

بسم الله الرحمن الرحيم

طب داخلی

فصلنامه جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران
سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۸۷، رایگان
ISSN: 1560-8239



هیأت تحریریه :

دکتر ناصر ابراهیمی دریانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر علیرضا استقامتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سید محمود اسحق حسینی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر کیوان الچیان

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مصطفی انوری

متخصص داخلی

دکتر انوش برزگر

استاد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دکتر امیر حسین بقراطیان

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر ایرج خسرونی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سعید فلاح تفتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر منوچهر کیهانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هوشنگ نوشاد

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پرویز وحدانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

فصلنامه طب داخلی

سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۸۷

شاپا: ۸۲۳۹-۱۵۶۰

صاحب امتیاز: جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

مدیر مسئول: دکتر ایرج خسرونی

سر دبیر علمی: دکتر پرویز وحدانی

ویرایش: دکتر مجید فانی پور

طرح روی جلد: شهریار صلاحی، فاران اتحاد

شمارگان: ۱۷۰۰

مجوز فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۱۲۴/۱۲۸۹

۸۳/۲/۷

آدرس دفتر مجله:

تهران، خیابان دکتر فاطمی، روبروی سازمان آب، ساختمان

۱۴۳، طبقه ششم

پست الکترونیک: info@dakheli.org

تلفکس: ۸۸۹۷۵۳۸۳-۶

امور آگهی ها: ۸۸۹۵۵۱۲۵

حروفچینی: تکنوفراز

صفحه آرایی: فاران اتحاد

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت قلم آذین چاپ

تهران، خیابان دانشگاه، پلاک ۲۰- تلفن: ۶۶۴۱۷۷۴۸

امور اجرایی: تکنوفراز- صلاحی

journal of Internal Medicine - فصلنامه طب داخلی

هر گونه استفاده از مطالب این نشریه با ذکر منبع بلامانع است .

با عنایت پروردگار، تلاش هیأت مدیره و مسوولین و لطف همکاران عزیز و ارجمند، جامعه متخصصین داخلی ایران نوزدهمین عرصه نوآوری و دست آوردهای ممتاز دانش پزشکی را برپا داشت تا بار دیگر در تأیید و تأکید آرمانهای حرفه‌ای خود گام بزرگی برداشته باشد. حضور بیش از ۱۵۰۰ نفر شرکت کننده در کنگره امسال که افزایش بیش از ۳۰-۴۰ درصدی نسبت به آمار سال گذشته را به همراه داشته نه تنها نشان از حس مسوولیت پذیری و تعهد اعضای این جامعه بوده بلکه نویدی است که آمادگی مسوولین کنگره سال آینده را جهت پذیرا بودن این تعداد شرکت کننده و حتی بیشتر، طلب می‌کند.

مسوولین و اعضای هیأت مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران باید بدانند که پزشکان متخصص داخلی علاوه بر جنبه های علمی، از هیأت مدیره انتظار دارند که از نظر رفاهی و اجتماعی هم تلاش نموده تا در آینده نه چندان دور جایگاه واقعی متخصص داخلی در کشور مشخص گردد.

وجه ممیز دیگر کنگره امسال، همکاری انجمن های فوق تخصصی با جامعه متخصصین داخلی بود که پیامها و نموده های قابل توجه و تأملی را همراه خود به ارمغان آورد. مهمترین پیام این همکاری، اولویت و ارجحیت آینده سلامت و پزشکی نسبت به اختلاف سلیقه ها بود که از جانب همه گروه ها و انجمن ها ابلاغ و انتشار یافت. ما به عنوان مسوولین جامعه متخصصین داخلی ایران باید قدر این موقعیت را بدانیم و از ارزشهای علمی جوامع فوق تخصصی استفاده شایانی بکنیم. البته باید گفت که جامعه متخصصین داخلی ایران همواره در مشارکت های علمی، تبادل نظر ها، همکاری ها و تحکیم روابط از موضع خوش بینانه و با حسن نیت برخورد کرده که برنامه ریزی سخنرانی جامع روز افتتاحیه کنگره امسال گواه و شاهد بر این مطلب است.

با همه این اوصاف، هیأت مدیره جامعه متخصصین داخلی ایران خود را خدمتگزار اعضا و همکاران این جامعه و جوامع فوق تخصصی و اهمیت اعتبار خویش را مرهون تعهد و التزام این عزیزان به آینده سلامت و دانش پزشکی این مرز و بوم می‌داند و امیدوار است روز به روز زمینه این تفاهم ها و همبستگی ها گسترش یابد.

بررسی ارتباط بین آسم و سینوزیت

محمدرضا بلورساز

(دانشیار دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

ساجده میرمحمدصادقی

پزشک عمومی، عضو پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

آدرس اینترنتی: bolursazm@yahoo.com

خلاصه

مقدمه: ارتباط بین آسم و سینوزیت از قدیم الایام شناخته شده و نشان داده است که سینوزیت باعث تشدید آسم می گردد. بررسیها نشان می دهد که درمان سینوزیت باعث بهبود علائم آسم می شود و در مواردی که آسم مقاوم به درمان است با درمان سینوزیت همزمان علائم آسم بهبود یافته و کنترل خواهد شد، بنابراین شناسایی افراد مبتلا به سینوزیت و درمان آن نقش موثری در درمان آسم مقاوم به درمان خواهد داشت.

هدف: با توجه به شیوع بالای سینوزیت در بیماران مبتلا به آسم مزمن و مقاوم بودن آسم به درمانهای متداول در صورت همراهی آن با سینوزیت، تشخیص سینوزیت همراه با آسم اهمیت دارد. در این مطالعه شیوع سنی، جنسی، علائم و نشانههای بیماری، یافتههای آزمایشگاهی و رادیولوژیک بیماران مبتلا به آسم بررسی شدند و طبق یافتههای رادیوگرافیک سینوس، شیوع سینوزیت در آنها بررسی شد.

روش تحقیق: در یک مطالعه گذشته نگر، پرونده ۵۴ بیمار مبتلا به آسم از هردو جنس به مدت ۱ سال بررسی شدند و اطلاعات دموگرافیک، یافته های کلینیکی و پاراکلینیکی بیماران گردآوری شد. تمام بیماران گرافی سینوس داشتند و از نظر سینوزیت بررسی شده بودند.

یافته ها: در این مطالعه که روی ۵۴ پرونده بررسی صورت گرفت ۳۴ مورد (۶۳٪) مذکر و ۲۰ نفر (۳۷٪) مونث بودند. ۵۱ بیمار (۹۴/۴٪) علائم و نشانه های سینوزیت را داشتند. شایعترین علامت، سرفه شبانه در ۵۱ بیمار بود. شواهد بالینی سینوزیت در ۵۱ بیمار (۹۴/۴٪) و شواهد رادیولوژیک در ۲۶ بیمار (۴۸/۱٪) بیمار وجود داشت.

نتیجه گیری: ارتباط بین آسم و سینوزیت بیشتر از یک ارتباط معمول است و تمام بیماران آسمی نیاز به بررسی از نظر سینوزیت دارند.

مقدمه

نفر و آسم ۲۰ میلیون نفر است (۴۳).

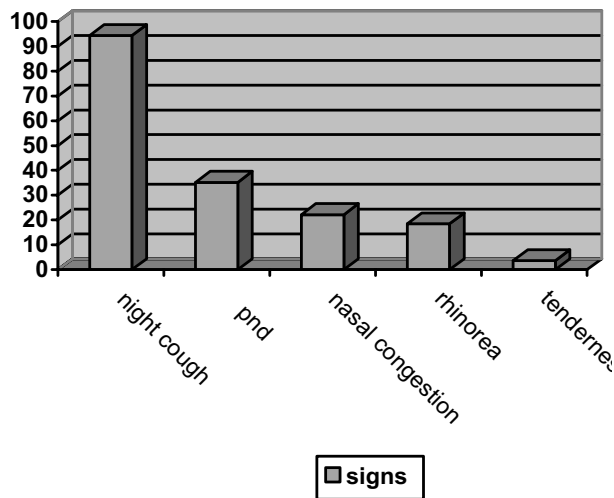
محققان بر این باورند که بیماریهای راههای هوایی فوقانی تحتانی همراه باهم رخ می دهند. بیماری راههای هوایی فوقانی شامل اوتیت مدیا، پولیپ بینی، رینیت آلرژیک و سینوزیت پارانازال می باشد که می تواند منجر به بدتر شدن التهاب مزمن راههای هوایی تحتانی شود.

بررسیها نشان می دهد که درمان سینوزیت باعث بهبود علائم

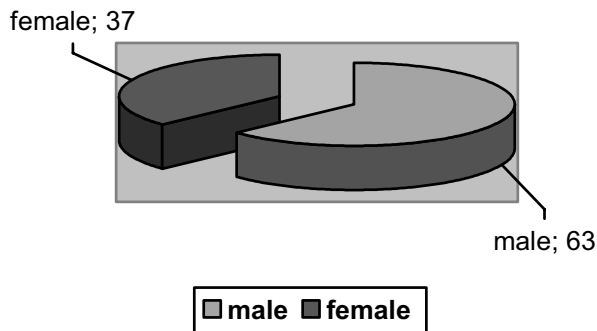
سینوزیت و آسم دو بیماری هستند که ارتباط نزدیک با یکدیگر داشته و سینوزیت معمولاً با افزایش پاسخ دهی برونشیا همراه است، بنابراین تشخیص و درمان سینوزیت در کنترل آسم ضروری می باشد. سینوزیت در ۱۴٪ افراد و آسم در ۵/۱۴٪ افراد در امریکا رخ می دهد و شیوع و عوارض این دو بیماری در حال افزایش است (۴۱). در مطالعات دیگر شیوع سینوزیت در آمریکا ۳۵ میلیون



نمودار شماره ۲: علائم بالینی



نمودار شماره ۳: شیوع جنسی بیماران



آسم شده و در مواردی که آسم مقاوم به درمان است با درمان سینوزیت همزمان، علائم آسم بهبود یافته و تحت درخواهد آمد، بنابراین شناسایی افراد مبتلا به سینوزیت و درمان آن نقش موثری در درمان آسم مقاوم به درمان دارد (۷ و ۶).

روش مطالعه

از فروردین ۱۳۸۶ تا پایان اسفند ۱۳۸۶، پرونده بیماران بستری در بخش اطفال بیمارستان دکتر مسیح دانشوری مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از حذف پرونده های ناقص ۵۴ پرونده باقی ماند. یافته های دموگرافیک شامل سن، جنس، شیوع علائم بالینی و رادیوگرافیک سینوزیت مورد بررسی قرار گرفتند.

بیماران با سرفه، ویزینگ و تنگی نفس به عنوان آسم بستری شدند و برای بررسی از نظر سینوزیت، گرافی سینوس تهیه شد. علائم بالینی سینوزیت عبارتند از احتقان بینی، رینوره چرکی، ترشح چرکی پشت حلق، درد موضعی یا تندرns در سینوس مبتلا، سرفه شبانه، بو یا طعم بد.

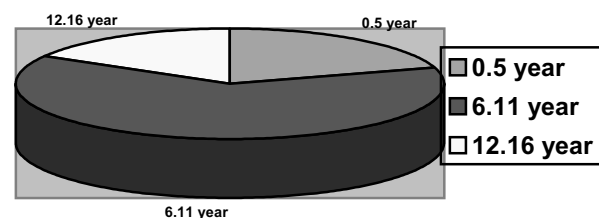
یافته ها

از بین ۵۴ بیمار، ۳۴ نفر (۶۳٪) مذکر و ۲۰ نفر (۳۷٪) مونث بودند. از نظر توزیع سنی اطفال بین ۱۶-۱/۵ سال با میانگین ۸/۱ سال بودند، ۱۱ نفر ۵-۰ ساله ۳۴ نفر ۱۱-۶ ساله و ۹ نفر ۱۶-۱۲ سال بودند.

با توجه به تاریخچه و معاینه بالینی ۵۱ بیمار علائم و نشانه های سینوزیت را داشتند که در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است.

۴۸/۱٪ بیماران (۲۶ مورد) شواهد رادیولوژیک سینوزیت را نشان دادند و تمام ۵۱ موردی که از نظر بالینی مبتلا به سینوزیت بودند، شواهد رادیوگرافیک داشتند.

نمودار شماره ۱: شیوع سنی بیماران



بحث

بررسیها نشان داده که تا زمان بلوغ آسم در پسرها ۲ برابر دخترها شیوع دارد و طی بلوغ پسرها بیشتر از دخترها علائم بهبود را نشان می دهند و موارد جدید آسم در طی بلوغ در دخترها شایعتر است (۸ و ۲) ولی در این مطالعه شیوع در پسرها اگرچه بیشتر بود ولی ۲ برابر نبود و ۳۴ نفر (۶۳٪) مذکر و ۲۰ نفر (۳۷٪) مونث بودند.

بر اساس آمار آکادمی آسم و آلرژی آمریکا ۵۰-۲۷٪ اطفال مبتلا به آسم، ۸۸٪ بالغین مبتلا به آسم خفیف تا متوسط و ۱۰۰٪ بالغین مبتلا به آسم شدید مبتلا به سینوزیت می باشند^(۹).

در مطالعه ای که در قرن بیستم توسط Chobot و Weille انجام شد نشان داد که بروز سینوزیت در اطفال مبتلا به آسم ۷۲٪ است^(۱۰ و ۱۱) در مطالعه ما، ۵۱ مورد (۹۴/۴٪) از ۵۴ بیمار علائم سینوزیت را داشتند و ۳ مورد علائم را نداشتند.

در ۳۰ سال گذشته Zimmerman و Rachelefsky در اطفال و Bztrawhcs و namreB در بالغین بررسی کردند و نتایج نشان داد که ۳۱-۲۱٪ بیماران آسمی گرافیهای غیر طبیعی سینوس دارند (۱۵-۱۲). در بررسی روی ۷۰ بیمار با محدوده سنی ۱۶-۳ سال، و بررسی دیگری روی ۱۳۸ بیمار ۱۹-۶ ساله بین ۵۳-۳۱٪ بیماران مبتلا به آسم مزمن گرافی سینوس غیرطبیعی داشتند. ۳۱-۲۱٪ شواهد واضح درگیری سینوس (اپاسیته در ۱ یا هردو ماگزایلا، سطح مایع هوا، افزایش ضخامت موکوسی بیش از ۵ سانتی متر) داشتند (۱۶ و ۱۷). در بررسی رادیولوژیک، ۲۶ بیمار (۴۸/۱) شواهد سینوزیت را داشتند و تمام بیمارانی که علائم کلینیکی سینوزیت را داشتند شواهد رادیولوژیک سینوزیت را نشان دادند. تئوریهای زیادی ارتباط بین بیماریهای هوایی فوقانی و تحتانی را نشان می دهد که شایعترین آنها عبارتند از: رفلکس نازوبرونشیال، بلع ترشحات بینی، تنفس هوای سرد و خشک، مدیاتورهای التهابی و کاهش غلظت اکسید نیتریک. مطالعات نشان داده اند زمانی که سینوزیت همراه آسم با روشهای طبی و جراحی مثل کورتون موضعی داخل بینی، لاواژ سینو پولمونری، آنتی بیوتیک، آنتی هیستامین دکونژستانت و دوره

کوتاهی پردنیزولون درمان شود، بهبود می یابد. در طول ۶۵ سال گذشته مطالعات فراوانی روی اثر جراحی سینوس در کودکان و بالغین مبتلا به آسم انجام شده است ولی در این مطالعه هیچ موردی از جراحی سینوس انجام نشد و تمام بیماران با روشهای طبی درمان شدند. ضمناً چون بیماران پیگیری نشدند بنابراین آمار مشخصی از میزان بهبود آسم به دنبال درمان سینوزیت در دسترس نیست.

نتیجه گیری

ارتباط بین آسم و سینوزیت بیش از یک رویداد اتفاقی است و در این بررسی از بین ۵۴ بیمار، ۵۱ بیمار شواهد سینوزیت و ۲۶ (۴۸/۱٪) بیمار شواهد رادیوگرافیک سینوزیت را داشتند. بنابراین به نظر می رسد باید تمام بیماران آسمی از نظر ابتلا به سینوزیت بررسی شوند.

البته مطالعات بیشتری نیاز است تا ثابت کند که بیماران با بیماری راه هوایی فوقانی در ریسک بالاتری برای ابتلا به آسم هستند و اینکه آیا نیاز به مداخله زودرس برای پیشگیری از پیشرفت آن به راههای هوایی تحتانی نیاز است یا خیر.

References:

1. The role of sinus disease in asthma. Medscape critical care website 2006.. Heidar najhad H
2. Sears M.R. Evolution of asthma through childhood. Clin Exp Allergy 1998; 28 (suppl): 82-9.
3. Kaliner MA, Osguthorpe JD, Fireman P, et al. Sinusitis: bench to bedside. Current findings, future directions. J Allergy Clin Immunol 1997;99(6 Pt 3):S829-48
4. Senior BA, Kennedy DW. Management of sinusitis in the asthmatic patient. Ann Allergy Asthma Immunol 1996;77(1):6-19
5. Businco L, Fiore L, Frediani T, et al. Clinical and therapeutic aspects of sinusitis in children with bronchial asthma. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1981; 3:287-294.
6. Nguyen KL, Corbett ML, Garcia DP, et al. Chronic sinusitis among pediatric patients with chronic respiratory complaints. J Allergy Clin Immunol 1993; 92:824-830.
7. Tosca MA, Riccio AM, Marseglia GL, et al. Nasal endoscopy in asthmatic children: assessment of rhinosinusitis and adenoiditis incidence, correlations with cytology and microbiology. Clin Exp Allergy 2001; 31:609-615.



8. Strachan D.P, Butland B.K, Anderson H.R. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 23 in a national british cohort. BMJ 1996; 312: 1195-9.
9. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAA) website.
10. Chobot R: The incidence of sinusitis in asthmatic children. Am J Dis Child 1930, 39:257–264.
11. Weille FL: Studies in asthma: nose and throat in 500 cases of asthma. N Engl J Med 1936, 215:235.
12. Berman SZ, Mathison DA, Stevenson DD, et al.: Maxillary sinusitis and bronchial asthma: correlation of roentgenograms, cultures, and thermograms. J Allergy Clin Immunol 1974, 53:311–317.
13. Rachelefsky GS, Goldberg M, Katz RM, et al.: Sinus disease in children with respiratory allergy. J Allergy Clin Immunol 1978, 61:310–314.
14. Schwartz HJ, Thompson JS, Sher TH, et al.: Occult sinus abnormalities in the asthmatic patient. Arch Intern Med 1987, 147:2194–2196.
15. Zimmerman B, Stringer D, Feanny S: Prevalence of abnormalities found by sinus x-rays in childhood asthma: lack of relation to severity of asthma. J Allergy Clin Immunol 1987, 88:268–273.
16. Naspitz C.K, Szeffler S.J, Tinkelman D.G, Warner J.O. Textbook of pediatric asthma 2001: 223.
17. Zimmerman B, Stringer D, Feanny S. Prevalence of abnormalities found by sinus X-Ray in childhood asthma: lack of relation to severity of asthma. J Allergy Clin Immunol 1987; 88: 268.
18. Miller K.E. Impact of Chronic Sinusitis on Patients with Asthma. American Family Physician, October 15, 2003.
19. Personi DG, Piacentini GL, Ceravolo R, Boner AL. Difficult asthma : possible association with rhinosinusitis. Pediatr Allergy Immunol 2007; 18: 25-27.
20. Al-Khtoum N, Al-Qudeh A. Correlation of Rhinosinusitis with Bronchial Asthma. The Middle East Journal of Family Medicine, Nov 2005, vol 3.



کیفیت زندگی در بیماران مزمن ریوی را چگونه می‌سنجیم؟

سعید فلاح تفتی

دانشیار دانشگاه شهیدبهشتی

فیروزه پلیسچی

متخصص داخلی

آدرس اینترنتی: saead_ftahti@yahoo.com

اشخاص در مقابله با ناراحتیها با درجات مختلفی تحت تاثیر قرار می‌گیرند و تحملشان متفاوت است.

بطور کلی باید در نظر گرفت که در تطبیق با محیط، عوامل روحی، اجتماعی و روانی دست اندرکارند. از خصوصیات مثبت در ارتباط با این عوامل عبارتند از: علاقه به زندگی، وضعیت درآمد مستمر و داشتن مسکن، حمایت اجتماعی یا مورد محبت دیگران واقع بودن، اعتماد به نفس، احساس عضوی از یک خانواده بودن و داشتن یاری در هنگام نیاز، قابلیت تطابق با تغییرات محیط زیست و فراهم کردن نیازهای خود، توانایی تقبل واقعیت‌های زندگی که قابل دگرگونی نیستند، آزادی از احساسات مفرط، سازگاری با محیط، نرمش، قابل اعتماد بودن، قضاوت صحیح و مسئولیت پذیری. افراد حامل این خصوصیات بهتر با بیماری روبرو می‌شوند و آنهایی که تجربیات و اطلاعات بیشتر است، قدرت تطابق بیشتری نیز با محیط دارند و از جمله مسئولیتهای پزشک تعلیم به بیمار و خانواده اش در مورد ناراحتی و تشخیص عوارض عدم سازگاری است که خود را به گونه‌های متفاوت و خصوصا بصورت اضطراب یا افسردگی نشان می‌دهد که خود نیز بر علائم بیماری اثرمیگذارد چرخه ای نا سالم و افزایشنده پدیدار می‌گردد.^(۱)

ارزیابی بیمار در دید اول پزشک بسیار مهم بوده و نیاز است که بصورت کامل صورت بگیرد. بیمار یا در شرایط بسیار حاد قرار دارد و تمرکزش تنها بر بهبود یافتن از علائم مستقیم بیماری و ناراحتی جسمی است و یا اینکه در موقعیتی است که می‌تواند در زمینه آنچه مایه رنج اوست سخن بگوید. مهم آنست که پزشک دریافت بیمار از ناراحتی را بداند و به او اطلاعات دقیق و کافی بدهد. توصیه می‌شود از بیمار در مورد مراحل رشد و رفتارش سوال شود، تحصیلات بیمار، کار و میزان علاقه‌مندی به کار، مشکلات دخل و خرج، عادات، سرگرمی و تفریحات وی نیز نیاز به بررسی دارند.

بیماری مزمن ریوی همانند دیگر ناراحتیهای مزمن قسمتی از زندگی فرد شده و شخص را از زوایای متعددی تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. انسان ترکیبی از جسم و روان محسوب می‌شود. اینکه یک بیمار کیفیت زندگی ثابت یا بهتری را پیدا می‌کند بستگی به توانایی او در انطباق با این تاثیرات دارد.^(۱) از جمله بیماریهای مزمن ریوی عبارتند از آسم، COPD و برونشکتازی که در نحوه بروزشان در بسیاری موارد مشارکت دارند همچون علائم تنفسی مثل تنگی نفس، سرفه، خس خس و مقادیر متغیری از خلط. از دیگر شکایات دیگر همراه با بیماری عبارتند از خستگی و ضعف عضلانی، اختلال در خواب و خلق و مواجهه با تشدید بیماری. از راهکارهای معمول در بررسی شدت بیماری، آزمون عملکرد ریه (PFT, pulmonary function test)، تست ورزش همچون 6 minute walk test و آزمون کمتر مرسوم peak flow می‌باشد.^(۲)

شدت بیماری بر اساس علائم سبب تدوین درجه بندیهای مختلفی برای بیماری ریوی از جمله اسم و COPD شده است. از جمله این درجه بندیها شیوه Gold's برای COPD می‌باشد که بر اساس آزمونهای ریه (FEV1, FEV1/FVC) و حضور علائم مداوم می‌باشد.^(۳) همچنین، می‌توان بیمار را بر اساس ناتوانی در انجام فعالیتهای به ۵ دسته تقسیم بندی کرد که در شرح مقابل خلاصه شده است: ۱. بیمار ولی بدون محدودیت ۲. محدودیت حداقل یا متوسط ۳. محدودیت قابل توجه در فعالیتهای ولی قادر به نگهداری از خود می‌باشد ۴. بیمار محدودیت شدید دارد و محدود به خانه است ولی هنوز از خود مراقبت می‌کند ۵. بیماری بسیار شدید با محدودیت در منزل یا خانه سالمندان و شخص قادر به مراقبت از خود نیست.^(۴) شدت بیماری آسم نیز بر اساس FEV1 و تداوم علائم و بی‌خوابی طبقه بندی شده است. این دسته بندیها حاکی از اثر مستقیم بیماری بر روی بیمار می‌باشد.



