

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

⁴ Soleimanpour H., et al. Role of anesthesiology curriculum in improving bag-mask ventilation and intubation success rates of emergency medicine residents: a prospective descriptive study. *BMC Emerg Med.* 2011 Jun 16;11:8.

پارا کلینیک در روماتولوژی

دکترعلی اصغر ابراهیمی
دانشیار بیماری‌های داخلی - روماتولوژی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
aliaebrahimi@yahoo.com



روماتولوژی؛ شناخت بیماری‌های روماتیسمی یعنی تشخیص، درمان و پیگیری این دسته از بیماری‌هاست. بیماری‌های روماتیسمی اکثراً دارای خواص زیر هستند:
سپستیمیک یا مولتی سیستم و یا مولتی ارگان هستند، اغلب سیر مزمن یا پیش‌رونده دارند، بیماری‌های شایع و همه‌گیر هستند، در صورت تأخیر تشخیص، موربیدیتی و حتی مورتالیتی دارند، در تمام سنین (از بچگی تا سنین بالا) دیده می‌شوند؛ اما متأسفانه این بیماری‌ها اغلب اوقات زنان و مردان را در جوانی یا میان سالگی درگیر می‌کنند؛ یعنی در زمان حداکثر کارآمدی، فعالیت و باروری آنها را مبتلا می‌کنند.
باتوجه‌به خصوصیات فوق؛ پرواضح است که بیماری‌های روماتیسمی، در بیشتر موارد بار سنگین مالی بر خانوادهٔ بیماران و سیستم سلامت جامعه تحمیل می‌کنند و این موضوع مهم؛ ارزش تشخیص به‌موقع و درمان باکفایت و فالوآپ هدفمند این بیماری‌ها را وسط می‌سازد.
درست است که مثل همهٔ بیماری‌ها در بیماری‌های روماتیسمی نیز اساس تشخیص عبارتست از: معاینهٔ دقیق و کامل و اخذ هیستوری خوب و جمع‌بندی تمام یافته‌های بالینی و سپس توجه به نتایج آزمایشگاهی به‌دست‌آمده. اما رسیدن به تشخیص صحیح و به‌موقع یک بیمار روماتیسمی، کمی و گاهی خیلی مشکل است. چرا که لازم‌ه‌اش اخذ تاریخچهٔ همه‌جانبه و معاینهٔ کامل تمام سیستم‌های بدن بیمار است. یعنی خیلی ساده‌تر اینکه مثلاً بدون سؤال یا معاینهٔ سیستم گوارش یا دستگاه تنفسی و پوست و چشم و حتی گوش و حلق فرد بیمار، امکان دستیابی به تشخیص منطقی و زودهنگام در یک بیمار روماتیسمی وجود ندارد. البته پس از این معاینات فراگیر، گفته شده نوبت به مرحلهٔ مهم دیگری می‌رسد که عبارتست از گزینهٔ برتر و به‌صرفه‌تر و منطقی از میان آن‌بوه تست‌های پاراکلینیک روتین یا اختصاصی می‌باشد. در این مرحلهٔ مهم و تعیین‌کننده لازم است به چند نکتهٔ زیر به‌خوبی توجه شود - :
انتخاب پاراکلینیک از ایده‌های کلینیکی در مورد هر بیمار صورت می‌گیرد پس لازم است که به دلایل مختلف از درخواست‌های کلی و کلان یا رندوم آزمایشگاهی خودداری کنیم. چرا که چنین درخواست‌هایی حاصلی جز صرف هزینه و وقت زیادی بی‌مورد نداشته و حتی سبب بروز سردرگمی بیشتر و احیاناً آذربست‌دادن «فرصت طلایی» در تشخیص و درمان بیماران می‌گردد. . نباید فکر کنیم تنها تست‌های کاملاً اختصاصی سرولوژی، ایمونولوژی و یا مثلاً ام‌آرآی و... است که ما را به تشخیص می‌رساند و امکان شروع به‌موقع درمان باکفایت را فراهم می‌سازد - .
آزمایش‌های روتین و غیراختصاصی نیز در وهلهٔ اول می‌توانند در تشخیص بیمار روماتیسمی کمک‌کننده و مفید باشد از جمله :

