

# بیمارستان

نشریه داخلی بیمارستان بنت الهدی

سال هفتم / دی ماه ۱۳۸۹ / شماره بیست و ششم



گزارشی کوتاه از حضور پر و فسور سپهر نیادر بیمارستان بنت الهدی

درد سینه در کودکان

بیماری های پرستات را قبل از آنکه عوارضی ایجاد کنند بشناسیم

کراتو کونژوکتویت آدنوویریوسی



سخن نخست

گزارشی کوتاه از حضور پروفیسور سپهرنیا  
در بیمارستان بنت الهدی  
درد سینه در کودکان  
کراتو کونژوکتویت آدنوویروسی

PAT

GTD  
(Gestational Trophoblastic Disease)

بیماری های پروستات راقبل از  
آنکه عوارضی ایجاد کنند بشناسیم  
به مناسبت روز جهانی ایدز  
تغذیه و سلامتی  
مسمومیت با گاز منواکسید کربن (CO)

رنگ درمانی

هنر و ادبیات

پدر نوزاد آزمایشگاهی برنده  
جایزه نوبل پزشکی ۲۰۱۰ شد  
تأثیر ماه بر انسان

### همکاران این شماره:

دکتر محمد تقی صراف  
دکتر رضا مهدوی  
دکتر فاطمه همائی  
دکتر سید احمد رضا حسینی  
دکتر بتول ساعدی  
دکتر امیر مسعود رجب پور  
دکتر پیام آهنی  
خانم طاهره رسولی  
خانم صبا شیرزور  
خانم تکتم شیری  
خانم مهدیه حوتی

## پیشگویی

نشریه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی  
دی ماه ۱۳۸۹  
صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی  
مدیر مسئول: علیرضا امیر حسنجانی  
سر دبیر: دکتر وحید رضا یاقوت کار  
دبیر اجرایی: شکوفه احمدی  
طراحی و صفحه آرایی:  
حمید مقدم  
امور فنی و چاپ:  
محمد حسن پنجه بند

## الهی یکتای بی همتائی، قیوم توانائی، بر همه چیز بینائی، در همه حال دانائی اصل هر دوائی، داروی دلہائی

از انتشار اولین شماره نشریه پیام سپید (نشریه داخلی بیمارستان بنت الهدی) در اسفند ماه ۱۳۸۳، نزدیک به شش سال می گذرد. خداوند بزرگ را سپاسگزاریم که یاریمان نمود تا بتوانیم در این مدت ۲۵ شماره از نشریه را در حد توانمان، و نه آنچه را که می باید، منتشر نماییم. بر خود لازم می دانیم از همه اساتید، پزشکان عالیقدر و پرسنل علاقمند و پر تلاشی که در این مدت با نشریه همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم. ادامه همکاری این عزیزان باعث افتخار و امتنان ما خواهد بود. از این شماره نشریه با فرم و قالبی جدید منتشر خواهد شد و جا دارد که از ریاست محترم بیمارستان و مدیر مسئول محترم نشریه که همواره حامی، پشتیبان و مشوق ما بوده اند، کمال تشکر و سپاس را داشته باشیم.

امیدواریم بتوانیم در معرفی هر چه بهتر و بیشتر امکانات و توانائی های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان و زایشگاه در جه یک بنت الهدی، که اولین بیمارستان خصوصی مشهد و از بیمارستان های مطرح در عرصه توریسم درمانی کشور می باشد، به همشهریان، زائران و بیماران عزیز گام های موثری برداشته و در ارتقای سطح ارائه خدمات درمانی و اطلاعات بهداشتی و پزشکی جامعه، سهمی هر چند کوچک را ایفا نماییم.

در این شماره گزارشی اجمالی از حضور پروفیسور سبهرنیا استاد جراحی مغز و اعصاب ایرانی مقیم آلمان و همچنین مقاله ای از استاد ارجمند سرکار خانم دکتر همائی جراح و متخصص چشم ایرانی مقیم انگلستان، که در آذر و دی ماه ۸۹ چند روزی میهمان بیمارستان بنت الهدی بودند و به ویزیت و درمان بیماران پرداختند ارائه خواهد شد. امیدواریم که با مهیا شدن بیشتر بسترهای مناسب، هر چه بیشتر از دانش و تجربه پزشکان حاذق ایرانی مقیم خارج، در کنار اساتید و پزشکان برجسته داخلی استفاده نماییم.

پیام سپید



# گزارشی کوتاه از حضور پروفسور سپهر نیا در بیمارستان بنت الهدی



پروفسور ابوالقاسم سپهر نیا، استاد جراحی مغز و اعصاب ایرانی مقیم آلمان، در آذر ماه سال جاری میهمان افتخاری بیمارستان بنت الهدی بودند.

پروفسور سپهر نیا متولد سال ۱۳۲۸ در تهران می باشند. ایشان پس از اتمام تحصیلات متوسطه در دبیرستان البرز تهران جهت ادامه تحصیل به آلمان مهاجرت نمودند و در آن کشور دوره های مختلف پزشکی عمومی، تخصص جراحی مغز و اعصاب و دوره های تکمیلی فوق تخصصی را در دانشگاه های گوتینگن، مدیتین هانوفر، لووبک و مانستر گذراندند و پس از آن نیز در همان کشور مشغول فعالیت های پزشکی شدند. ایشان در حال حاضر در دانشگاه پزشکی مانستر آلمان به عنوان استاد مشغول تدریس می باشند.

پروفسور سپهر نیا با عرق ملی و علاقه شدیدی که به کشور و مردم خود ایران دارند در هر فرصتی به ایران سفر کرده و در صورت مهیا بودن امکانات، اقدامات درمانی نیز انجام داده اند، اما انتظار دارند که مراکز درمانی و بیمارستانها با هماهنگی قبلی، زمینه را برای استفاده هر چه بهتر و بیشتر از تخصص و علم ایشان مهیا سازند. به همین منظور بیمارستان بنت الهدی مشهد پس از رایزنی و مشاوره با ایشان، امکانات ارائه خدمات به بیماران توسط جناب پروفسور را فراهم آورد که در مورخ ۸۹/۹/۲۷ ایشان به مدت بیش از ۸ ساعت اقدام به ویزیت و معاینه بیماران سرپائی و دو مورد جراحی مغز و اعصاب در بیمارستان بنت الهدی نمودند. امیداست با فراهم نمودن شرایط مورد نظر و مناسب پروفسور سپهر نیا، امکان حضور منظم و مستمر ایشان بیش از پیش فراهم گردد.

نشانه های بنومونی، پلورزی، آنکنازی و بنومونوز اکس باید مورد دقت قرار گیرد.  
در دو مورد موضوعی روی دنده ها و یادر محل غضروف دنده ای باید بررسی گردد. در دسمع قلب بایستی بطور دقیق انجام گیرد.

**۱- ففقه صدری**  
عوامل استخوانی - عضلانی از علل مهم در دسینه هستند. در دسمع لامترکز و بالمس تشدید می شود.  
استرس باعث در دسینه می گردد.  
کوستو کداریت: گاهی متعاقب عفونت های ویروسی مجاری فوقانی تنفس و یا پس از تمرینات بدنی بوجود می آید. درد بازو و شانه تشدید می شود. ناحیه در دناک می آید. درد بازو و شانه تشدید می شود. ناحیه در دناک ممکن است متورم باشد.

**۲- علل ریوی**  
بیماری های پلور و دیافراگم از علل غیر شایع در دسینه می باشند.  
امراضی از قبیل آسم، بنومونی، پونیهیت و فتق دیافراگم عمومی علامت بالینی و رادیولوژیک قابل تشخیص می باشند.

در دسینه یکی از دلایل رایج مراجعه کودک کان بد پزشک است که مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است.  
عده ای علل قلبی و ریوی را مسوول می دانند ولی معمولاً علت عضوی مهمی را بررسی نمی توان یافت.  
این واقعیت بر خلاف دلالت دارد.  
یک بیماری عضوی در دسینه در بالین است که غالباً در معاینه کودک معمولاً یافته می شود.  
شود. ازمایشگاه هم کمک قابل ملاحظه ای به تشخیص نمی کند. لذا تا رنجبه و شرح حال کودک نقش اساسی را دارد.  
بررسی شخصیت کودک و مشکلات وی در مدرسه و خانه و احتمال بر خورد با همکلاسی ها و یا افراد خانواده و عکس العمل والدین نسبت به بیمار و بالاخره جستجوی عوامل عصبی و روانی از اهمیت خاصی برخوردار است.  
نوع احساسی که بیمار از در دسینه دارد قابل توجهی می باشد. معمولاً اظهاراتی از قبیل اینکه قلب می کند، ریزدن دلالت بر عارضه عضوی قلب می کند.  
طول دوره شکایت بیمار، از کودک و یا خانواده سؤال می گردد.  
در هر حال معاینه بیمار، باید شامل مناظره، ملاسه و دسمع قلب باشد. سابقه ضرر به سینه باید سؤال شود.



در دسینه همراهِ باشند. در غالباً متعاقب فعالیت های بدنی ظاهر می شود. معاینه بالینی و دسمع قلب به تشخیص کمک می نماید. رادیولوژی و الکترو کار دیوگرام برای تأیید تشخیص مفیده می باشند.  
از قبیل میو کار دیت (روبر و سی، پکتیال)

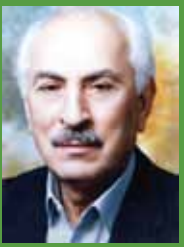
**۳- دستگاه قلبی - عروقی**  
بیماری های قلبی و عروقی در کودکان از علل نادر در دسینه می باشند ولی اگر در دسینه مربوط به عوامل قلبی - عروقی باشد بایستی با دقت معاینه بالینی در دهایی که پس از فعالیت ظاهر می شوند مخصوصاً اگر همراه با سرگیجه، سنکوپ و تاکی کاردی باشند نیاز به بررسی های دقیق تری دارند.  
بیماری های شایع قلبی - عروقی در کودکان که ممکن است همراهِ در دسینه باشند عبارتند از: دسمع قلب (نف) پرو لاپس دریچه میترال، تشخیص می باشد و آتو کار دیو گرافی را اهنمای تشخیص می باشد.  
بیماری هایی مانند تنگی دریچه آئورت ممکن است با

**۴- مری**  
پنجانچه در دسینه در زیر استخوان جناقی و یا در ناحیه پیلوگاستر حس شوزار قناریت های اولیو پاتال و سطم می شوند.

**۵- ستون فقرات**  
بیماری های مهره و یا تغییرات آناتومیک باعث فشار روی نخاع و یا ریشه های عصبی گردیده و ایجاد دردی کنند. اسکولیوز و تکروز مهره ای هم ایجاد دردی می کنند.

**۶- عوامل عصبی - روانی**  
عوامل پسکوزوتیک می توانند باعث دردهای واقعی سینه شوند ولی علت و پاتوژنز آن معلوم نیست.  
بعضی از کودکان و یا افراد معلوم نیست.  
مختلفاً اعصاب بدن شکایت دارند. برخی مشکلات داخل خانواده و یا در مدرسه با هم دارند.  
در دهایی پسکوزوتیک می توانند باعث دردهای گاهی منجر به شکایت کودک از در دسینه می گردد و به خاطر اضطراب و یا نگرانی های کودک از در دسینه می گردد و آسمی که به خاطر آسم و هم به علت اضطراب و یا هر دو از در دسینه شکایت دارند.  
علل پسکوزوتیک در دخترها بیشتر شایع می باشد.

