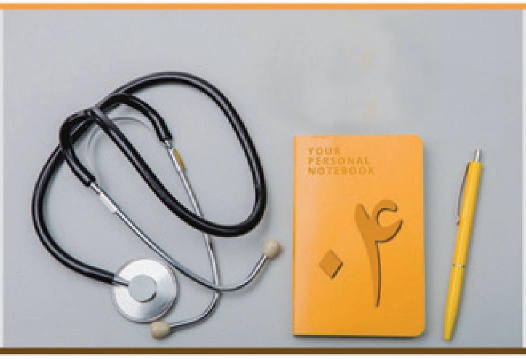
شهریور ۱۳۹۶
۴۰۰۰ تومان
۱۶۷
پزشکان گیل
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL



چهارمین نسخه طرح پزشک خانواده (۰۴)

طرحی برای اجرا نشدن

Harvard Medical School (HMS)
Brigham and Women's Hospital (HMS)
Dana-Farber Cancer Center (HMS)
Boston Children's Hospital (HMS)
BI Medical Center (HMS)
Boston University
University of Calgary
University of Toronto
Shahid Beheshti University
GUMS

دکتر پرویز دولتی

دارای فلوشیپ فوق تخصصی
جراحی مغز و اعصاب و ستون فقرات
از دانشگاه‌های کانادا و دانشگاه هاروارد آمریکا

* کلینیکال فلوشیپ جراحی عروق مغزی و نخاعی به روش باز و به روش اندوواسکولار از دانشگاه هاروارد آمریکا
* کلینیکال فلوشیپ Image Guided Neurosurgery تومورهای مغزی از دانشگاه هاروارد آمریکا
* کلینیکال فلوشیپ جراحی عروق مغز و نخاع به روش باز و اندوواسکولار Interventional Neuroradiology از دانشگاه کلگری کانادا
* کلینیکال فلوشیپ جراحی‌های پیچیده ستون فقرات (Complex Spine Surgery and Scoliosis with neuro-navigation) از دانشگاه تورنتو کانادا و بوستون آمریکا

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

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 SCHWIND
لیزر اگزایمر VISEX
لیزر یاگ NIDEK
لیزر یاگ ELLEX
لیزر PDT
لیزر PRP
لیزر زرد
توپوگرافی TOMY
گالیله ZIEMER
پنتاکم OCULUS
دستگاه SIRIUS SCHWIND
ویواسکن VISEX
پاکیمتری NIDEK
لنزاستار HAAG-STREIT
دستگاه CIRRUS-ZEISS OCT
(FUNDUS CAMERA (TRUE COLOR CONFOCAL SCANNER
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 پرندآور

جراح و متخصص گوش، حلق و بینی

پلاستیک بینی (زیبایی بینی)

پذیرش: صبح و عصر

رشت، چهارراه میکاییل، پشت هلال احمر

ساختمان پزشکان سینا، تلفن: ۳۳۳۳۴۵۲۷-۳۳۳۳۵۰۸۴

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)

دکتر پژمان نیرثابتی

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

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

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

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 زاهدصفت
رشت . روبروی بیمارستان پورسینا . ساختمان حکیم
تلفن : ۳۳۳۱۰۲۰۰ - ۳۳۲۵۴۷۴۰
همراه : ۰۹۱۱۱۳۰۵۵۱۴

هیوندای
توسان
Tucson
2017
فول آپشن
پیش پرداخت :
۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ تومان
۰۱۳-۳۴۴۹۱۷۵۱-۴
رشت - کیلومتر ۵ جاده انزلی
نمایندگی هیوندای کد ۲۰۱
HYUNDAI
TUCSON
Hyundai Tucson 2017

انتقال مطب

دکتر جعفر مهدیان ماهر

متخصص پوست، مو، زیبایی

لیزر و جراحی پوست

(دارای بورد تخصصی)

پذیرش: عصرها

رشت، گلسار، خیابان ۷۸، پشت اداره اوقاف، پلاک ۱۱

تلفن: ۳۳۱۱۳۵۷۸

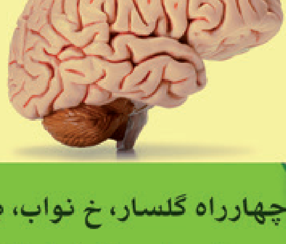
دکتر حسین ملکی

متخصص مغز و اعصاب

و ستون فقرات و نوار مغزی

عضو علوم اعصاب آمریکا و ایران

استادیار دانشگاه



پذیرش: عصرها ٤ الی ۸

چهارراه گلسار، خ نواب، بن‌بست میخک، ساختمان پزشکان پارسا، طبقه اول

همراه: ۰۹۱۱۱۳۱۱۱۸۴ تلفن: ۳۳۱۲۲۹۷۷-۰۱۳

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 کی‌منش

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 حسین امانی

متخصص بیماری‌های داخلی

فوق تخصص بیماری‌های ریوی

و مراقبت‌های ویژه (ICU)

عضو هیات علمی دانشگاه

RMC1021

رشت، خیابان سعدی، پل بوسار، برج دانا، طبقه ۱، تلفن: ۳۳۱۱۹۱۱۱

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.

شروع قرارداد بیمه درمان تکمیلی پزشکان و دندانپزشکان و داروسازان و پیراپزشکان و کلیه افرادی که در اماکن پزشکی مشغول به فعالیت هستند از مورخ ۱۳۹۶/۵/۱ لغایت ۱۳۹۷/۴/۳۱ است.

ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد:
چنان‌چه بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت کنند:

- پیش‌پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تامین کنند.
- اصل مدارک و صورتحساب‌های بیمارستانی به‌انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده از طریق بیمه‌گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه‌های مربوط برای بیمه‌گر ارسال گردد.
- بیمه‌شدگان می‌باید ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول (مانند سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی و...) اقدام و سپس با ارایه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان‌های فوق‌الذکر، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام‌شده را به بیمه‌گر ارایه کنند.
- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه‌های انجام‌شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه‌شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول است و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.
- بیمه‌شدگانی که به‌علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به‌دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تایید کند، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد.

به بیمه‌گذاران عزیز توصیه می‌گردد از سیستم سدا بیمه ایران (سامانه درمان الکترونیکی) استفاده کنند، یعنی بدون پرداخت هیچ‌گونه وجهی با ارایه کد ملی بیمه‌شده که در واقع شماره بیمه درمان تکمیلی فرد است، در کلیه مراکز درمانی سراسر کشور طرف قرارداد بهره‌مند گردند.

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

بیمه ایران

www.mirvahabi.com
Email: info@mirvahabi.com, kia@mirvahabi.com

پزشکان گیل ۱۶۷

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۶۷، شهریور 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 کیارش آرامش، دکتر علی ارغوان‌نجفی
دکتر محمدکاظم پورکاظمی، مهراب جوزی
دکتر رقیه حج‌فروش، دکتر فرزین دهسرا
دکتر فرامرز رفیعی، دکتر امید زرگری
دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر مهران قسمتی‌زاده
حسن مقدس، دکتر محمدحسن هدایتی اُمامی
دکتر نیلوفر هدایتی اُمامی

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........................۴

یادداشت

چهارمین نسخه طرح پزشک خانواده (۰۴)، طرحی برای اجرا نشدن...۵
دو یادداشت........................۹
طب سالمندی، نفس یا قفس؟........................۱۲
پزشک روستایی........................۱۴
باز هم صورت معاملات فصلی!........................۱۷

کلینیک

پزشکی برای هر فرد........................۱۹
بونسای........................۲۳
پرتودرمانی........................۲۵
باشگاه مجلات........................۲۸
یومیهو تراپی........................۳۳

تاریخ پزشکی

پروتزی که سه‌هزار سال پیش در صندلی بر کناره نیل.....۳۵

دیدنی‌ها

چیزهای عجیب........................۳۷

صفحه آخر

عملیات ویرجینیا!........................۳۹

پیروزی ائتلاف فراگیر در مجمع عمومی نظام پزشکی دکتر فاضل رییس‌کل نظام پزشکی شد

پزشکان گیل: با برگزاری نخستین نشست دور جدید مجمع عمومی نظام پزشکی در جمعه سوم شهریور ۹۶، دکتر ایرج فاضل رییس‌کل نظام پزشکی شد. در این روز همچنین اعضای هیات رییسه و بازرسان مجمع عمومی و اعضای شورای‌عالی نظام پزشکی نیز انتخاب شدند.

«ائتلاف فراگیر جامعه پزشکی ایران» برای دومین دوره متوالی پیروز این انتخابات بود؛ ائتلافی در امتداد «ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران» که دو دوره است سکان انجمن پزشکان عمومی ایران را به‌دست دارد. در این دوره علاوه بر انجمن پزشکان عمومی، چند انجمن دیگر از جمله انجمن داروسازان ایران، انجمن مامایی ایران، انجمن فیزیوتراپی ایران، انجمن چشم‌پزشکی ایران و... به‌صورت رسمی یا غیررسمی به ائتلاف فراگیر پیوسته بودند.

ائتلاف فراگیر توانست علاوه بر پیروزی در انتخاب رییس کل، ۲۰ تن از نامزدهای خود را به شورای‌عالی ۲۵ نفره نظام پزشکی بفرستد و هر ٤ جایگاه هیات رییسه مجمع عمومی و هر ۳ سمت بازرسی مجمع عمومی را نیز به‌دست آورد: در مجموع ۲۸ کرسی از ۳۳ جایگاه ممکن! از این تعداد، ۵ عضو شورای‌عالی، ۳ عضو هیات رییسه و هر ۳ بازرس مجمع، پزشک عمومی هستند.

هیات رییسه مجمع عمومی نظام پزشکی:

۱. دکتر منصور جعفری نمین، ۱۸۱ رای، رییس
۲. دکتر عباس آقازاده، ۱٦۱ رای، نایب رییس اول
۳. دکتر لاله تدین، ۱۵۷ رای، نایب رییس دوم
٤. دکتر محمدحسین انصاری مود، ۱۳۹ رای، منشی

ریاست کل نظام پزشکی:

۱. دکتر ایرج فاضل، ۲۰۱ رای، رییس کل
۲. دکتر رحمت‌الله حافظی، ۲۹ رای

اعضای شورای‌عالی نظام پزشکی:

گروه پزشکان:

۱. دکتر محمدرضا ظفرقندی، ۱۵۳ رای
۲. دکتر مصطفی معین، ۱۳۷ رای
۳. دکتر عزت‌اله گل‌علیزاده، ۱۳۱ رای
٤. دکتر علیرضا اسپید، ۱۲۸ رای
۵. دکتر حسین قشلاقی ۱۱۹ رای
٦. دکتر تقی نوربخش، ۱۱۵ رای
۷. دکتر حمیرا وفایی، ۹۹ رای
۸. دکتر فرزاد فرقان، ۹۸ رای
۹. دکتر عبدالرضا عزیزی، ۹۸ رای
۱۰. دکتر محسن مصلحی، ۹۱
۱۱. دکتر علی بیرجندی‌نژاد، ۹۰ رای
۱۲. دکتر عباس‌علی جوادی، ۸۹ رای
۱۳. دکتر انوش برزیگر، ۸٤ رای

گروه دندانپزشکان:

۱. دکتر بهنام عباسیان، ۱۲۳ رای
۲. دکتر عباس‌علی خادمی، ۱۰۹ رای
۳. دکتر کوروش افشین‌پور، ۱۰٦ رای

گروه داروسازان:

۱. دکتر یداله سهرابی، ۱۲۹ رای
۲. دکتر محمود فاضل، ۹۲ رای
۳. دکتر منصور آرزومند، ۷۹ رای

گروه آزمایشگاهی:

۱. دکتر سیدعلی‌اکبر سیدمهدی، ۱۵٦ رای
۲. دکتر محمدرضا امینی‌فر، ۱٤٤ رای

گروه مامایی:

۱. فرحناز سعادت، ۱۳۳ رای
۲. دکتر ناهید خداکرمی، ۱۳۰ رای

گروه پروانه‌دار:

۱. اشکان آذرکیش، ۱۰٤ رای
۲. جواد ملایی، ۸٤ رای

بازرسان مجمع عمومی:

۱. دکتر محمدهادی صادقی
۲. دکتر محمدرضا اقبالی
۳. دکتر کمال بیگی ده‌آبادی.

همچنین در نخستین نشست شورای‌عالی نظام پزشکی که صبح اول مهر برگزار شد، هیات رییسه این شورا به‌ترتیب زیر برگزیده شد:

دکتر ظفرقندی، رییس
دکتر گل‌علیزاده، نایب رییس اول
دکتر اسپید، نایب رییس دوم
دکتر مصلحی، دبیر.

هیات رییسه نظام پزشکی رشت

پزشکان گیل: به‌انتخاب هیات مدیره نظام پزشکی رشت، دکتر انوش برزیگر رییس، دکتر بهرام نادری نبی نایب‌رییس و دکتر محمدکاظم پورکاظمی دبیر این سازمان و دکتر برزیگر و دکتر پورکاظمی عضو مجمع عمومی نظام پزشکی کشور شدند. همچنین دکتر عبدالحسین صابر به‌عنوان رییس هیات بدوی انتظامی و دکتر بهناز شرف‌الدین به‌عنوان دادستان نظام پزشکی رشت برگزیده شدند.

دکتر برزیگر معاونان نظام پزشکی رشت را نیز به‌شرح زیر انتخاب کرد:

دکتر رضا قنبرپور مقدم، معاونت نظارت و برنامه‌ریزی
دکتر محمدتقی آشوبی، معاونت پشتیبانی
دکتر علی واله شیدا، معاونت انتظامی
دکتر مهریار مشعوف، معاونت آموزشی
دکتر هومن سلوکی فرد، معاونت رفاهی.

همچنین با استعفای دکتر حمید اخوین از هیات مدیره، دکتر هومن ابراهیمی لویه به‌عنوان نخستین علی‌البدل جایگزین وی خواهد شد.

چهارمین نسخه طرح پزشک خانواده (۰٤)

طرحی برای اجرا نشدن

دکتر مهران قسمتی‌زاده

در مقدمه آن‌چه به‌عنوان پیش‌نویس طرح پزشک خانواده شهری (نسخه ۰٤) منتشر شده، چشم‌انداز زیر برای نظام سلامت کشور ترسیم شده است:

این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه‌جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و بر اساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت.

برای تحقق این چشم‌انداز، آن‌چه در این طرح به‌عنوان وظیفه برای وزارت بهداشت ذکر شده به‌شرح زیر است:

از آن‌جا که ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تامین سلامت همه‌جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم‌برخوردار است، لذا، انجام مداخلاتی به‌منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد. در این راستا بند ث ماده ۷٤ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تکالیفی را مشخص کرده است که برنامه‌ریزی برای تحقق آن امری ضروری است: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آن‌ها اقدام نماید، به‌نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

از زمانی که پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌عنوان راه‌حلی برای سامان دادن به نظام آشفته سلامت کشور به اجرا درآمد، حدود ۱۳ سال می‌گذرد. از آن زمان تاکنون طرح‌های گوناگونی در کشور به این نام مطرح و در نقاط مختلف کشور به‌عنوان پایلوت یا پیشتاز اجرا شده اما متاسفانه هیچ‌یک نتوانسته به‌عنوان طرح غالب و برگزیده برای تعمیم به تمامی کشور برگزیده شود. حالا پس از ۱۳ سال این طرح جدید مدعی است:

۱. تا سال ۱٤۰٤ (۸ سال دیگر) تمامی افراد کشور بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت برخوردار خواهند شد و بر اساس توان خود در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت.

۲. نظام خدمات جامع و همگانی سلامت با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان، و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده و گروه پرستاری در ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل در کشور مستقر خواهد شد؛ به‌گونه‌ای که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

پایان سال دوم یعنی پایان سال ۱۳۹۷؛ آیا شما باور

می‌کنید؟ آیا با توجه به تاریخچه پزشک خانواده در کشور این وعده از نظر شما قابل تحقق است؟

شاید اولین انتقاد بر این طرح و نیز طرح‌های پیش از این که در حوزه ارایه خدمات پزشک خانواده مطرح شده، این است که اهداف آن فقط روی کاغذ دست‌یافتنی است. اما چرا این‌گونه است؟ چرا طراحان نظام‌های خدمات سلامت در کشور این‌قدر با واقعیت‌های جامعه فاصله دارند؟

طراحی بدون مشارکت ذی‌نفعان

شاید مهم‌ترین علت دوری این طرح از واقعیت‌های جامعه این باشد که برخلاف آن‌چه طراحان خود در طرح خود آن را الزامی دانسته‌اند، از حضور سایر ذی‌نفعان در طراحی و سیاست‌گذاری آن خبری نیست.

در ابتدای این طرح یکی از ویژگی‌های بارز آن را این‌گونه توصیف کرده‌اند:

این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذی‌نفع)، علم و فناوری به‌روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند و در تعامل با کشورهای منطقه (به‌ویژه کشورهای اسلامی) الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

در حالی که با توجه به عناوین اعضای ستاد مرکزی سیاست‌گذاری آن، متوجه می‌شویم که از سه ضلع نظام سلامت، فقط دولت در این ستاد نماینده دارد و برای نمایندگان دو ضلع دیگر یعنی استفاده‌کنندگان خدمات (مردم) و ارایه‌کنندگان خدمات (پزشکان و...) جایی در نظر گرفته نشده است. در این ستاد نه جایی برای نظام پزشکی (به‌عنوان سازمان رابط جامعه پزشکی و دولت) در نظر گرفته شده است و نه برای نمایندگان بیمه‌ها که خریداران خدمت محسوب می‌شوند. این شاید در دو دهه اخیر علت‌العلل دوری طرح‌های وزارتخانه از واقعیت‌های جامعه بوده است. وقتی ارایه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات جایگاهی در حلقه تصمیم‌گیران ندارند، مسلماً فقط ملاحظات دستگاه اجرایی در طرح لحاظ می‌شود و این‌جاست که این‌گونه طرح‌ها نه از سوی مردم و نه جامعه پزشکی مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

اتکا به بخش دولتی

دومین ویژگی این طرح که در سرتاسر آن به‌وضوح خود را نشان می‌دهد اتکای کامل به ارایه خدمات دولتی است، گرچه نویسندگان در مقدمه اعلام کرده‌اند:

مشارکت کامل جامعه به‌شکل تامین تسهیلات عرضه خدمات، کار داوطلبانه و حضور بخش غیردولتی در فرایند ارایه خدمت ضرورت تام دارد. واقعیت این است که بدون مشارکت جامعه بسیاری از برنامه‌های حوزه سلامت در شهرها محکوم به شکست است.

نویسندگان این طرح، بدون توجه به واقعیت بیرونی، گویی نمی‌دانند که علی‌رغم وجود چندین دهه شبکه بهداشتی- درمانی در کشور و همچنین استقرار چندین ساله پزشک خانواده روستایی، هنوز بخش اعظم مراجعات مردم، از جمله روستاییان، برای خدمات سرپایی نه به شبکه‌های دولتی بلکه شبکه موازی بخش خصوصی است. این دوستان علی‌رغم تجربه چندساله خود و همچنین تجربه جهانی، متوجه نیستند که ارایه خدمات ارزان‌قیمت و بی‌کیفیت دولتی که با تشکیل صف‌های انتظار طولانی همراه است نه موجب گسترش عدالت بلکه مسبب بروز رانت‌های گوناگون و- در غیاب سیستم نظارتی صحیح- موجب رشد فساد اداری و مالی خواهد بود

بی‌توجهی به نقش ویژه پزشکان عمومی

در ابتدای طرح تعریفی آمده است که احتمالاً مصداق آن پزشکان عمومی شاغل در طرح هستند:

پزشک:

- فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (پروانه حرفه پزشکی) که مسوولیت فنی ارایه خدمات مستقیم به مراجعین و ارایه خدمت به موارد ارجاعی از سوی مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه را بدون تبعیض به‌عهده دارد. پزشک در پایگاه‌های سلامت مستقر است که مسوولیت خدمات فنی به جمعیت تحت پوشش، قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت و سایر اعضای تیم سلامت در پایگاه‌ها و نظارت فنی بر عملکرد آن‌ها و ویزیت مراجعین را به عهده خواهد داشت (ارجاع از سوی کارشناس سلامت روان و تغذیه در زمان حضور وی در پایگاه سلامت با زمان‌بندی صورت می‌گیرد).

