اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۸
۴۰۰۰ تومان
۱۸۷-۱۸۸
پزشکان گیل
ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL

کهن‌الگوهای پزشکی:
شرح حرفه در قرن بیست‌ویکم

GOC
مرکز انکولوژی گیلان
(Guilan Oncology Center)

Guilan
Oncology
Center

کلینیک رادیوتراپی - انکولوژی

اولین و مجهزترین مرکز درمان تخصصی سرطان در شمال کشور

رشت، گلسار، خیابان نواب، کوچه بهار
ساختمان GOC (Guilan Oncology Center)
تلفن: ٦-۳۳۱۳۱۶۴۵، فکس: ۳۳۱۳۱۶۳۸

مرکز تصویر برداری پزشکی دکتر مـرادی

متخصص و فلوشیپ رادیولوژی

رادیولوژی ، سونوگرافی ، سنجـش تراکم استخــوان

انواع رادیولوژی های ساده و تخصصی بطریقه دیجیتال

سونوگرافی های ساده و کالر داپلر (رنگی)

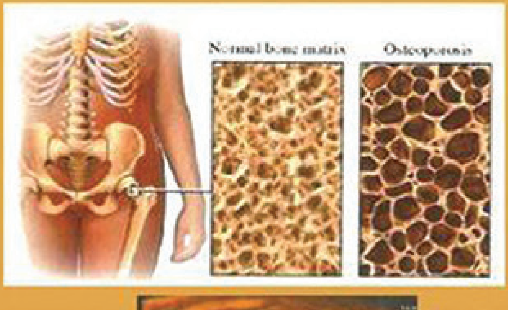
سونوگرافی تخصصی نسوج نرم از جمله تیروئید ، پستان و ... همراه با الاستوگرافی

سونوگرافی سه بعدی و چهار بعدی جنین (4D & 3D)

پانورکس دیجیتال

ماموگرافی دیجیتال

سنجش تراکم استخوان



آستانه اشرفیه – خیابان شهید بهشتی – روبروی بانک رفاه

مجتمع پزشکی معین – واحد یک و چهار

تلفن : ۴۲۱۲ ۲۱۳۱ – ۴۲۱۲ ۷۵۶۵

شماره تلگرام جهت نوبت دهی ، مشاوره و هماهنگی : ۰۹۰۵ ۷۹۳ ۸۷۵۶

دکتر علی پرندآور

جراح و متخصص گوش، حلق و بینی

پلاستیک بینی (زیبایی بینی)

پذیرش: صبح و عصر

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

کلینیک رادیولوژی دیژیتال، سونوگرافی، فیبرواسکن و دانسیتومتری

دکتر سیدمحمد میرباقری

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی
از دانشگاه علوم پزشکی تهران

M.R.I & C.T.Scan
از دانشگاه‌های L.M.U آلمان و MC.Gill کانادا

با توجه به نصب دستگاه‌های جدید، رادیوگرافی دیژیتال (D.R.)، اسکنوگرام سونوگرافی، الاستوگرافی (فیبرواسکن)، سنجش تراکم استخوان و... در این مرکز انجام می‌شود.

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

تلفن: ۳۲۱۱۸۵۶۴ - ۳۲۱۱۸۵۶۹ (۰۱۳) فاکس: ۳۲۱۱۸۵۷۳ (۰۱۳)

دکتر سعید سادات منصوری

فوق‌تخصص ریه و بیماری‌های تنفسی کودکان

دارای بورد فوق‌تخصصی

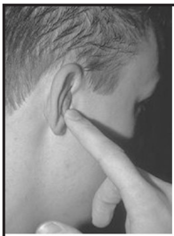
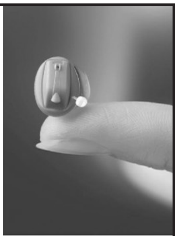
عضو انجمن ریه اروپا (ERS)

عضو انجمن ریه کودکان ایران

انجام اسپیرومتری
با تکنیک (IOS (Oscillometry
برای سنین «دو سال و بالاتر»

رشت ـ گلسار ـ خیابان نواب
کوچه میلاد ـ کوی ولیعصر ـ ساختمان پارند
تلفن: ۳۳۱۱۶۲۸۷

WWW.PARSASOLEH.COM
parsasoleh.co
@parsasoleh
ASIAN QUALITY CONFORMITY
ISO 3834
AQC
پارسا سوله
تولید کننده سازه های فولادی پیچ و مهره ای
Oil - Platform
Crane
Shed
Bridge
Structure
دارنده گواهینامه استاندارد جامع جوشکاری ذوبی - مواد فلزی
Fusion Welding for Metallic Materials
واحد بازرگانی:
۰۱۳ ۳۳۸۸ ۴۳۴۵
تلفن کارخانه:
۰۱۳ ۳۳۸۸ ۳۶۵۵ - ۸
دفتر فروش :
گلسار ، بلوار دیلمان
کارخانه :
رشت ، شهر صنعتی - بلوار صنعت یک

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: ۰۱۳-۳۲۱۱۲۰۶۸ پذیرش: ۸-۴ عصر

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: ۳۲۱۲۷۷۰۴
Dr_LalehTorabi ۰۹۰۳۲۶۰۹۹۶۶

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.

بر اساس ابلاغ رییس قوه قضاییه، دیه یک مرد مسلمان برای ماه‌های غیرحرام در سال ۱۳۹۸ به مبلغ ۲۷۰ میلیون تومان تعیین شد که بر این اساس، در ماه‌های حرام ۹۰ میلیون تومان به این مبلغ اضافه می‌شود.

- ماه‌های عادی ۲۷۰ میلیون تومان
- ماه‌های حرام ۳۶۰ میلیون تومان

در سال ۱۳۹۸ ارزش حداقل خودرو متعارف ۱۸۰ میلیون تومان اعلام شد.

در سال ۱۳۹۸ حداقل تعهد مالی ۹ میلیون تومان اعلام شد.

اطلاعاتی در خصوص ساخت‌وساز و شراکت و مسوولیت کارفرما در مقابل کارگران

امروز در یک پروژه ساختمانی حادثه‌ای را برای ارایه نظریه کارشناسی به یک شرکت بیمه بررسی کردم. در بررسی مشخص شد پروژه متعلق به چند نفر شریک بود اما علی‌رغم این‌که بیمه‌گذار به نمایندگی مربوطه گفته بود ما چند نفر شریک هستیم، اما نمایندگی بیمه پاسخ داده بود که نیاز نیست اسم بقیه در بیمه‌نامه درج شود.

اکنون برای من کارشناس احراز شده که این چند نفر شریک هستند و کارگری که صدمه دیده برای همه آن‌ها کار می‌کرده، لذا اگر مسوولیتی متوجه بیمه‌گذار شود، قطعاً بقیه شرکا نیز مسوول خواهند بود و شرکت بیمه‌گر می‌تواند مدعی این شود که جبران خسارت یا پرداخت غرامت در ارتباط با اشخاصی را که بیمه‌نامه مسوولیت‌شان را پوشش داده مسوول است.

دوستان عزیز به این نکته توجه کنید که در صدور بیمه‌نامه‌ها گاه اتفاق می‌افتد که بیمه‌نامه به نام شخصی که نامش در پروانه ساختمانی درج شده یا فقط برای شخصی که مراجعه می‌کند، صادر می‌گردد که این امری است اشتباه. گاه اتفاق می‌افتد که پزشکان یا پیراپزشکان محترم با شراکت خانوادگی، یعنی همسر و فرزندان، مبادرت به ساخت می‌کنند که در این حالت نیز بیمه‌نامه مسوولیت کارفرما می‌باید به نام همه شرکا صادر شود و در صورت بروز حادثه که ناشی از عدم اجرای مقررات مربوطه از سوی آن‌ها باشد، همه مسوول خواهند بود.

راه‌های تماس: حضور در دفتر؛ تلفن: ۳۳۲۲۵۷۹۰ و ۳۳۲۳۶۴۴۷ و ۳۳۲۲۸۴۷۶؛
تلگرام: ۰۹۱۱۱۳۱۴۳۳۵؛ واتساپ: ۰۹۱۱۱۳۱۴۳۳۵؛ اینستاگرام: mirvahabi7083

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: kia@mirvahabi.com

دکتر مژگان نبات‌زاده

فلوشیپ فوق‌تخصصی بیماری‌های پستان
بورد تخصصی جراحی عمومی

کلینیک فوق‌تخصصی جراحی پستان:

غربالگری سرطان، مشاوره بیماری‌های پستان، بیوپسی پستان
جراحی انکوپلاستی سرطان و بازسازی فوری و تاخیری
بازسازی پستان به‌دنبال ماستکتومی قبلی
جراحی‌های زیبایی، پروتز و ماموپلاستی

رشت، میدان گلسار، ابتدای میدان به سمت سعدی، سمت چپ
ساختمان پزشکان بوسار، طبقه ۲، واحد ۳، کلینیک فوق تخصصی پستان
۰۹۱۱۲۴۹۲۴۴۹-۰۱۳۳۲۱۱۵۵۱۱

Dr.mozhgan_nabatzade

۱۸۸-۱۸۷

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۸۸-۱۸۷، اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۸

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 محمدکاظم پورکاظمی، مهراب جوزی

دکتر هدیه حج‌فروش، دکتر امید زرگری

دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر سیدعلاءالدین عسگری

دکتر مهران قسمتی‌زاده

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

برای سومین بار در تاریخ «پزشکان گیل» ناچار شدیم دو شماره را توامان منتشر کنیم. بحران کاغذ و سایر ملزومات چاپ، ما را غرق خواهد کرد!

گزارش

فرسودگی شغلی در پزشکان.....................................۵

یادداشت

وظایف مالیاتی پزشکان در سال ۹۸.............................۷
زمانی برای ارتقا..۸
رد درمان از سوی بیمار...۱۰

گفت‌وگو

بی‌اختیاری ادراری در زنان......................................۱۲

کلینیک

باشگاه مجلات...۱۹

تاریخ پزشکی

شرح حرفه در قرن بیست‌ویکم....................................۳۱

کتاب

مواجهه با مرگ...۳۸

صفحه آخر

اندر لذتِ لذت بردن!..۳۹

«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.

کانال تلگرام پزشکان گیل

وب‌سایت پزشکان گیل

سومین گفتگوی سیمرغ برگزار شد

فرسودگی شغلی در پزشکان

سومین نشست گفتگوی سیمرغ، از مجموعه نشست‌های مشترک ماهنامه پزشکان گیل و کلینیک دیابت سیمرغ رشت، صبح پنج‌شنبه ۵ اردیبهشت ۱۳۹۸ با عنوان «فرسودگی شغلی در پزشکان» در این کلینیک برگزار شد.

در ابتدای این نشست که با حضور ۳۰ تن از پزشکان از جمله مدیران نظام سلامت و اعضای هیات مدیره نظام پزشکی‌ها و انجمن‌های پزشکان عمومی برگزار شد، یاد دکتر سونیا معصومی، رییس اسبق انجمن پزشکان عمومی رشت گرامی داشته شد و حاضران با یک دقیقه سکوت به او که از مدعوین نشست حاضر نیز بود و در ابتدای این هفته ناباورانه درگذشت، ادای احترام کردند.

در ادامه ابتدا دکتر بابک عزیز افشاری، متخصص پاتولوژی و نویسنده و مترجم مطبوعات پزشکی، از سابقه طرح مفهوم فرسودگی پزشکان در مطبوعات پزشکی سخن گفت و سپس دکتر جعفر مدبرنیا، استاد برجسته روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، با اشاره به کالایی شدن سلامت در جهان امروز، به نقش تغییر هویت و ازخودبیگانگی پزشکان در فرسودگی شغلی آنان پرداخت.

در بخش دوم نشست که به‌صورت پرسش و پاسخ و گفت‌وگو ادامه یافت، علاوه بر سخنرانان، سایر میهمانان از جمله استادان پیش‌کسوت دکتر محمدحسن هدایتی، دکتر محمد آشتیانی و دکتر ولی دژآباد نقطه‌نظرات خود را بیان کردند که با توجه به اهمیت مباحث مطرح‌شده و

در سایت (pezeshkangil.com/?p=۷۳۷۷) یا کانال تلگرامی (t.me/pezeshkangil/۱۷۵۰) پزشکان گیل بشنوید و ببینید.

عکس‌ها: مهراب جوزی

استقبال حاضران، قرار شد ادامه این مباحث در نشستی دیگر پی گرفته شود.

فایل‌های صوتی و تصویری این نشست را می‌توانید در سایت (pezeshkangil.com/?p=۷۳۷۷) یا کانال تلگرامی (t.me/pezeshkangil/۱۷۵۰) پزشکان گیل بشنوید و ببینید.

وظایف مالیاتی پزشکان در سال ۹۸

دکتر محمدکاظم پورکاظمی

به‌طور خلاصه وظایف ارایه‌دهندگان خدمت در گروه پزشکی از ابتدای ۹۸ به‌شرح زیر است:

الف. تهیه و نصب پایانه فروشگاهی یا POS (Point Of Sale) برای استفاده در محل فعالیت از ابتدای سال ۹۸ که قابل‌قبول‌ترین مستند در اسناد درآمدی فروش مورداشاره آیین‌نامه است و اخذ پرینت ماهیانه از بانک و حفظ آن.

ب. اختصاص یکی از شماره حساب‌های بانکی به محل فعالیت و واریز کلی دریافتی‌ها یا درآمد حاصل از محل کار از طریق سیستم POS، نقدی و مطالبات از بیمه‌ها و بانک‌ها و... به همین حساب و برداشت کلی هزینه‌های محل فعالیت از آن و اعلام این شماره حساب در اظهارنامه تسلیمی هر سال و عدم واریز و برداشت وجوهات غیرمرتبط به آن.

ج. حفظ و نگهداری مدارک خرید و هزینه‌های حقوق، آب و برق، گاز، اجاره محل و ارتباطات و سایر هزینه‌های پرداختی مرتبط به فعالیت.

برای اطلاع از نوع هزینه‌های قابل‌قبول و مرتبط، می‌توانید از سرفصل هزینه‌ها در ماده ۱۴۸ ق. م. م. که بالغ بر ۳۰ ردیف است استفاده کنید. توجه داشته باشید که هزینه‌های بالای ۵۰ میلیون ریال صرفاً در صورت پرداخت چک قابل‌قبول خواهد بود.

د. ارسال هرماهه یک نسخه از لیست پرداختی حقوق پرسنل شاغل در ماه بعد به سازمان امور مالیاتی، حتی اگر رقم پرداختی مشمول کسور مالیاتی نباشد (همانند حقوق پرداختی بر اساس قانون کار). بدیهی است حقوق و دستمزد پرداختی بالاتر از ۲۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال در ماه مشمول کسور بوده و پرداخت‌کننده موظف به کسر و واریز آن به حساب اداره مالیاتی و تسلیم فیش واریزی به حوزه مالیاتی خواهد بود.

ه. ارسال فهرست معاملات فصلی توسط مشمولان ارایه‌دهنده خدمت در گروه اول (مودیان با درآمد سالیانه بیش از یک میلیارد و ۵۰۰ میلیون تومان) و صاحبان بیمارستان‌ها، زایشگاه‌ها و کلینیک‌های تخصصی.

و. تسلیم اظهارنامه مالیات بر درآمد سال ۹۷ به‌عنوان فرد حقیقی حداکثر تا پایان خرداد ۱۳۹۸.

ز. اعلام کتبی شروع به کار در مطب و دفتر کار حداکثر چهار ماه پس از آغاز فعالیت.

گروه سوم ارایه‌دهندگان خدمت که از وظایف ساده‌تری برخوردارند در صورت عدم استفاده از مصوبه فوق، وظایف اشاره‌شده گروه دوم را به‌صورت ماهیانه در قسمت پایین فرم پیوست ۲ پیاده و جمع ۱۲ ماهه را در پایان سال به قسمت بالای همان فرم منتقل می‌کنند. بدیهی است مبالغ مورد مطالبه سال مربوطه از بیمارستان‌های خصوصی و بیمه‌ها در مورد جراحان به‌صورت سالیانه به مجموع فرم‌ها به‌ویژه در اظهارنامه منعکس خواهد شد.

تسلیم اظهارنامه سالیانه اصلی‌ترین وظیفه هر مودی است و این وظیفه تا اعلام کتبی تعطیلی مطب به اداره مالیاتی، علی‌رغم عدم فعالیت، ادامه خواهد داشت؛ حتی اگر درآمدی نباشد.

دکتر محمدکاظم پورکاظمی
نایب رییس کمیسیون تخصصی مالیات و عوارض شورای عالی نظام پزشکی
دبیر هیات مدیره نظام پزشکی رشت

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

زمانی برای ارتقا

گفت‌وگو با ملیندا گیتس

ترجمه: دکتر بابک عزیز افشاری

اخیراً ملیندا گیتس، یکی از دو بنیانگذار بنیاد بیل و ملیندا گیتس، کتابی با عنوان «زمانی برای ارتقا: چگونه توانمندسازی زنان، جهان را تغییر می‌دهد» نوشته است. این کتاب، که در ماه آوریل منتشر شد، خوانندگان را دعوت می‌کند تا در همه‌جا برای ارتقای جامعه از زنان حمایت کنند. او از درس‌هایی یاد می‌کند که از زنان الهام‌بخشی که در جریان سفرهای خود با بنیاد گیتس ملاقات کرده، فراگرفته است. این بنیاد حامی مالی بسیاری از پروژه‌ها برای کاهش فقر و بهبود وضعیت سلامت در جهان در حال توسعه (و همچنین حامی مالی رادیو ملی آمریکا) است.

همچنین گیتس به موضوع برابری جنسیتی در ایالات متحده می‌پردازد و از داستان زندگی خود مثال می‌زند. او از ازدواج خود با بیل گیتس آغاز می‌کند و درباره چالش‌هایی سخن می‌گوید که به‌عنوان مادر و پدر در برابر آن‌ها قرار داشتند. و این‌که چگونه برای ایجاد تعادل بین نقش خود به‌عنوان مادر سه کودک، یک پیشتاز فناوری و فعال امور بشردوستانه، و همسر یکی از پولدارترین مردان جهان تلاش کرده است.

آن‌چه می‌خوانید گفت‌وگوی میشل مارتین، ژورنالیست و تهیه‌کننده و مجری رادیو ملی آمریکا، با ملیندا گیتس است.

در مقدمه گفتی وقتی کار در میکروسافت را متوقف کردی تا روی تربیت فرزندان تمرکز کنی، متوجه شدی که باید درباره شرایط ازدواج خودت دوباره مذاکره کنی. چرا فکر می‌کنی مطرح کردن این موضوع اهمیت دارد؟

در جامعه موضوعات متعددی وجود دارد که زنان با آن‌ها مواجه می‌شوند و ما حتی نمی‌دانیم چه هستند. من خواستم داستان خودم را بگویم با این امید که مردم و زنان و مردان متوجه شوند که بله، این مسایل در همه زندگی‌ها وجود دارد.

من می‌خواستم همزمان یک خانواده و یک کار داشته باشم و بتوانم بر سر کارم برگردم. و بنابراین [بیل و من] درباره‌اش بحث کردیم. گفتیم: «خوب، هر کس در خانه ما چه‌کار خواهد کرد؟ و چگونه این نقش‌ها را تقسیم خواهیم کرد؟»

داستان جذابی در کتابت هست که به این اشاره می‌کند. گفتی از همسرت خواستی مسوولیت رساندن بچه‌ها به مدرسه را بپذیرد. و بعد از چند هفته متوجه شدی مردهای بسیار بیشتری دارند همین کار را انجام می‌دهند. و از یکی از دوستانت پرسیدی و او گفت که وقتی دیدیم بیل دارد رانندگی می‌کند، به خانه رفتیم و به همسران خود گفتیم: «بیل دارد بچه‌اش را به مدرسه می‌رساند. تو هم می‌توانی.» چرا خواستی این داستان را برجسته کنی؟

دلیل این‌که آن داستان خاص را نوشتم این بود که مثالی از کارهای بدون دستمزدی است که زنان در همه‌جای دنیا انجام می‌دهند. در ایالات متحده زنان در خانه ۹۰ دقیقه بیشتر از همسر خود کار بدون دستمزد انجام می‌دهند. مثل شستن ظرف‌ها، رانندگی، لباس‌شویی.

بدون تجدیدنظر درباره این موضوع، نمی‌توانیم برای زنان این امکان را فراهم کنیم تا کارهای سودمندی را که می‌خواهند انجام دهند.