# درد سینه در کودکان



دکتر محمد تاجی صراف  
اسناد دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان

- تا دوازده روز پس از شروع بیماری دفع ویروس وجود دارد.
- ماهیت قابل سرایت بیماری را توضیح دهید.
- ۴- مراقبت های چشمی**
- کمپرس سرداشک مصنوعی قطره های سیکلوپلژیک (نظیر سیکلوپنتولات یک در صد برای بالغین)
- غشاهای علامت دار را بردارید
- اسکوربیک اسید موضعی، هر یک ساعت یک مرتبه تا ۱۲ الی ۲۴ ساعت
- اشک مصنوعی موضعی به مدت دو هفته
- در کودکان مبتلا به سلولیت پسودو - پره سپتال، آنتی بیوتیک خوراکی (مثل آموکسی سیلین) به مدت سه تا پنج روز تجویز شود



دکتر فاطمه همائی  
جراح و متخصص بیماری های چشم  
بیمارستان چشم پزشکی منچستر

## کراتو کوئز و نکتیویت آدنو ویروسی

سرکار خانم دکتر فاطمه همائی جراح و متخصص چشم ایرانی مقیم انگلستان و عضو رویال کالج چشم پزشکی انگلیس و دارای مدرک FRCOPH و FRCS-E از انگلستان می باشند. ایشان در دانشگاه UCL و منچستر به عنوان استاد مشغول به فعالیت هستند.

دکتر همائی دارای مدرک فوق تخصص جراحی Gloucoma و Oculoplastic فوق تخصص درمدیکال Uveitis (Anterior Segment) و Retina و PHD در دیابتیک رتینوپاتی و تخصص در آرمیکا Laser Treatments و Botex Therapy برای درمان بیماری های چشمی می باشند.

ایشان همچنین عضو دائمی سازمان خیریه ORBIS (که یک ماه در هر سال به کشورهای فقیر جهان سفر کرده و در زمینه درمان و جراحی بیماری های چشمی کمک می کنند) و نیز عضو کمیته حمایت از ARMED انگلستان، عضو انجمن پزشکان ایرانی مقیم انگلیس و عضو American Academic of Ophthalmologists و (British Medical Journal) BMJ و (British Medical Association) BMA می باشند. خانم دکتر همائی به دعوت جناب آقای دکتر امیر حسنجانی جراح و متخصص چشم در آذر و دی ماه ۱۳۸۹ میهمان بیمارستان بنت الهدی مشهد بودند.

کراتو کوئز و نکتیویت آدنو

ویروسی یک بیماری و ویروسی با قابلیت سرایت و انتشار بالا است که دارای خطرات شغلی برای چشم پزشکان نیز می باشد.

**تب فارنگو کوئز و نکتیوال (PCF)**

۱- در هر گروه سنی ایجاد می شود ولی در کودکان شایع تر است.

۲- بوسیله آدنو ویروس تیپ های ۳، ۴ و ۱۷ ایجاد می شود.

۳- علائم بالینی آن شامل فارنژیت، کونژونکتیویت فولیکولر، تب، سردرد و لنفادنوپاتی می باشد.

**کراتو کوئز و نکتیویت اپیدرمیک (EKC)**

۱- عفونت فوق در بزرگسالان شایعتر است.

۲- در ۸۰ درصد موارد با کراتیت شدید همراه است.

۳- یک طرفه یا دو طرفه می باشد.

۴- بوسیله آدنو ویروس تیپ های ۸ و ۱۹ ایجاد می شود.

۵- علائم بالینی آن عبارتند از:

- معمولاً در روزهای ۴ تا ۶ علائم ظاهر می شوند.

- در روزهای ۳ تا ۷ بیماری کونژونکتیویت یک یا دو طرفه ایجاد می شود.

- رخداد ناگهانی فتوفوبی، اشک ریزش، درد، قرمزی

در دناک چشم ها همراه با ترشحات آبکی

- پر خونی ملتحمه همراه کموزیس

- پلک های متورم و دردناک

- خونریزی زیر ملتحمه و در پلک ها

- تشکیل مامبران یا غشای کاذب

- معمولاً طی هفته های دوم سوم قرمزی چشم برطرف می شود

- درگیری قرنیه: معمولاً قرنیه به صورت دو طرفه مبتلا

شده و در ابتدا باعث Punctate Staining غیر

اختصاصی می شود، ولی در مراحل پیشرفته تر باعث

کراتیت اپی تلیال و ساب اپی تلیال می گردد. به نظر می

رسد مراحل پیشرفته ناشی از واکنش آنتی ژن - آنتی

بادی باشد.

**درمان EKC**

۱- در مراحل اولیه، درمان شامل اقدامات نگهدارنده و

پیشگیری از انتقال بیماری به دیگران می باشد.

**۲- توجهات**

- از تماس با وسایل معاینه اجتناب نمایید.

- بیمار در اتاق جداگانه معاینه شود.

- قبل و بعد از معاینه دست ها را بشویید.

**۳- توصیه هایی به بیمار**

- دوره احتمالی بیماری را توضیح دهید.

- فعالیت های خود را محدود سازید.



قلب از راه های مختلف تحریک و منقبض می شود.

- ۱- سیستم اتونوم (سمپاتیك و پاراسمپاتیك)
- ۲- سیستم عصبی خودکار خود قلب
- ۳- توسط رشته های عصبی و سلول های عضلانی خودکار حفره های قلب

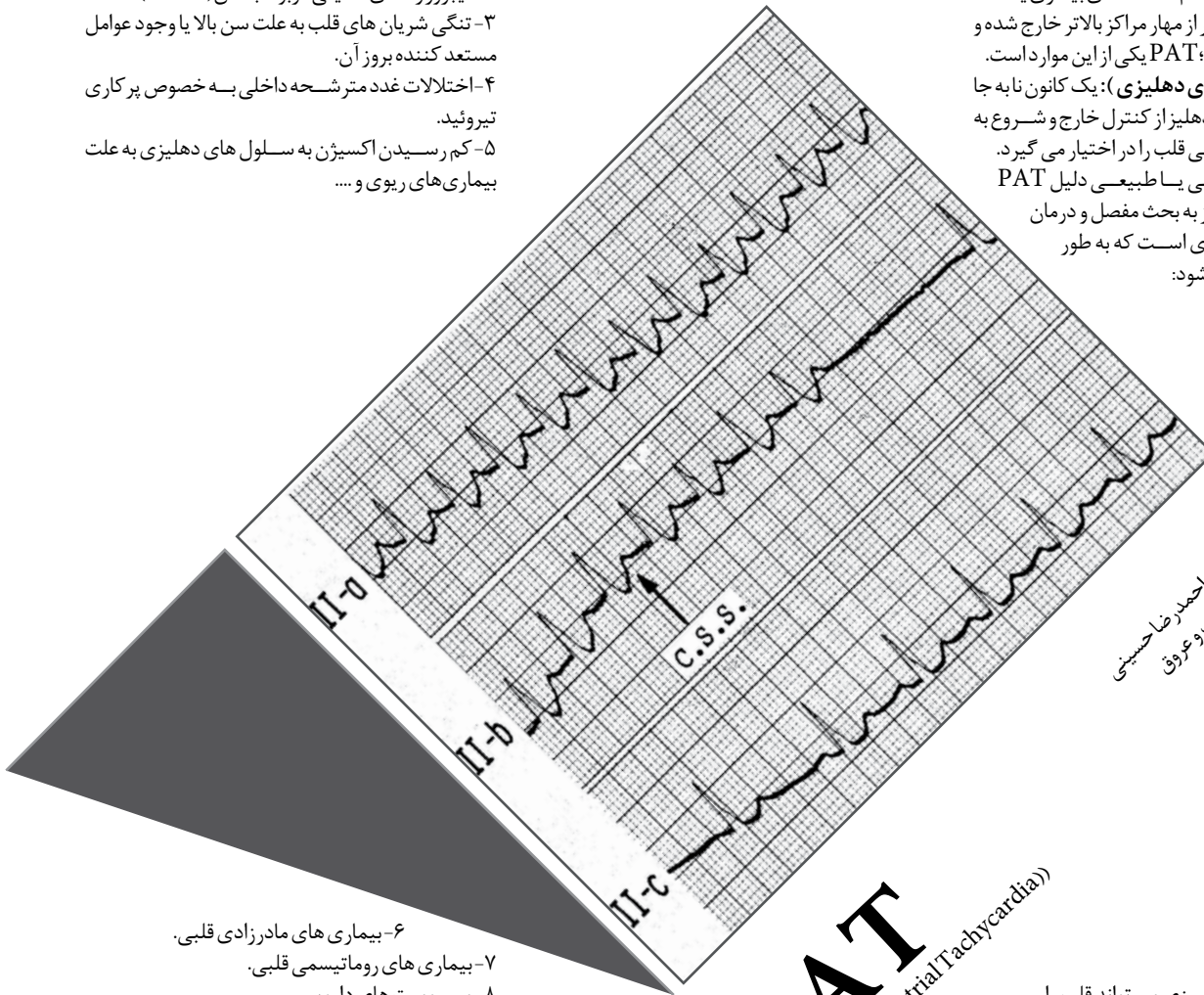
گاهی به علت نیاز طبیعی یا مرضی، کانون هایی در حفره های قلب جهت اعلام حالت های بیماری یا حفظ حیات، به طور خود مختار از مهار مراکز بالاتر خارج شده و شروع به ضربان می کنند؛ PAT یکی از این موارد است.

**PAT (طپش حمله ای دهلیزی):** یک کانون نابه جا در رشته های عضلانی دهلیز از کنترل خارج و شروع به ضربان می کند و فرماندهی قلب را در اختیار می گیرد. علت های فراوان مرضی یا طبیعی دلیل PAT می باشند که هر کدام نیاز به بحث مفصل و در مان آن رفع بیماری زمینه ای است که به طور مختصر در زیر اشاره می شود:

رعایت شرایط خاص علمی و دقیق و همه جانبه می باشد. چنانچه یکی از مانور ها موفقیت آمیز بود بیمار باید حداقل ۶ ساعت برای کنترل برگشت ضربانات نابه جا و وضعیت همودینامیک در CCU تحت کنترل باشد و مکررا نوار قلبی گرفته شده و آزمایش خون از جهت کنترل احتمال بروز صدمه قلبی، که می تواند از پیامد های

شوند (Ablation).

- ۲- فیبروز راه های هدایتی مربوط به سن (Senile).
- ۳- تنگی شریان های قلب به علت سن بالا یا وجود عوامل مستعد کننده بروز آن.
- ۴- اختلالات غدد مترشحه داخلی به خصوص پرکاری تیروئید.
- ۵- کم رسیدن اکسیژن به سلول های دهلیزی به علت بیماری های ریوی و ...



