



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
معاونت تحقیقات و فناوری

فراز

فصلنامه پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
بهار و تابستان ۱۳۸۷، دوره ۹، شماره ۱ (پیاپی ۱۷)

صاحب امتیاز و ناشر: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان
مدیر مسؤول: دکتر عباسعلی کشتکار
مسؤول کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه: دکتر لیلا جویباری
سر دبیران: حبیبه شیرمحمدلی (دانشجوی پزشکی) و دکتر لیلا جویباری
مدیر روابط عمومی: محسن جام شیر (دانشجوی پزشکی)
مدیر اجرایی: پیام سرمدی (دانشجوی پزشکی)

همکاران این شماره (به ترتیب حروف الفباء)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| • دکتر مرتضی غلامی | • اکرم رضایی | • امیرحسین احمدی |
| • دکتر سیدامیرحسین فاضلی | • شیمیا رکن شریفی | • رحیمه آرازی |
| • حسن فرید | • ندا رنجبرپور | • عادلۀ اعتراف |
| • زینب قاضی زاده | • پیام سرمدی | • رویا بامیار |
| • نوشین کاشفی | • عصمت سعیدی | • راضیه پروار |
| • مینا کلته | • امان بی بی سلطانی | • اسماعیل پهلوان |
| • حمیدرضا کیانی | • مهدیه شجاع | • محسن جام شیر |
| • دکتر مریم کمالی | • زهرا شکاری | • سولماز جنتی عطانی |
| • سیده اعظم مسعودی | • حبیبه شیرمحمدلی | • مریم چهره گشا |
| • امیرعبدالسلام مهیمنی | • سمیه صرافی خیرآبادی | • رقیه حاجیلری |
| • حامد نادری | • شراره ضیفی محمدی | • حسن خورشیا |
| • گلناز نمازی | • فاطمه علیزاده | • دکتر علی داوریان |
| • آمنه نوائیان | • سحرناز عمادی | • اعظم رشید باغان |

با سپاس از اساتید محترم (به ترتیب حروف الفباء)

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| • دکتر بهروز قاضی مقدم | • دکتر کامران حیدری | • دکتر حمیدرضا بذرافشان |
| • دکتر محمدجعفر گلعلی پور | • دکتر وحید خوری | • مهندس ناصر بهنام پور |
| • دکتر محمد مهدی مطهری | • دکتر علیرضا خوش بین خوش نظر | • دکتر اکرم ثناگو |
| • فرهاد نیک نژاد | • دکتر کوروش سلیمانی | • دکتر لیلا جویباری |
| • غلامرضا وقاری | • دکتر اختر سیفی | • عبدالرحمان چرکزی |

با تشکر از دانشجویان عزیز گروه اجرایی (به ترتیب حروف الفباء)

برنیان اقبالیان، عراز گل بازیار، آناهیتا دیلم صالحی، لطیفه رحمتی راد، روشنگر سنجابی، دلارام شکبیا، حبیب عظیمی، ساناز هوشیار منش

ویراستاری فارسی و صفحه آرایی: لاله شریفی

طراحی جلد: محمدرضا مخبریان

چاپ: شگفت - نشانی: گرگان، خیابان شهداء، روبروی بانک سپه

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

تلفن: ۴۴۲۱۶۵۳ - ۰۱۷۱ (داخلی ۲۳۵)، نمابر: ۴۴۲۱۶۵۷

نشانی وب سایت دانشگاه: www.goums.ac.ir

پست الکترونیکی فراز: golestan.src@gmail.com

نشانی پستی: گرگان، کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

(بنیاد فلسفی)، معاونت تحقیقات و فناوری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

راهنمای نگارش مقالات

مجله فراز، نشریه علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان می‌باشد. از دانشجویان و محققین محترمی که تمایل دارند، مقاله خود را برای چاپ به این مجله ارسال دارند، دعوت می‌گردد به موارد ذیل توجه نمایند:

● عنوان کامل مقاله، نام نویسنده (گان) (نویسنده مسؤول با علامت * مشخص شود)، نشانی نویسنده مسؤول شامل: شهر، دانشگاه، پست الکترونیکی و تلفن آورده شود.

● در مقالات تحقیقی خلاصه مقاله و متنی مشتمل بر مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری و تشکر و قدردانی ارسال گردد. خلاصه مقاله باید حداکثر ۲۵۰ کلمه بوده و به تفکیک حاوی قسمت‌های زمینه و هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلیدواژه‌ها باشد.

● مقاله بایستی در یک طرف کاغذ به قطع A4 و به فاصله ۲ سانتی‌متر از طرفین کاغذ، یک خط در میان به وسیله نرم‌افزار Word تحت ویندوز با رعایت کامل اصول آئین نگارش فارسی تایپ شوند. ارسال فلاپی دیسک حاوی فایل مقاله الزامی است.

● تصاویر ارسالی وضوح مناسبی داشته باشند.

● منابع به ترتیب اشاره در متن شماره‌گذاری و در انتهای مقاله نگارش شوند.

● در متن مقاله باید از به کار بردن کلمات انگلیسی که معادل فارسی قابل فهمی دارند، خودداری گردد.

● تمام و یا قسمتی از مقالات ارسالی نبایستی در مجله‌ای به زبان فارسی و انگلیسی چاپ شده باشند. در صورتی که مقاله قبلاً در کنفرانس‌های علمی ارایه شده است، مراتب با ذکر مشخصات کامل کنفرانس مربوطه اعلام گردد.

● نقل، اقتباس، چاپ و انتشار مطالب صرفاً با ذکر کامل نام مجله، مجاز می‌باشد.

● مجله در رد، قبول، ویرایش، تلخیص و اصلاح مقالات، آزاد است. مقالات ارسالی، مسترد نخواهد شد.

● ترتیب درج مقالات تابع مقررات خاص خود مجله است و به درجه علمی و شخصیت نویسندگان آن بستگی ندارد.

● مسؤولیت صحت و سقم مندرجات مقاله به عهده نویسنده است.

● ترجمه مطالب جدید و جالب از سال ۲۰۰۷ به بعد مورد پذیرش چاپ قرار می‌گیرد.

● نویسندگان علاوه بر ارسال پستی، می‌توانند مطالب خود را به پست الکترونیکی مجله نیز ارسال نمایند.

نشانی مجله فراز :

گرگان - کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری - دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد فلسفی)

معاونت تحقیقات و فناوری - کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

تلفن: ۴۴۲۱۶۵۳ - ۰۱۷۱ داخلی ۲۳۵، نمابر: ۴۴۲۱۶۵۷

وب سایت دانشگاه: www.goums.ac.ir، پست الکترونیکی: golestan.src@gmail.com

فهرست مطالب

بهار و تابستان ۱۳۸۷ ، دوره ۹ ، شماره ۱ (پی در پی ۱۷)

صفحه

عنوان

مقاله پژوهشی

- نقش همولیز در بروز زردی نوزادان مبتلا به کمبود آنزیم گلوکز ۶-فسفات دهیدروژناز در مرکز آموزشی - درمانی بوعلی سینا ساری..... ۵
- امیرحسین احمدی ، زینب قاضی زاده
- بررسی و جداسازی درماتوفیت‌ها از خاک پارک‌های شهر گرگان در سال ۱۳۸۶..... ۱۰
- عادلہ اعتراف ، اکرم رضایی ، رقیه حاجیلری ، فرهاد نیک نژاد ، ناصر بهنام پور ، حمیدرضا کیانی
- آگاهی دانشجویان دوره کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از کنترل و درمان سل با راهبرد DOTS..... ۱۵
- راضیه پروار ، مینا کلتہ ، رحیمہ ارازی ، سیدہ اعظم مسعودی جوزچال ، عبدالرحمان چرکزی
- تصور می‌کنم در ساحل قدم می‌زنم: شیوہ‌های غیردارویی کاهش درد قاعدگی درمیان دانشجویان ترکمن..... ۲۰
- مهدیه شجاع ، دکتر لیلا جویباری ، دکتر اکرم ثناگو
- بررسی شیوع و علل سزارین در مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان طی شش‌ماهه دوم سال ۱۳۸۶..... ۲۴
- ندا رنجبرپور ، دکتر لیلا جویباری ، دکتر اکرم ثناگو
- بروز تخلف اداری در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان..... ۲۷
- حسن فرید ، دکتر مرتضی غلامی ، حسن خورشیا ، امیرعبدالسلام مہمینی ، دکتر مریم کمالی ، زهرا شکاری ، رویا بامیار ، اسماعیل پهلوان

مقاله گزارش مورد

- گزارش یک مورد نادر متاستاز سرطان کلیه..... ۳۰
- حامد نادری ، دکتر بهروز قاضی مقدم
- آنوریسم آنورت و گزارش یک مورد از آن..... ۳۳
- سحرناز عمادی
- معرفی یک مورد ختم بارداری موفق در خانمی با بیماری سیانوتیک قلبی مادرزادی..... ۳۵
- سمیه صرافی خیرآبادی ، دکتر لیلا جویباری

مقاله مروری

- اهمیت کنترل هایپرگلیسمی طی اعمال جراحی قلب در بیماران مبتلا به دیابت..... ۳۷
- شراره ضیغمی محمدی
- درمان‌های دارویی در پوکی استخوان: نگاهی به تازه‌ترین مقالات تحقیقی..... ۴۰
- سمیه صرافی خیر آباد ، دکتر اکرم ثناگو ، دکتر لیلا جویباری

گردآوری

- گیاهان دارویی و درمان بیماری‌های قلبی - عروقی..... ۴۵
- فاطمه علیزاده ، دکتر اختر سیفی
- شیر سویا..... ۴۸
- آمنه نوائیان ، غلامرضا وقاری
- نگاهی به خودکشی..... ۵۰
- گلناز نمازی ، دکتر کوروش سلیمانی
- اعمال جراحی لیزیک (LASIK) ، لازک (LASEK) و PRK بر روی چشم..... ۵۲
- محسن جام شیر ، دکتر محمد مهدی مطهری

فهرست مطالب

بهار و تابستان ۱۳۸۷، دوره ۹، شماره ۱ (پی در پی ۱۷)

صفحه

عنوان

ترجمه

- ۵۶..... ادرار سبز (Green Urine)
• پیام سرمدی
- ۵۷..... تشخیص کراتوز آکتینیک فاقد تظاهرات بالینی با فلئورسانس
• پیام سرمدی
- ۵۸..... گرما درمانی و سرطان
• حبیبه شیرمحمدلی، دکتر علیرضا خوش بین خوش نظر
- ۶۰..... هیرسوتیسم
• نوشین کاشفی
- ۶۲..... سندرم کلور بیوسی (Kluver-Bucy)
• مریم چهره گشا، دکتر لیلا جویباری
- ۶۴..... پیشگیری از سرطان پستان
• سولماز جنتی عطائی، دکتر حمیدرضا بذرافشان
- ۶۶..... معرفی یک مورد شیرخوار بیحال در بخش اورژانس
• امان بی بی سلطانی، دکتر لیلا جویباری
- ۶۹..... معرفی یک مورد تورم زبان
• عصمت سعیدی، دکتر اکرم ثناگو
- معرفی مرکز**
- ۷۱..... معرفی مرکز مرکز تحقیقات پزشکی سلولی و ملکولی
• اعظم رشید باغان
- آموزش**
- ۷۳..... آموزش روش تحقیق (۳)
• مهندس ناصر بهنام پور
- ۷۸..... تازه‌های پزشکی
• شیمیا رکن شریفی
- ۸۰..... چند خبر کوتاه
• شیمیا رکن شریفی
- چکیده پایان نامه و سوابق علمی - پژوهشی**
- ۸۲..... بررسی مرفومتريک اثر عصاره هیدروالکلی برگ گیاه گزنه بر شمار سلول‌های گرانولار شکنج دندان‌های موش‌های دیابتی شده با استرپتوزوتوسین
• دکتر سید امیرحسین فاضلی، دکتر محمدجعفر گلعلی پور، دکتر کامران حیدری
- ۸۳..... سوابق علمی - پژوهشی دکتر سیدامیرحسین فاضلی
• دکتر علی داوریان، دکتر وحید خوری، مهندس ناصر بهنام پور
- ۸۶..... بررسی اثر تجویز حاد هیدروکورتیزون سدیم سوکسینیت در کاهش وسعت ناحیه انفارکتوس قلب خرگوش
• سوابق علمی - پژوهشی دکتر علی داوریان
- ۸۷..... سوابق علمی - پژوهشی دکتر علی داوریان
• اخبار جاری دانشگاه
- ۹۰.....

در صفت علم

علم بالست مرغ جانت را
علم دل را به جای جان باشد
علم عقلست و نفس علم خدای
زانچه بر جان نبشت در بوتات
نیست آب حیات جز دانش
هر که این آب خورد باقی ماند
مدد روح کن به دانش و دین
دین به دانش بلند نام شود
علم داری مشو به راه ذلیل
علم نورست و جهل تاریکی
در پی کشف این و آن رفتن
علم خود را مکن ز عقل جدا
تن به دانش سرشته باید کرد
علم اگر قالبیست ور جانیست
تن بی روح چیست؟ مشتی گرد
جهل خوابست و علم بیداری
جان داننده گر چه دمسازست
راز چرخ و فلک بدین دوری
جهل و کوریت سر به چاه کشد
دل شود گر به علم بیننده
چون به علمش یقین درست شود
جوش جاهل چو آتش و خاشاک
علم دیوانه بی خلل نبود
علما راست رتبتی در جاه
علم را دزد برد نتواند
جوهر علم همچو زر باشد
نفس را علم مستفاد کند
آنچه در علم بیش میباید

بر سپهر او برد روانت را
سر بی علم بدگمان باشد
بیش ازین بیخودی مکن به خود آی
شاخ علمست و میوه معلومات
نیست باب نجات جز دانش
چشم او در جمال ساقی ماند
تا شوی همنشین روح امین
دین با علم کی تمام شود؟
علم بس راه را چراغ و دلیل
علم راحت برد به باریکی
جز به دانش کجا توان رفتن؟
تا بدانی که کیست عقل و خدا؟
دل به دانش فرشته باید کرد
هر چه دانی تو به ز نادانیست
روح بی علم چیست؟ بادی سرد
زان نهانی وزین پدیداری
با بدن بر فلک به پروازست
نه هم از علم یافت مشهوری؟
علم و بیندگی به ماه کشد
راه جوید به آفریننده
در عمل نامدار و چست شود
بر دمد، لیک زود گردد خاک
زانکه دیوانه را عمل نبود
که نگردد به رستخیز تباه
به اجل نیز مرد نتواند
که چو شد کهنه تازه تر باشد
علم ازین بیشتر چه داد کند؟
دانش ذات خویش میباید

اوحدی مراغه ای

مقاله پژوهشی

نقش همولیز در بروز زردی نوزادان مبتلا به

کمبود آنزیم گلوکز ۶-فسفات دهیدروژناز در مرکز آموزشی - درمانی بوعلی سینا ساری

چکیده

زمینه و هدف: ایکتر اختلالی شایع در نوزادان می باشد و یکی از علل قابل اثبات آن کمبود آنزیم گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز است که می تواند با تشدید ازدیاد بیلی روبین سرم موجب افزایش احتمال بروز کرنیکتروس در نوزادان مبتلا گردد. در این مطالعه علاوه بر تعیین میزان شیوع کمبود این آنزیم در نوزادان مبتلا به زردی در ساری، نقش همولیز در بروز این نوع ایکتر نیز بررسی شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و گذشته نگر در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا ساری در مدت ۴ سال (۱۳۸۳-۸۶) انجام گردید. کلیه پرونده های مبتلایان به زردی بررسی شد. علاوه بر استخراج سن و جنس و سابقه فامیلی، میزان هموگلوبین در بدو پذیرش، شمارش رتیکولوسیت، میزان هماتوکریت، نتیجه تست کومبس مستقیم، میزان بیلی روبین توتال، گروه خونی، تشخیص و اقدامات درمانی با استناد به شرح حال و معاینه بالینی از پرونده های بیماران استخراج و ثبت گردید و نتایج حاصله مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: شیوع کمبود آنزیم گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز ۱۳/۶ درصد بود که ۷۵ درصد آنها پسر و ۲۵ درصد آنها دختر بودند. میانگین بیلی روبین تام در گروه مورد ۱۷/۱۹ میلی گرم در دسی لیتر و در نوزادان گروه شاهد (بدون نقص آنزیمی) ۱۵/۹۴ میلی گرم در دسی لیتر بود که اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه وجود داشت ($P < 0/05$). تعداد بیماران دچار همولیز در گروه مورد ۱۵ نفر و گروه شاهد ۳۸ نفر و تست کومبس در تمام نوزادان منفی بود. مقایسه میانگین هماتوکریت و شمارش رتیکولوسیت در دو گروه مورد و شاهد، اختلاف معنی داری را نشان نداد.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع ۱۳/۶ درصد کمبود آنزیم گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز و درصد قابل توجه آن در دختران، اندازه گیری روتین آنزیم در بررسی آزمایشگاهی زردی نوزادی بدون توجه به جنسیت توصیه می گردد. همولیز نقش ضعیفی در بروز ایکتر این نوزادان داشت و اکثر آنها زردی غیرهمولیتیک داشتند.

کلید واژه ها: زردی، نوزادان، کمبود گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز، همولیز، تعویض خون

امیرحسین احمدی

دانشجوی دکتری داروسازی، کمیته تحقیقات دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی مازندران

زینب قاضی زاده

دانشجوی رشته مدارک پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی مازندران

نویسنده مسؤول: امیرحسین احمدی

پست الکترونیکی

amirhossein_pharma@yahoo.com

مقدمه

زردی (ایکتر) یکی از مشکلات شایع دوره نوزادی است و حدود ۶۰ درصد نوزادان سررس و ۸۰ درصد نوزادان نارس طی هفته اول عمر به آن مبتلا می‌شوند که در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع ممکن است دچار عوارض خطیری گردند (۱ و ۲). کمبود آنزیم گلوکز-۶- فسفات دهیدروژناز (G6PD) یکی از علل قابل تشخیص زردی نوزادی است که می‌تواند با افزایش شدید میزان بیلی روبین سرم باعث افزایش احتمال بروز کرنیکتروس در نوزادان مبتلا گردد. لذا یکی از عوامل خطری که باعث می‌شود، تعویض خون نوزادان دچار زردی در سطوح پایین‌تر از معمول انجام گیرد، کمبود این آنزیم می‌باشد (۳ و ۴). نقص آنزیم G6PD شایع‌ترین اختلال ژنتیکی است که به صورت صفت وابسته به کروموزوم X منتقل می‌شود. G6PD آنزیم حیاتی در مسیر شنت هگزوز منوفسفات است که برای حفظ ذخایر داخل سلولی گلوکوتایون شده به منظور حفاظت اریتروسیت‌ها از اکسیداسیون غشاء و اکسیداسیون هموگلوبین مورد نیاز است. کمبود این آنزیم به افزایش حساسیت اریتروسیت‌ها در تماس با عوامل اکسیدان و همولیز منجر می‌شود (۴). این اختلال در بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر دنیا وجود دارد. سازمان بهداشت جهانی، کشورهای جهان را بر حسب میزان شیوع نقص آنزیمی در شش گروه تقسیم‌بندی کرده است و ایران را در گروه پنجم (شیوع ۱۰ تا ۱۴/۹ درصد) جای داده است (۵). مطالعه‌های قبلی نشان داده که ایران از جمله مناطقی است که این اختلال به طور شایع در آن وجود دارد (۶). شیوع کمبود آنزیمی در استان‌های مختلف ایران متفاوت است، به طوری که در چند مطالعه انجام شده در تهران، اهواز و اصفهان شیوع کمبود فعالیت این آنزیم در نوزادان مبتلا به زردی متفاوت گزارش شده است (۷). در سال‌های اخیر به مساله پیشگیری از عوارض کمبود این آنزیم توجه ویژه‌ای شده است. در این خصوص پژوهشگران توصیه می‌کنند که کلیه نوزادان بلافاصله بعد از تولد مورد آزمایش نقص آنزیم G6PD قرار گیرند (۶). با توجه به پیشرفت‌های تکنیکی آزمایشگاهی برای شناسایی بیماری در سال‌های اخیر، اثبات موارد مشکوک کمبود این آنزیم کار آسانی است و اطلاعات جامعی پیرامون عوامل

ایجاد کننده همولیز در دسترس می‌باشد. لذا امید است با اطلاع‌رسانی صحیح پیرامون این موضوع بتوان از ایجاد دوره‌های همولیتیک پیشگیری کرد و در صورت بروز با درمان صحیح و به موقع موارد، شاهد حذف عوارض و مشکلات ناشی از این بیماری در سطح کشور باشیم. در این مطالعه میزان شیوع کمبود G6PD در نوزادان مبتلا به زردی، احتمال دخالت پدیده همولیز در ایجاد ایکتر و عوارض ناشی از آن بررسی شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و گذشته‌نگر روی کلیه کودکان مبتلا به زردی که بر اثر بروز علائم مربوطه طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۳ در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا ساری بستری شده و از نظر کمبود آنزیم G6PD مورد آزمایش قرار گرفتند بودند، انجام شد. کلیه پرونده‌های مبتلایان به زردی پذیرش شده طی مدت فوق مورد بررسی گرفت. نوزادان دارای کشت خون مثبت و یا ABO همچنین آنهایی که همولیز ناشی از ناسازگاری Rh داشتند، از مطالعه خارج شدند. نوزادان زرد دچار کمبود آنزیم به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شد و آنهایی که کمبود آنزیم نداشتند، به عنوان گروه شاهد برگزیده شدند. برای هر دو گروه پرسشنامه مشابهی تهیه و تکمیل شد. در تمام بیماران علاوه بر آزمایشات متداولی که در نوزادان مبتلا به زردی انجام می‌شود، فعالیت آنزیم G6PD نیز به روش کیفی و با کیت لابر اتوار صبا بررسی گردید. علاوه بر استخراج سن و جنس و سابقه فامیلی، میزان هموگلوبین در بدو پذیرش، شمارش رتیکولوسیت، میزان هماتوکریت، نتیجه تست کومبس مستقیم، میزان بیلی روبین تام و توتال، گروه خونی، تشخیص و اقدامات درمانی با استناد به شرح حال و معاینه بالینی از پرونده‌های بیماران استخراج و ثبت شد. هماتوکریت کمتر از ۴۰ درصد و شمارش رتیکولوسیت بیشتر از ۵ درصد در پنج روز اول تولد و بیشتر از ۱ درصد در روزهای بعد (به شرط عدم وجود خونریزی) به عنوان معیارهای بروز همولیز در نظر گرفته شدند. از آن جا که در همولیز ناشی از کمبود آنزیم G6PD تست کومبس منفی است، مثبت شدن این تست شاهدهی مبتنی بر وجود علت دیگری برای بروز همولیز تلقی گردید (۲).

همولیز شدند که از این میزان تنها ۲۸/۳ درصد آن مربوط به گروه مورد (کمبود آنزیم G6PD) می‌شد. به عبارتی میزان بستری شدن نوزادان گروه مورد با علائم همولیز نسبت به کل بیماران ۱۴/۶ درصد بود (جدول ۲). همچنین از لحاظ روش درمان، درصد نوزادان تعویض خون شده در گروه شاهد ۱۴/۷ درصد موارد بود، که تقریباً برابر با گروه مورد (۱۴/۵ درصد) تعویض خون شده، می‌باشد. مقایسه عوارض زودرس ناشی از ایکتر در دو گروه نشان داد که میزان بروز عوارضی همچون تشنج و کرنیکتروس در هر دو گروه مورد و شاهد یکسان بوده است که در هر یک از دو گروه ۱ نفر بود.

جدول ۱: میزان همولیز در نوزادان مبتلا به نقص آنزیمی G6PD

و طبیعی در بیمارستان بوعلی شهر ساری

آنزیم G6PD	با همولیز تعداد (درصد)	بدون همولیز تعداد (درصد)	شیوع تعداد (درصد)
نقص آنزیم	۱۵ (۲۸/۳)	۱۲۳ (۱۳/۷)	۱۳۸ (۱۳/۶)
آنزیم طبیعی	۳۸ (۷۱/۷)	۷۷۷ (۸۶/۳)	۸۱۵ (۸۰/۱)
مجموع	۵۳ (۱۰۰)	۹۰۰ (۱۰۰)	۹۵۳ (۹۳/۷)*

* به جز موارد ناشی از کشت مثبت، ناسازگاری ABO و Rh

جدول ۲: بررسی میزان بیلی‌روبین توتال، رتیگولوسیت و هماتوکریت افراد مبتلا به کمبود آنزیم G6PD و G6PD طبیعی در نوزادان بستری در بیمارستان بوعلی شهر ساری

متغیرها	G6PD طبیعی (فراوانی=۸۱۵)	کمبود G6PD (فراوانی=۱۳۸)	P-Value
بیلیروبین توتال (mg/dl)	۱۵/۹۴ (±۴/۰۷)	۱۷/۱۹ (±۴/۲۲)	<۰/۰۵
رتیگولوسیت (درصد)	۱/۹۷ (±۱/۳۲)	۱/۷ (±۱/۱۸)	طبیعی
هماتوکریت (درصد)	۴۵/۶۹ (±۶/۷۸)	۴۴/۱۷ (±۶/۴۴)	طبیعی

بحث

کمبود فعالیت آنزیم G6PD یک اختلال نسبتاً شایع ارثی با توارث وابسته به X مغلوب است. کمبود این آنزیم منجر به افزایش حساسیت گلبول‌های قرمز در تماس با مواد اکسیدان و ایجاد همولیز می‌گردد و تظاهرات بالینی آن شامل زردی،

نتایج حاصل از این تحقیق به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور ارائه جداول فراوانی و محاسبه درصدها و نسبت‌ها از آمار توصیفی و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مختلف بر اساس نوع متغیر از آزمون آماری مجذور کای استفاده گردید. همچنین تفاوت میانگین‌ها با آزمون تی بررسی شد که بر اساس آن P-value کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در طی مدت مطالعه (از فروردین ۱۳۸۳ تا بهمن ۱۳۸۶) ۱۰۱۸ نوزاد دچار زردی در بخش نوزادان محل انجام مطالعه بستری شده بودند. از این تعداد ۱۳۸ نوزاد کمبود فعالیت آنزیم G6PD داشتند. شیوع ۱۳/۶ درصد بود که ۱۰۴ نفر از آنها پسر (۷۵ درصد) و ۳۴ نفر دختر (۲۵ درصد) بودند. این افراد به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شدند و برای مقایسه نوزادان مبتلا به ایکتر که فعالیت آنزیم G6PD در آنها طبیعی بود، از بین جمعیت اولیه انتخاب و به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. همچنین تعداد ۶۵ نوزاد که زردی آنها به علل سپسیس، ناسازگاری ABO و یا ناسازگاری Rh بود، از مطالعه خارج گردیدند. با توجه به یافته‌های آزمایشگاهی میانگین بیلی‌روبین تام در نوزادان گروه مورد (کمبود آنزیم G6PD) ۱۷/۱۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و در نوزادان گروه شاهد (بدون نقص آنزیمی) ۱۵/۹۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود که اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه وجود داشت ($P < 0/05$). با در نظر گرفتن معیارهای ذکر شده برای همولیز، تعداد بیماران دچار همولیز در گروه مورد ۱۵ نفر و گروه شاهد ۳۸ نفر بود (جدول ۱).

از طرفی بررسی کلی معیارهای فوق نشان داد که تست کومبس مستقیم در تمام بیماران هر دو گروه مورد و شاهد منفی بود. مقایسه میانگین هماتوکریت نوزادان گروه مورد (۴۴/۱۷ درصد) با میانگین هماتوکریت نوزادان گروه شاهد (۴۵/۶۹ درصد) از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. همچنین در ارتباط با میانگین شمارش رتیگولوسیت نیز بین نوزادان گروه مورد (۱/۷ درصد) و گروه شاهد اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد. همچنین نتایج نشان داد که از مجموع ۹۳۵ بیماری که وارد مطالعه شدند، ۵۳ بیمار دچار

پررنگ شدن ادرار، رنگ پریدگی و سایر نشانه‌های ناشی از کم‌خونی می‌باشد (۹و۸). زردی نوزادی ایجاد شده توسط کمبود این آنزیم به صورت کم‌خونی همولیتیک حاد با افزایش بیلی‌روبین غیرمستقیم ظاهر شده و گاهی تظاهرات همولیز به قدری شدید است که نوزادان به تعویض خون نیاز پیدا می‌نمایند و در صورت عدم اقدام مناسب عارضه خطرناک عصبی نوزادان (کرنیکتروس) ایجاد می‌شود (۱۰).

آمارهای مختلفی در مورد شیوع کمبود آنزیم G6PD گزارش شده است. مطالعه انجام شده روی ۲۷۰ نوزاد در سمنان نشان داد که ۴/۴ درصد نوزادان دچار کمبود آنزیم بودند (۱۱). شیوع این اختلال آنزیمی در نوزادان مبتلا به زردی در مطالعات انجام شده در شهرهای مختلف ایران کمتر از ۸/۵ درصد گزارش شده است. این فراوانی در اصفهان ۷/۵ درصد، در تهران ۴/۴ درصد، در بوشهر ۸/۴ درصد و در کرمانشاه ۵/۳ درصد گزارش گردید (۱۴-۱۲). در مطالعه ما شیوع این نقص آنزیمی در ساری ۱۳/۶ درصد به دست آمد که نشان می‌دهد، این اختلال آنزیمی در تمام مناطق ایران از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است.

کمبود آنزیم G6PD در ترکیه ۲/۳ درصد، در امارت ۱۱ درصد، در عربستان ۱۸ درصد و در یونان ۱/۳ درصد گزارش شده است (۱۷-۱۵). شیوع کمبود آنزیم G6PD در مناطق مالاریا خیز مانند اهواز (۱۷/۱ درصد) و در کشورهای آفریقایی مثل نیجریه (۳۱ تا ۴۱ درصد) بیشتر می‌باشد (۱۸ و ۱۹).

در این مطالعه بین میانگین هماتوکریت و میانگین شمارش رتیکولوسیت در نوزادان مبتلا به زردی با یا بدون کمبود آنزیم G6PD از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعات انجام شده در نیجریه، مالزی، تهران و مشهد مشابه بود (۲۳-۲۰).

از طرفی نتایج این مطالعه مشخص نمود که میزان بیلی‌روبین تام در گروه با نقص آنزیمی به طور معنی‌داری بالاتر از میزان آن در گروه فاقد این نقص آنزیمی بود که مشابه نتایج مطالعه فاناروف و مشهد می‌باشد (۲۳ و ۲۲). لذا می‌توان گفت که در نوزادان با کمبود آنزیم G6PD بین معیارهای همولیز و مقادیر بیلی‌روبین تام سرم و سطح فعالیت آنزیم رابطه ثابت و مشخصی وجود ندارد. همچنین در مطالعه

حاضر مشاهده گردید، تست کومبس مستقیم در همگی منفی است و همولیز نقش بسیار ضعیفی در بروز علائم زردی نوزادان مبتلا به کمبود آنزیم G6PD دارد که مشابه نتایج مطالعه مشهد می‌باشد (۲۳). به عبارت دیگر در این بیماران، دلیل افزایش مقدار بیلی‌روبین در اکثر موارد پدیده همولیز نیست و احتمالاً مکانیزم‌های دیگری مانند کاهش توانایی سلول‌های کبدی در برداشت بیلی‌روبین و کونژوگاسیون نارس بیلی‌روبین دخالت دارند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که متابولیسم بیلی‌روبین غیرمستقیم به مستقیم در این نوزادان تغییر کرده است که البته تعیین محل دقیق این تغییر به مطالعات بیشتری نیاز دارد (۵). بنابراین جلوگیری از تماس با مواد اکسیدان منجر به کنترل زردی در این نوزادان نمی‌شود. زیرا همان‌طور که ذکر شد علت بروز زردی در اکثر موارد مکانیسم‌های غیرهمولیتیک است. همچنین در این مطالعه مشاهده گردید که تعداد موارد انجام تعویض خون در نوزادان گروه مورد تقریباً برابر تعداد آن در نوزادان گروه شاهد بود که با توجه به مطالب فوق و عدم اثبات وجود همولیز در اکثر موارد، این مسأله منطقی به نظر می‌رسد. ولی نتایج برخی تحقیقات دیگر شاهد انجام تعویض خون غیرمنطقی در نوزادان دچار نقص آنزیمی بود که این مسأله جای تأمل و بحث دارد.

با توجه به این که افزایش بیلی‌روبین در نوزادان مبتلا به کمبود G6PD در اکثر موارد علتی غیرهمولیتیک دارد، لذا به نظر می‌رسد تصمیم‌گیری برای انجام تعویض خون این نوزادان باید از معیارهای موجود برای سایر زردی‌های غیرهمولیتیک استفاده گردد (به جز مواردی که شواهد قطعی مبنی بر اثبات همولیز وجود دارد)، تا از انجام بی‌مورد تعویض خون و عوارض ناشی از آن حتی‌الامکان اجتناب به عمل آید.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد، در شهرساری همانند سایر مناطق مشابه ایران، کمبود آنزیم G6PD در نوزادان مبتلا به زردی شیوع قابل توجهی دارد (۱۳/۶ درصد) و علی‌رغم برتری واضح در جنس مذکر، ۲۵ درصد از موارد مربوط به دختران می‌باشد. براین اساس توصیه می‌گردد، اندازه‌گیری فعالیت این آنزیم به عنوان یکی از آزمایشات روتین در تمام نوزادانی که

به طور معنی داری بالاتر از میزان آن در نوزادان فاقد این نقص آنزیمی می باشد. لذا بهتر است درمان با فوتوتراپی در این نوزادان با مقادیر پایین تر بیلی روبین آغاز گردد.

References

- 1) Stoll BJ, Kliegman RM. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In: Behrman, Kliegman, and Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Ed. Philadelphia. Saunders. 2004; pp: 562-96.
- 2) Halamek LP, Stevenson DK. Neonatal Jaundice and Liver Disease In: Fanaroff AA, Martin RG. Neonatal- Perinatal Medicine. 7th Ed. St Louis Mosby. 2002; pp: 1309-50.
- 3) Nathan DG, Orkin SH. Glucose 6- phosphate dehydrogenase-deficiency and hemolytic anemia. In: Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood. 5th Ed. Philadelphia, WB Saunders. 2000; pp: 704-25.
- 4) Kaplan M. Neonatal hyperbilirubinemia Glucose 6 phosphate dehydrogenase deficient heterozygotes. Pediatrics Evanstone 1999 July; 1(104): 68-74.
- ۵) میرزایی ع. فلاح زاده ع. حق بین س. شیوع کمبود گلوکز ۶- فسفات دی هیدروژناز (G6PD) در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شهر یاسوج سال ۱۳۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. ۱۳۷۹. سال پنجم. شماره ۱۷ و ۱۸. صفحات ۶۳ تا ۶۷.
- ۶) موحّد ع. یزدان پرست ع. فرخی ش. امیری ز. عسکریان ف. شیوع کمبود آنزیم G6PD در نوزادان متولد شده در شهر بوشهر. طب جنوب. ۱۳۷۸. سال دوم. شماره دوم. صفحات ۱۳۲ تا ۱۳۵.
- ۷) احمدپورکچو م. معموری غ. جناقی ک. فراوانی کمبود آنزیم گلوکز ۶- فسفات دی هیدروژناز (G6PD) در نوزادان مبتلا به هیپر بیروبینمی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۰. دوره ۴۴. شماره ۷۱. صفحات ۹۱ تا ۹۵.
- 8) Stoll BJ, Kliegman RM. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In: Behrman, Kliegman, and Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Ed. Philadelphia, Saunders. 2004; pp: 562-96.
- 9) Halamek LP, Stevenson DK. Neonatal Jaundice and Liver Disease In: Fanaroff AA, Martin RG. Neonatal- Perinatal Medicine. 7th Ed. St Louis Mosby. 2002; pp: 1309-50.
- ۱۰) حق شناس الف. ایرانیس د. بررسی موضوع کمبود آنزیم G6PD نوزادان مبتلا به هیپر بیلی روبینمی بستری در بیمارستان های شهید بهشتی و الزهرا اصفهان. مجموعه مقالات همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران. ۱۳۸۱. صفحه ۴.
- ۱۱) نوبهار م. وفایی ع. بررسی کمبود آنزیم در نوزادان NADP به وسیله آزمایش احیای G6PD مبتلا به زردی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۳۸۲. شماره ۲۹. صفحات ۴۶ تا ۵۰.
- 12) Iranpour R, Akbar ML, Haghshenas I. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in neonates. Indian J Pediatr. 2003; 70(11): 855-7.
- ۱۳) حاجی ابراهیم تهرانی ف. فقیهزاده س. برناح. بررسی ضرورت تعیین فعالیت آنزیم گلوکز-۶ فسفات دی هیدروژناز در نوزادان مبتلا به هیپر بیلی روبینمی. دانشور. ۱۳۸۳. دوره ۱۱. شماره ۵۱. صفحات ۲۹ تا ۳۱.
- ۱۴) خانیان د. بررسی شیوع کمبود آنزیم گلوکز-۶- فسفات دی هیدروژناز (G6PD) در نوزادان ایکتری بستری در بیمارستان رازی کرمانشاه. پایان نامه دکتری عمومی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. سال ۱۳۷۸.
- 15) Bayoumi R A. Molecular characterization erythrocyte Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase deficiency in AL - Ain district United Arab Emirate. Hum Hered. 1996; 46: 136-41.
- 16) Gelpi Ap. New data on G6PD in Saudi Arabia. G6PD Variant and the association between enzyme deficiency and hemoglobins. Hum Hered. 1977; 27: 285-91.
- 17) Missiout. Screening for G6PD as a preventive measure: prevalence among 1/286/000 Greek newborn infant. J Pediatr 1991; 119: 293-9.
- 18) Slusher TM, Verman HJ, Mc Laren DW, et al. G6PD deficiency and carboxyhemoglobin concentrations associated with bilirubin related morbidity and death in Nigerian infants. J Pediatr. 1995; 126(1):102-26.
- ۱۹) نجم زاده س م. بررسی کمبود آنزیم G6PD در نوزادان مبتلا به یرقان در بیمارستان گلستان اهواز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز. ۱۳۶۸. شماره ۹۰۸. صفحات ۱۰۰ تا ۱۰۶.
- 20) Niazi GA. Neonatal jaundice in Saudi newborns with G6pD aures. Ann Trop Pediatr. 1996 Mar; 16(1): 33-7.
- 21) Weng YH, Chou YH, Lien RI. Hyperbilirubinemia in healthy neonates with glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. Early Hum Dev. 2003; 71(2): 129-36.
- 22) Methta A, Mason PI. Glucose 6 phosphate dehydrogenase deficient. Baillieres Best Pract Res Clin Haematol. 2000 Mar; 13(1): 21-38.
- ۲۳) یوسفی ج. نقش همولیز در بروز زردی نوزادان مبتلا به کمبود آنزیم گلوکز-۶- فسفات دی هیدروژناز. مجله بیماریهای کودکان ایران. زمستان ۱۳۸۵. دوره ۱۶. شماره ۴. صفحات ۴۶۲ تا ۴۶۶.

مقاله پژوهشی

بررسی و جداسازی درماتوفیت‌ها از خاک پارک‌های شهر گرگان در سال ۱۳۸۶

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قارچی جلدی عفونت‌هایی با علایم بالینی خفیف یا شدید هستند که در اثر حمله گونه‌های مختلف درماتوفیت‌ها به بافت‌های کراتین‌دار پوست، مو و ناخن ایجاد می‌شوند. این عفونت‌ها در بسیاری از کشورها به عنوان مشکل اصلی بهداشتی مطرح هستند. این مطالعه به منظور بررسی و جداسازی درماتوفیت‌ها از خاک پارک‌های شهرستان گرگان انجام گرفت.

روش بررسی: نمونه‌برداری از ۲۲ پارک واقع در شهر گرگان انجام گرفت. نمونه‌ها شامل خاک پارک‌ها بود. از روش طعمه‌گذاری کراتین استفاده شد.

یافته‌ها: از ۲۴۴ نمونه منتقل شده به آزمایشگاه به طور کلی ۵۴/۵ درصد نمونه‌ها آلوده به گونه‌های قارچ بودند و ۴۵/۵ درصد عاری از گونه‌های قارچ بودند. درماتوفیت‌های خاک دوست، آسپرژیلوس، پسیلومایسس و میسلیم استریل از خاک‌ها جدا شدند.

نتیجه‌گیری: میزان آلودگی خاک پارک‌های شهرستان گرگان تا میزان مورد انتظار بود.

کلید واژه‌ها: درماتوفیت، خاک، آلودگی قارچی، گرگان

عادلۀ اعتراف

دانشجوی بهداشت دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

اکرم رضایی

دانشجوی بهداشت دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

رقیه حاجیلری

دانشجوی بهداشت دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

فرهاد نیک‌نژاد

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

ناصر بهنام پور

کارشناس ارشد آمار حیاتی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

حمیدرضا کیانی

کاردان آزمایشگاه دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: عادلۀ اعتراف

پست الکترونیکی: a.eteraf@gmail.com

مقدمه

به راحتی ایجاد بیماری می‌کند. تظاهرات بالینی بسته به شرایط فیزیکی بدن و اندام گرفتار و نوع گونه مختلف است. آسپرژیلوس منجر به آلرژی، بیماری‌های ریوی، گرفتاری منژ، کبد، مغز، قلب، استخوان و عفونت گوش می‌شود. پسیلومایسس از قارچ‌های ساپروفیت بوده که به ندرت عامل آندوکاردیت، کراتیت و عفونت ریوی می‌باشد. کرایزوسپوریوم از قارچ‌های ساپروفیت بوده و به اشکال غیرجنسی بعضی از قارچ‌های بیماری‌زا مانند درماتوفیت‌ها و هیستوپلاسما شباهت دارد. بعضی از گونه‌های آن مانند کرایزوسپوریوم پاروم ایجاد بیماری ادیاسپیرومایکوز در حیوانات می‌کنند.

