگ مرتبط با این بیماری را در کودکان کاهش می‌دهد.(منبع:cdc.gov)

▪ با همکاری جناب آقای امید آهنگریان

ابتلاء سیستم عصبی و سیستم اعصاب محیطی با COVID-19

متن سخنرانی انجام شده در کنگرهٔ سالیانه دانشگاه اوکراین در کیف

دکتر جلال جلال شکوهی
عضو هیئت مدیرهٔ انجمن و تعاونی رادیولوژیست‌های ایران
مترجم و همکار اول

پروفسور آرمین نوروزی
فوق تخصص جراحی اعصاب محیطی
نویسنده و سخنران

دکترحمیدرضا ادراکی
فلوشیپ نورورادیولوژی
همکار دوم

◀ ادعا یا پس فرض:

آیا کووید-۱۹ یک ویروس است؟، ذره است؟ یا هر دو ویژگی را داراست؟ این ویروس اعضای متعددی را مبتلا می‌سازد که عمدتا شامل ریه، قلب، کلیه‌ها، روده و سیستم عصبی مرکزی و محیطی می‌گردد. تظاهرات بالینی نیز از نشانه‌های خفیف تا عفونت شدید بروز می‌نماید.

◀ سابقه و پس‌زمینه:

نخستین مورد بیماری به صورت **عفونت‌ریوی** در شهر ووهان چین در دسامبر ۲۰۱۹ و مورد دوم در بیستم فوریه همان سال در ایتالیا بوده است.

■ درگیری سیستم عصبی:

آنسفالوپاتی یا انسفالیت به صورت التهاب پارانشیم به علت واسکولیت و التهاب اندوتلیوم داخل رگ و تغییرات کم‌خونی بعدی پیش می‌آید که علت اصلی آن دسترسی تنفسی و هیپوکسی می‌باشد.سکته‌مغزی(Stroke) به علت انسداد عروق بزرگ و سینوسهای وریدی مغزی می‌باشد.

از درگیری اعصاب محیطی می‌توان به سندرم گیلن‌باره(Guillain-Barré syndrome) و سندرم میلرفیشر (Miller Fisher syndrome)، التهاب عصب ابدوسنس(Abducens nerve) ، عصب حرکتی چشمی(Oculomotor nerve) ، صورت وسیستم وستیبولی نام برد.

◀ انسیدانس بیماری:

رشد و توسعه گزارش موارد ابتلا افزایشی بوده که با تظاهرات عصبی همراه هستند. در یک سری ۲۱۴نفری تعداد ۱۶ بیمار نورولوژیک دیده شده است (۷ درصد).

۴۰ بیمار از ۵۸ بیمار بستری ICU در فرانسه نشانه‌های نورولوژیک مشاهده شده است Stroke که در ۲ تا ۶ در صد بیماران بستری دیده شده است.

◀ پاتوژنز تظاهرات نورولوژیک :

آنسفالیت به علت پدیده‌های التهابی و یا هیپوکسی یا به‌واسطه دخالت سیتوکیناز و میوکیناز یا واسکولیت عمومی مانند آنژئیت اولیه به نام آنسفالوپاتی نکروزان و خونریزی حاد می‌باشد.

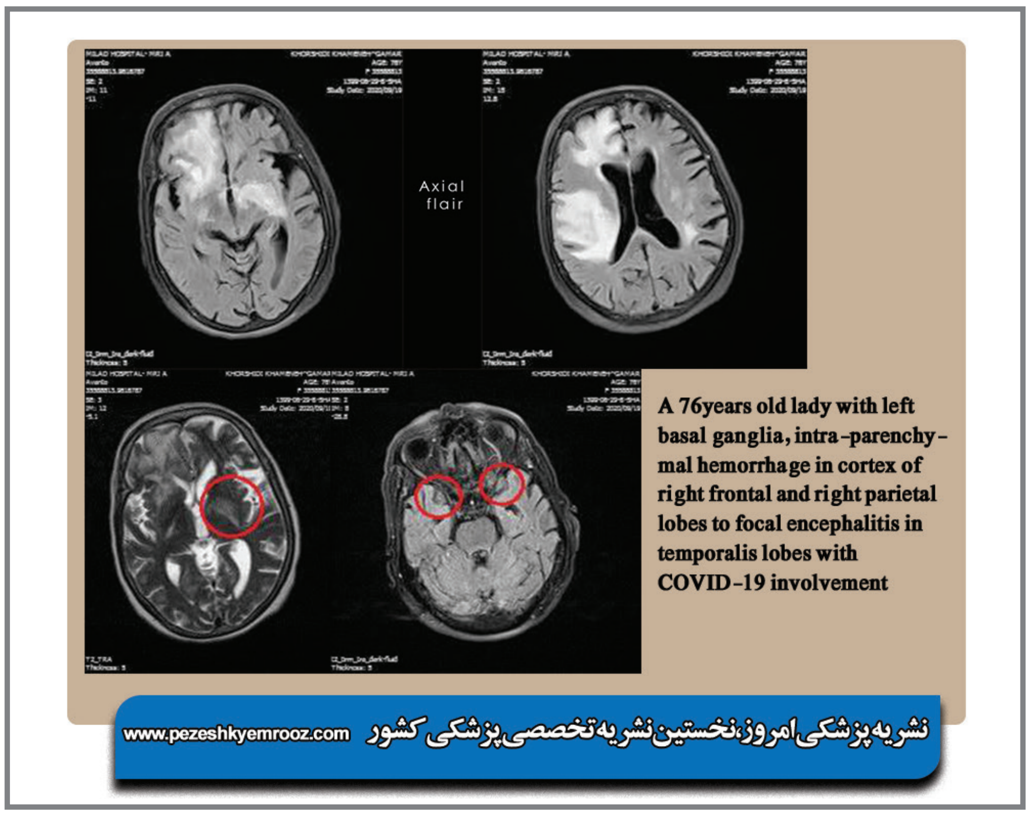
■ نشانه ها:

شایع ترین علامت کووید -۱۹ عبارت است از تب ، خستگی مفرط، سرفه ، سردرد، کوتاهی تنفس و سرانجام نارسایی عضو ،البته نشانه‌هایی مانند درد عضلانی و مفصلی وعدم بویایی و چشایی نیز دیده می شوند.

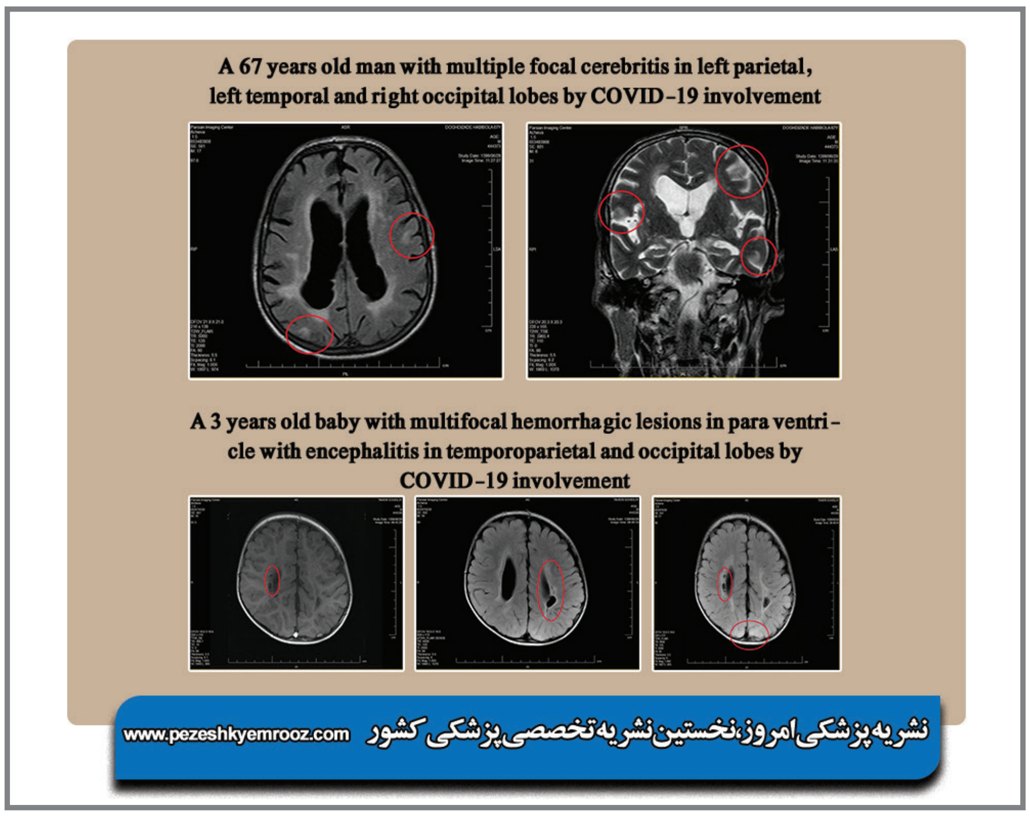
نشانه‌های عصبی ممکن است از روز پنجم تا هفتم و گاهی با تاخیر ۲۴ روزه گزارش شده است که اغلب پس از دیسترس تنفسی پیش می‌آید.

درنهایت ممکن است نشانه‌های تغییر شخصیت و هوش و حواس تا تولید دیوانگی و کما پیش آیند.

A 70 years old lady with multiple angiopathic, ischemic changes in pons and para ventricles granuloma vas-culitis and focal left temporal encephalitis are seen with COVID-19 involvement



A 76years old lady with left basal ganglia, intra-parenchymal hemorrhage in cortex of right frontal and right parietal lobes to focal encephalitis in temporalis lobes with COVID-19 involvement



A 67 years old man with multiple focal cerebritis in left parietal, left temporal and right occipital lobes by COVID-19 involvement

A 3 years old baby with multifocal hemorrhagic lesions in para ventri-cle with encephalitis in temporoparietal and occipital lobes by COVID-19 involvement

■ نشانه‌های آزمایشگاهی :

توضیح دقیقی برای کشف اوتوآنتی‌بادی‌ها (Autoantibody) مانندآنتی نوکلئار آنتی بادی (ANA) آنتی‌ژن‌آنتی‌بادی هسته‌ای قابل‌استخراج Strain DNA ، ENA و آنتی‌بادی سیتوپلاسمیک آنتی‌نوتروپیل در دست نیست ،اما ترومبوسیتوپنی D-Dimer بالا و CRP به طور مشخص اندیکاتور ابتلا به COVID-19 می‌باشد.

◀ یافته‌های مایع مغزی نخاعی :

وجود ویروس در مایع CSF اگر التهاب مغزی در کار باشد، با ارزش است .

◀ یافته‌های نور و ایمیجینگ :

MRI وCT اسکن اشعه ایکس بدون و با تزریق و گاهی تصاویر دیفیوژن برحسب فاز یا مرحله بیماری سودمند خواهند بود.افزایش لکه‌لکه یا نقاط جدا از هم به نشانه ایسکمی و عیب

ماده سفید تلقی می‌شوند.

◄ درمان :

درمان قطعی این بیماری همچنان یافت نشده، اما درمان با اکسیژن حداکثر دوز ۱۵ لیتر در دقیقه برای حصول به اشباع(Saturation) ۸۸ درصد در ICU خواهد بود. از داروها ایمونوگلبولین تزریقی وریدی، متیل پردنیزولون و آنتی بیوتیک مانند اسپیرامایسین ، آموکسی‌سیلین ، کلاوولانیک اسید(Clavulanic acid) و آزیرومایسین می‌توان بهره برد.

◄ بحث کلی :

عوارض نورولوژیک COVID-19 به خوبی بررسی نشده‌اند ، لذا مکانیسم تولید آنها نیز معلوم نیست.

این عوارض به احتمال زیاد سه دسته‌اند:

۱. صدمات اندوتلیال رگ
۲. عوارض التهابی
۳. انسداد و ترومبوزهای داخل‌رگی

برخی از محققان ، بیشتر پاتولوژی را مربوط به اختلالات انعقادی می‌دانند و عملکردویروس COVID-19 را شبیه ویروس هر پس سیمپلکس و انترو ویروس ذکر می‌کنند.

◄ صدمات به CNS و PNS:

صدمات ممکن است به‌طورمستقیم به علت حضور خود ویروس باشد که عبارت از پاسخ ایمونیتی به عفونت است و یا غیر از این به علت تغییرات ثانویه باشد. مسیر ورود ویروس به سیستم عصبی را از طریق عصب بویایی می‌دانند که مشابه مسیر ورودی ویروس هرپس‌زوستر یاسیمپلکس است.

روش دیگر آلودگی CNS لکوسیت‌های عفونی و مبتلاشده می‌باشند.

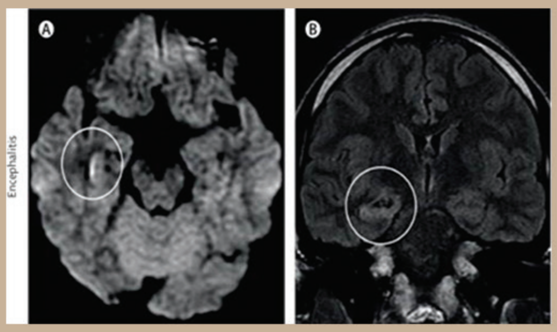
◄ نتیجه‌گیری و راهکارهای آینده:

افتراق انسفالوپاتی‌هیپوکسیک از یک نوروپاتی بحرانی ، تفکیک نشانه‌های تولیدشده توسط خود ویروس و عوارض ثانویه کمک به کسب اطلاعات بیشتر خواهد شد.

