

نشریه داخلی بیمارستان بنت الهدی

پیام سپید

PAYAME SEPID
Internal Journal of
Bentolhoda Hospital

دکتر یونس کاشانی ■ متخصص استخوان و مفاصل



دکتر سید محمدحسین حسینی

روزانه



دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل



دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل



دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل



ایمپلانت در بیمارانی
با اختلالات قلبی



دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل

نحوه عملکرد آلوپسیس روغن ماهی
و تأثیر آن در کاهش سبک و بیوفانی
نوزادان VLBW

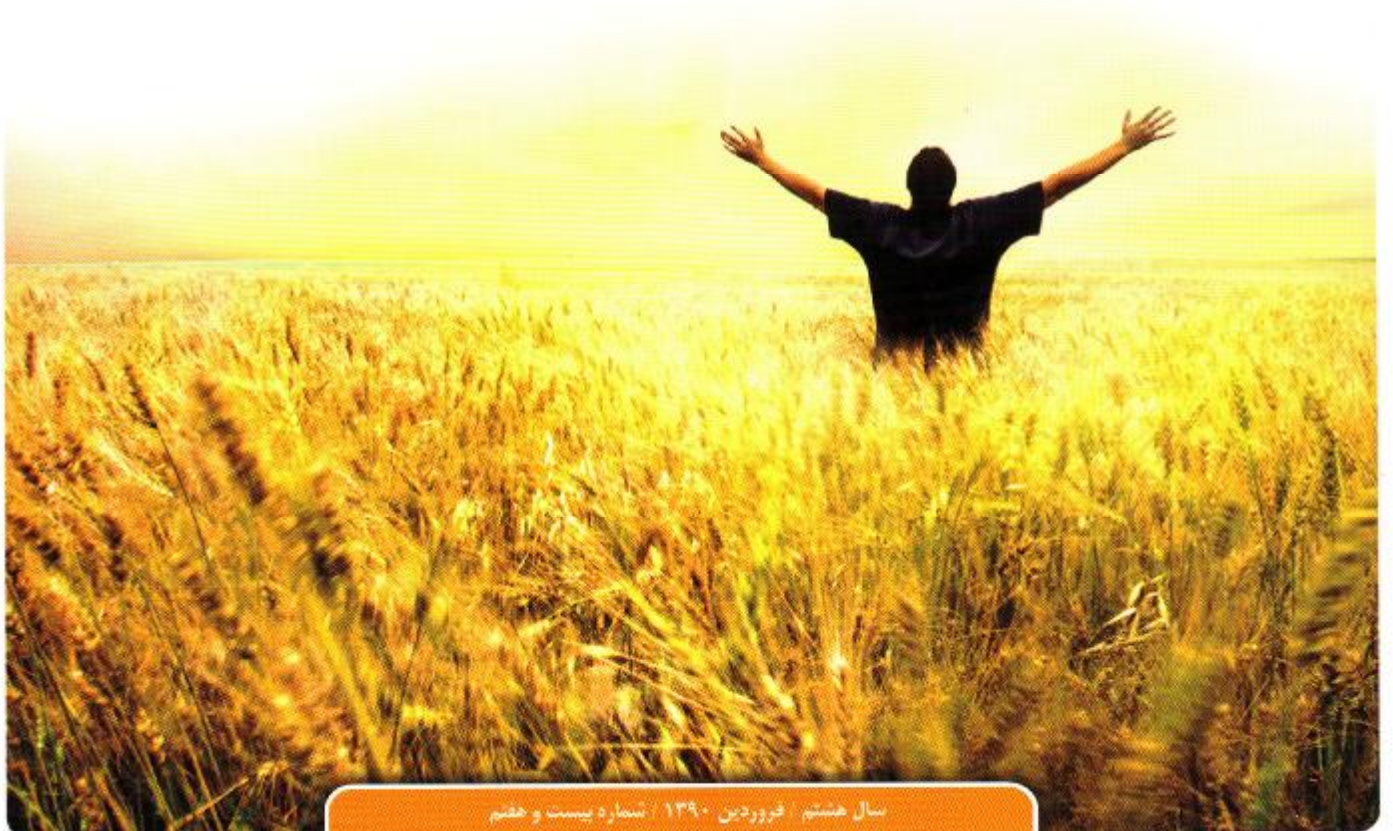


دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل

ناخنک
(Pterygium)



دکتر یونس کاشانی ■ متخصص مفاصل





فهرست

- سخن نخست
- نمایشگاه تجهیزات پزشکی و
- بیمارستانی Arabhealth 2011
- ارزش آزمایشات ایمنووهیستوشیمی در
- تشخیص های آسیب شناسی
- تجویز مکمل "امولسیون روغن ماهی"
- و تاثیر آن در کاهش شدت رتینوپاتی
- نوزادان VLBW
- ناخنک
- بیماری تخمدان پلی کیستیک
- بیهوشی در بیماران با اختلالات قلبی
- روزاسه
- تغذیه از طریق لوله غذایی
- ارتباط طول انگشت دست و سرطان
- پروستات
- تاریخچه سرنگ
- خواص درمانی اجیل
- رژیم غذایی و کاهش گر گرفتگی دوران
- یانسگی
- دیابت و بیماری های قلب و عروق
- استرس
- زندگی در کنار دستگاه همودیالیز
- بهترین سن ارتودنسی

ای بهار ژرف!

سال نو مبارک
۱۳۹۰



ای بهار ژرف!
به دیگر روز و دیگر سال
تو می آیی و
باران در رکابت
مژده دیوار و بیداری
تو می آیی و
همراهت شمیم و شرم شیگیران
و لبخند جوانه ها
که می روند از تنواری پیران
تو می خندی و
در شرم شمیمت شب،
بخور مجمری خواهی شدن
در مقدم خورشید
نتاران رخت از باغ بیداران؛
شقایق ها
و عاشق ها
بزرگا، گیتی آرا، نقش بند روزگارا،
ای بهار ژرف!
به دیگر روز و دیگر سال
تو می آیی و باران

نشریه داخلی بیمارستان بنت الهدی
فروردین ماه ۱۳۹۰
صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی
مدیر مسئول: علیرضا امیرحسینانی
سر دبیر: دکتر وحیدرضا یاقوت کار
دبیر اجرایی: شکوفه احمدی
طراحی و صفحه آرایی: محسن کاظم
ویرایش و بازرینی فنی: زهرا غلامیان
چاپ: گوتمبرگ مشهد
ناظر فنی چاپ و اجراء: شریعت پناهی

همکاران این شماره:

دکتر محمد تقی صراف
دکتر فرخناز نمره محمدیان
دکتر امیرمسعود رجب پور
دکتر زهرا خادم
دکتر حمیده اعلی
دکتر مهرداد کاتبی
دکتر یاسر میرحسینی
دکتر سید مهدی هاشمی
دکتر پیام آهنی
خانم مریم جهانی
خانم الهه باغداری
خانم زهرا جوان
آقای علی کاظمی
خانم سوگند برجسته
خانم محبوبه موذنی

ایران- مشهد- خیابان بهار

تلفن: ۵۱۱-۸۵۹۰۰۵۱-۵

تلفن و فاکس مستقیم مدیریت: ۵-۸۵۱۸۱۱۴-۵۱۱

تلفن گویا: ۰۹۱۵۱۵۷۹۰۰۴

Bahar st. Mashhad- Iran
Tel: +985118590051-5 Fax: +985118518115
Email: bentolhodahospital@yahoo.com



با عرض صمیمانه ترین تبریکات و شادباش ها به مناسبت فرارسیدن نوروز خجسته و حلول سال نو به شما همکاران ساعی و سخت کوش بیمارستان بنت الهدی امیدوارم که در سال جدید نیز چنان گذشته در پرتوی الطاف پیکران خداوندی و با حمایت، شکیبایی و سختکوشی شما بزرگواران بتوانیم به سهم خود گام هایی استوارتر در جهت خدمتگزاری به هموطنان خود برداریم. آرزوی سالی سرشار از خیر و برکت و رشد و تعالی برای تک تک شما عزیزان و خانواده محترمان از خداوند بزرگ مسئلت دارم.

دکتر محمدرضا امیرحسینخانی

رئیس هیئت مدیره بیمارستان بنت الهدی



درواپسین روزهای سال، خداوند بزرگ را به خاطر توفیق خدمت رسانی به مردم بزرگوار سپاس می گویم؛ و ضمن قدردانی از یکایک شما همکاران ارجمند که در این راه همیاران صبور و دلسوز بوده اید، فرصت را مغتنم دانسته و حلول سال نو را تبریک عرض می نمایم و از درگاه خداوند بخشنده، ایامی سرشار از سلامتی، سربلندی، و کرامت برای شما عزیزان و خانواده محترمان آرزو مندیم.

علیرضا امیرحسینخانی

مدیر عامل بیمارستان بنت الهدی

نوروز یکی از کهن ترین جشن های به جا مانده از دوران باستان است. این جشن قدمتی سه هزار ساله دارد و قدیمی ترین آیین ملی در جهان به شمار می رود که با فرهنگ پارسی گره خورده است.

جشن نوروز، جشنی بر پایه طبیعت و زمان است و از منطقی ترین مبادی برای آغاز سال به شمار می رود.

از دید نجومی این روز مقارن با اعتدال بهاری است که خورشید روی مدار استوا قرار می گیرد و روز و شب برابر می شوند و طبیعت دوره سرما را پشت سر گذاشته و زمین از خواب زمستانی بیدار شده و جنب و جوش و حیات را از سر می گیرد.

سال نو نزد ایرانیان، با شادی و طراوت آغاز می شود. شکفتن شکوفه ها، سر سبزی طبیعت، باران رحمت الهی، سرزندگی، امید مردمان به زندگی بهتر در سال آینده و سالهای آینده و آرزوی زندگی در فضایی آکنده از برادری، صمیمیت و صلح، پیام نوروز و خصلت بهار است.

جشن پویایی طبیعت و فرارسیدن نوروز باستانی را به شما ایرانیان عزیز تبریک و تهنیت عرض نموده و صمیمانه سالی سرشار از نیک روزی و موفقیت برایتان آرزو مندیم.

دکتر محمد تقی صراف

عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان

نمایشگاه تجهیزات پزشکی و بیمارستانی

ARABHEALTH 2011



نمایشگاه Arabhealth، بزرگترین نمایشگاه تخصصی در زمینه تجهیزات پزشکی، بیمارستانی و آزمایشگاهی در منطقه غرب آسیا می باشد که همه ساله در هفته آخر ژانویه به مدت چهار روز در شهر دبی کشور امارات متحده عربی برگزار می گردد و پس از نمایشگاه مدیکای آلمان از آن به عنوان مهم ترین رویداد پزشکی جهان نام برده می شود.

یکی از نکات مهم این نمایشگاه کثرت کشورهای شرکت کننده در آن می باشد چرا که عمده کشورهای صاحب نام و پیشرو در صنعت بهداشت و درمان به طور فعال در این همایش شرکت می کنند که از آن جمله می توان به فرانسه، انگلستان، آمریکا، آلمان، ژاپن، کره جنوبی، استرالیا، چین و ترکیه اشاره نمود.

جمهوری اسلامی ایران نیز در چند سال اخیر با اختصاص دادن پايون متشکل از غرفه های مختلف مربوط به بیمارستان ها و تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی کشور، در این نمایشگاه شرکت نموده است و خوشبختانه این حضور، سال به سال بهتر و پررنگ تر شده است.

بیمارستان بنت الهدی با توجه به اهداف عالیه مدیران آن در جهت ارتقاء سطح کیفی و یافتن راههای جدید ارائه خدمات نوین در چهار سال اخیر حضور فعالی در این نمایشگاه داشته است. به خصوص در دو سال گذشته که غرفه ای نیز برای بیمارستان تهیه و از آن طریق به معرفی بیمارستان و تبادل نظر با سایر فعالان صنعت بهداشت و درمان در سطح بین المللی پرداخته شده است.

غرفه بیمارستان بنت الهدی در سال جاری در محل پایون جمهوری اسلامی ایران بر پا شده و از روز اول شروع به کار نمایشگاه، تعدادی از مدیران و پرسنل در محل غرفه حضور داشته و با ارائه بروشور و پمفلت های مختلف به زبان های انگلیسی و عربی و نمایش فیلم های تبلیغاتی

بیمارستان و برگزاری نشست ها و جلسات متعدد، نسبت به معرفی بیمارستان به سایر مراجعین و بحث و تبادل نظر با آنان، اقدام نمودند.

در این بین مذاکرات دو و چند جانبه ای با نمایندگان بسیاری از شرکت های تولید کننده لوازم و تجهیزات بیمارستانی و پزشکی صورت گرفته و در بعضی موارد قراردادهای همکاری متقابل نیز گذاشته شده است.

از نکات قابل توجه نمایشگاه امسال، حضور افراد و شخصیت های مختلف در محل غرفه بیمارستان بنت الهدی و بازدید از این غرفه بود، و بعضی از این عزیزان نیز با درج مطالبی در دفتر یادبود بیمارستان به پرسنل و مدیران آن ابراز لطف و محبت نمودند. از جمله بازدید کنندگان فوق می توان به حضور افراد زیر اشاره نمود:

جناب آقای دکتر امیر حسنخانی ریاست محترم هیئت مدیره شرکت آساگستران، آقای دکتر لنکرانی وزیر محترم اسبق بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، حجه الاسلام و المسلمین جناب آقای مدنی نماینده محترم مردم شهرستان بجنستان در مجلس شورای اسلامی، آقای دکتر بهاری مدیر بیمارستان ایرانیان دبی، آقای دکتر خشنود مدیر عامل بیمارستان مرکزی شیراز، آقای دکتر حسن راشکی دبیر کمیته گردشگری سلامت وزارت بهداشت و درمان و بسیاری دیگر از عزیزان ایرانی و غیر ایرانی که به علت کثرت نام ها از درج همه آن ها معذوریم.

مسئلاً حضور فعال در همایش های بین المللی به خصوص نمایشگاهی به گستردگی و اهمیت Arabhealth می تواند نام بیمارستان بنت الهدی را در منطقه خاورمیانه و غرب آسیا مطرح کرده و به تدریج باعث افزایش روزافزون توانمندیهای فوق تخصصی بیمارستان و حضور هر چه فعال تر در زمینه های نوین ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نظیر "گردشگری سلامت" شود.

در پایان باید از زحمات و پشتیبانی های فراوان و همه جانبه جناب آقایان دکتر محمدرضا امیرحسنخانی و مهندس علیرضا امیرحسنخانی تشکر نمود چرا که بدون حمایت این عزیزان، راه اندازی غرفه ای که بنا به تأیید و تأکید همگان یکی از بهترین غرفه های پایویون ایران با بالاترین آمار بازدید کننده بوده است، امکان پذیر نبود.