مطالعات کمی بر روی وجود این دسته از قارچ‌ها در ایران صورت گرفته است. در طی سال‌های اخیر تحقیقاتی در مناطق مختلف کشور مثل تهران (۱۴)، قزوین (۱۵)، کرمان (۱۶)، اهواز (۱۷)، یزد (۱۸) و اصفهان انجام گرفته است (۱۹). ولی مناطق بیشتری از کشور مانند شهرستان گرگان مطالعه نشده است. این مطالعه به منظور بررسی و جداسازی درماتوفیت‌ها از خاک پارک‌های شهرستان گرگان و شناسایی جنس‌ها و گونه‌های غالب در این منطقه در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

روش بررسی

با توجه به مطالعات انجام شده و در سطح اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر خطای برابر ۰/۰۴ حجم نمونه برابر ۲۴۴ تعیین گردید. نمونه‌گیری به صورت سیستماتیک از کلیه پارک‌های داخل شهر (۲۲ پارک) انجام شد. تخصیص متناسب (متناسب با مساحت پارک) برای هر پارک، به عنوان روش تخصیص حجم نمونه در نظر گرفته شد.

نمونه‌برداری از سطح خاک صورت گرفت. پس از انتخاب محل نمونه‌برداری توسط قاشق چوبی محکم و استریل از لایه سطحی خاک (تا عمق حداکثر سه سانتی متری خاک) به میزان ۲۰۰ الی ۳۰۰ گرم نمونه به داخل کیسه نایلونی تمیز و ضخیم ریخته و در آن محکم بسته شد. پس از ثبت مشخصات محل نمونه‌برداری، ذکر موقعیت محل و زمان نمونه‌برداری کد مورد نظر بر روی نایلون چسبانده می‌شد. پس از اتمام نمونه‌برداری، نمونه‌ها به آزمایشگاه انتقال یافت و تا حد امکان در جای خشک نگهداری گردید. بلافاصله پس از پایان مرحله

بیماری‌های قارچی جلدی عفونت‌هایی با علایم بالینی خفیف یا شدید هستند که در اثر حمله گونه‌های مختلف درماتوفیت‌ها به بافت‌های کراتین‌دار پوست، مو و ناخن ایجاد می‌شوند (۱). این عفونت‌ها در بسیاری از کشورها به عنوان مشکل اصلی بهداشتی مطرح هستند (۲). قارچ‌های عامل این بیماری‌ها براساس منبع عفونت به سه دسته درماتوفیت‌های انسان‌دوست، حیوان‌دوست و خاک‌دوست طبقه‌بندی می‌شوند. درماتوفیت‌های خاک‌دوست و قارچ‌های کراتین‌دوست گروهی از قارچ‌ها هستند که قادر به تجزیه باقیمانده‌های کراتین در محیط بوده و بالقوه خواص بیماری‌زایی در انسان و حیوانات را دارند. نوع انسان‌دوست درماتوفیت‌ها راحت‌تر منتقل شده، بیماری مزمن ایجاد می‌کند، دیرتر شناخته شده و دیرتر هم درمان می‌شود. درماتوفیت‌ها در تمام دنیا پراکنده هستند و به شرایط اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی جامعه بستگی دارد. درماتوفیت‌ها عفونت‌های جلدی در سطح پوست و ضمام آن مانند مو و ناخن ایجاد می‌کنند. جیسئوم یکی از درماتوفیت‌های جنس میکروسپوریوم است و کچلی سر از نوع اکتوتریکس را موجب می‌شود. سابقاً موارد گزارش شده درماتوفیتوزیس به دلیل درماتوفیت‌های خاک‌دوست، محدود و به شکل کچلی سر از نوع اکتوتریکس بود، اما امروزه موارد زیادی از بیماری در گوشه و کنار جهان به اشکال بالینی مختلف شامل کچلی سر در افراد مسن (۳)، بدن و دست (۴)، پا (۱۰-۲)، کشاله ران (۲۰ و ۳-۱۰، ۵) ناخن (۱۱) و حتی موارد منتشره (۹) بیماری در انسان گزارش شده است. همچنین عامل ضایعات شبه فاووسی و درماتوفیتوزیس آتیپیکال گزارش شده‌اند (۱۳-۲).

کشاورزان، باغبانان و کارگران شهرداری در معرض خطر ابتلا به درماتوفیتوزیس ناشی از درماتوفیت‌های خاک‌دوست می‌باشند. اکولوژی قارچ‌های کراتین‌دوست در خاک به خوبی شناخته شده است. در بسیاری از کشورهای جهان مثل آمریکا، کانادا، ایتالیا، سوئد، آفریقا، هند، سوئیس، اکراین و عراق وضعیت درماتوفیت‌های خاک‌دوست و قارچ‌های کراتین‌دوست خاک مورد مطالعه قرار گرفته است (۲ و ۳ و ۸-۶). آسپرژیلوس جزو قارچ‌های فرصت‌طلب بوده و

جدول ۱: توزیع فراوانی گونه‌های قارچی در پارک‌های شهر گرگان

گونه جدا نشده تعداد (درصد)	کرایزوسپوریوم تعداد (درصد)	جیپستوم تعداد (درصد)	کرایزوسپوریوم و جیپستوم تعداد (درصد)	پسیلوما یسس تعداد (درصد)	آسپرژیلوس تعداد (درصد)	میسلیوم استریل تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
۲۳ (۴۷/۹)	۱۲ (۲۵)	۹ (۱۸/۸)	۴ (۸/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴۸ (۱۰۰)
۱۸ (۴۰/۹)	۱۰ (۲۲/۷)	۹ (۲۰/۵)	۷ (۱۵/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴۴ (۱۰۰)
۲۲ (۶۲/۹)	۸ (۲۲/۹)	۵ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۵ (۱۰۰)
۰ (۰)	۲ (۴۰)	۱ (۲۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۵ (۱۰۰)
۴ (۳۳/۳)	۶ (۵۰)	۱ (۸/۳)	۱ (۸/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۲ (۱۰۰)
۱ (۹/۱)	۳ (۲۷/۳)	۶ (۵۴/۵)	۱ (۹/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۱ (۱۰۰)
۳ (۷۵)	۰ (۰)	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۱۰۰)
۰ (۰)	۳ (۶۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۵ (۱۰۰)
۹ (۸۱/۸)	۱ (۹/۱)	۰ (۰)	۱ (۹/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۱ (۱۰۰)
۴ (۶۶/۷)	۲ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۱۰۰)
۳ (۷۵)	۰ (۰)	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۱۰۰)
۳ (۵۰)	۰ (۰)	۳ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۱۰۰)
۴ (۸۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۱۰۰)
۷ (۴۳/۸)	۴ (۲۵)	۳ (۱۸/۸)	۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۶ (۱۰۰)
۱ (۱۰)	۲ (۲۰)	۵ (۵۰)	۲ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۰ (۱۰۰)
۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۱ (۳۳/۳)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۱۰۰)
۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)
۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۳ (۱۰۰)
۰ (۰)	۲ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۱۰۰)
۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)
۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۱۰۰)
۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)
۱۱۱ (۴۵/۵)	۵۸ (۲۳/۸)	۴۷ (۱۹/۳)	۲۳ (۹/۴)	۲ (۰/۸)	۱ (۰/۴)	۲ (۰/۸)	۲۴۴ (۱۰۰)

قارچ کلونیزه شده در اطراف مو در محیط سابورود کستروز آگار حاوی سیکلو هگزامید (۱ گرم/لیتر) و کلرامفنیکل (۱۰۰ میلی گرم/لیتر) ایزوله شده و مورد شناسایی قرار می‌گرفت (۱۹).

یافته‌ها

شهرداری استان گلستان، گرگان را به دو منطقه جغرافیایی منطقه یک و منطقه دو تقسیم نموده است. منطقه یک شامل پارک‌های شهرک ایشار، شهرک امام، ویلاشهر، نوبخت، شهریار، دانشجو، کیان شهر، شاهد، پارک کودک ناهارخوران، ورزشی روباز ناهارخوران، لادن، آزادگان و گرگان جدید بود منطقه دو شامل پارک شهر، بوستان ملت، چاله باغ، جوادیه، رازی، آفتاب، خانقاه، افسران و مصلا می‌باشد.

نمونه‌برداری کار روی نمونه‌ها صورت گرفت (۱۹). از روش طعمه‌گذاری کراتین برای این منظور استفاده شد. پس از مخلوط کردن نمونه خاک تهیه شده به میزان ۷۰ الی ۱۰۰ گرم از نمونه را به پلیت شیشه‌ای بزرگ و عمق‌دار استریل منتقل و سپس در کنار شعله به میزان یک گرم موی استریل مخلوط شده انسان اضافه شد. ۲۰ میلی‌لیتر آب مقطر استریل افزوده و به مدت ۶ الی ۸ هفته در دمای محیط نگهداری شد. در طی مدت نگهداری نیز چند روز یک‌بار برای حفظ رطوبت محیط، آب مقطر استریل اضافه گردید. پس از مدت نگهداری پلیت‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در صورت کلونیزه شدن قارچ در اطراف مو نمونه مثبت در نظر گرفته می‌شد. از موی کلونیزه شده نمونه خرد شده تهیه و در زیر میکروسکوپ بررسی گردید. در صورت عدم تشخیص قطعی،

(۸).

در طی بررسی Ramesh (۱۹۹۹) در خاک پارک‌ها و مدارس ابتدایی در شهر مدرس هند، کرایزوسپوریوم ۵۵/۸ درصد و جیستوم ۴۸/۸ درصد بود (۱۲).

در مطالعه حاضر کل درصد کرایزوسپوریوم، جیستوم و پسیلومایسس جدا شده به ترتیب ۲۸/۵ درصد، ۲۴ درصد و ۰/۸ درصد بود. این اختلاف می‌تواند به دلیل تفاوت‌های اکولوژیک، طول و عرض جغرافیایی منطقه و نوع آب و هوای شهر گرگان باشد. با توجه به این که پارک‌ها محل بازی کودکان، استراحت و تفریح خانواده‌ها می‌باشد، بنابراین آموزش خانواده‌ها به منظور آشنایی با درماتوفیت‌ها و جلوگیری از ابتلا آنها به این قارچ‌ها ضروری می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود با بررسی دیگر خاک‌های استان گلستان بتوان فلور طبیعی از گونه‌های درماتوفیت خاک‌دوست استان به دست آورد تا داده‌های کامل‌تری در این خصوص ارائه شود.

تشریح و قدردانی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه انجام شده است.

References

- ۱) امامی م، کدیجه پ، مقدمی م، زرینی ف. قارچ شناسی پزشکی. چاپ پنجم. انتشارات دانشگاه تهران. ۱۳۷۷. صفحات ۱۲۱ تا ۱۲۲.
- 2) Khosravi AR, Aghamirian MR, Mahmudi. Dermatophytoses in Iran. Mycoses. 1994;37:43-48
- 3) Offidani A, Simoncini C, Arcni D. Tinea capitis due to *Microsporum gypseum* in an adult. Mycoses. 1998; 41(5-6): 239-41.
- 4) Radoslaw S, Wieslawa S. Zoophilic and geophilic dermatophytes among farmers annagric. Environ Med. 2000; 7: 125-29.
- 5) Bakos L, Bonamigo RR, Pisani AC, Mariante JC, Mallmann R. Scutularfavus like tinea cruris et pedis in patient with ADIS. J Am Acad Dermatol. 1996; 34: 1086-87.
- 6) Filipello Marchisio V, Curretti D, Cassinelli C, Bordese C. Keratinolytic and karatinophilic fungi in the soil of papua new Guinea. Mycopathologia. 1991; 115:113-119.
- 7) Mercantini R, Marsella R, Caprilli F, Dovgiallo G. Isolation of dermatophytes and correlated species from the soil of public gardens and parks in Rome. Sabouraudia. 1980;18(2):123-8.
- 8) Papini R, Mancianti F, Grassoti G, and Cardini G. Survey of keratinophilic fungi isolated from city park soils of Pisa, Italy.

از مجموع ۲۴۴ نمونه خاک به روش طعمه گذاری کراتین از سطح خاک پارک‌های شهر گرگان، ۱۱۱ نمونه (۴۵/۵ درصد) هیچ گونه قارچی جدا نشد. از ۵۸ نمونه (۲۳/۸ درصد) کرایزوسپوریوم، ۴۷ نمونه (۱۹/۳ درصد) جیستوم، ۲۳ نمونه مخلوط (۹/۴ درصد) کرایزوسپوریوم و جیستوم، ۲ نمونه (۰/۸ درصد) پسیلومایسس، ۱ نمونه (۰/۴ درصد) آسپرژیلوس و ۲ نمونه (۰/۸ درصد) میسلیم استریل جدا شد. در نمونه‌ها علاوه بر درماتوفیت‌ها گونه‌های مختلفی از قارچ‌های دیگر نیز جدا شد که هر یک از آنها با وجود تعداد و درصد کم حائز اهمیت می‌باشند (جدول ۱).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر درماتوفیت‌ها، جیستوم، آسپرژیلوس، پسیلومایسس و کرایزوسپوریوم گونه‌های قارچی بودند که از خاک پارک‌ها جدا شدند.

در تحقیق کچوئی (۱۳۷۶) از خاک ۱۶ شهر و روستا مقدار جداسازی کرایزوسپوریوم ۸۰/۶ درصد، جیستوم ۱۲/۴ درصد و پسیلومایسس ۰/۴ درصد بود (۱۹).

در مطالعه Papini (۱۹۹۸) در خاک پارک‌های شهر پیزای کرایزوسپوریوم ۱۹ درصد و ۳۹ جیستوم درصد به دست آمد

Mycopathologia. 1998; 143(1):17-23.

9) Porro AM, Marcia CN, Yoshioka. Disseminated Dermatophytoses caused by *Microsporum gypseum*. Mycopathologia. 1997; 137(1): 9-12.

10) Qianggiang Z, Limo Q, Jiajum W, Li L. Report of two cases of tinea infection with scutula like lesions caused by *Microsporum gypseum*. International J Dermatol. 2002; 41:372-73.

11) Romano C. Onychomycosis due to *Microsporum gypseum*. Mycoses. 1998; 41(7-8):349-51.

12) Ramesh VM, Hilda A. Incidence of keratinophilic fungi in the soil of primary schools and public parks of Madras City, India. Mycopathologia. 1998-1999; 143(3):139-45.

13) Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. Pediatric dermatology. 2000; 17(1):41.

۱۴) اکبری نجحوانی فرخ. بررسی و جدا کردن درماتوفیت‌ها و تعیین گونه‌های جدا شده از خاک پارک‌های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد قارچ شناسی. شماره ۱۵۰۳. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دا نشکده بهداشت گروه پاتوبیولوژی. ۱۳۶۲.

۱۵) درگاهی غ. بررسی و مطالعه اکتینومیسیتها و قارچ‌های بیماری زا در خاک شهر قزوین و حومه. پایان نامه دوره دکتری علوم آزمایشگاهی. دانشگاه علوم

- پزشکی تهران. دانشکده پزشکی. ۱۳۷۱.
- ۱۸) ثوابی ع. بررسی و مقایسه فلور قارچی خاک مناطق مختلف استان یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد قارچ شناسی پزشکی. تهران. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده پزشکی. ۱۳۷۵.
- ۱۹) کچوئی ر، امامی م، گرامی شعار م. بررسی و جداسازی درماتوفیت‌های خاک دوست و قارچ‌های کراتین دوست از خاک ۱۶ شهر و روستای استان اصفهان. مجله پزشکی کوثر. پاییز ۱۳۸۳. دوره ۹. شماره ۳. صفحات ۱۶۹ تا ۱۷۶.
- ۱۶) آیت الهی موسوی س الف. بررسی و شناسایی قارچ‌های موجود در خاک و خار و خاشاک شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد قارچ شناسی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده بهداشت. ۱۳۷۲.
- ۱۷) حسینی سیاهی ع. بررسی قارچ‌ها و اکتینومیسیت‌ها در خاک و قارچ‌های موجود در خار و خاشاک شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد قارچ شناسی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده بهداشت. ۱۳۷۳.

مقاله پژوهشی

آگاهی دانشجویان دوره کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از کنترل و درمان سل با راهبرد DOTS

چکیده

زمینه و هدف: سل یکی از بیماری‌های عفونی دیرینه انسان است و با وجود روش‌های نوین مبارزه با آن انتشار گسترده‌ای داشته و از معضلات جدی بهداشتی و اجتماعی در سطح دنیا است. این مطالعه به منظور تعیین آگاهی دانشجویان دوره کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از کنترل و درمان سل با راهبرد DOTS انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه روی ۲۸ دانشجوی پزشکی مقطع اینترنی به روش سرشماری در سال ۱۳۸۶ انجام پذیرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که اعتبار و پایایی آن تایید گردید. داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۱/۴ درصد از نمونه‌ها کارورزی بخش عفونی و مراکز بهداشتی و درمانی را سپری کرده بودند. میزان آگاهی تمامی نمونه‌ها ضعیف بود و هیچیک از نمونه‌ها در رده متوسط و خوب قرار نگرفتند. تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان آگاهی دانشجویانی که کارورزی بخش عفونی و مراکز بهداشتی و درمانی را سپری کرده بودند، با کسانی که کارورزی در آن بخش‌ها را نگذرانده بودند، مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این نشان داد که دانش ضعیف در مورد درمان و کنترل سل از طریق استراتژی DOTS در بین دانشجویان دوره اینترنی وجود دارد. برای کنترل موثر بیماری سل مداخله برای افزایش دانش کارورزان با تاکید بر استراتژی DOTS ضروری است.

کلید واژه‌ها: DOTS، سل، دانشجوی پزشکی، آگاهی، گلستان

راضیه پروار

دانشجوی رشته بهداشت خانواده
دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مینا کلتنه

دانشجوی رشته بهداشت خانواده
دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

رحیمه ارازی

دانشجوی رشته بهداشت خانواده
دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

سیده اعظم مسعودی جوزجال

دانشجوی رشته بهداشت خانواده
دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

عبدالرحمان چرکزی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت
گروه بهداشت عمومی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: راضیه پروار

مقدمه

سل یکی از بیماری‌های عفونی دیرینه انسان است و با وجود روش‌های نوین مبارزه با آن انتشار گسترده‌ای دارد. آنچه که مشکلات و بار بیماری ناشی از سل را افزون می‌کند، روش‌های درمان نادرست، ایجاد باسیل‌های مقاوم به داروهای موجود و نقش پاندمی عفونت HIV به عنوان عامل مهمی در گسترش سل است. به همین دلیل در سال ۱۹۹۳ سازمان بهداشت جهانی بیماری سل را به عنوان یک فوریت جهانی اعلام نمود. زیرا با پیدایش و انتشار باسیل‌های مقاوم به چند دارو MDR، خطر تبدیل سل به یک بیماری غیرقابل علاج وجود دارد (۱). بیماری سل دارای مرتبه هفتم دربار جهانی بیماری‌ها براساس معیار DALY است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ همچنان جایگاه کنونی خود را حفظ کند. بنابراین منبعی بزرگ برای بیماری‌ها در آینده قابل پیش‌بینی است. تاکنون یک‌سوم جمعیت جهان (۲ میلیارد نفر) با میکروب سل آلوده شده‌اند و سالانه ۱۰ میلیون مورد جدید سل بروز می‌کند که به موارد قبلی افزوده می‌شود. در حال حاضر بیش از ۲۰ میلیون نفر به بیماری سل مبتلا هستند. در سال ۲۰۰۰ بالغ بر ۳/۵ میلیون نفر به علت بیماری سل فوت کردند (۲). در حالی که تمام مرگ‌های ناشی از سل قابل پیشگیری است. متأسفانه ۹۵ درصد موارد بیماری و ۹۸ درصد موارد مرگ از سل، در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد و این در حالی است که ۷۵ درصد آنها در گروه‌های سنی فعال از نظر اقتصادی یعنی طی ۵۰-۱۵ سالگی رخ می‌دهد. سل سالانه نزدیک به ۳۰۰ هزار کودک را به کام مرگ می‌برد و در نهایت سل بر زندگی بشر سایه افکنده است (۲). برای کنترل بیماری بایستی سیستمی در نظر گرفته شود که بیماران مشکوک به سهولت به آزمایشگاه و درمان صحیح دسترسی داشته باشند و این فقط به استراتژی (DOTS) که کارایی بالای آن توسط مطالعات متعدد سازمان بهداشت جهانی مشخص گردیده است، حاصل می‌شود. مطالعات انجام شده در مناطق مختلف دنیا حاکی از آن است که با اجرای DOTS میزان دستیابی به موفقیت درمانی معادل ۹۰ الی ۹۵ درصد و حتی بیشتر است. همچنین براساس این مطالعات حتی در کشورهای پیشرفته و بیماران تحصیل کرده و آگاه حداقل ۳۰ درصد بیماران به علت احساس

بهبودی درمان را به طور کامل و تا پایان ادامه نداده و بعد از مدتی داروهای خود را قطع می‌کنند. در حالی که با اجرای DOTS علاوه بر این که مصرف دارو توسط بیمار زیرنظر مستقیم کارکنان بهداشتی و یا افراد تعلیم دیده صورت می‌پذیرد، بلکه روش استاندارد نیز برای درمان و پایش آن استفاده می‌شود که میزان موفقیت درمانی را به حد کمال می‌رساند. در حالی که بدون اجرای DOTS موفقیت درمان به کمتر از ۷۰ درصد خواهد رسید و این امر به ادامه انتقال بیماری در جامعه و افزایش موارد سل مقاوم به درمان منجر می‌شود (۲).

سل در گلستان از دیرباز به عنوان یک معضل جدی بهداشتی-اجتماعی مطرح بوده است و در سال‌های اخیر به دلیل حضور پررنگ عوامل غیراختصاصی آن نظیر فقر، سوء تغذیه، خشکسالی، اعتیاد و مهاجرت و جابجایی‌های جمعیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین به همراه پوشش بهداشتی نامناسب و ناکافی رو به ازدیاد نهاده است. به طوری که میزان بروز آن در سال ۱۳۸۲، ۳۹/۴ در یک‌صد هزار نفر جمعیت و در سال ۱۳۸۲، ۴۴/۸ در یک‌صد هزار نفر جمعیت بوده است (۳). بنابراین میزان بروز سل در استان گلستان بیش از دو برابر متوسط میزان بروز سل کشوری است.

هدف از انجام این مطالعه تعیین آگاهی دانشجویان دوره کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از روند درمان و کنترل سل با راهبرد DOTS بود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی روی ۴۳ دانشجوی دوره کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان شاغل در سه مرکز آموزشی درمانی شهر گرگان و به صورت سرشماری طی تابستان ۱۳۸۶ صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. قسمت اول آن شامل اطلاعات فردی نمونه‌ها و قسمت دوم مربوط به دانش درباره موضوع مطالعه از نوع باز بود. روایی پرسشنامه فوق از مطالعه‌ای تحت همین عنوان که در شهرستان گنبد کاووس روی پزشکان عمومی در حال انجام بود، از طریق آزمون اعتبار محتوا مشخص گردید. پایایی پرسشنامه نیز در مرحله پایلوت همان مطالعه که روی ۲۵ نفر انجام شده بود، از

بی اطلاع بودند. بیش از دوسوم دانشجویان در مورد داروهای مورد استفاده در هر یک از کلاس‌های درمانی سل پاسخ نادرست داده بودند.

همه دانشجویان در مورد پایش موفقیت درمان پاسخ نادرست دادند. ۱۴ نفر (۵۰ درصد) در مورد انواع سل که طول درمان بیشتری نسبت به دیگر موارد سل دارند، نتوانستند پاسخ دهند. فقط یک نفر به طور کامل به این سؤال جواب داده بود. ۱۳ نفر نیز پاسخ ناکامل داده بودند. یعنی به یک یا دو مورد از این از چهار مورد اشاره کرده بودند. ۲۱ نفر (سه چهارم نمونه‌ها) نتوانستند موارد شکست درمان را ذکر کنند. ۲۶ نفر (۹۲/۲ درصد) تعریف درستی از بیمار بهبود یافته از سل نکردند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه نمونه‌های مورد بررسی دارای آگاهی ضعیف در مورد کنترل و درمان سل از طریق استراتژی DOTS هستند. در حالی که کارایی این استراتژی در طی مطالعات متعدد ثابت شده است (۵ و ۴). این یافته با نتایج مطالعات انجام شده در کرج و تربت جام که روی پزشکان عمومی انجام شده بود، تاحدودی همخوانی دارد (۷ و ۶). در مطالعه‌ای در تایلند اکثریت (۸۵ درصد) پرستاران از دانش ضعیفی برخوردار بودند (۸).

در این مطالعه هیچ تفاوت معنی‌داری بین میزان آگاهی دانشجویانی که کارورزی بخش عفونی و کارورزی دوره بهداشت را گذرانده بودند، با گروه دانشجویان دیگر که کارورزی در این دو بخش را سپری نکرده بودند، مشاهده نشد. بنابراین توجه به این امر و بازنگری نحوه کارورزی در دوبخش فوق توسط مدیران گروه و سایر دست‌اندرکاران برای پربار کردن دوره‌های فوق الزامی به نظر می‌رسد. زیرا پزشکان یکی از ارکان موفقیت در کنترل بیماری مهلک سل هستند. اهمیت این مطلب به این دلیل که اکثر دانشجویان فوق بومی استان گلستان هستند و میزان شیوع سل در استان حدود سه برابر میانگین کشوری است (۳) و این که آنان در آینده نزدیک در مراکز بهداشتی و درمانی استان شاغل خواهند بود، دوچندان می‌شود.

در این مطالعه هیچکدام از اینترن‌ها اجزای تشکیل دهنده

طریق آزمون ثبات درونی (Internal Consistency) تعیین گردید ($\alpha=0/74$).

قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها رضایت نمونه‌ها جلب شد. پرسشنامه‌ها در حضور مستقیم پرسشگر و طی حداکثر ۲۵ دقیقه تکمیل گردید. سؤالات به صورت باز طراحی شده بودند. کل بارم‌ها ۱۴ نمره بود که میزان پاسخگویی درست به بیش از ۷۵ درصد سؤالات به عنوان دانش خوب، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد به عنوان دانش متوسط و پاسخگویی به کمتر از ۵۰ درصد سؤالات به عنوان دانش ضعیف تلقی شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11، جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توصیف و تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه گروه‌ها نیز از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

میزان پاسخگویی ۶۵ درصد (۲۸ نفر از ۴۳ نفر) بود. میانگین سنی نمونه‌ها $25/5 \pm 1/5$ به دست آمد. ۱۹ نفر در سال اول دوره کارورزی بودند و ۸ نفر از آنها (۲۱/۴ درصد) کارورزی بخش عفونی و مراکز بهداشتی و درمانی را سپری کرده بودند. بین میزان آگاهی گروه دانشجویانی که کارورزی بخش عفونی و مراکز بهداشتی و درمانی را سپری کرده بودند با کسانی که این دوره‌ها را نگذرانده بودند، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

میزان آگاهی همه نمونه‌ها (۱۰۰ درصد) ضعیف بود و هیچکدام از نمونه‌ها در رده متوسط و خوب قرار نگرفتند. هیچکدام از نمونه‌ها نتوانستند اجزای تشکیل دهنده DOTS را به طور کامل بنویسند. ۱۵ نفر (۵۳/۶ درصد) از دانشجویان مورد بررسی نتوانستند استراتژی DOTS را تعریف کنند. ۱۵ نفر (۵۳/۶ درصد) اجزای تشکیل دهنده عبارت MDR-TB را درست نوشتند. ۱۰ نفر (۳۵/۷ درصد) سرفه را مهم‌ترین علامت بالینی سل ذکر کردند، ولی فقط ۴ نفر (۱۴/۳ درصد) سرفه پایدار به مدت بیش از دو هفته را به عنوان مهم‌ترین علامت بالینی سل ریوی ذکر کردند. ۵ نفر (۱۷/۹ درصد) از نمونه‌ها بررسی مستقیم اسمیر خلط را بهترین، مهم‌ترین و ارزان‌ترین راه تشخیص بیماری سل ریوی ذکر کردند. ۱۸ نفر (۶۴/۳ درصد) از کلاس‌های درمانی مورد استفاده در سل

مورد استفاده در هر کلاس درمانی آگاهی نداشتند. در مطالعه‌ای که روی پزشکان عمومی انجام شده است، این میزان ۵۷ درصد بود (۷) که تاحدودی با مطالعه ما همخوانی دارد.

هیچیک از دانشجویان مورد مطالعه نتوانستند در مورد پایش روند موفقیت درمان پاسخ درستی ارائه دهند. در حالی که پایش در حین درمان یکی از ابزارهای موفقیت در کنترل سل و پیشگیری از سل مقاوم به درمان است. همچنین ۵۰ درصد نمونه‌ها نتوانستند درمان طول کشیده در برخی از انواع سل را ذکر کنند و فقط یک نفر از آنها در این کار موفق بود. آشنایی با انواع سل که نیازمند درمان طولانی است، برای آزمودنی‌ها که در آینده به عنوان پزشک در عرصه فعالیت خواهند نمود، ضروری است. بیش از سه چهارم افراد مورد مطالعه از موارد شکست درمان اطلاع نداشتند. در حالی که آگاهی از این موضوع در پیشگیری از سل مقاوم به درمان ضروری است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که دانشجویان دوره کارورزی رشته پزشکی دانش ضعیفی در مورد درمان و کنترل بیماری سل از طریق استراتژی DOTS دارند و برای کنترل موثر بیماری سل مداخله فوری برای افزایش دانش آنان با تاکید بر استراتژی DOTS ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمامی دانشجویان محترمی که در این طرح به عنوان نمونه‌های پژوهش مشارکت داشتند، اعلام می‌نمایند.

References

- ۱) کرافتون جی اچ، نورمن ام. سل بالینی. ترجمه خواجه دلونی م، حیدر نژاد ح. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. چاپ اول. تهران. نشر صدا. سال ۱۳۷۹.
- ۲) میرحقانی ل، ناصحی م. راهنمای کشوری مبارزه با سل. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. چاپ اول. تهران. نشر صدا. سال ۱۳۸۱.
- ۳) آمار سالیانه موارد سل ۱۳۸۱-۱۳۸۲، مرکز مدیریت مبارزه با بیماریها، اداره سل و جذام، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 4) Adatu F, Odeke R, Mugenyi M, Gargioni G, McCray E, Schneider E, Maher D. Implementation of the DOTS strategy for

عبارت DOTS را نوشتند. در تحقیقی که روی پزشکان عمومی انجام شد، میزان موفقیت در این مورد ۳۴/۵ درصد بود (۹). دلیل این تفاوت می‌تواند ناشی از تجربه بیشتر پزشکانی باشد که در سیستم بهداشت و درمان با این استراتژی آشنا شده بودند. زیرا بیش از نصف پزشکان فوق شاغل در مراکز بهداشتی درمانی بودند.

در مطالعه انجام شده در پاکستان ۸۲ درصد نمونه‌ها نتوانستند این کار را انجام دهند (۱۰). این تفاوت ۱۸ درصدی با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل انگلیسی زبان بودن دانشجویان پاکستانی باشد. در مطالعه دیگری که در پاکستان روی پزشکان انجام شد، این موفقیت فقط ۳ درصد بود (۱۱).

فقط ۳۵/۷ درصد از نمونه‌ها سرفه مزمن و پایدار به مدت بیش از سه هفته را مهم‌ترین علامت بالینی تشخیص سل ریوی ذکر کرده بودند. عدم آگاهی نزدیک به دوسوم دانشجویان از این مورد قابل تأمل است، زیرا سرفه مزمن یکی از مهم‌ترین موارد شک ابتلا به سل ریوی است. این میزان در تحقیق انجام شده روی پزشکان عمومی بخش خصوصی کمتر از (۲۷/۱ درصد) مطالعه حاضر بود (۷). کم بودن میزان آگاهی پزشکان بخش خصوصی می‌تواند، به دلیل ارتباط کم آنان با سیاست‌های بهداشتی کشور در مراکز بهداشتی درمانی باشد.

در مطالعه حاضر اکثریت دانشجویان (۸۲/۱ درصد) از بهترین و ساده‌ترین راه تشخیصی درمان سل یعنی بررسی مستقیم میکروسکوپی اسمیر خلط اطلاع نداشتند. این میزان در دو مطالعه انجام شده روی دانشجویان و پزشکان عمومی پاکستانی به ترتیب ۶۲ درصد و ۷۲ درصد به دست آمد (۱۰ و ۱۱) که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بیش از دوسوم نمونه‌ها از کلاس‌های درمانی و داروهای

tuberculosis control in rural Kiboga District, Uganda, offering patients the option of treatment supervision in the community, 1998-1999. Int J Tuberc Lung Dis. 2003 Sep;7(9 Suppl 1):S63-71.

5) Harries AD, Kumwenda J, Zijlstra EE, Broadhead RL, Squire SB, Salaniponi FM. Teaching tuberculosis control to medical undergraduates: the Malawi experience. Int J Tuberc Lung Dis. 2003 Sep; 7(9):842-7.

۶) لطفی ه، عرب نژاد ب. بررسی میزان آگاهی پزشکان بخش خصوصی در مورد سل ریوی و استراتژی DOTS. مجله طبیب شرق. زمستان ۱۳۸۳. سال ششم، ضمیمه شماره ۱. صفحات ۲۵ تا ۳۲.

۷) نجومی م، مخبرالصفا ل، جمالی الف. بررسی آگاهی و نگرش پزشکان عمومی بخش خصوصی شهرستان کرج در رابطه با برنامه ملی در سال ۱۳۸۱. فصلنامه علمی بیماریهای تنفسی، جراحی قفسه صدری، مراقبتهای ویژه و سل. ۱۳۸۲. دوره ۲. شماره ۶. صفحات ۶۳ تا ۷۳.

8) Wattradul D, Kingkaewkanthong W. DOTS: A predictor of improving Nurses knowledge in caring for patients with pulmonary TB in Thailand. Creative Clinical Strategies. 2005. Conference abstract. www.nursinglibrary.org

۹) طلایی ه، یادگاری د، شهید ن. بررسی میزان آگاهی پزشکان عمومی از کنترل

و درمان سل با راهبرد DOTS: ضرورت ورود آن در برنامه ریزی آموزشی دانشکده پزشکی. مجله علمی پژوهشی بیماریهای عفونی و گرمسیری، تهران. سال ۱۳۸۱. دوره ۷. شماره ۱۸. صفحات ۹ تا ۱۱.

10) Khan Ja, Zahids, Khan R, Hussain Sf, Rizvi N, Rab A, Javad A, Ahmad A, Aitkhaled N, Enarson Da. Medical interns knowledge of TB in Pakistan. Trop Doct. 2005 Jul; 35(3): 44-7.

11) Shehzadi R, Irfan M, Zahra T, Khan J, Hossain Sf. Knowledge regarding management of tuberculosis among general practitioners in northern area of Pakistan. J Pak Med Assoc. 2005;55(4):74-6.

مقاله پژوهشی

تصور می‌کنم در ساحل قدم می‌زنم:

شیوه‌های غیردارویی کاهش درد قاعدگی در میان دانشجویان ترکمن

چکیده

زمینه و هدف: درد قاعدگی (دیسمنوره) یکی از مشکلات شایع ژنیکولوژیک می‌باشد که زنان زیادی از آن رنج می‌برند. راهکارهای مختلفی برای تخفیف درد قاعدگی وجود دارد که برخی توجیه علمی دارند و در برخی موارد برحسب تجربه فردی حاصل شده‌اند. این مطالعه به منظور بررسی راهکارهای فردی دانشجویان با قومیت ترکمن در درمان درد قاعدگی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی با تمامی دختران ترکمن (۴۹ نفر) ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی گلستان با سابقه دیسمنوره، مصاحبه‌های نیمه‌ساختار به عمل آمد.

یافته‌ها: دانشجویان علاوه بر استفاده از داروهای سنتتیک و گیاهی برحسب تجربه از راهکارهایی از قبیل روان‌درمانی، موسیقی‌درمانی، گرم کردن محیط، پوزیشن‌های خاص، تغذیه‌درمانی، قرار گرفتن در معرض تاریکی به منظور تخفیف درد خود استفاده می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: برخی از راهکارهای به کار گرفته شده در جهت کاهش درد قاعدگی در افراد جنبه عمومی دارد. با بررسی بیشتر این تجارب به گونه‌ای علمی و در سطحی وسیع در کاهش درد قاعدگی می‌توان از آنها بهره جست.

کلیدواژه‌ها: درد قاعدگی، دانشجو، ترکمن، درمان‌های غیردارویی

مهدیه شجاع

دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: مهدیه شجاع

پست الکترونیکی

mahdieh.shojaa_mw@yahoo.com

مقدمه

دیسمنوره به معنی درد همراه با قاعدگی می باشد که معمولاً ماهیت کرامپی دارد (۱). دیسمنوره به عنوان یک اختلال شایع ژنیکولوژیک در ۵۰ درصد زنان دیده می شود (۲). نزدیک به یک درصد زنان به علت دیسمنوره شدید به مدت ۳-۱ روز از انجام فعالیت روزانه باز می مانند (۳). این درد تأثیرات منفی در زندگی فرد ایجاد می کند (۴). به طور مثال یکی از علت های شایع غیبت های کوتاه مدت از مدرسه دیسمنوره می باشد (۵). بیشترین گزارش از دیسمنوره در سنین ۱۷ تا ۲۴ سال است (۶). چندین روش برای بهبود درد قاعدگی وجود دارد، از جمله: طب فشاری (۷)، تغییر رژیم غذایی (۸ و ۹)، فیتوتراپی (۱۰)، طب سوزنی، هیپنوتیزم، روش های آرام سازی، روان درمانی، استفاده از داروهای گیاهی (۱۱) و داروهای هورمونی (۱۲ و ۱۳). با توجه به اثرات سوء دیسمنوره بر عملکرد زنان و به ویژه دختران نوجوان و مشکلات متعدد جسمی، روحی و اجتماعی، بسیاری از مبتلایان برای کاهش درد خود از روش های غیردارویی نظیر استراحت، گرم کردن و ترکیبات گیاهی استفاده می نمایند (۱۲ و ۱۳). این تحقیق به منظور بررسی راهکارهای تجربی دختران ترکمن ساکن خوابگاه در برخورد با دیسمنوره انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی با کلیه دختران ترکمن ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی گلستان با سابقه دیسمنوره (شامل ۴۹ نفر) مصاحبه های نیمه ساختار به عمل آمد. مصاحبه شامل سؤالاتی مربوط به تجربه فردی افراد و راهکارهای مقابله با درد قاعدگی بود. از افراد خواسته می شد، بگویند به جز استفاده از دارو از چه تدابیری برای تخفیف یا از بین بردن درد خود استفاده می کنند. همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد تا شدت درد خود را بر روی خط کش درد که از صفر تا ۱۰ شماره گذاری شده بود، با معیار آنالوگ بینایی نشان دهند. مقیاس دیداری درد خطی است به طول ۱۰ سانتی متر که ابتدا و انتهای آن با اعداد صفر و ۱۰ درجه بندی شده است. به طوری که صفر نشانه عدم درد و ۱۰ شدیدترین دردی است که فرد ممکن است، تجربه کند. افرادی که عدد ۱ تا ۳ را انتخاب کردند، در گروه دیسمنوره خفیف، آنهایی

که ۴ تا ۷ را انتخاب کردند، در گروه دیسمنوره متوسط و آنهایی که عدد ۸ تا ۱۰ را انتخاب کردند، در گروه دیسمنوره شدید قرار گرفتند. از ۷۴ دانشجوی ترکمن ساکن خوابگاه، ۲۵ نفر به دلیل نداشتن دیسمنوره از مطالعه خارج شدند. کلیه مصاحبه ها پس از دست نویسی شدن خط به خط خوانده شد. زیر عبارات مهم خط کشیده شد، کد گذاری، طبقه بندی و توصیف گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۴۹ دانشجوی مبتلا به دیسمنوره ساکن خوابگاه مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی آنها ۲۰/۵ سال بود و ۹۰ درصد آنها در زمان مطالعه عادت ماهانه بودند. میانگین سن شروع قاعدگی افراد ۱۴/۵ سال بود. ۷ نفر (۱۴ درصد) دیسمنوره خفیف، ۲۲ نفر (۴۵ درصد) دیسمنوره متوسط و ۲۰ نفر (۴۱ درصد) دیسمنوره شدید داشتند. به طوری که یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت «موقعی که دردم شدید می شه آرزو می کنم ای کاش پسر بودم چرا ما باید آنقدر درد بکشیم».

۲۶ نفر (۵۴ درصد) اظهار کردند، بهترین وضعیت برای تخفیف درد قاعدگی در زمان بروز آن «خوابیده به پهلو و پاها جمع در سینه» می باشد. نیمی از افراد نیز اظهار داشتند، در دوران قاعدگی در وضعیت خوابیده به پشت درد بیشتری احساس می کنند. همه شرکت کنندگان در این بررسی عنوان کردند، فکر کردن به درد سبب تشدید آن می شود و برای تخفیف درد سعی می کنند، فکر خود را به مسائل دیگری از قبیل فکر کردن به رویاها، کسانی که دوستان دارند، تماشای تلویزیون و مطالعه مشغول کنند. یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت «در مواقع درد سعی می کنم تصور کنم در ساحل قدم می زنم که با این کار دردم کمتر می شه و احساس بهتری دارم». شرکت کننده دیگری نیز اظهار داشت «موقع درد سعی می کنم به چیزهای خوب فکر کنم مثل عروسی و مهمونی تا دردم رو فراموش کنم».

۳۶ نفر (۷۳ درصد) عنوان کردند، بیشترین درد را در ناحیه شکم خود دارند. همچنین ۱۸ نفر (۳۶ درصد) بیان داشتند، در روزهایی که درد دارند، اشتهای آنها کاهش می یابد. یکی از

دانشجویان اظهار داشت «روزی که درد دارم حالم از غذا بهم می‌خوره و دوست ندارم چیزی بخورم».

