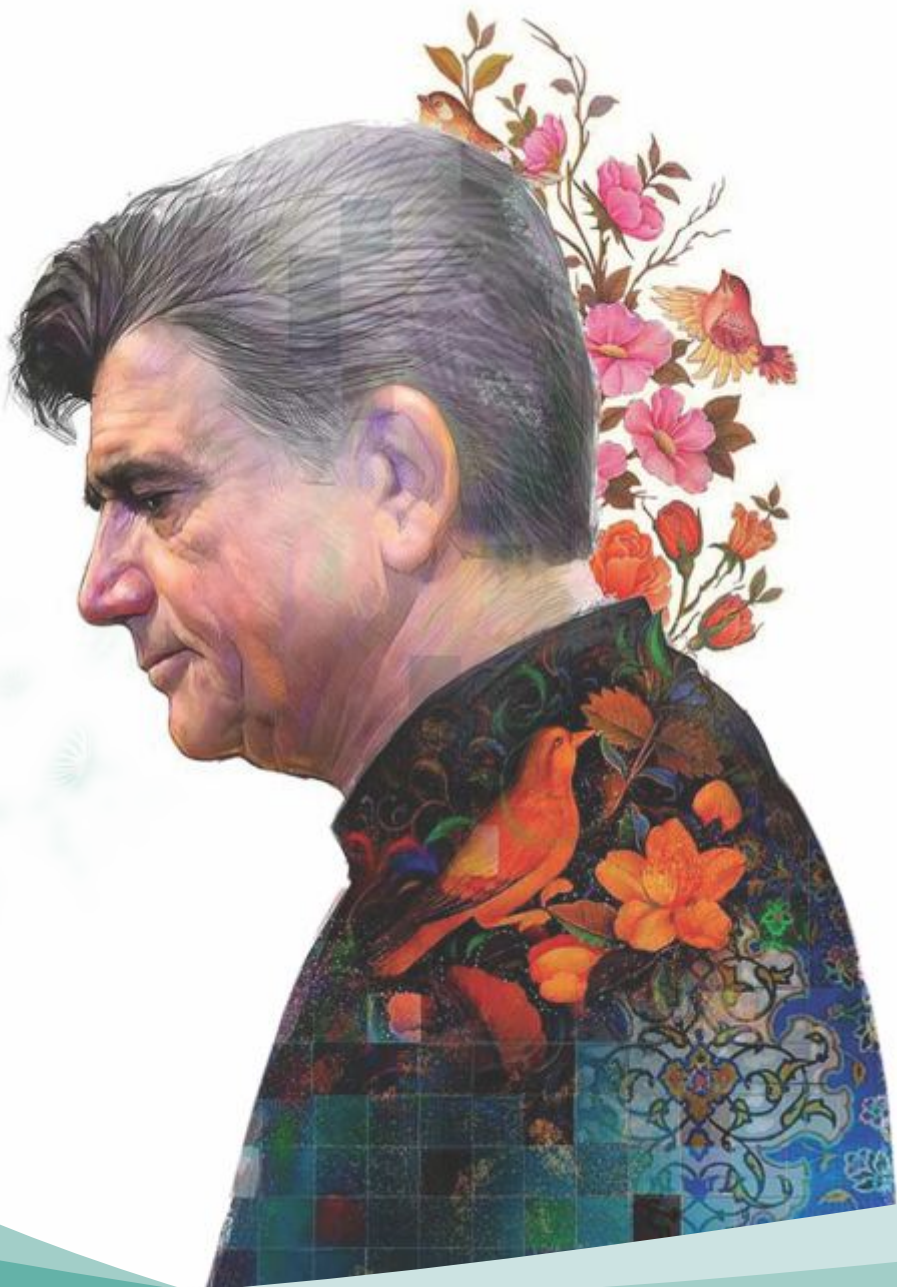


چهار

فصلنامه‌ی بیمارستان جم

تابستان ۱۳۹۹

دوره ششم



بیمارستان جم

JAM HOSPITAL

نیم قرن توانایی، خدمت و تجربه

گفتند خلائق که تو بی یوسف ثانی
چون نیک بدیدم به حقیقت به از آنی
شیرین تر از آنی به سگر خنده که گویم
ای خسرو خوبان که تو شیرین زمانی

استاد محمد رضا شهباز

فهرست مطالب

سخن مدیرعامل	۲
نگاهی به راهنمای کشوری احیاء در بیماران COVID-19 ...	۳
اهم اخبار	۴
دستگاه گوارش و بیماری COVID-19	۶
سرفه را بشناسیم	۷
گذری بر زندگی پیشکسوتان	۸
رینیت آلرژیک (Allergic Rhinitis)	۹
پیس میکر (ضربان ساز مصنوعی) قلب	۱۰
مروری کوتاه بر کبد چرب	۱۲
نکاتی پیرامون آنژیوگرافی رادیال	۱۴
رابطه میان رقص و سلامتی	۱۵
از دکتر دارو ساز پیرسید	۱۶
سرطان پروستات	۱۸
ارگونومی در محیط کار	۱۹
مسیر ۶ هزار ساله داروسازی در ایران	۲۲
میگرن را بشناسیم	۲۶
درمان عوارض زایمان و افزایش سن در بانوان با لیزر	۲۹
هولتر مانیتورینگ ۲۴ ساعته فشارخون یا ABPM	۳۰
چگونگی مدیریت تعدیل نیرو بر اثر ویروس کرونا	۳۲
مدیریت زمان	۳۴
هوش مصنوعی	۳۶
چرا دائماً احساس گرسنگی می‌کنیم؟	۳۸
آشپزی با سرآشپز	۳۹
برنامه کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان جم	۴۰

فصلنامه‌ی جم

شماره: ۶

تابستان: ۱۳۹۹

مدیر مسئول: دکتر بابک حیدری اقدم

سردبیر: فرزانه حسینی

شورای تحریریه: دکتر علیرضا استقامتی، دکتر بابک حیدری اقدم،
دکتر فرشید خطیبی، دکتر عبدالله ناصحی، دکتر مهرداد بهلولی،
دکتر سیامک خالقی، دکتر شهرام فیروزبخش، دکتر نادر حشمتی،
دکتر علیرضا کیفری علمداری، دکتر منصور مقدم، دکتر رامین قدیمی،
دکتر قاسمعلی دیوبند، دکتر فروغ کلانتری، دکتر رحیم آزاد،
دکتر فرهاد عصارزادگان، دکتر مهری مهرداد، ستاره خسروانی،
مهندس عصمت صادقی پور، مهندس مریم عظیمی، محسن غفاریان،
المیرا عابد، مهندس کوروش حسینی، نیلوفر صدری، علی صفری،

فرزانه حسینی

طراحی و اجرا / صفحه آرایی / چاپ و صحافی: انتشارات عصر روشن بینی
آدرس پورتال: www.jamhospital.ir

تلفن روابط عمومی: ۸۴۱۴۱ (داخلی ۴۲۹)

نشانی: تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر، پلاک ۸۶، بیمارستان جم





دکتر بابک حیدری اقدام

- مدیرعامل
- متخصص قلب و عروق
- فلوشیپ تخصصی اینترونشنال کاردیولوژی

تقدیم به تمام سرو قامتان سپید پوش

تنها سلاح شما ماسکی بر صورت است، لباسی سفید و جانی بر سر دست گرفته، پروانه وار از آتش گذشتید و بنفشه ترین گلستان را به دیگران ارمغان دادید. هنگامی که حتی بهار از ترس پرپر شدن خود، سراغ از گل هایش نمی‌گیرد نفس‌های شما به شماره افتادند، اما به آهی پای نکشیده‌اید. نفس‌هایتان تنگ است.

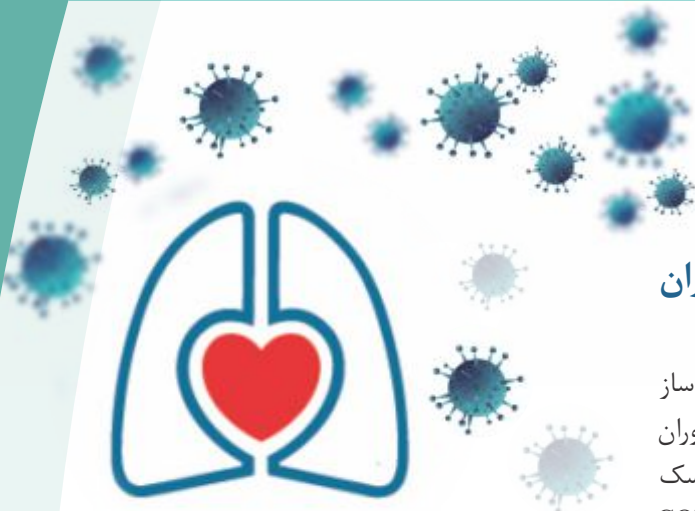
شما در لباسی دیگر، عشق را زیستن با بهاری در مشت و آسمانی از سرخ، به دنیا تزریق می‌کنید. این همه از زندگی سرودن، پاداشش نفس تنگی تان نیست، و ایران رستاخیز دست‌های شفا بخش شماست.

فارغ از غم بزرگ فقدان همکاران ارجمندمان، این افتخاری برای جامعه درمانی، کشور است که همکارانشان برای دفاع از سلامت مردم سرزمینشان جانفشانی کردند.

به یاد ماندگان و مدافعان سلامت کشور تا ابد نامشان همچون ستاره‌ای تابناک بر تارک انجمن ما می‌درخشد. برای این عزیزان علو درجات، برای بازماندگان صبر و برای همه همکاران ارجمندم در سراسر کشور تندرستی و بهروزی مسئلت دارم.

باید که جمله جان شوی تا لایق جانان شوی | کرسوی متان می روی متان شو متان شو





دکتر فرشید خطیبی

■ مسئول فنی
■ متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

□ نگاهی به راهنمای کشوری احیاء در بیماران

مبتلا و یا مشکوک به COVID-19

از آنجایی که برخی از اقدامات معمول در CPR فرایندهای آئروسول ساز می‌باشند، CPR یکی از پرخطرترین اقدامات برای کادر درمان در دوران پاندمی COVID-19 می‌باشد و این دستورالعمل سعی در کاهش ریسک انتقال بیماری به کادر درمان را دارد. چه بیمارانی مشکوک به COVID-19 در نظر گرفته شوند؟ طبق راهنمایی کشوری احیاء، کلیه بیمارانی که با تابلوی ایست قلبی و تنفسی به اورژانس مراجعه می‌نمایند، مورد مشکوک در نظر گرفته شده و بر مبنای این راهنما مورد احیاء قرار می‌گیرند، همینطور بیمارانی که در بخش‌های کرونا بستری می‌باشند. فقط بیماران بستری که طبق بررسی‌های قبلی، کرونا در ایشان رد شده است از شمول این راهنما خارج می‌باشند.

Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation in COVID-19

سینه روی بخش میانی مهره‌های توراسیک T7 و بین دو اسکاپولا انجام می‌شود.

همچنین در صورت نیاز به دفیبریلاسیون، یکی از پدها در خط میداگزیلاری چپ و دیگری روی اسکاپولای راست قرار می‌گیرند.

■ توصیه‌های پیش از CPR

۱- در هر بخش خصوصاً اورژانس ترجیحاً یک اتاق و با محدوده مجزا برای CPR اختصاص داده شود و همراهان بیمار و سایر مراجعین، از این محل دور نگه داشته شوند.

۲- برای CPR حداقل نیروی انسانی بکار گرفته شود.

۳- پزشک مسئول CPR قبل از شروع احیاء از اطلاعات ضروری پرونده مطلع گردد مخصوصاً جواب تست‌های مرتبط با COVID-19

۴- CPR با اخذ بسته کامل PPE انجام شود.

■ توصیه‌های هنگام CPR

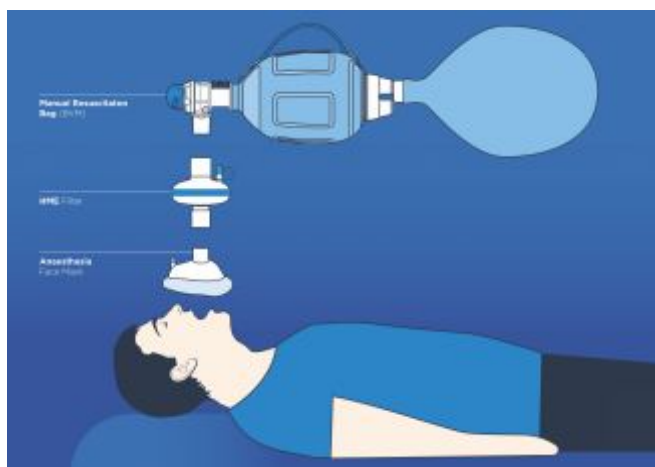
۱- اینتوبیشن توسط یک فرد متبحر و سریع انجام شود و بهتر است از ویدیو لارنگوسکوپ استفاده شود. اگر بیمار با ماسک و آمبویگ احیاء می‌گردد بهتر است از Passive Fixation استفاده شود.

۲- اگر بیمار Intubate نیست، ماسک اکسیژن روی صورت بیمار Fix شود تا آئروسول به راحتی در هوا پخش نگردد.

■ توصیه‌های پس از CPR

۱- وسایل و تجهیزات مصرف شده و قابل استفاده مجدد مثل لارنگوسکوپ مطابق پروتکل‌های تدوین شده بیمارستان ضد عفونی گردد.

۲- کلیه تجهیزات ایمنی فردی (PPE) را مطابق پروتکل‌ها خارج کرده و داخل سطل‌های زرد رنگ قرار دهید و سپس دست‌های خود را شسته و ضد عفونی نمائید.



■ نکات ویژه اینتوباسیون برای متخصصین بیهوشی

۱- حتی الامکان از اینتوباسیون حین هوشیاری بیمار پرهیز گردد.
۲- در موارد pre arrest از روش سریع Rapid Sequence Induction استفاده گردد و در صورت نیاز به ونتیلاسیون دستی از Tidal Volume کم استفاده شود.

۳- مطمئن شوید که یک فیلتر هیدروفوبیک با کارایی بالا High Efficiency Hydrophobic Filter بین ماسک و یا ETT صورت و مسیر تنفس و تجهیزات دیگر قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد در کلیه بیماران مشکوک به COVID-19 به منظور کاهش ریسک انتشار آئروسول از روش کمتر متداول Prone CPR استفاده گردد. در این روش پس از قرار دادن بیمار در وضعیت Prone، ماساژ قفسه

گذری بر اهم اخبار

۱ اعطای یک دستگاه الکتروکاردیوگراف به بیمارستان



یک دستگاه الکتروکاردیوگراف مارک Nihon Kohden، و یک ست احیاء از طرف متخصصین بیهوشی اتاق عمل به نمایندگی جناب آقای دکتر فرشید خطیبی و جناب آقای دکتر آرین فروحی به بیمارستان جم اهداء گردید.

۲ برگزاری مسابقه عکاسی با محوریت کووید-۱۹



بیمارستان جم، با توجه به شیوع کووید-۱۹، در سراسر دنیا نسبت به برگزاری مسابقه عکاسی با محوریت کووید-۱۹ در بین کارکنان مجموعه اقدام نمود. در این مسابقه عکاسی ۲۹ شرکت کننده تصاویر خود را ارسال و ۳ نفر با حداکثر امتیاز آقای مهدی ذبیحی، خانم نجمه ملکان و خانم زهرا فرح، نفرات منتخب برگزیده شدند.

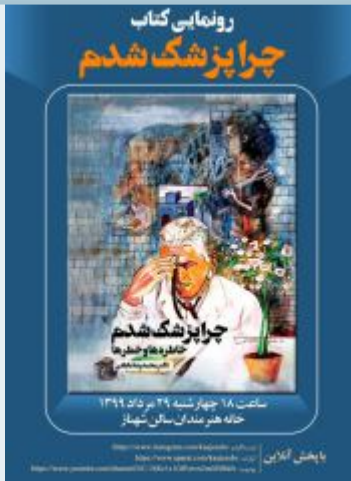
۳ برگزاری کنفرانس علمی جراحی متابولیک



کنفرانس علمی Metabolic Surgery مورخ ۲ مرداد ماه روز پنجشنبه در سالن کنفرانس بیمارستان جم، بصورت آنلاین با سخنرانی آقای دکتر سعید صفری جراح عمومی فلوشیپ جراحی لاپاراسکوپی پیشرفته و آقای پروفیسور رضا امینیان برگزار گردید، که در این سمینار جمعی از اساتید و پزشکان متخصص جراحی بصورت آنلاین حضور داشتند.

۴

چرا پزشک شدم



مراسم رونمایی از کتاب (چرا پزشک شدم) نوشته دکتر محمدرضا عاطفی پزشک بیمارستان جم و عضو کانون پزشکان خانه موسیقی، عصر بیست و نه مرداد ماه در خانه هنرمندان برگزار گردید. این مراسم بصورت آنلاین از شبکه‌های فضای مجازی پخش می‌شد و جمع محدودی از پزشکان و هنرمندان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در سالن جلیل شهناز حضور داشتند.

۵

گرامیداشت روز پزشک



بمناسبت گرامیداشت روز ابوعلی سینا و روز پزشک، اول شهریور ماه از اساتید و پزشکان برجسته بیمارستان جم آقایان دکتر کامبیز افشار، بهمن پیران، محسن تدین فر، نادر حشمتی، منصور شاکرمی، محمدرضا عاطفی، رامین قدیمی، پرویز معمارزاده، منصور مقدم، منوچهر خان نخجوانی، تهمتن یلدا، با اهداء تابلو نقاشی و دسته گل، توسط مدیر عامل و اعضاء هیئت مدیره بیمارستان تقدیر و تجلیل بعمل آمد.

۶

گرامیداشت روز داروساز



مراسم گرامیداشت روز داروساز، چهارشنبه ۵ شهریور ماه با حضور داروسازان و کارکنان بخش مراقبت‌های دارویی، مسئول فنی، معاونت درمان بیمارستان جم برگزار گردید. مدیریت بخش مراقبت دارویی بیمارستان جم در این مراسم ضمن سخنرانی و اشاره به اهمیت نگاه رسالت‌گونه به حرفه داروسازی از کارکنان این بخش تقدیر نموده و همچنین از کلیه همکاران در این بخش توسط اعضاء هیئت مدیره بیمارستان جم تقدیر و تجلیل بعمل آمد.



دکتر سیامک خالقی

متخصص داخلی
فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد بزرگسالان

دستگاه گوارش و بیماری COVID-19

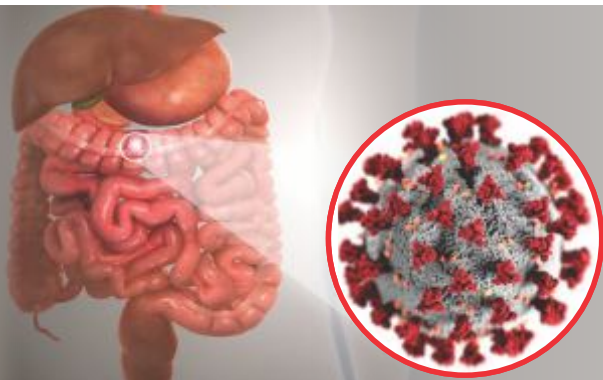
بیماری ویروسی ناشی از ویروس SARS-CoV-2 بنام COVID-19 شناخته شده است، ریه بیشترین ارگانی است که درگیر می‌کند و منجر به علائم تب، سرفه، تنگی نفس و در نهایت نارسایی تنفسی می‌شود. این بیماری در افراد با بیماری‌های زمینه‌ای و سن بالا درگیری شدیدتری ایجاد می‌کند. بعضی از بیماران گوارشی از جمله بیماری‌های التهابی مزمن و افرادی که تحت درمان با کورتیکواستروئیدها هستند ریسک بیشتری برای ابتلاء به این بیماری ویروسی دارند. در بیماران مبتلا به التهاب روده (IBD) شیوع بیماری کرونا بیشتر از معمول نیست ولی مصرف کورتیکواستروئید شدت بیماری کرونا را افزایش می‌دهد. در مورد مصرف داروهای Anti-TNF این مسئله مشاهده نشده است.

در ارتباط با مصرف داروهای کاهنده ترشح اسید مثل امپرازول و ریسک کرونا مطالعات زیادی شده و مشاهده شده است که در صورت مصرف آنها، ریسک ابتلا بالاتر می‌باشد. مستعد بودن دستگاه گوارشی به بیماری کرونا از این جهت است که آنزیم 2-Angiotensin converting بطور وسیعی در روده وجود دارد و محل اولیه حمله ویروس به روده و یا در اثر پاسخ ایمنی بدن به ویروس رخ دهد. در مطالعات مختلف پروتیین نوکلئوکسپید ویروس در داخل سیتوپلاسم سلول‌های اپیتلیال معده، اثنی عشر و رکتوم یافت شده است. بیماران مبتلا به کرونا معمولاً با تب و علائم تنفسی تظاهر می‌کنند. در مطالعات متعدد مشاهده شده که حدود ۵۰-۶۰ درصد مبتلایان به کرونا حداقل یک علامت گوارشی داشته‌اند که به ترتیب شیوع، شامل بی‌اشتهایی، اسهال و تهوع می‌باشد. بعضی از بیماران مبتلا به کرونا (حدود ۱۰-۱۵ درصد) فقط با علائم گوارشی مراجعه می‌کنند و ممکن است بعداً علائم ریوی اضافه شود. در بیشتر افرادی که اسهال دارند RNA ویروس در مدفوع قابل یافت است.

بیماری‌های مزمن کبدی در غیاب مصرف داروهای کاهنده سیستم ایمنی همراه با افزایش ریسک ابتلا به کرونا نمی‌باشند. کبد هم مانند روده حاوی ریسپتورهای آنزیم 2-Angiotensin convertase است و با اتصال ویروس به آن زمینه ورود و تخریب سلولی مهیا می‌گردد. بیماران با درگیری مزمن کبدی ریسک بالاتری از عفونت ویروسی شدید دارند و هرچه اختلال فونکسیون کبدی بیشتر باشد، مرگ و میر بیماری ویروسی هم بیشتر است. بطور مثال در بیماران مبتلا به سیروز مرگ و میر ناشی از کرونا تا ۴۰ درصد هم گزارش شده است. در بیماران با کبد پیوندی و مصرف مهارکننده سیستم ایمنی نیز مورتالیتی بالاتری در اثر بیماری کرونا دیده شده است. در بیماران هیپاتیت B فعال نیز بیماری کرونا شدید تر است. در بیماران که داروهای مهارکننده ایمنی مصرف می‌کنند دوره زمانی دفع ویروس طولانی‌تر از سایر افراد است و بر این اساس مراقبت‌های بهداشتی طولانی‌تری نیاز دارند. درگیری کبدی در کرونا بصورت افزایش آنزیم‌های کبدی است و معمولاً دو تا سه برابر می‌گردد ولی گاه بصورت هیپاتیت حاد شدید بروز می‌کند. در بیماران با هیپاتیت B غیر فعال، بدنبال مصرف کورتیکواستروئید احتمال فعال شدن هیپاتیت وجود دارد و باید از داروهای پیشگیری کننده استفاده کرد.

انجام تست‌های تشخیصی بیماری کرونا در فردی که با علائم تب، سرفه، تنگی نفس، میالژی و از بین رفتن حس چشایی مراجعه کرده توصیه می‌شود. در بیماران با علائم گوارشی انجام این تست‌ها در موارد زیر ضروری است: بروز این علائم در فرد بستری، ادامه علائم بیشتر از ۴۸ ساعت در فرد سرپایی و تشدید علائم در شخص با سابقه بیماری گوارشی مثل التهاب روده. با توجه به خطر انتقال بیماری ویروسی، انجام اقدامات آندوسکوپی فقط در موارد شدید و اورژانسی توصیه می‌شود.