سندرمهای گیلن‌باره GBS و MFS، به‌ندرت در سایر بیماری‌های ویروسی دیده می‌شوند، که این را مهم‌ترین یافته در توانایی ویروس کووید -۱۹ می‌دانند که بایستی از عوامل مولد دیگر بازشناسی شوند، مانند آنسفالوپاتی‌های دارویی ، هیپوکسی ومسمومیت‌ها.

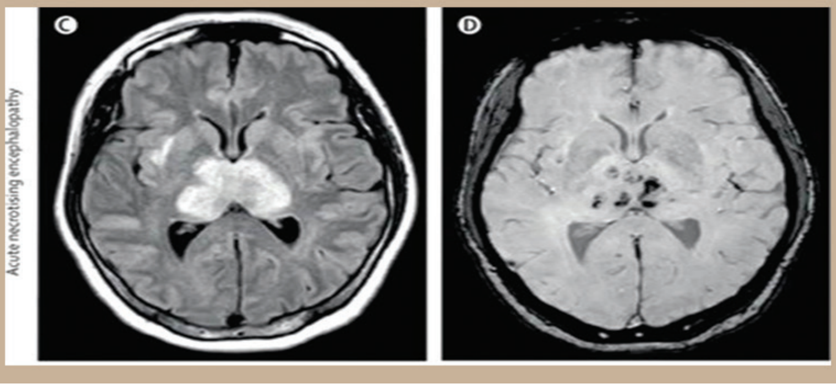
آنسفالیت و Stroke ناشی از کووید -۱۹ ممکن است منجربه معلولیت‌های دائمی گشته که سبب صدمات اجتماعی و اقتصادی خواهد بود.

Brain imaging in patients with neurological disease associated with COVID-19 : A) Hyperintensity along the wall of inferior horn of right lateral ventricle on diffusion-weighted imaging, indicating ventriculitis
B) hyperintense signal changes in the right mesial temporal lobe and hippcampus with slight hippocampal atrophy on coronal FLAIR MRI, consistent with encephalitis, in a patient with COVID-19
Additionally there are bilateral subdural subacute hematomas



Axial DWI   Coronal Flair

C) Hyperintensity within the bilateral medial temporal lobes and thalami on T2/FLAIR MRI
D) Evidence of hemorrhage, indicated by hypointense signal on susceptibility-weighted images, consistent with acute necrotizing encephalopathy in a patient with confirmed COVID-19



ارتباط زخم معده و بیماری کرونا

دکتر ایرج خسرونیا
رئیس هیات مدیرهٔ
جامعهٔ پزشکان متخصص داخلی ایران

یکی از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش زخم معده می‌باشد که حدود ۹۰ میلیون نفر در سال بدان دچار می‌شوند و متأسفانه حدود ۶۰۰.۰۰۰ نفر دیگر نیز در اثر عوارض این بیماری مانند خونریزی، سوراخ‌شدگی و سایر مواردی از این دست جان خود را از دست می‌دهند. در ابتدا تصور بر این بود که زخم‌معده بیشتر در اثر ترشح اسید به‌وجود می‌آید و گفته می‌شد پس‌از آسیب مخاطی، اسید به داخل مخاط و ناحیه آسیب دیده برگشت داده می‌شود و سبب زخم‌معده می‌گردد. اما سالهای بعد متوجه این امر شدندکه در پی مصرف برخی از داروها مانند داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی(NSAIDs) نیز افراد دچار زخم معده می‌شوند. NSAIDs به دو طریق ایجاد زخم می‌نماید یا به طور مستقیم سبب تخریب مخاط داخلی معده گردیده و یا از طریق سیستمیک سبب از بین‌رفتن پروستاگلاندین‌ها که محافظ لایه داخلی معده می‌باشد، گردیده و منجر به ایجاد زخم در معده و اثنی‌عشر می‌گردند.

اما در حدود ۳۵ سال پیش تحول عظیمی در درمان زخم معده ایجاد شد و گروهی از دانشمندان متوجه حضور میکروبی به نام HPylori در مخاط معده افراد مبتلا به زخم معده و اثنی‌عشر شدند. این میکروب توسط بیوپسی، تست اوره‌آز (HPylori)، تست تنفسی و جستجوی آنتی ژن (HPylori) درمدفوع بیمار تشخیص داده می‌شود. درصد بسیاری از افرادی که دچار زخم‌معده می‌شوند با مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها بهبود یافته و بنابراین از عوارض این بیماری و احتمال انجام عمل‌جراحی که پیش‌از این روی معده صورت می‌پذیرفت کاسته شده‌است. از سایر علل زخم معده که این روزها بسیار شایع می‌باشد، استرس و اضطراب است ، و بیشتر در افرادی که دچار سوختگی شدید ، تصادف و یا در ICU بستری می‌شوند ، مشاهده می‌شود. از نشانه‌های مهم دیگر زخم‌معده می‌توان به درد اپی‌گاستر، حالت تهوع، کاهش وزن، کاهش اشتها اشاره نمود.

گاهی بیمار با خونریزی و هماتمز و ملنا مراجعه می‌نمایند از عوارض این بیماری خونریزی، سوراخ شدگی و انسداد را می‌توان نام برد.همان‌گونه که اشاره گردید، از عوامل مستعدکننده جهت ایجاد زخم‌معده،مصرف NSAIDs، مصرف کورتون، استعمال دخانیات و بیماری کرون نام برد. تشخیص زخم معده آسان و توسط آندوسکوپی و رادیوگرافی ازمعده انجام می‌گیرد.

اما اشاره به این موضوع حائز اهمیت است که هرگونه درد اپی‌گاستر به زخم معده مرتبط نمی‌باشد. بیماری‌های قلبی-عروقی،سنگ کیسه صفرا، التهاب کیسه صفرا، پانکراتیت، سرطان معده ممکن است با بروز زخم معده خود را نشان دهندو درمان زخم معده ابتدا با قطع استعمال دخانیات، قطع مصرف NSAIDs ، قطع مصرف الکل ودرمان دارویی انجام می‌گیرد. در نشریات علمی از برخی بیماری‌ها نام برده‌شده که ممکن است سبب بروز زخم معده گردند، مانند سندرم بهجت، سندروم زولینگر الیسون، بیماری کرون، سیروزکبدی و . . . گفته میشود افراد سالخورده با مصرف NSAIDs بیشتر در معرض عوارض دارویی و زخم معده قرار خواهند گرفت.

طی بررسی‌هایی که حدود سی‌سال پیش توسط اینجانب انجام گرفت، متوجه شدیم HPylori بیشتر در افرادی بروز می‌نماید که در فقر بهداشتی به سر برده و یا به صورت دسته جمعی زندگی می‌کنند و یا در کانون سالمندان یا سربازخانه‌ها حضور دارند، مشاهده می‌گردد و افراد، پس از درمان ، به دلیل نشست‌وبرخاست با افراد آلوده ، مجدد به این میکروب،آلوده‌می‌گردند.

در این مقاله به علل ایجاد زخم‌های معده اشاره گردید، اما این روزها شاهد افرادی هستیم که با بیماری‌های دستگاه گوارش مانند خونریزی از معده، اسهال، تهوع، بی‌اشتهایی، درد تمام شکم مراجعه نموده و ارتباطی به بیماری‌هایی که بدان اشاره شد ندارد و در نهایت به تشخیص بیماری کرونا می‌رسیم.

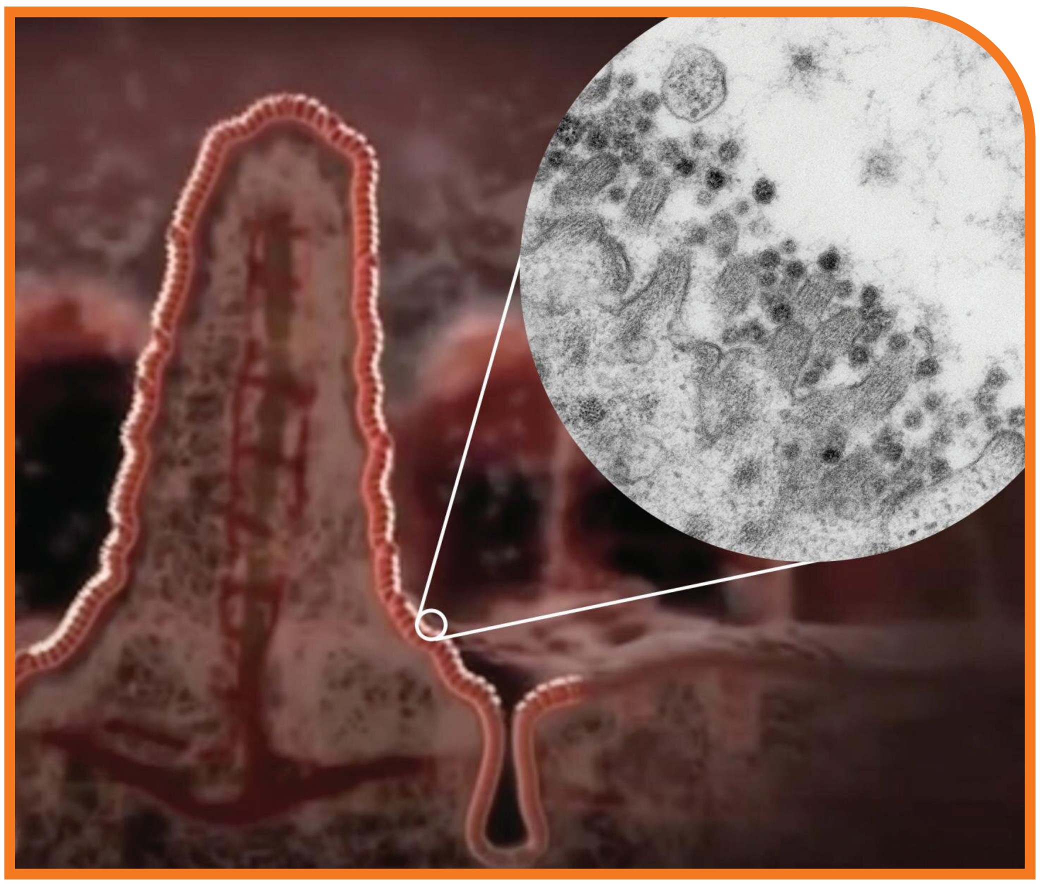
کرونا را در آغاز با نشانه‌های تنفسی می‌شناختیم، ضعف عمومی، بی‌حالی، تنگی‌نفس، دردهای‌استخوانی از نشانه‌های شایع این بیماری می‌باشد. ولی پس از مدتی بیماران با سکتهٔ قلبی، سکته‌مغزی، استفراغ، اسهال، دردهای شکمی، بی‌اشتهایی که منجر به عدم تشخیص به موقع این بیماری می‌گردید ، با نشانه‌های غیر معمول سبب آلودگی بیشتر و شیوع بیماری و درنهایت آلوده شدن کادر درمان و افراد خانواده می‌گشت.

متأسفانه روز به روز به تعداد افراد بیمار و مرگ ناشی از ویروس کرونا در سرتاسر دنیا افزوده می‌شود. با اینکه ۸ ماه از آغاز این بیماری گذشته، از کاهش میزان شیوع آن خبری نیست و تمام بخش‌های بیمارستان‌ها و ICUها، مملو از بیماران‌کرونایی می‌باشدو باید اذعان نمود که ممکن است بیشتر بیماران به دلیل عدم رعایت اصول اشاره شدهٔ بهداشتی، گرفتار این بیماری شده‌اند. بدون شک مقالات زیادی در رابطه با کرونا به چاپ رسیده و اخیرا جامعه‌پزشکان‌متخصص داخلی ایران نیز با جمع آوری چند مقاله، مجله علمی خود را با این انگیزه که کرونا را بیشتر بشناسیم چاپ خواهد نمود. مطلب جدیدی که پیرامون کرونا منتشر شده و در مقالات دیگر هم بدان اشاره شده نشان می‌دهد که گیرنده‌های ACE2 که به میزان زیاد در بینی و گلو وجود دارد، باعث می‌شوند که ویروس کرونا در این محل، فعالیت خود را آغاز نماید. اشاره به این نکته ضروری است که این گیرنده‌های ACE2 در سایر نقاط بدن مانند کلیه‌ها، قلب نیز وجود دارند، که همین امر سبب بروز عوارض ناشی از بیماری کرونا در قلب، کلیه،کبد و سیستم گوارش نیز می‌گردد.هنگامی‌که کووید-۱۹ در بدن تثبیت شد، به لحاظ علمی اتفاقات جالبی بروز می‌نماید و ویروس سبب یک عفونت معمولی ویروسی نمی‌گردد و بلکه ویروس، سلولهای بدن از جمله سلول‌های ریه را که دارای گیرنده‌های ACE2 فراوان است، به نحوی در اختیار می‌گیرد. درست مانند دزدی که از پنجره خانه‌ای وارد شده و تمام درها و پنجره‌ها را باز می‌کند. ویروس سیستم رنین-آنژیوتانسین را درگیر می‌کند،سیستم رنین-آنژیوتانسین را به طور معمول سطح برادی‌کینین که تنظیم‌کننده فشارخون است،کنترل می‌نماید. بنابراین درگیری سیستم رنین-آنژیوتانسین سبب ایجاد طوفان برادی‌کینین و افزایش آن می‌گردد و همین طوفان برادیکنین (نه طوفان سایتوکاین) توجیه کننده بسیاری از آثار کشنده کووید-۱۹ است. افزایش برادی‌کینین سبب افزایش نفوذپذیری عروق و نشت عروق مایعات می‌گردد. در حقیقت کرونا یک بیماری عروقی است که سبب پر شدن ریه از مایعات می‌شود. سلولهای ایمنی نیز نشت نموده و آثار التهابی را در ریه ایجاد می‌کنند. کووید-۱۹ از طریق دیگر سبب افزایش اسیدهیالورونیک در ریه می‌شود. این ماده می‌تواند صد برابر وزن خود آب جذب نماید. هنگامی‌که افزایش هیالورونیک اسید با افزایش مایعات ریه جمع شود منجر به بروز یک فاجعه گشته و سبب تشکیل یک هیدروژل در ریه می‌شود، (مانند اینکه بخواهیم در داخل یک ژل تنفس کنیم) به همین دلیل ونتیلاتور کمتر از انتظار مؤثر می‌باشد.

