اردیبهشت ۱۳۹۵
۴۰۰۰ تومان
پزشکان گیل ۱۵۱
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKAN GIL

از کجا چه خبر
تعرفه‌های پزشکی 1395 اعلام شد
مرکز جراحی عروق بیمارستان رازی افتتاح شد
وجود 6300 کلینیک درمان اعتیاد از عظیم‌ترین
دکتر فتانه توسلی
پزشکی سبز
تهران، تابستان و ترومبوز سینوسی
درمان متاستاز مغز
میکرونیدلینگ
باشگاه مجلات
انفارکتوس بی‌درد
آیامین
ای قوم به حج رفته
تمبرهای پزشکی دنیا
ووندرلیش: نمودار تعیین تب
پزشکی در قاب تاریخ
نواقص زیبا

دکتر فتانه توسلی:

بهترین پاداش من استقبال خواننده‌هاست

با مطالبی از:

دکتر فضل‌الله آصف، دکتر سیاوش ایمانی، دکتر فتانه توسلی، دکتر رقیه حج‌فروش
دکتر افشین خداشناس، دکتر امید زرگری، دکتر بابک زمانی، دکتر حمید سعیدی ساعدی
دکتر مسعود شهیدی، دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر موسی غلامی امام، دکتر بهمن مشفقی
دکتر بهرام نادری نبی

پزشکان گیل ۱۵۱

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان

شماره‌ی ۱۵۱، اردیبهشت ۱۳۹۵

خبر

از کجا چه خبر.......................................۵

تعرفه‌های پزشکی ۱۳۹۵ اعلام شد.......................۷

مرکز جراحی عروق بیمارستان رازی افتتاح شد..............۹

وجود ۶۳۰۰ کلینیک درمان اعتیاد از عظیم‌ترین...............۱۰

گفت‌وگو

دکتر فتانه توسلی......................................۱۲

یادداشت

پزشکی سبز..۱۷

کلینیک

تهران، تابستان و ترومبوز سینوسی........................۱۹

درمان متاستاز مغز.....................................۲۰

میکرونیدلینگ..۲۳

باشگاه مجلات..۲۵

دفتر خاطرات

انفارکتوس بی‌درد......................................۳۰

آیامین...۳۲

ای قوم به حج رفته.....................................۳۴

هنر و پزشکی

تمبرهای پزشکی دنیا....................................۳۸

تاریخ پزشکی

ووندرلیش: نمودار تعیین تب..............................۴۲

پزشکی در قاب تاریخ....................................۴۴

صفحه‌ی آخر

نواقص زیبا..۴۸

صاحب امتیاز و مدیر مسوول:

دکتر محمدتقی یحیی جوزی

(مسعود جوزی)

مدیر داخلی و اشتراک:..........................فرشته جوزی

طراح و صفحه‌آرا:.............................رها فتاحی

عکس:.......................................مهراب جوزی

امور دفتری:..................................ماریا اکبری

اشتراک و آگهی:...............................پدرام بایبوردی

چاپ:..نوین (۳۳۲۲۴۷۲۷)

همکاران این شماره:

دکتر فضل‌الله آصف، دکتر سیاوش ایمانی

دکتر فتانه توسلی، دکتر رقیه حج‌فروش

دکتر افشین خداشناس، دکتر امید زرگری

دکتر بابک زمانی، دکتر حمید سعیدی ساعدی

دکتر مسعود شهیدی، دکتر بابک عزیز افشاری

دکتر موسی غلامی امام، دکتر بهمن مشفقی

دکتر بهرام نادری نبی

نشانی: رشت، خیابان نامجو، نرسیده به فلکه‌ی گاز

نبش کوچه‌ی سعید، طبقه‌ی سوم داروخانه‌ی دکتر مظفری

جنب کلینیک مهرگان، تلفن: ۳۳۳۶۷۶۲۶

فکس: ۳۳۳۶۷۷۳۰، صندوق پستی: ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵

Website: pezeshkangil.com

Email: masoud_jowzi@yahoo.com

«پزشکان گیل» متعلق به خانواده‌ی بزرگِ پزشکی ایران است؛

با ارسال مطالب خود همراه‌مان باشید.

لطفاً مطالب خود را در قالب Word ای‌میل کنید یا بر یک روی صفحه، حتی‌المقدور تایپ شده با فاصله‌ی کافی میان سطرها بفرستید. در این صورت، سی‌دی متن، تصاویر و جداول مربوطه را ضمیمه فرمایید.

در مورد مطالب ترجمه، ارسال متن اصلی الزامی است.

مطالب دریافتی بازگردانده نمی‌شود.

نقل مطالب «پزشکان گیل» با ذکر ماخذ آزاد است.

اعتراض رییس‌کل نظام پزشکی به مصوبه‌ی هیات دولت درباره‌ی تعرفه‌ها

۹۵/۳/۱۲، پزشکان گیل: رییس کل سازمان نظام پزشکی در پی تصویب رشد ۱۰ درصدی تعرفه‌های پزشکی برای سال جاری، به رییس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی نامه نوشت.

بنا بر اعلام روابط عمومی سازمان نظام پزشکی در متن نامه‌ی دکتر علیرضا زالی به دکتر محمدباقر نوبخت آمده است:

جناب آقای دکتر نوبخت
معاون محترم رییس‌جمهور و رییس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور

سلام علیکم

احتراماً در پی برگزاری نشست‌های متعدد این‌جانب با جناب آقای دکتر نمکی و نمایندگان مختلف سازمان‌های بیمه‌گر و ارایه‌ی نظرات کارشناسی و توضیح و تبیین سناریوهای پیشنهادی برای بسته‌ی تعرفه‌ای سال ۹۵، بالاخره انتظارها به‌سر رسید و تعرفه‌های خدمات حوزه‌ی سلامت با تاخیر فراوان در هیات دولت مصوب شد.

با وجود آن‌که این بار سازمان نظام پزشکی پیشنهاد بسته‌ی تعرفه‌های خود را در آبان‌ماه سال ۹۴ یعنی پیش از طرح بودجه‌ی سنواتی اعلام کرده بود و با همراهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازوکارهای مناسبی برای این‌که هزینه‌ای بر دوش مردم تحمیل نکند، در این بسته‌ی پیشنهادی تعبیه شده بود، در هفته‌ی دوم خردادماه سال ۹۵ رقم ۱۰ درصد برای افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت اعلام شد.

اگرچه در فرصت‌های مختلف برای دست‌اندرکاران و ذی‌نفعان مزایا و متدولوژی رسیدن به قیمت تمام شده‌ی واقعی خدمات با نظر سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور توضیح و تبیین شده بود، متاسفانه این کارشناسی عمیق صورت‌گرفته مورد بی‌مهری و بی‌توجهی قرار گرفت. اگر کاهش پرداخت‌های غیرمتعارف به اذعان وزارت محترم بهداشت صورت گرفته، نه به‌خاطر جبر و الحاح به جامعه‌ی معزز پزشکی کشور که به‌دلیل همراهی بزرگوارانه‌ی آنان بوده است.

حافظه‌ی تاریخی مردم شریف این دیار هرگز ایثارگری‌ها، جانفشانی‌ها و تلاش‌های زایدالوصف تیم درمان را فراموش نخواهد کرد. جامعه‌ی پزشکی علی‌رغم همه‌ی سختی‌ها و دشواری‌های چه در دوران دفاع مقدس و پس از آن و چه در دوران تحریم همواره در همه‌ی ادوار با دولت‌ها همراه و همگام بوده است، حتی امروز که انباشت حق‌الزحمه‌ی همکاران پرتلاش ارایه‌دهنده‌ی خدمت بیش از هشت ماه و گاه بیشتر از آن طول می‌کشد، این جامعه‌ی سوگند خورده در استمرار خدمت‌رسانی خود از هیچ کوششی فروگذار نکرده است و کیفیت و کمیت خدمات درمانی چنان بوده که تقریباً پیچیده‌ترین اعمال جراحی و خدمات درمانی در داخل کشور انجام شده است.

سازمان نظام پزشکی به‌عنوان میزان‌الحراره‌ی جامعه‌ی پزشکی کشور که از فرزندان نخبه‌ی این آب و خاک تشکیل شده است، وظیفه‌ی خود دانسته در همراهی با دولتی که تدبیر و امید را سرلوحه‌ی خویش کرده است، افکار عمومی این جامعه‌ی گران‌سنگ را به استحضار مسوولین امر برساند تا هم در تمشیت امور مدبرانه عمل شود و هم امید چنان فراگیر باشد تا دیگر سخنی از بالاترین آمار فرار مغزها دیده و شنیده نشود. خوشبختانه دو تن از وزرای پرتلاش دولت با سابقه‌ی کار علمی و عملی جامعه‌شناسانه، نمایندگان شایسته‌ای برای انتقال این نظرات بوده و هستند.

سازمان نظام پزشکی به‌عنوان نماینده‌ی ارایه‌دهندگان خدمت و حامی گیرندگان آن بر خود واجب می‌داند اعلام نماید که با همه‌ی کاستی‌ها، تا امروز کوچک‌ترین خدمت درمانی تعطیل نشده و خدمت‌رسانی مستمر در گوشه گوشه‌ی ایران‌زمین از دورافتاده‌ترین و محروم‌ترین مناطق تا مرفه‌ترین و برخوردارترین آن در حال انجام است.

اگر امروز نتوان برای حفظ دستاوردهای دولت در بخش بهداشت و درمان که برای آن در طی سه سال گذشته زحمات کارشناسی و وقت زیادی مصروف شده است، کاری انجام داد، به‌یقیین باید نگران کیفیت خدمات درمانی در راستای حمایت از مردم شریف ایران بود. اگر سازوکارهایی که برای افزایش حضور و ماندگاری تیم درمان در مناطق محروم دیده شده و یا افزایش فرانشیز پزشکان دچار رخوت و عدم انتظام تعرفه‌ای شود، این فقط مردم هستند که آسیب آن مستقیماً متوجه آنان خواهد بود.

سازمان نظام پزشکی قویاً اعلام می‌کند در همراهی با همه‌ی تلاش‌های وزیر محترم بهداشت و دولت محترم خواهان توانمندسازی و پایدارسازی منابع بیمه‌هاست که از آن طریق هر گونه رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار حذف و از خدشه به این رابطه‌ی ارزشمند و اعتمادساز جلوگیری شود. باید ذکر کرد که مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمت اعم از دولتی،

خصوصی، عمومی، خیریه‌ها و مطب‌ها در کارآفرینی و اشتغال‌زایی نقش عمده‌ای داشته‌اند و متاسفانه با افزایش ۱۰ درصدی تعرفه‌ها تکافوی حداقل مبلغ پرداختی کارکنان شاغل در این بخش‌ها که ۱٤ درصد توسط دولت محترم تعیین شده است، میسر نخواهد بود.

آن‌ها که دستی در اقتصاد سلامت دارند نیک می‌دانند که هزینه‌های سرباری نیز این عدد را افزایش می‌دهد و ناخودآگاه این افزایش تعرفه‌ای ناکافی که قانون مالایطاق است عمده‌ی بخش‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمت را به سمت و سوی تعطیلی سوق خواهد داد و علاوه بر کاهش حداقل کمیت ارایه‌ی خدمت، موجبات افزایش بیکاری و آثار مترتبه‌ی آن خواهد بود.

با عنایت به این‌که هنوز مصوبه‌ی هیات وزیران ابلاغ نشده است، از دولت محترم و وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی خواستاریم تا با همراهی مجدد نمایندگان سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به تجدید نظر اقدام فرمایند. در این راستا سازمان نظام پزشکی از هر گونه همراهی کارشناسی و اجتماعی با استفاده از تمام ظرفیت‌های تخصصی و قانونی استقبال خواهد کرد.

تفاهم‌نامه‌ی مالیاتی نظام پزشکی به‌نفع پزشکان عمومی نیست

پزشکان گیل: تفاهم‌نامه‌ی اخیر مالیاتی نظام پزشکی عضو کمیسیون مالیاتی نظام پزشکی و رییس انجمن پزشکان عمومی آذربایجان غربی، تفاهم‌نامه‌ی اخیر مالیاتی نظام پزشکی به‌نفع پزشکان عمومی نیست.

به گزارش سایت انجمن پزشکان عمومی ایران، دکتر ولی رستم‌زاده در یادداشتی در گروه تلگرامی شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی با بیان این‌که با تفاهم‌نامه‌ی اخیر مالیاتی نظام پزشکی مخالف است، نوشت: «میزان افزایش درآمد ما با میزان افزایش مالیات همخوانی ندارد و این توافق تنها برای گروه‌هایی که درآمد کلان دارند به‌صرفه خواهد بود.»

وی افزود: «پیشنهاد ما این است که با در نظر گرفتن کاهش درآمد، اظهارنامه‌ی خودتان را نسبت به میزان کاهش درآمد تنظیم کنید.»

به اعتقاد این کارشناس مالیاتی: «در ضمن تجربه نشان داده دارایی اغلب کار خودش را می‌کند و به این‌گونه توافق‌نامه‌ها اهمیتی نمی‌دهد. از طرفی بر اساس رای دیوان عدالت اداری، این‌گونه توافقات بین سازمان نظام پزشکی و دارایی مغایر قانون است.»

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKAN GIL
این نسخه‌ی پی‌دی‌اف فاقد آگهی است
برای درج آگهی در نسخه‌ی کاغذی با ما تماس بگیرید
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKAN GIL
این نسخه‌ی پی‌دی‌اف فاقد آگهی است
برای درج آگهی در نسخه‌ی کاغذی با ما تماس بگیرید
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

تعرفه‌های پزشکی ۱۳۹۵ اعلام شد

۹۵/۲/۱۳، پزشکان گیل: شورای‌عالی بیمه‌ی خدمات درمانی کشور نرخ رشد و میزان تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی سال ۹۵ را در بخش‌های عمومی، غیردولتی و خصوصی اعلام کرد.

پیش از این اعلام مصوبه‌ی هیات دولت مبنی بر سرجمع رشد ۱۰ درصد در این تعرفه‌ها نسبت به سال گذشته، اعتراض شدید نمایندگان جامعه‌ی پزشکی را برانگیخته بود.

براساس مصوبه‌ی شورای‌عالی بیمه، در بخش خصوصی نرخ ویزیت پزشک عمومی از ۱۹۰ هزار ریال در سال ۹۴ با رشد ۱۵/۸ درصد به ۲۲۰ هزار ریال رسیده است.

همچنین نرخ ویزیت پزشکان متخصص با رشد ۱۵ درصد از ۳۰۰ هزار ریال به ۳۴۵ هزار ریال و ویزیت پزشکان فوق‌تخصص با رشد ۱۳/۲ درصد از ۳۸۰ هزار ریال به ۴۳۰ هزار ریال در سال ۹۵ رسیده است.

براساس این مصوبه در بخش دولتی نرخ ویزیت پزشک عمومی از ۹۲ هزار ریال در سال ۹۴ با رشد ۱۵ درصد به ۱۰۶ هزار ریال رسیده و نرخ ویزیت پزشکان متخصص و فوق‌تخصص با رشد ۱۵ درصد به‌ترتیب از ۱۱۵ هزار ریال به ۱۳۲ هزار ریال و از ۱۳۸ هزار ریال به ۱۵۹ هزار ریال در سال ۹۵ رسیده است.

در بخش عمومی غیردولتی نیز با رشد ۱۲ درصدی، ویزیت پزشکان عمومی از ۱۲۵ هزار ریال در سال ۹۴ به ۱۴۰ هزار ریال در سال ۹۵ افزایش یافته است، در حالی که ویزیت پزشکان متخصص با رشد ۱۵ درصدی از ۲۰۰ هزار ریال به ۲۳۰ هزار ریال و ویزیت پزشکان فوق‌تخصص نیز با ۱۲ درصد رشد از ۲۵۰ هزار ریال به ۲۸۰ هزار ریال در سال ۹۵ رسیده است.

تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی سال ۱۳۹۵

سر فصل	خدمت	تعرفه ۹۴	درصد رشد	تعرفه ۹۵	رشد	وزن کل	رشد وزنی
ویزیت	پزشک عمومی	۱۹۰,۰۰۰	۱۵,۸	۲۲۰,۰۰۰	٪۱۵,۱	٪۱۴,۴	٪۲,۲
	کارشناس پروانه‌دار	۱۴۰,۰۰۰	۱۴,۳	۱۶۰,۰۰۰			
	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱۶۰,۰۰۰	۱۵,۶	۱۸۵,۰۰۰			
	متخصص	۳۰۰,۰۰۰	۱۵	۳۴۵,۰۰۰			
	فوق تخصص	۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۲	۴۳۰,۰۰۰			
	فوق روانپزشک	۴۲۵,۰۰۰	۱۵,۳	۴۹۰,۰۰۰			
کا	حق‌الزحمه	۳۸۰,۰۰۰	۵,۳	۴۰۰,۰۰۰	٪۷,۲	٪۴۶,۶	٪۳,۳
	حق‌الزحمه خدمات با علامت #	۲۰۰,۰۰۰	۵	۲۱۰,۰۰۰			
	حق‌الزحمه خدمات کد	۱۷۰,۰۰۰	۱۱,۸	۱۹۰,۰۰۰			
	دندانپزشک	۱۰,۴۰۰	۱۵	۱۲,۰۰۰	٪۱۵,۴	٪۰	٪۰
هتلینگ	تخت روز	۳,۱۰۰,۰۰۰	۱۶	۳,۶۰۰,۰۰۰	٪۱۶,۱	٪۱۳	٪۲,۱
داروخانه	دارو و لوازم پزشکی		۱۰		٪۱۰	٪۲۶	٪۲,۶
							٪۱۰

تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی سال ۱۳۹۵

سر فصل	خدمت	تعرفه ۹٤	درصد رشد	تعرفه ۹۵	رشد	وزن کل	رشد وزنی
ویزیت	پزشک عمومی	۹۲,۰۰۰	۱۵	۱۰٦,۰۰۰	٪۱۵	٪۱٤,٤	٪۲,۲
	کارشناس پروانه‌دار	٦٤,۰۰۰	۱۵	۷۳,۵۰۰			
	کارشناس ارشد پروانه	۷۸,۰۰۰	۱۵	۹۰,۰۰۰			
	متخصص	۱۱۵,۰۰۰	۱۵	۱۳۲,۰۰۰			
	فوق تخصص	۱۳۸,۰۰۰	۱۵	۱۵۹,۰۰۰			
	فوق روانپزشک	۱٦٦,۰۰۰	۱۵	۱۹۱,۰۰۰			
کا	حق‌الزحمه	۸۸,۰۰۰	۵	۹۲,٤۰۰	٪۵	٪٤٦,٦	٪۲,۳
	دندانپزشک	٤,۵۰۰	۱٦	۵,۲۰۰	٪۱۵,٦	٪۰	٪۰
هتلینگ	تخت روز	۱,۰۸۳,۰۰۰	۲۳	۱,۳۳۲,۰۹۰	٪۲۳	٪۱۳	٪۳
داروخانه	دارو و لوازم پزشکی		۱۰		٪۱۰	٪۲٦	٪۲,٦
							٪۱۰

جدول محاسبه‌ی هتلینگ در بخش خصوصی

نوع تخت	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم
یک	٦,٤۸۰,۰۰۰	۵,۰٤۰,۰۰۰	۳,٦۰۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	۳,٦۰۰,۰۰۰
دو	۵,۱۸٤,۰۰۰	٤,۰۳۲,۰۰۰	۲,۸۸۰,۰۰۰	۵۷٦,۰۰۰	۲,۰۱٦,۰۰۰	۲,۸۸۰,۰۰۰
سه	۳,۸۸۸,۰۰۰	۳,۰۲٤,۰۰۰	۲,۱٦۰,۰۰۰	٤۳۲,۰۰۰	۱,۵۱۲,۰۰۰	۲,۱٦۰,۰۰۰
چهار	۲,۵۹۲,۰۰۰	۲,۰۱٦,۰۰۰	۱,٤٤۰,۰۰۰	۲۸۸,۰۰۰	۱,۰۰۸,۰۰۰	۱,٤٤۰,۰۰۰

جدول محاسبه‌ی هتلینگ در بخش خصوصی

نوع تخت	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش Post CCU	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال	تخت بخش BICU
یک	۱۰,۸۰۰,۰۰	۳,٦۰۰,۰۰۰	٦,٤۸۰,۰۰۰	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۲,۹٦۰,۰۰۰	۱٤,٤۰۰,۰۰۰
دو	۸,٦٤۰,۰۰۰	۲,۸۸۰,۰۰۰	۵,۱۸٤,۰۰۰	٦,٦۲٤,۰۰۰	۱۰,۳٦۸,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰
سه	٦,٤۸۰,۰۰۰	۲,۱٦۰,۰۰۰	۳,۸۸۸,۰۰۰	٤,۹٦۸,۰۰۰	۷,۷۷٦,۰۰۰	۸,٦٤۰,۰۰۰
چهار	٤,۳۲۰,۰۰۰	۱,٤٤۰,۰۰۰	۲,۵۹۲,۰۰۰	۳,۳۱۲,۰۰۰	۵,۱۸٤,۰۰۰	۵,۷٦۰,۰۰۰

مرکز جراحی عروق بیمارستان رازی افتتاح شد

۹۵/۳/۶، پزشکان گیل: مرکز فوق‌تخصصی جراحی عروق بیمارستان رازی رشت با حضور جمعی از همکاران جامعه‌ی پزشکی، مسوولان و خیرین سلامت استان افتتاح شد.