بنیاد گیتس به‌طور عمده بر حل چالش‌های جهان در حال توسعه متمرکز شده است. ولی برای موضوعات دیگری که در کتاب اشاره شده، مانند برابری زنان، چه‌کار می‌کنید؟

وقتی از کشورهای مختلف آفریقایی یا بنگلادش به خانه بازمی‌گردم، به خود می‌گویم: «چرا زنان در این کشورها توانمندتر نیستند؟» تا این‌که این پرسش را از خودم پرسیدم و گفتم: «ما زنان این‌جا در ایالات متحده چقدر توانمند هستیم؟»

به‌همین دلیل بخش مستقلی در بنیاد راه انداختم به‌نام موضوعات محوری (Pivotal Ventures) که به این نابرابری و موانع برطرف ساختن آن در ایالات متحده می‌پردازد.

ما تنها ملت صنعتی جهان هستیم که مرخصی باحقوق به‌دلایل خانوادگی نداریم. [paid family leave نوعی مرخصی به‌دلیل بیماری طولانی و جدی، مراقبت از یک عضو بیمار خانواده، یا نوزاد یا کودکی که به سرپرستی گرفته شده است که در آن درآمد شخص قطع نمی‌شود و کارفرما یا بیمه یا دولت آن را پرداخت می‌کند.] من به زنان و مردان جوان این کشور که در دهه سوم و چهارم زندگی خود هستند می‌گویم وقتی بچه‌دار می‌شوید نقش‌های جنسیتی عوض

می‌شود. باید این نقش‌ها را زیر سوال ببرید و بگویید برای حمایت از زنان، در سطح سیاست‌های کلی، چه باید بکنیم.

بخش عمده‌ای از کتاب به داستان خودت می‌پردازد، ولی درباره زنان نقاط مختلف جهان که با فقر شدید و خشونت خانگی مواجه هستند نیز صحبت کرده‌ای. در زیرعنوان کتاب می‌خوانیم «چگونه توانمندسازی زنان، جهان را تغییر می‌دهد.» پاسخ کوتاه خود تو چیست؟

معتقدم با توانمندسازی زنان، وقتی یک زن را ارتقا می‌دهید، همه افراد توانمند می‌شوند. او بقیه خانواده و جامعه و اقتصاد را ارتقا می‌دهد. و این در مورد ارتقای زنان و ارتقای رنگین‌پوستان هم صدق می‌کند.

در کتاب از یک دوست چند بار نقل قول کرده‌ای که انتقاد داشته از این‌که میلیاردرهای آمریکایی نمی‌توانند تفاوت معناداری در زندگی فقرا ایجاد کنند. آیا فکر می‌کنی این موضوعی است که ما به‌عنوان یک جامعه باید به آن بپردازیم؟

بیل و من در جایی گفته‌ایم و این ضبط شده که معتقدیم افراد پردرآمد باید بیشتر از آن‌هایی که درآمد متوسط دارند پول بدهند و آن‌هایی که درآمد متوسط دارند هم باید بیشتر از کم‌درآمدها پول بدهند. زمان آن است که بعضی قوانین مالیاتی ما عوض شود.

ولی اشتباه نشود. یک جامعه سرمایه‌داری جای معرکه‌ای برای زندگی است. خانواده‌های بسیاری در جاهای مختلف جهان دیده‌ام که آرزو دارند در آمریکا زندگی کنند و سیستمی را که ما داریم داشته باشند. وارن بوفه، یکی از شرکای سرمایه‌گذاری ما، یا همسرم بیل نمی‌توانستند شرکت‌های خود را در مالاوی یا سنگال یا نیجریه تاسیس کنند. آن‌ها از فواید ساختاری که در ایالات متحده داریم، بهره‌مند می‌شوند. ولی ما این را نداریم و این یک واقعیت است. و زمان آن رسیده که در جاهایی که این نابرابری‌ها ایجاد می‌شود تجدیدنظر شود.

حال که زندگی خودت را در این کتاب آشکار کرده‌ای، چه حسی داری؟

در حال حاضر حس خوبی دارم. در ۵۴ سالگی با اینی که هستم واقعاً راحتم. به‌قول معروف، چه بخواهی و چه نخواهی، همین است که هست.

From:
Melinda Gates On Marriage, Parenting And Why She Made Bill Drive The Kids To School
Michel Martin
April 28, 2019 (n.pr/2ULb18U)

کلینیک گفتاردرمانی گلسار
آسیب‌شناسی گفتار و زبان
عالمه حسینیان
فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی ایران

- ارزیابی، تشخیص، مشاوره و درمان اختلالات گفتاری
- تاخیر گفتاری در کودکان کمتر از ۳ سال
- اختلالات نافذ رشدی (اوتیسم، آسپرگر)
- لکنت (ناروانی طبیعی) کودکان ۶-۲/۵ سالگی و بزرگسال
- اختلالات تلفظی ناشی از شکاف کام- گفتار بچگانه
- سکته مغزی (آفازی بروکا)
- گرفتگی‌های صوت در اثر ندول- فلجی تار آوا

چهارراه گلسار، خ نواب، ساختمان پزشکان فروردین، طبقه دوم
۳۳۱۲۷۶۰۲-۳۳۱۱۴۹۶۴-۰۹۱۱۱۳۸۰۰۶۲
alemeh_hosseinian@yahoo.com

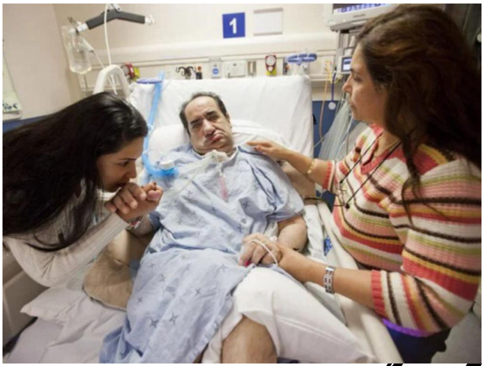
اخلاق پزشکی (٦)

رد درمان از سوی بیمار

دکتر هدیه حج‌فروش

به‌دلیل اصل اختیاری بودن درمان (autonomy)، فردی که دارای صلاحیت تشخیصی (competent) باشد، حق دارد از پذیرفتن درمان یا سایر مداخلات پزشکی برای خود یا سایر افرادی که در مورد درمان‌شان تصمیم‌گیرنده است، خودداری کند؛ بنابراین بیمار می‌تواند از انجام عمل‌های جراحی، تزریق خون، شیمی‌درمانی یا هر اقدام درمانی لازم سر باز زند، به‌شرطی که تحت‌تاثیر الکل و مواد نبوده یا رد درمان (withdrawing treatment) براساس اختلالات روانپزشکی نباشد و نیز اقدام به خودکشی تلقی نشود.

در واقع باید صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار یا



تصمیم‌گیرنده جایگزین (Substitute Decision-Maker: SDM) توسط روانپزشک یا پزشک معالج تایید و تمام عوارض و عواقب ناشی از عدم پذیرش درمان به وی گفته شده و وی آن را فهمیده و پذیرفته باشد. البته در این زمینه موارد استثنایی نیز وجود دارد:

– اگر به‌طور واضح و مشخص، والدین (برای کودک خود) یا تصمیم‌گیرنده جایگزین (برای بیماری که حق تصمیم‌گیری‌اش به او محول شده) بهترین تصمیم درمانی را نگرفته باشد، پزشک می‌تواند بر پایه مسایل اخلاقی و شدت شرایط بالینی، درمان را بدون رضایت شروع کند. مثلاً چنان‌چه پدر و مادری براساس مسایل مذهبی یا اعتقادی تزریق خون به کودک را جایز ندانند و کودک در شرایط بحرانی نیاز مبرم به خون داشته باشد (مثل شوک در اثر خونریزی) پزشک موظف است براساس منافع درمانی کودک و بدون اجازه والدین، درمان را شروع کند.

– در مواردی که شرایط همانند مورد ذکر شده حاد نیست (مثل عدم موافقت والدین با واکسیناسیون اطفال) می‌توان به خواست والدین احترام گذاشت و اجباری برای انجام آن نداشت.

– در موارد دیگری مثل عدم موافقت با شیمی‌درمانی توسط والدین، با توجه به این‌که نیاز به اقدام فوری

نیست، پزشک می‌تواند منتظر دستور دادگاه برای شروع درمان باشد.

– استفاده از درمان‌های سنتی به‌همراه یا به‌جای درمان‌های طبی، به‌عنوان حق شناخته‌شده بیماران در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند توسط بیمار یا تصمیم‌گیرنده جانشین درخواست شود.

رد درمان از سوی پزشکان

پزشک می‌تواند از پذیرش درمان بیماران سرباز زند یا ارتباط درمانی خود را با بیمار قطع کند، به‌شرطی که مطمئن باشد بیمار می‌تواند در جای دیگری به سرویس‌های درمانی دسترسی داشته باشد. به‌عنوان مثال پزشک می‌تواند از درمان بیماری که به درخواست خود یا والدین واکسینه نشده سر باز زند، به‌شرطی که مطمئن باشد مرکز درمانی یا پزشک دیگری در منطقه برای ارجاع بیمار و پذیرش و درمان هست.

قطع درمان

دادگاه عالی کانادا در مورد قطع درمان یا روندهای درمانی در مواردی که پزشک معتقد است ادامه درمان هیچ فایده‌ای برای بیمار ندارد، در سال ۲۰۱۴ دستور جدیدی صادر کرد. این دادگاه در پاسخ به شکایت خانواده بیماری که پزشک برخلاف خواست خانواده و با تشخیص بی‌فایده بودن ادامه درمان، بیمار را از دستگاه ونتیلاتور جدا کرد، تشکیل شد. این مورد بسیار مشهور که در متون پزشکی Cuthbertson v. Rasouli نامیده می‌شود، در مورد بیماری به نام حسن *رسولی* است که به‌دنبال عمل جراحی مغز در بیمارستان سانی‌بروک تورنتو، در وضعیت نباتی قرار گرفت و با لوله تغذیه می‌شد.

رسولی در اکتبر سال ۲۰۱۰ به‌دستور پزشک معالج، دکتر *برایان کاتبرتسون* که اقدامات حفظ حیات بیمار را بی‌فایده می‌دانست، از ونتیلاتور جدا و درمان قطع شد؛ بدون این‌که همسرش *پریچهر* که تصمیم‌گیرنده جایگزین وی و خود یک پزشک بود، از این کار رضایت داشته باشد. روند رسیدگی به پرونده شکایت پریچهر علیه این اقدام سال‌ها ادامه داشت تا این‌که سرانجام دادگاه عالی کانادا تمام پزشکان استان انتاریو را موظف کرد پیش از قطع درمان بیمارانی که برای ادامه زندگی به دستگاه یا روند درمانی وابسته هستند، از خانواده یا تصمیم‌گیرنده جایگزین رضایت اخذ کنند.

در ابتدا باید پزشک تعیین کند که ادامه اقدامات حفظ حیات از نظر پزشکی اندیکاسیون دارد یا خیر. چنان‌چه هیچ دلیل پزشکی برای ادامه اقدامات حفظ حیات وجود نداشته باشد، پزشک ابتدا موضوع را با تصمیم‌گیرنده‌های جایگزین مطرح و تقاضای رضایت می‌کند. اگر رضایت داده شد یا بیمار از قبل رضایت خود را برای قطع درمان در چنین شرایطی اعلام کرده بود، درمان با رضایت قطع می‌شود؛ اما اگر رضایت داده نشد، مساله به هیات نظارت اخلاق و صلاحیت منتقل می‌شود. هیات نظارت اگر مخالفت تصمیم‌گیرنده جایگزین را برخلاف خواست و آرزوی بیمار تشخیص داد، اجازه لغو درمان می‌دهد.

Ref: 1. Toronto Notes ,2018

2. CMPA Update on law for withdrawing treatment (bit.ly/2BzjpTf)

3. Rasouli v. Sunnybrook Hospital: a case about end-of-life decision making (bit.ly/2XA6HeL)

دکتر هدیه حج‌فروش

پزشک عمومی

Email: dr.hajf@gmail.com

استاد ارجمند، جناب آقای دکتر منوچهر آقاجان‌زاده

درگذشت دختر دلبندتان، دکتر گیلدا آقاجان‌زاده، مایه تاسف و تاثر دوستداران‌تان شد. برای جناب‌عالی و سایر بازماندگان شکیبایی، و برای آن زنده‌یاد آرامش ابدی آرزومندیم.

ماهنامه پزشکان گیل

بی‌اختیاری ادراری در زنان

گفت‌وگو با دکتر سیدعلاءالدین عسگری

تعریف

آقای دکتر با سلام و تشکر از این‌که در این گفت‌وگو حضور یافته‌اید، لطفاً ابتدا تعریفی از بی‌اختیاری ادرار و اهمیت آن به‌ویژه در خانم‌ها بفرمایید.

سلام. من هم متشکرم که مبحث مهم و بسیار شایعی را انتخاب کرده‌اید. بی‌اختیاری ادرار به از دست دادن غیرارادی اختیار ادرار گفته می‌شود که حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد زنان را در تمامی گروه‌های سنی درگیر می‌کند. البته با افزایش سن شیوع آن بیشتر هم می‌شود که اغلب گزارش و تشخیص داده نمی‌شود زیرا فکر می‌کنند جزیی از روند پیری و افزایش سن است. این اختلال در سطح جامعه باعث ایجاد هزینه‌های سنگین بهداشتی و درمانی می‌شود و در سطح فردی نیز روی زندگی بیمار از نظر اقتصادی، اجتماعی، روحی و بهداشتی و حتی جسمی تاثیر منفی می‌گذارد و روی کیفیت زندگی اثر نامطلوب زیادی دارد، به‌طوری که این افراد از بسیاری لذت‌های زندگی محروم می‌شوند. حتی روی پوشیدن، نوشیدن، خوردن، خوابیدن، سفر کردن و خرید کردن فرد تاثیر می‌گذارد. به‌عبارت واضح‌تر این‌ها لباس‌های تیره می‌پوشند تا کمتر نشت ادرارشان نمایان شود، مایعاتِ کمتر می‌نوشند و غذاهای آبکی کمتر می‌خورند و معمولاً از مسافرت اجتناب می‌کنند و حداکثر مسافرت‌های کوتاه را انتخاب می‌کنند. بعضی اشکال بی‌اختیاری می‌تواند باعث اختلال خواب و عدم تمرکز روی فعالیت‌های روزانه شود و از طرفی ثابت شده است که اختلال خواب به‌نوبه خود باعث افزایش حوادث قلبی و عروقی و سکته‌های قلبی و مغزی می‌شود. از طرفی فرد به‌علت بوی بد ادرار از شرکت در محیط‌های اجتماعی پرهیز می‌کند و این امر باعث افسردگی روحی و محدودیت فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. مساله مهم دیگر این‌که روی عملکرد زناشویی تاثیر منفی می‌گذارد و یکی از علل شایع طلاق به‌ویژه در کشورهای

آفریقایی است. و نهایتاً بی‌اختیاری ادراری شایع‌ترین عاملی است که فرد را رهسپار خانه سالمندان می‌کند.

علت بروز بی‌اختیاری ادراری در زنان چیست؟

به‌طور طبیعی ادرار در داخل مثانه، به‌واسطه مقاومت خروجی آن توسط عضلات اسفنکتری مجرا، به‌مدت چندین ساعت ذخیره می‌شود تا این‌که در زمان و مکان مناسب با شل شدن این اسفنکتر آن را تخلیه می‌کنند. عواملی که باعث کاهش ظرفیت ذخیره‌سازی مثانه (مثل ادم و التهاب ناشی از عفونت، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و نیز آسیب‌های عصبی و نخاعی ناشی از جراحی تصادفات و...) یا شلی و کاهش بیش از حد مقاومت اسفنکتر مجرا (مثل افزایش سن، یائسگی، افزایش وزن، مصرف سیگار، زایمان‌های مکرر و جراحی‌های لگن و پایین کمر) شوند و نیز مصرف بعضی داروها و حتی گاه بعضی غذاها باعث بی‌اختیاری می‌شود. همچنین آسیب مستقیم به مسیر ادراری (حالب، مثانه یا مجرا) در اثر تصادف یا عمدتاً جراحی زنان (مثل هیسترکتومی) می‌تواند باعث بی‌اختیاری شود.

پس با توجه به این عوامل مختلف، باید طیف‌های مختلفی از بی‌اختیاری در زنان داشته باشیم؟

بلی؛ به طور کلی آن را به ۵ نوع تقسیم‌بندی می‌کنند:

بی‌اختیاری استرسی (Stress incontinence): دفع غیرارادی ادرار که پس از افزایش فشار داخل شکم (همانند حرکات فیزیکی، سرفه، عطسه، بلند کردن اجسام سنگین و...) و در مراحل شدیدتر بلند شدن از بستر و حتی خندیدن رخ می‌دهد، یکی از شایع‌ترین فرم‌هاست که در اکثر مطالعات حدود ۵۰ درصد موارد بی‌اختیاری را تشکیل می‌دهد.

بی‌اختیاری فوریتی (Urge incontinence): به دفع غیرارادی ادرار بلافاصله پس از یک احساس فوریت برای دفع آن گفته می‌شود که حدود ۱۵ درصد موارد بی‌اختیاری را تشکیل می‌دهد.

بی‌اختیاری ترکیبی (Combined or mixed incontinence): به مجموعه‌ای از دو حالت فوق گفته می‌شود که حدود ۳۵ درصد موارد را تشکیل می‌دهد. یکی از ویژگی‌های این بیماران این است که وقتی فرد از حالت نشسته به حالت ایستاده قرار می‌گیرد، دچار فوریت و دفع ادرار می‌شود و نیز نشت ادرار در این بی‌اختیاری Mixed بیشتر از بی‌اختیاری استرسی است.

بی‌اختیاری واقعی (True incontinence): در این‌جا بدون علایم هشدار دهنده، به‌طور مداوم نشت ادرار وجود دارد که معمولاً به‌دنبال جراحی‌های زنان و زایمان و گاه تروما رخ میدهد.

بی‌اختیاری سرریز شده (Overflow incontinence):
در این‌جا مثانه قدرت انقباضی لازم برای دفع ادرار را ندارد و از ادرار پر می‌شود و زیادی آن از مثانه سرریز شده و از مجرا به‌صورت نشت ادرار یا به‌نوعی بی‌اختیاری خارج می‌شود. در مورد این نوع بی‌اختیاری باید به چند نکته مهم دقت کرد: اول این‌که این افراد معمولاً یک انسداد نسبی به‌صورت تنگی مجرا در زمینه جراحی قبلی لگنی، پرولاپس شدید ارگان‌های داخل لگنی، تومورها یا یبوست شدید دارند؛ دوم این‌که این افراد در معرض آسیب کلیه‌ها و نارسایی کلیه هستند؛ سوم این‌که تخلیه ادرار با کاتتر ممکن است آن‌ها را در معرض اختلالات شدید الکترولیتی به‌علت Post obstructive diuresis قرار دهد.

این دو نوع آخر علی‌رغم اهمیت زیاد، خوشبختانه شیوع چندانی ندارند.

عوامل زمینه‌ای

در کل چه عوامل زمینه‌ای برای بی‌اختیاری ادراری وجود دارد؟

از عوامل زمینه‌ای مهم می‌توان به سابقه خانوادگی و ژنتیکی، زایمان‌های سخت، فشار مداوم روی عضلات کف لگن (سرفه مزمن، سینوزیت مزمن و چاقی)، دیابت طول کشیده و خوب کنترل نشده، سیگار، جراحی‌های لگنی به‌ویژه هیسترکتومی مشکل، افزایش سن، بی‌تحرکی و حتی بعضی غذاها و محیط‌های پراسترس اشاره کرد. جالب است بدانید که با افزایش تحرک بدنی می‌توان خیلی از عوامل زمینه‌ای بی‌اختیاری ادراری را برطرف یا تعدیل کرد زیرا تحرک فیزیکی و ورزش باعث تقویت عضلات کف لگن و در نتیجه عضلات اسفنکتر خارجی و افزایش مقاومت اسفنکتر در مقابل نشت ادرار از مثانه می‌شود و این اثر مثبت را حتی برای موارد بی‌اختیاری با زمینه ارثی و افزایش سن یا بی‌اختیاری‌های بعد از زایمان و هسیترکتومی نشان داده‌اند. از طرفی تحرک باعث کنترل بهتر اضافه‌وزن و دیابت و یبوست و تمایل کمتر به سیگار کشیدن می‌شود، به‌طوری که امروزه یکی از درمان‌های اولیه برای بیماران توصیه به تحرک بدنی و انجام ورزش‌های کف لگن (ورزش Kegel) و... است.

نقش کدام‌یک از عوامل زمینهای گفته شده بیشتر است؟

عمدتاً افزایش سن، زایمان سخت و چاقی (BMI>۲۵) مهم هستند.

