اردیبهشت ۱۳۹۶
۴۰۰۰ تومان
۱۶۳
پزشکان گیل
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL

آن‌چه از پژوهش‌های بالینی دارویی نمی‌دانیم

گفت‌وگو با پروفسور پیوند پیروزی

Guilan Oncology Center

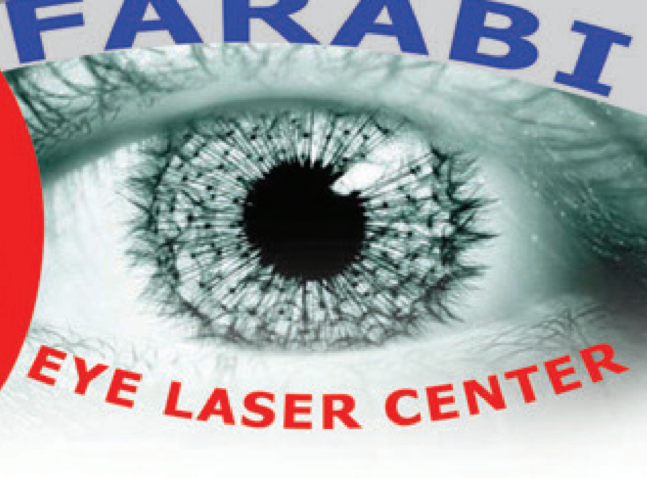
مرکز انکولوژی گیلان

GOC (Guilan Oncology Center)

کلینیک رادیوتراپی - انکولوژی

اولین و مجهزترین مرکز درمان تخصصی سرطان در شمال کشور

رشت، گلسار، خیابان نواب، کوچه بهار
ساختمان GOC (Guilan Oncology Center)
تلفن: ۶-۳۳۱۳۱۶۴۵، فکس: ۳۳۱۳۱۶۳۸



مرکز لیزر چشم فارابی

اصلاح عیوب انکساری (نزدیک بینی ، آستیگماتیسم ، دوربینی)

خدمات پیشرفته تشخیصی و درمانی

مجهز به دقیق ترین و پیشرفته ترین دستگاه های چشم پزشکی

لیزر اگزایمر **Visx**
لیزر یاگ **Nidek**
لیزر **PDT**
لیزر **PRP**
لیزر زرد
توپوگرافی **Tomey**
گالیله **Ziemer**
پنتاکم **Oculus**
ویو اسکن **Visx**
پاکیمتری **Nidek**
لنز استار **Haag-streit**
دستگاه **OCT Cirrus-Zeiss**
پریمتری (سنجش میدان بینایی) **Humphrey Zeiss**
دستگاه کراس لینکینگ (جلوگیری از پیشرفت قوز قرنیه)

رشت ـ پل بوسار، خیابان بوسار، نرسیده به آزمایشگاه دکتر آشتیانی
جنب رادیولوژی دکتر خیابانی، طبقه سوم و چهارم
تلفن: ۳۳۱۳۳۴۸۸ - ۳۳۱۳۳۴۸۷ فکس: ۳۳۱۳۳۴۸۶

دکتر علی پزندآور

جراح و متخصص گوش، حلق و بینی

پلاستیک بینی (زیبایی بینی)

پذیرش: صبح و عصر

رشت، چهارراه میکاییل، ابتدای نامجو، ساختمان پزشکان سینا، طبقه اول
تلفن: ۳۳۳۳۴۵۲۷-۳۳۳۳۵۰۸۴

دکتر پژمان نیرثابتی

دوره تکمیلی جراحی زانو از اتریش- آرتروسکوپی
بورد تخصصی جراحی استخوان و مفاصل
عضو انجمن جهانی جراحی زانو و آرتروسکوپی

کلینیک زانو
روزهای دوشنبه و چهارشنبه
سایت تخصصی جراحی زانو:
www.zanoo.ir

رشت، چهارراه پورسینا
روبروی اداره ثبت احوال، ساختمان اطبا
تلفن: ۳۳۳۳۰۴۷۹-۳۳۳۲۰۴۵۶
ساعت ۱۶ الی ۲۰ با تعیین وقت قبلی

کلینیک رادیولوژی دیژیتال، سونوگرافی و دانسیتومتری

دکتر سید محمد میرباقری

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

M.R.I C.T.Scan

از دانشگاه های آلمان و MC.Gill کانادا

قابل ذکر است که، دستگاه رادیوگرافی جدید و پیشرفته دیژیتال (D.R.) برای انجام کلیه رادیوگرافی‌های ساده و اختصاصی، نصب و راه‌اندازی شده است.

رشت، گلسار، بلوار نماز، روبه‌روی مدرسه دخترانه شاهد (فاطمه الزهرا)، مجتمع البرز

تلفن: ۳۳۱۱۸۵۶۴ - ۳۳۱۱۸۵۶۹ (۰۱۳) فاکس: ۳۳۱۱۸۵۷۳ (۰۱۳)

بیمارستان آریا

www.aryahospital.ir

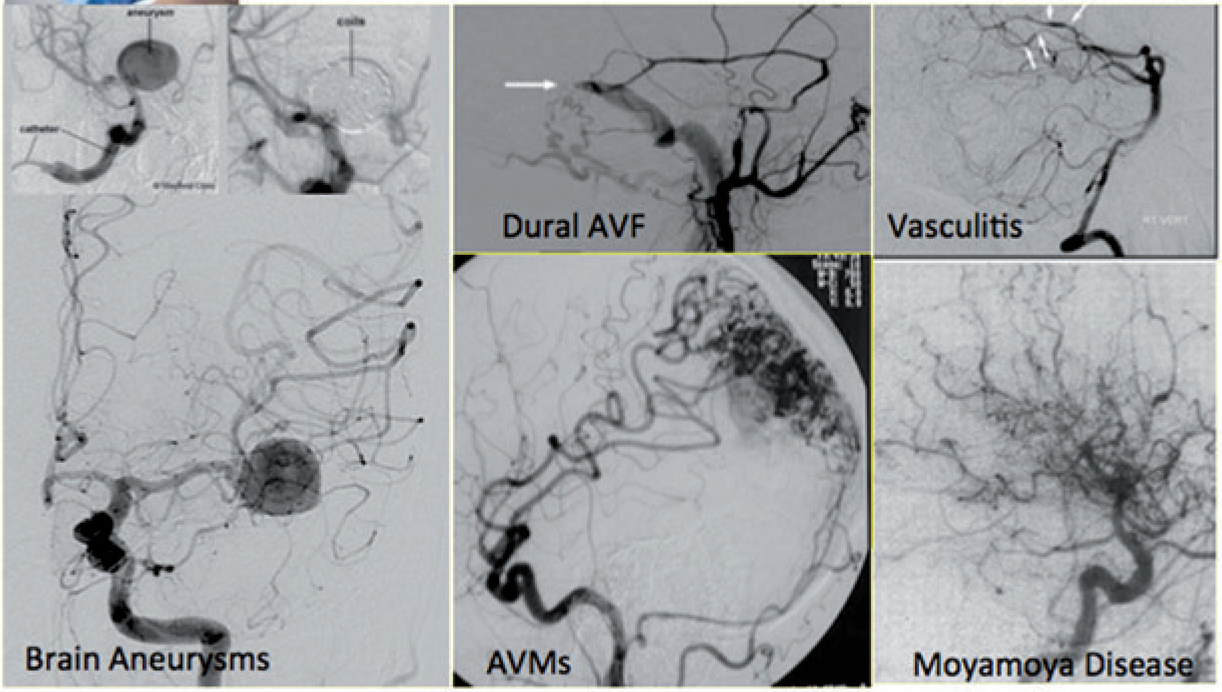
رشت، جاده انزلی، بلوار ولی عصر
شرکت گروه پزشکی گیل و دیلم
بیمارستان آریا
تلفن: ۹-۳۳۷۵۹۷۹۰

آنژیوگرافی مغز و نخاع به روش دیجیتال سابترکشن
و درمان اندووسکولار کلیه ضایعات عروقی مغز و نخاع
و درمان جراحی سکته‌های حاد مغزی
(در صورت مراجعه در ۶-۴/۵ ساعت اول)

در بیمارستان گلسار رشت

توسط دکتر پرویز دولتی

دارای فلوشیپ کلینیکال
جراحی نورواندووسکولار و اینترونشنال نورورادیولوژی
از دانشگاه‌های کلگری کانادا و هاروارد امریکا



رشت، گلسار، بلوار سمیه، جنب بیمارستان گلسار
خیابان ۱۴۲، مجتمع پزشکان اکباتان، طبقه ۶، واحد ۲۸
تلفن: ۳۳۱۲۶۵۷۶

دکتر نسیم نکویی

متخصص اعصاب و روان

روان درمانگر

دارای بورد تخصصی

مشاوره، روان‌درمانی، اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، اختلالات روانی سالمندان، اختلالات اضطرابی، وسواس و افسردگی

بیماری‌های روان‌تنی و جنبه‌های روانی اختلالات طبی، اختلالات مربوط به خواب، خوردن و اختلالات کارکرد جنسی

رشت، بین چهارراه گلسار و پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقه نهم، واحد ۹۴

تلفن: ۳۳۱۳۱۳۵۶ – ۳۳۱۳۱۳۵۷

آزمایشگاه پاتوبیولوژی دانش

دکتر آرمان مازوجی

بورد تخصصی علوم آزمایشگاهی و پاتولوژی

فارغ‌التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی تهران

رشت، چهارراه گلسار، خیابان نواب، ساختمان کیان، طبقه همکف

تلفن: ۳۳۱۱۴۹۷۷ تلفکس: ۳۳۱۱۱۵۶۸

RMC1005

موسسه زاهد

تخصصی . پرستاری . بهداشتی و درمانی

ویزیت در منزل

اگر بیمار بستری در منزل دارید!

- آموزش و پیشگیری رایگان زخم
- مراقبت استاندارد از زخم دیابتی . زخم بستر زخم فشاری . سوختگی به روش نوین

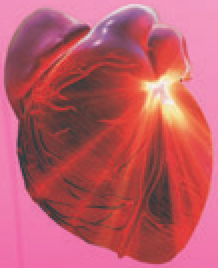
مدیر مسئول : طاهره زاهد صفت

رشت . روبروی بیمارستان پورسینا . ساختمان حکیم

تلفن : ۳۳۳۱۰۲۰۰ - ۳۳۲۵۴۷۴۰

همراه : ۰۹۱۱۱۳۰۵۵۱۴

دکتر بنفشه حسینی



متخصص قلب و عروق

دارای بورد تخصصی

آنژیوگرافی عروق کرونر، اکوکاردیوگرافی رنگی و کالرداپلر

تست ورزش، هولتر مونیتورینگ

رشت، چهارراه گلسار، به طرف پل بوسار

ساختمان پزشکان دانا، طبقه هفتم، واحد ۷۲

تلفن: ۳۳۱۲۲۳۷۰

قابل توجه پزشکان، بیمارستان‌ها،

درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری و ...

طراحی چاپ مشاوره

عکاسی تخصصی، سرنسخه پزشکان

پاکت، سربرگ، کاتالوگ، پوشه، مُهر، جعبه، تقویم و ...

دارای دیپلم نشانه‌شناسی تبلیغات

پزشکان گیل ۰۹۳۷-۹۱۷-۸۲۰۰

دکتر کتایون کاشانی

متخصص دندانپزشکی ترمیمی، زیبایی و ایمپلنت

دارای بورد تخصصی

دارای سرتیفیکیت لیزر از WCLI

عضو آکادمی دندانپزشکی زیبایی آمریکا

Dr.Katayoon Kashani

Specialist in cosmetic & Restorative dentist

Implantologist, D.D.S,M.S

رشت ـ چهارراه گلسار ـ خیابان نواب ـ پشت
اداره پست ـ ساختمان دکتر بنیادی ـ طبقه چهارم

تلفن : ۳۳ ۱۱ ۶۶۴۳
۳۳ ۱۱ ۶۶۴۲

دکتر محمودرضا کی منش

متخصص ارتودنسی

دارای بورد تخصصی در درمان ناهنجاریهای دندانی و فکی

رشت، چهارراه گلسار، روبروی داروخانه شبانه‌روزی گلسار، ساختمان زکریای رازی

تلفن: ۳۳۱۱۰۵۱۵ ۳۳۱۱۰۵۱۶

RMC1007

دکتر لاله ترابی

جراح و متخصص گوش، گلو و بینی، سروگردن

جراح زیبایی بینی و صورت

دارای بورد تخصصی ناسیونال

عضو انجمن آکادمی جراحان پلاستیک اروپا EAFPS

RMC1016

رشت، پل بوسار، بلوار بوسار، بعد از آزمایشگاه دکتر آشتیانی

بن بست پورکار، ساختمان طلاییه، تلفن: ۳۳۱۲۷۷۰۴

Dr_LalehTorabi ۰۹۰۳۲۶۰۹۹۶۶

دکتر سحر سقطی جلالی

جراح و متخصص بیماری‌های زنان، زایمان و نازایی

دارای بورد تخصصی

لاپاروسکوپی، هیستروسکوپی، درمان‌های پیشرفته ناباروری (میکرواینجکشن و IVF)

طرف قرارداد بیمه‌های تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، روستاییان، دانا ایران، طلایی و بانک ملت

همکار بیمارستان‌های قائم، گلسار، فامیلی، حضرت رسول (ص)، ولی‌عصر

موسسه درمان ناباروری مهر و کلینیک پاستور

رشت، چهارراه گلسار، نرسیده به پل بوسار

ساختمان پزشکان زکریای رازی، طبقه اول، تلفن: ۳۳۱۱۰۴۲۵

آخرین اطلاعات بیمه‌ای در رابطه با نیاز پزشکان و پیراپزشکان استان گیلان

در سایت www.mirvahabi.com اطلاعات بیمه‌ای و آخرین اطلاعیه‌های مهم در ارتباط با شغل و حرفه خود را جستجو کنید.

آغاز ثبت‌نام

بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی استان گیلان

- کلیه پزشکان و پیراپزشکان و کلیه افرادی که در جامعه پزشکی مشغول به فعالیت هستند می‌توانند از طریق این قرارداد تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی درآیند.
- هر فرد می‌تواند به‌عنوان فرد اصلی خود و همسر و فرزندان و پدر و مادر خود را تحت پوشش قرار دهد.
- این قرارداد در دو آیتم اختیاری برای پزشکان و پیراپزشکان و در یک آیتم برای کارکنان اماکن پزشکی و منشی مطب‌ها ارایه شده است.
- کارکنان اماکن پزشکی و منشی مطب‌ها می‌توانند به‌صورت اختیاری به‌عنوان فرد اصلی خود و همسر و فرزندان و پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی درآورند.
- تعهدات بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی استان گیلان بسیار کامل است و علاوه بر کلیه هزینه‌های بیمارستان و غیربیمارستانی و آزمایشات و پاراکلینیک ۱ و ۲ و عمل‌ها و جراحی های سرپایی و انواع اسکن و سی‌تی اسکن و... خدمات دندانپزشکی، عینک، ویزیت و دارو را نیز شامل می‌شود.
- تعهدات بیمه درمان تکمیلی از سیستم سدا برخوردار است یعنی در تمامی کشور بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای می‌توانید از کلیه خدمات پزشکی و بیمارستانی حتی انواع آزمایشات و... بهره‌مند گردید.
- فرصت ثبت‌نام بیمه درمان تکمیلی محدود بوده و پس از آن در طی مدت قرارداد قابلیت اضافه شدن فرد به گروه وجود ندارد.

تنها نمایندگی بیمه ایران در استان گیلان که از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به‌صورت یک‌سره آماده ارایه خدمات به متقاضیان محترم است. در صورت نداشتن وقت حضوری، کلیه خدمات ما را می‌توانید به‌صورت تلفنی در محل کار یا منزل خود دریافت کنید.

مهندس میرکیا میروهابی
رشت، خیابان سعدی، نبش بلوار معلم
تلفن: ۳۳۲۲۵۷۹۰، ۳۳۲۳۶۴۴۷، ۳۳۲۴۰۱۸۷
www.mirvahabi.com
Email: info@mirvahabi.com, kia@mirvahabi.com
بیمه ایران

پزشکان گیل ۱۶۳

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۶۳، اردیبهشت ۱۳۹۶

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 علی ارغوان‌نجفی، دکتر محمدکاظم پورکاظمی

دکتر پیوند پیروزی، دکتر رقیه حج‌فروش

دکتر الهام شاهرخی، دکتر بابک عزیز افشاری

دکتر مهران قسمتی‌زاده، دکتر علیرضا مجیدی

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.

خبر

از کجا چه خبر؟..................................۱۶

تالارهمایش نظام پزشکی لاهیجان افتتاح شد..................۱۷

یادداشت

از نظام پزشکی و انتخابات آن چه می‌خواهیم؟..................۲۰

نظام پزشکی، از آغاز تا امروز..................................۲۲

پیامک‌ها و حفظ حریم خصوصی بیمار..........................۲۷

کلینیک

آن‌چه از پژوهش‌های بالینی دارویی نمی‌دانیم....................۳۱

باشگاه مجلات..۳۸

هنر و پزشکی

جایزه عکس ولکام..۴۶

اسکیس‌های حسام نوروزی....................................۴۸

تاریخ پزشکی

رازگشایی از عجیب‌ترین آدم جان به‌در برده از...................۵۱

پزشکان نامی...۵۳

دیدنی‌های

دروغ‌های بزرگ کوچک..۵۵

زیبایی بی زیبایی

۹۶/۲/۱۰، پزشکان گیل: بر اساس ابلاغ معاون برنامه‌ریزی و نظارت سازمان نظام پزشکی، استفاده از عنوان «زیبایی» در تبلیغات پزشکی ممنوع شد.

در نامه دکتر محمد جهانگیری خطاب به مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، تصریح شده درج این عنوان در تابلو، سرنسخه و کارت ویزیت همه گروه‌های پزشکی ممنوع است.

دکتر همتی معاون دانشگاه علوم پزشکی گیلان شد

۱/۳/۹۶، پزشکان گیل: در نشست شورای معاونین دانشگاه علوم پزشکی گیلان دکتر حسین همتی به‌عنوان معاون آموزشی دانشگاه معرفی شد.

دکتر همتی فوق‌تخصص جراحی عروق است که تا کنون دو بار از سوی سازمان نظام پزشکی، یک بار در سال ۱۳۸۶ به‌عنوان پزشک نمونه شهر رشت و یک بار در سال ۱۳۹۵ به‌عنوان پزشک نمونه کشور، انتخاب شده است.

وی که از ابتدای ریاست دکتر یوسف‌زاده بر دانشگاه علوم پزشکی گیلان، زمزمه معاونتش شنیده می‌شد، همچنین با ساخت مرکز جراحی عروق بیمارستان رازی به همت و سرمایه شخصی، به‌عنوان یکی از خیرین سلامت استان شمرده می‌شود.

معاون پیشین آموزشی دانشگاه دکتر ارسلان سالاری،

متخصص قلب، از زمان ریاست دکتر برزیگر بر دانشگاه این سمت را برعهده داشت.

انتخابات نظام پزشکی، سی‌ام تیرماه

پزشکان گیل: انتخابات نظام پزشکی سی‌ام تیرماه ۱۳۹۶ در سراسر کشور برگزار خواهد شد.

بنا بر جدول زمان‌بندی منتشر شده، ۱۴ تا ۲۰ خرداد (شامل سه روز تعطیل!) زمان ثبت‌نام داوطلبان، ۳۱ خرداد زمان اعلام بررسی‌ها به داوطلبان رد صلاحیت شده توسط هیات نظارت شهرستان‌ها و ۱۸ تیر زمان انتشار آگهی اسامی داوطلبان تایید صلاحیت شده است.

بر اساس این جدول، نامزدهای انتخابات نظام پزشکی از ۱۹ تا ۲۸ تیرماه فرصت تبلیغات دارند.

اولین و تنها مرکز فوق تخصصی پیوند اعصاب در ایران

Brachial Plexus & Peripheral Nerve Injury center
IRAN-RASHT

مرکز آسیب اعصاب محیطی و شبکه بازویی

تشخیص، درمان و جراحی انواع بیماری‌های مرتبط با اعصاب دست و پا تحت نظر دکتر محمدرضا امام‌هادی

دانشیار جراحی مغز و اعصاب و فلوشیپ جراحی اعصاب محیطی

* جراحی اعصاب شبکه بازویی و فلج دست در بیماران مونوپلژی ناشی از تصادف
* ترمیم پارگی‌های تاندون‌ها، عضلات و اعصاب محیطی دست و پا
* جراحی اعصاب در اندام‌های فوقانی و تحتانی با ترمیم مستقیم یا پیوند عصبی یا انتقال عصبی
* جراحی‌های بسیار ظریف با میکروسکوپ برای اعصاب و عروق بسیار ظریف
* انتقال عصب و تاندون‌ها برای عضو فلج در دست و پا در بیماران کوادری‌پلژی

رشت، خیابان حاجی‌آباد، جنب پاساژ مریم، کوچه رز، تلفن: ۳۳۲۳۵۰۱۵

برای اطلاع بیشتر به سایت www.irannerve.com مراجعه کنید

تالار همایش نظام پزشکی لاهیجان افتتاح شد

گزارش: دکتر الهام شاهرخی

تالار همایش سازمان نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل با حضور دکتر علیرضا زالی، رییس کل سازمان نظام پزشکی کشور، دکتر انوش برزیگر و دکتر فرزاد فرقان اعضای شورای‌عالی نظام پزشکی کشور، دکتر حمید طهماسبی‌پور و دکتر علی سجادی اعضای هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران و تنی چند از روسای نظام پزشکی‌های استان و اعضای سازمان نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل صبح روز سه‌شنبه دوم خرداد ۱۳۹۶ افتتاح شد.

در این روز حاضران شاهد به‌ثمر رسیدن تلاش ۲۴ ساله جامعه پزشکی منطقه در بنای خانه مشترک و نماد اتحاد خود بودند؛ ساختمانی که پروژه بنای آن از سال ۱۳۷۲ با تشکیل هسته اولیه استارت خورد و با خرید زمینی به مساحت ۴۱۴ متر مربع در سال ۱۳۷۹ و شروع ساخت

در سال ۱۳۸۲ وارد مرحله اجرایی شد.

در ابتدا دکتر علیرضا وارسته رییس نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل که شاید خوشحال‌ترین فرد مراسم افتتاح بود، ضمن خیرمقدم به حاضران گفت: امروز شاهد به‌ثمر رسیدن میوه درختی هستیم که بذر آن سال‌ها پیش با کوشش و مراقبت‌های فراوان کاشته و اینک تبدیل به درختی شده است با شاخه‌ها و بخش‌های متعدد.