درمان علامتی بیماران با علائم گوارشی جهت بهبود حال عمومی و جلوگیری از عوارض کم‌آبی بدن و اختلال الکترولیتی ضروری می‌باشد. در مبتلایان به بیماری التهابی روده که در فاز خاموش هستند درمان نگهدارنده باید ادامه یابد ولی در مورد کورتیکواستروئید و داروهای مهار کننده ایمنی، وابسته به شدت بیماری ویروسی تصمیم‌گیری می‌شود.



COVID-19 disease & Gastrointestinal tract



دکتر شهرام فیروز بخش

■ متخصص داخلی
■ فوق تخصص بیماری‌های ریه

سرفه را بشناسیم

سرفه یک مکانیسم دفاعی رفلکسی است که می‌تواند باعث پاک شدن راه‌های هوایی از ترشحات گردد. گیرنده‌های سرفه‌نه تنها در راه‌های هوایی فوقانی و تحتانی وجود دارند، بلکه در قسمت‌های دیگری مثل مری، پریکارد و دیافراگم نیز هستند. این گیرنده‌ها می‌توانند توسط محرک‌های مختلف شیمیایی یا مکانیکی فعال شده و پیام خود را از طریق شاخه‌های اوران عصبی به مرکز سرفه در بصل النخاع برسانند و ارسال پیام از این مرکز به عضلاتی که سبب بروز بازدم اجباری شدید می‌گردند، قوس رفلکسی را تکمیل می‌کند. البته باید خاطر نشان نمود که فرد قادر است تا حدودی بطور ارادی در ایجاد یا مهار سرفه از طریق اعمال اثر مراکز کورتیکال مغزی روی مرکز سرفه تداخل نماید. سرفه از علایم شایعی است که سبب مراجعه بیماران به مراکز درمانی می‌گردد ولی باید در نظر داشت که تنها گروه کوچکی از مبتلایان به سرفه به پزشک مراجعه می‌کنند. سرفه شدید می‌تواند عوارض مختلفی را در فرد ایجاد کند، از آن جمله می‌توان به بروز خستگی مفرط، سردرد، بیخوابی، خشونت صدا، دردهای عضلانی-اسکلتی، تعریق زیاد و بی‌اختیاری ادراری اشاره نمود. گاهی فرد هوشیاری خود را بدنبال سرفه بطور موقت از دست می‌دهد. در خانم‌هایی که دچار پوکی استخوان هستند امکان شکستگی دنده‌ها بدنبال سرفه وجود دارد.

سرفه را بر حسب مدت آن می‌توان به سه دسته حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم بندی نمود. سرفه حاد به مواردی گفته می‌شود که تا سه هفته طول می‌کشد و در اکثر مواقع به دنبال عفونت‌های حاد تنفسی ایجاد می‌شود. در صورتیکه سرفه بین ۳ تا ۸ هفته طول بکشد، به اصطلاح سرفه تحت حاد نامیده می‌شود و سرفه مزمن مواردی را شامل می‌شود که بیش از ۸ هفته طول کشیده باشد.

اکثر مبتلایان به سرفه مزمن را خانم‌ها تشکیل می‌دهند. شایعترین علل سرفه مزمن شامل ترشحات پشت حلق، آسم و ریفلاکس می‌باشد. مصرف

برخی از داروها نیز می‌تواند منجر به بروز سرفه مزمن گردد. البته لیست بیماری‌هایی که قادرند سرفه مزمن ایجاد کنند طولانی است و به‌طور مثال می‌توان از برونشیت مزمن، برونشکتازی، عفونت‌های مزمن دستگاه تنفس، بیماری‌های فیبروزانت ریوی و حتی بدخیمی‌ها نام برد. گاهی وجود جسم خارجی در راه‌هوایی باعث تداوم سرفه در فرد مبتلا می‌گردد. در صورتیکه بررسی‌های لازم در فرد مبتلا به سرفه مزمن صورت پذیرد، در ۷۵-۹۰ درصد مبتلایان می‌توان علت سرفه را مشخص نمود و درمان را براساس علت آن تجویز نمود.

ترشحات پشت حلق می‌تواند در بیماران مبتلا به رینیت یا سینوزیت دیده شود. این بیماران ممکن است به‌طور همزمان از آبریزش بینی و صاف کردن مرتب گلو شاکی باشند. معاینه دقیق ته حلق می‌تواند در اثبات این عارضه کمک کننده باشد.

آسم از علل شایع سرفه مزمن، چه در بالغین و چه در اطفال به حساب می‌آید و گاهی ممکن است تنها علامت این بیماری باشد؛ ولی در صورتی که تنگی نفس و خس خس سینه در فرد وجود داشته باشد، تشخیص راحت‌تر صورت می‌گیرد.

ریفلاکس به برگشت محتویات اسیدی و آنزیمی معده به لارنگوفارنکس اطلاق می‌گردد که می‌تواند باعث گرفتگی صدا، سرفه مزمن و صاف کردن مکرر گلو گردد؛ ولی خیلی از مبتلایان از سوزش سردل شکایتی ندارند. بررسی مستقیم لارنگوسکوپیک می‌تواند در تشخیص سرفه ناشی از ریفلاکس کمک کند.

سرفه‌های متعاقب عفونت‌های تنفسی نیز ممکن است در مواردی بیش از ۸ هفته به طول بینجامد، مثلاً در عفونت‌های ناشی از مایکوپلازما و یا سیاه سرفه این امر دیده می‌شود.

در برخورد با بیمار مبتلا به سرفه مزمن، شرح حال سرنخ‌های مهمی را می‌دهد. از تمام بیماران باید در مورد مصرف سیگار، داروهای مصرفی و سابقه اخیر ابتلا به عفونت تنفسی فوقانی سوال کرد. انجام گرافی-قفسه سینه از بررسی‌های اولیه‌ای است که در تشخیص این بیماران کمک می‌کند. از بررسی‌های تکمیلی دیگر می‌توان به انجام تست‌های تنفسی و تست‌های تحریکی با متاکولین، pH مانیتورینگ مری اشاره نمود.





دکتر نادر حشمتی

■ جراح و متخصص بیماری‌های زنان و زایمان

□ گذری بر زندگی پیشکسوتان

■ پیشینه خانوادگی

اجدادم ۸۰۰ سال قبل در شهر نور مازندران می‌زیسته‌اند و از سرداران جلال‌الدین خوارزمشاه بوده‌اند که با مغول‌ها می‌جنگیده‌اند. کریم‌تول و رحیم‌تول پس از کشته شدن جلال‌الدین برای نجات خانواده خود از انتقام چنگیز خان مغول در دامنه جنوبی کوه البرز به طالقان کوچ کردند. در منطقه‌ای که محل پرورش و نگهداری اسب‌ها بود، بنام شهر "اسب" که بعدها شهر اسر نامیده شد ساکن شدند. این خانواده در قیام‌های ملی ایران مرتب شرکت داشته‌اند و نهایتاً دکتر ابراهیم حشمت‌پزشک تحصیل کرده آلیانس فرانسه و مغز متفکر، قیام‌جنگل (میرزا کوچک خان) از این طایفه صادر شد که در ابتدای حکومت پهلوی در گیلان به‌دار آویخته شد. مرحوم پدرم نظامی بود و به دلیل موقعیت شغلی خود مرتباً در شهرهای مختلف خدمت می‌کرد، و به این ترتیب من در سال ۱۳۲۵ در قزوین متولد شدم. در کوله بار پدر دوران کودکی و دبستان را هر سال در شهری گذرانیدم، ولی دوران دبیرستان را تماماً در دبیرستان هدف شماره ۳ تهران تحصیل کرده‌ام و در سال ۱۳۴۳ وارد دانشکده پزشکی دانشگاه تهران شدم.



■ تحصیلات و ورزش

تمام عمر من در این دو کلمه خلاصه می‌شود:

۱- درس می‌خواندم ۲- ورزش می‌کردم.

۷ سال قهرمان اول و زنه برداری دانشگاه تهران و دانشگاه‌های کشور بودم. بتدریج قهرمان استان تهران و نهایتاً قهرمان اول و زنه برداری ایران در دسته نیمه سنگین شدم. همکاری‌هایی که بین سال‌های ۱۳۴۰ تا ۱۳۵۰ در دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بوده‌اند من و دو برادر ورزشکار دیگرم را بیاد دارند. در سال ۱۳۵۰ پزشک عمومی شدم، ۲ سال خدمت نظام انجام دادم و سپس وارد رشته تخصصی جراحی زنان شدم و در سال ۱۳۵۷ به دریافت تخصص از دانشگاه تهران نائل آمدم. ابتدا وارد هیئت علمی دانشگاه تهران شدم ولی نهایتاً برای ادامه تحصیل به فرانسه رفتم و بعد از سه سال به ایران برگشتم. از سال ۱۳۵۷ بعنوان پزشک میهمان در بیمارستان جم همکاری داشته‌ام و نهایتاً افتخار شراکت در این بیمارستان را کسب نمودم. همچنین به مدت طولانی مدیر عامل و رئیس هیئت مدیره بیمارستان پاسارگاد بوده‌ام.



سال ۱۳۴۹ بر سکوی اول قهرمانی کشور

■ خانوادگی

در سال ۱۳۵۰ با خانم افسر محمدی ازدواج کردم. محصول این ازدواج سه فرزند به نام‌های سهراب، سام و سارا است که همگی تحصیلات خود را از دبستان تا درجه دکترا در رشته اقتصاد و مدیریت بازرگانی در کشور فرانسه انجام داده و مقیم کشور فرانسه می‌باشند.



دکتر علیرضا کیفری علمداری

■ متخصص گوش حلق و بینی
 ■ فلوشیپ جراحی زیبایی بینی و
 آندوسکپی سینوس (راینولوژی)

رینیت آلرژیک (Allergic Rhinitis)

رینیت آلرژیک عبارت است از واکنش حساسیتی مخاط بینی به مواد خارجی که ۲۰٪-۱۰٪ جمعیت به آن مبتلا هستند. این بیماری در بچه‌ها و نوجوانان بیش از بالغین دیده می‌شود، در پسرها بیش از دخترها و در بچه‌های کمتر از ۲ سال بندرت دیده می‌شود.

معمولاً سابقه خانوادگی از آلرژی وجود دارد، بطوری‌که اگر هیچ‌کدام از والدین مبتلا نباشند احتمال بروز آن در بچه‌ها ۱۳٪ است. اگر یکی از والدین درگیر باشد ۲۹٪ و وقتی پدر و مادر هر دو رینیت آلرژیک دارند احتمال ابتلای بچه‌ها به ۴۷٪ می‌رسد. در افرادی که آسم دارند احتمال بروز این بیماری ۶-۴ برابر افراد عادی است.

هرچه بیماری‌های عفونی کم می‌شود این بیماری بیشتر می‌شود و بنظر می‌رسد که عفونت‌ها باعث محافظت در برابر این بیماری می‌شوند. مثلاً در کشورهای پیشرفته و صنعتی که بیماری‌های عفونی بعلت بهداشت بالا و مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها کم شده است، رینیت آلرژیک بیشتر شده است. به نظر می‌رسد به همین علت هم در خانواده‌های پرجمعیت و در بچه‌هایی که به مهدکودک می‌روند این بیماری کمتر است.

در افرادی که از محل زندگی خود مهاجرت می‌کنند، بعلت وارد شدن در محیط جدید و تماس با مواد خارجی جدید رینیت آلرژیک افزایش می‌یابد. ویتامین D نقش محافظتی در مقابل این بیماری دارد و در افرادی که تماس کمتر با آفتاب دارند و سطح ویتامین D نسبتاً پایین است این بیماری بیشتر است.

آمار نشان می‌دهد که رینیت آلرژیک در محیط‌های روستائی کمتر از شهری می‌باشد. رینیت آلرژیک باعث کاهش کیفیت زندگی فرد شده و کارکرد وی را حدود ۲۰٪ کاهش می‌دهد. این مسئله هم بخاطر علائم بیماری و هم بعلت داروهائی است که این بیماران مصرف می‌کنند. در موارد شدید، این بیماری باعث اختلال خواب بچه‌ها و عملکرد بد آنها در مدرسه می‌شود. این بیماری هزینه‌های زیادی هم به علت اختلال عملکرد افراد و هم داروهائی که مصرف می‌شود بر کشورها تحمیل می‌کند.

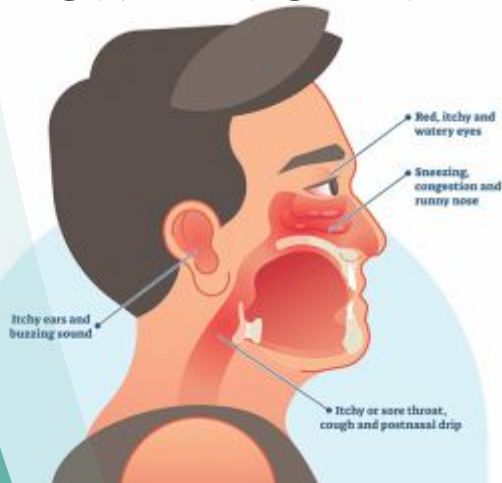
علائم این بیماری عبارت است از حملات مکرر عطسه، خارش بینی، ترشح بینی، گرفتگی بینی و اشک ریزش می‌باشد. در میان این علائم خارش که ممکن است علاوه بر بینی در کام، حلق، چشم‌ها و گوش نیز باشد بیشتر، اختصاصی آلرژی است.



بیمار ممکن است ترشح پشت حلق داشته باشد که مجبور به صاف کردن مکرر سینه بشود. این مسئله برای خود بیمار و دیگران شدیداً آزار دهنده می‌باشد. ترشحات بینی معمولاً شفاف است و اگر چرکی بود باید به مسائل عفونی مانند سینوزیت فکر کرد. در مواردی که گرفتگی بینی شدید است کاهش بویایی و چشایی نیز ایجاد می‌شود. این بیماران گاهی در گوش‌هایشان صدای "پپ پپ یا تق تق" می‌شنوند که بعلت اختلال شیپوراستاش ناشی از التهاب آلرژیک می‌باشد. در موارد شدید بیماری ممکن است علائم خستگی، تحریک پذیری و خواب آلودگی نیز ایجاد شود. رینیت آلرژیک ممکن است بصورت فصلی باشد که معمولاً مربوط به حساسیت به گیاهان می‌باشد. ولی بیمار ممکن است علائم را بصورت دائمی داشته باشد که در این موارد معمولاً حساسیت به گرد و غبار خانه، سوسک‌ها، مایت‌ها (حشرات ریز)، حیوانات خانگی و غیره باشد. در صورتی که در بچه‌ها گرفتگی بینی دائمی شود ممکن است تغییراتی در ظاهر صورت ایجاد کند. در این حالت دهان بیمار همیشه باز است و لب بالا به بالا کشیده شده و کوچک است. گونه‌های بیمار نیز در این موارد عقب رفته و برجسته نیست.

درمان رینیت آلرژیک شامل جلوگیری از تماس با آلرژن‌ها مانند گرده- گیاهان، گرد و غبار، حیوانات خانگی، عطر و ادکلن، مواد شیمیایی (مانند وایتکس) و غیره می‌باشد. بعضی از عوامل تحریک کننده هستند و باید اجتناب شوند مانند هوای سرد، مایعات سرد، باد کولر و پنکه و غیره. معمولاً بیماران با دقت در زندگی خود این عوامل محرک را می‌توانند، پیدا کنند. داروهائی که معمولاً مصرف می‌شوند آنتی‌هیستامین‌ها، ضد-احتقان‌ها، کورتن‌های داخل بینی، ضد لکوترین‌ها مانند منتولوکاست می‌باشد. البته اثر داروها موقتی بوده و فقط در زمان مصرف مؤثرند. ولی ایمنوترابی اثر دراز مدت خواهد داشت که این کار در کلینیک‌های آلرژی انجام می‌شود.

ایمنوترابی یعنی تجویز عصاره آنتی‌ژن‌ها بصورت زیر زبانی یا زیرجلدی برای تغییر دادن جواب ایمنی بدن و بهبود علائم آن می‌باشد.





دکتر منصور مقدم

■ متخصص قلب و عروق، فلوشیپ آریتمی قلب،
پیس میکر، الکتروفیزیولوژی قلب
■ استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

نامنظمی‌های خطرناکی که منجر به ایست قلبی می‌شود توسط آن حس شود با دخالت برنامه‌ریزی شده و وارد ساختن شوک الکتریکی مانع از ایست قلبی می‌شود.

□ پیس میکر (ضربان ساز مصنوعی) قلب

سیستم الکتریکی قلب شبکه پیچیده‌ای از سلول‌هایی است که در آن جریان الکتریکی تولید و توسط مسیرهای هدایتی به عضله قلب انتقال یافته که حاصل آن تبدیل انرژی الکتریکی به انرژی مکانیکی و انقباض عضله قلب است که سبب رانش خون به شریان ریوی با انقباض بطن راست جهت اکسیژن‌گیری و دفع گاز کربنیک و شریان آئورت با انقباض بطن چپ جهت توزیع خون تصفیه شده به سراسر بدن می‌شود.

در بالای دهلیز راست گره سینوس دهلیزی قرار دارد که ژنراتور اصلی تولید انرژی الکتریکی است که در حال استراحت ۶۰-۱۰۰ بار در دقیقه امواج الکتریکی از آن خارج شده و توسط راه‌های الکتریکی مخصوص به گره دهلیزی بطنی در پایین دهلیز راست و بالای بطن‌ها می‌رسد. از آن جا این موج الکتریکی توسط مسیرهای مخصوص به ترمینال‌های انتهایی پورکینژ رسیده و با انتقال به عضله قلب سبب انقباض آن می‌شود.

■ پیس میکر موقت چیست؟

۱- در این وسیله ژنراتور پیس میکر در خارج از بدن قرار می‌گیرد و سیم پیس میکر از طریق ورید رانی یا زیر ترقوه‌ای در بطن راست جایگزین می‌شود.

از این پیس میکر زمانی استفاده می‌شود که انتقال جریان الکتریکی از دهلیز به بطن بطور موقت مختل شده و احتمال برگشت آن می‌رود یا در فاصله تا کاشت پیس میکر دایم بایستی از این نوع پیس میکر استفاده کرد. لذا بعد از کاشت پیس میکر دایم سیم پیس میکر موقت از بدن خارج می‌شود.

۲- پیس میکر اکسترنال یا خارجی در مواقع اورژانسی تا کاشت پیس میکر موقت می‌توان از آن استفاده کرد. در این نوع پیس میکر دو صفحه به سینه بیمار در شرایط بحرانی چسبانده شده و تعداد ضربانات توسط دستگاه الکتروشوک تنظیم می‌شود.

■ پیس میکر دایم چیست؟

در اینجا ژنراتور پیس میکر زیر پوست معمولاً زیر ترقوه چپ قرار داده شده و سیم‌های آن در داخل قلب قرار می‌گیرند.

۱- پیس میکر تک حفره‌ای فقط یکی از حفرات قلب و تقریباً همیشه بطن راست را تحریک می‌کند و سبب انقباض بطن‌ها می‌شود.

۲- پیس میکر دو حفره‌ای یک سیم آن در داخل دهلیز راست و سیم دیگر در داخل بطن راست قرار می‌گیرد.

از این انواع در مواردی استفاده می‌شود که تولید انرژی الکتریکی و انتقال آن در قلب مختل شده باشد. سیم دهلیزی تحریک الکتریکی دهلیز یا تأخیر در تولید انرژی الکتریکی را حس کرده اطلاعات را به ژنراتور پیس منتقل نموده متعاقباً تحریک الکتریکی از ژنراتور به بطن منتقل می‌شود و

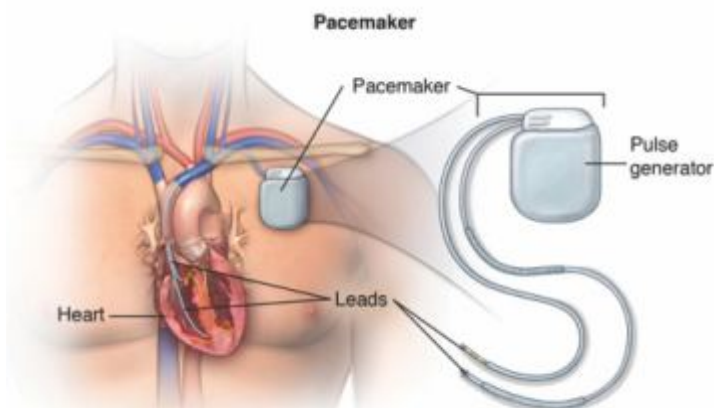
■ اختلالاتی که در تولید یا انتقال انرژی الکتریکی تظاهر می‌کند

سبب‌کننده ضربان قلب می‌شود که برای فرد علائم یا خطرات جانی را در پی دارد.

۱- آشفتگی در ایجاد جریان الکتریکی در گره سینوس نامنظمی (آریتمی)ها را بدنبال دارد که با کاشت سیم پیس میکر در دهلیز راست می‌توان مانع از بروز علائم و خطرات برای بیمار شد.

۲- گاهی انتقال جریان الکتریکی در مسیر دهلیز به بطن سبب ایجاد علائم و خطرناک است. در این صورت ضروری است که بطن‌ها توسط پیس میکر تحریک الکتریکی شده تا انقباض عضله بطنی صورت پذیرد.

۳- امروزه انواع پیشرفته‌تری از این ضربان سازها به نام ICD اختراع شده است که نه تنها کار ضربان سازی را به عهده دارد بلکه در مواقعی که



مشاهده می‌شود غربالگری از نظر آریتمی‌های قلب ضروری است. ICDها مانند پیس میکرها تک یا دو با ۳ حفره‌ای هستند. با حس‌گرهایی که در انتهای لید بطنی قرار دارد نامنظمی‌های خطرناک سریعاً تشخیص داده شده با پاسخ متناسب به نوع آریتمی یا در نهایت شوک الکتریکی ضربان قلب به شکل اولیه برمی‌گردد و بیمار از مرگ ناگهانی قلبی نجات می‌یابد.

کاشت ICD همانند پیس میکرها با بی‌حسی موضعی یا بیهوشی ملایم در بخش کت‌لب انجام شده و معمولاً بیمار ۲۴ ساعت بعد از بیمارستان مرخص می‌شود. بدیهی است در این اعمال فقط برش کوچکی در زیر ترقوه داده شده ژنراتور زیر پوست گذاشته شده و سیم‌ها از داخل سیاهرگ زیر ترقوه‌ای با راهنمایی از اشعه ایکس در جای خود مستقر می‌شوند.

■ مراقبت‌های بعد از کاشت پیس میکر:

پیس میکرها با برگرداندن فیزیولوژی طبیعی قلب عملاً بازگشت به زندگی قبل از کاشت پیس میکر را میسر می‌سازند.

۴۸ ساعت بعد از کاشت پیس میکر بیمار می‌تواند استحمام کند. هفته اول بعد از کاشت پیس میکر یا ICD از حرکات شدید دست (معمولاً چپ) خودداری شود. استفاده از وسایل برقی خانگی از قبیل ماشین ریش تراش، سشوار، جاروی برقی، تلفن همراه، تلویزیون، کامپیوتر ممنوعیتی ندارد. سعی شود بیمار در میدان برق فشار قوی قرار نگیرد. پارازیت‌های فضایی بر کارکرد پیس میکرها تأثیرگذار است. در موقع اعمال جراحی پزشک را از داشتن پیس میکر آگاه کنید تا برنامه ریزی مخصوص حین عمل جراحی در پیس میکر صورت پذیرد.

طول عمر این وسایل متفاوت است. معمولاً بین ۷ تا ۱۰ سال می‌باشد. بیمار هر ۳ ماه بایستی جهت کنترل پیس میکر به مرکز مربوطه مراجعه کند تا ضمن بررسی عملکرد پیس میکر در برنامه‌های آن در صورت ضرورت تغییراتی داده شود.