در مورد افزایش سن منظور بیشتر بعد از ۵۰ سالگی به‌ویژه بعد از یائسگی است، زیرا افزایش سن باعث تخلیه بیولوژیک بافت می‌شود و از طرفی با کاهش استروژن ناشی از یائسگی، بافت‌های حمایتی مجرا به‌ویژه زیرمخاط مجرا که غنی از عروق اتساع‌یابنده و الیاف الاستین است و نقش واشری (Washer effect) برای بسته شدن مجرا دارد، از دست می‌رود.

و منظور از زایمان سخت؟

منظور عمدتاً زایمان طول کشیده، Straining طویل‌المدت، چندقلویی، استفاده غیرضروری و غیرتخصصی از فورسپس و اپیزوتومی بیش از ۳ تا ٤ سانتی‌متر است. نوع زایمان سزارین یا طبیعی به‌نظر بنده تاثیر چندانی ندارد. هر چند در تعدادی مقالات و کنفرانس‌ها زایمان طبیعی را به‌عنوان عامل خطر ذکر کرده‌اند، این اختلاف و خطر زیاد قابل توجه نیست زیرا اگر این مقالات را از نظر آماری خوب بررسی کنیم متوجه می‌شویم که چندان متکی بر شواهد نیستند و به‌ویژه CI یا Confidence interval آن‌ها اکثراً صفر درصد است و به‌همین علت معمولاً در درجه توصیه بالا (Recommendation A) قرار ندارند. از طرفی اگر از نظر علمی نیز آنالیز کنیم، در یکی دو هفته آخر حاملگی تغییرات فیزیولوژیک یا به‌عبارت بهتر بیومتریک عمده‌ای روی دستگاه ادراری تحتانی رخ نمی‌دهد، بلکه این وزن ۳ تا ٤ کیلوگرمی جنین از مدت‌ها قبل از هفته ۳۸ حاملگی روی عضلات کف لگن منتقل می‌شود. پس ما اگر عضلات کف لگن قوی (که طرز تقویت عضلات کف لگن را بعداً اشاره می‌کنیم) در طول حاملگی و حتی قبل از حاملگی داشته باشیم، در این صورت افزایش شیوع بی‌اختیاری حتی نسبت به افراد طبیعی قابل توجه نخواهد بود، تا چه رسد به سزارین! از این گذشته مگر مادران ما در زمان‌های گذشته در طول حاملگی فعالیت فیزیکی و کشاورزی و حتی نشاکاری در مزارع نمی‌کردند و زایمان طبیعی نداشتند؟ مگر چقدر بی‌اختیاری در آن‌ها شایع بود؟ از این موضوع اخیر بنده به‌عنوان Historical evidence نام می‌برم.

فرمودید سومین عامل زمینه‌ای برای بی‌اختیاری هم چاقی است...

بلی؛ می‌دانیم که در افراد چاق به‌ویژه چاقی شکمی، بی‌اختیاری ادراری ٦۰ تا ۷۰ درصد شیوع دارد و به‌عبارت واضح‌تر هر ۵ واحد افزایش در BMI خطر بی‌اختیاری را ۲۰ تا ۷۰ درصد افزایش می دهد (برحسب سن افراد و مدت زمان چاقی). از طرفی چاقی چندین اثر سوء دارد:

– افراد چاق توانایی و تحرک و سرعت لازم برای رفتن به دستشویی و تخلیه ادرار ندارند و ممکن است در طول مسیر دچار بی‌اختیاری شوند.

– در افراد چاق نسبت به افراد طبیعی فشار روی عضلات کف لگن بیشتر است و این امر در طولانی‌مدت از توانایی مقاومت مجرا و اسفنکتر خارجی آن می‌کاهد و باعث بی‌اختیاری می‌شود.

– در افراد چاق سیتوکین‌های التهابی ناشی از بافت‌های چربی اثرات تحریکی روی مثانه دارد و باعث افزایش دفعات تخلیه ادراری و حتی بی‌اختیاری می‌شود.

– احتمال عدم پاسخ به درمان به‌ویژه جراحی در افراد چاق بیشتر است.

تمامی این‌ها در حالی است که مطالعات متعدد نشان داد کاهش ۵ تا ۱۰ درصد وزن بدن افراد چاق به‌مدت ۱۲ ماه، می‌تواند باعث کاهش ۷۰ درصد دفعات بی‌اختیاری شود.

نوع رژیم غذایی تاثیری ندارد؟

تاثیر دارد و این اثر را می توان به دو صورت حاد و مزمن بیان کرد: در نوع حاد تعدادی از افراد چند ساعت بعد از مصرف مواد غذایی دچار علایم تحریکی و گاه بی‌اختیاری می‌شوند که به‌عنوان مثال می توان مصرف الکل و قهوه (بیش از ٤ یا ۵ فنجان) به‌علت اختلال در ترشح ADH و نیز چای (که دو برابر آب مدر است) و غذای تند (Spicy) و نوشابه‌های گازدار و مرکبات را ذکر کرد. در مورد اثر مزمن مواد غذایی هم می‌توان به مصرف غذای پرچرب اشاره کرد که به‌علت سیتوکین‌های التهابی به‌ویژه اینترلوکین‌های ٦ و ۱۸ به مرور زمان اثرات تحریکی روی مثانه داشته و هرچه رسوب چربی در اطراف مثانه بیشتر باشد که به آن Pelvic lipomatosis گفته می‌شود، مثانه کوچک‌تر می‌شود و کنترل ادرار به‌سختی صورت می‌گیرد.

آخرین عاملی هم که اشاره نشد سرمای محیط است که عمدتاً سبب بی‌اختیاری فوریتی می‌شود زیرا سرما با چندین مکانیسم از جمله اثر روی توبول‌های کلیوی، میزان ترشح ADH یا Antidiuretic hormone و ANP یا Atrial natriuretic peptide و نیز افزایش بازگشت وریدی می‌تواند باعث تکرر ادرار و گاه فوریت در دفع ادرار (Urgency) و حتی در افراد مستعد بی‌اختیاری (Urge incontinence) شود.

ارزیابی

آقای دکتر، چه ارزیابی‌ها و بررسی‌هایی برای بی‌اختیاری ادرار توصیه می‌کنید؟

اولین و به‌نوعی مهم‌ترین آن گرفتن شرح‌حال دقیق است. دانستن درباره شدت و مدت بی‌اختیاری و ارتباط آن با فعالیت فیزیکی و عوامل تشدیدکننده آن و نیز سابقه جراحی و بیماری‌های عصبی و اسکلتی و حرکتی و سابقه یبوست و دیابت و مصرف داروها خیلی مهم است.

گام بعدی معاینه فیزیکی است که در آن توانایی فیزیکی و حرکتی و معاینه عصبی به‌ویژه اندام تحتانی و طرز راه رفتن (Gait)، وجود اسکار جراحی در شکم، وجود مثانه لگنی از نظر پرولاپس لگنی، میزان نشت ادرار با مانور والسالوا، وجود دیورتیکول و تنگی انتهای مجرا (Meatal stenosis) و نیز ریفلکس بولبوکاورنوس مهم است.

از لحاظ آزمایشگاهی نیز آزمایش کامل و کشت ادرار و نیز اندازه‌گیری قند خون الزامی است و از لحاظ تصویربرداری هم حداقل سونوگرافی توصیه می‌شود.

نوار مثانه چطور؟

معمولاً بنده نوار مثانه یا همان مطالعه یورودینامیک مثانه را به دو علت توصیه نمی‌کنم: اول این‌که دقت تشخیص آن چندان بالا نیست زیرا در بررسی‌ها میزان Test-retest آن را تا ۱۵٪ ذکر می‌کنند که عدد بسیار بالایی است، به‌ویژه در رابطه با اندازه‌گیری فشار نقطه‌ای نشت ادرار مجرا (Leak point pressure of urethra)؛ دوم این‌که مطالعات نشان داده است که میزان موفقیت جراحی بی‌اختیاری هیچ ارتباطی با یافته‌های یورودینامیک قبل از عمل نداشته است. هر چند در بعضی مطالعات برای تمامی بیماران قبل از عمل جراحی بی‌اختیاری ادراری این کار را توصیه می‌کنند ولی به‌نظر می‌رسد در بیمارانی که به عمل جراحی پاسخ نداده یا مشکوک به مثانه عصبی (Neurogenic bladder) هستند و باقیمانده ادراری بالایی دارند، برای رد مثانه Underactive قابل توصیه است ولی باز باید دقت کرد که انجام آن می‌باید با مهارت بهتر و تفسیر یافته‌های آن با احتیاط بیشتر صورت گیرد.

درمان

چه اقدامات درمانی برای بی‌اختیاری وجود دارد؟

در ابتدای بحث درمان ذکر این نکته ضروری است که با توجه به نوع بی‌اختیاری، روش درمانی آن فرق می‌کند ما این‌جا با توجه به محدودیت زمانی درباره اقدامات درمانی دو نوع بی‌اختیاری استرسی و فوریتی که در زنان شایع‌تر است بحث می‌کنیم.

اما اقدامات درمانی در سه سطح و مرحله صورت می‌گیرد: اول اصلاح سبک زندگی (Life style)، دوم درمان دارویی و سوم اقدام جراحی.

پس لطفاً از تاثیر اصلاح سبک زندگی بر بی‌اختیاری شروع بفرمایید.

معمولاً در ابتدا توصیه به کاهش وزن (در صورت چاقی و اضافه‌وزن) و پرهیز از غذاهای محرک و تحریک‌کننده می‌شود. در مورد غذاها قبلاً اشاره شد که بیشتر منظور غذاهای تند و اسیدی، قهوه، الکل، چای و شیرین‌کننده‌های مصنوعی است. البته غذاهای محرک از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند که خود فرد می‌تواند با اجتناب از آن‌ها طی یک تا دو هفته متوجه شود کدام غذا محرک است.

بعد از آن در فردی که دچار تکرر ادرار (هر یک تا دو ساعت) است، توصیه به تاخیر ادرار (Delayed voiding) می‌کنیم. یعنی هر بار فرد سعی کند فاصله ادرار کردن را ۵ تا حداکثر ۱۰ دقیقه به تاخیر بیاندازد تا بتواند به فواصل هر ۳ ساعت برسد.

توصیه بعدی ادرار کردن زمان‌بندی‌شده (Timed voiding) است یعنی فرد هر ۳ ساعت، قبل از پر شدن مثانه، ادرار کند. همچنین دوبار ادرار کردن (Double voiding) یعنی فرد پس از ادرار ۳۰ ثانیه صبر کند و بعد کمی بیشتر به جلو خم شود و یک بار دیگر ادرار کند نیز به‌ویژه قبل از خواب موثر است.

ترک سیگار و درمان یبوست را نیز توصیه می‌کنیم، زیرا نه‌تنها روی کنترل بی‌اختیاری بلکه در جلوگیری از پرولاپس لگنی هم موثر است.

داروهای فرد هم باید با صلاحدید پزشک معالج تنظیم

و اصلاح شود چون حدود ٪۲۰ افراد بالای ۵۰ تا ٦۰ سال مصرف داروهای متعدد (Polypharmacy) دارند که تداخلات دارویی و اثرات جانبی آن‌ها روی دستگاه ادراری مهم است.

علاوه بر این‌ها اصلاح سطح ویتامین D و در نهایت انجام تمرینات ورزشی و تحرک بدنی به‌ویژه تمرینات عضلات کف لگن یا همان ورزش Kegel زیاد توصیه می‌شود.

لطفاً درباره ورزش Kegel و اهمیت آن بیشتر توضیح دهید.

مبنای این ورزش سفت و شل کردن متوالی عضلات کف لگن است. این ورزش را آقای Kegel که خود متخصص زنان و زایمان در لس‌آنجلس بود، در سال ۱۹۴۸ برای پیشگیری و درمان بی‌اختیاری زنان باردار ارایه داد که علی‌رغم گذشت بیش از ۷۰ سال هنوز توصیه می‌شود. طرز انقباض مشابه انقباضی است که برای توقف جریان ادرار یا ممانعت از عبور دفع گاز معده انجام می‌شود. شروع انقباض ابتدا از ۳ ثانیه است و سپس ۳ ثانیه شل می‌شود. به‌تدریج مدت انقباض را به ۵ تا ۱۰ ثانیه افزایش می‌دهیم و بعد برای راحتی بیمار به قانون ۸ تایی می‌رسیم. یعنی فرد ۸ انقباض انجام می‌دهد که مدت هر انقباض ۸ ثانیه و مدت استراحت یا فاصله دو انقباض هم ۸ ثانیه است. البته عده‌ای در پایان این ۸ انقباض، چند انقباض سریع متوالی نیز توصیه می‌کنند.

در دوره یائسگی، تقویت بافت‌های واژینال با تجویز استروژن هم می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ اما اهمیت روش Kegel در این است که غیر از بی‌اختیاری ادراری، در بی‌اختیاری مدفوع و پرولاپس رکتوم (رکتوسل) و دردهای لگن و پرولاپس لگنی نیز اثر مثبت آن را نشان داده‌اند.

در کل، این تمرینات در ٪۳۰ موارد اثر بهبودی (رفع بی‌اختیاری) دارد و در ٪۳۰ موارد هم موثر است. البته باید یادآور شد این اثر برای بی‌اختیاری‌های خفیف تا متوسط است و روی بی‌اختیاری‌های شدید تاثیری ندارد، هرچند در مواردی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

برای انجام این ورزش چه زمانی از شبانه‌روز مناسب‌تر است؟

هیچ محدودیت زمانی و مکانی ندارد. می‌تواند در حالت نشسته و خوابیده انجام شود و جزو فعالیت‌های عادی روزانه باشد ولی باید به چند نکته دقت کرد:

۱. مدت انقباض حداکثر ۲۰ ثانیه بیشتر نباشد تا باعث خستگی عضلات نشود. نباید در زمان انقباض نفس خود را نگه داشت و همچنین نباید همزمان عضلات شکم و ران منقبض شوند.

۲. احساس درد شکم و درد کمر در زمان تمرین نشانه انجام ناصحیح آن است.

۳. نتایج مفید و مثبت این تمرینات ورزشی چند هفته تا حداکثر چند ماه طول می‌کشد تا خود را نشان دهد.

٤. انجام این انقباضات قبل از عطسه، سرفه و بلند کردن اشیا و... توصیه می‌شود.

٥. امروزه توصیه می‌شود برای جلوگیری از بی‌اختیاری در زمان بارداری باید چند هفته پیش از آغاز بارداری این تمرینات را شروع کرد.

٦. این تمرینات بیشتر روی بی‌اختیاری استرسی موثر است تا بی‌اختیاری فوریتی.

در مورد تمرینات الکتریکی کف لگن که امروزه بیشتر گفته و شنیده می‌شود، نظرتان چیست؟

از زمان ارایه تمرینات Kegel شرکت‌های مختلف روش‌ها و ابزارهای مختلفی برای انجام این تمرینات و اثربخشی بیشتر آن‌ها ارایه دادند ولی هیچ‌کدام راه به جایی نبردند و نتایج قابل قبول‌تری به‌دست نیاوردند، تا این‌که امروزه صندلی‌هایی ساخته‌اند که با نشستن افراد روی آن به‌وسیله محرک‌های الکتریکی یا مغناطیسی (Electronical or magnetic stimulation) عضلات کف لگن دچار انقباض می‌شود ولی نباید فراموش کرد که قدرت انقباض و دامنه انقباضی افراد برحسب سن و شرایط بیومتریک و فیزیولوژیکی‌شان فرق می‌کند. بر این اساس هنوز در این دستگاه‌ها، پارامترهای انقباضی و میزان آن استانداردسازی نشده و از طرفی در مطالعات مختلف RCT و متاآنالیزها، این دستگاه‌ها و روش‌ها مزایای قابل توجهی نسبت به انقباضاتی که خود فرد انجام می‌دهد نداشته است. این در حالتی است که این افراد با صرف هزینه زمانی و مکانی به مطب‌ها مراجعه می‌کنند ولی بدون اثر درمانی قابل توجه. حتی بعضی مطالعات ارجحیت ورزش‌های Kegel خود فرد را بر این دستگاه‌ها نشان داده است. جان کلام این‌که بنا بر آن‌چه در گایدلاین‌های اروپا منتشره در مجله European Urology ۲۰۱۸ آمده، این دستگاه‌ها هنوز استاندارد لازم را کسب نکرده و دلایل متقاعدکننده‌ای وجود ندارد که این محرک‌های الکتریکی یا مغناطیسی اثربخشی بیشتری از تمرینات Kegel خود فرد داشته باشد. ضمناً این دستگاه‌ها می‌تواند باعث عوارض

جانبی مانند درد و ناراحتی بیمار نیز بشود.

اگر بیمار به اقدامات فوق پاسخ مناسب ندهد، اقدام بعدی برای درمان چیست؟

اگر تغییر سبک زندگی موثر نبود، اقدام بعدی درمان دارویی است. برای بی‌اختیاری فوریتی (Urge incontinence) بیشتر داروهای آنتی‌موسکارینی و آنتی‌کولینرژیکی توصیه میشود که امروز انواع این ترکیبات موجود است ولی این واقعیت را نباید از نظر دور داشت که به‌علت عوارض جانبی این ترکیبات، یک‌سوم تا نیمی از افراد در طی یک ماه دارو را قطع می‌کنند و مصرف دارو در کمتر از ۳۵٪ افراد به یک سال می‌رسد. برای بی‌اختیاری استرسی هم بعضی ترکیبات دارویی که استفاده می‌شود که هنوز مورد تایید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) نبوده و Off-label است.

و احتمالاً اقدام بعدیِ هم جراحی است...

بلی، همان‌گونه که قبلاً اشاره شد یکی از اقدامات اساسی و موثر در درمان بی‌اختیاری ادراری زنان جراحی است. البته روش جراحی برای بی‌اختیاری فوریتی با بی‌اختیاری استرسی فرق می‌کند.

برای بی‌اختیاری فوریتی اقدامات جراحی زیر بیهوشی شامل تزریق بوتاکس یا کاشتن دستگاه (Device) در ناحیه لومبوساکرال برای تنظیم اعصاب مثانه و در نهایت اقدام جراحی اساسی اعمال ترمیمی روی مثانه (Cystoplasty) است.

مورد اول، یعنی تزریق بوتاکس، اثرش کوتاه‌مدت و حدود ۶ ماه است. دومی، یعنی کاشتن دستگاه، نیازمند دو بار اعمال جراحی است و علاوه بر هزینه بالای خود دستگاه (۷۰ تا ۸۰ میلیون تومان)، می‌تواند همراه با عوارض گاه جدی مثل مننژیت باشد. از طرفی طول عمر این دستگاه‌ها حداکثر ۱۰ سال و میزان موفقیت‌شان در حدود ۷۰٪ است.

نهایتاً در موارد پیشرفته بی‌اختیاری فوریتی به‌ویژه در زمینه آسیب عصبی (Neurogenic bladder) که به‌علت افزایش فشار داخل مثانه و ضخامت دیواره مثانه باعث کاهش ظرفیت (Capacity) و پذیرش (Compliance) مثانه و بالطبع فشار روی عملکرد کلیه‌ها و اختلال کارکرد کلیه‌ها و نارسایی آنها می‌شود، عمل جراحی ترمیمی مثانه (سیستوپلاستی) را توصیه می‌کنیم. در این عمل قسمتی از روده کوچک (ایلئوم) را برداشته و با پایه عروقی روی مثانه آناستوموز یا پیوند می‌کنیم که به آن ایلئوسیتوپلاستی (Ileocystoplasty) گفته می‌شود. در مواردی که فرد دچار نارسایی کلیه شده باشد، برای اجتناب از عوارض متابولیکی روده، حدود یک‌سوم از معده را برداشته و روی مثانه آناستوموز و پیوند می‌زنیم که به آن گاستروسیستوپلاستی (Gastrocystoplasty) می‌گویند. لازم به ذکر است که با توجه به تعداد اعمال جراحی سیستوپلاستی به‌ویژه گاستروسیستوپلاستی که در مرکز اورولوژی بیمارستان رازی انجام دادیم، مرکز ما یکی از مراکز پیشرو در این زمینه است.

بسیار هم عالی. اشاره‌ای هم به درمان جراحی بی‌اختیاری استرسی بفرمایید.

در گذشته با برش روی شکم و یک عمل جراحی باز، گردن مثانه را با چندین بخیه به طرف بالا می‌کشیدند و پشت استخوان عانه لگن فیکس می‌کردند که حدود ۸۰-۷۰٪ موثر بود ولی از حدود ۲۰ سال پیش به‌صورت کمتر تهاجمی (Less invasive) و با دادن برش حدود ۱/۵ سانتی‌متر روی قسمت میانه مجرا، آن را توسط یک Tape (نوار) به سمت بالا می‌کشند که اگر این Tape از ناحیه پشت استخوان عانه (Reteropubic) بیرون آورده شود به آن روش TVT و اگر از ناحیه سوراخ ابتوراتور بیرون آورده شود به آن TOT گفته می‌شود. در کل به این روش‌ها که مثل یک فلاخن (Sling) قسمت میانه مجرا را به‌سمت بالا می‌کشند تا مقاومت در مقابل بی‌اختیاری افزایش یابد، روش‌های جراحی Sling می‌گویند که در مقایسه با روش جراحی باز، چون شکم باز نمی‌شود، طول زمان جراحی و بیهوشی کمتر است؛ یعنی حدود ۵ دقیقه و حداکثر تا ۳۰ دقیقه. سرعت بهبودی هم بیشتر است و میزان موفقیت آن نیز همانند روش‌های باز جراحی و حتی در طولانی‌مدت بیشتر از آن‌هاست.

