


التهاب گوش میانی با تراوش مایع
Otitis Media with Effusion (OME)

دکتر محمد رضا شریفیان - جراح و متخصص گوش و حلق و بینی

فرا رسیدن
ماه شعبان
و اعیاد شعبانیه
بر همگان مبارک
و خجسته باد



ستارگان درخشان آسمان علم و دانش
معرفی فرزندان ممتاز پرسنل
بیمارستان بنت الهدی



۲ اثر سولفات روی در اسهال کودکان

دکتر محمد تقی صراف
فوق تخصص عفونی کودکان
استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲ بررسی میزان چسبندگی انسولین به سطوح pvc ظرف محتوی سرم و ست انفوزیون

دکتر محمد رضا وحدت
دکتر اعظم قلندری
متخصصین بیوشی و مراقبت های ویژه

**۵ Acute Respiratory Failure
Acute Lung Injury**

دکتر محمد رضا زینبخواه
متخصص بیوشی و مراقبت های ویژه و ICU
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱۲ قواین هومیوپاتی

دکتر پیام آهنی



معرفی بخش دیالیز بیمارستان بنت الهدی



۱۱ خوراکیهای آرامش بخش



۱۰ تزریق صحیح انسولین در بیماران دیابتی



۱۰ اختلالات خلقی پس از زایمان



۸ سندرم بینائی کامپیوتر



اثر سولفات روی در اسهال کودکان

دکتر محمد تقی صراف
فوق تخصص عفونی کودکان - استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آنتی بیوتیک در کنترل بیماری موثر است. همچنین در اسهال های حاد، پودر او.آ.اس با سولفات روی خوراکی، مدت اسهال را کوتاه تر می کند. آمار نشان می دهد تجویز سولفات روی خوراکی در درمان اسهال، ۲۲ درصد مدت زمان بیماری را کوتاهتر نموده است. تجویز ۱۰ میلی گرم روی در کودکان کوچکتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در کودکان بزرگتر توصیه می گردد. لازم به ذکر است که سولفات روی را بدون توجه به نوع اسهال (باکتریال یا ویرال) می توان تجویز نمود.

پاتوژنهای روده ای، سن پائین، اختلالات ایمنی، سرخک (خوشبختانه در ایران به علت واکسیناسیون کمتر مشاهده می شود)، سوء تغذیه، عدم تغذیه با شیر مادر، کمبود ویتامین A و روی. **علائم:** اسهال حاد کودکان با استفراغ و درد شکم و گاهاً تب شروع می شود. **درمان:** در کودکانی که فاقد بیماری زمینه ای باشند استفاده از آنتی بیوتیک ها لزومی ندارد. فقط در شیرخواران و آنهایی که دچار نقض ایمنی و یا بیماری های خارج دستگاه گوارش مانند سپتی سمی می باشند،

امروزه ۱۸ درصد مرگ و میر کودکان ناشی از اسهال حاد می باشد و این بیماری در کشورهای در حال توسعه بیشتر است. آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که سالانه ۱/۸ میلیون مرگ و میر در کودکان در اثر اسهال حاد می باشد. خوشبختانه در سالیان اخیر به علت بهتر شدن عوامل بهداشتی و تغذیه مناسب، آمار تلفات ناشی از این بیماری کمتر شده است. **عوامل موثر در ایجاد اسهال کودکان:** عوامل موثر در ایجاد این بیماری عبارتند از: آلودگی های محیطی،

بررسی میزان چسبندگی انسولین به سطوح PVC ظرف محتوی سرم و ست انفوزیون

دکتر محمد رضا وحدت - متخصص بیوشیمی و مراقبتهای ویژه
دکتر اعظم قلندری - متخصص بیوشیمی و مراقبتهای ویژه

حرکت مایع، ۱/۵، ۳۰، ۴۵ و ۶۰ برداشته شدند. غلظت این نمونه ها با استفاده از کیت انسولین محاسبه گردید.

نتایج

در لحظه شروع (دقیقه ۰) میانگین غلظت انسولین در بین چهار ظرف ۲۱۳/۷۹ میکرو واحد به ازای هر میلی لیتر محلول دکستروز ۵ درصد بود. اختلاف معنی داری در غلظت انسولین در ظروف حاوی محلول، در طول ۶۰ دقیقه مشاهده نگردید. اگر چه، غلظت انسولین در انتهای ست انفوزیون در دقیقه ۶۰ به طور معنی داری کاهش یافت (p=۰/۰۰۰۴).

نتیجه گیری

محل چسبندگی انسولین، سطوح ست انفوزیون می باشد. بنابراین باید دوز اولیه انسولین را در ظرف محتوی دکستروز افزایش داد. استفاده از ست پلی اتیلن نیز کمک کننده خواهد بود.

مقاله برگزیده کنگره بین المللی دبی ۱۳۸۶
(ICCC-2007-APRIL)

مقدمه

در TPN، چسبندگی انسولین به سطوح PVC ظرف محتوی سرم و ست انفوزیون، از میزان انسولین که باید به مریض برسد می کاهد.

هدف

معین کردن محل های چسبندگی انسولین و پیشنهاد کردن راه حل این مساله **مواد و روش**

به هر یک از ۴ ظرفی که سطوحشان از جنس PVC و حاوی ۱۰۰۰ سی سی محلول دکستروز ۵ درصد بودند، ۳۰۰ میکرو واحد انسولین به ازای هر میلی لیتر محلول، اضافه شد. هر ظرف محتوی محلول دکستروز ۵ درصد، سپس به ست انفوزیون وصل شد و محلول با سرعت ۱۰۰ میلی لیتر در هر ساعت حرکت داده شد. ۱ میلی لیتر محلول از هر ظرف و همچنین از انتهای ست انفوزیون به صورت جداگانه در دقیق ۰ (در لحظه شروع

بهمن زنگنه - مسئول دیالیز

معرفی بخش دیالیز بیمارستان بنت الهدی

در انتها به این مهم اشاره می شود که افزایش تعداد پذیرش بیماران از ۲۰۰ جلسه در ماه به بیش از ۱۵۰۰ جلسه در ماه، نشانگر رضایتمندی بیماران به دلیل می باشد: - مساعده و همراهی مدیر عامل محترم بیمارستان جناب آقای مهندس امیر حسخانی و توجه و نظارت ویژه ایشان به بیماران و بخش همودیالیز

سمعی و بصری، اتاق انتظار، RO (با ظرفیت خروجی ۱۲ لیتر آب در دقیقه)، تجهیزات کامل CPR، دستگاه استابلازیز، برق اضطراری و... می باشد. در این مرکز آزمایشات ایمونولوژی بیماران و اندازه گیری سطح آنتی بادی های ایشان با فواصل زمانی منظم انجام و بیماران جهت انجام واکسیناسیون های مورد نیاز، به مراکز بهداشتی

در راستای ارائه خدمات مطلوب درمانی در قالب تجهیز و راه اندازی بخش های تخصصی، بخش دیالیز بیمارستان بنت الهدی در سال ۱۳۸۱ با مساعده و عنایت ریاست محترم بیمارستان بنت الهدی جناب آقای دکتر امیر حسخانی و با مجوز و نظارت مستمر اداره محترم نظارت بر درمان، و وزارت محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی شروع به فعالیت نمود.



معرفی می شوند.

۲- استفاده از نیروهای مجرب و پرستاران دلسوز در این بخش
۳- وجود امکانات تخصصی و نیز امکانات رفاهی برای بیماران محترم
با آرزوی سلامتی و تندرستی برای تمامی بیماران و توفیق انجام خدمات بیشتر به ایشان

لازم به ذکر است که با افزایش کیفیت دیالیز در این بخش و افزایش سطح بازتوانی بیماران، حدود ۹۸ درصد از بیماران، دارای کفایت دیالیز بالاتر از نرمال می باشند و تاکنون تعداد ۳۰ بیمار که مراحل حاد بیماری و شرایط ایجاد پیوند در ایشان مهیا شده است، تحت پیوند کلیه قرار گرفته اند.

این بخش در ابتدا با تعداد ۶ تخت و ۶ عدد دستگاه Fresinus ۴۰۰۸ فعالیت خود را آغاز کرد و پس از آن در سال ۱۳۸۴ تعداد ۸ دستگاه دیالیز و ۸ عدد تخت دیگر به آمار بخش افزوده شد و در حال حاضر در ۴ شیفت با تعداد ۱۴ تخت، فعال و در حال ارائه خدمات به بیماران محترم می باشد. دستگاه های همودیالیز موجود در بخش، از پیشرفته ترین دستگاه های کشور بوده و مجهز به سیستم تصفیه آب رپورز اسمز (۱۲/۰) با فیلتر های پنج میکرون، جهت سبک کردن آب و جذب گاز های مضر موجود در آب شهر در راستای بهره برداری مطلوب و بالا بردن کفایت دیالیز و افزایش تحمل بیماران می باشند. کاهش علائم و عوارض حین دیالیز (از جمله سندرم عدم تحمل، تهوع و استفراغ، تغییرات فشار خون و...) و در نهایت افزایش رضایتمندی بیماران را می توان از نتایج مثبت استفاده از سیستم تصفیه آب به روش فوق ذکر کرد. ساختار کنونی بخش در حال حاضر به صورت دو سالن مجزا جهت بستری بیماران و مجهز به رختکن مجزای بیماران خانم و آقا، سالن غذا خوری، سرویس های بهداشتی، سیستم های



التهاب گوش میانی با تراوش مایع (Otitis Media with Effusion (OME))

دکتر محمدرضا شریفیان - جراح و متخصص گوش و حلق و بینی

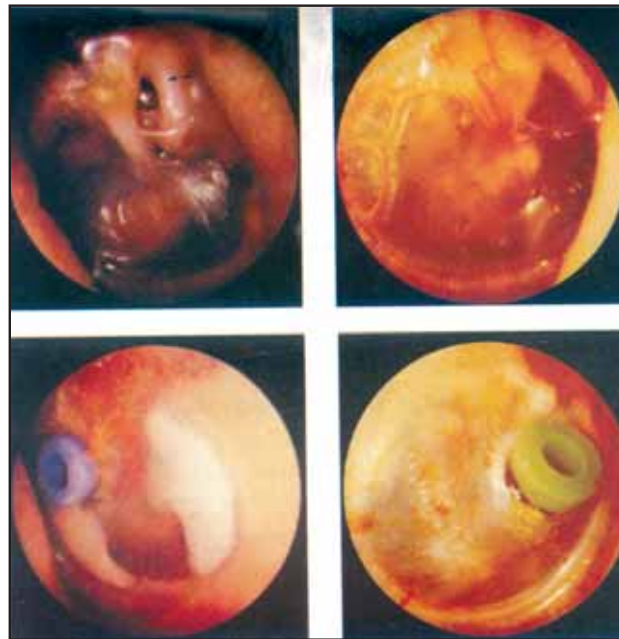
سابقه واضحی از آلرژی داشته باشد که در این صورت آنتی هیستامین (مانند لوراتادین یا دیفن هیدرامین) تجویز می‌گردد. آنچه که در این بیماری اهمیت بسزائی دارد، پی گیری بیماری و معاینات مکرر و انجام تستهای اودیومتری سریال جهت ارزیابی سیر بیماری است. اگر میزان مایع کاهش یافت و کم شنوائی کودک کمتر از ۲۰ دسی بل بود، بیمار هر ۳ تا ۶ ماه یکبار معاینه می‌شود و درمان خاصی نیاز ندارد، اما اگر مایع جذب نشد و بیش از ۳ ماه ادامه داشت و کم شنوائی بیش از ۳۰ دسی بل بود، نیاز به اقدامات درمانی تکمیلی می‌باشد.

درمان جراحی

در موارد مزمن و با کاهش شنوائی زیاد توصیه به گذاشتن لوله تهویه یا گرومت (Ventilation Tube) یا VT می‌شود، که یکی از شایعترین اعمال جراحی است که در سرتاسر جهان برای بچه‌ها انجام می‌شود. در این عمل با بیهوشی عمومی، برش کوچکی در روی پرده صماخ داده شده و پس از تخلیه مایع، VT تعبیه می‌گردد. VT معمولاً ۶ تا ۹ ماه باقی مانده و سپس خود بخود از گوش خارج می‌شود؛ در این مدت مخاط گوش میانی ترمیم شده و اغلب بیماری عود نمی‌کند.

همزمان با گذاشتن VT اگر بیمار التهاب مزمن و راجعه یا بزرگی لوزه و آدنوئید هم داشته باشد عمل آدنوتومیکتومی نیز انجام می‌شود. ترمیم شکاف کام و اصلاح انحراف شدید تیغه بینی (سپتوپلاستی) نیز گاهی انجام می‌شود.

