



با سلام و درود به همکاران و دوستان عزیز

سی سالگی کنگره داخلی را جشن می گیریم در حالی که جامعه پزشکی با مشکلات زیادی دسته و پنجه نرم می کند. تورم بالا موجب شده همکاران ما با مشکلات معیشتی روبرو شده و منتظر هستند در بودجه سال آینده تغییرات زیادی در تعرفه ها ایجاد شود ولی متأسفانه خبرهای خوشی از مجلس به گوش نمی رسد. هرکس برای خوشنام شدن خودش، جامعه پزشکی را هدف می گیرد امیدواریم در روز اول کنگره بتوانیم حرف های خودمان را بزنیم اگر چه گوش شنوایی وجود ندارد.

این کنگره با کمک دویست نفر از همکاران متخصص داخلی و فوق متخصص و شرکت های دارویی و تجهیزاتی بر پا شده است. حدود شش ماه برای برپایی این کنگره وقت گذاشته ایم، امیدواریم بتوانیم تا حدودی خواسته همکاران را برآورده کرده باشیم. مشکلات فراوانی در طول کنگره خواهیم دید که با کمک شما دوستان حل و فصل خواهد شد. در طول کنگره نشست هایی با حضور مسئولین مربوطه برگزار خواهد شد. امیدواریم مشکلات و سؤالات همکاران متخصص داخلی جواب داده شود. در مجمع عمومی مسائل و مشکلات متخصصین داخلی مطرح می شود و از دوستان درخواست می شود در این نشست شرکت کنند.

دکتر ایرج خسرونی

خلاصه مقالات

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

رئیس کنگره: دکتر ایرج خسرونی

دبیر علمی کنگره: دکتر سید محمود اسحق حسینی دبیر اجرایی کنگره: دکتر کیوان الچیان
تاریخ برگزاری: ۹۸/۰۲/۰۳ لغایت ۹۸/۰۲/۰۶ محل برگزاری: مرکز همایش رازی

اعضای هیات مدیره سی‌امین کنگره

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| ۱. دکتر ایرج خسرونی | ۶. دکتر کیوان الچیان |
| ۲. دکتر سید محمود اسحق حسینی | ۷. دکتر اصغر صفرزاده خسروشاهی |
| ۳. دکتر مصطفی انوری | ۸. دکتر منوچهر کیهانی |
| ۴. دکتر علیرضا استقامتی | ۹. دکتر محمد تقی آهنگر آتشی |
| ۵. دکتر پرویز وحدانی | ۱۰. دکتر داریوش آقاخانی |

اعضای کمیته اجرایی سی‌امین کنگره

دکتر کیوان الچیان احمد دهقان نیری لیلا حیدری مژگان افتخاری

دبیرخانه کنگره

تهران، خیابان کارگر شمالی، روبروی پمپ بنزین، بالاتر از مسجد امیر (ع)، کوچه لاله،
پلاک ۷ تلفن: ۷-۸۸۰۱۴۰۰۵ و ۴۱۶۰۲

E-mail: info@dakheli.org



دکتر انوش برزیگر
استاد گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی گیلان

بیوگرافی:

دکتر انوش برزیگر در سال ۱۳۲۶ متولد شد. تحصیلات ابتدائی را در بخش کسماء از استان گیلان گذراند و تحصیلات متوسطه و دبیرستان را در شهرستان صومعه سرا و شهرستان رشت به پایان رساند. دکتر برزیگر در رشته پزشکی دانشگاه ملی سابق پذیرفته شد. سپس تحصیلات خود را در رشته تخصص داخلی، قلب، در دانشگاه ملی سابق (شهید بهشتی) ادامه داد و با مدرک فوق تخصص قلب از دانشگاه شهید بهشتی فارغ التحصیل شد. دکتر انوش برزیگر دارای سه فرزند می باشد، دو پسر پزشک و یک دختر داروساز و همچنین همسر ایشان دارای مدرک کارشناس ارشد آموزشی می باشند.

استخدام:

دکتر برزیگر در سال ۱۳۶۵ با مرتبه استادیاری به استخدام دانشگاه علوم پزشکی گیلان درآمد.

ریاست دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان:

استاد دکتر انوش برزیگر در سال ۱۳۹۲ طی حکم وزیر بهداشت، به عنوان قائم مقام وزیر

در استان و رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان انتخاب شد.

مرتبه علمی:

استاد انوش برزیگر پس از ۸ سال فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی از سال ۱۳۶۵ با امتیاز بالا و تشویق وزیر محترم وقت، به ترتیب از مرتبه استاد یاری به دانشیاری و سپس به مقام استادی ارتقاء پیدا کرد.

افتخارات:

استاد یار نمونه: در اولین جشن فارغ التحصیلان پزشکی با امتیاز بالا از بین همه اعضای هیئت علمی به عنوان اولین استادیار نمونه با حضور جناب آقای دکتر ملک زاده، وزیر اسبق مورد تشویق واقع و مفتخر به دریافت جایزه و لوح تقدیر شد.

استاد نمونه کشوری (بار اول): در سال ۷۶ در جشنواره بوعلی سینا با امتیاز عالی به عنوان استاد نمونه کشوری انتخاب و مورد تشویق و تقدیر و مفتخر به دریافت جوایز و لوح تقدیر از مسئولان کشوری و معاونت محترم ریاست جمهوری و وزیر محترم بهداشت وقت جناب آقای دکتر فرهادی قرار گرفت.

استاد نمونه کشوری (بار دوم): استاد دکتر برزیگر در یکم شهریور ۹۳ در سالن وزارت کشور طی مراسمی با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بمناسبت روز پزشک؛ به عنوان استاد و پزشک نمونه کشوری برگزیده شد.

لوح و تندیس: دریافت لوح و تندیس در کنگره و انجمن آترواسکروز به دلیل فعالیت‌های شاخص علمی و پژوهشی نیز برای بار اول در کارنامه افتخارات ایشان ثبت شد. همچنین برای بار دوم به عنوان استاد نمونه در هفدهمین کنگره تازه های قلب و عروق شهریور ۱۳۹۴ انتخاب شد.

محقق نمونه: بعنوان محقق نمونه در چندین دوره متوالی در دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزیده و معرفی شد.

محقق برجسته: با توجه به درجه استادی وی و درجات علمی در کنگره دهلی نو، توسط

رئیس کنگره بعنوان پرفسور و محقق برجسته معرفی گردید.
مرتبه **استادی برزیگر**: استاد برزیگر اولین مدیر گروه و اولین رییس بخش و اولین دانشیار و اولین استاد دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان بوده اند.

سمت‌های پیشین:

- ♦ عضویت در فرهنگستان علوم پزشکی به عنوان مشاور و عضو گروه بالینی
- ♦ عضویت در برد و پره برد و عضو هیئت ممیزه وزارت بهداشت و درمان پزشکی کشور
- ♦ عضو سیاست گذاری بیماری‌های قلب و عروق ایران
- ♦ عضو هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان
- ♦ مدیر گروه و رئیس بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت در چندین دوره
- ♦ نایب رئیس عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور (در چند دوره)
- ♦ عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور (در چند دوره)
- ♦ عضو و نایب رئیس جامعه متخصصین داخلی ایران (در چند دوره)
- ♦ عضو هیئت مدیره نظام پزشکی و رئیس چند دوره شورای هماهنگی نظام پزشکی استان گیلان

- ♦ رییس و عضو هیات مدیره و عضو هیات امناء آسایشگاه سالمندان
- ♦ معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی در طول سال‌های متمادی (در چند دوره)

سمت‌های حال:

- ♦ استاد نمونه دانشگاه های علوم پزشکی کشور در جشنواره بوعلی سینا
- ♦ نایب رئیس کمیسیون اخلاق پزشکی در شورای عالی نظام پزشکی کشور
- ♦ مشاور معاونت محترم ریاست جمهوری کشور در امور پزشکی کشور
- ♦ مشاور عالی ریاست سازمان نظام پزشکی کشور در امور آموزشی و پزشکی
- ♦ مشاور سابق کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی جمهوری اسلامی ایران
- ♦ عضو هیات مدیره برد تخصصی و فوق تخصصی

- ♦ عضو هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان
- ♦ عضو سابق هیات مدیره جامعه متخصصین داخلی ایران
- ♦ عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور
- ♦ رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان گیلان
- ♦ رئیس سابق هیات مدیره آسایشگاه سالمندان استان گیلان
- ♦ عضو هیات علمی و هیات ریسه کنگره‌های متعدد داخلی و خارجی

فعالیت‌های علمی و تحقیقاتی:

- طرح‌های تحقیقاتی استانی و ده‌ها طرح تحقیقاتی، که مهم‌ترین آن:
- ♦ بررسی چهار صد و پنجاه هزار دانش‌آموز استان گیلان در ارتباط با بیماری‌های قلبی و رماتیسمی و مادرزادی قلب و مقایسه شیوع آنها با کوه‌نشین ها و شهرنشین ها
 - ♦ بررسی ریسک فاکتورها و عوامل همراه در دو هزار بیمار آنفاکتوس قلبی و ارایه نتایج آن در کنگره ها
 - ♦ بررسی ریسک فاکتورهای بیماری های قلب و عروق و بررسی اثر ریسک فاکتور ها در ایجاد هایپرتانسیون در شهرستان صومعه سرا و ارایه آن در کنگره بین المللی سورات هند
 - ♦ بررسی ریسک فاکتور کرونری در اکثر مشاغل و مقایسه آن ها با هم
 - ♦ بررسی اثر کورتیکوتراپی در بلوک های دهلیزی - بطنی در بیماران آنفاکتوس تحتانی قلب برای اولین بار در ایران
 - ♦ بررسی عوامل استرس، (زلزله و بمباران جنگ) در ایجاد بیماری کرونری قلب
 - ♦ بررسی اثر استروپتوکیناز و عوارض آن در بیماران آنفاکتوس حاد قلبی و ...
 - ♦ همراه با ده‌ها سخنرانی در کنگره‌ها و عضو هیات علمی و عضو هیات ریسه در کنگره‌ها...

تالیفات و کتاب منتخب:

- ♦ انتخاب و اعلام کتاب برگزیده از طرف صدا و سیما تحت عنوان "صدا و سופل‌ها"

♦ کتاب آریتمی ها و داروهای قلبی

♦ ترجمه الکتروکاردوگرافی از کتاب برانوارد

♦ ترجمه بیماری های مادرزادی قلب

بنیانگذاری:

♦ بنیان گذاری آسایشگاه نوین (آغاز ۱۳۵۸ تا کنون)

♦ بنیان گذار بیمارستان تک تخصصی قلب دکتر حشمت رشت

♦ از بنیان گذاران دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان

♦ تهیه زمین برای تاسیس سایت دانشگاهی (۲۰۰ هکتاری)



دکتر حمید کلانتری

(متخصص داخلی و فوق تخصص گوارش و کبد)

متولد ۲۹ تیرماه ۱۳۳۹ در تهران، استاد تمام گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سوابق علمی، پژوهشی و اجرایی

- ♦ دارای سابقه ۲۸ سال عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سال ۱۳۶۹
- ♦ انتشار حداقل ۳۰ مقاله علمی منتشر شده انگلیسی و فارسی در نمایه ISI, PubMed
- ♦ مولف کتب ۱۱۰ پاسخ به بیماران مبتلا به HBV و HCV و اطرافیان آنها
- ♦ ترجمه کتاب Gastrointestinal Disease and Helicobacter pylori
- ♦ ترجمه کتاب Gastroenterology Highlights
- ♦ رئیس هیات مدیره و موسس انجمن هپاتیت امید (OHS) اصفهان از سال ۱۳۷۸
- ♦ عضو هیات مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۷
- ♦ موسس و رئیس جامعه پزشکان متخصص داخلی اصفهان در سال ۱۳۹۴
- ♦ دبیر شورای انتشارات دانشکده پزشکی از سال ۱۳۹۳
- ♦ کارشناس گوارش سازمان نظام پزشکی و پزشکی قانونی اصفهان از سال ۱۳۸۰



دکتر رضا قاسمی برقی

در سال ۱۳۳۵ در شهر اردبیل متولد شد. تحصیلات ابتدایی و متوسطه را در همین شهر به پایان رساند. در سال ۱۳۵۴ در دانشکده پزشکی دانشگاه تبریز پذیرفته شد و دکتری پزشکی عمومی را در این دانشگاه به اتمام رساند و بلافاصله در آزمون پذیرش دستیاری شرکت و با توجه به علاقه مندی خود در رشته بیماری‌های عفونی مشغول به تحصیل گردید وی در سال ۱۳۶۷ در آزمون بورس تخصصی قبول و دکترای تخصصی خود در این رشته را دریافت نمود و از مهر ماه همان سال به عنوان عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین شروع بکار نمود. در مدت ۳۰ سال خدمت در این دانشگاه وی مسئولیت‌های متعددی را برعهده داشته است که شامل :

مدیر گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی

معاون درمان دانشگاه

مدیر دفتر بازآموزی و آموزش مداوم دانشگاه

معاون پژوهشی دانشگاه

معاون بهداشتی دانشگاه

مدیر گروه آموزشی بیماری‌های عفونی دانشگاه بوده است. در مدت مسئولیت وی مجله علمی دانشگاه راه اندازی و مرکز بهداشت استان و شبکه های بهداشت و درمان شهرستان‌های بویین زهرا، آبیک، الوند، تاسیس و راه اندازی گردیدند. تألیف و انتشار ۱۵ مقاله به زبان انگلیسی و ۳۵ مقاله در مجلات علمی پژوهشی به زبان فارسی،

راهنمایی ۶۰ مورد پایان نامه پزشکی عمومی و دکترای تخصصی و MPH و کارشناسی ارشد، نگارش بیش از ۲۰۰ تک نگاشت علمی در زمینه بیماریهای عفونی و مدیریت، بهداشت و کیفیت که توسط کمیته علمی اجرایی آموزش سلامت مرکز بهداشت استان قزوین منتشر گردیده از دیگر فعالیت های ایشان در این مدت می باشد وی همچنین در بیش از ۳۵ مورد مسئولیت دبیر علمی سمینار و کنگره و مدیریت کارگاه های آموزشی و روش تحقیق در سطح دانشگاه و استان و کشور را برعهده داشته است . وی ۲۵۲ مقاله در همایش های علمی داخلی و خارجی ارائه و ۳ کتاب در حیطه بیماریهای عفونی و مدیریت و آموزش پزشکی تألیف نموده است. دکتر قاسمی عضو هیأت ممتحنه رشته تخصصی بیماریهای عفونی در منطقه ۶ می باشد. ایشان دودوره عضو هیات مدیره نظام پزشکی قزوین بوده است و در کمیته ها و کمیسیون های علمی و اجرایی متعدد استانی و کشوری عضویت داشته و دارد. دکتر قاسمی در شهریور ۱۳۹۷ بارتبه دانشیاری و به تقاضای خود بازنشسته گردید و در حال حاضر به صورت افتخاری به فعالیت آموزشی در مرکز آموزشی درمانی بوعلی قزوین بویژه در آموزش دستیاران تخصصی بیماری های عفونی مشغول است .



دکتر محمد حسین یوسفی راد

متخصص بیماری های داخلی فوق تخصص گوارش

بیوگرافی:

متولد سال ۱۳۳۱ بخش طسوج شهرستان شبستر تحصیلات تا سطح دیپلم در بخش طسوج به اتمام رسانیده در سال ۱۳۴۹ وارد رشته پزشکی دانشگاه تهران در سال ۱۳۵۶ دوره پزشکی عمومی را به اتمام رسانیده است.

مدت ۴ سال به عنوان پزشک عمومی در شهرستان های پیرانشهر و سلماس مشغول خدمت بوده است.

اخذ تخصص بیماری های داخلی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۶۴ هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی نقش مؤثری در آموزش دانشجویان پزشکی داشته است.

مدرک تحصیلی فوق تخصص از دانشگاه علوم پزشکی تهران دریافت نمودم .
مدرک فوق تخصصی گوارش را در سال ۱۳۷۵ و ادامه خدمات آموزشی و درمانی و تحقیقی در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تا سال ۱۳۸۶ بعد از بازنشستگی در مطب شخصی و بیمارستان خصوصی به خدمت درمانی ادامه می دهد.



دکتر ابوالقاسم صادقی نژاد

شماره نظام پزشکی: ۳۰۵۸۴

متولد: ۱۳۴۴

ورودی دانشگاه تهران: ۱۳۶۲

پزشکی عمومی و تخصص داخلی: دانشگاه تهران

فارغ التحصیل: ۱۳۷۲

از سال ۱۳۷۳ در سبزواری تاکنون بمدت ۲۵ سال مشغول طبابت هستم



دکتر اصغر حاجی عباسی
فوق تخصص روماتولوژی

تاریخ تولد: ۱۳۴۰

محل تولد: صومعه سرا

رشته تحصیلی: فوق تخصص روماتولوژی/ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
کسب مدرک پزشکی عمومی از دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۶۷- مدرک پزشکی
تخصصی داخلی از دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۷۱- مدرک فوق تخصص
روماتولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۷۴

عضو هیات مدیره جامعه پزشکان متخصص داخلی گیلان در دوره دوم و هفتم
همکاری در نگارش بیش از ۱۵ عنوان کتب علمی مختلف و مقالات علمی در نشریات
داخلی و خارجی و سرپرستی پروژه‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌ها- دبیر و سخنران بیش
از ۶۰ رویداد علمی

راه اندازی مرکز تحقیقات روماتولوژی گیلان در سال ۱۳۸۸
ریاست بخش روماتولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت از سال ۱۳۸۲ تاکنون
عضویت در کمیته ارزشیابی هیات علمی- عضو هیات امناء مرکز آموزشی درمانی رازی
رشت- مدیر اسبق گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی گیلان- عضو هیات جذب هیات
علمی دانشگاه و موسسات آموزش عالی و...

دکتر آدی بیک بلال	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر آملی کاظم	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ابراهیمی دریانی ناصر	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ابو الفضلی رویا	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر اتابک شهناز	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر اسحق حسینی سید کمال الدین	دانشگاه علوم پزشکی قم
دکتر اسحق حسینی سید محمود	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر اکبریان نیا سید محمد علی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر امامی امیرحسین	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر امیر پور آناهیتا	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر انوری مصطفی	بیمارستان های پاسارگاد و البرز
دکتر برزیگر انوش	دانشگاه علوم پزشکی گیلان
دکتر برومند بهروز	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بقراطیان امیر حسین	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر پاکدامن حسین	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر پژوهی محمد	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر زاهد پور انارکی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر تقوی نیکدخت	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر جمشیدی احمد رضا	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر جهانی محمد	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر الجیان کیوان	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حاج عبدالباقی محبوبه	دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر حجتی ناصر علی
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر خالقی سیامک
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر خسرو نیا ایرج
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر خلوت علی
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر درخشان دیلمی غلامرضا
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر دواچی فریدون
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر ذاکری حمیدرضا
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	دکتر رادپور منوچهر
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر رسولی نژاد مهرناز
بیمارستان تهران کلینیک	دکتر رضایی عدل رضوان
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر زالی محمد رضا
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر زجاجی همایون
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر ساغری هوشنگ
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	دکتر سررشته داری مجید
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر سلطان زاده اکبر
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر سهراب پور حمید
دانشگاه علوم پزشکی گرگان	دکتر شریعتی محمد یوسف
دانشگاه علوم پزشکی کاشان	دکتر شریفی حسین
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر شفائیان بهمن
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر شفیع زاده محمد
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	دکتر شیخ الاسلامی همایون
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر صالحی ایرج

دانشگاه علوم پزشکی کرمان	دکتر صالحی کرمانی
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر عبدی عزت الله
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر عزیزی فریدون
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر غفارپور مجید
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر فاطمی سید رضا
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر فره وش محمد جعفر
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر فلاح تفتی سعید
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر قارونی منوچهر
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر قدس احد
دانشگاه علوم پزشکی قم	دکتر قدیر محمد رضا
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر قدیمی رامین
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر قوام زاده اردشیر
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	دکتر کلانتری حمید
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر کیهانی منوچهر
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر لطفی جمشید
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر مهدوی مزده میترا
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر محرز مینو
دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر مرادمند بدیع سینا
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر مسجدی محمدرضا
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دکتر مسلمی زاده محمد
دانشگاه علوم پزشکی البرز	دکتر معماریان حمزه

دکتر ملتی محمد علی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر موسوی سید علی جواد	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مولوی علی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مهری علاء الدین	دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
دکتر میر باقری سید امیر	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر میر مجلسی سید حسین	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ناظری ایرج	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نجفی ایرج	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نخجوان منوچهر	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نقشین روزبه	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نوبخت حقیقی علی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر نوحی فریدون	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نوشاد هوشنگ	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر وحدانی پرویز	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر یلدا علیرضا	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حیدر نژاد حسن	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر اولیاء محمد باقر	دانشگاه علوم پزشکی یزد
دکتر احمد خسروی خراشاد	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر سیمیندخت شعائی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر داود یادگاری نیا	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر مهران ایزدی	دانشگاه علوم پزشکی البرز
دکتر علیرضا استقامتی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محسن نفر	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اعضای هیئت علمی سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

دکتر محمدباقر لاریجانی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر اسماعیل ایدنی	دانشگاه علوم پزشکی اهواز
دکتر سیامک بقایی	دانشگاه علوم پزشکی اهواز
دکتر نادر نادری	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
دکتر سید علی علوی	دانشگاه علوم پزشکی رشت
دکتر ملک پور انوشیروان	دانشگاه علوم پزشکی ساری
دکتر میرعبدالرحیم حبیبی خراسانی	دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر رحیم کشمیری	دانشگاه علوم پزشکی شیراز

صفحه	عنوان
مقالات گوارش	
۲	Non_ IBD colitis
۳	Suitability of Endoscopic Ultrasound to differentiate Crohn's disease and Ulcerative Colitis based on wall thickness
۵	گزارش موارد استفاده از Fecal Microbiota Transplant در بیماران التهابی روده با عفونت های راجعه کلستریدیوم دیفیسیل در ایران
۷	Risk of Advanced Colorectal Neoplasia in Patients With Inflammatory Bowel Disease Associated With Primary Sclerosing Cholangitis in Amir Alam Hospital
۹	Extra hepatic Clinical manifestation of Fatty liver Disease;Does it progress silent?
۱۱	نگرشی بر تغذیه بیماران استومی
۲۰	Ischemic Strokes a Manifestation of Pancreatic Cancer: A Case Report
۲۲	Prevalence and incidence of inflammatory bowel disease during 2008 to 2016 in Yazd, Iran
۲۴	تظاهرات بالینی اولیه بیماران مبتلا به کلاترژیوکارسینوما
۲۶	Evaluation of trends and prevalence of complementary and alternative medicine in patients referring to gastroenterology and liver clinics in mashhad
۲۹	عنوان مقاله مروری : افزایش شیوع استرنژیلولوئیدس استرکولاریس در نقص ایمنی

صفحه	عنوان
مقالات غدد	
۳۲	Predictive factors for uncontrolled hypertension in patients with type2 diabetes
۳۴	بررسی میزان ویتامین B۱۲ سرم در ۱۳۲ بیمار دیابتی تحت درمان با متفورمین در مقایسه با گروه کنترل
۳۶	The association between severity and duration of obesity among healthy obesity phenotype with incident metabolic syndrome in Tehran Lipid And Glucose Study
۳۸	تغییرات A1c در نزد ۵۴ بیمار دیابتی نوع یک طی دو دوره - کنترل روتین و کنترل با برنامه تلفن موبایل
۴۰	بررسی سطح فلزات آرسنیک و وانادیوم در سرم بیماران تیروئید و ارتباط آن با هورمون های تیروئید در استان خراسان جنوبی، شرق ایران
۴۲	مقایسه فراوانی سوء تغذیه در سالمندان دیابتیک و غیر دیابتیک مراجعه کننده به درمانگاه های دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران در سال ۹۵-۹۶
۴۴	Vitamin B12 deficiency in type 2 diabetic patients treated with metformin
۴۶	بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی تیپ یک پس از درمان با پمپ انسولین
۴۷	Low doses of glucocorticoid can induce hypocalcemia in hypoparathyroidism: a case report
۴۹	Comparison of respiratory indices in different phases of menstrual cycle in women with primary dysmenorrhea
۵۱	کنترل عملی بیماران دیابتی قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۵۶	فواید و مضرات تجویز ویتامین D و ارتباط آن با بروز سرطان ها
۶۲	A Brief Review of Hypocalcemic Disorders .A Focus on Post-Surgical Hypoparathyroidism
۶۵	Mauriac syndrome as a rare cause of primary amenorrhea: A case report

صفحه	عنوان
۶۷	Jaw tumor in recurrent primary hyperparathyroidism: A case report
۶۹	May metabolic syndrome increase the trend of Thyroid Nodules Formation
۷۱	سندرم سروتونین

مقالات قلب

۸۰	بررسی عوارض داروی رتپلاز در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته و تحت قرارداد دانشگاه آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶
۸۲	ارتباط سطوح سرمی ویتروکتین با شدت گرفتگی (Stenosis) عروق کرونر قلبی در بیماران غیردیابتی و سیگاری
۸۴	گزارشی از بروز تامپوناد چرکی در یک بیمار دیابتی
۸۵	مقایسه تعداد بیماران عروق کرونری مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان دانشگاهی گلستان اهواز در ماه های سرد و گرم سال
۸۷	گزارش یک مورد آنوریسم کرونری به عنوان عارضه ی نادر از مداخلات عروق کرونری
۸۸	تأثیر تمرین ورزشی کنترل شده به عنوان درمان غیر تهاجمی بیماران عروق کرونری، کاردیومیوپاتی و کاندید پیوند قلب: بدون عمل جراحی
۹۰	تأثیر یک دوره تمرینات استقامتی با هدف ممانعت از پیری سلولی بر فعالیت آنزیم تلومراز بافت قلب و لنفوسیت های خون محیطی رت های نر
۹۱	هایپر لیپیدی / تصلب شرائین
۹۳	جلوگیری از ابتلا به بیماری های قلبی عروقی با کاهش میزان ابتلا به دیابت: یک کارآزمایی بالینی در مورد دستورالعمل ACC / AH
۹۴	The effective implementation of primary prevention guidelines of coronary artery disease in reducing prevalence rate of diabetes: A clinical trial on ACC/AHA guideline
۹۶	گزارش یک مورد جالب از ایجاد عارضه ای عروقی در یک مرد جوان

صفحه	عنوان
مقالات خون	
۹۸	بررسی فاصله زمانی از بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر طی سال های ۸۸-۹۳
۱۰۰	مروری بر لوسمی لنفوبلاستیک و پایه و اساس تجویز آنتی بادی منوکلونال در ALL
۱۰۳	ECTHYMA GANGRENOSUM A COMPLICATION OF CHE-MOTHERAPY IN ACUTE LEUKEMIA
۱۰۵	فراوانی درگیری غدد لنفاوی در بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد(ع) شهرستان رامسر طی سالهای ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۴
۱۰۸	میزان بروز ترمبوسایتوپنی در بیماران بستری در بخش ICU بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر در سال ۱۳۹۴
۱۱۱	بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده در مراکز انکولوژی رامسر و تنکابن در سال ۱۳۹۵
۱۱۳	مطالعه یافته های بالینی و هماتولوژیک در بیماران مبتلا به پان سایتوپنی
۱۱۴	میزان مطابقت گزارش های سونوگرافی و ماموگرافی با گزارش پاتولوژی در بیماران مبتلا به سرطان پستان
۱۱۵	گزارش یک مورد نادر لنفوم بینی-حلقی (Nasopharyngeal lymphoma). ۱۱۵
۱۱۶	A case report of breast cancer in pregnancy in Imam Sajjad hospital in Ramsar in 1395
۱۱۸	بررسی سطح دی دایمر سرم در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵
۱۲۰	گزارش یک مورد نادر سرطان ریه با تظاهرات بالینی غیر معمول
۱۲۲	فراوانی درگیری غدد لنفاوی زیر بغل در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهیدبهشتی بابل و بیمارستان شهید رجایی تنکابن وامام سجاد(ع) رامسر از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳

صفحه	عنوان
۱۲۴	Kikuchi Fujimoto یک بیماری شبه لنفوم: گزارش یک مورد
۱۲۵	بررسی سطح خونی لیپوپروتئین با دانسیته پایین اکسید شده در بیماران مبتلا به بدخیمی های خونی و مقایسه آن با گروه شاهد
۱۲۷	Treatment with 3 cycle pulses of high-dose dexamethasone (HD-DXM) in adults with Primary Immune Thrombocytopenia : a prospective randomized clinical trial
۱۲۹	گزارش موردی: کمبود فاکتور ۱۰ (F۱۰D)
۱۳۱	Is calcium supplements necessary for primary prevention of osteoporosis in postmenopausal women?
۱۳۴	A case of myelodysplastic syndrome (MDS) with bone marrow fibrosis and isochromosomy of 17(q10)
	مقالات ریه
۱۳۸	Association between admission neutrophil to lymphocyte ratio and outcomes in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.
۱۴۰	Decreased serum level of apelin-36 in chronic obstructive pulmonary disease
۱۴۲	Efficacy and safety of iodopovidone pleurodesis through chest tube in spontaneous pneumothorax.
۱۴۴	Elevated red blood cell distribution width predicts mortality in acute exacerbation of COPD.
۱۴۶	Investigation of the association between microaspiration of Bile acid and Pepsin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation
۱۵۹	Idiopathic pulmonary fibrosis Investigation for viral infection

صفحه	عنوان
۱۶۱	Effect of conjugated linoleic acid supplementation on nutritional status and oxidative stress in COPD patients
مقالات عفونی	
۱۶۴	اپیدمیولوژی و وضعیت فعلی تب دانگ در ایران و جهان
۱۶۸	Title: Causes of mortality in the patients admitted to the infectious diseases ward and respiratory intensive care unit in Sina Hospital in Hamadan, west of Iran
۱۷۰	Primary Echinococcal Synovitis
۱۷۱	Presence of human herpesvirus 8 (HHV-8) DNA sequences in patients with lymphoproliferative diseases and chronic blood disorders
۱۷۳	بررسی اتیولوژی عفونت های بیمارستانی و مقاومت های آنتی بیوتیکی در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷
۱۷۷	بررسی فراوانی موارد مشکوک به آنفولانزا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در استان خراسان شمالی طی سال ۱۳۹۷ و مقایسه آن با سه ماهه انتهایی سال ۱۳۹۶
۱۸۰	6 years infertility due to hydatid cyst; A case report
۱۸۳	ارزش تشخیصی پروکلسیتونین، سرعت رسوب گلبولی (ESR) و پروتئین فاز حاد کمی (CRP) و یافته های بالینی در استئومیلیت در پای دیابتی
۱۸۵	Transient Elastography in assessment and follow up of patients with HBeAg-negative chronic HBV infection
۱۸۷	همبستگی Mortality Rate دواپار APACHE IV و SAPS II در پیش بینی میزان مرگ بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در بیمارستان بهشتی کاشان از مهر ۱۳۹۶ تا مهر ۱۳۹۷
۱۸۹	بررسی ۱۵۰ مورد بیمار مبتلا به سپسیس بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