این مرکز که در زمینی به زیربنای ۷۵۰ متر مربع و در سه طبقه شامل دو بخش جراحی عروق و جراحی قفسه‌ی سینه و اتاق عمل آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی عروق محیطی است، به‌همت و سرمایه‌ی شخصی دکتر حسین همتی، فوق‌تخصص جراحی عروق و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان و خانواده‌ی ایشان طی سه سال و با صرف یک میلیارد تومان هزینه ساخته شده است.

میهمان ویژه‌ی این مراسم پدر جراحی عروق ایران دکتر سیدعلی‌رضا کلانتر معتمدی بود و دکتر شاهرخ یوسف‌زاده و دکتر حسن بهبودی، روسای فعلی و اسبق دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دکتر محمدکاظم پورکاظمی رییس انجمن داروسازان گیلان و پدر همسر دکتر همتی و مهندس غلامعلی جعفرزاده نماینده‌ی مردم رشت در مجلس شورای اسلامی از دیگر حاضران بودند.

با درود به دکتر همتی عزیز، عکس‌هایی از این روز به‌یادماندنی را تقدیم می‌کنیم.

دکتر آذرخش مکری در رشت:

وجود ۶۳۰۰ کلینیک درمان اعتیاد از عظیم‌ترین سرمایه‌های ملی ماست

گزارش: دکتر رقیه حج‌فروش

۹۵/۲/۲۳، پزشگان گیل: «وجود ۶۳۰۰ کلینیک درمان اعتیاد در کشور، از عظیم‌ترین سرمایه‌های ملی ماست که توانسته بیش از نیم میلیون بیمار را در مسیر درمان قرار دهد.»

دکتر آذرخش مکری، روانپزشک و استاد شناخته شده‌ی درمان اعتیاد که روز ۹۵/۲/۲۳ به‌عنوان دبیر علمی و مدرس پنجاهمین سمپوزیوم مرکز ملی مطالعات اعتیاد در رشت سخن می‌گفت، با اعلام این مطلب به درمان‌ها و رویکردهای مختلفی که در این شبکه‌های درمانی در حال اجراست اشاره کرد و افزود: «۷-۶ هزار پزشک و حدود ۲۰ هزار روانشناس و نیروی پرستاری و... کادر تخصصی شاغل در این مجموعه هستند که برخی از آنان با کوله‌باری از تجربه، سالیان سال به‌طور مستمر در این حوزه کار کرده و در واقع به نوعی تخصص در درمان اعتیاد رسیده‌اند. چنین سرمایه‌ای در هیچ‌جای دنیا وجود ندارد و حتی کشورهای توسعه‌یافته هم به این صورت به عمق اعتیاد نزدیک نشده‌اند.»

دکتر مکری در این همایش که با موضوع «درد و اختلالات جنسی و سوءمصرف مواد» توسط شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان و همکاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزار شد، تاکید کرد: «پژوهشگران سایر کشورها با این‌که تنها در چند کلینیک تحقیقات کوچکی روی تعداد اندکی از بیماران معتاد انجام داده‌اند، در سمینارهای بین‌المللی خود را صاحب‌نظر می‌دانند، در حالی که ما همکارانی داریم که در کلینیک‌های خود طی ۶-۵ سال بیش از هزار بیمار را مدیریت و پیگیری کرده و اطلاعات زیادی به‌دست آورده‌اند.»

وی در جمع حدود ۲۵۰ درمانگر اعتیاد استان گیلان ادامه داد: «بعضی از همکاران بیش از ۱۰ سال تجربه‌ی کار مفید در این حوزه دارند و بسیاری از سوالاتی را که در مجامع علمی ما مطرح می‌شود هیچ‌کس در دنیا نمی‌تواند جواب دهد زیرا کسی تا این حد به درمان اعتیاد نزدیک نشده است.»

دکتر مکری با برشمردن این نکات ادامه داد: «با این‌همه این نگرانی هست در زمانی که متادون قاچاق در عطاری‌ها و... به‌وفور و بدون نظارت یافت می‌شود، عده‌ای فعالیت این کلینیک‌ها و روند علمی درمان اعتیاد را زیر سوال می‌برند. متاسفانه حتی یکی دو سال پیش زمزمه‌هایی مبنی بر تعطیلی مراکز و تحویل دارو به داروخانه‌ها شنیده شد. بنابراین فکر می‌کنم انجمن پزشکان عمومی و انجمن درمانگران اعتیاد باید فعال باشند و اجازه ندهند این سیستم درمانی دچار فروپاشی شود.»

وی با اشاره به برنامه‌های آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد و سعی در به‌روز کردن علمی مراکز درمان سوءمصرف مواد، تاکید کرد: «زمان محدود است و فرصت بسیار طلایی؛ باید همه با هم تلاش کنیم مراکزی داشته باشیم که بتوانند خدمات قابل قبولی به مصرف‌کنندگان مواد مخدر جویای درمان ارایه دهند.»

دکتر مکری در حاشیه‌ی این همایش در گفت‌وگو با «پزشکان گیل» ضمن تشکر از شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان که سبب شد برای نخستین بار یک سمپوزیوم مرکز ملی مطالعات اعتیاد خارج از تهران برگزار شود، ابراز امیدواری کرد اجرای این برنامه‌ها در شهرستان‌ها سبب شود مسوولین این مرکز بتوانند با افزایش ارتباط خود را با درمانگران اعتیاد سراسر کشور، شبکه‌ی ارتباطی نیرومندی برای آموزش درمان علمی اعتیاد تشکیل دهند.

طرح ۱۰۰ مطب دیابتی

راه‌اندازی، تجهیز و آموزش مطب‌های پزشکان عمومی به‌عنوان مراکز تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری دیابت (طرح تپش)

۹۴/۵/۱۱، سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران: به گزارش پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، پس از بررسی وضعیت اسفبار دیابت در ایران و پیش‌بینی افزایش ۸۷ درصدی بیماران دیابتی تا سال ۲۰۳۰، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم با همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص، راه‌اندازی، تجهیز و آموزش ۱۰۰ مطب پزشکی به‌عنوان مراکز تشخیص، پیشگیری و شناخت بیماری دیابت را در دستور کار خود قرار داد و از خردادماه سال جاری این پروژه کلید خورد.

۹۵/۱/۲۱، سایت بنیاد بیماری‌های خاص: با توجه به شیوع روزافزون دیابت و نیاز جامعه به وجود مراکزی به‌منظور مدیریت و کنترل و پیشگیری از عوارض دیابت و با عنایت به حضور بیش از ۱۰۰ هزار پزشک عمومی در کشور که در کنار فعالیت‌های عادی تمایل به شرکت در برنامه‌های مدون مراقبتی در کشور دارند، در نظر گرفته شد که با تلفیق‌این دو نیاز، خدمت‌رسانی بهتری به بیماران دیابتی انجام پذیرد و پیشگیری از این بیماری هدفمند شود.

در نهمین دوره‌ی جامع آموزش دیابت (۹۴/۹/۲۸ تا ۹۴/۱۰/۲۶) برای نخستین بار سه پزشک عمومی از گیلان (دکتر رویا ایزدی از صومعه‌سرا و دکتر ایرج رمضانی و دکتر مسعود جوزی از رشت) نیز در این دوره‌ها شرکت کردند تا در طرح ۱۰۰ مطب دیابتی که با حمایت وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی در حال گسترش به کل کشور است، شرکت کنند.

افتتاح مطب

دکتر مسعود جوزی

دیابت

دانش‌آموخته و دارای گواهی مهارت حرفه‌ای دوره‌ی جامع دیابت

از مرکز تحقیقات دیابت پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

پذیرش: یکشنبه و سه‌شنبه، ۱۳-۹:۳۰ صبح

رشت، چهارراه گلسار، جنب داروخانه‌ی اکسیر، ساختمان سهیل

طبقه‌ی دوم، تلفن: ۳۳۱۱۷۴۳۳

طرح ۱۰۰ مطب دیابتی

دکتر فتانه توسلی:

بهترین پاداش من، استقبال خواننده‌هاست

گفت‌وگو: دکتر بابک عزیز افشاری

۱۲ اسفند ۹۴ فرصتی دست داد تا در بیمارستان آریا در سخنرانی سرکار خانم دکتر فتانه توسلی شرکت کنم. دکتر توسلی که اصالتاً گیلانی، استاد پاتولوژی دانشگاه ییل و از چهره‌های شناخته شده‌ی بین‌المللی در پاتولوژی هستند، به‌همراه همسرشان دکتر بهمن جباری که ایشان نیز گیلانی‌اند و از استادان برجسته‌ی نورولوژی دانشگاه ییل آمریکا به شمار می‌روند برای انجام دو سخنرانی در بیمارستان‌های آریا و پورسینا به رشت آمده بودند. سخنرانی دکتر توسلی درباره‌ی تومورهای اپی‌تلیال تخمدان بود که این‌جا قصد ندارم به آن بپردازم. مصاحبه به درخواست «پزشکان گیل» انجام شد. استاد، بسیار متواضع و صمیمی بودند. در اتاق ریاست محترم بیمارستان، آقای دکتر صفرپور که جا دارد از ایشان تشکر کنم، رو در رو نشستیم و گفت‌وگو حدود یک ساعت به طول انجامید. ولی باید بگویم این‌که از قدیم گفته‌اند کار را باید به کاردان سپرد، راست گفته‌اند. کار با دستگاه کوچک ضبط خبرنگاری که از یک آشنا به امانت گرفته بودم، نباید زیاد سخت باشد اما بنده یادم رفت فایل ضبط شده را ذخیره کنم و در نتیجه وقتی به منزل بازگشتم فقط چند خط یادداشت داشتم. یعنی تقریباً چیزی نداشتم! و این متن عمدتاً ترجمه‌ی پاسخ‌هایی است که ایشان لطف کرده مجدداً برایم ای‌میل کرده‌اند. زیاد هم بد نشد. بعضی نکات در هنگام مصاحبه از قلم افتاده بود.

درود و سپاس از شما که وقت ارزشمند خود را در اختیار خوانندگان «پزشکان گیل» گذاشتید.

دکتر فتانه عباس‌زاده توسلی در پاتولوژی پستان و دستگاه تناسلی زنان یک صاحب‌نظر و چهره‌ی

شناخته شده است. شما نویسنده‌ی دو ویراست اول و دوم درس‌نامه یا تکست‌بوک «پاتولوژی پستان» (Pathology of the Breast) هستید که آن‌طور که سایت دانشگاه ییل نوشته یک مرجع جامع بین‌المللی است و در موضوع پاتولوژی پستان حکم استاندارد طلایی را دارد. اولین پرسشم درباره‌ی ویرایش سوم این کتاب است.

از میزان استقبال از این کتاب بسیار خوشحال هستم. بهترین پاداش من، ناستقبال خواننده‌ها و ظرات بسیاری از پاتولوژیست‌هاست که از این کتاب استفاده کرده‌اند. بیشتر متن ویرایش سوم آماده است و منتظر عکس‌ها و مراحل دیگر هستیم که احتمالاً یک و نیم سال طول خواهد کشید. عکس‌ها باید مراحلی را طی کند و این مراحل کمی طول می‌کشد. در AFIP (Armed Forces Institute of Pathology) گروهی داشتیم که هر هفته چند ساعت می‌آمدند و عکس می‌گرفتند. البته من علاوه بر دو ویرایش «پاتولوژی پستان»، دو کتاب دیگر هم نوشته‌ام:

– تومورهای پستان و اندام‌های تناسلی زنانه، توسلی و دویلی، طبقه‌بندی تومورها بر اساس WHO، سال ۲۰۰۳

– تومورهای غده‌ی پستانی، توسلی و اوسبی، اطلس AFIP، سری ٤.

از زمانی که «طب سیسیل»، اولین تکست‌بوک پزشکی به‌معنای حرفه‌ای کلمه، به نگارش درآمد، حدود ۸۰ سال می‌گذرد. یکی از ویژگی‌های این کتاب در آن زمان این بود که چندین مولف داشت. چشم‌انداز دانش و فن پزشکی به‌سرعت در حال گسترش بود و هم‌تازی در همه‌ی عرصه‌ها فراتر از توانایی‌های یک نفر بود. از آن پس این روند در نگارش بسیاری از کتب مرجع پزشکی ادامه یافت. می‌خواهم نظرتان را در این‌باره بدانم. اشتنبرگ جمله‌ی معروفی در مقدمه‌ی ویراست اول کتاب خود دارد: «از تنهایی دونده‌ی استقامت می‌گوییم، اما شاید کسی تنهاتر از یک سرجیکال پاتولوژیست که تنها کار می‌کند، نباشد.»

پرسش شما و نظرتان درباره‌ی تک‌نویسنده بودن جالب است. وقتی می‌خواهید کاری را انجام دهید، دل‌تان می‌خواهد سریع‌تر انجام شود. من در جایی بودم که تومورهای خاصی می‌دیدم و تجربه‌هایی داشتم که آن‌ها را می‌نوشتم. یکی دو فصل را برای ناشر فرستادم. ناشر به انتخاب خود چند نفر برای مرور متن‌ها داشت و دکتر لارن اکرمن یکی از مرورکننده‌ها بود. هر چند روز اکرمن زنگ می‌زد و مرتب پیام می‌داد که فصل بعدی چه شد. این پیام‌ها برایم یک عامل اصلی یادآوری و تشویق بود تا کار را ادامه دهم و کتاب را تمام کنم. در واقع من آسیب‌شناسی تشریحی را در جایی یاد گرفتم (دانشگاه واشنگتن و بیمارستان بارنز، سنت لوییس، میزوری) که درس‌نامه‌های اصلی توسط یک مولف نوشته شده بود: دکتر لارن اکرمن کتاب سرجیکال پاتولوژی را به‌تنهایی نوشته بود؛ بعدها نیز دکتر هووان روزای تالیف این کتاب را ادامه داد که او هم تک‌مولف بود.

تصور من این بود که به‌عنوان تنها مولف، انجام کار آسان‌تر است و یک نفر راحت‌تر می‌تواند تجربه‌ی خود

جوایز:

– چهارمین جایزه‌ی سالانه‌ی WAD Anderson از سوی بخش پاتولوژی دانشگاه میامی، فوریه‌ی ۲۰۱٤

– معرفی به‌عنوان بهترین پزشکان (Top Doctors) آمریکا در فهرست Castle Connolly به‌مدت سال‌ها و در حال حاضر

– عضویت مادام‌العمر Who›s Who Among Students in American Universities and Colleges

– جایزه‌ی استوانه‌ی کوروش به‌عنوان زن برجسته در پزشکی، سال ۲۰۰۳

– ۲۰۰۰ دانشمند برجسته، سال ۱۹۹۹

را عرضه کند- همه‌ی مسوولیت‌ها و افتخارات کار متعلق به یک مولف واحد است. احتمالاً در ویرایش‌های بعدی این کار از چند نفر کمک خواهم گرفت. البته کتاب WHO چند نویسنده داشت و کتاب AFIP توسط دو نویسنده نوشته شده بود: من و دکتر اوسبی.

اولین گام در نوشتن یک کتاب، داشتن یک ایده است. گاهی این ایده، احساس یک کمبود در بازار است. شما به‌دنبال کتابی هستید اما آن را در هیچ کتابخانه‌ای پیدا نمی‌کنید یا دست‌کم آن‌چه پیدا می‌کنید با تصویری که در ذهن دارید سازگار نیست. ایده‌ی دکتر فتانه توسلی در نگارش کتاب «پاتولوژی پستان» چه بود؟ به‌نظر شما تا چه حد در دستیابی به آن ایده موفق بودید؟

وقتی این پروژه را شروع کردم، در موضوع پاتولوژی پستان کتاب‌های متعددی وجود داشت. اولین کتابی که یادم هست آزوپاردی بود. پیج و اندرسون هم بودند. البته بیشتر کتاب‌ها به تومورهای مختلف پرداخته بودند. صرفاً احساس کردم چیزهای بسیار بیشتری هست که باید به آن‌ها پرداخت. زمانی که ناشر کتابم از من خواست یک کتاب بنویسم، در جایی کار می‌کردم (AFIP) که تنوع ضایعات خوش‌خیم و بدخیم پستان که می‌دیدم باورنکردنی بود و بعضی از آن‌ها بسیار نادر بودند. به بعضی از این ضایعات در کتاب‌های قبلی به‌ندرت اشاره شده بود و من علاوه بر جمع‌آوری و نمایش نمونه‌هایی از بیماران خودمان در کلاس‌ها و کنفرانس‌ها در ایالات متحده و جهان، می‌خواستم چیزی را که آموخته بودم از گنجینه‌ی تجربیاتم با این طیف وسیع ضایعات، به شکل یک کتاب با سایر پاتولوژیست‌ها به اشتراک بگذارم.

امروز به مدد پیشرفت‌های فنی در زمینه‌ی تله‌مدیسین و تله‌پاتولوژی و نیز شکل‌گیری جوامع مجازی مانند تلگرام که بسیاری از مرزها را برداشته، مشاوره با همکاران و اساتید صاحب‌نظر آسان‌تر شده است. این موضوع علاوه بر انتقال تجربه، از نظر سرعت دسترسی به خدمات پاتولوژی و صرفه‌ی اقتصادی نیز کمک بسیاری به بیماران می‌کند اما به‌طور خاص، پاتولوژیست‌های طرف مشاوره را با چالش‌هایی از نظر سلایق شخصی، مقررات سازمانی

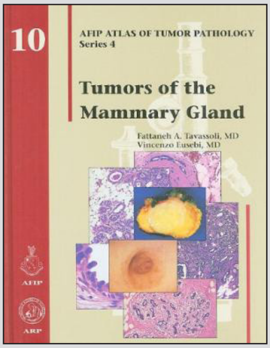
یا مشکلات قانونی روبه‌رو می‌سازد. سرکار عالی به‌عنوان پاتولوژیستی که در زمینه‌ی بیماری‌های زنان و پستان در سطح ملی در آمریکا و همچنین در سطح بین‌المللی صاحب‌نظر هستید، حتماً چنین مواردی برای‌تان ملموس‌تر است. حجم مشاوره‌هایی که هر روز برای‌تان ارسال می‌شود و تنوع آن‌ها از نظر ماهیت بیماری یا مبدا مشاوره چگونه است؟

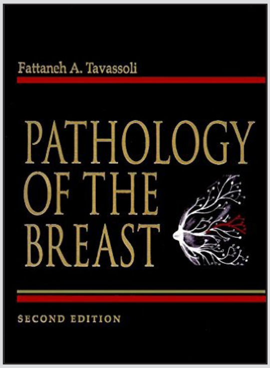
مشاوره برای من بسیار مهم و تشویق کننده است. یک بار نمونه‌ای از ایران برای من فرستاده بودند تحت عنوان تومور پستان که بیشتر شبیه تومور غدد بزاقی بود. وقتی در AFIP کار می‌کردم حدود ۴۰ تا ۵۰ هزار مورد ضایعات پستان و زنان برای مشاوره به بخش ما ارسال می‌شد. بسیاری از این‌ها کیس‌هایی بود که پاتولوژیست اول در تشخیص آن‌ها مشکل داشت. تعداد اسلاید هر مشاوره از یک یا دو تا بیش از ۴۰ برای هر کیس متغیر بود. وقتی تصاویر کیس‌ها عمدتاً از آمریکای جنوبی می‌آمد، ما به‌طور جداگانه با استفاده از شکلی از تله‌پاتولوژی آن تصاویر را در رایانه مرور می‌کردیم.