- پزشک وظیفه دارد برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر روش کار در بسته خدمت سطح اول و دستورعمل‌های ابلاغی، فرد را در صورت نیاز به سایر ارایه‌دهندگان

خدمات سلامت سطح اول و سطوح بالاتر ارجاع دهد.

- یکی از پزشکان، ترجیحاً پزشک شاغل در پایگاه سلامت ضمیمه پس از طی دوره آموزشی مشاوره ژنتیک، این خدمات را بر اساس دستورعمل مربوط، ارایه می‌دهد.

توجه کنید که با وجود این‌که عنوان طرح پزشک خانواده است اما از پزشکان عمومی در این طرح به‌عنوان پزشک خانواده استفاده نمی‌شود، در حالی که یکی از پایه‌های بنیادی تفکر استفاده از سیستم پزشک خانواده در اصلاح نظام سلامت آن است که پزشک عمومی به‌عنوان ژنرالیست و کسی که دید جامع‌نگر دارد، رهبری تیم سلامت و حدود ۹۰-۸۵٪ مسایل درمانی بیماران را خود برعهده گیرد. تعریف چنین جایگاهی برای پزشکان عمومی است که می‌تواند هم جامعیت خدمات ارایه شده به بیماران را تضمین کند و هم به مدیریت هزینه‌ها در نظام سلامت کمک کند.

برای این‌که به جایگاهی که در این طرح برای پزشک در نظر گرفته شده است اشراف بیشتری پیدا کنیم، بهتر است در متن بیشتر جستجو کنیم:

اعضای تیم سلامت شامل: رییس مرکز، مراقب سلامت؛ کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای؛ کارشناس تغذیه و رژیم‌درمانی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستار/ بهیار؛ کاردان/کارشناس پذیرش؛ پزشک و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه‌گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند.

همان‌گونه که ملاحظه می‌کنید، ابهام در این طرح به‌گونه‌ای است که به‌نظر می‌رسد که مسوولیت تیم سلامت با کارشناسی است که برای این کار مدت کوتاهی آموزش دیده و در شرایط خاص و به تشخیص خود از پزشک عمومی استفاده می‌کند. از سوی دیگر، پزشکان عمومی مسوولیت فنی ارایه خدمات مستقیم خود و همچنین کارشناسان روانشناسی و تغذیه را نیز برعهده دارند. این ابهام نه به‌دلیل ناآگاهی طراحان از موقعیت پزشک عمومی، بلکه ناشی از سر باز زدن آنان از اعتراف به نقش پزشک عمومی در تیم سلامت و عواقب آن (یعنی پرداخت دستمزد متناسب با این جایگاه) است.

نظام پرداخت

از چندین سال پیش که قرار شد نظام سلامتی به محوریت پزشک خانواده در کشور استقرار یابد، همیشه یکی از دغدغه‌های مسوولان عدم استقبال پزشکان عمومی از آن بود و این دغدغه هنوز هم به‌گونه‌ای وجود دارد. شاید اساس این‌که در طرح مزبور نقش رییس تیم را برعهده یک کارشناس گذاشته‌اند نیز همین امر بوده است. اما چرا در کشور ما پزشکان عمومی (به‌ویژه آن‌هایی که سابقه‌ای دارند) از شرکت در طرح‌های این‌چنینی سر باز می‌زنند؟

مسلماً یکی از علل اصلی، عدم تناسب بین وظایف پزشکان و میزان پرداختی به آن‌هاست. گرچه عواملی چون تاکید مجری بر اجرای طرح در محیط‌های دولتی، انعقاد قراردادهای یک‌طرفه و عدم ثبات طرح را از دیگر علل آن می‌توان دانست. آن‌چه در این طرح به‌عنوان دستمزد دریافتی عاید یک پزشک می‌شود چیزی معادل ۵ میلیون و ٤۰۰ هزار تومان در ماه است.

حال این مبلغ را با نرخ ویزیت در سال جاری مقایسه کنید: نرخ هر ویزیت پزشک عمومی معادل ۲۲ هزار تومان است، یعنی اگر هر پزشک بدون دریافت هیچ مبلغی برای سایر خدمات قابل‌عرضه در مطب، روزانه فقط ۱۰ بیمار ببیند و در ماه ۲۵ روز مطب بنشیند، بیش از این درآمد خواهد داشت. آیا نویسندگان این طرح گمان می‌کنند این‌گونه می‌توانند به‌طور پایدار پزشکان را جذب این طرح کنند؟

به‌دلیل ارایه این‌گونه طرح‌هاست که بسیاری از پزشکان ما پس از فارغ‌التحصیلی ترجیح می‌دهند یا به خارج از کشور مهاجرت کنند یا سعی کنند با شرکت چندباره در امتحانات رزیدنتی و قبولی در یکی از رشته‌های تخصصی و خواندن ۳ تا ٤ سال درس اضافه به‌یک‌باره درآمد خود را به چندده برابر افزایش دهند. در کنار دو دسته پیشین، سایر پزشکانی که مدتی از مطب‌داری‌شان گذشته است، با وجود رقبای ارزان‌قیمت دولتی و کاهش تعداد بیماران، به همان تعداد کم بیماران خود قانع شوند و زیر بار مسوولیت بیشتر و هزار گونه نظارت دیگر بر روند عرضه خدمات خود نروند. در نهایت آن‌چه نصیب کشور می‌شود، تعدادی زیادی پزشک عمومی مهاجر، تعداد بسیاری پزشک در انتظار و در صف امتحانات تخصصی، عرضه خدمات کم‌کیفیت دولتی، صف‌های ارجاع طولانی و هزینه چندباره خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی است.

طرح ارجاع

در مورد اجرای نظام ارجاع در این طرح به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

۱. همه می‌دانند که با توجه به سابقه طولانی شیوه سنتی مراجعه به پزشکان متخصص دارای سابقه، برای جا انداختن سیستم ارجاع در نظام سلامت کشور باید آن را از طرق مختلف مورد پشتیبانی قرار داد؛ اما در این طرح هیچ‌گونه پشتیبانی از سیستم ارجاع به چشم نمی‌خورد. مثلا در ماده ۴۳ آن آمده است:

بیماران نیازمند به خدمات بستری همانند سایر مردم می‌توانند با دریافت فرم ارجاع، از خدمات ارایه‌شده در طرح تحول سلامت در حوزه درمان استفاده کنند.

همان‌گونه که خود ملاحظه می‌کنید، در موارد بستری با بیماران دارای فرم ارجاع همانند سایر مردم رفتار خواهد شد و هیچ‌گونه ارجحیتی نسبت به سایرین ندارند.

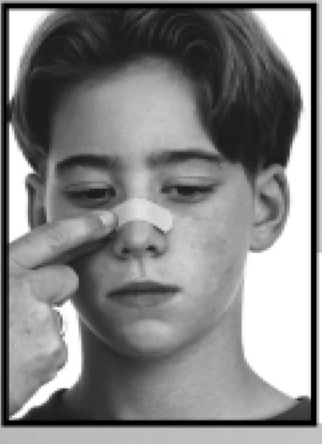
۲. آن‌چه در مورد نظام ارجاع مورد اشاره در این طرح به‌چشم می‌خورد، قرار نگرفتن پزشکان متخصص در دایره عرضه تیمی خدمات است. در این طرح نیز متخصصین نه‌تنها برای اجرای کار تیمی آموزش نمی‌بینند بلکه تنها امید طراحان در دادن بازخورد مراکز تخصصی، تشویقی است که برای مراکز تخصصی در نظر گرفته‌اند.

طرحی برای اجرا نشدن

با توجه به موارد پیشگفت که برخی از نارسایی‌های پیش‌نویس طرح پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۴) بود، به‌نظر می‌رسد با توجه به حاکم بودن دیدگاه یک‌جانبه در طراحان، این طرح نیز مقبولیت چندانی نزد پزشکان عمومی و مردم نخواهد داشت و اهداف آن فقط روی کاغذ قابل تحقق خواهد بود.

امید است معاونت جدید بهداشتی کشور با جمع‌بندی تجارب دو دهه اخیر پا را از طرح‌های ساخت و تولید کارشناسان دولتی فراتر نهاده و با گسترده‌تر کردن میز طراحان، جایی نیز برای سایر ذی‌نفعان طرح باز کنند. مسلماً در شرایط جدید آن‌چه منتشر خواهد شد، قابل تحقق‌تر و به اهداف برنامه ششم توسعه نزدیک‌تر خواهد بود.

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


دکتر رضا افسراه
جراح و متخصص
گوش، حلق، بینی و گردن
جراحی پلاستیک بینی و صورت
تلفن: ۳۳۱۱۳۳۱۸
رشت، چهارراه گلسار، نرسیده به پل بوسار
ساختمان دانا، طبقه ششم

دو یادداشت

دکتر کیارش آرامش

پارادایم وارونه

اخیراً در فضای دانشگاهی و فکری کشور، بارها و بارها این عبارات به گوش یا چشم می‌خورد که: «ما باید پارادایم جدیدی را بنا کنیم» یا «ما می‌خواهیم تمدن علمی نوینی را بیافرینیم» یا «استاد فلانی دارند مکتب فلسفی شهرستان ابرکوه را بنا می‌نهند».

از شوخی‌ها و فرصت‌طلبی‌ها و بادمجان دورقاب‌چینی‌ها که بگذریم، عده‌ای با صداقت به‌دنبال چنین اهدافی هستند. برای مثال، به‌خاطرم هست که یک بار دو دانشجوی سال دوم پزشکی که بسیار باانگیزه و مشتاق به‌نظر می‌رسیدند، در راهروی دانشکده به من می‌گفتند: «چه فایده دارد که ما به درمان اسهال آبکی یا تومور بصل‌النخاع مشغول شویم! ما دو نفر می‌خواهیم پارادایم جدیدی را در پزشکی ایجاد کنیم.»

روی سخن من با این گروه است؛ یعنی گروهی که با دیدن مشکلات و نارسایی‌های پزشکی موجود، به فکر آن می‌افتند که یک «تمدن/ پارادایم/ مکتب» جدید بنا نهند و مشکلات را به‌طور ریشه‌ای حل کنند.

دوستان عزیز و دردآشنا! تا جایی که صاحب این قلم می‌فهمد، مشکل شما این است که دارید سرنا را از سر گشادش می‌نوازید!

توضیح آن که تغییر و تبدیل پارادایم‌ها یا شکل‌گیری مکتب‌ها در علم به این صورت است که:

۱. عده‌ای دانشمند متبحر و تراز اول در علم (به‌قول شما پارادایم یا مکتب‌های جاری) با تحقیقات پیشرو و درجه یک به‌تدریج متوجه می‌شوند و نشان می‌دهند که برخی از تئوری‌ها یا پیش‌فرض‌های علم به شکل موجود دچار مشکلات و نارسایی‌های جدی است؛ یعنی پیشگویی‌ها و نتیجه‌گیری‌هایش متناقض و نارسا از آب درمی‌آید.

۲. همین دانشمندان تراز اول به‌تدریج نظریه‌ها و صورت‌بندی‌های جدیدی را جایگزین قبلی‌ها می‌کنند (در بعضی از موارد این تغییرات می‌تواند بنیادین باشد) تا به کارآمدی برسد. تا همین‌جا هزاران دانشمند تراز اول سال‌ها کار و تلاش کرده‌اند.

۳. به‌تدریج مدل‌ها و صورت‌بندی‌های جدید به‌شکل الگوها و چارچوب‌های پذیرفته‌شده جدید درمی‌آید.

۴. سال‌ها بعد مورخان و فیلسوفان علم که حوادث را از افق دورتر بررسی می‌کنند، می‌گویند که در این‌جا یک تغییر پارادایم، مکتب یا حتی تحول تمدنی رخ داده است.

به زبان ساده‌تر، اول دانشمندانی تراز اول و دانش‌آفرین، بدون قصد و برنامه قبلی و بدون آن‌که بخواهند یا آگاه باشند که در حال ایجاد انقلاب علمی‌اند، تحولی را ایجاد می‌کنند و بعد از سال‌ها، مورخان نام آن را تغییر پارادایم

یا مثلاً مکتب فرانکفورت یا مثلاً تغییر تمدن صنعتی به دیجیتال می‌گذارند.

حالا اگر ما بخواهیم این شیپور را از سر گشادش بزنیم، یعنی در حالی که نمی‌توانیم دو مقاله علمی درست و قابل‌توجه (حداقل بدون سرقت ادبی) در حیطه علم جاری بنویسیم، بخواهیم به مدد شباهت اوضاع به غریبی (یا بازار مسگرها) یا خوش‌آیند دوستان، یا به اتکای مقام اداری یا پست وزارتخانه‌ای یا دسترسی به بودجه و امکانات یا به‌مدد چرب‌زبانی حواریون، مبدع پارادایم یا موسس مکتب شویم، آن‌وقت تنها یک موقعیت طنز ایجاد کرده‌ایم.

تفاوت علم و شبه‌علم: یک توضیح ساده

در دهه‌های اول قرن بیستم میلادی، یک تحول مهم در فلسفه علم رخ داد. تحولی که بر شناخت ما از مرزهای علم و شبه‌علم تاثیر عمیقی گذاشت: فیلسوفان علم و دانشمندان دریافتند که در کار علمی، پژوهشگر در جست‌وجوی «رد کردن» فرضیه‌هاست، نه «تایید کردن» آن‌ها. توضیح آن‌که: شما هر فرضیه و نظریه‌ای را که در نظر بگیرید، هر قدر هم بی‌اساس و مهمل باشد، می‌توانید شواهدی در تایید آن پیدا کنید. بگذارید چند مثال بزنم:

– فردی که به چشم‌زخم اعتقاد دارد، می‌تواند ده‌ها مثال و خاطره از خودش و دیگران نقل کند که چشم‌زخم در آن‌ها رخ داده است و نظریه چشم‌زخم را تایید می‌کند: «خودم با چشم‌های خودم دیدم که عمه خانم که چشم شوری داشت، از نوزاد خواهرم تعریف کرد و دو روز بعد، نوزاد سر و مر و گنده، تب کرد و مرد!»

– سال‌ها پیش، فردی به نام *اریک فون‌دنیکن* کتاب‌هایی نوشت که تحت‌عنوان «ارابه خدایان» و «طلای خدایان» به فارسی نیز ترجمه شد. نظریه او این بود که تمدن بشری میراث موجودات فضایی است که قرن‌ها پیش به کره زمین آمده‌اند اما امروزه ما رد آن‌ها را در تاریخ گم کرده‌ایم. او نیز صدها شاهد از کشفیات باستان‌شناسی تا داستان‌های مذهبی می‌آورد تا نظریه‌اش را تایید کند. مثلاً می‌گفت شرح کتاب مقدس از داستان لوط نشانگر حمله اتمی به قوم لوط است. حتی دستور پناه بردن به کوه و نیز نابود شدن زن لوط در اثر نگاه کردن به پشت سر، با این نظریه سازگار است. بنابراین فرشتگانی که به لوط نازل شده بودند، در واقع موجودات فضایی بودند و قوم لوط با حمله اتمی از سفینه آن‌ها نابود شد.

– فردی که به فال ورق باور دارد، می‌تواند ده‌ها خاطره از خودش و دیگران بیاورد که در آن‌ها فالگیر حادثه‌ای را درست پیش‌بینی کرده است.

– درمانگران هومیوپاتی و انرژی‌درمانی و طب مزاجی ده‌ها بیمار را به شما نشان می‌دهند که ادعا می‌کنند با درمان‌های ایشان خوب شده‌اند.

– در غرب به کودکان می‌گویند که شب کریسمس «سانتا» (همان بابانوئل) برای‌شان کادویی می‌آورد. هر کودکی می‌تواند کثرت تکرار این ادعا، کثرت کودکانی که به آن باور دارند، این‌همه فیلم و عروسک و مجسمه از سانتا، و کادوییهایی را که هر سال دریافت کرده است، به‌عنوان شواهد تایید این مدعا بیان کند.

– دایی‌جان ناپلئون خیالی هم که باور داشت که انگلیسی‌ها در کار توطئه علیه شخص او و خانواده‌اش هستند، در هر حادثه‌ای شاهد و دلیلی تازه بر مدعایش پیدا می‌کرد. دیگران که او را انکار می‌کردند، ساده‌تر از آن بودند که «سیاست» انگلیس را درک کنند.

تمامی این مثال‌ها و مثال‌های بی‌شمار دیگر نشان می‌دهد که اگر فرد فقط به‌دنبال تایید نظریه یا فرضیه خود باشد، دچار خطای شناختی یا سوگرایی می‌شود زیرا به‌راحتی معدود شواهد تاییدکننده را جمع می‌کند (در حالی که وقوع آن‌ها ممکن است کاملاً تصادفی یا بی‌ربط باشد) اما انبوه شواهد غیرتاییدکننده را انکار می‌کند و نمی‌بیند.

راه حل چیست؟

راه حل این است که در برابر هر کدام از فرضیه‌های بالا این سوال را طرح کنیم که «در چه صورت این فرضیه ابطال می‌شود؟» یعنی بپرسیم «چه اتفاقی است که اگر بیافتد، شما قبول می‌کنید که فرضیه‌تان باطل شده است؟» اگر جواب این باشد که «هیچ اتفاقی! فرضیه ما همیشه صادق است!»، در این صورت ما با علم روبه‌رو نیستیم؛ با شبه‌علم یا هر چیز دیگری غیر از علم روبه‌روییم.

یک مثال روشن از فرضیه علمی این است: «آب در شرایط متعارف در ۱۰۰ درجه به جوش می‌آید.» راه ابطال این نظریه روشن است: کسی بیاید و در شرایط متعارفی آب را در درجه دیگری به جوش آورد.

کارل پوپر که نظریه ابطال‌پذیری در علم را صورت‌بندی

کرد، چهار مثال بزرگ داشت. در واقع نظریه او نیز تحت‌تاثیر همین چهار مشاهده شکل گرفته بود. او به چهار «نظریه/ فرضیه» زیر توجه کرده بود:

۱. نظریه تکامل داروین
۲. نظریه نسبیت عام انیشتین
۳. نظریه تکامل اجتماعی مارکس
٤. نظریه روانکاوی فروید.

این هر چهار نظریه در این موارد اشتراک دارند:

۱. ادعا می‌کنند علمی‌اند
۲. ادعا می‌کنند می‌توانند آینده را پیشگویی کنند
۳. شواهد فراوانی در تایید خود می‌آورند.

پوپر اما باور داشت که دو تای اول علمی و دو تای دوم شبه‌علمی‌اند؛ به یک دلیل روشن: دو تای اول ابطال‌پذیرند اما دو تای دوم ابطال‌پذیر نیستند.

توضیح این‌که: نظریه انیشتین با یک آزمایش که در زمان کسوف انجام گرفت قابل‌ابطال بود؛ یعنی اگر محل ستارگان در شب با محل‌شان در زمان کسوف خورشید یکسان بود، نظریه نسبیت عام رد می‌شد. عکس‌برداری اما نشان داد که تغییر مکان ستاره‌ها در اثر انحنای نور در مجاورت جرم خورشید، مطابق با پیش‌بینی نظریه نسبیت است. یعنی نظریه نسبیت ابطال‌پذیر هست. اما در آزمایشی که آن را سنجید، ابطال نشد.

نظریه داروین هم در صورتی که فسیلی پیدا شود که از نظر تکاملی با مراحل و سیر تطور دارووینی انطباق نداشته باشد (مثلاً فسیل یک پستاندار عالی پیدا شود که متعلق به زمانی باشد که طبق نظریه داروین، هنوز پستانداران شکل نگرفته بودند) ابطال می‌شود. اتفاقی که تا کنون نیافتاده است.