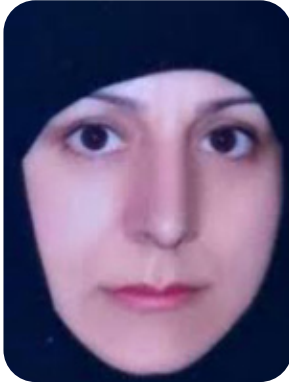
CBC ,diff, FBS, Cr, Urea, LFT, TS, Ca, P, Tg, Cholesterol, Serum Vit D۳ ,ESR, CRP ,Uric acid, Urine analysis, Serum Vit D۳
مثلاً تغییرات CBC ازجمله لکوسیتوز، لکوپنی، لنفوپنی، نوتروپنی، انورینوفیلی، ترومبوسیتوز یا ترومبوسیتوپنی
آتمی و تغییرات اندکس‌های گلبولی.
هر گونه اینورمالی در آنالیز اداری مثل پروتئینوری، لکوسیتوز، هماجوری تروام با افزایش سطح ESR یا CRP یا هر دو می‌تواند کمک قابل‌توجهی در تشخیص اولیهٔ بیمار روماتیسمی به همراه داشته باشد.
قدم بعدی انتخاب و در خواست تست‌های اختصاصی مورد لزوم بر اساس مجموعهٔ یافته‌های بالینی و نتایج آزمایش‌های اولیهٔ غیراختصاصی می‌باشد. البته این دسته از درخواست‌های ما باید کاملاً با دلیل و در جهت پیگیری سریع تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی مطرح شده در پیش بیمار باشد. البته پاراکلینیک در بیماری‌های روماتیسمی دامنهٔ وسیعی دارد چرا که این بیماری‌ها اغلب مولتی سیستم و فراگیر هستند. گزینش منطقی و باصرفه از میان این همه تست‌ها و راه‌های تشخیصی و توانمندی تفسیر صحیح نتایج به‌دست‌آمده در هر پیش بیمار، خود «علم و هنر دیگری» به شمار می‌رود. زیرا که معاینهٔ فیزیکی و اخذ هیستوریک کامل همان «علم و هنر اصلی» می‌باشد. هر کدام از بیماری‌های روماتیسمی علاوه بر داشتن تکلنی خاص مهم در نتایج آزمایش‌های غیراختصاصی (عمومی)، دارای آزمایش‌های اختصاصی نیز هستند که مجموع یافته‌های بالینی و نتایج دودسته از آزمایش‌های گفته شده؛ تشخیص نهایی را تا حدودی آسان می‌کند. زیرا که هیچ تستی صددرصد اختصاصی وجود ندارد و تفسیر نتایج به‌دست‌آمده همیشه در کنار علائم بالینی بیمار که بادقت هر

چه بیشتر به‌دست‌آمده امکان‌پذیر خواهد بود.
انجام.MRI, PET scan, CT Scan, MRV, MRA.
انواع رادیوگرافی‌های معمولی
... به نوع بیمار روماتیسمی و زمان تشخیص یا تصمیمات به‌موقع درمانی کمک می‌کند.
جایگاه در خواست EMG/NCV در تشخیص اولیه یا عوارض هریک از انواع اختلالات روماتولوژیک منطقی و مفید است.
نهایتاً تصمیم مهم به‌موقع بیوپسی ازسوج مختلف درگیر در جریان انواع بیماری روماتیسمی (از جمله بیوپسی پوست، عضله، اعصاب محیطی، ریه، کلیه و عروق مثل شریان تمپورال و حتی گاهی نسج خود مغز و بیوپسی استخوانی) است که بسیار باید سنجیده و بجا اقدام شود چرا که ممکن است به تشخیص قطعی بیماری کمک کند. ولی باز هم ممکن است نتیجهٔ این کار منفی یا غیر تشخیصی باشد و شاید بیوپسی مجدد را طلب کند و یا با جمع‌بندی کل نتایج آزمایشگاهی و بالینی بیمار لازم باشد که درمان به‌موقع شروع گردد و البته بعد از آن نیز فالوآپ دقیق از بیمار به عمل آید.
جملهٔ آخر اینکه پروسهٔ تشخیص تعدادی قابل‌توجه از بیماری‌های روماتولوژیک، بسی سخت و دشوار است این امر مهم و حیاتی فقط باتکیه‌بر معلومات خوب علمی و داشتن مهارت کافی و انگیزه‌های لازم و صرف حوصلهٔ زیاد امکان‌پذیر خواهد بود. .