کدام روش بهتر است؟

از بین این دو روش، همکاران زنان بیشتر TOT انجام می‌دهند، به‌علت ترس از خطر آسیب مثانه که در ۱ تا ۳٪ موارد ممکن است در TVT وجود داشته باشد؛ ولی در روش TOT درد ناحیه کشاله رانی و اختلالات جنسی بیشتر است. علاوه بر آن، در افراد چاق و نیز برای اثربخشی طولانی‌مدت به‌نظر می‌رسد TVT بهتر از TOT باشد و همچنین در صورت نیاز به عمل مجدد و نیز اختلال عملکرد اسفنکتر داخلی TVT را توصیه می‌کنند.

اما شایان ذکر است که ما قبل از ابداع روش‌های TVT و TOT و نیز قبل از این‌که استفاده از این روش‌ها

عمومیت پیدا کند، یک روش تقریباً مشابه TVT و در اصل تعدیل‌یافته روش اندوسکوپی Gittes یا Stamey با استفاده از سوزن نفروستومی و دو عدد نخ نایلون و بدون هرگونه برشی روی مجرای میانه روی تعداد قابل توجهی از بیماران بیمارستان‌های الزهرا و رازی رشت انجام دادیم که در بحث‌های علمی و کارگاه‌های آموزشی از آن به نام «روش گیلانی» (Guilan procedure) نام بردیم و در کنگره‌های علمی این روش را ارایه دادیم.

این روش چه ارجحیتی بر روش‌های Sling معمول دارد؟

نتایج درمانی روش ما تقریباً مشابه یا اندکی کمتر از روش‌های Sling قبلی است ولی عوارض روش ما کمتر است، زیرا به‌جای این‌که همانند Sling از زیر مجرا (Suburethral) عبور کنیم سوزن و نخ مربوطه را از کنار مجرا (Paraurethral) به‌صورت U عبور می‌دهیم و مجرای میانی را بالا می‌کشیم و نخ را روی فاسیای رکتوس فیکس می‌کنیم. بنابراین در روش ما آسیب مجرا (Urethral injury) نداریم و نیز با توجه به دشواری اندازه سوزن نفروستومی در مقایسه با تروکارهای Sling آسیب بافتی هم کمتر است از همه مهم‌تر مقرون به‌صرفه‌تر است زیرا Tapeهای Sling حدود ۱/۵ تا ۲ میلیون تومان هزینه دارد ولی هزینه ما به اندازه دو عدد نخ نایلون است. ما هنوز در بیمارانی که محدودیت مالی دارند این روش را انجام می‌دهیم و به‌ویژه امروزه با توجه به تحریم‌ها و محدودیت دسترسی به این Tapeها این روش می‌تواند جایگزین مناسب و ثمربخشی باشد و ما آمادگی داریم تجربیات بیش از دو دهه خود را در این زمینه در اختیار همکاران، به‌ویژه همکاران زنان و زایمان قرار دهیم.

آقای دکتر، ضمن سپاس که در این گفت‌وگو شرکت کردید، لطفاً اگر نکته خاصی مدنظر است بفرمایید.

من هم سپاسگزارم. فقط لازم است اشاره کنم این بحث علمی فقط در مورد بی‌اختیار استرسی و فوریتی زنان بود و بحث سایر بی‌اختیاری‌های ادراری زنان و به‌ویژه بی‌اختیاری مردان کاملاً جداگانه و مفصل است.

دکتر سیدعلاءالدین عسگری

فوق‌تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری

استاد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

نشانی: رشت، چهارراه گلسار، خیابان نواب، کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، تلفن: ۳۳۱۱۳۷۹۳

فروش مغازه و واحد مسکونی

سه دهنه مغازه با مالکیت

✓ هرکدام دارای سند مجزا، کنتور برق جدا و خط تلفن

دو واحد مسکونی

✓ سند جدا، آب و برق و گاز، متراژ هر واحد ۱۲۵ متر مربع

رشت، بر اصلی خیابان سردار جنگل

تلفن تماس: ۰۹۱۱۱۳۵۹۵۴۷

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

دادگاه حکمیت ورزش، آزمایش تستوسترون را به‌عنوان ملاک زن بودن ورزشکاران تایید کرد

tgam.ca/2IZct6a

این رای جنجالی دادگاه حکمیت ورزش (CAS) تعداد زنان شرکت‌کننده در رقابت‌های ورزشی به‌ویژه المپیک را محدود خواهد ساخت.

ماجرا به مقررات جدید اتحادیه بین‌المللی فدراسیون‌های دو و میدانی (IAAF) در سال ۲۰۱۸ و شکایت کاستر سیمنیا، قهرمان دو ۸۰۰ متر از آفریقای جنوبی بازمی‌گردد. وی مبتلا به یکی انواع اختلالات تکوین جنسی (disorders of sex development یا DSDs) است که باعث می‌شود سطح تستوسترون خون او بالا باشد. دادگاه حکمیت ورزش اعلام کرده تعیین محدوده برای تستوسترون ممکن است تبعیض‌آمیز به‌نظر برسد ولی برای اطمینان از یک رقابت منصفانه ضروری است. پانل CAS گفته است عملکرد ورزشکاران در مسابقات ورزشی وابسته به عوامل و متغیرهای متعددی است ولی تفاوت اصلی و فاکتور تعیین‌کننده از نظر عملکرد ورزشی زن و مرد، سطح تستوسترون است. محدوده اعلام شده تستوسترون خون زنان توسط IAAF بین ۰/۰۶ تا ۱/۶۸ نانومول بر لیتر و مردان ۷/۷ تا ۲۹/٤ است و این اتحادیه محدوده ۵ نانومول بر لیتر (۱٤٤ نانوگرم بر دسی‌لیتر) را به‌عنوان ملاک شرکت ورزشکاران در رقابت با زنان یا مردان اعلام کرده است.

کمیته بین‌المللی المپیک (IOC) نیز معیار پذیرش ورزشکاران تراجنسیتی به عنوان مرد یا زن را، سطح تستوسترون می‌داند و احتمالاً محدوده اعلام شده توسط IAAF را که پایین‌تر از محدوده فعلی این کمیته است، برای المپیک ۲۰۲۰ توکیو خواهد پذیرفت.

فرسودگی یک وضعیت مرتبط با شغل است، نه یک بیماری و نه حتی یک تشخیص پزشکی!

bit.ly/2yaYeEj

هفتاد و دومین مجمع سلامت جهانی (WHA) در ژنو در روزهای ۲۰ تا ۲۸ ماه مه سال جاری برگزار شد. این مجمع، بدنه تصمیم‌گیرنده سازمان جهانی سلامت (WHO) و شامل جلساتی است که این سازمان از طریق آن توسط ۱۹٤ عضوش اداره می‌شود. این مجمع بالاترین مرجع سیاست‌گذاری سلامت در سطح جهان است و از وزرای بهداشت کشورهای عضو تشکیل می‌شود.

به‌طور معمول اعضای مجمع سلامت جهانی در ماه مه هر سال در مقر سازمان سلامت جهانی در ژنو گرد هم می‌آیند. مهم‌ترین وظایف این مجمع تصمیم‌گیری درباره مسایل عمده سیاست‌گذاری، همچنین تصویب برنامه کاری و بودجه و انتخاب دبیر کل سازمان سلامت جهانی است.

یکی از مهم‌ترین نتایج مجمع ۷۲، تصویب و انتشار نسخه جدید طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط سلامت (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) یا ICD-۱۱ است. براساس تصمیم کشورهای عضو، نسخه جدید از ابتدای ژانویه ۲۰۲۲ اجرایی خواهد شد.

طبقه‌بندی بین‌المللی یا آی‌سی‌دی، ابزار تشخیصی استاندارد و بین‌المللی برای اهداف بالینی، درمان و همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژی) است. ساختار کدها در آی‌سی‌دی-۱۱ ثابت خواهد بود ولی جزییات طبقه‌بندی به‌طور مستمر و هر سال به‌روزرسانی می‌شود.

آی‌سی‌دی، بنیادی برای شناسایی الگوها و جمع‌آوری و ارایه آمار سلامت در جهان و همچنین یک استاندارد بین‌المللی برای گزارش بیماری‌ها و وضعیت‌های مرتبط سلامت است. این طبقه‌بندی یک استاندارد جهانی برای همه اهداف بالینی و پژوهشی است.

آی‌سی‌دی همچنین دربرگیرنده عوامل موثر بر سلامت، یا علل خارجی مرگ‌ومیر و بیماری است که یک دیدگاه جامع نسبت به همه جنبه‌های زندگی که بتوانند بر سلامت اثر بگذارند، ارایه می‌دهد.

نسخه یازدهم این طبقه‌بندی برای قرن ۲۱ به‌روزرسانی شده و انعکاس‌دهنده پیشرفت‌های چشمگیر در علم و پزشکی است. ویژگی منحصربه‌فرد این نسخه، امکان تعامل با اپلیکیشن‌های سلامت و سامانه‌های اطلاعات است. این یک نسخه الکترونیک کامل از طبقه‌بندی بیماری‌ها و وضعیت‌های مرتبط با سلامت است که استفاده از آن بسیار راحت‌تر شده و هزینه‌بری و احتمال خطای آن به حداقل رسیده است و بنابراین بهترین گزینه به‌ویژه برای مناطقی است که از نظر منابع فقیر هستند.

تاکید ویژه بر ایمنی بیمار و توجه به وضعیت‌های اورژانس، و معضلاتی مانند آب و بهداشت محیط، از ویژگی‌های مهم آی‌سی‌دی-۱۱ است. ویژگی مهم دیگر، تغییر تعریف فرسودگی (Burn-out :QD۸۵) به‌عنوان یکی از وضعیت‌های مرتبط سلامت، ذیل بخش مشکلات مرتبط با کار یا بی‌کاری (Problems associated with employment or unemployment) است.

فرسودگی در نسخه پیشین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آی‌سی‌دی-۱۰) هم وجود داشت ولی بسیار ساده و به‌شکل پاک خسته شدن (state of vital exhaustion) تعریف شده بود. تعریف فرسودگی براساس آی‌سی‌دی-۱۱ به‌صورت یک سندرم ناشی از استرس مزمن در محل کار است که به‌طور موفق مدیریت نشده است. برخلاف بازتاب گسترده این خبر، نه در آی‌سی‌دی-۱۱ و نه در سایر منابع رسمی سازمان سلامت جهانی، هیچ اشاره‌ای به فرسودگی به‌عنوان یک بیماری یا تشخیص پزشکی نشده است.

سه مولفه فرسودگی در آی‌سی‌دی-۱۱ شامل احساس فقدان انرژی (energy depletion) یا پاک خسته شدن (exhaustion)، افزایش فاصله روانی فرد از شغل خود یا حس منفی یا انتقاد نسبت به شغل و کاهش کارایی حرفه‌ای است. (اولین بار در سال ۱۹۷۴ فرودنبرگر به فرسودگی اشاره کرد و آن را به صورت پاک خسته شدن [exhaustion]، مسخ‌شدگی [depersonalization] و فقدان یا کاهش احساس کمال [accomplishment] که منجر به کاهش کارایی شغلی شود، توصیف کرد.)

فرسودگی به‌طور خاص به پدیده‌هایی اشاره دارد که در زمینه شغل هستند و نباید برای توصیف تجربیات مختلف در سایر زمینه‌های زندگی، مانند اختلال سازگاری (adjustment disorder)، اختلالاتی که به‌طور خاص با استرس مرتبط هستند، اضطراب یا اختلالات مرتبط با ترس و اختلالات خلق از تعریف فرسودگی استفاده شود.

تعریف جدید هرچند برخلاف انعکاس وسیع خبری، گام بزرگی محسوب نمی‌شود، ولی به‌هر روی کمک شایان توجهی به افراد مبتلا به فرسودگی است تا به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته، از مزیت‌های قانونی آن استفاده کنند. همچنین بر افتراق با اختلالات روانی مانند افسردگی نیز تاکید شده چون گاهی نشانه‌های این اختلالات به‌غلط به فرسودگی شغلی نسبت داده می‌شود و بی‌توجهی به این مساله ممکن است عواقب جبران‌ناپذیری داشته باشد.

درمان کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید توصیه نمی‌شود

bit.ly/30n3Pnm

هورمون تیروئید (لووتیروکسین) یکی از پرتجویزترین

داروها توسط پزشکان است و در بسیاری از موارد برای درمان کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید (subclinical hypothyroidism) تجویز می‌شود. کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید یک اختلال در مقادیر آزمایشگاهی (بیومدیکال) است که با TSH بالا و T٤ طبیعی، با یا بدون علایم بالینی، مشخص می‌شود و شیوع آن در برخی آمارها تا ۲۰ درصد گزارش شده است. میزان TSH در کم‌کاری تحت‌بالینی معمولاً بین ٤-۱۰mIU/L در نوسان است. این اختلال در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) فاقد کد جداگانه است و تحت‌عنوان hypothyroidism, unspecified طبقه‌بندی شده است.

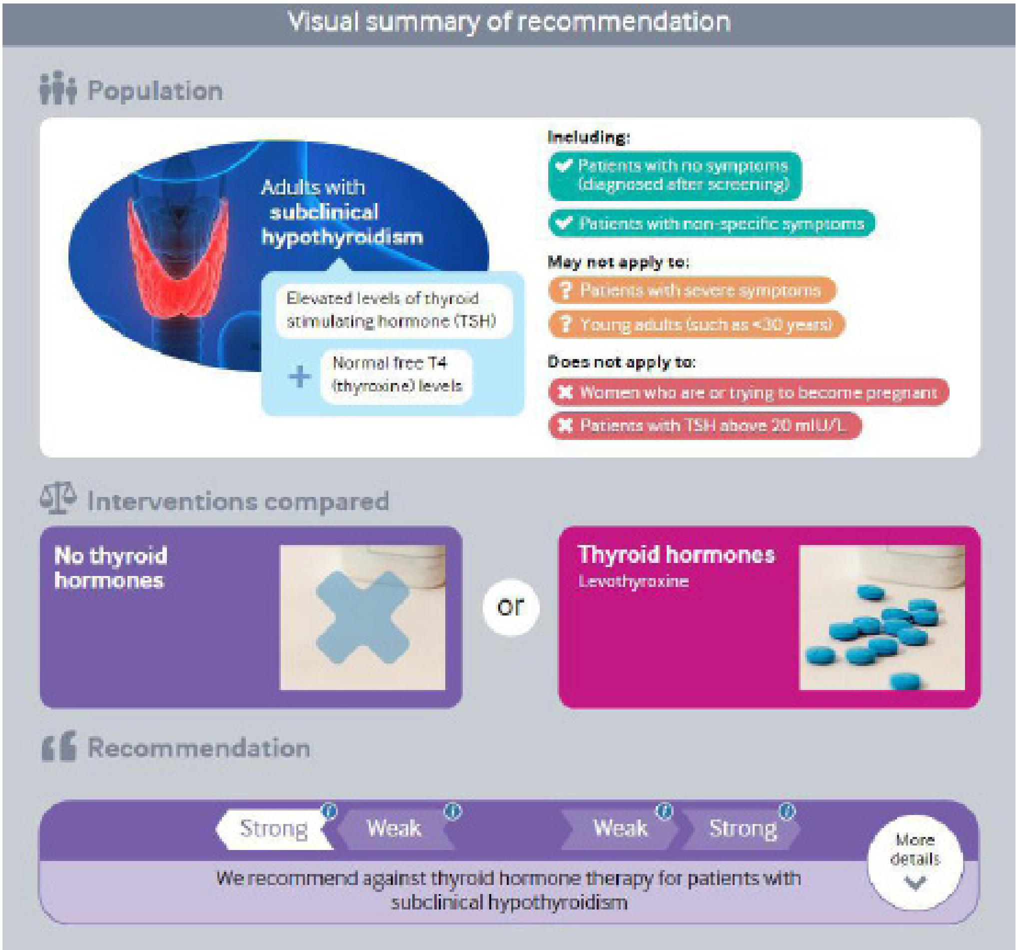
براساس اعلام پانل توصیه‌های فوری مجله پزشکی بریتانیا (The BMJ’s Rapid Recommendations panel) بالغین مبتلا به کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید نباید با هورمون تیروئید درمان شوند. رووس این توصیه‌ها که در شماره ماه مه این مجله منتشر شده به‌شرح زیر است:

– شواهد قدرتمند براساس مرور نتایج ۲۱ کارآزمایی بالینی نشان می‌دهد بالغینی که دست‌کم در دو نوبت پیاپی TSH بالا (TSH >۱۰ mIU/L) ولی کمتر از ۲۰ mIU/L داشته و هورمون‌های تیروئید آنان در محدوده طبیعی باشد، حتی اگر علایم خفیف تا متوسط کم‌کاری تیروئید در آنان مشاهده شود، نیاز به درمان ندارند.

– درمان این افراد فاقد هرگونه فایده بالقوه بوده و علاوه بر تحمیل هزینه اضافی مصرف طولانی دارو و آزمایش‌های غیرضروری، آنان را در معرض خطر عوارض جدی و حتی مرگ قرار می‌دهد.

– نکته مهم در این مطالعه، توصیه به درمان در خانم‌های باردار، بیماران زیر ۳۰ سال و نیز در موارد TSH≥۲۰ و بالاتر یا علایم کم‌کاری شدید (overt hypothyroidism) است؛ یعنی در واقع آستانه درمان در توصیه‌های جدید بالا رفته است.

شواهد به‌کار رفته در ارایه توصیه در این پژوهش قوی



(strong evidence) بوده است. برخلاف آن، در حمایت از فواید درمان در کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید (غیر از موارد فوق) حتی شواهد ضعیف (weak evidence) هم وجود ندارد.

آیا شرکت‌های داروسازی نیز مانند شرکت‌های تولید سیگار به جبران خسارت میلیاردی محکوم می‌شوند؟
bit.ly/2W50J92

اولین جلسه دادگاه رسیدگی به شکایت ایالت اوکلاهما از شرکت‌های داروسازی در زمینه بیش‌مصرفی (overdose) داروهای مخدر تشکیل شد. بسیاری از ایالت‌های آمریکا و نیز شرکت‌های داروسازی به نتیجه این دادگاه چشم دوخته‌اند.

مقامات ایالت اوکلاهما مدعی هستند که شرکت‌های داروسازی باید خسارت بپردازند و این مبالغ باید صرف مقابله با اپیدمی مرگبار سوءمصرف اپیوئید در آمریکا شود.

در این دادگاه سقف مسوولیت شرکت‌های داروسازی بررسی خواهد شد. دو شرکت تیوا و پوردو پیش از این با مقامات ایالت اوکلاهما به توافق رسیده‌اند. پوردو فارما ۲۷۰ میلیون دلار و تیوا فارماسوتیکالز ۸۵ میلیون دلار خواهند پرداخت. این جلسه برای رسیدگی به اتهام شرکت سوم، یعنی جانسون و جانسون تشکیل می‌شود. این شرکت مدعی شده مبالغ درخواستی نامنصفانه است زیرا سهم جانسون و جانسون در بازار ایالت اوکلاهما بسیار ناچیز است؛ ولی مقامات ایالت اوکلاهما معتقدند این شرکت بزرگ‌ترین تولیدکننده دارو در ایالات متحده است.

این تنها یکی از پرونده‌های شکایت علیه شرکت‌های داروسازی در آمریکاست. در بسیاری از ایالت‌های دیگر نیز پرونده‌های مشابه در جریان است.

مقامات آمریکایی مدعی هستند که شرکت‌های داروسازی مسؤول اپیدمی سوءمصرف داروهای به‌شدت اعتیادآوری هستند که تولید و از دهه ۱۹۹۰ وارد بازار کرده‌اند، زیرا عمداً و برای افزایش فروش خود، از اطلاع‌رسانی کافی در زمینه خطرات مصرف این داروها

بحران استفاده از تجهیزات پزشکی چندبارمصرف و اپیدمی ایدز در پاکستان:

۴۹۴ کودک ۲ ماهه تا ۸ ساله فقط در یک شهر پاکستان به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند

ماجرا از بهار امسال آغاز شد. در اواخر ماه آوریل، چند کودک در منطقه فقیرنشین روتودرو در حومه شهر لارکانا واقع در جنوب پاکستان به‌دلیل تب طولانی و مقاوم به درمان در یک مرکز درمانی بستری شدند. وجه مشترک این کودکان این بود که همگی جزو بیماران یک پزشک متخصص اطفال به نام دکتر مظفر گانگارو بودند.

