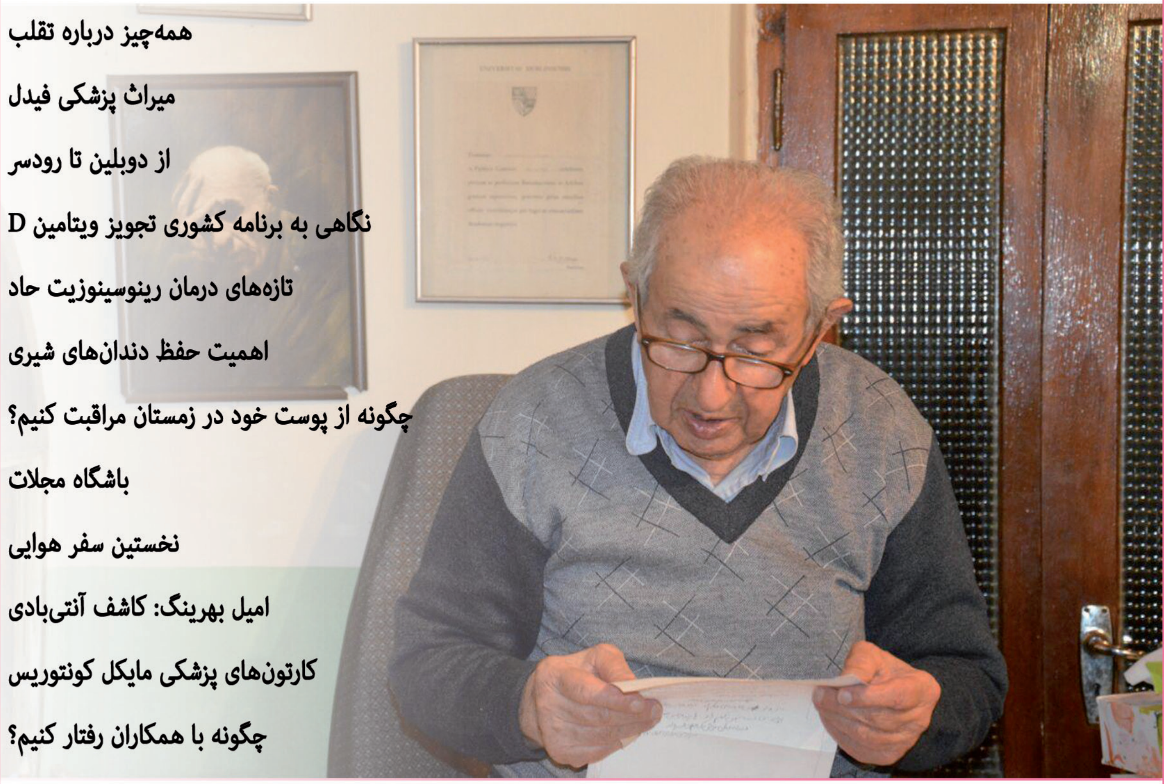
پزشکان گیل
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL
۱۵۷-۱۵۸
آبان و آذر ۱۳۹۵
۴۰۰۰ تومان



همه‌چیز درباره تقلب

میراث پزشکی فیدل

از دوبلین تا رودسر

نگاهی به برنامه کشوری تجویز ویتامین D

تازه‌های درمان رینوسینوزیت حاد

اهمیت حفظ دندان‌های شیری

چگونه از پوست خود در زمستان مراقبت کنیم؟

باشگاه مجلات

نخستین سفر هوایی

امیل بهرینگ: کاشف آنتی‌بادی

کارتون‌های پزشکی مایکل کونتوریس

چگونه با همکاران رفتار کنیم؟

تاریخ شفاهی پزشکی گیلان

از دوبلین تا رودسر

در گفت‌وگو با دکتر سیدمحمد رئیسیان

با مطالبی از:

دکتر فضل‌الله آصف، دکتر سیاوش ایمانی، دکتر آتوسا جانشین، دکتر رقیه حج‌فروش

دکتر سیدمحمد رئیسیان، دکتر امید زرگری، دکتر بابک زمانی، دکتر بابک عزیز افشاری

دکتر موسی غلامی امام، دکتر بهمن مشفقی

دکتر حسام نوروزی

پزشکان گیل ۱۵۸-۱۵۷

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۵۸-۱۵۷، آبان و آذر ۱۳۹۵

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 آتوسا جانشین، دکتر رقیه حجفروش

دکتر سیدمحمد رئیسیان، دکتر امید زرگری

دکتر بابک زمانی، دکتر بابک عزیز افشاری

دکتر موسی غلامی امام، دکتر بهمن مشفقی

دکتر حسام نوروزی

نشانی: رشت، خیابان نامجو، نرسیده به فلکه گاز
نبش کوچه سعید، طبقه سوم داروخانه 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 خانواده 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 فاصله 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.

خوانندگان گرامی
به‌دلیل تاخیر زیاد در انتشار نشریه برای سومین‌بار در تاریخ پزشکان گیل ناچار شدیم دو شماره را به‌صورت توامان منتشر کنیم.
با پوزش بسیار، این مساله در محاسبه نشریات ارسالی برای مشترکان لحاظ خواهد شد.

یادداشت

همه‌چیز درباره تقلب..................................۴

میراث پزشکی فیدل..................................۶

تاریخ شفاهی پزشکی گیلان

از دوبلین تا رودسر..................................۱۰

کلینیک

نگاهی به برنامه کشوری تجویز ویتامین D..................۱۳

تازه‌های درمان رینوسینوزیت حاد..................۱۶

اهمیت حفظ دندان‌های شیری..................۱۸

چگونه از پوست خود در زمستان مراقبت کنیم؟..................۲۱

باشگاه مجلات..................................۲۲

دفتر خاطرات

نخستین سفر هوایی..................................۲۵

تاریخ پزشکی

امیل بهرینگ: کاشف آنتی‌بادی..................۳۰

هنر و پزشکی

کارتون‌های پزشکی مایکل کونتوریس..................۳۲

چگونه با همکاران رفتار کنیم؟..................۳۴

همه‌چیز درباره تقلب

دکتر بابک زمانی

هیچ‌چیز نمی‌تواند این واقعیت را تحت‌الشعاع خود قرار بدهد که مهم‌ترین و بلافصل‌ترین علت رواج پدیده‌ای که تقلب علمی نامیده می‌شود عبارت است از تاکید بیش از حد مراکز علمی و آموزشی ما بر تحقیق! یعنی تقلیل علم به تولید علم، تقلیل تولید علم به تحقیق و تقلیل تحقیق به شعبده‌ای که قطع نظر از محتوا و نقش آن در پیشبرد علم، تنها منجر به گرفتن امتیاز و اعتبار می‌گردد. اگر در یک موسسه علمی و آموزشی کار می‌کنید، کیفیت کاری که قرار است آن را آموزش بدهید چندان در تشویق یا تنبیه شما نقشی ندارد. توانایی شما در آموزش هم ارتباطی به علم و دانش ندارد. تنها نکته مهم آن است که حتی اگر در دانشگاهی هستید که همین سال گذشته افتتاح شده و مکتب علمی و آموزشی هنوز در آن پا نگرفته، باید یک مقاله تحقیقاتی درست کنید، آن را به چاپ برسانید و عده‌ای هم به مقاله شما استناد یا رجوع کنند! تنها آن زمان است که مسوولین موسسه شما می‌توانند در برابر فرادستان خود بر خود ببالند که موسسه‌شان از نظر علمی پیشرفت کرده است! این‌که این کار تحقیقی چه گره‌ای از کار روزانه ما می‌گشاید یا این‌که آیا توانسته دانش بین‌المللی را پیش ببرد یا نه، نکته مهمی نیست! چرا که گاه از شما می‌خواهند همین‌طوری بی‌خودی به مقالات همکاران‌تان رجوع کنید یا اگر می‌خواهید مدرک خود را دریافت کنید و دنبال کار خود بروید هرچه زودتر مقاله‌ای منتشر کنید و... حتی گاه می‌بینید صرفاً برای ارتقای رتبه دانشگاه‌ها آن‌ها را به هم می‌چسبانند یا از هم جدا می‌کنند! آن‌چه در این ارتباط می‌توان افزود این‌که بی‌توجهی مطلق و عدم ارزیابی کار عملی و آموزشی حداقل در کار پزشکی تمام زیرساخت‌های همان تحقیقات را هم به‌کلی نابود کرده است.

اما از این نکته بسیار مهم گذشته، باید گفت بخشی مهمی از این پدیده تقلب در واقع به‌دلیل روالی است که در کشور ما به‌شدت رایج بوده و هر

روز تکرار می‌شود. چگونه می‌توان حاصل سال‌ها زحمت نویسنده یک رمان را بدون توجه به نیازمندی‌های او برای بقا و تولید آثار بیشتر، ترجمه کرد، به اندک بهایی فروخت و اصلاً نگران نشد که ممکن است قبح ریخته این کار سر از هزار جای دیگر درآورد؟ زندگی در کپی اما بدون کپی‌رایت خانه‌ای پوشالی است که هر چه بیشتر و بیشتر ما را از سیستم بین‌المللی دور می‌کند اما عواقب آن متاسفانه تنها به‌ندرت این‌گونه عیان می‌گردد.

نکته دیگر آن‌که جدا افتادن از سیستم بین‌المللی و عدم استقرار روش‌ها و سنت‌های لازم برای تحقیقات باعث شده بسیاری از محققین ایرانی- حداقل در رشته پزشکی که من اطلاع دارم- در مقیاس بین‌المللی مارک تقلب کار بر پیشانی‌شان بخورد نه به این خاطر که خلاف بوده و خواستند تقلب کنند بلکه تنها به این دلیل که با اصول و ضوابط تحقیقات آشنا نبوده یا آن را جدی نمی‌گرفته‌اند و مقدماتی‌ترین اصول در نگارش و شیوه ارجاع به مقالات دیگر را هم رعایت نکرده‌اند.

اما آن‌چه در این بحث به‌شدت مغفول می‌ماند این‌که معضل اصلی ما آن گروه از مقالاتی که مطلبی را کپی کرده‌اند و به‌سادگی لو می‌روند نیست بلکه همان‌طور که بارها و بارها گفته شده معضل اصلی ما تعداد بسیار زیاد تحقیقاتی است که تا کنون بر اثر فشار موسسات آموزشی برای تمدید اعتبار یا حتی گاه وجیزه ماهانه افراد، بدون زیرساخت‌های تحقیقاتی مناسب واقعاً انجام شده‌اند و ممکن است نه‌تنها باعث پیشبرد دانش نشده بلکه حتی در دانش بین‌المللی اختلال هم ایجاد کنند. اخیراً در یک کنگره بین‌المللی در تایید لزوم استفاده از یک داروی پرعارضه در یک بیماری مغزی، سخنران به مقاله‌ای از کشور عزیز ما استناد کرد و وقتی نام مرکز تولید مقاله را آورد بنده پشتم لرزید! بدتر از همه این‌که این مقاله به‌عنوان یکی از منابع اصلی تدوین گایدلاین بین‌المللی درمان آن بیماری مورد استفاده قرار گرفته بود.

مقصود از زیرساخت در درجه اول وجود مراکزی است که هزینه تحقیقات را تقبل کنند. در کشور ما نه‌تنها استفاده از منابع بین‌المللی تحقیقات در حداقل ممکن است و شرکت‌های تجارتی دارویی و امثالهم هم کمترین بودجه تحقیقاتی‌شان را در کشور ما صرف می‌کنند، بلکه حداقل مراکز دولتی مثل NIH (انستیتوی ملی سلامت که سالانه میلیون‌ها دلار طبق ضوابط خاصی خرج تحقیق در زمینه‌های پزشکی در تمام دنیا می‌کند) هم وجود ندارد. مسوولین مراکز آموزشی هم به‌جای تشویق به شعبده‌هایی برای افزایش انتشار و افزایش ارجاع به مقالات، راهکارهایی برای پیوستن به مطالعات وسیع بین‌المللی و استفاده از منابع مالی تحقیق بین‌المللی ارایه نمی‌دهند تا از این رهگذر و از طریق ارزیابی‌های بین‌المللی که برای تایید صلاحیت ورود به مطالعه الزامی است، نواقص اصلی زیرساخت‌های ما یعنی همان کار عملی و آموزشی در یک مقیاس بین‌المللی ارزیابی و احیاناً آشکار گردد. چرا که بی‌تردید علت تمام مشکلات و ناپختگی‌های فوق چیزی نیست به‌جز جداافتادگی ما از سیستم بین‌المللی و قطعاً هیچ راهی به‌جز ترکیب و ارتباط هر چه بیشتر با این رودخانه خروشان انسانی وجود ندارد.

دکتر بابک زمانی
نورولوژیست
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
Website: drbabakzamani.ir
Telegram: telegram.me/bzyad

میراث پزشکی فیدل

دکتر سیاوش ایمانی

درگذشت رهبر کوبا زمینه‌ساز مباحثات گسترده‌ای در یک ماه اخیر در شبکه‌های اجتماعی شده است. عده‌ای به نبود آزادی‌های پایه در دوران زمامداری او تاکید دارند و با نقل مطالب راست و دروغ (و البته لطیفه‌های سیاسی که از زمان شوروی ابزار خوبی برای کوباندن دولت‌های سوسیالیستی بوده) به مصاف فیدل رفتند؛ عده‌ای نیز با تاکید بیش از حد بر دستاوردهای *فیدل کاسترو* در زمینه آموزش رایگان، مسکن رایگان و بهداشت و درمان رایگان، سعی در تقدیس این رهبر سالخورده و کاریزماتیک آمریکای لاتین دارند.

آن‌چه در زیر می‌آید تلاشی است تقریباً بی‌طرفانه در جهت روشن‌سازی عملکرد کوبا در زمینه خدمات سلامت، پس از به قدرت رسیدن فیدل کاسترو.

کوبا از دیرباز و حتی قبل از انقلاب سال ۱۹۵۹ که منجربه پیروزی *فیدل کاسترو* شد، دارای پزشکان برجسته‌ای همچون دکتر *کارلوس فینلی* بود که شهرت جهانی داشتند. شهر هاوانا، پایتخت کوبا، یکی از مراکز معروف قماربازی و تجارت سکس برای گردشگران خارجی به‌ویژه آمریکایی بود. حضور این گردشگران پولدار در پایتخت کوبا باعث شده بود که در کنار مراکز تفریحی، مطب‌های متعدد پزشکی نیز دایر شود و تعداد زیادی پزشک به ارایه خدمت بپردازند.

با وجود این، توزیع پزشک (و خدمات بهداشتی-درمانی) در این جزیره کوچک بسیار ناعادلانه بود. از یک طرف پزشکان در روستاها و مناطق فقیرنشین شهری حضور نداشتند و از طرف دیگر تبعیض نژادی و آپارتاید مانع از آن می‌شد که رنگین‌پوستان کوبایی، حتی در شهرها، بتوانند از همان حداقل منابع موجود نیز بهره‌مند شوند. (شدت تبعیض نژادی به حدی بود که حتی *باتیستا*، دیکتاتور کوبا، هم قانوناً اجازه ورود به بعضی قمارخانه‌های آمریکایی را نداشت!)

انقلاب کوبا نهایتاً در سال ۱۹۵۹ پس از چند سال مبارزه فیدل و یارانش به ثمر رسید و دولت باتیستا که تحت حمایت قمارخانه‌داران قرار داشت سرنگون شد و قدرت به‌دست دولتی انقلابی با تمایلات عدالت‌گرایانه (سوسیالیستی) افتاد. *ارنستو چه گوارا* از سران دولت انقلابی و یار دیرین فیدل (که خود یک پزشک بود) با مشاهده کمبودهای موجود در نظام خدمات بهداشتی کوبا و توزیع ناعادلانه این خدمات، مقاله راهبردی‌ای به نام «طب انقلابی» نوشت و در آن از تمام وزارتخانه‌ها درخواست کرد هرچه سریع‌تر مقدمات ارایه خدمات بهداشتی- درمانی همگانی را برای آحاد مردم فراهم کنند.

