



**گفتگو با استاد عالیقدر جناب آقای دکتر محمد تقی صراف**  
 استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد و رئیس بخش نوزادان بیمارستان بنت الهدی  
 متخصص اطفال و فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان

### سخن نخست

هدف از انجام هر کاری کسب موفقیت است. و موفقیت وقتی حاصل می شود که در مسیر نظم و هدف آفرینش با احترام و حفظ ارزش و کرامت انسانی گام برداشته و منتهی درجه سعی و تلاش خود را داشته باشیم. اگر به هدف رسیدیم که مراد حاصل است و در غیر آن نیز حداقل گامی به جلو برداشته ایم و این خود ارزشمند و همان موفقیت است. در این راه توجیه وسیله جهت نیل به هدف بیراهه رفتن است، چرا که اصل و پایه جهان هستی بر راستی و درستی است. و این دو اصل است که نظم جهان را هارمونی زیبایی می بخشد. از این زیبایی بهره بریم و آنرا مخدوش نکنیم. بی شک روزی هدف متعالی آفرینش متجلی و سمفونی زیبای آفرینش سرود نهائی را می نوازد و چه خوشحال و مسرور خواهند بود کسانی که همواره با آن، نغمه زیبایی را سروده اند، نغمه ای از روی صداقت، راستی و درستی.

### ولادت باسعادت حضرت علی(ع) و روز پدر تبریک و تهنیت باد

- ۸** دکتر امیر مسعود رجب پور متخصص کودکان **اسهال در کودکان**
- ۱۰** دکتر وحید آفاسی زاده متخصص جراحی عمومی **انسداد روده باریک**
- ۱۱** دکتر کیان عاملی متخصص بیهوشی **بیهوشی در سالمندان**

<p><b>اختلالات خواب در بیماران و تدابیر پرستاری</b></p> <p>صفحه ۱۱</p>	<p><b>روش صحیح شیردهی به نوزاد</b></p> <p>صفحه ۹</p>	<p><b>مراقبت های بعد از عمل زیبایی بینی</b></p> <p>صفحه ۵</p>	<p><b>آگاهی شما از پوکی استخوان چقدر است</b></p> <p>صفحه ۳</p>



## تقدیر از شایستگان بیمارستان در جشن روز بنت المهدی



پرسنل مجموعه تشکر و قدردانی نمودند. پس از پخش کلیپ پرستاری، سرکار خانم علیزاده ریاست محترم جمعیت مامایی شاخه خراسان در تجلیل از مقام ماما و نقش خطیر آن در سلامت جامعه سخنانی ایراد نمودند و جناب آقای مومنی ریاست محترم نظام پرستاری خراسان نیز ضمن تبریک این مناسبت ها به حضار، مقام پرستار را تجلیل و ایثارگری های این قشر درمانی را غیرقابل جبران بیان نمودند.

پس از پخش کلیپ مامایی و پرستاری هدایایی به قید قرعه به تعدادی از حضار تقدیم شد و در انتها از شایستگان و برگزیدگان بیمارستان قدردانی و لوح یادبود و هدایایی به آنان اهدا گردید.

پزشکان و اساتید محترم تشکر نموده و موفقیت و درخشندگی بیمارستان بنت الهدی را مدیون زحمات تمام کارکنان این مجموعه دانستند و فرمودند صبر پرستار و کلیه کادر درمانی قابل ستایش است و فقط خداوند می تواند فداکاریها و ایثارگریهای این قشر از جان گذشته را پاداش دهد و از خداوند توفیق روزافزون برای یکایک پرسنل خدوم و زحمت کش طلب نمودند.

سپس مقاله ای در تجلیل از مقام پرستار و ماما توسط خانم جبلی کارشناس مامایی قرائت گردید و پس از اجرای موسیقی توسط گروه موسیقی، استاد محترم جناب آقای دکتر صراف ضمن تشکر از زحمات مدیریت بیمارستان از زحمات خالصانه

به مناسبت روز جهانی ماما، تولد حضرت زینب(س)، روز پرستار و قدردانی از زحمات کلیه پرسنل بیمارستان بنت الهدی، جشن روز بنت الهدی در تاریخ ۸۷/۲/۲۷ در تالار یگانه برگزار شد. در این جشن که از اساتید و متخصصین محترم پزشکی، کارشناسان محترم معاونت درمان، ریاست محترم نظام پرستاری، ریاست محترم جمعیت مامایی شاخه خراسان و نیز مدیران تعدادی از بیمارستانهای مشهد دعوت به عمل آمده بود، برنامه های متنوعی برگزار گردید. پس از تلاوت کلام الله مجید و پخش سرود جمهوری اسلامی ایران، کلیپ امام رضا(ع) پخش شد، سپس مدیرعامل محترم بیمارستان جناب آقای مهندس امیرحسنخانی طی سخنانی از زحمات کلیه پرسنل بیمارستان،

## زایشگاه بیمارستان بنت الهدی

۵- تغذیه زائو بعد زایمان با مواد مغذی زیر نظر کارشناس تغذیه

۶- تهیه عکس یادگاری از نوزاد در زایشگاه و ارائه کارت تولد و تبریک

۷- پخش فیلم های آموزشی در زایشگاه (شیردهی و زایمان طبیعی)

۸- برگزاری کلاس های آموزشی دوران بارداری و شیردهی به صورت رایگان توسط کارشناس مامائی و اینک در سال ۸۷ زایشگاه بنت الهدی با افزایش تخت های زایمانی و فضای زایشگاه و بازسازی فضای داخل زایشگاه، با امکانات فوق و روش های نوین زایمانی پذیرای شما مادر باردار در تمامی ساعات شبانه روز و با حداکثر امکانات می باشد.



امکانات این زایشگاه عبارتند از:

- ۱- زایمان بی درد با استفاده از گازانتونکس
- ۲- انجام زایمان با استفاده از روش های بی دردی نخاعی و اختصاص واحد مجهزی جهت انجام آن.
- ۳- اختصاص سوئیت مجزائی جهت زایمان در کنار



- ۴- امکان انجام مانیتورینگ دائمی جنین توسط دستگاههای پیشرفته



زایشگاه بیمارستان بنت الهدی یکی از قدیمی ترین و فعال ترین زایشگاههای سطح شهر مشهد می باشد. زایشگاه فوق که در سال ۱۳۳۷ تأسیس شده، در پنج سال اخیر با فعالیت بیش از پیش پذیرای بسیاری از بیماران استان و حتی خارج از کشور بوده است.

امروز زایشگاه بیمارستان بنت الهدی با بهره گیری از امکانات و تجهیزاتی مطابق با استانداردهای جهانی و بهره گیری از متخصصین مجرب خانم، اساتید دانشگاهی و کادری دلسوز و کارآمد از کارشناسان مامایی، یکی از مجهزترین و فعال ترین زایشگاههای استان خراسان می باشد.



## آگاهی شما از پوکی استخوان چقدر است



- ۴- ویتامین D برای جذب کلسیم ضروری است؟  
الف) درست  
ب) نادرست
- ۵- کدام یک از ورزش های زیر فایده کمتری برای تقویت استخوان ها و پیشگیری از استئوپوروز دارد؟  
الف) شنا ب) پیاده روی  
ج) یوگا د) ایروبیک
- ۶- شکستگی لگن جدی ترین خطر بیماری پوکی استخوان است؟  
الف) درست  
ب) نادرست
- ۷- کدام گزینه بیشترین کلسیم را برای بدن فراهم می کند؟  
الف) یک لیوان شیر بدون چربی  
ب) یک لیوان شیر با چربی دو درصد  
ج) یک لیوان شیر پرچرب ۳/۵ درصد
- ۸- در طول زندگی یک مرد شانس شکستگی استخوان ناشی از استئوپوروز کمتر از احتمال ابتلای او به سرطان پروستات است؟  
الف) درست  
ب) نادرست

- ۳- کدام یک از موارد زیر می تواند باعث کاهش کلسیم بدن و افزایش خطر پوکی استخوان شود؟  
الف) کافئین ب) پروتئین در مقادیر بالا  
ج) افسردگی درمان نشده د) هر سه گزینه

- «استئوپوروز» یا پوکی استخوان را «بیماری خاموش» لقب داده اند. چرا که تا زمان ایجاد عوارض انتهایی شخص متوجه بیماری خود نمی شود. در سال های اخیر آمار هشداردهنده مبتلایان به این بیماری و رسانه ها باعث آشنائی بیشتر مردم با این بیماری شده است. این بیماری درمان ندارد، اما قابل پیشگیری است و پیشگیری از آن نیز تنها به شیوه زندگی فرد برمی گردد. تغذیه و فعالیت های بدنی مهمترین نقش را در این مورد ایفا می کنند. پاسخگویی به سوالات زیر به آگاهی بیشتر شما در مورد این بیماری کمک خواهد کرد.
- ۱- اولین علامت پوکی استخوان اغلب کدام یک از موارد زیر است؟  
الف) شکستگی  
ب) کوتاه شدن قد  
ج) کمردرد یا تورم مفاصل  
د) ایجاد قوز پشت
- ۲- پیشگیری از پوکی استخوان در چه سنی باید آغاز شود؟  
الف) در آغاز دوران یائستگی  
ب) بعد از انجام تست سنجش تراکم استخوان و توصیه پزشک  
ج) در نوجوانی  
د) حدود ۳۰ سالگی

### پاسخ ها:

- ۱- گزینه الف صحیح است. شکستگی هم به صورت خاموش و هم آشکار و علامتدار، اغلب اولین علامت پوکی استخوان است. حدود ۱۸۰ هزار نفر در سال به علت شکستگی های ناشی از استئوپوروز در آسایشگاه های آمریکا بستری می شوند. کاهش قد، قوز و کمردرد معمولاً بعد از ۲-۱ بار شکستگی اتفاق می افتد.
- ۲- گزینه ج صحیح است. استئوپوروز در زمان سالمندی تشخیص داده می شود. زمانی که دیگر هیچ درمان و راه پیشگیری برای آن وجود ندارد. عادت های صحیح زندگی مانند ورزش و تغذیه مناسب باعث حفظ تراکم استخوان ها و تأخیر در جذب و شروع پوکی استخوان می شوند. این مساله مخصوصاً در خانم ها که کاهش عمده ای در توده استخوان های آنها بعد از یائستگی رخ می دهد، اهمیت دارد. اداره غذا و داروی آمریکا می گوید «برخی از زنان آمریکایی در ۶۵ سالگی نیمی از توده استخوانی خود را از دست داده اند.» برای جلوگیری از عوارض این بیماری روش های پیشگیری باید از دوره نوجوانی آغاز شوند. چرا که بیشترین توده استخوان در سن ۲۵ سالگی وجود دارد.
- ۳- گزینه د صحیح است. پروتئین و کافئین ترشح کلسیم را افزایش می دهند. هنگامی که بدن کلسیم موردنیاز خود را در اختیار ندارد آن را از استخوان ها تأمین می کند و این مواد باعث مصرف بیشتر کلسیم و برداشت ذخیره استخوانی می شوند. هورمون کورتیزول که در شرایط استرس زا از غده فوق کلیه ترشح می شود باعث کاهش کلسیم و آزادسازی آن از استخوان می شود. این هورمون در صورت ابتلا به افسردگی و عدم درمان آن افزایش می یابد. تعادل در مصرف پروتئین، کافئین محدود و توجه به مشکلات روحی و روانی از پوکی استخوان پیشگیری می کند.
- ۴- گزینه «الف» صحیح است. ویتامین D برای پیشگیری از استئوپوروز اهمیت ویژه ای دارد. نکته کلیدی در عملکرد این ماده معجزه آسا اثرات آن در جذب کلسیم توسط استخوان هاست. همچنین ویتامین D به پیشگیری از انواعی از سرطان ها، بیماری قلبی - عروقی، دیابت و برخی از اختلالات دیگر کمک می کند. آسان ترین راه برای جذب این ویتامین، استفاده از نور آفتاب است. حتی چند دقیقه قرارگیری در معرض آفتاب برای تأمین ویتامین D کفایت می کند. البته این نور نباید از پشت شیشه یا
- موانع دیگر تابیده شود.
- ۵- گزینه «الف» صحیح است. بهترین ورزش ها برای جلوگیری از پوکی استخوان، ورزش های تحمل کننده وزن هستند. حرکات عضلات و استخوان ها برخلاف جاذبه در این ورزش ها و تحمل وزن به تحریک استخوان سازی می انجامد. پیاده روی و ایروبیک اثرات فوق العاده ای در پیشگیری از استئوپوروز دارد. یوگا نیز علاوه بر تحمل وزن باعث حفظ تعادل و توازن، جلوگیری از سقوط و کاهش ریسک شکستگی می شود. شنا با اینکه ورزش مناسبی برای دستگاه گردش خون است، اما اثر ویژه ای در جلوگیری از پوکی استخوان ندارد.
- ۶- گزینه «الف» صحیح است. براساس اعلام موسسه استئوپوروز آمریکا، شکستگی لگن جدی ترین تظاهر استئوپوروز است. کمتر از ۲۰ درصد از بیماران بستری شده با شکایت شکستگی لگن بهبود می یابند و فعالیت های گذشته خود را باز می یابند و حدود ۳۰ درصد از آنها احتیاج به پرستاری دائمی پیدا می کنند.
- ۷- گزینه «الف» صحیح است. شما بدون مکمل ها و فقط با استفاده از رژیم غذایی مناسب نیز می توانید کلسیم روزانه موردنیاز بدنتان را تأمین کنید. در گروه لبنیات شیر مهمترین انتخاب شماست. شیر بدون چربی و ماست کم چرب کلسیم بیشتری از انواع پرچرب فراهم می کنند. به مقادیر زیر توجه کنید؟  
یک لیوان شیر بدون چربی، ۳۰۲ میلی گرم کلسیم - یک لیوان شیر با ۲ درصد چربی، ۲۹۷ میلی گرم کلسیم و یک لیوان شیر با ۳/۵ درصد چربی، ۲۹۱ میلی گرم کلسیم دارد.
- افرادی که دچار عدم تحمل به لاکتوز هستند می توانند کلسیم موردنیاز خود را از انواع شیر بدون لاکتوز یا کم لاکتوز به دست آورند.
- ۸- گزینه ب صحیح است. به دلیل اینکه در مورد پوکی استخوان مردان کمتر بحث می شود، آنها هم کمتر به این بیماری فکر می کنند و به دنبال درمان و پیشگیری نیستند. مردانی که فاکتورهای خطر زیر را دارند باید بیشتر به فکر این بیماری باشند: استفاده طولانی مدت از کورتون ها برای بیماری های مثل آسم یا بیماری های مفصلی، بیماری های مزمن مانند بیماری های التهابی روده و آرتریت روماتوئید، کاهش سطح هورمون تستسترون.