در درصدی از موارد نیز پس از خارج شدن VT، بیماری عود می‌کند و کودک مجدداً دچار کم شنوائی می‌شود که در این موارد، دوباره VT گذاشته می‌شود و اگر این روند تکرار شد از لوله‌های تهویه ای که مدت طولانی تری و حتی بطور دائم باقی می‌مانند، مانند T-Tube، استفاده می‌شود.



انجام تست های اودیومتری برای بچه های قبل از سن مدرسه ضروری است که خوشبختانه چند سال است که در کشور ما نیز بطور روتین سنجش شنوائی و بینایی در سنین پیش دبستانی انجام می‌شود. درتست های اودیومتری بسته به مدت بیماری و میزان و غلظت مایع که در پشت پرده گوش جمع شده، کاهش شنوائی از ۱۵ تا ۴۵ دسی بل گزارش می‌شود و در تست تمپانومتري تحرک پرده تمپان کاهش یافته و اغلب فشار منفی در گوش میانی وجود دارد.

درمان

روش های درمانی بسته به مدت بیماری و شدت کم شنوائی و نوع مایعی که در پشت پرده تجمع یافته، متفاوت است.

در اولین برخورد با کودکی که دچار OME است یک دوره آنتی بیوتیک به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز می‌شود؛ آنتی بیوتیک انتخابی معمولاً آموکسی سیلین و یا کو آموکسی کلاو است.

تجویز داروهای ضد احتقان (مانند پسودوافدرین) و آنتی هیستامین ها و یا استروئید خوراکی تاثیر چندانی نداشته و معمولاً توصیه نمی‌شوند، مگر اینکه بیمار

مقدمه

التهاب گوش میانی با تراوش مایع (OME)، شایعترین علت کم شنوائی کودکان در سراسر دنیاست.

سایر علل شایع کم شنوائی کودکان شامل علل مادرزادی و ارثی، مننژیت، اوریون و سایر بیماریهای عفونی، مصرف داروها و تروماست که در این میان OME شایعترین است.

همه ساله هزینه های هنگفتی جهت درمان طبی و یا جراحی این بیماری هزینه می‌شود و بدلیل

ماهیت بیماری که معمولاً بی سروصدا و به آهستگی تظاهر و پیشرفت می‌کند، در بسیاری از موارد تشخیص داده نمی‌شود و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیری می‌گردد.

مصرف بی رویه و نا بجای آنتی بیوتیک ها و بخصوص خود درمانی بیماران بر مشکلات تشخیصی و درمانی این بیماری شایع در جامعه ما افزوده است.

تعریف

OME در اثر تجمع مایع در پشت پرده صماخ و بدنبال یک التهاب در مخاط گوش میانی روی می‌دهد. تراوش مایع بر حسب زمان (نه شدت آن) به اشکال حاد (کمتر از ۳ هفته تا ۳ ماه) و مزمن (بیش از سه ماه) تقسیم می‌شود.

بررسی ها نشان می‌دهد که تا سن ۳ ماهگی ۱۳ درصد و تا ۱۲ ماهگی ۶۷ درصد کودکان حداقل یک حمله بیماری التهاب حاد گوش میانی را تجربه کرده اند. البته اوتیت حاد مدیا (AOM) را نباید با OME اشتباه

کرد. در التهاب حاد گوش میانی، بچه علایمی مانند تب، تهوع، گوش درد و بی قراری دارد که خود بخود یا با مصرف آنتی بیوتیک بهبودی می‌یابد و در پاره ای از موارد مایع در گوش میانی باقی مانده و باعث OME می‌شود.

علائم

همانگونه که اشاره شد، OME علائم حادی ندارد و اغلب تنها علامت موجود که خود بیمار، والدین و یا معلمین متوجه می‌شوند، کم شنوائی است.

در معاینه، پرده صماخ کدر بوده، حالت تو کشیدگی (رترکسیون) دارد ولی هیچگونه پرفوراسیون (پارگی پرده) یا توره (ترشح چرکی) وجود ندارد.

علل

آمار نشان می‌دهد که ۹۰ درصد کودکان زیر پنج سال حداقل یک بار به التهاب حاد گوش میانی (اوتیت حاد) دچار می‌شوند که از این میان ۲۵ تا ۶۰ درصد مبتلا به تراوش در گوش میانی (OME) می‌گردند که ۹۰ تا ۹۵ درصد خود بخود بهبودی یافته ولی ۵ درصد دچار مشکل می‌شوند.

آنفلوآنزای خوک (Swine Flu)

دکتر وحیدرضا باقوتکار

مبتلا شدن به این بیماری دچار اسهال و استفراغ می شوند. به علت این شباهت ها پزشکان قادر به تشخیص قطعی آنفلوآنزای خوک نیستند، و تشخیص قطعی آن فقط با انجام تستهای آزمایشگاهی ممکن است.

پیشگیری

آنفلوآنزای خوک مانند هر نوع سرماخوردگی دیگری از راه تماس، سرفه و عطسه منتقل می شود. شما ممکن است از طریق تماس با فرد آلوده و یا لمس کردن سطوح و اشیائی که قبلاً توسط افراد مبتلا لمس شده اند، و سپس دست زدن به چشم و دهان و بینی خود به این بیماری مبتلا شوید. در یک فرد آلوده، انتشار این ویروس به محیط از یک روز قبل از شروع علائم بیماری آغاز می شود و تا یک هفته پس از ابتلا ادامه می یابد.

* دستان خود را بطور مرتب با آب و صابون بشوئید، مخصوصاً زمانی که عطسه یا سرفه می کنید و یا وقتی که از بیرون به خانه باز میگردید. اگر آب و صابون در دسترس نیست، می توانید از ژل های تمیز کننده دست استفاده کنید.

* از تماس نزدیک با خوک ها و یا انسان هایی که آلوده هستند بپرهیزید.

* از دست زدن به اشیاء و سطوحی که ممکن است آلوده باشند، مخصوصاً در اماکن عمومی بپرهیزید (مانند میزهای کافی شاپ ها و رستوران ها، دستگیره درب وسایل حمل و نقل عمومی، نرده ها و...).

* از دست زدن به دهان، بینی و چشمان خود بپرهیزید.

* در صورتی که خود مشکوک به ابتلاء به آنفلوآنزا هستید، حتماً هنگام عطسه و سرفه جلوی دهان و بینی خود را بگیرید. اگر دستمال به همراه ندارید، هنگام عطسه یا سرفه قسمت داخلی آرنج خود را در برابر دهان و بینی ببرد تا دستانتان آلوده نشوند.

درمان

چهار داروی آنتی ویروس آمانتادین، ریمانتادین و oseltamivir و zanamivir برای درمان آنفلوآنزای خوک در آمریکا دارای مجوز می باشند. در مورد آنفلوآنزای خوک که در سال ۲۰۰۹ توسط «مرکز درمان و پیشگیری از بیماری ها» در آمریکا توصیه شده اند.

برای مقابله با تمام گونه های کنونی آنفلوآنزای خوک نیز موثرند.

شیوع آنفلوآنزای خوک

آنفلوآنزای خوک در مناطق مختلف جهان در حال پیشروی است. سازمان های بین المللی بهداشت با اعلام مرحله ۵ وضعیت هشدار، اعلام کردند که شیوع جهانی آنفلوآنزای خوک امری حتمی خواهد بود. این اولین بار بود که سازمان بهداشت جهانی وضعیت هشدار خود را به مرحله ۵ ارتقاء می داد که یک مرحله مانده تا وضعیت قرمز است و نشان دهنده



اینکه اپیدمی جهانی این بیماری حتمی است.

ویروس

عامل آنفلوآنزای خوک، ویروس H1N1 است. ویروس جدید همه گیر شده در سال ۲۰۰۹ میلادی، یکی از انواع H1N1 است. H و N مخفف واژه های «نورامینیداز» و «هماگلوبتین» نام دو غشاء سلولی ویروس هستند. در مجموع ۱۶ گونه از «هماگلوبتین» و ۹ زیر مجموعه از «نورامینیداز» وجود دارند که می توانند ترکیب های مختلفی را با هم تشکیل دهند.

علائم

علائم آنفلوآنزای خوک در میان انسان ها به آنفلوآنزای انسانی شباهت دارد. این علائم شامل تب، سرفه، گلودرد، سردرد، احساس سرما و خستگی می باشد. برخی از افراد نیز پس از

آنفلوآنزای خوک یک بیماری ویروسی است که توسط ویروس آنفلوآنزای نوع A ایجاد می شود. بیماری معمولاً خوک را مبتلا می کند، اما هر ساله مواردی از ابتلای انسان به این بیماری، بویژه از راه تماس با این حیوان، گزارش می شود. این بیماری در انسان از طریق تماس با فرد مبتلا نیز سرایت می کند. نشانه های معمول آن تب، سرگیجه، خشکی مفصل ها، حالت تهوع و در موارد پیشرفته، بیهوشی و مرگ است.

موارد انسانی آنفلوآنزای خوک بیشتر در افرادی رخ می دهد که در فاصله نه چندان دوری، در نزدیکی خوک ها به سر می برند. اما امکان دارد ویروس از انسان به انسان دیگری هم منتقل شود.

همه گیری

بیماری آنفلوآنزای خوک از نوع H1N1 است که قبلاً هم وجود داشته و شناخته شده است و همه گیری جهانی آنفلوآنزا در سال های ۱۹۱۸ و ۱۹۱۹ نیز به علت شیوع همین نوع آنفلوآنزا بوده است. با این وجود بررسی های اخیر نشان می دهد که تغییراتی در ساختار این ویروس در آنفلوآنزای خوک (در اثر جهش ژنتیکی) به وجود آمده است. به همین علت از ۵ آوریل ۲۰۰۹ موارد مرگ و میر ناشی از این بیماری در مکزیک و آمریکا روی داد. نوع جدید آنفلوآنزا که در سال ۲۰۰۹ در مکزیک و آمریکا کشف شد ترکیبی از ویروس های آنفلوآنزای خوک، انسانی و حاد پرندهگان است. پیش از شیوع آنفلوآنزای خوک در مکزیک در سال ۲۰۰۹، مواردی از ابتلای گسترده دامی و انسانی به این بیماری در آمریکا در سال ۱۹۶۷ و در فیلیپین در سال ۲۰۰۷ گزارش شده بود.

علائم آنفلوآنزای خوک در میان انسان ها به آنفلوآنزای انسانی یعنی تب، سرفه، گلودرد، سردرد، احساس سرما و خستگی شباهت دارد. برخی از افراد نیز پس از مبتلا شدن به این بیماری دچار اسهال و استفراغ می شوند.

بر اساس اعلام اداره سلامت ایالات متحده (CDC)، دو داروی تامیفلو و رلتزا که داروهای رایج برای مقابله با آنفلوآنزا هستند،

هپارین دارویی پر مصرف اما خطرناک

زهرا جوان - کارشناس پرستاری

بیماران اتفاق می افتد، بیماران دچار کاهش بیش از ۵۰ درصدی در تعداد پلاکت ها می شوند. این یک عارضه جدی است که اغلب طی ۴ الی ۱۴ روز بعد از شروع هپارین رخ می دهد، در صورت افت شدید پلاکت (کمتر از ۳/۱۰۰۰/mm³)، قطع هپارین و جایگزینی آن با ترکیبات مهار کننده مستقیم ترومبین، مانند هیپروکسین لازم خواهد بود.

از دیگر عوارض مصرف هپارین می توان به هایپرکالمی (به دلیل مهار ساخت آلدسترون)، کچلی، کهمر، نکرپوزیستی بدنمال تزریق عمیق زیر جلدی یا تزریقات داخل عضلانی، افزایش آنزیم های کبدی (ALT و AST)، نوروپاتی محیطی، استئوپوروز (در مصرف طولانی مدت)، برونکواسپاسم و آسم اشاره نمود.

مونیتورینگ هپارین

متداولترین روش در پایش درمان با هپارین اندازه گیری apt می باشد. اندازه گیری فعالیت anti-xa پلاسمائی روش دقیق تری است که با توجه به قیمت بالا و عدم دسترسی به آن، در همه مراکز درمانی کمتر مورد استفاده قرار می گیرد.

نکات مهم

داروهائی که روی عملکرد پلاکتی اثر می گذارند مانند: اسپرین، NASIDها، دی پیریدامول، تیکلوپیدین و کلیدگرول باعث افزایش ریسک خونریزی می شوند. پنی سیلین وریدی از طریق مهار تجمع پلاکتی باعث افزایش زمان خونریزی (BT) و در نتیجه افزایش ریسک خونریزی می شود. عوامل ترومبولیتیک مانند استرپتوکیناز و ضد انعقادهای مانند وارفارین نیز ریسک خونریزی را افزایش می دهند. در مطالعات مختلفی گزارش شده است که نیتروگلیسرین وریدی در دوزهای بالا، اثر ضد انعقادی هپارین را کاهش می دهد.

