



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

مجله علمی-خبری بیمارستان امام رضا(ع)

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال چهارم | شماره دوم | شهریور ۱۴۰۲



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

در این شماره می‌خوانید

مروری بر رویدادهای مرکز
و مقالات اساتید محترم



پیام مدیر مسئول
دکتر مجتبی محمدزاده
استادیار مراقبت‌های ویژه پزشکی
رئیس بیمارستان امام رضا (ع) تبریز و دبیر علمی کنگره

پیام ریاست محترم بیمارستان امام رضا(ع) تبریز به دومین کنگره بین المللی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی

ایمنی بیمار، شاخه‌ای از مراقبت‌های سلامت است که با شدت یافتن پیچیدگی مراقبت‌های سلامت و افزایش آسیب‌های وارده به بیمار در مراکز سلامت، ظهور کرد. وقتی در مورد ایمنی بیمار صحبت می‌کنیم، در واقع در مورد چگونگی محافظت بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های مراقبت‌های سلامت از بیماران خود در برابر خطاها، صدمات، حوادث و عفونت‌ها صحبت می‌نماییم. ایمنی بیمار، اصلی‌ترین اولویت اکثر بیمارستان‌ها در سرتاسر دنیا می‌باشد. در این راستا در مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) به عنوان بزرگترین مرکز ریفارال شمالغرب کشور مفتخر هستیم دومین کنگره مجازی بین المللی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی را در تاریخ های ۲۹ مهر الی ۳ آبان ماه ۱۴۰۲ در مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) با هدف ارتقاء آموزش و ارائه خدمات ایمن برگزار نموده و ضمن حساس سازی دست اندرکاران حوزه آموزش و درمان پزشکی به مساله ایمنی بیمار راهی را برای ریشه‌یابی مسائل مرتبط با ارتقاء ایمنی بیمار پیدا نموده و اقدامات پیشنهادی و اصلاحی را جهت حل معضلات و مشکلات ایمنی بیمار مرتبط با آموزش پزشکی را در اختیار مدیران و سیاستگذاران امر آموزش قرار دهیم. امید است علاوه بر ارائه یافته های جدید علمی و پژوهشی در حوزه های مختلف ایمنی بیمار و آموزش پزشکی امکان مشارکت حداکثری اساتید، صاحب نظران و دانشجویان در بحثها و پانل ها فراهم شده و شاهد حضور شما فرهیختگان و متخصصین در رشته های مختلف علوم پزشکی در این کنگره باشیم.



دکتر حمیدرضا نمازی
عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران
ایمیل: hr_namazi@yahoo.com

گزارش سخنرانی دکتر حمیدرضا نمازی

در بیمارستان امام رضا(ع) تبریز

دکتر حمیدرضا نمازی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران از دانش‌آموختگان سابق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز دو سخنرانی ذیل تحت عنوان نقش فلسفه و اخلاق در مرزهای پزشکی در سالن کنفرانس بیمارستان امام رضا (ع) تبریز ارائه دادند. در سخنرانی اول، با موضوع تأملی فلسفی بر نسبت سلامت و بیماری، نمازی پس از بیان سرگذشت تاریخی برآمدن فلسفه پزشکی و تأمل در مفهوم بیماری از جالینوس (ادامه در صفحه بعد)

پیام ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دومین کنگره بین المللی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی



دکتر بهمن نقی‌پور
رئیس دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ریاست کنگره

سیستم سلامت یکی از سیستم‌هایی است که در آن ارائه دهندگان مراقبت سلامت و گیرندگان مراقبت را انسان‌ها تشکیل می‌دهند و بی شک انسان با همه پیچیدگی‌های خود امکان خطا دارد. لذا ایمنی بیمار در مراکز آموزشی و درمانی به یک مشکل جهانی تبدیل شده است که کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار داده است. در مراکز آموزشی و درمانی به دلیل حضور فراگیران احتمال خطاهای پزشکی افزایش یافته است. لذا این مهم برعهده کارگزاران سلامت و مدیران می‌باشد که با اتخاذ تصمیماتی میزان وقوع خطا را کاهش دهند. لذا ما بر آن شدیم تا با گرد هم آوری صاحب‌نظران در حوزه درمان و آموزش پزشکی از دانشگاه‌های مختلف کشورمان ایران و سایر کشورها از جمله کانادا، استرالیا و سازمان بهداشت جهانی در حوزه‌های مختلف از جمله اساتید بالینی، اخلاق، آموزش پزشکی، پزشکی قانونی و پرستاری به اجماع نظری در خصوص ارائه راهکارهایی جهت کاهش وقوع خطاهای پزشکی برسیم. امید است با یاری خداوند متعال و با مشارکت خوب اساتید و ارائه دهندگان مراقبت سلامت بتوانیم کنگره ای با نتایج پربار داشته باشیم.