نظریه فروید و مارکس اما ابطال‌پذیر نیستند. زیرا هر اتفاقی که در شخصیت فرد بیافتد می‌توان به‌نوعی آن را به حوادث دوران کودکی او نسبت داد و هر مسیری که جامعه طی کند با تئوری مارکس قابل توجیه پسینی است. بنابراین این دو نظریه ابطال‌پذیر نیستند و به باور پوپر در زمره شبه‌علم قرار می‌گیرند.

دکتر کیارش آرامش
متخصص پزشکی اجتماعی
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
Weblog: medicalscience.blogfa.com
Email: kiarasharamesh@yahoo.com

Brachial Plexus & Peripheral Nerve Injury center
IRAN-RASHT

دکتر محمدرضا امام‌هادی

متخصص جراحی مغز و اعصاب، دیسک
و بیماری‌های ستون فقرات
فوق‌تخصص جراحی عصب دست و پا
بازسازی شبکه عصبی دست
بازتوانی دست از طریق پیوند عصب در بیماری‌های فلج چهار اندام
جراحی میکروسکوپی پیوند اعصاب دست و پا
مدرس بین‌المللی جراحی عصب محیطی در فدراسیون جهانی جامعه جراحان اعصاب (WFNS)

کلینیک دست
کلینیک کمردرد

سایت آموزشی: www.irannerve.com
☎ ۳۳ ۲۳ ۵۰ ۱۵

مطب: رشت، خیابان حاجی‌آباد، جنب پاساژ مریم، کوچه رز

طب سالمندی

نفس یا قفس؟

دکتر فرامرز رفیعی

در هیاهوی تغییر الگوی ارایه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور به سمت و سوی انجام روش‌های تشخیصی پاراکلینیکی غیرضروری و درمان و به‌تبع آن انحراف از برنامه‌ریزی برای اجرای طرح‌های بهداشتی و مراقبتی به‌ویژه در سطح اول ارایه خدمات، هر از چند گاهی صداهایی کم‌توان از دلسوزان و اندیشمندان بی بلندگو نیز به گوش می‌رسد.

نبود سیاست‌های مدون و زمان‌بندی شده در زمینه طب سالمندی، زخمی است که هر روز عمیق‌تر و مزمن‌تر می‌شود. همه دنیا با سرعتی کم و بیش مشابه در حال پیر شدن هستند. نکته جالب توجه مشاهده سرعت بالای وقوع این اتفاقات در کشورهای کم‌برخوردار یا با درآمد متوسط است. توجه به بهداشت سالمندی و ارتقای کیفیت سلامت نه‌تنها باید اولویت اصلی نظام‌های بهداشتی باشد بلکه برآورده کردن نیازمندی‌های مورد نظر در این بخش به‌طور پیوسته و ثابت باید از اهداف اصلی مصرف منابع مالی به‌حساب آید.

در سرشماری سال ۱۳۹۰ که جمعیت کل کشور ۷۵ میلیون نفر سرشماری شده بود، ۸/۲ درصد جمعیت یعنی ۶،۱۵۰،۰۰۰ نفر سالمند بودند. در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ جمعیت کشور ۸۰ میلیون نفر شمارش شد و پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان کشور تا سال ۲۰۳۰ میلادی به ۱۴/۴ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱/۲ درصد برسد. در این سال جمعیت سالمند جهان ۲۱/۵ درصد و در آسیا ۲۴ درصد پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان کشورمان از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد بود به‌طوری که طبق بیانات رییس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، در سال ۲۰۵۰ از هر سه نفر ایرانی یک نفر سالمند خواهند بود.

حاصل افزایش امید به زندگی، کاهش میزان مرگ‌ومیر و سالخوردگی برگشت‌ناپذیر جمعیت است و مطمئناً پیری چالشی اساسی برای نظام‌های بهداشتی سراسر جهان و به‌ویژه کشور ما خواهد بود. اگرچه سالمندی پدیده‌ای فیزیولوژیک شامل پیری اندام‌ها و اعضای گوناگون بدن محسوب می‌شود و در نگاهی خوش‌بینانه باید فقط با محدودیت‌ها و کم‌توانی‌های ظاهری همراه باشد، لیکن بروز بیماری‌های مزمن، حوادث قلبی–عروقی و مغزی به‌همراه افزایش آسیب‌های استخوانی و مفصلی و تنفسی در این دوران مخلوطی از بیماری‌های پرهزینه‌ای را معرفی می‌کند که به‌تنهایی قادرند تمام

بودجه‌های متصور برای بهداشت و درمان را به کام خود کشند و باعث هزینه‌کرد فراوان و کم‌فایده در سیاه‌چاله بزرگ تشخیص و درمان گردند و برنامه‌های کلان بهداشتی را به حاشیه یا فراموشی بسپارند.

در این میان توجه به بهداشت سالمندی، کم‌توانی، ناتوانی و بیماری‌های مزمن غیرواگیر همچون دیابت و حوادث عروقی، بیماری دمانس و در راس آن آلزایمر، سرطان، عوارض ناشی از تصادفات وسایط نقلیه، آلودگی محیط زیست و هوا باید در کانون توجه مسوولان برنامه‌ریز نظام بهداشت و مراکز کلان تصمیم‌سازی مانند مجلس شورای اسلامی و اولویت اصلی در سندهای توسعه کلان کشور قرار گیرد.

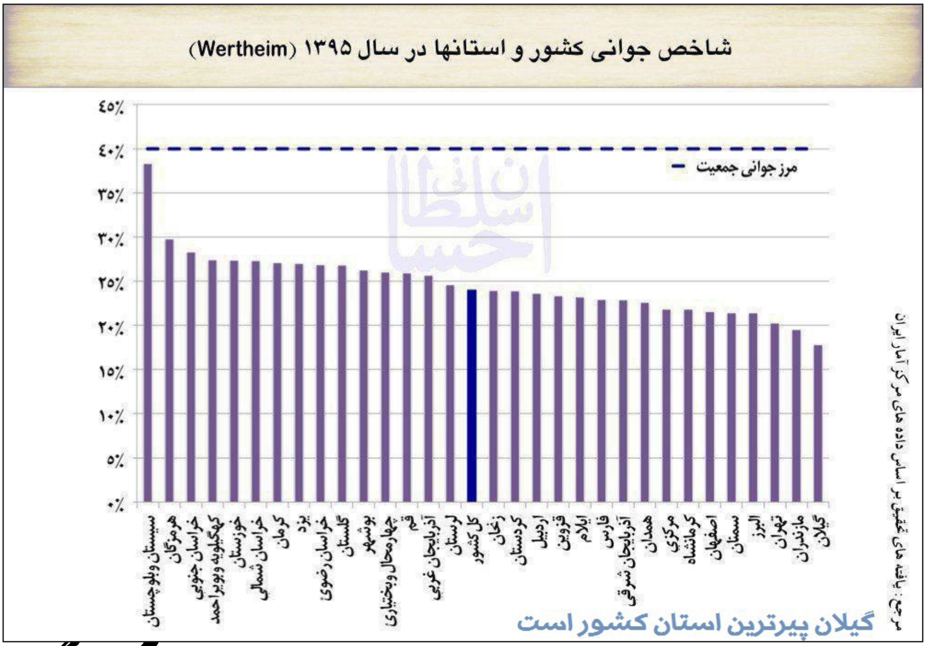
توسعه زیرساخت‌های حمل و نقل مورد نیاز سالمندان، ارایه الگوی زندگی سالم، افزایش دانش فردی، اجتماعی و حرفه‌ای در این مقوله، توسعه مراکز نگهداری از سالمندان و افراد توان‌پذیر، تربیت علمی و عملی نیروهای مورد نیاز ارایه کننده خدمات بهداشتی و مراقبتی در منزل و مراکز خصوصی باید در اولویت برنامه‌های به‌ویژه وزارت بهداشت کشور ما باشد.

نقش بی‌بدیل پزشکان عمومی و پزشکان خانواده باید به‌شدت مورد تاکید قرار گیرد و با سوق دادن آنان به‌سوی شرکت در برنامه‌های مدون کوتاه‌مدت و میان‌مدت آموزش حرفه‌ای حین خدمت و همچنین تربیت نیروهای علمی مراقبین بهداشت سالمند زمینه توسعه نیروهای عمل‌کننده در این خصوص را فراهم آوریم و با تکمیل و بهبود خدمات بیمه‌ای و تعمیم آگاهی‌های اجتماعی و مسوولیت‌های فردی و اجتماعی افراد جامعه، شرایط پایه‌ای مورد نظر را توسعه دهیم.

راهی که شروع می‌شود باید بر تربیت پزشکان عمومی و خانواده متبحر و نیز آموزش مراقبین بهداشت سالمند و توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز تمرکز داشته باشد و از افتادن چندباره به دام چرخه معیوب متخصص‌سازی در این امر پرهیز شود.

پشت شیشه
سیاهی است.
هوایی است منتظر
بر یک دوراهی
نفس یا قفس!

دکتر فرامرز رفیعی
عضو سابق هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران
Email: fa_if@yahoo.com



پزشک روستایی

گزارش: ملیسا بلاک

ترجمه: دکتر بابک عزیز افشاری

آلاسکا بزرگ‌ترین ایالت آمریکا و به‌واسطه معادن غنی و نیز نفت، یکی از ثروتمندترین ایالات این کشور است. طبابت در مناطق روستایی آلاسکا دردسرهای خاص خود را دارد. شرایط جوی ناپایدار، نبود جاده و موقعیت جغرافیایی پیچیده باعث شده بیماران در بسیاری از مناطق روستایی این ایالت به خدمات سلامت دسترسی کافی نداشته باشند. تنها امید ساکنین این مناطق، درمانگاه‌ها و پزشکان عمومی فداکاری است که به آنان سرکشی می‌کنند. ملیسا بلاک (Melissa Block)، ژورنالیست آمریکایی و برنامه‌ساز رادیو ملی، به یکی از این مناطق سفر کرد و با دکتر آدام مک‌ماهان ۳۴ ساله همراه شده تا گزارشی از فعالیت‌های وی تهیه کند. مک‌ماهان نگران است که با لغو اوباماکر، چه سرنوشتی در انتظار او و بیمارانش خواهد بود. با توجه به وجود مشکلات مشابه در بسیاری از مناطق روستایی ایران، این گزارش می‌تواند علاوه بر پزشکان خانواده روستایی در ایران، به‌عنوان معیاری برای مقایسه، برای خواننده‌های عادی هم جالب باشد.

من این پزشک عمومی جوان، دکتر آدام مک‌ماهان را در جریان ویزیت هفتگی‌اش در درمانگاه روستای کلوکوان همراهی کردم. این روستای کوچک در حاشیه رودخانه چیلکات در جنوب شرقی آلاسکا قرار دارد و توسط کوه‌های پوشیده از برف احاطه شده است. بیشتر سکنه حدود ۱۰۰ نفری این‌جا بومی آلاسکا و از قبیله تلینگیت هستند. چندصد نفری هم در نواحی اطراف کلوکوان ساکن هستند. دکتر مک‌ماهان به‌همراه پرسنل درمانگاه دو بار در هفته (سه‌شنبه و پنج‌شنبه) خود را از شهر هینز که در ۳۵ کیلومتری کلوکوان قرار دارد، به این روستا می‌رسانند.

در مسیر، مک‌ماهان به ابرهایی از گردوغبار اشاره می‌کند که در اثر پاشیده شدن ماسه‌های اطراف رودخانه به هوا ایجاد شده است: امروز با این گردوغبار احتمالاً مریض ریه خواهیم داشت.

مک‌ماهان حدود ۳ سال است که در کلوکوان طبابت می‌کند و تقریباً همه اهالی را به‌خوبی می‌شناسد. این را می‌توان از برخوردهای او با اهالی فهمید. او در حالی که کلسترول و قند خون لانی هاچ را مرور می‌کند، به‌یاد می‌آورد که او یک سگ جدید دارد: سگت چی بود؟ (یک لابرادور زرد).

او به هانری چاتونی ماهیگیر می‌گوید: هی، تونستی یه کارگر کشتی پیدا کنی؟

اِورت سیمونز سیب‌زمینی‌های خوبی پرورش می‌دهد و به‌دَلیل دیابت، رژیم کم‌نشاسته دارد: چند تا سیب‌زمینی قایمکی خوردی؟

درمانگاه کلوکوان دو روز در هفته باز است. این درمانگاه دارای دو اتاق معاینه، یک سوییت دندان و

یک آزمایشگاه کوچک است. درمانگاه کلوکوان بخشی از کنسرسیوم سلامت جنوب‌شرقی آلاسکا (SEARHC) است. مک‌ماهان کار به‌عنوان پزشک خانواده را در این جوّ صمیمی و دوستانه و با طیف متنوع بیمارانی که ویزیت می‌کند، عاشقانه دوست دارد.

او می‌گوید: اِورت رو می‌شناسم. یه سیب‌زمینی‌کار فوق‌العاده‌ست. مَی‌دونم که هانری پر از ماجراهای متهورانه‌ست و در خلیج بریستول بیشتر از سن من ماهیگیری کرده. باید مریض‌هاتو به‌عنوان یه انسان بشناسی.

مک‌ماهان انگیزه خود را برای این‌که یک پزشک شود به مجموعه‌ای از عکس‌های سیاه و سفید مربوط می‌داند که وقتی یک نوجوان بود در یک مجله دید. پدربزرگش پزشک اطفال بود و یک شماره از مجله لایف در قفسه‌اش داشت که مربوط به سال ۱۹۴۸ بود. مجموعه عکس یوجین اسمیت، با عنوان «پزشک روستایی»، یک پزشک عمومی فداکار را در حال ویزیت، پانسمان و بخیه زدن زخم بیماران در مناطق روستایی کلرادو نشان می‌دهد. [این مجموعه عکس در شماره پیشین «پزشکان گیل» (ش ۶–۱۶۵، تیر و مرداد ۱۳۹۶) منتشر شده است.]

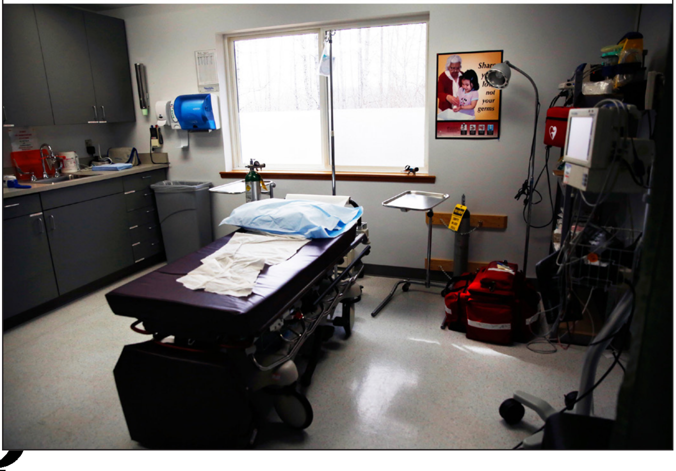
مک‌ماهان می‌گوید: اون تصاویر واقعاً مسحورکننده بود. اخیراً به اون‌ها نگاه می‌کردم و دیدم فرق چندانی با کارهایی که ما این‌جا در آلاسکا انجام می‌دیم نداره. ما با امکانات محدود حداکثر تلاش‌مون رو می‌کنیم. این‌جا خبری از ویزیت متخصص قلب یا سی‌تی اسکن نیست.

بیشتر بیماران افراد مسن هستند. یک بومی از قبیله تلینگیت به نام اِولین هاچ، بعد از سکته مغزی در خانه‌اش مانده و نمی‌توانَد از تخت‌خواب تکان بخورد. مک‌ماهان گوشی پزشکی خود را به گردن می‌آویزد و مسیر خانه اِولین را در پیش می‌گیرد.

وقتی وارد خانه اِولین می‌شویم، او پیش از هر کار یک میان‌وعده به ما تعارَف می‌کند: جلبک قرمز خشک شده. او می‌گوید: شما به خونه یه بومی اومدین و ما بومی‌ها اینو دوست داریم!

مک‌ماهان کمی جلبک قرمز خشک شده به من تعارف می‌کند و از اِولین درباره نوه‌هایش می‌پرسد. عکس نوه‌های او همه‌جا روی دیوار دیده می‌شود. سپس مسایل پزشکی مطرح می‌شود. مک‌ماهان از درد می‌پرسد و چیزهایی که اِولین لازم دارد. در حال خروج اضافه می‌کند: هفته بعد می‌بینمت. باشه؟

هدف از ویزیت‌های منظم پزشک عمومی این است که



کار بیماران به اتاق اورژانس نکشد؛ اما در چنین منطقه دوردستی، در مواقع اورژانس چه اتفاقی می‌افتد؟ یک گروه داوطلب از هینز در عرض حدود نیم ساعت خود را با آمبولانس به کلوکوان می‌رسانند. البته هینز بیمارستان ندارد و بیماران بدحال یا آسیب‌دیدگی‌های شدید توسط هلیکوپتر امداد به جونوا منتقل می‌شوند.

مک‌ماهان می‌گوید: حس ارتعاش پره‌ها، در حالی که قلبت به‌سرعت می‌زنه و یه مریض واقعاً بدحال داری و صدای هلیکوپتر رو می‌شنوی، آرامش خاصی داره.

وقتی بیماری به جونوا منتقل می‌شود، آن‌جا هم ممکن است نیاز به اعزام به یک بیمارستان بزرگ‌تر، صدها کیلومتر آن‌سوتر، در آنکوراژ یا سیاتل، توسط آمبولانس هوایی پیدا کند.

مک‌ماهان می‌گوید: مدیریت منابع و اعزام بیماران، مثل یه مکعب روبیک، شاید بزرگ‌ترین چالش ما باشه.

شاید همین پیچیدگی تدارکات باعث شده ایالت آلاسکا یکی از بالاترین هزینه‌های سلامت را در آمریکا داشته باشد. به‌نظر مک‌ماهان، این هزینه برای افرادی که بیمه سلامت ندارند، می‌تواند فاجعه‌بار باشد.

اما او اضافه می‌کند چون آلاسکا برنامه بیمه مدیکد خود را بر اساس قانون مراقبت مقرون به‌صرفه (ACA، اوباماکر) از ماه سپتامبر ۲۰۱۵ گسترش داده است، او هم‌اکنون می‌تواند بیمارانی را ویزیت کند که سال‌ها دسترسی به خدمات اولیه نداشته‌اند. گسترش خدمات مدیکد باعث شده بیش از ۳۲ هزار آلاسکایی تحت پوشش قرار بگیرند.

مک‌ماهان نگران است که لغو ACA توسط کنگره و جایگزینی آن با قانون جدید (ترامپ‌کر) منجر به رها شدن این بیماران به‌حال خود شود. به‌نظر او آنان قادر به پرداخت این هزینه‌ها نیستند: جالبه که تصمیم سیاستمداران، هزاران کیلومتر آن‌سوتر، چقدر می‌تونه در زندگی روزمره من و حتی مراقبت‌های اولیه از افراد موثر باشه.

اما در حال حاضر، او کارهای مهم‌تری دارد و باید بقیه بیماران را ویزیت کند و داستان‌های بیشتری بشنود.

ترجمه از:

In Rural Alaska, A Young Doctor Walks To His Patient›s Bedside
May 13, 2017 (goo.gl/4KZXEu)

واگذاری سهام شرکت دارویی

شرکت دارویی «داروجویان کادوس» با مجوز از کمیسیون ماده ۲۰ دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دارا بودن شعب و نمایندگی از شرکت‌های معتبر، به‌منظور توسعه و افزایش گستره فعالیت، تعداد محدودی از سهام خود را فقط به پزشکان شاغل در استان گیلان واگذار می‌کند.