## PAT (Paroxysmal Atrial Tachycardia)

این کانون نابه جا دهلیزی می تواند قلب را بین ۱۶۰ تا ۲۴۰ بار در دقیقه تحریک کند که این ضربان بالا منجر به احساس نامطبوع به صورت طپش، ضعف، پائین افتادن فشار خون، تعریق، تنگی نفس، پس زدن خون در ریه (که می تواند حتی منجر به ادم ریه شود)، و از آنجایی که این طپش باعث نیاز بیشتر عضله قلب به اکسیژن و از طرفی کم شدن جریان خون به خود عضله قلب می شود می تواند منجر به کم خونی سریع عضله قلب و حتی صدمه عضله (کم خونی یا انفارکتوس) گردد. آشکار است در کسانی که سن بالایی دارند و رگ های قلب آنها به طور طبیعی تنگ است یا عوامل تنگ کننده شریان ها را دارند، این طپش خطر ناک تر بوده و باید هر چه سریع تر درمان شوند.

همان طور که اشاره شد در مان قطعی مستلزم در مان بیماری زمینه ای به وجود آورنده PAT می باشد. در موارد اورژانس که وضع همودینامیک بیمار مختل است باید برای بیمار در بیمارستان و تحت مانیتورینگ قلبی، بارگ باز و با وجود امکانات احیای قلبی ریوی اقدامات ذیل انجام شود:

(A) ماساژ سینوس کاروتید که خود مستلزم رعایت شرایط خاص علمی می باشد (Carotid Sinus Message).

(B) وادار کردن بیمار به استفراغ (Gag Reflex).

(C) فشار آوردن بر روی کره چشم.

(D) بیمار دم عمیق انجام می دهد و بعد به زور تلاش می کند هوا را از بینی خارج کند در حالی که دست بیمار مانع از خروج هوا از بینی می شود (Valsalva Maneuver).

همان طور که قید شد هر یک از مانور های فیزیکی مستلزم

- ۶- بیماری های مادرزادی قلبی.
  - ۷- بیماری های روماتیسمی قلبی.
  - ۸- مسمومیت های دارویی.
  - ۹- اختلالات الکترولیتی.
- نتیجه اینکه در مان قطعی PAT با شناخت و در مان علت اصلی و زمینه ای بروز آن میسر می گردد.

این طپش باشد، به عمل آید. در صورتی که بیمار به این مانور های فیزیکی جواب ندهد، از دارو هایی چون آدنوزین و در صورت نبود از وراپامیل استفاده می گردد. نکته بسیار مهم در مورد در مان این تاکی آریتمی، انتخاب در مان بر اساس وضعیت همودینامیک بیمار می باشد. چنانچه بیمار دچار PAT با وضع همودینامیک مختل (ادم ریه و پره شوک) مراجعه و یا به سمت بروز اختلال همودینامیک پیش رود، اولین و حیاتی ترین اقدام الکتر شوک می باشد (نه مانور ها و دارو). پس در موارد وضعیت همودینامیک مختل و یا به سمت بحران پیش رفتن، در مان انتخابی کار دیوورژن الکتریکی (DC Shock) می باشد.

\* ملاک شوک دادن بیمار وضعیت همودینامیک بیمار می باشد نه نوع تاکی آریتمی.

ذیلا به چند عامل به وجود آورنده PAT اشاره می گردد:

- ۱- وجود راه های فرعی از دهلیز به بطن (WPW = Wolf Parkinson White Syndrome) که پس از بررسی علمی و تایید وجود چنین راه های فرعی باید آنها سوزانده



# Gestational Trophoblastic Disease (GTD)

درمان نمود. ولی در ۲۰ درصد موارد (در یک زن از هر ۵ زن) ممکن است مقداری بافت مقاوم مولار پابرجا بماند که در اکثر موارد این یک مول مهاجم است ولی در موارد نادر کوریو کارسینوما یک فرم سرطانی و بدخیم از GTD) می باشد. در هر کدام از این موارد، مول مهاجم یا کوریو کارسینوما، نیاز به درمانهای بیشتر می باشد.

## مول پارشیل:

مول پارشیل زمانی به وجود می آید که ۲ اسپرم یک تخمک نرمال را بارور سازند. این تومورها شامل مقداری بافت جنینی هستند، ولی این بافت ها اغلب با بافت های تروفوبلاستیک مخلوط می باشند. این نکته حائز اهمیت است که بدانیم یک جنین که قدرت حیات داشته باشد به وجود نمی آید. مول پارشیل معمولاً به طور کامل با روش جراحی (کور تاژ) بهبود می یابد و فقط تعداد کمی از زنان با مول پارشیل نیاز به درمان اضافی بعد از جراحی اولیه دارند. مول پارشیل به ندرت ممکن است به انواع بدخیم GTD تبدیل شود.

ترم بیماری تروفوبلاستیک مقاوم برای توصیف مواردی از GTD بکار می رود که با جراحی

اولیه (کور تاژ) بهبود نمی یابد.

GTD مقاوم زمانی اتفاق می

افتد که مول هیداتید یفرم

از لایه سطحی رحمی

(آندومتر) به لایه عضلانی

زیرین (میومتر) رشد می

نماید. در روش جراحی که

برای مول انجام می شود

(ساکشن کور تاژ)، لایه داخلی

رحم (آندومتر) تراشیده می شود

و نمی توان بافت های توموری را که در

میومتر رشد نموده اند خارج نمود. اکثر موارد

مقاوم GTD، مول مهاجم می باشند ولی در موارد

نادر می تواند کوریو کارسینوم یا تومور تروفوبلاستیک

محل جفت باشد.

## مول مهاجم (Mole Invasive)

یک مول مهاجم یک مول هیداتید یفرم است که در لایه عضلانی رحم (میومتر) رشد نموده است. مول مهاجم می تواند هم از مول کامل و هم از مول پارشیل منشأ بگیرد ولی احتمال مهاجم شدن مول کامل خیلی بیشتر از مول پارشیل است.

مول مهاجم در کمتر از یک نفر از هر ۵ زنی که مول آنها به طور کامل برداشته شده است اتفاق می افتد. ریسک ایجاد مول مهاجم در این زنان در موارد ذیل افزایش می یابد:

۱- فاصله طولانی از آخرین پرئودبیمار (بیشتر از ۴ ماه) تا زمان درمان.

۲- رحم خیلی بزرگ شده باشد.

۳- سن بیمار بیشتر از ۴۰ سال باشد.

GTD شامل یک گروه از تومورهای نادر است که نتیجه رشد غیر طبیعی سلول هادرون رحم می باشد. GTD مثل سرطان آندومتر (لایه داخلی رحم) یا سرطان سرویکس (سرطان دهانه رحم) از سلول های رحم منشأ نمی گیرد، بلکه این تومورها از سلول های که در ضمن حاملگی بطور طبیعی به جفت تبدیل و تکامل می یابند شروع می شود. (ترم Gestational اشاره می کند به حاملگی). GTD در لایه سلول های که تروفوبلاست نامیده شده و بطور نرمال اطراف جنین (آمبیون) را احاطه کرده اند شروع می شود.

Tropho به معنای تغذیه و Blast به معنای جوانه یا سلول اولیه در حال تکامل است. سلول های این لایه پرزهای جفتی را تشکیل می دهند. این پرزها در لایه پوشاننده رحمی رشد می کنند و در نهایت لایه تروفوبلاست به جفت تبدیل می شود، ارگانی که تغذیه و محافظت جنین در حال رشد را به عهده دارد. اکثر GTD ها خوش خیم (غیر سرطانی) بوده، و تهاجم عمیق به بافت های بدنی یا گسترش به سایر قسمتهای بدن ندارند. ولی تعدادی از آنها سرطانی می باشند. به این علت که همه این تومورها سرطانی نیستند، این گروه از تومورها با نام های بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، تومور های تروفوبلاستیک حاملگی یا نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی نیز شناخته می شوند. کلمه نئوپلازی به معنای رشد جدید می باشد. تمام انواع GTD را می توان درمان نمود و در اکثر موارد بهبودی کامل بدست می آید.

## انواع بیماری تروفوبلاستیک حاملگی

انواع اصلی بیماری های تروفوبلاستیک حاملگی عبارتند از:

۱- مول هیداتید یفرم (کامل یا پارشیل)

۲- مول مهاجم

۳- کوریو کارسینوما

۴- تومور تروفوبلاستیک محل جفت

## مول هیداتید یفرم

شایعترین فرم GTD، مول هیداتید یفرم نامیده می شود که به نام حاملگی مولار (در اصطلاح عامیانه پیچه خوره، انگورک) نیز نامیده می شود. این بیماری از پرزهایی تشکیل شده است که متورم و پر از مایع است. پرزهای جفتی متورم به صورت دستجاتی شبیه به خوشه های انگور رشد می کنند. مول هیداتید یفرم سرطانی نیست ولی می تواند به GTD های سرطانی تبدیل شود.

## دو نوع مول هیداتید یفرم وجود دارد:

مول کامل

مول پارشیل (نسبی)

## مول کامل:

مول کامل در اکثر مواقع زمانی ایجاد می شود که یک یا دو سلول اسپرم یک تخمک پوچ را بارور می نماید (منظور از تخمک پوچ یک سلول است که هسته یا DNA ندارد). تمام ماده ژنتیکی، از سلول اسپرم پدر است، بنابراین بافت جنینی وجود ندارد.

به روش جراحی (ساکشن کور تاژ) می توان اکثر مول های کامل را



# سندرم گیلن باره و واکسیناسیون آنفلوآنزا در کودکان

دکتر امیر مسعود رحیب پور  
متخصص اطفال و نوزادان



در ایالت کبک کانادا، پسر بچه ۱۱ ساله‌ای به بیمارستان مراجعه نمود و با علائم دی پلزی فاسیال، درد شکم، پیشانی و ران‌ها و درد حاد در ناحیه گردن بستری شد. در سابقه قبلی مشخص گردید که نامبرده ۱۳ روز قبل تحت واکسیناسیون زیر جلدی آنفلوآنزای A(H1N1) قرار گرفته است. در معاینه عصبی انجام شده فلج دو طرفه و قرینه عصب زوج هفت مغزی و درد شدید همراه با ضعف کمر بند شانه‌ای و لگن وجود داشته ولی رفلکسهای تاندونهای عمقی تغییر نکرده بود.

برای بیمار ILp انجام و در بررسی مایع مغزی-نخاعی، انفکاک آلبومینوسیتولوژیک مشخص گردید و لذا تشخیص «سندرم گیلن باره آتیپیک» به دنبال واکسیناسیون علیه آنفلوآنزای A گذاشته شد.

این مورد اولین گزارش منتشر شده در رابطه با این عارضه بدنبال پاندمی سال ۲۰۰۹ آنفلوآنزای می باشد. لذا توصیه می شود هر چند که ارتباط شناخته شده‌ای بین واکسیناسیون آنفلوآنزا و ایجاد سندرم گیلن باره وجود ندارد، ولی در کلیه کودکان دریافت کننده این واکسن، باید به فکر عوارض احتمالی بود و در صورت بروز نیز نسبت به اعلام و انتشار مورد مربوطه اقدام فوری نمود.

# Gestational Trophoblastic Disease چیست؟

۴- سابقه GTD در گذشته.