دکتر وارسته سپس گزارش مبسوطی در مورد فعالیت نظام پزشکی لاهیجان ارایه داد و با اشاره به تعامل بسیار خوب این سازمان با ادارات مرتبط همچون فرمانداری، شهرداری، دادگستری و دارایی برای حل مشکلات جامعه پزشکی منطقه از جمله جمع‌آوری پسماندهای عفونی، مسایل مالیاتی، ساماندهی تابلوهای مطب و عوارض کسب و تابلو، گفت: لاهیجان اولین سازمان در سطح کشور است که از سال ۱۳۷۲ قرارداد گروهی با یکی از نمایندگان بیمه ایران در مورد بیمه مسوولیت حرفه‌ای منعقد کرده است.

وی در ادامه پس از ارایه توضیحاتی درباره مجله ندای سپید (ارگان نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل) و شرکت تعاونی اعتبار نظام پزشکی لاهیجان، گزارش کاملی درباره پروژه ساختمان نظام پزشکی و تکمیل طبقات آن در چند مرحله ارایه کرد و در پایان ضمن تشکر از همه کسانی که در به ثمر رسیدن این پروژه سازمان نظام پزشکی لاهیجان را یاری کردند، اظهار امیدواری کرد در دوره بعدی نظام

پزشکی، ساخت مجتمع و شهرک مسکونی جامعه پزشکی لاهیجان و سیاهکل آغاز شود.

دومین سخنران این جشن دکتر برزیگر، رییس شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های گیلان، با تاکید بر لزوم حذف رابطه مالی بین پزشکان و بیماران و این‌که در نظام ارجاع باید همه گروه‌های پزشکی مشارکت داشته باشند، گفت: طرح تحول سلامت انقلابی است ولی شرط موفقیت آن این است که عدل و نظم در آن رعایت شود. در این طرح رضایتمندی بیماران در نظرسنجی‌ها ۹۰ درصد بود اما بیمارستان‌ها ورشکست شدند و همکاران ناراضایتی دارند و یک مشکل بزرگ هم این است که بیمه‌های خوبی نداریم و تجمیع بیمه‌ها انجام نشده است.

سخنران بعدی دکتر بهمن مشفقی، همکار پیش‌کسوت و دادستان دو دوره پنجم و ششم دادسرای نظام پزشکی لاهیجان بود که در زمینه اخلاق و کرامت انسانی سخن گفت و از بی‌توجهی به آن در جامعه و زمانه کنونی شکوه کرد.

آخرین سخنران مراسم دکتر زالی رییس‌کل نظام پزشکی بود که در ابتدا با ابراز خوشحالی از حضور پرشور مردم در انتخابات و رای اعتماد مجدد به دکتر روحانی و این‌که مسافرتش به گیلان با چنین روزهای شادی همزمان شده است، گفت: ملت سرافراز ایران به اسلوب و مانیفستی از اداره سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاست خارجی کشور رای دادند که آن را به اعتدال و تدبیر و نویدبخشی نزدیک‌تر دیدند. میزان مشارکت فعال گیلانی‌ها و میزان ترجیحی آرا برای رییس‌جمهور منتخب معنادار است و نشان از ذکاوت و فهم عمیق گیلانی‌های عزیز دارد.

وی ادامه داد: جامعه پزشکی کشور هم علی‌رغم همه ناملایمات و مرارت‌ها و فراز و نشیب‌های متعدد، در این صحنه حماسی ملی به‌خوبی نقش‌آفرینی کرد و انتخاب پزشکان هم با این انتخاب برتر ملت شریف ایران همخوانی داشت. البته کدورت خاطرها و نگرانی‌هایی هم از برخی کم‌مهری‌ها، بی‌انصافی‌ها و رفتارهای غیرحرفه‌ای در حق جامعه پزشکی وجود داشت، اما این‌ها باعث نشد که همکاران در این بزنگاه تاریخی، نقش اجتماعی خود

کمک‌های دریافتی بابت پروژه ساختمان نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل

سازمان نظام پزشکی کل	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
تعاونی اعتبار نظام پزشکی	۸۰۸,۳۶۲,۰۰۰ ریال
دریافتی از غیر اعضا*	۵۰۴,۵۰۰,۰۰۰ ریال
دریافتی از اعضا بابت زمین	۱۴,۴۴۰,۰۰۰ ریال
دریافتی از اعضا بابت تجهیزات	۹۵,۲۱۰,۰۰۰ ریال
دریافتی از اعضا بابت ساختمان	۶۹۹,۰۷۵,۰۰۰ ریال
جمع کل کمک‌های مالی دریافتی	**۲,۳۳۴,۵۸۷,۰۰۰ ریال**

* دریافتی از غیر اعضا شامل: تعاونی اعتبار نظام پزشکی لاهیجان، استانداری، نماینده مجلس، دانشگاه علوم پزشکی، دکتر صادق پیروز، زنده‌یاد دکتر ضیاظریفی مهندس میروهابی، خانواده زنده‌یاد دکتر محجوبی، خانواده زنده‌یاد دکتر مظفری

پروژه ساختمان نظام پزشکی لاهیجان– سیاهکل از آغاز تا پایان

	طبقه همکف	طبقه اول	طبقه دوم
زمان پروژه	شروع سال ۸۲ پایان سال ۸۵	شروع سال ۸۹ پایان سال ۹۰	شروع از سال ۹۴
متراژ	۱۸۵ مترمربع	۲۵۳ متر مربع	۲۵۳ متر مربع
اتاق‌ها	– یک سوئیت دو اتاقه: دفتر انجمن‌ها – سالن دکتر محجوبی	– دو سالن برای جلسات هیات مدیره و هیات‌های انتظامی – بخش اداری – صدور پروانه‌ها – شرکت تعاونی اعتبار	– سالن اجتماعات
هزینه	۶۰۶،۰۲۶،۸۶۵ ریال	۷۵۳،۶۸۳،۰۰۰ ریال	۴،۶۸۰،۳۲۷،۱۱۴ ریال
کل هزینه	**۵،۷۳۸،۲۰۸،۱۲۰ ریال**		

را ایفا نکنند و این نشان‌دهنده بالندگی و رشد و بلوغی است که ما از جامعه پزشکی انتظار داشتیم.

دکتر زالی افتتاح فاز جدید ساختمان نظام پزشکی لاهیجان را به فال نیک گرفت و با اشاره به این‌که این ساختار فیزیکی نماد استقلال حرفه‌ای و صنفی نظام پزشکی و جامعه پزشکی است، ضمن تشکر و تقدیر از دکتر وارسته و همکارانش افزود: در هر شهرستانی که می‌رویم، می‌بینیم که دوستان با کوله‌باری از تجربه توانسته‌اند مدل‌های مدیریتی خلاقانه و بدیعی در حوزه‌های خود اعمال کنند که نمونه‌اش را در کارهای خوب هیات مدیره ششم نظام پزشکی لاهیجان و سیاهکل شاهد بودیم که جای تبریک دارد.

دکتر زالی با اشاره به لزوم تعامل با ادارات در سطح شهرستانی و استانی ضمن حفظ استقلال نظام پزشکی‌ها برای بهره‌مندی از ظرفیت‌های بومی در حل مشکلات جامعه پزشکی، گفت: جمع‌آوری مدل‌های مدیریتی در شهرستان‌ها و ارایه گزارش‌های مبسوط عملکرد چهارساله و جزییات بیشتر شهرستان‌ها در مورد تجارب موفق و بومی، می‌تواند برای بقیه هم الگوی راه باشد. از جمله ایجاد کمیته سه نفره هیات حل اختلاف در لاهیجان، تجربه بسیار خوبی است که مسایل را پیش از این‌که شکل انتظامی پیدا کند از طریق تمشیت و شیخوخیت حل و فصل کنیم.

رییس کل سازمان نظام پزشکی در پایان گفت: امروز جامعه پزشکی بیش از هر زمانی نیاز به هماهنگی، همدلی، تفاهم و هم‌اندیشی دارد و هر نوع واگرایی و دوری جستن از منافع مشترک در جامعه پزشکی امروز، بسیار خطرناک است.

پایان سال‌های آرزومندی...
حسین خدیر، همکار سال‌های بی‌قرار نظام پزشکی

امروز به‌سان همه روزهای یکی از هفته سال است که اگر باران هم ببارد با یک روز آفتابی از یک ماه سال دیگر هیچ تفاوتی ندارد... اما این روز برای نظام پزشکی لاهیجان روز خاصی است، چون پزشکان شهر توانستند آخرین مرحله از پروژه ساختمانی خود را به‌طرز پرشکوهی به پایان برند! این شکوه هر چند به دیر انجامید ولی با افتخار ثابت کرد فردا خیلی هم دیر نیست که دیروز هنوز تمام نشده...

امروز افتتاح در کمال افتخار به دست ریاست سازمان و با همراهی هیات مدیره و تمام اعضای محترم، مدرک متبرک وفا به عهد سازمانی است که توانسته در طول سال‌های آرزومندی برآورده شود.

این‌همه توانمندی به همگی مژده می‌دهد هنوز هم می‌شود عاشق شد. تا آن‌گاه که تو هستی، کار سختی نیست. اگر هم عاشق نماندی این عمارت باقی خواهد ماند برای نسلی که فرداها از راه می‌رسند. در باور خواستن و توانستن مدتی طول کشید تا از چشمه برگردیم و دل به دریا زنیم تا در پس‌کوچه‌های شهر، خود را بیابیم و چون یافتیم، عمارتی بنا کنیم که آن عمارت اکنون ما را در بلندایش قرار داده است.

حال که در گذر زمان این خانه ساخته شد، لازم است صمیمانه‌ترین تبریکات را حضور فرد فرد آنانی که به نحوی در این عزم صنفی شرکت داشته‌اند، تقدیم دارم.

از نظام پزشکی و انتخابات آن چه می‌خواهیم؟

دکتر مهران قسمتی‌زاده

امسال برای کشور عزیزمان ایران سال سرنوشت‌سازی بود؛ سال انتخاباتی که در آن هر یک از کاندیداها در سخن از لزوم تغییر از هم سبقت می‌گرفتند و ما نیز با شرکت پرشور در این انتخابات نشان دادیم که خواهان تغییریم؛ تغییری با حفظ آرامش و چهارچوب‌های جامعه که پیام آن از طریق صندوق‌های رای به دست دولتمردان و حاکمان می‌رسد.

اما آیا ما پزشکان که در آن حماسه شرکت کردیم خود پیام آن حماسه را گرفته‌ایم؟ آیا آموخته‌ایم که اگر تغییری را بخواهیم باید از فرصت‌های انتخاباتی و از زمان‌هایی که جهت‌گیری تغییر را از طریق صندوق رای از ما می‌پرسند، استفاده کنیم؟

مدت‌هاست جامعه پزشکی از مناسبات حاکم بر نظام سلامت شاکی است و در چند سال اخیر، طرح تحول سلامت و تبعات آن بر میزان این شکایت‌ها افزوده است. جامعه پزشکی با وجود شرکت همه‌جانبه در برنامه تحول سلامت دولت دکتر روحانی، مزد این مشارکت ارزشمند در یک برنامه ملی را دریافت نکرده و در این دوره مرارت‌های زیادی متحمل شده است. این‌گونه است که با وجود رضایت از تغییرات مثبت اجتماعی سال‌های اخیر، ما پزشکان از فضای حاکم بر مناسبات حرفه‌ای و شغلی خود ناراضی شده‌ایم؛ نارضایتی‌ای که روز به‌روز بر میزان آن می‌افزاید. در این شرایط، انتخاباتی در درون جامعه پزشکی در پیش است؛ با آن چگونه باید رفتار کنیم؟

تجربه به همه ما ثابت کرده است با قهر کردن با صندوق انتخابات هیچ گشایشی در وضعیت آینده ما حاصل نمی‌شود. این درسی است که هرگز نباید فراموش کنیم؛ و حالا زمان انتخابات است؛ زمان نشان دادن عزم خویش برای تغییر. این اولین انتظار از انتخابات نظام پزشکی است: اگر اصلاح نظام سلامت کشور را خواهانیم و اگر می‌خواهیم به حقوق ما به‌عنوان تامین‌کنندگان سلامت مردم و عرضه‌کنندگان خدمات سلامت توجه کنند، باید این را با رای خود در انتخابات بخواهیم.

البته همه می‌دانیم که نظام پزشکی بخش اصلی تصمیم‌گیر نظام سلامت ما نیست و در بهترین حالت نیز نمی‌تواند اصلاحگر تام و تمام آن باشد اما به‌طور بالقوه مهم‌ترین نهاد مردمی است که می‌تواند بازتاب‌دهنده نظرات جامعه پزشکی به دو ضلع دیگر نظام سلامت یعنی تصمیم‌گیران نظام و مردم (استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت) باشد. از سوی دیگر، این سازمان نهادی است بینابینی که فقط حافظ منافع پزشکان

نیست بلکه وظیفه دفاع از منافع مصرف‌کنندگان خدمات سلامت را نیز برعهده دارد و در عین‌حال قانون در مواردی وظیفه حاکمیتی نیز برعهده آن گذاشته است. از این‌رو بهتر است که در انتظار خود از این نهاد توقعات غیرواقعی را لحاظ نکنیم و به‌نظر می‌رسد جامعه پزشکی باید با شفاف‌تر شدن نقش‌های اجتماعی نهادهای مدنی مختلف در فضای کشور، وظیفه نمایندگی خود را به انجمن‌های پزشکی واگذار کند و از نظام حاکم هم انتظار داشته باشد این انجمن‌ها را به‌عنوان سخنگویان و نمایندگان صنوف مختلف پزشکی به رسمیت بشناسد. این امر به قرارگیری نظام پزشکی در جایگاه قانونی خود کمک خواهد کرد.

اما حتی اگر انتظار نمایندگی از نظام پزشکی نداشته باشیم (گرچه تا هنگام کارآتر شدن فعالیت انجمن‌ها، تا حدی این نقش برعهده نظام پزشکی باقی خواهد ماند) باز هم این سازمان نقش‌های مدنی بسیاری برعهده دارد که از منظر پزشکان بدان اهمیت خاص ببخشد.

شاید مهم‌ترین وظیفه نظام پزشکی که تا حد زیادی مورد غفلت قرار گرفته، نقشی است که می‌تواند در حل اختلافات بین‌رشته‌ای بازی کند. نظام پزشکی محل تعیین حدود صلاحیت حرفه‌ای رشته‌های پزشکی است و اگر همه ما این را بپذیریم و به آن گردن نهیم، بسیاری از دعواهای خانگی جامعه پزشکی حل و از انعکاس آن به خارج از جمع خودمان جلوگیری خواهد شد. این نقشی است که منتخبین نظام پزشکی نیز باید بدان باور داشته باشند و پس از انتخاب بر آن تاکید ورزند.

مبارزه با بداخلاقی حرفه‌ای یکی دیگر از جلوه‌های حضور این سازمان قدیمی حرفه‌ای است که اگر به‌درستی خود را نشان دهد، از یک‌سو از حرکات عده‌ای منفعت‌طلب که با آبروی جامعه پزشکی بازی می‌کنند جلوگیری می‌شود و از سوی دیگر به افراد مغرض خارج از خانه و بیرون از جامعه پزشکی اجازه نمی‌دهد از این بداخلاقی‌ها برای تبلیغ علیه جامعه پزشکی استفاده کنند و پزشکان را در مقابل سایر بخش‌های جامعه قرار دهند.

ارایه نظرات کارشناسی در تمامی حوزه‌های مرتبط با امر پزشکی، رصد جامعه و قوانین و آیین‌نامه‌های در حال تصویب و اظهارنظر به‌موقع یکی از کارآترین ابزارهای سازمان برای اصلاح و شاید پیشگیری از اجرای بسیاری از طرح‌های فاقد زمینه کارشناسی است. ما در سال‌های گذشته شاهد اجرای رنگارنگ بسیاری از این طرح‌ها بوده‌ایم. اجرای ۱۳ ساله نمونه‌های متفاوت پزشک خانواده در پهنه جغرافیایی کشورمان گویای این امر است؛ روشی که نظام سلامت کشور ما را به جزایری مستقل با حکومت‌های ملوک‌الطوایفی تبدیل کرده است.

غفلت از آموزش و بسنده کردن به برگزاری یا شرکت در برخی همایش‌های علمی از بارزترین نقاط ضعف سازمان نظام پزشکی در سال‌های اخیر بوده است. در حالی که با توجه به نبود ارایه سامان‌مند راهنماهای بالینی در کشور، این سازمان با کمک‌گیری از انجمن‌های علمی می‌تواند سازمان مستقل گایدلاین‌ها و راهنماهای علمی را به‌وجود آورده و در بهبود خدمات عرضه‌شده توسط جامعه پزشکی نقش مهم‌تری برعهده گیرد. با این کار هم با به‌روز استانداردهای طبابت، مرجعی علمی برای نظام ارجاع و عرضه خدمات تیمی به بیماران مهیا خواهد شد و هم مرجعی قابل اتکا برای پرداخت‌های شرکت‌های بیمه‌ها و کاهش هزینه‌های نظام سلامت و نیز داوری در دادگاه‌های نظام پزشکی خواهیم داشت.

همه این‌ها و شاید چندین و چندین نقش و وظیفه مهم دیگر برای نظام پزشکی قابل تصور و قابل مطالبه است اما به‌شرط آن‌که ما پزشکان و جامعه پزشکی نیز از مردم فهیم ایران درس بگیریم و فعالانه در انتخابات این سازمان شرکت کنیم و به نشان دهیم که برای دفاع از حقوق خود عزم‌مان را جزم کرده‌ایم و پابه‌پای سایر بخش‌های جامعه آمادگی لازم را برای تحکیم نهادهای مدنی مرتبط با خود اعلام کرده‌ایم.

به‌یاد آوریم ما همان‌هایی هستیم که در انتخابات ریاست‌جمهوری ساعت‌ها صف انتظار را تحمل کرده‌ایم تا در تعیین سرنوشت کشور، نقش خود را بازی کنیم؛ همان‌هایی هستیم که در شب انتخابات با وسواس اخبار تمدید ساعات رای‌گیری را دنبال می‌کردیم و حتی از سالخوردگان دورترین نقاط کشور نیز انتظار داشتیم در انتخابات شرکت کنند؛ حال دوباره این فرصت فراهم شده که در تعیین سرنوشت حرفه‌ای خود نقش فعال داشته باشیم. بیایید در زمین خودی نتیجه را به حریف واگذار نکنیم و فراموش نکنیم ما به هر سه امتیاز این بازی خانگی نیاز داریم.

دکتر مهران قسمتی‌زاده
رییس شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران
نشانی: سیاهکل، کلینیک حافظ، تلفن: ۴۲۳۲۴۲۰۰
Email: mg2251343@gmail.com

نظام پزشکی، از آغاز تا امروز

دکتر محمدکاظم پورکاظمی

به بهانه برگزاری انتخابات هفتمین دوره نظام پزشکی سراسر کشور در تیرماه ۱۳۹۶ بر آن شدم تا به‌منظور آگاهی بیشتر همکاران مروری به چگونگی شکل‌گیری این تشکل فراگیر جامعه پزشکی داشته باشم.

در کشور ما واژه نظام پزشکی اول بار در سال ۱۳۲۹ هنگام تصویب قانون بهداشت شهری در جهت ساماندهی امر طبابت وارد قوانین ایران شد و در تبصره ماده ۳ آن قانون آمد: «رسیدگی به تخلفات شغلی غیرجزایی پزشکان از وظایف نظام پزشکی است که در صورت عدم تشکیل نظام پزشکی، این وظیفه به‌عهده شورای‌عالی بهداشت خواهد بود و آیین‌نامه آن طبق نظر کمیسیون بهداری و دادگستری تنظیم می‌شود.»

در همین سال دکتر جهانشاه صالح که همزمان وزیر بهداری و رییس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود، نخستین لایحه ۶ ماده‌ای نظام پزشکی را به مجلس ارایه کرد که با مرگ رزم‌آرا، نخست‌وزیر وقت، در اسفند سال ۱۳۲۹ مسکوت ماند.

در سال ۱۳۳۴ پس از تصویب قانون امور پزشکی و دارویی، باز هم بحث تشکیل نظام پزشکی مطرح شد اما کمیسیون بهداری مجلس لایحه را ناقص تلقی و از تصویب آن خودداری کرد.

بالاخره اولین قانون نظام پزشکی سال ۱۳۳۸ در دوران وزارت دکتر عبدالحسین راجی در کابینه دکتر منوچهر اقبال به‌صورت لایحه تقدیم مجلس شد و سال ۱۳۳۹ در ۱۴ ماده، ۹ تبصره و ۱۲ بند از تصویب مجلس شورای ملی و سنا گذشت. در این لایحه اعضای نظام پزشکی را منحصراً پزشکان و دندانپزشکان تشکیل می‌دادند و بر اساس ماده ۳ آن، در مرکز هر شهرستان که لااقل ۲۵ نفر پزشک و دندانپزشک اشتغال داشتند مجاز به تشکیل نظام پزشکی می‌شدند.

این قانون عملاً اجرا نشد اما در سال ۱۳۴۶ اصلاحاتی در ماده ۵ و ۱۲ آن به‌عمل آمد و اولین انتخابات نظام پزشکی مرکز که عهده‌دار امور تهران و کشور بود، بر اساس آیین‌نامه تنظیمی وزارت بهداری در سال ۱۳۴۷ انجام شد و عملاً در سال ۱۳۴۸ با حضور رییس مجلس شورای ملی و سخنرانی نخست‌وزیر وقت افتتاح شد. دکتر منوچهر اقبال که بیشترین رای را در انتخابات تهران کسب کرده بود، به‌عنوان اولین رییس نظام پزشکی، ابلاغ خود را از دست شخص اول مملکت دریافت کرد و این سمت را در دو دوره سه ساله دارا شد. متعاقباً انتخابات مراکز استان‌ها و شهرستان‌های

دکتر منوچهر اقبال

پروفسور یحیی عدل

واجد شرایط یکی پس از دیگری آغاز شد. در شهرستان رشت نیز اولین انتخابات در خردادماه ۱۳۴۹ انجام گرفت.

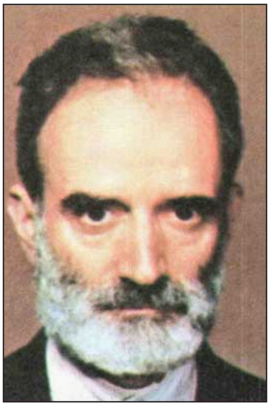
ریاست نظام پزشکی مرکز در دوره سوم به‌عهده پروفسور یحیی عدل و در دوره چهارم دکتر ملکی بود.

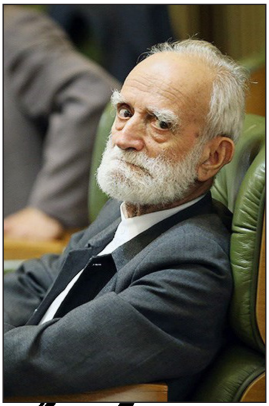
این قانون نیز با دو تغییر عمده در سال ۱۳۵٤ بازنگری شد و به ۲۵ ماده و ۱۰ تبصره و ۱۲ بند اصلاح گردید. در ماده ١٤ این قانون صدور پروانه اشتغال به کار طبابت پزشکان و دندانپزشکان پس از تایید ارزش تحصیلات آنان توسط وزارت علوم و آموزش عالی، به‌عهده نظام پزشکی گذاشته شد و همچنین طبق ماده ۲۱ و بر اساس ضرورت، دارندگان درجه دکترا که مجاز به کار آزمایشگاهی بودند طبق آیین‌نامه‌ای می‌توانستند از بین خود یک نفر نماینده برای عضویت در هیات مدیره نظام پزشکی مرکز انتخاب کنند. در واقع بین سال‌های ۱۳٤۸ تا ۱۳۶۵ نظام پزشکی در پی شش مرحله انتخابات، شش دوره سه ساله را پشت سر گذاشت.