درمان و پیگیری نئوپلازی داخل اپیتلیال دهانه رحم

دکتر مریم واعظی
دانشیار آنکولوژی زنان
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:

mva260@yahoo.com



CIN، یک ضایعه پیش بدخیم دهانه رحم است که بر اساس خطر پیشرفت به بدخیمی به‌عنوان درجه پایین (CIN ۱) یا درجه بالا (CIN ۲،۳) طبقه‌بندی می‌شود. در مدیریت بیماران مبتلا به CIN، اهداف شامل موارد زیر است: جلوگیری از پیشرفت احتمالی به سرطان مهاجم و درعین‌حال اجتناب از درمان بیش از حد ضایعاتی که احتمالاً پسرفت می‌کنند. نظارت یا مشاهده برای برخی از بیماران با ضایعات کم‌خطر مناسب است، درحالی‌که درمان با روش اکسیژون یا لاپتایو (فرسایشی) برای بیماران با ضایعات با خطر بالاتر توصیه می‌شود. درمان دیسپلازی با روش‌های فرسایشی یا اکسیژونی کلیدی برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم است. هیستئکتومی به‌عنوان یک درمان اولیه برای CIN غیرقابل قبول است، اما یک گزینه برای بیمارانی است که: درمان ناقص با اکسیژون یا ایلینشن شده یا کسانی که CIN عودکننده دارند. پزشکان و بیماران باید فاکتورهای زیر را هنگام انتخاب رویکرد درمانی در نظر بگیرند. آیا به نمونه تشخیصی نیاز است؟ آیا اکسیژون مؤثرتر از ایلینشن است؟ آیا بارداری آینده موردنظر است؟ آیا اکسیژون عوارض بیشتری نسبت به ایلینشن دارد؟

پیگیری بیماران مبتلا به CIN:

برای بیماران بالای ۲۵ سال:
آزمایش مبتنی بر HPV در ماه ۶ انجام می‌شود.
سیتولوژی دهانه رحم تنها در صورتی قابل‌قبول است که آزمایش مبتنی بر HPV در دسترس نباشد. اگر HPV مثبت باشد، کولیوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود. بر اساس این نتایج مدیریت شود. بر اساس HPV مثبت، آزمایش مبتنی بر HPV باید سالانه به مدت ۳ سال انجام شود. اگر HPV منفی باقی بماند، آزمایش مبتنی بر HPV حداقل تا ۲۵ سال انجام می‌شود. برای بیماران کمتر از ۲۵ سال:
سیتولوژی دهانه رحم در ماه ۶ انجام می‌شود. اگر سیتولوژی دهانه رحم HSIL یا ASC-H باشد، کولیوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود و پیگیری باید انجام شود و بر اساس نتایج باید مدیریت شود. اگر سیتولوژی دهانه رحم LSIL یا کمتر باشد (ASC-US، HPV مثبت) و ادامه داشت، کولیوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود و بر اساس نتایج باید مدیریت شود. اگر سیتولوژی منفی باقی بماند، سیتولوژی احتمالی مطرح شده در پیش بیمار باشد. البته پاراکلینیک در بیماری‌های روماتیسمی دامنهٔ وسیعی دارد چرا که این بیماری‌ها اغلب مولتی سیستم و فراگیر هستند. گزینش منطقی و باصرفه از میان این همه تست‌ها و راه‌های تشخیصی و توانمندی تفسیر صحیح نتایج به‌دست‌آمده در هر پیش بیمار، خود «علم و هنر دیگری» به شمار می‌رود. زیرا که معاینهٔ فیزیکی و اخذ هیستوریک کامل همان «علم و هنر اصلی» می‌باشد. هر کدام از بیماری‌های روماتیسمی علاوه بر داشتن تکلنی خاص مهم در نتایج آزمایش‌های غیراختصاصی (عمومی)، دارای آزمایش‌های اختصاصی نیز هستند که مجموع یافته‌های بالینی و نتایج دودسته از آزمایش‌های گفته شده؛ تشخیص نهایی را تا حدودی آسان می‌کند. زیرا که هیچ تستی صددرصد اختصاصی وجود ندارد و تفسیر نتایج به‌دست‌آمده همیشه در کنار علائم بالینی بیمار که بادقت هر

مجله علمی-پخبری بیمارستان امام رضا (ع) تبریز سال چهارم، شماره اول خرداد۱۴۰۲

آزمایش پیگیری را متوقف کنند.
زمان بارداری آینده؛ مطالعات کمی در مورد مدت زمانی که بیماران باید بعد از درمان منتظر بمانند تا باردار شوند وجود دارد. فاصله زمانی ۳ ماه یا بیشتر بعد از یک عمل اکسیژون تا لقاح پیشنهاد می‌شود.»