۲۵ نفر (۵۱ درصد) ترشیجات و ۱۵ نفر (۳۱ درصد) از شرکت کنندگان مصرف نوشیدنی‌های سرد را از علل تشدید درد خود می‌دانستند. ۲۴ نفر (۴۹ درصد) از شرکت کنندگان نیز ذکر کردند، گرما در کاهش درد آنها نقش موثری دارد. ۲۳ نفر (۴۷ درصد) در روزهای درد خود، حمام با آب گرم و ۲۱ نفر (۴۳ درصد) بستن محل درد به منظور گرم کردن آن را در تخفیف درد قاعدگی خود موثر می‌دانستند. شرکت کننده‌ای عنوان کرد «حمام دردم رو کم می‌کنه و احساس سبکی می‌کنم» و فرد دیگری بیان کرد «حموم آروم می‌کنه چون احساس می‌کنم شکمم نرم می‌شه».

۲۹ نفر (۵۹ درصد) ترجیح می‌دانند که ساعت‌ها یا روزهای درد خود را در مکان‌های خلوت سپری کنند. یکی از افراد عنوان کرد «در مواقعی که درد دارم دوست ندارم تنها باشم چون شلوغی عصبیم می‌کنه و حوصله هیچکس رو ندارم».

۱۷ نفر (۳۵ درصد) موسیقی و ۱۲ نفر (۲۴ درصد) نیز تاریکی را جزو علل کاهش درد خود عنوان کردند. یکی از دانشجویان عنوان کرد «در موقع درد دوست دارم موسیقی گوش بدم چون آروم می‌کنه و بهتر می‌تونم بخوابم» و دانشجوی دیگری ذکر کرد «تاریکی رو اعصابم اثر مثبت داره و راحت تر می‌تونم بخوابم». یافته‌ها نشان داد، ۸۵ درصد افراد در روزهای درد خود دچار کاهش فعالیت می‌گردند و ۱۸ نفر (۳۷ درصد) از کلاس‌های درس خود غیبت می‌کنند. یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت «در روزهای درد، درس خوندن برام سخت می‌شه و دوست ندارم کلاس برم». شرکت کننده دیگری نیز عنوان کرد «کاش در روزهای درد غیبت‌های ما موجه بود و می‌تونستیم غیبت کنیم».

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی دیسمنوره ۶۶/۲۱ درصد می‌باشد که با برخی از مطالعات دیگر مشابه است. در تحقیق جلیلی که روی دانش‌آموزان سیرجان انجام شد، فراوانی ۷۹/۹ درصد به دست آمد (۸). میرزایی نیز نتیجه بررسی خود در میان دانش‌آموزان سیرجان را ۸۵/۵ درصد عنوان کرد (۱۴). در این بررسی ۷۳ درصد دانشجویان بیان

کردند، بیشترین شدت درد را در ناحیه شکم احساس می‌کنند. در حالی که در بررسی بالبی شایع‌ترین محل درد در قسمت سینه بود (۱۵). در تحقیق حاضر، درد قاعدگی در ۸۵ درصد افراد منجر به کاهش فعالیت و در ۳۶ درصد افراد عامل غیبت از کلاس‌ها بود که تقریباً مشابه با بررسی جلیلی می‌باشد. به این صورت که در ۷۴/۸ درصد موارد کاهش فعالیت و در ۲۶/۹ درصد موارد غیبت از مدرسه را ذکر کرده است (۸). پوراسلامی نیز غیبت از مدارس به دلیل دیسمنوره را ۱۵ درصد ذکر کرده است (۹). در این تحقیق ۳۶ درصد افراد عنوان کردند، در روزهای درد اشتیاق آنها بسیار کاهش می‌یابد. برطبق نتایج بررسی جلیلی نیز ۴۳/۴ درصد افراد در روزهای درد وعده‌های غذایی خود را کاهش می‌دهند. در این بررسی شرکت کنندگان اظهار کردند، در روزهای درد رژیم غذایی خود را تغییر می‌دهند. به طور مثال ۵۱ درصد افراد از مصرف ترشیجات و ۳۱ درصد افراد نیز از آشامیدن نوشیدنی‌های سرد خودداری می‌کنند. در حالی که در بررسی پوراسلامی تنها ۴/۲ درصد افراد تغییر رژیم غذایی را در کاهش درد خود موثر می‌دانستند (۹). در این بررسی دانشجویان انجام برخی امور را به عنوان آرام کننده درد خود ذکر کردند، از قبیل حمام آب گرم، تنهایی و بودن در مکان تاریک. در تحقیق کمالی که روی دانشجویان تبریز انجام شد، نیز نقش فنون آرام‌سازی در کاهش درد قاعدگی موثر بود (۱۶). در این بررسی ۴۹ درصد افراد گرم کردن و ۴۳ درصد افراد بستن محل درد را در تخفیف درد خود موثر می‌دانستند. Akin نیز گرم کردن و بستن محل درد را در کاهش درد قاعدگی موثر می‌داند (۱۷). در بررسی حاضر تمامی شرکت کنندگان بیان کردند، انحراف فکر سبب تخفیف دردشان می‌گردد. در تحقیقی که توسط آیین انجام شده است، نقش انحراف فکر در تخفیف درد بعد از عمل جراحی موثر بوده است (۱۸). در پژوهش حاضر ۳۵ درصد افراد موسیقی را عامل مفیدی در کاهش درد و انحراف فکر خود ذکر کردند. یوسفی‌نژاد نیز در بررسی خود نقش موسیقی را در کاهش درد ناشی از سرطان موثر دانسته است (۱۹).

نتیجه گیری

در مجموع می توان گفت، با توجه به این مطلب که درصد بالایی از زنان از درد قاعدگی رنج می برند و برخی از راهکارهای به کار گرفته شده در افراد جنبه عمومی دارد، می توان با بررسی بیشتر این تجارب به گونه ای علمی و در

سطحی وسیع در کاهش درد قاعدگی از آنها بهره جست.

تشکر و قدردانی

از دانشجویانی عزیزی که در این مطالعه مشارکت نمودند، صمیمانه قدردانی می شود.

References

- 1) Speroff, Leon. Fritz, Marc. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility: Mestural Disorders. 6th Ed. Chapter 14. Wolters Kluwer Company. Teimorzadeh. 1999; p:566.
- 2) Berek Jonathan. Novaks Gynecology: Dysmenohrrea. Pelvic Pain and Dysmenorrhea. 13th Ed. Chapter 14. Philadelphia. 2002; pp:431-435.
- 3) Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunliff A. Kistners. Gynecology and Women's Health. Menstruation Cycle. Tranclate: Ghazi Jahani Bahram. 7th Ed. Chapter 2. Andishe Roshan. 1999; pp: 62-65.
- 4) Afshari P, Sadeghi S, Pazandeh F. Herbal Drugs and Dysmenohrrea. Pain In Europe V. 5th Congress of the European Federation of IASP Chapters (EFIC). Istanbul. Turkey. 13-16 September 2006.
- ۵) جهانفرش، مولایی نژاد م. درسنامه اختلالات جنسی. چاپ دوم. نشر بیژه با همکاری نشر سالمی. ۱۳۸۴.
- 6) Kathryn Rhodesalden, Kitty Cashion, Robin Webb Corbett. Maternity Nursing. Lowder Milk Perry. 7th Ed. 2006.
- ۷) سهرابی ز، تدین م، جوادی فر ن. مقایسه تاثیر طب فشاری در نقطه سانیجیانو و ایوپروفن بر دیسمنوره اولیه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام. تابستان ۱۳۸۵. دوره ۱۴. شماره ۲. صفحات ۳۰ تا ۳۵.
- ۸) جلیلی ز، صافی زاده ح، شمس پور ن. شیوع دیسمنوره اولیه در دانش آموزان پیش دانشگاهی سیرجان و نحوه برخورد با آن. فصلنامه پایش. زمستان ۱۳۸۳. سال چهارم. شماره اول. صفحات ۶۱ تا ۶۷.
- ۹) پور اسلامی م، امین الف، سرمست ح. سطح آگاهی، نگرش و رفتار دانش آموزان دختر ۱۵-۱۸ ساله در دبیرستان های شهرستان کرج در مورد دیسمنوره و بهداشت دوران قاعدگی در سال ۱۳۷۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۷۹. شماره ۱۶. صفحات ۱۰ تا ۱۴.
- 10) Bone K. Phytotherapy for pain management in dysmenorrhea. Townsend Letter for Doctors and Patients. 2005 Jan. Retrieved from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0ISW/is_258/ai_n8592722
- 11) Afshari P, Pazandeh F, Sadeghil S. Frequency of

Dysmenorrhea (Painful Menstruation and Treatment Methods In Virgin Students (19-22) In Ahvaz University. Pain In Europe V. 5th Congress of The European Federation of IASP Chapters (Efic). Istanbul. Turkey. September 13-16. 2006.

12) Hillen TIJ, Grbavac SL, Johnston PJ. Primary dysmenorrhea in young western Australian Women: Prevalence, Impact, and Knowledge of Treatment. Journal of Adolescent Health. 1999; 25: 40-45.

13) Campbell MA, McGrath PJ. Non pharmacologic strategies used by adolescents for the management of menstrual discomfort. Clinical Journal of Pain. 1999; 15:313-20.

۱۴) میرزایی ف، بخشی ح، یاسینی س م، بشردوست ن. توزیع شدت دیسمنوره اولیه بر حسب تیپ شخصیتی در دختران دانش آموز دبیرستان های شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۸۲. شماره ۳ و ۴. صفحات ۱۵۱ تا ۱۵۶.

15) Balbi C, Musone R, Menditto A. Influence of menstrual factors and dietary habit on menstrual pain in adolescence age. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2000; 91: 143-48.

۱۶) کمالی ص، قریشی زاده م ع، محمد علیزاده س. تاثیر فنون آرام سازی بر قاعدگی دردناک اولیه در دانشجویان دختر خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۷۹-۱۳۷۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز. سال ۱۳۸۱. شماره ۵۶. صفحات ۶۳ تا ۶۸.

17) Akin M, Price W, Rodriguez G Jr, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. J Reprod Med. 2004 Sep;49(9):739-45.

۱۸) آیین ف. بررسی تاثیر آرام سازی و انحراف فکر بر شدت درد و میزان داروی ضد درد دریافتی طی ۲۴ ساعت اول بعد از عمل گوش و حلق کودکان، بیمارستان تخصصی رسالت، سال ۱۳۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۱۳۸۱. دوره ۴. شماره ۴. صفحات ۲۴ تا ۳۰.

۱۹) یوسفی نژاد استادکلیه ع، مددی الف، مجدزاده س ر، شعبان نیا ر، صادقیان ن، زرین آرا ع و همکاران. تاثیر موسیقی بر درد مزمن سرطانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. ۱۳۸۴. شماره ۳۴. صفحات ۳۹ تا ۴۲.

مقاله پژوهشی

بررسی شیوع و علل سزارین

در مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶

چکیده

زمینه و هدف: عمل سزارین یکی از روش‌هایی است که به منظور تولد نوزاد در موارد ضروری مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما این روش الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست. چرا که مانند هر عمل جراحی دیگری با عوارض و مخاطرات فراوانی برای مادر و نوزاد همراه است و خطر مرگ و میر مادری بیشتر از زایمان طبیعی گزارش شده است. این مطالعه به منظور بررسی شیوع سزارین و علل آن در مرکز سانتال آموزشی درمانی شهر گرگان طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر روی تمامی پرونده‌های موجود در مرکز آموزشی درمانی شهر گرگان که مربوط به شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ بود، انجام شد و فراوانی سزارین و علل انجام آن مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۲۷۶۲ زایمان طی مدت مطالعه انجام گرفته است. از این بین ۱۱۶۸ مورد (۴۲/۲۸ درصد) سزارین بود. آمار بالای سزارین اکثراً به دلیل سزارین تکراری بود.

نتیجه‌گیری: با ترویج زایمان واژینال به دنبال سزارین و همچنین کاهش تعداد زایمان‌های سزارین در حاملگی اول، می‌توان از میزان سزارین‌های غیرضروری کاست.

کلید واژه‌ها: شیوع، علل سزارین، گرگان

ندا رنجبرپور

دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسئول: ندا رنجبرپور

پست الکترونیکی

neda.ranjbarpour@yahoo.com

مقدمه

متخصصین بیهوشی می‌باشند. آنها می‌توانند وضعیت موجود، ضرورت تغییر وضعیت و چگونگی تغییر را به‌بوته نقد و آزمون قرار دهند. از لوازم چنین رویکردی داشتن آمار و ارقام صحیح می‌باشد. با مشاهده افزایش روزافزون زایمان سزارین به عنوان جایگزین زایمان واژینال و بالا بودن میزان مورتالیتیه مادری و نوزادی، این مطالعه به منظور بررسی شیوع سزارین و علل آن در مرکز سانتال آموزشی درمانی شهر گرگان طی ششماه دوم سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر طی فاصله زمانی مهر ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۶ روی پرونده‌های موجود در مرکز آموزشی درمانی شهر گرگان انجام شد و میزان سزارین و علل انجام آن مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که طی مدت مطالعه ۲۷۶۲ زایمان صورت گرفته است و از این بین ۱۱۶۸ مورد (۴۲/۲۸ درصد) سزارین بوده است. این عدد نسبت به آنچه سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده است، به مراتب بیشتر است. بیشترین علت سزارین، سزارین تکراری (۴۰/۰۶ درصد) و کمترین علل پرزانتاسیون صورت (۰/۱۷ درصد) بود. سایر علل در جداول ۱ و ۲ قید شده است.

جدول ۱: بیشترین علل سزارین در مرکز آموزشی درمانی دزیانی
گرگان طی ششماه دوم سال ۱۳۸۶

علل سزارین	تعداد (درصد)
سزارین تکراری	۴۶۷ (۴۰/۰۶)
تنگی لگن و عدم پیشرفت زایمان	۲۵۹ (۲۲/۴۳)
دیسترس جنینی	۱۷۴ (۱۴/۸)
پرزانتاسیون بریج	۸۰ (۶/۸۴)
پره اکلامپسی	۵۹ (۵/۰۵)
چندقلویی	۳۵ (۲/۹۹)

دیسترس جنینی شامل مواردی می‌شود که برادیکاردی جنینی یا پرولاپس بندناف اتفاق افتاده و یا بر اثر دفع مکنونیوم قلب جنین به مخاطره افتاده است. حاملگی پرخطر شامل مواردی بود که مایع آمنیوتیک اطراف جنین به حداقل مقدار

بارداری و مراقبت‌های بهداشتی خاص آن به دلیل تاثیر در شاخص‌های سلامت مورد توجه سیاستگذاران سلامت در دنیا و نیز در کشور ما می‌باشد. یکی از موارد موثر در تضمین بیشتر سلامتی این رویداد، نحوه ختم بارداری است. امروزه رواج استفاده از سزارین به دلایلی چند نگرانی‌های زیادی را برای استراتژی‌های بین‌المللی و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور به وجود آورده است. سزارین به خروج جنین از طریق برش در دیواره شکم گفته می‌شود و یک روش زایمان اورژانسی و در مواقعی است که جان مادر و یا جنین در معرض خطر است. در حال حاضر آمار سزارین در جامعه رو به افزایش است و در بیمارستان‌های دولتی این رقم به ۴۰ الی ۵۰ درصد می‌رسد و این در حالی است که استاندارد بهداشت جهانی ۵ الی ۱۰ درصد می‌باشد (۳). ۶۰ درصد زنان ایرانی به دلیل درد کمتر، علاقه دارند از زایمان سزارین استفاده کنند. در حالی که در کشورهای اروپایی زایمان سزارین تنها ۱۰ الی ۱۵ درصد زایمان‌ها را شامل می‌شود (۱). در زایمان سزارین در مقایسه با زایمان واژینال موربیدیتیه مادری افزایش چشمگیری پیدا می‌کند. منابع اصلی موربیدیتیه مادری در این زمینه، عفونت نفاسی، خونریزی و ترومبوآمبولیسم است. این موربیدیتیه در عرض ۶۰ روز بعد از زایمان سزارین تقریباً دو برابر میزانی است که در زایمان واژینال دیده می‌شود. عفونت رحم بعد از زایمان سزارین نسبتاً شایع است و موربیدیتیه زایمان سزارین در مادران چاق بسیار بیشتر است. تمام این موربیدیتیه‌ها و افزایش زمان ریکاوری باعث می‌شود تا هزینه زایمان سزارین در مقایسه با زایمان واژینال دو برابر افزایش یابد (۲). از معضلات فعلی سیستم بهداشت و درمان مملکت ما، افزایش رو به رشد آمار سزارین می‌باشد. این امر نه تنها از نظر سازمان بهداشت جهانی به دلیل افزایش مرگ و میر و ناتوانی مادران و نوزادان قابل قبول نیست، بلکه منجر به افزایش بار مالی سیستم و تضعیف بیمه‌ها شده است. اینک وظیفه جامعه پزشکی است که خود وارد مداخلات اصلاحی شده و با بررسی مشکلات موجود به بحث و تبادل نظر با همکاران پرداخته و راهکارهای لازم را ارائه دهد. دو گروه مهم در این چرخه متخصصین زنان مامایی و

مورد نیاز رسیده و یا بارداری با روش های درمان ناباروری مثل لقاح آزمایشگاهی و یا تزریق داخل رحمی انجام شده است.

جدول ۲: سایر علل سزارین در مرکز آموزشی درمانی دزیانی
گرگان طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶

سایر علل	تعداد (درصد)
حاملگی پرخطر	۲۵ (۲/۱۴)
سابقه نازایی	۱۷ (۱/۴۵)
ماکروزومی	۱۴ (۱/۱۹)
دکولمان	۱۴ (۱/۱۹)
جفت سرراهی	۸ (۰/۶۸)
دیابت	۵ (۰/۴۲)
پرژانتاسیون صورت	۲ (۰/۱۷)

بحث و نتیجه گیری

بهمنش در سال ۱۳۸۲ میزان سزارین و علل آن را در بیمارستان های استان کرمانشاه بررسی نمود. تعداد نمونه های بررسی شده ۴۶۶۵ نفر بود. میزان زایمان طبیعی استان ۶۰ درصد و میزان زایمان سزارین ۴۰ درصد گزارش شد (۱). کاشانی طی سال ۱۳۸۰ در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله کل مراجعات به منظور زایمان (۳۵۷۲ مورد) را بررسی نمود و ۴۷/۷ درصد زایمان واژینال و ۵۲/۳ درصد زایمان سزارین را گزارش نمود (۴).

در مطالعه Gifford طی سال ۲۰۰۰، دیستوشی یا عدم پیشرفت زایمانی (شایع ترین اندیکاسیون فعلی برای زایمان

(۴) کاشانی ن. تعیین فراوانی و علل سزارین های انجام شده در بیمارستان بقیه الله طی سال ۱۳۸۰. مجله پزشکی کوثر. پاییز ۱۳۸۱. دوره ۷. شماره ۳. صفحات ۲۳۹ تا ۲۴۳.

5) Gifford DS, Morten C, Fiske M. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. Obstet Gynecol. 2000; 95:589

6) Lieberman E, Lang JM, Cohen A. Association of epidural analgesia with cesarean delivery in nullparas. Obstet Gynecol. 1996; 88: 993.

سزارین اولیه) علت انجام ۶۸ درصد از زایمان های سزارین برنامه ریزی نشده برای جنین های دارای نمایش سفالیک و عدم پیشرفت لیبر بود (۵). Liberman در سال ۱۹۹۶ مشاهده نمود، بسیاری از زنانی که در حاملگی اول خود با تشخیص دیستوشی سزارین می شوند، در حاملگی های بعدی نیز به همین طریق زایمان می کنند. به طور تخمینی می توان ۵۰ الی ۶۰ درصد از تمام موارد سزارین را در ایالات متحده به این تشخیص نسبت داد. توافق عموم بر این است که در ایالات متحده و کشورهای دیگر دیستوشی منجر به زایمان سزارین بیش از حد تشخیص داده می شود. با وجود این عوامل منجر به افزایش استفاده از سزارین در موارد دیستوشی، مورد اختلاف نظر بوده و شامل تشخیص نادرست دیستوشی، آنالژی اپیدورال، ترس از مسائل قانونی و حتی راحتی متخصصان زنان می باشد (۶).

ارائه جامع تمام اندیکاسیون های سزارین امکان پذیر نیست. اما بیش از ۸۵ درصد اعمال سزارین به علت سزارین قبلی، دیستوشی، دیسترس جنینی یا نمایش بریج صورت می گیرد (۱).

در شرایطی که جهان رو به پیشرفت پزشکی در مسیر حذف سزارین و تشویق زایمان طبیعی گام برمی دارد، در کشور ما روز به روز بر میزان سزارین افزوده می شود. با ترویج زایمان واژینال به دنبال سزارین و همچنین کاهش تعداد زایمان های سزارین در حاملگی اول می توان این رقم را کاهش داد.

References

(۱) بهمنش ش، هاشمی مهر الف. میزان سزارین و علل آن در بیمارستان های استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۲. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری، مامایی، پیراپزشکی کرمانشاه. پاییز و زمستان ۱۳۸۴. سال دوم. شماره سوم. صفحه ۳۷.

(۲) کانینگهم خوث، لونو گیلسترپ، بلوم ونستروم. بارداری و زایمان ویلیامز. جلد دوم. فصل بیست و پنجم. ۲۰۰۵. صفحات ۶۸۶ تا ۶۸۸.

(۳) عموشاهی ع، صفایی مقدم م. بررسی رابطه سزارین و احتمال افزایش بروز تشنج در اطفال. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. قابل برداشت از:

www.amoushahi.com/visitorpages/Show.aspx?ItemID=5374,0

مقاله پژوهشی

بروز تخلف اداری در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده

زمینه و هدف: تخلفات اداری هر گونه بیان عمل و گزارشی است که در محل نظم و انضباط سازمانی سبب عدم سلامت در گردش کارها و تضعیف اهداف و برنامه‌های سازمانی شده و ایجاد مفسده در سایر کارکنان و سلب آسایش را سبب گردد. این مطالعه به منظور بررسی فراوانی تخلف در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام پذیرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر مقطعی به صورت سرشماری روی کلیه پرونده‌های موجود در هیأت تخلفات اداری طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد و ۷۲ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. جمع‌آوری اطلاعات از طریق چک لیست انجام شد.

یافته‌ها: از ۷۲ پرونده تخلف ثبت شده، به ترتیب ۸۱/۱ درصد و ۱۸/۱ درصد مربوط به کارکنان مرد و زن بود. میزان بروز تخلف اداری در سال ۸۴ به ازای هر ۹/۳ در هزار نفر و در سال ۸۵ به ازای هر ۶/۶ در هزار نفر بود. بیشترین میزان تخلف اداری مربوط به گروه زیردپلم بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان تخلفات اداری کمی داشتند. برگزاری دوره‌های آموزشی به منظور ارتقاء سطح دانش و بینش و توان افراد و برخورد عقلایی با کارکنان بر اساس اصول اخلاقی و اسلامی و نیز تقویت روحیه قانون‌گرایی در کارکنان توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: تخلفات اداری، کارکنان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

حسن فرید

کارشناس علوم اجتماعی پژوهشگری
مسئول امور اداری معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر مرتضی غلامی

پزشک عمومی
مدیریت خدمات پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

حسن خورش

کارشناس آمار معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

امیر عبدالسلام مهیمنی

فوق لیسانس الهیات
نائب رئیس دفتر هیأت بدوی رسیدگی به تخلفات اداری
کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر مریم کمالی

پزشک عمومی

زهرا شکاری

لیسانس الهیات
کارشناس مسئول طبقه‌بندی مشاغل
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

رویا بامیار

کارشناس آمار معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

اسماعیل پهلوان

کاردان حسابداری

نویسنده مسئول: حسن فرید

پست الکترونیکی: farid_hassan_1@yahoo.com

مقدمه

تخلفات اداری هر گونه بیان عمل و گزارشی است که در محل نظم و انضباط سازمانی سبب عدم سلامت در گردش کارها و تضعیف اهداف و برنامه‌های سازمانی شده و ایجاد مفسده در سایر کارکنان و سلب آسایش را سبب گردد. تخلف اصولاً همزاد قانون و ایجاد سیستم‌های نظام‌مند اداری است. امروزه تخلفات اداری در جوامع در حال توسعه در نمودهایی چون رشوه و اختلاس با رشد قابل ملاحظه‌ای روبرو شده است. مبحث آسیب‌شناسی همواره بایستی مورد توجه ویژه قرار گیرد، زیرا تخلفات اداری رابطه مستقیمی با رشد و توسعه دستگاه‌ها داشته و سلامت سیستم، بازدهی افزون‌تر مجموعه را به دنبال خواهد داشت.

در مجموعه‌ای که محصول نهایی آن ارائه خدمات و هدف آن رضایت مشتریان در قالب قوانین و مقررات است، هر واکنشی که منجر به کندی روند ارائه خدمات و یا اختلال در ارائه آن شود، بایستی به عنوان یک فرآیند نامطلوب شناسایی و مرتفع شود. از آنجایی که نیروی انسانی از اجزاء بسیار مهم در فرآیند ارائه خدمات می‌باشند، هرگونه کوتاهی در انجام وظیفه از طرف چنین نیروهایی موجب کاهش کیفیت کالای تولیدی یعنی ارائه خدمات مطلوب خواهد شد (۱).

این مطالعه به منظور بررسی فراوانی تخلف اداری در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه مشاهده‌ای توصیفی با روش مقطعی و گذشته‌نگر روی تمامی پرونده‌های موجود در هیأت تخلفات اداری دانشگاه علوم پزشکی گلستان طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ به صورت سرشماری انجام گردید.

یافته‌ها

کارکنان متخلف دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۷۲ نفر بودند. ۵۸/۳ درصد از تخلفات مربوط به سال ۱۳۸۴ بود. ۸۶/۱ درصد متخلفین استخدام رسمی بودند. ۸۱/۹ درصد متخلفین مرد و ۹۷/۲ درصد نیز متأهل بودند. بیشترین درصد (۴۲/۳ درصد) تخلفات مربوط به گروه زیردپلم بود. این امر می‌تواند ناشی از عدم آگاهی به قوانین و مقررات اداری و همچنین سطح پایین اقتصادی این افراد باشد. ۵۹/۱ درصد با سابقه

کاری بالاتر از ۵ الی ۱۵ سال مرتکب تخلف اداری شده بودند. ۵۲/۹ درصد تخلفات مربوط به گروه بهورزان بود. بیشترین پرونده‌های تخلفات (۳۴/۷ درصد) مربوط به گرگان بود. نوع تخلف انجام شده و نوع احکام صادر شده در پرونده تخلفات اداری در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱: نوع تخلف انجام شده

نوع تخلف	درصد
غیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی	۳۱/۹
کم‌کاری یا سهل‌انگاری در انجام وظایف محول شده	۱۶/۷
تسامح در حفظ اموال و اسناد وجوه دولتی ایراد خسارات به اموال دولتی	۹/۷

جدول ۲: نوع احکام صادره شده در پرونده تخلفات

نوع حکم	درصد
توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدای	۳۱/۹
برائت	۱۸/۱
کسر حقوق و فوق‌العاده شغل به میزان یک‌سوم به مدت سه ماه	۱۸/۱
انفصال موقت به مدت سه ماه	۱۵/۳

بحث

تخلفات اداری ارتكبابی در سال ۱۳۷۹ توسط کارکنان مدیریت درمان تأمین اجتماعی لرستان ۸۳ مورد بود (۲). در مطالعه میرجلالی طی سال ۱۳۸۱ عوامل موثر در بروز تخلفات اداری و شیوه‌های پیشگیری از آن بررسی و مشخص گردید، یکی از موارد موثر در بروز تخلف اداری به محیط و ماهیت کار ارتباط دارد (۳). در تحقیق اخلاقی طی سال ۱۳۸۳ از ۷۶۸ پرونده مربوط به شکایت از قصور پزشکی، ۱۲/۶۳ درصد مربوط به شکایت از قصور پزشکی رشته زنان و زایمان بود. از کل این پرونده‌ها در ۴۱ مورد، قصور در امر درمان رخ داده بود (۴). نتایج بازگو کننده این مطلب است که محیط و ماهیت کار آسیب‌پذیری را افزایش داده و آمار تخلفات را بالا می‌برد. در مطالعه حاضر بیشترین درصد تخلفات مربوط به

ارتقاء سطح دانش و بینش و توان افراد و تقویت سازمان‌های مذهبی و اعتقادی کارکنان و برخورد عقلایی با کارکنان براساس اصول اخلاقی و اسلامی و ملی پیشنهاد می‌گردد.

مرکز بهداشت و کمترین درصد مربوط به کارکنان ستاد بود. در مجموع داده‌ها مؤید کاهش تخلف در طول سال دوم بررسی می‌باشد. برگزاری دوره‌های آموزشی لازم در راستای

References

(۳) میرجلالی، س. م. عوامل موثر در بروز تخلفات اداری و شیوه های پیشگیری از آن. مجموعه مقالات همایش سلامت نظام اداری. انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. ۱۳۸۱. صفحه ۲۵۱.

(۴) اخلاقی م، توفیقی زواره ح، صمدی ف. شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱: علل و روش های پیشگیری از آن. مجله علمی پزشکی قانونی. تابستان ۱۳۸۳. دوره ۱۰. شماره ۳۴. صفحات ۷۰ تا ۷۴.

(۱) ابزری، م. فرهنگ سازمانی و تخلفات اداری. مجموعه مقالات همایش سلامت نظام اداری. انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. ۱۳۸۱. صفحه ۱۹۵.

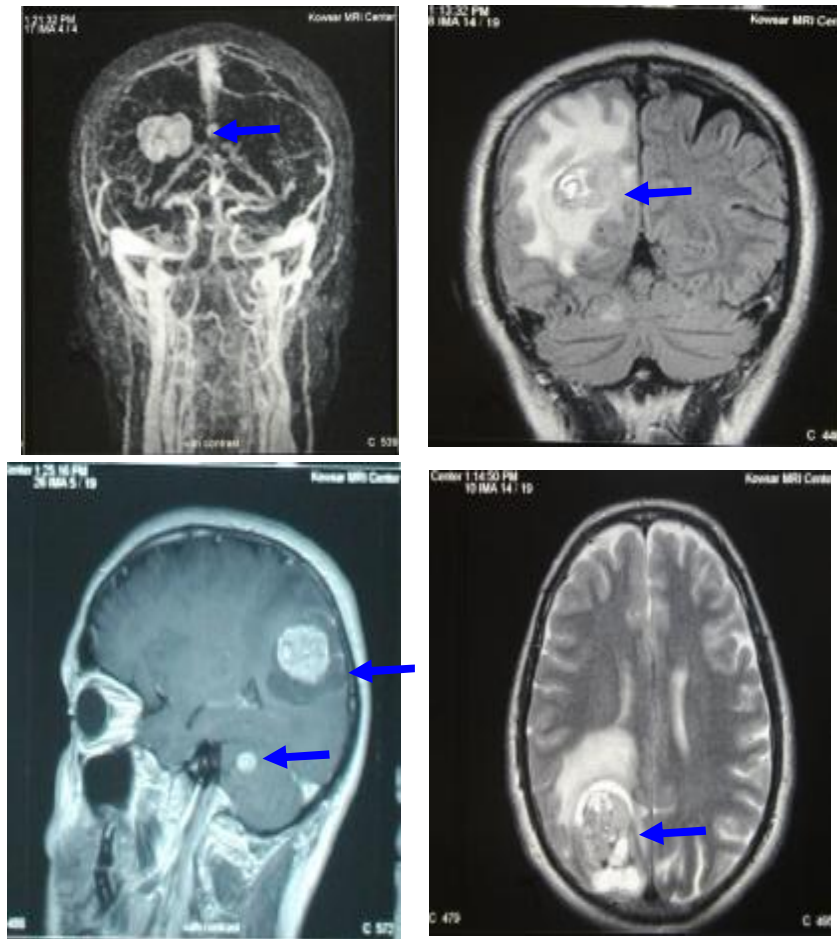
(۲) سیدین س م، احمدوند ل. بررسی تخلفات اداری ارتكابی توسط کارکنان مدیریت درمان تامین اجتماعی لرستان در سال ۱۳۷۹ به منظور دستیابی به الگوی تخلفات. مجموعه خلاصه مقالات همایش سلامت نظام اداری. سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. چاپ مرکز آموزش مدیریت دولتی. دیماه ۱۳۸۰. صفحات ۵۲ تا ۵۳.

گزارش مورد

گزارش یک مورد نادر متاستاز سرطان کلیه

حامد نادری، دانشجوی سال ششم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر بهروز قاضی مقدم، متخصص اورولوژی و فلوشیپ جراحی پیوند کلیه و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



معرفی مورد

بیمار آقای ۴۱ ساله، ساکن آق قلا و جوشکار بود که با شکایت اصلی سردرد و سرگیجه از ۴ ماه قبل به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان مراجعه نمود. بیمار از حدود ۴ ماه قبل هنگام کار به طور ناگهانی دچار سرگیجه و تاری دید و سردرد شده بود و این علائم به تدریج افزایش داشت. دست راستش دچار ضعف حسی و حرکتی و چشم چپ وی دچار کاهش قدرت بینایی شده بود. حالت تهوع، تب و لرز و بی‌اشتهایی را نیز ذکر می‌کرد. بیمار به پزشک مراجعه کرده و

پس از انجام MRI مغز برای وی تشخیص همتوم و توده مغزی گذاشته شده بود. به همین علت در بیمارستان بستری و در بررسی‌های تشخیصی یک توده در کلیه راست وی یافت شد. بیمار درد پهلوی راست و تکرر ادرار، شب ادراری و hesitancy و terminal dribbling داشت، ولی سوزش ادرار و ادرار قرمز نداشت. در این مدت یک‌بار دچار تشنج شد که با داروی فنوباریتال کنترل گردید. یک‌بار هم به علت احتباس حاد ادراری و عدم دفع مدفوع در بیمارستان بستری شده بود. سردرد و سرگیجه وی همچنان ادامه دارد، ولی ضعف بینایی

بحث

کارسینومای سلول کلیوی

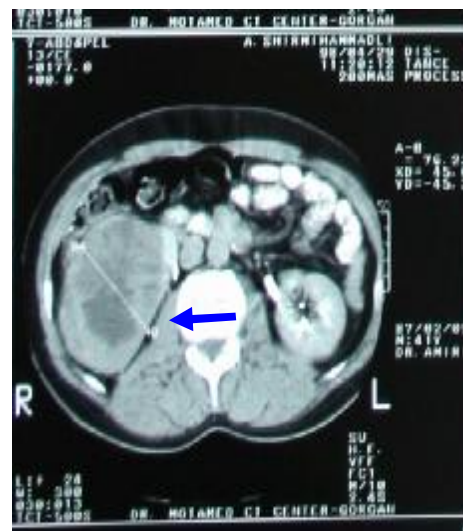
Renal Cell Carcinoma (RCC)

به طور کلی تومورهای بدخیم ثانویه و متاستاتیک کلیه نسبت به تومورهای بدخیم اولیه شایع ترند. تومورهایی که به کلیه متاستاز می دهند، به ترتیب شیوع شامل ریه، پستان و معده می باشند. RCC شایع ترین تومور بدخیم اولیه کلیه است و در حدود ۸۵ درصد این تومورها را شامل می شود. از نظر شیوع از هر ۱۰۰۰۰ نفر ۳ نفر به RCC مبتلا هستند و سالانه ۳۲۰۰ مورد جدید در آمریکا تشخیص داده می شود. شیوع آن در مردها دوبرابر زنان بوده و در مردهای سیاهپوست شایع تر است. شایع ترین سن بروز RCC دهه های ۵ و ۶ زندگی می باشد.



علت پیدایش RCC شناخته نشده است. با این حال برخی شرایط با آن ارتباط دارند:
- استعمال سیگار: مصرف سیگار تنها عامل خطری است

چشم چپ و ضعف حسی و حرکتی دست راستش کاهش یافته است. سابقه فشارخون بالا به طور خفیف داشته و از نظر دارویی فقط فنوباریتال و دگزامتازون مصرف نموده است. سابقه خانوادگی سرطان را ذکر نمی کند و سیگار نمی کشد. در معاینات انجام شده چشم چپ دچار کاهش میدان بینایی بود. حرکات چشمها طبیعی بود. سمع ریهها پاک بود. در معاینه شکم توده لمس نشد. CVA تندرینس اندک راست داشت و تونسیته اندامها طبیعی بود.



در MRI اول وی توده ای هموراژیک در نیمکره راست مشاهده می گردد و در MRI دوم یک ضایعه کوچک تر در مخچه نیز دیده می شود. در CT شکم کلیه راست کاملاً بزرگ و تومورال است.

که براساس مطالعات اپیدمیولوژیک به طور ثابت با RCC ارتباط دارد. خطر ایجاد RCC در افراد سیگاری دوبرابر افزایش می یابد.

- تماس با آسبتوز، حلال ها و کادمیوم.

- علل ژنتیکی.

از نظر آسیب شناسی به انواع clear cell (شایع ترین نوع RCC با ۷۵-۸۵ درصد)، پاپیلاری (کروموفیل)، کروموفوب، مجاری جمع کننده، نوراندوکرین و طبقه بندی نشده تقسیم می شود.

کارسینوم clear cell از اپیتلیوم توبول های پروگزیمال کلیه منشأ می گیرد. تومور از کورتکس کلیه برمی خیزد و به سمت بافت اطراف کلیه رشد می کند.

تظاهرات بالینی شامل هماچوری، درد پهلوی و توده شکمی می باشد. ۶۰ درصد از بیماران با هماچوری آشکار یا میکروسکوپی مراجعه می کنند. درد و توده شکمی و یا هر دو نشانه در ۴۰ درصد بیماران مشاهده می شود.

تریاد کلاسیک هماچوری آشکار، درد پهلوی و توده قابل لمس تنها در ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران مشاهده می شود و نشان دهنده بیماری پیشرفته است.

بسیاری از بیماران تا زمان پیشرفت زیاد بیماری بی علامت هستند و حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد بیماران با علائم اولیه متاستاز مراجعه می کنند. شایع ترین محل متاستاز دور دست RCC، ریه است و از جمله دیگر مناطق شایع گسترش بیماری می توان به کبد، استخوان (ضایعات استئولیتیک)، عقده های لنفاوی مجاور محل درگیری، آدرنال، مغز و کلیه مقابل اشاره کرد. در صورت درگیری ورید اجوف تحتانی بیماری می تواند،

مثلاً با ادم اندام تحتانی بروز پیدا کند.

علائم پارانتوپلاستیک RCC شامل کم خونی، کاشکسی، خستگی، کاهش وزن، تب، افزایش فشار خون، هیپرکلسمی و سندرم استافرو اریتروسیتوز می باشد.

برای تشخیص این بیماری شرح حال و معاینه فیزیکی بسیار کمک کننده است. برخی یافته های آزمایشگاهی مهم شامل کشت و کامل ادرار، CBC diff و ESR می تواند به تشخیص این بیماری کمک کنند. از نظر روش های تصویربرداری CT اسکن حساس ترین روش برای تشخیص RCC است و سایر روش ها مانند IVP، سونوگرافی، MRI، رادیوگرافی قفسه صدری، PET اسکن و اسکن استخوان می توانند در تشخیص و مرحله بندی تومور مورد استفاده قرار گیرند.

از نظر درمانی در تومور لوکالیزه، رادیکال نفرکتومی درمان انتخابی است. در تومورهای کوچک تر از ۴ سانتی متر و یا در یک فردی با یک کلیه، می توان از پارسیل نفرکتومی استفاده کرد. به طور کلی RCC از تومورهای نسبتاً مقاوم به شیمی درمانی و رادیوتراپی است.

در بیماری متاستاتیک در صورت وجود یک متاستاز منفرد رزکشن متاستاز علاوه بر رادیکال نفرکتومی می تواند موثر باشد. درمان اولیه با IL-2 یا سایر تغییر دهنده های بیولوژیک و سپس رزکشن متاستاز نیز مفید واقع شده است. استفاده از روش رادیوسرجری (در متاستازهای با اندازه کوچک تر از ۳ سانتی متر) و همچنین شیمی درمانی، هورمون درمانی و رادیوتراپی نیز می تواند به درمان بیمار کمک کند.

Reference

Tanagho EA, McAninch JW. Smith's General Urology. 6th Ed. chap 21. 2004; pp: 348-358.

گزارش مورد

آنورسم آئورت و گزارش یک مورد از آن

سحرناز عمادی، دانشجوی سال هفتم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده

مقدمه: بیشتر آنورسم‌های آئورتی تا زمان شروع پارگی بدون نشانه هستند. تریاد کلاسیک، درد، توده ضربان‌دار شکم و هیپوتانسیون به همراه آنورسم آئورت شکمی پاره شده در کمتر از دوسوم بیماران مبتلا وجود دارد.

معرفی مورد: آقای ۲۹ ساله با درد ناگهانی شدید قفسه‌سینه همراه با ضعف و بی‌حالی و تعریق بستی گردید. بیمار در بدو بستری فشارخون پایین به همراه نبض‌هایی داشت که به سختی لمس می‌شدند. به دلیل تشخیص پلورال افیوژن، درن برای بیمار گذاشته شد، ولی پس از آن به دلیل خونریزی شدید و حال بد عمومی تحت جراحی قرار گرفت. در حین جراحی به دلیل تشخیص دیسکسیون آئورت پیشرفته کاری برای بیمار قابل انجام نبود. پس از جراحی به دلیل خونریزی شدید فوت نمود.

نتیجه‌گیری: در هر بیمار با علایم بالینی و شواهد مشکوک به دیسکسیون آئورت بایستی اقدامات تشخیصی و درمان سریعاً و بدون هیچ‌گونه تاخیری انجام گیرد و نهایتاً درمان ارجح، جراحی فوری است.