سبب انقباض بطن‌ها بعد از انقباض دهلیزها می‌شوند. که همان فیزیولوژی طبیعی قلب است.

۳- پیس میکر ۳ حفره‌ای (Biventricular Pacing) (CRT-P)

گاهی اختلال در هدایت جریان الکتریکی قلب سبب افت بازده قلبی می‌شود. تغییراتی در نوار قلب دیده می‌شود به نام بلوک شاخه چپ، افت بازده قلبی جریانی پیشرونده است که گاهی علاوه بر درمان علت آن توسط متدهای درمانی دارویی و غیر دارویی، منجر به نارسایی غیر قابل برگشت قلب می‌شود. در این گونه موارد با تحریک الکتریکی همزمان دو بطن می‌توان بلوک شاخه چپ را برطرف کرد و مانع از ایجاد تغییرات غیر قابل برگشت در عضله قلب شد.

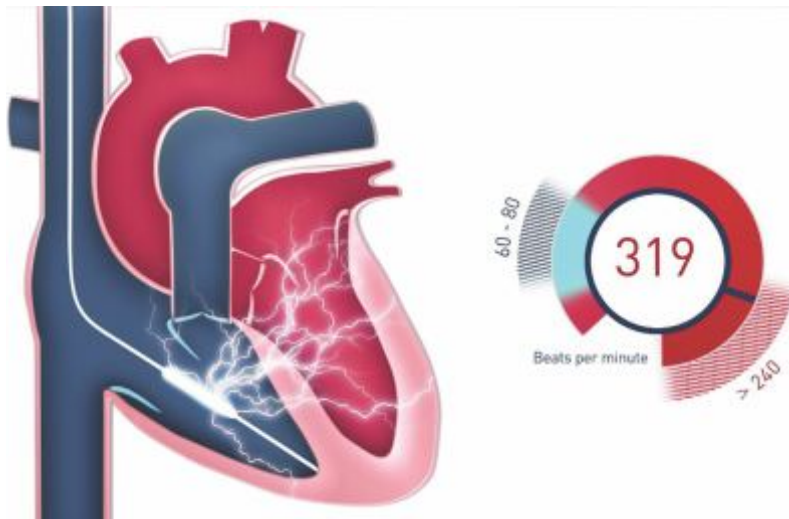
این سیستم‌ها شامل سه سیم یکی در داخل دهلیز راست یکی در داخل بطن راست و دیگری در سطح بطن چپ می‌باشد که با برنامه‌ریزی دقیق ژنراتور آن می‌توان به افزایش برون ده قلب کمک نمود.

۴- پیس میکر بدون لید:

این نوع پیس میکر که در سال‌های اخیر اختراع شده است فاقد لید بوده و توسط کاتتر مخصوصی از طریق ورید فمورال در داخل بطن راست قرار داده می‌شود. این پیس میکر تک حفره‌ای است.

■ ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator)

بسیاری از بیماری‌های قلبی است که نهایتاً منجر به کاهش برون ده قلب می‌شوند. در صدر همه بیماری‌های عروق کرونر قرار دارند. ۳۰ درصد بیماران که بازده قلبی آنها کمتر از ۳۵٪ باشد در معرض ایست ناگهانی قلبی در سال هستند. به علاوه بسیاری از بیماری‌های قلبی هستند که با علل ژنتیکی یا بدون بیماری ساختاری قلب در معرض ایست ناگهانی قلبی هستند. دو فرم شایع آن کارویدمیوپاتی هیپرتروفیک یا سندروم QT طولانی است که در این بیماران بطور ناگهانی آشفتگی ضربان قلب منجر به ایست قلبی می‌شود. در خانواده‌هایی که ایست ناگهانی قلبی





دکتر رامین قدیمی

متخصص داخلی
فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد بزرگسالان

مروری کوتاه بر کبد چرب

واژه کبد چرب (Fatty Liver) به طیف گسترده‌ای از تجمع چربی در کبد گفته می‌شود که در زبان علمی بیماری تجمع چربی غیر الکلی یا Nonalcoholic Fatty liver Disease نامیده می‌شود و به طور اختصار NAFLD نوشته می‌شود. بنابر تعریف، NAFLD به تجمع بیش از طبیعی چربی در کبد اطلاق می‌شود که خاص افرادی است که یا الکل نمی‌نوشند و یا میزان مصرف الکل آنان در حد بیماریزا نیست. و همچنین اتیولوژی‌های دیگری نیز در کار نمی‌باشد. این بیماری در بعضی از مناطق جهان شایع‌ترین بیماری کبدی می‌باشد و دومین علت پیوند کبد در سراسر جهان است.

سیر پیشرفت این بیماری به سوی سیروز کبدی و بیماری End stage کبدی می‌باشد. هرچند سیر به سوی سیروز کبدی در اقلیتی از بیماران و مبتلایان اتفاق می‌افتد. مراحل سیر این بیماری به صورت زیر می‌باشد:

- Simple steatosis
- Non Alcoholic Fatty Liver (NAFL)
- Non alcoholic Steatohepatitis (NASH)
- فیروز وسیع کبد
- سیروز
- End Stage Liver Disease (ESLD)

اکثر بیماران و مبتلایان تا مدت‌ها از وجود چنین بیماری در کبد خود بی‌اطلاعند. اطلاع بیماران از بیماری خود اغلب در جریان انجام آزمایش‌های معمول به صورت بالا رفتن آنزیم‌های کبدی است. همچنین در جریان سونوگرافی‌هایی که برای مقاصد دیگر انجام شده است گاه استئاتوز کبد دیده می‌شود و متعاقباً پیگیری می‌گردد. بنابراین پی بردن پزشکان به این اختلال کاملاً تصادفی بوده و بسیار هم شایع است.

بیماری NAFLD

بطور متوسط در جهان ۲۵٪ جمعیت را تشکیل می‌دهد.
این رقم در خاورمیانه به ۳۲٪ و در آفریقا ۱۴٪ است.

بیماران مبتلا به NAFLD را می‌توان به دو گروه متمایز تقسیم نمود: گروه اول که اکثریت را تشکیل می‌دهند بیماری نسبتاً خوش خیم و خوش عاقبتی دارند. این گروه NAFL یا استئاتوز ساده دارند. گروه دوم سیری مخرب و به سوی بیماری پیشرفته کبدی دارند و بیماری آنها به صورت اختصار NASH نوشته می‌شود. در این بیماری فعالیت نکروانفلاماتوار با یا بدون فیروز ملاحظه می‌شود. در این اقلیت بد عاقبت فیروز پیشرفته، سیروز و کارسینوم هپاتوسلولر (HCC) در زمینه بیماری پیشرفته کبدی

ملاحظه می‌شود که نیاز به پیوند کبد را مطرح می‌سازد. در حال حاضر بیماری NASH دومین علت پیوند کبد پس از هپاتیت C می‌باشد. با کشف داروهای که هپاتیت C را بهبود می‌بخشند، NASH مهم‌ترین علت سیروز و پیوند کبد در آینده خواهد بود. همچنین سیروز کریپتوزن که در قدیم بدون اتیولوژی شرح داده می‌شد می‌تواند سکل یک NASH خاموش شده باشد. بیماری NASH می‌تواند با سندرم متابولیک و دیابت تیپ ۲ همراه باشد. لذا بخشی از سندرم متابولیک توضیح داده می‌شود.

بیماران مبتلا به NAFLD در مقایسه با میانگین جمعیت عمومی ریسک مرگ بیشتری دارند. اغلب این مرگ‌ها قلبی عروقی است و در مقام بعد سرطان‌ها و مرگ ناشی از بیماری پیشرفته کبدی قرار می‌گیرند.

بیماران مبتلا به NASH پیشرفته و سیروز کبدی احتمال ابتلاء به کارسینوم هپاتوسلولر را به میزان بیشتری از جمعیت عمومی دارند. در بعضی مطالعات HCC حتی در غیاب سیروز هم رخ داده است.

چاقی - دیابت تیپ ۲ و دیس لیپیدمی مهم‌ترین عوامل متابولیک برای پیدایش NAFLD است. از میان ریسک فاکتورها مختلف چاقی بیشترین همراهی را با NAFLD داشته و مبارزه با آن مهم‌ترین و محوری‌ترین راه درمان NAFLD است.

NAFLD در ۷۰٪ افراد چاق و ۹۰٪ افراد بسیار چاقی که کاندید جراحی Bariatric هستند دیده می‌شود. همچنین NAFLD در ۷۵٪ افراد مبتلا به دیابت تیپ ۲ دیده می‌شود.

مقاومت به انسولین هسته اصلی پاتوفیزیولوژی این بیماری است. مقاومت به انسولین، سبب مهار ناقص گلوکونئوزنز در کبد و اختلال جذب گلوکز در بافت چربی می‌گردد. سیگنال‌بد و ناقص انسولین در بافت چربی سبب افزایش لیپولیز و بالا رفتن اسیدهای چرب در گردش خون و متعاقباً افزایش برداشت آنها توسط کبد می‌گردد.

سندرم تخمدان‌های پولی کیسیستیک، هیپوتیروئیدی، آپنه خواب، کم‌کاری هیپوفیز، هیپوگنادیسم و بالاخره بیماری پسیوریازیس، از جمله بیماری‌هایی هستند که می‌توانند همراه NAFLD باشند.

همراهی NAFLD و سندرم متابولیک شایع است در نتیجه هر انسانی که در بررسی‌های سونوگرافیک دچار استئاتوز کبدی باشد باید از نظر دیابت تیپ دو و دیس لیپیدمی بررسی گردد حتی اگر علائم بیماری کبدی نداشته باشد.

در مورد NAFLD دو مکتب فکری وجود دارد: مکتب آمریکایی American Association for Study of Liver Disease یا (AASLD) معتقد است که با توجه به نامعلوم بودن فواید و توانایی‌های روش‌های تشخیصی و روش‌های درمانی و نیز نامشخص بودن فواید دراز

گروه سوم: NASH پیشرفت کرده به سیروز

درمان کبد چرب:

هیچ‌گونه درمان قبول شده دارویی برای NAFLD وجود ندارد، بنابراین کاهش وزن به مدد رژیم غذایی و ورزش مداوم ستون‌های اصلی درمان این بیماری می‌باشند. در مطالعات انجام شده ثابت شده است که کاهش ۳ تا ۵٪ وزن بدن سبب بهبود استئاتوز کبدی می‌گردد. کاهش ۵ تا ۷٪ وزن فعالیت نکروانفلاماتوار را کم می‌کند و کاهش بیش از ۱۰٪ وزن NASH را متوقف و به سوی بافت طبیعی برمی‌گرداند. اخیراً مطالعات ثابت کرده‌اند که نوشیدن ۲ فنجان قهوه در کم کردن استئاتوز کبدی مؤثر است. چای سبز بی‌تأثیر بوده و خود یکی از سموم کبدی است که به مدد رسانه‌های گروهی معروف و تبلیغ نابجا شده است. همچنین ثابت شده که انجام ورزش به میزان ۶۰ دقیقه در روز می‌تواند در کاهش استئاتوز و پائین آمدن آنزیم‌های کبد مؤثر باشد.

در مورد درمان‌های دارویی اطلاعات متفاوتی در دست است. متفورمین که زمانی برای درمان این بیماری بکار می‌رفت در متا آنالیزهای اخیر ناکارآمد شده و تأثیری در بافت شناسی نداشته است. داروی Pioglitazone به میزان ۳۰ میلی گرم روزانه آنزیم‌ها را پائین می‌آورد و بافت شناسی NASH را بهبود می‌بخشد. افزایش وزن بدن - استئوپوروز و سرطان مثانه مهمترین عوارض پیوگلیتازون هستند که مصرف آن را محدود می‌کنند و باید پس از گفتگو با بیمار فقط در بیمارانی مصرف شود که NASH آنان در بیوپسی ثابت شده است.

داروی GLP-1 که نوعی پپتید گلوکاگونی است نیز در NASH مؤثر بوده است اما مطالعات کافی کاربرد آنرا هنوز حمایت نمی‌کنند. ویتامین E در دوز 800IU/dy در استئاتوز کبدی مؤثر است. مطالعات اخیر مصرف آن را در این بیماری و در بین مردم به علت افزایش ریسک خونریزی‌های مغزی و سرطان پروستات محدود نموده است.

داروهای بیولوژیکی ضد فیروز مانند Obeticholic acid, Elafibranor و Cenicriviroc در بوته آزمایش هستند و امید می‌رود که تا یک سال دیگر بکار گرفته شوند.

بنابراین کاهش وزن - ورزش ملایم و روزانه و مصرف قهوه می‌تواند سهم بسزایی در درمان NAFLD داشته باشد. این روش‌های ساده را می‌توان به بسیاری از بیماران توصیه نمود زیرا ساده و قابل انجام هستند و عوارض داروهای ذکر شده را ندارند.

مدت این روش‌ها و توانمندی‌های غربالگری، تمامی افراد مبتلا به NAFLD، به صورت روتین، بررسی و غربالگری نشوند. از سوی دیگر اروپایی‌ها (EASLD)، در افراد چاق و مبتلا به سندرم متابولیک، غربالگری NAFLD را پیشنهاد می‌کنند.

تشخیص NAFLD بر ۳ مبنا استوار است:

- ۱- شواهد استئاتوز کبد در تصویرنگاری یا بافت شناسی
- ۲- عدم مصرف الکل و یا مصرف ناچیز آن
- ۳- عدم وجود شواهد سایر بیماری‌های مزمن کبدی که منجر به سیروز می‌شوند.

بیماری‌های مزمن کبدی که منجر به تجمع چربی در کبد می‌شوند عبارتند از:

بیماری ویلسون - هپاتیت C مزمن خصوصاً ژنوتیپ ۳ - بعضی بیماری‌های مزمن مادرزادی متابولیک مانند آبتالیوپروتئینمی، گرسنگی و قحطی و تغذیه وریدی. این بیماری‌ها در تشخیص افتراقی NAFLD قرار دارند و باید ابتدا رد شوند. همچنین داروهای شایعی که ایجاد کبد چرب می‌کنند باید در نظر گرفته شوند. این داروها عبارتند از: کورتیکو استروئیدها - آمیو دارون - متوترکسات - والپروات سدیم و داروهای ضد رترو ویروس‌ها مانند داروهای ضد HIV.

بالا رفتن آمینو ترانسفرازهای کبدی، معمولاً ۳ تا ۴ برابر حد بالای طبیعی است. لازم به ذکر است که آمینو ترانسفراز طبیعی وجود استئاتوز کبدی را رد نمی‌کند. در NAFLD، فریتین سرم بالا است، و پزشک باید هموکروماتوز را در چنین شرایطی رد نماید.

وجود اتوانتی‌بادی‌ها مانند ANA و ASMA در NAFLD با تیتراپائین شایع است و اهمیت تشخیصی ندارد.

بیوپسی کبد استاندارد طلایی در تشخیص NAFLD است. عوارض بیوپسی کبد، مخارج آن و نیاز به پاتولوژیست خبره برای بررسی بافت، بکارگیری این روش را در مقیاس کلان محدود می‌کند. بنابراین بیوپسی کبد باید زمانی انجام شود که: بیماران با ریسک بالای استئاتوهپاتیت (NASH) وجود داشته باشند، و یا اتیولوژی بیماری‌های دیگر کبدی مطرح باشد.

از نقطه نظر شدت بیماری، کبد چرب به ۳ گروه تقسیم می‌گردد:

- گروه اول:** NAFL که بیش از ۵٪ سلول‌های کبدی استئاتوز داشته باشند و فعالیت نکروانفلاماتوار در کار نباشد.
- گروه دوم:** NASH که بیش از ۵٪ هپاتوبیت‌ها استئاتوز داشته باشند و فعالیت نکروانفلاماتوار در کار باشد.



ستاره خسروانی

■ کارشناس ارشد آموزش پرستاری
■ دانشجوی دکتری حرفه‌ای مدیریت

■ الگوریتم باز کردن T-R band

در بیماران بعد از آنژیوگرافی رادیال هر ۱۵ دقیقه ۲cc از حجم کاف، با سرنگ مخصوص تخلیه می‌شود. در صورت بروز خونریزی پس از هر بار تخلیه مجدداً همان ۲cc حجم خارج شده جایگزین و پس از ۱۵ دقیقه مجدداً عمل تخلیه صورت می‌گیرد.

در صورت بروز خونریزی ضمن حفظ خونسردی، فقط حجم تخلیه شده جایگزین شود و از باد کردن بیش از حد کاف خودداری گردد.

در بیماران آنژیوپلاستی از طریق شریان رادیال پس از گذشت ۳ ساعت از بستن T-R band هر ۱۵ دقیقه ۲cc از حجم کاف، با سرنگ مخصوص تخلیه می‌شود. در صورت بروز خونریزی طبق پروتکل فوق هوای تخلیه شده جایگزین شود.

■ مراقبت‌های بعد از آنژیوگرافی رادیال

- محل بسته شدن دستبند روی محل پانکچر را مرتباً از نظر خونریزی، اکیموز و هماتوم کنترل کنید.

- خون‌رسانی به انتهای دست را کنترل کنید. (از طریق گرمی پوست و زمان پرشدگی مجدد مویرگی)

- بیمار پالس اکسیمتری شود.

- حس و حرکت انگشتان دست را کنترل کنید.

- در اولین فرصت مایعات خوراکی شروع شود.

- بیمار در محدوده تحمل، تحرک داشته باشد.

- به بیمار توصیه کنید از خم کردن و کشیده شدن مچ دست تا ۴۸ ساعت بعد از آنژیوگرافی رادیال جداً خودداری کند.

- به بیمار توصیه کنید تا ۴۸ ساعت از بلند کردن اجسام با وزن بیشتر از ۲ کیلوگرم با دست مورد نظر خودداری کند.

- به بیمار توصیه کنید روز بعد از آنژیوگرافی رادیال از رانندگی پرهیز کند.

- نیازی به پانسمان محل پانکچر بعد از باز کردن دستبند نمی‌باشد.

- به بیمار آموزش داده شود که چنانچه پس از ترخیص هر کدام از علائم زیر را داشت به پزشک معالج یا مرکز درمانی مراجعه کند:

کبودی، قرمزی و خونریزی در محل ورود دسیله و یا در مسیر شریان، خروج ترشحات در محل زخم و همچنین کاهش حس و حرکت در دست

□ نکاتی پیرامون آنژیوگرافی رادیال (از طریق شریان دست)

آنژیوگرافی از طریق شریان پا بدلیل محدودیت‌هایی که برای بیمار ایجاد می‌کند، باعث شده آنژیوگرافی رادیال جای خود را بسیار سریع در این حیطه باز کند و امروزه به یکی از انتخاب‌های بیماران تبدیل شود. بگونه‌ای که در اروپا و شرق آسیا بیش از ۷۰٪ آنژیوگرافی‌ها از طریق شریان دست انجام می‌پذیرد. با ابداع و به روز شدن تجهیزات، این پروسیجر برای بیماران و پزشکان بسیار آسان شده است.

■ مزایای آنژیوگرافی رادیال

- نیازی به استراحت مطلق در تخت بعد از انجام آنژیوگرافی یا آنژیوپلاستی نمی‌باشد.

- احتمال خونریزی، اکیموز و هماتوم در آنژیوگرافی از طریق شریان رادیال کمتر است.

- امکان ترخیص بیمار از ۴ ساعت بعد از آنژیوگرافی رادیال وجود دارد.

- نیازی به قرار دادن کیسه شن برای هموستاز نیست و هموستاز توسط یک دستبند کوچک که محدودیت حرکتی نیز برای بیمار ایجاد نمی‌کند، انجام می‌گیرد.

■ آمادگی‌ها و مراقبت‌های قبل از آنژیوگرافی رادیال

- به بیمار نحوه انجام پروسیجر آموزش داده شود. زیور آلات و دستبند بیمار خارج و یا خارج از فیلد فیکس شود.

- Shave مچ و دست (ناحیه رادیال) انجام شود.

- از روی دست‌ها بخصوص دست راست تعبیه آنژیوکت یا خونگیری انجام نشود.

- بیمار را از جهت سابقه جراحی قلب یا هرگونه جراحی در دست (ماستکتومی، جراحی‌های ارتوپدی و عروقی) بررسی کنید و پزشک معالج را مطلع سازید.

- بیمار را از جهت سابقه بیماری‌های ویروسی بررسی کنید.

- تست آلن از دست مورد نظر توسط پزشک معالج انجام شود.

- بهتر است از پالس اکسی متری استفاده گردد.

- رضایت آگاهانه از بیمار جهت انجام پروسیجر مورد نظر اخذ گردد.

- در بیمارانی که از قبل آنتی‌کواگولانت مصرف می‌کنند، در خصوص میزان و نحوه مصرف داروها با پزشک معالج هماهنگی به عمل آید.





فرزانه حسینی

■ کارشناس ارشد مدیریت داخلی

□ رابطه میان رقص و سلامتی

رقص برای هزاران سال بخشی از فرهنگ و آداب و رسوم همه ملل بوده که با اهداف متفاوتی انجام می شده است. رقصیدن با هر هدفی که انجام پذیرد از آداب و مناسک عبادی گرفته تا ابراز یک مخالفت سیاسی اجتماعی و یا تنها برای تفریح یا ابراز خصوصیات فردی، دارای فواید زیادی علاوه بر کاهش وزن، برای سلامتی انسان می باشد که در این قسمت سعی می کنیم به مهمترین آنها اشاره نماییم.

■ **کاهش استرس، اضطراب و افزایش آرامش روانی:** رقصیدن باعث فراموش کردن استرس و اضطراب می گردد. افرادی که مشاغل پر استرس دارند و یا به بیماری های اضطرابی دچار می باشند، می توانند از رقصیدن به عنوان یک روش موثر جهت کاهش استرس و اضطراب و رسیدن به آرامش روحی و روانی استفاده نمایند. هنگام رقص می توانید ذهنتان را به هر کجا که دوست دارید پرواز دهید و به آرامش درونی برسید. محققین دریافته اند که رقصیدن مداوم، از بروز بیماری های روانی مثل افسردگی جلوگیری به عمل می آورد.

■ **پیشگیری از سرطان:** رقصیدن به طور مداوم، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، فشار خون بالا، دیابت نوع دوم و سرطان را کاهش می دهد.

■ **پیشگیری از پوکی استخوان:** رقصیدن احتمال ابتلا به پوکی استخوان را کاهش می دهد، به این دلیل که گام های رقص بر استخوان ها فشار وارد می کند که کمک می کند تا مستحکم و متراکم بمانند. هرچه استخوان های شما متراکم تر باشند، استحکام بیشتری خواهند داشت و در مواقع افتادن یا زمین خوردن کمتر دچار شکستگی می شوند.

د؟ د؟ د؟ معما حل کنید و جایزه بگیرید؟

چنانچه پزشکی به شما ۳ قرص بدهد و بگوید هر ۳۰ دقیقه یک قرص بخورید، چه مدت طول می کشد تا تمام قرص ها را بخورید؟

از شرکت کنندگان محترم خواهشمند است پاسخ مورد نظر خود را به شماره ۰۲۱۸۴۱۴۱ پیامک فرمایند. برنده معما پس از قرعه کشی در چاپ بعدی فصل نامه اعلام می گردد.

پاسخ معمای فصل نامه بهار ۹۹: سراب

برنده فصل نامه بهار ۹۹: داوود جهانگیری

■ **افزایش قدرت بدنی:** جنب و جوش رقص فرد را به تکاپو می اندازد و حفظ تعادل و هماهنگی هنگام رقص، قدرت بدنی او را افزایش می دهد.