صفحه	عنوان
۱۹۱	Challenges Associated with Current and Future of Tuberculosis RESISTANCY ,DURATION OF TREATMENT
۱۹۳	جذام بیماری فراموش شده یا حذف شده؟
۱۹۵	عنوان:مقایسه بروز عفونت های بیمارستانی در بیماران با و بدون پرفشاری خون بستری در ICUبیمارستان ولی عصر بیرجند طی سال ۹۴-۹۵
۱۹۷	اپیدمیولوژی و وضعیت فعلی تب نیل غربی (West Nile Fever) در ایران و جهان
۲۰۱	LATENT TUBERCULOSIS
۲۰۲	مقایسه اثر دو آنتی بیوتیک سیپروفلوکساسین و کوتریموکسازول در پیشگیری از عفونت ها در حین درمان بیماران مبتلا به مالتیپل میلوما
۲۰۳	بررسی اپیدمیولوژی بروسلوز در استان قزوین در سال ۱۳۹۶
۲۰۴	Title: The effect of green tea consumption in the treatment of mild to moderate depression in Iranian patients living with HIV: A double-blind randomized clinical trial.
۲۰۷	Zika virus Infection Comprehensive Study: a systematic review
۲۰۸	گزارش دو مورد همراهی DVT بروسلوز
۲۰۹	بررسی و مقایسه بخش های بیمارستانی از نظر انواع عفونت های ایجاد شده و اتیولوژی عفونت های بیمارستانی در آن ها در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷
۲۱۲	بررسی مصرف آنتی بیوتیک در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷
۲۱۴	بررسی فراوانی عفونت ها شیوع و مقایسه آنها و سوش غالب ایجاد کننده هر یک در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد در سال ۱۳۹۷
۲۱۶	بررسی و مقایسه فراوانی عفونت سودومونایی در بخش های مختلف بیمارستان و ارتباط آن با بیماری ایجاد شده در بیماران بستری شده در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد در سال ۱۳۹۷
۲۱۸	بررسی تاثیر ویتامین D بر سیر بیماری پنومونی در بیماران بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۵

صفحه	عنوان
۲۲۰	بررسی فرایند و اثربخشی ضد عفونی کننده های رایج و نحوه کنترل عفونت های بیمارستانی در بخش های ویژه و داخلی
۲۲۲	بررسی ژن های انتروتوکسین A,B,C,D و E در ایزوله های استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم و حساس به متی سیلین جدا شده از محصولات لبنی و گوشت ماکیان
۲۲۴	استفاده از روش ذوب DNA مبتنی بر Real-time PCR جهت تشخیص انتروکوک فکالیس و انتروکوک فاسیوم در ایزوله های بالینی
۲۲۵	بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به بروسلوز مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار-عرب نیا در سال ۹۶
۲۲۷	بررسی اپیدمیولوژیک عفونت بیمارستانی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار-عرب نیا در ده ماهه اول ۹۷
۲۲۹	بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان مراقبت بهداشتی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار-عرب نیا در شش ماهه اول ۹۷
۲۳۱	بررسی اپیدمیولوژیک عفونت های سیستم اعصاب مرکزی در موارد بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۹۵-۹۰
۲۳۴	بررسی شیوع عفونت نهفته سلی در پرسنل درمانی بیمارستان شهید بهشتی کاشان
۲۳۶	بررسی فراوانی عفونت های بیمارستانی و عوامل میکروبی در بخش های بستری در گیلان

مقالات روماتولوژی

۲۴۰	Pulmonary Hypertension in Rheumatoid Arthritis and Left Ventricular Diastolic Dysfunction, study of forty cases
۲۴۲	Title: Severe Hypercalcemia as the Presenting Signe of Sarcoidosis: A Case Report
۲۴۴	Relationship between systemic inflammation with muscle strength and pain in knee osteoarthritis
۲۴۶	ارزیابی ارتباط دوز و تعداد داروهای مصرفی موثر بر QT Interval در بیماران مبتلا به لوپوس
۲۴۷	بررسی رابطه سطح سرمی فاکتور تمایز رشد ۱۵ (GDF-۱۵) و شدت بیماری آرتریت روماتوئید

صفحه	عنوان
۲۴۹	Hydroxychloroquine induced hyperpigmentation
مقالات کلیه	
۲۵۲	'Transplant renal artery stenosis: a case Report
۲۵۵	Association of circulating betatrophin levels with the severity of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus compared to healthy controls
۲۵۷	تشخیص سیستمیت آمفیزماتوزیس در بیمار مبتلا به دیابت، (گزارش موردی)
۲۵۹	The study of pattern of response to Hepatitis B vaccination in hemodialysis patients with End Stage Renal Disease in 2017-2018, in Hamadan
۲۶۲	بررسی میزان دفع اگزالات در بیماران مبتلا به سنگ سازی کلیه
۲۶۳	نفروتوکسیسیته مواد حاجب؛ چالشی مهم در مشاوره داخلی
۲۶۷	باکلوفن توکسیسیته در بیماران تحت همودیالیز مزمن
۲۶۸	ارتباط شاخص مچ پا- بازویی (ABI) با کسر خروجی بطن چپ در بیماران همودیالیزی
۲۷۰	بررسی عوامل خطر مرتبط با سندرمهای بالینی عفونی در بیماران با نارسایی مزمن کلیوی تحت دیالیز کاشان
مقالات نورولوژی	
۲۷۴	Title: JC virus large T Ag detection in brain biopsy of an HIV-infected patient with Glioblastoma Multiform: more than a coincidental finding
۲۷۹	Title: A case of Cerebral Venous-Sinus Thrombosis Presenting with Delirium
۲۸۰	Carbamazepine and hyperpigmentation in young woman

صفحه	عنوان
------	-------

مقالات مسمومیت

۲۸۴	بررسی پاسخ درمانی موارد مسمومیت با سرب به علت مصرف تریاک در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های امام خمینی و امام رضا کرمانشاه در سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۶
۲۸۶	Bullae formation in tramadol intoxication: an unusual presentation
۲۸۷	Poisoning with Tasty and Sweet Seed Pods of Bird of Paradise Plant <i>Caesalpinia gilliesii</i> : a rare case report from Iran
۲۸۹	گزارش موارد مسمومیت با اسفناج و مرور شواهد

مقالات متفرقه

۲۹۴	مروری بر دستاوردها و چالش های طرح تحول نظام سلامت ایران
۲۹۶	پزشکی روایتی از فلسفه تا عمل
۲۹۸	نقش موسیقی در طب جایگزین complementary medicine و اثرات توانبخشی موسیقی در بیماری های داخلی و اعصاب (سکته مغزی، سکته قلبی، آلزایمر)
۲۹۹	GERIARIC PREVENTIVE CARE
۳۰۰	Pharmacologic misuse for spiritual gain
۳۰۲	ده تهدید مهم برای بهداشت مردم جهان در سال ۱۳۹۸ Ten threats to global health in (2019)
۳۰۶	اپیدمیولوژی موارد حیوان گزیدگی در استان قزوین ۱۳۹۶
۳۰۸	طب تسکینی؛ بخش مغفول طب داخلی
۳۰۹	بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان مراقبت بهداشتی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار- عرب نیا در شش ماهه اول ۹۷
۳۱۱	مراقبت تسکینی معنویت محور از بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی

صفحه	عنوان
مقالات ریه	
۳۱۳	Status of the Acute Respiratory Symptoms, Pulmonary Function Test, and Chest Radiograph among Professional Firefighters in Active Firefighting:
پایان نامه های برتر	
۳۱۶	دکتر علی نیک سیرت
۳۱۸	دکتر نصرت عابد پور
۳۲۰	دکتر محمد مهدی اسحق حسینی

سی‌اُمین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



Non_IBD colitis

Ahmad roostae.MD.

Abstract

Aim: Recognition of other forms of inflammatory diseases of the colon, which could be resemble to inflammatory bowel disease (IBD), reported as non-IBD colitis. These diseases include microscopic colitis, ischemic colitis, segmental colitis associated with diverticula, radiation colitis, diversion colitis, eosinophilic colitis and Behcet's colitis ,infectious colitis and drug_induced colitis.The etiopathogenesis of most of these diseases is unknown . These conditions are often troublesome for the patient and physician , associated with diagnostic difficulties .

Method:

Searching key words :non IBD colitis, microscopic colitis, ischemic colitis, segmental colitis associated with diverticula, radiation colitis, diversion colitis, eosinophilic colitis and Behcet's colitis ,infectious colitis and drug_induced colitis,misdiagnosis as IBD,pathogenesis of IBD.

Result:

there are many form of colitis which are like IBD grossly during colonoscopy despite different pathophysiological machanism such as ischemic colitis or SCAD.

conclusion: diarrhoea, abdominal pain and intermittent rectal bleeding are non specific and Colonoscopic evaluation and mucosal biopsy are essential in establishing these diagnoses and to exclude IBD and non_IBD colitis,however is not always easy. Prognosis and responses to treatment are dependent to correct diagnosis.In general these conditions are often troublesome for both the patient and the physician. therefore, to better managment of colitis other etiologies should be in mind and inter_relationship between pathologist and gastroentrologist is mandatory.

Suitability of Endoscopic Ultrasound to differentiate Crohn's disease and Ulcerative Colitis based on wall thickness

Nader Roushan¹, Nasser Ebrahimi Daryani², Zahra Azizi³, Helia Pournaghshband⁴, Ali Niksirat³

1. Associate professor, Department of internal medicine, division of Gastroenterology, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Professor, Department of internal medicine, division of Gastroenterology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Internist, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction:

Diagnosis of inflammatory bowel disease (IBD) is based on clinical presentation, colonoscopy and histology. Differentiation of Crohn's disease (CD) and Ulcerative

Colitis (UC) can be difficult in some patients. Endoscopic ultrasound (EUS) provides high resolution images of the gastrointestinal wall (GI) and may be an alternative to differentiate CD/UC. The aim of this study is evaluation the accuracy of EUS in differentiating UC from CD in colon.

Method:

Consecutive patients with CD, UC or Healthy control (30 UC, 30 CD and 10 healthy controls) underwent EUS in the mid sigmoid colon with a forward-viewing radial echoendoscope. Mucosal, submucosal,

total wall thickness (TWT) were assessed by EUS in a blinded fashion. TWT was correlated with macroscopic IBD scores and histological inflammation scores.

Results:

Sensitivity of 100% and specificity of 92.3% for EUS to differentiate UC and CD comparing to standard diagnostic tests was obtained from this study. Mean mucosal thickness in patients with UC was significantly greater than patients with CD, while, mean sub-mucosal thickness was significantly greater in patients with CD ($P<0.001$). The sensitivity and Specificity of mean mucosal thickness for differentiating UC from CD and Controls were 92.3% and 88.6% with Cut-off point of 1.1 mm ($p<0.001$). Moreover, Sensitivity and Specificity of mean submucosal thickness for differentiating CD from UC and Controls were 100% and 86.1% with Cut-off point of 1.08 mm ($P<001$).

Conclusions:

Increased total wall thickness has a high positive predictive value for active IBD. EUS can be used as an efficient modality with acceptable accuracy to differentiate Crohn's disease and Ulcerative Colitis and quantify the level of colonic inflammation. It helps especially in patients with indeterminate colitis to correctly select medical and surgical treatments.

Key words:

Endoscopic Ultrasonography, Intestinal Wall thickness, Crohn's disease, Ulcerative colitis

گزارش موارد استفاده از Fecal Microbiota Transplant در بیماران التهابی روده با عفونت های راجعه کلستریدیوم دیفیسیل در ایران

دکتر ناصر ابراهیمی دریانی ۱، دکتر تینا دیهیم ۲، دکتر هانیه پایداری ۳، دکتر علی نیک سیرت ۴، دکتر مسعود آل بویه ۵، فهیمه سادات غلام مصطفایی ۵

۱- استاد، فوق تخصص گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دستیار تخصصی بیماری های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- متخصص بیماری های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- مرکز تحقیقات بیماری های منتقله از راه آب و غذا، پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه مقاله:

کولیت اولسروز یک بیماری مزمن است که با التهاب مخاطی محدود به کولون مشخص می شود. ممکن است تمام یا قسمت هایی از روده بزرگ را درگیر کند. شاه علامت کلینیکی این بیماری، اسهال خونی اغلب با نشانه های برجسته ی فوریت دفع و تنموس می باشد. بیماری با دوره های تشدید و خاموشی مشخص می شود که ممکن است بطور خودبخودی یا در پاسخ به تغییرات درمانی یا بیماری های رایج اتفاق بیفتد. تشدید علایم در این بیماران ممکن است به درمان ناکافی یا بیماری التهابی روده زمینه ای نسبت داده شود. با این حال عفونت های اضافه شونده مثل کلستریدیوم دیفیسیل می تواند در شعله ور شدن و عارضه دار شدن بیماری نقش ایفا کند. بروز عفونت کلستریدیوم دیفیسیل در بیماران با بیماری التهابی روده (IBD)، با دوره ی شدیدتر، مدت زمان بیشتر بستری در بیمارستان، هزینه های بالاتر درمانی، احتمال بیشتر کولکتومی و مورتالیتی بیشتر همراه است. هنگامی که کولونوسکوپی در این بیماران انجام می شود، یافته ی کلاسیک شامل گستره ی چسبنده زرد و سفید رنگ چند کانونه "غشای کاذب" می باشد. استفاده از روش PCR بر روی نمونه مدفوع برای یافتن این ارگانیسم ارجح می باشد. بیماران با عفونت خفیف تا متوسط با استفاده از Metronidazole خوراکی و بیماران با عفونت شدید با استفاده از ونکومايسين خوراکی به مدت ده روز درمان می شوند. اولین عود کلستریدیوم دیفیسیل با همان رژیم اولیه و عود دوم با دریافت پالس ونکومايسين

درمان می‌شود. در صورت عود سوم ، FMT (Fecal Microbiota transplant) می‌تواند انجام شود.

روش FMT در سالهای اخیر نه تنها در درمان بیماری کلوستریدیوم دیفیسیل عود کننده، بلکه در درمان بیماری التهابی روده بسیار محبوب شده است. ما در این مطالعه استفاده موفق از FMT را در درمان عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل در سه مورد با بیماری التهابی روده را برای اولین بار در کشورمان گزارش کرده ایم.

کلمات کلیدی:

بیماری التهابی روده، کلوستریدیوم دیفیسیل، عفونت تکرار شونده کلوستریدیوم دیفیسیل، FMT

Risk of Advanced Colorectal Neoplasia in Patients With Inflammatory Bowel Disease Associated With Primary Sclerosing Cholangitis in Amir Alam Hospital

DR.S.MAHMOUD ESHAGH HOSSEINI

DR. MOHAMMAD MEHDI ESHAGH HOSSEINI

DR.S.JALAL ESHAGH HOSSEINI

DR.ZAHRA ESHAGH HOSSEINI

BACKGROUND & AIMS:

Patients with inflammatory bowel disease and primary sclerosing cholangitis are at increased risk for colorectal cancer, but their risk following a diagnosis of low-grade dysplasia is not well described. We aimed to determine the rate of advanced colorectal neoplasia, defined as high-grade dysplasia and/or colorectal cancer, following a diagnosis of indefinite dysplasia or low-grade dysplasia in this population.

METHODS:

We performed a study of 200 patients with colonic IBD (28 with PSC and 172 without PSC) who underwent more than 2 surveillance colonoscopies from 2009 through 2017 in Amir Alam Hospital Tehran (Iran). We collected data on clinical and demographic features of patients, as well as data from each surveillance colonoscopy and histologic report. For each surveillance colonoscopy, the severity of active inflammation was documented. The primary outcome was a diagnosis of advanced colorectal neoplasia during follow-up evaluation. We also investigated factors associated with advanced colorectal neoplasia in patients with or without a prior diagnosis of indefinite dysplasia or low-grade dysplasia.

RESULTS:

Patients with PSC-IBD had a 2-fold higher risk of developing advanced colorectal neoplasia than patients with non-PSC IBD. Mean inflammation scores did not differ significantly between patients with PSC-IBD vs patients with non-PSC IBD ($P = .89$), nor did proportions of patients with low-grade dysplasia (22% of patients with PSC-IBD vs 19% of patients with non-PSC IBD) differ significantly ($P = .37$). However, the rate of advanced colorectal neoplasia following a diagnosis of low-grade dysplasia was significantly higher in patients with PSC-IBD than patients with non-PSC IB). PSC increasing age and active inflammation were independent risk factors for advanced colorectal neoplasia. Dysplasia was more often endoscopically invisible in patients with PSC-IBD than in patients with non-PSC IBD.

CONCLUSIONS:

In a study of 200 patients with colonic IBD, PSC remained a strong independent risk factor for advanced colorectal neoplasia. Once low-grade dysplasia is detected, advanced colorectal neoplasia develops at a higher rate in patients with PSC and is more often endoscopically invisible than in patients with only IBD. Our findings support recommendations for careful annual colonoscopic surveillance for patients with IBD and PSC, and consideration of colectomy once low-grade dysplasia is detected.

Extra hepatic Clinical manifestation of Fatty liver Disease; Does it progress silent?

Masoudreza Sohrabi*, Ali Gholami, Sare Hatamian, Sheida Aghili ,
Khadijeh Hatami ,

Affiliation:

GastroIntestinal and liver Diseases Research center, Iran University of medical sciences

Nonalcoholic fatty liver diseases (NAFLD) is the major cause of hepatocellular carcinoma and increases the risk of mortality. Understanding the trends of its clinical and biochemical changes is essential to identify patients with NAFLD that are at the greatest risk of nonalcoholic steatohepatitis (NASH) and cirrhosis in Iran.

Methods:

Patients with NAFLD confirmed by ultrasonography were enrolled into the current study. They had negative serologic markers of viral or autoimmune hepatitis, no findings in favor of metabolic liver disease, and had not received medications that affect liver, such as silymarin and Ursobil. Biochemical and clinical symptoms and histological variables were evaluated for each patient. Descriptive statistics were used to compute all variables.

Results:

A total of 206 patients, including 109 male and 97 female, with the mean age of 41.2 years were enrolled. The number of patients without obesity and diabetes were 34 (16.4%) and 48 (23.1%), respectively. Sleep disorder, delayed sleep, daytime sleepiness, and late dinner were noticeably common in patients with NAFLD. Furthermore, anxiety,

thirst sensation, bloating, warming sensation, defecation disturbances, and upper abdominal pain were common among patients with NAFLD.

Conclusion:

NAFLD is a heterogeneous disorder with vast clinical presentations. It seems that anxiety and gastrointestinal problem are common among such patients. Moreover, inadvertent sleep could have a considerable effect on developing NAFLD. Patients with diabetes have more severe NAFLD, based on clinical and histological findings.

نگرشی بر تغذیه بیماران استومی

مهندس محمد حسین آهوئی^۱، دکتر رضوان پوراحمد^۲، مهندس ندا قربان زاده^۳، دکتر سید محمود اسحق حسینی^۴

۱- کارشناس ارشد مهندسی صنایع غذایی

۲- دانشیار گروه صنایع غذایی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی علوم و صنایع غذایی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال، تهران، ایران

۴- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، فوق تخصص بیماری های گوارش و کبد بزرگسالان

۱- استومی

ریشه واژه " Stoma " به دوران یونان باستان بازمی گردد و معنای " Mouth " و " Opening " را شامل می شود که می توان آن را به " دهانه " یا " ورودی " برگردان نمود. طبق تعریف، استوما همان قسمتی از روده است که در خارج شکم قرار می گیرد و استومی به انجام این عمل توسط جراح متخصص گفته می شود. استوما درد ندارد و رنگ آن می تواند از صورتی تا قرمز باشد. انواع استومی را می توان در سه گروه جای داد: کولوستومی، ایلئوستومی و یوروستومی که هر کدام از این آیتم ها خود زیرگروه هایی را شامل می گردد. برای نخستین بار استوما در دهه ۱۷۰۰ میلادی توسط جراحان و با " NOTHER NATURE " از یک فیستول پوستی روده ناشی از انسداد دیستال و به دنبال ترومای شکمی ایجاد شده است. سرطان های کولورکتال، بیماری های التهابی روده و دیورتیکولیت ها به ترتیب شایع ترین علل استومی می باشد. کولوستومی نخستین بار در سال ۱۷۷۶ صورت گرفته است. کولوستومی جهت قطع دیستال کولون یا رکتوم و انحراف مسیر دفع انجام می شود. اگر مکانیسم اسفنگتر رکتوآنال سالم باشد، کولوستومی موقت و قابل بازگشت بوده و در غیر اینصورت کولوستومی دائم می باشد. جالب است، اولین بگ مخصوص این بیماران در سال ۱۹۵۴ توسط پرستاری دانمارکی به نام Elise Sorensen برای خواهرش " Tora " که به دلیل سرطان کولون، استومی شده بود و زندگی اجتماعی اش به شدت تحت تاثیر قرار گرفته بود ابداع گردید و در سال ۱۹۵۷ توسط مدیر یک کمپانی تولید کیسه پلاستیکی به نام لوییس هانسن با نام کامل Niels Peter Louis-Hansen به صورت تجاری و انبوه تولید شد. بیش از ۱۰۰ سال پس از اولین کولوستومی، در سال ۱۸۷۹ اولین ایلئوستومی صورت پذیرفت. در ایلئوستومی، کولون و رکتوم به طور کامل حذف می شوند. اگر ایلئوستومی موقت باشد، پس از حصول بهبودی

ایلئوم به مقعد وصل می‌گردد. اگر اسفنکتر مقعد برداشته شود، اختیار و اراده در دفع از بین می‌رود و ایلئوستومی دائمی خواهد بود. استوماهای اولیه با عوارض شدید و ناخوشایند پوستی همراه بود و سوزش و خارش و التهاب پوست را به همراه داشت زیرا مدفوعی که خارج می‌شود آنزیم‌های روده را نیز به همراه دارد. در سال ۱۹۵۲ "ایلئوستومی بروک" یا "ایلئوستومی استاندارد" ارائه گردید که طی آن پوست روده روی خودش برگردانده می‌شود و پشت و رو می‌شود. در این روش از عوارض پوستی تا حد بسیار زیادی کاسته می‌شود و مدیریت آن آسان می‌شود. ایلئوستومی معمولاً در یک چهارم زیرین، سمت راست شکم صورت می‌گیرد و هدف از آن نیز انحراف مسیر دفع می‌باشد. خروجی ایلئوستومی نرم است و قوام و ویسکوزیته کمی دارد و حاوی ذرات هضم نشده و بقایای مواد غذایی می‌باشد. میزان دفع در روز ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی لیتر بوده و محتوی الکترولیت‌ها می‌باشد. IBD یکی از علل شایع ایلئوستومی است که طی آن در مدفوع فرد مبتلا، خون و مخاط مشاهده می‌شود، کاهش وزن، سوء تغذیه و بعضاً دردهای شکمی نیز مشاهده می‌گردد. از سایر دلایل ایلئوستومی می‌توان به کنسر کولون، FAP یا Familial Adenomatous Polyposis، Hirschsprung's disease، نقایص

مادرزادی و برخی آسیب‌های ناخواسته که به روده وارد می‌شود، اشاره داشت.

از لحاظ روانشناسی، بیمار پس از اتصال یک جسم خارجی به بدن خود (کیسه) دچار وحشت و شوک خواهد شد، افسرده و ناراحت می‌شود، مضطرب شده و در حضور دیگران مدام احساس خجالت می‌کند و سعی در گریز از اجتماع دارد. بیمار استومی معمولاً کم حوصله، کم حرف، بد خلق است و پرخاشگر و عصبی می‌شود. در برخی پژوهش‌ها، گزارش شده است که بیماران استومی گرایش به خودکشی دارند و در اصطلاح "از زندگی شان سیر شده اند" اما این پایان کار نیست و جهت خروج بیمار استومی از این وضعیت و این رفتار توصیه می‌شود چند هفته پس از جراحی با بیمار صحبت شود، به او آرامش داده شود و بیمار آموزش‌های لازم را ببیند و در گذر زمان با این شرایط سازگار شود. بیمار استومی در تمامی ادوار زندگی قادر به ادامه فرآیند زندگی است و با وجود استوما می‌تواند در صحت و سلامت زندگی خود را ادامه دهد.

نخستین پیلورکتومی در سال ۱۸۷۹ توسط Jules Pean انجام شد و گاسترکتومی نخستین بار در سال ۱۸۸۱ توسط پزشکی آلمانی به نام تئودور بیلروت با نام کامل Christian Albert Theodor Billroth و جهت درمان سرطان معده با موفقیت صورت پذیرفت. گاسترکتومی به حذف کامل و جزئی (گاستروئودنوستومی یا گاستروژونوستومی) معده گفته می‌شود. در حذف کامل اگر مری به ژنوم متصل گردد این عمل ازوفاگوژونوستومی نام دارد که به دلیل مشکلات تغذیه‌ای کمتر صورت می‌پذیرد. سرطان معده، وجود پولیپ‌ها،

خونریزی‌های مداوم، زخم، پرفوراسیون، اولسر معده و در واقع هرگونه تخریب معده از جمله مواردی هستند که پزشک متخصص گاسترکتومی را برای بیمارش ترجیح می‌دهد. حذف حدود ۳۰ درصد معده آنترکتومی، حدود ۵۰ درصد معده همی گاسترکتومی و حدود ۹۰ درصد معده ساب توتال گاسترکتومی نامیده می‌شود.

یوروستومی به حذف مثانه و ایجاد استوما در سطح شکم جهت خروج ادرار گفته می‌شود و مهمترین دلیل آن سرطان پیشرفته مثانه می‌باشد. آسیب‌های غیر قابل برگشت و برخی عوارض مانند عوارض ناشی از اشعه درمانی نیز می‌تواند باعث آن گردد.

وجود بگ (کیسه) مانع از فعالیت‌های طبیعی مانند استحمام، ورزش، رقص، مسافرت، میل جنسی و رابطه جنسی نخواهد شد. باید متذکر شد، ممکن است وجود بگ در مردان تا مدتی باعث شود تا آن‌ها اختلال نعوذ و پس رفتن انزال داشته باشند و در زنان خشکی واژن اتفاق بیفتد. جهت پنهان کردن بگ می‌توان از کمربندهای شکمی مخصوص استفاده کرد که به شکم ظاهر طبیعی می‌دهند.

۲- تغذیه بیماران استومی

بدن یک انسان بالغ و سالم با وزن ۱۴۵ پوند (معادل ۶۵/۸ کیلوگرم) حاوی ۸۴ پوند آب (معادل ۳۸ کیلوگرم) است که ۶۰ درصد وزن وی را تشکیل داده است، ۲۰ درصد چربی (۲۸ پوند معادل ۱۲/۵ کیلوگرم) و ۲۰ درصد دیگر شامل پروتئین‌ها (تا ۲۵ پوند معادل ۱۱/۳ کیلوگرم)، مینرال‌ها (تا ۷ پوند معادل ۳ کیلوگرم)، کربوهیدرات‌ها (تا ۱/۴ پوند معادل ۰/۶۵ کیلوگرم) و ویتامین‌ها در سطح اندک می‌باشد.

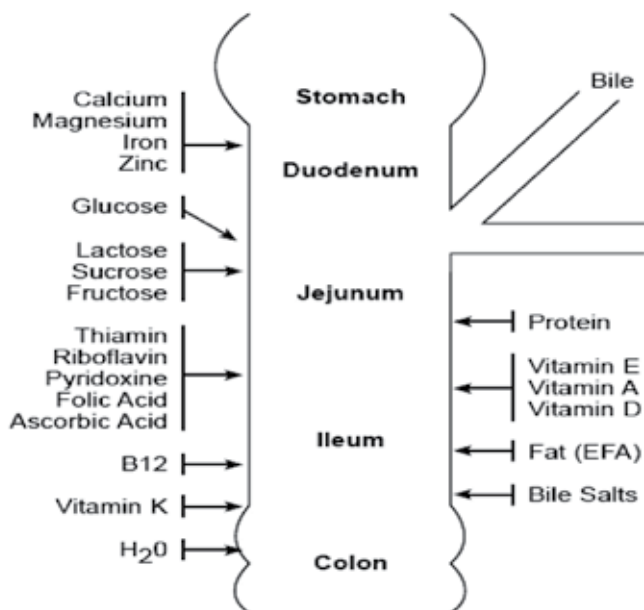
نقطه آغاز گوارش، دهان است. پس از جویدن و برش و تکه تکه شدن غذا در دهان توسط دندان‌ها و ترکیب شدن با پتیلین بزاق ماده غذایی آماده ورود به این سیستم می‌گردد، غذا بلعیده می‌شود، مری را طی می‌کند و وارد معده می‌گردد، معده اندام J شکل دستگاه گوارش است که قابلیت اتساع بالایی دارد. غذا در معده با شیر معده یا Gastric acid که به شدت اسیدی است (pH= ۲-۱) ترکیب می‌شود و به صورت نیمه مایع در می‌آید و حاوی آنزیم‌های گوارش و ماده غذایی می‌باشد (باید متذکر شد، در دهان آنزیم دیگری به نام آمیلاز نیز وجود دارد که باعث شکسته شدن کربوهیدرات‌ها می‌شود ولی به دلیل شرایط اسیدی معده این آنزیم در معده توانایی فعالیت ندارد)، این ترکیب کیموس نام دارد و وارد روده باریک می‌گردد. طول روده باریک حدود ۲۱ فوت و معادل ۶/۵ متر می‌باشد. صفرا و آنزیم‌های پانکراتیت همراه با آنزیم‌های روده باریک مولکول‌های غذا را می‌شکنند و در نتیجه غذا برای بدن قابل جذب می‌شود و سپس انرژی لازم برای بدن فراهم می‌گردد. مدت زمان این فرآیند از ۲ تا ۶ ساعت متغیر می‌باشد. کولون ۵ تا ۶ فوت (معادل ۱/۵ تا ۱/۸ متر) طول دارد و منطقه ایست برای

نگهداری بقایای مواد غذایی پس از هضم. البته مقادیری آب و سدیم نیز توسط کولون جذب می‌شود و مدفوع شکل می‌گیرد. زمان باقی ماندن مدفوع در کولون از ۱۲ تا ۴۸ ساعت می‌تواند متغیر باشد.

تقریباً تمامی جذب در روده باریک صورت می‌گیرد. کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها، و چربی‌ها جهت هضم باید کاملاً شکسته شده باشند. ویتامین‌ها و مینرال‌ها در شکل اصلی خود جذب می‌شوند (شکل ۱).

بیمار استومی می‌تواند به طور مرتب غذا مصرف کند. مواردی که باعث نگرانی این بیماران می‌شود شامل بو، دفع گاز و دفع مدفوع بی‌اراده آن‌ها می‌باشد. جدا شدن و نشتی بگ هم از دیگر نگرانی‌های این بیماران می‌باشد. نیاز تغذیه‌ای بیمار استومی (ایلئوستومی) به قسمت باقی مانده روده باریک او بستگی دارد. اهداف مدیریت رژیم غذایی در بیماران استومی جلوگیری از انسداد، بهبود زخم استوما، کاهش ناراحتی‌های گوارشی مانند نفخ و اسهال و نیز بوی مشمئز کننده می‌باشد. در بیماران ایلئوستومی دائم، فرد مبتلا به تدریج با کیسه همیشه آویزان به خود سازگار خواهد شد. در طول این مدت غلظت مدفوع به تدریج بیشتر می‌شود، حالت خمیر رقیق به خود می‌گیرد و ضخیم‌تر می‌شود. تعداد دفعات دفع روزانه نیز ممکن است کمتر می‌شود. آداپته شدن ذهن فرد و وضعیت موجود بدنش ممکن است تا یک سال هم زمان لازم داشته باشد.

بیماران استومی (کولوستومی و ایلئوستومی) در ۶ تا ۸ هفته پس از جراحی باید مواد غذایی نرم مصرف کنند. مصرف مواد غذایی دارای فیبر زیاد منجر به انسداد ناشی از محدود شدن lumen edematous روده می‌گردد. همچنین مصرف شیر و مواد غذایی پرچرب نیز منجر به نفخ و دفع گاز و نیز اسهال می‌شود.



