المركز الوطني للمتميزين

The National Centre for the Distinguished

تم تقديم حلقة بحث في مادة علم الأحياء بعنوان:

((أشهر المتلازمات لدى الإنسان))

تقديم : دانيال النقولا

بإشراف المدرّسة : خالديّة برّو

العام الدراسي: 2014-2015

ملخص: يقدم هذا البحث تعريفاً وشرحاً مفصلاً عن اشهر المتلازمات (أعراضها ,أسبابها وعلاجها إن أمكن) ,مما يساعدنا بالكشف المبكر عنها ,لتفادي أعراض الكشف المتأخّر وتفاقم حالتها.

فهرس المحتويات

الغلاف.....1

فهرس المحتويات.....2

فهرس الصور.....4

المقدمة وأهداف البحث.....6

اشكالية البحث.....6

المتلازمة الاستقلابية.....7

المتلازمة التنفسية الحادة الشديدة_السارس.....11

شلل الأطفال والمتلازمة التالية له.....15

متلازمة أسبرجر.....19

متلازمة أوشر.....23

متلازمة إيهلر-دانلوس.....24

متلازمة الألم الناحي المركب.....28

متلازمة الأمعاء المتهيجة.....32

متلازمة التعب المزمن.....36

متلازمة الجنين الكحولي.....39

متلازمة النفق الرسغي.....43

متلازمة برادر-ويلي.....44

متلازمة بهجت.....45
متلازمة توريت.....50
متلازمة تيرنر.....55
متلازمة شوغرين.....56
متلازمة داون.....61
متلازمة راي.....64
متلازمة ريت.....68
متلازمة سوء الامتصاص.....74
متلازمة غيان–باريه.....75
متلازمة قبل الحيض.....78
متلازمة كلاينفلتر.....83
متلازمة كوشينغ.....87
متلازمة مارفان.....91
متلازمة مخرج الصدر.....96
متلازمة موت الرضيع الفجائي.....97
الخاتمة.....101
المراجع والمصادر.....102

((ترميز: الرقم بجانب اسم المتلازمة يشير إلى رقم المبحث، أما كلمة أولاً وثانياً و .... تشير إلى رقم المطلب))

فهرس الصور

الصورة رقم (1).....7

الصورة رقم (2).....11

الصورة رقم (3).....15

الصورة رقم (4).....19

الصورة رقم (5).....23

الصورة رقم (6).....24

الصورة رقم (7).....28

الصورة رقم (8).....32

الصورة رقم (9).....36

الصورة رقم (10).....39

الصورة رقم (11).....43

الصورة رقم (12).....44

الصورة رقم (13).....45

الصورة رقم (14).....50

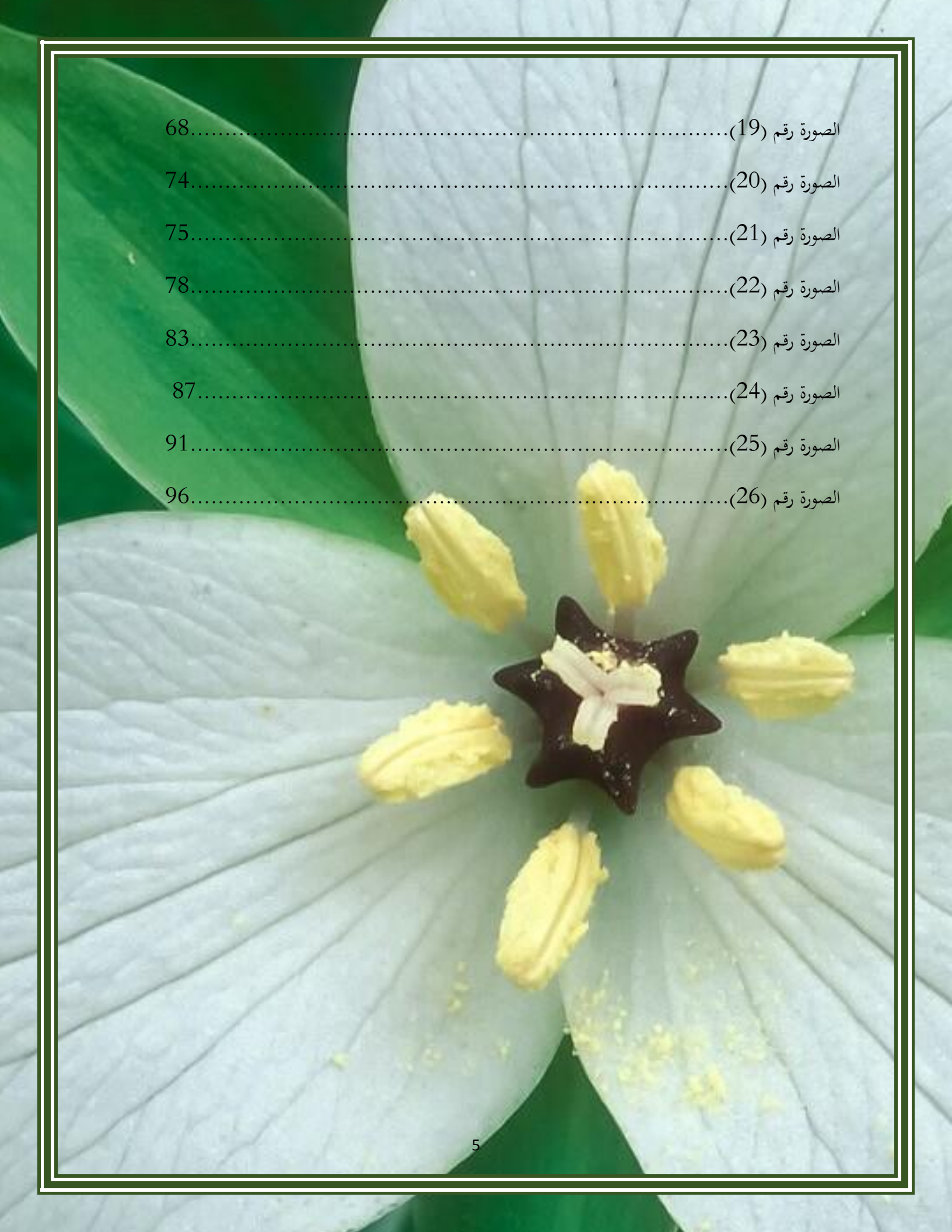
الصورة رقم (15).....55

الصورة رقم (16).....56

الصورة رقم (17).....61

الصورة رقم (18).....64

الصورة رقم (19).....68
الصورة رقم (20).....74
الصورة رقم (21).....75
الصورة رقم (22).....78
الصورة رقم (23).....83
الصورة رقم (24).....87
الصورة رقم (25).....91
الصورة رقم (26).....96



المقدمة وأهداف البحث:

المتلازمة ليست مرضاً بحد ذاته، ولكن مجموعة من الأعراض المرضية يظهر أغلبها أو بعضاً منها في حالات مرضية معينة، وعادة ما تسمى باسم الشخص الذي قام بنشر بحث علمي عنها كمجموعة أعراض، وأغلب المتلازمات نتيجة عيوب في الصبغيات-الكروموسومات أو المورثات - والجينات.

وفي بحثنا هذا هدفنا أن نتعرف على المتلازمات التالية لنتعامل معها بالشكل الأمثل في حال وجودها:

المتلازمة الاستقلابية ، المتلازمة التنفسية الحادة الشديدة (السارس) ، شلل الأطفال و المتلازمة التالية له ، متلازمة أسبرجر ، متلازمة أوشر ، متلازمة إيهلر-دانلوس ، متلازمة الألم الناحي المركب ، متلازمة الأمعاء المتهيجة ، متلازمة التعب المزمن ، متلازمة الجنين الكحولي ، متلازمة النفق الرسغي ، متلازمة برادر-ويلي ، متلازمة بهجت ، متلازمة توريت ، متلازمة تيرنر ، متلازمة شوغرين ، متلازمة داون ، متلازمة راي ، متلازمة ريت ، متلازمة سوء الامتصاص ، متلازمة غيان-باريه ، متلازمة قبل الحيض ، متلازمة كلاينفلتر ، متلازمة كوشينغ ، متلازمة مارفان ، متلازمة مخرج الصدر ، متلازمة موت الرضيع الفجائي.

اشكالية البحث

كنا نعتقد أن ما يحدث مع بعض الناس امراض اعتيادية كغيرها من الامراض لكن اكتشف فيما بعد أنها تحدث بسبب خلل وراثي معين الذي هو المتلازمة لذا من المهم ان تتعرفوا عليها لتكونوا على قدر من الدراية والمعرفة في حال اضطراركم للتعامل معها او تلافي تفاقمها لما له هذا الامر اهمية في الكشف المبكر عن متلازمة قد حدثت وخطورة الكشف المتأخر عنها ومن هنا جاءت أهمية هذا البحث...

1-المتلازمة الاستقلابية:

الصورة رقم (1) متلازمة الاستقلاب

أولاً: الاستقلاب:

يتشكّلُ الطعامُ من بروتينات وكربوهيدرات ودهون. تفكّكُ مواد كيميائيّة موجودة في الجهاز الهضمي تدعى الإنزيمات فتات الطعام إلى سكريات ودهون وبروتينات، والتي تُستخدَمُ كطاقة وكوحدات بنائيّة، وتُعرَفُ هذه العملية باسم الاستقلاب. يستخدمُ الجسمُ السكريات والدهون كوقود، ويُمكن أن يُستخدَم الوقود فوراً، ويمكنُ أن يُخزَّنَ أيضاً في أنسجة الجسم، مثل العضلات ودهن الجسم. قد يتأثّرُ الاستقلابُ بالتغيّر في توازن الهرمونات أو الإنزيمات في الجسم. فقد يكون لدى الشخص كمية كبيرة أو قليلة من موادّ معينة يحتاج إليها كي يبقى مُعافى. وإذا حدثَ ذلك لن تحدثَ العمليات الكيميائيّة بشكلٍ طبيعي. يمكنُ للمشاكل في الاستقلاب أن تَزيدَ خُطورةَ الإصابة بأمراضٍ خطيرة، بما في ذلك المرض القلبي، غير أنه يمكن الوقاية من مشاكل الاستقلاب، خاصةً عن طريق إدخال تعديلات صحية على نمط الحياة.

ثانياً: المُتلازمة الاستقلابيّة:

المتلازمَةُ الاستقلابيّة هي اسمٌ يُطلَقُ على مجموعة من عوامل الخُطورة. وترفع عوامل الخُطورة تلك خطورة الإصابة بالمرض القلبي والسكتة الدماغية والسكري ومشاكل صحية أخرى. هناك خمسة عوامل خطورة تشكّل جزءاً من المتلازمَة الاستقلابيّة، وهي تتضمّن:

- ارتفاع مستوى ثلاثيات الغليسريد.

- كبر محيط الخصر.
- انخفاض مستوى الكولسترول الجيِّد HDL .
- ارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع سكر الدم الصيامي.

يزيد ارتفاعُ مستوى ثلاثيات الغليسريد أو تناول دواء لعلاج ارتفاع ثلاثيات الغليسريد من خُطورة الإصابة بالمتلازمَة الاستقلابيّة. وثلاثيات الغليسريد هي نوعٌ من الدهن الموجود في الدم. محيطُ الخصر الكبير هو عامل خُطورة آخر يترافق مع المتلازمَة الاستقلابيّة؛ فوجودُ دهن زائد في منطقة البطن يعني ارتفاع خُطورة الإصابة بالمرض القلبي أكثر من وجود دهن في أجزاء أخرى من الجسم. انخفاض مستوى الكولسترول الجيِّد أو أخذ دواء لعلاج انخفاض مستوى الكولسترول الجيِّد هو عامل خُطورة آخر يترافق مع المتلازمَة الاستقلابيّة. يُساعدُ الكولسترول الجيد على إزالة الكولسترول السيئ من الشرايين. يرفع انخفاض مستوى الكولسترول الجيِّد خطورةَ الإصابة بمرض القلب. الإصابةُ بارتفاع ضغط الدم أو معالجة ارتفاع ضغط الدم عامل خُطورة أيضاً. ضغط الدم هو قوّة دفع الدم على جدران الشرايين عندما يضخّ القلبُ الدم. يمكنُ لارتفاع ضغط الدم أن يتلفَ القلب، ويؤدي إلى تراكم اللُّويحات العصيدية. عامل الخُطورة الأخير المترافق مع المتلازمَة الاستقلابيّة هو ارتفاع سكر الدم الصيامي. كما أنّ أخذ أدوية لعلاج ارتفاع سكر الدم يزيد الخطورة. يمكن لأي عامل خطورة استقلابي أن يحدثَ وحده، لكنَّ عوامل الخطورة الاستقلابية تحدثُ مع بعضها بعضاً غالباً. ويجب أن يكون لدى المريض ثلاثة عوامل خطورة استقلابية على الأقل ليتم تشخيص إصابته بالمتلازمة الاستقلابية.

ثالثاً: الأعراض:

لا تترافق معظم عوامل الخطورة الاستقلابية المرافقة للمتلازمة الاستقلابية بعلامات أو أعراض. وقد يكون محيط الخصر الكبير العلامة المرئية الوحيدة. ويُعرف ذلك أحياناً بأن المريض عنده شكل "تفاحة". قد يكون عندَ بعض المرضى أعراض ارتفاع سكر الدم إن كانوا مصابين بالسكري. ويمكن أن تشتمل أعراض ارتفاع سكر الدم على:

- تغيُّم الرؤية .
- تعب شديد .
- ازدياد العطش والتبوُّل .

لا يكون لارتفاع ضغط الدم أعراض أو علامات عادةً، غير أنّ بعض المرضى قد يُصابون بما يلي:

- نوبات دوخة .
- صداع كليل .
- نزف أنفي مُتكرّر .

يجبُ في حال الإصابة بواحدة من عوامل الخطورة الاستقلابية التحقّق من مقدم الرعاية الصحية، لمعرفة إن كان عندَ المريض عوامل خطورة استقلابية أخرى؛ فكلما كانت عوامل الخطورة أكثر، زادت خطورةُ الإصابة بمشاكل صحية خطيرة. يجب دوماً التحقُّق من مقدم الرعاية الصحية إن كان عند المريض أعراض أو علامات مُرافقة لعوامل الخُطورة الاستقلابية؛ فقد تكون هذه الأعراض ناتجة عن المتلازمة الاستقلابية، أو قد لا تكون ناتجة عنها .

رابعاً: الأسباب:

لا يتفق جميعُ الأطباء على تعريف المتلازِمة الاستقلابيّة أو سببها. قد تشكّل مقاومةُ الأنسولين أحد أسباب المتلازِمة الاستقلابيّة. والأنسولين هو هرمون يصنعه الجسم ليساعد على تحويل السكر المستخلص من الطعام إلى طاقة للجسم. وإن كان لدى الشخصُ مقاومة للأنسولين، فستتراكمُ كميات كبيرة من السكرّ في الدم، مما يمهد للمرض. كما أنَّ هناك أيضاً عوامل متعددة قد تعمل معاً لتسبب المتلازمة الاستقلابية. ويمكن السيطرة على بعض تلك العوامل، بينما لا يمكن السيطرة على بعضها الآخر. تتضمّن العوامل التي يمكن السيطرة عليها:

- نمط الحياة الخامل .
- فرط الوزن أو السّمنة .

يمكن السيطرة على هذين العاملين بالتمارين الرياضية وبالنظام الغذائي الصحي. تتضمَّن عوامل الخطورة التي لا يمكن السيطرة عليها:

- العِرق .
- التاريخ العائلي .
- التقدُّم بالعمر .

يمكنُ لحالات صحية أخرى أن تُسهم أيضاً في الإصابة بالمتلازمة الاستقلابية، مثل:

- الالتهاب المستمرّ الخفيف في أنحاء الجسم .

- السكري أو تاريخ بالإصابة بالسكري الحملي .
- فَرط تجلّط الدم .

خامساً: العلاج:

هدفُ المعالجة هو تقليل خطورة الإصابة بمشاكل صحيّة خطيرة، من مثل مرض القلب والسكري. وتتضمّنُ المعالجة غالباً تعديلات نمط الحياة، وقد تكون الأدوية مفيدةٌ أيضاً. تشكّل التعديلات الصحية على نمط الحياة خطّ المعالجة الأوّل للمتلازِمة الاستقلابية. تتضمّنُ تعديلات نمط الحياة:

- إنقاص الوزن .
- التمارين الرياضية والنشاط الجسدي .
- الالتزام بنظام غذائي صحي للقلب .
- الإقلاع عن التدخين لو كان المريض مدخناً .

من المرجح أن يوصي مقدِّمُ الرعاية الصحية المريضَ بإنقاص الوزن وسيساعده على إيجاد خطة لإنقاص الوزن إن كان يعاني من زيادة في الوزن. هدف خطة إنقاص الوزن هو تقليل مؤشِّر كتلة الجسم (BMI) إلى أقلّ من 25. ويقيسُ مؤشر كتلة الجسم وزن الجسم بالنسبة للطول. يساعد النشاطُ البدني على الحفاظ على صحة القلب والرئتين، ويمكن التحدّث مع مقدم الرعاية الصحية عن أنواع ومقدار النشاط الجسمي الآمن. يتضمّن النظام الغذائي الصحي للقلب:

- تشكيلة من الفاكهة والخضار .
- منتجات الألبان الخالية من الدهون أو منخفضة الدهون .
- اللحوم الخالية من الدهون .
- الحبوب الكاملة .

النظامُ الغذائي الصحي للقلب يخلو أو يحتوي على القليل من:

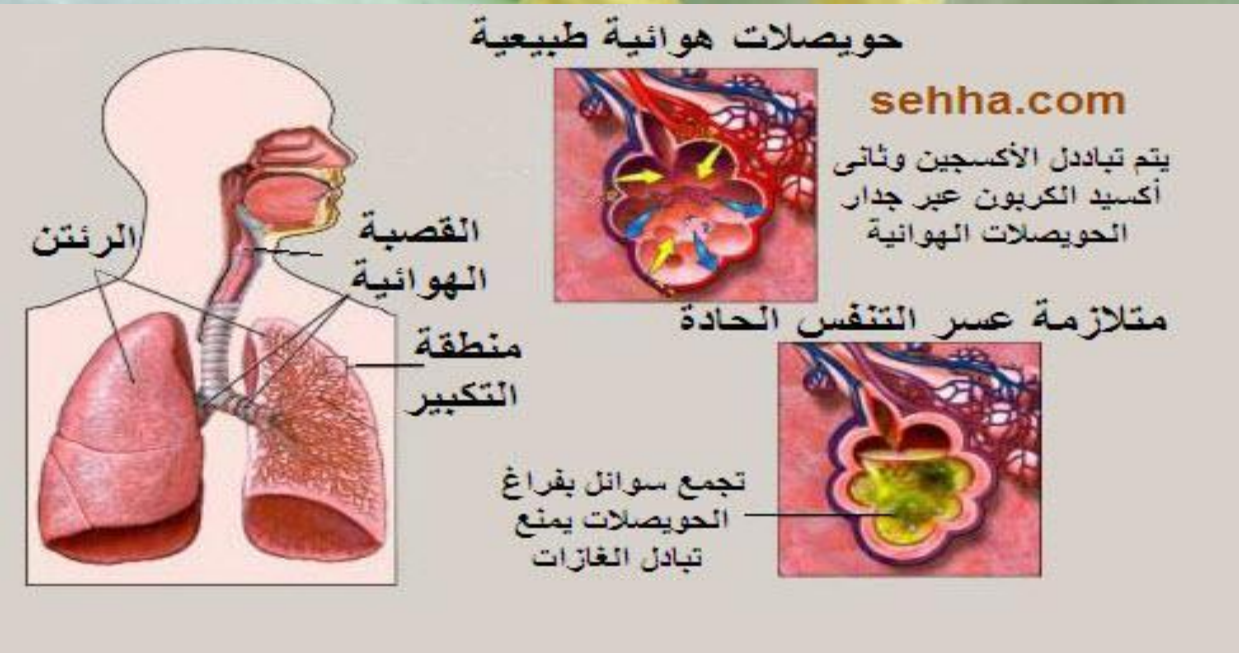
- المشروبات الغنية بالسكر المضاف .
- الحبوب المكرَّرة .
- الدهون الصلبة .

يمكنُ للتدخين أن يزيدَ خطورة الإصابة بالمرض القلبي والنوبات القلبية ويفاقم من عوامل خطورة المرض القلبي الأخرى. ويجب تجنب التدخين غير المباشر. قد يصفُ مقدِّمُ الرعاية الصحية أدويةً إذا لم تكن تعديلات نمط الحياة كافية. هناك أدوية تُستخدم لعلاج عوامل الخُطورة والسيطرة عليها. ومن ضمن هذه العوامل:

- ارتفاع ضغط الدم .
- ارتفاع سكر الدم .
- ارتفاع ثلاثيات الغليسريد .
- انخفاض الكولسترول الجيِّد HDL .

كما يمكن استخدام الأدوية المرقّقَة للدم، مثل الأسبرين، لتقليل خُطورة الجلطات الدموية، حيث إنَّ فرط تجلّط الدم هي حالة غالباً ما تترافق مع المتلازمة الاستقلابيّة .

2-المتلازمة التنفسية الحادة الشديدة – السارس:



الصورة رقم (2) السارس

أولاً: الجِهاز التَّنفُّسي:

يَتألّف الجِهاز التَّنفّسيّ من أعضاء تتدخّل في التّنفّس، وهي تشتملُ على:

- الأنف .

- البلعوم .
- الحَنجَرة .
- الرّغامى .
- الأنابيب القَصبيّة .
- الرّئتين .

تسمحُ الرئتان بتشبّع الدَّم بالأكسجين. يُمتَصُّ الأكسجين الذي نستنشقُهُ إلى الدَّم في الرّئتين؛ فعندما نَستنشق، يَدخلُ الهواء عبرَ الفم والأنف، ومن هناك يذهبُ إلى البلعوم، يَنقسمُ البُلعوم إلى حَيّزين قرب قمّة العُنق، فهو يَنقسِمُ إلى:

1-الرُّغامى في الأمام، والتي تَسيرُ إلى الرّئتين. تُعرف الرّغامى أيضاً باسم الحَنجَرة .

2-الأنبوب في الخَلف، والذي يَسيرُ إلى المِعدة. وهوَ يُعرفُ باسم المريء .

يَسير الهَواءُ من الرُّغامى إلى عددٍ من أنابيب أصغر مُتزايدة في العَدد يُطلَقُ عليها اسم الأنابيب القَصبيّة. تتَوضّعُ تلك الأنابيبُ على كل جهة من الرّئتين. تُوجد أكياس صَغيرة بالونيّة الشَكل اسمها الأسناخ أو الحويصلات الهوائية عند نِهاية الأنابيب القَصَبيّة. الأسناخ رقيقةٌ جدّاً. يذهبُ الأكسجين من الهواء إلى الدّم عبرَ الأسناخ. ويُغادرُ ثاني أكسيد الكربون في الوَقت نفسِهِ الدّم عبرَ الأسناخ ويذهبُ إلى الرّئتين، حيث يُزفَرُ من هناك. تُصنّع البِطانَة الدّاخليّة للأنابيب القَصَبيّة مادَّة خاصّة اسمها المخاط. يُساعدُ المخاط على احتِجاز الأوساخ من الهَواء. يُفرز المخاط باستمرار من الرّئتين. تقوم فَراشٍ صَغيرة جدّاً اسمها الأهداب بحماية السّبيلَ التّنفُّسيّ. تدفعُ الأهداب المخاطَ باستمرار لخارج الرئتين. يُدفَعُ المخاط في مُعظم الأحيان بشكلٍ آليّ. إن كان هناك مُخاطاً زائداً، فيُمكن أن يخرجَ عن طريق السُّعال. عندما يَحتوي الهواء المستنشَق على أحياء مُمرضَة، يحمي الجِهاز المناعيّ الجهاز التّنفّسي منَ العَدوى. يمنع الجسم في الأحوال الطبيعيّة الأحياء المُمرضة من دُخول الرّئتين والتّسبّب باضطرابات. إلا أنه تستطيعُ الأحياء المُمرضة في بعض الأحيان أن تجتاز دِفاعات الجهاز التّنفّسيّ والتسبُّب بعدوى.

ثانياً: الأعراض:

يَبدأُ السارس غالباً بأعراض شبيهة بالإنفلونزا، بما في ذلك:

- حُمّى أعلى من 38 درجة مِئويّة .

- آلام جسدية .
- وهن عام.
- صُداع .

كما يُصابُ البَعضُ بأعراض تَنفُّسيّة في بداية المرَض، مثلَ السُّعال الجافّ. يظهر التهاب رِئوي عند مُعظم المصابين بالسارس في مَرحلة مُتأخّرَة من المرَض. الالتهاب الرّئويّ هو عدوى تصيبُ الرّئتين. قد يَتسبَّب الالتهاب الرّئويّ بـ:

- صعوبَة تَنفُّس .
- نَفَس سريع غير مُعتاد .
- أَزيز .

أعراض الالتهاب الرّئويّ الأقلّ شيوعاً هي:

- ألم صدريّ أو بَطنيّ .
- إنهاك .
- نَقصُ الشَّهيّة .
- قيء .

ثالثاً: الأسباب:

يَحدثُ السارس بِسبب نوع من الفيروس المكلَّل. الفيروس المكلّل هو عائلة من الفيروسات، وهي تَشتملُ على الفيروس الذي يُسبّب الزُّكام الشّائع. كانَ يُعتَقَد أنّ عائلة الفيروس المكلَّل ليست خطيرة جداً على البَشر، إلا أن السارس غيّر وجهة النَّظر هذه. يَنتشرُ السارس مثل مُعظم الأمراض التّنفُّسيّة عن طريق القُطيرات. تَدخل القُطيرات الهواء عندما يَسعلُ الشّخص المصاب بالعَدوى أو يَعطس. يُمكن أن يُصاب الشّخص بالسارس إذا حَطَّت القُطيرات على فمه أو على أنفه أو على عينيه. يضع التّماس المباشر مع مُصابٍ بالعدوى الشَّخص تحت خُطورة الإصابة بالسارس. وتتضمّن الأمثلة على التّماس المباشر:

- التَّقبيل أو المعانقة .
- مشاركة أدوات الأكل أو الشُّرب .

- التّحدّث مع شخص على مسافة أقلّ من متر واحد .
- اللَّمس .

قد يَنتشُر الفيروسُ أيضاً من خلال ملامسة سطح أو جسم مُلوَّث. ويحدثُ هذا إذا لمسَ الشخص سطحاً أو جسماً مُلوَّثاً، ثمّ لَمَس أنفه أو فمه أو عينيه .

رابعاً: العلاج:

تَحتاج حالة السارس الشَديدة للعلاج غالباً في مَرفقٍ طبيّ. من المهمّ تحديد التّماس مع الآخرين في حالة الإصابة بالسارس. وقد يُوضع المريض في مكان للعزل الطبي. لا يوجد حاليّاً علاج ناجح للسارس. يختبرُ العُلماء عِلاجات ولِقاحات مُمكنة. يمكن استخدام عِلاجات لِضبط الأعراض إلى أن يتحسّن المريض؛ فمثلاً يُساعدُ الحفاظ على إماهة جيّدة على ترقيق المخاط. وقد يُعطى المريض سَوائل وريديّة للحفاظ على إماهة جيّدة. كما أنّ هناك أدوية مُضادّة للفيروسات يمكن أن تُقلّل شدّة حالات عدوى فيروسيّة مُعيّنة. لكن لا تعمل تلك الأدوية جيداً في علاج السارس. هناك بعض العِلاجات التي يمكن أن تُساعد في حال الإصابة بالالتهاب الرّئويّ، حيث يمكن وَصف المضادّات الحيويّة لمقاومة الجَراثيم. كما يُمكن إعطاء المضادّات الفيروسيّة لعلاج الالتهاب الرّئوي الحاصل بسبب فيروس. ويمكن إعطاء الستيرويدات أيضاً. الستيرويدات هي أدوية يمكن أن تُساعِد على تَقليل الالتهاب في الرّئتين. قد يكون هناك حاجَة للمُعالجة التّنفُّسيّة في الحالات الشَديدة. هَدف العلاج التَّنفُّسيّ هو مساعَدة المريض على التَّنفُّس .

خامساً: الوِقاية:

توجد بعضُ الخَطوات التي يُمكن اتّخاذها للوقاية من الإصابة بالسارس. يُمكنُ الوِقاية من السارس باتّباع عادات نظافة جيّدة:

- السّعال أو العُطاس في منديل والطّلب من الآخرين فعل الأمر ذاته .
- عدم تشارُك أكواب الشُّرب وأدوات الأكل .
- غَسل اليدين كثيراً بماء دافئ وصابون .
- استخدام جل أو هلام كحولي لغَسلِ اليدين عند عَدَم توفُّر الماء والصّابون .

كما يَجب تجنّب التَّماس المباشر مع المصابين بالسارس. يَنتشرُ السارس بسهولة بواسطة التّماس أو المخالطة المباشرة. هناك خطوات يمكن اتخاذها في حال عدم المقدرة على تَجنّب التّماس المباشر، أو في حال رعاية شخص مُصاب بالسارس بهدَف الوقاية منه، حيث يَجِب:

- ارتداء قفازين من القفازات التي تُرمى بعد الاستعمال عند التّماس معَ سَوائل جِسميّة .
- ارتداء قِناع جراحي يُغطّي الفم والأنف عند الوجود في غرفة واحدة مع شخص مُصابٍ بالعَدوى .

كما يَجب:

- غسل مفارش سرير المصاب بالعدوى وثيابه وأدوات طعامه في ماء ساخن وصابون .
- استخدام مُطَهِّر على الأسطح أو الأجسام التي يُحتمل تلوّثها بالعَدوى .

ومن أجل الحِفاظ على صِحّة الجهاز المناعيّ وجاهزيّته لمحاربة عدوى مُثل السارس، لابدَّ من: تَجنّب التَدخين .

- الأكل الصحّيّ .
- التمارين الرّياضيّة .
- عدم تعاطي الكُحول .
- النوم الجيّد .

3-شلل الأطفال والمتلازمة التالية له:

أولاً: شلل الأطفال: الصورة رقم (3) شلل الأطفال

شللُ الأطفال مرضٌ مُعدٍ بشدَّة يسبِّبه فيروس. يمكنُ أن يسبِّبَ شللُ الأطفال شللاً غير عكوس خلال ساعات فقط. يغزو الفيروسُ الذي يسبِّبُ شللَ الأطفال الجهازَ العصبي، ويتضاعفُ فيه، ويدمِّر الخلايا العصبيةَ التي تتحكمُ بالعضلات. تصبح العضلاتُ المصابة بشلل الأطفال غيرَ وظيفية، وتصبحُ الأطراف رخوةً وعديمة الحياة، وتُعرفُ هذه الحالة بالشلل الرخو الحاد (AFP)لا تظهرُ الأعراضُ عند 90٪ من المصابين بفيروسِ شللِ الأطفال أو تظهرُ أعراضٌ خفيفة دون أن تُلاحَظ. وعندما توجدُ أعراض فهي تتضمَّن ما يلي:

- تعب شديد .
- حُمَّى .
- صُداع .
- تيبُّس العنق وألم الأطراف .
- القيء .

الشكل الأشد من شلل الأطفال هو شلل الأطفالِ الشللي، وهو يؤدِّي إلى حالة الشّلل. يوجدُ شكلان لشللِ الأطفال الشللي:

1-شلل الأطفال البصلي .

2-شلل الأطفال النخاعي .

يُصيب شللُ الأطفال البصلي الخلايا العصبيةَ في جذع الدماغ، ممَّا يسبِّبُ صعوبةَ التنفُّس والبلع والكلام. يُصيب شللُ الأطفال النخاعي الخلايا العصبيةَ في النخاع الشوكي، ممَّا يؤدي إلى شللِ الرجلين عادةً. قد يُصابُ البعضُ بشلل الأطفال البصلي وشلل الأطفال النخاعي معاً، ويُدعى هذا الشكلُ بشللِ الأطفال البصلي النخاعي. قد يحدثُ شللُ الأطفال في أيِّ عمر، ولكنه وبشكلٍ رئيسي يصيبُ الأطفال دونَ عمر الخامسة .