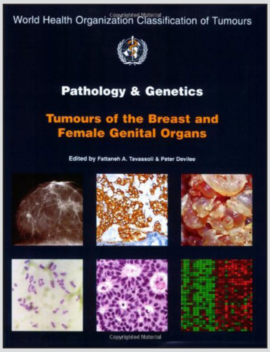
در ایالات متحده تا همین اواخر با توجه به زمان بسیار بیشتری که برای مرور یک اسلاید اسکن شده و دیجیتال، در مقایسه با اسلایدهای معمولی لازم است، مقررات به ما اجازه نمی‌داد به‌طور گسترده از فناوری‌های جدید برای مشاوره استفاده کنیم. اما در حال حاضر، سیستم‌هایی در دسترس است که کیفیت اسکنِ آن‌ها بسیار بالاست و اسلایدهای دیجیتال را تقریباً با همان سرعت اسلایدهای معمولی

آثار و تالیفات:

- Tavassoli FA and Eusebi V. Tumors of the Breast, 2009. Armed Forces Institute of Pathology Atlas of Tumor Pathology, 4th Series
- Tavassoli FA and Devilee P, Editors World Health Organization Classification Tumors of the Breast and Female Genital Organs Pathology and Genetics, 2003
- Tavassoli FA, Pathology of the Breast. 2nd edition, 1999; Appleton and Lange, Stamford, Connecticut
- Tavassoli FA, Pathology of the Breast. 1992; Elsevier, New York. Appleton & Lange 1993
- FA Tavassoli. Pathology of the Breast. An interactive videodisc expert system. 1990; Intellipath, Santa Monica; Current modification distributed by Chapman and Hall Publishers







و میکروسکوپ می‌توان مرور کرد. من معتقدم این فناوری‌ها در آینده کاربردهای بیشتری خواهد داشت. پاتولوژیستی که اسلایدهای اسکن شده را مرور می‌کند، باید همیشه این موضوع را در کامنتی بیان کند که تشخیص بر اساس چه تعداد اسلایدی بوده که از کیس مورد نظر اسکن و ارسال شده است.

نظرتان درباره‌ی سطح دانش و حرفه‌ی پزشکی در ایران به‌طور کلی و پاتولوژی به‌طور خاص چیست؟

من سعادت دیدار با دکتر شمسا و دکتر مسلم بهادری را داشته‌ام که هر دو از اساتید برجسته‌ی پاتولوژی ایران هستند. هر دو پاتولوژیست عالی بوده و دانشجویان پزشکی در ایران خوش‌اقبال هستند که چنین اساتید خبره‌ای در دانشگاه دارند. با این‌که هرگز دکتر آرمین را ندیده‌ام، از بسیاری از پزشکان ایرانی که توسط وی تربیت شده‌اند چیزی جز سپاس و ستایش نشنیده‌ام. همچنین تعدادی از نسل جوان‌تر پاتولوژیست‌های ایرانی را دیده و تحت‌تاثیر تلاش‌های آنان برای به‌روز بودن با فناوری‌هایی قرار گرفته‌ام که به‌طور دایم در حال تغییر و تحول است. در نشست‌ها این پاتولوژیست‌های جوان پرسش‌های خوبی مطرح می‌کنند که نشان‌دهنده‌ی توانایی تحلیلی و کنجکاوی آنان است و این دو مشخصه است که برای توسعه‌ی دانش ما در هر زمینه‌ای ضروری است.

ایرانیان همواره به داشتن افراد خبره و نام‌آشنا در سطح بین‌المللی به خود بالیده‌اند و شما از این حیث مایه‌ی افتخار و سربلندی کشور هستید. از فعالیت‌های خود در داخل کشور بگویید. آیا دکتر فتانه توسلی برنامه‌ای برای بازگشت به وطن دارد؟

در مورد آمدن به ایران، در آینده نیز هر از چند گاهی برای سخنرانی و شرکت در کنفرانس‌های مختلف به ایران خواهم آمد. یک برنامه‌ی دو روزه در ارومیه دارم و در ماه اکتبر نیز قرار است به تبریز بروم.

و به‌عنوان سوال آخر: مدرک پزشکی عمومی از دانشکده‌ی پزشکی سنت لوییس ۱۹۷۲، دوره‌ی دستیاری در بیمارستان بارنز دانشگاه واشنگتن، فلوشیپی در مرکز پزشکی سنت جانز مرسی، و دریافت بورد پاتولوژی ۱۹۷۷. این تنها اطلاعاتی بود که توانستم از پروفایل شما در سایت دانشگاه ییل پیدا کنم. خوانندگان «پزشکان گیل» حتماً مایل هستند درباره‌ی دکتر فتانه توسلی بیشتر بدانند.

من در تهران به‌دنیا آمدم. پدرم در لنگرود تاجر چای بود. زبان انگلیسی را از کودکی در مدرسه‌ی آمریکایی‌ها آموختم. در ۵ یا ۶ سالگی پدرم فوت کرد. یادم می‌آید تابستان‌ها به شمال می‌آمدیم و خاطرات شیرینی از چمخاله دارم. مادربزرگم معترض بود که چرا به من فارسی یاد نداده‌اند. آن موقع بود که مرا برای یادگیری خواندن و نوشتن فارسی به یک مدرسه در لنگرود بردند و کارنامه‌ی کلاس اول را از آن مدرسه گرفتم. آن مدرسه الان دیگر وجود ندارد. در تهران مدرسه‌ی ایرانی را همزمان با مدرسه‌ی آمریکایی ادامه دادم. نیمی از روز را به مدرسه‌ی پیشرو می‌رفتم و نیمه‌ی دیگر در مدرسه‌ی آمریکایی بودم. همچنین اولین ترم کلاس هفتم را در دبیرستان آزرم درس خواندم.

اگر خواننده‌ها بخواهند درباره‌ام بیشتر بدانند، در سال ۱۹۶۲ در ۱۳ سالگی به‌همراه یکی از بستگان به آمریکا رفتم. دبیرستان را در اسپرینگفیلد، میزوری در سال ۱۹۶۵ به پایان رساندم. از کالج SMSC بورس تحصیلی گرفتم و در سال ۱۹۶۸ لیسانس شیمی دریافت کردم. سپس به دانشکده‌ی پزشکی سنت لوییس رفتم و در سال ۱۹۷۲ فارغ‌التحصیل شدم. پس از دستیاری پاتولوژی تشریحی و یک سال فلوشیپی پاتولوژی زنان، در سال ۱۹۷۶ به AFIP در واشنگتن رفتم و به‌طور رسمی کارم را در بخش پاتولوژی پستان و زنان آغاز کردم. در ادامه معاون و در سال ۱۹۹۳ رییس بخش شدم و پس از ۱۰ سال ریاست، به ییل رفتم. همچنین علاوه بر فصول متعدد در کتاب‌های غیر از کتاب‌های خودم، بیش از ۲۰۰ مقاله هم در ژورنال‌های معتبر نوشته و صدها سخنرانی، کلاس و اسلاید سمینار در ایالات متحده و سراسر جهان ارایه کرده‌ام.

به‌مناسبت ۵ ژوئن، ۱۶ خرداد، روز جهانی محیط زیست

پزشکی سبز

دکتر بابک عزیز افشاری

خدا رفتگان شما را بیامرزد. پدربزرگی داشتم که عادت‌های خاصی داشت. همین‌جا بگوییم این‌که آذری‌ها به صرفه‌جویی و مقتصد بودن معروف هستند به‌نظر بنده اصلاً بد نیست. مثلاً آن مرحوم عادت داشت کت و شلوار و کلاهش را هر بار که شب می‌آمد خانه برس می‌زد. شلوارش را طوری که خط اتو به هم نخورد مرتب می‌گذاشت زیر تشکش که تا فردا صبح چروکش باز می‌شد. مغازه‌ای داشت که در جوانی محل کسبش بود اما وقتی پیر شده بود دیگر فقط عریضه می نوشت و یک دستگاه فتوکپی هم داشت. خط خوبی داشت؛ به‌قول معروف «خط میرزابنویس». خودکار که تمام می‌شد دورش نمی‌انداخت. یک گونی خودکار بیک تمام شده گوشه‌ی مغازه جمع کرده بود. کیسه‌ها و پاکت‌های خالی میوه و خشکبار را گوشه‌ای جمع می‌کرد و از این کارها

زیاد داشت. همیشه با دوچرخه رفت و آمد می‌کرد. الان که فکر می‌کنم، از این کارهایش لذت می‌برد.

یک زمانی در آزمایشگاه‌ها ظروف و لوله و اقلام بسیار دیگری از جمله لام، یک‌بار مصرف نبود. من از سال ٦٤ تا ٦٧ طرح کاد خود را در آزمایشگاه بهداری بناب گذراندم و یادم است سل کانتری در کار نبود و شمارش و فرمول با پیپت‌های شیشه‌ای خاصی به نام ملانژور انجام می‌شد که هر روز شست‌وشو و دوباره استفاده می‌شد. سرنگ‌های پلاستیکی مرسوم بود اما در انبار آزمایشگاه سرنگ‌های شیشه‌ای دیده بودم که دیگر استفاده نمی‌شد. سرم‌ها اغلب شیشه‌ای بود.

الان چند سالی است «پزشکی سبز» و «آزمایشگاه سبز» در جاهای مختلف دنیا باب شده و هدفش به حداقل رساندن آلودگی محیط زیست است. دوباره سعی می‌شود از لوازم یک‌بار مصرف کمتر استفاده شود. بشر سال‌ها گذشت تا فهمید قدیمی‌ها حق داشتند. صرفه‌جویی و مقتصد بودن لزوماً خصایل زشتی نیست بلکه مصرف‌گرایی و اسراف زشت است. منابع محدود است و نسل‌های آینده ما را نخواهند بخشید. امیدوارم آن‌ها هم از ما به‌خیر یاد کنند، همان‌طور که ما از گذشته‌ها به‌خوبی یاد می‌کنیم.

هرچه‌قدر می‌توانید بخورید، بردارید. ولی آنچه را که برمی‌دارید، واقعاً بخورید! دیروز ٤٥ کیلو اضافه غذای بشقاب دور ریختیم که ۱۸۰ گرسنه را سیر می‌کرد.

چرا باید سالانه ۱ تریلیارد کیسه پلاستیکی تولید و به زباله تبدیل کنیم؟

تهران، تابستان و ترومبوز سینوسی

دکتر بابک زمانی

هر سال در ابتدای تابستان انجمن سکته‌ی مغزی خود را موظف می‌بیند درباره‌ی ترومبوز سینوسی یک بار دیگر هشدار چند ساله‌ی خود را تکرار کند!

سینوس‌های مغز، وریدهای بزرگی هستند که خون را از مغز تخلیه می‌کنند. سیستم تخلیه‌ی خون از مغز اگر ظریف‌تر و پیچیده‌تر از سیستم ورود خون به مغز نباشد، از آن ساده‌تر هم نیست! خونی که با فشار هر لحظه وارد محفظه‌ی کوچکی مثل جمجمه می‌شود، باید با همان میزان از مغز خارج شود. کوچک‌ترین اختلال در تخلیه‌ی این خون باعث افزایش آب و تورم مغز می‌گردد. از سوی دیگر، در سیستم خروجی خون از مغز موتور محرکه‌ای مثل قلب که خون را وارد مغز می‌کرد، وجود ندارد. بنابراین سرعت جریان خون هم در سیستم وریدی بسیار آهسته‌تر است.

این‌که در اکثریت مطلق موارد این سیستم بدون هیچ اختلالی مایعی غلیظ نظیر خون را از رگ‌ها یا لوله‌هایی که شیشه‌ای نیستند عبور می‌دهد حاکی از سیستم بسیار دقیقی است که اولاً خون را لغزان و ثانیاً جریان آن را مداوم می‌کند. تا کنون بیش از چند ده ماده پیدا شده که باعث لغزندگی و عدم چسبندگی خون می‌شوند. اما احتمالاً تعداد مکانیسم‌های دخیل بسیار بیشتر از این‌هاست!

اگر یکی از این مکانیسم‌ها در فردی به‌طور ژنتیک ضعیف‌تر از بقیه مردم باشد، ممکن است در شرایط خاص این سیستم تخلیه دچار انسداد یا کندی گردد و به‌اصطلاح «ترومبوز» (لخته شدن خون) پدید آید. مهم‌ترین این شرایط زمانی است که خون به‌دلیل کم‌آبی غلیظ‌تر از سابق شده و داروهایی هم که انعقاد خون را افزایش می‌دهند مصرف شده باشد. ترکیب تابستان، فعالیت فیزیکی و مصرف قرص‌های ضد حاملگی (که انعقاد خون را تشدید می‌کند) ترکیبی است که هر ساله در تابستان خانم‌های زیادی را مبتلا به ترومبوز سینوسی می‌کند.

البته در سال‌های اخیر با توجه به درک فزاینده از این بیماری که منجر به تشخیص موارد بیشتر و بیشتری گردیده معلوم شده ابتلا به این بیماری در تابستان‌های داغ تهران محدود به شرایط برشمرده نیست و ترومبوز سینوسی حتی در مردان به‌خصوص در کسانی که کارهای فیزیکی داشته‌اند هم دیده شده است.

البته در حال حاضر نمی‌توان تخمین درستی از شیوع این بیماری داشت. کیفیت علایم این بیماری که آن را به‌صورت یک مقلد بزرگ درمی‌آورد، ممکن است باعث تشخیص‌های دیگری شود. برخی از بیماران ممکن است خیلی سریع بهبودی یابند و بیماری منجر به بروز تمام علایم نشود و البته برخی از بیماران نیز ممکن است به‌سرعت فوت کنند! بنابراین تعداد بیماران بستری تنها مشتی نمونه‌ی خروار است.

اما در هر حال اطلاع‌رسانی مناسب و انجام اقدامات پیشگیرانه در کاهش ابتلا و مرگ‌ومیر بیماری از اهمیت حیاتی برخوردار است. رسانه‌ها در تابستان‌ها می‌توانند این کار را به‌جای اطلاع‌رسانی کنجکاوانه در مورد بیماری‌هایی مثل ام‌اس که هیچ راه پیشگیری ندارند به انجام برسانند.

اطلاع‌رسانی به خانم‌ها و هشدار در مورد عدم مصرف قرص‌های ضد حاملگی در دوران روزه‌داری (به‌خصوص برای تاخیر قاعدگی)، تشویق استفاده‌ی مداوم از آب و مایعات در روزهای تابستان، هشدار ویژه در مورد کم‌آبی بیمارانی که بیماری آن‌ها را مستعد ترومبوز سینوسی می‌کند و البته اطلاع‌رسانی عمومی در مورد لیست بلندبالای این بیماری‌ها، تشویق و/یا اجبار استفاده از مرخصی‌های استحقاقی، استعلاجی و حتی تشویقی برای کارکنانی که در تابستان کار فیزیکی و/یا استعداد خاصی به ترومبوزیس دارند و... اقداماتی است که قطعاً می‌تواند از شیوع ترومبوز سینوسی به میزان قابل توجهی بکاهد.

دکتر بابک زمانی

نورولوژیست

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

Website: drbabakzamani.ir

Telegram: telegram.me/bzyad

درمان متاستاز مغز

دکتر حمید سعیدی ساعدی

پس از انتشار خبر بیماری استاد آواز ایران، استاد محمدرضا شجریان (کانسر کلیه با درگیری متاستاتیک مغزی)، در یکی از سایت‌های به‌ظاهر علمی به عدم اندیکاسیون رادیوتراپی (به اصطلاح آن‌ها: برق!) برای درمان ایشان اشاره شد. بدین سبب بر آن شدم ضمن آرزوم سلامتی برای استاد، نحوه‌ی درمان مناسب و جایگاه روش‌های درمانی مختلف را در چنین شرایطی ارایه دهم.

متاستازها شایع‌ترین تومورهای داخل جمجمه‌ای در بالغین هستند و بیش از ۵۰ درصد تمامی

تومورهای داخل جمجمه‌ای بالغین، ناشی از متاستاز است. درمان متاستازهای مغزی شامل رادیوتراپی تمام جمجمه (Whole Brain Radio Therapy: WBRT)، جراحی و رادیوسرجری استریوتاکتیک (Stereotactic Radio Surgery: SRS) است. آنالیز مطالعاتی وسیع روی بیماران مبتلا به متاستاز مغزی، عوامل تعیین کننده‌ی پاسخ مطلوب به درمان و بهبود کلی میزان بقا را نشان داده است.

پیش‌آگهی مطلوب و پیش‌آگهی نامطلوب

متوسط بقای بیمارانی که تنها تحت درمان‌های نگهدارنده و کورتون قرار می‌گیرند، حدود یک تا دو ماه است و استفاده از رادیوتراپی تمام مغز (WBRT)، متوسط بقا را به ٦-٤ ماه و در موارد خاص و انتخابی، به میزانی بالاتر، افزایش می‌دهد. مهم‌ترین فاکتور تعیین‌کننده‌ی میزان بقا پس از تشخیص متاستاز مغزی، وضعیت عملکردی بیمار (Performance Status) طبق سیستم نمره‌دهی کارنوفسکی (Karnofsky Score)، وسعت بیماری خارج جمجمه‌ای و سن بیمار است.

بر اساس فاکتورهای فوق، بیماران مبتلا به سه گروه کلی برای پیش‌بینی متوسط بقای بیماران طبقه‌بندی می‌شوند:

گروه اول: بهترین پیش‌آگهی در بیمارانی است که از نظر وضعیت عملکردی کارنوفسکی، دارای نمره‌ی ۷۰ یا بالاتر بوده، سن کمتر از ٦۵ سال داشته و بیماری اولیه‌ی‌شان کنترل‌شده باشد یا فاقد بیماری خارج جمجمه‌ای باشند. متوسط بقای این دسته از بیماران، حدود ۷ ماه است و بهترین پیش‌آگهی را دارند.

گروه سوم: بیماران با سن بالای ٦۵ سال و نمره‌ی کارنوفسکی کمتر از ۷۰ که پیش‌آگهی نامطلوبی دارند و متوسط عمرشان در حدود ۲ ماه است.

گروه دوم: گروه پیش‌آگهی بینابینی است که شامل بیماران با نمره کارنوفسکی بالاتر از ۷۰ و سایر مشخصات همراه نامطلوب است. متوسط بقای این بیماران ٤ ماه است.

بیماران را باید بر اساس این سیستم طبقه‌بندی به‌صورت دو گروه کلی با پیش‌آگهی مطلوب (Favorable Prognosis) و با پیش‌آگهی نامطلوب (Unfavorable Prognosis) تقسیم‌بندی کرد.

درمان بیماران با پیش‌آگهی مطلوب

بیماران دسته‌ی اول و بعضی از بیماران دسته‌ی دوم به‌عنوان بیماران با پیش‌آگهی مطلوب متاستاز مغزی در نظر گرفته می‌شوند. روش‌های درمانی که برای این گروه از بیماران پیشنهاد می‌شود، عبارت است از:

- برای بیماران با یک متاستاز مغزی و وجود متاستاز در ناحیه‌ای از مغز که امکان جراحی بدون عارضه مقدور باشد، درمان مناسب رزکسیون کامل جراحی است.
- در مورد بیمارانی که دچار متاستاز مغزی با اندازه‌ی کمتر از ۳ سانتی‌متر شده‌اند ولی محل ضایعه به نحوی است که امکان جراحی بدون عارضه یا برداشت کامل آن امکان‌پذیر نیست، استفاده از روش رادیوسرجری (SRS) درمان جایگزین مناسبی است.
- پس از انجام جراحی یا رادیوسرجری، از رادیوتراپی تمام مغز (WBRT) استفاده می‌شود. هر چند گروهی معتقدند این روش ممکن است باعث افزایش احتمال اختلالات شناختی در بیماران شود، با این‌حال انجام رادیوتراپی تمام جمجمه، ریسک پیدایش متاستاز در نواحی سالم مغز را کاهش می‌دهد.