شکل ۱- چارت جذب ویتامین‌ها و مینرال‌ها و سایر مواد

بیمار استومی باید از مواد غذایی که منجر به اسهال می‌شود اطلاع داشته باشد. در وهله اول، اجتناب از مواد غذایی حاوی کربوهیدرات‌های کم هضم و بد هضم الزامیست زیرا باعث تولید گاز توسط باکتری‌های مستقر در روده می‌شود این کربوهیدرات‌ها شامل نشاسته و فیبرهای محلول موجود در سیب زمینی، ذرت، گندم و رشته فرنگی می‌باشد. همچنین، حبوبات به ویژه لوبیا و نخود، کلم و گل کلم و بروکلی به شدت تولید گاز می‌نمایند.

در بیماران استومی (کولوستومی و ایلئوستومی) ۶ تا ۸ هفته اول از گروه غذایی غلات، نان سفید نرم، کراکر و غلات کم فیبر (مثل کرم گندم و کرم برنج) و به تدریج مصرف غلات دارای محتوای فیبر بالاتر (شروع از ۳ تا ۵ گرم در روز) باید لحاظ گردد. مصرف گندم کامل، سبوس، ذرت، مغزهای آجیلی محدودیت دارد و تحمل آن‌ها به تدریج حاصل می‌شود. از گروه سبزیجات در ۶ تا ۸ هفته اول مصرف لوبیا سبز، هویج، اسکواش (کدو مسما) و گوجه فرنگی به صورت له شده و پخته شده بسیار مطلوب است. اگر این مواد به آرامی خورده شوند و با جویدن بسیار زیاد همراه باشد احتمال انسداد تقریباً به صفر می‌رسد. در این زمان زمان مصرف کرفس خام، فلفل قرمز، قارچ خام، کلم، نخود، ذرت، میوه‌های هسته دار، دانه‌ها و سویا باید کم و با احتیاط باشد. مصرف چغندر قرمز نیز باعث قرمز شدن رنگ خروجی مدفوع ایلئوستومی و کولوستومی

خواهد شد. تا ۶ هفته پس از جراحی بهتر است میوه‌ها به صورت پوست‌کنده شده، له شده و پخته شده مصرف شود. برای شروع مصرف، سیب، موز و پوره میوه‌ها همچنین آب میوه طبیعی (خانگی) بسیار مناسب است. مصرف مواردی مانند نارگیل، آناناس، کشمش و میوه‌های خشک شده به دلیل بالابردن احتمال انسداد در این پریود توصیه نشده است. احتمال عدم تحمل لاکتوز به صورت موقت پس از جراحی بسیار بالاست و مصرف شیر تا ۸ هفته اول پس از جراحی توصیه نمی‌شود زیرا منجر به اسهال می‌شود. پس از هفته هشتم مصرف شیر باید به آرامی و به صورت تدریجی شروع شود و اگر باز هم اسهال و علائم عدم تحمل لاکتوز مشاهده شد، اندکی زمان لازم است تا روده کاملاً به رفتار نرمال خود بازگردد. البته مصرف سایر فرآورده‌های شیر مثل شیرهای تخمیر شده و ماست و پنیر هیچ مشکلی ایجاد نمی‌کند. هم‌چنین مصرف قرص لاکتاز نیز در این هنگام مثر ثمر خواهد بود. محدود کردن مواد غذایی سرشار از پروتئین مانند گوشت قرمز، گوشت پرندگان، ماهی، میگو، لوبیا و دانه‌های پروتئینی ۶ تا ۸ هفته پس از جراحی الزامیست و پس از این پریود، مصرف تدریجی به دلیل ایجاد سازگاری و حصول تحمل توصیه شده است. برای مثال، مصرف ۳۰ گرم گوشت و یک تخم مرغ کامل و یک سوم فنجان کره بادام زمینی در طول روز توصیه شده است. مصرف آبی که گوشت در آن پخته شده است، سوپ خامه‌ای، نوشیدنی‌های ماستی، کیک نرم مطلوب است مصرف چربی‌های ترانس باید بسیار محدود باشد. اگر عدم تحمل چربی نیز وجود داشته باشد میزان مصرف چربی‌های ترانس باید به صفر برسد و همچنین مصرف کافئین کاهش یابد زیرا کافئین محتوای اسید معده و زمان انتقال سیستم معده‌ای - روده‌ای را افزایش می‌دهد. در صورت تحمل مناسب چربی مصرف روغن‌های مونو اشباع (مثل زیتون، کنولا و بادام زمینی) و روغن‌های پلی اشباع (مثل ذرت و آفتابگردان) و نیز امگا تری (موجود در روغن ماهی، دانه کتان و گردو) بسیار مطلوب است. مصرف آب در روز باید الزاماً ۶ تا ۸ لیوان در روز باشد و به بیماران ایلئوستومی به دلیل دفع بیشتر مصرف بیش از این مقدار آب توصیه می‌گردد. بیمار استومی باید مرتب مواد غذایی وارد دستگاه گوارش خود کند زیرا روده خالی تولید گاز خواهد کرد. وعده‌های غذایی بیمار باید کوچک باشد، خوب جویده شود و همراه با غذا به صورت همزمان آب نوشیده نشود. قندهای ساده باعث تشدید اسهال می‌شوند و مصرف پتاسیم و محصولات محتوی آن از بروز اسهال جلوگیری می‌کند. محدود کردن مصرف قند، شکر، عسل، آب نبات، مربا، ژله، شیرینی، شکلات و نوشیدنی‌های فرآیند شده شیرین الزامیست.

در بیماران استومی، مواد غذایی تحریک‌کننده مقعد شامل سبزیجات چینی / شرقی، مرکبات (مصرف به صورت خام)، نارگیل، کرفس، ذرت، کلم، انجیر، کشمش، میوه خشک شده، غذای تند و سرشار ادویه، دانه‌ها و مصرف بیش از اندازه آجیل می‌باشد. مصرف این مواد

باعث سوزش، خارش و در برخی موارد درد مقعد می‌شود. مواد غذایی تولید کننده گاز شامل نوشیدنی‌های الکلی، لوبیا، دانه‌ها، سویا، کلم، نوشابه کربناته (گازدار) گل کلم، خیار، شیر، آدامس، مغزها، سیر، پیاز و ترب می‌باشد. باید متذکر شد، در دانش پزشکی به زمان مصرف مواد غذایی تولیدکننده گاز و ایجاد گاز و بروز نفخ شکمی "Lag Time" گفته می‌شود. این پریود برای بیمار ایلئوستومی ۲ تا ۴ ساعت و برای بیمار کولوستومی ۶ تا ۸ ساعت پس از مصرف می‌باشد. مواد غذایی تولیدکننده بو شامل مارچوبه، لوبیای پخته شده، بروکلی، روغن کبد ماهی کاد، تخم مرغ، ماهی، سیر، پیاز، کره بادام زمینی، پنیر سخت و برخی ویتامین‌ها (بسته به شرایط) می‌باشد. مصرف نوشیدنی‌های الکلی، آبجو، غلات کامل، کلم پخته شده، میوه‌های تازه، آلو، کشمش، سبزیجات برگ دار خام، آلو و ادویه جات باعث تکرر مدفوع می‌شود. مصرف پوست سیب، کلم و کرفس خام، سبزیجات چینی / شرقی، ذرت، نارگیل، هسته میوه‌ها، قارچ خام، میوه خشک شده، آجیل، آناناس، پرتقال و پاپ کورن احتمال انسداد را بالا می‌برند. مصرف برخی مواد غذایی منجر به تغییر رنگ مدفوع می‌گردد که می‌توان به چغندر قند، شیرین بیان، توت فرنگی، سس و گوجه فرنگی، بلوبری و نیز مصرف قرص‌های مکمل آهن اشاره داشت.

جهت کنترل بوی خروجی می‌توان از دوغ کره (دوغ کم چرب)، نوشیدنی طبیعی کران بری، شربت طبیعی پرتقال، ماست بدون چربی و آب گوجه فرنگی استفاده نمود. مصرف میوه و سبزی پخته شده غلظت مدفوع را بالا می‌برد. مصرف مارچوبه، موز، برنج، مارش مالو، کره بادام زمینی، مکمل‌های حاوی پکتین، تاپیوکا و نان برشته تست باعث کنترل اسهال و بازگشت دفع به حالت نرمال می‌شود. قندهای الکلی یا پلی‌ال‌ها (مانند سوربیتول، زایلیتول، مانیتول، مالتیتول، ایزومالت، لاکتیتول و اریتریتول) لینت بخشی ایجاد می‌کنند و منجر به ایجاد گاز، نفخ، درد شکمی و اسهال می‌شود، لذا در هنگام مصرف محصولات رژیمی باید به برچسب محصول و قسمت اجزای تشکیل دهنده توجه نمود. مصرف اولسترا (جایگزین چربی) ممکن است باعث کرامپ‌های شکمی، ایجاد گاز، نفخ، دل درد و اسهال شود.

ویتامین B۱۲ در انتهای ایلئوم جذب می‌شود. اگر این قسمت برداشته شده باشد توانایی جذب این ویتامین تا حد بسیار زیادی کاهش می‌یابد و رساندن آن از طریق تزریق عضلانی یا اسپری بینی با نظر پزشک معالج توصیه شده است. سایر داروها و مکمل‌ها بهتر است برای بیماران ایلئوستومی به صورت قرص‌های بدون روکش و سیروپ باشد. پس از ایلئوستومی نباید داروهای مسهل و ملین مصرف کرد زیرا بالانس الکترولیت‌ها برهم می‌خورد. قرص سیمتیکون تولید گاز را کاهش می‌دهد. برای شل شدن و تسهیل حرکات روده در بیماران کولوستومی مصرف متیل سلولوز و پودر کائولین موثر است. مصرف سوربیتول و لاکتولوز سنتتیک و گیاه سنا (که گلیکوزید آن ماده موثره می‌باشد) جهت تسهیل دفع در بیماران کولوستومی موثر

است و باعث لینت بخشی و خروج آسان می‌شود. در موارد شدید می‌توان دی‌فنوکسیلات و کدئین فسفات تجویز کرد. راهکار پزشکی برای از بین بردن بوی بد تجویز بیسموت ساب گالات و کمپلکس کلروفیلین مس است. بیماران ایلئوستومی تا حد امکان باید جویدن آدامس و استعمال دخانیات را محدود کنند زیرا دهان مدام باز و بسته می‌شود و هوای وارد شده منجر به تشکیل گاز می‌شود.

معدۀ از ۴ بخش اصلی کاردیا، فوندوس، تنه و بخش پیلوریک تشکیل شده است. کاردیا حفره مری به معدۀ را پوشش می‌دهد، فوندوس بالای کاردیا قرار دارد، تنه بخش غالب معدۀ است و بخش پیلوریک شامل آنتروم و کانال پیلوریک است. پس از گاسترکتومی معمولاً یک تا چند سال عدم تحمل لاکتوز، عدم هضم کامل چربی، کاهش وزن، کمبود ریزمغذی‌ها و سوء تغذیه مشاهده می‌شود و عوارض احتمالی شامل اسهال، یبوست، سندروم دامپینگ، سندروم روکس، سندروم لوپ افرنت می‌باشد. کمبود ویتامین B₁₂، اسید فولیک، آهن، ویتامین D و کلسیم نیز پس از گاسترکتومی مشاهده می‌شود که در صورت عدم جبران می‌تواند منجر به مشکلات خونی، آنمی و مشکلات استخوان و حتی دندان گردد. پس از گاسترکتومی رژیم غذایی باید محدود گردد زیرا معدۀ به صورت کامل حذف شده است یا قسمت اندکی از آن باقی مانده است. اجتناب از مصرف نان‌های برشته و قهوه ای، پوسته غلات، سبوس، حبوبات، مرکبات، پوست میوه‌هایی مانند سیب، گوشت قرمز در میزان فراوان، میوه‌های سفت مثل نارگیل، لوبیا، انگور و کرفس توصیه شده است. به دلیل احتمال بالای سندروم دامپینگ، مصرف قندها باید بسیار محدود شود. بیمار گاسترکتومی در اوایل تغذیه خود مشکلاتی ناشی از این عمل را متحمل می‌شود. این عوارض شامل حالت تهوع، استفراغ، انسداد معدۀ و کاهش وزن می‌باشد. به همین دلیل مصرف از طریق خوراک دهانی بلافاصله پس از عمل جراحی مناسب نیست و می‌توان گاوژ یا لوله گذاری را به کار برد. مصرف مایعات صاف شده مانند آبی که گوشت در آن پخته شده است، آبمیوه طبیعی صاف و رقیق شده، و مایعات کم شکر رقیق بعد از عمل و مصرف غذاهای نرم و کم چرب و مواد غذایی کم فیبر، سوپ، ماهیچه و مرغ پس از ۶ تا ۸ هفته مناسب است و پس از این پریود و آداپته شدن بدن، رفتار دستگاه گوارش به حالت نرمال نزدیک تر می‌شود و می‌توان رژیم غذایی را با رعایت مصرف به اندازه به حالت مطلوب بازگرداند.

منابع

- Akbulut, G. 2011. Nutrition in Stoma Patients: A Practical View of Dietary Therapy. *International Journal of Hematology and Oncology*. 21(1): 61-68
- Anderson, H. Lewis, S.J. Thomas, S. 2016. Early enteral nutrition within 24 h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 18
- Floruta, C. 2015. Dietary Choices of People With Ostomies. *Am J Gastroenterol*. 28: 1124- 1129
- Han-Geurts, I. Jeekel, J. Tilanus, H. 2016. Randomized clinical trial of patient-controlled versus fixed regimen after elective abdominal surgery. *Br J Surg* 88:1578-1582
- Heylen, A. M. Lybeer, M. B. Penninckx, F. M. Kerremans, R. P. and. Frost-f, I. G. 1987. Parenteral Versus Needle Jejunostomy Nutrition after Total Gastrectomy. *CLINICAL NUTRITION*. 6: 131-136
- Juan J. O. and Agarwal, N. 2012. Colostomy and Ileostomy Care. *J Adv Nurs*. 615 – 620
- Mahla, V, Khan, S. Ahmad, R. and Jenaw, R. K. 2016. Early feeding after loop ileostomy reversal: A prospective study. *Formosan Journal of Surgery*. 49, 178-182
- Pasia, M. 2017. Ostomy Nutrition Guide. The United Ostomy Associations of America (UOAA) p. 25
- Salvadalena, G. 2008. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 35(6):596-607
- Sangkhathat, S. Patrapinyokul, S. and Tadyathikom, K. 2003. Early Enteral Feeding After Closure of Colostomy in Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Surgery*. 38(10): 1516-1519

Ischemic Strokes a Manifestation of Pancreatic Cancer: A Case Report

SUMMARY:

Authors: Nasim Khajavirad¹, Mahsa Abbaszadeh¹, Sahar karimpour¹.

1: Department of Internal Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

The cancer-related thromboembolism events include recurrent venous thrombosis, arterial thrombosis, microangiopathy, non bacterial thrombotic endocarditis, acute or chronic disseminated intravascular coagulation. The most common malignancies associated with thrombosis are myeloproliferative syndromes, paraprotein disorders and solid cancers of the lung, colon, gallbladder, stomach, ovary and pancreas.

Here in we report A 39 year-old-man admitted in the general internal medicine ward of Imam Khomeini hospital complex with complain of a of lower limbs and dyspnea. After first episode of DVT at three weeks ago, he underwent treatment with rivaroxabane. At the time of hospital admission on the basis of patient history the diagnosis of pulmonary thromboembolism (PTE) confirmed with pulmonary CT angiography. The anticoagulant therapy changed to LMWH. Patient assessment for hypercoagulopathy states was done. Abdominal sonography and subsequently CT scan demonstrated multiple metastatic lesion in liver. The CA 19-9 titer was 35000 IU/mL and needle biopsy of metastatic lesion confirmed metastatic pancreatic adenocarcinoma. Patient discharge from our ward for starting chemotherapy and treatment with enoxaparin was continued. After 2 weeks the patient admitted in emergency department with complain of loss of consciousness. Brain CT scan confirmed ischemic stroke and patient candidate for thrombolytic therapy. Unfortunately after this treatment, his condition deteriorated and control CT scan showed large ICH. The patient died

after 48 hours.

Pancreatic cancer is associated with the high risk of venous thromboembolism, while arterial thromboembolic events present with an incidence of only 2-5%. Among arterial thromboembolic events, myocardial infarction and stroke are the most common manifestations. Usually cerebral ischemic events are a complication of advanced stage of pancreatic cancer. In our patient despite anticoagulant treatment stroke was happened.

Prevalence and incidence of inflammatory bowel disease during 2008 to 2016 in Yazd, Iran

Fatemeh Baghi Yazdi*, Mohammad Bghi Yazdi**

*Bachelor of health management, Shahid Sadoughi University of medical sciences, Yazd-Iran

**General practitioner of Shahid Sadoughi University of medical sciences, Yazd-Iran

Abstract

Introduction:

Ulcerative colitis and Crohn's disease are two main types of inflammatory bowel disease (IBD). The prevalence of IBD has been reported as 200 in 100 thousand people, in Western countries. So, we evaluated Prevalence and incidence of IBD in Yazd, central province of Iran.

Materials and methods:

This cross-sectional retrospective study was conducted on the patients who presented at pathology wards in Yazd hospitals with the diagnosis of Ulcerative colitis or Crohn's disease during 2008 to 2016. All data were inserted to relevant checklists and were analyzed by SPSS v19. P value less than 0.05 was considered statistically significance.

Results:

Of the 354 patients with inflammatory bowel disease, 336 patients were diagnosed with ulcerative colitis and 18 had Crohn's disease. Two hundred two (60.1%) of patients with ulcerative colitis and 15 (83.3%) of patients with Crohn's disease were male. The most common symptoms

of patients with ulcerative colitis include bloody diarrhea and rectorrhagia (80.7%). Bloody or non-bloody diarrhea were also the most common symptoms in patients with Crohn's disease (61.1%). The highest prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis referred to the age group 60-69 years.

Conclusions:

According to the findings, it seems that the prevalence of inflammatory bowel disease is higher in advanced age groups with the highest prevalence in the sixth decade of life. So checking the patients in order to diagnosis and treatment of such diseases among these age groups can lead to appropriate treatment and improving the quality of life in these patients.

Key Words:

Inflammatory Bowel Disease, Crohn's disease, Ulcerative colitis, Incidence, Prevalence, Yazd

تظاهرات بالینی اولیه بیماران مبتلا به کلانژیوکارسینوما

دکتر مسعود رضا سهرابی، مرضیه حاجی بابا، شیدا عقیلی، ساره حاتمیان، فهیمه صفرنژاد، عاطفه بهاور، علی غلامی

مقدمه

کلانژیوکارسینوما (Cholangiocarcinoma) یکی از سرطان‌های مجاری صفراوی و جزو سرطان‌های کشنده در سراسر جهان محسوب می‌شود که اگر چه شیوع محدودی دارد اما متأسفانه تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به این سرطان در مدت کوتاهی پس از ابتلا، عمر خود را از دست می‌دهند. مساله‌ی مهم در حال حاضر تأخیر در شناسایی و متعاقباً درمان این بیماری است. چرا که در این نوع سرطان تا مراحل پیشرفته علائم واضح و قابل بررسی مشاهده نمیشود و بیماران هنگامی به پزشک مراجعه می‌کنند که بیماری پیشرفت قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده است. تشخیص بیماری در وحله‌ی اول براساس شک به بیماری و درخواست آزمایشات مرتبط خواهد بود. با توجه به سیر بیماری علائم اولیه بیماری به سادگی شک برانگیز نیست. بنابراین در این مطالعه سعی شده تا این بخش از تشخیص بهتر بررسی و بیان گردد.

روش اجرا

در یک مطالعه آینده‌نگر بیماران مشکوک به درگیری سرطان‌های پانکراتوبیلیری که از سال ۱۳۹۵-۱۳۹۷ به مرکز ریفرال فیروزگرم مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند و از بین آن‌ها افرادی که در آن‌ها تشخیص کلانژیوکارسینوما تأیید شد جدا گردیدند. تظاهرات بالینی این بیماران در ابتدای بیماری گردآوری گردید.

نتایج

از میان بیماران مراجعه‌کننده، ۹۵ بیمار با تشخیص قطعی کلانژیوکارسینوما شناسایی شدند که ۶۲ نفر (۶۹٫۷٪) nonhilar cholangiocarcinoma و ۲۷ نفر (۳۰٫۳٪) hilar and proximal cholangiocarcinoma گزارش شدند. از بین ۹۵ بیمار، ۶۷ نفر (۷۰٫۵٪) مرد و ۲۸ نفر (۲۹٫۵٪) زن بوده‌اند. میانگین سنی مردان ۶۵ و زنان ۶۷ بوده است. حد اکثر سن مربوط به یک خانم ۹۲ ساله، حداقل سن مربوط به آقای ۲۷ ساله و متوسط سن در این جامعه آماری ۶۶ بوده است. شایع‌ترین شکایاتی که بیماران با آن مراجعه کرده بودند شامل زردی (۶۹٫۷٪)، درد شکم در ناحیه اپی گاستر و سمت راست (۵۹٫۶٪) و خارش (۵۷٫۳٪) بوده

است. همچنین تعدادی با علائم کلی گوارشی (۴۶,۱٪) به پزشک مراجعه کرده اند. علاوه بر آن به صورت مجزا یا همراه با علائم فوق، بیماران از کاهش وزن، تهوع، بی‌اشتهایی، تب و لرز، تیرگی ادرار، استفراغ، ضعف و بی‌حالی، بی‌رنگی مدفوع، یبوست، نفخ یا دلپیچه یا اسهال شکایت داشتند. معدودی از بیماران همزمانی درد قفسه سینه، در دست راست، ترش کردن یا تلخی دهان و افت قند خون را نیز ذکر میکنند. همچنین مشاهده میشود که مردان در مقایسه با زنان بیشتر علائم گوارشی، استفراغ، ضعف و بی‌حالی و یبوست را ذکر کرده اند. در میان زنان نیز خارش و بی‌اشتهایی نسبت به مردان شایع تر بوده است. علائمی چون زردی، خارش، تیرگی ادرار، بی‌رنگی مدفوع و یبوست در میان بیماران با تشخیص hilar and proximal cholangiocarcinoma فراوانی بیشتری دارند و درصد بیشتری را نسبت به بیماران nonhilar cholangiocarcinoma دارا می‌باشند. در مقابل بیماران nonhilar cholangiocarcinoma نسبت به گروه دیگر بیشتر از مشکلاتی چون درد شکم، تب و لرز، استفراغ، بی‌حالی و ضعف رنج می‌برند.

جمع بندی

نتایج نشان دهنده گستردگی علائم و شکایات بیماران در ابتدای بیماری است. گذشته از خارش و زردی که میتواند به دنبال پیشرفت بیماری حاصل شود، درد شکم، تهوع و بی‌اشتهایی، تب و لرز، ضعف و بی‌حالی میتوانند به عنوان علائم بالینی اولیه موجب شک بالینی به این بیماری گردد.

Evaluation of trends and prevalence of complementary and alternative medicine in patients referring to gastroenterology and liver clinics in mashhad

Ahadi M1, Khosravi khorashad A2, Vosoughinia H1, Sa'adat nia H1, Beheshti A1, Mokhtari Amirmajdi E3, Farzanefar M1, Izadyar H4, Khorasani S4, faroughi F4, akbari H4, Farshchian Z 5

S4, faroughi F4, akbari H4, Farshchian Z 5

1. 1Gastroenterology and Hepatology Department, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medicine Sciences, Ghaem Hospital, Mashhad, Iran.

2 Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Ghaem Hospital, Mahhad, Iran.

2. Gastroenterology and Hepatology department, Neyshabour Faculty of Medical Sciences, Neyshabour, Iran.

3. Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. Immunology Department, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Objective:

Complementary and Alternative Medicine (CAM) refers to a collection of therapies and practices such as homeopathy, herbal medicine, traditional medicine, chiropractic, acupuncture, etc. Although not common in hospitals, it is widely accepted among patients. Almost half of American population are interested in using some types of complementary and alternative medicine to improve their health. One of the

areas in which the use of complementary and alternative medicine is more likely is digestive diseases. Considering the high prevalence of the use of such therapeutic methods and their high importance in improving the patients' symptoms, and given its potential for interference with the current treatment methods and the lack of indigenous information in this field, the present study was conducted to investigate the use of complementary and alternative medicine in patients referring to Gastroenterology and Liver clinics in Mashhad.

Methods & Materials:

In this study, 751 patients referred to Gastroenterology and Liver clinics with appropriate dispersion in Mashhad both in private and public centers were randomly selected. They were all informed of the purpose and stages of the study and their consents were obtained. The questionnaires were completed in interviews the results of which were analyzed by the researcher. In this study, no intervention was performed on patients. The only used substance in this study was A4 sheet for data recording.

Results:

The most common complaints were related to gastric and duodenal problems, abdominal pain, and gastrointestinal bleeding. 61.8% of the respondents used at least one method of the complementary and alternative medicine throughout their lives. 79.3% of consumers considered these methods useful. Also, 23.5% of people who did not use any complementary and alternative medical therapies, were in favor of such methods based on social and religious beliefs. The most popular treatments were herbal medicines, cupping, acupuncture and leech therapy. Often, people who used chemical treatments were well satisfied with the effectiveness of pharmaceutical drugs. The results of the study showed no significant difference in the level of satisfaction of

complementary medicine with respect to sex, gender, marital status, occupation, and urban and rural populations. There was no significant difference in the level of satisfaction among different age groups. The average satisfaction of complementary and alternative medicine had a statistically significant difference between individuals who believed it and those who did not believe it. There was a significant difference in the levels of satisfaction with complementary and alternative medicine among individuals with different levels of education. The highest degree of satisfaction was among those with a bachelor's degree and above, whereas the least degree of satisfaction was among those with a diploma and under diploma education. There was a significant difference in the frequency of the subjects in the group receiving the chemical drugs and the group using complementary and alternative medicine.

Conclusion:

More than half of the people referring to Gastroenterology and Liver clinics in Mashhad have used at least one of the complementary and alternative medical therapies throughout their lives. The results of this study suggest that general practitioners need to be trained in order to properly meet the needs of the people and create a sense of trust between the doctor and the patient. Also, to protect the health of society, prescribing and supplying herbal medicines should be supervised by the monitoring systems.

عنوان مقاله مروری: افزایش شیوع استرنژیلوئیدس استرکولاریس در نقص ایمنی

۱- دکتر سنبل طارمیان ۲- دکتر توفیق یعقوبی

۱- متخصص بیماری‌های عفونی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- متخصص بیماری‌های عفونی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مقدمه و هدف:

استرنژیلوئیدس استرکولاریس که یک کرم منتقله از خاک است که حدود ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا به ویژه در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری، به آن مبتلا هستند و ریسک ابتلا به عفونت با وضعیت بهداشتی، سن بیماران و نقص ایمنی در ارتباط است. در گذشته در کودکان شایع بوده و اما امروزه شیوع آن در بیماران با نقص ایمنی افزایش یافته است. لذا با توجه به افزایش شیوع استرنژیلوئیدس استرکولاریس در نقص ایمنی و نیاز به جمع آوری یافته‌ها جدید، این مطالعه انجام شد.

موار و روش‌ها:

با جستجوی کلمات کلیدی Review Article در پایگاه‌های گوگل، یاهو، Pubmed و Scopus، مقالات مربوط به استرنژیلوئیدس استرکولاریس از سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ بررسی شد و با کتاب‌های مرجع عفونی تطبیق داده شد و مستندات ۲۶ مقاله جمع بندی شد.

بحث و نتیجه گیری:

استرنژیلوئیدس استرکولاریس یک انگل بازندگی آزاد است که در شرایط مساعد، لاروفیلاریفرم از راه پوست اندام تحتانی یا اطراف مقعد، وارد خون و ریه‌ها می‌شود و سپس با سرفه بلع می‌گردد و لاروفیلاریفرم در روده باریک بالغ، و تخمگذاری می‌کند. تخم‌ها در مدفوع به لارو رابدیتیفرم تبدیل می‌شود. لاروها به سه صورت آزاد زی در محیط، انگلی و اتواینفکشن ادامه زندگی می‌دهند. در حالت اتواینفکشن، لارو با نفوذ مجدد از پوست یا روده وارد خون و ریه و سپس روده باریک می‌شوند. علائم بالینی کرم از بی علامت تا عفونت منتشر متنوع است. در محل ورود لارو به پوست، خارش، خونریزی مختصر و تورم ایجاد می‌شود. یافته پاتوگونومونیک لارو، بثورات جلدی کهیری خارش دار خطی است که ۲ تا ۱۰ سانتیمتر در ساعت حرکت می‌کند. مرحله ریوی با سرفه، تب خفیف، هموپتزی، ائوزینوفیلی و در

موارد هیپراینفکشن با ادم ریوی ، اینفیلتراسیون پاچی همراه است . عفونت باکتریال گرم منفی و قارچی بدنال حرکت لارو از روده باریک می تواند به سیتی سمی ، مننژیت ، عفونت های منتشر تبدیل شود . هیپراینفکشن در افراد با سوءتغذیه ، ایدز ، HTLV_۲ ، شیمی درمانی ، دریافت دوز بالای کورتون همراه است . مرحله گوارشی با اسهال ، ناراحتی گوارشی ، تهوع ، بی اشتها و نفخ شکمی همراه است .

روش های تشخیصی شامل ، آئوزینوفیلی ۲۰-۱۰٪ آزمایش سرولوژی IgG به روش الیزا، آزمایش مدفوع تازه و محتویات دئودنوم و خلط به روش مستقیم یا تغلیظ، آزمایشات سریال مدفوع و استفاده از Agar Plate detection می باشد .

درمان در بیماران بدون علامت و غیرکمپلیکه ، ایورمکتین ۲۰۰µg/kg روزانه ۲ روز ، آلبندازول ۴۰۰mg ۲ بار در روز برای سه روز است . در موارد هیپراینفکشن ، ایورمکتین حداقل ۵-۷ روز یا تا حذف انگل پیشنهاد می گردد . تکرار آن بعد از ۲ هفته درمان لازم است .

کلید واژه ها :

استرنزیلوئیدس ، هیپراینفکسیون ، ، مرور، نقص ایمنی، ایورمکتین

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



Predictive factors for uncontrolled hypertension in patients with type2 diabetes

Soghra Rabizadeh, Shiva Mahmoudzadeh Kani, Salome Sadat Salehi, Firuze Heidari, Alireza Esteghamati, Manouchehr Nakhjavani

Abstract

Objectives:

Hypertension is a common condition in patients with type2 diabetes and atherosclerotic cardiovascular disease is more frequent in these patients. The aim of this study was to investigate the risk factors for uncontrolled hypertension in hypertensive patients with type2 diabetes.

Materials and methods:

This is a cross-section of a prospective cohort study including 2447 patients with type 2 diabetes mellitus. We evaluated the prevalence of uncontrolled hypertension defined as blood pressure more than 140/90 mm Hg and risk factors for uncontrolled hypertension in patients with type2 diabetes.

Results:

The study showed 40.9% of participants were hypertensive and about 56% of these hypertensive patients had uncontrolled hypertension. Comparison between two groups of controlled and uncontrolled hypertensive patients showed significant differences in BMI, waist circumferences, pulse pressure, total cholesterol, LDL cholesterol, and triglyceride (pvalue < 0.01). The stepwise logistic regression indicated that uncontrolled hypertension was associated with pulse pressure,

total cholesterol and body mass index (BMI) (pvalue <0.01).

Conclusion:

Pulse pressure, total cholesterol, and BMI are independent risk factors for uncontrolled hypertension in hypertensive patients with type2 diabetes.