ثانياً: متلازمة ما بعدِ شلل الأطفال:

متلازمةُ ما بعدَ شللِ الأطفال حالةٌ تصيبُ بعضَ الناجين من شلل الأطفال بعدَ عدةِ سنوات من الشفاء من الهجمةِ الأولى للفيروس، وقد تحدثُ بعدَ 15 حتى 40 سنة من المرض الأصلي، ولا يزالُ سببُها مجهولاً. تتصفُ متلازمةُ ما بعدَ شللِ الأطفال باشتدادِ ضعف العضلات المصابَة سابقاً بعدوى شللِ الأطفال، وأكثر أعراضها شيوعاً:

- تناقص حجم العضلات .
- تعب شديد .
- ألم مفاصل .
- تشوُّهات هيكليّة، كالجَنَف (ميلان العمود الفقري إلى إحدى الجهتين) .
- ضعف عضلات متدهورٍ ببطء .

يعاني بعضُ المصابين من أعراضٍ بسيطةٍ فحسب، بينما يظهر لدى بعضهم الآخر ضعفٌ عضلي أكثر وضوحاً. ونادراً ما تكون متلازمة ما بعدَ شللِ الأطفال مهدِّدةً للحياة، لكن أعراضَها تؤثرُ بشكل ملحوظ في النشاطات اليومية للمصاب وقدرته على أدائِها لوحده. ومع أنَّ شللَ الأطفال معدٍ، إلا أنَّ متلازمةَ ما بعد شللِ الأطفال ليست كذلك، فهي لا تنتقل من شخصٍ لآخر، وهي لا تصيبُ إلا الذين أُصيبوا بشلل الأطفال من قبل. لا توجدُ طريقةٌ في الوقتِ الحالي لإيقافِ أو شفاءِ المشاكل التي تسببُها متلازمة ما بعد شلل الأطفال، غيرَ أنَّ بعض الدراسات أظهرَت أن التمارين البسيطة غير المرهِقَة تحسِّنُ من قوة العضلات، وتخففُ التعبَ لدى المصابين بمتلازمةِ ما بعدَ شلل الأطفال .

ثالثاً: الأسباب:

عندما يُصابُ شخصٌ بفيروس شلل الأطفال، يدخل الفيروسُ الجسمَ عبرَ الفم، ويتكاثر في الأمعاء. ينتشرُ الفيروسُ في البيئة عن طريقِ البرازِ، حيث يمكن لحاملي فيروس شلل الأطفال أن ينشروا العدوى من برازهم لعدَّةِ أسابيع. يمكن أن يتلوَّثَ الطعام أو الشراب بالبراز، مُسبِّباً انتشارَ الفيروس بسرعةٍ في المجتمع. ينتشرُ شللُ الأطفالِ أيضاً بالتماس المباشر بين الأشخاص، وهو معدٍ بشدّة، بحيث أن كلَّ شخص كان مؤخراً على تماسٍ مع مصاب بالعدوى يُحتمَل أن يُصابَ بها أيضاً. ينتشر شللُ الأطفالِ بشكل خاص في المناطق سيِّئة النظافة والصرف الصحِّي .

رابعاً: العِلاج:

لا توجدُ معالجة شافية لشلل الأطفال، ولذلك يركزُ العلاج على التخفيفِ من الأعراض والوقاية من المضاعفات. يتضمَّنُ علاجُ شلل الأطفال:

- نظام غذائي متوازن .
- التزام الراحة .
- ممارسة التمارين المعتدلة لمنع التشوهات وخسارة وظيفة العضلات .

- مسكِّنات الألم .
- أجهزة التهوية المحمولة للمساعدة على التنفُّس .

تُعطى المضاداتُ الحيوية لعلاج العدوى الثانوية، لكنَّها لا تعالج شلل الأطفال. يتشابه علاجُ متلازمة ما بعد شلل الأطفال مع علاجِ شللِ الأطفال، وتساعدُ المعالجةُ الفيزيائية والمهنية ومعالجةُ مشاكل النطق على بقاء المصابِ قادراً على الاعتماد على نفسه قدرَ الإمكان .

خامساً: الوقاية:

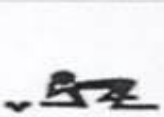
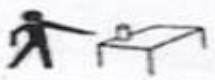
إن شللَ الأطفال لا يزالُ يصيب الأطفال والبالغين في مناطق معيَّنة من العالم، مثل: أفغانستان ونيجيريا والباكستان .

يمكن إنقاصُ انتشارِ شلل الأطفال بتحسين مرافقِ الصرف الصحي العامة وطرق النظافة الشخصية، غير أنَّ اللقاحَ هو الطريقةُ الأكثر فعاليةً في الوقايةِ من المرض. يوصى بإعطاء الأطفال أربعَ جرعات من لقاحِ شلل الأطفال في الأعمار التالية:

- شهران .
- 4 شهور .
- بين 6 و18 شهراً .
- بين عمر 4 و6 سنوات في سن دخولِ المدرسة .

لا يسبِّبُ اللقاحُ حدوثَ شلل الأطفال، وأكثر آثارِه الجانبية شيوعاً هي الألم والاحمرار مكانَ الحقن، ونادراً ما تحدثُ آثارٌ أكثر خطورة من ذلك، ويمكنُ أن يتحدثُ الأهلُ مع مقدّم الرعايةِ الصحية الذي يعالج ابنهم عن هذه المخاطر. قد تجري مشاركةُ لقاح شللِ الأطفال مع لقاحاتِ أمراضٍ أخرى، وهذا يعني عدد جرعات أقل. يُعطى لقاحُ شلل الأطفال للبالغين الذين لم يتلقُّوه من قبل، حيثُ تُعطى أولُ جرعتان بفاصل 4 إلى 8 أسابيع، وتُعطَى الجرعة الثالثة بعدَ 6 إلى 12 شهراً من الجرعةِ الثانية. لابدَّ من أخذِ الاحتياطات عندَ السفر إلى مناطقَ يرتفع فيها خطرُ الإصابةِ بشلل الأطفال، وتُعطى جرعةٌ داعمة للأشخاصِ الذين تلقُّوا اللقاحَ سابقاً. وتدوم المناعةُ بعدَ الجرعة الداعمة طوالَ الحياة .

4-متلازمة أسبرجر:

يصر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين			صعوبة في الاختلاط مع الأطفال الآخرين
لا يخاف من المخاطر المحيطة			ضحك وقهقهة غير مناسبة
يلعب بطريقة شاذة ولمدة طويلة			ضعف أو انعدام التواصل البصري
ترديد الكلمات التي يسمعها (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي)			يظهر عليه عدم الشعور بالألم
لا يريد أن يحضن أحداً، ولا أحد يحضنه			يفضل البقاء وحيداً
لا يستجيب للإيماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم)			يدور الأشياء
صعوبة في التعبير عن احتياجاته ، ويستخدم اشارات أو ايماءات للتعبير عن الكلمات			تعلق غير مناسب بالأشياء
يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي			نشاط بدني مفرط أو خمول بدني
المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (قد لا يريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات)			لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية

الصورة رقم (4) أعراض متلازمة اسبرجر

أولاً: تعريف:

سُمِّيت مُتلازِمةُ أسبرجر نسبةً إلى هانس أسبرجر، وهو طبيبُ أطفال أسترالي اكتشف هذا المرضَ في عام 1944 في أثناء مراقبته الأطفالَ الذين يُعانون من صعوبة في التواصل الاجتماعي. مُتلازِمةُ أسبرجر هي شكلٌ من أشكال التَّوَحُّد. واضطراباتُ التَّوَحُّد يمكن أن تسبِّب مشاكلَ في اللغة وفي مهارات التواصل. ويمكن أن تسبِّبَ هذه الاضطراباتُ أفكاراً وسلوكيَّات متكرِّرة أو تَقَيُّدية، مثل القيام بالشيء نفسه مرَّةً بعدَ أخرى.

تكون مُتلازِمةُ أسبرجر أقلَّ شدَّة من التَّوَحُّد الكلاسيكي، ولكنَّها تشترك معه في بعض الأعراض. وغالباً ما يجري تشخيصُها في فترة الطفولة. يلاحظ الأهلُ عادةً أنَّ ابنهم مختلفٌ عن بقيَّة الأطفال عندما يبلغ السنةَ الثالثة من عمره تقريباً. يُعاني الأطفالُ المصابون بمُتلازِمة أسبرجر من صعوبة في قراءة وفهم التلميحات الاجتماعية والتعرُّف إلى مشاعر الآخرين. ويمكن أن تكونَ لديهم حركاتٌ غريبة أو طُرُق مُميَّزة في حركاتهم. وكلُّ هذا يجعل بناءَ الصداقات صعباً عليهم. تستمرُّ مشاكلُ الاندماج في المجتمع والتواصل مع الآخرين حتَّى مرحلة البلوغ. وتظهر عندَ بعض أطفال مُتلازِمة أسبرجر أعراضٌ واضطرابات نفسية إضافية خِلال المراهقة والبلوغ. يمكن أن توجدَ مُتلازِمةُ أسبرجر مع مشاكل صحِّية أخرى، مثل الاكتئاب، أو الاضطراب الهَوَسي الاكتئابي، أو اضطراب فَرط الحركة مع نقص الانتباه. وهي أكثر شيوعاً عندَ الذكور منها عند الإناث .

ثانياً: الأعراض:

يمكن أن تختلفَ أعراضُ مُتلازِمة أسبرجر من طفل لآخر، لكنَّها تقع عموماً في ثلاث مجموعات:

- الإعاقة الاجتماعية .
- صُعوبات التواصل .
- السُّلوك النمطي المتكرِّر .

يمكن أن تؤثِّر مُتلازِمةُ أسبرجر في طريقة فهم الشخص للآخرين، وفي طريقة كلامه وسلوكه معهم. وفي العادة، يجد مريضُ مُتلازِمة أسبرجر مشكلةً في التلاؤم مع الآخرين. ومن الأعراض الأخرى لمتلازِمة أسبرجر:

- عدم تناسق الحركات .
- الوسوسة بموضوع معيَّن .
- العادات أو الحركات الخاصَّة المتكرِّرة .

ومن أعراض مُتلازِمة أسبرجر أيضاً:

- السلوك غير اللائق اجتماعياً وعاطفياً .
- العجز عن التعامل بنجاح مع الأقران .
- مشاكل في التواصل غير الكلامي .

- كلام وسلوك لغوي غير طبيعي، مثل الكلام بطريقةٍ شديدة الرسمية أو بصوت أحادي النغمة .

يلاحظ الأهل عادةً ظهورَ أعراض مُتلازِمة أسبرجر على الطفل في السنة الثالثة من عمره. ويُمكن أن تظهرَ الأعراضُ على بعض الأطفال في سِّن الرَّضاعة. وقد تكون العلاماتُ الأولى لمتلازِمة أسبرجر التأخُّر في الزحف أو المشي، والحَرَق، وغير ذلك من المشاكل في المهارات الحركية. غالباً ما يكون الطفلُ المصاب بمُتلازِمة أسبرجر أخرقَ وضعيفَ التناسق في حركاته؛ وقد تبدو مشيته شديدةَ التكلُّف أو متوثِّبة. ويمكن أن يجدَ صعوبةً في ركوب الدرَّاجة العادية أو في مسك الكرة أو تسلُّق الألعاب في الحدائق. يكون الطفلُ المصاب بمُتلازِمة أسبرجر مهووساً بشيء واحد أو موضوع واحد غالباً؛ فمثلاً، يمكن أن يكونَ هذا الطفلُ مهووساً بالديناصورات وقادراً على ذكر اسم كلِّ نوع من الديناصورات التي جرى اكتشافُها. ولا تكون لديه رغبةٌ في الحديث عن أيِّ شيء سوى الديناصورات. يمكن أن يجمعَ الطفلُ المصاب بمُتلازِمة أسبرجر الكثيرَ من المعلومات عن الشيء المفضَّل لديه، وأن يتحدَّثَ دون انقطاع عنه. كما يمكن أن يُظهِر خبرة، ومستوى عالياً من المفردات، وطرق كلام رسمية. ولكنَّ حديثَه قد يبدو مثلَ مجموعة عشوائية من المعلومات من غير هدف أو نتيجة. يمكن أن يتكلَّمَ الطفلُ المصاب بمُتلازِمة أسبرجر دون إيقاع أو بنبرة غريبة أو بنغمة رتيبة. كما يمكن أن يجدَ صعوبةً في تغيير شدَّة الصوت بما يلائم المحيط؛ إنَّه مثلاً يحتاج إلى من يُذكِّره بأن يتكلَّمَ بصوتٍ منخفض في المكتبة أو في صالة المسرح. لا يشعر الطفلُ المصاب بمُتلازِمة أسبرجر بالخجل. ومن الممكن أن يتجنَّبه الأطفالُ الآخرون بسبب ضعف مهاراته الاجتماعية وضيق دائرة اهتماماته. غالباً ما يحاول هذا الطفلُ الحديثَ مع بقيَّة الأطفال، ولكنَّ سلوكَه قد يبدو غريباً في أعين الأطفال الآخرين، ممَّا يمنعه من كسب الأصدقاء. يكون طفلُ مُتلازِمة أسبرجر نشيطاً وسعيداً في طفولته المبكِّرة، ثم يظهر لديه القلق والاكتئاب في بداية البلوغ. من الأمراض الأخرى التي تترافق غالباً مع مُتلازِمة أسبرجر:

- اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه .
- اضطرابات الغَّرة، مثل مُتلازِمة توريت .
- الاكتئاب .
- اضطرابات القلق .
- الاضطراب الوسواسي القَسري .

ثالثاً: الأسباب:

يمكن أن تحدثَ مُتلازِمةُ أسبرجر بسبب شذوذ في الدماغ، فقد اكتشف العلماء فروقاتٍ وظيفية وتشريحية في مناطق معيَّنة من الدماغ عندَ أطفال مُتلازِمة أسبرجر. يبدو أنَّ اضطرابَ التَّوَحُّد يجري في العائلات، وهذا يدفع العلماء للاعتقاد بأنَّ متلازمة أسبرجر هو إضطراب وراثي، حيث يمكن أن تنتقل المورِّثاتُ التي تسبِّب مُتلازِمةَ أسبرجر من الوالدين إلى الطفل. لم تُحدَّد مُوَرِّثةٌ خاصَّة بمُتلازِمة أسبرجر، ولكنَّ الأطبَّاء يعرفون أنَّه يمكن أن تكونَ هناك مجموعةٌ من المورِّثات التي قد تجعل الطفلَ معَرَّضاً لظهور متلازمة أسبرجر .

رابعاً: العلاج:

تقوم معالجةُ مُتلازِمة أسبرجر على علاج الأعراض الرئيسية الثلاثة للمرض، وهي: ضعف مهارات التواصل، والعادات الوسواسية المتكرِّرة، والخَرَق الجسدي. برنامجُ المعالجة الفعَّال:

- يعتمد على اهتمامات الطفل .
- يقوم بتعليم الطفل المهام على شكل سلسلة من الخطوات البسيطة .
- يتضمَّن أنشطةً مدروسة بدقَّة .
- يوفِّر تعزيزاً منتظماً ومستمراً للسلوك .

تتضمَّن برامجُ معالجة مُتلازِمة أسبرجر تدريباً على المهارات الاجتماعية. وهو شكلٌ من العلاج ضمن مجموعة، حيث يجري تعليمُ أطفال مُتلازِمة أسبرجر المهارات التي يحتاجون إليها للتفاعل بنجاح مع الأطفال الآخرين. تتضمَّن برامجُ معالجة مُتلازِمة أسبرجر إعطاءَ بعض الأدوية غالباً. وتكون الأدويةُ هامَّةً إذا كان لدى الطفل اضطرابٌ آخر، مثل الاكتئاب والقلق. يمكن أن تتضمَّنَ برامجُ المعالجة:

- علاجاً سلوكياً معرفياً .
- علاجاً فيزيائياً أو مهنياً .
- علاجاً لغوياً/نطقيَّاً تخصُّصياً .

العلاجُ السلوكي المعرفي هو نوعٌ من العلاج "الكلامي" الذي يمكن أن يساعدَ الطفلَ على إدارة عواطفه، ويقطع الطريق على اهتماماته الوسواسية وعاداته المتكرِّرة. تساعد المعالجةُ الفيزيائية الأطفال الذين لديهم مشاكل حسِّية أو ضعف في التنسيق الحركيكما تساعد على بقاء العضلات في حالة جيِّدة، وعلى ضبط الحركات. أما العلاجُ المهني فيعلِّم الطفلَ كيفية إدارة أنشطته اليومية. إنَّ المعالجَةَ المقَوِّمَة للنُّطق تعلِّم الطفلَ كيف يتكلَّم مع الآخرين، وكيف يجري حديثاً طبيعياً.

غالباً ما يكون تدريبُ الأهل ودعمهم جزءاً من علاج مُتلازِمة أسبرجر، حيث يعمل الاختصاصيون على تعليم الأهل تقنيات سلوكية من أجل استخدامها في البيت. بالمعالجة الفعَّالة، يستطيع أطفالُ مُتلازِمة أسبرجر أن يتعلَّموا التغلُّبَ على إعاقاتهم. ولكنَّ الأوضاعَ الاجتماعية والعلاقات الشخصية يمكن أن تبقى صعبةً عليهم. يتمكَّن كثيرٌ من البالغين الذين يعانون من مُتلازِمة أسبرجر من القيام بأعمال عادية بنجاح، رغم أنَّهم يبقون في حاجة إلى التشجيع والدعم المعنوي حتَّى يعيشوا حياة مستقلة .

5-متلازمة أوشر:

Usher Syndrome: Type 1, 2, and 3

	Type 1	Type 3	Type 3
Hearing	Profound deafness in both ears from birth	Moderate to severe hearing loss from birth	Normal at birth; progressive loss in childhood or early teens
Vision	Decreased night vision before age 10	Decreased night vision begins in late childhood or teens	Varies in severity; night vision problems often begin in teens
Vestibular function (balance)	Balance problems from birth	Normal	Normal to near-normal, chance of later problems

الصورة رقم (5) أنواع متلازمة أوشر

متلازمةُ أوشر هي مرضٌ وراثي، يسبِّب فقدان السمع الخطير والتهاب الشبكية الصباغي، وهو اضطراب يصيب العين ويسبب فقدان الرؤية مع مرور الوقت. ومتلازمة أوشر هي الحالة الأكثر انتشاراً التي تتضمن مشاكل فقدان السمع والبصر معاً.

هناك ثلاثة أنواع من متلازمة أوشر:

- يكون الأشخاص المصابون بالنمط I من متلازمة أوشر مصابين بالصمم منذ ولادتهم، كما يعانون من مشاكل حادة في التوازن منذ الصغر، ثم تتطور مشاكل الرؤية عادةً منذ سن العاشرة وتؤدي إلى الإصابة بالعمى.

- يعاني الأشخاص المصابون بالنمط II من متلازمة أوشر من فقدان السمع الذي يتراوح بين الطفيف والحاد. ويكون توازنهم طبيعياً. ثم تتطور مشاكل الرؤية في بداية مرحلة المراهقة وتتطور ببطء أكبر من حالة النمط I من متلازمة أوشر.
- يولد الأشخاص المصابون بالنمط III من متلازمة أوشر وهم يتمتَّعون بسمع طبيعي وبتوازن قريب من الطبيعي، ثم تبدأ مشاكل الرؤية بالظهور وتليها مشاكل فقدان السمع.

لا يوجد علاج يشفي من متلازمة أوشير، وقد تساعد أجهزة تقوية السمع أو زراعة حلزون الأذن الداخلية بعض المصابين بمتلازمة أوشر، كما قد تساعد مجموعةٌ من طرق التدرب بعض المصابين، مثل تعلم طريقة بريل، وخدمات مساعدة الرؤية الضعيفة، أو طرق تدريب السمع الضعيف.

6-متلازمة إيهلر- دانلوس:

الصورة رقم (6) متلازمة ايهلر-دانلوس

أولاً: تعريف:

متلازمة إيهلر . دانلوس هي الاسم الذي يُطلق على مجموعة من الاضطرابات التي تصيب النسج الضامة. ويتكوَّن النسيج الضام من بروتينات ومواد أخرى. النسيج الضام هو المادة الموجودة بين خلايا الجسم. وهو يعمل كنوع من الرابط بين الخلايا. وهو يمنح النسج شكلَها وقوتها ومرونتها. النسجُ الضامة الأكثر تأثراً بمتلازمة إيهلر . دانلوس في أغلب الأحيان هي:

- الجلد .

- المفاصل .
- جدران الأوعية الدموية .

غالباً ما يكون جلدُ مرضى متلازمة إيهلر . دانلوس مطاطاً وهشاً. وهذا ما قد يسبِّب مشكلات فيما يتعلق بشفاء الجروح، لأن الجلد لا يملك القوة الكافية لتحمُّل الغرزات الجراحية. من الممكن أن تكونَ مفاصل مرضى متلازمة إيهلر . دانلوس مفرطة المرونة. وهذا ما يجعل إصابة هذه المفاصل أكثر سهولة. هناك أشخاص لديهم أنواع أكثر شدة من متلازمة إيهلر . دانلوس. وهي الحالة التي تدعى باسم "متلازمة إيهلر . دانلوس الوعائية". ومن الممكن أن يسبب هذا الشكل من متلازمة إيهلر . دانلوس مشكلات في الأوعية الدموية أو الأمعاء أو الرحم. وهناك أشخاص يُصابون بنوع أكثر نُدرة من هذا النوع الوعائي من متلازمة إيهلر . دانلوس. ويكون هؤلاء الأشخاص معرَّضين لخطر أكبر من حيث الإصابةُ بتمزُّق أحد الأعضاء أو الأوعية الدموية الرئيسية. ولهذا السبب، فإنهم أكثر تعرضاً لخطر الموت المفاجئ .

ثانياً: الأعراض:

تشتمل علاماتُ وأعراض الشكل الأكثر شيوعاً من متلازمة إيهلر . دانلوس على ما يلي:

- كُتل دهنية عند نقاط الضغط .
- جلد هَش .
- مفاصل مفرطة المرونة .
- جلد قابل للتمطُّط .

يمكن أن تسبِّب متلازمة إيهلر . دانلوس ظهور كتل دهنية صغيرة غير ضارة عند مناطق الضغط في الجسم. وغالباً ما تتشكل هذه الكتل حول الركبتين أو المرفقين. من الممكن أيضاً أن تكونَ جلود الأشخاص المصابين بمتلازمة إيهلر . دانلوس هشَّة. وعندما يُصاب الجلد بأذى، فمن الممكن أن يكون شفاؤه صعباً. وعلى سبيل المثال، فإنَّ الغرزات الجراحية المستخدمة لإغلاق الجروح يمكن أن تؤدِّي إلى تمزُّق حواف الجلد عند الجرح وإلى ترك ندبة في مكانه. بالنسبة للأشخاص المصابين بمتلازمة إيهلر . دانلوس، فمن الممكن أن تكونَ المفاصل مفرطة المرونة. وهذا ما ينتج عن فقدان النسيج الضام الذي يمسك المفصل ويثبته. وهذا ما يسمح للمفصل بالحركة التي تتجاوز حدود حركته الطبيعية. يستطيع معظمُ الناس أن يقوموا بقرص جلدهم وشده قليلاً. لكن جلد الشخص المصاب بمتلازمة إيهلر . دانلوس يمكن أن

يتمطَّطَ أكثر من الحد المعتاد. إن لمتلازمة إيهلر . دانلوس الوعائية علاماتها وأعراضها المميزة الخاصة بها. وغالباً ما يشترك الأشخاصُ المصابون بهذا النوع من المتلازمة بمعالم وجهية تميِّزهم. ومن هذه المعالم:

- أنف دقيق .
- شفة عليا رقيقة .
- عينان جاحظتان .
- شحمتا أذن صغيرتان .

من الممكن أن تؤدِّي متلازمةُ إيهلر . دانلوس الوعائية إلى أن يكون جلد بعض المرضى رقيقاً شبه شفاف سهل الإصابة بالكدمات. وقد تكون الأوعية الدموية تحت الجلد عند بعض هؤلاء المرضى مرئية بوضوح. كما يمكن أيضاً أن تكون شرايين القلب والكليتين والطحال لدى مرضى متلازمة إيهلر . دانلوس الوعائية ضعيفة .

❖ **المضاعفات:**

تعتمد مضاعفاتُ متلازمة إيهلر . دانلوس على الأعراض والعلامات التي تظهر لدى المريض. وإذا كانت مفاصل المريض مفرطة المرونة مثلاً، فمن الممكن أن يؤدِّي هذا إلى خلوع في تلك المفاصل. تشتمل المضاعفاتُ الأخرى الممكنة لمتلازمة إيهلر . دانلوس على ما يلي:

- ألم مفاصل مزمن .
- التهاب مفاصل مبكر .
- تمزُّق مبكر للأغشية خلال الحمل .
- تمزُّقات في مقلتي العينين .
- تمزُّق الجلد عند الغرزات الجراحية .

إضافة إلى ذلك، فمن الممكن أيضاً أن تشتمل مضاعفات متلازمة إيهلر . دانلوس الوعائية على تمزُّق الشرايين الأبهرية، أو تمزق أوعية رئيسية أخرى أو تمزُّق الرحم، أو الأمعاء، أو بعض الأعضاء المجوفة الأخرى.

ثالثاً: الأسباب:

متلازمة إيهلر . دانلوس هي اضطرابٌ جيني. وهذا يعني أنها تحدث بسبب تغيُّر في أحد الجينات. والجينات هي قطع من الحمض النووي الريبي منزوع الأوكسجين. يحوي أكثر الجينات معلومات تتعلق بصنع بروتينات محددة. ويتألف النسيج الضام من عشرات البروتينات. إنَّ الجينات اللازمة لصنع البروتينات من أجل النسيج الضام يمكن أن تحمل عيوباً أو "طَفرات" يكون لها تأثير في طريقة عمل النسج الضامة. وعندما يحدث هذا، فإن من الممكن أن يؤدِّي إلى اضطراب أو خلل في النسيج الضام. متلازمةُ إيهلر . دانلوس اضطراب وراثي. وهذا يعني أن الجينات التي تسبب هذه المتلازمة يمكن أن تنتقل من الآباء إلى الأبناء .

رابعاً: العلاج:

لا يوجد شفاء لمتلازمة إيهلر . دانلوس. ويجري تقييم المشكلات والأعراض كلاً بمفرده حتى يجري الاعتناءُ بها على نحو مناسب. من الممكن إجراء بعض الاختبارات التصويرية من أجل اكتشاف ومعالجة أم الدم الأبهرية قبل تمزقها. وتشتمل هذه الاختبارات التصويرية على ما يلي:

- التصوير بالأمواج فوق الصوتية .
- التصوير المقطعي المحوسب .
- التصوير بالرنين المغناطيسي .

غالباً ما تكون المعالجةُ الفيزيائية أو التقييم من قبل طبيب متخصص في إعادة التأهيل أمراً ضرورياً في أغلب الأحيان. ويركز هذا النوع من الرعاية الصحية على مساعدة المرضى على التعافي من المرض أو الإصابة والعودة إلى حياتهم اليومية. من الممكن أن يصف الطبيب للمريض أدوية تساعده على ضبط ما يلي:

- ضغط الدم .
- الألم .

في بعض الحالات النادرة، يمكن أن تكونَ الجراحةُ ضرورية من أجل إصلاح المفاصل المصابة. لكن النسيج الضام في منطقة المفصل الذي يتم إصلاحه، وكذلك الجلد الذي فوقه، يمكن ألاَّ يشفى على نحو سليم بعد الجراحة. من أجل الوقاية من الإصابات وحماية الجلد والمفاصل، يجب أن يحاول المريض ما يلي: الابتعاد عن النشاطات التي تزيد من خطر الإصابة، بما في ذلك الألعاب الرياضية التي تتضمن احتكاكاً بين اللاعبين .

تجنُّب العثرات، كقطع السجاد غير المثبتة أو الأسلاك الكهربائية، من أجل الوقاية من التعثُّر والسقوط .

استخدام أنواع لطيفة من الصابون، وكذلك استخدام واقيات الشمس عندما يكون المريضُ في الخارج، وذلك من أجل حماية الجلد .

7-متلازمة الألم الناحي المركّب:

الصورة رقم (7) متلازمة الألم الناحي المركب

أولاً: تعريف:

مُتلازمةُ الألم النِّاحي المركَّب اضطرابٌ عصبي يُسبِّب ألماً شديداً. وغالباً ما يكون هذا الألمُ في الذراعين أو اليدين أو الساقين أو القدمين. لا يزال سببُ مُتلازمة الألم النِّاحي المركَّب غيرَ معروف. ولا يوجد شفاءٌ لهذه المتلازمة. وأمَّا المعالجة فهي تُركِّز على تخفيف الألم.

الأعصاب:

الدماغُ هو مركز التحكُّم في الجسم كله. وهو يتحكَّم بالحواس الخمس، إضافةً إلى القدرة على الحركة والتفكير والكلام. هناك شبكةٌ من الأعصاب تنقل الرسائل جيئةً وذهاباً بين الدماغ وبقية أنحاء الجسم. تنطلق هذه الأعصابُ من الدماغ

عبر الرقبة، ثمَّ تذهب إلى كل ناحيةٍ من نواحي الجسم. تُشكِّل الأعصابُ التي تنطلق من الدماغ إلى مختلف أنحاء الجسم بمجموعها ما يُعرف باسم الحبل الشوكي أو النُّخاع. يمرُّ الحبل الشوكي من خلال فقرات العمود الفقري التي تحميه. تتفرَّع الأعصابُ من الحبل الشوكي منطلقةً إلى مختلف الأعضاء والعضلات، بما في ذلك تلك التي توجد في الذراعين والساقين. إن الأعصاب تحمل التعليمات من الدماغ إلى العضلات والأعضاء والأطراف. كما تقوم الأعصابُ أيضاً بنقل الحس، كالألم مثلاً، من مختلف أجزاء الجسم إلى الدماغ .

ثانياً: الأعراض:

تختلفُ أعراضُ مُتلازمة الألم النِّاحي المزمِن باختلاف الأشخاص. كما أنَّ من الممكن أن تتغيَّرَ الأعراض التي تظهر على الشخص الواحد من حينٍ لآخر. وقد تتغيَّر شدتها أيضاً. العَرَضُ الرئيسي لمتلازمة الألم النِّاحي المزمِن هو الألم الشديد المستمر في المنطقة المصابة. وغالباً ما تصيب هذه المتلازمة الذراعين أو الساقين أو اليدين أو القدمين. كما أنَّ الألم يميل إلى الازدياد مع مرور الزمن بدلاً من أن يهدأ. غالباً ما ينتقل الألم إلى الذراع كلِّها أو إلى الساق كلها. ومن الممكن أن ينتقل أيضاً إلى الذراع الأخرى أو الساق الأخرى. وقد تؤدِّي الشدة النفسية إلى زيادة الألم أيضاً. من الأعراض الشائعة الأخرى لمتلازمة الألم النِّاحي المزمِن:

- الألم الحارق .
- تغيُّرات في طريقة نمو الأظافر والشعر .
- تراجع القدرة على تحريك الجزء المصاب من الجسم .
- زيادة حساسية الجلد .
- تورُّم وتيبُّس في المفاصل في المنطقة المصابة .

من الممكن أيضاً أن تظهر بعض علامات مُتلازمة الألم النِّاحي المزمِن على جلد المنطقة المصابة. وهذا ما يشتمل على تغيُّراتٍ فيما يلي:

- اللون: غالباً ما يصبح الجلد مُبَقَّعاً أو أرجوانياً أو شاحباً أو أحمرَ .
- الحرارة: تكون المنطقةُ المصابة أكثر حرارةً أو أكثر برودةً بالمقارنة مع المنطقة نفسها على الطرف المقابل .
- طبيعة الجلد: يصبح الجلد لامعاً ورقيقاً عادةً. كما يمكن أن يكون الجلد في المنطقة المصابة شديد التعرُّق أيضاً .