مقدمه

دیسکسیون آئورت در اثر یک بریدگی محیطی یا عرضی انتیما معمولاً در طول دیواره جانبی راست آئورت صعودی و قسمت نزولی آئورت سینه‌ای درست در زیر رباط سرخرگی ایجاد می‌گردد. دیسکسیون آئورت طبق تقسیم‌بندی استانفورد به دو نوع A و B تقسیم می‌شود. نوع A شاخه صعودی آئورت و نوع B شاخه عرضی و نزولی آئورت را درگیر می‌کند. دیسکسیون آئورت بیشتر در دهه ششم و هفتم عمر رخ می‌دهد و نسبت درگیری مردان به زنان ۲ به ۱ می‌باشد.

تظاهر اصلی دیسکسیون حاد آئورت با شروع ناگهانی درد خیلی شدید با ماهیت برشی و همراه با تعریق است. از سایر علائم و یافته‌های همراه می‌توان سنکوپ، تنگی نفس، ضعف، هایپرتانسیون یا هیپوتانسیون، از بین رفتن نبض‌ها، ادم ریه، نارسایی آئورت و ایسکمی میوکارد را نام برد.

به محض تشخیص دیسکسیون آئورت بایستی درمان طبّی شروع شود. برای پایش همودینامیکی و حجم ادرار بایستی بیمار را در ICU بستری نمود. علل عمده مرگ و میر حوالی عمل عبارت از انفارکتوس میوکارد، پاراپلژی، نارسایی کلیه،

خونریزی و سپسیس می‌باشد.

میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی پس از درمان جراحی مبتلایان به دیسکسیون آئورت ۲۰-۱۵ درصد گزارش شده است.

در طی درمان طبّی در صورت وجود فشارخون بالا، بایستی فشارخون بیمار توسط بتابلوکرها، لازیکس و یا نیتروگلیسرین کاهش داده شود و در صورت وجود هیپوتانسیون و افزایش احتمال شوک هیپوولمیک بایستی توسط محلول‌های ایزوتونیک و در صورت لزوم خون کامل و نهایتاً دوپامین یا نوراپی نفرین به حد مناسب و طبیعی رسانده شود. درمان نهایی در دیسکسیون آئورت صعودی (نوع A) و نوع B عارضه‌دار جراحی در اسرع وقت می‌باشد.

گزارش مورد

آقای ۲۹ ساله در شب ازدواجش و در حین مراسم جشن دچار درد قفسه‌سینه شد و با ضعف و بی‌حالی شدید به مرکز درمانی آق‌قلا مراجعه کرد. در زمان ارجاع به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر درد شدید شکم (ناحیه اپی‌گاستر)، ضعف و بی‌حالی شدید و استفراغ (۲بار) داشت. فشارخون بیمار هم

دلیل وجود دیسکسیون پیشرفته تا شکم امکان انجام ترمیم وجود نداشت و نهایتاً مجبور به اتمام جراحی (بدون موفقیت) شدند.

پس از جراحی خونریزی بیمار ادامه یافت و علی‌رغم اقدامات درمانی بیمار همچنان در وضعیت ناپایدار باقی ماند و نهایتاً شب بعد دچار خونریزی شدید و تعریق گردید و علی‌رغم اقدامات احیاء، دریافت دوپامین، دریافت FFP و خون و سرم رینگر فوت نمود.

بحث

دیسکسیون آئورت یکی از علل نادر ولی کشنده درد قفسه‌سینه است که بیماران عمدتاً در دهه ششم و هفتم عمر دچار آن می‌شوند. با این حال نایستی احتمال وجود آن در جوانان از نظر دور بماند و در هر بیماری با درد ناگهانی و شدید قفسه‌سینه با ماهیت برشی به همراه تعریق، کاهش نبض‌های محیطی و فشارخون بالا یا پایین بایستی به احتمال وجود دیسکسیون آئورت نیز توجه نمود. در این گونه از بیماران به دلیل شک به دیسکسیون آئورت و از آنجا که درمان ارجح برای این بیماری جراحی فوری و اضطراری می‌باشد، بایستی بلافاصله اکوکاردیوگرافی و سونوگرافی اورژانسی انجام شود و در صورت لزوم CT اسکن از قفسه‌صدری انجام شود.

Reference

Brunicaudi FC, Andresen DK, et al. Schwartz's Principles of Surgery. Vol 1. 2005; pp: 741-744.

علی‌رغم مایع درمانی در مرکز درمانی آق‌قلا قابل اندازه‌گیری نبود و نبض بیمار لمس نمی‌شد. در معاینات اولیه بیمار تندرست شکمی در ناحیه اپی‌گاستر و راست تحتانی شکم داشت و در سمع قلب صداهای قلبی مافل بود و در سمع ریه پاک ولی صداهای ریوی کمی کاهش یافته بود. علی‌رغم ادامه مایع درمانی و دریافت خون و دوپامین، فشارخون بیمار از ۸۰ سیستول بالاتر نمی‌رفت و مقاوم به درمان بود. در CBC اولیه بیمار هموگلوبین ۱۴/۵ بود و در ECG شواهدی دال بر ایسکمی میوکارد وجود نداشت. در سونوگرافی بیمار مایع پریکارد، مایع پلور و مایع داخل شکم گزارش شد. در اکوی قلب تامپوناد قلبی و پلورال افیوژن وسیع گزارش شد. در رادیوگرافی از قفسه‌سینه نمای پلورال افیوژن با شیفت مختصر تراشه به سمت راست و پهن شدن مدیاستن فوقانی مشهود بود. پس از مشاوره‌های لازم برای بیمار درن داخل قفسه‌سینه گذاشته شد و بیمار به دلیل حال عمومی بد به ICU منتقل گردید و در این زمان در آزمایش خون مجدد، هموگلوبین بیمار به ۹ رسیده بود. در ICU حال عمومی بیمار بدتر شد و خروج خون با حجم زیاد از لوله درن اتفاق افتاد. اقدامات لازم انجام شد و بیمار برای جراحی مجدداً به اتاق عمل برده شد. استرنوتومی مدیال، پریکاردیوتومی، تخلیه لخته و اکسپلوراسیون آئورت انجام شد. در طی جراحی، دیسکسیون وسیع آئورت با هماتوم جدار بطن چپ مشاهده شد که توسط جراح قلب و جراح توراکس اکسپلوراسیون انجام شد ولی به

گزارش مورد

معرفی یک مورد ختم بارداری موفق در خانمی با بیماری سیانوتیک قلبی مادرزادی

سمیه صرافی خیرآبادی، دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر لیلا جویباری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

شیوع بیماری‌های قلبی در کل حاملگی یک درصد می‌باشد و اهمیت آن در تأثیر متقابل و سوء آنها بر همدیگر است. به طوری که بیماری‌های قلبی جدی باعث افزایش شیوع سقط، مرگ داخل رحمی، زایمان زودرس و تأخیر رشد داخل رحمی شده و در موارد شدید بیماری، مرگ جنین به ۲۰ تا ۴۰ درصد می‌رسد. میزان مرگ و میر مادری در موارد خفیف بیماری کمتر از یک درصد و در موارد متوسط حدود ۵ درصد و در موارد شدید و خطرناک به ۲۵ تا ۵۰ درصد خواهد رسید. زنانی که دچار بیماری سیانوتیک قلب هستند، عموماً بارداری موفقیت‌آمیزی ندارند. برای نمونه در تترالوژی فالوت اصلاح نشده مرگ و میر مادران به ۱۰ درصد می‌رسد. هر بیماری که در اثر هیپوکسمی شدید مادر تشدید شده باشد، می‌تواند منجر به سقط، زایمان پیش‌رس یا مرگ جنین شود. ارتباط مستقیمی میان هیپوکسمی مزمن، پلی‌سایتمی در یک‌سو و نتایج بارداری در سوی دیگر وجود دارد (۱). در این مقاله یک مورد ختم موفق بارداری در خانم مبتلا به بیماری سیانوتیک قلبی معرفی شده است.

معرفی مورد

بیمار خانمی ۱۹ ساله با سن بارداری ۳۶ الی ۳۷ هفته و مبتلا به بیماری مادرزادی سیانوتیک قلبی می‌باشد که در تاریخ ۲۰ آذر ۱۳۸۶ در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان بستری شد. بیمار هوشیار بود و بعد از بستری در بخش قلب درد قفسه‌سینه نداشت. اکسیژن درمانی از طریق سوند بینی انجام

شد. دیسترس تنفسی با دریافت اکسیژن برطرف شد. انتهای اندکی سیانوزه بود. تب نداشت. پلاکت ۸۷۰۰۰ بود. ویزیت متخصص پوست انجام شد. بیمار مانیتورینگ قلبی شد. ریتم سینوسی گاهی اوقات سینوس تاکیکارد بود. برای بیمار القای زایمانی با اکسی‌توسین شروع شد. کیسه آب بیمار پاره شد. انقباضات بیمار شدید بود. ضربان قلب جنین کنترل شد. ضربان قلب جنین طبیعی بود. در بخش قلب کد احیا اعلام و زایمان مادر (نوزاد دختر و سالم) بدون مشکل انجام و به بخش ویژه منتقل گردید. خونریزی در حد طبیعی بود. بیمار هوشیار بدون مشکل تنفسی در بخش قلب مجدداً پذیرش شد. ناحیه واژینال سمت راست همتوم در اندازه سه در سه داشت. بیمار با دستور دارویی قرص دیگوکسین، کپسول سفیکسیم و اسید فولیک مرخص شد. آموزش دوشیدن سینه به بیمار داده شد. در تاریخ ۲۹ آذر ۱۳۸۶ روز پنجشنبه مرخص گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

تعدادی از مادران باردار از بیماری قلبی رنج می‌برند. این بیماری موجب بروز عوارض برای مادر و نوزاد می‌شود. در طی یک مطالعه در سندج روی ۳۱۲۵ زن باردار تعداد ۵۰ نفر مبتلا به بیماری قلبی عروقی یافت شد. به عبارتی شیوع بیماری ۱۶ در هزار یا ۱/۶ درصد بوده است. میانگین وزن نوزادان متولد شده ۲۳۰۰ گرم بود. یکی از عوارض بیماری‌های قلبی مادر در نوزاد عقب‌افتادگی رشد داخل و وزن کم هنگام تولد می‌باشد (۲). گرچه در مطالعه حاضر نوزاد متولد شده سالم بود. هرگونه مشکل مادر باردار در طی بارداری باید جدی

تلقی شود. خانم‌های مبتلا به بیماری‌های قلبی حاملگی پریشویش‌تری را خواهند داشت، اما تعیین دقیق کمیت و کیفیت این خطرات برای مادر و کودک مشکل است و همین مسأله ضرورت کنترل و بررسی دقیق دوران حاملگی مادران دارای بیماری قلبی را به ما نشان می‌دهد.

References

- (۱) کانینگهم هوٹ، لونو گیلسترپ، بلوم ونستروم. بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵. ترجمه قاضی جهانی ب. ویرایست ۲۲. جلد ۳. ۱۳۸۴. تهران. انتشارات گلپان.
- (۲) نقشبندی م، شاه غیبی ش. بررسی شیوع بیماری‌های قلبی در حاملگی و تأثیر آن بر پیامد حاملگی در شهر سنج در سال ۱۳۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. پاییز ۱۳۸۲. سال هشتم، شماره ۱ (مسلسل ۲۹). صفحات ۳۳ تا ۴۰

مقاله مروری

اهمیت کنترل هایپرگلیسمی طی اعمال جراحی قلب در بیماران مبتلا به دیابت

چکیده

زمینه و هدف: دیابت امروزه از جمله مشکلات شایع در بیمارستان‌ها می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد هایپرگلیسمی سبب افزایش مورتالیتی و موربیدیتی به دنبال جراحی قلب می‌شود.

روش بررسی: در این مطالعه مروری ۱۷ مقاله منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۷ بررسی شد. در این مقالات مسائل و مشکلات بیماران دیابتی در عمل جراحی قلب بررسی شده است.

یافته‌ها: بررسی مشکلات ناشی از جراحی قلب در بیماران دیابتی نشان داد که هایپرگلیسمی می‌تواند سبب افزایش طول اقامت بیمار در بیمارستان و افزایش عفونت‌های عمقی زخم، سکنه مغزی، بلوک قلبی، تضعیف سیستم ایمنی، سپسیس، نارسایی کلیوی، نوروپاتی و افزایش مورتالیتی شود. در بیمارانی که به منظور کنترل قند خون تحت رژیم ویژه قرار داشتند، نسبت به افرادی که بعد از عمل تحت رژیم عادی قرار گرفته بودند، میزان عوارض به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. سرم‌های حاوی انسولین رگولار و قند هایپرتونیک و پتاسیم (GIK) می‌تواند میزان شیوع فیبریلاسیون دهلیزی را پس از جراحی کاهش دهد و نیز سبب کاهش اپیزودهای ایسکمی و عفونت زخم و کاهش طول اقامت در بیمارستان شود. نتیجه‌گیری: مانیتورینگ مداوم گلوکز پس از جراحی قلب سبب افزایش بقاء، کاهش عوارض و ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران دیابتی می‌گردد.

کلید واژه‌ها: دیابت، جراحی قلب

شراره ضیغمی محمدی
کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده
پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

دیابت امروزه از جمله مشکلات شایع در بیمارستان‌ها می‌باشد. به طوری که بر اساس آمار سال ۲۰۰۰، ۱۲/۵ درصد از بیماران بستری در ایالات متحده امریکا مبتلا به دیابت بودند. دیابت خود یک عامل خطر مهم بروز اختلالات قلبی عروقی به شمار می‌رود و بسیاری از این بیماران دیابتی نیاز به عمل جراحی قلب پیدا می‌کنند. هر ساله ۵۱۵۰۰ عمل CABG در ایالات متحده انجام می‌گیرد (۱) که ۲۸ درصد از این بیماران مبتلا به دیابت هستند (۲). مطابق با آمار سال ۲۰۰۰، ۲۹ درصد از بیماران بستری به منظور انجام اعمال جراحی قلب نیز مبتلا به دیابت می‌باشند (۳). مطالعات نشان می‌دهد، هایپرگلیسمی سبب افزایش مورتالیتی و مورییدیتی به دنبال جراحی قلب می‌شود. وجود کتواسیدوز دیابتی و HHNS بعد اعمال جراحی بای‌پس عروق قلبی تا ۴۲ درصد همراه با مورتالیتی بوده است (۴). در اغلب موارد بیماران CABG که به دستگاه بای‌پس قلبی ریوی متصل شده‌اند، حملات هایپرگلیسمی را ضمن استفاده از دستگاه تجربه نموده‌اند (۵و ۶).

روش بررسی

در این مطالعه مروری با بررسی ۱۷ مقاله منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۷ به بررسی مسائل و مشکلات بیماران دیابتی در عمل جراحی قلب پرداخته می‌شود.

یافته‌ها

در بررسی پیرامون مشکلات ناشی از جراحی قلب در بیماران دیابتی مشخص گردید، استرس ناشی از جراحی سبب اختلال در هموستاز و تعادل گلوکز در بدن می‌گردد که خود تهدیدی برای اختلال در عملکرد اندوتلیال محسوب می‌شود. این استرس با تغییر در عملکرد برخی از هورمون‌ها -پاسخ سیتوکین‌ها - تحریک سیستم اعصاب مرکزی در میزبان سبب هایپرگلیسمی می‌شود. این عارضه بر برآیند نتایج عمل جراحی تاثیر منفی می‌گذارد و مشکلات آن را افزایش می‌دهد (۷). هایپرگلیسمی می‌تواند سبب افزایش طول اقامت بیمار در بیمارستان در حدود ۱ تا ۳ روز (۸ و ۹)، اختلال در عملکرد فاگوسیتوز بعد از عمل (۱۰)، افزایش عفونت‌های عمقی زخم (۱۱)، سکتة مغزی و عوارض نورولوژیک (۱۲)،

بلوک قلبی، نیاز به انتوباسیون، تضعیف سیستم ایمنی، سپسیس، نارسایی کلیوی، نوروپاتی و افزایش مورتالیتی گردد (۱۳ و ۱۴).

مطالعات نشان داد، میزان عوارض در بیمارانی که به منظور کنترل قندخون تحت رژیم ویژه قرار داشتند، نسبت به افرادی که بعد از عمل تحت رژیم عادی قرار گرفته بودند، به طور معنی‌داری کاهش یافته است. مطالعه Lazar نشان داد، روش تزریق انسولین به صورت انفوزیون وریدی طی سه روز اول پس از جراحی تا ۵۰ درصد مورتالیتیه را کاهش می‌دهد. وی با بررسی ۱۴۱ بیمار دیابتی تحت عمل CABG دریافت که انفوزیون محلول گلوکز و پتاسیم و انسولین نسبت به تزریق زیرجلدی انسولین به طور معنی‌داری سبب کاهش و کنترل قندخون پس از جراحی (۱۳۸) در مقابل ۲۶۰ میلی گرم در دسی‌لیتر)، کاهش فیبریلاسیون دهلیزی (۱۶/۶ درصد در مقابل ۴۲ درصد)، کاهش طول اقامت در بیمارستان (۶/۵ درصد در مقابل ۹/۲ درصد)، کاهش میزان شیوع حملات ایسکمی (۵ درصد در مقابل ۱۹ درصد) و کاهش عفونت زخم (۱ درصد در مقابل ۱۰ درصد) می‌شود (۱۵).

مطالعه Van نشان داد، میزان کنترل و تنظیم قندخون با کمک رژیم ویژه تا ۴۶ درصد سبب کاهش سپسیس و ۴۱ درصد سبب کاهش بروز نارسایی حاد کلیوی و ۴۴ درصد کاهش نوروپاتی و عوارض نورولوژیک می‌گردد (۱۶). در بیمارانی که تحت اعمال جراحی قلب قرار می‌گیرند، به ازای هر ۵۰ میلی گرم در دسی‌لیتر کاهش در قندخون یک روز طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان کاهش یافته بود (۱۷). روش انفوزیون داخل وریدی انسولین همچنین نیاز به داروهای آنتی‌آریتمی و اینوتروپ در اتاق عمل را کاهش می‌دهد (۷).

نتیجه‌گیری

مانیتورینگ مداوم گلوکز از نکات مهم مراقبتی پس از جراحی قلب است. این کار سبب افزایش بقاء و کاهش عوارض و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران دیابتی می‌گردد. همچنین رژیم ویژه از اهمیت بیشتری نسبت به رژیم عادی در کنترل قندخون پس از اعمال جراحی قلب برخوردار است.

References

- 1) Defrances CJ, Hal MJ. National hospital discharge survey. ADV Data. 2004;pp: 1-29.
- 2) Edwards FH, Grover L, Shroyer AL, Shwartsm, Bero J. The society of thoracic surgeon national cardiac surgery database: Current risk assessment. Ann Thorac Surg. 1997; 63:903-908.
- 3) Center for disease control and prevention (CDC). Diabetes act sheet. Retrived february 20. 2004.
- 4) American Callege of Endocrinology, Endocrin Practice. 2004; 10(1).
- 5) Schricker T, Latterman R, Schreiber M, Geisser W, Georgieffin. The hyperglycemia response to surgery: Pathology, Clinical Implications and Modification by the Anaesthetic technique. Clin Intensive Care. 1998; 9:118-128.
- 6) Cavallo G, Moore A, Qizilbash B, Lachapelle. Maintenance of normoglycemia during cardiac surgery. Anesth Analg. 2004; 99:319-324.
- 7) Groban L, Butterworth J, Legault C, Rogers AT. Intraoperative insulin therapy does not reduce the need for intropic or antiarrhythmic therapy after cardiopulmonary bypass. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2002 Aug; 16(4): 405-12.
- 8) Vriesendorp TM, DE Vries JH, Hoekstra JB. Hyperglycemia during hospitalization. Ned Tijdschr Geneesk, 2007Jun 9; 151(23): 1278-82.
- 10) Rassias AJ, Givan AL, Marrin CA, Whalen K, Pahl J. Insulin increases neutrophil count and phagocytic capacity after cardiac surgery. Anesth Anaig. 2002 May; 94(5):1113-9.
- 11) Zerr KJ, Furnary AP, Grunkemeir GL, Bookin S. Glucose control lowers the risk of wound infection in diabetics after open heart operations. Ann Thorac Surg. 1997; 63:358-361.
- 12) Chaney MA, Nikolov MP, Blakman BP, Bakhos M. Attempting to maintain normoglycemia during cardiopulmonary bypass with insulin may initiate postoperative hypoglycemia. Anesth Analg. 1999Nov; 89(5):1091-5.
- 13) Furnary AP, Zerr K, Grunkemeier GL. Post operative hyperglycemia prolongs length of stay in diabetics cabg patients. Circulation. 2000; 102 (18): II-5560.
- 14) Furnary AP, Zerr KJ, Grunkemeier GL, Starr A. Contineues interavenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procidures. Ann Thorac Surg. 1999; 67:352-362.
- 15) Lazar HL, Chipkin SR, Itzgeraid CA, Bao Y. Tight glycemic control in diabetic coronary artery bypass graft patient improves perioperative outcomes and decreases reccurent ischemic events. Circulation. 2004; 109:1497-1502.
- 16) Van Den Berghe G, Wouters P, Weeker Fet AL. Intensive insulin therapy in critical ill patients. N Eng J Med. 2001; 345:1359-1367.
- 17) Levetan CS, Salas JR, Wilets IF, Zumoff B. Impact of endocrine and diabetes thamconsultation on hospital leght of stay for patients with diabetes. Am J Med. 1995;99:22-28.

مقاله مروری

درمان‌های دارویی در پوکی استخوان: نگاهی به تازه‌ترین مقالات تحقیقی

چکیده

زمینه و هدف: ۷۰ درصد از زنان و ۵۰ درصد از مردان بالای ۵۰ سال در ایران به پوکی و یا کمی توده استخوان مبتلا هستند. هدف از این مقاله ارائه داروهای مطرح در پیشگیری یا درمان پوکی استخوان می‌باشد.

روش بررسی: به منظور بررسی یافته‌های تحقیقی، تازه‌ترین یافته‌های مطالعات مربوط به استئوپروز مورد بررسی قرار گرفت. ۱۹ مقاله مربوط به ۹۰ روز اخیر و همچنین ۲۷ مقاله سال ۲۰۰۸ از medscape مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در مجموع داروهای استفاده شده مورد تایید FDA آلندرونات سدیم، ریزدرونات سدیم، کلسی‌تونین، رالوکسیفن، درمان هورمونی استروژن و هورمون پاراتیروئید است.

نتیجه‌گیری: اگرچه درمانی برای استئوپروز وجود ندارد، اما گام‌هایی برای پیشگیری یا کند کردن سریع پیشرفت آن وجود دارد.

کلید واژه‌ها: استئوپروز، مروری بر متون، تازه‌های تحقیقاتی

سمیه صرافی خیر آباد
دانشجوی رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

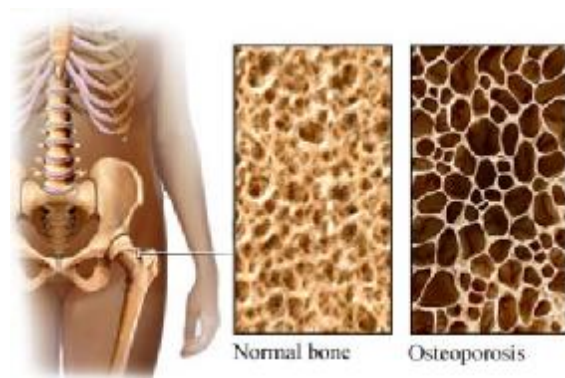
دکتر اکرم ثناگو
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: سمیه صرافی خیر آباد
somayyeh.sarrafi@gmail.com

مقدمه

به نظر می‌رسد. هدف از مقاله حاضر معرفی تازه‌های تحقیقی انجام شده در زمینه استئوپروز می‌باشد.



روش بررسی

به منظور بررسی یافته‌های تحقیقی تازه‌ترین نتایج مطالعات مربوط به استئوپروز مورد بررسی قرار گرفت. ۱۳۷۷۰ مقاله با عنوان استئوپروزیس در پاب‌مد موجود است که از این تعداد ۳۶۰ مورد مربوط به یک سال اخیر، به زبان انگلیسی و دارای چکیده می‌باشند. ۱۹ مقاله مربوط به ۹۰ روز اخیر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد ۸ مورد مربوط به درمان و یا پیشگیری بود و از این رو در بررسی حاضر گنجانده شد. در گوگل اسکالر برای مقالات جدید نیز جستجو صورت گرفت که یک مورد یافت شد. ۲۷ مقاله ۲۰۰۸ در منبع اطلاعاتی معتبر medscape موجود است که مورد بررسی قرار گرفت و در مقاله حاضر یافته‌های ۳۲ مورد ارائه می‌شود.

همچنین پایگاه اطلاعاتی داخل کشور (ایران مدکس) نیز بررسی شد. ۱۴ مقاله با عنوان پوکی استخوان و ۲۵ مقاله با عنوان استئوپروز دریافت شد. با توجه به این که مقالات جدید و دربردارنده یافته‌های پژوهشی در زمینه درمان و یا پیشگیری نبودند، لذا مورد استفاده قرار نرفتند.

یافته‌ها

این مقاله بر یافته‌های دارویی مطرح در دنیا تاکید دارد. نتایج تحقیقی Jean در نیویورک طی سال ۲۰۰۸ با عنوان اثر داروی استرونیوم (strontium) بر کاهش خطر شکستگی مهره‌ای و غیرمهره‌ای بعد از یائسگی، نشان داد که این دارو خطر شکستگی استخوان غیرمهره‌ای (۱۸ درصد)، مفصل هیپ

استئوپروز شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوان می‌باشد که با کاهش توده استخوانی و اشکال در ریزساختار آن و افزایش شیوع شکستگی خودبه‌خود در افراد همراه است (۱). استئوپروز امروزه به عنوان یک بیماری بسیار مهم شناخته شده است. این بیماری در جامعه آمریکا شایع است و تقریباً ۴۰ درصد زنان بالای ۷۰ سال را گرفتار می‌کند. شکستگی هیپ ناشی از استئوپروز عامل اشغال ۲۰ درصد از تخت‌های بخش‌های ارتوپدی می‌باشد (۲). استئوپروز یک مشکل بهداشتی گسترده است. هزینه‌ای که به دلیل بستری شدن برای سیستم بهداشتی بر جای می‌گذارد، بسیار شگفت‌انگیز است. یک زن از هر سه زن بالای ۵۰ سال از شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان رنج خواهد برد. در حالی که یک مرد از هر پنج مرد در معرض این مشکل خواهد بود. میزان خطر برای یک مرد یا زنی که به دلیل مشکلات ناشی از شکستگی هیپ فوت می‌نماید، همانند کسانی است که از سرطان سینه یا پروستات فوت می‌شوند. تخمین زده می‌شود حدود ۷۵ میلیون نفر در اروپا و آمریکا و ژاپن به پوکی استخوان دچار باشند. احتمال می‌رود این میزان در ۵۰ سال آینده دو برابر شود. همچنین تخمین زده می‌شود که حدود ۲۵۵ میلیون نفر در اروپا و آمریکا و ژاپن توده استخوانی اندک یا استئوپنی باشند. به دلیل تغییرات دموگرافیک بیشترین مبتلایان به پوکی استخوان در آسیا و لاتین و آمریکا زندگی می‌کنند. تصور می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۵۰ درصد همه شکستگی هیپ ناشی از استئوپروز در آسیا رخ دهد (۳). مطالعه‌ای در زنان ۴۰-۶۰ ساله شهر تهران در سال ۱۳۷۹ روی ۷۵۴ خانم غیرباردار تهرانی نشان داد، شیوع استئوپروز در ناحیه ستون فقرات ۱۸/۵ درصد، در ناحیه فمور ۲/۹ درصد و میزان استئوپنی به ترتیب ۳۳/۸ و ۲۶/۸ درصد بود. به عبارتی ۵۰/۶ درصد از زنان مورد بررسی در ناحیه ستون فقرات و ۲۹/۶ درصد در ناحیه فمور به یکی از اشکال استئوپنی و استئوپروز مبتلا بودند (۴). مطالعه‌های داخلی حاکی از آن است که استئوپروز در کشور ما نیز همانند سایر کشورها از بیماری‌های شایع دوران میانسالی و سالمندی است، لذا اندیشیدن تدابیری برای پیشگیری و درمان این بیماری ضروری

انفوزیون آکلاستا میزان خطر شکستگی هیپ را تا ۴۱٪ و ستون فقرات را تا ۷۰٪ درصد کاهش می‌دهد. محققین معتقدند آکلاستا که از نظر تکنیکی به نام زولدرونیک اسید (zoledronic) معروف است، می‌تواند آلترناتیوی برای داروهای بیس فسفونات (bisphosphonate) باشد. بیس فسفونات‌ها به شکل قرص هستند و باید هر روز و یا هفتگی مصرف شوند (۱۲). تحقیق Gnant در استرالیا (۲۰۰۸) با عنوان کاهش عود سرطان پستان اولیه توسط آکلاستا نشان داد، این دارو بیس فسفاناتی است که از آن می‌توان برای متاستازهای استخوانی و استئوپروز استفاده کرد (۱۳). در چهل و چهارمین گردهمایی سالیانه سرطان پستان، زولدرونیک اسید به عنوان یک داروی ضد سرطان موثر برای متاستازهای استخوانی و همچنین برای استفاده در استئوپروز مطرح شد (۱۴).

آلندرونات (alendronate) یا فوزاماکس به عنوان بازدارنده اختصاصی بازجذب استئوکلاست‌های استخوان است. بیس فسفونات‌ها آنالوگ‌های صناعی پیروس فسفونات هستند که با هیدروکسی آپاتیت (که در استخوان یافت می‌شوند) باند می‌گردد. مصرف دارو در ۸ هزار زن یائسه طی مطالعات بالینی بررسی شده و به مدت ۵ سال عوارض جانبی ناشی از دارو اندک بوده است و عمدتاً به حدی نبوده است که منجر به قطع مصرف دارو شود (۱۵). در حالی که تحقیق Joseph و همکاران در نیویورک طی سال ۲۰۰۸ نشان داد که مصرف طولانی مدت آلندرونات ممکن است خطر شکستگی‌های تنه استخوان فمورال را افزایش داده و متابولیسم استخوان را سرکوب کند (۱۶).

نتایج تحقیق Songtao در نیویورک (۲۰۰۸) نشان داد که آسیب‌رین با دوز پایین اوستئوپلاست‌ها و اوستئوکلاست‌های فعال را مهار می‌کند. در استئوپروز، آپوپتوز (apoptosis) نامناسب استئوبلاست‌ها/ استئوکلاست‌ها و عدم تعادل در بازسازی استخوان اتفاق می‌افتد (۱۷).

در مطالعه Lix و همکاران (۲۰۰۸) مشخص شد که استفاده از مهارکننده‌های پمپ پروتون به مدت ۷ سال یا بیشتر همراه با افزایش خطر استئوپروز همراه است. بعد از مصرف این داروها به مدت ۵ سال یا بیشتر خطر شکستگی مفصل هیپ

(۴۳ درصد) و استخوان مهره‌ای (۲۴ درصد) را کاهش داده است (۵). Rouxe و همکاران در پاریس طی سال ۲۰۰۸ گزارش کردند که درمان با این دارو خطر شکستگی‌های مهره‌ای را تا ۴۱ درصد، خطر شکستگی غیرمهره‌ای را تا ۱۶ درصد و خطر شکستگی مفصل هیپ را تا ۳۶ درصد کاهش می‌دهد (۶). در سال ۲۰۰۸ تحقیق Arase و همکاران در نیویورک با عنوان اثر داروی اتیدرنات (etidronate) بر کاهش خطر شکستگی در زنان اوستئوپروتیک مبتلا به بیماری کبد مویید آن بود که بعد از پیگیری ۸ ساله ۴/۹ درصد زنان دریافت کننده این دارو دچار شکستگی استخوان شدند. در حالی که ۱۳/۸ درصد افراد بدون درمان دچار شکستگی شدند (۷).

تحقیق Steven و همکاران در نیوانگلند در سال ۲۰۰۸ نشان داد که بعد از ۳۴ ماه درمان با تیبولون (tibolone) در زنان ۶۵-۸۵ ساله خطر شکستگی مهره‌ای و غیرمهره‌ای (محیطی) و سرطان پستان و کولون کاهش پیدا کرد، ولی این زنان معرض افزایش خطر کامل سکنه قرار داشتند (۸). مطالعه Amgen در لس‌آنجلس طی سال ۲۰۰۸ مشخص نمود که دنوسوماب (denosumab) دو بار در سال به صورت تزریقی، تراکم استخوانی را در کل مفصل هیپ ۴/۵ درصد افزایش داده است. در حالی که در گروه تحت درمان با فوزاماکس (fosamax) تراکم استخوانی مفصل هیپ ۳/۷ درصد بوده است (۹). تحقیق دیگر Amgen در لس‌آنجلس (۲۰۰۸) نشان داد در مردان مبتلا به سرطان پروستات غیرمتاستاتیک و تحت درمان با دنوسوماب تراکم استخوانی در استخوان‌های غیرمهره‌ای و نخاعی کمتری افزایش یافته بود، ولی در ۶ درصد افراد تحت درمان با دنوسوماب عفونت جدی دیده شد. در افراد تحت درمان با دارونما، خطر عفونت جدی در حد صفر بود (۱۰).

داروی آکلاستا (Aclasta) در حال حاضر به عنوان دارویی برای خانم‌هایی که بعد از یائسگی در معرض شکستگی قرار دارند، می‌باشد. همچنین این دارو در درمان بیماری استخوانی پاژه نیز استفاده می‌شود. یافته‌های تحقیقی دیگری در لندن (۲۰۰۸) نشان داد که مورد مصرف جدید این دارو برای مردانی است که در معرض خطر شکستگی قرار دارند (۱۱).

افزایش می‌یابد (۱۸).

تاکنون هورمون پاراتیروئید نوترکیب با بیسفونات یا با تری پاراتید مقایسه نشده است. در مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده، مشخص گردید که این دارو قابل مطمئن تر از تری پاراتید نیست و تجویز آن نامناسب است (۱۹).

Fernández و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که در افراد تحت درمان با رالوکسیفن (raloxifene) به مدت ۳ و ۶ ماه، سطح سرمی OPG کاهش می‌یابد و بعد از ۱۲ ماه درمان به سطح پایه خود برمی‌گردد. رالوکسیفن ممکن است فعالیت استئوکلاست‌ها را مهار کند (۲۰).

Allport در نیوزلند (۲۰۰۸) به این نتیجه رسید که از جمله داروهایی که باعث استئوپروز القاشده دارویی می‌شوند، می‌توان کورتیکواستروئیدهای خوراکی را نام برد که شیوع استئوپروز را افزایش می‌دهد و بروز شکستگی را افزایش می‌دهد. از جمله داروهای دیگر که بروز و یا شیوع استئوپروز القا شده توسط داروها را افزایش می‌دهد، سرکوبگرهای آندروژن، مهارکننده‌های آروماتاز، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین، داروهای بالا برنده پرولاکتین و داروهای ضد صرع می‌باشند (۲۱).

تحقیق Nainggolan و همکاران در نیوانگلند طی سال ۲۰۰۷ با عنوان کاهش خطر بیماری شریانی مزمن در اثر درمان جایگزینی هورمونی استروژن موید آن است که بنیاد استئوپروز در امریکا درمان‌های جایگزین با هورمون (HRT) را به عنوان خط اول برای پیشگیری از استئوپروز در افراد در معرض خطر توصیه نمی‌کند (۲۲).

در مجموع داروهای مورد استفاده برای استئوپروز که توسط سازمان غذا و دارو تایید شده است، شامل موارد زیر است:

۱- آلدروناست سدیم (فوزاماکس): برای پیشگیری و درمان استئوپروز به کار می‌رود. آلدروناست بروز شکستگی‌های مهره‌ای، هیپ و غیرمهره‌ای را تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهد.

۲- ریزدروناست سدیم (Risedronate Na) (آکتونل): برای پیشگیری و درمان استئوپروز بعد از یائسگی به تصویب رسیده است و بروز شکستگی مهره‌ای را تا ۴۰ درصد و بروز شکستگی غیرمهره‌ای و هیپ را تا ۳۰ درصد می‌کاهد. عوارض

جانبی داروها شامل اختلالات معده‌ای - روده‌ای فوقانی مثل دیسفاژی، ازوفاژیت و زخم مری یا گاستریت می‌باشد. به منظور کاهش این عوارض، بایستی با معده خالی دارو خورده شده و به مدت نیم ساعت نشست یا ایستاد و در این مدت چیزی نخورد یا نوشیده نشود.

۳- کلسی‌تونین: دارویی برای درمان اوستئوپروز در زنانی که حداقل ۵ سال از یائسگی آنها می‌گذرد، می‌باشد و تنها دارویی است که به صورت اسپری بینی یا تزریقی به کار می‌رود. کلسی‌تونین خطر شکستگی مهره‌ای را ۲۱ درصد کاهش می‌دهد.

۴- رالوکسیفن (Raloxifene): گیرنده انتخابی استروژن است که برای پیشگیری و درمان استئوپروز به کار می‌رود. رالوکسیفن خطر شکستگی مهره‌ای را تا ۴۰ درصد می‌کاهد. عوارض جانبی این دارو ترومبوز وریدهای عمقی و برافروختگی است.

۵- درمان هورمونی: استروژن برای پیشگیری از اوستئوپروز بعد از یائسگی به کار برده می‌شود. هورمون پاراتیروئید برای درمان استئوپروز در زنان بعد از یائسگی که در معرض خطر شکستگی قرار دارند، استفاده می‌شود. هورمون پاراتیروئید به طور متوسط بعد از ۱۸ ماه درمان، تراکم استخوانی را افزایش داده و خطر شکستگی مهره‌ای را تا ۶۵ درصد و غیرمهره‌ای را تا ۵۲ درصد کاهش می‌دهد (۲۳).

بحث و نتیجه‌گیری

بروز استئوپروز در جهان در حال افزایش است. از مهم‌ترین عوارض پزشکی آن شکستگی است که بدون درمان باعث عوارض پزشکی و روانی اجتماعی می‌شود. استفاده از تراکم‌سنج‌ها برای اندازه‌گیری تراکم ماده معدنی استخوان در تشخیص استئوپروز مفید است، اما گران است. داروهایی مثل جایگزین استروژن، رالوکسیفن و کلسی‌تونین در پیشگیری و درمان استئوپروز مفیدند، ولی گرانند. سیگار کشیدن، ورزش نکردن و کافی نبودن رژیم غذایی حاوی کلسیم و ویتامین D عوامل خطر محسوب می‌شوند. سبک زندگی سالم به عنوان یک استراتژی پیشگیری اولیه می‌باشد (۲۴).

در حال حاضر حدود ۳۰ درصد زنان جامعه به استئوپروز مبتلا هستند که بیشتر در ناحیه کمر و مفصل لگن بروز دارد.

آن که در ماه حدود ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان برای فرد هزینه دارد، در کشور ما چندان کاربردی ندارد. خانم‌هایی که در ابتدای دوران یائسگی و زیر ۶۵ سال قرار دارند، از لحاظ علمی الزامی به انجام سنجش تراکم استخوان (BMV) ندارند، مگر این که سابقه خانوادگی شکستگی زیاد استخوان در دوران جوانی یا مصرف کورتون داشته باشند که باید بعد از یائسه شدن سالی یک‌بار سنجش تراکم استخوان را انجام دهند (۲۵).