HPV و پاتوژن SIL

دکتر بهروز شکوهی
دانشیار پاتولوژی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
b.shokouhi@gmail.com



سرطان سرویکس رنج انسانی و مرگ و میر زیادی ایجاد می کند که نامتناسب با اندازه سرویکس به نظر می رسد. این ناشی از حساسیت خاص منطقه ترانسفورماسیون سرویکس به عفونت HPV است. تقریباً تمام کارسینوم های سرویکس که HPVهای پرخطر (آنکوژنیک) مربوط است. HPVها بر اساس ژنوم ویروسی به ۲۴۰ ژنوتیپ تقسیم می شوند. HPVهای ژنتیال با تماس جنسی منتقل می یابند و شامل دو گروه کم خطر و پرخطر می باشند. HPVهای کم خطر مانند ۶ و ۱۱ با LSIL مرتبط بوده و HPVهای پرخطر مانند ۱۶ و ۱۸ با HSIL و کارسینوم همراهی دارند. HPVهای ژنتیال تمایل به اپنی تلیوم داشته و باید از طریق یک خراش ریز به سلول های بازال برسند. انواع پرخطر بطور ویژه به سلول های سنگفرشی متاپلاستیک پیوستگاه سنگفرش-مشیوری سرویکس تمایل دارند. عفونت HPV دو مرحله خاموش و تکثیری دارد. در عفونت خاموش، DNA ویروسی به شکل اپیزومال مانده و نسخه برداری و ترجمه چندانئ ندارد. ژن های ویروسی زودرس رشد سلولی را تحریک کرده و مانع اپوپتوزیس می شوند. عفونت تکثیری می تواند به بروز منظم ژن های ویروسی منجر شود؛ سلول های سنگفرشی بالغ شده و ذرات ویروسی را تولید و در سطح اپیتلیوم رهاسازی می کنند. این حالت بطور معمول با اثرات سیتوپاتیک ویروسی به نام تغییر کولیوسیتی همراه است. عفونت HPV پرخطر احتمال الحاق ژن های ویروسی را به داخل ژنوم میزبان بیشتر کرده و سبب بروز غیرمنظم آنها می شوند. پروتئین E۶ و E۷ به پروتئین های کدشده توسط TP۵۳ و RB متصل شده و آنها را غیرفعال می سازند. E۶ موجب فتاناپذیری، افزایش رشد سلولی و ناپایداری ژنومی شده و پاسخ ضدویروسی را مختل می کند. پروتئین E۷ نیز اثرات مشابهی دارد اما سیتیزسیم E۶ و E۷ برای غییرشکل بدخیمی ضروری است. عفونت HPV پرخطر در ابتدا ضایعه غیرمهم LSIL را ایجاد می کند. بیشتر عفونت ها در عرض ۱-۲ ماه توسط ایمنی سلولی پاکسازی می شوند؛ اما در اقلیت کوچکی عفونت HPV پرخطر تداوم یافته، و یا بعد از دوره نهنگی درازمدت به HSIL، SCC یا آدنوکارسینوم پیشرفت می کنند. عفونت HPV پرخطر می تواند منجر به بروز سطح بالای p1۶ شده و واکنش هسته ای و سیتوپلاسمی قوی نشان دهد. بنابراین رنگ آمیزی IHC برای p1۶ جایگزینی حساس (۱۰۰٪) برای تشخیص عفونت HPV پرخطر می باشد. بطور تبیینک تمام سلول های ثلت تحتانی رنگ گرفته و به بخش های بالاتر گسترش می یابد، این واکنش کاملاً اختصاصی نبوده و رنگ آمیزی IHC همزمان 7۰-۸۲٪ مفیدتر است که شاخص پرولیفراتیو بالایی نشان می دهد. HPV را می توان با روش های هیبریدیزاسیون اسیدنوکلئیک هم تشخیص داد که با یا بدون تقویت، از DNA یا RNA، به صورت مایع یا آنالیز in situ انجام می شود. این آزمایش ها برای اثبات عفونت HPV در مواردی ارزشمند هستند که اطلاعات بالینی، هیستوپاتولوژی و رنگ آمیزی p1۶ با هم مطابقت ندارند. PCR برای HPV DNA و تعیین ژنو تایپ، ISH برای HPV. آزمایش Hybrid Capture HPV و آزمایش mRNA آنکوپروتئین E۷/E۶ از آن جمله هستند. اینها بسیار حساس هستند، ولی برخی ویژگی ندارند یا پرهزینه می باشند. امروزه غربالگری HPV و وا کسیناسیون، اساسی برای ایجاد کرده که بیماری های ناشی از HPV در فواصل ۳ساله به مدت ۲۵ سال انجام می شود. بیماران با CIN ۱ یا کمتر در نمونه هیستئکتومی و بدون سابقه CIN ۲+ می توانند