وضعیت روابط خانوادگی و فعالیتهای اجتماعی از جمله مذهبی باید ارزیابی شوند. بدین ترتیب می توان لیستی از ناراحتیهای او تهیه کرد و تحت عنوانهای طبقه بندی شده "شرایط زندگی فعلی"، "تاریخچه خانوادگی و فعالیتهای اجتماعی" فهرست نمود. از او می توان مستقیماً در مورد مشکلاتی که بدلیل بیماری با آن روبروست اطلاع کسب کرد و یا اینکه شرحی از مشکلات همچون خستگی مداوم و یا اختلال در خواب را برایش فراهم کرده بدین منظور پرسشنامه های بسیاری در اختصاص به بیماران مبتلا به ناراحتیهای ریوی و اثر آنها بر حیطه های مختلف زندگی تدوین شده اند. از جمله پرسشنامه های ترجمه شده به زبان فارسی سنت جورج و GHQ-28 (General Health Questionnaire) (Short Form) و SCL-25 (Symptoms Checklist) و SF-36 و WHOQOL-BREF می باشند. سنت جورج برای بیماران ریه اختصاصی است.^(۱,۴,۵,۶) پرسشنامه های کیفیت زندگی معمولاً اثرات روحی و حسی بیماری را بر شخص بررسی می کنند و همچنین علائم فیزیکی و بیشتر سوالات آنها مربوط به عملکرد اجتماعی هستند.^(۷) در سالمندان کیفیت زندگی در سه بعد اصلی ارزیابی می شود که عبارتند از فیزیکی، ادراک و خلق.^(۷) پرسشنامه ها می توانند قابلیت تمایز شدت بیماری و یا سیر بیماری را هر دو را داشته باشند. برای مثال مطالعه ای در بیماران COPD با استفاده از پرسشنامه سنت جورج انجام شده است که اختلاف اثر دوزاژ مختلف دو داروی استنشاقی را بررسی می کند (۵۰ یا ۱۰۰ میکروگرم دو بار در روز). FEV1 بهبود بیشتری با دوز بالاتر نشان داد ولی کیفیت زندگی همسان بود و دلیل آن عوارض سوء توسط داروها بود.^(۷) محققین ایرانی کیفیت زندگی در بیماران آسم را در مطالعه ای بررسی کرده اند. آنها شیوع آسم را در جامعه ۱۰٪ گزارش کردند. اطلاعات در مورد مشخصات فردی و کیفیت زندگی گردآوری شد. جهت بررسی کیفیت زندگی به ابعاد مختلف جسمی، اجتماعی-عملکرد شغلی، روحی-روانی، خواب و استراحت توجه شد. بدین منظور پرسشنامه ای با الهام از پرسشنامه های استاندارد کیفیت زندگی SF-36 و AQLQ (Quality of Life Questionnaire) (Asthmatic) طراحی و توسط متخصصین در این زمینه تأیید و سنجیده شد.^(۸)

از جمله رویکردهای دیگری که اثر بیماری را بر زندگی می سنجند میزان ارزیابی فعالیت فیزیکی Barthel's و Katz و تست 6 Minute Walk Test هستند. Geriatric Depression Scale برای بررسی

افسردگی در سالمندان و تست هوشیاری Minimental State برای ارزیابی ادراک آنها و برای کیفیت خواب نیز میزان سنجشی بنام Quality-of-Sleep Index تدوین شده است که از چهار سوال در مورد بخواب رفتن، بیدار شدن در حین شب، زود بیدار شدن و تداوم خستگی پس از خواب تشکیل شده است.^(۷,۹)

نظر بیمار را در بهبود وضعیتش مستقیماً با میزان خود سنجی ای همچون (بد حال، متوسط، خوب یا خیلی خوب) می توان کسب کرد که همبستگی خوبی با امتیازات پرسشنامه سنت جورج داشته است. البته تاریخچه و معاینه فیزیکی کامل هرگز قابل جایگزینی نیستند. در ویزیت بیمار دقت به نکات مثبت و منفی بدست آمده در ارتباط با بیماریدقت کرد. برای مثال در جهت کیفیت زندگی از لحاظ وضعیت شکایات در سیر بیماری می توان سوالات زیر را نیز در تاریخچه بکار برد:^(۷)

۱. درمان برای شما سودمند بوده است؟
 ۲. تنفس آسانتر شده است؟
 ۳. آیا می توانید کارهایی که دشوار بوده اند یا کارها را سریعتر از معمول انجام دهید؟
 ۴. آیا فعالیتهای پیشین خود را هم اکنون با تنگی نفس کمتر انجام می دهید؟
 ۵. آیا خواب شما بهتر شده است؟
- در نهایت می توان بیماری یا سیر آن را بر اساس اطلاعات کسب شده از بیمار در مورد معیارهای شدت بیماری سنجید. حضور شکایات روزانه یا تعداد دفعات تشدید علائم نشانی از شدت بیماری می باشند.^(۷) از جمله دیگر نشانه های شدت بیماری تعداد داروهای ریه مصرفی می باشند که با امتیاز بخش علائم سنت جورج بخوبی همبستگی داشته است ($p < 0.001$). در واقع این معیار متغییری غیرمستقل ولی همگرا با امتیازات تمام حیطه های سنت جورج و کل پرسشنامه بوده است.^(۷) معیارهای مربوطه دیگر عبارت از دفعات مراجعه به درمانگاه یا بستری می باشند.^(۱۰)
- در نهایت انسان از دو بعد جسم و روح تشکیل شده است و در روبرویی با بیماری مزمن نیز هر دو بعد تحت تأثیر قرار گرفته و با هم در ارتباطند. برای سنجش کیفیت زندگی در بیماران همچون مبتلایان به بیماری ریوی مزمن، هم نیاز به توجه به ناراحتیهای جسمی همچون تنگی نفس و هست و هم ناراحتیهای خلقی که در اثر عدم تطابق با مشکلات بوجود می آیند.



References:

1. Dudley DL; Glaser EM; Jorgenson BN; et al. Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Part I. Psychosocial and Psychological Considerations. Chest 1980; 77(3): 413-419
2. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2001; 56: 880-887
3. Mannino DM. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology and Evaluation. Hospital Physician 2001; 22: 3
۴. فتانه عبدی ماسوله، دکتر حسین کاویانی، مرتضی خاقانی زاده، ابوالفضل مومنی عراقی. بررسی رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان: مطالعه در ۲۰۰ پرستار. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵ شماره ۶۰ شهریور ۱۳۸۶ ص ۶۵-۷۵
5. Nedjat S; Montazeri A; Holakouie K; et al. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. BMC Health Services Research 2008; 8: 61
۶. مرضیه سادات سجادی نژاد، دکتر نوراله محمدی، دکتر ناهید اشجع زاده. ارزیابی شاخص های روان سنجی پرسشنامه سنجش ناتوانی ناشی از سردرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد/ دوره ۹، شماره ۱/ بهار ۱۳۸۶/ ۵۵-۶۲
7. Incalzi RA; Bellia V; Catalano F; et al. Evaluation of Health Outcomes in Elderly Patients With Asthma and COPD Using Disease-Specific and Generic Instrument. Chest 2001; 120(3): 734-742
۸. شادان پدرام رازی، شیوا سادات بصام پور، دکتر انوشیروان کاظم نژاد. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسم. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۳ شماره ۱ بهار، ۱۳۸۶، ۲۹-۳۴
9. Reijneveld SA; Spijker J; Dijkshoorn. Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Morrocon, and Dutch elderly. Journal of Clinical Epidemiology 2007; 60: 382-388
10. Jones PW. Quality of life measurement in asthma. Eur Respir J 1995; 8: 885-887



هموپتزی

محمد رضا بلورساز

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، عضو پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

ساجده میرمحمدصادقی

پزشک عمومی، عضو پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

آذر زمانی

پزشک عمومی

آدرس اینترنتی: bolursazm@yahoo.com

خلاصه

مقدمه: خروج خون همراه با سرفه یا خلط خونی رنگ را هموپتیزی می گویند که شدت آن از دست رفتن ناچیز خون در یک عفونت حاد گرفته تا خونریزی شدید و کشنده ای که در اثر تخریب جدار عروق بزرگ مثلا در اثر نئوپلاسم و یا یک عفونت عمیق و مخرب ریوی مانند برونشکتازی، سل ریوی حفره ای و یا یک آسپرژیلومای عفونی ایجاد شده متغیر است. هموپتیزی در کودکان شایع نیست اما می تواند تهدیدکننده حیات باشد. بیشتر موارد هموپتیزی خفیف و خودمحدودشونده است اما در هر صورت ارزیابی سیستمیک و فوری تمام کودکانی که به علت هموپتیزی بستری می شوند ضروری است.

هدف: با توجه به میزان بالای مرگ و میر این بیماری در صورت عدم کنترل، بررسی علل، علائم همراه، یافته های آزمایشگاهی و رادیولوژیک و روشهای تشخیصی و درمانی بکاررفته در برخورد با هموپتیزی پزشک را در تشخیص زودرس و درمان موثر هموپتیزی یاری می کند. در این مطالعه علل، علائم همراه، یافته های رادیولوژیک، آزمایشگاهی و شیوه درمان در بیماران بستری با تشخیص اولیه هموپتیزی در بخش اطفال بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در ۵ سال اخیر مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روشها: در یک مطالعه گذشته نگر، پرونده بیماران هموپتیزی که از سال ۸۰ تا ۸۵ در بخش کودکان بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات دموگرافیک، یافته های کلینیکی، پاراکلینیکی، نحوه تشخیص و درمان بیماران گردآوری شد.

یافته ها: در این مطالعه روی ۵۲ پرونده بررسی صورت گرفت که ۶۱/۵٪ موارد مذکر، ۳۹/۵٪ مونث، ۱۷/۳٪ زیر ۱۰ سال و ۸۲/۷٪ موارد بالای ۱۰ سال بودند. هموپتیزی ماسیو در ۲۱/۲٪ موارد وجود داشت. از نظر اتیولوژی شایعترین علت عفونت سل، ۱۱ بیمار (۲۱/۵٪) و به دنبال آن هموپتیزی ایدیوپاتیک (۸ بیمار ۱۵/۳۳٪)، بدخیمی ها ۷ بیمار (۱۳/۴۵٪)، بیماریهای مادرزادی قلب ۶ مورد (۱۱/۵۲٪)، پنومونی (۵ بیمار ۹/۷۷٪)، کیست هیداتید، تروما و آسپرژیلوما هر کدام ۲ مورد (۳/۸٪) قرار داشتند.

نتیجه گیری: هموپتیزی یافته شایعی در کودکان نیست اما با توجه به خطیر بودن آن بایستی جدی گرفته شده و بیمار سریعاً بستری و تا تشخیص نهایی تحت نظر باشد. بررسی علل، علائم همراه، یافته های آزمایشگاهی و رادیولوژیک و روشهای تشخیصی و درمانی بکاررفته در برخورد با هموپتیزی پزشک را در تشخیص زودرس و درمان موثر هموپتیزی یاری می کند.

مقدمه

بزرگ مثلا در اثر نئوپلاسم و یا یک عفونت عمیق و مخرب ریوی مانند برونشکتازی، سل ریوی حفره ای و یا یک آسپرژیلومای عفونی ایجاد شده متغیر است. خونریزی از رگه های خون در خلط تا خونریزی شدید متغیر

خروج خون همراه با سرفه یا خلط خونی رنگ را هموپتیزی می گویند که شدت آن از هدر رفتن ناچیز خون در یک عفونت حاد گرفته تا خونریزی شدید و کشنده ای که در اثر تخریب جدار عروق



است اگرچه اکثر موارد خفیف و خودمحدود است، ضایعات تهدید کننده حیات به علت آنومالیهای عروق ریوی و بیماریهای مادرزادی قلب میباشد. تخمین میزان خون از دست رفته برای ارزیابی کلینیکی این بیماران مفید است.

اگرچه سل زمانی شایعترین علت هموپتزی بود در حال حاضر علل آن متنوع و متفاوت است^(۱). در بالغین شایعترین علل برونشیت، برونکوژنیک کارسینوما، سل و برونشکتازی است و در کودکان هموپتزی بیشتر به علت عفونت، تروما به علت عوارض تراکتوستومی یا آسپیراسیون جسم خارجی می باشد.^(۲و۳و۴و۵) از دیگر علل هموپتزی می توان به علل قلبی عروقی (مالفورماسیونهای شریانی وریدی، آمبولی ریوی)، واسکولیتها (بیماریهای اتوایمیون و بیماری آنتی بادی علیه غشاءپایه گلوامرولی)، توکسین (کوکائین، پنی سیلایم)، بدخیمی ها و علل ایدیوپاتیک، کیست برونکوژنیک، تانژکتازی چندگانه، دپلیکاسیون مری و سکستریشن ریه اشاره کرد^(۶و۷).

مهمترین نکته اینست که بدانیم خونریزی در کودکان واقعا هموپتیزی است و با خونریزیهای خارج ریوی مثل خونریزی از بینی و خونریزی گوارشی اشتباه نشود، هماتمز ممکنست با هموپتزی به خصوص در اطفال اشتباه شود اما رنگ هموپتزی قرمز روشن است و با خلط همراه است اما هماتمز قرمز تیره یا قهوه‌ای رنگ بوده و معمولا با تکه‌های غذا همراه است. هموپتزی قلیایی، اما هماتمز اسیدی است^(۸).

درمان هموپتزی درمان طبی و در صورت نیاز جراحی است^(۹) و در هر صورت ارزیابی سیستمیک و سریع تمام بیمارانی که به علت هموپتیزی بستری می‌شوند لازم است.

هدف از این مطالعه بررسی علل، علائم همراه، یافته‌های رادیولوژیک و آزمایشگاهی و شیوه درمان در بیماران بستری با تشخیص اولیه هموپتزی در بخش اطفال بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در ۵ سال اخیر می‌باشد.

روش مطالعه

در یک مطالعه گذشته نگر پرونده ۵۲ بیمار که با تشخیص هموپتزی طی سالهای ۸۰ تا ۸۵ در بخش کودکان بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس، یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی و نحوه تشخیص و درمان بیماران گردآوری شد و در فرم اطلاعاتی مربوطه ثبت و سپس بوسیله نرم افزار SPSS مورد آنالیز قرار گرفت و نتایج زیر بدست آمد. با توجه به سن بیماران به ۳ گروه ۵-۱۰، ۱۰-۱۸، ۱۰ سال و از نظر میزان هموپتزی با

توجه به میزان خونریزی به نسبت فنجان (۱ فنجان = ۲۴۰ میلی لیتر) به ۲ گروه هموپتزی ماسیو و غیر ماسیو تقسیم شدند، بدین صورت که بیشتر از ۴۰۰ میلی لیتر در روز به عنوان ماسیو و کمتر از آن به عنوان غیر ماسیو طبقه بندی شدند^(۹).

یافته‌ها

۲۵ بیمار مورد بررسی که با تشخیص اولیه هموپتزی در مدت ۵ سال در بخش اطفال بستری شده بودند از نظر توزیع سنی بیماران به سه گروه ۵-، ۱۰-۵ و ۱۸-۱۰ سال تقسیم شدند. توزیع سنی در نمودار شماره ۱ آورده شده است. از نظر توزیع جنسی ۳۲ بیمار مذکر (۶۱/۵٪) و ۲۰ بیمار (۳۸/۵٪) مونث بودند.

علائم همراه مورد بررسی تب، سرفه و تنگی نفس بود. تب در نیمی از بیماران (۵۰٪)، سرفه در ۳۱ بیمار (۵۹/۶٪) و تنگی نفس در ۱۵ بیمار که ۲۸/۸٪ موارد بودند وجود داشت. از نظر شدت هموپتزی ۱۱ بیمار که ۲۱/۲٪ موارد بودند هموپتزی ماسیو داشتند. در معاینه ریه ۱۱ بیمار (۲۱/۲٪) کاهش صدا، ۱۵ بیمار (۲۸/۸٪) خسونت صدا و کراکل و ۵۰٪ بیماران معاینه ریه نرمال داشتند.

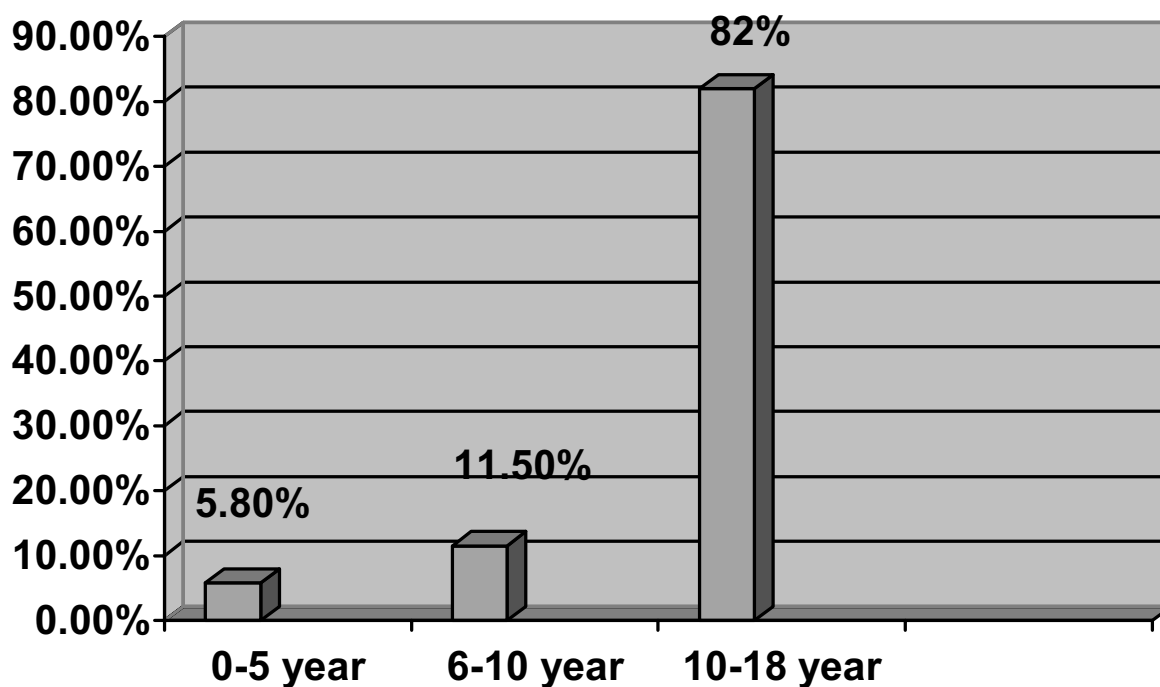
در یافته‌های آزمایشگاهی ۵۰٪ موارد آنمی ($Hg > 11$) داشتند. ۱۳ بیمار که ۲۵٪ موارد بودند ESR بالا یا CRP مثبت و ۲ بیمار (۳/۸٪) اختلال انعقادی (PT و PTT مختل) داشتند. از نظر بررسی عفونت با میکوباکتریوم توبرکلوزیس ۸ بیمار (۱۵/۴٪) اسمیر مثبت خلط از نظر باسیل کخ داشتند.

در یافته‌های رادیولوژیک بیشترین فراوانی مربوط به انفیلتراسیون ریوی بود که ۱۶ بیمار (۳۰/۸٪) در بررسی‌ها انفیلتراسیون داشتند. برونشکتازی در ۸ بیمار (۱۵/۴٪)، کاویته ریه در ۸ بیمار (۱۵/۴٪)، پلورال افیوژن در ۳ بیمار (۵/۸٪)، لنفادنوپاتی ناف ریه در ۴ بیمار (۷/۷٪)، توده ریوی در ۶ بیمار (۱۱/۵٪)، توده در مدیاستن در ۳ مورد و توده در پارانشیم ریه هم در ۳ مورد وجود داشت.

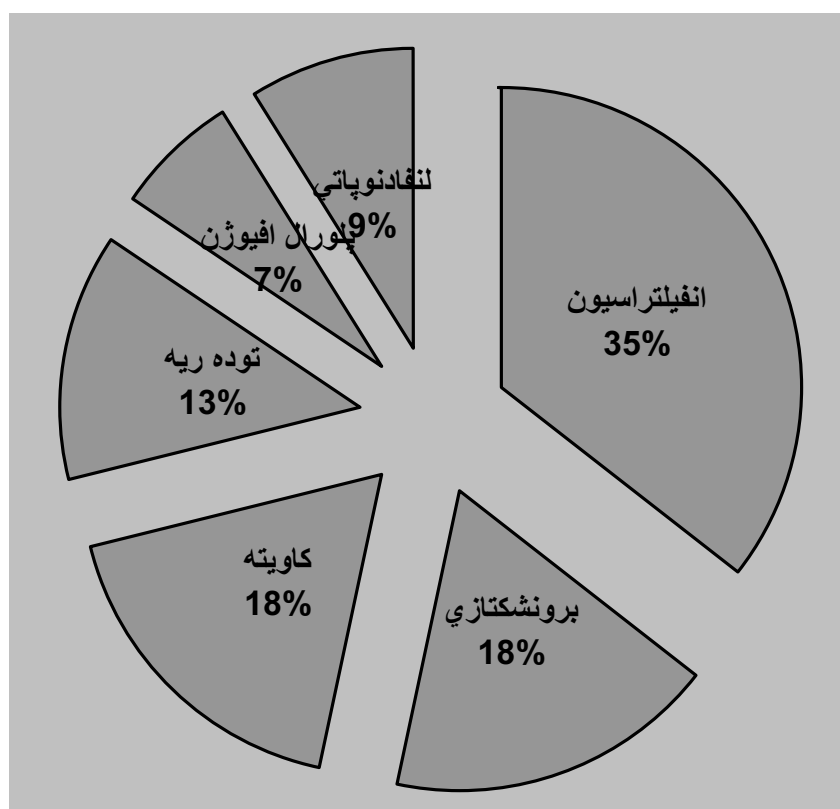
از ۵۲ بیمار، ۲۰ نفر برونکوسکوپی شدند که ۱۰ مورد برونکوسکوپی نرمال، ۴ مورد توده در برونش به نفع بدخیمی، ۴ مورد ترشحات فراوان در راههای هوایی، ۳ مورد ضایعه التهابی و ۱ مورد جسم خارجی گزارش گردید.

بیشترین فراوانی در اتیولوژی بیماری مربوط به بیماری سل بود در ۱۱ بیمار (۲۱/۵٪) و به دنبال آن هموپتزی ایدیوپاتیک (۸ بیمار ۳۳/۳٪)، بدخیمی‌ها ۷ بیمار (۱۳/۴۵٪)، بیماریهای مادرزادی قلب ۶ مورد (۱۱/۵۲)، پنومونی ۵ بیمار (۹/۷۷٪)، کیست هیداتید، تروما و اسپرژیلوما هرکدام ۲ مورد (۳/۸٪) قرار داشتند (جدول شماره ۱).

نمودار شماره-۱: توزیع سنی بیماران مبتلا به هموپتیزی



نمودار شماره-۲: فراوانی تظاهرات رادیولوژیک در کودکان مبتلا به هموپتیزی



جدول شماره ۶: اتیولوژی هموپتیزی

تشخیص	تعداد	درصد
سل	۱۱	۲۱/۵
ایدیوپاتیک	۸	۱۵/۳۳
بدخیمی	۷	۱۳/۴۵
بیماریهای مادرزادی قلب	۶	۱۱/۵۲
پنومونی	۵	۹/۷۷
کیست هیداتید	۲	۳/۸
تروما	۲	۳/۸
آسپرژیلوما	۲	۳/۸
جسم خارجی	۱	۱/۹
کیست برونکوژنیک	۱	۱/۹
آمفیژم لوپار مادرزادی	۱	۱/۹
ترومبوآمبولی ریه	۱	۱/۹
واسکولیت	۱	۱/۹
برونشکتازی	۱	۱/۹
آلوفلار پروتئینوزیس	۱	۱/۹
کوفتگی ریه	۱	۱/۹
برنارد سولیر	۱	۱/۹

موارد بدخیمی شامل ۲ مورد کارسینوم موکو اپیدرموئید ، ۱ مورد تومور Small Round cell ، ۱ مورد Inflammatory Pseudo tumor ، ۱ مورد Carcinoma Undifferentiated و ۱ مورد متاستاز از کارسینوم هیپاتوسلولر کبد بود.

روش درمانی به کار رفته به دو گروه طبی و جراحی تقسیم شد که ۴۳ بیمار (۸۲/۷٪) به روش طبی و ۹ بیمار (۱۷/۳٪) به کمک جراحی درمان شدند. تشخیصهایی که منجر به جراحی شدند عبارتند از ۳ مورد کانسر، ۲ مورد کیست هیداتیک، ۱ مورد کیست برونکوژنیک، ۱ مورد کوفتگی ریه، ۱ مورد آسپرژیلوما و ۱ مورد آمفیژم لوپار مادرزادی.

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی در طی ۵ سال پرونده ۵۲ بیمار مورد بررسی قرار گرفت که در مقاله مشابه جرج کاسبو و همکاران در سال ۱۹۹۷، طی ۱۰ سال ۲۲۸ پرونده بررسی شده بود.

در این مطالعه از نظر توزیع سنی بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۱۰ سال بود (۴۳ مورد ۸۲/۷٪) که در مطالعه قبلی که جرج کاسبو و همکاران در سال ۱۹۹۷ انجام دادند نیز همانند این مطالعه بیشترین فراوانی در گروه سنی بالای ۱۰ سال بود^(۹). از نظر توزیع جنسی در مطالعه ما ۶۱/۵ درصد موارد مذکر بودند که جرج کاسبو نیز ارجحیت تعداد افراد مذکر را بدست آورده بود.

از نظر اتیولوژی در این مطالعه بیشترین فراوانی مربوط به بیماری سل با ۱۰ مورد (۱۹/۲٪) بود. پس از آن بدخیمیها (۶مورد)، هموپتزی ایدیوپاتیک (۶ مورد) و سینوزیت (۵ مورد) در رتبه بعدی قرار داشتند.

در مطالعه جرج کاسبو در ۱۹۹۷ بیشترین علت هموپتزی در اطفال فیبروز کیستیک و بیماریهای مادرزادی قلب و به دنبال آن عفونتها (پنومونی بیشترین موارد را تشکیل می داد)، سل و برونشکتازی بوده اند^(۹).

تام و همکاران در سال ۱۹۸۰ نیز شایعترین علت هموپتزی را بدخیمی، عفونت، تروما و جسم خارجی بیان کردند^(۱۰). در مطالعه باترا و همکاران در سال ۲۰۰۱ عفونتها و عوارض تراکئوستومی بعنوان شایعترین علت و بیماریهای مادرزادی قلب، هموسیدروز ریوی، توده برونشی التهابی، فیبروز کیستیک، هموپتزی ساختگی و ازوفایت بعنوان دیگر علل هموپتزی مطرح شدند^(۱۱).

مطالعه سیدمن در سال ۲۰۰۱ برونکوسکوپي را بعنوان یک روش تشخیصی و درمانی در خونریزیهای حاد ریوی کودکان متذکر شد^(۱۲). تام و همکاران نیز این مطلب را در مطالعه خود در ۱۹۸۰ یادآور شده بودند^(۱۳). ۲۰ مورد از بیماران ما برونکوسکوپي شدند ۴۳ بیمار بیمار (۸۲/۷٪) درمان طبی و ۹ بیمار (۱۷/۳٪) به روش جراحی درمان شدند.

مرگ و میر در مطالعه ای که توسط knott-craig در ۱۹۹۳ انجام گرفت و همچنین در مطالعه جرج کاسبو ۱۳٪ گزارش گردید. در مطالعه ما ۶ مورد مرگ (۱۱/۵٪) گزارش شد و علل آن شامل ۲ مورد کانسر ریه، ۱ مورد آمفیژم لوپار مادرزادی، ۱ مورد آلوفلار پروتئینوزیس، ۱ مورد کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک و ۱ مورد ترومبوآمبولی ریه مزمن بوده است.