ارزش آزمایشات ایمونوهیستوشیمی در تشخیص های آسیب شناسی - کاربردها، مشکلات و تله های تشخیصی

۴- بررسی عوامل عفونت زا (مثلاً IHC برای
مایکوپلازما، توبرکولوزیس، وروس EBV،
HIV8 و غیره)

۵- بررسی گیرنده های هورمونی سلولها (مثل بررسی
گیرنده های هورمون های استروژن و پروژسترون در
کارسینوم پستان) جهت تصمیم گیری در ادامه درمان های
کمیکی و پیش آگهی وضعیت بیمار

۶- بررسی پروتئین های ناشی از ژن های اشکوزن
(سرطانزا) و یا مهار کننده سرطان (مثلاً بررسی HER2
در کارسینوم پستان، بررسی BAX p53 و...
جهت تأیید تشخیص، درمان های کمیکی و پیش آگهی)
۷- افتراق تومرهای متابولیک یا منشأ اولیه ناشناخته
(مثلاً وجود HBM45 به نفع ملانوم بدخیم و LCA به
نفع لنفوم و غیره)

۸- افتراق کارسینوم های نفوذی از در جا (مثل پیگیری
مارکرهای سلول بازال و میوایی لیبیل در به ترتیب
کارسینوم پروستات و پستان)

لازم بذکر است که معمولاً یک مارکر IHC به تنهایی
قادر به تشخیص کافی نیست بخصوص در مورد
تومرهای تحت عنوان Small blue round cell
یا متاسازهای ناشناخته و افتراق آنها از ضایعات اولیه، و
بایستی از این مارکرها بصورت پاتل های تشخیصی
همراه با هم استفاده کرد که انتخاب این پاتل ها با توجه
به تشخیص اولیه، مورفولوژی و درخواست های پزشک،
می تواند کاملاً متفاوت باشد هنر آسیب شناس در
انتخاب صحیح این مارکرها حائز اهمیت است.

به اختصاصیت خیلی از این تست ها افزوده شده است.
با توجه به اینکه بافت های ارسالی به آزمایشگاه آسیب
شناسی بطور معمول بصورت فیکس شده یا در حال
فیکسایش در فرمالین ۱۰ درصد بدست مای رسند و
نظر به اینکه خود فرمالین می تواند باعث تغییر در
یکسری از آنتی ژن های سلولی شود، پس برخورد اولیه یا
بافتها و دقت در نوع و زمان فیکسایش آنها جهت IHC
احتمالی بعدی ضروری است (بافت هایی که بین ۱۲-۲۴
ساعت فیکس شده باشند برای IHC مناسب ترند و پس
از ۳۶ ساعت مرتباً از قدرت آنتی ژنیک سلولها کاسته
می شود که نتیجه منفی کاذب را پدید می آورد).

برای بیان (Unmasking) آنتی ژن های تغییر شکل
یافته توسط فیکساتور فرمالین، می توان از روش هضم
آزمینی استفاده کرد اما خود آن ممکن است موجب
اختلال در عملیات شود، پس روش های بازیابی آنتی ژن
Ag retrieval در سال ۱۹۹۱ ابداع شده است که با
حرارت دادن بافت های فیکس شده توسط مثلاً یک اجاق
مایکروفر قبل از شروع رنگ آمیزی IHC، قدرت
تشخیص آنتی ژن ها افزایش می یابد. امروزه تست های
IHC تا حد زیادی جایگزین روش های رنگ آمیزی
هیستوشیمی (HC) مثل رنگ آمیزی PAS، تری
کروم، TRAP، PTAH، و غیره شده است، هرچند در
موارد خاصی جایگاه هیستوشیمی هنوز به قوت خود
باقی است.

موارد استفاده از روش IHC در پاتولوژی بافتی بصورت ساده و خلاصه شده شامل این موارد است:

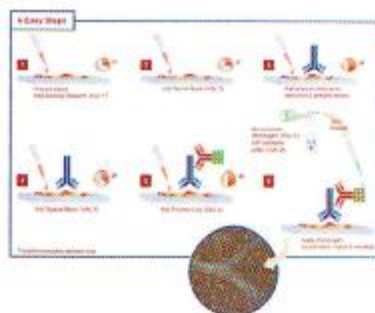
۱- بررسی وجود آنتی ژن های اختصاصی مربوط به
سلول های با منشأ مختلف پوششی، مزانشیمال، لنفوئید و
غیره (مثلاً سایتوکراتین و وابستین بعنوان فیلامان های
حدواسط سیتوپلاسمی در به ترتیب سلول های پوششی و
مزانشیمال یا CD 15 بعنوان شاخص سلول هوجکین)
جهت تشخیص دقیق تر یا تأیید تشخیص اولیه.
۲- طبقه بندی کامل تومر ها بخصوص در مورد لنفوم ها
و لوسمی ها (مثلاً افتراق لنفوم سلول B از T و یا در
گروه سلول B جدا کردن SLL از لنفوم سلول مانل و
مارژینال زون)

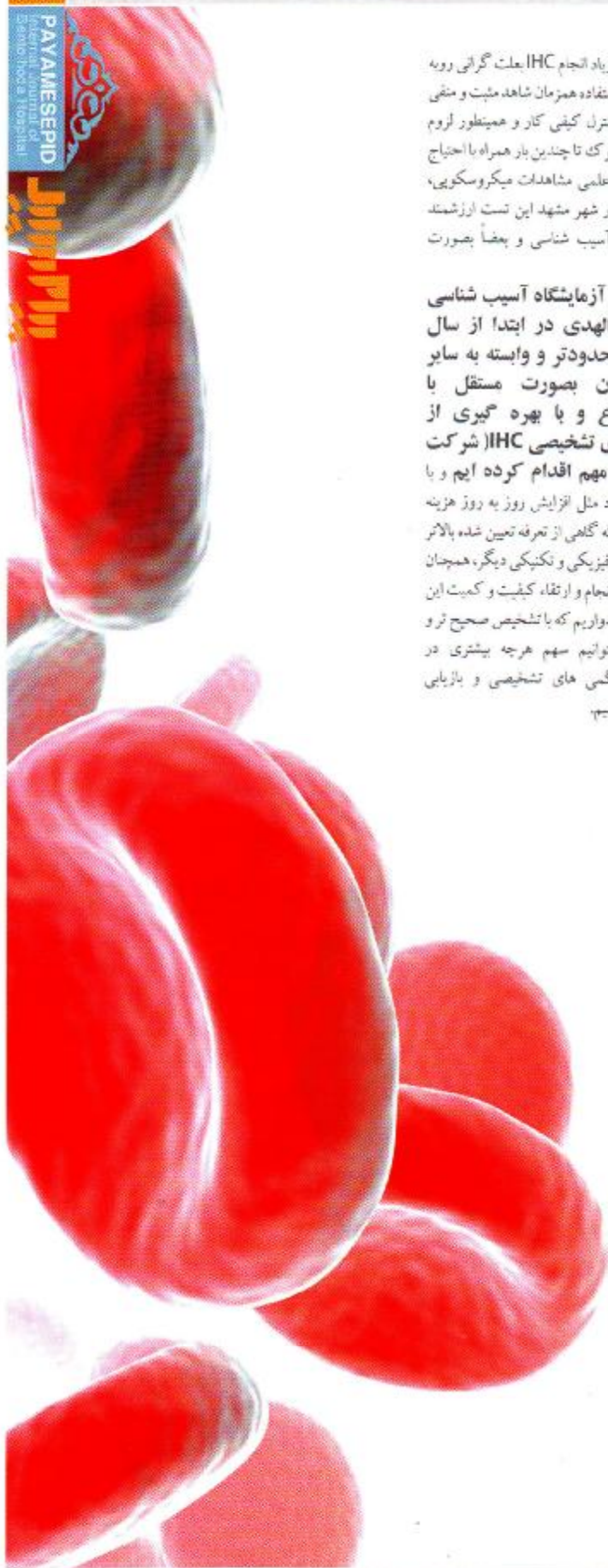
۳- بررسی سرعت تکثیری سلول های یک تومر (مثلاً
توسط مارکر Ki67) جهت بررسی امکان بدخیمی
ضایعه یا بررسی پیش آگهی یک تومر بدخیم مشخص

روش تشخیصی ایمونوهیستوشیمی (IHC) یک
تکنیک کامل کننده فعالیت های آسیب شناسی
تشریحی با میکروسکوپ نوری بوده و عبارت است
از مشخص کردن آنتی ژن های اختصاصی سلولها و
بافت های مختلف به شیوه واکنش آنتی ژن-آنتی بادی.
در این متد مارکرهای (آنتی بادی های) ویژه یکسری از
آنتی ژنها و پروتئین های سلولی تحت شرایط خاصی
به سلولها اضافه می شود و در صورت وجود آن
پروتئین خاص بواسطه اتصال ایمنولوژیک این دو،
و واکنش بعدی آنزیمهایی مثل پراکسیداز و آنتی
پراکسیداز همراه با یک عامل رنگ زا (کروموزن)
تحت میکروسکوپی نوری نتیجه مشاهده می شود.

اگرچه روش IHC از سال ۱۹۴۰ توسط COONS
برروی بافت های تازه منجمد شده و یا متد
ایمونوفلورسنس انجام شده است اما تا دهه ۱۹۹۰
بصورت یک آزمایش عمومی آسیب شناسی، حتی
در کشور های پیشاز آن محسوب نمی شده است.
در کشور ما از حدود یک دهه قبل به صورت
محدود و با آنتی بادهای اندک و روش های ساده تر
انجام شده که آن هم بیشتر در حد پروژه های
تحقیقاتی بوده است. اکنون نیز با وجود در دسترس
بودن آنتی بادهای اختصاصی متعدد و امکان انجام
آزمایش بر روی بلوک های بافتی پارافینه آرسوبی
مربوط به بافت های فیکس شده در فرمالین (علاوه بر
بافت تازه برش خورده توسط دستگاه فروزن سکشن)
جزو آزمایشات فوق تخصصی پاتولوژی محسوب
می شود که بدلیل مخارج بالای تکنیک ها،
مشکلات متعدد تکنیکی و تحلیلی و نتیجه گیری
علمی آن حتی در شهر های بزرگ دانشگاهی، فقط
در یکسری از مراکز مجهز تر با نیروهای تشخیص
دهنده کار کرده و ماهر انجام می شود.

در این تست ها از روش های تک مرحله ای اتصال
مستقیم Ag - Ab تا روش های چند مرحله ای پیچیده
مثل پراکسیداز - آنتی پراکسیداز (PAP)،
کورتجوگاسیون با آوبدین - بیوتین (ABC) و
بیوتین - استریتا ویدین (B-SA) همراه با متد های
افزایش قدرت واکنش مثل Tyramide و هینتور
روش های بسیار حساس اتصال با واسطه پلی مرها استفاده
می شود. امروزه با کمک آنتی بادی های مونوکلونال





متاسفانه مخارج بسیار زیاد انجام IHC باعث گرانی روبه رشد مارکرها، نیاز به استفاده همزمان شاهد مثبت و منفی یا یافت اصلی برای کنترل کیفی کار و همپنلور لزوم تکرار آزمایشات مشکوک تا چندین بار همراه با احتیاج به تبحر کافی تحلیل علمی مشاهدات میکروسکوپی، موجب این شده که در شهر مشهد این تست ارزشمند فقط در چند مرکز آسیب شناسی و بعضاً بصورت محدود انجام شود.

خوشبختانه ما در آزمایشگاه آسیب شناسی بیمارستان بنت الهدی در ابتدا از سال ۱۳۸۵ بصورت محدودتر و وابسته به سایر مراکز و اکنون بصورت مستقل با مارکهای متنوع و با بهره گیری از معتبرترین کیتهای تشخیصی IHC (شرکت DAKO) به این مهم اقدام کرده ایم و با وجود مشکلات متعدد مثل افزایش روز به روز هزینه های تمام شده تنها که گاهی از تعرفه تعیین شده بالاتر می باشد و کمبودهای فیزیکی و تکنیکی دیگر، همچنان تلاش خود را به ادامه انجام و ارتقاء کیفیت و کمیت این آزمایشات داشته و امیدواریم که با تشخیص صحیح تر و کامل تر بیماران، بتوانیم سهم هرچه بیشتری در جلوگیری از سردرگمی های تشخیصی و بازایی سلامتی آنان داشته باشیم.

امکان بهره وری از متد IHC بر روی نمونه های سیتولوژی بدست آمده از آسپیراسیون یا سوزن ظریف (FNA)، مایعات سروزی، پاپ اسمیر و غیره نیز میسر است که با عنوان ترجیحی ایمنوسیتوشیمی (ICC) بیان می شود. در صورت نیاز پس از مطالعه اسلاید میکروسکوپی سیتولوژی می توان اول آن را با حرارت و سپس قرار دادن در گزیرلول جدا کرده و به شیوه ای مشابه بافت ها رنگ آمیزی ایمونولوژی انجام داد. البته بدلیل نمونه های حساس تر و امکان بیشتر ریزش سلولها از روی لام در حین فرایند IHC و نیاز به اسلایدهای استاندارد تجاری IHC، انجام ICC بصورت بسیار محدودتری صورت می پذیرد.

با وجود تمام کاربردهای IHC در تشخیص بافتی، این روش می تواند یک تیغ دولبه باشد چرا که به دلایل مختلف تکنیکی و تحلیلی امکان بدست آوردن نتایج مثبت و منفی کاذب و در نتیجه سردرگمی بیشتر تشخیصی وجود دارد. بطور مثال فیکساسیون نامناسب بافتها، به خصوص وقتی یک نمونه جهت مشاوره و بررسی مجدد از مراکز آزمایشگاهی دیگر که تحت کنترل ما نیستند دریافت شود، کیفیت بد برخی کیت های تشخیصی، غیر فعال شدن آنتی بادیهای IHC باعث ذخیره سازی غلط پیش از خریداری یا در آزمایشگاه و خطاهای پرسنلی در مراحل مختلف کار بخصوص در مورد روشهای چند مرحله ای پیچیده تر، همه می تواند موجب نتایج غلط شوند. علاوه تنها پاتولوژیستی بایستی این آزمایشها را گزارش کند که آگاهی کامل به علم IHC داشته و با مطالعه مستمر در مورد این آزمایشات که سرعت تغییرات آن از اغلب متون آسیب شناسی سریعتر می باشد (کاملاً Up to date) و به روز باشد و همچنین از تجربه کافی برخوردار با پاسخ های کاذب و همپوشانی های فراوان آنتی بادیها با یکدیگر برخوردار باشد. به همین ترتیب باید توجه داشت که IHC هیچگاه جایگاه بررسی مرفولوژی اولیه ضایعات را به عنوان اقدام اصلی تشخیصی نمی گیرد بلکه در صورت لزوم از IHC برای تشخیص صحیح تر یا تایید تشخیص استفاده می شود.

به دلیل گرانی این روش از نظر هزینه تمام شده برای آزمایشگاه و بیمار و تداخلات متعدد بین آنتی بادیهای اختصاصی بافتهای مختلف که می تواند موجب سردرگمی تشخیصی شود، مهارت پاتولوژیست در انتخاب کمترین و صحیح ترین آنتی بادیهای مورد لزوم IHC و اصولاً کشف مواردی که این تستها می توانند کمک کننده باشند، حائز اهمیت است.

با توجه به ابداع روشهای درمانی اختصاصی برای بیماریهامروزه بدون بکارگیری IHC در خیلی از موارد امکان تشخیص کامل و تایید شده ضایعه میسر نیست. همچنان که درمورد تشخیص و طبقه بندی لنفوم ها با استفاده از مارک C-Kit (CD117) برای تشخیص تومراسترومال گوارشی (GIST) صادق است.

