



شماره ۳ / ویژه نامه زمستان و بهار
نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی ساری

مجله سیمرغ طبرستان

SIMORGH MAGAZINE OF TABARISTAN

The official publication of Sari Medical System Organization





امروز تاکید می‌کنم کسانی که در کار برنامه‌سازی برای
تلویزیون، رادیو، مطبوعات، هنرهای نمایشی، سمعی و
بصری و کار هنری به هر شکل هستند، کتاب بخوانند.
بیانات رهبر معظم انقلاب اسلامی



فهرست

- آشنایی با نظام سلامت کشور ۱۱
- گفتگو با دکتر قاسم رحمت پور ۱۲
- بهداشت روانی، ضرورت مغفول مانده در سازمان ها ۱۴
- غربالگری سرطان پستان ۱۶
- تاریخچه پزشکی شهرستان ساری ۱۹
- سرطان تیروئید ۲۰
- مطلب حقوقی ۲۵
- هیدرونفروز (ورم کلیه) قبل از تولد ۲۶
- آپنه انسدادی خواب ۳۰
- نوستالژی زمان در قلب ساری ۳۴
- مکان های دیدنی ۳۶
- زمان اولین مراجعه به ارتودنتیست ۳۸
- پیاده روی بعد از صرف غذا چه مزایایی دارد؟ ۴۰
- کبد چرب ۴۲
- ابزاری موثر در شناسایی زودرس اختلال طیف اوتیسم در کودکان ۴۴
- فیبرومیالژیا و سندروم خستگی مزمن ۴۶
- فشار خون بالا ۴۸
- آنمی فقر آهن در بزرگسالان ۵۰
- میگرن ۵۲
- پاسخگویی پزشک از منظر قانون ۵۴
- تقویم سلامت ۵۸
- چالش درمان میکروارگانیزم های مقاوم ۶۲
- وب گردی ۶۴
- اهمیت وضعیت صحیح بدن (پاسچر) در سلامتی انسان ۶۸
- چگونه بعد از تحصیل موفق تر باشیم؟ و از شغل خود لذت ببریم؟ ۷۲
- زخم پای دیابت ۷۴
- یک روز با رزیدنت ۷۶
- آیا ورزش میتواند باعث کم شنوایی و وزوز گوش ایجاد کند؟ ۷۲
- زندگینامه ۸۲

مجله سیمرغ طبستان

علمی، خبری | شماره ۳ / ویژه نامه زمستان و بهار
نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی ساری

صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی ساری

مدیر مسئول: دکتر محمد ابراهیمی ساروی

سر دبیر: دکتر محمد رئیسین

مدیر اجرایی: دکتر حر رشیدی

کارشناس مسئول: فروغ سادات برهانی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر آرش بلارک، دکتر حمید محمد جعفری، دکتر محبوبه محمد جعفری، دکتر محمد خورشیدی، دکتر حامد خدابخش، خانم فرناز خاطری، دکتر علیرضا خاکساریان، دکتر حر رشیدی، دکتر مریم رضاپور، دکتر فاطمه روزبه، دکتر قاسم رحمت پوررکنی، دکتر جواد ستاره، دکتر علی سلحشور، دکتر فریبا ظفری، دکتر مسعود عمادیان، دکتر سید محمد مهدی غفاری همدانی، دکتر احمد قاسمی، دکتر حجت اله قربانی، دکتر تانیا قاسمی، خانم سوگل کارنده، دکتر احمد کوثریان، دکتر هرجان مسگریان، دکتر انوشیروان محمدی، خانم طاهره مطلق، دکتر زهرا نظری تلوکی، دکتر محمد جواد نجفی، دکتر شهریار نامدار



گروه مشاورین کسب و کار ویرا دایموند خاورمیانه

مشاورین برندینگ و تبلیغات:

مجید مقصودلو

مژده وندادی

سخن مدیر مسئول



دکتر محمد ابراهیمی

مدیر مسئول

عرض ادب و ارادت خدمت همکاران عزیز و آرزوی روزهای خوش توام با سلامتی برای همه عزیزان .

سیمرغ طبرستان در بهار ۱۴۰۲ با هدف اطلاع رسانی و انعکاس نتایج عملکرد سازمان و مقالات علمی دوستان در حوزه پزشکی حیات خود را آغاز کرد و با انتشار سومین شماره هم اکنون پیش روی شماست. بی شک هیچ نشریه ای بدون حمایت خوانندگان علاقمند و صاحب نظران تیزبین و راهنمایی های آنها به سر منزل مقصود نخواهد رسید و بدون همراهی آنها امکان انتشار و دوام نشریه فراهم نخواهد بود. بنابراین در سال جدید دست یاری به سوی همه شما عزیزان دراز می کنیم و دیدگاهتان را به دیده جان پذیراییم.

دکتر محمد ابراهیمی ساروی

مدیر مسئول و ریاست سازمان نظام پزشکی

یادداشت سردبیر



دکتر محمد رئیسیان

سردبیر

ضمن عرض سلام و احترام به شما خوانندگان عزیز ، مجله‌ی سیمرغ طبرستان که حاصل زحمات اعضا محترم سازمان نظام پزشکی ساری است ؛ حضورتان تقدیم می‌گردد.

در شماره پیش رو سعی شده، نگاه صنفی به ساختارهای نظام سلامت نظیر پزشک خانواده و ابعاد حقوقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای و قانونی اعضا محترم سازمان داشته باشیم .

با توجه به اهمیت سرطان‌ها و بیماری‌های شایع ، در مورد پیشگیری سرطان‌هایی نظیر پستان و تیروئید و بیماری‌های مزمن نظیر دیابت ، فشار خون، کبد چرب، اختلالات خواب و بهداشت دهان و دندان و... مطالب مفیدی گردآوری شده است که امیدواریم مورد توجه شما عزیزان باشد.

همچنین در این شماره سعی شده بخشی از مشکلات رزیدنت‌های عزیز به قلم خودشان به تصویر کشیده شود.

امیدواریم مطالب مجله، مفید فایده برای شما عزیزان باشد. در نظر داشته باشید دیدگاه‌ها، نقدها و پیشنهادهای شما باعث بالندگی هیئت تحریریه خواهد بود.

نوبهارست در آن کوش که خوش دل باشی
که بسی گل بدمد باز و تو در گل باشی



حضور دکتر رییس زاده در سازمان

در دی ماه ۱۴۰۱ دکتر رییس زاده رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور، در محل نظام پزشکی ساری حضور پیدا کردند و با رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی مازندران و اعضای هیئت مدیره نظام پزشکی ساری دیدار و گفتگو کردند.

در ابتدای جلسه آقای دکتر محمد ابراهیمی ساروی در خصوص عملکرد و کارهای انجام شده نظام پزشکی ساری در دوره جدید هیئت مدیره مطالب مبسوط بیان نمودند، سپس نمایندگان گروههای مختلف جامعه پزشکی به بیان مشکلات گروههای هدف خود پرداختند.



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



در پایان آقای دکتر رییس زاده ضمن تقدیر و تشکر از عملکرد بسیار خوب نظام پزشکی ساری در تمام حوزه‌ها در دوره جدید که نشان از اتحاد و صمیمیت اعضای هیئت مدیره دارد، از تلاش نظام پزشکی ساری در تجهیز ساختمان ۶ طبقه سازمان و تعامل با ادارات و دستگاه‌های استان را کم نظیر و قابل الگو برای کشور دانستند. همچنین از پیشرو بودن مازندران در نظام پزشکی کشور تقدیر کردند.

از جمله: مشکلات و بحث در خصوص تعرفه سال ۱۴۰۱، مالیات و کارتخوان مطبها، عوارض مشاغل، پسماند و... بوده که در خصوص این مسائل بحث و بررسی صورت پذیرفت.

در ادامه رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور اظهار داشتند برای سال ۱۴۰۲ پیش بینی‌های خوبی شده و در حال رایزنی کشوری در جهت واقعی تر شدن تعرفه‌ها و مناسب شدن مالیات پزشکان و دوره‌های مهارتی ویژه پزشکان بخصوص پزشک عمومی در دست اقدام است که جامعه پزشکی بزودی در جریان قرار خواهند گرفت.



جلسه کارگروه تعیین تعرفه استان و رعایت سقف تعرفه



جلسه رییس و هیئت مدیره نظام پزشکی پیرامون حل پسماند عفونی



دکتر محمد خورشیدی

پزشک عمومی

آشنایی با نظام سلامت کشور



لذا از منظر اقتصادی سیستم سلامت کشورها به سه دسته تقسیم می‌شوند:

۱. سیستم نظام بهداشتی درمانی و دولتی

در این سیستم تامین هزینه‌های سلامت به طور مطلق با دولت‌هاست و دولت‌ها تضمین‌کننده پرداخت کلیه هزینه‌های نظام سلامت هستند و گیرندگان خدمات هیچ پرداخت مستقیمی از جیب ندارند. در این سیستم اصل پیشگیری بر درمان الویت دارد که محور اصلی آن سیستم پزشک خانواده می‌باشد.

۲. نظام بیمه‌های عمومی

در این سیستم رکن اصلی ارائه خدمات و پشتیبانی از آن، به عهده بیمه‌هاست. این نمونه نظام سلامت در کشورهای آمریکایی و اروپایی متداول می‌باشد.

۳. سیستم ارائه خدمات چندگانه

در این سیستم چندین سازمان و نهاد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی می‌باشند. شامل چندین بیمه‌ها اعم از خصوصی و دولتی می‌باشد. در این کشورها خدمات بهداشتی درمانی در سه قالب، خدمات سلامت دولتی، خدمات درمانی خصوصی و خدمات بهداشتی درمانی ویژه سازمان‌های خاص قابل ارائه می‌باشد. این نظام ارائه خدمت، معمولاً دارای آشفتگی‌های زیاد، کمبود منابع مالی، هدفمند نبودن ارائه خدمات بهداشتی درمانی که اکثراً در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. نظام سلامت کشور ما در عین تولید دولتی حاکم بر آن مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع همکاری چند جانبه و داشتن بیمه‌های متعدد در حال ارائه خدمات می‌باشد. که دارای پیچیدگی‌های فراوانی هست که قصد داریم در آینده به آن بپردازیم.

نظام سلامت یکی از ارکان اصلی و تاثیرگذار حاکمیت و دولت‌هاست.

که در رشد و توسعه هر کشوری تاثیر بسزایی دارد. به طوری که یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های رشد و تعالی یک کشور شاخص‌های نظام سلامت آن جامعه می‌باشد. اگر نظام سلامت یک کشور چابک و دارای اهداف متعالی و ارتقا محور نباشد، مطمئناً آن کشور از نظر توسعه در همه زمینه‌ها دچار مشکل است. لذا مدیریت نظام سلامت یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین مولفه‌های رشد یک کشور می‌باشد. به همین دلیل بنا داریم سلسله بحث‌هایی در خصوص مدیریت نظام سلامت از نظر نقاط قوت و ضعف، چالش‌ها، اهداف و برنامه‌ریزی‌های مرتبط به حوزه سلامت را با شما عزیزان به بحث بگذاریم و چون جامعه پزشکی که به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان نیروی انسانی نظام سلامت می‌باشد، هر چه بیشتر و بهتر با این حوزه آشنایی داشته باشد، مطمئناً می‌تواند تاثیر بسیار بزرگی در حرکت رو به جلو و ارتقا آن داشته باشد.

نقش ویژه مناسبات اقتصادی و سیاسی در دنیای امروز چهره سلامت جهان را ناگزیر تابعی از ساختار اقتصادی و سیاسی کشورها ساخته است، طوری که عموماً کشورهایی با نظام اقتصادی و سیاسی مشابه از نظام سلامت یکسانی برخوردارند.





گفت گو با دکتر قاسم رحمت پور

عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور پیراهون پزشکی خانواده

وی در پاسخ به این سوال که محل استقرار پزشک خانواده در شهر کجاست، تصریح کرد: تعدادی از پزشکان خانواده در پایگاه‌های شهری مستقر بوده و طبق ساعات کاری سیستم‌های دولتی مشغول فعالیت هستند، اما اکثریت پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده شهری در مطب‌های خود فعالیت می‌کنند. (پزشکان بخش خصوصی)

...

عضو شورای عالی نظام پزشکی ادامه داد: ساعت کاری فعالیت پزشک خانواده به صورت دو شیفت صبح (۸ الی ۱۲) و عصر (۱۶ الی ۲۰) است و هر پزشک خانواده می‌تواند تا سقف ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد که برای پزشکان تک شیفت این عدد ۱۲۵۰ است و در شرایط خاص و با نظر کمیته فنی این عدد تا ۳ هزار نفر برای پزشکان دو شیفت و ۱۵۰۰ برای پزشکان تک شیفت قابل افزایش است.



عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به این که دریافتی پزشکان خانواده به واریزی‌های بیمه‌ها وابسته است؛ اظهار کرد: متأسفانه واریزی‌ها اکثراً نامنظم و همراه با کسورات بوده که باید چاره‌ای اندیشیده شود تا معیشت این دسته از پزشکان تامین شود؛ در غیر این صورت ادامه روند موجود امکان‌پذیر نبوده و منجر به آسیب‌های فراوان خواهد شد.

دکتر قاسم رحمت پور با اشاره به اینکه طرح پزشک خانواده به صورت پایلوت از سال ۱۳۹۱ در استان مازندران و شیراز اجرا شد؛ بیان کرد: پزشک خانواده، پزشک عمومی است که باید دارای پروانه مطب فعال در شهر محل خدمت باشد و بر اساس قراردادی که سالانه با بیمه‌ها (بیمه سلامت و بیمه تامین اجتماعی) منعقد می‌کند باید خدمات سلامت را در محدوده تعریف شده در اختیار جمعیت تحت پوشش خود قرار دهد.

وی افزود: پزشک خانواده مسئولیت کامل خانوارهای تحت پوشش خود را بر عهده دارد و در صورت نیاز به خدمات تخصصی آن‌ها را به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهد. در صورت مراجعه مستقیم به متخصص و مراکز تخصصی کلیه هزینه‌ها اعم از ویزیت، دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی به صورت آزاد محاسبه شده و بر عهده بیمار است.

عدم توجه به معیشت پزشکان خانواده آسیب‌های جبران ناپذیری به دنبال دارد. وی با اشاره به این که از زمان شروع طرح پزشک خانواده (سال ۱۳۹۱) برای تشویق ورود پزشکان به این طرح، سرانه در سه سال اول به ترتیب رشد ۲۰، ۲۸ و ۲۹ درصدی داشت، بیان کرد: پس از تثبیت طرح رشد سرانه بسیار نامناسب و به صورت صفر، ۱۰، ۱۰، ۴ و ۱۴ درصد بوده، یعنی طی ۵ سال تنها ۴۰ درصد افزایش داشت که با توجه به افزایش چند برابری هزینه‌ها (از اجاره مطب تا حقوق پرسنل) فشار زیادی به بدنه جامعه پزشکان خانواده شهری وارد شده است.

...

وی افزود: در سال ۱۴۰۰ مبلغ سرانه افزایش ۵۰ درصدی داشته که مقداری از کمبودهای سال‌های قبل را جبران کرده اما رشد ۵۷ درصدی حقوق ماما و منشی و اجاره‌های سرسام‌آور و هزینه‌های مطب و تعیین سرانه حدود ۱۳ هزار تومان در سال جاری قطعاً منجر به تعطیلی بسیاری از مطب‌های پزشکان بخش خصوصی استان در این طرح خواهد شد.

رحمت‌پور رکنی با تأکید بر این که دریافتی پزشکان خانواده کاملاً به واریزی‌های بیمه‌ها وابسته است، گفت: متأسفانه واریزی‌ها اکثراً نامنظم و همراه با کسورات است لذا باید چاره‌ای اندیشیده شود تا معیشت این دسته از پزشکان تأمین شود، در غیر این صورت ادامه روند موجود امکان پذیر نبوده و منجر به آسیب‌های فراوان خواهد شد.

...

وی با اشاره به این که حقوق پزشک خانواده بر اساس سرانه تعیین می‌شود، یادآور شد: پرداخت‌ها به پزشک خانواده توسط بیمه سلامت و تأمین اجتماعی به صورت جداگانه و در دو نوبت انجام می‌شود (۸۰ درصد اولیه و ۲۰ درصد پس از پایش فصلی) که این مبلغ تمام دریافتی پزشک خانواده از بیمه‌ها است و پزشکان بخش خصوصی طبق قوانین تعیین شده در اوقات خارج از ساعت کار پزشک خانواده نیز مجاز به فعالیت پزشکی نیستند و فعالیت آن‌ها در خارج از طرح، به چند کشیک در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها محدود می‌شود که تعداد کشیک بیش از حد تعیین شده و هر نوع فعالیت خارج از قوانین مطرح شده موجب کسورات و لغو قرارداد و غیره خواهد شد.

ادامه دارد ...

رحمت‌پور رکنی با بیان این که پزشک خانواده در شروع فعالیت موظف است یک مطب با استانداردهای تعیین شده بیمه‌ها و مرکز بهداشت شهرستان اختیار نموده و پس از تأیید، آن را با تجهیزات تعیین شده مجهز کند، اظهار کرد: برای شروع فعالیت در این طرح، پزشک باید با یک مراقب سلامت (ماما یا پرستار) برای انجام کارهای بهداشتی و مراقبت مادر باردار و تزریقات و غیره، قرارداد ببندد که طبق قوانین پزشک خانواده مصوبه مجلس شورای اسلامی، حقوق مراقب سلامت معادل ۱۲ درصد حقوق پزشک خانواده تعیین می‌شود اما با توجه به قانون کار مبلغ دریافتی مراقب سلامت ۱۲ درصد سرانه بسیار کمتر از قانون کار است و پزشک مجبور به پرداخت همان مبلغ قانون کار است.

...

وی اضافه کرد: در یک سال اخیر طبق توافقاتی که با واحد بهداشت دانشگاه انجام شد، قسمتی از این مابه‌التفاوت ۱۲ درصد و قانون کار توسط دانشگاه و قسمتی توسط پزشک به مراقبین پرداخت خواهد شد که دانشگاه در پرداختی‌ها نامنظم بوده و در سال جدید تکلیف این مسئله همچنان نامشخص است.

...

به گفته این عضو شورای عالی نظام پزشکی حقوق پزشک خانواده بر اساس سرانه‌ای که سالانه ابلاغ می‌شود، تعیین و هزینه‌های مطب شامل حقوق ماما و منشی، اجاره، آب، برق، تلفن و غیره به عهده پزشک خواهد بود. با شروع طرح پزشک خانواده تمام قراردادهای قبلی بیمه‌ها با پزشکان عمومی خارج از طرح لغو شده و ویزیت و نسخه پزشکان خارج از طرح به صورت آزاد محاسبه می‌شود و سیستم پرداخت بیمه‌ای به پزشک خانواده، سیستم ارجاع و درمانگاه‌های معین محدود شده است.

...

وی با بیان این که پزشک خانواده موظف است تمام دستورات بیمه‌ها (نسخه الکترونیک و غیره) و دستورات مرکز بهداشت (آمار و بیماریابی و قد و وزن کودکان و غربالگری کرونا و غیره) را اجرا کند و در صورت تخطی مشمول کسورات خواهد شد، خاطرنشان کرد: طبق قانون تمام خدمات محول شده از طرف بیمه‌ها و دانشگاه به پزشک خانواده باید به صورت رایگان انجام شود و پزشکان خانواده نباید بابت ویزیت، تزریقات و غیره مبلغی از بیمار دریافت کنند (از ابتدای سال ۱۴۰۰ مبلغ ۶ هزار تومان بابت ویزیت تعیین شد که در سال ۱۴۰۱ به ۷ هزار تومان افزایش یافته است).

بهداشت روانی

ضرورت مظلوم مانده در سازمان‌ها

در قسمت اول این مقاله در مورد سه عنصر اصلی سلامت روان، تاثیر بهداشت روانی در محیط کار و عوامل هشداردهنده بهداشت روانی در محیط کار صحبت شد و حال در ادامه پیامدها و میزان بهره‌وری درست و ...



دکتر حرشیدی

مشاور فرهنگی و رسانه سازمان نظام پزشکی ساری
دکترای مدیریت تکنولوژی و مدیریت نوآوری

پیامدهای عدم توجه به بهداشت روانی در محیط کار در اینجا پنج پیامد سلامت روانی ضعیف در محل کار آورده شده است:

عدم تمرکز و پرش فکر:

سلامت روان ضعیف منجر به بی‌انگیزگی و عدم تمرکز می‌شود. وقتی مشکلات روانی داریم، ذهن ما سرگردان می‌شود یا روی مشکلاتمان متمرکز می‌شود و تنظیم افکار و احساسات ما را دشوار می‌کند.

بهره‌وری و عملکرد شغلی:

عملکرد بالا قدرت ذهنی در حرکت است. وقتی احساس خوبی نداریم، دستیابی به مهارت‌های رفتاری که خلاقیت و انعطاف‌پذیری را تقویت می‌کند، چالش برانگیز است. بدون این مهارت‌ها، ما منابع روانی برای عملکرد خوب در شغل خود نداریم.

توانایی بدنی و عملکرد روزانه:

از اضطراب اجتماعی گرفته تا کاهش عملکرد شناختی و حافظه کاری، سلامت روان ضعیف تاثیر زیادی بر زندگی روزمره و توانایی جسمی شما می‌گذارد. احساس تهی شدن می‌کنید.

ارتباطات: وقتی از نظر عاطفی احساس خوبی نداریم، برقراری ارتباط خوب دشوار است. سلامت روان ضعیف ممکن است منجر به سوء تعبیر یا واکنش بیش از حد به همکاران شود. ممکن است به عنوان صحبت کردن با لحن منفعل-تهاجمی، شنونده ضعیف یا داشتن نگرش منفی به نظر برسد.

تصمیم‌گیری ضعیف: سلامت روان ضعیف می‌تواند منجر به عدم کنترل تکانه، افکار منفی و تصمیم‌گیری ضعیف شود. تصمیم‌گیری ضعیف ممکن است منجر به از دست دادن جلسات، دیر حاضر شدن، کنار گذاشتن تعهدات یا عدم پایبندی به سیاست‌های شرکت شود.

وقتی صحبت از ارتقای رفاه در محل کار می‌شود، ایجاد گزینه‌های پیشگیرانه که به افراد کمک می‌کند سلامت روان خود را بهبود بخشند و روزانه حفظ کنند، کلید کمک به شکوفایی کارکنان است.

به عنوان مثال، ابزار ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آزمون سنجش سلامت روان
- چک لیست ارزیابی خلق و خو
- بررسی تعادل بین کار و زندگی
- ارزیابی وضعیت فعلی پرسشنامه
- مرکز کمک آنلاین الکل و مواد مخدر
- بررسی آنلاین سلامت روان

۳- غربالگری بالینی رایگان

غربالگری‌های بالینی از متخصصان سلامت روان که در صورت لزوم بازخورد و ارجاعات بالینی را ارائه می‌دهند. تلاش برای ارزیابی و درمان در غیر این صورت می‌تواند یک مانع باشد. مربیان بهزیستی روانی رایگان یا یارانه‌ای. خدمات کوچینگ از مربیان دارای گواهی برای کمک به کارکنان برای عبور از چالش‌ها و تقویت آمادگی ذهنی خود. بیمه درمانی با مزایای سلامت روان بدون هزینه یا هزینه کم. برای داروهای تجویزی و مشاوره سلامت روان پوشش مراقبت‌های بهداشتی رایگان یا ارزان ارائه دهید.

ادامه دارد....



در این بخش، ما در مورد برخی از گزینه‌های پیشگیرانه برای ارتقای رفاه ذهنی در محل کار، هم به عنوان کارفرما و هم به عنوان یک کارمند بحث خواهیم کرد.

بهداشت روانی در محیط کار | اقدامات کارفرما

حیاتی‌ترین اقدامی که یک کارفرما می‌تواند انجام دهد این است که هم برای سلامت روانی گسترده‌تر و هم برای کسانی که به خدمات بالینی نیاز دارند، منابع ارائه دهد. در دسترس قرار دادن خدمات بالینی برای کارکنانی که بیماری روانی را تجربه می‌کنند بسیار مهم است. با این حال، اکثر کارگران به مراقبت بالینی نیاز ندارند. آنها به حمایت از سلامت روان نیاز دارند. اغلب در طول زمان‌های سخت کارکنان برای مهارت‌های مقابله و کنترل استرس و ایجاد انعطاف‌پذیری به کمک نیاز دارند. تقویت آمادگی ذهنی کلی آنها برای آنها مهم است که هم افراد شادی باشند و هم مشارکت‌کنندگان سازنده‌ای در تیم شما.

سه استراتژی برای ارتقای سلامت روان در محل کار

۱- برنامه کمک به کارکنان

برنامه کمک به کارکنان یک برنامه مبتنی بر کار است که به طور سنتی به کارکنان با مشکلات شخصی یا مرتبط با کار کمک می‌کند که ممکن است به عملکرد شغلی یا رفاه آنها آسیب برساند. یک «برنامه کمک به کارکنان» بدون هیچ هزینه‌ای برای کارمندان ارائه می‌شود و می‌تواند به مسائلی مانند رفتار صحیح در محیط کار، چالش‌های روابط، رویدادهای آسیب‌زا به عنوان مثال، خشونت در محل کار، مشکلات قانونی، مسائل سلامتی و طیف گسترده‌ای از مسائل کمک کند.

۲- خدمات بهداشتی آنلاین

کارمندان می‌توانند به خدمات آنلاین، از طریق تلفن، ویدیو یا ایمیل یا حضوری دسترسی داشته باشند. فضاهای استراحت فضاهای آرام اختصاص داده شده برای فعالیت‌های آرامش‌بخش به کارکنان این فرصت را می‌دهد که در میان روز استراحت کنند و استرس را از بین ببرند. به همان اندازه مهم، پذیرفتن فرهنگی برای استراحت و استفاده از این فضاها است.

رهبران و مدیران می‌توانند لحن را تعیین کنند. ابزارهای خودارزیابی سلامت روان در دسترس همه کارکنان است. ابزارهای خودارزیابی مانند تست خودشناسی، پرسشنامه‌ها و ابزارهایی را برای ارزیابی نگرانی‌های سلامت روان فراهم می‌کنند. این ابزارها تشخیص را ارائه نمی‌دهند، بلکه به بررسی اینکه آیا ارزیابی یا منابع بیشتر برای کارمند مفید است یا خیر کمک می‌کند.

غربالگری سرطان پستان

روش‌های استاندارد

هدف از غربالگری هر بیماری خاص، کشف آن در مراحل اولیه و قبل از گسترش است تا درمان‌ها مؤثرتر و راحت‌تر باشند.



دکتر احمد شهاب کوثریان

متخصص رادیولوژی

روش اصلی کشف سرطان پستان، ماموگرافی است که برای این کار طراحی شده است و هر چند حداقل در تئوری همراه با عوارض بیولوژیک است، در حال حاضر تنها روشی است که ثابت شده که مورتالیتیه سرطان پستان را کاهش داده است. از حدود شصت سال پیش، برنامه‌های غربالگری سرطان پستان متعددی در کشورهای مختلف با هدف پیدا کردن بهترین و مفیدترین روش تشخیص زودرس این بیماری اجرا شده است. روش اجرای این طرح‌ها با توجه به توانایی‌های فنی، وضعیت فرهنگی و بودجه کشورهای مجری طرح تنظیم می‌شود؛ ولی برای به دست آوردن نتایج آماری و تعیین اثربخشی هر روش لازم است بررسی حداقل به مدت ۲۰ سال ادامه پیدا کند تا اثر غربالگری روی مرگ و میر گروه مورد در مقابل گروه شاهد قابل استناد باشد. مراکز علمی متعددی نیز در دنیا هستند که مشغول پایش این طرح‌ها و آنالیز نقاط قوت و ضعف آنها و نتایج بدست آمده هستند و با متآنالیزهای بزرگ روی تمام نتایج قابل استفاده همواره بهترین روش‌ها را به عنوان دستورالعمل پیشنهاد می‌کنند. مراکز مختلف غربالگری دنیا این پیشنهادها را الگوی طرح‌های خود قرار می‌دهند.

حقایق کلیدی:

- سرطان پستان یک بیماری هتروژن است و در همگان یکسان بروز نمی‌کند.
- چون علت این بیماری مشخص نیست پیشگیری از آن نیز مقدور نیست.
- با اطمینان نمی‌توان گفت که کنسر پستان اصولاً از ابتدا یک بیماری سیستمیک است یا لوکالیزه.
- ثابت شده که تشخیص زودرس بیماری در تأثیر درمان نقش اساسی دارد.
- ملاک و استاندارد اثربخشی هر طرح غربالگری کاهش مورتالیتیه آن بیماری است.
- برای غربالگری لازم است بخش بزرگی از جامعه در یک بازه زمانی طولانی (حداقل ۲۰ سال) تحت نظر قرار گیرند.
- قبل از دوران ماموگرافی بیشتر سرطان‌های پستان به وسیله خود بیماران با معاینه شخصی کشف می‌شد.



این افراد محدود کردن پروتکل‌های استاندارد بخاطر صرفه‌جویی مالی منطقی به نظر نمی‌رسد. به طوری که گفته شد، دستورالعمل‌های ACR که در اجرا و برای آموزش عمومی راحت‌تر است، بیش از هر دستورالعمل (GuideLine) دیگری مقبولیت بین‌المللی دارد. در این دستورالعمل، غربالگری از ۳۰ سالگی با معاینه شخصی خانم‌ها به طور ماهیانه شروع می‌شود. از ۴۰ سالگی ماموگرافی سالیانه نیز اضافه می‌شود و شخص تحت نظر یک پرسنل بهداشتی-درمانی آموزش دیده نیز برای معاینات دوره‌ای و نظارت قرار می‌گیرد (در کشور ما جراحان عمومی). برای خانم‌های Average Risk، این سه کار تنها اقدامات پروتکل پیشنهادی در سطح ۱ غربالگری است. به این معنی که به طور روتین برای تمام بانوان توصیه می‌شود. به طوری که ملاحظه می‌شود، سونوگرافی و MRI در سطح ۱ غربالگری این خانم‌ها جایی ندارند. البته در سطح ۲ و در صورت نیاز هر دوی این روش‌ها، جهت Problem Solving مورد استفاده قرار می‌گیرند. در بانوان با ریسک بالا که به دسته Medium Risk And High Risk تقسیم می‌شوند در واقع پروتکل غربالگری باز هم همین است ولی زمان شروع آن تفاوت دارد. در خانم‌های Medium Risk تمام برنامه از ۵ سال زودتر شروع می‌شود. در گروه High Risk (که ریسک ابتلا آنان در طی زندگی بالای ۲۰٪ محاسبه می‌شود)، تمام برنامه از ۱۰ سال زودتر شروع می‌شود و فقط در این گروه MRI سالیانه نیز به ماموگرافی اضافه می‌شود.