در بعضی از بیمارانی که دچار بیماری متاستاتیک و منتشر هستند، ممکن است بتوان با کمک تکنیک‌های تصویربرداری مدرن موجود، ضایعات متاستاتیک مغزی مخفی (Occult) و بدون علامت بالینی را شناسایی کرد. هر چند اجرای رادیوتراپی تمام مغز و سپس انجام درمان‌های سیستمیک به‌عنوان درمان استاندارد توصیه می‌شود، با این‌حال در بعضی از بیماران انتخابی، می‌توان با توجه به بی‌علامت بودن این ضایعات، ابتدا از درمان سیستمیک استفاده کرد و در صورت علامت‌دار شدن ضایعات متاستاتیک مغزی، رادیوتراپی تمام مغز را به‌اجرا درآورد.

جراحی به‌منظور رفع سریع علایم عصبی ناشی از اثرات فشاری تومورهای بزرگ مغزی، بهبود کنترل لوکال متاستازهای مغزی و نیز تایید تشخیص وجود متاستاز، در مواردی که شک به متاستاز وجود دارد، به‌کار می‌رود. البته عوارض این روش درمانی، ناشایع نیست و در یک بررسی انجام شده روی ۱۹٤ بیمار

مبتلا به متاستاز مغزی، ۱۳ درصد بیماران پس از انجام جراحی دچار عوارض نورولوژیک و مننژیت شدند. این‌که آیا بیمار از انجام جراحی متاستازکتومی مغز سود می‌برد یا نه، بستگی به وضعیت عملکردی و وسعت بیماری خارج جمجمه‌ای دارد. بیماران با بیماری سیستمیک کنترل نشده یا وسیع، عموماً پیش‌آگهی بدی دارند و به‌ندرت از جراحی سود می‌برند. سایر فاکتورهایی که بر پیش‌آگهی اثر دارند و از این رو مناسبت جراحی را نیز تعیین می‌کنند شامل تعداد و محل متاستازهای مغزی است. فاصله‌ی زمانی کوتاه بین تشخیص تومور اولیه و پیدایش متاستاز مغزی نیز عموماً نشانه‌ی پیش‌آگهی نامطلوب است.

امروزه با انجام مطالعات وسیع اتفاقی (راندومایز) شده، ارجحیت ترکیب جراحی و در ادامه‌ی آن انجام رادیوتراپی تمام مغز، نسبت به جراحی تنها یا رادیوتراپی به‌تنهایی به‌خوبی تایید شده است. در بعضی از مطالعات نیز از ترکیب جراحی و رادیوسرجری برای کنترل بهتر محل متاستازکتومی در بیماران با پیش‌آگهی مطلوب استفاده شده است.

در مجموع توصیه می‌شود در بیماران با پیش‌آگهی مطلوب متاستاز مغزی، پس از انجام جراحی یا رادیوسرجری، از رادیوتراپی تمام مغز استفاده شود.

در مواردی که بیمار به‌علت تومورهای حساس به شیمی‌درمانی، دچار متاستاز مغزی می‌شود (مانند تومور ژرم سل، بیماری تروفوبلاستیک حاملگی و لنفوم) علاوه بر درمان‌هایی مانند رادیوتراپی تمام مغز یا رادیوسرجری که برای کنترل متاستاز مغزی این بیماران اجرا می‌شود، باید از شیمی‌درمانی سیستمیک یا داخل نخاعی (اینتراتکال) هم استفاده کرد.

درمان متاستازهای مغزی بیماران با پیش‌آگهی نامطلوب

بیماران مبتلا به متاستازهای مغزی که از شرایط عملکردی ضعیفی برخوردارند (نمره‌ی کارنوفسکی کمتر از ۷۰)، بیماری سیستمیک کنترل نشده یا منتشر یا متاستازهای داخل جمجمه‌ای وسیع، جزو بیماران با پیش‌آگهی نامطلوب تلقی می‌شوند. درمان متاستازهای مغزی در این بیماران مبتنی بر کنترل علایم و حفظ عملکرد نورولوژیک است.

درمان اصلی و اساسی این دسته از بیماران، انجام رادیوتراپی تمام مغز است. هر چند هیچ روش و تقسیم دوز اشعه‌ای بر دیگری ارجحیت ندارد، با این‌حال مناسب‌ترین دوز اشعه در این شرایط، با توجه به پاسخ به درمان و حفظ کیفیت زندگی بیمار، انجام ۳۰۰۰ سانتی‌گری، با دوز روزانه ۳۰۰ سانتی‌گری طی ۱۰ جلسه رادیوتراپی است.

توصیه می‌شود در این دسته از بیماران برای کنترل ادم اطراف ضایعه از گلوکوکورتیکوییدها و برای کنترل علایم تشنجی از داروهای ضد تشنج استفاده شود.

منبع: Up to date (2016)

دکتر حمید سعیدی ساعدی
متخصص رادیوتراپی و انکولوژی
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
نشانی: رشت، گلسار، گلباغ نماز، بعد از فروشگاه سناتور، کلینیک رادیوتراپی و انکولوژی گلسار گیلان، تلفن: ۳۳۷۵۹۶۶۲
Email: Hamidsaedi53@yahoo.com

پزشکان گیل
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
متعلق به خانواده‌ی بزرگ پزشکی ایران است
با مقالات، انتقادات و پیشنهادات خود همراه ما باشید
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶
E-mail: masoud_jowzi@yahoo.com

دیگر همیشه در کنار هم هستیم
www.pezeshkangil.com
پایگاه اینترنتی ماهنامه‌ی پزشکان گیل
تک فروشی
رشت، ابتدای خیابان انقلاب، کالای پزشکی نیکو
تلفن: ۳۳۳۲۸۲۰۴

روشی نوین برای درمان ضایعات پوستی

میکرونیدلینگ

دکتر بهرام نادری نبی

میکرونیدلینگ روشی است جدید که نتایج درخشانی در درمان ضایعات پوستی و زیبایی به‌دست آورده است. این روش به‌طور حیرت‌انگیزی غلظت کلاژن را در پوست بالا می‌برد و در عین‌حال باعث منظم شدن رشته‌های کلاژن و الاستین در پوست آسیب دیده می‌شود. در حال حاضر میکرونیدلینگ یکی از بهترین روش‌های کلاژن‌سازی است که با توجه به هزینه‌ی بسیار کم، نتایج شگفت‌انگیزی در پی دارد.

در این روش با وسیله‌ای به نام درمارولر منافذ و کانال‌های بسیار ریزی در پوست ایجاد می‌شود و پوست را وادار به ساختن مقادیر بالای کلاژن می‌کند و البته اگر نقصی مانند اسکار آکنه یا اسکار سوختگی یا ترک پوستی هم وجود داشته باشد، این مشکل هم به بهترین نحو ممکن برطرف می‌گردد. استفاده‌ی همزمان از فاکتورهای رشد پلاکتی یا همان PRP به‌صورت تزریقی یا موضعی می‌تواند نتایج شگفت‌انگیز این درمان را به‌طور فاحشی ارتقا دهد.

این دستگاه می‌تواند هم به‌تنهایی و هم به‌عنوان مکملی برای روش‌های درمانی دیگر به‌کار رود. سر یک‌بار مصرف این دستگاه شامل ۱۲ میکرونیدل از سوزن‌های کوتاه و ظریف است که بعد از هر درمان باید دور انداخته شود.

برای درمان می‌توانید عمق نفوذ سوزن‌ها را بین ۰/۲۵ تا ۲/۵ میلی‌متر تنظیم و با سرعت ۲۵ تا ۹۰ ضربه در هر ثانیه استفاده کنید که در نهایت بین ۳۰۰ تا ۱۰۰۰ سوراخ بسیار ریز در ثانیه در سطح ایجاد می‌شود.

کارتریج این دستگاه به‌گونه‌ای ساخته شده که می‌توان هنگام انجام عمل، موادی مثل هیالورونیک اسید، ویتامین C، ترکیب‌های مس و ویتامین E را هم که نقش مهمی در کلاژن‌سازی پوست دارند، وارد لایه‌ی درم کرد.

در روش‌های سنتی، نفوذ مواد و داروها به پوست کمتر از ۳ درصد خواهد بود در صورتی که با استفاده از میکرونیدلینگ، تا ۹۰ درصد مواد به پوست نفوذ می‌کند و نتایج بسیار بهتری در زمان کوتاه‌تر دیده می‌شود.

میکرونیدلینگ چگونه و در چند جلسه انجام می‌شود؟

محل درمان با کرم بیحسی موضعی بیحس و سپس با استفاده از درمارولر مناسب، عمل انجام می‌شود. تعداد جلسات مورد نیاز ۴-۲ جلسه و فواصل درمان ۸-۴ هفته است. ناگفته نماند که تعداد جلسه‌های درمان زخم و جوشگاه به وسعت محل زخم بستگی دارد و نمی‌توان برای تمام افراد و با هر نوع جای زخمی، نسخه‌ی واحدی پیچید.

برخی از موارد استفاده از میکرونیدلینگ

۱. اسکار آکنه: در این روش منافذ ریزی که روی پوست ایجاد می‌شود به تولید عروق جدید و رشته‌های کلاژن در کف اسکار آکنه می‌انجامد. حال با تحریک سلول‌های بنیادی موجود در پوست و فیبروبلاست‌ها آثار ترمیمی به بهترین شکل صورت می‌گیرد. این روش در درمان ناصافی‌های پوستی ناشی از اسکار آکنه، آبله مرغان و سالک بسیار کارآمد و امیدوار کننده بوده است.

۲. استرچ مارک (ترک‌های پوستی) ناشی از حامگی، چاقی و بلوغ: این روش برای اولین بار در دنیا امیدهای بسیاری برای درمان این ترک‌ها در مقایسه با سایر

روش‌های بی‌تاثیر و پرهزینه ایجاد کرده است. درمان شامل حدود ۷ جلسه با فاصله‌ی ۱/۵ ماه است و نتایج درمانی معمولاً پس از جلسه‌ی چهارم قابل رویت است.

۳. آثار زخم‌های شدید و سوختگی: به‌وسیله‌ی میکرونیدلینگ می‌توان آثار ناشی از بخیه و زخم و جراحی و نیز اسکار باقیمانده از سوختگی‌ها را به حداقل رساند.

٤. درمان لک و تیرگی پوست: میکرونیدلینگ به‌طور موضعی قابلیت کاهش لک (حتی لک‌های هورمونی و ناشی از بارداری) را دارد؛ البته به‌همراه داروهای موضعی که مصرف می‌شود.

٥. جوانسازی و رفع چین و چروک پوست: یکی از بزرگ‌ترین عوامل ایجاد چین و چروک و افتادگی پوست کاهش غلظت کلاژن و الاستین است که در نتیجه‌ی آن ماتریکس بافت همبند که سلول‌های پوستی را مثل سیمان در بر می‌گیرد، شل و بی‌کیفیت خواهد شد. در این روش با ایجاد منافذ بسیار ریز که با چشم به‌راحتی قابل دیدن نیست، سلول‌های بنیادی پوست تحریک و وادار به تکثیر و تمایز می‌شوند.

با فعال شدن فرآیند ترمیم جهت بازسازی منافذ ایجاد شده در سطح پوست مقدار زیادی کلاژن ساخته می‌شود که به بازسازی پوست و رفع چین و چروک‌های سطحی منجر خواهد شد. بین ۳تا ۵ جلسه درمان برای جوانسازی پوست لازم است که فاصله‌ی بین جلسات حدود ٦ هفته باشد

میکرونیدلینگ عارضه‌ای هم دارد؟

اگر در شرایط کاملاً استریل و به‌وسیله‌ی پزشک متبحر انجام شود، عارضه‌ی چندانی ندارد. پزشک معالج با توجه به شرایط و وضعیتی که پوست دارد، تشخیص می‌دهد میکرونیدلینگ برای رفع مشکل موثر خواهد بود یا نه. مشاوره‌ی پیش از عمل، این امکان را به پزشک می‌دهد که در صورت لزوم، فرد را از انجام میکرونیدلینگ منع کند.

برای افرادی که سابقه‌ی حساسیت به موادی که در این روش استفاده می‌شود یا سابقه‌ی جوشگاه‌های گوشتی (کلوییدو جوشگاه هیپرتروفیک) دارند و کسانی که به سرطان پوست، اختلال‌های خونی و انعقادی، دیابت، بیماری صرع و تشنج، اختلال سیستم ایمنی، عفونت حاد یا تب‌خال فعال مبتلا هستند، نباید از روش میکرونیدلینگ استفاده شود. ضمن این‌که اگر بیمار سابقه‌ی انجام رادیوتراپی در محل انجام میکرونیدلینگ یا خال‌های بزرگ و زگیل در محل داشته باشد، باز هم نامزد مناسبی برای به‌کار بردن این روش محسوب نمی‌شود.

این روش درمانی برای خانم‌های باردار یا شیرده و افرادی که به‌تازگی لیزر یا لایه‌برداری پوست در همان محل میکرونیدلینگ داشته‌اند هم مناسب نیست.

عوارض جانبی احتمالی

این روش بسیار ایمن است و تا کنون عارضه‌ی جدی گزارش نشده است. بروز این عوارض نیز بسیار نادر است:

– ایجاد آلرژی در بیمارانی که به آلرژی پوستی به مواد فلزی مبتلا هستند.

– برای بیمارانی که دارای آکنه‌ی پیشرفته هستند، ممکن است جوش‌ها پاره شوند و درمان برای این بیماران باید با مراقبت انجام شود یا تا سپری شدن فاز التهابی به تعویق انداخته شود.

– پیگمانتاسیون (تیره شدن پوست) در صورتی که از فشار زیادی حین درمان با میکرونیدلینگ استفاده شود

– کهیر یا جوش

– التهاب

– خارش یا احساس سوزش

– تبخال.

نتایج درمان

۱. کمک به تحریک فاکتورهای رشد پلاکت برای تولید کلاژن و الاستین جدید

۲. تصحیح و بهبود مشکلات معمول پوستی مانند جای جوش، ترک‌های پوستی و جای زخم

۳. روشن کردن رنگ پوست، بهبود آبرسانی و جوانسازی که به‌همراه مواد دیگری که روی پوست قرار می‌گیرند به‌کار می‌رود.

میکرونیدلینگ در کلینیک درمانی گیلان انجام می‌شود و درآمد حاصله به کودکان سرطانی محک هدیه می‌گردد.

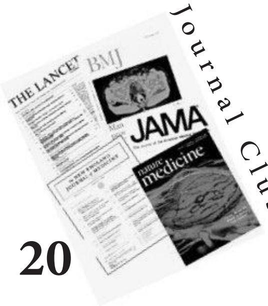
دکتر بهرام نادری نبی

متخصص بیهوشی، فلوشیپ فوق‌تخصصی درد

نشانی: رشت، تقاطع بلوار شهید انصاری و گلباغ نماز، ساختمان گیلان، کلینیک درمانی گیلان

تلفن: ۳۳۷۳۱٦۳٤

Journal Club



20

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

آیا حفظ تخمدان در عمل هیسترکتومی مفید است؟

مطالعات متعدد نشان داده جراحی برداشتن رحم (هیسترکتومی) منجر به افت عملکرد تخمدان‌ها می‌شود و این زنان به‌طور متوسط حدود ۲ سال زودتر یائسه می‌شوند. مکانیسم احتمالی این پدیده، آسیب تخمدان‌ها در اثر کاهش جریان خون عنوان شده است.

به‌همین دلیل در برخی منابع هنگام هیسترکتومی به دلایل بیماری خوش‌خیم، برداشتن تخمدان‌ها توصیه شده چون احتمال ابتلا به سرطان تخمدان را در آینده منتفی خواهد ساخت. اما در مقابل، مطالعات دیگر نشان داده حفظ تخمدان‌ها خطر بیماری‌های قلبی و عصبی، میزان سرطان و مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد.

مطالعه‌ای که نتایج آن در ماه مه در مجله‌ی Obstetrics & Gynecology منتشر شد نشان می‌دهد هیسترکتومی حتی در صورت حفظ تخمدان‌ها با کاهش سطح هورمون آنتی مولرین (AMH) همراه است و بنابراین فعالیت تخمدان‌ها پس از برداشتن رحم به‌طور قابل توجه افت می‌کند. هورمون آنتی‌مولرین توسط سلول‌های گرانولوزا در فولیکول‌های تخمدان تولید می‌شود و از تکوین فولیکول‌های بیشتر جلوگیری می‌کند. به‌همین دلیل این هورمون را معیاری از عملکرد تخمدان‌ها می‌دانند.

توصیه‌های جدید درباره‌ی جراحی زیبایی در دختران

کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا در ماه مه سال جاری توصیه‌هایی در زمینه‌ی جراحی غیرضروری پستان و اندام تناسلی در دختران منتشر کرد. بر اساس گزارش انجمن جراحان پلاستیک و زیبایی آمریکا، تعداد دختران زیر ۱۸ سال متقاضی لابیوپلاستی در این کشور در عرض یک سال تقریباً دو برابر شده است.

– متخصصین زنان و زایمان باید در مواجهه با دخترانی که به‌دلیل راحتی یا زیبایی خواهان جراحی پستان یا اندام تناسلی هستند، ابتدا جایگزین‌های غیرجراحی مانند پوشیدن ساپورت، استفاده از لوسیون یا کرم نرم کننده و کاهش وزن را توصیه کنند.

– پزشکان باید جنبه‌های مختلف بلوغ و تکامل جنسی را به این نوجوانان توضیح داده و طیف وسیع تغییرات پستان و اندام تناسلی را از نظر شکل ظاهری یادآور شوند.

– پزشکان باید پیش از ارجاع یا اقدام به جراحی، با نوجوانان مشورت کنند و بلوغ جسمی و روحی آنان را بسنجند.

– این دختران باید از نظر اختلال خودزشت‌انگاری (Body dysmorphic disorder) غربالگری و در صورت مثبت بودن، به روانپزشک معرفی شوند.

برنامه‌ی ملی فعالیت جسمانی

برنامه‌ی ملی فعالیت جسمانی (National Physical Activity Plan) ایالات متحده بر اساس این چشم‌انداز طراحی شده است که یک روز همه‌ی مردم این کشور از نظر جسمی فعال باشند و در محیطی زندگی، کار و بازی

کنند که فعالیت جسمانی منظم را تشویق و از آن حمایت کند. رووس این برنامه که اولین بار در سال ۲۰۱۰ توسط جمعی از انجمن‌های پزشکی، گروه‌های تناسب اندام و آژانس‌های فدرال تدوین شد و اخیراً نسخه‌ی ۲۰۱۶ آن هم منتشر شده، به شرح زیر است:

– سیستم‌های بهداشتی- درمانی باید ارزیابی فعالیت جسمانی و ارایه‌ی توصیه‌ها و مشوق‌های مرتبط با آن را در اولویت قرار دهند. به‌عنوان مثال، فعالیت جسمانی باید به‌عنوان یکی از علایم حیاتی (چهار علامت حیاتی اصلی: دما، نبض یا ضربان قلب، فشار خون، تنفس) مورد توجه قرار گیرد و به‌طور منظم ارزیابی شود. در همه‌ی زمینه‌های بهداشت و درمان، باید از داده‌های فعالیت جسمانی به‌دست آمده از ابزارهای پوشیدنی و گوشی‌های هوشمند استفاده شود.

– سیستم‌های بهداشتی- درمانی و انجمن‌های پزشکی باید فعالیت ناکافی، رخوت و رکود جسمی را به‌عنوان وضعیت‌های قابل درمان و قابل پیشگیری در نظر بگیرند. فعالیت جسمانی باید در دستورالعمل‌های بالینی گنجانده شود. گروه‌هایی از جمعیت که کمترین سطح فعالیت جسمی را دارند، باید مورد بیشترین توجه قرار گیرند.

– سیستم‌ها باید با مشارکت آژانس‌های فدرال، موسسات عمومی و گروه‌های مذهبی، دسترسی به فعالیت جسمانی را برای همه‌ی شهروندان فراهم سازند.

– آموزش فعالیت جسمانی باید در برنامه‌ی آموزش پزشکی گنجانده شود.