یکی از تشخیص‌های افتراقی در مبتلایان به تب طول‌کشیده با علت نامشخص (FUO)، عفونت HIV است ولی کمتر پزشکی در یک نوزاد یا کودک خردسال به این تشخیص فکر می‌کند؛ ولی متاسفانه و با کمال تعجب، آزمایش اچ‌آی‌وی این اطفال مثبت بود.

و این فقط آغاز یک تراژدی بود. پخش این خبر باعث شد والدین بسیاری از اطفال به مراکز درمانی هجوم بیاورند. با تلاش دولت تا اواخر ماه مه حدود ۱۰ هزار نفر به‌طور رایگان غربالگری و ٤٩٤ کودک مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی شناسایی شدند. در بیشتر موارد، والدین این کودکان اچ‌آی‌وی منفی بودند. آزمایش دکتر گانگارو مثبت اعلام شد.

From:
Medical Investigation: How Did 494 Children In 1 Pakistani City Get HIV?
Benazir Samad, May 21, 2019 (n.pr/2HE2AZB)

ادامه در...

pezeshkangil.com/?p=٧٤٣٤

t.me/pezeshkangil/١٧٦٦

خودداری کرده و حتی مدعی شده‌اند که این داروها کاملاً بی‌خطر هستند.

تجویز این داروها به‌تدریج باعث شد تعداد مصرف‌کنندگان به‌شدت افزایش یابد. موارد سوءمصرف و اعتیاد نیز رکورد شکست. افراد با اتمام سهمیه قانونی دارو، مجبور می‌شوند به بازار سیاه و مصرف موادی مانند هروئین روی بیاورند که در اغلب موارد آلوده به مواد صنعتی مانند فنتانیل است.

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها می‌گوید بیش از ۲۰۰ هزار آمریکایی در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۷ در اثر بیش‌مصرفی داروهای مخدر فوت شده‌اند ولی هم‌اکنون موارد مرگ ناشی از مصرف فنتانیل از داروها پیشی گرفته و این دارو مسوول ۳۵ درصد مرگ‌میرهای ناشی از بیش‌مصرفی است.

بالاترین آمار مربوط به ایالت اوهایو است: سه مورد بیش‌مصرفی در روز و ۳۴۰ مورد مرگ ناشی از بیش‌مصرفی در طول سال ۲۰۱۶؛ و هم‌اکنون بیش از ۱۲ مورد بیش‌مصرفی در روز!

تاکنون بیشتر هزینه‌ها برای مقابله با اپیدمی بیش‌مصرفی داروهای مخدر از محل منابع ایالتی و موسسات خیریه تامین شده است. تعداد کودکان بی‌سرپرست چند برابر شده است. مقامات در بسیاری از ایالت‌ها می‌گویند دیگر هیچ پولی حتی برای حمایت از این کودکان باقی نمانده است. فهرست انتظار در بسیاری از مراکز درمان اعتیاد به‌شدت طولانی شده است.

گران‌ترین داروی تاریخ: بیش از دو میلیون دلار برای هر بیمار

bit.ly/2wDImZw

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) گران‌ترین داروی تاریخ به نام Zolgensma را که توسط شرکت AveXis وابسته به غول داروسازی نوارتیس تولید شده، به قیمت ۲/۱۲۵ میلیون دلار برای هر بیمار تایید کرد. اگر کودکان مبتلا به بیماری بسیار نادر و مرگبار آتروفی عضلانی نخاعی (SMA) آن‌قدر خوش‌شانس باشند که به این داروی ژن‌درمانی دسترسی پیدا کنند، جان آنان تنها با یک نوبت درمان با این دارو نجات خواهد یافت.

آتروفی عضلانی نخاعی همان بیماری است که اشاره دکتر هاشمی، وزیر بهداشت پیشین ایران، به مقرون به‌صرفه نبودن آن در یک برنامه تلویزیونی، جنجال‌آفرین شده بود. این بیماری نوعی اختلال ژنتیکی است که در آن اعصاب مسوول کنترل عضلات دچار تخریب شده و باعث تحلیل عضلات می‌شود. کودکانی که به نوع شدید این اختلال مبتلا باشند، تا دومین سالگرد تولد خود زنده نمی‌مانند.

داروی Zolgensma حاوی ویروس‌های دستکاری ژنتیکی شده‌ای است که حامل نسخه‌های سالم ژن معیوب در آتروفی عضلانی نخاعی (SMN۱) هستند.

باورهای زنان درباره آزمایش ژنتیک جنین

bit.ly/2VyTkxD

این نظرسنجی از شماره مارس مجله Obstetrics & Gynecology نشان می‌دهد آزمایش ژنتیک جنین برای بیشتر مادران اهمیت دارد.

از حدود ۵۰۰ زن باردار در ویرجینیای شمالی که بیشتر آنان سفیدپوست و معتقد بودند که مذهب برای‌شان بسیار مهم است، حدود ۹۰٪ تمایل به اطلاع از ابتلای جنین به وضعیت‌های جدی و قابل پیشگیری داشتند. بیشتر آنان همچنین می‌خواستند به اطلاعات دیگر در زمینه سلامت نیز دست یابند. اطلاع از شکل ظاهری جنین تنها برای ۴۰٪ مادران مهم بود.

تمایل به اطلاع از ابتلای جنین به ناهنجاری مادرزادی و ختم بارداری در حدود یک‌سوم مادران گزارش شده است. بیشتر زنان می‌خواستند به همه گزینه‌ها و اطلاعات دسترسی داشته باشند تا تصمیم آگاهانه‌تری بگیرند.

با توجه به دسترسی فزاینده افراد به آزمایش ژنتیک و کیت‌های خودانجام (DIY)، این مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر زنان اگر توان پرداخت هزینه یا پوشش بیمه‌ای مناسب داشته باشند، مایل به انجام این آزمایش‌ها هستند. نکته نگران‌کننده این است که تفسیر نتایج این آزمایش‌ها گاه پیچیده است و به بسیاری از پزشکان نیز آموزش‌های لازم برای ارایه مشاوره صحیح به این بیماران داده نشده است.

ترموگرافی نمی‌تواند جایگزین ماموگرافی باشد

bit.ly/2UXODxQ

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) در ماه فوریه هشدار داد در صورت انجام ترموگرافی، این روش نمی‌تواند جایگزین ماموگرافی برای غربالگری سرطان پستان باشد. در روش ترموگرافی، الگوی جریان خون و حرارت در

پستان با استفاده از اشعه مادون قرمز تعیین می‌شود. اداره غذا و دارو این روش را به‌عنوان یک روش تکمیلی و کمکی در کنار ماموگرافی تایید کرده است.

محدودیت اصلی ترموگرافی، موارد متعدد نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب آن است. در افرادی که برای غربالگری سرطان منحصراً به ترموگرافی بسنده کنند، این خطر وجود دارد که سرطان آنان در مراحل زودرس و قابل درمان تشخیص داده نشود.

بهینه‌سازی فرآیند درخواست آزمایش شمارش و فرمول

bit.ly/2EUPc1v

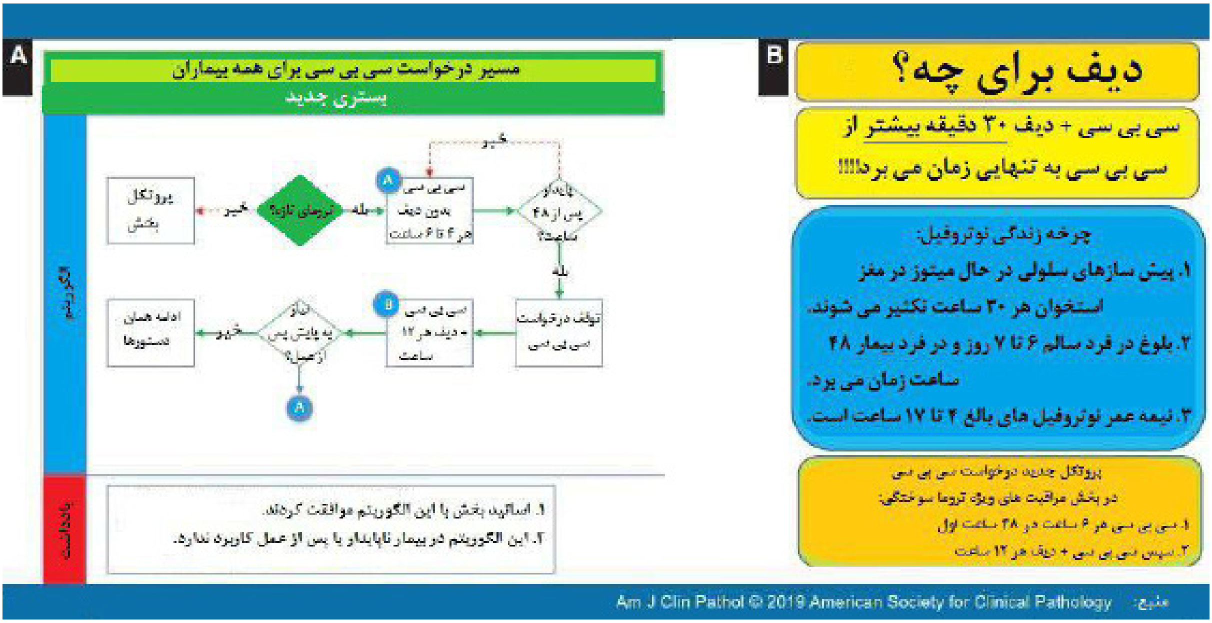
این پژوهش از شماره مارس Am J Clin Pathol نشان می‌دهد آزمایش شمارش کامل (CBC) و فرمول (Diff) حدود ۱۰ برابر بیشتر از شمارش به‌تنهایی درخواست می‌شود. بیشترین درخواست شمارش و فرمول در بخش مراقبت‌های ویژه تروما و سوختگی گزارش شده است. آزمایش فرمول و شمارش برای اغلب بیماران در این بخش هر ٤ تا ١٢ ساعت تکرار می‌شود. تلاش این پژوهشگران در بیمارستان بیرمنگام در دانشگاه آلاباما با ارایه آموزش‌های صحیح باعث شد تعداد این آزمایش‌ها کاهش و فواصل تکرار آن‌ها افزایش یابد.

هزینه سلامت در ایالات متحده در سال ۲۰۱۸ بالغ بر ۳/٦ تریلیون دلار برآورد شده که احتمالاً ۷۵۰ میلیارد دلار آن در صورت حذف ریخت‌وپاش، سوءمدیریت، فساد و اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری و اضافی قابل صرفه‌جویی است. در این میان ، بیشترین سهم را اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری دارد.

بنیاد بورد طب داخلی آمریکا در سال ۲۰۱۲ کارزار انتخاب هوشمندانه (Choosing Wisely campaign) را با هدف افزایش آگاهی از اقدامات تشخیصی غیرضروری آغاز کرد. در حال حاضر، بیش از ۷۰ انجمن و سازمان به این کارزار پیوسته‌اند و توصیه‌هایی برای کاهش این آزمایش‌های اضافی ارایه کرده‌اند.

توصیه این کارزار در زمینه آزمایش شمارش و فرمول این است که از انجام آزمایش روتین و تکراری در بیمارانی که شرایط پایدار دارند خودداری شود. این درخواست تنها در بیمارانی مجاز است که دچار علایم یا در خطر کم‌خونی باشند، یا بیمار در حال خونریزی فعال یا مثلاً به‌دلیل جراحی در معرض خطر خونریزی باشد، علایم عفونت وجود داشته باشد، یا بیمار مبتلا به اختلال یا تحت درمانی باشد که سلول‌های خونی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد.

با توجه به‌این‌که نوتروفیل‌ها کوتاه‌ترین نیمه‌عمر را در بین سلول‌های خونی دارند، فواصل تکرار آزمایش شمارش و فرمول را می‌توان براساس زمانی که برای تبدیل آخرین سلول پیش‌ساز نوتروفیل به نوتروفیل بالغ لازم است، برآورد کرد. مطالعات متعدد نشان داده که این فاصله در شرایط سلامت ٦ تا ۷ روز و در شرایط بیماری ۲ روز است.



نتایج عملی آزمایش اچ‌پی‌وی به‌عنوان غربالگری اولیه سرطان سرویکس

bit.ly/2wGJpba

این مطالعه از شماره فوریه مجله پزشکی انگلستان بر روی حدود ۶۰۰ هزار زن ۲۴ تا ۶۴ ساله نشان می‌دهد حساسیت آزمایش ویروس زگیل انسانی (HPV) در شناسایی ضایعات پیش‌بدخیم سرویکس بیشتر از پاپ اسمیر است و شیوع ابتلای بعدی به این ضایعات نیز در افرادی که فاقد انواع پرخطر ویروس (HPV ۱۸/۱۶) هستند بسیار کمتر از آن‌هایی است که پاپ اسمیر منفی دارند.

نتایج این مطالعه در توافق با چندین کارآزمایی تصادفی‌شده‌ای است که به مقایسه آزمایش اچ‌پی‌وی و سیتولوژی سرویکس پرداخته‌اند. غربالگری از نظر انواع پرخطر ویروس زگیل انسانی (hrHPV)، در مقایسه با سیتولوژی منجر به تشخیص موارد بیشتری از ضایعات داخل اپی‌تلیال سرویکس درجه ۲ و بالاتر (CIN ۲+) می‌شود. بروز آتی این ضایعات نیز در صورت منفی شدن تست hrHPV کمتر است و به‌همین دلیل می‌توان فواصل غربالگری را افزایش داد.

در سال‌های اخیر اجرای برنامه‌های مختلف غربالگری سرطان سرویکس با کاهش قابل توجه موارد ابتلا به این سرطان همراه بوده و در حال حاضر، بیشتر موارد ابتلا به سرطان سرویکس در زنانی مشاهده می‌شود که در هیچ‌یک از این برنامه‌ها شرکت نکرده‌اند.

اسپری بینی اسکتامین برای افسردگی مقاوم

bit.ly/2EGkhF0

reut.rs/2Mwjiid

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) در ماه مارس اسپری بینی اسکتامین (اسپراواتو) ساخت شرکت جانسون و جانسون را برای درمان موارد مقاوم افسردگی ماژور در بزرگسالان تایید کرد. این دارو از نظر شیمیایی تصویر آینه‌ای داروی بیهوشی کتامین است و حتماً باید همراه با یک ضدافسردگی خوراکی تجویز شود.

به‌دلیل خطر سوءمصرف، تجویز این دارو باید با راهبرد ارزیابی و کنترل خطر همراه باشد. روی برچسب دارو نیز باید عبارت «خطر گسستگی (dissociation، ناتوانی در یادآوری یا شناسایی تجربه‌های پیشین)، خواب‌آلودگی و افکار خودکشی» قید شود.

اسپری توسط خود بیماران مصرف می‌شود ولی این کار باید در مطب پزشک و تحت نظارت پزشک انجام شود. بیماران تا روز بعد حق رانندگی ندارند. مقدار مصرف توصیه‌شده دو نوبت در هفته به‌مدت یک تا ۴ هفته و سپس یک نوبت هر یک یا دو هفته است. به گزارش رویترز، هزینه این روش درمانی برای هر نوبت بین ۵۹۰ تا ۸۸۵ دلار و برای یک ماه اول بین ۴۷۰۰ تا ۶۸۰۰ دلار برآورد شده است.

تازه‌ترین دستورالعمل تشخیص و درمان آنفلوانزا

bit.ly/2wDwkQ3

برخی رووس این دستورالعمل که نسخه به‌روزشده (۲۰۱۹) آن از سوی انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا (IDSA) در شماره دسامبر مجله Clin Infect Dis منتشر شده به شرح زیر است:

– آزمایش آنفلوانزا در بیماران سرپایی در فصل فعالیت آنفلوانزا و در موارد پرخطر (علایم آنفلوانزا در زمینه اختلال ایمنی، ذات‌الریه، شروع حاد علایم تنفسی با یا بدون تب، تشدید اختلال طبی مزمن) که تشخیص می‌تواند بر تصمیم‌گیری درباره نحوه درمان تاثیر بگذارد، توصیه می‌شود.

– آزمایش آنفلوانزا در فصل فعالیت آنفلوانزا در هنگام پذیرش همه بیمارانی که باید به‌دلیل کسالت حاد تنفسی (شامل ذات‌الریه با یا بدون تب)، تشدید بیماری قلبی-ریوی مزمن، اختلال تنفسی حاد (با یا بدون تب) در زمینه اختلال ایمنی یا خطر بالای وقوع عوارض آنفلوانزا بستری شوند، توصیه می‌شود.

– آزمایش آنفلوانزا در همه بیماران بستری در بیمارستان که در فصل فعالیت آنفلوانزا دچار مشکلات تنفسی حاد (با یا بدون تب) می‌شوند، توصیه می‌شود.

– در زمان‌های غیر از فصل فعالیت آنفلوانزا، آزمایش آنفلوانزا در موارد فوق مشروط به وجود سابقه تماس با

فردی که تشخیص آنفلوانزا در وی قطعی شده یا سابقه مسافرت به منطقه‌ای است که فعالیت آنفلوانزا در آن‌جا گزارش شده است.

– نمونه ارجح برای آزمایش آنفلوانزا ترشحات نازوفارنکس است که باید ترجیحاً طی ٤ روز ابتدای شروع علایم گرفته شود. در صورت عدم دسترسی به نمونه ترشحات نازوفارنکس، سواب گلو و بینی نیز قابل قبول است. سواب‌های پُررشته (flocked) به‌دلیل استفاده از الیاف خاصی که قدرتِ جذب بالایی برای سلول و ارگانیسم دارند، بهتر از سواب‌های معمولی هستند.

– جمع‌آوری نمونه غیرتنفسی، نمونه خون یا سرم در آنفلوانزای فصلی توصیه نمی‌شود.

– در نمونه‌های سرپایی، آزمایش مولکولی سریع (rapid molecular assays) بر پایه روش‌های تقویت اسید نوکلئیک، به سایر روش‌های سریع تشخیص آنفلوانزا ترجیح داده می‌شود.

– در بیماران بستری در بیمارستان، RT-PCR یا سایر تست‌های مولکولی ارجح هستند. در بیمارانی که اختلال ایمنی دارند آزمایش پانل تشخیصی پاتوژن‌های تنفسی شامل آنفلوانزا (multiplex RT-PCR) توصیه می‌شود.

– نتایج منفی آزمایش ایمونوفلورسانس و سایر تست‌های آنفلوانزا در بیماران بستری باید با روش‌های مولکولی حساس‌تر مانند RT-PCR تایید شود.

– کشت ویروس برای تشخیص اولیه آنفلوانزا توصیه نمی‌شود.

– سرولوژی برای تشخیص آنفلوانزا توصیه نمی‌شود.

– در موارد زیر درمان آنفلوانزا در اطفال و بالغین به‌محض شک به تشخیص، بدون توجه به سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا، باید با داروهای ضدویروسی آغاز شود: بیمارانی که با شک به تشخیص آنفلوانزا بستری شوند؛ بیماران سرپایی با بیماری شدید یا پیشرونده؛ اطفال زیر ۲ سال و سالمندان ٦۵ سال به بالا؛ زنان باردار و ۲ هفته اول پس از زایمان.

– افراد زیر پرخطر نیستند ولی بهتر است درمان ضدویروسی را در آنان آغاز کرد: بیماران سرپایی که ۲ روز یا کمتر از آغاز علایم آنان می‌گذرد؛ بیماران سرپایی که در منزل خود در تماس با افراد پرخطر از نظر عوارض آنفلوانزا هستند؛ بیماران سرپایی که به‌دلیل شغل خود در تماس با افراد پرخطر از نظر آنفلوانزا هستند مانند پرسنل بیمارستان‌ها یا مراکز مراقبت از سالمندان.

– رژیم دارویی ارجح شامل یکی از مهارکننده‌های نورامینیداز (اوسلتامی‌ویر [تامی‌فلو] خوراکی، زانامی‌ویر استنشاقی، یا پرامی‌ویر داخل وریدی) است که باید در اولین فرصت آغاز شود.

– مدت درمان در موارد سرپایی و بدون عارضه ۵ روز به شکل خوراکی یا استنشاقی یا یک نوبت تزریق داخل وریدی است.