طوفان برادی‌کینین در قلب موجب آریتمی و افت فشارخون می‌شود. در مغز سبب گیجی و تشنج و سکته مغزی می‌گردد، ACE2 در تمام سیستم گوارش وجود دارد و از این رو منجر به درگیری معده، روده و کبد می‌گردیم.

اما بیماری کووید-۱۹ با ایجاد اضطراب، به‌ویژه در افرادی که در ICU و تحت ونتیلاتور قرار می‌گیرند، منجر به ایجاد استرس اولسر(Stress Ulcer) می‌شود. بیشتر بیماران دچار کرونا به علت مصرف NSAIDs ،کورتیزول و یا بروز استرس اولسر به زخم معده نیز دچار می‌شوند و از این رو بیماری کرونا، گاهی ابتدا با خونریزی معده، خود را نشان می‌دهد. بنابراین بیمارانی که در بخش ICU بستری هستند باید از نظر زخم معده نیز تحت نظر باشند و بسیاری از بیماران هم بدون نشانه‌های ریوی مبتلا به اسهال و استفراغ، دردهای شکمی و زخم معده می‌شوند. به علت اینکه تشخیص کرونا در این بیماران دیرتر صورت می‌پذیرد و دیرتر از موعد بستری می‌شوند خطر شیوع بیماری افزایش پیدا کرده و بیمار بدون رعایت اصول بهداشت در جوامع حضور پیدا نموده و منجر به شیوع بیماری می‌شود. ممکن است افراد مبتلا به کووید-۱۹، بدون نشانه‌های ریوی با درد اپی‌گاستر، بی‌اشتهایی، استفراغ خونی مراجعه کنند یا بیمار ممکن است فقط اسهال و استفراغ داشته باشد بنابراین تشخیص و بستری شدن آنها به تأخیر می‌افتد و به همین دلیل سبب انتشار بیماری می‌گردد. در حدود ۷۴ درصد این افراد، ویروس در مدفوع‌شان وجود دارد و سبب آلودگی سرویس‌های بهداشتی، دستشویی، دستگیره درب و انتشار بیماری می‌شود. طول درمان افرادی که با نشانه‌های گوارش مراجعه می‌نمایند بیش از افرادی است که با نشانه‌های ریوی مراجعه می‌کنند.(۹ روز در مقابل ۷ روز)

در ۲۰ تا ۳۰ درصد مبتلایان به کرونا افزایش آنزیم‌های کبدی ملاحظه می‌شود که به علت نارسایی کبد است. حدود ۱۷ ٪ افراد مبتلا به کووید-۱۹، به پانکراتیت نیز دچار می‌شوند. همچنین در دستگاه گوارش سبب ۵ / ۱۷ درصد حالت تهوع، ۲۴ درصد دچار اسهال و ۸۳ درصد دچار بی‌اشتهایی می‌شوند. مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهد نشانه‌های گوارشی با التهاب و آسیب به روده همراه هستند. از بین رفتن موکوس و مخاط روده و میکروب‌های مفید روده، سبب فعالیت سیستم ایمنی دستگاه گوارش شده و مشکلات بیشتری برای بدن نیز ایجاد می‌نماید.



زینک با دوز پایین برای اسهال در دوران کودکی

REF: N Engl J Med 2020; 383:1231-1241
DOI: 10.1056/NEJMoa1915905

سازمان بهداشت جهانی(WHO) برای کودکان مبتلا به اسهال حاد(acute diarrhea) ۲۰ میلی‌گرم زینک (Zinc) در روز به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز توصیه می‌کند. در بررسی‌های پیشین، این میزان از تجویز زینک اسهال را کاهش داده اما تهوع و استفراغ را افزایش می‌دهد.

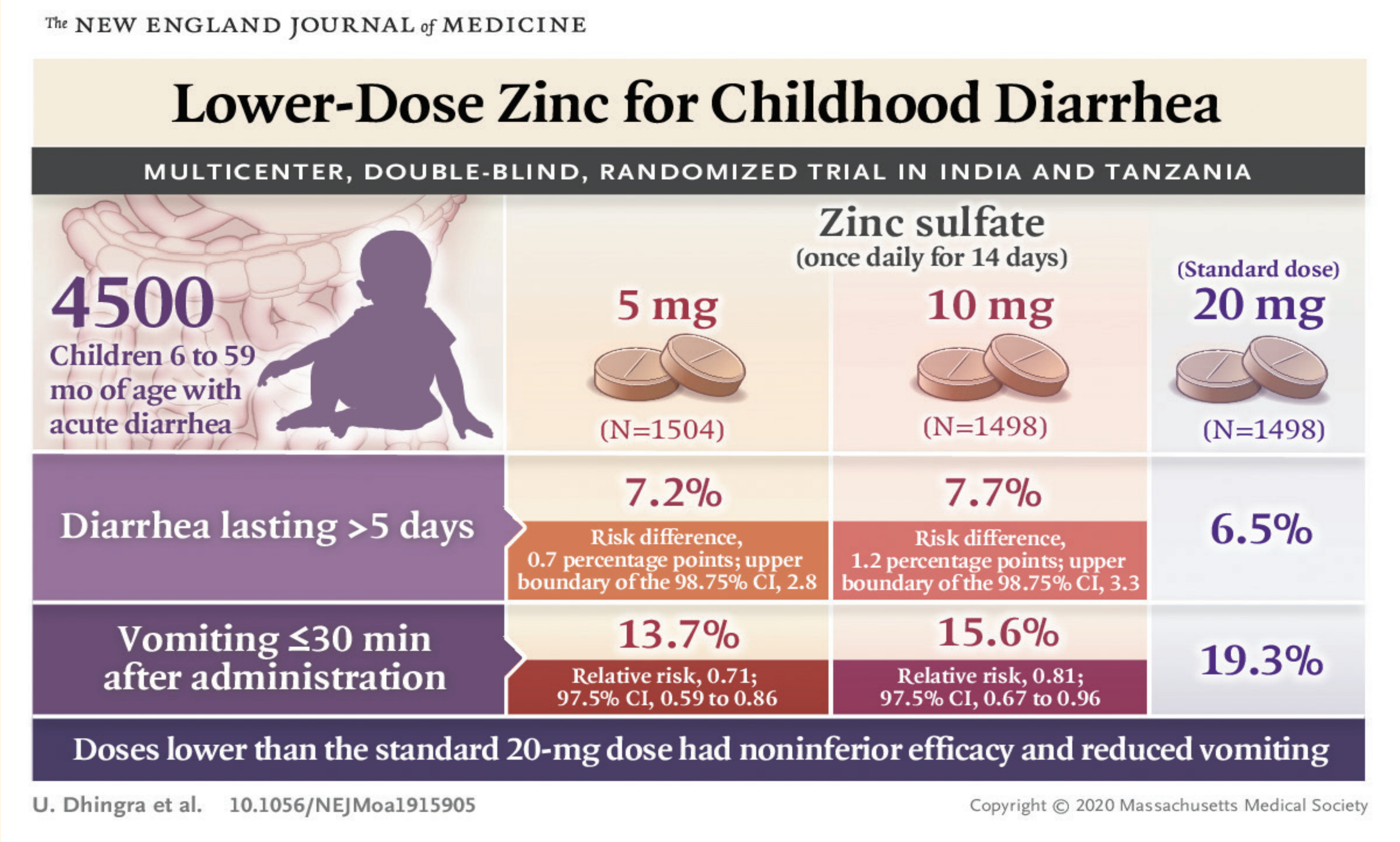
اگرچه از دهه ۱۹۸۰ تاکنون ۹۰٪ کاهش در مرگ و میر ناشی از اسهال مشاهده شده است، بیماری‌های مرتبط با اسهال همچنان معضلی عمده در بهداشت عمومی هستند.

در سال ۲۰۱۸، تقریباً ۵۰۰,۰۰۰ کودک در اثر این بیماری جان خود را از دست دادند. اگر کودکان مراقبت‌ها همچنین مدیریت موردی و کیفیت بالایی را دریافت کنند، که سازمان بهداشت جهانی و یونیسف توصیه کرده‌اند، می‌توان بسیاری از مرگ‌های ناشی از اسهال را در میان کودکان پیشگیری نمود؛ این مراقبت شامل محلول‌های آبرسانی خوراکی و مکمل **روی**(زینک) است. توصیه‌ها برای مصرف **روی** بر اساس پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند مصرف مکمل **روی** سبب کاهش اسهال می‌شود، تعداد و میزان مدفوع و خطر اسهال مداوم را کاهش می‌دهد و ممکن است خطر بیماری‌های بعدی را کاهش و وزن را افزایش دهد.

میزان دوز توصیه‌شده جهت مصرف **روی** در دوران کودکی(۲۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز) بر اساس فرضیه‌های افزایش دفع **روی** در طی اسهال و نیاز به **روی** اضافی بالاتر از رژیم غذایی مجاز برای عملکرد ایمنی و دستگاه گوارش تجویز می‌شود. در پژوهش‌های مکرر به طور کلی از دوز **روی** ۲۰ میلی‌گرم، بدون تحلیل دامنهٔ دوز بیشتر، استفاده شده است. این دوز به میزان قابل‌ملاحظه‌ای بیش از مقدار توصیه‌شده در رژیم غذایی **روی** در نوزادان و اوایل کودکی است (۲ تا ۵ میلی‌گرم در روز).

روی که به‌صورت خوراکی مصرف می‌شود به دلیل طعم فلزی قوی و تمایل به ایجاد تحریک معده موجب استفراغ می‌شود. در متاآنالیزی از ۱۱ کارآزمایی و متشکل از مبتلایان به اسهال حاد (در مجموع ۴۴۳۸ کودک)، بیمارانی که مکمل **روی** دریافت می‌کردند پس از دوز اولیه **روی** نسبت به دوز اولیه دارونما به طور چشمگیری بیشتر استفراغ می‌کردند (۱۲,۷٪ در مقابل ۷,۶ ٪، خطر نسبی، ۱,۵۵؛ ۹۵٪ بازه‌ی اطمینان [CI]، ۱,۳۰ تا ۱,۸۴). در یک بررسی دیگر که شامل ۱۲ کارآزمایی بود (در کل ۵۱۸۹ کودک)، خطر استفراغ با مصرف مکمل روی به طور معناداری بیشتر از دارونما بود (نسبت خطر، ۱,۵۹؛ ۹۵٪ CI ، ۱,۲۷ تا ۱,۸۹).

دوزهای پایین **روی**، به شرط آنکه به همان اندازه موثر باشند، ممکن است مزیت ایجاد استفراغش کمتر از دوز توصیه‌شده فعلی باشد. بنابراین، یک کارآزمایی تصادفی، دوسوکور و کنترل‌شده با مقایسه دو دوز پایین‌تر **روی** با دوز توصیه‌شده در کشورهایی با درآمد کم و متوسط انجام گرفت.فرض بر آن بود که دوزهای **روی** پایین (۵ میلی گرم یا ۱۰ میلی‌گرم در روز)، در مقایسه با دوز **روی** استاندارد (۲۰ میلی‌گرم در روز)، به لحاظ اثربخشی درمان کم‌اثرتر نبوده و از نظرِ عوارض جانبی دارای برتری است (به‌عنوان نمونه، استفراغ)



چگونه به این نتیجه دست یافتیم ؟

۴۵۰۰ کودک را در کشورهای هند و تانزانیا که ۶ تا ۵۹ ماه سن داشتند و به اسهال حاد مبتلا بودند، به طور تصادفی برای دریافت ۱۴ روز، ۱۰ میلی‌گرم یا ۲۰ میلی‌گرم **سولفات روی** اختصاص دادیم. سه نتیجهٔ پراهمیت این بررسی مدت زمان اسهال بیش از ۵ روز و میزان مدفوع (ارزیابی‌شده در تجزیه و تحلیل عدم‌برتری) و میزان رخ‌دادن استفراغ (ارزیابی شده در تجزیه و تحلیل برتر) ظرف ۳۰ دقیقه پس از مصرف **روی** بود.