دکتر امیرمسعود رجب پور ■ متخصص اطفال و نوزادان

تجویز مکمل "امولسیون روغن ماهی" و تأثیر آن در کاهش شدت رتینوپاتی نوزادان VLBW



گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد گروهی از نوزادان که امولسیون حاوی روغن دانه سویا، روغن زیتون و روغن ماهی دریافت کردند به طور قابل توجهی کمتر به لیزر درمانی احتیاج پیدا نمودند و همچنین هیچ موردی از کلساز در این گروه دیده نشد، در حالیکه در گروه دوم پنج مورد از ابتلا به کلساز یافت شد. در نهایت محققین چنین نتیجه گیری کردند که تجویز امولسیون های چربی با منشاء روغن ماهی از روز اول تولد می تواند در پیشگیری از رتینوپاتی شدید نوزادان نارس مؤثر باشد و لذا تحقیقات بیشتر در این زمینه مسلماً دارای ارزش زیادی خواهد بود.

نارس، امولسیون های چربی است که فاقد DHA هستند، لذا علایم کمبود این عنصر با ارزش به وجود می آید. در این تحقیق که برای اولین مرتبه انجام شده، دو گروه ۴۰ نفره نوزاد نارس (با وزن تولد کمتر از ۱۲۵۰ گرم) مورد مقایسه قرار گرفتند. در یک گروه امولسیون چربی حاوی امولسیون روغن ماهی (دارای DHA)، همراه روغن دانه سویا و روغن زیتون و در گروه دیگر امولسیون روغن زیتون و روغن دانه سویا از روز اول تولد و به صورت وزیدی تجویز شد. این دو گروه از نظر پیدایش رتینوپاتی و نیاز به درمان با لیزر و همچنین ایجاد کلساز مورد مقایسه قرار

داد. کوزاهنگز انوتیک اسید (DHA) ماده بسیار مهمی جهت تکامل مغزی و قدرت بینایی جنین می باشد که در سه ماهه آخر بارداری، جنین این ماده را از ذخایر چربی بدن مادر تأمین می کند، اما نوزادانی که قبل از پایان سه ماهه سوم بارداری متولد می شوند در معرض خطر شناخته شده کمبود این ماده مهم قرار دارند.

شبکه چشم دارای سلول های استوانه ای و مخروطی متعدد همراه با غشایی است که غنی از DHA می باشد اما در نوزادان نارس، همان گونه که ذکر شد کمبود این ماده وجود دارد و از طرفی چون در دو سه هفته اول زندگی، منبع اصلی چربی برای این نوزادان

دکتر زهرا خادم ■ جراح و متخصص چشم

ناخنک (Pterygium)



نور خورشید و شکست آن در سطح چشم می باشد.

پاتوفیزیولوژی

پاتوفیزیولوژی ناخنک عبارت است از دژنراسیون الاستوتیک (Elastotic) کلاژن و پرولیفراسیون فیبروواسکولار بافت زیر ملتحمه.

ویژگی مهم ناخنک تخریب لایه بومن قرنیه است که این امر باعث میشود بعد از جراحی ناخنک اسکار در قرنیه به جا بماند.

مهمترین عامل محیطی در شروع این تغییرات الاستوتیک اشعه ماوراء بنفش (UVA و UVB) است.

انواع

بر اساس شکل ناخنک و ابتلای قرنیه، ناخنک به سه تیپ اصلی تقسیم می شود:

تیپ ۱: ضایعه محدود به لیمنوس است یا فقط لبه آن به قرنیه تهاجم یافته و معمولاً بیمار شکایت یا عارضه ای ندارد.

تیپ ۲: ضایعه روی قرنیه پیشرفت کرده اما متوقف

که در دهه سوم عمر در محیط های سر باز و در مواجهه با اشعه ماوراء بنفش قرار می گیرند بسیار بیشتر است.

اتیولوژی

مهمترین عوامل ایجاد ناخنک عبارتند از:

۱. ارت: این عامل سبب مستعد شدن ملتحمه به ایجاد واکنش های غیر طبیعی نسبت به محرک های محیطی می شود.

۲. التهاب: ضایعات یا زخم های کوچک ناحیه لیمنوس ناشی از عوامل محیطی خصوصاً گرد و غبار موجب التهاب و تحریک ملتحمه می شود.

۳. خشکی قرنیه و ملتحمه: خشکی موضعی قرنیه و ملتحمه ناشی از اختلال لایه اشکی و همچنین تبخیر اشک در اثر باد می تواند سبب تحریک رشد بافت فیبرولاستی شود.

۴. اشعه ماوراء بنفش: پذیرفته شده ترین تئوری ایجاد ناخنک است که توجه کننده شکل مثلثی و محل نازال آن بر روی قرنیه به علت فرم خاص تابش

مقدمه

ناخنک عبارت است از پرولیفراسیون فیبرو واسکولار منشا گرفته از بافت های زیر ملتحمه که به آهستگی به طرف قرنیه رشد کرده و در سطح آن به شکل مثلثی انقباضی می شود و نهایتاً می تواند باعث اختلال بینایی گردد.

ناخنک در نواحی استوایی و گرمسیری بیشتر دیده می شود و همچنین در افرادی که بیشتر در معرض آب و هوای آفتابی، خشک و غبار آلود قرار دارند شایع است.

جراحی ناخنک یکی از جراحی های شایع در چشم پزشکی است اما با توجه به عود نسبتاً بالا هنوز هم در بسیاری از موارد درمان و کنترل عوارض ناخنک یکی از مشکلات چشم پزشکی است.

اپیدمیولوژی

شیوع ناخنک در مناطق گرم و خشک بیشتر است. شیوع در مردان بیشتر از زنان است. میانگین سنی بیماری ۴۴ سالگی است. ریسک ناخنک در افرادی

ناخنک عبارت است از پرولیفراسیون فیبروواسکولار منشأ گرفته از بافت های زیر ملتحمه که به آهستگی به طرف قرنیه رشد کرده و در سطح آن به شکل مثلثی انفیلتره می شود و نهایتا می تواند باعث اختلال بینایی گردد.

مایسین (MMC) و اکزیون همراه با قلم ملتحمه قابل انجام است.

اندیکاسیون های جراحی

۱. اختلال دید چه به طور مستقیم در اثر پوشیده شدن محور بینایی، و چه به طور غیر مستقیم در اثر ایجاد استیگماتیسم منظم یا نامنظم.
 ۲. التهاب مزمن یا عودکننده سطح چشم در اثر ناخنک
 ۳. ایجاد محدودیت حرکات چشمی
- با توجه به احتمال عوارض ناشی از عمل و عود بالای ناخنک بعد از عمل مسائل زیبایی نمی تواند به تنهایی اندیکاسیونی برای جراحی باشد.
- در خاتمه باید خاطر نشان کرد که محافظت در برابر اشعه ماوراء بنفش در تمام موارد ناخنک لازم است تا از پیشرفت ناخنک و ایجاد تحریک و التهاب در سطح چشم جلوگیری شود.
- همچنین با توجه به احتمال زیاد عود بیماری بعد از عمل، محافظت در برابر اشعه ماوراء بنفش بعد از عمل هم نقش مهمی در کاهش موارد عود خواهد داشت.

ضایعه با بررسی هستیولوژیک آن می باشد.

۳. پایلوم: منشأ ویروسی داشته و به صورت ضایعه شدیداً واسکولاریزه و گگل کلمی، که به آسانی خونریزی می کند، ظاهر می نماید.

درمان

درمان ناخنک شامل دو گروه اصلی است:

- ۱- درمان طی:

تجویز موضعی قطره های کورتون یا قطره های ضد التهابی غیر استروئیدی در درمان موارد التهابی ناخنک موثر است و علائم و شکایت بیمار را کم می کند، اما در جلوگیری از پیشرفت ناخنک تأثیری ندارد.

اخیراً گزارش هایی از نتایج موفق کاربرد موضعی Avastin منتشر شده است.
- ۲- درمان جراحی:

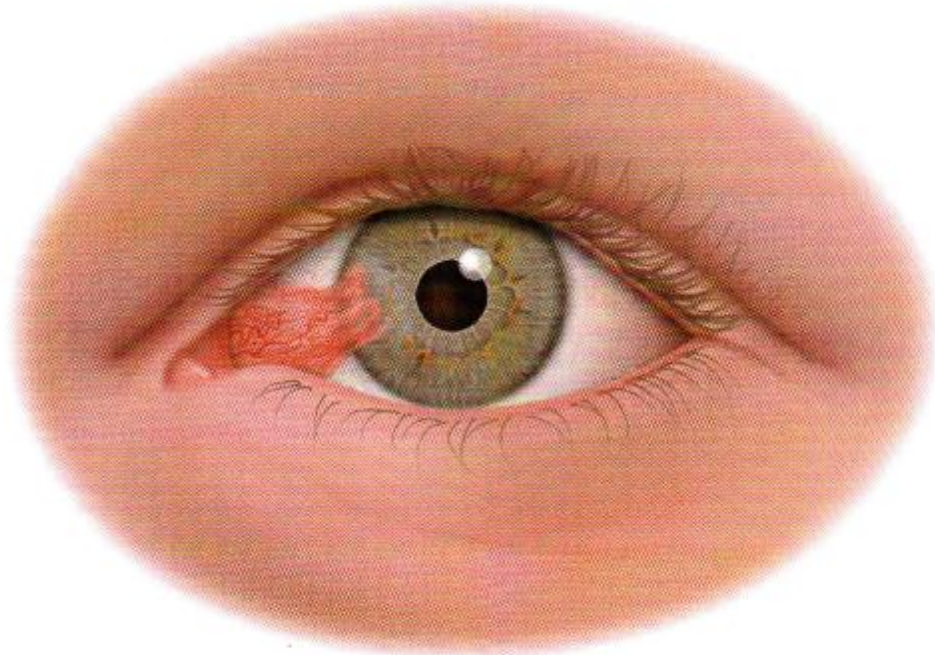
موثرترین درمان است اما با توجه به احتمال عود بالا و ریسک عوارض ناشی از درمان های کمکی کاهنده عود حین عمل، جراحی باید تنها در مواردی که اندیکاسیون دارد انجام شود. جراحی به روش های اکزیون ساده یا اکزیون همراه با میتو

اوپتیکال درگیر نشده است. این نوع شایعترین نوع ناخنک است و معمولاً همراه با علائم تحریکی به صورت فتو فوبی، سوزش چشم، اشکریزش و درجانی از کاهش دید به علت استیگماتیسم حاصله، می باشد.

تپ ۱۱۱ ضایعه به قدری روی قرنیه پیشرفت نموده که منطقه اوپتیکال را درگیر کرده است و در این حالت واس ناخنک فضای مردمک را مورد تهاجم قرار داده که منجر به کاهش دید شدیدتری نسبت به نوع قبلی می شود.

تشخیص افتراقی: برخی از ضایعات قرنیه و لیپوس می توانند نمای مشابه ناخنک داشته باشند شامل:

۱. ناخنک کاذب: که در اثر ترمیم زخم ها و التهابات محیطی قرنیه ایجاد می شود که ممکن است در هر ناحیه ای از محیط قرنیه ایجاد شود و در واقع ملتحمه ای شدن بخشی از سطح قرنیه است.
۲. اسکواموس مل کار سینو مای لیپوس (SCC): علت ایجاد این بیماری نادو هم تماس مزمن با اشعه ماوراء بنفش است که شایعترین محل آن بخش تحتانی خارجی لیپوس است. تشخیص قطعی



بیماری تخمدان پلی کیستیک Polycystic Ovarian Disease (PCOD)



نشانه ها و تظاهرات بیماری

خاتم های مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک ممکن است هر کدام چندین علامت این بیماری را با شدت های مختلف نشان دهند اما جهت تشخیص بیماری لازم است بیمار حداقل ۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد:

۱- سیکل های قاعدگی نامنظم یا قطع قاعدگی (شایعترین علامت) که با سیکل های ماهیانه در فواصل طولانی تر از ۳۵ روز یا تعداد قاعدگی کمتر از ۸ بار در سال مشخص می شود.

۲- افزایش میزان هورمون های مردانه در بدن که با بروز تظاهراتی مانند هیرسوئیسم، آکنه یا جوش صورت و ریزش موی سر همراه است. هیرسوئیسم در زنان با افزایش میزان رشد ضخامت و تعداد موها در نواحی صورت، سینه، قسمت پایین شکم، پشت و قسمت بالای ران ها تعریف می شود.

۳- بزرگ شدن تخمدان ها با کیست های کوچک فراوان بر سطح آن که با انجام سونوگرافی مشخص می شود. البته نمای تخمدان به تنهایی دلیل قطعی بر وجود یا عدم وجود این بیماری نیست چرا که ممکن است خانمی با بیماری تخمدان پلی کیستیک دارای نمای طبیعی در سونوگرافی تخمدان باشد و خانمی با کیست های متعدد در سونوگرافی تخمدان، مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک نباشد. برای تشخیص این بیماری حتماً باید علاوه بر تخمدان های پلی کیستیک، اختلال در سیکل قاعدگی و علائم افزایش هورمون های مردانه وجود داشته باشد.

۴- چاقی: چاقی باعث تشدید علائم بیماری تخمدان پلی کیستیک می شود.

۵- نازایی: ممکن است بیمار مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک نیاز به درمان های کمکی جهت بارور شدن داشته باشد.

۶- آکانتوزیس نیگر کانس: وجود ضایعات مخمل گونه تیره رنگ در نواحی کشاله ران، زیر بغل، زیر سینه ها، قاعده گردن.

۷- درد های مزمن لگنی.

بیمار یابی و تشخیص

افراد مبتلا به بیماری تخمدان پلی کیستیک ممکن

هورمون های مترشحه از مغز کنترل می شوند و تنظیم فعالیت این هورمون ها نیز توسط یک چرخه فیزیولوژیک از هورمون های مترشحه تخمدانی صورت می گیرد. هرگونه اختلال در این مسیرها باعث اختلالات قاعدگی و برهم خوردن نظم هورمون ها در بدن شده و موجب بروز علائم و تظاهرات گوناگونی در فرد مبتلا می شود. شرایط و بیماری های دیگری که با ایجاد اختلال در نظم این چرخه ها، باعث عدم تخمک گذاری و اختلال در تنظیم قاعدگی می شوند شامل بیماری های عدد تیروئید، اختلال در ترشح هورمون پرولاکتین (مترشحه از مغز)، مصرف یک سری از داروها، استرس و غیره می باشد. تشخیص صحیح بیماری متوط به بررسی های آزمایشگاهی و بالینی است که توسط پزشک انجام می شود. در بیماری تخمدان پلی کیستیک، در تیمه اول هر دوره قاعدگی فولیکول ها شروع به رشد می نمایند ولی در میانه سیکل، تخمک گذاری انجام نمی شود.

در نتیجه فولیکول ها به صورت کیست های متعدد سطح هر دو تخمدان را می پوشانند. به دنبال اختلال تخمک گذاری ماهیانه، از یک سو نظم سیکل های قاعدگی ماهیانه برهم می خورد و باروری فرد با مشکل مواجه می شود و از سوی دیگر با ایجاد اختلال در ترشح هورمون های جنسی طبیعی و افزایش ترشح هورمون های مردانه (اندروژن ها) از تخمدان، علائم و تظاهرات بیماری از قبیل افزایش موهای زائد در صورت و بدن، آکنه و ریزش موی سر ظاهر می شود.