عنوان سرطان باید از برخی تومورهای تیروئید حذف شود

گروهی از صاحب‌نظران بین‌المللی معتقدند نوعی از سرطان که حدود ۲۰درصد سرطان‌های تیروئید را در آمریکای شمالی و اروپا تشکیل می‌دهد، در واقع سرطان نیست. خطر پیامدهای ناگوار در این نوع سرطان تحت عنوان واریانت فولیکولار کپسول‌دار (غیرمهاجم) کارسینوم پاپیلاری تیروئید (Encapsulated or Noninvasive encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: FVPTC) بسیار پایین است.

بر اساس این پژوهش که در شماره‌ی آوریل JAMA Oncology منتشر شده، زمان طبقه‌بندی مجدد تومورهای تیروئید فرا رسیده است. طبقه‌بندی جدید با تاکید بر ماهیت بیولوژیک خوش‌خیم این تومور، منجر به کاهش استرس روحی و عاطفی وارد شده به بیماران در اثر مواجهه با عنوان سرطان خواهد شد که نتیجه‌ی بالقوه‌ی آن، کمک به صرفه‌جویی اقتصادی در اثر کاهش اقدامات تشخیصی و درمانی اضافی و مراقبت از بیماران در مقابل خطرات غیرضروری است.

توصیه‌هایی در مورد آسپیرین

استیل سالیسیلیک اسید که بیشتر با نام آسپیرین شناخته می‌شود، یک داروی ضد التهابی غیراستروئیدی است که معمولاً به‌عنوان ضد درد و تب‌بر به‌کار می‌رود. این دارو که بدون نسخه‌ی پزشک قابل تهیه است، همواره به‌دلیل اثر رقیق‌کنندگی خون و در سال‌های اخیر اثر ضد سرطان مورد توجه بوده است. اخیراً کارگروه خدمات پیشگیری وزارت بهداشت آمریکا توصیه‌هایی درباره‌ی مصرف آسپیرین ارایه کرده که در شماره‌ی آوریل Annals of Internal Medicine منتشر شده است:

– دوز پایین آسپیرین (روزانه ۷۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم) برای بزرگسالان ۵۰ تا ۵۹ ساله‌ای که خطر قلبی- عروقی ۱۰ ساله‌ی آنان حداقل ۱۰درصد و خطر خونریزی در آنان پایین و امید به زندگی آنان حداقل ۱۰ سال باشد، توصیه می‌شود. همچنین بیمار باید مایل به مصرف روزانه‌ی آسپیرین، حداقل به‌مدت ۱۰ سال باشد.

– در افراد ۶۰ تا ۶۹ ساله با شرایط فوق، تصمیم‌گیری برای شروع آسپیرین به‌عهده‌ی خود فرد است.

– در افراد زیر ۵۰ سال و بالای ۶۹ سال، مصرف آسپیرین برای پیشگیری توصیه نمی‌شود.

نظارت بر مصرف آنتی‌بیوتیک

مقاله‌ای در شماره‌ی مه مجله‌ی Clinical Infectious Diseases حاوی ۲۸ توصیه‌ی انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا و انجمن اپیدمیولوژی پزشکی آمریکا در زمینه‌ی نظارت بر مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بیماران بستری در بیمارستان است. برخی از این توصیه‌ها را مرور می‌کنیم:

– پیش‌تایید (Preauthorization) یا رسیدگی پیش از تجویز آنتی‌بیوتیک و پسخوراند (فیدبک)

– برنامه‌های پایش فارماکوکینتیک و تنظیم دوزاژ برای آمینوگلیکوزیدها و وانکومایسین

– برنامه‌هایی برای افزایش مصرف درست آنتی‌بیوتیک خوراکی به‌جای تزریق داخل وریدی

- آزمایش سریع ویروسی نمونه‌های تنفسی
- استفاده از روزهای درمان برای پایش مصرف آنتی‌بیوتیک.

ارتباط بین ثروت و سلامت

مطالعه‌ی شماره‌ی آوریل JAMA به بررسی ارتباط بین میزان درآمد و امید به زندگی پرداخته است. مبنای مطالعه میزان مالیات بر درآمد و داده‌های تامین اجتماعی دولت فدرال آمریکا بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱٤ بوده است. نکات قابل توجه این مطالعه به‌شرح زیر است:

- امید به زندگی با افزایش درآمد افزایش می‌یابد. مردانی که از نظر درآمد در ۱ درصد بالای جامعه هستند حدود ۱۵ سال بیشتر از ۱ درصد پایین جامعه عمر می‌کنند. این رقم در مورد زنان ۱۰ سال است. این فاصله معادل مصرف یک عمر سیگار است.
- امید به زندگی برای ۵ درصد بالای جامعه از نظر درآمد، بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱٤ حدود ۳ سال افزایش یافته اما برای ۵ درصد پایین چندان تغییری نکرده است.
- امید به زندگی برای اقشار پردرآمد در مناطق مختلف آمریکا تقریباً یکسان است اما برای اقشار کم‌درآمد به‌شدت متغیر است و تنها در ٤ شهر حدود ٦ سال کمتر یا بیشتر است.
- بیشتر تفاوت‌ها در امید به زندگی در مناطق مختلف جغرافیایی ناشی از تفاوت در رفتارهای مرتبط با سلامت است و نه دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی یا عوامل دیگر.
- در مورد موضوع پزشکی شخصی‌شده (Personalized medicine)، به‌نظر می‌رسد دانستن کد پستی افراد برای شروع درمان هدفدار، مهم‌تر از ژنوتیپ اوست.

نکات بالینی درباره‌ی بیش‌مصرف اپیوئیدها

این نکات که در شماره‌ی اول آوریل NEJM منتشر شده مربوط به عوارض درمان درد مزمن غیرسرطانی است. فوریت نیازهای بیماران، کارایی اپیوئیدها برای درمان درد حاد و محدودیت گزینه‌ها برای درمان درد مزمن، باعث افزایش قابل توجه مصرف این داروها، انحراف، بیش‌مصرف (Overdose) و اعتیاد شده است.

- اعتیاد با تولرانس (تحمل یا مقاومت در مقابل آثار دارو) و وابستگی جسمانی متفاوت است: اعتیاد به‌آهستگی ایجاد می‌شود اما وقتی ایجاد شد، به بیماری مزمنی تبدیل می‌شود که به‌سادگی فروکش نمی‌کند و خطر عود آن در صورت عدم درمان تا سال‌ها بسیار بالاست.
- آیا تولرانس نسبت به آثار مختلف اپیوئیدها به یک میزان روی می‌دهد؟ تولرانس نسبت به اثرات ضد درد و سرخوشی‌آور اپیوئیدها سریع‌تر ایجاد می‌شود، اما در مورد دپرسیون تنفسی، تولرانس به‌کندی روی می‌دهد. به‌همین دلیل، افزایش دوزاژ با هدف تسکین یا سرخوشی به میزان قبلی، خطر بیش‌مصرف، دپرسیون تنفسی و مرگ را به‌شدت افزایش می‌دهد.
- عوامل خطرساز بیش‌مصرف چیست؟ دو عامل در تعیین خطر بیش‌مصرف موثر است: اول نوع دارو و دوم وضعیت بیمار. دوز بالای همه‌ی اپیوئیدها مرگبار است، اما بیشترین موارد بیش‌مصرف منجر به بستری و مرگ مربوط به اپیوئیدهایی است که قدرت هر یک میلی‌گرم آن‌ها بیش از ۱۰۰ برابر یک میلی‌گرم مورفین (Morphine milligram equivalents: MME) است. سابقه‌ی بیش‌مصرف، سابقه‌ی اعتیاد به مواد دیگر (به‌ویژه الکل، بنزودیازپین یا سایر اپیوئیدها)، اختلالات تنفسی یا مصرف داروهایی که مشکل تنفسی ایجاد می‌کنند (مانند بنزودیازپین‌ها یا داروهای خواب‌آور)، اختلال عملکرد کلیه یا کبد، سابقه‌ی اقدام به خودکشی یا افکار خودکشی و سابقه‌ی افسردگی ماژور، خطر بیش‌مصرف را افزایش می‌دهند.
- چه اقداماتی خطر بیش‌مصرف را کاهش می‌دهد؟ ارزیابی خطر بیش‌مصرف همراه با تست غربالگری ادرار پیش از تجویز اپیوئیدها و هر بار پیش از تمدید آن‌ها الزامی است. البته وجود عوامل خطر بیش‌مصرف از موارد منع مصرف اپیوئیدها نیست، اما نشان می‌دهد بیمار (و خانواده‌اش) نیاز به آموزش و مشاوره‌ی بیشتری دارد و تجویز دارو باید با احتیاط بیشتری انجام شود. در این بیماران باید از تجویز مقدار زیاد دارو یا تجویز داروهای طولانی‌اثر خودداری شود و ویزیت‌های پیگیری در فواصل کوتاه‌تر تکرار گردد. همچنین نسخه کردن نالوکسان برای موارد بیش‌مصرف احتمالی توصیه می‌شود.

آیا استاندارد طلایی تشخیص سرطان پستان باید تغییر کند؟

مطالعه‌ای موسوم به B-Path در شماره‌ی مارس

مجله‌ی Annals of Internal Medicine نشان می‌دهد پاتولوژیست‌ها در حدود ۲۵ درصد موارد در تشخیص بدخیمی یا خوش‌خیمی ضایعات پستان در نمونه‌ی بیوپسی اتفاق نظر ندارند.

هر سال در ایالات متحده حدود ۱/۶ میلیون بیوپسی پستان انجام می‌شود و معیارهای تشخیص بدخیمی آن‌ها توسط پاتولوژیست کاملاً مشخص و تعریف شده است.

در این مطالعه، اسلایدهای ۶۰ نمونه بیوپسی پستان توسط ۱۱۵ پاتولوژیست با حداقل یک سال تجربه در ۸ ایالت آمریکا دیده شد.

همخوانی در تشخیص به‌طور کلی ۷۵/۳ درصد، سرطان مهاجم ۹۶درصد، کارسینوم داکتال درجا (DCIS) ۸۴ درصد، هیپرپلازی آتیپیک ۴۸ درصد و ضایعات خوش‌خیم بدون آتیپی ۸۷ درصد گزارش شده است. بیشترین خطای تشخیصی در موارد هیپرپلازی آتیپیک و توسط پاتولوژیست‌هایی روی داده که در آزمایشگاه‌های کوچک‌تر یا مراکز غیردانشگاهی کار می‌کنند و بیشتر این موارد نیز از زنانی بوده که بافت پستان متراکم داشته‌اند.

البته محدودیت اصلی این مطالعه این است که شرکت‌کنندگان امکان مشاهده‌ی اسلایدهای دیگر، برش مجدد، بررسی تکمیلی یا مشاوره نداشته‌اند. به‌همین دلیل توصیه می‌شود پاتولوژیست‌ها در موارد شک به تشخیص به‌ویژه در ضایعات آتیپیک، همه‌ی اسلایدها را همراه با برش‌های مکرر مرور کرده و حتماً با همکاران باتجربه‌تر خود مشورت کنند.

همچنین استفاده از نشانگرهای مولکولی و ایمونوهیستوشیمی (IHC) در موارد مشکوک به تشخیص کمک می‌کند اما این احتمال که بررسی‌های تکمیلی فوق در آینده در همه‌ی بیوپسی‌های پستان به‌صورت روتین انجام شود، نیاز به مطالعات بیشتری خواهد داشت.

سگ‌ها بیماری را تشخیص می‌دهند

مقاله‌ی جالبی در شماره‌ی مارس مجله‌ی Open Forum Infect Dis به گزارش توانایی استثنایی سگ برای تشخیص باکتریوری پرداخته است. پیش از این نیز مواردی از تشخیص کولیت ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل توسط سگ گزارش شده است.

در این مطالعه که ۱۶ هفته طول کشیده است، سگ‌ها توانستند عفونت ادراری را با حساسیت ۹۹ درصد و ویژگی ۹۱/۵ درصد تشخیص دهند.

برآورد شده که بینی سگ بیش از ۱۰۰ هزار برابر حساس‌تر از بینی انسان است. بو کشیدن یکی از توانایی‌های ذاتی سگ است.

بهترین دارو برای تسکین درد آرتروز

مطالعه‌ای در شماره‌ی مارس مجله‌ی The Lancet نشان می‌دهد داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی بیشترین کارایی را در کاهش درد ناشی از استئوآرتریت زانو یا لگن دارند، در حالی که استامینوفن نسبت به دارونما برتری خاصی ندارد!

پژوهشگران با بررسی نتایج ۷۴ مطالعه با شرکت بیش از ۶۰ هزار بیمار مبتلا به آرتروز زانو یا لگن نشان دادند دیکلوفناک (۱۵۰ میلی‌گرم در روز)، اتوریکوکسیب (۶۰ میلی‌گرم در روز) و رفکوکسیب (۲۵ میلی‌گرم در روز) بیشترین اثر ضد درد را دارند و استامینوفن حتی در دوزهای ٤ هزار میلی‌گرم در روز تاثیر معنی‌داری ندارد.

جالب‌ترین نکته‌ی پژوهش فوق این است که با وجود توصیه‌های مکرر در منابع مختلف، تجویز استامینوفن در استئوآرتریت بی‌فایده است.

پایان مجلات

دکتر هارلان کروموهلز، سردبیر و موسس مجله‌ی Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes اخیراً در سرمقاله‌ای تحت عنوان فوق نوشته است: «صدها سال است که مجلات پزشکی حکم داوران کیفیت پژوهش‌های پزشکی را داشته‌اند. اما امروز به‌نظر می‌رسد سنت انتشار کارشناسی شده‌ی مقالات پزشکی رو به اضمحلال گذاشته است.»

به‌نظر دکتر کروموهلز، تحولاتی که در زمینه‌ی ارزیابی و انتشار یافته‌های پزشکی در حال وقوع است، مطابق میل ویراستاران و کارشناسان مجلات نیست، اما پاسخی است به الگویی که حاصل تغییرات اجتماعی و فناوری است.

او معتقد است مجلات پزشکی با چالش‌های بنیادینی روبه‌رو هستند که تنها به مدد نوآوری بی‌وقفه و اشتیاق برای تغییر قابل حل و فصل است: «حداقل ۹ نقیصه در الگوی فعلی انتشار مقالات پزشکی وجود دارد که می‌تواند این حس را ایجاد کند که مجلات به پایان راه خود نزدیک شده‌اند.»

دکتر کروموهلز این نقیصه‌ها را برشمرده است: سرعت عمل پایین، هزینه‌ی بالا، محدودیت قالب (Format)

انتشار مطالب، فقدان شفافیت و نقدپذیری، تاکید بیش از حد بر ضریب تاثیر (Impact factor، ضریبی که همه‌ساله موسسه‌ی اطلاعات علمی [ISI] بر مبنای ارجاعات به هر یک از مقالات علمی آن، نه برای مقاله یا نویسنده، بلکه برای مجله، محاسبه و نتیجه‌ی آن را در گزارش‌های ارجاع مجله یا Journal Citation Reports منتشر می‌کند)، تمرکز بیش از حد قدرت در دست ویراستاران و کارشناسان، عدم تنوع در ترکیب هیات تحریریه، سکون محتوی و عدم امکان تعامل و مشارکت مخاطب، و الگوی تجاری کهنه و ناقص (مانند رستورانی که مشتریان خود غذا می‌پزند و خود صورت‌حساب را پرداخت می‌کنند).

خطر مسمومیت و مرگ ناشی از سوءمصرف لوپرامید

مصرف مقادیر زیاد داروی ضد اسهال موسوم به ایمودیوم (لوپرامید) برای رهایی از علایم سندرم محرومیت توسط کسانی که در حال ترک اعتیاد هستند، مشکل‌ساز شده و مقاله‌ای از شماره‌ی مه Annals of Emergency Medicine موارد سوءمصرف لوپرامید را بررسی کرده است. سوءمصرف لوپرامید در ایالات متحده به‌دلیل قیمت پایین، سهولت دسترسی و همچنین عدم منع قانونی در سال‌های اخیر افزایش یافته است. مصرف این دارو به مقدار مجاز و توصیه شده مشکلی ایجاد نمی‌کند، اما در مقادیر بالاتر از میزان مجاز منجر به سرخوشی (Euphoria) می‌شود.

لوپرامید با دوز ۱۰ برابر میزان توصیه شده به تخفیف علایم سندرم محرومیت از اپیوئیدها کمک می‌کند اما در صورت مصرف مقادیر بیشتر، نشئه‌زاست و حتی ممکن است منجر به دپرسیون تنفسی و همچنین اختلال ریتم قلبی شود. موارد سوءمصرف این دارو و تماس با اورژانس در یکی از مناطق نیویورک طی چهار سال گذشته ۷ برابر افزایش یافته است.

به‌نظر پژوهشگران عرضه‌ی لوپرامید باید محدود گردد و مانند پسودوافدرین در صورت درخواست بدون نسخه، تنها به مقدار محدود به افراد تحویل داده شود.

دکتر بابک عزیز افشاری

متخصص پاتولوژی

نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ٤٤٢٤٣٤٤٧

Website: azizafshari.com

Email: babak_azizafshari@yahoo.com

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
این نسخه ی پی‌دی‌اف فاقد آگهی است
برای درج آگهی در نسخه ی کاغذی با ما تماس بگیرید
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
این نسخه ی پی‌دی‌اف فاقد آگهی است
برای درج آگهی در نسخه ی کاغذی با ما تماس بگیرید
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

انفارکتوس بی درد

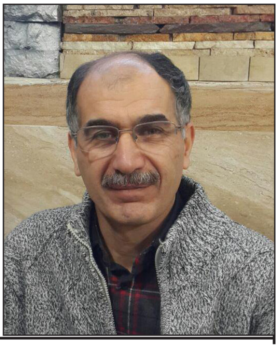
دکتر فضل‌الله آصف

با سپاس دوباره از امیر آذراشک، نوه‌ی زنده‌یاد دکتر فضل‌الله آصف و ویراستار «دفتر خاطرات پزشکی» ایشان، یک برگ دیگر از این دفتر را نیز تقدیم می‌کنیم.

روزی مرحوم دکتر ابراهیم جفرودی، شیخ‌الاطبای زمان در شهر رشت و همچنین شاعر و ادیب محترم و بزرگوار، مرا برای مشاوره دعوت کرد. آن زمان من یکی از اعضای ارشد انجمن پزشکان و ایشان رییس انجمن بودند. بیمار، رییس شرکت بیمه‌ی ایران در استان گیلان بود. او پشت میز کارش دچار احساس سرگیجه (Vertigo) شده، ولی ریتم قلبی منظم بود و فشار خون ۱۲ روی ۸ داشت. صداهای قلب نیز طبیعی بود و بیمار هیچ نوع شکایتی از درد سینه، گردن، شانه یا انتشار درد به‌سمت بازو نداشت. به‌طور کلی حال عمومی بیمار خوب به‌نظر می‌رسید، ولی در نوار قلبی که گرفته شده بود، وجود موج Q عمیق در لیدهای DII، DIII و aVF آشکار بود. با خودم گفتم شاید دستگاه نوار قلب نقصی داشته باشد و فرستادم دستگاه دیگری آوردند؛ بار دیگر انفارکتوس میوکارد در سطح تحتانی- خلفی قلب تایید شد. خود بیمار به‌هیچ‌وجه نمی‌پذیرفت که چنین اتفاقی افتاده و می‌گفت شب گذشته، منزلش محل گردهمایی استاندار، فرمانده تیپ، فرمانده ژاندارمری، رییس کل شهربانی و اعیان و اشراف شهر بوده است. همان روزها، شوهر عمه‌ام (مرحوم آقای معین‌الدوله) دچار وضع مشابهی شده و پیاده خود را به مطب من رسانده و او نیز یک سکته‌ی قلبی بدون درد در سطح تحتانی میوکارد را تجربه کرده بود. هر دو نفر این بیماران خیلی سیگار می‌کشیدند ولی تا مدت‌ها بعد بیمار دچار انفارکتوس بدون درد و وحشت ندیدم.