کارگاه‌های پژوهشی بیمارستان امام رضا(ع) تبریز در هفته پژوهش (صفحه چهار)

نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران، دکتر سید جعفر حسین:

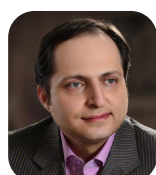
بیمارستان امام رضا (ع) تبریز لوگوی سازمان جهانی بهداشت^۱ را دریافت خواهد کرد و ما مطمئن هستیم که بیمارستان امام رضا(ع) تبریز به عنوان مرکز همکار با این سازمان تبدیل خواهد شد.

۱. WHO (World Health Organization)



افتتاح اولین مرکز رشد اقماری بیمارستانی کشور در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

مرکز رشد بیمارستان امام رضا (ع) تبریز به همت معاون محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مدیر محترم توسعه ی فناوری و سلامت معاونت تحقیقات و فناوری و حمایت قابل تقدیر ریاست محترم بیمارستان امام رضای تبریز در مهر ماه سال ۱۴۰۲ به منظور حمایت مادی، خدماتی و معنوی از ایده‌ها و فناوری‌های اعضای محترم هیئت علمی، پرسنل بیمارستان، تیم‌های دانشجویی یا شرکت‌های صاحب ایده بدون هیچگونه محدودیت سنی و تحصیلات، تأسیس گردید. این مرکز رشد به کارآفرینان و واحدهای کوچک و متوسط که دارای ایده های قابل تجاری شدن هستند، برای مدت چند سال اطلاعات و مشاوره های ضروری و نیز خدمات و تجهیزات مناسب را ارائه داده و آنها را برای حضور مستقل و مؤثر در صحنه فتاوری کشور آماده می کند. چرخه حمایت از ایده های نوین و دانشی تا مرحله تبدیل شدن آنها به محصولات یا خدمات فناورانه قابل تجاری سازی و عرضه به بازار، به عنوان رسالت اصلی این مرکز رشد محسوب می‌شود. از این رو، مرکز رشد بیمارستان، واحدی است که جریان دانش و فناوری را در میان موسسات تحقیق و توسعه، شرکت های خصوصی، مخترعین و مبتکرین به حرکت انداخته و ارتباط آنها را با بازار از طریق ایده‌های نو و کاربردی تسهیل می نماید. به طور کلی مراکز رشد شرکت (انکوباتورها) در ارتباط با شرکت های تازه تأسیس، کوچک و خصوصی فعالیت می کنند. در واقع مرکز رشد، ترجمه کلمه انکوبیتور یا انکوباتور است. انکوباتور اصطلاحی است که هم در کشاورزی و هم در بیمارستان ها به کار می رود. در بیمارستان ها نوزادهایی را که پره ترم (نارس) به دنیا می آیند در دستگاهی می گذارند تا چند ماه باقیمانده را از اکسیژن و غذای مناسب استفاده کرده و زنده بمانند و طبعاً پس از مراقبت های پزشکی می توانند به دنیای برون پای بگذارند. انکوباتورها نیز دقیقاً از همین مفهوم گرفته شده اند، بدین معنی که شرکت های خصوصی و نوپا در مجموعه ای به نام انکوباتور قرار گرفته تا پس از سه تا پنج سال با توجه به حمایت هایی که در این مدت شده اند می توانند از این انکوباتور بیرون رفته و در سطح جامعه به فعالیت اختصاصی و تخصصی خود ادامه دهند.



پیام سردبیری
دکتر حسن سلیمانپور
استاد مراقبت‌های ویژه پزشکی
معاون آموزشی و پژوهشی مرکز

فهرست

۲ اهمیت تشخیص به موقع بیماری‌های روماتیسمی
دکتر علی‌اصغر ابراهیمی
دانشیار بیماری‌های داخلی - روماتولوژی



۲ رهاورد یک سفر علمی
دکتر سید فیاالدین رائی هاشمی
دانشیار جراحی توراگس



۳ مراقبت‌های تغذیه‌ای برای بیماران نیازمند حمایت
تغذیه‌ای روده‌ای (EN) و وریدی (PN)
دکتر علی طریقت اسفنجانی
استاد تغذیه بالینی