به علت اینکه این تومورها به عضلات رحم نفوذ و رشد می کنند، در ضمن ساکشن کور تاژ به طور کامل خارج نمی شوند. مول مهاجم در بعضی مواقع خود به خود بهبود می یابد ولی در اکثر موارد به درمان بیشتری نیاز دارد. یک تومور یا مول که به طور کامل در عضلات رحم رشد می کند می تواند باعث خونریزی به داخل شکم یا حفره لگن شود. این خونریزی ممکن است تهدید کننده حیات باشد. حدود ۱۵ درصد از این تومورها، به سایر نقاط بدن (در اکثر موارد ریه‌ها) گسترش (متاستاز) پیدا می کنند.

## کور یو کار سینیوما:

کور یو کار سینیوما یک فرم بد خیم از GTD است. در این نوع احتمال رشد سریع و گسترش به سایر ارگانهای بدن خیلی بیشتر می باشد. کور یو کار سینیوما در اکثر موارد از یک مول کامل به وجود می آید، ولی احتمال اینکه بعد از یک مول پارشیل، یک حاملگی طبیعی یا یک سقط ایجاد شود نیز وجود دارد.

بندرت کور یو کار سینیوما ی غیر مرتبط

به حاملگی ایجاد می شود. این

کور یو کار سینیوما در مناطقی

غیر از رحم دیده شده و هم در

مردان و هم در زنان ایجاد

می شود و در تخمدان

ها، بیضه ها، قفسه سینه

و شکم ممکن است

دیده شود. در این موارد

معمولاً کور یو کار سینیوما با سایر

انواع سرطان ها مخلوط می باشد و

به نام تومور مخلوط ژرم سل نامیده می

شود. این تومورها جزو تومورهای حاملگی

محسوب نمی شوند. این نوع کور یو کار سینیوما

پیش آگهی بدتری در مقایسه با کور یو کار سینیوم

حاملگی داشته و جواب آن به شیمی درمانی کمتر است.

## تومور تروفوبلاستیک محل جفت

تومور تروفوبلاستیک محل جفت (PSTT)، یک فرم نادر از GTD می باشد و وقتی به وجود می آید که جفت به رحم متصل است. این تومور در اکثر مواقع بعد از یک حاملگی طبیعی یا سقط ایجاد می شود ولی ممکن است بعد از خارج نمودن مول کامل یا مول پارشیل هم به وجود آید.

در اکثر موارد PSTT ها به سایر نقاط بدن انتشار نمی یابند، ولی این تومورها تمایل به مهاجم به لایه عضلانی رحم دارند. اکثر فرمهای GTD حساسیت زیادی به شیمی درمانی دارند، ولی این نوع تومورها به شیمی درمانی مقاومند و درمان آنها با جراحی (هیسترکتومی) امکان پذیر است.

## بیماری های پروستات را قبل از آنکه عوارضی ایجاد کنند

# بشناسیم



دکتر رضا مهدوی  
استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
متخصص و جراح بیماری های کلیه و مجاری ادراری  
فوق تخصص پیوند کلیه

سبب افزایش ابتلا به بزرگی خوش خیم پروستات نمی شود. همچنین مشخص شده ارت و سابقه فامیلی ابتلا به بزرگی خوش خیم پروستات، شانس ابتلا به آن را در مردان درجه یک فامیل اندکی افزایش می دهد.

### اثرات سوء بزرگی خوش خیم پروستات بر روی دستگاه ادراری

چون رشد پروستات تدریجی است تغییرات آن بر دستگاه ادراری به تدریج ایجاد می شود. این اثرات یکی به علت اثر مکانیکی (با باریک کردن مجرای ادراری) و دیگری به علت افزایش قدرت انقباضی (تونیسیتیه) این غده در ناحیه گردن مثانه و مجرای ادراری، می باشد. به علت باریک شدن راه خروجی ادرار در این بیماران تغییرات قابل توجهی در جدار مثانه پدید می آید که عبارتند از:

- ضخیم شدن جدار مثانه جهت فائق آمدن بر تنگی مجرا ناشی از بزرگی پروستات

- اگر این انسداد نسبی راه خروجی ادرار ادامه یابد، در جدار مثانه حفراتی به نام دیورتیکول ایجاد می شود.

- در نهایت اگر این عارضه ادامه یابد و درمان نشود قدرت عضلات مثانه کاهش یافته و به مرحله عدم جبران می رسد و در این مرحله است که مقدار قابل توجهی ادرار در مثانه پس از ادرار کردن باقی می ماند.

- در تعدادی از بیماران در مراحل ضخیم شدن عضلات جدار مثانه، فشار داخل مثانه بالا رفته و سبب برگشت ادرار از مثانه به حالب و کلیه می شود و به علت عدم تخلیه ناکافی ادرار از کلیه ها، به تدریج

افزایش می یابد. به شکلی که ۱۵ درصد مردان ۶۵ ساله و در سن ۸۰ سالگی ۴۱ درصد مردان نیاز به مداخله جراحی جهت درمان پروستات خود دارند.

### علت شناسی (اتیولوژی) بزرگی خوش خیم پروستات

هنوز به طور دقیق علت بزرگی خوش خیم پروستات در مردان مشخص نشده است ولی آنچه مسلم است این است که افزایش سن و کهولت و وجود هورمون مردانه سازی به نام دی هیدروتستوسترون، که از هورمون تستوسترون ساخته می شود، برای ایجاد، رشد و تبدیل و تغییر آن به آندوم خوش خیم ضروری است. در تأیید موضوع فوق مشخص شده اخته کردن مردان قبل از بلوغ مانع ایجاد بزرگی خوش خیم پروستات می گردد زیرا بیضه ها منشأ مهم تولید هورمون تستوسترون می باشند این هورمون در سلول پروستات تبدیل به هورمون فعالتر دی هیدروتستوسترون می شود که جهت رشد و تغذیه نسج پروستات ضروری است، از این رو اخته کردن سبب تحلیل نسج پروستات و مانع ایجاد بزرگی خوش خیم پروستات می گردد.

حذف یا کاهش هورمون مردانه ساز در یک فرد دچار بزرگی خوش خیم پروستات، سبب تحلیل قسمت غددی (اپی تلیمال) پروستات می شود و اثری بر روی قسمت همبندی و عضلانی پروستات ندارد. از این رو یادآوری این نکته اهمیت دارد که حذف هورمون مردانه ساز همانند تستوسترون، بیشتر روی غده پروستاتی اثر دارد که بزرگ و بیشتر اجزای آن غددی (اپی تلیمال) باشد و بر روی پروستات هایی که عمده اجزای آن از بافت همبندی است، گر

چه انسدادی هم هستند، چندان مؤثر نمی باشد. فعالیت جنسی و وازکتومی

برای اینکه به اهداف ذیل نایل شویم لازم است بدانیم پروستات در کجای بدن قرار دارد؟ عمل آن کدام است؟ دچار چه بیماری هایی می گردد؟ راههای تشخیص زودرس بیماری های آن کدامند؟ و در صورت عارض شدن این بیماری ها چگونه درمان می شوند؟ واضح است پاسخ به هر کدام از این سؤالات نیازمند نگارش چندین صفحه می باشد. ولی در اینجا سعی شده به اختصار و با زبان ساده این مطالب آورده شوند.

پروستات در هفته دوازدهم جنینی تحت تأثیر هورمونهای مردانه ساز ایجاد می شود. این عضو در لگن حقیقی در زیر استخوان عانه و جلوی راست روده و در گردن خروجی مثانه قرار دارد، به طوری که مجرای ادراری از میان آن عبور می کند.

اندازه پروستات طبیعی در یک فرد بالغ  $2 \times 4 \times 3$  سانتی متر است. این عضو عمدتاً از عناصر غددی و عضلانی (۵۰ تا ۷۰ درصد) و بافت همبندی (۳۰ تا ۵۰ درصد) تشکیل شده است.

مهمترین کارکرد پروستات تولید ترشحاتی می باشد که برای حفظ و توانایی نطفه مرد (اسپرم) اهمیت دارد. حدود ۴۰ درصد حجم مایع انزال از پروستات می باشد. این ترشحات در رقیق کردن مایع انزالی و تغذیه اسپرم نقش دارند. از این رو این ترشحات در افراد جوان برای باروری مهم می باشند، ولی پس از سن باروری فقدان این ترشحات یا عدم خروج آن اهمیتی ندارد.

### پروستات عمدتاً دچار سه بیماری مهم می شود:

الف: عفونت و التهاب (پروستاتیت)

ب: بزرگی خوش خیم پروستات

ج: سرطان پروستات

در این قسمت بزرگی خوش خیم پروستات را مورد بحث قرار می دهیم:

### مقدمه

بزرگی خوش خیم پروستات یا همان آندوم پروستات شایعترین تومور در نزد مردان است به طوری که تغییرات بافت شناسی آن در ۵۰ درصد مردان بالای ۵۰ سال و در ۷۵ درصد مردان بالای ۸۰ سال گزارش می شود. لازم به ذکر است از زمان تولد تا ابتدای بلوغ رشد پروستات خفیف می باشد. سپس تا سن ۳۰ سالگی رشد آن افزایش می یابد و تا سن ۴۰ تا ۴۵ سالگی اندازه و حجم پروستات ثابت می ماند و از این سن به بعد پروستات دستخوش بزرگی خوش خیم گردیده و مرتباً به حجم آن افزوده می گردد. البته در نیمی از مردان از سن ۴۰ سالگی برعکس اندازه پروستات ثابت می ماند یا کوچکتر می شود.

گرچه نیمی از مردان بالای ۵۰ سال از نظر تغییرات بافتی دچار بزرگی خوش خیم پروستات می شوند، ولی اکثر هیچ نشانه و علائم بالینی نداشته و نیاز به درمان خاصی ندارند. به هر حال مشخص شده امکان این که یک مرد ۵۰ ساله در بقیه دوران زندگی خود به علت بزرگی خوش خیم پروستات نیاز به مداخله جراحی داشته باشد حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد است و هر چه سن افزایش یابد نیاز به جراحی هم

سبب نارسایی کلیه می‌گردد.

### نشانه‌ها و علائم بالینی بزرگی خوش خیم پروستات

علائم بالینی بزرگی خوش خیم پروستات شامل مواردی از نشانه‌های انسدادی راه خروجی ادرار و تعدادی از نشانه‌های تحریک مثانه می‌باشد.

**نشانه‌های انسدادی ناشی از بزرگی پروستات** (الف) تأخیر در شروع دفع ادرار: برای آن است که عضلات مثانه بتوانند بر مقاومت مجرای تنگ شده ناشی از بزرگی پروستات فائق آیند و این نیاز به زمان دارد، بنابراین در شروع دفع ادرار قدری با تأخیر آغاز می‌گردد.

(ب) به علت باریک شدن راه خروجی ادرار قطر جریان ادرار کمتر می‌شود.

(ج) انقطاع در دفع ادرار و خروج ادرار در انتها به صورت قطرات: به علت اینکه عضلات مثانه قادر نخواهند بود تا انتهای دفع ادرار همچنان فشار مثانه را بالا نگه دارند مشکلات فوق عارض می‌گردد، و به علت وجود پروستات مسدود کننده که به صورت یک دریچه در گردن مثانه قرار دارد، بیمار احساس تخلیه ناکافی ادرار دارد.