این درخواست چه گوارا که به‌منزله دخالت مستقیم در

اقتصاد و درآمد پزشکان کوبایی بود، واکنش غالب پزشکان را برانگیخت و منجر به اولین موج مهاجرت پزشکان از این کشور به آمریکا شد. تخمین زده می‌شود که در این موج مهاجرت حدود ۳۰۰۰ پزشک (یعنی نیمی از پزشکان آن زمان کوبا) به ایالات متحده رفته باشند. خروج این تعداد پزشک در سال‌های اولیه دهه ۶۰، ضربه سنگینی به نظام بهداشتی- درمانی کوبا وارد کرد و موجی جدید از بیماری و مرگ را در کشور به‌همراه آورد.

دولت کوبا مجدانه در صدد برآمد تا برای حل این مشکل به تربیت پزشکان بومی بپردازد. برنامه‌های آموزشی وسیعی در سطح دانشکده‌های پزشکی تدارک دیده شد و جوانان مستعد بدون در نظر گرفتن رنگ پوست و خاستگاه طبقاتی، وارد این دانشکده‌ها شدند تا به‌رایگان دوره پزشکی را بگذرانند. در نهایت ۱۶ سال از زمانی که کوبا تصمیم به همگانی کردن نظام بهداشتی- درمانی خود گرفته بود گذشت تا بالاخره این کشور توانست در سال ۱۹۷۶ به نقطه‌ای برسد که خدمات بهداشتی را در اقصی‌نقاط کشور و برای همه آحاد مردم فراهم کند.

برنامه تربیت پزشک در کوبا باعث شد نه‌تنها این کشور به اهداف درازمدت خود در زمینه سلامت دست یابد، بلکه با اعزام پزشک و کادر پزشکی به دیگر کشورهای نیازمند، این کشورهای آفریقا و آمریکای جنوبی را یاری برساند.

کوبا و ویروس ایدز

اواسط دهه ۸۰ میلادی و همزمان با شناخت بیماری ایدز، دولت کوبا دست به قرنطینه مبتلایان به این بیماری زد. از هزاران نفر مشکوک به ابتلا به بیماری ایدز آزمایش اجباری گرفته شد و هر کس که آزمایش مثبت داشت به آسایشگاه‌های ویژه (ساناتوریوم) فرستاده می‌شد. مبتلایان حق خروج از این مراکز را نداشتند. این روش برخورد با ویروس ایدز اگرچه موثر واقع شد اما اعتراض سازمان‌های حقوق بشری را به‌دنبال داشت. در نهایت در دهه ۹۰ میلادی به‌علت مخالفت‌های جهانی با این مراکز، کوبا به سیاست محدودسازی مبتلایان به ویروس ایدز پایان داد.

دولت کوبا اما خستگی‌ناپذیر می‌نمود و قصد نداشت به جنگ خود با ویروس ایدز خاتمه دهد. این بار دولتمردان کوبایی تصمیم گرفتند همه افراد آلوده و بیمار را بدون استثنا تحت درمان ضد رتروویروسی قرار دهند. اما دو مشکل بزرگ بر سر راه بلندپروازی‌های دولت وجود داشت: تحریم و قیمت گزاف داروهای ضد ویروسی. دولت کوبا در شرایط بد اقتصادی ناشی از فروپاشی شوروی، عملاً توان خرید این داروها را نداشت. به‌نظر می‌رسید تنها راه حل باقی مانده، تهیه این داروها در داخل کشور باشد. دانشمندان کوبایی تشویق شدند تا به هر قیمتی داروهای ضد رتروویروس را در داخل کشور تولید کنند. فشار دولت روی دانشمندان کوبایی سرانجام در سال ۲۰۰۱ نتیجه داد و کوبا موفق شد اولین داروی ضد ایدز (زیدوودین) را در داخل تولید کند. پس از آن حداقل ۵ قلم داروی دیگر ضد رتروویروسی نیز به بازار وارد شد.

دولت کوبا همچنین در کنار تولید داروهای ملی مبارزه با ایدز، برنامه آموزشی گسترده‌ای توسط مرکز ملی آموزش بیماری‌های جنسی، برای مردم تدارک دید و به اجرا گذاشت. ماحصل این فشارهای دولتی و برخورد سختگیرانه با ویروس ایدز آن شد که امروزه شیوع این ویروس در کوبا، ۱۰ تا ۴۰ بار کمتر از سایر کشورهای حوزه کارائیب بوده و بنا به تایید سازمان جهانی بهداشت، کوبا یکی از کشورهای با شیوع بسیار پایین این ویروس در سطح جهان است.

شاخص‌های مرتبط با مادران و نوزادان

کوبا دارای یکی از بهترین شاخص‌های مرتبط با مراقبت‌های مادران و نوزادان است. برای مثال، میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال در کوبا از ایالات متحده هم کمتر است. این شاخص‌ها اگرچه چشمگیر است اما با اعتراض‌های سازمان‌های حقوق بشری همراه شده است که ادعا می‌کنند شواهدی در دست دارند که نشان می‌دهد مادران بارداری که برای مراقبت به مراکز بهداشتی مراجعه نکرده بودند به‌زور و با کمک پلیس مجبور به این کار

شدند. همچنین کودکان دارای مشکل تغذیه که مادران‌شان همکاری لازم را نداشته‌اند، به‌زور در بیمارستان بستری شده و تحت درمان قرار گرفته‌اند.

از دیگر اعتراض‌های سازمان‌های حقوق بشری آن است که دولت برای کاهش میزان مرگ‌ومیر نوزادان، مادران را تحت آموزش‌های القایی قرار می‌دهد تا جنین‌های مشکل‌دار را داوطلبانه سقط کنند؛ ادعاهایی که هنوز توسط منابع رسمی تایید نشده است.

شاخص‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی

به‌دنبال واکسیناسیون همگانی، فلج اطفال از سال ۱۹۶۳ در کوبا حذف شده است. آخرین مورد سرخجه نیز در سال ۱۹۹۵ و آخرین مورد سندرم سرخجه مادرزادی نیز در سال ۱۹۸۹ گزارش شده است. آمار ابتلا به سل در کوبا بسیار پایین و حدود ۷ نفر در هر صد هزار نفر است. منتقدان اشاره دارند که دولت کوبا بدون استثنا همه مبتلایان به سل را مجبور می‌کند تا تحت درمان دارویی (DOTS) قرار گیرند و بیماران و حتی پزشکان حق هیچ‌گونه انعطاف در برنامه درمانی را ندارند.

برنامه سختگیرانه کوبا در رابطه با سل باعث شده که این کشور در تراز کشورهای توسعه‌یافته‌ای نظیر کانادا و آمریکا قرار گیرد.

ادعای منتقدان درباره برنامه دولتی برای بیماران مزمن روانی

ایالات متحده آمریکا از دیرباز همواره برنامه‌های حمایتی برای فراریان کوبایی داشته است. طبق اظهارات منتقدان، دولتمردان کوبا با سوءاستفاده از این برنامه‌های آمریکا، سعی در کاهش شیوع بیماری‌های روانی در کشور خود داشته‌اند. منتقدان می‌گویند دولت کوبا در یکی از معروف‌ترین جریان‌های مهاجرتی از کوبا به آمریکا که در سال ۱۹۸۰ اتفاق افتاد، نه‌تنها به مجرمان و افراد ضد اجتماع و سایر بیماران روانی بستری در آسایشگاه‌ها اجازه داد تا آزادانه به آمریکا مهاجرت کنند بلکه حتی وسایل فرار آن‌ها را نیز فراهم کرد. طبق این اظهارات، برآورد دولت کوبا آن بود که با این کار از میزان شیوع بیماری روانی در نسل‌های آتی بکاهد. البته این ادعا هرگز ثابت نشده است.

کمک‌های پزشکی به کشورهای فقیر

کوبا دارای یک پزشک به‌ازای هر ۱۸۰ نفر جمعیت است که در نوع خود بی‌نظیر بوده و این کشور را در رتبه دوم پس از ایتالیا قرار می‌دهد. تعداد زیاد تحصیلکردگان پزشکی و رشته‌های مرتبط باعث شده تا از چند دهه قبل این کشور به فکر اعزام کادر پزشکی خود به کشورهای محروم به ویژه کشورهای آفریقایی و آمریکای جنوبی بیافتد.

بی‌گمان می‌توان ادعا کرد که گروه‌های امداد پزشکی کوبایی در همه بلایای طبیعی دنیا، از زلزله کشمیر گرفته تا سونامی جنوب شرق آسیا، حضور فعال داشته‌اند. پزشکان کوبایی امروزه در مناطقی خدمت می‌کنند که پزشکان بومی هرگز تمایل به کار در آن نواحی را ندارند؛ از کوه‌های صعب‌العبور گواتمالا گرفته تا ویرانه‌های هاییتی. این پزشکان در همه صحنه‌ها حضور دارند و جالب است که این حضور از روی اجبار نیست. در واقع پزشکان کوبایی داوطلبانه به این ماموریت‌ها اعزام می‌شوند زیرا دستمزدی که از این بابت عایدشان می‌شود چندین برابر حق‌الزحمه کار در داخل کوبا است. حضور این پزشکان قانع و کم‌دستمزد البته باعث اعتراض‌هایی

از سوی پزشکان بومی این کشورها شده است.

دولت کوبا نیز از طریق اعزام پزشک به سود مضاعف دست می‌یابد: از یک طرف دستمزد این افراد وارد کشور شده و به اقتصاد کشور کمک می‌کند و از طرف دیگر دولت با اعزام این گروه‌های پزشکی می‌تواند جهان‌بینی خود را در دیگر کشورها تبلیغ کند. از این روست که رییس‌جمهور پیشین آمریکا، *جورج بوش*، با تصویب برنامه‌ای به نام Cuban Medical Professional Parole Program در سال ۲۰۰۶ تلاش کرد تا از طریق تشویق این گروه‌های پزشکی به فرار به آمریکا، در برنامه دولت کوبا اختلال ایجاد کند. در این برنامه به پزشکان و کادر پزشکی کوبا تسهیلات ویژه‌ای برای ورود به آمریکا داده می‌شد.

ولی در سال ۲۰۱۶ و پس از گذشت ۱۰ سال از این برنامه، در نهایت دولتمردان آمریکایی به فکر بازبینی آن افتادند زیرا برآوردها نشان می‌داد که این برنامه موفقیت‌آمیز نبوده است. تحلیلگران چند عامل را در عدم موفقیت برنامه جرج بوش موثر می‌دانند:

۱. برخلاف موج اول مهاجرت پزشکان در اوایل دهه ۶۰ میلادی که در آن اکثر پزشکان کوبایی دارای پیوندهای مالی و خانوادگی با ایالات متحده بودند، پزشکان فعلی کوبایی ریشه‌ای در آمریکا ندارند لذا تمایلی به فرار به آمریکا نشان نمی‌دهند.

۲. تعداد اندک (حداکثر ۵ درصد) کادر پزشکی که فرار کرده بودند، در نهایت با سیستم بوروکراتیک پزشکی در آمریکا مواجه شدند که به آن‌ها اجازه طبابت نمی‌داد و بالاجبار رو به مشاغلی نظیر دستیار پزشک، پرستاری و حتی رانندگی آمبولانس آوردند.

دولت کوبا همچنین برای خنثی کردن طرح جورج بوش، پزشکان را از قوانین سختگیرانه فراریان مستثنی کرد. به‌طور طبیعی اگر کسی از کوبا فرار کند دیگر قادر به کار کردن در شغل دولتی قبلی خود نخواهد بود اما فیدل دستوری صادر کرد تا اگر پزشکی به آمریکا فرار کرده و قصد برگشت داشته باشد بتواند دوباره در شغل قبلی خود به کار بپردازد.

تحقیقات پزشکی در کوبا

بلندپروازی‌های کوبا در زمینه تحقیقات پزشکی نیز موجب شده تا این کشور به دستاوردهای چشمگیری برسد. داروی مونوکلونال ضد سرطان Nimotuzumab نمونه‌ای از این دستاوردهاست. این دارو هم‌اکنون با مشارکت چند شرکت خارجی در حال تهیه و توزیع بین‌المللی است.

کوبا نوعی از واکسن کشته شده فلج اطفال تهیه کرده که به تایید سازمان جهانی بهداشت رسیده است. این کشور همچنین در دهه ۸۰ میلادی نوعی واکسن مننژیت تولید کرد و به‌همین وسیله توانست مننژیت را در کل کشور حذف کند. در سال ۱۹۹۹ و به‌دنبال طغیان مننژیت در ایالات متحده، دولت آمریکا این اجازه را داد که یک شرکت واکسن‌سازی آن کشور بتواند وارد معامله با سازندگان کوبایی شود و از این واکسن در آمریکا استفاده کنند.

در پایان باید اذعان کرد که الگوی بهداشتی- درمانی کوبا، الگویی بسیار پیچیده، پرسروصدا و در عین‌حال موفق بوده است. کوبا کشوری است که توانسته علی‌رغم همه تحریم‌ها، یک‌تنه به مقابله با بیماری‌ها بپردازد. باید صبور بود و دید که درگذشت فیدل و تحولات آتی در این جزیره کوچک آمریکای لاتین چه تغییراتی در نظام بهداشتی- درمانی این کشور به‌همراه خواهد داشت.

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

از دوبلین تا رودسر

در گفت‌وگو با دکتر سیدمحمد رئیسیان

گفت‌وگو: دکتر موسی غلامی امام

قدم‌هایش چون رفتارش آرام است؛ خوش‌پوش و آراسته و مزین به خصایل اخلاقی. در شرق گیلان پرآوازه است؛ چهره‌ای ملی و از طرفداران پروپاقرص دکتر مصدق بزرگ! وقتی از مصدق می‌گوید چهره‌اش گشاده می‌شود و از محل تحصیلات آکادمیکش ایرلند نیز!

به عشق مردم سالیان پختگی و تجربه را می‌گذراند. مطب شلوغ دیروز و مطب آرام امروز مزین به تصاویر و نقاشی‌های بسیار است. بسیاری آمده و بهبود یافته و رفته‌اند و بسیاری دیگر در میان ما نیستند! دکتر رئیسیان سه نسل را ویزیت کرده است: کودکانی که با ایشان به میانسالی رسیده‌اند؛ جوانانی که پیر شده‌اند و بزرگسالانی که دیگر نیستند... این‌ها همه فقط و فقط از پزشک مهربان و مردمی رودسر و حومه مهربانی دیده‌اند.

آقای دکتر رئیسیان لطفاً کمی از خودتان بفرمایید.

من متولد ۱۳۱۱ رودسر و نواده سیدمحمد رئیس‌التجار هستم که از بازاریان و معتمدین رودسر قدیم بود. من شش برادر و یک خواهر داشتم. سال ۱۳۵۰ ازدواج کردم که حاصل آن دو پسر و یک دختر است.

از دوران تحصیل بفرمایید.

من در رودسر تا کلاس نهم درس خواندم. البته پس از اتمام پس از کلاس ششم، مدتی انصراف از تحصیل دادم و به بازار رفتم؛ ولی پس از سه سال وقفه، به تشویق مرحوم سعدالله خان یزدانی رحیم‌آبادی، پدر مرحوم دکتر هدایت‌الله یزدانی، مجدداً تحصیل را شروع کردم و تا سیکل اول متوسطه یعنی کلاس نهم ادامه تحصیل دادم. از کلاس دهم با تقویت زبان انگلیسی، پذیرش زبان انگلیسی را در ولز گرفتم ودر آن‌جا ادامه تحصیل دادم و در ادامه تحصیل زبان را در شهر ادینبورگ اسکاتلند دنبال کردم. سپس در کالج آکسفورد تحصیل پیش‌دانشگاهی را شروع کردم و در آن‌جا با دوستان خوبی مثل دکتر منوچهر آگاه [اقتصاددان]، عبدالعلی فرمانفرماییان [کوچک‌ترین فرزند عبدالحسین میرزا فرمانفرما و موسس نخستین پالایشگاه نفت خصوصی ایران با عنوان پالایشگاه نفت پارس] و بهمن باتمانقلیچ [پسر مهدی باتمانقلیچ، بازرگان، ملاک و برج‌ساز معروف دوران پهلوی] آشنا شدم.