۳ پروسیجر تراکستومی
دکتر رقیه اسفندی
استادیار مراقبت های ویژه پزشکی



۳ فیزیوتراپولوژی آسم در بارداری
دکتر لیلا نامور
استادیار بیماری های داخلی-ریه





را با بهره‌گیری از مهارت و توانمندیهای بالینی خودمان (به عنوان پزشک معالج) و انجام نهایت دقت در معاینات مجدد بیمار و اخذ کامل و با حوصله تاریخچه طبّی از بیمار بدست بیاوریم. منتهی در اینجا نیز استفاده حداکثری از حداقل در خواست های پاراکلینیک لازم را نیز فراموش نمی کنیم. هدف از تشخیص زودرس بیماریها، تلاش منطقی و علمی در هر چه کوتاهتر کردن مسیر تشخیص است تا به موقع نیز در مانهای لازم شروع بشود. به عبارت دیگر نوعی صرفه جویی با هدف از لحاظ زمانی و مالی به نفع بیمار انجام داده باشیم. واضح است که اصلی ترین ابزار رسیدن به تشخیص زود هنگام عبارتست از داشتن اطمینان و اعتماد به نفس از جانب پزشک نسبت به تمام یافته های بالینی و آزمایشگاهی خود در تمام مراحل مواجه با بیمار است. اهمیت تشخیص به موقع در تمام رشته های طب اعم از داخلی، جراحی، زنان و کودکان با تمام زیر گروه های آنها بسیار واضح است . این امر مهم در همه رشته های تخصصی و فوق تخصصی نیز صادق است. این تلاش با ارزش در رسیدن به تشخیص زود هنگام و بکارگیری درمان های منطقی و ضروری در اولین فرصت ممکن نتایج با ارزشتری داشته باشد مانند نجات بیمار از گسترش بیماری و عوارض آن. کاهش هزینه های خود بیمار و سیستم سلامت جامعه. افزایش امکان بازگشت بیمار به زندگی و کار و فعالیت روزمره هر چه زودتر و بهتر. کاهش یا جلوگیری از مرگ و میر ناشی از بیماری ها. مثال های از اثرات حیاتی تشخیص زودرس در بیماریهای روماتیسمی را چنین می توان گفت. بیماری سیستمیک لوپوس اریتماتو سیستمیک (SLE). تشخیص به موقع و درمانهای مؤثر و کنترل دقیق بیمار. می تواند از درگیری ارگانهای حیاتی مثل کلیه، ریه و مغز بکاهد. تمام بیماری های واسکولیتی از جمله «آرتریت ژانت سل» یا همان «آرتریت تمپورال» در افراد بالای ۵۰ سال بصورت سردرد تازه ناحیه گیجگاهی و حالت برجستگی و حساس به لمس در مسیر شریان تمپورال و بالا بودن ESR شروع شده و همراه با علائم تاری دید و حتی کوری حاد می باشد. حال تشخیص به موقع و شروع درمان با استروئید دوز بالا ، در اکثر اوقات موجب بهبودی و حل مشکلات چشمی می گردد. همچنین در مشکلات التهابی مفاصل مثل آرتریت روماتوئید و اسپوندیلو آرتروپاتی ها مثل بیماری مهم اسپوندیلیت آنکیلوزان «AS» و حتی مشکلات دژنراتیو مفصلی از جمله بیماری شایع «آرتروز» تشخیص به موقع و تلاش همه جانبه در کنترل این اختلالات می تواند پیش آگهی آنها را تغییر داده امکان زندگی و فعالیت عادی را برای بیمار مبتلا فراهم آورد. ارزش قابل توجه تشخیص زود هنگام شایعترین بیماری متابولیک استخوانی یعنی «استئوپروز یا پوکی استخوان» هم جای خود دارد. چرا که با اعمال به موقع تمام درمانهای دارویی و غیر دارویی و تلاش همه جانبه در یافتن علت یا علل زمینه ای آن می تواند از بروز مهمترین عارضه مهلک استئوپروز یعنی «شکستگی های استخوانی» جلوگیری نماید.



ره‌آورد یک سفر علمی

دکتر سید ضیاالدین راشی هاشمی
دانشیار جراحی توراکس
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
zia.hashemi@yahoo.com

دومین دوره کنگره بین المللی کالج جراحان امریکا شاخه دوبی در تاریخ ۹-۱۰ سپتامبر در هتل رافلز شهر دوبی در سال ۲۰۲۲ برگزار شد . بنده هم به عنوان سخنران در این کنگره شرکت کردم. عنوان سخنرانی من جراحی تیروئید به روش آندوسکوپی بود که برای اولین مرتبه در ایران و حتی کشورهای همسایه توسط اینجانب انجام میگردد. سخنرانی اینجانب در روزاول کنگره به مدت ۱۵ دقیقه به زبان انگلیسی و در قالب معرفی بیمار و به صورت نمایش فیلم جراحی بود. از نکات مهم این سخنرانی معرفی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شرکت کنندگان و انجام جراحی فوق توسط جراح توراکس بود که برای هیات ریسه بسیار جالب بود. در سخنرانی فوق جزییات جراحی تیروئید به کمک ابزار لاپاروسکوپی بر روی فیلم توضیح داده شد و در انتهای سخنرانی نیز به سوالات شرکت کننده ها که از کشور انگلیس و هندوستان بودند، پاسخ داده شد.