پیگیری بیمار بستگی به علت و شدت هموپتزی دارد و بیمار باید به اهمیت مراجعه بعدی به پزشک مطلع شود. اگر علت

زمینه‌ای هموپتیزی مشخص نباشد، باید برای ۲-۳ سال بعد از درمان اولیه بررسی شود ولی در این بررسی موردی از پیگیری یافت نشد که یا به علت عدم مراجعه بعدی و یا به علت عدم ثبت در پرونده می‌باشد. هموپتیزی یافته شایعی در کودکان نیست اما با توجه به خطیر بودن آن بایستی جدی گرفته شده و بیمار سریعاً بستری و تا تشخیص نهایی تحت نظر باشد. بررسی علل، علائم همراه، یافته های آزمایشگاهی و رادیولوژیک و روشهای تشخیصی و درمانی بکاررفته در برخورد با هموپتیزی پزشک را در تشخیص زودرس و درمان موثر هموپتیزی یاری می‌کند.

References:

1. Pursel SE, Lindskog GE. Hemoptysis. Am Rev Respir Dis. 1961; 84:329-336.
2. Johnston H, Reisz G. Changing spectrum of hemoptysis: underlying causes in 148 patients undergoing diagnostic flexible fiberoptic bronchoscopy. Arch Intern Med. 1989; 149:1666-1668.
3. Hirschberg B, Biran I, Glazer M, et al. Hemoptysis: etiology, evaluation, and outcome in a tertiary referral hospital. Chest. 1997; 112:440-444.
4. Fabian MC, Smitheringale A. Hemoptysis in children: the Hospital for Sick Children experience. J Otolaryngol. 1996; 25:44-45.
5. Thompson JW, Nguyen CD, Lazar RH, et al. Evaluation and management of hemoptysis in infants and children: a report of nine cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1996;105:516-520.
6. Behrman R.E , Kliegman R.M , Jenson H.B . Nelson Textbook of Pediatrics. 17 th ed . Saunders; 2004 : 1455-9.
7. Hay W.W , Hayward A.R , Levin M.J , Sondheimer J.M . Current Pediatric Diagnosis & Treatment. 14 th ed. Appleton& Lange; 1999: 453-4.
8. Turcios NL, Vega M. The child with hemoptysis. Hosp Pract (Off Ed). 1987;22:214, 217-218.
9. Coss-Bu J.A , Sachdeva R.C, Bricker J.T, Harrison G.M, Jefferson L.S . Hemoptysis : A 10- year Retrospective study . PEDIATRICS 1997 ;100 : e7.
10. Batra P.S , Holinger L.D. Etiology and Management of Pediatric Hemoptysis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(1):92.
11. Wolfe J.D, Simmons D.H: Hemoptysis: Diagnosis and management (medical progress). West J Med 127: 383- 390, Nov 1977.
12. Tom LW , Weisman RA , Handler SD, Hemoptysis in Children. Ann Otol Rhinol Laryngol . 1980 sep-oct ; 89 (5pt 1) : 419-24.
13. Knott-Craig CJ, Oosthuizen JG, Rossouw G, Joubert JR, Barnard PM Management and prognosis of massive hemoptysis. J Thorac Cardiovasc Surg. 1993; 105:394-397
14. Sidman JD , Wheeler WB , Cabalka AK , Soumekh B , Brown CA , Wright GB , Management of Acute Pulmonary Hemorrhage in Children. Laryngoscope .2001 Jan ;111(1) :33-5.
15. Colson DJ, Mortelliti AJ. Management of pediatric hemoptysis: review and a case of isolated unilateral pulmonary artery agenesis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005 Sep; 69(9): 1161-7.



لوسمی لنفوئیدی مزمن Chronic Lymphocytic Leukemia (کدام نوع بیماری خطرناک است؟)

منوچهر کیهانی

متخصص بیماری‌های داخلی خون و آنکولوژی

حسن جلائی خو

متخصص بیماری‌های داخلی خون و آنکولوژی

آدرس اینترنتی: m_keyhani@yahoo.com

طول بیماری جهش پیدا شده را حفظ می‌کند. پس دو نوع CLL داریم بیماری‌هایی که سلول‌ها از مناطق زایای لنفوی تولید شده از سلول‌های اولیه بدون جهش (Unmutated) یا جهش یافته (Mutated) تشکیل شده‌اند. پیش آگهی در CLL بدون جهش بسیار بد است در هر مرحله بیماری که باشد.

Lg VH mutational status

بررسی جهش (Ig VH) در هر بیمار مشکل است و مخارج زیادی به همراه دارد و در همه جا نیز در دسترس نیست. بنابراین بررسی نشانه‌های دیگر مانند CD38 و ZAP-70 که در دسترس و ارزان هستند باید بررسی شود.

CD38 (cluster of differentiation 38)

یک گلیکوپروتئین است که در سطح سلول ایمنی یافت می‌شود و یک نشانه جداری است که از خودکشی سلولی (Apoptosis) جلوگیری می‌کند. در CLL زیاد شدن CD38 نشانه بد پیش آگهی است. افزایش CD38 به بیشتر از ۲۰ درصد سلول‌ها پیش آگهی بدی را در پی دارد ولی وجود آن نشانه وجود Ig VH نیست و در طی زمان مقدار آن کم و زیاد می‌شود.

Zeta-chain-associated protein kinase : ZAP-70

ZAP-70 بطور طبیعی عمل مهمی در عملکرد T cell های (NKC) دارد و موجب شروع فعالیت عمل سلول می‌شود.

وجود این پروتئین در سلول‌های CLL پیش آگهی درمان بیماری را با شیمی درمانی بد می‌کند ولی در بیماری که پیوند Transplantation Bone Marrow شده است تفاوتی نشان نداده است.

بیماری CLL در نیمکره غربی شایع‌ترین لوسمی‌هاست. در حالی که در ژاپن بیماری نادری محسوب می‌شود. اگر چه در آمریکا سن متوسط تشخیص بیماری ۷۰ سال است ولی در ایران و همه جهان به برکت بررسی‌های مکرر خونی بیماری زودتر تشخیص داده می‌شود و احتمالاً سن بروز این بیماری در ایران نسبت به غرب کمتر است. علت بروز بیماری تجمع سلول‌های لنفوسیت بالغ در مغز استخوان، غدد لنفاوی و خون بوده و در نسوج بطور کلی ارتشاح می‌یابد. اگر چه اغلب اوقات، بیماری سبک و بدون آزار است ولی گاهی اوقات نیز سریعاً پیشرفت می‌کند و سریعاً منجر به مرگ می‌شود.

بنابراین با تشخیص بیماری نمی‌توان پیش آگهی را پیش‌بینی کرد. در گذشته ۲ نفر دانشمند بنام Rai و Binett این بیماری را مرحله بندی کرده‌اند ولی مرحله بندی نمی‌تواند پیش آگهی را پیش‌بینی کند و تدابیر جدیدی برای اینکه کدام لوسمی لنفوئیدی مزمن را باید درمان کرد پیدا شده است.

در هر صورت سرعت اضافه شدن تعداد گلبول‌های سفید به بالاتر از یکصد هزار در میلی‌متر مکعب، کاهش پلاکت به کمتر از یکصد هزار، هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ گرم و لاغر شدن و یا بروز غدد لنفاوی آزاردهنده، تب و عرق همگی نشانه‌هایی از نیاز به درمان این بیماری است.

یافته‌های جدید در لوسمی لنفوئیدی مزمن

سلول لنفوئیدی در مغز استخوان تولید می‌شود و برای بالغ شدن محتاج به گذشتن از مراکز زایای لنفاوی (Germinal Center) است.

CLL می‌تواند از سلول‌های اولیه Unmutated یا ثانویه Mutated بوجود آید. در هر صورت هر سلولی که جهش سرطانی پیدا کند در



ZAP-70 یک تیروزین کیناز پروتئین است و در بیماری‌زایی (پاتوژنی) B-Cell پر اهمیت است.

این پروتئین را می‌توان با فلوسیتومتری Flow cytometry یا هیستوکیستری Histochemistry تشخیص داد. اگر ZAP-70 در بیشتر از ۲۰ درصد سلول‌ها مثبت باشد پیش‌آگهی وخیم است. AZP-70 بهتر از CD38 با جهش IgVH مطابقت دارد.

اختلال کروموزومی

یا حتی اختلال ژنتیک کروموزومی در CLL مشکل تشخیص داده می‌شود. چون سرعت رشد سلولی زیاد نیست به آسانی نمی‌توان اختلال ژنتیک را یافت. بررسی با FISH (Fluorescence in situ hybridization) توانسته است اختلال‌های شناخته شده قبلی کروموزومی را در بیماران جدید بیاید آنها که حذف (17p delition) را دارند طول عمر کمتری خواهند داشت و در آنهایی که حذف (13q Deletion) را دارند پیش‌آگهی بهتر است.

به کمک FISH می‌توان اختلالات ژنتیک تری زومی ۱۲ (trisomy 12) و 11q، 17، 13q و یک پانل FISH برای همه آنها آماده کرد که بیماری را در مراحل اولیه آن از نظر پیش‌آگهی مشخص کرد. آنها که اختلال کروموزومی ندارند پیش‌آگهی بهتری هم دارند ولی اختلال کروموزومی می‌تواند بصورت جهشی در طی ۲ سال اول بیماری پدید آید.

اگر چه درمان بیماری در حیطه تسلط متخصصین خون و آنکولوژی است ولی روند درمانی در طی سال‌ها بهتر شده و داروها متنوع‌تر شده‌اند ولی داروهای قوی در اشخاص مسن‌تر از ۷۰ سال موجب بروز سرطان خون ثانویه از نوع AML یا میلودیسپلازی وخیم می‌گردد. رژیم (Fludarabine, Cyclophosphamide, Rhituximub) تا ۹۵ درصد در بیماران باعث فروکشی کامل بیماری می‌شود. جان‌شنینی Pentonstatine بجای فلودارابین خاصیت ایجاد سرطان ثانوی این درمان را کم می‌کند و بهتر تحمل می‌شود. در همه بیماران با کلیرانس کراتنین کمتر از طبیعی می‌تواند تحمل شود و بروز میلودیسپلازی و یا سرطان‌های خونی ثانویه از عوارض این نوع درمان است. داروی ALEMTUSUMAB نیز با فلودارابین و سیکلوفسفامید

اثر سیرژی دارد.

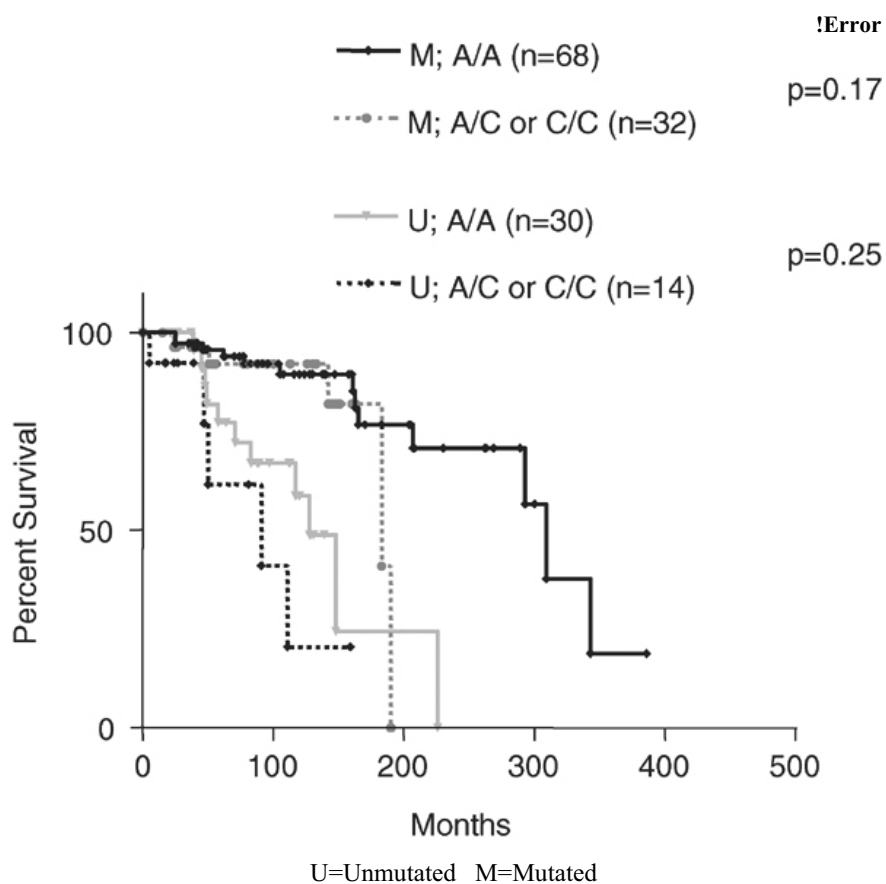
راه کارهای درمانی

اگر چه برای هر بیمار، پزشک باید درمانی مناسب آن را پیشنهاد کند ولی راه‌کار بررسی و درمان بدین قرار است. در صورتی که امکان داشته باشد هر بیمار باید از نظر وجود عوامل خطرزای ژنتیک IIg, IVp بررسی شود. این عوامل ژنتیک نشان دهنده ژن IgVH می‌باشد که بطور واضح بیمار دچار CLL بدخیم را از CLL خوش خیم جدا می‌کند، برای بیماران CLL خوش-خیم درمان ضرورتی ندارد مگر اینکه در قالب گروه تحقیقاتی قرار گیرند و علاقمند باشند که درباره بیماری آنها تحقیق درمانی شود. این بیماران هر ۳ تا ۶ ماه بررسی می‌شوند زیرا احتمال استحالۀ ژنتیک در همه بیماران وجود دارد. برای بیماران دچار CLL بدخیم منظور از درمان برای بیمار باید روشن و واضح شود. اگر منظور به حداقل رساندن بیماری است، (Minimal Residual Disease) استفاده از شیمی درمانی یا شیمی درمانی + ایمن درمانی ضرورت دارد. در جوانان باید پیشنهاد STEM CELL نیز جزو بحث درمانی باشد. اگر فقط بحث فروکشی بیماری مطرح است فلودارابین + سیکلوفسفامید کافی است. آنها که CLL دارند باید توجه کنند که بیماری علاج قطعی ندارد ولی اگر فوری درمان شوند طول عمر بیشتری متحمل است.

نتیجه

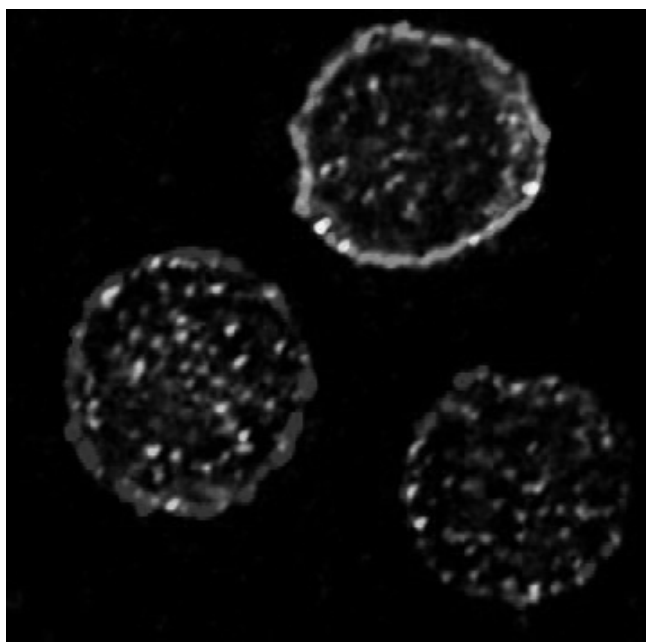
اینکه بیماری لوسمی لنفوئیدی مزمن یک بیماری با پیش‌آگهی گوناگون است از قدیم شناخته شده بود ولی علت آن را نمی‌دانستند اگر چه بیشتر متخصصین خون و سرطان علاقه به مصرف سه داروی فلودارابین، سیکلوفسفامید و ریتوکسیماب دارند ولی تحقیقاتی وجود ندارد که بهتر بودن سه دارو را بر دو دارو نشان داده باشد. (فلودارابین-سیکلوفسفامید در مقایسه با فلودارابین-سیکلوفسفامید-ریتوکسیماب) در آینده که مشخصات خطرناک انواع لوسمی لنفوئیدی مزمن شناخته می‌شوند درمان‌های مناسب هر بیماری باید مشخص گردد.

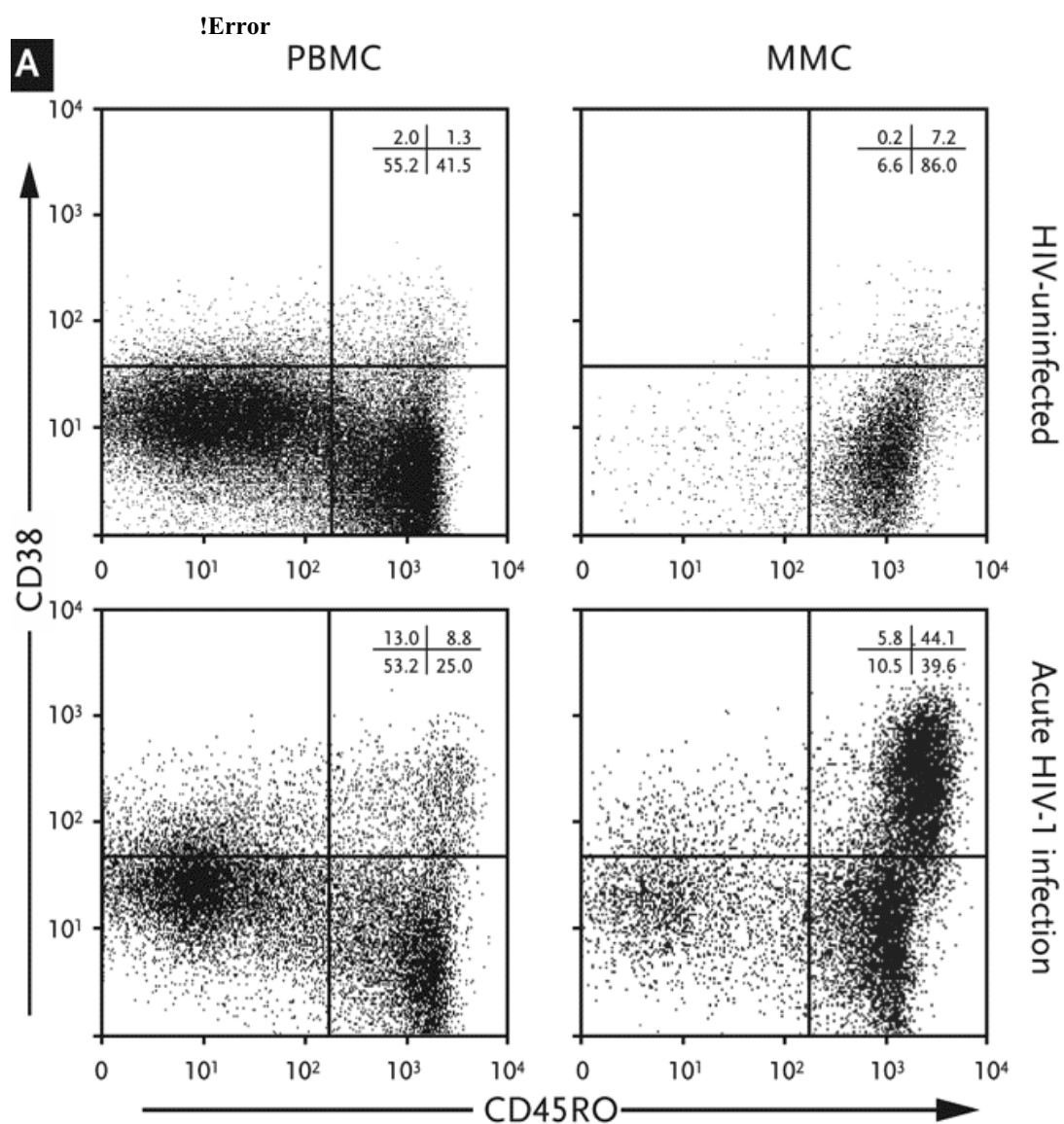
طول عمر بیماران بر اساس انواع ژن آنها



تشخیص Zeta-chain-associated Kinase ZAP70 به کمک FISH Fluorescence in situ hybridization

سلول داری رنگ آمیزی فلوئورسین را بخود می گیرد.





مالاریا فالسی پارم

مرد ۲۰ ساله با تب و کاهش سطح هوشیاری

از کنفرانس هفتگی بیمارستان امام خمینی (ره)

محسن اسفندی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دستیار فوق تخصصی خون و انکولوژی

منوچهر کیهانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، فوق تخصص خون و انکولوژی

آدرس اینترنتی: m_keyhani@yahoo.com

در ECG گرفته شده کاکیکاردی سینوسی و افزایش دامنه موج T در لیدهای جلوی قلمی مشهود بود (شکل نوار) بطور خلاصه مشکلات بیمار عبارت بودند از: تب و لرز، اختلال سطح هوشیاری، استفراغ، دردهای اپی گاستر، خونریزی از مخاط-ها، آنمی همولیتیک، ترومبوسیتوپنی، اسیدوز متابولیک، افزایش آنزیم‌های کبدی و نارسایی کلیه.

با توجه به مشکلات ذکر شده، تشخیص افتراقی عبارت بودند از: سپتی سمی، TTP/HUS، سندرم آنتی فسفولیپید، لوسمی بخصوص M3، PNH، نارسایی پیش رونده کبدی، منگوکوکسمی و مالاریای فالسیپاروم.

با توجه به شواهد آنمی همولیتیک و ترومبوسیتوپنی اقدام به تهیه لام خونی محیطی، رنگ آمیزی و مشاهده آن گردید. در لام خون محیطی گامتوسیت مالاریای فالسیپاروم مشاهده شد. و تشخیص فالسیپاروم مغزی مسجل گردید.

مالاریای فالسیپاروم به گلبول قرمز در همه گروه‌های سنی حمله می‌کند. افرادی که ایمنی ندارند، بچه‌های کمتر از ۵ سال، خانم‌های حامله و افرادی که اسپلنکتومی شده‌اند بیشتر در خطر آن قرار دارند. علائم بالینی مالاریای مغزی معمولاً بصورت اختلال سطح هوشیاری و تشنج است و در صورت عدم تشخیص و درمان، مرگ و میر بالایی دارد. از عوارض دیگر آن می‌توان از نارسایی کلیه، ادم ریه هیپوگلیسمی، آنمی، خونریزی و گاستروانتریت نام برد. پارازیتمی بیش از ۵ درصد، تغییر سطح هوشیاری، الیگوری، زردی، هیپوگلیسمی و نارسایی ارگان‌های مختلف بدن نشانگر وخامت بیماری است.

مرد ۲۰ ساله، کارگر ساختمان، اهل پاکستان با شکایت تب و کاهش سطح هوشیاری از یک هفته قبل به بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) ارجاع شد. بیمار از یک هفته قبل دچار تب و لرز و تعریق و از سه روز قبل از مراجعه دچار عدم تحمل خوراکی مواد غذایی و استفراغ‌های مکرر شده بود. در سه روز اخیر همچنین خونریزی مکرر از مخاط بینی و دهان توسط همراهان بیمار ذکر می‌شد.

علائم حیاتی: BP=90/40 mmHg PR. 92/min

زیر بغل 36: Temp RR=28/min

علائم ثبت شده در معاینه فیزیکی عبارت بودند از: زردی ملتحمه - آثار خونریزی از مخاط بینی و دهان و درد در لمس ناحیه اپی گاستر.