## «قرص انسولین» امیدی تازه برای بیماران دیابتی



است در این زمینه باید تحقیقات بیشتری صورت گیرد. در حال حاضر در بریتانیا ۷۰۰ هزار نفر انسولین تزریقی می کنند؛ برخی از آنها چهار بار در روز انسولین تزریقی می کنند. بنابراین اگر بیماران دیابتی بتوانند به جای تزریق، قرص انسولین مصرف کنند کیفیت زندگی آنها به میزان قابل توجهی بهبود می یابد.

بیماران مبتلا به دیابت از نوع اول برای ادامه زندگی طبیعی به انسولین وابسته هستند. بیماران دیابت از نوع دوم اغلب می توانند با رعایت رژیم غذایی مناسب یا قرص های مخصوص کنترل دیابت این بیماری را کنترل کنند و انسولین فقط وقتی نیاز است که بیماری پیشرفته شده باشد. شمار بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم بسیار بیشتر از نوع اول است.

بیرونی) میگو استخراج کرده اند، مورد آزمایش قرار داده اند. پیش از این نیز برای بیماران دیابتی که از سرنگ وحشت دارند یا تزریق به آنها توأم با مشکلاتی است، انسولین قابل استنشام ساخته شده بود.

انجمن دیابت بریتانیا از تحقیقات جدید استقبال کرده اما گفته

برخی بیماران دیابتی هر روز باید انسولین تزریق کنند. محققان در بریتانیا می گویند بیماران مبتلا به دیابت ممکن است به زودی بتوانند به جای تزریق روزانه انسولین، قرص آن را مصرف کنند.

جدار این قرص می تواند انسولین داخل آن را در برابر اسید معده محافظت کند و اجازه دهد که انسولین سالم به روده برسد و در آنجا جذب خون شود.

نشان داده شده که مصرف قرص، دو بار در روز، یکی پیش از صبحانه و دیگری پیش از شام، گلوکز خون را، دست کم در بیماران دیابت از نوع دوم، کنترل می کند.

محققان تأیلمندی برای محافظت از انسولین داخل قرص /کپسول، یک ماده شیمیایی را که از پوسته (غشاء سخت



## وقتی سوسیس می خرید...

با وجود آنکه فرآیندهای انجام شده زمان ماندگاری سوسیس را بالا می برد، اما سعی کنید آن را فقط برای مصرف هر وعده خود خریداری نمایید و از نگهداری آن به مدت طولانی در فریزر خودداری کنید.

سوسیس جزء گروه گوشت ها محسوب می شود و به دلیل مواد تشکیل دهنده، امکان نگهداری بیش از ۲ تا ۳ هفته آن وجود ندارد.

در هنگام خرید به تاریخ تولید و بی نقص بودن بسته بندی آن توجه داشته باشید و به هیچ عنوان محصولاتی را که بسته بندی شان آسیب دیده هستند، خریداری ننمایید.

توصیه می شود، این فرآورده ها را از کارخانه های معتبر که دارای مهر استاندارد هستند خریداری کنید، زیرا نظارتی که بر این کارخانه ها وجود دارد، ایمنی بیشتر محصولات را فراهم می آورد. بسیاری از افراد تصور می کنند، هر چه سوسیسی صورتی تر باشد سالم تر است اما بسیاری از متخصصین رنگ آن را ملاک معتبری

برای سالم بودن نمی دانند. داشتن بسته بندی مناسب و نداشتن بوی زننده و رنگ غیرطبیعی ملاک های بهتری برای شناخت سلامت سوسیس می باشند.

به دلیل احتمال وجود انواع باکتری ها نظیر سالمونلا در این ماده غذایی به ویژه در فصل تابستان که مسمومیت غذایی شیوع زیادی دارد، متخصصین عقیده دارند که پخت سوسیس در ۶ دقیقه سرخ کردن کامل نمی شود، بلکه باید به مدت ۱۲ دقیقه آن را بر روی حرارت قرار داد. به همین دلیل شما می توانید اول آن را آب پز کنید و سپس سرخ نمایید.

مصرف سوسیس به عنوان یک برنامه غذایی مداوم به هیچ عنوان توصیه نمی شود، اما می توان هفته ای یک بار از آن به عنوان یک شام حاضری استفاده نمود. مصرف انواع سبزیجات خام که سرشار از ترکیبات آنتی اکسیدان هستند در کنار سوسیس تا حدودی از خطرات مصرف این غذای سرخ شده می کاهد.

## مصرف بودن مسواک زدن دندان ها بعد از مصرف غذاهای ترش

بعد از مصرف مواد ترش، بلافاصله نباید مسواک زد. به گفته دندانپزشکان اسید مواد غذایی ترش باعث نرم شدن موقتی و کوتاه مدت دندان ها می شود و مسواک زدن بلافاصله بعد از مصرف آنها می تواند به دندان ها آسیب برساند. متخصصان توصیه می کنند بعد از خوردن غذاهای ترش، نیم ساعت صبر کنید و بعد مسواک بزنید در غیر اینصورت این خطر وجود دارد که دندان های شما آسیب ببینند.



## بابونه در درمان بی خوابی و رفع کابوسهای شبانه موثر است

درمان بی خوابی و رفع کابوس های شبانه شهرت دارد. اثر ضد التهاب، ضد اسپاسم، ضد نفخ، ضد عفونی کننده، ضد حساسیت، تأثیرات آرام بخش و تسکین دهنده درد و همچنین تقویت دستگاه هاضمه از مهمترین خواص بابونه است.

گفتنی است، بابونه یک ماده ضد حساسیت طبیعی است و از اثرات ضد آلرژی بخور آن می توان جهت تسکین آسم، آلرژی های تنفسی فصلی، زکام و سینوزیت سود برد. بخور گل بابونه جهت بهبود آکنه و جوش های صورت نیز توصیه شده است.

بابونه مسکنی فوق العاده برای سردرد، میگرن، دندان درد و دردهای عصبی است و به دلیل خواص شناخته شده این گیاه دارویی، به صورت چای کیسه ای نیز امروزه در بازار موجود است.

بابونه گیاهی معطر و بادوام است که به ارتفاع حدود ۳۰ تا ۴۰ سانتی متر رشد می کند. این گیاه از قرن ها پیش به دلیل عطر فراوان در پارک ها، باغ ها و گذرگاه های اروپا کشت می شده و از آن به بابونه اروپایی نیز یاد می شود.

یکی از ترکیبات اصلی تشکیل دهنده بابونه روغنی فرار و لطیف و آبی رنگ است که از گل آن به دست می آید و مسبب عطر خاص گل بابونه است. مصرف جلدی این روغن، تأثیر بسزائی در ضد عفونی و برطرف کردن التهاب های پوستی دارد و ترمیم آسیب های سطحی پوست را تسریع می کند. همچنین ماساژ با روغن این گیاه مسکنی موثر برای دردهای سیاتیک است.

گل بابونه تأثیر آرام بخش شگرفی بر روی سیستم عصبی و همچنین دستگاه گوارش داشته و نقش قابل ملاحظه آن در

### ظروف یکبار مصرف

در هنگام استفاده از ظروف یکبار مصرف باید به علامت اختصاری که در کف ظرف حک شده است توجه کرد. استفاده از ظروف پلی اتیلنی (PE) و پروپیلینی (PP) که به رنگ سفید می باشند و عمدتاً برای بسته بندی و نگهداری محصولات لبنی، روغن و سرکه به کار می روند برای مواد غذایی گرم و مرطوب بلا مانع است.

استفاده از ظروف پلی استایرنی فوم دار (EPS) و ظروف پلی استایرنی سفید رنگ (HIPS) برای مواد غذایی گرم و مرطوب مشکلی ایجاد نمی کند، ولی برای نگهداری مواد غذایی داغ مثلاً با دمای ۱۴۰ درجه سانتیگراد نامناسب است. استفاده از ظروف پلی استایرنی شفاف (GPPS) تنها برای نوشیدنی های سرد مناسب است و برای مواد غذایی داغ مثل چای و قهوه مناسب نمی باشد.

## تخم مرغ ((خوب یا بد))

شامل آماده شدن آسان، مدت نگهداری نسبتاً طولانی در یخچال، قیمت تقریباً ارزان و خوشمزه گی این ماده غذایی است.

این روزها انواع مختلفی از تخم مرغ عرضه می شود. برخی انواع آن کلاسترول کمتری دارند. تولید این تخم مرغ ها از طریق تغذیه مرغ ها با غذاهای گیاهی و روغن هایی مانند روغن کانولاست. یک تخم مرغ بزرگ می تواند حاوی ۳۰۰ میلی گرم کلسترول باشد و این نوع تغذیه مرغ می تواند میزان کلسترول را به ۲۰۰ میلی گرم کاهش دهد.

تخم مرغ های امگا سه نیز تهیه شده اند که برای تولیدشان مرغ ها با هدف افزایش محتوای اسیدهای امگا سه در تخم مرغ با روغن بذل کتان، روغن ماهی و جلبک دریایی تغذیه می شوند.

البته نگرانی هایی درباره برخی بیماری های ناشی از مواد غذایی که با تخم مرغ ارتباط دارند همواره وجود داشته است. برای مثال یک عدد از هر بیست هزار تخم مرغ ممکن است آلوده به باکتری سالمونلا باشد. این باکتری می تواند باعث ناراحتی شدید روده شود. پختن تخم مرغ به طور کامل در آب جوش این مشکل را برطرف می کند. از نکات مهم درباره تخم مرغ نگهداری در یخچال و مصرف آن بلافاصله پس از پخت است.

زرده تخم مرغ باید کامل و شکل سالمی داشته باشد. بهتر است سالمندان و افرادی که سیستم ایمنی تضعیف شده ای دارند در خوردن تخم مرغ احتیاط بیشتری داشته باشند. به هر حال متخصصان امر تغذیه می گویند فواید تخم مرغ از مضراتش بیشتر است. این فواید علاوه بر ارزش غذایی

به گفته محققان تخم مرغ حاوی ارزش غذایی زیاد، پروتئینی با کیفیت عالی، کم کالری و کم چرب است. دکتر پاتریشیا کندال متخصص تغذیه در دانشگاه کلرادو می گوید نباید تخم مرغ به لحاظ داشتن کلسترول از برنامه غذایی حذف شود. در هرم غذایی این ماده به عنوان بخشی از گروه غذایی سرشار از پروتئین و در رده موادی مانند گوشت ماکیان، ماهی و حبوبات خشک قرار می گیرد.

بر اساس توصیه انجمن قلب آمریکا مصرف روزانه یک تخم مرغ قابل قبول است اما باید کلسترول موجود در آن را با سایر غذاهایی که طی روز مصرف می شود در نظر گرفت. مبتلایان به بیماری های قلبی، دیابت یا کسانی که سطوح کلسترول بد (LDL) خونشان بالاست باید مقادیر کمتر یا تخم مرغ های کوچکتر را مصرف کنند که کلسترول کمتری دارند.



## مراقبت های بعد از عمل زیبایی بینی

### تکنم شیری کارشناس پرستاری



در یک هفته اول پس از عمل استفاده نکنید. محدودیت دیگری برای غذا ندارید.  
 ۱۴- از اعمالی که باعث حرکت شدید عضلات صورت می شوند، مانند گریه کردن، خندیدن و صحبت کردن زیاد در هفته اول پرهیز نمایید.  
 ۱۵- دندان ها را به آرامی و با یک مسواک نرم، مسواک کنید. از دستکاری لب بالا (برای جلوگیری از حرکت بینی) پرهیز کنید.  
 ۱۶- قسمت هایی از صورت را که خارج از قسمتی است که چسب زده شده است را می توانید با پنبه مرطوب تمیز کنید ولی چسب ها نباید خیس شوند.  
 ۱۷- موهای خود را در هفته اول نشوئید مگر آنکه کسی به شما در شستن آن از عقب کمک کند تا پانسمان بینی خیس نشود.  
 ۱۸- در هفته اول بعد از عمل، از لباس هایی که از عقب یا جلو باز می شوند، استفاده نمایید.  
 ۱۹- داروهای تجویز شده را به طور کامل و دقیق استفاده نمایید.

