



باقر لاریجانی، معاون آموزشی وزارت بهداشت
بیماری‌های غیر واگیر
علت ۸۰ درصد مرگ‌ها

هشدار رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر دار
از خرید دام خارج از نظارت
دامپزشکی خودداری کنید

هشدار نایب رئیس انجمن آسیب‌شناسی در واکنش به تصمیم اخیر وزارت بهداشت

احتمال تشدید تقاضای القایی در آزمایشگاه‌ها



روی خط میبید

انتقاد رئیس انجمن داروسازان ایران
از موانع سر مایه‌گذاری

نمی‌توان از داروسازان انتظار معجزه داشت

رئیس انجمن داروسازان ایران گفت: «تأزمانی که
ملاحظات مختلف مانع رونق‌بخشی به سرمایه‌گذاری
در حوزه دارو شود، نمی‌توان انتظار معجزه از
داروسازان داشت...»

۵ صفحه

بیماری قلبی قاتل شماره یک مردم جهان



۹ صفحه

دبیر شورای سلامت دهان وزارت بهداشت

کاهش میزان پوسیدگی دندانی دانش‌آموزان ۱۲ ساله ایرانی

۴ صفحه

قابل توجه هیئت مدیره

انجمن‌های علمی، شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی

www.sepidonline.ir

«سپید» تنها روزنامه پزشکی خاورمیانه است

اغلب اعضای جامعه پزشکی هر روز «سپید» را مطالعه می‌کنند

«سپید» هر روز برای پزشکان، مراکز درمانی و مراکز آموزشی پزشکی ارسال می‌شود

شما می‌توانید روزنامه سپید را به عنوان روزنامه کثیرالانتشار

انجمن، موسسه و شرکت خود در مجمع عمومی‌تان تعیین نمایید

همین امروز با ما تماس بگیرید:

ایمیل: info@sepidonline.ir

تلگرام: @sepidnewspaper

تلفن: ۰۲۱-۵۱۱۴۹۹ - ۰۲۱-۵۱۱۴۸۵

توصیه‌هایی درباره مصرف دارو

در ایام روزه‌داری

سازمان غذا و دارو، مدیرکل دفتر ارزیابی، کنترل تجویز و مصرف کالاهای سلامت سازمان غذا و دارو به مناسبت فرارسیدن ماه مبارک رمضان توصیه‌های مرتبط با مصرف داروها برای بیماران بیان کرد. مه‌رنا خیراندیش گفت: برای هموطنانی که به‌دلیل ابتلا به بیماری، دارو مصرف می‌نمایند، همیشه این سؤال مطرح است که نحوه صحیح مصرف داروها در زمان روزه‌داری باید به چه شکل باشد و آیا قطع مصرف داروها یا جابجایی زمان مصرف دارو به زمانهای قبل از صبح یا بعد از افطار کار درستی است یا خیر؟

خیراندیش افزود: نکته اصلی که باید به آن اشاره کرد آن است که بارداری، شیردهی و برخی از بیماری‌ها مانند دیابت، فشارخون، روده تحریک‌پذیر، پیوسته، زخمهای گوارشی (معده)، اختلالات کلیوی، بیماری‌های اعصاب و روان و آسم همگی از شرایط جسمی هستند که فرد ملزم است پیش از اقدام به روزه‌داری، با پزشک معالج خود درخصوص اقدام به روزه‌داری مشورت نماید. وی اظهار داشت: بیماران نباید بدون مشورت با داروساز یا پزشک معالج خود، اقدام به قطع دارو، تغییر یا کاهش دوز مصرفی و یا تغییر زمان مصرف بنمایند. رعایت نکردن این اصول می‌تواند منجر به عدم اثربخشی دارو، عدم دستیابی به اثرات درمانی، بروز اثرات جانبی و تشدید بیماری شود. چنانچه فردی به‌رغم ابتلا به بیماری، پس از مشورت با پزشک معالج، مجاز به روزه گرفتن باشد، می‌بایست به نکاتی توجه نماید.

مدیرکل دفتر ارزیابی، کنترل تجویز و مصرف کالاهای سلامت سازمان غذا و دارو در ادامه عنوان کرد: بیماران مبتلا به بیماری‌های انسداد ریوی (COPD) و صرع خصوصاً در معرض خطر تغییر دوز دارو در ایام روزه‌داری هستند. پزشکان علاوه بر این باید به بیماران توصیه کنند که قطع دارو دچار باکس حملات تشنجی می‌شوند مشاوره دقیق بدهند، باید به بیماران مبتلا به آسم که با قطع داروهای استنشاقی و افسانه‌های تنفسی دچار حملات آسمی می‌شوند توصیه‌های لازم را ارائه نمایند. وی گفت: «اطلاعات بعمل آمده روی داروهای ضد فشارخون و ضد انعقاد خون نشان می‌دهد که روزه‌داری تأثیر خاصی بر اثربخشی این دارو ندارد. البته گاهی اوقات لازم است موارد روزه‌داری مدنظر (دارو)، برای جلوگیری از دست رفتن آب بدن، پزشک اقدام به کاهش دوز این داروها در ایام روزه‌داری نماید.»

خیراندیش اظهار داشت: برخی از داروهای ضد التهابی با قابلیت دارند که دو بار در طول روز مصرف شوند. مصرف اینگونه داروها را می‌توان با مشورت پزشک و داروساز به زمان افطار یا صبح مرکب نمود. وی در پایان گفت: «پزشک معالج، جهت درمان عفونت در بیمار روزه‌دار، می‌تواند اقدام به تجویز آنتی‌بیوتیک‌هایی بنماید که به‌جای چند بار مصرف در طی روز، یک یا دو بار در روز مصرف شوند.»



انتقاد رئیس انجمن داروسازان ایران از موانع سرمایه‌گذاری



نمی‌توان از داروسازان انتظار معجزه داشت

فرارگیر دواگر صحبت از اقتصاد مقاومتی است، این شهرک می‌تواند یکی از بهترین نمونه‌های آن باشد.» مژه‌های آذر اضافه کرد: «دهها هزار داروساز در قسمی نقاط کشور، در قالب یک تشکل ریشه‌دار و بزرگ صنعتی درحال خدمت‌رسانی به مردم هستند و اگر بخواهیم فقط کمی می‌بینیم که داروسازان توان محدودی دارند. توانی که اگر به هم‌افزایی برسد می‌تواند نتایج غیرقابل تصویری ایجاد کند، اما نازمانی که ملاحظات مختلف طرح رونق بخشی به سرمایه‌گذاری در حوزه دارو باشد، نمی‌تواند انتظار معجزه از داروسازان داشت.»

مژه گفت: مژه‌های آذر به‌دلیل تجربه‌های که درخصوص آینده شغلی فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های داروسازی در کشور وجود دارد، درگناری درست و آیدنگرانه‌ای است، افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در بخش دارو می‌تواند موجب ظرفیت‌سازی و رونق کارآفرینی و اشتغال‌زایی برای بخش داروسازان کشور شود. رئیس انجمن داروسازان ایران تأکید کرد: «داروسازان، شهرک دارویی «برکت» را از آن خود می‌دانند. مهم‌ترین هدف صنعتی داروسازان، اعتلای داروسازی کشور در مسیر ارتقاء خدمات دارویی به مردم است و این شهرک، کسب‌وکاری از زیرساخت تحقق این هدف است.»

مشکلات صنعت دارویی کشور

در ادامه این دیدار، حمیدرضا جمشیدی، مدیرعامل گروه دارویی برکت نیز به تشریح انگیزه‌ها، اهداف و مراحل ساخت شهرک صنعتی برکت پرداخت و گفت: «باوجود هزاران داروساز و سایر متخصصان مرتبط با صنعت دارویی، تشکلهای فعال و صحنه کارخانه، به‌قطع و یقین یکی از مزیت‌های مهم صنعتی کشور، صنایع دارویی است. با این وجود، علاوه بر مشکلاتی که برای

همه صنایع (مانند پروکراسی اماری و امثال آن)، می‌توان تصور بود، مشکلات دیگری نیز در روند توسعه صنعتی دارویی، به‌عنوان صنایع ارزش‌افزا، حیاتی و راهبردی، متغی به علم و دانش، وجود داشته و دارد که باید همه اعضای جامعه داروسازی تلاش خود را به سمت رفع این مشکلات معطوف نمایند.»

وی افزود: «اولین مشکلی که در توسعه صنعت دارو بوده و متأسفانه هنوز هم هست، عدم تحقیق و مطالعه کافی برای سرمایه‌گذاری و احداث واحدهای داروسازی است و حاصل چنین رویکردی این است که امروز شاهدیم، برای بسیاری از داروها، تولیدکننده‌های متعددی داریم، جمشیدی مشکل دیگر صنایع دارویی را در رونق‌گیری آن عنوان کرد و گفت: «معده کارخانه‌های ما با توجه به نیاز داخل و بی‌توجهی به تولید ظرفیت‌های بالفعل و بالقوه تولید هر دارو ساخته شده است، زیرا کمتر نگاه صادراتی داشته‌ایم و این درحالی است که صادرات دارو، مسائل خاص خود را دارد.»

جمشیدی عدم پیوند دانش و تحقیق با صنعت و تولید هم‌سویان مشکل صنعت دارویی دانست و گفت: «هم دانشگاه‌های خوبی داریم و هم کارخانه‌های داروسازی، اما ارتباط مناسبی بین این دو برقرار نکردیم و این درحالی است که اساساً دارو، ماهیتی تحقیقاتی دارد و بی‌توجهی آن در آن حائز اهمیت است.» مدیرعامل گروه دارویی برکت، ادامه داد: «مشکل بعدی صنعت دارویی ایران آنگذاری واحدهای دارویی کشور و عملکرد جزیره‌ای آنها است.»

وی تأکید نمود: «البته ایجاد رابطه هم‌افزایی کارخانه‌های داروسازان، به الزاماتی نیاز دارد که یکی از آنها وجود زیرساخت‌های مناسب، جهت تجمع جغرافیایی مناسب واحدهای داروسازی است. از این رو تلاش ما بر این بود که با

ضرورت افزایش حضور داروسازان بالینی در بیمارستان‌ها

باشگاه خبرنگاران: معاون وزیر بهداشت با تأکید بر ضرورت افزایش داروسازان بالینی در بیمارستان‌ها، حضور داروسازان بالینی در کنار تیم درمان را ارتقا بخشید. محمد آقاچاقی گفت: «دولت یازدهم با توجه ویژه خود و اختصاص منابع بیشتر به حوزه سلامت، این حوزه را در اولویت برنامه‌های خود قرار داد و با شروع طرح تحول سلامت و اختصاص یازدهم موجب افزایش آشنایی مردم از خدمات سلامت و کاهش بار مالی از جانب آنها شد.»