References

- ۱) دباغ منش م ح و همکاران. میزان همخوانی روش QUS با DXA در تشخیص استئوپروز. طب جنوب، فصلنامه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر. شهریور ۱۳۸۱. دوره ۵. شماره ۱. صفحات ۵۰ تا ۵۵.
- 2) Royal College of Physicians. www.rcplondon.ac.uk
- 3) Osteoporosis Myths. International Osteoporosis Foundation. <http://www.iofbonehealth.org/patients-public/about-osteoporosis/osteoporosis-myths.html>
- ۴) جمشیدیان طهرانی م و همکاران. بررسی شیوع استئوپروز در زنان ۶۰-۴۰ ساله شهر تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. زمستان ۱۳۸۲. دوره ۵. شماره ۲۰. صفحات ۲۷۱ تا ۲۷۶.
- 5) Jean E. Effects of long-term strontium ranelate treatment on the risk of nonvertebral and vertebral fractures in postmenopausal osteoporosis: results of a five-year, randomized, placebo - controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2008; 58: 1687-1695.
- 6) Roux C. Strontium ranelate: short- and long-term benefits for post-menopausal women with osteoporosis. *Rheumatology (Oxford, England).* 2008; 47 (Suppl 4): iv20-22.
- 7) Yasuji A. Etidronate Reduces Fractures in Osteoporotic Women With Liver Disease. *J Med Virol.* 2008; 80:1302-1307.
- 8) Steven R. The effects of Tibolone. *N Engl J Med.* 2008; 359: 697-708.
- 9) Beasley D, Dobbyn T. Amgen Says Denosumab Improves Bone Density in Trial. News, Reuters Health Information. May 2008. <http://www.medscape.com/viewarticle/575164>
- 10) Beasley D. Amgen Anti-Osteoclast Monoclonal Antibody Prevents Bone Loss in Prostate Cancer. News, Reuters Health Information. July 2008.
- 11) European Medicines Agency. EU Agency Backs Use of Novartis Bone Drug in Men. News, Reuters Health Information. July 2008. <http://www.medscape.com/viewarticle/578105>
- 12) Annual treatment for osteoporosis. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6615725.stm>

درمان‌های دارویی که در زمینه درمان با استئوپروز استفاده می‌شود، به دو دسته تقسیم می‌شوند. یک دسته ترکیباتی هستند که مانع جذب استخوان می‌شوند و دسته دیگر شامل داروهایی هستند که باعث افزایش تشکیل میزان استخوان می‌شوند. از جدیدترین این داروها درمان با هورمون پاراتیروئید PTH است که باعث افزایش تراکم استخوان می‌گردد. استفاده از این دارو درمان اول نیست. از این دارو زمانی استفاده می‌شود که داروهای کاهش دهنده میزان جذب استخوان جواب ندهند. در حال حاضر به خاطر قیمت بالای

- 13) Gnant M. Zoledronic Acid Significantly Reduced Relapse in Early Breast Cancer. American Society of Clinical Oncology (ASCO) 44th Annual Meeting. 2008 [Abstract].
- 14) American Society. Video Highlights From the American Society of Clinical Oncology 44th Annual Meeting. 2008.
- 15) FOSAMAX. <http://www.rxlist.com/cgi/generic/alendron.htm>
- 16) Lane JM. Alendronate Use Linked to Low-Energy Femoral Fractures. *J Orthop Trauma.* 2008; 22:346-350.
- 17) Shi S. Aspirin May Help Prevent, Treat Osteoporosis: Animal Study. *PLoS One* 2008; 3. available in : www.rehabpub.com
- 18) Targownik LE, Lix LM, Metge CJ, Prior HJ, Leung S, Leslie WD. *CMAJ.* 2008 Aug 12; 179 (4): 319-326.
- 19) [no authors listed] Parathyroid hormone: new drug. Osteoporosis: just a teriparatide me-too. *Prescrine Int.* 2008 Jun; 17(95): 102.
- 20) Fernández-García D, Muñoz-Torres M, Mezquita-Raya P, de la Higuera M, Alonso G, Reyes-García R, et al. *J Endocrinol Invest.* 2008 May;31(5):416-421.
- 21) Allport J. Incidence and prevalence of medication-induced osteoporosis: evidence-based review. *Curr Opin Rheumatol.* 2008 Jul; 2(4): 435-41.
- 22) Nainggolan Lisa; Lie Désirée. Estrogen-Only Hormone Replacement Therapy May Lower Coronary Artery Disease CME/CE. 2008. <http://www.medscape.com/viewarticles>
- 23) National Osteoporosis Foundation; 2003. Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis 1998-2008 National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/about/inclusion.aspx>
- 24) Loh KY, Shong HK. *Med J Malaysia.* 2007 Oct;62(4):355-7.
- ۲۵) حسین پناه ف. شصت و ششمین سمپوزیوم استئوپروز. پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تیر ۱۳۸۷. قابل دریافت از www.yjc.ir/news/NewsDesc.aspx?newsid=63691

گردآوری

گیاهان دارویی و درمان بیماری‌های قلبی - عروقی

فاطمه علیزاده، دانشجوی سال چهارم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر اختر سیفی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دوز مصرفی آنها می‌بایست با توجه به نیاز هر بیمار تعیین شود. تنها راه کنترل دوز از استفاده از پودر استاندارد شده دیجیتال، دیجیتو کسین یا دیگو کسین است. گیاهان زیر حاوی گلیکوزیدهای قلبی می‌باشند:

دیجیتال (D Purpura)

شاهدانه سیاه هندی (Apocynum Cannabium)

انبه (Cerebra Maghas)

گل شب بو (Cheiranthus Cheiri)

پیچک (Cryptostegia Grandiflora)

خرزهره (Nerium Oleander)

مسمومیت تصادفی و حتی تلاش برای خودکشی با خوردن گلیکوزیدهای قلبی در متون پزشکی فراوان به چشم می‌خورد (۲ و ۳). برخی داروهای گیاهی به عنوان مثال جینسینگ (Siberian ginseng) می‌تواند سطح داروی دیگو کسین سنتتیک را افزایش داده و منجر به اثرات سمی شود. در سال ۱۹۹۳ در امریکا، ۲۳۸۸ مورد مسمومیت با گلیکوزید گزارش شد که درصد زیادی از آن (۲۵ درصد) مربوط به گیاه خرزهره بود (۴). مرگ و میر در اثر مسمومیت مربوط به تاکی آریتمی بطنی، برادیکاردی و بلوک قلبی می‌باشد (۵).

فشار خون بالا (پرفشاری خون)

ریشه Serpentina به عنوان منبع طبیعی آلکالوئید رزپرین (Reserpine) از دوران باستان استفاده می‌شده است. در سال ۱۹۳۱ نوشته‌ها و متون هندی استفاده از ریشه Serpentina را برای درمان فشارخون بالا و سایکوز بیان کرده‌اند (۶). رزپرین به عنوان اولین دارویی بود که در درمان فشارخون سیستمیک استفاده می‌شد. رزپرین منجر به بلوک غیرقابل برگشت آمین‌های بیورژنیک (دوپامین، نوراپی نفرین و سروتونین) در وزیکول‌های ذخیره‌ای نورون‌های آدرنژیک محیطی و

گیاهان به عنوان درمان‌های دارویی از آغاز تمدن‌های بشری کاربرد داشته است و مشتقات آنان (آسپرین، دیجیتال و رزپرین) نقطه اتکا دارو درمانی انسانی می‌باشند. برای بیماری‌های قلبی - عروقی



درمان‌های گیاهی در بیماران با نارسایی احتقانی قلب، پرفشاری خون سیستولیک، آنژین، آترواسکلروزیس و آریتمی کاربرد دارد. بسیاری از داروهای گیاهی که امروزه استفاده می‌شوند، پشتوانه علمی ندارند. برخی گیاهان اثرات سمی جدی بر جای می‌گذارند و گروه بزرگی از آنها با داروهای دیگر واکنش متقابل دارند. با شیوع بالای استفاده از گیاهان دارویی، پزشکان می‌بایست از فواید و ضررهای استفاده از این گیاهان اطلاعات کافی داشته باشند. ادامه تحقیقات و بررسی برای مشخص کردن فعالیت‌های فارماکولوژیکی (داروشناختی) بسیاری از داروهای گیاهی که برای درمان بیماری‌های قلبی - عروقی استفاده می‌شود، ضروری است.

نارسایی احتقانی قلب

تعدادی از گیاهان که شامل گلیکوزیدهای قوی فعال کننده قلب می‌باشند، تاثیر اینوتروپیک مثبت بر



روی قلب دارند. داروی Digitoxine که از گیاه دیجیتال (D Purpura/ D Lunta) مشتق شده، مدت‌ها است که برای درمان نارسایی احتقانی قلب استفاده می‌شود (۱).

گلیکوزیدهای قلبی شاخصه‌های درمانی ضعیفی دارند و

عصاره ولیک حاوی مواد آنتی اکسیدان است و تشکیل ترومبوکسان را مهار می کند. همچنین عصاره ولیک آنتاگونیست افزایش تری گلیسیرید، LDL و VLDL می باشد. بنابراین از پیشرفت آترواسکلروزیس جلوگیری می نماید. ولیک از تجمع کلسترول در کبد با افزایش تخریب کلسترول توسط اسیدهای صفراوی و مهار سنتز آن جلوگیری می کند. عصاره ولیک در غلظت بالا تاثیر حفاظت کنندگی روی قلب (در ایسکمی بدون افزایش در جریان خون کرونر) دارد (۷).



آترواسکلروزیس



سیر (Allium Sativum)

در دهه های اخیر به عنوان یکی از داروهای جلوگیری کننده از آترواسکلروزیس

مطرح شده است. مطالعات مختلف تاثیراتی نظیر کاهش فشار خون، جلوگیری از تجمع پلاکت، افزایش فعالیت فیبرینولیتیک، کاهش کلسترول و تری گلیسیرید سرم و حفاظت از خاصیت الاستیسته آئورت را برای سیر اثبات کرده اند.

مطالعات گذشته در این مورد به صورت آزمایشگاهی (in vitro) بود (۸). مطالعات جدیدی در مورد تاثیر مصرف دانه تازه سیر روی تولید ترومبوکسان توسط پلاکت نشان داد که بعد از ۲۶ هفته سطح سرمی ترومبوکسان حدود ۸۰ درصد کاهش یافت (۹). این مورد می تواند اثبات کننده تاثیر سیر در جلوگیری از تشکیل لخته باشد. اخیراً تاثیر مصرف طولانی مدت سیر روی قابلیت الاستیک آئورت مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه افراد با گروه های سنی ۵۰-۸۰ ساله با مصرف ۳۰۰ mg/dl سیر به مدت بیش از ۲ سال بررسی شدند. نتایج حاصله دال بر اثر حفاظت کنندگی سیر بر خاصیت الاستیسته آئورت بود (۱۰). سیر حاوی آمینواسید گوگردار آلنین می باشد. آلنین در اثر تماس با آلیناز به آلیسین تبدیل می شود. آلیسین خاصیت آنتی باکتریال دارد. در

مرکزی می شود. بنابراین رهاسازی کاتکول آمین ها به وسیله مونو آمین اکسیداز داخل نورونی در سیتوپلاسم مختل می شود. عدم وجود کاتکول آمین ها منجر به فعالیت سمپاتولیتیک و ضد فشارخونی رزپین می شود. رزپین فشارخون را از طریق کاهش برون ده قلبی، کاهش مقاومت عروق محیطی، کاهش سرعت ضربان قلب و کاهش ترشح رنین کم می کند. آلکالوئیدها در موارد زیر منع مصرف دارند:

- بیماران با سابقه قلبی حساسیت به آلکالوئید

- بیماران با سابقه افسردگی

- بیماران با زخم پپتیک فعال یا کولیت اولسراتیو

- بیمارانی دریافت کننده درمان ضد تشنج

رزپین می تواند به افسردگی منجر شود. با شروع اولین علائم افسردگی می بایستی مصرف آن قطع شود. احتقان (گرفتگی)، بینی، افزایش ترشح معده و اسهال خفیف با مصرف رزپین، به علت تاثیر سمپاتولیتیک (سرکوب فعالیت سمپاتیک) و افزایش فعالیت پاراسمپاتیک رزپین می باشد.

تراندر (Tetrandra) گیاهی است که در چین باستان برای درمان فشارخون بالا استفاده می شده است. تراندرین (Tetrandrine) آلکالوئیدی است که از گیاه تراندر اشتق می شود و آنتاگونیست کانال یونی کلسیم بوده و تاثیرات وراپامیل را دارد. تراندرین کانال کلسیمی L و T را بلوک کرده و از اتصال دیلتیازم و متوکسی وراپامیل در مکان باند شدن آنها به کانال کلسیم جلوگیری کرده و تولید آلدوسترون را مهار می کند. دوز ۱۵ mg/kg تراندرین در موش صحرایی (Rat) فشارخون میانگین، دیاستولیک و سیستولیک را برای ۳۰ دقیقه کاهش می دهد. هر چند تجویز داخل وریدی ۴۰ mg/kg از آن با دپرسان میوکارد منجر به مرگ موش ها می شود. ۹۰ درصد تراندرین با پروتئین باند می شود و نیمه عمر ۸۸ دقیقه دارد (طبق مطالعه ای در سگ). ولی مطالعات در موش صحرایی دال بر این است که تاثیرات تراندرین به مدتی بیش از ۴۸ ساعت باقی می ماند.

آنزین

ولیک سرخ (Cratagus) گونه های متعددی دارد. برگ، گل و میوه ولیک شامل مواد فعال بیولوژیکی از قبیل فلاونوئیدها و پروکائین اولیگومریک می باشد. به نظر می رسد

برخی افراد آلرژی به سیر گزارش شده است.

آریتمی

یکی از گیاهان چینی که خاصیت آنتی آریتمیک دارد، Xin bao می باشد. در مطالعه‌ای از Xin bao در بیمارانی که سندرم سینوس ضعیف (Sick Sinus Syndrome) (SSS) داشتند، استفاده شد. به این ترتیب که به بیماران Xin bao را به صورت خوراکی ۲-۳ بار در روز به مدت دو ماه دادند. در بیمارانی که علائم ماژور SSS (سیاهی رفتن چشم‌ها، تپش قلب و فشار قفسه سینه) را داشتند، بهبودی مشاهده شد. این

مطالعه نقش احتمالی Xin bao را در درمان SSS مطرح کرد (۱۱).

سندرم سینوس ضعیف به علت اختلال در کارکرد گره SA همراه با اختلال در کارکرد کانون‌های خودکار فوق‌بطنی (دهلیزی و پیوند گاهی) و در نتیجه عدم توانایی آنها در به عهده گرفتن مسئولیت تپش‌سازی ایجاد می‌شود. این سندرم اغلب در سالمندانی که بیماری‌های قلبی دارند، روی می‌دهد (۱۲).

References

• This articles has been cited by other articles in : 2005-2007.

- 1) Stuhlemmer U, Kreis W, Eisenbeiss M, Reinhard E. Cardiac glycosides in partly submerged shoots of *Digitalis lanata*. *Planta Med*. 1993;59:539-545.
- 2) Nishoka SA, Resende ES. Transitory complete atrioventricular block associated to ingestion of *Nerium oleander*. *Rev Assoc Med Bras*. 1995;41:60-62.
- 3) Rich SA, Libera JM, Locke RJ. Treatment of foxglove extract poisoning with digoxin-specific Fab fragments. *Ann Emerg Med*. 1993;22:1904-1907.
- 4) Safadi R, Levy I, Amitai Y, Caraco Y. Beneficial effect of digoxin-specific Fab antibody fragments in oleander intoxication. *Arch Intern Med*. 1995;155:2121-2125.
- 5) Szabuniewicz M, McGrady JD, Camp BJ. Treatment of experimentally induced oleander poisoning. *Arch Int Pharmacodyn*. 1971;189:12-21.
- 6) Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, et al. Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 9th Ed. New York, NY: McGraw-Hill Book Co. 1996; pp:781-808.

- 7) Shanthi S, Parasakthy K, Deepalakshmi PD, Devaraj SN. Hypolipidemic activity of tincture of *Crataegus* in rats. *Indian J Biochem Biophys*. 1994;31:143-146.
- 8) Bordia A, Verma SK, Srivastava KC. Effect of garlic on platelet aggregation in humans: a study in healthy subjects and patients with coronary artery disease. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 1996;55:201-205.
- 9) Ali M, Thomson M. Consumption of a garlic clove a day could be beneficial in preventing thrombosis. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 1995;53:211-212.
- 10) Mader FH. Treatment of hyperlipidaemia with garlic powder tablets: evidence from the German Association of General Practitioners' Multicentric Placebo-Controlled Double-Blind Study. *Arzneimittelforschung*. 1990;40:1111-1116.
- 11) Chen ZY. Use of Xin Bao in the treatment of 87 patients with sick sinus syndrome. *Chung Hsi I Chieh Ho Tsa Chih*. 1990;10:529-531.

(۱۲) خواندن فوری الکتروکاردیوگرام. ترجمه دکتر مسعود مجلسی و موناام رواقی. ۲۰۰۶.

گردآوری

شیر سویا

آمنه نوائیان ، دانشجوی سال ششم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: غلامرضا وقاری ، کارشناس ارشد تغذیه و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

و عروقی مجاز به مصرف چربی‌های حیوانی نیستند، فراهم بشود.



سویا از انواع حبوبات است. سویا را می‌توان دانه‌ای همه‌کاره نامید. زیرا از آن می‌توان در تهیه مواد غذایی مختلف و روغن‌های خوراکی استفاده نمود. شیرسویا نیز یکی از این فرآورده‌های غذایی است.

مشکلات تغذیه و کمبود مواد مغذی پروتئینی و روند کنونی رشد جمعیت کشور نیاز غذایی جامعه را به خصوص به پروتئین به صورت تصاعدی افزایش داده است و متخصصین بر این عقیده‌اند که محصولات پروتئینی دانه سویا تا حدی می‌تواند جوابگوی این نیاز پروتئینی رو به رشد باشد. شیرسویا که از محصولات پروتئینی دانه سویا می‌باشد، در سال‌های اخیر از لحاظ خصوصیات تغذیه‌ای، داشتن تکنولوژی ساده و قابل دسترس و اقتصادی بودن مورد توجه و استقبال چشمگیر اغلب کشورهای جهان قرار گرفته است.

با خیس کردن دانه‌های سویا در آب و خرد کردن و تحت فشار قرار دادن دانه‌های سویای خیس شده، مایعی به دست می‌آید که شیر سویا (Soya Milk) نام دارد و حالتی چرب و خامه‌ای دارد.

تهیه شیرسویا در چین و ژاپن آغاز شد که مرکز اصلی کشت و مصرف دانه‌های سویاست. بعد از آن شکل‌های غنی شده شیرسویا با کلسیم و ویتامین‌های مختلف در امریکا به تولید رسید. طبق اطلاعات اخیر ۷۰ درصد تولید پروتئین جهان از منابع گیاهی از جمله سویا و ۳۰ درصد بقیه از منابع حیوانی است.

فواید شیر سویا نسبت به شیر گاو

شیر گاو واجد چربی‌های اشباع می‌باشد. لذا منجر به افزایش کلسترول می‌شود. در حالی که شیرسویا میزان بسیار کمی از چربی اشباع دارد و این ویژگی باعث می‌شود که مصرف این فرآورده برای همه افراد حتی کسانی که به علت عارضه قلبی

شیر سویا با کلسیم و ویتامین‌های گروه B از جمله ویتامین B12 غنی می‌شود. لذا در افرادی که گیاه‌خوار هستند، این شیر جایگزین خوبی است.

ترکیب	آرد سویا	کنستانتیره سویا
پروتئین	۵۶	۷۲
چربی	۱	۱
فیبر	۳/۵	۴/۵
خاکستر	۶	۵
کربوهیدرات	۳۳/۵	۱۷/۵

شیر گاو ممکن است، حاوی هورمون‌های سنتتیک و مضرری مثل rBGH (هورمون رشد نو ترکیب گاوی) (Recombinant Bovine Growth Hormone) که برای افزایش تولید شیر در احشام استفاده می‌شود، باشد. در حالی که شیر سویا فاقد هورمون است.

شیر سویا حاوی قندهای پره‌بیوتیک مثل Stachyose و raffinase می‌باشد که اینها نقش مهمی در بهبود ایمنی و برداشت توکسین‌های بدن دارند.

همچنین شیر سویا واجد فیبر برای جلوگیری از اختلالات روده‌ای و معده‌ای می‌باشد. گفتنی است که از شیر حاصل از سویا انواع فرآورده‌های جانبی مانند پنیر، بستنی و سایر محصولات لبنی دیگر قابل تولید است.

References

- 1) www.gourmetsleuth.com/search.asp/soymilkmaker
- 2) www.justhungry.com/2006/03/milking_the_soy.html
- 3) www.soya.be/soy_milk.php

شیر سویا فاقد لاکتوز است. بنابراین در کسانی که دچار مشکل عدم تحمل لاکتوز هستند و نیز برای افرادی که به شیر گاو حساسیت دارند و نمی‌توانند شیر بخورند، به راحتی قابل هضم است.

محتوای پروتئینی شیر سویا دقیقاً مشابه شیر گاو است.

شیر سویا سرشار از ایزوفلاوین است. هر فنجان شیر سویا حاوی ۲۰ گرم ایزوفلاوین می‌باشد. از جمله خواص ایزوفلاوین برای انسان می‌توان به کاهش کلسترول و به تاخیر انداختن عوارض یائسگی، جلوگیری از پوکی استخوان و کاهش احتمال ابتلا به سرطان‌هایی مثل سرطان پستان و پروستات اشاره نمود. ایزوفلاوین از آنتی‌اکسیدان‌هایی است که از سلول‌ها و DNA در برابر اکسیداسیون محافظت کرده و تقویت سیستم ایمنی را برعهده دارد.

- 4) www.indiaparenting.com/health/data/health07.shtml
- 5) www.tebyan.com/index.aspn
- 6) www.getfrank.co.nz/soy_bean_benefit

گردآوری

نگاهی به خودکشی

گلناز نمازی، دانشجوی سال ششم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر کوروش سلیمانی، متخصص اعصاب و روان

می کردند و برای کلیسای کاتولیک رومی خودکشی عملی گناه است.

امروزه اکثر محققین در جوامع غربی خودکشی را پدیده پیچیده‌ای وابسته به عوامل روانشناختی، زیست‌شناختی و اجتماعی تلقی می‌کنند. خودکشی ممکن است از میل به فرار از موقعیتی دشوار یا آزردن فرد یا نهادی ناشی شود. بعضی‌ها تصور می‌کنند، یک عامل ژنتیک بعضی افراد را نسبت به خودکشی و افسردگی مستعد می‌سازد. با این حال به نظر می‌رسد، اکثر خودکشی‌ها، از احساس خود فرد افسرده مبنی بر این که زندگی چنان تحمل‌ناپذیر است که مرگ تنها راه فرار از درد سنگین، بیماری لاعلاج، فقدان مالی و سایر ناراحتی‌ها است، ناشی می‌شود.

چه کسانی بیشتر در معرض خودکشی قرار دارند؟

مطالعات نشان داده‌اند، بیشترین عاملی که در خودکشی موثر است، بیماری‌های ذهنی و روانی است که در راس آنها اختلالات خلقی قرار دارد. در بین اختلالات خلقی شایع‌ترین آنها افسردگی اساسی است و در پله‌های بعدی اسکیزوفرونی، وابستگی به الکل و سایر مواد، اختلالات شخصیتی، دلیریوم و دمانس و اختلالات اضطرابی قرار دارند.

افراد فامیل درجه یک اشخاص خودکشی کننده در معرض خطر بیشتری برای اقدام به خودکشی هستند.

افراد همجنس‌گرا هم ۲ تا ۳ برابر نسبت به افراد عادی بیشتر خودکشی می‌کنند.

خطر خودکشی با افزایش سن زیاد می‌شود. در مردان اوج خودکشی بعد از سن ۴۵ سالگی است. در حالی که در زنان، این رقم مربوط به بالای ۵۵ سال می‌باشد. کلاً افراد مسن‌تر کمتر دست به خودکشی می‌زنند، ولی موفقیت آنها بیشتر است. از نظر جنس مردان سه برابر بیش از زنان خودکشی

در حال حاضر خودکشی هشتمین علت مرگ در ایالات متحده است. تقریباً ۷۵ نفر در هر روز (۲۵۰۰۰ نفر در سال) در آمریکا خودکشی می‌کنند. البته میزان خودکشی در ایالات متحده در ۱۰ سال اخیر ثابت بوده است. با این حال میزان خودکشی در نوجوانان نسبت به جمعیت عمومی کاهش یافته، ولی در بین بزرگسالان بالای ۵۰ سال افزایش داشته است. ضریب خودکشی در اسپانیا و ایتالیا کمترین مقدار را دارد. در ایران هیچ آمار رسمی و دقیقی در مورد قربانیان خودکشی وجود ندارد. آمارهای موجود علاوه بر این که متناقض هستند، غیرواقعی نیز به نظر می‌رسند. در حالی که آمارهای ارائه شده به سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی در ایران را ۳ در ۱۰۰۰۰۰ برای زنان و ۱ در ۱۰۰۰۰۰ برای مردان نشان می‌دهد، شواهد گوناگون این آمارها را نزدیک به واقعیت نمی‌داند. از طرف دیگر آمار سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در سال ۱۳۸۲، خودکشی ۲۴۸۶ زن و ۱۴۸۱ مرد را نشان می‌دهد و آمار وزارت بهداشت از انجام حداقل ۱۳ خودکشی در روز با میانگین سنی ۲۹ سال خبر می‌دهد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به ۱ و گاهی ۴/۵ به ۱ است.

در ایران نوجوانان و جوانان از یک طرف و زنان از طرف دیگر دو قشری هستند که بیشتر از سایرین دست به خودکشی می‌زنند. آمارها نشان می‌دهد خودکشی و به ویژه خودسوزی در استان‌های محروم کشور به‌ویژه استان‌های غربی از قبیل ایلام، کرمانشاه، همدان و لرستان بیشتر از مناطق دیگر کشور است. طی بررسی‌های انجام شده هم‌اکنون در ایران خودسوزی یکی از شایع‌ترین روش‌های خودکشی زنان است. هرچند خودکشی در بسیاری از بیماران، حداقل از رومی‌ها به بعد روی داده است، نگرش‌ها نسبت به آن متفاوت بوده است. رومی‌ها خودکشی را آخرین عمل یک انسان آزاد تلقی

داده‌اند، یک نوع از روان‌درمانی تحت عنوان شناخت درمانی (Cognitive therapy) سبب کاهش تلاش برای خودکشی شده است. کاربرد نوع دیگری از روان‌درمانی تحت عنوان روان‌درمانی جدلی (Dialectical) میزان خودکشی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نصف کرده است.

FDA نیز داروی کلوزاپین را برای پیشگیری از خودکشی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی توصیه کرده است. بیمار در معرض خطر خودکشی را نباید تنها گذاشت و هرگونه شی بالقوه خطرناک را بایستی از اتاق وی خارج کرد. اگر خانواده‌های بیماران دارای افسردگی شدید، بتوانند آنها را از نزدیک زیر نظر گرفته و درمان را به سرعت آغاز کنند، ممکن است این افراد به صورت سرپایی درمان شوند. در غیر این صورت بستری شدن الزامی است.

نکته بسیار مهم در فردی که دچار افسردگی اساسی بوده و افکار خودکشی داشته است، این است که در چند هفته اول درمان، انرژی بیمار به تدریج به وضعیت عادی برمی‌گردد و مراقبت باید نزدیک‌تر و بیشتر باشد. چون بعضی از این افراد بعد از بهبودی نسبی، افکار خود را عملی می‌کنند. به همین خاطر در اوایل مصرف یا نباید دارو برای مدت طولانی و با حجم زیاد در دسترس بیمار قرار داده شود و یا خانواده کنترل مصرف دارویی را برعهده بگیرد.

بعضی از افراد افسرده و یا خانواده‌های آنان اعتقاد دارند که فرد بیمار یا به دارو وابسته می‌شود و یا این داروها، هیچ تاثیری در بیماری و فکر و خلق نخواهد گذاشت. در این موقعیت، پزشک حتماً باید قبل از شروع کار درمانی اطمینان خاطر لازم را به بیمار و خانواده وی دهد.

References

- 1) Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 2003.
- 2) Sadock BJ, Sadock VA. Pocket handbook of clinical psychiatry. Fourth ED. 2005.
- 3) Murphy MJ, Cowan RL, Sederer LI. Blue prints psychiatry. 3rd

موفق دارند. در حالی که زنان چهار برابر بیشتر از مردان دست به خودکشی می‌زنند. شاید این مسأله به این علت باشد که مردان از روش‌های خشن‌تری برای کشتن خود استفاده می‌کنند. تاهل هم یک عامل محافظتی در برابر خودکشی به حساب می‌آید. مرگ همسر، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. در زنان داشتن فرزند خردسال در خانه، حالت محافظتی علیه خودکشی دارد. به طور کلی خودکشی در بین طبقات بالای اجتماعی، سفیدپوست‌ها و در بین افراد با رشته‌های تخصصی و خاص نظیر پزشکان، دندانپزشکان و موسیقی‌دانان بیشتر دیده می‌شود.

مذهب نیز نقش مهمی در بروز خودکشی دارد. به طوری که بیشترین میزان در میزان پروتستان‌ها و کمترین میزان در میان کاتولیک‌ها، یهودیان و مسلمانان است.

عوامل خطر بیولوژیک همراه خودکشی نیز شامل پایین بودن سطح ۵-هیدروکسی ایندول استیک اسید در مایع مغزی نخاعی این بیماران است.

از سایر عوامل خطر می‌توان تمایل آشکار به مرگ، بیکاری، جمع کردن دارو، داشتن سلاح گرم، تصور محلق شدن به عزیزان فوت شده، سابقه سوءاستفاده جسمی یا جنسی در کودکی و سابقه رفتارهای تکانشی یا پرخاشگرانه را نام برد.

پیشگیری از خودکشی و کنترل بیماران در معرض خطر

خودکشی جزء اورژانس‌های روانپزشکی است و تفکرات خودکشی در یک فرد بایستی جدی گرفته شود.

از آنجا که اختلالات روانی و سوء مصرف مواد و الکل، مهم‌ترین عوامل خطر برای خودکشی هستند، مهم‌ترین اقدام برای پیشگیری، درمان این اختلالات است. مطالعات نشان

Ed. 2004.

4) www.nimh.nih

(۵) نگاهی به وضعیت خودکشی در ایران.

(۶) شجاعی م، لات آر. خودکشی زنان در ایران اسلامی رتبه سوم جهان.

گردآوری

اعمال جراحی لیزیک (LASIK)، لازک (LASEK) و PRK بر روی چشم

محسن جام شیر، دانشجوی سال سوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر محمد مهدی مطهری، فوق تخصص چشم و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

آن یعنی اپی لیزیک (Epi-LASIK) می باشد.

لیزیک (LASIK) چیست؟

Laser Assisted in situ Keratomileusis

کلمه لیزیک به معنی لیزر در ضخامت قرنیه می باشد. لیزیک یک عمل انتخابی برای کاهش وابستگی به عینک است که از طریق تغییر انحناى قرنیه به کمک لیزر اگزایمر (Excimer Laser) می تواند، عیوب انکساری مانند نزدیک بینی، دوربینی و آستیگماتیسم را اصلاح نماید. در لیزیک دوره بهبودی کوتاه است. لیزر اگزایمر وسیله ای است که امروزه برای اصلاح عیوب انکساری استفاده می شود. در اعمال جراحی رایجی نظیر لیزیک، لازک، PRK و PTK (Phototherapeutic Keratectomy) از این لیزر استفاده می گردد.

لیزر اگزایمر از سال ۱۹۸۷ برای عمل PRK استفاده می شد و در سال ۱۹۹۵ استفاده از این لیزر در PRK مورد تأیید انجمن دارو و غذای آمریکا (FDA) قرار گرفت. لیزرهای اگزایمر خاصی برای لیزیک تأییدیه FDA گرفته اند. این لیزر، لیزر سرد (عدم تولید حرارت) بوده و اجازه برداشت دقیق بافت (به منظور شکل دهی مجدد سطح قرنیه)، بدون آسیب حرارتی به بافت های مجاور را می دهد.

این لیزر بسیار دقیق بوده و با استفاده از امواج نوری با انرژی زیاد و غیر قابل رویت، سطح قرنیه را تراش می دهد. پس می توان سطح قرنیه را کم شیب تر یا پر شیب تر کرد. چنین می توان تصور کرد که این لیزر سطح قرنیه را طوری تراش می دهد که انگار لنز تماسی دائمی روی قرنیه گذاشته باشیم.

روش عمل لیزیک

قبل از شروع عمل قطره بی حسی در چشم ریخته می شود. سپس پلک ها با محلول بتادین ضد عفونی می شوند. آنگاه شخص در اطاق لیزر روی تخت به پشت دراز می کشد و

اندیشه اصلاح عیوب انکساری که شامل دوربینی، نزدیک بینی و آستیگماتیسم می باشد، از ده ها سال قبل به ذهن بشر خطور کرده بود. همواره انسان ها علاقمند بودند تا وابستگی خود را به عینک کاهش داده و یا قطع کنند. در همین رابطه به تدریج لنزهای تماسی اختراع و متکامل شدند که هم اکنون نیز مورد استفاده قرار می گیرند. اولین ابداعات جراحی نزدیک بینی، روش برش با الماس بود که ابتدا توسط ساتو از ژاپن و فیودوروف از روسیه و باراکر از اسپانیا شروع شد و تکامل یافت و به تدریج در تمام دنیا گسترش پیدا کرد. اما این روش نیز به سرعت تکامل یافته و از حدود ۱۰ سال قبل روش لیزر + جراحی (لیزیک) رایج ترین روش موجود در دنیا شده است. امروزه روش لیزر PRK مورد توجه زیادی واقع شده است. زیرا لایه برداری کمتری از چشم صورت گرفته و مصرف هم زمان برخی از داروها عوارض قبلی لیزر PRK را به حداقل می رساند.

لازک نیز روشی جایگزین برای کسانی است که عمل لیزیک برای آنها مناسب نیست. این روش یک جراحی مطمئن، بی خطر و موثر است که می تواند طیف وسیعی از عیوب انکساری را اصلاح و درمان کند. بیمارانی که قرنیه آنها نازک است و نمی توانند تحت عمل لیزیک قرار گیرند، یکی از گروه هایی هستند که با لازک به خوبی درمان می شوند.

برای افتراق این نام ها از یکدیگر و همچنین افتراق این روش ها از عمل لیزیک (LASIK)، بهتر است این روش ها را به طور کلی به دو دسته عمده تقسیم کنیم. دسته اول که تراش لیزری برای اصلاح شماره عینک در عمق قرنیه انجام می شود و شامل عمل لیزیک (LASIK) می باشد. دسته دوم که تراش لیزری برای اصلاح شماره عینک در سطح قرنیه انجام می شود و شامل اعمال لیزر PRK، لازک (LASEK) و نوع جدیدتر

حادث گردید، به موقع متوجه آن گشته و با مراجعه سریع به پزشک معالج درمان به موقع انجام شود.

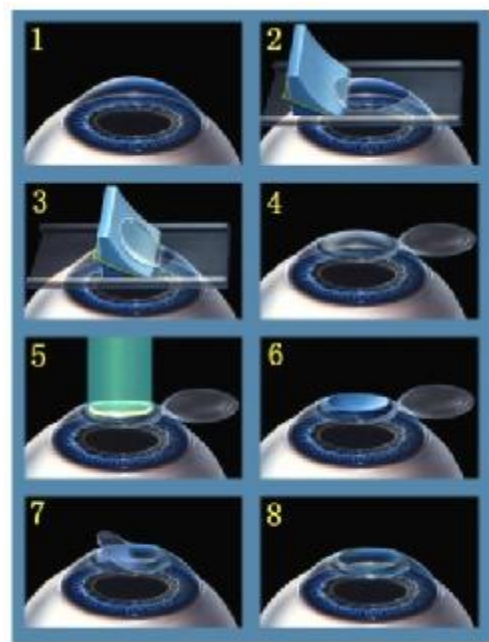
نکته مهم این است که صرف وجود عارضه در عمل لیزیک، این عمل را از اعتبار ساقط نمی کند. بلکه نسبت فواید به عوارض است که تعیین کننده موفقیت هرگونه عمل جراحی یا درمان دارویی است. هرچه این نسبت بالاتر باشد، موفقیت بیشتر خواهد بود که در مورد عمل لیزیک این نسبت بسیار بالاست. عوارض عمل لیزیک دو دسته هستند: دسته اول عوارض خفیف و گذرای هستند که اکثر افرادی که تحت عمل لیزیک قرار می گیرند، کم و بیش ممکن است آن را تجربه کنند. از این نوع عوارض می توان از افت کیفیت بینایی به خصوص در شب، مشکلات دید شب مانند پخش نور و دیدن هاله در اطراف اشیا نورانی، سایه دار دیدن، خشکی خفیف چشم و خون مردگی زیر ملتحمه نام برد. این دسته عوارض اهمیت چندانی ندارند. چرا که مشکل جدی را برای بینایی و چشم ایجاد نکرده و در عرض چندین هفته بهبود می یابند.

دسته دوم عوارضی هستند که بسیار نادرند، ولی می توانند برای چشم و بینایی مشکلات جدی ایجاد کنند. از این نوع عوارض می توان از عفونت، التهاب غیر عفونی، لک قرنیه، آستیگماتیسم نامنظم، خشکی شدید چشم و مشکلات دائمی دید شب نام برد. اگر در معاینات اولیه و انتخاب بیمار قبل از عمل دقت کافی صورت گیرد، بسیاری از این عوارض پیشگیری می گردد. در مورد عفونت و التهاب غیر عفونی نیز اگر به موقع درمان شروع شود، عواقب به حداقل می رسد.

(Photorefractive Keratectomy) PRK

لیزر PRK اولین شیوه اصلاح بینایی می باشد و سابقه آن به حدود ۱۵ سال می رسد. در این عمل ابتدا لایه پوششی سطح قرنیه که اپی تلیوم نام دارد، به صورت دستی برداشته شده و سپس اشعه لیزر به قرنیه تابانده می شود. پس از عمل چند روز طول می کشد تا دوباره اپی تلیوم ترمیم شده و سطح قرنیه را بپوشاند. از مزایای این عمل این است که برشی بر روی قرنیه صورت نمی گیرد، ضخامت قرنیه و در نتیجه استحکام قرنیه کمتر دچار آسیب می شود. از اشکالات این شیوه این است که به علت تاخیر در ترمیم قرنیه، بازگشت بینایی بیمار کند

مجدداً قطره بی حسی در چشم ریخته می شود و توسط یک وسیله مخصوص پلک ها از هم باز نگه داشته می شوند و میکروسکوپ اتاق عمل روبروی صورت شخص قرار می گیرد.



جراح رینگ مخصوصی را روی چشم می گذارد تا چشم را ثابت نگه دارد. چون رینگ با مکش چشم را داخل خود نگه می دارد فشار چشم بالا می رود و چند لحظه احساس تاری و فشار ایجاد می شود.

سپس توسط وسیله ای بنام میکروکراتوم (شبه رنده نجاری ولی در ابعاد بسیار بسیار ظریف تر)، یک لایه (flap) از قسمت سطحی قرنیه به قطر تقریبی ۹ میلی متر و ضخامت در حدود ۱۶۰ میکرون (یک میکرون = یک هزارم میلی متر) برداشته می شود. سپس با لیزر اگزایمر قسمت مرکزی عمق قرنیه تراش داده می شود که میزان تراش بسته به میزان و نوع شماره چشم از یک فرد به فرد دیگر تفاوت خواهد کرد. در انتها فلپ به جای اولیه خود برگردانده می شود و این لایه بدون نیاز به بخیه در جای خود فیکس می گردد.

عوارض عمل لیزیک

این عمل بسیار کم عارضه است، اما باید بدانیم که خالی از عارضه هم نیست. دانستن عوارض به فرد کمک می کند تا با دیدی باز و کاملاً منطقی تصمیم به عمل گرفته و صرفاً تحت تاثیر تبلیغات، تسلیم عمل نگردد و اگر بعد از عمل عارضه ای

مراحل عمل لازک

(الف) مرحله اول: با کمک یک محلول الکلی، اپی تلیوم (خارجی ترین لایه قرنیه) شل می شود و سپس جراح آن را به آرامی کنار می زند.

(ب) مرحله دوم: یک اشعه نازک از لیزر اگزایمر به قرنیه تابانده می شود که با ظرافت و دقت شکل قرنیه را به نحو مطلوب تغییر می دهد.

(ج) مرحله سوم: پس از تغییر شکل قرنیه، اپی تلیوم سر جای خود برگردانده می شود. یک لنز تماسی روی قرنیه گذاشته می شود تا ترمیم آن سریع تر شده و درد بیمار کاهش یابد.

تفاوت PRK با لازک

در عمل لیزر (PRK) ابتدا سلول های پوششی سطح قرنیه با یک کاردک مخصوص برداشته می شود و سپس سطح قرنیه با لیزر اگزایمر متناسب با شماره چشم تراش داده شده و در انتها یک عدد لنز پانسمانی روی قرنیه گذاشته می شود. حدوداً بین ۳ تا ۵ روز طول می کشد تا سلول های پوششی قرنیه به صورت کامل ترمیم شوند.

در عمل لازک قسمت اصلی عمل کاملاً شبیه به عمل لیزر (PRK) می باشد. تنها تفاوت در نحوه برداشتن سلول های پوششی سطح قرنیه است که با کمک الکل رقیق شده، سعی می شود تا این سلول ها به صورت یک لایه پیوسته از قرنیه جدا و پس از تراش با لیزر مجدداً این لایه سلولی روی سطح قرنیه برگردانده شود. در اینجا نباید ایجاد این لایه سلولی را با ایجاد لایه (Flap) در عمل لیزیک (LASIK) یکی در نظر گرفت. در عمل لیزیک لایه ای با ضخامت حدود ۱۶۰ میکرون برداشته می شود که بسیار ضخیم تر از لایه سلولی در عمل لازک (LASEK) می باشد.

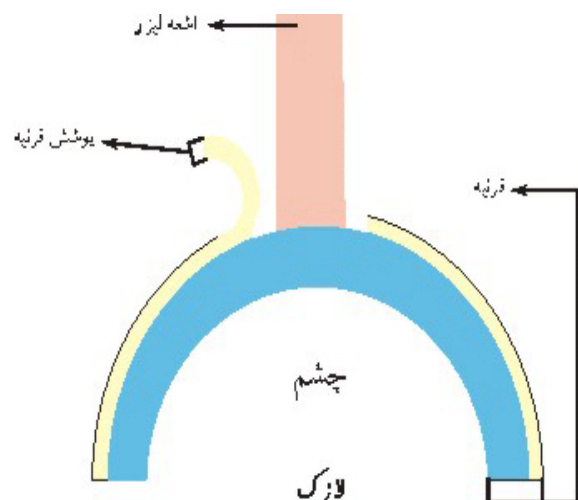
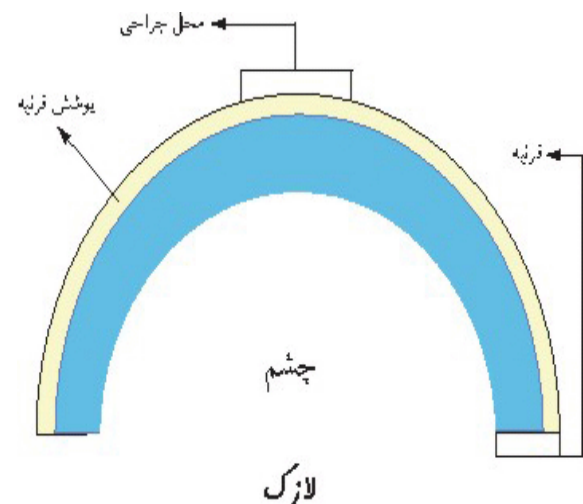
جالب است بدانید که گاهی در حین عمل لازک اتفاق می افتد که این لایه سلولی از دست برود و در این صورت حادثه مهمی پیش نیامده و فقط عمل لازک تبدیل به یک عمل لیزر (PRK) می شود. اما اگر همین حادثه در عمل لیزیک (LASIK) اتفاق افتد، یعنی یک لایه به ضخامت ۱۶۰ میکرون از دست برود، مطمئناً حادثه قابل جبرانی نخواهد بود. در حدود پنج سال قبل برای عمل لازک (LASEK) نسبت به عمل لیزر (PRK) مزایای متعددی قائل می شدند. ولی این

بوده و چند روزی بیمار درد و ناراحتی در چشم دارد. عمل PRK به علت مشکلاتی که داشت برای مدتی جای خود را به لیزیک داد، ولی در چند سال اخیر رویکرد مجددی به این شیوه شده است. مهم ترین علت آن بود که PRK در شماره های بالا ایجاد کدورت قرنیه می نمود. ولی اخیراً با داروهایی که همراه با این عمل استفاده می شود، احتمال ایجاد کدورت قرنیه کاهش یافته است.