برای اطلاع از شرایط واگذاری، لطفا به این شماره (به‌صورت پیامک یا تلگرام) پیام بفرستید:

۰۹۱۱۱۱۳۱۰۷۹۷

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 چهارراه میکاییل، پلاک ۱۸۷

تلفکس: ٠١٣-٣٣٣٢٤٦٤٧

www.razipath.com
info@razipath.com

فروش قطعات ۵۰۰ مترمربعی زمین در

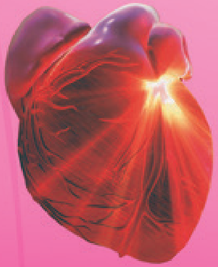
شهرک مسکونی پزشکان آمارو

رشت، کیلومتر ۵ جاده لاکان

محیطی زیبا و آرام دارای کلیه امکانات زیرساختی (آب، برق، گاز، تلفن و...)، نگهبانی ۲۴ ساعته و فاصله نزدیک تا شهر رشت

تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۴۲۹۶۱۲ (ابوالحسن‌پور)

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

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

بیمارستان آریا

www.aryahospital.ir

بیمارستان آریا
ARYA HOSPITAL

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

دستورالعمل اجرایی ۱۶۹ مکرر
برای گروه‌های پزشکی غیرقابل اجرا
و وصول جریمه ۱٪ غیرقانونی است

باز هم صورت معاملات فصلی!

دکتر محمدکاظم پورکاظمی

با رای هیات عمومی دیوان عدالت اداری، اکثریت قریب به‌اتفاق مطب‌ها و داروخانه‌ها از ارسال فهرست معاملات فصلی معاف شده‌اند ولی چون تاریخ این معافیت از ۱۳۹۴/۴/۳ (یعنی تاریخ رسیدگی به دادخواست) است نه تاریخ ۱۳۹۱/۱/۱ (یعنی زمان شروع اجرای این قانون)، اکنون ادارات دارایی در پی مطالبه جریمه آن قسمت از دریافتی تعرفه خدمات فنی برای مودیانی هستند که فهرست معاملات فصلی خود را ارسال و ضوابط دستورالعمل را در تنظیم فهرست رعایت نکرده بودند؛ این در حالی است که مطالبه ۱٪ جریمه از داروخانه‌ها و برخی کلینیک‌ها و مطب‌ها، بابت عدم رعایت ضوابط دستورالعمل اجرایی ماده ۱۶۹ مکرر مصوبه سال ۱۳۸۰ مقبولیت و وجاهت قانونی ندارد.

ماجرا از آن‌جا شروع شد که سازمان امور مالیاتی طی دستورالعمل شماره ۲۰۰/۲۴۴۶۸/ص مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۰ کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی را ملزم به ثبت‌نام در سامانه مالیاتی برای اخذ کارت و شماره اقتصادی و موظف کرد تا مودی در موقع فروش کالا یا عرضه خدمات برای مشتری، بر اساس فرم نمونه صورت‌حساب صادر و شماره اقتصادی خود و طرف معامله را در صورت‌حساب‌ها و اوراق مربوطه درج و همچنین فهرست معاملات خود را به اداره امور مالیاتی مربوطه تسلیم کند.

همزمانی تهیه این دستورالعمل با اجرای قانون مالیات بر ارزش افزوده که فراخوان آن برای تعیین مودیان مشمول، به مرحله پنجم رسیده بود، موجب شد تا تنظیم‌کننده، دامنه کاربرد مفاد آن را به وظایف مودیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده تسری دهد و بیشتر مواد آن در این راستا تهیه گردد؛ هر چند این تسری دامنه کاربرد، برای مودیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده بعداً به‌دلیل مغایرت با قانون حذف شد.

ولی با وجود این، تکلیف تعیین‌شده برای کلیه اشخاص حقوقی و حقیقی بندهای الف و ب قانون (همه گروه‌های پزشکی) که مکلف شده بودند تا از تاریخ ۱۳۹۱/۱/۱ فهرست معاملات خود را به‌صورت فصلی تا یک ماه پس از هر فصل به اداره امور مالیاتی ذی‌ربط تسلیم کنند، روی دوش جامعه پزشکی سنگینی می‌کرد؛ به‌ویژه گردانندگان مطب که اساساً طبیعت کارشان معامله نیست بلکه ارایه خدمت است. به‌همین خاطر، پس از مکاتبات عدیده، هیات عمومی دیوان عدالت اداری از تاریخ ۱۳۹۴/۴/۳ (تاریخ رسیدگی به دادخواست) مطب‌ها و مشاغل مشابه را به‌دلیل ارایه خدمت از ارسال فهرست سه‌ماهه معاف کرد؛ اما این معافیت در مورد دادخواهی کانون سردفتران، از ۱۳۹۱/۱/۱ (تاریخ اجرای دستورالعمل) در نظر گرفته شد که البته به‌نظر می‌رسد این دوگانگی ناشی از جو بدبینی حاکم بر جامعه پزشکی و نفوذ مسوولان وقت برای موجه جلوه دادن دستورالعمل باشد.

اما در مورد داروخانه‌ها، هر چند به‌ظاهر کارشان خرید و فروش است ولی ارسال فهرست معامله یعنی خرید و فروش توسط آنان کاملاً بی‌معنی و بلااستفاده است چرا که اگرچه خرید آن‌ها از شرکت‌ها و موسسات معتبر، مستند

و قابل اثبات است ولی فروش آن‌ها، به‌دلیل مجهز نبودن به فایل الکترونیکی اطلاعات خرید و فروش، غیرمستند و غیرقابل اتکا و اثبات قانونی برای رسیدگی است و الزامی هم به تجهیز آن ندارند. از طرفی داروخانه‌ها به‌دلیل عرضه دارو و کالاهای مرتبط به آن از قانون مالیات بر ارزش افزوده معاف هستند و به‌دلیل ممهور کردن نسخه که به‌نوعی فاکتور است ضرورتی به صدور مجدد فاکتور و اعلام فروش خود ندارند و درآمد مشمول مالیات آن‌ها علی‌رغم در دست بودن ۹۰٪ خرید، همواره به‌صورت علی‌الراس محاسبه و مورد مطالبه قرار می‌گیرد و مبلغ فروش نقشی در این مطالبه ندارد.

به‌نظر نگارنده ارسال فهرست معاملات فقط برای مودیانی است که مکلف به نصب و راه‌اندازی صندوق فروشگاهی (مجهز به فایل الکترونیکی اطلاعات خرید و فروش) هستند تا امکان صدور الکترونیکی صورت‌حساب به مشتری را داشته باشند (همانند مودیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده برابر ماده ۱۹ و ۳۴ قانون) و می‌توانند از نسخه دوم صورت‌حساب به‌صورت مستند، نسبت به تادیه مابه‌التفاوت مالیات دریافتی ارزش افزوده به ادارات مالیاتی مربوطه اقدام کنند.

علی‌رغم کاهش کارایی دستورالعمل برای همه مودیان حقیقی به‌صورت عام، سازمان امور مالیاتی برای کارا جلوه دادن آن با استفاده از مفاد ماده ۱۲۱ قانون توسعه پنجم، به بهانه ایجاد شفافیت در مبادلات اقتصادی و تشخیص درآمدهای مالیاتی مودیان برای گسترش به‌اصطلاح «عدالت مالیاتی!»، علاوه بر مودیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده، داروخانه‌ها را نیز به‌ناحق جزو ۱۰ شغل انتخابی اولویت‌دار مرحله اول برای نصب اجباری سامانه صندوق فروشگاهی انتخاب کرد تا مشمول این دستورالعمل شوند. در حالی که به‌جرات می‌توان گفت داروخانه‌ها از شفاف‌ترین مبادلات برخوردارند و مشمول قانون ارزش افزوده هم نیستند. خوشبختانه این انتخاب نابه‌جا طی رای صادره فروردین ۹۴ دیوان باطل شد؛ اما با وجود این، اخیراً ادارات مالیاتی شهرستان‌ها به‌دلیل ذکرشده جریمه ۱٪ از داروخانه‌ها و بعضی از کلینیک‌ها و مطب‌ها مطالبه و جرایم سنگین ابلاغ کرده‌اند.

این امر در شرایطی است که دستورالعمل فوق‌الاشاره برای گروه‌های پزشکی که دفتر کارشان مجهز به سیستم فروشگاهی نیست و الزامی هم به تجهیز آن ندارند کاربردی ندارد زیرا در سطر چهارم پاراگراف اول دستورالعمل و ماده ۱۹ بخش جرایم آیین‌نامه قانون اصلاحی ۱۳۹۴، به‌ترتیب از عبارات «تسلیم فهرست معاملات» و «تعلق جریمه به فهرست معاملات» استفاده شده است ولی اگر به‌دنبال این عبارات «فاکتورهای خرید» هم اضافه می‌شد، کارآیی خود را برای داروخانه و سایر مشاغلی که مجهز به صندوق فروشگاهی نیستند، از دست نمی‌داد.

عدم کاربرد مفاد دستورالعمل درمورد داروخانه‌ها موجب شده تا کارشناسان رسیدگی‌کننده در یک حالت سردرگمی با روشی غیرمعقول برای دستیابی به فروش، در عبارت «فهرست معاملات» از روش علی‌الراس که هیچ کاربردی در این زمینه ندارد استفاده کنند؛ و قطعاً به‌خاطر همین سردرگمی است که شنیده می‌شود ادارات مالیاتی مطالبه‌کننده جریمه، در یک حاتم‌بخشی بی‌سابقه (بخشودن جریمه ناحق) پیشاپیش از بخشش ۸۰٪ جرایم خبر می‌دهند.

شایسته است سازمان نظام پزشکی با پیگیری برای یکسان‌نگری هیات عمومی دیوان در یک مساله خاص و رفع تبعیض، تاریخ اجرای رای برای گروه‌های پزشکی را همانند سردفتران از ۱۳۹۱/۱/۱ برقرار کند؛ چرا که اگر این کار صورت نگیرد، ادارات دارایی می‌توانند از مطب‌ها و... که گزارش فصلی نداده‌اند، جریمه ۱٪ برای سال‌های ۹۱ و ۹۲ و ۹۳ از رقم علی‌الراس برآوردی درآمد آن‌ها مطالبه کنند.

در حال حاضر انجام این وظیفه (ارسال گزارش فصلی) از سال ۹۶ بر اساس قانون اصلاحی ۱۳۹۴ و آیین‌نامه‌های مربوطه (که فعلاً فصل بهار آن پس از گذشت ٦ سال از اجرای قانون به‌دلیل آماده نبودن زیرساخت‌های الکترونیکی به آبان موکول شده) برای گروه‌هایی از مشمولان حقیقی جامعه پزشکی قابل اجراست. این گروه‌ها شامل معدودی از داروخانه‌ها هستند که مبلغ دریافتی سالیانه آنان در سال ۹۵ (یا ۱۰ برابر درآمد مشمول مالیات یکی از سال‌های عملکرد ۹۵-۹۱) از سه میلیارد تومان به بالاست؛ این رقم در مورد ارایه‌کنندگان خدمت (مطب‌ها و...) در سال باید از یک میلیارد و ۵۰۰ میلیون تومان به بالا باشد.

گذشته از آن، مشاغل خاصی چون بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها و کلینیک‌های تخصصی، فارغ از حجم فعالیت و ارقام ریالی بالا، ملزم به ارایه گزارش فصلی هستند.

دکتر محمدکاظم پورکاظمی
عضو مجمع عمومی نظام پزشکی کشور
دبیر هیات مدیره نظام پزشکی رشت

پزشکی برای هر فرد

دکتر نیلوفر هدایتی اُمامی

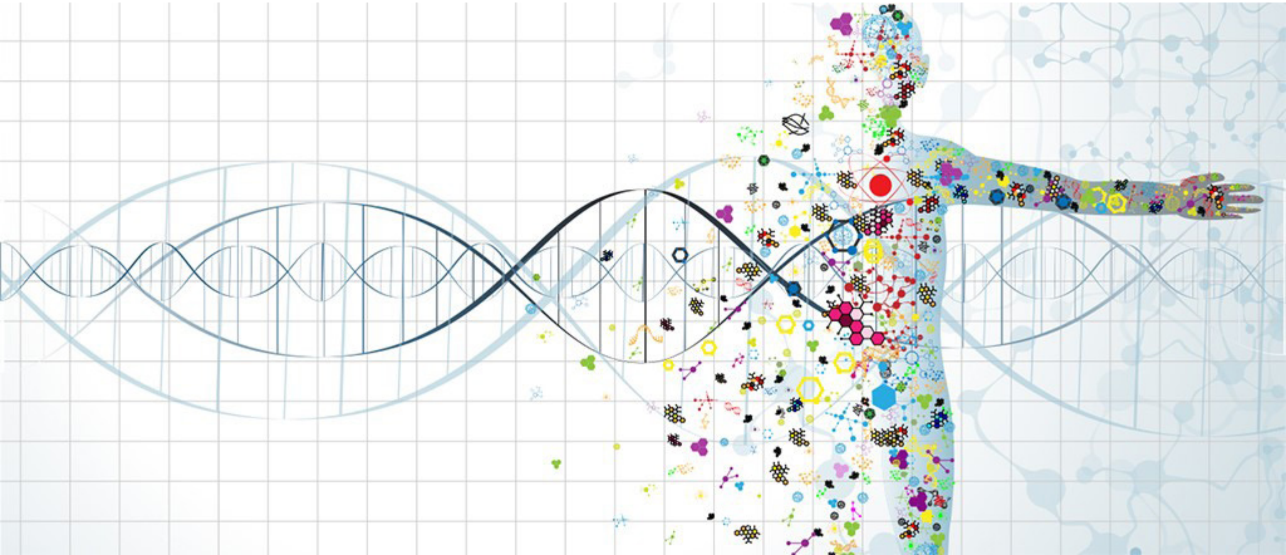
دکتر محمدحسن هدایتی اُمامی

«پزشکی برای هر فرد» چیست؟

طبق نظر NIH (انستیتو ملی بهداشت)، «پزشکی برای هر فرد» (Precision Medicine) عبارت است از «راه نوین رو به پیشرفت برای درمان و پیشگیری از بیماری‌ها در یک فرد با مدنظر قرار دادن تفاوت‌های فردی ژن‌ها، محیط و شیوه زندگی یکایک افراد». با این شیوه برخورد، پزشکان و پژوهشگران خواهند توانست با دقتی بیشتر تعیین کنند که برای هر بیماری خاص در هر گروه از مردم، کدام برنامه درمانی و پیشگیری، کارایی بهتری دارد. این روش در تقابل با شیوه برخورد «تک‌سایزِ» قدیمی است که در آن برنامه‌های درمان و پیشگیری از بیماری‌ها برای انسانی «متوسط» طراحی شده است و به تفاوت‌های بین افراد، کمتر توجه می‌شود. گرچه اصطلاح «پزشکی برای هر فرد» اصطلاحی نسبتاً تازه است، لیکن مفهوم آن سال‌ها بخشی از کار طبابت بوده است. به‌عنوان مثال، بیماری که نیازمند فرآورده خونی است، هر خونی که به‌طور اتفاقی در دسترس قرار بگیرد به او تزریق نمی‌شود، بلکه گروه خونی دهنده را با گروه خونی گیرنده مطابقت می‌دهند تا خطر پیدایش عوارض را به حداقل برسانند. در زمینه‌های مختلف پزشکی نمونه‌های متعددی از آن را می‌توان یافت، لیکن در حال حاضر نقش «پزشکیِ برای هر فرد» در مراقبت‌های روزمره پزشکی نسبتاً محدود است. پژوهشگران امیدوارند این شیوه برخورد در سال‌های آتی در زمینه‌های بیشتری مورد استفاده قرار بگیرد.

تفاوت «پزشکی برای هر فرد» با «پزشکی ویژه هر فرد» چیست؟ فارماکوژنومیک چیست؟

بین دو اصطلاح «پزشکی برای هر فرد» (Precision Medicine) و «پزشکی ویژه هر فرد» (Personalized Medicine) همپوشانی زیاد است. طبق نظر «شورای ملی پژوهش»، «پزشکی ویژه هر فرد» اصطلاحی است با معنی‌ای شبیه «پزشکی برای هر فرد»؛ ولی نگرانی وجود داشت که مبادا عبارت «ویژه فرد» بد تعبیر شود و مردم تصور کنند که درمان‌ها و پیشگیری‌هایی در دست ساخت است که منحصر به همان فرد باشد. در «پزشکی برای هر فرد» می‌خواهند بفهمند بر مبنای عوامل ژنتیکی، محیطی و شیوه زندگی، کدام راه برخورد روی کدام افراد اثربخش است؛ به‌همین دلیل اصطلاح «پزشکی برای هر فرد» را بر اصطلاح «پزشکی ویژه هر فرد» ترجیح می‌دهند ولی



بعضی‌ها این دو اصطلاح را معادل هم به‌کار می‌برند.
فارماکوژنومیک بخشی از «پزشکی برای هر فرد» است. در فارماکوژنومیک چگونگی تاثیر ژن بر پاسخ فرد به داروی خاص را مطالعه می‌کنند. این رشته نسبتاً تازه، آمیزه‌ای است از فارماکولوژی (علم داروها) و ژنومیک (علم مطالعه ژن‌ها و کار آن‌ها) برای ساختن داروهایی موثر و بی‌خطر و تعیین دوز آن‌ها بر مبنای تنوع ژنتیکی فرد. چنین داروهایی سپس کاربرد عام پیدا می‌کنند و برای افراد دیگر هم استفاده می‌شوند.

سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» کدام است؟

سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» تلاش پژوهشی درازمدتی است با شرکت NIH و چندین مرکز پژوهشی دیگر؛ با این پژوهش‌ها می‌خواهند بفهمند که داده‌های مربوط به ژنتیک، محیط و شیوه زندگی فرد چه کمک‌هایی برای یافتن بهترین راه پیشگیری و درمان بیماری وی می‌کند.

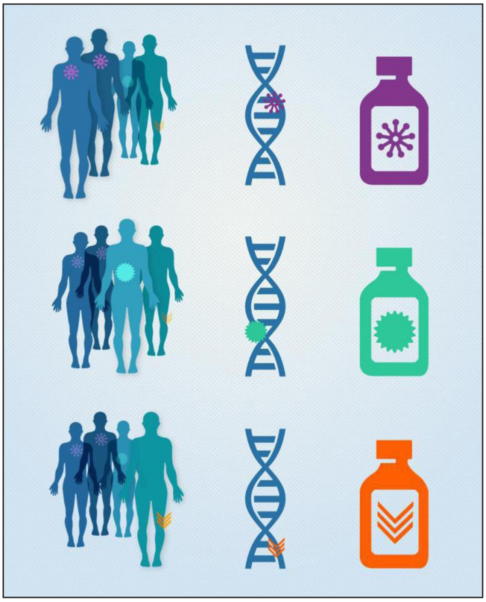
سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» هم اهداف کوتاه‌مدت دارد، هم اهداف درازمدت. اهداف کوتاه‌مدت آن عبارت است از به‌کارگیری هر چه بیشتر «پزشکی برای هر فرد» در زمینه پژوهش‌های سرطان. پژوهشگران در انستیتوی ملی سرطان (وابسته به NIH) امیدوارند با دنبال کردن این شیوه برخورد و دست یافتن به اطلاعات افزون‌تر درباره ژنتیک و زیست‌شناسی سرطان‌ها بتوانند امکانات درمانی موثرتری برای انواع مختلف سرطان‌ها بیابند. اهداف درازمدت «پزشکی برای هر فرد» عبارت است از توجه به همه زمینه‌های تندرستی و مراقبت‌های پزشکی مردم در مقیاس کلان. برای رسیدن به این هدف NIH طرحی به نام «همه ما» پیاده کرده است. در این طرح یک میلیون نفر داوطلب از سراسر آمریکا شرکت دارند. شرکت‌کنندگان در این طرح اطلاعات ژنتیکی، نمونه‌هایی از خون و بافت و سایر اطلاعات پزشکی خود را در اختیار پژوهشگران می‌گذارند. برای تشویق به انتشار آزادانه داده‌ها، در دوران مطالعه، همه شرکت‌کنندگان می‌توانند به اطلاعات پزشکی خود و همچنین به پژوهش‌هایی که از اطلاعات آن‌ها استفاده می‌شود، دسترسی داشته باشند. پژوهشگران از این اطلاعات برای مطالعه گستره عظیمی از بیماری‌ها استفاده می‌کنند و هدف‌شان عبارت است از توانا‌تر شدن در پیش‌بینی هر چه بهتر خطر پیدایش بیماری، درک چگونگی پیدایش بیماری و یافتن راه‌هایی بهتر برای تشخیص و درمان.