به گفته آقاچاقی، افزایش مسترس مردم به خدمات و بهبود وضعیت نظام سلامت به نفع مردم از گوشه‌های از دستاوردهای دولت یازدهم است و استمرار این دولت به معنای ادامه این طرح با قوت بیشتر و شفافیت به سمت افق‌های رشد و تعالی حوزه سلامت است. وی درخصوص حوزه داروسازان بالینی گفت: «توجه به تغییر فرآیندهای درمانی در دنیا، امروزه توجه ویژه دیگر فقط یک پزشک به تنهایی عمل‌مدار سلامت و درمان نیست و این تیم متشکل از پزشک بالینی، متخصص تغذیه، روانشناس بالینی و همچنین داروساز بالینی است که عملکرد بسیار بهتری نسبت به روش‌های گذشته دارد.» آقاچاقی تصریح کرد: «حضور متخصصین داروسازی بالینی برای تجویز منطقی داروها، کاهش تشکلات و عوارض دارویی، جلوگیری از مقاومت میکروبیها به آنتی‌بیوتیکها و انتخاب درست آنتی‌بیوتیکها در روند درمانی بسیار ضروری و حائز اهمیت است.» آقاچاقی با بیان اینکه چالش‌های دارویی موجود در روند درمانی حاکی از اهمیت تأثیر حضور داروسازان بالینی در روند درمانی است، تأکید کرد: «میدوریم با افزایش ظرفیت و تربیت نیروی انسانی حوزه داروسازی بالینی شاهد حضور آنها در تمام بیمارستانها و به‌خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و بیماران صعب‌العلاج باشیم، وی یادآور شد: یکی از دستاوردهای دولت یازدهم درج شدن کدهای مربوط به داروسازی بالینی برای اولین بار در کتاب ارزش نسبی خدمات بوده است.»



هشدار درباره توزیع زیرزمینی مکمل‌های ورزشی

خانه ملت: عضو کمیسیون بهداشت مجلس با انتقاد از عرضه مکمل‌های غذایی و رژیمی غیرمجاز در باشگاه‌های ورزشی، گفت «استفانه عرضه مکمل‌های ورزشی شده در باشگاه‌های ورزشی قاچاق است. البته سالانه تعداد زیادی کالای قاچاق وارد کشور می‌شود که بخشی از این کالاهای مکمل‌های غذایی و ورزشی است و از آنجایی که محتوای این مکمل‌ها به درستی قابل تشخیص نیست، برای سلامت و ورزشکاران بسیار کارآفرین بوده و مصرف آنها خطراتی را متوجه اعضای مختلف بدن مانند کلیه و کبد می‌کند.»

احمد حوزو با بیان اینکه مکمل‌های غذایی و ورزشی غیرمجاز به‌صورت زیرزمینی توزیع می‌شوند، بر لزوم برخورد جدی با این شبکه‌ها تأکید کرد و افزود: «استفانه ضعف نظارت باعث شده با ورود بالای کالای قاچاق به کشور مواجه باشیم؛ بنابراین جلوگیری از عرضه و فروش مکمل‌های قاچاق در باشگاه‌های بدنسازی لازمه مدیریت قاچاق کالا است.» نماینده مردم کهنجر، قاریاب، منوجان، رودبار و قلعه گنج در مجلس تأکید کرد: «از آنجا که به راحتی نمی‌توان از ورود مکمل‌های غذایی قاچاق به کشور جلوگیری کرد، لازم است ورزشکاران مکمل‌ها را از مراکز معتبر مانند داروخانه‌ها تهیه کرده و سلامت خود را با مصرف مکمل‌های ورزشی غیرمجاز و قاچاق به خطر نیندازند.»

عضو کمیسیون بهداشت مجلس با تأکید بر لزوم فرهنگ‌سازی و افزایش آشنایی مردم درخصوص خطرات ناشی از مصرف مکمل‌های غیرمجاز، تصریح کرد: «از سویی وزارتخانه‌های بهداشت و ورزش باید نظارت‌ها را بر عملکرد مراکز عرضه این مکمل‌ها افزایش داده و متخلفان را شناسایی و به مراکز قضایی تحویل دهند و از سویی دیگر برخورد جدی با شبکه‌های توزیع مکمل‌های ورزشی غیرمجاز و قاچاق صورت گرفته و بازار مکمل‌های ورزشی سالم‌سازی شود.»



قطع واردات داروهای مشتق از پلاسما تا دو سال آینده

معاون سازمان انتقال خون ایران بیان کرد: «استفاده از داروهای مشتق از پلاسما می‌تواند سبب ورود پلاسماهای آلوده به کشور در سالهای گذشته، ورود موج بیماری‌های نوظهور و غیربومی شود.» وی افزود: «امیدواریم با خودکفایی در تولید پلاسما این محصول، آنگذ مغذی‌های تأمین داروهای بومی مشتق از پلاسما در میان مردم و مسئولان برطرف شود.»

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان انتقال خون ایران ادامه داد: «مراکز جامع انتقال خون در سه محور اهدای خون، تولید پلاسما صنعتی، پلاکت و سلول‌های بنیادی فعالیت می‌کنند و با توجه به سیاست‌گذاری سازمان، تولید پلاسما صنعتی را هدف قرار می‌دهند.» وی گفت: «بهربرداری از ۵ مرکز جامع اهدای خون طی یک سال، سیاست سازمان انتقال خون بود که مرکز جامع



سازمان انتقال خون، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان انتقال خون ایران از قطع کامل واردات داروهای مشتق از پلاسما تا دو سال آینده خبر داد. به‌پاورد کاظمی اظهار داشت: «کمبود داروهای مشتق از پلاسما به‌عنوان یک نیاز مهم دارویی همچنان در کشور احساس می‌شود.» وی افزود: «نیاز پلاسما کشور ۲۰۰ هزار لیتر در سال است که ۲۰۰ هزار لیتر توسط سازمان انتقال خون، ۱۰۰ هزار لیتر توسط شرکتهای خصوصی تولید و بقیه به شکل داروهای مشتق از پلاسما از شرکتهای معتبر خارجی به کشور وارد می‌شود.»

کاظمی افزود: «با برنامه‌ریزی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون از طریق راه‌اندازی مراکز جامع اهدای خون در همه استانهای کشور، این نیاز مهم تا ۲ سال آینده برطرف و واردات داروهای مشتق از پلاسما به‌طور کامل قطع خواهد شد.»

گرگان به‌عنوان دهمین مرکز امروز فعالیت خود را آغاز کرد.» کاظمی در ادامه بر لزوم توسعه مراکز خون‌گیری کشور تأکید کرد و گفت: «گرگان و ساری، تنها مراکز استانهای کشور هستند که فقط یک مرکز برای دریافت خون اهداکنندگان دارند.»

وی بیان کرد: «مهمه استانهای کشور چندین مرکز خون‌گیری دارند که در این دو شهر نیز باید با تعامل بیشتر با مسئولین شهری و استانی، فرصت و زمینه راه‌اندازی مراکز جدید فراهم شود.» معاون سازمان انتقال خون به پاسخگویی کامل به نیازهای خونی بیمارستان‌های کشور اشاره کرد و گفت: «هم‌اینک ۱۰۰ مرکز نیازهای خونی کشور در داخل و با خونهای با کیفیت بالایی داخل تأمین می‌شود و هیچ درخواستی خون یا فرآورده‌های خونی بی‌ساخت نمی‌ماند.»

باقر لاریجانی، معاون آموزشی وزا

بیماری‌های غیر واگیر علت



دست دادن شغل و کاهش درآمد آنان شده و آنها را به سوی فقر بکشاند. این چرخه از سوی دیگر هم عمل می‌کند. قشر فقیر جامعه به دلیل نداشتن بودجه کافی، سلامت خود را در اولویت قرار نمی‌دهد و بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار می‌گیرد.

در صورتی که پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به طور مؤثر انجام نگیرد، هزینه‌های میلیاردی در کشور از دست می‌رود. در حالی که با سرمایه‌گذاری مناسب و تخصیص منابع لازم به پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر می‌توان از این بحران پیشگیری کرد.

مسئله: چگونه می‌توان از بیماری‌های غیر واگیر پیشگیری کرد؟ اساس پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، شناسایی عوامل خطر این بیماری‌ها و کنترل آنهاست. مهمترین عوامل خطر قابل اصلاح، تغذیه ناسالم، نبود فعالیت بدنی و فعالیت بدنی کم، مصرف الکل و استعمال دخانیات است. اصلاح این عوامل خطر به کنترل عوامل خطر متابولیک شامل افزایش فشارخون، اضافه وزن و چاقی، افزایش قندخون و چربی‌خون بالا کمک می‌کند و به این ترتیب موجب پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر می‌شود.

با استفاده از خطر سطحی عوامل خطر، افرادی که خطر ابتلا به این بیماری‌ها آنان را تهدید می‌کند، شناسایی می‌شوند و برای کنترل معرفی و ارجاع داده می‌شوند. مسئله: شایع‌ترین بیماری‌های غیر واگیر کدامند؟

بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی مانند آسم و بیماری‌های مزمن استخوانی روی مهمترین بیماری‌های غیر واگیر هستند که ۸۰ درصد مرگ‌ناشی از بیماری‌های غیر واگیر به علت این ۴ دسته بیماری رخ می‌دهد.

بیماری‌های قلبی، عروقی به خصوص عاری از اختلالات قلبی و عروقی خونی گفته می‌شود. بیماری‌های قلبی-عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری کشته می‌شوند.

در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۸ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۹ میلیون نفر آنان در اثر بیماری‌های اسکیمیک قلبی (سکته قلبی) جان باختند. قابل توجه است که بیش از ۷ میلیون نفر نیز در اثر سکته مغزی فوت کردند.

اغلب بیماری‌های قلبی، عروقی با تغییر سبک زندگی و ابتکار رفتارهای سالم، همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند. افرادی که دچار بیماری قلبی-عروقی هستند یا افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری هستند به دلیل وجود یک یا چند عامل خطر متوسط فشارخون بالا، دیابت، افزایش چربی خون) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

در ایران نیز در سال گذشته ۱۸۰ هزار نفر در اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی فوت کرده‌اند که بیش از نیمی از آنان به دلیل بیماری‌های اسکیمیک قلبی (سکته قلبی) جان خود را از دست داده‌اند. همچنین بیش از ۲۵ درصد مرگ‌ها در اثر سکته مغزی رخ داده است. عدم استعمال دخانیات، کاهش مصرف نمک در رژیم غذایی، مصرف سیوه و سبزی و ورزش کردن می‌تواند باعث ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را کاهش دهد.

التهب کنترل عوامل خطر متابولیک شامل فشارخون بالا، اضافه وزن و چاقی، دیابت و افزایش چربی خون احتمال ابتلا به بیماری را می‌کاهد. دیابت بیماری مزمنی است و زمانی اتفاق می‌افتد که پانزده درصد سلول‌های تولیدکننده انسولین در بدن نمی‌توانند انسولین تولید کنند یا انسولین مصرف نمی‌کنند. افزایش تولید قندخون، با گذشت زمان آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیری به بسیاری از بخش‌های بدن به خصوص رگ‌های خونی، شبکه چشم، کلیه و اعصاب محیطی وارد می‌کند.