آن روزها در رشت بیمارستان تخصصی قلب نداشتیم. روز دیگری به من تلفن کردند که آقایان دکتر شیخ و دکتر نفیسی از تهران آمده‌اند و تقاضای وقت مشاوره دارند. ماشین فرستادند که با دستگاه و ضمایم معاینه تشریف بیاورید؛ حال آن‌که خود دستگاه حدود ۲۰ کیلوگرم وزن داشت! از سوی دیگر شرکت زیمنس اجازه نداشت به ما اطبا باتری بفروشد، چون دولت دستور داده بود به‌دلیل امکان شنود بی‌سیم ارتش مجاز نیست! ناچار برای کابل زمینی (ارت) سوراخی در گوشه‌ی باغچه کندیم و داخل آن مقداری ذغال کوبیده ریختیم؛ یک سیخ آهنی در آن قرار دادیم و سیم برق را تا اتاق بیمار رساندیم. سرانجام

دستگاه بدون پارازیت تنظیم شد و کار کرد. این بار هم علایم سکته‌ی قلبی مشهود بود، ولی بیمار درد نداشت.
جناب دکتر شیخ پرسیدند: «آیا صلاح است که این بیمار را به تهران ببریم؟» رشت در آن زمان فرودگاه نداشت، راه‌آهن نبود و در دیگر شهرها مانند بندر انزلی هم امکانات بیشتری وجود نداشت. فقط در محل نامناسبی که حلبی‌آباد می‌نامیدند، محوطه‌ای بود که به آن «زمین طیاره» می‌گفتند و یک هواپیمای ملخی کوچک در آن قرار داشت. من پس از کمی سکوت گفتم: «شما استاد دانشگاه تهران و طبیب قوام‌السلطنه (احمد قوام، نخست‌وزیر) هستید. جناب دکتر نفیسی هم که تنها داماد سرکار علیه خانم فخرالدوله امینی (دختر مظفرالدین شاه) هستند. مقام هر دو نفر بالاست و رای اکثریت با شماست، ولی این‌گونه بیماران بهتر است از طریق هلیکوپتر- آمبولانس یا قطار دارای تجهیزات پزشکی حرکت داده شوند.» تردید بر فضا حاکم بود که گفتم:
اجازه دهید یک مورد پزشکی را به عرض شما برسانم؛ بعد تصمیم بگیرید:
مادر دادستان تهران، آقای جهانگیرخان ف...، همکلاسی دبیرستان من، دچار انفارکتوس وسیع میوکارد در سطح آنتروسپتال شد که با درد شدید، تنگی نفس، ضعف عمومی، سقوط فشار خون و اضطراب فراوان همراه بود. بیمار تا روز بیستم پس از سکته‌ی قلبی وضع مناسب و حال عمومی خوبی داشت و شبیه به وضع فعلی. رییس سابق شهربانی‌های استان گیلان که دوست پدرم بود، تلفنی اطلاع داد که دو نفر از اطبای مشهور تهران، جناب آقای دکتر مژدهی، رییس دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران، همراه با مرحوم دکتر علی دیوشلی به اتفاق آقای جهانگیرخان قصد مشاوره‌ی پزشکی دارند. هر دو نفر را از پاریس می‌شناختم. فرزند ارشد بیمار که دادستان بود و نیز دیگر دوستان سرشناس ایشان اصرار داشتند بیمار را به تهران منتقل کنند. من به آن‌ها گفتم که روند درمان این است که بیمار ۶ هفته استراحت کند؛ ۳ هفته مطلق و ۳ هفته همراه با تحرک خیلی آرام. در آن مورد، من مخالف و آن‌ها موافق جابه‌جایی بودند. حتی برای رضایت قلبی خود بیمار به شوخی به حاجیه خانم گفتند که شما را عقب ماشین مثل ساندویچ بین خودمان دو نفر می‌نشانیم و جهانگیرخان را می‌فرستیم جلو که کنار راننده بنشیند. سرانجام راهی شدند. در قزوین فقط یک مسافرخانه بود که تصمیم گرفتند کمی در آن‌جا بمانند تا بیمار استراحت کند. حاجیه خانم دست در دست پسرش، پای راست خود را بر زمین گذاشت و هنوز پای چپش در اتومبیل بود که به رحمت ایزدی پیوست. بنابراین، تصمیم با شماست.
بعد از شنیدن این حکایت، چند لحظه‌ای در سکوت گذشت. سپس مرحوم دکتر شیخ برخاست، صورت مرا بوسید و گفت: «نسخه را بنویس تا مشاوره رسمیت پیدا کند.» گفتم: «بله، مطابق عرف، جوان‌ترین می‌نویسد، ولی ابتدا مسن‌ترین امضا می‌کند؛ به‌روی چشم.» و این شد که من ماندم و شهر!
یک روز مشغول کار بودم که همسر محترمه‌ی ایشان گریان به مطب آمد. دلم هُری ریخت. گفتم: «چه شده؟ حمله‌ی تازه دست داده؟» گفت: «نه!» خیلی هراسان شدم. گفتم: «پس چرا این‌طور گریه می‌کنید؟» گفت: «دو پایش را در یک کفش کرده و می‌خواهد به مسجد چله‌خانه برود.» گفتم: «در این وضعیت، مسجد چله‌خانه؟!» گفت: «سال‌روز وفات برادرش است؛ دکتر حشمت.» کمی جا خوردم و گفتم: «یعنی می‌گویید ایشان برادر دکتر حشمت هستند؟!» با هم به عیادت بیمار رفتیم. مرحوم حسن خان که همچون برادرش از اهالی طالقان بود، با شوخ‌طبعی خاصی گفت: «شما را مطیع آورده‌اند، ولی من باید بروم.» گفتم: «نه، نروید یا من هم با وسایل لازم همراه‌تان می‌آیم.» گفت: «نه، شما نباید بیایید.» گفتم: «آخر چرا؟!» گفت: «اگر بیایی، یک عمر زحمت برای خودت خریده‌ای.» گفتم: «یعنی چطور؟!» گفت: «صبح‌ها که به سربازخانه می‌روی، آن دکه‌ی بلیط‌فروشی اتوبوس که مقابل کنسولگری شوروی واقع شده را دیده‌ای؟» گفتم: «بله، دیده‌ام.» گفت: «او مامور است که هر روز اسامی مراجعان به کنسولگری را به اداره‌ی تامینات بدهد. شرایط در سال‌روز فوت مرحوم برادرم مشابه است؛ بخش کارآگاهی (مخصوص تعقیب جرایم سیاسی) خوش ندارد کسی به این مراسم بیاید.» این اولین باری بود که چنین اخطاری می‌شنیدم! من خیلی جوان بودم؛ هنوز ۳۰ سال نداشتم و تا آن روز از این مناسبات باخبر نبودم.
بعدها خواست که به پاریس برود. او را با معرفی‌نامه‌ای نزد پروفسور ژان لو نگر (Prof. J. Le nègre) فرستادم. در هنگام بازگشت، نزد من آمد و گفت که خیلی مرا تحویل گرفتند و نامه‌ای هم در پاسخ به شما نوشتند. مضمون آن نامه چنین بود: «بیمار درد ندارد و آن‌چه تا امروز انجام شده، مورد تایید است، ولی همواره باید داروی ضد انعقاد خون مصرف کند.»



آیامین

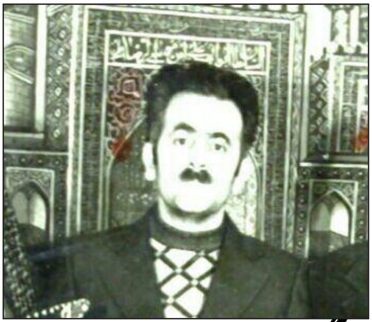
دکتر موسی غلامی امام

اغلب مردم شهر ما «آیامین» را می‌شناسند؛ از تزریقات‌چی‌های قدیمی املش است: آقای *یامین صیادی امام* که پسر عموی پدری من هم هست. جدای از فامیل بودن، تزریقات‌چی اختصاصی فامیل و خانواده هم بود. در خانواده او را «آیامین» می‌نامیدیم ولی در مصاحبت او را «عمو جان» صدا می‌زدیم.

وقتی نوجوان بودم، به دو بیماری زیاد مبتلا می‌شدم: اول گل‌مژه در ریشه‌ی مژه‌های سیاهم و دوم گلودرد تب‌دار. گل‌مژه را چون قرار بود در آینده دکتر شوم، خودم درمان می‌کردم! یک جوش چرکی بدقواره با پایه‌ی قرمز به وزن یک تُن در گوشه‌ی چشمم تشکیل می‌شد که دردی مخلوط با خارش داشت و من دوست داشتم با هر چیز تیزی آن را بترکانم و از شر خبیثش راحت شوم. ولی مگر می‌شد به آن دست زد؟ مگر این‌که منتظر می‌ماندی پخته شود و با سوزن خیاطی سرخ شده روی اجاق گاز، ناحیه‌ی رسیده‌اش را سوراخ می‌کردی تا دو گرم مایع چرکی از سرش بیرون بجهد و احساس سبکی کنی و چه‌قدر ختم ماجرا لذت‌بخش بود! ولی امان از وقتی که گلودرد می‌گرفتم؛ تمام یک تُن بار می‌آمد می‌نشست در مرکز بلعم، توی گلو! وقتی به تب و گلودرد مبتلا می‌شدم، قبل از هر چیز به‌یاد عمو یامین می‌افتادم. تب و درد بدن امانم را می‌برید.

آن وقت‌ها فکر می‌کردم انسان‌ها فقط به همین دو بیماری مبتلا می‌شوند. وقتی دایره‌ی اطلاعات انسان محدود باشد، زندگی راحت‌تر می‌گذرد. برعکس الان که ترس از ابتلا به بیماری‌های مختلف همه را به فوبیا مبتلا کرده است! به‌هرحال وقتی به‌قول امروزی‌ها آنژین می‌گرفتم، مادر و پدر دست به‌کار می‌شدند؛ مادر بساط آب جوجه‌ی محلی با طعم منحصر به‌فرد

آیامین



آیامین در جوانی

آب‌لیمویی خودش را بار می‌گذاشت و لحاف و تشک سنتی و سنگینی برایم آماده می‌کرد و به‌اجبار باید در بستر می‌ماندم تا خوب شوم. تنها هدیه‌ی این وضعیت، تعطیلی سه روزه‌ی درس و مشق بود. جالب این‌که لحاف سنگین را از سر تا پا به‌روی خود می‌کشیدم تا از سرمای بیرون در امان باشم. زیر لحاف چه نعره‌ها که نمی‌زدم. بیچاره مادرم، فکر می‌کرد گل‌پسرش خیلی بیمار است و نیاز به مراقبت جدی‌تری دارد! اما پدرم کار و مغازه‌اش را تعطیل می‌کرد و نزد دکتر *شفیع‌پور* می‌رفت و از ایشان برای ویزیت من، در منزل دعوت می‌کرد. دکتر شفیع‌پور با هیکل ژنرال دوگلی و کت و شلوار و کیف چرمی قهوه‌ای خود منت می‌گذاشت و با هیبت دکترانه‌اش به خانه‌ی ما می‌آمد و نفس‌نفس‌زنان دو زانو می‌نشست. آن‌گاه با چراغ قوه گلوی مرا می‌دید و سرش را طوری تکان می‌داد که حاکی از حال خراب من بود. بعد دستی به پیشانی داغم می‌زد و بلند می‌گفت: «خیلی تب داره!» بعد از این معاینات قلم را بین انگشتان تپل خود می‌گرفت و با انگلیسی خوشگلی چند خط نسخه می‌نوشت و می‌رفت. پدرم پس از مشایعت ایشان به داروخانه‌ی مرحوم *حاج محمود سمیع* می‌رفت و با یک پلاستیک پر از دارو برمی‌گشت. وقتی دکتر از منزل ما می‌رفت، به‌طور شرطی منتظر آمدن آیامین بودم که سهم پنی‌سیلین خود را بگیرم.

الان که پزشکم، برای من روشن است که ظاهراً اثرات بیماری گلودرد چرکی در زمان‌های قدیم خیلی بیشتر بود چون من که گلودرد می‌گرفتم، بیماری مرا ضربه‌فنی می‌کرد: کوفتگی، تب بالا، لرز، گلودرد و... ولی امروزه بچه‌ها با گلودرد و کمی بی‌حالی و تب مراجعه می‌کنند. البته ممکن است فکر کنید فلانی چقدر ننر و لوس بود که دکتر شفیع‌پور را با آن جلال و جبروتش می‌آوردند تا یک بچه را در منزل ویزیت کند ولی باور کنید که خیلی بیمار می‌شدم و واقعاً بیماری توان حرکت را از من می‌گرفت.

من در حال معاینه‌ی دکتر شفیع‌پور. ولی من به ایشان آمپول تجویز نمی‌کنم!

به‌هرحال در میان داروها آمپول پنی‌سیلین پروکایین خودنمایی می‌کرد. دیدن آمپول پنی‌سیلین مو بر اندامم راست می‌کرد. پس از چندی آیامین به خانه‌ی ما می‌آمد تا آمپول را تزریق کند. پس از احوالپرسی با مادرم دو زانو کنار بسترم می‌نشست و کیف ابزار خود را باز می‌کرد. آن موقع‌ها من آیامین را پرقدرت‌ترین مرد شهر می‌دانستم. چون او به قوی‌ترین مرد زندگی‌ام، پدرم که سردردهای میگرنی داشت، هم آمپول می‌زد و پدر پس از نیم ساعت درمان می‌شد.

مادرم ظرفی و آبی برای او آماده می‌کرد و ایشان چراغ الکلی مخصوص استریل کردن سرنگ و سوزن کلفت تزریقات خود را که از جنس پیرکس بود با آب جوش به‌مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه استریل می‌کرد. شاید باورش برای جوانان امروزی سخت باشد که بدانند سرنگ‌ها سابق بر این یک‌بار مصرف نبود و تزریقات را با همین یک یا دو سرنگ انجام می‌دادند. اصل مساوات و برابری این‌جا رعایت می‌شد؛ یعنی *امان‌الله خان* یا *آشیخ ابوالمکارم* ربانی با همان سرنگی آمپول زده می‌شدند که *علی‌خان نفتچی* یا *شهربانو محمد کیازنیکی*. مزید اطلاع عرض می‌کنم داروخانه‌ها هم در پشت قفسه‌های دارویی میزی داشتند که *محمدرضا لطیفی* پدر *احسان لطیفی* (داروخانه‌ی هدایت)، یامین صیادی و *قدرت سمیعی* (داروخانه‌ی سمیع) در آن‌جا تزریقات انجام می‌دادند.

بگذریم، آیامین وقتی که بساط استریل کردن خود را راه می انداخت تازه می‌فهمیدم که مساله جدی شده و باید تسلیم شوم. مخلوط کردن آب مقطر با ویال پنی‌سیلین و دیدن سرسوزن چون شمشیر، مرا مستاصل می‌کرد. با اکراه آغشته به غرور به شکم می‌خوابیدم و آیامین با شوخ‌طبعی خاص خود، کش تنبانم را تا ناحیه تزریق پایین می‌کشید و با سرعت موشک‌وار، آمپول را به عضله‌ی باسن فرو می‌کرد و با خالی کردن دارو، پای من از حیز انتفاع خارج می‌شد و کندی پا و درد سنگین آن حالم را می‌گرفت! از آن دوران و پس از آن، با دیدن دکتر شفیع پور و آیامین یاد درد ناشی از پنی‌سیلین می‌افتم و امروزه هم که پزشک شده‌ام حتی‌الامکان به بچه‌ها پنی‌سیلین تجویز نمی‌کنم، مگر آن‌که ضرورتی باشد...

دکتر موسی غلامی اُمام

نشانی: املش، خیابان شهید بهشتی، تلفن: ۴۲۷۲۶۴۰۱

Email: mosa_omam@yahoo.com

سفرنامه‌ی یک پزشک کاروان حج

ای قوم به حج رفته (۱۰)

دکتر مسعود شهیدی

کمبود آب آشامیدنی

در عربستان سعودی (یعنی ببخشید در جده، مکه و مدینه؛ چون من شهرهای دیگر را ندیده‌ام) آب لوله‌کشی را نمی‌شود نوشید، بنابراین مردم آب آشامیدنی را از فروشگاه‌ها می‌خرند. البته این ظرف‌های پلاستیک که امروزه سر هر کوی و برزن به‌وفور یافت می‌شود، از اولین تولیدشان حداکثر ۳۰ سال می‌گذرد. بنابراین داستان آب آشامیدنی درون بطری پلاستیکی که به اشتباه در کشور ما به آب معدنی معروف شده است، نهایتاً می‌تواند ۳۰ سال عمر داشته باشد. مردم عربستان قبل از آن چه‌کار می‌کردند، نمی‌دانم. البته فشار همان آب‌های غیرآشامیدنی هم در تمام طول شبانه‌روز یکسان نبود. معمولاً در بالای ساختمان‌های بلندمرتبه چندین تانکر برای ذخیره‌ی آب وجود دارد. آب از پایین به بالاترین طبقه پمپ می‌شود و سپس در شبکه‌ی ساختمان توزیع می‌گردد. در ساختمان ما یک لوله‌کشی دیگر هم وجود داشت که آن هم برای آب شرب یعنی آب آشامیدنی بود. روزی یک بار یا بیشتر یک تانکر بزرگ می‌آمد که رویش به عربی نوشته بود «آب آشامیدنی». لوله‌ی آن را به ساختمان وصل می‌کردند و تانکر آب آشامیدنی ساختمان را پر می‌کرد. به‌طور معمول ما از این آب برای آشپزی و شستن ظرف‌ها استفاده می‌کردیم اما موظف بودیم برای اهالی کاروان بطری آب آشامیدنی تهیه کنیم.

من نمی‌دانم کاروان‌های دیگر چه می‌کردند اما ظاهراً کاروان ما بودجه‌ی قابل توجهی برای خرید آب نداشت. یعنی راستش را بخواهید برای خیلی چیزهای دیگر هم نداشت. میوه‌هایی که در میدان میوه و سبزی مکه یا مدینه بود در اندازه‌های مختلف ارایه می‌شد یا به قول فرنگ رفته‌ها سایزبندی داشت. روی هر کارتن نوشته می‌شد که مثلاً داخل این جعبه چند تا پرتقال یا سیب هست. وزن کارتن‌ها یکی بود اما هر چه اندازه‌ی میوه بزرگ‌تر باشد، طبیعی است که تعداد کمتری در کارتن جا می‌شود. ما به‌علت این‌که وضع مالی خوبی نداشتیم، مجبور بودیم که میوه‌های کوچک‌تری بخریم. همین داستان برای تعداد نانی که می‌خریدیم هم تکرار می‌شد. برای بسته‌های آب آشامیدنی هم همین‌طور. به‌نظرم آن ۶۰۰۰ ریالی که به خاطر بی‌تجربگی و سوءمدیریت در ابتدای سفر بابت جریمه‌ی پارکینگ پرداخت کردیم، سبب شد تا مجبور شویم یک ریاضت اقتصادی را به کاروانیان تحمیل کنیم. وقتی بزرگان کاروان دستور خرید مشخصی را می‌دادند، ما به‌عنوان مجری دستورات، مجبور بودیم که در توزیع نان خست به خرج دهیم، چرا که در غیر این صورت به یک عده نان نمی‌رسید. موارد متعددی پیش آمد که اگر کسی نان بیشتری می‌خواست، از آن‌چه قرار بود خودمان بخوریم به ایشان می‌دادیم و قید نان خوردن را می‌زدیم.

یکی از وظایف ما این بود که بسته‌های آب معدنی را باز کنیم و بطری‌ها را در یخچال قرار دهیم تا خنک شوند و زایران از آن‌ها استفاده کنند. عملاً سهمیه‌ای برای تعداد بطری برای هر نفر وجود نداشت. هر چه باشد، در گرمای عربستان به هتل آمده بودیم. دشت کربلا که نبود. بر اساس محاسبات ما، هر زایر حداکثر در روز به پنج بطری نیم لیتری آب آشامیدنی احتیاج داشت و برای یک کاروان ۲۰۰ نفری روزانه ۱۰۰۰ بطری آب تهیه می‌کردیم. اما نمی‌دانم چرا همیشه آب کم می‌آمد.