است، در صورتیکه در تزریق زیر جلدی، اثرات ضد انعقادی دارو طی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بروز می کند. هپارین در شیر ترشح نشده و از جفت نیز عبور نمی کند. متابولیسم هپارین تجزیه نشده (UFH) کبدی بوده و از طریق ادرار دفع می شود.

اندیکاسیونهای مصرف

UFH یا هپارین تزریقی استفاده شده دارای گستره درمانی وسیعی است. هپارین در پیشگیری و درمان ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) کاربرد دارد. از این دارو در پیشگیری و درمان آمبولی ریه، درمان آمبولی مرتبط با فیبریلاسیون دهلیزی (AF) و همچنین پیشگیری از آمبولی ناشی از تعویض دریچه های قلبی بطور گسترده ای استفاده می شود. دوز مصرف هپارین در موارد مختلف متفاوت است.

عوارض دارویی

مهمترین و جدی ترین عارضه مصرف هپارین خونریزی است. عوامل افزایش دهنده ریسک خونریزی شامل سن بالا، بیماریهای جدی همراه، مصرف بالای الکل، مصرف همزمان ASA و نارسائی کلیوی می باشند. این عارضه اغلب بصورت پنتشی، اکیموزهای موضعی و خونریزیهای مخاطی دیده می شود، اما خونریزیهای وسیع و گسترده نیز گزارش شده اند. بدلیل نیمه عمر کوتاه UFH، معمولاً قطع دارو باعث کنترل خونریزی می شود اما در موارد اورژانسی می توان از پروتامین سولفات که آنتی دوت هپارین است استفاده نمود. عارضه دیگر مصرف هپارین ترومبوسیتوپنی یا کاهش تعداد پلاکتها می باشد. این عارضه به دو صورت، وابسته به دوز و غیر وابسته به دوز دیده می شود. فرم اول، در ۱۵ درصد بیماران اتفاق افتاده و یک عارضه خوش خیم است که به ندرت باعث کاهش شدید پلاکتها شده و اغلب نیاز به قطع هپارین نبوده و خود محدود شونده است. در فرم غیر وابسته به دوز یا ترومبوسیتوپنی ناشی از ایمنی، که در ۱ تا ۲ درصد

هپارین در آژین ناپایدار (UA) و انفارکتوس میوکارد بدون بالارقتن قطعه (NSTEMI)ST، همواره به عنوان سنگ بنای درمان در چند دهه اخیر مطرح بوده است. طی مطالعات متعدد یک کاهش ۳۳ درصدی در میزان مورتالیتی بعد از MI، در درمان با UFH همراه با آسپرین نسبت به درمان با آسپرین به تنهایی گزارش شده است. با توجه به عوارض جدی هپارین از جمله خونریزی و ترومبوسیتوپنی، از هپارین به عنوان شمشیر دو لبه یاد می شود. بنابراین آشنایی هر چه بیشتری با مکانیسم اثر، عوارض و نحوه پایش هپارین ضروری بنظر می رسد.

مکانیسم عمل

هپارین تجزیه نشده یا UFH مخلوطی از گلیکوزامینوگلیکانهای هتروژنوس با وزن مولکولی ۳۰۰ تا ۳۰۰۰۰ می باشد. مکانیسم عمل هپارین از طریق اتصال به مولکول آنتی ترومبین و تسریع توانایی این مولکول در اتصال به فاکتورهای انعقادی و خنثی نمودن آنهاست. قدرت ضد انعقادی کمپلکس هپارین- آنتی ترومبین ۱۰ تا ۱۰۰۰ برابر بیشتر از آنتی ترومبین می باشد.

فارماکوکینتیک

بدلیل ساختمان بزرگ و آنیونیک هپارین، UFH بطور ضعیفی از سیستم گوارشی جذب می شود، از این رو بصورت وریدی تجویز می گردد. همچنین بدلیل اتصال غیر اختصاصی هپارین به بسیاری از پروتئینهای پلازما از جمله پروتئین های فاز حاد پلازما و سولولهای خونی و اندوتلیوم، هپارین دارای فارماکوکینتیک پیچیده ای می باشد. نیمه عمر هپارین ۹۰ دقیقه بوده و با افزایش دوز دارو، نیمه عمر دارو نیز افزایش می یابد و تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله چاقی، عملکرد کلیه و کبد، وجود آمبولی ریه، عفونت و بدخیمی قرار دارد. در تزریق وریدی شروع اثر دارو فوری



Acute Respiratory Failure Acute Lung Injury

دکتر محمد رضا زنجانخواه
متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه و ICU
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

و سبب هیپوکسمی شریانی شده که بطور نسبی به افزایش غلظت اکسیژن دمی پاسخ می دهد. دو علامت مهم و شاخص ARDS هیپوکسمی شریانی سرسخت و سرکش به درمان، و کاهش شدید کمپلیانس ریه ها می باشد.

تشخیص کلینیکی ضایعه حاد ریوی (A.L.Inj)

تشخیص کلینیکی A.L.Inj بستگی دارد به اینکه یک علامت بد گمانی از نظر پاتوفیزیولوژیکی در بیمار دیده شود. در بیماری که تاریخچه قابل انطباق با A.L.Inj داشته و تظاهرات نارسائی حاد ریوی در وی دیده می شود و همچنین بیمارانی که دچار ترومای مالتی پل (پلی تروما تیزه) و یا sepsis هستند، در معرض ریسک بسیار شدید قرار دارند. وجود نارسائی های دیگر مثل هیپوکسمی آلوتولر، اسپیراسیون، آمبولی چربی، هیپوتانسیون، پنومونی اینترستیس، ترانسفوزیون های مکرر خون، عملیات جراحی که بیشتر از ۵ ساعت طول کشیده باشند و تغذیه نامناسب، به عنوان فاکتورهای مستعد کننده دیگر شناخته می شوند.

همانطور که قبلا نیز ذکر شد فرم شدید A.L.Inj, ARDS است که شناخته می شود با:

- ۱- یافته های فیزیکی همراه با تاریخچه قابل انطباق با نارسائی ریوی.
- ۲- هیپوکسمی سرسخت و سرکش شریانی در مقابل درمان به طوریکه با $Pao_2 < 60$ mmHg، $Fio_2 > 0.5$ است.
- ۳- محدودیت قابل ملاحظه و شدید در پذیرش (کمپلیانس) ریه ها.

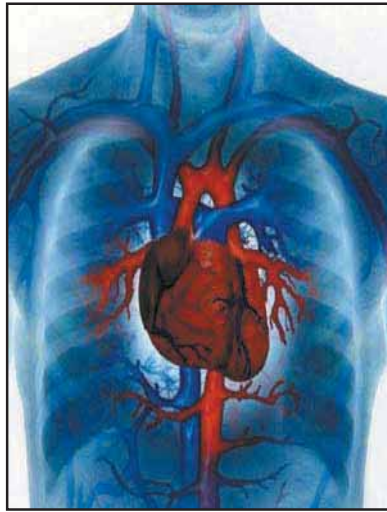
۴- در Chest X Ray ریه ها انفیلتراسیون منتشر دوطرفه دیده می شود.

اما موارد خفیف و فرم اولیه این پاتولوژی، یعنی A.L.Inj که زودتر شناخته می شود به شکل N.C.E. عارض می گردد و تشخیص آن اندکی مشکل است. در تشخیص N.C.E. علامت زیر قابل اطمینانند:

- ۱- تاریخچه کلینیکی قابل انطباق.
- ۲- با $Pao_2 \geq 60$ mmHg، $Fio_2 > 0.5$ می شود.
- ۳- عدم وجود بیماری های مزمن ریوی و ادم کاردیوژنیک.
- ۴- در Chest X Ray انفیلتراسیون ریوی یا آتکتنازی وجود ندارد.
- ۵- تشخیص زودرس A.L.Inj مهم است زیرا درمان نادرست ممکن است نقش مهمی را در پیشرفت آن بازی کند. تجویز زیاد مایع از راه ورید ممکن است منجر به افزایش ادم بین نسنجی و هیپوکسمی آلوتولر شده که منجر به تخریب بیشتر فونکسیون ریه ها می شود، که نتیجه اش پیدایش ARDS است.

ادامه در شماره آینده

می شود، ادم ریوی غیر کاردیوژنیک Cardiogenic Edema Non (N.C.E) است که سبب افزایش قابلیت نفوذپذیری آندوتلیال کاپیلرهای ریوی نسبت به آب و پروتئین می شود و این موضوع همان آسیبی است که در سال ۱۹۶۷ برای اولین بار به نام ARDS خوانده شد، لیکن امروزه ARDS فرم شدیدتر N.C.E می باشد. در واقع A.L.Inj از نظر شدت به دو فرم N.C.E و ARDS تقسیم می شود که N.C.E فرم خفیف بوده و



فرم شدید آن ARDS است. به هر حال ابتلاء سلولهای اپیتلیال در فرم شدید A.L.Inj یعنی در ARDS، موجب پیدایش اشکال مورفولوژیک پایدار می گردد یعنی شکل سلولهای اپیتلیال از حالت طبیعی خارج می شود. ابتلا می شود در نوع سلول در اینجا ایجاد می شود یعنی سلولهای تیپ ۱ به صورت ورقه شدن و پوسته اندازی گرفتار می شوند و سلولهای تیپ ۲ به صورت دیسفانکشن آنها در نتیجه تولید سورفاکتانت غیر طبیعی، که خود سبب کاهش کمپلیانس ریه ها و کلاپس آلوتولرها به علت افزایش سطح کشش مایع و آلوتولها می گردد. افزایش سطح کشش مایع و آلوتولها منجر به کلاپس جاذبه ای در قسمت هایی از ریه ها که ونتیلیاسیون نداشته و لیکن پرفوزیون دارند، می شود و نسبت V/Q را به صفر می رساند

یکی از مواردی که متخصصین بیهوشی در ICU با آن سروکار دارند برقراری تنفس مصنوعی است که از نظر اصولی و درمان، کاری بسیار مهم است و Respiratory Therapy اصل اساسی درمان نارسائی حاد تنفسی را تشکیل می دهد. از نظر تعریف، نارسائی حاد تنفسی تنها یک بیماری نیست بلکه ترکیبی از اختلالات فیزیوپاتولوژی وجود دارد که می تواند توسط عوامل مختلف اتیولوژیک ایجاد شود. به طور کلی عواملی که سبب بروز نارسائی حاد تنفسی می شوند بطور کامل همان عوامل ایجاد کننده ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrom) می باشند.

اتیولوژی نارسائی حاد تنفسی یا (ARDS)

A) دیسفونکسیون اولیه ریوی

- ۱- بیماری های انسدادی راههای هوایی
- ۲- بیماری های تحدیدی ریوی
- ۳- پنومونی
- ۴- استنشاق توکسین ها، مایعات معده و ورود مکنونیم
- ۵- مسمومیت اکسیژن
- ۶- آمبولی شریان ریوی با خون، چربی و مایع آمونوتیک
- ۷- کنفوزیون ریوی
- ۸- هیپالین ممبران دیزیس
- ۹- حالت نزدیک به غرق شدگی (near drawing)

B) دیسفونکسیون قلبی و عروقی

- ۱- شوک هموراژیک
 - ۲- Sepsis
 - ۳- نارسائی احتقانی قلب
 - ۴- ترانسفوزیون ماسیو خون
 - ۵- DIC
 - ۶- به دنبال بای پاس قلبی ریوی
- #### C) دیسفونکسیون CNS
- ۱- ضایعه هیپوتالامیک
 - ۲- اورژن داروهای دپرس کننده CNS
- #### D) نورو موسکولر دیسفانکشن (دیسفانکشن عصبی-عضلانی)

- ۱- میاستنی گراویس
 - ۲- قطع نخاع
 - ۳- سندرم گلین باره (Guillain-Barre)
 - ۴- تتانوس
 - ۵- داروهای که سبب شلی عضلانی می شوند
 - ۶- گروهی از آنتی بیوتیک ها (آمینو گلیکوزیدها)
- #### E) عوامل متفرقه (مختلف)
- ۱- پانکراتیت حاد
 - ۲- اورمی
 - ۳- چاقی مرضی (بیماری چاقی obesity)

پاتوفیزیولوژی ضایعه حاد ریوی (A.L.Inj) (ARDS) یا ادم ریوی غیر کاردیوژنیک

به طور کلی در اینجا ضایعات ساختمانی مربوط به بافت ریوی ایجاد می شود که شامل سلول های اپی تلیال و کاپیلر هاست. سلول های اپی تلیال دو دسته اند: تیپ ۱ و تیپ ۲.