■ **بهبود عملکرد مغز و پیشگیری از آلزایمر:** ورزش گردش خون را افزایش می دهد و به این ترتیب اکسیژن راحت تر و سریع تر به مغز می رسد. همچنین یادگیری حرکات مختلف و گام های دشوار رقص، باعث می شود ذهن نیز به تکاپو بيفتد. محققین دریافته اند که رقص از بروز بیماری آلزایمر و جنون جلوگیری می کند. ورزش نه تنها زوال مغز را کندتر می کند، بلکه قدرت مغز را نیز افزایش می دهد.

■ با رقصیدن چه میزان کالری می سوزانید؟

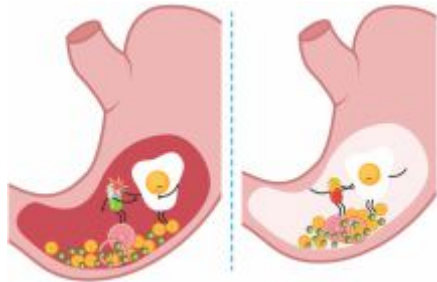
میزان سوزاندن کالری در رقص بستگی به وزن شما دارد. براساس تحقیقات دانشگاه هاروارد، یک شخص با وزن نزدیک به ۶۰ کیلوگرم، ۹۰ کالری در ۳۰ دقیقه رقص آرام، ۱۶۵ کالری در رقص متوسط و ۱۸۰ کالری در رقص با سرعت می سوزاند. اگر وزن شخص نزدیک به ۷۵ کیلو باشد در رقص آرام ۱۱۲ کالری در رقص آرام، ۲۰۵ کالری در رقص متوسط و ۲۲۳ کالری در رقص تند می سوزاند. به همین ترتیب اگر شخص نزدیک به ۹۰ کیلو وزن داشته باشد، بین ۱۳۳ تا ۲۶۶ کالری توجه داشته باشید که بالا بردن ضربان قلب در حین ورزش کردن اصلی ترین کلید برای سوزاندن کالری و کاهش وزن است. بعضی از رقص ها شاید سرگرم کننده و مهیج باشند اما اگر هدف شما سوزاندن کالری و کاهش وزن باشد، برای شما کافی نیست. بنابراین تمرین نامنظم و آرام به شما در این زمینه هیچ کمکی نخواهد کرد.

منابع:

مجله پزشکی سلامت ایرانیان آمریکا

<http://time.com/4828793/dancing-dance-aerobic-exercise>

برگه اخبار پزشکی و سلامتی (رژیم و تناسب اندام)



■ جذب داروها ممکن است تحت تأثیر غذای مصرفی شما قرار گیرد. مصرف همزمان دارو و غذا سرعت و مقدار جذب برخی داروها را کاهش یا افزایش می‌دهد. از سویی تحمل برخی داروها همراه با غذا آسان‌تر است.



■ اگر تحت نظر چند پزشک هستید، حتماً به هر یک لیست کامل سایر داروهای مصرفی خود را ارائه دهید.



■ داروهای نسخه‌ای و غیر نسخه‌ای شما ممکن است با داروهای دیگر تداخل داشته باشد و اثرات ناخواسته و گاهی مضر ایجاد کند. حتی مصرف برخی غذاها، الکل و فرآورده‌های گیاهی هم احتمال دارد با دارو تداخل داشته باشد.



■ مصرف هر دارویی ممکن است باعث بروز واکنش‌های ناخواسته نظیر حساسیت شود. حتماً دکتر داروساز را در جریان سابقه حساسیت‌های غذایی و دارویی خود قرار دهید. در صورت بروز نیز مراتب را به پزشک اطلاع دهید.



از دکتر داروساز پرسید



■ اگر مصرف داروهای تجویز شده را برای مدت تعیین شده ادامه ندهید، ممکن است مشکلات جدی برایتان پیش آید. برای کسب اطلاع از دوره مصرف داروهای خود با پزشک یا دکتر داروساز مشورت نمایید.



■ در صورتی که یک نوبت مصرف دارو را فراموش کردید، تحت هیچ شرایطی مقدار مصرف نوبت بعدی را دو برابر نکنید و حتماً نظر دکتر داروساز را جویا شوید. می‌بایست قبل از وقوع این اتفاق، جواب سؤال را بدانید.



■ نگهداری داروها در مکان نامناسب از نظر حرارت، رطوبت و نور، بیش از مدت زمان مجاز ممکن است موجب از دست رفتن اثربخشی دارو شود.



■ فرآورده‌های گیاهی اگرچه معمولاً کم خطر هستند اما در صورت مصرف بعضی از آنها ممکن است تداخل و واکنش‌های ناخواسته و گاهی جدی بروز کند، حتماً قبل از شروع هر داروی گیاهی جدید با پزشک یا دکتر داروساز مشورت کنید.



■ بروز عوارض جانبی می‌تواند به دنبال مصرف تمام داروها ایجاد شود ولی لزوماً همه این عوارض جدی و خطرناک نیستند.



■ نام تمام داروهای مصرفی خود را یاد بگیرید و بدانید هر کدام را به چه منظور استفاده می‌کنید.



■ مصرف برخی داروها ممکن است سبب خواب آلودگی شود و روی فعالیت‌هایی نظیر رانندگی یا کار با دستگاه‌ها اثر بگذارد. از سوی دیگر مصرف برخی داروها نیز موجب بی‌خوابی می‌شود.



■ اثربخشی مناسب هر دارو منوط به استفاده منظم و به موقع آن است. حتماً داروها را طبق دستور پزشک، با هماهنگی دکتر داروساز، در زمان مشخص و ثابتی از شبانه روز استفاده کنید تا بدن شما پاسخ مناسبی به داروها دهد.



■ اثرات احتمالی داروها روی جنین و نوزادان شیرخوار حتماً باید مورد توجه قرار گیرد. مصرف برخی داروها در دوران بارداری یا شیردهی ممکن است باعث آسیب جدی به جنین یا نوزاد شود. حتماً در هر مراجعه به داروخانه دکتر داروساز را از بارداری یا شیردهی خود مطلع سازید.

دکتر فروغ کلانتری
متخصص پزشکی هسته‌ای



دکتر قاسمعلی دیوبند
متخصص پزشکی هسته‌ای



سرطان پروستات

از تشخیص تا درمان

کنسر پروستات دومین کنسر شایع در آقایان و پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان در جهان می‌باشد.

تصویربرداری نقش مهمی در تشخیص، مرحله بندی، تعیین پروگنوز و ارزیابی پاسخ به درمان بیماران مبتلا به کنسر پروستات دارد.

بیان PSMA {آنتی ژن غشایی اختصاصی پروستات} ارتباط مستقیمی با کنسر پیشرفته و متاستاز دارد و هدف مناسب جهت تصویربرداری بیماران مبتلا می‌باشد.

در مرکز پزشکی هسته‌ای بیمارستان جم تصویربرداری تشخیصی با $^{99m}Tc - HYNIC - PMSA$ و درمان با رادیوداروی Lutetium PSMA قابل انجام می‌باشد.

چگونگی درمان با Lutetium PSMA

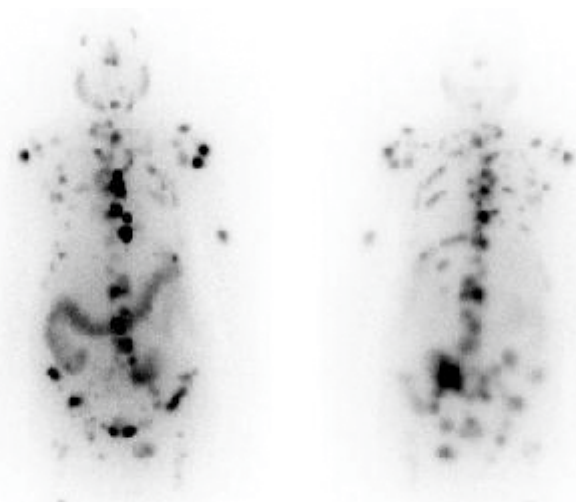
یک نوع از رادیونوکلاید تراپی است که با هدف تخریب سلول‌های کنسر پروستات منتشر شده در بدن شامل غدد لنفاوری، استخوان و احشاء می‌باشد.

تخریب سلول‌های کنسری موجب افزایش کیفیت و امید به زندگی و همچنین تسکین علائم بیمار از جمله دردهای استخوانی می‌شود. در حال حاضر درمان با Lutetium 177-PSMA در بیماران با کنسر پروستات متاستاتیک مقاوم به سایر درمان‌ها کاربرد دارد. با این درمان حدود ۶۰-۷۰٪ بیماران نتایج مثبت از جمله تسکین علائم و در درصدی از بیماران کنترل دراز مدت بیماری حاصل می‌شود.

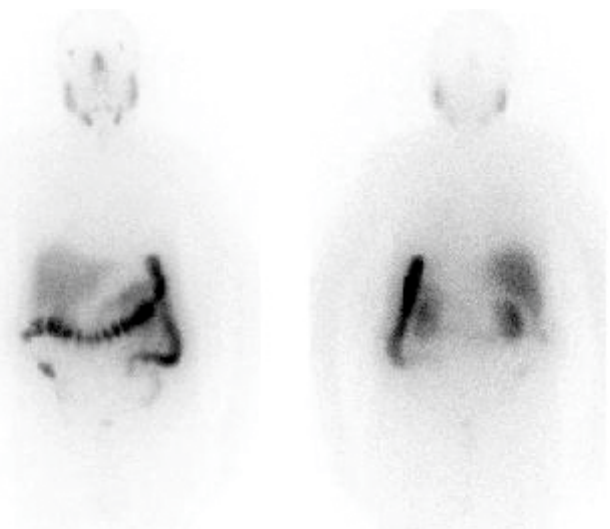
چگونگی درمان

تزریق دارو به صورت انفوزیون هر ۸ هفته بصورت سرپایی طی ۶ ساعت انجام می‌پذیرد و پس از ۳ روز تصویربرداری بعد از درمان انجام می‌شود. معمولاً بیماران به ۴ سیکل درمان نیاز دارند که با توجه به پاسخ‌دهی بیمار تصمیم‌گیری برای کورس‌های بعدی صورت می‌پذیرد.

عوارض جانبی کوتاه مدت احتمالی این درمان شامل تهوع و استفراغ، اغلب گذرا بوده و طی چند روز برطرف می‌شود. عوارض احتمالی طولانی مدت، بر سلول‌های خونی، در بیماران بدون اختلال زمینه‌ای و کاهش سلول‌های خون ساز شایع نمی‌باشد.



اسکن تمام بدن بیمار بعد از نوبت اول درمان با رادیوداروی Lu-PSMA



اسکن تمام بدن بیمار بعد از نوبت دوم درمان با رادیوداروی Lu-PSMA

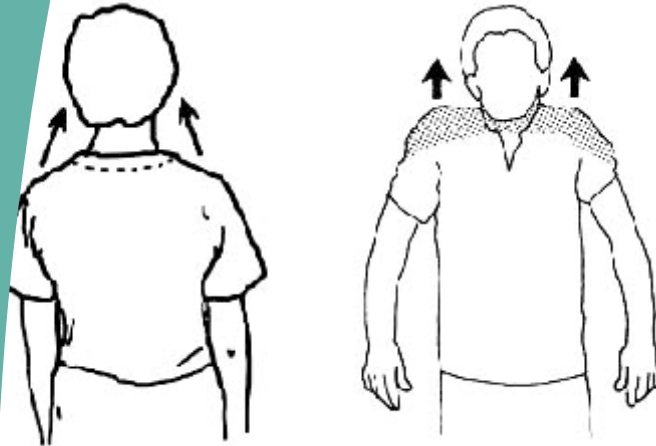
A 90 years old man with metastatic advanced prostate cancer underwent two cycles of Lu-PSMA therapy; PSA before first course: 96.7, ALP: 450. PSA two months after second course: 0.1, ALP: 195



غصمت صادقی پور

■ کارشناس ارشد مدیریت ایمنی،
بهداشت و محیط زیست (HSE)

۲- شانه‌ها را بالا بکشید تا کشش در گردن و شانه‌ها احساس شود. ۵ تا ۱۰ ثانیه در این وضعیت بمانید و آهسته شانه‌ها را رها کنید. ۳ تا ۵ بار این حرکت را تکرار کنید.



۳- گوش راست خود را به سمت شانه راست خود خم کرده و تا حد امکان گردنتان راحت باشد. کشش در طرف مقابل را حس کنید. حدود ۳۰ ثانیه این وضعیت را نگه داشته و سپس رها کنید.



ارگونومی در محیط کار

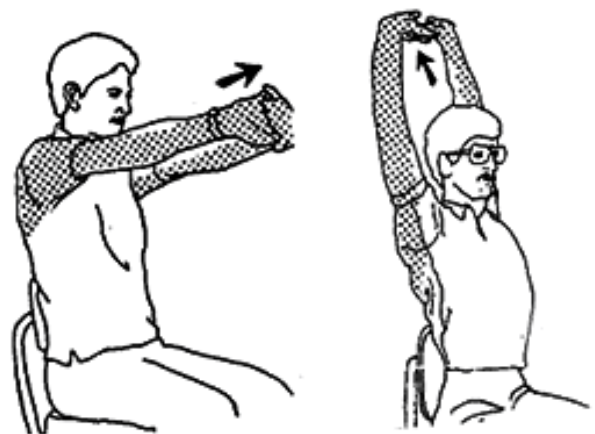
امروزه کاربرد رایانه در زندگی بسیار زیاد است و افراد در طول روز ساعت‌های زیادی را پشت رایانه خود سپری می‌کنند. مهم نیست که شغل شما چیست. اگر روزانه بیش از ۲ ساعت با رایانه کار می‌کنید، شناخت عوامل مؤثر در محیط کار با رایانه در جهت جلوگیری از بروز بیماری‌ها و ناهنجاری‌ها بسیار اهمیت دارد.

نرمش و تمرین‌های پیشنهادی حین کار با رایانه:

نشستن و ثابت بودن در یکجا برای مدت طولانی به بدن آسیب زده و باعث گرفتگی عضلات می‌شود.

بهتر است در هر ساعت حداقل ۵ دقیقه از کامپیوتر فاصله بگیرید؛ کمی قدم بزنید و چند نرمش ساده که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود را انجام دهید.

۱- انگشتان را در هم قفل کنید و در حالی که کف دست‌ها را به سمت بالا می‌کشید بازوها را نیز به سمت بالای سر بکشید و تا ۱۰ ثانیه در این وضعیت بمانید. ۳ تا ۵ بار این حرکت را تکرار کنید.





بیمارستان جمیل

نیم قرن توانایی، خدمت و تجربه



بخش CCU



واحد اطلاعات



بخش ICU-G



بخش اورژانس



بخش ICU-OH



واحد پذیرش بیماران بستری



JAM HOSPITAL



● بخش آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی



● بخش اتاق عمل



● بخش دیالیز



● بخش NICU



● واحد کلینیک



● بخش بلوک زایمان



دکتر رحیم آزاد

■ دکتری داروسازی

دیگر مولفه قابل توجه دانش داروسازی و پزشکی این دوران که موید اهمیت این علوم است، وجود آزمون ورودی به حرفه است. ضمن آن که احراز صلاحیت کار در عرصه‌ی طب و دارو دهی نیز تحت قواعد و ضوابط خاصی بوده است.

مقارن با عهد جندی شاپوری، در کنار منابع متعدد فارسی، کتب پزشکی و داروسازی حکمای یونانی (نظیر: جالینوس و ارسطو و سقراط) نیز به زبان فارسی ترجمه و تدریس می‌گردید.

همین موضوع باعث غنای بیشتر دانشی در این سرزمین شده و موجب ارتقاء اعتبار علمی دانشگاه بزرگ جندی شاپور در این دنیای آن روز شد. تا آن جا که این دانشگاه را بر فراز سایر مراکز علمی آن زمان در اوج عظمت و اقتدار علمی نشانند.

تنها یکی از شاگردان جندی شاپور (ماسویه) بود که در دانش و حرفه داروسازی مشغول و دارای شهرتی گسترده بود.

■ افول منتهی بر فروغ دوباره داروسازی

البته پس از چند قرن، در فاصله ظهور اسلام و پادشاهی‌های مختلف ایران، این اوج‌گیری دانشی از عهد باستان تا دوران ساسانی؛ به علت کاهش تعداد افراد آشنا به زبان پهلوی و دیگر زبان‌های قدیمی ایرانی و هم‌چنین گزندهای متعدد ناشی از حوادث متعدد، اندک اندک رو به افول نهاد. بعد از ظهور اسلام گرچه طب اسلامی (که ناشی از منابع دینی و تعالیم عالمان دین و گردآوری دانش سرزمین‌های تصرف شده مسلمانان از امپراطوری ایران و روم شرقی و مصر بود)، به سرعت در سراسر پارس گسترش پیدا کرد، اما تنها در اواخر عصر خلفای عباسی بود که دوباره آموزه‌های علمی این دانش (به مانند سایر علوم)، به زبان فارسی به نسل‌های بعدی انتقال یافت.

با این حال تمام تألیفات علمی تا مدت‌ها بعد به زبان عربی نوشته شد. طی دوران ورود و گسترش تمدن اسلامی نیز؛ هم‌چون دوران بعد از حمله یونانیان، دانش طب و داروسازی در ایران پیشرفت کرد و طی قرون متمادی باعث ظهور دانشمندان بزرگ و شهیری (چون: رازی، ابن سینا، اهوازی، جرجانی و ...) در این عرصه شد، اندیشمندی که به‌سان ستارگان تابناکی در آسمان دانش پزشکی و داروسازی هم‌چنان پرفروغ‌اند.

■ (رازی) و روز داروسازی

امروزه ما ۵ شهریور سالروز تولد محمد زکریای رازی را (که در سال ۸۶۵ میلادی در شهرری زاده شد) را به‌عنوان روز داروساز می‌شناسیم. (رازی)؛ شیمی را قبل از پزشکی شروع کرد و دائرةالمعارف پزشکی به‌نام (الحادی) را نوشت و اصول آزمایش داروها و مواد را در طب به رشته تحریر درآورد و بر اساس منبع معتبر (الفهرست ابن ندیم)، آثار وی بالغ بر ۱۶۰

■ مسیر ۶ هزار ساله داروسازی در ایران

■ زادگاه دانش داروسازی و پزشکی

دارو دهی و شفابخشی بیماران با تجویز دارو؛ از ورای **جم** (مرکز پادشاهی جمشید چهارمین پادشاه از پادشاهان دوران باستانی ایران) آغاز شد و این‌گونه است که سرزمین ما؛ نخستین جایگاه این دانش و محل آموزش داوطلبان داروسازی گردید.

حسب عقیده ثبت و نقل شده زرتشتیان در اوستا نیز؛ اولین طبیب و داروساز جهان باستان به نام تریتا (تریتا) (Trita) پدر گرشاسب پهلوان و یک ایرانی بوده و این سند مکتوب؛ قدیمی‌ترین سند اثبات آغاز دانش داروسازی در این دیار است.

از آن جا که مکتب زرتشت یا (مزدیسنا) از ۶ هزار سال قبل و خیلی پیش‌تر از مکاتب طبی یونان وجود و رواج داشته، می‌توان با اطمینان خاطر گفت که طب و داروسازی کهن پارسی هزاران سال قبل از پیدایش طب یونان، ایجاد شده است.

هم‌چنین در مکتب باستانی (اکباتان) که دیگر مکتب ایران باستان بوده (که) قریب یک‌صد سال پس از زرتشت توسط یکی از شاگردان وی تأسیس گردیده است) آثار و اسناد مرتبط با این دانش کهن ایرانی وجود دارد. لذا شکی در تقدم هزاران ساله‌ای وجود داروسازی و طب ایرانی نسبت به سایر ملل و ممالک، به خصوص یونانیان نیست.

■ درهم آمیختگی دانش پارسیان و یونانیان

البته باید اذعان نمود که ۴ هزار سال بعد از شروع این دو دانش حیات‌بخش در ایران، در پس حمله اسکندر و تسلط یونانیان بر سلسله پادشاهی هخامنشیان، دانش به نسبت نوپای داروسازی و پزشکی یونان با علم کاربردی دارای قدمت و ریشه‌دار ما پارسیان ممزوج گردیده؛ در نتیجه هر دو ملت در این عرصه به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای دست یافتند. تا آن جا که می‌توان دوران مذکور را یکی از دوره‌های درخشان طب و داروسازی ایران دانست که طی آن این دانش توسعه یافته و اطلاعات و تجربیات اضافه شده به آن به دوران ساسانیان منتقل گردید و منتهی به تأسیس دانشگاه جندی شاپور شد.

مرکز علمی که در باروری تمامی علوم (به خصوص پزشکی و داروسازی) نقش مهمی ایفاء نمود و موجب تحریر کتب و رسالات علمی متعددی گردید.

از نکات برجسته‌ی دیگر در این زمان؛ انجام تحقیقات فراوان در زمینه‌ی گیاهان دارویی است که هنوز هم مورد توجه دانش پزشکی است.

کتاب ارزشمند است.

■ ضابطه‌مندی داروسازی

اقدامات دانشمندان پیش‌رازی (که در قرن سوم و چهارم هجری می‌زیست) تا به سیاق ایران باستان، دوباره در زمان خلافت معتصم فرزند هارون الرشید برای اشتغال به حرفه داروسازی امتحان گرفته می‌شد و در زمان خلیفه المقتدر به سال ۲۹۵ هجری قمری، امر طبابت و دارو فروشی تحت قاعده و ضابطه خاصی قرار گرفت.

پس از رازی نیز و نزدیکتر به عهد حاضر؛ شاید بزرگترین داروساز؛ (علی ابن حسین انصاری) معروف به

(حاجی زین الدین عطار) باشد که در سال

۱۳۲۹ میلادی (مقارن باقرن هفتم شمسی) در شیراز متولد شد.

وی پسر انصاری؛ پزشک مخصوص شاه شجاع (همان حاکمی که با حافظ رابطه دوستی داشت) بوده و کتاب (مفتاح الخزان) را تألیف نمود که اکنون که در کتابخانه دانشگاه آکسفورد نگهداری شده و دارای سه فصل است. در فصل اول این کتاب در خصوص داروهای بسیط، طی فصل دوم درباره تصفیه آنها و در فصل سوم در مورد داروهای مرکب بحث شده است. اولین فارماکوپه (فهرست داروئی) ایران تألیف ابو منصور علی المروی در سال ۹۷۵ میلادی است.

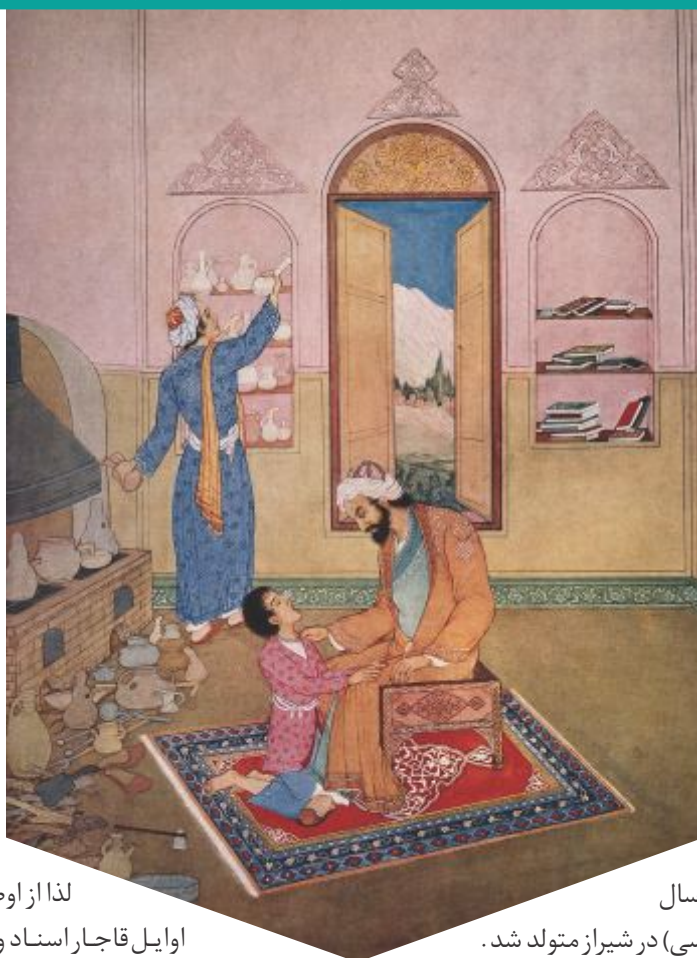
این فارماکوپه در کتابی تحت نام (الابنیه عن حقایق الادویه)

تدوین شده و در دسترس اهل علم قرار گرفت و در آن اطلاعات ۵۸۵ قلم دارو (مأخذ از منابع یونانی، سریانی، عربی، ایرانی و هندی) جمع‌آوری شده است.