– پیشگیری دارویی (کموپروفیلاکسی) طولانی‌مدت تنها در مواردی توصیه می‌شود که خطر بسیار بالای عوارض آنفلوانزا مطرح بوده، واکسن در دسترس نباشد یا تزریق آن ممنوع یا پیش‌بینی اثربخشی احتمالی آن پایین باشد. کموپروفیلاکسی کوتاه‌مدت علاوه بر تزریق واکسن نیز در افراد پرخطر یا افرادی که در تماس با آنان هستند توصیه می‌شود.

تازه‌ترین دستورالعمل درمان کولیت اولسراتیو

bit.ly/2IgaozG

برخی رووس مهم این دستورالعمل که از سوی کالج گوارش آمریکا در شماره مارس American Journal of Gastroenterology منتشر شده به‌شرح زیر است:

– تغییرات اصلی نسبت به دستورالعمل پیشین (۲۰۱۰) شامل آزمایش‌های جدید براساس سطح سرمی دارو و کالپروتکتین مدفوع و نیز درمان‌های جدیدتر مورد تایید اداره غذا و دارو (FDA) مانند بودزوناید، ودولیزوماب و توفاسی‌تی‌نیب است.

– غربالگری مبتلایان به کولیت اولسراتیو از نظر اضطراب و افسردگی توصیه می‌شود.

– کالپروتکتین مدفوع، نشانگر جانشین (surrogate) آندوسکوپی برای ارزیابی التیام مخاطی در مواردی است که آندوسکوپی در دسترس یا عملی نیست.

– در موارد کولیت متوسط (moderately active UC) درمان کورتیکواستروئید غیرسیستمیک مانند بودزوناید مولتی‌ماتریکس (MMX) پیش از درمان سیستمیک توصیه می‌شود.

– در موارد کولیت متوسط تا شدید، درمان با ودولیزوماب توصیه می‌شود.

– در موارد کولیت متوسط تا شدید، درمان با توفاسی‌تی‌نیب توصیه می‌شود.

– ایفلیکسی‌ماب یا سیکلوسپورین خطر عوارض پس از عمل جراحی را افزایش نمی‌دهند و جزو موارد منع

کولکتومی نیستند.

– در موارد کولیت شدید حاد (acute severe UC) همراه با عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل، مصرف وانکومایسین به‌جای مترونیدازول توصیه می‌شود.

– کولونوسکوپی نظارتی در مبتلایان به کولیت اولسراتیو در فواصل ۱ تا ۳ ساله براساس میزان خطر ابتلا به سرطان کولون و یافته‌های کولونوسکوپی قبلی توصیه می‌شود.

تازه‌ترین توصیه‌ها برای پیشگیری از غرق‌شدگی

bit.ly/2u9cx9O

آکادمی طب اطفال آمریکا در ماه مارس راهنمای جدیدی برای پیشگیری از غرق‌شدگی منتشر کرد. برخی رووس این راهنما به شرح زیر است:

– غرق‌شدگی سومین علت مرگ ناشی از صدمات غیرعمد در اطفال ۵ تا ۱۹ ساله است.

– آموزش شنا را می‌توان از یک‌سالگی آغاز کرد ولی حتی بهترین درس‌های شنا نیز به‌معنی مصونیت قطعی نیست. مهم‌ترین اقدام در منازلی که استخر دارند، ایمن‌سازی محیطی با نرده‌کشی کامل در اطراف استخر است.

– مشاوره در زمینه اقدامات پیشگیرانه و احتیاطی در خانواده‌های اطفال مبتلا به اختلالات صرعی، طیف اختلالات اوتیسم و آریتمی‌های قلبی توصیه می‌شود.

– مشاوره در زمینه اقدامات پیشگیرانه و احتیاطی در خانواده‌های نوجوانانی که سابقه مصرف الکل یا داروهای غیرمجاز دارند توصیه می‌شود.

– فرصت بحث آشکار درباره توانایی شنا باعث جلوگیری از اغراق در این زمینه توسط والدین می‌شود.

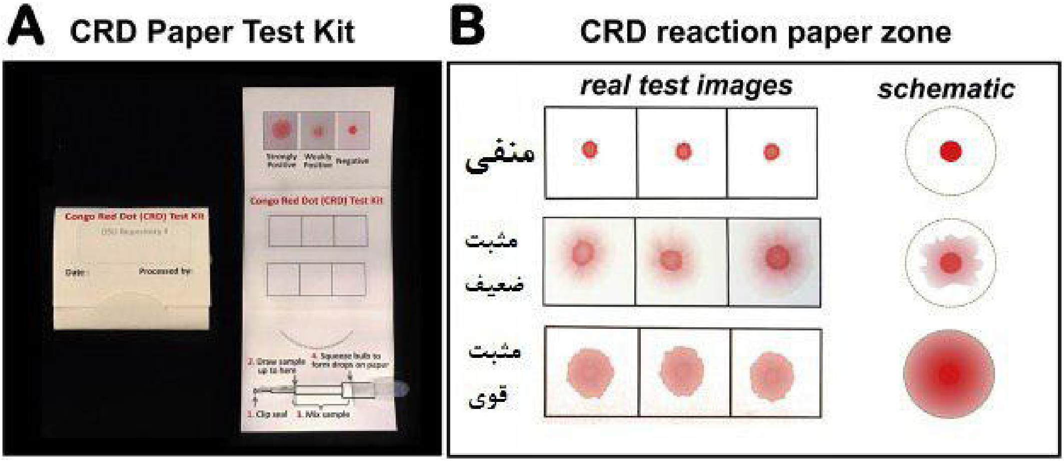
– به‌جای نزدیک غرق‌شدگی (near drowning) استفاده از اصطلاح غرق‌شدگی غیرمرگبار (nonfatal drowning) توصیه می‌شود.

– تشویق به شرکت در برنامه‌های شنا به‌ویژه در خانواده‌های کم‌درآمد، خانواده‌های نامتعارف (diverse family یا خارج از روابط زناشویی متعارف: مثل ناپدری، نامادری، فرزندخواندگی، چندهمسری، والدین دگرباش جنسی، تفاوت‌های نژادی یا فرهنگی بین والدین و...) و خانواده‌هایی که کودک مبتلا به ناتوانی تکاملی دارند.

رنگ قرمز کنگو برای تشخیص مسمومیت بارداری (پره‌اکلامپسی)

bit.ly/2Mw97tY

رنگ قرمز کنگو یک ترکیب آلی از گروه رنگ‌های آزو است که در آزمایشگاه عمدتاً برای رنگ‌آمیزی و تشخیص بیماری آمیلوئیدوز به‌کار می‌رود. اخیراً گروهی از پژوهشگران در کالج پزشکی شیکاگو با استفاده از رنگ قرمز کنگو توانسته‌اند روشی بسیار ساده، غیرتهاجمی و ارزان‌قیمت برای تشخیص زودرس مسمومیت بارداری (پره‌اکلامپسی) ابداع کنند. نتایج این پژوهش در شماره مارس E-Clinical Medicine که توسط لانست منتشر می‌شود نشان می‌دهد آزمایش Congo Red Dot (CRD) از صحت و دقت بالایی برای تشخیص یا



رد تشخیص پره‌اکلامپسی برخوردار است. این آزمایش روی نمونه ادرار انجام و نتایج در عرض ۳ دقیقه حاضر می‌شود.

پره‌اکلامپسی و مرحله پیشرفته آن (اکلامپسی یا مسمومیت بارداری) عامل اصلی مرگ مادران و زایمان زودرس در ایالات متحده و جزو پنج علت اول مرگ مادر در سراسر جهان است. درمان قاطعی برای این اختلال وجود ندارد و پزشکان در موارد شک به این تشخیص، اغلب ترجیح می‌دهند برای نجات جان مادر، زایمان را جلوتر بیاندازند. زایمان زودرس خطر نارسی، معلولیت، فلج و مرگ نوزاد را افزایش می‌دهد و هزینه قابل‌توجهی بر خانواده‌ها و دولت‌ها تحمیل می‌کند.

تشخیص پره‌اکلامپسی به‌طور سنتی بر دو پایه پروتئینوری (دفع پروتئین در ادرار) و پرفشاری (افزایش فشار خون) استوار است. در مواردی که آزمایش پروتئین ادرار منفی باشد، پزشکان برای تشخیص ممکن است از علایم غیراختصاصی‌تر مانند سردرد، اختلال بینایی یا درد پهلو یا شکم استفاده کنند و این باعث افزایش موارد مثبت کاذب می‌شود.

اساس آزمایش CRD این است که ادرار زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی حاوی نوعی پروتئین کژتابیده (misfolded) با ساختار سه‌بعدی غیرطبیعی است که با رنگ قرمز کنگو ترکیب می‌شود. در حال حاضر شرکت GestVision در حال طی مراحل تولید تجاری کیت این آزمایش و دریافت تاییدیه FDA است. حساسیت این تست برای تشخیص پره‌اکلامپسی حدود ۸۰ درصد، ویژگی آن حدود ۸۹ درصد، ارزش پیش‌بینی منفی آن حدود ۹۲ درصد و صحت تشخیصی آن حدود ۸۷ درصد گزارش شده است.

مرحله‌بندی جدید سرطان پستان، اضافه شدن نشانگرهای مولکولی و حذف کارسینوم لبولار درجا (LCIS)

bit.ly/2Wjuz4S

با انتشار ویراست هشتم (۲۰۱۹) دست‌نامه مرحله‌بندی (staging) سرطان توسط کمیته مشترک سرطان آمریکا (AJCC) و افزوده شدن عوامل بیولوژیک و پانل‌های مولتی‌ژن به مرحله‌بندی سرطان پستان، نقش مرحله‌بندی این سرطان در تعیین پیش‌آگهی این بیماران پررنگ‌تر خواهد شد.

نکته دیگر در مرحله‌بندی جدید، شفافیت بیشتر از نظر مرحله‌بندی پاتولوژیک گسترش موضعی تومور (pT) و گرفتاری لنفاوی (pN) است. کارسینوم لبولار درجا (LCIS) دیگر جزو بدخیمی‌های پستان نیست. در طبقه‌بندی پیشین، این ضایعه یک تومور غیرمهاجم درجا (Tis) تلقی می‌شد که در ویراست جدید حذف شده است.

عوامل تعیین‌کننده پیش‌آگهی سرطان پستان به‌طور سنتی شامل سن، درجه تومور (grade)، زیرنوع (ساب‌تایپ) هیستولوژیک، وضعیت گیرنده هورمونی (استروژن، پروژسترون) و گیرنده ۲ فاکتور رشد اپیدرم انسان (HER۲)، تهاجم عروقی، و حاشیه (مارژین) تومور است.

اخیراً بر اهمیت عوامل ریزمحیطی (microenvironmental) تومور مانند لنفوسیت‌های ارتشاحی تومور (tumor-infiltrating immune lymphocytes) نیز در پیش‌آگهی سرطان پستان تاکید شده است.

در ویراست‌های پیشین مرحله‌بندی سرطان پستان به نقش عوامل مولکولی توجه نشده بود. در ویراست هشتم این مرحله‌بندی به سابقه درمان ادجوانت و پانل‌های مولتی‌ژن به عنوان تغییردهنده مرحله (stage modifier) توجه شده است. به این ترتیب، مرحله‌بندی جدید یک مرحله‌بندی پروگنوستیک است که امکان طبقه‌بندی دقیق‌تری را نسبت به مرحله‌بندی سنتی یا TNM که یک مرحله‌بندی آناتومیک بود، فراهم می‌کند.

بیماران مبتلا به سرطان پستان تریپل-نگاتیو (ER منفی، PR منفی و HER۲ منفی) بدون گرفتاری گره لنفی را می‌توان توسط یکی از پانل‌های مولتی‌ژن مانند gene Oncotype Dx Recurrence Score-۲۱، MammaPrint، gene EndoPredict-۱۲ یا PAM۵۰ ارزیابی کرد.

تعریف T و N پاتولوژیک نیز شفاف‌تر شده است. حداکثر قطر تومور مهاجم (maximum invasive tumor) برای تعیین pT به‌کار می‌رود. برای این کار، اندازه‌گیری ماکروسکوپی باید توسط مشاهده میکروسکوپی تایید شود ولی البته کانون‌های تهاجم میکروسکوپیک یا فضاهای کیستی در این اندازه‌گیری محاسبه نمی‌شود.

در موارد درمان نئوادجوانت، بزرگ‌ترین قطر کانون تومور باقیمانده تحت عنوان ypT گزارش می‌شود. حرف m نیز نشان‌دهنده کانون‌های متعدد تومور باقیمانده است.

تغییر ژنوم انسان با هدف ریشه‌کنی اچ‌آی‌وی، چه پیامدهایی خواهد داشت؟

go.nature.com/2QJVPZ1

مطالعه‌ای که در شماره ژوئن مجله Nature منتشر شده نشان می‌دهد جهش گیرنده CCR۵ (دلتا ۳۲) با این‌که دارای اثرِ محافظتی در مقابل عفونت اچ‌ای‌وی است، احتمالاً عواقب خطرناک و مرگباری برای انسان خواهد داشت. بیشتر سویه‌های ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) برای ورود به سلول‌های هدف و آلوده کردن آن‌ها نیاز به گیرنده CCR۵ دارند. مطالعات پیشین نشان

جراحی مغز در مناطق جنگی

دیان کول

ترجمه: دکتر بابک عزیز افشاری

در پاسخ به درخواست مصاحبه با این جراح اعصاب ۳۲ ساله مصری، که پنج سال اخیر را در سوریه و دو سال را در ادلب، در شمال‌غربی این کشور بود، این پیام را از طریق اسکایپ دریافت کردیم: «بابت تاخیر در پاسخ متاسفم. امروز زیر بمباران هوایی مداوم بودیم. تمام روز بیمار اورژانسی داشتم.»

بمباران از اواخر ماه آوریل آغاز شده است. براساس گزارش‌ها، ۱۹ بیمارستان و درمانگاه تخریب شده یا آسیب دیده است و این باعث شده سیستم درمانی بیش از پیش مختل شود. گفت‌وگو با دکتر عمر ابراهیم، از طریق اسکایپ و در روز ۳۱ می، در فاصله‌ای انجام شد که او در حال استراحت بود.

الان کجا هستی؟

در جنوب ادلب هستم، در یک بیمارستان که البته به‌دلیل حملات به زیرزمین پناه برده‌ایم. برای همه اعمال جراحی فقط دو اتاق عمل داریم. در حال حاضر، تنها بیمارستان در جنوب ادلب هستیم که کار می‌کند.

هر روز چند مریض می‌بینید؟

هر روز حدود ۵۰ مراجعه‌کننده داریم که بیشتر آن‌ها مصدومین جنگی یا تصادفات اتومبیل و سایر وضعیت‌های اورژانسی هستند. امکان جراحی الکتیو (غیراورژانسی) وجود ندارد. یک جراح عمومی، یک جراح عروق و چند متخصص دیگر. من به‌عنوان جراح اعصاب، بیشتر جراحی مغز و نخاع انجام می‌دهم.

برنامه کاری شما چگونه است؟

هر هفته چهار یا پنج روز کار می‌کنم. ساعت ٤ صبح می‌خوابم و ۹ یا ۱۰ بیدار می‌شوم؛ ولی در این فاصله ممکن است مورد اورژانسی پیش بیاید. خواب منظم معنی ندارد و یکی از مشکلات همین است.

مورد خاصی بوده که تو را متاثر کرده باشد؟

بچه‌هایی که با آسیب شدید مغز می‌آیند، در حال مرگ یا دچار مرگ مغزی هستند. در بیشتر بمباران‌ها یک یا دو کودک با آسیب شدید مغز می‌بینید. صدها مورد از این‌ها دیده‌ام. گاهی بریده بریده نفس می‌کشند و در حال مرگ هستند و در بیمارستان فوت می‌کنند. دیدن آن‌ها و این‌که نمی‌توانی برای نجات جان‌شان کاری بکنی، واقعاً خیلی ناراحت‌کننده است.

From:
How To Do Brain Surgery In A War Zone
June 3, 20194 (n.pr/2WcKVfG)

ادامه در...
۱۷٦٤/t.me/pezeshkangil
۷٤۲۲=pezeshkangil.com/?p

داده افرادی که هر دو نسخه ژن مربوط به این گیرنده در آنان جهش‌یافته (هوموزیگوس) باشند در مقابل ابتلا به اچ‌آی‌وی مصونیت دارند.

در مطالعه اخیر، با شرکت بیش از ۴۰۰ هزار نفر ۴۱ تا ۷۶ ساله در انگلستان، میزان مرگ‌ومیر در افرادی که از نظر جهش دلتا ۳۲ هوموزیگوس بودند ۲۱ درصد بیشتر از افراد هتروزیگوت یا افرادی گزارش شده که فاقد جهش نامبرده بودند. این فرضیهٔ مطرح شده که جهش هوموزیگوس ژن دلتا ۳۲ احتمالاً باعث بدتر شدن پیش‌آگهی عفونت‌هایی مانند آنفلوانزا می‌شود.

همچنین اپیدمی‌های عفونی مانند آبله، طاعون و تیفوئید که در طول تاریخ گریبان کودکان و جوانان را گرفته، ممکن است در طی قرن‌ها به‌نوعی منجر به انتخاب طبیعی و حذف این جهش شده باشد و به‌همین دلیلِ تعداد افرادی که این ژن را دارند بسیار کم است (مثلاً کمتر از ۱۰ درصد افراد در نژاد اروپایی دست‌کم یک نسخه از جهش دلتا ۳۲ را دارند).

اهمیت یافته‌های این تحقیق در تاکید بر لزوم احتیاط بیشتر در انجام پژوهش‌هایی است که با هدف مبارزه با اچ‌آی‌وی، برای تغییر ژنوم انسان انجام می‌شود. تاکنون درمان ایدز تنها در دو مورد (موسوم به بیمار برلین و بیمار لندن) از طریق تغییر ژنتیکی و ایجاد جهش دلتا ۳۲ در ژن CCR۵ موفقیت‌آمیز بوده است. هر دو بیمار فوق مبتلا به سرطان خون و نامزد پیوند مغز استخوان بودند و برای عمل پیوند از اهداکنندگانی استفاده شد که از نظر جهش دلتا ۳۲ هوموزیگوت بودند.

مطالعات متعددی در این زمینه در حال انجام است. یک مطالعه کوچک با هدف حذف ژن CCR۵ بدون انجام پیوند مغز استخوان و با استفاده از Zinc-finger nuclease انجام شده و در یک گزارش جنجالی دیگر، یک محقق چینی تلاش کرده با استفاده از فناوری CRISPR و ویرایش ژنوم، ژن‌های CCR۵ دو نوزاد را که مادر اچ‌آی‌وی-منفی و پدر اچ‌آی‌وی-مثبت داشتند، حذف کند.

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

اشتراک پزشکان گیل

برای اشـتراک «پزشـکان گیل» لطفاً مبلغ اشـتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شـماره) را به حسـاب شماره ۳۱۳۱۵۶۷ یـا کارت ۶۱۳۳ ۰۱۳۲ ۶۳۱۸ ۵۸۹۴ (رفـاه همراه) به نام محمدتقـی یحیی جوزی واریز فرمایید. سـپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه پزشکان گیل، صندوق پسـتی ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵» بفرستید، به شماره ۰۱۳-۳۳۳۶۷۷۳۰ فکس کنید یا شماره فیش و اطلاعات این فرم را به نشـانی 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

شرح حرفه در قرن بیست‌ویکم (۲)

Salvatore Mangione, MD[1], Jennifer Fisher Wilson, MS[2] and Steven K. Herrine, MD[1]

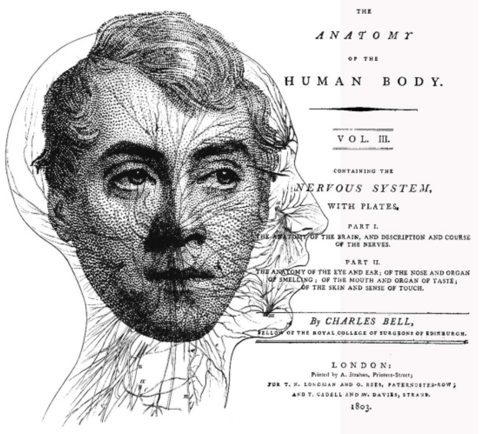
ترجمه: مهراب جوزی

چکیده: نوعی بحران هویت گریبان پزشکی را گرفته که ممکن است راه‌حل آن مرور تاریخ غنی از افراد چندوجهی باشد که مرزهای تعریف دقیق واژه «طبیب» را جابه‌جا کردند؛ افرادی که در دیگر عرصه‌های بشریت هم خوش درخشیدند و راه دیگری از پزشک شدن را بر ما نمایان ساختند. این مقاله ۱۲ کهن‌الگو یا سرنمون (Archetypes) حرفه پزشکی را بررسی می‌کند که از آغاز بخشی از آن بودند و این اواخر به فراموشی سپرده شدند. هدف ما دستیابی به تفسیر و تاملی درونی است که طبق فرض اصلی آن، پزشک صرفاً یک تکنیسین قلمداد نمی‌شود. چنان‌چه فرض ما مقبول واقع شود، قدم بعدی شناسایی صفت‌های شخصی است که آن کهن‌الگوها را شکل داده است. بدین طریق می‌توانیم آن صفات را نیز در طول دوره‌های تحصیل آموزش دهیم.

