

تعمارتها

کلینیک ترک سیگار

۳



منابع:

Harrison Text Book of Medicine, 1998.
Fishman's Pulmonary Diseases, 1998.
American Cancer Society, 1996.

تهیه کنندگان:

دکتر محمدرضا مسجدی
دکتر حسن آذری پور ماسوله
دکتر غلامرضا حیدری

مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی

کلینیک ترک سیگار

تهران. خیابان پیروزی نیش خیابان شیخ الرئیس تلفن: ۳۷۹۶۳۰۲

بیماریهای همراه با کشیدن سیگار

بیماریهای قلبی - عروقی

• بیماریهای آترواسکلروتیک قلبی • عروق کاروتید • بیماری عروق کلیوی، آنوریسم آئورت شکمی • آریتمی • ترومبوآنژیوت اوبلیتران (بیماری برگر) • آمبولی ریه • بیماری شراین کرونر • اسپاسم شریان کرونر • سایر بیماریهای قلبی • بیماری عروق محیطی • ترومبوز ورید عمقی

بیماریهای بدخیم

• بدخیمیهای تنفسی • S.S.C. • Large cell Ca. • سرطان حنجره • سرطان مری • سرطان پانکراس • سرطان پستان • سرطان مقعد • سرطان کبد • سرطان ریه • آدنوکارسینوما • Small cell Ca. • سرطان حفره دهان • سرطان دهانه رحم • سرطان مثانه • سرطان کلیه • سرطان معده • سرطان خون

بیماریهای روان شناختی

• افسردگی • اسکیزوفرنی

بیماریهای دهانی

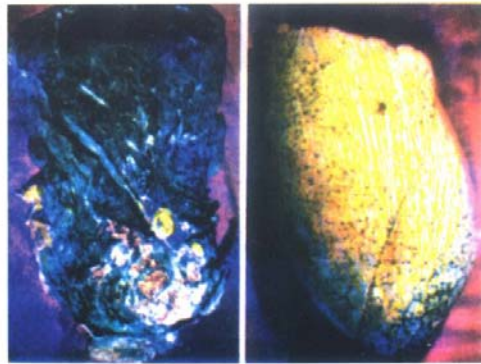
• بیماری پریودنتال • کاهش حس چشایی

بیماریهای غیر بدخیم ریه

• COPD • گرانولوم انوزینوفیلیک ریه • سندرم Good Pasture • پنوموتوراکس • آسم • برونشیت • آپنه خواب

بیماریهای دستگاه گوارش

• بیماری زخم پپتیک • پانکراتیت مزمن • آدنومهای کولون • ریفلاکس معدی - مری • بیماری کرون



سیگار و بیماریها

استعمال دخانیات پدیده‌ای زیان‌بخش برای سلامت عمومی است و در حقیقت می‌توان آن‌را مهمترین آسیب برای سلامت عمومی دانست. تعداد مرگ‌های ناشی از سیگار کشیدن در ایران حدود ۵۰,۰۰۰ مورد در سال تخمین زده می‌شود، که به‌طور چشمگیری بالاتر از سایر دلایل اختصاصی مرگ است. هزینه‌های بهداشتی (سلامتی) سیگار کشیدن نه تنها در کشورهای توسعه یافته، بلکه در کشورهای در حال توسعه نیز بالاست. با توجه به این حقیقت که زیانهای بهداشتی ناشی از سیگار به موازات گسترش مصرف آن بیشتر می‌شود، تعجب‌آور نیست که بیماریهای پدید آمده بر اثر سیگار در کشورهای در حال توسعه شایع‌تر است چرا که شیوع مصرف سیگار در این کشورها رو به افزایش است. همچنین سیگار کشیدن در بعضی زیر گروههای جمعیتی - مثلاً زنان جوان - در کشورهای توسعه یافته در حال افزایش است و می‌توان انتظار داشت که بیماریهای وابسته به سیگار نیز در این گروهها افزایش یابد. سیگار کشیدن با مکانیسمهای متعدد سبب بیماری می‌گردد.

از میان شایع‌ترین بیماریهایی که با استعمال دخانیات در ارتباط است، بیماریهای آترواسکلروتیک قلبی - عروقی، سرطانها، COPD، حملات مغزی و... را می‌توان نام برد. شواهد اپیدمیولوژیک و مکانیکی ارتباط‌دهنده سیگار با این بیماریها، معتبر است.

حمله مغزی

تمام سیگاریها در معرض خطر بیشتری از جانب حمله مغزی هستند. با وجود این، آن دسته از زنان سیگاری که قرص ضدبارداری خوراکی نیز استفاده می‌کنند تا ۲۰ برابر بیشتر در معرض حمله قلبی و نیز حمله مغزی نسبت به زنانی هستند که نه سیگار می‌کشند و نه OCP مصرف می‌کنند.

سرطان ریه

خطر ایجاد سرطان ریه حدود ۲۰ برابر در سیگاریها بیشتر از غیرسیگاریهاست. در حقیقت سیگار کشیدن فاکتور خطر اصلی همراه با سرطان ریه است. خطر قابل اسناد برای ایجاد سرطان ریه در زنان حدود ۷۹٪ و در مردان ۹۰٪ است. اکثر کسانی که بر اثر سرطان ریه می‌میرند، سیگاری هستند. خطر ایجاد سرطان ریه مستقیماً با تعداد سیگارهای کشیده شده در روز، مدت سیگار کشیدن و محتوای قطران و نیکوتین سیگارهای کشیده شده ارتباط دارد. در سیگاریهای قهار، ۱۵ تا ۲۵ بار احتمال مرگ ناشی از سرطان ریه نسبت به غیرسیگاریها بیشتر است. تنها گذشت ۱۵ تا ۲۰ سال از شروع سیگار کشیدن کافی است تا سرطان ریه ایجاد شود و تعداد کمی از بیماران مبتلا به آن بیش از ۵ سال پس از تشخیص زنده می‌مانند. خطر سرطان ریه بین سیگاریهای غیرفعال یا احتمالی نیز افزایش یافته است. شواهد تجربی بسیاری نقش دود سیگار را در سرطان ریه نشان داده‌اند و به نظر می‌رسد که یک شیوه چند مرحله‌ای در مورد کارسینوژن‌ها دخالت داشته باشد.