Keywords:

hypertension, type2 diabetes, uncontrolled hypertension

بررسی میزان ویتامین B12 سرم در ۱۳۲ بیمار دیابتی تحت درمان با متفورمین در مقایسه با گروه کنترل

دکتر حمید اصغرزاده، وحید اصغرزاده، منوچهر قوام، فرخ قوام، محمد حسن خادم انصاری، مجید میلانی، عبدالرضا کمالی، سیدجواد موسوی
گروه پزشکی آذربایجان - اورمیه

مقدمه :

بیماری دیابت روز به روز در حال افزایش بوده و استفاده از متفورمین بر اساس تمامی گایدلاین‌ها، داروی اول در درمان دیابت نوع دو می باشد. بحث بر سر استفاده از متفورمین و تاثیر احتمالی آن بر روی B12 سرم از مدتها پیش بوده و در سه سال اخیر بیشتر شده است. از طرفی کمبود این ویتامین می تواند سبب نوروپاتی محیطی شده که یکی از انواع گرفتاری‌های نوروپاتی دیابتی نیز نوروپاتی محیطی است و نکته مهم در کمبود این ویتامین پس از ایجاد نوروپاتی، عدم بهبودی آن است. میزان RDA برای این ویتامین ۲/۴ میکروگرم در روز بوده و ذخایر موجود در بدن برای آن بمدت سه تا شش سال کافی می باشد. با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر جهت بررسی استفاده از متفورمین در طول دو سال انجام گردید .

روش کار :

در این مطالعه ۱۳۲ بیمار دیابتی تحت درمان با متفورمین با گروه کنترل مشابه بدون استفاده از متفورمین انتخاب شدند . معیارهای در موارد انتخاب شده عبارت بودند از :

۱ - گاستریت اتوایمیون آتروفیک (آنمی پرنیسیوز)

۲ - سابقه جراحی معده و قسمت دیستال روده

۳ - خام خواری

۴ - آنمی مگالوبلاستیک

۵ - افراد با حساسیت به لاکتوز شیر

۶ - تزریق یا استفاده از ترکیبات ویتامینی حاوی B12

سن و جنس و میزان B12 و D3 در هر دو گروه و علاوه بر آن ها میزان و مدت مصرف متفورمین در گروه بیماران اندازه گیری و ثبت گردید. هر چند کمبود ویتامین B12 در کتاب

HENRY کمتر از هشتاد پیکوگرم در میلی لیتر آمده است ولی کیت های اندازه گیری دستگاه COBAS E ۴۱۱ & ۶۰۰۰ محدوده ی ۱۹۷ تا ۷۷۱ را ذکر کرده بودند. روش اندازه گیری ECL بوده است و تمام آزمایش ها با یک دستگاه انجام شده است.

نتایج :

افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۵۰ تا ۷۵ سال بودند که شامل ۸۰ زن و ۳۲ مرد در هر دو گروه بودند. مدت مطالعه دو سال و در این مدت کسی از مطالعه خارج نشد. بررسی آماری نشان داد که اختلاف معنی داری از نظر ویتامین B۱۲ سرم در دو گروه وجود ندارد همین موضوع در مورد ویتامین D۳ نیز نشان داده شد.

بحث و نتیجه گیری :

سال هاست این موضوع مهم - اثر متفورمین مصرفی در میزان B۱۲ سرم بیماران دیابتی - مورد چالش بوده که رفته رفته بیشتر مورد توجه قرار گرفته به نحوی که در سه گایدلاین سالهای اخیر بطور آشکار آمده است.

توجه به ویتامین B۱۲ از یکسو و بیست و دو ویتامین و عنصر کمیاب دیگر با توجه به ضرورت آنها در سلامتی و رشد و نمو (پاره ای آنتی اکسیدان - ویتامین C و E - و پاره ای کوفاکتورهای لازم برای آنزیم های آنتی اکسیدان - سلنیوم) لازم است. از طرفی باید در نظر داشت میزان RDA روزانه ی این ویتامین کم و ذخایر آن بالا و در مواد غذایی مثل کبد، ماهی، گوشت، تخم مرغ، شیر و لبنیات بخوبی یافت می شود. مطالعه حاضر نشان داد استفاده از متفورمین در نزد بیماران دیابتی - با توجه به دوز بالای دارو و مدت طولانی مصرف - اثری بر روی میزان ویتامین B۱۲ سرم نداشته و اندازه گیری آن بطور روتین توصیه نمی شود اما در صورت شک بالینی بخاطر اهمیت این کمبود از نظر درمانی و نیز تشابه نشانگان بالینی در دیابت، اندازه گیری آن لازم خواهد بود.

The association between severity and duration of obesity among healthy obesity phenotype with incident metabolic syndrome in Tehran Lipid And Glucose Study

Mitra KazemiJahromi a, Farhad Hosseinpanah a *, Fereidoun Azizi b
a Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
b Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Context:

There is inconsistency about the benign nature in the “metabolically healthy obese”. In addition, impact of severity and duration of obesity on incident unhealthy status in this group is not well studied.

Objective:

We hypothesized that severity and duration of obesity among healthy obesity phenotype are associated with incidence of metabolic syndrome in TLGS.

Design, Setting, Participants, and Measures:

Using time varying cox regression analysis, the sex stratified association of obesity severity and duration with incident metabolic syndrome in 2550 TLGS participants with obesity (body mass index ≥ 25 kg/m²) at baseline, was investigated. Obesity severity was defined as: level 0, (BMI: 25.00–29.99 kg/m²), level I, (BMI: 30.00–34.99 kg/m²), level II, (BMI: 35.00–39.99 kg/m²). level III BMI: ≥ 40 kg/m² and for obesity duration, first obesity was defined as BMI greater than 30 kg/m²

and obesity duration as the cumulative number of years with obesity since the visit of first measured obesity in TLGS. Metabolic syndrome was defined using JIS criteria.

Results:

Among 2550 total number of the population, 1697(66.5%) were female. There was a significant association between higher obesity severity with incident metabolic syndrome and the adjusted HR was 1.51 [CI(1.33-1.71)]. Regarding duration, test of interaction was statistically significant for severity (P-value=0.001). The adjusted HR of duration, in female subjects with BMI $\geq$ 35, was statistically significant [0.75(CI 0.62-0.91)]; indicating protective role of duration. In all other subgroups, no association was found between duration and incidence of metabolic syndrome.

Conclusion:

This study showed that over 12 years of follow up in TLGS, higher obesity severity was associated with increased incidence of metabolic syndrome, among participants with obesity who were metabolically healthy at baseline. Among female subjects who had higher obesity severity levels (BMI $\geq$ 35), a lower incidence of metabolic syndrome with longer duration was observed. In this subgroup of obese population, genetic, nutritional or metabolic factors may have a role in this protective effect. This is not exactly known and further studies with longer duration are needed to confirm and explain this finding.

تغییرات A1c در نزد ۵۴ بیمار دیابتی نوع یک طی دو دوره - کنترل روتین و کنترل با برنامه تلفن موبایل

دکتر وحید اصغرزاده، حمید اصغرزاده، منوچهر قوام، فرخ قوام، محمد حسن خادم انصاری، مجید میلانی، عبدالرضا کمالی، سیدجواد موسوی
گروه پزشکی آذربایجان - اورمیه

مقدمه :

سبک زندگی به‌همراه دیگر فاکتورهای انسانی و اجتماعی سبب گردیده که دیابت روز به روز شیوع بیشتری داشته و افراد بیشتری را مبتلا نماید. بر اساس پیش‌بینی‌های انجام شده احتمال می‌رود در سال ۲۰۴۰ بیش از ۶۵۰ میلیون دیابتی داشته باشیم. در کنار برنامه‌های پیشگیری؛ استفاده از درمان‌های نوین و برنامه‌های کنترلی دقیق‌تر سبب خواهد شد عوارض بیماری کاهش یابد. در مطالعات مختلف استفاده از برنامه تلفن موبایل جهت کنترل درمان و پیگیری گزارش شده است. موضوع سنی بیماران دیابتی نوع یک و وضعیت روحی و روانی خاص آن‌ها سبب شد تا این مطالعه در طول یک سال به منظور رسیدن به روندهای کنترلی بهتر انجام شده و برنامه تلفن موبایل مورد بررسی قرار گیرد.

روش کار :

۵۴ بیمار دیابتی نوع یک در گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال با اشتراک کامل یکی از والدین در این مطالعه انتخاب شدند. در شش ماهه‌ی اول پس از برنامه آموزشی لازم در جهت بالا بردن دانش دیابت؛ روند سالم تغذیه، فعالیت فیزیکی مناسب و برنامه ریزی شده و اهمیت ارتباط مستمر و مداوم؛ برنامه درمان به صورت ویزیت‌های ماهانه، اندازه‌گیری قند و هر سه ماه A1c بمدت شش ماه انجام و یافته‌ها ثبت گردیدند. اولیا و مربیان مدرسه نیز در جریان بیماری و مصرف انسولین بیماران بودند. در شش ماهه‌ی دوم همان بیماران با تلفن موبایل به صورت مداوم با اندازه‌گیری قند در منزل (SMBG) و ارسال آن‌ها (هفته‌ای دو بار و هفته‌ای سه بار و گاه هر هفته یک بار) تحت کنترل و پیگیری قرار گرفتند. در این مدت از میزان فعالیت فیزیکی، رعایت برنامه غذایی و وضعیت روحی و روانی بیماران سوال و ثبت می‌شد اندازه‌گیری A1c نیز هر سه ماه یک بار انجام می‌شد.

یافته ها :

نتایج به دست آمده نشان دادند که میزان کنترل قند در طی شش ماهه‌ی اول و دوم متفاوت بوده (کاهش $0/3$ و $0/5$ در برابر $0/7$ و $0/9$ در میزان $A1c$) و نتایج بهتر در فعالیت فیزیکی گروه سوم و برنامه‌ی غذایی گروه دوم و ارتباط‌های مستمر و پیوسته بوده‌است و کنترل با تلفن موبایل نتایج بهتری را با خود داشته‌است.

بحث و نتیجه گیری :

۵۴ بیمار در طی دو دوره شش ماهه بدون تغییر در شاخص‌ها، بررسی شدند و بنابر این از نظر روش تحقیق قابل مقایسه باهم بودند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد هر چه ارتباط تیم دیابت با بیمار و والدین بیشتر می‌شود و هر چه بیشتر بیمار محوری مورد توجه قرار می‌گیرد؛ نتایج مطلوبتری به دست می‌آید و شاید بر اساس خلیقات ما ایرانیان بهتر است کنترل مداوم و پیوسته باشد و بیمار حضور تیم کنترل کننده‌ی دیابت را همواره حس نماید و ملزم به گزارش وضعیت خود بوده و همواره آماده پاسخگویی به سوالات تیم درمانی باشد.

بررسی سطح فلزات آرسنیک و وانادیوم در سرم بیماران تیروئید و ارتباط آن با هورمون‌های تیروئید در استان خراسان جنوبی، شرق ایران

مریم رضایی

فوق تخصص غدد، مرکز تحقیقات مسمومیت‌ها و سوء مصرف داروها، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

آرسنیک و وانادیوم از جمله فلزات سنگین سمی موجود در محیط زیست می‌باشند و می‌تواند اثرات نامطلوبی بر روی غدد تیروئید به همراه داشته باشند. از اینرو، هدف از این مطالعه بررسی سطح فلزات آرسنیک و وانادیوم در سرم بیماران کم‌کاری تیروئید، پرکاری تیروئید و سرطان تیروئید و مقایسه با گروه کنترل در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. همچنین سطح پارامترهای خونی و هورمون‌های تیروئیدی (TSH, FT_4, T_4, T_3) در این بیماران مورد سنجش قرار گرفت. سطح فلزات سنگین در سرم خون پس از آماده‌سازی توسط دستگاه ICP-MS مورد قرائت قرار گرفت. در این مطالعه ۸۸ نفر با میانگین سنی 37.33 ± 13.83 سال در ۴ گروه مورد بررسی قرار گرفتند. براساس نتایج این مطالعه، میانگین سطح آرسنیک در گروه کم‌کاری 0.21 ± 0.09 ، پرکاری 0.19 ± 0.08 ، سرطان 0.19 ± 0.05 و در گروه کنترل برابر با 0.18 ± 0.05 میکروگرم بر لیتر بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که سطح آرسنیک خون در چهار گروه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($p=0.61$). میانگین سطح وانادیم در گروه کم‌کاری 0.69 ± 0.13 ، پرکاری 0.64 ± 0.11 ، سرطان 0.66 ± 0.08 و گروه کنترل 0.67 ± 0.05 میکروگرم بر لیتر بود. نتایج آزمون نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین سطح وانادیم در گروه‌های مختلف وجود ندارد ($p=0.38$). در گروه سرطان همبستگی معکوس و معناداری بین سطح آرسنیک با گلبول سفید خون وجود دارد ($r=-0.75, p=0.007$). همچنین در این گروه بین TSH با سطح گلبول قرمز ($r=-0.64, p=0.03$)، هماتوکریت ($r=-0.61, p=0.04$) و هموگلوبین ($r=-0.63, p=0.03$) همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد. در گروه کم‌کاری و پرکاری تیروئید همبستگی مثبت و معناداری بین سطح آرسنیک با وانادیم وجود داشت ($p>0.01$)، ولیکن ارتباط معنی‌داری در بین فلزات با هورمون‌های تیروئیدی وجود نداشت ($p>0.05$). در پایان می‌توان نتیجه گرفت

که هرچند سطح فلزات آرسنیک و وانادیوم در گروه های مختلف بیماران تیروئیدی اختلاف معنی داری نداشت، ولیکن مواجهه طولانی مدت با این فلزات می تواند اثرات بهدشتی در این گروه ها را تشدید کند، و پیشنهاد می گردد که مطالعات در بازه طولانی مدت تری در این زمینه انجام گردد.

کلمات کلیدی:

کم کاری تیروئید، سرطان تیروئید، آرسنیک، وانادیوم، شرق کشور

مقایسه فراوانی سوء تغذیه در سالمندان دیابتیک و غیر دیابتیک مراجعه کننده به درمانگاه های دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران در سال ۹۶-۹۵

مونا بیشه^۱؛ سیده معصومه فاطمی^۲؛ معصومه یارجانلی^۳

- ۱- پزشک عمومی، فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران.
- ۲- متخصص داخلی، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران.
- ۳- فوق تخصص غدد، استاد یار دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف:

علی رغم وجود مطالعات زیاد در زمینه وضعیت تغذیه و دیابت، مطالعات محدودی به بررسی وضعیت تغذیه سالمندان دیابتی پرداخته اند؛ بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه فراوانی سوء تغذیه در سالمندان دیابتیک و غیر دیابتیک مراجعه کننده به درمانگاه های دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران در سال ۹۶-۱۳۹۵ طرح ریزی و اجرا شد.

مواد و روش ها:

در این مطالعه مورد شاهی ۱۴۰ سالمند بالای ۶۵ سال دیابتی و غیر دیابتی در دو گروه ۷۰ نفره مورد بررسی قرار گرفتند. دو گروه MNA به لحاظ سن، جنس و سطح درآمد، همسان سازی شده و سپس پرسشنامه را به همراه اطلاعات دموگرافیکی تکمیل نمودند. در این پرسشنامه نمره کمتر از ۱۷ به منزله سوء تغذیه، نمره ۱۷ تا ۲۳،۵ به عنوان خطر سوء تغذیه در نظر گرفته شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS ویرایش ۲۵ وارد شده و به کمک آزمون های آماری کولموگروف اسمیرونوف، شاپیروویلک، مان ویتنی و کای اسکوار در سطح معناداری ۰،۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

براساس یافته های به دست آمده از پرسشنامه MNA، ۱۵ نفر (۲۱،۴٪) افراد دیابتی دچار سوء تغذیه بوده و ۴۴ نفر (۶۲،۹٪) در معرض ابتلا به آن قرار داشتند. در مقابل ۵ نفر (۷،۱٪) افراد غیردیابتی سوء تغذیه مشاهده شده و ۴۱ نفر (۵۸،۶٪) دیگر در معرض ابتلا به سوء تغذیه قرار داشتند. آزمون کای اسکوار نشان داد سالمندان دیابتی بیشتر از سایر سالمندان در معرض

ابتلا به سوء تغذیه قرار دارند ($p\text{-value}=0.007, df=2$). هم‌چنین میانگین نمره غربالگری MNA در گروه سالمندان دیابتیک 22.22 ± 8.5 و نمره مجموع MNA 3.34 ± 20.26 می‌باشد. این ارقام با همین ترتیب در میان سالمندان غیر دیابتی به ترتیب 2.42 ± 10.17 و 4.31 ± 22.3 گزارش گردید ($p\text{-value}>0.05$). درمیان سالمندان دیابتی میان فراوانی سوءتغذیه و سطح اقتصادی سالمندان ارتباط معناداری مشاهده شد؛ بدین ترتیب که در میان افراد با درآمد ماهیانه کمتر از ۲۰۰۰۰۰ تومان، بین ۲ تا ۴ میلیون و بیش از ۴۰۰۰۰۰ تومان شیوع سوء تغذیه به ترتیب ۶۰؛ ۲۰،۵ و ۰ درصد برآورد شد که به لحاظ آماری تفاوتی معنادار می‌باشد. می‌توان گفت افراد با درآمد ماهیانه کمتر، بیش از سایرین در معرض ابتلا به سوء تغذیه قرار دارند ($p\text{-value}>0.05$). فراوانی بروز سوء تغذیه در میان سالمندان دیابتی که HBA۱C در آنها کنترل نشده بود به میزان معناداری از سایرین بیشتر بود (۱۵،۸٪ در مقابل ۲۸،۱٪؛ $P\text{-Value}=0.032$).

بحث و نتیجه گیری:

در مطالعه ما سالمندان دیابتی و غیر دیابتی به میزان بالایی در ریسک ابتلا به سوء تغذیه قرار داشتند. هرچند این ریسک در میان بیماران دیابتی به میزان قابل توجهی بالاتر بوده است. بنابراین لازم است که با تدارک برنامه‌های مناسب تغذیه‌ای و ورزشی به بهبود وضعیت تغذیه و کنترل وزن این گروه سنی کمک شود.

کلمات کلیدی:

سوء تغذیه، سالمندی، دیابتی، غیر دیابتی، MNA.

Vitamin B12 deficiency in type 2 diabetic patients treated with metformin

Mahboobeh Hemmatabadi, MD 1; Nooshin Shirzad, MD* 1,2,3; Mahboobeh Ebrahimi, MD 1; Farideh Razi, MD 3; Mostafa Qorbani, PhD 4; Fatemeh Bandarian, MD, PhD 5; Manouchehr Nakhjavani, MD 1

1 Department of Endocrinology, Vali-Asr Hospital, Imam Khomeini Complex Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Endocrinology and Metabolism Research Center (EMRC), Vali-Asr Hospital, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

5 Diabetes Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background:

Metformin is the first line oral therapy for type 2 diabetes. The study aim was to investigate the association between metformin treatment in diabetes patients and vitamin B12 deficiency.

Methods: In a cross-sectional study, vitamin B12 concentration was evaluated in 88 diabetic patients on metformin treatment at least for six months. Also, serum homocysteine and methylmalonic acid (MMA) concentration were measured.

Results:

Mean age of patients was 56.22 ± 9.77 years and 28 (31.8%) were male. Mean duration of diabetes was 7.59 ± 6.43 years and mean duration of metformin treatment was 6.37 ± 5.54 years. Mean vitamin B12 level was 374.26 ± 240.03 Pg/ml. Vitamin B12 deficiency was found in nine patients (10.23%) and there was a significant association between vitamin B12 concentration and metformin treatment and vitamin B12 level reduced significantly by increase in the dose of metformin ($p=0.04$). There was a significant direct correlation between MMA and homocysteine as well as the duration of metformin treatment ($r=0.50$, $p<0.001$ and $r=0.29$, $p<0.001$, respectively).

Conclusion:

There is a significant association between metformin treatment and vitamin B12 deficiency. Considering the results, evaluation of vitamin B12 concentration in diabetic patients on high- dose metformin is suggested to treat patients with vitamin B12 deficiency with vitamin B12 supplement.

Keywords:

Diabetes mellitus, Metformin, Vitamin B12, Homocysteine, Methylmalonic acid

بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی تیپ یک پس از درمان با پمپ انسولین

دکتر سعید کلباسی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر علیرضا اعرابی - رزیدنت پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیماران دیابتی تیپ یک سالهاست که باسرنگ انسولین و در چندسال اخیر با قلم های انسولین درمان می شوند و در برخی موارد نیاز به ۶ نوبت تزریق انسولین زیر جلدی دارند، ترس این بیماران از تزریق که عمده آنها را کودکان تشکیل می دهند و نگرانی از تزریق در حضور دیگران و اضطراب والدین و سرنگ های دردناک و گاهی عدم تزریق بدلیل فراموشی باعث کنترل نامناسب و متعاقب آن بروز عوارض دیابت حتی در سنین پائین می گردد، و با وجود سالها درمان با انسولین تزریقی کماکان طول عمر بیماران دیابتی کوتاهتر بوده و با موربیدیتی زیادی بدلیل عوارض روانی و جسمی این بیماری روبرو می باشند. پمپ انسولین از چندین دهه قبل در دنیا به منظور پرهیز از تزریق چندباره انقوزیون مداوم انسولین شبیه عملکرد لوزالمعده و کنترل مناسبتر قند و هموگلوبین گلیکولیزه مورد استفاده قرار گرفته و با بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی همراه بوده است. در سالهای اخیر پمپ انسولین در ایران موجود بوده ولی بدلیل عدم آگاهی بیماران و اطلاع ناکافی پزشکان، و عدم حمایت سازمانهای بیمه گر استفاده مناسبی از این روش درمانی نشده است. در این مطالعه سعی گردیده است تاثیر پمپ انسولین بر کیفیت زندگی بیماران تیپ یک بررسی تا نتایج آن ضمن اطلاع رسانی به همکاران پزشک و استفاده جهت آموزش بیماران در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت و سازمانهای بیمه گر نیز قرار گیرد. و این بررسی با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی که قبل از کارگزاری پمپ انسولین تکمیل گردیده و مجدداً چندماه پس از کارگزاری پمپ انسولین تکمیل گردید تاثیر استفاده از این پمپ ها در کیفیت زندگی بیماران مشخص شد. که نتایج بدست آمده نشان دهنده بهبود کیفیت زندگی این بیماران پس از استفاده از پمپ انسولین می باشد به نحوی که از وضع کنونی درمان رضایت بیشتری داشته، نگرانی بابت افت قند در خارج از خانه کاهش یافته و از کیفیت خواب بهتری برخوردار گردیده اند و احساس بهبودی جسمی بیشتری نیز ذکر نموده اند. که نتایج کامل این مطالعه در فرصت مقتضی به دبیر خانه کنگره ارسال خواهد گردید.

کلمات کلیدی:

کیفیت زندگی، پمپ انسولین، دیابت تیپ یک

Low doses of glucocorticoid can induce hypocalcemia in hypoparathyroidism: a case report

Azita Zafar Mohtashami¹, Gholam Reza Lashkarara³, Kaviani Mojgan²

¹Assistant professor, Iran, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Shahid Rahimi Hospital, Department of Internal Medicine, Nephrology

²Assistant professor, Iran, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Shahid Rahimi Hospital, Department of Internal Medicine, Endocrinology

³General Physician and MPH, Instructor, Lorestan University of Medical Sciences, Deputy of Health

ABSTRACT

A 55-year-old man who was a post-surgical hypoparathyroidism and had a well-controlled serum calcium and phosphorus levels and no significant signs and symptoms since two years ago referred to the outpatient clinic of the hospital on mid-August 2018 complaining of exacerbation of signs and symptoms of hypocalcemia including muscle aching cramps especially in legs (calves), frequent twitching of muscles of the legs and face, and increased paresthesia in his fingers, toes and particularly around lips. He had an 8 mg injection dose of dexamethasone and some puffs of Nasonex (mometasone) nasal spray for some upper respiratory allergies from two days ago. He was on calcitriol (0.25 mcg daily), calcium carbonate 500 mg with vitamin D3 four times daily and tablets of 1000IU vitamin D3 every other day for preventing hypocalcemia and related short and long term pathophysiologic problems during the recent year. Because of total thyroidectomy, the patient also has been taking one levothyroxine 100 mg tablet daily. Serum calcium level had been checked several days before the begin-

ning of signs and symptoms and it was about 9 mg/dl. It had been decreased to 7.6 mg/dl (about 1.5 mg/dl reduction) after injection of 8 mg dexamethasone and some nasal puffs of Nasonex. After about a week of discontinuation of the glucocorticoids, the signs and symptoms of hypocalcemia began to relive gradually and the serum calcium level increased.

The main conclusion is to avoid glucocorticoid therapy in hypoparathyroidism patients as much as possible because they will augment hypocalcemia even in small doses; if glucocorticoids are indicated in these patients, the serum calcium should be carefully monitored. Physicians must be cautioned about these issues and it should be mentioned clearly in guidelines.

Keywords:

hypoparathyroidism, hypocalcemia, glucocorticoid, nasal spray, guideline

Comparison of respiratory indices in different phases of menstrual cycle in women with primary dysmenorrhea

Fatemeh Oraki¹, Ravanbakhsh Majid ^{1*}, Saadat Maryam ¹, Montazeri Simin²

¹ Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

² Department of nursing and Midwifery , Health Research Institute, Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Background and Aim:

Physiological changes during menstrual cycle in women with primary dysmenorrhea bring about changes in their respiratory system, which can be a factor in reducing the pain tolerance threshold in these individuals. The aim of this study was to compare respiratory indices in women with primary dysmenorrhea and how they differ in different phases of menstrual cycle.

Materials and Methods:

This descriptive-analytic study was performed on 14 women aged 18-25 with a history of dysmenorrhea. Inclusion criteria are regular menstrual cycles of 25 to 30 days, a bleeding period of 3 to 8 days, and severe pain in the range of 7 to 10 based on the Visual Analogue Scale (VAS). Exclusion criteria were: respiratory and cardiovascular diseases, secondary dysmenorrhea, pregnancy, smoking, alcohol consumption, and taking painkillers or pain relief medications, and contraceptives. Finally, the respiratory parameters were measured during the three phases of menstruation (day 3 or 4 cycles of menstruation), follicular (day 10 or 11) and luteal (day 20 or 21) using a capnography device.

Results: The results of this study showed that the End-Tidal Carbon Dioxide (ET-CO₂) pressure levels were significantly different in the follicular and luteal phases as opposed to the menstruation phase ($p < 0.01$). Also, rates of respiration and oxygen saturation showed a significant difference in different phases of menstruation ($p < 0.01$)

Conclusion:

The results of the present study indicate that ET-CO₂ pressure index was highest in the follicular phase, lower in the menstruation phase and lowest in the luteal phase, and the obtained values in all three phases were lower than the standard values. The respiratory rate index was highest in the menstruation phase (higher than the standard), lower in the luteal phase, and lowest in the follicular phase. Finally, oxygen saturation index was highest in the follicular phase, lower in the menstruation phase, and lowest in the luteal phase, and all obtained values were within standard ranges. Therefore, respiratory rehabilitation can prevent painful menstrual complications which cause absence from work and school and impose financial burdens on the health and economic system of the country.

Keywords:

Menstrual cycle, Primary painful menstruation, Respiratory pattern, Respiratory index, Capnography

کنترل عملی بیماران دیابتی قبل، حین و بعد از عمل جراحی

دکتر محمد علی توکلی اردکانی
دستیار فوق تخصصی غدد و متابولیسم

هیپرگلیسمی در بیماران بدحال همراه با افزایش مورتالیتی و موربیدیتی می باشد. بیماران جراحی معمولاً دچار هیپرگلیسمی ناشی از پاسخ هیپرمتابولیک به استرس می گردند که علت مقاومت به انسولین است. اگرچه هیپرگلیسمی همراه با پیامدهای مرگبار در بیماران جراحی می شود، درمان هیپرگلیسمی با انفوریون انسولین همیشه همراه با منافع پایدار نمی باشد. علیرغم نتایج اولیه مبنی بر اثرات مفید و سودمند در کاهش مرگ و میر پس از کنترل سخت دیابت، مطالعات اخیر حاکی از افزایش مرگ و میر و نبود فایده درمان سخت با انسولین می کند، به دلیل این یافته های متضاد کنترل مناسب قندخون در بیماران دیابتی کاندید جراحی مد نظر می باشد.

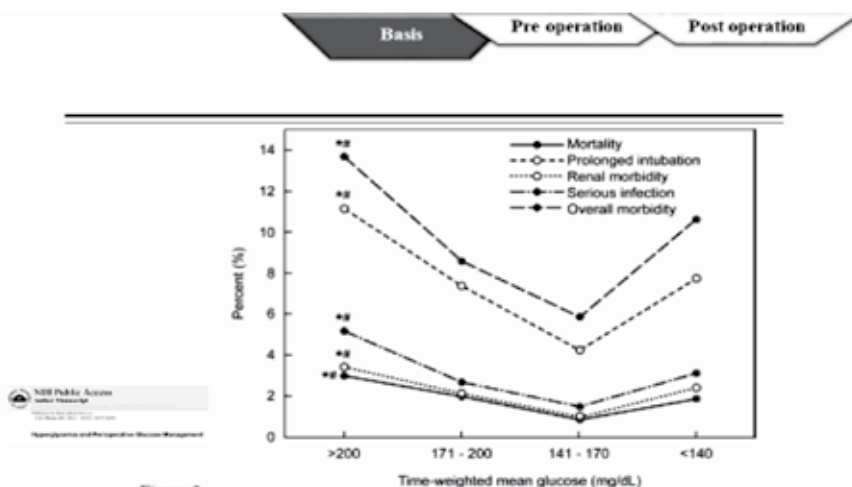
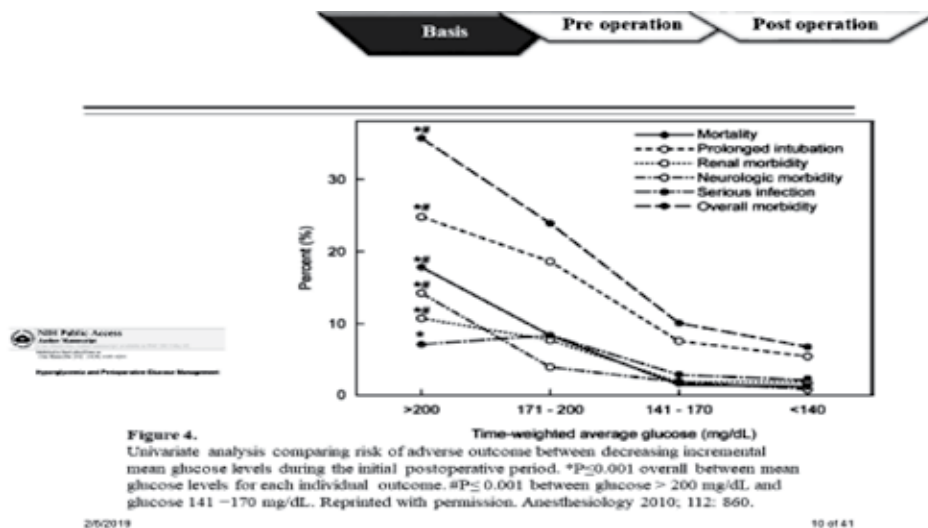


Figure 3.

Univariate analysis comparing risk of adverse outcome between decreasing incremental mean glucose levels during the intraoperative period. * $P \leq 0.001$ overall between mean glucose levels for each individual outcome. # $P \leq 0.001$ between glucose > 200 mg/dL and glucose 141 - 170 mg/dL. Reprinted with permission. Anesthesiology 2010; 112: 860.