اهمیت تشخیص به موقع بیماری های روماتیسمی

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

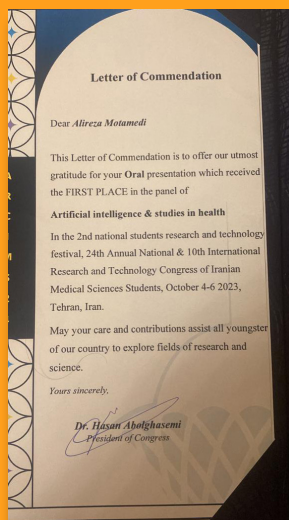


روماتیسم به مجموع اختلالات التهابی عناصر آناتومیک تشکیل دهنده سیستم موسکلواسکلتال (دستگاه حرکتی بدن انسان) گفته می‌شود. اکثر این بیماری ها سیستمیک و پیشرونده هستند و به همین جهت هم معمولا تمایل به مزمن شدن دارند. بیماری های مزمن هم اغلب ایجاد عوارض و ناتوانی در پیش بیمار مبتلا می نمایند. بنابراین خیلی روشن است که تشخیص زود هنگام همچون بیماری هایی قدرد مهم و حیاتی است. به طور کلی تشخیص هر بیماری فرآیند مهم و اساسی است که دو عنصر «علم» و « هنر» در آن نقش اصلی و تعیین کننده دارد. یعنی پزشک باید آخرین دست آوردهای طب و به ویژه رشته تخصصی خودش را باید داشته باشد و این لازم است اما کافی نیست. چرا که هنر یا مهارت معاینه بالینی کامل و خوب نیز حتما لازم است تا پزشک تمام یافته های بالینی موجود بیمار را بخوبی و بطور کامل بیابد و در نهایت بتواند بین اظهارات و شکایات بیمار و یافته های خود به ارتباط منطقی برسد و البته بس از آن هم «هنر» گزینش منطقی درخواست های پاراکلینیک لازم برای هر بیمار را بکار گیرد. با این روال معمولا» پازل تشخیص» قابل دست یابی خواهد بود و اگر احیانا چنین نباشد باز هم احتمال حل مشکل تشخیص با معاینه مجدد و دقیقتر بیمار وجود دارد. رسیدن به تشخیص درست و در عین حال «زود هنگام» از طریق معاینه فیزیکی کامل بیمار و همچنین اخذ تاریخچه ی طبی وی امکان پذیر می باشد. البته درخواست و انجام تست های آزمایشگاهی لازم و منطقی برای هر بیمار نیز هم به تشخیص نهائی کمک می کند و هم در رسیدن به اتیولوژی اصلی بیماری یاری دهنده می باشد. باید گفته شود که تشخیص یه موقع یا زود هنگام در واقع نوعی «پیشگیری ثانویه» است چرا که به موقع تشخیص دادن و تجویز درمان های لازم میتواند در بیشتر موارد از پیشرفت و عوارض بیماری جلوگیری نماید با شانس و امکان رسیدن به درمان کامل و قطعی بیمار را فراهم آورد. تلاش در رسیدن به تشخیص زودرس در واقع نوعی «بلند همتی» و دلسوزی و نوع دوستی بیشتر از جانب پزشک نسبت به بیمار خویش است. تشخیص به موقع هم پزشک را امکان می دهد که درمان های مؤثر را زودتر اعمال کند و از پیشرفت بیماری نیز مانع شود و هم به بیمار کمک می کند تا از لحاظ ذهنی آرامتر باشد و برای درمان های تجویزی آمادگی و پذیرش بیشتری داشته باشد. نکته ی مهمتر اینکه تشخیص زودرس بیماری و درمان های به موقع اغلب موارد «نجات دهنده زندگی بیمار» و « صرفه اقتصادی وی» خواهد بود. حال سؤال اینست چه عواملی مانع رسیدن به تشخیص زود هنگام بیماری می شود. - مراجعه تأخیری بیمار به عللی مثل: عدم آگاهی و آشنائی بیمار از علائم بیماری ، وجود مشکلات مالی در پیش بیمار، یا در دسترس نبودن مراکز سیستم سلامت در محل زندگی بیمار. - نارسائی یا تأخیر مراکز سیستم سلامت در شناسائی و تشخیص اهمیت مشکلات بیمار ناشی از نبود پزشک متخصص و یا حتی پزشک عمومی در محل زندگی بیمار. - تأخیر در تشخیص و ارجاع بیمار به مراکز تخصصی مناسب. - البته در پایان باید گفته شود که بهتر است مراقب باشیم به بهانه تشخیص زودرس، تست ها و کارهای تشخیصی احیانا غیر لازم یا اضافی با تهاجمی برای بیمار تحمیل نکنیم . بلکه این هدف