این کتاب در زمان تألف خود؛ منبعی بس ارزشمند بود که تا سال‌ها بعد؛ از آن استفاده می‌شده و تمامی داروسازان این دوران (که عمدتاً پیرو مکتب بقراط و جالینوس بودند)، از آن بهره‌وافر می‌گرفتند.

■ از شوره‌زار باغ دانش بعد از حمله مغول تا رنسانس غرب

توسعه و تعالی دانش داروسازی و طب هم‌چنان در بلاد ایرانی ادامه داشت تا این‌که حمله مغول باعث شد تا با سقوط ارزش‌های مادی و معنوی



باغ آباد دانش در ایران به شوره‌زاری بی‌رمق تبدیل گردد و کمتر دانشمند از آن برخیزد.

این روند تا دوران صفویه و قاجاریه ادامه پیدا کرد و در این دوران به واسطه بی‌توجهی شاهان، جنگ‌های داخلی، آشوب و حکومت‌های ملوک‌الطوایفی، ایران وارد دوران انحطاط علمی، سیاسی و اقتصادی گردید.

در نبود علم بازار تفکرات خرافی رونق گرفت و تحصیل علمی به غیر از برخی علوم مطرود بود، در تمام این دوران تعلیم و گسترش دانش طب و داروسازی از سکه افتاد به تحصیلات ثانویه بدل شد.

لذا از اوضاع پزشکان و داروسازان در ایران تا

اوایل قاجار اسناد و آثار قابل توجهی در دست نیست.

این در حالی است که در همان زمان رنسانس در اروپا آغاز گردیده و دانشگاه‌های اروپائی در عرصه علوم طبیعی و تجربی به خصوص طب و داروسازی، دارای چهار مکتب علمی مجزا قابل تقسیم بودند.

دسته اول؛ هواداران طب ابوعلی سینای و رازی

بوده و نمایندگان افکار محافظه‌کارانه بودند.

در برابر اینان، قشر انسان‌گرایان با پیروان جدید

افکار یونانی قرار گرفتند که ادعا می‌کردند

قدمت‌شان از گروه اول بیشتر است.

بین این دو دسته؛ مکتب مصالحه جای گرفته بود که سعی

می‌کرد بین افکار یونانی و طب باقی مانده از ابن سینا و رازی

سازش ایجاد کند و مشکلات بین دو دسته اول را تغییر داده و آموزه‌های

مورد سوال طرفین را تفسیر کند.

اما دسته چهارم، اندیشمندان بودند که اعتقاد به اصل تجربه و آزمایش

داشتند. پیروان این مکتب کاری به کار سایر گروه‌ها نداشته و از هر نوع

وابستگی و پای‌بندی به سنن و آداب برجای مانده از قدیم؛ امتناع ورزیده

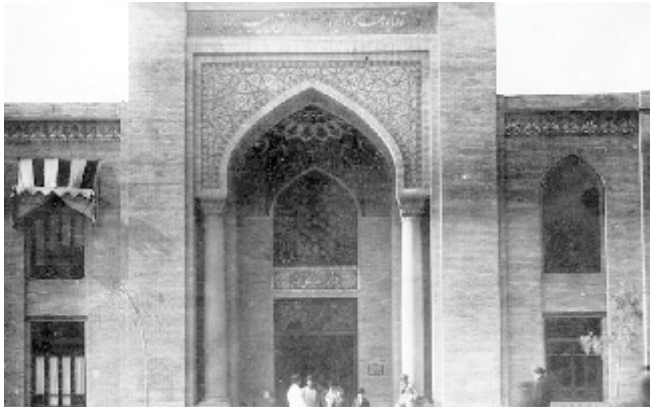
و صرفاً به مشاهدات آزمایشگاهی اتکاء داشتند.

برعکس این افراد آزمایش‌گرا، سه مکتب نخست از لحظه‌ای که پای

تحقیق و تجربه و آزمون به میان آمد، پا پس کشیده و به همین سبب به

نیستی محکوم شدند.

بود)، انتقال دانش روز در کشور؛ نهادینه شد. این مرکز علمی مهم در تاریخ دانش ایران، در سال ۱۸۵۰ میلادی با یک هیأت آموزشی هفت نفره (که همگی اروپائی بودند) شروع به کار کرد و به مرور زمان ۴۳ نفر اروپائی و ۲۳ نفر ایرانی در آنجا تدریس می‌کردند.



اولین معلمین خارجی دواسازی این دانشگاه کوچک اما با اهمیت، دکتر پولاک Polak، دکتر شلمیر هلندی Schlimmer و مسیو فوکی تی ایتالیائی Fochettie و اولین فرد دواساز ایرانی میرزا کاظم محلاتی بودند. در اولین سال تأسیس دارالفنون شاگردان رشته دواسازی هفت نفر بودند که به تدریج به عده آنها افزوده شد و در سال ۱۲۹۹ هـ ق (۱۸۸۱ میلادی - ۱۲۶۰ شمسی) به سی و سه نفر رسیدند.

نخستین داروخانه ایرانی؛ بین سال‌های ۱۲۳۳ تا ۱۲۳۹ شمسی (۱۸۵۴ میلادی معادل ۱۲۷۰ هجری قمری) به نام داروخانه نظامی توسط ارتش ایران از یک حراجی در اتریش خریداری و با تمام وسایلش به ایران منتقل شد.

متصدی این داروخانه منحصر به فرد در کشور؛ هادی خان سرتیپ بود. این داروخانه تاریخی در نهایت و پس از فوت دکتر امیر هوشنگ نظامی (آخرین وارث خاندان نظامی)؛ با تمام متعلقات شامل اسناد و مدارک دفاتر منظمی که در آن تاریخ نسخه، نام طبیب، نام بیمار، ترکیب دارو، مواد و مقدار و قیمت هر کدام در آنها ثبت شده بود، توسط همسر وی (دکتر زین دخت شرقی) در سال ۱۳۷۱ خورشیدی؛ به دانشکده داروسازی دانشگاه تهران اهداء شد.

البته داروخانه دیگری نیز در تهران وجود داشت که متصدیان و داروهای آن کلاً فرنگی بود.

پس از استخدام شورین آلمانی جهت تدریس داروسازی در دارالفنون، وی داروخانه‌ای به همین نام در خیابان ناصریه (ناصر خسرو کنونی)، دایر کرد و داروخانه وی هم، نخستین محلی بود که دواهای فرنگی می‌فروخت. در ابتدا مشتریان این داروخانه اروپائیان مقیم تهران و اعضاء سفارتخانه‌ها بودند و تقریباً هیچ مراجعه‌کننده ایرانی نداشت.

البته دژ مستحکمی که برگرد علمی (ابن سینا و رازی) بنا شده بود تا سال ۱۵۵۵ در دانشگاه (مون پلیه) دوام آورد و تا سال ۱۹۰۹ هم‌چنان در دانشگاه بروکسل پابرجا بود.

در این میان، هاروی (که تحصیل کرده شهر پادوا و ساکن لندن بود)، در سال ۱۶۲۸ کتاب خود را (درباره حرکت قلب) منتشر نموده و با این اثر عملاً ناقوس مرگ طب قدیم و نوید شروع دوران رونق پزشکی جدید را نوا سرداد.

■ ورود طب نوین و داروسازی جدید به خاک ایران

در سال‌های ۱۶۳۰ تا ۱۶۶۰ میلادی با ورود کمپانی هند شرقی به ایران و با استخدام چند نفر پزشک و اعزام آنها به شهرهای مختلف از جمله بندر گمبرون (بندر عباس)، اصفهان، شیراز و تبریز، ایرانیان نیز با علوم جدید آشنا شدند.

از نوشته‌های برج مانده آن زمان می‌توان دید این است که در این شهرهای ایران، بیمارستان‌هایی وجود داشته؛ هرچند که این بیمارستان‌ها مراجعه‌کنندگان زیادی نداشتند.

این عدم مراجعه و استقبال؛ حاصل بدگمانی مردم شهرهای ایرانی به تازه‌واردان اروپایی بود، تا آنجا که اکثریت مردم این شهرها در مکالمات روزمره خود؛ بیمارستان‌ها را (دار الموت) می‌نامیدند.

در سال ۱۶۶۴ ژوزف لایروس متولد تولوز (که یک کشیش) بود در اصفهان بعد از فراگرفتن زبان عربی و فارسی، به خواندن درس طب رو آورد و به شیراز رفته و هم‌زمان با طبابت؛ چون در آن زمان خدمات کلیسا با خدمات پزشکی آمیخته بود، به تبلیغ مسیحیت نیز پرداخت. در عهد قاجاریه پزشکی و داروسازی بیش از پیش با خرافات عجین گردید، به‌گونه‌ای که بعضی‌ها از افراد به‌جای استفاده از دانش داروسازی و طب، با مواردی چون باز کردن سر کتاب، به بیماران خود، تجویزاتی را ارائه می‌نمودند.

کم‌کم علوم جدید و بر پایه تجربه در ایران نیز بالندگی یافته و به مرور رشد یافت و طب غربی به آهستگی در سنگرهای طب جالینوسی، رازی و ابن سینایی نفوذ کرد و به دربار شاهان نیز راه یافت و برای اولین بار در سال ۱۷۹۹ نخستین هیأت فرانسوی وارد دربار فتحعلی خان قاجار شدند. به این ترتیب داروسازی و طب ایرانی شاهد آموزه‌های طب هاروی و پاستور (به‌جای طب سنتی) بود.

■ دارالفنون امیرکبیر و نهادینه شدن دانش روز در ایران

سرانجام با تأسیس دارالفنون توسط امیرکبیر (که با هدف تربیت و تعلیم جوانان ایرانی و آشنا کردن مردم ایران با صنایع و حرف و فنون جدید اروپا و انتشار آنها در ایران و بر مبنای اندیشه‌های مترقی امیرکبیر؛ بنا شده

عوارض جانبی داروها و تداخلات داروئی نظام دارو درمانی موجود را به چالش کشید. و همین موضوع باعث درک و احساس نیاز به مدیریت این عوارض توسط داروسازان شده و دوباره جایگاه حرفه‌ای داروسازی با پیدایش فلسفه مراقبت‌های داروئی نمایان شد.

هم‌زمان در ایران با پیشرفت علم پزشکی و توسعه دانشگاه‌های کشور از سویی و تبادلات روزافزون اطلاعات و بازگشت پزشکان تحصیل کرده در خارج و ظهور اساتید نامداری همچون پروفیسور حسن هاشمیان و پروفیسور ابراهیم سمیعی و دکتر علیخانی و بسیاری از مشاهیر دانش پزشکی در ایران و تأسیس و راه اندازی بیمارستان (بیمارستان جم) که ثمره بی‌وقفه و صادقانه همین نامداران که منطبق بر دانش نوین بود و در آن از فن آوری بروز و پیشرفته استفاده شده بود.

هم‌چنین با شکل‌گیری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (به جای وزارت بهداشتی) در سال ۱۳۶۴ و تشکیل سازمان داروخانه‌های بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (به عنوان دانشگاه مرجع و قدیمی ترین مرکز آموزش عالی نوین کشور و بزرگترین دانشگاه علوم پزشکی ایران) گامی بلند در جهت ارتقاء نظام آموزشی داروسازان و به تبع آن نظام خدمات داروئی در مراکز درمانی برداشته شد.

■ تأسیس بخش مراقبت‌های داروئی بیمارستان جم

در نهایت در سال ۱۳۹۵ با تغییر مدیریت داروخانه بیمارستان جم، با ارایه راهکار نوینی (که بر اساس نیازهای بیمارستانی تدوین شد) و طی تلاش داروسازان بیمارستان و پشتیبانی و حمایت مدیریت محترم آن؛ در سال ۱۳۹۸ بخش مراقبت‌های داروئی بیمارستان جم فعالیت خود را آغاز نمود. هدف از تأسیس این بخش؛ بهبود کیفیت زندگی تک تک بیماران؛ بر مبنای ارتقاء کیفیت خدمات داروئی؛ با فراهم سازی بستر مناسب جهت مصرف منطقی دارو افزایش ایمن بیمار (به وسیله کاهش خطاهای داروئی - پزشکی و کاهش تداخل‌های داروئی و در نتیجه عوارض جانبی داروها و هم‌چنین کاهش هزینه‌های درمانی) بود که به نتایج بسیار ملموسی رسیده است.



در سال ۱۳۳۷ قمری دکتر لقمان الدوله از طرف احمد شاه به ریاست قسمت طب دارالفنون منصوب و برای نخستین بار مدرسه طب در محل جداگانه‌ای در دارالفنون به‌طور مستقل به‌کار پرداخت و در سال ۱۳۰۱ شمسی در مدرسه عالی طب شعبه دوا سازی تأسیس شد.

در سال ۱۳۰۵ شمسی دوره تحصیل داروسازی، سه ساله شد و داشتن مدرک سه ساله متوسطه برای تحصیل در این مدرسه اجباری گردید و در سال ۱۳۰۷ شمسی (با تصویب نظام نامه جدید شورای عالی معارف)، کارآموزی در داروخانه جزء برنامه‌های دروس داروسازی قرار گرفت.

■ تولد دانشگاه مدرن گروه پزشکی در تهران

با آغاز بکار دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ شمسی؛ مدرسه عالی طب به دانشکده پزشکی، دندانسازی و داروسازی تبدیل شد و بالاخره در سال ۱۳۳۵ شمسی دانشکده داروسازی دانشگاه تهران مستقل شد. سال‌های متمادی نام داروساز تداعی‌کننده ساخت دارو و ترکیب فرآورده‌های داروئی بود و داروسازان تا قبل از صنعتی شدن داروسازی؛ شخصاً وظیفه ساخت داروهای نسخه شده توسط پزشکان را بر عهده داشتند.

■ تنزل جایگاه داروسازان از داروسازی به عرضه دارو

با پیدایش کارخانه‌های صنعتی ساخت دارو و تولید دارو به شکل صنعتی، نقش اولیه داروسازان در تهیه داروها در داروخانه‌ها و به روش قدیمی، منسوخ شد و داروسازان دیگر، نقشی در تهیه داروهای بیماران ایفاء نکردند، زیرا؛ آن‌چه که مورد نیاز بیمار بود، به شکل صنعتی فرموله می‌شد و در بسته‌بندی آماده در اختیار بیماران قرار می‌گرفت. این نقش جدید برای داروسازان، فاصله زیادی با جایگاه پیشین داروسازی داشت که داروها را شخصاً فرموله نموده و می‌ساختند. به همین ترتیب؛ قوانین نوین داروسازی و مقررات داروخانه‌داری هم، حوزه‌ی اختیار داروساز را محدود می‌کرده و داروساز موظف شد تا هرگونه سؤال در مورد داروهای نسخه شده را به خود پزشک ارجاع دهد. از این رو، نقش حرفه‌ای داروسازی از ساخت دارو، به عرضه اقلام داروئی (آن هم در کنار سایر محصولات سلامت محور چون تجهیزات پزشکی و محصولات بهداشتی)، نزد افکار عمومی تقلیل یافت.

■ هم‌زمانی تأسیس بیمارستان جم و درک نوینی از نقش داروسازان

البته در دهه‌های اخیر (دهه شصت میلادی و دهه چهل خورشیدی) دو جریان متفاوت و بالنده به‌طور موازی در ایران و جهان (به خصوص آمریکا) اتفاق افتاد.

در بیمارستان‌های آمریکا بروز مشکلات جدید دارو درمانی مانند بروز



دکتر فرهاد عصارزادگان

■ متخصص مغز و اعصاب (نورولوژی)
 ■ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ■ نورو سونولوژیست از آلمان

افزایش می دهند.

■ محرکها

میگرنها ممکن است توسط محرکها به وجود آیند، که برخی از افراد در تعداد اندکی از موارد از آنها به عنوان عامل مؤثر نام می برند و برخی دیگر در اکثر موارد. از بسیاری از عوامل با عنوان محرک یاد می شود، با این حال شدت و اهمیت این روابط مشخص نیست. یک محرک می تواند بیش از ۲۴ ساعت قبل از شروع علائم بیماری خود را نشان دهد. تحقیقات جدید نشان می دهد امواج ناشی از بسیاری از وسایل الکترونیکی از جمله: ماکروفر، موبایل، تبلت، لپ تاپ، می توانند محرک این بیماری و حتی موجب تشدید سردرد در این بیماران شوند.

■ جنبه های فیزیولوژیکی

از میان محرکهای رایج گزارش شده می توان به استرس، گرسنگی و خستگی (همه این موارد به طور یکسان در به وجود آوردن سردرد تنشی مؤثر می باشند) اشاره کرد. احتمال وقوع میگرنها در دوران عادت زنانگی بیشتر است. تأثیرات هورمونی دیگری، نظیر نخستین عادت زنانگی، استفاده از داروهای ضد قاعدگی خوراکی، قاعدگی، پیش یائسگی و یائسگی، همچنین در این بیماری نقش دارند. این تأثیرات هورمونی به نظر می رسد در به وجود آوردن میگرن بدون اورا نقش بیشتری داشته باشند. معمولاً، میگرنها در طول دوره دوم و سه ماهه سوم یا پس از یائسگی به وجود نمی آیند.

■ جنبه های تغذیه ای

بررسی محرکهای تغذیه ای ثابت کرده اند که شواهد این بیماری بیشتر مبتنی بر ارزیابی های فردی است و از این رو برای اثبات یا رد هرگونه محرک خاص محکم نمی باشند. مونوسدیم گلو تامات (MSG) به عنوان یک محرک تغذیه ای در این بیماری مکرراً گزارش می شود و شواهد از اثبات این امر به طور پیوسته عاجز بوده اند.

■ جنبه های محیطی

بررسی محرکهای بالقوه محیطهای درونی و بیرونی نشان داد که شواهد کلی برای اثبات تأثیر این محرکها ضعیف هستند، با این حال پیشنهاد بر این است که افرادی که دچار میگرن هستند اقداماتی پیشگیرانه ای را در خصوص کیفیت هوا و نور محیطهای درونی انجام دهند. همچنین عواملی نظیر رژیم غذایی نامناسب، اضافه وزن، بوهوا و حتی تشعشع وسایل الکترونیکی ارتباطی نظیر تلفن های همراه، رایانه های همراه و استفاده بیش از اندازه از صفحه نمایش های قدیمی موسوم به CRT نیز

□ میگرن را بشناسیم

میگرن یکی از اختلالات شدید است که ویژگی آن سردردهای ملایم یا شدید پی در پی می باشد و غالباً با علایمی در سیستم عصبی آتونومس همراه است. این نوع از سردرد یک طرفه است (بر نیمی از سر تأثیر می گذارد) و ماهیتاً ضربان دار است و از ۴ ساعت تا ۷۲ ساعت ادامه دارد. علایم همراه با آن می تواند شامل حالت تهوع، استفراغ، نورگریزی (افزایش حساسیت به نور)، صدا ترسی (افزایش حساسیت به صدا) باشد و درد به طور کلی با بالا رفتن فعالیت بدنی افزایش می یابد. بیش از یک سوم افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نشانه های پیش در آمدی / اورا را دریافت می کنند: نوعی اختلالات گذرای دیداری، حسی، زبانی یا حرکتی که نشان می دهند سردرد به زودی شروع خواهد شد. این باور وجود دارد که دلایل بروز میگرن ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است. حدود دو سوم افراد مبتلا، سردردها را از خانواده به ارث می برند. نوسان سطح هورمون هم می تواند نقش داشته باشد: میگرن در زمان بلوغ، در پسرهای کمی بیشتر از دخترها است، اما پس از آن در میان زنان حدود دو تا سه برابر بیشتر از مردان است. سردردهای میگرنی معمولاً در دوره بارداری کاهش می یابند. ساز و کار دقیق میگرن ناشناخته است. البته این باور وجود دارد که میگرن به دلیل نوعی اختلال در رگ های خونی و عصبی باشد. نظریه اولیه مربوط به افزایش قابلیت تحرک قشر مخ و کنترل ناهنجار یا خسته های عصبی درد در عصب سه قلوئی ساقه مغز می باشد.

■ عوامل بیماری

مهمترین عامل بیماری میگرن ناشناخته است با این حال اعتقاد بر این است که عوامل محیطی و ژنتیکی در بیماری میگرن نقش داشته باشند. در دو سوم موارد این بیماری در خانواده ها وجود دارد و به ندرت به خاطر نقص تک ژن اتفاق می افتند. برخی از بیماری های روانی همچون بسیاری از رویدادهای زیستی یا محرکها با این بیماری در ارتباط هستند که از این دسته می توان به: افسردگی، اضطراب و اختلال دو قطبی اشاره کرد.

■ عامل ژنتیکی

مطالعه دو قلوها نشان می دهد که تأثیر ژنتیکی ۳۴ تا ۵۱٪ در احتمال ابتلا به میگرن مؤثر می باشد. این رابطه ژنتیکی در میگرنهایی که دارای اورا هستند نسبت به میگرنهایی که اورا ندارند قویتر می باشد. برخی از گونه های ویژه ژن ها خطر ابتلا به این بیماری را به میزان کم تا متوسط

تأثیر زیادی بر بروز سردردها دارد.

برخی افراد قسمتی از میدان دید خود را از دست می‌دهند که به نابینایی یک سو به معروف است در حالیکه برخی در این شرایط تجربه تاری دید دارند.

■ نشانه‌ها و علایم

میگرن نوعاً با سردردهای شدید خود محدود و پی در پی ظاهر می‌شود که با علایم خودکار همراه است. حدود ۱۵-۳۰٪ افراد مبتلا به میگرن تجربه درک (اورا) را دارند و کسانی که این علایم پیش درآمدی میگرن را دریافت می‌کنند نسبت به کسانی که فاقد این علایم هستند بیشتر مبتلا به میگرن می‌شوند. شدت درد، طول مدت سردرد و تناوب حمله‌ها در افراد مختلف متفاوت است. میگرنی که بیش از ۷۲ ساعت طول بکشد را در اصطلاح وضعیت میگرنی می‌نامند. برای میگرن چهار مرحله را می‌توان در نظر گرفت، البته افراد مبتلا به میگرن الزاماً همه این مراحل را تجربه نمی‌کنند.

- **پیش نشانه:** که چند روز یا چند ساعت قبل از سردرد بروز می‌کند.

- **اورا:** که بلافاصله قبل از بروز سردرد ظاهر می‌شوند.

- **مرحله درد:** که به آن مرحله سردرد نیز گفته می‌شود.

- **پس اثر:** عوارض پس از پایان حمله میگرنی.