قانون سال ۱۳۵٤ نظام پزشکی پس از پیروزی انقلاب در سال ۱۳۵۹ با اصلاح بعضی مواد و حذف بعضی از اختیارات توسط شورای انقلاب و مجلس دچار تغییر شد و در سال ۱۳۶۰ پنجمین دوره انتخابات نظام پزشکی یا به‌عبارتی اولین انتخابات نظام پزشکی بعد از انقلاب برای یک دوره سه ساله برگزار و دکتر عباس شیبانی به‌عنوان رییس هیات مدیره برگزیده شد. ولی با تصویب قانون تاسیس مطب در سال ۱۳۶۰، اختیار ماده ١٤ قانون سال ۱۳۵٤ یعنی صدور پروانه مطب، به وزارت بهداری واگذار شد و زمزمه اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی و الزام دولت جهت تهیه و تنظیم و ارایه لایحه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به مجلس آغاز گردید.

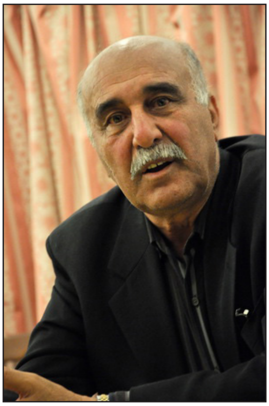
در یکی از جلسات مهرماه ۱۳۶۳ در مجلس شورای اسلامی شور اول طرح یک فوریتی قانون آغاز شد و در جلسه ۱۳۶۳/۸/۱ با یک فوریت به تصویب رسید. بر

دکتر عباس شیبانی





دکتر محمدعلی حفطظی



دکتر ایرج فاضل

اساس مفادی از قانون جدید، رییس هیات مدیره با پیشنهاد هیات مدیره و حکم وزیر بهداری تعیین می‌شد. همچنین برای اولین بار حضور دکتر داروساز در هیات مدیره مرکز الزامی شده و ناگزیر ماده ۵ و ۷ قانون سال ٥٤ مربوط به ترکیب هیات مدیره و شرایط انتخاب‌شوندگان با اصلاحاتی، علی‌رغم وجود مخالفان زیاد، در مجلس به تصویب رسید.

ششمین انتخابات و به‌عبارت دیگر دومین انتخابات نظام پزشکی پس از انقلاب در همین سال ۱۳٦۳ با تکیه به قانون سال ۱۳٥٤ در شرایطی برگزار شد که تعداد پزشکان شهرستان‌ها به‌نحو چشمگیری افزایش یافته بود، لذا سهم بیشتری را در اداره نظام پزشکی طلب می‌کردند. به‌همین خاطر در این دوره چهره باارادهای چون دکتر محمدعلی حفیظی به‌عنوان رییس نظام پزشکی معرفی گردید. به‌دنبال معرفی ایشان، دفتر حقوقی نخست‌وزیری با عطف توجه به نتایج اعلامی نظام پزشکی از انتخابات برگزار شده، طی نامه‌ای در تیرماه ۱۳٦٤ اعلام کرد چون طبق مفاد صریح ماده یک اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳٦۳/۱۰/٤ ترکیب و تعداد اعضای هیات مدیره نظام پزشکی مرکز تغییر یافته است، لذا ادامه مدیریت هیات مدیره فعلی آن سازمان با ترکیب مقرر در قانون سال ۱۳٥٤ وجهه قانونی ندارد زیرا از زمان لازم‌الاجرا شدن قانون اخیرالتصویب، وظایف و اختیارات هیات مدیره نظام پزشکی مرکز صرفاً می‌تواند با ترکیب و تعداد اعضایی که قانون‌گذار معین نموده اعمال گردد، لذا با توجه به‌مراتب فوق‌الذکر، مقتضی است در اجرای قانون اصلاحی نسبت به انتخاب هیات مدیره بر اساس ترکیب و تعداد اعضای مندرج در قانون مزبور اقدام و نتیجه را اعلام فرمایند.

به‌طور طبیعی این نامه مورد اعتراض مسوولان وقت نظام پزشکی قرار گرفت و مراتب طی شکواییه‌ای با دلایل محکمه‌پسند به سرپرست بازرسی کشور (محقق داماد) ارسال شد و در نهایت دلایل ابرازی نظام پزشکی مبنی بر صحت انتخابات انجام شده و عدم شمول قانون اصلاحی به انتخابات انجام شده مورد قبول واقع شد.

اما با وجود تایید انتخابات نظام پزشکی توسط مراجع ذی‌صلاح، حملات علیه نظام پزشکی توسط برخی از مقامات در روزنامه‌ها ادامه یافت. از جمله انتشار کتابی از طرف انجمن اسلامی دانشجویان مرکز پزشکی ایران تحت عنوان «جایگاه سازمان نظام پزشکی» حاوی اکاذیبی درباره سازمان انتشار یافت که با وجود دفاعیه‌های مستدل هیات مدیره و انعکاس به مقاماتی چون دادستان عمومی تهران، بازرسی کل کشور و... ره به جایی نبرد و دولت در سال ۱۳٦٥ با توجه به وظیفه تعیین شده در لایحه یک فوریتی مهرماه ۱۳٦۳، لایحه نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران را تهیه و تقدیم مجلس کرد.

با تقدیم این لایحه که بدون کسب نظر مشورتی از نظام پزشکی تهیه شده بود، بحث و کشمکش بر سر اختیارات و مسوولیت‌های نظام پزشکی که از سال ۱۳٦۳ آغاز شده بود همچنان ادامه یافت، چرا که در ماده یک آن آمده بود که سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون سازمان نامیده می‌شود، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که به‌منظور تحقق بخشیدن به اهداف مقرر در این قانون تشکیل می‌گردد. بسیاری از پزشکان و

دکتر سید شهاب‌الدین صدر

دکتر محمدرضا ظفرقندی

صاحب‌نظران همین ماده را مغایر با استقلال صنفی نظام پزشکی می‌دانستند، لذا در پی اعتراضات گسترده مسوولان نظام پزشکی و التهابات پس از انقلاب و سوءتفاهماتی دیگر، دولت در سال ۱۳٦۵ هیات مدیره نظام پزشکی مرکزی را منحل و دکتر هادی منافی را که به‌تازگی جای خود را در وزارت بهداری به دکتر علیرضا مرندی سپرده بود، به‌عنوان سرپرست نظام پزشکی مرکز معرفی کرد و زنده‌یاد دکتر حفیظی هم به یزد تبعید شد.

نظام پزشکی رشت هم پس از پنج دوره فعالیت در تاریخ ۱۳٦٤/٤/۱۷ منحل شد.

ابتدا قرار بود که دکتر منافی برای مدت دو ماه سرپرست باشد اما این زمان به ۷۲ ماه کشید. دولت نیز لایحه خود را پس از دو بار ایراد شورای نگهبان به بعضی از مواد از جمله ماده یک آن، در سال ۱۳٦٦ پس گرفت و دکتر منافی هم در پی مشکلاتی که در بعضی از شهرستان‌ها از جمله مشهد و اصفهان پیش آمده بود، پزشکانی را به‌صورت انتصابی برای اداره نظام پزشکی‌های مرکز استان روانه کرد. در استان گیلان هم طی مراسمی با حضور دکتر منافی، امام جمعه و مدیرکل وقت بهداری در محل جامعه داروسازان گیلان، دکتر محمدعلی جوافشانی به این عنوان معرفی شد. سرپرستی دکتر جوافشانی تا سال ۱۳٦۸ ادامه یافت و پس از ایشان زنده‌یاد دکتر هدایت‌الله یزدانی تا انتخابات سال ۱۳۷۰ به این سمت گمارده شد.

با پس گرفتن لایحه نظام پزشکی در سال ۱۳٦٦، طرح جدیدی در سال ۱۳٦۹ توسط برخی از نمایندگان مجلس با مشورت دکتر منافی و مشاورین نزدیک وی تهیه و در تاریخ ۱۳٦۹/٤/۵ به تصویب مجلس رسید و مقرر شد این قانون به‌مدت پنج سال به‌صورت آزمایشی به اجرا درآید. این قانون ۳۳ ماده و ۳٤ تبصره داشت و به‌نسبت قانون قبلی تغییرات زیادی در اهداف و وظایف آن ایجاد شده بود. به‌عنوان مثال بر اساس ماده ۷ آن رییس‌کل سازمان یک پزشک پیش‌بینی شده بود که از بین سه نفر افراد پیشنهادی شورای‌عالی نظام پزشکی به رییس‌جمهور، با حکم ریاست‌جمهوری برای مدت ٤ سال منصوب می‌شد و عزل وی هم به‌عهده رییس‌جمهور بود.

سرانجام پس از تصویب طرح پیشنهادی نمایندگان در سال ۱۳٦۹، هفتمین انتخابات نظام پزشکی و به‌عبارتی اولین انتخابات با قانون آزمایشی جدید در تهران و ۵۲ شهر واجد شرایط به‌صورت همزمان در سال ۱۳۷۰ برگزار شد و در نهایت دکتر ایرج فاضل به‌عنوان رییس‌کل نظام پزشکی، حکم خود را از دست رییس‌جمهور دریافت کرد.

دور دوم انتخابات با قانون آزمایشی در سال ۱۳۷۵ برگزار و دکتر سید شهاب‌الدین صدر به‌عنوان رییس‌کل برگزیده شد. در این دوره بسیاری از اعضای شورای‌عالی دوره اول به دلیل عدم تایید صلاحیت، از راهیابی به نظام پزشکی بازماندند.

دور سوم انتخابات که همزمان با ورود اصلاح‌طلبان به مجلس بود در زمستان سال ۱۳۷۹ برگزار و دکتر محمدرضا ظفرقندی به‌عنوان رییس‌کل برگزیده شد و در این دوره اصلاح قانون آزمایشی سال ۱۳٦۹ در دستور کار قرار گرفت و با مشارکت نمایندگان مجلس ششم، طی طرحی در مهرماه ۱۳۸۱ در صحن علنی مجلس مطرح شد. در این طرح اختیارات و وظایف سازمان نظام پزشکی افزایش یافت

دکتر علیرضا زالی

و اختیار تعیین تعرفه بخش خصوصی به نظام پزشکی واگذار گردید. این طرح پس از تصویب در مجلس ششم با ایرادات شورای نگهبان مواجه شد ولی با ارجاع به مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب نهایی رسید.

در انتخابات دور چهارم که در سال ۱۳۸۳ برگزار شد، دکتر صدر برای بار دوم به‌عنوان رییس کل نظام پزشکی انتخاب شد. در این دوره چهار ساله سازمان نظام پزشکی با فراز و نشیب‌هایی مواجه بود. پنجمین انتخابات نظام پزشکی نیز در زمستان ۱۳۸۷ در سراسر کشور برگزار شد که دکتر صدر برای دومین بار متوالی و سومین بار متناوب به رییس‌کلی نظام پزشکی منصوب شد. شاید بتوان تلخ‌ترین اتفاق صنفی در این دوره را خدشه‌دار شدن قانون نظام پزشکی و سلب پنج‌ساله اختیار نظام پزشکی در تعرفه‌گذاری بخش خصوصی در یکی از بندهای قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹) دانست که هنوز توفیق پاداری مجدد آن در قانون حاصل نشده است.

ششمین دور انتخابات نظام پزشکی چهارم اسفند ۱۳۹۱ برگزار شد و پس از شکل‌گیری ارکان سازمان، مجمع عمومی سازمان در ۱۳۹۲/۲/٦ دکتر علیرضا زالی معاونت نظارت و برنامه‌ریزی و قائم‌مقام دکتر صدر را به‌عنوان رییس کل معرفی کرد که ایشان پس از انتخاب دکتر حسن روحانی به‌عنوان رییس‌جمهور، ابلاغ خود را از دست وی گرفت.

دکتر محمدکاظم پورکاظمی
دبیر هیات مدیره نظام پزشکی رشت
عضو پیشین شورای‌عالی نظام پزشکی کشور

دکتر مسعود جوزی
پزشک عمومی- درمانگر اعتیاد

صبح
رشت، خیابان نامجو، نرسیده به فلکه‌ی گاز
بالای داروخانه‌ی دکتر مظفری، طبقه‌ی سوم
مرکز درمان سوءمصرف مواد مهرگان
تلفن: ۳۳۳٦۷٦۲٦

عصر
رشت، چهارراه گلسار، ابتدای خیابان نواب
کوچه‌ی داروخانه‌ی دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه‌ی دوم
مرکز درمان سوءمصرف مواد هدیه سلامت
تلفن: ۳۳۱۱۳۸۰۰

درمان سم‌زدایی:
بوپره‌نورفین، تنتور اپیوم (کنگره ی ٦۰) و...
درمان نگهدارنده :
متادون، بوپره‌نورفین، تنتور اپیوم (شربت تریاک)
درمان غیردارویی:
روش ماتریکس (درمان محرک‌ها)، مشاوره ی فردی و خانوادگی

Email: masoud_jowzi@yahoo.com

پیامک‌ها و حفظ حریم خصوصی بیماران

دکتر برایان سی. درولت

ترجمه و تلخیص: دکتر بابک عزیز افشاری

طی سال‌های اخیر و به‌ویژه با گسترش فناوری و رسانه‌های اجتماعی، ارسال اطلاعات حفاظت‌شده بیماران و به‌اشتراک‌گذاری آن در فضای مجازی باعث شده نیاز به تدوین مقررات در این زمینه بیش از پیش ملموس باشد. در ایران موضوع اطلاعات حفاظت‌شده بیماران در نهایت بخشی از اخلاق حرفه‌ای است و به‌طور مستقل چندان مورد توجه قرار نگرفته است. البته مقرراتی به‌طور کلی برای نظم بخشیدن به امور فضای مجازی وضع شده ولی متولی خاصی برای این امر به‌ویژه در حوزه سلامت وجود ندارد. امید است با نگاه به تجربیات کشورهای دیگر، مقدمات این کار فراهم شود. همچنین اطلاع از برخی مفاهیم پایه در این زمینه می‌تواند به پزشکان و پرسنل بهداشتی- درمانی کمک کند تا با رعایت برخی اصول ساده علاوه بر حفظ شان و منزلت حرفه‌ای، از وقوع مواردی که منجر به ایجاد جوّ بی‌اعتمادی در جامعه و عواقب فردی و اجتماعی دیگر می‌شود، پیشگیری کنند.

در شماره گذشته «پزشکان گیل» یادداشتی با عنوان «عکس عریان، تحریک‌کنندگی و اخلاق پزشکی» از دکتر کیارش آرامش منتشر شد. یادداشت زیر نیز که در شماره می ۲۰۱۷ JAMA منتشر شده، نگاهی دارد به استفاده از پیامک توسط پزشکان و مشکلات مرتبط. نویسنده این مطلب که چکیده‌ای از آن تقدیم می‌شود، دکتر برایان درولت (Brian C. Drolet) جراح پلاستیک، فوق‌تخصص جراحی دست و استادیار بخش جراحی پلاستیک مرکز پزشکی دانشگاه واندربیلت در ایالت تنسی آمریکاست.

حفاظت از اطلاعات سلامت در ایالات متحده یکی از اجزای مهم و اساسی قانون مسوولیت و انتقال بیمه سلامت (HIPAA) است که در سال ۱۹۹۶ به تصویب رسید. در این قانون برای امنیت اطلاعات و حریم خصوصی بیماران استانداردهایی تعریف شده است. هرگونه اطلاعات مربوط به سلامت جسمی یا روانی گذشته، حال یا آینده افراد را اطلاعات حفاظت‌شده سلامت (Protected health information) می‌گویند. افرادی که امکان دسترسی به این اطلاعات را دارند و شرایط دسترسی در این قانون مشخص شده است. رخنه اطلاعات (Breach) بر اساس قانون فناوری اطلاعات سلامت بالینی و اقتصادی (HITECH) مصوب سال ۲۰۰۹ این‌گونه تعریف شده است: «هرگونه دستیابی، دسترسی، استفاده یا آشکارسازی اطلاعات حفاظت‌شده سلامت که خارج از مقررات HIPAA باشد و سرمایه مالی، شهرت یا سایر جنبه‌های زندگی فرد مورد نظر را به خطر بیاندازد.» خسارت یک مورد رخنه اطلاعات در آمریکا حداکثر تا ۵۰ هزار دلار در هر نوبت یا ۱/۵ میلیون دلار در سال است.

اداره حقوق شهروندی وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده که بر اجرای این قوانین نظارت می‌کند، هیچ‌گونه الزامات خاصی برای حریم خصوصی بیماران در فضای مجازی ندارد. کمیته مشترک اعتباربخشی در سال ۲۰۱۶ پیش‌نویسی تهیه کرد که شامل استانداردهای امنیت تبادل پیامک است. در این پیش‌نویس به مواردی مانند دستور پزشک از طریق ارسال پیامک، پیامک رمزنگاری شده، رسید ارسال و دریافت پیامک، تاریخ و زمان ارسال و دریافت و... اشاره شده ولی این پیش‌نویس هنوز عملیاتی نشده و در حال حاضر دستور پیامکی در بیمارستان‌هایی که توسط این کمیته

اعتباربخشی شده‌اند، ممنوع است.

حتی در صورت رعایت همه اصول ایمنی، همه سامانه‌های اطلاعات در مقابل رخنه آسیب‌پذیر هستند. در مورد ارسال پیامک، توصیه‌ها شامل استفاده از رمز عبور قوی برای گوشی موبایل، امکان غیرفعال‌سازی از راه دور در صورت مفقود شدن گوشی، رمزگذاری اطلاعات ارسالی و غیرفعال‌سازی پیش‌نمایش پیامک است.

بر اساس یکی از روش‌های عملی حفاظت از اطلاعات موسوم به روش هاربر (Harbor Method)، در صورتی که ۱۸ مورد مرتبط با هویت بیمار پیش از ارسال اطلاعات حذف شود، آن اطلاعات بی‌خطر بوده و از شمول مقررات مربوط به اطلاعات حفاظت‌شده خارج می‌شود. این ۱۸ مورد شامل شماره‌های حساب، کلیه تاریخ‌ها (مانند تاریخ پذیرش، تاریخ تولد و...)، شاخص‌های هویت زیستی (مانند اثر انگشت، امضای صوتی)، شماره شناسنامه، شماره‌های سریال یا مشخصات تجهیزات پزشکی، شماره تلفن، شماره فکس، نشانی ای‌میل، عکس چهره یا هر تصویری که فرد در آن قابل شناسایی باشد، موقعیت جغرافیایی، شماره بیمه درمانی، نشانی پروتکل اینترنتی (IP)، شماره پرونده پزشکی، نام یا نام خانوادگی یا هر بخشی از آن‌ها شامل القاب یا اسامی مستعار، شماره ملی، شماره وسیله نقلیه، شماره گواهی‌نامه رانندگی، نشانی‌های اینترنتی (URLs) و هر گونه شماره، ویژگی یا کد منحصر به‌فرد دیگری است (حتی شماره اتاقی که بیمار در آن بستری است) که قابل شناسایی باشد.

با پیشرفت فناوری، استفاده از آن در کارهای روزمره اجتناب‌ناپذیر است. امروز بسیاری از افراد در اغلب امور به جای تلفن از پیامک استفاده می‌کنند. چرا باید یک پزشک ناچار باشد برای پاسخ به تلفن، جلسه را ترک کند در حالی که می‌تواند این کار را با پیامک انجام دهد؟ اطلاع از اصول ابتدایی امنیت اطلاعات و رعایت آن، شرط ضروری استفاده از فناوری در امور درمانی است.

From:
JAMA. Published online May 8, 2017. doi:10.1001/jama.2017.5646
http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2626665

دکتر حسین امانی
متخصص بیماری‌های داخلی
فوق تخصص بیماری‌های ریوی
و مراقبت‌های ویژه (ICU)
عضو هیات علمی دانشگاه
رشت، خیابان سعدی، پل بوسار، برج دانا، طبقه ۱، تلفن: ۳۳۱۱۹۱۱۱
RMC1021

آزمایشگاه پاتوبیولوژی رازی رشت

دکتر هدی، دکتر حبیب زاده، دکتر مصباح، دکتر شهباز

متخصصین آسیب شناسی بالینی و تشریحی

Muhammad ibn Zakariya al-Razi

RMC 1095

RAZI PATHOBIOLOGY LAB.

رشت، خیابان امام خمینی
بین میدان دکتر حشمت (بانک ملی)
و چهاره‌راه میکاییل، پلاک ۱۸۷

تلفکس: ۰۱۳-۳۳۳۲۴۶۴۷

www.razipath.com
info@razipath.com

- دارای محیطی شاد و امن برای دانش‌آموزان
- بهره‌گیری از معلمین و متخصصین با تجربه در آموزش
- برگزاری دوره‌ها و جلسات متعدد آموزش خانواده در حیطه‌های رفتاری و یادگیری دانش‌آموزان
- بهره‌گیری از خدمات روانشناختی زیر نظر پژوهشگر برتر کشوری و روانشناس کودک و نوجوان، استاد علیرضا یاوری
- اجرای تست‌های تحولی و تحصیلی برای تقویت عملکردهای آموزشی دانش‌آموزان
- مجری کلاس‌های فوق برنامه برای بهینه‌سازی فرایندهای تحصیلی

دبستان دخترانه غیردولتی

شاخه طوبی

دبستان شاخه طوبی

رشتیان، کوچه ۳۸، کوچه ۵۸

تلفن: ۳۳۵۵۹۷۱۳

وب سایت:

www.toba.gil01.ir

آن‌چه از پژوهش‌های بالینی دارویی نمی‌دانیم

گفت‌وگو با پروفسور پیوند پیروزی

دکتر رقیه حج‌فروش

چندی پیش خبری منتشر شد مبنی بر بی‌اعتباری بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در کشور ما که بازتاب جهانی گسترده‌ای هم داشت. در یکی از دوره‌های متعددی که برای ورود به سیستم کاری کشور کانادا لازم است، با استادی ایرانی اشنا شدم که نزدیک به ۳۰ سال سابقه کارهای پژوهشی و آموزش اصول پژوهش در دانشگاه‌های معتبر دارد. همین جرقه‌ای شد برای نشستی صمیمانه با ایشان برای کسب اطلاعاتی که می‌تواند به کار بسیاری از همکاران بیاید؛ چه آنان که علاقه‌مند به پژوهش در زمینه اثرات داروها هستند و چه آنانی که حتی فرصت پذیرش یک ویزیتور دارویی را در مطب خود ندارند!