2/5/2019

9 of 41

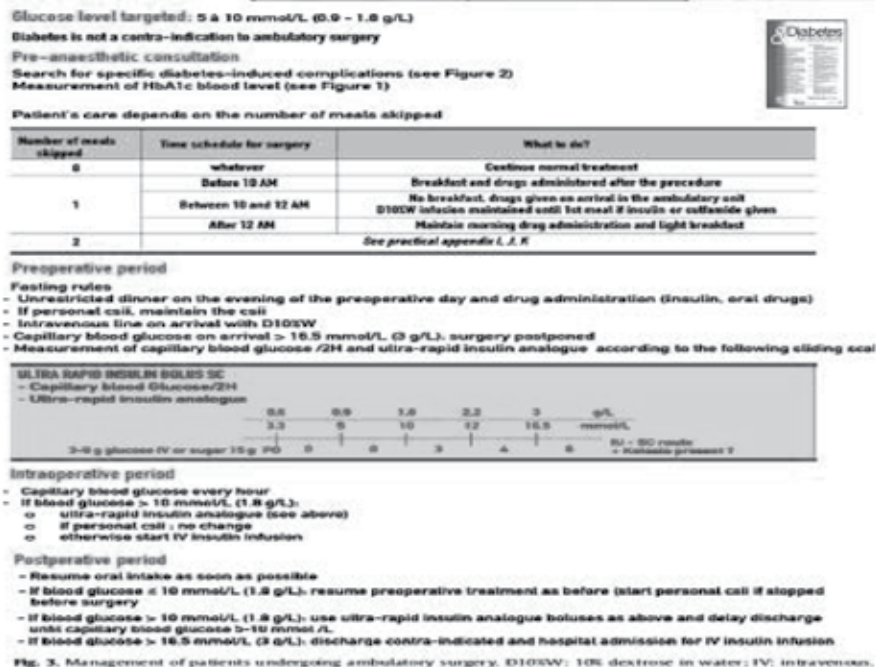


ابتدا به تمهیدات بیماران نیازمند جراحی اعم از مصرف کنندگان قرص، انسولین در دیابت‌های تیپ ۱ و ۲ می‌پردازیم.

	Basis	Pre operation	Post operation
Table 2. Oral Medication Use the Day Before and Day of Surgery			
Oral Medication for Elective Surgery	Day Before Surgery	Day of Surgery if Normal Oral Intake Anticipated Same Day and Minimally Invasive Surgery	Day of Surgery if Reduced Postoperative Oral Intake or Extensive Surgery, Anticipated HD Changes and/or Fluid Shifts
Secretagogues	Take	Hold	Hold
SGLT-2 Inhibitors	Hold	Hold	Hold
Thiazolidinediones	Take	Take	Hold
Metformin	Take*	Take*	Hold
DPP-4 Inhibitors	Take	Take	Take

*Hold if patient having a procedure with intravenous contrast dye administration, particularly in those with glomerular filtration rate < 45 mL/min.¹⁸
DPP = dipeptidyl peptidase-4; HD = hemodynamic; SGLT = sodium glucose cotransporter-2.

An Update



Preoperative period	Basis	Pre operation	Post operation
Drug prescription			
Drug	Chirurgie majeure ou mineure		
Metformin	Avoid taking the drug on Day -1 (evening) and Day 0 (morning)		
Sulfamides	Avoid taking the drug on Day 0 (morning)		
Glinides	Avoid taking the drug on Day 0 (morning)		
Alpha-glucosidase inhibitors	Avoid taking the drug on Day 0 (morning)		
DPP-4 inhibitors	Avoid taking the drug on Day 0 (morning)		
SGLT2 inhibitors	Avoid taking the drug on Day 0 (morning)		
GLP-1 analogues	No injection on Day 0 (morning)		
Insulines SC	No injection on Day 0 (morning)		

- Check if recent value of HbA1c, available otherwise take blood sample for HbA1c measurement
- Capillary blood glucose on arrival in the unit
- Fasting rules to apply: normal dinner on the previous day, clear fluids on the morning of surgery (≥ 2 hours before induction) except if gastroparesis
- Usual doses of insulin(s), if any, with dinner on the evening of the preoperative day and drug administration according to the above table.
- Capillary blood glucose before sleep and on the morning of surgery (protocol described below)
- Additional capillary blood glucose in the middle of the night if blood glucose < 5 or > 10 mmol/L.

Capillary blood glucose	0.6	0.9	1.8	2.2	3	g/L
	3.3	5	10	12	16.5	mmol/L
Before evening meal						
Sugar						
15 g per os						
Call the physician						
Dinner						
Normal meal + usual doses of insulin(s) + oral antidiabetic drugs except metformin						
15 g per os						
CBG at 15 min						
If needed						
3-4 AM						
Call the physician						
If no improvement						
5-7 AM						
Withhold oral antidiabetic drugs and IV D10 50 mL/h						
Immediately before surgery (CBG 3 h)						
D10 100 mL/h						
Call the physician						
3 IU SC						
4 IU SC						
6 IU SC						
IV insulin and ICU transfer						
Call the physician						
IV line with saline						
Postpone surgery						



26 of 41

Table 3. Day Before Surgery Insulin Regimens Based on Oral Intake Status

Day Before Surgery Insulin Regimens	Glargine or Detemir		NPH or 70/30 Insulin		Lispro, Aspart, Glulisine, Regular		Noninsulin Injectables	
	AM Dose	PM Dose	AM Dose	PM Dose	AM Dose	PM Dose	AM Dose	PM Dose
Normal diet until midnight (includes those permitted clear liquids until 2h before surgery)	Usual dose	80% of usual dose	80% of usual dose	80% of usual dose	Usual dose	Usual dose	Usual dose	Usual dose
Bowel prep (and/or clear liquids only 12-24h before surgery)	Usual dose	80% of usual dose	80% of usual dose	80% of usual dose	Usual dose	Usual dose	Hold when starting clear liquid diet/bowel prep	Hold when starting clear liquid diet/bowel prep

NPH = neutral protamine Hagedorn.

درضمن برای محاسبه پروتکل انسولین جهت کنترل قند خون طرز اندازه گیری ISF مهم است.

Basis

Pre operation

Post operation

$$\text{Correction Dose(C.D)} = \frac{BG-100}{ISF}$$
$$\text{Insulin sensitivity factor(ISF)} = \frac{1800}{TDD}$$

Increase ISF : Age > 70 ,R.F , GFR <45 , no Hx of DM

Decrease ISF: Insulin resistance ,BMI >35, TDD> 80,
20mg prednisolone

فواید و مضرات تجویز ویتامین D و ارتباط آن با بروز سرطان ها

علیرضا جعفری*

چکیده:

مقدمه:

ویتامین D از جمله ویتامینهای محلول در چربی است که علیرغم تولید آن در بدن انسان در اثر تابش افتاب، نیاز به مصرف خوراکی آن بعلت تغییرات شیوه زندگی جوامع و کلیدی بودن اثرات این ویتامین به شدت احساس می شود.

امروزه بسیاری از ترکیبات حاوی ویتامین D توسط پزشکان و حرف وابسته پزشکی تجویز و حتی بطور فردی توسط مردم استفاده می شود بدون اینکه توجه لازم به اثرات و مضرات این ویتامین در بدن معطوف باشد و هدف این مقاله اشاره به انواع، اثرات مختلف آن و حتی ارتباط این ویتامین با پیشگیری از بروز سرطان در انسان که در چند سال اخیر مطرح شده است.

روش:

طبق تحقیقات انجام شده حدود ۵۰٪ مردم دنیا از کمبود ویتامین D رنج می برند (۱). تحقیقات اخیر در هاروارد نشان داده که این ویتامین احتمالاً نقش مهمی در پیشگیری از سرطان، شکستگی استخوانها، بیماریهای قلبی، بیماریهای اتوایمون، دیابت تیپ ۲، ابتلا به آنفلوآنزا و حتی افسردگی دارد (۲). به همین دلیل امروزه در توصیه و تجویز اکثر مراقبان سلامت جهان وجود دارد. یک متا آنالیز انجام شده نشان داد که مصرف ترکیبات حاوی ویتامین D با کاهش قابل توجه مرگ و میر همراه بوده است (۳).

در مورد کمبود ویتامین D و نقش آن در بروز بیماریهای مختلف تحقیقات زیادی صورت گرفته که به برخی از آنها اشاره می گردد:

بیماریهای قلبی:

مطالعات زیادی نشان داده که ویتامین D از طریق سیستم رنین - آنژیو تانسین، با اثر مهاری بر التهابات و اثر مستقیم بر سلولهای قلب و دیواره عروق اعمال اثر می کند. مطالعات فرامینگهام در افراد با سطح ویتامین D کمتر از ۱۵ ng میزان بروز بیماریهای قلبی نسبت به افراد با سطح ویتامین بیش از ۳۰ تا ۶۰٪ افزایش نشان داد و در مطالعات دیگری بمدت ۴ سال افزایش فشار خون شریانی در مردان و زنان با سطح ویتامین D ۱۵ تا سه برابر

افزایش داشته است (۹) .

فشار خون شریانی :

در نتیجه یک بررسی بر روی ۱۲۶۴۴ داوطلب در امریکا فشارخون سیستولیک افراد ارتباط معکوس با سطح سرمی ویتامین D وجود داشت (۱۰ و ۱۱) . در بررسی دیگری در آلمان بر روی ۴۰۳۰ نفر شیوع افزایش فشار خون شریانی با سطح سرمی پایین ویتامین D دیده شد (۱۲) .

چاقی :

ارتباط چاقی و افزایش BMI توأم با افزایش ریسک اختلالات قلبی - عروقی همراه با سطح پایین ویتامین D مطرح شده و در مطالعات مختلفی کاهش وزن بخصوص در خانمهای یائسه با افزایش سطح ویتامین D همراه بوده است (۱۳) .

دیابت تیپ ۲ :

در یک مطالعه ۳ ساله در افراد بالای ۶۵ سال افزایش ناچیزی در سطح قند خون ناشتا در کسانی که حداقل ۷۰۰ واحد ویتامین D روزانه مصرف می نمودند نسبت به دارو نما مشاهده گردید (۱۴) .

اختلالات شناختی :

مطالعه ای ۶ ساله در ایتالیا نشان داد که کمبود ویتامین D با اختلالات شناختی در افراد مسن همراه بوده ولی در حافظه ایشان تأثیری نداشته است (۱۵) .

افسردگی :

مطالعات یک ساله جمعی از محققان در نروژ نشان داد در افراد چاقی که هفته ای ۲۰ تا ۴۰ هزار واحد ویتامین D دریافت داشته اند نسبت به افرادی که دارو نما مصرف نمودند بهبودی قابل توجهی از درجات مختلف افسردگی مشاهده شد که نتیجه رابطه تأثیر مثبت این ویتامین در افسردگی بوده است (۱۶) .

بیماری پارکینسون :

اگرچه ریسک فاکتورهای این بیماری نامشخص است ولی فرضیه ای در ارتباط این ویتامین با پارکینسون در سالهای اخیر مطرح شده و مطالعه ای در فنلاند احتمال بروز این بیماری در کمبود ویتامین D را نشان داد (۱۷) .

بیماریهای اتوایمون :

ارتباط کمبود این ویتامین با بیماریهایی چون بیماریهای تیروئید ، آرتریت روماتوئید ، دیابت تیپ ۱ و بیماری ام اس نیز مطرح شده و بررسی ها نشان داد که ۶۲٪ کاهش بروز بیماری MS در افرادی که سطح بالای این ویتامین را در سطح سرمی داشته اند نسبت به افراد با کمبود ویتامین D دیده شده است (۱۸). بررسی کودکانی که از بدو تولد در فنلاند ویتامین D دریافت داشته بودند نسبت به کودکانی بدون مصرف آن با کاهش ۹۰٪ ریسک ابتلا به دیابت تیپ ۱ همراه بوده است (۱۹).

مقاومت برابر آنفلوآنزا :

مطالعه ای RCT در ژاپن نشان داد در کودکانی که روزانه ۱۲۰۰ واحد ویتامین D دریافت نموده بودند نسبت به کودکانی که دارونما دریافت داشتند ۴۲٪ کاهش ابتلا به آنفلوآنزا تیپ A مشاهده شد ولی این موضوع در مورد آنفلوآنزا تیپ B صدق نمی کرد (۲۰).

عفونتهای لگن در بانوان :

اگرچه در مطالعه ای افزایش سه برابری عفونتهای واژن در خانمهای باردار با کمبود ویتامین D گزارش شده (۲۱) اما در بررسی دیگری نشان داده شد که در خانمهایی که دچار استوپروز و کاهش دانسیته استخوان (BMD) می باشند اختلالات کف لگن بعنوان یکی از عوامل اصلی در نیاز به عمل جراحی ، عوارض پس از عمل تا ۳۰٪ بیشتر و در خانم های بالای ۵۰ سال و منوپوز با کمبود این ویتامین جراحی های لگن با ریسک بیشتر بروز که با بی اختیاری ادراری پس از عمل همراه بوده است (۲۲) .

سقوط و شکستگی ها :

از آنجا که ویتامین D نقش ویژه ای در جذب کلسیم و از طرفی کلسیم از عوامل مهم انقباض و قدرت عضلات است در مقالات زیادی به اثر کمبود این ویتامین در افزایش سقوط و بروز شکستگی ها اشاره و نشان داده شده که با مقادیر کسب روزانه بیش از ۸۰۰ واحد ویتامین D شانس شکستگی های لگن و غیر ستون فقرات تا ۲۰٪ کاهش یافته در حالیکه این امر با مصرف میزان کمتر از ۴۰۰ واحد ویتامین روزانه بی اثر بوده است (۲۳) .

دژنراسیون ماکولای چشم وابسته به سن (AMD) :

این بیماری که اغلب در افراد بعد از ۷۵ سالگی دیده می شود ، مشخص شده که در افراد کمتر از ۷۵ سال با سطح ویتامین D بیشتر از ۱۵ ng/ml کمتر بروز نموده که از اثرات سطح

بالای ویتامین D برشمرده می شود (۲۶).

مقاومت در برابر سرطانها :

با تأثیر ویتامین D بر کاهش پرولیفراسیون سلولها و اثر ضد التهابی آن بررسی هایی در اثر پیشگیرانه آن بر سرطانها بخصوص انواع کولورکتال ، ریه ، لوزالمعده ، پروستات ، تخمدان و سرطان سینه انجام گرفته است . گرچه باید توجه داشت که بر طبق دستورالعمل Institute of Medicine سطح کافی و قابل قبول ویتامین D 50 nm/L و برابر دستورالعمل Endocrine Society سطح کافی و قابل قبول ویتامین 75 nm/L در نظر گرفته شده است . درمورد رابطه پیشگیری از کانسر کولورکتال (CRC) با مصرف ویتامین D یافته ها چندان دلگرم کننده نبوده و نتایج برخی از آنها در جدول ۱ قابل مشاهده است.

در مورد ارتباط سطح ویتامین D با بروز سرطان پروستات (PC) بررسی های متعدد برخی نشان از عدم تأثیر و برخی نشاندهنده ارتباط (U Shape) بوده است که با افزایش سطح سرمی ویتامین، کاهش نسبی در سطح PSA و بروز سرطان (۲۷) ولی با دوزهای بالای مصرف آن این اثر محافظتی مجدداً کاهش می یابد و بیماری با شدت بالا بروز و ادامه می یابد (جدول ۲).

این در حالیست که بسیاری از مطالعات اخیر نقش کاهنده ویتامین در بروز سرطان پستان تأیید شده است بطور مثال در یک متا آنالیز توسط Chen و همکاران یافته ها حاکی از کاهش ۴۵٪ ریسک بروز سرطان پستان در افرادی بود که سطح سرمی بالایی از ویتامین D را دارا بوده اند (۳۰). این کاهش ریسک سرطان در مطالعه Mohr و همکاران به میزان ۵۰٪ بدست آمده بود.

یکی از آخرین بررسی ها توسط Mcdonell در ۲۰۱۶ نشان داد که در خانمهای با سطح ویتامین D سرم بیش از 40 ng/ml حدود ۶۵٪ کاهش بروز سرطان مهاجم پستان نسبت به افراد با سطح سرمی کمتر دیده شد (۳۶).

دستورالعملهای تجویز ویتامین D :

در افرادی که در معرض ریسک کمبود ویتامین هستند انجمن غددمترشحه بالینی (ESCP) توصیه نموده که در بیماران تحت درمان با داروهای ضد تشنج ، ضد قارچ ، گلوکوکورتیکوئیدی و بیماران مبتلا به AIDS دوز ویتامین D تجویزی باید دو تا سه برابر افراد با کمبود صرف ویتامین باشد تا سطح سرمی ویتامین متعادل باشد جدول ۳ (۳۷) .

Patient profile	Age group	Dose
Infants and children	0-1 year	1000 IU/d required to raise the blood level consistently above 30 ng/mL
Children	1 year and older	1000 IU/d required to raise the blood level consistently above 30 ng/mL
Adults	19-50 years	1500-2000 IU/d required to raise the blood level consistently above 30 ng/mL
Elderly	50-70 year and 70+ year	1500-2000 IU/d required to raise the blood level consistently above 30 ng/mL
Pregnant and lactating women	-	1500-2000 IU/d required to raise the blood level consistently above 30 ng/mL

Source : ESCP, Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011.

عوارض مصرف دوز بالای ویتامین D و مسمومیت ناشی از آن :

نظر به شیوع بالای کمبود ویتامین D در جوامع که اغلب ناشی از محیط جغرافیایی زندگی ، سن ، جنس ، شیوه زندگی و رژیم غذایی است اغلب پزشکان و گاهی اشخاص غیر کادر درمانی بدون توجه به دوز توصیه شده و عوارض ناشی از مصرف بیش از حد آن که با بروز مسمومیت همراه است اقدام به مصرف این ویتامین نموده که در برخی افراد عوارض جبران ناپذیری ایجاد می نماید . اگر چه برخی منابع سطح سرمی بیش از ۵۰ ng/ml را مرز هشدار تلقی نموده اند ولی در بعضی افراد سطح سرمی تا حدود ۲۰۰ ng/ml نیز بدون عوارض جانبی دیده شده است.

از عوارض مهم و مسمومیت ناشی از مصرف دوز بالای ویتامین D میتوان به موارد زیر اشاره نمود :

- **هیپر کلسمی :** که تشنگی ، بی قراری ، گیجی و عدم تمرکز فکری ، طپش قلب ، احساس طعم فلزی در دهان و ضعف و بی حالی و از علائم آن است.

- **اختلال عملکرد کلیه :** که اغلب ناشی از نفرو کلسینوز و با علائم تهوع و استفراغ ، درد شکم ، درد کمر و غیره تظاهر می یابد.

- **آریتمی و حملات قلبی :** ناشی از عوارض هیپر کلسمی و با ضعف و بی حالی ، درد قفسه سینه بخصوص در فعالیت ، افزایش فشارخون و حتی بلوک کامل قلبی و ایست قلبی می تواند باشد.

- **شکستگی و درد استخوانها :** این امر نیز وابسته به بروز هیپر کلسمی و اختلال رسوب و برداشت کلسیم از استخوانهاست که با سقوط و شکستگی مکرر استخوانها همراه است.

- **دهیدراتاسیون بدن :** نیز ناشی از هیپر کلسمی و پلی اوری و اختلال تغلیظ ادرار در کلیه است که با بی قراری ، ضعف ، خشکی دهان و چشمها ، کاهش فشار خون و نبض ضعیف و اختلال هوشیاری وغیره بروز می کند.

- **پانکراتیت :** از عوارض مهلک این مسمومیت است که با درد ناگهانی شکم ، تب ، تهوع و استفراغ ، شوک و مرگ در مدت کوتاه خود را نشان میدهد.

- **مشکلات ریوی :** که ناشی از رسوب کلسیم زیاد در بافت ریه است و سرفه مقاوم و طولانی ، درد قفسه سینه ، اختلال ونتیلاسیون و پرفوزیون ریوی ، کاهش اکسیژن شریانی و

سیانوز، اختلال هوشیاری تا مرگ از عواقب آن است.

نتایج و بحث :

ارتباط کمبود ویتامین D با بروز برخی بیماریها طی تحقیقات متعدد تأیید شده و فقط در مورد کاهش بروز سرطانهای نسوج مختلف بدن اتفاق نظر وجود ندارد اگرچه نتایج تعداد زیادی از آزمون ها بنفع اثر این ویتامین در کاهش برخی سرطانها بخصوص سرطان پستان بعنوان یکی از شایع ترین سرطانهای جوامع امروزی می باشد.

کلیدواژه :

ویتامین D ، فواید و عوارض ، پیشگیری از بروز سرطان .

A Brief Review of Hypocalcemic Disorders

A Focus on Post-Surgical Hypoparathyroidism

Dr.Esmaeil Faraji

MD,Internist-Endocrinologist

Summary

Calcium is one of the most important elements of the human body.99% of total body Ca is deposited in the bones giving it strength and providing a reliable reservoir . Aproximately 1% of total body Ca is exghangeable with plasma. There is a continuous Ca traffic between plasma and bone . In the plasma 50% of Ca is bound mostly to albumin and 50% is in ionized form.It is this ionized form that mediates biochemical and physiologic functions of Ca . Human body does every effort it can to maintain ionized Ca in a normal range to ensure life of the living body.There is a great gradient of plasma to intracellular Ca as much as 10,000:1.The entry of Ca into the cytoplasm is done via special Ca channels.

The only source of Ca is ingestion as food or supplementations.For the Ca to enter human body plasma , there should be an integrated digestive and absorptive apparatus including stomach,HCL acid,intact small intestine and very importantly Vit.D as a transporter.

All of the homeostatic activities regulating body Ca are under control of the parathyroid glands.

Parathyroid glands produce Paratyroid Hormone(PTH) an 84 amino-acid polypeptide which is responsible for minute to minute regulation of Ca in the body.The physiologic relation of Ca ion and PTH func-

tions as as a sigmoidal curve,is very robust and ON TIME.

Of all the regulators of Ca ion, PTH is the most important one.Thus PTH is the starting point in approaching any Ca disturbance.It implies that any decrease or increase in plasma Ca ion is either PTH dependant OR PTH independent.

Any disturbance in PTH production , release, and target organ action leads to a state of PTH deficiency or resistance .The resulting clinical consequences will be those of hypocalcemia and/or hyperphosphatemia.The most common cause of hypoparathyroidism is surgical removal of or damage to parathyroid glands during any surgery on the anterior neck such as thyroidectomies,parathyroidectomies ,neck lymph node dissections.

Postsurgical hypoparathyroidectomy accounts for almost 75% of them, the remainder being autoimmune or congenital absence of parathyroid glands.Rarely hypomagnesemia or infiltration of Iron ,Copper and tumors interferes with parathyroid function.

Because thyroid gland is readily seen or palpated by physicians and because of increased availability and use of ultrasound there has been an increased rate of thyroidectomies, most of them extensive and often unnecessary.

Of all the factors leading to post-surgical hypoparathyroidism , center in which the surgery is done,type of surgery ,and surgen`s expertise are the most important ones.

Post-surgical Hypoparathyroidism and it`s biochemical results(ie. Hypocalcemia and hyperphosphatemia) have numerous clinical implications for the patient.

Urgent diagnosis and treatment of acute hypocalcemia and meeting chronic complications are very important.Chronic complications and mor-

bidities includes renal complications, neuromuscular problems, cardiac problems and most importantly decreased quality of life.

Treatment of hypoparathyroidism includes sufficient Ca and VitD supplementation. Recently PTH replacement has gained attention.

In this brief review I will discuss important causes of hypoparathyroidism and hypocalcemia. I will focus on post-surgical hypoparathyroidism, its risk factors and consequences. I will discuss ways to prevent, diagnose, treat and monitor post-surgical hypopara with an emphasis on quality of life and use of PTH as a new treatment of hypopara.

Mauriac syndrome as a rare cause of primary amenorrhea: A case report

Farzaneh Amininezhad

Background:

longstanding poorly controlled hyperglycemia in children with diabetes mellitus type 1 may be presented by growth failure, short stature, delayed puberty, moon faces and liver enlargement associated with glycogen deposition; a rare complication of diabetes mellitus type 1 described as Mauriac syndrome. These processes can be reversed with good glycemic control.

Case Report:

A 19-year-old female with 10 years' history of t1 DM referred to our clinic for evaluation of primary amenorrhea. She weighed 41.5 kg, she was 150 cm tall and had a BMI of 18.4 kg/m² and she was normotensive. The puberty stage was P4B4 which started since 4 years ago. The hypothyroidism was recognized since 2 years ago but she has poor adherence to medication. The investigations indicated a normal renal function, normochromic normocytic anemia and poor glycemic control, and elevated liver enzymes. HbA1C:13%, FBS: 530mg/dl, AST:124 IU/l, ALT:234 IU/l, blood gas analysis, and serum electrolytes were within normal limits and ketones were negative. Other hormonal axes analyses showed: TSH>100IU/ml, LH: 4mIU/ml, FSH: 3.8mIU/ml, estradiol: 47pg/ml, cortisol(8AM):19.9microgr/dl. The abdominal ultrasonography showed mild hepatomegaly with fatty infiltration, a normal size spleen, a 65*28mm uterus, and 10mm right ovary and left one was 8mm without prominent follicle. Based on his-

tory, laboratory and sonographic findings, the diagnosis of Mauriac syndrome was suspected and the insulin regimen was adjusted and treatment with levothyroxine was restarted.

Conclusions:

This is a case of a young female with poorly controlled DM type 1, short stature, delayed puberty, hepatomegaly, and primary amenorrhea due to Mauriac syndrome. These manifestations may relate to various pathophysiologic mechanisms, such as poor nutritional status, inadequate glucose to the tissues, chronic intermittent acidosis, hypercortisolism, hypothyroidism, impaired calcium balance, and target organ resistance to either GH or IGF.

Keywords:

Mauriac syndrome; Diabetes mellitus; primary amenorrhea.

Jaw tumor in recurrent primary hyperparathyroidism: A case report

Farzaneh Amini Nezhad, Moloud Payab Sara Nayebandi, Shirin Hasani-Ranjbar

Background

Brown tumor may present as uni/multilocular osteolytic lesions with bone expansion, bone pain or pathologic fracture in primary, secondary and tertiary hyperparathyroidism. However, recently, such presentation is rare due to early detection using blood screening techniques before symptomatic bone lesions appear.

Case Report

A 65-year-old woman was admitted to our hospital with generalized bone pain and a progressive painless mass in her jaw appeared since 6 months ago. She had a history of two times parathyroidectomy. In recent hospitalization, she presented with the complaint of weakness, bone pain and a progressive swelling in her jaw. Laboratory analysis showed a hypercalcemia and plasma PTH of 398 pg/ml. Dual energy X-ray (DXA) showed osteoporosis at the neck of hip and lumbar spine. The neck MRI revealed an 11 * 6 mm soft tissue nodule posterior to left thyroid lobe and a 20*18 mm T2 hypersignal, T1 hyposignal nodule at right thyroid lobe. The SPECT-CT scintigraphy with 99mTc-MIBI was suggestive of bilateral parathyroid adenomas and/or parathyroid hyperplasia and showed a MIBI-avid lytic lesion in the mandible. Surgical management was performed. After removing the adenoma the PTH marked a decrease from the initial value to 57 pg/ml. The histological examination revealed the thyroid tissue with MNG and a left parathyroid adenoma. Follow-up after surgery revealed normal blood

calcium and urine calcium levels with no increase. PTH levels also did not increase. The patient was treated with calcium and vitamin D supplements and the jaw mass decreased gradually.

Conclusions

Primary or secondary HPT may be recognized by the presence of an osteolytic lesion with giant cells, a condition referred as brown tumor. Consideration should be made that non-specificity of hypercalcemia symptoms can also be a bone tumor including jaw lesion as a manifestation of hyperparathyroidism.

Keywords:

Brown tumor, Hyperparathyroidism, Hypercalcemia, Hyperparathyroidism jaw-tumor syndrome

May metabolic syndrome increase the trend of Thyroid Nodules Formation

Hamideh Akbari, Fatemeh Golgiri, Samira Eshghi, Behnaz Khodabakhshi
Atosa Kazemi, Seyed Arad MoslemiAghili, Masoudreza Sohrabi**

Background and Aim

Thyroid nodules(TNs) and metabolic component have increasing trend worldwide Thyroid hormones have a effect on energy homeostasis and lipid metabolism. There is few studies about association between thyroid nodules and metabolic syndrome(MetS). This study designed to determine the prevalence of thyroid nodules in patients with metabolic syndrome.

Materials and Methods:

In this cross-sectional descriptive analytical study, patients with metabolic syndrome between May 2017 to September 2017 were enrolled. Metabolic syndrome was defined as International Diabetes Federation (IDF) criteria. Patients' demographic and anthropometric data as well as clinical and laboratories data registered .All of them underwent an ultrasonography thyroid exam in which the presence, size and number of thyroid nodules were recorded.

Results

130 eligible patients enrolled with mean age was 49.53 ± 16 .Of them 91(70%) was female. TSH level were in normal range in all patients. The thyroid nodules were reported in 43(30.1%) patients. Of them multiple nodules (≥ 2) were seen in 17patients. The prevalence of TNs were more prevalent in patients older than 50 years old. We did not

find association between metabolic syndrome component and presence of TNs except systolic blood pressure.

Conclusion:

This study examines the prevalence of thyroid nodules in patients with metabolic syndrome. In this study, the prevalence of thyroid nodules was 33%, Which is higher compare to previous studies. Therefore evaluation the patients with MetS for TNs may be particularly among elderly should be considered in clinical practice .

Key words:

Metabolic syndrome, thyroid hormones, Thyroid nodules, Age

سندرم سروتونین

Serotonin syndrome (SS)

دکتر نورلی رادگهر متخصص داخلی - پزشک آزاد گنبد کاووس

زمینه :

سندرم سروتونین یک گروه از علایم و نشانه‌ها هستند که بدن‌بال مصرف عوامل سروتونرژیک با افزایش سطح سروتونین ظاهر می‌شود. این سندرم اولین بار در سال ۱۹۶۰ توصیف گردید، اما بعلت نادر بودن چندان مورد توجه قرار نگرفت. یک مورد معروف SS در یک دانشجوی ۱۸ ساله بنام Libby Zion اتفاق افتاد. او بعلت دپرسیون تحت درمان با فنلزین (بازدارنده منوآمین اکسیداز) بود. بعلت آژیتاسیون، دیس‌اوریاتاسیون، تب و حرکات پرشی بدن در عصر ۴ اکتبر ۱۹۸۴ در بیمارستان مانهاتان نیویورک بستری گردید. با تشدید آژیتاسیون یک آمپول هالوپریدول به وی تزریق شد، او سرانجام به خواب رفت. اما در ساعت ۶/۵ صبح روز بعد وقتی درجه حرارت بدن او را گرفتند به ۱۰۷°F رسید. اقدامات اورژانسی برای کاستن درجه حرارت انجام دادند، اما Libby دچار ایست قلبی شده فوت نمود. این مورد مانند انفجار بمبی توجه پزشکان را به سندرم سروتونین جلب نمود. میزان شیوع این سندرم بعلت عدم تشخیص تمام موارد دقیقاً معلوم نیست. اما با توجه به افزایش روز افزون مصرف داروهای سروتونرژیک، میزان بروز SS رو به گسترش بوده، شیوع آنرا ۲/۲٪ در مصرف‌کنندگان عوامل سروتونرژیک تخمین می‌زنند. سندرم سروتونین کمتر از حد تشخیص داده و گزارش می‌شود. یکی از دلایل آن می‌تواند عدم حضور ذهنی پزشکان و هتروژن بودن تظاهرات آن باشد. در یک آمار ۸۵٪ پزشکان با این سندرم آشنا نبودند. فرم خفیف SS باآسانی نادیده گرفته می‌شود یا به اشتباه علائم SS به کسالت پسیکیاتریک از قبل موجود یا به علل دیگری نسبت داده می‌شود و فرم شدید SS را به سندرم نورولپتیک بدخیم نسبت می‌دهند.