انتظار این است که اگر این دستورالعمل به درستی و به طور استاندارد (منظم با تجهیزات مناسب و پرسنل آموزش دیده) انجام شود، مورتالیتته ناشی از سرطان پستان در خانم‌های تحت نظر به نصف تقلیل یابد. در نتیجه، یک رکن اساسی در کاهش مرگومیر سرطان پستان در کل جامعه افزایش تعداد بانوانی است که تصمیم می‌گیرند از دستورالعمل‌های غربالگری پیروی کنند و این مهم به طور مستقیم به سطح آگاهی همگانی در این زمینه مربوط است و یکی از وظایف جامعه محترم پزشکی بالا بردن سطح دانش عمومی در مورد سرطان پستان و روش تشخیص به موقع آن است.



از مهم‌ترین این نهادهای مرجع می‌توان موارد زیر را نام برد:

- American College of Radiology (ACR)
- American Cancer Society (ASC)
- International Agency for Research on Cancer (IARC)
- European Cancer Organization (ECO)

از میان نهادهای مرجع ذکر شده، ACR بیشترین شهرت و مقبولیت را دارد که سیستم بین‌المللی گزارش‌دهی BIRADS را نیز ابداع کرده است. در جدول شماره ۱ پیشنهادهای برخی از معروف‌ترین نهادهای تهیه‌کننده دستورالعمل‌های غربالگری (شامل ACR) آورده شده است:

جدول شماره ۱: دستورالعمل‌های غربالگری برای سرطان پستان زنان

	U.S. Preventive Services Task Force	American Cancer Society	American College of Obstetricians and Gynecologists	International Agency for Research on Cancer	American College of Radiology	American College of Physicians	American Academy of Family Physicians
Women aged 40 to 49 years with average risk	The decision to start screening with mammography in women prior to age 50 years should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening once every two years between the ages of 40 and 49 years.	Women aged 40 to 44 years should have the choice to start breast cancer screening once a year with mammography if they wish to do so. The risks of screening as well as the potential benefits should be considered. Women aged 45 to 49 years should be screened with mammography annually.	After counseling and if an individual desires screening, mammography may be offered once a year or once every two years and clinical breast exams may be offered once a year. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling.	There is limited evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality in women 40-49 years of age.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should discuss whether to screen for breast cancer with mammography before age 50 years. Discussion should include the potential benefits and harms and a woman's preferences. The potential harms outweigh the benefits in most women aged 40 to 49 years.	The decision to start screening with mammography should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening.
Women aged 50 to 74 years with average risk	Screening with mammography once every two years is recommended. The evidence is insufficient to assess the additional benefits and harms of clinical breast examination.	Women aged 50 to 54 years should be screened with mammography annually. For women aged 55 years and older, screening with mammography is recommended once every two years or once a year. Women aged 55 years and older should transition to biennial screening or have the opportunity to continue screening annually. Among average	Screening with mammography is recommended once a year or once every two years. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling. Clinical breast exams may be offered annually. Clinical breast exams should be offered in the context of a shared, informed decision-making approach that	There is sufficient evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality to an extent that its benefits substantially outweigh the risk of radiation-induced cancer from mammography. There is inadequate evidence that clinical breast examination reduces breast cancer mortality. There is sufficient evidence that clinical breast examination shifts the stage distribution of tumors detected toward a lower stage.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should offer screening with mammography once every two years. In average-risk women of all ages, clinicians should not use clinical breast examination to screen for breast cancer.	Screening with mammography is recommended once every two years. Current evidence is insufficient to assess the benefits and harms of clinical breast exams.

باید دانست که این پروتکل‌ها در واقع برای اجرای طرح‌های غربالگری ملی تدوین می‌شوند که طی آنها تمام خانم‌های واجد شرایط در شهرها یا کشورها تحت نظر قرار می‌گیرند. این برنامه‌ها توسط دولت‌ها اجرا می‌شوند و شامل بررسی ده‌ها هزار تا میلیون‌ها خانم و همانطور که گفته شد به مدت حداقل ۲۰ سال است. می‌توان حدس زد که چنین طرح‌های پژوهشی بسیار بزرگ با هزینه‌های فوق‌العاده بالا هستند. در نتیجه، در طراحی این پژوهش‌ها موضوع صرفه‌جویی مالی بسیار حیاتی است. اختلاف این الگوها نیز از همین موضوع ناشی می‌شود و به همین علت است که در این الگوها سن پایان غربالگری نیز تعیین شده است (در حالی که می‌دانیم بزرگ‌ترین Risk Factor سرطان پستان بعد از جنسیت، سن بانوان است). در اکثر کشورهایی که طرح‌های غربالگری ملی اجرا نمی‌شود، برخی از خانم‌ها خود بر اساس اطلاعات شخصی (که لازم است با آموزش همگانی هر چه بیشتر توسعه یابد) و با هزینه شخصی و کمک پزشکان خود، اقدام به کنترل دوره‌ای و در واقع Early Detection می‌کنند. لذا، برای



بیمارستان امام خمینی (ره) ساری



دکتر مسعود عمادیان
جراح عمومی

در سال ۱۳۲۴ روس‌ها بیمارستان را ترک کردند و کلیه وسایل را با خود بردند.

در سال ۱۳۳۲ آقای دکتر عطاءاله مقصودلو که جراح قابلی در آن زمان بودند به ساری آمدند. آقای دکتر کریم پور پزشک عمومی در آن زمان کمک ایشان بودند و کارهای ابتدایی جراحی می‌کردند که بعداً دوره جراحی دیدند.

اولین سزارین در سال ۱۳۳۸ به وسیله دکتر مقصودلو انجام شد. اغلب برای نجات مادر فرزند را فدا می‌کردند. اولین ماما خانم درخشنده کلبادی بود که در بیمارستان امام و مطب خود کار می‌کرد. مامای محلی معروفی هم بود به نام زبیده خانم که در منازل کار می‌کرد.

در سال ۱۳۴۸ اولین متخصص زنان تحصیل کرده آلمان به ساری آمدند. در همان سال این جانب به علت احتیاج مبرم به جراح در ساری به مدت یک سال از دانشگاه تهران که در آن زمان شروع استادیاری بنده بوده است، مرخصی بدون حقوق گرفته و بعداً تمدید و تا آخر ماندگار شدم. در آن زمان بیمارستان امام دارای بخش جراحی عمومی و زنان شامل دو اتاق عمل و اتاق زایمان و قسمت‌هایی که به همان بیمارستان قدیمی اضافه شد.

پزشکان شاغل در بیمارستان: دکتر صمد بهروزی، دکتر عمادیان جراح، دکتر قلی‌زاده بیهوشی، دکتر نورمقدم و ... دکتر روشن ضمیر و دکتر وفایی که هر دو دوره آزمایشگاه دیده بودند. در بخش خانم خرسند و خانم عمرانی ماما و چند کمک بهیار بودند. همچنین بیمارستان فاقد دستگاه زباله‌سوز، سردخانه، متخصص داخلی و اطفال بوده است. حتی بانک خون یا یخچال نگهداری خون را نداشت. خون را از قائمشهر می‌آوردند.

بیمارستان امام خمینی دارای دو تاریخچه می‌باشد. زمانی که در اختیار وزارت بهداشت قرار گرفت.

در سال ۱۳۰۵ دکتر اسماعیل سنگ فارغ‌التحصیل سوییس به ساری آمدند. در زمان سردار سپه بود. پیشنهاد ساختمان بیمارستان در ساری دادند چون لزوم آن را احساس کرده بودند و بعداً ایشان وکیل مجلس و سناتورش بودند و تا آخر عمر از بیمارستان ساری سرکشی می‌کردند.

بیمارستان در یک طبقه با دیوارهای ضخیم، کف و سقف چوبی و سفالی و زیرزمین ساخته شد. مصالح را در آن زمان با الاغ و گاری آوردند. پس از اتمام بیمارستان مدتی دکتر بابایو جراح (از شوروی سابق) که دوره جراحی زنان دیده بود، در بیمارستان بودند و بعد مهاجرت کردند.

در سال ۱۳۱۰ دکتر سینانی که بعد از تحصیل در دارالفنون به فرانسه رفته بودند و جراحی زنان را آموخته بودند در بیمارستان امام مشغول شدند. ایشان در خیابان انقلاب مطب داشتند و کارهای جراحی محدود در حد آن زمان انجام می‌دادند. اعیان برای جراحی به تهران می‌رفتند و ایشان پزشک روستاییان بوده و بسیار به این قشر توجه داشتند و بسیار هم برای ساری زحمت کشیدند.

در سال ۱۳۱۷ که آقای دکتر مینوئی به ساری آمدند. ایشان پزشک عمومی بودند.

در سال ۱۳۲۰ بیمارستان به وسیله روس‌ها اشغال گردید. در این میان فقط دکتر سینانی و دکتر مینوئی کارت ورود داشتند. جراح روسی دکتر گلستانه اهل دوشنبه روسیه و تکنسین روسی رادیو شد و آزمایشگاه داشتند که بیماران روس و مجروحین جنگی را معالجه می‌کردند.



دکتر سید محمد مهدی غفاری همدانی

بورد تخصصی جراحی و لاپاروسکوپی
فلوشیپ جراحی سرطان

سرطان تیروئید

شایع‌ترین بدخیمی سیستم اندوکرین بدن محسوب می‌شود

و نقش عوامل ژنتیک و محیطی، هر دو در بروز این بدخیمی

اثبات شده است. چنان‌که پروتئوآنکوژن RET روی کروموزوم

۱۰ مسئول بسیاری از موارد این بدخیمی‌هاست و نیز تابش

های یونیزان و رژیم‌های با کمبود ید، به عنوان عوامل

محیطی موثر در بروز بدخیمی‌های مذکور شناخته شده است.

ظریف و در صورت لزوم داسکیشن لنفاوی مناسب survival پنج ساله بالای ۹۵٪ را تضمین می‌کند.

- **کanser فولیکولار تیروئید:** حدود ۱۰٪ موارد بدخیمی‌های تیروئید را شامل می‌شود و در مناطق با کمبود ید بیشتر دیده می‌شود. اغلب باندولی واحد که در مدت زمانی کوتاه رشد چشمگیری داشته است خود را نشان می‌دهد. در زنان ۳ برابر مردان دیده می‌شود و بر خلاف پاتولوژی پاپیلاری CAP متاستاتیک تظاهر اولیه و شایعی نمی‌باشد.

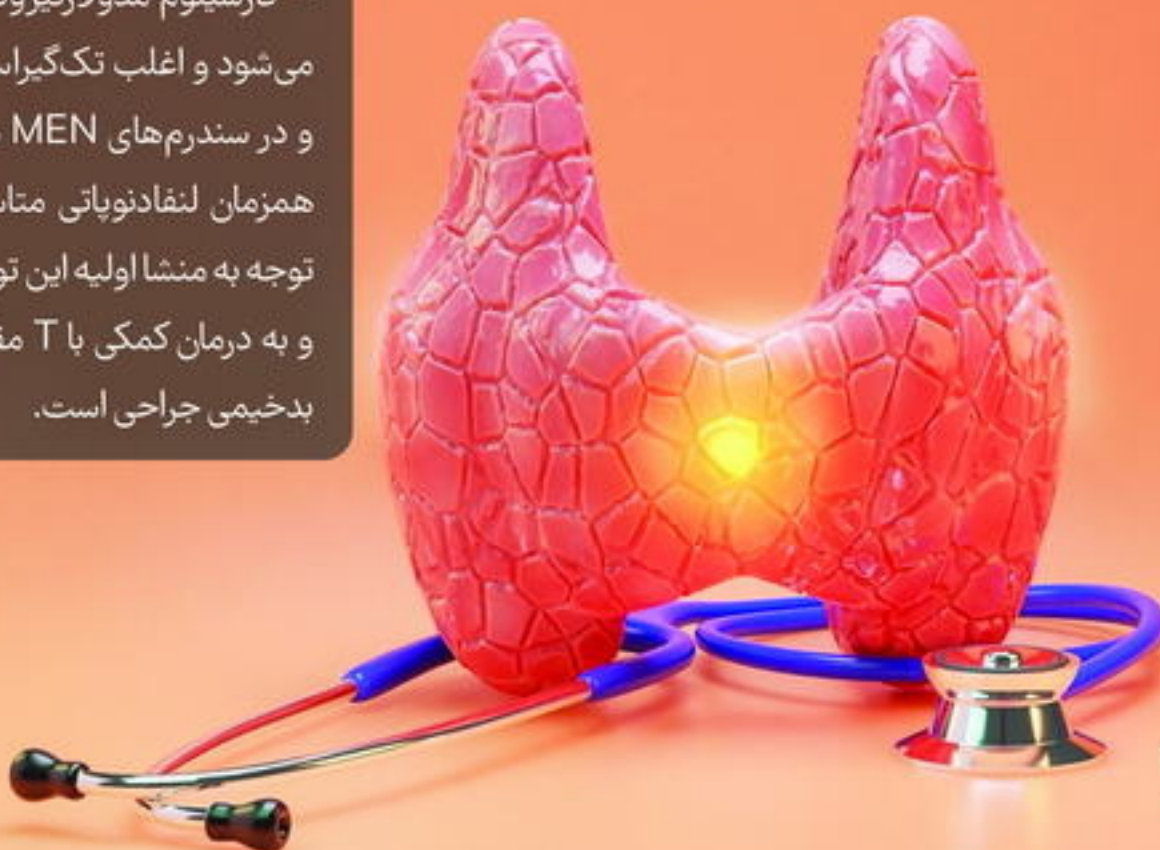
بیوپسی سوزنی ظریف (FNA) قادر به تفکیک تومور فولیکولار خوش‌خیم (آرتوم) از بدخیم (کارسینوم) نمی‌باشد و لزوم انجام جراحی پس از گزارش این پاتولوژی را ایجاب می‌کند و در درمان پاتولوژی مذکور نیز جراحی نقش بسزایی بازی می‌کند.

- **کارسینوم سلول هرتل:** واریانت خاصی از کانسر فولیکولار است که اغلب مولتی ندولار و دو طرفه می‌باشد و تمایل بالایی به متاستاز لنفاوی دارد. در سریاتوتولوژی مذکور پس از انجام جراحی در صورت لزوم میتوان از درمان کمکی با ^{131}I نیز بهره برد.

- **کارسینوم مدولارتیروئید:** ۵٪ موارد کانسرای تیروئید را شامل می‌شود و اغلب تک‌گیر است ولی در ۲۵٪ موارد به صورت فامیلی و در سندرم‌های MEN دیده می‌شود. در این پاتولوژی نیز بروز همزمان لنفادنوپاتی متاستاتیک در بدو تشخیص شایع است. با توجه به منشا اولیه این تومور که از سلول‌های تیروپست نمی‌باشد و به درمان کمکی با T مقاوم است. تنها روش درمان قطعی این بدخیمی جراحی است.

سرطان‌های تیروئید از سرطان‌های در حال افزایش به خصوص در میان خانم‌هاست و اغلب خود را با باندولی آهسته رشد نشان می‌دهد و شامل انواع پاتولوژی‌های زیر می‌باشد.

- **کانسر پاپیلاری تیروئید:** شایع‌ترین بدخیمی تیروئید (۸۰٪ موارد) به خصوص در خانم‌های جوان است و بهترین پیش‌آگهی را در صورت درمان صحیح و مناسب در این بیماران دارد. بروز این پاتولوژی در سنین بالا اغلب با سرعت بیشتری پیشرفت می‌کند و در صورت عدم توجه و درمان مناسب، در بسیاری از موارد به سمت پاتولوژی آنلاپلاستیک (غیر قابل درمان) پیشرفت می‌کند. در موارد متعددی، خصوصا در زنان جوان قبل از بروز علائم و نشانه‌های ندول تیروئید، لنفادنوپاتی‌های متاستاتیک گردنی، تظاهر اولیه این کانسر می‌باشند و در این گونه موارد غالبا پارانشیم تیروئید شامل ندول‌های ریز و متعدد می‌باشد. درمان کامل و به موقع این بدخیمی شامل تیروئید کتومی دقیق و





NORMAL



CANCER

خیلی وقت‌ها سرطان‌های تیروئید در مراحل اولیه قابل شناسایی نیست. اگر احساس سفتی در گلو یا قورت دادن با فشار و یا توده در گردن دارید ممکن است منشا آن از تیروئید باشد و لازم به انجام معاینه توسط پزشک و سونوگرافی برای بررسی وجود توده باشد. تاکید می‌کنم عملکرد تیروئید پرکاری و کم‌کاری خیلی ارتباط به سرطان تیروئید ندارد.



سرطان‌های تیروئید در خانم‌ها نسبت به آقایان شایع‌تر و معمولاً افراد را در دهه سوم و چهارم زندگی درگیر می‌کند.

- کانسر آناپلاستیک تیروئید: یکی از تهاجمی‌ترین کانسرها بدن است و در بسیاری از موارد، سوروایوال بیمار از زمان تشخیص بیماری، زیر ۶ ماه است. اغلب در افراد در دهه ۶ و ۷ زندگی و به صورت سریع خود را نشان می‌دهد. در بیشتر موارد جراحی ممکن نیست و صرفاً ایسمکتومی جهت کاهش فشار بر راه هوایی و در صورت بروز مخاطره راه هوایی، تراکتوستومی ممکن می‌باشد.

نظر به موارد مذکور لزوم توجه به Approach مناسب به ندول‌های تیروئید، براساس گایدلاین‌های معتبر انجمن تیروئید آمریکا خصوصاً جهت همکاری پزشک خانواده که خط اول ویزیت بیماران سرپایی می‌باشند، اهمیت می‌یابد و از این همکاری درخواست می‌شود ندول‌های با ویژگی‌های زیر در سونوگرافی را جهت ویزیت و یا FNA ارجاع دهند که ذیلاً اشاره می‌شود:

- ندول‌های هایپو اکو Hypocho
- ندول‌های هایپر اکو Hypercho با اجزای Cyotic
- ندول‌های با لبه‌های نامنظم
- ندول دارای میکرو کلسیفیکاسیون
- ندول‌های Taller Than Wide
- شواهد تهاجم خارج تیروئیدی

آیا مے دانید بیشتر سردرد های
معمولے از کم نوشیدن آب
هست؟

آیا مے دانید زبان قوی ترین
ماهیچه در بدن است؟

آیا مے دانید اثر لب و زبان
هر کس مانند اثر انگشت
او منحصر به فرد است؟



آیا ہے دانید خندہ موجب
تقویت سیستم ایمنی
بدن ہے شود؟

آیا ہے دانید خواب کمتر از
۶ ساعت و بیشتر از ۸ ساعت
خطر ابتلا به دیابت را افزایش
میده؟

آیا ہے دانید شیرینے تنها
مزہ ایست که جنین
در رحم مادر میده؟

آیا ہے دانید بدن انسان
پنجاه هزار کیلومتر رشته
عصبی دارد؟

آیا ہے دانید مصرف بادام
انسان را لاغر میده کند؟

آیا ہے دانید مردان زودتر از
زنان لاغر میشوند، علت این
امر غلیظتر بودن چربی زنان
از چربی مردان است.

آیا ہے دانید گیر کردن
اعصاب بین استخوان ها
باعث خواب رفتن دست و
پا میشه؟

آیا ہے دانید پلک زدن زنان
دو برابر پلک زدن مردان
است؟



MONESSA

نمایندگی رسمی مونسای ترکیه

تولید کننده تشک‌های اورتوپدیک

تشک‌های اورتوپدیک به صورت تخصصی برای قراردادن ستون فقرات در راستای اصلی و طبیعی خود حین خواب و استراحت طراحی شده‌اند و همچنین با تصحیح انحنای ستون فقرات، علاوه بر افزایش کیفیت خواب به کاهش درد و عوارض ناشی از فشار کاری روزمره و عادات نادرست حرکتی کمک می‌کنند.

سه برتری مهم مونسا که آن را به انتخاب اول شما تبدیل می‌کند

ضمانت بی قید و شرط
تعویض و تعمیر کالا با
ارائه دو ضمانت‌نامه
رسمی شرکت به شما

اصالت ۴۳ ساله
شرکت مونسای ترکیه
و تضمین اصالت و
اورجینال بودن کالا

قیمت مناسب با
کیفیت یکسان
نسبت به برندهای
مطرح اروپایی



ساری - خ ۱۵ خرداد
روبروی بانک رسالت

۰۱۱ ۴۴۴۳۱۸۸۰

@zolfaghari_roja

مطلب حقوقی شماره ۳

بیرو توضیحات در شماره پیشین مجله، در این فصل‌نامه

بر آنیم نحوه عملکرد هیئت‌های انتظامی نظام پزشکی را

مفصلاً بحث نموده و با بسط و گسترش این موضوعات

حقوقی، در جهت افزایش آگاهی جامعه پزشکی نسبت به

مفاهیم قانونی اقدام نمائیم.



دکتر علیرضا خاکساریان

نایب رئیس اول و معاونت انتظامی سازمان

النهاییه قرارهای دیگری با مضامین دیگر از قبیل قرار موقوفی (در صورت فوت و یا جنون متشاک) و یا قرار عدم صلاحیت (در صورت صالح نبودن دادرای رسیدگی‌کننده به موضوع مطروحه) می‌توانند تصمیمات نهایی دادرای نظام پزشکی باشند، که در قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران در باب اول (وظایف و تشکیلات دادرای انتظامی) به تفصیل در مورد آن توضیح داده شده است. بر آنیم در ادامه در خصوص مراحل بعدی رسیدگی به شکایات و نحوه عملکرد باقی هیئت‌های انتظامی به ترتیب بپردازیم ...

الف- نحوه عملکرد هیئت‌های انتظامی نظام پزشکی‌ها:

پیش از این در (فصل‌نامه شماره ۱) در خصوص نحوه شکایت شکات به دو طریق بحث نمودیم که اگر بیماران مستقیماً جهت طرح شکایت به دنبال آسیب‌های وارده (که از تاریخ آسیب تا شکایت آنان کمتر از یک سال گذشته باشد) به نظام پزشکی مراجعه نمایند شکایت فوق در دفتر دادرای انتظامی نظام پزشکی متشکل از دادستان (ریاست دادرای انتظامی) و دادیاران در قبال دریافت هزینه از شاکی ثبت گردیده و در آنجا مورد رسیدگی ماهوی و شکلی قرار گرفته و پس از تکمیل تحقیقات توسط تیم مذکور شکایت شاکی منتهی به صدور تصمیم نهایی در قالب قرار می‌گردد.

ب- نحوه تکمیل تحقیقات در دادرای انتظامی:

تیم دادرای (دادستان و دادیاران) با دعوت از طرفین پرونده و یا در صورت نیاز به کارشناسی تخصصی از طریق ارجاع پرونده به کارشناس و مطالعه محتویات و مستندات پرونده و درخواست مدارک بیمارستانی و بالینی بیماران تحقیقات خود را کامل می‌نماید.

ج- تصمیم نهایی دادرای انتظامی پس از تکمیل تحقیقات:

۱. پس از تکمیل تحقیقات و در صورتی که تیم دادرای عقیده به وقوع تخلف از سوی متشاک پرونده داشته باشد تصمیم نهایی به صدور قرار کیفرخواست گرفته و تقاضای مجازات انتظامی متخلف از هیئت بدوی را می‌نماید.
۲. در صورتی که فعل و یا ترک فعل متشاک پرونده تخلف نبوده باشد، یا دلایل کافی برای احراز تخلف مشاک موجود نباشد، تیم دادرای قرار منع تعقیب صادر می‌نماید که قرار صادره از سوی شاکی پرونده ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ قابل اعتراض می‌باشد.

هیدرونفروز (ورم کلیه) قبل از تولد



دکتر محبوبه ابراهیمی ساروی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه اطفال
عضو هیات علمی دانشگاه



دکتر حمید محمد جعفری

فوق تخصص بیماری‌های کلیه اطفال
عضو هیات علمی دانشگاه

هیدرونفروز (ورم کلیه) یافته شایعی در سونوگرافی قبل از تولد است. گرچه اکثراً خوش‌خیم و گذرا است ولی حداقل یک سوم موارد به علت آنومالی جدی زمینه‌ای کلیه است که اقدام تشخیصی و درمانی مناسبی لازم دارد. انسدادهای حالب و اورترا و رفلکس مثانه به حالب شایع‌ترین علت‌ها هستند. برای بررسی باید با دقت عمل کرد تا از یک طرف اقدامات نامناسب انجام نشود و از طرف دیگر به اختلالات مهم که نیاز مبرم به درمان در دوره نوزادی دارند بی‌توجهی نشود. در واقع برای همه نوزادان باید در ماه اول تولد بررسی اولیه هرچند مختصر انجام شود.

در کشور ما در سال‌های اخیر چالش‌های فراوانی برای انجام غربالگری‌های دوران بارداری ایجاد شده و در حال حاضر پزشکان برای درخواست این بررسی‌ها با موانع سخت قانونی مواجهند. در این شرایط سونوگرافی بارداری که بدون توجه به ارزش غربالگری به صورت روتین برای اهداف مختلف توسط متخصصین زنان درخواست می‌شود ارزش بیشتری می‌یابد. یکی از شایع‌ترین اختلالاتی که در زمان بارداری در سونوگرافی جنین مشاهده می‌شود هیدرونفروز است.

در دهه اخیر با افزایش تک‌فرزندی و پیشرفت امکانات پاراکلینیک تمایل به آگاهی از وضعیت سلامت جنین قبل از تولد زیادتر شده است. این آگاهی موجب می‌شود والدین قبل از به دنیا آوردن نوزاد خود از بیماری‌ها و مشکلات احتمالی کودک آگاه شوند. این آگاهی کمک می‌کند در موارد شدید که ادامه حیات جنین برای خود یا مادر و یا هر دو زیان‌بار است به کمک پزشک و با استفاده از فرصت‌های علمی و قانونی هر منطقه به سقط اقدام کند و در مواردی که جنین خطراتی وجود ندارد لااقل از اقداماتی که لازم است بعد از تولد برای حفظ سلامتی کودک انجام دهد مطلع شود.



جدیدترین معیاری که از سال ۲۰۱۴ مورد توافق اکثر انجمن‌ها است معیاری ترکیبی با عنوان تقسیم‌بندی (Urinary tract dilation) UTD است که در آن از شش معیار شامل قطر لگنچه، اتساع کالیس‌های مرکزی/محیطی، ظاهر پارانشیم کلیه، قطر پارانشیم کلیه، وضعیت حالب و وضعیت مثانه استفاده می‌شود البته مایع آمنیوتیک هم در قبل از تولد مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر این اساس در قبل از تولد شدت هیدرونفروز در دو دسته A1 و A2,3 و پس از تولد در سه دسته P1, P2 و P3 قرار می‌گیرد.

حال سوال این است که با یافتن هیدرونفروز در قبل از تولد، وظیفه پزشک چیست؟

سوالاتی که ما برای پاسخ‌گویی با آن مواجهیم در قبل و بعد از تولد تا حدی متفاوت است. قبل از تولد سوالات عمده این است: آیا اقدام داخل رحمی لازم است؟ آیا نیاز به سقط وجود دارد؟ آیا لازم است ختم زودرس بارداری انجام شود؟ آیا لازم است ختم بارداری به روش خاصی یعنی سزارین یا طبیعی انجام شود؟ و البته سوالاتی که هم در قبل و هم بعد از تولد پرسیده می‌شود: علت این مشکل چیست؟ پیش‌آگهی چطور است؟ آیا اقدام تشخیصی و درمانی خاصی بعد از تولد لازم است؟

سوال اول: آیا اقدام داخل رحمی خاصی لازم است؟ در حال حاضر اقدام روتین مداخله‌ای خاصی توصیه نمی‌شود. در موارد دو طرفه شدید هیدرونفروز و مشخصاً درجه پیش آبراه خلفی (PUV) از قدیم جراحی داخل رحمی برای تعبیه شانت وزیکوآمنیوتیک انجام می‌شد که هنوز نتایج حاصل از آن آنقدر دلگرم‌کننده نیست که توصیه به انجام روتین آن شود.

طبق آمارهای موجود هیدرونفروز در ۲-۵٪ درصد سونوگرافی‌های زمان حاملگی در جنین دیده می‌شود که ده‌ها برابر بیشتر از انواع اختلالات ژنتیکی است.

امروزه بسیاری از آنومالی‌ها و بیماری‌های شایع کلیوی از دوران داخل رحمی مطرح و بلافاصله بعد از تولد بطور قطعی تشخیص داده می‌شوند. این موضوع تحول عظیمی هم در اپیدمیولوژی و هم در پیش‌آگهی بیماری‌های کلیوی در کودکان ایجاد کرده است. اپیدمیولوژی از این نظر که در دهه‌های قبل شایع‌ترین تظاهر بیماری‌های مادرزادی کلیه، عفونت ادراری بود. یعنی برای تشخیص این بیماری‌ها باید حداقل یک بار کودک دچار عفونت ادراری می‌شد تا تشخیص بیماری داده شود. عفونت ادراری در کودکی که دچار آنومالی کلیوی است مترادف است با ایجاد اسکار که بروز و شدت آن ارتباط مستقیم با دفعات ابتلا به عفونت دارد. همین یافته ارزش پروگنوستیک موضوع را هم نشان می‌دهد. وقتی تشخیص بیماری بر اساس یافته‌های قبل از تولد و پیش از ایجاد عفونت داده شود موارد اسکار کلیه و بیماری‌های مزمن کلیه و نیاز به دیالیز و پیوند کمتر خواهد شد.

تعریف هیدرونفروز (ورم کلیه)

هرگونه اتساع در سیستم ادراری از کالیس‌ها تا اورترا در این تعریف قرار می‌گیرد. برای تعیین شدت هیدرونفروز از شیوه‌های مختلف استفاده می‌شود. یکی از معیارهای طبقه‌بندی معیار انجمن اورولوژی جنین (SFU) است که در آن شدت هیدرونفروز از درجه یک که فولنس یا باز شدن سینوس داریم تا درجه ۴ که در آن آتروفی کورتکس مشهود است متفاوت است.