۱- اغلب بیماران بعد از جراحی بینی، درد ندارند یا درد آنها مختصر است که به راحتی با داروهای مسکن ضعیف کنترل می شود.  
 ۲- در روز اول در تختخواب استراحت نمایید، در حالیکه سر بالا قرار دارد (چند عدد بالش زیر سرتان قرار دهید).  
 ۳- پانسمان پائین بینی را می توانید در صورت کثیف شدن، تعویض نمایید. این کار تا وقتی که ترشحات بینی قطع شود، ادامه می یابد.  
 ۴- اگر در داخل بینی پانسمان دارید، در زمان تعیین شده، برای خارج کردن آن به پزشک خود مراجعه نمایید.  
 ۵- تا زمانی که پزشک صلاح بداند باید گچ یا قالب روی بینی در محل خود باقی بماند، لذا آن را خشک نگه دارید و به آن دست نزنید.  
 ۶- زیر سر خود را به مدت ۴۸ ساعت بالاتر از حد معمول قرار دهید، این عمل در کاهش تورم موثر است.  
 ۷- استفاده از یخ بر روی چشمها و گونه در ۲۴-۴۸ ساعت اول در کاهش تورم و تغییر رنگ پوست موثر است.  
 ۸- با دهان باز عطسه نکنید.  
 ۹- حد امکان در روزهای اول سر خود را به جلو خم نکنید.  
 ۱۰- می توانید ۲۴ ساعت بعد از عمل، حمام بروید ولی نباید سر و صورت خود را خیس نمایید. در صورت استفاده از ضد درد، حتماً باید کسی به شما در حمام گرفتن کمک کند تا زمین نخورید.  
 ۱۱- در چند روز اول بعد از عمل، ممکن است کمی ترشح از بینی خارج شود که باید با دستمال پاک شود ولی نباید به بینی دست زده شود.  
 ۱۲- هیچ وسیله ای را برای تمیز کردن بینی، داخل آن نکنید.  
 ۱۳- بهتر است از غذاهای سریع الهضم در ۲۴-۴۸ ساعت اول استفاده نمایید. غذاهایی که احتیاج به جویدن طولانی مدت دارند را

۲۰- مرطوب کننده هوا و شستشوی بینی با سرم تا ۲ هفته توصیه می شود.  
 ۲۱- بعد از برداشتن قالب بینی توسط پزشک، می توان از مواد آرایشی استفاده کرد. مواد آرایشی شناخته شده ای را که قبلاً استفاده می کردید، به کار برید.  
 ۲۲- تا دو هفته پس از عمل فین نکنید، می توانید ترشحات را بالا بکشید تا وارد حلق شما شده و خارج شوند ولی نباید فین کنید.  
 ۲۳- تا دو هفته پس از عمل، از اسپرین و بروفن (یا ترکیبات حاوی آنها) استفاده ننمایید.  
 ۲۴- از فعالیت شدید بدنی پرهیز کنید. بیش از حد معمول استراحت ننمایید. از فعالیت های ورزشی و جنسی پرهیز کنید. راه رفتن سبک را می توانید سه روز بعد از عمل شروع نمایید ولی انجام ورزش های ایروبیک، کاهش وزن، بلند کردن جسم سنگین و ورزش های کششی باید تا سه هفته بعد از عمل به تأخیر انداخته شوند.  
 ۲۵- حداقل به مدت ۱۰-۱۴ روز از مکالمه تلفنی طولانی مدت و فعالیت اجتماعی شدید پرهیز نمایید.  
 ۲۶- به مدت ۱ ماه از شنا کردن پرهیز کنید.  
 ۲۷- به مدت ۶ هفته از مواجهه با نور آفتاب یا وسایل برنزه کننده کاملاً پرهیز کنید. گرما باعث تورم بینی شما می شود و نور آفتاب می تواند باعث تغییر رنگ پوست بینی شود.  
 ۲۸- به مدت ۶-۷ هفته از عینک طبی آفتابی استفاده ننمایید، زیرا آنها روی بینی شما قرار می گیرند. می توانید عینک را با چسب به پیشانی خود بچسبانید تا روی بینی قرار نگیرد. از لنزهای تماسی می توان ۲-۳ روز بعد از عمل استفاده نمود.  
 ۲۹- ویزیت های مرتب بعد از عمل، در ماه های بعد از جراحی لازم است تا روند بهبودی بررسی شود. اگر مشکلی وجود داشت حتماً در مورد آن با پزشکتان صحبت کنید.  
 ۳۰- از دست زدن (عاداتی) به بینی خود جداً اجتناب نمایید.

## نکات مهم در مورد سندرم نقص ایمنی اکتسابی و هیپاتیت B در دوران بارداری

### دکتر سودابه حسینیان متخصص زنان و زایمان

شیوع سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) که اولین بار در سال ۱۹۸۱ توصیف شد، به طور کلی رو به افزایش بوده و در این میان نسبت زنان جوان نیز سیر صعودی داشته است. عامل بیماری زای، رتروویروس انسانی به نام رتروویروس نقص ایمنی انسانی (HIV-1 و HIV-2) می باشد.  
 عفونت ناشی از HIV از علل اصلی مرگ و میر در میان زنان است. نزدیک به نیمی از موارد AIDS در میان زنان بر اثر استفاده از مخدر تزریقی بوده و یک سوم موارد ناشی از تماس جنسی است.  
 امروزه تعداد کودکانی که به صورت پری ناتال و به دنبال ابتلای مادر، دچار ایذر شده اند رو به افزایش است. انتقال از مادر به نوزاد مسئول اکثر عفونت های HIV در میان کودکان است. انتقال از طریق جفت ممکن است در اوایل بارداری روی دهد اما در اکثر موارد انتقال در هنگام تولد روی می دهد و ۲۵-۱۵ درصد از کودکان متولد شده از مادران آلوده به HIV که درمان نشده باشند، آلوده خواهند شد. انتقال بین زایمان در زنانی که از پارگی کیسه آب آنها بیش از ۴ ساعت گذشته باشد، شایعتر است. در ۲۰-۱۰ درصد موارد انتقال پس از زایمان و توسط شیردهی انجام می شود.  
 مشاوره در زنان HIV مثبت الزامی است و این امر در ابتدای بارداری ارجح است. طبق استانداردهای فعلی، زن باردار و جنین وی می بایست تحت موثرترین درمان قرار گیرند.  
 CDC درمان ضد رتروویروسی ترکیبی را در زنان باردار توصیه می کند. درمان در پیش از زایمان شامل زیدودین (۱۰۰ میلی گرم ۵ بار در روز که از هفته ۱۴ تا ۳۴ بارداری شروع و تا انتهای بارداری ادامه می یابد) و یک آنالوگ نوکلئوزید دیگر و یا یک آنالوگ غیرنوکلئوزیدی و یا یک مهارکننده پروتئاز می باشد.  
 درمان حین زایمان در تمام خانم هایی که HIV مثبت هستند

(چه پیش از زایمان درمان شده و چه نشده باشند) انجام می گیرد. اگر مادر در قبل از زایمان درمان نشده باشد نوزاد نیز نیاز به درمان با زیدودین خواهد داشت. اگر تشخیص ایدز پس از زایمان صورت گیرد علاوه بر درمان مادر با داروهای ترکیبی، نوزاد وی نیز می بایست به مدت ۶ هفته با زیدودین درمان شود.  
 دوره عمده برای پیشگیری از انتقال حین زایمان وجود دارد:  
 ۱- درمان ضد رتروویروسی  
 ۲- زایمان توسط سزارین  
 انتقال در زمان زایمان در صورت انجام سزارین به کمتر از نصف کاهش می یابد. در صورت تجویز درمان ضد رتروویروسی در دوره پیش از زایمان و حین زایمان و نیز وضع حمل توسط سزارین امکان انتقال ۸۷ درصد کاهش می یابد. سزارین را می توان در هفته ۳۸ حاملگی انجام داد.  
**شیردهی**  
 شیردهی توسط پستان خطر انتقال عفونت را افزایش می دهد و در زنان HIV مثبت توصیه نمی شود.  
**هیپاتیت B**  
 عامل این هیپاتیت که در آسیا و آفریقا اندمیک محسوب می شود یک هیپاتان ویروس DNA دار است. این عفونت یک علت اصلی هیپاتیت حاد، هیپاتیت مزمن، سیروز و کارسینوم هیپاتوسلولر محسوب می گردد. شاخص های ایمنولوژیک هیپاتیت B شامل ویروس هیپاتیت B (جزء Dane)، آنتی ژن مرکزی (HBcAg)، آنتی ژن سطحی (HBSAg) و آنتی ژن e (HBeAg) و آنتی بادی هیپاتیت می باشد.  
 ویروس به وسیله خون و فرآورده های خونی آلوده، بزاق، ترشحات واژن و مایع منی انتقال می یابد. تقریباً ۹۰ درصد مبتلایان به عفونت هیپاتیت B کاملاً بهبود می یابند و از ۱۰ درصد باقیمانده که به طور مزمن عفونت دارند یک چهارم دچار

بیماری مزمن کبدی می شوند.  
**هیپاتیت B و بارداری:**  
 نه شیوع و نه سیر بالینی عفونت هیپاتیت B در مادر، تحت تأثیر بارداری قرار نمی گیرد. درمان حمایتی است ولی احتمال زایمان زود هنگام افزایش می یابد.  
 انتقال ویروس از طریق جفت و از مادر به جنین با هیپاتیت حاد مرتبط است. اما ارتباطی با بیماری مزمن ندارد. با عفونت حاد در سه ماهه اول بارداری، ۱۰ درصد از جنین ها آلوده شده و این رقم در سه ماهه سوم ۸۰ الی ۹۰ درصد است. با عفونت مزمن مادر، انتقال پری ناتال از طریق بلع ترشحات واژن در طی زایمان، یا در طی شیردهی صورت می گیرد. بعضی شیرخواران آلوده بدون علامت هستند اما تعدادی دچار بیماری حاد و شدید می شوند و نزدیک به ۸۵ درصد این نوزادان حامل مزمن خواهند شد.  
 انتقال هیپاتیت B در دوران پری ناتال به طور نزدیکی با آنتی ژن e مادری همخوانی دارد. مادران با آنتی ژن سطحی هیپاتیت B و آنتی ژن e به احتمال زیاد بیماری را به شیرخوارشان انتقال می دهند، در حالی آنها بی آنتی ژن e منفی هستند ولی از نظر آنتی بادی ضد HBe مثبت می باشند معمولاً عفونت را منتقل نمی کنند.  
**پیشگیری از عفونت نوزادی**  
 عفونت نوزادی که مادرش به طور مزمن حامل ویروس است را معمولاً به وسیله تجویز ایمنوگلوبولین هیپاتیت B و واکسن هیپاتیت B به طور سریع پس از تولد، می توان پیشگیری نمود. دوز دوم و سوم واکسن در یک و شش ماهگی به فرزند تجویز می شود. به همین دلیل انجام آزمایشات سرولوژیک جهت بررسی ویروس هیپاتیت B در تمام مادران باردار، توصیه شده است. در مادران پرخطر که HBSAg آن ها منفی است می توان در طی بارداری از واکسن استفاده نمود.



## گفتگو با استاد عالیقدر جناب آقای دکتر محمد تقی صراف

استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد و رئیس بخش نوزادان بیمارستان بنت الهدی

متخصص اطفال و فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان

امتحان استادیاری جهت تدریس و درمان کودکان به بیمارستان امام رضا (ع) معرفی شدم. در همان زمان بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بخش منحصر به فرد کودکان استان خراسان بود. اساتید شادروان جناب آقای دکتر سامیراد ریاست دانشگاه، دکتر هدایت یغمایی و دکتر قهرمان بودند که از دانش، اخلاق و وجدان پزشکی همگی آنها بهره کافی بردم و از خداوند طلب مغفرت برای آنها دارم.

فراموش نمی کنم که چندین سال مرخصی نرفتم و هر شب کشیک بودم (شرایط پذیرش آسیستان موجود نبود). مدتی که افتخار آموزش داشتم از بهترین ایام زندگی بوده و دانشجویان را فرزندان خود می دانستم و گاهی که آنها را ملاقات می نمایم جزو اساتید مشهور و معروف ایران می باشند که واقعا لذت می برم. در خلال مدت استادیاری چندین سال هم در بخش کودکان بیمارستان قائم (عج) مسئول آموزش و درمان بودم. خوشبختانه با تلاش مسئولین دانشگاه علوم پزشکی مشهد فعلا بخشهای متعدد کودکان با تجهیزات کامل و همچنین بخشهای فوق تخصصی در رشته کودکان ایجاد شده و در کادر علمی کودکان بیش از ۳۰ نفر و تعداد ۳۰ نفر آسیستان تخصصی و فوق تخصصی مشغول خدمت می باشند که شاید بنده هم سهم کوچکی در این موفقیت داشته باشم.

همچنین از بدو تأسیس بیمارستان بنت الهدی (دکتر معتمدی سابق) اینجانب با بخش نوزادان این بیمارستان همکاری داشته ام. نشیب و فرازهای زیادی در سالهای قبل در بیمارستان وجود داشت که در حال تعطیل شدن بود ولی با انتقال آن به جناب آقای دکتر امیر حسنجانی (جراح و متخصص چشم) خوشبختانه با زحمات زیادی که ایشان متحمل شدند، این بیمارستان جزو بیمارستانهای درجه یک مشهد شامل بخشهای مختلف و با تجهیزات کامل می باشد. از خداوند متعال توفیقات بیشتر مدیران این بیمارستان را در خدمت به

قهرمان، دکتر محلاتی استفاده شایانی کسب کردم. همچنین از جناب آقایان دکتر رادپور، دکتر شهرستانی، اخوان دکتر شاهین فر (محمد - احمد)، دکتر مستقیمی، مهندس شهرستانی، کسب فیض نمودم که همگی از استادان واقعی و الگویی از انسانیت و اخلاق بودند. در دانشکده پزشکی با امتیاز شاگرد اولی فارغ التحصیل و از طرف وزارت فرهنگ به اخذ

سپاس خدای یکتا را که نعمت آموختن و آموزش به این بنده عطا فرمود.