لابدَّ من استشارة الطبيب إذا شعر المرء بألمٍ شديدٍ في أحد أطرافه بحيث يصبح تحريك ذلك الطرف أو لمسه صعباً. وتكون فعالية معالجة مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن أكبر كلَّما بدأت في وقتٍ مبكرٍ أكثر .

ثالثاً: الأسباب:

هناك نوعان من مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. ولكل نوعٍ منهما سببٌ مختلف عن الآخر. يعاني نحو تسعين بالمائة من المرضى من مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن من النوع الأول. ويحدث هذا النوعُ بعد مرور المريض بحالة مرضٍ أو إصابة. إن المرض أو الإصابة لا يؤدِّيان إلى ضررٍ مباشرٍ للعصب في المنطقة المصابة. يحدث النوعُ الثاني من مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن بعد إصابة العصب نفسه. وتؤدي إصابة العصب إلى ظهور أعراض المتلازمة. غالباً ما تنتج مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن عن إصابةٍ أو رضّ في الذراع أو الساق. ومن الأمثلة على ذلك إصابةُ الذراع أو الساق بكسر أو بتهشم. هناك أمراضٌ وإصاباتٌ أخرى يمكن أن تُسبِّبَ مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن، وهي:

- النوبات القلبية .
- العدوى .
- التواء الكاحل .
- الجراحة .

لا يعرف الأطبَّاءُ على وجه التحديد السببَ الذي يؤدي إلى ظهور مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن في أعقاب بعض أنواع الإصابات. وقد تكون هذه المتلازمةُ ناتجةً عن التهابٍ في الجسم بعد الجراحة. كما يمكن أن تكون ناتجةً عن عدم قدرة الأعصاب في الجسم على العمل معاً على نحوٍ سليم. من المرجَّح عدمُ وجود سبب وحيد مسؤول عن مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. بل إن هذه المتلازمة يمكن أن تكون ناتجةً عن عددٍ من العوامل التي تؤدي إلى ظهور أعراض متشابهة. وما زالت هناك حاجةٌ إلى مزيدٍ من الدراسات من أجل فهم تلك المتلازمة .

رابعاً: العلاج:

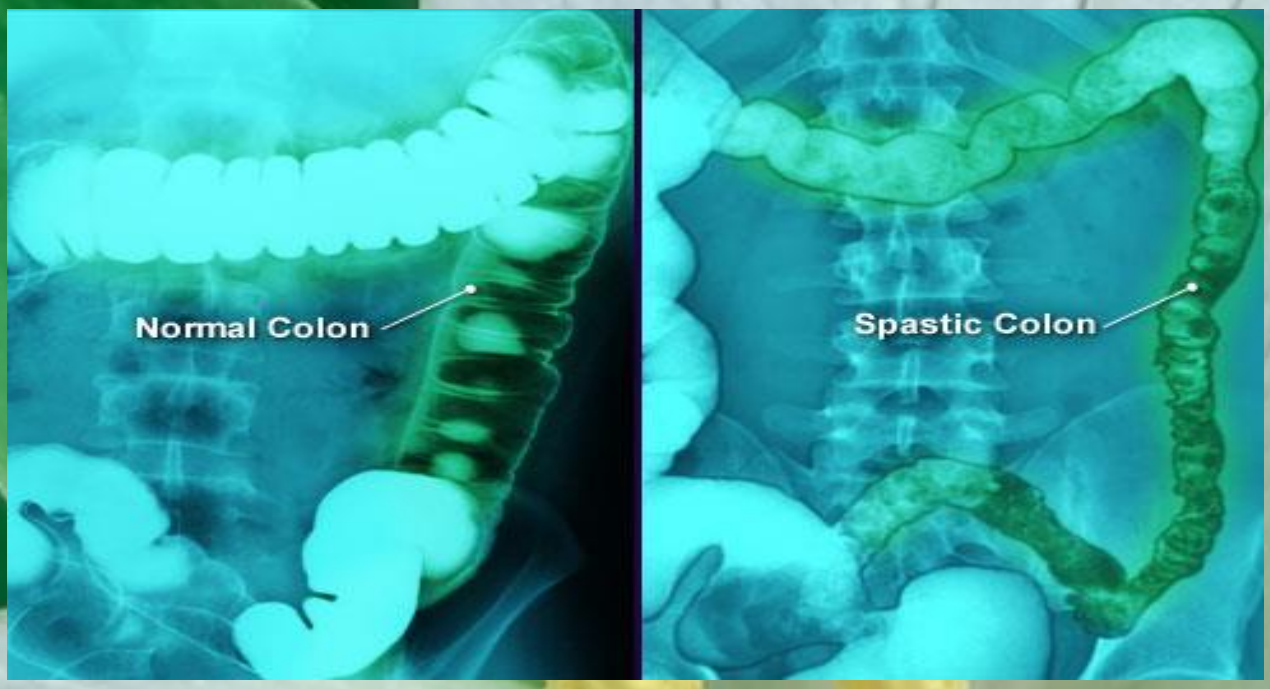
لا يوجد شفاءٌ لمتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. لكنَّ المعالجة المبكِّرة يمكن أن تكون قادرةً على تخفيف الأعراض. وفي بعض الحالات، فإن الأعراض يمكن أن تختفي لفترةٍ من الزمن. غالباً ما يجري استخدام مزيج من المعالجات. ويقوم الطبيبُ بوضع خطة المعالجة استناداً إلى الأعراض وإلى مقدار شدتها. هناك أدوية متعدِّدة يمكن استخدامها من أجل معالجة

مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. ومن هذه الأدوية: مضادات الاكتئاب ومضادات الاختلاج. ومن الممكن أيضاً ضبط الألم الناتج عن العصب المصاب باستخدام هذه الأدوية .

- ✓ أدوية مكافحة فقد العظام. إن هذه الأدوية قادرةٌ على منع خسارة جزء من الكتلة العظمية بسبب مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن أو إبطاء هذه الخسارة .
- ✓ الكورتيكوستيرويدات (الستيرويدات القشرية). إن هذا النوع من الأدوية يخفف الالتهاب. ومن الممكن أن يؤدِّي تخفيف الالتهاب في المنطقة المصابة إلى جعل تحريك الطرف المصاب أكثر سهولة .
- ✓ الأدوية المضادَّة للألم. إن الأدوية المضادة للألم التي تُباع من غير وصفة طبية قادرةٌ على تخفيف الألم والالتهاب. ومن الأمثلة على هذه الأدوية الأسبرين والإيبوبروفين والنابروكسين. كما يمكن أيضاً أن يصف الطبيب أدويةً أخرى لمقاومة الألم إذا لم تكن الأدوية المذكورة كافية .

هناك أشكالٌ أخرى من المعالجة يمكن استخدامُها من أجل مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. وعلى سبيل المثال، فإن من الممكن وضع كيس من الجليد على المنطقة المصابة من أجل تخفيف الالتهاب والتعرُّق. أمَّا إذا كانت المنطقة باردةً، فمن الممكن تدفئتها من أجل المساعدة على تخفيف الأعراض. إذا كان الجلدُ في المنطقة المصابة شديد الحساسية، فقد يكون استخدام المسكِّنات الموضعية مفيداً. وتكون هذه المسكِّنات على شكل كريمات أو رُهَيمات تُستخدم من أجل تخفيف الألم عند تطبيقها على الجلد. من الممكن أيضاً استخدام المعالجة الفيزيائية من أجل مساعدة بعض الأشخاص المصابين بمُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. ووظيفة المعالجة الفيزيائية هنا هي تعليم المريض بعض التمارين التي يمكن أن تساعده على استعادة حركة الطرف المصاب. وتكون فعالية المعالجة الفيزيائية أفضل ما يمكن إذا بدأت في وقتٍ مبكرٍ بعد ظهور الأعراض. من الممكن أن يكون إحصار العصب مفيداً لدى بعض مرضى مُتلازمة الألم النِّاحي المزمَّن. وخلال إحصار العصب، يجري حقن مادة مُخَدِّرَة حول الأعصاب المصابة. وهذا ما يساعد على تخفيف الألم لدى بعض المرضى. قد تكون معالجةُ الألم الشديد ممكنةً باستخدام التحريض الكهربائي للعصب عن طريق الجلد (TENS). ويستخدم هذا التحريض نبضاتٍ كهربائية من أجل تخفيف الألم. ويجري تطبيقُ النبضات الكهربائية على نهايات الأعصاب في المنطقة المصابة. في بعض الحالات، يمكن أن يكونَ تحريض الحبل الشوكي مفيداً في تخفيف الألم الشديد. ومن أجل هذه المعالجة، يجري وضع مسارٍ كهربائية صغيرة جداً عن طريق الجراحة على امتداد الحبل الشوكي. تعطي هذه المساري تياراً كهربائياً صغيراً إلى الحبل الشوكي. وهذا ما يمكن أن يخفِّفَ الألم لدى بعض المرضى. من الممكن أن تتوفَّر أيضاً معالجاتٌ أخرى. ولذلك، يجب استشارة الطبيب من أجل معرفة طريقة العلاج التي تناسب حالة المريض .

8-متلازمة الأمعاء المتهيجة:



الصورة رقم (8) متلازمة الأمعاء المتهيجة

أولاً: تعريف:

إن القولون العصبي مرضٌ هضميٌ واسع الانتشار. ويصيب نحو 15% من البالغين. يعرف هذا المرض أيضا باسم تهيج القولون .

إن القولون العصبي اضطرابٌ معوي يمكن أن يسبب ألماً في البطن وتغيراً في عادات التغوط .

❖ تشريح القولون:

القولون هو الجزء الأخير من الأمعاء. ويدعى أيضاً باسم الأمعاء الغليظة، يمر الطعام الذي نبتلعه عبر "المريء" الذي يشكل أنبوباً لمرورالطعام، بعد ذلك يصل الطعام إلى المعدة حيث يتم هضمه جزئياً، ينتقل الطعام بعد هضمه في المعدة إلى الأمعاء الدقيقة حيث يخضع للمزيد من الهضم ويتم امتصاصه جزئياً، يصل الطعام المهضوم والألياف في نهاية المطاف إلى القولون. وفي القولون يجري امتصاص ما تبقى من عناصر غذائية، وأخيراً يتشكّل البِراز .

ويُخزّن البِراز في القسم الأخير من القولون، أي في "القولون السيني" الذي يشبه في شكله حرف S باللاتيني، وفي "المستقيم"، وذلك قبل طرحه من الجسم.

يتألف القولون من أقسام عديدة:

- القولون الصاعد.
- القولون المستعرض.
- القولون النازل.
- القولون السيني.
- المستقيم.
- الشرج.

تحوي جدران الأمعاء على عضلات تتقلص وتسترخي حتى تدفع الطعام المهضوم عبر الأمعاء. وهذه التقلصات مفيدة جداً من أجل تيسير عملية التغوط .

يسيطر الجهاز العصبي جزئياً على حركة الأمعاء، ولكن هذه الحركة تتأثر أيضاً بنوع الطعام الذي نتناوله وبالهرمونات الموجودة في الدم. لهذا يشعر بعض الناس بحاجة إلى التغوط بعد ساعة من تناولهم الطعام. وتكون هذه الحاجة أشد إذا كانت الوجبة غنية بالمواد الدسمة .

في الحالة الطبيعية يتغوط الإنسان بمعدل ثلاث مرات في اليوم إلى ثلاث مرات في الأسبوع. ويعتبر التغوط طبيعياً إذا كان:

- قوامه طبيعياً.
- لا يحوي دماً.
- يُطرح بسهولة دون ألم أو مغص .

ثانياً: الأعراض:

الأعراض العامة للقولون العصبي هي:

- المغص في البطن.
- الشعور بالانتفاخ.
- الغازات.

- الإسهال أو الإمساك، أو تناوب الاثنين معاً.

لا تظهر في القولون العصبي الأعراض التالية التي يمكن أن تشير إلى إصابة القولون بأمراض أكثر خطورة:

- وجود الدم في البراز.
- نقص الوزن.
- الحُمَّى.
- الألم المستمر.

يمكن أن تتنوع علامات القولون العصبي حسب نوعية طعام المصاب بالقولون العصبي وكميته، وكذلك حسب الحالة النفسية للمصاب بالقولون العصبي، وحسب الدورة الشهرية عند النساء. لذلك، من المهم أن يحتفظ المصاب بالقولون العصبي بسجل للأشياء التي تسبب تفاقم الأعراض لديه .

هناك أنواع معروفة من الأطعمة تُحَرِّضُ ظهور أعراض القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء المتهيجة. وهي:

- مشتقات الحليب.
- الأطعمة الدسمة.
- الشوكولا.
- الكافيين.
- الكحول.

يمكن أن تكون أعراض القولون العصبي خفيفة، ويمكن ألا تحدث إلا نادراً، وقد تتكرر كثيراً.

عندما تكون الإصابة شديدة، يمكن لأعراض القولون العصبي أن تقلل كثيراً من قدرة الشخص على العمل، وتحد من علاقاته الاجتماعية وحتى من قدرته على مغادرة البيت لمدة ساعة واحدة. ويمكن أن يضطر المصاب بالقولون العصبي إلى البقاء قريباً من المرحاض طيلة الوقت؛ وهذا ما قد يعيقه من إقامة علاقات سليمة طبيعية مع الناس .

ثالثاً: الأسباب:

إن أسباب القولون العصبي غير معروفة حتى الآن .

ويبدو أن العوامل التي تُحَرِّض أعراض هذه المتلازمة هي النظام الغذائي والتوتر النفسي والهرمونات .

إن المصابين بالقولون العصبي ليسوا معرضين للإصابة بالسرطان أكثر من غيرهم .

كما أن المصابين بالقولون العصبي ليسوا معرضين للإصابة باضطرابات نفسية أكثر من غيرهم .

رابعاً: العلاج:

تتضمن معالجة القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء المتهيجة تغييرات كثيرة في نمط حياة المصاب بالقولون العصبي. لكن التغييرات المفيدة للمصاب بالقولون العصبي تتعلق بالأسباب التي يبدو أنها تُحرض الإصابة لديه .

إن تخفيف التوتر النفسي عادة هو الخطوة الأولى في تخفيف أعراض القولون العصبي .

إن تغيير النظام الغذائي يمكن أن يخفف من الأعراض. وغالباً ما يكون الإقلال من تناول مشتقات الألبان والشوكولا والأطعمة الدسمة والقهوة واجتناب الكحول مفيداً للمصاب بالقولون العصبي. كما يمكن أن يستفيد أيضاً من تناول وجبات قليلة .

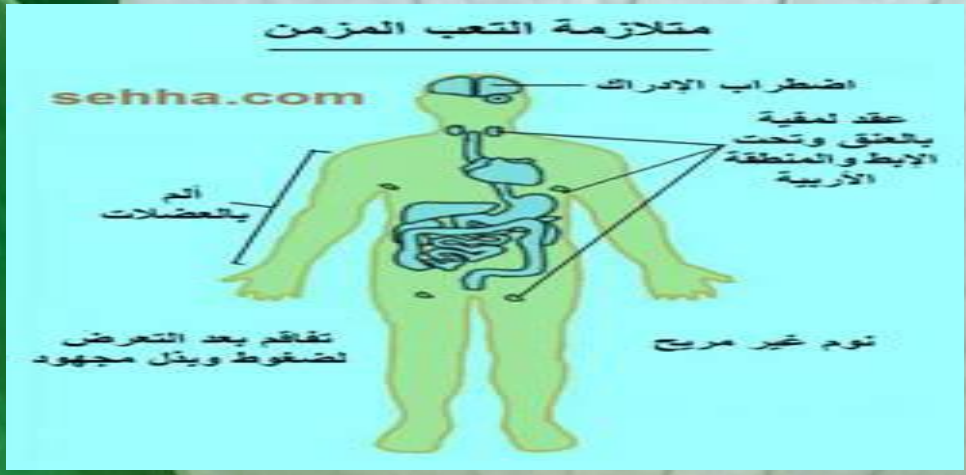
إن تناول أطعمة غنية بالألياف يمكن أن يجعل التغوط أكثر انتظاماً ويساعد على تنظيم أداء القولون لوظيفته، كما أن تناول المزيد من الخضار يزيد من كمية الألياف التي يتناولها المصاب بالقولون العصبي .

يُمكن إعطاء إنزيم اللاكتاز للمرضى الذين لا يتحملون اللاكتوز (سكر اللبن) فهو يساعدهم على تخفيف أعراض القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء المتهيجة. إن اللاكتاز إنزيم خاص يستطيع هضم اللاكتوز .

يمكن أيضاً إعطاء أدوية تُرخي عضلات الأمعاء؛ وهي تشمل مضادات الاكتئاب والمهدئات .

يجب الحذر عند استخدام المُلَيّنات أو الأدوية المسهلة فمن الممكن أن تصبح عضلات الأمعاء شديدة الاعتماد عليها، أو أن تُدمن عليها .

9-متلازمة التعب المزمن:



الصورة رقم (9) متلازمة التعب المزمن

أولاً: تعريف:

تعدُّ مُتلازمةُ التعب المزمن اضطراباً يمكن أن يؤدي إلى نتائج معقدة وسيئة. يشعر المريض المصاب بمُتلازمة التعب المزمن بتعبٍ شديدٍ شامل، إضافةً إلى ظهور أعراض كثيرة لا تزول ولا تتراجع عند الراحة. وتعدُّ هذه المتلازمة مرضاً حقيقياً خطيراً. من الممكن أن تتفاقمَ مُتلازمةُ التعب المزمن بعد أي جهدٍ جسدي أو عقلي. وتكون سويةُ أداء المريض ونشاطه عادةً أقلَّ بكثير مما كان قادراً عليه قبل الإصابة بهذه المتلازمة. يمكن أن تستمرَّ مُتلازمةُ التعب المزمن سنواتٍ طويلة في بعض الحالات. وهذا ما يمكن أن يكونَ له أثرٌ سلبيٌّ كبير على نشاطات المريض اليومية وعلى علاقاته .

ثانياً: الأعراض:

إن التعبَ هو العرض الرئيسي في هذا المرض. وهذا ما يشير إليه اسم هذه المتلازمة. إن التعب الناتج عن مُتلازمة التعب المزمن ليس من نوع التعب الذي يشعر به الإنسان بعد يومٍ أو أسبوعٍ مزدحمٍ بالعمل، أو بعد ليلةٍ من غير نوم، أو بعد أحداثٍ تسبِّب الشدة النفسية. ولا يزول هذا التعب بعد الراحة. يستمرُّ التعبُ الناتج عن مُتلازمة التعب المزمن زمناً طويلاً، ويؤدي إلى الحد من قدرة المريض على القيام بنشاطاته اليومية. يجب أن يستمر التعب ستة أشهر أو أكثر حتَّى يمكن اعتباره ناتجاً عن مُتلازمة التعب المزمن. هناك أعراضٌ أخرى لمتلازمة التعب المزمن. ومنها:

- صعوبة التركيز .
- الصداع .
- مشكلات الذاكرة .

- الألم العضلي .
- ألمٌ في مفاصل متعدِّدة في الجسم .
- مشكلات النوم .
- التهاب الحلق .
- إيلام العقد اللمفية .

يعاني كثيرٌ من مرضى مُتلازمة التعب المزمن عدداً من الأعراض الأخرى. ومن بينها:

- الحساسية أو التحسُّس تجاه بعض الأطعمة أو الروائح أو المواد الكيميائية أو الأدوية أو الأصوات .
- قشعريرة وتعرُّق ليلي .
- تشوُّش الذهن والنسيان .
- الاكتئاب وسرعة التهيُّج وتقلبات المزاج والقلق ونوبات الذُّعر .
- الدَّوخة أو مشكلات التوازن أو الإغماء .
- الإحساس بالانفصال عن الواقع .
- تهيُّج الأمعاء .
- الحساسية تجاه الضوء، وتشوُّش الرؤية، وألم العينين .

من المهم أن يستشيرَ المريضُ طبيبَه إذا ظهرت لديه هذه الأعراض. قد يكون المريض مصاباً بمُتلازمة التعب المزمن أو بغيرها من الاضطرابات القابلة للمعالجة .

ثالثاً: الأسباب:

لا أحد يعرف الأسبابَ المؤدِّية إلى مُتلازمة التعب المزمن. ولا يوجد علاجٌ يشفِي من هذه المتلازمة. من الممكن أن يكونَ لمتلازمة التعب المزمن عددٌ من الأسباب. وقد تكون على صلةٍ بما يلي:

- عدوى فيروسية .
- اضطرابات مناعية .
- اختلالات هرمونية .
- مشكلات صحِّية أخرى .

يقوم بعضُ العلماء بدراسة فيروسات يعتقدون أنها يمكن أن تكون سبباً لمتلازمة التعب المزمن، لأنَّ أعراضَ هذه المتلازمة تظهر لدى بعض المرضى بعد الإصابة ببعض أنواع العدوى الفيروسية. ومن الممكن أن تكونَ الإصابةُ الفيروسية هي ما يُطلِق مُتلازمةَ التعب المزمن، إلاَّ أنه لم يجر حتى الآن اكتشافُ صلة مؤكَّدة بين الأمرين. يدرس الباحثون أيضاً أنظمةَ المناعة لدى مرضى مُتلازمة التعب المزمن. ولدى بعض هؤلاء المرضى، يبدو أن جهاز المناعة يكون مصاباً ببعض الخلل. لكن، لا تتوفَّر حتى الآن أدلةٌ كافية للقول بأن مُتلازمة التعب المزمن ناتجةٌ عن هذا الخلل في جهاز المناعة. يكون لدى بعض مرضى مُتلازمة التعب المزمن مستوياتٌ غير طبيعية من بعض الهرمونات في الدم. ويحاول الباحثون اكتشافَ أيَّة صلة بين اختلال التوازن الهرموني وبين مُتلازمة التعب المزمن. لكنَّهم لم يكتشفوا إلى الآن أيَّةَ علاقة مؤكَّدة بين الأمرين .

رابعاً: العلاج:

لا توجد معالجةٌ تشفي من مُتلازمة التعب المزمن. إن هدف المعالجة في حالة الإصابة بهذه المتلازمة هو تخفيف الأعراض. وقد تشتمل المعالجةُ على استخدام الأدوية، والمعالجة غير الدوائية، والتمارين الرياضية، أو على مزيجٍ من هذه الأساليب كلها معاً. من الأدوية المستخدمة في معالجة أعراض مُتلازمة التعب المزمن: مضادات الاكتئاب. وهي تجعل التعامل مع المشكلات الناتجة عن مُتلازمة التعب المزمن أكثر سهولةً، بالإضافة إلى أنها تستطيع تحسينَ نوم المريض وتقليل الألم .

مُسكِّنات الألم التي تباع من غير وصفةٍ طبية، لأنها تستطيع تخفيفَ الصداع وألم العضلات .

أقراص منومة من أجل مساعدة المريض على نيل قسطٍ أكبر من الراحة في الليل .

إن المعالجة غير الدوائية، أو الاستشارة الطبية النفسية، طريقةٌ أخرى مستخدمةٌ في معالجة مُتلازمة التعب المزمن. ومن الممكن أن تكونَ استشارة اختصاصي في هذه المعالجة مفيدةً حتى يتعلم المريض طرقاً للتعامل مع المشكلات الاجتماعية والانفعالية الناتجة عن مُتلازمة التعب المزمن. من الممكن أن تكونَ التمارين الرياضية مفيدةً لبعض مرضى مُتلازمة التعب المزمن. لابدَّ من استشارة الطبيب من أجل معرفة التمارين التي يمكن أن تساعدَ على تخفيف الأعراض. تشهد أعراضُ مُتلازمة التعب المزمن تغيُّراً مع الزمن. ولذلك، لابدَّ من استشارة الطبيب إذا لاحظ المريض تغيراً في الأعراض. وقد يكون من المفيد أن يسجِّلَ المريضُ الأعراضَ التي تظهر لديه بشكلٍ مستمر. وهذا لأن تسجيلها يساعد الطبيب على معرفة كيفية تغيُّرها مع الزمن. من الممكن أن يتعاون الطبيب والمريض معاً من أجل التوصُّل إلى خطة علاجية تستطيع التعاملَ مع الأعراض التي تسبب إزعاجه وإعاقته أكثر من غيرها .

10-متلازمة الجنين الكحولي:

الصورة رقم (10) متلازمة الطفل الكحولي

أولاً: تعريف:

يمكن أن يؤدِّي الكحولُ إلى الإضرار بالطفل في أي مرحلة من مراحل الحمل. كما يمكن أن يحدث هذا الضرر حتى قبل أن تعرف الأم أنها حامل. إن متلازمة الجنين الكحولي هي حالة ناتجة عن التعرض للكحول خلال الحمل. تشتمل المشكلاتُ التي قد تنتج عن (FAS)متلازمة الجنين الكحولي على تشوهات جسدية، وتأخر عقلي، واضطرابات في التعلم، وصعوبات في الرؤية، ومشكلات سلوكية.

الحَمل والكحول:

تقع الأعضاء الإنجابية الأنثوية في منطقة الحوض بين المثانة والمستقيم. وهي تشتمل على ما يلي:

- المبيضان .
- البوقان .
- الرحم .
- عنق الرحم .
- المهبِل .

عندما تحمل المرأة، فإن الجنين يظل في الرحم حتى الولادة. إن الرحم قادر على التمدد كثيراً. خلال الحمل، يكون الطفلُ موجوداً ضمن سائل خاص يدعى باسم "السائل الأمينوسي". ويوجد الطفل والسائل الأمينوسي معاً ضمن

كيس يدعى باسم "الكيس الأمينوسي"، أو السَلَوي، في داخل الرحم. يتلقى الطفل الغذاء من المشيمة. والمشيمة هي عضو موجود بين الكيس الأمينوسي والرحم. وهي تنمو مع نمو الجنين خلال مرحلة الحمل. يوفِّر دم الأم الأكسجين والمواد المغذية للطفل عن طريق المشيمة. كما يقوم دم الأم بإزالة الفضلات من دم الجنين عن طريق المشيمة أيضاً. إذا تناولت الأم الكحول خلال حملها، فإن الكحول يدخل ضمن مجرى الدم. وهو يصل إلى الجنين عن طريق المشيمة. يقوم جسم الجنين باستقلاب الكحول على نحو بطيء، بالمقارنة مع استقلابه لدى البالغين. ولهذا السبب فإن سوية الكحول في دم الجنين سوف تكون أعلى من سويته في دم الأم. إنَّ الكحول يعيق إيصال الأوكسجين والمواد المغذية إلى نسج الجنين وأعضائه، بما في ذلك دماغ الجنين. يمكن أن يؤدي تناول الكحول خلال الحمل إلى ما يلي:

- الإجهاض، أو موت الجنين قبل الأسبوع العشرين من الحمل .
- ولادة طفل ميت، أو موت الجنين بعد الأسبوع العشرين من الحمل .
- اضطرابات طيف الجنين الكحولي .

تعدُّ متلازمةُ الجنين الكحولي النوع الأكثر خطورة من أنواع طيف اضطرابات الجنين الكحولي. لا توجد كميةٌ من الكحول يمكن اعتبارها آمنة خلال الحمل. وكلما ازداد تناول الأم للكحول خلال حملها، ازداد الخطرُ الواقع على الجنين. لا يجوز أن تتناول المرأة الكحول إذا كانت تريد الحمل.

إن دماغ الطفل، وقلبه، وتقاطيع وجهه، وعظامه، وأوعيته الدموية، تبدأ في التشكل في الأسابيع الأولى من الحمل، أي قبل أن تعرف الأم أنها حامل. يجب التوقُّفُ عن تناول الكحول فورَ معرفة الأم أنها حامل، أو فور شكِّها في ذلك. ومن الضروري أيضاً أن تقرر الأم التوقُّف عن تناول الكحول مهما بلغ عمر حملها. لكن التوقفَ المبكر هو الأفضل دائماً من أجل الطفل. إذا كانت لدى الأم مشكلة كحولية، فإن عليها أن تلتمس المساعدة قبل أن تحمل. ويستطيع الطبيب أن يحدد مستوى الاعتماد على الكحول لدى الأم، وأن يضع لها خطة المعالجة المناسبة .

ثانياً: الأعراض:

إنَّ متلازمةَ الجنين الكحولي ليست عيباً ولادياً وحيداً، بل إنَّ هناك مجموعة من المشكلات المرتبطة بها. وتتنوع المشكلات الناتجة عن متلازمة الجنين الكحولي من طفل لآخر. لكن هذه المشكلات غير قابلة للإصلاح؛ وهذا يعني أنها غير قابلة للشفاء. متلازمةُ الجنين الكحولي سبب شائع من أسباب التأخر العقلي وصعوبات التعلم. لكن شدة المشكلات العقلية

تختلف من حالة لأخرى. قد تشتمل علاماتُ متلازمة الجنين الكحولي على تشوه في شكل الوجه. وهذا ما يشتمل على ما يلي:

- صِغَر العينين .
- شَفَة علوية رقيقة .
- أنف قصير منقلب إلى الأعلى .
- سطح جلدي أملس بين الأنف والشفة العليا .

من الأعراض الأخرى لمتلازمة الجنين الكحولي:

- تشوُّهات في المفاصل والأطراف والأصابع .
- بطء النمو الجسدي قبل الولادة وبعدها .
- صعوبات في الرؤية، أو مشكلات في السمع .
- صِغَر محيط الرأس وصِغَر حجم الدماغ .
- سوء التناسق في الحركة .
- عيوب قلبية .

من الممكن أيضاً أن تسبِّب متلازمة الجنين الكحولي سلوكاً غير طبيعي:

- بطء الانتباه .
- فرط النشاط .
- ضعف التحكُّم في ردود الفعل .
- عصبية شديدة .
- قلق .

ثالثاً: العلاج:

لا توجد معالجة محدَّدة قادرة على شفاء متلازمة الجنين الكحولي. وتستمرُّ التشوُّهات العقلية والجسدية مدى الحياة عادة. إذا ولدت المرأة طفلاً مصاباً بمتلازمة الجنين الكحولي، فقد تستفيد من الاستشارة الطبية المتعلقة بسوء استخدام

الكحول. وهناك برامج للمعالجة يمكن أن تساعدَ في التغلُّب على إساءة استخدام الكحول أيضاً. لابدَّ من رعاية خاصة للأطفال المصابين بمتلازمة الجنين الكحولي. وقد تشتمل المشكلات على ما يلي:

- فرط الحساسية للمهيجات .
- مشكلات في المص .
- مشكلات تطورية أو نمائية .

قد يكون الطفلُ شديدَ الحساسية للمس والأصوات والضوء. وعلى الأم أن تبحث عن الأشياء التي تسبب تهيجاً شديداً لطفلها. وذلك من قبيل:

- الألعاب اللامعة أو التي تصدر ضجيجاً .
- ألعاب الفيديو .
- الأفلام والعروض التلفزيونية .