■ مرحله پیش نشانه

پیش نشانه یا علایم اخطار دهنده در حدود ۶۰٪ از کسانی که مبتلا به میگرن هستند دیده می‌شود این علایم دو ساعت تا دو روز قبل از شروع درد در فرد بروز می‌کنند، ممکن است این نشانه‌ها شامل طیف گسترده‌ای از پدیده‌ها باشد از جمله: تغییر خلق و خو، زود رنجی، افسردگی یا سرخوشی، خستگی، ولع مصرف مواد غذایی خاص، سفتی عضلات (بخصوص عضلات گردن)، یبوست یا اسهال و حساسیت به بو یا صدا. این مسئله می‌تواند در افراد مبتلا به میگرن همراه با علایم پیش درآمدی یا بدون این علایم بروز کند.

■ مرحله پیش درآمدی

اورا پدیده عصب شناختی کانونی و گذرای است که قبل یا در طول سردرد اتفاق می‌افتد. آن‌ها به تدریج در طی چند دقیقه ظاهر می‌شوند و به طور کلی کمتر از ۶۰ دقیقه طول می‌کشند. این علایم می‌توانند ماهیت دیداری، حسی یا حرکتی باشند و بسیاری از افراد بیش از یکی از آن‌ها را تجربه می‌کنند. عوارض دیداری رایج‌ترین آن‌هاست و بیشتر از ۹۹٪ افراد مبتلا به میگرن و خصوصاً بیش از نیمی از آن‌ها دچار این عارضه می‌شوند، اختلالات دیداری غالباً شامل اخگر بینی (قسمتی از تغییر موضعی در میدان دید که چشمک می‌زند) این علایم نوعاً در نزدیک کانون بینایی آغاز می‌شوند و سپس به صورت خط‌های کج و معوجی که در شکل دیوار قلعه نشان داده شده است به اطراف گسترش می‌یابند. معمولاً این خطوط سیاه و سفید هستند اما برخی از افراد خط‌های رنگی هم مشاهده می‌کنند.

■ مرحله درد

علایم پیش درآمدی حسی دومین نوع متداول این علایم است که حدود ۳۰-۴۰٪ افراد مبتلا به اورا آن را تجربه می‌کنند. غالباً در یک طرف دست یا بازو خواب رفتگی احساس می‌شود و به بخش‌هایی از بینی و دهان که در همان سمت قرار دارند گسترش می‌یابد. معمولاً بعد از اینکه احساس خارش با از بین رفتن پوزیشن سنس رفع شد احساس بی‌حسی بروز می‌کند. سایر علایم مرحله پیش درآمدی می‌تواند شامل: اختلالات زبانی یا گفتاری، احساس چرخش دنیا و در موارد نادری مشکلات حرکتی باشد. علایم حرکتی نشان می‌دهند که میگرن از نوع نیمه فلج است، و این ضعف غالباً برخلاف سایر نشانه‌های پیش درآمدی بیش از یک ساعت طول می‌کشد. به ندرت اتفاق می‌افتد که نشانه پیش درآمدی با سردرد همراه نباشد که آن را میگرن خاموش گویند. میگرن سردی است که در یک طرف سر و به صورت ضربان دار آغاز شده و از دردی ملایم به دردی شدید تبدیل می‌شود. این درد به تدریج آغاز می‌شود و با افزایش فعالیت جسمی شدت می‌گیرد. البته در بیش از ۴۰٪ موارد این درد می‌تواند در هر دو طرف سر باشد و معمولاً با گردن درد همراه است. دردی که در دو طرف سر وجود دارد بیشتر در افرادی رایج است که میگرن بدون علایم پیش درآمدی دارند. چندان رایج نیست که در ابتدا درد از پشت یا بالای سر آغاز شود. در بزرگسالان این درد معمولاً ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد و در جوانان این زمان معمولاً کمتر از یک ساعت خواهد بود. تناوب حمله‌ها متفاوت است، از چند بار در طول مدت زندگی گرفته تا چندین بار در هفته، یا متوسط یک بار در ماه. این درد معمولاً با حالت تهوع، استفراغ، حساسیت به نور، حساسیت به صدا، حساسیت به بو، خستگی و زودرنجی همراه است. در میگرن با زیلار، میگرنی که همراه با علایم عصبی مربوط به ساقه مغزی یا با نشانه‌های عصب شناختی در هر دو طرف بدن است، عوارض شایع شامل: احساس چرخیدن دنیا، سردرگمی و گیجی می‌باشد. تهوع تقریباً در ۹۰٪ افراد اتفاق می‌افتد و استفراغ در حدود یک سوم دیده شده است. بنابراین بسیاری از این افراد به دنبال جایی تاریک و خلوت هستند. علایم دیگر می‌تواند شامل: تاری دید، گرفتگی بینی، اسهال، تکرر ادرار، رنگ پریدگی، یا عرق کردن باشد. تورم یا حساسیت پوست سر و همچنین سفت شدن گردن نیز می‌تواند اتفاق بیفتد.

■ پس اثر

ممکن است بعد از آنکه سردرد اصلی تمام شد عوارض میگرن برای چند روز باقی بماند؛ که به آن پس اثر میگرنی گویند. بسیاری گزارش کرده‌اند

داروها

اولین توصیه مدیریتی برای این نوع از سر دردها استفاده از مسکن‌هایی مانند ایبوپروفن و استامینوفن است، و برای تهوع و پیشگیری از حمله استفاده از آنتی‌امتیگ توصیه می‌شود. داروهای تخصصی‌تر میگردن شامل تریپتان‌ها یا ارگوتامین‌ها هستند که آن‌ها را می‌توان برای کسانی توصیه کرد که مسکن‌های ساده بر آن‌ها تأثیر ندارند. در سراسر جهان بیش از ۱۰٪ از مردم در برخی از برهه‌های زندگی دچار میگرن شده‌اند. داروهای پیشگیری از میگرن در صورتی مؤثر تلقی می‌شوند که بسامد یا شدت حملات میگرنی را به میزان حداقل ۵۰٪ کاهش دهند. دستورالعمل‌ها نسبتاً در رتبه‌بندی توپیرامات، دیوالپروکس/الپروات سدیم، پروپرانولول و متوپرولول سازگار هستند زیرا از بالاترین سطح شواهد برای استفاده برخوردارند. تیمولول نیز برای پیشگیری از میگرن و برای کاهش بسامد و شدت حملات میگرنی مؤثر است، در حالی که فروتريپتان برای پیشگیری از میگرن دوران قاعدگی مؤثر است. تأثیر بوتاکس برای افراد مبتلا به میگرن‌های مزمن و نه افراد دچار میگرن‌های دوره‌های ثابت شده است. البته برخی پزشکان تأثیر بوتاکس در درمان بیماری میگرن را موقتی می‌دانند. دکتر سید محمد حسن پاک‌نژاد دبیر علمی چهارمین کنگره بین‌المللی سردرد اعتقاد دارد: اثر روش نوین درمان سردردهای میگرنی مزمن به کمک تزریق بوتاکس موقتی است و بیش از چهارماه دوام ندارد. در سال ۱۳۹۶ داروی میگرن‌کات به عنوان داروی درمان میگرن توسط شرکت دانش‌بنیان میم دارو پس از کسب مجوز از سازمان غذا و داروی جمهوری اسلامی ایران به بازار عرضه شد. طبق گزارش شرکت تولیدکننده، داروی میگرن‌کات در طی دوره کارآزمایی بالینی در ۸۱ درصد افراد موجب حذف کامل سردرد شده است.

پیشگیری و سبک زندگی

درمان‌های پیشگیرانه میگرن عبارتند از: مصرف دارو و مکمل‌های غذایی، اصلاح سبک زندگی و جراحی. برای افرادی که سردرد آن‌ها بیش از دو روز در هفته بروز می‌کند، توانایی تحمل داروهای ویژه درمان حملات حاد را ندارند یا افراد مبتلا به حملات شدید که کنترل آن‌ها مشکل است، پیشگیری توصیه می‌شود. هدف، کاستن بسامد، درد و پایداری بروز میگرن و افزایش کارایی روش‌های درمان است. دلیل دیگر برای پیشگیری، پرهیز از سردردهای ناشی از مصرف بیش از حد دارو است. این یک مشکل متداول است و ممکن است به بروز سردردهای مزمن‌روانه شود. با تغییر در سبک زندگی می‌توان، تعداد دفعات حملات میگرنی و شدت آن‌ها را کم کرد. این تغییرات شامل، ورزش منظم، کاهش وزن، رژیم غذایی سالم، اجتناب از محرک‌های سردرد میگرنی همچون بویا و غذاهای خاص که در شما ایجاد میگرن می‌کند، می‌باشند.

که در ناحیه‌ای که میگرن بروز کرده بود احساس درد شدیدی داشته‌اند و برخی نیز گفته‌اند که بعد از تمام شدن سردرد برای چند روز در فکر کردن مشکل دارند. ممکن است بیمار احساس خستگی، مشکلات شناختی، عوارض گوارشی، تغییر خلق و خو و ضعف داشته باشد. طبق یک گزارش خلاصه (برخی از افراد بعد از حمله احساس طراوت و سرخوشی دارند، درحالی‌که عده‌ای دیگر گفته‌اند که احساس افسردگی و بی‌قراری می‌کنند.)

تشخیص بیماری

تشخیص بیماری میگرن از روی علائم و نشانه‌های آن امکان‌پذیر است. آزمایش‌های تصویر برداری گاهی اوقات برای دخیل‌ندانستن دلایل دیگر سردردها انجام می‌گیرند. طبق اعلام جامعه بین‌المللی سردرد تشخیص بیماری میگرن بدون اورا، می‌تواند از طریق (معیارهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵) پایین انجام گیرد. اگر بیمار دچار پنج حمله سردرد یا بیشتر شود، برای تشخیص میگرن (با) اورا، دو حمله کافی است. اگر مدت حمله سردرد بین ۴ ساعت تا سه روز به طول بینجامد. اگر دو معیار پایین یا بیشتر در بیمار ظاهر شوند: سردرد یک طرفه (که نصف سر را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد)، نبضیدن سر، درد متوسط و شدید (شدید سردرد یا سردردی که مانع انجام فعالیت‌های بدنی روزانه شود).

اگر یکی از این موارد یا هر دوی آن‌ها در بیمار ظاهر شوند: احساس تهوع و یا استفراغ، حساسیت به نور (نور هراسی) و صدا (صدا هراسی)، اگر فردی دو مورد از موارد روبرو، مانند: نور هراسی، احساس تهوع یا ناتوانی در انجام کار یا مطالعه برای مدت یک روز در وی ظاهر شود، آنگاه لزوم انجام آزمایش تشخیص بیماری بیشتر می‌شود. در افرادی که چهار مورد از پنج مورد ذکر شده را دارند: مانند سردرد نبضشی، ادامه سردرد برای ۴ تا ۷۲ ساعت، درد در یک طرف سر، احساس تهوع یا علائمی که زندگی فرد را مختل می‌کنند، احتمال تشخیص میگرن داده شدن تا حدود ۹۲٪ می‌باشد. افرادی که کمتر از سه مورد از موارد بالا در آن‌ها ظاهر می‌شود احتمال تشخیص این ناراحتی به عنوان میگرن ۱۷٪ است. سایر عوارضی که ممکن است نشانه‌هایی مانند علائم سردرد میگرنی ایجاد کنند عبارتند از: التهاب سرخرگ گیجگاهی، سردرد خوشه‌ای، آب سیاه حاد، مننژیت و خونریزی زیر عنکبوتیه. التهاب سرخرگ گیجگاهی معمولاً در افراد بالای ۵۰ سال بروز می‌کند و حساسیت شقیقه یکی از علائم آن است، سردرد خود را با گرفتگی یک طرفه بینی، ریزش اشک و درد شدید اطراف حدقه نشان می‌دهد، آب سیاه با بروز ناراحتی‌های بینایی همراه است، مننژیت نیز با تب و خونریزی زیر عنکبوتیه با حمله بسیار سریع همراه است. سردردهای فشاری معمولاً در هر دو طرف بروز می‌کنند، کوبشی نیستند و کمتر فعالیت معمولی را مختل می‌کنند.



دکتر مهتری مهرداد

■ جراح و متخصص کلیه و مجاری ادراری
 ■ فوق تخصص مثانه (اورولوژی)

□ درمان عوارض زایمان و افزایش سن در بانوان با لیزر

یکی از عوارض زایمان‌های مکرر و افزایش سن، شلی عضلات کف لگن و واژن و همین‌طور تیره شدن پوست لابی‌ها، چروک شدن و شلی و افتادگی واژن و عضلات داخل واژن می‌باشد.

به علت قرار گرفتن واژن در مجاورت مجرای ادرار و مقعد، در حالی که واژن شل و گشاد باشد احتمال آلودگی و انتشار عفونت از یک ارگان دیگر خیلی شایع‌تر است مثلاً یک عفونت واژینال ساده در صورت شل و باز بودن دهانه واژن سریعاً باعث عفونت‌های مکرر ادراری و مثانه می‌شود.

بنابراین ناهنجاری‌های ظاهری دستگاه تناسلی بایستی هرچه سریع‌تر درمان شود وگرنه سبب عفونت‌های مکرر ادراری و مشکلات عدیده‌ای از جمله پرولاپس در موارد پیشرفته می‌شود که مستلزم یک جراحی بزرگ و پیچیده است.

تعریف دیگری که در اثر افزایش سن به جز افتادگی و شلی عضلات کف لگن و واژن ایجاد می‌شود، هیپرتروفی و بزرگ شدن و تیره شدن لابی‌های خارجی Labia major و همین‌طور لب‌های داخلی یا لیبیا مینور Labia minor است.

بزرگ شدن لایبیا ماژور و لایبیا مینور (لب‌های داخلی و خارجی) علاوه بر ایجاد مشکلات ظاهری مثل تیرگی شدید لابی‌ها و کشاله‌ران که ظاهر بسیار ناخوشایندی دارد، درد و اختلال در هنگام نزدیکی را نیز سبب می‌شود و همچنین به دلیل ننگ داشتن رطوبت زیاد در لایبیا‌های بزرگ و چروکیده، سبب ایجاد عفونت‌های تکرارشونده میکروبی و قارچی و E coli می‌شود.

جوانسازی یا Rejuvenation ناحیه تناسلی در راستای اصلاح این‌گونه مشکلات می‌باشد. عمل Vaginoplasty (جراحی تنگ کردن واژن) روشی است که عضلات شل و افتاده داخل واژن را ترمیم کرده و به حالت قبل از زایمان برمی‌گرداند که این جراحی در اتاق عمل و زیر بیهوشی انجام می‌شود. بی‌اختیاری ادراری نیز که سبب شل شدن و افتادگی عضلات می‌شود نیز جراحی‌های خاص خودش را لازم دارد.

لیزر، تکنولوژی بسیار جدیدی است که برای درمان انجام می‌شود. با این دستگاه می‌توان تمامی ناهنجاری‌ها و اختلالات دستگاه تناسلی زنان را به صورت سرپایی بدن نیاز به جراحی، بیهوشی و درد در چند جلسه انجام داد.



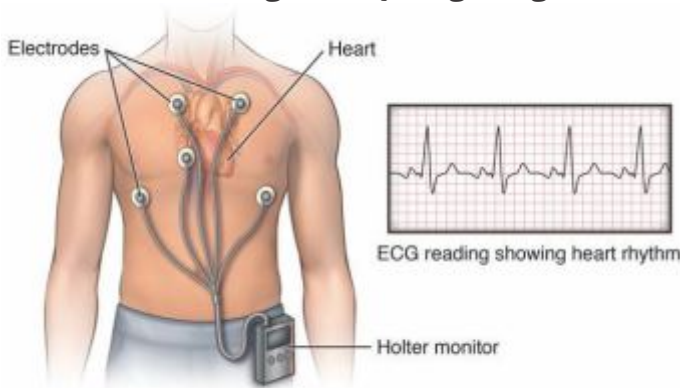


مریم عظیمی

■ کارشناس مهندسی پزشکی (بیوالکتریک)

■ تفسیر نتایج هولتر مانیتورینگ ۲۴ ساعته

پس از سپری شدن بازه زمانی توصیه شده برای آزمایش، فرد به مطب پزشک خود بازگشته و پایشگر هولتر را خارج می‌کند. پزشک فعالیت‌های ثبت شده را خوانده و نتایج هولتر را تحلیل می‌کند. بسته به نتایج آزمایش، امکان دارد قبل از تعیین یک تشخیص نیاز به انجام آزمایش‌های بیشتر باشد. نتایج هولتر می‌تواند بیان کند که داروی مصرفی فرد موثر نبوده و یا در صورت مصرف دارو جهت درمان ریتم‌های غیرعادی قلبی نیاز به تغییر مقدار مصرف آن باشد. این وسیله مخصوصاً در تشخیص ریتم‌های قلبی نامنظمی مفید است که برای فرد بدون درد و ناشناخته هستند. استفاده از یک پایشگر هولتر بدون درد بوده و یکی از بهترین راه‌های تشخیص مشکلات قلبی احتمالی یا دیگر مشکلات می‌باشد.



■ خطرات هولتر مانیتورینگ چیست؟

استفاده از یک پایشگر هولتر هیچ‌گونه خطری نداشته و هیچ دردی ایجاد نمی‌کند. هولتر سیم‌هایی دارد که به صفحه‌های کوچکی به نام الکترود متصل می‌شوند تا الکترود کاردیوگرام (نوار قلب) را ثبت کنند. این الکترودها به قفسه سینه متصل می‌شوند. از آنجایی که الکترودها به وسیله چسب‌های نواری یا دیگر چسب‌ها به بدن فرد متصل می‌شوند، امکان دارد سبب بروز تحریکات پوستی خفیفی شوند. در صورت داشتن حساسیت به هرگونه چسب، آن را با تکنسین خود مطرح کنید.

■ هولتر مانیتورینگ ۲۴ ساعته فشار خون یا ABPM

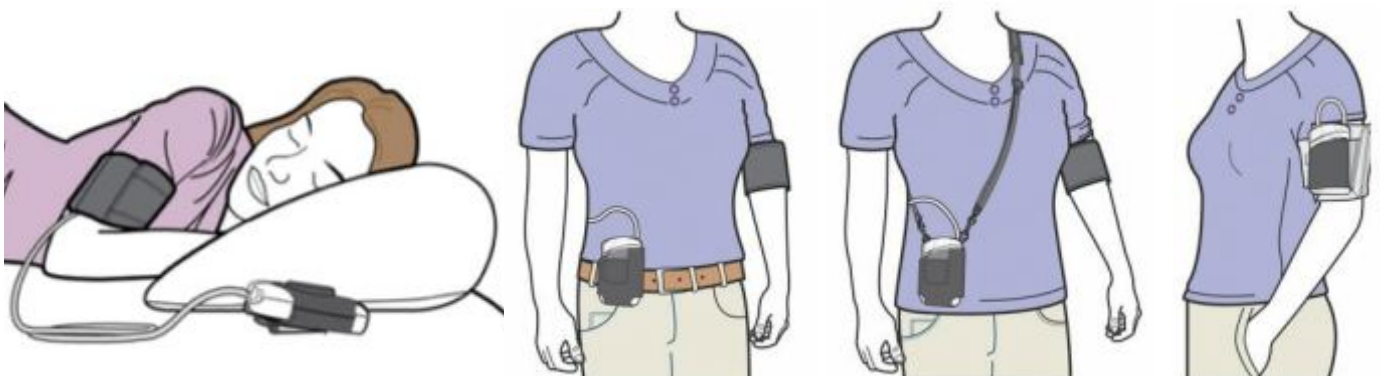
مانیتورینگ فشار خون غیرمستقیم (ABPM) یک دستگاه فشار خون پرکاربرد است که در همه حال می‌تواند همراه شما باشد. این مانیتورینگ قابل حمل بوده و شما می‌توانید به صورت ۲۴ ساعته از آن استفاده کنید.

■ چرا من به یک مانیتور ۲۴ ساعته نیاز دارم؟

با اندازه‌گیری فشار خون خود در فواصل منظم ۲۴ ساعته، پزشک شما قادر است تصویری روشن از نحوه تغییر فشار خون شما در طول روز داشته باشد. دلایل متعددی برای این کار وجود دارد. پزشک ممکن است به دنبال ارزیابی میزان فشار خون شما در کلینیک و یا منزل باشد. همچنین از دیگر مزیت‌های این دستگاه فشار خون این است که پزشک شما اثربخشی داروهای مصرفی را به‌طور دقیق‌تری ارزیابی می‌کند، تا مطمئن شود فشار خون شما در طول روز کنترل می‌شود. آنها ممکن است بخواهند ببینند آیا فشار خون شما در شب دچار تغییر می‌شود یا خیر. در این صورت، ممکن است لازم باشد داروهای خود را تغییر دهید.

■ دقت هولتر ۲۴ ساعته چقدر است؟

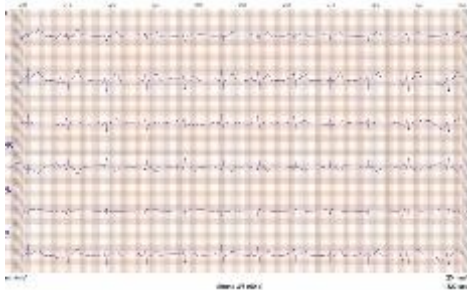
جهت اطمینان از عملکرد مناسب هولتر آن را خشک نگه دارید. قبل از ملاقات با پزشک و نصب آن به حمام رفته یا دوش بگیرید و هیچ‌گونه پماد یا لوسیونی به بدن خود اعمال نکنید. از فعالیت‌هایی که ممکن است منجر به خیس شدن پایشگر گردند خودداری کنید. میدان‌های مغناطیسی و الکتریکی می‌توانند در عملکرد پایشگر هولتر اختلال ایجاد کنند. در هنگام استفاده از هولتر از نواحی دارای ولتاژ قوی اجتناب کنید. در مواردی که اشتباهات یا اعداد نادرستی ثبت می‌شوند، هولتر باید دوباره و به درستی نصب شود.



صدای بوق علامت می‌دهد. هنگام شنیدن این صدا شما باید: در صورت امکان برای بار اول ثابت مانده و اگر دست خود را روی قلب خود نگه داشته‌اید، این موقعیت را حفظ کنید. بهتر است تمام اندازه‌گیری‌ها و زمان را در یک دفترچه، یادداشت کنید. این دستگاه تمام تغییرات را در حالت عادی و زمان مصرف دارو ثبت خواهد کرد. به این ترتیب پزشک شما به راحتی می‌تواند به بررسی وضعیت شما بپردازد. در صورتی که پس از بستن دستگاه دیجیتال هرگونه ناراحتی یا مشکلی داشتید، بهتر است به مرکز درمانی مراجعه کرده و مشکل را برطرف کنید.

■ قیمت هولتر قلب

از آنجایی که قیمت هولتر قلب بسیار بالاست و شخص استفاده‌کننده فقط برای چند روز مشخص به آن نیاز دارد اغلب بیمارستان‌ها برنامه‌ریزی می‌کنند که اجاره دستگاه هولتر صورت بگیرد، اجاره دستگاه هولتر با شرایط مختلف انجام می‌شود این دستگاه با ارائه کارت ملی و شناسنامه امانت داده می‌شود. که بعد از ارائه دستگاه کارت ملی پس داده می‌شود و کارهای لازم برای تفسیر هولتر قلب انجام خواهد شد.



■ مزایای هولتر در چیست؟

- سنجش چندین باره فشار شریانی.
- اجتناب از خطاها یا تشخیص‌های نادرست احتمالی.
- همزمان با اینکه بیمار فعالیت‌های معمول خود را انجام می‌دهد، فشار خون او در شب و روز سنجش می‌شود.
- ارزیابی ریتم شبانه‌روزی فشار خون.
- ایجاد ارتباطات بیشتر بین فشار خون و عوارض قلبی-عروقی (نارسایی بطن چپ، میکرو آلبومینوری) نسبت به آزمایش استاندارد بالینی.
- قابلیت اطمینان و مداومت بیشتر نسبت به آزمایش‌های بالینی.
- ارائه تصویر شفاف‌تر از تغییر پذیری فشار خون.