در سال ۲۰۱۵، بیش از ۷۵ میلیون مرگ به طور مستقیم در اثر دیابت رخ داده است. در ایران این میزان، ۱۸ هزار مرگ بوده است. شایع‌ترین توجه است بیش از ۸۰ درصد از مردان مرگ در کشورها یا درآمد کم و متوسط روی می‌دهد. رژیم غذایی سالم، انجام منظم فعالیت بدنی، حفظ وزن بدن در حد طبیعی و پرهیز از استعمال دخانیات می‌تواند از دیابت پیشگیری کند. در سال ۲۰۱۴، ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می‌شود و در پی افزایش وزن بدن و عدم کنترل بدنی رخ می‌دهد. دیابت موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی می‌شود. مطالعاتی که در سال ۲۰۱۴ انجام شد، نشان داده که ۵۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی-عروقی فوت می‌کنند.

۹ میلیون مرگ در اثر ابتلا به سرطان، واقعیتی است که نمی‌توان نادیده گرفت. مطالعه مهم دیگر ناتوانی ناشی از سرطان است که به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. در ایران طی سال گذشته ۱۰ هزار نفر در اثر ابتلا به سرطان جان باختند. شایع‌ترین سرطان‌ها در بین مردان عبارتند از سرطان ریه، پروستات، کولورکتوم، معده و کبد و شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان، سرطان سینه، کولورکتوم، ریه، دهانه رحم و معده هستند. حدود یکسوم از مرگ‌های ناشی از سرطان در اثر عوامل

باقر لاریجانی فوق تخصص بیماری‌های غدد درون ریز و اسناد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. او هم‌زمان نائب رئیس کمیته ملی بیماری‌های غیر واگیر و معاون آموزشی وزارت بهداشت است. با او در مورد بیماری‌های غیر واگیر گفت و گو کرده ایم توجه شما را به این گفت و گو جلب می‌کنیم.

سپید: بیماری‌های غیر واگیر چه نوع بیماری‌هایی هستند؟

بیماری‌های غیر واگیر که به بیماری‌های مزمن معروف هستند مسری نبوده و از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شوند. ولی این بیماری‌ها به مدت طولانی در بدن باقی می‌مانند و در صورت عدم کنترل موجب بروز عوارض جبران‌ناپذیر می‌گردند.

مسئله: عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر چیست؟

مهمترین عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر، عوامل خطری هستند که با سبک زندگی افراد مرتبط است. شهرنشینی و تغییر سبک زندگی در جوامع باعث بروز این عوامل خطر رفتاری شده که ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر را به دنبال دارد. عوامل خطر متابولیک شامل افزایش فشارخون، اضافه وزن و چاقی، افزایش قندخون و افزایش سطح چربی خون که ارتباط مستقیمی با عوامل خطر ذکر شده دارند، نیز موجب ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر می‌گردند. چرخه‌های جهانی بهداشت، چهار عامل خطر تغذیه ناسالم، نبود فعالیت بدنی یا فعالیت بدنی کم، مصرف سیگار و مصرف الکل را به عنوان عوامل خطر اصلی بیماری‌های غیر واگیر در نظر گرفته است اما عوامل خطر متعدد دیگری از جمله عوامل خطر متابولیک، آلودگی هوا، مخاطرات شغلی و مصرف مواد مخدر نیز جزو عوامل خطر اصلی ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران است.

مسئله: چه کسانی در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر هستند؟

این نکته قابل توجه است که تمامی افراد در تمام گروه‌های سنی و جنسی ممکن است به بیماری‌های غیر واگیر مبتلا شوند. اما در کل، اینگونه بیماری‌ها از ۳۰ سالگی به بعد (طبق سنده ملی بیماری‌های غیر واگیر، بیشتر، میزان وقوع از دارن ولی در بسیاری از موارد، عوامل زمین‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی شروع به تأثیر گذاری بر سلامت میکند و ما رخداد آنها را در سنین بالاتر مشاهده میکنیم.)

مسئله: آیا ممکن است کودکان نیز به بیماری‌های غیر واگیر مبتلا شوند؟

بله، با تغییر سبک زندگی حتی کودکان نیز در معرض خطر هستند. رژیم غذایی ناسالم، روی آوردن به بازی‌های رایانه‌ای و مدت زمانی که کودکان فعالیت بدنی ندارند مانند مدت طولانی تماشای تلویزیون و به دنبال آن کم‌تر حرکتی، اضافه وزن و چاقی کودکان را به دنبال داشته که متأسفانه موجب ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر می‌گردد. در مساله دیگر این است که ممکن است کودکان در معرض درد ناشی از استعمال دخانیات قرار گیرند که آنان را آسیب‌پذیر می‌کند.

مسئله: آیا این نگرش که ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر می‌تواند از دست من است، صحیح است؟

این مسئله نیازمند توضیح است که افزایش سن یکی از عوامل تأثیر گذار بر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر است ولی این بیماری‌ها مختص افراد مسن نیست. به منظور که ذکر شد، متأسفانه تغییر سبک زندگی و افزایش بروز عوامل خطری چون الگوهای تغذیه‌ای ناسالم، کم‌تر حرکتی و استعمال دخانیات موجب شده که افراد جوان نیز به این بیماری‌ها مبتلا شوند. در سال گذشته، در سطح جهان، ۱۱ میلیون نفر از افرادی که سن آنان کمتر از ۷۰ سال بوده است جان خود را در اثر بیماری‌های غیر واگیر از دست داده‌اند.

مسئله: چرا پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر حائز اهمیت است؟

حدود ۸۰ درصد مرگ‌ها به علت بیماری‌های غیر واگیر رخ می‌دهند. در سال گذشته بیش از ۳۹ میلیون نفر در جهان جان خود را به دلیل بیماری‌های غیر واگیر از دست داده‌اند. این یک بحران جهانی است که تمامی کشورهای را تهدید می‌کند. برآورد ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست و سالانه هزاران نفر در اثر این بیماری‌ها می‌میرند. در ایران نیز در اثر عوارض ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، دچار ناتوانی شده و زندگی سختی را می‌گذرانند. بنابراین پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر آنها امری حیاتی است که موجب نجات جان هزاران نفر و بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه می‌شود.

مسئله: بیماری‌های غیر واگیر از نظر اقتصادی-اجتماعی چه تأثیری بر جامعه می‌گذارد؟

در حال حاضر، بیماری‌های غیر واگیر به دغدغه اصلی کشورهای در حال توسعه تبدیل شده است اما بیماری‌های غیر واگیر بیش از آنکه کشورهای روئند را تهدید می‌کند، کشورهای فقیر را به مخاطره می‌اندازد. این بیماری‌ها باعث می‌شوند تا خانواده‌ها هزینه زیادی را برای کنترل و درمان بیماری‌های غیر واگیر خرج کنند و برای برخی از آنها ممکن است ابتلا به بیماری موجب از

عوامل خطر حوادث ترافیکی در ایران سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی، عدم استفاده از کلاه ایمنی موتورسواران، عدم استفاده از صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تأثیر مصرف مشروبات الکلی، رانندگی تحت تأثیر دارو و مواد مخدر و استفاده از تلفن همراه حین رانندگی می‌باشند.

متأسفانه در ایران اینها ۱۸ درصد سرشتیان عقب‌خورد و از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند و تنها ۲۱ درصد سرشتیان عقب‌مور از کلاه ایمنی استفاده می‌کنند. در سال ۱۳۹۴، بیش از ۱۶ هزار نفر در اثر حوادث ترافیکی جان خود را از دست دادند و تعداد به مراتب بیشتری مروح و معلول شدند که اغلب در گروه سنی جوان و میان‌آور جامعه بودند.

بر اساس آخرین اطلاعات موجود، اغلب مرگ‌های ناشی از حوادث ترافیکی در راه‌های خاکی و روستایی را ۶۵ درصد) و یک چهارم مرگ‌های رخ داده در راه‌های درون شهری بوده است. وقوع ۷ درصدی مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در راه‌های خاکی و روستایی را نیز نباید نادیده گرفت.

بسیترین کنترل این گروه از بیماری‌ها چیست؟ یکی از مهم‌ترین موارد در این زمینه، تبعیت از دستورات مشاوران دارویی پزشک است و در کنار آن، تغییر سبک زندگی برای کنترل عوامل خطر ایجاد کننده - تشدید کننده- این گروه از بیماری‌ها الزامی است. تغذیه سالم، افزایش فعالیت بدنی، کاهش یا ترک استعمال دخانیات و قطع مصرف الکل، مهمترین ارکان اصلاح سبک زندگی-چه در افراد مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر و چه در افراد سالم- هستند. بندهایی است که در پی سبک زندگی-چه در افراد مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر و چه در افراد سالم- حاصل می‌شود.

مسئله: پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر چگونه به توسعه کشور کمک می‌کند؟

موتولین سلامت در کشور با یاری مردم و با در نظر گرفتن اولویتهای جامعه، دسترسی عادلانه تمام مردم به خدمات سلامت و مداخلات هزینه اثر بخشی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر حرکت می‌کند و با کاهش میزان ابتلا و مرگ و میر به حفظ جان مردم، پیشگیری از ناتوانی حاصل از بیماری کمک می‌کند و موجب می‌شود سرمایه کشور حفظ شود. از دست نرود.

به این ترتیب با پیشگیری از فقر و ارتقای سلامت مردم می‌تواند توسعه کشور کمک می‌کند. مسئله: جایگاه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در امرای سلامت کشور چیست؟

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، با هدف یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت (ناجرا) بر تمامی فعالیت‌ها در زمینه بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است. سازمان‌ها نهادی دولتی و غیر دولتی در راستای پیشگیری و مداخلات برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر تشکیل شده و به عنوان ساختاری در بالاترین سطح سیاست‌گذاری‌های کلان در راستای چهار محور

حاکمیت، کاهش عوامل خطر، ارتقای مراقبت بهداشتی و نظارت و پایش بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر آنها سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی می‌کند.

مسئله: آیا کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر با معاونت‌ها و واحدهای مختلف وزارت بهداشت ارتباط دارد؟

بله. در واقع کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر با حضور و تعاملی معاونان وزارت بهداشت شامل معاونت‌های بهداشت، درمان، غذا و دارو، آموزش و پرورش تشکیل شده و تعامل مؤثر با نمایندگان اجرایی تمامی واحدها تشکیل شده و به این ترتیب تصمیمات با مشارکت معاونت‌ها اتخاذ می‌گردد.

مسئله: ارتباط کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر با سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها چگونه است؟

بی‌تردید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولی سلامت مردم نیست. در صورتی که ارتباط مؤثر و همکارانه با سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها وجود نداشته باشد، وزارت بهداشت به تنهایی نمی‌تواند به هدف کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر دست یابد. به همین دلیل این کمیته با سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها ارتباط دارد تا با هم افزایی و همکاری مؤثر با عقد تفاهات‌نامه‌های مشخص و تشکیل کارگروه مشترک با هر وزارتخانه/سازمان بتواند بیشتر به مردم خدمت برساند.