نتایج :

درصد کودکان مبتلا به اسهال به‌مدت بیش از ۵ روز در گروه ۲۰ میلی‌گرم ۶,۵٪، در گروه ۱۰ میلی‌گرم ۷,۷٪ و در گروه ۵ میلی‌گرم ۷,۲٪ بود. تفاوت میان گروه‌های ۲۰ و ۱۰ میلی‌گرمی ۱,۲ درصد (مرز بالایی از بازهٔ اطمینان ۹۸/۷۵ درصد [CI]، ۳,۳) و میان گروه‌های ۲۰ و ۵ میلی‌گرمی ۰/۷ درصد بود (بالا مرز ۹۸,۷۵٪ CI ، ۲,۸) که هر دو در زیر حاشیه عدم‌برتری نقطهٔ ۴ درصدی بودند. میانگین میزان مدفوع اسهال در گروه ۲۰ میلی‌گرمی ۱۰/۷، در گروه ۱۰ میلی‌گرمی ۱۰,۹ و در گروه ۵ میلی‌گرمی ۱۰,۸ بود. اختلاف میان گروه‌های ۲۰ و ۱۰ میلی‌گرمی ۰/۳ مدفوع (حد بالای ۹۸,۷۵٪ CI ، ۱,۰) و بین گروه‌های ۲۰ و ۵ میلی‌گرم ۰/۱ مدفوع بود (مرز فوقانی ۹۸,۷۵٪ CI،۰,۸) که هر دو در زیر حاشیه عدم برتری بودند. در طی ۳۰ دقیقه بعد از تجویز، در ۱۹/۳٪ ، ۱۵/۶٪ و ۱۳/۷٪ از بیماران در گروه‌های ۲۰، ۱۰ و ۵ میلی‌گرمی استفراغ رخ داد؛ در گروه ۱۰ میلی‌گرم نسبت به گروه ۲۰ میلی‌گرم به طور قابل ملاحظه‌ای خطر کمتر بود (خطر نسبی، ۰,۸۱؛ ۹۷,۵٪ CI، ۰,۶۷ تا ۰,۹۶) و در گروه ۵ میلی‌گرم نسبت به گروه ۲۰ میلی‌گرم (خطر نسبی، ۰,۷۱؛ ۹۷,۵٪ CI ، ۰,۵۹تا ۰,۸۶). دوزهای پایین‌تر نیز بیش از ۳۰ دقیقه پس از تجویز روی با استفراغ کمتری همراه بود.

نتیجه‌گیری حاصل از این پژوهش منجر به درک این موضوع گردید که دوزهای پایین‌تر **روی** اثربخشی یکسان در درمان اسهال کودکان داشت و با استفراغ کمتری نسبت به دوز استاندارد ۲۰ میلی‌گرم همراه بود.

اقلام حفاظی مراکز پزشکی هسته‌ای
و باکس‌های سربی(۱۶۰ قلم)
شرکت نوید پرتونما ۴-۴۴۶۹۵۶۶۲

ارتباط میزان شیوع استرس ، اضطراب ، افسردگی با نمایه توده بدنی و تصور ذهنی از بدن در میان دانشجویان پزشکی

▪ دکتر اسراء تاجیک
پسادکترای تغذیه، عضو بنیاد نخبگان خارج کشور، عضوگروه علمی داروخانهٔ دکتر نیرومند
سعادت آباد، سروغربی، بین میدان سرو و کتاب، روبروی داروخانهٔ دکترنیرومند، جنب بانک آینده، ساختمان نگین غرب، واحد ۳

▪ فاطمه یاوری
دانشجوی پزشکی

در میان اختلالات خلق، استرس، اضطراب و افسردگی شیوع بالایی دارند. شیوع بالای این اختلالات در دانشجویانی که با سلامت مردم در ارتباط هستند ما را بر آن داشت تا به بررسی میزان شیوع این اختلالات و عوامل مرتبط با آن مانند نمایه تودهٔ بدنی و تصور ذهنی از بدن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران بپردازیم.

◄ مواد و روش‌ها:

یک مطالعهٔ مقطعی - تحلیلی در میان دانشجویان پزشکی ترم اول تا هفتم دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران در فاصلهٔ زمانی دی ماه ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ انجام شد. جهت بررسی، پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک، شاخص افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ تایی (DASS-21) و پرسشنامهٔ تصورذهنی از بدن به دانشجویان داده شد و اطلاعات مربوط به قد و وزن شرکت کنندگان نیز جمع آوری گردید.

◄ یافته‌ها:

در این مطالعه ۱۴۸ نفر از دانشجویان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که ۴۷ درصد نشانه‌های افسردگی ، ۵۴درصد نشانه‌های اضطراب و ۵۹٫۱۵درصد نشانه‌های استرس داشتند. این مقادیر میان دو گروه علوم پایه و دورهٔ فیزیوپاتولوژی تفاوت چندانی نداشتند. اما میزان استرس در دورهٔ فیزیوپاتولوژی کمتر بود(p=0.026). همچنین میزان BMI در ۶۱٫۵ درصد از دانشجویان مقطع علوم پایه و ۷۱٫۹ درصد از دانشجویان دورهٔ فیزیوپاتولوژی نرمال بود. با این حال، تنها ۲۵٫۳ درصد از این دانشجویان تصور ذهنی درستی از بدن خود داشتند و این مسئله خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز افسردگی در این دانشجویان شود.

◄ نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که میزان شیوع افسردگی،استرس و اضطراب در میان دانشجویان پزشکی بالا می‌باشد و این موضوع سبب تصور ذهنی خطا از شکل بدنشان می‌شود که باید مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین باتوجه به نتایج این پژوهش لازم است تا تحقیقات بیشتری روی این گروه از افراد انجام پذیرد تا نتایج حاصله جهت ارائه به مسئولان محترم و آکادمی‌های تحصیلی جهت کاهش میزان فشارها بر دانشجویان اعمال گردد.

امروزه، یکی از مهمترین مسائل مورد مطالعهٔ روانشناسان و متخصصان علم سلامت مسائل مرتبط با افسردگی، استرس و اضطراب است. بنابر دسته‌بندی سازمان بهداشت جهانی بیش از نیمی از اختلالات‌روان مربوط به اختلالات خلق مانند استرس ، افسردگی و اضطراب می‌باشد. افسردگی یا ناراحتی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه یا ارزش شخصی پایین، خواب آشفته، اختلال اشتها، احساس خستگی و تمرکز ضعیف مشخص می‌شود. افسردگی می‌تواند عملکرد شغلی و روابط اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار دهد.این اختلال افراد زیادی را به صورت آشکار و نهان درگیر نموده تا جاییکه درنهایت با افکار مرگ و خودکشی همراه است.

استرس با خستگی و خلق و خوی استرسی مرتبط است که عوامل درونی و محیطی بر آن تاثیر گذارند. دانشمندان معتقدند که واژهٔ استرس را نمی‌توان در یک تعریف واحد گنجاند، چراکه پدیده‌ای بسیار ذهنی است. استرس می‌تواند سبب آسیب‌های جسمی و روانی شود، چنانکه در مطالعات دیده شده می‌تواند ریسک بیماری‌های قلبی و آسیب‌های مغزی را افزایش دهد.

مطابق اعلام سازمان بهداشت‌جهانی در سال ۲۰۱۵، تخمین زده شد که ۴٫۴ درصد از جمعیت جهانی از نشانه‌های افسردگی و ۳٫۶ درصد از نشانه‌های نگرانی و اضطراب رنج می‌برند. افسردگی را می‌توان تقریبا در تمامی گروه‌های سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، بزرگسالان و افراد مسن) و در تمامی مقاطع تحصیلی و جایگاه‌های اجتماعی مشاهده نمود. با این وجود بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که در خانم‌ها شیوع بیماری‌های روان بیشتر از آقایان است. استرس، نگرانی و افسردگی از میان سایر بیماری‌های اعصاب و روان در میان دانشجویان نیز بسیار متداول است. با توجه به مطالعات انجام شده، شیوع استرس در دانشگاه‌های پزشکی برخی از کشورها بصورت تخمینی این چنین گزارش شده است: ۳۰درصد دانشجویان پزشکی در اروپا، ۳۱٫۲درصد در دانشگاه‌های بریتانیا ، ۴۱٫۹درصد درمالزی و ۶۱٫۴درصد در تایلند.

Firth–Coze هم ادعا می‌کند که پزشکان جوان و دانشجویان پزشکی از نرخ های شدید استرس و افسردگی نسبت به جمعیت عمومی رنج می‌برند. در بررسی‌ای که برای تعیین شیوع استرس در دانشجویان چهار دانشکدهٔ پزشکی تهران در سال ۲۰۰۷ انجام گرفت، شیوع استرس در این دانشجویان ۴۰٫۷درصد گزارش شده است که این مقدار نسبت به جمعیت عمومی بسیار بالاتر می‌باشد. دانشجویان اغلب با موارد استرس‌زای زیادی مواجه هستند، نظیر: فشار دانشگاه، آکادمی‌های تحصیلی و خانواده برای کسب رتبه‌ها و نمره‌های بالا، آیندهٔ نامشخص، دوری از خانواده برای تحصیل و سختی‌های ورود به سیستم کاری و محدودیت‌های مالی ، از مواردی هستند که در میان اغلب دانشجویان به‌عنوان دغدغهٔ فکری محسوب می‌شوند. باتوجه به موارد ذکر شده می‌توان گفت سلامت دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که این دانشجویان عهده دار سلامت جامعه نیز خواهند بود.

از دیگر مواردی که تاثیر به‌سزایی بر روان افراد دارد، تصور آنها از شکل ظاهری خود است، بطوری‌که در مطالعات گوناگون نشان داده‌شده است که تصور افراد از شکل ظاهری خود تحت تاثیر BMI آنها نیست ،بلکه موضوعی با سرچشمهٔ روانی است و عواملی مانند خانواده، دوستان، فرهنگ، جامعه، میزان آگاهی فرد و جنبه‌های بیولوژیکی زن و مرد در این تصور تاثیر گذار هستند که این موضوع خود زمینه‌ساز مشکلات روانی از جمله افسردگی، استرس و اضطراب می‌باشد.

دانشجویان پزشکی به‌دلیل انتظارات بالقوه از خود واعضای خانواده، آموزش برای پذیرش مسؤلیت رفاه بیماران و همچنین به‌علت تحصیلات دانشگاهی وشیفت‌های بیمارستانی طولانی مدت قادر به صرف زمان معقول برای تفریح نبوده و مستعد ابتلا به اضطراب و افسردگی هستند.

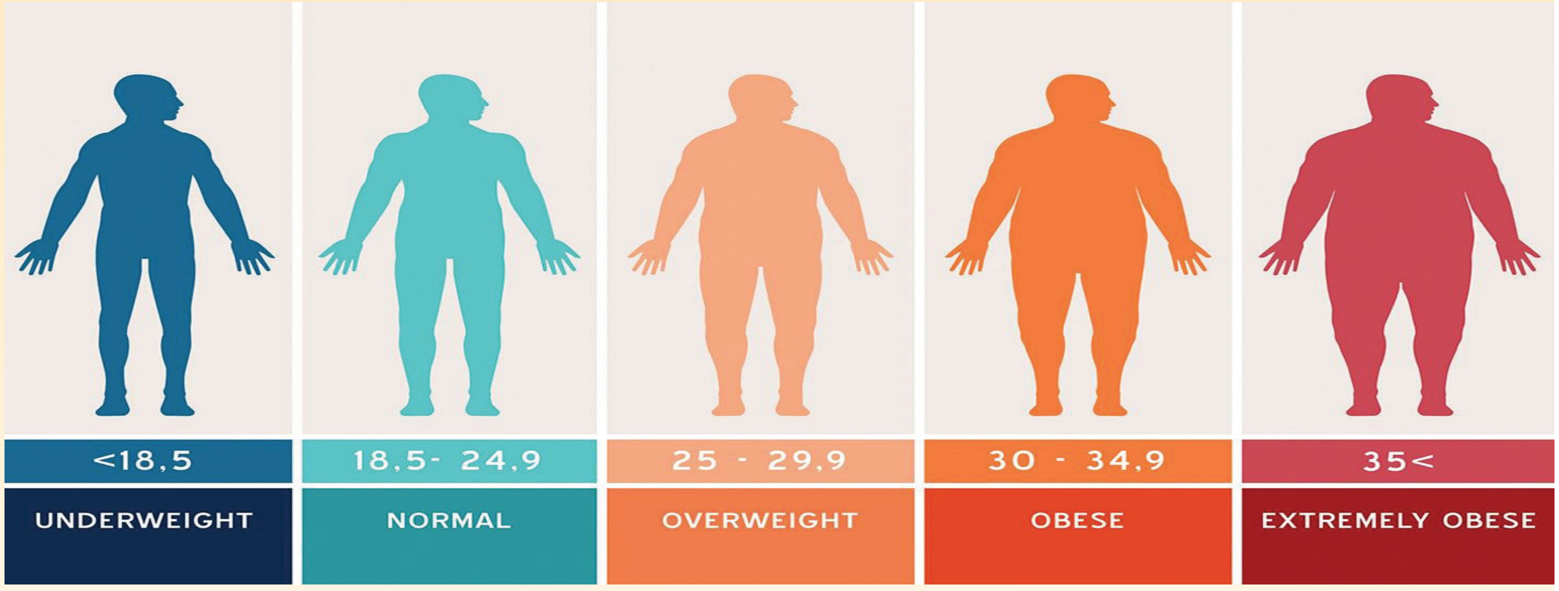
بنابراین با توجه به‌اینکه این قشر از دانشجویان در کادردرمانی حضور خواهند یافت و باید برای ارائهٔ خدمات مطلوب، خود از نظر سلامت جسمی و روانی در شرایط مناسبی قرار داشته‌باشند؛ بر آن شدیم تا به بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و استرس و ارتباط آن‌ها با تصویر ذهنی از بدن در میان دانشجویان پزشکی در دو مقطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران بپردازیم و به کمک مسئولان مربوطه در جهت ارتقای سلامت روان این دانشجویان گامی به جلو برداریم.