میزان شیوع آن حدود ۱۰-۵ درصد موارد می باشد. علت اصلی آغاز کننده این بیماری هنوز به خوبی مشخص نیست ولی به نظر می رسد که فاکتور های ژنتیکی در بروز این بیماری نقش داشته باشند. مهمترین ویژگی این بیماری اختلال در روند طبیعی تخمک گذاری است که به دنبال آن اختلال در سطح هورمون های متعدد رخ می دهد. نتیجه این اختلالات، بروز کیست های ریز و متعدد بر سطح ضخیم شده تخمدان، اختلال در قاعدگی (قطع قاعدگی، قاعدگی نامنظم)، افزایش موهای زائد در صورت و بدن (هیرسوئیسم)، بروز آکنه یا جوش صورت و ریزش موی سر است که اکثراً موجب نگرانی بیمار و مراجعه به پزشک می شود، گرچه ممکن است مراجعه بیمار تا زمان بروز مشکلات باروری یا نازایی به تأخیر افتد. عوارض دیررس این بیماری که تهدید کننده حیات است شامل افزایش خطر سرطان رحم، سرطان پستان، نازایی، بیماری های قلبی و عروقی و دیابت نوع دو می باشد. تشخیص و درمان به موقع و صحیح آن حائز اهمیت است که علاوه بر درمان علائم می تواند در زمینه پیشگیری از عوارض دیر رس بیماری نقش حیاتی داشته باشد. برای شناخت و درک صحیح این بیماری بهتر است که ابتدا مرور مختصری بر یک دوره طبیعی قاعدگی داشته باشیم. در ابتدای هر دوره ماهیانه قاعدگی، چند فولیکول (سلول جنسی ماده که توسط سلول های یافت تخمدانی احاطه شده است) در یکی از تخمدان ها ی راست یا چپ شروع به رشد نموده که نهایتاً در نیمه قاعدگی یکی از فولیکول ها به حداکثر رشد رسیده و پاره می شود و سلول جنسی ماده (تخمک) آزاد می گردد. در صورت بارور شدن سلول جنسی ماده توسط اسپرم، بارداری رخ می دهد، در غیر این صورت تخمک و سایر فولیکول ها از بین رفته و به علت کاهش هورمون های جنسی ترشح شده از تخمدان (استروژن و پروژسترون)، لایه های داخلی رحم شروع به ریزش می نمایند و خونریزی قاعدگی آغاز می شود. میانگین دوره خونریزی قاعدگی ۲ تا ۷ روز است و طول دوره سیکل های قاعدگی طبیعی معمولاً ۲۱ تا ۳۵ روز و میانگین آن ۲۸ روز می باشد. تنظیم فعالیت تخمدان ها و بروز دوره های منظم و ماهیانه قاعدگی، توسط برخی

تجویز خواهد شد. لازم به ذکر است که نقش بیمار علاوه بر مصرف صحیح داروهای تجویز شده، با انجام منظم حرکات ورزشی (حداقل ۳۰ دقیقه در روز و یا ۳ بار در هفته و هر بار به مدت یک ساعت)، کاهش وزن بدن در افراد چاق، کنترل وزن بدن در افراد غیر چاق، داشتن رژیم غذایی مناسب به صورت کاهش مصرف چربی‌ها و کربوهیدرات‌ها مثل نوشابه، کیک، شیرینی جات، پستی، افزایش مصرف مواد غذایی پر فیبر مثل نان‌های کامل، جو، بلغور و حبوبات اهمیت ویژه‌ای دارد. باید توجه داشت در کنترل علامت بیماری تخمدان پلی‌کیستیک و جلوگیری از عوارض دیررس آن علاوه بر مصرف صحیح دارو، پیگیری سیر بیماری، رژیم غذایی سالم، انجام حرکات ورزشی مناسب و کنترل وزن نقش اساسی را دارد.

در درمان بیماری تخمدان پلی‌کیستیک ممکن است نیاز به یک دوره طولانی مدت درمان دارویی و پیگیری مداوم تحت نظر پزشک معالج باشد. به عبارت دیگر درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد ولی با رعایت دستورات پزشک، مصرف منظم داروهای تجویز شده و مراقبتهای غیر دارویی، می‌توان بیماری را کنترل کرد.



است با بروز هریک از علائم فوق به پزشک مراجعه نمایند.

پزشک معالج جهت بررسی بیماری و شناخت علت آن برحسب نیاز اقدامات زیر را انجام می‌دهد:

- معاینات بدنی و لگنی
- آزمایش خون و هورمون‌ها
- سونوگرافی جهت بررسی تخمدان‌ها و ضخامت لایه‌های داخلی رحم

تشخیص اولیه و زودرس بیماری می‌تواند موجب کاهش خطر ابتلا به عوارض دیررس مانند بیماریهای قلبی-عروقی، دیابت نوع دو، فشارخون بالا و افزایش چربی‌های خون شود، از اختلال در باروری و نازایی پیشگیری نماید و همچنین در صورت بارداری از خطر ابتلا به دیابت و یا فشارخون حاملگی که معمولاً در زنان مبتلا به PCOD مشاهده می‌شود بکاهد. در این بیماری به دلیل مواجهه مداوم و پیش از حد رحم با استروژن بدون حضور پروژسترون، بیمار در معرض خطر خونریزی‌های نامنظم و شدید رحمی، لکه‌بینی‌های مداوم و در نهایت ابتلا به سرطان رحم و پستان قرار دارد که با تشخیص صحیح و به موقع می‌توان از خطر ابتلا به آنها کاست.

درمان: در درمان بیماری تخمدان پلی‌کیستیک ممکن

است نیاز به یک دوره طولانی مدت درمان دارویی و پیگیری مداوم تحت نظر پزشک معالج باشد. به عبارت دیگر درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد ولی با رعایت دستورات پزشک، مصرف منظم داروهای تجویز شده و مراقبتهای غیر دارویی، می‌توان بیماری را کنترل کرد. همچنین جهت پیشگیری از عوارض دیررس و تهدیدکننده حیات نظیر فشارخون، بیماری دیابت و غیره بیمار باید به طور دوره‌ای توسط پزشک معالج بررسی و در صورت بروز با درمان زودرس کنترل شود. درمان دارویی اصلی در این بیماری در صورت عدم تمایل به باردار شدن، استفاده از قرص‌های پیشگیری از حاملگی و با سایر داروهای هورمونی جهت تنظیم سیکل‌های قاعدگی و کاهش کیست‌های تخمدانی است که نوع و نحوه مصرف آن‌ها فقط توسط پزشک معالج تعیین می‌شود. همچنین در صورت وجود علائم دیگری نظیر وجود موهای زائد، ریزش موی سر، جوش صورت و چاقی ممکن است داروهای دیگری به درمان افزوده شود، جهت رفع موهای زائد علاوه بر درمان‌های دارویی ممکن است نیاز به انجام سایر درمان‌های تکمیلی مانند لیزر درمانی یا الکترولیز باشد که در مراحل بعدی توسط پزشک معالج توصیه می‌شود. در صورت ایجاد اختلال در باروری و یا نازایی که ممکن است به همراه بیماری تخمدان پلی‌کیستیک مشاهده شود، داروهای مناسب جهت درمان کمک باروری، پس از بررسی‌های لازم توسط پزشک معالج



بیهوشی در بیماران با اختلالات قلبی

سابقه سکوپ یا سابقه انفارکتوس میوکارد ضروری است. وجود اورتوپنه یا تنگی نفس حمله ای به تشخیص IHD کمک می کند.

معاینه فیزیکی اغلب در بیماران IHD طبیعی است ولی از نظر وجود ادم محیطی، ریتم گالوپ، وجود صدای S₃ و وجود ادم روی باید بررسی گردد.

تست های اختصاصی قلب از عمل شامل نوار قلب، تست ورزش، اکوکاردیوگرافی، وونتریگولوگرافی رادیو نوکلئید، تالپوم اسکن، CT آنژیو و PET می باشد. در صورت وجود نتایج مثبت تأیید کننده IHD توصیه به انجام CABG قبل از عمل جراحی غیر قلبی می گردد.

در تست ورزش، میزان تحمل فعالیت از پاسخ تراسه نوار قلب مهمتر است ولی به دلیل وجود موارد کاذب مثبت و منفی ارزش پیش بینی کننده کمی دارد ولی نقش نوار قلب سرباهی در این بیماران در تعیین پروگنوز، نسبت به تستهای اختصاصی مشخص نمی باشد ولی انجام آن مفید است.

اکوکاردیوگرافی

شواهدی مبنی بر اینکه اکوی در حال استراحت نسبت نوار قلب و معاینه اطلاعات بیشتری اضافه کند وجود ندارد ولی انجام اکو در طی انفوزیون دوبوتامین یا دی پیریدامول روش دقیقی برای ارزیابی IHD است. وونتریگولوگرافی در بیماران CHF یا بیماران درجه ای مفید است.

تالپوم اسکن در بیمارانی مفید است که دارای اختلالات ارتوپدی یا لگش هستند و توانایی انجام فعالیت جسمی را ندارند.

اداره بیهوشی در بیماران IHD

(۱) آماده سازی قبل از عمل: شامل استفاده از داروهای ضدایسکیمی، ضد هیپرتنسیون و داروهای کاهنده استرس، ویزیت قبل از عمل و تشریح مراحل مختلف بیهوشی برای بیماران، استفاده از داروهای آرام بخش (که انتخاب آن عمدتاً ترجیح متخصص بیهوشی و تجربه شخصی اوست) می باشد. یک روش مفید تجویز ۵ تا ۱۰ میلی گرم مورفین عضلانی و ۰/۴ تا ۰/۶ میلی گرم اسکوپولامین عضلانی یا بدون استفاده از آنزودیل و دیازپام های خوراکی می باشد. عدم قطع ناگهانی داروهای ضد فشارخون، چون باعث

اسکن: این تست برای ارزیابی دقیق نحوه خونرسانی عروقی کرونر و تعیین محل ضایعه اسدادی انجام می گیرد. شدت اختلال خونرسانی مهمترین شاخص تعیین پیش آگهی می باشد.

۷. آنژیو گرافی کرونری: این روش بیشترین اطلاعات را از وضعیت شریان های کرونری به دست می دهد. این روش برای تشخیص بیماران دارای آنژین ناشی از اسپاسم شریان کرونری نیز مفید است.

درمان به صورت خلاصه در بیماران IHD شامل تعدیل سبک زندگی، درمانهای دارویی و در نهایت پیوند عروقی (CABG) می باشد. تعدیل سبک زندگی شامل توقف مصرف سیگار، حفظ وزن ایده آل بدن، رعایت رژیم غذایی با هدف کاهش میزان LDL به زیر ۱۰۰ mg/dl و کنترل فشارخون سیستولیک به زیر ۱۴۰/۹۰ mmHg، انجام ورزشهای هوازی، و درمانهای دارویی مثل درمانهای ضد پلاکتی (ASA)، داروهای آنتی ترومبین (هپارین)، بتالوکرها، کلسمید، پلوکرها و نیترات های آنتی می باشد.

ارزیابی قبل از عمل بیماران با IHD ساخته شده یا مشکوک

خطر مرگ در این بیماران نسبت به بیماران بدون شواهد مبتنی بر IHD حداقل دو برابر است. در این بیماران در صورتی که تحت عمل جراحی عروقی محیطی یا آنورت قرار بگیرند احتمال خطر مرگ در اثر مشکلات قلبی به ۲۹ درصد می رسد.

شش عامل مستقل پیش بینی کننده برای عوارض شدید قلبی عیادتند از:

(۱) جراحی پر خطر (۲) IHD (۳) CHF (۴) بیماری عروق مغزی (۵) IDDM (۶) Cr > ۲ mg/dl. گرفتن شرح حال: هدف اصلی آن بدست آوردن شدت، میزان پیشرفت و محدودیت های ایجاد شده توسط IHD می باشد که به بررسی وجود آنژین صدری، تنگی نفس، کاهش تحمل فعالیت و ادم محیطی می پردازد. کاهش فعالیت در صورت عدم وجود بیماری روی محکم ترین علامت کاهش ذخیره قلبی می باشد. چنانچه بیمار بتواند دو یا سه سری پله را بدون ایجاد علامت بالا رود، احتمالاً ذخیره قلبی کافی جهت عمل جراحی دارد. بررسی

بیهوشی در بیماران دارای بیماری ایسکمی قلبی (IHD)

این بیماری که علت آن آنرواسکاروز در شریانهای کرونری (CAD) است با مس شدن جمعیت افزایش می یابد. علت عمده مرگ ناگهانی در بیماران مبتلا به IHD دیس ریتمی های قلبی می باشد. مهمترین ریسک فاکتور ایجاد آن جنس مذکر و افزایش سن است، دیگر ریسک فاکتورها شامل دیابت قندی، چاقی، سیگار کشیدن، افزایش فشارخون سیستولیک، هیپرکلسترولمی، سبک زندگی کم تحرک و سابقه فامیلی می باشد.

نحوه تشخیص IHD

۱. در ابتدا شرح حال بیمار است که با درد مبهم، احساس فشار یا سنگینی در خلف جناغ سینه توصیف می شود و بیمار نیاز به کشیدن نفس های عمیق دارد، این علامت که معادل آنژین در نظر گرفته می شود، معمولاً چند دقیقه به طول می انجامد.

۲. نوار قلب: تراسه الکتروکار دیوگرافی استاندارد به صورت پایین رفتن قطعه ST که مشخصه ایسکمی ساب اندوکارد است و یا بالا رفتن قطعه ST که نشانه ایسکمی ترانس مورال می باشد (آنژین واریانت) دیده می شود. قطعه T به صورت گذرا معکوس می گردد این موج در بیماران با سابقه انفارکتوس قلبی به صورت موج کاذب مثبت T رو به بالا می شود.

۳. تست ورزش: انجام این تست در بیماران با تنگی شدید آنورت ممنوع است. در این تست حداقل معیار برای اثبات IHD بالا یا پایین رفتن حداقل یک میلی متر قطعه ST از خط ایزومتریک تراسه می باشد که در حین یا در عرض ۴ دقیقه پس از انجام تست اتفاق افتد. در صورتی که تست همراه با آنژین صدری، افت فشار سیستولیک و تحمل ضعیف ورزش باشد دارای پیش آگهی بدی است.

۴. دوبوتامین استرس تست: نحوه تفسیر آن شبیه تست ورزش است و در بیمارانی که توانایی انجام ورزش ندارند انجام می گیرد.

۵. اکوکاردیوگرافی: در اکوی بیماران دچار IHD در محل وجود ایسکمی، با القای استرس حرکات غیر طبیعی دیواره بطنی متعلق بامحل ایسکمی می باشد.

۶. تصویر برداری هسته ای: حین استرس (تالپوم

بهبود میزان دریافت اکسیژن می گردد. باید توجه داشت که انفارکتوس مجدد می تواند معمولاً در ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از عمل که اکسیژن حمایتی قطع می گردد و درمان نیز کاهش می یابد، اتفاق می افتد.