مسئله: هدف ۲۵٪ بیماری‌های غیر واگیر چیست؟

سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت این هدف را تقصیر کرده و از کشورها می‌خواهد تا سال ۲۰۲۵، کشورها ۲۵ درصد میزان مرگ زودرس (۴۰ تا ۷۰ سال) ناشی از بیماری‌های غیر واگیر را کاهش دهند. مسئله: کشورها در این زمینه (هدف ۲۵٪ بیماری‌های غیر واگیر) چه اقداماتی انجام داده است؟

تشکیل کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به منظور برقراری تعاملات درون بخشی و برونی بخشی از اقداماتی بود که کشور در این زمینه انجام داد. از اولین اقدامات در این زمینه تشکیل کمیته تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴-۱۴۰۴ بود که به عنوان سند بالادستی در راستای هدف کلی کاهش ۲۵ درصدی میزان مرگ زودرس (۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ سال) ناشی از بیماری‌های غیر واگیر تا سال ۲۰۲۵ (۱۴۰۵) در کشور مطرح است.

مسئله: در مورد سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در بازه زمانی ۱۳۹۴-۱۴۰۴ بیشتر توضیح می‌دهید؟

این سند ملی جزو متنوع‌ترین اسناد بالادستی نظام سلامت است. در سال ۱۳۹۴ همکاری سیاست‌گذاران، محققان و کارشناسان حوزه‌های مختلف سنده ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی

بوپر وپیون و خطر مشکلات قلبی

سیگارهای که به بیماری‌های ریوی مبتلا می‌شوند، بیش از سایر سیگارهای جامعه به ابزار کمکی برای ترک سیگار نیاز دارند. مشکل اینجاست که پزشکان به دلیل مطرح بودن احتمال ارتباط میان داروهای ترک سیگار با بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی، از تجویز این محصولات برای این گروه بیماران امتناع می‌کنند. مطالعه جدیدی که در نشریه توراکس به چاپ رسیده چنین استنتاج می‌کند که این نگرانی‌ها در جمعیت بزرگ مبتلایان به بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، غیرضروری است.

نویسنده مقاله، دکتر دانیل کروتز، از دانشگاه دوسلدورف می‌گوید: «بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، غیرقابل برگشت هستند و در طول زمان ریه و خاست می‌روند. تنها راه ثابت شده برای متوقف ساختن بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن، قطع مصرف سیگار است.» در یک مطالعه گذشته‌نگر کوهورت، محققان اطلاعات موجود در مورد ۱۲۳۵۰ بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی را در مرکز QResearch بررسی کردند. این اطلاعات، در ۷۵۳ پزشک عمومی که در نقاط مختلف انگلستان مشغول به کار بودند جمع آوری شده بود. بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی، بین ژانویه ۲۰۰۷ میلادی و ژوئن ۲۰۱۲ میلادی برای ترک سیگار از روش نیکوتین درمانی جایگزین، بوپروپیون یا وارنیکلین استفاده کرده بودند. متعاقب آن، بیماران برای مدت ۶ ماه از نظر بیماری‌های قلبی-عروقی (نظیر ایسکمی قلبی، حمله قلبی، سکته مغزی، نارسایی قلبی، بیماری عروق قلبی و آریتمی‌های قلبی) و نیز مشکلات عصبی-عروقی (نظیر افسردگی و اقدام به آسیب به خود) تحت نظر بودند. نتایج نشان داد که در گروه دریافت‌کننده بوپروپیون و وارنیکلین، در مقایسه با گروه دریافت‌کننده نیکوتین‌درمانی جایگزین، افزایش قابل توجهی در خطر بروز عوارض ثبت شد. در واقع، مصرف وارنیکلین با کاهش خطر نارسایی قلبی و افسردگی مرتبط بود.

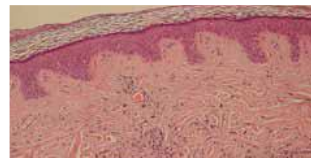
PRNewswire



روش جدید تشخیص بدخیمی آنال

مطالعه ای جدید نشان داده که یک آزمون ژنتیکی ممکن است در تشخیص زودرس بدخیمی آنال، کمک‌کننده باشد. دکتر راسل اوریت، کارشناس مرکز تحقیقات سلامت در انگلستان می‌گوید: «اگر سایر مطالعات نیز همین یافته‌ها را تأیید کنند، این تحقیق می‌تواند روشی با ناهمگامی کمتر برای کمک به پزشکان در غربالگری افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به بدخیمی آنال هستند باشد و از انجام پروسمهای غیرضروری برای افرادی که فاکتورهای خطرناک کمتری دارد جلوگیری کند.» در بیشتر موارد، بدخیمی آنال توسط ویروس پاپیلوماوی انسانی ایجاد می‌شود. این ویروس در ابتدا به بدخیمی‌های سرویکس نیز مقصر دانسته شده است. این محقق می‌تواند مطالعه مذکور بر پایه آنچه که ما در مورد ارتباط میان تغییرات در DNA سلولی و بدخیمی سرویکس می‌دانیم برنامه ریزی شد و نشان داد که تغییرات مشابه در DNA سلول‌های آنال می‌تواند مطرح‌کننده بدخیمی آنال باشد. تشخیص بدخیمی آنال با روش برداشتن بیوپسی برای بیماران در دسترس بوده و اختلاط‌نظر نتایج پزشکی در مورد نمونه‌های سلولی کوچک بسیار اتفاق می‌افتد. روش‌های دیگر نظیر آنوسکوپی نیز پرهزینه و ناخوشایند هستند.

PRNewswire



سازمان غذا و داروی آمریکا در روزهای اخیر از تأیید تسهیل شده درمانی برای مبتلایان به بدخیمی که دارای تظاهر ژنتیکی خاصی هستند حمایت کرده است. این اولین بار است که سازمان مذکور درمانی برای بدخیمی غیر اساس یک بیوماکر و نه بر اساس محلی که تومور از آن منشأ گرفته است مورد تأیید قرار می‌دهد. پمبرولیزوماب (Pembrolizumab) با نام تجاری کیترودا (Keytruda)، برای درمان بزرگسالان و کودکان مبتلا به تومورهای جامد متاستاتیک یا غیرقابل درمان با جراحی که دارای بیوماکر مشخص شده MSI-H یا PD-L1 (پروتئین‌هایی که در سطح سلول‌های ایمنی بدن و برخی از سلول‌های سرطانی یافت می‌شوند) عمل می‌کند. پابلوک کردن این مسیر، کیترودا به سیستم ایمنی بدن در مبارزه با بدخیمی کمک می‌کند.

سازمان غذا و داروی آمریکا فلاکترو و داروهای درمانی خاصی که دچار ملامرایی متاستاتیک، بدخیمی ریه غیرسرول کوچک متاستاتیک، بدخیمی‌های راجعه یا متاستاتیک سر و گردن، لنفوما کلاسیک هرچگونه مغز، و درمان و کارسینوم اروئیدال بوده‌اند مورد تأیید قرار داده بود. کیترودا برای اندیکاسیون جدید تحت



بدخیمی‌هایی نظیر پستان، پروستات، مثانه و تیروئید نیز گزارش شده‌اند. در حدود ۱۰ درصد از بیماران مبتلا به بدخیمی متاستاتیک کولورکتال، تومورهای با بیوماکرهای MSI-H یا MSI dMMR دارند. کیترودا با هدف قرار دادن مسیر سلولی با نام PD-L1/PD-1 (پروتئین‌هایی که در سطح سلول‌های ایمنی بدن و برخی از سلول‌های سرطانی یافت می‌شوند) عمل می‌کند. پابلوک کردن این مسیر، کیترودا به سیستم ایمنی بدن در مبارزه با بدخیمی کمک می‌کند.

سازمان غذا و داروی آمریکا فلاکترو و داروهای درمانی خاصی که دچار ملامرایی متاستاتیک، بدخیمی ریه غیرسرول کوچک متاستاتیک، بدخیمی‌های راجعه یا متاستاتیک سر و گردن، لنفوما کلاسیک هرچگونه مغز، و درمان و کارسینوم اروئیدال بوده‌اند مورد تأیید قرار داده بود. کیترودا برای اندیکاسیون جدید تحت

اندیکاسیون‌های جدید برای پمبرولیزوماب

تایید اولین درمان منطبق بر بیوماکر بدخیمی



مسیر تأیید تسهیل شده بررسی شد. بر این اساس، سازمان غذا و داروی آمریکا به داروهای که برای درمان بدخیمی‌های مشخصه که هنوز درمان‌ناپذیر یا غیردرمانی مطلوب برای آنها وجود ندارد و در مطالعات اولیه روی بیماران نتایج نسبتاً رضایت‌بخشی داشته‌اند، توجه ویژه ای می‌کند. مطالعات بیشتری برای اطمینان از فولید کیترودا و اثبات اثربخشی آن در اندیکاسیون جدید مورد نیاز است که در حال انجام هستند. اثربخشی ایمنی کیترودا برای این اندیکاسیون در بیماران با تومورهای جامد واجد بیوماکرهای MSI-H یا dMMR که در یکی از مطالعات بالینی غیرکنترلی تک بازویی شرکت کرده بودند بررسی شد.

در برخی از مطالعات بالینی، بیماران برای شرکت در مطالعه باید بیوماکرهای MSI-H یا dMMR را می‌داشتند که در حالی که در برخی دیگر از مطالعات، تنها بخشی از بیماران پس از شروع درمان دارای بدخیمی

بیوماکر MSI-H یا dMMR داشته‌اند. در مجموع، ۱۵ نوع بدخیمی در بین ۱۴۹ بیمار شرکت کننده در این مطالعه بالینی مطرح بود. شایع‌ترین بدخیمی در میان آنها، بدخیمی‌های کولورکتال، اندومتریال و سایر سرطان‌های گوارشی بود.

بررسی کیترودا برای این اندیکاسیون، براساس درصد بیماران انجام شد که پاسخ دهنی کامل درمانی به این دارو داشتند و نیز طول مدتی که در درمان پاسخ دادند. از مجموع ۱۴۹ بیماری که در این مطالعه بالینی کیترودا دریافت کردند، ۹۶ درصد پاسخ‌دهی درمانی کامل یا نسبی داشتند. در مورد ۸۷ درصد از بیماران، پاسخ‌دهی به درمان بیش از ۶ ماه پایدار بود.

شایع‌ترین عوارض جانبی گزارش شده در مطالعات در گروه بیماران تحت درمان با کیترودا عبارت بودند از ضعف و خستگی، حالتی، خارش پوست، اسهال، کاهش اشتها، یبورات جلدی، تب، سرگیجه، تنگی نفس، دردهای عضلانی-اسکلتی، بیوست و تهوع. کیترودا ممکن است مشکلات جدی مربوط به ایمنی نظیر التهاب کانونی یا سایر ممانده (نیومونیست)، کرون (کولیت)، کبد (هپاتیت)، غده اندوکراین (اندوکرینوپاتی‌ها) و کلیه (نفریت) ایجاد کند.