فایده‌های «پزشکی برای هر فرد» و کارهای سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» کدام‌اند؟

«پزشکی برای هر فرد» این نوید را می‌دهد که بسیاری از جنبه‌های تندرستی و مراقبت‌های پزشکی بهتر شود. با انجام پژوهش‌های همگروهی توسط سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» و فراهم شدن ابزارها و شیوه‌های برخورد تازه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، برخی از فایده‌های آن به‌زودی آشکار می‌شود. فایده‌های دیگر با انجام پژوهش‌های درازمدت در مورد «پزشکی برای هر فرد» به‌دست می‌آید و ممکن است سال‌ها طول بکشد تا در دسترس قرار بگیرد.

فایده‌های بالقوه کارهای سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» عبارت‌اند از:

– دست یافتن به راه‌هایی نوین برای حفاظت از شرکت‌کننده‌ها، مخصوصاً از نظر رعایت حریم شخصی بیمار و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آنان
– طراحی ابزارهایی برای تولید، تجزیه و تحلیل و به اشتراک گذاشتن مجموعه عظیم داده‌های پزشکی
– بهبود نظارت FDA بر آزمایش‌ها، داروها و سایر فن‌آوری‌ها، هم برای پشتیبانی از نوآوری‌ها و هم برای



اطمینان از بی‌خطر و موثر بودن این محصولات
– شرکت دانشمندان دیگر با رشته‌های تخصصی متنوع‌تر، از جمله افرادی از سازمان‌های حمایت‌کننده از بیماران، دانشگاه‌ها و شرکت‌های دارویی و دیگران
– دادن فرصت به میلیون‌ها انسان تا به پیشرفت پژوهش‌های علمی کمک کنند.

فایده‌های درازمدت پژوهش در «پزشکی برای هر فرد» عبارت‌اند از:

– توانایی خیلی بیشتر پزشکان برای به‌کاربردن اطلاعات ژنتیکی و سایر اطلاعات مولکولی بیماران به‌عنوان بخشی از کار طبابت روزمره خود
– بهبود توانایی پزشکان در پیش‌بینی این امر که کدام درمان برای بیماری خاص، بهترین تاثیر را دارد
– درک بهتر مکانیسم‌های زمینه‌ای پیدایش بیماری‌های مختلف
– شیوه‌های برخورد بهتر برای پیشگیری، تشخیص و درمان دامنه گسترده‌ای از بیماری‌ها
– استفاده بهتر از پرونده‌های پزشکی الکترونیک در مراقبت از بیماران که هم به پزشکان و هم به پژوهشگران امکانات بهتری می‌دهد تا آسان‌تر به داده‌های پزشکی دسترسی پیدا کنند.

چالش‌هایی که «پزشکی برای هر فرد» و سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» با آن‌ها روبه‌رو می‌شود، کدام است؟

«پزشکی برای هر فرد» هنوز رشته‌ای جوان و البته در حال پیشرفت است. بسیاری از فناوری‌هایی که برای رسیدن به هدف‌های سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» لازم‌اند، هنوز ناپخته و در ابتدای کارند و حتی بیشترشان هنوز ساخته نشده‌اند. به‌عنوان مثال پژوهشگران نیازمند آن‌اند که برای استاندارد کردن مجموعه عظیم داده‌های بیش از یک میلیون داوطلب از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های سراسر آمریکا، راه‌های شایسته‌ای بیابند. همچنین نیازمند راه‌های کارآمدی برای نگهداری این مقدار عظیم اطلاعات هستند.

با کارهای سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد»، مسایل اخلاقی، اجتماعی و قانونی بی‌شماری هم پیش می‌آید. با در اختیار داشتن داده‌های پزشکی این تعداد عظیم مردم، یافتن راه‌هایی برای حفظ حریم شخصی شرکت‌کنندگان و محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی آنان اهمیت حیاتی پیدا می‌کند. شرکت‌کنندگان باید از خطرات و فایده‌های

<table>
<tr><th>معادل پیشنهادی</th><th>اصطلاح</th></tr>
<tr><td>پزشکی مناسب هر فرد
انتخاب راه‌های تشخیص و درمان موجود بر اساس توانایی‌ها و امکانات اقتصادی- اجتماعی بیمار و خانواده‌اش؛ دغدغه‌هایی مانند:
– آیا می‌تواند هزینه این آزمایش را بدهد؟
– آیا می‌تواند برای مراجعه به متخصص مورد نیاز به شهر دیگری برود؟
– آیا می‌تواند به خودش روزی دو بار انسولین تزریق کند؟</td><td>Individualized Medicine</td></tr>
<tr><td>پزشکی ویژه هر فرد
ضمن استفاده از امکاناتی که هم‌اکنون وجود دارد، ممکن است تصور شود که در «پزشکی ویژه هر فرد» قرار است راه‌هایی، هم برای تشخیص و هم برای درمان و پیشگیری، مخصوص همین بیمار ساخته شود. به‌عبارت دیگر، گویا لازم است روش‌های تشخیصی نوینی ابداع، داروهای تازه‌ای ساخته، یا روش‌های پیشگیری بی‌سابقه‌ای فراهم شود.</td><td>Personalized Medicine</td></tr>
<tr><td>پزشکی برای هر فرد
راهِ نوین رو به پیشرفت برای درمان و پیشگیری از بیماری‌ها در یک فرد، با مد نظر قراردادن تفاوت‌های فردی ژن‌ها، محیط و شیوه زندگی یکایک افراد؛ معلوم است که این تعریف کامل‌تر و جامع‌تر است یعنی هم موارد «پزشکی مناسب هر فرد»، هم موارد «پزشکی ویژه هر فرد» را شامل می‌شود و پزشک معالج با ذهنی باز دستاوردهای روزبه‌روز تازه‌تر دانشمندان را رصد می‌کند و هر جا که مناسبتی پیدا شد، در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها از آن‌ها استفاده می‌کند.</td><td>Precision Medicine</td></tr>
</table>

شرکت در این پژوهش‌ها آگاه باشند؛ به‌عبارت‌دیگر تلاش پژوهشگران برای گرفتن «رضایت‌نامه آگاهانه» از شرکت‌کنندگان نیز باید عظیم باشد.

در «پزشکی برای هر فرد» هزینه‌ها هم خود مساله مهمی است. خود سازمان «ابتکار پزشکی برای هر فرد» چندین میلیون دلار هزینه دارد. برای ادامه کار آن، کنگره باید چندین سال آینده هم بودجه لازم را تصویب کند. فن‌آوری‌هایی نظیر توالی‌یابی مقدار عظیمی DNA، هنوز خیلی گران است؛ گرچه هزینه آن به‌سرعت در حال کاهش است. علاوه بر آن داروهایی که برای هدف‌گیری خصوصیات ژنتیکی یا مولکولی فرد ساخته می‌شود، قاعدتاً گران تمام می‌شود. آیا شرکت‌های بیمه خصوصی حاضر به تقبل این هزینه‌ها هستند؟ این خود به‌صورت مساله‌ای پرچالش درخواهد آمد.

اگر قرار باشد «پزشکی برای هر فرد» به‌صورت کاری روزمره در مراقبت از مردم درآید، آن‌وقت پزشکان و سایر دست‌اندرکاران خدمات پزشکی باید آگاهی خود را از ژنتیک و بیوشیمی ارتقا دهند. این گروه به‌زودی درخواهند یافت که باید تفسیر آزمایش‌های ژنتیک، ارتباط این اطلاعات با شیوه‌های درمان و پیشگیری و راه‌های انتقال این اطلاعات به بیماران را از نو بیاموزند.

ترجمه از:

Help Me Understand Genetics

Reprinted from: https://ghr.nlm.nih.gov/

Lister Hill National Center for Biomedical Communications

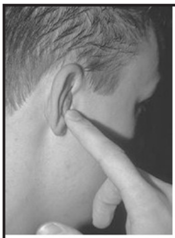
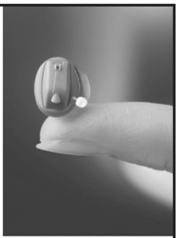
U.S. National Library of Medicine

National Institutes of Health

Department of Health & Human Services

Published June ۲۰۱۷ ,۲۰

دکتر نیلوفر هدایتی اُمامی
پزشک عمومی، کارشناس ارشد بهداشت
دکتر محمدحسن هدایتی اُمامی
متخصص داخلی- غدد
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
نشانی: رشت، گلسار، بلوار سمیه، ساختمان پارس کلینیک، تلفن: ۳۳۱۱۱۲۲۸
Email: hedayati1947@yahoo.com



مرکز شنوایی‌شناسی گلسار
ادیولوژیست: افشین بلندبخش
عضو انجمن علمی شنوایی‌شناسان ایران
انجام آزمون‌های تشخیصی شنوایی (بزرگسالان، کودکان، نوزادان)
تجویز و تنظیم سمعک‌های پشت گوشی و داخل‌گوشی (نامرئی)
(آنالوگ، دیجیتال، هوشمند)
ساخت قالب‌های ضدآب، ضدصدا و صداشکن
ABR— OAE
رشت، چهارراه گلسار، کوچه عسگری، ساختمان MRI، طبقه سوم
تلفن: ۳۳۱۱۲۰۶۸-۰۱۳ پذیرش: ۸-۴ عصر

تازه‌وارد بازار مصرف مواد

بونسای

دکتر رقیه حج‌فروش

بونسای یک روانگردان جدید صنعتی است که در خبرها آمده تا کنون موجب مرگ بیش از ۲۳۰ نفر از جوانان در کشور ترکیه شده است. طبق اظهار نظر پزشک قانونی ترکیه علت مرگ بیشتر جوانانی که در پی مصرف این ماده درگذشتند سکته قلبی بوده است و بدتر از آن‌که همزمان اخباری از شیوع این ماده خطرناک در کشور ما به‌ویژه تهران هم شنیده می‌شود.

اما بونسای چیست؟

این لغت اصطلاحی ژاپنی است که به کاشتن گیاه در یک ظرف اشاره دارد. ممکن است بسیاری از خوانندگان با نام گیاه مینیاتوری بونسای آشنا باشند؛ اسم این ماده از این گیاه گرفته شده است و در ترکیه بونزای یا بانزای تلفظ می‌شود. ماده اصلی آن Spice است که یک کانابینویید مصنوعی است. البته در برخی سایت‌های فارسی گفته شده علاوه بر آن حاوی دزومورفین هم هست و برخی مصرف‌کنندگان ایرانی هم به اثرات مخدر این ماده علاوه بر اثرات کانابینوییدی آن تاکید می‌کنند. با توجه به این‌که در شماره ۱۰۷ «پزشکان گیل» درباره دزومورفین نوشته‌ایم، این‌بار به کانابینوییدهای مصنوعی می‌پردازیم.

کانابینوییدهای مصنوعی دسته‌ای از مواد شمیایی هستند که به گیرنده‌های کانابینویید در بدن متصل می‌شوند اما با کانابینوییدهای واقعی که در گیاه کانابیس یا شاهدانه و ترکیبات حاصل از آن یعنی حشیش، ماری‌جوانا و... وجود دارد، متفاوت هستند. آن‌ها به‌عنوان Designer drug به بازار عرضه شدند که در واقع یک آنالوگ ساختمانی یا کارکردی از یک ماده کنترل شده است که اثرات دارویی ماده اولیه را تقلید می‌کند اما مانند ماده اولیه غیرقانونی و نیز با تست‌های استاندارد قابل ردیابی نیست.

اولین کانابینویید مصنوعی در دهه ۱۹۴۰ توسط راجر آدامز شیمی‌دان آمریکایی ساخته شد و در سال ۱۹۸۱ ترکیبی از آن به نام Nabilone به‌عنوان داروی ضد تهوع و ترکیبات دیگری در سال‌های بعد به‌عنوان داروهای ضدتهوع و محرک اشتها وارد بازار شدند.

در اوایل سال‌های ۲۰۰۰ ترکیبات گیاهی در بازار به فروش رسید که تصور می‌شد مخلوطی از محصولات گیاهی طبیعی است اما در سال ۲۰۰۸ تجزیه و تحلیل آزمایشگاهی نشان داد که این ترکیب همان ماده‌ای که تصور می‌شد نیست بلکه حاوی کانابینوییدهای مصنوعی است و در واقع برای این ساخته شده که قانونی را که مصرف ترکیبات کانابینویید را ممنوع کرده، دور بزنند. این مواد با نام‌های تجاری مختلفی به‌صورت آنلاین، داخل مغازه‌ها و فروشگاه‌ها فروخته می‌شدند.

بررسی‌ها نشان داد این ترکیبات گیاهی حاوی چندین ماده محرک روان (Psychoactive) از خانواده کانابینوییدهای مصنوعی است که روی برگ‌های یک ماده زمینه‌ای گیاهی اسپری می‌شد یا گیاه در این ماده خیسانده و سپس خشک و خرد می‌شد و با توجه به ظاهر آن به‌غلط ادعا می‌شد که ماری‌جوانای مصنوعی

است و برای مصارف تفریحی با نام ژنریک K۲ یا Spice (ادویه) و البته در کشورهای مختلف با نام‌های خیابانی متفاوت به فروش می‌رسید.

علایم و عوارض ناشی از مصرف

مصرف ترکیبات کانابینوییدهای مصنوعی مکرراً سبب عوارض فراوان و نیاز به بستری در بیمارستان یا ارجاع به مرکز کنترل سموم و داروها می‌شود. با توجه به تنوع و فراوانی انواع این مواد، بیان عوارض یا اثرات ان بسیار سخت است.

هیچ مطالعه رسمی برای بررسی اثرات ناشی از مصرف این ماده در انسان انجام نشده اما گزارش‌ها از بیمارانی که پس از مصرف و برای درمان عوارض به بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند، نشان می‌دهد که در مقایسه با کانابیس عوارض این مواد شدیدتر و شامل افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، سکته قلبی، استفراغ، بی‌قراری، توهم، سایکوز، تشنج و حملات پانیک است. در بیمارانی که نیاز به درمان اورژانسی داشتند بیش از همه افزایش ضربان قلب، فشار خون بالا، تهوع، تاری دید، توهم و بی‌قراری گزارش شده و سایر علایم شامل تشنج و سایکوز حاد بود.

گزارش‌ها ارتباط مصرف کانابینوییدهای مصنوعی و بروز دوره‌های سایکوز و مرگ را نشان داده است. مرگ ناشی از دپرسیون سیستم اعصاب مرکزی و هیپوترمی است. حداقل یک مورد مرگ ناشی از بیش‌مصرف کانابینویید مصنوعی گزارش شده است. بروز سایکوز در کانابینوییدهای مصنوعی بیش از میزانی است که در مصرف انواع طبیعی مثل حشیش یا ماری‌جوانا دیده می‌شود. در موارد بسیاری سایکوز آن بیش از چند هفته طول می‌کشد و در یک مورد تا ۷ ماه بعد از قطع ماده همچنان ادامه داشت. در افراد با سایکوز درمان شده، احتمال عود و در افراد دارای عوامل خطر احتمال بروز سایکوز مزمن وجود دارد؛ بنابراین افرادی که زمینه بیماری‌های سایکوتیک دارند از نظر عدم مصرف این مواد باید مشاوره شوند.

علایم قطع مصرف

علایم بازگیری کانابینوییدهای مصنوعی شبیه ترک مخدرهای افیونی است و در مصرف این مواد نشانه‌های وابستگی و اعتیاد دیده می‌شود.

روش مصرف

این مواد غالباً به شکل بخورهای گیاهی یا پودرهای گیاهی قابل دود کردن به‌بازار عرضه می‌شود و محصولات آن همیشه از طریق دود کردن مصرف می‌شوند. اگرچه کانابینوییدهای مصنوعی تست‌های مخصوص کانابیس را مثبت نمی‌کند اما امکان یافتن متابولیت‌های آن در ادرار انسان یا سرم خون هست.

در سال‌های اخیر مصرف این مواد در بسیاری از کشورها مثل آلمان، فرانسه، لهستان، انگلستان، روسیه و برخی ایالات امریکا ممنوع شده ولی تولید آن به‌روش‌های غیر قانونی و مصرف آن ادامه دارد.

Ref:

1. en.wikipedia.org/wiki/Synthetic_cannabinoids
2. teens.drugabuse.gov/drug-facts/spice

دکتر رقیه حج‌فروش
پزشک عمومی
Email:dr.hajf@gmail.com

پرتودرمانی (۱)

دکتر فرزین دهسرا

پرتودرمانی (رادیوتراپی) از روش‌های اصلی درمان بسیاری از سرطان‌ها محسوب می‌شود و امروزه حتی در بسیاری موارد به‌عنوان جایگزین جراحی شناخته شده است، به‌ویژه در تومورهایی که حساس به پرتودرمانی هستند و نیز در مواردی مانند تومورهای مغز که به‌علت محل قرارگیری تومور، انجام عمل جراحی به‌خاطر مجاورت با اعضای حیاتی و احتمال آسیب بافت مجاور در اثر دست‌کاری‌های جراحی، عوارض زیادی خواهد داشت.

در پرتودرمانی با استفاده از پرتوهای یون‌ساز (یونیزان) مانند اشعه ایکس، گاما، الکترون، پروتون، نوترون و... سلول‌های سرطانی را از بین می‌برند. به‌طور خلاصه از در طول مسیر برخورد این پرتوها با بافت بدن، الکترون‌های آزاد تولید می‌شود و این الکترون‌ها به ماده ژنتیکی سلول‌های سرطانی آسیب می‌رساند و منجر به شکستن مولکول DNA سلول‌های سرطانی و در نتیجه مرگ این سلول‌ها می‌شود. بدیهی است که در این فرایند ممکن است به سلول‌های طبیعی بدن نیز که در مسیر اشعه قرار می‌گیرند آسیب وارد شود؛ اما خوشبختانه این آسیب به بافت طبیعی در صورت درمان مناسب و علمی و دقیق اغلب موقت و برگشت‌پذیر است.

سلول‌های سرطانی به‌علت سرعت تقسیم سلولی بالاتر و نیز خون‌رسانی بیشتر، وقتی در معرض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی قرار می‌گیرند بیشتر و شدیدتر آسیب می‌بینند و اساس موفقیت و پشتوانه بزرگ شیمی‌درمانی و پرتودرمانی استفاده از همین اصل بسیار مهم است؛ در غیر این صورت حین درمان به‌جای کوچک شدن بافت سرطانی یا مرگ سلول‌های بدخیم می‌بایست شاهد آسیب به بافت طبیعی بدن و در نتیجه عوارض شدید درمان می‌بودیم. فاصله زمانی که بین دوره‌های شیمی‌درمانی و پرتودرمانی لحاظ می‌شود نیز برای رعایت همین اصل است تا سلول‌های طبیعی فرصت بازتوانی و خروج از شرایط آسیب موقت را پیدا کنند. این فاصله زمانی استراحت برای پرتودرمانی معمولاً دو روز در هفته (و برای شیمی‌درمانی حدود یک تا سه هفته) است.