(ادامه از صفحه ی قبل) تا عصر حاضر، به پنج نسبت میان فلسفه و پزشکی پرداخت و رویکردهای فلسفه در تلقی عامه، فلسفه کاناپه‌ای، فلسفه به معنای کلی‌گویی راجع به دغدغه انسان، و تقدم روش فلسفی بر روش تجربی را تهدیدی برای تأملات روش‌مند در فلسفه پزشکی دانست. اهمیت آغاز بحث با بیان سرگذشت تاریخی در اینجا است که حل مباحث و مناقشات نظری در پزشکی همچون هر حوزه دیگری تنها در پرتو فهم تاریخ‌مند مسائل به‌تمامی محقق می‌شود. او سپس با الگوی تحلیل مناقشه‌ای، دوگانه‌هایی همچون مراقبت و درمان، فلسفه قاره‌ای (Continental Philosophy) و فلسفه تحلیلی (Analytic Philosophy)، هستی‌شناسی پزشکی (Medical Ontology) و معرفت‌شناسی پزشکی (Medical Epistemology)، هنجارگرایی در پزشکی و هنجارنا - گرایی در پزشکی را طرح و بحث کرد. پرسش‌هایی همچون این که آیا بیماری‌ها برساخت اجتماعی‌اند یا صرفاً کشف اختلالات زیست‌شناختی به شمار می‌روند و همچنین این پرسش که «آیا همه رنج‌ها (Suffering)، کسالت‌ها (Illness) و ناخوشی‌ها (Sickness) را باید به بیماری (Disease) بدل کرد؟» به طرح بحث جدیدی با عنوان طبی‌سازی (Medicalization) انجامیده است. مراد از طبی‌سازی گسترش پزشکی به حوزه‌هایی است که اساساً و به طور تاریخی پزشکی به شمار نمی‌روند. نمونه‌هایی همچون طبی‌سازی زیبایی، طبی‌سازی سالمندی، طبی‌سازی جرم، طبی‌سازی اضطراب و طبی‌سازی عشق از جمله مصادیق این مهم به شمار می‌رود. طبی‌سازی از نیمه دوم قرن بیستم به این سو یکی از موضوعات مهم تأمل نظری در پزشکی بوده است و توسط اندیشمندان مختلفی از حیطه‌های جامعه‌شناسی، فلسفه پزشکی، انسان‌شناسی و... موردتوجه قرار گرفته است. نمازی با نقد مدل زیستی - روانی - اجتماعی (Biopsychosocial) و نیز تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به‌مثابه رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، این رویکرد را زمینه‌ای برای طبی‌سازی افسارگسیخته و اغتشاش در مفاهیم سلامت و بیماری دانست و رویکردهای نوین در نقد این مدل را برشمرد.

در سخنرانی دوم با موضوع الگوهای حل مسئله در اخلاق پزشکی با الگوی تحلیل مناقشه‌ای به مباحثی همچون اخلاق پزشکی اصل گرا (Principlism Bioethics) و اخلاق پزشکی روایت محور (Narrative Bioethics) پرداخته شد. در آغاز بحث، به‌تفصیل در باب چگونگی پاگرفتن اصل گرایی در اخلاق کاربردی و الگوهای مختلف آن در اخلاق پزشکی بحث شد. سپس به تحلیل و نقد مدل اصل گرایانه تک اصلی، دو اصلی، سه اصلی، چهاراصلی (معروف‌ترین مدل: بوچام و چیلدرس)، شش اصلی، هفت اصلی و ده اصلی پرداخته شد. اهمیت این بحث در آنجا است در فهم عمومی دانشگاهی از اخلاق پزشکی معمولا تنها یکی از این سیستم‌های اصل گرایانه موردتوجه قرار می‌گیرند و پژوهشگران، اخلاق پزشکی اصل گرایانه را منحصر در همان سیستم می‌یابند. در ادامه بحث، به نسبت میان استدلال آوری و احساسات‌گرایی در حل مسائل اخلاق پزشکی توجه شد. سپس اهمیت موازنه متأملانه (Reflective Equilibrium) در نسبت میان اصول، روایت‌ها و شرایط زمینه‌ای برای حل مسئله تأکید شد. بحث دیگری که در این نشست به‌تفصیل بررسی و تحلیل شد، توجه به خطاهای رایج شناختی در استدالات حل مسئله اخلاق پزشکی بود. خطاهایی همچون لنگر انداختن، تعمیم بیش از حد، اثر فورور (Forer effect) و نیز سوگیری ابهام (Ambiguity Bias)، و سوگیری حذف (Omission Bias) از جمله این سوگیری‌ها هستند. همچنین بر اهمیت مباحث روان‌شناسی اخلاق و غفلتی که از آن در حوزه اخلاق پزشکی شده است تأکید شد. تأکید بر اهمیت پنجره جو - هری (Johari window) تمایز مفاهیم اتوی (Ethos) و اخلاق، تمایز رابطه و ارتباط (Relationship and Communication) و اهمیت لحاظ بخت اخلاقی (Moral luck) در فرایند تصمیم‌سازی اخلاقی از نکات دیگری بود که در این نشست به آن توجه رفت.