همچنین، عوارض جانبی با مرگ مرتبط با پیوند سلول‌های هماتوئیتیک آنتی‌جنت، که به دنبال مصرف کیترودا گزارش شده است.

در بیماران که عوارض شدید و کشنده مربوط به اینجورتن را تجربه کرده‌اند، کیترودا باید قطع شود. در زنان باردار یا شیرده نیز مصرف کیترودا مجاز نیست. اثربخشی و ایمنی کیترودا در کودکان خردسال مبتلا به بدخیمی‌های سیستم عصبی مرکزی با بیوماکر MSI-H مورد مطالعه در نظر گرفته است.

شیرین میرزازاده PRNewswire

تازه‌ها

رسوب ماده حاجب گادولینیوم در مغز

سازمان غذا و داروی آمریکا، پس از بررسی عوارض مرتبط با ایمنی گادولینیوم (Gadolinium) اعلام کرد که پس از استفاده از گادولینیوم به عنوان ماده حاجب برای تصویربرداری آمارژی، مقداری از این ماده ممکن است در مغز یا اعضای دیگر بدن باقی بماند. البته از آنجا که سازمان غذا و داروی آمریکا تا کنون هیچ مدرکی دال بر باقی ماندن گادولینیوم در مغز پس از استفاده از این دارو به عنوان ماده حاجب تصویربرداری ارائه نکرده است، هنوز هشدارها بر برگه اطلاعات دارویی این ماده حاجب اضافه نشده و محدودیت مصرف آن ضروری نیست.

سازمان مذکور در حال ارزیابی ایمنی ماده حاجب گادولینیوم است و برنامه دارد که در آینده نزدیک این موضوع را در جلسهای بررسی کند. سازمان غذا و داروی آمریکا، مقالات و گزارش‌های ثبت شده نزد این سازمان در مورد عوارض جانبی گادولینیوم را جمع‌آوری کرده است. در برخی از مطالعات آزمایشگاهی و بالینی، ماده حاجب گادولینیوم استفاده شده برای تصویربرداری MRI، بیش از یک سال در بدن بیمار باقی ماند. این گزارش‌ها نشان می‌دهند که گادولینیوم در اعضای نظیر مغز، استخوان‌ها و پوست باقی می‌ماند.

مرکز ملی تحقیقات مسومیت سازمان غذا و داروی آمریکا، مطالعه‌ای روی تجمع ماده حاجب گادولینیوم در مغز موش‌های صحرایی ترتیب داده است. مطالعات کوچک‌تری نیز روی باقی ماندن‌های گادولینیوم در سایر بخش‌های بدن در جریان است.

شیرین میرزازاده PRNewswire

تأیید مثبت تحریک الکتریکی در برقراری ارتباط بیماران با هو شیاری که

تایید اندیکاسیون‌های جدید برای پمبرولیزوماب



سازمان غذا و داروی آمریکا، اخیراً اندیکاسیون جدید توسیلیزوماب (Tocilizumab) در نام تجاری آکترا (Actemra) زیرجمله‌های درمانی آرتریت سلول‌زاینت را مورد تأیید قرار داده است. اندیکاسیون جدید، اولین تأییدیه دارویی سازمان غذا و داروی آمریکا برای این نوع واسکولیت است. پارول چوهوری، سرپرست بخش محصولات مرتبط با بیماری‌های ریوی روماتوئیدی و آرتزی مرکز تحقیق و ارزیابی دارویی سازمان غذا و داروی آمریکا می‌گوید: «ما موارد استفاده این دارو را دست‌داده‌ایم زیرا گروهی از بیماران را می‌توانیم درمان کنیم که تاکنون ندره‌ها می‌بودند. این تأییدیه، نوپس و اسکوکت (گروهی از اختلالات که موجب التهاب عروق خونی می‌شوند) است. این التهاب، موجب پاروک شدن شریان‌ها و نسی طبیعی روند جریان خون می‌شود. در آرتریت سلول‌زاینت، عروقی که بیشتر درگیر هستند، در ناحیه سر قرار دارند (بیماری ویزه عروق نمورال). به همین دلیل به این اختلال، آرتریت نمورال گفته می‌شود. هر چند که سایر عروق خونی و عروق بزرگ نیز نظیر آئورت شده در صورتی که در آرتریت سلول‌زاینت ملتهب شوند. درمان استاندارد شامل دوز بالای کورتیکواستروئید است که باید در طول زمان تیر شود. اثربخشی و ایمنی آکترا زیرجمله در درمان آرتریت سلول‌زاینت، در یک مطالعه دوسرگور با

دوز درمانی پرفیزون در بیماران تحت درمان با آکترا در مقایسه با دوزها کمتر پرفیزون مشاهده شد. در مطالعات در دسترس، فواید مشابهی اطلاعات ذکر شده در برگه اطلاعات دارویی آکترا بود. طبق اطلاعات ذکر شده در برگه این دارو، مصرف‌کنندگان آکترا که دچار عفونت شدید می‌شوند، باید تا کنترل کامل عفونت مصرف این دارو را قطع کنند. همچنین، طی درمان با آکترا، مصرف آسکیم‌های زنده مخفی شده ممنوع است. در افراد در معرض خطر سوراخ‌شدگی‌های اولیه گوارش، آکترا باید با احتیاط تجویز شود. واکنش‌های پیش حساسیتی شامل شوک آنافیلاکتیک، مرگ نیز در مصرف‌کنندگان این دارو ثبت شده است. ماتریونینگ آزمایشگاهی، دلیل احتمال تیربات در شمارش نوتروفیل‌ها، پلاکت‌ها و نیز میزان چربی‌ها و آزمون‌های عملکرد کبدی توصیه شده است. قبلاً آکترا زیر جلدی برای درمان آرتریت روماتوئید، عفونت متوسط تا شدید، ویریدی قبلاً تأییدیه سازمان بود. همچنین، آکترا داخل وریدی قبلاً تأییدیه سازمان غذا و داروی آمریکا را برای درمان آرتریت روماتوئید فعال متوسط تا شدید، آرتریت متاستاتیک لیدیوپاتیک جوانان و آرتریت لیدیوپاتیک پلی آرتریتیک جوانان اخذ کرده بود. تزویج زیرجلدی آکترا برای درمان آرتریت سلول‌زاینت از سوی سازمان مذکور مورد تأیید نیست.

PRNewswire

شمار فزاینده مرگ‌های ناشی از آلزایمر

طبق گزارش رسمی مقامات سلامت آمریکا، تعداد افرادی که متعاقب بیماری آلزایمر جان خود را از دست داده‌اند، طی سال‌های اخیر تا ۵۰ درصد افزایش داشته و در یک چهارم موارد، بار اقتصادی بیماری این قربانیان، بر دوش نزدیکان آنها بوده است. کریستوفر تیلر، اپیدمیولوژیست مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن آمریکا، می‌گوید: «بیماری آلزایمر، یک معضل بهداشت عمومی است که نه فقط خود بیمار مبتلا به آلزایمر، بلکه اعضای خانواده وی را نیز متاثر می‌کند. تعداد شهروندان بالای ۶۵ سال آلمانی که به سرعت رو به رشد است و سن، مهمترین عامل مستعدکننده ابتلا به آلزایمر محسوب می‌شود. کیت فرگو، سرپرست برنامه‌های علمی انجمن آلزایمر آمریکا می‌گوید: «این مشکل فقط روز به روز وخیم‌تر می‌شود. به عبارتی، ما با تسونامی آلزایمر مواجه هستیم. فرگو اضافه می‌کند که این رشد شگرفی است که در مرگ‌های متعاقب بیماری آلزایمر، یک عدد تبدیل شده بر اساس توزیع سنی جمعیت است. در صورتی که این تعدیل صورت نگیرد، آمار مرگ و میر به دنبال بیماری آلزایمر بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۴، ۳۰ درصد افزایش می‌یابد. اغلب مبتلایان به آلزایمر در خانه می‌میرند. تا ۱۶



آلزایمر، پنجمین علت مرگ در افراد بالای ۶۵ سال است. Health Day

تازه‌ها

موبایل خانواده‌ها را کنار هم نگه می‌دارد نه دور از هم!

احتمالا خیلی از شما هم این تجربه را داشته‌اید که وقتی با خانواده بیرون می‌روید یا دور هم جمع می‌شوید همه به‌سای حرف زده باهم سرشان توی گوشی یا تبلشان است. بعضی‌ها حتی معتقدند موبایل باعث مرگ مکالمات خانوادگی می‌شود.

در پژوهشی که به‌وسیله موسسه T-Mobile به‌عنوان انجام شده است یافته‌ها مخالف تفکر پیشین است بر اساس این پژوهش میدانی، محققان دریافته که موبایل افراد خانواده را دور هم جمع می‌کند. ۷۰ درصد والدین در این نظر سنجی گفته بودند که تکنولوژی آنها را به فرزندانشان نزدیکتر کرده است. این ارتباط با ایمیل، پیامک، تماس صوتی و شبکه‌های اجتماعی همه در بهبود ارتباط نقش داشته‌اند.

۴۸ درصد والدین گفتند که از صحبت با هم در گروه‌های خانوادگی لذت می‌برند. ۵۰ درصد گفتند که از فیس‌بوک بیشتر از سایر شبکه‌های اجتماعی برای ارتباط با دیگران استفاده می‌کنند. در مقابل ۲۳ درصد پدر و مادرها گفتند که بیشتر از اینستاگرام و ۲۲ درصد از اینستاگرام استفاده می‌کنند. البته تمامی این‌ها در شبکه‌های اجتماعی فیس‌بوک تفاوت زیادی دارند. اگر بخار هم عادلانه قضاوت کنیم باید بگوییم این که T-Mobile مسئولیت این پژوهش را به عهده داشته می‌تواند بر نتایج موثر باشد. با این حال نتیجه‌ای این پژوهش جالب توجه است.

این روزها تقریباً اکثر ما در یکی دو گروه خانوادگی در تلگرام عضو هستیم. احتمالاً اعضای خانواده را در اینستاگرام دنبال می‌کنیم. تماس صوتی و تصویری برای ارتباط با پدر و مادرها هم کار خیلی‌ها را راحت‌تر کرده است. با این حال ممکن است بچه‌ها و حتی والدین در خانه، بیشتر وقتشان را صرف استفاده از موبایل و تبلت کنند. شما چطور فکر می‌کنید؟ آیا تکنولوژی شبکه‌های اجتماعی و موبایل‌ها شما را از خانواده دور کرده یا ارتباط را نزدیکتر کرده است؟



Ubergizmo

تازه‌ها

حسن بویایی انسان‌ها از حیوانات ضعیف‌تر نیست

محققان طی انجام یک پژوهش جدید دریافته که «حباب بویایی» انسان‌ها کلاً بزرگ بوده و از نظر تعداد نورون‌ها مشابه با سایر پستانداران است. برخلاف تصور غلطی که مدت‌ها رایج بوده، حسن بویایی انسان از سایر پستاندارانی مانند سگ و جوندگان که در قلمرو حیوانات از حسن بویایی می‌نظری برخوردارند کمتر نبوده و حتی به همان اندازه نیز خوب است. انسان‌ها در تشخیص رایحه مورد نیاز مانند شکلات و موز حتی از حیواناتی مانند سگ نیز قوی‌تر هستند.