◄ متد و روش‌ها:

این پژوهش یک مطالعهٔ توصیفی -تحلیلی می‌باشد که به‌صورت مقطعی در بازهٔ دی‌ماه ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ روی ۱۵۳ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران انجام شد. در پایان جمع‌آوری داده‌های پرسشنامه، ۵ نفر به دلیل عدم پاسخگویی کامل به پرسش‌ها و نرسیدن به کفایت تحلیل آماری از فهرست نمونه‌ها خارج شدند و درنهایت تعداد نمونه‌ها به ۱۴۸ نفر رسید . شیوهٔ انجام مطالعه بدین شرح بود که شرکت‌کنندگان از میان دانشجویان مقطع علوم پایه و مقطع فیزیوپاتولوژی بصورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌هایی در اختیار آنان قرار داده شد و داده‌های مورد نیاز از آنها جمع آوری گردید. جمع آوری اطلاعات از دانشجویان ، پس از اخذ رضایت کتبی و توضیح دقیق هدف مطالعه به آنها ، انجام پذیرفت. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش ، شامل سه بخش پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک ، پرسشنامهٔ شاخص نشانه‌های افسردگی- اضطراب و استرس (DASS-21) و آزمون تصور ذهنی از بدن بود.پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی مانند سن ،جنس ،مقطع تحصیلی (فیزیوپاتولوژی و علوم پایه)، قد و وزن بود. به منظور بررسی استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان از پرسشنامهٔ (DASS-21) استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط Loviband تهیه گردید و در یک نمونهٔ بزرگ انسانی آزمایش شد. این مقیاس دارای ۲۱ پرسش است که هرکدام از عوامل افسردگی ، اضطراب و استرس توسط هفت پرسش، سنجیده می‌شوند. این پرسشنامه یک ابزار با طیف ۴ قسمتی است که گزینه‌های آن از ۰ تا ۳ نامگذاری شده‌اند. ارزش نمرات بدست آمده توسط این پرسشنامه از ۰ تا ۱۴ ، در محدودهٔ استرس طبیعی است و اگر از ۱۵ بیشتر شود ، استرس غیرطبیعی به شمار می‌آید. آزمون (DASS-21) توسط صاحبی و همکاران و مرادی‌پناه برای جمعیت ایران اعتباریابی شده است. در این مطالعه اندازه گیری شاخص توده ی بدنی (BMI) با پرسش قد و وزن از شرکت کنندگان محاسبه شد و طبقه بندی آن به شرح زیر است :

- کمتر از وزن نرمال: (BMI <18.5 kg/m²)
- در محدوده وزن نرمال(BMI =18.5-24.9 kg/m²)
- اضافه وزن (BMI= 25.0–29.9 kg/m²)
- چاقی(BMI ≥30 kg/m²)

پرسشنامه تصور ذهنی از بدن شامل ۸ تصویر است که نمای طرح کلی بدن است. دامنه آن از ۱ تا ۸ است (بسیارلاغر تا چاقی مفرط). از میان این هشت تصویر ، شرکت‌کنندگان یکی را انتخاب نموده که با اندازه فعلی بدن آنها بیشترین مطابقت را داشته باشد(CBS). این تصویر انتخاب شده، کانتوری که آنها فکر میکنند هستند را نشان می‌دهد. علاوه بر این، آنها تصویری را متناسب با اندازه ایده‌آل بدنشان انتخاب می‌کنند (IBS) . میزان نارضایتی از اندازه بدن (DDBS) از فرمول CBS منهای IBS به دست می‌آید. نمره DDBS میزان نارضایتی از فرم بدن را نشان می‌دهد ، بنابراین نمره مثبت به این معنی است که افراد می‌خواهند لاغرتر شوند ، نمره صفر نشان دهنده رضایت از بدن است و نمرهٔ منفی آن به این معناست که آنها دوست دارند چاق‌تر شوند.



◄ بحث:

این مطالعه که بر روی ۱۴۸ دانشجوی پزشکی در دو مقطع علوم پایه (ترم۱تا ۵) و فیزیوپاتولوژی (ترم ۶ و ۷) انجام شد نشان داد که حدود ۴۷ درصد دانشجویان پزشکی نشانه‌های افسردگی ، ۵۴ درصد نشانه‌های اضطراب و حدود ۵۹٫۱۵ درصد از این دانشجویان علائم استرس دارند. نشانه‌های روانی افسردگی ، اضطراب و استرس در میان دانشجویان پزشکی از سراسر جهان گزارش شده است . Fawzy و همکاران نیز طی مطالعه‌ای روی ۷۰۰ دانشجوی پزشکی در مصر میزان افسردگی ۶۵ درصد و اضطراب ۷۳درصد و استرس ۵۹٫۹درصد را گزارش کردند. Dyrbye و همکاران در سال ۲۰۰۶ در یک بررسی سیستماتیک با مطالعهٔ افسردگی ، اضطراب و دیگر نشانه‌های دیسترس روانشناختی، میان دانشجویان پزشکی آمریکایی و کانادایی و با بررسی ۴۰ مقالهٔ منتشر شده در ارتباط با این موضوع به این نتیجه رسیدند که افسردگی و اضطراب در میان دانشجویان پزشکی شیوع بالایی دارد . این میزان به طور کلی شیوع بالاتری نسبت به جمعیت عمومی دارد ، طبق برخی مقالات این دانشجویان پیش از ورود به آموزش پزشکی از نظر شیوع اختلالات روانی همانند جمعیت عمومی بوده‌اند. شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۲۵-۱۵ درصد ذکر شده است. چالش‌های متفاوتی که دانشگاه‌ها و کالج‌ها در جهت ارتقای وضعیت تحصیلی دانشجویان به راه می اندازند و باور این موضوع که با وجود رقابت‌های سنگین ، عملکرد دانشجویان روند صعودی خواهد داشت ، سبب ایجاد فشارهای سنگین و بازده منفی در دانشجویان می‌شود. Surbhi Sidana در مطالعه‌ای بیان می‌کند که عملکرد تحصیلی با میزان افسردگی ارتباط دارد و دانشجویانی که نمرات بالاتری دارند، بیشتر در معرض فشارهای روانی و افسردگی قرار می‌گیرند. Eisenberg و همکاران در سال ۲۰۱۲ با مطالعه در ۱۵ دانشگاه آمریکا بر روی ۸۴۸۸ دانشجو بیان کردند که ۲۲درصد از دانشجویان افسردگی در فاز حاد را نشان می‌دهند. درمطالعات مختلف در ایران میزان شیوع افسردگی بدین صورت گزارش گردید : اسلامی و همکاران این میزان را ۳۹٫۱درصدو کلیانی و همکاران ، ۵۳٫۱درصد گزارش کردند.سیستم آموزش پزشکی در برخی کشور ها نظیر ایران ، هند و ...دارای برخی ویژگی‌های منحصر به فرد و متفاوت با مناطق دیگر است بطوری‌که فرآیند انتخاب دانشجویان پزشکی بستگی به نمرات و رتبه بندی در آزمون‌های خاص است در حالی‌که در کشورهای غربی براساس اظهارات و علایق شخصی ، مصاحبه‌ها و سوابق فوق برنامه‌ای ، علاوه بر موارد دیگر مانند خدمات داوطلبانه یا شرکت در تحقیقات مد نظر قرار می‌گیرد . این مسئله خود می‌تواند دلیلی بر بالاتر بودن میزان استرس اضطراب و افسردگی در دانشجویان ایرانی و هندي باشد.در این مطالعه همانند اطلاعات به دست آمده در برخی مطالعات دیگر تفاوت معناداری در میزان شیوع بیماری‌های روانی میان زنان و مردان دیده نشد. در حالی‌که در برخی مقالات این میزان را در خانم‌ها بیشتر دانسته‌اند. مطالعات اخیر همچنین وجود افسردگی را در مراحل مختلف آموزش پزشکی نشان می‌دهند ما نیز به نتایج ۴۶٫۸ درصد دردو سال اول و ۴۷درصد در سال سوم دست یافتیم . در مطالعه‌ای که در مکه انجام شد میزان افسردگی و استرس را در دانشجویان سال سوم پزشکی بیشتر از سال دوم اعلام کردند ، اما در مطالعهٔ ما میزان افسردگی در میان دانشجویان سال دوم و سوم تفاوت معناداری وجود نداشت ، درحالی‌که میزان استرس در دانشجویان سال دوم بیشتر از سال سوم بود این مسئله می‌تواند به‌دلیل وجود آزمون علوم‌پایه و فشار دروس در دو سال اول آموزش پزشکی در ایران باشد . همچنین دانشجویان سال‌های اول پزشکی بدلیل وارد شدن از دبیرستان به دانشگاه و گذراندن آزمون ورودی سخت و مسائل عاطفی مربوط به دوری از خانواده و تمایل به کسب استقلال تحت فشارهای بیشتری هستند . dyrbye و همکارانش معتقدند به‌دلیل سن دانشجویان پزشکی ، دوره های مختلف آموزش‌پزشکی و همچنین روش‌های اندازه‌گیری میزان افسردگی ، شیوع افسردگی در برخی سال‌های دورهٔ آموزش پزشکی کاهش می‌یابد. برخی مقالات دیگر نیز این مسئله را یادآور می‌شوند. افسردگی دانشجویان پزشکی می‌تواند مرتبط با سوءمصرف موادمخدر، افکار خودکشی، ضعف عملکرد حرفه ای و نارضایتی از شکل ظاهری خودباشد.برخی مقالات در مورد ارتباط نارضایتی از ظاهر خود (Body image dissatisfaction) و افسردگی صحبت کرده‌اند. نکتهٔ قابل‌توجه در اینجا این است ، همان‌طور که ما نیز در این مقاله به آن دست یافتیم تصور ذهنی از بدن با BMI افراد ارتباط دارد، افرادی که روی شکل ظاهری حساس می‌شوند ، برداشت منفی از خود پیدا نموده و این موضوع خود استرس زا بوده و در این مطالعه ارتباط معناداری دیده شد، بطوریکه هرچه افراد BMI بیشتر داشتند احساس چاقی بیشتری نیز نسبت به شکل ظاهری خود پیدا می‌کردند. این مسئله خود می‌تواند سبب بروز نشانه‌های افسردگی گردد. چاقی، اضافه وزن و کمبود وزن به‌عنوان عوامل مرتبط با درک تصویر بدن در میان نوجوانان شناخته می‌شوند ، به‌این معنی که ، در نوجوانانی که تصور غیرطبیعی از بدن خود دارند ، رفتارهای ناسالم، کنترل وزن و کیفیت پایین رژیم غذایی دیده می‌شود که برای سلامت روان نیز مضر است وضعیت تغذیه‌ای نوجوانان در مطالعه حاضر نشان داد که ۵۸٫۱ درصد از شرکت کنندگان در محدوده طبیعی BMI بودند ، اما تنها ۳۸٫۲ درصد از آنها درک درستی از تصویر بدنی خود داشتند . درک اشتباه تصویر بدن می‌تواند منجر به عادت‌های بد غذایی شود و عواقبی برای سلامت فرد ایجاد نماید، از سوی دیگر ، چندین مطالعه نشان داد که ورزش و تحرک بدنی موجب افزایش آگاهی از بدن و همچنین رضایت از بدن می شود.

▪ منابع در دفتر نشریه موجود است.