افتخارآفرینی دکتر علیرضا معتمدی به عنوان سخنران برتر در پنل هوش مصنوعی در ۲۴مین کنگره ملی و دهمین کنگره بین المللی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی





ساعت ناشتا باشد. آنتی کوآگولان قبل جراحی تزریق نشود. FIO₂ در ۱۰۰٪ نگه می‌داریم. اقدامات حین انجام پروسیجر شامل: یوزیشن هیپراکستنسور به گردن می‌دهیم. بیمار را کاملاً معاینه می‌کنیم. بیت بلاک برای جلوگیری از آسیب برونکوسکوپي در دهان می‌گذاریم. کاف لوله تراشه را خالی می‌کنیم و زیردید تا زیر طناب صوتی بیرون می‌کشیم و سپس کاف پر می‌کنیم. با بتادین محل عمل را شستشو می‌دهیم. محل انسیزیون مشخص می‌کنیم. به محل انسیزیون بی‌حسی موضعی با لیدوکایین آغشته به اپی‌نفرین می‌زنیم. نیدیل از دومین رینگ تراشه وارد می‌کنیم و وقتی هوا آسپیره شد و با برونکوسکوپي تأیید شد، گایدوایر را وارد می‌کنیم و یه برش کوچک از کنار گایدوایر می‌زنیم و دیلاتور اول و سپس دوم را وارد می‌کنیم و سپس تراکوستومی وارد می‌کنیم و با برونکوسکوپ نگاه می‌کنیم و سپس به ونتیلاتور وصل و حجم برگشتی را نگاه می‌کنیم و بعد از تأیید به پوست بخیه می‌زنیم. عوارض زودرس تراکوستومی شامل خونریزی، دکانولاسیون، عفونت و عوارض دیررس شامل استنوز ساب گلوت، دکانولاسیون، عفونت و فیستول نای و اینومینت می باشد.

فیزیوپاتولوژی آسم در بارداری



دکتر لیلا نامور
استادیار بیماری های
داخلی-ریه
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
leilanamvar3@gmail.com

آسم سندرومی است که با انسداد راه‌های هوایی مشخص می‌شود که با یا بدون درمان قابل‌برگشت است. در راه‌های هوایی بیماراران آسماتیک نوع خاصی از التهاب در مواجهه با محرک‌ها رخ می‌دهد که واکنش‌پذیری راه‌های هوایی نسبت به افراد غیر آسماتیک بیشتر است که نهایتاً منجر به کاهش جریان هوا و ویزینگ و دیس پنه یا تنگی نفس می‌شود. نحوه رخ‌دادن برونکواسپاسم در افراد آسماتیک در مقایسه با افراد غیر آسماتیک در عکس شماتیک زیر نشان‌داده‌شده است.

آسم یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در دنیا است که بیش از ۳۰۰ میلیون فرد به آن مبتلا هستند و میزان مرگ‌ومیر سالانه ۲۵۰۰۰۰ می‌باشد. آسم در هر سنی بروز می‌کند؛ ولی شایع‌ترین سن زیر ۳ سال می‌باشد. در دوران کودکی میزان شیوع آسم در جنس مذکر دوبرابر جنس مؤنث می‌باشد. آسم در دوران بزرگسالی در هر دو جنس میزان شیوع آسم برابر است. مهم‌ترین ریسک فاکتورها و تریگرهای آسم در جدول زیر آورده شده است.

آتوپی مهم‌ترین ریسک فاکتور در بروز آسم می‌باشد و در افراد غیر آتوپیک میزان و شدت آسم کمتر است. تریاد آتوپی شامل: رینیت آلرژیک که بیش از ۸۰٪ بیماراران آسماتیک دچار رینیت آلرژیک هستند و اگرما (درماتیت آتوپیک). رژیم غذایی نیز در بروز آسم نقش دارد. کمبود موادغذایی زیر ریسک آسم را افزایش می‌دهد: ویتامین سی، ویتامین آ، منیزیم، سلنیوم، امگا ۳. افزایش موارد زیر ریسک آسم را افزایش می‌دهد: سدیم و امگا ۶ در بدن. یکی دیگر از عوامل مؤثر در افزایش اسم چاقی می‌باشد. کنترل آسم در این افراد مشکل است. با اینکه فاکتورهای مکانیکی چاقی نیز در بروز آسم دخالت دارند؛ ولی کاهش ادیوپکین های ضدالتهابی هم در بروز آسم نقش دارند. آسم درون‌زاد: درصد کمی از بیماراران آسماتیک (کمتر از ۱۰٪) در این گروه قرار دارند که تست پوستی منفی ذر برابر آلرژنها دارند و سطح IGE خون در این افراد افزایش نمی‌یابد. افراد مبتلا به این نوع آسم یا آسم غیر توپیک شروع علایم دیررس را تجربه می‌کنند یا اسم سن جوانی و معمولاً همراهی با پولیپ بینی و حساسیت به آسپیرین دارند. آسم وابسته به ورزش: مکانیسم اسم وابسته به ورزش هیپر ونتیلاسیون و در نتیجه افزایش اسمولالیه راه‌های هوایی که منجر به آزادشدن مدیا تورها از ماست سل‌ها و نهایتاً برونکواسپاسم و بروز علایم می‌شود. آسم مرتبط با ورزش بعد از ورزش شروع می‌شود و نیم ساعت بعد خاتمه می‌یابد. می‌توان با دادن آنتی لوکوترین و بتا دو آگونست قبل از شروع ورزش از این نوع آسم پیشگیری کرد. آسم در زمینه افزایش التهاب در راه‌های هوایی رخ می‌دهد که با دادن داروهای ضدالتهابی می‌توان شدت آن را کاهش داد.