از نظر فیزیوپاتولوژیکی حداقل ۳ فنومن همراه با ضایعه سلول های تیپ ۱ آلوتولر ایجاد می شود که عبارتند از:

- ۱- ادم آلوتولر ثانوی به از بین رفتن سد ضد ورود آب (Barier Water Tight).
- ۲- آتکتنازی که در نتیجه از بین رفتن شکل ثابت هندسی آلوتول ها ایجاد می شود.
- ۳- کاهش کمپلیانس ریوی در نتیجه آتکتنازی و از بین رفتن قابلیت کشش سلول های تیپ ۱، اما سلول های تیپ ۲ اپیتلیوم آلوتولر در مقابل ضایعات کمتر آسیب پذیر بوده و به علاوه قابلیت تکثیر و ترمیم شدید دارند، به هر حال ضایعات شدید به این سلول ها ممکن است موجب تولید ضایعات و صدمات غیر قابل برگشت ریوی گردد، مانند فیبروز ریه.

دو موقعیت فیزیوپاتولوژیکی قابل تشخیص از نظر کلینیکی در نتیجه ضایعه سلول های تیپ ۲ اپیتلیوم آلوتولر ایجاد می شود که عبارتند از:

۱. کاهش شدید کمپلیانس ریوی
 ۲. آتکتنازی آلوتولی ثانوی به مالفورماسیون سورفاکتانت
- اما از نظر آسیب ریوی، شایعترین آنورمالیتی اولیه پارانشیم ریوی که موجب بروز علائم کلینیکی در حیوانات آزمایشگاهی

اهمیت عصای اسکولاپ و مارها در نشان پزشکی

طاهره رسولی
مدیر خدمات پرستاری

بیمارستان ها مطرح است.



نشان پزشکی در بردارنده ترکیبهای گوناگونی از یک عصا و یک یا دو مار پیچیده به دور آن و دو بال است. نماد مار از روزگاران باستان با پیشه پزشکی همبستگی داشته است. یونانیان مار را به عنوان نماد نیرومندی، خرد ورزی و جاودانگی بشمار می آوردند. از افسانه های یونانی آشکار می شود که این نماد به وسیله خدایان افسانه یونانیان، آپولو (خدای آفتاب، زیبایی، شعر و موسیقی) با دست، و مرکوری یا عطارد (خدای مردانگی) پیرامون عصائی، حمل می شده است. اسکولاپ خدای تندرستی و درمانگری، مارهایی پیچیده به دور یک چوبدستی را حمل می کرده است، و بال ها نمایانده پرواز بلند دانش است. به این ترتیب عصا و مار همراه آن، در همبستگی با علم تندرستی و هنر درمانگری شناخته شده، و از آن زمان تا کنون به عنوان نماد معمول مرتبط با نشانه های پزشکی و



در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ نیز شاهد موفقیت فرزندانمان با کسب نمرات برتر در پایه‌های مختلف تحصیلی بوده ایم. ضمن تبریک این موفقیت افتخار آمیز به این عزیزان و خانواده محترمشان و با سپاس فراوان از تلاش و دلسوزی مدیران و مربیان محترم آنها، امیدواریم در سایه لطف و عنایت بیکران خداوند در کنار هم به موفقیت‌های روز افزون دست یابیم.

با نهایت احترام

علیرضا امیر حسخانی- مدیر عامل بیمارستان بنت الهدی



زهرا امیر حسخانی
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه پویندگان رسالت
ناحیه ۴



مهدی کاووسی نوزاد
اول ابتدائی ۲۰
مدرسه استقلال ۱
ناحیه ۵



محمدرضا صدیقی هشتجین
اول ابتدائی ۲۰
مدرسه امام حسین
ناحیه ۶



فاطمه سرایانی اول
اول ابتدائی ۲۰
مدرسه سوسن
ناحیه ۱



سینا آدم صفت
اول ابتدائی ۲۰
مدرسه شهید محمد ابراهیم افرا
ناحیه ۴



کیارش مظاهری
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه علامه ۳
ناحیه ۴



زینت رحیمی مجد
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه طوبی
ناحیه ۱



امیر حسین دوریبنان
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه شهید نوروزعلی بمانی
ناحیه ۲



امیر حسین حیدری
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه شهدای راه آهن
ناحیه ۷



مهلاقتی زاده مقدم
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه شاهد ۲۱
ناحیه ۲



فازه سرایانی اول
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه سوسن
ناحیه ۱



کیمیا رجب بور
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه نجمه
ناحیه ۳



فاطمه دولابی
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه بستان ۱
تبادکان



محمیا دهستانی
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه شمس نوس
ناحیه ۴



ریحانه امیر حسخانی
سوم ابتدائی ۱۹/۸۸
مدرسه خرد
ناحیه ۱- تهران



یاسمن محمدی
دوم ابتدائی ۲۰
مدرسه پنجم مهر
ناحیه ۷



ترجس نوروزی ازغندی
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه همت
ناحیه ۲



بهاره منصوری
سوم ابتدائی ۱۹/۸۶
مدرسه پویندگان رسالت
ناحیه ۴



یکتا محمدی
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه پنجم مهر
ناحیه ۷



امیر حسین گرامی
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه بهارستان
ناحیه ۲



شهریار شایسته
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه شفیعی منفرد
ناحیه ۵



مهلاسلامی
سوم ابتدائی ۱۹/۹۶
مدرسه حاتمی
ناحیه ۴



مینا صدیقی هشتجین
پنجم ابتدائی ۱۹/۹۰
مدرسه سما
ناحیه ۶



علیرضا وکیلی
پنجم ابتدائی ۱۹/۵۶
مدرسه سید نجف نجفی
ناحیه ۷



محمدیوسف شایسته
چهارم ابتدائی ۲۰
مدرسه بعثت ۱
ناحیه ۴



امیرعلی حدیری
چهارم ابتدائی ۲۰
مدرسه فرهنگیان
ناحیه ۶



امیر رضا امیرحسختانی
چهارم ابتدائی ۱۹/۳۰
مدرسه نیکان
ناحیه ۳- تهران



مجتبی وکیل زاده
سوم ابتدائی ۲۰
مدرسه محمدتقی متقیان
ناحیه ۲



سیدرضا فاتحی معصوم
اول دبیرستان ۱۹/۸۶
مدرسه نصر
ناحیه ۳



ندا خادمی
دوم راهنمایی ۱۹/۵۸
مدرسه صداقت
ناحیه ۱



امیررضا حدیری
سوم راهنمایی ۱۹/۶۹
مدرسه سما
ناحیه ۷



فرگل فرید
اول راهنمایی ۲۰
مدرسه پویندگان رسالت
ناحیه ۴



منا زهانی قائنی
اول راهنمایی ۲۰
مدرسه امام رضا
ناحیه ۴



نجمه خادمی
اول راهنمایی ۱۹/۲۴
مدرسه صداقت
ناحیه ۱

برگرفته از کتاب خاطره های شیرین در طب اطفال

ترجمه فاطمه مجذوب صفا

اواخر دهه ۱۹۵۰ من دانشجوی تخصصی اطفال بودم. ما به صورت گروهی با تخصص های مختلف در حومه شمالی نیویورک مشغول بودیم. در ساعات کشیک ما موظف بودیم همه بیماران را معاینه کنیم و اگر مشکلی وجود داشت از مراتب بالاتر کمک بگیریم.

شنبه شب زمستانی سردی بود. مردی آشفته حال تلفن زد و خبر داد که دردهای زایمان همسرش شروع شده و او نمی تواند او را به هیچ طریقی به بیمارستان برساند؛ چون جاده ای که به خانه ی آنها منتهی می شد برف رومی نشده بود. من به کلانتری زنگ زدم. آنها بلافاصله برای من یک ماشین برف روب فرستادند و ما با برداشتن کیت جراحی به سمت خانه آن ها حرکت کردیم، پس از مدتی که در جاده حرکت کردیم، برف آن قدر شدید شد که ماشین دیگر قادر به جلوگیری نبود. خوشبختانه ما در نزدیکی خانه یک کشاورز بودیم که با مهربانی فردا ما را سوار سورتمه برقی خود کرد و در حالی که از سر تا پای ما پر از برف بود به خانه آن زن رسیدیم. در زدیم و مرد خیلی هیجان زده در را باز کرد و گفت: «دکتر چرا این قدر طول کشیدی؟»

به هر حال همه چیز به خوبی پیش رفت و دختر زیبایی به دنیا آمد. با تشکر از کلانتری، شهرداری و آن کشاورز مهربان که همگی به ما کمک کردند.

مریم عطایی- کارشناس بهداشت

بهداشت سفر

۷- از مصرف باقیمانده مواد غذایی پاستوریزه که پس از باز شدن درب ظرف، در خارج از یخچال نگهداری شده اند خودداری نمایید.

۸- در سفر از غذاهای ساده و حتی الامکان مواد غذایی مطمئن که خودتان تهیه کرده اید استفاده کنید.

۹- آجیل و خشکبار مورد نیاز را حتی الامکان به صورت بسته بندی تهیه کنید. از خرید آجیل و خشکبار که آثار آفت زدگی و رطوبت و گهنگی در آنها دیده می شود پرهیز کنید.

۱۰- حتی الامکان از مصرف سالاد و سبزیجات در رستورانها خودداری نمایید.

۱۱- سالمسازی سبزیجات، قبل از مصرف، در پیشگیری از ابتلا به بیماریهای عفونی و انگلی روده ای موثر است. این کار در ۴ مرحله شامل پاکسازی، انگل زدایی، گند زدایی و شستشو انجام می شود.

۱۲- مرغ و ماهی و گوشت را فقط از فروشگاههای معتبر تهیه کنید. ۱۳- ظروف و وسایل پخت و پز را داخل کیسه های نایلونی تمیز نگهداری کنید تا در مدت سفر آلوده نشوند. ۱۴- برای شستن ظروف و البسه حتماً از آب سالم استفاده کنید. شستشو در آب جوی و رودخانه خطر آلودگی را بدنبال دارد. ۱۵- هنگام مسافرت با اتوبوس حتماً از لیوان شخصی استفاده نمایید یا از راننده لیوان یک بار مصرف بخواهید.

۱۶- در حمل و نگهداری وسایل آتش زا و گاز سوز مانند کپسول پیک نیک دقت لازم را داشته باشید.

۱۷- همواره در مسافرت، صابون و مواد شوینده به همراه داشته باشید. ۱۸- جهت پیشگیری از بیماریهای پوستی، هنگام اقامت در هتل حتی الامکان از ملحفه و وسایل شخصی استفاده کنید.

۱۹- در هنگام سفر از وسایل شخصی خود (ریش تراش - حوله - شانه و...) استفاده نمایید. ۲۰- جهت حمل مواد غذایی مختلف مانند میوه، سبزی، نان و مرغ و گوشت و... از کیسه های نایلونی سیاه که بسیار آلوده هستند استفاده نکنید.

۲۱- از تماس مواد خام یا پخته ممانعت به عمل آورید.

مسافرت به علت استراحت کم، خستگی راه، تغییر شرایط آب و هوایی، تهیه آب و مواد غذایی از منابع گوناگون در شهرها و روستاهای مختلف، مسیر سفر، کاهش مقاومت بدن را به همراه دارد و از طرفی مسافر بیش از سایر مواقع در معرض بیماریها قرار می گیرد و عوامل خطر آفرین بیش از همیشه او را احاطه می کنند. لذا رعایت ضوابط و نکات ایمنی و بهداشتی ضرورت بیشتری می یابد و با حساسیت مضاعف باید مورد توجه قرار گیرند.

عمده مسائلی که باید در سفر به آنها توجه نمود را می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱- یک جعبه کمک های اولیه سفر تهیه کنید که حاوی داروهایی که اعضای خانواده به طور مرتب مصرف می کنند و نیز داروهایی برای بیماریهای ناگهانی مانند گرفتگی اعصاب یا راش های پوستی باشد. در این جعبه دارویی یک داروی تب بر، آنتی هیستامین، پماد آنتی بیوتیک موضعی و بتادین و مقداری باند و چسب هم قرار دهید.

۲- آب آشامیدنی خود را از منابع مطمئن تهیه نمایید با توجه به کیفیت پایین آبهای زیر زمینی در مناطق کوهی پیشنهاد می شود آب آشامیدنی خود را حتماً از ایستگاههای برداشت آب که تحت نظارت و کنترل خانه های بهداشت است تامین کنید.

۳- به کودکان خود پیاموید که آب برخی از شیرهای آب در پارکها و معابر عمومی ممکن است غیر آشامیدنی باشد.

۴- مواد غذایی مورد نیاز خود را از فروشگاههای معتبر تهیه و قبل از خرید مواد غذایی بسته بندی شده از درج شماره پروانه ساخت و سری نشدن تاریخ انقضای مصرف آن اطمینان حاصل کنید.