داروخانه
دکتر نیرومند

انواع داروهای تخصصی و فوق تخصصی
تجهیزات پزشکی و ارتوپدی
ساخت داروهای تخصصی و ترکیبی
مشاوره تخصصی پوست و مو و تغذیه

- ارائه خدمات از ۹ صبح الی ۱۰ شب به طور یک سره
- ارسال دارو، مکمل ، تجهیزات و ملزومات پزشکی ، لوازم و اقلام آرایشی و بهداشتی به درب منازل و تحویل در محل (بدون نیاز به مراجعه حضوری)
- ارائه خدمات هدفمند به کلیه مشترکین و افراد دارای کارت عضویت از داروخانه
-ارائه بسته‌های ویژه تشویقی و تخفیفی کالا، خدمات و اطلاع رسانی به اعضای دارای کارت عضویت طلایی، نقره‌ای و برنزی
- دعوت از اعضاء برای حضور در مجامع ، گردهمایی‌های مرتبط و جشنواره‌های درحال برگزاری
- تهیه ، تامین وارائه داروهای نایاب یا کمیاب که در فارماکوپه وزارت بهداشت توزیع شده باشد.
- ارائه مشاوره تلفنی در زمینه پرسش‌های مرتبط با دارو ... به صورت مداوم
- امکان خرید اینترنتی داروها، مکمل هاو اقلام آرایشی و بهداشتی و تجهیزاتی
- خدمات به ویژه به هریک از گروه‌های سنی و کاری شامل: کودکان، نوجوانان، سالمندان، کهنسالان و ورزشکاران و...
- خدمات ویژه در گروه و حوزه‌های تخصصی و فوق تخصصی تغذیه

نشانی : تهران، سعادت آباد، سروغربی، بین میدان سرو وکتاب روبروی بانک اقتصادنوین، پلاک ۱۰۹
شماره تماس : ۰۲۱۲۲۰۹۱۴۱۴

بررسی میزان ایمنی و اثربخشی آپیکسابان در مقایسه با ریواروکسابان در ترومبوآمبولی حاد وریدی

◀ دکتر پریسا نصرتی
دکترای حرفه ای داروسازی
رییس تحقیقات بازار
شرکت داروسازی ابوریحان

REF : Blood Adv. -ncbi.nlm.nih.gov

آپیکسابان و **ریواروکسابان** برای استفاده در ترومبوآمبولی حاد وریدی (AcuteVenousThromboembolism:VTE) مورد تایید قرار گرفته‌اند. اگرچه مقایسه غیرمستقیم از طریق متاآنالیزهای شبکه‌ای کارآزمایی‌های تصادفی برای مقایسهٔ میزان ایمنی و اثربخشی این عوامل انجام شده است، مقایسه بیشتر این عوامل تا پیش از این وجود نداشت. در این مقاله سعی بر آن است تا به طور سیستماتیک، متاآنالیزی از پژوهش‌هایی را برای مقایسه بیشتر آپیکسابان با ریواروکسابان از چندین مطالعهٔ انجام شده در محیط‌های واقعی ارائه دهیم. پژوهش‌هایی که ریواروکسابان و آپیکسابان را در مبتلایان به VTE حاد را مقایسه کردند از طریق جستجوی منابع پژوهشی الکترونیکی در MEDLINE، Scopus، EMBASE، و کتابخانه Cochrane تا مه ۲۰۱۹ شناسایی شدند. نسبت‌های خطر مطالعه (RRs) محاسبه و با استفاده از فراتحلیلِ مدلِ اثرات تصادفی ترکیب شد. در تجزیه و تحلیلِ متشکل از ۲۴۰۴۱ بیمار، VTE عودکننده در طی ۶ ماه در ۵۶ بیمار از ۴۸۹۷ بیمار (۱٫۱۴٪) در گروه آپیکسابان و ۲۵۸ نفر از ۱۹۱۴۴ بیمار (۱٫۳۵٪) در گروه ریواروکسابان (RR، ۰٫۸۹؛ ۹۵٪ بازه اطمینان [CI]، ۰٫۶۷-۱٫۱۹؛ P ۵٫۴۵) رخ داد.

خونریزی شدید در ۸۵ مورد از ۱۱۵۵۹ بیمار (۰٫۷۴٪) در گروه آپیکسابان و ۳۵۰ نفر از ۳۳۹۰۹ بیمار (۱٫۰۳٪) در گروه ریواروکسابان رخ داد (RR، ۰٫۷۳؛ CI ٪۹۵، ۰٫۵۸-۰٫۹۳؛ P ۰٫۰۰۵). خونریزی خفیف از نظر بالینی در ۱۶۹ مورد از ۳۴۱۷ بیمار (۴٫۹۵٪) در گروه آپیکسابان و ۱۰۹۴ بیمار از ۱۲۴۷۵ بیمار (۸٫۷۷٪) در گروه ریواروکسابان رخ داد (RR، ۰٫۵۹؛ CI ٪۹۵، ۰٫۵۰-۰٫۷۰؛ P ۰٫۰۱). آپیکسابان در پیشگیری از عود VTE اثربخشی معادل آن را نشان می‌دهد اما، در مقایسه با ریواروکسابان، خطر خونریزی شدید و خفیف را کاهش می‌دهد.

داروهای ضد انعقاد خوراکی با اثر مستقیم (direct oral anticoagulants: DOAC)، مانند دابیگاتران، آپیکسابان، ریواروکسابان و ادوکسابان، در حال تبدیل شدن به عوامل ترجیحی برای استفاده در ترومبوآمبولی حاد وریدی (VTE؛ ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی)، در مقایسه با آنتاگونیست‌های ویتامین K، هستند (VKAs). اگرچه دابیگاتران و ادوکسابان به دنباله‌ای از هپارین تجزیه‌نشده یا هپارین با وزن مولکولی کم (LMWH) نیاز دارند، ضد انعقاد خونِ «lead-in» که با عامل خوراکی مربوطه، دابیگاتران یا ادوکسابان، همراه است، ضد انعقاد «lead-in» هنگام استفاده از آپیکسابان و ریواروکسابان مورد نیاز نیست. ضد انعقاد «lead-in» با محصولات هپارین پیچیدگی‌هایی را در رژیم درمانی ایجاد می‌کند و دلیل اصلی آن است که دابیگاتران یا ادوکسابان کمتر از آپیکسابان و ریواروکسبان تجویز می‌شود. از این رو، در حال حاضر، در مقایسه با VKA و سایر DOACها، به طور فزاینده‌ای از آپیکسابان و ریواروکسبان برای VTE حاد استفاده می‌شود.

اگرچه نشان داده شده است که استفاده از DOAC در VTE در کارآزمایی‌های تصادفیِ مهم از اهمیت کمتری برخوردار نیست، مشخص نیست که، با توجه به عدم وجود مطالعات مقایسه‌ای رو در رو، آیا هر گونه DOAC 1 نسبت به دیگری برتر است یا خیر. متاآنالیز شبکه‌ای برای مقایسهٔ درمانی غیرمستقیم انجام می‌شود و با چندین درمان همراه است که همزمان با مقایسه‌کننده رایج (LMWH / وارفارین در این مورد) مقایسه می‌شود. متاآنالیزهای شبکه‌ای در فیبریلاسیون دهلیزی غیردریچه‌ای برخی از شواهد غیرمستقیم از مقایسه‌ها را ارائه داده‌اند اما نتایج متفاوتی را به همراه داشته‌اند و برخی از پژوهش‌ها در شرایط مختلف آپیکسابان را به ریواروکسابان ترجیح می‌دهند. نشان داده شده است که آپیکسابان با خونریزی گوارشی کمتری همراه است، در مبتلایان به بیماری مزمن کلیه (CKD) طرفدار بیشتری دارد و به طور کلی خونریزی شدید کمتر (از جمله مبتلا به سرطان) و میزان پایین‌تر قطع کامل دارد.

نتایج حاصل از یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی، که آپیکسابان و ریواروکسابان را با یکدیگر مقایسه و خطر نسبی اثربخشی میان این دو عامل و خطر نسبی خونریزی را ارزیابی می‌کند، نامشخص است. برای بررسی مقایسهٔ رو در روی آپیکسابان و ریواروکسابان در مورد خطر عود VTE و خطر خونریزی، پژوهش‌های گذشته‌نگر گوناگونی (پایگاه داده‌ها، رجیستری‌ها) انجام شده است. اگرچه کارآزمایی‌های بالینی تصادفی یک استاندارد طلایی برای ارزیابی ایمنی و اثربخشی این عوامل در نظر گرفته می‌شوند، جمعیت استخدام شده در این آزمایش‌ها ممکن است قابل تعمیم نباشند. از این رو، شواهد تولیدشده از پایگاه داده‌های دنیای واقعی و داده‌های رجیستری می‌توانند به پزشکان در انتخاب این دو عامل در عمل روزمره کمک کنند.

در این مقاله، به دنبال ارزیابی سیستماتیک شواهد موجود در مورد اثربخشی و ایمنی آپیکسابان در مقایسه با ریواروکسابان از نظر VTE عودکننده و خطرات خونریزی در دنیای واقعی هستیم.

این متاآنالیز بطور مستقیم آپیکسابان را با ریواروکسابان در مبتلایان به VTE حاد مقایسه کرده و هیچ تفاوتی در عود VTE و نتیجه ترکیبی VTE عودکننده و خونریزی عمده میان آپیکسابان و ریواروکسابان شناسایی نکرد. با این وجود، هر دو موردِ خونریزی عمده و خونریزی خفیف در گروه ریواروکسابان به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر بود. این نتایج با بررسی‌های پیشین هماهنگ بود که به طور غیر مستقیم این عوامل را مقایسه نموده بود. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که آپیکسابان در بیماران با سن بالا، سرطان فعال پایه، CKD و تحریک VTE ایمن‌تر است. جالب است بدانید که شیوع کلی VTE در هر دو گروه بسیار کم بود که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی پیشین (RCTs) گزارش شده بود، اما در بیماران دنیای واقعی با پایبندی کمتر و در مقایسه با شرکت‌کنندگان در کارآزمایی‌های تصادفی تایید نشده بود.

عوارض خونریزی هنگام انتخاب هرگونه انعقاد سیستمیک یک نکته مهم است. خونریزی شدید، مانند خونریزی سیستم عصبی مرکزی و تامپوناد قلب، می‌تواند با هر عامل مهارکننده فاکتور Xa یک عارضه وحشتناک باشد. اگرچه یک عامل معکوس، آندکسانت، به تازگی برای آپیکسابان و ریواروکسابان تأیید شده است، از نظر نیمه عمر کوتاه، احتمال افزایش خطر ابتلا به ترومبوز، عدم وجود RCT در اثربخشی و هزینه آن، محدودیت‌های زیادی دارد. از این رو، عوارض اغلب به صورت محافظه‌کارانه کنترل می‌شوند. مطالعه ما شواهد بیشتری را نشان می‌دهد که آپیکسابان از نظر خطر خونریزی تا زمان ادامه RCT که پیش از این ذکر شد، می‌تواند گزینه مناسبی برای ضد انعقاد خون نسبت به ریواروکسابان باشد. حداقل به نظر می‌رسد که نتایج این بررسی به سودِ استفاده از آپیکسابان در بیمارانی است که خطر افزایش خونریزی از قبل وجود دارد، به عنوان نمونه، مبتلایان به CKD، قاعدگی سنگین یا سابقه خونریزی دستگاه گوارش. در این شرایط، یافته‌ها نشان می‌دهند بیمارانی که طولانی مدت ریواروکسابان مصرف می‌کنند، اگر قادر به پایبندی به درمانِ دوبار در روز باشند، احتمالا اگر به آپیکسابان روی بیاورند از مزایای آنها بهره‌مند می‌شود. با وجود این، لازم به ذکر است که یافته‌های این پژوهش فقط برای مبتلایان به VTE قابل استفاده است (نه AF) و اینکه آیا یافته‌های این پژوهش پس از پیگیری ۶ ماه همچنان ادامه دارد یا خیر مشخص نیست. اگرچه کاهش خونریزی با آپیکسابان وجود دارد، با توجه به تعداد مورد نیاز برای آسیب دیدن، ممکن است اندک باشد که هنگام بحث در مورد گزینه‌های انعقاد خون بین این عوامل با بیماران می‌تواند اطلاعات مفیدی باشد.

اگرچه در پژوهش‌های گذشته‌نگر احتمال وجود عوامل مخدوش‌کننده وجود دارد (به‌عنوان مثال، وزن به طور مداوم بررسی نمی‌شود)، به نظر می‌رسد که آنها به‌خوبی مطابقت داشته‌اند و در این پژوهش‌ها نمره‌گذاری گرایش (Propensity Scoring) انجام شده بود. علاوه بر این، کدگذاری برای خونریزی در تمام پژوهش‌ها یکسان نبود، از کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) تا تعریف خونریزی جامعه بین‌المللی در مورد ترومبوز و هموستاز (ISTH) متفاوت هستند. یکی از متاآنالیزهای قبلی نشان داده بود که در زمینه‌های گوناگون، از جمله در مبتلایان به CKD، آپیکسابان از سایر عوامل مانند ریواروکسابان و دابیگاتران ایمن‌تر است. ایمنی آپیکسابان در مقایسه با ریواروکسابان با توجه به خواص فارماکوکینتیک توضیح داده شده است. تداوم اثرات ضد انعقادی فراتر از نیمه عمر ریواروکسابان اجازه می‌دهد تا این دارو یک بار در روز مصرف شود در حالی که آپیکسابان دو بار در روز تجویز می‌شود. برای این اتفاق، غلظت ریواروکسابان باید بالاتر از حداقل غلظت لازم برای جلوگیری از ترومبوز با نیمه عمر کوتاه باشد از این رو، برای تسهیل دوز یک بار در روز، حداکثر غلظت سرم لازم است. نسبت Peak-to-trough ریواروکسابان ۱۰~ (با دوز ۱۰-۲۰ میلی‌گرم یک بار در روز) در حالی که برای آپیکسابان ۳~ است (با دوز ۵ میلی‌گرم دو بار در روز). از این رو، مشخصات خونریزی مطلوب‌تری نشان داده می‌شود که نتیجه کاهش نسبت‌های Peak-to-trough است که با دوز DOAC دو بار در روز ارائه می‌شود.