درمان های دارویی در کمردرد



دکتر وحیده توپچی زاده
استاد طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
toopchi.v@gmail.com

کمردرد یک سمیوم است و علل زیادی دارد و چهل در صد افراد آن را طی ۱ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. معمولاً درد با یا بدون درمان بهبود می‌یابد. بر اساس مطالعات اغلب درمان‌های انجام شده برای کمردرد خصوصاً کمردرد مزمن اثرات محدودی دارند. بعد از رد علل اولیه کمردرد، فوکوس درمانی باید بر اساس اصلاح طرز زندگی و مراقبت از خود باشد و از درمان‌های مضر و آسیب‌رسان جلوگیری شود. میزان تأثیر درمان‌های مختلف از جمله داروها، ورزش و مانی پو لاسی ون در کمردرد کم یا متوسط است و باعث کاهش درد حدود ۵ تا ۲۰ میلی‌متر در مقیاس بصری درد می‌شود که البته می‌تواند به علت اثر پلاسیبو باشد؛ بنابراین اغلب پزشکان درمان‌های متعدد را هم‌زمان بکار می‌گیرند تا اثر ضد دردی کافی حاصل شود. داروها به طور شایع در درمان کمردرد استفاده می‌شوند. داروهای رایج مورداستفاده شامل ضدالتهاب های غیراسترویدی، شل‌کننده‌های عضلانی، آنتی دپرسانت ها، ایبوپیدها، ضد صرع‌ها، کورتیکوستروئیدها و بنزودیازپین‌ها می‌باشد. نوع داروی مورداستفاده در هر بیمار باتوجه‌به بیماری زمینه‌ای و احتمال عوارض باید انتخاب شود. داروی انتخاب شده باید با دوز کافی و مدت کافی تجویز شود. در صورت عدم کسب نتیجه مطلوب باید داروی دیگر تجویز نمود. در صورت کاهش درد به میزان کافی، ادامه درمان تا دو تا سه هفته به همراه تجویز تمرینات لازم و بازگشت به فعالیت عادی پیشنهاد می‌شود.

نئوپلازی داخل اپی تلیالی سرویکس و پاپ اسمیر



دکتر محمد تقی زاده، دانشیار پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
Mohammadtaghizadeh@gmail.com