متولد سال ۱۳۰۷ در خانواده ای مذهبی در یزد هستم. دوره دبستان هدایت و دبیرستان ابرانشهر را در یزد گذرانیده و موفق به اخذ دیپلم طبیعی و ادبی شدم. در کنکور پزشکی دانشگاه شیراز قبول شدم ولی به علت مشکلات نتوانستم ادامه دهم. یک سال بعد در



مدال و نشان درجه اول علمی نائل گردیدم. از سال ۱۳۳۶ لغایت ۱۳۴۰ از طرف دولت (بورس شاگرد اولی) در دانشکده پزشکی پاریس دوره تخصصی بیماریهای کودکان و همچنین دوره طب کار را گذرانیده و به وطن عزیز مراجعت نمودم و با علاقه ای که به بارگاه ملکوتی حضرت رضاع) داشتم عازم مشهد شدم بلکه بتوانم دین خود را به دانشکده ای که در آن تحصیل نمودم ادا نمایم. در سال ۱۳۴۳ با گذراندن

کنکور دانشگاه حقوق تهران شرکت و ثبت نام نمودم که آن هم موفق به ادامه نشدم. قسمت این بود که در دانشکده پزشکی مشهد در جوار حضرت رضاع) مشغول به تحصیل شوم. پدرم مشوق تحصیلات پزشکی من بود. در دوران تحصیل از اساتید بزرگوار مرحومان دکتر سامیراد، دکتر قوام نصیری، دکتر شهیدی، دکتر سالاری (رضا - احمد - علی)، دکتر قریشی، دکتر میردامادی، دکتر اسکوفیان، دکتر بهپور، دکتر

## واکسیناسیون در خانم های حامله

بهره‌بند. برای خانمهای حامله که مستعد ابتلاء به این بیماری هستند بعد از تماس ایمنوگلوبولین اختصاصی تجویز شود. تجویز واکسن MMR و آبله مرغان به خانم های شیرده بلا مانع است.

در فصولی که بیماری آنفلوانزا شیوع دارد تجویز واکسنهای غیر فعال آنفلوانزا برای خانم های حامله در سه ماهه دوم و سوم حاملگی ضروری است و بهتر است بعد از هفته چهاردهم حاملگی تزریق گردد ولی در خانم های باردار با بیماری های زمینه ای خطر ساز مانند آسم با توجه به اینکه ابتلاء به بیماری عواض بیشتری نسبت به تزریق واکسن دارد تزریق واکسن

می شود واکسن کزاز، دifterی و آنفلوانزا است. تزریق واکسن MMR (سرخک، سرخچه، اوربون) و آبله مرغان به خانمهای حامله: باید قبل از تجویز این واکسن ها به خانم ها در مورد اینکه باردار هستند یا اینکه قصد باردار شدن دارند سؤال شود و در هر حال باید واکسیناسیون MMR و آبله مرغان تا بعد از زایمان به تعویق افتد. خانم های حامله که مستعد ابتلاء به سرخچه هستند باید واکسن آن را بعد از زایمان دریافت نمایند.

در صورت تجویز واکسن های فوق به خانم ها توصیه می شود که از حاملگی حداقل به مدت یک ماه

اهمیت واکسیناسیون در طی حاملگی حفظ سلامتی مادر، جنین و نوزاد است و هدف از انجام آن محافظت جنین در طی تشکیل، همچنین حفاظت از خانمهای حامله و جلوگیری از عفونت در زمان زایمان می باشد.

خانم های باردار فقط باید زمانی واکسن دریافت کنند که برای آنها ضرر نداشته باشد. در صورت نیاز به تزریق واکسن در طی حاملگی تجویز آن از سه ماهه دوم یا سوم حاملگی که احتمال تراتوژنیستی آن به حداقل برسد، توصیه می گردد.

تنها واکسنی که تزریق آن در طی حاملگی توصیه



بیماران مسئله می نمایم.

ایراد نمودم.  
...

#### درجات علمی دانشگاهی

در سال ۱۳۴۷ به مقام دانشیاری ارتقاء یافتم و در سال ۱۳۵۵ با کسب امتیازات لازم به مرتبه استادی نائل شدم. همچنین در سال ۱۳۷۰ موفق به دریافت فوق تخصص بیماریهای عفونی کودکان گردیدم. در مدت بیش از ۳۰ سال با همکاران بخش کودکان، که همگی از نخبگان متخصص اطفال می باشند، در آموزش آسپستان های رشته تخصصی کودکان همکاری داشتم و به وجود همگی همکاران افتخار می نمایم و محبتهای آنها را فراموش نمی کنم. زیارت آنها واقعا برایم لذت بخش است. خوشبختانه بعضی از آسپستان ها درجات عالی فوق تخصصی را گذرانده که موفقیت آنها باعث خوشحالی و آنها را همیشه دوست و همکار خوب خود می دانم.

#### تألیفات و مقالات منتشره و شرکت در کنگره های پزشکی

در مراحل مختلف دانشگاهی علاوه بر تدریس دانشجویان و امر درمان، مقالات و تألیفاتی ارائه نموده ام.  
۱- کتاب بیماریهای ارثی متابولیسم.  
۲- کتاب برتری شیر مادر به زبان فرانسه.  
۳- ۷۵ مقاله منتشره در مجلات و کتب داخلی.  
۴- ۵ مقاله در مجله de pediatrie de Annale پاریس و آخرین مقاله خارجی در بیست و نهمین کنگره بین المللی کودکان در سپتامبر ۱۹۹۲ در ریودژانیرو (برزیل).  
۵- راهنمای ۴۰ پایان نامه دوره دکترای عمومی و تخصصی اطفال.  
۶- هفت پروژه تحقیقاتی که برای هر کدام بیش از دو سال صرف وقت شده و نتیجه آن در مجلات علمی داخل و خارج منتشر شده است.

۷- در اکثر کنگره های پزشکی که در داخل و خارج کشور تشکیل شده به عنوان سخنران شرکت و مقالاتی ارائه نمودم و حداقل در تمام کنگره ها ریاست یک جلسه کنگره را به عهده داشته ام. دو سخنرانی در کنگره بین المللی کودکان در پاریس (ژوئیه ۱۹۷۰)

۴- رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی مشهد در سه دوره چهار ساله.

۵- رئیس هیئت مدیره انجمن فارغ التحصیلان دانشگاههای مشهد.

۶- استاد نمونه انجمن متخصصین کودکان ایران.

۸- رئیس هیئت مدیره انجمن متخصصین کودکان خراسان.

۹- استاد نمونه سازمان کل نظام پزشکی ایران.

۱۰- عضو جامعه متخصصین اطفال کشور فرانسه.

حاصل زندگی داشتن چهار پسر است که موفقیت آنها نیز مرهون توجهات همسرم بوده است. دکتر حمیدرضا صراف (پزشک)، دکتر علیرضا صراف (استادیار تخصصی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی مشهد)، دکتر محمد صراف (پزشک)، حسین صراف (دانشجوی رشته مکانیک). از خداوند مسئلت می نمایم که آنها را در امر خدمت به جامعه اسلامی توفیق دهد.

#### چند توصیه به همکاران جوان

۱- در همه حال به یاد خدا باشید بخصوص در زمان معاینه و مداوای بیماران.

۲- بیماران را از اقوام خود بدانید و با آنها همان رفتاری را داشته باشید که با نزدیکان خود دارید.

۳- در جهت حفظ احترام خود با بیماران، انتقادی از همکاران نداشته باشید.

۴- اخلاق پزشکی را رعایت نمائید و چنانچه خدای نکرده از طرف صاحبان بیمار اهانتی شد بی جواب بگذارید، بعد از بهبودی عذرخواهی خواهند نمود (از نظر روانی همیشه حق با بیمار است).

۵- بیماریانی که احتیاج دارند را کمک و مساعدت نمائید.

۶- مطالعه را فراموش ننمائید.

با تشکر فراوان از استاد عالی مقام جناب آقای دکتر صراف که وقت گرانقدر خویش را در اختیار ما قرار دادند و با آرزوی سلامتی برای ایشان و خانواده محترمشان.

#### سمت های اجرایی

۱- در سنوات قبل از انقلاب جزو کمیته تحقیقات، اجرایی، تدارکات، انتصابات و ترفیعات بودم.

۲- از سال ۱۳۵۷ الی ۱۳۷۳ (زمان بازنشستگی) مدیر گروه کودکان بودم. لازم می دانم از کلیه همکارانی که با اینجانب همکاری داشته اند تشکر و سپاسگذاری نمایم. آنها جزو افتخارات دانشگاه می باشند.

۳- عضو هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۴- عضو هیئت بورد تخصصی بیماریهای کودکان از سال ۱۳۵۳ الی ۱۳۷۳.

۵- عضو هیئت ممیزه و کمیته تخصصی دانشگاه.

۶- عضو شورای هماهنگی و برنامه ریزی و بازآموزی دانشگاه.



۷- رئیس کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر.

۸- عضو کمیته علمی بررسی نسخ.

#### فعالیت های اجتماعی

۱- افتخار خادمی بارگاه ملکوتی حضرت رضا (ع).

۲- اعزام به جبهه در زمان جنگ.

۳- عضو شورای عالی نظام پزشکی در سه دوره چهار ساله.

آنفلوانزا صرفنظر از سن حاملگی در فصول شیوع آنفلوانزا باید انجام شود.

حدود ۸۵-۱۰ درصد از شیرخواران متولد شده از ناقین ویروس هپاتیت B به صورت مزمن به این ویروس آلوده می شوند مگر اینکه بلافاصله بعد از تولد، پروقیلا کسی در مقابل این ویروس که شامل انجام واکسیناسیون و تزریق HBIG است دریافت نمایند در غیر این صورت بسیاری از این نوزادان متولد شده به شکل مزمن بیماری مبتلا شده و تلف خواهند شد. لذا توصیه می گردد خانم های باردار باید از نظر HBSAg آزمایش شوند.

شیرخواران متولد شده از این مادران باید اولین دوز واکسن هپاتیت B و ایمنوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B را در عرض ۱۲ ساعت بعد از زایمان دریافت نمایند. این تزریقات حدود ۹۰-۷۵ درصد در پیشگیری از عفونت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت B موثر است.

انجام تست HBSAg در اواخر حاملگی برای خانم هایی که خطر عفونت با ویروس هپاتیت B در آنها بالاست مانند معنای تزریقی و کسانی که اخیراً مبتلا به سایر بیماری های منتقله از راه جنسی شده اند، در صورتی که نتایج تست اولیه آنها منفی باشد، توصیه

می گردد.

تزریق ۲ دوز توکسوئید دیفتری و کزاز (TD) به فاصله ۴ هفته لازم است. تجویز واکسن پولیومیلیت به صورت روتین در خانم های باردار توصیه نمی شود.

ایمونونیزاسیون بر علیه پنوموکوک در خانم های بارداری که مستعد ابتلاء به این بیماری هستند توصیه می گردد. تجویز واکسن تب زرد در خانم های باردار ممنوع است اما در محلی که احتمال تماس با این بیماری باشد، و به خصوص در مسافرت های بین المللی، مانعی ندارد.

## اسهال در کودکان

دکتر امیر مسعود رجب پور متخصص کودکان



اسهال یکی از بیماری‌های شایع دوران کودکی به خصوص در ایام گرم سال (اواخر بهار و تابستان) می‌باشد که همه ساله خانواده‌های زیادی را نگران و مشغول به خود می‌سازد. بنا به تعریف، اسهال عبارت است از دفع مدفوع آبکی یا دفع مدفوع بیشتر از پنج مرتبه در شبانه روز که می‌تواند با علائمی نظیر دل درد، تب، تهوع و استفراغ نیز همراه باشد.

عمده اسهال‌ها در این ایام دارای منشأ ویروسی می‌باشند. «روتاویروس» یکی از شایعترین علل اسهال ویروسی شیرخواران و کودکان در سنین قبل از دبستان است. این نوع اسهال، با دفع مدفوع آبکی بدون وجود خون در مدفوع، عدم وجود تب و یا تب خفیف (کمتر از ۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد) و در بعضی مواقع، تهوع و استفراغ مشخص می‌شود. معمولاً مدفوع حالت بلغمی داشته و به رنگ زرد یا سبز می‌باشد. اشتباهی کودک کاهش می‌یابد و در سنین پایین تر با بیقراری شیرخوار نیز همراه می‌شود. با توجه به ویروسی بودن علت این اسهال‌ها، سرایت آن نیز سریع بوده و به سهولت انجام می‌پذیرد که این انتشار عمدتاً از طریق مدفوعی - دهانی می‌باشد که خود، توجیه کننده اهمیت رعایت نکات بهداشتی در مراقبت از این کودکان در جهت پیشگیری از گسترش بیماری است.

خوشبختانه اسهال‌های ویروسی عمدتاً خوش‌خیم بوده و به تدریج از شدت علائم کاسته شده و طی دوره ای بین ۵ تا ۷ روز علائم فروکش نموده و بیمار، بهبودی می‌یابد. اما در موارد نادری ممکن است بیماری شدت یافته و باعث کم‌آبی شدید بدن بیمار و یا اضافه شدن عفونت میکروبی به بیماری اولیه شده و منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان گردد. ولی اینگونه موارد در حال حاضر بسیار نادر بوده و با توجه به افزایش سطح آگاهی عمومی و ارتقاء سطح بهداشت جامعه، خیلی کم و در صورت مشاهده، بیشتر در شیرخواران کم‌وزن یا دچار سوء تغذیه دیده می‌شود.

«درمان»: همانگونه که قبلاً ذکر شد با توجه به منشأ ویروسی این بیماری، درمان خاصی وجود ندارد. اولین و مهم‌ترین عامل در درمان کودکان دچار اسهال ویروسی، صبر و حوصله خانواده و بخصوص مادران می‌باشد، زیرا بیماری دارای دوره ای بین ۳ تا ۵ و حداکثر ۷ روز بوده و علائم بیماری به تدریج کاهش یافته و طی این مدت رفع می‌شود. لذا نیازی به مراجعه به کلینیک‌های متعدد و مصرف داروهای مختلف نیست.

آنتی‌بیوتیک در این بیماران هیچ موردی از مصرف نداشته و فقط باعث طولانی‌تر شدن سیر بیماری و در مواردی تشدید علائم بالینی می‌گردد.