◀ روش‌ها:

این بررسی منظم و کیفی شامل پژوهش‌های منتشرشده از پایگاه داده‌ها تا مه ۲۰۱۹ بود. جستجوهای MEDLINE، کتابخانه Cochrane و EMBASE برای شناسایی مطالعات واجد شرایط انجام شدند. جستجوهای جامع برای خلاصه مقالات کنفرانس نیز انجام شد. این پایگاه‌های داده‌ای با استفاده از اصطلاحات جستجو در زیر ۲ موضوع جستجوی گسترده جستجو و با استفاده از اپراتور «AND» ترکیب شدند. برای موضوع «ریواروکسابان»، از ترکیبی از عناوین موضوعات پزشکی (medical subject headings: MeSH)، اصطلاحات ورود و کلمات متنی «ریواروکسابان» و «بازدارنده فاکتور Xa» استفاده گردید. طرح‌های مطالعه از جمله کنترل‌های موردی، مطالعات مشاهده‌ای، آزمایشات کنترل شده تصادفی و متاآنالیز کارآزمایی‌های بالینی بررسی شدند. از محدودیت زبانی استفاده نشده است. کتابشناسی این پژوهش شامل مقالات، بررسی‌های شناخته شده و مقالاتِ مربوطه برای شناسایی کارآزمایی‌های اضافی از طریق جستجوی دستی بود.

برای به حداقل رساندن تکثیر داده‌ها در نتیجه گزارش‌دهی چندگانه، مقالاتی از همان محقق را مقایسه شد. دو پژوهشگر، گزارش‌ها را غربالگری و بازیابی نمودند و پژوهش‌های غیرمرتبط را حذف کردند. داده‌های مربوطه توسط دو محقق استخراج و توسط محقق دیگری بررسی شدند. هنگام وجود عدم اطمینان در مورد معیارهای واجد شرایط، محققی دیگر در روند بررسی شرکت کرد.

از هر پژوهش، جزئیات مربوط به نوع منبع پژوهش، طراحی، مبتلا به VTE حاد، میانگین سنی، درصد بیماران زن، تخمین خطر عود VTE، برآورد خطر خونریزی (شدید و جزئی)، حوادث VTE و مدت زمان ضد انعقاد آن را استخراج و جدول بندی گردید؛.

پس از بررسی تمام منابع پژوهشی، پژوهش‌های منتخب شامل تمام پژوهش‌های مشاهده‌ای است که استفاده از آپیکسابان و ریواروکسبان را مقایسه می‌کنند. معیارهای واجد شرایط بودن برای این بررسی منظم عبارتند از: (۱) افراد انسانی با تشخیص VTE حاد؛ (۲) نتایج گزارش‌شده برای مقایسه ریواروکسابان با آپیکسابان؛ (۳) حداقل داده‌های گزارش‌شده از VTE یا خونریزی حاد تا ۳ ماه. پژوهش‌هایی که آپیکسابان را با ریواروکسابان مقایسه می‌کردند اما به استفاده از فیبریلاسیون دهلیزی (AF) اشاره می‌کردند در این بررسی گنجانده نشده‌اند؛ زیرا این نتایج و نتایج سکته مغزی ناهمگن هستند. علاوه بر این، پژوهش‌هایی که استفاده از ریواروکسابان یا آپیکسابان را با وارفارین یا LMWH مقایسه می‌کردند از این پژوهش حذف شدند؛ زیرا این پژوهش‌ها مقایسه‌ای مستقیم از آپیکسابان و ریواروکسابان ارائه ندادند. سرانجام، پژوهش‌هایی که نتایج VTE و خونریزی را نشان نمی‌دادند نیز از این تجزیه و تحلیل حذف شدند. در پژوهش‌هایی که شامل بیماران AF و VTE بودند، داده‌ها فقط برای مبتلایان به VTE استخراج شدند.

در مجموع ۵ پژوهش برای تجزیه و تحلیل در این پژوهش گنجانده شده است: ۱ پژوهش شامل بررسی داده‌ها از ثبت کلینیک ترومبوفیلی، ۱ پژوهش شامل بررسی داده‌های گذشته‌نگر کهنه سربازان و ۳ پژوهش از پایگاه داده‌ای ایالات متحده و دانمارک بود. کیفیت مطالعه به طور رسمی توسط ۲ محقق با استفاده از مقیاس اصلاح‌شدهٔ ارزیابی کیفیت نیوکاسل-اوتاوا برای پژوهش گذشته‌نگر ارزیابی شد. یک نتیجه اثربخشی (عود VTE تا ۶ ماه) و ۲ نتیجه ایمنی (خونریزی شدید و خفیف) ارزیابی شدند. اثربخشی به‌عنوان عود VTE (ترکیبی از هرگونه ترومبوز ورید عمقی یا آمبولی ریوی) تعریف و به‌صورت یافته‌های تصویربرداری مثبت در داپلر سونوگرافی یا توموگرافی کامپیوتری گزارش شد. برای

◁◁◁

نتایج ایمنی، خونریزی شدید گزارش شد (ترکیبی از خونریزی که به مداخله یا تزریق، تامپوناد قلب یا افیوژن پریکارد، نیاز به تخلیه، خونریزی صفاقی، خونریزی داخل جمجمه، هموپتزی شدید، هموتوراکس، خونریزی نیاز به بستری اضافی در بیمارستان نیاز دارد و بیمارانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند). خونریزی خفیف با خونریزی دستگاه گوارش، خونریزی از محل سوراخ‌شدگی، اکیموز ران، هماتوم، اپیستاکسی یا خونریزی بدون مداَخله یا بدون تزریق تعریف شد. خونریزی خفیف به‌عنوان نقطه پایان ثانویه برای تجزیه و تحلیل در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل، نتایج گزارش را تا ۶ ماه انتخاب کردیم. برای پژوهش‌هایی که نتایج هر دو در ۳ ماه و ۶ ماه، برای یکنواختی، نشان داده شدند، نتایج ۳ ماه برای تجزیه و تحلیل انتخاب شد؛ زیرا بیشتر مطالعات نتایج را در فاصله ۳ ماه گزارش کردند.

نتیجه:

اگرچه ۵ مطالعه منتخب، نقاط پایانی و نتایج اثربخشی مشابه راارزیابی می‌کردند، از نظر طراحی کلی و تعاریف نتیجه متفاوت بودند. در مجموع ۴۵۴۶۸ بیمار برای اثربخشی اولیه VTE عودکننده و نتایج ایمنی خونریزی شدید و حوادث خونریزی خفیف تجزیه و تحلیل شدند. یکی از پژوهش‌ها مبتلایان به AF و VTE را با هم ترکیب کرده بود، با وجود این، فقط کسانی را در این پژوهش گنجاندیم که برای VTE ارزیابی شده بودند.

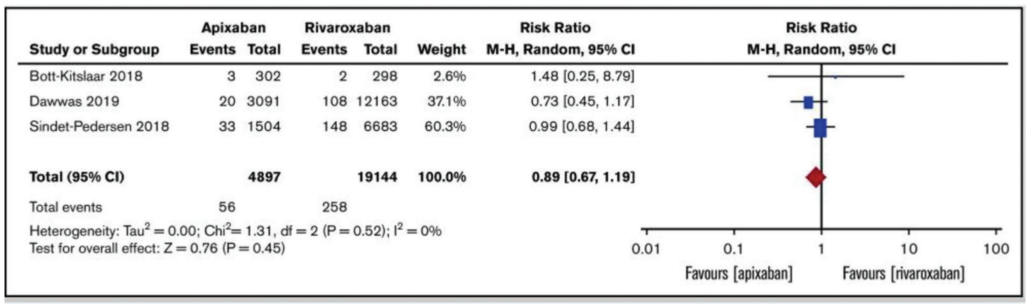
در ۳ پژوهشی که شامل ۲۴۰۴۱ بیمار بودند، VTE عودکننده تا ۶ ماه در ۵۶ بیمار از ۴۸۹۷ بیمار (۷۱۴ درصد) در گروه آپیکسبان و ۲۵۸ نفر از ۱۹۱۴۴ بیمار (۷۳۵ درصد) در گروه ریواروکسبان رخ داده است (RR، ۰٫۸۹؛ ۹۵٪ CI، ۰٫۶۷–۱٫۱۹؛ P= ۴۵.؛ I۲ =۰٪). خونریزی شدید در ۸۵ مورد از ۱۱۵۵۹ بیمار (۰٫۷۴٪) در گروه آپیکسابان و ۳۵۰ نفر از ۳۳۹۰۹ بیمار (۱٫۰۳٪) در گروه ریواروکسابان رخ داده است (RR ، ۰٫۷۳؛ ۹۵٪ CI، ۰٫۵۸–۰٫۹۳؛ P= ۰۱..

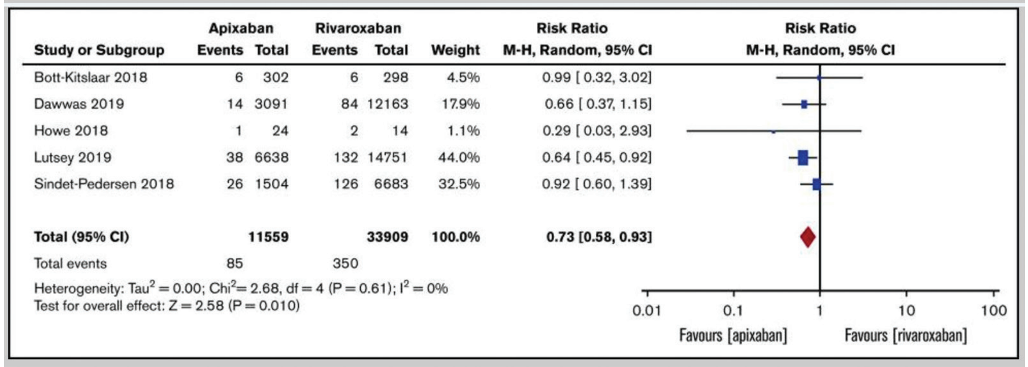
I۲=۰٪). تجزیه‌وتحلیل حساسیت برای خونریزی شدید انجام‌شد. به‌استثنای یک پژوهشی که از کمترین تعداد بیماران در تجزیه‌وتحلیل کمک گرفته‌بود.

تجزیه و تحلیل حساسیت نیز به استثنای یک پژوهشی که نتایج خونریزی شدید در ۶ ماه گزارش نموده بود، در حالی که مابقی نتایج را در ۳ ماه گزارش کردند، صورت پذیرفت. هر دوی این تجزیه و تحلیل حساسیت نتیجه گزارش‌شده از خونریزی شدید را به نفع آپیکسابان تغییر ندادند. خونریزی خفیف از نظر بالینی در ۱۶۹ مورد از ۳۴۱۷ بیمار (۴/۹۵ درصد) در گروه آپیکسابان و ۱۰۹۴ مورد از ۱۲۴۷۵ بیمار (۷۷/۸ درصد) در گروه ریواروکسابان وجود داشت (RR، ۰٫۵۹؛ ۹۵٪CI، ۰٫۵۰–۰٫۷۰؛ P، ۰٫۰۱؛ I۲ ۰٪).

علاوه بر این، تجزیه و تحلیلی برای نتایج ترکیبی و بالینی مربوط به خونریزی شدید و جزئی و نتایج ترکیبی VTE همچنین خونریزی شدید انجام شد. نتایج ترکیبی خونریزی شدید و جزئی در ۱۹۰ بیمار از ۳۴۱۷ بیمار (۵٫۵۶٪) در گروه آپیکسابان و ۱۱۸۶ از ۱۲۴۷۵ بیمار (۵۱٫۵٪) در گروه ریواروکسابان (RR، ۰٫۶۰؛ ۹۵٪CI، ۰٫۵۲–۰٫۷۰؛ P ۰۱.؛ I۲=۰٪) رخ داد. نتایج ترکیبی VTE و خونریزی شدید در ۱۰۲ بیمار از ۴۸۹۷ بیمار (۲٫۰۸٪) در گروه آپیکسابان و ۴۸۳ نفر از ۱۹۱۴۴ بیمار (۲٫۵۲٪) در گروه ریواروکسابان رخ داده (RR، ۰٫۷۹؛ ۹۵٪ CI، ۰٫۵۸–۱٫۰۶؛ P=۱۲.؛ I۲=۳۸٪). خونریزی شدید نیز با استفاده از HR در ۳ ماه محاسبه شد.