نویسندگان کتاب اکرمن توصیه می‌کنند برای نمونه‌های سیتولوژی از ترمینولوژی Bethesda و برای نمونه‌های پاتولوژی سرچیکال از ترمینولوژی LAST Committee (که بر اساس طبقه‌بندی Bethesda است)، استفاده شود. واژه‌ی SIL مقبولیت فراوانی کسب نموده است، ولی هنوز در برخی مراکز از آن استفاده نمی‌شود؛ بنابراین نویسندگان کتاب توصیه می‌کنند که در ابتدا تشخیص بر اساس SIL صورت گیرد و سپس CIN معادل آن در داخل ریزانت ذکر شود. براین‌اساس، LSIL معادل CIN۱ و HSIL معادل CIN۲/CIN۳ در نظر گرفته می‌شوند. این تفاوت‌ها ناشی از آنجاست که می‌توان برخی از موارد CIN۲ را در گروه CIN۱ جای داد. بر همین اساس، نویسندگان کتاب CIN۲ و CIN۳ را از یکدیگر جدا نکرده، از واژه HSIL/CIN۲ (۳/۲) برای تمام ضایعات گرید بالا استفاده می‌کنند. اغلب موارد SIL در ابتدا از طریق سیتولوژی قابل‌تشخیص هستند و پس از آن کولیوسکوپی انجام می‌شود. گاهی به شکل تصادفی SIL در نمونه‌های بیوپسی آندومتر کشف می‌شود. به نظر می‌رسد، به دنبال واکنسیاسیون گسترده HPV در آینده، کاهش در SIL رخ خواهد داد. یافته‌ای که هنوز در عمل محقق نشده است. با انجام تست‌های HPV در ابتدا و به‌جای غربالگری سیتولوژیک، بیماران بیشتری برای بررسی کولیوسکوپی ارجاع داده می‌شوند. CIN۱ (LSIL) بر اساس کرایتریای LAST (تست نشانه کندیلوما می‌باشد. درگذشته تلاش شده است تا دیسپلازی در کندیلوما کشف و بیان شود، مثلاً به شکل Condyloma+CIN۱ ولی دیگر این کار انجام نمی‌شود.



مجله علمی-پخبری بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

سال چهارم، شماره اول خرداد۱۴۰۲



اقدامات حمایتی می‌باشد.

کندیلوما می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV بادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکناتوز، کولیوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج ایپ‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتپتی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتپیی شدیدتر باشد، باید بررسی شده، grading صورت گیرد. همان گونه که در ضایعات flat SIL صورت می‌گیرد. (مثلاً حضور HSIL/CIN۲ (۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما آکومیناتوم در ۹۰-۹۰ درصد موارد با HPV-۶ یا HPV-۱۱ مرتبط است. ولی گاهی سایر تایپ‌ها مانند HPV-۱۶ نیز یافت می‌شوند. زمانی که HPV-۱۶ حضور داشته باشد، ممکن است آتپیی سیتولوژیک از نوع گرید بالا مشاهده شود. تشخیص افتراقی کندیلوما آکومیناتوم، کارسینوم وروکز می‌باشد. نقش HPV در ایجاد کندیلوما و کارسینوم به‌خوبی به اثبات رسیده است. بیش از ۹۹ درصد موارد، کارسینوم سرویکس مرتبط با Oncogenic HPV می‌باشد. مکانیسم‌های مولکولار پیرامون virus-mediated oncogenesis به‌خوبی شناخته شده است. Zur Huasen در سال ۲۰۰۸ میلادی به‌خاطر کشف ارتباط بین HPV و کانسر سرویکس موفق به دریافت جایزه نوبل شد. در حال حاضر ارتباط بین غربالگری HPV برای شناسایی ضایعات پیش سرطانی و نیز ایمونیزاسیون ضد HPV برای پیشگیری از ضایعات سرطانی به‌خوبی قابل‌درک است. این مبحث به‌سرعت در حال تغییروتحول است.



Foxglove (گل انگشتانه):

سم این گیاه حاوی گلیکوژید قلبی (دیگوکسین) است. علائم به‌صورت تهوع استفراغ، اسهال، درد شکم، کنفوزیون و دیس‌ریتمی درمان: شارکول، مونیتور سطح K ضدآریتمی (Fab) برای دیس‌ریتمی.

Oleander

(خرزهره): سم

این گیاه نیز مانند

foxglove حاوی

گلیکوژید قلبی

(دیگوکسین)

است که در تمام

قسمت‌های گیاه

این سم موجود

است. شدت سمیت: oleander > foxglove > lily of the valley.

علائم و درمان مشابه foxglove

Jequirity bean (شیرین بیان): دانه گیاه حاوی سم Toxalbumin

است که مصرف یک‌دانه از این گیاه هم می‌تواند مخرطه‌آمیز باشد. علائم به‌صورت گاستروآنتریت تاخیری و گاهی خونی / دل‌ریزم / تشنج / کم



بیماران بهتر است که ۱۲ ساعت تحت‌نظر باشند. درمان به‌صورت WBI و حمایتی است.