امروز می‌خواهیم درباره پژوهش‌های بالینی دارویی (Pharmaceutical Clinical Research) صحبت کنیم که به‌طور مشخص روی انسان انجام می‌شود. اهمیت این‌ها چیست و چه تفاوتی با سایر پژوهش‌ها دارد؟

ببینید سال‌هاست که برای بررسی اثرات دارویی و امنیت آن آزمایش صورت می‌گیرد. اجازه بدهید با یک مثال ساده از گذشته شروع کنم. سال‌های دور وقتی کسی معجونی برای درمان بیماری می‌ساخت، کسی از او نمی‌پرسید معجونت را چگونه درست کرده‌ای یا مواد داخل آن چیست! FDA در سال ۱۹۰۶ به‌وجود آمد و قانون‌هایی نوشته شد و در امریکا از افراد خواسته شد که اگر دارو یا معجونی می‌سازند محتویاتش را اطلاع دهند. در سال ۱۹۲۰ مقرر شد که کارکرد معجون‌ها یا داروها ثبت شوند.

کم‌کم در دهه‌های بعدی قانون‌های مختلفی وضع شد تا داروهایی که وارد بازار می‌شوند از نظر ایمنی و اثربخشی آزمایش شده باشند. جالب است بدانید در سال ۱۹۷۰ برای اولین بار انجام مطالعات بالینی برای داروهایی که در انسان استفاده می‌شوند، اجباری شد.

یعنی پیش از آن لزوماً تمام داروهای مصرفی روی انسان آزمایش نمی‌شد؟ مشکلاتی پیش نمی‌آمد؟

اتفاقاً در این زمینه تراژدی‌های خیلی بدی داشتیم؛ هم ناشی از این مساله و هم ناشی از آزمایش‌های بی‌محابا روی انسان. بعد از جنگ جهانی دوم یکی از مواردی که در دادگاه نورنبرگ بررسی شد دربارهٔ آزمایشاتی بود که بر اسیرهای جنگی انجام می‌شد؛ مثلاً پیوند استخوان روی زندانی‌ها انجام می‌شد یا سربازها برای بررسی توان بدنی یا حافظه در شرایط خاصی با آب شور یا در ارتفاعات بالا نگه داشته می‌شدند. مثال‌های این‌چنینی بسیار زیاد است و امروزه وحشتناک به‌نظر می‌رسد. کم‌کم مطالعات بالینی قانون‌مند و به‌ویژه رعایت اصول اخلاقی در آن‌ها اجباری شد و قوانین بین‌المللی وضع شد تا تمام کشورهایی که دارو می‌سازند مجبور به رعایت این قوانین مشهور به بیواتیک (Bioethics) شوند.

قوانین بیواتیکز شامل چه مواردی است؟

بیواتیکز شامل موارد متعددی است از جمله کسب رضایت از بیماران شرکت‌کننده در تحقیق، توضیح کامل فرآیند، عوارض احتمالی تحقیق و نیز این‌که بیمار بتواند آگاهانه در هر مرحله از تحقیق حق قطع رابطه و ترک برنامه را داشته باشد. حفظ اطلاعات شخصی بیمار نیز یکی از موارد مهمی است که باید در تمام تحقیقات رعایت شود.

این قوانین و گایدلاین‌ها برای استفاده عموم در دسترس هست؟ منظورم این است سایتی وجود دارد که به همکاران معرفی کنیم برای مراجعه و کسب اطلاعات؟

بله؛ برای انجام هر تحقیقی در سایت ich.org گایدلاین‌های مختلفی گذاشته شده و جزییات پروتکل‌نویسی، اخذ رضایت در مطالعات انسانی و سایر نکات و قوانین بین‌المللی در آن مشخص شده است. International Council of Harmonisation (ICH) شامل اصولی برای همیاری بین‌المللی هماهنگ‌سازی است. اگر قرار است مقاله‌ای در دنیا معتبر باشد، باید بر اساس گایدلاین‌های ICH نوشته شده باشد و حتی مسایل مالی آن باید کاملا مشخص شود که مثلاً شرکت در تحقیق یا رضایت بیمار بر اساس پرداخت وجه به‌صورت حقوق

بیواتیکز شامل موارد متعددی است از جمله کسب رضایت از بیماران شرکت‌کننده در تحقیق، توضیح کامل فرآیند، عوارض احتمالی تحقیق، حفظ اطلاعات شخصی بیمار و نیز این‌که بیمار بتواند آگاهانه در هر مرحله از تحقیق حق قطع رابطه و ترک برنامه را داشته باشد

صورت نگرفته است.

این مساله فقط در مورد انجام پژوهش برای چاپ در مجلات معتبر است یا برای جاهای دیگر هم کاربرد دارد؟

دامنه پژوهش‌های انسانی بسیار گسترده است. امروزه در دنیا بسیاری از اصول علمی و تجویزهای دارویی یا تغییرات در کرایتریاهای دارویی بر اساس تحقیقات بالینی صورت می‌گیرد. بگذارید یک مثال ملموس بزنم. فرض کنید کشوری می‌خواهد دارویی را به کشور دیگری صادر کند؛ ابتدا باید تمام پرونده تقاضای ثبت دارو electronic common technical document (eCTD) آن را برای کشور مقصد ارسال کند و این مدارک توسط وزارت‌خانه مسوول دارو (که در کشور ایران معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است) بررسی شود که آیا داروی فوق تمام اصول را رعایت کرده

یا خیر. سپس دارو وارد و توزیع شود. بنابراین لزوماً در کشور مبدا باید کارشناسان آگاه به این اصول و قوانین بین‌المللی حضور داشته باشند تا تمام جهات را در نظر بگیرند و سپس اجازه ثبت و ورود دارو را صادر کنند. از سوی دیگر برای کشور صادرکننده دارو، نوشتن و تکمیل eCTD لازم است.

بر این اساس بنا بر این است که در کشور ما برای تمام داروهای وارداتی قانونی، چنین اصولی رعایت می‌شود. حال درباره داروهایی که از طرق مختلف مثل ماهواره و... به فروش می‌رسند چه؟ آیا روشی هست که نشان دهنده اثربخشی و ایمنی دارو باشد؟

متاسفانه بسیاری از این داروها در شرایط غیراصولی ساخته و به‌صورت غیرمجاز بسته‌بندی می‌شوند؛ یعنی بدون کنترل کیفیت. برای بسیاری از این داروها حتی با یک جست‌وجوی ساده در گوگل، می‌بینیم که کارخانه ساخت آن‌ها عملاً کارخانه معتبری نیست و جای پرتی به‌عنوان آدرس کارخانه نوشته شده است. چنین داروهایی نباید وارد و مصرف شوند. در کشوری مثل کانادا داروهای وارداتی را به‌طور تصادفی چک می‌کنند تا بتوانند چنین مواردی را پیدا کنند. گاهی در اثر تکرار، لیست برخی کشورهای صادرکننده جزو لیست سیاه ثبت می‌شود. این‌جاست که صادرکننده‌های تقلبی، کشور دومی پیدا می‌کنند مثل یک کشور اروپایی و از آن‌جا داروهای‌شان را به کانادا صادر می‌کنند.

البته به‌نظر می‌رسد بیشتر داروهای تبلیغاتی لاغری یا نیروزاها جزو این دسته باشند.

نه‌تنها این دسته بلکه متاسفانه برخی داروهای حیاتی هم شامل این مسایل می‌شوند. مثلاً برخی داروها که از معدودی کشورهای آسیایی و از طرق مختلف مثل ماهواره و اینترنت صادر می‌شوند، جزو این دسته‌اند.

پس بخشی از این مساله برعهده وزارت بهداشت و بیشتر شامل نظارت‌های گمرکی وزارت‌خانه‌ای است. ما پزشکان چه نقشی در آگاه‌سازی داریم؟ چه نکاتی را به بیمارمان گوشزد کنیم؟ تاییدیه FDA یا نمی‌دانم چیزی شبیه این.

نقش پزشک و کلاً آگاه‌سازی جامعه مبحث خیلی مهم و جالبی است. خیلی وقت‌ها گفته می‌شود دارویی تاییدیه FDA دارد. برای ثبت هر دارو در FDA باید مبلغ زیادی (حدود دو میلیون دلار) پرداخت که معمولاً کمپانی‌های معتبر دارویی این کار را می‌کنند. بنابراین ممکن است گفته خیلی از این تبلیغ‌های دارویی که می‌گویند تاییدیه داریم، در حد حرف یا ادعای صرف باشد و عملاً درست نباشد. در مورد معیارهایی مثل ISO هم بد نیست بدانید معیار کنترل کیفیت مربوط به بخش‌های خاصی از سخت‌افزار کارخانه و لوازم پزشکی است و برای مواد دارویی و گیاهی باید از کنترل بین‌المللی کیفیت ICH-GMP استفاده کرد.

منظور از GMP چیست؟

Good manufacturing Practice (GMP) بخشی از سامانه تضمین کیفیت است که اطمینان می‌دهد محصول مطابق با استانداردهای کیفیت مربوط، تولید شده و تحت کنترل قرار گرفته است و به‌طور کلی ساخت دارو یا ماده مورد نظر در مجموعه‌ای از ارتباطات درست شکل گرفته است.

پس نظرتان این است که من به‌عنوان پزشک، بیمار را به‌سوی استفاده از برند دارویی خاصی سوق دهم؟

خیر؛ اصلاً منظورم این نبود. کار پزشک تشخیص و درمان بیماری است؛ نه وقت دارد و نه آموزش مناسب در این زمینه دیده است. منظور من مجموعه‌ای از آگاه‌سازی‌ها در جامعه از پزشک، داروساز و شرکت‌های پخش دارو تا سطوح کلان‌تری چون کارمندان و دانشجوان در رشته‌های مرتبط است. از طرفی آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی در سطح جامعه نیز نقش بسیار موثری دارد. این مساله فقط مخصوص دارو نیست. هر از گاهی، شاهد تبلیغ گسترده محصولات غیراستاندارد دارویی، گیاهی یا آرایشی از اینترنت یا ماهواره هستیم که مثلاً قد را بلند یا کوتاه می‌کنند یا برای ناتوانی جنسی مفیدند و... تا متوجه تبلیغات نادرست بشویم، گروهی سود می‌برند ولی سلامت مردم را به‌خطر می‌اندازند. ضرر و آسیب فقط به هزینه پرداخت‌شده برای خود دارو محدود نمی‌شود. درمان نشدن، تاخیر برگشت سلامت، غیبت از محل کار، آسیب به خانواده در زمینه مادی یا معنوی، اشغال تخت بیمارستان و... مجموعه‌ای از عوارض فردی و اجتماعی است که با اطلاع‌رسانی و آموزش می‌توان جلوی بسیاری از این آسیب‌ها را گرفت و هزینه کلی جامعه را بسیار کمتر کرد.

می‌توانیم تاکید کنیم دارو را از داروخانه یا مراکز معتبر خریداری کنند.

بله؛ چون خوشبختانه در سطح کلان تمام شرکت‌های داروسازی GMP را رعایت می‌کنند و تمام کارخانه‌ها از نظر رعایت این اصول مورد نظارت و بررسی می‌گیرند و بر این اساس لازم است به همه تاکید کنیم تا داروها

را از مکان‌های معتبر و بازرسی‌شده تهیه کنند. از سوی دیگر برای صدور داروهای داخل خودمان نیز نیاز داریم این اصول را رعایت کنیم تا بتوانیم بر اساس موازین بین‌المللی پیش رویم. من سال‌هاست این موارد را تدریس می‌کنم و اگر بخواهم به‌طور خلاصه بگویم مثلاً یکی از این موارد این است که مسیرهای نوشته شده برای دریافت اطلاعات در مورد عوارض ناخواسته دارویی از بیماران و پزشکان وجود داشته باشد؛ از خط تلفن پاسخگو گرفته تا ای‌میل یا سامانه پاسخ به بیمار که بر اساس اصول ICH برای هر دارو در یک (SOP) Standard Operating Procedure نوشته می‌شود.

یعنی رعایت GMP در بسیاری از کشورها اجباری است.

بله؛ اصول GMP در خیلی از کشورها جزو قوانین است و بدون رعایت آن، مجوز کارخانه‌ها باطل می‌شود. یادمان باشد که البته این اصول بهینه‌سازی باید مدام به‌روز شود. تربیت نیروی متخصص می‌تواند در این زمینه کمک کند. فکر می‌کنم لازمه تغییر این است که از خودمان شروع کنیم. اول جمعیت پزشکان عمومی به‌عنوان خط اول تماس با مردم باید در سطح دانشگاه‌ها آموزش ببینند. برگزاری یک واحد آموزشی یک هفته‌ای برای دانشجویان پزشکی در زمینه ایمن بودن داروها (Drug safety) و احتیاط و مراقبت‌های دارویی (Pharmacovigilance) بسیار موثر است. با آموزش GVP (Good Pharmacovigilance Practices) دانشجو کاملاً آماده می‌شود تا این اطلاعات را داشته باشد و به بیماران خود منتقل کند. نگاه ما باید این باشد که همه با هم در این زمینه همکاری کنیم. از چهارچوب سیستم دارویی موجود که پیرو قوانین بین‌المللی است با دقت پیروی کرده و بیشتر از قوانین موجود بدانیم و با کمک بازرسی صنعتی و بازآموزی‌های لازم با کیفیت بالا، سیستم صنعت داروسازی را به جایی برسانیم که دارو را با بهترین کیفیت و ایمنی به‌راحتی به کشورهای اروپایی یا آسیایی مثل هند و چین صادر کنیم.

به‌نظر شما مردم برای این‌که بتوانند از محصولات دارویی استاندارد استفاده کنند، چه کارهای دیگری می‌توانند بکنند؟

به نکته جالبی اشاره کردید. مساله مهم دیگری که در غرب بسیار مورد توجه است گزارش اثرات و عوارض دارویی توسط مردم است. من شرایط ایران را نمی‌دانم ولی در این‌جا روی تمام برگه‌ها و بروشورهای دارویی یک

برای انجام هر تحقیقی در سایت ich.org گایدلاین‌های مختلفی گذاشته شده و جزییات پروتکل‌نویسی، اخذ رضایت در مطالعات انسانی و سایر نکات و قوانین بین‌المللی در آن مشخص شده است. ICH شامل اصولی برای همیاری بین‌المللی هماهنگ‌سازی است

شماره تلفن ۲۴ ساعته برای رسیدگی و دریافت عوارض دارویی وجود دارد و اگر در بروشور یک دارو چنین اطلاعاتی نباشد مجوز شرکت دارویی باطل می‌شود. هدف این است که اگر بیمار دچار هر عارضه‌ای غیر از موارد ذکر شده در بروشور شد، سریع خود فرد یا پزشک معالج و داروسازش عارضه را به شرکت دارویی یا نمایندگی رسمی آن در کشور اطلاع دهند یا ایمیل کنند. شرکت دارویی یا نمایندگی رسمی آن در کشور پس از دریافت این اطلاعات مجدداً با پزشک معالج تماس و نوع دارو، روش تجویز و عارضه را بدون دانستن اطلاعات خصوصی بیمار با یک کد اختصاصی می‌گیرد و در شرکت تمام عوارض رسیده را بررسی می‌کنند که اگر میزان عوارض از میزان مطلوب بیشتر باشد، در اطلاعات بروشور داده‌شده به پزشک و بیمار تجدیدنظر شود. ضمن این‌که این اطلاعات به مرکز سلامت کانادا فرستاده می‌شود تا روند کار شرکت دارویی

را نشان دهد.

من به‌عنوان پزشک بارها نامه‌هایی از مراکز بهداشت یا معاونت داروی منطقه خودم مبنی بر گزارش عوارض دارویی دریافت کردم ولی شاید خود من هم تنها در موارد معدودی گزارش کرده باشم.

البته حتماً در محیط‌های رسمی و قانونی مثل بیمارستان‌ها این کار بر اساس سلسله مراتب انجام می‌پذیرد و شاید در بخش خصوصی کمی کمتر باشد. شاید علت این است که در مورد عوارض بخش زیادی از نگاه‌ها متوجه پزشک است و این‌که دارو اشتباه تجویز شده، دوز اشتباه بود یا خطای پزشکی بوده و همین مانع گزارش می‌شود. در حالی‌که علت بروز عارضه دارویی می‌تواند به‌علت اشکال در تمام مراحل تولید، نگهداری و پخش، حتی تجویز نوع مشابه از سوی داروخانه‌ها، عدم مصرف صحیح دارو توسط بیمار یا تداخلات با داروهای شیمیایی و گیاهی همراه یا حتی غذا باشد که پزشک از مصرف آن‌ها توسط بیمار مطلع نبوده است و اتفاقاً روشن‌شدن این قضایا کمک زیادی به نجات جان انسان‌ها می‌کند. گزارش عدم تاثیرگذاری داروها هم خیلی مهم است.

در این مورد خاص اتفاقاً چند سال است که در بخش درمان اعتیاد بسیاری از بیماران و درمانگران معتقدند نوع خاصی از داروی متادون (مثلاً قرص یا شربت) یا داروی کارخانه خاصی موثرتر است و گزارشاتی هم به معاونت دارو داده شد که به‌علت ایجاد سوءبرداشت‌هایی، دوستان دست از اصرار و تاکید برداشتند.

اگر این اطلاع‌رسانی از راه صحیح و اصولی انجام شود و به شرکت دارویی یا نمایندگی رسمی شرکت دارویی در کشور منتقل شود، شرکت دارویی برای نگاه داشتن مجوز فروش در کشور مجبور به دریافت گزارش و پیگیری است. این امر از طرف وزارت بهداشت کانادا به‌صورت سیستماتیک پیگیری می‌شود. GMP برای کارخانه‌ها و GCP یا Good Clinical Practice برای مطالعات بالینی و GVP برای نظارت بر اثرات ناخواسته دارو است که همه باید بر اساس ICH باشد. مساله مهم این است که تمامی شرکت‌های داروسازی باید از قونین بین‌المللی پیروی کنند و پزشکان به حقوق بیمار و وظایف شرکت‌های دارویی در امر ایمنی داروها واقف باشند. حتی اگر دارویی فقط در کشور توزیع می‌شود، انبار و محل توزیع هم باید بر اساس GMP باشد و تمام قوانین بین‌المللی را رعایت کند. اگاه‌سازی پزشکان و مردم خیلی کمک می‌کند که در روند رقابتی شرکت‌های مناسب‌تر برنده شوند. پس در مرحله اول هم خود پزشک باید از این اطلاعات آگاه باشد و هم به بیمارانش گوشزد کند. ضمن این‌که گزارش عارضه، لزوماً به معنی رد یک دارو نیست؛ این گزارش‌ها برای ارزیابی داروها باید انتقال داده شود و این کار با آموزش حاصل می‌شود. آموزش صحیح و رفتار حرفه‌ای نتیجه برد- برد برای مردم و شرکت‌های داروسازی فراهم می‌کند که درست کار می‌کنند.

پس باز برمی‌گردیم به یادگیری اصول و قوانین بین‌المللی. البته به‌نظر می‌رسد مقوله آموزش اگر اجباری در بین نباشد، خیلی طرفدار ندارد!

اگر منصف باشیم، همیشه هم این‌طور نیست. ولی می‌توان در مواردی دانستن قوانین و آموزش را اجباری کرد. به‌نظر من دانستن این اصول برای تمام دانشجویان و پزشکان در کنار دوره‌های روش تحقیق که در دانشگاه‌های پزشکی اجباری است، لازم است. دانشجو باید تز اجباری خود را بر اساس اصول پژوهشی درست بنویسد. آموزش دانشگاه آکادمیک است و اگر قرار است دانشجو وارد بازار کار شود، این وسط حفره‌ای وجود دارد که با آموزش‌های عملی در مورد قوانین بین‌المللی می‌تواند پر شود.

در مورد آموزش تاکید کردید که مثلاً دوره‌ای برای دانشجویان پزشکی فراهم شود. برای بقیه پزشکان چطور؟ خواندن کتاب، اینترنت یا دوره‌های آموزشی؟

در زمینه آموزش، روش تدریس بسیار موثر است. صرف یاد گرفتن قانون‌ها از آموزش‌های اینترنتی یا فقط خواندن کافی نیست. تدریس و تفهیم مطالب در آموزش خیلی مهم است. به‌نظر من شرکت در دوره‌های آموزشی که اساتید مجرب بتوانند نکات عملی مفید را به علاقه‌مندان بیاموزند، بسیار مهم است. من سال‌هاست خودم رشته‌های مختلفی را آموزش می‌دهم و معتقدم پژوهش مهارتی مثل رانندگی است که با تمرین بهتر می‌شود نه فقط از روی کتاب.

این مساله آموزش برای انجام پژوهش می‌تواند چشم‌انداز بهتری را در صنعت صادرات دارویی به‌همراه داشته باشد؟

البته؛ مثلاً یکی از نیازهای روز دنیا داروهای گیاهی است که خیلی طرفدار دارد. شنیده‌ام که بسیاری از محصولات گیاهی ما خریداری شده و در کشورهایی دیگر مثل اسپانیا بسته‌بندی و با قیمت بیشتر عرضه می‌شود. مسلماً ما توانایی این کارها را داریم که داروهای گیاهی را در گروه‌های ایرانی امتحان و نتایج مثبت و منفی آن را به

دنیا اعلام کنیم. به‌دنبال آن امکان صدور داروها هم وجود دارد. ممکن است رویایی به‌نظر برسد اما این توانایی ما با آموزش برای پژوهش صحیح حاصل می‌شود. دانستن پیش‌شرط بسیار موثری است برای بزرگ شدن صنعت و دانش کشور ما. تاکید می‌کنم صادرات دارو در سطح کلان شاید دور از ذهن باشد اما به‌هرحال باید برای خود هدفی تعیین کنیم و هر یک قدمی که به‌سوی آن هدف والا برداریم، ارزشمند خواهد بود.

به‌نظر شما چرا در حال حاضر از چنین امکاناتی استفاده نمی‌کنیم؟ ما چند شرکت معتبر داریم که داروهای گیاهی را برای بیماری‌های مختلف در کشور عرضه و تولید می‌کنند.

در مورد ایران شنیده‌ام که پژوهش‌های علمی خوبی انجام می‌شود ولی این‌که چرا در مجلات معتبر چاپ نمی‌شود یا برندهای دارویی ما در دنیا مطرح نمی‌شود، واقعاً نمی‌دانم. شاید گایدلاین‌ها خوب رعایت نمی‌شود،

دکتر پیوند پیروزی Ph.D فیزیولوژی و بیوفیزیک از دانشکده پزشکی دانشگاه شربروک، استان کبک کانادا و دارای مدرک M.B.A از موسسه مدیریت تجاری امریکا (American Business Administration Institute) در مریلند ایالات متحده است و علاوه بر آن لیسانس فیزیولوژی و زیست‌شناسی مولکولی و فوق‌لیسانس نوروفیزیوژی و سایکوفیزیولوژی از دانشگاه پیر و ماری کوری پاریس و فوق‌لیسانس زیست‌شناسی و داروشناسی از دانشگاه مونترال در استان کبک کانادا دارد و دارای تاییدیه شورای آموزش دارویی کانادا برای صدور گواهینامه در زمینه آموزش‌های مبتنی بر شواهد در زمینه دارویی، روانپزشکی و مدیریت است.