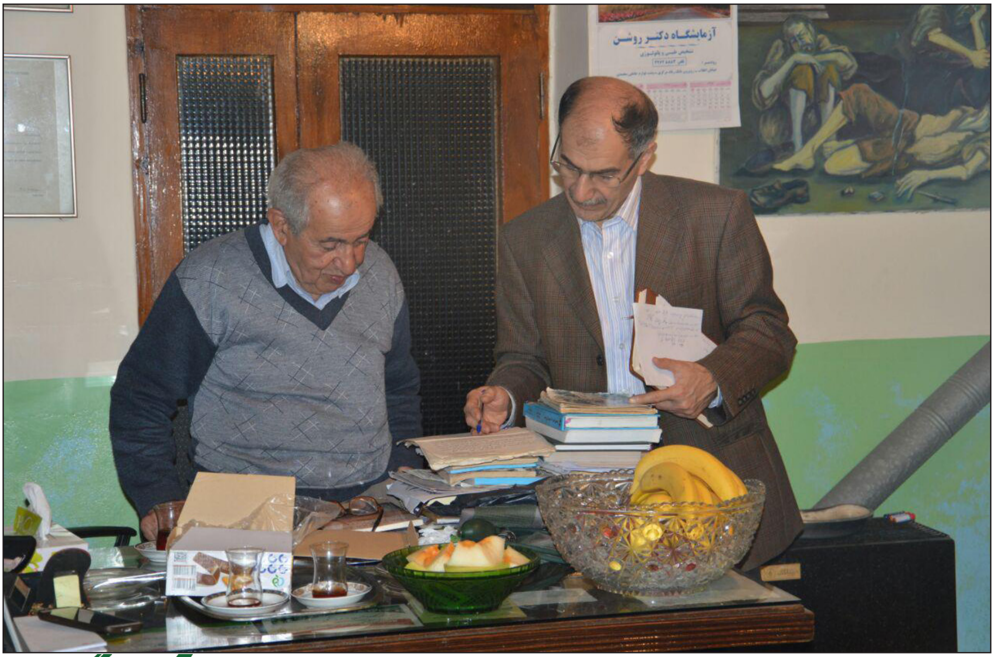
در ادامه یک سال در دانشگاه دوبلین ادبیات خواندم. دانشگاه دوبلین را با دانشگاه‌های آکسفورد و کریستی کالج به‌عنوان دانشگاه‌های خواهر (Sister university) می‌شناختند. این دانشگاه در سال ۱۵۹۰ تاسیس شده و با همان ظاهر معماری از زمان ملکه الیزابت اول [سلطنت: ۱۶۰۳–۱۵۵۸] به میراث مانده است. در محضر اساتید بزرگ پزشکی مثل دکتر بورکیت، دکتر رایت و دکتر ارنست والتون شاگردی می‌کردم که این از افتخارات دوران زندگی و تحصیلی من است. به‌هر صورت پس از ادبیات به رشته پزشکی رفتم و ادامه تحصیل دادم، یعنی با توجه به این‌که خواندن ادبیات در این دانشگاه‌ها اجباری بود، در سال ۱۹٦٤ لیسانس ادبیات گرفتم و در ادامه در سال ۱۹٦۷ مدرک پزشکی مامایی و جراحی را دریافت کردم. پس از اتمام تحصیل، در سال ۱۹٦۸ مجوز فعالیت پزشکی را در انگلستان به‌دست آوردم.

دلیل مراجعه به ایران چه بود آقای دکتر؟

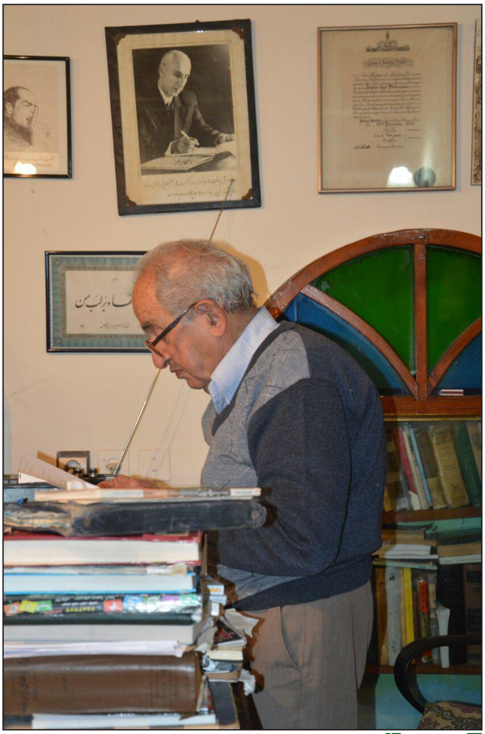
به درخواست پدر در سال ۱۳٤۹ به ایران برگشتم و بعد از کش و قوس فراوان برای تایید پروانه مطب و مشورت با دوستان و اساتید در رودسر به طبابت پرداختم. پس از آن هم متاسفانه به‌دلیل شلوغی مطب و تنگناهای مادی نتوانستم ادامه تحصیل بدهم.

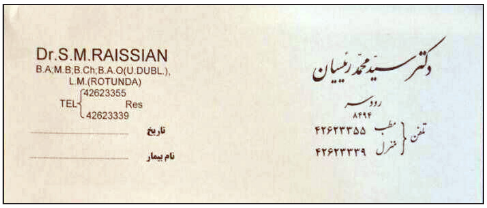
فضای پزشکی آن سال‌های رودسر را بفرمایید.

همکاران ما در آن سال‌ها دکتر کاظم مدعی‌نما،



دکتر عطاالله رحیمی، دکتر احمد میربلوک و خانم دکتر مهبانو خدادوست بودند که ایشان پزشک عمومی بود ولی کار زنان و مامایی را انجام می‌داد و بیماران جراحی زنان را به رشت اعزام می‌کرد. در سال ۱۳۰۶ بیمارستان رودسر به نام بیمارستان پهلوی تاسیس شد. اولین پزشکان شاغل دکتر سحری و دکتر مقبل بود. اولین مامای شهرستان رودسر نیز خانم کبری سلیمی بودند. با افزایش تعداد پزشکان به‌تدریج همکاران متخصص مثل دکتر جواد روحانی (متخصص اطفال)، دکتر میردامادی (متخصص جراحی)، دکتر محمدمهدی فکری (متخصص زنان)، دکتر فیروز بهبودی (متخصص جراحی)، دکتر نادر اسماعیل‌زاده (متخصص زنان)، دکتر محمدعلی افتخاری (متخصص اطفال)، دکتر اسماعیل نورصالحی (متخصص اطفال) و... به رودسر آمدند و ارایه خدمت کردند. اولین متخصص زنان شهرستان رودسر هم مرحوم دکتر حسین تحصیلی بود. متاسفانه امروزه از بیمارستان دکتر حشمت به‌عنوان بانک خون و با راندمان پایین بهره‌برداری می‌شود ولی





این بیمارستان با ترمیم و تعمیرات استعداد یک مرکز درمانی خوب را دارد که از مسوولان محترم استدعای عاجل در این زمینه دارم. حیف است بافت فیزیکی مناسبی را با حداقل کارآیی استفاده می‌کنند!

آقای دکتر، از خاطرات خودتان برای دوستان بفرمایید.

یکی از خاطراتی که هرگز فراموش نمی‌کنم مربوط به شب ازدواجم است. از من تقاضا شد برای ویزیت فردی متوفی به روستایی برویم. با ماشین قدیمی جیپ به آن روستا رفتیم و پس از ورود به قبرستان و سردخانه دیدم ۵۰ نفر فانوس به‌دست در تدارک دفن بیمارند و منتظر تایید مرگ توسط من! پس از معاینه و شنیدن صدای ضربان قلب، یک آمپول آمینوفیلین تزریق کردم که با تحریک تنفسی، بیمار بیدار و هشیار شد و کلی موجب شادی و شعف مردم شدم!

روزهای برفی و بارانی بسیاری با چکمه و با ماشین‌های جیپ جنگ جهانی دوم به روستاهای مختلف می‌رفتیم که در این مصاحبه ذکر آن‌ها نمی‌گنجد.

در پایان اگر مطلب قابل ذکری به‌نظرتان می‌رسد، بفرمایید.

در سال ٦۲ در رودسر تصادف شدیدی کردم که شکستگی لگن داشتم و طحال‌برداری شدم. از مردم قدردان رودسر که بسیار وفادارند خاطرات زیادی دارم که یکی از آن خاطرات صف بستن‌شان در بیمارستان برای اهدای خون است که در همین‌جا از آن‌ها تشکر می‌کنم. پس از تصادف و بهبودی، به‌مدت چهار سال برای استراحت و کار سبک‌تر به تهران رفتم ولی لطف و مهربانی مردم موجب شد دوباره به رودسر برگردم. در این‌جا لازم است از همسر همیشه همراهم خانم شهربانو برادران فلاح خیر تشکر و قدردانی کنم. بدون شک در این سالیان طولانی نقش همراهی ایشان در همه موفقیت‌هایم چشمگیر بوده است.

نگاهی به برنامه کشوری تجویز ویتامین D

دکتر بابک عزیز افشاری

دستورالعمل مکمل‌یاری میانسالان و سالمندان با مگادوز ویتامین D (تاریخ ابلاغ اسفند ماه ۹۳)

۱. به کلیه زنان و مردان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت، باید ماهیانه یک دوز مکمل خوراکی ویتامین D حاوی ۵۰ هزار واحد ویتامین (مگادوز) جهت پیشگیری از کمبود ویتامین D ارایه شود (۱۲ دوز در طول یک سال).

تبصره: برای پیشگیری از کمبود ویتامین D در زنان باردار، لازم است مطابق با دستورالعمل مکمل‌یاری مادران باردار (تهیه شده در اداره سلامت مادران) اقدام شود.[1]

۲. با توجه به شیوع بالای کمبود ویتامین D در جامعه، قبل از ارایه مگادوز با دوز پیشگیری (هر ماه یک عدد مکمل D ۵۰ هزار واحدی)، اندازه‌گیری سطح سرمی ویتامین D لازم نیست.

۳. با توجه به این‌که نوع تزریقی ویتامین D زیست‌دسترسی خوبی ندارد، لذا برای پیشگیری از کمبود ویتامین D این شکل از دارو توصیه نمی‌شود.

همچنین با توجه به محدود بودن منابع غذایی ویتامین D، لازم است برنامه مکمل‌یاری ویتامین D جهت گروه سنی سالمندان به روش زیر مورد اجرا گذاشته شود:

۱. به کلیه زنان و مردان ۶۰ سال به بالا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت، باید ماهیانه یک دوز مکمل خوراکی ویتامین D حاوی ۵۰ هزار واحد ویتامین (مگادوز) جهت پیشگیری از کمبود ویتامین D ارایه شود (۱۲ دوز در طول یک سال).

۲. همزمان با اجرای برنامه مکمل‌یاری با مگادوز ویتامین D، به کلیه زنان و مردان ٦٠ سال به بالا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت، مصرف روزانه یک عدد مکمل کلسیم (حاوی ۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم) یا کلسیم D (حاوی ۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم و ٤٠٠ یا ۵۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین D) توصیه می‌شود.

۳. مدت اجرای برنامه کشوری مکمل‌یاری با مگادوز ویتامین D تا زمان اعلام‌شده از سوی وزارت متبوع بوده و تا شروع برنامه غنی‌سازی آرد با ویتامین D ادامه خواهد داشت.

آیا مصرف مکمل ویتامین D توسط بزرگسالان لازم است؟

ویتامین D یک پیش‌هورمون (پروهورمون) است که در پوست در پاسخ به پرتو فرابنفش آفتاب ساخته می‌شود. مقادیر محدودی از این ویتامین در ماهی‌های روغنی، زرده تخم‌مرغ، گوشت قرمز و جگر (کبد) یافت می‌شود. در برخی کشورها مقداری از این ویتامین به فرآورده‌های غلات، حبوبات و لبنیات اضافه می‌شود.

بر اساس توصیه کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، زنان پس از یائسگی نباید برای پیشگیری از شکستگی استخوان، ویتامین D یا کلسیم مصرف کنند. اما با وجود مطالعات باکیفیت متعددی که بی‌تاثیر بودن ویتامین D و کلسیم را ثابت کرده، بسیاری از گروه‌های پزشکی و تخصصی همچنان بر توصیه‌های پیشین خود اصرار دارند و به مردم توصیه می‌کنند ویتامین D (با یا بدون کلسیم) مصرف کنند.

اخیراً اداره سلامت عمومی انگلستان توصیه کرد که

همه افراد برای سلامت استخوان و عضلات خود باید روزانه ۱۰ میکروگرم (۴۰۰ واحد بین‌المللی) ویتامین D مصرف کنند و بیش از ۳۰ تا ۵۰ درصد سالمندان در برخی کشورهای غربی مکمل ویتامین D مصرف می‌کنند.

کمبود شدید ویتامین D منجر به نرمی استخوان می‌شود. عوامل خطرساز (ریسک‌فاکتورهای) نرمی استخوان شامل محدودیت فضای آزاد، محدودیت نور آفتاب و سندرم‌های سوءجذب شدید است. در سال‌های اخیر تحقیقات گسترده‌ای درباره نقش مکمل‌های ویتامین D در افرادی که در معرض افزایش خطر نرمی استخوان نیستند انجام شده، اما برخی نقاط مبهم باقی مانده است. در این مطالعات به ارتباط سطح خونی ویتامین D و پیامدهای بالینی مانند سقوط و شکستگی استخوان یا نشانگرهای جایگزین (Surrogate markers) مانند تراکم استخوان، عملکرد عضلانی و هورمون پاراتیروئید (PTH) توجه شده است. بسیاری از این مطالعات توصیفی و مستعد خطا (سوگیری) هستند. پایین بودن سطح خونی ویتامین D ممکن است نشانه و معلول سوءتغذیه یا عادات غلط زندگی باشد و عامل مستقلی نباشد.

از سوی دیگر با این‌که برخی کارآزمایی‌های بالینی نشان داده PTH در اثر مصرف مکمل ویتامین D کاهش می‌یابد، هنوز روشن نیست PTH نشانگر جایگزین معتبری به‌جای پیامدهای بالینی (سقوط و شکستگی استخوان) باشد. درباره ارتباط ویتامین D با پیامدهای بالینی غیراسکلتی مانند سرطان، سکته قلبی و... نیز مطالعات متعددی انجام شده است.

چرا از فایده مکمل مطمئن نیستیم؟

ویتامین D به‌تنهایی: بیش از ۵۰ متاآنالیز درباره ارتباط مصرف مکمل ویتامین D و سقوط و شکستگی استخوان منتشر شده است. برخی از این مطالعات نشان‌دهنده فایده اندک مصرف مکمل ویتامین D است اما بعضی هم بر بی‌فایده بودن آن تاکید دارد. به‌طور کلی شواهد قطعی مبنی بر بهبود پیامدهای اسکلتی- عضلانی در اثر مصرف مکمل ویتامین D یا افزایش سطح خونی ویتامین D وجود ندارد. مصرف ویتامین D بدون کلسیم باعث افزایش تراکم استخوان، یا کاهش خطر شکستگی استخوان نمی‌شود. حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد مصرف ویتامین D به‌صورت متناوب و با دوز بالا، خطر سقوط و شکستگی استخوان را افزایش می‌دهد.