معیار دیگر معیار قطر لگنچه است که مطابق جدول زیر می‌باشد:

جدول ۱. شدت هیدرونفروز در قبل از تولد و دوره نوزادی بر حسب قطر لگنچه

سه ماهه سوم بارداری و نوزادی (قطر لگنچه به میلی‌متر)	سه ماهه دوم بارداری (قطر لگنچه به میلی‌متر)	شدت هیدرونفروز قبل تولد
۷-۹	۴-۷	خفیف
۹-۱۵	۷-۱۰	متوسط
۱۵>	۱۰>	شدید

از نظر اتیولوژی ۴۰-۸۰ درصد موارد هیدرونفروزهای قبل از تولد، گذرا هستند یعنی در ماه‌های اول بعد از تولد برطرف می‌شوند. این موضوع بسیار مهم است زیرا نشان می‌دهد که بسیاری از این نوزادان نیاز به اقدام تشخیصی خاصی در بدو تولد ندارند و نباید خیلی در بررسی آن‌ها عجله کرد. ولی متأسفانه در بعضی اوقات استفاده نامناسب از چنین آماری منجر به تصمیم‌گیری‌های غیرصحیح و تاخیر خطرناک در پیگیری می‌شود. درست است که اکثر موارد خوش‌خیم هستند ولی ۲۰-۴۰ درصد موارد هیدرونفروز مادرزادی در نتیجه آنومالی‌های مهمی است که تاخیر حتی چند روزه در تشخیص و درمان ممکن است عواقب نامناسب مادام‌العمر برای کودک داشته باشد. در حداقل یک سوم موارد علت‌های مهم زمینه‌ای برای هیدرونفروز مطرح است که شایع‌ترین‌ها به ترتیب عبارتند از انسداد محل اتصال حالب به لگنچه (UPJO)، رفلکس وزیکواورترال (VUR)، انسداد محل اتصال لگنچه به مثانه (UVJO)، انسداد پیش‌آبراه خلفی (PUV) و دپلیکاسیون‌های کلیه.

به عبارتی می‌توان ۹۵ درصد موارد را در سه دسته کلی انسداد قبل مثانه، انسداد بعد مثانه و رفلکس قرار داد. برای اینکه ببینیم چه برخوردی باید داشته باشیم بهتر است محور صحبت ما در این سه دسته باشد.

در مورد انسدادهای قبل مثانه محورهای تشخیصی ما استفاده از سونوگرافی به عنوان غربالگری است که هیدرونفروز متوسط تا شدید را با اتساع قابل ملاحظه لگنچه برای UPJO نشان می‌دهد.



سوال دوم: آیا نیاز به سقط وجود دارد؟ از آن جایی که کلیه‌ها ارگان جفتی در بدن هستند و سالم بودن یکی از آنها هم برای یک زندگی کم‌دردسر کافی است و از طرفی اکثر موارد هیدرونفروز در بچه‌ها یک طرفه است موارد محدودی از این بیماران نیاز به سقط پیدا می‌کنند. موارد سقط محدود به آنومالی‌های شدید و دو طرفه‌ای است که معمولا با الیگوهایدرامنیوز و سندرم پوتر همراه است و در نیمه اول بارداری تشخیص داده می‌شود.

سوال سوم: آیا لازم است ختم زودرس بارداری انجام شود؟ نقش هموستاتیکی که کلیه در بعد از تولد دارد در قبل از تولد برعهده جفت است و وظیفه اصلی کلیه‌های جنین، تولید ادرار است که این ادرار به تدریج ۸۰ درصد مایع آمنیوتیک را تشکیل می‌دهد و این مایع آمنیوتیک نقش اصلی در تکامل ریه دارد. از اینرو اگر الیگوهایدرامنیوز وجود ندارد ختم زودرس بارداری صلاح نیست زیرا کمکی به نوزاد نمی‌کند و چه بسا با تولد زودرس مشکلاتی مانند زجر تنفسی رخ دهد که درمان اختلالات کلیوی را به تاخیر هم بیندازد.

سوال چهارم: آیا لازم است ختم بارداری به روش خاصی یعنی سزارین یا طبیعی انجام شود؟ چیزی که ما می‌توانیم به مادر بگوییم این است که پزشک کودکان نقشی در این موضوع ندارد یعنی نوع و شدت درگیری کلیه تاثیری در تصمیم‌گیری برای نوع ختم بارداری ندارد شاید تنها موضوع دخیل، الیگوهایدرامنیوز باشد که در صورت وجود آن، انجام سزارین توصیه می‌گردد که البته الیگوهایدرامنیوز در ردیف اندیکاسیون‌های مادری سزارین است. خلاصه اینکه تصمیم‌گیری در این مورد کاملا بر اساس شرایط مادر و به عهده پزشک متخصص زنان است.

سوالات بعدی: علت این مشکل چیست؟ پیش‌آگهی چطور است؟ آیا اقدام تشخیصی و درمانی خاصی بعد از تولد لازم است؟

برای پاسخ به این سوالات باید یادآوری شود که هیدرونفروز یک یافته بالینی است با علت‌های متفاوت و برای تعیین شدت و اقدامات لازم باید ابتدا علت‌ها را شناخت. (جدول ۲)

۴۰-۸۰٪	Transient hydronephrosis
۲۰-۴۰٪	UPJO
۱۰-۲۰٪	VUR
۵-۱۰٪	UVJO
۳-۵٪	Multicystic dysplastic kidney
۱-۲٪	PUV
۵-۷٪	Ureterocele/ectopic ureter/duplex system

جدول ۲ علت‌های شایع هیدرونفروز جنینی



از این بحث‌ها می‌توان نتیجه گرفت که برخورد با هیدرونفروز جنینی در دوران بعد از تولد در هیدرونفروز یک طرفه با دو طرفه متفاوت است. در هیدرونفروز دو طرفه باید بلافاصله بعد از تولد سونوگرافی انجام و پروفیلاکسی شروع شود و در صورت تداوم هیدرونفروز در دو طرف، VCUG انجام شود.

در مورد هیدرونفروز یک طرفه اقدامات اصلی در دو ماهگی انجام می‌شود در هفته اول پس از تولد فقط یک نوبت سونوگرافی در روز سوم به بعد انجام می‌شود. البته برای بسیاری از نوزادان که احتمال رفلاکس مطرح است باید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از بدو تولد شروع شود. در دو ماهگی در صورت تداوم هیدرونفروز VCUG یا RNC و در صورت شدید بودن هیدرونفروز اسکن دینامیک ایزوتوپ کلیه انجام می‌شود.

در موارد UVJO اتساع حالب هم وجود دارد و اتساع لگنچه شدت کمتری دارد. برای تشخیص دقیق انسداد و نیز بررسی وضعیت عملکرد کلیه مبتلا باید از اسکن‌های دینامیک هسته‌ای کلیه مانند EC, MAG³ و یا DTPA استفاده کرد. اکثر این اسکن‌ها در ماه اول پس از تولد پاسخ‌های مناسب و قابل اطمینانی ندارند زیرا میزان فیلتراسیون گلومرولی در ماه اول پس از تولد به طور فیزیولوژیک کمتر از ۴۰٪ است. از اینرو ترجیح می‌دهیم این بررسی‌ها را به دو ماهگی کودک موکول کنیم. البته از ام‌آرآی دستگاه ادراری (MRU) هم می‌توان کمک گرفت که نیاز به بیهوشی و مشکلات انجام و تفسیر آن محدودیت‌هایی ایجاد کرده که در آینده رفع خواهد شد.

درمان انسدادهای قبل مثانه بسیار وابسته به پاسخ اسکن‌های ایزوتوپ است. در حال حاضر در موارد انسداد یکطرفه، وضعیت عملکردی خیلی مهم است و در صورت نداشتن اختلال عملکرد کلیه، انجام جراحی توصیه نمی‌شود و تمایل به درمان حمایتی و انتظاری وجود دارد.

در مورد رفلاکس وزیکواورترال، راه تشخیصی اصلی بررسی مثانه در زمان پر و خالی شدن با استفاده از سیستوگرافی رادیوگرافیک (VCUG) و یا ایزوتوپ (RNC) است. در هر دوی این‌ها گذاشتن کاتتر و سونداژ مثانه ضروری است. گرچه میزان اشعه این دو روش متفاوت است و روش رادیولوژیک حدود صد برابر اشعه بیشتر دارد ولی موضوع سونداژ و عوارض فیزیکی و روحی آن همواره چالش پزشک و خانواده بوده و هنوز جایگزینی برای آن یافت نشده است.

به خاطر مشکلات و دشواری‌ها و عوارض VCUG و RNC در ماه اول پس از تولد، ترجیح داده می‌شود انجام این کار در موارد هیدرونفروز یک طرفه به دو ماهگی کودک موکول شود. بدیهی است تا انجام این اقدامات با تشخیص احتمالی رفلاکس لازم است پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی در بسیاری از نوزادان از بدو تولد شروع شود. در حال حاضر پروفیلاکسی برای مواردی که قطر لگنچه بیشتر از ۱۰ میلیمتر است و یا اتساع حالب یا مشکلات مثانه داریم توصیه می‌شود. پروفیلاکسی معمولاً با سفالکسین یا آموکسی‌سیلین خوراکی با یک‌پنجم تا یک‌سوم دوز درمانی در یک نوبت شبانه انجام می‌شود. موضوع مهم در مورد VUR این است که پس از انجام VCUG در دو ماهگی در صورتی که رفلاکس موجود نبود داروی پروفیلاکسی قطع می‌شود ولی رفلاکس با هر درجه‌ای درمانش در زیر یکسال، پروفیلاکسی است زیرا احتمال خوب شدن خود به خودی رفلاکس شدید در سال اول عمر زیاد است و از طرفی احتمال ناموفق بودن جراحی در این سن بالاست. بنابراین ترجیح می‌دهیم فرصتی برای بهبودی خود به خودی به کودک بدهیم.

آپنه انسدادی خواب



دکتر جواد ستاره

روان‌پزشک
فلوشیپ فوق تخصصی خواب
عضو هیات علمی دانشگاه

آپنه انسدادی خواب شایع‌ترین اختلال تنفسی مرتبط با خواب است. این بیماری باعث می‌شود که در هنگام خواب تنفس مکرراً قطع شود.

خروپف لزوماً همیشه نشان دهنده خطر نیست. خروپف با صدای بلند، بخصوص اگر خروپف با دوره‌های سکوت باشد را جدی بگیرید. در آپنه انسدادی خواب، خروپف معمولاً زمانی که بیمار به پشت می‌خوابد بلندتر است و وقتی به پهلو می‌چرخد، آرام‌تر می‌شود. خواب‌آلودگی بیش از حد در طول روز ممکن است به دلیل اختلالات دیگری مانند نارکولپسی باشد و این وظیفه پزشک است که آنها را تفکیک کند.

علل

آپنه انسدادی خواب زمانی رخ می‌دهد که ماهیچه‌های پشت گلو بیش از حد شل می‌شوند و اجازه تنفس طبیعی را نمی‌دهند. این ماهیچه‌ها از ساختارهایی از جمله قسمت پشتی سقف دهان (کام نرم)، زبان کوچک، لوزه‌ها و زبان حمایت می‌کنند. هنگامی که ماهیچه‌ها شل می‌شوند، راه هوایی باریک یا بسته می‌شود و به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر مانع تنفس می‌شود. این می‌تواند سطح اکسیژن در خون را کاهش دهد و باعث تجمع دی‌اکسیدکربن شود. مغز این اختلال در تنفس را حس می‌کند و برای مدت کوتاهی بیمار را از خواب بیدار می‌کند تا بتواند راه هوایی خود را دوباره باز کند. این بیداری معمولاً آنقدر کوتاه است که بیمار آن را به خاطر نمی‌آورد. ممکن است بیمار با تنگی نفس بیدار شود و طی یک یا چند نفس عمیق وضعیت تنفس خود را اصلاح کند.

انواع مختلفی از آپنه خواب وجود دارد، اما شایع‌ترین آن آپنه انسدادی خواب است. شیوع این اختلال در جمعیت عادی تا ۳۰٪ نیز گزارش شده است. شیوع آپنه انسدادی همراه با خواب‌آلودگی ۴٪ است. شیوع آپنه انسدادی در بیماران مبتلا به افسردگی تا ۴۰٪ و در بیماران قلبی بیش از ۶۵٪ شیوع است. این نوع آپنه زمانی رخ می‌دهد که عضلات گلو بطور متناوب شل می‌شوند و راه هوایی در طول خواب مسدود می‌شود. نشانه قابل توجه آپنه انسدادی خواب خروپف است.

علائم و نشانه‌های آپنه انسدادی خواب عبارتند از:

- خواب‌آلودگی مفرط در طول روز
- خروپف با صدای بلند
- توقف تنفس در طول خواب توسط اطرافیان دیده شده
- بیدار شدن ناگهانی با نفس نفس زدن یا خفگی
- بیدار شدن با دهان خشک یا درد گلو
- سردرد صبحگاهی
- مشکل تمرکز در طول روز
- تغییرات خلقی، مانند افسردگی یا تحریک‌پذیری
- فشار خون بالا
- کاهش میل جنسی



عوارض

آپنه انسدادی خواب یک وضعیت پزشکی جدی در نظر گرفته می شود. عوارض OSA می تواند شامل موارد زیر باشد:

خستگی و خواب آلودگی در طول روز: به دلیل کمبود خواب کیفیت در شب، افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب اغلب دچار خواب آلودگی شدید، خستگی و تحریک پذیری در طول روز می شوند. آنها ممکن است در تمرکز مشکل داشته باشند و در محل کار، تماشای تلویزیون یا حتی هنگام رانندگی به خواب بروند. این موارد می تواند آنها را در معرض خطر بالاتر حوادث ناشی از کار قرار دهد. کودکان و جوانان مبتلا به آپنه انسدادی خواب ممکن است در مدرسه عملکرد ضعیفی داشته باشند و معمولاً مشکلات توجه یا رفتاری دارند. در کودکانی که اختلال بیش فعالی همراه با آپنه انسدادی خواب داشتند، نیمی از آنها با درمان آپنه علائم رفتاری شان بهبود پیدا کرد.

مشکلات قلبی عروقی: افت ناگهانی سطح اکسیژن خون که در حین آپنه انسدادی خواب رخ می دهد به همراه فعالیت سیستم خودمختار بدن، فشار خون را افزایش می دهد و در دراز مدت به سیستم قلبی عروقی آسیب می زند. هر چه آپنه انسدادی خواب شدیدتر باشد، خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر، حملات قلبی، نارسایی قلبی و سکته قلبی و مغزی بیشتر می شود. آپنه انسدادی خواب خطر ریتم غیرطبیعی قلب (آریتمی) را افزایش می دهد که در این صورت می تواند باعث سقوط فشار خون شود. اگر بیماری قلبی زمینه ای وجود داشته باشد، این دوره های مکرر آریتمی می تواند منجر به مرگ ناگهانی شود.

عوارض داروها و جراحی: آپنه انسدادی خواب نیز با مصرف برخی داروها و بیهوشی عمومی نگران کننده است. این داروها، مانند آرام بخش ها، مسکن های مخدر و داروهای بیهوشی عمومی، راه هوایی فوقانی را شل می کنند و می توانند آپنه انسدادی خواب را بدتر کنند. در مواردی که بیمار آپنه انسدادی دارد انجام عمل جراحی بزرگ، به خصوص پس از مصرف داروهای آرام بخش و خوابیدن به پشت، می تواند مشکلات تنفسی را بدتر کند. افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب ممکن است بیشتر مستعد عوارض بعد از جراحی باشند. اگر بیماری مبتلا به آپنه انسدادی است باید قبل از جراحی به پزشک خود اطلاع دهد. امروزه بسیاری از پزشکان متخصص بیهوشی قبل از جراحی، بیمار را جهت بررسی برای آپنه انسدادی خواب ارجاع می دهند.

مشکلات چشمی: برخی تحقیقات ارتباطی بین آپنه انسدادی خواب و برخی بیماری های چشمی مانند گلوکوم پیدا کرده اند. معمولاً عوارض چشمی قابل درمان است.

تعداد کمتر از ۵ بار در ساعت این وقایع تنفسی غیرطبیعی تلقی نمی شود، اما گاهی می تواند بیشتر از ۵ بار و گاهی صد بار یا بیشتر در هر ساعت رخ می دهد. تکرار این وقایع تنفسی مانع عمیق شدن خواب می شود و بیمار در طی روز احساس خواب آلودگی خواهد کرد.

افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب ممکن است از خواب منقطع خود آگاه نباشند. بنابراین بسیاری از افراد مبتلا به این نوع آپنه خواب متوجه نمی شوند که تمام شب را خوب خوابیده اند و حتی گاهی گفته های دیگران را نمی پذیرند. گاهی افراد خانواده برای اثبات به بیمار، از بیمار در حین خُرخر و قطع نفس ها فیلم تهیه می کنند! (توصیه می شود قبل از این کار از بیمار اجازه بگیرید).

عوامل خطر

هر کسی ممکن است به آپنه انسدادی خواب مبتلا شود. با این حال، عوامل خاصی خطر ابتلا را افزایش می دهند. از جمله: **اضافه وزن:** اکثر افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب اضافه وزن دارند. رسوبات چربی در اطراف راه هوایی فوقانی می تواند مانع تنفس شود. شرایط پزشکی که با چاقی همراه است، مانند کم کاری تیروئید و سندرم تخمدان پلی کیستیک نیز می تواند باعث آپنه انسدادی خواب شود. سن **بالا تر:** خطر آپنه انسدادی خواب با افزایش سن افزایش می یابد، اما به نظر می رسد بعد از ۶۰ و ۷۰ سالگی کاهش می یابد. تنگ شدن راه هوایی: ممکن است به طور ارثی راه های هوایی باریک باشد یا ممکن است لوزه ها و راه هوایی را مسدود کنند (این مورد بیشتر در کودکان دیده می شود).

فشار خون بالا (فشار خون بالا): آپنه انسدادی خواب در افراد مبتلا به فشار خون نسبتاً شایع است.

گرفتگی مزمن بینی: افرادی که به هر دلیلی گرفتگی بینی دارند حداقل دو برابر دیگران دچار آپنه انسدادی خواب می شوند. **سیگار کشیدن:** افرادی که سیگار می کشند بیشتر در معرض آپنه انسدادی خواب هستند. سیگار و سایر مواد استنشاقی با ایجاد التهاب در ناحیه حلق و مجاری تنفسی باعث التهاب و کاهش قطر مسیر هوایی می شوند.

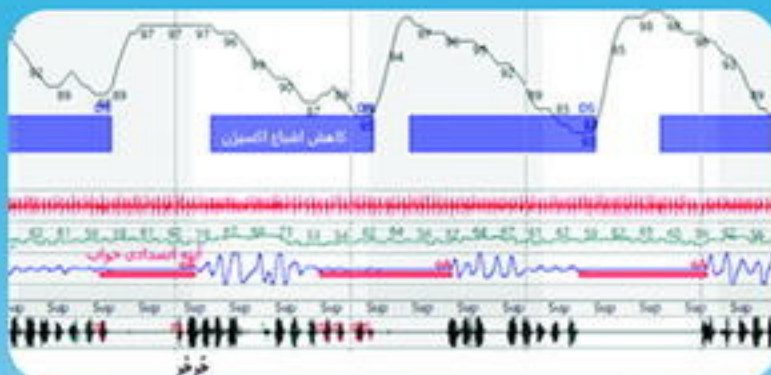
الکل و داروهای بنزدیازپینی: در بیشتر موارد آپنه انسدادی با مصرف این دو افزایش پیدا می کند. دلیل آن نیز شل شدن بیشتر عضلات حلق هنگام خواب است.

دیابت: آپنه انسدادی خواب در افراد مبتلا به دیابت شایع تر است. **جنسیت:** بطور کلی، مردان دو یا سه برابر بیشتر از زنان پائسه در معرض ابتلا به آپنه انسدادی خواب هستند. اما در زنان پس از یائسگی دفعات آپنه انسدادی خواب افزایش می یابد.

سابقه خانوادگی آپنه خواب: داشتن اعضای خانواده مبتلا به آپنه انسدادی خواب ممکن است خطر را افزایش دهد.

آسم: تحقیقات ارتباطی بین آسم و خطر آپنه انسدادی خواب پیدا کرده است.

ارزیابی دقیق با تست جامع خواب (پلی سومنوگرافی) در آزمایشگاه خواب صورت می‌گیرد. در موارد محدودی نیز شاید بتوان از ابزارهایی که قابلیت محدودتری دارند در منزل استفاده کرد. اما به هر حال استاندارد طلایی تست در آزمایشگاه خواب و با حضور تکنسین است. نتایج این تست توسط پزشک متخصص در زمینه خواب بایستی تفسیر شود. در نهایت پزشک تصمیم به نوع درمان خواهد گرفت. درمان‌هایی برای آپنه انسدادی خواب در دسترس است. یک درمان شامل استفاده از دستگاهی است که از فشار مثبت برای باز نگه داشتن راه هوایی در هنگام خواب استفاده می‌کند. گزینه دیگر ابزارهایی است که فک پایین را در هنگام خواب به جلو می‌برد. در برخی موارد، جراحی نیز ممکن است یک گزینه باشد. امروزه می‌دانیم که احتمالا برخی از انواع این اختلالات به داروها نیز پاسخ می‌دهند. در تمرین‌هایی نیز برای تقویت عضلات حلق به بیمار آموزش داده می‌شود.



محرومیت خواب در همسران این بیماران: صدای بلند خروپف باعث می‌شود که اطرافیان نتوانند خوب استراحت کنند. این موضوع می‌تواند در نهایت روابط آنها را مختل کند. برخی از همسران ترجیح می‌دهند در اتاق دیگری بخوابند. **مشکلات هورمونی:** الگوی تنظیم بسیاری از هورمون‌ها به خواب ربط دارد. در آپنه انسدادی، مشکلات مرتبط به خواب منقطع باعث مشکلات تنظیم قند، هورمون‌های جنسی، هورمون رشد، هورمون‌های غدد فوق کلیوی (از جمله کورتیزول)، آدرنالین و هورمون‌های تیروئیدی می‌شود.

اختلال سیستم ایمنی: ایمنی در خواب ترمیم، تنظیم و تقویت می‌شود. آپنه انسدادی با افت ایمنی و بهم ریختن تنظیمات آن همراه است. بر طبق بعضی از گزارشات، خطر ابتلا به کسرس و بیماری‌های خود ایمنی و سرطان در این بیماران افزایش می‌یابد. مشخص شده است که افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب نسبت به افرادی که آپنه انسدادی خواب ندارند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به نوع شدید COVID-19 و نیاز به درمان در بیمارستان هستند.

سایر پیامدها: افراد مبتلا به آپنه انسدادی خواب ممکن است از مشکلات حافظه، سردردهای صبحگاهی، نوسانات خلقی یا افسردگی و نیاز به ادرار مکرر در شب شکایت داشته باشند.

ارزیابی و درمان

هیچ ارزیابی جای ارزیابی توسط پزشک را نمی‌گیرد. در جمعیت عادی برای غربالگری آپنه انسدادی خواب از پرسشنامه STOP-BANG استفاده می‌شود. هر کدام از این حروف مخفف یک سوال هست. چهار مورد اول (STOP) شامل خُرخر، خستگی روزانه، مشاهده وقفه تنفس توسط دیگران، فشار خون بالا است. چهار مورد دوم شامل اندکس توده بدنی بالای 33 kg/m^2 ، سن بیش از ۵۰ سال، دور گردن بیش از ۴۱cm برای خانم‌ها و ۴۳cm برای آقایان و جنسیت مرد است. اگر یک مورد از چهار مورد اول به همراه یک مورد دیگر (از ۷ مورد باقیمانده) مثبت باشد و یا در مجموع ۳ مورد یا بیشتر از ۸ مورد مثبت باشد فرد باید مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار گیرد.





DEHome

interior decoration

گروه صنعت ساختمان دیهوم

با حضور برترین طراحان دکوراسیون داخلی کشور
و استفاده از متریال‌های ایتالیا، اسپانیا و آلمان

شرایط ویژه برای خانواده محترم نظام پزشکی استان مازندران

Mobile: 09121260646
Mobile: 09111581148
Phone: 01133323902

ساری، خیابان طبرسی
گروه صنعت و ساختمان دیهوم

DeHomeGroup

DeHomeGroup.com

نوستالژی زمان، در قلب ساری

نمادهای شهری بخشی از هویت هر شهر هستند. این نمادها میتوانند یک مجسمه ساختمان یا حتی یک اثر طبیعی باشند که در گذر زمان تبدیل به مختصرترین معرف یک شهر میشوند این نماد در ساری میدان ساعت است که به نوستالژی مردم این شهر بدل شده است. میدان ساعت ساری سالهاست استوار ایستاده و شاهد اتفاقات، تاریخی اجتماعی و تجمعات مذهبی گوناگونی بوده است برجی که امروز در میدان ساعت ساری دیده میشود در سال ۱۳۵۷ ساخته شد. معمار این برج محمد علی حمیدی نوا بود. عملیات ساخت این بنا از سال ۱۳۵۵ آغاز شد و دو سال بعد به پایان رسید. البته پیش از این برج، برج دیگری در همین میدان قرار داشت؛ برجی که سال ۱۳۰۹ ساخته شد و ظاهری با ویژگیهای معماری ایرانی و اروپایی داشت. این برج در سال ۱۳۴۴ با تصمیم شهرداری تخریب شد و میدان و فواره ای به جای آن قرار گرفت. بالای این بنای دیدنی نیز محلی برای اذان گفتن و اعلام عمومی بود "میراف نامی" یکی از اجداد خاندان نعیمی‌های ساری، ساعت میدان را از کشور روسیه به ایران آورد و روی برج نصب کرد برج ساعت ساری در گذشته دارای دو ساعت بود، یکی به سمت خیابان مدرس و دیگری به سمت خیابان انقلاب که از کشور روسیه وارد شده بود اما در حال حاضر تعداد چهار ساعت در برج وجود دارد که در ژاپن ساخته شده اند.



People of Sari have still remained nostalgic about Sa'at Square because this square has witnessed various historical and social events as well as religious gatherings over years.



باداب سورت؛ پلکان زمین

چشمه معدنی اسرار آمیز "سورت" از شاهکارهای طبیعت و دارای دو چشمه با آبهای کاملاً متفاوت از لحاظ، رنگ بو و مزه است. چشمه "سورت" به فاصله ۱۲۰ کیلومتری جنوب شرقی ساری در بخش چهاردانگه دهستان پشت کوه و بین دو روستای "اروست" و "مالخاست" واقع شده و در ارتفاع هزار و ۸۴۱ متری از دریا قرار دارد چشمه معدنی "سورت" در واقع دومین اثر طبیعی مازندران است که در لیست آثار ملی کشور به ثبت رسیده است این چشمه یکی از زیباترین و بی مانندترین چشمه های معدنی در ایران و منطقه است؛ چشمهای که میتوان آن را خواهر خوانده چشمه "پاموکاله" ترکیه توصیف کرد یونهای کلر و سدیم موجود در آب گسلی موجب ایجاد مزه شوری و عنصر گوگرد موجود باعث ایجاد مزه تلخ در آنشده است.



چشمه دوم که در بالادست این چشمه قرار دارد از نوع درزه ای بوده که به دلیل وجود یونهای گوگرد و منیزیم ترش مزه و دارای آبی به رنگ قرمز و نارنجی است جریان آبهای رسوبی و معدنی این چشمه ها سالها در شیب پایین دست کوهستانی خود، صدها طبقه و حوضچه پلکانی بسیار زیبا به رنگهای نارنجی زرد و قرمز در اندازه های مختلف پدید آورده است. این طبقات و حوضچه ها در واقع جاذبه اصلی و ویژگی منحصر به فرد چشمه های "سورت" است. برای رسیدن به این جاذبه کم، نظیر میتوانید به ترتیب از جاده های استان سمنان یا مازندران استفاده کنید. البته جاده های سمنان مسافت کمتری دارد و ایمن تر است اما جاده های مازندران محور کیاسر به مراتب زیباتر است و به عنوان طولانی ترین جاده جنگلی کشور لقب گرفته است که عبور از آن خالی از لطف نیست.

Badab-e-Soort spring is the second natural attraction of Mazandaran province listed among the Iranian national heritage. This spring is one of the most beautiful and unique mineral springs not only in Iran but also in the Middle East.





زمان اولین مراجعه به ارتودنטיست



دکتر تانیا قاسمی

دندان پزشک

متخصص ارتودنسی

عضو هیئت علمی دانشگاه



متقاضیان بزرگسالی که قصد انجام ارتودنسی دارند، افزوده می‌گردد. از مهم‌ترین مزایای درمان ارتودنسی این است که هیچ‌گونه محدودیت سنی ندارد و هر بیماری در هر سنی قادر به انجام آن است.

اگرچه زمان مطلوب برای درمان ارتودنسی، سنین کودکی و اوایل نوجوانی می‌باشد، بنابراین بیماری که مشکل دندان دارد، می‌تواند درمان را در هر سنی به شرطی که مشکلات لثه ای نداشته باشد انجام دهد ولی اگر مشکل فکی در سنین بزرگسالی وجود داشته باشد دیگر درمان ارتودنسی به تنهایی کارساز نخواهد بود و در آن زمان بیمار نیاز به جراحی فک به همراه ارتودنسی خواهد داشت.

برای درمان ارتودنسی برای کودکان، باید تعدادی از دندان‌ها که برای درمان به این روش نیاز هستند، به خوبی رشد کرده باشند.

بسیاری از والدین از ما می‌پرسند، بهترین زمان برای درمان

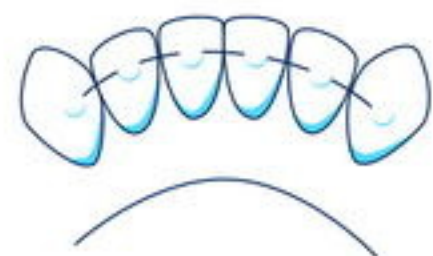
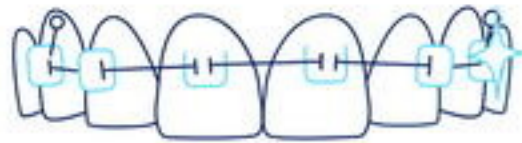
ارتودنسی کودکان چه زمانی است؟

زمان درمان بستگی به نوع ناهنجاری، شدت مشکل، دارد. اگر سن بیمار کمتر باشد چون ساختمان‌های صورت در حال رشد هستند درمان ارتودنسی راحت‌تر، کوتاه‌تر و موفقیت‌آمیزتر خواهد بود.