■ مانیتورینگ فشار خون در طول ۲۴ ساعت چگونه عمل می‌کند؟

در این روش، دستگاه فشارسنج اتوماتیکی در اختیار بیمار قرار می‌گیرد که در حالی که فرد مشغول انجام فعالیت‌های روزانه خود هست، بطور مکرر فشار خون و ضربان قلب او را بررسی و ثبت می‌نماید. تعداد بررسی فشار خون و ضربان توسط این دستگاه، توسط متخصص قلب تنظیم می‌شود که معمولاً هر نیم ساعت تا یک ساعت یکبار می‌باشد که این جریان البته در خواب تعداد کمتری صورت می‌پذیرد. این دستگاه کوچک و سبک هیچ محدودیتی در فعالیت‌های بیمار را ایجاد نکرده و قسمت لاستیکی آن روی بازو بسته شده و قسمت دیجیتال آن در زیر لباس قرار داشته و قابل دیدن برای دیگران نمی‌باشد. دستگاه بمدت ۲۴ ساعت همراه شخص بوده و وزن و اندازه آن تقریباً ۲ برابر گوشی تلفن همراه معمولی می‌باشد. با توجه به این که فشار خون، در طول شبانه‌روز تغییرات مکرری دارد، چنانچه از این دستگاه استفاده شود می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری از میانگین فشار خون بیمار و نیز نوسانات آن در اختیار پزشک قرار دهد و بنابراین تصمیم‌گیری لازم برای درمان، بصورت کاملتر و بهتر صورت می‌پذیرد. تنها کاری که توصیه می‌شود همراه این دستگاه دیجیتال فشار خون انجام ندهید، شنا کردن و یا دوش گرفتن است.

در پایان ۲۴ ساعت، شما می‌توانید دستگاه فشار خون ۲۴ ساعته و کاف را از خود جدا کرده و برای ارزیابی به بیمارستان بروید. مانیتورینگ فشار خون تمام موارد را در طی ۲۴ ساعت ذخیره کرده و نتایج در بیمارستان توسط پزشک آنالیز خواهد شد.

■ در طی نظارت ۲۴ ساعته فشار خون چه کارهایی انجام دهم؟

برای آن که صحت و نحوه کار دستگاه مانیتورینگ فشار خون را بررسی کنید، مطمئن شوید که لوله متصل به دستگاه، پیچ خورده یا خم نشده باشد. همچنین، درست قبل از اینکه دستگاه شروع به خواندن کند، با



محسن غفاریان

■ کارشناس ارشد مدیریت استراتژیک
■ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی - رفتار سازمانی

چگونگی مدیریت تعدیل نیرو بر اثر ویروس کرونا

تعدیل نیرو و از کار بیکار شدن کارمندان در مواقع طبیعی، سخت است؛ اما طبق نظر جاشوا مارگولیس استاد مدرسه کسب و کار هاروارد، در بحبوحه‌ی بحران جهانی کووید-۱۹، وظیفه‌ی اصلی مدیران (عقب‌نشینی عاطفی و شناختی) است.

مارگولیس می‌گوید: (این تجربه برای اکثر ما بسیار سخت است. بلا تکلیفی فراوانی وجود دارد و ذهن مردم مغشوش است.) شما به عنوان مدیری که مسئولیت تعدیل نیرو را بر عهده دارید، در مسیرهای مختلفی قرار می‌گیرید و دلتان برای افراد می‌سوزد اما در قبال سازمان، مسئولیت دارید. این تنش‌های گنگامی تشدید می‌شود که شما هم برای آینده‌تان نگران هستید، زیرا شما نیز انسان هستید و می‌خواهید لحظات بسیاری را هم چنان در کنار همکارانتان سپری کنید. اما نکته‌ی اصلی این است که باید تا حدی که می‌توانید سعی کنید نگرانی‌های شخصی‌تان را از وظیفه‌ای که هم‌اکنون بر عهده دارید، جدا کنید. در ادامه، توصیه‌هایی ارائه می‌شوند.

مدیران باید به این فکر کنند که آیا اخراج کارمندان ضروری است یا خیر؟

اگر وظیفه‌ی شما این است که باید در مورد تعدیل نیرو تصمیم‌گیری کنید، توصیه‌ی مارگولیس به شما این است که از خودتان بپرسید که (آیا تعدیل نیرو واقعاً ضروری است؟ تیم مدیریت‌تان را گرد هم بیاورید و از آنها بپرسید: (آیا می‌توانیم چیزهای دیگری را قربانی کنیم؟ چه راه‌حل‌های دیگری برای کاهش هزینه داریم؟) (تعدیل نیرو و از کار بیکار کردن افراد باید آخرین راه‌حل باشد و اگر مجبور هستید این کار را انجام دهید، تمام تلاش‌تان را به کار بگیرید تا در کمترین حد ممکن این کار را انجام دهید).



اطلاعات جمع‌آوری کنید

اگر تشخیص دادید که تعدیل نیرو ضروری است یا دیگران چنین تصمیمی را به جای شما گرفته‌اند، قبل از این که به سراغ کارمندان مدنظرتان بروید مطمئن شوید که آمادگی آن را دارید. مشخص کنید که (چطور و چه موقع این خبر را به کارمندان‌تان خواهید داد) و پیام حاوی چه چیزی خواهد بود. احتمالاً افراد، سوالات بسیار زیادی خواهند پرسید، اگر بتوانید در مورد اتفاقات آینده به آنها پاسخ دهید، شانس بیشتری خواهید داشت که هم اضطراب خودتان و هم اضطراب کارمندان‌تان را کاهش دهید.

محدودیت‌هایتان را درک کنید

حتی اگر در گذشته مسئولیت تعدیل نیرو را بر عهده داشته‌اید، انجام این کار در طول شیوع ویروس کرونا به یک دلیل متفاوت خواهد بود. به دلیل فاصله‌گذاری اجتماعی، این کار به صورت حضوری روی نخواهند داد. این سؤال را از کارمندان بپرسید: (۱۵ دقیقه وقت داری که با دقت کامل به حرف‌هایم گوش کنی؟) مراقب باشید، ممکن است پس زده شوید. ممکن است آنچه که می‌خواهید بگویید را پیش‌بینی کند؛ (بعضی از افراد به لحاظ روانی توانایی مقابله با آن را ندارند.) در این صورت، توصیه می‌شود که بگویید: (ممکن است لطفاً به من اطلاع بدهی که چه موقع آمادگی داری تا در این مورد با هم صحبت کنیم تا بتوانم مراحل بعدی را به تو بگویم؟)

از لحن درست استفاده کنید

به علت این که پیام‌ها از راه دور می‌رسانید، باید بسیار توجه داشته باشید که این خبر با همدلی و دلسوزی باشد. هدف شما این است که با افراد با احترام، عدالت و با ملاحظه رفتار کنید.



پیام باید رک و همراه با رعایت موازین انسانی باشد

پیام باید واضح و مختصر باشد. به عنوان مثال، "متأسفم، اما در پایان هفته آینده ما کار شما را خاتمه می‌دهیم." سپس توضیحی کوتاه در مورد شرایط اقتصادی که منجر به اخراج شد، ارائه دهید. تأکید کنید که این تصمیم مربوط به عملکرد شغلی خاص و تقصیر کارمند نیست. این یک شرایط جهانی است که هیچ‌یک از ما در ایجاد آن مقصر نیستیم.

■ راه حل ارائه دهید

به راحتی در دسترس باشید و مایل به ارائه پشتیبانی و مشاوره برای کارمند خود حتی پس از مکالمه اولیه باشید. آنها ممکن است برای برقراری ارتباط مجدد یا مشاوره به شما رجوع کنند. ایده‌هایی در مورد فرصت‌های شغلی در سازمان‌های دیگر ارائه دهید. ممکن است وسوسه شوید که بگویید، امکان دارد که شرایط بهتر شود و اقتصاد بهبود یابد. شما در لیست ما قرار دارید که برگردید. "اما هیچ‌کس چنین پیش‌بینی‌ای ندارد. پنهان نکنید و امید کاذب ندهید."

■ شفاف باشید

کارکنان بازمانده نگران شغل خود هستند. واقعیت این است که، هیچ‌کس نمی‌داند این شرایط چه زمان به پایان می‌رسد، بنابراین شما باید تا حد امکان شفاف باشید. یک جلسه برگزار کنید. چیزی مانند این بگویید "این سازمان برخلاف هر آنچه که تاکنون با آن روبرو بوده است، با چالش روبرو شده است. بگذارید به شما بگویم چه کار کردیم، چرا این کار را کردیم و چگونه می‌توانیم ادامه دهیم". این وظیفه شماست که تنش و آشفتگی کارکنان را جذب کنید و به نگرانی‌های آنها گوش فرا دهید.

■ چه کارهایی باید انجام دهید:

- با دقت فکر کنید که آیا اخراج‌ها ضروری است. در مورد راه‌هایی که سازمان می‌تواند برخی مشاغل را نگه دارد تأمل کنید.
- نسبت به کارمند خود دلسوزی داشته باشید و نشان دهید که در اخراج شدن، آنها مقصر نیستند.
- از یک همکار خارج از سازمان در مورد نگرانی‌های خود کمک بخواهید و مشورت بگیرید.

■ چه کارهایی نباید انجام دهید:

- به افرادی که اخراج کرده‌اید مشاوره دهید، اما برای چیزهایی که نمی‌توانید انجام دهید قولی ندهید.
- از گفتن مواردی مانند "این برای من بسیار سخت است" خودداری کنید.
- سلامتی خود را فراموش نکنید.

Reference:

Rebecca Knight, (2020) how-to-manage-coronavirus-layoffs-with-compassion

From: <https://hbr.org/2020/04/how-to-manage-coronavirus-layoffs-with-compassion>





المیرا عابد

کارشناس ارشد مدیریت استراتژیک

یعنی هدف خاص خود را مشخص کنید، هدف مورد نظر باید قابل اندازه‌گیری و قابل دستیابی و معقول باشد و در نهایت، زمان محدودی را برای خود مشخص کنید.

تعداد جلسات را به حداقل برسانید، از تشکیل جلسات بی مورد پرهیز کنید، اگر احساس کردید نیازی به حضور شما در آن جلسه نیست از شرکت در آن خودداری کنید.

کارهای ضروری و مهم را اول صبح که انرژی زیادی دارید انجام دهید.

تقسیم بندی امور (کم اهمیت - پراهمیت) (ضروری - غیر ضروری) می‌توان از ماتریس‌های مختلفی استفاده کرد، مثل:



تمرین گفتن "نه" به دیگران باید بدانیم راضی نگه داشتن همه کس در همه وقت امکان پذیر نیست همیشه تعدادی از افراد هستند که از شما ناراضی باشند، اصرار بر راضی نگه داشتن همه افراد به قیمت از دست دادن امور مهم نوعی بیماری تحت عنوان مهرطلبی (جلب محبت دیگران به هر نحوی) می‌باشد، پس اگر به دنبال مدیریت زمان خود هستید مهرطلبی را کنار بگذارید و "نه گفتن" را تمرین کنید.

بهره‌گیری از قانون ۸۰ / ۲۰

این قانون اولین بار توسط دانشمند و اقتصاددان ایتالیایی به نام پارثو کشف شد. در این قانون برای موفقیت در کاری لازم نیست تمام آن را به صورت کامل انجام دهید بلکه گاهی با انجام ۲۰٪ از کار می‌توانید به ۸۰٪ نتیجه برسید.

نوشتن یک برنامه روزانه و آماده‌سازی لیستی از کارهایی که باید انجام شود از شب قبل کمک زیادی به مدیریت زمان در روز آینده می‌کند.

مدیریت زمان (Time Management)

زمان یکی از دغدغه‌های بسیار مهم در زندگی و کسب و کارهای امروزه بشر می‌باشد. ضعف در برنامه‌ریزی استفاده از زمان، می‌تواند خسارت‌های جبران ناپذیری به کسب و کارها وارد کند، مدیریت زمان یک مفهوم بسیار عمومی است که با یادگیری اصول اولیه آن می‌توان در محیط کار، زندگی روزمره، سفر و... از آن استفاده کرد. اهمیت زمان به دلیل ناتوانی انسان در برگشت و جبران آن می‌باشد.

به خوبی می‌دانیم که متضرر شدن افراد در از دست دادن زمانشان غیر قابل جبران است، همیشه برای نشان دادن اهمیت زمان گفته شده "وقت، طلاست" اما باید بدانیم طلای از دست رفته را می‌شود دوباره به دست آورد، اما زمان از دست داده را... خیر.

ساده‌ترین تعریف از مدیریت زمان عبارت است از فرآیند برنامه‌ریزی و تقسیم زمان به منظور انجام فعالیتی خاص، در واقع یکی از موضوعات پراهمیت در دنیای مدیریت مدرن بحث مدیریت زمان می‌باشد.



نحوه استفاده از زمان خود را بهبود بخشید، این یعنی مدیریت زمان!

هدف از یادگیری مدیریت زمان استفاده بهینه از آن جهت رسیدن به اهداف می‌باشد. بهره‌وری و کارایی بیشتر، حذف امور و کارهای اضافه، دسترسی به فرصت‌های بیشتر جهت ارتقاء و پیشرفت، جلوگیری از سر درگمی و تعلل در کارها، کم شدن استرس و فشار روحی ناشی از کار زیاد و در نتیجه آن بهبود سلامت روان، ایجاد آمادگی و بالابردن توانمندی برای انجام کارهای جدید، آمادگی داشتن برای شرایط بحرانی و به استقبال کارها رفتن، متمرکز ساختن توجه فرد به اولویت‌ها از مهمترین دستاوردهای مدیریت زمان می‌باشد.

تکنیک‌های مدیریت زمان

اولین و مهم‌ترین تکنیک تعیین هدف می‌باشد. اگر هدف خود را از راه درست تعیین نکنید، به مشکل بر می‌خورید و از مسیر اصلی خارج می‌شوید. اما اگر آن‌ها را از راه درست تعیین کنید، هیچ محدودیتی نخواهید داشت. برای تعیین هدف می‌توانید از روش SMART استفاده کنید. SMART برگرفته از:

Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Time Bound

راه کارهای هوشمندانه مدیریت زمان انتظار مشتری

زمان انتظار (Waiting Time) جهت گرفتن خدمات برای مشتری بسیار خسته کننده و مایوس کننده می باشد، پیش بینی و استفاده از راه کارهایی جهت از بین بردن اتلاف وقت مشتری به عنوان فرصتی برای افزایش رضایتمندی آنها می باشد.

برای ارائه خدمات به مشتریان یک سیستم نوبت دهی راه اندازی کنید، امکاناتی را فراهم کنید تا مشتری بتواند به صورت خودکار از خدمات شما بهره مند شود، تمرکز روی آموزش کارکنان در جهت درک کامل فرآیندهای کسب و کارتان زمان انتظار برای ارائه خدمات به مشتریان به طور کلی کاهش می دهد، اگر کسب و کار تلفنی دارید استفاده از اپراتورهای بیشتر می تواند زمان انتظار و پاسخ گویی به نیاز مشتری شما را بسیار کم کند.

حفظ رضایت و شادی مشتریان از طریق کاهش مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات، بخش بسیار مهمی از فرآیند خدمات مشتریان را دربر می گیرد. اگر می خواهید مشتریان تان را آزار دهید و ناامید کنید، آنها را به مدت طولانی در صف انتظار ارائه خدمات و تحویل محصولات قرار دهید. خوشبختانه، با استفاده از تکنیک های بالا، با هیچ مشکلی در مدیریت زمان انتظار مشتریان مواجه نخواهید شد.

■ تهیه یک لیست تحت عنوان کارهای انجام شده، کارهای انجام نشده، کارهای در حال انجام.

■ تمرکز بیش از اندازه روی جزئیات باعث از دست رفتن زمانتان می شود.

■ به ذهنانتان استراحت دهید (بعد از هر ۹۰ دقیقه کاری در پی حتماً ۱۵ دقیقه استراحت کنید).

■ از تکنیک تفویض اختیار دادن به دیگران در مدیریت زمان خود بهره گیری کنید.

■ برای انجام هر کاری زمانی تعیین کنید.

■ مشخص کردن وظایف و محدوده اختیارات کاری هر فرد در محیط کار.

■ فضای کار و میز کارتان را ساماندهی کنید. میز شلوغ تولید پرتی حواس می کند زیرا ذهنانتان پشت میز شلوغ سرگردان می شود.

■ انجام دادن کارهایتان را به تعویق نندازید.



“ هدف نهایی مدیریت زمان و انجام کارهای بیشتر در زمان کمتر و داشتن زمان بیشتر برای گذراندن وقت با افرادیست که دوستشان دارید و انجام کارهاییست که به شما حس خوبی می دهد اگر مدیریت زمان نداشته باشید برای این کارها هیچ وقت زمان کافی نخواهید داشت ”

برایان کریسی



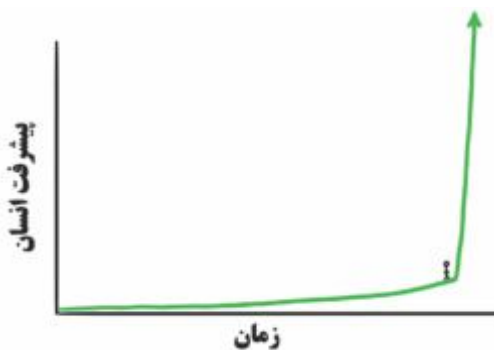
کوروش حسنی

■ کارشناس کامپیوتر

هوش مصنوعی

شرکت نوپا MetaMind که توسط ریچارد سوچر (دانش آموخته دکتری دانشگاه استنفورد) هدایت می‌شود بر روی (شبکه عصبی بازگشتی) تمرکز دارد. این پروژه در واقع بر درک بهتر زبان از نگاه احساس و عاطفه تاکید دارد. سوچر می‌گوید: (شخصاً من هرگز نخواسته‌ام که بر روی درک زبان طبیعی کار کنم تا بتوانم بهتر بر روی مردم جاسوسی کنم، یا از بینایی کامپیوتری برای تعقیب و انهدام خودکار هدف استفاده کنم. با توجه به مواردی که گفتم، ماهیت فناوری همین است. دیگران می‌توانند به شکلی که می‌خواهند از آن استفاده کنند)!

کن گولدبرگ استاد روباتیک دانشگاه برکلی می‌گوید: (همین حالا هم بسیاری از شغل‌های موجود در مراکز تلفنی در اختیار هوش مصنوعی قرار گرفته است. من فکر می‌کنم که شغل‌های فراوان دیگری نیز از انحصار انسان‌ها خارج خواهد شد، تا جایی که دیگر کامل در اختیار روبات‌ها قرار گیرد. البته در برخی موارد، ظرافت ارتباطی زبانی انسان را تنها خود انسان می‌تواند داشته باشد.) دو زمینه مورد علاقه بسیاری از پروژه‌های نوین هوش مصنوعی (کشاورزی و درمان) است. شرکت‌های جدید مانند نروانو و متامایند بر این باورند که با کمک فراگیری عمیق می‌توانند به (تشخیص پزشکی دقیق) و همچنین (تولید حداکثری غذا) برسند. فرض کنید در نقطه زیر ایستاده‌اید؛ چه احساسی به شما دست خواهد داد؟



سرعت پیشرفت علم و فناوری در طول تاریخ کند بوده است. شخصی که در سال ۱۵۰۰ میلادی زندگی می‌کرده با شخصی که در سال ۱۷۵۰ میلادی زندگی می‌کرده، تفاوت چندانی ندارد. در طول این دروان سیر رشد علمی آهسته بوده که اغلب در علم فیزیک این دوران مشهود است. اما اگر این شخصی از سال ۱۷۵۰ میلادی را با یک انسان سال ۲۰۱۵ مقایسه کنیم، این تفاوت در تمام شاخه‌های علم بسیار مشهود است. آینده چگونه خواهد بود؟ اگر بگویند جهان حاضر، در ۳۵ سال دیگر به طور کلی متحول خواهد شد، چه واکنشی خواهید داشت؟

■ دسته‌بندی هوش مصنوعی:

۱- **هوش مصنوعی محدود:** به آن (هوش مصنوعی ضعیف) نیز گفته می‌شود. این نوع هوش مصنوعی تنها در یک حوزه متبحر می‌شود.

هوش مصنوعی موضوعی بسیار جذاب و اما پیچیده است. علمی جدید که زندگی بشر را متحول کرده است. کارکردهای این فناوری از معایب آن بسیار بیشتر است که نشان از سودمندی آن دارد. علم روباتیک به عنوان هسته مرکزی هوش مصنوعی شناخته می‌شود. اما آینده هوش مصنوعی به کدام جهت حرکت خواهد کرد؟

الگوریتم‌های به کار گرفته شده در هوش مصنوعی از نحوه فعالیت (یاخته‌های عصبی) یا نورون الهام گرفته شده‌اند. اما هوش مصنوعی و یکی از شاخه‌های آن (یادگیری عمیق) در چند سال اخیر چنان پیشرفت کرده است که استیون هاوکینگ در این باره می‌گوید: (توسعه کامل هوش مصنوعی می‌تواند پایان بشریت را رقم بزند.)

ایلان ماسک از سرمایه‌گذاران فناوری دنیا معتقد است که هوش مصنوعی (اهریمنی) است که تمام جهان در حال پرورش آن است. او می‌گوید: (با هوش مصنوعی ما داریم اهریمن را احضار می‌کنیم.) هوش مصنوعی البته برای هالیوود نیز درآمد خوبی کسب کرده است. در واقع هدف از مطالعه هوش مصنوعی، یافتن رابطه میان ربات‌ها و تفکر، همچنین یافتن پاسخی برای چنین سوالاتی است: آیا یک ربات توانایی عملکردی هوشمندانه را دارد؟ آیا او نیز، همانند انسان می‌تواند مشکلات را با اندیشیدن برطرف کند؟ آیا ربات می‌تواند فکر داشته باشد؟ آیا می‌تواند همان هوشیاری و حالت ذهنی‌ای که انسان داراست را داشته باشد؟ آیا می‌تواند حس کند؟ آیا هوش انسان و هوش ربات یکسانند؟ آیا در اصل، ذهن انسان یک کامپیوتر است؟

تا چندی پیش، (دسته‌بندی تصاویر) برای انسان‌ها کاری آسان و برای روبات‌ها کاری دشوار بود، اما اکنون روبات‌ها خیلی پیشرفت کرده‌اند. طبق پیش‌بینی‌ها انسان‌ها تا ۱۵ سال دیگر در چنین کارهایی حرفی برای گفتن ندارند. البته الان کامپیوترها نمی‌توانند مانند انسان‌ها فکر کنند. آن‌ها توانایی استفاده هم‌زمان از چندین حس را ندارند، اما روزی خواهد رسید که هوش مصنوعی در علم پزشکی انقلابی به پا خواهد کرد. فرض کنید که یک پزشک یک تصویر ام.آر.آی را می‌بیند. احتمال اشتباه پزشک وجود دارد. در واقع سال‌ها زمان می‌برد تا پزشک به آن درجه برسد که دیگر اشتباهی نکند. پزشکی را فرض کنید که پس از ۲۵ سال به این مرتبه رسیده است. با کمک هوش مصنوعی می‌توان این ۲۵ سال تجربه را به راحتی به خدمت گرفت.

شرکت‌های بزرگ مانند گوگل و فیس‌بوک در (سیلیکون ولی) سرمایه‌گذاری‌های بزرگی را بر روی هوش مصنوعی انجام داده‌اند.