در بررسی آزمایشگاهی:

WBC : 10700, BS : 79mg/dl, Na : 130 meq / lit

HGb: 8.7mg/dl, SPo2 : 95%, K : 5 meq / lit

MCV = 84.3, Cr = 1-8 mg/dl, AST = 328 IU

PLt : 19000, BUN = 106 mg/dl, Alt = 260 IU

Bilirubin, TOTAL : 209 mg/dl

Direct: 0.5 mg/dl

ABG => PH=7.03

HCo3= 7.4 mmol/ lit

Po2 = 168.3 mmHg

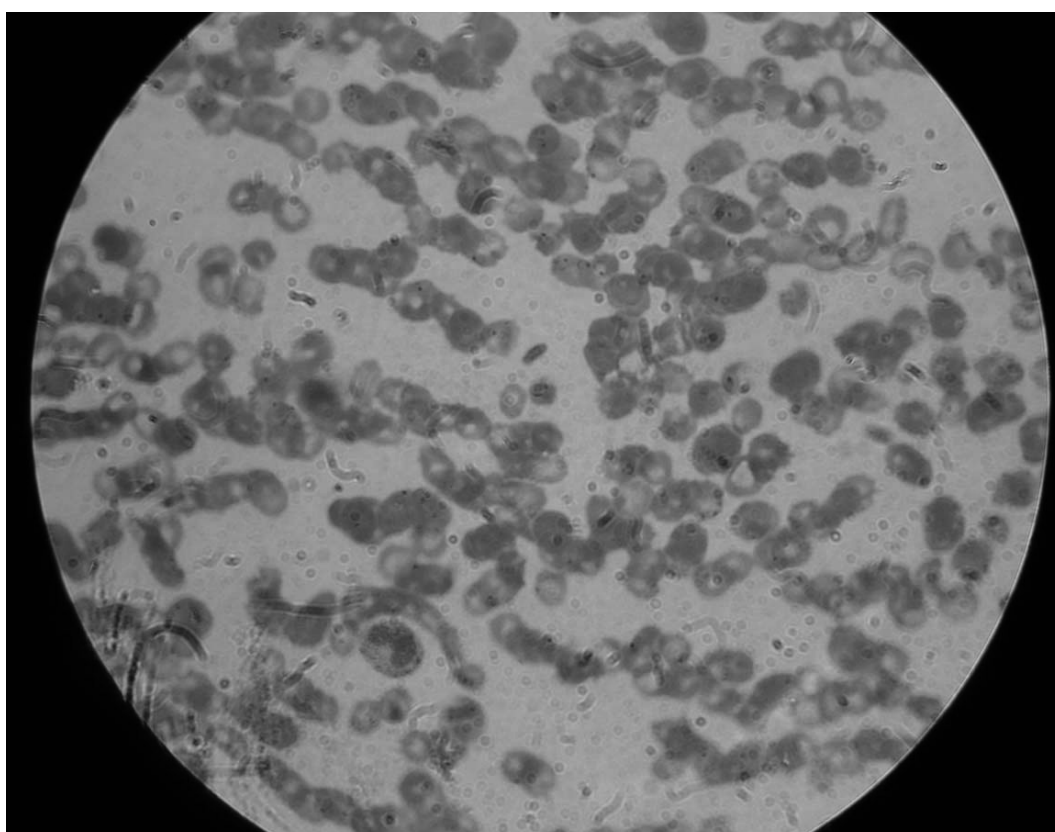
PCo2 = 25.6 mmHg



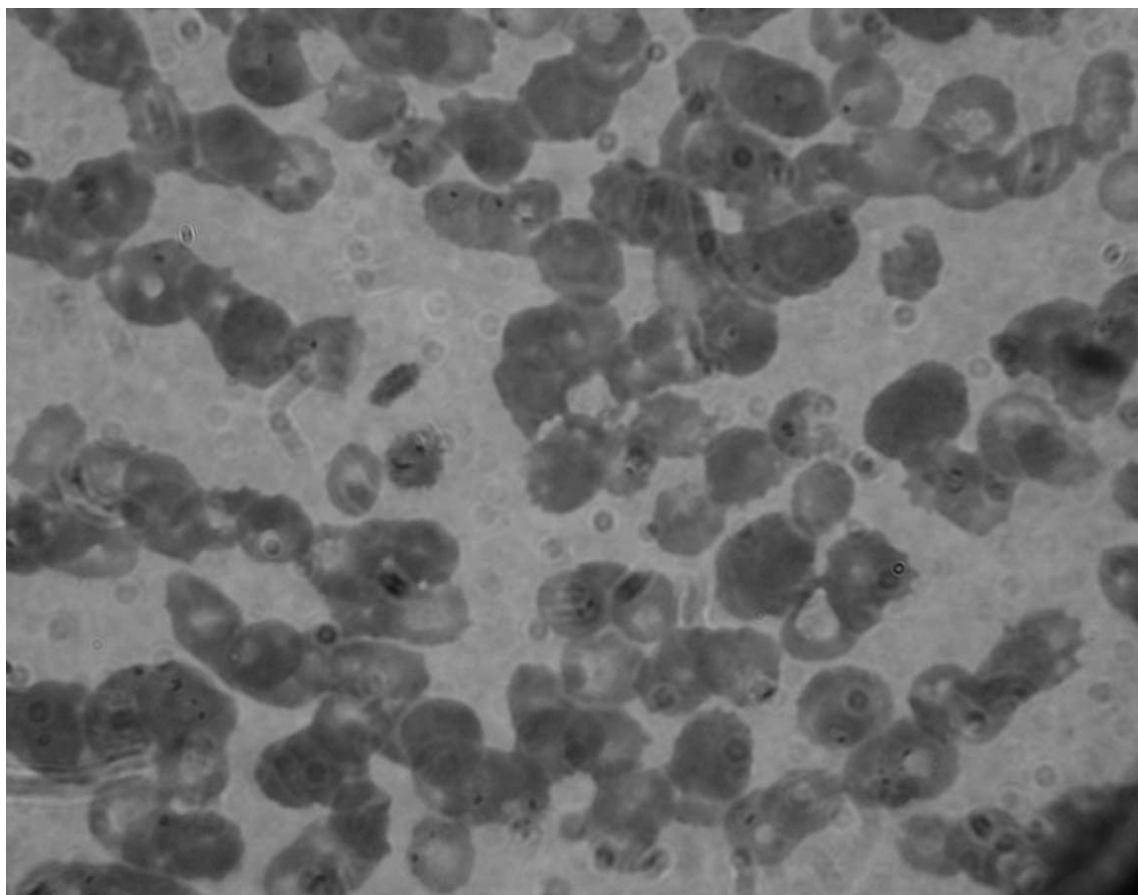
پورپورا و اکیموز در لثه و دهان



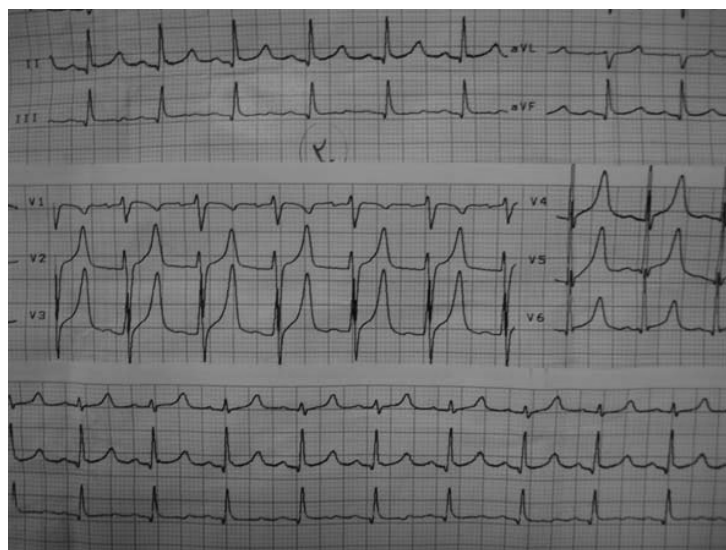
در سطح لام دانه‌های مالاریایی بنفش دیده می‌شود



درد رشت نمایی بزرگتر پارازیت بصورت لوبیایی آبی رنگ دیده می شود.



نوار قلب سینوس تاکیکاردی و افزایش دامنه T



نتیجه کنفرانس انجمن ریه و دستورالعمل پیشگیری از ترومبوآمبولی در بیماران بستری در بیمارستان

حسن جلائی خو

متخصص بیماری‌های خون و انکولوژی

منوچهر کیهانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، فوق تخصص خون و انکولوژی

آدرس اینترنتی: m_keyhani@yahoo.com

خلاصه

درمان بر اساس مدارک مثبت:

- Grade 1: پیشنهاد کاملاً با ارزش است
- Grade 2: پیشنهاد با ارزش ولی نتیجه در بیماران متفاوت است و میتوان راه دیگری انتخاب کرد . بطور خلاصه در این دستورالعمل :
- آسپرین برای جلوگیری از ترمبوز در هیچ بیماری توصیه نمی شود (Grade IA)
- برای بیمار با خطر جراحی متوسط، هپارین معمولی ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت یا هپارین کوچک ملکولی (Low Molecular weight Heparin) LMWH ۳۴۰۰ واحد حداقل (Grade IA) برای هر دو روش .
- برای بیماران با خطر زیاد، هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت یا LMWH (Low Molecular weight Heparin) (Grade IA) ۳۴۰۰ واحد روزانه (Grade IA)
- برای بیماران با عوامل خطرزای متعدد (Multiple risk factor) علاوه بر هپارین هر ۱۲ ساعت یا LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ واحد، استفاده از جوراب یا وسایل صنعتی فشار دهنده پاها بطور متناوب (Grade 1) Intermittent Pneumatic Compression پیشنهاد می شود .
- در جراحی زنان و مامایی (GYN) پیشگیری با هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت و یا LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ واحد (Grade IA) پیشنهاد می شود
- برای جراحی مجاری ادراری و میزراه ۵۰۰۰ واحد هپارین هر ۸-۱۲ ساعت یا LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ روزانه (Grade IA) پیشنهاد می شود .
- برای عمل جراحی انتخابی لگن، سر مفصل ران و یا زانو انتخاب سه گانه هپارین LMWH یا وارفارین یا INR ۲ تا ۳ و یا فونداپارینوکس (Grade IA) fondaparinox پیشنهاد می شود .
- برای جراحی تعویض مفصل ران یا زانو نیز هر ۴ داروی فوق (Grade IA) برای fondaparinox و بقیه Grade IB و Grade IC برای LMWH پیشنهاد می شود. طول درمان ده روزه برای همه ارزش (Grade IA) دارد. بیشتر بیمارانی که به ICU میروند یا نمی روند و منبعی برای استفاده از این داروها را ندارند باید پیشگیری با روش فوق داشته باشند. (Grade AI)
- **لغات بکار برده شده:** آسپرین ، ترومبوفلبیت ، هپارین ، فونداپارینوکس، LMWH، ترمبوآمبولی ، وارفارین

منطق استفاده از پیشگیری ترمبوآمبولی

دچار شکستگی گردن ران شده است خطرات متعددی برای بروز ترمبوآمبولی دارد مانند سن بالا ، جراحی قسمت‌های تحتانی و بی حرکتی نیز در بروز این عارضه مؤثر هستند .

علت پیشگیری در بیماران بستری در بیمارستان : بیشتر بیماران بستری در بیمارستان در معرض خطر هستند و با بستری‌های طولانی‌تر، خطر افزوده خواهد شد. مثلاً کسی که



داروهای ضد انعقاد

Low Molecular weight Heparin (LMWH)

منبع اولیه این دارو هپارین است که با روش آنزیمی از تکه تکه کردن depolymerazation. هپارین معمولی تهیه می شود. انواع مورد استفاده انوکسپارین Enoxaparin سانوفی (SANOFI) و Daltoparin (Fragmin) کمپانی Pfizer فایزر می باشند. نکته مهم این است که نمی توان بجای یکی از دیگری استفاده کرد و هر کدام دستور مصرف و مقدار مصرف خود را دارند.

این داروها در تزریق زیر جلدی فوراً جذب می شوند. در بدن طول عمر بیشتری از هپارین دارند. همه آنها ضد فاکتور ده Anti-Factor Xa بوده و مقدار مصرفشان با وزن بدن ارتباط دارد. نیاز به بررسی اثرات ضد انعقادی آنها نیست مگر در چاقی شدید، حاملگی و نارسائی کلیه که در این صورت مقدار آنتی Xa (anti Xa)، ۴ ساعت پس از تزریق اندازه گیری می شود. و مقدار ضروری باید ۶ دهم تا یک واحد در میلی لیتر دو بار در روز و یا ۱ تا ۲ واحد در میلی لیتر در مصرف یکبار روزانه باشد. در نارسائی شدید کلیه کلییرانس کمتر از ۳۰ سی سی در دقیقه مقدار مصرف باید به کمتر از ۳۰ میلی گرم روزانه برای انوکسپارین باشد. در وجود ترمبوآمبولی مصرف کردن وارفارین با LMWH یک میلی گرم برای هر کیلو ضروری است. در اشخاص چاق مصرف Daltoparin نباید بیشتر از ۱۸۰۰۰ واحد روزانه باشد.

Fondaparinux

فونداپارینکس (ARIXTRA) ضد فاکتور ده فعال (Factor Xa Inhibitor) برای بالغین با وزن ۵۰ کیلو و یا بیشتر، ۲۰۵ میلی گرم روزانه می تواند در بیمارانی که دچار HIT (Heparin Induced thrombocytopenia) ترمبوز شریانی بعلت هپارین می شوند نیز بکار رود. شروع درمان ۶ تا ۸ ساعت پس از جراحی بمدت ۵ تا ۹ روز پس از جراحی شکم و یا تا ۱۱ روز پس از جراحی تعویض مفصل زانو تا ۳۲ روز در نهایت و اضافه کردن وارفارین ۲۷ ساعت پس از عمل صورت می گیرد و مقدار مورد نیاز وارفارین (۲-۳ INR=2.5) می باشد.

درمان آمبولی ریوی

اگر چه درمان آمبولی ریوی بعلت ترمبولیت مورد بحث ما نیست ولی در حدس آمبولی ریوی در همه بیماران تجویز LMWH زیر جلدی و یا هپارین وریدی توصیه می شود. اگر فشار خون پایین

منطق پیشگیری از ترمبوآمبولی در بیماران بستری در بیمارستان:

- شیوع زیاد ترمبوآمبولی در بیماران بستری
- نتایج عدم پیشگیری از ترمبوآمبولی و امکان بروز آمبولی های کشنده ریوی
- نتایج بسیار موفق پیشگیری ترمبوآمبولی و کاهش مخارج به مقدار زیاد

علت لزوم پیشگیری از ترمبولیت در بیماران بستری در بیمارستان

- ۱- شیوع فوق العاده ترمبولیت : بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان دچار ترمبولیت می شوند. بروز آمبولی ریوی، اغلب پر سر و صدا نیست و بررسی های تشخیصی نیاز به دقت زیادی دارد.
- ۲- بررسی بیماران نه مفید است و نه مخارج انجام آن کمتر از مخارج پیشگیری است.

عوارض بروز ترمبولیت تشخیص داده نشده

- بروز آمبولی ریوی کشنده.
- مخارج نگهداری در بیمارستان و مخارج بررسی این بیماران.
- افزایش خطر بیشتر در بروز مجدد ترمبولیت.
- ناتوانی بیشتر بیماران پس از ترمبولیت آشکار.

تاثیر قابل ملاحظه پیشگیری از ترمبولیت

- پیشگیری از ترمبولیت بسیار موثر است
- پیشگیری از ترمبولیت موجب کاهش زیاد آمبولی کشنده ریوی می شود.
- پیشگیری از ترمبولیت کم خرج تر از درمان ترمبولیت می باشد.

• روشهای مکانیکی پیشگیری از ترمبولیت:

- برای پیشگیری از ترمبولیت روشهای متفاوتی وجود دارد
- ۱- جوراب کشی که بتدریج کاهش فشار بر رگها در زانو به بالاتر پیدا می کند.

Graduated compression stocking (GCS)

- ۲- وسایل ایجاد فشار بر عضلات بطور متناوب Intermittent pneumatic compression (IPC) که با پمپ بر روی عضلات پاها موجب حرکت خون در وریدهای پاها می شوند و ایستادن خون در پاها را کم می کنند برتری این وسایل، عدم بروز خونریزی ناشی از آنها است.



است و بیمار از نظر همودینامیک وضع ناآبیتی دارد، تجویز هپارین بجای LMWH ضروری است.

در اشخاص دچار نارسائی کلیه هم باید از هپارین استفاده کرد. در آنهایی که خونریزی دارند استفاده از فیلتر چتر ورید اجوف تحتانی بجای درمان ضد انعقاد مفید است. در جراحی ریه، شکم، ران، تعویض مفصل ران و یا زانو، سکنه همراه با جراحی طناب نخاع و بیماری های داخلی مصرف میشود.

Heparin هپارین

هپارین از روده خوک در محلول 0.45 نرمال سالین 250cc یا ۲۵۰۰ واحد و یا ۱۰۰۰۰ واحد در یکصد میلی لیتر در D/W دارای سدیم متابیسولفات Sodiom metabisulfite تهیه می شود هم چنین بصورت مولتی دوز ۱۰۰ واحدی برای هر میلی لیتر دارای Benzyl alcohol و یا بصورت سرنگ ۱۰۰ واحد در هر میلی لیتر و یا ۵ میلی لیتر یا بصورت ۱۰۰۰۰ واحد در میلی لیتر دارای Metyl parabens یا بنزیل الکل و یا 5000cc در میلی لیتر دارای بنزیل الکل قابل تهیه است.

نوع ایرانی احتمالا از منابع دیگری بجز خوک تهیه می شود. انواع امریکائی و اروپائی در بعضی اشخاص سبب بروز حساسیت شدید و حتی منجر به مرگ هم می شود.

برای پیشگیری از ترمبوفلیت، ۵۰۰۰ واحد نیز ۸ تا ۱۲ ساعت زیر جلدی بکار میرود که مورد بحث این مقاله است. حتی در تعدادی هم بندرت می تواند موجب عارضه وخیم ترمبوز شریانی ناشی از آگلوتیناسیون شود که باید همواره بفکر آن بود و از تجویز وارفارین در این عارضه خودداری کرده و به جای آن از فونداپارنیکس سود برد یا داروهای مشابه دیگر که از عصاره سر زالو تهیه می شود.

در نوزادان، بنزیل الکل موجود ممکن است موجب حساسیت و یا مسمومیت شود. بعضی انواع، سولفات Sulfite دارند که ممکن است موجب حساسیت شوند. عوارض بسیار دیگر را باید در منابع پزشکی مشاهده کرد. در آنها که کمبود آنتی ترمبین دارند، III Anti thrombin به هپارین حتی در مقادیر ۳۵۰۰ واحد در ۲۴ ساعت مقاومت دارد.

مقدار کافی برای اثرات آنتی کوآگولانت آنست که APTT به ۱/۵ برابر مقدار طبیعی برسد.

برای درمان ترمبوفلیت شروع همزمان وارفارین یا شروع آن، ۲۴ ساعت بعد توصیه می شود.

عوامل خطرزا در ترمبوآمبولی

جراحی، صدمه (Trauma)، بی حرکتی، فلج، بدخیمی، شیمی

درمانی، هورمون درمانی، رادیوتراپی، ترمبوز وریدی قبلی، سن بالا، حاملگی و دوره زایمان، درمانهای جلوگیری کننده از حاملگی دارای استروژن، داروهای تغییر دهنده گیرنده استروژن مانند تاموکسی فن، بیماریهای حاد، نارسائی قلبی تنفسی، بیماریهای التهابی روده، سندرم نفروتیک، اختلالات میلوپرولیفراتیو، هموگلوبینوری شبانه، چاقی، واریس، رگهای مرکزی و بالاخره ترمبوفلیت ارثی یا اکتسابی از عوامل خطر در بروز ترمبوآمبولی هستند.

منظور از Grades

• توصیه بر اساس Grades

Grade 1: توصیه داده شده قوی است و میتوان از آن فایده برد و انجام آن برای بیمار مفید است
Grade 2: توصیه داده شده فایده چندانی ندارد و فایده و ضرر آن حدودا مساوی و یا نامشخص است.

استواری توصیه ارائه شده

A = مدارک از تجربه های علمی تصادفی با دقت بالا بدست آمده است.

B = مدارک از تجربه های علمی تصادفی با محدودیت های علمی بدست آمده است .

C - مدارک از تجربه های علمی ضعیف یا تنها شاید از مشاهده ها یا تجربه های علمی با اشکالات آماری فراوان بدست آمده است . علامت + نشانه قدرت بیشتر مدرک و علامت - نشانه قدرت کمتر آن می باشد .

بدین دلیل جلوگیری از ترمبوفلیت یک قدم اساسی در جلوگیری از مرگ بیماران است. در جراحیهای کوچک خطری ندارد ولی اگر زمینه فلیت وجود داشته باشد همین جراحیهای کوچک هم ممکن است خطرناک باشد. بطور کلی هر بیمار دچار سرطان و هر بیمار که نیاز به جراحی زانو و یا لگن دارد خطرزا محسوب می شود و آنها که به عللی قادر به حرکت نیستند نیز در معرض خطر هستند . برای جلوگیری از ترمبوفلیت وسایل فیزیکی مفید است و به علت آنکه ایجاد خونریزی هم نمی کند مورد علاقه هستند .

• آسپرین به عنوان جلوگیری از ترمبوفلیت : اگر چه آسپرین و داروهای ضد پلاکت برای جلوگیری از سکنه شریانی مفید هستند و احتمال دارد که از ترمبوفلیت هم جلوگیری کنند ولی مدارک مثبت برای استفاده از آن به عنوان جلوگیری کننده از ترمبوفلیت وجود ندارد بنابراین استفاده از آسپرین برای جلوگیری



دلیل	مدارک موجود قدرت توصیه	وضوح خطر یا فایده	Grades توصیه شده
توصیه قدرتمند: به اغلب بیماران در اغلب موارد بدون محدودیت	آزمونهای کنترل شده و Randomized (Control trial) بدون محدودیت مهم	واضح	IA
توصیه قدرتمند: به اغلب بیماران و در بیشتر موارد	آزمون کنترل شده نیست ولی بنظر میرسد که میتوان آنرا بدست آورد. بررسی مشاهده ای (Observational) studies قوی موجود است	واضح	IC+
توصیه قدرتمند: احتمالاً به اغلب بیماران	آزمون کنترل شده با محدودیت قابل ملاحظه. روش آزمون غلط دارد	واضح	IB
توصیه متوسط: ممکن است مدارک به نفع توصیه دیگری نیز باشد	نتیجه آزمون مشاهده ای	واضح	IC
توصیه متوسط: در آینده ممکن است مدارک به نفع این توصیه یا توصیه دیگری یافت شود	آزمون کنترل شده بدون محدودیت مهم	واضح نیست	2A
توصیه ضعیف: میتوان بر اساس وضع بیمار این تصمیم یا تصمیم دیگری گرفت	آزمون کنترل شده ندارد ولی بنظر میرسد که میتوان آنرا بدست آورد. ولی بررسی مشاهده ای قوی موجود است	واضح نیست	2C+
توصیه ضعیف: روشهای دیگر ممکن است برای بیماران دیگر و در بعضی شرایط بهتر باشد	آزمون کنترل شده با محدودیت مهم و بدون داشتن مقایسه شانس	واضح نیست	2B
توصیه خیلی ضعیف: سایر روشها نیز ممکن است خوب باشند	آزمون مشاهده ای	واضح نیست	2C

- در بیشتر این بیماران ترمبوز، عارضه خطر زای مهم است.
- ۱۰٪ بیماران به علت بروز ترمبوآمبولی ریوی فوت می کنند.
- ۲۹٪ بیمارانی که بعد از جراحی فوت کرده اند به علت آمبولی ریه بوده است.
-

از ترمبوفلیت مجاز نیست (Grade 1A)

- مقدار مصرف داروها و بیماری کلیوی: پیشنهاد می شود که برای مصرف داروها در بیماران دچار بیماری کلیوی به بروشور داروها مراجعه شود (Grade 1C)
- بیهوشی نخاعی و استفاده از داروهای ضد انعقاد: اگر چه خونریزی اتفاقی نادر است ولی وجود دارد و حتی ممکن است موجب پاراپلژی بشود بنابراین نگهداشتن کاتتر داخل فضای اپیدورال توصیه نمی شود و پزشک باید متوجه این عارضه باشد (Grade 1C+)
- جراحی عروق: برای جراحیهای عروق خطر اضافی ندارند به همین دلیل پیشگیری پیشنهاد نمی شود (Grade 2B)
- برای جراحیهای عروقی بزرگ، هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت یا LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ واحد روزانه پیشنهاد می شود (Grade 1C+)
- جراحیهای زنان مامایی: ترمبوآمبولی در این نوع جراحیها زیاد است بنابراین برای آنان که جراحی کمتر از ۳۰ دقیقه و بیماری خوش خیم دارند و بیمار قادر به حرکت کافی است پیشگیری ترمبوآمبولی ضروری نیست (Grade 1C+)
- در آنها که جراحی زنان لاپاراسکوپیک می شوند پیشگیری با هپارین یا LMWH نباید داده شود. (Grade 1C)
- در آنها که جراحی زنانه بزرگ و عامل خطر زای ترمبوفلیت دارند پیشگیری ضروری است. برای هپارین (Grade 1A) برای LMWH (Grade 1C)
- برای بیمارانی که عمل جراحی سرطانی زنان میشوند هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۸ ساعت و یا LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ واحد روزانه و یا استفاده از وسایل مکانیکی پیشگیری از ترمبوفلیت توصیه می شود. (Grade 1A)
- جراحیهای کلیه و میزراه: ترمبوفلیت مهمترین عارضه جراحیهای بزرگ کلیه و میزراه است. اگر چه در آنها که پروستاتکتومی داخل میز راه (ترانس اورترال) می شوند این خطر کم و استفاده از هپارین یا LMWH خطر خونریزی را افزایش می دهد بنابراین در این گروه توصیه نمی شود (Grade 1C+)
- در آنها که جراحیهای بزرگ کلیه و میزراه دارند هپارین ۵۰۰۰ واحد دو یا سه بار در روز توصیه می شود. (Grade 1A)
- در آنها که خونریزی فعال دارند یا خطر خونریزی در آنها شدید است استفاده از دستگاههای مکانیکی توصیه می شود. (Grade 1C+)

- برای آنها که خطرات متعدد ترمبوفلیت دارند پیشگیری مکانیکی همراه با هپارین یا LMWH توصیه می شود. (Grade 1C+)
- جراحیهای لاپاراسکوپیک: در مورد این جراحیها مشخص نیست که خطر ترمبوآمبولی چقدر می باشد در مورد این نوع جراحیها پیشگیری برای ترمبوآمبولی توصیه نمی شود ولی باید هر چه زودتر بیمار را به حرکت در آورد (Grade 1A)
- جراحیهای استخوانهای مفاصل: خطر ترمبوآمبولی در این بیماران بسیار بالاست. وجود ترمبوفلیت در موقع مراجعه هم بسیار زیاد است که بی علامت می باشند.
- جراحی تعویض مفصل ران: ترمبوفلیت در ۴۰ تا ۶۰٪ این بیماران بدون پیشگیری مشاهده می شود و یک در ۵۰۰ نفر از عارضه آمبولی فوت می کنند.
- ۱- شروع LMWH بیشتر از ۳۴۰۰ واحد قبل از جراحی یا ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از جراحی یا ۴ تا ۶ ساعت بعد از جراحی.
- ۲- شروع فونداپارینوکس ۲/۵ میلیگرم ۶ ساعت بعد از جراحی.
- ۳- شروع وارفارین شب قبل از جراحی یا شب بعد از جراحی با هدف $INR = 2/5$ هیچکدام بر یکدیگر برتری ندارند. (Grade 1A)
- استفاده از آسپیرین - دکستران - هپارین بمقدار کم به عنوان تنها روش جلوگیری از ترمبوفلیت توصیه نمی شود. (Grade 1A)
- جراحی تعمیر یا تعویض مفصل زانو: اگر چه بررسی جامعی وجود ندارد توصیه پیشگیری از ترمبوفلیت یکسان است. از LMWH به مقدار بیشتر از ۳۴۰۰ واحد یا فونداپارینوکس یا وارفارین با ۲/۵ INR (۲ تا ۳) همگی (Grade 1A) می باشند. استفاده از آسپیرین به عنوان تنها روش پیشگیری توصیه نمی شود. (Grade 1A)
- آرتروسکوپی زانو: عارضه شایع در این اقدام ترمبوفلیت نیست. آرتروسکوپی هم برای تشخیص هم برای درمان بکار میرود. سینوکتومی و بازسازی رباط با روش آرتروسکوپی زانو درمان می شود.
- پیشگیری از ترمبوفلیت در آرتروسکوپی زانو: حرکت دادن زودتر بیمار بدون استفاده از دارو برای پیشگیری کافی است. (Grade 2B)
- جراحی شکستگی مفصل ران: وجود ترمبوفلیت در این گونه بیماران بسیار شایع است. اگر چه در بررسی های قدیمی آسپیرین و داروهای ضد پلاکت مفید تشخیص داده شده بود ولی آن بررسی ها دیگر مورد قبول نیست و در حال حاضر برای پیشگیری از ترمبوفلیت در این بیماران درمان پیشنهادی عبارت است از فونداپارینوکس LMWH (Grade 1C) وارفارین
- (Grade 2B) $INR = 2-3$ هپارین (Grade 1B)
- آسپیرین بعنوان پیشگیری توصیه نمی شود. (Grade 1A)
- در اینگونه بیماران اگر بدلیلی جراحی به تاخیر افتد پیشگیری