إذا بدا الطفل منزعجاً، فإن على الأم أن تحاول تهدئته في غرفة مظلمة هادئة. على الأم أن تتجنَّبَ اصطحاب طفلها إلى أماكن شديدة الازدحام أو الضجيج. وهذا ما يشمل مراكز التسوق ومتاجر البقالة. عندما تقوم الأم بإلباس طفلها، فإن عليها أن تتجنب الملابس التي تحمل لصاقات أو التي فيها درزات خياطة يمكن أن تزعج جلد الطفل. إن هذه الأشياء يمكن أن تهيج الطفل وتجعله شديد البكاء. يجب الانتباه إلى أن الطفل يمكن أن يرفض تناول بعض أنواع الأغذية. وقد ينزعج من أي لمسة. كما يمكن أيضاً ألاّ يستجيب جيداً لدرجات الحرارة المرتفعة أو المنخفضة. من الممكن أن تؤدِّي صعوبات المص إلى منع الطفل من الحصول على الغذاء الكافي لنموه. يجب الإكثار من الرضعات مع تقليل الكمية في كل مرة. ومن الممكن أن تُرضع الأم طفلها كل ساعة على سبيل المثال. أما إذا كانت الأم ترضع طفلها عن طريق زجاجة الإرضاع، فإن عليها استخدام الحَلَمات البلاستيكية المخصصة للأطفال المولودين قبل الأوان. على الأم أن تسألَ الطبيب عن علامات المراحل الأساسية لتطور الطفل والتي يجب الانتباه إليها. كما يجب أن تسأله عن كيفية تشجيع تطور المهارات لدى الطفل. ومن الممكن تشجيع تطور الطفل من خلال إكثار القراءة له والتحدث معه واللعب معه. يمكن أن تكون العيوب القلبية الناتجة عن متلازمة الجنين الكحولي في حاجة إلى جراحة. قد تتوفَّر في المدرسة خدمات خاصة تساعد في التغلب على مشكلات التعلم. وغالباً ما يستفيد أهل الطفل من المشورة من أجل مساعدتهم في تجاوز مشكلات الطفل السلوكية أيضاً. يستطيع أهلُ الطفل المصاب بمتلازمة الجنين الكحولي القيام بخطوات من

أجل التعامل مع المشكلات السلوكية لدى الطفل. إن البرنامج اليومي الثابت يمكن أن يساعد الطفل. ويجب وضع وتنفيذ قواعد وحدود بسيطة. كما يجب مكافأة السلوك الجيد الذي يقوم به الطفل. يتسم كثير من الأطفال المصابين بمتلازمة الجنين الكحولي بالضعف. وهذا ما يعني وجوب الحرص والانتباه حتى لا يستغل الأطفال الآخرين هذه النقطة. يعدُّ المنزلُ المستقر العطوف أمراً شديد الأهمية من أجل حماية الطفل المصاب بمتلازمة الجنين الكحولي. ويكون الطفل معرضاً لخطر الإصابة بمشكلات في مرحلة لاحقة من حياته. ومن هذه المشكلات:

- سوء استخدام المخدرات .
- ترك المدرسة .
- السلوك الإجرامي .

يجب تعليم الطفل مهارات الحياة اليومية. وعلى الأهل أن يحرصوا على حسن اختيار من يرعى الطفل في غيابهم. وذلك لأن الطفل المصاب بمتلازمة الجنين الكحولي يمكن أن تكون لديه سلوكيات يصعب التعامل معها .

11-متلازمة النفق الرسغي:

الصورة رقم (11) متلازمة النفق الرسغي

متلازمةُ النفق الرسغي هي ألمٌ حاد واخز يبدأ في المعصم، وينتقل صعوداً إلى الذراع، ويسبقه شعور بالنَّمَل والخدر عادة.

والنفقُ الرسغي هو ممرٌّ ضيِّق يتكوَّن من رباط وعظام في قاعدة اليد، ويمرُّ عبره عصب وأوتار. وفي بعض الأحيان، يتضيَّق النفقُ الرسغي ليعرِّض العصب للانضغاط بسبب زيادة سماكة الأوتار نتيجة تعرُّضها للإزعاج المستمر، أو لأيِّ سبب آخر يؤدِّي إلى تورُّم الأوتار. تبدأ الأعراضُ عادةً بشكل تدريجي، وعندما تزداد سوءاً يصبح من الصعب على المريض التقاط الأشياء دون أن تسقط من يده.

وسببُ متلازمة النفق الرسغي أنَّ نفقَ الرسغ يكون عند بعض الناس أصغر ممَّا يجب. ومن الأسباب الأخرى: الإصابات الناجمة عن العمل في مهن محدَّدة، وإصابات الرسغ، أو التورُّم الذي تسبِّبه أمراض معيَّنة، مثل التهاب المفاصل الرُّوماتويدي. كما أنَّ النساء أكثرُ عرضة للإصابة بمتلازمة نفق الرسغ من الرجال بثلاثة أضعاف. تتضمَّن المعالجةُ إراحة اليد، ووضع جبيرة، وتناول الأدوية المسكِّنة والمضادَّة للالتهاب، وأخيراً الجراحة.

12–متلازمة برادر–ويلي:

الصورة رقم (12) متلازمة برادر–ويلي

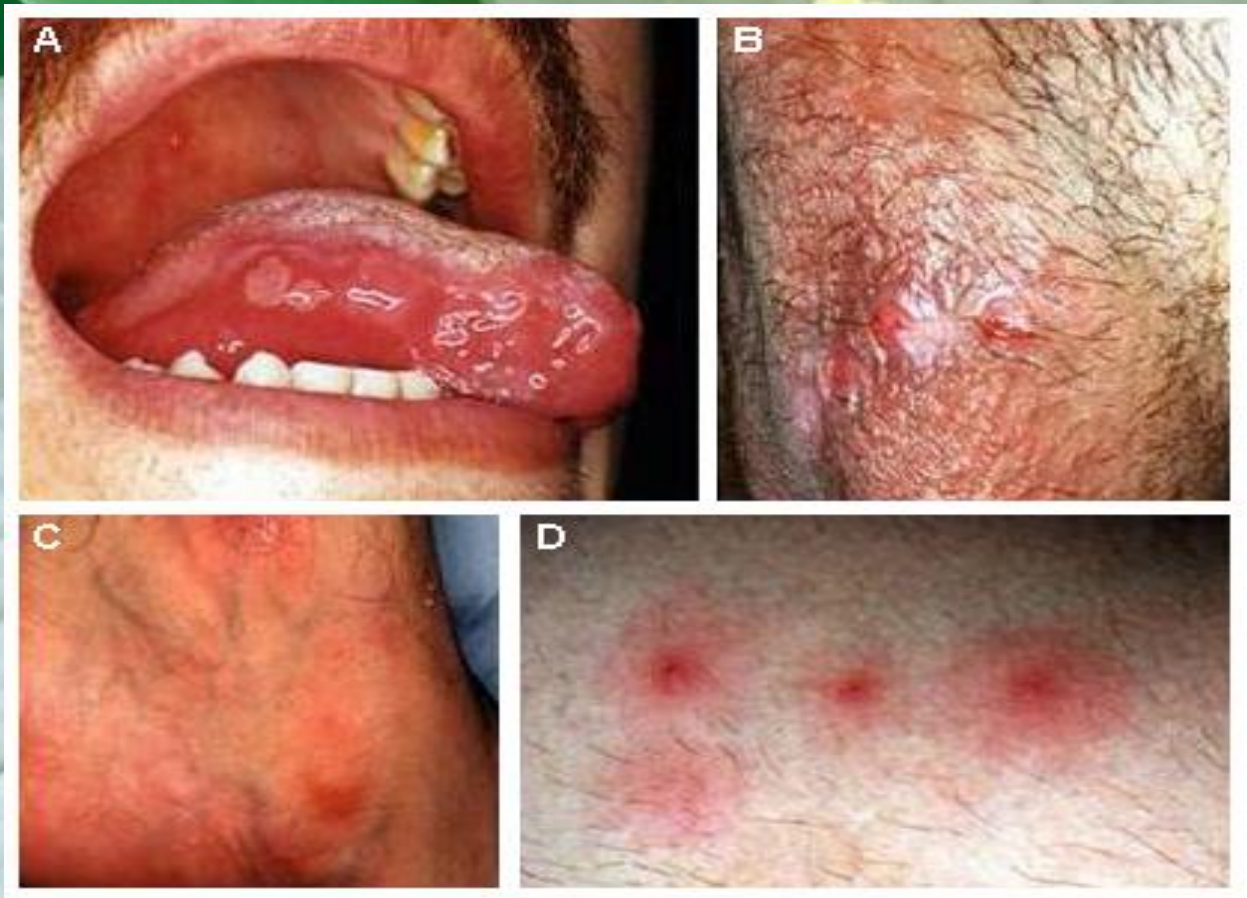
متلازمةُ برادر . ويلي هي اضطرابٌ جيني نادر الحدوث، وهو يسبب ضعفاً في التوتر العضلي ومستويات منخفضةً من الهرمونات الجنسية وإحساساً مستمراً بالجوع. لا يعمل الجزء من الدماغ المسؤول عن الشعور بالشبع أو الجوع بصورة صحيحة عند المصابين بمتلازمة برادر. ويلي. وهم يفرطون في تناول الطعام مما يؤدي إلى البدانة.

يكون الصغار المصابون بمتلازمة برادر. ويلي مترهلين وتكون عضلاتهم ضعيفة، ويعانون من صعوبة في الرضاعة. وقد يكون عند الذكر خصية غير نازلة إلى الصفن. تظهر العلامات الأخرى فيما بعد، وهي تتضمَّن:

- قصر القامة.
- ضعف المهارات الحركية.
- زيادةً في الوزن.
- أعضاءاً تناسليةً ناقصة النمو.
- تخلُّفاً عقلياً خفيفاً، وعجزاً عن التعلُّم.

لا يتوفر علاج لمتلازمة برادر. ويلي. وقد يساعد إعطاء هرمون النمو وبعض التمارين في بناء كتلة العضلات والتحكم بالوزن.

13-متلازمة بهجت:



الصورة رقم (13) متلازمة بهجت

أولاً: تعريف:

مُتلازِمةُ بَهجَت (التهاب الأوعية الصغيرة المُنتَشِر) مرضٌ يشتمل على حدوث التهاب في الأوعية الدموية. ويمكن لهذا المرض أن يصيبَ أيَّ نوعٍ من أنواع الأوعية الدموية، بما في ذلك الشرايينُ والأوردة والشعيرات الدموية. والسببُ الدقيق لهذه المتلازِمة غيرُ معروف. تسبِّب مُتلازِمةُ بَهجَت تَقرُّحات أو قرحات في الفم وفي الأعضاء الجنسية، بالإضافة إلى التهاب بعض أجزاء العين. كما يمكن أن تسبِّبَ مشكلاتٍ أكثر خطورة في المفاصل والجلد، والتهاباتٍ في الجهاز الهضمي والدماغ والحبل الشوكي.

ثانياً: الأعراض:

تختلف أعراضُ مُتلازِمة بَهجَت باختلاف المرضى. وتكون هذه الأعراضُ خفيفةً عند البعض، وذلك من قبيل القروح والتَقرُّحات في الفم. لكنَّ البعض الاخر تظهر عليهم أعراض أكثر خطورة. يمكن أن تستمرَّ أعراضُ مُتلازِمة بَهجَت زمناً طويلاً، كما يمكن أن تظهرَ وتختفي خلال أسابيع معدودة. عادةً، تظهر الأعراضَ ثم تختفي، ثمَّ تعود إلى الظهور من جديد. تُدعى الفتراتُ التي يعاني فيها المريض من الأعراض باسم "فترات الوهيج". وقد تظهر أعراضٌ مختلفة في كل فترةٍ من هذه الفترات. إن الأعراض الخمسة الأكثر شيوعاً لمتلازِمة بَهجَت هي:

- تَقرُّحات الفم .
- تَقرُّحات الأعضاء الجنسية .
- مشكلات جلدية .
- التهاب بعض أجزاء العين .
- التهاب المفاصل .

غالباً ما تكون تَقرُّحاتُ الفم هي العرض الأول الذي يلاحظه المريض. وقد تظهر هذه التَقرُّحاتُ قبلَ ظهور بقية الأعراض بفترةٍ طويلة. يكون للتَقرُّحات حواف حمراء، وقد تظهر عدةُ تَقرُّحات في وقتٍ واحد. تزول تَقرُّحات الفم عادةً بعدَ عشرة أيامٍ أو أسبوعين، لكنها غالباً ما تعود إلى الظهور. يُصابُ أكثر من نصف مرضى مُتلازِمة بَهجَت بتَقرُّحات الأعضاء التناسلية. وتبدو هذه التَقرُّحاتُ شبيهةً بتَقرُّحات الفم، كما يمكن أن تكون مؤلمة. وبعدَ ظهور هذه التَقرُّحات واختفائها عدة مرات يمكن، أن تتشكل نُدبات دائمة مكانها. إنَّ المشكلاتِ الجلديةَ شائعةٌ أيضاً لدى مرضى مُتلازِمة بَهجَت. وغالباً ما تبدو القروحُ الجلدية حمراء، وهي تشبه انتفاخات أو كدمات مليئة بالقيح. تبدو التَقرُّحات حمراء اللون مرتفعة، عادةً ما توجد على الساقين وفي أعلى الجذع. ولدى بعض المرضى، يمكن أن تظهرَ التَقرُّحات عندما

يتعرَّض الجلد للخدش أو للوخز. إنَّ التهابَ الجزء الأوسط أو الخلفي من العين يحدث أيضاً لدى أكثر من نصف الأشخاص المصابين بمُتلازِمة بَهجَت. يُدعى هذا الالتهابُ باسم التهاب العِنَبيَّة. وقد يؤدِّي الالتهابُ إلى تشوُّش الرؤية. ونادراً ما يمكن أن يسبِّبَ ألماً واحمراراً أيضاً. التهابُ المفاصل هو تورم في المفاصل، ويسبب الألم والتيبس في المفاصل. ويصيب التهابُ المفاصل الركبتين والكاحلين والمعصمين والمرفقين عادةً. يدوم التهابُ المفاصل لدى مرضى مُتلازِمة بَهجَت عدة أسابيع، لكنَّه لا يؤدي إلى أضرارٍ دائمة. من الممكن أيضاً أن تسبِّبَ مُتلازِمةُ بَهجَت أعراضاً أكثر خطورة، ومن بينها:

- العمى .
- الجلطات الدموية .
- التهاب الدماغ والحبل الشوكي .
- التهاب في الجهاز الهضمي .

لكنَّ هذه الأعراضَ أقل شيوعاً .

ثالثاً: الأسباب:

إنَّ السببَ الدقيق لمتلازِمة بَهجَت غيرُ معروف. إنَّ أعراضَ مُتلازِمة بَهجَت ناتجةٌ كلها تقريباً عن التهاب الأوعية الدموية. لكنَّ الأطباءَ غير واثقين من سبب حدوث هذا الالتهاب. قد تكون مُتلازِمةُ بَهجَت عند بعض المرضى ناتجةً عن مشكلة في الجهاز المناعي موروثة عن الأبوين. ويقوم الجهازُ المناعي بحماية الجسم من الأمراض والعدوى عادةً. وهو يفعل هذا من خلال قتل المواد المؤذية التي تدخل الجسم، كالجراثيم مثلاً. قد يحدث ما يُسَمَّى "استجابة المناعة الذاتية" لدى مرضى مُتلازِمة بَهجَت عندما يتعرَّضون إلى بعض أنواع الجراثيم والفيروسات. واستجابةُ المناعة الذاتية تحدث عندما يقوم جهازُ المناعة بمهاجمة أنسجة الجسم عن طريق الخطأ. عندما تجري مهاجمةُ الأوعية الدموية، فإنَّ هذا يجعلها تلتهب. وتنتج أعراض مُتلازِمة بَهجَت عن التهاب هذه الأوعية الدموية في مختلف أنحاء الجسم. قد يكون بعضُ الأشخاص معرَّضين أكثر من غيرهم لخطر الإصابة بمُتلازِمة بَهجَت. إنَّ هذه المتلازِمةَ أكثر شيوعاً في الشرق الأوسط وآسيا. لابدَّ من إجراء مزيدٍ من الأبحاث من أجل التوصُّل إلى فهمٍ كامل لأسباب مُتلازِمة بَهجَت .

رابعاً: العلاج:

لا يوجد علاجٌ لمتلازِمة بَهجَت. لكنَّ المرضى عادةً ما يتمكَّنون من ضبط الأعراض باستخدام الأدوية المناسبة والراحة والتمارين الرياضية، إضافةً إلى إتباع نمط حياة صحّي. إنَّ هدفَ المعالجة هو تقليل الألم ومنع حدوث المضاعفات الخطيرة، وذلك من قبيل العمى أو العجز الناتج عن التهاب المفاصل. إنَّ نوعَ الدواء ومدة العلاج أمران متعلِّقان بالأعراض التي تظهر لدى المريض وبشدة هذه الأعراض أيضاً. هناك أدويةٌ موضعية وأدويةٌ فموية يمكن استخدامُها من أجل معالجة أعراض مُتلازِمة بَهجَت. الأدويةُ الموضعية هي الأدويةُ التي توضع مباشرةً على التَقرُّحات من أجل تخفيف الألم. وتكون هذه الأدويةُ على شكل سائل أو جِل أو مرهم. كما تستخدم الكريمات أيضاً من أجل معالجة تَقرُّحات الجلد والأعضاء الجنسية. يحتوي الدواءُ الموضعي عادةً على كورتيكوستيرويد من أجل تخفيف الالتهاب، أو قد يحتوي على أدويةٍ أخرى مضادَّة للالتهاب. وقد تتضمَّن هذه الأدويةُ أيضاً مواد مخدِّرة من أجل تخفيف الألم. الأدويةُ الفموية هي الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم. وقد يصف الطبيبُ أدويةً فموية من أجل:

- تخفيف الالتهاب في الجسم كله .
- تخفيف الأعراض أو التخلُّص منها .
- السيطرة على ردود الفعل الشديدة من جانب الجهاز المناعي .

إنَّ الكورتيكوستيرويدات متوفِّرةٌ أيضاً على شكل أدويةٍ فموية. وقد تُستخدم من أجل تخفيف الألم والالتهاب لدى الأشخاص الذين لديهم:

- أعراض تتعلَّق بالجهاز العصبي المركزي .
- أمراض العين .
- ألم شديد في المفاصل .
- تَقرُّحات جلدية .

تعدُّ الأدويةُ التي تسيطر على جهاز المناعة، وهي تدعى أيضاً باسم "كابتات المناعة"، شكلاً آخر من الأدوية الفموية التي يمكن استخدامُها في معالجة مُتلازِمة بَهجَت. تساعد هذه الأدويةُ على ضبط ردود الفعل الشديدة من جانب الجهاز المناعي. وهي قادرةٌ على تقليل عدد مرّات ظهور "فترات الوهيج" التي تظهر لدى المريض. الراحةُ أمرٌ مهمٌ أيضاً عندما يتعرَّض المرءُ لفترة الوهيج. وعندما تختفي الأعراضُ، يمكن للمريض أن يمارس بعض التمارين الرياضية المعتدلة من

أجل المحافظة على قوَّة المفاصل ومرونتها. يحتاج أكثر المرضى إلى مزيجٍ من أنواع المعالجة المختلفة من أجل ضبط الأعراض والسيطرة عليها. ويختار الطبيبُ خطَّةَ المعالجة المناسبة لكلِّ مريض .

14–متلازمة توريت:

الصورة رقم (14) متلازمة توريت

أولاً: تعريف:

أُطلقَ على مُتلازمة توريت هذا الاسم على اسم الطبيب الذي وَصَفَ الاضطراب لأوّل مَرَّة الدكتور جورج جيلز دي لا توريت. تتسبّب مُتلازمة توريت بأن يحدث لدى المصابين "عَرَّات"(لزمات). العَرّات هي نَفَضات أو حَركات أو أصوات مُفاجئة يعيدها المرضى على نحوٍ مُتكرّر. لا يمكنُ السيطرة على العَرّات (اللزمات)، حيث لا يَستطيعُ المصابون بالعَرّات أن يمنعوا أجسامهم عن القيام بتلك الأشياء. يستطيعُ المرضى أن يمنعوا أنفسهم أحياناً من القيام بعرَّة مُعيّنة لبرُهة من الوقت، غيرَ ان ذلك يكون صَعباً. ومع الوقت يقوم المريض بالعرَّة رغماً عنه. تبدأُ العَرّات بسن الثانية عادةً، وقد تصلُ لأسوأ مراحلها بعمر الثانية عشر. وتميلُ العَرّات لأن تخفّ في أواخر عُمر المراهقَة. وهي قد تَستمرّ في البُلوغ، غيرَ أنها تحدثُ بتكرارٍ أقل وتكون أقلّ شِدّة عندها. ليسَ هناك علاجٌ شافٍ لمتلازمة توريت، بيد أنَّ مريض مُتلازمة توريت بإمكانه أن يعيش حياة طبيعيّة. لا يحتاجُ الكثير من مرضى مُتلازمة توريت إلى علاج إذا كانت أعراضهم خفيفة .

ثانياً: الأعراض:

يكون لدى مُعظم الاطفال المصابين بمُتلازمة توريت أنماط مُختلفة من العَرّات. قد لا تكون العَرّات مَلحوظة. وقد يكون عندهم نوبات من حركات أو أصوات تستمرُّ لثوان أو دقائق. قد تكون للعَرّات(اللزمات) حَركات، من مثل:

- حركة لاإرادية للعين .
- ثَني الإصبع .
- خُفوق الذراعين .
- الحَنجَلة أو القفز .
- ارتعاش العُنُق .
- هزّ الكتفين .
- نَفَضان أو إطراف العينين .

كما قد تشملُ العَرّات أصواتاً، من مثل:

- عواء أو صراخ .
- سُعال أو تنخُّع .
- إيماءات فاحشة .
- تكرار كلمات أو عبارات .
- استخدام كلمات فاحشَة أو بَذيئة أو نابية .

تبدأُ العَرّات الحركية عادةً قبل بدء العَرّات الصوتية. من الشائع أن يشعر مرضى مُتلازمة توريت باندفاع في بعض أجزاء أجسامهم تزداد أكثر فأكثر. ويُطلَقُ على هذا الاندفاع اسم الاندفاع المنذر. لا يمكن تخفيف الاندفاع المنذر إلا عن طريق أداء العَرَّة. يشعرُ بعضُ المصابين بمُتلازمة توريت بأنّهم يحتاجون لإكمال العَرّة بطريقةٍ ما أو لعددٍ مُحدّد من المرّات كي يزول الاندفاع أو الإلحاح. تُصنَّف العَرّات(اللزمات) بأنها:

- عَرّات بسيطة .
- عَرّات مُركّبة .

تكون العَرّات البسيطة مُفاجئة وقصيرة ومتكرّرة. وهي تؤثّر على عدد صَغير من المجموعات العَضليّة. وتكونُ عادةً على شكل حركات مُفاجئة وقصيرة وخالية من الهدف. تتضمّنُ الأمثلة على العَرّات البسيطة إطراف العين أو نَفضان الرأس.

العَرّات المركّبة هي أنماط حركات مُميّزة ومُتناسقَة تُؤثّر في عدّة مجموعات عَضليّة. وهي حركاتٌ بطيئة وطَويلة وهادفَة أكثَر. تتضمّنُ الأمثلة على العَرّات المركّبة إيماءات باليدين أو رمي الأشياء أو لمسها. يمكن للعَرّات(اللزمات) أن:

- تتطوّر إلى عَرّات مُختلفة بمرور الوقت .
- تحدثُ خلال النوم .
- مُختلفة النوع والتكرُّر والشدّة .
- تسوء خلال سنوات المراهقة وتتحسّنُ خلال دخول البلوغ .
- تسوء في حال إصابة الطفل بوعكَة أو شدة أو قَلَق أو تَعَب أو إثارة .

يجب مُراجعةُ طبيب الأطفال، في حال مُلاحظة قيام الطفل بحرَكات أو أصوات لا إراديّة. ليست جميعُ العَرّات هي مُتلازمة توريت، حيث يكون لدى الكثير من الأطفال عرّات تستمرُّ لأسابيع أو أشهر قليلة قبلَ أن تزول تلقائياً .

ثالثاً: الأسباب وعوامِل الخطورة:

سببُ مُتلازمة توريت الدَقيق غير مَعروف. ولا يوجدُ طريقة مَعروفة للوقاية منها. تحدثُ الأعراضُ غالباً بسبب تركيبة من العوامل الجينية والبيئيّة. قد تكونُ مُتلازمة توريت اضطراباً موروثاً. فقد حُدِّدت إحدى الطفرات الجينية – أو تغيّر – على أنها سبب نادر لمتلازمة توريت. كما قد يرِد التاريخُ العائلي للإصابة بمُتلازمة توريت أو أحد اضطرابات العرّة الأخرى خُطورة الإصابة بمُتلازمة توريت. ترِدادُ خُطورة إصابة الطفل بمُتلازمة توريت إذا كانت الأم:

- تشرب الكثير من القهوة أو تُدخن أو تتعاطى الكحول في حملها .
- كان عندها غثيان وقياء شديد في ثُلث حملها الأول .
- كانت تحت شدّة شديدة في حملها .

تشملُ عوامل الخُطورة الأخرى للإصابة بمُتلازمة توريت:

- انخفاض وَزن الولادَة وعلامات إصابة دماغيّة .
- عدم الحصول على ما يكفي من الأكسجين أو التروية الدمويّة في أثناء الولادة .

يعتقدُ بعضُ الباحثون أنَّ مُتلازمة توريت تحدثُ بسبب شُذوذات في بعض الباحات الدّماغيّة؛ فقد تحدثُ مُتلازمة توريت بسبب شُذوذات في:

- الدارات التي تصلُ الباحات في الدماغ .
- النواقِل العَصبيّة التي تسمحُ بتواصل الأعصاب .

رابعاً: العلاج:

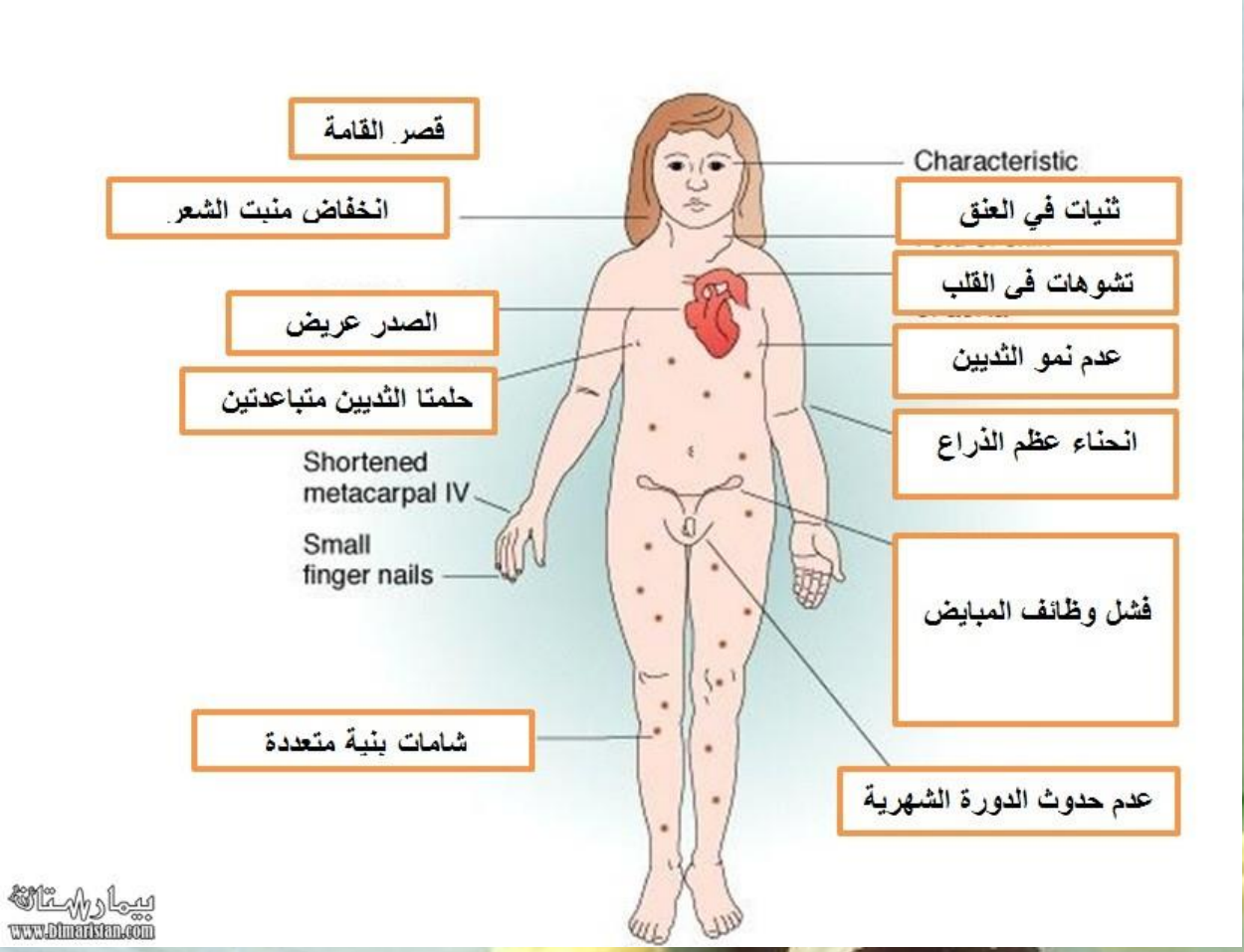
تركّزُ مُعالجة مُتلازمة توريت على مُساعدَة الطفل على التعامل مع العَرّات(اللزمات). ويمكنُ لمعرفَة كيفيّة تأثير العَرّات على الطفل أن تساعدَ الآباء والطفل على معرفة ما يُمكنُ توقّعه. وهذا يُساعدُ في تحديد متى تحدثُ العَرّات، وما الذي سوف يحدثُ في حياة الطفل في تلك الأوقات. هُناك الكثيرُ من الطرُق التي يستطيع الآباء بها مُساعدة طفلهم المصاب باضطراب توريت في المنزل. ويجب تذكّر أنّ الطفل لا يستطيعُ التحكُّم بالعَرّات. لذلك يجب عدم مُعاقبة الطفل لإصابته بعَرّات. يجب على الآباء تجنّب إظهار أي استياء يشعرون به؛ فإظهارُه قد يزيدُ القَلَق لدى الطفل ممَّا يتسبّبُ بالمزيد من العَرّات. ويستطيعُ الآباء طمأنَة الطفل بالبقاء هادئين، ومُساعدته على الارتخاء. يجب مُلاحظة متى تسوء العَرّات عندَ الطفل. ويكون بإمكان الآباء أحياناً أن يجدوا المثيرات. وبالإمكان مُساعدة الطفل على تجنّبها. بيد أنّ العَرّات الحاصلة بسبب مُتلازمة توريت تأتي وتذهب، وقد تكون معرفة سبب تدهورها صَعبة أحياناً. يستطيع المعلِّمون مُساعدة الطفل المصاب بمُتلازمة توريت في المدرسة؛ فبإمكانهم:

- إعطاء الطفل المزيد من الوقت للقيام بالاختبارات الكتابية .
- السماح للطفل باستخدام كمبيوتر أو تقييمات شَفويّة بدل كتابتها باليد في حال أثّرت العَرّات في الكتابة .
- تأمين مَقعد للطفل يكون فيه القليل من الملهيات وبعض الخُصوصيّة .
- السماحُ بفواصل راحة مُتكرّرة عند الحاجة .
- السماح للطفل بالخروج من الصف إذا أراد أن يتجوّل أو أراد أن تحدث العَرّات وهو منفرد بذاته .
- أن يكون نموذجاً على التقبّل. فمن المهمّ على المعلمين أن يمنعوا باقي الأطفال من إزعاج الطفل .
- تأمين دروس خاصّة أو صُفوف خاصّة عند الحاجة .

لا يوجد دواء بإمكانه إيقاف أعراض مُتلازمة توريت تماماً، غير أنّ بعض الأدوية قد تُساعد على ضَبط العَرّات أو تقليلها. كما بإمكانها تقليل الأعراض أو الاضطرابات المرافقة، مثل اضطراب نَقص الانتباه مَع فَرط النَّشاط أو الاضطراب الوسواسي القَهري. يمكن استخدام العقاقير التي تحصرُ الناقِل العصبي "الدوبامين" في الدماغ بهدف السيطرة على العَرّات. قد تُساعدُ حُقنةُ ذيفان الوَشيقة من النوع A البوتوكسBotox ، في العَرّات البسيطة أو الصوتيّة، على تسكين العَرّة.