(د) بیمار برای اینکه تمامی ادرار را تخلیه کند لازم است بیش از حد عضلات شکم خود را منقبض کند و به اصطلاح زور بزند.

نشانه‌های تحریکی مثانه که به صورت تکرار ادرار در شب و روز (بیش از حد متعارف) می‌باشد برای بیمار آزار دهنده است و علت آن تخلیه ناکامل مثانه و کوتاه شدن فاصله دفع ادرار می‌باشد، از طرف دیگر وجود پروستات بزرگ باعث می‌گردد که مثانه بیشتر برای دفع ادرار تحریک گردد، این حالت بیشتر در مواردی عارض می‌شود که غده پروستات بیشتر به درون مثانه رشد کرده باشد و باعث کاهش حجم مثانه گردد. همچنین عضلات جدار مثانه فردی که دچار بزرگی خوش خیم پروستات مسدود کننده است ضخیم شده، زود تحریک می‌شود و ناپایدار است و احساس فوریت



در دفع ادرار و در موارد شدیدتر فوریت دفع ادرار همراه با بی‌اختیاری ادراری را باعث می‌شود.

بی‌اختیاری ادراری در بیماران مبتلا به بزرگی پروستات شایع نیست ولی اگر عدم تخلیه ادرار شدید و باقیمانده ادرار زیاد باشد، ظرفیت مفید مثانه کاهش یافته و در نتیجه ادرار وارده از کلیه‌ها سرزیر شده و سبب بی‌اختیاری ادراری می‌گردد. در مواردی فردی که دچار بزرگی خوش خیم پروستات است دفعات چهار احتباس و بند آمدن ادرار می‌گردد که در این موارد علاوه بر بزرگی خوش خیم پروستات عوامل مساعد کننده‌ای از جمله مصرف الکل، انفارکتوس پروستات، قرار گرفتن در معرض سرما، داروهای آنتی کولینرژیک مثل هیوسین، به تأخیر انداختن تخلیه ادرار و مصرف داروهای آلفا آدرنرژیک مثل پسودوافدرین، مؤثر می‌باشند.

در صورتی که اثر انسدادی پروستات بزرگ شده ادامه یابد، ادرار از مثانه به حالب‌ها و کلیه‌ها پس می‌زند و سبب اتساع آنها می‌گردد، که در صورت عدم درمان ممکن است سبب نارسایی کلیه‌ها شود. همچنین ادامه‌ی انسداد راه خروجی ادرار سبب عفونت مثانه و در مواردی عفونت کلیوی می‌گردد. برخی عوارض بزرگی خوش خیم پروستات رابطه‌ای با دستگاه ادراری ندارند. این عوارض عبارتند از: بواسیر و فتق ناحیه کشاله‌ران که علت آن زور زدن هنگام ادرار کردن به علت پروستات بزرگ می‌باشد که در نهایت باعث افزایش فشار داخل شکم شده و این عوارض را باعث می‌گردد. بنابراین می‌توان توصیه کرد که اگر مردی در سنین بالا دچار بواسیر یا فتق گردد، حتماً نظر ابتلا به بزرگی پروستات و انسداد راه خروجی ادرار بررسی شود. باید توجه داشت عوارض ناشی از بزرگی خوش خیم پروستات مدت‌ها بعد از پیدایش بزرگی پروستات خود را نشان می‌دهند.

### چگونگی بررسی بیمار مبتلا به بزرگی خوش خیم پروستات

علاوه بر گرفتن شرح حال و معاینه بالینی انجام یک سری آزمایشات نیز ضروری است که عبارتند از: انجام شمارش گلبولی و اندازه گیری هماتوکریت و هموگلوبین خون، قند خون ناشتا، بررسی کارکرد کلیه‌ها (اندازه گیری اوره و کراتینین سرم)، همچنین اقدامات تصویربرداری شامل سونوگرافی از کلیه‌ها، مثانه و پروستات و بررسی ادرار باقیمانده. اندازه گیری آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA) در مردانی که سن خیلی بالا داشته و در معاینه پروستات از طریق مقعد یافته‌ای به نفع سرطان پروستات ندارند ضروری نیست ولی در بقیه مردان با نشانه‌های بزرگی خوش خیم پروستات، توصیه می‌شود. در آن دسته از مردانی که ۱- نشانه‌های تحریک پذیری بزرگی پروستات شدیدتر از نشانه‌های انسدادی است

۲- سنین کمتر از ۵۰ سال دارند ۳- مشکلات عصبی (نورولوژیک) در اندام تحتانی یا ۴- مشکلات مغزی دارند، توصیه می‌شود تست اورودینامیک انجام شود.

### درمان بزرگی خوش خیم پروستات

از نظر نوع درمان بیماران را می‌توان به سه گروه عمده تقسیم کرد:

**دسته اول:** مردانی هستند که با وجود بزرگ شدن پروستات نشانه‌های بالینی در آنها کم بوده و خیلی قابل ملاحظه نمی‌باشد. این دسته از بیماران نیاز به درمان خاصی نداشته و توصیه می‌شود از ابتلا به بیوست پرهیز نمایند و با معاینات و بررسی‌های سالانه تحت نظر باشند.

**دسته دوم:** مردانی می‌باشند که نشانه‌ها و یافته‌های بالینی در آنها قابل اهمیت است ولی خیلی آزار دهنده و مشکل ساز نیست. این گروه را می‌توان با دارو تحت مداوا و مراقبت قرار داد.

### داروهای اصلی درمان بزرگی خوش خیم پروستات دو گروه می‌باشند:

**گروه اول:** شل کننده‌های فیبرهای عضلانی همبندی پروستات که سبب گشادی مجرای ادراری در ناحیه پروستات می‌شوند و به داروهای بلوک کننده آلفا معروفند. برای به دست آوردن اثر درمانی مطلوب این نوع داروها ۲ تا ۴ هفته وقت ضروری است.

**گروه دوم:** داروهای مهار کننده تشکیل هورمونهای ضروری برای رشد نسوج پروستات می‌باشند. بدین صورت که این داروها از تبدیل تستوسترون به دهیدرو تستوسترون جلوگیری می‌کنند. هورمون اخیر برای رشد و تکثیر سلولهای پروستات ضروری است. برای به دست آوردن اثر مطلوب این داروها ۳ تا ۶ ماه وقت لازم است. ۶ ماه مصرف این داروها ممکن است ۲۵ تا ۲۷ درصد حجم پروستات را کاهش دهد ولی باید توجه داشت که این نوع داروها در ۳۰ درصد مردان سبب کاهش قدرت و توان جنسی می‌شود.

**دسته سوم:** بیمارانی هستند که نشانه‌های بالینی بزرگی خوش خیم پروستات مثل تکرار ادرار شبانه یا روزانه و یا تخلیه ناکامل ادرار سبب اختلال در کیفیت زندگی بیمار شده و یا اینکه عوارض جانبی بزرگی خوش خیم پروستات به روی کلیه‌ها و مجاری ادراری به خوبی مشهود است، این گروه از بیماران نیاز به مداخله جراحی دارند.

### درمان جراحی بزرگی خوش خیم پروستات

روشهای مختلفی برای درمان جراحی بزرگی خوش خیم پروستات وجود دارد ولی تا کنون روش استاندارد طلائی برای پروستات‌های ۶۰ تا ۸۰ گرمی، حذف پروستات از طریق مجرا بوده که همان TURP (تی یو آر پی) می‌باشد. روش جراحی باز در بیمارانی کاربرد دارد که پروستات آن‌ها بسیار حجیم است. البته روشهای دیگری که ساده‌تر و کمتر تهاجمی می‌باشند نیز برای بیمارانی که نشانه‌های بالینی در آنها شدید است ولی خود پروستات زیاد بزرگ نیست، وجود دارد. یکی از این روشها استفاده از امواج رادیوفرکوتنسی است که به TUNA معروف می‌باشد. البته لیزر در کشورهای پیشرفته به کار می‌رود ولی باید توجه داشت که این روش گران بوده و نتایج آن در مجموع بهتر از روش تی یو آر پی نمی‌باشد.

# به مناسبت روز جهانی ایدز

تکتم شیری - کارشناس پرستاری

از سال ۱۹۸۸ به منظور افزایش بودجه و همچنین افزایش آگاهی، آموزش و مبارزه با تعبیضی ها، روز اول دسامبر هر سال به عنوان روز جهانی ایدز نامگذاری شد و هر ساله برای این روز، شعار خاصی نیز در نظر گرفته می شود. هدف عمده از این کار این است که به عموم مردم یادآوری شود که HIV از بین نرفته و هنوز کارهای زیادی است که باید انجام شود.

(خصوصاً شب هنگام)، لرز، تورم غدد لنفاوی، ضعف و کاهش وزن را نیز نشان می دهند.

## پیشگیری

از آنجا که تاکنون واکسن و یا علاج قطعی برای این بیماری کشف نشده است و در آینده نزدیک نیز امکان پذیر به نظر نمی رسد، مهم ترین راه مبارزه با این بیماری پیشگیری و آموزش است.

## داروها و درمان ها

در مجموع پنج دسته دارو وجود دارد که در مقاطع مختلف ورود و رشد اچ آی وی عمل می کنند. داروهای ضد ایدز باید به صورت ترکیبی مصرف شوند. معمولاً سه نوع داروی مختلف از دست کم دو دسته مختلف از داروها به طور هم زمان به بیمار تجویز می شود. در برخی موارد از مبتلایان تازه، ویروس هایی رد یابی شده اند که حتی پیش از آغاز معالجات در برابر داروهای موجود مقاومت نشان می دهند.

## درمان در حاملگی

حاملگی نباید مانع دریافت درمان های مناسب ضد ترو و ویروسی شود. باید به مسائلی نظیر تغییرات فارماکوکینتیکی ناشی از حاملگی، عوارض جانبی احتمالی داروهای جنین و اثر بخشی یک رژیم دارویی در کاهش میزان انتقال پری ناتال و ویروس توجه داشته باشیم. تصمیم گیری در مورد درمان بایستی با مشاوره انجام شود.

## عوارض جانبی داروها

عوارض جانبی شایع عبارتند از تهوع، استفراغ، سردرد، خستگی مفرط، کهیر، اسهال، بی خوابی، بی حسی در اطراف دهان، درد معده. سایر عوارض جانبی شامل التهاب لوزالمعده، آسیب کبد و لوزالمعده، زخم های درون دهان، تغییر شکل بدن، آسیب سلول های عصبی، کم خونی، درد عضلانی و ضعف می باشند.

## ایدز در کودکان

پاسخ نوزادان آلوده با بالغین مبتلا به HIV متفاوت است. علائم بالینی AIDS در کودکان که از طریق مادران آلوده کسب شده است، معمولاً دو سال پس از تولد تظاهر می کند. مرگ در دو سال بعدی فرا می رسد. به دلیل عدم تکامل سیستم ایمنی نوزادان در زمان عفونت اولیه، نوزادان به طور خاص برای ابتلا به عوارض مهلک HIV مستعد ترند. یافته های بالینی عبارتند از: کاهش وزن، بزرگی کبد و طحال و اختلالات رشدی.

## AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome)

ایدز به معنی نشانگان نقص ایمنی اکتسابی است. ایدز یک بیماری پیش رونده و قابل پیشگیری است. این بیماری حاصل تکثیر و پیروسی به نام اچ آی وی در بدن میزبان است که باعث تخریب جدی دستگاه ایمنی بدن انسان می گردد و خود زمینه ساز بروز عفونت های موسوم به فرصت طلب است که یک بدن سالم عموماً قادر به مبارزه با آنهاست و در نهایت پیشرفت همین عفونت ها منجر به مرگ بیمار می گردد به طوری که بیماری سسل عامل اصلی مرگ و میر در میان مبتلایان به ایدز در سراسر جهان می باشد.

## راه های انتقال عامل بیماری

ویروس اچ آی وی از این راه ها ممکن است از یک فرد مبتلا به فرد سالم منتقل شود:

۱- انتقال خونی؛ از راه تزریق فرآورده های خونی آلوده، استفاده از سرنگ مشترک (در معتادان تزریقی)، انتقال در کارکنان بهداشتی (Needle Stick).

۲- انتقال عمودی؛ از مادر به نوزاد که شایعترین راه انتقال در افراد مبتلا بوده است.

۳- انتقال جنسی؛ یکی از شایع ترین راه های انتقال برقراری رابطه جنسی حفاظت نشده است. در صورت وجود بیماری های آمیزشی احتمال انتقال بیشتر می شود.

\* به علت عدم ثبات این ویروس در هوای آزاد، انتقال از روش هایی همچون تماس پوستی و دهانی مشاهده نشده است.

## نشانه ها و عوارض

پس از ورود اچ آی وی به بدن اولین علائم به صورت یک سندرم شبه سرما خوردگی به همراه بزرگ شدن غدد لنفاوی عارض می شود که معمولاً این علائم بهبود یافته و ویروس به حالت نهفته در بدن باقی می ماند. این مرحله که در آن فرد حامل بیماری تلقی شده ولی علائمی نشان نمی دهد ممکن است تا ده سال و بیشتر به طول بیانجامد. در مرحله آخر، این بیماری با نقص سیستم ایمنی به علت فعالیت بالای ویروس و کاهش لنفوسیت های نوع T در خون مشخص شده که ایدز نامیده می شود. در این مرحله بدن در معرض عفونت های فرصت طلب ناشی از باکتری ها، ویروس ها، قارچ ها و انگل هایی قرار می گیرد که در افراد سالم معمولاً به آسانی مهار می شوند. این بیماری تقریباً همه ارگان های بدن را درگیر می کند. هم چنین افراد مبتلا ریسک بالایی برای ابتلا به سرطان های مختلف نظیر سارکوم کاپوزی، سرطان گردن رحم و لنفوم دارند. به علاوه علائم سیستمیک عفونت نظیر تب، تعریق

# تغذیه و سلامتی

## ۹ گیاه مفید برای سوء هاضمه

### ۱. رازیانه، تخم رازیانه

رازیانه حاوی ماده‌ای موسوم به "آنتول" است که در تحریک ترشحات معده و دستگاه گوارش نقش دارد.

رازیانه همچنین حاوی اسید اسپارتیک است که به عنوان یک ماده ضد نفخ عمل می‌کند و به همین خاطر برخی افراد عادت دارند که بعد از هر وعده غذا، دانه‌های رازیانه را بجوند.

### ۲. نعنا

گیاه دیگری که برای مشکلات گوارشی بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرد، نعنا است. نعنا



به عنوان درمانی موثر برای سوء هاضمه، سوزش سردل، نفخ و درد معده و دستگاه گوارش مورد استفاده قرار می‌گیرد. این گیاه مفید همچنین اشتها را تحریک می‌کند و در درمان حالت تهوع و سردرد موثر است.

### ۳. زنجبیل

این گیاه از ۲۰۰۰ سال قبل تا کنون برای درمان کلیه اختلالات هضم مورد استفاده بوده است. زنجبیل حاوی یک ماده فعال به نام "جینگرول" است که طعم گرم و تند این چاشنی را ایجاد می‌کند و خواص تحریک کننده و درمانی دارد. این چاشنی با بهبود عملکرد آنزیم‌های گوارشی به بهبود عملکرد سیستم هاضمه بدن کمک می‌کند.

### ۴. زردچوبه

زردچوبه برای درمان درد معده، اسهال، گازهای روده‌ای و نفخ معده بسیار مناسب است.

### ۵. بادرنجبویه

این گیاه از خانواده نعناست و از زمان‌های قدیم برای درمان استرس، بی‌خوابی، کم‌اشتهایی و تسهیل در هضم غذا استفاده می‌شده است.

### ۶. برگ کنگر

این گیاه موجب تحریک کبد و صفرا می‌شود که این دو عضو به نوبه‌ی خود نقش موثری در گوارش دارند.

### ۷. دارچین

دارچین به هضم مواد غذایی کمک می‌کند. سایر موارد مصرف این گیاه عبارتند از درمان سردرد، التهابات پوستی، اضطراب و تهوع، اسهال، دردهای قاعدگی و نفخ.

### ۸. فلفل هندی

کمی گیج کننده به نظر می‌رسد که یک چاشنی نتیجه عکس داشته باشد. تا آنجا که تحقیقات نشان می‌دهد اغلب چاشنی‌ها موجب تحریک دستگاه گوارش می‌شوند، ولی فلفل هندی موردی استثنا به نظر می‌رسد و بر عکس ادویه‌جات تند، نقش موثری در از بین بردن نفخ، درد و حالت تهوع دارد.

### ۹. برگ بو

گیاه بعدی برگ بو است که برای درمان سردردهای میگرنی و کاهش استرس و اضطراب کاربرد مفید دارد. به علاوه به دستگاه هاضمه هم کمک می‌کند و خاصیت سم‌زدایی دارد.

\* نکته:

علی‌رغم تمامی فواید ذکر شده، مصرف این گیاهان باید به میزان مناسب و در حد متعادل باشد، به خصوص برای زنان باردار، شیرده و یا افرادی که در حال مصرف دارو هستند.

## مغز بادام از دیابت پیشگیری می‌کند

متخصصان تغذیه در آمریکا تاکید کردند افرادی که نتایج تست انسولین آنها غیر عادی بوده و در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند، می‌توانند با افزودن بادام به رژیم غذایی خود از بروز دیابت پیشگیری کنند.

بر اساس مقاله جدیدی که در مجله کالج تغذیه آمریکا منتشر شده، این مغز روغنی خطر ابتلا به دیابت را کاهش می‌دهد.

پیش از این نیز مطالعات تاکید کرده بود که مغز بادام در زمینه‌های دیگر مانند سلامت قلبی و عروقی و متابولیسم مفید است.

بادام از بین مزایای بسیاری که دارد در بهبود وضعیت کلسترول خون بسیار سودمند و پرخاصیت است.

متخصصان دانشگاه پزشکی و دندانپزشکی نیوجرسی دریافته‌اند که رژیم غذایی غنی از بادام در افرادی که مبتلا به عارضه پیش دیابت هستند از بروز دیابت جلوگیری می‌کند.

این متخصصان پس از ۶ هفته آزمایش روی دو گروه از شرکت کنندگان دریافتند در گروهی که در رژیم غذایی آنها بادام گنجانده شده بود از نظر حساسیت انسولینی بهبودی چشمگیری حاصل شد. در این افراد هم چنین سطح کلسترول بد خون

کاهش پیدا کرد.

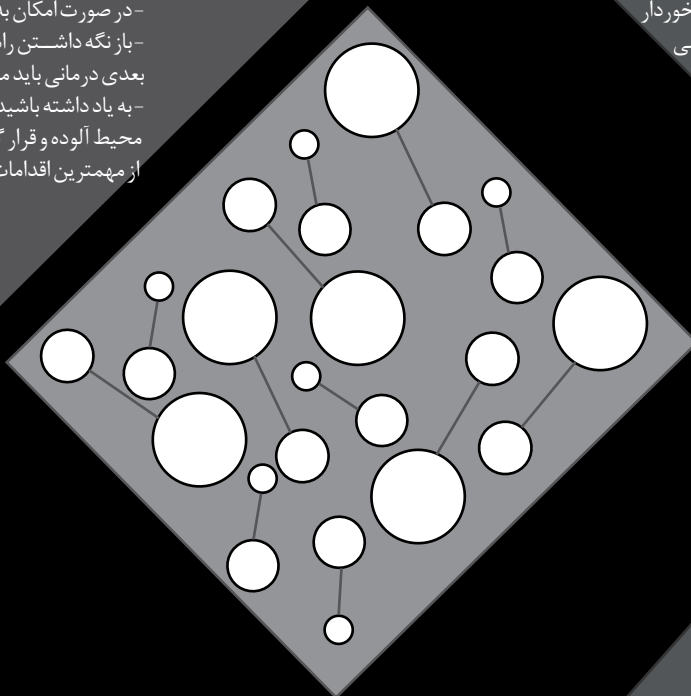
با گاز CO به شمار می روند که در نهایت فرد دچار تنگی نفس شده و فوت می کند.

### گروه های در معرض خطر

تمامی افراد در معرض خطر قرار دارند ولی کودکان، زنان باردار و سالمندان جزو گروه آسیب پذیر و در معرض خطر بیشتری با منواکسید کربن هستند و علائم مسمومیت در آنها سریع و با شدت بیشتری ایجاد می شود. همچنین غلظت گاز منواکسید کربن در فضای اتاق، در ایجاد مسمومیت بسیار موثر است.

### چگونگی برخورد با فرد مسموم شده با گاز CO

- فرد مسموم را از محیط آلوده به هوای آزاد منتقل کنید.
- یقه پیراهن و کمربند و لباس های تنگ او را باز کنید.
- در صورت امکان به فرد مسموم اکسیژن دهید.
- باز نگه داشتن راه هوایی و تماس با اورژانس در مراحل بعدی در مانی باید مورد توجه قرار گیرند.
- به یاد داشته باشید که خارج کردن فرد مسموم از محیط آلوده و قرار گرفتن در محیط باز از مهمترین اقدامات محسوب می شوند.



گاز منواکسید کربن بی رنگ و بی بو بوده و بر اثر احتراق ناقص تولید می شود. بخاری، آبگرمکن، شومینه و اجاق گازهایی که سیستم تهویه نامناسب (دودکش) دارند، عامل مسمومیت با گاز CO می باشند.

### اصول ایمنی و پیشگیری از گاز گرفتگی و مسمومیت با منواکسید کربن

کنترل و انسداد منافذ مسیر دودکش قبل از راه اندازی بخاری بهترین راه پیشگیری از بروز حوادث مسمومیت به شمار می رود. دقت و توجه به داغ بودن دودکش نیز بهترین آزمایش سلامت دودکش است. همچنین داشتن کلاهک مخصوص برای دودکش در پشت بام برای جلوگیری از عدم بروز خاموشی بخاری و به دنبال آن انتشار گاز CO از اهمیت بالایی برخوردار است. فراموش نکنید استفاده از وسایل گرمایشی استاندارد در پیشگیری از این مسمومیت از اهمیت بالایی برخوردار است. بخاری های بدون دودکش به هیچ عنوان از تولید گاز CO جلوگیری نمی کنند.