## مطالعات میکروبیولوژیک در بیمارستان

مریم عطائی کارشناس بهداشت محیط

- ۱- مطالعه یا survey جهت بررسی یک مسئله اختصاصی مربوط به عفونت بیمار.
- ۲- مطالعه یا survey برای مقاصد و اهداف آموزشی.
- ۳- **مواردی که مطالعات میکروبیولوژیک توصیه نمی‌شوند:**
  - ۱- نمونه گیری و کشت به صورت روتین از بیماران یا پرسنل بیمارستان به منظور مراقبت مگر براساس شواهد اپیدمیولوژیک.
  - ۲- کشت روتین از محصولات تجاری که برچسب استریل دارند (کاتترهای داخل عروقی / سرماها).
  - ۳- آزمایش روتین از مواد ضدعفونی کننده و گندزداها.
  - ۴- کشت روتین از واحد خون (blood unit) یا کشت راندام از واحدهای خون برای اطمینان از استریل بودن آنها.
  - ۵- مانیترینگ روتین فرآیند گندزدایی در مورد تجهیزات تنفسی.
  - ۶- کشت روتین از هوا (به جز در موارد خاص).
  - ۷- کشت روتین از مایع دیالیز سفاتی Peritoneal.
  - ۸- نمونه گیری روتین از وسایل تجاری که برای مراقبت از بیمار به کار می‌رود.
  - ۹- کشت روتین از شیر انسان که ذخیره و نگهداری می‌شود و برای مصرف فوری نوزاد در نظر گرفته شده است.

## آزمایش گازهای خون شریانی (ABG)

فهیمة نام یار کارشناس پرستاری

آزمایش گازهای خون شریانی یکی از تستهای اختصاصی برای بررسی تعادل اسید و باز، اکسیژناسیون خون شریانی، تبادل گازی، و تهویه آلوئولی می‌باشد.

تمایز نمونه خون شریانی و وریدی:

در برخی موارد، ممکن است به علت نزدیکی شریان و ورید، اشتباهاً خون وریدی به جای خون شریانی به داخل سرنگ کشیده شود. برای اطمینان از اینکه نمونه از شریان گرفته شده است O2Sat، PaO2، O2content بررسی می‌شود.

در خون وریدی O2Sat، PaO2: 40mmHg کمتر از ۷۵ درصد و contentO2 کمتر از 15 سی سی در خون شریانی PaO2 بالاتر از 60mmHg، O2Sat بالاتر از ۷۵ درصد و contentO2 بیشتر از 15 سی سی می‌باشد.

**نحوه گرفتن نمونه خون شریانی جهت ABG:** نمونه خون شریانی از شریان‌های زیرپوستی شامل شریان رادیال، اولنار، بازویی ورانی تهیه می‌شود. به دلیل نداشتن عوارض شدید و به راحتی در دسترس و قابل لمس بودن، شریان رادیال از متداولترین شریان‌های مورد استفاده است.

**نکات قابل توجه در گرفتن ABG:**

- ۱- برای کاهش اضطراب بیمار، هدف کار خود را برای وی توضیح می‌دهیم.
- ۲- قبل از گرفتن ABG از شریان رادیال، حتماً تست آلن برای بررسی کفایت خون شریانی رادیال و اولنار انجام شود. (تست آلن: شریان رادیال و اولنار به وسیله دست معاینه کننده بسته می‌شوند و بیمار دستش را می‌بندد) اگر فرد بهبودی باشد دست وی را به صورت مشت شده نگه می‌داریم) زمانی که دست باز می‌شود و شریان هنوز بسته است دست بیمار رنگ پریده است. زمانی که شریان اولنار آزاد می‌شود تمام دست باید به دلیل جریان جانبی در عرض کمتر از ۳ ثانیه به رنگ صورتی شود.
- ۳- اطلاع کافی از آناتومی محل نمونه گیری داشت تا آسیب کمتری به بیمار وارد شود.
- ۴- جهت گرفتن نمونه، سرنگ انسولین را چهارپاره می‌کنیم باید توجه داشت چهارپاره در داخل سرنگ نماد زبرا خاصیت اسیدی دارد.
- ۵- از سر سوزن با قطر بسیار کم (نازک) و طول کوتاه استفاده شود.
- ۶- بعد از ضدعفونی محل شریان، سر سوزن با زاویه ۶۰ درجه به طرف پایین و محل نبض شریان نشانه می‌رود. با دقت سر سوزن را تا زمان ورود خون به سرنگ به جلو می‌بریم و در همین حین پیستون سرنگ را به عقب کشیده و اجازه می‌دهیم ۰/۳-۰/۵ سی سی خون وارد سرنگ شود. باید دقت نمود سر سوزن بیشتر از ۰/۵ سانتی متر وارد نشود زیرا باعث پارگی جدار زیرین رگ و عدم موفقیت در خونگیری می‌شود.
- ۷- برای پیشگیری از خونریزی زیر جلدی و هماتوم، بیش از یک بار سر سوزن را در یک ناحیه نباید وارد شریان نمود و بعد از گرفتن نمونه، محل شریان به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه باید فشار داده شود.
- ۸- حبابهای هوای موجود در سرنگ را تخلیه می‌کنیم، سرپوش سر سوزن را گذاشته و یا سر سوزن را خم می‌کنیم. علاوه بر مشخصات بیمار، لازم است میزان اکسیژن دریافتی، درجه حرارت و هموگلوبین بیمار روی سرنگ نوشته شود. سرنگ نمونه را باید در یک محیط سرد (لیوان یخ) نگه داری نمود.





## روش صحیح شیردهی به نوزاد

### الیه باغداری لیسانس مامائی



تغذیه با شیر مادر به ایجاد رابطه عاشقانه و صمیمی میان مادر و کودک کمک می کند و باعث می شود مادران از لحاظ احساسی و عواطف خود را غنی احساس کنند. تماس نزدیک بلافاصله پس از زایمان به استحکام این رابطه کمک می کند. اگر تماس بین مادر و کودک و تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان برقرار شود، کودکان کمتر گریه کرده و نمو سریعتری خواهند داشت.

مادرانی که شیر می دهند نسبت به شیرخوار خود محبت بیشتری نشان داده و در مورد مراقبت کودک و تغذیه او با شیر مادر در شب، خیلی کمتر شکایت می کنند و همچنین نسبت به کودکان کمتر بد رفتاری کرده و یا آنان را ترک می کنند.

بررسی های متعددی نشان داده که تغذیه با شیر مادر به ارتقاء ضریب هوشی کودکان کمک می کند. نوزادان کم وزنی که در هفته های اول زندگی با شیر مادر تغذیه می شوند، در سالیهای بعدی نسبت به کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه شده اند از بهره هوشی بالاتری برخوردارند.

جریان شیر مادر تا حدی بستگی به چگونگی احساس مادر و تفکرات او دارد. بسیار مهم است که مادران و نوزادان در تمامی مدت شبانه روز در کنار یکدیگر باشند. این مسئله به مادر کمک می کند تا نسبت به شیردهی احساس خوبی داشته باشد.

\* بسیاری از مشکلات رایج شیردهی می تواند به علت وضعیت نادرست پستان گرفتن باشد.  
\* مقدار شیر تولید شده در پستانها بستگی به مکیدن

\* جامعه و محیط خانوادگی از تغذیه با شیر مادر حمایت کنند.

#### وضعیت صحیح شیردهی

\* سر و بدن کودک مستقیم در امتداد یک خط قرار بگیرد. صورتش رو بروی پستان و بینی او مقابل نوک پستان قرار گیرد.

\* بدن کودک چسبیده به بدن مادر باشد.

\* باسن او نیز (اگر نوزاد است) در آغوش مادر قرار بگیرد. مادر باید انگشتانش را روی قفسه سینه بگذارد بطوری که انگشت اول او پستان را نگهدارد و انگشت شست بالای پستان را به آرامی فشار دهد.

این کار باعث می شود نوزاد بهتر پستان را به دهان بگیرد. مادر نباید پستانش را خیلی نزدیک به نوک آن در دست بگیرد. انگشتان مادر خیلی جلو نیایند که گرفتن پستان را برای شیرخوار مشکل کنند. به نحوی پستان در دهان نوزاد قرار گیرد که لب او زیر نوک پستان برود و چانه اش به پستان مادر بچسبد.

#### نشانه های مکیدن صحیح نوزاد

- \* دهان شیرخوار کاملاً باز است.
- \* لب پایین به بیرون برگشته است.
- \* زبان بطور مقعر دور تا دور پستان را گرفته.
- \* گونه ها گرد و برآمده است.
- \* قسمت بیشتری از آرنج در بالای دهان دیده می شود.
- \* مکیدن آرام و عمیق و گاه با مکث است.
- \* صدای بلع به گوش می رسد یا بلع دیده می شود.

شیرخوار و مقدار شیر تخلیه شده از پستانها دارد. مکیدن شیر باعث تولید شیر بیشتر می شود. اغلب مادران بیشتر از مقداری که شیرخوارشان نیاز دارد، شیر تولید می کنند و حتی می توانند شیر کافی برای تغذیه دوقلوها تولید کنند. تغذیه با شیر مادر در اغلب موارد موفق خواهد بود اگر:  
\* مادر احساس خوبی درباره خودش داشته باشد.  
\* شیرخوار پستان را صحیح در دهان گرفته باشد و بنابراین مکیدنهای موثر و قوی داشته باشد.  
\* شیر دادن به شیرخوار در اغلب اوقات شبانه روز بر حسب میل شیرخوار صورت بگیرد.

### معصومه صادقی کارشناس پرستاری

## عوارض حین دیالیز

#### ۴- مصرف غذا:

مصرف غذا در طول همودیالیز می تواند سبب کاهش قابل ملاحظه ای در فشار خون گردد. اثر غذا روی فشار خون احتمالاً کمتر از ۲ ساعت طول می کشد. بیمارانی که مستعد هیپوتانسیون در طول دیالیز هستند باید در صورت امکان از مصرف غذا قبل و یا در طول جلسه دیالیز اجتناب کنند.

#### ۵- ایسکیمی یافت:

ایسکیمی ایجاد شده در بعضی بیماران دیالیزی در حین دیالیز سبب آزاد شدن آدنوزین می گردد. آدنوزین آزاد شدن نوراپی نفرین را از اعصاب سمپاتیک متوقف کرده که این مسئله باعث وازودیلاتاسیون و کاهش فشار خون می گردد.

#### ۶- آسیب اعصاب خودکار:

این عارضه بخصوص در بیماران دیابتی شایع تر است. در این بیماران انقباض شریانها بدنال خونریزی دچار اختلال می گردد در نتیجه زمانی که برون ده قلبی افت می کند توانایی حفظ فشار خون کاهش می یابد.

۷- استفاده از داروهای ضد فشار خون قبل از شروع دیالیز.

#### درمان:

اولین قدم قرار دادن پوزیشن ترندلنبرگ می باشد. حدود ۱۰۰ سی سی سرم نرمالین سالین به صورت سریع برای بیمار انفوزیون گردد و میزان اولترافیلتراسیون کاهش یابد و در صورت لزوم به صفر برسد. همچنین سرعت جریان خون کاهش یابد.



هیپوتانسیون می شود.

#### ۳- استفاده از مایع دیالیز با دمای طبیعی:

دمای مرکزی بدن یک محرک قوی گشادکننده عروق است که در نتیجه آن وریدها و شریانها منبسط می شوند. استفاده از یک مایع دیالیز خنک می تواند شیوع هیپوتانسیون را در طول دیالیز کاهش دهد.



در ضمن انجام همودیالیز عوارض احتمالی زیادی می تواند برای بیمار اتفاق بیفتد. این عوارض می تواند ناشی از خود عمل همودیالیز باشد و یا به دلیل تأثیر متقابل بیمار و درمان دیالیز دیده شود.

شایعترین عوارض حین دیالیز به ترتیب شیوع عبارتند از:

- ۱- هیپوتانسیون (۲۰-۳۰ درصد)
- ۲- گرفتگی عضلانی (۵-۲۰ درصد)
- ۳- تهوع و استفراغ (۵-۱۵ درصد)
- ۴- خارش (۱۵ درصد)
- ۵- سردرد (۵ درصد)
- ۶- درد سینه (۲-۵ درصد)
- ۷- درد پشت (۲-۵ درصد)
- ۸- تب و لرز (کمتر از ۱ درصد)
- ۹- سندرم عدم تعادل

#### هیپوتانسیون:

هیپوتانسیون حین دیالیز علل مختلفی دارد:

۱- هیپوتانسیونی که با کاهش شدید و سریع حجم خون ارتباط دارد:

- الف - عدم استفاده از کنترل کننده اولترافیلتراسیون
- ب - افزایش وزن بیش از حد در بین دو جلسه دیالیز و درمان سریع آن

ج - وزن خشک موردنظر کمتر از میزان طبیعی

د - مایع دیالیز با سطح سدیم پایین

#### ۲- استفاده از مایع حاوی استات:

استات به علت اثر وازودیلاتوری باعث



## انسداد روده باریک

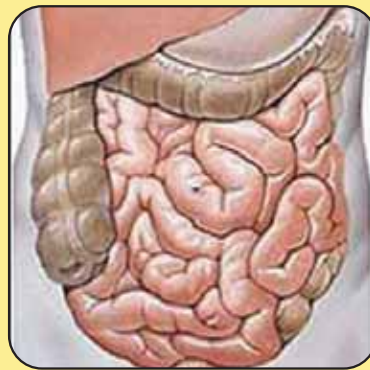
### دکتر وحید آقاسی زاده متخصص جراحی عمومی

اداراری جهت کنترل حجم ادرار گذاشته شود. رادیوگرافی های لازم نیز درخواست می شود. به جز در مراحل اولیه انسداد مکانیکی ساده، تمام بیماران با انسداد روده باید کاتتر ورید مرکزی جهت اندازه گیری فشار وریدی (CVP) داشته باشند. اصلاح آب و الکترولیت و PH الزامی بوده و استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک نیز توصیه می گردد. اگر هرگونه شواهدی از ایسکمی روده و تحریک پریتون دیده شود، لازمست بیمار بلافاصله پس از جبران مایعات، تحت عمل جراحی قرار گیرد. در صورت انسداد ساده و بدون اختلال خونرسانی روده، اگر انسداد ناکامل روده باشد، بیمار را ۴۸ ساعت و اگر انسداد کامل باشد حداکثر ۱۲ ساعت در بخش بستری نموده و اقدامات فوق انجام می شود و در صورت عدم بهبودی، اندیکاسیون لاپاروتومی اورژانس وجود دارد. انسداد روده باریک پس از عمل جراحی از قانون فوق مستثنی می باشد. ایسکمی روده در این موارد بخصوص در مواردی که انسداد بلافاصله پس از عمل جراحی ایجاد شده باشد، ناشایع است. این بیماران باید تا ۱۴ روز NPO بوده (عدم تغذیه دهانی) و درمانهای طبی انجام شده و تغذیه کامل وریدی بشوند، که اکثراً انسداد با همین اقدامات برطرف میشود، در صورت عدم بهبودی و یا ایجاد علائم ایسکمی روده، اندیکاسیون عمل جراحی وجود دارد.