ویتامین D با کلسیم: نتایج برخی مطالعات که در آن‌ها کلسیم هم با ویتامین D مصرف شده اندکی متفاوت است. مصرف همزمان ویتامین D و کلسیم در زنان ساکن خانه سالمندان که دچار کمبود شدید ویتامین D هستند احتمالاً باعث پیشگیری از شکستگی استخوان لگن و شکستگی‌های غیرمهره‌ای می‌شود. در این موارد باید فواید مصرف مکمل ویتامین D و کلسیم در کنار مضرات آن مانند عوارض گوارشی یا سنگ کلیه و حوادث قلبی- عروقی سنجیده شود.

پیامدهای غیراسکلتی: شواهد ضعیف‌تری در مورد ارتباط مصرف مکمل ویتامین با پیامدهای غیراسکلتی (مانند سرطان، سکته قلبی و...) وجود دارد. بیشتر مطالعات

با توجه به پیامدهای اسکلتی– عضلانی طراحی شده‌اند. پیامدهای غیراسکلتی در این مطالعات به‌طور عمده اهمیت ثانویه دارند.

چه باید کرد؟

نرمی استخوان در بزرگسالان شایع نیست اما عوارض جدی در پی دارد و در موارد پرخطر (محدودیت فضای آزاد، محدودیت نور آفتاب و سندرم‌های سوءجذب شدید) به‌سهولت قابل پیشگیری است. بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت انگلستان، در این موارد توصیه به استفاده بیشتر از نور آفتاب، مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین D و در نهایت مصرف مکمل‌هایی که حاوی دوز پایین ویتامین D (روزانه ۴۰۰ تا ۸۰۰ واحد بین‌المللی) هستند، می‌تواند به کاهش خطر سقوط و شکستگی استخوان کمک کند. در سایر موارد هیچ‌گونه شواهدی در حمایت از مصرف مکمل ویتامین D برای پیشگیری از بیماری وجود ندارد.

این توصیه در راستای اهدافی است که کمیته علمی مشورتی انگلستان درباره تغذیه ارایه کرده است و بر اساس آن، سطح خونی ویتامین D افراد نباید کمتر از ۲۵ نانومول بر لیتر (نانوگرم بر میلی‌لیتر) باشد. مصرف مکمل ویتامین D با دوز پایین روزانه (هر روز ۴۰۰ تا ۸۰۰ واحد بین‌المللی) توسط افراد پرخطر به این منظور کافی است و اندازه‌گیری سطح خونی ویتامین D هم به‌ندرت لازم است.

البته اختلاف‌نظر درباره سطح خونی ویتامین D وجود دارد. انجمن غدد درون‌ریز آمریکا سطح خونی بالای ۳۰ را کافی (Sufficient) می‌داند، اما به‌نظر انستیتو پزشکی آمریکا، اگر این عدد بالای ۲۰ باشد کافی است. به‌نظر انجمن غدد درون‌ریز، افراد باید روزانه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد ویتامین D مصرف کنند تا سطح خونی آن به بالای ۳۰ برسد.

دوز منفرد ویتامین D

مصرف روزانه مکمل ویتامین D مشکل‌ساز است. برخی افراد به‌دلیل اشکال در بلع، عوارض گوارشی، مصرف داروهای دیگر یا مثلاً فراموش کردن، مکمل روزانه خود را مصرف نمی‌کنند. به‌طور کلی، افراد دوز منفرد مکمل ویتامین D را ترجیح می‌دهند. به‌علاوه، فرآورده‌های طولانی‌اثر سطح خونی یکنواخت‌تری ایجاد می‌کنند.

دوز منفرد (سالانه) خوراکی به‌میزان ۱۰۰ تا ۶۰۰ هزار واحد بین‌المللی در بیشتر مطالعات باعث افزایش معنی‌دار سطح خونی ویتامین D شده است. همچنین دوز ۶۰۰ هزار واحدی باعث کاهش معنی‌دار سطح خونی PTH شده اما دوزهای پایین‌تر از ۵۰۰ هزار واحد چنین اثری نداشته است. مکمل خوراکی ویتامین D3 از این جهات برتر از ویتامین D2 است و خطر شکستگی را بیشتر کاهش می‌دهد؛ بنابراین مکمل ویتامین D3 فرآورده انتخابی برای برنامه‌های پیشگیری با دوز منفرد است.

بسیاری از مطالعات نشان داده که مقدار ویتامین D3 موجود در دوز منفرد سالانه نباید کمتر از ۱۰۰ هزار واحد باشد. دوز ۱۰۰ هزار واحدی تنها در یک مطالعه قادر بوده سطح خونی ویتامین D را به بالاتر از ۳۰ برساند. در مطالعات دیگر، حداقل مقدار ویتامین D3 در دوز منفرد ۲۰۰ هزار واحد گزارش شده است. همچنین هیچ عارضه قابل توجهی در مقادیر کمتر از ۲۰۰ هزار واحد گزارش نشده است. بسیاری از مطالعات دوزهای تا ۵۰۰ هزار واحد را کاملاً بی‌خطر دانسته‌اند.

محدودیت اصلی دوز سالانه غیرفیزیولوژیک بودن آن است. البته اثربخشی دوزهای بالا در بیشتر مطالعات بهتر از دوزهای پایین روزانه بوده اما در برخی مطالعات پس از دوز بالای اولیه، از دوزهای ماهانه (هر دو تا سه ماه ۱۰۰ هزار واحد و یا هر ماه ۵۰ هزار واحد) نیز برای بهبود وضعیت بیماران استفاده شده است.

۱. بر اساس دستورالعمل سازمان سلامت جهانی در زمینه مکمل‌یاری ویتامین D در زنان باردار (۲۰۱۲)، مکمل‌یاری ویتامین D طی بارداری برای پیشگیری از توسعه پره‌اکلامپسی و عوارض آن توصیه نمی‌شود (توصیه اکید). به‌علاوه به‌دلیل محدودیت شواهد فعلی در دسترس برای ارزیابی مستقیم فواید و مضرات استفاده از مکمل‌یاری ویتامین D به‌تنهایی در بارداری برای بهبود پیامدهای سلامتی مادر و نوزاد، استفاده از این مداخله به‌عنوان قسمتی از مراقبت‌های قبل از بارداری روتین هم توصیه نمی‌شود (توصیه مشروط).

Ref:
1. fhc.sbmu.ac.ir/uploads/vitdmiansa_212507.pdf
2. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128480/pdf/nihms605790.pdf
3. bmj.com/content/bmj/355/bmj.i6201.full.pdf
4. apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/7/9789241504935_fas.pdf?ua=1

تازه‌های درمان رینوسینوزیت حاد

دکتر رقیه حج‌فروش

رینوسینوزیت حاد (ARS) التهاب علامت‌دار حفره بینی و سینوس‌های پارانازال است که کمتر از ٤ هفته طول بکشد و با ترشحات چرکی و انسداد بینی، درد صورت یا احساس پری همراه باشد. این ترشحات برخلاف ترشحات آبکی شفاف عفونت‌های ویروسی مجاری تنفس فوقانی، کدر یا رنگی است.

اگر علایم کمتر از ۱۰ روز طول بکشد و علایم سینوزیت باکتریال حاد وجود نداشته باشد، تشخیص سینوزیت حاد ویروسی (AVRS) مطرح می‌شود؛ ولی سینوزیت حاد باکتریال (ABRS) وقتی است که علایم و نشانه‌ها پس از ۱۰ روز از شروع عفونت مجاری تنفسی فوقانی بهبود نیابد، یا یا در همان ۱۰ روز اول، بعد از یک بهبود نسبی، ناگهان علایم تشدید شود.

درد، احساس فشار یا پری، در نبود ترشحات چرکی، برای تشخیص سینوزیت حاد کافی نیست.

درمان رینوسینوزیت حاد ویروسی

درمان حمایتی است. هیچ درمانی برای کوتاه کردن دوره بیماری وجود ندارد. درمان حمایتی شامل درمان‌هایی با هدف کاهش علامت بیمار مثل رفع انسداد بینی و علایم عمومی مثل تب و احساس خستگی با داروهای مسکن و تب‌بر (مثل NSAID و استامینوفن)، شست‌وشو با سرم نمکی و استفاده از گلوکوکورتیکوییدهای داخل بینی است.

شست‌وشو با سرم نمکی فیزیولوژیک یا هایپرتونیک: به‌ویژه در بیماران با عفونت‌های مکرر سینوس ممکن است نیاز به داروهای ضد درد را کاهش دهد و راحتی مریض را بیشتر کند. شست‌وشو توسط آب استریل یا آب‌های بطری انجام شود و از آب شیر استفاده نشود چرا که گزارش‌هایی از انسفالیت آمیبی ناشی از استفاده از آب لوله‌کشی وجود دارد.

گلوکوکورتیکوییدهای داخل بینی: مطالعات، بهبود علایم و عوارض اندک در مصرف کوتاه‌مدت گلوکوکورتیکوییدهای داخل بینی را برای بیماران با سینوزیت حاد باکتریال و ویرال نشان داده است. این داروها به‌ویژه در بیماران با علل زمینه‌ای آلرژی بسیار موثرتر خواهد بود. مکانیسم عمل کاهش التهاب مخاط است که به تخلیه بهتر سینوس کمک می‌کند.

دکونژستان‌های خوراکی: فقط زمانی موثر است که اختلال عملکرد شیپور استاش عاملی برای ابتلا به AVRS باشد. این بیماران ممکن است از درمان کوتاه‌مدت سه تا پنج روزه خوراکی سود ببرند.

دکونژستان‌های داخل بینی: از این داروها مثلاً اکسی‌متازولین اغلب برای درمان علامتی بیماران استفاده می‌شود و در بیماران احساس باز شدن بینی ایجاد می‌کند. با این‌همه هیچ شواهدی مبنی بر استفاده از آن در ARS وجود ندارد. حتی این نگرانی وجود دارد که استفاده از این عوامل خود باعث ایجاد التهاب در مخاط بینی شود. در صورت مصرف نباید بیش از سه روز پیاپی استفاده شود تا از خطر بروز برگشت احتقان جلوگیری شود. در مصرف طولانی خطر تخریب مخاط نیز دارد.

آنتی‌هیستامین‌ها: از آنتی‌هیستامین‌ها مکرراً با توجه به اثرات خشک کردن ترشحات برای بهبود علایم استفاده می‌شود. با این‌همه در هیچ مطالعه‌ای اثری از آن‌ها در درمان ARS دیده نشده است. خشک شدن مخاط‌ها ممکن است سبب احساس ناراحتی بیشتر شود. به‌ویژه آنتی‌هیستامین‌های نسل اول عوارض خواب‌آلودگی و خشکی دهان نیز دارد.

موکولیتیک‌ها: از موکولیتیک‌ها مثل گایافنزین برای رقیق کردن ترشحات استفاده می‌شود و ممکن است درناژ مخاطی و پاک شدن را بهبود بخشد؛ با این‌حال هیچ مطالعه‌ای برای

توجیه مصرف آن‌ها در ARS وجود ندارد.

درمان رینوسینوزیت حاد باکتریال

در سینوزیت باکتریال، علاوه بر درمان‌های حمایتی، درمان در بیماران بدون عارضه و سرپایی، شامل درمان نظارتی یا تجویز آنتی‌بیوتیک بسته به پیگیری بیمار است. البته درمان انتظاری در نسخه سال ۲۰۱۵ دستورالعمل درمان سینوزیت در بزرگسالان، آکادمی اتولارینگولوژی و جراحی آمریکا مطرح شده و در نسخه قبلی (۲۰۱۲) تاکید بر شروع فوری درمان با آنتی‌بیوتیک بود.

درمان انتظاری: درمان انتظاری با مراقبت دقیق و درمان علامتی برای بیماران مبتلا به ABRS با سیستم ایمنی سالم که پیگیری مناسبی داشته باشند، به‌شرط این پیشنهاد می‌شود که به‌محض بهتر نشدن یا بدتر شدن، آنتی‌بیوتیک شروع شود. اما برای بیمارانی که پیگیری مناسبی ندارند، آنتی‌بیوتیک از همان ابتدای تشخیص شروع شود. علامت‌درمانی در ABRS مشابه AVRS است.

سینوزیت باکتریال می‌تواند خودمحدودشونده باشد و بیمار بدون درمان آنتی‌بیوتیکی بهبود یابد. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که بیماران بسیاری با ABRS بدون آنتی‌بیوتیک ظرف دو هفته کاملاً بهبود می‌یابند.

درمان آنتی‌بیوتیکی: اگر بیمار مبتلا به ABRS با ۷ روز درمان انتظاری بهتر یا بدتر نشد می‌توانیم بسته به بیماری‌های همراه، وضعیت اجتماعی بیمار و تظاهرات بیماری‌اش آنتی‌بیوتیک شروع کنیم یا تا ۱۰ روز هم با درمان حمایتی منتظر بمانیم؛ ولی اگر منتظر ماندیم و بیمار ۱۰ روز بعد بهتر نشد، باید آنتی‌بیوتیک شروع شود.

با توجه به بروز مقاومت‌های میکروبی، نخستین درمان پیشنهادی آموکسی‌سیلین- کلاوونات (۱۲۵/۵۰۰) سه بار در روز به مدت ۱۰ روز است.

منابع:

۱. دستورالعمل درمان سینوزیت در بزرگسالان، آکادمی اتولارینگولوژی و جراحی آمریکا (The American Academy of Otolaryngology– Head and Neck Surgery: AAO-HNS)

http://www.entnet.org/content/about-us

۲. درمان سینوزیت و رینوسینوزیت بدون عارضه در بزرگسالان (UpToDate)

http://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment

---

دکتر رقیه حج‌فروش

Email: dr.hajf@gmail.com

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL

این نسخه ی پی دی اف فاقد آگهی است

برای درج آگهی در نسخه ی کاغذی با ما تماس بگیرید

۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL

این نسخه ی پی دی اف فاقد آگهی است

برای درج آگهی در نسخه ی کاغذی با ما تماس بگیرید

۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

اهمیت حفظ دندان‌های شیری

دکتر آتوسا جانشین

برای این‌جانب و همکارانم بارها پیش آمده که با بیمارانی مواجه می‌شویم که با مشکلات پیشرفته دندانی به ما مراجعه می‌کنند؛ مشکلاتی که اغلب آن‌ها قابل پیشگیری بوده‌اند. پیشرفت این مشکلات دندانی در کودکان، اغلب ریشه در باورهای نادرست والدین آن‌ها دارد. یکی از تصورات اشتباه والدین این است که می‌پندارند طول عمر دندان‌های شیری کوتاه است و نیازی به نگهداری و درمان این دندان‌ها نیست؛ لذا بسیاری از کودکان با پوسیدگی‌های شدید دندانی، با شکایت از درد شدید و آبسه دندانی به ما مراجعه می‌کنند. وقتی از والدین آن‌ها سوال می‌شود که چرا زودتر و قبل از این‌که مشکل به این حد از وخامت برسد مراجعه نکرده‌اید و آیا اصلاً دندان‌های کودک خود را مسواک می‌زنید، پاسخ می‌دهند که تابه‌حال برای کودک خود مسواک نزده‌اند و گمان می‌کرده‌اند که نیازی به ترمیم این دندان‌ها نیست چون این دندان‌ها شیری و موقتی هستند.

متاسفانه گاهی این باور نادرست بی‌اهمیت پنداشتن دندان‌های ارزشمند شیری حتی در قشر تحصیلکرده هم ریشه دوانده است. هنگامی که برای والدین کودکان در مورد اهمیت دندان‌های شیری و وظایف مهمی که در بدن برعهده دارند توضیح می‌دهیم، اغلب آن‌ها اظهار می‌کنند که آگاهی و اطلاعاتی درزمینه این مسایل نداشته‌اند.