۵- از خرید مواد غذایی مخصوصاً ساندویچ، بستنی، فالوده و آبمیوه از فروشندگان دوره گرد بپرهیزید.

۶- از خرید کنسرو و کمپوت متورم، زنگ زده یا ضربه خورده و پنبه محلی خود داری کنید. کنسرو را قبل از باز کردن درب آن به مدت ۲۰ دقیقه در آب جوش قرار دهید. توجه داشته باشید که آلودگی کنسرو با سم کشنده بوتولیسم، هیچگونه علامتی مانند باد کردن قوطی ندارد و فقط با حرارت می توان آن را از بین برد.



Computer visual syndrome سندرم بینائی کامپیوتر

ندا وکیلی- ایتومتریست

۱- به خاطر عدم توجه به مسائل بهداشتی و سلامت خود، ممکن است ساعتها در مقابل صفحه کامپیوتر بنشینند و بر آن تمرکز کنند. میزان خودآگاهی کودکان بسیار اندک است. آنها ممکن است یک کار لذت بخش را با تمرکز زیاد تا مدتها ادامه دهند تا اینکه بالاخره خسته شوند (مانند بازی های رایانه ای). فعالیت طولانی بدون استراحت کافی می تواند باعث ایجاد مشکلاتی برای سیستم تطابق چشم و در نتیجه آزدگی آن گردد.

۲- عدم بیان مشکلات بینایی توسط کودکان و نادیده گرفتن آنها. کودکی که دچار تاری دید ناشی از نزدیک بینی، دوربینی یا آستیگماتیسم است ممکن است تصور کند که همه همانطوری می بینند که او می بیند.

۳- ایستگاههای کاری کامپیوتر اغلب متناسب با وضعیت بالغین طراحی می شود و برای کودکان مناسب نیست. از آنجائیکه کودکان کوچکتر از والدین خود هستند، بنابراین میزهای کامپیوتری که برای بزرگسالان ساخته شده برای آنها مناسب نیست، بنابراین آنها باید به میزان بیشتری نسبت به بزرگسالان سرشان را بالا بگیرند و این می تواند مشکلاتی را برای کارکرد توأم چشمها با یکدیگر برای آنها ایجاد نماید. علاوه بر این بچه ها ممکن است برای دسترسی به صفحه کلید و یا چگونگی قرار دادن پاهایشان بر روی زمین مشکلاتی داشته باشند



که این خود باعث ایجاد ناراحتی در بازو، گردن و یا پشت بچه ها می شود.

برای پیشگیری از سندرم بینائی کامپیوتر در کودکان باید ۱- قبل از شروع مدرسه معاینه کاملی از چشم کودکان از نظر دید نقاط دور و نزدیک انجام شود.

۲- ایستگاههای کاری کامپیوتر متناسب با وضعیت کودکان طراحی شود.

۳- فاصله بین مانیتور و چشم کودک، بین ۴۵ تا ۷۰ سانتی متر توصیه می شود. فاصله کمتر از ۴۵ سانتی متر برای کودکان مضر می باشد.

۴- والدین باید از رفتارهایی که بر مشکلات چشمی دلالت می کند آگاه باشند از قبیل قرمزی چشم، مالش مکرر چشمها، سردرد، قرار گرفتن در وضعیت های غیر معمول، شکایت از تاری دید و خستگی چشم.

۵- از پوشش های مخصوص صفحه کامپیوتر استفاده کرد.

پیامدهای زیانبار چشمی کار زیاد با رایانه

کار با رایانه سبب کم شدن اشک چشم می شود، که برای درمان آن می توان از اشک مصنوعی استفاده کرد. البته استفاده از اشک مصنوعی در نظر پزشک برای چشم عوارضی ندارد، اما به سبب داشتن مواد نگهدارنده ممکن است عوارضی در پی داشته باشد. در این صورت، خشکی چشم و گاه آبریزش آن افزایش می یابد. در صورت بروز این عوارض، یا باید از مصرف دارو پرهیز نمود و یا از قطره های مخصوصی که ماده نگهدارنده ندارند، استفاده کرد.

کسانی که مجبورند برای مدت طولانی با رایانه کار کنند، باید هر ۳۰ تا ۴۰ دقیقه یکبار چشم خود را از صفحه مانیتور بردارند و به دور نگاه کنند، و یا برای مدتی چشمشان را ببندند تا خشکی چشم آنها بر طرف شود. همچنین کاربران باید از کار در اتاق کاملاً تاریک پرهیزند و فاصله چشم با صفحه مانیتور را رعایت نمایند.

چشمان شما باشد. این وضعیت علاوه بر این که باعث می شود پلک ها پایین تر قرار گیرند و سطح کمتری از چشم در معرض هوا باشد، از خشکی گردن و شانه ها نیز می کاهد. در این موارد هم باید مانیتور را در ارتفاع مناسب قرار داد و هم ارتفاع صندلی را نسبت به میز کار تنظیم کرد، طوری که ساعد شما هنگام کار با صفحه کی بورد موازی با سطح زمین باشد.

۳- مانیتور خود را طوری قرار دهید که نور پنجره یا روشنائی اتاق به آن ننهد. هنگام کار با کامپیوتر سعی کنید پرده ها را بکشید و روشنائی اتاق را نیز به نصف وضعیت معمولی کاهش دهید.

۴- اگر از چراغ مطالعه بر روی میز خود استفاده می کنید آنرا طوری قرار دهید که به صفحه مانیتور یا چشم شما

نتابد. همچنین می توانید صفحه های فیلتر نیز بر روی صفحه مانیتور نصب کنید. تابش نور به صفحه مانیتور سبب کاهش تفاوت رنگها و در نتیجه خستگی چشم می شود. این موضوع بخصوص زمانی که زمینه صفحه تیره باشد شدیدتر خواهد بود.

۵- هر از چندگاهی به چشمان خود استراحت دهید. سعی کنید هر ۵ تا ۱۰ ثانیه به نقطه ای دور نگاه کنید. این کار سبب استراحت عضلات چشم می شود. همچنین به شما فرصت می دهد پلک بزیند و سطح چشم شما مرطوب شود.

۶- ممکن است چشم شما خسته شود زیرا باید تطابق خود را تغییر دهد. برای جلوگیری از این عارضه سعی کنید صفحه نوشته شده را در حداقل فاصله و هم سطح با مانیتور قرار دهید. برای این کار می توانید از دستگاه نگهدارنده کاغذ استفاده کنید.

۷- فاصله مانیتور با چشمان شما باید ۵۰ تا ۶۰ سانتی متر باشد. ۸- روشنائی و کنتراست مانیتور خود را تنظیم کنید. میزان روشنائی مانیتور باید با روشنائی اتاق هماهنگی داشته باشد. یک روش برای تنظیم روشنائی مانیتور این است که به یک صفحه وب با زمینه سفید نگاه کنید. اگر سفیدی صفحه برای شما مثل یک منبع نور است روشنائی مانیتور زیاد است و باید آن را کم کنید. در مقابل، اگر صفحه کمی

خاکستری به نظر می رسد روشنائی را زیاد کنید. در مجموع روشنائی باید در حدی باشد که چشمان شما احساس راحتی کند. اختلاف رنگ مانیتور باید حداکثر باشد تا لبه های حروف بیشترین تفاوت رنگ را داشته باشند.

۹- و حرف آخر اینکه: اگر همچنان بر اثر کار با کامپیوتر دچار مشکلات چشمی هستید بهتر است به یک متخصص بینائی مراجعه کنید.

اثرات کاربرد رایانه بر بینائی کودکان

این روزها میلیونها کودک در سرتاسر جهان از رایانه برای مقاصد آموزشی و تفریحی استفاده می کنند. اگر چه ۷۰ درصد بزرگسالانی که نگاه ممتد به صفحه مانیتور و کار طولانی مدت با کامپیوتر دارند به علائم سندرم بینائی کامپیوتر مبتلا هستند، اما تحقیقات نشان داده است که کودکان بدلیل ذیل، برای ابتلا به این سندرم مستعدتر می باشند:

امروزه کامپیوتر در همه جا، از خانه گرفته تا محل کار مورد استفاده قرار می گیرد و متعاقباً اثراتی که بر سیستم سلامت انسان می گذارد، روز به روز محسوس تر می شود.

مشکلات بینائی ناشی از کامپیوتر، بطور کلی تحت نام سندرم بینائی کامپیوتر شناخته می شود.

علائم CVS

مهمترین علائم CVS عبارتند از: خستگی چشم (استنوبی)، خشکی چشم، سوزش، اشک ریزش و تاری دید. CVS همچنین ممکن است سبب درد در گردن و شانه ها نیز شود.

تعریف استنوبی

استنوبی یا خستگی چشم، امروزه یک نوع گرفتاری و مشکل رایج در میان کاربران کامپیوتر است. بروز این مشکل ممکن است به علت عوامل مرتبط با وضعیت چشم و بینائی، فاکتورهای وضعیتی، شخصیتی و مرتبط با محیط کار شامل: دما، رطوبت و جریان هوای داخل اتاق و یا بیماری های سیستمی باشد.

وضعیت چشم و بینائی

از علل استنوبی، وضعیت خود چشم است. عیوب انکساری تصحیح نشده خصوصاً آستیگماتیسم، پیرچشمی و دور بینی، که بطور کامل تصحیح نشده اند و اختلالات دید دو چشمی از عوامل ایجاد کننده استرس های بینایی ناشی از کار با کامپیوتر هستند، لذا

کلیه کاربران باید یک معاینه مقایسه ای قبل یا بلافاصله بعد از شروع کار و نیز بعد از آن داشته باشند. این معاینه شامل آنالیز دقیق عملکرد چشم ها در فواصل میانی و نزدیک خواهد بود.

علت پیدایش عارضه

چشم انسان حروف چاپی را بهتر از حروف نمایش داده شده بر روی مانیتور می بیند. علت این امر این است که حروف چاپی کنتراست بیشتری با صفحه سفید زمینه داشته و لبه های آنها واضح ترند، حال آنکه در مورد صفحه مانیتور چنین نیست و لبه ها بوضوح حروف چاپی نیستند بلکه حروف از یک مرکز با کنتراست بالا شروع شده و به تدریج کم رنگ تر می شوند و پس از تبدیل به خاکستری کم رنگ ناپدید می شوند. بنابراین لبه های حروف بر روی صفحه مانیتور، وضوح حروف چاپی را ندارند.

خشکی و سوزش چشم هنگام کار با کامپیوتر

یکی از مهمترین دلایل خشکی و سوزش چشم هنگام کار با کامپیوتر، کاهش میزان پلک زدن است، بطوریکه افراد هنگام کار با کامپیوتر تقریباً یک پنجم حالت عادی پلک می زنند. این مساله به همراه خیره شدن به صفحه مانیتور و تمرکز بر روی موضوع کار، سبب می شود تا پلک ها مدت بیشتری باز بمانند و در نتیجه اشک روی سطح چشم سریعتر تبخیر شود.

کاهش عوارض CVS

کارشناسان برای کاهش عوارض CVS رهنمودهایی را توصیه می کنند از جمله آن که:

۱- اگر پیوسته با کامپیوتر کار می کنید، بهتر است هنگام کار کردن با آن بطور ارادی پلک بزیند، این کار سبب می شود سطح چشم شما با اشک آغشته شده و خشک نشود.

۲- مرکز مانیتور باید حدود ۱۰ تا ۲۰ سانتی متر پایین تر از

آثرین صدی

فهیمة نام یار - کارشناس پرستاری

می شود. این نوع آثرین خطرناک است زیرا به علت عدم وجود درد، فرد پیگیر درمان نبوده و MI بطور ناگهانی اتفاق می افتد.

تشخیص

مهمترین نکته تشخیصی آثرین صدی در شرح حال، روند مراحل فعالیت، درد، استراحت و بهبودی می باشد، بطوریکه در ۹۰ درصد موارد آثرین صدی با شرح حال تشخیص داده می شود. ولی روشهای تشخیصی دیگر شامل: EKG، تست ورزش، تصویربرداری رادیونوکلئید و آنژیوگرافی شریان کرونر می باشند.

درمان

معمولاً به دو صورت طبی و جراحی انجام می شود. درمان طبی خود شامل درمان دارویی و کنترل عوامل خطر سازی باشد.

درمان دارویی: ۳ دسته دارویی مهم در درمان آثرین صدی استفاده می شوند که عبارتند از: نیتراتها، بتابلوکرها و بلوک کننده های کانال کلسیمی. در ضمن باید توجه داشت که در زمان بروز درد آثرین صدی، در صورت امکان باید سریعاً بیمار اکسیژن دریافت کند. اکسیژن با هدف افزایش مقدار اکسیژن ارسالی به میو کارد و کاهش درد تجویز می شود.