سال‌های سال تصور می‌شد که به دلیل اندازه حباب بویایی انسان‌ها، حسن بویایی آنها از حیوانات کمتر است. حباب بویایی به بافت عصبی گفته می‌شود که سیگنال‌ها را به مناطق دیگری از مغز انسان می‌فرستد تا رایحه‌های مختلف را شناسایی کند. این باور که انسان‌ها دارای حسن بویایی مشابه با حیوانات نیستند در طول سال‌ها مختلف گریخته در آنها وجود دارد که در مقایسه این رقم در انسان‌ها تنها در حدود ۲۰۰ گنبد است. اما این پژوهش جدید نشان می‌دهد که انسان دارای توانایی تمایز بین یک تریلیون بوی مختلف است.

محققان این پژوهش اظهار کردند: ما انسان‌ها توانایی شناسایی و تمایز بین طیف گسترده‌ای از بوهای مختلف را داریم، ما در تشخیص برخی از بوها از سگ‌ها و جوندگان نیز حساس‌تر و قوی‌تر هستیم. ما قادر به ردیابی مسیرهای بوی هستیم و رفتارهای عاطفی ما توسط احساس بویایی قوی که داریم تحت تأثیر آن می‌گردد. این پژوهش در مجله Science به چاپ رسیده است. ■

موازی که هر دهال اشمنده می‌کند



مشکلات و دلایل آزاردهنده در مردها

۱. **باده شکم:** شاید هیچ‌کدام از علل مردها باده‌ها نباشند. باده شکم مایه خنده نباشد. درحالی‌که صدا و بوی باده شکم می‌تواند شرابور باشد، اما خارج شدن باده شکم هیچ ضرری ندارد. این بادی که از مقعد خارج می‌شود هوائی است که در دستگاه گوارش حرکت می‌کند یا گاز ناشی از غذاهایی است که به‌وسیله باکتری‌های درون دلدروده تجزیه می‌شوند، در نتیجه یک عملکرد بدنی خطرناک نیست. حقایقی که می‌تواند در مورد باده شکم بیان داشت شامل موارد زیر است:

۱. **باده شکم:** شاید هیچ‌کدام از علل مردها باده‌ها نباشند. باده شکم مایه خنده نباشد. درحالی‌که صدا و بوی باده شکم می‌تواند شرابور باشد، اما خارج شدن باده شکم هیچ ضرری ندارد. این بادی که از مقعد خارج می‌شود هوائی است که در دستگاه گوارش حرکت می‌کند یا گاز ناشی از غذاهایی است که به‌وسیله باکتری‌های درون دلدروده تجزیه می‌شوند، در نتیجه یک عملکرد بدنی خطرناک نیست. حقایقی که می‌تواند در مورد باده شکم بیان داشت شامل موارد زیر است:

۱. **بوی بدجهان:** شاید می‌دانید که غذاهای بو دار و سیگار کشیدن می‌تواند بوی مردها شما را تحت تأثیر قرار دهند. اما باکتری مفسرترین عامل بوی بدن مردها است.

۱. **بوی بدجهان:** شاید می‌دانید که غذاهای بو دار و سیگار کشیدن می‌تواند بوی مردها شما را تحت تأثیر قرار دهند. اما باکتری مفسرترین عامل بوی بدن مردها است.

وقتی که دندان خود را می‌شوید، زبان خود را نیز بشوید تا از شر باکتری‌های روی آن خلاص شوید. اگر بهداشت خوب باعث شپری شدن دهان شما نشد به دندان‌پزشک و پزشک خود مراجعه کنید. بیماری‌ها، تنه، دهان خشک و رفلس اسید بخشی از مشکل بوی بدن مردها هستند.

وقتی که دندان خود را می‌شوید، زبان خود را نیز بشوید تا از شر باکتری‌های روی آن خلاص شوید. اگر بهداشت خوب باعث شپری شدن دهان شما نشد به دندان‌پزشک و پزشک خود مراجعه کنید. بیماری‌ها، تنه، دهان خشک و رفلس اسید بخشی از مشکل بوی بدن مردها هستند.

۱. **نقص در عملکرد جنسی:** شاید مردها مشتاق به صحبت در مورد مشکلات جنسی خود نباشند، اما تقریباً یک‌سوم از مردها چنین مشکلاتی را تجربه می‌کنند. این مشکلات می‌تواند شامل تضعیف میل جنسی، زوال ورس و اختلال در نعوظ باشند. از عوامل خطرناک اختلال در نعوظ می‌توان به دیابت، بیماری قلبی، عارضه‌های عصبی، سیگار کشیدن، مشکلات گردش خون و بعضی از داروها اشاره کرد. اگر مشکل اختلال در نعوظ با دیگر مشکلات جنسی دارید به پزشک خود مراجعه کنید تا شما را معاینه کند و درمان لازم را توصیه کند.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

۱. **بوی بدن:** بهر فعالیت سخت یا توان‌فرسایی می‌تواند منجر به بوی تند بدن شود. دلیل این بوی تند بدن تنها عرق نیست، بلکه باکتری از پوست عرق کرده به‌عنوان یک مکان مناسب برای تولید مثل استفاده می‌کند. می‌تواند با دوش گرفتن منظم و شستن بدن خود با صابون و استفاده از محصولات ضد عرق با باکتری‌ها مبارزه کنید. علاوه بر این، سعی کنید که غالباً لباس‌های تمایزاتی بپوشید تا از عرق و باکتری‌ها خلاص شوید. اگر بوی بدن شما باقی ماند، از مصرف غذاهای بو دار همچون سیر و پیاز خودداری کنید.

مشکلات و سوژه‌های تاز را
با ما در میان بگذارید
پیامک: ۰۹۱۲۹۹۳۴۳۸۴۴
Email: info@sepidonline.ir



https://telegram.me/sepidonline

https://telegram.me/sepidonline

با روزنامه سپید در تلگرام همراه شوید

https://telegram.me/sepidonline

آنچه باید بدانیم

بر خورد با آسیب‌های ناشی از مواد سوزاننده



آرش صفائی متخصص طب اورژانس استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان سینا

مواد سوزاننده در تماس با بافت ایجاد آسیب مستقیم می‌کنند. مواد سوزاننده اغلب باز یا اسید هستند، ولی موادی مانند فنول، فرمالدئید، ید و آب‌کلسینه نیز خاصیت سوزانندگی دارند. اسیدها در صورت داشتن pH کمتر از ۳ و بازها در صورت داشتن pH بیش از ۱۱ سوزانندگی بیشتری دارند. اغلب موارد آسیب با مواد سوزاننده غیرعسری هستند. در موارد عسری مصرف خوراکی مواد سوزاننده، آسیب دهانی حلقی به‌دلیل بلع سریع ماده کمتر، ولی احتمال آسیب جدی داخلی زیاد است. مواد سوزاننده و سفید کننده خانگی شایع‌ترین مواد سوزاننده هستند.

اصول بیماری

شدت آسیب یک ماده سوزاننده به نوع ماده، غلظت محلول، حجم، و سوزانندگی، مدت تماس، pH ماده و حضور یا نبود غذا در معده بستگی دارد. مواد اسیدی در برخورد با سلول‌های اپی‌تلیال موجب تخریب آنمیاد و ایجاد اسکار در محل می‌شوند که جلوی نفوذ و آسیب عمیق‌تر را می‌گیرد. با توجه به مقاومت نسبی اپی‌تلیوم ملین در برابر تخریب آنمیاد آسیب‌های حلق و مری کمتر اتفاق می‌افتند. از آنجایی که اسیدها بوی بسیار شدیدی داشته و در تماس با مخاط دهان درد فوری ایجاد می‌کنند، مقدار خورده شده معمولاً کم است. اسیدها می‌توانند به‌طور سیستمیک جذب شده و موجب آسیب به طحال، کبد، مجاری صفراوی، پانکراس و کلیه‌ها شوند.

اسید هیدروفلوئوریک که اسیدی ضعیف است، می‌تواند به‌دلیل تماس خوراکی، استنشاقی یا پوستی موجب سمومیت بالقوه مرکب‌دار در انسان شود. این اسید موجب اختلالات الکترولیتی خصوصاً هیپوکلسمی، هیپومگزیسمی و هیپوکالمی می‌شود. تماس با مواد قلیایی موجب تخریب مری، صابونی شدن چربی و تخریب پروتئین شده و اجازه نفوذ و تخریب بیشتر بافت را به قلیا می‌دهد.

مرحله آسیب ناشی از بلع مواد سوزاننده:

آسیب ناشی از بلع مواد سوزاننده در ۴ مرحله اتفاق می‌افتد. در مرحله اول تکرز همراه با ارتشاح لکومستهای چند هسته‌ای و هجوم باکتری‌ها رخ می‌دهد. در مرحله بعد لخته شدن غروغی رخ می‌دهد که بر شدت آسیب می‌افزاید. در ۵-۳ روز پس از آسیب، (لبه‌های سطحی مری زیند و مقاومت بافت در برابر کشش به کمترین حد کاهش می‌یابد. بعد از یک هفته از آسیب، تشکیل بافت گرانولزیون (جوشگاه)، ذخیره‌سازی کلاژن و اپیتلیوم‌سازی مجدداً آغاز شده و تا چند هفته ادامه می‌یابد. برجسب شدت آسیب، آسیب‌های ناشی از

مواد سوزاننده مانند سوختگی‌ها به درجات یک تا سه، تقسیم می‌شوند. در سوختگی درجه یک فقط ادم و پرخونی بافت وجود دارد. هنگامی که زخم‌های سطحی، غشاهای سفید، شکنندگی بافت درجه دو است. در صورتی که سوختگی تمام محیط دیواره را در برنگیرد (یعنی دور تا دوری نباشد) سوختگی درجه ۲ است. در صورت دور تا دوری بودن سوختگی درجه ۲ است. در سوختگی درجه ۳ آسیب تمام جدار یا پارگی وجود دارد. در ابتدای سوختگی که با اندوسکوپ می‌توانیم می‌شود با شدت تنگی ارتباط دارد.

با شدت تنگی ارتباط دارد. سوختگی‌های شیمیایی ادم راه هوایی و سوراخ شدن احشاء، توخالی (لوله گوارشی) است. ممکن است سمومیت سیستمیک، شوک هیپولبیک، تب یا اسیدوز رخ دهند. به‌دلیل مصرف خوراکی اغلب بیماران با درد دهان یا شکم، استفراغ و آنریزش از دهان مراجعه می‌کنند. علامت‌های شایع دیگر شامل استریدور، دشواری در تکلم و درد قفسه‌سینه است. ممکن است در صورت، لب‌ها یا خرفه دهان شواهد سوختگی قابل مشاهده باشد. در صورت وجود نشانه‌های تحریک پروتئین احتمال پارگی احشای توخالی افزایش می‌یابد.