انسداد راجعه روده باریک، معضل بزرگی را برای بیمار و جراحش ایجاد می کند. البته انسدادهای مکرر روده باریک کمتر احتمال ایجاد ایسکمی دارند. لهذا درمان غیر جراحی آن هم حداکثر به مدت ۱۴ روز پیشنهاد می گردد. یک مشکل اختصاصی در بیماران با انسداد مکرر پس از اعمال جراحی پدید می آید به نام پریتونیت اولیتران می باشد. در معاینه فیزیکی، شکم خمیری بوده و اگر جراحی انجام شود، یک توده روده ادماتو و ملتهب و کاملاً چسبیده دیده می شود که جداسازی و آنترولیز، بدون خطر آسیب روده ای امکان پذیر نمی باشد. در چنین شرایطی، جراح بایستی فوراً از عمل دست کشیده و بیمار را روی تغذیه وریدی طولانی مدت و سوند نازوگاستریک قرار داده و درمان کنترواتیو(حمایتی) را ادامه دهد. عموماً پس از ۲ تا ۱۰ هفته انسداد برطرف شده و می توان تغذیه دهانی را مجدداً شروع نمود. آخرین نکته در درمان، در مورد انسداد روده به علت انواژیناسیون روده در بزرگسالان است که تقریباً در تمام موارد یک پاتولوژی زمینه ای در روده باریک وجود دارد (نظیر بیماری کرون، تومورها و...) و درمان آن عمل جراحی و رزکسیون توده انواژینه شده می باشد نباید تلاشی جهت جاذخاندن روده با باریوم انما و سایر روشها انجام شود.

بدتر نیز می شود که منجر به آکالوزمتابولیک در انسدادهای پروگزیمال می گردد. در انسدادهای دیستال، دفع مایع به همین صورت است ولی معمولاً الکترولیت قابل ملاحظه ای دفع نمی شود. در حضور انسداد، استاز محتویات روده رخ می دهد که مساعداً افزایش رشد باکتریهای هوازی و بیهوازی می باشد. چندین مطالعه نشان داده اند که ترانس لوکاسیون باکتریها حتی در انسداد ساده روده رخ می دهد.

**تشخیص:** وجود انسداد روده باستانی در هر بیمار با درد شکمی، استفراغ، اتساع شکم و یبوست مورد توجه قرار گیرد. تست تشخیصی اساسی در این بیماران، چهار رادیوگرافی شامل CXRay ایستاده، شکم ایستاده، شکم خوابیده و دکوبیتوس لترال شکم



می باشد. در گرافی خوابیده اتساع لولههای روده و در ایستاده شکم، سطوح مایع - هوای متعدد (Air Fluid Level) مشاهده می گردد. هیچ تست تشخیصی آزمایشگاهی اختصاصی وجود ندارد. افزایش شمارش WBC و هماتوکریت، افزایش BUN، اختلالات الکترولیتی و افزایش آمیلاز از علائم ایسکمی روده می باشند. باریوم انما وقتی بیمار مشکوک به انسداد روده بزرگ باشد اندیکاسیون دارد ولی انجام این کار در بیمار مشکوک به دیورتیکولیت حاد ممنوع است.

**درمان:** پس از تشخیص انسداد روده باریک مهمترین اقدام اولیه ریهدراته کردن بیمار است.

لازمست بیمار بستری شده، آزمایشات بیوشیمیایی درخواست شود، لوله نازوگاستریک (NGTube) و سوند

انسداد روده باریک به هرگونه مانعی در عبور موادغذایی و مدفوعی از روده به طرف انتها گفته می شود.

انسداد روده مسئول حداقل ۲۰٪ از پذیرش ها در بخش جراحی می باشد. انسداد مکانیکی روده باید از ایلئوس پارالیتیک که با علل مختلف داخل یا خارج پریتون ایجاد شده و اختلال اصلی در حرکات طبیعی روده است، تمایز داده شود. در مورد ایلئوس وقتی عامل برانگیزاننده که معمولاً خارج روده ای هستند، حذف شود، علائم نیز خودبخود برطرف می شود.

**اتیولوژی:** عامل انسداد روده باریک در ۷۰٪ موارد چسبندگی ثانوی به جراحی های شکمی قبلی است. دومین عامل شایع، احتباس روده در هرنی ها (۱۵٪ - ۱۰٪) می باشد. از علل شایع بعدی می توان به ولولوس، تومورها، اولسردئودنوم، ایلئوس سنگ صفراوی، بیماری کرون، انواژیناسیون و پانکراس حلقوی اشاره نمود.

**علائم بالینی:** چهار علامت اصلی انسداد روده عبارتند از: درد کرامپی شکم، تهوع و استفراغ، عدم دفع گاز و مدفوع و اتساع شکم. درد معمولاً کولیکی بوده و با بروز ایسکمی روده، دائمی می شود.

در انسداد قسمت های پروگزیمال روده باریک، دردهای پی در پی و با فواصل ۳ تا ۵ دقیقه بروز می کند ولی در انسداد مناطق دیستال فاصله دردها به ۱۰ تا ۱۵ دقیقه می رسد. استفراغ در انسداد پروگزیمال زودتر و صفراوی بوده ولی در انسدادهای دیستال، دیرتر و بیشتر دارای رسوب می باشد. دیستانسیون در انسدادهای دیستال شدیدتر است و در انسدادهای پروگزیمال می تواند اصلاً دیده نشود.

صداهای روده افزایش می یابد مگر در شروع اختناق یا ایسکمی روده. اغلب دهیدراتاسیون با تکیکاردی، هیپوناتسیون وضعیتی و کاهش برون ده ادراری وجود دارد که با افزایش هماتوکریت، BUN و ساید سرم اثبات می شود. علائم تحریک پریتون مطرح کننده انسداد مختنق می باشد.

فوری ترین جنبه تهدیدکننده زندگی در انسداد روده باریک دهیدراتاسیون و اختلال الکترولیت ها است. بطور ثرمال در هر ۲۴ ساعت تقریباً ۹ لیتر از ترشحات قسمت فوقانی دستگاه گوارش به روده باریک رسیده و از این مقدار فقط ۴۰۰ تا ۵۰۰ سی سی از درجه ایلئوسکال می گذرد. روده بزرگ هم ۲۰۰ تا ۳۰۰ سی سی از این را جذب کرده و حدود ۱۵۰ تا ۲۰۰ سی سی روزانه آب از طریق مدفوع دفع می شود. در انسداد روده باریک این تعادل بهم می خورد و ضمناً ترشحات داخل روده نیز با اسمولاریته بالا، مقادیری مایع نیز بدخل لومن جذب می نمایند. از دست دادن مایع با استفراغ

## پالس اکسی متری

استفاده از پالس اکسی متری، برای بررسی صحت SpO2 اندازه گیری شده، باید یک نمونه ABG از بیمار گرفت. در حالت معمول بین SpO2 و O2Sat (اندازه گیری شده بوسیله ABG) تا حدود ۲ درصد اختلاف وجود دارد.

حدود بالا و پایین آلارم SpO2 و نبض باید هنگام استفاده تنظیم شوند. حد بالای آلارم SpO2 روی ۱۰۰ درصد و حد پایین آلارم SpO2 معمولاً روی ۹۰ درصد تنظیم می شود. حدود آلارم نبض معمولاً ۱۰ ضربه بالاتر و پایین تر از نبض بیمار تنظیم می گردد.

۹۰ درصد شود PaO2 کمتر از 60mmHg بوده و بیمار به اکسیژن تراپی نیاز دارد.

همچنین کاهش فشار خون، کاهش شدید درجه حرارت، انقباض عروق، تجویز داروهای منقبض کننده عروقی با دوز بالا، فشار مستقیم روی شریان مانند پر کردن کاف فشار سنج و حرکت انگشت ممکن است سبب کاهش جریان خون شریانی و اشکال در خواندن SpO2 توسط دستگاه شوند. پروپ با اندازه مناسب باید برای بیمار استفاده شود. در شروع

یک روش غیرتهاجمی و مداوم برای اندازه گیری میزان اشباع اکسیژن خون شریانی (O2Sat) بوده و نمایانگر وضعیت اکسیژناسیون خون و اکسیژن رسانی به بافتها می باشد.

اصطلاحی که برای نشان دادن O2Sat به وسیله دستگاه پالس استفاده می شود SpO2 می باشد که بوسیله قرار دادن پروپ بر روی بند آخر انگشت، نوک بینی و ترمه گوش قابل اندازه گیری است. باید توجه داشت تا زمانی که SpO2 بالای ۹۰ درصد باشد وضعیت اکسیژناسیون بیمار خوب است. اگر SpO2 کمتر از

## بهداشت نامناسب دهان و دندان خطر سقط جنین را افزایش می دهد

دهند. گفتنی است جنین داخل شکم مادر در مایعی به نام مایع آمنیوتیک غوطه ور است. این مایع در حالت عادی استریل و عاری از هر نوع میکروب است و ورود میکروب به داخل این مایع و عفونی شدن آن که به صورت شایع از راه آلودگی کانال زایمان یا شیوه های مختلف پزشکی ایجاد می شود خطر سقط جنین و زایمان زودرس را افزایش می دهد.

باکتریهای مشابه را در مایع آمنیوتیک و پلاک های دندانی هفت نفر از این ۴۸ نفر شناسایی کنند. مقدار باکتری ها در حدی نبود که بتوانند در محیط کشت رشد کنند. اما این فرضیه تقویت شد که باکتری های موجود در دهان و پلاک های دندانی می توانند از راه خون به مایع آمنیوتیک منتقل شوند و خطر سقط جنین یا زایمان زودرس را افزایش

پژوهشگران دریافتند بهداشت نامناسب دهان و دندان مادران باردار خطر سقط جنین را افزایش می دهد. به نوشته مجله بین المللی زنان و زایمان انگلستان محققان نمونه مایع آمنیوتیک و پلاک های دندانی ۴۸ زن باردار را که برای زایمان سزارین در بیمارستان بستری بودند آزمایش کردند. این محققان توانستند رشته های DNA



## بیهوشی در سالمندان

دکتر کیان عاملی متخصص بیهوشی

پیری همراه با تغییرات غیر قابل اجتناب در عملکرد ارگانها و پاسخ به داروها می باشد. در حقیقت پیری عبارت از ادامه زندگی با کاهش ظرفیت تطابق است، این کاهش عملکرد ارگان را در اغلب موارد فقط با تست استرس از می توان ثابت کرد. مثلاً عملکرد قلب که برای زندگی بدون فعالیت کافی می باشد اگر کم خون یا عفونت رخ دهد ممکن است مختل گردد. پیری همراه با کاهش پیشرونده در فعالیت سیستم عصبی و از دست رفتن نورونها بخصوص در کورتکس مغز می باشد. سرعت هدایت در اعصاب محیطی با پیشرفت سن به تدریج کم می شود و ممکن است تعداد فیبرهای تنه طناب نخاعی نیز کاهش یابد. این تغییرات به موازات کاهش دوز مورد نیاز از هوشبرهای استنشاقی و تیخیری همراه با پیری می باشد.

افراد مسن و به خصوص خیلی پیر مستعد به هذیان هستند که اغلب به دنبال بیماری های فیزیکی مثل عفونت ریه یا سکت قلبی یا مسمومیت حتی با مصرف دوز درمانی داروهای شایع می باشد. هذیان با گیجی حاد ذهنی یا شروع ناگهانی مشخص می گردد و اغلب در شب رخ می دهد و در طی روز غیر قابل پیش بینی است. مدت هذیان معمولاً کمتر از یک ماه است و اکثر بیماران بهبودی کامل پیدا می کنند. البته به عنوان تشخیص افتراقی باید بیماری آلزایمر را هم در نظر گرفت که سندرم اخیر فقط با اختلالات کلی ادراک مشخص می گردد.

چند تفاوت عمده بین هذیان و

زوال عقل به قرار زیر است: ۱-

شروع در هذیان ناگهانی و در

زوال عقل تدریجی است. ۲-

سیر ۲۴ ساعته در هذیان

متغییر و در زوال عقل ثابت

است ۳- هوشیاری در هذیان

کاهش و در زوال عقل بدون

تغییر است. ۴- توهمات در

هذیان شایع و در آلزایمر

غیر شایع است.

قلب و عروق با افزایش سن

ناشی از کاهش حساسیت به

تحریک سیستم عصبی خودکار

بوده که توانایی قلب در تحمل

استرس و پاسخ به آن کاهش می

یابد. ضربان قلب با افزایش سن

کاهش می یابد، فشار خون

اغلب افزایش می یابد، عملکرد

تهویه ریه با افزایش سن رو به زوال می رود، همچنین افزایش سن با کاهش پیشرونده در جریان خون

کلیه و میزان فیلتراسیون گلومرولی موازی با کاهش برون ده قلب است. در نتیجه افراد مسن در

خطر اضافه بار مایع و اثرات تجمعی داروهای هستند که دفع آنها وابسته به کلیه می باشد مثل

دیگوکسین، آنتی بیوتیکها و برخی شل کننده های عضلانی.