دکتر پیروزی از سال ۱۹۹۱ تا کنون در دانشگاه‌های مختلف کانادا تجارب آموزشی متعدد و بیش از ۶۵ کار علمی از جمله ۱۲ انتشار در کتابخانه‌های کانادا و مقاله‌های متعدد در ژورنال‌های علمی داشته است. وی همچنین بیش از ۱۰۰۰ مورد گزارش علمی و بیش از ۴۰۰ روند اجرایی استاندارد در کارنامه خود دارد و سالانه استاد راهنمای بیش از ۱۰۰ دانشجوی فارغ‌التحصیل در رشته‌های مختلف علوم دارویی است.

وی با شرکت‌های دارویی معتبری چون آپوتکس و فایزر در بیش از ۴۰ مطالعه بالینی همکاری داشته، سابقه آموزش در بسیاری از شرکت‌های خصوصی و دولتی از جمله آموزش پرسنل بازرسی در مرکز سلامت کانادا و بسیاری از شرکت‌های دارویی، مراکز دانشگاهی و... دارد.

دکتر پیوند پیروزی جوایز و گواهینامه‌های متعددی دریافت کرده و عضو انجمن مدیریت کیفی PERSICA در تورنتو و مدیر اجرایی بخش نظارت بر مدیریت پروژه، تجهیزات پزشکی و دارویی و استاد راهنمای فارغ‌التحصیلان بین‌المللی گروه‌های پزشکی منطقه یورک و دورهم تورنتو است.

او در حال حاضر استاد تمام کالج سنکا، استاد و رییس کالج علمی دارویی و تحقیقات پزشکی Crown در کانادا و مشاور مستقل شرکت‌های دارویی در زمینه پژوهش، ثبت تولیدات و فعالیت‌های فروش در حوزه دارویی، تجهیزات پزشکی، زیبایی و محصولات طبیعی سلامت در کاناداست.

در صورت نیاز به اطلاعات بیشتردرباره مباحث این گفت‌وگو، می‌توانید با نشانی پروفایل ایشان در سایت لینکدین (linkedin.com/in/pirouzi) تماس بگیرید.

شاید خیلی از پژوهشگران فقط برای ارتقای شغلی می‌خواهند کاری را انجام دهند، شاید نظارت کافی نیست. من چون داخل قضیه نیستم بهتر است نظر قطعی ندهم. ولی دورنمای ما می‌تواند این باشد که برای صدور کارهای معتبر بر اساس پروتکل‌های استاندارد پیش برویم. باور کنید من به‌عنوان استادی که در دانشگاه‌های خارج از کشور تدریس کرده و در شرکتهای دارویی سال‌ها مدیر تحقیق بوده‌ام، می‌دانم استعداد دانشجویان ایرانی بسیار بالاست. با دانش و رعایت چند قانون و پروتکل بین‌المللی بسیاری از داخل کشور قادر به عرضه در سطوح بین‌المللی هستند. می‌توان «مار و پله» بازی کرد و قهرمان شد، به‌شرط این‌که قانونش را که در تمام دنیا یکسان است، خوب بدانیم و از طریق همان قوانین بین‌المللی جلو برویم و بازی را ببریم. پزشکان با اطلاع از این روند می‌توانند پروتکل‌های تحقیقاتی بنویسند و با دریافت کمک از شرکت‌های داروسازی روی داروها تحقیق کنند که می‌تواند بسیار مفید باشد. در این صورت هم نفع به بیماران می‌رسد و هم به شرکت‌های داروسازی که بتواند داروهای مناسب را به فروش برساند.

یعنی پژوهش برای پژوهشگر هم اعتبار نامی و هم درآمدزایی داشته باشد؟

بله؛ موردی را مثال بزنم که از یکی از پزشکان کشور رومانی با یکی از شرکت‌های داروسازی کانادا که من در آن کار می‌کردم، تماس گرفت و پروپوزال خود را که بر اساس مقررات بین‌المللی نوشته شده بود، فرستاد و گفت می‌خواهم در مورد اثر یکی از داروهای شما روی بیمارانم در کشور خود تحقیقی بکنم. ما به‌عنوان شرکت داروسازی بررسی کردیم که مثلاً انجام آن تحقیق چقدر به‌صرفه اقتصادی است یا نتیجه مثبت و منفی حاصل از آن چه ضررهایی برای اعتبار ما دارد. بر آن اساس تصمیم گرفتیم و بعد از موافقت از طرف شرکت ما مبلغی به فرد یا موسسه تحقیق‌کننده پرداخت شد و شرکت داروسازی ما نیز نظارت کامل بر روند انجام تحقیق داشت. مسلماً در کشوری مثل ایران امکان چنین تحقیقاتی خیلی زیاد است و سود اقتصادی، علمی و اجتماعی بسیار دارد. برای این کار، یادگیری اساس روش تحقیق اصولی با پیروی از قوانین بین‌المللی برای قبولی پروپوزال‌های تحقیقاتی بسیار کمک‌کننده است.

مبحث دیگر درباره افرادی است که به‌عنوان ویزیتور برای معرفی داروهای شرکت‌های داروسازی مراجعه می‌کنند. شنیده‌ام معمولاً خیلی از این افراد به‌علت مشغله پزشکان پذیرفته نمی‌شوند یا گاهی فرم‌شان فقط مهر می‌شود. حق قانونی پزشک است که از ویزیتور درخواست کند تا مقالات علمی چاپ‌شده در دنیا در مورد داروی مورد نظر را رایگان در اختیار داشته باشد. البته مسایل دیگری هم هست که بسته به اصول اخلاق پزشکی کشورها ممکن است متفاوت باشد. مثلا شرکت‌های داروسازی می‌توانند از پزشکان برای سخنرانی‌های اطلاع‌رسانی استفاده کنند اما پزشکان باید از عواقب سخنرانی‌های خود آگاه باشند. یعنی هر تبلیغ خلاف می‌تواند تبعاتی داشته باشد. واقعیت این است نه در پزشکی که در هر رشته‌ای، افراد حرفه‌ای باید به اصول اخلاقی پایبند باشند.

همه ما به‌عنوان جزیی از جامعه باید از حقوق‌مان به‌عنوان پزشک، محقق، بیمار یا جامعه مورد تحقیق مطلع باشیم. چه حقوق مادی یا اخلاقی و از نظر امنیت اطلاعات و رازداری و... مسلماً رعایت چنین اصولی زندگی را برای همه راحت‌تر و سالم‌تر و ایمن‌تر خواهد کرد. از جنبه مالی هم اگر بخواهیم به قضیه نگاه کنیم، تحقیق با شرکت‌های دارویی خارجی در واقع جلب سرمایه‌گذاری خارجی است و این مساله در مجموع به‌نفع کشور است؛ آن هم در کشور ما که زمینه تحقیقاتی فراوان است. همه این مسایل در دوره‌های آموزشی مختلف تدریس می‌شود و آموختنی است.

بسیار خوب، نکته تکمیلی دیگری هست که بفرمایید؟

از همه پزشکان می‌خواهم که در صورت بروز هر عارضه‌ای حتماً فرم‌های عوارض دارویی را پر کنند و به معاونت مربوط تحویل دهند و اصلاً تصور نکنند به‌دلیل گزارش‌دهی خود مورد سوال واقع می‌شوند. به‌نظر می‌رسد از هر چه از غرب به طرف شرق برویم گزارش‌دهی کمتر می‌شود و خیلی از افراد می‌گویند ما که خوب شدیم، نیازی به دردسر گزارش‌دهی نیست یا شاید من اشتباه کرده‌ام و عارضه رخ نداده باشد؛ اما واقعیت این است که از مجموعه گزارش‌های رسیده حداقل هر ۶ ماه یک‌بار مونوگراف‌های دارویی عوض و به پزشکان اطلاع‌رسانی می‌شود که مثلاً چنین عارضه‌ای اضافه شده است. در این صورت پزشک با آگاهی بیشتر در مورد خطر استفاده از دارو، به بیمار اطلاعات خواهد داد و اگر بیمار اثرات ناخواسته را تجربه کند، می‌تواند به‌سرعت دارو را قطع کند و در نتیجه اثرات ناخواسته منجر به وخیم‌تر شدن یا بستری شدن بیمار نمی‌شوند.

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

غربالگری سرطان پروستات

توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در زمینه غربالگری سرطان پروستات (PSA–based screening) در سال ۲۰۱۷ در هشتم آوریل ابتدا به‌صورت موقت در سایت این کارگروه ارایه شده و پس از ارایه نظرات و نقدها (در مهلت یک‌ماهه تا هشتم می) به‌صورت دایمی منتشر خواهد شد.

– پزشکان باید به مردان ۵۵ تا ۶۹ ساله در زمینه فواید و مضرات بالقوه غربالگری سرطان پروستات توضیح دهند.

– تصمیم به انجام غربالگری سرطان پروستات، یک تصمیم شخصی است.

– این تصمیم باید پس از مشورت با پزشک، توسط هر فرد اتخاذ شود. در توصیه‌های قبلی که پنج سال پیش (۲۰۱۲) ارایه و با انتقاد بسیاری از جوامع علمی روبه‌رو شده بود، این کارگروه به‌طورکلی با غربالگری سرطان پروستات در هر سنی مخالفت کرده بود.

– براساس نتایج تازه‌ترین تحقیقات، فواید غربالگری سرطان پروستات احتمالاً بیشتر از مضرات آن است. انجام آزمایش PSA خطر ابتلا به سرطان پیشرفته پروستات را ۳۰٪ و خطر مرگ در اثر این بیماری را ۲۰٪ کاهش می‌دهد.

– خطر سرطان پروستات در برخی افراد، مانند نژاد آفریقایی- آمریکایی و افرادی که سابقه خانوادگی سرطان پروستات دارند، افزایش می‌یابد و پزشک باید این موضوع را به آنان اطلاع دهد.

– در افراد ۷۰ ساله به بالا غربالگری سرطان پروستات با PSA نباید انجام شود.

آزمایش ژنتیک بدون نسخه پزشک

اداره غذا و داروی ایالات متحده در ماه آوریل اعلام کرد اولین مجموعه آزمایش‌های ژنتیک بدون نسخه پزشک را مورد تایید قرار داده است. این آزمایش‌ها که توسط شرکت ۲۳&Me ارایه می‌شود، خطر ژنتیکی ابتلا به ۱۰ بیماری را می‌سنجد اما البته قادر به تشخیص این بیماری‌ها نیست.

هدف از انجام این آزمایش‌ها کمک به افراد برای تصمیم‌گیری در زمینه تغییر شیوه زندگی و احیاناً مراجعه به پزشک است. خطر ژنتیکی تنها یکی از قطعات جورچین بزرگی است که در نهایت به ابتلا به این بیماری‌ها منتهی می‌شود. عوامل دیگر شامل رژیم غذایی، عوامل محیطی یا سیگار، به تکمیل این جورچین کمک می‌کند. همچنین گاهی فقدان خطر ژنتیکی به معنی عدم احتمال قطعی ابتلا به این بیماری‌ها نیست.

۱۰ بیماری که در این رابطه خطرسنجی ژنتیک می‌شوند شامل پارکینسون، آلزایمر دیررس، سلیاک، نقص آلفا-۱ آنتی‌تریپسین، دیستونی اولیه زودرس، کمبود فاکتور ۱۱ انعقادی، گوشه نوع ۱، نقص G۶PD (فاویسم)، هموکروماتوز ارثی و ترومبوفیلی ارثی است. افراد با پرداخت ۱۹۹ دلار بدون مراجعه به پزشک و تنها با ارسال نمونه بزاق خود می‌توانند نتایج آزمایش‌ها را به‌صورت برخط مشاهده کنند.

اولین سامانه دیجیتال پاتولوژی

اولین سامانه دیجیتال پاتولوژی (Whole slide imaging: WSI) به تایید اداره غذا و دارو (FDA)

رسید. این سامانه که ساخت شرکت فیلیپس است Philips IntelliSite Pathology Solution یا PIPS نام دارد و به پاتولوژیست امکان می‌دهد به‌جای میکروسکوپ، تصاویر اسلایدها را با رایانه مرور کند. برخی ویژگی‌های این سامانه به‌شرح زیر است:

– تصاویر دیجیتال با قدرت تفکیک بالا (High resolution)

– ویژگی‌هایی برای تشویق به کار گروهی

– ویژگی‌هایی برای کمک به نحوه برخورد با موارد مختلف بالینی.

کدئین و ترامادول ۱۸+

اخیراً اداره غذا و دارو نسبت به تجویز ضددردهای مخدر در افراد زیر ۱۸ سال هشدار داده است. مرور عوارض دارویی طی ۵۰ سال اخیر نشان می‌دهد مصرف ضددردهای مخدر توسط افراد زیر ۱۸ سال در آمریکا در ۷۳ مورد منجر به بروز مشکلات تنفسی شدید شده که در ۲۷ مورد با فوت همراه بوده است. همچنین مصرف این داروها در دوران شیردهی توسط مادر، در یک مورد منجر به مرگ شیرخوار شده است. رووس توصیه‌های اداره غذا و دارو به‌شرح زیر است:

– مصرف کدئین به‌عنوان ضددرد یا ضدسرفه در افراد زیر ۱۲ ممنوع است.

– مصرف ترامادول به‌عنوان ضددرد در افراد زیر ۱۲ سال ممنوع است.

– مصرف ترامادول برای درمان درد پس از جراحی برداشتن لوزه یا آدنوئید در افراد زیر ۱۸ سال ممنوع است.

– ترامادول یا کدئین توسط افراد ۱۲ تا ۱۸ ساله‌ای که چاق یا دچار مشکلات تنفسی مانند آپنه انسدادی خواب یا بیماری شدید ریوی هستند، بهتر است مصرف نشود.

– در زمان مصرف کدئین یا ترامادول، شیردهی توصیه نمی‌شود.

جدیدترین توصیه در زمینه درمان دیسانتری باسیلی

مرکز کنترل بیماری‌ها از پزشکان خواسته است حتی‌الامکان از درمان شیگلوز با آنتی‌بیوتیک خودداری کنند. اخیراً شیوع موارد شیگلا مقاوم به فلوروکینولون‌ها به‌طور چشمگیر افزایش یافته است. بنا به توصیه CDC، تجویز آنتی‌بیوتیک برای درمان دیسانتری باسیلی تنها در موارد ضرورت بالینی (مانند مبتلایان به نقص ایمنی یا بیماری شدید) یا اپیدمی شیگلوز مجاز است.

در صورت شک به شیگلوز، پزشک باید کشت مدفوع و آنتی‌بیوگرام درخواست کند. اگر تجویز آنتی‌بیوتیک اندیکاسیون داشته باشد ولی حداقل غلظت مهارکننده سیپروفلوکساسین μg/mL ۰/۱۲ یا بالاتر باشد، تجویز فلوروکینولون‌ها ممنوع است و تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب باید با مشورت با آزمایشگاه میکروب‌شناسی بالینی و متخصص بیماری‌های عفونی انجام شود.

در مواردی که علایم بیماری پس از تجویز آنتی‌بیوتیک ادامه یافته یا تشدید شود، کشت مدفوع باید تکرار شود. مرکز کنترل بیماری‌ها در حال بررسی این موضوع است که تجویز سیپروفلوکساسین احتمالاً مدت بیماری یا شدت علایم شیگلوز مقاوم به کینولون را افزایش می‌دهد.

دگزامتازون برای گلودرد حاد

یک مطالعه از شماره آوریل JAMA به مقایسه اثرات دگزامتازون با دارونما در بهبود علایم گلودرد حاد بدون تجویز آنتی‌بیوتیک در بزرگسالان پرداخته است. در عرض ۲۴ ساعت تفاوت معناداری از نظر بهبود کامل گلودرد بین دگزامتازون و دارونما مشاهده نشده اما پس از ۴۸ ساعت، بهبود کامل گلودرد در گروه دگزامتازون (۳۵٪) بیشتر از دارونما (۲۷٪) بوده است.

مشکل اصلی این تحقیق، محدود ساختن مطالعه به مواردی از گلودرد است که شدید نبوده و در بررسی ابتدایی نیاز به آنتی‌بیوتیک نداشته است. تجویز دگزامتازون در موارد گلودرد خفیف و خودمحدودشونده کار عاقلانه‌ای به‌نظر نمی‌رسد.

یک نوبت آزمایش تروپونین همراه با نوار قلب برای رد سریع احتمال سکته قلبی

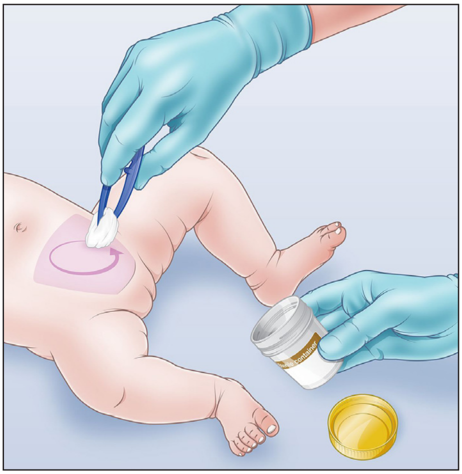
در یک متاآنالیز از شماره آوریل مجله Annals of Internal Medicine برای رد سریع تشخیص سکته قلبی، در بیش از ۹ هزار بیمار (در جریان ۱۱ مطالعه) که با درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه می‌کنند، از آزمایش تروپونین با حساسیت بالا (hs-cTnT) به‌همراه نوار قلب استفاده شده است.

حدود یک‌سوم بیماران نتیجه منفی (تروپونین کمتر از ۰/۰۰۵ میکروگرم در لیتر و نوار قلب نرمال) داشتند. از این افراد، تنها ۰/۵٪ در همان مراجعه و بستری دچار سکته قلبی شدند. حساسیت این روش برای رد تشخیص

سکته قلبی ۹۸/۷٪ و ارزش پیش‌بینی منفی آن ۹۹/۳٪ است. محققین تاکید می‌کنند که از این روش نباید در افرادی استفاده شود که به فاصله ۳ ساعت یا کمتر پس از شروع علایم به اورژانس مراجعه کرده‌اند، زیرا نیمی از موارد سکته در این گروه از بیماران در این فاصله زمانی مراجعه کرده بودند.

روش سریع جمع‌آوری نمونه ادرار در کودکان

یکی از مشکلات شایع در آزمایشگاه و به‌ویژه در موارد اورژانس، جمع‌آوری نمونه ادرار شیرخواران و اطفال است. محققین استرالیایی به بررسی یک روش ساده و غیرتهاجمی برای تسریع در جمع‌آوری نمونه ادرار در اطفال موسوم به Quick-Wee پرداختند. نتایج این مطالعه در شماره آوریل BMJ نشان می‌دهد با مالیدن یک تکه گاز خیس شده در محلول نمکی سرد در ناحیه‌ای به‌شکل یک دایره در بالای عانه (سوپراپوبیک) به‌مدت ۵ دقیقه می‌توان به جمع‌آوری سریع نمونه ادرار کمک کرد. این روش شانس موفقیت را تقریباً سه برابر افزایش می‌دهد.



توصیه‌های غیردارویی در پاندمی آنفلوانزا

با ظهور یک ویروس جدید آنفلوانزا A با توان بالقوه ایجاد یک پاندمی، اقدامات غیردارویی (NPIs) سهل‌الوصول‌ترین کاری است که می‌توان برای کند کردن گسترش ویروس انجام داد. اخیراً مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) توصیه‌های غیردارویی در پاندمی آنفلونزا را به‌روز کرده است. توصیه‌های پیشین مربوط به سال ۲۰۰۷ بود. رووس این توصیه‌ها به‌شرح زیر است:

– طبقه‌بندی اقدامات غیردارویی و مفاهیم کلیدی آن در ویرایش جدید تغییر نکرده است.

– تازه‌ترین شواهد علمی پس از پاندمی ۲۰۰۹ اضافه شده است.

– خلاصه‌ای از درس‌هایی که از پاندمی ۲۰۰۹ آموخته شده با تاکید بر اهمیت برنامه‌ریزی جامع و انعطاف‌پذیر مورد توجه قرار گرفته است.

– بخش جدیدی با موضوع نقش فعال جامعه اضافه شده است. مردم باید مفاهیم اقدامات غیردارویی را بپذیرند و در اجرای آن‌ها فعالانه شرکت کنند.

– ابزارهای ارزیابی پاندمی به‌روزرسانی و ابزارهای جدیدی اضافه شده است. ابزار سنجش فواصل پاندمی‌ها، ابزار سنجش خطر آنفلوانزا، شبکه ارزیابی شدت پاندمی و مجموعه‌ای از سناریوها با موضوع برنامه‌ریزی پیش از پاندمی (Prepandemic planning) نمونه‌ای از این ابزارهای جدید است.

شش جزوه راهنما که با توجه به شرایط جوامع مختلف تنظیم شده، برای کمک به برنامه‌ریزی پیش از پاندمی ضمیمه این توصیه‌هاست.

تصویب لایحه خدمات بهداشتی- درمانی جمهوری‌خواهان

پس از گذشت بیش از یک ماه از طرح لایحه جدید سلامت آمریکا، این لایحه با تغییراتی که در آن اعمال شد، بالاخره به تصویب رسید. ترامپ یک گام به تحقق یکی از وعده‌های اصلی انتخاباتی خویش مبنی بر حذف قانون سلامت مقرون به‌صرفه (اوباماکر) نزدیک شد. براساس این مصوبه، همه مالیات‌ها و الزامات مرتبط با اوباماکر به حالت تعلیق درمی‌آید. همه دموکرات‌ها و ۲۰٪ جمهوری‌خواهان مخالف تصویب این لایحه بودند. البته این لایحه پیش از تبدیل به قانون باید به تصویب مجلس سنا نیز برسد.

با اجرای قانون جدید، تغییرات قابل توجهی در بیمه مدیکد (بیمه اقشار کم‌درآمد) روی خواهد داد. بخش اعظم کمک‌های دولت فدرال بابت حمایت از این بیمه حذف می‌شود و ایالت‌ها نیز به‌تدریج ناچار خواهند شد سهم خود را کاهش دهند. به‌این‌ترتیب پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۶ بیش از ۱۴ میلیون نفر از جمعیت تحت پوشش بیمه مدیکد کاسته شود.

تغییرات دیگری نیز در جزییات مختلف از نظر نرخ بیمه‌ها و تخفیف‌های دولتی روی خواهد داد. بیمه افراد جوان و سالم ارزان‌تر می‌شود اما سهم پرداخت از جیب افراد سالمند و بیمار، به‌ویژه در مناطق روستایی، افزایش می‌یابد. و در نهایت، مالیات‌ها کاهش می‌یابد و این به‌ویژه برای ثروتمندان خبر خوشحال‌کننده‌ای است. بخش عمده‌ای از بودجه لازم برای اجرای اوباماکر از محل مالیات تامین می‌شد.