وهو يُحقّن في العَضلة المصابة. تُستخدَمُ الأدوية المنبّهة أحياناً للمُساعدة على زيادة الانتباه والتركيز عند المصابين باضطراب نَقص الانتباه مَع فَرط النَّشاط. وتتضمّنُ تلك الأدوية الريتالين Ritalin والأديرال Adderall كما يمكنُ أن تُساعدُ المثبطات الأدرينالية المركزيّة على ضَبط الأعراض السلوكيّة، مثل مشاكل ضبط الاندفاع ونوبات الهياج. قد تُساعدُ مُضادَّات الاكتئاب على ضَبط أعراض الحزن والقلق والاضطراب الوِسواسي القَهري. كما قد تُساعد المعالجة النفسيّة المصاب بمُتلازمة توريت على التعامل مع اضطراب نَقص الانتباه مَع فَرط النَّشاط أو الوِسواس أو الاكتئاب أو القلق. قد يُساعد أحد أشكال المعالجة السلوكية التي تُعرَف باسم تدريب عَكس العادة على تخفيف العَرّات. وبإمكان مريض مُتلازمة توريت تحديد الاندفاعات المنذرة. وسوف يتعلّم كيفَ يستجيب لتلك الاندفاعات بالقيام بحركات تمنع حدوث العَرّة. يمكنُ اللجوء لتنبيه الدماغ العميق في العَرّات الشديدة التي لا تستجيبُ للعلاجات الأخرى، حيثُ يُغرَسُ جهازٌ طبي في الدماغ. ويرسلُ الجهاز تنبيه كهربائيا إلى المناطق المستهدَفة في الدماغ للسيطرة على الحَرَكة .

15–متلازمة تيرنر:



الصورة رقم (15) متلازمة تيرنر

متلازمةُ تيرنر هي اضطرابٌ يؤثِّر في تطوُّر الفتيات؛ والسببُ هو نقص الصبغي X أو انعدامه عند الإناث. وتكون الفتيات المصابات به قصيرات القامة ولا تعمل المبايض عندهن بطريقة صحيحة، وبذلك تكون معظمهن عقيمات، وهن معرَّضات لمشاكل أخرى متعلقة بصحتهن، مثل: ارتفاع ضغط الدم ومشاكل في الكلية والسكري والساد أو الكتاراكت، وهو تغيُّم أو إعتام في عدسة العين وتخلخل أو هشاشة العظام ومشاكل الغدة الدرقية.

هناك سماتٌ جسدية نموذجية أخرى لمتلازمة تيرنر وهي :

- عنق قصير و"متغضن" يحتوي على طيات جلدية من أعلى الكتفين إلى حواف العنق.
- خط الشعر منخفض من الخلف.

- أذنان منخفضتان.
- انتفاخ اليدين والقدمين.

لا يوجد علاج يشفي متلازمة تيرنر، لكن هناك علاجات للأعراض؛ فغالباً ما يساعد هرمون النمو الفتيات على الوصول إلى طول قامة قريب من المعدل الوسطي، كما قد تساعد الهرمونات البديلة على تحفيز التطور الجنسي، وتستطيع التقنيات التي تساعد على الإنجاب أن تعين بعض النساء المصابات بمتلازمة تيرنر على الحمل.

16–متلازمة شوغرين:

الصورة رقم (16) متلازمة شوغرين

أولاً: تعريف:

مُتلازمة شوغرين مرضٌ يُصيبُ الغُدَد المسؤولة عن الترطيب. وتتسبّب في المقامِ الأوّل بجفاف في الفم والعينين. كما قَد تُؤدّي مُتلازِمة شوغرين إلى جَفاف في أماكن أخرى تحتاج إلى الرطوبة، مثلَ الأنف والحَلق والجلد. تَرتبطُ مُتلازمة شوغرين

أحياناً مع اضطِرابات في العِظام أو العَضلات، مثل التهاب المِفاصل الرّوماتويديّ. مُتلازمة شوغرين، مثلها مِثل التهاب المِفاصل الرّوماتويديّ، هي مرض مناعي ذاتيّ. سيقومُ الجهاز المناعيّ، الذي من المفروض أن يُقاوم الأمراض، في حالِ الإصابة بمرض مناعي ذاتيّ بمهاجَمةِ أجزاء من الجِسم عن طريق الخطأ. يَكون مُعظم المصابين بمُتلازمة شوغرين قادرين على أن يحيوا حياةً طبيعيّة مع القليل جداً من التّعديلات. يَجب إيلاء اهتمام خاصّ للتّعامل مع جَفاف العَينين وجفاف الفم، غير أنَّ هذين العرضين ينصرفان غالباً مع مرور الوقت .

ثانياً: الأعراض:

العرَضان الرّئيسيّان لمتلازمة شوغرين هما:

- جَفاف العينين .
- جَفاف الفم .

كما يمكن لمتلازمَة شوغرين أن تُصيب أجزاء أخرى من الجِسم. ويَتضمّن هذا الجلد والمفاصل والرئتين والكليتين والأوعِية الدَّمويّة والأعضاء الهَضميّة والأعصاب. وقد تشتملُ الأعراض عِندَ إصابة أجزاء أخرى من الجسم على:

- جَفاف الجلد .
- سُعال مُزمن جافّ .
- ألم في المفاصِل والعَضلات .
- خدر ووَخز في الذّراعين والرّجلين .
- طَفَح جلديّ .
- اضطرابات في الغُدّة الدّرقيّة .
- جفاف مَهبِلي .

كما قد تجعل مُتلازمَة شوغرين المصاب تَعِباً جدّاً. وبإمكانها أن تُتلف أعضاء هامّة في الجسم. قد يشكو بَعض النّاس من أعراض خَفيفة من جَفاف العينين والفم فقط. بينما قد يمرّ آخرون بفترات من الصِحّة الجيّدة التي تُتبَع بمرضٍ شَديد. يجب مُراجَعة مُقدِّم الرّعاية الصّحيّة عند وُجود أيّ ألم أو احمِرار في العَينين فوراً؛ فقد يكونُ ذلك علامةً على وُجود عَدوى. يُساعدُ اللعاب في الحفاظ على الفم مُعافى. وبما أنّ مُتلازمَة شوغرين تُقلّل كميّة اللُّعاب في الفم، فسيكون عندَ

المصاب خُطورة أعلى للإصابة باضطرابات سنّيَّة. يجب على المريض، من أجل تَقليل خُطورة الإصابة بتسوس أسنان ومَشاكل سِنيّة أخرى، أن يولي اهتماماً كبيراً بالنّظافة الفمويّة وبالعناية السنيّة المنتظمة .

❖ المُضاعفات

قد تنشأ عندَ المصابين بمُتلازمَة شوغرين مُضاعفات شَديدَة. وتتضمَن تلكَ المضاعفات ما يلي:

- لِمفومَة، أو سَرَطان في الجِهاز اللمفي .
- عَدوى في الغدّتين النّكفِيّتين، وهما غُدّتان على مَقرِبة من الفك .
- أورام في الغُدّتين النكَفيَّتين .

اللمفومَة هو سَرطان يُصيبُ الجِهاز اللمفيّ. يقوم هذا الجِهاز بدورٍ هامّ في الحفاظ على صِحَّة الجِسم. وأظهَرت بَعضُ البُحوث أنَّ خُطورة نُشوء لِمفومَة أعلى عند المصابين بمُتلازمَة شوغرين مُقارنةً ببقية الناس. قد تشمل أعراض اللِّمفومَة:

- كُتلة كَبيرَة أو تَوَرُّم في العُنُق أو تحت أحد الذّراعين أو الناحية الأربية (أعلى الفخذ) .
- ألم أو خدر أو وَخز في أحد الذّراعين أو الرّجلين .
- تَعَب .
- حُمّى أو تَعرّق ليلي غير مُفسّرين .
- نقص وَزن غير مُفَسّر .

يجب مُراجعة مُقدّم الرّعاية الصّحيّة في حال وُجود أيّ من تلكَ الأعراض. تتسبّب عدوى الغُدتين المِطنّتين لجانب الفك، واللتان تُعرَفان باسم الغدّتين النّكفيّتين، بتورُّم وألم واحمِرار وسُخونة على أحد جانبيّ الوَجه. يمكن لتطبيق الحَرارة والتّمسيد على طول الخط الفكّي أن يُساعد، كما يُمكنُ أن يَقي من هذه المضاعَفَة. تتمثّل مُضاعفةٌ أخرى لمتلازمَة شوغرين في الأورام النّكفيّة. تُصبحُ الغُدّتان النّكفيّتان عندَ حُدوث ذلك مُتَضخّمتين وقاسيتين بشكل غير طبيعي. كما أنَّ هناك خُطورَة في حدوث مُضاعفات عندَ الحمل. يَكونُ لدى الأطفال المولودين لأمّهات مُصابات بمُتلازمَة شوغرين مَخاطر أكثر من المعتاد للإصابة بذئبة الوَليد وإحصار القَلب الخلقيّ. ولكن، لن يُصاب كلّ طِفلٍ يُولد لأمٍّ مُصابةٍ بمُتلازمَة شوغرين بتلكَ المشكلات .

ثالثاً: الأسباب:

مُتلازمَة شوغرين هي مرض مناعي ذاتيّ. من المفترَض أن يُقاوم الجهاز المناعيّ المرَض عن طريق قتل الفيروسات والجَراثيم الضّارّة. لكن يَقوم الجهاز المناعيّ في أمراض المناعة الذّاتيّة بمهاجمة أجزاء من الجِسم عن طريق الخطأ. في مُتلازمَة شوغرين، يُهاجم الجِهاز المناعيّ غُدداً مُعيّنة. الغُدد هي أعضاء تَصنع مادّةً واحدةً أو أكثر، مثل الهرمونات أو العُصارات الهَضميّة أو العَرَق أو الدّموع أو اللعاب أو الحليب. تنفتحُ بَعضُ الغُدَد في أماكن داخل الجسم، بينما تنفتحُ غُدد أخرى على مناطق خارج الجِسم. تَصنع الغُدد التي تتأثَّرُ بمُتلازمَة شوغرين الدّمع واللعاب. كما قد تُؤثّرُ مُتلازمَةُ شوغرين في المفاصِل والرّئتين والكليتين والأوعية الدَّمويّة والأعضاء الهَضميّة والأعصاب. لا يَعرف مُقدّمو الرّعاية الصّحيّة السّببَ الدّقيق لمتلازمَة شوغرين. إنهم يَعتقدون بأنّها قد تَحدث بِسبب توليفَة من أمرين:

- الجينات، أو المادة الجينيّة التي تعبرُ من الآباء إلى الذريّة .
- التّعرّض لشيءٍ ما مثلَ فيروس أو جَراثيم .

❖ عوامِل الخُطورة

رغم أنّ مُقدّمي الرّعاية الصّحية غير واثقين من المسبِّب الدَّقيق لمتلازمة شوغرين، إلا أنَّهم اكتشفوا عَوامِل مُعيّنة تَرفعُ خُطورة إصابة الشّخص بالمرض. وهي تُعرَفُ باسم عَوامل الخُطورة. احتمال إصابة النّساء بمُتلازمَة شوغرين أعلى بتسع مرّات ممّا عندَ الرّجال. وهذا يعني أنَّ الجنس الأنثوي هوَ عامِل خُطورة للإصابة بمُتلازمَة شوغرين. العمر هو عامل خُطورة آخر للإصابة بمُتلازمَة شوغرين. يكون مُعظم المرضى بعمر أكبر من 40 سَنَة في وقتِ التّشخيص. تنشأ مُتلازمَة شوغرين في بَعض الأحيان كمُضاعفة لمرض مناعي ذاتيّ آخر. ويُعرَف ذلك باسم مُتلازمَة شوغرين الثّانويّة. لدى المصابين باضطرابات مَناعة ذاتيّة خُطورة أكبر للإصابة مُتلازمَة شوغرين. لن يُصابَ كلّ شخصٍ عندَهُ عامِل خُطورة للإصابة بمُتلازمَة شوغرين بالمرض. كما يُمكن لأشخاص ليسَ عندهم عَوامل خُطورة أن يُصابوا بمُتلازمَة شوغرين .

رابعاً: العِلاج:

ليسَ هناك علاجٌ شافٍ مَعروف لمتلازمَة شوغرين، وليسَ هُناك علاجٌ محدَّد لاستعادة إفراز الغُدَد. قد يَختلفُ العلاج بحسبِ كلّ شَخص. ويَعتمدُ هذا على أيّ أجزاء الجسم هي التي أُصيبَت. يُركّزُ العِلاج غالباً على التَّخلُّص من الأعراض. وقد تُساعد العناية الدَّاعمة المصاب بمُتلازمَة شوغرين على الشّعور براحةٍ أكبَر، وعلى تحسين جودة حياته. قد يتضمّن العِلاج أدوية:

- لألم المفاصِل أو العَضلات، مثل الأسبرين والإيبوبروفين .

- للمُساعدَة على صُنع المزيد من اللعاب .
- تلك التي تكبحُ الالتهاب مثل الكورتيكوستيرويدات .
- تلكَ التي تَكبح الجِهاز المناعيّ .
- قد يتضمّن علاج جَفاف العينين: قَطرات ومَراهِم عينيّة .
- أدوية تخفّف الالتهاب في العَين .
- مادّة كيميائيّة تُرطّب سَطح العَين وتمنَع الدّموع الطّبيعيّة من الجَفاف بِسُرعة .
- جراحَة لإغلاق قنوات الدّمع التي تُصرّف الدّموع من العَين .
- قد يَضمّ عِلاجُ جَفاف الفم: مَضغ علكة خالية من السّكّر أو مصّ حلوى قاسيّة خالية من السّكّر .
- رَشف ماء أو شَراب خالٍ من السّكّر كثيراً لترطيب الفم .
- استخدامُ لُعاب بَديل يَصفه مُقدّم الرّعاية الصّحيّة كي يصبح الفم رطباً .
- استخدام دواء لمساعدة الفم على تَصنيع المزيد من اللعاب .

يُمكن أن يُصاب الأشخاص ذوو الفم الجاف بعدوى فم بسهولة. يجبُ إخبار مُقدّم الرّعاية الصّحيّة فيما لو كان لدى المريض لُطَخ بيضاء أو مناطق حمراء حارقة في الفم. تتحسّن الأعراضُ أحياناً بالعناية الدّاعمَة. بيدِ أنَّ بعض المرضى قد لا يستجيبون للعِناية الدّاعمَة، ويستمرونّ بالتعامل مع إصابتهم بتغيّم الرّؤية وانزعاج عينيّ مُستمرّ وعدوى فمويّة ناكسة وتورّم الغدّتين النكفيَّتين وبحّة صوت وصُعوبة في البَلع والأكل. يمكن أن تتسبّب بعضُ الأدوية بجفاف العين والفم. وقد يَكونُ هُناك حاجة لتعديل الأدويَة.

17–متلازمة داون:

الصورة رقم (17) متلازمة داون

أولاً: تعريف:

متلازمة داون هي حالةٌ طبية يولد الطفلُ المصاب بها وهو يحمل صبغياتٍ زائدة. والصبغياتُ هي مواد جينية في خلايا الجسم. إن في كل خليةٍ بشرية ستةً وأربعين صبغياً. تحدد الجينات على الصبغيات كيفية تشكُّل الجسم ونموه. إن الأشخاص المصابين بمتلازمة داون يملكون نسخةً إضافية من الصبغي رقم 21. إنَّ الصبغي الإضافي 21 في الأطفال المصابين بمتلازمة داون يسبب حدوث تغيُّرات في تطوُّر الجسم والدماغ. وهذا ما يؤدِّي إلى مشكلاتٍ عقليةٍ وجسدية لدى الطفل. يكون لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة داون عادةً مشكلاتٌ صحيةٌ أخرى ناتجةٌ عن وجود الصبغي الإضافي. وقد تشتمل هذه المشكلاتُ على ما يلي:

- عيب ولادي في القلب .
- مشكلات عينية .
- مشكلات السمع .
- مشكلات معويَّة .
- مشكلات في الهيكل العظمي .

- مشكلات الدَّرق .

وهناك أمثلةٌ محدَّدة على المشكلات الصحية الشائعة التي تصيب مرضى متلازمة داون. ومن بينها:

- السَّاد .
- الداء البطني .
- الخَرَف .
- انقطاع النفس النومي .

يكون العمرُ المتوقَّع لمرضى متلازمة داون خمسةً وخمسين عاماً تقريباً. لكن كثير منهم يعيشون حتى يبلغون الستين أو السبعين من العمر .

ثانياً: الأعراض:

هناك سماتٌ جسديةٌ وعقليةٌ مشتركة تجمع بين الأشخاص المصابين بمتلازمة داون. لكن أعراض متلازمة داون يمكن أن تتراوح من أعراضٍ خفيفةٍ إلى أعراضٍ شديدة. كما أنَّ التطوُّرَ العقلي والجسدي لدى مرضى متلازمة داون يكون أبطأ مما نجده لدى الأشخاص الطبيعيين. تسبِّب متلازمةُ داون مظهراً جسدياً مميزاً للمريض. ومن العلامات الجسدية الشائعة لمتلازمة داون:

- شكل غريب للأذنين .
- خط عميق في راحة اليد .
- وجه مسطَّح مع ميل العينين قليلاً إلى الأعلى .
- لسان ضخم .
- رقبة قصيرة .

هناك علاماتٌ جسديةٌ أخرى لمتلازمة داون، ومنها:

- ضعف البنية العضلية .
- صغر حجم اليدين والساقين .
- يكون أصبع الخنصر صغيرا وأحياناً منحنياً قليلاً في اتجاه الإبهام .

- بقع بيضاء على الأجزاء الملوَّنة من العين .

إن متلازمة داون تسبِّب بطء نمو الأطفال. وغالباً ما يكون الأطفالُ المصابين بمتلازمة داون أقصر من الأطفال الآخرين في السن نفسه. كما أنَّ الأطفالَ المصابين بهذه المتلازمة يبلغون علامات النمو الرئيسية المعروفة، من قبيل الجلوس أو الزحف، في سنٍّ مضاعفة بالمقارنة مع سن بلوغها من قبل الأطفال الطبيعيين. تكون لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة داون عادةً إعاقاتٌ تطوُّرية فكرية خفيفة أو معتدلة. وقد يتأخَّر لديهم الكلام أيضاً. ومن الممكن أن يكون تطورهم الحركي بطيئاً. والتطوُّرُ الحركي هو القدرة على التحكم بحركة العضلات .

ثالثاً: الأسباب:

حتَّى نفهمَ سببَ متلازمة داون، فإن علينا أن نفهم كيفية عمل الجينات؛ لأنَّ متلازمة داون اضطرابٌ جيني. إن الجينات هي المسؤولة عن قيام الجسمِ ببناء بعض المواد. ولدى كل إنسان آلاف من هذه الجينات. إن جيناتنا هي ما تمنحنا مظهرنا وهي ما يؤثِّر في صحتنا أيضاً. إن الجينات موجودةٌ على الصبغيَّات. ولدى كل إنسان ثلاثة وعشرون زوجاً من هذه الصبغيات. وهذا يعني أنَّ لدى كل إنسان ستةً وأربعين صبغياً. عندما يُولد الطفل، فإنَّ كل زوج من أزواج الصبغيات لديه يكون نصفه آتياً من أبيه والنصف الآخر آتياً من أمه. يأتي ثلاثةٌ وعشرون صبغياً من بيضة الأم، ويأتي ثلاثةٌ وعشرون صبغياً من نطفة الأب. تنجم متلازمةُ داون عن وجود صبغي زائد. وهذا الصبغي الزائد هو الصبغي رقم 21. هذا يعني أنَّ الطفل المصاب بهذه المتلازمة يكون لديه ثلاثة صبغيات برقم 21 بدلاً من اثنين فقط. وتُدعى النسخ الثلاث من الصبغي رقم 21 باسم تَثلُّث الصبغي 21. يكون لدى الشخص المصاب بمتلازمة داون سبعة وأربعون صبغياً بدلاً من ستةٍ وأربعين. إن هذا الصبغي الزائد هو المسؤول عن العلامات الجسدية وعن المشكلات الأخرى التي تصيب المريض .

رابعاً: العلاج:

إنَّ شفاء متلازمة داون أمرٌ مستحيل. لكن مرضى كثيرين يتمكنون، بفعل المعالجة المبكرة، من عيش حياة سعيدة منتجة. غالباً ما تشتمل معالجةُ متلازمة داون على المعالجة الكلامية اللغوية، والمعالجة المهنية، والتمارين الرياضية من أجل تطوير المهارات الحركية. خلال المعالجة الكلامية اللغوية، يعمل الطبيب المتخصص في المعالجة الكلامية اللغوية مع المريض من أجل مساعدته على إصدار أصوات معينة. إن هذه المعالجة تساعد المريض على الكلام والفهم والقراءة

والكتابة. تفيد المعالجةُ المهنية لمساعدة المرضى في تعلم الاهتمام بأنفسهم. وهي تركز على النشاطات اليومية وعلى تطوير الثقة بالنفس حتى يتمكن مريض متلازمة داون من أن يكون مستقلاً. إن التمارين الرياضية الرامية إلى تطوير المهارات الحركية قادرةٌ على المساعدة في تقوية أداء العضلات. وهذا ما يمكن أن يؤدِّي أيضاً إلى تحسُّن ضبط العضلات لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة داون. يمكن مساعدة الأطفال المصابين بمتلازمة داون من خلال التعليم الخاص. كثير من الأطفال يمكنهم الاندماج بشكل جيد ضمن الفصول المدرسية النظامية .

تشتمل معالجة متلازمة داون أيضاً على الرعاية الطبية من أجل المشكلات الصحية الشائعة لدى الأشخاص المصابين بهذه المتلازمة. وتعتمد هذه المعالجاتُ على حالة المريض الطبية. لابدَّ من استشارة الطبيب من أجل مزيدٍ من المعلومات.

18-متلازمة راي:

الصورة رقم (18) متلازمة راي

أولاً: تعريف:

متلازمةُ راي هي مرض نادر، لكنَّه خطير. ومن الممكن أن يسبب هذا المرض تورماً وانتفاخاً في الكبد والدماغ. ومع أنَّ معظمَ الحالات تصيب الأطفال والمراهقين، إلاَّ أنَّ أي شخص يمكن أن يُصابَ بهذه المتلازمة. علاماتُ واعراض متلازمة راي، كالتشوش والنوبات وفقدان الوعي، تتطلب رعاية طبية إسعافية. كما أنَّ تشخيص هذه المتلازمة ومعالجتها في وقت مبكر يمكن أن ينقذ حياةَ الطفل. من الممكن أن تصيب متلازمةُ راي الدمَ والكبد والدماغ لدى شخص

أصيب بعدوى فيروسية منذ فترة قصيرة. وهي تأتي في أعقاب مرض آخر دائماً. من الممكن أن تحدث متلازمة راي بعد الأمراض التالية:

- عدوى السُّبُل التنفسية العلوية، كالزكام مثلاً .
- الحُماق (الجدري المائي) .
- الأنفلونزا .

غالباً ما تصيب متلازمة راي الأطفال والمراهقين. لكن يمكن أن يصاب بها اي شخص. ويعدُّ الأشخاص الذين يعانون اضطرابات استقلابية (التمثيل الغذائي) معرضين لخطر أكبر من حيث الإصابة بمتلازمة راي. تؤدِّي متلازمةُ راي إلى انخفاض مستويات السكر في الدم. كما تؤدي إلى زيادة مستويات الأمونيا والحموضة في الدم أيضاً. وفي الوقت نفسه، فإنَّ الكبد يمكن أن ينتفخ ويحدث فيه تراكمات أو رواسب شحمية. قد يصيبَ التورم دماغ المريض أيضاً. وهذا ما قد يؤدي إلى نوبات صرعية واختلاجات، أو إلى فقدان الوعي. قد تؤدِّي متلازمة راي إلى إصابة الدماغ والكبد وتؤدي الي الوفاة. أما إذا تم اكتشاف هذه المتلازمة ومعالجتها في وقت مبكِّر، فإن معظم المرضى يشفون خلال أسابيع قليلة من غير التعرُّض إلى أي مشكلات صحية دائمة .

ثانياً: الأعراض:

غالباً ما تظهر أعراض متلازمة راي وعلاماتها بعد ثلاثة أيام إلى خمسة أيام من العدوى الفيروسية. من بين الأعراض الأولى لمتلازمة راي:

- سرعة التنفُّس .
- غثيان وتقيؤ وإسهال .
- الإحساس بالنعاس الدائم أو بانعدام الطاقة .

ومع تطوُّر الحالة، فإن علامات متلازمة راي وأعراضها تصبح أكثر خطورة. وقد تشتمل على ما يلي:

- الارتباك والهلوسة .
- فقدان الوعي .
- نوبات وغيبوبة .

- تعب .
- سلوك عنيف أو سلوك غير منطقي .
- ضعف أو شلل في الذراعين والساقين .

تتطلَّب هذه الأعراضُ لمعالجة طبية إسعافية. من الممكن أن ينجح التشخيص المبكر والمعالجة المبكِّرة لمتلازمة راي في إنقاذ حياة الطفل. وإذا ظن المرء أن طفله مصاب بهذه المتلازمة، فمن الضروري أن يتصرف بسرعة .

ثالثاً: الأسباب:

سببُ متلازمة راي غير معروف. لكنَّ الدراسات تظهر أنَّ تناول الأسبرين يزيد من خطر الإصابة بهذه المتلازمة. قد تبدأ متلازمةُ راي بفعل استخدام الأسبرين من أجل معالجة العدوى الفيروسية. ومن الأمثلة على حالات العدوى الفيروسية هذه الأنفلونزا والجديري المائي. تمت الموافقة على استخدامُ الأسبرين لدى الأطفال الذين تجاوزوا سنتين من العمر. لكنَّ الأطفالَ والمراهقين الذين يمرُّون بطور الشفاء من الحُماق (الجدري المائي) أو أي عدوى فيروسية أخرى، مثل الأنفلونزا، لا يجوز أن يتناولوا الأسبرين أيضاً. ويوصي الأطباء بأدوية أخرى من أجل تخفيف الألم لدى هؤلاء الشباب المرضى. غالباً ما تظهر متلازمة راي لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب أكسدة الأحماض الدهنية. وهذه الاضطرابات هي مجموعة من الاضطرابات الاستقلابية (الايض) الوراثية. وهي تؤدِّي إلى جعل الجسم غير قادر على تفكيك الأحماض الدهنية. وهناك اختبار لابدَّ من إجرائه من أجل تقرير ما إذا كان الطفل مصاباً باضطراب أكسدة الأحماض الدهنية. إن التعرُّضُ لبعض السموم قد يسهم ايضا في الإصابة بمتلازمة راي. ومن هذه السموم:

- المبيدات النباتية .
- مبيدات الحشرات .
- المواد المستخدمة في إذابة الدهانات .

لا تنتقل متلازمةُ راي من طفل إلى آخر .

رابعاً: العلاج:

ينجو معظمُ الأطفال والمراهقين الذين يصابون بمتلازمة راي. لكن من المحتمل أن يحدثَ ضرر دائم للدماغ. ومن غير التشخيص والمعالجة الملائمين، فإنَّ متلازمة راي يمكن أن تسبب الموت خلال أيام معدودة. تجري معالجة متلازمة راي

في المستشفى. وأما الحالات الشديدة منها فقد تتطلب معالجة المريض في وحدة الرعاية المركزة. ويقوم الأطباء بمراقبة ضغط الدم وبقية العلامات الحيوية مراقبة لصيقة مستمرة. من الممكن أن تشتمل المعالجة على ما يلي: مساعدة تنفسية باستخدام المنفسة (جهاز التنفس الصناعي) الإدرار البولي إعطاء سوائل عن طريق الوريد. أدوية من أجل الوقاية من النوبات الصرعية. أدوية من أجل الوقاية من النزف .

خامساً: الوقاية:

إن الخطوة الأكثر أهمية للوقاية من متلازمة راي هي عدم إعطاء الأسبرين إلى أي مريض يقلُّ عمره عن عشرين عاماً. وهذا ما يشتمل أيضاً على أي منتجات تحوي الأسبرين. يجب سؤال مقدم الرعاية الصحية عن الدواء قبل تناوله. لا يجوز أبداً أن يتناول الأطفال والمراهقين الذين يمرون بمرحلة الشفاء من الحُماق (الجديري المائي)، أو من أي عدوى فيروسية، أو من أي أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا، أن يتناولوا الأسبرين. وهذا ما يشتمل على الأسبرين العادي، بالإضافة إلى الأدوية التي تحتوي على مادة الأسبرين أيضاً. يجب التحقُّقُ دائماً من لصاقة الدواء قبل إعطائه للطفل. كما يجب التحقق من لصاقات جميع الأدوية التي تُباع من غير وصفة طبية، وبدائل الأدوية أيضاً، وكذلك الأدوية العشبية. من الممكن أن يوجد الأسبرين في أدوية لا يتوقع المرء وجوده فيها، وذلك كدواء الكا سيلتزر-Alka) (Seltzer®.في بعض الأحيان يحمل الأسبرين أسماء أخرى. ومن الأسماء الأخرى للأسبرين:

- حمض أسيتيل ساليسيليك .
- أسيتيل ساليسيلات .
- حمض الساليسيليك .
- ساليسيلات .

يجب استخدام أدوية أخرى من أجل خفض حرارة الحمى المرتفعة أو من أجل تخفيف الألم إذا كان الطفل مصاباً بالأنفلونزا أو الحُماق (الجدري المائي) أو أي مرض فيروسي آخر. ومن الأدوية الأخرى التي يمكن استخدامها:

- أسيتامينوفين .
- إيبوبروفن .
- نابروكسين .

تقوم بعضُ المستشفيات بفحص المولودين حديثاً بحثاً عن وجود اضطرابات أكسدة الأحماض الدهنية. ويهدف هذا الإجراء إلى التحقُّق مما إذا كان الطفل معرَّضاً لخطر الإصابة بمتلازمة راي. ولا يجوز أبداً أن يتناول الطفل الذي يعرف الطبيب أن لديه اضطرابات أكسدة الأحماض الدهنية مادة الأسبرين أو أي منتجات تحتوي على الأسبرين. إنَّ الأطفالَ والمراهقين الذين يعانون بعض الأمراض المزمنة يمكن أن يحتاجوا إلى معالجة لفترة طويلة بالأدوية التي تحتوي على الأسبرين. وهذا ما يدعى باسم "المعالجة بالأسبرين". إذا كان الطفلُ في حاجة إلى معالجة بالأسبرين، فيجب التأكد من أن لقاحاته سارية المفعول. ويجب أن يتلقى الطفل جرعتين من لقاح الحُماق (الجدري المائي)، بالإضافة إلى تلقي لقاح الأنفلونزا كل سنة. إن وقاية الطفل من هذين المرضين الفيروسيين يمكن أن يساعد على وقايته من الإصابة بمتلازمة راي.

19–متلازمة ريت:

الصورة رقم (19) متلازمة ريت

أولاً: تعريف:

متلازمةُ ريت هي اضطرابٌ جيني نادر. وهي تؤثِّر في طريقة تطور الدماغ. كما أنَّها تصيب الفتيات غالباً. يبدو نمو وتطور معظم الأطفال المصابين بمتلازمة ريت عادياً في البداية. لكنَّ الأعراضَ تبدأ بالظهور بعد الشهر السادس من العمر. ومع مرور الوقت، فإنَّ الطفلَ المصاب بمتلازمة ريت تظهر لديه مشكلات في الحركة والتنسيق والتواصل .

ثانياً: الأعراض:

متلازمةُ ريت هي اضطرابٌ يصيب الجهازَ العصبي. ويؤدِّي إلى حالات أعتكاس نمائي. وهذا يعني أنَّ الطفلَ يفقد بعض المهارات مع تقدُّمه في العمر. وتكون مهاراتُ التواصل ومهارات استخدام اليدين هي الأكثر تأثُّراً. يبدو الأطفالُ

المصابون بمتلازمة ريت أصحَّاء معافين في البداية. ويُولَدون بعد حمل وولادة طبيعيين أيضاً. ويبدو نمو معظمهم وتطوُّره السلوكي طبيعياً خلال الأشهر الستة الأولى من العمر. يبدأ ظهورُ أعراض متلازمة ريت بعد الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل. ويحدث التغيُّرُ الأكثر وضوحاً ما بين السنة والسنة والنصف من عمر الطفل. وتظهر هذه التغيُّرات وتتضح خلال أسابيع أو أشهر. يتباطأ نمو الدماغ لدى الاطفال المصابين بمتلازمة ريت تكون العلامةُ الأولى لوجود هذا الاضطراب هي صِغَر حجم رأس الطفل عن الحجم المعتاد عادة. كما يمكن أن يظهر ما يشير إلى تأخُّر نمو بعض أجزاء الجسم الأخرى أيضاً. من أعراض متلازمة ريت الأخرى:

- تباطؤ النمو .
- فقدان الحركة والتنسيق المألوفين .
- فقدان قدرات التواصل والتفكير .
- حركات غريبة لليدين .
- حركات غير معتادة للعينين، كالتحديق الشديد، أو الرفرفة في العينين، أو تقلص العينين .