کبد هم در این بین در سالمندان دچار کاهش جریان خون به موازات کاهش برون ده قلبی می شود

که کلیرانس داروهای وابسته به متابولیسم کبدی را تحت تأثیر قرار می دهد.

ارزیابی قبل از عمل بیماران مسن شامل در نظر گرفتن احتمال وجود بیماری زمینه ای مستقل از

عمل جراحی می باشد. ارزیابی قبل از عمل راههای هوایی، وضع بد دندانها یا دندان لقی با مصنوعی

ممکن است روش القای بیهوشی را تحت تأثیر قرار دهد.

در انتخاب داروها و روش القا و نگهداری بیهوشی در بیماران سالمند باید تغییرات عملکرد ارگان را

در نظر داشت که ممکن است با پیری مشاهده شود و همچنین تغییر پاسخ به دارو را به علت تغییرات

فارماکودینامیک وابسته به سن باید مورد توجه قرار داد.

کاهش برون ده قلبی و کلیرانس تأخیری داروها ممکن است در شروع تأخیری اثرات تولید شده

بوسیله داروهای که در حین عمل تجویز می شود دخالت داشته باشد.

کاهش برون ده قلبی باعث کاهش نیاز به هوشبر استنشاقی شده و خطر مسمومیت با هوشبر

تیخیری را افزایش می دهد.

کاهش فلکسهای محافظتی راههای هوایی فوآنی در افراد مسن اهمیت حفاظت راههای هوایی

بوسیله استفاده از لوله کافدر را مشخص می کند. شواهدی وجود ندارد که داروی خاصی برای

حفظ بیهوشی در افراد مسن ارجح تر باشد.

در زمان بعد از عمل توجه به ایجاد هیپوکسمی شریانی و سکت قلبی اهمیت دارد. به حرکت درآمدن

سریع برای کاهش احتمال عفونت ریه یا ایجاد لخته های ورید عمقی مهم است. گیجی و اختلال در

حافظه ممکن است از عوارض بعد از عمل در افراد مسن باشند.

بی حسی موضعی جایگزین قابل قبولی برای بیهوشی عمومی در بیماران مسن به خصوص در عمل

رزکسیون پروستات از طریق مجرا، اعمال زنان، قیق مغبنی و شکستگی لگن می باشد.

حفظ هوشیاری در حین عمل موجب تشخیص سریع تغییرات حاد در عملکرد مغزی و شروع سکت

قلبی می شود.

بطور کلی بر خورد یک متخصص بیهوشی با بیمار سالمند همیشه محتاطانه بوده و حتی علی رغم

وجود هر گونه بیماری یا اختلال در خود سالمند، ریسک سالمندی به عنوان یک ریسک فاکتور مهم

همواره مطرح می باشد.

## اختلالات خواب در بیماران و تدابیر پرستاری

زهرا جوان کارشناس پرستاری



۱- برخورداری از تغذیه و ورزش کافی به ایجاد یک خواب آرام بخش کمک می کند. جای قهوه هر دو از نوشیدنی های محرک می باشند و اکثر افراد از خوردن این قبیل نوشیدنی ها قبل از خواب اجتناب می کنند. نوشیدن یک لیوان شیر گرم توسط بیمار مفید است.

۲- اگر فرد عادت دارد قبل از خواب دوش بگیرد باید امکانات مناسب و لازم برای او فراهم شود. قبل از خواب باید به بیمار کمک کرد که به دستشویی برود و اگر خودش قادر نیست به او لگن یا لوله ادرار داده شود. لازم است که بیمار صورت و دستهای خود را شسته و دندانهایش را مسواک بزند.

۳- چنانچه بیمار بالشیهای بیمارستانی را مناسب نداند به نظر نمی رسد که دلیلی مبنی بر عدم استفاده بیمار از بالش خودش در بیمارستان وجود داشته باشد (یک شی آشنا باعث احساس امنیت بیمار می شود).

۴- سر تخت به اندازه معینی بالا رود. اکثر مردم ماساژ پشت را آرام بخش و مفید می دانند. هنگامی که بیمار آرام و قرار گرفت و تمام جزئیات انجام شد باید چراغ ها خاموش شده و سر و صدا به حداقل برسد و حداقل امکان مزاحمتی برای بیمار نباشد.

۵- برای اکثر افراد بیمار تخت دارای اهمیت خاصی است. برای راحت بودن بیمار یک تخت مرتب و تمیز و بدون چین و چروک لازم است. همچنین بسیار مهم است که ملافه ها به محض آلوده یا مرطوب شدن عوض شوند.

صاف کردن ملافه های تخت، اضافه کردن پتو در صورت سرما، گذاشتن چند بالش در اطراف تخت به منظور پیشگیری از تماس با Bedside، درمان، کنترل علائم حیاتی و دادن دارو باید طوری برنامه ریزی شوند که مزاحم خواب بیمار نباشند. زیرا برای یک از موارد فوق به عنوان محرک مزاحم در نظر بیمار تلقی می شوند.

۶- تغییر وضعیت، تهویه مناسب، کم کردن نور، از بین بردن سر و صدا، گوش کردن به صحبت های بیمار به منظور کاهش استرس بیمار، تشویق بیمار به انجام فعالیتها در طی روز و سرگرم کردن بیمار در طی روز از روش های موثر در پیشگیری از بی خوابی بیمار در شب می باشند.

۷- یکی دیگر از تدابیری که پرستار در بیماران کم خواب یا بی خواب می تواند به کار گیرد آموزش بیمار در مورد شل کردن یا ایجاد حالت آرامش در بدن است. از داروهای خواب آور به دستور پزشک می توان استفاده کرد. لیکن این داروها به مراقبت خاص نیاز دارند و چنانچه به مدت طولانی مصرف شوند حالت اعتیاد در شخص به وجود می آورند. بنابراین پرستار باید از عمل و عوارض داروهای خواب آور آگاهی داشته باشد تا حداقل امکان کمتر از چنین داروهای استفاده نماید.

ارزشیابی: ارزشیابی میزان خواب بیمار بستگی به اظهارات بیمار دارد. مشاهده دقیق بیمار در حین خواب و اظهارات وی پس از خواب، مفید بودن برنامه ریزی پرستار را در مورد مشکلات خواب روشن می سازد.

بنابراین یک پرستار باید به خوبی متوجه باشد که الگوی خواب ممکن است بوسیله تغییرات الگوهای زندگی روزانه شخصی، مسائل اجتماعی، عاطفی، جسمی، تحریکات و یا ناراحتی های خفیف تر و همچنین درد، دچار اختلال شود. در نتیجه کمبود خواب به عملکرد فیزیکی، هوشیاری فکری و روابط اجتماعی فرد صدمه وارد می کند.

بنابراین برای انجام اعمال جسمی، روانی و اجتماعی شخص به بهترین وجه ممکن مقدار مناسبی خواب مورد نیاز می باشد و افراد در حال رشد به خواب بیشتری نیازمندند.





**الهی یکتای بیهمتایی، قیوم توانایی  
بر همه چیز بیبنایی، در همه حال دانایی  
از شریک مبرایی، اصل هر دوائی، داروی دلهایی**

**فنیل کتونوری**  
دکتر پیام آهنی

فنیل کتونوری یا «پی ک یو» (PKU)، نوعی ضایعه مادرزادی است که به علت کمبود و کاهش آنزیمی به نام «فنیل آلانین هیدروکسیلاز» که در کبد نوزاد ساخته می شود، به وجود می آید. نوزادان مبتلا در اثر نقص این آنزیم، توان هضم مواد پروتئینی را از دست داده و حتی با خوردن شیر مادر دچار مسمومیت می شوند. با کمبود آنزیم، سوخت و ساز فنیل آلانین، آمینواسید موجود در انواع پروتئینها، مختل شده و غلظت آن در خون و سایر مایعات بدن به شدت بالا می رود.

تجمع فنیل آلانین و مشتقات غیر طبیعی آن در نسوج مختلف، فعالیت سلولها بخصوص سلولهای سیستم عصبی را تحت تأثیر قرار داده و از رشد آنها می کاهد. این ضایعات متأسفانه در هفته های اول تولد، نشانه های واضحی ندارند. در نتیجه بیماری به موقع تشخیص داده نشده و درمان آن به تأخیر می افتد. در چنین دوران بحرانی، که حیاتی ترین مرحله شکل گیری و تکامل مغز کودک است، تغذیه با شیر مادر یا شیرخشک معمولی و یا هر ماده پروتئینی دیگر ادامه می یابد و ضایعه عصبی پیشرفت کرده و توان هوشی و قدرت درک کودک به تدریج تضعیف می شود و در نهایت منجر به معلولیت شدید ذهنی می گردد. متأسفانه گذشت زمان، شانس طلایی درمان را از بین برده و رژیم غذایی و درمانهای بعدی، دیگر نتیجه مطلوب را نخواهند داشت.

عدم آگاهی جامعه از کیفیت بیماری از یک سو و مشکلات تشخیصی در مراحل اولیه بیماری و درمان آن از سوی دیگر، سبب شده که کودکان مبتلا طی سالهای طولانی از دید سازمانهای مسئول به دور مانده و با تشدید معلولیت ها، تحمیل خانواده ها و اجتماع گردند.

طبق آمار موجود تعداد معلولین «پی ک یو» در کشور، به بیش از ۶۰۰۰ نفر رسیده که نیمی از آنها هنوز ناشناخته مانده اند.

**سام رسد**

فصلنامه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی  
تیر ماه ۱۳۸۷

صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی  
مدیر مسئول: دکتر مجتبی رضائیان  
سرمدیر: دکتر وحید رضا یاقوتکار  
طراحی و صفحه آرایی:  
محمد حسن پنجه بند (۰۹۱۵۵۰۰۹۸۰)

همکاران این شماره:  
دکتر محمد تقی صراف، دکتر کیان عاملی، دکتر سوادبه حسینیان، دکتر وحید آفاقی زاده، دکتر امیر مسعود رجب پور، دکتر پیام آهنی، خانم نکتہ شیری، خانم مریم نصرتی، خانم فهیمه نام پار، خانم الهه باغداری، خانم مریم عطائی، خانم زهرا جوان، خانم معصومه صادقی، آقای کاظم اسلامی

آدرس: مشهد - خ بهار - بیمارستان بنت الهدی  
تلفن: ۵ - ۸۵۹۰۰۵۱  
تلفن مستقیم مدیریت: ۸۵۲۲۲۱۴  
فاکس: ۸۵۱۸۱۱۵  
تلفن گویا: ۸۵۹۰۰۰۸

**تماس پوست مادر و نوزاد درد نوزاد را کاهش می دهد**

با بدن مادر نه تنها از درد وی می کاهد بلکه حتی می تواند بهبودی نوزاد را نیز تسریع کند. این مطلب که نوزادان و کودکان خردسال وقتی در حین انجام آزمایشات یا پروسه های درمانی در آغوش مادرشان هستند، درد کمتری را تجربه می کنند یک واقعیت قابل درک بوده و دور از انتظار نیست.

تحقیقات تازه نشان داده است که تماس پوست مادر و نوزاد، واقعا می تواند درد نوزاد را کاهش دهد. پژوهشگران می گویند آغوش مادر می تواند برای نوزاد، به ویژه طی یک پروسه پزشکی درمانی، مانند یک مسکن طبیعی عمل کند و درد او را کاهش دهد. این متخصصان همچنین یادآور شدند که تماس پوست نوزاد

**مصرف کولا عوارض زیر را برایتان هدیه می آورد**  
کاظم اسلامی - کارشناس تغذیه

**فشار خونتان را بالا می برد**  
بسیاری از نوشابه ها، دارای مقادیر قابل توجهی کافئین در ترکیبات خود هستند (به طور متوسط ۴۳ تا ۶۵ میلی گرم در یک فنجان) و همین مسئله، بدگمانی ها را درباره اثرات مضر مصرف نوشابه، بر ایجاد پرفشاری خون افزایش داده است.

محققان دانشگاه هاروارد در آمریکا ارتباط بین رژیم غذایی ۱۵۵ هزار خانم را با ابتلای آنها به پرفشاری خون طی یک دوره ۱۲ ساله بررسی کردند. نتیجه به دست آمده بسیار جالب بود. آنها دریافتند که مصرف مرتب قهوه تأثیری بر ایجاد پرفشاری خون ندارد، ولی مصرف چای (که دارای ۱۵ تا ۷۵ میلی گرم کافئین در یک فنجان است) به مقدار اندکی فشار خون را افزایش می دهد اما نکته جالب مربوط به کولا بود آنها متوجه شدند در خانم هایی که روزانه یک بطری یا بیشتر کولا مصرف می کردند، خطر ابتلا به پرفشاری خون بین ۱۶ تا ۴۴ درصد افزایش داشت و البته در این میان فرقی بین نوشابه های معمولی و نوشابه های رژیمی دیده نشد. با توجه به این تفاسیل انگشت اتهام از کافئین به سمت دیگر، گرفته شد. دانشمندان حدس می زنند که احتمالات ترکیبات دیگری (از جمله رنگهای کارامل) که طی فرآیند تولید نوشابه دخالت دارند، در ایجاد پرفشاری خون نقش دارند.

**استخوانها را پوک می کند**  
تحقیقات اخیر ثابت می کند که مصرف کولا خطر ابتلا به پوکی استخوان را افزایش می دهد. برپایه تحقیقاتی که نتیجه آن در نشریه انجمن تغذیه بالینی آمریکا به چاپ رسیده است، بین میزان مصرف نوشابه و کاهش تراکم استخوان (یعنی همان پوکی استخوان) ارتباط مستقیمی وجود دارد. در این پژوهش محققان متوجه شدند که صرف نظر از مسائلی همچون سن، یائسگی، میزان مصرف کلسیم و ویتامین D، مصرف سیگار و... مصرف کولا به تنهایی تراکم استخوان در خانم ها را ۴ درصد کاهش می دهد. در این مطالعه هم تفاوتی بین نوشابه های رژیمی و غیررژیمی دیده نشد، ولی معلوم شد نوشابه های فاقد کافئین، خطر کمتری دارند. دانشمندان دو عامل را در ایجاد پوکی استخوان در مصرف کنندگان نوشابه دخیل می دانند: یکی کافئین و دیگری اسید فسفریک.