لازک (LASEK)

Laser Assisted Sub-Epithelial Keratomileusis

عمل لازک در واقع شق دیگری از همان عمل لیزر (PRK) است و علی رغم شباهت اسمی به عمل لیزیک (LASIK) با آن تفاوت دارد.



می‌توان این مثال را زد که روش‌های معمول لازک، لیزیک و PRK مانند استفاده و پوشیدن لباس‌های از پیش آماده است. در حالی که Customized Ablation به معنی دوختن لباس برای هر فرد منطبق بر خصوصیات بدنی وی خواهد بود. باید بدانیم که Aberration‌های رده بالا در هر فرد متفاوت از فرد دیگر است. این بدان معناست که دو نفر با شماره عینک کاملاً یکسان، Aberration‌های رده بالای متفاوتی دارند. حال در روش سنتی قرنیه این دو نفر، به یک شکل با لیزر تراش داده می‌شود، اما با تکنولوژی Customized Ablation، برنامه تراش لیزر این دو نفر متفاوت از همدیگر و منطبق بر خصوصیات چشم آنها خواهد بود و اصلاح دید برای هر فرد به‌طور اختصاصی و براساس Aberration‌های چشم همان فرد طراحی و اجرا می‌گردد.

جراحی‌های لیزیک، لازک و PRK هر سه می‌توانند با تکنولوژی Customized Ablation انجام گیرند و نتایج بسیار عالی تری را به همراه داشته باشند.

References

- 1) <http://www.usaeyes.org/lasik/faq/lasek.htm>
- 2) http://www.eyesurgeryeducation.com/Laser_Related.html
- 3) <http://www.allaboutvision.com/visionsurgery/lasek.htm>
- 4) <http://www.gutsehen.de/english/refraktivechirurgie/index.html>
- 5) <http://www.parkavenuelaser.com/lasik-eye-surgery.php>
- 6) http://www.furlongvision.com/laser_vision_correction.html

روزها بسیاری از جراحان این دو عمل را از نظر نتایج بسیار مشابه یکدیگر دانسته و تفاوت چندانی بین آنها قائل نیستند.

اصلاح دید منطبق بر خصوصیات هر چشم (Customized Ablation)

علاوه بر عیوب انکساری نزدیک‌بینی، دوربینی و آستیگماتیسم عوامل دیگری نیز بر کیفیت دید ما تاثیر می‌گذارند که از آنها اصطلاحاً به‌عنوان Aberration‌های رده بالای چشم نام برده می‌شود. در جراحی عیوب انکساری به روش سنتی (یعنی لیزیک و لازک و PRK معمولی که عمده بیماران با این روش‌ها عمل شده و می‌شوند)، بخش عمده‌ای از Aberration‌های رده بالا اصلاح نشده باقی مانده و یا حتی در مواردی بعد از عمل افزایش می‌یابد.

با تکنولوژی Customized Ablation و اندازه‌گیری Aberration‌های رده بالای چشم، در حال حاضر این امکان فراهم شده تا با دقت بیشتری بتوان عیوب انکساری را اصلاح نمود و کیفیت بینایی بهتری را برای بیمار در مقایسه با روش‌های سنتی ایجاد نمود. برای مقایسه روش‌های سنتی اصلاح عیوب انکساری و روش Customized Ablation،

- 7) http://www.medicinenet.com/lasek_laser_eye_surgery/article.htm
- 8) <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/12/061222092442.htm>
- 9) <http://laserplastic.com/Lasik&Lasek.htm>
- 10) <http://lasik.dastjerdi.com/>

ترجمه

ادرار سبز (Green Urine)

پیام سرمدی، دانشجوی سال سوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



پیدا شد. متیلین بلو یک رنگ محلول در آب است که می تواند برای تشخیص احتمالی وجود فیستول و یا به عنوان دارو مورد استفاده قرار گیرد. این رنگ توسط کلیه ها فیلتره می شود و هیچ اثر پاتولوژیک ندارد، اما ممکن است سبب تغییر رنگ ادرار به آبی یا سبز شود. هنگامی که رنگ دفع شود (پس از ۲ روز در این بیمار) ادرار به رنگ طبیعی باز می گردد. بیمار مذکور هیچ مشکل بالینی پس از این که رنگ دفع شد، نداشت.

Reference: Stratta P, Barbe MC. Green Urine. E Engl Med. 2008; 358(11): e12.

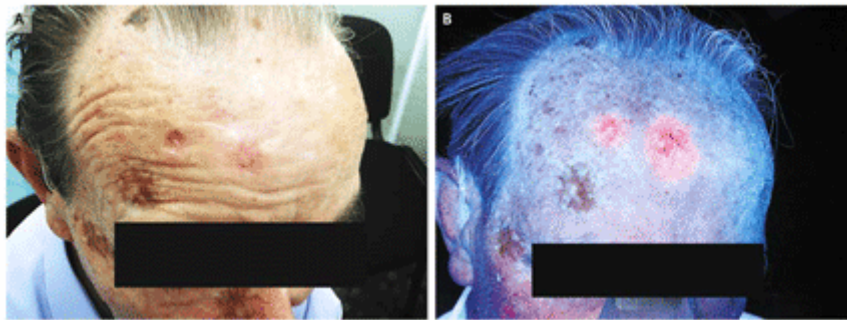
آقای ۷۶ ساله به علت نارسایی کلیوی ناشی از سخت شدن عروق کلیوی، تحت پیوند کلیه قرار گرفت. هنگامی که بیمار به علت کارسینومای مری، تحت عمل جراحی برداشتن ریشه ای حنجره، حلق و مری با آناستاموز کولونی - حلقی قرار گرفت، پیوند همچنان عملکرد خوبی داشت. ۵ روز بعد از جراحی او به بخش مراقبت های ویژه منتقل شد. در آنجا ادرار سبزرنگ (نمونه سمت راست در کنار نمونه ادرار طبیعی) بدون رسوب قابل ملاحظه و با سطح کراتینین ۱/۴ میلی گرم در دسی لیتر مشاهده شد.

به علت تخلیه موکوسی ناشی از زخم جراحی پروگزیمال احتمال وجود فیستول می رفت. فیستول پس از تزریق متیلین بلو

ترجمه

تشخیص کراتوز آکتینیک فاقد تظاهرات بالینی با فلوئورسانس

پیام سرمدی، دانشجوی سال سوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



لامپ فرابنفش Woods قبل از جراحی، رادیوتراپی یا ایلومیناسیون درمانی با لامپ فتودینامیک مشخص کرد (شکل B). مناطق درگیر پوست فلوئورسانس صورتی را در حضور PPIX فعال شده نمایش می‌دهند.

در این آقای ۷۴ ساله بر مبنای MAL به مدت ۳ ساعت در زیر انسداد روی پوست سر و پیشانی استفاده شد و بیوپسی کراتوز آکتینیک تشخیص داده شد و آزمایشات پاتولوژیک پوست درگیر، کراتوز آکتینیک را مشخص ساخت. درمان فتودینامیک با ۸ دقیقه تابش نور قرمز ۶۳۰ نانومتر پس از استعمال MAL انجام شد و بهبودی کامل بدون عود طی پیگیری ۱۰ ماهه حاصل شد.

Reference: Sanmartin O, Guillen C. Fluorescence diagnosis of subclinical actinic keratoses. E Engl Med. 2008; 358(11): e21.

درمان فتودینامیک، درمان غیرتهاجمی برای کراتوزهای آکتینیک فاقد تظاهرات بالینی و کارسینومای سلول‌های قاعده‌ای است. درمان فتودینامیک عبارت از فعال شدن داروهای حساس به نور توسط نور مرئی برای تولید اکسیژن فعال درون سلول‌های هدف می‌باشد که منجر به تخریب آنها می‌گردد. از جمله این داروها می‌توان اسید آمینولوویولینیک (ALA) و متیل استر آن (MAL) را نام برد که معمولاً به‌طور موضعی استفاده می‌شوند و به عنوان پیش‌ساز پروتوپورفیرین IX اندروژن حساس به نور (PPIX) عمل می‌کنند. علاوه بر استفاده‌های درمانی، فلوئورسانس انتشار یافته توسط PPIX حاصل از MAL می‌تواند، برای فراهم کردن تشخیص فلوئورسانس ضایعات جلدی موثر باشد و یافتن محل‌های پوست غیرطبیعی که در غیراین صورت پنهان می‌ماند را میسر می‌سازد (شکل A). حاشیه‌های تومور را می‌توان با استفاده از

ترجمه

گرما درمانی و سرطان

حبیبه شیرمحمدلی، دانشجوی سال چهارم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
استاد ناظر: دکتر علیرضا خوش بین خوش نظر، دکترای فیزیک پزشکی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

روش‌های گوناگون هایپرترمی

موضعی (Local)

گرما به ناحیه کوچکی مثل تومور داده می‌شود (البته با روش‌های مختلفی که گرما را به تومور می‌رساند).

انواع متفاوتی از انرژی شامل Microwave، Radio frequency و Ultrasound برای تولید گرما به کار می‌روند. بسته به محل تومور رویکردهای متنوعی برای هایپرترمی موضعی وجود دارند:

الف) External: در درمان تومورهایی که در پوست یا درست زیر آن قرار دارند، استفاده می‌شود. اپلیکاتور خارجی در اطراف یا نزدیک ناحیه مورد نظر قرار می‌گیرد تا انرژی روی تومور متمرکز شود و دمای آن بالا رود.

ب) Intraluminal: در درمان تومورهایی که داخل یا نزدیک حفراتی مثل مری و رکتوم هستند، استفاده می‌شود. پروب داخل حفره قرار می‌گیرد و وارد تومور می‌شود تا انرژی را مستقیماً به تومور برساند و آن را گرم کند.

ج) Interstitial: پروب یا سوزن وارد تومور می‌شود. برای اطمینان از قرارگیری درست پروب در تومور، از اولتراسوند استفاده می‌شود و سپس منبع گرمایی داخل پروب می‌شود. RFA (Radio frequency ablation) یک نوع از هایپرترمی Interstitial است که در آن امواج رادیویی برای گرما و کشتن سلول‌های سرطانی به کار می‌رود.

ناحیه‌ای (regional)

روش مختلفی برای گرم کردن نواحی بزرگ‌تری مثل حفرات بدن، اندام یا عضو وجود دارد:

الف) رویکرد بافت عمقی برای درمان سرطان‌های رحم و مثانه.

ب) روش پرفیوژن ناحیه‌ای برای درمان سرطان‌های دست

هایپرترمی (گرما درمانی) یکی از انواع درمان کانسر است که در آن بافت‌های بدن در معرض دمای بالا (تا ۱۱۳ درجه فارنهایت) قرار می‌گیرند. تحقیقات نشان داده، دمای بالا می‌تواند به سلول‌های سرطانی آسیب رسانده و آنها را از بین ببرد و معمولاً کمترین آسیب را به بافت طبیعی می‌رساند (۱).

مکانیسم عمل

زمانی که به بافت‌های طبیعی گرما داده می‌شود، عروق خونی باز و گشاد می‌شوند و سریعاً گرما از دست داده و دمای محیط اطراف سلول را پایین می‌آورند. برخلاف سلول‌های سالم، تومور یک گروه از سلول‌های به هم فشرده است که جریان خون آن محدود و کند است. زمانی که گرما به آن داده می‌شود، مواد غذایی مورد نیاز و اکسیژن از سلول‌های توموری گرفته می‌شود و این باعث کلاپس سیستم عروقی تومور شده و سلول‌های سرطانی را تخریب می‌کند (۲).

هایپرترمی تقریباً همیشه به همراه سایر فرم‌های درمان کانسر مثل پرتودرمانی و شیمی درمانی استفاده می‌شود. هایپرترمی احتمالاً باعث حساس‌تر شدن سلول‌های سرطانی به پرتو یا آسیب به آن دسته از سلول‌های سرطانی می‌شود که به پرتو مقاوم هستند. هایپرترمی همچنین تاثیر داروهای ضدسرطانی را هم افزایش می‌دهد. مطالعات بالینی فراوانی در زمینه ترکیب هایپرترمی با پرتودرمانی و یا شیمی درمانی صورت گرفته است که بر درمان بسیاری از انواع سرطان‌ها از جمله سارکوما، ملانوما، لنفوما، سرطان‌های سر و گردن، ریه، مری، پستان، مثانه، رکتوم، کبد، آپاندیس، رحم و مزوتلیوما متمرکز داشته‌اند. در بیشتر این مطالعات (البته نه همه) یک کاهش معناداری در اندازه تومورها در درمان‌های ترکیبی مشاهده می‌شود. با این حال در همه مطالعات بقای بیماران افزایش نیافته است.

روش‌های تصویربرداری مثل CT هم برای اطمینان از قرارگیری پروب در محل مناسب به کار می‌روند.

عوارض

اکثر بافت‌های طبیعی در طی هایپرترمی البته اگر دما زیر ۱۱۱ درجه فارنهایت باقی بماند، آسیبی نمی‌بینند. بسته به تفاوت خصوصیات بافتی هر ناحیه، می‌تواند باعث سوختگی، تاول، ناراحتی و یا درد گردد.

روش پرفیوژن می‌تواند باعث تورم بافتی، لخته‌های خونی و خونریزی شود. اما بیشتر این عوارض جانبی گذرا و موقتی هستند. هایپرترمی کل بدن می‌تواند عوارض جدی‌تری مثل اختلالات قلبی و عروقی به همراه داشته باشد، اما زیاد شایع نیست، ولی اسهال، تهوع و استفراغ به طور شایع بعد از آن مشاهده شده‌اند.

مطالعات زیادی در خصوص ارزیابی تاثیر هایپرترمی، ترکیب هایپرترمی با درمان‌های دیگر و همچنین بهبود روش‌های آن در حال انجام است و هنوز به عنوان یک درمان استاندارد کانسر شناخته نشده و به طور وسیع در دسترس نیست (۱).

Reference

- 1) What is hyperthermia? www.cancer.gov/cancer_topics/national_cancer_institute
- 2) www.vci.org/hyperthermia_a_successful_cancer_treatment_1.htm

و پا مثل ملانوما و کانسر سایر اندام‌ها مثل کبد و ریه استفاده می‌شود. در این روش کمی از خون بیمار گرفته می‌شود و گرم شده و دوباره به آن عضو یا ارگان پمپ می‌شود. در طول این درمان به طور معمول داروهای ضدسرطانی داده می‌شوند.

ج) (Continuous Hyperthermic Peritoneal Perfusion) CHPP برای درمان سرطان‌های فضای حفره پریتون مثل مزوتلیوما اولیه پریتون و کانسر معده استفاده می‌شود. در طی جراحی داروهای ضدسرطانی گرم شده، از یک دستگاه گرم کننده به حفره پریتون جریان می‌یابد و دمای این فضا به ۱۰۶-۱۰۸ درجه فارنهایت می‌رسد.

کل بدن (whole – body)

در درمان سرطان‌های متاستاتیک که در سرتاسر بدن پخش شده‌اند، به کار می‌رود. این روش می‌تواند با روش‌های دیگری که دمای بدن را تا ۱۰۷-۱۰۸ درجه فارنهایت بالا می‌برند، شامل اتاق گرما (شبه یک انکوباتور بزرگ) یا پتوی آب گرم انجام شود.

اثر بخشی هایپرترمی، به دمای حاصل از درمان، طول درمان و مشخصات سلول و بافت بستگی دارد. برای اطمینان از حصول دمای مطلوب پزشک با بی‌حسی موضعی سوزن یا لوله کوچکی را به همراه یک گرماسنج (ترمومتر) به ناحیه درمان می‌فرستد و دمای تومور و بافت اطراف آن را بررسی می‌کند.

ترجمه

هیرسوتیسم

نوشین کاشفی، دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



است و در بیمارانی که اختلال هورمونی ندارند، اثر موقتی دارد. یعنی تا زمانی که بیمار دارو مصرف می‌کند، سرعت رشد موها کم می‌شود و با قطع دارو مجدداً به حالت قبل برمی‌گردد.

دستگاه‌های لیزر چگونه عمل می‌کنند؟

سیستم‌های لیزر با انتخاب طول موج‌های مناسب در ناحیه‌ای نسبتاً وسیع در آن واحد تعداد زیادی از فولیکول‌های مو (ریشه‌های مو) را مورد هدف قرار می‌دهد. مکانیسم اثر لیزر هدف قرار دادن ملانین (رنگ تیره مو) به وسیله طول موج خاص از اشعه است که باعث ایجاد حرارت شده و متعاقب آن تخریب سلول‌های زاینده مو در ناحیه فولیکول صورت می‌گیرد.

در حال حاضر چه لیزرهایی برای درمان موهای

زائد توصیه می‌شود؟

سیستم لیزر الکساندرایت با طول موج ۷۵۵ نانومتر
سیستم لیزر دیود با طول موج ۸۰۰ نانومتر
سیستم لیزر Nd-YAG با طول موج ۱۰۵۶ نانومتر - سیستم
نوری IPL نیز با روش کار کردی مشابه لیزرها در درمان
موهای زائد به کار می‌رود.

کدامیک از لیزرهای فوق بهتر عمل می‌کنند؟

مقالات مختلف هر کدام از برتری یکی از لیزرها سخن می‌گویند، ولی در مجموع می‌توان گفت که اثرات لیزر

هیرسوتیسم یعنی چه؟ هیرسوتیسم (پرمویی) به معنی رشد مو در خانم‌ها مشابه الگوی رشد موی مردانه است. این بیماری مشکل شایعی بوده و برای اغلب خانم‌ها آزاردهنده است.

رشد مو در افراد تابع چه عواملی است؟

توزیع رشد مو در اشخاص سالم تحت کنترل سیستم پیچیده‌ای از عوامل نژادی، ژنتیکی و غدد درون‌ریز است و در هر دو جنس زن و مرد به وسیله هورمون‌های مردانه (آندوژن) کنترل می‌شود. در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم احتمال تغییرات هورمونی وجود دارد، ولی اغلب این بیماران آزمایشات هورمونی طبیعی دارند و به اصطلاح پزشکی بیماری آنها ایدیوپاتیک است.

روش‌های قدیمی زدودن موهای زائد کدامند؟

الکترولیز روشی کند و دردناک است. در این روش فولیکول‌های مو یک به یک توسط تکنسین یا پزشک متخصص به روش ایجاد حرارت از طریق برقراری جریان الکتریکی تخریب می‌شود. کندن موها که روشی دردناک است و ایجاد فولیکولیت می‌کند.

موم انداختن موها که آن هم دشواری‌های خاص خود را دارد.

مصرف دارو چه اثری بر موهای زائد دارد؟

در مواردی که بیمار اختلال هورمونی دارد، دارو موثر

الکساندرایت و دیود بهتر است.

زدودن موهای زائد به وسیله لیزر معمولاً در طی جلسات متعدد (بین ۳ الی ۶ جلسه) انجام می‌شود. فاصله جلسات با توجه به ناحیه‌ای از بدن که مورد درمان قرار می‌گیرد، بین ۱/۵ الی ۶ ماه متغیر است. در پایان جلسات مقدار موهای زائد به میزان ۸۰-۱۰۰ درصد کاهش می‌یابد. در فواصل جلسات معمولاً ناحیه مورد درمان فاقد مو بوده و شخص نیازی به استفاده از روش‌های متداول برداشتن مو مثل تیغ‌زدن یا بندانداختن ندارد.

عوارض انجام لیزر موهای زائد چیست؟

رنگ پوست ناحیه‌ای از بدن که تحت درمان با اشعه لیزر قرار می‌گیرد، اندکی قرمز می‌شود که طی یک تا دو ساعت بعد به تدریج از بین می‌رود.

عوارض شدید شامل تاول و اسکار فقط در موارد عدم رعایت انتخاب دستگاه مناسب و یا عدم به کارگیری پارامترهای مناسب برای هر نوع پوست رخ می‌دهد. تاکنون هیچ نوع سرطان‌زایی برای درمان موهای زائد به وسیله لیزر گزارش نشده است. تحقیقات انجام شده نشان داده که انجام لیزر در هنگام حاملگی هیچ عارضه‌ای برای مادر و جنین ندارد، حتی اگر لیزر روی شکم خانم باردار انجام شود.

اقدامات لازم قبل از انجام لیزر

باید دو هفته قبل از انجام لیزر موهای محل کننده نشود و فقط با تیغ تراشیده شود. قبل از انجام لیزر باید موضع شسته شود تا کرم یا آرایش کاملاً پاک شود.

اقدامات لازم بعد از انجام لیزر

باید به مدت سه روز هر ۱۲ ساعت از کرم هیدروکورتیزون استفاده کرد. مصرف ضدآفتاب هر ۲ ساعت نیز لازم است.

چه مواردی باید به هنگام انتخاب روش درمان

لیزری برای موهای زائد مورد توجه قرار گیرد؟

انتخاب مرکز درمانی مجهز که انواع لیزر برای تیپ‌های پوستی متفاوت را داشته باشد. دستگاه لیزر انتخاب شده بایستی از انواع ساخته شده در کمپانی‌های معتبر دنیا بوده و ترجیحاً مورد تایید سازمان دارو و غذای امریکا (FDA) باشد. این کار توسط افراد متخصص پوست که تجربه کافی در این زمینه دارند، انجام گیرد.

References

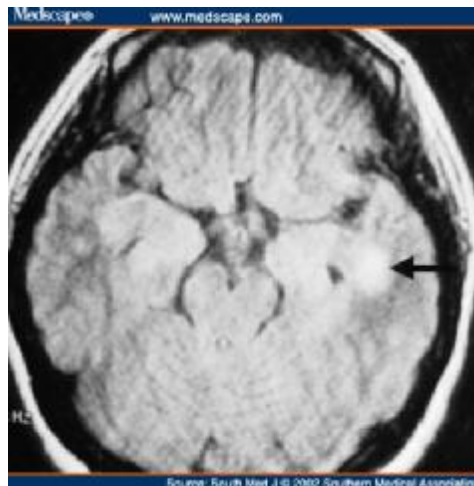
- 1) Carmina E, Rosato F, Jann A, Rizzo M, Longo RA. Relative prevalence of different androgen excess disorders in 950 women referred because of clinical hyperandrogenism. J Clin Endocrinol Metab. 2006; 91:2-6.
- 2) Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med. 2005;352(12):1223-36.
- 3) Yildiz BO. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006; 20: 167-76.
- 4) Hirsutism. Retrieved from: www.dermnetnz.org/hair-nails-sweat/hirsutism.html

ترجمه

سندرم کلور بوسی (Kluver-Bucy)

مریم چهره گشا، کارشناس پرستاری

استاد ناظر: دکتر لیلا جویباری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



تعریف

سندرم کلور بوسی اختلال رفتاری نادری است که در نتیجه آسیب در بخش قدامی گیجگاهی مغز رخ می‌دهد. در افراد مبتلا علائمی از قبیل رفتارهای کاوش گرایانه لمسی و دهانی مشاهده می‌شود. از لحاظ اجتماعی این گونه حرکات لیسیدن و یا لمس کردن نامناسب جلوه می‌کند. تمایل جنسی بیش از حد، اختلال حافظه، گرسنگی، عاطفه سطحی و کند، عدم توانایی در تشخیص اشیا (آگنوزی) و عدم توانایی در تشخیص چهره‌ها دیده می‌شود.

بروز علائم کامل این سندرم در افراد نادر است، اما بخشی از این علائم در افرادی با آسیب دوطرفه بخش گیجگاهی مغزی در نتیجه آلودگی با هرپس یا آنسفالیت و یا آلزایمر مشاهده شده است.

تاریخچه

نام این سندرم برگرفته از نام هنریچ کلور و پل بوسی در سال ۱۹۳۷ می‌باشد که با هدف شناسایی عملکرد این منطقه اقدام به برداشتن دوطرفه بخش تمپورال مغز میمون‌های رزوس کردند. در نتیجه این مداخله علائمی از قبیل آگنوزی بینایی،

تغییرات عاطفی، تغییر در رفتار جنسی و تمایلات دهانی در میمون‌ها مشاهده شد.

علت

بروز این سندرم بسیار نادر است و حتی در موارد اندک ثبت شده نیز بیشتر در حیوانات رخ داده است تا انسان. افراد مبتلا اغلب هندی بودند که به دلیل ضعف بهداشتی به انسفالیت هرپسی و صدمات وارده به قسمت گیجگاهی مغزی دچار شده و در نتیجه داروهای ضد ویروسی زنده ماندند.

یکی از علل مستعد کننده بروز این سندرم، انسفالیت ناشی از هرپس ساده می‌باشد. بروز این سندرم حتی می‌تواند با سایر عفونت‌ها از قبیل مننژیت سلی نیز مرتبط باشد. از سایر علل می‌توان به آسیب‌های سر، آلزایمر به‌خصوص در بخش قدامی گیجگاهی و حتی زخم‌های جراحی در ناحیه سر اشاره کرد.

علائم

- عاطفه سطحی: افراد مبتلا به این سندرم دچار عاطفه سطحی بوده و واکنش ضعیفی نسبت به محرک‌های عاطفی نشان می‌دهند.

- هیپرفاژی: وسواس شدیدی در این افراد به منظور قرار

جنسی در آنان مشاهده نمی شود.

درمان

درمان غیردارویی: بیماران مبتلا به سندرم کلوور بیوسی نیازمند مراقبت و نظارت دقیق به منظور پیشگیری از بولیمیا و متعاقب آن چاقی هستند. همچنین باید رفتارهای جنسی مهارنشده این بیماران نیز تحت کنترل گرفته شوند تا از بروز آن پیشگیری شود.

درمان دارویی: مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین، به خصوص کاربامازپین اثرات مطلوبی داشته است.

پیشگیری

یکی از مهم ترین علل بروز این سندرم بروز انسفالیت های هرپسی می باشد و از آنجا که در اغلب موارد تشخیص این عفونت با سایر بیماری ها افتراق داده نمی شود، درمان به موقع صورت نگرفته و میزان مرگ و میر بالا می رود. هنوز هم مهم ترین عامل تاثیرگذار در میزان مرگ و میر بسته به آسیکلوویر درمانی، سن فرد مبتلا، وضعیت سیستم ایمنی فرد مبتلا، مدت ابتلا به بیماری و سطح آگاهی و هوشیاری بیمار قبل از آغاز درمان می باشد. توصیه می شود که آسیکلوویر در همه بیمارانی که مظنون به انسفالیت هرپسی می باشند، آغاز گردد تا بتوان در سریع ترین زمان به تایید این تشخیص رسید.

پیش آگهی

هیچ گونه درمانی برای سندرم کلوور بیوسی وجود ندارد. این اختلال یک شرایط تهدیدکننده حیات نیز به حساب نمی آید، اما مدیریت این بیماران و کنترل علائم آنان مشکل است. با انجام درمان برخی از علائم به آرامی کاهش می یابند.

References

- 1) www.en.wikipedia.org
- 2) www.ninds.nih.gov
- 3) Salim A, et al. Klüver-Bucy Syndrome as a Result of Minor Head Trauma. South Med J. 2002; 95(8):929-931. available at <http://www.medscape.com/viewarticle/444337>
- 4) Badruddoja MA, et al. Kluver-Bucy syndrome related to glioma. Reardon. Neurology. 2004; 63(1):184.

دادن اشیاء در دهان آنان وجود دارد و احتمال دارد ناشی از به دست آوردن تحریک دهانی و کاوش اشیاء برای مقابله با آگنوزی باشد تا رفع گرسنگی. با این وجود در افراد احساس پر خوری شدید در تناوب با خوردن طبیعی یا گرسنگی وجود دارد، اما بدون کاهش وزن شدید است. رفتارهای ناپهنجار اجتماعی از قبیل لیسیدن و لمس کردن های غیرعادی نیز در این افراد مشاهده می شود.

- آگنوزی بینایی: در این حالت بیمار قادر به شناسایی و تشخیص اشیاء و چهره ها با استفاده از قوه بینایی خود نمی باشد. بروز این امر می تواند مسئول بروز وسواس دهانی در بیمار باشد.

- رفتارهای نامناسب جنسی: بیماران مبتلا به این سندرم دچار فقدان محدودیت های اجتماعی جنسی بوده و دچار یک حس جنسی شدید و رفتارهای نامناسب جنسی می باشند.

تظاهرات این سندرم در کودکان به قرار زیر است: علائم شروع این سندرم در کودکان می تواند با تغییراتی در سطح هوشیاری کودک و فعالیت های وی آغاز گردد.

بروز تغییرات عاطفی در رفتار، عادات غذایی، دهان گرایی و آگنوزی بینایی مشاهده می شود.

همه کودکان مبتلا بی تفاوتی و فقدان علاقه در ارتباط با افراد و خانواده خود را تجربه می کنند.

پر خوری مرضی یا Bulimia و اصرار شدید به فرو بردن اشیاء یا چیزهایی به غیر از غذا به داخل دهان رایج است.

بروز هیپرسکچوالیتی در کودکان با علائمی از قبیل دست زدن متواتر کودک به ناحیه تناسلی، حرکات فشاری لگنی متناوب، مالیدن ناحیه تناسلی به تخت و دراز کشیدن در وضعیت دمر بروز می کند. معمولاً رفتارهای نامناسب جنسی در کودکان دال بر آزار جنسی در کودکان در نظر گرفته می شود و این در حالی است که هیچ گونه نشانه ای از آزار

ترجمه

پیشگیری از سرطان پستان

سولماز جنتی عطائی، دانشجوی سال ششم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
استاد ناظر: دکتر حمیدرضا بذرافشان، فوق تخصص غدد درون ریز و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

هورمون استروژن به همراه پروژسترون قرار گرفته باشند. زنانی که دارای سابقه بیماری‌های خوش خیم پستان هستند نیز در معرض خطر ابتلا به این سرطان می‌باشند. این ضایعات شامل انواعی از پاتولوژی‌ها از جمله هایپرپلازی مجرای آتیپیکال (atypical ductal hyperplasia)، هایپرپلازی لوبولار آتیپیکال (atypical lobular hyperplasia) و کارسینوم در جای لوبولار (lobular carcinoma insitu) می‌باشد. این ضایعات معمولاً پس از ایجاد شدن یک برآمدگی در پستان و گرفتن نمونه‌ای از بافت آن تحت عنوان بیوپسی و سپس بررسی در زیر میکروسکوپ یافت می‌شوند. همچنین وجود ژن‌های جهش یافته BRCA1 یا BRCA2 یا وجود سابقه فامیلی از سرطان پستان به ویژه در بستگان درجه یک مثل مادر، خواهر یا دختر شما، خطر ابتلای به این نوع سرطان را در شما افزایش می‌دهد.

شما چگونه می‌توانید میزان خطر ابتلا به این نوع سرطان را در خود تعیین کنید؟

پزشک می‌تواند با کمک شما احتمال خطر گسترش سرطان پستان در مدت ۵ سال و همین‌طور در کل مدت زندگی شما را با استفاده از روشی به نام Gail Model برآورد نماید. این مدل برای محاسبه خطر کلی ابتلا به سرطان پستان و همین‌طور در مورد هر برآمدگی پستانی که شما در گذشته از آن بیوپسی گرفته‌اید، استفاده می‌شود.

چطور می‌توان از ابتلا به سرطان پستان پیشگیری کرد؟

شما می‌توانید احتمال خطر گسترش سرطان پستان را به وسیله در اختیار گرفتن یک شیوه زندگی سالم که شامل یک رژیم متعادل و ورزش منظم است، کاهش دهید. شما همچنین می‌توانید مواجهه خود با هورمون استروژن را به وسیله

چه ارتباطی بین هورمون‌ها و سرطان پستان وجود دارد؟

استروژن هورمون جنسی اصلی زنانه است که بیشترین محل تولید آن تخمدان‌ها می‌باشند. این هورمون مسئول رشد پستان‌ها و تنظیم سیکل قاعدگی و تکامل جنسی است. در دوران یائسگی (معمولاً بالای ۵۱ سال) تولید استروژن از تخمدان‌ها متوقف می‌شود، اما مقدار اندکی از این ماده به‌صورت پیش‌ساز هورمونی در مقادیر کمتر توسط غدد آدرنال ساخته می‌شود که سپس توسط بافت چربی به استروژن تبدیل می‌شود. هورمون استروژن درون خون جریان یافته و به رستورهای استروژن موجود بر روی سلول‌های خاص در بدن متصل می‌شود. بافت پستان این نوع از سلول‌ها را داراست و یکی از بافت‌های هدف اصلی استروژن است. استروژن رشد سلول‌های پستان را تحریک می‌کند. به‌طور مثال یک خانم باردار دارای سطوح بالاتری از استروژن است که باعث بزرگ‌تر شدن پستان‌ها به منظور آمادگی برای شیردهی می‌شود. به همین دلیل اگر سلول‌های سرطانی در پستان یک فرد رشد کند، استروژن می‌تواند رشد آنها را تحریک کند.

چه کسی در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان است؟

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان آمریکایی است. به‌طور کلی زنان در سنین بالاتر و زنان دارای وزن بیشتر در معرض خطر بیشتری هستند و همچنین اگر:

- سیکل قاعدگی آنها قبل از ۱۲ سالگی آغاز شده باشد.
- بعد از سن ۵۵ سالگی یائسگی آنها اتفاق افتاده باشد.
- هرگز بچه‌دار نشده باشند.
- حاملگی با تاخیر و بعد از سن ۳۰ سالگی داشته باشند.
- افرادی که پس از یائسگی تحت درمان‌های ترکیبی

پستان تصویب نشده است.

تاموکسی فن و رالوکسی فن احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان را فقط در حدود ۵۰ درصد کاهش می دهند. تصمیم گیری برای دریافت این دارو همیشه وابسته به وجود تعادل بین فواید و همچنین خطرات ناشی از عوارض جانبی این داروها از جمله ایجاد کانسر رحم و ایجاد لخته خون درون وریدها و ریه ها می باشد. پزشک شما با کمک شما بهترین انتخاب را برایتان در نظر خواهد گرفت.

شما با این اطلاعات چه باید بکنید؟

هر خانمی باید ماهانه توسط خودش و سالانه توسط پزشک تحت معاینه پستان قرار گیرد. اگر شما در سن ۴۰ سالگی یا بالاتر قرار دارید و یا این که جوان تر هستید، ولی سابقه فامیلی از سرطان پستان یا تخمدان دارید، باید تحت ماموگرافی سالیانه قرار بگیرید و همواره پزشک خود را در مورد میزان احتمال خطر شما در ایجاد سرطان پستان و آنچه که می تواند در پیشگیری از ابتلا به این بیماری کمک کننده باشد، مطلع سازید.

Reference

Santen RJ, Sellin RV. Breast cancer prevention. The hormone foundation. 2007. www.hormone.org

کم کردن وزن اگر دچار افزایش وزن هستید و با اجتناب از مصرف منابع استروژن خارجی مثل قرص های ضد بارداری خوراکی یا درمان های جایگزینی هورمونی کاهش دهید.

اگر شما در گروه با احتمال خطر بالای پیشرفت سرطان پستان هستید، پزشک شما ممکن است یک دسته از داروها به نام تنظیم کننده های رستورهای و استروژن انتخابی (SERMS) (Selective Estrogen Receptor Modulators) را به شما پیشنهاد کند. دو داروی تاموکسی فن و رالوکسی فن به طور مشخص اثرات پیشگیری کننده در سرطان پستان دارند.

تاموکسی فن (Tamoxifen) توسط انجمن غذا و داروی امریکا (FDA) برای پیشگیری از سرطان پستان در سنین قبل و بعد از یائسگی (سن ۳۵ سال و بالاتر) که در معرض خطر بالای ابتلا هستند، تصویب شده است. تاموکسی فن استروژن را از تحریک رشد سلول های پستان که می توانند به کانسر تبدیل شوند، باز می دارد.

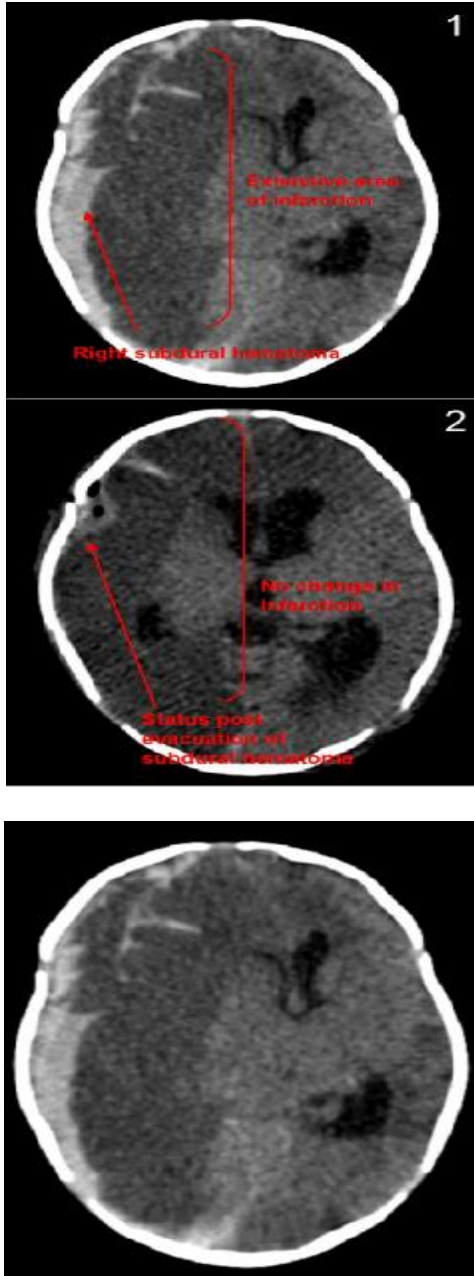
رالوکسی فن (Raloxifen) توسط FDA برای پیشگیری و درمان پوکی استخوان در خانم های در سن پس از یائسگی تصویب شده است. اثر رالوکسی فن به خوبی تاموکسی فن در کاهش احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان یائسه دیده شده است، اما هنوز توسط FDA برای پیشگیری از سرطان

گزارش مورد (ترجمه)

معرفی یک مورد شیرخوار بیحال در بخش اورژانس

امان بی بی سلطانی، دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان

استاد راهنما: دکتر لیلا جویباری، دکترای پرستاری و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان



نوزاد ۵ هفته‌ای توسط والدینش به مرکز اورژانس آورده شد. طبق اظهارات مادر تا چند روز پیش حال شیرخوار خوب بوده، ولی در حال حاضر بی‌قرار و تحریک‌پذیر شده است و مرتب استفراغ می‌کند.

تغذیه‌اش از چند روز پیش ضعیف شده و والدینش اظهار می‌دارند، کودک حتی بعد از گذشت چندین ساعت هم بی‌میل به شیر است. در معاینه فیزیکی شیرخوار کاملاً بیحال و تحریک‌پذیر بود. ادم خفیفی همراه با اکیموز اطراف چشم راست مشاهده شد. علاوه بر آن اطراف زانوئ راست هم اکیموز مشاهده شد. فونتanel قدامی کاملاً برآمده و مردمک راست کاملاً گشاد بوده و به نور حساسیتی نشان نمی‌داد.

سی‌تی‌اسکن انجام شد. در زمان آمادگی برای اسکن بیمار دچار تنفس سطحی و هیپوکسی شد. درصد اشباع اکسیژن به ۸۰ درصد رسید. بنابراین مجبور شدند، بیمار را در چادر اکسیژن قرار دهند. این وضعیت وخیم‌تر شد و شیرخوار به سمت آپنه رفت و حتی سرعت ضربان قلب به ۶۰ ضربه در دقیقه کاهش یافت. برای نوزاد آتروپین تجویز کردند و لوله‌گذاری انجام شد. اسکن سر و پیگیری‌های آزمایشگاهی انجام شد.

گلبول سفید: $20/6 \times 10^9$ در لیتر

میزان هموگلوبین: ۸/۹ گرم

هماتوکریت: ۲۷/۳ درصد

پلاکت: 516×10^9 در لیتر

اوره خون: ۵

کراتینین: ۰/۲

آمینو ترانسفرازات آسپاراتات: ۱۲۱

آمینو ترانسفرازات آلانین: ۱۴۹

پروتئین: ۷/۶

سطح آلبومین: ۴۶

زمان پروترومبین: بالای ۵۰ ثانیه

زمان نسبی فعال شدن ترومبوبلاستین: ۹۰/۶ ثانیه

تشخیص شما چیست؟

نکته

بیمار یک شیرخوار مونث فول ترم بوده است که در منزل زایمان و با شیر مادر تغذیه شده است.

پاسخ: خونریزی مرتبط با کمبود ویتامین K

اسکن از سر هماتومی حاد را در ناحیه ساب‌دورال در سمت راست سر همراه با انفارکت وسیع در نیمکره راست مغز و قسمت میانی لوب فرونتال چپ نشان داد و سوراخ مینور چپ هم تحت فشار بود. در اسکن بطن طرفی چپ بزرگ شده بود و به دلیل افزایش بیش از حد فشار داخل جمجمه درزها هم جدا شده بود.

PT بیش از ۵۰ ثانیه و PTT بیش از ۹۰ ثانیه یک اختلال خونی با علت هماتوم ساب‌دورال را مشخص نمود.

تشخیص‌های متفاوتی از جمله خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K و کمبود مادرزادی فاکتور II، X، V، PT مطرح شد.

زمانی که بیمار را برای تخلیه هماتوم ساب‌دورال آماده می‌کردند، به وی ۲ میلی‌گرم ویتامین K به صورت عضلانی و پلاسمای تازه منجمد (FFP) ۲۰ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن طی دو ساعت داده شد.