ترانه‌ای که نمایندگان دموکرات پس از تصویب لایحه جدید زمزمه می‌کردند، همان ترانه‌ای بود که جمهوری‌خواهان در سال ۱۹۹۳ پس از تصویب لایحه بودجه دولت کلینتون می‌خواندند: «این برای شما گران تمام خواهد شد.» و همین‌طور هم شد!

بیشتر موارد مرگ‌ومیر نوجوانان قابل پیشگیری است

براساس تازه‌ترین گزارش سازمان سلامت جهانی (WHO) در ماه مه سال ۲۰۱۷ با عنوان «اقدام سریع جهانی برای سلامت نوجوانان (AA-HA!)، هر روز سه هزار نوجوان در سرتاسر جهان فوت می‌کنند که به مفهوم مرگ‌ومیر سالانه ۲/۱ میلیون نوجوان است. به نظر این سازمان، بیشتر موارد مرگ‌ومیر نوجوانان قابل پیشگیری است. جدول پیوست، پنج علت اصلی مرگ‌ومیر در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را در سال ۲۰۱۵ نشان می‌دهد.

صدمات جاده‌ای در صدر علل مرگ‌ومیر نوجوانان در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال قرار دارد. البته میزان مرگ‌ومیر نوجوانان بسیار کمتر از اطفال زیر پنج سال (۱۶ هزار نفر در روز) است، ولی در حالی که برنامه‌های ملی و بین‌المللی متعددی در سرتاسر جهان برای کاهش مرگ‌ومیر کودکان در حال اجراست، به‌نظر می‌رسد سلامت نوجوانان نادیده گرفته شده و کمتر برنامه‌ای برای کاهش مرگ‌ومیر نوجوانان وجود دارد.

نوجوانی دوره‌ای از زندگی است که تغییرات فیزیولوژیک و روانی قابل توجهی در آن روی می‌دهد و اغلب این تغییرات باعث افزایش آسیب‌پذیری نوجوانان می‌شود. مثلاً در مقایسه با افراد بزرگسال، بدن دختران نوجوان نسبت به عوارض بارداری آسیب‌پذیری بیشتری دارد.

نوجوانان از نظر روانی نیز آسیب‌پذیرتر هستند. آسیب زدن به خود (Self-harm) شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در نوجوانان است. میزان افسردگی و اضطراب در این گروه سنی بیشتر از سنین دیگر است. تغییرات هورمونی در کنار تغییر نقش و مسوولیت‌های نوجوانان در خانواده و جامعه، عامل عمده افزایش استرس، فشار و اضطراب در آنان است. نوجوانان باید بدانند که تنها نیستند و کمک در دسترس است. آنان باید بدانند که از کجا می‌توانند کمک بگیرند.

نمونه آن پروژه‌ای است که برای ارتقای سلامت روانی در مدارس ایران در حال اجراست. هدف این پروژه، افزایش اعتماد به‌نفس و کاهش ترس از امتحانات است. اجرای این پروژه ابتدا در سطح کوچکی آغاز شد و هم‌اکنون به تمام کشور گسترش یافته است. پروژه دیگری در نیوزیلند با هدف کاهش میزان خودکشی در نوجوانان اجرا شده است.

غرق شدن یکی از دلایل اصلی مرگ‌ومیر در پسران نوجوان است و با گسترش برنامه‌های آموزش شنا در سطح مدارس می‌توان به کاهش آن کمک کرد. آمار مربوط به بیماری‌های عفونی و HIV در نوجوانان شگفت‌آور است. یک‌چهارم مرگ‌ومیر نوجوانان در آفریقا مربوط به بیماری‌های عفونی است. پنومونی یکی از دلایل اصلی مرگ دختران نوجوان در این منطقه است. بیشتر این

پنج علت اصلی مرگ‌ومیر در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال در سال ۲۰۱۵

	۱۰ تا ۱۹ سال (دختر و پسر)	۱۰ تا ۱۹ سال (پسر)	۱۰ تا ۱۹ سال (دختر)
۱	صدمات جاده‌ای	صدمات جاده‌ای	عفونت‌های تنفسی تحتانی
۲	عفونت‌های تنفسی تحتانی	خشونت فردی	آسیب زدن به خود
۳	آسیب زدن به خود	غرق شدن	اسهال
۴	اسهال	عفونت‌های تنفسی تحتانی	عوارض مادر شدن
۵	غرق شدن	آسیب زدن به خود	صدمات جاده‌ای

موارد قابل پیشگیری است.

اخیراً سازمان سلامت جهانی با انتشار یک کتاب کُمیک تلاش دارد نوجوانان را تشویق کند درباره خطراتی که سلامت آنان را تهدید می‌کند بیشتر فکر کنند. قهرمان‌های این کتاب «آکیلا» و «کارلوس» و دوست تخیلی آنان «خانم پی» به نوجوانانی که دچار مشکل شده‌اند، کمک می‌کنند.

خطر تشک‌های بادی برای کودکان

یک مطالعه در شماره ماه می American Journal of Public Health نشان می‌دهد که تشک‌های بادی برای خانواده‌ها یک خطر بالقوه هستند. این تشک‌ها ارزان هستند ولی خطر مرگ ناگهانی شیرخواران را افزایش می‌دهند. تنها در آمریکا و بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۵، بیش از ۱۰۰ مورد مرگ شیرخوار به‌دلیل استفاده از تشک بادی گزارش شده است. البته این تعداد نسبت به کل موارد مرگ شیرخوار در ایالات متحده (حدود ۹۰۰ مورد در سال ۲۰۱۵) قابل توجه نیست.

مرگ ناگهانی شیرخوار در اقلیت‌های قومی و نژادی شایع‌تر است. بسیاری از این خانواده‌ها به‌دلیل نگرانی از آلودگی ساس به استفاده از تشک‌های بادی روی آورده‌اند و مراکز خیریه نیز کمتر به اهدای تشک‌های سنتی تمایل نشان می‌دهند. از سوی دیگر، صنعت تشک بادی رو به گسترش است.

بر اساس مقررات جدید، تولیدکننده‌های تشک بادی موظف به نصب برچسبی شده‌اند که نشان می‌دهد نباید از این تشک‌ها برای اطفال زیر ۱۵ ماه استفاده شود.

تا یک‌سالگی آب‌میوه ممنوع!

توصیه‌های آکادمی طب اطفال آمریکا در زمینه مصرف آب‌میوه در شیرخواران در شماره ماه می مجله Pediatrics منتشر شده است. بر اساس توصیه‌های پیشین این آکادمی، به شیرخواران زیر ٦ ماه نباید آب‌میوه داده می‌شد که این سن در توصیه‌های جدید به ۱۲ ماه افزایش یافته است:

– در موارد لزوم، اگر پزشک متخصص اطفال تجویز آب‌میوه را پس از ٦ ماهگی ضروری بداند، مقدار آن نباید بیشتر از یک فنجان باشد.

– برای کودکان نوپا، آب‌میوه ۱۰۰٪ (نیم فنجان یا کمتر) به عنوان بخشی از میان‌وعده یا وعده غذایی مجاز است.

– مقدار آب‌میوه مجاز برای کودکان ٤ تا ٦ ساله، روزانه سه‌چهارم فنجان و برای ۷ تا ۱۸ ساله‌ها روزانه یک فنجان است.

– در کودکان مبتلا به اسهال مزمن، درد شکم، نفخ شدید و مشکلات گوارشی، باید سابقه مصرف آب‌میوه پرسیده شود.

– در کودکانی که افزایش وزن کمتر یا بیشتر از حد دارند، توصیه می‌شود مصرف آب‌میوه به‌طور کلی قطع شود.

انجمن اورلوژی آمریکا و کارزار انتخاب هوشمندانه

اخیراً انجمن اورلوژی آمریکا در راستای کارزار انتخاب هوشمندانه (Choosing Wisely campaign)، پنج درمان و آزمایش جدید را به فهرست پیشین خود افزوده است:

– پزشکان نباید سرطان کم‌خطر موضعی و محدود پروستات (ضریب گلیسون کمتر از ۷، پسا [PSA] کمتر از ۱۰، مرحله [Stage] تومور T۲ یا پایین‌تر) را پیش از مشورت با بیمار و تفهیم فرآیند درمان فعال (Active surveillance) به وی، درمان کنند.

– زنان مبتلا به سیستیت بدون عارضه که به سایر آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی پاسخ می‌دهند، نباید تحت درمان با فلوروکینولون‌ها قرار گیرند.

– اپیوئیدها نباید بلافاصله پس از عمل جراحی تجویز شوند و تجویز آن‌ها باید با کمترین مقدار و در کمترین دفعات ممکن انجام شود.

– سیتولوژی ادرار یا آزمایش نشانگرهای توموری نباید به‌صورت روتین برای ارزیابی هماچوری میکروسکوپی انجام شود.

– سی تی اسکن نباید برای ارزیابی کودکان و نوجوانان مشکوک به سنگ کلیه انجام شود.

مصرف هورمون برای اختلالات مزمن توصیه نمی‌شود

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در ماه می تازه‌ترین توصیه‌های خود را در زمینه تجویز فرآورده‌های هورمونی برای درمان یا پیشگیری از اختلالات مزمن منتشر کرد و همگان می‌توانند تا ۱۲ ژوئن با مراجعه به سایت این کارگروه، نظرات و پیشنهادهای خود را ارایه کنند.

این توصیه‌ها به‌طور عمده مربوط به زنان یائسه است. به‌ویژه این کارگروه معتقد است استروژن به‌تنهایی یا ترکیب استروژن و پروژستین نباید در زنانی که جراحی برداشتن رحم (هیسترکتومی) انجام داده‌اند مصرف شود. البته هورمون‌درمانی فوایدی مانند کاهش خطر شکستگی یا کاهش خطر ابتلا به دیابت دارد ولی مضرات آن مانند افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان، ترومبوآمبولی وریدی، سکته مغزی، زوال عقل، بیماری کیسه صفرا و بی‌اختیاری ادرار بیشتر است.

تنها استثنای این توصیه‌ها، تجویز هورمون برای درمان علایم یائسگی مانند گُرگرفتگی (Hot flashes) و تعریق شبانه است.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره آرتروز زانو

یک مقاله از شماره ماه می BMJ به ارایه تازه‌ترین توصیه‌ها درباره درمان آرتروز (استئوآرتریت، بیماری تخریبی پیشرونده مفصل) زانو، به‌ویژه نقش جراحی آرتروسکوپیک پرداخته است. حدود یک‌چهارم افراد بالای ۵۰ سال در جهان به‌دلیل آرتروز دچار درد زانو هستند. بسیاری از آنان با این درد کنار می‌آیند. برخی با کاهش وزن، برخی با فیزیوتراپی و ورزش، بعضی با داروهای ضدالتهاب و ضددرد یا تزریق کورتون داخل مفصلی و در نهایت، برخی با جراحی با این بیماری مقابله می‌کنند.

بر اساس این توصیه‌ها که توسط گروهی از صاحب‌نظران بین‌المللی ارایه شده، انجام آرتروسکوپی در موارد آرتروز بدون توجه به نتایج تصویربرداری، شدت تخریب مفصل، علایم مکانیکی، پارگی منیسک یا شروع حاد علایم لازم نیست. البته بیماران جوانی که دچار مصدومیت ورزشی شده‌اند، موارد ترومای شدید و مواردی که زانو واقعاً قفل شده باشد، از این قاعده مستثنی هستند.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره پوکی استخوان

تازه‌ترین توصیه‌های کالج پزشکان آمریکا در شماره ماه می Annals of Internal Medicine منتشر شده است. رووس این توصیه‌ها به شرح زیر است:

– تجویز آلندرونات، رزیدرونات، اسید زولدرونیک یا دنوزوماب در زنان مبتلا به پوکی استخوان (استئوپوروز) ضروری است و باعث کاهش خطر شکستگی لگن و مهره‌ها می‌شود.

– درمان جایگزین هورمونی در زنان یائسه برای درمان پوکی استخوان توصیه نمی‌شود.

– درمان دارویی پوکی استخوان در زنان باید ۵ سال ادامه یابد.

– پایش تراکم استخوان در طول این ۵ سال توصیه نمی‌شود.

– تجویز بیس‌فسفونات در مردان مبتلا به پوکی استخوان توصیه می‌شود.

– در زنان ۶۵ سال به بالا مبتلا به استئوپنی که در معرض خطر بالای شکستگی هستند، تصمیم به شروع درمان بستگی به ترجیح بیمار، میزان خطر شکستگی، فواید، مضرات و هزینه درمان دارد.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره ندول تصادفی ریه

نسخه جدید توصیه‌ها درباره نحوه برخورد با گره تصادفی ریه (Incidental Pulmonary Nodule) از سوی انجمن فلایشنر (Fleischner Society)، در شماره فوریه مجله Radiology منتشر شده است. نسخه پیشین این توصیه‌ها مربوط به ۱۲ سال پیش بود. مخاطب اصلی این توصیه‌ها پزشکانی هستند که سی‌تی اسکن قفسه سینه درخواست می‌کنند و رادیولوژیست‌هایی که آن را تفسیر می‌کنند. رووس این توصیه‌ها به‌شرح زیر است:

– این توصیه‌ها عمدتاً مربوط به گره‌های ریوی است که به‌طور تصادفی در سی‌تی اسکن‌هایی یافت می‌شوند که به دلایل دیگر درخواست شده و شامل گره‌هایی نیست که سی‌تی اسکن با هدف غربالگری سرطان ریه درخواست شده است.

– توصیه‌ها دو دسته است: یکی برای گره‌های توپُر و دیگری برای گره‌های غیرتوپُر.

– گره‌ها بر اساس اندازه (کمتر از ٦ میلی‌متر، ٨–٦ میلی‌متر، و بیشتر از ٨ میلی‌متر)، تعداد و میزان خطر گره یا بیمار به ١٨ گروه تقسیم‌بندی شده است.

– میزان خطر بستگی به شکل و جایگاه گره، وجود آمفیزم یا فیبروز، سابقه سیگار و سابقه خانوادگی دارد.

– توصیه‌ها طیفی را شامل می‌شود که در یک انتهای آن گره‌های واحد کم‌خطر کوچک‌تر از ٦ میلی‌متر (پیگیری روتین لازم نیست) و در انتهای دیگر گره‌های بزرگ و پرخطر قرار دارند و سی‌تی اسکن باید پس از ٣ ماه تکرار شود که در برخی موارد با نمونه‌برداری یا پت اسکن همراه است.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره جراحی آرتروز مفصل لگن

رووس این توصیه‌ها که برای اولین بار در ماه آوریل در سایت آکادمی جراحان ارتوپدی آمریکا قرار گرفت، به‌شرح زیر است:

– چاقی، سیگار، سن و دیابت نوع ۲ با افزایش خطر عوارض پس از جراحی و کاهش میزان پاسخ به درمان همراه است.

– افسردگی، اضطراب و جنون با کاهش عملکرد، افزایش درد و کاهش کیفیت زندگی پس از جراحی مرتبط است.

– داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) در کوتاه‌مدت برای تخفیف درد یا بهبود عملکرد مفید هستند.

– کورتون تزریقی به بهبود عملکرد و درد کمک می‌کند.

– تزریق اسید هیالورونیک هیچ تفاوتی با دارونما ندارد.

– فیزیوتراپی در آرتروز خفیف تا متوسط مفصل لگن به بهبود عملکرد و کاهش درد کمک می‌کند.

– فیزیوتراپی پس از جراحی به بازگشت سریع عملکرد کمک می‌کند.

– سولفات گلوکزامین هیچ تفاوتی با دارونما ندارد.

– روش‌های جراحی قدامی و خلفی از نظر پیامدهای مرتبط با بیمار هیچ تفاوتی با هم ندارند.

کودکان کمربند ایمنی را درست نمی‌بندند

یک مطالعه از شماره ماه می The Journal of Pediatrics نشان می‌دهد ۴۳٪ کودکانی که در تصادفات خودرو جان خود را از دست می‌دهند، کمربند ایمنی را غلط بسته یا کلاً نبسته بودند. بر اساس توصیه مرکز کنترل بیماری (CDC)، کودکان زیر ۱۳ سال نباید در صندلی جلو خودرو بنشینند و باید از کمربند مخصوص ایمنی خردسالان استفاده کنند. صندلی اطفال زیر دو سال باید حتماً رو به عقب (Rear-facing) باشد. اطفال دو سال به بالا تا ٤ سالگی (یا وزن ۲۰ کیلوگرم) اجازه دارند در صندلی عقب خودرو، رو به جلو بنشینند ولی حتماً باید از صندلی مخصوص ایمنی خردسال (Child safety seat) استفاده کنند. پس از ٤ سالگی یا وزن بالای دو کیلوگرم، تا ۸ سالگی (و قد ١٤٥ سانتی‌متر) باید از صندلی کمکی (Booster seat) استفاده شود. اطفال پس از ۸ سالگی به شرطی که قد آنان به ١٤٥ سانتی‌متر برسد، می‌توانند از کمربند ایمنی بزرگسالان (البته در صندلی عقب خودرو) استفاده کنند.

ویروس جدید هپاتیت

ویروس جدیدی که اخیراً توسط امیر کاپور از سوی انجمن میکروب‌شناسی آمریکا در مجله mBio معرفی شده و human hepegivirus-۱، یا HHpgV-۱ نام دارد، خصوصیات مشترکی با ویروس هپاتیت C (HCV) و پگی‌ویروس انسان (HPgV) یا ویروس هپاتیت G دارد که هر دو عضو خانواده فلاوی‌ویریده هستند. ویروس جدید از راه خون منتقل می‌شود و در سرم دو فرد گیرنده خون و دو بیمار هموفیلی که فرآورده خونی دریافت کرده‌اند، یافت شده است.

پس از شناسایی پگی‌ویروس انسان در سال ۱۹۹۵، ویروس تورک تنو یا ویروس منتقله از انتقال خون (TTV) در ۱۹۹۷ و TLMV (TTV-like minivirus) و ویروس SEN در سال ۲۰۰۰، این اولین ویروسی است که طی سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از عوامل احتمالی هپاتیت پس از انتقال خون با عامل ناشناخته (Post-transfusion hepatitis of unknown etiology) معرفی می‌شود. اطلاعات درباره سیر عفونت HHpgV-۱ و پیش‌آگهی آن محدود است. برعکس هپاتیت C، بیشتر موارد عفونت HPgV بدون علامت، گذرا و خودمحدود است.

انتقال خون همچنان روشی ارزشمند برای نجات جان انسان است. تنها در ایالات متحده هر سال بیش از ۳۰۰ میلیون واحد خون و فرآورده خونی به بیماران تزریق می‌شود. به‌نظر پژوهشگران، در کنار تلاش برای ابداع روش‌های کاربردی‌تر برای تشخیص ویروس جدید، این ویروس باید به فهرست آزمایش‌هایی که بر روی خون‌های اهدایی انجام می‌شود، اضافه شود تا فرصت انجام مطالعات بیشتر روی آن فراهم شود.

توصیه جدید برای زوج‌هایی که می‌خواهند بچه‌دار شوند و پدر اچ‌آی‌وی مثبت است

بر اساس توصیه‌های مرکز کنترل بیماری (CDC) در ماه ژوئن، برای پیشگیری از انتقال عفونت اچ‌آی‌وی به زنانی که همسر آنان آلوده به این ویروس است، امکان استفاده از اسپرم‌های پدر فراهم شده است. پیش از این و بر اساس توصیه‌های سال ۱۹۹۰، چنین زوج‌هایی اگر مایل بودند بچه‌دار شوند، صرفاً باید از اسپرم اهدایی استفاده می‌کردند. البته در توصیه جدید نیز ایمن‌ترین راه همچنان استفاده از اسپرم اهدایی است.

پیشرفت‌هایی که طی سال‌های اخیر در پیشگیری و

درمان عفونت اچ‌آی‌وی به‌دست آمده، چنین امکانی را برای این زوج‌ها فراهم کرده است. مرد اچ‌آی‌وی مثبت باید تحت درمان فوق‌فعال ضد رتروویروس (HAART) قرار گیرد و زن اچ‌آی‌وی منفی نیز هر روز پروفیلاکسی پیش از تماس (PrEP) دریافت کند. اقدام سومی که به‌صورت اختیاری توصیه شده، شست‌وشوی اسپرم است که البته کارایی آن مورد بحث است و هزینه بسیار بالایی هم دارد.

غربالگری همگانی از نظر اسکولیوز توصیه نمی‌شود

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در ماه ژوئن توصیه‌هایی در زمینه غربالگری اسکولیوز منتشر کرد. به‌نظر این کارگروه، شواهد کافی در حمایت از لزوم غربالگری همگانی از نظر اسکولیوز ایدیوپاتیک در نوجوانان بدون علامت ۱۰ تا ۱۸ ساله وجود ندارد. این توصیه‌ها در مقایسه با توصیه‌های پیشین این کارگروه در سال ۲۰۰۴ که کاملاً مخالف غربالگری همگانی بود، انعطاف بیشتری دارد.

غربالگری قادر به تشخیص بسیاری از موارد اسکولیوز ایدیوپاتیک است ولی تاثیر مستقیم آن در بهبود پیش‌آگهی و پاسخ به درمان ثابت نشده است. برخی شواهد نشان می‌دهد استفاده از پشت‌بند (Bracing) به کاهش انحنای ستون فقرات کمک می‌کند ولی این‌که کاهش انحنا در نوجوانی باعث بهبود پیش‌آگهی در بزرگسالی خواهد شد، هنوز روشن نیست. مضرات غربالگری نیز ثابت نشده و شواهد مبنی بر مضرات درمان، کافی نیست.

ارزش زیرنوع‌های مولکولی سرطان پروستات در پیش‌آگهی پاسخ به درمان

یک مطالعه از شماره ماه می JAMA Oncology به بررسی ارزش نشانگرهای مولکولی سرطان پروستات در تعیین پاسخ به درمان محرومیت آندروژن پرداخته است. بیماران با استفاده از سیستم بیان ژنتیکی PAM۵۰ به سه زیرنوع Luminal B، Luminal A، و Basal-like تقسیم شدند. مسیر پیام‌رسانی آندروژن در تومورهای لومینال فعال‌تر است. تومورهای لومینال B پیش‌آگهی بدتری دارند ولی به درمان محرومیت آندروژن بهتر پاسخ می‌دهند. بیشترین ارزش این مطالعه، شناسایی و تعیین آن دسته از مبتلایان به سرطان پروستات است که نیاز به درمان محرومیت آندروژن ندارند.

افزایش پلاکت به عنوان نشانگر بالقوه سرطان

پلاکت یکی از نشانگرهای شناخته شده فاز حاد (Acute phase reactant) است. یک مطالعه از شماره ماه می British Journal of General Practice نشان می‌دهد ۱۱٪ مردان و ۶٪ زنانی که تعداد پلاکت بالا دارند در یک سال آینده دچار سرطان خواهند شد. میزان وقوع سرطان پس از دو سال به سطح پایه (۴٪ در مردان و ۲٪ در زنان) بازمی‌گردد. اگر آزمایش دوم پس از ۶ ماه نشان‌دهنده تداوم پلاکت بالا باشد، خطر سرطان در مردان به ۱۸٪ و در زنان به ۱۰٪ می‌رسد.