**بیهوشی حین عمل باید امکان
تعدیل پاسخ های مستقیم سمپاتیک
و کنترل شدید متغیرهای
همودینامیک را فراهم کند و هدف
باید پیشگیری از وقوع IHD باشد که
شامل جلوگیری از تاکیکاردی
مداوم (کمتر از ۱۱۰ ضربه در دقیقه)،
افزایش فشارخون یا افت فشار
دیاستولیک و یا تحریک سیستم
سمپاتیک و هیپوکی شریانی می باشد.**

کاتتر شریان وریدی: ایسکمی میوکارد خود را با افزایش حاد در CPWP مشخص می کند ولی در بیماران با GF کمتر از ۵۰ درصد این فشار ارتباط قایل پیش بینی با عملکرد بطن چپ ندارد.

اکوکاردیوگرافی از راه مری: این روش استاندارد تشخیص ایسکمی میوکارد حین عمل می باشد ولی نیاز به مهارت و هزینه بالا دارد و قبل از بیهوشی امکان کارگذاری پروپ آن وجود ندارد.

در نهایت درمان ایسکمی میوکارد در حین عمل شامل استفاده از بنابلوکرها به صورت انفوزیون همچون اسمولول می باشد. درمان هایپرنتشن بدون شواهد ایسکمی اغلب با نیتروپروکساید درمان می گردد. در مواردی که ایسکمی بدون تغییرات در فشارخون بیمارانی باشد درمان انتخابی، نیتروگلیسرین می باشد. در صورت افت فشارخون داروی انتخابی افدرین می باشد که نسبت به فیل افدرین ارجح است. انفوزیون سریع مایعات برای درمان افت فشارخون توصیه نمی شود چرا که منجر به افزایش پره لود و افزایش میزان ایسکمی می گردد.

ریکاوری

در این مرحله مانیتورینگ مداوم قلبی جهت تشخیص ایسکمی بدون علامت، بسیار مفید می باشد. کاهش دمای بدن که در حین عمل اتفاق می افتد منجر به لرز و افزایش ناگهانی مصرف اکسیژن و تشدید IHD می گردد که باید اقدامات پیشگیری کننده انجام و اکسیژن حمایتی تجویز گردد. کنترل درد پس از عمل که منجر به تحریک سمپاتیک و افزایش میزان IHD می گردد بسیار مهم می باشد؛ تسکین درد در عین حال باعث بهبود وضعیت تنفس و سرفه بیماران و

ریکاوری هائیرنتشن می گردد.

اداره حین عمل: بیهوشی حین عمل باید امکان تعدیل پاسخ های مستقیم سمپاتیک و کنترل شدید متغیرهای همودینامیک را فراهم کند و هدف باید پیشگیری از وقوع IHD باشد که شامل جلوگیری از تاکیکاردی مداوم (کمتر از ۱۱۰ ضربه در دقیقه)، افزایش فشارخون یا افت فشار دیاستولیک و یا تحریک سیستم سمپاتیک و هیپوکی شریانی می باشد. از هیپوتنسیون که منجر به افت زیاد CO_2 شریانی که منجر به انقباض عروق کرونر می شود، باید اجتناب گردد. در این بیماران از داروی ایزوفلوران به طیل ایجاد سندرم دزدی کرونری باید اجتناب شود توصیه می شود که میزان تغییرات شریان قلب و فشارخون در محدوده ۲۰ درصد آن در حالت بیداری حفظ گردد.

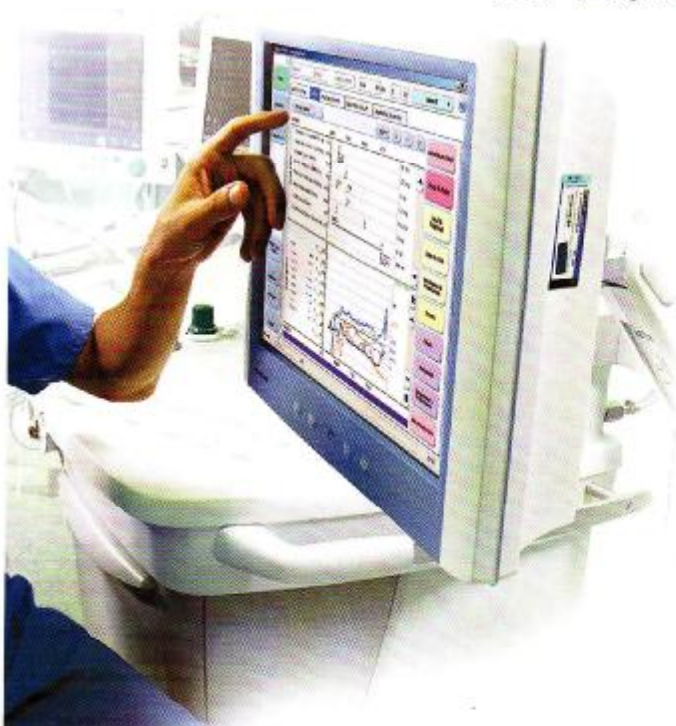
کاهش زمان لارنگوسکوپی به کمتر از ۱۵ ثانیه و یا عدم استفاده از داروی کتامین که محرک سمپاتیک است برای القاء بیهوشی، و در موارد لارنگوسکوپی طولانی استفاده از داروی لیدوکائین داخل حلقی درست قبل از لوله گذاری و یا لیدوکائین تزریقی $1/5 \text{ mg/Kg}$ در حدود ۹۰ ثانیه قبل از انژیوسکوپ و لارنگوسکوپی و نیتروپروکساید $2-1 \mu\text{g/Kg}$ پانزده ثانیه قبل از شروع لارنگوسکوپی، و با انفوزیون مداوم اسمولول برای کنترل پاسخ های تحریکی قلبی به لارنگوسکوپی، استفاده می گردد.

در ادامه برای نگهداری بیمار حین بیهوشی می توان از هوشبرهای تبخیری به تنهایی یا همراه با N_2O و یا ترکیب N_2O و مخدر به همراه دوز کم یک هوشبر تبخیری برای کنترل فشار سیستمیک استفاده کرد. در بیمارانی که عملکرد بطن چپ آنها شدیداً تضعیف شده است می توان از مخدرها با دوز بالا استفاده کرد مثلاً فنتانیل با دوز $50-100 \mu\text{g/kg}$ به عنوان تنها داروی بیهوشی می تواند استفاده شود.

به طور کلی استفاده از روش های Regional در بیماران با IHD قابل قبول است. در انتخاب داروی شل کننده باید داروهایی که حداقل اثر را روی سیستم سمپاتیک و عملکرد قلب دارند مانند وکوروبوم، روکوروبوم و پامیس آنرا استفاده گردد و داروی مورد نظر را برای کاهش عوارض آن به آهستگی تزریق کرد هر چند داروهایی مانند پاتکوروبوم نیز بدون عارضه در بیماران IHD استفاده شده است که به خصوص در موارد برادی کاردی ایجاد شده توسط مخدرها مفید است. برای Reverse اثرات شل کننده ها استفاده از گلیکوپیروات نسبت به آتروپین ارجح است.

مانیتورینگ حین عمل

ECG: ساده ترین و مقرون به صرفه ترین روش تشخیص ایسکمی می باشد که با تغییرات قطعه ST مشخص می گردد. لیدهای انتخابی شامل DII و V5 می باشند که بیشترین موارد تغییرات ST را مشخص می کنند.



روزاسه Rosacea



علام بیماری را کنترل کرد. معمولاً ۶ تا ۸ هفته پس از درمان با آنتی بیوتیک های موضعی و خوراکی بهبودی حاصل می شود. لازم به ذکر است که ارثم صورت به درمان مقاوم است و کمترین پاسخ را نیز به درمان می دهد.

درمان آغازین

الف- درمان ارثم و تلاتزکنازی

۱- پرهیز از عوامل تشدیدکننده فلاشینگ مانند گرما، نور خورشید، نوشیدنی های داغ و غذاهای تند و پر ادویه و الکل

۲- در صورتی که بیمار سابقه مصرف کورتیکواستروئیدهای موضعی قوی را داشته باشد باید به تدریج آن را قطع نمود و برای جلوگیری از شعله ور شدن ضایعات می توان برای مدتی از هیدروکورتیزون یک درصد استفاده کرد.

۳- قرص کلوتیدین ۰/۰۵ میلی گرمی یک یا دو بار در روز، جهت کاهش دوره های فلاشینگ مؤثر است.

ب- درمان ضایعات التهابی

۱- در موارد خفیف می توان از آنتی بیوتیک های موضعی، یک یا دو بار در روز استفاده کرد. این ترکیبات عبارتند از: ژل مترونیدازول، لوسبون کلیندامایسین

۲- در موارد متوسط تا شدید، باید از آنتی بیوتیک های خوراکی نیز استفاده کرد. تتراسایکلین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز، اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز یا داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم یک بار در روز را می توان همراه با آنتی بیوتیک های موضعی استفاده کرد.

پ- درمان روزاسه چشمی

تتراسایکلین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز، داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم یک بار در روز هر کدام به تنهایی در درمان پلفارو کونژکتویت همراه با روزاسه مؤثر می باشند.

ت- درمان روزاسه گرانولوماتوز

دایسون در درمان این نوع از روزاسه مؤثر می باشد.

ث- درمان ادم پایدار صورت

۱- درمان معمولاً رضایت بخش نیست.

۲- ایزوتره تینوئین با دوز ۰/۲ mg/kg/day - ۱/۱ تا ۲ روز به مدت ۲-۴ ماه همراه با کتوتیفن ۱ تا ۲ میلی گرم در روز، در این موارد نتایج نسبتاً خوبی داشته است.

۳- آنتی بیوتیک های خوراکی وسیع الطیف تأثیر نسبی در درمان دارند.

روزاسه یک بیماری جلدی عروقی است که در افراد مستعد از نظر ژنتیکی ایجاد می شود. تظاهرات این بیماری به صورت تلاتزکنازی در صورت، ارثم پروانه ای، پاپول ها و پوستولهای التهابی و رینوفیما بزرگی نوک بینی می باشد. هر چند که این بیماری در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی شایع تر است ولی در سنین پایین تر نیز گزارش شده است. این بیماری بر اساس تظاهرات بالینی به مراحل مختلف تقسیم بندی می شود که شامل مرحله قبل از روزاسه (Pre Rosacea)، به صورت گر گرفتگی صورت (Flushing)، مرحله عروقی شامل ارثم و تلاتزکنازی، مرحله التهابی شامل پاپول و پوستول و مرحله دیررس به صورت رینوفیما می باشد. روزاسه چشمی به صورت پلفارو کونژکتویت، کراتیت، اسکلریت وایی اسکلریت تظاهر می کند. اشکال غیر معمول بیماری ممکن است به صورت روزاسه گرانولوماتوز، روزاسه لوکالیزه، ادم پایدار صورت، روزاسه کانگلوباتا و روزاسه گرم منفی تظاهر کند. در روزاسه فولمیئات که قبلاً به نام پیودرمای صورت (Pyoderma faciale) خوانده می شد، شروع بیماری به صورت ناگهانی است و متحصراً درخاتم ها پس از سن بلوغ دیده می شود. ضایعات به صورت گرد و ندولر بروز می کنند و حالتی وحشتناک به صورت می دهند. نواحی درگیر عمدتاً گونه ها، چانه و پیشانی می باشد. در حقیقت این نوع روزاسه فرم شدید روزاسه کانگلوباتا می باشد و در اغلب موارد یک حادثه استرس زا مثل ناراحتی های روحی- روانی، مثل مرگ یکی از عزیزان یا تصادف، در شرح حال بیمار یافت می شود. تشخیص افتراقی این نوع روزاسه با آکنه کانگلوباتا می باشد که در مورد اخیر، بیماران جوان تر و اکثراً مرد هستند و تاریخچه طولانی تری از بیماری دارند، سایر علایم آکنه نیز وجود دارد و فلاشینگ و بلاشینگ نیز دیده نمی شود. ضایعات شبیه روزاسه همچنین ممکن است در اثر مصرف استروئید موضعی قوی، بر روی پوست ایجاد شوند. دمودکس فونیکولودرم و هلیکوباکتریلوری را در پاتوژن روزاسه مسئول دانسته اند ولی این امر به اثبات نرسیده است.

از آنجائی که خصوصیات فنوتیپی صورت شخص، به صورت ژنتیکی مشخص می شود و وی را مستعد به روزاسه می کند، برای بیماران باید توضیح داد که این وضعیت را نمی توان درمان نمود، بلکه با پرهیز از عوامل مستعد کننده و درمان های مناسب می توان



۵. نالوکسان خوراکی که یک آنتاگونیست مخدر می باشد نیز در درمان فلاشینگ، با نتایج نسبتاً خوبی همراه بوده است.

۶. اسپرینولاکتون با دوز ۵۰ میلی گرم در روز، به مدت ۴ هفته، باعث کاهش خارش و اریتم می شود که این اثر ممکن است از اثر مهار اسپرینولاکتون بر روی سیتوکروم P450 در سلول های اپیدرم باشد.

۷. پروپرولول، ۴۰ میلی گرم، دو بار در روز ممکن است به کاهش اریتم کمک کند.

ب) درمان ضایعات التهابی

۱. ژل مترونیازول با غلظت های ۱ درصد و ۱/۵ درصد نیز در درمان به کار رفته است.

۲. ترکیات امیدازول موضعی نیز در درمان ضایعات التهابی مؤثر است. به عنوان مثال کرم کنوکازول را می توان ۱ تا ۲ بار در روز، در ضایعات التهابی به کار برد. این ترکیات خواص ضد التهابی دارند، بر روی باکتری های گرم مثبت مؤثر می باشند و مهمتر این که در بیماران مبتلا به روزاسه یا پوست حساس، به خوبی تحمل می شوند.

۳. لوسبون یا سولفور ۲ تا ۵ درصد نیز در درمان ضایعات التهابی به کار رفته است.

۴. ژل بنزیل پراکسید ۲/۵ درصد به صورت یک شب در میان، به عنوان درمان کمکی مؤثر می باشد.

۵. در خاتم های حامله، از محلول موضعی اورترومایسین ۲ درصد یا اورترومایسین خوراکی، ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرم، دو بار در روز می توان استفاده کرد.

۶. مترونیازول خوراکی یا کلیندامایسین خوراکی نیز در درمان موارد تشدید شده روزاسه مؤثر است.

۷. درمان میکوباکتر پنلوی، نتایج متفاوتی در روزاسه داشته و در اکثر بررسی ها اثر قابل توجهی در سیر ضایعات روزاسه نداشته است.

۸. ایزوتره تینوئین با دوز استاندارد، دوز پائین و دوز حداقل در درمان روزاسه به کار رفته است.

درمان نگهدارنده

اکثر بیماران مبتلا به روزاسه، غیر از مولودی که در اثر استروئیدهای موضعی قوی ایجاد شده است و یا توسط این ترکیات تشدید شده است، نیاز به درمان نگهدارنده دارند.

همواره موارد تثبیت شده، ماساژ منظم صورت، مسکن است به کاهش علائم کمک کند. ماساژ منظم صورت به شکل مدور، به مدت چندین دقیقه بر روی بینی، گونه ها و پیشانی، دو بار در روز انجام می شود. تکنیک احتمالی این روش افزایش درناژ لنفاوی همراه با کاهش ادم می باشد.