اگر این زمان سپری شود تصحیح روابط به زمان و انرژی بیشتری نیاز دارد. البته در سنین بالاتر، بیشترین هدف درمان، مرتب کردن دندان‌ها و در سنین پایین‌تر بیشترین هدف درمان، رفع اختلالات فکی است. سن بیمار از این نظر اهمیت دارد که به ما نشان می‌دهد چه امکاناتی برای درمان در اختیار داریم. آیا از فاکتور رشد می‌توان کمک گرفت یا خیر؟ البته طی چند سال اخیر درمان ارتودنسی در میان بزرگسالان نیز ترویج یافته است. به طوری که روز به روز بر



اگر ۷ سالگی برای شما سن خیلی کمی به نظر می‌رسد به خاطر داشته باشید که حتی اگر کودک شما معاینه زودهنگام شود الزاما به مفهوم نیاز به گذاشتن دستگاه‌های ارتودنسی در همان زمان نیست. اگر مشکلی در این سن تشخیص داده شود معمولا ارتودنتیست کودک شما را تحت بررسی دوره‌ای قرار می‌دهد تا دندان‌های دائمی رویش کافی یافته و فک و صورت به حد قابل قبولی از رشد برسند. هر فردی بازه زمانی ایده‌آل خود را برای شروع درمان ارتودنسی جهت رسیدن به بهترین نتیجه ممکن دارد. ما بر اساس تجربه بالینی زمان مناسب را تعیین می‌کنیم.



American
Association of
Orthodontists®

همچنین مبنی بر نظریه انجمن متخصصین ارتودنسی

آمریکا، سن ۷ سالگی بهترین زمان مراجعه به کلینیک‌های

ارتودنسی می‌باشد.

زیرا در این سن دندان‌های شیری و تعدادی از دندان‌های دائمی کودک به خوبی رشد کرده است و پزشک قادر است با بررسی فک پایین و بالا و وضعیت قرارگیری دندان‌ها بهترین راه درمانی را برای معالجه عارضه‌های فک و صورت بیمار تجویز نماید.

در صورتی که کودکان در زمان مناسب مورد معاینه قرار گیرند، می‌توان از ناهنجاری‌هایی که ممکن است در سنین بزرگسالی با آن مواجه شوند، پیشگیری نمود. بدین منظور وضعیت دندان‌های شیری مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورت کوچک بودن فک و یا بزرگ بودن دندان‌های دائمی، برخی از دندان‌های شیری کشیده می‌شود تا بستری مناسب و ایده‌آل برای رشد دندان‌های دائمی کودکان فراهم می‌شود. با این کار، احتمال کشیده شدن دندان‌های سالم و دائمی کودکان در سنین بزرگسالی به منظور مرتب‌سازی کاهش می‌یابد. در بیمارانی که دارای مشکل فکی هستند حتما باید بیمار را قبل از بلوغ معاینه کرد. اگر متخصص ارتودنسی در بیمار مشکل فکی را تشخیص دهد، باید با کمک دستگاه‌های ارتودنسی مشکل فکی بیمار درمان شود چرا که در صورت عدم درمان در زمان مناسب، دیگر نمی‌توان مشکل بیمار را فقط با ارتودنسی درمان کرد و بیمار نیاز به جراحی فک خواهد داشت.

پیاده‌روی بعد از صرف غذا

چه مزایایی دارد؟

وب گردی

افزایش سرعت متابولیسم

پیاده‌روی بعد از غذا علاوه بر هضم بهتر، باعث تسریع فرآیند متابولیسم می‌شود. این اتفاق به ارگانیسم‌های سلولی کمک می‌کند تا بیشتر کار کنند و جریان اکسیژن بهتری به سیستم بدن وارد کنند تا روند بیوشیمیایی مورد نیاز برای آزادسازی انرژی تسریع پیدا کند.

بهبود گردش خون

پیاده‌روی بعد از غذا به بهبود گردش خون در بدن کمک می‌کند. اعضای بدن و عضلات برای عملکرد مناسب به گردش خون صحیح نیاز دارد به طوری که اگر گردش خون حتی برای چند ثانیه محدود شود، اعضای بدن و اندام‌های مرتبط آسیب می‌بینند.

پیاده‌روی بعد از غذا باعث هضم بهتر غذا، افزایش سرعت متابولیسم، بهبود گردش خون، کاهش وزن، کاهش استرس، تقویت سیستم ایمنی بدن، بهبود کیفیت خواب و کنترل سطح گلوکز خون می‌شود. پیاده‌روی بعد از وعده غذایی بهترین راه حل برای حل بسیاری از مشکلات سلامتی است. متخصصان معتقدند که پیاده‌روی بعد از غذا بهترین روش طبیعی برای بهبود و تقویت عملکردهای مختلف بدن است. در ادامه به بررسی تعدادی از فواید پیاده‌روی بعد از غذا می‌پردازیم:

هضم بهتر غذا

پیاده‌روی بعد از غذا به حرکت صحیح غذا در سیستم گوارشی کمک می‌کند همچنین آنزیم‌ها و اسیدهای معده را فعال‌تر می‌کند تا مواد غذایی را به درستی جذب کند. حتی اگر غذای سالمی مصرف کنید، اما هضم ضعیفی داشته باشید، بدن ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز برای عملکرد صحیح را دریافت نمی‌کند بنابراین بهترین روش برای بهبود فرآیند هضم غذا، پیاده‌روی کردن است.



کاهش وزن

افزودن عادت پیاده روی بعد از غذا این امکان را به شما می دهد تا کالری اضافی بدن را بسوزانید. عضلاتی که حین پیاده روی از آن ها استفاده می شود، کالری بیشتری می سوزانند. پیاده روی متابولیسم را تقویت می کند و آن را برای مدت طولانی تری فعال نگه می دارد.

کاهش استرس

پیاده روی بعد از صرف غذا باعث کاهش سطح استرس و بهبود روحیه می شود. این ورزش سطح اندورفین را برای مبارزه با استرس و درد طبیعی افزایش می دهد. افزایش عملکرد اندورفین به میزان قابل توجهی باعث کاهش استرس می شود. استرس بخشی از زندگی امروزه است، اما حفظ عادت پیاده روی ساده بعد از غذا می تواند به کاهش استرس کمک کند.

تقویت سیستم ایمنی

هضم بهتر و متابولیسم تقویت شده به بهبود عملکرد سیستم ایمنی کمک شایانی می کند، تقویت سیستم ایمنی خطر ابتلا به بیماری های مختلف را کاهش می دهد. در صورتی که سیستم ایمنی قوی داشته باشید، مشکلاتی مانند سرماخوردگی، سرفه و آلرژی نمی توانند شما را تحت تاثیر قرار دهند. بنابراین توصیه شده است پیاده روی بعد از غذا را در زندگی روزمره خود جای دهید.

بهبود کیفیت خواب

زمانی که عملکرد هضم غذا خوب باشد، استرس کاهش پیدا کند و مقدار کالری زیادی بسوزد، فرد می تواند خواب راحتی داشته باشد. بنابراین اگر از کمبود خواب رنج می برید یا زمانی که صبح ها از خواب بیدار می شوید و احساس کسالت دارید، بعد از وعده غذایی پیاده روی کنید.

کنترل سطح گلوکز خون

پیاده روی صحیح بعد از خوردن غذا به کنترل سطح گلوکز خون کمک می کند به ویژه اگر به دیابت نوع دوم مبتلا باشید. هنگام پیاده روی از انرژی موجود در خون که در واقع گلوکز است، استفاده می کنید، مصرف این انرژی حین پیاده روی سطح گلوکز خون را کاهش می دهد. بنابراین زمانی که سیستم گوارش شروع به آزاد کردن گلوکز در خون می کند، از افزایش قند خون پیشگیری خواهد شد. عادت پیاده روی بعد از غذا برای افرادی که به دیابت مبتلا هستند یا علائم آن را دارند، بسیار مفید است.



کبد چرب



دکتر احمد قاسمی

متخصص رادیولوژی



کبد چرب یا استئاتوز کبدی در اثر تجمع چربی بیش از ۲۵٪ وزن کبد در

داخل کبد ایجاد می‌شود. کبد چرب در اثر تجمع بیش از حد تری‌گلیسرید

در کبد ایجاد می‌شود و این تجمع تری‌گلیسرید در داخل سلول‌های کبدی

در پاسخ قابل برگشت این سلول‌ها به بیماری‌های مختلف و اختلالات

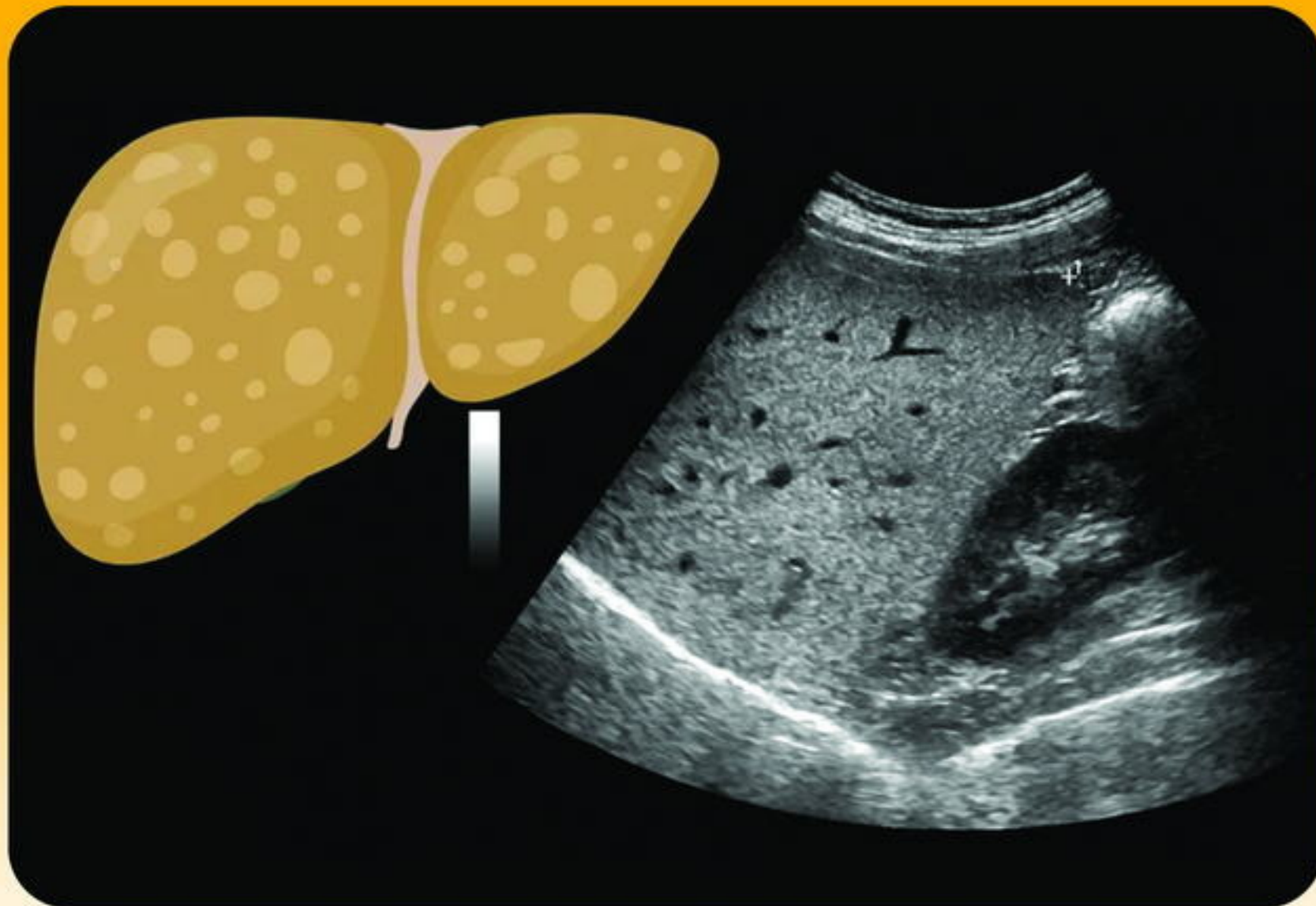
متابولیکی است.

کبد چرب در اثر علل متعددی ایجاد می‌شود که مهم‌ترین آنها شامل موارد ذیل می‌باشد:

- مصرف زیاد الکل
- چاقی
- دیابت
- گرسنگی
- جراحی بای‌پس گوارشی
- داروهای استروئیدی
- هپاتیت شدید
- بیماری‌های کبدی به دنبال مصرف داروها و تغذیه مرکزی



کبد چرب معمولاً از نظر بالینی بدون علامت است و ممکن است در مراحل پیشرفته‌تر، نشانه‌های نارسایی کبدی را بروز دهد. تشخیص عمدتاً با تست آزمایشگاهی و انجام روش‌های تصویربرداری به خصوص سونوگرافی امکان‌پذیر است. در حالی که در تست‌های آزمایشگاهی شاهد بالا رفتن آنزیم‌های کبدی شامل ALT و AST هستیم اما در سونوگرافی علائم اختصاصی‌تری را می‌بینیم که ما قادر به گریذبندی کبد چرب می‌نماییم.



کبد چرب ممکن است بصورت فوکال دیده شود که در این صورت شامل نواحی پراکنده افزایش اکو در داخل اکوی نرمال کبدی هستند. این مناطق معمولاً اشکال غیراختصاصی و جغرافیایی را نشان می‌دهند و ندرتاً بصورت توده مانند دیده می‌شوند. در موارد مشکوک سونوگرافی فالوآپ یا حتی تطابق با سی‌تی اسکن و ام‌آرای جهت رد ضایعات تومورال کمک کننده است.

موارد خفیف و متوسط کبد چرب معمولاً با رعایت رژیم غذایی و تغییر روش زندگی و کاهش وزن بهبود می‌یابد و ندرتاً نیاز به مصرف دارو وجود دارد. در موارد شدید بیماری و در علل غیرمعمول باید پیگیری و درمان سریع صورت گیرد و عامل زمینه‌ای اصلی شناسایی و برطرف گردد زیرا نهایتاً کبد چرب باعث ایجاد سیروز کبدی و از کار افتادن کبد می‌شود.

پیگیری با سونوگرافی‌های ۴-۶ ماهه در بیشتر موارد کبد چرب توصیه می‌شود و همچنین تطابق با یافته‌های آزمایشگاهی شامل تعیین سطح آنزیم‌های کبدی لازم است. انجام آزمایشات فیرواسکن کبد در موارد متوسط-شدید به تشخیص میزان آسیب بافتی ایجاد شده کمک می‌کند و در موارد شدید انجام بیوپسی برای تعیین میزان فیروز کبدی توصیه می‌شود.

یافته‌های سونوگرافیک در کبد چرب شامل موارد زیر است:

- افزایش منتشر اکوی پارانشیم کبدی، همراه با بافت کبدی دست نخورده
- رویت ضعیف ساختمان‌های خلفی و عمقی کبد و دیافراگم به خاطر جذب صوت در کبد چرب
- کم شدن اکوی نرمال اطراف ورید پورت

بر اساس یافته‌های سونوگرافی سه‌گريد کبد چرب قابل تشخیص است:

- گريد ۱:** افزایش منتشر اکوی کبد به صورت یکدست همراه با دیدن واضح دیافراگم و عروق داخل کبدی (خفیف)
- گريد ۲:** افزایش متوسط اکوی کبد و کاهش وضوح عروق داخل کبدی همراه با دیدن واضح دیافراگم (متوسط)
- گريد ۳:** افزایش شدید اکوی کبد همراه با وضوح اندک یا دیده نشدن دیافراگم، عروق داخل کبدی و قسمت خلفی لوب راست کبد (شدید)

SACS-R

(the Social Attention and Communication Surveillance Revise)

ابزاری موثر در شناسایی زودرس اختلال طیف اوتیسم در کودکان

در قسمت اول این مقاله در مورد اختلال طیف اوتیسم، میزان شیوع آن و علائم طیف اوتیسم اطلاع رسانی شد و حالا در ادامه ...



دکتر فریبا ظفری

متخصص کودکان و نوزادان
فعالیت در زمینه رشد و تکامل کودکان

تشخیص زود هنگام اوتیسم بسیار مهم است. هدف از شناسایی زودرس این است که بتوانیم مداخلات توانبخشی را هر چه زودتر برای این کودکان شروع نموده و این کودکان به خدمات پشتیبانی و توانبخشی رفتاری دست یابند. از آنجا که نروپلاستیسیته یا انعطاف پذیری مغز در سنین اولیه کودکی بسیار زیاد است مداخلات زودرس توانبخشی در کودکان با سن کمتر نتایج بهتری دارد. مداخلات زودرس همچنین مشارکت کودک در مدارس معمولی را بیشتر و نیاز به حمایت کودک در سنین بالاتر را کاهش می دهد و مشکلات والدین برای نگهداری و حمایت از کودکشان را می دهد.

SACS.R= the Social Attention and Communication Surveillance Revise

ابزاری بسیار دقیق برای تشخیص اوتیسم در سن ۱۲ ماهگی و کمتر است. این ابزار مربوط به ابزارهای توجه اجتماعی، نظارت بر ارتباطات کودک می باشد. شیرخواران سنین ۱۱ تا ۳۰ ماه را بررسی می کند. در واقع این روش پایش به آسانی و سریع قابل اجرا است. این پایش به طور مرتب در سنین ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماهگی انجام می شود.



ارتباط چشمی

نوزاد از ساعات اولیه تولد می‌تواند اشیایی را که در فاصله ۲۵ تا ۳۰ سانتیمتری از صورت او قرار گرفته مشاهده کند. در سن یک ماهگی می‌تواند یک شی را با چشم خود دنبال کند. در سن ۴ تا ۶ هفتگی ارتباط چشمی خوبی با والدین برقرار می‌کند. ارتباط چشمی یک امر مهم برای برقراری ارتباط اجتماعی می‌باشد. باید به مادر کودک تاکید شود که در زمان شیر دادن، بغل کردن، نوازش کردن، لباس عوض کردن، بازی کردن با کودک، صحبت کردن با کودک، کتاب خواندن برای کودک، خواباندن کودک، حمام کردن او این ارتباط چشمی را حفظ نماید. در هر زمان که ارتباط چشمی خوبی بین کودک و والدین وجود نداشته باشد، باید یک ارتباط چشمی درست را به والدین آموزش داد که با فرزند خود تمرین کنند و میزان پیشرفت ارزیابی شود.

تست SACS-PR کودکان سنین ۳۱ تا ۶۰ ماه را پایش می‌کند.

SACS.R

همانطور که از نام تست مشخص است این تست یک تست پایشی و غربالگری است که توجه اجتماعی و ارتباطات کودک را نه تنها در یک سن بلکه به طور مرتب در سنین ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماهگی از نظر بروز علائم اوتیسم ارزیابی می‌کند و در واقع زمانی که کودک برای پایش سایر مشکلات به پزشک مراجعه می‌کند می‌توان از نظر علائم اوتیسم نیز کودک را مورد پایش قرارداد. این تست در هر مقطع سنی توانایی‌هایی که کودک برای برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی باید داشته باشد را مد نظر قرار می‌دهد. برای مثال در سن ۱۲ ماهگی مجموعه رفتارهایی که مشخصه کودکان در این سن می‌باشد را بررسی می‌کند این رفتارها عبارتند از:

SACS-Revised

Behaviour	Age at which behaviour monitored		
	12-months	18-months	24-months
Pointing	✓	✓	✓
Eye contact	✓	✓	✓
Response to name	✓	✓	✓
Showing		✓	✓
Imitation	✓	✓	✓
Gestures (Waving)	✓	✓	✓
Pretend play		✓	✓
Social smiling	✓	✓	✓
Joint attention – following point	✓	✓	✓
Use/understanding of language	✓	✓	✓
Loss of skills		✓	✓
Parallel play			✓
Interest in peers			✓

RED ticks indicate "KEY" items

پاسخ کودک به نام خود

در مورد پاسخ کودک به نام خودش، سه بار او را صدا زده و توجه می‌کنیم که آیا در این سه نوبت او به نام خودش واکنشی نشان می‌دهد یا خیر. این پاسخ می‌تواند به این شکل باشد که کودک سرش را به سمت شما برمی‌گرداند، یا به شما نگاه می‌کند، یا اگر در حال بازی باشد آن را متوقف می‌کند و یا پاسخ بله می‌دهد. گاهی در کودکان طیف اوتیسم عدم پاسخ به نام خودشان به گونه‌ای است که والدین تصور می‌کنند که کودکشان ناشنوا است در حالی که این کودکان به صداهایی که در محیط وجود دارد واکنش نشان می‌دهند اما به اسم خودشان واکنش مناسبی را نشان نمی‌دهند. باید علاوه بر کیفیت، کمیت این رفتار کلیدی را بخصوص در حوالی ۱۲ ماهگی به خوبی ارزیابی کنیم. پاسخ کودک به نام خود: در ۴ تا ۶ ماهگی معمولاً ۶۰ درصد کودکان در یک یا دو بار صدا کردن به اسم خودشان واکنش نشان می‌دهند و در سن ۱۲ ماهگی همه کودکان به نام خود واکنش نشان می‌دهند.

در سن ۱۲ ماهگی ۵ رفتار اشاره کردن، ارتباط چشمی، پاسخ‌دهی کودک به نام خودش، تقلید کردن، ژست گرفتن رفتارهایی هستند که ارزش کلیدی داشته و باید به این رفتارها به دقت توجه کرد. برای بررسی رفتارهای کلیدی علاوه بر توجه به گفته‌های والدین در مورد این رفتارها باید کودک را نه تنها یکبار بلکه سه نوبت مورد سنجش قرار داد.

از نظر ارتباط چشمی توجه شود که کودک به والدین خود نگاه می‌کند؟ آیا به طور مستقیم به چشمان والدین نگاه می‌کند و یا سرش را از روی صورت والدین برمی‌گرداند؟ آیا سر کودک موقع دیدن شما یا والدینش پایین است و از تماس چشمی با شما خودداری می‌کند؟ آیا از گوشه چشم به شما برای چند ثانیه نگاه می‌کند؟ آیا به شما نگاه می‌کند و سریع سرش را برمی‌گرداند؟ یک تماس چشمی خوب و با کیفیت با شما برقرار می‌کند؟ این موارد باید برای ارزیابی ارتباط چشمی مد نظر قرار بگیرد.

اشاره کردن

ممکن است کودک این آیتم را هنوز نداشته باشد و تا سن ۱۴ تا ۱۶ ماهگی بدست بیاورد.

اشاره کردن: در سن ۸ تا ۱۲ ماهگی زمانی که شما به اشیای اشاره می کنید کودک به سمت اشاره شما توجه می کند. کودک در سن ۱۰ تا ۱۴ ماهگی خودش به اشیای اشاره می کند. در سن ۱۴ تا ۱۶ ماهگی کودک سعی می کند که با اشاره کردن اشیای آن را به والدین و اطرافیان نشان دهد و لذت دیدن این اشیای جالب را با دیگران به اشتراک می گذارد. اشاره کردن می تواند علامتی از توجه، تعامل اجتماعی، ژست هایی برای برقراری ارتباط قبل از شروع تکلم باشد.

تقلید کردن

توانایی تقلید کردن از ابتدای تولد در نوزادان وجود دارد و او می تواند حرکات صورت بزرگسالان مانند باز کردن دهان را تقلید کند، معمولاً از سن ۶ ماهگی زمانی که شما صداهایی که کودکان از خودش در می آورد تقلید کنید او در پاسخ به شما همان صداها را تکرار می کند. تقلید کردن در کودکان مقدمه ای بر تجسم و تخیل و پایه ای برای یادگیری های بعدی کودک است.

ژست های کودک

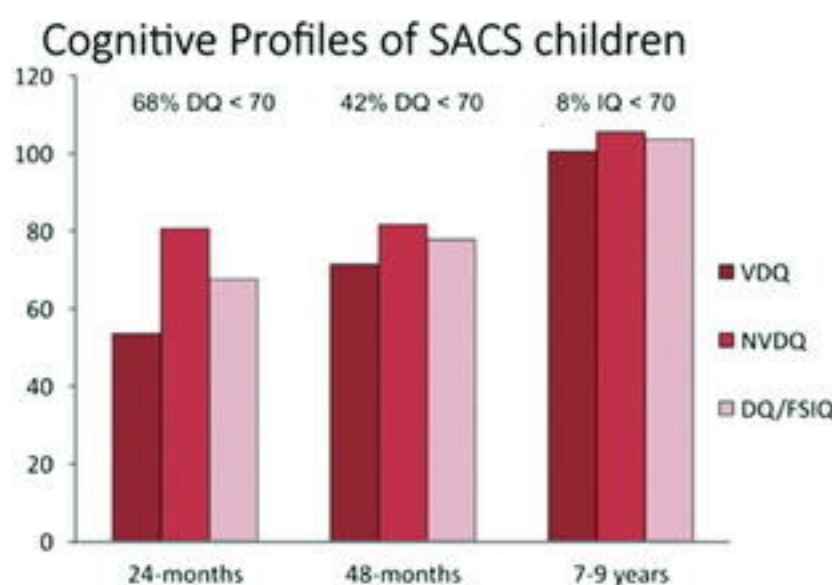
کودک از زمان تولد برای بیان نیازهای خود از ژست های مختلف که در واقع زبان بدنی کودک است استفاده می کند، مثلاً زمانی که گرسنه است یا نیاز به مراقبت دارد گریه می کند و توجه شما را به خودش جلب می کند. زمانی که به آغوش شما نیاز دارد دست هایش را باز می کند تا او را بغل کنید. این رفتارهای بدنی همراه با رفتارهایی که توضیح داده شدند جزو پنج رفتار کلیدی کودک در سن ۱۲ ماهگی می باشند. اگر ۳ مورد از این ۵ رفتار کلیدی وجود نداشته باشد کودک در ریسک ابتلا به طیف اوتیسم قرار دارد.

نکته مهم در پایش این است که حتماً باید شرایط کودک را در نظر داشته باشیم. ممکن است کودک گرسنه یا خواب آلود یا بیمار باشد در این شرایط علاوه بر سوال از والدین باید ارزیابی خود را مجدداً در شرایط عادی کودک تکرار کنیم. در این ابزار به دلیل آنکه ممکن است در این سن حرکات تکراری و استریوتایپی به طور مشخص وجود نداشته باشد و نیز ارتباط با دوستان در سنین بالای دو سال به وجود می آید در سن ۱۲ ماهگی بیشتر بر روی آیت های گفته شده تکیه شده است.

متخصصین کودکان و افرادی که با شیرخواران و نوپایان سروکار دارند زمانی که به هر دلیلی کودک ۱۲ ماه برای ویزیت مراجعه می کند، می توانند توسط این تست رفتارهای کلیدی شامل ارتباط چشمی، واکنش کودک به نام خود، اشاره کردن، رفتارهای تقلیدی و ژست های کودک را به راحتی در کودکان مورد ارزیابی و پایش قرار داده و موارد مشکوک به اوتیسم را هر چه زودتر شناسایی کنند و همچنین در سنین ۱۸ و ۲۴ ماهگی نیز رفتارهای مشکوک کننده به اوتیسم وجود دارد که

باید به پنج رفتار کلیدی توجه کرده و اگر ۳ مورد از ۵ مورد آیت های قرمز در جدول منفی بوده و کودک قادر به انجام آن نبود، کودک در معرض خطر اوتیسم می باشد و باید این کودکان برای بررسی بیشتر به متخصصین اطفال فعال در زمینه تکامل، روانپزشکان کودک، متخصصین توان بخشی، روانشناسان کودک ارجاع گردند. باید توجه داشته باشیم که هدف ما تشخیص اوتیسم نیست بلکه شناسایی علائم اوتیسم در کودک است و بنابراین باید بر شناسایی علائم تاکید داشته و به مجرد اینکه علائم مشاهده گردید، وقت را از دست نداده و برای دریافت مداخلات زودرس، کودک ارجاع شود.

باید دقت داشته باشیم که گاهی علائم اوتیسم در کودکان بعد از یک سالگی ظاهر می شود و کودکی که ارتباط چشمی داشته در سال دوم شروع به بروز علائم می کند و تعدادی از کودکان تا سن ۱۲ تا ۲۴ ماهگی دارای تکامل عادی هستند و بعد از نظر تکاملی شروع به پسرفت می کنند و مهارت های بدست آورده را از دست می دهند. بنابراین اگر یک تست مثلاً در سن ۱۲ ماهگی نرمال بود این به معنی رد اوتیسم نیست و باید مجدداً در سن ۱۸ ماهگی و بالاتر نیز غربالگری انجام شود. موضوع مهم این است که بدانیم این تست ها موارد مشکوک به اوتیسم را مشخص می کنند و نباید تشخیص اوتیسم به کودک زده شود زیرا گاهی کودکان در سن ۷ سالگی نشانه های کامل اوتیسم را پیدا می کنند و نباید زمان را برای این تشخیص از دست بدهیم. تشخیص از طریق تست های تشخیصی اوتیسم نظیر ADOS، ADI-R داده می شود.



نمودار بالا پروفایل شناختی کودکان که با تست SACS شناسایی زودرس شده و به دنبال آن مداخلات زودرس برایشان انجام شده را نشان می دهد. ۶۸ درصد کودکانی که در سن ۲۴ ماهگی به روش SACS شناسایی شده اند ضریب تکاملی یا DQ زیر ۷۰ داشتند. بعد از آن مداخلات زودرس برای کودکان شروع شده و در سن ۷ تا ۹ سالگی تنها ۸ درصد کودکان IQ زیر ۷۰ داشتند و بقیه به طور معناداری از نظر شناختی پیشرفت داشته اند که این اهمیت شناسایی زودرس و مداخلات هر چه سریعتر در کودکان اوتیسمی را نشان می دهد.