- از ترمبوفلیت با هپارین یا LMWH [هپارین با وزن مولکولی کم (هپارینوئید)] توصیه می شود. اگر مصرف ضد انعقاد مضر باشد پیشگیری از ترمبوفلیت با وسایل مکانیکی توصیه می شود.
- زمان پیشگیری از ترمبوفلیت: در بیماران برای جراحیهای استخوان، پیشگیری ۱ تا ۱۲ ساعت قبل از عمل جراحی توصیه شده است. (Grade 1A)
- بررسی برای ترمبوفلیت قبل از مرخص شدن از بیمارستان. اگر چه در بعضی مراکز اینکار انجام گرفته و مقالاتی هم منتشر شده است ولی در بیماران بدون علامت بالینی توصیه نمی شود (Grade 1A)
- مدت پیشگیری: پس از جراحی پیشگیری از ترمبوفلیت حتی پس از خروج از بیمارستان نیز باید صورت گیرد. کسانی که از بیمارستان مرخص می شوند بعضی دارای ترمبوفلیت خاموش هستند بنابراین در آنها که بدون علامت هستند حداقل ده روز باید داروی ضد انعقاد تجویز شود (هپارینوئید ۴۰ میلیگرم دو بار فونداپارینوکس ۲/۵ میلیگرم)
- وارفارین $INR = 2/5 - 3$ (۲-۳) در آنها که تعویض مفصل می شوند باید ۲۸ تا ۳۵ روز بعد از جراحی، پیشگیری صورت گیرد (Grade 1A)
- جراحی ستون فقرات. در این بیماران بروز ترمبوفلیت به شیوع بیماران جراحی مفصل ران نیست و مقالات در این بیماران نیز زیاد نیست. در آنها که سن بالا یا سرطان دارند و یا فلج هستند یا سابقه فلیت قبلی دارند و یا جراحی از طرف شکم و قدام صورت گرفته است پیشگیری توصیه می شود و ارزش نوع دارو تقریباً یکسان است. (Grade 1B)
- زخمهای ساق و پا: اگر چه این نوع ضربه ها و صدمات که شامل پیچ خوردگی و کشیده شدن تاندون ها نیز می شوند بسیار زیاد دیده می شود. ولی پیشگیری از ترمبوفلیت بدون علامت بالینی آن توصیه نمی شود (Grade 2A)
- جراحی های اعصاب: آنها که تحت جراحی مغز و اعصاب قرار میگیرند محتاج نوعی پیشگیری برای جلوگیری از ترمبوفلیت هستند. البته آنها که بدخیمی دارند و جراحی مغز می شوند بیشتر در معرض ترمبوفلیت هستند روشهای پیشگیری گوناگون و شامل وسایل مکانیکی $GCS - IPG$ که معمولاً بطور همگانی در این بیماران بکار میرود. هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت و هپارینوئید ۴۰ میلی گرم روزانه زیر جلدبکار رفته است ولی افزایش خونریزی در این بیماران دیده شده است. بنابراین در آنها که ترمبوفلیت ندارند پیشگیری محدود به وسایل مکانیکی میباشد. و در آنها که ۲۴ ساعت بعد از جراحی CT scan خونریزی نشان ندهد درمان هپارینوئید یا هپارین با مقدار کم آغاز می شود ولی این

روشها بررسی کافی نشده است. بنابراین پیشگیری از ترمبوفلیت برای همگان توصیه نمی شود (Grade 1A)

- درمان اولیه پیشگیری مکانیکی می باشد. (Grade 1A)
- اضافه کردن هپارین با مقدار کم و یا هپارینوئید برای پیشگیری در آنها که عامل خطر زای ترمبوفلیت دارند توصیه می شود (Grade 2B)

• صدمات بدنی ، ستون فقرات ، سوختگی .

- در صدمات بدنی قابل ملاحظه چند عضوی خطر ترمبوفلیت و آمبولی ریوی بسیار زیاد است .

- در صدمات شدید سومین علت مرگ و میر در آنهایی است که بیش از یک روز زنده می مانند.

- پیشگیری از ترمبوفلیت با وسایل مکانیکی در صورتیکه خونریزی موضعی را بیشتر نکند توصیه میشود .

- در صدمات بدنی بیماران با حداقل یک عامل افزایش خطر ترمبوفلیت، پیشگیری از ترمبوفلیت توصیه می شود (Grade 1A)
- اگر دلیلی برای عدم استفاده از هپارینوئید نباشد باید مصرف شود (Grade 1A)

- اگر هپارینوئید نباید مصرف شود پیشگیری با جوراب کشی و یا با وسایل مکانیکی توصیه می شود .

- اگر خونریزی یا خطر آن وجود دارد تجویز هپارینوئید (LMWH) توصیه نمی شود .

توصیه های مهم درباره این دستوالعمل درمانی :

۱. کسانی که خطر خونریزی دارند باید از جوراب کشی و یا وسایل مکانیکی برای جلوگیری از ترمبوفلیت استفاده کنند و استفاده از وسایل مکانیکی باید به دقت و انجام همه دستورات سازنده آن صورت گیرد . (Grade 1C+)

۲. آسپیرین در هیچ شرایطی بعنوان پیشگیری از ترمبوفلیت در این بیماران فایده ندارد (Grade 1A)

- راه دیگر جلوگیری از ترمبوفلیت استفاده از هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت زیر جلد (Grade 2B) یا هپارینوئید (Grade 2A)
- در آنها که خطر زیاد ترمبوفلیت دارند استفاده از وسایل مکانیکی و هپارین یا هپارینوئید هر دو توصیه می شود (Grade 2B)

• صدمات بدنی ستون فقرات و سوختگی :

- همه کسانی که یک عامل افزایش خطر برای ترمبوفلیت دارند و صدمه بدنی دیده اند در صورت امکان از پیشگیری استفاده کنند (Grade 1A)

- اگر عامل جلوگیری کننده از درمان دارویی نباشد استفاده از هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت توصیه می شود (Grade 1A)

- اگر امکان استفاده از دارو نیست یا خونریزی فعال و یا خطر آن وجود دارد استفاده از جوراب کشی و باندستگاه فشار متناوب پاها توصیه می شود . (Grade 1B)

- بررسی برای وجود ترمبوفلیت در کسانی که در خطر ترمبوفلیت هستند مانند:

- صدمات ستون فقرات، شکستگی پا یا لگن، ضربات مغزی در وجود کاتتر ورید رانی که پیشگیری ترمبوفلیت دریافت نکرده اند

بررسی توصیه می شود (Grade 1C)

- استفاده از چتر ورید اجوف تحتانی برای جلوگیری از ترمبوفلیت توصیه نمی شود. (Grade 1C)

- ادامه پیشگیری با هپارین و یا وارفارین $INR=2.5$ با دامنه ۲ تا ۳ در آنها که حرکت کافی ندارند توصیه می شود. (Grade 2C)

- صدمه حاد نخاع (S.C.I= Spinal cord injury): پیشگیری از ترمبوفلیت برای همه کسانی که دچار صدمه حاد نخاع شده اند توصیه می شود .

- استفاده از هپارین یا وسایل مکانیکی به تنهایی توصیه نمی شود (Grade 1A)

- استفاده از هپارینوئید به مجرد اینکه خونریزی قطع شد توصیه می شود (Grade 1B)

- استفاده از وسایل مکانیکی و هپارین (Grade 2B) و یا هپارینوئید توصیه می شود. (Grade 1C)

- استفاده از وسایل مکانیکی زمانی که استفاده از دارو خطرناک است توصیه میشود . (Grade 1C)

- استفاده از چتر ورید اجوف تحتانی (IVCF) بعنوان تنها وسیله پیشگیری توصیه نمی شود. (Grade 1C)

- در دوره بازتوانی صدمات نخاعی استفاده از هپارینوئید یا وارفارین با $INR=2.5$ توصیه می شود .

سوختگی :

- در کسانی که یک خطر اضافی ترمبوفلیت دارند مانند چاقی، سن بالا، سوختگی وسیع اندام تحتانی، صدمات اندام تحتانی، استفاده از کاتتر رانی، بی حرکتی طولانی، پیشگیری از ترمبوفلیت توصیه می شود (Grade 1C+)

- استفاده از هپارین و هپارینوئید هر چه زودتر در زمانیکه خونریزی وجود ندارد توصیه می شود (Grade 1C+)

- بیماران بدون مشکلات جراحی: همه بیمارانی که با نارسایی قلب، نارسایی تنفسی شدید و یا بیماران محدود به رختخواب، اگر دارای یک خطر اضافی ترمبوفلیت هستند مانند سرطان

- فعال، ترمبوفلیت قبلی، سپتی سمی، بیماری اعصاب و فلج، بیماری التهابی روده بزرگ توصیه به پیشگیری با هپارین و یا

هپارینوئید LMWH می‌شود. (Grade 1A)

- در تمام کسانی که دارای خطر اضافی برای ترمبوفلیبیت هستند استفاده از وسایل مکانیکی و جوراب کشی توصیه می‌شود (Grade 1C)
- بیماران سرطانی: همه بیماران سرطانی که جراحی می‌شوند با توجه به نوع جراحی آنان محتاج پیشگیری از ترمبوفلیبیت هستند. (Grade 1A)

- تمام بیماران سرطانی که دچار بیماری شده‌اند و محتاج به استراحت در رختخواب و در نتیجه بدون حرکت هستند باید پیشگیری از ترمبوفلیبیت دریافت کنند. (Grade 1A) در کسانی که سرطان و کاتتر وریدی مرکزی دارند پیشگیری از ترمبوفلیبیت توصیه نمی‌شود (grade 2B) مخصوصاً استفاده از هپارینوئید (grade 2B) و یا مقدار مشخص روزانه وارفارین (grade 1B) برای این موضوع توصیه نمی‌شود.

- بیمار سخت: همه بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه بستری هستند باید ترمبوفلیبیت بررسی شوند و بر اساس خطر افزاینده آن پیشگیری ترمبوفلیبیت دریافت کنند (grade 1A) برای بیمارانی که در خطر خونریزی قرار دارند استفاده از وسایل مکانیکی SCG و یا IPC تا زمانی که خطر خونریزی وجود دارد باید استفاده شود (grade 1C+) همه بیمارانی که پس از عمل جراحی قرار دارند و یا شدیداً بیماراند و یا خطر خونریزی ندارند استفاده از هپارین ۵۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت زیر جلد یا هپارینوئید بیشتر از ۳۴۰۰ واحد روزانه توصیه می‌شود (grade 1A) برای بیماران با خطر بیشتر صدمات بدنی و جراحی‌های استخوان استفاده از هپارین زیر

جلدی هر ۱۲ ساعت ترجیح داده می‌شود (grade 1A)

- پرواز طولانی: برای جلوگیری از ترمبوفلیبیت در پرواز بیشتر از ۶ ساعت حرکت مکرر پاها، اجتناب از لباس‌های تنگ در اندام تحتانی یا جلوگیری از کم‌آبی توصیه می‌شود (grade 1C) برای آنها که خطر اضافی ترمبوفلیبیت دارند و پرواز می‌کنند استفاده از وسیله مکانیکی GCS که ۱۵ تا ۳۰ میلیمتر جیوه فشار در ناحیه مچ وارد کنند یا یک تزریق هپارینوئید بیشتر از ۳۴۰۰ واحد قبل از پرواز توصیه می‌شود (grade 2B) استفاده از آسپیرین برای جلوگیری از ترمبوفلیبیت در طی پرواز توصیه نمی‌شود (grade 1B)

وارفارین

داروی ضد انعقادی خوراکی بسیار قدیمی و شناخته شده است که برای درمان و پیشگیری ترمبوفلیبیت بکار می‌رود. ماده موثر آن ملح سدیم کومادین است. مقدار مورد لزوم، در اشخاص متفاوت ولی بهترین راه شناسائی مقدار موثر اندازه‌گیری INR، و با هدف $INR=2.5$ می‌باشد. (INR یعنی میانگین پروترومبین بیمار بخش بر میانه‌نگین پروترومبین طبیعی هر آزمایشگاه). میزان موثر وارفارین $INR 203.5$ و در بیشتر از ۴، دیگر اثر بیشتر ضد لخته ندارد ولی خطر خونریزی را بیشتر می‌کند. بررسی بالینی قبل از شروع درمان ضروری است. در اشخاص پیر نارسایی کبد، تغذیه بد، نارسایی قلب و مصرف داروهای دیگر، میزان نیاز به دارو متفاوت است. در حاملگی ممنوع است و در شیر ترشح نمی‌شود. با وجود زمینه خونریزی، بروز خونریزی در اثر مصرف این دارو شایع‌تر می‌باشد.

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ 2001; 323: 334 - 336. Link

1-Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, Bergqvist D, Lassen MR, Colwell CW, Ray JG. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S. (794 references).

2-Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, Pineo GF, Colwell CW, Anderson FA Jr, Wheeler HB. Prevention of venous thromboembolism. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):132S-175S

3- The U.S. Food and Drug Administration (FDA) informed the public that Baxter Healthcare Corporation has voluntarily recalled all of their multi-dose and single-use vials of heparin sodium for injection and their heparin lock flush solutions. Alternate heparin manufacturers are expected to be able to increase heparin production sufficiently to supply the U.S.



market. There have been reports of serious adverse events including allergic or hypersensitivity-type reactions, with symptoms of oral swelling, nausea, vomiting, sweating, shortness of breath, and cases of severe hypotension..

۴- وزارت بهداشت عینا همین رهنمود بالا را با گوشزد اینکه در ایران هپارین ساخت داخل است فقط دو مورد عارضه دیده شده است به بیمارستانها ابلاغ کرد.

5- Guideline Syntheses are in development and will be added regularly. If you have any comments or suggestions for new Guideline Syntheses, please email NGC at info@guideline.gov.

6- A. F. Shorr, W. L. Jackson, J. H. Sherner, and L. K. Moores :Differences Between Low-Molecular-Weight and Unfractionated Heparin for Venous Thromboembolism Prevention Following Ischemic Stroke: A Metaanalysis Chest, January 1, 2008; 133(1): 149 - 155.

7-Schulman S, Granqvist S, Holmstrom M, Carlsson A, Lindmarker P, Nicol P, et al. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. N Engl J Med 1997; 336:393-8.



کیستهای بزرگ متعدد کبدی ناشی از بیماری کیست هیداتید

پرویز وحدانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش عفونی

فرهاد عباسی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش عفونی

مینوش شعبانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش عفونی

علیرضا نادری

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش عفونی

سولماز کرونی فردخانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش عفونی

آدرس اینترنتی: @yahoo.com

خلاصه

کیست هیداتید توسط اکینوкокوس گرانولوسوس ایجاد می‌شود و یکی از بیماریهای پارازیتی مهم در مناطق اندمیک است. شایعترین محل آناتومیک درگیر کبد و ریه می‌باشد. تشخیص معمولاً با یافته‌های رادیولوژیک و سرونوژیک داده می‌شود. بیمار معرفی شده پسر بچه ۶ ساله ساکن جنوب ایران، با شکایت درد مبهم شکمی از چند ماه قبل بود. سونوگرافی و CT اسکن شکم کیست‌های متعدد بزرگ را در کبد نشان داد. آنتی بادی کیست هیداتید در این بیمار مثبت شد. بیمار با تشخیص کیست هیداتید کبدی تحت عمل جراحی قرار گرفت و برای وی آلبندازول شروع شد. بیماری کیست هیداتید در هر بیمار با کیست کبدی به ویژه در مناطق اندمیک باید مدنظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کیست هیداتید، کبد، اکینوкокوس گرانولوسوس

مقدمه

تهوع و استفراغ و کاهش وزن را به میزان چند کیلوگرم داشت. در سابقه وی مسافرت به روستا و تماس با دام و سگ موجود بود. در معاینه فیزیکی علائم حیاتی وی نرمال بود: $T=37^{\circ}C$, $RR=13/min$, $RR=80/min$ و $BP=110/65$. معاینه سروگردن، قفسه سینه، قلب، اندامها و معاینه نورولوژیک نرمال بود. در معاینه شکم تندرست خفیف در ناحیه RUQ بدون ریباند داشت. کبد ۳ سانتیمتر زیر لبه دنده قابل لمس بود و Span آن افزایش یافته بود. یافته آزمایشگاهی وی به قرار زیر بود:

کیست هیداتید بیماری انگلی ایجاد شده توسط اکینوкокوس گرانولوسوس میباشد که در اغلب موارد کبد را درگیر میکند. این بیماری بوسیله لارو کرم پهن اکینوкокوس ایجاد میشود. سگ و سایر سگ سانان میزبان اولیه این پارازیت هستند.

طی‌الاحالی بیمار

بیمار پسر بچه ۶ ساله با شکایت درد مبهم شکمی از چند ماه پیش بود که طی هفته اخیر درد وی تشدید شده بود. سابقه‌هایشهای،



CBC: WBC = 8500(Eo sin ophile 30%), Hb=10/4 g/dl,

Plt=454000

BS=76 mg/dl

BUN=7 mg/dl, Na= 135 meg/dl, K= 4/5 meg/dl

U/A و U/C نرمال بود. S/E و S/C نرمال بود. سونوگرافی شکم ۲ کیست بزرگ به ابعاد ۵۶×۶۵ میلی متر و ۷۹×۷۰ میلی متر را در کبد نشان داد که اکو داخلی داشتند. CT اسکن شکم یافته‌های سونوگرافی را تأیید کرد و چند کیست کوچک دیگر را در کبد نشان داد. آنتی بادی سرم برای کیست هیداتید با تیترا ۲/۵ مثبت شد (referral<1). عمل جراحی شامل سیستکتومی، مارسوپالیزاسیون و رزکسیون ناقص کبد انجام شد. آلبندازول برای وی شروع شد. پس از گذشت چند روز بیمار با حال عمومی خوب و Follow up از بیمارستان ترخیص شد.

بحث

بیماری هیداتید عفونت پارازیتی است که توسط اکینوкокوس گرانولوسوس ایجاد میشود. شایعترین ارگان درگیر بدن، کبد است.^(۱) این بیماری توسط لارو کرم پهن اکینوкокوس گرانولوسوس به وجود می‌آید. سگ و سایر سگ سانان میزبان اولیه این پارازیت هستند. کیست هیداتید ممکن است در اثر خوردن اتفاقی تخم کرم که از مدفوع حیوانات دفع شده است ایجاد شود. در روده انسان، از این تخمها لارو آزاد میشود و ارگانهای مختلفی همچون کبد، ریه، و

.... را درگیر میکند.^(۲) بیماری کیست هیداتید کماکان یک مشکل جدی در برخی مناطق جهان است.^(۳) تشخیص کیست هیداتید در بیمارانی که کیست کبدی دارند و در مناطق اندمیک این بیماری زندگی میکنند یا مسافرت به این مناطق داشته‌اند باید مدنظر قرار گیرد.^(۴) تشخیص معمولاً با یافته‌های رادیولوژیک و سرولوژی امکان پذیر است.^(۱) یافته‌های رادیولوژی طیفی از ضایعات کاملاً کیستیک تا ضایعات کاملاً توپر دارند.^(۵) CT اسکن و MRI ضایعات متعدد و نامنظم را نشان میدهند.^(۶) بررسی سیتولوژیک آسپیراسیون سوزنی (FNAC) تکنیکی سریع و حساس برای تشخیص کیست هیداتید است.^(۷) بررسی سرولوژیک محدودیتهایی دارد اما یافتن آنتی بادی اختصاصی در بررسی بیمار مشکوک به کیست هیداتید ارزشمند است.^(۸) درمان این بیماری شامل درمان جراحی و غیرجراحی است. درمان جراحی شامل متدهای رادیکال و محافظتی است. درمان غیرجراحی شامل کموتراپی و درمان پرکوتانئوس میباشد.^(۹) صرفنظر از نوع درمان جراحی که در این بیماری اتخاذ میشود همراه کردن درمان با کموتراپی شیوهای موثر و مطمئن است.^(۱۰) لاپاروسکوپی از جمله شیوهای موثر درمانی در بچه‌ها می‌باشد.^(۱۱) آسپیراسیون از سطح پوست و سپس تزریق الکل به داخل کیست از شیوهای دیگری است که نتایجی شبیه درمان جراحی باز داشته است.^(۱۲) در درمان کیست هیداتید آلبندازول برای حداقل ۳ ماه قبل از عمل و یک ماه بعد از عمل باید ادامه داده شود تا ریسک عدد بیماری کاهش یابد.^(۱۳)

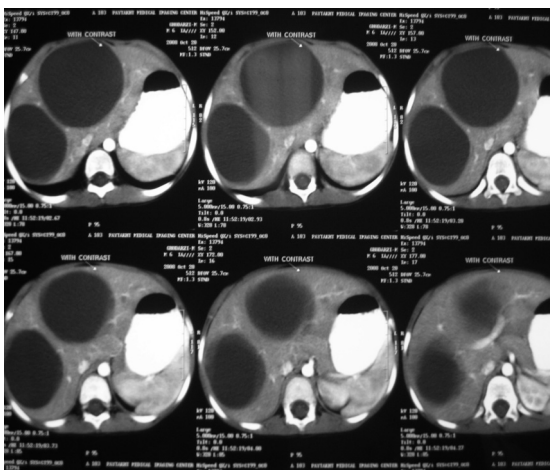


Figure 2. CT scan of liver

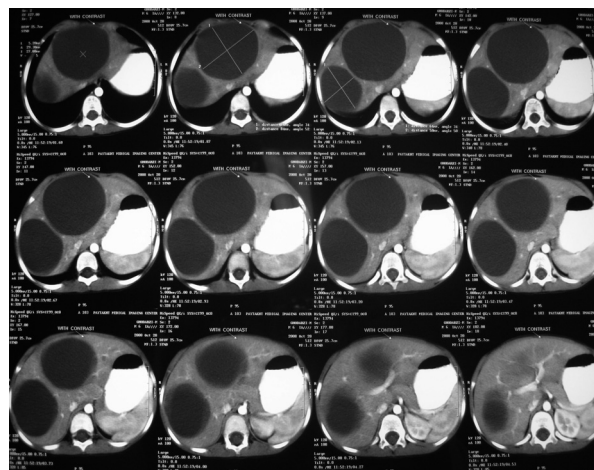


Figure 1. CT scan of liver

References

1. Goksoy E, Saklak M, Saribeyoglu K, Schumpelick V. Surgery for Echinococcus cysts in the liver. *Chirurg*. 2008;79(8):729-37
2. Logar J, Soba B, Kotar T. Serological evidence for human cystic echinococcosis in Slovenia. *BMC Infect Dis*. 2008 May 9;8:63
3. Voros D, Katsarelias D, Polymeneas G, et al. Treatment of hydatid liver disease. *Surg Infect*. 2007;8(6):621-7
4. Bal N, Kocer NE, Arpacı R, Ezer A, Kayaselcuk F. Uncommon locations of hydatid cyst. *Saudi Med J*. 2008;29(7):1004-8.
5. Turgut AT, Akhan O, Bhatt S, Dogra VS. Sonographic spectrum of hydatid disease. *Ultrasound Q*. 2008;24(1):17-29
6. Czermak BV, Akhan O, Hiemetzberger R, Zelger B, et al. Echinococcosis of the liver. *Abdom Imaging*. 2008;33(2):133-43
7. Babu KS, Goel D, Prayaga A, Rao IS, Kumar A. Intraabdominal hydatid cyst. *Acta Cytol*. 2008;52(4):464-6
8. Radonjić IV, Dzamić AM, Arsić-Arsenijević VS, Djukić SV, Mitrović SM. IgG serum antibody responses in suspected liver cystic echinococcosis patients. *Srp Arh Celok Lek*. 2007;135(5-6):306-9
9. Arif SH, Shams-Ul-Bari, Wani NA, Zargar SA, et al. Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst liver. *Int J Surg*. 2008 Aug 16. [Epub ahead of print]
10. Tekin A, Küçükartallar T, Kartal A, et al. Clinical and surgical profile and follow up of patients with liver hydatid cyst from an endemic region. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008 r;17(1):33-7
11. Maazoun K, Mekki M, Chioukh FZ, Sahnoun L, et al. Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver in children. A report on 34 cases. *J Pediatr Surg*. 2007;42(10):1683-6
12. Giorgio A, de Stefano G, Esposito V, Liorre G, et al. Long-term results of percutaneous treatment of hydatid liver cysts: a single center 17 years experience. *Infection*. 2008;36(3):256-61.
13. Bildik N, Cevik A, Altıntaş M, Ekinçi H, Canberk M, Gülmen M. Efficacy of preoperative albendazole use according to months in hydatid cyst of the liver. *J Clin Gastroenterol*. 2007;41(3):312-6.