تظاهرات بالینی

شایع‌ترین وضعیت‌های تهدیدکننده حیات در سوختگی‌های شیمیایی ادم راه هوایی و سوراخ شدن احشاء، توخالی (لوله گوارشی) است. ممکن است سمومیت سیستمیک، شوک هیپولبیک، تب یا اسیدوز رخ دهند. به‌دلیل مصرف خوراکی اغلب بیماران با درد دهان یا شکم، استفراغ و آنریزش از دهان مراجعه می‌کنند. علامت‌های شایع دیگر شامل استریدور، دشواری در تکلم و درد قفسه‌سینه است. ممکن است در صورت، لب‌ها یا خرفه دهان شواهد سوختگی قابل مشاهده باشد. در صورت وجود نشانه‌های تحریک پروتئین احتمال پارگی احشای توخالی افزایش می‌یابد.

اغلب بیماران در ۴-۳ روز اول دیسفاژی دارند که به‌تدریج بهبود می‌یابد. در صورت بروز تنگی، دیسفاژی ۲-۸ هفته پس از آسیب مجدداً ایجاد می‌شود.

با توجه به جذب سیستمیک اسیدها که موجب اسیدوز متابولیک، هایپوکلریسم و نارسایی کلیه می‌شود، مصرف خوراکی اسید، با وجود آسیب موضعی کمتر نسبت به قلیا، ممکن است مریک‌ویرم پالاتری داشته باشد.

پرسی‌های تشخیصی

هدف از بررسی‌های تشخیصی، شناسایی میزان و شدت آسیب و عوارض احتمالی است. در بیماران با درد شکم یا قفسه‌سینه عکس قفسه‌سینه ایستاده و عکس ایستاده یا خوابیده به پهلو چپ است - با شک به پارگی احشای توخالی- گرفته می‌شود. در صورت شک قوی با وجود گرافی‌های نرمال، CT اسکن قفسه‌سینه و شکم انجام می‌شود. بررسی گاز خون شریانی در موارد مصرف اسید کمک‌کننده است. در سمومیت با اسید هیدروفلوئوریک به‌دلیل اثرات سیستمیک، تمام بیماران بدون توجه به راه آسیب و میزان ماده، مانتور قلبی شده و فاصله QTc در آنها اندازه‌گیری شود. در این بیماران سطح کلسیم،

منیزیم و پتاسیم چک شوند. براساس علائم و نشانه‌ها، نمی‌توان شدت سوختگی را پیش‌بینی کرد. تمام بیماران علامت‌دار باید ۲۴-۳۶ ساعت پس از آسیب تحت آندوسکوپ قرار گیرند. آندوسکوپ زودرس ممکن است شدت آسیب را کمتر از میزان واقعی تخمین بزند و آندوسکوپ پس از ۲۴ ساعت با افزایش خطر پارگی همراه است. در صورت وجود پارگی با انسداد در آندوسکوپ، آندوسکوپ باید خاتمه یابد.

درمان

باتوجه به احتمال آسیب پرسنل درمان در برخورد با مواد سوزاننده باقی‌مانده یا حین آندوسکوپی، بیمار، محافظت فردی پرسنل، شامل استفاده از دستکش، گان، عینک و شیلد که همه باید در برابر آب نفوذ ناپذیر و در برابر مواد سوزاننده مقاوم باشند اهمیت به‌سزایی دارد.

مانند هر بیمار دیگر در اورژانس، در برخورد با سوختگی‌های شیمیایی، در قدم اول باید اقدام به بررسی گاز خون شریانی و در صورت لزوم، پاندارسازی اولیه بیمار کرد. در صورت وجود خشونت صدا، درد گلو، آنریزش از دهان، ادم راه هوایی یا در مورد آسیب یا مقادیر زیاد ماده سوزاننده ممکن است پیش از آنکه افزایش ادم و ترشحات، اتیومیون را دشوار یا غیرممکن سازند، نیاز به مداخله فوری و تمهید راه هوایی مطمئن باشد.

انتی‌اسیون از راه بینی کتراتیکه است و در صورتی که به‌دلیل وجود ادم یا به هم‌چوردگی بافت، انتی‌اسیون دهانی دشوار به نظر می‌رسد، باید از لوله‌گذاری به روش توالی سریع (RSI) پرهیز و از انتی‌اسیون با کمک فیبر نوری یا کریکتیو و لیدوئوم جراحی استفاده کرد. در مجموع به نظر می‌رسد که انتی‌اسیون به روش هویشاز از همه مناسب‌تر باشد.

در شرایط به زمان مصرف، نوع و میزان ماده وجود قصد خودکشی توجه شود. با دانستن pH ماده از روی برجسب سازنده محصول یا پرس با کاغذ لیتموس می‌توان شدت آسیب را تخمین زد. در موارد مصرف عسری به احتمال مصرف هم‌زمان سایر مواد یا داروها توجه شود. بیماران با مصرف عسری مواد سوزاننده ممکن است علائم خود را کمتر از میزان واقعی توصیف کنند.

درمان در بلع مواد سوزاننده

به‌دلیل مصرف خوراکی مواد سوزاننده کار کسی جهت کاهش شدت سوختگی می‌توان انجام داد. طی ۳۰ دقیقه اول بعد از مصرف خوراکی ماده سوزاننده دادن ۱-۲ فنجان آب یا شیر در رقیق کردن ماده و کاهش میزان آسیب ممکن است کمک‌کننده باشد. با توجه به وقوع تقریباً فوری آسیب، رقیق کردن تأخیری ماده سوزاننده

توصیه نمی‌شود.

خشی کردن ماده سوزاننده با اسید یا باز به‌دلیل احتمال آسیب بیشتر به‌دلیل ایجاد گرما توصیه نمی‌شود. ایجاد استفراغ به‌دلیل خطر آسپیراسیون و ایجاد سوختگی مجدد نباید انجام شود. شاکرول فعال نمی‌تواند اسیدها و بازها را جذب کند لذا در درمان نقش ندارد. البته تجویز شاکرول کمتر اندیکاسیون قطعی نیست و در صورتی که جذب ماده به‌صورت سیستمیک تهدیدکننده حیات فرد باشد تجویز شاکرول بلا مانع است. شست‌وشوی معده نیز با توجه به گذر سریع مایعات از پیلور و همچنین احتمال شدید کردن آسیب با افزایش وقت انجام نمی‌شود.

باتوجه به خطر کمتر پارگی به‌دلیل مصرف اسید و احتمال بروز سمومیت سیستمیک با اسیدها، در مصرف خوراکی مقادیر زیاد اسید که فوراً پس از مصرف مراجعه می‌کنند (حداکثر تا ۳۰ دقیقه پس از مصرف)، تمهید یک لوله بینی‌مدی نازک و تخلیه محتویات معده کمک‌کننده است.

تمام بیماران باید دو راه ورودی داشته و احیاء با مایعات به میزان زیاد انجام گیرد. اگر با وجود اتیومیون و تهویه مکانیکی بیماران دچار راه هوایی و افزایش گرایدان شریانی- آلتولی هیپوکسی و افزایش مقادیر زیاد ماده سوزاننده ممکن است پیش از آنکه افزایش ادم و ترشحات، اتیومیون را دشوار یا غیرممکن سازند، نیاز به مداخله فوری و تمهید راه هوایی مطمئن باشد.

انتی‌اسیون از راه بینی کتراتیکه است و در صورتی که به‌دلیل وجود ادم یا به هم‌چوردگی بافت، انتی‌اسیون دهانی دشوار به نظر می‌رسد، باید از لوله‌گذاری به روش توالی سریع (RSI) پرهیز و از انتی‌اسیون با کمک فیبر نوری یا کریکتیو و لیدوئوم جراحی استفاده کرد. در مجموع به نظر می‌رسد که انتی‌اسیون به روش هویشاز از همه مناسب‌تر باشد.

در شرایط به زمان مصرف، نوع و میزان ماده وجود قصد خودکشی توجه شود. با دانستن pH ماده از روی برجسب سازنده محصول یا پرس با کاغذ لیتموس می‌توان شدت آسیب را تخمین زد. در موارد مصرف عسری به احتمال مصرف هم‌زمان سایر مواد یا داروها توجه شود. بیماران با مصرف عسری مواد سوزاننده ممکن است علائم خود را کمتر از میزان واقعی توصیف کنند.

درمان در آسیب چشمی ناشی از مواد سوزاننده

در موارد آسیب چشمی شست‌وشوی فوری با حداقل ۲ لیتر نرمال سالین برای هر چشم در تمام موارد غیر از پارگی واضح انجام می‌شود. در صورت یوزد نرمال سالین می‌توان از آب شیر - یا هر آب تمیز در دسترس - استفاده کرد. در هنگام شست‌وشو، در صورت آسیب یک چشم، چشم مبتلا پایین‌تر از چشم دیگر قرار گیرد تا از آلودگی احتمالی چشم جلویگیری شود. سوختگی‌های شیمیایی چشم بسیار درنکات هستند و جهت شست‌وشوی مؤثر و هم‌کاری مطلوب بیمار، باید از بی‌حس کننده‌های موضعی (مانند قطره تراکالین) و ضد‌دردهای سیستمیک (مانند مورفین سولفات) استفاده شود. به‌دلیل اهمیت شدید عضلات اریکتوریس متعاقب سوختگی‌های شیمیایی چشم نیاز به باز نگه داشتن پلکها با کمک دست یا رتراکتور است. پس از شست‌وشو با ۲ لیتر مایع طی ۳۰ دقیقه،

pH با قرار دادن کاغذ لیتموس یا نیتراژین در کیسه منته‌جه چک شود. شست‌وشو باید تا رسیدن pH به حدود ۷/۵-۸ ادامه یابد. جهت جلوگیری از بروز نتایج منفی کاذب، باید قبل از چک کردن pH، شست‌وشو برای چند دقیقه متوقف شود. در موارد آسیب با اسیدهای شدید و قلیاها شست‌وشوی طولانی‌مدت با وجود نرمال شدن pH لازم است (در چنین مواردی ممکن است نیاز به شست‌وشو به‌مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر باشد).

در موارد آسیب چشمی با ماده سوزاننده پلک فوقانی را برگردانید و جهت وجود احتمالی ذرات ماده سوزاننده را در آن جستجو کنید. تمام موارد آسیب سوزاننده چشم نیازمند مشاوره چشم پزشکی هستند که برجسب شدت، اورژانس یا غیر اورژانس هستند. در تمام آسیب‌های جدی سوزاننده چشم جهت بیمار فطره سیکل‌وپلاژیک طولانی‌اثر تجویز می‌شود.

درمان در تماس پوستی با مواد سوزاننده

در آسیب‌های پوستی با مواد سوزاننده در اغلب موارد شست‌وشو با مقادیر فراوان آب معمولی با فشار کم به‌مدت طولانی (۲-۳ ساعت برای اسیدهای قوی و تا ۱۲ ساعت برای قلیاهای قوی) اغلب کافی بوده و ادامه درمان مانند سوختگی های حرارتی است.