فیبرومیالژیا

و سندرم خستگی مزمن



دکتر مریم رضاپور

روانپزشک - فلوشیپ طب روان تنی
عضو هیئت علمی دانشگاه

در مطالعه‌ایی که توسط حسینی در ساری انجام شد مشخص گردید ۶۵ درصد بیماران به صورت هم‌زمان به اختلال اضطرابی و ۳۴ درصد به اختلال خلقی مانند افسردگی مبتلا هستند. برای تشخیص بیماری نیازی به شرح حال دقیق، معاینه بالینی و انجام تست‌های لازم جهت رد سایر بیماری‌های مفصلی می‌باشد.

درمان قطعی که موجب برطرف شدن همیشگی درد شود، وجود ندارد و نیاز است که بیمار در یک برنامه درمانی منظم جهت آگاهی از روند بیماری، ورزش‌های مناسب، اصلاح خواب، درمان افسردگی و اضطراب هم‌زمان و تجویز درست داروهای کاهنده درد قرار گیرد. همانند فیبرومیالژیا، سندرم خستگی مزمن نیز بیماری شایعی است و علایم این دو بیماری هم‌پوشانی دارند.

بیمار مبتلا به سندرم خستگی مزمن از خستگی ذهنی و جسمی طول کشیده شکایت می‌کند که علیرغم استراحت، احساس خستگی برطرف نخواهد شد. بیمار خواب مناسب، احساس فراموشی، گلودرد، غدد لنفاوی دردناک، درد عضلات و مفاصل را تجربه خواهد نمود. علل ایجادکننده سندرم خستگی مزمن مانند فیبرومیالژیا بوده و توصیه‌های درمانی نیز همانند فیبرومیالژیا می‌باشد.

بیماران مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا از دردهای مزمن و منتشر

بدنی همراه با احساس خستگی، سردرد، خشکی مفاصل و احساس

فراموشی رنج می‌برند

این بیماران پس از خوابیدن به مدت زمان کافی احساس رفع خستگی نمی‌کنند. این بیماری شایع است و به طور متوسط دو تا چهار نفر از هر صد نفر در جمعیت به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری در زنان ۹ برابر شایع‌تر از مردان می‌باشد. فیبرومیالژیا در همه سنین دیده می‌شود. اما شایع‌ترین سن بروز بیماری ۲۰ تا ۵۰ سال می‌باشد.

اگر چه علت اصلی ایجادکننده این بیماری به درستی شناخته نشده است اما گمان می‌رود ناهنجاری‌هایی در عملکرد سیستم عصبی مرکزی و عدم تعادل ترشح مواد شیمیایی بدن موجب افزایش حساسیت و تغییر در تجربه حس درد می‌گردد. این بیماری منجر به تخریب مفاصل یا بیماری خطرناک نمی‌گردد.



فشار خون بالا



دکتر مرجان حسگریان

متخصص قلب و عروق

فشار خون بالا یا پرفشاری خون زمانی روی می‌دهد که فشار خون تا

سطح خطرناکی افزایش یابد. اندازه‌گیری فشار خون در واقع میزان

خون عبوری از رگ‌های خونی و میزان مقاومت رگ‌ها در برابر خون

در حین ضربان قلب را محاسبه می‌کند.

به این ترتیب درمان به صورت تجربی معمولاً به دو دارو یا بیشتر نیاز دارد. حتی در میان بیمارانی که فشار خون آنها با استانداردهای مرسوم کنترل به نظر می‌رسد کمتر از یک سوم ممکن است متعاقباً دچار سکته مغزی، سکته قلبی، یا نارسایی قلبی شوند. فشار خون در مطب به صورت ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر تعریف می‌شود.

در بیشتر بیماران مبتلا به فشار خون اولیه رفتارهای مشخصی باعث افزایش فشار خون می‌شود. نیکوتین در دود سیگار موقتاً فشار خون را ۱۰ تا ۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش می‌دهد. همچنین در مصرف‌کنندگان سنگین الکل شاهد فشار خون بالاتری هستیم.

فشار خون بالا شایع‌ترین عامل خطر قابل تشخیص و برگشت پذیر برای سکته قلبی، آریتمی، سکته مغزی، نارسایی قلبی، و ایسکشن آنورت و بیماری عروق شریانی محیطی می‌باشد.

به طور معمول فشار خون بالا در طی چند سال ایجاد می‌شود و معمولاً بدون هیچ‌گونه علامتی است ولی می‌تواند بدون علائم به عروق خونی، مغز، قلب، چشم‌ها و کلیه‌ها آسیب بزند. بنابراین تشخیص زودهنگام و درمان آن مهم است. درمان موثر مستلزم مراقبت مداوم توسط یک پزشک متخصص و بررسی‌های مکرر پزشکی است. اکثر بیمارانی که تشخیص فشار خون برای آن‌ها مطرح می‌شود، تنها یک مکانیسم عامل بیماری را نشان نمی‌دهد. به این ترتیب درمان به صورت تجربی معمولاً به دو دارو یا بیشتر نیاز دارد.



۵ دسته فشار خون برای بزرگسالان تعریف می‌کنند:

- سالم که فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه است.
- فشار خون افزایش یافته که فشار سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۲۹ و دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه است.
- پرفشاری مرحله یک که فشار سیستولی ۱۳۰ تا ۱۳۹ و دیاستولیک بین ۸۰ تا ۸۹ دارد.
- پرفشاری مرحله ۲ که فشار سیستولی ۱۴۰ یا بالاتر و یا میزان دیاستولیک ۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر از آن را دارد.
- پرفشاری بحرانی مقدار سیستولیک بیش از ۱۸۰ میلیمتر جیوه

خطر پیشرفت فشار خون با مصرف قهوه تغییری نمی‌کند اما هنگامی که کافئین در نوشابه مصرف می‌شود به شدت باعث افزایش فشار می‌شود. عدم فعالیت فیزیکی، همچنین خطر پیشرفت فشار خون را افزایش می‌دهد. شیوع فشار خون به صورت خطی با BMI افزایش می‌یابد. برخی از افراد از نظر ژنتیکی مستعد فشار خون بالا به علت جهش‌های ژنی یا ناهنجاری‌های ژنتیکی هستند. علائم فشارخون بالا می‌تواند به صورت سردرد، تنگی نفس، خون دماغ، گر گرفتگی، سرگیجه، درد قفسه سینه، تغییرات دید و وجود خون در ادرار باشد.

در اندازه‌گیری فشار خون، باید حداقل دوبار ۵ دقیقه در حال نشسته باشد و بازو در سطح قلب و برهنه باشد. کافئین و تنباکو حداقل برای ۳۰ دقیقه قبل از اندازه‌گیری نباید استفاده شده باشد. فشار خون باید در هر دو دست و ۵ دقیقه بعد از ایستادن اندازه‌گیری شود.

همچنین در صورتی که در زمان بالا بودن فشار خون علائمی مانند درد قفسه سینه، سردرد، تنگی نفس یا تغییرات بینایی روی دهد، درمان اورژانسی لازم است. در درمان فشار خون علاوه بر اصلاح سبک زندگی، افزایش فعالیت، مدیریت استرس، رژیم غذایی کم نمک و کم کربوهیدرات، قطع سیگار و الکل و کاهش وزن از درمان دارویی نیز استفاده می‌شود. درمان دارویی بر اساس بیماری‌های زمینه‌ای و سن بیمار انتخاب شده و ترکیب دو دارویی بهتر از درمان یک دارویی با دوز بالا می‌باشد. امید است با تشخیص و درمان زودهنگام از عوارض فشار خون جلوگیری شود.

آنمی فقر آهن در بزرگسالان



دکتر حجت اله قربانی

فوق تخصص انکولوژی و هماتولوژی بالین
عضو هیات علمی دانشگاه



ایتولوژی: IDA سه علت اصلی دارد:

(۱) از دست دادن خون (۲) کاهش مصرف آهن (۳) اختلال جذب آهن

شایع‌ترین علل Blood Loss شامل موارد زیر می‌باشند:
(۱) تروما (۲) خون‌ریزی گوارشی (۳) خون‌ریزی‌های شدید قاعدگی (۴) هموتیزی (۵) هم‌چوری (۶) حاملگی (۷) همولیز (۸) اهدای مستمر خون (۹) خون‌ریزی‌های متعدد در بیماران بستری
میزان اتلاف آهن با هر روز قاعدگی ۱ میلی‌گرم، با هر سال دیالیز ۲۰۰۰ میلی‌گرم و با هر حاملگی ۱۰۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. محل جذب آهن در دئودنوم است. اختلال جذب یک علت ناشایع برای IDA می‌باشد. ولی علل مهم اختلال جذب شامل (سلیاک، عفونت، H.Pylori، معده، گاستریت اتروفیک و جراحی باریاتریک معده) می‌باشد.

در موارد وجود اختلال جذب باید ابتدا Blood loss بررسی و رد شود. آهن در گوشت و در گیاهان یافت می‌شود. البته آهن گوشت جذب بهتری از آهن گیاهان دارد به همین دلیل گیاه‌خواران نیز در معرض ابتلا به (IDA) می‌باشند. گیاهان دارای آهن شامل (آب آلو، دانه آفتابگردان، آجیل، لوبیا، عدس، نخود، بادام، کشمش و اسفناج نپخته) می‌باشد.

بعضی مواد غذایی باعث اختلال در جذب آهن می‌شوند از جمله: چای، غذاهای حاوی کلسیم و غلات. در مجموع نباید رژیم غذایی در بزرگسالان علت فقر آهن فرض شود بلکه باید ابتدا blood loss بررسی و رد شود. مثلاً اگر قرار باشد مصرف چای علت آنمی فقر آهن باشد باید به مدت ۲۰ سال روزانه یک و نیم لیتر چای مصرف شود. از نظر تئوری حضور هم‌زمان vitc اسید آمینه و قندها می‌توانند به جذب آهن کمک کنند و آن را از گزند قلیاها حفظ نمایند. برای جذب نرمال آهن باید اسید معده هم حضور داشته باشد به همین دلیل است که جذب آهن در جراحی‌های roux-en-y و بایاتریک مختل می‌شود. مصرف مزمن ppi نیز با کاهش اسید معده باعث اختلال در جذب آهن می‌شوند. (به خصوص آهن موجود در فرآورده‌های گیاهی) ولی اگر مصرف آهن گوشت کافی باشد مصرف ppi به تنهایی توانایی ایجاد اختلال را ندارد. بعضی داروها NSAIDs، ASA، با ایجاد خون‌ریزی‌های گوارشی باعث ایجاد IDA functional می‌شوند.

شیوع: آنمی فقر آهن (IDA) یک مسئله مهم بهداشتی در اغلب کشورهای جهان می‌باشد. بیشترین شیوع در کودکان و خانم‌های در سنین باروری می‌باشد.

شیوع آن در مقالات مختلف، متفاوت است که به طور متوسط در خانم‌های باردار ۴۲٪، در بانوان ۲۵٪ و در افراد بالای ۶۵ سال ۱۲٪ ذکر شده است.

به مرحله اولیه فقر آهن گفته می‌شود که ذخایر آهن خالی شده‌اند (کاهش فریتین) ولی هنوز آنمی واضحی ایجاد نشده است.

شیوع این Iron imbalance نیز در جامعه بالا می‌باشد. شیوع فقر آهن در بعضی افراد بالاتر می‌باشد، مثل (الکلی‌ها، دیالیزی‌ها، اهدا کنندگان مستمر خون، افراد با CRP بالا) در بعضی مقالات کاهش فریتین با افزایش مورتالیتی همراه بود.



تمام خانم‌های یائسه و مردان بالغ مبتلا به IDA باید به متخصص گوارش ارجاع شوند. در نوجوانان و جوانان رژیم غذایی علت بسیار شایعی برای فقر آهن می‌باشد. خانم جوانی که قاعدگی نرمال دارد و میزان خونریزی ماهانه طبیعی است و گیاه‌خوار نیست ابتلا به IDA بعید است و ممکن است در این بیماران نیز بررسی گوارش مفید باشد. احتمال وجود یک بدخیمی گوارشی در یک فرد مبتلا به IDA حدود ۳-۵٪ می‌باشد. آنمی شدید که اختلال همو دینامیک ایجاد کرده و یا علائم واضح تهدیدکننده حیات دارد (مثلا احتمال آنفاکتوس قلبی، تنگی نفس فعالیت) باید با تزریق خون درمان شود و اگر شرایط فوق الذکر را ندارد باید با آهن خوراکی درمان شود که بهترین دوز آن یک روز در میان با معده خالی می‌باشد و طول مدت درمان آن ۶ تا ۱۲ ماه است.

در موارد زیر باید آهن به صورت تزریق تجویز شود. وجود همزمان IDA و IBD گاستروکرومی یا جراحی بایاتریک معده، بیماران دیالیزی، بیماری که در دو ماه آینده قصد جراحی دارد، عدم پاسخ به درمان خوراکی، عدم تحمل آهن خوراکی. در بیماری که به درمان خوراکی آهن پاسخ نداده است یعنی علیرغم مصرف صحیح ۲ هفته آهن خوراکی HB حداقل ۱ gr/gl افزایش نیافته است. مصرف آهن تزریقی اندیکاسیون دارد. در این بیماران بهتر است قبل از تجویز آهن تزریقی بررسی میکروب H.pylori معده انجام شود و در صورت مثبت بودن HP درمان اختصاصی هلیکو باکتر انجام شود و سپس یک دوره درمان آهن خوراکی مجددا امتحان شود.

ANEMIA



NORMAL



علائم کلینیکی:

بیماران IDA علائم مختلفی را ذکر می‌کنند. ضعف و خستگی، ریزش مو، عدم تحمل فعالیت تنگی تنفس فنالیتی، سندرم پای بی‌قرار، خشکی پوست، سوزش قلبی، التهاب و درد زبان، ناخن قاشقی. یادمان باشد که بیماران Iron Imbalance هنوز آنمی واضحی ندارند و فقط فریتین پایین دارند نیز ممکن است علائم بالینی IDA را ذکر کنند.

Pica یعنی علاقه به خوردن موادی که انرژی غذایی کمی دارند (خاک، کاغذ، برنج خام، یخ) که در بین این مواد (خوردن یخ) کاملاً اختصاصی IDA می‌باشد. ولی مصرف دیگر موارد ممکن است در بارداری هم دیده شود. Pica به سرعت با مصرف آهن از بین می‌رود. قرمز شدن رنگ ادرار به دنبال باشد. مصرف چغندر نیز ممکن است یک علامت IDA باشد. در بعضی مقالات بین IDA و کاهش شنوایی موقت نیز ارتباطی دیده شده است. یک قاعدگی نرمال که مصرف مواد غذایی دارای Heme دارد نباید IDA واضحی ایجاد نماید. باید در این افراد علیرغم وجود menstration به فکر خونریزی گوارشی هم باشیم. ولی خانم‌هایی که متروورژی دارند نیاز به بررسی گوارشی ندارند. در آزمایشات بیماران IDA علاوه بر افت HB mcv کمتر از ۸۰، mcv کمتر از ۲۶، Transferin Saturation کمتر از ۲۰٪ و فریتین کمتر از ۳۰ دیده می‌شود. یادمان باشد که بررسی TS و Iron نیاز به ناشتایی دارد ولی بررسی فریتین ناشتایی لازم ندارد. گاهی موارد که سطح فریتین و TS با IDA همخوانی ندارد ولی فقر آهن مطرح است می‌توان از بررسی آهن مغز استخوان و یا یک دوره درمان تجربی با آهن استفاده کرد یا سطح STFR را بررسی نمود.

ارزیابی بیمار: با توجه به شیوع بالای فقر آهن در جامعه در تمام بیماران آنمی صرف نظر از عدد mcv باید با بررسی پروفایل آهن فقر آهن همزمان mix-Anemia در بعضی بیماران ممکن است سطح فریتین بالاتر از نرمال باشد. مثل بیماران دارای زمینه التهابی، بیماران CHF، افراد چاق و بیماران کبدی که در این افزایش فریتین مربوط به نقش آن به عنوان Acute phase reactant می‌باشد. در این بیماران می‌توان با تشخیص صحیح IDA از میزان TS استفاده کرد و یا عدد فریتین را بر ۳ تقسیم کنیم. تا میزان ذخایر آهن نرمال بدست آید. مثلاً در یک بیماری که بیماری التهابی IBD دارد و عدد فریتین ۱۵۰ است میزان ذخایر آهن حدوداً ۵۰ می‌باشد و احتمال وجود IDA هم زمان در این بیمار کم‌رنگ‌تر می‌باشد. درمان: تمام بیماران IDA و حتی بیماران iron Imbalance بدون آنمی باید درمان شوند. تمام بیماران باید علاوه بر درمان همزمان علت IDA نیز جستجو شود و در صورت لزوم بررسی گوارشی انجام شود.

میگرن



دکتر شهریار نامدار

متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب
عضو هیات علمی دانشگاه

واژه "میگرن" از کلمه باستانی یونانی (Hemikranios) نشأت می‌گیرد که به معنی

نیمه سر تلقی می‌شود که همان منطقه توزیع درد میگرنی‌هاست که در ۶۰-۷۰٪ از

بیماران در یک نیمکره از سر رخ می‌دهد.

میگرن جزو سردردهای اولیه نفری طبقه‌بندی می‌شود و به سردردهای ضربان دار معمولاً یک طرفه‌ای گفته می‌شود که با همراهی تهوع و استفراغ، حساسیت به نور، صدا و یا بوهای خاص می‌باشند. حملات میگرن ممکن است ساعت‌ها و یا روزها به طول بیانجامد و گاهی سردرد آن قدر شدید است که در فعالیت روزانه شما اختلال ایجاد می‌کند. در برخی از افراد قبل از ایجاد سردرد اختلالاتی عصبی به عنوان aura دیده می‌شود که به ترتیب شروع (۱) جرقه‌های نورانی (۲) علائم حسی به صورت گزگز صورت یا اندام‌ها (۳) اختلال گفتاری، می‌باشند که در عرض حداکثر ۶۰ دقیقه از بین می‌روند و به دنبال آنها سردرد شروع می‌شود. اغلب سردردهای میگرنی حدود ۴ ساعت به طول می‌انجامد و بعضی از انواع شدیدتر آن تا ۷۲ ساعت نیز ادامه پیدا می‌کنند. دفعات حملات میگرن در افراد مختلف متفاوت است. دردها ممکن است از یک طرف سر به سمت دیگر جابجا شوند و گاهی به صورت منتشر خود را نشان دهند. عمده‌ترین دلیل این سردردها بر اساس تحقیقات، زمینه‌های ارثی و ژنتیکی می‌باشند.



در حملات میگرن بر حسب شدت از استامینوفن و داروهای NSALD (ناپروکسن، بروفن، دیکلوفناک) و داروهای مخصوص میگرن می‌توان استفاده نمود. از دردهای نوین میگرن که مخصوصا در نوع میگرن مزمن (بیشتر از ۱۵ روز سردرد میگرنی در طی ماه) کاربرد دارد تزریق سم بوتولینوم (Botulinum Toxin) در پوست سر در مناطق خاص می باشد که حدود ۳ الی ۴ ماه از فرکانس و شدت حمله‌ها کاسته می‌شود. تغییر سبک زندگی، بهداشت خواب، پرهیز از استرس و مواجهه با محرک‌های میگرن و در صورت نیاز داروهای پیشگیری‌کننده از اقداماتی است که می‌توان زندگی این افراد را در حد امکان عاری از سردرد نماییم.

مواد غذایی که باعث تشدید حملات میگرنی‌ها می‌شوند:

- (۱) پنیر رسیده
- (۲) شراب قرمز و انواع مشروبات الکلی
- (۳) گلوتن (گندم، جو، چاودار)
- (۴) کافئین (قهوه، کاکائو)
- (۵) غذاها و نوشیدنی‌های سرد
- (۶) بعضی از میوه‌ها (موز، مرکبات، سیب قرمز)
- (۷) مونوسدیم گلوتامات (که بیشتر در غذاهای چینی موجود است)
- (۸) انواع فست فود (سوسیس، کالباس، همبرگر)



حداقل ۳/۴ از افراد میگرنی می‌توانند به مواردی اشاره کنند که وجود آنها باعث تحریک و بروز حمله میگرنی آنها شده است. از جمله مهمترین این موارد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- (۱) استرس‌های روحی
- (۲) روند طبیعی تغییرات هورمونی زنانه
- (۳) فاکتورهای آب و هوا
- (۴) اختلالات خواب
- (۵) بوی خاص
- (۶) مصرف الکل
- (۷) فعالیت فیزیکی

میزان بروز این سردردها قبل از بلوغ در هر دو جنس یکی است، اما بعد از بلوغ فرکانس این حملات در هر دو جنس بالا می‌رود ولی در دختران به میزان خیلی بیشتر از پسران است. بیشترین تعداد حملات میگرن بین ۳۰ تا ۴۰ سالگی می باشد.

در هنگام حمله معمولا سردردی یکطرفه، ضربان‌دار، همراه با حالت تهوع و گاهی استفراغ بوجود می‌آید و رفته‌رفته شدت آن زیاد شده و فرد ترجیح می‌دهد به علت حساسیت به نور و صدای محیط در محیطی تاریک و آرام استراحت کند و معمولا بعد از خوابیدن، حمله تخفیف یا از بین می‌رود. داشتن میگرن می‌تواند ناتوان‌کننده باشد و منجر به از دست دادن روزهای کاری و بهره‌وری کم در محیط کار و اجتماع شود. همچنین فرد میگرنی ممکن است به علت این حملات در مسئولیت‌های خانه و فعالیت‌های خانوادگی نیز دچار مشکل شود.

درمان: جهت درمان باید به بیمار آموزش دهیم اگر چه درمان قطعی جهت میگرن در حال حاضر موجود نیست ولی این بیماری قابل کنترل است.

ماهیت این بیماری باید برای مریض توضیح داده شود و گفته شود با وجود این که بیماری سردردهای شدید و ناتوان‌کننده می‌دهد، به طور کل پیش آگاهی خیلی خوبی دارد. یک CT SCAN و یا یک MRI نرمال از مغز این افراد به آنها اطمینان خاطر قابل ملاحظه‌ای می‌دهد. اکثر این افراد بیشتر مایل هستند بدانند که تومور مغزی و یا وضعیت کشنده بالقوه دیگری در مغزشان ندارند تا اینکه از درد رهایی یابند. به بیماران توصیه می‌شود که از مصرف زیاد کافئین پرهیز کنند و اگر سیگاری هستند و یا الکل مصرف می‌کنند مصرف آن را ترک نمایند.

اگر بیمار داروهایی مصرف می‌کند که آنها نیز خود سبب سردرد می‌شود باید مصرف آن را قطع و یا با داروی دیگری (امپرازول، تیوفیلین، نیفدپین و غیره) جایگزین نمود. بهتر است در بانوان از داروهای خوراکی ضدبارداری استفاده نشود. توصیه می‌شود بیمار روزانه بطور منظم ورزش کند و دارای برنامه خواب منظم باشد.

پاسخگویی پزشک از منظر قانون



دکتر حامد خدابخش

متخصص طب اورژانس
کارشناس ارشد حقوق خصوصی

پاسخگو بودن پزشک در قبال خساراتی است که به بیمار وارد می‌آورد و این خسارات، ناشی از انجام وظایف پزشکی است. اگر مسئولیت پزشکی مبتنی بر نظریه قهری باشد؛ اثبات تقصیر بر عهده بیمار یا مدعی خسارت است و در صورتی که مبتنی بر نظریه قراردادی باشد، بسته به اینکه تعهد پزشک، تعهد به نتیجه یا به وسیله باشد، موضوع متفاوت خواهد بود. در این نوشتار دیدگاه‌های موجود در مورد مسئولیت مدنی پزشک، ماهیت قرارداد معالجه و ارکان مسئولیت مدنی پزشک که عبارت از خطای در مرحله تشخیص، خطای در مرحله معالجه و خطای در عمل جراحی است نقد و بررسی شده و مفهوم حقوقی اخذ رضایت و ویژگی‌های آن، تبیین شده‌اند.

مسئولیت مدنی پزشک: در خصوص مسئولیت مدنی پزشک ابتدا لازم است معنی چند اصطلاح را بدانیم. مسئولیت مدنی: به معنای تعهد به جبران خسارت است، که بر مبنای دو نظریه تقصیر و خطر می‌باشد.

تقصیر: به معنای تعدی و تفریط می‌باشد. تعدی: عبارت است از تجاوز نمودن از حدود اذن یا متعارف نسبت به مال یا حق دیگری. تفریط: به معنای ترک فعلی که به موجب قرارداد یا متعارف برای حفظ مال غیرلازم است.

دو دیدگاه در خصوص مسئولیت پزشک وجود دارد. دیدگاه نخست، مبتنی بر قهری بودن مسئولیت پزشک است و دیدگاه دیگر، قائل به قراردادی بودن است که نظریه تعهد به نتیجه و تعهد به وسیله، از همین دیدگاه مشتق شده است.

ارکان مسئولیت مدنی پزشک: برای اینکه پزشک مسئول شناخته شود لازم است تمام موارد ذیل وجود داشته باشد.

۱. خطای پزشکی وجود داشته باشد، مانند خطا در مرحله تشخیص، خطا در معالجه، خطا در عمل جراحی.
۲. عدم رضایت بیمار.
۳. وجود رابطه علیت میان ضرر و فعل پزشک. به این معنا که ضرر و آسیبی که به بیمار خورده است، مستقیماً در نتیجه عمل پزشک باشد.

مسئولیت قراردادی و خارج از قرارداد پزشک: برای پزشکان دو مسئولیت پیش‌بینی شده است.

۱. مسئولیت قراردادی: ضرر اگر ناشی از نقض تعهد میان مسبب ضرر و زیان دیده باشد، مسئولیت قراردادی به وجود می‌آید.
۲. مسئولیت خارج از قرارداد: اگر به دلیل نقض تعهد قانونی، که اضرار به غیر را ممنوع می‌کند باشد، مسئولیت قهری شکل می‌گیرد. در ضمان قهری، به طور معمول باید ثابت شود که مسئول، مرتکب تقصیر شده است. پیروان قهری بودن مسئولیت پزشک، معتقدند که آنچه پزشک تعهد به انجام آن می‌کند، درمان بیمار است. این امر، به زندگی انسان وابستگی دارد که قابل داد و ستد نیست و نمی‌تواند مورد معامله قرار گیرد. در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در مواد ۴۹۵-۴۹۷ مسئولیت پزشک از مصادیق مسئولیت مبتنی بر تقصیر شناخته شده است.

تعهد پزشک تعهد به وسیله است یا تعهد به نتیجه؟ در این خصوص دو دیدگاه وجود دارد:

۱. عده‌ای قائل به این هستند که در اثبات خطای پزشک، عدم حصول نتیجه کافی نیست. بنابراین در صورتی که بیمار، بهبودی کامل نیافت، پزشک، مسئولیتی ندارد مگر اینکه بیمار، تقصیر پزشک را ثابت کند، زیرا که تعهد پزشک تعهد به وسیله است و او سعی می‌کند تمامی امکانات خویش را جهت درمان بیمار به کار گیرد.

۲. عده‌ای معتقدند که پزشک در آنچه که ناشی از فعل اوست و منجر به تلف بیمار یا شدت بیماری او شود، ضامن است حتی اگر نهایت تلاش و کوشش خود را جهت درمان بیمار به کار گرفته باشد و ماذون از بیمار در معالجه باشد.

ماهیت حقوقی قرارداد معالجه چیست؟

در حقوق ایران با توجه به ماده ۱۰ قانون مدنی، می‌توان عقد معالجه را از جمله عقود نامعین برشمرد که آثار آن بر اساس قواعد عمومی قراردادها و اصل حاکمیت اراده تعیین می‌گردد. عقد معالجه مبتنی بر احسان است و بر همین اساس از جمله عقود مسامحه‌ای محسوب می‌گردد، زیرا عوضی که در مقابل درمان پرداخت می‌گردد، نسبت به شفا و بهبودی بیمار بسیار

مسئولیت کیفری پزشک: طبق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۹۲ هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است.

- مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد.
- یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود.

- چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

آیا پزشک در همه موارد دارای مسئولیت کیفری می‌باشد؟
طبق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، عمل جراحی یا طبی با شرایط ذیل جرم محسوب نمی‌گردد و قابل مجازات نمی‌باشد:

مشروع بودن عمل جراحی یا طبی

رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی، اخذ رضایت از بیمار چه تأثیری بر مسئولیت پزشک دارد؟ پزشک باید قبل از عمل جراحی از بیمار رضایت نامه اخذ نماید؛ و اگر اخذ نکند مرتکب تخلف پزشکی شده است. در واقع اخذ رضایت از بیمار بار اثبات را جابجا می‌کند به این صورت که اگر پزشک در حین عمل جراحی مرتکب قصور و یا تقصیر شود و قبل از عمل جراحی از بیمار رضایت گرفته باشد، ثابت کردن این مورد که پزشک مرتکب قصور و یا تقصیر شده است بر عهده بیمار است؛ اما اگر رضایت نگرفته باشد، بار اثبات عدم تقصیر و یا قصور بر عهده پزشک است.

قصورات پزشکی: در ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی برای احراز تخطی از موازین پزشکی یا به عبارت عامیانه‌تر قصورات پزشکی ۴ مصداق ذکر شده است:

۱. بی‌مبالتی: عدم تدارک و تهیه تمهیدات لازم مانند آزمایش‌ها و عکس‌های رادیولوژی، انجام ندادن مشاوره‌های لازم و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی یا اقدام درمانی، نگرفتن شرح حال، معاینه نکردن قلب و نگرفتن نوار قلبی قبل از بیهوشی و غیره.

۲. بی‌احتیاطی: عدم توجه و دقت کافی پزشک در درمان یا آزمایش، مرتکب اشتباه یا زیاده‌روی در درمان، در نتیجه باعث متضرر شدن بیمار از نظر جسمانی یا روانی می‌گردد.

۳. عدم مهارت: عدم تبحر علمی و فنی لازم پزشک در انجام دادن کار، مثل تصمیم نگرفتن به موقع، نداشتن سرعت عمل لازم در عمل جراحی و جلوگیری از عوارض قابل پیش‌بینی و غیره.

۴. عدم رعایت نظامات دولتی: بی‌توجهی به آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌های مقامات اداری مافوق، نظام پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که حاکم بر اشتغال به حرفه پزشکی و مربوط به حرفه‌های گوناگون تخصصی پزشکی و رشته‌های وابسته به آن است؛ مانند رعایت نکردن ضوابط مربوط به تابلوهای مطب یا سرنسخه‌های پزشکی یا خودداری از پذیرش بیماران اورژانسی و نظایر آن.