کنترل عوامل خطر ساز: در یک رژیم غذایی مناسب برای پیشگیری از بیماریهای قلبی، چربیهای غیر اشباع دارای خطر کمتری هستند. لذا سعی شود چربی های غیر اشباع (مانند روغنهای گیاهی و مایع) درصد بیشتری را به خود اختصاص دهند.

مراقبت پرستاری

باید مانیتورینگ ریتم قلبی هر چه سریعتر شروع و EKG گرفته شود. اکسیژن در اسرع وقت تجویز شود. کیفیت درد ارزیابی شود که آیا مثل درد قبلی می باشد یا دارای کیفیت جدید بوده و یا افزایش یافته است. اگر بعد از مصرف ۳ قرص نیتروگلیسرین به فاصله ۵ تا ۱۰ دقیقه درد تسکین نیافت به پزشک اطلاع دهید زیرا احتمال MI وجود دارد. ضمناً فراموش نمودن محیطی ساکت، آرام و امن جهت استراحت بیمار به کاهش درد کمک می کند.



آثرین دکویبتوس: این آثرین موقعی ایجاد می شود که فرد در وضعیت درازکش باشد، بیشتر در شب و هنگام خواب ایجاد می شود، بطوریکه سبب بیدار شدن فرد شده و غالباً همراه با PND است و مدتی پس از نشستن یا ایستادن برطرف می گردد. علت این نوع آثرین این است که در طول روز مایع از گردش خون انتهاها خارج شده و سبب کاهش حجم خون در گردش می شود. در شب عکس این حالت اتفاق می افتد، بدین صورت که مایع خارج شده دوباره وارد گردش خون شده و در نتیجه سبب افزایش حجم خون، کار قلب و نیاز میو کارد به اکسیژن می شود. این آثرین نشانه وخامت حال بیمار بوده و حاکی از نارسایی بطن چپ است و در مواردی که ۳ شریان اصلی کرونر درگیر شود بروز می کند. بهترین دارو برای این نوع آثرین، دیژیتال است. دیژیتال در هیچ نوع آثرین دیگری استفاده نمی شود.

آثرین مقاوم به درمان: آثرین ناتوان کننده مزمن و شدیدی است که به مداخلات معمول درمانی پاسخ نمی دهد.

آثرین بعد از انفارکتوس: این آثرین بعد از MI اتفاق می افتد به طوریکه ایسکیمی باقیمانده از MI سبب حملات آثرین صدی می شود. اسپاسم شریان کرونر نیز در ایجاد این آثرین نقش دارد لذا به آدالات و نیتراتها خوب جواب می دهد.

آثرین ملایم: در افراد دیابتی و سالمندان دیده می شود. درد وجود ندارد ولی تغییرات ایسکمیک در EKG دیده

از نظر بالینی آثرین صدی به درد جلوی قلبی (ناشی از ایسکیمی میو کارد) اطلاق می شود. معمولاً سلولهای میو کارد ۱۰ ثانیه بعد از انسداد شریان کرونری دچار ایسکیمی می شوند. بعد از چند دقیقه از شروع ایسکیمی، قدرت پمپاژ قلب کاهش می یابد. به دنبال کاهش قدرت پمپاژ قلب، سلولهای ایسکیمی متابولیسم خود را بصورت بی هوازی انجام داده و این امر سبب تولید اسید لاکتیک می شود که تجمع اسید لاکتیک سبب تحریک گیرنده های درد شده و درد آثرین صدی ظاهر می شود. درد آثرین صدی گذرا و تنها ۳ تا ۵ دقیقه بطول می انجامد. عواملی همچون فعالیت (راه رفتن و بالا رفتن از پله)، اضطراب، تماس با هوای سرد، خوردن غذای زیاد و سنگین شروع کننده درد آثرین صدی می باشند.

تظاهرات بالینی: مهم ترین علامت، درد قفسه سینه در ناحیه جلوی قلبی و در پشت استخوان جناغ می باشد و گاهی به دست چپ و راست، گردن، فک تحتانی و پشت منتشر می شود. درد آثرین صدی با تجویز نیتروگلیسرین، استراحت، اکسیژن و در مواردی با تنفس عمیق تخفیف می یابد. سایر علائم همراه با درد شامل: تنگی نفس، رنگ پریدگی، تعریق، تپش قلب، غش (سنکوپ)، سرگیجه و اختلالات هاضمه می باشند. لازم به ذکر است که در سالمندان افراد دیابتی به علت تغییر در گیرنده های عصبی حسی، درد کمتر ایجاد شده و حالت ضعف و غش و تنگی نفس بیشتر دیده می شود.

انواع آثرین صدی

آثرین پایدار: درد یا ناراحتی حمله ای قفسه سینه است که با درجات قابل پیش بینی از فعالیت یا اضطراب شروع می گردد. بدین صورت که درد در اثر فعالیت، به علت افزایش فشار خون و ضربان قلب، ظاهر می شود و با مصرف نیتراتها و استراحت کاهش می یابد. درد دارای الگوی ثابت از نظر شروع، مدت و شدت علائم است. عاقبت این آثرین (یک ماه الی ۱۰ سال آینده)، آثرین ناپایدار و سرانجام MI می باشد.

آثرین ناپایدار: در حمله ای قفسه سینه به وسیله درجات غیر قابل پیش بینی از فعالیت یا اضطراب بروز می کند. درد ممکن است در شب و در حین استراحت نیز اتفاق بیفتد. شدت درد نسبت به نوع پایدار شدیدتر، مدت آن بیشتر (حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه)، و از نظر دفعات، حمله ممکن است در عرض یک هفته حداقل ۲ بار در بیمار ایجاد شود. در این نوع آثرین، جهت تسکین درد از داروهای مخدر استفاده می شود. خطر MI (در ۳ الی ۱۸ ماه آینده) و مرگ (ناشی VT و VF) وجود دارد. درمان قطعی این آثرین، در ۸۰ درصد موارد عمل جراحی قلب باز (CABG) می باشد.

آثرین واریانت (متغیر): این آثرین مشابه دو آثرین دیگر است اما مدت آن طولانی تر بوده و به علت اسپاسم شریان کرونر می باشد و در جوانان شایعتر است. در زمان استراحت و غالباً در ساعات اولیه صبح ایجاد می شود. عواملی مانند خوردن غذای سنگین، هیجانانگ، فعالیت، هوای سرد و سیگار می توانند سبب اسپاسم شریان کرونر و در نهایت آثرین شوند. بهترین روش درمانی استفاده از داروهای کلسیم بلوکر (آدالات) همراه با نیتراتها می باشد.

آثرین شبانه: تنها در طول شب اتفاق می افتد، معمولاً در مرحله REM خواب که همراه با خواب دیدن و دیدن کابوس شبانه است، بروز می کند. این آثرین به علت افزایش فعالیت سمپاتیک می باشد.

تیم فوتسال بیمارستان بنت الهدی جام اخلاق گرفت



تیم فوتسال بیمارستان بنت الهدی به همت و حمایت مالی جناب آقای دکتر امیر حسنجانی و آقای مهندس امیر حسنجانی و همکاری جناب آقای دکتر غیور و پیگیری آقایان رضا زاده و سرایانی از سال ۱۳۸۲ شروع به فعالیت نمود و تا کنون در جام های مختلف در سطح مشهد (جام رمضان، جام بسیج ادارات) در مسابقات مختلف شرکت نموده و موفق به کسب مقام سوم در مسابقات جام رمضان و گرفتن کاپ اخلاق در مسابقات جام بسیج ادارات کل استان گردیده است.

اختلالات خلقی پس از زایمان

الله باغداری - کارشناس مامانی

۹- افکار راجعه در مورد مرگ، عقاید راجعه در مورد خودکشی، بدون طرح خاص یا اقدام به خودکشی. این علائم سبب دیسترس قابل توجه بالینی یا اختلال در حوزه های عملکردی اجتماعی و شغلی یا سایر حوزه های مهم عملکردی می شوند. این علائم ناشی از آثار مستقیم ماده مورد مصرف یا بیماری طبی عمومی نیستند. این علائم در عرض ۲ ماه پس از دست دادن فرد مورد علاقه ایجاد نشده اند. افسردگی مینور مستلزم داشتن ۲ هفته خلق افسرده و وجود کمتر از پنج علامت است.

درمان: مشاوره یکی از روش های درمانی بسیار موثر برای افسردگی بعد از وضع حمل (زایمان) است. اگر افسردگی شدید شود ممکن است مادر قادر به مراقبت از خود و کودک نباشد و نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد.

خوشبختانه مانند سایر اشکال افسردگی، افسردگی بعد از وضع حمل، با درمان برطرف می شود و بسیاری از زنان بطور کامل سلامتی خود را بدست می آورند.

۳- **سایکوز پس از زایمان (Postnatal Psychosis):** این وضعیت برای یک تا ۴ مادر از هر هزار زن رخ می دهد و شدیدترین و نگران کننده ترین اختلال ذهنی دوره بعد از زایمان است. این وضعیت معمولاً در یکی دو هفته بعد از وضع حمل بطور ناگهانی رخ می دهد و همراه با تغییرات رفتاری و روحی بسیار متنحجی می باشد. زمانی که از این وضعیت رنج می برند بسیار متنحج و آشفته هستند و اغلب باورهای غیر عادی و ناراحت کننده در باره خود و یا نوزادشان دارند.

درمان: مشاوره و حمایت روانی و دارو درمانی جزء اقدامات درمانی مورد نیاز می باشد. مادری که مبتلا به سایکوز است، معمولاً در مراقبت از شیر خوار خود دچار مشکل می شود و ممکن است دچار هذیانهایی باشد که منجر به تفکرات خود آزاری یا آزار شیرخوار شود.

بعضی موارد افسردگی پس از زایمان کاملاً کوتاه مدت است اما در موارد دیگر در صورت عدم مداخلات درمانی ممکن است ماهها یا حتی سالها به طول انجامد. افسردگی پس از زایمان نباید با موارد خفیف افسردگی که بسیاری از زنان پس از تولد نوزاد در هفته های اول تولد نوزاد آنرا تجربه می کنند، اشتباه شود. **علائم افسردگی پس از زایمان:** حداقل ۵ مورد از علائم زیر باید به مدت ۲ هفته وجود داشته باشند (یکی از علائم باید خلق افسرده یا از دست دادن علاقه یا لذت، تقریباً در هر روز باشد):



- ۱- خلق افسرده در اکثر اوقات روز
- ۲- کاهش قابل توجه علاقه یا لذت در تمام یا تقریباً تمام فعالیتهایی که در اکثر اوقات روز انجام می شوند.
- ۳- کاهش یا افزایش قابل توجه وزن، بدون پیروی از رژیم غذایی خاص، یا در غیاب کاهش یا افزایش اشتها
- ۴- بی خوابی یا پر خوابی
- ۵- بی قراری یا کندی روانی - حرکتی
- ۶- خستگی پذیری یا از دست دادن انرژی
- ۷- احساس بی ارزش بودن یا گناه شدید یا بی مورد
- ۸- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز

بسیاری از مادران در طول بارداری و یا برای مدت کوتاهی پس از زایمان به نوعی دچار افسردگی و دلتنگی می شوند. افسردگی معمولاً پس از بروز یک سری تغییرات عمده در زندگی هر فرد، بر او عارض می شود. از این رو تعجبی ندارد که پس از تولد نوزاد و ورود او به زندگی مادر که یکی از بزرگترین دگرگونی هایی است که در زندگی یک زن رخ می دهد، او برای مدتی دچار افسردگی شود.

۳- **دسته اختلال خلقی پس از زایمان شناخته شده است ۱- دلتنگی مادری (Maternity blues):** این اختلال که دلتنگی پس از زایمان (Postpartum blues) نیز نامیده می شود، نوعی اختلال خلقی است که حدود ۵۰ درصد از زنان ۳ تا ۶ روز پس از وضع حمل به آن مبتلا می شوند. تحقیقات نشان می دهد افت میزان هورمون پروژسترون که در طول حاملگی به حد اکثر خود می رسد زمینه ساز این اختلال است، همچنین تشنج عاطفی دوره وضع حمل و یا تغییرات جدی که تولد نوزاد با خود به همراه دارد نیز در بروز آن نقش دارد.

علائم اصلی این اختلال عبارتند از: بی خوابی، گریه، اضطراب، تمرکز ضعیف، تحریک پذیری و ناپایداری عاطفی. این علائم خفیف هستند و معمولاً چند ساعت تا چند روز طول می کشند و بعد از آن به سرعت برطرف می شوند. این وضعیت دلیلی برای نگرانی ندارد مگر اینکه علائم آن وخیم تر شوند.

۲- **افسردگی پس از زایمان (Postnatal depression):** تقریباً از تمام جنبه ها، افسردگی پس از زایمان مشابه افسردگی های ماژور و مینوری است که در هر زمان ایجاد می شوند، حدوداً یک زن از هر ۱۰ زن این افسردگی را تجربه می کند.