استراتژی پیشگیری از سرطان روده بزرگ در جمعیت در معرض خطر در ایران

بیژن مقیمی دهکردی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سید رضا فاطمی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
آزاده صفایی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سمیه غیائی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
فاطمه نعمتی ملک

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مهسا مولایی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
فاطمه خاتمی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
نوید گوران

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
نسترن زالی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
الهام مسرت

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
محمد امین پورحسینقلی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مهرداد زحمتکش

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی سمنان
داریوش میرستاری

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
جعفر جندقی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی سمنان
وحید سمنانی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی سمنان



محمد ناصر رهبر

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی سمنان

فرامرز درخشان

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رشید رمضانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مهرداد حق ازلی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محمد رضا زالی

مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آدرس اینترنتی: b_moghimi_de@yahoo.com

خلاصه

سرطان روده بزرگ به عنوان یک بیماری شایع و مسبب مرگ در سراسر دنیا مورد توجه می باشد. در سال ۲۰۰۴ هزینه درمان سرطان روده بزرگ در دنیا ۸/۴ میلیارد دلار برآورد گردید. بر طبق گزارشات منتشر شده وزارت بهداشت این بیماری بعنوان سومین سرطان شایع در زنان و پنجمین در مردان مطرح می باشد و مطالعات نشان می دهد که سن تشخیص سرطان روده بزرگ در ایران در ۴۰ درصد افراد ۵۰ سال بوده و بسیاری از این افراد سابقه فامیلی مثبت از نظر ابتلا به سرطان رود یا سایر سرطانهای وابسته را دارند. امروزه سرطان روده به عنوان یکی از معدود سرطانهای کاملاً قابل پیشگیری شناخته شده و شواهد نشان می دهد که در بسیاری از کشورهای پیشرفته، موارد بروز و مرگ سرطان روده بزرگ در اثر غربالگری های منظم این بیماری کاهش داشته است. طرح جامع کشوری غربالگری سرطان روده بزرگ در ایران توسط مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طراحی و در طی ۶ سال اخیر به اجرا در آمده است. این مقاله به مرور استراتژیهای موجود در زمینه فراهم آوری اطلاعات پزشکی، آنالیز داده ها در نرم افزار هوشمند غربالگری سرطان روده، پاتولوژی، کولونوسکوپی، پیگیری بیماران و آزمایشات ژنتیک می پردازد. یکی از نکات برجسته این طرح توجه ویژه به ژنتیک با تأکید بر افراد پر خطر می باشد. آزمایشات ژنتیک در مورد سندرم های ژنتیکی سرطان روده از جمله سرطان کولورکتال ارثی غیر پولیپوئیدی و پولیپوز آدنوماتوز فامیلیال و تحلیل و الگو برداری از برنامه های پیشگیری سرطان روده بزرگ در کشورهای غربی و آمریکا صورت می گیرد. در نهایت هدف این طرح پیشگیری از سرطان روده بزرگ در جمعیت پرخطر می باشد.

واژه های کلیدی: سرطان روده بزرگ، غربالگری، جمعیت پرخطر

مقدمه

و بعد از ۵۰ سالگی بروز میکند^(۳،۴) ولی مواردی از سرطانهای کولون مثل سرطان کولورکتال ارثی غیر پولیپوئیدی (Hereditary HNPCC) (Non Polyposis Colorectal Cancer) و پولیپوز آدنوماتوز فامیلیال (Familial Adenomatous Polyposis (FAP)) (Polyposis (FAP)) که با منشاء ژنتیکی و در سنین پائینتر،

سرطان روده بزرگ به عنوان یک بیماری شایع و کشنده و در عین حال قابل پیشگیری همواره توجه مراکز سلامت و بهداشتی سراسر دنیا را به خود جلب کرده است. این سرطان دومین علت مرگ در اثر سرطانها را به خود اختصاص داده است^(۱). اکثر موارد سرطان روده بزرگ در کشورهای غربی تحت عنوان سرطان کولون اسپورادیک



جامعه و افراد را مورد تهدید قرار میدهد حدود ۶-۷٪ سرطانهای کولون را در کشورهای غربی تشکیل میدهد^(۵،۴). آمارها نشان می دهد شیوع این بیماری در کشور ما رو به افزایش و بعنوان یکی از مهمترین سرطانها در هر دو جنس مطرح است^(۲۷). در سالهای اخیر در کشور ما آمارهای بدست آمده از سرطان کولون نشان میدهد که حدود ۳۰ الی ۴۰ درصد موارد این سرطان در سنین پائینتر از ۵۰ سال بوده و سابقه خانوادگی مثبت از نظر وجود سرطانهای غیرروده‌ای و همچنین روده‌ای در بین افراد مبتلا بیشتر است و این خود مؤید وجود الگوی اپیدمیولوژی متفاوت با کشورهای غربی دارد^(۷-۲۷). توجه ویژه کشورهای غربی به امر بیماریابی و پیشگیری از سرطان کولون باعث کاهش چشمگیری در میزان مرگ و میر بر اثر سرطان روده در این کشورها شده است^(۹،۸).

لذا بر آن شدیم تا با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با برپائی مرکز پیشگیری و مبارزه با سرطان روده بزرگ در مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با شناسائی و تحتپوشش قراردادن افراد در معرض خطر جامعه انشاءالله قدم مؤثری در جهت ارتقای سلامت جامعه برداریم.

غربالگری (Screening) یک خدمت عمومی بخش سلامت است که در آن آزمایشهایی روی یک جمعیت معین، برای پیدا کردن افراد در معرض خطر بالای یک بیماری مشخص انجام می شود تا در مرحله بعد ابتلاء این افراد به بیماری با تستهای بیشتر بررسی شود^(۱۱-۱۳). مراقبت (Surveillance) بیماری عبارت است از تحت نظر قرار دادن فرد در جمعیت در معرض خطر با استفاده از آزمونهای غربالگری از نظر ابتلاء به بیماری. در برنامه غربالگری بیماریهای سرطانی هدف اصلی یافتن بیماران در مراحل اولیه بیماری به منظور کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان است^(۱۴). در حال حاضر سرطان کولورکتال از جمله معدود سرطانهای کاملاً قابل پیشگیری شناخته شده و طبق مطالعات دانشگاه کالیفرنیا، افزایش ۸۰ درصدی کولونوسکوپی در بین سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۲ توانسته است بروز سرطان کولورکتال را از ۴۲ در صدهزار به ۳۸ در صدهزار برساند، این در حالیست که هنوز تنها کمتر از نیمی از جمعیت واجد شرایط در ایالات متحده اقدامات غربالگری را به طور منظم انجام می دهند^(۱۶-۱۹).

در اغلب موارد تشخیص این سرطان چندان مشکل به نظر نمی رسد. با گرفتن تاریخچه تغییر در اجابت مزاج، درد شکم و یا خونریزی می توان به انجام اقدامات تشخیصی مبادرت ورزید. از طرف دیگر همچنین، مدت زمان زیاد مورد نیاز برای تبدیل یک پولیپ آدنوماتوز به تومور بدخیم، این فرصت را به تیم پزشکی

می دهد تا بتوانند با برداشتن پولیپ ها تا حد زیادی از بروز سرطان جلوگیری کنند^(۱۰،۶). علاوه بر آن، این مسأله نیاز انجام سالانه اقدامات غربالگری با حساسیت بالا مانند کولونوسکوپی را مرتفع می کند. مهمترین اقدامات تشخیصی و غربالگری که تاکنون مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته اند، شامل اقدامات ذیل است: معاینه TR (Digital Rectal Exam)، آزمایش خون مخفی در مدفوع (FOBT)، سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر (Flexible Sigmoidoscopy)، انجام توأم سیگموئیدوسکوپی و تست خون مخفی در مدفوع، باریم انما همراه با تزریق هوا (DCBE)، کولونوسکوپی (Optical Colonoscopy)، کولونوسکوپی مجازی (Virtual Colonoscopy)، آزمایش DNA مدفوع (Fecal Genetic Abnormalities)، اندازه گیری مارکر های خونی CCSA-3 و ۲۶ و CCSA-4-۲۲.

روش اجرای طرح

استراتژی پیشگیری کشوری سرطان روده بر مبنای تعریف و ایجاد مرکز پیشگیری و مبارزه با سرطان روده بزرگ به عنوان زیر مجموعه مرکز تحقیقات ویا معاونتهای بهداشت و پیشگیری صورت می گیرد. این مرکز از مجموعه ای از واحدهای عملیاتی با شرح وظایف مشخص که به صورت زنجیره و تعامل نزدیک با هم فعالیت می کنند. پروسه فعالیتی هر واحد و زنجیره فعالیتی هر واحد در ذیل آمده است. همزمان با مرکز پیشگیری سرطانهای روده بزرگ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، آموزش و شکل گیری مراکز مشابه در سایر استانهای کشور با برگزاری کارگاههای آموزشی تحت نظارت مستقیم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام می شود. ارتباط مستقیم و نظارت بر فعالیت مراکز استانها بر عهده مرکز پیشگیری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

واحدهای اجرایی بیماریابی سرطان کولورکتال

مرکز پیشگیری سرطانهای روده بزرگ شامل اجزاء زیر می باشد(شکل ۱و۲):

۱. واحد آموزش

هدف این واحد آموزش مداوم و دوره ای گروههای مختلف شامل آحاد جامعه، گروههای در معرض خطر، واحدهای درمانی و آموزشی، پزشکان در سطوح مختلف عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در حیطه بیماری سرطان روده بزرگ می باشد. آموزش جامعه از طریق سایت اینترنتی مرکز، برنامه های تلویزیونی و

رادیویی، انتشار مقالات در نشریات و مجلات علمی- پژوهشی، پمفلت، پوستر، بنر و پلاکاردهای آموزشی در سطح شهرها می باشد.

۲. واحد مشاوره

در جلسه مشاوره که با حضور گروه در معرض خطر: شامل وابستگان درجه اول فرد مبتلا به سرطان روده بزرگ می باشد مصاحبه و مشاوره انجام می شود. محتوی جلسه مشاوره شامل ارائه زاویا، اهداف و محاسن انجام طرح به صورت واضح و قابل فهم، تکمیل فرم رضایت اخلاقی، ثبت اطلاعات دموگرافیک و کلینیکی افراد مورد مشاوره، پرسش و پاسخ در مورد جنبه های مختلف سرطان روده بزرگ و موقعیت فرد مبتلا در خانواده و خطراتی که هر فرد از افراد آن خانواده (با توجه به سن و موقعیت ایشان در خانواده) را تهدید می کند، می باشد. در نهایت برنامه کولونوسکوپی دوره ای برای افراد در معرض خطر تعیین و بر طبق برنامه کولونوسکوپی انجام می شود. در جلسه مشاوره، افرادی که در مصاحبه بر طبق پروتکل احتمال ژنتیکی بودن سرطان در آنها می باشد جهت انجام آزمون ژنتیک کاندید معرفی می شود.

۳. واحد کولونوسکوپی:

در این واحد کولونوسکوپی کامل تا قسمت سکوم روده، تحت بیحسی یا بیهوشی کامل انجام شود. ضایعات پیش بدخیمی همانند پولیپ، تومور و غیره شناسائی می شود و در همان جلسه تصمیم گیری جهت پولیپکتومی یا نمونه گیری از ضایعه انجام می شود و بر حسب پروتکل توسط پزشک برنامه کولونوسکوپی بعدی تعیین می شود.

۴. واحد جمع آوری اطلاعات

جمع آوری اطلاعات از مراجع مختلف شامل واحدهای مبارزه با بیماریهای مراکز بهداشت استانها، پاتولوژی ها رفرنس دانشگاهی و خصوصی، مراکز درمانی و بیمارستان ها (بخش های داخلی، آندوسکوپی، کولونوسکوپی، جراحی، زنان و زایمان)، مراکز بهداشتی درمانی روستاها و ... صورت می پذیرد.

۵. واحد انفورماتیک

این واحد وظیفه طراحی و آماده سازی نرم افزار هوشمند غربالگری سرطان روده بزرگ، ثبت اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده ها را دارد.



۶. واحد رسم شجره نامه :

در جلسه حضوری مشاوره، با مصاحبه با فرد یا افراد آگاه خانوار اقدام به رسم شجره نامه خانوادگی و ثبت در نرم افزار مربوطه می گردد.

۷. واحد آزمایشات ژنتیکی

شامل انجام آزمایشات ژنتیکی شامل ایمنو هیستوشیمی IHC (MSI)، (با بررسی بافت و خون محیطی)، تست های ژنتیکی (MMR Mismatch Repair Gen) با بررسی خون افراد در معرض خطر می باشد.

پس از شناسایی خانوار های در معرض خطر و برگزاری جلسه مشاوره و رسم شجره خانوار بر طبق پروتکل های بین المللی احتمال اسپورادیک و یا ژنتیکی بودن سرطان در خانواده داده می شود و سپس آزمایشات ژنتیکی و برنامه های پیگیری های دوره ای برای هر یک از خانواد های در معرض خطر طراحی و اجرا می شود.

پروتکل شناسایی افراد مشکوک به سندرم HNPCC و بستگان درجه اول افراد مبتلا (شکل ۳)

در فرد مبتلا به تومور کولورکتال یا افراد درجه اول خانواده (مادر ، پدر ، فرزندان ، خواهر و برادر) که هریک از معیارهای ذیل را داشته باشند اهم اقداماتی که انجام می شود بدین شرح است: ابتدا افراد تحت مشاوره قرار گرفته و فرم رضایتنامه برای آنها پر می شود ، سپس مطابق پروتکل بررسی ژنتیکی اقدامات لازم برای افراد صورت می گیرد. وجود هریک از موارد در دو قسمت ذیل : الف - بیشتر از ۳ وابسته مبتلا به سرطان کولورکتال باشند که یکی از آنها وابسته درجه اول ۲ تای دیگر باشد. ب- در ۲ نسل سرطان کولورکتال دیده شود. ج- حداقل یک مورد در زیر ۵۰ سالگی دیده شود.

فرد یکی از معیارهای الف تا ج را داشته باشد یا یکی از معیارهای زیر را داشته باشد :

- فرد مبتلا به ۲ سرطان وابسته HNPCC (اندومتر، تخمدان ، معده ، پوست ، روده باریک) به صورت همزمان یا به فاصله ۶ ماه از هم باشد

- فرد مبتلا به سرطان کولورکتال و یک فرد درجه اول مبتلا به سرطان کولورکتال و یا سرطان های وابسته به HNPCC (اندومتر، تخمدان ، معده ، پوست ، روده باریک، هپاتو بیلیاری ، کلیه و مجاری ادراری) زیر ۵۰ سال یا پولیپ آدنوم زیر ۴۰ سال داشته باشد

- کانسر کولورکتال یا کانسر آندومتر زیر ۵۰ سال

- کانسر سمت راست کولون با تمایز ضعیف (poorly differentiated) در بررسی پاتولوژی در زیر ۵۰ سال
- کانسر نوع signet ring cell کولون در بررسی پاتولوژی زیر ۵۰ سال
- پولیپ آدنوما زیر ۴۰ سال (۱۶-۱۴)

برنامه مراقبت بستگان درجه اول فرد مبتلا به FAP که تست ژنتیکی آنها مثبت شده است

- افراد مبتلا به سندرم FAP یا سندرم گاردنر و کلیه فامیل درجه یک آنها باید تحت بررسی ژنتیکی قرار گیرند. بررسی افراد از سن ۱۲-۱۰ سالگی آغاز می شود و افراد زیر ۱۰ سال نیاز به اقدام خاصی نخواهند داشت.
- سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا کولونوسکوپی کامل از ۱۲-۱۰ سالگی هر سال و بعد از سن ۴۰ سالگی هر ۲ سال انجام شود.
- اندوسکوپی فوقانی از نظر بررسی پولیپ معده و دئودنوم از ۳۰ سالگی صورت گرفته و هر ۳ تا ۵ سال تکرار شود.
- معاینات دقیق تیروئید به صورت سالیانه انجام شود.
- آزمایش α -FP و معاینات شکمی انجام و هر ۶ ماه تکرار شود.
- در صورت تشخیص پولیپ بررسی از نظر گسترش و شدت صورت گیرد.
- در موارد پولیپ متعدد، هیستولوژی HGD و هیستولوژی villous کولکتومی بلافاصله بعد از تشخیص انجام شود^(۱۴).
- امید است با همکاری جامعه پزشکی و اطلاع رسانی به مردم بتوان با مشارکت فراگیر، فرآیند مهم پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان روده بزرگ را از طریق شناسایی بیماران به طریق مشاوره ژنتیک، غربالگری و تستهای ژنتیک آغاز کرد و جان بسیاری از انسانها را از این بیماری صعبالعلاج و مهلک نجات داد و در توسعه سلامت کشور گام دیگری برداشت.

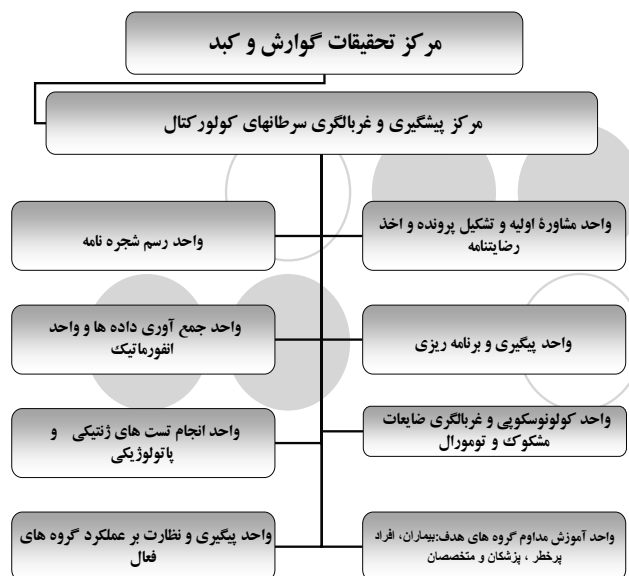
پروتکل انجام تست ژنتیکی و بالینی افراد مشکوک به سندرم FAP و بستگان درجه اول فرد مبتلا (شکل ۴)

فرد مبتلا به FAP : الف) بیش از ۱۰۰ پولیپ در روده بزرگ دارد
ب) افراد درجه اول فرد مبتلا در مورد اول ج) فرد مبتلا به FAP A یعنی فردی که بیش از ۲۰ پولیپ در کولون دارد د) افراد درجه اول فرد مبتلا به مورد سوم.

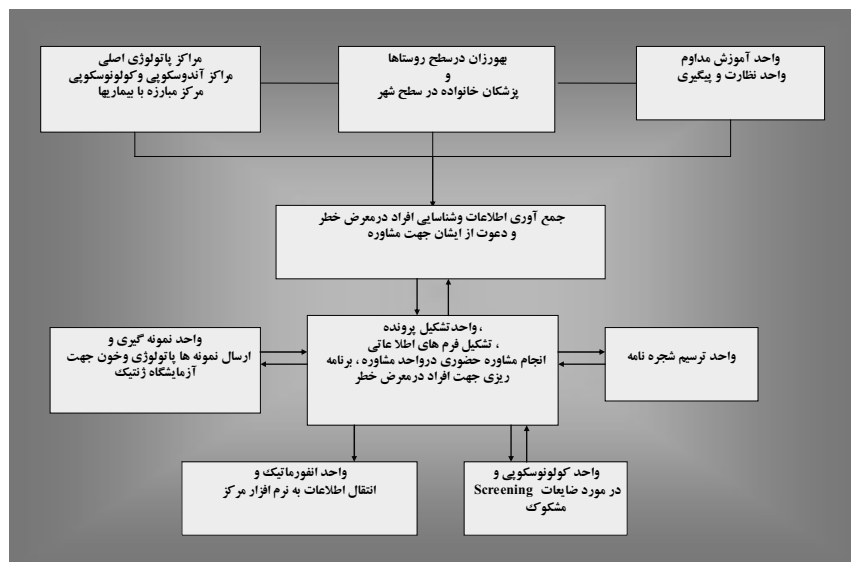
برنامه مراقبت بستگان درجه اول فرد مبتلا به HNPCC که تست ژنتیکی آنها مثبت شده است:

- کولونوسکوپی هر یک تا دو سال از سن ۲۵-۲۰ سالگی یا ۱۰ سال جوانتر از سن تشخیص فرد مبتلا به سرطان کولورکتال در خانواده ، تا سن ۴۰ سالگی و بعد از آن به صورت سالانه انجام شود.
- توتال کولکتومی یا subtotal در فردی که در بررسی مبتلا به آدنوم پر خطر (villous ، HGD ، >1cm و کانسر) تشخیص داده شده ، انجام شود.
- بررسی اندومتر و تخمدان : به صورت آزمایش لگن ، آسپیراسیون و سونوگرافی ترانس واژینال از ۳۰-۲۵ سالگی به صورت سالیانه انجام شود.
- آزمایش ادرار U/A به صورت سالیانه از نظر سیتولوژی از ۲۵ سالگی انجام شود.

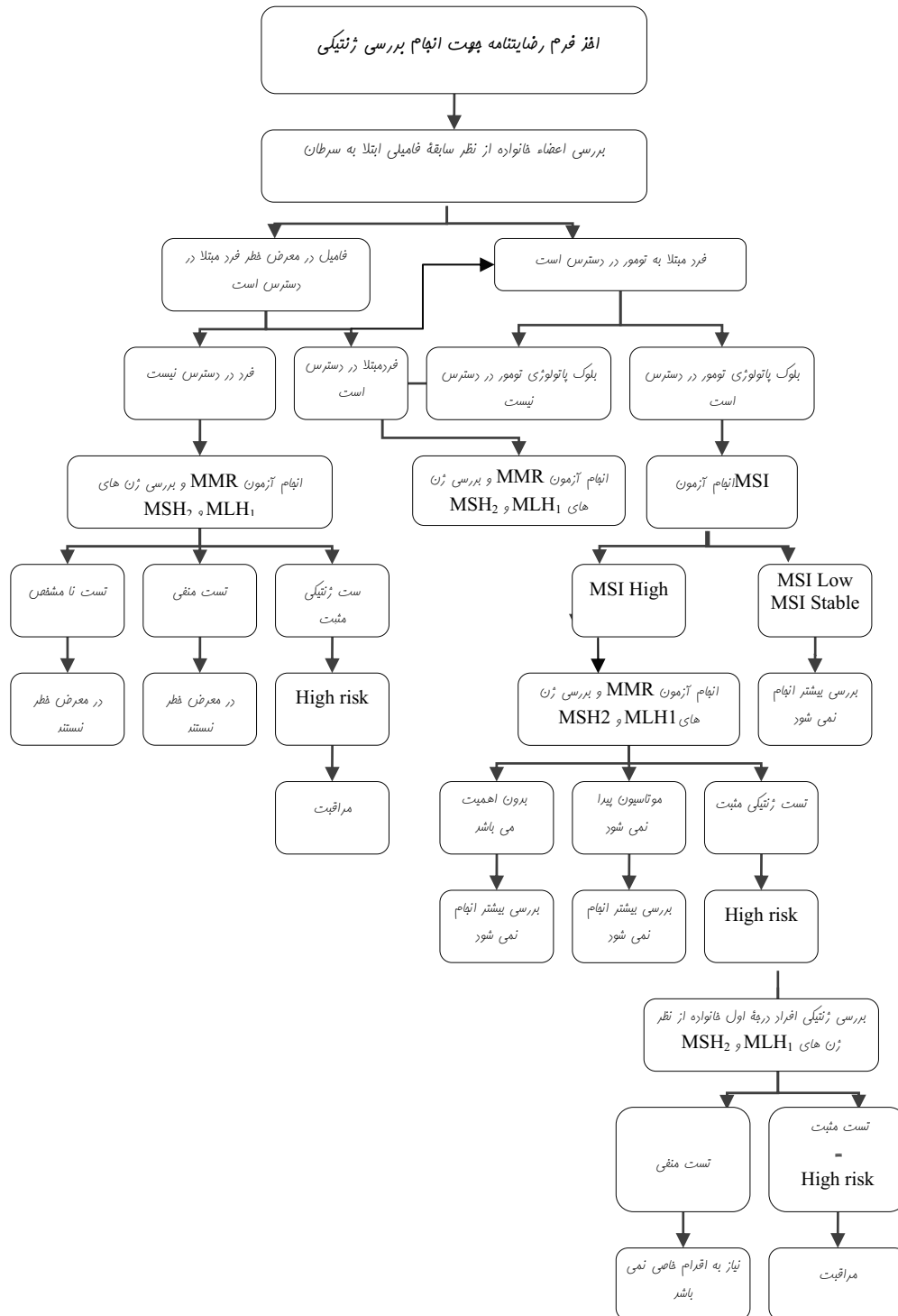
شکل ۱- چارت تشکیلاتی مرکز پیشگیری از سرطان روده بزرگ زنجیره عملیاتی مرکز پیشگیری از سرطان روده بزرگ



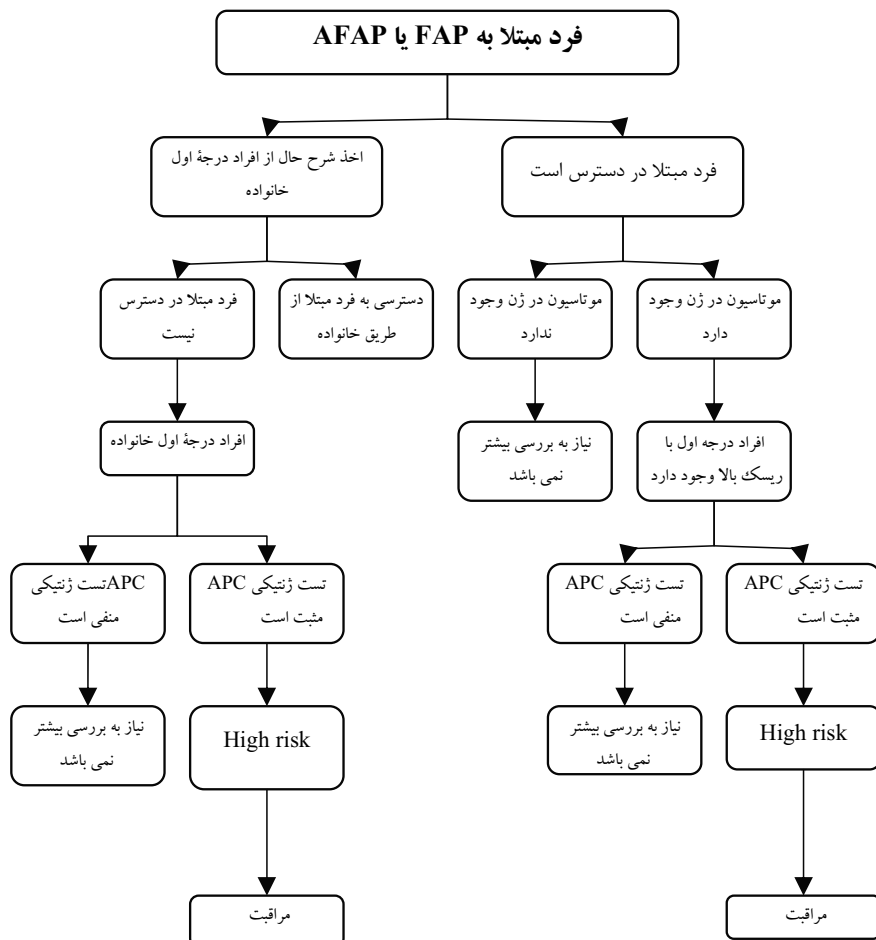
شکل ۲- زنجیره عملیاتی مرکز پیشگیری از سرطان روده بزرگ



شکل ۲- زنجیره عملیاتی مرکز پیشگیری از سرطان روده بزرگ



شکل ۴- الگوریتم برخورد با فرد دارای معیارهای تومور فامیلی FAP و بستگان درجه اول



Reference:

- 1.Parkin DM. International variation. *Oncogene*. 2004;23(38):6329-40.
- 2.Eide TJ, Stalsberg H. Polyps of the large intestine in Northern Norway. *Cancer*. 1978;42(6):2839-48.
- 3.Rickert RR, Auerbach O, Garfinkel L, Hammond EC, Frasca JM. Adenomatous lesions of the large bowel: an autopsy survey. *Cancer*. 1979;43(5):1847-57.
- 4.DiSario JA, Foutch PG, Mai HD, Pardy K, Manne RK. Prevalence and malignant potential of colorectal polyps in asymptomatic, average-risk men. *Am J Gastroenterol*. 1991;86(8):941-5.
- 5.Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. *N Engl J Med*. 2000; 343(3):162-8.