Poison hemlock (شوکران سمی): مکانیسم اثر سم این گیاه به‌صورت آلکالوئید شبیه نیکوتین (بلوک عصبی عضلانی) است که در تمام بخش‌ها گیاه وجود دارد. علائم در عرض ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت شروع و به‌صورت

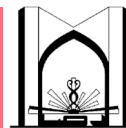
سوژش و خشکی دهان و سپس تاکی کاردی / ترمور / دیافورز / میدریاز / ضعف / تشنج. علائم تشنج. موارد شدید: فلج بالارونده / رادیومیولیز / ARF / برادی

کاردی و حتی مرگ دیده می‌شود. درمان: تجویز شارکول و اقدامات حمایتی است.

Coyotillo (توت‌فرنگی سمی): علائم مسمومیت به‌صورت فلج بالارونده شدید به‌صورت فلج بولبارپروز کرده و در موارد شدید و عدم حمایت درمانی لازم می‌تواند منجر به مرگ گردد. درمان اختصاص ندارد و بیشتر به‌صورت

Water hemlock (شوکران آبی):

(ادامه در صفحه ی بعد)



(ادامه از صفحه ی قبل) تمام قسمت‌ها به ویژه ریشه حاوی این سم می‌باشد. علائم به‌صورت تهوع / درد شکم / دل‌پیروم / تشنج که می‌تواند مقاوم به درمان باشد. درمان شامل تجویز



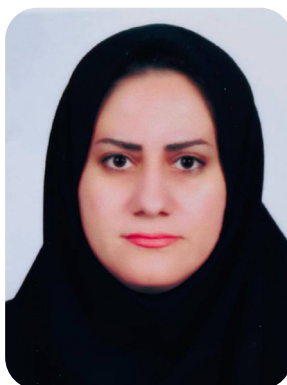
درمان: شار کول / WBI / حمایتی .

Difenbachia amoena: این گیاه دارای اگزالات کلسیم است که حاوی آنزیم پروتئولیتیک است (مشابه آنتی تریپسین). جویدن برگ منجر به سوزش و تحریک سریع مخاط شده که با بستنی و شیر خنک و ضد درد بهبود می‌یابد. علائم به‌صورت آبریزش دهانی / دیسفاژی / درگیری راه هوایی (نادر). در موارد شدید کورتون مؤثر است.



آسم در بارداری

دکتر پرپسا رضائی فر
استادیار بیماری های داخلی- ریه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
prezaeifar@gmail.com



میزان بروز آسم در بارداری ها ۳ تا ۸ درصد می باشد. بارداری باعث تغییراتی در وضعیت آسم بیماران می گردد و آسم ممکن است باعث تغییراتی در وضعیت بارداری گردد. بطور کلی آسم در طول بارداری در

۳۰ تا ۴۰ درصد موارد بدتر می شود و در بقیه موارد ممکن است ثابت بماند یا حتی بهتر شود. شدت آسم در طول بارداری با شدت آسم قبل از بارداری مرتبط است. حملات تشدید آسم در بارداری معمولا در سه ماهه دوم رخ می دهد و با افزایش قابل ملاحظه در عوارض بارداری از جمله مورتالیتیه پری ناتال ، پره اکلامپسی و زایمان زودرس همراه است. دو هدف اصلی مراقبت از آسم در بارداری شامل پیشگیری از تشدید آسم و کنترل مطلوب علائم آسم در بارداری است. فواید درمان فعال آسم برای کنترل آسم و پیشگیری از تشدید آن بر مضرات بالقوه عوارض داروهای که به‌صورت روتین در درمان آسم استفاده می‌شود برتری دارد. برای بیمارانی که با علائم مداوم خفیف یا حتی علائم شدیدتر مراجعه می‌کنند، کورتیکواستروئید های استنشاقی، حملات تشدید اسم در بارداری را کاهش می‌دهد و قطع این داروها در بارداری باعث تشدید آسم در بارداری می‌گردد. بودزوناید گلوکوکورتیکوئید استنشاقی ترجیحی در بارداری است. در مورد بتا دو آگونیست‌های استنشاقی دیتاهای اطمینان‌بخشی در مورد استفاده از سالمترول و فورمترویل در بارداری وجود دارد. در ضمن هیچ‌کدام از این داروها نباید بدون گلوکوکورتیکوئید استنشاقی در بارداری استفاده گردند. گلوکوکورتیکوئیدهای خوراکی هم در بارداری برای درمان آسم شدید قابل استفاده است. استفاده از ایپراتروپیوم استنشاقی که گهگاهی برای بهبود علائم در تشدید آسم استفاده می‌شود بی‌خطر می‌باشد. بی‌ضرر بودن تیوتروپیوم در بارداری نامشخص است. شروع اومالیزومب در بارداری توصیه نمی‌شود.