۵. پزشک به‌مثابه نقاش/طراح: چارلز بل[۳] (۱۸۴۲–۱۷۷۴)

بل، فرزند آرام یک کشیش بلندپایه کلیسای اسقفی، مدرک پزشکی خود را در ادینبورگ [اسکاتلند] گرفت. در

همان ادینبورگ ماند، جراحی کرد، سرگرم آموزش شد و با برادرش *جان* به ترسیم و چاپ کتاب‌های آناتومی پرداخت؛ ولی پس از آن‌که همکاران حسود دانشگاهی مانع از پیشرفت کاری‌اش شدند، به لندن کوچ کرد. در لندن توانست نامی برای خود دست‌وپا کند؛ اما نه در پزشکی، بلکه در هنر. در ۱۸۰۶ اولین کتاب آناتومی برای نقاشان را منتشر کرد: «مقالاتی در باب آناتومی



حالات در نقاشی».

پس از آن به بیمارستان نظامی هسلر[۴] رفت. در آن‌جا این بخت را داشت تا تلفات جنگ شبه‌جزیره (پنیسولار)[۵] ولینگتون[۶] را هم درمان کند و هم نقاشی. این موقعیت سبب شد تا آخر عمر درگیر جنگ و اثر آن بر جان و روح آدمی شود. در ۱۸۱۵ هنگام جراحی زخمی‌های نبرد واترلو[۷] (میزان مرگ‌ومیر عمل‌های قطع عضو او ۹۰ درصد بود) طرح‌هایی ترسیم کرد که امروزه نیز ما را مبهوت می‌کند. بل ۳۰ سال در لندن ماند بیمارستان و مرکز آموزشی میدلسکس[۸] را تاسیس کرد، سپس پیش از مرگش به اسکاتلند بازگشت. از دکتر چارلز بل پدیده «فلج بل» و «قانون بل» به یادگار مانده است. طبق قانون بل، رشته‌های نخاعی قدامی شامل الیاف حرکتی هستند و رشته‌های نخاعی خلفی الیاف حسی از جمله پروپریوسپشن[۹] را در خود دارند. او در آن زمان نام «حس موقعیت» را حس ششم گذاشته بود که بعدها به پروپریوسپشن تغییر یافت.

۶. پزشک به‌مثابه نویسنده/نمایشنامه‌نویس: آنتون چخوف[۱۰] (۱۹۰۴-۱۸۶۰)

همچون سایر پزشکانِ نویسنده، *چخوف* نیز در بیشتر عمرش زندگی پیچیده وَ چندتکه‌ای را از سر گذرانید. او یک بار در نامه‌ای به یکی از دوستانش گفت: «پزشکی همسر قانونی من و ادبیات معشوقه من است.» با این‌حال، نوشتن پدیده‌ای تسکین‌دهنده برای فرونشاندن درد و رنج است؛ پس جای تعجب نیست که پزشکان نیز همچون شاعران و نویسندگان به‌علت پیشینه پربار در این پدیده، بسیار مورد احترام هستند. هرچه باشد، «آپولو» خداوندگار شعر و طب بود. پزشکان همچنین ناظران خط مقدم شرایط و حالات انسان‌اند و از این‌جهت

برای به قلم آوردن این‌که انسان بودن به چه معنی است، منحصربه‌فرد هستند. چخوف خود چنین معتقد بود: «شک ندارم که مطالعات من در پزشکی بر فعالیت‌های ادبی‌ام بسیار تاثیرگذار بوده است. پزشکی افق دیدم را بسط داد و مرا، به‌عنوان نویسنده، سرشار از دانشی کرد که ارزش واقعی آن را فقط یک پزشک درک می‌کند.» هرچه باشد، «نوع نگاه و مشاهده‌گری پزشک و هنرمند اشتراکات زیادی با هم دارند». سرآخر آن‌که پزشکان ذاتاً داستان‌گو هستند. از این‌رو، چخوف هیچ‌گاه ترک پزشکی نکرد، چون پزشکی برای او به صندلی ردیف اول تئاتر زندگی می‌مانست. پزشکی برای او علاوه بر این‌ها، کاتالیزوری بود برای آزمودن ژانرهای مختلف ادبی همچون روزنامه‌نگاری، طراحی کمیک، داستان کوتاه و مهم‌تر از همه نمایشنامه‌نویسی که اوج کارش بود. تم بیشتر کارهای او پزشکی است با تمرکز بر حوزه حوادث و وقایع روزمره که در نگاه اول ناخوشایند و خنده‌دار یا غریب به‌نظر می‌رسند، اما در واقع ویژگی و ارزش لازم برای توجه را دارند.

۷. پزشک به‌مثابه شاعر: جان کیتس[۱۱] (۱۸۲۱-۱۷۹۵)

دنی ابس[۱۲]، پزشک و شاعر ولزی نیز همچون چخوف، همواره می‌اندیشید که در خدمت دو پروردگار است: «شعر به‌گونه‌ای جادویی از تفکر منطقی گریزان است؛

John Keats
from a miniature by Joseph Severn

اما پزشکی مدرن در تلاش برای رسیدن به چنین تفکری است. راه این دو خلاف جهت هم است.» با این‌حال هر دو در یک امر مشترک هستند: درمانگری؛ اولی درمان روح است و دومی درمان جسم. پس همزیستی آن‌ها جای تعجبی ندارد. با این‌همه برای بسیاری از پزشک-نویسنده‌ها سخت بود با یک دست دو هندوانه بردارند. چنین بود که *جان کیتس* سرانجام نوشتن را برگزید. شاید هم دلیلش این بود که نمی‌توانست دردی را که در هنگام جراحی به بیمارانش وارد می‌آورد، تحمل کند. عشق او به پزشکی به شعر هم سرایت کرد. همدردی او با رنجی که بیماران می‌کشیدند و اشتیاقش به درمان، او را بدل به شاعر-پزشکی همچون آپولو کرد؛ و همه این‌ها بر بزرگی‌اش افزود. کیتس ۲۵ ساله بر اثر ابتلا به بیماری سل در شهر رم درگذشت و هنوز زیر کاج‌های رمی آرمیده است، با این سنگ‌نبشته بر مقبره‌اش: «این‌جا کسی آرامیده که نامش بر آب حک شده بود.»

۸. پزشک به‌مثابه موسیقی‌دان: الکساندر برودین[۱۳] (۱۸۸۷-۱۸۳۳)

برودین پزشک، شیمی‌دان، آهنگ‌ساز، معلم و فمینیست

[روسی] بود که بر چندین حوزه تسلط داشت ولی در واقع طبابت عشق اولش بود. این واقعیت با توجه به آن‌که او فرزند نامشروع یک شاهزاده گرجی و همسر یک پزشک ارتش بود، چندان عجیب به‌نظر نمی‌رسد. به‌عنوان نوازنده بسیار بااستعداد پیانو، فلوت، ویولن‌سل و ویولن که به چند زبان مسلط بود، پیش از آن‌که حرفه سراسر موفقیت خود را آغاز کند، با افتخار از مدرسه

پزشکی فارغ‌التحصیل شد ولی هیچ‌گاه مطالعه موسیقی را رها نکرد و در نهایت زمان کافی یافت تا سه سمفونی، دو کوارتت زهی و یک شعر سمفونیک خلق کند.

در واقع برودین نزدیک به ۶۰ اثر موسیقی نوشت که معروف‌ترین آن قطعه «رقص‌های پلوتسی»[۱۴] در اپرای ناتمام «شاهزاده ایگور» است. جالب آن‌که بخش‌هایی از این اپرا بعدها سر از برادوی درآورد و توانست سال‌ها پس از مرگ خالق، جایزه تونی را برای او به ارمغان بیاورد.[۱۵]

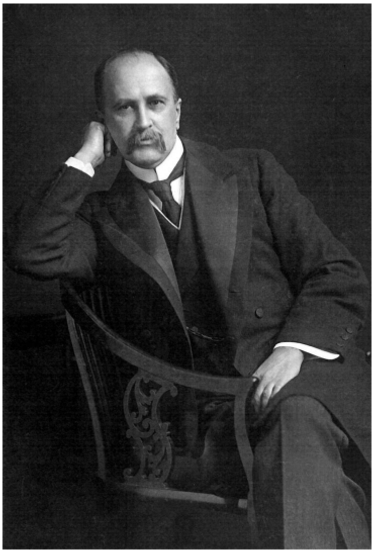
برودین لیبرالی پرشور و معتقد به حقوق زنان بود که پیش از مرگش در سن ۵۴ سالگی، برای نخستین بار در جهان مدرسه پزشکی زنان را در شهر سنت‌پترزبورگ بنیان گذاشت.

۹. پزشک به‌مثابه فیلمساز: دینو ریسی[۱۶] (۲۰۰۸–۱۹۱۶)

ریسی یکی از ابداع‌کنندگان کمدی ایتالیایی است؛ ژانری که عملاً تراژدی است ولی با خنده آمیخته است، همان‌گونه که *جرج برنارد شا* به‌طعنه گفته بود: «اگر قرار است حقیقت را به مردم بگویید، بهتر است اول آن‌ها را بخندانید وگرنه سرتان را می‌برند.» ریسی پیش از آن‌که سراغ مطالعه روانشناسی برود، در میلان و ژنو پزشکی خواند ولی خیلی در این حرفه دوام نیاورد. سال‌ها بعد گفت: «خیلی زود از سروکله زدن با بیمارانی که از درمان‌شان ناتوان بودم خسته شدم و به فیلم رو آوردم.» جالب آن‌که *ماریو مونیچلی*[۱۷]، یکی دیگر از خالقان کمدی ایتالیایی، نیز پیش از آن‌که استاد فلسفه شود، پزشکی می‌خواند. ریسی در طول دوران فیلمسازی سه بار کاندیدای اسکار شد؛ یک بار آن برای ساخت نسخه اصلی «بوی خوش یک زن» بود. آخرین آرزویش مردن در واترلو[۱۸] بود؛ چون «روی سنگ‌قبر بهتر به‌نظر می‌رسید.» در عوض در ۹۱ سالگی در رم درگذشت.

۱۰. پزشک به‌مثابه ماجراجو/سیاح: رابرت گریوز[۱۹] (۱۸۵۳–۱۷۹۷)

ایرلندی زاده دوبلین، با موهایی بلند و تیره، پوستی سبزه، منشی پرشور و سیمایی رسا، پیش از آن‌که طراح و نقاشی شود که حریصانه سراسر اروپا را می‌گردد و مناظر را نقاشی می‌کند، در ایرلند درس می‌خواند. در یادگیری زبان هم استعداد شگرفی داشت که یک بار هم کار دستش داد. وقتی از مرز اتریش عبور می‌کرد، به او اتهام جاسوسی زدند؛ چون باور نمی‌کردند یک خارجی بتواند آلمانی را چنان روان صحبت کند. یک بار هم که به سفر دریایی در دریای مدیترانه رفته بود، چنان کشتیِ طوفان‌زده و ملوانان یاغی‌اش را نجات داد، گویی که ذاتاً رهبر است. بعدها که به ایرلند برگشت، پزشکی حاذق و معلمی شوخ‌طبع شده بود. از نقطه‌نظر پزشکی، نام او با گواتر و اگزوفتالموس، اسکلرودرمی، ادم آنژیونورتیک و مردمک نوک‌سوزنی ناشی از خونریزی پونز (pin-sized pupils of pontine hemorrhage) مرتبط است. با این حال، شگفت‌انگیزترین نکته درباره موضوع دیگری است. دکتر رابرت گریوز ابداع‌کننده بی‌نام‌ونشان عقربه دوم در ساعت است. او با اختراع این عقربه توانست تعداد ضربان قلب را دقیق‌تر اندازه‌گیری کند، اما هیچ‌وقت منفعتی از آن نبرد، چون یادش رفت اختراع خود را ثبت کند!



۱۱. پزشک به‌مثابه یک انسان‌گرا: ویلیام آسلر (۱۹۱۹-۱۸۴۹)

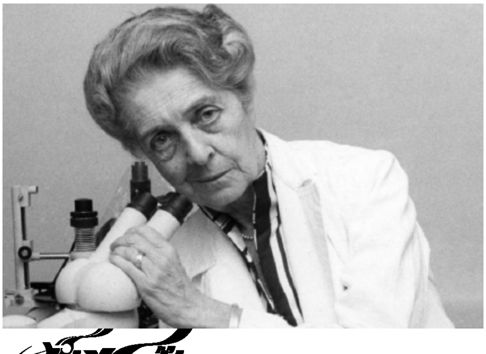
آسلر در جنگل‌های دورافتاده کانادا از پدری مسیحی متولد شد و خیلی زود به فکر پیوستن به روحانیون مسیحی افتاد. وی فردی بسیار جذاب، دلسوز، شوخ‌طبع، معلمی مهربان، پزشکی ماهر در تشخیص امراض و فردی نیک‌سیرت بود که همواره برای بیماران، به‌عنوان انسان‌های نیازمند کمک، احترام قایل بود. پس از سال‌ها تدریس در کانادا و آمریکا، به‌عنوان استاد پزشکی منصوب‌شده از جانب پادشاه[20] به آکسفورد رفت ولی کمی بعد پسرش در جنگ جهانی اول کشته شدو آسلر عمر خود را تا آخر با غم و اندوه به‌سر برد. وی همواره در تمام گفته‌ها، نوشته‌ها و اعمالش به این نکته اشاره می‌کرد که علوم انسانی «هورمون» حرفه‌ای‌گری است. او تا پیش از مرگش همچنان هشدار می‌داد چنان‌چه علوم (science) و علوم انسانی دو میوه از یک شاخه در نظر گرفته نشود، «آسیبی مهیب» به‌بار خواهد آمد.

۱۲. پزشک به‌مثابه فیلسوف: ریتا لوی-مونتالچینی[21] (۲۰۱۲-۱۹۰۹)

ریتا یکی از ۱۰ زنی است که نوبل پزشکی برده است. او پیش از آن‌که در استکهلم فاکتور رشد عصبی را کشف کند، زندگی در دو قرن، دو قاره و دو جنگ بزرگ را تجربه کرد. جالب آن‌که او در ابتدا آرزو داشت یک فیلسوف شود، تا آن‌که بعد از مرگ دایه مورد علاقه‌اش، به پزشکی گروید. با این‌حال او اذعان می‌کرد که «فاقد انزوای لازمی است که سبب برانگیخته شدن حس غمخواری نسبت به رنج بیماران، بدون دخالت احساسات زیان‌بار، می‌شود.»

ریتا در یک خانواده ثروتمند یهودی و پرسابقه در هنر به‌دنیا آمده بود. برادرش معماری مورد احترام بود. مادر و خواهرش نیز نقاش بودند. خود او نیز به‌سان یک هنرمند عمل می‌کرد. به‌جای تفکر خطی ترجیح می‌داد از حس و تخیل خود پیروی کند؛ این همان روشی بود که بعدها در آزمایشگاه به‌کار بست. او تصاویر خیلی از مقالاتش را خود می‌کشید. حتی جواهرات و لباسش را نیز خودش طراحی می‌کرد. نظرش به نظر انیشتین نزدیک بود که تفاوتی میان خلاقیت علمی و خلاقیت هنری وجود ندارد. با این اوصاف، او در عین‌حال در خانه نیز از تبعیض رنج می‌برد. پدرش رفتار مستبدانه‌ای داشت و با روحیه سرکوبگر سعی داشت دخترانش را از حضور در کالج منصرف کند. اصرارهای پدر راه به جایی نبرد؛ ریتا در نافرمانی و سرکشی پرآوازه بود. خودش سال‌ها بعد گفت «در سه سالگی تصمیم گرفتم هیچ‌گاه به مردان متکی نشوم، به‌جای آن درس بخوانم، ازدواج نکنم و بچه‌دار نشوم.»

سال‌ها بعد که در سن‌لوییس محققی برجسته شده بود، به همه همکاران کنجکاوش می‌گفت «خودش همسر خودش است». در تورین از دست سیاست‌های یهودی‌ستیزانه هیتلر و موسولینی جان سالم به‌در برد و به آمریکا رفت تا تحقیقاتش را ادامه دهد. با این‌حال، در یک سال آخری که در ایتالیا بود و به‌عنوان سناتور لیبرال طرفدار حقوق و تحصیل زنان فعالیت می‌کرد، با مقاومت‌هایی روبه‌رو می‌شد. در برخورد با مخالفان همواره متانت به‌خرج می‌داد و می‌گفت نظر مخالفانش برای او همچون قطرات آب روی



پر اردک می‌ماند. این کلام از لحاظ فلسفی شاید درست باشد، اما تعجب‌آور نیست؛ زیرا در اواخر عمر به عشق اولش بازگشت و مجموعه بی‌نظیری از پندهای خیال‌انگیز از خود به‌جا گذاشت. با چنین اعتقادات راسخی که تحصیل را راه غایی رهایی می‌دانست، در کشورهای درحال‌توسعه بنیادی برای زنان بنیان گذاشت. همیشه می‌گفت: «زنانی که جهان را عوض کردند، هیچ‌گاه نباید چیزی جز هوش‌شان را اثبات می‌کردند.» هنگامی‌که در سال ۲۰۱۲، در سن ۱۰۳ سالگی، درگذشت، هزاران ایتالیایی در خیابان‌ها به‌صف شدند تا به او ادای احترام کنند.

۱۳. سایه: ضد کهن‌الگو

غیرممکن است که بخواهیم فهرست بلندبالای پزشکان نمونه را به انتها برسانیم، بی‌آن‌که نامی از پزشکان ضدقهرمان به زبان بیاوریم! این پزشکان همان‌هایی هستند که سایه آن‌ها همواره پشت سر ماست و همه مشتاق به مخفی کردن‌شان هستیم. کسانی همانند *هنری هوارد هولمز*، اولین قاتل سریالی آمریکا که در کتاب مشهور «شیطان در شهر سفید»[۲۲] نوشته *اریک لارسن* ماجرای آن شرح داده شده است. از این‌دست پزشکان در تاریخ زیادند؛ مانند پزشکانی که برنامه به‌نژادی هیتلر را در آلمان، کانادا، اروپا و آمریکا پیش می‌بردند؛ پزشکانی که با دپارتمان بهداشت عمومی آمریکا در پروژه‌های آزمایش سیفیلیس در تاسکیگی و گوانتانامو همکاری کردند؛ پزشکانی که تصمیم می‌گرفتند شکنجه با روش القای حس غرق شدن چه زمانی باید روی زندانی متوقف شود؛ و در نهایت پزشکان روانی آدمکش همچون *ژان‌پل مارا*، *رادوان کاراجیچ*، [...] و همهٔ سیاستمدارانی که دستشان به خون آلوده و مدرک پزشکی آن‌ها از دیوار آویزان است. نقطه مشترک همه این افراد نوع نگاه مشترک آن‌ها به بشر است؛ همان نگاهی که یک انومولوژیست به یک پروانه دارد. و این به‌خودی‌خود غذای ارزشمندی برای تفکر است.

نتیجه

ما روش‌های مختلف طبیب بودن را شرح دادیم؛ گزینه‌های ایجاد تغییری را که جایگزین همان ماموریت اصلی، یعنی شفابخشی و خدمات‌رسانی، هستند. همانند بیشتر فهرست‌ها، انتخاب ما نیز از تعصبات و علایق شخصی مصون نمانده است. در واقع چهره‌های کاریزماتیک بسیاری بوده‌اند که نام‌شان از قلم افتاده است. ممکن است کسی از این‌که بیشتر انتخاب‌های ما از مردان سفیدپوست متوفای اروپایی است، رنجیده‌خاطر شود. با این‌حال تمام صفاتی که در این متن به آن‌ها اشاره کرده‌ایم، فراتر از مرزها و جنسیت‌هاست و تنها به ذات غنی و رنگارنگی اشاره می‌کند که پزشکی در گذشته داشته است و در آینده نیز امیدواریم داشته باشد.