یکی از مشکلات دیگر قابل پیشگیری، به‌هم‌ریختگی‌های دندانی است که ناشی از کشیدن زودهنگام دندان‌های شیری است. برای مثال بیماری ۱۲ ساله با شکایت از رویش نابه‌جا و نامرتب دندان‌های دایمی به من مراجعه کرده بود. با گرفتن تاریخچه از والدین وی متوجه شدم که دندان‌های شیری پوسیده کودک خود را در سنین پایین کشیده بودند. وقتی برای‌شان توضیح دادم که این مشکل با گذاشتن فضانگهدارهای دندانی قابل پیشگیری بود و اگر فضانگهدار در زمان مناسب قرار داده می‌شد، شاید امروز کودک شما با مشکل داشتن دندان‌های نامرتب و به‌هم‌ریخته مواجه نبود که برای اصلاح آن نیاز به‌صرف هزینه‌های سنگین درمان‌های ارتودنسی داشته باشد، اظهار می‌کردند که آگاهی در مورد فضانگهدارها به آن‌ها داده نشده بود.

با توجه به مواردی که ذکر کردم، لزوم نوشتن این مقاله را برای افزایش آگاهی و بهبود سلامت دهان و دندان کودکان به‌عنوان یک متخصص دندانپزشکی کودکان بر خود واجب دانستم؛ باشد که با اصلاح این دیدگاه اشتباه، گامی مهم در جهت ارتقای سلامت کودکان برداشته شود.

حفظ سلامت دندان‌های شیری در زمانی که در دهان کودک هستند اهمیت بسیاری دارد. برای این‌که اهمیت یک عضو مشخص شود باید نگاه ویژه‌ای به وظایف آن عضو در بدن داشته باشیم. از وظایف مهم و ارزشمند دندان شیری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

جویدن موثر غذا

کودکانی که در سن پایین دندان‌های شیری به‌خصوص دندان‌های آسیای شیری خود را از دست می‌دهند، کیفیت جویدن و هضم غذا در آن‌ها به خطر می‌افتد که به‌تبع تاثیر منفی روی وضعیت تغذیه، رشد و تکامل کودک در آن برهه حساس زمانی خواهد داشت. نقش تغذیه در سنین پایین که رشد و تکامل کودک با سرعت بالایی اتفاق می‌افتد به‌شدت حیاتی است. کودکان با دندان‌های شیری پوسیده و دردناک تمایل کمتری به غذا خوردن نسبت به کودکان با دندان‌های سالم نشان می‌دهند. درد و ناراحتی از وجود دندان‌های پوسیده در دهان علاوه بر

اثر منفی که بر وضعیت تغذیه کودک دارد، کیفیت زندگی وی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. به‌طور کلی کیفیت زندگی و احساس رضایت در کودکان با دندان‌های شیری سالم به‌طور قابل توجهی بالاتر است.

حفظ فضا و ایجاد مسیر رویشی صحیح برای دندان‌های دایمی زیرین

یکی از وظایف مهم دندان شیری این است که مسیر رویشی صحیحی برای رویش دندان دایمی زیرین خود ایجاد کند. زود از دست رفتن دندان شیری به‌علت پوسیدگی یا ضربات می‌تواند باعث از دست رفتن فضای این دندان‌ها شود و چون رویش دندان‌های دایمی در زمان مقرر طبیعی خود صورت می‌گیرد، در این فاصله دندان‌های اطراف به‌سمت این فضای بی‌دندانی حرکت کرده و فضای مورد نیاز برای رویش دندان دایمی زیرین را می‌بندد؛ بنابراین دندان‌های شیری پوسیده باید هر چه سریع‌تر ترمیم شوند ولی در صورتی که این دندان‌ها قابل‌ترمیم و نگهداری نباشند و ما مجبور به کشیدن آن‌ها شویم، فضای این دندان‌ها باید با وسایلی به نام فضانگهدار تا زمان رویش دندان‌های دایمی حفظ شود. در غیر این صورت، احتمال دارد دندان دایمی از مسیر اصلی رویش خود منحرف شود و کودک را نیازمند درمان‌های ارتودنسی در آینده کند یا حتی در برخی موارد دندان دایمی به‌علت از دست دادن فضا برای رویش، نهفته در فک باقی بماند و قادر به رویش نباشد.

تکامل نرمال گویش و تلفظ صداها

از دست دادن دندان‌های پیشین شیری در اثر پوسیدگی در کودکان خردسال به‌علت شیر خوردن مکرر شبانه و تمیز نکردن این دندان‌ها متاسفانه بسیار شایع است. اگر

کودک دندان‌های قدامی (پیشین) خود را در سنین پایین که زمان شروع تکامل صحبت کردن است از دست بدهد، در تلفظ برخی صداها دچار مشکل خواهد شد؛ زیرا بسیاری از صداها در اثر تماس زبان با دندان‌های پیشین بالا ایجاد می‌شود.

زیبایی و اعتماد به‌نفس

لبخند با دندان‌های سالم و زیبا تاثیر مهمی بر روحیه و اعتماد به‌نفس کودک دارد. در صورتی که کودک دندان‌های خراب و پوسیده‌ای به‌خصوص در ناحیه قدامی داشته باشد و توجهی به ترمیم و بازسازی این دندان‌ها نشود، تاثیر منفی بر اعتماد به‌نفس کودک خواهد داشت.

با توجه به وظایفی که برای دندان شیری برشمردیم، می‌توان نتیجه گرفت که اهمیت دندان‌های شیری را هرگز نباید نادیده انگاشت. پس به‌راحتی آن‌ها را نکشیم، ناخواسته اعتماد به نفس کودک‌مان را کاهش ندهیم و در آینده هزینه و مشکلات درمان‌های ارتودنسی را به خود و کودک خود تحمیل نکنیم؛ چراکه هر دندانی در زمان حضورش در دهان ارزشمند است و باید وظایفش را به‌خوبی انجام دهد. درصد بسیار بالایی از به‌هم‌ریختگی‌ها و نامرتبی دندان‌های دایمی به‌علت کشیدن زودهنگام دندان‌های شیری است؛ پس می‌توان گفت سلامت دندان‌های دایمی در گرو حفظ و نگهداری دندان‌های شیری است.

چند پرسش رایج

در ادامه به چند پرسش رایج که برگرفته از تصورات اشتباه والدین در رابطه با دندان شیری است، پاسخ می‌دهیم:

آیا دندان‌های شیری بیش از ۷-۶ سالگی دوام ندارند؟

دندان‌های پیشین شیری اولین دندان شیری است که در سن حدود ۷ سالگی می‌افتد و پس از آن به‌ترتیب ریزش دندان‌های شیری به‌مرور صورت می‌گیرد به‌طوری که دندان‌های آسیای شیری کودک تا سن ۱۲-۱۱ سالگی در جای خود باقی می‌مانند و به وظایف مهم خود عمل می‌کنند؛ بنابراین تنها دندان‌های پیشین شیری عمر ۷-۶ ساله دارند و دندان‌های آسیای شیری طول عمر بیشتری دارند و تا حدود ۱۲ سالگی در دهان باقی می‌مانند.

آیا دندان شیری ریشه دارد؟

برخلاف تصور بسیاری از والدین، تمامی دندان‌های شیری ریشه‌های بلند و کاملی دارند. در زمانی که دندان‌های دایمی رویش خود را آغاز می‌کنند تا جانشین دندان شیری روی خود بشوند، ریشه دندان‌های شیری شروع به تحلیل رفتن می‌کند تا جایی که کل ریشه دندان شیری تحلیل می‌رود و در این زمان این دندان‌ها می‌افتند و دندان دایمی زیرین در دهان پدیدار می‌شوند. در نتیجه والدین در زمان افتادن دندان شیری آن‌ها را بدون ریشه می‌بینند.

آیا دندان شیری هم عصب‌کشی می‌شود؟

برخلاف تفکری عامیانه که والدین تصور می‌کنند دندان شیری عصب ندارد، این دندان‌ها نیز مانند دندان دایمی دارای عروق و اعصاب فراوان هستند و اگر دندان شیری پوسیده‌ای به‌موقع توسط متخصص دندانپزشکی کودکان درمان نشود، این پوسیدگی پیشرفت کرده و اعصاب دندان شیری را درگیر می‌کند که این حالت می‌تواند باعث درد شدید، آبسه یا در مواردی منجر به سلولیت‌های خطرناک فضاهای صورت شود که گاهی حتی در موارد پیشرفته تهدید کننده‌ی حیات کودک خواهد بود.

در نتیجه ضروری است که والدین با آگاه شدن از نقش مهم و اساسی دندان‌های شیری، انجام مراقبت‌های بهداشتی لازم و مراجعات و معاینات منظم توسط متخصص دندانپزشکی کودکان را جدی بگیرند تا پوسیدگی‌ها و مشکلات دندانی به‌موقع توسط این متخصصان پیشگیری و در صورت ایجاد، کشف و درمان شوند.

دکتر آتوسا جانشین
متخصص دندانپزشکی کودکان
استادیار دانشکده دندانپزشکی گیلان
Email: atousa_343@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

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

چگونه از پوست خود در زمستان مراقبت کنیم؟

دکتر امید زرگری

نه‌تنها نور خورشید بلکه پوست ما نیز فصل‌ها را دنبال می‌کند؛ در تابستان پوست برنزه می‌شود، در حالی که در زمستان پوست در مقایسه با تابستان، غیربرنزه و کم‌رنگ‌تر و در عین‌حال خشک‌تر است. بنابراین متناسب با تغییر فصول، مراقبت‌های پوست نیز تغییر می‌کند.

هوای سرد بیرون از منزل و هوای گرم منزل، هر دو پوست را خشک می‌کنند. متناسب با فعالیت خارج از منزل، محافظت از نور خورشید نیز لازم است. در زمستان در مقایسه با تابستان پوست به نور خورشید حساس‌تر است زیرا در تابستان پوست تیره‌تر شده، حساسیت به نور کمتر است، اما در زمستان پوست روشن‌تر بوده و به نور حساس‌تر است.

استرس نور خورشید در زمستان در مناطق کوهستانی تقریباً معادل استرس نور خورشید در تابستان در کنار ساحل است. بازتاب اشعه فرابنفش در مناطق کوهستانی به‌دلیل بازتاب اشعه از روی برف و یخ، شدید است؛ به‌علاوه متناسب با افزایش ارتفاع، شدت آسیب نوری افزایش می‌یابد و در مجموع آسیب نوری در مناطق کوهستانی در زمستان متناسب با آسیب نوری در ساحل کنار دریا در یک روز تابستانی است. به‌همین دلیل است که به‌دنبال اسکی معمولاً دچار آفتاب‌سوختگی می‌شویم. حتی در یک روز ابری، شدت اشعه فرابنفش به اندازه‌ای هست که بتواند به پوست شما آسیب برساند، بنابراین حتی در زمستان نیز باید به‌فکر مراقبت از پوست‌تان در مقابل نور خورشید باشید.

توصیه‌هایی برای مواقع اسکی و کوهپیمایی

- استعمال ضد آفتاب برای تمام نواحی در معرض نور
- محافظت شدیدتر در ارتفاعات بالاتر
- محافظت از چشم‌ها با عینک‌های ضد آفتاب محافظت‌کننده UVA و UVB
- محافظت از لب‌ها با کرم‌های حاوی مواد محافظت‌کننده UV.

به‌منظور محافظت از نور آفتاب توصیه می‌شود ۲۰ دقیقه قبل از خروج از منزل از کرم حاوی SPF بالا استفاده شود و از آن مهم‌تر تجدید استعمال ضد آفتاب به‌خصوص پس از تعریق یا شنا و هر دو تا سه ساعت است.

دکتر امید زرگری
متخصص پوست
نشانی: رشت، پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقه‌ی سوم، واحد یک، تلفن: ۳۳۱۱۷۵۲۰
Website: iranderma.com; drzargari.com
Telegram: telegram.me/dromidzargari
Email: O.Zargari@iranderma.com

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

توصیه‌های سازمان سلامت جهانی درباره آزمایش HIV توسط خود افراد

سازمان سلامت جهانی اواخر ماه نوامبر سال جاری، با انتشار توصیه‌هایی در زمینه خودسنجی یا آزمایش HIV توسط خود افراد (HIV self-testing) در خبرنامه خود به استقبال روز جهانی ایدز رفت. خودسنجی باید به‌عنوان یکی از روش‌های آزمایش HIV به همگان پیشنهاد شود. همچنین به بیماران مبتلا به HIV باید پیشنهاد شود به‌صورت داوطلبانه به شرکای جنسی خود نیز اطلاع دهند تا این آزمایش را انجام دهند (Voluntary assisted partner notification). سازمان سلامت جهانی از توزیع کیت‌های خودسنجی HIV به صورت رایگان یا به قیمت ارزان حمایت می‌کند.

کدام تعریف برای پیش‌دیابت بهتر است؟

بر اساس نتایج مطالعه‌ای در شماره نوامبر BMJ، آستانه قند ناشتای بالای ۱۰۰ یا هموگلوبین گلیکوزیله A1c بالای ۵/۷٪ خطر قلبی- عروقی را افزایش می‌دهد و معیار بهتری برای تشخیص پیش‌دیابت (Prediabetes) در بزرگسالان است.

در این پژوهش از ۵۳ مطالعه مشتمل بر داده‌های ۱/۶ میلیون نفر در مدت حدود ۱۰ سال استفاده شد. آستانه پیش‌دیابت بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت ۱۱۰ تا ۱۲٤ و انجمن دیابت آمریکا ۱۰۰ تا ۱۲٤ است. در انگلستان هموگلوبین A1c بین ٦ تا ٦/٤ و در آمریکا ۵/۷ تا ٦/٤ پیش‌دیابت تلقی می‌شود.

این پژوهشگران می‌گویند قند ناشتای بالای ۱۰۰ و A1c بالای ۵/۷ خطر نسبی وقایع قلبی- عروقی و مرگ‌ومیر را ۱/۱۳ برابر افزایش می‌دهد و معیار بهتری برای تشخیص پیش‌دیابت است.

کاهش امید به زندگی در ایالات متحده

بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، امید به زندگی در ایالات متحده در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال قبل از آن ۰/۲ سال کاهش یافته است. هر چند این رقم کوچک به‌نظر می‌رسد اما این اولین بار در طول بیش از دو دهه است که امید به زندگی در این کشور کاهش می‌یابد.

بیشترین افزایش مرگ‌ومیر مربوط به بیماری قلبی، بیماری مزمن تنفسی، سکته مغزی و آلزایمر است، در حالی که مرگ‌ومیر ناشی از سرطان کاهش یافته است. برخی صاحب‌نظران دلیل اصلی کاهش امید به زندگی را اپیدمی چاقی می‌دانند. شاید پزشکان به مرزی رسیده‌اند که بیش از این نمی‌توانند کاری برای افزایش امید به زندگی انجام دهند. اپیدمی سوءمصرف داروهای مسکن

شبه‌تریاک هم می‌تواند موثر باشد. رکود اقتصادی در هر دو مورد فوق موثر است و موارد خودکشی را هم افزایش می‌دهد.

پنج توصیه مایوکلینیک برای پیشگیری از دیابت

مایوکلینیک در ماه سپتامبر توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا برای پیشگیری از دیابت را در سایت خود منتشر کرده است:

– فعالیت جسمانی بیشتر
– مصرف فیبر و غلات سبوس‌دار
– کاهش وزن
– اجتناب از کاهش وزن سریع
– استفاده از رژیم‌های غذایی که مصرف همه انواع غذاها را مجاز می‌دانند.

وقتی صحبت از دیابت و بیماری‌های مزمن دیگر می‌شود، تغییر شیوه زندگی موثرترین اقدام برای پیشگیری یا کندتر کردن سیر بیماری است.

خطر آلزایمر کاهش یافته است

جمعیت سالمندان در ایالات متحده طی سال‌های اخیر رو به رشد بوده و این منجر به افزایش تعداد مبتلایان به آلزایمر شده است، ولی مطالعات بسیاری در این زمینه در آمریکا و سایر کشورهای توسعه‌یافته انجام شده که در واقع مطرح‌کننده کاهش خطر دمانس طی ۲۵ سال اخیر است.