درمان‌های غیردارویی شامل آموزش بیمار، قطع سیگار و کنترل تشدیدکننده‌های محیطی است. در طول زایمان نیز بی‌حسی اپیدورال برای کنترل درد اقدام انتخابی است؛ چون باعث کاهش مصرف اکسیژن و حجم دقیقه‌ای در مرحله اول و دوم لیبر می‌گردد معمولاً بی‌حسی خوبی را در زمانی که سزارین ضروری باشد تأمین می‌کند. اگر بیهوشی عمومی نیاز باشد کتامین و بیهوش‌کننده‌های هالوژنه به دلیل اثرات برونکودیلاتوری ترجیح داده می‌شود.



مشاور IT

مریم حسن خانی
ایمیل: maryamhasankhani1360@gmail.com

ارتباط با ما

پست الکترونیکی:

Imam_Reza_ER@tbzmed.ac.ir

تلفن:

۰۲۱۳۳۳۷۳۹۶۰

آدرس لینک آپارات:

www.aparat.com/ImamrezaHospTABRIZ

آدرس صفحه اینستاگرام:

www.instagram.com/imamreza.tbzmed

آدرس کانال یوتیوب:

https://youtube.com/channel/UCIQJc2puPFSLMHm3GIH5A-A

آدرس:

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا(ع)،
خیابان دانشگاه، خیابان گلگشت، تبریز، ایران

طراحان گرافیک (به ترتیب حروف الفبا)

الهام احمدی
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.com

هادی پایدار
ایمیل: hadipaydar8497@gmail.com

فاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

هیئت اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

کریم اکبرزاده
ایمیل: Karim.akbarzadeh@yahoo.com

وحیده امجدی اسکونی
ایمیل: vahideh_amjadi@yahoo.com

فاطمه حیدری
ایمیل: fatemeh1999heidari@gmail.com

ملیحه رشیدی
ایمیل: Maliheh.rashidi@yahoo.com

رضا دباغی پور
ایمیل: dabaghipourreza@gmail.com

اعظم عبدالهی
ایمیل: abdollahiazam97@yahoo.com

مهدی محمدی
ایمیل: mahdi.mohammadi1360625@gmail.com

نفسه واحد
ایمیل: vahedn66@gmail.com

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر جلال اعتمادی
ایمیل: jalaletemadi@yahoo.com

دکتر رضا جواد رشید
ایمیل: rjrashid@gmail.com

دکتر صنم دولتی
ایمیل: sanam.dolati@gmail.com

دکتر مسعود فقیه دینوری
ایمیل: dinvarim@tbzmed.ac.ir

دکتر فرید رشیدی
ایمیل: fr2652@yahoo.com

دکتر زهرا شیخ علیپور
ایمیل: sheikhalipourz@gmail.com

دکتر مهدی عدالتی
ایمیل: edalatim@tbzmed.ac.ir

دکتر علیرضا علا
ایمیل: ala.alireza@gmail.com

دکتر عطا محمودپور
ایمیل: mahmoodpoora@tbzmed.ac.ir

دکتر مجتبی وروچی فرد
ایمیل: varshochim@tbzmed.ac.ir

مدیر مسئول

دکتر مجتبی محمدزاده
ایمیل: drmojtaba@yahoo.com

سر دبیر
دکتر حسن سلیمان پور
ایمیل: soleimanpourh@tbzmed.ac.ir

دبیر
دکتر هادی همیشه کار
ایمیل: hamishekar@tbzmed.ac.ir

دستیاران سر دبیر (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر نسرين جعفری
ایمیل: jafarin95nasrin@gmail.com

دکتر فاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

سودابه یوسفی
ایمیل: miss_usefi@yahoo.com

مدیر داخلی و ویراستار زبان انگلیسی

الهام احمدی
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.com