نتایج خونریزی داخل جمجمه، خونریزی از دستگاه گوارش یا خونریزی قلبی و مرگ و میر را نمی‌توان جداگانه بررسی کرد؛ زیرا به طور متناقض گزارش شده‌اند. همچنین برای درمان بیماران سرطانی و CKD مقایسه میان آپیکسابان و ریواروکسابان را نمی‌توان انجام داد؛ زیرا این موارد در تمام پژوهش‌ها موجود نیستند. در تجزیه‌وتحلیل بیشتر، از تعداد مورد نیاز برای آسیب رساندن و با استفاده از خطر نسبی دریافتیم که





به‌طور متوسط ۳۴۵ بیمار مجبور به دریافت آپیکسابان (به‌جای ریواروکسبان) هستند و ۱ بیمار مجبور به دریافت این دارو نبود؛ زیرا از خونریزی شدید رنج نمی‌برد (تعداد مورد نیاز برای آسیب رساندن).

در نتیجه، این متاآنالیز در دنیای واقعی با مقایسه آپیکسابان با ریواروکسابان اثربخشی مشابه اما ایمنی بهتری را برای مبتلایانی نشان می‌دهد که آپیکسابان مصرف می‌کنند.

نقاط قوت و محدودیت‌ها:

این متاآنالیز RCT اثربخشی مستقیم آپیکسابان با ریواروکسابان مقایسه می‌کند و شامل یک نمونه بزرگ از بیمارانی است که نماینده داده‌های دنیای واقعی هستند تا رویدادهای کارآزمایی بالینی. (ناهمگنی) پژوهش‌ها در اکثر نتایج اندک است که به نتایج سازگاری از نتایج تجزیه و تحلیل‌شده توسط ما اشاره دارد. در عین حال، علی‌رغم تجزیه و تحلیل‌های مختلف در مطالعات گنجانده شده برای کاهش عوامل مخدوش‌کننده، هنگام تفسیر نتایج این پژوهش، باید وجود مخدوش‌کننده‌های غیرقابل پاسخ را نیز در نظر گرفت. در DOAC دوز پایین‌تری از دوز معمول گزارش شده است، با توجه به برخی از پژوهش‌ها، شیوع آن با آپیکسابان (۲۴٪) نسبت به ریواروکسابان (۱۳٪) بیشتر است که می‌تواند با افزایش حوادث VTE و عوارض خونریزی کمتری همراه باشد. با توجه به اینکه این اطلاعات بر اساس پایگاه داده‌ها و رجیستری مطرح شدند، آگاهی از دوزها و انطباق هر کدام از عوامل استفاده‌شده غیرممکن است. گزارش نسبتا یکنواخت وقایع در عرض ۶ ماه فرصتی را فراهم می‌کند تا این پژوهش‌ها را با هم ترکیب نماییم. همچنین باید توجه داشت که نتایج عمده‌ای مانند خونریزی داخل جمجمه، خونریزی از دستگاه گوارش و مرگ و میر با مطالعات گنجانده شده متناقض هستند. این امر در مورد سایر نتایج جزئی نیز صادق بود.

دکتر برزو سالک و همکاران
گروه شرکتهای نبض و درمان
دپارتمان تمامی امور سهام بیمارستانها
مرکز جراحی محدود، درمانگاه های شبانه روزی، مراکز جامع تصویر برداری
موسسات رادیولوژی و سونوگرافی، داروخانه ها، آزمایشگاه ها، فیزیوتراپی
واگذاری، خرید، فروش، معاوضه
۰۹۱۲۸۱۳۶۸۳۹ ۸۸۳۷۱۰۰۱-۴
99-2001

شرایط اشتراک نشریه پزشکی امروز

شیوهٔ ارسال	مدت‌زمان‌اشتراک	هزینه-تومان
عادی	شش ماه	۱۰۵,۰۰۰
عادی	یک سال	۱۹۵,۰۰۰
سفارشی	شش ماه	۱۶۵,۰۰۰
سفارشی	یک سال	۲۵۵,۰۰۰

شماره کارت واریز: ۶۲۱۹-۸۶۱۰-۱۴۳۶-۲۵۶۹
بانک سامان، مهندس اردوان سیف بهزاد
پس از واریز با شمارهٔ ۸۸۳۷۰۰۱-۰۲۱ تماس حاصل فرمایید

اثر پاکلیتاکسل هفتگی، با یا بدون بواسیزوماب، به‌عنوان درمانی برای تومورهای استرومای طناب جنسی چیست؟

■ گروه علمی داروخانهٔ دکترنیرومند
تهران، سعادت آباد

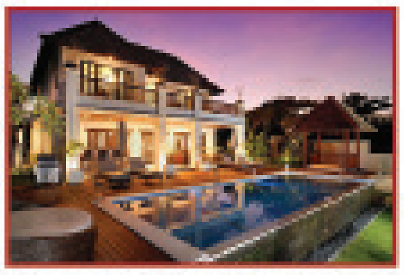
Ref : National Cancer Institute , 2020

در این کار آزمایی بالینی تصادفی که شامل ۶۰ خانم مبتلا به تومورهای‌استرومای‌طناب جنسی (sex cord stromal tumors) بودند، افزودن بیواسیزوماب(bevacizumab) به پاکلیتاکسل (Paclitaxel) در هفته موجب پیشرفت ۶ ماهه بدون پیشرفت (نقطه پایان اولیه؛ ۷۱٪ در مقابل ۷۲٪) یا بقای عاری از پیشرفت نمی‌شود. به‌واسطه همکاری بین المللی، یک کارآزمایی تصادفی در مورد این سرطان بسیار نادر انجام شد که نشان می‌دهد پاکلیتاکسل هفتگی گزینه جدیدی برای تومورهای استرومای طناب‌جنسی است. از دیدگاه پژوهشگران، این نخستین کارآزمایی تصادفی در تومورهای استرومای طناب جنسی است و پس از درمان مبتنی بر پلاتین (platinum–based chemotherapy)، پاکلیتاکسل هفتگی را به‌عنوان درمان استاندارد مراقبتی ایجاد می‌کند. این کارآزمایی فاز ۲ تصادفی در ۲۸ مرکز جامع در فرانسه، آلمان، ایتالیا، ژاپن و بلژیک با همکاری کمیته تومور نادر از گروه بین‌المللی سرطان ژنیکولوژیک انجام شد که شامل ۶۰ زن با تومورهای استرومای طناب‌جنسی بود که پس از دست‌کم یک شیمی‌درمانی مبتنی بر پلاتین عود کرده بودند. شرکت‌کنندگان به طور تصادفی یا پاکلیتاکسل (mg/m² ۸۰، روزهای ۱، ۸ و ۱۵ هر ۴ هفته) به‌تنهایی یا پاکلیتاکسل با بواسیزوماب (mg/kg ۱۰، هر ۲ هفته) به مدت ۶ دوره و به دنبال آن بواسیزوماب (mg/kg ۱۵، هر ۳ هفته) تا ۱ سال یا تا زمان پیشرفت یا مسمومیت دریافت می‌کردند. گذر به بواسیزوماب پس از پیشرفت در طی دریافت یا به دنبال پاکلیتاکسل مجاز بود. ۶۰ بیمار (عمدتا دچار به تومورهای سلول گرانولوزا) به طور تصادفی انتخاب شدند، ۳۲ نفر پاکلیتاکسل تک عاملی ([محدوده بین چهار رده‌ای] با متوسط سن ورود به نمونه ۶۰ سال [۶۴-۵۳]) و ۲۸ نفر برای دریافت پاکلیتاکس-بواسیزوماب ([محدوده بین چهارقسمتی]) با متوسط سن ورود به نمونه ۵۵ [۴۷-۶۱]؛ ۱ نفر تحت درمان قرار نگرفت) دریافت کردند. نرخ عاری از پیشرفت ۶ ماهه ۷۱٪ (۹۵٪ فاصله معتبر، ۵۵٪ -۸۴٪) فقط با پاکلیتاکسل و ۷۲٪ (فاصله معتبر ۹۵٪، ۵۵٪ -۸۷٪) با پاکلیتاکسل-بواسیزوماب بود. برآوردِ احتمال توزیع نرخ عاری از پیشرفت ۶ ماهه با این ترکیب بالاتر از پاکلیتاکسل به تنهایی ۵۷ درصد و کمتر از آستانه برتری از پیش‌تعریف‌شده بود. میزان پاسخ عینی با افزودن بواسیزوماب از ۲۵٪ (۹۵٪ CI، ۱۲٪ -۴۳٪) به ۴۴٪ (۹۵٪ CI ، ۲۶٪ -۶۵٪) افزایش یافت. یک بیمار به دلیل مسمومیت، درمان ترکیبی را در مدت ۶ ماه قطع کرد. پاکلیتاکسل هفتگی گزینه جدیدی برای تومورهای استرومای طناب جنسی است. در این کارآزمایی بالینی تصادفی بین‌المللی در مورد مبتلایان به تومورهای استرومای طناب جنسی عودکننده برای جراحی نامناسب، افزودن بواسیزوماب به پاکلیتاکسل هفتگی مزایای بالینی را بهبود نمی‌بخشد.

ماهنامه
پزشکی امروز
علمی
شماره ۱۲۳۸ سال سی‌ام ، ۱۶ صفحه
شهریور ماه ۱۳۹۹
صاحب امتیاز و سردبیر:
مهندس اردوان سیف‌بهزاد
مدیرعلمی : دکتر برزو سالک
زیرنظر شورای نویسندگان
دبیر علوم پایه : دکتر مهدی نوروزی
پزشکی‌امروز به‌منظور افزایش سطح آگاهی و اعتلای دانش پزشکی برای تمامی رشته‌های مختلف پزشکی در سراسرکشور توسط پست ارسال می‌گردد.
آدرس: تهران، شهرک غرب ، خیابان حسن سیف کوچه نهم ، پلاک ۱۹ ، واحد اول
تلفن: ۴-۸۸۳۷۱۰۰۱
فکس: ۸۸۳۷۱۰۰۵
توزیع سراسر کشور
صفحه‌آرایی: پزشکی‌امروز
چاپ: نشانه، ایرانشهرجنوبی، پایین‌تراز سمیه، پلاک۱۰۷
تلفن: ۸۸۸۴۲۲۴۰
نسخه های الکترونیک مجزا از نشریه را از سایت پزشکی امروز دریافت نمایید.
وب‌سایت: www.pezeshkyemrooz.com
ارسال مقاله: pezeshkyemroozweekly@gmail.com
اینستاگرام : pezeshkyemrooz
کانال تلگرام: pezeshkyemrooz
Whatsapp : 09102133463

مدیر عامل دکتر برزو سالک

انجام تمامی امور مرتبط با :
نوسازی و بازسازی پروژه های درمانی و گردشگری ، تامین منابع مالی جهت انجام پروژه های درمانی، سلامت و تحقیقات،بازارسازی،بازاریابی،معرفی،فروش پروژه و تمامی امور مرتبط با سهام



دپارتمان نوسازی
- کلیه خدمات و امور ساختمانی بصورت (Turn-key) یا مجزا در ارتباط با طراحی، ساخت و اجرای بیمارستان و مراکز درمانی از جمله ارائه برنامه فیزیکی، طراحی معماری، طراحی و مهندسی تاسیسات، محاسبات سازه و تامین کلیه تجهیزات پزشکی مورد نیاز، ارائه مشاوره های گوناگون فوق تخصصی به عنوان مشاور عالی اجرایی

دپارتمان بازسازی
- بازسازی کلیه پروژه‌های بیمارستانی، مراکز جراحی محدود، درمانگاهی، کلینیک‌ها، مطب‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، داروخانه‌ها، مراکز فیزیوتراپی و... اجرای کلید در دست (Turn-Key) تمامی پروژه های بازسازی
- باز طراحی، معماری داخلی، معماری منظر، مقاوم سازی سازه، طراحی واجرای مجدد تأسیسات، تجهیز و روزآمدسازی تجهیزات.

دپارتمان تجهیزات و تاسیسات
- تامین کلیه تجهیزات پزشکی مورد نیازبخشهای بیمارستانی و مراکز درمانی.
- تامین کلیه اقلام سرمایه ای، نیمه مصرفی و مصرفی/ عمومی، تخصصی و فوق تخصصی .
- ارائه جداول تجهیزات پزشکی، اقلام هتلینگ و تاسیسات مورد نیاز بر مبنای نوع، مارک و مدل برحسب مراکز درمانی-بهداشتی.
- تدوین ارائه برنامه بالینی و خدمات بهینه، راه اندازی و نگهداشت تجهیزات پزشکی و ارائه فهرست کامل تجهیزات پزشکی مورد نیاز

دپارتمان پروژه و سهام
- مشاوره و برنامه ریزی در زمینه ارزش‌گذاری،تقویم قیمت،سهام بندی، امور مشارکتها.
- واگذاری، خرید، فروش، معاوضه، تجمیع و جابجایی سهام کلیه مراکز درمانی و بیمارستانی و...
- برنامه ریزی فروش سهام،چیدمان سهام و تمامی امور مربوط با سهام

دپارتمان شهرکها و ساخت و ساز
- ساختمان پزشکان، مجتمع‌های مسکونی، شهرکهای ویلایی.
- پروژه‌های تجمیعی و کمپلکس‌های بیمارستانی و درمانی، تجاری، اداری، رفاهی، خدماتی، تفریحی، اقامتی.

دپارتمان گردشگری سلامت
- کلیه خدمات شامل: مطالعات، اخذ مجوزات، منابع مالی، طراحی ، نظارت، اجرا، بهره برداری و واگذاری

www.nvdorg.com
www.borzoosalek.com
www.iranbazsazi.com
info@nvdorg.com