یک مقایسه در شماره نوامبر JAMA Intern Med نشان می‌دهد خطر دمانس و آلزایمر طی دهه اخیر ۳٪ کاهش یافته است. به‌نظر می‌رسد سلامت مغزی جامعه بهبود یافته است. پژوهشگران علت احتمالی این کاهش را ارتقای آموزش و کنترل عوامل خطرساز قلبی– عروقی می‌دانند، اما علت قطعی آن روشن نیست.

دستورالعمل درمان خونریزی از بینی

انجمن گوش و حلق بینی فرانسه دستورالعمل درمان خونریزی از بینی در بزرگسالان را در شماره اکتبر مجله European Annals of Oto-rhino-laryngology منتشر کرد. رووس این دستورالعمل به‌شرح زیر است:

– درمان اولیه شامل تمیز کردن لخته‌ها و کمپرس دو انگشتی است.
– در موارد خونریزی مداوم، بیحسی موضعی همراه با داروی تنگ‌کننده عروقی پیش از هر اقدام تشخیصی یا درمانی دیگری الزامی است.
– اگر منشاء خونریزی قدامی نباشد، اندوسکوپی بینی در بیشتر موارد منشاء خونریزی را مشخص خواهد کرد و باید انجام شود.
– در موارد خونریزی فعال، کوتریزاسیون به‌شرطی توصیه می‌شود که محل خونریزی مشخص باشد.
– در مواردی که محل خونریزی نامشخص یا کوتریزاسیون ناموفق باشد، پانسمان فشاری توسط پزشک غیرمتخصص قابل انجام است، اما اندوسکوپی بینی باید در اولین فرصت توسط پزشک متخصص گوش و حلق و بینی انجام شود.
– توصیه‌های لازم در زمینه اقداماتی که در صورت وقوع خونریزی از بینی در منزل باید انجام شود، باید به بیماران ارایه شود و خطرات درمان‌های مختلف نیز توضیح داده شود.

الزام نصب برچسب روی داروهای هومیوپاتی مبنی بر بی‌تاثیر بودن آن‌ها

هومیوپاتی یا همسان‌درمانی یک شیوه پزشکی جایگزین است. بنا به ادعای طرفداران آن، هومیوپاتی یک روش درمانی بر اساس این ایده است که همانند، همانند را شفا می‌دهد و تحریک دستگاه ایمنی بیمار با داروهای هومیوپاتی، فرد را به‌سمت بهبودی سوق می‌دهد. اما شواهد علمی برای اثبات این ادعا وجود ندارد.

داروهای هومیوپاتی در ایالات متحده به‌صورت بدون نسخه در بازار فروخته می‌شود و اغلب آن‌ها تحت نظارت اداره غذا و دارو (FDA) نیست. کمیسیون تجارت فدرال (FTC) این کشور در ماه نوامبر نصب برچسب‌هایی را روی این داروها الزامی ساخت که اعلام می‌کنند این داروها از نظر طب مدرن بی‌اثر هستند. به‌علاوه در این برچسب‌ها باید قید شود که هیچ مطالعه علمی درباره آثار و عوارض این داروها انجام نشده است و آثار مورد ادعا تنها به‌طور فرضی و بر اساس نقل قول از متون طب سنتی ذکر شده است.

اولین گزارش وزارت سلامت آمریکا در زمینه اعتیاد به‌عنوان بیماری و نه جرم

سالانه در این کشور بیش از ۸۸.۰۰۰ نفر از الکل و ۴۷.۰۰۰ نفر از مواد مخدر فوت می‌کنند. این بخشی

از گزارشی است که وزارت سلامت ایالات متحده در ماه گذشته منتشر کرد. هدف اصلی انتشار این گزارش، تغییر نگرش‌ها در زمینه اختلالات سوءمصرف مواد عنوان شده است.

تعداد افرادی که مبتلا به یکی از اختلالات اصلی سوءمصرف مواد هستند در آمریکا ۲۷ میلیون نفر یعنی تقریباً معادل تعداد مبتلایان به دیابت و یک و نیم برابر شیوع انواع سرطان است. هزینه‌ای که از محل سوءمصرف مواد به این کشور تحمیل می‌شود سالانه ٤٤٢ میلیارد دلار برآورد می‌شود. حدود ٦٧ میلیون آمریکایی در طول یک ماه گذشته حداقل یک بار اقدام به نوشیدن افراطی الکل کرده‌اند.

این گزارش به مرور اصول زیست‌عصب‌شناختی این اختلالات پرداخته و با بررسی مداخلات مختلف برای پیشگیری و درمان آن‌ها، درباره فرآیند طولانی رهایی از مواد مخدر و الکل بحث می‌کند.

حافظه چگونه کار می‌کند؟

این مطالعه در شماره دسامبر مجله Science نشان می‌دهد حافظه انسان احتمالاً با ضربان‌های مغناطیسی کار می‌کند و می‌توان با تحریک مغناطیسی مغز، خاطرات فراموش‌شده را بازیابی کرد. این یافته‌ها بخشی از پژوهشی است که ادعا می‌کند حافظه کاری (Working memory) که بخشِ فعال حافظه کوتاه‌مدت است، بسیار کمتر از آن چه قبلاً تصور می‌شد فرّار و ناپایدار است.

فرضیه غالب در زمینه حافظه کاری از دهه ۱۹۵۰ تاکنون این بوده که حفظ اطلاعات در سلول‌های عصبی مربوط به حافظه کاری نیاز به فعالیت مداوم این سلول‌ها دارد. افت فعالیت این سلول‌ها منجر به حذف دایم آن اطلاعات از حافظه خواهد شد. مطالعه اخیر توسط پژوهشگران دانشگاه ویسکانسین آمریکا نشان می‌دهد فرضیه فوق درست نیست و با تحریک مغناطیسی این سلول‌ها (Transcranial Magnetic Stimulation یا TMS) می‌توان آن اطلاعات را بازیابی کرد.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ٤٤٢٤٣٤٤٧
Website: azizafshari.com
Email: babak_azizafshari@yahoo.com

سرکار خانم دکتر **ندا نبوی**، جناب آقای دکتر **علی ارغوان نجفی**
درگذشت پدر گرامی خانم دکتر نبوی را به شما دوستان ارجمند و دیگر اعضای محترم خانواده به‌ویژه سام عزیز تسلیت می‌گوییم.
ماهنامه پزشکان گیل

سرکار خانم دکتر **سیده آمنه سیدجوادین**
جناب آقای دکتر **سیدمصطفی سیدجوادین**
درگذشت پدر بزرگوارتان را به شما همکاران گرامی و سایر بازماندگان تسلیت می‌گوییم.
ماهنامه پزشکان گیل

نخستین سفر هوایی

دکتر فضل‌الله آصف

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

سال چهارم دانشکده پزشکی تهران بودم. اواخر اسفندماه بود که پذیرش من از فرانسه رسید. در ایران دوره پزشکی شش سال و در فرانسه با محاسبه یک سال P.C.B (فیزیک، شیمی و بیولوژی) هفت سال بود. این یک سال مقدماتی برای ورود به دانشکده پزشکی، معادل همان پیش‌دانشگاهی امروزی‌ها بود. (در آن زمان بعد از دوره دبستان، سه سال دوره اول دبیرستان یا سیکل اول وجود داشت و سیکل دوم شامل دو سال علوم عمومی و یک سال تخصصی بود. سه رشته تحصیلی دبیرستانی داشتیم: رشته‌های علوم طبیعی، ریاضی و ادبی.) بنابراین با توجه به اختلاف بین نظام آموزشی ایران و فرانسه، من در دانشگاه مون‌پلیه (Montpellier) به‌عنوان دانشجوی سال سوم پذیرفته شدم. البته این تفاوت در برگه ارزشیابی تحصیلی دانشگاه مون‌پلیه قید شده بود.

ابتدای مسافرت شنیدنی است. سال‌های اشغال قوای متفقین (آمریکا، انگلیس و شوروی) بود. ایستگاه مسافرت از رشت به تهران، گاراژ «شیشه» (ابتدای خیابان شریعتی فعلی) بود. در آن زمان مردم آن‌قدر بار از انواع محصولات گیلان نظیر چای، برنج، ماهی سفید، دودی و شور، جوجه، آب‌غوره، انار ترش، گردو، دَلار (نوعی چاشنی از سبزیجات محلی که با میوه صرف می‌شود)، پنیر سیامزگی (نوعی پنیر محلی) و اُرسی ماسوله (نوعی چارُغ محلی) برای بستگان به تهران می‌بردند که راه رفتن در راهروی اتوبوس به‌سختی ممکن بود. صندلی کم بود و غالباً روی بارها هم مسافر می‌نشست. اغلب اتوبوس‌ها، شِوْرولِت بود که مردم محلی شِولِت تلفظ می‌کردند. بار اضافه، مسافر اضافه و فرسودگی اتوَمبیل باعث می‌شد که در سربالایی جاده قدیم امامزاده هاشم، ماشین نکشد و موتور جوش بیاورد. ناچار شاگرد شوفر که شخص دوم اتوبوس به‌حساب می‌آمد، با داد و فریاد می‌گفت: «یا الله، مسافرین بیایید پایین!» و بعد با چوب‌هایی پهن و ضخیم به‌شکل مثلث‌هایی پهن که بی‌شباهت به قطعاتی از اهرام مصر نبود، در کنار اتومبیل می‌ایستاد و یا الله گویان به راننده می‌گفت: «دنده بزن، گاز بده.» و هر وقت که احتمال می‌رفت که ماشین به عقب سرازیر شود، از همان چوب‌های سنگین و به‌اصطلاح روز «دنده پنجم» در پشت چرخ‌های عقب می‌گذاشت تا اتوبوس خودش را به بالای تپه برساند و همین مساله در گردنه ملاعلی (نرسیده به قزوین) تکرار می‌شد. بحمدالله این دو محظور در جاده فعلی نیست. در آن زمان همیشه مشکل وسایل یدکی وجود داشت. لاستیک‌های کهنه و فرسوده به‌سرعت زیر نور آفتاب گرم می‌شدند و خطر ترکیدگی وجود داشت؛ از این رو غالباً هنگام غروب و شب‌ها از رشت به تهران می‌رفتند. بعدها ارامنه خوش‌ذوق ما شرکت T.C.C را دایر کردند که سر ساعت حرکت می‌کرد و در راهروی ماشین هم بار نمی‌زدند. سرویس منظمی بود که موجب ایجاد شرکت‌هایی مثل T.B.T، لوان‌تور و... شد. در آن زمان هنوز خط هوایی راه نیافتاده بود و از هواپیماهای توپولف، آنتونوف و C130 هم خبری نبود.

به‌هر تقدیر مرحوم مادرم که خیلی معتقد بود، مثل همه مادران، قرآن، اسپند و کاسه آب را هنگام حرکت حاضر کرد. بستگان می‌گفتند: «حاجیه خانم، طول ندهید. اتوبوس حرکت می‌کند.» مادرم همچنان دعا می‌خواند و سفر به‌خیر می‌گفت. پدرِ مادرم، آقا شیخ محمدطاهر پیشنماززاده، از

بزرگان و یک روحانی برجسته بود. خدا رحمتش کند. منزل او وصل به هتل ایران سابق در میدان شهرداری رشت بود.

جان کلام با سرویس T.C.C به‌همراه مرحوم پدرم به تهران رفتیم. پاسپورت (گذرنامه)، ویزای تحصیلی سفارت فرانسه به‌همراه پذیرش وزارت علوم آن کشور و بلیت هواپیمایی S.A.S (معروف به سوئدی) را گرفتیم. برای تامین مختصر خرج زندگی دانشجویی، با مرحوم پدرم به صرافی لاله، انتهای خیابان ناصرخسرو، اول بازار تهران رفتیم. ۵۰ پوند استرلینگ برای من گرفت. وزارت فرهنگ آن روز، ارز نمی‌داد. بانک ملی ما هم همیشه با میدلند بانک لندن مشکل داشت. در کشور نفت‌خیزمان ارزهای خارجی نظیر دلار و پوند و... را به‌نفع عده‌ای بلوکه کرده، می‌خوردند و ما دانشجویان باید از بازار سیاه خرج تحصیل تهیه می‌کردیم.

سرانجام با سلام و صلوات و خواندن «و ان یکاد...» سوار هواپیما شدم که در آن زمان طیاره می‌گفتند. این هواپیما چهار موتوره و ملخ‌دار بود. ۵۴ صندلی هم داشت، ولی مسافرین آن فقط سه نفر بودند! غیر از من، یکی از خوانین جنوب ایران و یک جوان آمریکایی بلندقد هم بود. ابتدا از تهران به بیروت رفتیم. هواپیما سوختگیری کرد، ولی خبری از مسافر جدید نبود. سپس به آتن رفتیم. مجدداً عملیات تامین سوخت انجام شد، ولی باز هم کسی سوار هواپیما نشد.

در هواپیما خان با جوان آمریکایی کارت (ورق) بازی می‌کردند و به‌اصطلاح پوکر می‌زدند. به من هم تعارف کردند. از ترس از دست دادن ۵۰ پوند، گفتم: «من بلد نیستم.» سرویس هواپیما کامل بود. به رُم که رسیدیم، شرکت S.A.S برای ما در هتل جا گرفت. آن زمان رسم این‌طور بود. نقل و انتقال مسافرین به‌طور کامل برعهده شرکت هوایی بود و مثل امروز مسافرین هواپیما فراوان نبودند. مرد آمریکایی موقع پیاده شدن از هواپیما به زبان فرانسه به من گفت: «بیا، امشب مهمان من هستی! خرج همه پای من است. مهماندارها هم مهمان هستند. به تو خوش خواهد گذشت.» تشکر کردم و گفتم: «نه، مرسی!» (No, merci!) یک‌دفعه به فارسی گفت: «ناز نکن. من کنسول آمریکا در تهران هستم و لیسانس زبان و ادبیات فارسی دارم. فارسی خوب می‌دانم ولی فرانسه من ضعیف است.» بیشتر هول شدم و تشکرکنان عذر خواستم!

روز بعد از رم به پاریس حرکت کردیم. باز هم همان سه نفر بودیم. ناگهان خلبان از بلندگو اعلام کرد بر فراز کوهستان آلپ هوا توفانی است و احتمال دارد گه‌گاهی در چاله‌های هوایی بیافتیم و احساس سقوط پدیدار شود، ولی نگران نباشید. تکان‌های شدید هواپیما، کج و کوله شدن و

دانشکده پزشکی دانشگاه مون‌پلیه؛ قدیمی‌ترین مدرسه پزشکی جهان که هنوز فعال است.

ناگهان به چپ و راست منحرف شدن آن، موجب سرگیجه، حالت استفراغ، رنگ‌پریدگی و بی‌حالی من شد. سرانجام پس از چهار ساعت پرواز بین رم و پاریس به فرودگاه اورلی (Orly) رسیدیم. دیگر حالی بر من نبود. اتوبوس گاراژ شیشه و T.C.C کجا و طیاره‌سواری کجا؟!

مهماندارهای هواپیما مرا تحویل پرستاران صلیب سرخ فرودگاه دادند و آن‌ها مرا به درمانگاه بردند. دکتر از حالم پرسید. با زبان شکسته بسته شرح‌حال گفتم. پرسید: «آیا سفرِ اول شماست؟» گفتم: «بله!» گفت: «چند دقیقه بنشین، فوراً حالت جا می‌آید.» همین‌طور هم شد. موقع خروج از فرودگاه از آمریکایی خبری نبود. غیبش زده بود. خان خوزستانی که مرد پخته و متینی به نظر می‌رسید، از من پرسید: «آیا کسی را این‌جا در پاریس داری؟» گفتم: «نه، قربان. قرار است تلفن کنم تا یک همشهری به‌دنبال من بیاید.» بنده خدا گفت: «آقا جان، عزیز من، تو در این شهر بزرگ و با این چمدان‌های سنگین کجا می‌خواهی هتل پیدا کنی؟ با من بیا. در همان هتلی که برای خودم جا رزرو کرده‌ام، برایت جا می‌گیرم.» راه و چاه را بلد بود. عظمت فرودگاه در آن روز و راه و رسم‌ها برایم خیلی ناآشنا بود. تاکسی گرفت و مرا هم سوار کرد و آدرس هتل را به راننده داد.