شایع‌ترین سرطان در افرادی که پلاکت بالا دارند، سرطان ریه و کولورکتال است. تقریباً یک‌سوم مبتلایان به سرطان ریه یا کولورکتال، پیش از تشخیص سرطان، هیچ علامت دیگری به‌جز ترومبوسیتوز (پلاکت بیش از ۴۰۰ هزار در میکرولیتر) نداشته‌اند. تعداد پلاکت به‌عنوان یک نشانگر بالقوه سرطان، می‌تواند به تشخیص زودرس در این گروه از بیماران کمک کند.

جهانگیری (پاندمی) اضافه‌وزن و چاقی

یک مطالعه موسوم به Global Burden of Disease یا GBD با استفاده از داده‌های ۱۹۵ کشور جهان در فاصله بیش از ۲۵ سال انجام شده، نشان می‌دهد شیوع چاقی در جهان از سال ۱۹۸۰ تاکنون بیش از دو برابر شده و در حال حاضر حدود ۵٪ کودکان و ۱۲٪ بالغین چاق هستند. این یافته‌ها تقریباً با افزایش شیوع دیابت نوع ۲ همخوانی دارد. یک نکته جالب توجه این است که منحنی شیوع چاقی در کشورهای پردرآمد به حالت کفه‌ای درآمده و ثابت مانده است ولی در کشورهای دیگر همچنان رویه صعودی خود را حفظ کرده است.

نگران‌کننده‌ترین یافته این تحقیق، افزایش بیش از سه برابری شیوع چاقی در جمعیت جوان کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط مانند چین، برزیل و اندونزی است. چاقی زودرس می‌تواند به مفهوم افزایش وقوع دیابت نوع ۲، پرفشاری و بیماری مزمن کلیه و نیز افزایش بروز عوارض مزمن این بیماری‌ها باشد.

دکتر بابک عزیز افشاری

متخصص پاتولوژی

نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ۴۴۲۴۳۴۴۷

Website: azizafshari.com

Email: babak_azizafshari@yahoo.com

جایزه عکس ولکام

دکتر بابک عزیز افشاری

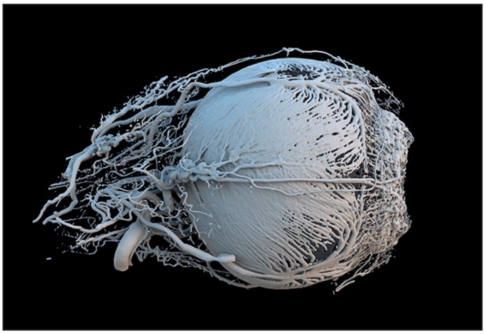
بنیاد پژوهشی ولکام تراست (Wellcome Trust) را *سِر هنری ولکام*، یکی از پیشگامان صنعت دارویی انگلستان، در سال ۱۹۳۶ تاسیس کرد. هدف بنیاد ولکام حمایت از افکار بزرگ برای رسیدن به اهداف بزرگ در سلامت است. جایزه عکس ولکام یکی از برنامه‌هایی است که این بنیاد طی ۲۰ سال اخیر به‌عنوان بزرگترین رخداد بصری در حیطه دانش، پزشکی و زندگی، با هدف شناسایی افراد برجسته در زمینه خلق بهترین عکس‌ها در شاخه‌های مختلف علوم سلامت و زیست‌پزشکی برگزار کرده است. عکس‌های برگزیده امسال در ماه مارس ۲۰۱۷ به نمایش گذاشته شد.

تعدادی از این عکس‌ها را در این صفحات تقدیم می‌کنیم؛ برای دیدن بقیه، حتماً به سایت مجله به نشانی زیر مراجعه فرمایید:

pezeshkangil.com/?p=6386

منابع:

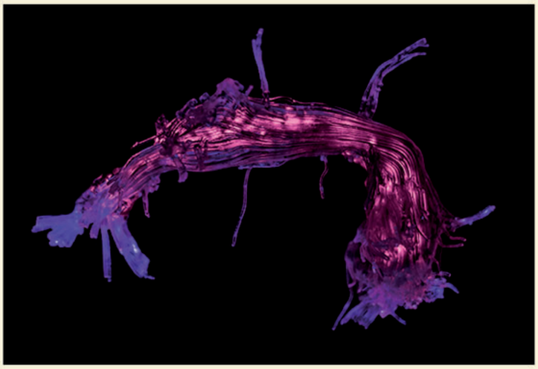
wellcomeimageawards.org/about/about-the-awards
medscape.com/features/slideshow/2017-wellcome-image-awards



رگ‌های چشم خوک مینیاتوری (mini–pig) سالم: این مدل چاپ سه‌بعدی از چشم خوک مینیاتوری همراه با عروق خونی، از جنس ABS (ماده‌ای که در ساخت لگو [Lego] به‌کار می‌رود) با استفاده از نوعی سی‌تی اسکن ساخته شده که چاپ آن ۳۹ ساعت زمان برده است (پیتر مالوکا، دانشگاه باسل و بیمارستان چشم مورفیلد لندن).

آدم چوبی- فراز و نشیب کرون: شخصیت آدم چوبی (Stickman)، خود دیگر (alter ego) یا همزاد نقاش مبتلا به بیماری کرون است. چوب کنایه از لاغری مفرط بیمار است (اسپوکی پوکا).

بچه‌های روستایی در نیکاراگوا: بیماری مزمن کلیه بیش از نیمی از بزرگسالان این منطقه را گرفتار کرده و عامل بیش از ۷۵٪ مرگ‌ومیر مردان ۳۵ تا ۵۵ ساله است. علت اصلی این مساله، کار شدید در هوای گرم است. این دو برادر، دو پسرعموی خود را که هر دو در مزارع نیشکر کار می‌کردند، به‌همین دلیل از دست داده‌اند (جاشوا مک‌دانلد).

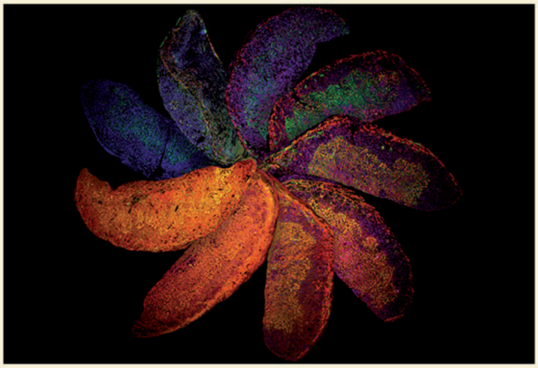


مسیرهای زبان مغز: نواحی مسوول گفتار و تکلم در دو بخش مغز نقشه‌برداری شده است. این مدل چاپ سه‌بعدی، رشته کمانی (arcuate fasciculus) را نشان می‌دهد که رشته‌ای از جنس ماده سفید مغز است که این دو بخش مغز را به هم مرتبط می‌کند. در تهیه این تصویر از نوعی ام‌آرآی موسوم به diffusion imaging استفاده شده که حرکت مولکول‌های آب را پیگیری می‌کند (استفانی فورکل، کینگز کالج لندن).

غربالگری چشم در هندوستان: بیمار در حال درمان توسط یک چشم‌پزشک داوطلب است. در جریان این حرکت خیریه بیش از ۹۰ هزار جراحی کاتاراکت و حدود دو میلیون ویزیت چشم‌پزشکی انجام شد. برخی از بیماران در شرایط فقر بسیار شدید بودند (سوزان اسمارت).

ریتا لوی- مونتالچینی: این نورولوژیست ایتالیایی در سال ۱۹۸۶ به‌دلیل کشف فاکتور رشد عصبی (NGF) برنده جایزه نوبل شد. او در شرایط خفقان رژیم موسولینی به‌طور مخفیانه آزمایشگاه کوچکی در خانه خود ساخت و به تحقیق پرداخت (داریا کیپاچ).

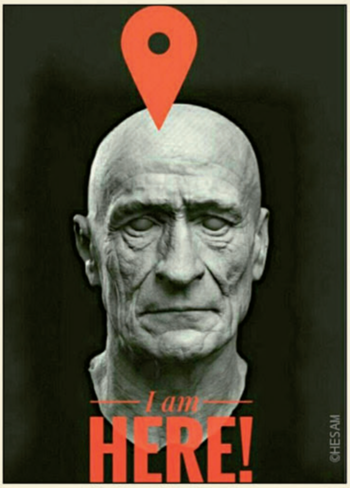
عروق خونی طوطی آفریقایی خاکستری: مدل سه‌بعدی شبکه عروقی سر و گردن طوطی آفریقایی خاکستری با استفاده از ماده حاجب BriteVu و حدود ۳ هزار تصویر ۱۰۰ میکرونی توسط سی‌تی اسکن (اسکات بیرچ).



رنگین‌کمان جفت: این تصویر به نمایش تغییرات جفت موش در مراحل مختلف تکوین آن در اثر دستکاری دستگاه ایمنی پرداخته است. این موش‌ها از نظر ژنتیکی دارای دستگاه ایمنی متفاوت هستند. رنگ‌آمیزی برای سه پروتئین مختلف انجام شده است: آبی برای هسته، قرمز برای رگ‌های خونی و سبز برای تروفوبلاست‌ها. رنگ‌های دیگر نشان‌دهنده وجود بیشتر از یک پروتئین در یک سلول است که باعث ایجاد نمای رنگین‌کمان شده است. این تصویر با استفاده از میکروسکوپ هم‌کانون تهیه شده است (سوچیتا نادکارنی، دانشگاه کوئین‌ماری لندن).

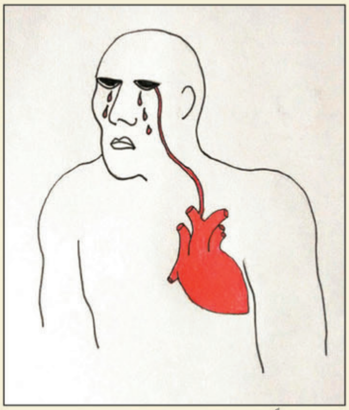
عروس دریایی دم‌کوتاه هاوایی: این جانور در طول روز مخفی می‌شود و شب‌ها برای شکار بیرون می‌آید. نوعی باکتری موسوم به ویبریو فیشری در سطح تحتانی آن عامل تشعشع نورانی این جانور است (مارک اسمیت).

اسکیس‌های حسام نوروزی

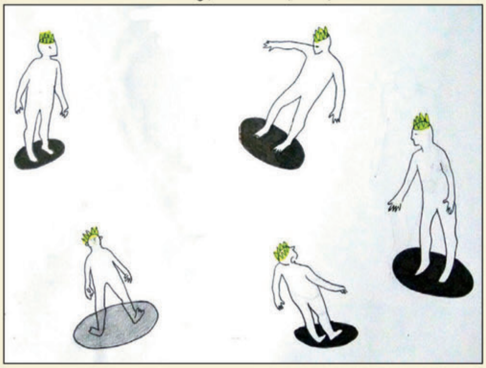


«من» این‌جا هستم (اشاره‌ای به نیاز به شناساندن خود به دیگران یا گرسنگی هویت با بهره‌گیری از نمادهای نقشه‌خوانی و مکان‌نمای شهری)

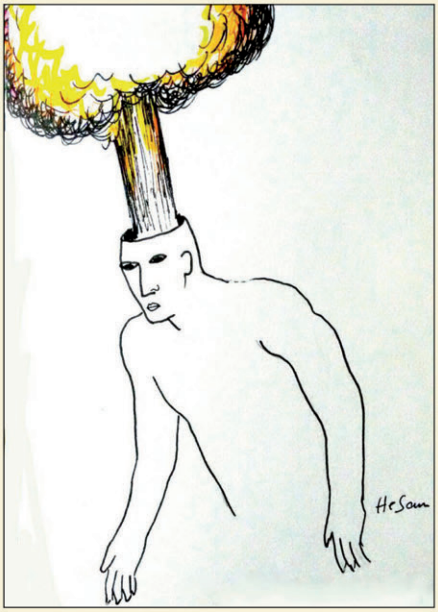
«او» با خودش هم درگیری داشت



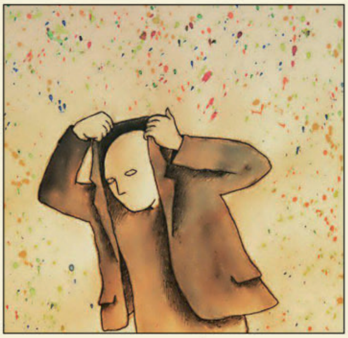
«او» عمیقاً متاسف بود



«او» در سرزمین پادشاهی متحده مجمع‌الجزایر پراکنده زندگی می‌کرد



ناگهان یک ایده ناب و بدیع به ذهنش رسید

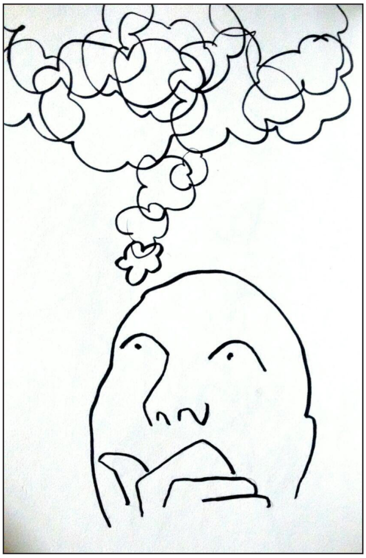


«او» نمی‌خواست رنگی شود

دکتر حسام نوروزی را که می‌شناسید؛ همکار شیرازی‌الاصل و تورنتویی‌الماوا که از دیرباز دل در گرو دو معشوق (هنر و پزشکی) دارد و به‌ویژه در ماه‌های اخیر معرفی کارتونیست‌ها و کارتون‌های پزشکی‌اش در «پزشکان گیل» رونقی به صفحات هنری ما داده است. حسام خود نیز دستی پرتوان در طراحی، نقاشی و کاریکاتور دارد و این‌بار درخواست ما را در ارایه و معرفی کارهای خود اجابت کرده است که سپاسگزاریم. (م. ج.)

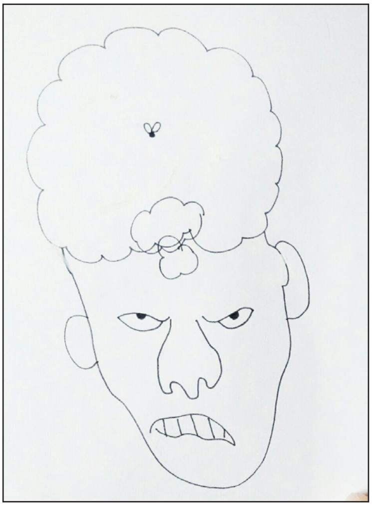
من فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۷۶ هستم. هرچند پیش از ورود به دانشگاه، نقاشی و کاریکاتور هم می‌کشیدم ولی بیشتر جنبه تفننی داشت. در دوران دانشجویی البته خیلی بیشتر به سمت کاریکاتور کشیده شدم. پس از فارغ‌التحصیلی هم با وجود حجم زیاد کاری، نقاشی و کاریکاتور را در کنار کار اصلی‌ام ادامه دادم و طی این سال‌ها کارهای نقاشی و کاریکاتور من در چندین نمایشگاه گروهی در داخل و خارج از ایران به نمایش درآمد و برنده چند جایزه هم شدم.

در مجموعه طراحی و تصویرسازی‌های اخیر، بیشتر سعی



«او» به‌شدت متمرکز شده بود

«او» به جزییات توجه داشت



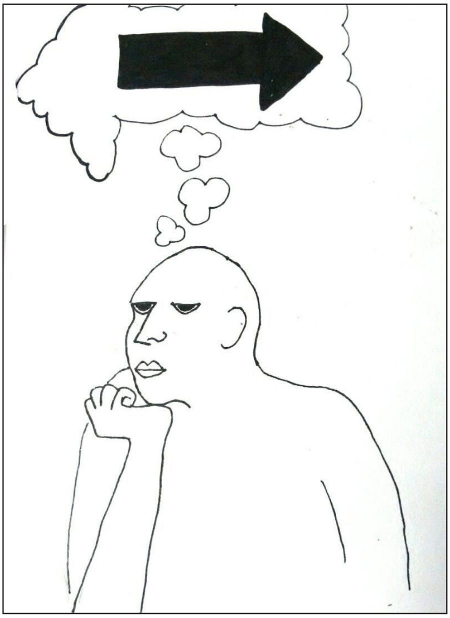
امان از افکار مزاحم

«او» به خیلی چیزها فکر نمی‌کرد

کرده‌ام دغدغه‌ها و مشاهداتم را از افراد و محیط اطراف در قالب اسکیس‌های روزانه و طراحی سریع به تصویر بکشم.[1] شاید هم بعداً وقت کنم و سر فرصت تعدادی از این کارها را دوباره اجرا کنم.

این اسکیس‌های روزانه در حقیقت یک‌جور روند ثبت مشاهدات و تجارب من از برخوردهایی است که با بقیه داشته یا دیده‌ام. برای این‌که قضاوت خودم روی نتیجه نهایی تاثیر نگذارد، سعی می‌کنم با استفاده از اسکیس‌های روزانه، راه را بر ارایه اولین برداشت‌های فکری یا قوی‌ترین تصویر ذهنی باز بگذارم. تصور می‌کنم شاید تاکید بر ثبت فی‌البداهه دریافت‌ها، بدون این‌که در پی اصلاح و حک آن‌ها باشم می‌تواند به درک بهتر مناسبات روزمره در روابط بین فردی و اجتماعی بیانجامد و شاید روند سورئالیستی این تداعی‌های آزاد بهتر بتواند به کشف تناقض‌ها کمک کند.

به‌همین منظور سعی می‌کنم از خطوط ساده و تا حد امکان بدون هاشور و رنگ‌گذاری بهره بگیرم تا هرچه سریع‌تر و بیشتر به هدف اصلی کار خود نزدیک شوم. استفاده از خطوط مشکی که بر زمینه سفید قرار می‌گیرند، به‌نظرم نوعی نقد دوباره است از رفتار و افکاری که نه بر پایه خردورزی که بر عادات نهادینه شده بنا شده است. ممکن است برخی از این اسکیس‌ها با توضیح کوتاهی برای تکمیل طرح و یا توضیح بیشتر درباره طرح همراه شوند.



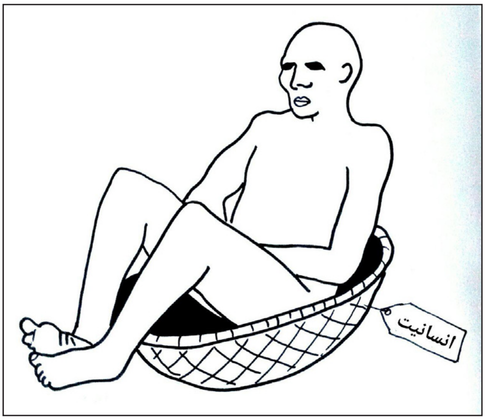
«او» دچار تضاد منافع بود

هرچند حضور نقادانه این نوع مشاهده‌ها و ثبت مناسبات بین فردی، این کارها را از کاریکاتور و طنز دور کرده اما تلخی طنز سیاه نیز تا کنون وجه غالب کارها نشده است. از جنبه محتوایی شاید بتوان گفت بیشتر تحت‌تاثیر کارهای *کاردون* (Jaques-Armand Cardon) فرانسوی بوده‌ام اما تاثیر هنرمندان ایرانی چون *اردشیر محصص* و *داوود شهیدی* نیز در کارهایم قابل مشاهده است.

در زمینه تکنیک کاری نیز سعی کرده‌ام با ترسیم اسکیس‌های روزانه‌ای که به پیروی از *توکا نیستانی* ترسیم می‌کنم، مسیری تازه‌تر در نحوه بیان شخصی‌تر مشاهدات و برداشت‌هایم کشف کنم. به‌همین منظور همیشه دفتر اسکیس و چند مداد و قلم به‌همراه دارم و در اولین لحظه‌ای که سوژه‌ای به ذهنم برسد سریعاً آن را اجرا می‌کنم. وقتی که کاغذ و قلم در دسترس نباشد هم اسکیس مورد نظر را با اپلیکیشن های موبایل اجرا می‌کنم. برای همین هم محل کار مشخصی ندارم: درون مترو، هنگام کار یا غذا خوردن و حتی در حین پیاده‌روی!

اسکیس‌هایی که در ادامه می‌بینید، در طی چند ماه اخیر اجرا شده‌اند.

۱. پیش‌طرح یا اسکیس (به فرانسوی: Esquisse؛ به انگلیسی: Sketch) در برخی رشته‌های هنری مانند طراحی صنعتی، معماری، نقاشی و... به معنای طراحی سریع یا اولیه است که در آن از جزییات صرف‌نظر می‌شود و کلیات موضوع به‌صورت غیردقیق نشان داده می‌شود. برای اجرای پیش‌طرح فقط از یک رنگ استفاده می‌شود و نمونه کامل‌تری را که در آن از رنگ نیز استفاده و پاره‌ای از جزییات نیز نشان می‌شود، راندو می‌خوانند. (ویکی‌پدیا)



کسی «او» را به فرزند خواندگی نگرفت

بعد از ۱۵۰ سال:

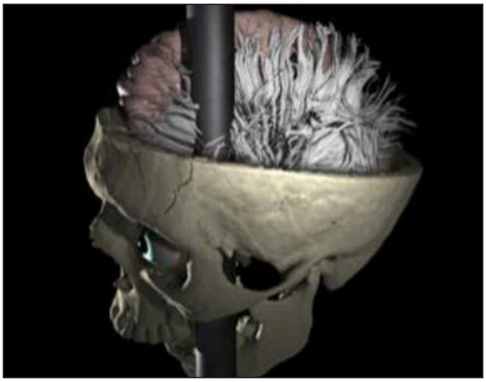
رازگشایی از عجیب‌ترین آدم جان به‌در برده از صدمه مغزی

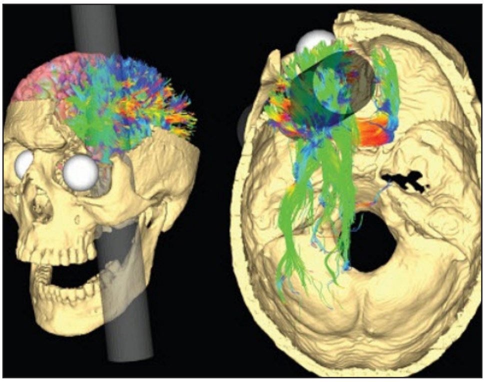
دکتر علیرضا مجیدی

در سال ۱۸۴۵ میلادی سرکارگری به نام *فینیس گیج* (Phineas Gage) که در یک پروژه احداث خط راه‌آهن مشغول به کار بود، در حال آماده کردن مقدمات کار برای منفجر کردن صخره‌ای در مسیر بود. در یکی از روزها او در حال فشار دادن یک میله آهنی به حفره‌ای در یک صخره بود که مواد منفجره در آن کارگذاری شده بود اما این کار باعث شد غفلتاً جرقه‌ای ایجاد شود و انفجاری صورت بگیرد؛ انفجاری که میله آهنی یک متری را با شدت هر چه تمام‌تر به‌مانند نیزه‌ای به سمت سرش پرتاب کرد. میله آهنی از گونه او وارد سرش و از بالای سرش خارج شد. میله بعد از عبور کامل از سر او ۱۰ متر آن‌سوتر پرتاب شد.