رعایت موازین پزشکی به تحقیقات علمی و معالجه بیماران بپردازند. اگر به صرف ایراد خسارت به بیمار که ظاهراً مستند به عمل پزشک است و بدون اثبات تقصیر، وی مسئول باشد، چه بسا جرات کارهای بزرگ از پزشک سلب می‌شود و این مانعی در راه پیشرفت علم پزشکی و به زیان بیماران و جامعه است.



مبنای تقصیر در قانون جدید مجازات اسلامی

خوشبختانه قانون جدید مجازات اسلامی مسئولیت محض یا مسئولیت بدون تقصیر پزشک را با توجه به گفته‌های برخی از فقهای امامیه و انتقادهای حقوق‌دانان نپذیرفته و به مبنای تقصیر بازگشته است. ماده ۴۸۹ قانون جدید در این باره مقرر می‌دارد: «هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است، مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد، یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره ۱: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد، هر چند برائت اخذ نکرده باشد. از این ماده چنین برمی‌آید که پزشک اصولاً مسئول زیان‌های وارده به بیمار است، مگر این که عدم تقصیر او اثبات شود یا برائت اخذ کرده باشد. در این فرض نیز در صورتی پزشک معاف از مسئولیت است که مرتکب تقصیر نشده باشد. به دیگر سخن، از سیاق ماده فوق مبنای فرض تقصیر یا به تعبیری اماره تقصیر قابل استنباط است؛ بدین معنی که برای مسئولیت اثبات تقصیر لازم نیست. ولی پزشک می‌تواند عدم تقصیر خود را ثابت کند، چنانکه ثابت کند که مقررات پزشکی و موازین فنی را کاملاً رعایت کرده و مرتکب هیچ‌گونه بی‌احتیاطی نشده است. هرگاه پزشک از بیمار یا ولی او برائت اخذ کرده و به عبارت دیگر عدم مسئولیت خود را شرط نموده باشد، بار اثبات تقصیر بر عهده زیان دیده خواهد بود. بنابراین، شرط برائت از ضمان پزشک را از مسئولیت در صورت اثبات تقصیر معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جابه‌جا می‌نماید، بدین معنی که اگر برائت از ضمان اخذ نشده باشد، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش پزشک و در صورت اخذ برائت بار اثبات تقصیر بر عهده زیان دیده است. کاربرد کلمه «تقصیر» در ماده ۴۸۹ قانون دلیل بر آن است که مسئولیت پزشک مبتنی بر تقصیر است؛ ولی نه تقصیر اثبات شده، بلکه تقصیر مفروض که خلاف آن قابل اثبات است. بدیهی است که در مسئولیت بدون تقصیر یا محض اثبات عدم تقصیر مؤثر نخواهد بود. تبصره ماده ۴۸۹ قانون جدید نیز مؤید قبول مبنای تقصیر در این قانون است.

انواع رضایت: رضایت در یک تقسیم‌بندی به رضایت دادن صریح و ضمنی تقسیم می‌شود.

رضایت صریح: اعلام اراده به وسیله لفظ یا نوشته.

رضایت ضمنی: اعلام اراده غیر از لفظ یا نوشته و اعلم اراده با انجام فعل مانند: رجوع بیمار به پزشک به قصد درمان، مراجعه به مطب دندانپزشک برای کشیدن دندان و غیره

رضایت‌نامه قبل از عمل جراحی از چه کسی باید اخذ شود؟

در صورتی که بیمار به سن ۱۸ سال رسیده باشد از خود اذن اخذ می‌شود در غیر این صورت ولی او باید امضا کند.

منظور از ولی بیمار چه کسانی هستند؟

ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می‌نماید.

در صورتی که پزشک برائت اخذ نکند، در صورت صدمه و فوت بیمار، در چه صورتی مسئول نیست؟

طبق ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی، در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

مجازات پزشکی که در حین عمل جراحی مرتکب قصور و یا تقصیر شود چیست؟

یکی از پرننگ‌ترین جلوه‌های مجازات جرایم پزشکی که مورد حکم قرار می‌گیرد، پرداخت دیه می‌باشد. هنگامی که بیمار در اثر عمل جراحی مانند قلب یا مغز یا عمل جراحی زیبایی فوت می‌نماید، در روند پرونده کیفری مطروحه ناشی از شکایت از پزشک، قصور پزشکی رخ داده و میزان تقصیر هرکسی که بنا به دلیلی در موضوع امر دخیل بوده‌اند، مورد بررسی و کارشناسی قرار می‌گیرد. هم چنین مطابق ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی، اگر کسی بر اثر بی‌احتیاطی، عدم مهارت، بی‌مبالتی یا عدم رعایت نظامات دولتی مرتکب قتل غیرعمد شود، به این دلیل که فاعل، مسبب وقوع قتل غیرعمد بوده است، به حبس از ۱ تا ۳ سال محکوم خواهد شد. از طرفی قصور پزشکی نیز که مبنای محکومیت پزشک به پرداخت دیه و انتساب نتیجه مجرمانه به وی می‌باشد، ریشه در مواردی از قبیل عدم مهارت و بی‌احتیاطی پزشک دارد. لذا فرض محکومیت پزشک به حبس و تحمل زندان برای او طبق قانون ممکن می‌باشد. یکی از اشکالات وارد بر مواد ۳۱۹ تا ۳۲۱ قانون مجازات اسلامی ناهماهنگی این مواد از لحاظ مبنای مسئولیت است: در حالی که در مواد ۳۱۹ و ۳۲۱ ظاهراً مسئولیت محض و بدون تقصیر پذیرفته شده، در ماده ۳۲۰ چنانکه گفتیم، مسئولیت مبتنی بر تقصیر است. اشکال دیگری که دیده می‌شود این است که مسئولیت پزشک بنابر آنچه از ظاهر قانون برمی‌آید، مسئولیت محض و بدون تقصیر است، در حالی که مصلحت اجتماعی اقتضا می‌کند که پزشک فقط در صورت ارتکاب تقصیر مسئول شناخته شود، تا پزشکان بدون نگرانی از مسئولیت بتوانند با

نتیجه‌گیری:

از آنچه گفتیم می‌توان نکات زیر را به عنوان نتیجه ذکر کرد:

۱- در قانون مجازات اسلامی، ظاهراً مسئولیت مدنی پزشک مبتنی بر تقصیر نیست بلکه مسئولیت محض و بدون تقصیر پذیرفته شده است؛ یعنی پزشک ضامن هرگونه خسارتی است که به بیمار وارد شود و مستند به فعل مستقیم یا غیرمستقیم پزشک باشد. لیکن در قانون جدید مجازات اسلامی ۱۳۷۵ مبنای تقصیر پذیرفته شده است، هر چند که این تقصیر مفروض و خلف آن قابل ثبات است.

۲- قاعده مسئولیت محض پزشک مبتنی بر نظر مشهور فقهای امامیه است؛ ولی از اقوال و فتاوی برخی دیگر از فقها در مسئولیت پزشک، مبنای تقصیر استنباط می‌شود. البته تقصیر ممکن است ناشی از عدم مهارت یا بی‌احتیاطی یا عدم اذن بیمار یا ولی او باشد که در هر حال تجاوز از رفتار متعارف پزشکی است و تقصیر به شمار می‌آید. به هر حال، نظریه مسئولیت محض و بدون تقصیر پزشک با حقوق تطبیقی و مصلحت اجتماعی سازگار نیست زیرا جرات و شهادت معالجه و عمل‌های جراحی بزرگ را از پزشک می‌گیرد و مانع پیشرفت علم پزشکی و درمان بیماری‌های سخت می‌شود. شاید به همین جهت قانون جدید مجازات اسلامی از قاعده پیشین عدول کرده است.

۳- برای تعدیل ماده ۳۱۹ قانون مدنی، می‌توان در تفسیر ماده مزبور اماره تقصیر را پذیرفت و به دیگر سخن تقصیر پزشک را مفروض دانست و در این صورت بیمار نیاز به اثبات تقصیر نخواهد داشت ولی پزشک می‌تواند عدم تقصیر خود را برای معافیت از مسئولیت ثابت کند. بنابراین تفسیر که معقول و منطبق با مصلحت جامعه است مبنای مسئولیت پزشک تقصیر مفروض است نه تقصیر اثبات شده، چنانکه همین مبنا از قانون جدید مجازات اسلامی قابل استنباط است.

۴- قانون کنونی مجازات اسلامی که ظاهراً نظام سختی را درباره مسئولیت پزشک پذیرفته، خود آن را با قاعده اخذ برائت از ضمان که اغلب به صورت شرط عدم مسئولیت است تعدیل کرده است. این قاعده در دو ماده ۶۰ و ۳۲۲ قانون مدنی منعکس شده که مبتنی بر فقه است. با وجود این، عبارت آخر ماده ۶۰ مبنی بر اینکه در موارد فوری که اخذ برائت ممکن نباشد، طبیب ضامن نمی‌باشد با فقه و منطق حقوق سازگار نیست و شاید به همین جهت عبارت مذکور در قانون جدید نیامده است.

۵- هرگاه پزشک از شرط برائت از ضمان برخوردار باشد، این شرط مجوز بی‌احتیاطی و بی‌مبالتی وی نیست، یعنی در صورت ارتکاب تقصیر، پزشک نمی‌تواند به شرط عدم مسئولیت استناد کند و بیمار می‌تواند با اثبات تقصیر، جبران خسارت وارده را تقاضا نماید. فتوای بعضی از فقهای معاصر و نظر برخی از استادان حقوق و رویه قضائی این نظر را تأیید می‌کنند که با مصلحت اجتماعی هم سازگار است، از قانون جدید مجازات اسلامی نیز همین معنی استنباط می‌شود.



تقویم سلامت

بهار ۱۴۰۲

فروردین

۲ روز جهانی آب
۱۳ روز طبیعت
۱۸ روز جهانی بهداشت
۱۸-۲۴ هفته سلامت
۱۸-۲۴ هفته بهداشت مدارس
۲۱ روز ملی عیادت از بیماران
۲۳ روز دندانپزشکی
۲۹ روز جهانی هموفیلی
۳۱ روز آزمایشگاه ها

زمستان ۱۴۰۱

دی

۵ روز ملی ایمنی در برابر زلزله
۶ روز مددکاری
۲۹ روز هوای پاک

بهمن

۸ روز جهانی کمک به جذامیان
۸-۱۵ هفته ملی مبارزه با سرطان
۱۵ روز جهانی مبارزه با سرطان

اسفند

اولین پنجشنبه روز ملی سلامت مردان
۷-۱۱ هفته پیشگیری از مسمومیت
۱۱ روز ملی بهداشت محیط
۱۷ روز جهانی کلیه

اردیبهشت

۲ روز جهانی زمین پاک
۲-۸ هفته ایمنی راه ها
۹ روز جهانی بهداشت حرفه ای
۱۴ روز جهانی آسم
۱۱ روز جهانی کارگر
۱۵ روز جهانی ماما
۱۸ روز جهانی صلیب سرخ و هلال احمر
۱۸ روز جهانی تالاسمی
۲۷ روز جهانی ارتباطات

خرداد

۱۰ روز جهانی بدون دخانیات
۴-۱۰ هفته بدون دخانیات
۱۵ روز جهانی محیط زیست
۲۴ روز جهانی اهدا عضو

روز ملی ایمنی در برابر زلزله

۵ دی روز ملی ایمنی در برابر زلزله می باشد. بنابر تصمیم شورای عالی انقلاب فرهنگی، روز ۵ دی و سالروز زلزله بم روز ملی ایمنی در برابر زلزله و کاهش اثرات بلایای طبیعی نامیده شده است. هدف از یادآوری و بزرگداشت آن جلب نظر و توجه عمومی به مخاطرات ناشی از وقوع پدیده های طبیعی مانند زلزله، سیل، طوفان، خشکسالی و شناسایی عوامل پیشگیری و کاهش خسارات ناشی از آن خصوصا تلفات جانی است.

روز جهانی سلامت مردان (سما)

در کشور ما اولین پنجشنبه اسفند ماه هر سال به عنوان روز ملی سلامت مردان تعیین گردیده است. این نامگذاری، با هدف تاکید بر سلامت مردان کشورمان و حساس سازی مردان جامعه ایرانی برای توجه بیشتر به جنبه های مختلف پیشگیری از مخاطرات سلامت بوده است. برای هر یک از روزهای هفته سلامت مردان، یک عنوان و یک شعار خاص در نظر گرفته شده است.

روز ملی بهداشت

وزارت بهداشت ۱۱ اسفند را روز ملی بهداشت نامگذاری نموده است تا بتواند از زحمات و تلاش های کارکنان بهداشت محیط (پاسداران سلامت) که در ارتقا امر بهداشت و حفظ سلامت آحاد جامعه می کوشند، قدرانی کرده باشد.

روز جهانی کلیه

از مارس سال ۲۰۰۶ میلادی توسط انجمن بین المللی بیماری های کلیه روز ۸ مارس که مصادف با ۱۷ اسفند می باشد به عنوان روز جهانی کلیه نامگذاری شده است. هدف اصلی بزرگداشت این روز اطلاع رسانی به افراد در معرض خطر جامعه برای آهسته شدن یا به تعویق انداختن سرعت پیشرفت نارسایی کلیه و اطلاع رسانی به مردم است.

روز جهانی بهداشت

هر ساله سازمان بین المللی کار شعاری برای مناسبت روز جهانی ایمنی و بهداشت کار انتخاب میکند. شعار این سازمان برای سال ۲۰۲۳ عبارت است از: محیط کار سالم و ایمن یک حق اولیه برای انسانها است.

روز آزمایشگاه ها

هرسال در تقویم ایران مصادف با میلاد حکیم فرزانه ایرانی، اسماعیل جرجانی، جهت بزرگداشت مقام این پزشک نابغه به نام روز آزمایشگاه و علوم آزمایشگاهی، نامیده شد.

روز جهانی ماما

۵ ماه می مصادف با ۱۵ اردیبهشت روز جهانی ماما نامگذاری شده است. هدف از بزرگداشت روز جهانی ماما افزایش آگاهی و تبادل اطلاعات ما بین ایشان در راستای سلامت مادر و نوزاد است.

روز جهانی اهدا عضو

روز جهانی اهدا عضو، جشن تکریم همه افرادی است که با اهدای خون، مغز، بافت و حتی اعضای بدن خود به نجات جان دیگران کمک کرده اند.



گروه مشاورین کسب و کار ویرا دایموند خاورمیانه



مشاور و مجری تبلیغات و برندینگ
سازمان نظام پزشکی مرکز استان مازندران
تنها گروه تبلیغات و برندینگ تخصصی
در حوزه پزشکی استان مازندران

مشاورین

مجدد مقصودلو ۰۹۱۱۲۵۳۹۳۶۵

مژده وندادی ۰۹۱۱۳۵۹۰۰۷۹

نمایشگاه دائمی صنعت و ساختمان هایتولز لقمانی

WWW.LOGHMANIHITTOOLS.COM



**HI
TOOLS**

 **Loghmani_hitools**
www.loghmanihitools.com

ساری - بلوار ولیعصر - جنب بیمارستان شفا

۰۹۱۱-۵۶۰-۵۶۰۵ ۰۹۰۴-۶۵۷-۵۶۰۳

۰۹۰۳-۰۷۷-۹۹۰۹ ۰۱۱-۳۳۲-۰۵۷۰۰

اعضای محترم نظام پزشکی مرکز استان مازندران

شرایط تفاهم‌نامه:

خرید نقدی ویژه پزشکان با ۶٪ تخفیف
مازاد بر تخفیفات جشنواره‌ای

خرید اقساطی با پیش پرداخت ۴۰٪،
طی ۶ ماه با چک (در خرید اقساطی
تخفیفات ۴٪ می‌باشد)

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره
۰۹۱۱۵۶۰۵۶۰۵
تماس حاصل فرمایید.

چالش درمان میکروارگانیزم‌های مقاوم



دکتر زهرا نظری تلوکی

بورده تخصصی داروسازی بالینی
(فارماکوتراپی) علوم پزشکی تهران

درمبحث نخست این مقاله تنها در مورد چالش درمان با آنتروباکتریاسه‌های تولیدکننده بتالاکتام‌های وسیع‌الطیف صحبت کردیم و در ادامه از دارو درمانی موثر و نیز دوز پیشنهادی از آنتی بیوتیک‌ها در درمان عفونت‌هایی که توسط سایر ارگانیزم‌های مقاوم به آنتی میکروبیال ایجاد می‌شوند سخن می‌گوییم.....

توصیه ۲: سیپروفلوکساسین، لووفلوکساسین و کوتریموکسازول برای درمان پیلونفریت و عفونت مجاری ادراری کمپلیکه که توسط CRE ایجاد می‌شود گزینه‌های درمانی ارجح هستند چنانچه حساسیت به آنها اثبات شده باشد. سفنازیدیم / آویباکتام - مروپنم / وبورباکتام - ایمی پنم / سیلاستاتین / رلباکتام و سفیدروکول آنتی بیوتیک ارجح برای درمان پیلونفریت و عفونت مجاری ادراری کمپلیکه (UTI) که توسط CRE مقاوم به ارتاپنم و مروپنم ایجاد می‌شود هستند. انفوزیون طولانی مروپنم گزینه درمانی ارجح برای سیستمیت ایجاد شده توسط CRE مقاوم به ارتاپنم ولی حساس به مروپنم هست وقتی نتایج تست کاربپنماز منفی بوده یا قابل دسترس نباشد. مروپنم باید اجتناب شود در مواردیکه تست کاربپنماز مثبت هست حتی اگر حساسیت به مروپنم ثابت شده باشد. در بیمارانی که پتانسیل برای نفروتوکسیسیته پذیرفته شده تلقی می‌گردد آمینوگلیکوزیدهای یکبار روزانه برای دوره کامل درمان گزینه جایگزین هست. درصد بالای از CRE ها نسبت به سایر آمینوگلیکوزیدها به آمیکاسین و پلازوماپسین حساس هستند. پلازوماپسین ممکن است علیه موارد مقاوم به آمیکاسین فعال باقی بماند. نیتروفورانتوئین و فسفوماپسین خوراکی به غلظت کافی در پارانشیم کلیه نمی‌رسند و باید در عفونت مجاری فوقانی ادراری اجتناب شوند.

توصیه ۳: انفوزیون طولانی مروپنم گزینه درمانی ارجح برای سیستمیت ایجاد شده توسط CRE مقاوم به ارتاپنم ($\text{MICs} \leq 2 \text{ mcg/mL}$) ولی حساس به مروپنم ($\text{MICs} \geq 1 \text{ mcg/mL}$) هست وقتی نتایج تست کاربپنماز منفی بوده یا قابل دسترس نباشد. مروپنم باید اجتناب شود در مواردیکه تست کاربپنماز مثبت هست حتی اگر حساسیت به مروپنم ثابت شده باشد.

سفنازیدیم / آویباکتام درمان جایگزین برای عفونت خارج ادراری ایجاد شده توسط CRE مقاوم به ارتاپنم ولی حساس به مروپنم هست با این وجود ترجیح داده می‌شود برای عفونت‌هایی که توسط CRE مقاوم به همه ی کاربپنم‌ها ایجاد می‌شوند باقی بماند.

انتروباکتریاسه‌های مقاوم به کاربپنم (CRE)
شایع‌ترین کاربپنماز در آمریکا کلبسیلا پنومونیه کاربپنماز (KPC) هست که می‌تواند توسط انتروباکتریاسه‌ها تولید گردد.

توصیه ۱: سیپروفلوکساسین، لووفلوکساسین، نیتروفورانتوئین و کوتریموکسازول یا تک دوز آمینوگلیکوزیدها برای درمان سیستمیت غیر کمپلیکه که توسط CRE ایجاد می‌شود گزینه‌های درمانی ارجح هستند. مروپنم گزینه درمانی ارجح برای سیستمیت ایجاد شده توسط CRE مقاوم به ارتاپنم ولی حساس به مروپنم هست وقتی نتایج تست کاربپنماز منفی بوده یا قابل دسترس نباشد.

آمینوگلیکوزیدها در فرم فعالشان تقریباً بطور انحصاری توسط کلیه دفع می‌شوند. تک دوز وریدی آن‌ها با حداقل سمیت برای سیستمیت موثر است. درصد بالای از CRE ها نسبت به سایر آمینوگلیکوزیدها به آمیکاسین و پلازوماپسین حساس هستند. پلازوماپسین ممکن است علیه موارد مقاوم به آمیکاسین فعال باقی بماند. انفوزیون طولانی مروپنم گزینه ارجح علیه سیستمیت CRE هست برای مواردیکه حساس به مروپنم باقی ماندند و کاربپنماز تولید نمی‌کنند. مروپنم باید اجتناب شود در مواردیکه تست کاربپنماز مثبت هست حتی اگر حساسیت به مروپنم ثابت شده باشد. اگر هیچ یک از این گزینه‌های ارجح عملی نباشد سفنازیدیم / آویباکتام - مروپنم / وبورباکتام - ایمی پنم / سیلاستاتین / رلباکتام و سفیدروکول گزینه‌های جایگزین در سیستمیت CRE هستند.

فسفوماپسین خوراکی گزینه جایگزینی هست که منحصراً برای درمان سیستمیت ایجاد شده با E.coli بکار می‌رود و ذاتاً به کلبسیلا پنومونیه و چند ارگانیزم گرم منفی دیگر که می‌توانند دارو را هیدرولیز کنند مقاوم هست. فسفوماپسین خوراکی در درمان سیستمیت غیر کمپلیکه نسبت به نیتروفورانتوئین شکست بالینی بالاتر دارد. کلیستین تنها بعنوان جایگزین بعدی برای درمان سیستمیت CRE مد نظر قرار می‌گیرد. کلیستین در مجاری ادراری به فرم فعالش تبدیل می‌گردد. پلی میکسین بی بعلت کلیرنس غیرکلیوی غالب نباید در سیستمیت CRE بکار رود.

توصیه ۸: باید از کاربرد کلیستین و پلی میکسین در درمان عفونت های CRE اجتناب گردد. کلیستین می تواند بعنوان گزینه آخر برای سیستمیت CRE غیرکمپلیکه در نظر گرفته شود. پلی میکسین بی بعثت کلیرنس غیرکلیوی غالب نباید در سیستمیت CRE بکار رود.

توصیه ۹: آنتی بیوتیک تراپی ترکیبی (مثل استفاده از بتالاکتام در ترکیب با یک آمینوگلیکوزید، فلوروکینولون یا پلی میکسین) بصورت روتین برای درمان عفونت های CRE توصیه نمی گردد.



توصیه ۴: سفنازیدیم / آویباکتام - مروپنم / وبورباکتام - ایمی پنم / سیلاستاتین / رلباکتام آنتی بیوتیک ارجح برای درمان عفونت خارج ادراری که توسط CRE مقاوم به ارتاپنم ($\text{mcg/mL } 2 \leq \text{MICs}$) و مروپنم ($\text{mcg/mL } 4 \leq \text{MICs}$) ایجاد می شود هستند.

این آنتی بیوتیک ها در مقایسه با سایر رژیم های شایع که در درمان CRE بکار می روند و بر پایه پلی میکسین هستند پیامدهای بهبود بالینی و کاهش سمیت را در پی دارند. سفیدروکول گزینه درمان جایگزین برای عفونت های CRE صرف نظر از مقاومت به کارباپنم هاست. در بیماران با عفونت CRE که وضعیت کارباپنماز نامشخص است یا اخیرا از منطقه اندمیک بتالاکتاماز مسافرت کردند درمان با سفنازیدیم / آویباکتام + آزترئونام یا سفیدروکول مونوتراپی توصیه می شود. در بیماران با عفونت درون شکمی تیگسیکلین، اراواسیکلین گزینه های مونوتراپی قابل پذیرش هستند. در عفونت درون شکمی کمپلیکه دوز بالای تیگسیکلین نسبت به دوز استاندارد آن موثرتر خواهد بود. این داروها بدلیل توزیع بافتی سریع در پی تجویز، غلظت محدود در خون و ادرار دارند.

توصیه ۵: سفنازیدیم / آویباکتام - مروپنم / وبورباکتام - ایمی پنم / سیلاستاتین / رلباکتام آنتی بیوتیک ارجح برای درمان عفونت خارج ادراری CRE که تولید کارباپنماز دارد هستند. سفنازیدیم / آویباکتام + آزترئونام یا سفیدروکول مونوتراپی گزینه های درمانی ارجح برای (NDM) New Delhi metallo- β -lactamases و سایر عفونت های CRE تولید کننده متالوبتالاکتاماز می باشد. سفنازیدیم / آویباکتام درمان ارجح برای عفونت های CRE تولید کننده OXA-48-Like می باشد. مروپنم / وبورباکتام - ایمی پنم / سیلاستاتین / رلباکتام محدودیت فعالیت علیه عفونت های CRE تولید کننده آنزیم های OXA-48-Like دارند.

توصیه ۶: ظهور مقاومت با همه ی بتالاکتام های جدید که در درمان عفونت های CRE بکار می روند نگران کننده است اما بیشتر در مورد سفنازیدیم / آویباکتام مطرح هست. توصیه می شود تست حساسیت آنتی بیوتیکی همیشه برای بتالاکتام های جدید تکرار گردد (در مورد ابتلا به عفونت CRE جدید یا راجعه یا پیشین)

توصیه ۷: گرچه بتالاکتام ها گزینه های درمانی ارجح در درمان عفونت های CRE باقی می مانند اما تیگسیکلین و اراواسیکلین گزینه های جایگزین هستند برای موارد عدم فعالیت یا عدم تحمل بتالاکتام ها. مشتقات تتراسایکلینی بعنوان مونوتراپی برای درمان عفونت خونی و مجاری ادراری CRE توصیه نمی گردند. تیگسیکلین و اراواسیکلین در دوز مناسب بعنوان درمان جایگزین در درمان عفونت های پوست و بافت نرم، استئومیلیت، عفونت ریوی و عفونت های درون شکم توصیه می شوند. ماینوسایکلین در درمان عفونت های CRE با احتیاط بکار رود و از کاربرد omadacycline اجتناب گردد.

وب گردی

خستگی؛ نشانه رایج کمبود ویتامین B12

چرا ویتامین B12 برای بدن ضروری است؟

ویتامین B12 یک ماده مغذی ضروری است که عملکردهای مهم زیادی در بدن را انجام می‌دهد. این ویتامین محلول در آب به بهبود سلامت اعصاب می‌کند و تولید DNA و گلبول‌های قرمز را تسهیل می‌کند. متخصصان معتقدند که کمبود ویتامین B12 باعث بروز عوارض متعدد و علائم مختلف می‌شود.

B₁₂
Vitamin

رایج‌ترین علائم کمبود ویتامین B12 چیست؟

نتایج مطالعه‌ای که در مجله Nursing منتشر شده و تقریباً هزار نفر را مورد ارزیابی قرار داده است، نشان می‌دهد که افراد مبتلا به کمبود ویتامین B12 درگیر طیف وسیعی از علائم می‌شوند که رایج‌ترین آن خستگی است. شدت این نوع خستگی معمولاً پس از بیدار شدن از خواب بیشتر است. تقریباً ۳۰ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه از ریزش مو، زخم دهان و تاری دید رنج می‌بردند، درحالی‌که ۳۴ درصد دچار گلوپیت شده بودند، مشکلی که در آن زبان متورم و ملتهب می‌شود.

نتایج بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که خستگی شدید،

جزو علائم رایج کمبود ویتامین B12 است.

ویتامین‌ها و مواد معدنی نقش مهمی در حفظ سلامتی انسان، افزایش انرژی و کاهش خطر ابتلاء به بیماری‌های مختلف دارد؛ همچنین با عفونت‌ها مقابله می‌کند، باعث تقویت استخوان می‌شود، به بهبود سریع زخم‌ها و تنظیم هورمون‌ها نیز کمک شایانی می‌کند. کمبود هرگونه ویتامین یا مواد معدنی ضروری می‌تواند عملکرد بدن را مختل کند و باعث بروز مشکلات سلامتی شود.

دیگر علائم کمبود ویتامین B12 چیست؟

کمبود ویتامین B12 می‌تواند به تدریج ایجاد شود، اما اگر به موقع درمان نشود ممکن است شرایط بدتر شود. بعضی از علائم رایج کمبود ویتامین B12 شامل خستگی شدید، تنگی نفس، سردرد، سرگیجه، پوست رنگ پریده، تپش قلب، مشکلات گوارشی و مشکلات تمرکزی می‌شود.

چگونه می‌توان خطر کمبود ویتامین B12 را کاهش داد؟

ویتامین B12 به صورت طبیعی در بدن تولید نمی‌شود، به همین دلیل باید از مواد غذایی حاوی این نوع ویتامین مصرف کرد. بعضی از بهترین منابع ویتامین B12 شامل گوشت گاو، مرغ، صدف، خرچنگ، محصولات لبنی مانند شیر، پنیر و ماست، تخم‌مرغ و غلات غنی شده می‌شود.



کدام غذاها خطر سرطان روده را افزایش می‌دهد؟

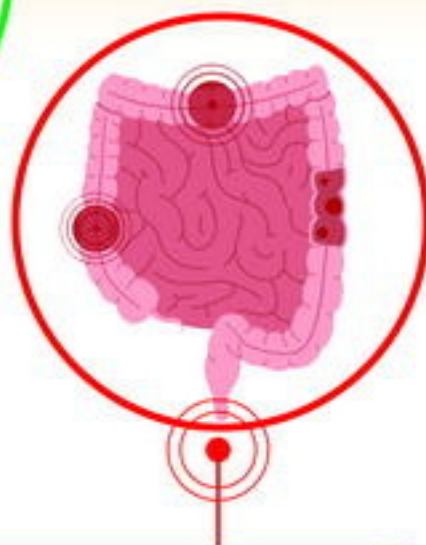


وب گردی

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که مصرف بیش از حد غذاهای فوق‌فرآوری شده می‌تواند خطر بروز سرطان روده را در میان مردان افزایش دهد.