یک‌دفعه دیدم که وارد میدان عظیم اتوآل (Etoile) شدیم. بنای معروف آرک دو تریومف (طاق نصرت: Arc de Triomphe) هم در این میدان واقع شده است. ۱۲–۱۰ خیابان معروف به این میدان منتهی می‌شوند که از آن جمله می‌توان به خیابان‌های شانزِ اِلیزه (Champs-Elysées)، واگرام (Wagram)، مک‌ماهون (Mac-Mahon)، گرند آرمه (Grande Armée)، فوش (Foch)، ویکتور هوگو (Victor Hugo)، کلِبـِر (Kléber) و... اشاره کرد. تعدادی از این خیابان‌ها به جَنگَل معروف بوآ دو بولُن (Bois de Boulogne) که در جنوب غربی میدان اتوآل واقع شده است، منتهی می‌شوند. امروزه میدان اتوآل را به‌افتخار ژنرال وطن‌دوست فرانسوی، شارل دوگل (Charles de Gaulle) نیز می‌نامند.

سپس به یکی از خیابان‌ها مجاور پیچیدیم و مقابل یک هتل توقف کردیم. خان قبلاً جا گرفته بود. با مدیر هتل صحبت کرد و گفت: «به این دانشجو یک اتاق خوب بدهید.» مرا به یک اتاق پاکیزه، وسیع و مجلل بردند. با خود فکر کردم این‌جا اتاق خان است و من عوضی آمده‌ام. پس از استراحت، احساس گرسنگی بر من غلبه کرد. نمی‌خواستم در هتل غذا بخورم. قدم‌زنان به رستورانی در یکی از خیابان‌های اطراف میدان اتوآل وارد شدم. گارسون (پیشخدمت) صورت غذا را به دستم داد. اولاً که چیزی از آن اسامی قلمبه سلمبه نمی‌فهمیدم، ثانیاً تبدیل ذهنی قیمت آن‌ها از فرانک به ریال به‌کلی اشتهایم را از بین برد. تنها کلمه‌ای که به چشمم آشنا آمد، اوف اُپلا (Œuf au Plat) بود. کمی فهمیدم که گویا صحبت از تخم‌مرغ است و پلا هم مرا به‌یاد وطن انداخت! (پلو به لهجه گیلکی پلا تلفظ می‌شود.) انگشت روی آن گذاشتم و به پیشخدمت نشان دادم. پرسید: «Vin (شراب)؟» گفتم: «نه.» پرسید: «Bière (آبجو)؟» گفتم: «نه.» اخلاقش کمی تند شد و گفت: «پس یک آب معدنی (Perrier)!» آخر صورت‌حساب چیزی که سفارش داده بودم از نظر آن پیشخدمت، حکایت خرج یک ساندویچ معمولی در خیابان ناصرخسرو بود. از پلو خبری نبود. دو تخم‌مرغ نیمرو با یک قطعه کوچک نان غذای من شد، ولی پول همین غذای ساده معادل هزینه بهترین رستوران‌های کشور خودمان بود.

این وضع را که دیدم یادم افتاد که بیژن سرتیپی، از همکلاسی‌هایم در مدرسه شاهپور رشت (شهید بهشتی فعلی) در پاریس مشغول تحصیل در مقطع P.C.B است. تلفن او را خانواده محترم و بزرگوارش به پدرم داده بودند تا در صورت احتیاج با او تماس بگیرم. من با سیستم تلفن پاریس در آن روز آشنا نبودم. در آن زمان در پاریس ابتدا پیش‌شماره منطقه و سپس شماره مورد نظر را می‌گرفتند. از مسوول پذیرش هتل خواستم که شماره را برایم بگیرد. زن پیری گوشی را برداشت که از قضا صاحب‌خانه او بود. پای تلفن از فرانسه شکسته بسته من متوجه شد که غریب هستم و باید کسی برای راهنمایی من به هتل کلِبـِر (Kléber) بیاید. در سالن هتل منتظر نشستم. پس از مدتی بیژن آمد. همان همشهری متوسط‌القامه و خوش‌صحبت بود. تا مرا دید، گفت: «این‌جا چرا آمده‌ای؟! چرا از سازمان جلب سیاحان (گردشگری) تقاضای یک اتاق دانشجویی نکردی؟ مگر نمی‌دانی که این خیابان یکی از گران‌ترین خیابان‌ها و این هتل یکی از گران‌ترین هتل‌های پاریس است؟ هزینه اقامت یک شب تو در این‌جا، معادل خرج دو هفته تو در یک بخش نیمه‌دولتی است. این‌جا محل اقامت آقای احمد قوام (قوام‌السلطنه) نخست‌وزیر ایران است!» گفتم: «من که آشنایی نداشتم و تنها همسفر من که یکی از خوانین جنوب بود، وقتی دید که سفر هوایی مرا بی‌حال کرده است، مرا به درمانگاه صلیب سرخ برده‌اند و جایی را در پاریس نمی‌شناسم، دلش سوخت و مرا با خود به این‌جا آورد.» من از خان برای کمکی که کرده بود، سپاسگزاری

کردم. بیژن سرتیپی هزینه هتل را که تقریباً معادل یک ماه هزینه تحصیلی دوره ما بود، پرداخت و سپس دست مرا گرفت و به ایستگاه راه‌آهن برد.

بیژن برایم شرح داد: «تا عید نوروز چند روز بیشتر باقی نمانده است. بعد از ماه مارس که در جنوب فرانسه هوا گرم می‌شود، تو سه ماه وقت خواهی داشت که سال سوم را بگذرانی. من به نعمت‌الله شهرستانی، دوست قدیمی‌مان، تلگراف می‌زنم و روز و ساعت حرکت قطار پاریس–مون‌پلیه را به او اطلاع می‌دهم تا به‌موقع در ایستگاه راه آهن منتظر باشد که تو را راهنمایی کند.» ضمن تشکر فراوان، با او خداحافظی کردم و عازم مون‌پلیه شدم. از پاریس تا جنوب خیلی راه است. با ترن ۸–۷ ساعت طول کشید. در ایستگاه راه‌آهن گار (Gare) همشهری و دوست قدیمی‌ام از دبستان فاریابی شماره یک و مدرسه شاهپور، با آن قد بلند که یادآور نژاد کوهستانی گیلان بود، حضور داشت. پس از احوالپرسی و شرح سفر، چمدان‌های مرا در ایستگاه گار به امانت گذاشت و مرا به دانشکده پزشکی برد. جنگ تازه تمام شده بود. پیرمردها و پیرزن‌ها با صندلی تاشو سفید و سبک در خیابان قدم می‌زدند تا سایه‌ای زیر درخت‌های نارون یا زیرفون (تیلول) بیابند و استراحت کنند. فرانسوی‌ها که در آن دوره دچار مشکلات اقتصادی بودند، اگر از صندلی‌های قابل حمل و نقل شهرداری استفاده می‌کردند، باید مختصری پول می‌پرداختند؛ از این رو برای گریز از هزینه مبلغ کرایه، صندلی‌ها را از منزل با خود می‌آوردند.

به‌هر تقدیر نعمت‌الله خان دست مرا گرفت و وارد دانشگاه شدیم. به‌سوی دبیرخانه که راه افتادیم، من کمی مکث کردم. پرسید: «چه شده؟ خسته شده‌ای؟» گفتم: «نه. دلم گرفته است. به‌یاد وطن افتاده‌ام. ساختمان دانشکده پزشکی تهران با آن راهروهای پهن و سفید، فضایی دلگشا داشت، ولی این‌جا همه‌چیز سیاه است. پیرزن‌ها و پیرمردهایی که زیر سایه درختان نشسته‌اند، همه سیاه پوشیده‌اند. محیط دانشکده تیره و تار است.» برای تلطیف احساس من گفت: «به تابلوی بالای سرت نگاه کن.» نگاه کردم؛ دیدم نوشته شده: «این دانشگاه در ۷۸۰ سال قبل افتتاح شده است!»

القصه به دبیرخانه که رسیدیم، آهسته در زد. کسی گفت: «داخل شوید.» وقتی وارد شدیم، من یک مرد مسن با روپوش اُرمک بلند قهوه‌ای‌رنگ، سبیل سفید و عینک ضخیم دیدم. شهرستانی سلام کرد و گفت: «این هموطن من برای ثبت‌نام آمده است.» مرد مسن اسمم را پرسید. گفتم: «فضل‌الله آصف.» او پرسشگرانه مرا از نظر گذراند. انگار سعی می‌کرد چیزی را به‌خاطر بیاورد. سرانجام پس از اندکی مکث گفت: «آه، بله، بله. وزارت فرهنگ ارزشیابی تحصیلی سه نفر را فرستاده است.» به کتابخانه اشاره کرد و ادامه داد: «آن بالا گذاشته‌ام. کنار اسناد دانشکده است. گمان

شهر دانشجویی پاریس (Cité Universitaire)

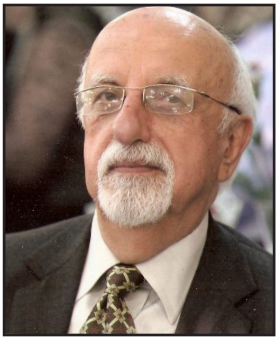
می‌کنم دوسیه (پرونده: Dossier) شماره ۴۳۳۵ باشد.» بعد نردبان متحرکی را که دارای دو غلتک (بلبرینگ) بود و در دو سوی سطح داخلی خود از هر طرف با گیره‌هایی به کتابخانه متصل شده بود، به گوشه کتابخانه غلت داد، سپس از آن بالا رفت و یک پرونده را پایین آورد. آن را باز کرد و نگاهی انداخت و گفت: «خیلی دیر شده است. دو سه ماه بیشتر به پایان سال تحصیلی نمانده. باید خیلی زحمت بکشی وگرنه یک سال را از دست می‌دهی. من پرونده شما را خوانده‌ام. شما در تهران سال چهارم بودید و حالا یک سال پایین‌تر قرار می‌گیرید. اگر بتوانی امتحانات را بگذرانی، بخت با تو یار بوده است. حال کمی صبر کنید تا شما را راهنمایی کنم.» بعد پشت میز قدیمی و تیره‌اش رفت و چند کارت نوشت. سپس آن‌ها را به من داد و گفت: «۱. این کارت دانشجویی شماست؛ ۲. این کارت جیره غذای شماست، اما چون شما ۲۰ سال و شش ماه دارید، با این‌که دانشجوی پزشکی هستید، سهمیه کره به شما تعلق نمی‌گیرد؛ ۳. یک کارت خرید شامل ۱۰٪ تخفیف برای لباس، کفش و وسایل بیمارستانی دارید؛ ٤. یک معرفی‌نامه هم برای رییس پلیس و مسوول کلانتری دارید که من به شما می‌دهم.» سپس در حالی که به روبان قرمز روی روپوش ساده و مندرس خود اشاره می‌کرد، اضافه کرد: «او در جنگ با من همرزم بود. هر دو نشان افتخار گرفته‌ایم. او مرد محترم و افسر شایسته‌ای است. علاقه خاصی نیز به دانشجویان پزشکی دارد، چون آن‌ها در ایام جنگ جهانی خیلی به ارتش خدمت کرده‌اند. نامه مرا به او بده. فوراً برایت کارت شناسایی فرانسوی صادر می‌کند. فقط رنگ کارت شناسایی تو با کسانی که ملیت فرانسوی دارند یا تبعه این کشور هستند، فرق خواهد داشت. یکی سرخ پررنگ و دیگری کمرنگ است.»

در پایان از من پرسید: «آیا در این‌جا منزل داری؟» گفتم: «خیر، ندارم. چند ساعت بیشتر نیست که وارد این شهر شده‌ام.» در این هنگام او کاغذی برداشت و چیزی نوشت و گفت: «این هر دو نشانی، نزدیک دانشگاه است. می‌توانی پیاده بروی و بیایی. به دوچرخه هم احتیاجی نداری. این صاحب‌خانه‌ها، خانه‌های‌شان را در مقابل دریافت پول اجاره نمی‌دهند، بلکه آن‌ها به جنب‌وجوش مستاجرین خود نیاز دارند، زیرا فرزندان آن‌ها در جنگ جهانی دوم در دفاع از میهن شهید شده‌اند.» این اصطلاح را آن روز یاد گرفتم: «برای خاک وطن به خاک افتاده‌اند!»

تشکر کردم و از دبیرخانه خارج شدیم. بدیهی است که من در آن زمان هنوز زبان مُحاوره و گفت‌وگو را به‌خوبی نمی‌دانستم. مکالمه فرانسوی من خیلی ضعیف بود؛ گرچه، خودم فکر می‌کردم به‌اندازه لازم می‌دانم، اما این‌طور نبود! از نعمت‌الله خان پرسیدم: «این آقا که بود؟ چه‌کاره بود؟» گفت: «این سردبیر دانشکده پزشکی دانشگاه است.» در ایران آن روز تشریفات زیادی وجود داشت، چه در گفتار و چه در کردار؛ و هرگز چنین نبود که رییس یک بخش اداری تا این حد ساده و صمیمی باشد و همچون دوستی دلسوز، یک دانشجوی غریب را راهنمایی کند. از این رو من سخت شگفت‌زده شدم و در حالی که مات و مبهوت به نعمت‌الله خان خیره شده بودم، گفتم: «جدی می‌گویی یا شوخی می‌کنی؟!» گفت: «حقیقت دارد.» در آن لحظه با خود اندیشیدم چه‌قدر فرق است بین دانشگاه مون‌پلیه با حدود ۸۰۰ سال سابقه و موسسات جدیدالتاسیس اداری ایران که در آن‌ها حتی یک کارمند دون‌پایه هم خود را رییس‌کل می‌داند!

به‌هر تقدیر ظرف سه چهار ماه، سال سوم را در دانشگاه مون‌پلیه گذراندم و برای تحصیل در سال چهارم به پاریس بازگشتم. ماجرای ثبت‌نام تقریباً به همان شکل در پاریس هم تکرار شد؛ ضمن این‌که کمیسر پلیس این شهر به من گفت که در صورت تغییر نشانی محل سکونت، باید به آن‌ها اطلاع بدهم.

در پاریس گاهی آقا بیژن را می‌دیدم. او چنان شیفته فرهنگ سوئد بود که به‌هیچ‌روی نمی‌توان آن را توصیف کرد. تا آخرین سال دانشکده طب در مقابل کوی دانشجویان پاریس (شهر دانشجویی: Cité Universitaire) در منزل همان پیرزن سکونت داشت. دوچرخه‌ای داشت که به‌یاد دارم پر از آرم و نشانه‌های سوئد بود. پرچم سوئد و نشان دانشجویی سوئد که شامل یک کلاه دانشجویی سفیدرنگ بود، همواره زیب و زینت دوچرخه‌اش بود. او بعد از اتمام دوره دکترای پزشکی بلافاصله به سوئد رفت. بعدها، در ایامی که من دوره تخصص قلب را می‌گذراندم، با شوهر خواهرش به پاریس آمدند و به‌یاد دارم که زیر محل سکونت من منزل گرفته بودند. داماد ایشان هم از طرف انستیتو پاستور ایران برای یکی از تخصص‌های مورد نیاز کشور به پاریس فرستاده شده بود. او مرد بسیار موقر و دانشمندی بود. همسر ایشان هم مثل شوهر خود از خانواده‌های محترم رشت بودند و من گاهی برای آقای دکتر بیژن که سلام می‌رساندم، من‌باب مطایبه می‌فرمودند: «او دیگر سوئدی شده و از حال ما نمی‌پرسد!»