بیماریهای عفونی

• سل • عفونتهای مننکوکی • عفونتهای پنوموکی

بیماریهای غددی

• تغییرات ترشحات هورمونی • آنتی دیورز • بیماری گریوز • گواتر

بیماریهای کلیوی

• گلومرولونفریت • هیپر تروفی خوش خیم پروستات

بیماریهای پوستی

• سوریازیس • چین و چروک

بیماریهای تولید مثل

• نارسایی تخمدان

بیماریهای وابسته به حاملگی

• زایمان نارس (Prematurity) • سقط خود به خودی

بیماریهای قلبی - عروقی

بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)

سیگار کشیدن عامل خطر اصلی همراه با بیماریهای انسدادی مزمن ریه است. مواد محرک دود تنباکو (قطران و گاز سیانید) مسئول بروز برونشیت و آمفیزم هستند. این محرکها عمل مزکها را که وظیفه پاک ساختن ریهها از مواد آلاینده را دارند متوقف میسازد. آنها همچنین سبب ترشح بیشتر موکوس توسط غدد برونشی می شوند. وقتی که مزکها غیرفعال می شوند، به اجبار فرایند پاکسازی ریهها از موکوس اضافی، قطران و سایر ناخالصیها باید از راه سرفه کردن انجام شود. سیگاریها بیشتر از غیرسیگاریها سرفه می کنند و خلط بیشتری تولید می کنند. سایر علائم تنفسی شامل کوتاهی تنفس، سنگینی سینه، خس خس، درد سینه، سینوزیت های مکرر و سرماخوردگی های مکرر است. تقریباً تمام بیماران مبتلا به آمفیزم بالینی واضح سیگاری هستند. سیگار همچنین یک عامل خطر مهم برای ایجاد برونشیت مزمن است. سیگاریهای قهار در معرض خطر بیشتری برای ایجاد COPD نسبت به سیگاریهای متوسط هستند، اما در معرض مقادیر کم دود سیگار بودن - چنان که در سیگار کشیدن احتمالی دیده می شود - نیز زیان آور به نظر می رسد. به نظر می رسد که تعدادی از مکانیسمهای متقابل در پاتوژنز COPD ناشی از دود سیگار مؤثر باشند. ظاهراً آمفیزم ناشی از تخریب ریه است که خود می تواند از صدمه مستقیم دود سیگار، اکسیدانهای القاء شده، و یا تولید مواد واسطه ای التهابی جدید به دلیل تماس با دود پدید آمده باشد. به نظر می رسد که برونشیت مزمن ناشی از مکانیسمهای مشابه در راههای هوایی است.

سیگار کشیدن همچنین یک عامل خطر اصلی برای ایجاد بیماریهای قلبی - عروقی است. در حقیقت تأثیر سیگار از نظر میزان، مشابه دو عامل خطر اصلی دیگر، یعنی فشار خون و هیپرکلسترولمی است. اما از دیدگاه بهداشت عمومی، به علت شیوع بیشتر سیگار کشیدن از هیپرکلسترولمی یا هیپرتانسیون، عامل خطر مهمتری نسبت به هر دو آنهاست.

در اینجا نیز سیگاریهای قهار در معرض خطر بیشتری هستند. سیگار کشیدن می تواند با مکانیسم های مختلف سبب ایجاد بیماریهای قلبی مزمن گردد، از جمله: صدمه مستقیم اندوتلیال به وسیله نیکوتین و منواکسید کربن که می تواند دیواره یک شریان طبیعی و باز را تخریب کند و موجب ورود مواد چربی به داخل دیواره زخمی و ضخیم شدن و تنگی و در نهایت انسداد کامل شریان گردد. افزایش ضربان قلب و فشار خون به واسطه آزادسازی کاتکولامینها، هیپرلیپیدمی، افزایش میزان LDL، افزایش نوتروفیل های در گردش، و افزایش نیاز به O_2 عضله قلبی شده و از سوی دیگر ظرفیت حمل اکسیژن توسط خون را کاسته، سبب تشدید ناتوانی و اختلال عملکرد قلب می گردند و به این ترتیب زمینه را برای بروز آریتمی های قلبی مستعد می کنند. عضله قلب تنها زمانی سالم باقی می ماند که یک جریان خون خوب توسط شریانهای کرونر به آن برسد. در طی سالهای زندگی و به منزله بخشی از فرایند طبیعی پیری، این عروق به تدریج به علت فرآیند دژنراتیو، دیواره شان تنگ می شود. در سیگاریها این فرآیند بسیار سریعتر از افراد طبیعی پیشروی می کند. کراراً خون جریان یابنده از خلال این عروق تنگ به طور ناگهانی لخته می شود (ترومبوز کرونر) و به طور جدی به عضله قلب آسیب می رساند. ترومبوز کرونر علت شایع مرگ در مردان و زنان بین سنین ۶۴-۳۵ سال است.

بیماری عروق کرونر با تعداد سیگاریهای کشیده شده، درجه استنشاق و سن شروع سیگار کشیدن در ارتباط است.