**قند خونتان بالا می رود**  
تقریباً تمام نوشابه ها حاوی مقادیر قابل توجهی شکر هستند که خطرات زیادی برای افراد دیابتی دارد. بنابراین اگر شما به مرض قند مبتلا هستید، توصیه می کنیم حتماً از نوشابه های فاقد قند یا دارای شیرین کننده های مصنوعی مطمئن استفاده کنید. هر چند اگر بتوانید به طور کلی از خیر مصرف نوشابه بگذرید، خیلی بهتر است.

**چاق می شوید**  
هر بطری نوشابه به طور متوسط ۲۰ قاشق چای خوری شکر دارد. مصرف این مقدار شکر باعث افزایش کالری دریافتی و در نتیجه ایجاد چاقی می شود. تحقیقات نشان داده است که مصرف ۳۵۵ میلی لیتر نوشابه در روز خطر چاقی را در کودکان تا ۶۰ درصد افزایش می دهد و افرادی که از کودکی چاق می شوند، در آینده خیلی سخت تر می توانند خود را لاغر کنند.

مطالعات مختلفی که در مورد تأثیر نوشابه در ایجاد دیابت انجام شده است نشان داده مصرف روزانه نوشابه، خطر ابتلا به دیابت را در مقایسه با کسانی که کمتر از یک بطری در ماه نوشابه مصرف می کنند، ۸۰ درصد افزایش می دهد.

بسیاری از نوشابه ها، دارای مقادیر قابل توجهی کافئین در ترکیبات خود هستند (به طور متوسط ۴۳ تا ۶۵ میلی گرم در یک فنجان) و همین مسئله، بدگمانی ها را درباره اثرات مضر مصرف نوشابه، بر ایجاد پرفشاری خون افزایش داده است.

محققان دانشگاه هاروارد در آمریکا ارتباط بین رژیم غذایی ۱۵۵ هزار خانم را با ابتلای آنها به پرفشاری خون طی یک دوره ۱۲ ساله بررسی کردند. نتیجه به دست آمده بسیار جالب بود. آنها دریافتند که مصرف مرتب قهوه تأثیری بر ایجاد پرفشاری خون ندارد، ولی مصرف چای (که دارای ۱۵ تا ۷۵ میلی گرم کافئین در یک فنجان است) به مقدار اندکی فشار خون را افزایش می دهد اما نکته جالب مربوط به کولا بود آنها متوجه شدند در خانم هایی که روزانه یک بطری یا بیشتر کولا مصرف می کردند، خطر ابتلا به پرفشاری خون بین ۱۶ تا ۴۴ درصد افزایش داشت و البته در این میان فرقی بین نوشابه های معمولی و نوشابه های رژیمی دیده نشد. با توجه به این تفاسیل انگشت اتهام از کافئین به سمت دیگر، گرفته شد. دانشمندان حدس می زنند که احتمالات ترکیبات دیگری (از جمله رنگهای کارامل) که طی فرآیند تولید نوشابه دخالت دارند، در ایجاد پرفشاری خون نقش دارند.



## ستارگان درخشان آسمان علم و ادب فرزندان ممتاز پرسنل بیمارستان بنت الهدی



امیرعطا مشرفی بجنانی  
دوم دبستان ۲۰



زهرا امیر حسینی  
اول دبستان ۲۰

اینک که در سال تحصیلی ۸۷-۸۶ عزیزانمان در پایه های مختلف تحصیلی موفق به کسب نمرات برتر و ممتاز شده اند ، ضمن تبریک این موفقیت تحسین بر اندکیز به آنان و خانواده محترمشان، و با تشکر و قدردانی از مدیران و مربیان دلسوز و زحمتکش آنها ، امیدواریم با لطف بی کران خداوند و با سعی و تلاش و پشتکار موفقیت های بیشتر و روز افزونی را کسب نمایند. مدیریت بیمارستان بنت الهدی



زینب رحیمی مجد  
اول دبستان ۲۰



محمدرضا شمسائی  
اول دبستان ۲۰



مهسا فیروزیان  
سوم راهنمایی ۲۰



علی قهرمان  
دوم دبیرستان ۱۸/۶۹



کیبیا رجب پور  
دوم دبستان ۲۰



پوریا بزکوار طرفی  
دوم دبستان ۲۰



مینا صدیقی  
چهارم دبستان ۲۰



کیارش مظاهری  
اول دبستان ۲۰



یکتا محمدی  
دوم دبستان ۲۰



مجیدی وکیل زاده  
دوم دبستان ۲۰



عاطفه آشورپور  
پنجم دبستان ۲۰



نجمه خادمی  
پنجم دبستان ۲۰



مهلا سلامی  
دوم دبستان ۲۰



فرگل فرید  
پنجم دبستان ۲۰



منا زهانی فاینی  
پنجم دبستان ۲۰



مهلا تقی زاده مقدم  
اول دبستان ۲۰



مرتضی آموزگار  
اول دبیرستان ۱۹/۷۷



ندا خادمی  
اول راهنمایی ۱۹/۸۹



سپهر قهرمان  
دوم راهنمایی ۱۹/۵۵



احمدرضا مشرفی بجنانی  
پنجم دبستان ۲۰



امیر صداقتی  
پنجم دبستان ۱۹/۹۶



علی ظریفی  
دوم دبستان ۲۰



فائزه آشورپور  
سوم دبستان ۲۰



یاسمن محمدی  
اول دبستان ۲۰



واحد کولپوسکوپی کلینیک تخصصی زنان بیمارستان بنت الهدی تحت نظارت استاد ارجمند سرکار خانم دکتر علوی متخصص و جراح محترم زنان افتتاح و فعالیت خود را آغاز نمود.

# کولپوسکوپی colposcopy

دکتر قدسیه علوی

استاد دانشگاه و متخصص جراحی زنان و زایمان

در بسیاری از موارد کولپوسکوپی فوری لازم است.

- ۱- هر اسامیر کلاس II تکراری (در سیستم پاپانیکلاثو) و عفونت تکراری (در سیستم بتسرا)
- ۲- ASC-US آنتیپی سلولهای اسکواما با اهمیت نامعلوم (P3)
- ۳- ASC-H آنتیپی سلولهای اسکوامو غیر از ضایعات با درجه بالا (P3)
- ۴- AGUS آنتیپی سلولهای گلاندولر با اهمیت نامشخص (P3)
- ۵- L SIL ضایعه اسکواموی داخل اپی تلیالی با درجه پایین (P3)-CIN1 (شکل 1)
- ۶- HSIL ضایعه اسکواموس داخل اپی تلیالی با درجه بالا-2,3 (P3)-CIN (شکل 2)
- ۷- PS سرطان مهاجم سلولهای اسکوامو SCC - بنابراین تنها مواردی از گزارشات پاپ اسامیر نیاز به کولپوسکوپی ندارد که کلاس I (در سیستم پاپانیکلاثو) و در حدود نرمال (در سیستم بتسدا) و یا کلاس II غیر تکراری (در سیستم پاپانیکلاثو) و یا عفونت (در سیستم بتسدا) باشد. غیر از موارد فوق در مواردی که خونریزی پس از تماس جنسی وجود دارد (PCB) و یا مواردی که کوندیلوما و یا دهانه رحم با ظاهر غیر طبیعی و پر عروق، یا قوام سفت یا شکننده، کیست های نابوت فراوان و دهانه رحم کاملاً هیپر تروفیه و یا سرویسیت های تکراری و مقاوم به درمان وجود دارد، نیز انجام کولپوسکوپی مفید می باشد. در حین انجام کولپوسکوپی بایستی به موارد غیر طبیعی مانند white Epithelium (اپی تلیوم سفید پس از استعمال اسید استیک ۳ تا ۵ درصد) (شکل ۳)، لکوپلاکی (پلاک سفید)، عروق غیر طبیعی (حلقه ای، شاخه دار و شبکه ای) punctation (انتهای عروق اتساع یافته (شکل ۴)) تغییر رنگ و شکل دهانه رحم و موزائیسیم (عروق غیر طبیعی جمع شده دور اپی تلیوم) دقت نمود (شکل ۵).

واژ آنجا که آدنوکارسینوم دهانه رحم تظاهر کولپوسکوپی مخصوص ندارد. تمام انواع تغییرات عروق خونی ممکن است در این ضایعات مشاهده شود و چون آدنوکارسینوم معمولاً در آندوسرویکس به وجود می آید کوتاه آندوسرویکس به عنوان بخشی از بررسی کولپوسکوپی بیمار ضروری است. بنابراین نظر به اینکه سرطان دهانه رحم بالقوه قابل پیشگیری است تمامی متخصصین زنان و سایر دست اندرکاران امور بهداشتی اولیه زنان باید با روشهای غربالگری، تشخیص و عوامل خطرزای آن آشنا بوده و علاوه بر موارد پیش سرطانی مربوط به دهانه رحم در مورد بیماریهای واژن، ولو، پرینه و آنوس نیز بایستی از طریق استفاده از کولپوسکوپ بررسی و ارزیابی لازم را انجام داد. امیدواریم با توجه به تجهیز بیمارستان بنت الهدی به دستگاه کولپوسکوپی گامی در جهت تشخیص و درمان زودرس بیماریها و بدخیمی های دستگاه تناسلی زنان برداشته باشیم.



(شکل ۱)

صورتیکه بدون انجام کولپوسکوپی بیوپسی های متعدد کور انجام شود، در موارد مشکوک نمی توان تنها به بیوپسی منفی اکتفا نموده و سرطان را رد کرد و لازم است از روشهای دیگر تشخیصی مانند کونیزاسیون نیز استفاده شود. بنابراین کاربرد کولپوسکوپی در موارد متعدد می باشد و براساس گزارشات سیتولوژی ضروری است برای موارد زیر جهت کولپوسکوپی اقدام شود و در صورتیکه اختلالات سلولهای اسکوامو به صورت آنتیپی سلولهای اسکوامو باشد



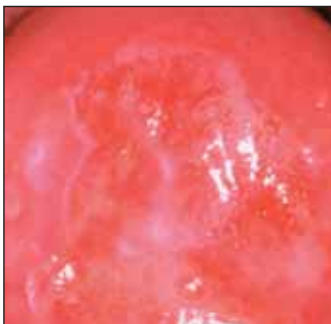
سرطان دهانه رحم بصورت یک مشکل جدی بهداشتی در جهان مطرح است و یکی از علل بارز مرگ و میر زنان به شمار می رود. یک یافته غیر طبیعی روی دهانه رحم و یا یک اسامیر غیر طبیعی برای هر خانمی به خصوص به خاطر ترس از نازایی و سرطان احتمالی نگرانی هایی را ایجاد می نماید. در هنگام بارداری به ویژه در زمانی که خطر احتمالی برای جنین نیز بوجود می آید این نگرانی و اضطراب افزایش می یابد.

سرطان دهانه رحم یک سرطان قابل پیشگیری است زیرا اولاً یک مرحله پیش تهاجمی طولانی دارد، ثانیاً برنامه های غربالگری سیتولوژی دهانه رحم در دسترس همگان قرار دارد، و ثالثاً درمان ضایعه پیش تهاجمی دهانه رحم درمانی موثر می باشد. بنابراین سرطان دهانه رحم تنها سرطان دستگاه تناسلی است که قابل پیش بینی، پیشگیری و درمان است و در صورتیکه با روش های مختلف و غربالگری به موقع و منظم دهانه رحم مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد، شناسایی و زنده ماندن فرد بیشتر می شود. به خصوص در حاملگی به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی که بطور طبیعی به دنبال افزایش استروژن در دهانه رحم اتفاق می افتد موارد مشکوک نیاز به بررسی بیشتری دارند.

سیتولوژی و کولپوسکوپی از روشهای غربالگری اولیه برای تعیین مراحل پیش سرطانی و یا سرطان دهانه رحم در مراحل اولیه است. در واقع شایعترین و در دسترس ترین روش برای غربالگری سرطان دهانه رحم آزمایش پاپ اسامیر است که حساسیت آن ۵۱ درصد و منفی کاذب آن ۴۹ درصد می باشد که پس از انجام سه آزمایش پاپ اسامیر این حساسیت به ۸۶/۸ درصد می رسد.

با کولپوسکوپی می توان بافت طبیعی دهانه رحم را با یک روند فیزیولوژیک و هم یافتهای غیر طبیعی را ارزیابی نمود. با توجه به موارد منفی کاذب سیتولوژی (۴۹ درصد) برای جبران این حالت کولپوسکوپی یک روش غربالگری مناسب و ضروری است که هم برای تشخیص و هم برای رد سرطان احتمالی و مشکوک در دهانه رحم به کار می رود. البته دقت در تکنیک انجام آزمایش پاپ اسامیر امری ضروری است و خطای منفی کاذب در نمونه برداری، آماده سازی، و تفسیر آن اتفاق می افتد.

گرچه خطای نمونه برداری و آماده سازی را می توان با واسطه مایع برای جمع آوری نمونه های سیتولوژی برطرف نمود که نهایتاً حساسیت آزمایش پاپ اسامیر را بالا می برد. برخلاف سیتولوژی با کولپوسکوپی می توان نقاط مشکوک را دید و با استفاده از تست اسید استیک و تست شیلر از نقاط مشکوک مورد نظر بیوپسی های متعدد تهیه نمود و در صورتیکه انجام کولپوسکوپی رضایت بخش باشد (Zone Transformation مشاهده شود) یک روش صحیح برای تشخیص قطعی سرطان دهانه رحم می باشد. ولی در



(شکل ۵)



(شکل ۲)



(شکل ۳)



(شکل ۴)