يحدث فقدانُ القدرات على نحو سريع في البداية. وبعد ذلك يستمر فقدانُها على نحو تدريجي. يبدأ فقدانُ المهارات الأكثر وضوحاً ما بين الشهر الثاني عشر والشهر الثامن عشر من عمر الطفل عادة. وغالباً ما تكون العلاماتُ الأولى هي فقدان التحكُّم في حركة اليدين وفقدان القدرة على الزحف أو المشي على نحو طبيعي. يبدأ الطفلُ المصاب بمتلازمة ريت بفقدان قدرته على الكلام عادة. تظهر تغيُّراتٌ مفاجئة لدى بعض الأطفال، كالفقدان المفاجئ للقدرة على الكلام مثلاً. وكذلك يمكن أن يفقدَ الطفل قدرته على التواصل بالطرق الأخرى أيضاً. يصبح الطفلُ المصاب بمتلازمة ريت أكثر قابلية للتهيج والانزعاج مع تقدُّمه في العمر. وقد تبدأ لديه فترات من البكاء والصراخ على نحو مفاجئ. وقد تستمرُّ هذه النوبات عدة ساعات. ومن الممكن أن يبدو على الطفل ما يلي:

- حركات وجه غريبة مفاجئة .
- ضحك أو بكاء من غير سبب .
- لعق اليدين .
- التمسُّك بالشعر أو بالملابس .

تظهر على معظم الأشخاص المصابين بمتلازمة ريت نوباتٌ في وقت من أوقات حياتهم. لكن الأعراض تختلف من شخص لآخر. ومن الممكن أن تتراوحَ من تشنجات عضلية متكررة إلى نوبات صرع. يعدُّ خَلَلُ النِّظم مشكلة خطيرة على حياة كثير من الأطفال والبالغين المصابين بمتلازمة ريت. ويسبب خَلَلُ النَّظم ضربات غير منتظمة للقلب. وقد تصبح ضرباتُ القلب أسرعَ بكثير أو أبطأ بكثير ممَّا يجب. من الممكن أن يؤدِّي خَلَلُ النَّظم إلى ألم صدري ودوخة وإغماء، إضافة إلى قِصَر النَّفس. كما يمكن أن تؤدي هذه الحالة إلى زيادة احتمال إصابة المريض بالفشل القلبي والسكتات والجلطات الدموية. هناك علاماتٌ أخرى لمتلازمة ريت. ويمكن أن تشتمل على ما يلي:

- مشكلات النوم .
- اتساع الخطوة عند المشي .
- المشي على أصابع القدمين .
- الضغط الشديد على الأسنان وصعوبة المضغ .
- إمساك .
- هشاشة العظام وترقُّقها .

-مراحل متلازمة ريت:

لمتلازمة ريت أربع مراحل. تُعرف المرحلةُ الأولى باسم مرحلة البدء المبكرة. وخلال هذه المرحلة، تكون علاماتُ متلازمة ريت وأعراضها بسيطة جداً. وهذا يعني أن من الصعب ملاحظتها. تبدأ المرحلةُ الأولى بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر من عمر الطفل. من الممكن أن يبدو على الأطفال في المرحلة الأولى من متلازمة ريت نقصٌ في التواصل عن طريق العينين، بالإضافة إلى فقدان الاهتمام بالألعاب. كما يمكن أيضاً أن يظهرَ لديهم تأخُّر في الجلوس أو الزحف. وقد يتحرَّكون بحركات نفضية. تُعرف المرحلةُ الثانية من متلازمة ريت باسم مرحلة التراجع السريع. وهي تبدأ بين السنة الأولى والسنة الرابعة من العمر. يفقد الطفل في هذه المرحلة قدرتَه على الكلام، وعلى استخدام اليدين فقداناً تدريجياً. يبدأ الطفلُ في المرحلة الثانية بتحريك يديه على نحو متكرِّر من غير هدف. وقد يمسك بيديه معاً خلف ظهره أو إلى جانبه. ومن الممكن أن تقوم اليدان عشوائياً بحركات اللمس والمسك والتصفيق والفرك والإفلات. تستمرُّ هذه الحركات في أثناء يقظة الطفل، لكنَّها تتوقف عند نومه. خلال المرحلة الثانية، يبدأ بعضُ الأطفال المصابين بمتلازمة ريت بحبس أنفاسهم أو بالتنفُّس السريع، أو فرط التهوية. وقد يزعقون أو يصرخون من غير سبب. ومن الصعب غالباً أن يتحرَّكَ الطفل في هذه المرحلة معتمداً على نفسه فقط. تُدعى المرحلةُ الثالثة من متلازمة ريت باسم مرحلة "الهضبة" أو المرحلة

شبه المستقرَّة. ويكون ذلك بين السنة الثانية والسنة العاشرة من عمر الطفل عادة. ومن الممكن أن تستمرَّ المرحلة الثالثة عدة سنوات. رغم استمرار مشكلات الحركة، فإنَّ السلوكَ يمكن أن يتحسن. غالباً ما يكون بكاءُ الطفل في المرحلة الثالثة أقل من ذي قبل، كما أنه يصبح أقل تهيجاً. ويتحسَّن التواصل عن طريق العينين خلال هذه المرحلة عادة. قد يُبدي الطفلُ في المرحلة الثالثة مزيداً من الاهتمام بما يحيط به. وقد يتحسَّن انتباهه ويقظته ومهارات التواصل لديه أيضاً. ويظل كثير من المرضى في هذه المرحلة معظمَ حياتهم. خلال المرحلة الأخيرة من متلازمة ريت، يكون من الصعب على المريض أن يتحرَّك. وقد يشعر بالضعف في عضلاته، كما قد يُصاب بالجَنَف. وفي هذه الحالة، يمكن أن تتخذَ الذراعُ أو الساق أو الجزء العلوي من الجسم وضعاً شاذاً. في المرحلة الرابعة، يمكن أن يصبحَ المريضُ الذي كان قادراً على المشي عاجزاً عنه. لكنَّ مهارات الفهم والتواصل والمهارات اليدوية لا تستمر في تراجعها خلال هذه المرحلة. وقد تزداد الحركةُ المتكرِّرة لليدين. كما يمكن أن يتحسَّنَ التواصل عن طريق العينين أيضاً. رغم إمكانية حدوث الوفاة المفاجئة، فإنَّ أمد العمر المتوقَّع لدى مرضى متلازمة ريت يتجاوز خمسين عاماً. ويكون المريض في حاجة إلى الرعاية طوالَ حياته عادة .

ثالثاً: الأسباب:

متلازمةُ ريت مرضٌ نادر. ومن المقدر أنها تصيب طفلة واحدة من أصل كل عشرة آلاف أو خمسة عشر ألف طفلة. وتصيب هذه المتلازمةُ الناسَ من مختلف الفئات العرقية والإثنية في العالم. متلازمةُ ريت اضطرابٌ جيني. لكنه لا يكون وراثياً في إلا في حالات معدودة. والمقصودُ بكلمة وراثي أنه ينتقل من الآباء إلى الأبناء. إن أقل من واحد بالمائة من الحالات هي وراثية. وأما معظم حالات متلازمة ريت فهي عفوية، أي أنها تحدث عشوائياً. هناك فحصٌ قبل الولادة متوفِّر من أجل العائلات التي لديها طفلة مصابة بمتلازمة ريت. لكنَّ خطرَ حصول الأسرة نفسها على طفلة ثانية مصابة بهذه المتلازمة يظل أقلَّ من واحد بالمائة. إنَّ معظمَ الأشخاص المصابين بمتلازمة ريت هم من الإناث. وتكون تركيبةُ الصبغيات لدى الذكور مختلفة عنها لدى الإناث. كما أنَّ معظمَ الأطفال المصابين بالطفرة الوراثية التي تؤدي إلى متلازمة ريت يتعرَّضون لإصابات خطيرة ويموتون قبل الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة. هناك عددٌ قليل جداً من الأطفال الذكور الذين تصيبهم أشكال أقل ضرراً من متلازمة ريت. وعلى نحو يماثل ما نراه لدى الطفلات المصابات بهذه المتلازمة، فإنَّ من المرجَّح أن يعيشَ هؤلاء الأطفال حتى البلوغ. لكنَّهم يظلون معرَّضين لخطر الإصابة بمجموعة من المشكلات الصحية والسلوكية. إنَّ حالات متلازمة ريت كلها تقريباً ناتجة عن طفرة في أحد الجينات. ونتيجة الطفرة، فإنَّ الجسمَ لا يقوم بإنتاج المقدار الكافي من البروتين، أو أنه يقوم بإنتاجه على نحو خاطئ. وهذا ما قد يجعل عملَ بعض الجينات الأخرى غير سليم. ليس كلُّ من تحدث لديه طفرة يصاب بمتلازمة ريت. لقد حدَّد العلماءُ طفراتٍ في

جينات أخرى لدى أشخاص مصابين بهذه المتلازمة. لكن العلماء ما زالوا يدرسون كيف أدَّت تلك الطفراتُ إلى ظهور هذا الاضطراب. يعتقد العلماءُ أنَّ الحالات الباقية يمكن أن تكون ناتجة عن طفرات جينية جزئية. وقد تكون ناتجةً أيضاً عن جينات أخرى لم يتوصَّل العلماء إلى تحديدها حتى الآن .

رابعاً: العلاج:

على الرغم من عدم وجود شفاء لمتلازمة ريت، إلاَّ أنَّ هناك أساليب معالجة محتملة تجري دراستها الآن. وأما المعالجةُ الحالية لمتلازمة ريت فهي تركِّز على تطوير مهارات الحركة والتواصل لدى المريض. كما تركِّز المعالجة أيضاً على توفير الرعاية والدعم للأطفال المصابين وعائلاتهم. تحتاج معالجةُ متلازمة ريت إلى العمل ضمن فريق. وهذا ما يشتمل على:

- الرعاية الطبية المنتظمة .
- إعطاء الأدوية لضبط الأعراض، كالنوبات وتيبُّس العضلات .
- المعالجة الفيزيائية والمهنية والكلامية .
- التدريب الأكاديمي والاجتماعي والمهني .
- الدعم الغذائي .

يمكن أن تكونَ المعالجةُ الفيزيائية واستخدام المثبِّتات والجبائر مفيدة للأطفال المصابين بالجَنَف. كما يمكن أن تفيدَ في تطوير مهارات المشي لديهم، بالإضافة إلى التوازن والمرونة. وإذا كانت الحركةُ المتكرِّرة للذراع واليد تسبِّب مشكلة، فمن الممكن استخدام أنواع من المثبِّتات للحدِّ من حركتها. تُستخدَم المعالجةُ المهنية من أجل تعليم الطفل المهارات الحياتية الضرورية. ومن الممكن أن تساعدَ على تطوير بعض المهارات لدى الطفل، كارتداء ملابسه أو إطعام نفسه أو القيام ببعض النشاطات الفنية الحرفية. قد تنجح المعالجةُ الكلامية في المساعدة على تحسين حياة الطفل من خلال تعليمه بعض الطرق للتواصل من غير كلام. وقد يتعلَّم الطفل استخدام عينيه ويديه للتواصل مع الآخرين. قد يحتاج بعضُ الأطفال المصابين بمتلازمة ريت إلى نظام غذائي غني بالسعرات الحرارية ومتوازن بشكل جيد. لكنَّ أطفالاً آخرين يمكن أن يحتاجوا إلى تغذية عن طريق أنبوب يوضع في الأنف أو يدخل إلى المعدة مباشرة. يحتاج الأطفالُ المصابون بمتلازمة ريت إلى المساعدة في معظم المهام اليومية، كتناول الطعام والمشي واستخدام المرحاض. ومن الممكن أن تكونَ هذه الرعايةُ المتواصلة مرهقةً للأهل ومتعبة من الناحية النفسية أيضاً. قد يلجأ الأهلُ إلى طلب مساعدة خارجية. وإذا كان الأهل مهتمين بأن يحصل طفلهم على الرعاية في المنزل، فعليهم أن يلتمسوا العونَ من أشخاص خارجيين. إنَّ هذا

يسمح للأهل بأن يناولوا قسطاً من الراحة لبعض الوقت. كما يمكن أن يدرسَ الأهلُ احتمالَ استخدام شخص مقيم يعتني بالمريض، وخاصَّة عند وصوله إلى مرحلة البلوغ. إنَّ التعرُّفَ على عائلات أخرى تعاني من مشكلات مماثلة يمكن أن يكونَ مفيداً للأسرة لتخفيف شعورها بالوحدة .

❖ المعالجة البديلة

بما أنَّ متلازمةَ ريت هي اضطراب شديد غير قابل للشفاء، فقد يبحث الأهل عن معالجات مكمِّلة وبديلة. وهدف هذه المعالجات هو تحسين نوعية حياة الطفل المريض. من الأمثلة على المعالجات التي تمت تجربتها على الأطفال المصابين بمتلازمة ريت: العلاج عن طريق الوخز بالإبر .

❖ المعالجة اليدوية

-إرخاء اللفافة العضلية، وهو معالجة عن طريق التدليك تساعد في إرخاء العضلات والمفاصل المتيبسة .

-اليوغا، وهي أسلوبٌ يعتمد على التمارين الرياضية والتأمل من أجل تحقيق التوازن في الجسم والعقل .

-المعالجة بمساعدة الحيوانات .

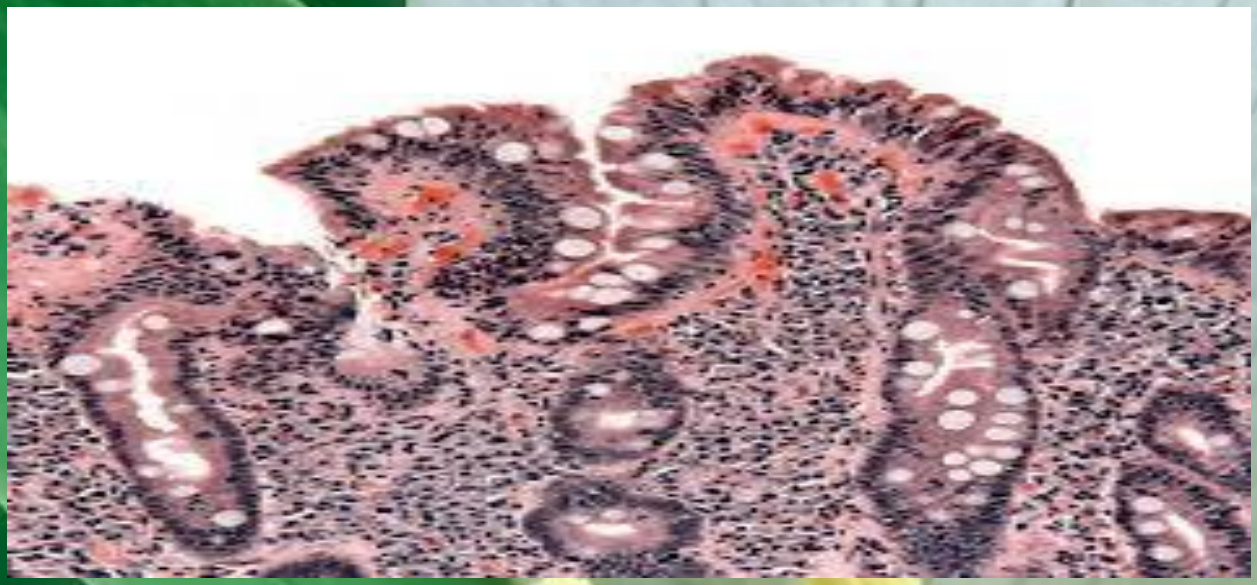
-التدريب على التكامل السمعي، وهو يستخدم الترددات الصوتية من أجل معالجة مشكلات الكلام واللغة .

-المعالجة بالموسيقى .

-المعالجة المائية، وهي تشتمل على استخدام السباحة أو الحركة بالماء .

لا توجد أدلَّةٌ كثيرة على أنَّ هذه الأساليب في المعالجة فعَّالة حقيقةً. لكنَّ أسرَ بعض الأطفال المرضى تقول إنها أعطت نتائج جيدة؛ فإذا ظن أهل الطفل المريض أن هذه الأشكال من المعالجة يمكن أن تكون مفيدة، فإن عليهم استشارة الطبيب لمعرفة فوائدها المحتملة.

20–متلازمة سوء الامتصاص:



الصورة رقم (20) متلازمة سوء الامتصاص

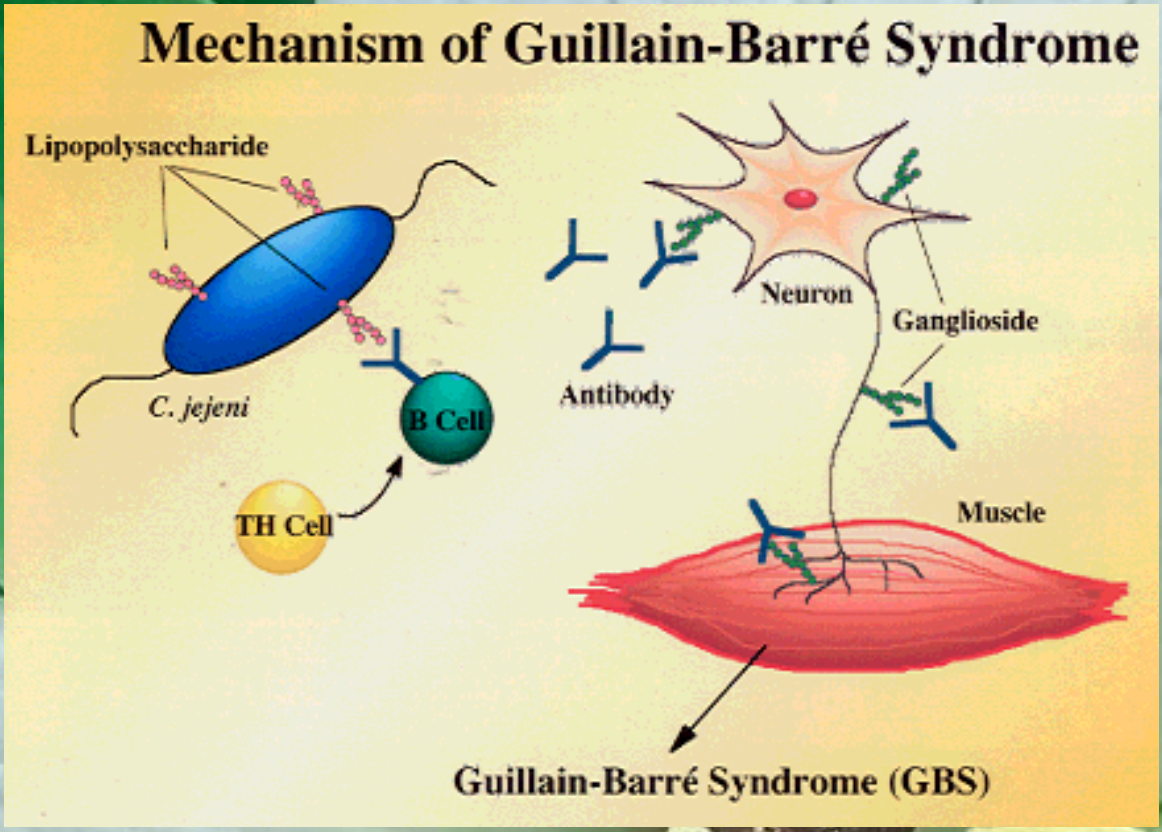
تقوم الأمعاءُ الدقيقة بمعظم عملية الهضم للأغذية التي يتناولها الإنسان، فإذا أصيب الإنسان بمتلازمة سوء الامتصاص، لا تستطيع الأمعاء الدقيقة امتصاص المواد المغذية من الطعام.

تتضمن أسباب متلازمة سوء الامتصاص:

- الداء البطني أو الزُّلاقي.
- عدم تحمُّل اللاكتوز.
- متلازمة الأمعاء القصيرة، وهي متلازمة تحدث بعد استئصال قسم كبير من الأمعاء الدقيقة.
- داء هوويبل، وهو مرض نادر تسببه العدوى بالجراثيم.
- أمراض وراثية.
- بعض الأدوية المحدَّدة.

تعتمد طريقةُ علاج متلازمة سوء الامتصاص على سبب نشوء هذه الحالة.

21–متلازمة غيان – باريه:



الصورة رقم (21) متلازمة غيان–باريه

أولاً: الأعصاب المُحيطيّة:

يُطلقُ على الدماغ والنخاع الشوكيّ مُجتمعين اسم "الجهاز العَصبيّ المركزي". ويُطلق على الأعصاب في باقي الجسم اسم "الجهاز العصبيّ المحيطي". الدماغُ هو مَركز قيادَة الجسم. وهو يتلقّى مَعلومات من أجزاء مُختلفَة من الجسم، ويُرسلُ أوامِر تخبرُ تلك الأجزاء بما عليها أن تَفعله. تنتقلُ الأوامرُ من الدّماغ عبرَ النخاع الشوكي. وتنتقلُ الأوامرُ من النخاع الشوكي إلى باقي أجزاء الجسم عبر الأعصاب المحيطية. يُطلق على الخلايا الرئيسيّة التي تُؤلّف الجهازَ العصبيّ اسم العصبونات (الخلايا العَصبية). وكلّ عَصبون له جسم ومِحوار (محوَر عصبيّ). المِحوارُ أو المحور العصبي هو ليف طويل يُشبه السلك الكهربائيّ. تتصلُ العصبونات ببعضها البعض بواسطة إرسال إشارات كهربائيّة عبرَ المحاوير. تُغطي مادّة خاصَّة، اسمها الميالين، المحاوير. يُحسّنُ الميالين توصيل السيّالة الكهربائيّة والتَواصل بينَ العَصبونات. تُرسلُ بَعضُ العصبونات رَسائلَ عن الحَركَة. وتُعرَف تلك العصبونات باسم العصبونات المحرِّكة؛ فإذا أراد الشخصُ مثلاً أن يرفع يَدَه، سيخبرُ الدماغ الذّراع واليد بأن تفعَل ذلك. كما تُرسل عُصبونات أخرى وتستقبلُ رسائل حول الأحاسيس. وتُعرَفُ تلكَ العصبوناتُ باسم العصبونات الحِسيَّة؛ فإذا احترقَت اليد خلال الطبخ، تُرسلُ الأعصاب في الجِلد إشارات ألم إلى الدماغ. إذا أُصيبت

الاعصاب بالتّلف، فلا يُصبح بإمكانها أن تُرسل الرسائل وتَستقبلها بِشكلٍ صَحيح. ويُمكنُ لهذا أن يُؤثّر في الحَركة والإحساس. تتسبّب مُتلازمَة غيّان-باريه بأن يُهاجم الجِهاز المناعيّ الأعصاب المحيطيّة، ممَّا قد يتَسبّب بضَعف عضليّ وشلل و قد يؤدي في الحالات الشّديدَة إلى الموت.

ثانياً: مُتلازمَة غيّان – باريه:

مُتلازمَةُ غيّان-باريه اضطراب نادرٌ يَتسبّب بأن يُهاجم الجهاز المناعيّ الأعصابَ المحيطيّة. تَلف الأعصاب المحيطيّة يجعلُ من الصعب عليها أن تُرسل الإشارات؛ فسيكون لدى العضَلات نتيجةً لذلك مَشاكل في الاستجابة للدماغ. وقد تكون مُتلازمَةُ غيّان-باريه مُهددة للحياة في الحالات الشّديدة. حصلت مُتلازمَةُ غيّان-باريه على اسمها من الطبيبين الفرنسيين اللذين وَصفاها لأوّل مرّة عام 1916. يُطلق على غيّان-باريه اسم مُتلازِمة، بدل مَرض، لأنّ مُقدمي الرعاية الصحيّة ليسوا متأكّدين من سببها.

ثالثاً: الأعراض والعَلامات:

العرضُ الأوّل لمتلازمَة غيّان-باريه يتضمّن غالباً أحاسيس ضَعف أو نَخز في الرجلين. وفي الكثير من الحالات، ينتشر الضَعفُ والأحاسيس الشاذّة إلى الذراعين وأعلى الجسم. قد تزدادُ شدّة الأعراض لحدٍّ لا يُمكنُ فيه استخدام عَضلات مُعيّنة أبداً. وقد تتسببُ مُتلازمَة غيّان-باريه في الحالات الشّديدة بالشَلل. الشللُ يعني أنَّ المريض لا يمكنه أن يُحرّك جِسمه. تكونُ مُتلازمَة غيّان-باريه في الحالات الشديدة مُهدِّدة للحياة؛ فقد يُؤثّر الشلل في التنفُّس أو ضَغط الدم أو سُرعة القلب. وهي حالة طبيّة طارِئة، عندما تتسبّبُ مُتلازمَة غيّان-باريه بالشلل، يوضع المريض على مُنفسة غالباً لتساعدهُ على التنفس. وسيراقب فريق الرعاية الطبية عن كَثب حدوث مشاكل من مثل ضربات القلب غير الطبيعية أو الجلطات الدّموية في الرجلين والرئتين والعَدوى وارتفاع أو انخفاض ضغط الدم. تتدهور أعراضُ مُتلازمَة غيّان-باريه عادةً في غضون أسابيع، ثمّ تستقرّ.

رابعاً: الأسباب:

سبب أو أسباب مُتلازمَة غيّان-باريه غير مَعروفَة. والحالة لَيست مُعدية. وهي تصيب بعضَ الناس دون آخرين. وما يَعرفهُ العُلماء هو أن مُتلازمَة غيّان-باريه مرض مناعَة ذاتيّة. مَرضُ المِناعَة الذاتيّة هو عندما يبدأ الجهاز المناعي للجسم بمُهاجمة الجسم نفسه. لا تُهاجم خلايا الجهاز المناعيّ عادةً سوى الأمراض والكائنات الحيَّة الأجنبية التي قد تُؤذي الجسم. في مُتلازمَة غيّان-باريه، يبدأ الجِهاز المناعي بتدمير أجزاء من الأعصاب المحيطيّة. ويؤثّر هذا في الاتصال بين

الدماغ وعَضلات الجسم. كما تتسبّب مُتلازمَة غيّان–باريه بأن يتلقّى الدمَاغ إشارات حِسيّة أقل من باقي الجِسم. وقد يُؤثّر ذلك في القُدرة على الإحساس بالقوام والحرارة والألم وباقي الأحاسيس. يجب على الإشارات القادمة والذاهبة إلى الذراعين والرجلين أن يَعبرا مَسافة أطول. وتتأثّر تلك الأطراف كثيراً بحالات مُتلازمَة غيّان–باريه. من الممكن أن تتسبب عَدوى فيروسية أو جُرثوميّة بمُتلازمَة غيّان–باريه. ويعتقد بعض الباحثين أنّ تلك الأمراض قد تُغيّر طبيعة الخلايا في الجِهاز العَصبيّ. ويتسبَّب هذا بأن يعاملها الجهاز المناعي كما لو كانت خلايا أجنبيّة. ومن المحتمل أيضاً أن يقلل فيروس ما قدرة الجِهاز المناعيّ على تمييز خلايا الجِسم على أنها خلايا عائدة له. وربَّما هذا هو سبب أن تقوم بعض الخلايا المناعية بمهاجمة الميالين.

خامساً: العلاج:

ليسَ هناك علاج شافٍ مَعروف لمتلازمَة غيّان–باريه. قد يُساعدُ العلاج على تَحسين الأعراض. وقد يحتاج الشفاءُ من أسابيع قليلة إلى سنوات قليلة. يمكن أن تُقلِّل بعض المعالجات من شِدّة المرض، وتعجّل الشفاء. كما أنَّ هُناك طُرقاً لعلاج مُضاعَفات المرَض. يُستخدَمُ حالياً تَبادُل البلازما والمعالجة بجُرعة مُرتفِعة من الغلوبولين المناعي لعلاج مُتلازمَة غيّان–باريه. وكلاهما له فعاليّة متشابهة، غير أنَّ العلاج بالغلوبولين المناعي أسهل. البلازما هي القسمُ السائِل من الدم. في تبادُل البلازما، يُسحبُ دمٌ من الجسم كي تُفصل كريات الدم البيضاء والحَمراء عن البلازما. ثمّ تُرجع كُريات الدم من غير البلازما، وهو أمرٌ يُعوّضه الجسم سَريعاً. لا يزال العلماءُ لا يَعرفون تماماً لماذا يُفيد تبادُل البلازما، غيرَ أنّ هذا العلاج يُخفّف الأعراض على ما يبدو. وقد يَرجعُ ذلك لأنَّ البلازما تحوي أضداداً وموادّ كيميائيّة أخرى يَصنعها الجهاز المِناعي، والتي يُمكنها التسبُّب بتلف عصبي. في المعالجة بجُرعة مُرتفِعة من الغلوبولين المناعي، يُعطي مُقدِّم الرِّعايَة الصّحيَّة حُقناً من بروتينات خاصّة. وتلك هي بروتينات يَستخدمها الجهاز المناعيّ في الأحوال الطبيعيّة ليُهاجم الكائنات الغازية. تَستطيع المعالجةُ بجُرعة مُرتفِعة من الغلوبولين المناعي أن تُخفّف الهُجوم المناعي على الجهاز العصبي. لكن من غير الواضِح لماذا يُجدي ذلك نفعاً. الهَدَفُ الأهمّ للعلاج هو للمحافظة على وظائف الجسم ريثما يشفى الجهاز العصبيّ. وقد يحتاجُ المريضُ إلى وضعه على آلات تُساعدُ وظائف الجسم وتراقبها، فقد يحتاج المريض للمُنفسة الآلية، والتي يُمكنها أن تُساعدهُ على التنفّس أو قد يحتاج إلى جهاز مراقبة للقلب. الحاجةُ لمعدّات خاصّة هي أحد الأسباب التي تُفسِّر مُعالجة مرضى مُتلازمَة غيّان–باريه عادةً في مَرافق الرعايَة الصحيّة، وغالباً في جناح العناية المركَّزة. يستطيعُ مقدِّمو الرعايَة الصحيّة في تلك المرافق أيضاً أن يبحثوا عن العديد من الاضطرابات التي يمكن أن تُصيب المشلول ويعالجوها، مثل الالتهاب الرئويّ أو قَرحات الفِراش. وغالباً ما يُثقَّف مقدمو الرعاية، حتى من قبل بدء الشّفاء، حولَ كيفيّة تَحريك أطراف المريض يدويّاً

بهدف المساعدَة على الحِفاظ على مُرونة العَضلات وقوّتها. ويقي هذا أيضاً من تشكُّل جلطات دمويّة مُهدّدة للحياة في الرجلين. وتبدأ المعالجة الفيزيائية لاحقاً، مع بدء استعادة التحكّم بالأطراف عندَ المريض. يَشفى مُعظمُ المرضى حتى من أكثر حالات مُتلازمَة غيّان-باريه شدةً. ولكن، قد يبقى عندَ البعض درجة مُعيّنة من الضَعف.

22-متلازمة قبل الحيض:

الصورة رقم (22) متلازمة قبل الحيض

أولاً: تعريف:

المتلازِمةُ السَّابِقة للحَيض هي مجموعةٌ من الأعراض ذات الصلة بدورة الحيض. تبدأ أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض قبلَ أسبوع أو أسبوعين من بدء الحَيض. وتتراجع هذه الأعراضُ مع بدء الحيض عادة. يمكن أن تُصيبَ المتلازِمةُ السَّابِقة للحَيض كلَّ امرأة تحيض مهما يكن عمرُها. وهي ليست أكثر من انزعاج شهري عابر عندَ بعض النساء. لكنَّها تكون شديدةً عند قسم آخر من النساء، بحيث تُصبح مهام الحياة اليومية العادية عبئاً مُرهِقاً. تزول أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض عندما يبدأ الحيض. كما تختفي أيضاً مع بداية الحَمل ومع دخول المرأة سنَّ اليأس .