فیزیولوژی سروتونین :

سروتونین (۵-Hydroxy tryptamine [HT-۵]) در سیستم عصبی مرکزی و محیطی وجود دارد. سروتونین از دکربوکسیلاسیون و هیدروکسیلاسیون ال-تریپتوفان مشتق شده در وزیکولها ذخیره می‌شود، با تحریک آزاد شده وارد شکاف سیناپتیک می‌گردد. سروتونین پس از آزاد شدن از وزیکولهای پست سیناپتیک، بازجذب شده توسط آنزیم منوآمین اکسیداز

(MAO) متابولیزه شده به ۵- هیدروکسی ایندول استیک اسید تبدیل میشود. سروتونین قادر نیست از سد مغزی - خونی رد شود اما پیشتازهای آن میتوانند عبور نمایند. سروتونین مرکزی در هسته های خط وسط پایه مغزی از مغز میانی تا مدولا ساخته میشود. سروتونین محیطی در درجه اول در سلولهای کرومافین مجاری گوارشی و پلاکتها تولید میشود. سروتونین یک نوروترانسمیتر اساسی برای انتقال تحریکات است. عمل آن از طریق خانواده پروتئین G / لیگاند - کانال یونی صورت میگیرد. حداقل ۷ نوع رسپتور سروتونین (۵-HT₁ - ۵-HT₇) شناسایی شده است. سروتونین مرکزی در حالتهاى هوشیاری، توجه، رفتارهای عاطفی (اضطراب و افسردگی)، رفتار جنسی، درجه حرارت مرکزی، استفراغ، رفتار تغذیه ای، و نوسی سپتو/ آنالژزی دخالت دارد. سروتونین محیطی بر حرکات روده، فونکسیون وازوموتور، انقباض رحم و برونش و آگره گاسیون پلاکتها تأثیر گذار است.

علل و مکانیسم ایجاد سندرم سروتونین :

عوامل سروتونرژیک با مکانیسمهای گوناگونی باعث افزایش اثر سروتونین میگردند. بعضی داروها با چندین مکانیسم بر سطح سروتونین تأثیر دارند.

o افزایش تولید سروتونین - ال- تریپتوفان، ترکیبات آمفتامین، کوکائین

o کاهش متابولیسم سروتونین - بازدارنده های منوآمین اکسیداز MAOs (فنلزین، ترانیل سیپرومین)، متیلن بلو، فورازولیدون، ضد اضطرابها (بوسپیرون)، مکملهای گیاهی (علف سنت جونز)

o افزایش آزادسازی سروتونین - آمفتامین، کوکائین، فن فلورامین، سیپروترامین، اکستانزی، اوپیوئیدها (اوکسی کدون، بوپرنورفین، ترامادول)

o آگونیسم رسپتور سروتونین - بوسپیرون، لیزرژیک اسید دی اتیل آمید (LSD)، دی هیدروارگوتامین، تریپتانها، آنتی دپرسانها (میرتازاپین، ترازودون)، بعضی مخدرها (فنتانیل، مپریدین)، عوامل پروکینتیک (متوکلوپرامید)، تثبیت کننده خلق (لیتیوم)

o کاهش بازجذب (Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRIs

(سیتالوپرام، فلوکستین، سرتالین)، Serotonin-Norepinephrine reuptake

(inhibitors (SNRIs (ونلافاکسین، دولوکستین)، آنتی دپرسانها (بوپروپیون، ترازودون

(، Tricyclic Antidepressants (TCAs (آمی تریپتیلین، دوکسپین)، ضد استفراغها

(اوندانسترون)، آنتی هیستامینها (کلرفنیرامین)، بعضی اوپیوئیدها (لوومتورفان، مپریدین،

پنتازوسین، پتیدین، ترامادول)

o بازدارنده های سیتوکروم ۴۵۰

Cyp2D6

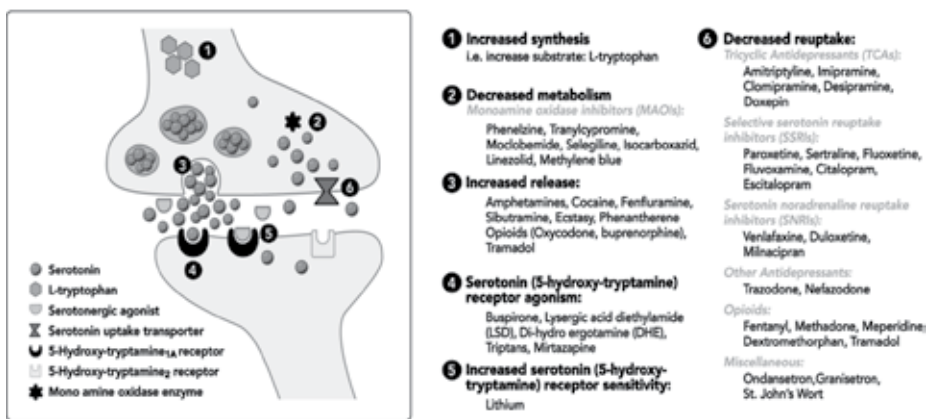
بازدارنده - فلوکستین ، سرتالین

سوبسترا - دکسترومتورفان ، اوکسی کدون ، فنترمین ، ریسپریدون ، ترامادول

Cyp3A4

بازدارنده - سیپروفلوکساسین ، ریتوناویر

سوبسترا - متادون ، اوکسی کدون ، ونلافاکسین



چه کسانی در خطر سندرم سروتونین هستند ؟

طبق توصیف فوق تعداد زیادی از داروها به تنهایی یا در ترکیب با سایر داروهای سروتونرژیک میتوانند سندرم سروتونین ایجاد نمایند . شایعترین علت ترکیب MAOIs با SSRIs می باشد . اغلب بیماران چندین کسالت همزمان دارند و تعداد زیادی دارو مصرف میکنند . بعنوان مثال یک بیمار دچار درد مزمن ، کمپلکسی دارد متأثر از عواملی مانند حس ، ادراک ، رفتار ، عوامل اجتماعی ، در حدود ۶۰٪ اینها افسردگی دارند ، اغلب برای رهایی از درد به مواد مخدر روی میاورند . پیچیدگی درد مزمن درمانهای چند جانبه ای را می طلبد از قبیل آنالژزیکها ، اپیوئیدها ، و/ یا آد جوانها (آنتی دپرسانهای TCAs , SSRIs , SNRIs ، ضد تشنجهها از قبیل والپروات ، گاباپنتین) . این مولتی فارماسی میتواند به سندرم سروتونین منجر گردد .

نمای کلینیکی :

سندرم سروتونین را بیشتر با تریاد کلینیکی دیس فونکسیون اتونومیک ، تحریک نوروموسکولار و تغییر حالت مانتال می‌شناسند . این تریاد ممکنست همه اشان با هم در یک بیمار ظاهر نشوند . دیس فونکسیون اتونومیک - دیافورز (۴۸/۸٪ موارد) ، تکی کاردی (۴۴٪) ، تهوع و استفراغ (۲۶/۸٪) ، میدریاز (۱۹/۵٪) ، سایر نشانه ها عبارتند از تشدید صدای روده ای ، اسهال و فلاشینگ .

تحریک نوروموسکولار - پرشهای میوتونیک (۴۸/۸٪ موارد) ، هیپررفلکسی (۴۱٪) ، هیپرترمی (۲۶/۸٪) ، هیپرتونیسیت و رژی‌دیت (۵۱٪) ، کلونوس القائی یا خودبخودی (۲۳٪) ، کلونوس چشمی و ترمور (۲۳٪)

تغییر حالت مانتال - کنفوزیون (۴۱/۲٪ موارد) ، آژیتاسیون (۳۶/۵٪) ، سایر نشانه ها عبارتند از اضطراب ، لتارژی و کوما

علائم مسمومیت سروتونین در ۲۸٪ موارد در عرض یکساعت ، ۶۱٪ موارد در ظرف ۶ ساعت و معمولاً در کمتر از ۲۴ ساعت با مصرف دوز بالای یک دارو یا با اضافه کردن داروی سروتونرژیک دیگر ظاهر می‌شوند . طیف کلینیکی SS خیلی وسیع بوده از علائم خفیف تا تهدید کننده حیات گسترش دارد . بطور کلی علائم کلینیکی مسمومیت سروتونین را به سه دسته خفیف ، متوسط و شدید تقسیم میکنند .

مسمومیت خفیف - بیمار ممکنست هیپوتانسیون خفیف ، تکی کاردی ، ترمور ، میوتونی ، هیپررفلکسی ، اضطراب و تعریق داشته باشد . معمولاً تب ندارد .

مسمومیت متوسط - علائم بالا وجود دارد بعلاوه تشدید صداهای روده ای ، اسهال و استفراغ ، کلونوس افقی چشم ، اپسوکلونوس ، آژیتاسیون ، بی‌قراری ، دلیریوم ، نوسان دراماتیک نبض و فشار خون ، و رژی‌دیت عضلات منجر به هیپرترمی کمتر از ۴۰ درجه سانتی‌گراد (104°F) میگردد .

مسمومیت شدید - علاوه بر علائم بالا ، بعلت تشدید رژی‌دیت درجه حرارت بدن به بیش از ۴۰ درجه سانتیگراد میرسد . این هیپرتونیسیت میتواند نشانه های کلاسیک و تشخیصی هیپررفلکسی و کلونوس را مخفی نماید . با کنفوزیون و دلیریوم نشانه های حیاتی بیمار دینامیک و ناپایدار میگرددند و ممکنست حملات تشنجی تونیک - کلونیک را تجربه نمایند . اگر رژی‌دیت و هیپرترمی بطور مناسب کنترل نشود ممکنست آسیب سلولی و دیسفونکسیون آنزیمی منجر به رابدومیولیز ، میوگلوبینوری ، نارسایی کلیه ، اسیدوز متابولیک ، سندرم دیسترس حاد تنفسی (ARDS) ، و انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC) ، کوما و مرگ گردد . در جدول ذیل خلاصه علام آورده شده است .

TABLE 2

Spectrum of symptoms of serotonergic toxicity

Severity	Neuromuscular excitation	Altered mental status	Autonomic dysfunction
Mild	Hyperreflexia Tremor Myoclonus	Anxiety Restlessness Insomnia	Diaphoresis Mydriasis Tachycardia
Moderate	Opsoclonus Spontaneous or inducible clonus	Agitation	Hypertension Hyperthermia ($< 40^{\circ}\text{C}$, $< 104^{\circ}\text{F}$) Hyperactive bowel sounds Diarrhea, nausea, vomiting
Severe	Rigidity Respiratory failure Tonic-clonic seizure	Coma Delirium Confusion	Severe hyperthermia ($\geq 40^{\circ}\text{C}$, $\geq 104^{\circ}\text{F}$) Dynamic blood pressure

تشخیص :

SS علائم کلینیکی یا تست تشخیصی خاصی ندارد. تشخیص بر اساس بررسی سابقه بیمار، یافته‌های کلینیکی و با رد سایر علل صورت می‌گیرد. بررسی سابقه مصرف داروهای نسخه‌ای و غیرنسخه‌ای، مکمل‌های تغذیه‌ای، مواد غیرمجاز، تغییر اخیر دوز دارو یا افزودن داروی جدید مهم است. شروع و توصیف علائم و حضور کسالت‌های همزمان نهایت اهمیت را دارند. کسالت‌های خاص همزمان از قبیل دپرسیون و درد مزمن می‌تواند پزشک را در مورد استفاده احتمالی از داروهای سروتونرژیک هوشیار نماید. نماهای خیلی تشخیصی عبارتند از هیپررفلکسی و کلونوس القائی یا خودبخودی که در اندام تحتانی واضح‌تر است. کلونوس تحریکی را می‌توان با دورسی فلکسیون مچ پا ایجاد نمود. با این حال در موارد رزیدیده شدید عضلانی ممکنست هیپررفلکسی و کلونوس مخفی بمانند. تعدادی اختلالات آزمایشگاهی ممکنست در SS پیش‌آید از قبیل هیپرلوکوسیتوز، سطح پائین بیکربنات، سطح بالای کراتینین و ترانس آمینازها. سطح سروتونین سرم با درجه علائم کلینیکی هم‌آهنگ نبوده و از اینرو مورد سنجش قرار نمی‌گیرد. جهت تشخیص SS کرایترهایی توصیف نموده‌اند. کرایتر Harvey Sternbach در ۱۹۹۱ توصیف شد. بعداً "کرایتر Hunter ظهور یافت که نسبت به کرایتر قبلی برتر بوده دارای ۸۴٪ حساسیت و ۹۷٪ ویژگی می‌باشد. برای برآورده شدن کرایتر هانتر بیمار بایستی دارو یا عوامل سروتونرژیک مصرف نموده و یکی از حالات ذیل را داشته باشد :

- کلونوس خودبخودی یا
- کلونوس تحریکی + آژیتاسیون یا دیافورز یا

- کلونوس چشمی + آرتاسیون یا دیافورز یا
- ترمور + هیپرفلکسی یا
- هیپرتونیسم + درجه حرارت بدن بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد + کلونوس چشمی یا کلونوس تحریکی

تشخیص افتراقی :

تشخیص افتراقی سندرم سروتونین با سایر کسالتها عبارتند از سندرم نورولپتیک بدخیم ، مسمومیت با آنتی کولینرژیکها ، هیپرترمی بدخیم ، مسمومیت با داروهای سمپاتومیمتیک ، عفونت سیستم عصبی مرکزی (مننژیت ، آنسفالیت) ، گرما زدگی ، گاستروآنتریت ، سپسیس ، هیپرتیروئیدیسم ، تتانوس ، دلیریوم ترمنس ، کاتاتونی ، دیستونی ، سندرم محرومیت و آنسفالو پاتی ورنیکه . سه تا از تشخیص افتراقی ها مهم بوده و بحث میشود : سندرم نورولپتیک بدخیم (Neuroleptic Malignant Syndrome) - این سندرم یک راکسیون ایدیوسنکراتیک به داروهای آنتاگونیست دوپامین (از قبیل هالوپریدول ، فلوپنازین) می باشد. SS و NMS در بعضی نماهای کلینیکی اشتراک دارند که میتواند تشخیص افتراقی آنها را دشوار نماید . در هر دو کسالت دیسفونکسیون اتونومیک و اختلال وضعیت مانتال وجود دارند . بررسی تاریخچه و سیر بیماری مهم است . مسمومیت سروتونین شروع حادی در عرض چند ساعت بعد از دریافت داروی سروتونرژیک دارد ، در مقابل NMS شروع آهسته ای داشته و بطور تپیک در عرض چند روز از شروع داروهای نورولپتیک ظاهر م ی شود ، در ٪۷۰ بیماران ابتدا کنفوزیون ، دلیریوم توأم با آرتاسیون ظاهر می شود ، بدنالش رژیذیده لوله سربی (lead-pipe) و ترمور چرخ دنده ای (cogwheel) پیدا میشود ، سپس هیپرترمی بالاتر از ۴۰ درجه و سرانجام دیافورز شدید ، تکی کاردی ، هیپرتانسیون و تکی پنه فرا می رسد .

عناصر کلیدی برای تشخیص افتراقی NMS از SS طول زمان سیر بیماری ، برادی رفلکسی و فقدان کلونوس در NMS میباشد ، همچنین تهوع استفراغ و اسهال در اینها نادر است . بطور تپیک جهت برطرف شدن علائم NMS در حدود ۹ روز فرصت زمانی لازم است و درمان آن استفاده از آگونیستهای دوپامین (از قبیل بروموکریپتین) میباشد ، در حالی که SS با قطع داروهای سروتونرژیک و با تجویز سیپروهپتادین در مدت زمان ۲۴ ساعته پاسخ میدهد . هیپرترمی بدخیم - در موارد خیلی نادر بدنالش تجویز گاز بیهوشی هالوژنه یا شل کننده های عضلانی دپولاریزان ایجاد میشود . نشانه های آن عبارتند از هیپرتانسیون ، تکی کاردی ، تکی پنه ، هیپرترمی شدید تا ۴۶ درجه سانتیگراد (۱۱۴,۸۰F) ، دیافورز ، پوست خال خالی ، آرتاسیون ، کاهش صداهای روده ای ، رژیذیده و هیپورفلکسی .

مسمومیت آنتی کولینرژیک

علائم معمولاً در عرض ۱ الی ۲ ساعت پس از مصرف داروی آنتی کولینرژیک ظاهر میشود شامل فلاشینگ ، هیپرترمی بدون تعریق ، میدریاز ، احتباس ادرار ، کاهش صداهای روده ، دلیریوم ، آژیتاسیون ، توهمات بینایی . در مقایسه با سندرم سروتونین در اینها رفلکسها و تون عضلات نرمال است . در جدول ذیل بطور خلاصه خصوصیات هر کدام از سندروم ها آورده شده که بر اساس نمای کلینیکی ، داروهای مصرفی و سیر زمانی میتوان تشخیص افتراقی داد .

Disorder	Causative Agent	Onset/Resolution	Symptoms
Serotonin Syndrome	Postexposure to serotonin agonists	Develops within 24 hours; resolves within 24 hours with treatment	Altered mental status, muscle rigidity (especially in the lower extremities), hyperreflexia, increased bowel sounds, diaphoresis
Neuroleptic Malignant Syndrome	Postexposure to dopamine antagonists	Develops over a period of days to weeks; resolves in approximately 9 days with treatment	Neuromuscular hypoactivity manifesting as rigidity and bradyreflexia
Malignant Hyperthermia	Postexposure to inhalational anesthetics or depolarizing muscle relaxants (succinylcholine)	Develops within minutes or within 24 hours; resolves within 24 to 48 hours with treatment	Rising end tidal carbon dioxide, mottled skin with areas of flushing and cyanosis, rigidity and hyporeflexia
Anticholinergic Toxicity	Postexposure to anticholinergic agents	Develops within 24 hours; resolves within hours to days with treatment	Urinary retention, decreased bowel sounds, hot and dry erythematous skin with normal muscle tone and reflexes

References

1. Robert Wang MD. Vishal Vashista, MD ; Sukdeep Kaur, MBBS; Nathan W. Houchen, MD. Serotonin Syndrome : preventing , recognizing , and treating it . cleveland clinic journal of medicine 2016 November ; 83(11) : 810-817
2. Tracy A Cushing , MD, MPH, FACEP, FAWM; Chief editor : Michael A. Miller MD. Selective serotonin reuptake inhibitor toxicology . Apr 24 , 2018
3. Edward W. Boyer , MD. , and Michel Shannon , MD. , MPH. The serotonin syndrome . New england journal of medicine March 17 ,2005 359;11 pages 1112 – 1120
4. A. Malik and N. Junglee . A case of serotonin syndrome secondary to phenelzine monotherapy at therapeutic dosing . Case reports in medicine . volume 2015 article ID 931963, 4 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/931963>
5. Charles H . Brown. MS Pharm, RPH, CACP . Drug induced serotonin

- syndrome . US Pharmacist , 2010; 35(11) : HS-16-H-21
6. Ferri,s Clinical Advisor 2017 , 5 books in 1 pp 1154-1155 . ISBN9780323448383
7. Volpi – Abadie J , Kaye AM , Kaye AD . Serotonin syndrome The Och-sner journal 2013 13(4) : 533-40 PMC 3865832 PMID 24358002
8. Neuroleptic Malignant Syndrome or Serotonin Syndrome ? Medscape December 2012 33(4) :31
9. A Rienne Z . Abels , Pharm D and Raju Nagubilli, MD. Prevention , diag-nosis and management of serotonin syndrome . American Family Physician May 1 , 2010 volume 81 , Number 9
10. Rahul Rastogi, M.B.B.S. ; Robert A Swarm , M.D, Trusharth A . Patel , M.D. Case Scenario: Opioid association with serotonin syndrome . Anesthe-siology 2011 , vol.115 , 1291-1298 . doi:10.1097/ALN.6bo13e31823940co
11. Elizabeth L. Thorpe, Anthony E, Pizon, Michael J, Lynch , Jessica Boyer Bupropion induced serotonin syndrome : A case report Journal of medical toxicology june2010 , volume 6 issue 2 , pp. 168-171
12. Katharine M Koury , BA, Becky Tsui ;MD. and Padma Gulur, MD. Inci-dence of serotonin syndrome in patients treated with Fentanyl on serotoner-gic agents Pain physician 2015 ; 18:E27-E30 . ISSN 2150-1149
13. Dvir Y.Small Wood P; Serotonin syndrome : a complex but easily avoid-able condition . Gen Hosp Psychiatry , 2008 may-june 30(3):284-7
14. Gideon Koren MD, Yaron Finkelstein, MD, Doreon Matsui,MD, Matiti-ahuberk Ovich MD. Diagnosis and management of poor neonatal adaptation syndrome in new borns exposed in utero to selective serotonin/norepineph-rine reuptake inhibitors . J Obstet Gynaecol Can 2009;31(4):348-350

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



بررسی عوارض داروی رتپلاز در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته و تحت قرارداد دانشگاه آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶

دکتر ماه منیر محمدی، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران تهران بیمارستان امیرالمومنین علیه السلام.

دکتر آرین رضاییان، پزشک عمومی، دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی تهران

زمینه وهدف :

رتپلاز یکی از ۵ داروی ترومبولیتیک مورد تایید FDA میباشد که مطالعات محدودی درخصوص میزان اثربخشی و ایمنی آن به دنبال تزریق وجود دارد. برهمین اساس این مطالعه با هدف بررسی عوارض داروی رتپلاز در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته و تحت قرارداد دانشگاه آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ طرحریزی و اجرا شد

مواد وروش ها:

دراین مطالعه Cross-sectional ۱۰۰ نفر از بیماران که در طول سال ۹۶-۹۵ با تشخیص انفارکتوس میوکارد در بخش های اورژانس و مراقبت های ویژه قلبی در بیمارستان های دانشگاه آزاد و تحت قرارداد بستری شده و تحت درمان با رتپلاز وریدی به مقدار ۱/۵ میلیون واحد قرار داده شده بودند پس از دریافت رتپلاز در طی مدت بستری مورد ارزیابی قرار گرفتند. عوارض مورد مطالعه در سه دسته کلی عوارض خونی، قلبی، عروقی و آلرژیک به شرح ذیل طبقه بندی شده ومورد بررسی قرار گرفت. داده های جمع اوری شده در نرم افزار SPSS ویرایش ۲۵ وارد شده و به کمک ازمون کای اسکوار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته ها:

فراوانی VF, VT, PVC برادی کاری سینوسی, AVB, AIVR وافت فشارخون به دنبال تزریق رتپلاز به ترتیب ۳۶, ۵, ۲, ۱۲, ۳۰, ۹ و ۳۰ درصد گزارش شد. همچنین از مجموع عوارض خونی, فراوانی خونریزی از لثه ۱۰, خونریزی زیر پوستی ۹ و خونریزی مغزی ۰ درصد گزارش شد. شیوع تب (۱۴٪), لرز (۴٪); برنکواسپاسم (۳٪); تهوع و استفراغ (۷٪); تورم دور چشم (۴٪) و درد کمر ۸٪ عنوان گردید. برادی کاردی سینوسی و افت فشار خون در

افراد بالای ۷۵ سال به میزان معناداری بیش از سایرین بود. بدین ترتیب که میزان بروز برادی کاردی سینوسی در افراد کم تر از ۵۵ سال، ۵۵ تا ۷۵ و بالای ۷۵ سال به ترتیب ۰٪، ۷٫۴٪، ۲۳٫۶٪ گزارش شد. میزان بروز افت فشار خون نیز با همان ترتیب ذکر شده ۱۶٫۷٪، ۲۲٫۲٪ و ۴۷٫۱٪ برآورد شد ($p\text{-value} > 0.05$) افت فشارخون در زنان نیز به میزان معناداری از مردان بیشتر بود (۲۲٫۴٪ در مقابل ۴۰٫۵٪؛ $p\text{-value} = 0.043$)

نتیجه گیری:

انقباضات زودرس بطنی، ریتم ایدوونتریکولار و افت فشارخون شایع ترین عارضه های ایجاد شده به دنبال تزریق رتپلاز گزارش شد. همچنین برادی کاردی سینوسی و افت فشار خون در افراد بالای ۷۵ سال به میزان معناداری بیش از سایرین بود. زنان نیز در مقایسه با مردان افت فشار خون بیشتری داشتند.

کلمات کلیدی:

داروی ترمبولیتیک، رتپلاز، اثربخشی، عوارض

ارتباط سطوح سرمی ویترونکتین با شدت گرفتگی (Stenosis) عروق کرونر قلبی در بیماران غیردیابتی و سیگاری

دکتر فاطمه خاکی خطیبی، دانشیار گروه آموزشی بیوشیمی بالینی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه:

بیماری عروق کرونر قلبی [Coronary Artery Disease (CAD)] در اثر آترواسکلروزیس بوجود می‌آید. آترواسکلروزیس منجر به گرفتگی یا انسداد عروق میشود و علل مختلفی دارد. مطالعات نشان میدهد چندین فاکتور متعدد وجود دارد که ارتباط تنگاتنگی با ایجاد و پیشرفت CAD دارد. این فاکتورها شامل مولکولهای اتصال سلولی مانند ویترونکتین (VN)، عوامل التهابی و استرس اکسیداتیو می‌باشند.

هدف از مطالعه حاضر، بررسی سطح سرمی ویترونکتین در بیماران عروق کرونر غیردیابتی و سیگاری و ارتباط این پارامتر مهم بیوشیمیایی با وسعت یا شدت گرفتگی در این بیماران می‌باشد تا با اندازه‌گیری این پارامتر بتوان در تشخیص زودرس، پیشگیری، درمان و از پیشرفت این بیماری جلوگیری بعمل آورد.

روش و مواد کار:

در این مطالعه ۲۰۰ نفر شامل ۱۶۰ نفر بعنوان گروه بیمار و ۴۰ نفر بعنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. بیماران بر اساس نتایج آنژیوگرافی به چهار دسته شامل ۴۰ نفر از بیماران با آنژیوگرافی طبیعی بعنوان گروه نرمال (بدون گرفتگی رگ)، ۴۰ نفر از گروه بیماران با گرفتگی یک رگ (۱VD)، ۴۰ نفر با گرفتگی دو رگ (۲VD) و ۴۰ نفر با گرفتگی سه رگ (۳VD) تقسیم شدند. گروه شاهد نیز از افرادی انتخاب شد که هیچگونه سابقه بیماری قلبی نداشتند. فاکتورهایمانند بیماری کبد، کلیه، ریه، دیابت و بدخیمی‌ها ملاک خروج از مطالعه بودند. سطح سرمی ویترونکتین در نمونه‌ها با روش الایزا با کیت الایزا VN انسانی شرکت Glory Science با دستگاه الایزا اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها:

میانگین سن در گروه بیمار 59 ± 9 سال و در گروه شاهد $57/5 \pm 3$ سال بود. اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در سن و جنس وجود نداشت اما در فشارخون (هیپرتانسیون) و سابقه فامیلی

و سابقه مصرف سیگار اختلاف معنی دار بود. سطح سرمی ویترونتکین در گروه بیمار در مقایسه با گروه شاهد بطور معنی داری افزایش یافته بود. همچنین سطح سرمی ویترونتکین در بین گروه شاهد و نرمال با گرفتگی یک و سه رگ و بین دو رگ با سه رگ بطور معنی داری افزایش یافته بود.

نتیجه گیری:

سطح سرمی ویترونتکین در بیماران عروق کرونر قلب افزایش معنی داری در مقایسه با گروه شاهد داشته و با شدت بیماری نیز ارتباط دارد و به نظر میرسد این پارامتر بیوشیمیایی (VN) در پیشرفت آترواسکلروزیس و ایجاد CAD نقش مهمی داشته باشد.

واژه های کلیدی:

ویترونتکین، بیماری عروق کرونر قلبی، شدت گرفتگی رگ، غیردیابتی، سیگاری

گزارشی از بروز تامپوناد چرکی در یک بیمار دیابتی

دکتر آرش امین، دکتر زینب نوروزی

مرکز آموزشی تحقیقاتی، و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

شیوع دیابت به طور چشمگیری در حال افزایش است و بیماری های کاردیوواسکولار شایعترین علت مرگ و میر در این بیماران می باشد. در مبتلایان به دیابت بروز تابلوهایی غیرمعمول از عوارض قلبی و عروقی، یافته ای شایع است.

خانم ۷۳ ساله ای با دیس پنه فانکشن کلاس ۳، ضعف و ادم اندام تحتانی به اورژانس مراجعه کرده و بستری شد. او سابقه ای از ابتلا به دیابت، هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی، نارسایی کلیوی و سکتی مغزی را ذکر می کرد. دو هفته قبل از این بستری، بیمار به دنبال عفونت ادراری با E.coli نیز بستری شده و تحت درمان قرار گرفته بود. در معاینه ادم اندام تحتانی ۲+ دو طرفه مشاهده شد. یافته های نوار قلب به این شرح می باشند:

Atrial fibrillation rhythm, low voltage QRS complex, and T invert in anterolateral leads

در اکوکاردیوگرافی EF: ۳۵٪ و پریکاردیال افیوژن بسیار وسیعی مشاهده شد. بیمار کاندید انجام CABG و تخلیه ی تامپوناد شد و تحت رادیکال پریکاردیکتومی و دبریدمان وسیع استرونوم قرار گرفت. به دلیل تخلیه ی حدود یک لیتر مایع تامپوناد چرکی، تعبیه ی گرفت کرونری انجام نشده و استرونوم نیز باز نگه داشته شد و بیمار به ICU منتقل شد. شستشوی پریکارد برای چندین مرتبه در روزهای بعد نیز ادامه یافت.

نتیجه ی کشت مایع پریکارد، E.coli و Candida albicans گزارش شد و آنتی بیوتیک وسیع الطیف به همراه هیدروکورتیزون تجویز شد. علی رغم همه ی تلاش های انجام شده، وضعیت بیمار رو به وخامت گذاشت و در نهایت به دنبال شوک سپتیک و نارسایی متعدد ارگان ها فوت شد.

دیابت یک قاتل پنهان است. در بیمار معرفی شده، علاوه بر وجود بیماری ایسکمیک قلبی، سیستم ایمنی بیمار نیز به دنبال ابتلا به دیابت دچار ضعف و نارسایی شده بود. عفونت ادراری اخیر بیمار با E.coli به عنوان منشا هماتوژن برای عفونت چرکی پریکارد مطرح است. با توجه به ضعف ایمنی در بیماران دیابتی، درمان مناسب و پیگیری جهت اطمینان از ریشه کنی قطعی عفونت های این بیماران، به عنوان مهمترین راهکار پیشگیری از عوارض بالقوه ی عفونت ها قویا توصیه می شود.

CABG: Coronary artery bypass grafting

ICU: Intensive care unit

مقایسه تعداد بیماران عروق کرونری مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان دانشگاهی گلستان اهواز در ماه های سرد و گرم سال

۱- خانم دکتر فرزانه احمدی^۱، دکتر سید مسعود سیدیان^۱، دکتر سید محمد حسن عادل^۱،
خانم دکتر هاله اسفندیاری^۱، شهلا اسدی حویزیان^۱
2-Atherosclerosis Research center, Ahvaz Jundishapur university of Medi-
cal Sciences, Ahvaz, Iran

مقدمه:

یکی از عوامل موثر در ظهور حملات قلبی، دمای محل زندگی افراد می باشد. رابطه سرما با اسپاسم کرونری و آنژین صدری مشخص شده است. طی مطالعات متعدد بر روی ارتباط بین تغییرات فصلی دما و بیماری عروق کرونر در کشورهای شمالی و جنوبی خط استوا و مناطق معتدل جهان وجود این ارتباط نشان داده شده است. مرکز سلامت شغلی دانشگاه Oulu فنلاند رابطه ای بین بیماری عروق کرونر و دمای محیط یافته است بطوریکه کمترین تعداد بیماران در دمای C ۱۵-۰-۲۰ قرار دارد و در دو طرف طیف افزایش مشاهده می شود. اغلب مطالعات که در کشورهای استرالیا، آمریکا، آتن، دانمارک، مسکو و فنلاند صورت گرفته اند؛ پیک بیماری در فصل سرد نسبت به بقیه ایام سال مشاهده شده است.