تعیین تکلیف

بلع مواد سوزاننده
بیماران بدون علامت یا شرح‌مطمئن، بدون شواهد سوختگی دهانی حلقی و مصرف سهوی ماده سوزاننده، را می‌توان از اورژانس ترخیص کرد. اما کودکان بدون علامت و بدون شواهد سوختگی دهانی-حلقی باید حداقل ۱۲-۶ ساعت در اورژانس تحت‌نظر باشند و در این مدت می‌توانند رژیم مایعات داشته باشند. تمام بیماران علامت‌دار، بیماران دارای شواهد سوختگی دهانی-حلقی یا موارد مصرف عسری ماده سوزاننده بسته به شدت علائم در بخش یا ICU بستری شده و ۲۴-۱۲ ساعت پس از آسیب آندوسکوپ انجام شود. در صورت در دسترس نبودن آندوسکوپ بیمار به مرکز مجهز اعزام شود. تمام موارد مصرف خوراکی اسید هیدروفلوئوریک باید بستری شوند.

تماس پوستی

پس از انجام درمان اولیه در اورژانس همانند سوختگی‌های حرارتی نسبت به ترخیص بستری در بخش یا ارجاع به مرکز سوختگی تصمیم‌گیری شود. تمام موارد سوختگی با اسید هیدروفلوئوریک باید بستری شوند. **آسیب چشمی**
پس از انجام اقدامات اولیه - بسته به شدت آسیب- بیماران به‌طور اورژانس یا غیر اورژانس به چشم پزشک ارجاع شوند. ■

درمان کودکان هلندی در اوکراین

روابط عمومی دست‌های مهربان: دو کودک سیستانی که از بیماری هلتر دست‌های مهربان در اوکراین معالجه شدند. تیم پزشکی بنیاد دست‌های مهربان به سرپرستی مهلبه بهرامی و به همراه امیر و امیر رضا ساکازاری (کودکان سیستانی) به کشور اوکراین اعزام شدند و در بیمارستان «امپریوتیک» شهر کریف مستقر شدند. مراحل درمانی امیر و امیر رضا ۲۹ اردیبهشت در بیمارستان امپریوتیک آغاز شد و «ولادیمیر» سرپرستی این عمل را بر عهده داشت. بهرامی سرپرست تیم اعزامی دست‌های مهربان به اوکراین گفته: طی آخرین صحنیتی که با دکتر شالدین داشتیم عمل جراحی با موفقیت انجام پذیرفته و هم‌اکنون وضعیت جسمانی امیر و امیر رضا مطلوب است. او با اشاره به زحمات فراوان دکتر شالدین و پرسنل و پزشکان بیمارستان امپریوتیک و ابراز قدرتی از این تیم فداکار و دانا در جانب آقای دکتر فرجی بنیان‌گذار و مدیرعامل بنیاد دست‌های مهربان که تمام هزینه‌های درمانی این تیم‌ها را پرداخت کرده است، ویزای داشته باشیم. مهلبه بهرامی در پایان اضافه کرد: در پیجه‌ها اکنون در حال ویزای داشته باشیم. مهلبه بهرامی در پایان اضافه کرد: در پیجه‌ها اکنون در حال ویزای داشته باشیم. مهلبه بهرامی در پایان اضافه کرد: در پیجه‌ها اکنون در حال ویزای داشته باشیم.

سومین آنگد سلامت از سیما



سپید هیزمان با آغاز ماه مبارک رمضان برنامه‌های صدراعظمی سیما در تبریز برای پوشش این ایام مبارک می‌شوند و هر ساله نیز بخشی از این برنامه‌ها با موضوعاتی پیرامون سلامت و درمان و برنامه‌های گفتگو محور با حضور پزشکان، جهت ارائه راهکار صحیح تقدیم به روزها در این بخش می‌شود.

در سحرگاه که از عرفانی‌ترین ساعات ماه مبارک رمضان است تقریباً همه شبکه‌های تلویزیونی برای این لحظات ملکوتی برنامه‌های ویژه دارند. به عنوان مثال «ماه‌خدا» از شبکه یک، «تلوگه عارفان» از شبکه پنج و «خلوت انس» از شبکه قرآن و معارف سیما بخش می‌شود. برنامه‌های نویسندگان برای روزهای آنتنارک دیده شده که از شبکه دو سیما بخش می‌شود. «سحرگاهان حرم» با همکاری مرکز قم (سیما نور) از حرم مطهر حضرت معصومه (س) از شبکه سه روی آنتن می‌رود.

در هنگام غروب آفتاب و هیزمان با اذان مغرب نیز برنامه‌های شامل «شهریکتاب»، «شهر عزیز»، «حیاط الهی»، «ماه» و «به توبان خدا» است که به ترتیب از شبکه‌های تهران پخش می‌شود و نهای امیدبخش می‌باشد. برنامه «ماهی» نیز روز و در خراسان و خراسان معتمد می‌گردد که با همکاری شبکه‌های مختلف پخش می‌شود. «سحرگاهان حرم» با همکاری مرکز قم (سیما نور) از حرم مطهر حضرت معصومه (س) از شبکه سه روی آنتن می‌رود.

برنامه‌های شبکه یک از گروه فرهنگ و اندیشه به رهبری سید محمد تقی حسینی در تبریز پخش می‌شود. این برنامه هر شب از ساعت ۲۲:۱۵ و روزه آنتن شبکه سه سیما خواهد شد. **شبکه چهار سیما** همچنین طرح قرآنی ۱۴۵۰ تحت عنوان «برنامه‌های باران» به تهیه‌کنندگی محمدتقی بهرامی و مدیریت سوره ملک و مجامع ۱۲۵۰ نیز برای مژگان روزها در نظر گرفته شده است. **شبکه سه سیما** «سخت‌خدا» کاری از گروه فرهنگ و معارف اسلامی شبکه سه سیما به تهیه‌کنندگی سید عبدالجبار ریکی است. برنامه «سخت‌خدا» در ماه مبارک رمضان بطور ویژه به آموزش اجرای نماز با ائمه شریعی هر روز پخش می‌شود. **شبکه پنج سیما** برنامه «انس باقرآن» عنوان یکی از برنامه‌های معرفی شبکه پنج سیماست که هر روز ساعت ۱۳:۴۵ بقیه پخش می‌شود.

برنامه‌های شبکه یک از گروه فرهنگ و اندیشه به رهبری سید محمد تقی حسینی در تبریز پخش می‌شود. این برنامه هر شب از ساعت ۲۲:۱۵ و روزه آنتن شبکه سه سیما خواهد شد. **شبکه چهار سیما** همچنین طرح قرآنی ۱۴۵۰ تحت عنوان «برنامه‌های باران» به تهیه‌کنندگی محمدتقی بهرامی و مدیریت سوره ملک و مجامع ۱۲۵۰ نیز برای مژگان روزها در نظر گرفته شده است. **شبکه سه سیما** «سخت‌خدا» کاری از گروه فرهنگ و معارف اسلامی شبکه سه سیما به تهیه‌کنندگی سید عبدالجبار ریکی است. برنامه «سخت‌خدا» در ماه مبارک رمضان بطور ویژه به آموزش اجرای نماز با ائمه شریعی هر روز پخش می‌شود. **شبکه پنج سیما** برنامه «انس باقرآن» عنوان یکی از برنامه‌های معرفی شبکه پنج سیماست که هر روز ساعت ۱۳:۴۵ بقیه پخش می‌شود.



محمد جواد ظریف وزیر امور خارجه، با حضور در مراسم روز جهانی ام اس و انداختن شال نارنجی بر گردنش، به دلیل فعالیت‌های بین المللی در زمینه برجام و ایجاد شانس نایب‌نگی در شش کشور، سفیر جهانی ام اس شد. روابط عمومی انجمن ام اس



تیم فوتبال دیوار ۴۷ که اعضای آن مبتلا به سندرم داون هستند، شب گذشته در برنامه «هزار داستان» شبکه شش شرکت داشتند.



کسرت ارگستر فیلامونیک تهران در حالی برگزار شد که رهبر این ارکستر این اجرا را به کارگردان فقیه سیما، عباس کیارستمی تقدیم کرد.



دنيس جانسون نویسنده و شاعر آمریکایی در ۲۷ سالگی به دلیل سرطان کبد از دنیا رفت. او برای مجموعه داستان کوتاه «بسر می‌خواب» شناخته می‌شد و ۲۰۰۷ برای کتاب «درختی از دود» جایزه ملی کتاب آمریکا را گرفت.



سر راجر مور، بازیگر نقش سابق جیمز باند به علت ابتلا به سرطان در سن ۸۹ سالگی درگذشت. او سومین جیمز باند سینما و بیشتر به خاطر حضور در همین نقش مشهور بود.



یک تهیه‌کننده سینما درگذشت

ایستاد: حمید آخوندی تهیه‌کننده سینما درگذشت. علیرضا جلالی دوست و همکار این سینماگر با اعلام این خبر گفت: «حمید آخوندی که یکی دو ماه قبل عمل قلب انجام داده و حالش بهبود یافته بود، ساعت ۴:۳۰ صبح جمعه (پنجشنبه) در منزل پرارش سکنه قلبی درگذشت» او افزوده: «مراسم تشییع این تهیه‌کننده سینما و تلوویزیونی در روز ششم خرداد ماه ساعت ۴:۳۰ صبح از مقابل مسجد جلال رسول تهران واقع در میدان دانی زادی بآباد برگزار شد و با توجه به اینکه مرحوم آخوندی جانباز بود در قطعه مربوط به شهیدان و جانبازان به خاک سپرده شد. او همچنین گفت: «مراسم ختم و پایود حمید آخوندی روز دوشنبه از ساعت ۱۸:۳۰ تا ۲۰ در مسجد نور برگزار می‌شود»

پیشانی صنعتگر در ضرب و شتم شکست

مهر: جانشین فرمانده نیروی انتظامی هرمزگان گفت: «خودروی ضاربان غلامرضا صنعتگر خواننده مطرح کشتوری شناسایی و عملیات جستجو و ردیابی افراد آغاز شده است.» سرهنگ علی‌صفر خرمی در مورد حادثه ضرب و شتم غلامرضا صنعتگر خواننده مطرح کشتوری در بندرعباس گفت: «غلامرضا صنعتگر ساعت ۱۰ بعد از ظهر چهارشنبه در خانه مادری در محله ۲۰۰ متره شامسیتی مورد حمله افراد ناشناس قرار می‌گیرد و از ناحیه پیشانی آسیب‌دیده است.» او ادامه داد: «این خواننده مطرح کشتوری پس از مجروح شدن جهت مداوا به اورژانس بیمارستان خلیج فارس مراجعه می‌کند و علت جراحت را به مسئولان اورژانس و پزشک معالج اعلام نمی‌کند. پس از درمان مجدداً به منزل مراجعه کرده است.» جانشین فرمانده انتظامی هرمزگان اظهار داشت: «ظهاراً خودرو افراد ضارب از سوی صنعتگر و فرد دیگری شناسایی می‌شود و در حال



Instagram icon
@salamatweekly

salamat
سلامت
www.salamat.ir

Telegram icon
@salamatweekly

Apple icon
سلامت بخوانید
سلامت بمانید