در واقع، تمامی الگوهایی که انتخاب کرده‌ایم، از این‌رو الهام‌بخش بوده‌اند که شخصیتی ورای فقط یک پزشک داشته‌اند. چند تایی از آن‌ها هم رنگین‌پوست بودند. برخی از آن‌ها اولین دلیل پزشک شدن ما بودند. حتی ترتیبی هم که انتخاب کردیم، بیانگر ویژگی‌هایی است که امروزه هم‌صنف‌های ما باید داشته باشند: کنشگری اجتماعی، ذهنی خارق‌العاده کنجکاو، و تاکید بر هنر به‌مثابه درمانگر. به‌همین اعتبار، در حالی که چهار الگویی که در ابتدا بیان شدند تاکید بر اهمیت توجه به دیگران (یکی از دلایل بدیهی طبیب شدن) دارند، هشت الگوی بعدی بر توجه به خود می‌پردازند؛ نیازی مهم اما فراموش‌شده که غفلت از آن به همه‌گیری فرسودگی شغلی می‌انجامد.

در مقاله‌ای دیگر بیان کرده‌ایم که چرا تمامی این صفات برای پزشکی مهم هستند؛ با این حال جان کلام را در یک جمله از *ترنس*[۲۳] بازگو می‌کنیم: «من انسان هستم و هیچ پدیده انسانی از من بیگانه نیست.»

هدف از این نوشتار باز کردن باب گفت‌وگو و تامل درباره این فرضیه بود که پزشک باید فردی فراتر از فقط یک تکنیسین باشد.

چنان‌چه این فرض پذیرفته شود، گام بعدی شناسایی صفاتی است که ساختن این کهن‌الگوها را ممکن می‌کند. پس می‌توانیم با فهرست کردن آن صفات، به هنگام آموزش طبیبان آینده آن صفات را نیز بپرورانیم. تجدید حیات علوم انسانی در دانشگاه‌های پزشکی جنبشی خرد اما رو به رشد است که امیدوارانه باید به یاری آن شتافت.

ولی چنان‌چه فرض ما پذیرفته نبود، پس شاید این مقاله شاید از این جهت سودمند باشد که به پزشکان نسل جوان یادآوری کند که پزشکی زایا بوده است. این نوشتار شاید همچون مداخله‌ای الهام‌بخش کاربرد داشته باشد. هرچه باشد، بدون گذشته، آینده‌ای نیز در کار نخواهد بود.

1. Sidney Kimmel Medical College

2. The Writing Center, Scott Memorial Library Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania

3. Charles Bell

4. Haslar

۵. جنگ شبه‌جزیره (پنیسولار) درگیری نظامی میان فرانسه و اسپانیا و متحدان این کشور بر سر کنترل شبه‌جزیره ایبری طی جنگ‌های ناپلئونی بود.

۶. دوک ولینگتون (۱۸۵۲-۱۷۶۹) سیاستمدار بریتانیایی اصالتاً ایرلندی و یکی از برجسته‌ترین چهره‌های نظامی قرن ۱۹ میلادی بود.

7. Waterloo

8. Middlesex Hospital and Medical School

9. Proprioception

10. Anton Chekhov

11. John Keats

12. Dannie Abse

13. Aleksandr Borodin

14. Polovtsian Dances

۱۵. جایزه تونی (Tony Award)برای قدردانی از دستاوردهای تئاتر زنده آمریکا، طبق مراسمی سالانه در نیویورک از سوی انجمن تئاتر آمریکا و انجمن صنفی لیگ برادوی اعطا می‌شود.

16. Dino Risi

17. Mario Monicelli

18. Waterloo شهری است در جنوب استان انتاریو در کشور کانادا.

19. Robert Graves

20. Regius Professor of Medicine

21. Rita Levi Montalcini

22. The Devil in the White City

23. Terence، نمایشنامه‌نویس و طنزنویس رومی، دو قرن قبل از میلاد مسیح

From:
The Archetypes of Medicine: A Job Description for the 21st Century
Salvatore Mangione, MD, Jennifer Fisher Wilson, MS and Steven K. Herrine, MD
Am J Med Sci. 2019 Feb;357(2):87-92 (bit.ly/2Dgg9vM)

____

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

کتابی خواندنی برای اعضای جامعه پزشکی
که روزانه با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند

مواجهه با مرگ

دکتر مهران قسمتی‌زاده

«در تمام مدتی که این کتاب را ترجمه می‌کردم، به مرگ فکر می‌کردم. شبح مرگ بالای سرم ایستاده بود. خیال می‌کردم قهرمان داستان که بمیرد، من هم می‌میرم. نمردم. ولی شبح مرگ هنوز بالای سرم ایستاده، رهایم نمی‌کند.»

این جملات را *مجتبی عبدالله‌نژاد* نوشته است؛ مترجم پرکار کاشمری که ترجمه بسیاری از کارهای آگاتا کریستی را در فهرست آثار خود داشت و «مواجهه با مرگ» (Facing Death) آخرین ترجمه او بود. مجتبی عبدالله‌نژاد چند ماه پس از نوشتن این جملات و پیش از انتشار کتاب در مواجهه‌ای ناگهانی با مرگ قرار گرفت و درگذشت؛ در سال ۱۳۹۶، در سن ۴۹ سالگی و بر اثر عارضه قلبی. جالب است که نویسنده این کتاب *برایان* مگی، فیلسوف و شاعر و سیاستمدار مشهور انگلیسی که هم‌اکنون حدود ۹۰ سال دارد، در سنین ۴۷ تا ۴۸ سالگی (تقریباً در همان سن مترجم) آن را نوشته بود؛ سنی که رفت و برگشت فکر بین مرگ و زندگی تقریباً از همان حوالی آغاز می‌شود؛ هنگامی که انسان بیش از جوانی به مرگ می‌اندیشد اما امید به زندگی و پروژه‌هایی که در ذهن برای فردای خود می‌پرورد، به‌سرعت وی را به دنیای زنده‌ها باز می‌گرداند.

مواجهه با مرگ که تنها رمان این فیلسوف نامدار انگلیسی است به‌طرزی استادانه به بررسی مواجهه انسان با مرگ و زندگی در قالب گفت‌وگوهای قهرمانان رمان می‌پردازد. مرگ در این کتاب فقط یک پایان نیست، آینه‌ای است که افراد گوناگون با زیرساخت‌های مختلف شخصیتی در آن می‌نگرند و بر اساس آن‌چه از زندگی فراگرفته‌اند با آن مواجه می‌شوند.

برایان مگی در ابتدای داستان بسیار غافلگیرانه سراغ مرگ می‌رود: جان اسمیت قهرمان اصلی کتاب که خبرنگاری موفق است، ناگهان یک روز صبح متوجه چند غده برآمده در گردنش می‌شود و در همان چند صفحه اول این کتاب تشخیص بیماری هوچکین برای وی مسجل می‌شود.

اما با این‌که داستان مرگ در ذهن خواننده شروع شده است اما جان اسمیت هنوز از آن خبر ندارد. او می‌خواهد ازدواج کند و... البته در این آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع جان، خواننده تنها نیست؛ خانواده پرتعداد جان نیز پس از مدت کوتاهی از آن خبردار می‌شوند و همه در مقابل این پرسش قرار می‌گیرند که به جان چه بگویند؟ آیا لازم است به او خبر دهند؟

و این نخستین مواجهه و چالش با مرگ در این خانواده است، اما این پایان راه نیست؛ هنوز چالش‌های دیگر در راه است: عشق، درد و داروهای جدید برای نجات زندگی یا به تعویق انداختن مرگ، رابطه جنسی و این‌همه در بستری از زندگی آغشته به تفکر مرگ.

اگر وقت برای خواندن یک رمان دارید فرصت خواندن این رمان ۵۹۱ صفحه‌ای را که در یک سال به چاپ دوم رسیده و در فهرست بهترین کتاب‌های سال ۹۷ نشریه «اندیشه پویا» جای گرفته است، از دست ندهید.

دکتر مهران قسمتی‌زاده

عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران و رییس نظام پزشکی لاهیجان

نشانی: سیاهکل، کلینیک حافظ، تلفن: ۴۲۳۲۴۲۰۰

Email: mg2251343@gmail.com

مواجهه با مرگ

نویسنده: برایان مگی

مترجم: مجتبی عبدالله‌نژاد

انتشارات نشر نو، ۱۳۹۷

رمان برگزیده نشریه اندیشه پویا در سال ۱۳۹۷

اندر لذتِ لذت بردن!

دکتر امید زرگری

از سال‌های دانشجویی این عادت برای‌مان ایجاد شد که پس از خواندن هر کتاب، چند جمله از آن را جایی یادداشت کنیم (لابد برای به‌کار بردن در وقت مقتضی و تحت‌تاثیر قرار دادن دیگران). بسیاری از این یادداشت‌ها را گم کردیم. آن‌هایی هم که به‌جا ماندند، اغلب دیگر به‌نظرمان فاقد ارزش هستند. چندی پیش دوستی کتابی به ما هدیه داد با عنوان «هر بار که معنی زندگی را فهمیدم، عوضش کردند». نویسنده این کتاب، *دانیل مارتین کلاین*، ظاهراً به همین عادت ما دچار بوده، با این تفاوت «جزیی!» که پشتکار بیشتری داشته و البته فلسفه هم خوانده است! ایشان در این کتاب، در پی هر جمله از فیلسوف یا نویسنده‌ای نامی، برداشت شخصی خود را نوشته و شرح داده است.

اخیراً در گفت‌وگو با دوستان، غیر از صحبت‌های معمول پیرامون اوضاع خراب اقتصادی و وضع مملکت و غیره، گاه بحث به مفاهیمی چون خدا، عشق، اخلاق و... و گاه به‌طور کلی به معنای زندگی می‌کشد. آن‌چه در ذهن ما از این بحث‌ها به‌جا مانده و در پی می‌آید، بی‌آن‌که قصدی در کار باشد بسیار شبیه خلاصه‌ای از کتاب فوق‌الذکر است:

این‌طور که از ظواهر امور پیداست، طرفداران حواله دادن «زندگی کردن» به آن دنیا (به‌عبارتی زندگی کردن پس از مردن!) هر روز کمتر می‌شوند. این روزها عباراتی همچون زندگی کوتاه است، باید دم را غنیمت شمرد، استفاده حداکثری از فرصت موجود و غیره همراه با چاشنی اشعاری از خیام و حافظ بیش از پیش به گوش می‌رسد. اما وقتی می‌پرسیم غنیمت بشمریم و چه بکنیم؟! اغلب پاسخ واضحی نمی‌شنویم. آن‌چه بیش از همه توصیه می‌شود این است که می‌باید لذت برد. اما از چه؟ چگونه؟ چقدر؟ (و شاید مهم‌تر از این‌ها پرسشی که در پایان خواهم آورد.)

لذت‌گرایی محافظه‌کارانه

قدر حال را دانستن و از آن نهایت استفاده را بردن، هنر می‌خواهد. اما حتی اگر آن‌قدر هنرمند باشید که خود را درگیر گذشته و آینده نکنید، باز هم تضمینی وجود ندارد که شاد باشید!

اپیکور می‌گوید «لذت چیزی را که در اختیار داری با میل یافتن به چیزی که نداری ضایع نکن». درست است که این به همان معنی دم را دریافتن و لذت بردن از حال است و این‌که اشتیاق (طمع) برای تصاحب چیزی که در اختیار نداریم، لذت حال را زایل می‌کند؛ اما با این حال به‌نظر ما در عمل امکان‌پذیر نیست. زیادی ساده‌انگارانه است: خواهان شادی هستید؟ هر گونه خواسته را کنار بگذارید و با آن‌چه هم‌اکنون دارید (یا در واقع ندارید!) حال کنید. پند اپیکور شبیه پندهای مادرانه است. به بیانی دیگر، لذت‌گرایی اپیکوری بسیار محافظه‌کارانه و انفعالی است. حال کردن با «حال» فقط در تئوری قابل اجراست. ما آدم جاه‌طلبی نیستیم اما به‌نظر ما نمی‌شود برای مدت طولانی از آن‌چه در اختیار داریم لذت برد. دیر یا زود کسل‌کننده و ملال‌آور خواهد شد.

لذت‌گرایی تام و نامشروط

آریستیپوس که مقدم بر اپیکور بوده، در لذت‌گرایی هم از او پیش‌تر بوده است. او اساساً هدف غایی زندگی را لذت بردن دانسته و طرفدار لذت بردن بدون شرط و محدودیت است، حتی اگر به قیمت رنج دیگری تمام شود. ما خیلی اهلش نیستیم! قدیس هم نیستیم اما رنج دیگران به‌ندرت برای ما چیز لذت‌بخشی بوده است.

لذت‌گرایی بدبینانه

«زندگی پاندولی است در نوسان بین رنج و ملال.»

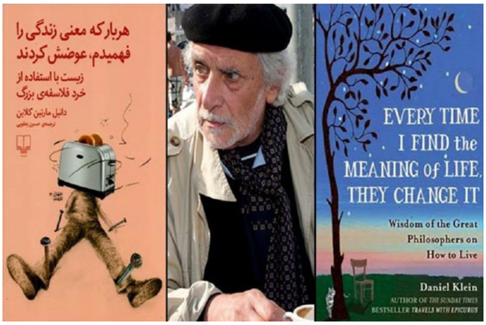
این گفته *آرتور شوپنهاور* از جملات محبوب ماست! *کیارستمی* فقید خودمان همین جمله را به‌گونه‌ای سینمایی‌تر بیان کرده است: «در زندگی دو تراژدی وجود دارد: اول این که امیال‌مان برآورده نشود، دوم این که امیال‌مان برآورده شود.»

خلاصه این‌که یا به آن‌چه می‌خواهیم نمی‌رسیم که در این صورت نتیجه‌اش رنج است یا به آن‌چه می‌خواهیم می‌رسیم که حاصلش ملال است. ما ملال را بر رنج ترجیح می‌دهیم! از دید ما، ملال با افسردگی تفاوت‌های کوچکی دارد که توضیح‌دادنی نیست. شاید بتوان گفت که ملال فقدان معناست و افسردگی فقدان شادی. به‌عبارتی دیگر ملال جنبه فلسفی افسردگی است. از این رو ملال از افسردگی جانکاه‌تر است. این هم از عجایب است که با وجودی که روزها ملال‌انگیزند و به‌کندی می‌گذرند، سال‌ها به‌سرعت سپری می‌شوند.

اگر ملال ناشی از فقدان معنا باشد، چاره آن چیست؟ *کامو* می‌گوید «اگر در جستجوی معنای زندگی باشید، هرگز زندگی نخواهید کرد». ظاهراً از هر طرف که می‌رویم به بن‌بست می‌رسیم! *توماس مان* پاسخ را در تغییر مکرر عادات می‌داند (که خود موجب مرض است!). به‌نظر ما، معنای زندگی در بی‌معنا بودن آن است. علم به بی‌معنایی و پذیرفتن آن، تا حدی به آن معنا می‌دهد. در گام بعد، یگانه راه کاستن از فقدان معنا، خلق کردن است. اگر توافق هست که باید از زندگی لذت برد، این لذت گرایی می‌باید همراه و متاثر از خلق کردن باشد. از سویی دیگر، بر این باوریم که نقشه کشیدن برای دستیابی به برخی اهداف، حاصلی جز بازماندن از رسیدن به آن اهداف ندارد! تلاش برای کسب لذت، اغلب خود نافی لذت بردن است. به‌قول *سورن کیرکگارد* (نقل به مضمون): بسیاری از ما آن‌چنان یک نفس و پرشتاب به‌دنبال لذت هستیم که از آن عبور می‌کنیم.

پرسش نهایی

این‌طور که مشخص است، اصحاب فلسفه و اندیشه در مورد بایستگی لذت بردن متفق‌القول‌اند اما در مورد چگونه لذت بردن اتفاق نظر ندارند. اما پرسش نهایی: اصلاً چرا لذت ببریم؟! فکر می‌کنیم لزوم لذت بردن آن‌قدر بدیهی به‌نظر



می‌رسیده که کسی خود را زیاد درگیر پاسخ دادن به این پرسش نکرده است. اما حقیقتاً برای ما پاسخ هنوز چندان هم بدیهی و روشن نیست. اگر هدف از زندگی لذت بردن است، هدف از لذت بردن چیست؟ انتقام گرفتن از زندگی؟ لذت ببریم چون کار بهتری وجود ندارد؟ لذت ببریم چون تنها راه رضایتمندی از زندگی است؟ نقطه مقابل لذت چیست؟ رنج یا پرهیزگاری؟ یا هیچ‌کدام؟!

پاسخ نهایی (؟!)

"Melancholy is the happiness of being sad".
Victor Hugo

«سودازدگی خوشیِ اندوهگین بودن است.»
ویکتور هوگو

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

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

دیگر همیشه در کنار هم هستیم
Pezeshkangil.com | @pezeshkangil
پایگاه اینترنتی و کانال تلگرامی پزشکان گیل

آزمایشگاه رازی

تشخیص طبی ، آسیب شناسی و ژنتیک

دکتر هدی • دکتر شهباز • دکتر حبیب زاده • دکتر مصباح • دکتر عسکری

Rmc 1095

RAZI PATHOBIOLOGY LAB.

نشانی : رشت ، خ امام خمینی ، بین
چهارراه میکائیل و میدان دکتر حشمت
۰۱۳ - ۳۳ ۳۲ ۴۶ ۴۷ (۶خط)

www.razipath.com
info@razipath.net

دکتر سیّد علاء الدّین عسگری

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: ۰۱۳-۳۳۱۱۳۷۹۳ و ۰۱۳-۳۳۳۲۲۵۹۶

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
- پوست و مو
- رادیو فرکوئنسی و اصلاح عصب
- PRP و پلاسمای غنی از پلاکت
- طب سوزنی
- امبدینگ (کاشت نخ)
- ازون تراپی
- ارتوکین 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 انصــاری 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

غیرتهاجمی

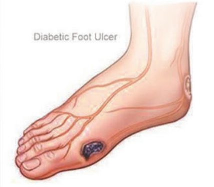
مرکز جراحی عروق گیلان (مرجع گیل)

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**



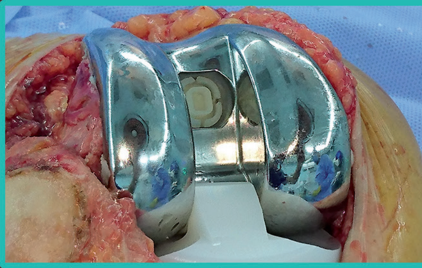
رشت، خیـابـان انقـلاب، روبـروی آزمـایشـگاه افـراه، کـوچـه قویـدل
دکتر همتی: ۳۳۳۳۴۱۱۷ دکتر باقی: ۳۳۳۲۶۵۱۷
آزمایشگاه عروق: ۳۳۳۲۴۰۲۷ فکس: ۳۳۳۳۴۵۳۲ مرکز تلفن: ۳۳۳۲۵۸۳۳

www.Gil-vsc.ir

افتتاح کلینیک

زانو و آسیب‌های ورزشی

دکتر پژمان نیرثابتی

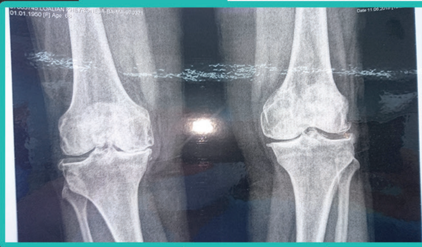


آرتروز دردهای مزمن زانو

بازسازی رباط‌های زانو

تعویض مفاصل

ترمیم غضروف و آسیب‌دیدگی‌های مزمن



رشت، ابتدای گلسار، گلباغ نماز، ساختمان
پزشکان آتیه، طبقه ششم، واحد ۶۰۱

۰۱۳-۳۲۱۳۵۱۱۳-۳۲۱۳۵۱۱۲

ساعت کار: ۴ تا ۹ شب

آژانس هواپیمایی
اشکوری
اخذ ویـزای کانـادا
با دعوتنامه رسمی
خدمات ویزای کانادا:
بررسی مدارک مسافر، اعلام نواقص و تکمیل مدارک توسط وکیل رسمی مهاجرت
تکمیل فرم‌های مربوطه، از جمله فرم‌های فردی و خانوادگی
صدور دعوتنامه رسمی از کانادا با تایید Notary کانادا
رزرو بلیط رفت و برگشت
پرداخت هزینه‌های سفارت، شامل انگشت‌نگاری و بررسی پرونده
ترانسفر مسافر به کارگزاری سفارت کانادا VAC در آنکارا با راهنمای فارسی زبان
اخذ ویزای کانادا پس از صدور آن (پیکاپ)
با ما تماس بگیرید:
۰۱۳-۳۳۳۳۱۳۵۴
۰۱۳-۳۳۳۲۲۵۳۵
CANADA VISA
Multiple 5 years
پروازهای داخلی خود را به آسانی، آنلاین و مطمئن رزرو کنید
www.Eshkevaritour.com
آژانس هواپیمایی
اشکوری
رشت، بلوار حافظ، روبروی درب اصلی پارک شهر
(۱۰ خط) ۵۳۵ ۲۲ ۳۳۳ ۰۱۳