ج- درمان روزاسه فولمینانت

۱- جرینتا باید پردنیزولون را با دوز ۱ mg/kg/day به مدت ۷-۱۰ روز تجویز نمود و آنگاه ایزوتره تینوئین را با دوز ۰/۵ - ۰/۲ mg/kg در روز به رژیم درمانی اضافه کرد و دوز پردنیزولون را طی ۲ تا ۳ هفته به تدریج کاهش داد و ایزوتره تینوئین را تا برطرف شدن ضایعات التهابی، که معمولاً ۳ تا ۴ ماه طول می کشد، ادامه داد.

۲- آسه های درناژ شونده را نباید تخلیه کرد.

۳- در دو هفته اول درمان می توان از کمپرس گرم و استروئیدهای موضعی با قدرت بالا استفاده نمود.

ج- درمان رینوفیما

۱- با کنترل عوامل بیماری و پرهیز از عوامل تشدید کننده و درمان مناسب ضایعات می توان از ایجاد رینوفیما جلوگیری کرد.

۲- الکتروکوتریزاسیون، الکتروسرجری در درمان رینوفیما نتیجه خوبی دارد و روشی سریع و بدون خونریزی است و برابر درمان با لیزر می باشد، هر چند که احتمال ایجاد اسکار در این روش بیشتر است.

۳- درمان با لیزر CO₂: این روش نسبت به الکتروسرجری گران قیمت تر است و وقت بیشتری نیز می گیرد.

۴- تراش پوست (Dermabrasion) و برداشتن سوج اضافی یا تیغ بیستوری نیز در درمان رینوفیما مؤثر می باشد.

۵- استفاده از ایزوتره تینوئین با دوز ۰/۵ mg/kg در روز دو ماه قبل از جراحی (به جز تراش پوست) باعث کاهش توسعه و جمع شدن نسج می شود.

درمان جایگزین

الف) درمان اریتم و تلائز کتازی

۱. در خانم ها می توان با استفاده از محصولات آرایشی، قرمزی صورت را به طور مناسبی پوشاند.

۲. با استفاده از کوثر با ولتاژ پایین و یا لیزر از نوع موج مستند پالس دای (continuous wave pulse & dye) می توان تلائز کتازی ها را برطرف نمود.

۳. ترکیات موضعی رتینوئید: کرم تره تینوئین ۰/۰۲۵ درصد در یک دوره چند ماهه باعث کاهش اریتم می شود. ایزوتره تینوئین ۰/۲ درصد در پایه کرم نسبت به تره تینوئین، تحریک پذیری کمتری ایجاد می کند و ضایعات التهابی را نیز در مرحله دوم و سوم روزاسه مهار می نماید.

۴. در زنانی که در سنین یائسگی قرار دارند، استروژن ها در برخی موارد در درمان فلاشینگ و نیز روزاسه شدید مؤثر بوده است.

روزاسه یک بیماری جلدی عروقی است که در افراد مستعد از نظر ژنتیکی ایجاد می شود. تظاهرات این بیماری به صورت تلائز کتازی در صورت، اریتم پروانه ای، پاپول ها و پوستولهای التهابی و رینوفیما (بزرگی نوک بینی) می باشد. هر چند که این بیماری در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی شایع تر است ولی در سنین پایین تر نیز گزارش شده است.



تغذیه از طریق لوله غذایی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

مراحل انجام کار:

- ۱- بیمار ارتباط برقرار کنید.
- ۲- محیط امن برای بیمار ایجاد کنید.
- ۳- دستان خود را بشویید.
- ۴- دستکش تمیز بپوشید.
- ۵- وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کنید.
- ۶- بیمار کمک کنید تا در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
- ۷- از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل کنید (با آسپیراسیون).
- ۸- ماده غذایی را از نظر دما کنترل کنید (درجه حرارت باید ولرم باشد).
- ۹- قبل از انجام گاوآذ ۳۰ سی سی آب گاوآذ کنید.
- ۱۰- لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار دهید.
- ۱۱- سرنگ را بالا بکشد تا با نیروی جاذبه مواد غذایی وارد معده شود.
- ۱۲- اگر لوله غذایی ژژونستومی و گاستروستومی است مواد به آهستگی تزریق شوند.
- ۱۳- بعد از انجام گاوآذ مقدار ۵۰ سی سی آب مجدداً گاوآذ کنید تا داخل لوله شسته شود.
- ۱۴- پوزیشن سر بیمار را حداقل به مدت نیم ساعت ۳۰ درجه نگه دارید.
- ۱۵- در صورت عدم تحمل بیمار، گاوآذ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۶- وسایل را جمع آوری کرده، دستها را بشویید.
- ۱۷- میزان مایع گاوآذ شده، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت کنید.
- ۱۸- میزان مایعات گاوآذ شده را در فرم جذب و دفع ثبت کنید.

هدف از تغذیه از طریق لوله غذایی تأمین مواد غذایی بیمارانی است که قادر به دریافت مواد غذایی از دهان نمی باشند.

وسایل مورد نیاز برای تغذیه از روش فوق به شرح زیر می باشد:

- تهیه ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم غذایی خاص بیمار
- ظرف مدرج، آب به میزان کافی (۸۰ سی سی)، کلامپ، حوله یا پد نگه دارنده، سرنگ ۶۰ سی سی، گوشی و ست گاوآذ

دکتر وحیدرضا یاقوت کار

ارتباط طول انگشت دست و سرطان پروستات

بطور منظم ورزش کنید

به نظر می رسد ورزش نیز می تواند خطر کاتسر پروستات را کاهش دهد. این اثر می تواند تا حدی بخاطر اثرات مثبت ورزش بر روی وزن باشد. اگر شما در ایجاد انگیزه و ترغیب خود به ورزش مشکل دارید، ورزشی که به آن علاقه دارید را پیدا و آنرا انجام دهید.

میوه و سبزیجات بخورید

آنتی اکسیدان هایی که در کلم بروکلی، گل کلم و انار وجود دارند می توانند اثر محافظتی داشته باشند، اما به گفته محققان رژیم با مقادیر بالای آنتی اکسیدان لیکوپن نیز می تواند احتمال خطر را کاهش دهد. لیکوپن با مقادیر زیاد در محصولات قرمزی مثل گوجه فرنگی، گریب فروت صورتی و هندوانه وجود دارد.

سطح تستوسترونی که جنین در برابر آن قرار می گیرد مشخص می گردد و این همان تستوسترون داخل رحمی است که خطر کاتسر پروستات را نیز مشخص می کند. محققان بریتانیایی اعتقاد دارند که فعالیت کمتر تستوسترون در دوران جنینی، احتمال بلندتر شدن انگشت اشاره را افزایش می دهد و هم چنین باعث یک اثر محافظتی بر علیه سرطان پروستات در ادامه زندگی می گردد.

در این مورد و هم چنین نسبت به چندین ریسک فاکتور مهم و عمده دیگر سرطان پروستات، شامل سن (مردان مسن تر در معرض خطر بیشتری هستند)، نژاد (آمریکایی های آفریقایی تبار در معرض خطر بالاتری قرار دارند) و سابقه خانوادگی، نمی توان کاری کرده اما توصیه های زیر را که از طرف پزشکان شده می توان انجام داد:

وزن خود را تحت کنترل داشته باشید

به نظر می رسد که اضافه وزن یک عامل خطر باشد. سلول های چربی به خصوص چربی شکمی، مواد شیمیایی فعالی را ایجاد می کنند که باعث پیشرفت سرطان می شود.

پژوهشگران انگلیسی ارتباط نزدیکی را بین طول انگشت دست و احتمال بروز سرطان پروستات بدست آورده اند. هر چند که این تحقیق در شماره اخیر مجله سرطان بریتانیا گزارش شده، اما این یافته نباید توجه و کنترل شما بر روی فاکتورهای خطر ایجاد سرطان پروستات را تغییر دهد.

محققان در این بررسی الگوی دست راست و احتمال بروز کاتسر پروستات را در ۱۵۲۴ مرد مبتلا به کاتسر پروستات و ۳۰۴۴ مرد بدون کاتسر پروستات مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار دادند. بر این اساس مشخص شد افرادی که انگشت اشاره بلندتری از انگشت انگشتری داشتند نسبت به مردانی که انگشت اشاره آن ها کوتاه تر از انگشت انگشتری شان بود، بطور قابل ملاحظه ای (۳۳ درصد) در معرض خطر کمتری جهت ابتلا به کاتسر پروستات قرار داشتند و این کاهش خطر، حتی در مردان کمتر از ۶۰ سال نیز زیادتر و قابل ملاحظه بود.

شاید در ظاهر این ارتباط عجیب به نظر برسد اما واقعیت این است که ارتباطی بین انگشتان و کاتسر پروستات وجود دارد و این کاملاً مربوط به زندگی داخل رحمی جنین می شود، زمانی که طول انگشت تا حدی توسط



دکتر پیام‌آهنی

تاریخچه سرنگ



برای تزریق واکسن پولیوی جدید سالک به یک میلیون کودک آمریکایی مورد استفاده قرار گرفتند. این سرنگ‌ها برای اولین بار شیشه‌ای بودند.

سال ۱۹۵۵: شرکت Roehr، سرنگ پلاستیکی یک بار مصرف تولید کرد.

سال ۱۹۵۶: یک فارماکولوژیست نیوزیلندی به نام کولین مورداکن، امتیاز سرنگ‌های پلاستیکی یک بار مصرف را به ثبت رساند.

بنابراین حداقل نکته قابل توجه در این خصوص اینست که وسیله‌ای هر چند ساده و به ظاهری اهمیت که شاید روزانه ده‌ها بار توسط ما دیده و یا استفاده می‌شود جهت رسیدن به تکامل امروزی، راهی پرفراز و نشیب را در تاریخ پیموده است.

سال ۱۸۴۴: یک پزشک ایرلندی به نام دکتر فرانسس رابنده سوزن میان‌تهی را اختراع کرد.

سال ۱۸۵۳: در این سال دکتر الکساندر وود، نوعی از سرنگ را که می‌توانست برای تزریقات زیر جلدی به کار رود اختراع کرد. وی با قرار دادن یک سوزن میان‌تهی در انتهای یک پیستون فلزی توانست شکلی تقریباً امروزی از سرنگ را اختراع کند. وی در آن سال در مجله پزشکی مقاله کوتاهی با این عنوان چاپ کرد: "روشی تازه برای درمان نورالژی با استفاده مستقیم از مخدرها در نقاط دردناک" درست در همین زمان و به طور جداگانه یک پزشک فرانسوی به نام دکتر چارلز، اختراع کاملاً مشابهی انجام داد و توانست یک سرنگ فلزی ایجاد کند. وی از اختراعاتش برای درمان آنورپسم استفاده کرد.

سال ۱۹۴۹: در این سال سرنگ‌های یک بار مصرف به وسیله آرتور اسمیت اختراع شد.

سال ۱۹۵۴: سرنگ‌های یک بار مصرف به تولید انبوه رسیدند و در این سال به وسیله دکتر جونا سالدک

این روزها هرگاه نام سرنگ را می‌شنویم، در وهله اول به یاد سرنگ پزشکی می‌افتیم که تشکیل شده از یک پمپ پیستونی که می‌تواند با فشار دست در یک استوانه به جلو و عقب برود و در انتهای خود یک سوراخ دایره‌ای کوچک دارد و در این محل می‌تواند به یک سوزن ظریف میان‌تهی متصل شود و برای تزریق و یا کشیدن مایعات و گازها مورد استفاده قرار گیرد. اما اگر اشکال ابتدایی سرنگ‌ها را مدنظر قرار دهیم، تاریخچه سرنگ به میزان زیادی متفاوت می‌شود.

۱۲۹ تا ۲۰۰ سال قبل از میلاد مسیح: جالینوس، طبیب یونانی شکلی ابتدایی از سرنگ را ایجاد کرده بود که به یاری آن در هنگام تشریح مردگان می‌توانست خون را به رنگ‌های مغزی تزریق کند.

قرن نهم میلادی: پزشکی عراقی- مصری به نام علی الموصلی از یک شیشه استوانه‌ای میان‌تهی برای ساکشن و برداشتن کاتاراکت استفاده کرد.

سال ۱۷۶۰: اشکال ابتدایی تزریق درون وریدی و انفوزیون مایعات شروع شد.



خواص درمانی آجیل

تمامی دانه ها دارای مقدار زیادی پروتئین، اسلح، ویتامین، فیبر و رنگدانه های گیاهی هستند. همچنین روغن های گیاهی و کربو هیدرات موجود در آن ها منبع انرژی خوبی می باشد.

در هنگام خرید و مصرف آجیل به نکات زیر توجه کنید

- ۱- از خرید و مصرف آجیل های رنگ شده خودداری کنید.
- ۲- در صورتی که بر روی آجیل مانند پسته، فندق و پسته شامی سورخ هایی مشاهده کردید از مصرف آن خودداری شود. چرا که علامت آفت زدگی بوده و در داخل سورخ ها لارو حشرات به صورت کرم هایی به اندازه دانه برنج وجود دارد.
- ۳- در لایه لای مغز بادام زمینی اگر دانه های سیاهی دیده شود ناشی از تازه نبودن محصول و نگهداری آن در فضای مرطوب می باشد.
- ۴- رنگ های سبز و قهوه ای نیز در میان فندق ها نشانه کهنه بودن و خطرناک بودن محصول (وجود سم افلاتو کسین) است.
- ۵- تخمه هایی که به دست رنگ پس دهند یا پسته هایی که بیش از حد قرمز باشند از مصادیق آجیل های رنگی نامرغوب و غیر بهداشتی می باشند.

مصرف آجیل به عنوان بخشی از یک رژیم غذایی سالم و متعادل برای حفظ سلامت قلب بسیار مفید است. در حقیقت مصرف گردو، بادام و سایر مغزها باعث کاهش کلسترول خون می شود، و از آنجا که شرایط نگهداری و حمل این مواد به محل کار یا مدرسه نیز بسیار راحت است می توان به عنوان میان وعده ای مغذی نیز از آن ها استفاده کرد.

مقدار مصرف آجیل

مصرف روزانه ۴۲/۵ گرم از انواع آجیل مانند بادام، فندق، بادام زمینی، گردو و پسته می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی را کاهش دهد. به طور کلی مقادیر مناسب و کافی هر یک از این دانه ها ۱ تا ۳ قاشق غذاخوری در روز می باشد.

افراد ذیل بهتر است از مصرف آجیل پرهیز نمایند

الف) کسانی که بخواهند:

- ۱- وزن خود را کاهش دهند، زیرا هر قاشق غذاخوری آجیل ۱۰۰ کالری انرژی دارد.
 - ۲- دیابت خود را کنترل کنند.
 - ۳- چربی خون خود را کاهش دهند.
- ب) کسانی که بیش از نیاز بدنشان انرژی دریافت می کنند.