بسیاری از جراحان از پرتودرمانی به‌عنوان برادر جراحی یاد می‌کنند زیرا این دو روش درمانی از این نظر مشابه‌اند که هر دو درمان محل خاصی از بدن یا درمان موضعی هستند (برعکس شیمی‌درمانی که درمان فراگیر محسوب می‌شود) بنابراین عوارض درمان مربوط به جراحی و پرتودرمانی نیز محدود به منطقه مورد درمان است. به‌عنوان مثال اگر لگن مریضی تحت پرتودرمانی قرار گرفت انتظار نداریم دچار عوارضی از قبیل ریزش موی سر، آب مروارید چشم، زخم دهان یا عوارض قلبی شود. در صورت رخ دادن این عوارض در بیمار تحت پرتودرمانی لگن یا بیماری که قبلاً رادیوتراپی لگن دریافت کرده است، باید به‌دنبال علل دیگر غیر از پرتودرمانی بود؛ اما این بیمار ممکن است حین پرتودرمانی دچار اسهال شود زیرا در این حالت روده‌ها اشعه می‌گیرند.

همانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی نیز یک کار تیمی است که در آن تحت مدیریت و نظارت پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (رادیوانکولوژیست)، کارشناسان و متخصصین فیزیک پزشکی و نیز کارشناسان پرتودرمانی (پرتوکار، تکنیسین، تکنولوژیست یا رادیوتراپیست‌ها) با همکاری نزدیک و یکدلی با یکدیگر به درمان مریض می‌پردازند. دیدگاه منطقی و قابل قبولی است که بیمار و خانواده و همراهان وی را نیز از اعضای تیم درمان بدانیم چرا که نمی‌توان نقش بسیار مهم و حیاتی آنان را برای موفقیت در درمان نادیده انگاشت.

در این تیم ویزیت بیماران، معاینات بیماران، تصمیم‌گیری برای نیاز داشتن به پرتودرمانی یا سایر اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران سرطانی، انجام شیمی‌درمانی تنها و نیز شیمی‌درمانی همزمان با پرتودرمانی، طراحی پرتودرمانی، تعیین تعداد جلسات پرتودرمانی و نیز دوز اشعه مورد نیاز، مشاوره خواستن با پزشکان متخصص رشته‌های دیگر حین درمان بیماران سرطانی، ارزیابی پاسخ به درمان، پیگیری بیماران، کنترل عوارض درمان و نظارت بر مراحل انجام کارها برعهده پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی است؛ کمک به طراحی درمان و کنترل کیفی دستگاه‌های رادیوتراپی و هماهنگی‌های لازم برای تعمیرات حین خرابی دستگاه برعهده کارشناسان و متخصصین فیزیک پزشکی است؛ و تنظیم نحوه قرارگیری بیمار زیر دستگاه و کار کردن با دستگاه برای اشعه دادن به مریض برعهده تکنیسین‌های پرتوکار یا رادیوتراپیست‌هاست. بدیهی است اگر متخصصین فیزیک پزشکی یا کارشناسان رادیوتراپیست حین درمان بیماران به نکته غیرمنتظره‌ای درباره بیماری و درمان وی پی ببرند می‌باید به پزشکی که درمان بیمار را برعهده دارد اطلاع دهند.

موارد تجویز پرتودرمانی

پرتودرمانی در اغلب سرطان‌ها و حتی برخی از تومورهای خوش‌خیم کاربرد دارد. پرتودرمانی می‌تواند به‌تنهایی یا همراه با سایر روش‌های درمان سرطان (بسته به نوع و رفتار سرطان، مرحله سرطان، شرایط بیمار و تشخیصِ پزشک) برای کنترل و ریشه‌کنی استفاده شود. معمولاً پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی، پرتودرمانی را به یکی از دلایل زیر برای بیمار خود تجویز می‌کند:

۱. کوچک کردن اندازه غده سرطانی برای تسهیل عمل جراحی یا شیمی‌درمانی (درمان نئوادجوانت) مانند نئوادجوانت کمورادیاسیون در سرطان رکتوم پیشرفته موضعی. در این موارد از شیمی‌درمانی تزریقی یا خوراکی همزمان با پرتودرمانی برای افزایش تاثیر پرتودرمانی استفاده می‌شود.

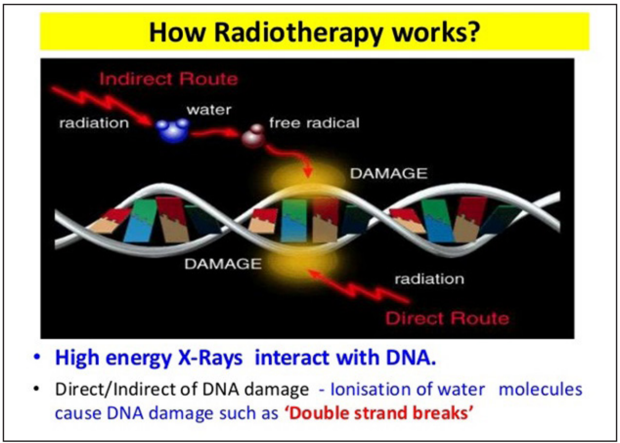
۲. حذف بقایای قابل اثبات یا غیرقابل اثبات احتمالی سرطان یا سلول‌های سرطانی بعد از عمل جراحی یا شیمی‌درمانی با هدف افزایش شانس معالجه قطعی بیمار

۳. تسکین علایم و شکایات بیمار سرطانی و نیز افزایش طول عمر و کیفیت زندگی وی در مواردی که شانس زیادی برای معالجه قطعی بیمار وجود ندارد؛ مانند متاستاز به استخوان، مغز و ...

٤. به‌عنوان جایگزین یک روش درمانی، زمانی که بیمار تمایلی به انجام آن روش اصلی ندارد یا توان تحمل آن روش را ندارد. البته اگر روش جایگزین بر اساس تشخیص پزشک متخصص کلینیکال انکولوژی با توجه به نوع تومور و شرایط بیمار مفید باشد؛ مانند پرتودرمانی به‌عنوان جایگزین عمل جراحی در تومور مغزی که خطرات و عوارض عمل جراحی بالاست.

۵. برای درمان برخی از شرایط یا بیماری‌های خوش‌خیم؛ مانند بیرون‌زدگی چشم‌ها در اثر بیماری پرکاری تیروئید (گریوز)، التهاب تاندون‌ها، آرتروز زانو، بزرگ شدن خوش‌خیم (آدنوم) غده هیپوفیز در مغز و...

باید توجه داشت که معمولاً هر قسمت از بدن فقط یک بار می‌تواند تحت پرتودرمانی با دوز کامل قرار بگیرد. اگر پزشک بخواهد همان منطقه از بدن را که قبلاً تحت



اشعه قرار گرفته به‌ناچار دوباره پرتودرمانی کند ابتدا باید اطلاعات کامل و دقیقی از زمان دریافت پرتودرمانی قبلی، میزان اشعه دریافتی و محل دقیق پرتودرمانی کسب کند و سپس تصمیم بگیرد.

روش انجام رادیوتراپی

پزشک برحسب نیاز بیمار، پرتودرمانی را به دو شکل برای بیماران خود استفاده می‌کند:

۱. پرتودرمانی خارجی (اکسترنال)

۲. پرتودرمانی داخلی (براکی‌تراپی)

پرتودرمانی خارجی: در این روش با استفاده از دستگاه‌های مختلفی اشعه ایکس، گاما، الکترون، پروتون، نوترون و... تولید می‌شود و با استفاده از این پرتوها سلول‌های سرطانی را نابود می‌کنند.

به اشعه ایکس و گاما، فوتون می‌گویند. برعکس تصور عمومی، تفاوت اصلی این دو نوع پرتو مختلف، در میزان انرژی آن‌ها نیست؛ بلکه در منشا تولید آن‌هاست که اشعه گاما به‌علت واپاشی و واکنش‌های هسته‌ای از هسته اتم تولید می‌شود، در حالی که منشا اشعه ایکس، لایه‌های الکترونی اطراف هسته اتم است. واپاشی یک فرایند دایمی است، در حالی که بر تولید اشعه ایکس کنترل بیشتری می‌توان داشت.

برای فوتون‌تراپی (درمان با استفاده از فوتون) معروف‌ترین دستگاه‌های پرتودرمانی دستگاه کبالت ۶۰ و نیز شتاب‌دهنده خطی (Linac) هستند که البته در تمام جهان امروزه دستگاه‌های شتاب‌دهنده خطی کاربرد و عمومیت بیشتری دارند.

در پرتودرمانی هدف اصلی این است که بیشترین مقدار اشعه به تومور و کمترین میزان اشعه به بافت‌های سالم مجاور برسد و در نتیجه درمان بهتر و عوارض کمتر حاصل شود. برای رسیدن به این هدف بسیار مهم علاوه بر تکیه بر مهارت، دانش و اخلاق حرفه‌ای پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی، باید دستگاه رادیوتراپی و امکانات مناسبی نیز انتخاب کرد.

شکی نیست که تولید دستگاه‌های شتاب‌دهنده امروزی با امکان استفاده از فیکساتورها، طراحی درمان سه‌بعدی با کمک کامپیوتر و نرم‌افزارهای پیشرفته، پیشرفت بسیار بزرگی در علم رادیوتراپی انکولوژی و گام بسیار بلندی برای درمان بیماران است. تصویر پیوست بیماری را نشان می‌دهد که برای درمان توموری در ناحیه فوقانی بدن (محل مورد پرتودرمانی اغلب باید لخت و بدون پوشش باشد) توسط دستگاه شتاب‌دهنده خطی درمان می‌شود.

در شماره آینده در مورد دستگاه شتاب‌دهنده خطی و پرتودرمانی خارجی بیشتر صحبت خواهد شد.

دکتر فرزین دهسرا
بورد تخصصی رادیوتراپی- انکولوژی (Radiation oncologist)
نشانی: رشت، چهارراه گلسار، کوچه عسگری (کوچه بانک صادرات)، ساختمان فاطیما، تلفن: ۳۳۱۳۲۷۸۸
Email: dehsaraaf@yahoo.com

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

آرتروز زانو در اجداد بشر

به‌نظر می‌رسد شیوع آرتروز زانو در حال افزایش است. به تصور پزشکان، علت آن می‌تواند افزایش سن متوسط بشر و افزایش وزن باشد. یک مطالعه در شماره جولای مجله Proceedings of the National Academy of Sciences نشان می‌دهد حتی در صورت اصلاح داده‌ها از نظر سن و وزن، شیوع آرتروز زانو نسبت به دهه ۱۹۵۰ دو برابر شده است. به‌همین دلیل پژوهشگران در پی یافتن دلایل احتمالی دیگر، به بررسی اسکلت‌های به‌جا مانده از ٤ هزار سال پیش از میلاد پرداختند. اگر آرتروز زانو ناشی از استرس فیزیکی باشد، انتظار می‌رود شیوع آن در اجداد بشر که به شکار و زراعت می‌پرداختند بیشتر باشد.

ولی مطالعه اسکلت اجداد بشر، خلاف این فرضیه را نشان می‌دهد و به‌نظر پژوهشگران، کاهش فعالیت فیزیکی (و نه افزایش استرس فیزیکی) علت احتمالی افزایش شیوع آرتروز زانو است. تحقیقات بیشتری باید برای شناخت مکانیسم‌ها و دلایل این پدیده انجام شود. مفاصل انسان، برخلاف قطعات مکانیکی خودرو، در اثر استفاده مستهلک نمی‌شود. احتمالاً ورزش و فعالیت فیزیکی به انتشار مواد مغذی به داخل غضروف کمک می‌کند. افزایش قدرت عضلات نیز برای سلامت مفاصل مفید است.

بوی بدن آقایانی که میوه و سبزی بیشتری می‌خورند، برای خانم‌ها جذاب‌تر است!

در یک تحقیق از شماره ژانویه مجله Evolution & Human Behaviour از مقدار رنگدانه پوست افراد به‌عنوان معیاری از میزان مصرف میوه و سبزی استفاده شده است. بتاکاروتن و ترکیبات مشابهی که افراد مصرف می‌کنند روی رنگ پوست تاثیر می‌گذارد و البته این تغییر رنگ با اسپکتروفوتومتر قابل تشخیص است. سپس افراد پیراهن تمیزی پوشیده و ورزش کرده‌اند و در نهایت، چند داوطلب پیراهن‌ها را بو کرده‌اند.

خود عرق البته بو ندارد و تجزیه ترکیبات عرق توسط باکتری‌های پوست بو تولید می‌کند. مردانی که سبزیجات بیشتری مصرف کرده بودند، خوشبوتر بودند. مصرف گوشت بیشتر با بوی ناخوشایندتری همراه بود.

آزمایش ضریب ٤K برای سرطان پروستات

یک تحقیق از شماره اخیر مجله Reviews in

Urology به بررسی کارآیی آزمایش ضریب ٤K (یا ٤Kscore Test) در تشخیص سرطان پروستات پرداخته است.

سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان غیرجلدی و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در مردان است. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده اعلام کرده هزینه، مضرات و عواقب نامطلوب آزمایش PSA به‌عنوان روش استاندارد غربالگری سرطان پروستات، بیشتر از فواید آن در جهت کاهش مرگ‌ومیر است. تنها در ایالات متحده، هر سال حدود یک میلیون بیوپسی پروستات انجام می‌شود که بیشتر این بیوپسی‌ها (حدود ٥٠٪) منفی یا در مراحل ابتدایی سرطان (ضریب گلیسون ٦، حدود ٢٥٪) است که در صورت عدم درمان هیچ تاثیری بر مرگ‌ومیر ندارد.

آزمایش ضریب ٤K یکی از روش‌هایی است که برای مرتفع ساختن مشکلات ناشی از آزمایش PSA ابداع شده است. این آزمایش در مردانی توصیه می‌شود که قبلاً بیوپسی پروستات نشده‌اند یا بیوپسی آنان منفی بوده ولی PSA همچنان بالا است. آزمایش ضریب ٤K شامل چهار آنزیم از خانواده کالیکرئین (Kallikrein) همراه با داده‌های بالینی (مانند سن، یافته‌های معاینه مقعدی و نتایج بیوپسی‌های قبلی) است. نتایج به صورت درصد گزارش می‌شود. اگر ضریب ٤K معادل ٧/٥٪ یا بالاتر باشد، بیمار باید بیوپسی شود.

در این مطالعه ١٠٠ هزار مرد در دو گروه به روش مرسوم و نیز ٤K تحت درمان قرار گرفتند. همه هزینه‌ها، شامل عوارض، محاسبه شد. در مقایسه با PSA، با انجام آزمایش ٤K حدود ٦٤٪ از مردان از بیوپسی غیرضروری پروستات نجات می‌یابند. تعداد موارد سرطان پروستات که با این روش تشخیص داده نمی‌شود کمتر از ٢٪ است که ضریب گلیسون هیچ‌یک ٨ یا بالاتر نیست. در ٣٩٪ از مردانی که براساس PSA با تشخیص سرطان پروستات بیوپسی و با ضریب گلیسون ٦ تحت درمان قرار می‌گیرند، با روش جدید از درمان اضافی و غیرضروری خودداری می‌شود.

آزمایش ٤K هم‌اکنون تنها در ایالات متحده در دسترس است و اخیراً هزینه انجام آن از ١٩٠٠ دلار به کمتر از ٦٠٠ دلار کاهش یافته است.

در مواجهه با انفجار هسته‌ای، از نرم‌کننده مو استفاده نکنید

این دستورالعمل که به‌دنبال تهدید اخیر کره شمالی، از سوی اداره دفاع شهری گوام و آمریکا در سایت امنیت سرزمین (Ready.gov) منتشر شده به شهروندان هشدار می‌دهد در مواجهه با انفجار هسته‌ای از مصرف شامپوی نرم‌کننده خودداری کنند. این راهنما همچنین شامل توصیه‌هایی در زمینه پیشگیری از خطر تماس با مواد رادیواکتیو است. دلیل خطرناک بودن نرم‌کننده این است که انفجار هسته‌ای باعث می‌شود همه چیز در محدوده وسیعی به‌طور کامل بسوزد. خاکستر حاصله با مواد رادیواکتیو مخلوط می‌شود و مانند یک منبع دایمی و وسیع تشعشع هسته‌ای در منطقه منتشر می‌شود. موی سر یکی از نقاطی است که مقدار زیادی از این خاکستر هسته‌ای بر سطح آن می‌نشیند.

بهترین کار در این موارد، شستن موی سر با صابون و شامپوی معمولی است. نرم‌کننده‌ها حاوی پلیمرهای کاتیونی و سورفاکتانت هستند و مواد رادیواکتیو را در داخل پوسته‌های سر و بخش‌هایی از مو که دارای بار منفی است محبوس می‌کنند. مواد آرایشی، لوسیون‌ها و کرم‌های پوستی نیز به‌دلیل روغنی بودن باعث جذب و احتباس مواد رادیواکتیو در سطح پوست می‌شوند و نباید مصرف شوند. رادیواکتیویته در مقادیر بالا کشنده است. میزان تماس کمتر با رادیواکتیو بستگی به عوامل مختلفی مانند فاصله بیشتر از محل انفجار، تردد کمتر در فضای آزاد و شست‌وشوی مکرر دارد.

تازه‌ترین توصیه‌ها در زمینه درمان فشار خون بالا در کودکان و نوجوانان

رووس این توصیه‌ها در شماره آگوست مجله Pediatrics به‌شرح زیر است:

– تاکید بیشتر بر ارزیابی، تشخیص و شروع درمان
– جداول فشار خون کودکان و نوجوانان
– تاکید بر سطح شواهد موجود برای ارایه توصیه‌های مختلف
– تعیین مقادیری از فشار خون هنگام غربالگری که نشان‌دهنده نیاز به ارزیابی بیشتر است
– فشار خون نرمال در سن یک تا ١٣ سال: تا ٨٠/١٢٠ mmHg
– فشار خون بالا (Elevated BP) که قبلاً Prehypertension نامیده می‌شد: از ٨٠/١٢٠ تا ٨٠/١٣٠ mmHg

– پرفشاری مرحله یک (Stage ۱ hypertension): از ۸۰/۱۳۰ تا ۸۹/۱۳۹ mmHg

– پرفشاری مرحله ۲ (Stage ۲ hypertension): از ۹۰/۱۴۰ mmHg تا بالاتر

– محدوده مرجع فشار خون در نوجوانان، مشابه حداکثر محدوده مرجع در کودکان است.

– اندازه‌گیری فشار خون در کودکان ۳ سال به بالا هر سال باید یک نوبت انجام شود. این کار در کودکان چاق یا پرخطر در هر ویزیت توصیه می‌شود.

– اندازه‌گیری فشار خون در منزل نباید معیار تشخیص پرفشاری قرار گیرد.

– در کودکان ٦ سال به بالا در صورت وجود سابقه چاقی در خانواده و عدم شک بالینی به علل ثانویه پرفشاری، ارزیابی تفصیلی توصیه نمی‌شود.

– نوار قلبی در ارزیابی پرفشاری کودکان توصیه نمی‌شود.

– اکوکاردیوگرافی برای ارزیابی هیپرتروفی بطن چپ در مواردی توصیه می‌شود که درمان دارویی باید آغاز شود.

– اولین اقدام درمانی در پرفشاری کودکان، توصیه به رژیم غذایی ضد فشار خون (DASH diet) و فعالیت جسمانی منظم است.

– درمان دارویی در مواردی توصیه می‌شود که توصیه‌های غیردارویی موثر نباشد.

– اگر فشار خون بیشتر از ۱۲۰/۱۸۰ mmHg باشد، ارجاع به درمانگاه اورژانس توصیه می‌شود.

– خلاصه اقدامات در جدول پیوست مشاهده می‌شود.

آیا با یک نوبت اسپیرومتری می‌توان COPD را تشخیص داد؟

یک مطالعه از شماره آگوست Am J Respir Crit Care Med به بررسی نقش آزمایش تنفس در تشخیص بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) پرداخته است. در بیمارانی که با نشانه‌های تیپیک تنفسی و شرح‌حال تماس با سموم استنشاقی مراجعه کرده‌اند، COPD براساس مشاهده انسداد ثابت جریان هوا در اسپیرومتری (نسبت FEV۱ به FVC کمتر از ۰/۷) تشخیص داده می‌شود و معمولاً بررسی بیشتری انجام نمی‌شود.