البته این‌که بگویم نمی‌دانم چرا، حرف بیهوده‌ای است. چون دقیقاً می‌دانستم که چرا آب کم می‌آمد. اولاً زایرین تمام آب بطری را مصرف نمی‌کردند. تا زمانی که آب بطری خنک بود از آن می‌نوشیدند و وقتی گرم می‌شد،

آب باقیمانده را دور می‌انداختند. ثانیاً وقتی می‌خواستند از هتل خارج شوند، برای این‌که مجبور نباشند در بیرون از هتل آب بخرند، هر کدام دو سه بطری آب در کیف‌شان می‌گذاشتند و خارج می‌شدند. در بسیاری از مواقع اولین جایی که می‌رفتند حرم بود. در ورودی درهای مسجد الحرام، هر چیز اضافی را باید دور می‌انداختند، لذا یکی دو بطری استفاده نشده را به سطل آشغال می‌سپردند. تازه اگر هم موفق می‌شدند بطری‌ها را با خود به داخل مسجد ببرند، در کوتاه زمانی گرم می‌شد و دیگر اشتیاقی به نوشیدن آن وجود نداشت. در این صورت زایر پیش خود فکر می‌کرد برگرداندن بطری به هتل بار گرانی است کشیدن به دوش. تازه جا را برای خریدهای بعد از زیارت تنگ می‌کرد. لذا بطری تازه‌نفس بی‌آن‌که پایش به زمین سبز استادیوم بخورد، روانه‌ی سطل آشغال می‌شد! و بدین‌سان هر روز چالشی به نام بحران آب آشامیدنی وجود داشت.

چندین بار من از مدیر نازنین کاروان خواستم که در مورد مشکلات مالی‌اش با مسافران صحبت کند و آن‌ها را در جریان بگذارد یا این‌که حداقل در مورد مصرف نادرست بطری‌های آب به ایشان تذکر دهد. اما او که چند تا پیراهن بیشتر از من پاره کرده بود، می‌گفت: «تو عقلت نمی‌رسد. اگر در این مورد صحبت کنیم، وضع بدتر می‌شود.» من می‌گفتم: «هر یک از مسافران هزاران ریال سعودی در این سفر خرج می‌کنند. اگر جلسه‌ای بگذاریم و از آن‌ها بخواهیم که نفری ۵۰ ریال بدهند، می‌توانیم کیفیت خدماتی را که به آن‌ها می‌دهیم به‌مراتب افزایش دهیم.» اما او باز هم زیر بار نمی‌رفت. می‌گفت اگر از زایران درخواست پول کنیم، سازمان حج و زیارت پرونده‌ی کاروان را برای همیشه خواهد بست و در سال‌های آتی او نمی‌تواند کاروان‌داری کند. درخواست دیگر من این بود که اگر مدیر کاروان نمی‌تواند با مسافرانش درد دل کند، چقدر خوب می‌شود که مسوول امور دینی کاروان در خصوص عدم اسراف آب آشامیدنی به کاروانیان تذکر دهد. اما صراحتاً گفته شد که ایشان ترجیح می‌دهند در این امور دخالت نکنند.

اما همه‌ی این توضیحات برای کاروان بطری آب نمی‌شد. از یک ساعتی به بعد درون یخچال‌ها بطری آب نبود و روزانه ده‌ها نفر برای درخواست بطری آب مراجعه می‌کردند. تا این‌که یک روز فکری به ذهن ما رسید. سربازی که در خط مقدم می‌جنگد، چه‌کار دارد آن بالا مالاها چه خبر است! او برای جنگیدن به ابزار نیاز دارد و اگر به اندازه‌ی کافی ابزار موجود نباشد، دو راه بیشتر ندارد: تسلیم شود (یا به مرگ یا به دشمن) یا این‌که روش‌های جنگیدنش را عوض کند. زایران روزانه صدها بطری خالی را به سطل‌های زباله می‌سپردند. یعنی عملاً توی سطل‌های زباله به‌جز بطری خالی چیز دیگری نبود. شب که از نیمه می‌گذشت و راهروها خلوت می‌شد، یواشکی بطری‌های سالم و تمیز را برمی‌داشتیم، آن‌ها را می‌شستیم، با آب آشامیدنی لوله‌کشی پر می‌کردیم و در آن‌ها را محکم و لابه‌لای بطری‌های نو در یخچال جاسازی می‌کردیم. به این ترتیب ۱۰ تا ۱۵ درصد به بطری‌های آب کاروان اضافه می‌شد. از آن‌جایی که ما ایرانی جماعت خوب همدیگر را می‌شناسیم و از پس هم برمی‌آییم، بعد از دو سه روز عده‌ای که زرنگ‌تر بودند، به این ترفند پی بردند و قبل از نوشیدن، پلمب در بطری را چک می‌کردند. اما در هر صورت تا مدتی نیاز به بطری آب آشامیدنی کمتر شد.

حتماً خواهید گفت: «عجب کار زشتی می‌کردید، آن هم در یک سفر معنوی!» من نیز پاسخ خواهم داد که شما کاملاً درست می‌فرمایید. از این دست کارهای زشت و خلاف اخلاق عمومی تا دلت بخواهد انجام می‌شود. یک عده آب را برمی‌دارند و می‌ریزند دور، از آن طرف زبان‌درازی می‌کنند که: «این چه وضعش است؟ چرا آب نداریم؟» یک عده سوءمدیریت می‌کنند و بودجه‌ی جاری را هدر می‌دهند و در قبال سوءمدیریت خود مسوولیت نمی‌پذیرند و در همان حال حاضر نیستند با مردم به صداقت رفتار کنند. آن‌ها که بی‌اخلاقی می‌کنند شاید حق‌شان باشد که در همان مورد خاص، مورد بی‌مهری قرار بگیرند. اما تلخیِ ماجرا زمانی است که آن‌هایی که بی‌اخلاق‌ترند، معمولاً حواس‌شان هم بیشتر جمع است. نتیجه این‌که بطری‌های دو بار مصرف معمولاً گیر آن‌هایی می‌آید که نه آبی اسراف و نه بی‌اخلاقی کرده‌اند. به‌جرات می‌توانم بگویم نه‌تنها امروز که دیرزمانی است از آن واقعه گذشته، که درست در همان لحظاتی که بطری‌ها را آب می‌کردیم، شرمندگی‌اش را نیز با خود می‌کشیدیم یا حداقل این‌که من این احساس را قویاً در خود داشتم اما نمی‌دانم چرا آن‌ها که اخلاق را در جامعه‌ی بی‌اخلاق رعایت می‌کنند، کلاه‌شان معمولاً پس معرکه است.

داستان ذبح گوسفند

خداوند متعال خواست ایمان ابراهیم را بیازماید. دستور

داد تا او در راه خدا پسرش اسماعیل را سر ببُرد. ابراهیم به دستور خداوند گردن نهاد و از آزمون الهی سربلند بیرون آمد و خداوند دستور فرمود که به‌جای فرزندت، گوسفندی را در راه خدا ذبح کن و همان شد که ذبح کردن به نمادی برای تسلیم در راه خدا تبدیل گشت. حالا بماند که یهودی‌ها معتقدند ابراهیم به‌جای اسماعیل سر اسحاق را می‌خواسته ببرد. در هر صورت سنت ذبح موجود زنده، چه قبل از ابراهیم بوده و ابراهیم فرم خداپسندانه‌اش را اجرا کرده، چه بعد از ابراهیم برخی بی‌خود و بی‌جهت برای رضای غیرخدا موجود زنده را ذبح کردند که به بحث ما مربوط نمی‌شود. آن‌چه این‌جا اهمیت دارد این است که برای تکمیل فرآیند حاجی شدن لازم است حداقل یک گوسفند در راه خدا ذبح کنی. البته بعضی‌ها برای این‌که به خدا ثابت کنند که خیلی خاطرش را می‌خواهند (چون قبلاً به خودشان حسابی ثابت شده) ترجیح می‌دهند به‌جای گوسفند، گاو یا شتر ذبح کنند. به‌همین دلیل در میانه‌ی صحرای منا، میان آن‌همه گوسفندبازار، گاو و شتربازاری هم هست که بیا و ببین.

همیشه پیش خودم فکر می‌کردم در این دنیایی که انسان‌های بی‌شماری به سوءتغذیه مبتلا هستند و گرسنگی می‌کشند، از بین رفتن بیش از دو میلیون دام در یکی دو روز چه مفهوم معنوی‌ای می‌تواند داشته باشد و آیا نمی‌توان راه حلی پیدا کرد که در عین این‌که دستور خداوند اجرا می‌شود، از یک چنین اسراف بزرگی (که خودش می‌تواند از گناهان کبیره باشد) جلوگیری کرد؟ البته بی‌انصافی است اگر نگویم سعودی‌ها یک کارخانه‌ی بزرگ برای فرآوری احشام ذبح شده و ارسال آن به سردخانه در همان صحرای منا احداث کرده‌اند. اما این کارخانه فقط دو سه روز در سال کار می‌کند و در نهایت تنها می‌تواند پاسخگوی ۱۰ درصد از احشامی باشد که ذبح شده‌اند. سال‌های پیش هیچ قانونی برای ذبح وجود نداشت. تازه گوشت حیوان ذبح شده را هم می‌توانستی برداری و برای این‌که سر فرصت از آن قرمه درست کنی، از هر دستگیره‌ی اتومبیلت یک ران گوسفند آویزان نمایی تا در گرمای آن‌چنانی عربستان خشک شود. اما امروز قواعد بازی فرق کرده است؛ حیوانات در یک محدوده‌ی مشخص نگهداری می‌شوند، در همان جا ذبح می‌شوند و به دلایل بهداشتی نمی‌توانی حیوان ذبح شده یا بخشی از آن را از محوطه خارج کنی.

حاجی یا خودش باید حیوان را سر ببرد یا این‌که می‌تواند به کسی نیابت بدهد تا این کار را انجام دهد. طبیعتاً اکثر زوار امروزی نیابت دادن را ترجیح می‌دهند. یک عده هم هستند برای این‌که مو لای درز حاجی شدن‌شان نرود و عملاً به هیچ‌کس و هیچ چیز اعتماد ندارند، ترجیح می‌دهند خودشان سر حیوان را بیخ تا بیخ ببرند و اما آن‌چه در کاروان ما اتفاق افتاد از جهاتی جالب است و دانستنش برای شما خالی از لطف نیست.

صبح اول وقت مدیر کاروان برخی از خدمه و تعدادی داوطلب را جمع کرد. آن‌ها مامور شدند که به نیابت آن‌هایی که می‌خواهند، گوسفند سر ببرند. بعد به چادر خانم‌ها رفت و از آن‌ها پرسید که چه کسانی مایل هستند که به نیابت آن‌ها گوسفند سر بریده شود. قیمت هر گوسفند را هم قبلاً پرسیده بودند و به همه اعلام شد. ثبت‌نام به‌عمل آمد. تعداد خانم‌ها و آقایان که در کاروان حضور داشتند و خواستار نیابت بودند مشخص شد و گروهی که به نیابت انتخاب شده بودند، راهی مسلخ شدند! متاسفانه در آن زمان مرا پی کاری فرستاده بودند و از آن‌جایی که «از دل برود هر آن‌که از دیده برفت» نام من از قلم افتاد. شاید هم اشکال شرعی داشت که بدون اجازه برای من گوسفند بکشند. هر چند مدیر کاروان می‌دانست که من عمراً آدمی باشم که شخصاً سر گوسفندی را ببرم. وقتی من به کاروان ملحق شدم، گوسفندها را کشته و بازگشته بودند. اما اتفاق جالبی هم افتاده بود. برای سه نفر از خانم‌های کاروان دو بار گوسفند کشته بودند. یک بار توسط گروه اعزامی و یک بار هم توسط همسران محترم خانم‌های محترمه که بدون هماهنگی با عیال مربوطه، زحمت گوسفند بیچاره را کشیده بودند. هر چند مدیر کاروان در این سوءتفاهم یا ناهماهنگی هیچ تقصیری نداشت اما ظاهراً آن سه نفر حق مسلم خود دانستند که پول گوسفندی را که به نام آن‌ها سر بریده شده بود، ندهند! تازه یک چیزی هم طلبکار شدند که شما چرا با همه‌ی اعضای کاروان هماهنگ نکردید تا چنین وضعیتی پیش نیاید؟ هیچ عذاب وجدانی هم برای‌شان پیش نیامد. حتماً پیش خودشان گفتند این‌ها از زوار بیچاره، پول یک‌عالمه گوسفند را گرفتند. از کجا معلوم که همه را سر بریده باشند؟ حالا اگر پول سه تا گوسفند را کمتر بالا بکشند که به جایی برنمی‌خورد! می‌خورد؟ خلاصه تا آن‌جایی که من فهمیدم، مدیر کاروان پول سه گوسفند را از جیب خودش داد. حالا ما را می‌گی؟

هنوز گوسفند خودمان را سر نبریدیم. این شد که خدمت جناب مدیر شرفیاب شدم که آقا جان! از دیدگاه من سر بریدن گوسفند یک حرکت نمادین است. حتی برخی از مراجع فتوا داده‌اند که می‌شود گوسفند را در سرزمین خودت سر ببری و گوشت آن را به مصرف مورد لزوم برسانی تا اسراف نشود. از نظر من اشکالی ندارد که یکی از آن سه گوسفند به نام من باشد. مهم نیت آدم‌هاست. خداوند اگر بخواهد گوسفند مرا قبول کند، مهم نیست درست در همان لحظه‌ای که سر حیوان بریده می‌شود قبول کند؛ او قادر مطلق است، هر وقت دلش بخواهد، هر چیز را که صلاح بداند قبول می‌کند. خلاصه هر چه من عرض کردم به گوش مدیر کاروان نرفت که نرفت. ایشان فرمود: ممکن است تمام یا بخشی از حرف‌هایت درست باشد. اما ممکن هم هست درست نباشد. اگر فرض کنیم درست نباشد، آن‌گاه حجی که به‌خاطرش این‌جا آمدی، خراب می‌شود. تو برو و برای خودت گوسفند بکش و کاری به ضرر من نداشته باش. بنابراین رفتم و توسط یکی از دوستان، گوسفند خود را قربانی کردم و جان گوسفند دیگری را به بهایی ناچیز گرفتم.

تمام آن شب، اگر کارهای جاری کاروان اجازه می‌داد، در این اندیشه بودم که «گوسفند زندگانی من چیست؟» یادم هست روزی روزگاری خطیبی می‌گفت: «۲۰ تومان انداخته‌ای در صندوق صدقات، توقع داری ۷۰ بلا را هم برایت دفع کند؟! صدقه باید تکانت بدهد. عددی که می‌خواهی صدقه بدهی باید تاثیر مهمی در اقتصاد زندگی‌ات داشته باشد و تو حاضر شوی از آن بگذری.»

سر بریدن گوسفند یک حرکت نمادین است. «گوسفند»های زندگی را باید جست. برای ما که عمری را به «گوسفندی» گذرانده‌ایم، شاید یافتن «گوسفندهای زندگی» آسان نباشد. اما از آن مهم‌تر این‌که دل کندن از گوسفندهای زندگی بسیار سخت‌تر است. واقعاً چند درصد از ما حاضریم عزیزترین چیزهایی که داریم را در راه رضای خدا بدهیم؟ همسر، فرزند، دارایی، پست و مقام، شهرت. آیا واقعاً حاضریم؟ چند درصد از ما گوسفند واقعی را سر بریده از حج بازمی‌گردیم؟

دکتر مسعود شهیدی

Website: iran-iraniha.com

Email: shahidimd@yahoo.com

اشتراک پزشکان گیل

برای اشتـراک «پزشـکان گیل» لطفاً مبلغ اشتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شـماره) را به حساب شماره‌ی ۳۱۳۱۵۶۷ یـا کارت ۶۱۳۳ ۰۱۳۲ ۶۳۱۸ ۵۸۹۴ (رفـاه همراه) به نام محمدتقـی یحیی جوزی واریز فرمایید. سپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه‌ی پزشکان گیل، صندوق پسـتی ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵» بفرستید، به شماره‌ی ۳۳۳۶۷۷۳۰-۰۱۳ فکس کنید یا شماره‌ی فیش و اطلاعات این فرم را به نشـانی masoud_jowzi@yahoo.com ای‌میل فرماییـد. (در صورتی که می‌خواهید مجله با پسـت سفارشـی برای‌تان ارسال شود، باید مبلغ ۶۰۰/۰۰۰ ریال برای رشت و ۷۰۰/۰۰۰ ریال برای سایر شهرها به مبلغ فوق اضافه فرمایید.)

نام: ____ آخرین مدرک تحصیلی: ____ شغل: ____

مبلغ پرداخت شده: ____ ریال

اشتراک از شماره‌ی ____ تا شماره‌ی ____ تلفن: ____

نشانی: ____

مهر و امضا

تمبرهای پزشکی دنیا
قسمت پنجم: ایدز

دکتر سیاوش ایمانی

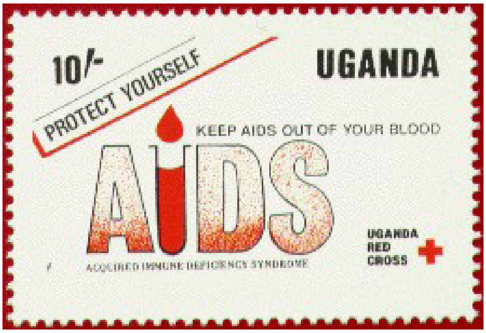
بیماری ایدز از جمله بیماری‌های جدیدی است که به‌علت همراهی با پدیده انگ‌زنی (استیگماتیزاسیون) مدت‌ها درباره‌ی آن اطلاع‌رسانی کافی نشده است و متاسفانه هنوز پاره‌ای از کشورها به‌علت معذورات فرهنگی، در آموزش مقابله با آن اهتمام لازم را به خرج نمی‌دهند.

در حالی که تجربه‌ی بیش از سه دهه مقابله با ایدز نشان داده که موثرترین راه کاهش تعداد مبتلایان، آگاهسازی گروه‌های در معرض خطر است.

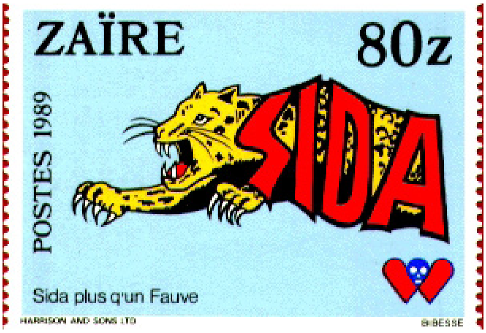
در زیر با توجه به محدودیت صفحات مجله و فراوانی تمبرهای مرتبط با ایدز، تعدادی از آن‌ها را مرور می کنیم.