به مراتب قدرتمندتر خواهد بود. البته این ایده، منتقدان فراوانی را داشته است. فوکویاما معتقد است که این ایده (خطرناک‌ترین ایده جهان) است. به گذشته فکر کنید. گذشته‌ای نه چندان دور که هنوز شب‌ها را با نور فانوس زنده نگه می‌داشتند. خبری از شبکه‌های اجتماعی نبود. کتاب‌ها حتی به شکل امروزی نیز چاپ نمی‌شدند، چه برسد به اینکه بخواهیم فرآیند تولید کتاب‌های دیجیتال را با آن دوران مقایسه کنیم. با ظهور هوش مصنوعی، دنیا تغییر کرد. امروزه خودروهایی بدون راننده، هواپیماهای بدون خلبان و پهپادها با کمک وجود هوش مصنوعی ساخته شده‌اند. روبات‌های روزنامه‌نگار تا چند سال دیگر به بازار عرضه خواهند شد. نیازی نیست به روبات‌های خانه‌دار و کاوشگر کجاکاوی اشاره‌ای کرد. صنعت بازی‌های ویدیویی با بهره‌جویی از هوش مصنوعی باعث شده تا نوع تفریح کودکان امروزی تفاوت چشمگیری با کودکان نسل‌های قبلی داشته باشد. تلفن‌های همراه، ساعت هوشمند و هزاران اختراع دیگر حال و هوای زندگی را به کلی تغییر داده است. روبات‌های فوتبالیست و بازوهای حرکتی برای افراد معلول با همین فناوری ساخته شده‌اند. مصارف نظامی و پزشکی این روبات‌ها در حال توسعه است. در آینده‌ای نزدیک، شاهد تولید انبوه روبات‌های خدمتکار نیز خواهیم بود. هوش مصنوعی هنوز در اول راه خود است. فناوری که اگر در جهت مثبت خود به کار گرفته شود، می‌تواند تأثیرات بسیار مفیدی بر زندگی انسان بگذارد. اما تصمیم‌نهایی با انسان است که چگونه از آن بهره‌جوید.

هوش مصنوعی که توانست استاد بزرگ شطرنج جهان را شکست دهد، یکی از همین نمونه‌ها است. در واقع، تنها کاری که می‌تواند انجام دهد همین است.

۲- هوش مصنوعی عمومی: به آن (هوش مصنوعی قوی) نیز گفته می‌شود. سطح هوشی این نوع هوش مصنوعی در سطح انسان است. ساخت این نوع هوش مصنوعی کاری دشوار است و دانشمندان هم‌اکنون در این مرحله هستند. این نوع هوش مصنوعی باید توانایی دلیل آوردن، حل مشکل، توانایی فکر کردن به صورت مطلق، درک ایده‌های پیچیده، فراگیری سریع و درس‌آموزی از تجارب را داشته باشد. اگر جایگاه دقیق هوش مصنوعی را در حال حاضر بخواهیم مشخص کنیم، بهتر است نمونه‌ای از روبات‌های هوشمند سال اخیر را مثال بزنیم. روبات آسیمو یک روبات انسان‌نما است که در چند سال اخیر معرفی و ارتقا داده شد. آسیمو توانایی خواندن حرکات و حالات چهره‌ی انسان‌ها را دارد و می‌تواند مستقلاً پاسخ دهد.

۳- فراهوش: هوشی که در تمام زمینه‌ها از جمله خلاقیت علمی، هوش عمومی و مهارت‌های اجتماعی بسیار برتر از باهوش‌ترین انسان باشد. شاید این سه دسته‌بندی برای شما کمی پیچیده باشد. اما حقیقت مسئله ساده‌تر است. در حال حاضر، در جهانی زندگی می‌کنیم که مملو از هوش مصنوعی نوع اول است. سیستم ضد قفل اتومبیل‌های پیشرفته که از سیستم کامپیوتر اتومبیل پیروی می‌کند یکی از همین نمونه‌ها است. گوشی هوشمند شما نیز مورد بعدی است. شما از نقشه‌آن استفاده می‌کنید و موسیقی هم گوش می‌دهد. با برنامه‌هایی مانند Siri صحبت می‌کنید.

سیستم فیلترینگ ایمیل‌های هرزه نیز نمونه‌ای دیگر است. بخش جستجو و ترجمه گوگل هم یک هوش مصنوعی محدود محسوب می‌شود. در حال حاضر، بهترین بازیکنان بازی‌های فکری مانند شطرنج همگی هوش مصنوعی محدود هستند. نمونه‌های از این دست کم نیستند. پژوهشگران زمینه هوش مصنوعی اکنون در مرحله انتقال از نوع اول به نوع دوم هستند. آن‌ها سعی دارند با تقلید از مغز انسان بتوانند هوش مصنوعی را طراحی کنند که هم سطح هوش انسان باشد. قدم بعدی شاید (تراشیریت) باشد. ادغام انسان و ماشین در آینده به (سایبورگ) منجر خواهد شد. البته اکنون شاید تصور آن تنها در فیلم‌ها میسر باشد.

نمونه‌ی سینمایی مشهور آن همان فیلم ترمیناتور است. سایبورگ هم از انسان و هم از ماشین





نیلوفر صدری

■ کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی

□ چرا دائماً احساس گرسنگی می‌کنیم؟

(راهکارهای حفظ و کاهش وزن)

شاید شما هم جز کسانی باشید که هنوز یک ساعت از خوردن غذایشان نگذشته است ولی احساس گرسنگی شدیدی می‌کنند تعجب نکنید لزوماً در روزه‌هایتان انگل وجود ندارد، به احتمال زیاد شما یکی از عادت‌های غذایی زیر را دارید:

■ غذا خوردن زمان مشخصی ندارد

به غذا خوردن نظم دهید. سر ساعت مشخصی غذا و میان وعده میل نمایید. بدنتان برای تأمین انرژی و پیشگیری از کاهش سطح متابولیسم خود به یک جریان ثابت از گلوکز نیاز دارد. صبحانه سالم را به عنوان وعده غذایی اصلی خود قرار دهید و هر سه‌الی چهار ساعت یکبار مصرف میان وعده سالم را فراموش نکنید.

■ خبیلی دیر به رختخواب می‌روید

اولین اثر کم‌خوابی بر هم‌زدن تعادل هورمون‌هایی نظیر گرلین (هورمونی که در مواقع گرسنگی ترشح می‌شود و لپتین (هورمونی که اشتها را کاهش می‌دهد) است. کم‌خوابی، قند خون را افزایش می‌دهد و تمایل شما را به خوردن مواد غذایی پرکالری بیشتر می‌نماید. طبق مطالعات انجام شده در دانشگاه شیکاگو، افرادی که در طول شبانه روز ۴ ساعت خوابیده بودند با اینکه ناهار مفصلی خورده بودند ولی اشتهای زیادی به مصرف میان وعده‌های پرکالری ۲ ساعت پس از غذایشان داشتند. امتحان کنید امشب ساعت بیشتری بخوابید. خواب کافی به کاهش وزن‌تان کمک می‌کند.

■ به مصرف پروتئین در وعده‌های غذایی خود اهمیت نمی‌دهید

تحقیقات در دانشگاه میسوری نشان داده است، افرادی که در وعده صبحانه پروتئین بیشتری مصرف می‌کنند در مقایسه با افرادی که صبحانه نمی‌خورند یا صبحانه کمتری می‌خورند، در طول روز احساس گرسنگی کمتری را تجربه می‌کنند و حتی در وعده ناهار غذای کمتری دریافت می‌نمایند.

هورمون کورتیزول که به صورت مزمن افزایش یافته باعث تولید گلوکز می‌شود و قند خون را افزایش می‌دهد و مقاومت به هورمون انسولین ایجاد می‌شود که عاملی برای ابتلا به دیابت نوع ۲ به شمار می‌آید. در این حالت قند خون افزایش یافته ولی هورمون انسولین عملکرد طبیعی ندارد و قند وارد سلول‌ها نمی‌شود و احساس گرسنگی به فرد دست می‌دهد.

■ شما عادت به خوردن مواد غذایی شیرین دارید

قطعاً شنیده‌اید که توصیه می‌شود نان و غلات تصفیه نشده و سبوس دار مصرف کنید. کربوهیدرات تصفیه نشده منبع غنی فیبر و مواد مغذی فراوانی هستند و همچنین خاصیت سیرکنندگی دارند. فرآیند هضم این نوع از کربوهیدرات‌ها طولانی است بنابراین قند خون به آهستگی افزایش می‌یابد. در صورتیکه کربوهیدرات تصفیه شده مانند نان سفید، برنج سفید، کیک و کلوچه فیبر ندارند و قند خون را به صورت ناگهانی افزایش می‌دهند سپس قند خون به سرعت کاهش پیدا می‌کند و تمایل شما به خوردن طعم شیرین دیگر افزایش می‌دهد. همچنین محققین به این نتیجه رسیدند که افرادی که فعالیت بدنی روزانه ندارند به دلیل کاهش سطح هورمون سروتونین خون تمایل زیادی به دریافت غذاهای شیرین دارند. پس حتماً ورزش منظم را در برنامه زندگی خود قرار دهید.

■ اوقات فراغت خود را با نگاه کردن به عکس غذاهای اشتها برانگیز سپری می‌کنید

بر اساس مقاله علمی منتشر شده در مجله مغز و ادراک آمریکا محققین دریافتند که حتی دیدن عکس غذاهای اشتها برانگیز و جذاب مواد غذایی باعث سرازیر شدن خون به بخش‌هایی که مسئول طعم و مزه غذاها هستند می‌شود و اگر به صورت فیزیولوژیکی هم گرسنه نباشیم ناخودآگاه احساس گرسنگی خواهیم کرد.





علی صفری

■ سرآشپز

□ آشپزی با سرآشپز

بیشترین نیاز انسان بعد از هوا و آب برای سالم ماندن، غذا می‌باشد. آماده کردن و یا دسترسی به یک غذای خوب و سالم بهترین روش آن است که خودمان در آشپزخانه غذای مورد علاقه خود را آماده نماییم. برای آماده کردن یک غذای خوب نیازمند اطلاعاتی هستیم که بسیار مهم می‌باشد. بخاطر تهیه غذا یکی از مهمترین قسمت‌های خانه، آشپزخانه می‌باشد. چون انسان در روز به سه نوبت غذای اصلی نیاز دارد و همچنین شاید دو سه نوبت هم بین غذا و سرو انواع نوشیدنی، دم‌نوش‌ها و دسرها را نیز شامل می‌شود. علم آشپزی امروز در دنیا یکی از مهمترین دانش‌ها می‌باشد. که مردم دنیا اهمیت زیادی به آن می‌دهند. چون خوردن یک غذای سالم و خوشمزه می‌تواند در سلامتی و روحیه انسان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. بنابراین لازم می‌دانم که اطلاعات مختصر و مفیدی راجع به انواع غذاها و مواد لازم برای آشپزی در اختیار شما بگذارم. امیدوارم با تمرین و علاقه به آشپزی بتوانید آشپز قابل و کار بلدی از آب درآیید.

■ نکات حائز اهمیت در آشپزی

۱- برای بعمل آوردن کباب کوبیده خوب باید از گوشت بیات فریز شده ۷۰٪ سردست گوساله و ۳۰٪ قلوه‌گاه گوسفند که با هم چرخ کرده سپس فریز می‌کنیم تا بیات شود. برای بعمل آوردن باید گوشت نیمه یخ دوباره چرخ کنیم و با پیاز چرخ کرده بیات که بیشتر آب پیاز موجود باشد. بعد ادویه جات شامل نمک و فلفل به آن اضافه کرده و دوباره چرخ می‌کنیم که مجموعاً سه بار باید چرخ شود. مواد بدست آمده باید نیمه یخ باشد که چسب لازم را به همراه داشته باشد. وگرنه اگر گرم باشد یا دمای معمولی، روی سیخ بند نمی‌شود. سپس ماده بدست آمده را به سیخ می‌کشیم و روی آتش می‌گذاریم.

۲- برای جلوگیری از وا رفتن کوفته تبریزی، باید آرد سوخاری و تخم مرغ زرده و سفیده مخلوط شده به آن اضافه کنید. و به مدت ۳۰ دقیقه با حرارت بالا بجوشانید و سپس با شعله ملایم کم‌کم بعمل آورید.

۳- اگر فلفل غذای شما زیاد شد، چند دقیقه قبل از اینکه غذا را از روی حرارت بردارید، آب لیمو ترش تازه را به آن اضافه کنید و خوب هم بزنید. به مقدار قابل ملاحظه‌ای تندی غذا را می‌گیرد.

۴- اگر غذای خورشتی شما خیلی بی‌نمک شد، نمک را روی غذا نریزید بلکه نمک را در آب جوش حل کنید و سپس به غذا چاشنی اضافه کنید.

۵- برای بهتر شدن دلمه برگ مو از چاشنی تمبر هندی استفاده کنید.

۶- تشخیص ماهی تازه از ماهی کهنه، اگر انگشت خود را روی بدن ماهی فشار دهید و جای انگشت شما روی ماهی بماند و به حالت اولیه برنگردد، آن ماهی کهنه است و آبشش ماهی باید به رنگ سرخ باشد.

۷- اگر می‌خواهید برنج شما سفید در بیاید، دو قاشق ماست را در آب حل کرده و به برنج در حال جوش اضافه نمایید و اگر برنج شما کمی شل به نظر رسید دو الی سه قاشق غذاخوری آب لیمو به آن اضافه کنید تا برنج شما به حالت دلخواه درآید.

۸- برای از بین بردن بوی سوختگی برنج یک تکه نان را روی برنج بگذارید و بعد از دم کشیدن آن را بردارید و یک عدد پیاز پوست‌کنده را به مدت ۵ دقیقه داخل برنج فرو کنید، بوی سوختگی برنج از بین خواهد رفت.

۹- برای اینکه قیমে خوشمزه داشته باشیم. پانزده ساعت قبل لپه را در آب سرد خیس نمایید. سپس همراه گوشت آن را تفت دهید. مزه آن عالی می‌شود و نیازی به پخت جداگانه گوشت و لپه نمی‌باشد.

۱۰- اگر می‌خواهید یک فسنجان عالی و به یاد ماندنی داشته باشید، آن را در یک ظرف سفالی بنام گمچ پخت کنید با حرارت کم و زمان زیاد و برای پر روغن شدن گردو یک ساعت قبل از برداشتن غذا چند تکه یخ داخل ظرف فسنجان بیاندازید.

۱۱- برای بدست آمدن یک قورمه سبزی لذیذ سبزی را با حرارت کم و زمان زیاد طوری سرخ کنید که رنگش به تیرگی بزند. و داخل قورمه سبزی از آب قلم گوسفند استفاده نمایید.

۱۲- اگر خورش شما شور شد، برای از بین بردن شوری خورشت، دو عدد سیب زمینی متوسط را پوست‌کنده و داخل خورش بیاندازید که کاملاً بپزد. شوری غذا به طرز محسوسی کم خواهد شد.

۱۳- بهترین زمان برای اضافه کردن ترشیجات مانند آب لیمو و آب نارنج به انواع خورش‌ها چند دقیقه بعد که زیر خورش را خاموش کردید مواد نامبرده را به خورش خود اضافه نمایید. باعث خواهد شد خورش شما رنگی زنده و روشن و دلخواه داشته باشد.

۱۴- بهترین زمان اضافه کردن نمک به مرغ یا گوشت: اگر می‌خواهید مرغ بپزید حتماً در همان مرحله اول نمک را به آن اضافه کنید. مرغ شما خوشمزه‌تر می‌شود اما برای پختن گوشت، همیشه نمک را آخر اضافه کنید. زیرا اگر در ابتدا نمک به گوشت قرمز بزنید، باعث سفت شدن گوشت می‌شود و گوشت شما دیر می‌پزد.

۱۵- برای از بین بردن بوی زهم مرغ در زمان پخت از سبزیجاتی مانند هویج، کرفس، پیاز، فلفل دلمه استفاده نمایید. حتماً پیاز باید دو برابر بقیه مواد نامبرده استفاده شود.

ادامه دارد...

برنامه کلینیک فوق تخصصی و تخصصی بیمارستان جم

آسم آلرژی و ایمونولوژی	
سید حمید رضا مرتضوی	چهارشنبه - پنجشنبه (۹-۱۲)
آنکولوژی	
دکتر علیرضا قاضی زاده	سه شنبه (۱۰-۱۲)
دکتر امید رضایی	شنبه (۱۱-۱۲:۳۰)
دکتر حسن نورمحمدی	شنبه - دوشنبه (۹-۷) - یکشنبه (۱۷-۱۵)
ارتوپدی	
دکتر بهمن دینیاری	یکشنبه - سه شنبه (۱۰-۱۲)
دکتر علیرضا پهلوان	دوشنبه (۱۴)
دکتر فرزین یزدان پرست	شنبه - دوشنبه - چهارشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر ایمان محمدپور	شنبه تا چهارشنبه (۱۶-۱۸)
دکتر عباس مدنی	چهارشنبه (۹-۱۱)
دکتر حسن عباسی دهبکردی	پنجشنبه (۱۳-۱۴)
ارولوژی	
دکتر عبدالله ناصحی	سه شنبه (۸-۱۲)
دکتر بهمن پیران	دوشنبه (۹-۱۲)
دکتر سیامک فائز	شنبه (۸-۱۴)
دکتر عبدالحسین خان سعیدی	یکشنبه (۹/۳۰-۱۲)
دکتر پرهام حلیمی	چهارشنبه (۹-۱۲) عصر چهارشنبه (۱۶-۱۸)
اطفال	
دکتر خسرو فولادی راد	جمعه (۹-۱۱)
دکتر سید حمیدرضا مرتضوی	چهارشنبه - پنجشنبه (۹-۱۴)
پوست	
دکتر فریدون کمالی	شنبه (۹)
تغذیه	
دکتر سارا صرافای زاده	چهارشنبه (۱۴-۱۶)
دکتر سیما غرابی	شنبه - دوشنبه (۹-۱۲)
نیلوفر صدری	سه شنبه (۱۴-۱۶)
جراح پلاستیک	
دکتر منصور هادی لو	شنبه (۱۸-۱۹)
دکتر علیرضا صابری	چهارشنبه (۱۲-۱۴)
جراح قفسه صدري سيئه (توراکس)	
دکتر سید امیر موسویان	سه شنبه (۴-۶)
جراح عمومی	
دکتر محسن تدین فر	یکشنبه (۸-۱۰)
دکتر مهرداد بهلولی	یکشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر احمد میر	یکشنبه (۸-۱۰)
دکتر پیمان بوذری	یکشنبه (۸-۱۰)
دکتر مرتضی خوانین زاده	یکشنبه (۱۵-۱۷)
دکتر مهرداد آرمان پور	یکشنبه (۱۲-۱۴)
دکتر مسعود اکبری	دوشنبه (۱۴-۱۶)
جراح قلب	
دکتر سید مجتبی میرحسینی موسوی	سه شنبه (۱۲-۱۴)
جراح مغز و اعصاب	
دکتر رضا احمدی دهج	شنبه - یکشنبه - دوشنبه - سه شنبه - چهارشنبه (۱۵-۱۸)
دکتر بهرام قهرمانی	یکشنبه - سه شنبه - پنجشنبه (۹-۱۳)
چشم	
دکتر حسین سمیعی	سه شنبه (۱۰-۱۲)
دکتر محمدرضا خوش سرور	یکشنبه (۱۰-۱۲)
داخلی مغز و اعصاب	
دکتر عبدالرضا طبسی	شنبه - چهارشنبه (۸/۳۰-۹/۳۰)
دکتر سارا همدانچی	سه شنبه (۱۰-۱۲)
دکتر فرهاد عصارزادگان	چهارشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر بهنام جبه داری	یکشنبه (۱۰/۳۰-۱۲)



● کلینیک رادیونوکلاید تراپی	
دکتر قاسمعلی دیوبند	دوشنبه (۸-۱۰)
● روانپزشک	
دکتر منوچهر برگی	سه‌شنبه (۱۰-۱۲)
دکتر محمدرضا عزیزی	یکشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر فاطمه قلی پور	چهارشنبه (۹-۱۱)
● روانشناس بالینی	
یلدا طیبی	پنجشنبه (۱۲-۱۴)
● روماتولوژی	
دکتر نوید رحیمی	دوشنبه - چهارشنبه (۱۰-۱۲)
● ریه	
دکتر شهرام فیروزبخش	سه‌شنبه - چهارشنبه (۷-۸)
دکتر اکرم متموله آیدینلو	سه‌شنبه (۸-۱۰)
● زنان و زایمان	
دکتر پرویز معمارزاده	شنبه تا پنجشنبه (۹-۱۲)
دکتر تهمتن یلدا	یکشنبه - چهارشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر میترا دلبخش	پنجشنبه (۸-۱۰)
دکتر سلما رضوی	شنبه (۱۲-۱۴)
دکتر پویک یحیوی	دوشنبه - پنجشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر رویا پادمهر	دوشنبه (۱۲-۱۵)
● طب فیزیکی و توانبخشی	
دکتر پرویز مرگانی	دوشنبه (۱۵-۱۷)
● عفونی	
دکتر مازیار پارسا	دوشنبه - پنجشنبه (۱۲)
دکتر هومن یوسفی	یکشنبه (۱۳-۱۵)
● غدد	
دکتر فیروزه عسگرانی	پنجشنبه (۹-۱۱)
● قلب و عروق	
دکتر بابک حیدری اقدام	شنبه - یکشنبه (۸-۱۲)
دکتر منصور مقدم	دوشنبه (۸-۱۲)
دکتر شهرام تقدیسی	یکشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر مسعود امامی	دوشنبه (۸-۱۲)
دکتر وحید اصیلی	چهارشنبه (۸-۱۲)
دکتر فرحناز نیک دوست	شنبه (۸-۱۲)
دکتر زهره رهگذر	یکشنبه - دوشنبه - چهارشنبه - پنجشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر رضا کیا	پنجشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر آیت‌الله بیاتیان	پنجشنبه (۸-۱۰)
دکتر افروز معتمد	دوشنبه (۱۰-۱۲)
دکتر عطا‌الله باقرزاده	یکشنبه (۸-۱۰)
● کلینیک زخم	
خانم کاظمی	همه‌روزه به‌جز ایام تعطیل (۱۲/۳۰)
خانم فریمانی	یکشنبه (۱۳-۱۵) - چهارشنبه (۱۲-۱۴)
● گوارش	
دکتر رامین قدیمی	شنبه - یکشنبه - سه‌شنبه - چهارشنبه (۱۳-۱۱:۳۰)
دکتر محمود رهبری	همه‌روزه از ساعت (۹-۱۳)
دکتر سیامک خالقی	یکشنبه - دوشنبه - سه‌شنبه - چهارشنبه (۱۴-۱۶)
دکتر امیر منصور رضا دوست	یکشنبه - دوشنبه - پنجشنبه (۱۰-۱۲)
● گوارش اطفال	
دکتر پانته‌آ تاجیک	سه‌شنبه (۱۰-۱۲)
● گوش و حلق و بینی	
دکتر جوادیامینی	سه‌شنبه (۸-۱۲)
دکتر علیرضا کیفری علمداری	شنبه - دوشنبه - چهارشنبه (۹-۱۱)
● نفرولوژی	
دکتر شکوفه ساوج	دوشنبه (۱۲-۱۴)
دکتر امیر احمد نصیری	پنجشنبه (۱۱-۱۵)



بیمارستان جم

نبض سلامت جامعه

در دستان مهربان پزشکان و کادر درمانی است



تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر، پلاک ۸۶

تلفن: ۶-۳۳۱۳۳۱۳۳، ۹۹-۲۰۰۹۰-۸۸۸

تلفن گویا: ۸۴۱۴۱ (۳۰ خط)

دورنگار: ۳۰۳۲۲۴-۸۸۸

jamhospital

www.jamhospital.ir

info@jamhospital.ir



بیمارستان جم