گزارش مشخصی از بررسی رابطه دما با حملات قلبی در کشورهای گرم و حاره ای در دست نیست. لذا این مطالعه در شهر اهواز که جزء نواحی گرم و خشک ایران است و دمای بالاتر از ۵۰ درجه سلسیوس در تابستان و دمای بین صفر تا پانزده درجه در زمستان دارد صورت گرفت تا مشخص شود آیا گرما هم مانند سرما یک استرس فیزیکی محیطی مؤثر بر ظهور علایم بیماری قلبی می باشد یا خیر.

روش کار:

دو ماه از سال که میانگین دما در طول ماه بین ۴۰ تا ۵۳ درجه سانتی گراد بوده (تیر و مرداد) به عنوان فصل گرم و ۲ ماه از سال که دمای زیر ۲۰ درجه سانتی گراد داشته (آذر و دی) به عنوان فصل سرد و ۴ ماه از سال که دمای حدود ۳۰-۲۰ درجه سانتی گراد داشته (بهمن، اسفند، فروردین و اردیبهشت) به عنوان فصل معتدل و ملاک مقایسه انتخاب شدند. بیماران با بیماری های قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان دانشگاهی گلستان بوسیله بررسی پرونده ها در بایگانی بیمارستان مشخص شدند.

نتایج:

تعداد کل بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی گلستان در طی یک سال ۲۶۴۳ نفر بودند که از این تعداد ۱۵۴۰ نفر مرد و ۱۱۰۳ نفر زن بوده اند. انواع بیماریهای قلبی شامل: MI ۴۰۱ نفر که ۱۶۴ نفر (۴۰,۹٪) در دو ماه سرد، ۱۴۰ نفر (۳۴,۹٪) در دو ماه گرم و ۹۷ نفر (۲۴,۲٪) در ۴ ماه معتدل، CHF ۳۵۸ نفر که ۱۶۲ نفر (۴۵,۳٪) در دو ماه سرد، ۱۲۲ نفر (۳۴,۱٪) در دو ماه گرم و ۷۴ نفر (۲۰,۷٪) در چهار ماه معتدل) مراجعه داشتند. همانطور که از ارقام مشخص می باشد آمار مراجعه در دو فصل سرد و گرم نسبت به فصل معتدل خیلی بیشتر می باشد. مقایسه آماری به روش Chi-square نشان داد که در بیماری MI ماه سرد با (P-value=۰/۱۲) و ماه گرم با (p-value=۰/۰۲) رابطه معناداری با بیماری MI داشتند. در بیماری CHF ماه سرد با (p-value=۰/۰۱) رابطه معنادار و ماه گرم با (p-value=۰/۰۰۳) رابطه معناداری با بیماری داشت.

بحث و نتیجه گیری:

طبق نتایج آماری این مطالعه بیشترین درصد MI در دی و تیر ماه و بیشترین درصد CHF در آذر و دی ماه رخ داده است. بنابراین در شهر گرمی مثل اهواز دو پیک حوادث قلبی در سال مشاهده می شود؛ می توان نتیجه گرفت که گرمای شدید می تواند مانند سرما یک عامل فیزیکی موثر در بروز علائم بیماری قلبی باشد.

Keyword:

Coronary artery disease- Warm weather_ Cold weather

گزارش یک مورد آنوریسم کرونری به عنوان عارضه‌ی نادر از مداخلات عروق کرونری

دکتر پگاه صالحی، دکتر محمدجواد عالم زاده انصاری، دکتر زینب نوروزی
مرکز آموزشی تحقیقاتی، و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

مرد مسنی با درد قفسه‌ی سینه فانکشن کلاس ۳ به اورژانس مراجعه کرد. او سابقه‌ای از هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی، استروک و خونریزی گوارشی را ذکر می‌کرد. پس از بررسی‌های اولیه، بیمار با تشخیص سندروم حاد کرونری کاندید انجام آنژیوپلاستی شد. در آنژیوگرافی، انسداد کامل LAD در قسمت میانی، انسداد کامل دومین شاخه‌ی دی‌اگونال در قسمت اوستیال، تنگی قابل توجه نیز در قسمت میانی LCx و نیز تنگی شدیدی در بخش میانی RCA مشاهده شد. بیمار کاندید انجام Multivessel PCI شد.

برای بیمار دو جلسه‌ی آنژیوپلاستی جهت تعبیه‌ی استنت در نظر گرفته شد. در جلسه‌ی اول، دو استنت در LAD تعبیه شد (۳۳mm Xience-۳ & ۲۵-۱۸mm Xience-۱). بیمار پس از ترخیص، مجدداً دچار درد قفسه‌ی سینه شده و تحت درمان دارویی قرار گرفت. علی‌رغم درمان انجام شده، علایم بیمار تا شش هفته ادامه یافت. در جلسه‌ی دوم آنژیوپلاستی که جهت تعبیه‌ی استنت در سایر محل‌های تنگی در نظر گرفته شده بود، عارضه‌ای نادر مشاهده شد. در شریان LAD در محل تعبیه‌ی استنت‌ها، دو عدد آنوریسم کرونری تشکیل شده بود. با توجه به ایجاد این عارضه و این که بیمار کاندید ریوسکولاریزاسیون در شریان‌های دیگری نیز بود، بیمار تحت CABG قرار گرفت. در این عمل علاوه بر ترمیم آنورسیم‌ها، چهار گرفت کرونری نیز برای بیمار تعبیه شد. پس از درمان، علایم بیمار نیز به صورت کامل برطرف شد.

درد قفسه‌ی سینه پس از آنژیوپلاستی، یافته‌ای شایع است و برای بسیاری از بیماران درمان دارویی در نظر گرفته می‌شود. با این حال درد قفسه‌ی سینه می‌تواند اولین علامت از عوارض جدی عروقی پس از پروسیجر باشد. توصیه می‌شود که تمام بیمارانی که بعد از آنژیوپلاستی دچار درد قفسه‌ی سینه شدند و با درمان دارویی بهبود نیافتند، از نظر عوارض جدی از جمله آنوریسم شریان کرونری تحت ارزیابی قرار گیرند.

LAD: Left Anterior descending artery

LCx: Left Circumflex artery

RCA: Right Coronary artery

PCI: Percutaneous Coronary Intervention

CABG: Coronary Artery Bypass Grafting

تأثیر تمرین ورزشی کنترل شده به عنوان درمان غیر تهاجمی بیماران عروق کرونری، کاردیومیوپاتی و کاندید پیوند قلب: بدون عمل جراحی

Noninvasive rehabilitation for heart transplant candidates

Mohammad Javad maleki*1 , Hoseyn Fatolahi 2, Azadeh Feylizadeh 3

1- Cardiothoracic Surgeon. Cardiovascular Research Center Surgical & Exercise Rehabilitation Clinic. Tehran, IRAN.

2- Department of Physical Education (PHD), Pardis Branch, Islamic Azad University. Pardis, IRAN

3- Cardiovascular Research Center Surgical & Exercise Rehabilitation Clinic. Tehran, IRAN.

چکیده

هدف:

تمرینات ورزشی به عنوان یک مکمل درمانی مناسب در نارسایی قلبی دسته‌های A و B بر اساس تقسیم بندی انجمن قلب آمریکا (AHA) بسیار کاربردی است. در این میان شرایط بیماران گروه‌های C و بطور خاص D به دلیل ضعف شدید عضله قلبی و گرفتگی عروق بسیار پیچیده است. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر تمرین ورزشی کنترل شده بر شاخص‌های همودینامیکی در بیماران کاندید پیوند قلب بود. روش: اطلاعات ۱۸ نفر از شرکت کنندگان (۴ زن، ۱۴ مرد) از بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده (۲۰۱۸-۲۰۱۰) به کلینیک بازتوانی بدست آمده بود (سن: 60 ± 13 سال، شاخص توده بدنی: $26/7 \pm 3/7$). شاخص‌های همودینامیکی بیماران پیش و پس از شرکت در طرح درمانی اندازه‌گیری شدند. مدت تمرینات ورزشی حداقل ۳ ماه و بر اساس آزمون ورزشی بیمار به همراه کنترل دارویی و تغذیه‌ای و آموزش سبک زندگی برای بیماران استفاده شد. یافته‌ها: شرکت کنندگان پس از شرکت در برنامه غیر تهاجمی کلینیک بازتوانی از ردیف کاندید پیوند قلب خارج شده و شاخص‌های همودینامیکی آنها بطور معناداری بهبود یافت ($P \geq 0.05$). نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که می‌توان در کنار سایر تکنیک‌های ارزشمند جراحی تا حد امکان به تغییر در سبک

زندگی و تشویق بیماران به اجرای تمرین ورزشی کنترل شده و درمان غیر تهاجمی امیدوار بود. در این مدت بیماران باید از قوانین سختگیرانه ورزشی، تغذیه‌ای، دارویی و... پیروی کنند. همچنین تشخیص سریع و دقیق بسیار مهم است. بیماران باید این سبک زندگی و تفکر مثبت را بطور منظم و همیشگی ادامه دهند. با وجود تمام کنترل‌های علمی و نوین پزشکی احتمالاً مهمترین نکته‌ای که بهبود بیماران را رقم می‌زند اعتماد بیمار به روش درمان و وجود رابطه انسانی بین بیمار و پزشک باشد.

کلمات کلیدی:

پیوند قلب، تمرینات بازتوانی، درمان غیر تهاجمی، عملکرد قلبی

تأثیر یک دوره تمرینات استقامتی با هدف ممانعت از پیری سلولی بر فعالیت آنزیم تلومراز بافت قلب و لنفوسیت‌های خون محیطی رت‌های نر

محمد جواد ملکی یزدی، فوق تخصص جراحی قلب و عروق و توراکس از آمریکا (MD)
حمزه اکبری، دکترای فیزیولوژی ورزشی، استاد یار دانشگاه تهران ((PH.D
علی اصغر رواسی، دکترای فیزیولوژی ورزشی (PH.D)، استاد یار پژوهشگاه ژنتیک
محمد رضا کردی، دکترای فیزیولوژی ورزشی (PH.D) دانشیار دانشگاه تهران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر ۱۶ هفته تمرین استقامتی با شدت متوسط بر محتوی آنزیم تلومراز بافت قلب و لنفوسیت‌های خون محیطی رت‌های نر بود. بدین منظور رت‌های تهیه شده از انستیتوی پاستور ایران به صورت تصادفی به دو گروه کنترل ($n=8$) و ورزشی ($n=8$) تقسیم شدند. مدت زمان دو هفته برای سازگاری با محیط و تغییر ریتم‌های بیولوژیک (هفته اول) و آشنایی با تردمیل (هفته دوم) در نظر گرفته شد. پس از گذشت دو هفته پروتکل اصلی، شامل یک جلسه فعالیت استقامتی در روز به مدت پنج روز در هفته شروع شد. گروه تجربی به مدت ۱۶ هفته تحت تأثیر تمرینات استقامتی با شدت متوسط قرار گرفتند. در طول هشت هفته اول سرعت تردمیل از ۱۲ متر در دقیقه به ۲۵ متر دقیقه و زمان از ۱۵ دقیقه به ۵۰ دقیقه رسید و این شدت تمرین در طی هشت هفته دوم ثابت نگه داشته شد. پس از اتمام دوره در حالت ناشتا و روز بعد از آخرین جلسه تمرین نمونه‌های مورد نیاز از رت‌ها جمع‌آوری شدند. نتایج نشان داد که تمرینات استقامتی با شدت متوسط موجب افزایش معنادار فعالیت تلومراز در بافت قلبی ($p=0.004$) و لنفوسیت‌های خون محیطی ($p=0.004$) شد. به طور کلی می‌توان پیشنهاد داد که فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط ($60-65\% \text{ Vo}_{2\text{max}}$) منجر به فعالسازی آنزیم تلومراز و تثبیت طول تلومر می‌شود و ورزش و فعالیت بدنی از طریق افزایش فعالیت تلومراز در بافت‌های بدن می‌تواند قابلیت زیست سلول، ثبات ژنتیک را بالا ببرد و اثرات ضد پیری خود را بگذارد.

واژگان کلیدی:

فعالیت بدنی طولانی مدت، پیری، تلومر، تلومراز

هایپر لیپیدی / تصلب شرائین

آقای دکتر رفیعی نیا

اختلالات چربی خون ریسک فاکتوری مهم برای بیماری کرونر قلب محسوب می‌شود. در حال حاضر علم پزشکی تجربی بر غلظت و کلسترول کلی پلاسمایی متمرکز است که علت آن سهولت اندازه‌گیری آن و ارتباطش با مطالعات اپیدمیولوژیکی است دانش مدرن امروزی در رابطه با فیزیولوژی چربیها بمراتب مهمتر از شناسایی سایر ترکیبات بوده چرا که سیستم نقل و انتقال چربی نشانگر پر قدرتی در رابطه با افزایش ریسک عروق کرونر است (۱). از آنجایی که چربیها در خون نامحلولند، این ترکیبات بین احشاء بدن، کبد و بافتها بصورت کمپلکسهای ماکرو ملکولی موسوم به لیپوپروتئینها منتقل میشوند. این کمپلکسهای کروی حاوی یک پوشش خارجی عمدتاً پروتئینی موسوم به آپولیپوپروتئینها بوده و قسمت داخلی انتهای آمفوتریک آنها غالباً ملکولهای فسفولیپیدی می‌باشند. پوشش داخلی این ماکروملکولها غالباً متشکل از تری گلسیریدها و استرهای کلسترولی با خصوصیات گوناگون میباشد. ۵ نوع اصلی این لیپو پروتئینها شاملندبر:

شیلومیکرونها، لیپوپروتئینهای با چگالی خیلی پائین یا (VLDL) لیپوپروتئینهای با چگالی متوسط یا LDL، لیپوپروتئینهای با چگالی پائین یا LDL و لیپوپروتئینهای خیلی متراکم یا HDD (۲).

لیپوپروتئینها عامل انتقال چربیها بین محلهای جذب، کاربرد و ذخیره آنها میباشدند (شکل ۱): در این رابطه دو مسیر برای فرآیندهای فوق وجود دارد: مسیر خارجی و داخلی. (۱) مسیر خارجی که طی آن چربیها از روده به کبد و بافتهای محیطی منتقل میشوند. چربیها پس از جذب بصورت شیلومیکرونها تجدید آرایش می‌نمایند که این شیلو میکرونها بنوبه خود عامل انتقال تری گلسیریدها از بافت چربی برای ذخیره و یا انتقال به ماهیچه‌ها بعنوان یک منبع انرژی میباشدند. شیلو میکرونهای باقیمانده که حاوی استرهای کلسترولی میباشدند طی فرآیند کاتابولیسم کبدی تجزیه میشوند.

(۲) مسیر داخلی با ترشح اجزاء لیپوپروتئین غنی از تری گلسیرید از کبد شروع شده و بسرعت بداخل ذرات VLDL منتقل میشوند. متعاقب این فرآیند، تری گلسیریدهای باقی مانده و بعضی از آپوپروتئینها به LDC تغییر ماهیت میدهند که در واقع استرهای کلسترول

عمدتاً متراکم با یک سطح آپوپروتئینه (آپوپروتئین P) می‌باشند. این اجزاء قبل از جدا شدن از جریان خون طی پیوند با گیرنده‌های LDL عمدتاً مستقر در کبد با یک نیمه عمر ۵ تا ۷ روزه وارد جریان خون میشوند.

کلمات کلیدی:

لیپوپروتئینها - کلسترول - اختلالات چربی‌ها - آترواسکلروز

جلوگیری از ابتلا به بیماری های قلبی عروقی با کاهش میزان ابتلا به دیابت: یک کارآزمایی بالینی در مورد دستورالعمل ACC / AH

خلاصه ای از توصیه های مبتنی بر دستورالعمل های بالینی برای تغییر سبک زندگی و کاهش عوامل خطر ساز CVD

هدف:

یک کارآزمایی بالینی برای ارزیابی اثربخشی دستورالعمل ACC-AHA برای پیشگیری اولیه از بیماری های قلبی عروقی با کاهش میزان بروز دیابت ملیتوس

روش کار:

یک مطالعه نیمه تجربی در میان ۳۲۲ فرد سالم در سن بالای ۲۰ سال انجام شد. گلوکز خون ناشتا (FBS) در شروع و بعد از ۶، ۱۰ و ۲۴ ماه پیگیری اندازه گیری شد. تفاوت در نتایج اندازه گیری در دوره های پیگیری مختلف به طور آماری تعیین شد.

یافته ها:

قندخون ناشتای پایه در زنان و مردان به ترتیب $105/25 \pm 27/32$ و $103/64 \pm 30/16$ mg/dl بود. پس از ۶ ماه اجرای مداخلات هدفمند، قندخون ناشتا در زنان و مردان به ترتیب تا $96/08$ و $96/49$ mg/dl و پس از مداخله ۱۰ ماهه به ترتیب تا $92/24$ و $90/34$ mg/dl کاهش یافت ($p < 0.001$). کاهش قندخون ناشتا پس از ۲۴ ماه پیگیری فعال در زنان ($90/18$ mg/dl) و مردان ($87/12$ mg/dl) ارزیابی شد ($p < 0.001$).

نتیجه گیری:

بالجاری مداخلات سبک زندگی براساس گایدلاین های پیشگیری اولیه از بیماری های قلبی عروقی ریسک دیابت و به تبع آن بیماری های قلبی عروقی کاهش یافت..

واژه های کلیدی:

تریال بالینی، بیماری عروق کرونر، دیابت، پیشگیری اولیه، ارزیابی خطر

The effective implementation of primary prevention guidelines of coronary artery disease in reducing prevalence rate of diabetes: A clinical trial on ACC/AHA guideline

Authors: Leila Khedmat¹, Zinat Nadia Hatmi²

1- Health Management research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Department of Preventive Medicine, Medical School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Introduction: A summary of clinical practice guidelines-based recommendations on modifying the lifestyle and cardiovascular diseases (CVD) risk factors can significantly reduce the prevalent CVD among diabetes mellitus (DM) patients.

Aim:

A clinical trial was designed to evaluate the efficacy of ACC-AHA guideline for the primary prevention of CVD by reducing the DM incidence

Methods:

A quasi-experimental study was conducted among 322 initially healthy individuals aged above 20 year-old. Fasting blood glucose (FBS) was measured at baseline and after 6, 10 and 24 months of follow up. The difference in measurement results in the different follow up periods was statistically determined.

Results:

Baseline FBS in females and males was 105.25 ± 27.32 and 103.64 ± 30.16 mg/dl, respectively. After 6 month-implementing the targeted interventions, FBSs were in females and males significantly reduced by

96.08 and 96.49 mg/dl, respectively. FBS levels continued to reduce by 92.24 mg/dl in women and 90.34 mg/dl ($p<0.001$) in men after a 10 month-intervention. A reduction in FBS in female (90.18 mg/dl) and male (87.12 mg/dl) participants was assessed after 24 months of active follow up ($p<0.001$).

Conclusions:

Based on the significant FBS decrease by implementing the modification of lifestyle and CVD risk factors in terms of recent practice guidelines, the primary preventive interventions in peoples at risk of developing DM will tend to prevent DM-induced CVD.

Key words:

Clinical trial, Coronary artery disease, Diabetes, Primary prevention, Risk assessment

گزارش یک مورد جالب از ایجاد عارضه ای عروقی در یک مرد جوان

دکتر آرش امین، دکتر زینب نوروزی، دکتر عطا فیروزی
مرکز آموزشی تحقیقاتی، و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

مرد جوانی به دنبال درد قفسه‌ی سینه که از دو ماه قبل آغاز شده و به صورت متناوبی ایجاد میشد به درمانگاه مراجعه کرد. او سابقه‌ی ای از درد اندام تحتانی از شش ماه قبل را نیز ذکر می‌کرد. در شرح حال کاملتری که اخذ شد، سابقه‌ی ای از یک تصادف رانندگی و تروما به قفسه‌ی سینه که سه سال قبل رخ داده بود ذکر شد ولی بیمار در آن زمان مشکل جدی پیدا نکرده بود. در معاینه، یک سوفل سیستولیک دو ششم در کانون آئورت سمع شد. نبض‌های اندام فوقانی نیز قوی‌تر از اندام تحتانی بودند. در نوار قلب سینوس تکیکاردی مشاهده شد. آزمایش‌های انجام شده نیز به شرح زیر می‌باشند:

Hb: 12.4 g/dL, WBC: 10500 cell/mm³, ESR: 110 mm/h, CRP: 10.3 mg/L and Ca: 8.4 mg/dL

در اکوکاردیوگرافی، EF: ۵۵٪ بوده و نیز یافته‌های مشاهده شده موید کوآرکتاسیون آئورت بود. با انجام PET CT، ابتلا به واسکولیت رد شد.

در پایان، با انجام آنژیوگرافی و تشخیص سودوآنوریسم آئورت، بیمار تحت درمان TEVAR قرار گرفت و پس از درمان، تمام علائم و نشانه‌های بیماری برطرف شد. در واقع، تروما به قفسه‌ی سینه که سه سال قبل رخ داده بود عامل اصلی ایجاد و پیشرفت تدریجی سودوآنوریسم در طول سه سال بوده است. توجه ویژه به ترومای قفسه‌ی سینه و پیگیری بیمار در فواصل منظم از اهمیت بالایی برخوردار است و نقش بسیار مهمی در پیشگیری از عوارض عروقی تاخیری ناشی از تروما ایفا می‌کند.

TEVAR:

Thoracic Endovascular Aortic Repair

PET CT: Positron Emission Tomography/ Computed Tomography

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



بررسی فاصله زمانی از بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر طی سال های ۹۳-۸۸

۱-دکتر زهرا فتوکیان ۲-دکتر شهربانو کیهانیان

۱-مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (ارائه دهنده)

۲-دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

مقدمه:

سرطان پستان شایعترین و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان می باشد که با افزایش سن در ارتباط است. تاخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان می تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً افزایش مرگ و میر و کاهش میزان بقای بیماران شود. هدف از این مطالعه بررسی فاصله زمانی بین بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان طی سالهای ۹۳-۸۸ می باشد.

روش کار:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی گذشته نگر می باشد. نمونه گیری به روش سرشماری و تعداد نمونه ها ۱۰۰ نفر بود. اطلاعات از طریق چک لیست با استفاده از پرونده و مدارک پزشکی بیماران جمع آوری و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: بر اساس نتایج بدست آمده اولین علامت کشف شده در ۶۱٪ بیماران، توده سینه بود. اولین پزشک مراجعه شونده از سوی بیماران در ۳۱٪ موارد، جراح عمومی بود. در ۷۱٪ موارد فاصله زمانی بین اولین علامت تا مراجعه به پزشک کمتر از ۳ ماه و در ۲۹٪ بیماران بیشتر از ۳ ماه بود. همچنین در ۸۴ درصد بیماران، فاصله زمانی بین مراجعه به پزشک تا تشخیص، در ۸۶٪ بیماران فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی و در ۸۷٪ بیماران فاصله زمانی از درمان جراحی نهایی تا شیمی درمانی کمتر از ۱ ماه بود. بین ویژگیهای دموگرافیک بیماران با تاخیر سیستم درمانی و تاخیر بیمار ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری:

با توجه به تاخیر ۱۷ درصدی در مرحله مراجعه به پزشک (تاخیر بیمار) به نظر می‌رسد بر آموزش زنان در زمینه روشهای غربالگری سرطان پستان باید بیشتر تاکید گردد و بدلیل روند رو به رشد ابتلا به سرطان با افزایش سن، برنامه‌های خاص غربالگری برای زنان در سنین سالمندی تدوین و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی:

سرطان پستان، تاخیر بیمار، تاخیر سیستم درمانی، تشخیص، درمان، زنان، سالمند.

مروری بر لوسمی لنفوبلاستیک و پایه و اساس تجویز آنتی بادی منوکلونال در ALL

دکتر داوود منادی زاده

هماتولوژیست

درمان به نسبت قدیمی (Tradilional) لوسمی لنفوبلاستیک حاد (ALL) اصولاً توسط شیمی درمانی قوی توأم با داروهای سیتوتوکسیک و سپس درمان درازمدت نگهدارنده و یا پیوند آلونژنیک می باشد. با این روش درمان ۹۰ درصد از کودکان و ۴۰ درصد از بالغان زنده خواهند بود، در حالی که مابقی در اثر بیماری اصلی و یا عارضه دارویی از پا در خواهند آمد. تقریباً ۸۰ درصد از ALL از نوع B-Cell . Pre می باشند که در سطح سلولی آنتی ژن CD۱۹ , CD۲۲ , CD۲۰ دارند . بلاست های این افراد نشانه با ارزشی برای Immunotherapy می باشد. آنتی بادی های منوکلونال ضد این آنتی ژن های (هدفی: Target) مکانیسم عملی جدیدی دارند که خود ممکن است عارضه مجزایی از شیمی درمانی را در بر داشته باشند. ایمونوتراپی در حال حاضر آنتی بادی های مفیدی هستند با مکانیسم متفاوت مانند Bi T.Cell activating و Naked antibodies Linked to cytotoxicagents specific antibodies ما در اینجا تأیید اخیر FDA پیرامون تجویز این داروها در مرحله آغاز درمان و باقی مانده بیماری (MRD) و یا عود و یا مقاوم بودن بیمار به درمان (R/R (Relapsed /refractory (جدول ۱) و فایده بالینی این داروها و عوارض آنها در مورد ۱۰۵۶ بیمار را مرور می نماییم .

اطلاعات به دست آمده نشان دهنده مصرف این داروها به تنهایی و یا توأم با شیمی درمانی و مفید بودن آینده بیمار (Outcome) می باشد. در نهایت ما نحوه اثر مترادف (Sequence) درمانی آنها را برای عود و یا مقاوم بودن مد نظر قرار می دهیم.

درمان هدفی CD۲۰ :

CD۲۰ آنتی ژن اختصاصی رده سلول های B-Cell سلول سرطانی سطح سلول های طبیعی و سلول سرطانی در هر زمان از رشد سلولی می باشد. به غیر از پلاسماسل ها و استم سل ها (Stem cells) که تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد از Precursor B- cell Lymphoblasts تجلی آنتی ژن CD۲۰ را دارا می باشند . موضوع مهم این است که مثبت بودن CD۲۰ در این بیماران، نشانه بدی در آنها می باشد، لذا مصرف آنتی بادی بر ضد این آنتی ژن ها درمان

ایده آل است.

استفاده از Rituximab موجب Apoptosis می‌گردد که در بیمارانی که بیش از ۲۰ درصد آنتی‌ژن CD۲۰ دارند. توأم با شیمی درمانی تجویز شده است.

در مرکز درمانی MD-Anderson Cancer center افزودن هشت دوز Rituximab به پروتکل (Hyper CVACD Cyclophosphamide, Vincristine, A Dexamethasone, driamycin) در ۳۰۰ بیمار در آغاز درمان All با کروموزم منفی فیلادلفیا در مقایسه با بیمارانی که درمان Traditional گرفته بودند، نشان داد که پاسخ درمانی ۳ ساله در بیمارانی که ریتاکسی ماب گرفته بودند، بهتر بود (۷۵ درصد در مقابل ۳۸ درصد) و زنده ماندن کلی (OS) ۷۵ درصد در مقابل ۴۷ درصد بود (در بیماران با سن کمتر از ۶۰ سال).

بررسی گروه (GMG (German Multicenter Group در مورد ALL بالغان، نتیجه مشابهی با مرکز درمانی فوق (MD-Anderson) داشت.

در بالغان Preb ALL که CD۲۰ مثبت بودند، هشت کورس Rituximab پیش از درمان حمله‌ای و درمان تقویت کننده (Consolidation) در مرکز Berlin-Frankfurt و مقایسه آن با پروتکل‌های بدون ریتاکسی ماب، نشان داد که در بیماران با خطر استاندارد، خاموشی کامل (CR) فرقی نداشت (۹۴ درصد با و ۹۱ درصد بدون ریتاکسی ماب) و احتمال ادامه OS, CR در طی ۵ سال در بیمارانی که Rituimab گرفته بودند، بیشتر بود (۸۰ درصد در مقابل ۴۷ درصد CR و ۷۱ درصد در مقابل ۵۷ درصد OS).

گروه (Group for Research on Adult Acute Lymphoblastic Leukemie) GRA All

مصرف ریتاکسی ماب در بیماران جوان تازه تشخیص داده شده را با افراد بدون مصرف این دارو به طور تصادفی مقایسه و مشاهده نمودند که در عرض ۲ سال درمان (۶۵ درصد در مقابل ۵۲ درصد) افراد درمان شده بهتر از افراد درمان نشده بودند.

به جز عارضه حساسیت در مصرف Rituximab که اغلب کنترل می‌گردد و خطر بسیار نادر فعال شدن هپاتیت B و لوکواسفالوپاتی، این دارو به خوبی تحمل می‌شود.

شایان توجه است که مصرف ریتاکسی ماب، عارضه آلرژیک Asparaginase را کاهش داده و اثر Asparaginase را افزون می‌نماید.

خلاصه

پاسخ درمانی به معالجات معمولی اغلب بد است و آن به علت افزایش سن می‌باشد. این

بیماری تقریباً در ۲۰ درصد از کودکان عود می‌کند. گرچه خاموشی کامل در بالغان با داروهای مرسوم پس از حمله‌ای (Inductin) بیش از ۸۰ درصد است ولی سی تا شصت درصد آنها عود و خواهند مرد که عاقبت نامناسبی دارند. بهترین درمان در این بیماران پیوند مغز استخوان آلوژن است. اما طول عمر این افراد را با تجویز آنتی بادی‌های منوکلونال می‌توان طولانی‌تر نمود.

Ref:

- 1- Hematology 2018
American Society of Hematology , Dec 2018
- 2- Hematology – Basic practice 2018

ECTHYMA GANGRENOSUM

A COMPLICATION OF CHEMOTHERAPY IN ACUTE LEUKEMIA

BAHMAN SHAFAEIAN, ABOLGHASEM RAISSADAT, NAJME
SOLTANI, MANUCHEHR KEYHANI
TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

INTRODUCTION

Gram Negative Bacterial Infection After Chemotherapy for “ACUTE MYELOID LEUKEMIA” Is not Infrequently Closed With Gastro Intestinal Mucosa and Skin Lesions.

Two Patients with Erythematous and Hemorrhagic patch Lesions on Knee and Distal Femoral Infiltrates Have Been Described.

SUBJECTS/METHODS

One Female “21 year Age” and Another Woman “35 Year Age” Referred with 39° Fever, Erythematous Patch Lesions on Knee and Cutaneous Purple Pustules Were Observed.

Blood Cultures Revealed Pseudomonas Aeruginosa.

Both Women had Neutropenia “Less Than 600/mm³”.

RESULTS

This Type of Skin Necrotic Pustular Infections Known as Ecthyma Gangrenosum were Treated Quickly with Gentamycin, Ceftazidime and G-CSF “for Increasing Neutrophilic Leukocyte” counts. Surgical Debridement Were also Carried Out.

DISCUSSION/CONCLUSION

Mucosal and Cutaneous Patch/Pustular Infection with Gram Negative Bacteria "Pseudomonas Aeruginosa" Known As "Ecthyma Gangrenosum" is a Dangerous Complication of Neutropenia Following Chemotherapy of Acute Leukemia. In This Review of Ecthyma Gangrenosum in Two Patients with Acute Myeloid Leukemia, Rapid Management Was Successfully Exemplified and Repaired.