گروهی از محققان به منظور بررسی تأثیر مصرف غذاهای فوق‌فرآوری شده بر سلامت روده افراد، مطالعه جدیدی انجام دادند. آن‌ها برای نیل به این هدف ۱۶۰۰۰ زن و ۴۶۰۰۰ مرد را مورد ارزیابی قرار دادند، این افراد پرسش‌نامه‌های رژیم غذایی را هر چهار سال یک‌بار تکمیل کردند؛ در این پرسشنامه‌ها از آن‌ها پرسیده می‌شد حدود ۱۳۰ غذا را چند بار مصرف می‌کنند.

طی بیش از ۲۵ سال پیگیری، ۱۲۹۴ مورد سرطان روده بزرگ در مردان و ۱۹۲۲ مورد در میان زنان وجود داشت. مردانی که بیشتری غذاهای فوق‌فرآوری شده را مصرف می‌کردند بیشتر در معرض خطر ابتلاء به سرطان روده بزرگ بودند. به طور خاص، مردانی که بیشترین میزان مواد غذایی فراوری شده را مصرف می‌کردند، ۲۹ درصد بیشتر از مردانی که مقادیر کمتری مصرف می‌کردند، در معرض خطر ابتلاء به سرطان روده بزرگ قرار داشتند، اما خطر افزایشی برای زنانی که مقادیر بیشتری از غذاهای فوق‌فرآوری شده را مصرف می‌کردند، وجود نداشت. لازم است در این زمینه مطالعات بیشتری صورت بگیرد تا دلیل این اتفاق مشخص شود.



غذاهای فوق‌فرآوری شده سرشار از قند، روغن، چربی و نشاسته تصفیه شده هستند که همگی در افزایش وزن و چاقی نقش دارند، چاقی نیز یک عامل خطر شناخته شده برای سرطان روده بزرگ است. به گفته محققان، بعضی از مواد شیمیایی مورد استفاده در گوشت‌های فرآوری شده مانند نیترات‌ها و نیتریت‌ها که گوشت را تازه نگه می‌دارند یا هتروسیکلیک آمین‌ها که هنگام پخت گوشت در دمای بالا تولید می‌شوند، عامل سرطان هستند.

توصیه شده است که حدود دو سوم بشقاب افراد باید میوه‌ها، سبزیجات و غلات کامل باشد و بقیه شامل گوشت‌های بدون چربی، ماهی، مرغ و حبوبات باشد. همچنین لازم است افراد میزان مصرف گوشت قرمز را محدود کنند و از مصرف گوشت‌های فرآوری شده نیز اجتناب کنند. غذاهای فوق‌فرآوری شده حاوی مواد شیمیایی هستند که ممکن است باکتری‌های سالم روده را تغییر دهند؛ در نتیجه التهاب تشدید پیدا می‌کند و خطر بروز سرطان روده نیز افزایش می‌یابد.





ورزش هوازی چه تاثیری بر سرطان دارد؟

وب گردی

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که ورزش هوازی می‌تواند خطر ابتلا به سرطان متاستاتیک را تا ۷۲ درصد کاهش دهد.

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که احتمال بروز سرطان متاستاتیک در میان افرادی که به صورت منظم در فعالیت‌های هوازی با شدت بالا شرکت می‌کنند، ۷۲ درصد کمتر است. مدل حیوانی نیز نتیجه مشابهی را ارائه داد به طوری که فعالیت هوازی به میزان قابل توجهی باعث کاهش رشد تومورهای متاستاتیک در غدد لنفاوی، ریه‌ها و کبد در موش‌ها شده بود. محققان به این نتیجه رسیدند که ورزش خطر ابتلاء به بعضی از انواع سرطان را تا ۳۵ درصد کاهش می‌دهد.

ورزش هوازی که به عنوان کار دیو نیز شناخته می‌شود، شامل پیاده روی سریع، شنا، دویدن یا دوچرخه سواری می‌شود. حین انجام فعالیت‌های هوازی، خون به سرعت در سراسر بدن پمپاژ می‌شود و ریه‌ها اکسیژن بیشتری دریافت می‌کنند؛ این روند باعث می‌شود قلب سخت تر کار کند.

بعضی از سلول‌های سرطانی ممکن است از تومور اصلی جدا شوند، وارد جریان خون شده و به قسمت‌های دیگر بدن نفوذ پیدا کنند. این مرحله به عنوان سرطان متاستیک شناخته می‌شود. گروهی از محققان به منظور بررسی تأثیر ورزش هوازی بر این نوع سرطان، مطالعه جدیدی انجام دادند.

آن‌ها برای نیل بدین هدف، رویکرد مدل حیوانی را که در آن موش‌ها تحت شرایط سخت تمرین می‌کردند، با داده‌های ۲۷۳۴ فرد بزرگسال ترکیب کردند و آن‌ها را به مدت حدود ۲۰ سال ردیابی کردند. افراد شرکت کننده در مطالعه بین ۲۵ تا ۶۴ سال سن داشتند و در صورت سیگاری بودن، مصرف داروی خاص، داشتن سابقه بیماری مزمن ریوی، قلبی، متابولیک یا ارتوپدی از مطالعه حذف شدند.





تفاهم نامه همکاری نظام پزشکی ساری

با بزرگترین کلینیک معماری داخلی مازندران لیماک

۱. طراحی رایگان برای منزل و مطب پزشکان توسط تیم مهندسین معمار لیماک
۲. ۱۰ درصد تخفیف خرید نقدی برای کابینت آشپزخانه، اجرای فول فرنیس و دکور مطب
۳. ۵ درصد تخفیف خرید نقدی برای پارکت و ۱۰ درصد تخفیف برای خرید نقدی کاغذ دیواری
۴. امکان پرداخت تا ۶ ماه بدون محاسبه سود
۵. تمامی خدمات و محصولات دارای گارانتی ۱۰ ساله می باشد.
۶. داشتن خدمات پس از فروش ۱۲ ساله و بازدید هر ساله به صورت دوره ای از محصولات
۷. در صورت خرید کابینت آشپزخانه دریافت یک هود رایگان بعنوان هدیه از لیماک
۸. جریمه روزانه مبلغ ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال معادل ۵۰۰ هزار تومان به ازای هر روز تاخیر در تحویل پروژه در قرارداد بین لیماک و اعضای معرفی شده نظام پزشکی ساری



ساری، خیابان شیخ طبرسی، نبش طبرسی ۹

۰۹۱۱۲۵۸۶۷۲۷ ۰۱۱۳۳۳۱۰۸۰۵

— @limak.design —



سازمان نظام پزشکی ساری

اهمیت وضعیت صحیح بدن (پاسچر) در سلامتی انسان



دکتر انوشیروان محمدی

دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی

هنوز با وجود اطلاعات نسبی از عوارض پاسچر بد (bad posture)

سعی اندکی از سوی افراد برای اهمیت بخشیدن و حفظ پاسچر صحیح،

صورت می‌پذیرد.

با نگاهی ساده به وضعیت صندلی‌های مدارس که مهمترین رکن اصلاح پاسچر محسوب می‌گردند، همچنین به شرایط ارگونومی در کارخانه‌ها و کارگاه‌ها و مشاغل خدماتی، حتی مراکز بهداشتی-درمانی که پرچمدار صحت و سلامت جامعه‌اند می‌توان به کاستی‌های قابل توجه در این مورد، پی برد. سرانجام این غفلت علاوه بر آسیب‌های مترتبه، هزینه‌های سرباری است که بر دوش نظام سلامت کشور سنگینی می‌کند. بنابراین لزوم آگاهی‌بخشی و توجه بیشتر در این زمینه یک ضرورت علمی و تعهد حرفه‌ای، بلکه یک وظیفه اجتماعی است.

پاسچر (posture) چیست؟

صاف بشین، قوز نکن، سخنانی است که از جانب والدین به فرزندان گوشزد می‌شود و در واقع به همین سادگی پاسچر به وضعیت قرارگیری و الاینمنت (alignment) اعضا در بدن گفته می‌شود. پاسچر همان حالتی است که بدن در حالت ایستاده، نشسته، خوابیده، راه رفتن، اتخاذ می‌کند. پاسچر یک عمل ناخودآگاه است و شما در مورد آن فکر نمی‌کنید.

هنوز علیرغم امکانات مدرن در زندگی از جمله میز و مبل و صندلی‌های شیک و صنعتی، حتی صندلی‌های اداری و خودرو نیز فاقد شرایط کافی در برقراری پاسچر ایده‌آل می‌باشند. کتاب‌ها، مقالات و مدیاهای فراوانی در دنیا راجع به پاسچر دیده، نوشته شده و می‌نویسند اما هنوز شاهد توجه عینی و عملی در این باره نیستیم و تا رسیدن به شرایط مطلوب راه زیادی در پیش داریم.



Slouching یا خمیدگی به جلو و قوز کردن تنه یک عادت بد است که ممکن است دلایل فیزیکی مشخصی مثل سفتی عضلانی و یا محدودیت دامنه حرکتی نیز در آن دخالت داشته باشد. بنابراین سبک زندگی امروزی در پاسچر نامناسب بدن نقش مهمی دارد، نگاه کردن به گوشی موبایل و تبلت، نشستن طولانی کار با کامپیوتر و رانندگی و عدم تحرک کافی از معضلات زندگی مدرن شناخته شده است.

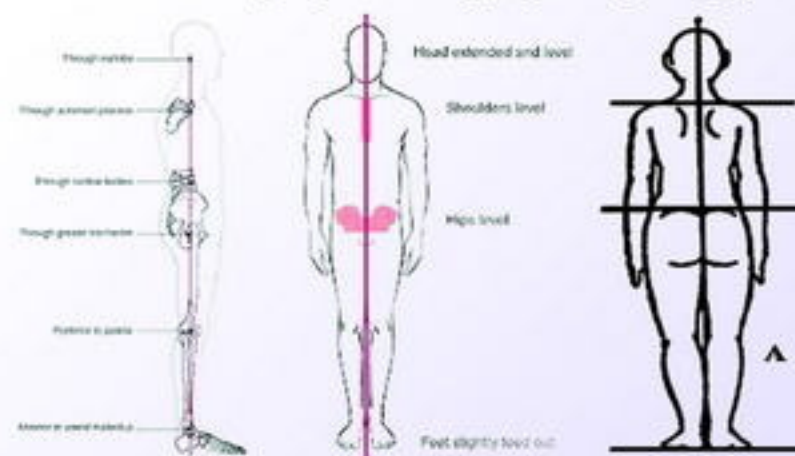
چگونه می‌توان پاسچر را بهبود بخشید:

پاسچر انسان در حین تکوین و رشد تغییر می‌یابد. عوامل متعددی شامل جنس، سن، پارامترهای سوماتیکی، سبک زندگی و کار، قدرت عضلانی و بالانس و فانکشن استخوان‌ها و مفاصل در این امر، دخالت دارند با این حال یک اندیکاتور و شاخص کلیدی در پاسچر مناسب بدن، وضعیت و شکل جلویی-پشتی (Antero-Posterior) و شکل جانبی ستون فقرات و لگن است وجود کیفوز، لوردوز، اسکولیوز، تیلت به جلو و طرفی لگن و سیمتری اندام‌ها از علائم مشخصه آنهاست. دو مکانیسم و در نتیجه دو استراتژی مهم و وابسته به هم در پاسچر وجود دارد: اینترنسیک و اکسترنسیک در مکانیسم اینترنسیک، تغییرات بطور ژنتیکی در ساختمان آناتومیک فرد وجود دارد و در مکانیسم اکسترنسیک ادابتیشن فرد در ایجاد تغییرات در پاسچر، نقش اساسی دارد. در مکانیسم اینترنسیک فرد نمی‌تواند روی ژنتیک و آناتومی‌اش تغییر مهمی ایجاد نماید بنابراین استراتژی جبرانی اینترنسیک یک طرفه است اما به معنای یک استراتژی پسیو و انفعالی نیست بلکه شامل مداخلات فراوانی برای پیشگیری از شدت عوارض و اصلاح عادات‌های (adaptation) نادرست است که در نتیجه برخورد، تکرار حرکات و انجام فعالیت صورت می‌گیرد. مطالعات نشان دادند که اجزا و کامپوننت‌های اینترنسیک و اکسترنسیک، هر دو در انحراف‌های پاسچر نقش دارند.

در یک پاسچر خوب:

- قوس گردن قوس پشتی و قوس کمری-لگنی از جلو به پشت و از طرفین در وضعیت نرمال قرار گرفته‌اند.
- خط موازی زیر چانه موازی با سطح زمین است.
- شانه‌ها هم‌سطح، بالا و عقب و در محاذات گوش‌ها قرار گرفته‌اند.
- بازوها در اطراف بدن، آرنج‌ها صاف و در محاذات شانه‌ها و ساعدها در حد وسط.
- عضلات شکم توداده و بریس شده، لگن در وضعیت نوترال.
- مفاصل ران‌ها هم‌سطح، زانوها هم‌سطح و کشکک در محاذات انگشت دوم پا.
- مچ و پاها موازی باهم و در وضعیت نوترال.

گروه‌های عضلانی معینی بنام عضلات پاسچرال برای حفظ پاسچر و مقاومت در برابر جاذبه، کار می‌کنند.



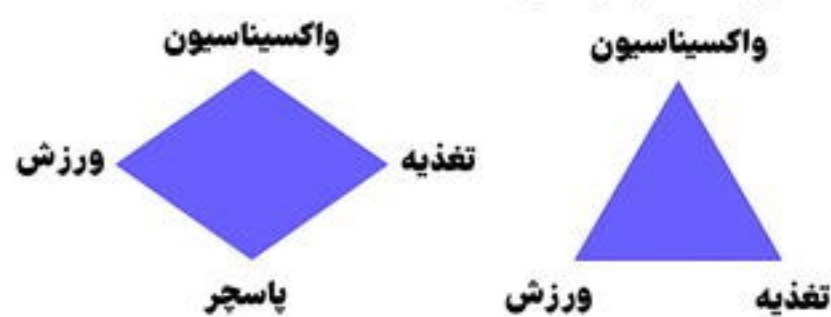
پاسچر خوب چیست؟

پاسچر خوب تنها مربوط به ظاهر بدن نیست بلکه بخش مهمی از سلامتی است. معمولاً بخش اعظم توجه به پاسچر را به وضعیت آناتومیک ستون فقرات نسبت می‌دهند. راستای این بخش مرکزی بدن در مفهوم پاسچر از مهمترین ویژگی است تا جاییکه نوترال اسپاین (Neutral Spine) را بعنوان یک پاسچر خوب معرفی می‌کنند. اسپاین (Spine) یا ستون فقرات دارای سه قوس است که باید در یک پاسچر خوب به صورت صحیح حفظ گردد. دو نوع پاسچر وجود دارد: پاسچر استاتیک و پاسچر داینامیک همانطور که از نام آنها پیداست در پاسچر استاتیک، بدن در حالت سکون قرار دارد مانند ایستاده، نشسته و خوابیده و در پاسچر داینامیک بدن در حالت حرکت و جابجایی یا دویدن است. در پاسچر خوب، هماهنگی و بالانس عضلانی مناسب وجود داشته و سیستم از حداقل انرژی برای ثبات خود در برابر جاذبه استفاده کرده و نیروهای وارده بر مفاصل و استخوان‌ها و عضلات در حالت تعادل و توازن قرار دارند. تحقیقات نشان داده که پاسچر خوب در خلق و خوی یا mood افراد و اعتمادبه‌نفس آنان دخالت واضحی دارد، وقتی شخص خودش را صاف نگه می‌دارد احساس بهتری پیدا کرده و استرس کمتری حس می‌کند. همچنین در یک پاسچر صحیح فضای کافی برای قفسه سینه و ارگان‌های داخل شکم فراهم شده و کارکرد دیافراگم، تنفس و کارکرد قلب و جریان عروق و لنف در بدن و کارکرد عناصر گوارشی و هاضمه بهبود می‌یابند. در یک پاسچر خوب، خستگی، سردرد، درد گردن و کمر و مشکلات دیسک و مفاصل ستون فقرات کاهش می‌یابند.

عوامل زیانبار بر پاسچر:

متأسفانه در اغلب فعالیت‌ها، بدن انسان در وضعیت خم شده به جلو قرار می‌گیرد مانند نشستن، خم شدن برای برداشتن اشیاء و به ویژه پس از ظهور تکنولوژی و کامپیوتر و موبایل و نشستن طولانی مدت در خودرو، عوارض زیانبار حاصل از آن افزایش چشمگیری یافته است. این چنین وضعیتی موجب عادات‌های پاسچرال غلط در افراد گشته و زمینه را برای انواع مشکلات سیستم اسکلتی-عضلانی فراهم می‌سازد.

به طور کلی اولویت اصلی ارزیابی پاسچر بر عهده فیزیوتراپیست‌هاست که تنگاتنگ در کنار سایر متخصصین علوم پزشکی در تشخیص و درمان اختلالات مربوط به آن فعالیت می‌نمایند. لذا وجود و حضور فیزیوتراپیست در تیم درمان به ویژه در برخورد با بیماران مبتلا به بیماری‌ها و اختلالات سیستم عضلانی-اسکلتی نه تنها در مراحل توانبخشی بلکه حتی پیشتر از آن و در مراحل اولیه درمان، از رویکردهای نوین شرح وظایف حرفه‌ای فیزیوتراپیست‌ها منظور شده است و اینک در کشورهای توسعه یافته، این حرفه در کنار بخش اورژانس و مراقبت‌های اولیه بیمار گنجانیده شده است. تاریخ تحول علوم پزشکی تاکنون با انجام واکسیناسیون و سپس توجه ویژه به تغذیه و همچنین ورزش، توانسته راهنما و چشم‌انداز مبسوط و کلی در حفظ و ایجاد سلامتی برای آحاد جامعه ایجاد نماید. جا دارد اینک این مثلث سلامتی که شامل اضلاع سه‌گانه واکسیناسیون-تغذیه-ورزش، می‌باشد به اضلاع چهارگانه لوزی یا مربع شامل واکسیناسیون-تغذیه-ورزش-پاسچر ارتقا یابد، زیرا در ورزش نیز بدون در نظر گرفتن چنین عاملی امکان آسیب وجود خواهد داشت.



شایسته است با توجه به اهمیت پاسچر و کاهش هزینه‌های سربار نظام سلامت، توجه ویژه از سوی اساتید، متخصصین و کارکنان نظام سلامت صورت پذیرد.

برای ایجاد یک پاسچر ایده‌آل چند عامل مهم در نظر گرفته می‌شود:

- آموختن پاسچر و مراقبت دائمی از آن به نحوی که در کلیه اعمال روزانه بکارگیری صحیح وضعیت بدنی جزو ناخودآگاه فرد قرار گیرد.
- انجام ورزش‌های روزانه و منظم برای کسب قدرت و تحمل و بالانس.
- ایجاد محیطی ارگونومیک برای کلیه فعالیت‌ها متناسب با وضعیت‌های پیش آمده.
- محدود کردن مقدار زمانی که در وضعیت‌های ثابت قرار می‌گیریم.
- قرار گرفتن صاف در مبل، صندلی، میز کار و خودداری از خم شدن و چرخش.
- انتخاب مناسب تشک بستر، صندلی، مبل، میز و ارتفاع مناسب سینک ظرفشویی، دستشویی و کابینت.
- داشتن کفش مناسب و پوشش راحت.
- عدم حمل بار سنگین (در هنگام راه رفتن حداکثر ۵ کیلوگرم و در جابجایی لحظه‌ای بار حداکثر ۲۰ کیلوگرم).



داروخانه

داروخانه ۷۳

ناخن کاره ۱۳

داروخانه ۴۵

داروخانه

تعدد ضرر

داروخانه

داروخانه ۹۰

قهوه غلغلی

ناخن کاره ۱۹

داروخانه ۲۴

ناخن کار

داروخانه ۱۷

قهوه غلغلی

داروخانه ۱۴

ببخشید

فرهنگستان هنر و قلم کجاست؟

همین خیابون رو میگیری مستقیم میری
بیست و هفتمین داروخونه رو که رد کردی
میرسی به یه چهارراه نبشش یه برج
که ورودیش یه داروخونه سه طبقه است
و سمت راستش هم پنج تا قهوه
فروشیه و بالاش هم هشت تا
سالن خدمات ناخن روهم هست
سوار آسانسور میشی میری
طبقه منفی پنج یه تابلوزده
فرهنگستان هنر و قلم

طاهر

چگونه بعد از تحصیل موفق‌تر باشیم و از شغل و حرفه خود لذت ببریم؟



دکتر آرش بلاری

دندانپزشک

زمانی که به لحظات پایانی تحصیل نزدیک می‌شویم به یک‌باره

موضوعات جدیدی در زندگی آغاز و یا در شرف آغاز قرار می‌گیرند.

آینده شغلی ما چه خواهد شد؟ طرح را چگونه خواهیم گذراند؟

بعد از دوران طرح و یا سربازی چگونه و کجا مطب تاسیس کنیم؟

و بسیاری از سوالات دیگر...

قطعا تجربیات افراد مختلف در مشاغل گوناگون متفاوت و دارای نقاط قوت و ضعف می‌باشد.

سعی خواهیم کرد در مورد رشته دندانپزشکی به بررسی موضوع پرداخته تا میزان موفقیت افراد بعد از تحصیل را ارتقاء ببخشیم.

دوران تحصیل زمان فراگیری علم و البته تا حدودی عمل است. اساتید معمولا از تجربیات خویش برای دانشجویان مثال‌هایی را یادآور می‌شوند ولی از آنجایی که انتقال این تجربیات به صورت منسجم نمی‌باشد گاهی به فراموشی سپرده می‌شود و زمانی به یاد آورده می‌شود که شخص در آن شرایط قرار گرفته و شاید نتواند به نتیجه لازم برسد. در رشته دندانپزشکی هر بیمار و هر درمانی از چندین جهت قابل بررسی است. بیمار در چه شرایطی مراجعه نموده، محل درمان، دانشگاه، کلینیک و درمانگاه و یا مطب شخصی می‌باشد. چه نوع درمانی را بیمار می‌خواهد و چه درمانی در حد توان ماست و غیره...

معمولا بیمارانی که به دانشگاه برای درمان مراجعه می‌کنند توان مالی ضعیفی داشته و تقریبا آماده هر اتفاقی بعد از درمان هستند. البته که دانشجو در هنگام درمان خود را صاحب پستوانه (استاد مربوطه) احساس می‌کند و در صورت خطا و یا اشتباه قابل حل خواهد بود اما همین دانشجو بعد از دفاع و آغاز طرح باید آماده درمان همان بیماران در مراکز دولتی باشد و البته این بار بدون پستوانه و با توجه به توانایی بدست آمده خودش.

آیا ما در زمان طرح توانایی هر گونه درمانی را داریم؟
آیا در دوران تحصیل به نقاط ضعف و قوت خود پی برده‌ایم؟
آیا دوران طرح باید بر اساس آزمون و خطا به تجربه دست پیدا کنیم و در این بین بیمارانی را اذیت کنیم؟

معمولا در کشورهای اروپایی و بلوک شرق در سال‌های پایانی تحصیل دانشجو را بر اساس نمرات و علایق به سمت یکی از شاخه‌های دندانپزشکی سوق می‌دهند و بر اساس همان شاخه

طرح در مرکزی آغاز شده و اکنون ما چه باید بکنیم؟

یادمان باشد که دوران طرح، دوران طلایی برای هر دندانپزشکی خواهد بود. اگر با هدف و برنامه‌ریزی پیش برویم قطعاً مراحل بعدی شغلی را به بهترین شکل خواهیم گذراند. در مرحله اول شناسایی محل طرح و شرایط زندگی افراد آن شهر و یا منطقه. به آموخته‌های خویش باور داشته باشیم و بتوانیم از آنها در شرایط مختلف استفاده کنیم.

سعی کنیم برای انتخاب افراد برای درمان به صورت کاملاً محتاطانه و مرحله‌ای انجام شود. هر چند انتخاب در این مراکز بسیار سخت خواهد بود ولی طبقه‌بندی سختی کار را برای خود در نظر بگیریم. به بیمارانشان این اعتماد را بدهیم که با توجه به تازه‌کار بودن قطعاً تمام توان را به کار خواهیم بست تا بهترین درمان انجام گیرد.

قطعاً با انجام درمان‌های آسان‌تر این اعتماد بین بیمارانشان و نیز خود درمانگر ایجاد خواهد شد و با آسودگی فکری راحت‌تر می‌تواند مراحل پیشرفت را طی نماید. هر بیمار یک تجربه جدید خواهد بود و ما از میزان توانایی خود در کنترل شرایط آگاه خواهیم شد. دوران طرح بهترین زمان برای مطالعه و نیز شاخه کاری مورد علاقه می‌باشد. در این دوران می‌توان تمرکز را برای انتخاب مرحله به مرحله افزایش داد و با توجه به تجربیات پیشرفت لازم را دریافت نمود.

سعی خواهد شد در نوشتارهای بعدی در مورد کار در کلینیک‌ها و تأسیس مطب شخصی بحث شود.

مثلاً پروتز مشغول به کار شده و در صورت علاقه می‌تواند ادامه تحصیل داده و متخصص زیرشاخه‌های پروتز مثل متحرک و ثابت و غیره شود. اما در نظام آموزشی ایران دندانپزشک عمومی موظف به انجام تمام شاخه‌ها می‌باشد. البته انتخاب با خود دندانپزشک است ولی در زمان طرح تقریباً حق انتخابی وجود ندارد.

با توجه به مقالات بیشترین خطاهای پزشکی توسط افراد با سابقه کاری بسیار کم انجام می‌گیرد. این خطاها به چند دلیل اتفاق می‌افتد. افراد و دندانپزشکان جدید کماکان در شرایط دانشجویی قرار دارند و دیدگاهشان نسبت به بیمار همچنان به عنوان کیس دانشجویی است، چون مطالب علمی و کتاب‌ها جدیداً مورد مطالعه قرار گرفته‌اند در مواجهه با دندانپزشکان قدیمی‌تر خود را باسوادتر احساس می‌کنند. هنوز درک خاصی از کیس حساس و موارد خاص به علت عدم تجربه وجود ندارد. برخورد مراجعه‌کنندگان با آنها در دوران طرح نسبت به زمان دانشجویی متفاوت بوده و افراد اینک نزد دندانپزشک مراجعه نموده‌اند و نه دانشجو.

شرایط و امکانات موجود در مرکز که در درمان بسیار موثر خواهد بود و باعث موفقیت و یا عدم آن خواهد شد.



زخم پای دیابت



دکتر فاطمه روزبه

متخصص بیماریهای عفونی
عضو هیئت علمی دانشگاه

دیابت یک بیماری متابولیک است که با افزایش قند خون شناخته می‌شود. شیوع این بیماری در جوامع مختلف در حال افزایش است به طوری که تخمین زده می‌شود که شیوع آن در سال ۲۰۳۰ به ۱۰/۲٪ برسد.

بیماران دیابتی به خاطر نروپاتی، حس درستی از گرما و سرما و یا حتی درد ندارند، باید بدانند جهت گرم کردن پا هرگز پای خود را مستقیم جلوی وسایل گرم‌کننده قرار ندهند. از محل‌های شایع زخم پا در بیماران زیر شصت پا، پنجه، پاشنه و روی بند انگشتان پا می‌باشد.

در صورت بروز زخم حتی اگر کوچک باشد، حتما باید به پزشک مراجعه کنند و از دست‌کاری آن در منزل خودداری کنند. زخم‌های دیابتی می‌توانند عفونی یا غیرعفونی باشند که فقط زخم‌های عفونی در هر ۲ کلاس عفونی (التهابی یا همراه با ترشحات چرکی) نیازمند درمان آنتی‌بیوتیکی می‌باشند.

تورم، قرمزی (تغییر رنگ پوست)، درد در زمان معاینه (تندرns)، گرمی و یا وجود ترشحات چرکی نشانه عفونی بودن زخم می‌باشد. در موارد شدید علائم سیستمیک مثل تب، بی‌حالی و ضعف نیز ایجاد می‌شود.

جهت تمام زخم‌های جدید در بیماران پای دیابتی بررسی رادیولوژی توصیه می‌شود. از گرافی، سونوگرافی، ام‌آر‌آی در مراحل مختلف جهت تشخیص یا رد جسم خارجی، آبسه، وجود گاز در بافت و استئومیلیت استفاده می‌شود.

با گذشت زمان از ابتلا به بیماری دیابت و عدم کنترل مناسب قند خون در بیماران دیابتی عوارض مختلفی ایجاد می‌شود، از جمله عوارض کلیوی (CKD)، چشمی (رتینوپاتی دیابتی)، عصبی (نوروپاتی حسی-موتوری)، عروقی (واسکلوپاتی) و ... سندرم پای دیابتی یک عارضه مهم در بیماران دیابتی است که شیوع آن در مردان و در دیابت نوع ۲ بیشتر است.

احتمال ابتلا یک بیمار دیابتی به ضایعات پا در تمام طول عمرش ۲۰-۱۵٪ با احتمال بروز سالیانه ۴/۱-۱٪ تخمین زده می‌شود. بیش از ۱۵٪ زخم‌های دیابتی در پا منجر به آمپوتاسیون در عضو می‌شود. پای دیابتی می‌تواند نتیجه مستقیم دیابت یا دیگر عوارض آن بر روی اندام تحتانی باشد. به طور مثال اختلال بینایی در بیماران می‌تواند، مراقبت از پا را دچار مشکل کند و احتمال آسیب به پا بیشتر می‌شود. می‌توان گفت اسکیمی (به دنبال واسکلوپاتی)، نوروپاتی و عفونت ۳ فاکتور مهم در ایجاد پای دیابتی و افزایش خطر آمپوتاسیون می‌باشند. باید به خاطر داشت پیشگیری از بروز زخم و عفونت پا در بیماران دیابتی بسیار اهمیت دارد.

بیماران باید از اصول اولیه بهداشت و مراقبت از پا آگاهی درستی داشته باشند. نکات اولیه‌ای که می‌تواند خیلی مفید و موثر باشد.

شامل: شستن منظم پا با آب ولرم و صابون به صورت روزانه و معاینه دقیق بین انگشتان پا (توسط بیمار یا یکی از اعضای خانواده) و خشک کردن پا با یک حوله نرم، مراقبت از پوست، ناخن جز اولین اصول مراقبت پا می‌باشد.

بیماران باید بدانند که هرگز نباید با پای برهنه راه بروند. از جوراب‌های مناسب (غیر نایلونی) و کفش مناسب پا که مثلا پنجه‌های تنگی ندارند استفاده کنند. قبل از پوشیدن کفش حتما درون آن را نگاه کنند تا جسمی تیز داخل آن نباشد.