فورمولاهای آماده‌ی تجاری (پودری و مایع) ارجحیت داده می‌شوند. PN به دو روش کوتاه مدت PPN با استفاده از وریدهای محیطی و درازمدت TPN/CPN با استفاده از وریدهای مرکزی صورت می‌گیرد. در PN از محلول‌های استریل اسیدهای آمینه، لیپید و دکستروز همراه با الکترولیت‌ها استفاده می‌شود.

استفاده از اسیدهای آمینه‌ی خاص، مکمل‌های فیبر و فروکتوالیگوساکاریدها، مکمل‌های اسیدهای چرب ضروری و نیز ویتامین‌ها و مواد معدنی علاوه بر نیاز پایه، نیاز به ارزیابی دقیق و پی‌گیری روند درمان دارد و ممکن است در برخی موارد مضراتش بیشتر از فواید آن‌ها باشد. با توجه به تغییرات اساسی ارگان‌های بدن در بیماراران دچار نارسایی قلبی، ریوی، کبدی و کلیوی و در نتیجه احتیاجات تغذیه‌ای این بیماراران بایستی به صورت ویژه محاسبه و متناسب با شرایط بیمار تجویز گردد. مشکلات EN و PN بایستی به دقت کنترل و مدیریت شوند و مراقبت تغذیه‌ای موفق به عنوان بخشی از معالجات معمول بیماراران بدحال برای هر بیمار باید به صورت فردی طراحی و اجراء گردد و نیازمند همکاری پزشک، پرستار، بیمار و رژیم‌شناس است.

پروسیجر تراکوستومی



دکتر قیه اصغری
استادیار مراقبت های ویژه
پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
asghari1380@yahoo.com

PDT (پرکوتانئوس دیلاته تراکوستومی) یکی از روش‌های کم تهاجم می‌باشد که توسط اینتئوسویست در آی‌سی‌یو انجام می‌شود. در این روش عوارض انتقال به اتاق عمل و هزینه کاهش می‌یابد. اندیکاسیون تراکوستومی شامل: اکستوباسیون ناموفق، انسداد راه هوایی فوقانی، میکانیکال ونتیلاتور طولانی، ناتوانی در تمیزکردن ترشحات، ترومای شدید مغزی یا آسیب طناب نخاعی گردنی می‌باشد. کنترااندیکاسیون مطلق تراکوستومی شامل: عدم رضایت، جراح بی‌تجربه، عفونت محل انسیزیون، عدم اصلاح اختلال انعقادی است. کنتراندیکه نسبی تراکوستومی: آناتومی مشکل، نخاع گردنی ناپایدار، وجود عرق نبض‌دار، PEEP و FIO₂ بالا نیاز داشته باشد و غدد تیروئید بزرگ است. آناتومی نای به این صورت است که از زیر غضروف کریکویید شروع تا کارینا ادامه دارد و از ۱۸ تا ۲۲ حلقه C شکل که در قدام غضروف و خلف غشای ممبران می‌باشد، در قدام و خط وسط قرار دارد. مری در پشت و چپ نای قرار گرفته است. در دومین و سومین رینگ تراشه تیروئید قرار دارد و در سومین و چهارمین رینگ تراشه شریان اینومینت قرار دارد. حین انجام پروسیجر باید مواظب آسیب به شریان اینومینت، تیروئید و مری باشیم. اقدامات اولیه قبل پروسیجر شامل: انتخاب بیمار، چک‌لیست شامل پزشک، دستیار، پرستار، جراح، برونکوسکوپ، اولتراسونوگرافی برای اجتناب از آسیب عروق که مفیدبودن آن هنوز ثابت نشده، لوله تراشه، آمبولی، لارنگوسکوپ، انواع سایز تراکوستومی، نور کافی و الکتروکوترمی باشد.

اقدامات قبل شروع پروسیجر پرکوتانئوس تراکوستومی بیمار باید ۴-۶

مراقبت‌های تغذیه‌ای برای بیماراران نیازمند حمایت تغذیه‌ای روده‌ای (EN) و وریدی (PN)



دکتر علی طریقت اسفنجانی
استاد تغذیه بالینی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
tarighat45@gmail.com