عمل تخلیه هماتوم هم بدون هیچ مشکلی انجام شد. با ارزیابی مجدد PTT و PT مشخص شد که این مقادیر به میزان ۴۲/۶ و ۸/۳ رسیده است و طی بستری در بیمارستان ثابت ماند. سطح فاکتورهای انعقادی II، X، VI کمتر از ۱۰ درصد بود و سطح فاکتور V هم به میزان ۸۹ درصد رسید. این مقدار بین محدوده طبیعی بود و به این ترتیب تشخیص خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K مستدل شد.

ویتامین K در آبشار انعقادی نقش اصلی را دارد و فقدان و یا کمبود آن منجر به خونریزی می‌شود. این ویتامین همچنین فاکتورهای II، VII، IX، X را فعال می‌کند که به عنوان مجموعه پروترومبین و همچنین پروتئین ضد انعقاد S و C معروف می‌باشند. در مراحل اولیه کمبود ویتامین K تنها زمان PT طولانی می‌شود. زیرا نیمه عمر فاکتور VII کوتاه می‌شود. اما در کمبودهای طولانی مدت و شدید PT، PTT هر دو به صورت قابل توجهی بالا می‌روند. زیرا فاکتورهای II، IX، X کم شده است. در نوزادان کمبود ویتامین K بایستی با نتایج خونی مشخص شده و تایید گردد. PT و PTT با تجویز ویتامین K و برطرف کردن علت آن که مثلاً می‌تواند شامل کمبود مادرزادی فاکتورهای انعقادی (II، V، X) - بیماری‌های

کبدی و انعقاد درون‌رگی منتشر (DIC) باشد - اصلاح گردد. اندازه‌گیری فاکتورهای II، V، X، VII می‌تواند به تشخیص افتراقی بین کمبود مادرزادی فاکتورها از کمبود ویتامین K کمک کند.

نوزادان در معرض خطر کمبود ویتامین K هستند. این امر به علت ناتوانی جفت در انتقال خون و کمبود مناکوئینون کبد (ویتامین K2 که با باکتری‌های روده‌ای تولید می‌شود) و پایین آمدن سطح ویتامین K در شیر مادر است.

اگر در بدو تولد به نوزاد ویتامین K به صورت پروفیلاکسی تجویز نشود، احتمال خونریزی‌های پیش‌بینی نشده وجود خواهد داشت. طبق بیانیه آکادمی کودکان آمریکا در سال ۲۰۰۳ باید برای همه نوزادان در بدو تولد نیم تا یک میلی‌گرم ویتامین K به صورت عضلانی تجویز شود.

خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K می‌تواند زود هنگام (هفته اول زندگی) و یا دیر هنگام (از روز ۸ تا ماه ۶) تشخیص داده شود. بدون پروفیلاکسی ویتامین K میزان بروز خونریزی تا ۲ درصد است. در تشخیص دیر هنگام این میزان ۲۰-۵ مورد در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده است.

در نوزادانی که انحصاراً با شیرمادر تغذیه می‌شوند، میزان بروز خونریزی درون جمجمه ۵۰-۳۰ درصد می‌باشد. ریسک فاکتورهای کمبود ویتامین K شامل اسهال، هپاتیت، فیروز کیستیک، سلیاک، کمبود آلفا یک آنتی‌تریپسین است.

کمبود ویتامین K بدون خونریزی ممکن است، در ۵۰ درصد نوزادان کمتر از پنج روز رخ دهد. بالاخره این که خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K در ۲۴ ساعت اول تولد معمولاً به علت درمان دارویی مادر از قبیل داروهای ضد تشنج، داروهای ضد توبرکلوزیس مثل ریفامپین و ایزونیاژید و یا وارفارین است. در این گونه موارد تجویز ویتامین K به صورت پروفیلاکسی بعد از تولد هم نمی‌تواند از خونریزی جلوگیری کند. در این حالت درمان بیشتر به شدت خونریزی بستگی دارد. خونریزی مختصر را می‌توان به صورت موثری با تجویز عضلانی یا زیرجلدی ویتامین K کنترل کرد. PTT و PT معمولاً حدود ۸-۴ ساعت بعد از تجویز ویتامین K به حالت طبیعی برمی‌گردد. ولی در موارد خونریزی شدید و تهدیدکننده مثل خونریزی درون جمجمه‌ای (ICH) بیمار

بایستی ۱۵-۱۰ میلی گرم پلاسما و یا کمپلکس غلیظ پروترومبین و یا فاکتور نو ترکیب را علاوه بر ویتامین K دریافت کند.

در این مورد وضعیت عصبی نوزاد سریعاً بعد از عمل بهبود یافت و نوزاد حتی حدود ۲۴ ساعت بعد از عمل توانست شیر مادر را به خوبی تحمل کند. در مطالعه گرافی های مغز که ۸-۲ روز بعد از جراحی گرفته شد، هیچ علامتی از عود مجدد هماتوم دیده نشد. حالت های عصبی نوزاد تا روز سیزدهم از

بین رفت. بیمار با تجویز ویتامین K (۲ میلی گرم خوراکی هر هفته تا ۶ ماهگی) مرخص شد.

این نوزاد در خانه به دنیا آمده بود و ویتامین K به صورت پروفیلاکسی دریافت نکرده بود.

Reference:

Anusuya Mokashi. Listless Infant in the Emergency Department. eMedicine Case Study. Retrieved from: <http://knowledge. emedicine.com/ splash/shared/ pub/xrotw/0087. html>

گزارش مورد (ترجمه)

معرفی یک مورد تورم زبان

عضمت سعیدی، کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی دزیانی

استاد راهنما: دکتر اکرم ثناگو، دکترای پرستاری و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



در کف دهان وجود دارد، اما در صورت و لب‌هاش وجود ندارد. افزایش گرما و اریتم وجود ندارد. یک راه هوایی اورژانسی در کنار تخت بیمار قرار داده شده است. نازوفارنگولارسکوپي انجام شده است. ادمی در زبان کوچک و هایپوفارنکس و طناب‌های صوتی دیده نمی‌شود. استریدور (خشونت صدا) قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. در سمع ریه‌ها پاک می‌باشد. بیمار داروی وریدی Solu-Medrol، فاموتیدین و دیفن‌هیدرامین دریافت می‌کند. در بخش مراقبت‌های ویژه پذیرش شده است. ادم به تدریج بهبود پیدا می‌کند و نیازی به راه هوایی و اقدامات تهویه‌ای نیست.

تشخیص چیست؟

نکته: این بیمار چندین دارو دریافت می‌کند که یکی از آنها داروی فشارخون است.

خانم ۶۵ ساله اسپانیایی به علت تورم زبان به بخش اورژانس مراجعه کرده است. ادم شدید و تغییرات صوتی از سه ساعت قبل ایجاد شده است. وی اظهار می‌دارد، چندین بار این حالت به صورت خفیف برایش اتفاق افتاده و خودبه‌خود در منزل رفع گردیده است. سابقه‌ای از آسم و فشارخون بالا و دیابت ملیتوس ندارد و هر نوع حساسیت دارویی و تغییرات دارویی اخیر را رد می‌کند. همچنین در معرض قرار گرفتن با هرگونه لوسیون و صابون، شوینده و عطر جدید را رد می‌کند. او اظهار می‌دارد اخیراً تب، لرز و کارهای دندان‌پزشکی و ترومای زبانی نداشته است. معاینات فیزیکی چاقی خفیف و علام حیاتی طبیعی را نشان می‌دهد. بیمار به صورت مستقیم روی برانکارد قرار گرفته و به سمت جلو تکیه داده است، در حالی که آبریزش از دهان دارد. تنفس به آسانی صورت می‌گیرد. تغییرات صوتی پیچیده و ادم برجسته و غیرحساسی روی زبانش

پاسخ: آنژیو ادما

ایجاد آن نقش داشته باشند.

یافته‌ها از این مکانیسم که افزایش میزان استفاده از ACEI در بیمارانی با ژن ACE POLY MOROHISM و نقص آنزیم که آنژیو ادما را ایجاد می‌کند، حمایت می‌کند.

درمان‌های استاندارد شامل راه هوایی و درمان‌های حمایتی با آنتی‌هیستامین‌ها و کورتیکواستروئیدها است. اگرچه مطالعاتی وجود ندارد که این اثرات را تأیید نماید.

استفاده از آلرژی درمانی (آنتی‌هیستامین‌ها و کورتیکواستروئیدها) ممکن است، سریعاً اثرات مثبتی نداشته باشد. جواب کند از آلرژی درمانی نتیجه‌ای از پاتوفیزیولوژی اساسی برادی‌کنین به عنوان اولین ماده واسطه نسبت به هیستامین می‌باشد. در آنژیو ادما که تهدیدکننده زندگی است، اپی‌نفرین و لوله‌گذاری سریع یا کورتیکواستروئیدها ممکن است، ضروری باشد. لوله‌گذاری داخل نای به صورت پروفیلاکسی برای حمایت راه هوایی نیاز است.

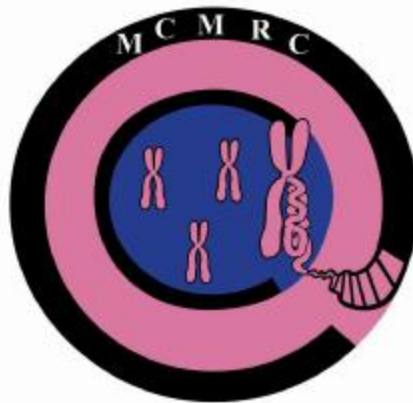
پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) ممکن است در موارد آنژیو ادم‌های شدید که بدون پاسخ هستند، مفید واقع شود. اگرچه درمان با پلاسمای تازه منجمد شده با واکنش آلرژیک و افزایش حجم و انتقال بیماری‌های ویروسی در ارتباط می‌باشد. علاوه بر این پلاسمای تازه منجمد شده در ایجاد آنژیو ادما موروئی ممکن است، موثر بوده و جایگزین کمبود مهار کننده C1 استراژ شود. همچنین پلاسمای تازه منجمد شده کیناز دو اضافی را فراهم می‌کند. برادی‌کنین تجمع شده را تجزیه می‌کند و باعث عملکرد آنزیم در بیمارانی با نقص آنزیم در متابولیسم برادی‌کنین می‌شود.

Reference: Partnow J. In-Hei Hahn. William J. Brady. Acute Tongue Swelling. eMedicine case. Retrieved from: <http://knowledge.emedicine.com/splash/shared/pub/cotw/0045.html>

مهارکننده‌های آنزیم تبدیل آنژیوتانسین، آنژیو ادما ایجاد می‌کند. آنژیو ادما به طور قطع تهدیدکننده زندگی و از عوارض جانبی درمان با مهارکننده‌های تبدیل آنژیوتانسین می‌باشد و مشخصه آن ادم تعیین شده‌ای است که در لب‌ها، صورت و در بخش دهانی حلقی می‌باشد. بیشترین تاثیر آنژیو ادما روی سر و گردن است و علاوه بر این می‌تواند احشاء را نیز درگیر نماید. در بعضی موارد درمان با مهارکننده‌های تبدیل آنژیوتانسین ایجاد ادم موضعی می‌کند که فقط روی زبان تاثیر می‌گذارد.

شیوع آنژیو ادما در طی درمان با مهارکننده‌های تبدیل آنژیوتانسین حدود ۱/۰-۲/۰ درصد است. حدود ۶۰ درصد موارد در طی هفته اول درمان اتفاق می‌افتد. اگرچه در چندین مورد گزارش بعد از چند سال رخ داده است. میزان شیوع آن در گروه‌های خاصی از قبیل افریقایی امریکایی سه مرتبه بیشتر دیده می‌شود. سطح پایینی از برادی‌کنین اندوژن وجود دارد که حساسیت‌شان را به تغییرات وابسته به برادی‌کنین طی درمان با مهارکننده‌های آنزیم تبدیل آنژیوتانسین افزایش می‌دهد. کیناز دو (Kininase II) فعال کننده اصلی برادی‌کنین و مانند آن به آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (-angiotensin ACE-converting enzyme) است. با بلوک ACE و کیناز دو، داروهای مهارکننده تبدیل آنژیوتانسین، متابولیسم برادی‌کنین که گشاد کننده عروقی و مدیاتوری است و موجب نفوذپذیری مویرگ‌ها می‌شود را مهار می‌کنند. به نظر می‌رسد، افزایش سطح برادی‌کنین سبب آنژیو ادما می‌شود. سایر فرایندهای ایمونولوژیک و مواد واسطه‌ای از قبیل هیستامین و ماده P و پروستاگلندین‌ها نیز ممکن است، در

معرفی مرکز (۳)



مرکز تحقیقات پزشکی سلولی و مولکولی

اعظم رشید باغان، کارشناس ژنتیک، پژوهشگر مرکز

کشورها و سازمان‌های بین‌المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران.

اهم فعالیت‌های مرکز

الف) پژوهشی

ایجاد بانک DNA (DNA Biobank) برای بیماری‌هایی مانند سرطان و بیماری‌های قلبی، کلیوی، ریوی و اتوایمیون، دیابت، آرتریت روماتوئید، MS، HLA، عفونی و بانک سلولی و غیره.

بررسی اتیولوژیک و پاتوژنز بیماری‌های مختلف.

تحقیق در خصوص تشخیص زودرس و درمان مولکولی بیماری‌ها.

ب) آموزشی

همکاری در آموزش مداوم جامعه پزشکی، تربیت و آموزش دانشجویان گروه پزشکی، آموزش بیماران و جامعه و نیز بسترسازی مناسب به منظور برگزاری دوره‌های فرصت مطالعاتی در مرکز تحقیقات علوم پزشکی مولکولی و سلولی.

ج) خدمات درمانی

ارائه خدمات درمانی به ویژه در زمینه تشخیص ژنتیکی قبل و بعد از تولد، مشاوره ژنتیکی و تشخیص مولکولی دیگر بیماری‌ها.

ضمناً در مرحله اول امکانات و تجهیزات لازم برای انجام آزمایشات M.tuberculosis، Salmonella، C.trachomatis،

مرکز تحقیقات پزشکی سلولی و مولکولی در سال ۱۳۸۳ تاسیس شد. در سال ۱۳۸۴ مصوبه اولیه صورت گرفت و سرانجام در تیرماه ۱۳۸۵ به صورت رسمی و با تصویب دانشگاه در مرکز آموزشی درمانی طالقانی شروع به کار نمود.

اهداف

• توسعه و به کارگیری دانش بشری در زمینه علوم مولکولی و سلولی به منظور ارتقاء سطح دانش و توان علمی پژوهشی اساتید، متخصصین، محققان و دانشجویان.

• ایجاد بانک DNA (DNA Biobank) برای بیماری‌هایی مانند سرطان و بیماری‌های قلبی، کلیوی، ریوی و اتوایمیون، دیابت، آرتریت روماتوئید، MS، HLA، عفونی و غیره.

• انجام پژوهش‌های بنیادی و کاربردی اپیدمیولوژیک و بالینی در جهت اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور به منظور جوابگویی به نیازهای جامعه اسلامی.

• جمع‌آوری، تنظیم و طبقه‌بندی اسناد، مقالات و مدارک مربوطه.

• تربیت نیروی انسانی محقق در زمینه علوم مولکولی و سلولی.

• ترغیب، تشویق و به کارگیری محققین.

• کوشش در جلب توجه و همکاری مراکز تحقیقاتی و اجرایی مربوطه در داخل کشور.

• همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی و آموزشی سایر

دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

دکتر حمید عبادی، متخصص نورولوژی و استادیار

دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

دکتر الهام کاشانی، متخصص زنان و زایمان و استادیار

دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

دکتر سکینه محمدیان، متخصص اطفال و استادیار دانشگاه

علوم پزشکی گلستان.

دکتر آرزو میرفاضلی، متخصص اطفال و استادیار دانشگاه

علوم پزشکی گلستان.

کارشناسان مرکز

اعظم رشیدباغان، کارشناس ژنتیک

مانا محمد حسینی، کارشناس میکروبیولوژی

آدرس: گرگان، مرکز آموزشی درمانی طالقانی

مرکز تحقیقات پزشکی سلولی و مولکولی

تلفن: ۲۲۵۱۷۳۴-۰۱۷۱، نمابر: ۲۲۵۱۷۳۵

پست الکترونیکی: memrc@goums.ac.ir

L.monocytogenes ، HBV ، HSV-1/2 ، EBV ، CMV و
Campylobacter توسط مرکز تحقیقات پزشکی سلولی و
ملکولی دانشگاه به روش Real Time-PCR به صورت
minus / plus و پاتوژن کمی (pathogen quantation) نظیر
viral load مهیا گردیده است.

نظر به گستردگی عظیم پزشکی مولکولی و نیز محدودیت
در اختصاص کادر متخصص به هر بیماری، فعالیت‌های
پژوهشی این مرکز در دو گروه تحقیقات بالینی (تشخیص و
مشاوره) و تحقیقات بنیادی (ژنتیک، بیولوژی مولکولی و
سلولی) انجام خواهد شد.

اعضای فعال این مرکز

ریاست مرکز: دکتر مجید شهبازی، دکترای ژنتیک و

ایمونولوژی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

معاون پژوهشی مرکز: دکتر افسانه برقی، متخصص

اپیدمیولوژی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

اعضای شورای پژوهشی مرکز

دکتر نادر منصور سمائی، دکترای ژنتیک و استادیار

آموزش روش تحقیق (۳)

مهندس ناصر بهنام پور، کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گلستان

اهداف تحقیق

پس از نوشتن قسمت بیان مسأله تحقیق، اهداف تحقیق را بیان می‌کنیم. ابتدا باید به این سوال پاسخ دهیم که هدف چیست؟ به تعبیر دیگر باید مشخص نمائیم که انتظار داریم از این مطالعه به چه نتایجی دست پیدا کنیم.

در تعریف هدف گفته‌اند: «هدف نقطه‌ای است که محقق قصد رسیدن بدان را دارد تا در آنجا به داوری پردازد». از سوی دیگر «مقصود و منظور نهایی از تحقیق را نیز هدف دانسته‌اند». چنانچه اهداف یک تحقیق به خوبی نوشته شود، محقق درمی‌یابد که نیاز به چه نوع اطلاعاتی دارد و از چه راه‌هایی باید به جستجوی آنها پردازد.

تقسیم‌بندی اهداف تحقیق

۱) هدف کلی

هدف کلی همان موضوع تحقیق است، به عبارت دیگر آنچه در پایان مطالعه قصد رسیدن به آن را داریم.

هدف کلی معمولاً در یک جمله قابل فهم، صریح و رسا و مختصر بیان می‌شود که برای خواننده گویا و قابل فهم است.

مثال:

- تعیین میزان تغییر موقت آستانه شنوایی با استفاده از دامنه TEOA در افرادی با شنوایی هنجار.

- تعیین میزان اختلالات گفتار و زبان در دانش‌آموزان دوره ابتدایی مدارس شهرستان زنجان در سال ۱۳۸۱.

- مشخص کردن عوامل موثر بر شکل‌گیری یا عدم به وجود آمدن زخم بستر در بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر اصفهان.

- تعیین رابطه بین سن تثبیت برتری جانبی و سطح هوش کودکان ۲-۶ سال.

- تعیین تاثیر به‌کارگیری توام ارتوز و تحریک الکتریکی کارکردی (FES) بر پارامترهای راه رفتن و شاخص فیزیولوژیک (PCI) در افراد مبتلا به پاراپلژی

- بررسی اثرات دو شیوه مختلف کاردرمانی در درمان پس از

جراحی تاندون‌های فلکسوری

۲) اهداف جزئی یا اختصاصی

این اهداف از تقسیم یا شکستن هدف کلی به اجزای کوچک‌تر به دست می‌آیند. اهداف جزئی راه رسیدن به هدف کلی را قدم به قدم مشخص می‌نماید.

مثال:

عنوان تحقیق: بررسی میزان آگاهی جانبازان استفاده کننده از وسایل کمکی و اعضاء مصنوعی در مورد این وسایل.

هدف کلی: تعیین میزان آگاهی جانبازان استفاده کننده از وسایل کمکی و اعضاء مصنوعی در مورد این وسایل.

اهداف جزئی:

تعیین مشخصات جمعیت‌شناسی جامعه مورد مطالعه.

تعیین مشخصات ارتوپدی فنی در مورد جامعه مورد مطالعه.

تعیین میزان نمرات آگاهی جانبازان مورد مطالعه.

تعیین رابطه بین نمرات آگاهی و متغیرهای جمعیت‌شناسی

چنانچه تنظیم اهداف به خوبی صورت پذیرد، بر متمرکز ساختن مطالعه به جنبه‌های اساسی آن و جلوگیری از جمع‌آوری اطلاعاتی که به وجود آنها نیاز ندارد، تاکید می‌کند.

عنوان تحقیق: بررسی عوامل موثر بر ایجاد یا عدم شکل‌گیری زخم بستر در مبتلایان به ضایعات نخاعی.

هدف کلی: تعیین عوامل موثر بر ایجاد یا عدم شکل‌گیری زخم بستر در مبتلایان به ضایعات نخاعی.

اهداف جزئی:

تعیین متغیرهای جمعیت‌شناسی در جامعه مورد مطالعه.

تعیین مشخصات ضایعه در جامعه مورد مطالعه.

مشخص کردن میزان رابطه بین متغیرهای ضایعه و متغیرهای جمعیت‌شناسی.

به آنها دست یافت.

• اهداف بایستی دقیقاً از آنچه مطالعه برای آن انجام می‌شود به صورت منطقی پیروی کند.

• اهداف به زبانی علمی، روشن، صریح و دقیقاً آنچه که تصمیم به انجام آن داریم، بیان شود.

• نکته: بعضی تحقیقات می‌توانند اهداف فرعی نیز داشته باشند. هدف فرعی هدفی است که محقق ملزم به رسیدن به آنها نیست و در صورت نرسیدن به آنها هدف کلی مخدوش نمی‌شود.

فرضیه یا سوالات مهم

در این قسمت توضیحاتی پیرامون ضرورت داشتن فرضیه و ویژگی‌های آن و نیز نحوه ارائه سوالات مهم در تحقیق ارائه می‌گردد. در هنگام بیان فرضیه، محقق به بررسی روابط بین متغیرها می‌پردازد. به طور متداول این بیان به چند شکل صورت خواهد گرفت:

ادعا یا سؤالی در مورد مقدار یک یا چند پارامتر.
مثال:

شیوع سیگار کشیدن در میان دانشجویان پسر ۱۰ درصد می‌باشد.
بررسی رابطه علت و معلولی بین دو یا چند متغیر.
مثال:

سیگار کشیدن باعث سرطان ریه می‌شود.
تمرینات منظم باعث کاهش درد کمر می‌شود.
بررسی همبستگی و شدت آن بین دو یا چند متغیر.
مثال:

افزایش دریافت کالری توسط مادر در دوران بارداری باعث ازدیاد وزن کودک به هنگام تولد می‌گردد.
بین معدل نمره ورودی به دانشگاه با معدل نیمسال اول تحصیلی دانشجویان رابطه مثبتی برقرار است.

بررسی و مقایسه میزان تفاوت تاثیر دو یا چند متغیر بر یک یا چند متغیر.
مثال:

بین نمرات درک خواندن در دو گروه ناشنوا و شنوا تفاوت وجود دارد.
افراد آموزش دیده بهتر از افرادی که آموزش ندیده‌اند، دستورات ایمنی را رعایت می‌کنند.

تنظیم اهداف برای یک مطالعه تحقیقی باید براساس ملاک‌های مشخص صورت پذیرد که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

• اهداف قابل حصول باشند. بدین شکل که مقصود و منظور محقق را به طور کامل برساند و توانایی سنجش موضوع را داشته باشد.

• اهداف صریح و روشن بیان شوند. هیچ‌گونه ابهامی در هدف قابل قبول نیست و باید مشخص شود که دقیقاً چه چیزی باید اندازه‌گیری شود.

• اهداف باید قابل اندازه‌گیری باشند. تحقیق به روش علمی بر پایه اندازه‌گیری دقیق استوار است و بیان اهداف در قالب‌های قابل اندازه‌گیری، کار مطالعه را ساده‌تر می‌سازد.

الگوی ویژه برای تنظیم اهداف

عنوان تحقیق: بررسی عوامل موثر بر استفاده کم از کلینیک‌های دانشکده علوم توانبخشی.

هدف کلی: تعیین عوامل موثر بر استفاده کم از کلینیک‌های دانشکده علوم توانبخشی.

اهداف جزئی:

- مشخص نمودن الگوی استفاده از کلینیک‌های دانشکده علوم توانبخشی. (ارزش کمی)

- تعیین تغییرات احتمالی در میزان استفاده از کلینیک‌ها بر حسب فصل، نوع کلینیک و ... (روشنگری مسأله)

- تعیین عواملی که در هنگام ارائه خدمات باعث جذب یا دفع بیماران می‌شود. (علل احتمالی)

- مشخص کردن عوامل اجتماعی اقتصادی و فرهنگی موثر بر حضور بیماران. (علل احتمالی)

- تهیه رهنمودهایی بر اساس نتایج مطالعه برای بهبود وضعیت مراجعه به کلینیک‌ها. (هدف کاربردی در مورد نحوه به‌کارگیری نتایج)

اصول زیر می‌تواند در نوشتن اهداف تحقیق به عنوان راهنما مورد استفاده قرار گیرد:

• اهداف را با استفاده از افعال عملی که برای اندازه‌گیری و سنجش مناسب هستند، بیان نمائید. (افعال مناسب مانند: تعیین کردن، مشخص نمودن، مقایسه کردن و افعال نامناسب مانند: درک کردن، فهمیدن، اعتقاد داشتن)

• اهداف واقع‌بینانه بیان شوند که تحت شرایط کاری بتوان

مثال:

در حال حاضر نوع نگرش مردم جامعه نسبت به افراد معلول چگونه است؟

چه عواملی بر نوع نگرش‌ها تأثیر دارند؟

آیا نوع نگرش مردم با میزان تحصیلات آنها ارتباطی دارد؟

آیا نوع نگرش مردم با جنس آنها ارتباطی دارد؟

برخورد جامعه با افراد معلول چگونه است؟

آیا نوع نگرش مردم با سن آنها ارتباطی دارد؟

باورهای غلط مردم نسبت به علت ایجاد معلولیت چیست و این

باورها از کجا منشأ می‌گیرند؟

عقیده مردم در خصوص لزوم استقلال و مشارکت اجتماعی

معلولین چیست؟

مردم تا چه اندازه به ایجاد فرصت‌های برابر برای معلولین اعتقاد

دارند؟

نظر مردم راجع به امکان آموزش و توانبخشی معلول در منزل و

در جامعه چیست؟

بیان یک فرضیه ممکن است به شکلی مثبت انجام شود که

در آن رابطه بین دو یا چند متغیر یا تفاوت بین آنها به صورت

احتمالی و به شکل خبری مثبت بیان میشود.

گاهی در فرضیه منکر وجود رابطه بین متغیرها شده و آن را

به شکل جمله خبری منفی بیان می‌نمایند.

ممکن است در فرضیه موضوع به شکل ضمنی مطرح شود.

ملاک‌های مختلفی برای یک فرضیه خوب برشمرده‌اند که

مهم‌ترین آنها عبارتند از:

• روش معین و مشخص

• داشتن حدود مشخص، کوتاه و مختصر

• قابلیت اندازه‌گیری داشتن

• قابل فهم بودن (تعریف مناسب و خوب)

• بیان بر اساس تئوری‌ها و نظریه‌های موجود

• مرتبط بودن با عنوان تحقیق

فرضیه و سوالات مهم عمدتاً از اهداف تحقیق حاصل

می‌شود. بدیهی است در مورد تحقیقات تجربی و تحلیلی که

معمولاً حول یک سوال مشخص و رسیدن به پاسخ آن انجام

می‌شود، فرضیه نیز در همان مسیر و در پاسخ به سوال تحقیق

تدوین خواهد شد. نکته حائز اهمیت در نوشتن سوالات مهم

آن است که باید دقت نمائیم در حد ضرورت سوالات را

محقق برای تهیه فرضیه مناسب تحقیق عمدتاً از منابع علمی در اختیار خود کمک خواهد گرفت. یافته‌های علمی قبلی که در زمینه موضوع تحقیق انجام گرفته، یکی از منابع اصلی برای تهیه فرضیه است. همچنین تجربیات شخصی فرد محقق می‌تواند، نقش مهمی را در این زمینه ایفا نماید.

یک نکته قابل توجه برای دانشجویان آن است که در نوشتن فرضیه برای طرح تحقیق خود دچار این چالش می‌شوند که آیا در طرح تحقیق نیز باید «فرضیه آماری صفر یا خشی (H0)» و نیز «فرضیه تحقیق یا (H1)» را بنویسند یا خیر؟ پاسخ آن است که در طرح تحقیق صرفاً نیاز به نگارش «فرضیه تحقیق» وجود دارد و به «فرضیه آماری خشی یا صفر» که در آن هرگونه تفاوت یا تغییری رد می‌شود، نیاز نداریم. در حالی که در «فرضیه تحقیق» پیش‌بینی و جهت‌گیری محقق نشان داده می‌شود. نکته دوم و ضروری آن که «فرضیه تحقیق» را به دوگونه می‌توان نوشت:

فرضیه دو دامنه که اختلاف را بدون در نظر گرفتن سمت و جهت آن بیان می‌کند.

مثال:

بین دختران و پسران در معدل نمره ورودی به دانشگاه تفاوت وجود دارد.

نگرش افراد نسبت به انواع مختلف معلولیت متفاوت است.

فرضیه یک دامنه که جهت‌گیری محقق را در نوع تفاوت بیان می‌کند.

مثال:

نمرات دختران از نمرات پسران در درس‌های خواندنی بیشتر است.

کارکنان اداری که تماس و ارتباط بیشتری با معلولان دارند، دارای نگرش مثبت‌تری می‌باشند.

لازم به ذکر است که مطالعات تحلیلی و تجربی به‌طور اصولی نیازمند به داشتن فرضیه هستند و این یک الزام منطقی است. لیکن در مطالعاتی که صرفاً به صورت توصیفی انجام می‌شوند، نیازی به داشتن فرضیه نیست. بلکه در این گونه موارد از سوالات مهم برای تدوین آنچه باید مورد اندازه‌گیری قرار گیرد، استفاده نمائیم.

مطرح نمائیم.

تعریف مفاهیم و متغیرها

در این بخش شما با نحوه تعریف متغیرها و مفاهیم در تحقیق خود آشنا می‌شوید. در این بخش تلاش می‌شود سه موضوع زیر بررسی و توضیح داده شود.

چرا تعریف مفاهیم و متغیرها مهم است؟

تعریف عملی مفاهیم و متغیرها چگونه انجام می‌شوند؟

تعریف متغیر و انواع آن

مفهوم و متغیر دو عنصر هستند که در اغلب تحقیقات حضوری تام و تمام دارند. در تحقیق به روش علمی یکی از حساس‌ترین اقدامات تعریف صحیح و مناسب از این دو عنصر می‌باشد. اهمیت کار در این مرحله به صورتی است که لازم است، با توجه به ویژگی‌های تحقیق به روش علمی دو گونه تعریف به دست دهیم. تعریف شرحی و تعریف علمی و این دو تعریف را در مورد هر دو عنصر باید ارائه کرد. تفاوت بین مفهوم و متغیر در یک تحقیق شاید بسیار ظریف باشد. منظور از مفهوم آن عنصری از تحقیق است که محقق قصد اندازه‌گیری آن را ندارد، لیکن باید برای سایرین به‌طور مشخص آن را تعریف نماید تا دیگران منظور و مقصود محقق را از آن واژه یا مفهوم درک نمایند و متغیر آن عنصری در تحقیق است که محقق دقیقاً قصد اندازه‌گیری آن را دارد و ضروری است تا دیگران درک مشخصی از آن براساس تعریفی که محقق ارائه می‌کند، داشته باشند.

از همین جهت است که هم در تعریف مفاهیم و هم در تعریف متغیرها به دو گونه از تعریف روبرو هستیم. تعاریف شرحی عمدتاً از لغت‌نامه‌ها، دائرةالمعارف‌ها، کتاب‌های مرجع و کتب درسی و ... اقتباس می‌شود و تنها، عنصر مورد نظر را به صورت نظری یا تئوری تعریف می‌نماید. به عبارت دیگر تعریف یک مفهوم به وسیله مفاهیم دیگر که معمولاً از مطالعات و نظریه‌های موجود نشأت می‌گیرد و با بیانی علمی ارائه می‌شود. بدیهی است در هنگام تعریف ذکر منبع مورد استفاده ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

اما در تعاریف عملی که به طور مشخص بر عهده محقق قرار دارد، محقق آنچه را که از این عنصر در این تحقیق خاص مدنظر دارد، بیان می‌کند. به بیان دیگر محقق به مشخص

ساختن و تعریف نمودن آن متغیر و تعیین کردن عملیات و معیارهای تجربی که برای اندازه‌گیری و سنجش آن لازم است، می‌پردازد.

تعریف متغیر: متغیر مشخصه یک عنصر پدیده موجود زنده و یا هر چیزی است که قابلیت تغییر داشته و می‌تواند مقادیر مختلفی را بپذیرد. به عبارت دیگر یک ویژگی است که ممکن است از فردی به فرد دیگر و یا از زمانی به زمان دیگر تغییر کند. باید دقت شود که در نوع متغیر علی‌رغم مشابه بودن عنوان از یک مطالعه به مطالعه دیگر ممکن است تفاوت باشد.

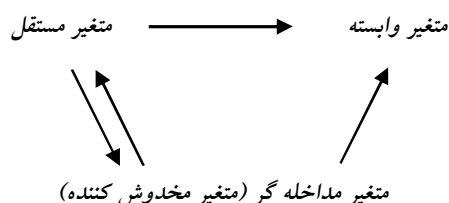
متغیر را براساس عوامل مختلف به گونه‌های متفاوتی تقسیم‌بندی می‌نماید:

متغیر مستقل: متغیری است که محقق تاثیر آن را بر متغیر وابسته مورد سنجش قرار می‌دهد.

متغیر وابسته: متغیری است که متغیر یا متغیرهای مستقل بر روی آن اثر خواهند داشت.

متغیر زمینه‌ای (جمعیت‌شناسی یا دموگرافیک): در مطالعات بر روی جوامع انسانی برخی متغیرهای وابسته به جمعیت حضور دارند که سنجش آنها به نحوی مورد استفاده ما خواهد بود. این متغیرها خصوصیات جامعه مورد مطالعه را به نحو مطلوبی توصیف می‌کنند.

متغیر مداخله‌گر: متغیری است که بر روی رابطه علت و معلولی بین دو یا چند متغیر تاثیر می‌گذارد و باعث قوی یا ضعیف شدن رابطه بین متغیرها از حد واقعی آنها می‌شود. شکل زیر نمایی از متغیر مخدوش‌کننده را نشان می‌دهد.



تقسیم‌بندی براساس خصوصیات متغیر:

متغیر کمی: متغیری است که حاصل اندازه‌گیری یک صفت کمی است. بدیهی است این متغیر همچون تقسیم‌بندی معمول در اعداد به دو دسته متغیر گسسته و پیوسته تقسیم

برای مثال ذکر شده نقش، مقیاس اندازه گیری، تعریف
شرحی و یا تعریف عملی متغیرها را در جدول زیر کامل کنید:

نام متغیر	نقش متغیر	مقیاس اندازه گیری	تعریف عملی
مقدار مصرف			
مدت مصرف			
شکل مصرف			
سن			
جنس			
ابتلا به سیستیت			
سرطان مثانه			

خواهد شد.

متغیر کیفی: متغیری است که کیفیت صفات با آن
اندازه گیری می شود.

متغیر مرکب: متغیری را که از ترکیب دو یا چند متغیر به
وجود می آید را متغیر مرکب می نامند.

تعریف متغیر به شکل عملی یا کاربردی ضرورت دارد.
تعریف عملی باید براساس ملاک‌هایی صورت بگیرد که
مهم ترین آنها عبارتند از:

- قابلیت انجام داشته باشند.
- دقیق و مشخص باشند.
- قابلیت اندازه گیری داشته باشند.

مثال:

بررسی رابطه اعتیاد به تریاک و سرطان مثانه در بیماران مراجعه
کننده به مرکز آموزشی درمانی پنج آذرگراگان.

تازه‌های پزشکی

■ اولین جنین هیبریدی

محققان در دانشگاه نیوکاسل برای اولین بار در انگلستان رویانی که نیمی انسان و نیمی حیوان است را خلق کرده‌اند. این رویان تا سه روز زنده ماند و بخشی از تحقیقات پزشکی در باره طیفی از بیماری‌ها می‌باشد. کلیسای کاتولیک آن را هیولا توصیف نمود، اما محققان پزشکی و گروه‌های حامی بیماران می‌گویند که چنین تحقیقی برای درک بیماری‌ها حیاتی است. محققین می‌گویند که می‌توانند از این کار برای درمان‌های جدید بیماری‌ها مانند پارکینسون و آلزایمر استفاده کنند. این کار با تزریق DNA که از سلول‌های پوست انسان گرفته شده به درون تخم‌های گرفته شده از تخمدان‌های گاوها که مواد ژنتیکی آنها خارج شده‌اند، صورت می‌گیرد. تیم نیوکاسل می‌گوید، از تخمدان‌های گاو استفاده می‌کنند، زیرا تخم‌های انسان از دهندگان یک منبع با ارزش و محدود هستند. رویان‌های هیبریدی صرفاً برای تحقیق استفاده می‌شوند و هرگز اجازه داده نمی‌شود تا بیش از ۱۴ روز زنده بمانند، زمانی که آنها حتی کوچک‌تر از سرسجاق هستند. دانشمندان قصد دارند، سلول‌های بنیادی را از رویان‌ها به منظور شناخت بیشتر از بیماری‌هایی از قبیل دیابت تا سکتة مغزی استخراج نمایند که در نهایت منجر به امکان درمان بیماری‌ها می‌شود. پروفیسور جان برن از دانشگاه نیوکاسل می‌گوید این تحقیقات تماماً اخلاقی است. وی می‌گوید همه این‌ها در ظروف آزمایشگاهی است و ما این رویان‌ها را برای پیوند به شخصی استفاده نمی‌کنیم.

Reference: BBC News. 2008. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/>

■ کلسترول خوب

دانشمندان می‌گویند یک‌سوم مردم ژنی دارند که به آنها کمک می‌کند تا به بیماری قلبی مبتلا نشوند. یک مطالعه روی ۱۴۷۰۰۰ بیمار نشان داد که انواع مختلف ژن CETP ممکن است به افزایش کلسترولی که نوع خوب نامیده می‌شود، منجر

گردد. گروه تحقیقاتی هلندی و انگلیسی در مجله انجمن قلب امریکا این مقاله را منتشر کردند. در کسانی که این ژن را داشتند، ۵ درصد مرگ و میر هم کمتر بود.

Reference: BBC News. 2008. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/>

■ استفاده از موبایل موجب راش‌های پوستی می‌شود.

کاربرهای تلفن همراه در معرض خطر بروز راش در صورت و حوالی گوش هستند. این مسأله به دلیل واکنش آلرژیک زنان به نیکل موجود در گوشی ایجاد می‌شود.

Reference: BBC News. 2008. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/>

■ موسیقی و سکتة مغزی

گوش دادن به موسیقی در مراحل اولیه بعد از سکتة مغزی می‌تواند بهبودی بیمار را ارتقاء بخشد. تیم محققان فنلاندی ۶۰ بیمار را مورد مطالعه قرار دادند. محققان بیمارانی را که چند ساعت در روز موسیقی گوش می‌کردند را با کسانی که فقط به کتاب‌های صوتی گوش می‌دادند و یا اصلاً به چیزی گوش نمی‌دادند را با هم مقایسه نمودند. گروه موسیقی بهبودی، بهتری از نظر حافظه و مهارت‌های توجه داشتند.

Reference: BBC News. 2008. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/>

■ هنر درمانی برای بیماران اسکیزوفرنی

موسسه ملی تعالی بالینی و سلامت در انگلیس NICE برنامه‌هایی را برای استفاده از هنر، موسیقی و رقص درمانی برای بیماران اسکیزوفرنی طراحی و اجرا نموده است. یک تیم از متخصصین دریافتند، این درمان‌ها به‌ویژه در مواردی که بیمار در حالات منفی مانند کناره‌گیری و انگیزه پایین قرار دارد، موثر است. مشکل عمده در شیزوفرنیا، توهم و هذیان است که برقراری ارتباط با سایرین را فوق‌العاده مشکل می‌سازد، از این رو این افراد ایزوله می‌شوند.

Reference: BBC News. 2008. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/>

■ یوگا راهی برای برطرف کردن مشکلات

هموروئید کتومی

طبق نتایج انجمن امریکایی دستگاه گوارش و جراحان اندوسکوپی در نشست سالانه علمی ۲۰۰۸، عوارض جانبی هموروئید کتومی ممکن است با انجام حرکات خاصی که برای تقویت روده‌ها انجام می‌شود، کاهش یابد. از طریق یوگا می‌توان این کار را انجام داد.

Reference: www.medscape.com

■ تست خوراکی گلوکز و پیش‌بینی دیابت نوع II

بنابه نتایج یک تحقیق، غلظت گلوکز پلاسما یک ساعت بعد از تست تحمل گلوکز خوراکی OGTT یک پیش‌بینی کننده قوی برای میزان خطر دیابت نوع II است. این مقاله در مجله Diabetes Care منتشر شده است. طی یک مطالعه طولی ۴۰ درصد از بیمارانی که دچار دیابت نوع II شدند، تحمل گلوکز طبیعی در شروع مطالعه داشتند و این نکته حاکی از آن است که جمعیتی با تحمل قند خوراکی طبیعی وجود دارد که در معرض خطر دیابت نوع II می‌باشد.

Reference: www.medscape.com

■ درد مزمن ممکن است به مغز آسیب برساند.