### علائم مسمومیت

#### با گاز منواکسید کربن

علائم مسمومیت با گاز منواکسید کربن شامل طیف وسیعی از علائمی است که در بیماری های مختلف دیده می شوند. متأسفانه بسیاری از این علائم شبیه علائم سرماخوردگی است و اکثر افراد فکر می کنند به دلیل سردی هوا دچار سرماخوردگی شده و سعی در خوابیدن می کنند. ابتلای تمام افراد خانواده به علائمی شبیه آنفلوآنزا، بروز مسمومیت در افراد را نشان می دهد.

- سردرد
- ضعف جسمانی
- سرگیجه و بی قراری
- تهوع و استفراغ
- خمیازه کشیدن بیش از حد
- کاهش دید
- حالت خواب آلودگی شدید، کسلی، خستگی و کاهش قدرت عضلانی
- از جمله علائم اولیه مسمومیت با گاز CO به شمار می روند. چنانچه افراد در این مرحله متوجه چنین علائمی شدند، با خارج شدن از فضای آلوده می توانند از پیشرفت مسمومیت پیشگیری کنند.

### علائم مراحل پایانی و نزدیک به مرگ

- کبودی دست، دور لبها و نوک انگشتان از علائم پایانی مسمومیت

# مسمومیت با گاز منواکسید کربن (CO)

صبا شیرزور  
کارشناس پرستاری

# رنگ درمانی

دکتر نیلام امینی

اثر رنگ ها بر حیات آدمی، از ابتدای پیدایش آن یعنی زمانی که زندگی تحت تأثیر تاریکی و روشنایی قرار داشت، از اهمیت به سزایی برخوردار بود. در اوایل سده ی بیستم پژوهش هایی پیرامون رنگ درمانی در ارو یا انجام گرفت. طی این بررسی ها مشخص شد کیفیت ارتعاشی رنگ هایی که از اشکال معین متأثر هستند، می تواند بر روی جانداران، اثرات ویرانگر یا سازنده داشته باشد. نفوذ رنگ ها و اثر گذاری آن ها در بدن انسان به طرق گوناگون ثابت شده است. طی پژوهش های جدید در سال های اخیر، گزارش شده است که استفاده دقیق از رنگ هایی خاص می تواند آثار مفید در سلامتی و تعادل فکر، آرامش جسمی و روانی، بازیابی سریع تر تندرستی در دوران نقاهت و تحریک یا تشویق مثبت کودکان کم هوش داشته باشد.

در سال ۱۹۴۰ یک دانشمند روسی به نام کرو کف اظهار داشت رنگ سرخ، بخش سمپاتیک دستگاه عصبی خود کار و رنگ آبی، قسمت پاراسمپاتیک این دستگاه را تحریک می کند. یافته های او در سال ۱۹۵۸ توسط دانشمندی دیگر به نام جرارد مورد تأیید قرار گرفت به موجب این مطالعات، رنگ قرمز به تندخشمی (تحریک پذیری) و در پی آن به اضطراب می انجامد. در حالی که رنگ آبی سبب تسکین و احساس آرامش می شود. در ضمن بر اثر نور قرمز و آبی، میزان فشار خون به ترتیب افزایش و کاهش می یابد. بر اساس خواص درمانی رنگ آبی، در مورد استفاده از این رنگ به عنوان مداوا کننده ی امراض گوناگون، پیشنهادهایی ارائه شد.

رنگ های خاص بی تردید آثار اقتصادی (فروش تولیدات، خدمات)، اجتماعی (کسب اعتماد و احساس رضایت، یا تحریک و تشویق توده های مردم و بسیاری موارد دیگر)، جنسی (تحریک یا جذب جنس مخالف)، روانی (خوشحالی یا افسردگی)، تعلیمی و تربیتی (به ویژه برای کودکان) و ... دارند.

محبوب ترین رنگ ها بین عامه مردم غرب رنگ آبی است. پس از آن رنگ سرخ است. نفرت انگیزترین رنگ، بنا به تحقیق روانشناسان رنگ زرد است. چندی پیش در انستیتوی هنر های معاصر لندن، درون سه تالار راسه رنگ متفاوت زدند و در هر سه آن ها تعدادی اسباب بازی های فکری قرار دادند. حاصل این که پس از چند روز افرادی که در تالار زرد رنگ گرد می آمدند، همه اسباب بازی های فکری آن تالار را یا شکستند یا دزدیدند، ولی چنین پدیده هایی در دو تالار دیگر اتفاق نیفتاد. هیچ توضیحی برای چنین رفتار ناپسندی به غیر از رنگ تالار یافت نشد. این دستاورد پژوهشی زمینه فرضیه پردازای های روانشناختی و جامعه شناختی شده، از آن جمله، تعداد و چگونگی تنه کاری در هر خیابان شهر، بستگی به رنگ نور چراغ های آن خیابان دارد. پاسخ قطعی به این گونه مسائل نظری را پژوهش های بیشتر مشخص خواهند کرد.

پاره ای از رنگ های ویژه، قابل اندازه گیری و پیش بینی بر روی دستگاه عصبی هستند. بدین معنا که فشار خون، نبض و تعداد تنفس تحت تابش نور سرخ، نارنجی و زرد به ترتیب دچار افزایش شدید، متوسط و کم می شوند و همین نشانه ها زیر نور سیاه، آبی و سبز به کاهش شدید، متوسط و کم می انجامد. امروزه نور سفید در مداوای سرطان ها، بی اشتها، بی خوابی، اعتیاد به الکل، دارو و بسیاری موارد دیگر به کار می رود.

نور آبی در درمان یرقان نوزادان اثر فراوانی داشته و همین طور در درمان روماتیسم مفصلی (آرتریت روماتوئید) کاربرد دارد. بر اساس پژوهش های انجام یافته، بیشتر کسانی که در دوره های متعدد، حداکثر تا پانزده دقیقه، در معرض تابش نور آبی قرار گرفتند، کاهش درد را حس کردند. در نتیجه معلوم شد که تقلیل درد به هر دو عامل یعنی نور آبی و مدت زمان تماس با آن بستگی دارد. نور آبی در بهبود بافت های مجروح و پیش گیری از پیدایش زخم، درمان سرطان، توده های خوش خیم و نیز بیماری های پوست و ریه تأثیر دارد. از سوی دیگر، طیف کامل نور یعنی نور سرخ، در مداوای سردرد های میگرنی و سرطان مؤثر است.

رنگ صورتی به تسکین و آرامش فرد می انجامد و رفتار های پر خاش جویانه و دلپره آمیز را مهار می سازد. استفاده از رنگ صورتی در نقاشی دیوارها به مهار رفتارهای مهاجمانه ی منتهی می گردد. برعکس از رنگ زرد موجب افزایش تحریک پذیری می شود.



کار ما نیست شناسایی «راز» گل سرخ،  
کار ما شاید این است  
که در «افسون» گل سرخ شناور باشیم

من به آغاز زمین نزدیکم  
و خدایی که در این نزدیکی است  
لای این شب بوها، پای آن کاج بلند  
روی آگاهی آب، روی قانون گیاه

**هر کجا هستیم، باشم  
آسمان مال من است  
پنجره، فکر، هوا، عشق، زمین، مال من است  
چه اهمیت دارد گاه اگر.....**

عشق پیدا بود  
موج پیدا بود  
برف پیدا بود  
دوستی پیدا بود

**زندگی خالی نیست  
مهربانی هست، سیب هست  
ایمان هست**

سهراب سپهری نقاش و شاعر معاصر ایرانی، در پانزدهم مهر ماه سال ۱۳۰۷ شمسی در کاشان متولد شد.

دوران ابتدایی و متوسطه را سهراب در کاشان گذراند. در شهریور ۱۳۲۷ در امتحانات ششم ادبی شرکت نمود و دیپلم دوره دبیرستان خود را دریافت کرد. سپس به تهران آمد و در دانشکده هنرهای زیبای دانشگاه تهران به تحصیل پرداخت. سپهری در سال ۱۳۳۰ نخستین مجموعه شعر نیمایی خود را به نام «مرگ رنگ» منتشر کرد. سهراب در آغاز کار شاعری تحت تأثیر شعرهای نیما بود، اما بعد ها سبک او دست خوش تغییراتی می شود و شعرش با دیگر شاعران هم دوره ی خویش متمایز می گردد. سپهری در سال ۱۳۳۲ از دانشکده هنرهای زیبا فارغ التحصیل شد و به دریافت نشان درجه اول علمی نایل آمد. در همین سال دومین مجموعه اشعار خود با عنوان «زندگی خوابها» را نیز منتشر کرد. از جمله سایر مجموعه شعرهای سهراب سپهری می توان به مجموعه های «زندگی خوابها»، «آوار آفتاب»، «شرق اندوه»، «صدای پای آب»، «مسافر»، «حجم سبز»، «ما هیچ مانگه» و مجموعه هشت کتاب «اشاره نمود». سهراب سپهری در غروب یکم اردیبهشت ماه سال ۱۳۵۹ در بیمارستان پارس تهران به علت ابتلا به بیماری سرطان خون درگذشت. صحن امامزاده سلطان علی روستای مشهد اردهال واقع در اطراف کاشان میزبان ابدی سهراب گردید.



# برنده نوبل پدر «نوزاد آزمایشگاهی» شد



رابرت جی ادواردز، دانشمند ۸۵ ساله انگلیسی که پدر نوزاد آزمایشگاهی به حساب می آید، به خاطر کارهایش در زمینه لقاح آزمایشگاهی (IVF)، که نقطه عطفی در پزشکی می باشد، برنده نوبل پزشکی ۲۰۱۰ شد. دکتر ادواردز با ابداع روش IVF به میلیون ها زوج نابارور کمک کرد تا دارای فرزند شوند.



انجمن نوبل در سوئد درباره ادواردز گفت: دستاوردهای او درمان ناباروری را امکان پذیر کرد، عارضه ای که بیش از ده درصد زوج ها در جهان به آن مبتلا هستند. به رشد خود ادامه دهد و نهایتاً به صورت یک نوزاد درآید. او از همان زمان می دانست این روش برای نوزاد آزمایشگاهی ایجاد این روش را ابتدا در دهه ۱۹۵۰ با بررسی سلول های زایا در حیوانات آغاز کرد. اواز همان زمان اولین نوزاد آزمایشگاهی در سوئد متولد شد. او در سال ۱۹۶۰ به طور طبیعی به دنیا آمد. والدین او ۹ سال بعد از آن نوزاد را به دنیا آوردند. اما بدلیل مسدود بودن لوله های تخمدانی مادر نمی توانستند. این زوج هنگامی که درباره پژوهشی شنیدند که به وسیله نازایی خواهد بود، رابرت ادواردز و متخصص زنان پاتریک استپتو (همکار دکتر ادواردز که در سال ۱۹۸۸ درگذشت) در حال انجام بود، برای اولین نتایج بهترین شاهد در مورد ایمنی و موفقیت درمان با IVF می باشد. امروزه ۳۰ تا ۴۰ درصد تخمک های بارور شده بوسیله IVF به تولد نوزاد منتهی می شوند. هانسون، عضو هیات داوران نوبل می گوید: پیگیری های دراز مدت نشان داده است که کودکان حاصل از IVF به همان اندازه کودکان دیگر سالم هستند. به گفته او این نتایج بهترین شاهد در مورد ایمنی و موفقیت درمان با IVF می باشد.