۱۹۸۸، یوگوسلاوی

۱۹۸۸، سن‌مارینو



۱۹۸۸، اوگاندا



۱۹۸۹، زییر

۱۹۸۹، سنگال

۱۹۹۰، جمهوری سوریه

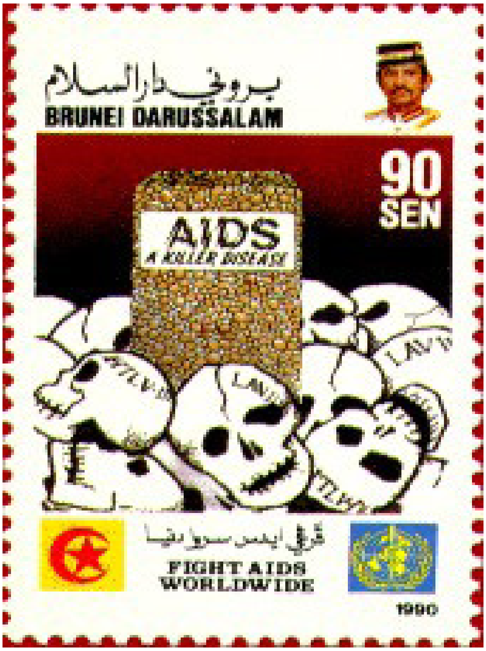
۱۹۹۳، نپال

۱۹۹۴، الجزایر

۱۹۹۳، روسیه

۱۹۹۷، بلاروس

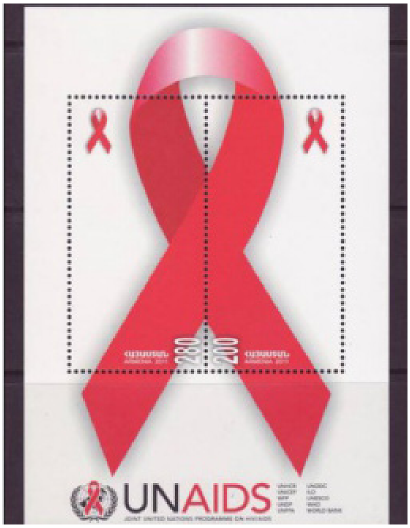
۲۰۰۰، شیلی



۱۹۹۰، برونئی

۱۹۹۶، کانادا

۱۹۹۴، موناکو

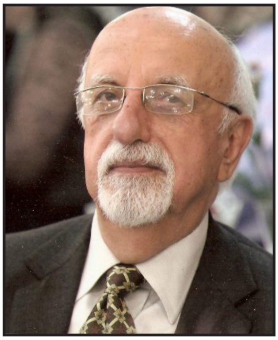


۲۰۱۱، ارمنستان

۲۰۱۱، پاکستان

۱۹۹۰، سریلانکا

۱۹۸۸، جمهوری خلق کنگو



ووندرلیش: نمودار تعیین تب

دکتر بهمن مشفقی

امروزه هر پزشک یا دانشجوی پزشکی که به بیمارستان وارد شود و در کنار بستر بیماری بایستد، پیش از هر چیز به نقشه یا نموداری خواهد نگریست که بالای تختخواب بیمار آویخته است. بر این نمودار یک منحنی ترسیم شده است که تغییرات درجه‌ی حرارت بدن بیمار را در سراسر مدت بیماری نشان می‌دهد. وقتی قوس‌های این منحنی رو به بالا می‌رود، بیماری در حال پیشرفت است. لیکن اگر درجه‌ی حرارت ابتدا بالا رفته و آن‌گاه در طول چند روز راه نزول را پیموده باشد، خواهیم دانست که بیماری از دوره‌ی اوج خود گذشته و بیمار اکنون در خط پیشرفت به‌سمت بهبودی است. جهان پزشکی شناسایی این حقایق را به *کارل اگوست ووندرلیش* (Carl Reinhold August Wunderlich: 1815-1877) استاد پزشکی بالینی مدیون است؛ اولین کسی که به ما آموخت چگونه می‌توان نمودار تغییرات حرارت بدن را مطالعه و مفهوم آن را درک کرد.

پدر ووندرلیش پزشک بود و مادرش به یکی از خانواده‌های فراری فرانسه تعلق داشت. وی در شهر سولتز واقع در کنار رودخانه‌ی نکار آلمان متولد شد

و تحصیلات متوسطه را در اشتوتگارت انجام داد و سپس از سال ۱۸۸۳ در دانشگاه توبینگن آلمان به تحصیل پزشکی پرداخت.

در سال ۱۸۳۷ هنگامی که امتحانات پایان تحصیلی خود را انجام می‌داد، ملاحظه کرد که سفر به پاریس برای او از ضروریات است. در این شهر از آن‌چه خود «مطالعه و آموزش در بیمارستانی از پس بیمارستان دیگر» نامید، سرشار از شعف و شادمانی شد. در بازگشت به توبینگن به‌عنوان استادیار در بیمارستان سن‌کاترین مشغول به‌کار شد و روش‌هایی مانند دق و سمع را که در پاریس آموخته بود، در کار روزانه‌ی خود به‌کار برد.

در سال ۱۸۳۹ برای بار دوم به پاریس رفت و در بازگشت در دانشگاه توبینگن مقامی تعلیمی یافت. سپس سفری به وین کرد و ماحصل این سه مسافرت انتشار کتابی با عنوان «وین و پاریس»، رساله‌ای تاریخی و انتقادی درباره‌ی وضع آن روز پزشکی در آلمان و فرانسه بود.

در سال ۱۸٤۱ ووندرلیش در درمانگاه توبینگن برای تعلیم پزشکی بالینی استادیار شد. در سال ۱۸٤۲ به همراهی یکی از پزشکان به نام *ویلهلم روزر* (Wilhelm Roser) نشریه‌ای با عنوان «آرشیو پزشکی وظایف‌الاعضایی» تاسیس کرد. قصد او از انتشار این نشریه این بود که می‌خواست مجادله‌ای قلمی به‌وجود آورد که دانش پزشکی بخشی از علوم طبیعی است و نه شعبه‌ای از فلسفه‌ی طبیعی. او در سرآغاز این مجله نوشت:

منظور ما از تاسیس این مجله، ایجاد عاملی به‌منظور پیشرفت پزشکی وظایف‌الاعضایی است و مستقر ساختن آسیب‌شناسی بر مبنای وظایف‌الاعضا (فیزیولوژی) باید اساس کوشش هر پزشک روشنفکری باشد زیرا آینده‌ی هنر مداوا وابستگی به آن دارد.

خلاصه شده از کتاب: پزشکان نامی، نوشته‌ی هنری زیگریست، ترجمه‌ی کوکب صورتگر، حسن صفاری، انتشارات امیرکبیر، ۱۳۶۲

دکتر بهمن مشفقی
نشانی: لاهیجان، خیابان شهید کریمی، تلفن: ٤۲۲۳۳۳٤۳
Email: vahomanmdd@yahoo.com

دکتر افشین خداشناس

سیگار ویژه‌ی آسم!

تجویز سیگار برای درمان آسم شاید امروزه یک شوخی یا حماقت به‌نظر برسد اما این‌که صدها سال این شیوه برای مداوای افراد مبتلا به آسم با جدیت تمام به‌کار می‌رفت یک حقیقت محض است.

اگر علم را بوستان و گلستان واقعیات بدانیم، خرافه‌ها و باورهای نادرست و شبه‌علم یا (به گفته‌ی فرنگی‌ها Parascience) بی‌شک علف هرز و قارچ و پیچک‌های سمی آن هستند. از اثر درمانگر انرژی دست فلان استاد خودخوانده بگیرید تا ثمر جوشانده‌ی بهمان خس و خاشاک در درمان هزار و یک علت بی‌درمان. و عجیب این‌که هر چقدر علم ناب در سازوکار نقد و تعالی خود مصر است، این جفنگیات خوش آب و رنگ در وحی منزل بودن خود شک ندارند!

امروزه می‌دانیم که طیف وسیعی از عوامل (همچون تغییرات دمایی، آلاینده‌ها و آلرژن‌ها، استرس، ورزش و...) در تشدید و تداوم آسم موثر است. اما تا پیش از سال ۱۹۵۰ که اولین درمان‌های جدی آسم وارد بازار دارویی شد، موثرترین تجویز یک درمانگر عام و خاص نوعی از انواع مختلف «سیگار آسمی» بود! دقیق‌تر بگوییم دوره‌ی تسلط سیگارها و پودرها و توتون‌های گیاهی آسمی از سال ۱۸۰۰ تا ۱۹۸۵ که در نهایت این محصولات از قفسه‌ی فروشگاه‌ها و داروخانه‌ها برچیده شد، طول کشید.

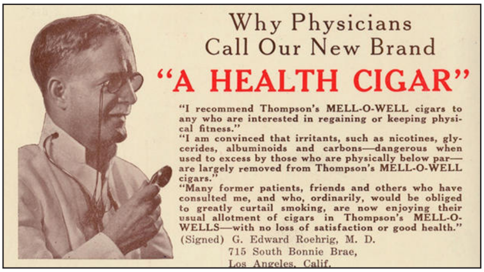
البته این سیگارها تنباکو و طبعاً نیکوتین نداشتند و حاوی انواعی از گیاهان دارویی بودند که مهم‌ترین ماده‌ی موثرشان آتروپین (Atropa belladonna) بود. بیشتر این گیاهان از خانواده‌ی تاجریزی (Nightshade) یا Solanaceae بودند که شامل سیب‌زمینی، بادمجان، فلفل و پاپریکاست.

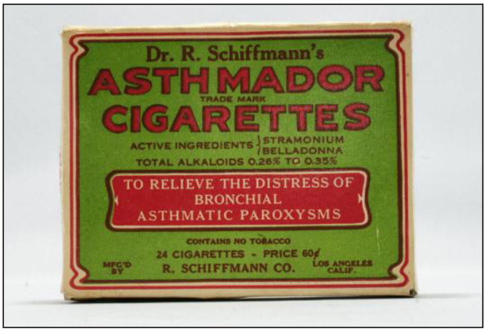
آتروپین اسپاسم نایژه‌ها و در نتیجه حمله‌ی آسمی را تخفیف می‌داد. اما خودش باعث عوارضی چون تپش قلب، مردمک‌های گشاد، خشکی دهان، تهوع، گیجی و توهم می‌شد. بلادونا در زمان قدیم کاربرد دیگری هم داشت. زنان در مصر باستان با ریختن قطره‌ی بلادونا (Fine Lady) در چشم خود مردمک‌های درشت‌تر و زیباتری پیدا می‌کردند و جذاب‌تر می‌شدند. توهم ایجاد شده در دوز بالای آتروپین، فکر بیمار را از تنگی نفس منحرف می‌کرد و این انحراف حسی از این منظر، اثرخوشایندی داشت.

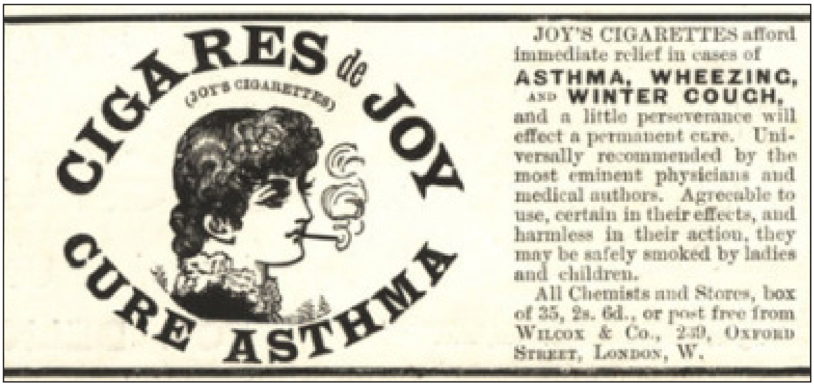
باور غلط دیگری هم موجب تشویق این شیوه بود: آسم به‌دلیل سرد بودن راه‌های تنفسی ایجاد می‌شود و با گرم کردن این راه‌ها (با دود تازه‌ی غلیظ) می‌شود آن را تخفیف داد!

این سیگارها علاوه بر آتروپین کمابیش حاوی مواد موثره‌ای همانند Datura stramonium، Lobelia inflate، Hyoscyamus niger و حشیش (Cannabis) هم بودند.

در یونان، رم، مصر و هند باستان درمان تنگی نفس با استنشاق دود این گیاهان معمول بود اما تا قرن ۱۹ این







شیوه در اروپا جایگاهی نداشت. با ورود تنباکو به اروپا در اواخر قرن نوزدهم، انفجاری از مصرف دخانیات در این سوی جهان رخ داد. تا جایی که ۸۰ درصد مردان و ۲۰ درصد زنان در آن سال‌ها سیگار دود می‌کردند!

در سال ۱۸۰۲ پزشک انگلیسی، دکتر جیمز آندرسون (Dr. James Anderson) که مبتلا به آسم بود، کشیدن سیگاری محتوی تاتوره (Stramonium) را در سفری به هند آموخت و آزمود و از نتیجه‌اش رضایت یافت.

آندرسون این مورد را با دوستش دکتر سیمز (Dr. Sims) مطرح کرد که مقاله‌ای که در این مورد در Edinburgh Medical and Surgical Journal نوشت و این مقاله سرفصلی شد برای تولید انبوه انواع سیگارهای آسمی در اروپا. حالا بسیاری از افراد آسمی هم سیگار تنباکویی می‌کشیدند و هم سیگار آسمی محتوی گیاهان دارویی!

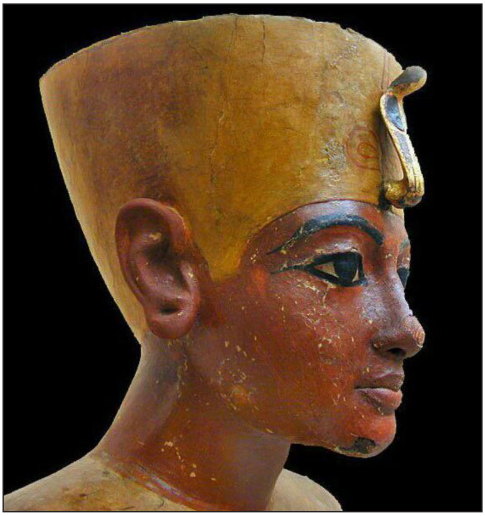
خود دکتر سیمز یک سال پس از اولین تجربه و مقاله‌ای که در منزلت آن درمان نوشته شد، بر اثر عوارض مصرف سیگار آسمی فوت کرد اما کار از کار گذشته بود. وای به روزی که غول بازار بوی پول از گسترش یک باور غلط عامه‌پسند استنشاق کند و نهاد نظارتی موثری هم نباشد.

با این‌همه در اوایل قرن بیستم سرانجام فرم‌های خالص‌تری از آتروپین (Ipatropium bromide)، هیوسین و اسکوپولامین از گیاهان تاجریزی استخراج شد و بعد در ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۰ آدرنالین، تئوفیلین و آمینوفیلین کشف شد و در ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ برونکودیلاتورهای استنشاقی مانند ونتولین (سالبوتامول) تولید و مصرف همگانی یافت و بازار سیگارهای آسمی بدجور کساد و در خاتمه به‌کل تعطیل گشت! هر چند خط ترمز این شیوه، همان‌گونه که ذکر شد، تا سال ۱۹۸۵ کشیده شد.

بقایای این باور غلط را در انواع بخور و جوشانده‌های گیاهی که ریشه و اساسی در طب قانونمند سنتی ندارند برای درمان تنگی نفس و توتون‌های گیاهی برای قلیان و... می‌شود دید. شبه‌علم، قوی سیاه علم است؛ آن را دست‌کم نگیریم.

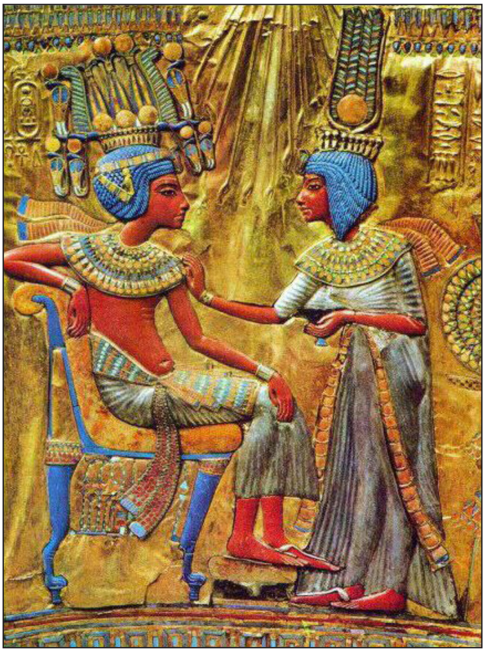
چهره‌ی واقعی توتن خامون بدون ماسک مرگ

توتن خامون یا «توت عنخ آمون» (۱۳۲۳–۱۳۴۱ پیش از میلاد) که حاصل ازدواج فامیلی بود، بیماری‌های متعددی از جمله شکاف کام، پای چنبری، کجی خفیفِ ستون مهره‌ها (اسکولیوز) و... داشت و در نهایت احتمالاً بر اثر مالاریا و عوارض استخوانی ناشی از سندرم کوهلر ۲ در سن ۱۸ سالگی جان سپرد. این فرعون مصر که هاوارد کارتر در سال ۱۹۲۲ م. آرامگاهش را در دره‌ی پادشاهان تقریباً دست‌نخورده پیدا کرد، به‌دلایل متعدد از جمله نامدارترین فراعنه‌ی مصر شمرده می‌شود.

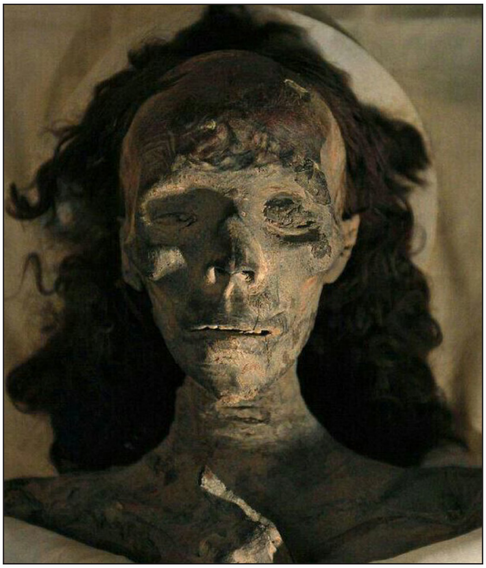


سردیسِ توتن خامون

توتن خامون با ماسک مرگ



توتن خامون و ملکه‌اش، آنخ ستامون



توتن خامون بدون ماسک مرگ

استئوکندریت سر استخوان متاتارسال دوم چپ در توتن خامون

دکتر افشین خداشناس

نشانی: رشت، خیابان سردار جنگل، ابتدای کوچه‌ی نهضت، مطب پزشکی سردار جنگل

تلفن: ۳۳۵۳۵۷۷۵

Email: Human_puzzles@yahoo.com

نواقص زیبا!

دکتر امید زرگری

جان لیجند ترانه‌ای دارد به اسم «همه‌ی من». جایی در این آهنگ خطاب به دلدار می‌گوید که عاشق «همه‌ی نواقص بی‌نظیر اوست»!

همه‌روزه مراجعین زیبایی بیشتر می‌شود. بسیاری از این مراجعین «نواقصی» دارند که پرفکت است! مثلاً قوز مختصر بینی، خنده‌ای که کمی غیرمتقارن است، چین دور چشمی که به خنده عمق و به نگاه قدرت نفوذ می‌دهد، ابرویی که به‌طرز دلفریبی کج است، کک و مکی که چهره را نمکی‌تر و معصوم‌تر می‌کند...

همه‌ی این‌ها نواقصی هستند که چهره را خاص می‌کنند اما به دلایل مختلف (و بیشتر تحت‌تاثیر رسانه‌ها) این مراجعین اصرار بر «اصلاح» این نواقص دارند. به‌عنوان متخصص پوست و زیبایی، سال‌هاست که اعمال زیبایی مختلفی انجام می‌دهم (خیلی پیش‌تر از خیلی‌ها!) اما همواره تلاش بر این داشته‌ام از اعمال غیرضروری بپرهیزم. (البته منکر اشتباهات خویش نیستم؛ کیست که اشتباه نکند.) بسیاری از اوقات این افراد را در مهمانی‌ها و... می‌بینم که بلایی بر سر این «نواقص» آورده‌اند که نگو و نپرس! (و خود نیز از آن بی‌خبرند) اما، زیبایی جای دیگری است. زیبایی در هارمونی، طنز، اعتماد به‌نفس و خیلی چیزهای دیگر است.

ضمن این‌که نیروی تخیل همیشه بهتر از واقعیت عمل می‌کند: اجازه دهید نواقص مختصر را قوه‌ی تخیل طرف مقابل اصلاح کند! اگر دوستدارتان باشد، این کار را بهتر از من و هرکس دیگری انجام خواهد داد!

این را از من بپذیرید: موزیک خوبی که گوش می‌دهید و کتابی که لمیده بر مبل می‌خوانید، شما را زیباتر می‌کند!

دکتر امید زرگری

متخصص پوست

نشانی: رشت، پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقه‌ی سوم، واحد یک، تلفن: ۳۳۱۱۷۵۲۰

Website: iranderma.com; drzargari.com

Email: ozargari@iranderma.com

نواقص زیبا در چهره‌ی ترانه علیدوستی!

دینه

قرص دینه **کورکوما** (زردچوبه)

آنتی‌اکسیدان قوی

ضدالتهاب و درد مفاصل

محافظ کبد

رفع سوءهاضمه

بهبود اختلالات صفراوی

شرکت پارس پخش صالحان گیلان

توزیع کننده انحصاری محصولات شرکت دینه ایران در استان گیلان

تلفن ها:۸۰-۳۳۶۱۱۱۷۶ (۰۱۳)   فکس:۳۳۶۰۶۴۹۲(۰۱۳)

www.parspakhsh.com