این اختلال معمولاً در خلال یک ماهه اول پس از زایمان شروع می شود اما می تواند تا ۶ ماه بعد از زایمان نیز بروز کند. در

نکات مورد توجه در رابطه با تزریق صحیح انسولین در بیماران مبتلا به دیابت

تکتک شیرینی - کارشناس پرستاری

بخورید. قند خون را بطور مرتب کنترل کنید. بازوبند هویت پزشکی بپوشید. بطور منظم به پزشک مراجعه کنید. مقدار انسولین را فقط تحت نظر پزشک تغییر دهید. **علائم شوک انسولین و درمان آن که شامل موارد زیر است را به اعضای خانواده و همکارانتان آموزش دهید.** **علائم:** تعریق، لرزش، عصبانیت، گرسنگی و ضعف **علل:** انسولین بیش از حد، فعالیت شدید و نخوردن غذای کافی **درمان اولیه:** خوردن ۱۰ تا ۱۵ گرم قند ساده (مثلاً ۲ تا ۳ قرص گلوکز ساده)، یک لوله زل گلوکز یا نیم یا یک فنجان آب میوه و سپس خوردن یک غذای مختصر پس از درمان اولیه، شامل نشاسته و پروتئین مثل نان و پنیر، شیر و نان سوخاری یا نصف ساندویچ.

عوارض انسولین درمانی واکنش های حساسیتی موضعی بصورت قرمزی، تورم، درد، سفتی و کپهر به اندازه ۲ تا ۴ سانتی متر در محل تزریق. از بین رفتن بافت چربی زیر جلدی که بصورت فرو رفتگی در پوست بروز می کند. مقاومت به انسولین که شایع ترین علت آن چاقی است و با کاهش وزن از بین می رود.

بالا رفتن قند خون هنگام صبح که نیاز بیماران را به تزریق انسولین در ساعات اولیه روز افزایش می دهد. این پدیده با تزریق انسولین NPH عصر قبل از شام رخ می دهد که برای پیشگیری از آن، انسولین NPH عصر را، قبل از خواب تزریق کنید.

انتخاب و چرخش محل تزریق: استفاده مکرر از یک محل برای تزریق می تواند به مرور باعث آسیب به بافت گردد. تغییرات بافتی حاصله می تواند باعث کاهش جذب انسولین گردد که به عدم کنترل بیماری می انجامد برای پیشگیری از بروز این مشکل، محل تزریق را به دقت انتخاب کرده و به طور منظم تغییر دهید و حتی امکان از عضلانی که فعالیت زیادی دارند استفاده نکنید زیرا کار شدید عضلانی سرعت جذب را افزایش می دهد.

خصوصیات محل های تزریق

- ۱- براحتی در دسترس باشند (ران، بازو، شکم و باسن).
 - ۲- حساسیت کمی به درد داشته باشند.
 - ۳- از نظر چشمی و لمسی طبیعی به نظر برسند.
- تکنیکهای خود تزریقی:** وسایلی که باید برای استفاده در منزل تهیه نمایید، شامل انسولین نسخه شده، پنبه و سرنگ های مورد تایید همراه با سوزن می باشد استفاده از الکل برای تمیز کردن پوست توصیه نمی شود. با یک دست پوست محل تزریق را بکشید و ناحیه وسیعی را با انگشتان بگنجانید تا محل تزریق ثابت شود با دست دیگر سرنگ را مانند مداد بگیرید و سوزن را به طور عمودی وارد پوست کنید و پیستون را تا آخر فشار دهید.

اگر قرار است دو نوع انسولین را در یک سرنگ مخلوط کنید ابتدا باید انسولین کریستال را بکشید.

آموزش به بیماران قبل از فعالیت و ورزش، غذای کافی بخورید. وعده های غذایی را حذف نکنید. تقریباً هر ۴ تا ۵ ساعت یک وعده غذایی یا غذای مختصری

اندازه گیری دقیق قند خون اهمیت زیادی دارد. چنانچه انسولین به درستی تجویز شود، در یک فرد وابسته به انسولین به عنوان یک داروی نجات بخش حیات عمل می کند ولی در صورت تجویز نادرست باعث بروز عوارض می شود که از آسیب بافتی تا شوک انسولینی متغیر هستند. معمولاً با تزریق دوبار یا بیشتر انسولین در روز می توان قند خون بیمار را کنترل کرد.

سرنگ انسولین: برای تزریق انسولین سرنگ های ۱۰۰ واحدی در دسترس هستند. بیماران می توانند با رعایت بهداشت فردی تا چهار بار از یک سرنگ انسولین استفاده کنند. پس از تزریق برای استفاده مجدد از سرنگ، انسولین باقی مانده در آن را تخلیه کرده، سرپوش سوزن را در محل خود قرار داده و سرنگ را در یخچال نگهداری کنید.

نگهداری انسولین: انسولین هرگز نباید منجمد شود یا در دمای بیش از ۲۷ درجه سانتیگراد نگهداری گردد. انسولین را تا یک ماه می توان در حرارت اتاق نگهداری کرد. اگر در مدت یک ماه مصرف نشود باید در یخچال گذاشته شود، زیرا در غیر این صورت قدرت اثر خود را از دست خواهد داد.

آماده سازی و تزریق انسولین: انسولین کدر و شیری رنگ را باید قبل از مصرف با برگرداندن آرام ویال و غلطاندن آن در بین دو دست کاملاً مخلوط کنید. بیمار باید یاد بگیرد که چگونه انسولین را با مقدار صحیح درون سرنگ بکشد و همچنین ضمن استفاده از سرنگ شرایط استریل را رعایت نماید، هنگام گذاشتن سرپوش سوزن نکات ایمنی را رعایت کند و سرنگهای استفاده شده را در یک ظرف پلاستیکی محکم (ظرف خالی مواد شوینده) بیندازد.



چند توصیه برای داشتن یک صبحانه کامل

می شود، می توانید آن را در وعده های دیگر یا میان وعده ها مصرف کنید. دیگر محصولات لبنی همچون خامه، پنیر و حتی ماست هم می توانند جایگزین شیر شوند.

- اگر به غذاهای سنتی علاقه دارید، می توانید فرآورده های شیری مانند فرنی و شیربرنج را به رژیم غذایی خود بیافزایید.

- از ترکیبات شکلات صبحانه یا ارده و شیر یا



غذاهای ساده سنتی مثل تخم مرغ، لوبیا چیتی، عدسی، حلیم و غیره استفاده کنید.

- در مورد نان حساس باشید یکی از نان های کامل سنتی نان سنگک است زیرا تمامی مراحل عمل آوری و خمیر و پخت آن مطابق روش استاندارد است و استفاده از آن بر سایر نان ها ترجیح دارد. نان های فانتزی یا ماشینی نیز مناسب و خوب اند. امروزه تنوع این نان ها بسیار زیاد است و شما می توانید از نان هایی با آرد غلات متفاوت همچون ذرت، جوی دوسر و جو نیز استفاده کنید.

-چیدن میز صبحانه یا سفره می تواند به تحریک ذائقه کمک کند. از مواد غذایی متنوع و رنگی و میوه های فصل کمک بگیرید.

-برای داشتن آمادگی لازم جهت صرف یک صبحانه کامل، لازم است شام را زود صرف کنید تا در هنگام صبح احساس گرسنگی کامل داشته باشید.

- زودتر از خواب بیدار شوید و به نرمش های معمول بپردازید. کمی آب میوه بخورید و زمان لازم برای صرف صبحانه را در نظر بگیرید.

- صبحانه را با آرامش و فارغ از دغدغه هایی چون دیر کرد وقت میل کنید.

و کاکائو در هنگام شب خودداری کنید.

-از خوردن غذاهای سنگین و چرب در هنگام شام خودداری کنید زیرا این کار اشتها شما را کور می کند.

-از تماشای تلویزیون یا فکر کردن به کار و مسئولیت های روزانه خودداری کرده و صرفاً به آنچه میل می کنید توجه نمایید. به یاد داشته باشید دغدغه و استرس، مانع جذب مواد مفید و مغذی می شود و میزان جذب چربی را بالا می برد.

-هنگام صبحانه، قبل و بعد از آن، مطلقاً سیگار نکشید.

-مواد مغذی و پر کالری و انرژی زا در گروه صبحانه جای می گیرند. شما بسته به ذائقه و وضعیت مزاجی خود می توانید از این مجموعه وسیع تعدادی را انتخاب و در رژیم غذایی خود بگنجانید.

-شیر یکی از این مواد لازم است. زیرا شیر حاوی مواد معدنی، کلسیم، فسفر و ویتامین هاست و برای رشد استخوان و استحکام آن مفید است. اگر شیر به مزاج شما سازگار نیست و موجب به هم ریختگی دستگاه گوارش یا کور شدن اشتها شما



غنی سازی مواد غذایی (Fortification) چیست؟

علی پاک نیت
کارشناس تغذیه

غنی سازی عبارت است از افزودن یک یا چند ماده مغذی به غذای مصرفی متداول مردم. غنی سازی مواد غذایی با انواع مواد مغذی مثل آهن، روی، کلسیم و ویتامین های B به عنوان ارزان ترین و مؤثرترین راه برای کاهش شیوع کمبود ریز مغذی ها در جامعه مطرح است و در بلند مدت می تواند به صورت پایدار موجب بهبود وضعیت ریز مغذی ها در جمعیت یک منطقه شود.

تاریخچه غنی سازی

از حدود صد سال پیش غنی سازی آغاز شده است، مثلاً افزودن ید به غذا که از حدود سال ۱۸۳۱ شروع شده باعث کاهش شیوع گواتر گردیده است. در بعضی کشورها آرد با ویتامین های B1 و B2 غنی می شود، برنج با ویتامین B1 (که مانع بیماری بری بری می شود) و گندم و ذرت با آهن غنی می گردد تا از شیوع کم خونی کاسته شود.

غنی سازی آرد

از غنی سازی آرد گندم ۶۰ سال می گذرد. ابتدا آهن، کلسیم و ویتامین های گروه B و بعدها اسید فولیک به آرد اضافه شدند. اسید فولیک نقایص مادرزادی لوله عصبی را کاهش می دهد و غلظت هموسیستئین را در خون پائین می آورد. هموسیستئین عامل خطر بیماری های قلبی عروقی است، شیوع سرطان و آلزایمر را بالا می برد، سکنه مغزی و ترومبوز سیاهرگ های عمقی را زیاد می کند و باعث آمبولی ریوی می شود.

چرا آرد گندم غنی سازی می شود

هنگام تهیه آرد گندم سیوس آن گرفته می شود، زیرا سیوس حاوی فیتات است (فیتات جذب آهن، روی و کلسیم را کم می کند). وقتی سیوس گندم گرفته شود، ویتامین و املاح آن از دست می رود که برای جبران آن از غنی سازی استفاده می شود.

غنی سازی نان با آهن و اسید فولیک در ایران

در ایران نان قوت غالب است. نان ۳۴ درصد انرژی و ۴۰ درصد پروتئین مورد نیاز روزانه را تأمین می کند، به همین دلیل نان به عنوان یک حامل مناسب برای غنی سازی (آهن و اسید فولیک) در نظر گرفته می شود.

خوراکیهای آرامش بخش

* نتایج یک پژوهش تازه

در پروژه ای به نام پروژه غذا و خلق که یک گروه پژوهشی از محققان تغذیه در انگلستان به انجام رسانده اند، مواد غذایی

استرس زا و مواد غذایی پشتیبان شناسایی شده اند، به عبارت ساده تر در این تحقیق، غذاهایی که استرس را از درون تشدید می کنند و غذاهایی که به افراد تحت استرس کمک می کنند، تحت بررسی قرار گرفته اند. اطلاعات بدست آمده بر اساس تجارب شخصی ۲۰۰ فرد تحت بررسی، تهیه شده است. حدود ۹۰ درصد افراد بررسی شده گزارش داده اند که سلامت روان آنها با تغییراتی که در رژیم غذایی شان داده بودند، بهبودی چشمگیری پیدا کرده است. این شرکت کنندگان گزارش دادند که کاهش مصرف یا حذف «خوراکی های استرس زا» مانند شکر ۸۰ درصد، کافئین ۷۹ درصد، الکل ۵۵ درصد و شکلات ۵۳ درصد،

بیشترین تأثیر مثبت را بر بهداشت روان آنها داشته است. در عوض، خوردن مقادیر بیشتری از «خوراکی های پشتیبان» مانند آب ۸۰ درصد، سبزیجات ۷۸ درصد، میوه ۷۲ درصد و ماهی چرب ۵۲ درصد، بسیار مفید بوده است. علاوه بر موارد یاد شده، در این پژوهش چند راهکار تغذیه ای نیز بیان شده است، به این ترتیب که خوردن منظم وعده های غذایی، مصرف میان وعده های مغذی، و در اولویت قرار دادن وعده های اصلی غذایی نیز در کنار توجه به مصرف خوراکی های پشتیبان، بسیار کارساز می باشد.