ثانياً: الأعراض:

تتضمَّن أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض أعراضاً جَسَديَّة وأعراضاً عاطفية أو نفسية عادةً. وتتباين هذه الأعراضُ بتباين النساء. تتعرَّض ثلاثةُ أرباع النساء تقريباً للمتلازمة السابقة للحيض. تشمل الأعراضُ الجسدية للمتلازمة السابقة للحيض ما يلي:

- العُد (حب الشباب) .
- التغيرات في الشهية أو الرغبة الشديدة في تناول أطعمة معينة .
- الإحساس بالتَّعب .
- الصُّداع أو ألم الظَّهر .
- ألم العضلات أو المفاصِل .
- تورُّم أو إيلام الثديين .
- النوم القَلِق .
- انزعاج في المعِدة ونفخة معوية وإمساك أو إسهال .

تشتمل الأعراض العاطفية أو النفسية للمتلازمة السابقة للحيض على ما يلي:

- قلق .
- نوبات بُكاء .
- اكتئاب .
- تقلُّبات في المزاج .
- توتُّر أو سرعة انزعاج .
- مشكلات في التركيز وفي الذاكرة .

تظهر أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض كلَّ شهر. لكنَّ هذه الأعراض يُمكن أن تكونَ أكثرَ شدَّة في بعض الشهور. تغدو أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض أكثرَ شِدَّة في العشرينات والثلاثينات بالمقارنة مع فترة المراهَقة عادةً. ويُمكن أن تتراجعَ شدَّتُها خلال الثلاثينات، ثمَّ تختفي مع دخول سِن اليأس. تكون أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض شديدةً عند قسم من النساء، بحيث تُصبح مهام الحياة اليومية العادية عبئاً مُرهِقاً. يُدعى هذا النوعُ من المتلازِمة السَّابِقة للحَيض باسم "اضطراب الانزعاج السابق للحيض ."

ثالثاً: الأسباب:

ليست أسبابُ المتلازمة السابقة للحيض معروفةً للأطبَّاء، لكن عوامل كثيرة يُمكن أن تكونَ لها صلة بهذه المتلازمة. يبدو أنَّ التغيُّرات الهرمونية في أثناء دورة الطَّمث هي من بين الأسباب الهامَّة للمتلازمة السابقة للحيض. وقد يكون أثرُ تغير مستوى الهرمونات عندَ بعض النساء أكبر مما هو عندَ غيرهن. قد يكون للتغيُّرات الكيميائية في الدّماغ أيضاً علاقة بالمتلازِمة السَّابِقة للحَيض. ولا يبدو أنَّ الشدَّةَ النفسية والمشكلات الانفعالية، كالاكتئاب مثلاً، هي من أسباب تلك المتلازمة. لكنَّ هذه المشكلات قد تؤدِّي إلى تفاقُم أعراضها. ومن الأسباب المحتملة الأخرى للمتلازمة السابقة للحيض: تناول الكُحول أو الكافيين، ممَّا يمكن أن يُحدِث تغيُّراً في المزاج ومستوى الطاقة .

-الإكثار من الأطعِمة المالحة، ممَّا يجعل الجِسم يحبِس السوائِل .

-انخفاض مستوى الفيتامينات والمعادن .

❖ عواملُ الخُطورة

هناك عددٌ من عوامِل الخطورة التي تزيد من احتمال حدوث المتلازِمة السَّابِقة للحَيض واتِّخاذها شكلاً شديداً يُدعى "اضطراب الانزعاج السابق للحيض". ومن هذه العوامل ما هو قابِلٌ للضبط والسيطرة، لكن منها أيضاً ما لا يُمكن ضبطُه. يمكن أن تُؤدِّي قلَّةُ النشاط الجَسَدي وزيادة التوتُّر والشِّدة النفسية إلى زيادة مخاطِر حدوث المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. إنَّ المحافظة على النشاط الجسدي وممارسة التمارين الرياضية يُخَفِّفان الشِّدَّةَ النفسية، ويساعدان على الوقاية من المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. ومن شأن تعلُّم بعض طُرُق تدبير الشِّدَّة النفسية أن يكونَ مفيداً أيضاً. قد يكون الافتقار إلى بعض الفيتامينات سبباً من أسباب المتلازِمة السَّابِقة للحَيض أيضاً. لذلك، على المرأة أن تستشيرَ طبيبها لتحديد الكمِّية التي تناسبها من كلِّ فيتامين؛ حيث إنَّ من شأن تناول بعض المتمِّمات الغذائية أو تناول أطعمة غنية بهذه الفيتامينات أن يساعدَ على تقليل احتمال حدوث المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. كما يمكن أن يكونَ لفَقر النظام الغذائي أيضاً علاقة بالمتلازِمة السَّابِقة للحَيض. وقد يفيد تناولُ طعامٍ متوازن في تقليل احتمال ظهور هذه المتلازمة. ولذلك، على المرأة أن تستشيرَ الطبيب أو أحد أخصائيي التغذية عند الحاجة إلى جعل غذائها متوازناً. لا سبيلَ إلى ضبط بعض عوامل الخطورة؛ فالمرأةُ التي يكون في أسرتها عددٌ من النساء اللواتي يعانين من المتلازِمة السَّابِقة للحَيض تكون أكثرَ تعرُّضاً لهذه المتلازمة. يُعدُّ السِّنُّ من عوامل الخطورة أيضاً. تغدو أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض أكثرَ شِدَّة في العشرينات والثلاثينات بالمقارنة مع فترة المراهَقة عادةً. يمكن أن يؤدِّي وجودُ مشكلات سابقة، كالاكتئاب والقَلق وغير

ذلك من اضطرابات الصحَّة النفسية، إلى زيادة مخاطر الإصابة بالمتلازِمة السَّابِقة للحَيض. ويصُحُّ هذا خاصَّة فيما يتعلَّق بظهور "اضطراب الانزعاج السابق للحيض ."

رابعاً: العلاج والوقاية:

هناك علاجاتٌ مختلفة كثيرة يُمكن أن تُخفِّف من أعراض المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. لكن ما من علاج واحد يصلح لجميع النساء. وقد تحتاج المرأةُ إلى تجريب علاجات مختلفة قبل الوصول إلى ما يناسبها. تتضمَّن النقاطُ التي يستند إليها تحديدُ أسلوب المعالجة ما يلي:

- تغيير بعض جوانب نمط حياة المرأة .
- الأدوية .
- الفيتامينات المتمِّمة .

إذا كانت أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض غيرَ شديدة، فقد يكون تغييرُ بعض العادات اليومية أمراً مفيداً. وفيما يلي بعض الخطوات التي يمكن أن تساعدَ على تخفيف الأعراض: ممارسة التمارين الرياضية على نحوٍ منتظِم. ولكن، يجب سؤالُ الطبيب عن المقدار الأسبوعي المناسب من هذه التمارين. تناول أطعمة صِحيَّة؛ فخلال الأسبوع الواحد، يجب تناول الفاكهة والخُضروات والحبوب الكاملة. كما يجب أيضاً تجنُّب تناول الأطعمة والمشروبات التالية، وخاصَّةً في أثناء ظهور أعراض المتلازِمة السَّابِقة للحَيض:

- الكحول .
- الكافيين .
- الأطعمة المالحة .
- الأطعمة السُّكريَّة .

ومن التغييرات الأخرى في نمط الحياة التي من شأنها تخفيف أعراض المتلازِمة السَّابِقة للحَيض:

- العُثور على سُبلٍ صِحيَّة للتلاؤم مع حالة الشدَّة النفسية .
- نيل سبع أو ثمانية ساعات من النوم كلَّ يوم .
- الكف عن التدخين .

بالإضافة إلى إدخال تغييرات على نمط الحياة، تستطيع المرأةُ أيضاً معالجةَ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض عن طريق الأدوية أيضاً. وقد تفيد المسكِّناتُ العادية في تخفيف الأعراض الجسديَّة، كالمَعَص والصُّداع وألم الظهر وإيلام الثَّديين. ومن تلك الأدوية:

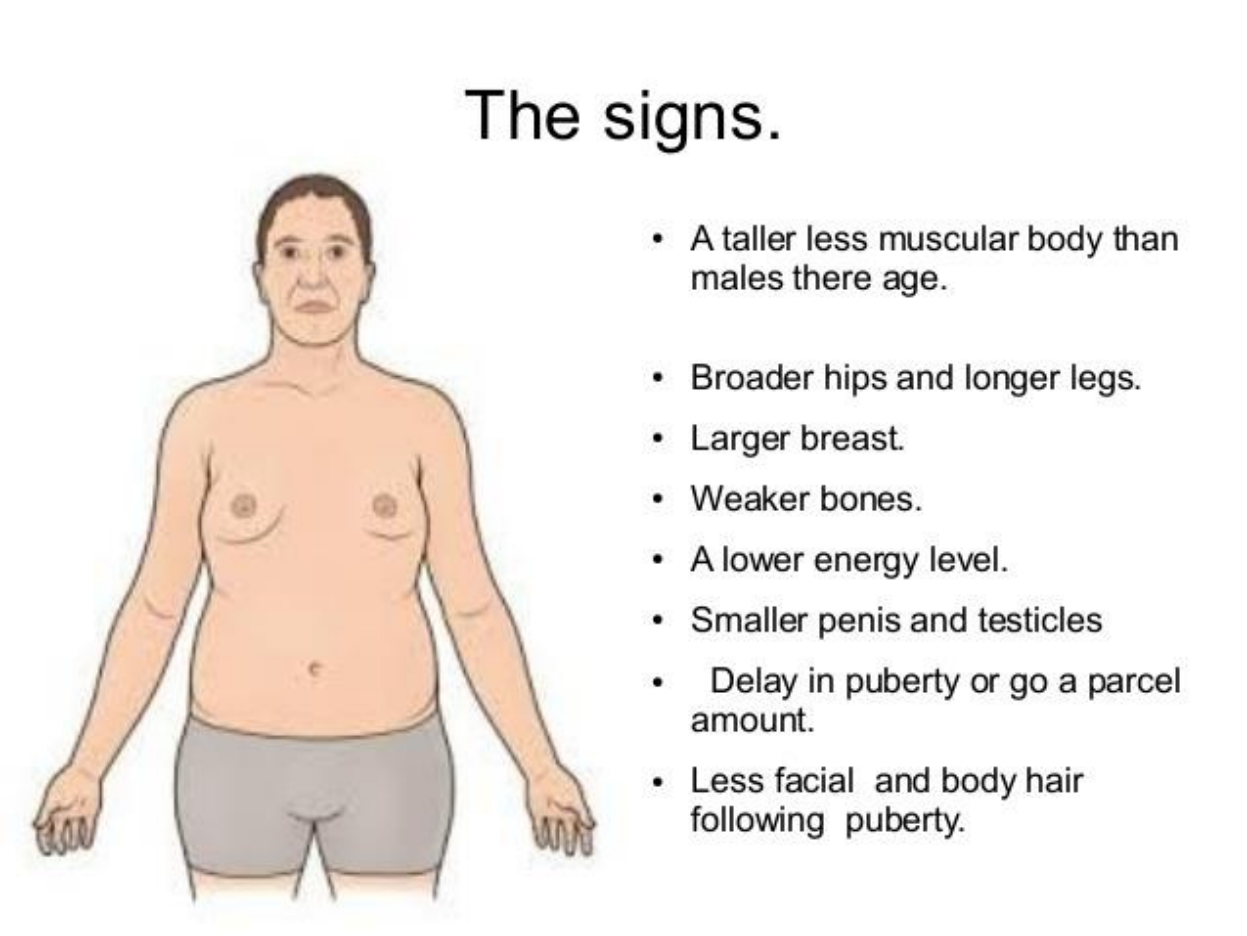
- الأسبرين .
- الإيبوبروفن .
- النَّابروكسين .

في الحالات الشديدة من المتلازِمة السَّابِقة للحَيض، يُمكن استخدام أدوية تُباع بموجب وصفة طبية لتخفيف الأعراض. ومن الطُّرُق المعتَمَدة تناول أدوية لإيقاف الإباضة، مثل أقراص منع الحَمل مثلاً. وتقول النساء اللواتي يأخذن حبوب منع الحمل إنَّ أعراض المتلازِمة السَّابِقة للحَيض، كالمعص والصُّداع مثلاً، تصبح أخفَّ من ذي قبل. كما أنَّ الحيض يُصبح أقلَّ غزارة. هناك أقراص لمنع الحمل أكثر فاعلية من غيرها من حيث تخفيفُ أعراض المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. ولكن، يجب سؤال الطبيب عن مانع الحمل الذي يَنصَح به. هناك أيضاً معالجاتٌ بديلة متوفِّرة لمعالجة المتلازِمة السَّابِقة للحَيض. وقد اتَّضح أنَّ هناك فيتامينات ومعادن تساعد على تخفيف بعض الأعراض:

- الكالسيوم.
- حمض الفوليك.
- المغنيزيوم.
- الفيتامين ب6.
- الفيتامين هـ E .

تتراجع أعراضُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض عندَ بعض النساء عند تناول مُتمِّمات غذائية. لكنَّ عدد المتمِّمات التي ثبتت فائدتها قليل جداً، كما أنَّها يمكن أن تتفاعلَ مع بعض الأدوية التي تتناولها المرأة. ومن الأفضل أن تستشيرَ المرأةُ طبيبها قبل تناول هذه المتمِّمات الغذائية. لا يمكن منعُ المتلازِمة السَّابِقة للحَيض، لكن هناك أشياء كثيرة يُمكن القيام بها لتخفيف الأعراض الشديدة. ومن الأفضل أن تستشير المرأةُ طبيبها قبل الإقدام على تغييرات في حياتها.

23–متلازمة كلاينفيلتر:



الصورة رقم (23) متلازمة كلاينفيلتر

أولاً: تعريف:

متلازمةُ كلاينفلتر حالةٌ شائعة. وهي تصيب واحداً من كل خمسمائة مولود من الذكور. لا تصيب متلازمةُ كلاينفلترَّ إلا الذكور. وهي لا تصيب الإناث أبداً. تحدث هذه المتلازمةُ عند وجود صبغي (X) زائد في معظم أو كل خلايا جسم الذكر المريض. لا يجري تشخيصُ الإصابة بمتلازمة كلاينفلتر إلاَّ عند نحو عشر بالمئة فقط قبل الوصول إلى مرحلة البلوغ. والبلوغُ هو عندما يبدأ النضج الجنسي عند الفتى أو الفتاة. يبدأ البلوغُ عند الفتيان عادة ما بين اثني عشر وستة عشر عاماً من العمر. من الممكن أن يكونَ لمتلازمة كلاينفلتر تأثير على كمية هرمون التستوستيرون في الجسم. وهذا الهرمونُ مسؤولٌ عن معظم التغيرات التي تصيب جسم الصبي خلال مرحلة البلوغ. وهذا هو السببُ الذي يجعل تشخيص هذه المتلازمة أكثرَ شيوعاً بعد البلوغ. يُوضَع تشخيصُ متلازمة كلاينفلتر عند معظم الرجال المصابين بها عندما يخضعون للمعالجة من العُقم. وهناك كثير من الرجال الذين لا يكتشفون أبداً أنهم مصابون بهذه المتلازمة. تكون المرأةُ التي تحمل

بعد بلوغ الخامسة والثلاثين من عمرها معرَّضةً أكثر من غيرها لولادة صبي مصاب بمتلازمة كلاينفلتر. لكنَّ الخطورة لا تزداد إلا قليلاً .

ثانياً: الأعراض:

العُقمُ هو العَرَض الأكثر لمتلازمة كلاينفلتر. ويصيب العُقم جميع الرجال المصابين بهذه المتلازمة تقريباً. من الممكن أن تسبب متلازمة كلاينفلتر ما يلي أيضاً:

- صِغَر حجم القضيب .
- نمو الثديين .
- قلَّة الشعر على الوجه والجسم .
- تدني مستوى طاقة الجسم .
- صِغَر حجم العضلات .
- صِغَر الخصيتين .
- مستويات غير معتادة لبعض الهرمونات في الجسم .

من الممكن أحياناً أن تكونَ بعضُ المشكلات التي تظهر عند الولادة علامة على الإصابة بمتلازمة كلاينفلتر. وعلى سبيل المثال، يمكن أن يكونَ عدمُ هبوط خصيتي الصبي المولود حديثاً إلى كيس الصَّفَن علامة على الإصابة بهذه المتلازمة. من الممكن أن يتَّصف اليافعون أو الصبيان المصابون بمتلازمة كلاينفلتر بما يلي:

- الخجل أو غرابة السلوك الاجتماعي .
- طول القامة، مع ساقين طويلتين وجذع قصير .
- الانزعاج من المخالطة الاجتماعية .

من الممكن أن تسبِّبَ متلازمةُ كلاينفلتر مشكلات كلامية ولغوية أيضاً. وقد يعاني الذكورُ المصابون بهذه المتلازمة مشكلة في استخدام اللغة للتعبير عن أنفسهم. كما يمكن أن تسبِّب المتلازمة أيضاً مشكلات في التعلُّم وفي القراءة. يمكن أن يصابَ مرضى متلازمة كلاينفلتر البالغين بما يلي:

- صعوبة في حل المشكلات .

- تدني الدافع الجنسي .
- مشكلات في تحقيق الانتصاب أو المحافظة على الانتصاب .

هناك أشخاص مصابون بمتلازمة كلاينفلتر لا تظهر لديهم إلا علامات أو أعراض قليلة جداً. وقد يظهر لديهم عرضٌ واحد فقط، كالعُقم مثلاً، أو صِغَر حجم الخصيتين .

❖ المضاعَفات

يكون الرجلُ المصاب بمتلازمة كلاينفلتر معرضاً لخطر أكبر من حيث الإصابة ببعض المشكلات الصحية الأخرى. ومن هذه المشكلات:

- بعض أنواع السرطان، بما فيها سرطان الثدي .
- أمراض الرئة، كالتهاب القصبات المزمن مثلاً .
- هشاشة العظام .

تؤدِّي الإصابةُ بمتلازمة كلاينفلتر أيضاً إلى زيادة خطر الإصابة ببعض اضطرابات المناعة الذاتية. وذلك من قبيل:

- الذِّئبة .
- التهاب المفاصل الروماتويدي .
- متلازمة شوغرين .

من الممكن أن تسبِّب متلازمة كلاينفلتر تخزين دهون زائدة في منطقة البطن. وهذا ما يزيد من مخاطر:

- أمراض القلب .
- مشكلات الأوعية الدموية .
- الداء السكري من النوع الثاني .

ثالثاً: الأسباب:

متلازمةُ كلاينفلتر هي حالةٌ جينية. وهذا يعني أنَّها تحدث عندما يطرأ تغير غير طبيعي في جينات الذكر. الجيناتُ هي المسؤولة عن جعل الجسم ينتج بعض المواد. إن لدى كل إنسان آلاف من هذه الجينات. وجيناتُنا هي التي تمنحنا مظهرنا، كما أنها على علاقة بكثير من جوانب صحتنا أيضاً. توجد الجيناتُ على الصبغيات. إن لدى كل شخص

ثلاثة وعشرين زوجاً من الصبغيات. ويُدعى أحدُ أزواج الصبغيات باسم "الصبغيات الجنسية". وهذا الزوج هو ما يحدد جنس أي شخص. أي إنَّه يحدد ما إذا كان الشخص ذكراً أو أنثى. إن الطفل الذي يكون لديه اثنين من الصبغي (X)، أو(XX) ، يكون أنثى. وأما الطفل الذكر، فهو يملك صبغي (X) واحد وصبغي (Y) واحد، أو (XY) .تؤدِّي متلازمةُ كلاينفلتر إلى ولادة الطفل الذكر مع صبغي (X) زائد. وهذا يعني أنَّ معظمَ الذكور المصابين بهذه المتلازمة يكون لديهم صبغيي (X) بدلاً من صبغي واحد، أي (XXY) .غالباً ما يكون الصبغي (X) موجوداً في خلايا جسم المريض كلها. لكنه يوجد أحياناً في بعض هذه الخلايا فقط. وفي بعض الحالات النادرة، يمكن أن يكون لدى مريض متلازمة كلاينفلتر اثنين أو أكثر من صبغيات (X) الزائدة. من الممكن أن يأتي الصبغي (X) الزائد من نطاف الأب أو من بيضة الأم. كما يمكن أن يظهرَ بعد اتحاد النطفة والبيضة، أي خلال نمو الجنين في رحم أمه. لا يعرف الأطباءُ على وجه التحديد ما الذي يجعل هذا الصبغي (X) الزائد موجوداً لدى بعض الذكور. ولكن، يبدو أنَّ هذا يحدث صدفة. لا يرث الأطفالُ متلازمةَ كلاينفلتر من آبائهم وأمهاتهم .

رابعاً: العلاج:

متلازمةُ كلاينفلتر غير قابلة للشفاء. لكن المعالجة يمكن أن تكون مفيدة في تخفيف الأعراض والمضاعفات. إنَّ معظم الذكور المصابين بمتلازمة كلاينفلتر يكونون غير قادرين على إنتاج كمية كافية من التستوستيرون. وهذا ما قد يؤدِّي إلى عدد من المشكلات. لكن المعالجة بتعويض التستوستيرون يمكن أن تكون مفيدة. وعن هذه المعالجة، يجري إعطاء التستوستيرون من أجل تعويض ما يعجز الجسم عن إنتاجه من هذا الهرمون. يمكن إعطاءُ التستستيرون عن طريق الحقن. كما يمكن أيضاً إعطاؤه بطرق أخرى، وذلك عن طريق الحبيبات المغروسة في الجسم، أو عن طريق استخدام الجيل أو استخدام لُصاقة جلدية. وتستطيع هذه المعالجة مساعدة الفتيان في تجاوز مرحلة البلوغ. كما يمكن أيضاً أن تزيدَ من قوة العظام ومن الكتلة العضلية، بالإضافة إلى تقليل نمو الثديين. تعتمد بقيةُ المعالجات على الأعراض. وعلى سبيل المثال، فإن بعض الرجال المصابين بمتلازمة كلاينفلتر يكون لديهم نموٌّ في الثديين. ويمكن إزالة النسج الزائدة في الثديين عن طريق الجراحة. يُصاب بعضُ مرضى متلازمة كلاينفلتر من الفتيان بصعوبات في اللغة أو في التعلم. ومن الممكن أن تكونَ المعالجة الكلامية والطرائق التعليمية الخاصة مفيدةً لهم. من الممكن أن تكونَ المعالجة الفيزيائية مفيدة في معالجة ضعف العضلات الناتج عن متلازمة كلاينفلتر. يصيب العُقمُ معظمَ الرجال المصابين بمتلازمة كلاينفلتر، لأنَّ الخصيتين تعجزان عن إنتاج النطاف. لكنَّ بعضَ المرضى يمكن أن ينتجوا كمية صغيرة من النطاف. وبالنسبة لهؤلاء الرجال، فإنَّ بعضَ المعالجات المتعلقة بالخصوبة يمكن أن تساعدهم على الإنجاب. ومن المستبعد أن يرث أطفالُ هؤلاء الرجال متلازمةَ

كلاينفلتر. يمكن أن يستفيد بعض الفتيان والرجال المصابين بمتلازمة كلاينفلتر من المشورة النفسية. ويكون الشخصُ المتخصِّص في تقديم هذه المشورة قادراً على مساعدة المريض في تجاوز المشكلات الانفعالية.

24–متلازمة كوشينغ:

الصورة رقم (24) متلازمة كوشينغ

أولاً: تعريف:

متلازمة كوشنغ نادرةٌ، وتَحدثُ بِسبب التَّعرُّض طويل الأمد لكميّات مرتفعة جداً منَ الكورتيزول، وهوَ هرمون تصنعه الغُدّتان الكَظريَّتان. يَعتمدُ علاج مُتلازمة كوشنغ على السَّبب، ويمكن شفاء مُتلازمة كوشنغ في غالب الأحيان.

الكورتيزول هو هرمون تَصنعه الغُدَّتان الكَظريتان. تتوضّع الغدَّتان الكظريّتان على قمّة كلّ كلية. الكليتان هما عضوان يتوضّعان في منتصف أسفل الظّهر على جانبيّ العمود الفقري. لكلّ كلية غدّة كظريّة، والتي لها شكل مُثلّث. تصنع الغدّتان الكَظريتان هرمونات مُهمّة جداً لا يمكن للإنسان أن يحيا من دونها، بما في ذلك الكورتيزول. يُساعدُ الكورتيزول

الجسم على استخدام الغلوكوز، وهوَ نوعٌ من السُّكَّر الموجود في الجسم. كما يُساعد على إدارة استخدام الجسم للبروتين والدُّهن. ويساعد الكورتيزول الجسم أيضاً على:

- المحافظة على ضَغط الدّم ضمنَ مستوى طبيعيّ .
- تخفيفُ الالتهاب الحاصل بِسبب الجهاز المناعيّ .
- الاستجابة للشِّدَّة النّفسيّة.

من الطّبيعي أن يكون لدى بعض النّاس مُستويات أعلى منَ الكورتيزول في دمهم بِسبب الشدّة النّفسية، ومنهم:

- الرّياضيّون ذوو التدريب القاسي .
- الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أو إدمان الكُحول أو اضطرابات الهَلَع .
- الذين لا يحصلون على تغذية مناسبة .
- النّسَاء في آخر 3 أشهر من الحَمل .

كي يُصنَعَ الكورتيزول في الجسم، لابدَّ من حُدوث العَديد من الأمور؛ فهو يبدأ في جزء صغير من الدّماغ اسمهُ الوِطاء. يَتحكّمُ الوِطاء بدرجة حرارة الجسم والجُوع والعَطَش. يُرسلُ الوِطاء، من أجل صناعة الكورتيزول، هرموناً اسمه الهُرمون المطلِق لموَجِّهَة القِشرَة CRH إلى الغُدَّة النّخاميَّة. تُوجَدُ الغدَّة النّخاميّة في قاعدة الدّماغ، وهي بحجم حبّة البازلاء تقريباً. يتسبّب الهُرمون المطلق لموَجِّهَة القِشرَة CRH بأن تُفرز الغُدَّة النّخاميّة هرموناً اسمه الهُرمُونُ الموَجِّهُ لقِشرِ الكُظر ACTH.يطلب ACTH من الغُدَّة الكَظريّة أن تصنعَ الكورتيزول، وأن تطلقه إلى مَجرى الدّم. إن سارَ أمرٌ ما بشكلٍ خاطِئ، فسيُصنَع إمّا الكثير جداً من الكورتيزول وإمَّا القليلُ جداً منه. ويَتسبَّب الكثير جداً من الكورتيزول في الجسم بحدوث مُتلازمة كوشنغ .

ثانياً: الأعراض:

تختلفُ أعراض وعلامات مُتلازمة كوشنغ من شخصٍ لأخر. ويُصاب معظم المصابين بالاضطراب بـ:

- زيادة الدّهن حول العُنق .
- وجه مُدوَّر .
- نحول الذراعين والرجلين .

- سمنة في أعلى الجسم .

يميلُ الأطفال المصابون بمتلازمة كوشنغ لأن يكونوا سمينين مع بطء مُعدَّلات نموّهم. تُؤثّر علامات مُتلازمة كوشنغ الأخرى في الجلد، ممَّا يتَسبَّب بأن يُصبح هَشّاً ورقيقاً. يلتئمُ الجلدُ غالباً بشكلٍ سيِّئ، ويَتكدَّم بسهولة عندَ المصابين بمتلازمة كوشنغ. قد تظهر أيضاً خطوط جلديَّة (تشقّقات المدّ) أرجوانيّة أو وَرديَّة على:

- البَطن .
- الذّراعين .
- الثَّديين .
- الأرداف .
- الفخذين .

الأعراضُ والعلاماتُ الشّائعة الأخرى لمتلازمة كوشنغ هي:

- ارتفاع ضَغط الدّم .
- ارتفاع سُكّر الدّم .
- ازدياد العَطش والتَّبوُّل .
- تَهيُّج أو قلق أو اكتئاب .
- تَعَب شديد .
- ضعف العظام والعَضلات .

كما قد يكون لدى المصابات بمُتلازمة كوشنغ ازدياد في نُموّ الشَّعر على الوجه أو العُنق أو الصَّدر، بالإضافة إلى البطن والفخذين. وقد تكون الدّورة الحيضيّة غير مُنتظمة عِندهن، أو أنَّها قد تَتوقّف. قد يعاني الرجال المصابون بمتلازمة كوشنغ من:

- خلل وَظيفيّ في انتصاب القضيب .
- مشاكل في الخُصوبة .
- قلّة أو انعدام الرّغبة في الجنس .

هناكَ أمراضٌ أخرى لها أعراض مُشابهة. يَجب التّحدُّث مع مُقدِّم الرّعاية الصّحيّة في حال الإصابة بأيّ من الأعراض السّابقة .

ثالثاً: الأسباب:

قد تَحدثُ متلازمةُ كوشنغ بسبب أخذ هرمونات صُنعيّة مُعيّنة. يُطلق على تلكَ الهرمونات المصنوعة بَشريّاً اسم الكورتيكوستيرويدات (الستيرويدات القشريَّة). وهي مشابهة كيميائيّاً للكورتيزول، الموجود في الجسم بِشكلٍ طبيعي. تُستخدَمُ الكورتيكوستيرويدات غالباً لعلاج الأمراض التي تُسبِّب التهاباً، مثل الرّبو أو التهاب المفاصل الرّوماتويدي. وتُستخدَمُ في بعضِ الحالات لكَبح الجهاز المناعيّ بعد جراحة الزَّرع. ويَمنع هذا الجسم من رفض العضو أو النّسيج المزروع. يمكن أن تُحقَنُ الكورتيكوستيرويدات أيضاً لتسكين ألم المفاصل أو الظَّهر. يُصاب آخرون بمُتلازمة كوشنغ لأنّ أجسامهم تصنع الكثير جدّاً منَ الكورتيزول. قد يحدث هذا بسبب أنواع مُعيّنة من الأورام. تُطلقُ بعض الأورام هرموناً يمكن أن يَتسبَّب في إطلاق الجسم للكثير جدّاً من الكورتيزول. ومعظم تلك الأورام حميدة، أو غير سرطانيّة. الوَرَم الغُدّي النّخامي هو أحد أنواع الأورام التي قد تُسبِّب زيادة الكورتيزول. يُوجد هذا النّوع من الأورام في الغُدَّة النّخاميّة ويَتسبّب في إطلاق الكثير من ACTH يتسبَّبُ الكثير من ACTH بزيادة صنع الكورتيزول. ويُطلَقُ على هذا اسم داء كوشنغ. تُطلقُ الأورام التي تنمو في أجزاء أخرى من الجسم هرمونَ ACTH في بعض الأحيان أيضاً. وتوجد تلكَ الأورام غالباً في الرّئتين، ويُطلق على ذلك اسم متلازمة هرمون ACTH المنتبِذ. يُمكن لورم في الغدّة الكَظريّة أن يَتسبَّب في أحوال نادرة بمتلازمة كوشنغ. وقد تكون تلك الأورام سرطانيّة في أحوال أكثر نُدرَة. كما قد تَحدث مُتلازمة كوشنغ بسبب وجود استعداد وِراثي لنموّ الأورام في واحدة أو أكثر من الغُدد الصّمَّاء. بيدِ أنّ هذا نادرٌ أيضاً .