6. Rex DK, Sledge GW, Harper PA, Ulbright TM, Loehrer PJ, Helper DJ, Smith JJ, Wiersema MJ, Hawes RH, Lehman GA. Colonic adenomas in asymptomatic women with a history of breast cancer. *Am J Gastroenterol.* 1993;88(12):2009-14.
7. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology.* 2003;124(2):544-60.
8. Azadeh S, Moghimi-Dehkordi B, Fatem SI, Pourhoseingholi M, Ghiasi S, Zali M. Colorectal cancer in Iran: an epidemiological study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2008; 9(1):123-6.
9. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al: Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993;329:1977-1981.
10. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberger D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001--testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin.* 2001;51(1):38-75.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale. *Ann Intern Med.* 2002;137(2):129-31.
12. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. *N Engl J Med.* 2000;343(3):162-8.
13. Burt RW. Colon cancer screening. *Gastroenterology.* 2000;119(3):837-53.
14. Solomon CH, Pho LN, Burt RW. Current status of genetic testing for colorectal cancer susceptibility. *Oncology (Williston Park).* 2002; 16(2):161-71.
15. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: hereditary colorectal cancer and genetic testing. *Gastroenterology.* 2001;121(1):195-7.
16. Giardiello FM, Brensinger JD, Petersen GM. AGA technical review on hereditary colorectal cancer and genetic testing. *Gastroenterology.* 2001;121(1):198-213.
17. Umar A, Boland CR, Terdiman JP, Syngal S, de la Chapelle A, Rüschoff J, et al. Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability. *J Natl Cancer Inst.* 2004 ;96(4):261-8.
18. Vining DJ, Gelfand DW. Non-invasive colonoscopy using helical CT scanning: 3D reconstruction, and virtual reality. Presented at: 23rd Annual Meeting, Society of Gastrointestinal Radiologists, Maui, HI, February, 2004.
19. Fenlon HM, Nunes DP, Schroy PC 3rd, Barish MA, Clarke PD, Ferrucci JT. A comparison of virtual and conventional colonoscopy for the detection of colorectal polyps. *N Engl J Med.* 1999;341(20):1496-503.
20. Yee J, Akerkar GA, Hung RK, Steinauer-Gebauer AM, Wall SD, McQuaid KR. Colorectal neoplasia: performance characteristics of CT colonography for detection in 300 patients. *Radiology.* 2001;219(3):685-92.
21. Rex DK. Is virtual colonoscopy ready for widespread application? *Gastroenterology* 2003;125:608-614.
22. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, Butler JA, Puckett ML, Hildebrandt HA, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. *N Engl J Med.* 2003 ;349(23):2191-200.
23. Cotton PB, Durkalski VL, Pineau BC, Palesch YY, Mauldin PD, et al. Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy): a multicenter comparison with standard colonoscopy for detection of colorectal neoplasia. *JAMA.* 2004; 291(14):1713-9.
24. Sidransky D, Tokino T, Hamilton SR, Kinzler KW, Levin B, Frost P, Vogelstein B. Identification of ras oncogene



mutations in the stool of patients with curable colorectal tumors. Science. 1992; 256(5053):102-5.

25.Ahlquist DA, Skoletsky JE, Boynton KA, Harrington JJ, Mahoney DW, Pierceall WE, et al. Colorectal cancer screening by detection of altered human DNA in stool: feasibility of a multitarget assay panel. Gastroenterology. 2000;119(5):1219-27.

26.Tagore KS, Lawson MJ, Yucaitis JA, Gage R, Orr T, Shuber AP, Ross ME. Sensitivity and specificity of a stool DNA multitarget assay panel for the detection of advanced colorectal neoplasia. Clin Colorectal Cancer. 2003; 3(1):47-53.

27.Imperiale TF. Comparison of a stool DNA panel vs. Hemoccult II for detection of colorectal neoplasia in asymptomatic adults. Presented at: Annual Meeting of the American College of Gastroenterology, Baltimore, MD, October 2003.

28.Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, Office of Deputy Minister for Health Center for disease control, cancer office. Iranian Annual National Cancer Registration Report. 2005–2006.



توبرکلوز گوش میانی عارضه نادر توبرکلوز ریوی

داوود یادگاری نیا

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری

فرهاد عباسی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری

شراره غلامین

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری

سولماز کرونی فردخانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری

آدرس اینترنتی: @yahoo.com

خلاصه

مقدمه: توبرکلوز گوش میانی یکی از علل نادر عفونت چرکی گوش میانی و ماستوئید می باشد. بیماران عموماً پرفوراسیون غشاء تمپان و ترشح از گوش دارند که می تواند با کاهش پیشرونده شنوایی همراه باشد و عموماً به درمان آنتی بیوتیکی مقاوم است. تشخیص توبرکلوز گوش میانی زمانی محقق می شود که نمونه استخراج شده از گوش میانی حاوی باسیل اسید فاست باشد و در کشت آن مایکوباکتریوم توبرکلوز رشد کند.

بیمار: بیمار خانم ۳۱ ساله می باشد که با ترشح مزمن گوش چپ و کاهش پیشرونده شنوایی از ۵ ماه قبل مراجعه نمود. در سابقه پزشکی بیمار فلج بل (bell's pulsy) جلب توجه می کرد. اسمیر از نمونه ترشحات گوش چپ نشان دهنده ی باسیل اسید فاست بود و کشت آن مؤید مایکوباکتریوم توبرکلوز بود.

نتیجه: تشخیص توبرکلوز گوش میانی به دلیل علائم غیر اختصاصی آن دشوار است. توبرکلوز گوش میانی در هر بیماری با اتوره مزمن بدون درد همراه با پرفوراسیون های متعدد غشاء تمپان باید مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: توبرکلوز، گوش میانی، اوتیت

مقدمه

توبرکلوز گوش میانی یک بیماری نادر است. از آن جا که این بیماری یک تظاهر نادر همراه با یک روند مزمن و بدون تغییر دارد، تشخیص آن عموماً به تعویق می افتد. این بیماری می تواند منجر به عوارض غیر قابل برگشتی شود که از آن جمله می توان به از دست دادن شنوایی و پارزی عصب فاشیال اشاره کرد^(۱). افتراق بالینی میان توبرکلوز گوش میانی، ارتشاح پرولیفراتیو غیر اختصاصی گوش میانی و ماستوئیدیت مشکل می باشد^(۲).

بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله ای است که با شکایت ترشح مزمن از گوش چپ از ۵ ماه پیش و کاهش شنوایی مراجعه کرد. بیمار سابقه فلج بل (bell's pulsy) را در ۳ ماه گذشته داشته که با درمانهای حمایتی و نگهدارنده بهبودی نسبی پیدا کرده است. بیمار مورد شناخته شده سل ریوی می باشد که ۲ سال قبل تشخیص داده شد و داروهای درمان سل شامل ایزونیاژید، ریفامپین، اتامبوتول و پیرازینامید را به مدت ۶ ماه دریافت کرد. بیمار سابقه مصرف آمپول



دگزامتازون جهت رفع درد زانو بصورت خودسرانه و به صورت ماهانه طی ماههای متمادی داشت.

معاینه فیزیکی بیمار به قرار زیر بود:

T=38°C, PR=80/min, RR=15/min, BP=120/75
چپ ترشحات چرکی با پارگی پرده تمپان را نشان داد. معاینه گوش راست نرمال بود. معاینه بالینی قلب، ریه ها، شکم و اندامها و معاینات نورولوژیک نرمال بود. اسمیر از ترشحات گوش چپ باسیل اسید فاست را نشان داد که کشت آن حاوی میکوباکتریوم توبرکلوز بود. داروهای ضد سل برای بیمار شروع شد و بیمار جهت بررسیهای بیشتر به متخصص گوش ارجاع داده شد.

بحث

توبرکلوز گوش میانی یکی از علل نادر عفونت چرکی گوش میانی و ماستوئید می باشد. بیماران بصورت معمول پارگی پرده تمپان و ترشحات گوش به همراه کاهش شنوایی پیشرونده و مقاوم به درمان آنتی بیوتیکی را دارند^(۳). توبرکلوز گوش میانی بروز کمتر از ۱٪ دارد^(۴). تشخیص این بیماری به دلیل ظن بالینی کم عموماً به تاخیر می افتد. بنابراین منجر به عوارضی از قبیل از دست رفتن دایمی شنوایی و فلج عصب صورتی می گردد^(۳). پاتوفیزیولوژی و درمان فلج عصب صورتی بدلیل اوتیت مدیای حاد هنوز مورد اختلاف نظر می باشد^(۵). تشخیص توبرکلوز گوش میانی بدلیل علائم غیر اختصاصی آن دشوار می باشد. علائم توبرکلوز گوش میانی گمراه کننده است^(۶). یافته‌های اختصاصی این بیماری اتوره بدون درد به همراه پارگی‌های متعدد در غشای تمپان می‌باشد^(۷).

علائم بالینی تیپیک در این عفونت شامل موکوس رنگ پریده، فلج ناگهانی عصب صورت، پرهوایی ماستوئید و پارگی در پرده تمپان می باشد. این علائم می تواند به صورت تنها یا همزمان رخ دهد^(۸). تشخیص توبرکلوز گوش میانی زمانی قطعی می گردد که نمونه حاصله نشان دهنده وجود باسیل اسید فاست بصورت رشد میکوباکتریوم توبرکلوز در کشت، تشخیص ویژه آن در بافت شناسی و PCR مثبت آن می باشد^(۱۰). کارآمد ترین روش آزمایشگاهی تشخیصی در توبرکلوز گوش میانی کشت آگزودای حاصل از گوش می باشد که قدرت تشخیصی آن ۷۱٪ است. آزمایشات بافت شناسی از نمونه مورد نظر تغییرات بافت شناسی ناشی از باسیل سل را نشان می دهد^(۱۱). بافت گرانولاسیون به دست آمده از گوش میانی و ماستوئید یک وسیله تشخیصی در مطالعات بافت شناسی می‌باشد^(۱۲).

درمان انتخابی، باز کردن حفره ماستوئید به بیرون همراه دارودرمانی جهت جلوگیری از عفونت مجدد می باشد. درمان با داروهای ضد سل به همراه جراحی نتایج خوبی به همراه داشته است^(۷). با وجود دارودرمانی ضد سل در عفونت گوش میانی، تیمپانوپلاستی می تواند بدون خطر برای بیماری که به تازگی پیوند غشاء تمپان شده است انجام پذیرد^(۸). درمان ۶ ماهه ضد سل همراه با جراحی می تواند غیر فعال ماندن سل را تضمین نماید^(۱۳). در مطالعه‌ای که توسط Lee و Cho انجام شده است در بیشتر بیماران درمان ضد سل مؤثر واقع شد. در بیمارانی که پس از جراحی تحت دارو درمانی قرار گرفتند بهبود کامل گوش و بسته شدن پرده تمپان، نسبت به بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار نگرفته بودند، سریعتر رخ داد^(۹).

References:

1. Vital V, Printza A, Zaraboukas T. Tuberculous otitis media: a difficult diagnosis and report of four cases. *Pathol Res Pract*. 2002;198(1):31-5
2. Kehrl W, Hartwein J, Ussmüller J. Clinical aspects and histopathology of middle ear tuberculosis. *Laryngorhinootologie*. 1993;72(7):328-32
3. Pérez Fernández CA, Armengot Cancellor M, et al. Tuberculous chronic otitis media. A clinical case. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2000;51(5):437-40
4. Benavides Gabernet M, Morera Faet H, Saiz V, Primary tuberculous otitis media. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2000;51(3):255-8
5. Redaelli de Zinis LO, Gamba P, Balzanelli C. Acute otitis media and facial nerve paralysis in adults. *Otol Neurotol*. 2003;24(1):113-7



6. Oudidi A, El Alami MN. Middle ear tuberculosis. J Otolaryngol. 2007;36(1):54-8
7. Yaniv E, Traub P, Conradie R. Middle ear tuberculosis--a series of 24 patients. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1986;12(1):59-63
8. Munzel MA. Tympanoplasty and tuberculosis of the middle ear. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1978;3(3):311-3
9. Cho YS, Lee HS, Kim SW, Chung KH, et al. Tuberculous otitis media: a clinical and radiologic analysis of 52 patients. Laryngoscope. 2006;116(11):2098
10. Vaamonde P, Castro C, García-Soto N, Labella T, Lozano A. Tuberculous otitis media: a significant diagnostic challenge. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(6):759-66
11. Pérez Fernández CA, Armengot Cancellor M, Campos Catalá A, et al. Tuberculous chronic otitis media. A clinical case. Acta Otorrinolaringol Esp. 2000;51(5):437-40
12. Kehrl W, Hartwein J, Ussmüller J. Clinical aspects and histopathology of middle ear tuberculosis. Laryngorhinootologie. 1993;72(7):328-32
13. Yaniv E. Tuberculous otitis: an underdiagnosed disease. Am J Otolaryngol. 1987 ;8(6):356-60



اخبار

جلسه سازمان نظام پزشکی

پیرو دعوت آقای دکتر صدر، ریاست محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، بیشتر از ۵۰ نفر از رؤسای انجمن های پزشکی در سالن اجتماعات سازمان نظام پزشکی حضور بهم رساندند. ابتدا آقای دکتر صدر، طی گزارشی فعالیت های هیئت مدیره و شورای عالی سازمان نظام پزشکی را به اطلاع همکاران حاضر در جلسه رساندند و سپس مشکلاتی را که جهت اجرای قوانین جدید مربوط به تعیین تعرفه به وجود آمده بود مطرح نمودند. ایشان اظهار امیدواری کردند که مسئولین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه همکاری بیشتری با سازمان نظام پزشکی داشته باشند. سپس رؤسای انجمن ها مسائل و مشکلات موجود جامعه پزشکی را مطرح و به سمع حاضرین رساندند.

دکتر ایرج خسرونی، رئیس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، ضمن تشکر از هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی اعلام نمودند که مشکلات جامعه پزشکی بخصوص گروه نسخه نویسی باید با تمام مسئولین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان نظام پزشکی مطرح شود تا بتوان راه حل مناسبی را در جهت رفع آنها پیدا نمود. ایشان اعلام نمودند درآمد بسیاری از همکاران پزشک نسخه نویس بسیار کمتر از حد متوسط درآمد اقشار مختلف جامعه است و اکثر آنها مجبورند در چند جای مختلف فعالیت داشته باشند و درصدی از آنها هم بکار غیر پزشکی روی می آورند. ایشان اعلام نمودند که گروه های نسخه نویس که درآمدی غیر از ویزیت بیماران ندارند و مجبورند وقت زیادی جهت معاینه بیماران هزینه کنند منتظرند مسئولین محترم به این امر واقف شده تا از فرار این گروه زحمتکش پزشکی جلوگیری شود. دکتر خسرونی اظهار امیدواری نمودند که کلیه پزشکان در انتخابات دیماه شرکت کرده و هیئت مدیره ای با پشتوانه قوی تعیین نمایند.

جلسه مشترک دکترایرج خسرونیبا ریاست محترم بخش تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی

در تاریخ یکشنبه ۸۷/۹/۲۴ جلسه ای با حضور آقای دکترزالی، آقای دکترزجاجی، آقای دکتردرخشان و آقای دکترایرج خسرونیا در بخش تحقیقات گوارش و کبد بیمارستان طالقانی تشکیل شد و به منظور همکاری هر چه بیشتر جامعه پزشکان متخصص داخلی با بخش تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ضمن مطرح شدن مشکلات موجود از قبیل کمبود مقاله جهت چاپ در مجله طب داخلی و حضور کم رنگ همکاران در کنگره ها و بازآموزیها، تصمیمات زیر اتخاذ گردید:

- ۱- بخش تحقیقات گوارش و کبد جهت چاپ مقاله در مجله طب داخلی و ارائه مقاله جهت شرکت در کنگره همکاری بنمایند.
- ۲- حضور فعال اعضاء در سمینارها و کنگره ها و بازآموزیهای بخش تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد
- ۳- آموزش به متخصص داخلی جهت انجام کلونوسکوپی، گاستروسکوپی، پولیپکتومی و استنت گذاشتن
- ۴- شرکت فعال همکاران متخصص داخلی در طرح تحقیقات بررسی سرطان کولون در ایران
- ۵- حضور فعال اعضاء هیئت علمی بخش تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد در بیستمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران



مجمع انجمن های علمی کشور

پیرو دعوت آقای دکتر ایرج فاضل، ریاست محترم هیئت مدیره انجمن های علمی کشور، جلسه ای با حضور رؤسای انجمن های علمی در فرهنگستان علوم پزشکی تشکیل شد. ابتدا آقای دکتر فاضل ضمن اظهار خیر مقدم راجع به انتخابات نظام پزشکی فرمودند که حضور همکاران در روز ۲۷ دی ماه سال ۱۳۸۷ پشتوانه ای قوی جهت پیشبرد اهداف سازمان نظام پزشکی و جامعه پزشکی ایران خواهد بود و از رؤسای انجمن ها درخواست نمودند که همه همکاران را به شرکت در انتخابات دعوت نمایند. همچنین آقای دکتر نوبخت گزارشی از فعالیتهای هیئت مدیره انجمن های علمی ارائه نمودند و مشکلات امروز جامعه پزشکی را مطرح کردند، ایشان اظهار نمودند که حضور گرم و صمیمانه اعضای جامعه پزشکی در روز انتخابات بسیاری از مشکلات موجود فعلی را حل خواهد نمود. سپس مسئولین انجمن ها نقطه نظرات خود را راجع به انتخابات و چگونگی برگزاری آن ارائه نمودند دکتر ایرج خسرونی در این جلسه اظهار نمودند که جامعه پزشکی جهت انتخابات خود باید چند معیار مهم را در نظر بگیرد: اولاً کسانی که انتخاب می شوند حتماً باید وارد به مشکلات جامعه پزشکی بخصوص مسائل مالی آنها باشند. درست است که ما انجمن علمی هستیم ولی سازمان نظام پزشکی یک پایگاه صنفی است و باید از حق و حقوق جامعه پزشکی دفاع نماید. ثانیاً وقت کافی جهت حضور در سازمان را داشته باشد و از کارت اعتباری خود جهت پیشبرد اهداف جامعه پزشکی استفاده نماید. باید در نظر بگیریم که سازمان نظام پزشکی نباید پلکانی جهت صعود و گرفتن امتیاز برای عده ای خاص باشد بلکه بیشتر باید به منظور خدمت رسانی به جامعه پزشکی فعالیت کند. دکتر خسرونی اظهار امیدواری کردند که آحاد جامعه پزشکی بخصوص متخصصین داخلی در انتخابات امسال حضور فعال داشته تا بتوانند نماینده واقعی خود را انتخاب نمایند.

جناب آقای دکتر مرتضی خوانین زاده
مدیر کل محترم آموزش مداوم جامعه پزشکی
باسلام

احتراماً پاسخ به نامه شماره ۱۳۳۵۱۲۲/۶/۴ مورخ ۱۳۸۷/۹/۴ درموردانجام گاستروسکوپی و اسپیرومتری توسط متخصصین داخلی به اطلاع آن مقام ارجمند می رساند، جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران حدود ۲۰ سال است که درامر وظائف متخصصین داخلی ایران انجام وظیفه می نماید و تا آنجا که امکان داشته است از همکاری با آن وزارتخانه محترم کوتاهی نکرده است .

خیلی بهتر بود، اگر قرار است راجع به متخصصین داخلی اظهارنظری شود حداقل از جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران هم نماینده ای حضور داشته باشد . طی دوسال گذشته گروهی تحت عنوان گروه راهبردی رشته تخصصی بیماری های داخلی به ریاست آقای دکتر فریدون عزیزی و حضور تعدادی از نماینده های دانشگاه های علوم پزشکی آئین نامه ای را تدوین کرده اند که در آن چگونگی آموزش رزیدنت داخلی و فعالیت متخصصین داخلی به خوبی ترسیم شده و به امضاء مسئولین محترم وزارتخانه رسیده است . دراین دستورالعمل چگونگی آموزش و انجام اسپیرومتری و آندوسکوپی دستگاه گوارش مفصلاً شرح داده شده است . متأسفانه درسالهای اخیر از نظر بعضی مسئولین وزارتخانه، تخصص داخلی که در همه کشورها از آن به عنوان مادر طب یاد می شود به صورت گوشت قربانی درآمده و برخی افراد یا انجمن ها با توجه به منافع خود قسمتی از آن را شخصی یا به قول خود فوق تخصصی کرده اند! در تمام دنیا متخصص داخلی موظف است هر آنچه را که در دوره رزیدنتی آموزش دیده، جهت رفاه حال بیماران انجام دهد که انشاءاً در مملکت ما هم این دستورالعمل به اجرا درآید.

درضمن طبق دستورالعمل جدید (نامه شماره ۲/۴۶۸۲۹/س مورخ ۱۳۸۷/۸/۱۲) انجام اسپیرومتری برای همه متخصصین داخلی آزاد است و احتیاج به کسب اجازه از انجمن های دیگر ندارد. هیئت مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران از آن مقام محترم انتظار دارند در مواقعی که راجع به متخصصین داخلی و وظائف مربوط به آنها جلسه ای تشکیل می شود از نماینده این جامعه هم دعوت بعمل آید تا از تشویش اذهان این گروه زحمتکش جلوگیری شود.

قبلاً از همکاری آن همکار ارجمند سپاسگذاری می نمایم.

باتشکر

دکتر ایرج خسرونیا

رئیس هیأت مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

شماره:/۲/س

تاریخ:

پیوسته:

ریاست / سرپرست محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و با تقدیم احترام، به استحضار می‌رساند پدنیال سؤالات مطروحه از طرف بعضی معاونت‌های محترم درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در خصوص انجام و تفسیر اسپرومتری و لزوم یا عدم لزوم ارائه گواهی برده اسپرومتری توسط متخصصین داخلی و پیرو استعلام بعمل آمده از دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت متبوع، نظریه دبیر محترم هیئت ممجته گروه داخلی در مورد موضوع مطروحه، جهت اصلاح دستورالعمل‌های صادره قبلی به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

«انجام و تفسیر اسپرومتری جزو برنامه آموزشی دستیاران داخلی قرار داشته و مهارت نامبرندگان در این زمینه مورد آزمون قرار می‌گیرد. بدین ترتیب لزومی به ارائه گواهی جداگانه برای انجام و تفسیر اسپرومتری از سوی متخصصین داخلی وجود ندارد.» پ/ه/۶

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

رونوشت:

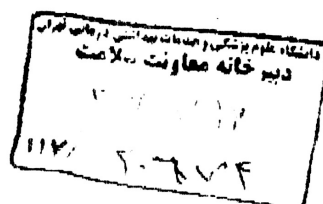
- معاون محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- استحضار
- مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان جهت استحضار
- واحد تحقیق و توسعه (خانم رجایی) جهت پیگیری
- لیور

کتابخانه معتقی (دفتر) مدیریت کل آموزش و بهار سال ۱۳۸۷

۴۹۸۲۹/۲/س

- خانم دکتر محمد (سرکار خانم)

- واحد آموزش و بهار سال ۱۳۸۷



۱۳۸۷/۸/۱۲

بسمه تعالی

۱۳۸۷ / ۸ / ۲۲

تاریخ
۲۹۴۹

پیوست

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، تهران
معاونت سلامت

ریاست محترم بیمارستان ابراهیم

سلام علیکم

احتراما به پیوست نامه شماره ۲/۶۶۸۳۹/س مورخ ۸۷/۸/۱۲ معاونت
محترم سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص انجام
و تفسیر اسپرومتری جهت اطلاع و بهره برداری ارسال میگردد. از

دکتر فرید احمدی
معاون سلامت دانشگاه



نشانی: خیابان شریعتی، ایستگاه عوارضی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت سلامت
تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۰۹۷۰ - ۶۶۵۰۹۹۵ - ۶۶۵۰۸۸۸۹ شماره: ۶۶۵۰۱۲۳۳
www.health.mums.ac.ir



جامعه پزشکیان متخصص داخلی ایران
سال چهارم / شماره دوم / تابستان ۸۷

بسمه تعالی

اولین جلسه کمیته تصویب دوره و تخصیص امتیاز

موضوع جلسه: بررسی نحوه صدور گواهی انجام آندوسکوپی جهت متخصصین داخلی

تاریخ برگزاری: سه شنبه ۸۲/۵/۲۲

ساعت برگزاری: ۱۴ الی ۱۶

حاضرین جلسه:

- الف - جناب آقای دکتر لطفی (نماینده معاونت آموزشی)
- ب - جناب آقای دکتر دریانی (نماینده هیئت ممکنه و انجمن رشته گوارش و کبد)
- پ - جناب آقای دکتر محقق (نماینده معاونت سلامت)
- ت - جناب آقای دکتر موسوی (نماینده معاونت آموزشی)
- ث - جناب آقای دکتر حسینی (نماینده معاونت آموزشی)
- ج - جناب آقای دکتر خوانین زاده (نماینده معاونت آموزشی)
- چ - خانم ممیز (کارشناس آموزش مداوم)
- ح - خانم رضائی (کارشناس آموزش مداوم)

موارد مطروحه:

- گواهی های صادر شده به روال قبل (از سوی انجمن یا دانشگاه) و نیز گواهی افراد در حال آموزش تا آذر ماه سال ۸۷ تأیید گردد .
- تا سه سال آینده و تا زمان روشن شدن میزان تربیت فلوشیپ های مختلف و میزان نیاز جامعه و تثبیت نظام ارجاع در کشور روند صدور گواهی به صورت زیر باشد :

۱- متخصصین داخلی در هر گونه پذیرش جدید از آذرماه سال ۸۷ مجازند فقط در یک مهارت بالینی (آندوسکوپی گوارش ، اسپیرومتری و ...) آموزش ببینند مگر آنکه در منطقه تحت پوشش جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه به تأیید معاونت سلامت یا درمان مربوطه منحصر به فرد باشد و گواهیهای فرد ذیربط فقط در آن منطقه منحصر باشد .