مطالعه جدیدی دال بر آن است که درد مزمن اثر گسترده‌ای بر کارکرد مغز دارد. این یافته ممکن است توجه کننده بسیاری از مشکلات رفتاری و شناختی رایج در چنین بیمارانی باشد. با استفاده از روش‌های تصویربرداری محققان

دانشگاه نورث وست در شیکاگو، ایلینویز امریکا دریافتند، در مقایسه با افراد سالم، بیمارانی که درد مزمن کمتر دارند، تغییراتی از نظر اتصال نواحی قشری مغزشان وجود دارد (نواحی که به درد مرتبط نمی‌باشد).

Reference: www.medscape.com

■ نانو تکنولوژی و بیمارستان

در نشست فصل پاییز گروه میکرب‌شناسی ۲۰۰۸ در دبلین اعلام شد که وقتی چراغ‌های فلورسانت روشن شود، رنگ‌های ساخته شده با استفاده از نانو تکنولوژی جدید برای دیوارها، سقف‌ها و سطوح می‌تواند برای از بین بردن میکرب‌ها استفاده شود. رنگ‌های جدید حاوی دی اکسید تیتانیوم می‌باشند.

Reference: www.betterhumas.com

■ احیای قلبی ریوی تنها با استفاده از دست

انجمن قلب امریکا احیای قلبی ریوی که فقط با استفاده از دست انجام شود را مورد تصویب قرار داد. طبق این مصوبه دیگر الزامی به استفاده از تنفس دهان به دهان در مواجهه با فرد دچار ایست قلبی نمی‌باشد. انجمن می‌گوید تنفس دهان به دهان و ماساژ قلبی هیچ مزیتی نسبت به ماساژ قلبی به تنهایی ندارد.

Reference: www.health.usnews.com

چند خبر کوتاه

شیمای رکن شریفی، دانشجوی سال هفتم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

این که EGCG ابتلا به دیابت تیپ I را به تاخیر می‌اندازد، تعجب‌برانگیز بود.

Reference: www.medicalnewstoday.com/2008-oct

■ افراد سیگاری باید برای پنومونی، مننژیت و بیماری‌های دیگر واکسینه شوند.

یکی از متخصصین به مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در آمریکا توصیه کرده است که برای جلوگیری از اضافه شدن افراد بالغ سیگاری به لیست بیماری‌های باکتریایی مثل پنومونی، مننژیت و ... واکسن این بیماری‌ها را به آنها تزریق کنند.

پنومونی نوع پیچیده آنفلوانزا است و تصور می‌شود دلیل اصلی مرگ ۳۶۰۰۰ نفر در سال است. هنوز به طور واضح معلوم نیست چرا افراد سیگاری مستعد بیشتر این بیماری‌ها هستند، اما متخصصین حدس می‌زنند که آسیب ناشی از سیگار کشیدن بر روی شش‌ها و بافت سینه اجازه می‌دهد که باکتری پایگاهی برای خود ساخته و منجر به بیماری شوند. کشیدن ۲۴ نخ سیگار در روز خطر ابتلا به بیماری پنوموکوکال را ۵ برابر می‌کند. حتی کشیدن یک نخ سیگار در روز خطر ابتلا را ۲ برابر می‌کند.

Reference: www.medicalnewstoday.com/2008-oct

■ نانوتکنولوژی امکان درمان آسیب‌های طناب نخاعی، دیابت و پارکینسون را فراهم کرده است.

دنیایی را تصور کنید که ارگان‌های خراب بدن با تحریر خود را معالجه کنند. دکتر ساموئل استوپ یکی از افرادی است که جدیداً وارد ترکیب علم نانوتکنولوژی و زیست برای این کار شده است. استوپ و همکارانش تصور می‌کنند که مولکول‌ها را در ناوفیریلی که هزار برابر از موی انسان نازک‌تر است، طراحی و جمع کنند و آن را به بدن تزریق کنند. این ناوفیریل‌ها به منطقه‌ای که نیاز به تحریر بعضی پاسخ‌های زیستی دارد، می‌رود. این کار برای آلزایمر و پارکینسون مفید است. چون در هر دوی این بیماری‌ها سلول‌های کلیدی مغز از کار باز می‌مانند.

Reference: www.medicalnewstoday.com/2008-oct

■ خوردن چای سبز ابتلا به دیابت تیپ I را به تاخیر می‌اندازد.

آنتی‌اکسیدان قوی موجود در چای سبز احتمالاً خطر ابتلا به دیابت نوع I را از بین می‌برد و یا به تاخیر می‌اندازد. تحقیقات EGCG (آنتی‌اکسیدان زیاد چای سبز) در آزمایشگاه موش‌هایی با دیابت تیپ I و سندرم شوگر اولیه انجام شد. این موش‌ها در غدد بزاقی مشکل دارند و دارای خشکی دهان و چشم هستند.

مطالعات بیشتر بر سندرم شوگر تاکید داشت، اما دانستن

در ادامه شماره‌های قبلی این بار نیز به منظور معرفی و
تقدیر از دانشجویان ساعی و افتخار آفرین دانشگاه به
خلاصه پایان‌نامه و سوابق علمی - پژوهشی دو تن از
فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی و اعضای فعال کمیته
تحقیقات دانشجویی دانشگاه، آقایان دکتر علی داوریان و
دکتر سیدامیرحسین فاضلی می‌پردازیم. ضمن تبریک،
آرزوی موفقیت و سلامتی برای آنان داریم.

چکیده پایان نامه

بررسی مرفومتريک اثر عصاره هیدروالکلی برگ گیاه گزنه بر شمار سلول های گرانولار شکنج دندانهای موش های دیابتی شده با استرپتوزوتوسین

سید امیرحسین فاضلی*، دکتر محمدجعفر گلعلی پور**، دکتر کامران حیدری***
* پزشک عمومی، ** دکترای علوم تشریح و استاد دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد راهنما)
*** دکترای علوم تشریح و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد مشاور)

زمینه و هدف: گیاه گزنه از دیرباز به عنوان یک گیاه دارویی در درمان بسیاری از بیماری ها از جمله دیابت شیرین مدنظر قرار داشته است. با صنعتی شدن روزافزون جوامع بشری، انسفالوپاتی دیابتی که مشتمل بر اختلالات یادگیری و حافظه و برخی دیگر از اختلالات شناختی و رفتاری می باشد، به عنوان یکی از عوارض مهم ناشی از دیابت، بیش از گذشته مورد توجه است. از این رو و باتوجه به نقش قابل توجه سلول های گرانولار شکنج دندانهای در فرآیندهای مربوط به حافظه و یادگیری، مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر عصاره هیدروالکلی گیاه گزنه بر شمار این سلول ها در واحد سطح، پیش از ایجاد دیابت شیرین و پس از آن انجام گردید. **روش بررسی:** ۲۴ موش صحرایی نر نژاد ویستار سفید با سن ۶-۷ هفته، به طور مساوی در چهار گروه شاهد، دیابتی، پیشگیری و درمان تقسیم شدند. مدل تجربی با تزریق داخل صفاقی استرپتوزوتوسین در اولین روز مطالعه (۸۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم) در موش های گروه های دیابتی و درمان ایجاد شد. به موش های گروه درمان از روز ششم مطالعه تا پایان آن، روزانه عصاره هیدروالکلی گیاه گزنه (۱۰۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم) از طریق تزریق داخل صفاقی تزریق گردید. موش های گروه پیشگیری در ۵ روز اول مطالعه عصاره یادشده را (۱۰۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم) از طریق تزریق داخل صفاقی دریافت کردند. در روز ششم، دیابت با تزریق داخل صفاقی استرپتوزوتوسین (۸۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم) القاء شد و سپس به موش های این گروه تا پایان مطالعه هر روز نرمال سالین داخل صفاقی تجویز شد. در طول مدت مطالعه، موش های گروه های شاهد و دیابتی به صورت روزانه نرمال سالین داخل صفاقی دریافت کردند. در پایان هفته پنجم مطالعه، با استفاده از بیهوشی عمومی، جابجایی مهره های گردنی در تمامی موش ها ایجاد شد و از نیمکره راست مغزهای آنها پس از خارج سازی و انجام تیمارهای بافت شناسی، مقاطع بافتی کروئال به صورت سریال و با ضخامت ۷ میکرومتر تهیه و با استفاده از رنگ Cresyl violet رنگ آمیزی شد. پس از تصویربرداری از مقاطع مورد نظر، شمار سلول های گرانولار شکنج دندانهای در میکرومتر مربع مورد اندازه گیری قرار گرفت.

یافته ها: در گروه دیابتی، شمار سلول های گرانولار در میکرومتر مربع نسبت به گروه شاهد کمتر بود ($10^{-6} \times 1564 \pm 10^{-6} \times 6896$) در برابر $10^{-6} \times 2118 \pm 10^{-6} \times 7356$ ، $P > 0.05$). در گروه پیشگیری نیز یافته مشابهی مشاهده شد ($10^{-6} \times 1412 \pm 10^{-6} \times 6804$) در برابر $10^{-6} \times 2118 \pm 10^{-6} \times 7356$ ، $P > 0.05$. در مقابل، مقایسه گروه درمانی با گروه شاهد هیچ گونه مشابهی در شمار سلول های گرانولار را آشکار نداشت ($10^{-6} \times 2323 \pm 10^{-6} \times 7582$) در برابر $10^{-6} \times 2118 \pm 10^{-6} \times 7356$ ، $P > 0.05$. به علاوه، گروه درمانی نسبت به گروه دیابتی، از شمار سلول های گرانولار بیشتری در واحد سطح برخوردار بود ($10^{-6} \times 2323 \pm 10^{-6} \times 7582$) در برابر $10^{-6} \times 2118 \pm 10^{-6} \times 7356$ ، $P > 0.05$.

نتیجه گیری: با توجه به این که کاهش سلول های گرانولار مرتبط با دیابت در گروه درمانی مشهود نبود، به نظر می رسد که عصاره هیدروالکلی گیاه گزنه می تواند نقش موثری در درمان آثار تخریبی دیابت بر روی سلول های گرانولار شکنج دندانهای و بهبود عوارض شناختی این بیماری داشته باشد. براساس نتایج این مطالعه، عصاره گیاه گزنه تأثیر قابل توجهی در پیشگیری از آثار تخریبی یاد شده ندارد.

کلید واژه ها: دیابت، عصاره گزنه، استرپتوزوتوسین، شکنج دندانهای، سلول گرانولار، موش صحرایی

سوابق علمی - پژوهشی دکتر سیدامیر حسین فاضلی

سوابق آموزشی

- (۱) نفر دوم دانشجویان پزشکی ورودی ۸۰ دانشکده پزشکی گرگان، پذیرفته شده در آزمون سراسری دانشگاه‌ها
- (۲) عضو دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی گلستان از بدو تاسیس
- (۳) گذراندن پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی با کسب درجه عالی
- (۴) عضو کمیته دانشجویی دفتر EDC دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

مقام‌های کسب شده

- (۱) کسب رتبه اول مقالات انگلیسی با عنوان *The effect of formaldehyde exposure on rat tracheal epithelium* در چهارمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. همدان. آذرماه ۱۳۸۲.
- (۲) رتبه برتر سخنرانی در بخش ارائه مقاله به زبان انگلیسی با عنوان *Morphine Abuse* در سمینار دانشجویی «سوء مصرف دارویی - Drug Abuse» گرگان. اول دی ماه ۱۳۸۳.
- (۳) برگزیده پژوهشگر برتر دانشگاه طی سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶ از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۴) برگزیده دانشجوی نمونه در زمینه پژوهش طی سال ۱۳۸۴ از سوی معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه.
- (۵) برگزیده دانشجوی نمونه آموزشی طی سال ۱۳۸۶ از سوی معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۶) داور منتخب اولین همایش پژوهشگران جوان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. اردیبهشت ماه ۱۳۸۷. گرگان.

چاپ کتاب

سارس بحران قرن ۲۱. شابک: ۹-۵۰-۷۹۹۱-۹۶۴-۱۳۸۵. شماره کتابخانه ملی ایران: ۳۷۳۹۷-۸۲م

آشنایی به زبان‌های خارجی

انگلیسی

عربی

مجری طرح‌های پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه

- (۱) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر مخاط تنفسی نای موش صحرایی. (اولین پژوهش دانشجویی از نوع مطالعات تجربی حیوانی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان).
- (۲) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر کبد موش صحرایی.
- (۳) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر کلیه موش صحرایی.
- (۴) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر بافت بیضه موش صحرایی.
- (۵) مقایسه وضعیت پوسیدگی اولین مولر دائمی بین دانش آموزان دختر و پسر پایه سوم ابتدایی شهرستان بندرگز در سال ۸۱.
- (۶) بررسی مورفومتریک اثرات عصاره هیدروالکلی برگ گیاه گزنه بر تعداد سلول‌های گرانولار شکنج دندان‌های مغز موش‌های صحرایی دیابتی شده با استرپتوزوتوسین.

مقالات علمی - پژوهشی چاپ شده در مجلات داخلی

- (۱) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر مخاط تنفسی نای موش صحرایی. مجله علمی- پژوهشی پزشکی قانونی. زمستان ۱۳۸۲. شماره سی و دوم.
- (۲) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کبد موش صحرایی. مجله علوم تشریح ایران. پاییز ۸۴.
- (۳) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کلیه موش صحرایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. زمستان ۱۳۸۵. شماره بهمن.

مقالات علمی - پژوهشی چاپ شده در مجلات خارجی

- 1) *Histopathologic changes of rat tracheal mucosa following formaldehyde exposure. Int J Morphol 2005; 23(4):369-372.*
Indexing: Index Medicus آمریکای جنوبی
- 2) *Esophageal cancer in northeastern Iran. Indian Journal of Gastroenterology. 2005;24:224-224.*
Indexing: Medline
- 3) *Morphometric evidences for regional variability in potential of neural plasticity. Int J Morphol. 2006; 24(2):181-186.*
Indexing: Index Medicus آمریکای جنوبی
- 4) *Histopathologic Changes of Rat Liver Following Formaldehyde Exposure. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2006; 9(11):2137-2140.*
Indexing: ISI - Pubmed
- 5) *Formaldehyde exposure induces histopathological and morphometric changes in the rat testis. Folia Morphologica. 2007 Aug; 66(3):167-71.*
Indexing: Medline
- 6) *Morphometric alterations of the rat spleen following formaldehyde exposure. Folia Morphologica. 2008 Feb; 67(1):19-23.*
Indexing: Medline
- 7) *First-molar caries in primary school children of a northern city of Iran. Pak Oral Dental J. 2005 Jun;25(1):93-6.*
Indexing: Index Medicus منطقه مدیترانه شرقی
- 8) *Granule cell density of dentate gyrus following administration of Urtica dioica extract to young diabetic rats. Folia Morphologica. 2007 Aug;66(3):167-71.*
Indexing: Medline

مقالات ارسال شده در دست انتشار

- 1) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure.*
- 2) *CA1 pyramidal cell density of young diabetic rats following early administration of Urtica dioica extract.*

ارائه مقاله در کنگره‌های بین‌المللی

- ۱) ارائه مقاله پژوهشی به صورت سخنرانی انگلیسی در نوزدهمین کنگره بین‌المللی دانشجویان پزشکی. May 2004. استانبول ترکیه. به‌عنوان نخستین دانشجوی شرکت کننده در همایش‌های علمی خارج از کشور از دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- ۲) پذیرش مقاله پژوهشی در شانزدهمین کنگره فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های آناتومیست‌های جهان (IFFA). 22-27 Aug 2004. کیوتوی ژاپن.
- ۳) پذیرش مقاله پژوهشی به صورت سخنرانی انگلیسی در کنگره بین‌المللی کلیه و مجاری ادراری. خرداد ۱۳۸۴. تهران.
- ۴) ارائه ۲ مقاله در چهارمین کنگره دانشجویان پزشکی. April 2005. دانشگاه لایدن هلند.
- ۵) پذیرش ۲ مقاله پژوهشی در کنگره بین‌المللی آناتومی آمریکای جنوبی. October 2005. شیلی.
- ۶) پذیرش مقاله پژوهشی در سومین کنگره بین‌المللی پزشکان جوان. September 2005. ارمنستان.
- ۷) شرکت در کنگره بین‌المللی Stem Cell and Gene Therapy in Clinical Practice. 7-9 May 2004. استانبول ترکیه.
- ۸) پذیرش مقاله پژوهشی در کنگره بین‌المللی آناتومیست‌های ترکیه. September 2005.
- ۹) پذیرش مقاله پژوهشی به صورت پوستر در Young Physiologists congress 2008 دانشگاه کمبریج انگلستان.

ارائه مقاله در کنگره‌های داخلی سخنرانی

- (۱) فیروز کیستیک. همایش بیماری‌های ژنتیک. ۴ دی ۱۳۸۱. گرگان
- (۲) *The effect of formaldehyde exposure on rat tracheal epithelium*. چهارمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. آذرماه ۱۳۸۲. همدان.
- (۳) *Molecular layer in lobular sides of primary fissure: A morphometric study of rat cerebellar cortex*. پنجمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. مهرماه ۱۳۸۳. مشهد.
- (۴) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کبد موش صحرایی. پنجمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. مهرماه ۱۳۸۳. مشهد.
- (۵) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. ششمین کنگره بین‌المللی اورولوژی ایران. خرداد ۱۳۸۴. تهران.
- (۶) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. دوازدهمین کنگره بین‌المللی دانشجویان پزشکی. اسفند ماه ۱۳۸۴. تبریز.
- (۷) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. هفتمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خرداد ۱۳۸۵. تهران.
- (۸) *Morphometric changes of rat testis following formaldehyde exposure*. هشتمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خرداد ۱۳۸۶. شیراز.

پوستر

سوء مصرف دارویی – Drug Abuse. اول دی ماه ۱۳۸۳. گرگان.

کارگاه‌ها و دوره‌های پژوهشی

- (۱) گذراندن دوره روش تحقیق مقدماتی و اخذ گواهی مربوطه.
- (۲) مدرس در سه دوره کارگاه دانشجویی روش تحقیق مقدماتی.
- (۳) شرکت در کارگاه برنامه‌ریزی استراتژیک (Strategic Planning) و اخذ گواهی مربوطه.
- (۴) شرکت در کارگاه آموزشی شرکت Power Lab در زمینه تکنیک‌های پیشرفته در علوم زیستی و پزشکی نظیر الکتروفیزیولوژیک و اخذ گواهی مربوطه.
- (۵) برگزاری نخستین دوره آموزشی آشنایی با بافت‌شناسی در علوم اعصاب.

چاپ مطالب علمی متفرقه

چاپ ترجمه مقاله با عنوان «قطع هورمون‌های تیروئیدی در مبتلایان به سرطان تیروئید با میزان تمایز بالا» در مجله علمی دانشجویی فراز. سال پنجم. شماره دهم. دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

فعالیت‌های علمی دیگر

- (۱) عضو شورای مرکزی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۲) داور منتخب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به منظور بررسی طرح‌های تحقیقاتی دانشجویی.
- (۳) مترجم هم‌زمان از زبان انگلیسی به فارسی در کنگره بین‌المللی بزرگداشت حکیم جرجانی. گرگان. مهرماه ۱۳۸۱.
- (۴) تهیه فیلم آموزشی «روش تشریح موش صحرایی» به درخواست گروه علوم تشریحی دانشکده پزشکی گرگان.
- (۵) نماینده معاونت پژوهشی دانشگاه به عنوان داور به منظور شرکت در جلسه انتخاب داوران در ششمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. دی ماه ۱۳۸۳.
- (۶) همکاری با مجله دانشجویی فراز

چکیده پایان نامه

بررسی اثر تجویز حاد هیدروکورتیزون سدیم سوکسینیت در کاهش وسعت ناحیه انفارکتوس قلب خرگوش

علی داوریان*، دکتر وحید خوری**، مهندس ناصر بهنام پور***
* پزشک عمومی، ** فارماکولوژیست و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد راهنما)
*** کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد مشاور)

زمینه و هدف: بیماری‌های ایسکمیک قلبی یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در جهان صنعتی امروز است. پیش‌شرطی‌سازی ایسکمیک قلب یکی از روش‌های جدید در حفاظت از سلول‌های قلبی در برابر انفارکتوس می‌باشد. مطالعات گذشته حاکی از توانایی برخی از داروها در تقلید این اثر مفید است، اما تاکنون مطالعه‌ای برای تعیین نقش داروی هیدروکورتیزون در این پدیده صورت نگرفته است. این مطالعه به منظور بررسی اثر تجویز هیدروکورتیزون سدیم سوکسینیت در کاهش وسعت انفارکتوس قلبی در قلب خرگوش صورت گرفت.

روش بررسی: ۲۴ سر خرگوش نر نیوزلندی به صورت تصادفی و به طور مساوی به ۴ گروه شام (Sham)، کنترل (Control)، پیش‌شرطی‌سازی ایسکمیک (IP) و دارو (HYD) تقسیم شدند. تمام حیوانات پس از بیهوش شدن، انتوبه گردیدند و به ونتیلاتور حیوانی متصل شدند. در تمام گروه‌ها به جز شام، برای ایجاد انفارکتوس میوکارد، پس از باز کردن قفسه سینه از چهارمین فضای بین‌دنده‌ای چپ، شاخه نزولی قدامی شریان کرونری چپ با نخ سیلک ۰-۳ به مدت ۴۵ دقیقه بسته شد. در گروه دارو، ۴۵ دقیقه قبل از القاء انفارکتوس، هیدروکورتیزون به میزان 50mg/kg از ورید گوشه تزریق گردید. سپس به مدت ۱۲۰ دقیقه پس از انفارکتوس، تمام گروه‌ها تحت ریبریوژن قرار گرفتند. در انتها رنگ اوانس بلو تزریق شد و قلب به برش‌های ۴-۳ میلی‌متری تقسیم گردید و رنگ‌آمیزی تری-فنیل ترازولیم کلراید صورت گرفت. از برش‌ها برای تعیین وسعت انفارکت عکس دیجیتال گرفته شد. از نرم افزار SPSS 13 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: حجم ناحیه انفارکت و نسبت حجم ناحیه انفارکت به حجم ناحیه در معرض خطر از $624.77 \pm 87 \text{ mm}^3$ و $31.5 \pm 2.4\%$ (mean±SEM) در گروه کنترل به ترتیب به $105.55 \pm 19.62 \text{ mm}^3$ و $7.6 \pm 4.8\%$ (mean±SEM) در گروه دارو کاهش یافت که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($P < 0.001$). سطوح سرمی تروپونین-T قلبی از $1.2 \pm 1.4 \text{ ng/ml}$ (mean±SEM) به $0.29 \pm 0.24 \text{ ng/ml}$ (mean±SEM) کاهش یافت که از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: هیدروکورتیزون سدیم سوکسینیت توانست به صورت معنی‌داری حجم ناحیه انفارکت را کاهش داده و نقش محافظت کننده قلب را ایفا کند.

کلید واژه‌ها: هیدروکورتیزون، انفارکتوس قلبی، مدل ایسکمی-ریبریوژن، تروپونین

سوابق علمی - پژوهشی دکتر علی داوریان

سوابق آموزشی

- (۱) رتبه سوم دانشجویان پزشکی ورودی ۸۰ دانشکده پزشکی گرگان، پذیرفته شده در آزمون سراسری دانشگاه‌ها
- (۲) گذراندن پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی با کسب درجه عالی
- (۳) عضو دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۴) عضو کمیته دانشجویی دفتر EDC دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

سوابق مدیریتی

- (۱) دبیر علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۲) سردبیر مجله علمی - پژوهشی دانشجویی فراز.
- (۳) سردبیر و مؤسس مجله علمی - پژوهشی Hircania Times به زبان انگلیسی.

مقام‌های کسب شده

- (۱) کسب رتبه اول مقالات انگلیسی با عنوان *The effect of formaldehyde exposure on rat tracheal epithelium* در چهارمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. همدان. آذرماه ۱۳۸۲.
- (۲) رتبه برتر سخنرانی در بخش ارائه مقاله به زبان انگلیسی با عنوان *Morphine Abuse* در سمینار دانشجویی «سوء مصرف دارویی - Drug Abuse» گرگان. اول دی ماه ۱۳۸۳.
- (۳) برگزیده پژوهشگر برتر دانشگاه طی سال‌های ۱۳۸۲، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- (۴) برگزیده دانشجوی نمونه در زمینه پژوهش طی سال ۱۳۸۴ از سوی معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه.
- (۵) برگزیده دانشجوی نمونه آموزشی طی سال ۱۳۸۶ از سوی معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه.
- (۶) داور منتخب اولین همایش سراسری دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال کشور. مهرماه ۱۳۸۶. رشت.
- (۷) داور منتخب نهمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خردادماه ۱۳۸۷. همدان.
- (۸) داور منتخب اولین همایش پژوهشگران جوان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. اردیبهشت ماه ۱۳۸۷. گرگان.

چاپ کتاب

- (۱) سارس بحران قرن ۲۱. شابک: ۹-۵۰-۷۹۹۱-۹۶۴-۱۳۸۵. شماره کتابخانه ملی ایران: ۳۷۳۹۷-۸۲م
- (۲) درمان طبی سنگ‌های ادراری. تابستان ۱۳۸۵.
- (۳) داروهای قلبی. زمستان ۱۳۸۵. در حال چاپ.

آشنایی به زبان‌های خارجی

انگلیسی
آلمانی
عربی

مجری طرح‌های پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه

- (۱) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر مخاط تنفسی نای موش صحرایی. (اولین پژوهش دانشجویی از نوع مطالعات تجربی حیوانی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان).
- (۲) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر کبد موش صحرایی.
- (۳) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر کلیه موش صحرایی.
- (۴) ایجاد مدل هایپرکلسترولمیک در خرگوش با استفاده از رژیم غذایی پرچرب.
- (۵) بررسی اثرات بخار فرمالدهید سالن تشریح بر بافت بیضه موش صحرایی.
- (۶) بررسی اثر حاد هیدروکورتیزون سوکسینیت در پدیده پیش‌شرطی شدن قلب خرگوش.
- (۷) بررسی نقش کانال پتاسیم وابسته به ATP در اثرات حاد هیدروکورتیزون سوکسینیت در پدیده پیش‌شرطی شدن قلب خرگوش.

مقالات علمی - پژوهشی چاپ شده در مجلات داخلی

- ۱) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کبد موش صحرایی. مجله علوم تشریح ایران. پاییز ۸۴.
- ۲) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر مخاط تنفسی نای موش صحرایی. مجله علمی- پژوهشی پزشکی قانونی. زمستان ۱۳۸۲. شماره سی و دوم.
- ۳) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کلیه موش صحرایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. زمستان ۱۳۸۵. شماره بهمن.

مقالات علمی - پژوهشی چاپ شده در مجلات خارجی

- 1) *Histopathologic changes of rat tracheal mucosa following formaldehyde exposure. Int J Morphol 2005; 23(4):369-372.*
Indexing: Index Medicus آمریکای جنوبی
- 2) *Esophageal cancer in northeastern Iran. Indian Journal of Gastroenterology. 2005;24:224-224.*
Indexing: Medline
- 3) *Morphometric evidences for regional variability in potential of neural plasticity. Int J Morphol. 2006; 24(2):181-186.*
Indexing: Index Medicus آمریکای جنوبی
- 4) *Histopathologic Changes of Rat Liver Following Formaldehyde Exposure. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2006; 9(11):2137-2140.*
Indexing: ISI - Pubmed
- 5) *Formaldehyde exposure induces histopathological and morphometric changes in the rat testis. Folia Morphologica. 2007 Aug; 66(3):167-71.*
Indexing: Medline
- 6) *Morphometric alterations of the rat spleen following formaldehyde exposure. Folia Morphologica. 2008 Feb; 67(1):19-23.*
Indexing: Medline
- 7) *Gaucher disease: A 10 year old girl with anemia and huge splenomegaly (a case report). Pak J Biol Sci. 2008 Apr 1; 11(7):1063-5.*
Indexing: ISI

مقاله ارسال شده در دست انتشار

Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure.

ارائه مقاله در کنگره‌های بین‌المللی

- ۱) ارائه مقاله پژوهشی به صورت سخنرانی انگلیسی در نوزدهمین کنگره بین‌المللی دانشجویان پزشکی. May 2004. استانبول ترکیه. به‌عنوان نخستین دانشجوی شرکت کننده در همایش‌های علمی خارج از کشور از دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- ۲) پذیرش مقاله پژوهشی در شانزدهمین کنگره فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های آناتومیست‌های جهان (IFFA). 22-27 Aug 2004. کیوتوی ژاپن.
- ۳) پذیرش مقاله پژوهشی به صورت سخنرانی انگلیسی در کنگره بین‌المللی کلیه و مجاری ادراری. خرداد ۱۳۸۴. تهران.
- ۴) ارائه ۲ مقاله در چهارمین کنگره دانشجویان پزشکی. April 2005. دانشگاه لایدن هلند.
- ۵) پذیرش ۲ مقاله پژوهشی در کنگره بین‌المللی آناتومی آمریکای جنوبی. October 2005. شیلی.
- ۶) پذیرش مقاله پژوهشی در سومین کنگره بین‌المللی پزشکان جوان. September 2005. ارمنستان.
- ۷) شرکت در کنگره بین‌المللی *Stem Cell and Gene Therapy in Clinical Practice*. 7-9 May 2004. استانبول ترکیه.
- ۸) پذیرش مقاله پژوهشی در کنگره بین‌المللی آناتومیست‌های ترکیه. September 2005.
- ۹) پذیرش مقاله پژوهشی به صورت پوستر در بیست و یکمین کنگره بین‌المللی دانشجویان پزشکی. May 2008. استانبول ترکیه.
- ۱۰) پذیرش مقاله پژوهشی به صورت پوستر در سیزدهمین کنگره بین‌المللی انجمن انکولوژیست‌های اروپا. 16-19 October 2008. هلند.

ارائه مقاله در کنگره‌های داخلی سخنرانی

- (۱) بیماری هایپرکلسترولمیای خانوادگی. همایش بیماری‌های ژنتیک. ۴ دی ۱۳۸۱. گرگان.
- (۲) مروری بر ویژگی‌های ویروس‌شناختی ویروس مولد سارس. اولین همایش علمی سارس. ۱۵ تیر ۱۳۸۲. دانشگاه آزاد اسلامی گرگان.
- (۳) *The effect of formaldehyde exposure on rat tracheal epithelium*. چهارمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. آذرماه ۱۳۸۲. همدان.
- (۴) *Molecular layer in lobular sides of primary fissure: A morphometric study of rat cerebellar cortex*. پنجمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. مهرماه ۱۳۸۳. مشهد.
- (۵) تاثیر هیستوپاتولوژیک بخار فرمالدهید بر کبد موش صحرایی. پنجمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. مهرماه ۱۳۸۳. مشهد.
- (۶) *Morphine Abuse*. سمینار دانشجویی سوء مصرف دارویی - Drug Abuse. اول دی ماه ۱۳۸۳. گرگان.
- (۷) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. ششمین کنگره بین‌المللی اورولوژی ایران. خرداد ۱۳۸۴. تهران.
- (۸) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. دوازدهمین کنگره بین‌المللی دانشجویان پزشکی. اسفند ماه ۱۳۸۴. تبریز.
- (۹) *Histopathologic changes of rat kidney following formaldehyde exposure*. هفتمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خرداد ۱۳۸۵. تهران.
- (۱۰) *Morphometric changes of rat testis following formaldehyde exposure*. هشتمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خرداد ۱۳۸۶. شیراز.
- (۱۱) *Establishment of Rabbit model of Myocardial Infarction*. نهمین کنگره سالیانه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور. خردادماه ۱۳۸۷. همدان.
- (۱۲) *In-Vivo Induction of Myocardial Infarction in rabbit heart*. دهمین کنگره قلب و عروق ایران. خردادماه ۱۳۸۷. تهران.
- (۱۳) بررسی اثر حاد تجویز هیدروکورتیزون سدیم سوکسینیت بر پیش شرطی‌سازی قلب خرگوش. دومین همایش سراسری دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال کشور. شهریورماه ۱۳۸۷. اردبیل.

پوستر

- (۱) در جستجوی ویروس مولد "SARS". اولین همایش سارس. ۱۵ تیر ۱۳۸۲. دانشگاه آزاد اسلامی گرگان.
- (۲) *Histopathologic changes of rat liver following formaldehyde exposure*. چهارمین کنگره بین‌المللی بیماری‌های گوارش و کبد. آذرماه ۱۳۸۳. تهران.
- (۳) *Esophageal cancer among young in the southeast border of Caspian sea*. چهارمین کنگره بین‌المللی بیماری‌های گوارش و کبد. آذرماه ۱۳۸۳. تهران.

کارگاه‌ها و دوره‌های پژوهشی

- (۱) گذراندن دوره روش تحقیق مقدماتی و اخذ گواهی مربوطه.
- (۲) مدرس در سه دوره کارگاه دانشجویی روش تحقیق مقدماتی.
- (۳) شرکت در کارگاه برنامه‌ریزی استراتژیک (Strategic Planning) و اخذ گواهی مربوطه.
- (۴) شرکت در کارگاه آموزشی شرکت Power Lab در زمینه تکنیک‌های پیشرفته در علوم زیستی و پزشکی نظیر الکتروفیزیولوژیک و اخذ گواهی مربوطه.
- (۵) شرکت در کارگاه مهارت‌های مطالعه (Study Skill) و اخذ گواهی مربوطه.
- (۶) شرکت در اولین کارگاه الکتروفیزیولوژی و مدل‌های ایسکمیک قلبی حیوانی. دانشگاه علوم پزشکی گلستان. مهر ماه ۱۳۸۶. گرگان.

چاپ مطالب علمی متفرقه

- (۱) چاپ ترجمه مقاله با عنوان «دیابت و گرایش به خودکشی در میان جوانان» در شماره ششم مجله علمی دانشجویی فراز.
- (۲) چاپ ترجمه مقاله با عنوان «آیا زدن توپ با سر می‌تواند سبب خونریزی شبکیه شود؟» در شماره هفتم مجله علمی دانشجویی فراز.
- (۳) چاپ ترجمه مقاله با عنوان «بهداشت دهان و دندان» در شماره هشتم مجله علمی دانشجویی فراز.
- (۴) چاپ شعر به زبان انگلیسی با عنوان "The Way" در شماره نهم مجله علمی دانشجویی فراز.
- (۵) ترجمه مطالب از کتاب داروهای "OTC" برای معاونت دارو و درمان استان گلستان و چاپ به عنوان بروشور بازآموزی داروسازان استان گلستان.
- (۶) چاپ ۳ بروشور با عناوین «سندرم متابولیک»، «آترواسکلروز» و «استئوپروز» به منظور افزایش آگاهی عمومی در مورد بیماری‌ها با حمایت معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه.

فعالیت‌های علمی دیگر

- (۱) برگزیده شدن از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه به عنوان پژوهشگر برتر دانشگاه علوم پزشکی گلستان طی سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۴.
- (۲) داور منتخب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به منظور بررسی طرح‌های تحقیقاتی دانشجویی.
- (۳) مترجم هم‌زمان از زبان انگلیسی به فارسی در کنگره بین‌المللی بزرگداشت حکیم جرجانی. گرگان. مهرماه ۱۳۸۱.
- (۴) تهیه فیلم آموزشی «روش تشریح موش صحرایی» به درخواست گروه علوم تشریحی دانشکده پزشکی گرگان.
- (۵) نماینده معاونت پژوهشی دانشگاه به عنوان داور به منظور شرکت در جلسه انتخاب داوران در ششمین همایش سراسری دانشجویان علوم پزشکی کشور. دی ماه ۱۳۸۳.

در این شماره نیز مفتخریم تا به معرفی عزیزان پذیرفته شده در آزمون دستیاری

سال ۱۳۸۶ بپردازیم. ضمن تبریک ، آرزوی موفقیت روزافزون برای آنان داریم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	ورودی	رشته تحصیلی دستیاری تخصصی
۱	دکتر جمشید ایگدري	سال ۱۳۷۳	پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی ساری
۲	دکتر محمد مهدی ژند	سال ۱۳۷۳	بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۳	دکتر سمیه لیوانی	سال ۱۳۷۴	رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۴	دکتر پویا امیدنیا	سال ۱۳۷۴	پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۵	دکتر سید محمد میر خرازی	سال ۱۳۷۴	جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۶	دکتر علی محمد خراسانی	سال ۱۳۷۵	بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷	دکتر کیوان لطیفی	سال ۱۳۷۵	بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۸	دکتر فرهاد نوریانی	سال ۱۳۷۶	اطفال دانشگاه علوم پزشکی گرگان
۹	دکتر حمیده نودهی	سال ۱۳۷۷	اطفال دانشگاه علوم پزشکی گرگان
۱۰	دکتر مریم حاجی میر قاسمی	سال ۱۳۷۷	داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۱۱	دکتر مهسا محسنی	سال ۱۳۷۷	جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۲	دکتر مهناز قلی پور	سال ۱۳۷۷	زنان دانشگاه علوم پزشکی همدان
۱۳	دکتر مرتضی بلمه	سال ۱۳۷۷	ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۱۴	دکتر محسن شهابی	سال ۱۳۷۷	پزشکی قانونی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۵	دکتر آرمیتی اوستایی	سال ۱۳۷۷	داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۶	دکتر غلامرضا اکبری	سال ۱۳۸۰	قلب دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۱۷	دکتر سپیده حاجیان	سال ۱۳۸۰	داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران



- انتخاب شایسته **خانم فاطمه علیزاده** به عنوان دبیر کمیته تحقیقات دانشگاه را به ایشان و تمام اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی تبریک می‌گوییم و آرزو مندیم با فعالیت‌های ایشان شاهد اعتلای هرچه بیشتر کمیته باشیم.
- پذیرفته شدن **خانم مریم چهره‌گشا** در مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران را به ایشان تبریک می‌گوییم.
- پذیرش مقالات دانشجویان عزیز **فاطمه علیزاده** و **سلیمه پیغان** (برلین)، **زهرا محمدی** (ایتالیا)، **علی اکبر حافظی** (چین)، **مهدیه شجاع**، **هادیه توماج نیا** (یونان) و **مریم رحیمیان** (رومانی) را در کنگره‌های خارجی تبریک می‌گوییم.
- مفتخریم تا از دانشجویان عزیز **فاطمه علیزاده**، **علی وحیدی راد**، **علی اکبر حافظی** و **مهدیه شجاع** نام ببریم که مقالاتشان در مجلات خارجی به چاپ رسیده است.
- ارائه بیش از ۴۰ مقاله در کنگره‌های داخلی در شش ماه اخیر توسط دانشجویان علوم پزشکی گلستان مایه افتخار ماست.
- مقاله **خانم مهدیه شجاع** فارغ التحصیل مامایی به عنوان پوستر برتر در چهارمین همایش پژوهشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شرق کشور، آبان ۱۳۸۷ انتخاب شد و همچنین انتخاب مقاله **خانم گلناز محمدی** به عنوان پوستر برتر در سمینار علوم رفتاری و اجتماعی سلامت، شاهرود آذر ۱۳۸۷ و نیز انتخاب مقاله **خانم مریم رحیمیان** به عنوان پوستر برتر در کنگره دانشجویی کمیته‌های تحقیقات دانشجویی شبکه‌های همکار شمال کشور در اردبیل شهریور ۱۳۸۷ مایه مسرت است.
- چاپ کتاب با عنوان «**فیزیولوژی بیماری و پرسش‌ها**» را به مترجمین آن دکتر سیدمهران حسینی، مریم رحیمیان و سیدحسن حسینی تبریک می‌گوییم.
- دانشجویان نامبرده ذیل که از اعضای فعال کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه می‌باشند، به عنوان دانشجویان نمونه دانشگاه (۱۳۸۷) برگزیده شدند. امیدواریم شاهد کسب رتبه برتری در رقابت کشوری این سخت کوشان باشیم.
- سمیه صراف خیرآبادی (مامایی)، امیرحسین فاضلی (پزشکی)، علی داوریان (پزشکی)، زهرا محمدی (مامایی)
سحر منصوری (علوم آزمایشگاهی)، مهدیه شجاع (مامایی)، جواد عرب‌یارمحمدی (علوم آزمایشگاهی)
سمیه آقامحمدی (کارشناسی ناپیوسته پرستاری)

● دکتر باقری لنکرانی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مصاحبه ۲۲ مهر با روزنامه ایران اعلام کردند که برنامه پنجم را با «انسان سالم» بستیم. کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه براساس این اولویت اعلام شده برنامه‌هایی را در دست تدوین دارد.

● همایش یکروزه استئوپروز با حضور اساتید، متخصصین و محققین از سراسر کشور در تاریخ ۲۹ مهر ماه در دانشگاه علوم پزشکی گلستان برگزار گردید که با استقبال بی‌نظیر دانشجویان نیز مواجه شد. این همایش در روز جهانی استئوپروز با همکاری مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، شبکه تحقیقات استئوپروز کشور، انجمن استئوپروز ایران، سازمان بهداشت جهانی و IOF برگزار گردید.

کنگره‌های آتی

● کنگره بین‌المللی دانشجویی دانشجویان علوم پزشکی ۲۰۰۹

مکان: هلند، دانشگاه Groningen

مهلت ارسال مقاله: ۱۵ فوریه ۲۰۰۹

زمان برگزاری: جوئن ۲۰۰۹

جوایز متعددی در این کنگره به مقالات و پوسترهای برتر تعلق می‌گیرد.

برای مشاهده یک نمونه از مقاله برتر سال ۲۰۰۶ به این آدرس زیر مراجعه نمایید:

<http://www.iscoms.nl/page/view/132/fees>

● هشتمین کنگره بین‌المللی دانشجویان علوم پزشکی و پزشکان جوان

مکان: سوفیا، بلغارستان

زمان برگزاری: ۷ الی ۱۰ می ۲۰۰۹

آدرس: www.icmsbg.org

● دهمین کنگره بین‌المللی دانشجویان علوم پزشکی ایران

مکان: دانشگاه علوم پزشکی ایران، سالن همایش بین‌المللی رازی

مهلت ارسال مقاله: ۱ اسفند ۱۳۸۷

زمان برگزاری: ۲۹ اردیبهشت لغایت ۱ خرداد ۱۳۸۸

آدرس: <http://www.sicobair.com>