اما او که در آن زمان ۲۵ ساله بود از این جراحت وحشتناک جان سالم به‌در برد. پزشکان خرده‌ریزهای استخوان لای زخم او را تمیز و حفره ایجاد شده در جمجمه‌اش را ترمیم کردند. چند روز بعد فینیس به‌علت عفونت به کما رفت اما در حالی که نزدیکانش او را برای مراسم تدفین آماده می‌کردند، از بستر برخاست و بهبود پیدا کرد.

متعاقب این حادثه رفتار و شخصیت گیج دگرگون





شد. تا پیش از آن کارفرماها او را فرد کارا و موثری می‌دانستند اما بعد از جراحت او تبدیل به فرد دمدمی‌مزاج و بی‌ملاحظه و ناسزاگویی شده بود و از عهده کار مشترک با همکارانش برنمی‌آمد. او خشن شده بود و در موقعیت‌های اجتماعی رفتارهای نامتناسبی بروز می‌داد.

مورد عجیب آقای گیج در محافل پزشکی مطرح شد. نورولوژیست‌ها از آن به‌عنوان مدرکی برعلیه عقیده کسانی استفاده می‌کردند که شخصیت را ساخته و پرداخته عملکرد مغز نمی‌دانستند. گیج بعد از آن مدت‌ها کارش این شده بود که با میله‌ای که حادثه را برایش به‌وجود آورده بود به شهرهای مختلف سفر کند و داستانش را برای مردم تعریف کند و از آن‌ها پول بگیرد. در سال‌های پایانی او در سانتا کلارا زندگی می‌کرد تا این‌که در پی دوره‌ای از بیماری که در آن دچار تشنج‌های شدید می‌شد، در سال ۱۸۶۰ درگذشت. جمجمه او در دانشکده پزشکی هاروارد در موزه آناتومی «وارن» به‌همراه میله معروف نگهداری شد.

اما با گذشت ۱۵۰ سال از مرگ گیج، پژوهشگران به این فکر افتادند که مدلی از آسیب راه‌های عصبی درست کنند. از آن‌جا که بافت مغز گیج نگهداری نشده بود، کار دانشمندان خیلی دشوار بود. در سال ۲۰۰۱ اجازه اسکن جمجمه به دانشمندان داده شد اما اسکن انجام شده مدتی در گوشه‌ای خاک می‌خورد و از آن استفاده علمی نشده بود.

در سال ۲۰۱۲ با استفاده از همین اسکن، جمجمه گیج را به‌صورت سه‌بعدی بازسازی کردند. دانشمندان با استفاده از این اسکن و اطلاعات دیگری مثل ابعاد میله یا واقعیت‌های بالینی مثل این‌که گیج بعد از حادثه قادر به حرف زدن بود، تکه‌های پازل را کنار هم چیدند تا آسیب بافت‌های مغزی او را حدس بزنند.

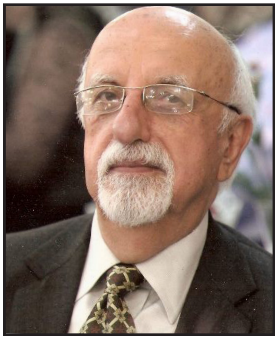
در مرحله بعدی دانشمندان از مغز ۱۱۰ مرد با سن و سالی نزدیک به گیج در هنگام حادثه، اسکن برداشتند تا مدلی از مغز بسازند که با حفره جمجمه گیج جور باشد. با استفاده از ترکیب این تصاویر، آن‌ها نهایتاً موفق به ایجاد مدل نهایی آسیب شدند. طبق تحقیقات آن‌ها میله از شیار پیشانی فوقانی قسمت پیشانی مغز در سمت چپ گذر کرده و به قشر مغز اینسولار رسیده است. شیار پیشانی فوقانی مسوول فرایند خودآگاهی است و قشر اینسولار هم احساسات را کنترل می‌کند. برخلاف حدس‌های قبلی، میله از فضای بین دو نیمکره مغز عبور نکرده، بلکه وارد قسمت‌هایی از نیمکره راست مغز هم شده است.

برآوردهای انجام شده نشان می‌دهد ٤ درصد قشر مغز و ۱۱ درصد کل ماده سفید مغز گیج در پی حادثه از بین رفته است. آسیب ماده سفید در بخش پیشانی مغز، می‌تواند منجر به بیماری دمانس یا زوال عقل شود و علایم گیج هم تقریباً شبیه بیماران مبتلا به همین عارضه بود. این پژوهش بینشی تازه از پیامدهای رفتاری متعاقب آسیب مغز در اختیار ما نهاده است.

دکتر علیرضا مجیدی
Website: 1pezeshk.com
Email: alirezamajidi@gmail.com

پزشکان نامی (۵۲)

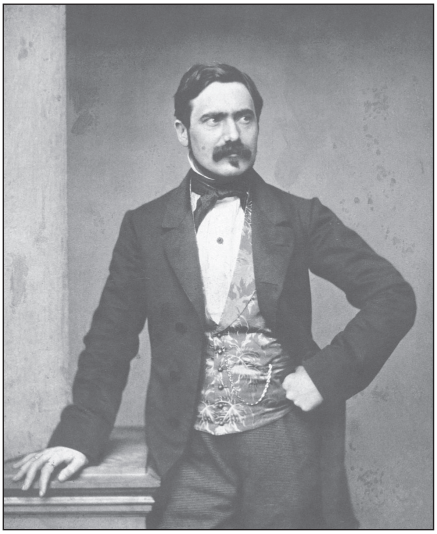
قسمت پایانی



ماکس پتنکوفر:
بنیان‌گذار بهداشت تجربی

دکتر بهمن مشفقی

جریان نهضت بهداشتی که در آغاز قرن هیجدهم با نهایت قدرت به راه افتاده بود، در آغاز قرن نوزدهم ناگهان متوقف شد. انقلاب صنعتی در جریان پیشرفت خود صدمات و خطرات جدیدی برای سلامت عمومی به‌وجود می‌آورد و اداره‌کنندگان کشور را وادار می‌ساخت به اقدام عملی و چاره‌جویی در این مورد بپردازند. در واقع اکنون که به‌علت ترقی و پیشرفت سریع صنایع، توده‌های عظیمی از نوع بشر ناچار به تمرکز در اماکن معینی بودند و مخصوصاً از این لحاظ که زندگی این افراد در بدترین و ابتدایی‌ترین شرایط بهداشتی می‌گذشت، مخاطرات بزرگی سلامت عمومی را مورد تهدید قرار می‌داد.



ماکس پتنکوفر (Max Pettenkofer: ۱۸۱۸-۱۹۰۱)

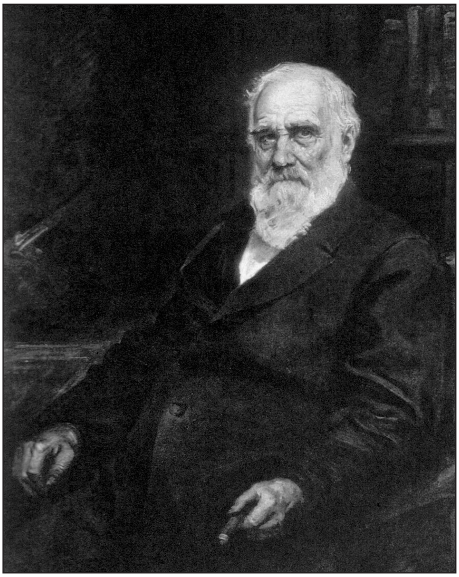
بیماری‌های عفونی همه‌گیر در این شرایط سرزمین‌های مساعدی برای پیشرفت به‌دست می‌آوردند.

در سال ۱۸۳۰ وبای آسیایی بار دیگر در اروپا آشکار گردید و هم در آن دفعه و هم در بازگشت‌های دیگر خود، هر بار طی چندین سال در قاره اروپا به کشتار عظیمی دست زد. خطری که کشورها را تهدید می‌کرد بسیار وخیم بود.

نهضت جدید بهداشتی از انگلستان شروع شد. از آن‌جا که مهم‌ترین پیشرفت صنایع در انگلستان به مرحله اجرا رسیده بود، طبعاً اولین اقدام‌های وسیع برای تامین بهداشت عمومی نیز می‌بایست از همان کشور شروع گردد. در سال ۱۸۴۲ کمیسیون تحقیقی به این منظور تشکیل شد و مدارک و اطلاعات آماری لازم فراهم آمد.

در سال ۱۸۴۸ اولین فرمان بهداشت عمومی به تصویب رسید. به‌دنبال آن مجاری زیرزمینی به‌منظور توزیع آب آشامیدنی در شهرها با مقیاس بزرگ ساخته شد. جمع کردن و پاک کردن زباله‌ها با نظم و ترتیب بهتری انجام شد و خانه‌ها و مساکن محله‌های کثیف و غیرسالم منهدم شدند و مواد غذایی مورد بازرسی مقامات دولتی قرار گرفت.

در سراسر قرن نوزدهم بازگشت مکرر بیماری وبا همچون ضربه‌ای بر وجدان بهداشتی بود، زیرا پیدایش مجدد این بیماری در واقع همچون محکی برای ارزشیابی اقدام‌هایی بود که برای تامین بهداشت عمومی انجام داده بودند.



عقیده داشت که آب‌های زیرزمینی بیش از آب‌های آشامیدنی مسوول نشر و پخش بیماری وبا هستند. از یک سو رابرت کخ و طرفداران سرایت و انتقال و از سوی دیگر پتنکوفر به نظریه شرایط مکان اعتقاد داشتند. رابرت کخ تاکید کرد که باسیل «واو شکل» یگانه عامل وجود این بیماری است.

روز دوازدهم نوامبر سال ۱۸۹۲ پتنکوفر یک سانتی‌متر مکعب از کشت تازه باسیل وبا را که برای مسموم کردن یک هنگ کفایت می‌کرد، یک‌جا بلعید و در این هنگام چنین اظهار داشت: حتی اگر من در نظر خود دچار اشتباه باشم و تجربه‌ای که اکنون انجام می‌دهم مرا به خطر بیاندازد، در مواجهه با مرگ با سربلندی در چشمان آن خواهم نگریست زیرا کاری که انجام می‌دهم خودکشی ابلهانه‌ای ناشی از هوی و هوس و عدم شهامت نیست بلکه در خدمت علم و مانند سربازی که در میدان افتخار می‌میرد، جان می‌سپارم.

سلامتی و زندگی بدون شک از مواهب عظیمی است که به آدمیان اعطا شده است، لیکن پرارزش‌ترین سرمایه آدمیان نیست. انسانی که می‌خواهد مقامی مافوق حیوانات داشته باشد باید همواره حتی حاضر به فدا کردن سلامتی و زندگی خود در راه وصول به آرمان‌های عالی‌تری باشد. پتنکوفر از این سعادت برخوردار بود که سالم ماند.

از سال ۱۸٦۵ پتنکوفر در مونیخ استاد بهداشت بود. وی فرزند دهقانی بود و خانواده‌اش در نظر داشتند که وی عطار یا دوافروش شود ولی او چندی با این نظر مخالف بود و به کار بازیگری در تئاتر پرداخت. آن‌گاه دوباره به کار تحصیل بازگشت و در سال ۱۸۴۳ تصدیق داروسازی به‌دست آورد و در عین‌حال به دریافت درجه دکتری در پزشکی موفق گردید. ابتدا در دانشگاه ورتسبورگ و سپس در دانشگاه گی‌یسن به مطالعه در شیمی فیزیولوژیک پرداخت و در سال ۱۸۴۵ پزشکیار ضرابخانه سلطنتی در مونیخ گردید و دو سال بعد از آن استاد شیمی پزشکی در دانشگاه و در سال ۱۸۵۲ استاد صاحب کرسی شد.

خدمت بزرگ پتنکوفر به جهان پزشکی بنیان‌گذاری دانش بهداشت تجربی است.

در ۸۳ سالگی که سلامتی او دچار اختلال شدید شد، پتنکوفر داوطلبانه خواستار مرگ گردید.

خلاصه شده از کتاب: پزشکان نامی، نوشته‌ی هنری زیگریست، ترجمه‌ی کوکب صورتگر، حسن صفاری، انتشارات امیرکبیر، ۱۳٦۲

دکتر بهمن مشفقی
نشانی: لاهیجان، خیابان شهید کریمی، تلفن: ۴۲۲۳۳۳۴۳
Email: vahomanmdd@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
۰۱۳-۳۳۳٦۷٦۲٦
E-mail: masoud_jowzi@yahoo.com

دیگر همیشه در کنار هم هستیم
Pezeshkangil.com | @pezeshkangil
پایگاه اینترنتی و کانال تلگرامی پزشکان گیل
تک فروشی
رشت، ابتدای خیابان انقلاب، کالای پزشکی نیکو
تلفن: ۳۳۳۲۸۲۰۴

معرفی مجموعه‌های تلویزیونی مشهور جهان (۲۳)

دروغ‌های بزرگ کوچک

دکتر علی ارغوان نجفی

مینی‌سریال «دروغ‌های بزرگ کوچک» (Big Little Lies) محصول ۲۰۱٦ شبکه HBO است که در ۷ اپیزود ساخته و پخش شده و نمره ۷/۸ از سایت IMDb دریافت کرده است. این مینی‌سریال که در ژانر کمدی- درام سیاه یا رمزآلود طبقه‌بندی می‌شود، با بهره‌گیری از بازیگران اسکاری چون *نیکول کیدمن* و *ریس ویترسپون* و نیز بازیگران مطرح دیگر چون *شایلین وودلی* و... به زندگی چند خانواده و قتلی که مرتبط با آن‌هاست، می‌پردازد.

این سریال بر اساس کتابی به همین نام نوشته *لیان موریارتی* که در سال ۲۰۱٤ منتشر شد و در لیست پرفروش‌ترین کتاب‌های سال قرار گرفت، ساخته شده است.

سریال با آشنایی اتفاقی سه مادر شروع می‌شود که هر سه کودکان خود را به مهد کودکی مرفه و مخصوص خانواده‌های ثروتمند می‌برند. کودک یکی از مادران که قربانی تجاوز جنسی بوده و تازه به این شهر نقل مکان کرده، در اولین روز مدرسه از سوی کودکی دیگر مورد اتهام خشونت‌طلبی قرار می‌گیرد و علی‌رغم انکار کودک مورد اتهام، این اتفاق باعث دودستگی میان خانواده‌ها و اتحادی بین این سه مادر در مواجهه با بقیه می‌شود.

از همان شروع داستان پی می‌بریم که قتلی در جشن بالماسکه پایان مدرسه رخ داده و همزمان با دیدن و شنیدن نظرات خانواده‌های حاضر در جشن که گویی مورد بازجویی قرار گرفته‌اند، با فلاش‌بک‌های متعدد با زندگی این سه خانواده و سایر خانواده‌های مرتبط و مشکلات و معضلاتی آشنا می‌شویم که علی‌رغم ظاهر خوشبخت‌شان با آن‌ها مواجه هستند.

سریال سعی دارد به شیوه داستان‌های پلیسی و معمایی، مقتول را تا قسمت پایانی مخفی نگاه دارد و با نشان دادن مشکلات خانوادگی و اختلافات و ناهنجاری‌های روانی و اخلاقی شخصیت‌های درگیر پیرامونی، مظنون‌های متعددی را برای قتل مطرح کند تا بر پیچیدگی داستان و سردرگمی بیننده بیافزاید.

تنها در اپیزود پایانی که به جشن مدرسه و حوادث رخ‌داده تا زمان آن می‌رسیم، از چند و چون قتل و هویت مقتول و قاتل آگاه می‌شویم و از این نظر سریال در ایجاد این حس تعلیق موفق بوده است.

«دروغ‌های بزرگ کوچک» که البته دیدن آن، به‌علت صحنه‌های خشن جنسی، به افراد زیر ۱۷ سال توصیه نمی‌شود، با واکاوی شخصیت‌های به‌ظاهر نرمال و از نظر اجتماعی، شغلی و مالی موفق اما دچار مشکلات روانی در روابط خانوادگی و زناشویی، در شخصیت‌پردازی موفق عمل می‌کند و در عین‌حال با توجه به شیوع بالای تبعیضات جنسیتی و تجاوز و خشونت در جامعه آمریکا، واقعیات این‌چنینی را به‌خوبی بازتاب می‌دهد.

دکتر علی ارغوان نجفی

دندانپزشک

نشانی: رشت، خیابان نواب، بن‌بست میخک (بن‌بست اول، جنب هتل شبستان)، ساختمان پزشکان پارسا، طبقه اول، تلفن: ۳۳۱۲۰۲۰۰

Email: aanajafi@yahoo.com

اشتراک پزشکان گیل

برای اشــتراک «پزشــکان گیل» لطفاً مبلغ اشــتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شــماره) را به حســاب شماره ۳۱۳۱۵۶۷ یـا کارت ۵۸۹۴ ۶۳۱۸ ۰۱۳۲ ۶۱۳۳ (رفـاه همراه) به نام محمدتقــی یحیی جوزی واریز فرمایید. ســپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه پزشکان گیل، صندوق پســتی ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵» بفرستید، به شماره ۰۱۳-۳۳۳۶۷۷۳۰ فکس کنید یا شماره فیش و اطلاعات این فرم را به نشــانی 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

Guilan Pain Clinic

Guilan pain clinic

کلینیک چند تخصصی

دردگیلان

www.guilanpainclinic.com

باهمکاری اساتید دانشگاه و پزشکان فوق تخصص و متخصص درمان دردهای حاد و مزمن (با استفاده از روش های غیر تهاجمی و بدون نیاز به بیهوشی و جراحی)

درمان

- با روشهای غیر جراحی و کم تهاجمی
- دردهای ستون فقرات، کمر درد، درد گردن
- دردهایی ناشی از آرتروز و مفاصل، درد زانو، درد شانه
- دردهای سرطانی و پیچیده
- سردرد و درد ناشی از میگرن

مجهز به بخش های

- مداخله ای و اینترونشنال (کم تهاجمی و بدون نیاز به جراحی)
- لیزر
- زیبایی
- رادیو فرکوئنسی و اصلاح عصب
- PRP و پلاسمای غنی از پلاکت
- طب سنتی
- طب سوزنی
- امبدینگ (کاشت نخ)
- ازون تراپی
- ماساژ درمانی

مشاوره با متخصصین

- ارتوپدی
- نورولوژی و مغز و اعصاب
- روانپزشکی و روان شناسی
- فیزیوتراپی و طب فیزیک
- انکولوژی

با هم برای آینده ای بدون درد

رشت. تقاطع بلوار شهید انصاری و گلباغ نماز. جنب MRI مارلیک. ساختمان گیلان

تلفن : ۳۳۷۳۴۵۳۹ * ۳۳۷۳۱۶۳۴ - ۰۱۳

شماره پیام کوتاه : ۱۰۰۰۱۳۳۳۷۳۱۶۳۴

اطلاعات تکمیلی را در وب سایت تخصصی کلینیک درمانی گیلان مشاهده نمایید.

غیرتهاجمی

مرکز جراحی عروق گیلان (مرجع گیل)

Gilan Vascular Surgery Center

درمان‌های مدرن واریس بدون جراحی- (لیزر، RF، اسکلروتراپی)- درمان زخم های دیابتی
مشاوره، ویزیت بیماریهای عروق محیطی- درمان تورم های اندام تحتانی- آزمایشگاه غیرتهاجمی عروق محیطی
(اندکس وریدی پا PPG، اندکس شریانی مچ پا ABI،اندکس شریانی انگشت پا TBI،داپلکس عروقی)

دکتر حسین همتی **دکتر ایرج باقی**

دکتر کامبیز فریدمرندی **دکتر سیدناصر دهقانی**

رشت، خیابان انقلاب، روبروی آزمایشگاه افراه، کوچه قویدل
دکتر همتی: ۳۳۳۳۴۱۱۷ دکتر باقی: ۳۳۳۲۶۵۱۷
آزمایشگاه عروق: ۳۳۳۲۴۰۲۷ فکس: ۳۳۳۳۴۵۳۲ مرکز تلفن: ۳۳۳۲۵۸۳۳

www.Gil-vsc.ir

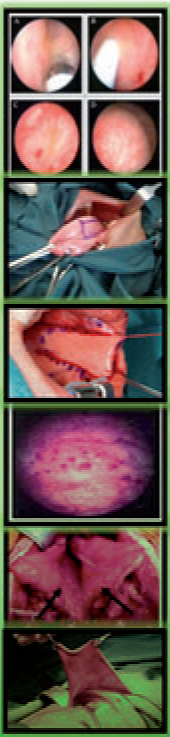
دکتر سیّد علاء الدّین عسکری

فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری، نازایی

دوره‌های تکمیلی فوق تخصصی از انگلستان

عضو جامعه جراحان کلیه و مجاری ادراری آمریکا

استاد دانشگاه علوم پزشکی - Professor of Urology



ارایه تکنیک جدید جراحی اندوسکوپی PIT برای High Grade VUR و چاپ آن در مجله معتبر پزشکی آمریکا [اولین بار در جهان]

اصلاح اختلال عملکرد جنسی مردان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]

اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]

عمل جراحی کمتر تهاجمی پروستات (Less Invasive Open Prostatectomy- No Drain, No Cystectomy) [از سال ۱۳۷۹، اولین بار در ایران]

پیوند معده به مثانه (Gastrocystoplsty) در مثانه های عصبی (Neurogenic bladder) برای پیشگیری از نارسایی پیشرونده کلیوی [سومین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی و قطعی ناتوانی جنسی مردان به وسیله پروتز (Penile Prosthesis) [از سال ۱۳۸۵، چهارمین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی انواع بی‌اختیاری مردان و زنان با کنترل آندوسکوپیک (Modified Gittes & Stamey, Argus, TOT, TVT) [از سال ۱۳۸۰، اولین مرکز در شمال کشور]

رشت، گلسار، خیابان نواب، داخل کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه اول

تلفن: ۳۳۱۱۳۷۹۳-۰۱۳ و ۳۳۳۲۲۵۹۶-۰۱۳

آژانس هواپیمایی

اشکوری

برای اولین‌بار تور هوایی گرجستان
تفلیس – باتومی با پرواز مستقیم از فرودگاه رشت

تور تابستانی ترکیه با پرواز مستقیم از فرودگاه رشت

www.eshkevaritour.com

لینک کانال: @eshkevaritour

۳۳۳۲۲۵۳۵
۳۳۳۳۱۳۵۴

رشت ، پارک شهر (باغ محتشم) ، خیابان حافظ

موبایل:۰۹۱۱۴۶۶۸۸۹۰ ۰۹۱۱۱۳۴۹۹۹۹