ترکیبات آجیل

رژیم غذایی و کاهش گرگرفتگی دوران یائسگی

کتابان و روغن آن به دلیل دارا بودن مقادیر بالای "لیگنان" نقش مهمی در تنظیم سطح استروژن خون دارد. رازیانه، کرفس، جعفری و تقریباً تمام حبوبات نیز منابع خوبی از فیتواستروژنها هستند. بیوفلاونوئیدها به خصوص اگر به همراه منابع "ویتامین ث" مصرف شوند در کاهش گرگرفتگی موثر هستند. به طور کلی رژیم غذایی غنی از فیبر، رژیم غذایی کم چرب و دارای فیتواستروژن به خصوص سویا، جهت کاهش شدت گرگرفتگی دوران یائسگی مفید می باشد.

نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد رژیم غذایی مناسب نقش بسیار مهمی در کاهش "گرگرفتگی" که یکی از مشکلات رایج در دوران یائسگی در زنان است، دارد. مصرف سویا و محصولات آن مانند آجیل سویا، شیر سویا و توفو به دلیل اینکه به طور طبیعی حاوی فیتواستروژن می باشد حتی می تواند در شرایط جابگیرین هورمون درمانی در این دوران شده و خطرات ابتلا به سرطان سینه را نیز کاهش دهد. از دیگر مواد غذایی مفید که می تواند به کاهش گرگرفتگی در این دوران کمک کند، می توان به دانه کتان، روغن دانه کتان، رازیانه، کرفس و جعفری اشاره نمود. دانه





دیابت و بیماری های قلب و عروق

مقدمه

بیماری دیابت در اثر ناتوانی بدن در تولید انسولین یا کاهش یا عدم اثر انسولین در سوخت و ساز مواد قندی پدید می آید. امروزه، دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی در جهان محسوب می شود. به گونه ای که بیش از ۲۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به این بیماری هستند. در کشور ما نیز بالغ بر ۲ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می باشند. خود بیماران و خانواده آنها، عمده ترین نقش را در درمان دیابت بر عهده دارند.

بیماری های قلب و عروق علت اصلی مرگ و میر و از عوامل مهم ناتوانی های افراد دیابتی است. مهمترین علت پیدایش بیماری های قلبی و عروقی تصلب شرایین می باشد. تصلب شرایین سبب می شود سرخرگ هایی که به قسمت های مختلف بدن خون می رسانند، به تدریج سخت و تنگ شده و توانایی آنها برای انتقال اکسیژن و مواد غذایی به سلول های بدن کاهش یابد. عواملی هستند که موجب سریعتر شدن تصلب شرایین می گردند و در صورت وجود آنها احتمال پیدایش بیماری قلبی و عروقی افزایش پیدا می کند. این عوامل عبارتند از: سن بالا، جنس مذکر، سابقه خانوادگی بیماری قلبی زودرس، فشار خون بالا، افزایش چربی خون، به ویژه کلسترول، دیابت قندی، سیگار کشیدن، چاقی، کم تحرکی (انجام ندادن فعالیتهای بدنی) و اختلال در انعقاد خون.

با توجه به اینکه دیابت از عوامل پرخطر بیماری های قلبی-عروقی است و معمولاً با عوامل دیگر خطر همراه است و گاهی شاید ایجاد کننده آنها باشد، مبتلایان به دیابت باید بیش از دیگران مراقب سلامت قلب و عروق خود باشند. عوامل خطر قلبی-عروقی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ شایع تر است.

بیماری های قلبی-عروقی را می توان به سه گروه عمده تقسیم کرد:

- بیماری های کرونری قلب
- حوادث عروقی مغز
- بیماری رگ های محیطی

بیماری های کرونری قلب

قلب یک پمپ عضلانی به اندازه مشت گره کرده انسان است که در هر دقیقه به طور متوسط ۶۰ تا ۱۰۰ بار می تپد و خون را در بدن به گردش در می آورد. گردش خون سبب می شود اکسیژن و مواد غذایی به اندام های بدن برسد و مواد زائد ناشی از فعالیت سلول ها نیز دفع گردد. عضله قلب نیز از این

قاعده مستثنی نیست. خونرسانی به عضله قلب توسط رگ های موسوم به «سرخرگ های کرونری» صورت می گیرد. تصلب شرایین و همچنین پیدایش لخته درون رگ های کرونری سبب می شود خون رسانی به سلول های عضله قلب کاهش یابد. در نتیجه کمبود اکسیژن و مواد غذایی و انباشت مواد غذایی زائد در عضله قلب، دردی پدید می آید که به درد قلبی یا آنژین صدری معروف است. اگر سرخرگ کرونری به طور کامل بسته شود سلول های قلبی مربوط به حوزه آن سرخرگ خواهند مرد که به این وضعیت «انفارکتوس قلبی» می گویند. گاهی نیز در اثر اختلال شدید و گسترده در کار عضله قلبی، مرگ ناگهانی رخ می دهد.

نشانه های مهم بیماری قلبی

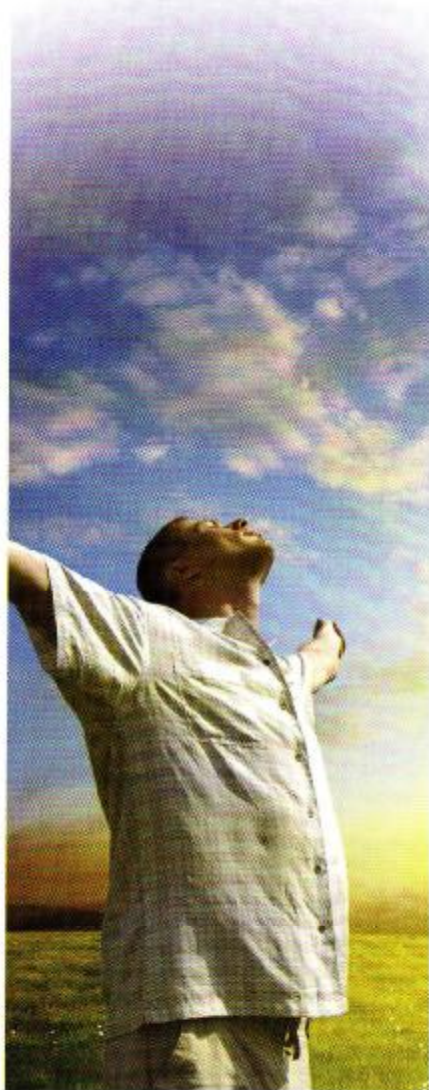
۱. درد قفسه سینه: این درد کوتاه و فشار دهنده است که در ناحیه پشت جناغ سینه احساس می شود و ممکن است به گردن، دست، پشت و یا شکم هم انتشار یابد. آنژین صدری اغلب هنگام کارهای بدنی یا فشارهای روحی و روانی که فعالیت قلب افزایش پیدا می کند بروز می نماید و معمولاً با استراحت و یا مصرف نیتروگلیسرین زیر زبانی تسکین می یابد. اگر درد بهبود نیافت و به ویژه اگر همراه با تنگی نفس، تهوع و تعریق شدید بود ممکن است نشانه انفارکتوس قلبی باشد. بدلیل اختلال در اعصاب محیطی، شدت نشانه های بیماری قلبی در افراد دیابتی ممکن است کمتر از میزان مورد انتظار باشد (انفارکتوس بی سروصدا) بنابراین بیماران دیابتی باید توجه بیشتری در این زمینه داشته باشند.

۲. تنگی نفس: احساس تنگی نفس می تواند از نشانه های بیماری کرونری قلب باشد، گرچه در بسیاری از بیماری های تنفسی و... این حالت پدید می آید.

۳. تپش قلب: در این وضعیت فرد به طور ناراحت کننده ای ضربان قلب خود را احساس می کند. تپش قلب در حالت های اضطراری و برخی بیماری های دیگر قلبی نیز ممکن است پدید آید.

۴. خیز یا ادم: در مراحل پیشرفته بیماری قلبی (نارسایی قلب) که کارکرد پمپ قلب اشکال پیدا می کند، مایع موجود در بافت های بدن به ویژه بخش های پایینی بدن مثل قوزک پا به طور کامل تخلیه نمی شود و در زیر جلد انباشته می گردد. البته خیز یا ادم در نتیجه واریس پاها، بیماری های کبد، اختلالات کلیوی و... نیز ممکن است پدید آید.

حوادث عروقی مغز (سکته مغزی)



خون خود را در سطح مناسب نگه دارید.

۲. فشارخون خود را کنترل کنید.

فشارخون بالا افزون بر اینکه فشار بیشتری بر قلب وارد می کند و نیاز آن به خون را افزایش می دهد، روند تصلب شرایین را هم تسریع می کند و سبب آسیب اندامهای گوناگون می گردد.

۳. وزن خود را به حد مناسب برسانید.

چاقی عامل خطر مهمی برای افزایش فشارخون است. همچنین چاقی یا اضافه وزن موجب افزایش مقاومت سلولهای بدن به انسولین می شود.

۴. سیگار نکشید.

استعمال دخانیات سبب افزایش ضریبان قلب و در نتیجه کار قلب می شود و فشارخون را هم بالا می برد. همچنین سیگار با اثر روی عوامل انعقادی و نیز غلیظ کردن خون، احتمال تشکیل لخته و پسته شدن سرخرگ ها را افزایش می دهد. افزون بر این، سیگار با اثر بر رگ های کوچک، خونرسانی به بخشهای انتهایی اندامها (بویژه پاها) را مختل می کند. این عارضه در افراد دیابتی که گرفتاری اعصاب محیطی نیز دارند بسیار مهم است و خطر قطع عضو را باز هم افزایش می دهد.

۵. قند خون خود را کنترل کنید.

کنترل دقیق قند خون هم بطور مستقیم و هم بطور غیر مستقیم، نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای عروقی می تواند داشته باشد.

۶. فعالیت ورزشی منظم داشته باشید.

داشتن یک زندگی کم تحرک (از نظر بدنی)، صرف نظر از عوامل خطر دیگر، احتمال دیابت، چاقی و بیماری های کرونری قلب را افزایش می دهد. پیاده روی، دوچرخه سواری، تنیس روی میز، باغبانی و دوییدن آرام فعالیتهای بدنی هستند که اثر مفیدی بر تندرستی شما خواهند داشت.

توصیه می شود که روزانه ۳۰ دقیقه به فعالیت بدنی بپردازید؛ می توانید این میزان فعالیت را در سه دوره ۱۰ دقیقه ای (با فاصله) هم انجام دهید.

دیابت را جدی بگیرید!

هنگامی که رگهای تغذیه کننده مغز به شدت آسیب ببینند خون به سلولهای مغزی نمی رسد و آنها دچار مرگ خواهند شد که به این حالت «افتارکوس مغزی» می گویند. سکه مغزی هم در اثر تنگی و پسته شدن رگهای مغز پدید می آید و هم به دنبال پاره شدن و خونریزی رگهای مغز. مهمترین عامل خطر برای حوادث عروقی مغز افزایش فشارخون است. خطر سکه مغزی در مبتلایان به دیابت که فشارخون بالا هم دارند دو برابر افرادی است که تنها به پر فشاری خون دچار هستند.

بیماریهای رگهای محیطی

منظور از بیماری رگهای محیطی بیماریهایی است که عروق خارج از قلب و مغز را گرفتار می کنند. این بیماریها معمولاً در نتیجه تنگ شدن رگهایی که خون را به پا و دستها می رسانند پدید می آیند. کاهش خونرسانی به پاسب دو نوع عارضه می شود:

۱. قانقاریا یا گانگرن: مرگ بافتی دو اثر نرسیدن خون به اندام ها است که در نهایت به قطع آن عضو می انجامد.

۲. لنگش متناوب: به علت تصلب شرایین خونرسانی کننده به پا، پس از مدتی راه رفتن، درد شدیدی معمولاً در عضلات پشت ساق پا بوجود می آید.

اصول پیشگیری از بیماریهای قلب و عروق در افراد دیابتی

۱. چربی (بویژه کلسترول) خون خود را کاهش دهید. کلسترول دو نوع مهم دارد: یکی کلسترول بد (LDL) که موجب پسته شدن رگ ها و بیماری قلبی - عروقی می شود و دوم کلسترول خوب (HDL) که کلسترول اضافی بدن را از بافت ها خارج می کند و خطر بیماری قلبی را کاهش می دهد. نوعی از کلسترول که باید غلظت کمی در خون داشته باشد همان نوع بد یا LDL است. شما می توانید با پرهیز از مصرف غذاهای چرب و رعایت توصیه های پزشکان چربی

استعمال دخانیات سبب افزایش ضریبان قلب و در نتیجه کار قلب می شود و فشار خون را هم بالا می برد. همچنین سیگار با اثر روی عوامل انعقادی و نیز غلیظ کردن خون، احتمال تشکیل لخته و پسته شدن سرخرگها را افزایش می دهد.





استرس

استرس الزاماً یک واکنش منفی نیست، مقدار کم استرس نه تنها مضر نیست بلکه می‌تواند مفید هم باشد و به زندگی ما جدایت و تحرک بخشد و ما را در مقابل تغییرات یاری و حس سازش پذیری را در ما تقویت کند. استرس این فرصت را برای ما فراهم می‌آورد تا با خطر مبارزه کنیم یا از آن بگریزیم. واحد استرس را بر اساس تغییرات می‌سنجیم هر چه تغییرات بیشتر باشد استرس هم بالا تر است.



- دندان قروچه (ساییدن دندان‌ها به هم)
- بی‌توجهی به وضع ظاهری
- پرخوری یا کم‌خوری
- پرخوابی یا کم‌خوابی
- نشانه‌های فکری**
- گیجی و شلوغی ذهن
- اشتباهات مکرر
- کم‌دقتی
- بهانه‌جویی
- ناتوانی در به خاطر آوردن حوادث و ضعف در تصمیم‌گیری.

نفس عمیق می‌کشید به یک منظره خوشایند فکر کنید.

- فعالیت فیزیکی منظم داشته باشید. کارهایی که از انجام آنها لذت می‌برید را انجام دهید مثل پیاده روی، شنا، دوچرخه سواری، دویدن و ...
- از همه گروه‌های غذایی به صورت متوازن استفاده نمایید.
- خود را به وزن متعادل برسانید.
- از نیکوتین و کافئین بیش از اندازه و سایر محرک‌ها پرهیز نمایید.
- کمی فراغت و تفریح را در کنار کار فراموش نکنید.
- هر وقت که می‌توانید به خود زنگ تفریحی بدهید. حتی برای چند دقیقه از محیط کار خود خارج شده و استراحت نمایید.
- به اندازه کافی بخوابید و در حفظ برنامه استراحت و خواب خود تا سرحد امکان جدی و سخت گیر باشید.

نشانه‌های استرس

استرس می‌تواند نشانه‌های زیر را به وجود آورد. شدت وقوع علائم در افراد مختلف، متفاوت است.