۲- متخصصین داخلی حسب بند ۳ بخشنامه شماره ۸۲۶۶۳/۲/س مورخ ۸۳/۶/۱۱ معاونت سلامت اقدام نمایند .

۳- انجمن متخصصین گوارش و کبد سطوح مهارت و سرفصل ها و حداقل های مراکز آموزش دهنده را تعریف نمایند .

نتیجه: مقرر گردید در خصوص موارد فوق الذکر بررسی بیشتر بعمل آمده و تصمیم گیری شود .



همکاران گرامی بخصوص همکاران محترم متخصص داخلی همانطوریکه مطلع هستید انتخابات نظام پزشکی قرار است در ۲۷ دیماه ۱۳۸۷ برگزار شود. انتخاباتی چه بخواهیم چه نخواهیم با سرنوشت حرفه ای ما گره خورده و شرکت در آن امری است ضروری. همکاران محترم همه جا صحبت از این است که قانون نظام پزشکی که در چند سال اخیر تدوین و تصویب شده بسیار جامع و فراگیر می باشد ولی آیا این قانون تاکنون توانسته با قاطعیت اجرایی شود؟ مثلاً در همین مورد تعیین تعرفه های خدمات پزشکی که از اختیارات اولیه این قانون است همانطوریکه همگی شاهد و ناظر بودید دخالت های بیمورد و غیر قانونی دیگر ارگانها و سازمانها بسیار آزار دهنده و تاثیر گذار بوده است. همکاران عزیز اجرای قوانین مصوبه نظام پزشکی احتیاج به هیئت مدیره ای قوی با پشتکار و با همت دارد که تمامی قدرت آن از پشتیبانی و رای شما همکاران عزیز حاصل می شود هر قدر رای انتخاب شونده بیشتر و بالاتر باشد مسلماً با قاطعیت و قدرت بیشتری می تواند قوانین مصوب را اجرایی کند. پس بیایید همه با هم یکدل و یکصدا در انتخابات نظام پزشکی شرکت کرده و برای و پشتیبانی خود فرد اصلح را انتخاب نمائیم. همکاران گرامی در انتخابات، از کاندیدای جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران که هم رشته و هم درد شما عزیزان می باشند حمایت نمائید.

دبیر جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

دکتر مصطفی انوری

سمینار بیماری‌های کبد

۱۶-۱۷ بهمن ۱۳۸۷

آخرین مهلت ارسال مقالات ۸۷/۹/۲۵

برگزارکننده:

مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۵۲۶ ، فکس: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۵۱۷

آدرس دبیرخانه:

بیمارستان طالقانی، طبقه هفتم، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد



درخواست ثبت نام
سمینار بیماری‌های کبد



نام و نام خانوادگی

شماره نظام پزشکی

آدرس و شماره تلفن

مدرک تحصیلی

پست الکترونیک

شماره فیش / نقدی

مبلغ

مایل به شرکت در کنگره:

دارای امتیاز بازآموزی



۵۴

جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران
سال چهارم / شماره دوم / تابستان ۸۷

اخبار پزشکی

CKD : نارسایی مزمن کلیه

با کم‌خونی، استئوپنی، عدم تحمل مایعات، اختلال الکترولیت و عفونت همراه است. این عوارض در بستری شدن بیمار به هر علت ممکن است موجب مرگ زودرس بیمار شود.

در بررسی که در دانشگاه مریلند صورت گرفته است آنها که دچار نارسایی کلیه بوده اند ۱۹ درصد بیشتر در خطر مرگ قرار گرفته اند. توصیه می شود که این افراد در ورود به بیمارستان مورد توجه بخصوص قرار گیرند

J.AM SOC of Nephrogy 2008

مصرف حشیش

در جوانی موجب بروز جنون بیشتری نسبت به پیری می شود. این یافته پزشکان اسپانیایی جدا از مصرف سایر مواد روان گردان است. در اسپانیا حشیش موجب افزایش جنون پیری در ۱۰ درصد موارد شده است

J.Clin psycheatry// 2008 ; 69 : 1210 – 1216

مهار دیابت

در دیابت نوع II، هر چه بیشتر و طبیعی نگهداشتن مقدار قند خون موجب جلوگیری از بروز عوارض دیررس آن در یک دهه بعد می گردد. درمان دیابت نوع II با انسولین. سولفانیل اوره و یا متفورمین در بیماران چاق موجب کاهش بیماری عروقی، سکته قلبی در ده سال بعد شده است.

N Engl J . Med 2008 , 359

بیماری آلزهایمر (محجور)

در بررسی آسیب شناسی پس از مرگ در بیماران دیابتی که انسولین و ضد قندهای خوراکی مصرف کرده اند تعداد کمتری Plaque ضایعه دار دیده می شود. در بسیاری از تحقیقات دیابت نوع II یک خطر جدی برای بروز بیماری آلزایمر بوده است. این تحقیقات اثرات نوروبیولوژی انسولین را ثابت می کند.

Reuters New 10,2008

دهندگان پیوند کبد :

اهداء لوب راست کبد در ۳۸ درصد موارد با عارضه ولی بندرت شدید همراه است. از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳، چهارصد و پنج نفر برای دادن پیوند لوب راست پذیرفته شدند در ۱۲ نفر، دادن پیوند بعلت عوارض عقیم ماند. در ۶۲ درصد عارضه ای دیده نشد ۲۱ درصد یک عارضه و ۱۷ درصد دو عارضه داشتند. در ۴۸ درصد موارد عارضه موقتی بود و در ۱۳ درصد موارد دهندگان محتاج بستری مجدد شدند و در ۴ درصد موارد دهندگان بستری مکرر احتیاج داشتند.

Reuters New 10,2008



سیرولیموس sirolimus

در کاهش هیپرتروفی بطن چپ در کسانی که این دارو را برای جلوگیری از رد پیوند مصرف می کنند موثر است و ممکن است در سایر بیمارانی که بعلت های دیگر دچار هیپرتروفی بطن چپ باشند موثر باشد. ولی از نظر اصول پزشکی چون اثرات آن ثابت نشده است در این موارد اشکال دارد

Reuters New 10,2008

خرناسه کشیدن در خواب

در بیمارانی که تصلب عروق کاروتید دارند بیشتر دیده می شود. خرناسه جدا از سایر مسائل خود خطر جدی در بروز تصلب عروق کاروتید می باشد و می تواند پیش درآمد سکته مغزی باشد. آنها که در خواب خرناسه می کشند ۳۱ درصد بیشتر شانس تصلب عروق کاروتید را دارند. حتی اگر فشار خون هم نداشته باشند.

Reuters New 10,2008

در آپاندیسیت

تشخیص در کسانی که به آپاندیسیت مشکوک هستند در ۹۷ درصد موارد داپلر سونوگرافی کمک می کند ولی در مواردی که سونوگرافی نتواند کمک کند سی تی اسکن تشخیص بهتری می تواند بدهد ولی با همه این احوال در آنها که هنوز تشخیص بیماری آپاندیسیت حاد باشد نباید از عمل جراحی خودداری کرد.

Reuters New 10,2008

استئوپون تین Osteopontin

در مایع نخاع در بیماری مولتیپل اسکلروزیس افزایش دارد. استئوپون تین حتی در آنها که بیماری مهار شده است در مایع نخاع افزایش دارد. بنظر می رسد در همه بیماری های التهابی مغز مقدار استئوپون تین افزایش داشته باشد ۵۶۳ ناناگرم در میلی لیتر در بیماری های غیر التهابی مغز. ۲۸۶ ناناگرم در میلی لیتر مقدار آن در پلاسمامیباشد که کمتر از مایع مغزی است

داروی جدید ترمبوسیتوپنی رومی پلوستیم Romiplostim N PLATE

در درمان ترمبوسیتوپنی اتوایمون ایدوپاتیک، مورد قبول FDA قرار گرفته است این دارو جای طحال برداری در ITP را نمی گیرد و زمانی توصیه می شود که داروهای دیگر و طحال برداری مفید واقع نشده است. خطر عمده آن بروز فیبروز مغز استخوان و افزایش رتیکولن مغز استخوان است و پلاکت بیمار را به حدود ۵۰ هزار در میکرولیتر می رساند.

Reuters New 10,2008

نظام پزشکی آمریکا اعلام کرد که هر ساله یکصد هزار آمریکائی بعلت بروز آمبولی ریه و عدم تشخیص به موقع ترمبوفلیت فوت می کنند. علت توجه به این معضل فوت دیوید بلوم خبرنگار NBC بود که پس از پرواز دچار فوت ناگهانی شد و در کالبد شکافی ترمبوفلیت نهفته و آمبولی کشنده ریوی تشخیص داده شد.

Reuters New 10,2008

مرگ ناگهانی یک کودک بعلت خفگی در تور بازی فوتبال توجه سازمان نظام پزشکی آمریکا را به اسباب بازی های خطرناک جلب کرد.

Reuters New 10,2008



داروهای جدید اسکیزوفرنی بهتر از داروهای قدیمی برای مهار بیماری و جلوگیری از عوارض نیست. داروهای بسیار قدیمی جنون جوانی schizophrenia مانند کلروپرومازین کاملاً مطرود است و عوارض جانبی آن پا برجاست و در همه عمر باقی می ماند ولی داروهای جدید بدون عارضه نیستند مثلاً Resperidone موجب افزایش ۶ کیلو وزن در ۸ هفته می شود و Molendone وزن را کاهش می دهد. افزایش وزن موجب افزایش فشار خون و دیابت و سکنه می شود. Molendone موجب درج انقباض عضله ها cramp می شود و بیماران مجبور به استفاده از Kinidin می شوند. Molendone موجب رعشه و لقوه Parkinsone می شود. که بعضی از این نوع عوارض تا آخر عمر باقی می ماند.

Reuters New 10,2008

درمان شپش سر نوباوگان :

بهترین درمان شپش سر نوباوگان بازرسی سر به دقت در نور است. شپش ها به مجرد آگاهی از جستجوی آنها فرار می کنند و مشخص می شوند. مهم تر از یافتن خود شپش یافتن تخم آن است که رشک نامیده می شود. ضد شپش های موجود گاهی موجب تقویت شپش ها هم می شوند ولی بهترین راه استفاده از مایونز Mayonnase است که به همه پوست سر و موها مالیده شود و روی آن یک روسری محکم کشیده شود (یا کلاه شنا) البته باید ۴ ساعت روی سر و موها باقی بماند تا شپش ها و رشک ها خفه شوند. شانه کردن خوب در زیر دوش نیز یکی از روش های بسیار مفید است. برای شپش بدن، پهن کردن لباس در هوای آزاد و یا آفتاب برای مدت ۱۰ ساعت موجب مرگ همه آنها می شود زیرا باید در مجاورت بدن باشند. روغن زیتون در همه سطح بدن و موهای سر به مدت ۲ ساعت تمام و سپس شانه کشیدن خوب همه موها نیز راه موفقیت است. شپش اغلب مقاوم نمی شود بلکه بی صبری موجب عدم استفاده درست از داروهای ضد شپش مانند LICEMD است.

تلویزیون CBS ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۸

FDA از همه تولیدکنندگان داروهای ضد صرع

خواهد خواست که یک اخطار با خطوط درشت در روی جعبه این داروها بنویسند که مصرف این داروها برای مصرف کننده افکار و اعمال خودکشی ایجاد می کند.

FDA

یک اخطار مهم به تولیدکنندگان لوازم و مواد جلوگیری کننده از اثرات مضر نور آفتاب کرد. کرم های ضد آفتاب بر اساس قدرت ضد اشعه آنها درجه بندی می شوند Skin protection factor (spf) ولی مواد بسیار دیگری در آنها است که برای پوست مضر هستند. حتی کسانی که این کرم ها را مصرف می کنند و به آفتاب می روند بعلت تصور ضد آفتاب این مواد بیشتر سرطان پوست می گیرند. FDA قرار است پیشنهادات جدیدی به تولیدکنندگان مواد آرایشی بهداشتی در مورد الزام آنان به نوشتن مواد موجود در روی جعبه کرم برای مصرف کنندگان بنماید.

FDA دستورالعمل جدیدی برای تولید کنندگان حیوانات جدید که ژن آنها تغییر یافته است کرد. حیوانات صناعی جدید که ژنتیک مشابه قدیمی ها ندارند نباید برای انسان و محیط و یا نوع های قبلی خطرانی داشته باشند. خوک، ماهی پرورشی جدید در سفره ها دیده می شوند که البته الزام به برچسب پرورشی بودن آنها نیست.

سازمان حمایت مصرف کننده آمریکا نسبت به نداشتن الزام تولیدکنندگان این مواد غذایی به استفاده از برچسب نوع این مواد که با انواع طبیعی فرق دارند اعتراض کرد.



FDA، کرم شرکت جانسون را که برای بهبود زخم های دیابتیک و غیره تولید می شود سرطان را اعلام کرد و از مصرف کنندگان خواست که مصرف آن را محدود کنند . ۷۵۰ هزار بیمار از داروی REGRANES که بطور صنعتی بر اساس مکانیسم های بدن برای بهبود زخم تولید شده است استفاده می کنند .

FDA در سال ۲۰۰۸ داروهای زیر را مولد خطر شناخت .

10- GENE- R- خطر مرگ کودکان

(DESFLURANE) SUPRANE خطر توقف قلب

(CYMBALTU) DULOXETINE خطر احتباس ادرار

(INTELENLE) ERAVIRINE خطر همارتروز

تشابه اسمی کرم فلوئوآوراسیل یا کتوکونازول خطر مصرف نابجاء دارد

بهداشت جهانی و مالاریا :

سازمان بهداشت جهانی گزارش داد که سال گذشته ۲۴۷ میلیون نفر در آفریقا مبتلا به مالاریا شدند که از میان آنان ۸۸۰۰۰ نفر فوت کرده اند بنابراین هنوز مالاریا یکی از علل مهم مرگ در انسانها است ولی در بیشتر مناطق پیشگیری از مالاریا موفقیت آمیز بوده است و بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ پنجاه درصد میزان مالاریا کاسته شده است .

BMG 2008 ; 337 a 1678

داروی ترک دخانیات: وارنیکلین (CHAMPTX) VARENICLINE شرکت فایزر یک آگونیست ناقص نیکوتینیک است که برای اولین بار معرفی شده و بهتر از داروی دیگر بنام پوپروپیون (BUPROPION) موثر در ترک دخانیات بوده است .

Reuters New 10,2008

دستورالعمل درمان فشار خون از مجله پزشکی بریتانیا در جون ۲۰۰۶ درمان فشار خون بر اساس یک دستورالعمل جامع در مجله پزشکی بریتانیا بچاپ رسید . اولین داروی فشار خون برای اشخاص بالاتر از ۵۵ سال یک مدر و برای اشخاص کمتر از ۵۵ سال داروی مهارکننده ACE توصیه شده است . استفاده از Beta- Blocker توصیه نمی شود . وجود دیابت یا بیماری قلبی توصیه های بخصوص به خود را دارد .

Reuters New 10,2008

تفاوت میان پزشک و پرستار :

هر روز تفاوت بین دو گروه کمتر می شود در حالی که تفاوت مالی قابل ملاحظه تر است . پرستارها حقوق کمتری می گیرند . بیشتر در بالین بیمار هستند ولی کمتر خطر قبول می کنند . کمتر تصمیم درمانی می گیرند . پزشکان مسئول امور نامشخص بیمار هستند و مسئولیت درمانی را بعهده دارند و بهتر بیماری را تشخیص می دهند.

BMJ.

2008;337a1722

تشخیص فشار خون

کشورهای کم درآمد : در یک بررسی در منطقه روستای کشور اکوادور نشان داد که تشخیص فشار خون و علت آن حداقل در کشورهای



فقیر بخوبی کشورهای غنی قابل درمان ، قابل تشخیص و از همه مهم تر قابل پیشگیری است .

BMJ

2008;337a1387

عفونت استافیلوکوکی طلانی در غیر از بیمارستان ها :

نوعی از این عفونت که تولید ماده PANTON-VELENTINE می کند خطرناک است زیرا موجب نابودی گلبول سفید می شود و تهاجم بیشتری از سایر عفونت های استافیلوکوکی دارد. اگر چه این نوع عفونت ها همواره به آنتی بیوتیک های معمولی حساس هستند ولی بعضی از آنها مقاوم می باشند.

BMJ

2008 ; 337 a 1739

ترک سیگار - رفع چاقی و ورزش

کلید عمر بیشتر در بانوان .

در طی ۲۴ سال چگونگی حیات ۷۷۷۸۲ پرستار و علت مرگ آنان در سن ۳۴ تا ۵۹ سالگی بررسی شده است . ۸۸۸۲ نفر آنان فوت کرده بودند که از میان آنان ۴۵۲۷ نفر از سرطان و ۱۷۹۰ نفر بعلل قلبی عروقی فوت شده بودند . ۵ عامل اصلی استعمال دخانیات چاقی ، بی حرکتی (زندگی بدون ورزش) بدی کیفیت غذا و مصرف الکل بررسی شده بود .

BMJ

2008 ; 337 a 1440

سوء هاضمه شایع ترین مشکل گوارشی است بدخیمی نادر بودن و معده اغلب سالم است (مخصوصا در کشورهای اروپایی) بررسی هلیکوباکتر در این بیماران مفید و براحتی امکان پذیر است درمان تجربی در سوء هاضمه مفید بوده است .
بررسی Helicobacter تنفس و یا مدفوع مفید در تشخیص مفید است . دو هفته قبل از بررسی باید درمان ضد اسید و چهار هفته قبل از بررسی درمان با آنتی بیوتیک باید قطع شود .

سوء هاضمه با درد بالای شکم ، احساس پری پس از غذا خوردن ، پری زودرس ، سوزش سر معده و آروغ مشخص می شود

BMJ

2008 ; 337 a 1400



Tuberculous Otitis Media in A Young Woman

Davood Yadegarynia MD, Farhad Abbasi MD,
Sharareh Gholamin MD, Soolmaz Korooni Fardkhani MD

Infectious Disease and Tropical Medical Research Center,
Shaheed Besheshti Medical University, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: Tuberculous otitis media is a rare cause of chronic suppurative infection of the middle ear and mastoid. Patients typically have chronic tympanic membrane perforation and ear discharge associated with progressive, profound hearing loss, and resistance to antibiotic treatment. The diagnosis of tuberculous otitis media was made if a specimen of the middle ear revealed the presence of acid fast bacilli and grew *Mycobacterium tuberculosis* on a culture.

Patient: The patient was a 31 Year-Old-Woman with chronic discharge from left ear and hearing loss since 5 month ago. She had positive history of Bell's palsy 3 months ago. She was known case of pulmonary tuberculosis that was diagnosed two years ago. She had taken anti tuberculosis treatment; isoniazid, rifampin, ethambutol, pyrazinamide for 6 months. Smear of left ear discharge showed acid fast bacilli and culture showed *mycobacterium tuberculosis*.

Conclusion: Diagnosis of middle ear tuberculosis is difficult because of its nonspecific symptoms. Tuberculosis otitis media should be considered in every patient with chronic painless otorrhea and multiple perforations of the tympanic membrane.

Key words: Tuberculosis, Otitis media, Painless otorrhea



Preventive strategy of colorectal cancer in high risk population in Iran

Seyed Reza Fatemi(MD)¹ , Bijan Moghimi-Dehkordi(MSc)^{1*}, Azadeh Safae(MSc)¹, Somayeh Ghiasi(GP)¹, Fatemeh Nemati Malek(GP)¹, Mahsa Molaie(MD)¹, Fatemeh Khatami(MSc)¹, Navid Gooran(BS)¹, Nastaran Zali(BS)¹, Shima Amin Sharifi(BS)¹, Elham Maserat(MSc)¹, Mohamad Amin Pourhoseingholi(PhD)¹, Mehrdad Zahmatkesh(BS)², Darioush Mirsattari(GP)¹, Jafar Jandaghi(MD)², Vahid Semnani(MD)², Mohammad Naser Rahbar(MD)², Faramarz Derakhshan(MD)¹, Rashid Ramezani(MD)³, Mehrdad Haghazali(MD)³, Mohammad Reza Zali(MD)¹

1. Research center for gastroenterology liver disease, Shahid Beheshti University (M.C)

2. Research center for gastroenterology liver disease, Semnan University of Medical Science

3. Ministry of Health and Medical Education, Islamic Republic of Iran

Abstract:

Colorectal cancer is one of the most prevalent cancers and leading cause of cancer mortality worldwide. In 2004, treatment costs for colorectal cancer were \$8.4 billion. According to report and documentation of Iranian annual Ministry of health of Islamic Republic of Iran, colorectal cancer is third common cancer in women and 5th in Iranian men. Furthermore national studies shows that partially age of diagnosis in 40% of colorectal cancer patients is below fifty and many of these patients have positive family history for colorectal or other related cancers. However it is also one of the most curable cancers if detected early. Evidence state colorectal cancer incidence and mortality are reduced with regular screening. National plan colorectal cancer screening with compliance new and comprehensive perspective is performing by Research center Gastroenterology and Liver Disease, Shahid Beheshti Medical University during recent six years in Iran. This article review principle strategies of colorectal cancer screening in the fields of preparation of medical record, data analyzing in intelligent software, pathology and colonoscopy, patient tracking and genetics. One of positive view of plan is special attention to genetics because this issue has impacted on high risk populations diagnostics. Gene testing in screening strategy includes survey of familial adenomatous polyposis and hereditary non-polyposis colorectal cancer. Genetics approach in this national plan is according to experience of American and western countries. Generally aim of this survey preventive strategy of colorectal cancer high risk populations in Iran.

Keywords: Colorectal cancer, Screening, High risk population



Multiple Huge Hydatid Cysts of Liver

Parviz Vahdani MD, Farhad Abbasi MD, Minoosh Sha'bani MD,

Alireza Naderi MD, Soolmaz Korooni Fardkhani MD

Infectious Diseases and Tropical Medicine Department, Loghman Hospital,

Shaheed Beheshti Medical University, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: Hydatidosis, caused by *Echinococcus granulosus*, is an endemic parasitic disease. The most frequent anatomic locations are liver and lung. Dogs and other canines are the primary definitive hosts for this parasite. Hydatid cyst may develop after accidental ingestion of tapeworm eggs, excreted with the feces of these animals. Diagnosis is usually based on radiological and serological findings.

Patient: We present a 6 Year-Old-Boy with abdominal pain since months ago. He had history of travelling to village and exposure to cattle and dog. Physical examination of head and neck, chest, extremities, and neurologic exam were normal. In abdominal P/E he had mild RUQ tenderness without rebound tenderness. Liver was palpable 3 Cm below costal margin. Sonography and CT scan showed multiple huge cysts. Serum hydatid cyst Ab was positive. With diagnosis of hydatidosis surgery was done and albendazole started for him.

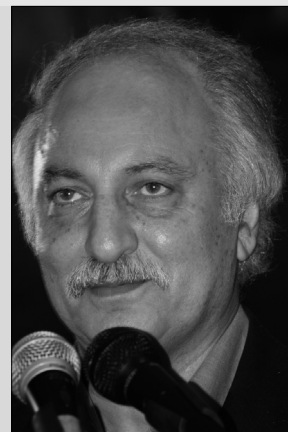
Conclusion: Hydatid cyst should be considered in every patient with liver cystic lesion in endemic area.

Keywords: Hydatid cyst, liver, *Echinococcus granulosus*



کاندیداهای هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی

دکتر انوش برزگر استاد گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی گیلان، کاندیدا از شهر رشت استان گیلان
استاد نمونه دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران
نایب رئیس شورای عالی نظام پزشکی کشور
رئیس سازمان نظام پزشکی شهرستان رشت
رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان گیلان
عضو جامعه متخصصین داخلی ایران و نایب رئیس هیئت مدیره
عضو گروه بالینی و مشاوره فرهنگستان علوم پزشکی ایران
عضو هیئت ممکنه پری بورد تخصصی و فوق تخصصی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی



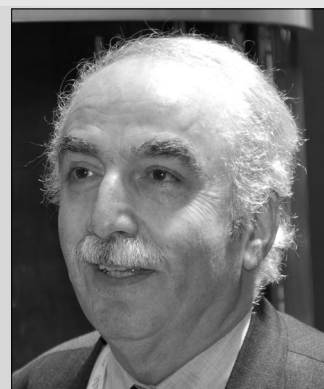
دکتر ایرج خسرونی، کاندیدا از شهر تهران
۳۷ سال تجربه طبابت و کارهای اجرائی
عضو هیئت علمی (بازنشسته) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
عضو هیئت مدیره (سابق) سازمان نظام پزشکی
سابقه ۲۰ سال کارشناسی در امور پزشکی
۱۲۵۰ مصاحبه با مطبوعات و رادیو و تلویزیون
مستقل بدون وابستگی سیاسی

دکتر مصطفی انوری، کاندیدا از شهر تهران

متولد ۱۳۲۶

متخصص داخلی، سابقه ۳۵ سال طبابت

عضو هیئت مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران در ده سال اخیر و در حال حاضر
دبیر جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، عضو هیئت مدیره و رئیس هیئت مدیره
بیمارستان البرز در ده سال اخیر، سابقه چندین ساله عضویت در هیئت مدیره، مدیرعامل
و رئیس هیئت مدیره بیمارستان پاسارگاد، عضو هیئت مدیره مجمع انجمنهای تخصصی
فرهنگستان علوم پزشکی و کارشناس عالی دادگاه انتظامی نظام پزشکی



دکتر سید محمود اسحق حسینی، کاندیدا از شهر تهران

متولد ۱۳۳۷ شهر مقدس قم

سال ۶۳-۱۳۶۲ فارغ التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی تهران

استادیار دانشگاه علوم پزشکی، بنیانگذار رشته تخصص داخلی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

عضو شورای پژوهشی آموزشی در ۶ سال

رئیس بخش داخلی بیمارستان امیراعلم

عضو هیئت مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران از ۱۲ سال پیش تا کنون