رابعاً: العلاج:

يَعتمدُ علاج مُتلازمة كوشنغ على سببها. هدف العِلاج هو تقليل مُستويات الكورتيزول في الجسم. إذا حدثت مُتلازمة كوشنغ بسبب استخدام الكورتيكوستيرويدات، قد يقلل مُقدِّم الرّعاية الصحيّة الجرعة ببطء، وهذا يُساعد على ضبط الأعراض. كما قد يُغيّر مُقدِّم الرّعاية الصحيّة الدواءَ. قد يكون هناك حاجة لإجراء جراحة إن كان سبب زيادة الكورتيزول هوَ وَرَم، لاستئصال هذا الوَرَم. وقد يحتاجُ المريضُ بعدَ العمليّة لدواء لتعويض الكورتيزول إلى أن يتكيَّف الجسم. كما قد يحتاجُ بَعض المرضى لهذا الدواء لبقيَّة عمرهم. قد تُنفَّذ المعالجة الشُّعاعيّة إن لم يكن بالإمكان استئصال الوَرَم كلّه بالجراحة. كما قد تُنفَّذ إن لم يكن بالإمكان إجراءُ الجراحة. تستخدم المعالجة الشّعاعيّة الإشعاع لتقليص الورم

بمرور الوَقت، ويمكن تنفيذها أيضاً في مُعالجة واحدة. إن لم تُجدِ الجراحة أو المعالجة الشُّعاعيّة نفعاً، يمكنُ إعطاء أدوية لضبط كميّة الكورتيزول التي يَصنعها الجسم. كما يُمكن استخدام الأدوية قبلَ الجراحة إن أصبح المريض مُعتلاً بِسبب مُتلازمة كوشنغ. تُؤثّر معالجة مُتلازمة كوشنغ في بعض الحالات على الهرمونات الأخرى في الجسم. وقد يكون هناك حاجة كذلك لأدوية تَعويض هرمونيّة أخرى. إن لم يُجدي أي من تلكَ العلاجات نَفعاً، يمكن استئصال الغُدّتين الكَظريتين جراحيّاً. سوف يُقلّل هذا كميّة الكورتيزول التي يَصنعها الجسم، غير أنَّ ذلك قد يتسبّب بأن يُصبح الجلد قاتماً بمرور الوقت.

25–متلازمة مارفان:

الصورة رقم (25) متلازمة مارفان

أولاً: تعريف:

النسيج الضام هو مادة داخل الجسم تقوم بدعم الكثير من أجزائه. فهو " الصمغ الخليوي" الذي يعطي الأنسجة شكلها ويساعد على بقائها قوية. كما يساعد أيضاً بعض أنسجة الجسم على القيام بعملها. ومن أمثلة الأنسجة الضامة الغضروف والدهن. مُتلازمة مارفان هي مرضٌ وراثي يسبِّب عيباً في الجين المسؤول عن إنتاج بروتين الفيبريلين. وهذا البروتين يمارس دوراً رئيسياً في بناء الأنسجة الضَّامَّة في الجسم. الأنسجة الضَّامة هي التي توفِّر القوَّة والتماسك

والمرونة لمختلف التراكيب في الجسم، كالعظام والعضلات والأوعية الدموية مثلاً. إنَّ وجودَ مشكلات في بروتين الفيبريلين يؤدي إلى تمطُّط الأنسجة في الجسم وضعفها. كما أنَّ عدمَ وجود الكمية الكافية من الفيبريلين يؤثِّر في النموِّ وفي عملية "إصلاح" الأنسجة في مختلف أنحاء الجسم .

ثانياً: الأعراض والمُضاعفات:

من الممكن أن تكونَ مُتلازمةُ مارفان خفيفةً أو شديدةً، ومن الممكن أيضاً أن تصيبَ هذه المتلازمة أجزاء عديدة من الجسم. إن أعراض مُتلازمة مارفان تختلف من شخصٍ إلى آخر، حتَّى في العائلة الواحدة. غالباً ما يكون لمتلازمة مارفان تأثيرٌ في العظام الطويلة في الجسم، وهذا ما يؤدِّي إلى ظهور السمات التالية:

- جسد طويل ونحيل .
- أقدام مسطَّحة .
- مفاصل شديدة المرونة .
- أذرع وأرجل وأصابع يدين وقدمين طويلة .
- أسنان مُتراصَّة كثيراً .

هناك عرضٌ آخر شائع لمتلازمة مارفان، ألا وهو الصدرُ الغائر أو الصدر النافر. إذا كان الصدرُ غائراً، فهو يدعى باسم "الصدر المقعَّر". وأمَّا الصدرُ النافر فيُدعى باسم "الصدر الجُؤجُؤي". ومن الممكن أيضاً أن يكونَ العمودُ الفقري منحنياً إلى أحد الجانبين، وهذا ما يدعى باسم "الجَنَف". تعدُّ علاماتُ التمطُّط التي تظهر على الجلد (أي الخطوط البيضاء) سمةً شائعةً أيضاً لدى الأشخاص المصابين بمُتلازمة مارفان. وتظهر هذه العلامات في المناطق التالية عادةً:

- البطن .
- الثديان .
- الردفان أو الأَلْيَتان .
- أسفل الظهر .
- الكتفان .
- الفخذان .

تكون لدى معظم الأشخاص المصابين بمُتلازمة مارفان مشكلاتٌ خطيرة في القلب والأوعية الدموية. وقد تشتملُ هذه المشكلات على:

- وجود جزء ضعيف في الشريان الأبهر .
- وجود تمزُّق في الأبهر .
- وجود تسرُّب في الصمامات القلبية، وهذا ما يسبِّب النفخة القلبية .

تظهر لدى بعض الأشخاص المصابين بمُتلازمة مارفان مشكلاتٌ في العينين يمكن أن يكونَ لها تأثير في البصر. ومن هذه المشكلات:

- انفصال الشبكية .
- انحراف في عدسة إحدى العينين، أو في العينين معاً .
- الزَّرَق العيني أو الساد العيني في سنٍّ مبكرة .
- الحَسَر (قِصَر البصر) .

عندما يتقدَّم الشخصُ المصاب بمُتلازمة مارفان في السن، فإنَّه يمكن أن يعاني من مشكلات في النسيج الضَّام الذي يغلِّف الدماغ والحبل الشوكي. قد يضعف هذا النسيج ويتمطط. وهذا ما يكون له أثرٌ على العظام في أسفل العمود الفقري. وهو يسبِّب ألماً أو خدراً أو ضعفاً في الرجلين. تظهر مشكلاتٌ رئويةٌ أحياناً لدى الأشخاص المصابين بمُتلازمة مارفان. ومن أعراض هذه المشكلات:

- تصلُّب الأكياس الهوائية في الرئتين، الذي قد يجعل التنفس صعباً .
- انخماص الرئة .
- انقطاع النفس النومي .

ثالثاً: الأسباب:

مُتلازمةُ مارفان اضطرابٌ وراثي. وهذا يعني أنَّ هناك طفرةً، أو تغيراً، في جين محدد يسبِّب هذه المتلازمة. الجيناتُ هي ما يجعل الجسمَ يقوم بإنتاج مواد محددة. ولدى كل إنسان آلاف من هذه الجينات. إنَّ جيناتنا هي التي تحدِّد مواصفاتنا. ولها أيضاً علاقةٌ كبيرةٌ بصحَّتنا. يحمل كل إنسان ثلاثةً وعشرين زوجاً من الصبغيات أو الكروموسومات. والجيناتُ

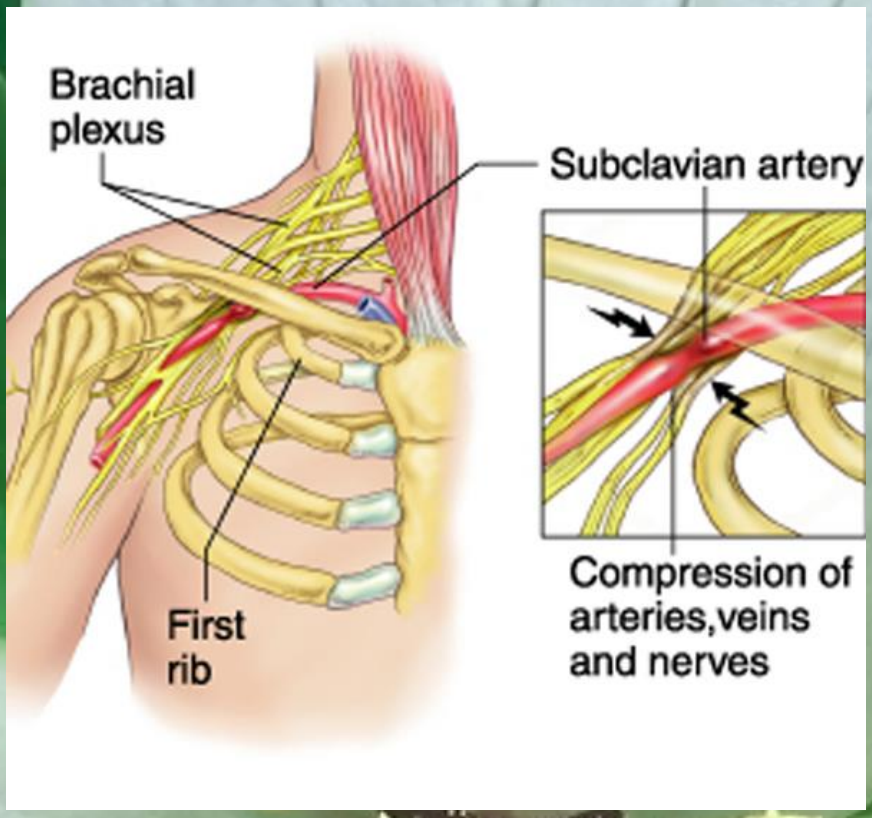
موجودةٌ على هذه الصبغيات. إن الجين المسؤول عن مُتلازمة مارفان موجودٌ في الصبغي الخامس عشر، واسمه "جين FBN1". يقوم الجينُ FBN1 بصنع بروتين يُدعى باسم "فيبريلين". والفيبريلين واحدٌ من بروتيناتٍ كثيرة تُشكِّل الأنسجة الضَّامة في الجسم. إمَّا أن يعملَ الجين FBN1 على نحوٍ صحيح أو أن يكونَ مَعيباً. نرمز للجين FBN1 الذي يعمل جيداً بالرمز "ج". ونرمز للجين FBN1 الذي لا يعمل جيداً بالرمز "م"، أي "مَعيب". غالباً ما تكونُ مُتلازمة مارفان حالةً وراثية. وهذا يعني أنَّ الجين المِعيب الذي يسبِّب هذه المتلازمة ينتقل إلى الطفل من أحد الأبوين. إن لدى كلِّ إنسان اثنين من جينات FBN1 واحدٌ من الأب، وواحدٌ من الأم. إذا كان أحدُ هذين الجينين مَعيباً، فإنَّ الشخصَ سوف تكون لديه مُتلازمةُ مارفان. يكون لدى كلِّ واحد من الأبوين نسختان من كل صبغي، لكنه يعطي طفله واحدةً منهما فقط. وأمَّا تحديدُ الجين الذي يحصل عليه الطفل من كل واحد من أبويه فهو مسألةٌ عشوائيةٌ تماماً. إذا كان كلٌّ من الوالدين يحمل جينين "ج" و"ج"، فإنَّ طفلهما لن يحصل على الجين المعيب الذي يسبِّب مُتلازمة مارفان؛ فكلُّ واحد من الوالدين يعطي الطفل جيناً سليماً واحداً فقط. إذا كان أحدُ الوالدين يحمل الجينين "ج" و "م"، فهذا يعني أنَّ لديه جين FBN1 مَعيباً. وهذا يعني أيضاً أنَّ احتمالَ حصول الطفل على الجين المعيب يعادل خمسين بالمائة. من الممكن أن ينقل الشخصُ الذي يحمل الجينين "ج" و "م" إلى طفله الجينَ السليم "ج" أو الجين المِعيب "م". إذا لم يرث الطفلُ الجينَ المعيب، فلن تكون لديه مُتلازمة مارفان، ولن ينقلها إلى أحدٍ من أبنائه. وأمَّا الشخصُ الذي يرث الجينَ المعيب، فسوف تكون لديه مُتلازمة مارفان، وقد ينقلها إلى أبنائه أيضاً. في بعضِ العائلات التي يحمل أحد الأبوين فيها جيناً مَعيباً، من الممكن أن ينتقلَ هذا الجينُ المِعيب إلى الأطفال كلهم. لكنَّ هذا الجين لا ينتقل إلى أحدٍ من الأطفال على الإطلاق في عائلاتٍ أخرى. وإذا كان الجينُ المعيب موجوداً لدى أحد الأطفال، فهذا لا يعني أنَّ أطفال العائلة كلهم سوف يحملون هذا الجين المِعيب أيضاً. وفي حالاتٍ أقل شيوعاً، يمكن أن تظهرَ مُتلازمةُ مارفان عند بعض الأشخاص من غير وجود هذه المتلازمة عند أحدٍ من أبويهم. وهذا ناتجٌ عن تغيُّرٍ جينيٍّ جديد في الجين FBN1 يحدث هذا التغيُّرُ في بيضة الأم أو في الخلية المنوية للأب .

رابعاً: العلاج:

لا يوجد شفاءٌ لمتلازمة مارفان. لكنَّ المعالجة يمكن أن تساعدَ على تأخير حدوث بعض المضاعفات، أو على الوقاية منها تماماً. وتعتمد المعالجةُ على طبيعة الأعراض الموجودة عند المريض. إذا كان المرءُ مصاباً بمُتلازمة مارفان، فإنَّ هناك حاجة إلى رعايةٍ وفحوص دورية من أجل التحرِّي عن مشكلات الأبهر والصمامات القلبية. وإذا ظهرت واحدةٌ من هذه المشكلات، فقد تشتمل معالجتُها على استخدام الأدوية التي تُدعى باسم "حاصرات بيتا" من أجل تخفيف الإجهاد

الواقع على الأبهر. يمكن أحياناً أن تكونَ الجراحةُ ضروريةً من أجل إصلاح أو استبدال جزء من الأبهر إذا تعرَّض للتمزُّق أو للتمطط. وهناك حاجةٌ بعد الجراحة إلى استخدام "مرققات أو مميِّعات الدم" من أجل منع تشكُّل الجلطات الدموية. وقد يكون على المريض أن يتناولَ مميِّعات الدم على نحوٍ مؤقَّت أو على نحوٍ دائم بقيةَ عمره. قد يحتاج الأشخاصُ المصابون بمُتلازمة مارفان إلى معالجاتٍ من أجل العظام والمفاصل؛ فعلى سبيل المثال، يمكن معالجةُ انحناء العمود الفقري المعروف باسم "الجَنَف" من خلال الجراحة أو باستخدام مسند أو جهاز تقويم خاص. قد تكون الجراحةُ لازمةً أيضاً من أجل إصلاح حالة الصدر الغائر أو النافر. وهذا ما قد يكون ضرورياً من أجل منع عظام الصدر من الضغط على الرئتين والقلب. قد يكون استخدامُ النظَّارات أو العدسات اللاصقة مفيداً في بعض حالات المشكلات العينية الناتجة عن مُتلازمة مارفان. لكن هناك حالات عينية أخرى يمكن أن تحتاجَ إلى عملية جراحية. هناك مشكلةٌ في الدماغ والحبل الشوكي تُدعى باسم "التوسع الجافوي"، تظهر لدى الأشخاص المصابين بمُتلازمة مارفان. وتُعالج هذه الحالةُ بمسكِّنات الألم عادةً. من الممكن في بعض الأحيان أن تسبِّبَ مُتلازمةُ مارفان مشكلاتٍ في الرئتين أيضاً، وذلك من قبيل انخماص الرئة. ومن أجل معالجة هذه الحالة، يجري إدخالُ أنبوب عبر الجلد وجدار الصدر من أجل إزالة الهواء الموجود بين جدار الصدر وبين الرئة. وهذا ما يساعد الرئة في العودة إلى عملها. لكنَّ الجراحةَ قد تكون ضرورية في هذه الحالات أيضاً.

26-متلازمة مخرج الصدر:



الصورة رقم (26) متلازمة مخرج الصدر

تؤدي الإصابة بمتلازمة مخرج الصدر إلى انضغاط أو انعصار الأعصاب والأوعية الدموية الواقعة تحت العنق مباشرةً، وقد تكون هذه الأوعية أو الأعصاب واقعة بين عضلات الرقبة والكتف أو بين الضلع الأول وعظم الترقوة. وقد يشعر المريض بحرقة أو بوخز خفيف على طول الذراع واليد والأصابع. وعندما يكون الضغط واقعاً على العصب يشعر المريض بضعف في اليد، أما إذا كان الضغط واقعاً على الوريد فقد تصبح اليد شديدة الحساسية للبرد أو قد يتحول لونها إلى الشاحب أو المزرق، وقد تنتفخ اليد وتتعب بسهولة.

ومن الممكن أن تحدث الإصابة بسبب الضغط، كما قد تنتج عن وجود ضلع زائد أو نسيج متندب أو إصابة رضية أو تشوهات وراثية. يعتمد العلاج على سبب المتلازمة؛ وقد تفيد الأدوية والعلاج الفيزيائي في علاجها، وقد تكون العملية الجراحية إحدى الخيارات المطروحة. إن هذه المتلازمة قابلة للشفاء عند أكثر المرضى المصابين بها.

27–متلازمة موت الرضيع الفجائي:

أولاً: تعريف:

مُتلازمةُ مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ هي مَوت الطفل على نحو مفاجئ من غير سبب معروف، وذلك عند الأطفال الذين لم يكملوا سنتهم الأولى من العمر. مُتَلازِمَةُ مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ هي حالة نادرة الحدوث، ولكنَّها تبقى مع ذلك السَّببَ الأوَّل للموت عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد وسنة واحدة. يعدُّ وضعُ الطفل على ظهره أفضلَ إجراء للوقاية من مُتَلازِمَة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ. وقد اكتشف العُلماء أيضاً بعضَ العوامل التي قد تُؤدِّي إلى تعرُّض الأطفال للموت بسبب مُتلازِمة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ.

تحدث مُعظمُ حالات مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائيِّ عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهرين وأربعة أشهر، ويندر أن تحدثَ عند الأطفال الذين تقلُّ أعمارهم عن شهر واحد أو تزيد على ستَّة أشهر. يبدو ضحايا مُتَلازِمَة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ بصحَّة جيِّدة قبل وفاتهم. ويحدث الموت بسرعة من غير معاناة، وذلك في أثناء النوم عادة. تكون مُتَلازِمَةُ مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ نادرة الحدوث، إذ يموت أقلّ من طفل واحد من كلِّ مائة ألف طفل بسبب مُتَلازِمَة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ في العالم. ويُمكن أن تحدث هذه المتلازمة عند أيِّ طفل، ولكنَّها تميل للحدوث بشكل أكبر عند الأطفال الذين ينامون على بُطونهم أو الذين ينامون في فراش واحد مع أشخاص آخرين. إنَّ أفضل إجراء تقوم به الأُمُّ لحماية طفلها من مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ هو وضعه على ظهره في أثناء النوم. لقد أنقصت حملةُ تعليم الأُمَّهات أهمِّية نوم الأطفال على ظهورهم نسبة الموت بسبب مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائِيِّ بنسبة خمسين بالمائة تقريباً في بعض الأماكن. قد يبكي الأطفال أكثر عند وضعهم للنوم على ظهورهم في البداية، ولكنَّ مُعظمهم يعتاد على هذه الوضعية سريعاً .

ثانياً: الأسباب وعوامل الخُطورة:

لا يعرف العُلماء على وجه الدِّقَّة سبب مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ، لكن هناك عدَّة نظريات حول ذلك. ويُحاول الأطبَّاء أو المحقِّقون عندما يموت طِفل أن يحدِّدوا سبب الوفاة. وهم يطلقون اسم مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ بعد استبعاد جميع الأسباب الأُخرى. ولا تُسمَّى الحالة كذلك إذا وقع الموت نتيجة حادث أو إيذاء جسديٍّ أو غير ذلك من الحالات الطبِّية. يُطلق بعض الناس اسم "مَوت المهد" على مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ، لأنَّ كثيراً من الأطفال الذين يموتون نتيجة لهذه المتلازمة يجري العثور عليهم مَوتى في أسرَّتهم، ولكنَّ السرير أو المهد الآمن لا يُسبِّب الموت

بالطبع. لا تمارسُ لقاحات الطفولة أيَّ دور في مُتلازمة موت الرّضيع الفُجائيّ. هناك عوامل خُطورة معروفة لمتلازمة موت الرَّضيع الفُجائيِّ. وعاملُ الخُطورة هو أيَّةُ حالة تجعل الرضيع أكثر استعداداً للتعرُّض لمتلازمة موت الرَّضيع الفُجائي. يتعرَّض الرُضَّع الذكور للموت بسبب مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائي أكثر من الرضيعات الإناث .

يتعرَّض الأطفال الخُدَّج، أي الأطفال الذين يولدون قبل أوانهم، أو الأطفال ناقصو الوزن للموت بسبب مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائي أكثر من غيرهم .

إنَّ أطفال الأُمَّهات المدخِّنات أو اللواتي تتعاطين المخدِّرات هم أكثر عرضة للموت بسبب مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائي، سواء أحدث التدخين أو تعاطي المخدِّرات قبل الحمل أو في أثناءه أو بعده .

ثالثاً: نصائح حول نوم الطفل:

إنَّ الخطوة الأولى للوقاية من مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائي هي تعلُّم الطريقة الصحيحة لوضعيَّة الطفل في أثناء النوم. يجب وضعُ الأطفال على ظُهورهم في أثناء النوم، حتَّى إذا كان الأمر لا يتعدَّى قيلولة قصيرة. يوضع الطفلُ على بطنه فقط عندما يكون مُستيقظاً، ويقوم شخص راشد بمُراقبته. كما يجب وضعُ الطفل على بطنه عندما يكون مُستيقظاً كي تقوى عضلات رقبته والجزء العلوي من جسمه. يجب تذكيرُ المربِّية وغيرها ممَّن يعتنون بالطفل بضرورة الانتباه إلى أنَّ الطفل يجب أن ينامَ على ظهره، وعدم افتراض أنَّهم يعرفون ذلك من تلقاء أنفسهم. إنَّ تجنُّب وضع الطفل للنوم في وضعيَّات أُخرى أمر ذو أهميَّة خاصَّة إذا كان معتاداً على النوم على الظهر. يجب استعمالُ فراش ثابت متين لنوم الطفل دائماً، كفراش المهد المغطَّى بقماش مُناسب. كما ينبغي تجنُّب استخدام الوسائد والحشيات وغيرها من الأشياء الطريَّة لنوم الطفل تجنُّباً تاماً. كما يجب أن يلبِّي سرير الطفل معايير السلامة المعتمَدَة أيضاً. يجب إبقاءُ الأشياء الطريَّة والشراشف ذات الأوبار أو الخيوط "المشرشرة" بعيداً عن مكان نوم الطفل. كما يجب إبعادُ كلِّ الشراشف والأشياء عن وجه الطفل، وذلك لمنع "إعادة استنشاق" الهواء الذي تم طرحه مع الزفير. ينبغي عدمُ المبالغة في تدفئة الطفل. ولابدَّ من المحافظة على حرارة الغُرفة في الدرجة نفسها التي تُناسب البالغين، وعدم إلباس الطفل الكثير من الملابس أيضاً. قد يغطُّ الطفل في نوم عميق، ويصبح من الصعب إيقاظه إذا كان دافئاً جداً. يُمكن إعطاءُ الطفل "اللهاية" في الليل وفي أثناء القيلولة، ولكن يجب أن تكونَ نظيفة وجافَّة. ويجب الانتظار حتَّى يكمل الطفلُ شهرَه الأوَّل على الأقلّ، أو حتَّى يعتاد على الرضاعة قبل إعطائه اللهَّاية إن كان يرضع من صدر أمِّه. يُشكِّل استعمالُ اللهَّاية بانتظام عامل وقاية للطفل من مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ، حتى إذا كانت اللهَّاية تسقط من فم الطفل في أثناء النوم، ولكن لا ينبغي إكراه الطفل على

مصِّ اللهَّاية إذا لم تعجبه. يجب الالتزامُ بتعليمات الطبيب حول طريقة إطعام الطفل ووضعيَّة نومه إذا كان يُعاني من الجزر المعِدي المريئي أو من حرقة المعدة. يجب إعادةُ الطفل إلى سريره أو مهده كي ينام. وقد يكون من الأفضل وضعُ سرير الطفل في الغُرفة التي تنام فيها الأمُّ خلال الأشهر الستَّة الأولى من عمر الطفل. ولقد ثبت أنَّ ذلك يقلِّل من خطورة حدوث مُتلازمة موت الرضيع الفُجائيِّ. يجب الامتناعُ تماماً عن وضع الطفل في سرير الأم كي ينام، لأنَّ ذلك قد يؤدِّي إلى حوادث، فقد تنقلَّب الأُمُّ في أثناء النوم مثلاً، ممَّا يمكن أن يؤدِّي إلى اختناق الطفل. كما أنَّ الطفل قد يسقط من الفراش ويتعرَّض للأذى، أو قد ينحشر بين الفراش والجدار. إنَّ لفَّ الطفل أو تقميطه يجعله ينام على ظهره بشكل مُريح. وعلى الأمِّ أن تتعلَّم كيف تُقمِّط طفلها بشكل صحيح. إذا كانت اللفافة أو القِماط رخواً جداً، فقد تفلت البطانيَّة وتخنق الطفل؛ أمَّا إذا كان القماط مشدوداً كثيراً، فقد يضغط على صدر الطفل ويمنعه من التنفُّس بسهولة. قد تُلاحظ الأمُّ أنَّ رأسَ طفلها قد أصبح مُسطَّحاً بشكل طفيف من جانب واحد إذا كان ينام على ظهره دائماً. ويُسمِّي الأطبَّاء هذه الحالة الرأسَ الوارِب. ليس الرأسُ الوارب حالةً خطيرة، ولا يسبِّب أيَّةَ مشاكل صحِّية للطفل، وسوف يعود رأس الطفل إلى استدارته الطبيعيَّة ثانية في أثناء نموِّ الطفل. تستطيع الأمُّ التخفيف من شدَّة حالة الرأس الوارب عن طريق وضع الطفل على بطنه مرَّات كثيرة عندما يكون مُستيقظاً وتحت مُراقبتها وإشرافها. وعلى الأمِّ أيضاً تقليل مقدار الوقت الذي يقضيه الطفل على ظهره في أماكن أخرى، مثل مقاعد السيَّارة الخاصَّة بالأطفال وكذلك حاملات الأطفال. يجب عدمُ منع الطفل من التدحرج عندما يصبح قادراً على ذلك، لأنَّه يكون قد اصبح قادراً على اختيار وضعيَّة النوم المناسبة له. قد تشعر بعضُ الأمَّهات بالقلق من أنَّ نوم الطفل على ظهره قد يسبِّب له الاختناق. ولكن، لم يثبت أنَّ هناك زيادة في حالات الاختناق أو المشاكل الأخرى عند الأطفال الرضَّع الذين ينامون على ظهورهم. على الرَّغم من أنَّه لا توجد وسيلة مضمونة لمنع موت الرضيع الفجائيِّ، لكنَّ معرفة المخاطر بشكل جيِّد تُساعد الأمَّ على تقليل فرص تعرُّض طفلها للموت الفُجائيِّ غير المفسَّر .

رابعاً: الوقاية:

إنَّ الوسيلة الأولى للوقاية من موت الرضيع الفجائي هي تعلُّم الطريقة الصحيحة لوضع الطفل في أثناء نومه. يناقش هذا القسم النصائحَ الإضافية التي قد تساعد على الوقاية من هذه المتلازمة. على الأمِّ التوقُّف عن التدخين في أثناء الحمل؛ فطفلُ الأمِّ التي تُدخِّن في أثناء الحمل مُعرَّضٌ لخطر الموت بسبب مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائيِّ أكثر من غيره من الأطفال الذين لا تُدخِّن أُمَّهاتُهم بثلاث مرَّات إلى أربع مرَّات. يجب إبعادُ الطفل عن أماكن التدخين أيضاً، حيث يُضاعف التدخين السلبيُّ من احتمال موت الطفل بسبب مُتلازمة موت الرَّضيع الفُجائيِّ. إذا كانت الأم لا تستطيع

الامتناعَ عن التدخين، فإنَّ عليها على الأقلّ ألاَّ تُدخِّن داخل المنزل، وأن تحرص على أن تكون بيئةُ بيتها خالية من التدخين. ولا يكفي مُجرَّد فتح النافذة في أثناء التدخين. كما أنَّ التدخين في غُرفة أُخرى لا يكفي أيضاً. يجب الحرصُ أيضاً على ألاَّ يُدخِّن أيٌّ من أفراد الأُسرة أو الأقرباء أو الأصدقاء داخل المنزل، حيث يُمكن أن يبقى دُخان السجائر في الهواء مُدَّةً تصل إلى ساعتين ونصف الساعة. كما أنَّ أثر دُخان السجائر المتبقِّي على الألبسة والأثاث يُمكن أن يُسبِّب التعرُّضَ للتدخين السلبي "الثالثي". على الأمِّ أن تُرضع طفلها من صدرها. وهناك بعضُ الأدلَّة على أنَّ الأطفال الذين يتلقَّون إرضاعاً طبيعيَّاً يكونون أقلَّ تعرُّضاً للموت بسبب مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ. ويُمكن أن تُكوِّن الرضاعةُ الطبيعيَّة مناعة عند الطفل تجاه الأمراض والعدوى التي قد تُساهم في حدوث مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ. يجب أن تحرصَ الأمُّ على إجراء فحوص مُنتظمة لطفلها عند الطبيب؛ فالفحوصُ الدوريَّة هامَّة من أجل صحَّة الطفل، خاصَّة أنَّ مُتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ تحدث بغتة من غير إنذار. كما ينبغي أيضاً تجنُّبُ المنتجات التي يزعم مُنتجوها أنَّها تقلِّص من احتمال تعرُّض الطفل لمتلازمة مَوت الرَّضيع الفُجائيِّ، من غير تقديم بُرهان علميٍّ من الهيئات الطِّبيَّة؛ فمُعظمُ هذه المنتجات لم تُختبر بعد، وقد لا تكون آمنة .

❖ متى ينبغي طلب المُساعدة؟

ينبغي على الأمِّ استشارة الطبيب إذا أحسَّت أنَّ طفلها قد يكون مريضاً. وعليها الاتِّصال بالطبيب إذا كان طفلها:

- لا يتنفَّس بشكل جيِّد أو يعاني من الوزيز (صوت يرافق الزفير) .
- مُبلَّلاً بالعرق أو مرتفعَ الحرارة .
- شاحب اللون .
- لا يستجيب لها بشكل طبيعيٍّ .
- يعاني من طَفَح، خاصَّة إذا بدا للأم أنَّ هذا الطفح مقلق .

كما يجب أن تتعلَّم الأمُّ أيضاً إجراء الإنعاش القلبي التنفُّسي (الإنعاش القلبي الرئوي) للأطفال. يستطيع الوالدان تعلُّم دروس في الإنعاش القلبيِّ التنفُّسيِّ مجَّاناً. ويُمكن إجراء الإنعاش القلبيِّ التنفُّسيِّ فوراً إذا توقَّف الطفل عن التَّنفُّس أو إذا توقَّف قلبه عن الخفقان.

الخاتمة:

وبهذا نكون قد تعرفنا على أشهر المتلازمات التي تصيب الإنسان و كل ما يتعلق بها من أعراض و أسباب و مضاعفات وما إلى ذلك، و نتمنى أن نكون في بحثنا هذا قد مكنا كل قارئ من إغناء ثقافته الطبية و اكتساب فكرة أولية عن المتلازمات و ما يتعلق بها، و لا سيما أن هذا الموضوع ربما يشكل تساؤلاً لدى الكثيرين من محبي مادة علم الأحياء و طالبي المعرفة في هذا المجال، وآمل أن يصبح هذا البحث مرجعاً موثوقاً لكل طالب علم ليستطيع الاستفادة منه

وشكراً.

المراجع والمصادر:

".متلازمة داون" .(2002) الصبي, د. ع. ب. م.

www.pubmed.com

www.webteb.com/mental-health/diseases

www.syr-res.com

www.webmd.com/a-to-z-guides/cushing-syndrome

www.uqu.edu.sa

www.al-health.net

www.chargesyndrome.org