در این مطالعه، نتایج اسپیرومتری سریال در ۷ هزار بیمار مبتلا به COPD خفیف تا متوسط مورد بازبینی قرار گرفت. در فاصله زمانی ۵ سال، در حدود ۱۳ تا ۲۷ درصد از بیماران، انسداد ثابت براساس معیار اسپیرومتری دیگر وجود نداشت (نقض تشخیص). در حدود ٦ تا ۲۰ درصد بیماران نیز نتایج اسپیرومتری سالیانه بین نرمال و انسدادی متغیر بود. بیشترین احتمال نقض تشخیص در بیمارانی دیده می‌شود که سیگار را ترک می‌کنند. بیشترین موارد نتایج متغیر در بیمارانی گزارش می‌شود که انسداد پایه خفیف دارند.

بیش از ۹۵٪ مبتلایان به COPD با نسبت FEV۱/FVC کمتر از ۰/٦۵ پس از ۵ سال، معیار تشخیصی COPD را حفظ می‌کنند، ولی در مبتلایان به COPD

برخورد با فشار خون بالا در کودکان و نوجوانان

فشار خون	غربالگری	توصیه به تغییر شیوه زندگی	اندازه‌گیری فشار خون اندام فوقانی و تحتانی	پایش سرپایی فشار خون (ABPM)	ارزیابی تشخیصی
نرمال	سالیانه	×	–	–	–
فشار خون بالا	نوبت اول	×	–	–	–
	نوبت دوم: تکرار پس از ۶ ماه	×	×	–	–
	نوبت سوم: تکرار پس از ۶ ماه	×	–	×	×
پرفشاری مرحله ۱	نوبت اول	×	–	–	–
	نوبت دوم: تکرار پس از ۲-۱ هفته	×	×	–	–
	نوبت سوم: تکرار پس از ۳ ماه	×	–	×	×
پرفشاری مرحله ۲	نوبت اول	×	×	–	–
	نوبت دوم: تکرار پس از یک هفته و ارجاع به متخصص	×	–	×	×

خفیف (GOLD stage ۱، FEV۱≥۸۰٪ predicted) توصیه می‌شود به یک نوبت اسپیرومتری اکتفا نشود. به‌ویژه در مبتلایان به عفونت‌های تنفسی حاد ویروسی، باید از مطرح کردن تشخیص COPD خودداری شود. در موارد انسداد متوسط، اسپیرومتری پس از یک سال باید تکرار شود زیرا در ۲۵٪ موارد، تشخیص COPD در اسپیرومتری مجدد نقض می‌شود.

فواید یک دوست خوب در نوجوانی

یک مطالعه در شماره آگوست مجله Child Development نشان می‌دهد آثار مثبت روابط دوستانه‌ای که از نوجوانی آغاز می‌شود، تا بزرگسالی پابرجا می‌ماند. پژوهشگران با پیگیری ۱۶۹ نفر به مدت ۱۰ سال از ۱۵ سالگی، میزان اضطراب، افسردگی و کمبود اعتماد به‌نفس آنان را به فواصل هر سال یک بار سنجیدند. این میزان پس از ۱۰ سال در افرادی که روابط دوستانه قوی‌تری داشتند، کمتر بود. بهترین عملکرد مربوط به افرادی بود که یک رابطه دوستانه را از دوره نوجوانی حفظ کرده بودند.

به‌نظر پژوهشگران، رابطه دوستانه و مستمر مانند یک بافر عمل می‌کند و قدرت مقابله افراد در مقابل تنش‌های روحی و عاطفی را افزایش می‌دهد. همچنین دوره نوجوانی زمان شکل‌گیری شخصیت افراد است و وجود یک دوست خوب می‌تواند به کسب مهارت‌های مفید عاطفی کمک کند.

ابزارهای هوشمند برای یادآوری مصرف دارو چندان موثر نیست

به گفته پژوهشگران، بیش از نیمی از بیماران دارو را طبق دستور مصرف نمی‌کنند و این کار تنها در ایالات متحده سالیانه دست‌کم جان ۱۰۰ هزار نفر را می‌گیرد و بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ میلیارد دلار خسارت اقتصادی به‌بار می‌آورد. ابزارهای مختلفی برای یادآوری مصرف دارو به بازار آمده که شامل قوطی‌های هوشمند دارویی، ابزارهای متصل به اینترنت و انواع اپلیکیشن است. یک تحقیق از شماره آگوست JAMA Intern Med نشان می‌دهد اقداماتی از این دست تقریباً بی‌تاثیر است.

پژوهشگران احتمال می‌دهند مشکل اصلی در این‌جا فراموش کردن مصرف دارو نیست. بیشتر داروها عارضه جانبی دارند و برخی از آن‌ها گران هستند. ابزارهای هوشمند باعث کاهش عوارض جانبی یا ارزان شدن دارو نمی‌شوند.

دستورالعمل واکسیناسیون آنفلوانزا در سال ۲۰۱۸-۲۰۱۷

مرکز کنترل بیماری‌ها تازه‌ترین توصیه‌ها در زمینه تجویز واکسن آنفلوانزا را در ماه آگوست منتشر کرد. برخی تغییرات نسبت به دستورالعمل پیشین به‌شرح زیر است:

- واکسن‌های چهار ظرفیتی آفلوریا و فلوبلاک برای افراد ۱۸ سال به بالا در دسترس است.
- واکسن چهار ظرفیتی فلولاوال برای کودکان از ۶ ماهگی قابل تجویز است. این واکسن قبلاً محدود به کودکان ۳ سال به بالا بود.
- بارداری از موارد منع واکسیناسیون آنفلوانزا نیست.
- همه افراد ۶ ماه به بالا باید ترجیحاً تا پایان اکتبر واکسن آنفلوانزا را دریافت کنند. این واکسن هیچ منع مصرفی ندارد. برای افراد ۶۵ سال به بالا می‌توان از دوز استاندارد یا دوز بالا استفاده کرد.
- با توجه به کارایی پایین واکسن زنده ضعیف‌شده فلومیست، تجویز آن توصیه نمی‌شود.

انتخاب‌های هوشمندانه در دردهای اسکلتی‌عضلانی و کمردرد

سه انجمن پزشکی (کایروپراکتیک، پودیاتریک و طب نوروموسکولار و الکترودیاگنوستیک) آمریکا در ماه آگوست، به‌عنوان بخشی از کارزار انتخاب هوشمندانه (Choosing Wisely campaign)، توصیه‌هایی درباره اقدامات غیرضروری برای بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی و کمردرد ارایه کرده‌اند. رووس برخی از این ۱۵ توصیه به‌شرح زیر است:

- کمربند طبی برای درمان طولانی‌مدت کمردرد توصیه نمی‌شود. همچنین درمان‌های فیزیکی غیرفعال مانند گرما، سرما و اولتراسوند در طولانی‌مدت توصیه نمی‌شود، مگر این‌که به افزایش تحرک جسمانی بیمار کمک کند.
- درخواست ام‌آرآی در موارد شک به پارگی رباط آشیل توصیه نمی‌شود و یافته‌های بالینی برای تشخیص کافی است.
- تجویز مکمل‌های ویتامین B برای درمان پلی‌نوروپاتی یا دردهای نوروپاتیک توصیه نمی‌شود. تنها مورد استثنای آن، بیماران مبتلا به کمبود این ویتامین است.

– ترکیبات شبه‌تریاک و مخدرها نباید به عنوان خط اول درمان دردهای نوروپاتیک تجویز شود.

آزمایش همزمان (Cotest) سیتولوژی سرویکس و HPV پس از ۳۰ سالگی توصیه نمی‌شود

براساس تازه‌ترین توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان ۳۰ تا ۶۵ ساله شامل پاپ‌اسمیر هر ۳ سال یک نوبت یا آزمایش HPV پرخطر هر ۵ سال یک نوبت است و انجام همزمان پاپ‌اسمیر و HPV لازم نیست. غربالگری در زنان ۲۱ تا ۲۹ ساله هر ۳ سال با یک نوبت پاپ‌اسمیر انجام می‌شود. غربالگری در افراد زیر توصیه نمی‌شود:

– زنان زیر ۲۱ سال

– زنان بالای ۶۵ سال که قبل از آن غربالگری منظم داشته‌اند

– زنانی که جراحی رحم انجام داده و سرویکس ندارند.

این توصیه‌ها برای همه زنانی که سابقه ضایعات پیش‌سرطانی سرویکس ندارند، بدون توجه به ملیت، نژاد یا سابقه فعالیت جنسی یا تزریق واکسن HPV، صدق می‌کند.

تازه‌ترین دستورالعمل برخورد با توده گردن

رووس این دستورالعمل که از سوی آکادمی جراحی گوش، حلق، بینی و سروگردن آمریکا در شماره سپتامبر Otolaryngology—Head and Neck Surgery منتشر شد به‌شرح زیر است:

– تجویز آنتی‌بیوتیک برای توده گردن بدون وجود علایم عفونت باکتریایی توصیه نمی‌شود.

– خطر بالای بدخیمی در مواردی مطرح است که بیمار سابقه علل عفونی نداشته و توده دست‌کم دو هفته بدون تغییر عمده باقی مانده باشد یا بیمار نداند توده از چه زمانی وجود داشته است. توده‌ای که در معاینه به بافت‌های مجاور چسبیده باشد، توده سفت، توده با اندازه بزرگ‌تر از ۱/۵ سانتی‌متر و زخمی شدن پوست نیز خطر بدخیمی را افزایش می‌دهند.

– در مواردی که خطر بدخیمی بالا باشد، معاینه هدفمند و تصویربرداری (سی‌تی اسکن یا ام‌آرآی) باید انجام شود. در صورت شک به بدخیمی، نمونه‌برداری سوزنی (FNA) توصیه می‌شود.

تازه‌ترین توصیه‌ها در زمینه درمان علایم یائسگی در زنان

رووس این توصیه‌ها که از سوی انجمن و کالج متخصصین غدد آمریکا در شماره جولای Endocrine Practice منتشر شده به‌شرح زیر است:

– تصمیم‌گیری درباره درمان هورمونی در زنان یائسه علامت‌دار باید براساس همه عوامل خطرساز قلبی-عروقی، سن و زمان یائسگی صورت گیرد.

– عوارض عروقی و خطر ترمبوز و سکته مغزی یا قلبی ناشی از استروژن جلدی (ترانس‌درمال) کمتر از استروژن خوراکی است.

– در صورت نیاز به پروژسترون، فرآورده میکرونیزه بی‌خطرتر است.

– در زنان یائسه علامت‌دار پرخطر، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) و سایر عوامل غیرهورمونی گزینه بهتری هستند.

– استفاده از درمان هورمونی طبیعی (Bioidentical) توصیه نمی‌شود.

– درمان جایگزین هورمونی برای پیشگیری از دیابت توصیه نمی‌شود.

– در زنان مبتلا به دیابت، تصمیم به درمان یائسگی باید براساس شرایط هر فرد و با توجه به عوامل خطرساز دیگر علاوه بر دیابت گرفته شود.

تایید اولین داروی ژن‌درمانی سرطان توسط FDA

اداره غذا و داروی ایالات متحده (FDA) اولین داروی ژن‌درمانی سرطان را برای درمان نوع خاصی از سرطان خون کودکان یعنی B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia (ALL) عود کرده یا مقاوم به درمان (Relapsed or refractory) تایید کرده است.

تیساژن‌لکلوسل (Tisagenlecleucel) با نام تجاری کایمریا (Kymriah) ساخت نووارتیس یک داروی آمیزه‌ای یا کایمری گیرنده آنتی‌ژن است که با اتصال به گیرنده لنفوسیت T (به‌طور اختصاصی لنفوسیت‌های CD۱۹+)، از لنفوسیت‌های خود کودک برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌کند.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ۴۴۲۴۳۴۴۷
Website: azizafshari.com
Email: babak_azizafshari@yahoo.com

دکتر سید مصطفی سید جوادین

متخصص ارتودنسی

دارای بورد تخصصی در درمان ناهنجاری های دندانی و فکی

RMC 1056

رشت، گلسار، نرسیده به پمپ بنزین، نبش کوچه ۸۴، برج کاوه

بلوک ۱، طبقه ششم   تلفن: ۳۳۱۱۴۳۷۱-۳۳۱۱۴۴۱۲

شنبه تا چهارشنبه عصر

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 Transplanta-tion to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]

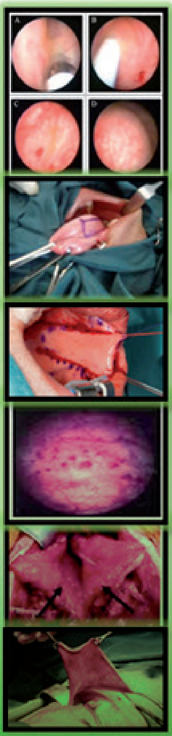
اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]

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

یومیهو تراپی

حسن مقدس

درمان‌های دستی (Manual therapy) برای درمان انواع بیماری‌ها از دیرباز مورد توجه بشر بوده است. درمان با انواع ماساژها، کایروپراکتیک و استئوپاتی (Osteopathy) نمونه‌هایی از این گونه درمان‌ها هستند که در سالیان متمادی تکامل یافته‌اند.

سال‌ها پیش یک پزشک ژاپنی به نام ماسایوکی سایونجی با مطالعه علت زمینه‌ای بیماری‌های مختلف و انواع روش‌های Manual therapy، تکنیک‌های درمانی آن‌ها را با یکدیگر تلفیق و رشته جدیدی از درمان ابداع کرد. او در تکمیل این روش درمانی حتی از به‌کار بردن بعضی تکنیک‌ها و نظریات درمانی که برای درمان انواع آسیب‌ها در ورزش‌های رزمی شرقی به‌کار می‌روند، دریغ نکرد. وی این روش درمانی را یومیهوتراپی (Yumeiho therapy) نامید.

وی با مطالعه علت ریشه‌ای بیماری‌ها دریافت که ریشه اصلی بسیاری از امراض را باید در عدم تعادل مفصل لگن (مفصل ساکروایلیاک) جستجو کرد؛ مفصلی که پل بین ستون فقرات و استخوان‌های لگن در دو طرف بوده و بر اساس بررسی‌های پزشکی و فیزیکی، نقطه ثقل بدن هر شخصی در این مفصل است. هر گونه عدم تعادل در این مفصل باعث جابه‌جایی مرکز ثقل بدن شده و می‌تواند فشار مضاعفی بر قسمت‌های مختلف وارد کند. خوشبختانه تمامی انواع انحرافات و عدم تعادل‌های مفصل لگن، به‌غیر از تعداد اندکی از استثنائات، برگشت‌پذیر و قابل اصلاح هستند و می‌توان با برگرداندن تعادل به این مفصل، اوضاع را به حالت اولیه برگرداند. همچنین می‌توان با یک‌سری تکنیک‌های استاندارد و علمی، جااندازی و اصلاح مفاصل را انجام داد و البته ماساژ دادن و نرم کردن عضلات اطراف مفاصل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

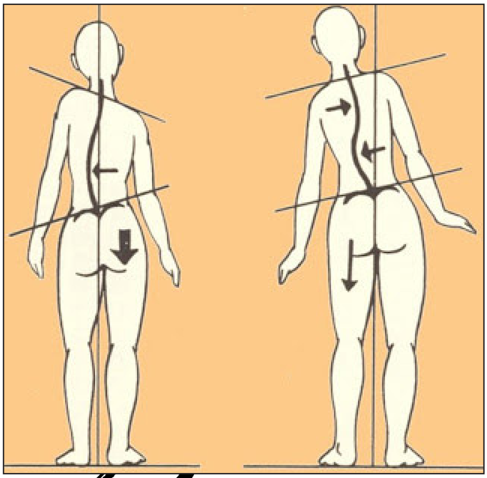
تفاوت یومیهو تراپی با روش‌های درمانی مشابه در چیست؟

در دید ظاهری یومیهو تراپی از نظر تکنیک‌های به‌کار رفته شباهت‌های بسیاری به روش‌های درمانی دستی قبلی مانند کایروپراکتیک و استئوپاتی دارد و حتی می‌توان گفت که در برخی نقاط تکنیک‌های آن‌ها یکسان هستند. تفاوت عمده بین این روش‌ها در سه چیز است:

۱. تمامی تکنیک‌های یومیهو تراپی به‌وسیله دست انجام می‌شود و استفاده از هیچ‌گونه دستگاهی حتی برای تکمیل تکنیک مجاز نیست.

۲. در اجرای تکنیک‌ها هم بعضاً تفاوت عمده‌ای بین یومیهو تراپی و دیگر روش‌های مشابه وجود دارد، به‌طوری که حتی در برخی حالات، ترتیب اصلاح مفاصل و اجرای تکنیک‌ها در یومیهو تراپی حایز اهمیت است.

۳. روش‌های درمانی دیگر، اغلب به اصلاح مفصل و برگرداندن تعادل فیزیکی به‌طور اخص تاکید می‌کنند، در حالی که یومیهو تراپی با توجه به ماهیت شرقی خود به ایجاد تعادل در جریان‌های انرژی بدن تاکید داشته و حتی اصلاح لگن و تعادل فیزیکی بدن را نیز یکی از راه‌های رسیدن به تعادل انرژی می‌داند. به‌همین دلیل، استفاده از روش‌های انرژی درمانی و همچنین اصول طب فشاری (شیاتسو) علاوه بر اصلاح فیزیکی مفاصل و ستون فقرات، در یومیهو تراپی نیز متداول است.



چه بیماری‌هایی با یومیهو تراپی قابل درمان است؟

یومیهو تراپی در درمان اختلالات اسکلتی و ستون فقرات همچون کمردردهای مزمن، دیسک کمر و دیسک گردن تاثیر به‌سزایی دارد. از سوی دیگر، یک‌سری بیماری‌های همراه با درد مانند درد مزمن آرنج دست (آرنج تنیس‌بازان)، درد مزمن زانو و انواع سردردها به این روش درمانی پاسخ واضحی داده‌اند.

یومیهو تراپی همچنین در حملات میگرن و دردهای حاد مفصلی که بعضاً به درمان‌های رایج نیز مقاوم بوده‌اند، کاربرد دارد.

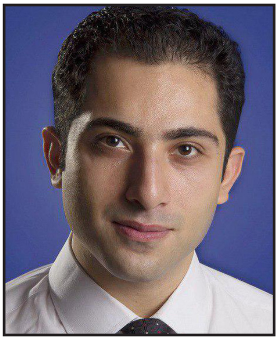
حسن مقدس
کارشناس یومیهو تراپی
نشانی: رشت، تقاطع بلوار شهید انصاری و گلباغ نماز، ساختمان گیلان، کلینیک درمانی گیلان، تلفن: ۳۳۷۳۱۶۳۴
Website: guilanpainclinic.com
Telegram:@guilan_pain_clinic
https://www.instagram.com/guilanpainclinic

دکتر افشین صفائی اصل
متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان
فوق تخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار کودکان
عضو هیات علمی دانشگاه

دکتر شهره ملک‌نژاد
متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان
فوق تخصص گوارش، کبد و اندوسکوپی کودکان
عضو هیات علمی دانشگاه

انتقال مطب
رشت، گلباغ نماز، روبه‌روی مدرسه شاهد، ساختمان البرز
تلفن: ۳۳۱۲۳۵۴۶-۳۳۱۲۳۴۶۷
RMC1019

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



پروتزی که سه‌هزار سال پیش در صندلی بر کناره نیل بود

ترجمه: مهراب جوزی

ظاهراً پنجه پای مصنوعی که ۳۰۰۰ سال پیش دختر یک کاهن مصری را قادر به راه رفتن می‌کرد، از آن‌چه پژوهشگران می‌پنداشتند بسیار پیچیده‌تر است. به‌نظر می‌رسد این پای مصنوعی قدیمی‌ترین پروتزی است که تا کنون کشف شده است.