روش‌های تقسیم‌بندی مختلفی جهت زخم‌ها بیان شده است. یکی از کاربردی‌ترین آن‌ها وگنر می‌باشد که ۶ طبقه دارد:

۱. **گروه صفر:** بدون زخم

۲. **گروه یک:** زخم سطحی (در بعضی از منابع زخم‌های کمتر از ۲ سانتیمتر)

۳. **گروه دو:** درگیری بافت بدون آبه و استئومیلیت

۴. **گروه سه:** زخم عمیق که می‌تواند همراه با آبه یا استئومیلیت باشد.

۵. **گروه چهار:** گانگرن قسمتی از پا

۶. **گروه پنجم:** گانگرن وسیع یا وجود علائم سیستمیک
روش درمانی برای هر بیمار بر اساس وضعیت کلی بالینی بیمار (علائم حیاتی) و وضعیت کنترل قند و شدت درگیری و آسیب پا با مشورت گروه درمانی شامل متخصصین داخلی، عفونی و ارتوپدی گرفته می‌شود.
امروزه در کنار درمان‌های استاندارد از پانسمان‌های نوین با هیدروژل، پلاسمای غنی از پلاکت، فاکتورهای رشد، سلول‌های بنیادی، Vacuum-assisted closure (VAC) و HyperBaric Oxygen Therapy (HBOT) و درمان‌های گیاهی نیز استفاده می‌شود. ادامه دارد...



پیک روز با رزیدنت



دکتر محمد جواد نجفی ایوبی

رزیدنت جراحی

خودمو می‌رسونم پاوون، جلو آینه خودمو نگاه می‌کنم، انگار از میدان جنگ برگشتم، سرتاپای روپوشم خونی، روپوشمو در میارم، ساعتو نگاه می‌کنم، ۱۰:۰۸ شب، مکت می‌کنم، روپوشمو آویزون می‌کنم، کیفمو برمی‌دارم از اتاق رزیدنت جراحی میام بیرون، چند قدم به سمت در برمی‌دارم، اما برمی‌گردم و روپوشمو برمی‌دارم. از بیمارستان میام بیرون، سوار ماشین میشم و راه می‌فتم سمت خونه، بعد مدت‌ها امشب برنامه‌هامون یکیه و باهم خونه‌ایم، بعد کلی کشیک ... با صدای بوق ماشین پشتی به خودم میام، چراغ سبز شد... می‌رسم به خونه، ماشین و می‌ذارم پارکینگ و با روپوش می‌رم بالا

- سلام عزیزم
- سلام عزیزم، الهی فدات بشم، خسته نباشیی، ساعت چنده آخه، پست کشیک تا این وقت آف نشدی؟
- کارا مونده بود، سرویس شلوغه و کار مریضا زیاد
- روپوشت چقد خونی، بده بندازم تو ماشین
- دستت درد نکنه
- خواهرت زنگ زد، میگفت بهت زنگ زده یکی دیگه گوشی رو برداشته گفته دست بنده
- آره، داشتم شالدون می‌ذاشتم دستم استریل بود، بعدش دیگه درگیر مریضا شدم یادم رفت
- می‌خواست بگه پدر بزرگت حالش بده، بریم به سر بهش بزنین تا دیر نشده
- تو که می‌دونی نمی‌تونم، آفی نمیدن، ما هم که به شب در میون کشیکیم، کشیکم که نباشم، الان میام خونه، ساعت ۱۰:۳۰ شب
- لااقل به زنگ بزن به مامان بابا، به قول خودت رزیدنتی شمال انتخاب کنیم که کنار خانواده باشیم و کمک حالشون ...
- باشه چشم، خجالت می‌کشم از مامان، ناسلامتی بچش دکتره، ولی حالا که پدرش بد حاله نمی‌تونه کنارش باشه
- اشکال نداره، مامان درک می‌کنه، برو لباسو عوض کن، من

روایت‌کنک

می‌کنه، می‌گه دکتر علائم نداره، سر صحنه تمام کرده، نگاه می‌کنم، یه جوون ۳۰-۳۵ ساله، بیچاره خانوادش ... پزشک طب اورژانس ختم اعلام می‌کنه، عالی شد، اول کشیک، اولین بیمار، اولین مورتالیتی، خدا خودش بخیر بگذرونه، با خودم غرغر می‌کردم که دوباره گوشیم زنگ خورد، ساعت ۶:۴۵ صبح، سال بالامه:

- الو سلام، کجایی؟ مریضا رو دیدی؟
- سلام آقای دکتر بله دیدم. الان میام بخش با هم مریضا رو دیدیم، چنتا از اردرارو عوض کرد، دو سه نفری رو هم ترخیص کرد. چند تا پیگیری هم اضافه کرد، خدا رو شکر رسیدیم با هم مریضا رو ببینیم قبل رسیدن بقیه، تو همین حین گوشیش زنگ خورد، بعد قطع کردن گفت محسن داره میاد، بریم از اول بخش مریضا رو ببینیم، این بار با سال ۳ مریضا رو دیدیم، دونه‌دونه با حوصله با مریضا صحبت کرد. این بار اردرهای بیشتری رو تغییر داد، یکی دو تا از ترخیص‌هامونو کنسل کرد و بجاش یکی دو نفر دیگه رو ترخیص کرد، تقریباً اواخر ویزیت بود که دکتر نظریور زنگ زد بهش، نظریور سال چهار روتیشنمونه و چیف رزیدنتمون هم هست، داشتم تو دلم بهش قبطه می‌خوردم که با روی گشاده مثل همیشه اول بخش ظاهر شد، ساعت ۷:۳۰، مثل همیشه بعد ویزیت رفتیم مورنینگ، دو تا کیس معرفی شد و بحث شد، من ولی حواسم به مورنینگ نبود، یه احساس عجیبی دارم، نمیدونم، قابل توصیف نیست، انگار مغزم نمی‌تونه رو یه موضوع تمرکز کنه، هی از این موضوع روی موضوع دیگه می‌پره، اینکه تقریباً یک ماهه برای خونه تلویزیون خریدم اما هنوز وقت نکردم برم از فروشگاه بیارم خونه، اینکه دیشب بعد مدت‌ها قرار بود با آتوسا غذا بخورم ولی خرابش کردم، این که آیا الان خانواده فوتی صبح اومدن یا نه و ... ولی بین همه این فکرهای درهم و برهم، نگاه منتظر مادرم میاد تو ذهنم ...

- پاشو بریم پاوین، مورنینگ تمام شد
- باس برم اورژانس، نمی‌دونم چه خبره، کلی هم مریض تو بخش دارم که هزار مدل پیگیری دارن
- کار همیشه هست
- آره
- راه می‌فتم سمت اورژانس، بین راه صدای آشنایی مجبورم می‌کنه برگردم، سرپرستار بخشمونه:
- امروز خیلی درهمی دکتر
- چیزی نیست، یه ذره ذهنم درگیره
- می‌گذره دکتر، یه روزی برات خاطره میشه وقتی تو مطب داری پول پارو می‌کنی ...
و من با لبخند راهمو به سمت اورژانس ادامه میدم، لبخندی که سنگینیش تمام عضلات صورتمو کوفته کرد. صدای پیامک گوشی منو از خودم میاره بیرون
- دوستت دارم عشقم، غصه نلول

سفره می‌چینم یه چیزی بخوریم، شام که نخوردی؟

- خیالت راحتت، ناهار هم وقت نشد بخورم
- محمد پاشوو ساعت ۴ صبحه
- چیی
- با لباس رو تخت خوابت برد، دلم نیومد بیدارت کنم
- تو کجا خوابیدی؟
- رو مبل
- بمیرم الهی
- حالا پاشو دیرمون نشه، کلی مریض خوابیده، سرویسمون آنکال بوده دیشب
- الان
- رویوشتو اطو کردم بردار عزیزم
- دستت درد نکنه، اصلاً خوابیدی خودت، کی پاشدی روپوش اطو کردی آخه؟
- تو کاریت نباشه، خوش ندارم بگن خانمش رزیدنته زنانه، به شوهرش نمی‌رسه. بجنب
- چشم. دستت درد نکنه
- می‌گم امروز وقت کردی یه زنگ بزنی مامان، یادت نره، مامان زنگ نمی‌زنه نکنه مزاحم کارمون بشه، بنده خدا
- چشم

سوار ماشین می‌شیم راه می‌فتم سمت بیمارستان، باز خدا رو شکر خونمون با بیمارستان فاصله‌ای نداره، همیشه همیشه تو مسیر به رزیدنهای شهرای بزرگ فکر می‌کنم که کلی از وقتشون تو مسیر خونه و بیمارستان و ترافیکش می‌گذره از آتوسا جدا می‌شم، میام اورژانس، لیست بستری‌های دیشب رو نگاه می‌کنم، با اینکه ما آنکال نبودیم اما چند تا مریض تو سرویس ما خوابیده، به لیستم اضافه می‌کنم و میرم بخش، شروع می‌کنم لیست بیمارای سرویسمون رو نوشتن و آزمایش‌ها رو چک کردن، عقربه‌های ساعت هم انگار شروع کردن به مسابقه دو سرعت با هم، ۳۸ تا مریض ... کلی هم آزمایش مختلف

شروع می‌کنم به ویزیت مریضا، اردر هر کدومو می‌ذارم، با اینکه هنوز ۵:۵ صبحه ولی همراهها و مریضا بیدارن و کلی سوال دارن ... جون مادرتون کمتر بپرسین یا لااقل تکراری نپرسین. با عجله از بخش میام بیرون و میرم سمت مابقی بیمارام که تو بقیه بخشان، ریموت آسانسورم که ندارم، با عجله از پله‌ها بالا و پایین میرم، گوشیم زنگ می‌خوره:

- الو سلام آقای دکتر، شما امروز کشیکین؟
- سلام بله، جانم؟
- من اینترن کشیکم. یه مریض تصادفی آوردن اورژانس، گفتن سریع بهتون اطلاع بدم
- باشه الان خودمو می‌رسونم
راهمو بسمت اورژانس کج می‌کنم، وارد اتاق احیا میشم، بچه‌های EMS هنوز هستن، اینترن‌ها هم دارن ماساژ قلبی میدن، جلوتر میرم، سلام می‌کنم، پرستار اتاق احیا سلام

راضیش و دعای خیرش بهم انرژی میده، میرم اورژانس روی صندلی جلو سیستم می‌شینم تا دونه‌دونه عکس و CT بیمارامو ببینم، تقریباً همه نرمالن، یدونه شکستگی دنده داشتم که برای همراه و بیمار توضیح میدم، بستریش می‌کنم، ساعتو نگاه می‌کنم که برای اردر ساعت بزنم، غروب شده، وقت نکردم نماز بخونم، از وقتی رزیدنت شدم، شدم تارک الصلاة

- به مامان زنگ زدی؟
- می‌زنم، پشت خطی دارم، ببخشید عزیزم
- بله بفرمایید
- آقای دکتر از واحد دیالیز مزاحم میشم
- در خدمتم
- می‌خواستم خواهش کنم، شالدون بیمارارو زودتر بذارین، من امشب آنکالم، کارارو انجام بدم شب مجبور نشم پیام سکوت تمام وجودمو می‌گیره، به زحمت زبونم از مغزم فرمان می‌بره و میگم چشم
گوشیم دوباره زنگ می‌خوره، محمود

- سلام دکتر خوبی؟ خسته نباشی! بیا بخش مریضا رو ببینیم
- سلام آقای دکتر، عملاً تمام شد؟ مریضم چطوره؟ ببخشید مریضمون
- بیا منتظرم
- الان الان

با سرعت میرم بالا، محمود و محسن دم بخشن، باز مریضا رو دونه‌دونه می‌بینیم، با حوصله تمام، اصلاً انگار نه انگار ساعت از ۸ شب هم گذشته و ۱۲ ساعت قبل رو اتاق عمل بودن. می‌رسیم به تخت بیمار اینترنال هرنی، محمود با روی باز براشون توضیح میده، بیمارشون ریکاوریه و قراره بره ICU، یه مقدار از روده رزکت شد اما خدا رو شکر به موقع فهمیدن و عمل خوب انجام شد. اشک تو چشمای مادرش جمع میشه و شروع می‌کنه دعا کردن، ازشون فاصله می‌گیریم، برای بیمارهایی که عملشون کنسل شده توضیح می‌دیم و از بخش میایم بیرون، هر دو شون کلی سفارش بیمارها رو می‌کنن که تو کشیک حواسم بهشون باشه، از هم جدا می‌شیم و من میرم بیمارهای الکتیو بخش رو ببینم و اردر بذارم، چند تایی رو می‌بینم و مدارک رو چک می‌کنم که گوشیم زنگ می‌خوره

- سلام آقای دکتر، یه بیمار بدحال اعزامی داریم، خودتون رو برسونین

میرم اتاق احیا، یه پسر جوون دیگه، تو درگیری زدنش، میگن با چاقو، نمیدونم، سریع مانیتورش می‌کنیم، تا کی کارده، فشارشم پایینه، سچوریشنش هم پایینه، سمع ریه هم قرینه نیست. سرم براش می‌ذارم، به سال بالا هم سریع اطلاع میدم، به اینترن هم میگم وسایل شالدون و چست تیوب رو آماده کنه. سال بالام می‌رسه، با تایید اون براش چست تیوب می‌ذارم، یذره بهتر شد، شالدون هم براش می‌ذارم و ترانس فرآورده درخواست می‌دیم ...

بعد یکی دو ساعت تقریباً علائم حیاتی‌ش پایداره، یه نفس

- منم دوست دارم، ممنون که هستی
- داشتم میرفتم ICU ویزیت، دیدم خیلی تو فکری و دپرس
- فقط تویی که می‌فهمیم
وای که اگر نداشتمت چیکار می‌کردم دختر، با قدرت بیشتری به راهم ادامه میدم. اورژانس تقریباً پره، با سرعت مریضایی که ویزیت خوردیم رو می‌بینم و اردر می‌ذارم، سپردنی‌ها رو به اینترن می‌سپارم، میرم بخش‌های مختلف، مشاوره‌های اورژانس رو جواب ببینم، اکثرشون برای CV Line و یکی دو تا برای کاتتر دیالیز اورژانس، یکی هم عدم دفع مدفوع از چند روز قبل، همه رو به سال بالای مستقیمم اطلاع میدم، اردرهای لازم رو می‌گیرم، جواب میدم. صدای اذان بلند میشه، ساعتو نگاه میکنم، ظهر شده، راهمو سمت پاییون کج می‌کنم برم نماز، یه چایی شیرین هم بخورم که گوشیم زنگ می‌خوره، محمود پشت خطه
- سلام آقای دکتر، در خدمتم
- سلام، خوبی؟ چطوری؟
- ممنون آقای دکتر
- یه زحمت بکش برو واحد سی تی اسکن تا اساتید و رزیدنت ها نرفتن، چنتا CT و MRCP مشکوک داریم ریپورت بگیر سریع‌تر بهم خبر بده، منتظرم
- چشم الان

راهمو به سمت زیرزمین کج می‌کنم، دونه‌دونه ریپورت‌ها رو از بچه‌ها می‌گیرم و اطلاع میدم، تقریباً شک محمود درست بود، دو تا از عمل‌های جراحی کنسل میشه و یه عمل اورژانس اضافه میشه، به سرعت میرم بخش، با بیمارها صحبت کنم، خودمو آماده می‌کنم تا یه مارا تن سخت رو شروع کنم اونم برای ۳ بیمار و همراه بیمار، دو تاشون که بر خلاف تصورشون، عملشون کنسل میشه و یکی هم باید مجاب کنم تا رضایت به عمل بده، در صورتی که از نظر خودش بهتر شده و باید ترخیص شه ... کارایی که برای مریض های اورژانس هم خواسته بودم انجام شده و تماس می‌گیرن که برم تعیین تکلیف بیمارها، بخشا هم زنگ می‌زنن برم برای CV Line و شالدون ...

دلم می‌خواد گوشیمو بکوبم زمین ... یه نفس عمیق می‌کشم، میرم سراغ بیماری که ریپورت اینترنال هرنی گزارش کرد و باید مجابش کنم برای عمل اورژانس، معاینه شکمش هم از صبح بدتر شده بود، با خودم میگم محمود چطور حواسش به بیرون از اتاق عمل هم هست، با هر ترفندی بود، راضی میشن، اردر می‌ذارم و میرم سمت اورژانس، خروجی بخش، مادر بیمار جلومو می‌گیره:

- من بچمو از شما می‌خوام آقای دکتر، سالم
- امیدت به خدا باشه، دعا کن مادر
آخه چرا من، من که هنوز اجازه اتاق عمل رفتنم ندارم، چرا من؟!

قدم‌هام می‌لرزه، بازم نگاه منتظر مادرم میاد جلو چشمم، برمی‌گردم و برای مادر بیمارم وقت بیشتری می‌ذارم، نگاه

راحت می‌کشم، سال بالام مریض و می‌سپاره به من و میگه میره بخش و کاور می‌کنه، تشکر می‌کنم، می‌شینم رو صندلی، نگاه منتظر مادرم میاد جلوی چشمم ... گوشیمو برمی‌دارم زنگ بزnm، بوق میخوره ولی جواب نمیده ...

واتس آپمو چک می‌کنم، میرم تو استاتوس ها ... دامادم استاتوس گذاشته، باز می‌کنم، خشکم می‌زنه ... با تکون دادن شونه‌هام به خودم میام، پرستار اتاق احیاست:

- حواست کجاس دکتر، گوشی رو بذار تو جیبت، بیمار رو بفرستم سی‌تی و گرافی‌هاش بشه یا نه، دیگه stable شده ... به زحمت نگاهمو از صفحه گوشیم برمی‌دارم و نگاش می‌کنم:

- آره، ولی با اکسیژن و اینترن و پرستار بیهوشی بره دوباره برمی‌گردم گوشیمو چک می‌کنم، درست دیدم، مهدی نوشته فردا صبح تشییع جنازه پدر بزرگمه ... سرم سیاهی میره، یه بغض لعنتی می‌شینم رو گلوم، انگار دارم تمام می‌کنم، اینترنم میاد دم گوشم میگه:

- آقای دکتر اورژانس شلوغ شده، لطفاً بیاین اونور نگاهش می‌کنم، بلند میشم، راه می‌فتم، تو هر قدم نگاه مادرم میاد جلو چشمم، آخ که من چه خوب حق اولاد رو ادا کردم ...

به هر زحمتی بود، خودمو کنترل کردم، مشغول مریض دیدن شدم و اردر گذاشتن، احساس کردم یه نگاه مهریون مواظبه، سرمو آوردم بالا، درست حدس زدم، آتوسا

- سلام عزیز دلم، از سال بالام ۵ دقیقه آف گرفتم پیام ببینمت و بهت بگم غصه نخور، حاجی بابا جاش بهشته، مامان هم تو این دنیا بیشتر از هر کسی تو رو درک می‌کنه و بهت افتخار می‌کنه

نزدیک بود تو اورژانس مثل بچه‌ها بزnm زیر گریه که بهم اشاره کرد خودمو جمع کنم، نمی‌دونم چه رازی که حضورش انقدر بهم آرامش میداد، خودمو جمع و جور کردم، خدا حافظی کرد، گفت به دوستاش میگه فردا کاورش کنن تا بتونیم بریم مراسم، اصلاً حواسم به مراسم نبود، کی منو کاور کنه؟ ما تعدادمون کمه و اکثر بچه‌ها تو یکی دو ماه اول انصراف دادن، داشتم به این چیزا فکر می‌کردم که شلوغی اورژانس و مریضای ICU مجال نفس کشیدنم ازم گرفت چه برسه به فکر ... گوشی موبایلم شروع می‌کنه به آلارم زدن ... ساعت ۴ صبحه، ۲ ساعت تا کشیکم مونده، به زحمت سرپام، یکی از اینترنا با یه لیوان کاپوچینو میاد سمتم:

- دکتر بفرمایید، خیلی نابودین

- دستت درد نکنه، زحمت کشیدی، میل ندارم

- تعارف نکنین، برای شما گرفتم

تشکر می‌کنم و برمی‌دارم، انگار دوباره روح به وجودم برگشت، با گرمای کاپوچینو گرم میشم، شروع می‌کنم به تهیه لیست بیمارهام و درآوردن آزمایش، بعدم راه می‌فتم سمت بخش برای ویزیت، اورژانس و می‌سپارم به کشیک بعدی، یه نفس راحت می‌کشم و منتظر بچه‌ها می‌مونم بیان ویزیت، سر ویزیت، اصلاً زبونم به حرف نمی‌چرخه، محسن میاد، مثل

همیشه با روی باز، یکی دوتا شوخی می‌کنه بین ویزیتا، ولی من بر خلاف همیشه اصلاً جون ندارم همراهی کنم ... میگم یکی دو تا مریض هم از دیشب اورژانس موندن، محسن میگه بریم ببینیم محمود امروز یذره دیرتر میاد، بین راه اورژانس پرستارای شب شیفتشونو تحویل دادن و داشتن می‌رفتن خونه، یکیشون برگشت سمتم

- آخرش نگفتی چت بود دیشب

- چیزیم نیست

محسن برمی‌گرده سمتم و میگه

- چرا، یه چیزی شده

بالاخره بغضم می‌ترکه، محسن دیگه چیزی نمی‌پرسه، منم خودمو جمع می‌کنم و می‌ریم ادامه ویزیت ... بعدشم مورنینگ، این بار ولی من باید مورنینگ می‌دادم و به جای همه نگاه‌های مقابلم، نگاه منتظر مادرم جلو چشمم بود و یک ثانیه هم منو رها نکرد. اصلاً نفهمیدم مورنینگ چه جوری تمام شد، بعد مورنینگ محسن منو کشید کنار، گفت می‌شونم، تعریف کن، منم با بغض براش گفتم چی شده

- برو به مراسم برس، ما هستیم

- نه آقای دکتر، کلی کار داریم

- بهت میگم برو، خانوادت منتظرتن، همین الانشم به موقع نمی‌رسی

با نگاه لرزان و قدردان از محسن خدا حافظی کردم، به آتوسا زنگ زدم

- سلام عزیزم، منتظرتم بریم

- سلام، کی رفتی خونه؟

- نیم ساعته، لباسم اظو کردم، بیا

- ممنون، نمی‌دونم تو رو نداشتم چی کار می‌کردم

راه می‌فتم سمت خونه و تمام وجودم پر از استرس لحظه دیدار با خانوادم ...

آیا ورزش می‌تواند

کم شنوایی و وزوز



ایجاد کند؟



فرناز خاطری

کارشناس ارشد شنوایی‌شناسی

نوع ورزش ممکن است باعث کم‌شنوایی موقت یا دائمی در

شخص ورزشکار شود بطور مثال باشگاه‌های شلوغ و پر سر و

صدا (موزیک‌های بلند) و انجام ورزش‌های سنگین می‌تواند

باعث کم‌شنوایی و وزوز گوش شود می‌توان گفت ورزش یک

علت ثانویه می‌باشد.

ورزش وزنه‌برداری و آسیب شنوایی

در ورزش وزنه‌برداری، وزنه‌بردار در حین بلند کردن وزنه نفس خود را در سینه حبس می‌کند و تمامی عضلات در حالت کشیدگی می‌باشد و در این وضعیت به سیستم گوش داخلی آسیب می‌رسد و همچنین صداهای بلند در باشگاه‌های وزنه‌برداری از جمله صدای وزنه‌ها و برخورد آن با زمین خطر کاهش شنوایی ناشی از نویز و سر و صدا را افزایش می‌دهد.

تمرینات ورزشی شدید مثل وزنه‌برداری، تمرینات سخت برای شرکت در مسابقات ورزشی، حتی تمرینات یوگای شدید در بعضی مواقع باعث کم‌شنوایی می‌شود. تمرینات سخت باعث پارگی غشای گوش داخلی می‌شود و مایع پری لنف از طریق دریچه گرد و بیضی به فضای گوش میانی نشت می‌کند. به این عارضه فیستول پری لنف می‌گویند. در بعضی مواقع این سوراخ به طور خود به خود بهبود می‌یابد و گاهی اوقات نیاز به جراحی می‌باشد. در بیشتر موارد کاهش شنوایی علت دیگر کم‌شنوایی ناشی از ورزش سخت Large vestibular Aqueduct syndrome در ورزشکاران در اثر ورزش سخت فشار داخل جمجمه افزایش می‌یابد و باعث ایجاد فشار بر روی ساک آندولنفاتیک می‌شود مایع اندو لنف برگشت می‌کنند و وارد حلزون گوش داخلی می‌شود. منطقه‌ای که حاوی میزان بالای یون‌هاست و این باعث آسیب به سیستم گوش داخلی می‌شود و در نهایت باعث کاهش شنوایی دائمی می‌شود.

سومین علت کاهش شنوایی ناگهانی بعد از تمرین سخت ناشی از افت موقت فشار خون به سیستم گوش داخلی می‌شود و

فشار خون در سیستم گوش داخلی مناسب نباشد گوش داخلی نمی‌تواند به خوبی فعالیت کند و باعث آسیب به گوش داخلی و کاهش شنوایی می‌شود. افزایش فشار در گوش داخلی در طول تمرین ورزش یا بعد از اتمام تمرینات سخت ممکن است باعث فیستول پری لنف می‌شود که ممکن است گاهی فرد از وجد این آسیب باخبر نیستند. این آسیب به علت ورزش سنگین بوجود می‌آید و باعث کاهش شنوایی می‌شود زمانی که مایع پری لنف به داخل گوش میانی نشت کرد علائمی شامل وزوز، پری گوش، گیجی و گاهی حساسیت زیاد به سر و صدا است.

سر و صدای وزنه در سالن‌های وزنه‌برداری با صدای تیراندازی تفنگ برابر است.

باشگاه‌های وزنه‌برداری مکان شلوغی است صدای وزنه که وزنه‌بردار به زمین می‌اندازد صدای بسیار بلندی است و مداومت در ماندن در این باشگاه‌ها در طولانی مدت باعث کاهش شنوایی ناشی از سر و صدا می‌شود مانند تیر کنند آن ورزشکار در معرض کاهش شنوایی دائمی و وزوز گوش است. جالب است که هرگز میزان شدت صدا در باشگاه‌ها بخصوص باشگاه وزنه‌برداری، زومبا و غیره اندازه‌گیری نشده است.





ارتباط ورزشی شنا و کم شنوایی

گوش شناگران در معرض عفونت های کانال گوش خارجی می باشد. در اکثر مواقع آب به داخل مجرای گوش نفوذ می کند. آبی که بعد از خروج از استخر و دریا در گوش شناگران باقی می ماند. اگر کانال گوش به خوبی خشک نشود یک محیط مرطوب برای رشد باکتری ایجاد می شود در این حالت فرد با وارد کردن انگشت و یا جسم خارجی قصد خارج کردن آب را از گوش دارند اما این کار ممکن است باعث آسیب به پوست مجرای گوش و یا پرده گوش شود شایع ترین عفونت از نوع باکتریال می باشد و عموماً قابل درمان می باشد.

علائم آسیب گوش شناگران عبارتند از: افت شنوایی موقت، درد، وزوز گوش که همه این سه مورد بعد از درمان از بین می رود.

چگونه بفهمیم صدای بلند باعث آسیب به گوش ما

شده است؟

طبق گزارشات پژوهشگران در آمریکا صدای نویز در باشگاه های ورزشی بیشتر از ۹۰ تا ۱۰۰ دسیبل است. چطور می توانیم بفهمیم که صدای درون باشگاه ها بلند و آزار دهنده است؟

زمانی که بطور مثال بعد از ورزش زومبا باشگاه را ترک می کنید صدای وزوز گوش و کیپی در گوش احساس می شود این نشانه آسیب به سلول های گوش داخلی است و ممکن است شنوایی شما در کوتاه مدت دچار آسیب شود اما در مدت کوتاهی این کم شنوایی بهبود می یابد اما شنوایی دائمی شود.

در شروع تمرینات ورزشی باید تنفس منظم داشته باشیم محققان می گویند که بازی های ورزشی موجب تقویت حس شنوایی می شوند. مطالعات نشان می دهد تمرینات ورزشی بازی گونه باعث حساسیت مغز در درک بهتر می شود. ورزشکاران مهارت بیشتری در پردازش اصوات پخش شده دارند. افرادی که ورزش هایی مانند فوتبال و هاکی انجام می دهند مغز سالم تری دارند. آنان فریادهای مربی و هم تیمی هایشان را بهتر پردازش می کنند.



[خلاصه‌ای از زندگی] دکتر سید عبدالله پیشنمازی



دکتر سید عبدالله پیشنمازی در سال ۱۳۱۰ در شهرستان ساری در یک خانواده روحانی متولد شد. در مدرسه هدایت ساری تا ششم ابتدایی درس خواند. دو سال طلبگی رفت. دوباره در دبیرستان طالقانی فعلی تا کلاس یازده خواند و کلاس دوازدهم را دارالفنون تهران گذراند. سال ۱۳۳۴ وارد دانشگاه شد و بلافاصله تخصص اطفال گرفت و در سال ۱۳۴۳ فارغ التحصیل شد.

وی نخستین پزشک کودکان و نوزادان ساری می‌باشد و فرزند آیت‌الله سید حسن پیشنمازی است. ایشان یکی از شاگردان دکتر قریب می‌باشند. بسیار مصمم، جدی، منظم و اخلاق‌مدار است. ایشان در یکی از خیابان‌های مرکزی ساری مطب دارند که در آن عکسی از مرحوم پدر، عکس یادگاری با دکتر قریب و بوعلی سینای حکیم به چشم می‌خورد. برخی خانواده‌ها حتی از سایر شهرها با اعتقادی که به علم و تجربه او داشتند سلامت کودک خود را در ویزیت او می‌دانستند.

ایشان در دهه نود زندگی هر روز صبح به مدت دو ساعت به مطب قدیمی خود می‌رود و بیماران را ویزیت می‌نماید و خوشحال از اینکه رنگ رفته از رخسار بیمار خود را برگرداند و غمی را از خانواده‌ای بزداید.



SHARIFIAN

آزمایشگاه پاتوبیولوژی دکتر شریفیان

ساری. خیابان فرهنگ. خ توکل
ساختمان ساوالان ۶. طبقه اول

۰۱۱-۴۴۴ ۳۲۰ ۵۳

۰۱۱-۴۴۴ ۳۱۵ ۰۳