امیل بهرینگ:
کاشف آنتی‌بادی

دکتر بهمن مشفقی

قسمت اعظم دانشی که در زمینه بیماری‌های عفونی به دست آورده‌ایم را مدیون *امیل بهرینگ* (Emil von Behring: 1854-1911) هستیم. بهرینگ از جمله شاگردان روبرت کخ بود و سپس تحقیق‌کننده آثار او گردید. بعد از آن‌که چند سالی با عنوان جراح در ارتش خدمت کرد، در موسسه بهداشتی دانشگاه برلین دستیار

روبرت کخ شد و آن‌گاه به‌همراه او به موسسه جدید بیماری‌های عفونی انتقال یافت.

باکتری‌هایی که به‌صورت طفیلی در بدن موجود زنده وارد می‌شوند، زهری به نام توکسین ترشح می‌کنند که ماده‌ای شیمیایی از نوع مواد آلبومینی است. مثلاً این حقیقت شناخته شد که عامل بیماری‌زای باسیل دیفتری عبارت از توکسین خاص بیماری دیفتری است که ناظران متعدد در داخل کشت مایع باسیل دیفتری موفق به اکتشاف آن شدند.

بهرینگ ثابت کرد که بدن بیماری که دچار عفونت یکی از این باکتری‌ها باشد، علیه توکسین خاص آن، ماده‌ای به نام ضد توکسین (آنتی‌بادی یا پادتن) ایجاد می‌کند که از ترکیِب آن با توکسین مواد بی‌ضرر ایجاد می‌گردد. وی به این طریق توانست در سرم خون حیواناتی که با میکروب دیفتری آلوده شده بودند، آنتی‌توکسین یا پادتن خاص علیه دیفتری را کشف کند که چه در تن بیمار و چه در هنگامی که در لوله آزمایش با توکسین دیفتری ترکیب می‌شد، آن را خنثی می‌ساخت. اگر به‌تدریج و مرحله به مرحله مقادیری توکسین به حیوان تزریق کنند، مقادیر بسیار زیادی ضد توکسین (پادتن) در خون آن تشکیل می‌گردد و حیوان مزبور از ابتلا به بیماری مصونیت می‌یابد.

پس از سلسله‌ای از آزمایش‌های دقیق و وسیع، بهرینگ به این نتیجه رسید که هرگاه این ضد توکسین دیفتری را که در بدن حیوان ایجاد شده است به موجود انسانی تزریق کنند، نه فقط در وی مصونیتی کوتاه‌مدت و ناپایدار در مقابل ابتلا به بیماری دیفتری به وجود می‌آید، بلکه حتی برای کسی که بیماری دیفتری در بدن او رشد خود را آغاز کرده است، تاثیری علاج‌بخش خواهد داشت. بنابراین به‌وسیله معالجه با سرم، بدن بیمار را یاری می‌کنیم که در مقابل دشمن جبهه مقاومت تشکیل دهد. درواقع روشی که به‌کار می‌بریم، همان روشی است که در داخل بدن انجام می‌شود؛ یعنی بدن نیز برایِ رفع احتیاج خود، ضد توکسین ایجاد می‌کند. لیکن غالباً نمی‌تواند این کار را با سرعت انجام دهد یا مقدار کافی از آن تولید کند. بنابراین هنگامی که ما به‌طور مصنوعی ضد توکسین در بدن بیمار وارد می‌کنیم، درواقع به مقدار زیادی ماده دفاعی دست می‌یابیم که برای خنثی کردن اثر توکسین نیاز است. به این صورت نوعی مصونیت بعدی به وجود می‌آوریم. توفیقی که در معالجه بیماری دیفتری به‌دست آمد حیرت‌انگیز بود و هر جا که کاربرد ضدِ توکسین بهرینگ را مورد آزمایش قرار دادند، میزان مرگ‌ومیر بر اثر این بیماری ناگهان از ۴۸ درصد به ۱۳ درصد سقوط کرد.

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: ۴۲۲۳۳۳۴۳
Email: vahomanmdd@yahoo.com

تسلیت

همکار ارجمند، جناب آقای دکتر دادگری

جراح و متخصص محترم گوش حلق و بینی

درگذشت پدر گرامی‌تان را تسلیت می‌گوییم.

دکتر علی پرندآور

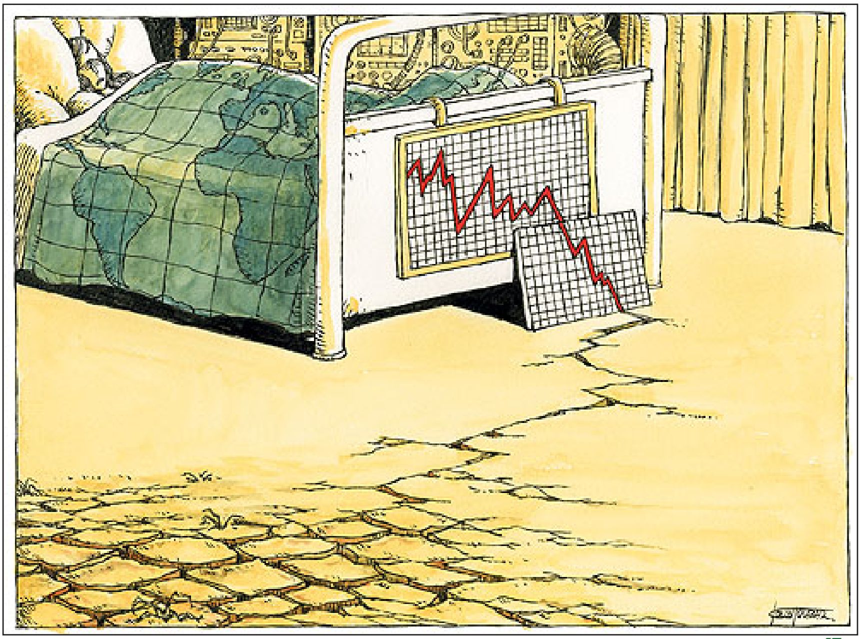
کارتون‌های پزشکی مایکل کونتوریس

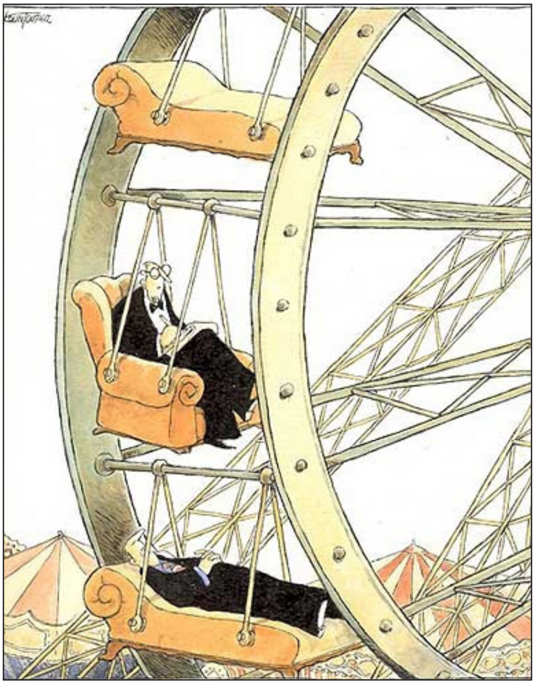
دکتر حسام نوروزی

مایکل کونتوریس (Michael Kontouris) در سال ۱۹۶۰ در رودس یونان به‌دنیا آمد. از سال ۱۹۸۵ به‌عنوان کارتونیست در روزنامه‌ها شروع به‌کار کرد. تکنیک شاخص او استفاده از ترسیم کاریکاتورها با قلم‌موی باریکی است که پس از طراحی‌های اولیه انجام می‌دهد.

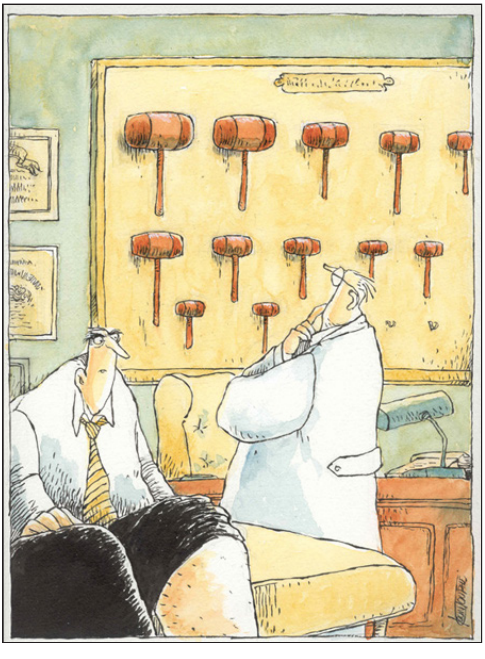
کونتوریس جوایز متعددی را نیز در مسابقات کاریکاتور به‌دست آورده است.

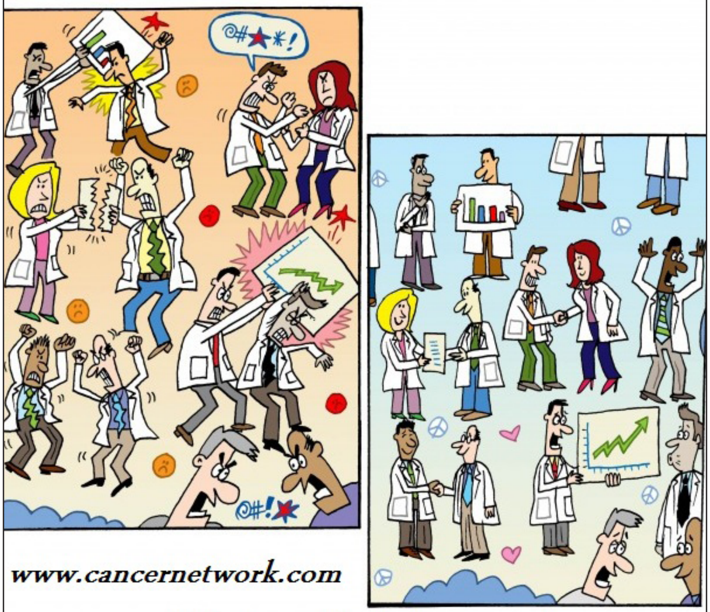
دکتر حسام نوروزی
Email: hesam_noroozi@yahoo.com





PRD





یازده روش برای ارتباط بهتر با همکاران

چگونه با همکاران رفتار کنیم؟

دکتر بابک عزیز افشاری

شاید ما در زمان دانشجویی در کلاس خود از بقیه سر بودیم. شاید به‌عنوان پزشک عمومی در مطب خصوصی یا در یک درمانگاه کار می‌کنیم. شاید دستیاری تخصصی یا فلوشیپ را گذرانده‌ایم و جایی به‌عنوان متخصص یا عضو هیات علمی دانشگاه مشغول به‌کار هستیم.

اصلاً مهم نیست چه و کجا هستیم. اگر با بیماران سروکار داریم، حتماً با همکاران هم سروکار داریم. گاهی با آن‌ها مریض می‌بینیم؛ گاهی در کنفرانس کنار هم می‌نشینیم یا به صحبت‌های هم گوش می‌دهیم؛ گاهی یکدیگر را پوشش می‌دهیم؛ و البته، گاهی درباره یکدیگر قضاوت می‌کنیم.

ممکن است برخی حرف‌ها یا کارهای یکدیگر را قبول نداشته باشیم. مهارت‌های ارتباطی ما گاهی مورد پسند

DON'T SAY...
با این مریض دیدنت بهتر بود بری مرخصی!
INSTEAD TRY...
امیدوارم مرخصی بهت خوش بگذره. وقتی برگشتی در مورد مریضات حرف می‌زنیم.
DON'T SAY...
باز یادت رفت واسه مریض داروی ضدتهوع تجویز کنی!
INSTEAD TRY...
با این مریض صحبت کردم. بهتره یه ضد تهوع براش تجویز کنیم.
DON'T SAY...
تو داری اینجا چه غلطی می‌کنی؟
INSTEAD TRY...
این مریض گرفتارم کرده– نظرت درباره‌ش چیه؟

DON'T SAY...
این روش دیگه قدیمی شده داداش!
INSTEAD TRY...
هی! یه مقاله درباره یه روش جدید درمانی پیدا کردم!
GUIDELINES
DON'T SAY...
داره میره اجرای دخترش رو در مدرسه ببینه؟ من که واسه این کارا وقت ندارم!
INSTEAD TRY...
خوش بگذره!
DON'T SAY...
کشیک تعطیل باز افتاد به تو؟ چند تا مریض وحشتناک واست دارم!
INSTEAD TRY...
این هفته چند تا مریض جالب دارم. همه کارهاشونو کردم. ممنون میشم نظرت رو بگی.

DON'T SAY...
هی! مریضات یه ساعته دارن دنبالت میگردن! کجایی؟
SYSTEM ERROR: MUST REFORMAT

INSTEAD TRY...
مثل این که امروز سرت شلوغه. کمکی از دست من برمیاد؟

DON'T SAY...
یه مریض دیگه با تب نوتروپنیک!
EMERGENCY ROOM

INSTEAD TRY...
فکر کنم برنامه شیمی‌درمانی رو باید بازبینی کنی.
EMERGENCY ROOM

DON'T SAY...
این مریض حتی نمیدونه چرا بستری شده! اصلاً باهاش حرف زدی؟
CARRIBEAN

INSTEAD TRY...
آقای اسمیت یادش نیست چی بهش گفتی! فکر کنم بهتره دوباره باهاش حرف بزنی.
CARRIBEAN

همدیگر نیست. گاهی به‌جایی می‌رسیم که فکر می‌کنیم نسل انسان‌های نئاندرتال شاید هنوز منقرض نشده است. در چنین مواقعی باید اندکی خویشتن‌دار باشیم. هیچ پزشکی نمی‌تواند ادعا کند که از این قاعده مستثنی است و بدون استثنا، تحت هر شرایطی باید به او و حرف‌ها و کارهایش احترام گذاشته شود، مگر این‌که هنر ظریف درایت و نزاکت و ملاحظه را بلد باشد. ما باید یاد بگیریم تحت هر شرایطی طوری رفتار کنیم که خطر اوقات‌تلخی به حداقل برسد. به یکدیگر کمک کنیم تا پزشکان بهتری باشیم: به یکدیگر احترام بگذاریم؛ نگرانی‌های خود را با یکدیگر در میان بگذاریم؛ اما چگونه؟

چند مثال را که در سایت «شبکه سرطان» (cancernetwork.com) به زبان جهانی هنر منتشر شده است، با هم مرور می‌کنیم.

اشتراک پزشکان گیل

برای اشتراک «پزشکان گیل» لطفاً مبلغ اشتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شماره) را به حساب شماره ۳۱۳۱۵۶۷ یا کارت ۶۱۳۳ ۰۱۳۲ ۶۳۱۸ ۵۸۹۴ (رفاه همراه) به نام محمدتقی یحیی جوزی واریز فرمایید. سپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه پزشکان گیل، صندوق پستی ۴۱۶۳۵-۳۹۵۸» بفرستید، به شماره ۰۱۳-۳۳۳۶۷۷۳۰ فکس کنید یا شماره فیش و اطلاعات این فرم را به نشانی masoud_jowzi@yahoo.com ای‌میل فرمایید. (در صورتی که می‌خواهید مجله با پست سفارشی 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 شماره ________ تا شماره ________ تلفن: ________

نشانی: ________

مهر و امضا

شرکت سرآمد شمال، نماینده انحصاری توزیع محصولات لابورن Laboren در استان گیلان

تلفن‌ها: ٣٣٦١١٤٦٥ (٠١٣)   فکس: ٣٣٦١١٤٦٧ (٠١٣) www.saramadshomal.com

SARAMAD SHOMAL
Distribution company