مقدمه: زمانی که بیماراران نتوانند (مثل دیس‌فاژی، ترومای سر و صورت، کما، نارسایی تنفسی، جراحی و) یا نخوانند (مثل سرطان، سوختگی شدید، نارسایی قلبی، بی‌اشتهایی عصبی و ...) برای تأمین احتیاجات تغذیه‌ای خویش مقدار کافی غذا به مدت بیش از چند روز بخورند، حمایت تغذیه‌ای به عنوان بخشی از برنامه‌ی مراقبت بایستی در نظر گرفته شود. تغذیه‌ی دهانی بر EN و PN و EN نیز بر PN رجحان دارد. استفاده از دستگاه گوارش به حفظ سد مخاطی روده و سلامتی آن کمک می‌کند، سبب کاهش پاسخ کاتابولیک و حفظ عملکرد ایمنی می‌گردد. همچنین باعث کاهش بیماری‌زایی و مشکلات عفونی، و صرفه‌جویی قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های درمان بیماراران بدحال بزرگسال می‌گردد، اما در خصوص کاهش مرگ میر و مدت زمان بستری در بیمارستان اثربخشی EN نسبت به PN هنوز محل تردید است.

ارزیابی تغذیه‌ای: برای تعیین خطر سوء تغذیه در بیماراران بدحال استفاده از غربال‌گری خطر تغذیه (NRS ۲۰۰۲) و/یا NUTRIC Score برای تمام بیماراران بستری در ICU ضروری است. حمایت تغذیه‌ای هر چه زودتر (طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از بستری)، برای بیماراران بدحالی که امتیاز بیشتری در این غربال‌گری‌ها کسب کنند فایده‌ی بیشتری دارد.

احتیاجات تغذیه‌ای: بهترین روش محاسبه‌ی احتیاجات انرژی بیماراران بدحال استفاده از کالری‌متری غیرمستقیم است و در صورتی که در دسترس نباشد، محدوده‌ی ۲۵-۱۲ کیلوکالری همراه با ۲/۵-۱/۲ گرم پروتئین به ازای کیلوگرم وزن ایده‌آل توصیه می‌شود. شواهدی وجود دارد که محدودیت کالری همراه با رژیم پرپروتئین در بیماراران بدحال چاق بدون تأثیر منفی بر روند بهبودی بیمار، سبب حفظ ذخائر عضلانی، به حرکت در آمدن ذخائر چربی و به حداقل رسیدن مشکلات متابولیکی می‌شود.

برای EN کوتاه مدت، از تغذیه‌ی بینی- معدی/دوازده‌ای و برای EN درازمدت، گاستروستومی یا ژژنوستومی استفاده می‌شود. برای انتخاب فورمولای روده‌ای بایستی موارد زیر در نظر گرفته شوند: توانایی فورمولا در تأمین احتیاجات تغذیه‌ای بیمار؛ چگالی انرژی و پروتئین فورمولا؛ مایعات آن؛ عملکرد دستگاه گوارش؛ میزان سدیم، پتاسیم، منیزیم، و فسفر فورمولا، به ویژه برای بیماراران مبتلا به نارسایی قلبی، کلیوی، کبدی، شکل و مقدار پروتئین، چربی، کربوهیدرات، و فیبر فورمولا نسبت به ظرفیت هضم و جذب بیمار؛ هزینه اثربخشی فورمولا؛ پذیرش بیمار؛ و نسبت هزینه-فایده. فورمولاهای دست‌ساز معروف به BTF که با استفاده از مواد غذایی طبیعی تهیه می‌شوند علی‌رغم نگرانی از کفایت تغذیه‌ای و ایمنی غذایی از نظر هزینه اثربخشی؛ فواید سلامتی به دلیل استفاده از مواد غذایی کامل؛ توانایی شخصی‌سازی و تهیه دقیقاً براساس احتیاجات بیمار؛ و ایجاد پیوند قوی عاطفی بین بیمار و پرستار نسبت به

افتخارآفرینی دکتر سید محمد سالار حسینی به عنوان دانشجوی برتر مقطع



دکتری عمومی در
۲۴مین کنگره ملی
و دهمین کنگره
بین المللی سالیانه
دانشجویان علوم
پزشکی کشور





افتخارآفرینی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای دومین سال متوالی در ۲۴مین کنگره ملی و دهمین کنگره بین المللی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی موفق به کسب عنوان کمیته برتر و ۵ ستاره در بین کمیته های تحقیقات و فناوری دانشجویی کشور را تبریک عرض می نماییم.

مشاور IT
مریم حسن خانی
ایمیل: maryamhasankhani1360@gmail.com

ارتباط با ما
پست الکترونیکی:
Imam_Reza_ER@tbzmed.ac.ir

تلفن:
۰۴۱۳۳۳۷۳۹۶۰

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 حدیدی
ایمیل: fatemeh1999heidari@gmail.com
ملیحه رشیدی
ایمیل: Maliheh.rashidi@yahoo.com
رضا دباغی پور
ایمیل: dabaghipourreza@gmail.com
اعظم عبداللہی
ایمیل: abdollahiazam97@yahoo.com
مهدی محمدی
ایمیل: mahdi.mohammadi1360625@gmail.com
پروانه موجد
ایمیل: movahhed1994@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 ورشوچی 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: hamishehkar@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