**خواندنی های درباره جایزه نوبل پزشکی**  
از سال ۱۹۰۱ تا کنون ۱۰۱ جایزه نوبل پزشکی اعطاء شده است. از بین ۱۹۶ برنده نوبل پزشکی فقط ۳۸ نفر به توسط دو دانشمند موفق به دریافت این جایزه شده اند و در ۳۱ دوره این جایزه دریافت شده است. در ۳۲ سال دیگر این جایزه مشترکاً توسط سه دانشمند جوان ترین برنده این جایزه هم پیتون روز است که در هنگام دریافت جایزه نوبل پزشکی سال ۱۹۲۳ و در سن ۳۲ سالگی موفق به دریافت این جایزه شد. از بین ۱۸۷ برنده نوبل پزشکی تاکنون، فردریک جی بانتینگ است که در سال ۱۹۲۳ مسن ترین برنده نوبل پزشکی سال ۱۹۸۲ (۹۸۲) به تنهایی با فرزند پسر خود که در هنگام دریافت جایزه نوبل پزشکی سال ۱۹۸۶ (۱۹۸۶) با یک پسر ۲۰۱۰ صد و یکمین سالگرد تولد خود را جشن گرفت. اما پسر ۲۰۱۰ برنده نوبل پزشکی، رینالوی برنده نوبل سال ۱۹۸۶ است که در ۲۳ آوریل ۲۰۱۰ صد و یکمین سالگرد تولد خود را جشن گرفت.

# نخستین ماه به انسان

مشاور رئیس بیمارستان در مدیریت خدمات پرستاری  
طاهره رسولی

ماه تنها قمر سیاره زمین است. میانگین فاصله ماه تا زمین ۳۸۴،۴۰۳ کیلومتر می باشد. کره ماه نزدیکترین جرم آسمانی به زمین محسوب می شود.

ماه و زمین به طور هم زمان و حدود ۴/۵ میلیارد سال پیش شکل گرفتند. این که ماه دقیقاً چگونه به وجود آمده هنوز معلوم نشده است. نظریه ای که بیش از سایر نظریه ها پذیرفته شده این است که ماه از برخورد یک سیارک به اندازه مریخ به زمین به وجود آمده است.

ماه از همان زمانهای اولیه با سرعتی برابر ۳۶۵۹ کیلومتر در ساعت به دور زمین در حال گردش بوده است. در اثر این حرکت گردش، یک نیروی گریز از مرکز به سمت خارج ایجاد می شود، که درست به اندازه نیروی گرانش زمین که به سمت داخل کشش دارد، می باشد. این دو نیروی مخالف، اثر یکدیگر را به طور متقابل خنثی می کنند، به نحوی که ماه همواره بر مدار خود باقی می ماند و بر روی زمین سقوط نمی کند.

نشریه لایوساینس در گزارشی به بررسی افسانه هایی در رابطه با تأثیر ماه کامل بر انسان پرداخته و بارانه نتایج مطالعات متعدد، و وجود چنین تأثیری بر انسان را رد می کند. در واقع از سالها پیش مطالعات فراوانی به منظور بررسی ارتباط میان ماه کامل و رفتارها و بیولوژی انسانی انجام گرفته که اکثر این مطالعات موفق به اثبات هیچ ارتباطی نشده است و برخی از آنها نیز روابط کوچکی را کشف کرده اند که اثبات آنها نیازمند مطالعات بیشتری است.

**ماه، جزر و مد و انسان:** ۷۵ درصد بدن انسان از آب تشکیل شده است و به همین دلیل این سؤال معمولاً پیش می آید که آیا پدیده جزر و مد بر روی بدن انسان تأثیری دارد یا خیر؟ ماه به همراه خورشید عامل شکل گیری جزر و مد در اقیانوسها به شمار می روند و تأثیر این پدیده بر روی زمین به حدی است که پوسته زمین تحت تأثیر آن روزانه دچار کشش می شود.

اما جزر و مد پدیده ای است که در مقیاسی بسیار بزرگ و به دلیل تفاوت گرانشی دو جرم در کنار یکدیگر صورت می گیرد در حالیکه ماه تفاوت گرانشی قابل اندازه گیری نسبت به بدن انسان ندارد. حتی تأثیر جزر و مد بر روی بزرگترین دریاچه های زمین نیز بسیار کوچک اندازه گیری شده است. بنابراین پدیده جزر و مد نمی تواند کوچکترین تأثیری در مقیاسهای کوچکی مانند بدن

انسان داشته باشد.

محققان محاسبه کرده اند زمانی که مادری فرزندش را در آغوش می گیرد، فشاری که به بدن کودک وارد می شود ۱۲ میلیون بار از فشاری که ماه برای ایجاد جزر و مد می تواند به بدن کودک وارد کند بیشتر است. همچنین در صورتی که ماه کوچکترین تأثیر گرانشی بر روی بدن انسان داشت یکی از نتایج عینی آن از دست رفتن تعادل انسانها بر روی زمین برای دوبرابر در روز بود.

**صرع:** گزارش سال ۲۰۰۴ نشریه Behavior Epilepsy نشان می دهد با وجود این که برخی از بیماران معتقدند صرع تحت تأثیر طلوع ماه کامل بوجود می آید، هیچ ارتباطی میان حملات صرعی و ماه کامل وجود ندارد.

**نتیجه جراحی:** برخی معتقدند جراحان و پرستاران در شب هایی که ماه کامل است تسلط خود را در هنگام جراحی از دست می دهند که این نظریه بر اساس مطالعه ای که در سال جاری منتشر شده است به کلی غیر قابل پذیرش است. در واقع نتیجه این مطالعه نشان می دهد ریسک انجام جراحی در هر زمانی از روز، فصل سال یا ماه برای بیمار برابر است.

**بی خوابی:** محققان در سال ۱۹۹۹ اعلام کردند قبل از آغاز نورپردازی های شهری مدرن، نور ماه یکی از مؤثرترین منابع نور بوده است که چرخه خواب و بیداری انسان ها را تحت تأثیر قرار می داده. به این شکل در شب هایی که ماه کامل بوده نور آن شدت بیشتری داشته، می توانسته مانع از خواب برخی از افراد شود که این بی خوابی نیز در ادامه تأثیراتی بر روان انسان ها داشته است. **خونریزی:** بنا به بعضی خرافات رایج، ماه همانطور که جزر و مد دریا را اداره می کند جریان خون را نیز کنترل می نماید. در آن روزگاران که حمامت یک نوع درمان طبی متداول بود، معمولاً این کار وقتی انجام می شد که ماه از بدر به تریب می رفت، زیرا اعتقاد بر این بود که وقتی نور فزونی می یابد و مد شروع به بالا آمدن می کند، جاری نمودن خون خطرناک است.

**ماه زدگی:** شبهه های مهتابی خاصیتی دارند که روی بعضی از مردم به صورت های عجیب اثر می گذارد.

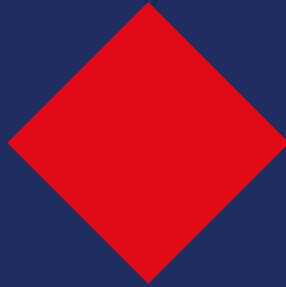
خود لغت «ماه زده» ارتباط مستقیمی را میان ماه و دیوانگی القامی کند. در زبان انگلیسی و فرانسه به دیوانگان «لوناتیک» (ماه زده) گفته می شود. در گذشته این خرافه را آن چنان مسلم می پنداشتند که حتی یک بار در قانون نیز وارد نموده اند. دو بیست سال قبل قانون

انگلستان تمایزی قائل بود میان آنان که «دیوانه» اند، یعنی بیماران روانی قدیمی و غیر قابل علاج، و آنها که «ماه زده» (لوناتیک) بوده و لذا فقط مستعد اختلال مشاعری هستند که از ماه پدید می آید. جنایاتی که توسط دسته دوم به هنگام بدر ماه انجام می شد در دادگاه ها از تخفیف مجازات برخوردار می گردید. مدیران تیمارستانها همواره از اثر ماه بر ساکنان «ماه زده» تیمارستان می ترسیدند و در شبهایی که ماه کامل بود، از خروج کارمندان خود جلوگیری می کردند.

لئونارد رایتز، عصب شناس و پزشک مشاور امراض روانی، ارتباط فیزیولوژیک مستقیمی میان انسان و ماه کشف کرده است که می تواند این وابستگی ها و ارتباطات را توضیح دهد. او سالیان درازی به کار اندازه گیری اختلاف پتانسیل الکتریکی میان سر و سینه بیماران روانی مشغول بود. او از عابرینی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند نیز همین آزمایش را به عمل آورد و کشف کرد که همه مردم دارای طرحی دوره ای هستند که هر روز

تغییر می کند و بزرگترین مقدار اختلاف پتانسیل میان سر و سینه زمانی به وجود می آید که ماه کامل است، و به خصوص در مورد بیماران روانی این اختلاف عمیق تر مشاهده می شود. رایتز عقیده دارد که چون ماه میدان مغناطیسی زمین را درگردد می کند، این تغییرات بحران های روانی را در اشخاصی که تعادل روانی شان از قبل تا حدودی متزلزل بوده است تشدید می نماید. ما، علاوه بر جنبه های مختلفی که داریم از یک جنبه شبیه ماشینیهای الکتریکی هستیم که منابع انرژی درونی مان ممکن است توسط عوامل کیهانی، مانند نیروهای که بوسیله ماه اعمال می شوند و دست اندر کار تشدید عدم تعادلها و تعارضهای موجود می باشند، تحریک شوند.

تحقیقات برای کشف روابط فیزیولوژیک احتمالی دیگر میان انسان و ماه همچنان ادامه دارد.



## BENT AL HODA HOSPITAL

دارای بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی

ارولوژی

چشم پزشکی و لیزر چشم

زایشگاه

زنان و زایمان

زایمان بی درد

گوش حلق و بینی

جراحی عمومی

ارتوپدی

داروخانه

نوزادان و (NICU)

اورژانس شبانه روزی

درمانگاههای تخصصی

رادیولوژی و سونوگرافی

آزمایشگاه تشخیص طبی

تست ورزش و اکو قلب

سنگ شکن

دیالیز

جراحی لاپاراسکوپی و لیبوساکشن

لیزر پوست و کاشت مو

جراحی مغز و اعصاب

ICU





---

ایران - مشهد - خیابان بهار

تلفن: ۵-۸۵۹۰۰۵۱-۵۱۱

تلفن و فاکس مستقیم مدیریت: ۵-۸۵۱۸۱۱۴-۵۱۱

تلفن ارتباط ۲۴ ساعته باریاست بیمارستان: ۰۹۱۵۱۵۷۹۰۰۴

Baharst.Mashhad-Iran

Tel: +985118590051-5 Fax: +985118518115

Email: bentolhodahospital@yahoo.com

www.benthospital.com

---