همراه خواهد آورد. به این ترتیب، در شرایط پرتنش، خودداری از خوردن تنقلات برای تسکین استرس دشوار می شود اما پاداش پیگیری جدی در عدم مصرف این مواد غذایی و استفاده



از خوراکی های کم چرب، کم شیرین و کم کافئین، آرامش بخش خواهد بود.

لازم است در همین جا اضافه کنیم که مصرف مواد غذایی مانند شیر گرم، سینه مرغ و فیله گوسفند به دلیل تریپتوفان فراوانی که دارند برای ایجاد آرامش در افرادی که بیشتر در محیطهای استرس زا قرار می گیرند، توصیه می شود زیرا این اسید آمینه موجب تولید سروتونین یا همان هورمون آرامش بخش می گردد.

وقتی استرس داریم چه بخوریم

این روزها دیگر استرس با زندگی بسیاری از ما عجین شده و کمتر کسی را می توان یافت که نه تنها در طول هفته بلکه هر روز (البته در اندازه های مختلف)، آن را تجربه نکند. اما آیا می دانید یا به کارگیری روش هایی می توان تأثیر استرس را بر زندگی به حداقل رساند؟

مطالعات نشان داده اند، برخی مواد غذایی تأثیر نامطلوبی بر مغز و خلق و خوی ما دارند و بهتر است در صورت مواجهه هر روزه مان با انواع استرس ها از آنها کمتر استفاده کنیم.

بطور مثال مصرف مقدار زیاد شکلات، به محض از بین رفتن تأثیر موقت و کوتاه مدت شکر و کافئین، ممکن است شما را کسل کند و یا مصرف بیش از اندازه چپیس های شور باعث از دست رفتن آب بدن و مغزتان شود و خستگی را برایتان به ارمغان آورد و آخر اینکه وعده های غذایی پرچرب، هورمون استرس را افزایش داده و آنها را در سطح

بالایی نگه می دارند. مشکل این است که این خوراکی ها درست همان مواد غذایی هستند که دقیقاً در زمان نامناسبی به سراغشان می رویم.

استرس شدید حتی ممکن است آسیب تغذیه ای جدی بر جای گذاشته و اثرات حاد و خطرناکی را به بار آورد. هورمون هایی که در واکنش به استرس آزاد می شوند با کاستن از مقدار سروتونین که هورمونی آرامش بخش است، نیاز بدن به کربوهیدرات ها را افزایش می دهند که البته افزایش مصرف این گروه غذایی، چاقی و اضافه وزن را برای مصرف کننده به



قلم و رنگ در اختیار شماست بهشت را نقاشی کنید و وارد آن شوید

قوانین هومیوپاتی

دکتر پیام آهنی

هم اکنون از هومیوپاتی در شبکه های درمانی بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان به عنوان یکی از روش های اصلی در درمان بیماری های حاد و مزمن استفاده می شود و دارای مراحل آموزش آکادمیک می باشد. سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) کلیه داروهای هومیوپاتی را تحت عنوان فارماکوپه هومیوپاتی آمریکا، به رسمیت شناخته است. هم اکنون این روش درمانی در کشورهای انگلستان، آلمان، فرانسه، هلند، سوئد، کانادا، آمریکا، هندوستان، پاکستان، برزیل و بسیاری از دیگر کشورها خدمات درمانی به بیماران ارائه می دهد.

در ایران نیز شورای عالی ارزشیابی وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۴ هومیوپاتی را به عنوان یک روش درمانی مورد تایید دانست. در سال ۱۳۸۱ انجمن هومیوپاتی ایران تشکیل شد و هم اکنون مشغول به کار است. این انجمن با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ساماندهی هومیوپاتی در کشور تلاش می کند.

داروهای هومیوپاتی

این داروها منشأ طبیعی دارند که بیش از ۸۰ درصد از گیاهان و ۲۰ درصد از عناصر (کانی ها) و مواد طبیعی تهیه می شوند. هومیوپاتیها با نگرش به ویژگیهای گیاهان بر روی بدن، از آنها در تهیه دارو بهره می برند. برای اینکه مفهوم این عبارت کاملاً درک شود باید مثالی را در نظر بگیریم: یکی از داروهای رایج در درمان بیماری های قلبی دیگوکسین است. این دارو از گیاهی به نام گل انگشتانه بدست می آید. کلیه گزارشات سم شناسی نشان می دهند که



مسمومیت با دیگوکسین باعث کاهش شدید ضربان قلب می شود و جالب است که همین دارو در بیماران مبتلا به نارسائی قلبی شفا بخش است. دیگوکسین که علامت اصلی مسمومیت با آن کاهش ضربان قلب است در مطب پزشکان متخصص قلب به عنوان داروی اصلی درمان بیماران نارسائی قلبی که از کاهش ضربان قلب رنج می برند، استفاده می شود.

مثال دیگر اینکه خوردن پیاز و حتی استنشام بوی آن می تواند باعث آبریزش و سوزش بینی و اشکریزش شود. همه این علائم را در سرماخوردگی مشاهده می کنیم. پزشکان هومیوپات از این همانندی بهره می گیرند و داروئی که به شیوه خاص هومیوپاتی از پیاز فرمزه تهیه شده است را جهت درمان بیماران مبتلا به سرماخوردگی بکار می گیرند. نام این دارو *Alium Sepia* است که می توان از آن برای درمان سرماخوردگی هایی که با خارش چشم و کلو، آبریزش بینی و چشم، حساسیت و قرمزی چشم و عطسه همراه هستند، با مشورت هومیوپات استفاده کرد.

قانون مشابهت : طبق قانون مشابهت هر آنچه که بتواند در انسان سالم مشکلی ایجاد کند می تواند همان مشکل را در یک فرد بیمار درمان کند. برای مثال اگر داروئی در افراد سالم حالت اضطراب ایجاد کند، افراد مضطرب را می تواند درمان کند. این قانون که در نگاه اول بسیار عجیب بنظر می رسد پایه تجویز دارو در هومیوپاتی است و تجربه و مطالعات متعدد و گسترده نشان داده است که با استفاده از این قانون می توان بیماری های مختلف جسمی، روانی و ذهنی را بخوبی درمان نمود. لغت «هومیوپاتی» نیز به معنای «مشابه بیماری» است که با توجه به قانون مشابهت انتخاب شده است.

قانون فردگرایی : در هومیوپاتی آنچه درمان می شود نام بیماری نیست بلکه وضعیت بیمار گونه بیمار است یعنی اهمیتی ندارد که نام بیماری چیست. به همین دلیل یک هومیوپات به صرف دانستن نام بیماری (مثلاً سرماخوردگی) نمی تواند داروی آن را پیدا کند. در هر مورد بیماری، پزشک هومیوپات باید کلیت علائم بیمار را در نظر بگیرد و داروی مناسب با آن را تجویز کند. به این ترتیب چند بیمار با مشکل

سرماخوردگی ممکن است چندداری متفاوت دریافت کنند و بالعکس برای چند نفر با مشکلات مختلف یک دارو تجویز شود. در حقیقت در هومیوپاتی با هر بیمار به عنوان یک مورد جدید و متفاوت از تمام موارد دیگر برخورد می شود.

قانون توانمند سازی : داروهای هومیوپاتی باید بتوانند روی نیروی حیاتی اثر وسیعی بگذارند که این امر با رفیق کردن ها و تکان دادن های متوالی ماده اولیه میسر است. فرایند توانمند سازی (پرووینگ) در ادامه توضیح داده شده است.

قانون حداقل مقدار و تکرار دارو: اگر داروی هومیوپاتی تمام تشخیص داده شود یا حداقل مقدار و تکرار می تواند اثرات عمیقی بر نیروی حیاتی داشته باشد. بنابراین در هومیوپاتی ممکن است که تنها یک بار مصرف دارو شخص را برای چند ماه از هر گونه دارویی بی نیاز کند و سلامت وی را مداوماً افزایش دهد.

هومیوپاتی بیماری ها را درمان می کند یا تنها نقش کنترل کننده دارد

چنانکه گفته شد در هومیوپاتی اختلال نیروی حیاتی تصحیح می شود و بدین ترتیب بیماری بطور کلی درمان می شود. این امر بخصوص در بیماری های مزمن کاملاً مشهود است و در این موارد بیمار پس از طی دوره درمان بطور کلی از مشکل خود رهایی می یابد.

چند نکته برای داشتن زندگی متفاوت

- روزانه ۱۰ تا ۳۰ دقیقه به قدم زدن بپردازید، و در این حین لبخند بزنید. این برترین داروی ضد افسردگی ست.
- حداقل ۱۰ دقیقه در روز با خود خلوت کنید.
- امسال بیشتر از سال پیش به تماشای فیلمهای عمومی (مناسب برای تمام سنین)، بازی با دوستان و خواندن کتاب بپردازید.
- زمانی را به مراقبه و نیایش اختصاص دهید.
- وقت بیداری بیشتر رویا ببینید.
- از غذاهایی که از گیاهان و درختان به بار می آیند بیشتر مصرف کنید، و از آنها که در کارخانه ها تولید می شوند کمتر.
- از خانه گرفته تا داخل ماشین و روی میز کار، همه را مرتب و تمیز کنید.
- زندگی چندان عادلانه به نظر نمی رسد، با این حال زیباست.
- زندگی کوتاه تر از آنست که وقتمان را صرف تنفر از دیگران کنیم.
- یک موقعیت هر چقدر خوب یا بد، بلاخره تغییر می کند.
- از شر هر آنچه سودمند، زیبا و شادای بخش نیست، خلاص شوید.
- یادتان باشد، برکت های زندگی آنقدر هست که استرس و نگرانی را بدان راهی نباشد.
- بهترین ها هنوز در راهند، کمی صبر کنید.

سام کسب

ماهنامه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی

تیرماه ۱۳۸۸

صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی

مدیر مسئول: دکتر مجتبی رضایی

سرمدیر: دکتر وحید رضا یاقوتیکار

دبیر اجرایی: شکوفه احمدی

طراحی و صفحه آرایی:

محمد حسن پنجه بند (۰۹۱۵۵۰۰۹۸۰۸)

همکاران این شماره:

دکتر محمد تقی صراف - دکتر محمد رضا زنجانیخواه

دکتر اعظم قلندری - دکتر محمد رضا شریفیان

دکتر محمد رضا وحدت - دکتر پیام آهنی

خانم طاهره رسولی - آقای بهمن زرنکه

خانم فهیمه نام بار - خانم الهه باغداری

خانم زکتم شیری - خانم زهرا جوان

خانم ندا کیلی - خانم مهدیه حوتی

خانم مریم دهقان - آقای علی پاک نیت

آدرس: مشهد - خ بهار

بیمارستان بنت الهدی

تلفن: ۵-۸۵۹۰۰۵۱

تلفن و فاکس مستقیم مدیریت:

۸۵۱۸۱۱۴-۸۵۱۸۱۱۵

تلفن گویا: ۸۵۹۰۰۸۵

مهدیه حوتی - کارشناس کتابداری

نمی کنند آن ها حتی عشق ورزیدن به نزدیکترین کسانشان را هم فراموش می کنند و کمی بعد او هم خاموش شد. ... ناگهان پسری وارد اتاق شد و شمع های خاموش را دید و گفت: چرا خاموش شده ای؟ قرار بود شما تا ابد بمانید و با گفتن این جمله شروع کرد به گریه کردن، سپس

شمع چهارم گفت: نترس تا زمانی که من روشن هستم می توانم شمع های دیگر را دوباره روشن کنیم. من امید هستم!

کودک با چشم های درخشان شمع امید را برداشت و شمع های دیگر را روشن کرد.

چه خوب است که شعله امید هرگز در زندگیمان خاموش نشود

شمع ها به آرامی می سوختند، فضا به قدری آرام بود که می توانستی صحبت های آن ها را بشنوی.

اولی گفت: من صلح هستم! با وجود این هیچ کس نمی تواند برای همیشه روشن نگه دارد. فکر می کنم به زودی از بین خواهم رفت. سپس شعله اش به سرعت کم شد و از بین رفت.

دومی گفت: من ایمان هستم! با این وجود من هم به ناچار مدت زیادی روشن نمی مانم و معلوم نیست تا چه زمانی زنده باشم، وقتی صحبتش تمام شد نسیم ملایمی بر آن وزید و شعله اش را خاموش کرد.

شمع سوم گفت: من عشق هستم! ولی آنقدر قدرت ندارم که روشن بمانم مردم مرا کنار می گذارند و اهمیت مرا درک