نشانه‌های جسمی

- گرفتگی یا انقباض (در گلو، سینه، شکم و ...)
- احساس درد (در ناحیه سر، گردن و کم)
- تپش قلب و برش‌های عضلانی (تیک)
- خستگی و احساس کوفتگی
- دل درد
- تعریق بدن خصوصاً در کف دست‌ها
- اسهال
- مشکلات خواب
- ناراحتی گوارشی
- خشکی دهان

نشانه‌های روحی - روانی

- بی‌حوصلگی
- خلق ناپایدار
- ترس‌های مرضی بی‌مورد
- زودرنجی
- داشتن دلشوره بی‌دلیل
- بی‌قراری

نشانه‌های رفتاری

- پرخاشگری
- نداشتن تمرکز
- جویدن ناخن، مکیدن انگشت
- بازی با موهای سر یا کندن پوست لب

هر فرد نیازمند این است که در مقابل تغییرات دائمی که در پیرامون خود به وقوع می‌پیوندد به تعادل برسد. در راه رسیدن به این تعادل است که بدن استرس را که نوعی فشار روانی است تجربه می‌کند. استرس الزاماً یک واکنش منفی نیست، مقدار کم استرس نه تنها مضر نیست بلکه می‌تواند مفید هم باشد و به زندگی ما جدایت و تحرک بخشد و ما را در مقابل تغییرات یاری و حس سازش پذیری را در ما تقویت کند. استرس این فرصت را برای ما فراهم می‌آورد تا با خطر مبارزه کنیم یا از آن بگریزیم. واحد استرس را بر اساس تغییرات می‌سنجیم هر چه تغییرات بیشتر باشد استرس هم بالا تر است. اگر چنانچه استرس از حد مجاز فراتر رود و بروی هم انباشته شود بحرانی به وجود می‌آورد که بر زندگی ما اثر منفی گذاشته و به سلامت جسمی، روحی و روانی ما آسیب می‌رساند.

چگونه می‌توانیم استرس خود را بهتر اداره کنیم

- از مسائلی که باعث به وجود آمدن استرس در شما می‌شوند و احساسات و واکنش‌هایی که به آنها نشان می‌دهید کاملاً آشنا شوید.
- مسایلی را که قادر به تغییر آنها هستید بشناسید.
- شدت واکنشی‌های خود نسبت به استرس را کاهش دهید.
- متعادل نمودن احساسات بیش از اندازه می‌تواند بسیار مفید واقع شود.
- در مورد عواملی که ممکن است باعث پراگندگی در شما شوند فکر کنید و از آنها بی‌خیال شوید، دوری کنید. برای مثال به سراغ آدم‌هایی که موجب آزار شما می‌شوند نروید، یا در ساعت‌های شلوغ ترافیک رانندگی نکنید؛ در مورد مشکلات فکر کنید و سعی کنید راه حل مناسب را پیدا کنید.
- یاد بگیرید نه بگویید، زیاد قول ندهید، به اندازه کافی برای انجام امور به خودتان وقت بدهید.
- ارتباط و دوستی‌های مشترک خود را افزایش دهید.
- اهداف خود را دنبال کنید. اهداف واقع‌گرایانه‌ای که برای خود شما مهم هستند نه اهدافی که دیگران برای شما در نظر می‌گیرند.
- همیشه انتظار کسی تا ابدی، شکست و ناراحتی را داشته باشید.
- با خود آرام و مهربان باشید. دوست خود باشید.

روش تعادل واکنش‌های جسمی خود نسبت به استرس را بیاموزید

• روزانه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه ساکت بنشینید در حالی که

زندگی در کنار دستگاه همودیالیز



مرتفع گردند اما درمان اصلی، موثر و معمول این بیماران که تنها نوعی درمان نگهدارنده است، دیالیز (همودیالیز و در موارد کمتر دیالیز صفاقی) و در صورت لزوم پیوند کلیه می باشد. دیالیز فرآیندی است که به منظور حذف مایعات و محصولات زائد اورمیک، زمانیکه کلیه ها بطور طبیعی قادر به دفع آنها نباشند، یکاری می رود. این فرآیند بسته به میزان و شدت اختلال، به صورت حاد (اورئسم) یا مزمن (در طول هفته) انجام می شود.

بیمارانی که عملکرد کلیوی مناسبی ندارند، با بستی سالها دیالیز شوند. تخمین زده شده که اگر بیماری در طول عمرش سالانه ۱۵ تا ۱۹ مرتبه دیالیز شود، بیش از ۷۰ درصد ممکن است که تا ۱۰ سال زنده بماند. درمان با همودیالیز (دستگاه دیالیزور) هر چند که رایج ترین، یا صرفه ترین و موثرترین درمان برای بیماران کلیوی مزمن است، ولی با توجه به طولانی بودن فرآیند درمان، عوارض، مشکلات و اختلالات وسیع و نگران کننده ای را برای این بیماران به دنبال دارد. عوارض جسمانی مانند سردرد، خستگی، عفونت های مکرر، مشکلات دستگاه گوارشی و سایر دستگاه های بدن، هزینه های درمان و مشکلات اقتصادی این بیماران، مسائل شغلی، اجتماعی و خانوادگی، و از همه بهتر مشکلات و عوارض روانشناختی در این بیماران، به قدری وسیع است که آنها را زمین گیر می نماید. در فرصتی دیگر با این مشکلات و چگونگی برخورد با آنها و فراهم کردن شرایطی بهتر برای درمان این بیماران آشنا خواهیم شد.

یکی از بیماری های مزمن مهم که مددجویان آن نیاز مبرم به درمانهای جایگزین، توان بخشی و بالاحص آموزش های خاص دارند، نارسائی مزمن کلیه (CRF) است. این بیماری یکی از علل عمده ناتوانی و مرگ و میر در دنیا است و متعاقب بسیاری از بیماری های اولیه (نارسائی کلیوی) و ثانویه (فشارخون، دیابت، عفونت ها، داروها و سموم) ایجاد می شود. محدوده سنی خاصی ندارد و بر حسب شرایط ایجاد کننده آن، از خردسالی تا کهنسالی را در بر می گیرد. در این اختلال پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیه، توانائی بدن برای حفظ تعادل و متابولیک آب و الکترولیت ها مختل شده و حالتی به نام اورمی یا ازویمی حادث می گردد. فرد یا ابتلا به نارسائی مزمن کلیه وارد مشکلات عديده، طاق فرسا، نگران کننده و ناتوان کننده و حتی مرگباری می شود که از جمله آنها می توان به هپراتمی، مشکلات استخوانی، مشکلات عروقی وسیع، ناراحتی های گوارشی، پریکاردیت، تنفس های سطحی و کوتاه، خونریزی های متعدد، آمی، خستگی مفرط، اسیدوز متابولیک، هپراتمیون و بالاحص اختلالات روانی اشاره کرد که مشکلات فوق تا آخر عمر با فرد همراه هستند.

طبی سال های متضادی، درمان های مختلفی برای مبارزه با پیش گیری، باز توانی و یا کاهش عوارض نارسایی مزمن کلیه پیشنهاد و انجام شده است. در درمان طبی، بسته به عوارض ناشی از بیماری، داروهای لازم تجویز می گردد. تغذیه درمانی تا حدودی توانسته مشکلات ناشی از اختلالات آب و الکترولیت را

تیم فوتبال بیمارستان بنت الهدی در فصل ۸۹ با حایات های بی دریغ جناب آقای مهندس امیر حسینی در مسابقات لیگ دو مشهد که در ۳ گروه ۸ تیمی انجام شد شرکت نمود. در این مسابقات تیم بیمارستان در پایان دور اول با انجام بازی های درخشان موفق شد تا به عنوان تیم دوم به دور حذفی مسابقات راه پیدا کند، در این دور نیز تیم بیمارستان در گروه تیم های مشهد الرضا و غدیر قرار گرفت و به عنوان تیم اول به دور پایانی رسید. و در نهایت به عنوان نائب قهرمان مسابقات به لیگ یک مشهد در سال ۹۰ راه پیدا کرد.

این موفقیت را به این عزیزان تبریک می‌گوئیم.

امامی نفراٹ ٹیم :

آقای محسن میرایانی (سرپرست)

آقای کاظم تصویری (مربی)

آقای محمد نیک رفتار (تدابیر کات)

بازیکنان آقایان :

مهدی رضا زاده

سعيد رضا زاده

محکمہ جاری

محبتی محمدی

محمد ہدایت



بهترین سن ارتودنسی

در دهان سخت تر جابه جا می شوند و در نتیجه طول درمان بلند مدت تر و نتیجه درمان دیرتر حاصل می شود. بر عکس در سنین پایین تر دندان ها به آسانی جابه جا می شوند، طول درمان کوتاه تر است. به علاوه ریشه های دندان ها هم آسیب کمتری می بینند. ۱۴ جدیداً انواع براکت های ارتودنسی بالا و فته، درباره انواع براکت ها توضیح دهید.

با افزایش سن، بیمار نیاز به براکت های مخفی تری دارد. ابتدا براکت های پلاستیکی، سپس کامپوزیتی و امروزه براکت های سرامیکی تولید شده اند. براکت های پلاستیکی و کامپوزیتی به راحتی تغییر شکل می دهند و اتصال آنها به دندان نیز ضعیف است. در عین حال این براکت ها بعد از مدتی دچار تغییر رنگ می شوند. براکت های سرامیکی به راحتی خرد و شکسته می شوند ولی براکت های فلزی به دلیل خاصیت چکش خواری فلزات تنها تحت اثر نیروهای زیاد تغییر شکل می دهند. تکنولوژی سرامیک هنوز به پای تکنولوژی فلزات نرسیده بنابراین فزاد براکت های فلزی بیشتر از براکت های سرامیکی است. در نتیجه به رغم اینکه براکت های سرامیکی رنگ دندان هستند و کمتر دیده می شوند ولی از براکت های فلزی بزرگ ترند. می توان گفت امروزه بهترین نوع براکت های سرامیکی آن دسته ای هستند که در شیارشان یک لایه فلز هم باشد.

می گویند برای افرادی که سن بالانتری دارند از روش ارتودنسی سمت زبان استفاده می شود. این

از لحاظ رتبه بندی، ارتودنسی دومین رشته تخصصی علوم پزشکی است و در رشته دندان پزشکی اولین رشته تخصصی محسوب می شود....

سالانه توجووانان زیادی برای این درمان به مطب دندان پزشکان مراجعه می کنند اما بزرگسالان هم می توانند از این روش درمانی بهره مند شوند. دکتر سید مهدی هاشمی، متخصص ارتودنسی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به این سوالات پاسخ می دهند.

آیا ارتودنسی فقط مخصوص کودکان و توجووانان است؟

امروزه تجهیزات مورد استفاده در تکنیک های ارتودنسی، بسیار کوچک و نامحسوس شده اند. براکت های فلزی، براکت های سرامیکی رنگ دندان و براکت هایی که از سمت زبان به دندان متصل می شوند مشکلات متعاقب درمان ارتودنسی را برای دندان ها به حداقل رسانده اند. نامحسوس شدن ابزار و نتایج بهتر و مشکلات کمتر سبب شد سن مراجعان ارتودنسی هم افزایش یابد و دیگر فقط کودکان و توجووانان به عنوان تنها گروه درمانی به متخصصان ارتودنسی مراجعه نمی کنند و امروزه مراجعان بالای ۳۰ سال هم داریم.

سنین طلایی درمان ارتودنسی چیست؟

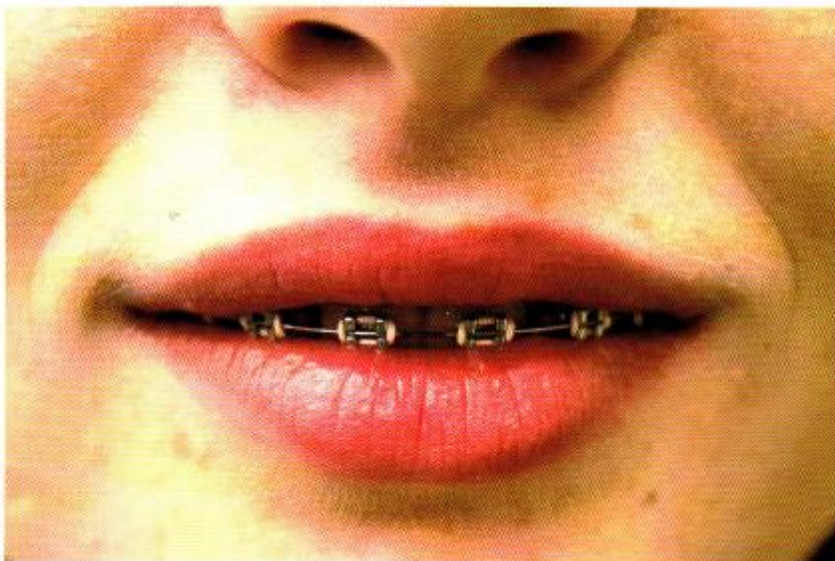
به طور کلی بهترین زمان درمان ارتودنسی ۱۲ تا ۱۴ سالگی است. این زمانی است که دندان های دائمی رویش پیدا کرده اند و دیگر دندان های شیری در دهان وجود ندارند. در این سنین می توان از رشد طبیعی بدن استفاده کرد زیرا استخوان ها انقدر محکم و سخت نشده اند و عموماً کار روی دندان ها در این سنین بسیار آسان تر است. اما مجنوده های سنی جزئی تری هم برای درمان های ارتودنسی داریم.

کسی که به سنین میانسالی رسیده هم می تواند برای درمان ارتودنسی مراجعه کند؟

اگر مشکل بیمار تنها نامرتب بودن دندان هایش باشد و مشکلات فکی و صورتی نداشته باشد، محدودیت سنی برای درمان وجود ندارد البته به شرطی که وضعیت سلامت لثه ها و دندان هایش مناسب باشد. گاهی فرد تا سنین بالا مثلاً ۵۰ سالگی حداقل ۲۰ دندان سالم دارد و لثه های وی نیز از سلامتی کافی برخوردار است. این فرد به راحتی می تواند درمان ارتودنسی را با هدف ردیف کردن دندان ها انجام دهد. البته باید به این نکته هم توجه داشت که هرچه سن بالاتر می رود استخوان ها هم محکم تر می شوند، ریشه های دندان ها شکل می گیرند و دندان ها

روش چه ویژگی هایی دارد؟

این روش بیش از ۲۰ سال قدمت دارد که در آن براکت ها پشت دندان ها قرار می گیرند و دیده نمی شوند اما به دلیل مشکلات خاص خود چندان فرآگیر نشده و به ندرت استفاده می شوند. مثلاً زبان بین براکت ها گیر می کند و در نتیجه آسیب خواهد دید. به علاوه بر ساختار سیم ها اثر می گذارد و سبب تغییر شکل آن خواهد شد که بر مرتب شدن دندان ها اثر منفی دارد. دوم اینکه دندان های فک پایین در تماس با براکت های دندان های فک بالا قرار می گیرند یا براکت ها خیلی نزدیک به لثه قرار می گیرند که برای لثه آسیب زاست. در عین حال این براکت ها بیشتر تحت تاثیر مواد غذایی سخت قرار می گیرند و آسیب می بینند. سوم اینکه در هر نوبت ملاقات، معاینه و اعمال روش های درمانی به دلیل موقعیت این نوع ارتودنسی هم برای بیمار و هم برای متخصص بسیار دشوار است. مشکل چهارم این است که دندان ها از طرف زبان کاملاً ردیف می شوند و از نمای جلو به دلیل تفاوت ضخامت دندان ها نامرتب خواهند بود که البته نمای جلویی نیز مهم است! بنابراین باید بعد از اتمام دوره درمان ارتودنسی زبانی، یک دوره ارتودنسی از سمت خارج اجرا شود تا دقت نهایی حاصل شود.



PAYAME SEPID

Internal Journal of Bentolhoda Hospital

سال نو مبارک
۱۳۹۰