آندریا لوپرینو- گنیرس (Andrea Loprieno-Gnirs) از دانشگاه بازل سوئیس که روی این پروژه تحقیق می‌کند، می‌گوید: روش پیچیده‌ای که قطعات مجزای این پروتز را به‌هم متصل کرده، سبب ایجاد تعادل در راه رفتن می‌شده و به فرد آزادی حرکتی زیادی می‌داده است.

از سال ۱۹۹۷ که این پروتز کشف شده است، از آن در موزه قاهره نگهداری می‌شود و اکنون تیمی از پژوهشگران مصرشناس دانشگاه‌های بازل و زوریخ سوئیس و موزه قاهره از پیشرفته‌ترین تکنولوژی‌های اشعه ایکس، توموگرافی کامپیوتری و میکروسکوپ‌ها بهره می‌برند تا نگاهی دقیق‌تر به آن بیاندازند.

این پا که به‌طرز شگفت‌انگیزی شبیه پای واقعی به‌نظر می‌رسد و علاوه بر کاربردی بودن زیبا نیز هست، ساخته هنرمندی چیره‌دست از عصر آهن است.

این پروتز که جایگزین پای راست قطع‌شده بود و هنگامی که یافت شد، همچنان به اسکلت اتصال داشت، طراحی شده بود تا با صندل (پاپوش پرطرفدار آن روزها) پوشیده شود.

لوپرینو- گنیرس می‌افزاید: با آزمایش‌هایی که گروه پژوهشی ما انجام داد، حداقل چهار ماده‌ای که این پروتز را با آن ساخته بودند، شناسایی شد. علاوه بر آن، ما متوجه شدیم که این پروتز دو بار تنظیم سایز شده و برای مدت مدیدی مورد استفاده بوده است.

این پنجه مصنوعی از چوبی بسیار مقاوم ساخته شده است و گروه دو نوع چوب را شناسایی کرده‌اند که با مشخصات جنس بدنه پروتز سازگاری دارد. همچنین بندی که پروتز را به پای راست متصل نگه می‌داشت به‌طرز شگفت‌انگیزی مقاوم است. جنس این بند از الیاف گیاهی است و پژوهشگران هنوز مشغول تحقیق هستند تا ابزارهایی را که در ساخت این پروتز و تغییر سایز آن استفاده شده بود، شناسایی کنند.

لوپرینو گنیرس می‌گوید: این اثر منحصر به‌فرد است و تابه‌حال هیچ پروتز مشابهی از دوران باستان با این سطح از پیچیدگی کشف نشده است؛ اگرچه آثار زیادی از دوره‌های متقدم‌تر مصر باستان بر جای مانده که نشان از همین اندازه کمال در صنایع دستی یا تکنولوژی‌های پیچیده دارد، از جمله مجسمه‌های چوبی یا تکنولوژی چفت و بست در جعبه‌ها و تابوت‌ها. بنابراین اگر پروتزی از دوران قدیمی‌تر موسوم به «پادشاهی نخستین» (۱۵۵۰–۱۰۰۰ پیش از میلاد) کشف شود، برای من جای تعجب نیست.

این پروتز که در یک مقبره صخره‌ای واقع در شیخ عبدالقرنه، نزدیکی شهر باستانی تِبس [بر ساحل شرقی نیل با ۸۰۰ کیلومتر فاصله از دریای مدیترانه] کشف شده، به‌دلیل آب و هوای خشک منطقه، در طول زمان هیچ آسیبی ندیده است. این آرامگاه محل تدفین افرادی از طبقه بالای اجتماعی و نزدیک به خانواده پادشاهی بود و در قرن ۱۵ پیش از میلاد بسیار مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ اما شواهدی هست که نشان می‌دهد بعدها در طول هزاره اول پیش از میلاد نیز مجدداً استفاده می‌شد و همچنین در اوایل قرن ۱۹ نیز کاربرد مسکونی داشت.

به‌گفته این پژوهشگر، کیفیت ساخت پروتز بیانگر خاص بودن فردی بود که از آن استفاده می‌کرد. مشخصاً برای کاربر این وسیله، علاوه بر فراهم کردن امکان حرکت، زیبایی نیز بسیار مهم بود.

تیم پژوهشی از سال ۲۰۱۵ آن‌جا مستقر شده‌اند و سعی دارند با به‌روزترین فن‌آوری‌ها، نقشه باستانی و جغرافیایی سه‌بعدی مکان را ترسیم کنند تا به یافته‌های بیشتری به‌خصوص درباره پروتز و فردی که از آن استفاده می‌کرده، دست پیدا کنند.

ترجمه از:

Ancient Egyptian›s wooden toe is sophisticated prosthetic
By Ashley Strickland, CNN
June 22, 2017 (goo.gl/iUNr6j)

مهراب جوزی
کارشناس ارشد مطالعات ترجمه
Email: mehrabjowzi@gmail.com

معرفی مجموعه‌های تلویزیونی مشهور جهان (۲۴)

چیزهای عجیب

دکتر علی ارغوان نجفی

سریال «چیزهای عجیب» (Stranger Things) ساخته برادران *دافر* و محصول شبکه نتفلیکس به ژانر علمی- تخیلی، ماورایی و ترسناک تعلق دارد. فصل اول این سریال در ۸ اپیزود به پایان رسیده و فصل دوم آن نیز در حال پخش است.

در نگاه اول شما با یک سریال نوجوانانه (تین‌ایجری) طرف هستید، اما سیل تقدیرها و نقدهای مثبت و جوایز این سریال آن‌قدر هست که کنجکاوی شما را برانگیزد و شما را به دیدن این سریال مشتاق کند.

این سریال که گویی ادای دینی به فیلم‌ها و سریال‌های دهه ۸۰ میلادی و به‌ویژه کارهای *اسپیلبرگ* (به‌ویژه فیلم «ای‌تی») و نیز داستان‌های *استفن کینگ* (با اشاراتی مستقیم به کارهای او در جای‌جای سریال) است و شباهت انکارناپذیری به ای‌تی و نیز فیلم جی جی

آبراهامز، «سوپر هشت» دارد، با کسب نمره ۹۶ از صد توسط منتقدان و کسب نمره ۹/۸ در سایت IMDb نگاه‌ها را به خود جلب کرد و از جمله خود استفن کینگ و نیز *گی‌یرمو دل تورو*، نویسنده و کارگردان نامدار فیلم‌های تخیلی، در صفحه تویتر خود این سریال را بسیار ستودند. جالب‌تر آن‌که در سایت بانک اطلاعات اینترنتی فیلم‌ها این سریال جزو ۲۵۰ سریال برتر تاریخ انتخاب شده و طبق نظرسنجی نتفلیکس، بالاتر از «خانه پوشالی» به‌عنوان بهترین سریال این شبکه توسط کاربران انتخاب شد.

«چیزهای عجیب» در جشنواره گلدن گلاب نامزد جوایز بهترین سریال درام و بهترین بازیگر نقش اول زن با بازی *وینونا رایدر* شد و همچنین بازی *میلی بابی براون*، بازیگر نوجوان نقش «اِلِون» (یازده)، با واکنش‌های به‌شدت مثبت منتقدان و نیز جوایز متعدد برای وی همراه شد.

داستان فیلم در سال ۱۹۸۳ در ایندیانا و لانگ آیلند رخ می‌دهد. سه پسربچه کنجکاو و باهوش که شیفته داستان‌های تخیلی و به‌طور محسوسی از همسالان خود و بسیاری از مردم ساده‌لوح شهر کوچک خود باهوش‌ترند، با ناپدید شدن دوست چهارم خود درگیر ماجراهایی عجیب می‌شوند. در گیرودار جستجوی پسربچه توسط کلانتر، مادرش و مردم شهر، ظهور دختر بچه‌ای عجیب با نام عجیب‌تر «الون» (۱۱) ماجرا را وارد ابعاد تازه ای می‌کند...

شخصیت‌پردازی خوب، بازی‌های قابل باور و صمیمی، فضاسازی مناسب و هوشمندانه و روایت قصه‌ای روان و پرتعلیق همراه با موسیقی جذاب از دلایل موفقیت این سریال است و به گفته منتقدان، برادران دافر به‌خوبی تفاوت ادای دین و کپی کردن را دریافته‌اند و با ایجاد اثری اصیل، علاوه بر ساخت اثری جذاب و پرکشش برای نسل جدید، علاقه‌مندان سینما را که دهه ۸۰ را از سر گذرانده‌اند، با نوستالژی فیلم‌های جذاب علمی- تخیلی آن دوران سرگرم می‌کنند.

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 یــا کارت ۶۱۳۳ ۶۱۳۳ ۰۱۳۲ ۶۳۱۸ ۵۸۹۴ (رفــاه 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 ۳۳۳۶۷۷۳۰-۰۱۳ 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

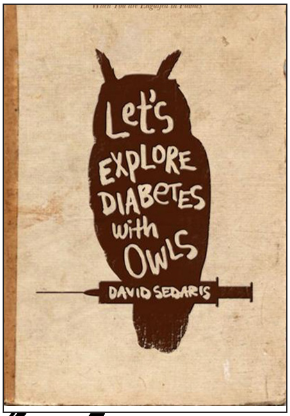
عملیات ویرجینیا!

دکتر امید زرگری

گاهی لازم است آدمیزاد برخی کارها را وارونه انجام دهد؛ علی‌الخصوص هنگامی که به مرض روزمرگی دچار می‌شود و در عین‌حال آن‌قدر جرات و جسارت ندارد که مرتکب عملیات انقلابی شود یا وقتی که گرد سالیان به مویش نشسته و می‌داند که دیگر زمان چندانی برای شروع کاری تازه ندارد. در این‌جور موارد، راه حل کم‌خطر تر آن است که همان کار روزمره را برعکس انجام دهد. به‌عنوان نمونه، ما هرازگاهی کتاب را از آخر می‌خوانیم!

این مقدمه را نوشتیم که بگوییم تصمیم گرفته‌ایم تنوعی به کارمان بدهیم و از همین ابتدا کتابی را برای خواندن به شما پیشنهاد کنیم: «بیا با جغدها درباره دیابت تحقیق کنیم». تا جایی که یادمان است پیش‌تر هم در مورد کتاب‌های *دیوید سداریس* (David Sedaris) پیشنهاداتی داده بودیم. این یکی البته به خوبی آن‌ها نیست. در هر حال! در هتلی در دهکده مون ترامبلان سرگرم خواندن «درک جغدهای فهیم» بودیم که نیمه بهترمان فرمودند به‌جای وقت تلف کردن با جغدهای نفهم بهتر است قدری دهکده را بگردیم. این شد که هیکل مبارک را جمع و جور کردیم و راهی قله شدیم. به بالای کوه که رسیدیم (خیلی دل‌مان می‌خواست می‌توانستیم بگوییم پس از چند ساعت کوهپیمایی دشوار، اما هر جور که حساب کردیم، دیدیم تله‌کابین به‌صرفه‌تر است!)، نمایشی ترتیب داده بودند از پرندگان شکاری در فضای باز. حدس بزنید دیدنی‌ترین پرنده شکاری چه پرنده‌ای بود؟ جغد شاخدار! تلخ و عنق عین خودمان.

یاد خاندان جلیل‌مان افتادیم؛ تقریباً همگی (حداقل آن‌هایی که «ژن خوب» کذایی را به ارث برده‌اند) به‌طور دیفالت تا لنگ ظهر می‌خوابند. کوچک و بزرگ هم ندارد. ما البته از این ژن محروم مانده‌ایم یا شاید طی سالیان درس و کار و کشیک، ژن مورد اشاره به‌کلی



مضمحل شده باشد. در هر حال، جغد شاخدار داستان ما هم که بی‌موقع بیدارش کرده بودند همچون اعضای خاندان جلیل که عموماً صبح‌ها سگ‌اخلاق هستند، مدام بی‌اعصابی و کج‌خلقی می‌کرد و اعتراض خود را با صدای دورگه آدمی که به‌زور از خواب بیدارش کرده باشند، نشان می‌داد.

بعد از جغد شاخدار بی‌اعصاب انکرالاصوات، نوبت به عقاب طاس آمریکایی رسید. تصورمان این بود که جغدش که آن باشد، لابد فریاد عقاب، چون غرش شیر ما و تمام کوهستان را به «ترامبلیدن» خواهد انداخت. غافل از این‌که صدای عقاب آمریکایی از جیک‌جیک جوجه یک‌روزه هم نازک‌تر بود (بعداً حالی‌مان کردند که هم صدای عقاب و هم صدای شیر در فیلم‌ها جعلی است). پیش خودمان فکر کردیم که الحق این عقاب چه نماد مناسبی است برای آمریکای کنونی.

می‌گویند هنگامی که پای کریستف کلمب راه گم کرده به خشکی رسید، با صدایی شبیه همان عقاب فریاد برآورد که قاره‌ای جدید پیدا کردم! بومیان آمریکا که لابد تحت‌تاثیر بادی لنگویج کریستف هیجان‌زده منظورش را ملتفت شده بودند، بهت‌زده پاسخ دادند که: چه جالب! این‌همه سال خبر نداشتیم که گم شده بودیم!

آمریکایی جماعت هم، چون مثل ما تاریخ نمی‌خواند و حافظه تاریخی هم ندارد، فراموش کرده که ساکنین اصلی این قاره چه کسانی بوده‌اند. این است که وقتی مجسمه *رابرت لی* (Robert E. Lee) را پایین می‌کشند (مگر هدف اصلی بالا بردن مجسمه ها همین نیست؟)، رگ غیرت‌شان که معلوم نیست کجای‌شان هست ورم می‌کند و اتحاد سفید، نازی، کوکلاس‌کلان تشکیل می‌دهند و مشعل به‌دست به جان هم می‌افتند.[1] ما کاری به این‌که ژنرال لی چه نقشی در جنگ داخلی آمریکا داشت، نداریم. راستش را بخواهید تا همین پریروز این را هم نمی‌دانستیم که نویسنده محبوب‌مان یعنی *آمبروز بیرس* (Ambrose Bierce) سرباز همین جنگ ویرجینیا بوده است. تنها چیزی که هست دل‌مان قدری خنک می‌شود وقتی متوجه می‌شویم که تنها نیستیم! علی‌الخصوص وقتی می‌بینیم رییس‌جمهورشان که مستمر مشغول جیک‌جیک کردن است، این بار ساعت‌ها طول می‌کشد تا توییت کند و وقتی هم افاضات می‌کند، اوضاع را بدتر می‌کند.

برای ما همین اسباب دلخوشی است که رییس‌جمهوری وجود دارد که مضحکه دنیاست و رییس‌جمهور ما نیست!

۱. یازدهم و دوازدهم اوت امسال در واکنش به تصمیم شهرداری شارلوتزویل ویرجینیا مبنی بر حذف مجسمه سوار بر اسب رابرت لی (فرمانده ارتش موتلفه ویرجینیای شمالی در جنگ داخلی آمریکا) «اتحاد راست‌گرایان ۲۰۱۷» (شامل راست‌گرایان افراطی، ملی‌گرایان سفیدپوست و نئونازیست‌ها) در پارک آزادی بردگان تظاهرات مسلحانه برپا کردند. این تظاهرات که موضوع آن اعتراض به حذف نمادهای ایالات برده‌دار جنوبی در جنگ داخلی آمریکا بود، به خشونت کشیده شد و با حمله یک اتوموبیل به مخالفان گردهمایی، یک نفر کشته و ۱۹ نفر زخمی شدند که حال پنج نفر از آن‌ها وخیم گزارش شد. همچنین در اثر سقوط یک هلیکوپتر پلیس ایالتی دو مامور کشته شدند.

دکتر امید زرگری
متخصص پوست
نشانی: رشت، پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقه سوم، واحد یک، تلفن: ۳۳۱۱۷۵۲۰
Website: iranderma.com; drzargari.com
Telegram: t.me/dromidzargari
Email: ozargari@gmail.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

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

Guilan Pain Clinic

Guilan pain clinic

کلینیک چند تخصصی

دردگیلان

www.guilanpainclinic.com

با همکاری 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.

GVSC

غیر تهاجمی

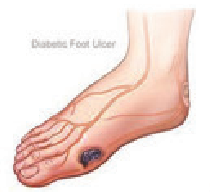
مرکز جراحی عروق گیلان (مرجع گیل)

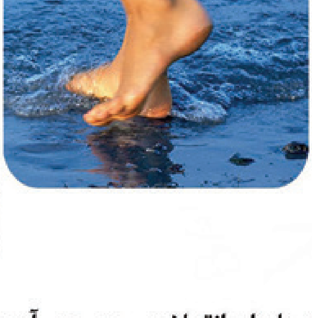
Gilan Vascular Surgery Center

درمان‌هـای مدرن واریـس بدون جراحی- (لیزر، RF، اسکلروتراپی)- درمـان زخـم هـای دیابتـی
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، خیـابـان انقـلاب، روبـروی آزمـایشـگاه افـراه، کـوچـه قویـدل
دکتر همتی: ۳۳۳۳۴۱۱۷ — دکتر باقی: ۳۳۳۲۶۵۱۷
آزمایشگاه عروق: ۳۳۳۲۴۰۲۷ فکس: ۳۳۳۳۴۵۳۲ — مرکز تلفن: ۳۳۳۲۵۸۳۳

www.Gil-vsc.ir

طرف قرارداد با کلیه بیمه های درمانی
Guilan Oncology Center
مرکز انکولوژی گیلان
کلینیک رادیوتراپی - انکولوژی
اولین و مجهزترین مرکز درمان تخصصی سرطان در شمال کشور
بخش کموتراپی مجهز به دستگاه های PAXMAN
جهت جلوگیری از ریزش مو
تحت نظر دکتر بهروز نجفی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
کلینیک رادیو تراپی مجهز به دستگاه های شتاب دهنده خطی انرژی بالا
ELEKTA , SIEMENS
سیستم نرم افزاری طراحی درمان سه بعدی CorePLAN و سیستم شیلدینگ مخصوص
تحت نظر دکتر عباس رحیمی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
با همکاری اساتید و متخصصین دانشگاه علوم پزشکی گیلان
گلسار ، خیابان نواب ، کوچه بهار ، ساختمان GOC
تلفن : ۰۱۳ - ۳۳۱۳۱۶۳۸ ، فکس : ۰۱۳ - ۳۳۱۳۱۶۴۵-۶

آژانس هواپیمایی

اشکوری

یکی از ۸ آژانس برتر کشور دارای وب سرویس ایران ایر
کاملترین سایت فروش بلیت اینترنتی

eshkevaritour.com

تور اختصاصی کاپادوکیه- قونیه- آنکارا

تورهای دبی، استانبول، آنتالیا، ارمنستان
مالزی، سنگاپور، چین، هند، اروپا و روسیه
نمایندگی کانون جهانگردی و اتومبیلرانی
(صدور گواهینامه‌ی بین‌المللی و پلاک ترانزیت)
رزرواسیون هتل در سراسر ایران و جهان
اخذ ویزای دبی در سریع‌ترین زمان
چارترکننده‌ی پروازهای داخلی و بین‌المللی
با پرواز مستقیم از رشت
نمایندگی کلیه خطوط هواپیمایی
داخلی و خارجی:
ک. ال. ام، امارات، ترکیش ایر، لوفت‌هانزا
اتریشی، قطر ایرویز، بریتیش ایرویز و...
ایران ایر، آسمان، ماهان، آتا، نفت
کاسپین، کیش ایر و...

به کانال تلگرام ما بپیوندید:
telegram.me/eshkevaritour

برای اطلاع از سایر خدمات و تورهای داخلی و خارجی با ما تماس بگیرید

www.eshkevaritour.com
لینک کانال: @eshkevaritour

۳۳۳۲۲۵۳۵
۳۳۳۳۱۳۵۴

رشت ، پارک شهر (باغ محتشم) ، خیابان حافظ
موبایل:۰۹۱۱۴۶۶۸۸۹۰
۰۹۱۱۱۳۴۹۹۹۹