فراوانی درگیری غدد لنفاوی در بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد(ع) شهرستان رامسر طی سالهای ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۴

دکتر شهربانو کیهانیان ۱، فروغ چهره گشا ۲، دکتر مریم ذاکری حمیدی ۳، دکتر محمد منصور ساروی ۴، شادی ساروی ۵، علی ساروی ۶
۱ دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۳ دکترای تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۴ متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر
۵ کارشناس علوم آزمایشگاهی، واحد بین الملل دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۶ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

مقدمه:

سرطان معده یکی از سرطان های شایع دستگاه گوارش، چهارمین سرطان شایع و دومین علت مرگ ناشی از سرطان پس از سرطان ریه در جهان می باشد. طی دهه های اخیر کاهش چشم گیری در بروز و مرگ ناشی از سرطان معده به وجود آمده اما با توجه به اینکه علائم هشدار دهنده و بالینی آن در موارد پیشرفته بیماری ظاهر می شود، در جوامعی که غربالگری صورت نگیرد، بیماری دیر به تشخیص میرسد و میزان بقا کاهش می یابد. عوامل پروگنوستیک زیادی در طول عمر بیماران تشخیص داده شده اند از جمله سن، میزان تهاجم بافتی، درجه تمایز تومور و سائیز تومور. یکی دیگر از مهم ترین شاخص های تعیین کننده پیش آگهی و همچنین رویکرد به نوع درمان بیماری، میزان درگیری غدد لنفاوی ناحیه ای است که با توجه به میزان این درگیری و همچنین با توجه به عواملی که به آنها وابسته است می توان تصمیمات مفیدتری جهت چگونگی درمان بیماران صورت گیرد.

روش:

این تحقیق مطالعه ای توصیفی از نوع گذشته نگر است که در آن بیمار مبتلا به سرطان

معده که به تشخیص قطعی رسیدند و طی سال‌های ۸۹ تا ۹۴ تحت عمل جراحی قرار گرفتند، با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) بررسی شدند، معیارهای خروج شامل عدم وجود گزارش پاتولوژی جراحی و کامل نبودن پرونده بوده است که طی آن ... نفر از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چک لیستی مشتمل بر مشخصات بیماران مبتلا به سرطان معده بود و تجزیه و تحلیل آنها با و آمار توصیفی و آزموناُماری χ^2 و نرم افزار SPSS۲۲ انجام پذیرفت.

یافته‌ها:

در مطالعه ما، اکثر بیماران در گروه سنی ۷۰-۶۱ سال (۲۸/۸۹٪) بودند و بیشترین میزان درگیری غدد لنفاوی هم در این گروه سنی دیده شد. میانگین سنی ۶۳ سال بوده و بیش از دوسوم بیماران (۶۵/۵۶٪) را مردان تشکیل می‌دادند. ۷۳/۳۳٪ بیماران درگیری غدد لنفاوی داشتند که از این میان ۲۹ مورد (۴۳/۹۳٪) بیش از ۷ عدد غده لنفی درگیر (N۳) داشتند و پس از آن به ترتیب فراوانی، N۲ و N۱ بودند. محل سکونت اکثر بیماران نوشهر و چالوس و حومه (۳۱،۱۱٪) بود. شایع‌ترین علامت بالینی، درد اپی گاستر بوده که در ۶۲/۲۲٪ بیماران گزارش شد و پس از آن به ترتیب کاهش وزن، کاهش اشتها، استفراغ، دیس پپسی و دیس فازی قرار داشت. شایع‌ترین محل تومور در معده یک سوم تحتانی (۵۴/۴۴٪) و بیش‌ترین میزان درگیری غدد لنفاوی هم با ۲۶ مورد در یک سوم تحتانی دیده شد. شایع‌ترین پاتولوژی تومور با میزان ۹۶/۶۷٪ آدنوکارسینوم و سائز توده در اکثر بیماران (۵۲/۲۲٪) بیش از ۴ سانتیمتر بود. بیشترین درگیری غدد لنفاوی هم با ۴۰ مورد در توده‌های بزرگتر از ۴ cm دیده شد و در ۵۰٪ بیماران تومور در III grade قرار داشت. ۴۴/۴۴٪ بیماران، III stage بودند. اکثر بیماران (۴۳٪) درگیری ساب سروز (T۳) داشتند و ۸،۸۹٪ بیماران متاستاز دوردست داشتند. همچنین در این تحقیق رابطه معنی داری ($p < 0/05$) بین درگیری غدد لنفاوی با سائز تومور، stage و عمق تهاجم بافتی (T) دیده شد.

نتیجه‌گیری:

تحقیق ما نشان داد که شایع‌ترین گروه سنی در سرطان معده ۶۱-۷۰ سال بود و در مردان دو سوم برابر بیشتر از زنان بود. شیوع سرطان در منطقه‌های مورد بررسی نیز تقریباً مشابه بود و با میزان اندکی در ساکنین نوشهر و چالوس بیشتر بوده. درگیری غدد لنفاوی در بیماران بسیار شایع بود و اکثر بیماران از نظر تعداد غدد لنفاوی درگیر در مرحله N۳ بودند و شیوع آن با عمق تهاجم بافتی، سائز توده و مرحله بیماری رابطه داشته است. با توجه به اینکه بروز سرطان معده پیشرفته نسبت به زودرس در مطالعه ما بسیار شایع‌تر بود و اکثر بیماران در زمان تشخیص

، Stage بالا و سائیز توده ی بزرگتر داشتند، شیوع بالای درگیری غدد لنفاوی منطقی و قابل انتظار بود. یک علت شیوع بالای سرطان پیشرفته، علائم بالینی خفیف و محدود در بیماران بود که جدی گرفتن علائم خفیف و بررسیهای تشخیصی در سنین بالا جهت غربالگری بیماری و تشخیص به موقع، توصیه میشود.

کلمات کلیدی:

سرطان معده، غدد لنفاوی، متاستاز، مردان

میزان بروز ترومبوسایتوپنی در بیماران بستری در بخش ICU بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر در سال ۱۳۹۴

دکتر شهربانو کیهانیان ۱، شبنم سیفی پور ۲، دکتر مریم ذاکری حمیدی ۳، دکتر محمد منصور ساروی ۴، علی ساروی ۵، شادی ساروی ۶
۱ دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۳ دکترای تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۴ متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر
۵ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۶ کارشناس علوم آزمایشگاهی، واحد بین الملل دانشگاه علوم پزشکی مازندران

چکیده

مقدمه:

پلاکت‌ها یا ترومبوسیت‌ها، سلول‌های موجود در گردش خون هستند که با عملکرد فیزیولوژیک خود در حفظ هموستاز اولیه و ثانویه نقش دارند. به علاوه پلاکت‌ها ترکیبات مختلفی را ترشح می‌کنند که می‌تواند در پروسه‌های ترمیمی، التهابی و تومورزایی نقش داشته باشند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کاهش ترومبوسیت‌ها در بیماران بستری در بخش ICU که دچار ترومبو سایتوپنی می‌شوند زود هنگام و معمولاً در ۳-۴ روز اول صورت می‌گیرد و در روز ۱۰-۱۴ به میزان نرمال می‌رسد ترومبوسایتوپنی عارضه شناخته شده و تهدید کننده حیات در ICU می‌باشد که می‌تواند در پیش‌آگهی بیماران نقش داشته باشد. شمارش طبیعی تعداد پلاکت‌ها بین ۱۵۰ تا ۴۵۰ هزار در میکرولیتر می‌باشد و ترومبوسیتوپنی به تعداد پلاکت‌های کمتر از ۱۵۰۰۰۰ اطلاق می‌گردد.

روش کار:

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی ۱۸۸ بیماران بالای ۱۸ سال بستری شده در بخش ICU بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر انجام شده است. بیمارانی که تعداد پلاکت آنها در

هنگام بستری در ICU طبیعی بوده (بیشتر یا مساوی ۱۵۰۰۰ در هر میکرولیتر خون) و بیش از ۴۸ ساعت در ICU بستری شده بودند، وارد مطالعه شدند. در مطالعه ما بیماران با سابقه بستری در ICU در شش ماه اخیر از مطالعه حذف گردیدند. اطلاعات جمع‌آوری شده شامل سن، جنس، وجود بیماری همراه (از جمله سرطان خون)، سابق انجام شیمی درمانی، اسپلنومگالی، علت بستری شدن در ICU، وجود کاتترهای عروقی، نیاز به تهویه مکانیکی (MV) و تعداد فرآورده‌های خونی تزریق شده (FFP و RBC)، دریافت هپارین بوده است و این اطلاعات با استفاده پرسشنامه تهیه شده جمع‌آوری و ثبت گردید. در مطالعه ما ترومبوسیتوپنی با کاهش بیش از ۵۰٪ تعداد پلاکتها نسبت به تعداد اولیه یا مقادیر کمتر از ۱۵۰۰۰ در هر میکرو لیتر خون در هنگام خروج از آی‌سی‌یو تعریف شده است. بر این اساس بیماران به دو گروه با و بدون ترمبو سیتوپنی تقسیم شده و اطلاعات جمع‌آوری شده میان بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج:

در مطالعه حاضر از ۱۸۸ بیمار مورد مطالعه در ۵۱ بیمار (۲۷/۱ درصد) ترومبوسیتوپنی متعاقب بستری در ICU مشاهده گردید. ارتباط بین سن و جنس با بروز ترومبوسیتوپنی معنی دار نبود (سطح معنی داری $p=0.613$ و $p=0.562$ ، به ترتیب). در آنالیزهای آماری انجام شده ارتباط بین استفاده از تهویه مکانیکی ($p>0.001$)، وجود اسپلنومگالی ($p=0.006$)، کاتترهای عروقی ($p>0.001$) و هپارین ($p=0.001$) با بروز ترومبوسیتوپنی معنی دار نبود اما ارتباطی بین سابقه شیمی درمانی و بروز ترومبوسیتوپنی وجود نداشت ($p=0.063$). تعدادی از بیماران در طی زمان بستری RBC و یا FFP دریافت کرده بودند که تزریق این فرآورده‌های خونی با بروز ترومبوسیتوپنی ارتباط معنی داری را نشان داد (سطح معنی داری $p=0.036$ و $p=0.001$ ، به ترتیب)، ارتباط بین تعداد روزهای بستری و بروز ترومبوسیتوپنی نیز معنی دار بود ($p>0.001$) که بیشترین مورد کاهش در روز سوم بستری اتفاق افتاد. از بین متغیرهای مربوط به دلایل بستری بیماران ارتباط بین شوک سپتیک ($p>0.001$) و ترومای مغزی ($p=0.006$) با بروز ترومبوسیتوپنی ارتباط معنی داری را نشان داد اما ارتباط سایر عوامل از نظر آماری معنی دار نبود ($p<0.05$). آنالیزهای مولتی واریانت نشان داد که تهویه مکانیکی، استفاده از کاتترهای عروقی، هپارین و همچنین شوک سپتیک و ترومای مغزی می‌توانند پیشگویی کننده‌های مستقل برای بروز ترومبوسیتوپنی در ICU باشند.

بحث:

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که فاکتورهای متعددی می‌توانند در بروز ترومبوسیتوپنی در بخش مراقبت‌های ویژه دخیل باشند و بیشتر موارد ترومبوسیتوپنی در

روزهای اولیه اتفاق می‌افتد و ادامه بستری بیماران می‌تواند منجر به بازگشت تعداد پلاکت‌ها به سطوح اولیه گردد.

کلمات کلیدی:

کلمات کلیدی: ترومبوسیتوپنی، زمان سیلان، پتشی، ICU

بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده در مراکز انکولوژی رامسر و تنکابن در سال ۱۳۹۵

دکتر شهربانو کیهانیان ۱، مهسا حسین زاده ۲، بهروز قلی زاده ۳، دکتر مریم ذاکری حمیدی ۴، دکتر محمد منصور ساروی ۵، شادی ساروی ۶، علی ساروی ۷
۱ دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۳ استادیار روانپزشکی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۴ استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۵ متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر
۶ کارشناس علوم آزمایشگاهی
۷ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

مقدمه:

سرطان پستان شایعترین نوع سرطان در بین زنان ایرانی و مهمترین علت مرگ و میر آنان محسوب می شود. درمان با ماستکتومی میتواند با اختلالات خلقی مانند افسردگی همراه باشد. با توجه به اهمیت موضوع بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده بپردازیم.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام سجاد رامسر و کلینیک خصوصی اونکولوژی تنکابن سال ۱۳۹۵ مورد مطالعه قرار گرفتند. در مطالعه حاضر از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک انجام شد. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و آزمونهای کای اسکوار و فیشر و تی مستقل استفاده شد.

همچنین سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

از لحاظ مرحله بندی سرطان پستان، ۱۰ نفر (۱۰٪) در مرحله ۰، ۴۱ مورد (۴۱٪) در مرحله II، ۳۲ مورد (۳۲٪) در مرحله III و بیماری ۱۷ مورد (۱۷٪) در مرحله IV بودند. میانگین نمره افسردگی در بیماران $10/127 \pm 12/24$ بود. نمرات افسردگی در ۵۶ نفر (۵۶٪) بین ۰ تا ۱۳، در ۲۰ نفر (۲۰٪)، ۱۴ تا ۱۹، در ۱۸ نفر (۱۸٪) بین ۲۰ تا ۲۸ و در ۶ نفر (۶٪) بین ۲۹ تا ۶۳ بود. نمرات افسردگی با نوع ماستکتومی ($P=0/646$)، مرحله بیماری ($P=0/623$)، سن ($P=0/109$)، وضعیت تأهل ($P=0/416$)، شغل ($P=0/192$) و حمایت مالی ($P=0/121$) ارتباط آماری معنی داری نداشت.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه ما نشان داد حدود ۴۵٪ از بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت ماستکتومی قرار گرفته اند، درجاتی از افسردگی را تجربه می کنند. همچنین سن، سطح تحصیلات، شغل، حمایت مالی، مرحله بیماری و نوع ماستکتومی نقشی در درجات افسردگی نداشت.

کلمات کلیدی:

سرطان پستان، افسردگی، مطالعات مقطعی

مطالعه یافته های بالینی و هماتولوژیک در بیماران مبتلا به پان سایتوپنی

شهربانو کیهانیان
دانشیار، متخصص خون و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، مازندران، ایران

چکیده

مقدمه:

پان سایتوپنی، دسته بزرگی از بیماری‌های خونی است. مشخص کردن اتیولوژی و پاتولوژی بیماری برای درمان به موقع و مناسب حائز اهمیت می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی یافته‌های بالینی و هماتولوژیک در بیماران مبتلا به پان سایتوپنی انجام شد.

روش کار:

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در بیمارستان‌های امام سجاد (ع) رامسر و امام خمینی (ره) ساری طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۸ انجام شده است. اطلاعات موجود از پرونده ۱۲۶ بیمار دچار پان سایتوپنی استخراج و داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

از ۱۲۶ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، ۵۶ نفر زن و ۷۰ نفر مرد بودند. افراد شرکت‌کننده در مطالعه، شامل ۶۰ نفر از مرکز و ۶۶ نفر از غرب مازندران بودند. از نظر یافته بالینی اولیه، آدنوپاتی در ۴۲ نفر (۳۳/۳ درصد)، اسپلنومگالی در ۳۴ نفر (۲۶/۹ درصد) و هیپاتومگالی در ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد) وجود داشت و ۳۵ نفر (۲۷/۷ درصد) بدون یافته بالینی بودند. از نظر علل پان سایتوپنی بر حسب نتیجه بیوپسی و آسپیراسیون، آنمی مگالوبلاستیک در ۳۴ نفر (۲۷ درصد)، لنفوم غیرهوچکین در ۲۹ نفر (۲۳ درصد)، آنمی آپلاستیک در ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد)، لنفوم بیوپسی نرمال در ۱۰ نفر (۷/۹ درصد)، هایپرپلازی اریتروئید در ۹ نفر (۷/۱ درصد) و لوسمی سلول مویی در ۲ نفر (۱/۶ درصد) گزارش شد.

نتیجه گیری:

یافته‌ها نشان داد که لنفوم و آنمی مگالوبلاستیک از شایع‌ترین علل مسبب پان سایتوپنی هستند. لذا بررسی دقیق و مکرر بیمارانی که آزمایش نمونه خون غیر طبیعی دارند و درمان هرچه زودتر بر حسب علت توصیه می‌شود، تا بتوان میزان مورتالیتی و موبیدیتی را کاهش داد.

میزان مطابقت گزارش های سونوگرافی و ماموگرافی با گزارش پاتولوژی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

شهربانو کیهانیان

دانشیار گروه داخلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، مازندران، ایران

چکیده

مقدمه:

سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان ایرانی است. استفاده وسیع از ماموگرافی و سونوگرافی با تشخیص زودرس سرطان پستان سبب افزایش بقای بیماران شود. از آنجائی که میزان حساسیت و ویژگی ماموگرافی و سونوگرافی در منابع و مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان مطابقت گزارش های سونوگرافی و ماموگرافی با گزارش پاتولوژی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار:

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان تایید شده در پاتولوژی که در سال های ۹۵ و ۹۶ به بیمارستان امام سجاد رامسر مراجعه کردند، انتخاب و میزان مطابقت گزارش های ماموگرافی و سونوگرافی با گزارش پاتولوژی بررسی شد. از ضریب همبستگی برای تعیین میزان مطابقت استفاده شد.

یافته ها:

اکثر بیماران دارای سن ۵۰ سال و کمتر، متاهل و دارای سابقه زایمان و شیردهی بودند. BMI اکثر بیماران بالای ۲۵ بود. در اکثر موارد، پستان چپ و ربع فوقانی خارجی درگیر بود. اکثر توده ها پاتولوژی داکتال داشتند. ضریب همبستگی بین ساینز تومور در ماموگرافی و پاتولوژی ۰٫۸۰ و $p > ۰٫۰۰۱$ و بین سونوگرافی و پاتولوژی ۰٫۸۱ و $p > ۰٫۰۰۱$ بود.

نتیجه گیری:

ساینز تومور در ماموگرافی و سونوگرافی در اکثر موارد با پاتولوژی مطابقت داشت. اندازه گیری ساینز تومور در سونوگرافی نسبت به ماموگرافی حساسیت و مطابقت بیشتری با پاتولوژی داشت.

کلمات کلیدی:

سرطان پستان، ماموگرافی، سونوگرافی، پاتولوژی

گزارش یک مورد نادر لنفوم بینی-حلقی (Nasopharyngeal lymphoma).

دکتر شهربانو کیهانیان

دانشیار، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

بیمار خانم ۷۵ ساله ای است که در تاریخ ۱۴ آذر ۹۴ با علائم گرفتگی بینی سمت راست، سرفه، سردرد و درد گوش سمت راست به پزشک مراجعه نمود و تشخیص حساسیت داده شده بود. حدود ۱۰-۱۵ روز تحت درمان اسپری قرار گرفت ولی تاثیری در بهبودی مشاهده نشد. به همین علت مجدداً به پزشک مراجعه کرد و این بار با تعویض اسپری قبلی تا حدودی بهبودی حاصل شد. بیمار در شهریور ۹۵ دچار عود این علائم شد، اما این بار همراه ترشحات بینی خونریزی (اپیستاکسی) نیز داشت و همراه خلط، خون نیز بالا می‌آورد (هموپتیزی). بعلاوه از اودینوفاژی نیز شکایت داشت. به طوری که فقط غذا را به صورت له شده می‌توانست بخورد. تغییر در صدا و گرفتگی هر دو سمت بینی و اختلال در خواب بدلیل گرفتگی بینی از دیگر شکایات های بیمار بودند. لذا در مهر ماه ۹۵ به متخصص گوش و حلق و بینی دیگر مراجعه نمود و اسکن گردن و بیوپسی انجام شد. بیمار تعریق شبانه، درد شکم و درد استخوانی را ذکر نمی‌کرد. در شرح حال وی، سابقه انجام جراحی ناحیه آگزیلا به علت وجود یک غده را در ۴۰ سال پیش ذکر می‌کند. سابقه ی بیماری خاصی را ذکر نکردند. حساسیت دارویی، فصلی، غذایی ندارد. سیگار، الکل و مواد مخدر مصرف نمی‌کند. بیمار هوشیار است. تب ندارد. اخیراً تغییر وزن نداشته است. تعریق شبانه را ذکر نمی‌کند. ضعف ندارد. در معاینه اولیه در دیواره خلفی حلق ضایعات وسیع اولسراتیو داشته که سطح آن نکروتیک بوده است. گزارش بیوپسی، لنفومای بینی-حلقی را تایید کردند. لذا اولین شیمی درمانی در تاریخ ۱۵ آبان ماه ۹۵ انجام شد. اسکن توراکس و شکم درخواست شد. گزارش، نرمال بود. سیتولوژی مایع مغزی-نخاعی نیز نرمال بود. بیمار با تشخیص لنفوم نازوفارنژیال تحت درمان قرار گرفت. در حال حاضر تحت follow up قرار دارد.

علائم و نشانه های لنفوم نازوفارنکس می‌تواند با علائم گریفتگی بینی، سردرد و سرفه شروع شود. اما با معاینه دقیق و تشخیص بالینی در زمان مناسب، می‌توان زمان تشخیص را تسریع و از عوارض ناشی از تاخیر در فرایند درمان پیشگیری کرد.

کلمات کلیدی:

لنفوم بینی-حلقی، گزارش مورد، سرطان

A case report of breast cancer in pregnancy in Imam Sajjad hospital in Ramsar in 1395

Shahrbanoo Keihanian¹, Amene Mahmodiyan², Samiyeh Kazemi³, Maryam Zakerihamidi⁴

1. Department of Medicine, School of Medicine, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. Master of Science in Nursing, Instructor in department of Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Master of Science in Midwifery, Imam Sajjd Hospital, Ramsar, Iran

4. Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

Abstract

Abstract

Introduction & Aim:

Breast cancer is the most common cancer among the female population. Risk of breast cancer during pregnancy is very low, Woman during pregnancy are significantly in advanced stages of the disease ,and should they have more of a poor prognosis. This study was aimed to evaluate of a case report of breast cancer in pregnancy in Imam Sajjad hospital in Ramsar in 1395.

Case report:

patient 37-year-old woman pregnant 22 weeks of pregnancy with feeling a lump in the left breast nipple visit to the gynecologist. In Needle biopsy Invasive Ductal Carcinoma grade3 diagnosed. Then operated with method breast conservation therapy(Lampectomy with ALND). Follow up by surgery, chemotherapy was started for him.

Results:

Due to the very low incidence and adverse prognosis in breast cancer in pregnancy are advised to conduct routine Breast examination, mammography or MRI, breast ultrasound if necessary before pregnancy, as part of routine prenatal care in woman 30 to 40 years.

Conclusion:

Breast examination, mammography or MRI, breast ultrasound if necessary, before pregnancy advised as part of routine prenatal care for woman 30 to 40 years.

Key words:

breast cancer, pregnancy, mass

بررسی سطح دی‌دایمر سرم در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵

دکتر مریم ذاکری حمیدی [۱]، دکتر شهربانو کیهانیان ۲، فائقه سادات موسوی خورشیدی ۳، دکتر محمد منصور ساروی ۴، شادی ساروی ۵، علی ساروی ۶
۱ استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۲ دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۳ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۴ متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر
۵ دانشجوی داروسازی دانشگاه سملوایز، مجارستان
۶ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

مقدمه:

سرطان پستان از شایع ترین سرطان های زنان با شیوع رو به افزایش در کشور های در حال توسعه می باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی تغییرات سطح سرمی D-dimer در بیماران مبتلا به سرطان پستان می باشد.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی، بیمارانی که با تشخیص سرطان پستان جهت درمان به کلینیک فوق تخصصی انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر مراجعه کرده اند، وارد مطالعه شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تی مستقل، آزمون آنالیز واریانس، آزمون دوجمله ای و آزمون کای دو و نرم افزار SPSS۲۲ استفاده شد.

نتایج:

در این مطالعه میزان نرمال دی‌دایمر $200 \mu\text{g/mL}$ بوده است. میانگین دی‌دایمر سرم در مرحله IV بیماری به میزان 627 ± 304 ، در مرحله III، 229 ± 101 و در مرحله

II به میزان $180 \pm 29 \mu\text{g/mL}$ بوده است. همچنین فراوانی دی دایمر غیرنرمال در بیماران مرحله IV بیشتر بوده است. سطح دی دایمر و فراوانی افرادی که دی دایمر غیرنرمال داشته‌اند در بیمارانی که درگیری غدد لنفاوی داشتند بیشتر بوده است. بیمارانی که تومورمارکر CEA 15 CA ، $3-$ غیر نرمال داشته‌اند، سطح دی دایمر بالاتری داشته‌اند. سطح دی دایمر سرم در مبتلایان گروه سنی ۵۰-۴۱ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است.

نتیجه گیری:

افزایش سطح دی دایمر سرم با افزایش stage بیماری، درگیری غدد لنفاوی و پیش‌آگهی بدتر بیماری همراهی دارد و از آنجایی که دی دایمر مارکری ایمن، ارزان و در دسترس می‌باشد می‌توان از آن در جهت ارزیابی پروگنوز و بقاء بیمار استفاده کرد.

واژگان کلیدی:

سرطان پستان ، دی دایمر. پیش‌آگهی

گزارش یک مورد نادر سرطان ریه با تظاهرات بالینی غیر معمول

دکتر شهربانو کیهانیان^۱

۱-دانشیار، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

بیمار آقای ۴۱ ساله با علائم درد در ناحیه اپی گاستر با ارجحیت سمت راست شد. درد ماهیت تیز و مبهم داشته، مداوم بوده، به جایی انتشار نداشته و با علایم دیگری همراه نبوده است. سابقه بیماری و بستری ندارد. سیگار، الکل و قلیان دارویی مصرف نمی‌کرد. با توجه به سابقه ابتلاء به مشکلات قلبی و گوارشی، ابتدا جهت رد بیماری‌های قلبی و ریوی، نوار قلب، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، آزمایشات روتین و گرافی قفسه سینه انجام شد که نرمال بود. بیمار با مراجعه به فوق تخصص گوارش با تشخیص ریفلاکس تحت درمان قرار می‌گیرد. با توجه به عدم بهبودی، برای بیمار اندوسکوپی و سونوگرافی درخواست می‌شود که اندوسکوپی وی نرمال بود. در سونوگرافی، sluge صفراوی گزارش و تحت درمان دارویی قرار می‌گیرد. با توجه به عدم بهبودی و مراجعه مجدد، به بیمار گفته می‌شود که پروسه درمان طولانی مدت است. بیمار پس از مدتی علاوه بر درد، دچار سرفه‌های خشک و تنگی نفس فعالیتی می‌شود. با توجه به اقدامات انجام شده قبلی، برای بیمار درمان‌های سرپایی از جمله تجویز اسپری انجام می‌شود. بیمار در بهمن ماه دچار یک دوره ۶ روزه تب و لرز به همراه میالژی شدید وضعف و بی‌حالی می‌شود و با تشخیص آنفلوانزا تحت درمان قرار می‌گیرد. درد با ماهیت مبهم و تیز، تنگی نفس، سرفه‌های خشک، تب و لرز و میالژی، توده پوستی و هموپتیزی از شکایتهای بیمار بود. بیمار بعد از قطع تب، متوجه یک ندول ۵-۰، ۵-۰ در قسمت تمپورال سمت راست شد. در مدت ۳۰ روز تنگی نفس بیمار تشدید و با ارتوپنه و PND همراه بود و ۲ بار بعد از سرفه‌های طولانی دچار هموپتیزی می‌شود. درد بیمار از محل قبلی به قسمت تحتانی و راست قفسه سینه منتقل و در طی این مدت، توده بزرگتر شده و دردناک می‌شود. به گفته بیمار توده نرم، به اطراف چسبندگی داشته و دردناک بوده است. بیمار به جراح مراجعه و توده خارج و به پاتولوژی ارسال می‌شود. نتیجه گزارش پاتولوژی، Small Round Cell Tumor گزارش شد. بیمار به اصرار خانواده تحت CT scan قرار می‌گیرد. در CT انجام شده تصویر ساختمان‌های متعدد هاپیودنس در ناحیه تحتانی کارینا همراه با گسترش به ناف ریه راست رویت شد. بعلاوه تصویر ساختمان گوه‌ای شکل در سمت مدیال سگمان تحتانی ریه راست دیده شد که در درجه اول مطرح کننده لنف نودهای متعدد همراه با کلاپس سگمان مدیال لوب تحتانی ریه راست (لنفوم) است. به دلیل شک به اختلالات دیگر، مجدداً نمونه به پاتولوژی جهت تعیین

منشا تومور ارسال شد که در نهایت تشخیص Carcinoma, metastasis bronchogenic undifferentiated small cell type with neuroendocrin feature lung to scalp مسجل شد. با تشخیص سرطان ریه و متاستاز به پوست، برای بیمار آزمایشات جهت کموتراپی و اسکن استخوان درخواست شد. پس از اطمینان از نرمال بودن این آزمایشات، اولین جلسه کموتراپی با سیس پلاتین و اتوپوساید شروع شد. جواب پاتولوژی دوم، نیز تشخیص قبلی را تایید کرد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که دقت به علائم و نشانه‌های بیمار جهت تشخیص زودهنگام بیماری توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی:

سرطان ریه، گزارش مورد، متاستاز، پوست

فراوانی درگیری غدد لنفاوی زیر بغل در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهید بهشتی بابل و بیمارستان شهید رجایی تنکابن و امام سجاد(ع) رامسر از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳

دکتر مریم ذاکری حمیدی ۱، نفیسه کوچکی ۲، ۳ دکتر شهربانو کیهانیان، دکتر محمد منصور
ساروی ۴، شادی ساروی ۵، علی ساروی ۶
۱ دکترای تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
تنکابن، تنکابن، ایران
۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
۳ دانشیار هماتولوژی و انکولوژی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
تنکابن، تنکابن، ایران
۴ متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر
۵ کارشناس علوم آزمایشگاهی، واحد بین الملل دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۶ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

سابقه و هدف :

با یک میلیون مورد جدید در جهان در هر سال، سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان است و مهم ترین عامل مرگ ناشی از سرطان در زنان سراسر دنیاست. سرطان پستان در ایران ۱۷ درصد کل سرطان های زنان را به خود اختصاص داده و هم چنان در رتبه اول قرار دارد. این مطالعه به منظور فراوانی درگیری غدد لنفاوی زیر بغل در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهید بهشتی بابل و بیمارستان شهید رجایی تنکابن و امام سجاد(ع) رامسر از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ انجام شده است. یافته های بالینی شامل سن زمان تشخیص، اندازه تومور (T)، وضعیت درگیری غدد لنفاوی، درجه تومور، وضعیت گیرنده های استروژن و پروژسترون، وضعیت درگیری عروقی و نوع بافت جمع آوری شده و رابطه بین دموگرافیک تومور و وضعیت درگیری غدد لنفاوی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها :

روش مطالعه توصیفی می باشد. نمونه های مورد مطالعه از ۱۶۸ بیمار زن مبتلا به سرطان

پستان طی سال های ۱۳۹۱ تا انتهای سال ۱۳۹۳ در بیمارستان شهید بهشتی بابل و بیمارستان شهید رجایی تنکابن و امام سجاده (ع) رامسر می باشد. معیار های ورود شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان و معیار های خروج شامل عدم وجود گزارش LN در برگه پاتولوژی (Nx)، کامل نبودن پرونده بیماران بوده است. اطلاعات ثبت و در غالب چک لیست هایی جمع آوری گردیده و با استفاده از نرم افزار SPSS۲۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها :

درگیری غدد لنفاوی زیر بغلی در افراد مورد مطالعه ما، ۱۱۷ مورد (۷۰،۱٪) مشاهده شد. متوسط سن بیماران 49.64 ± 11.62 سال (۸۱-۲۲ سال) بود. شایع ترین گروه سنی (۳۹،۲٪)، ۴۰-۴۹ سال بودند که بیشترین درگیری غدد لنفاوی نسبت به کل افراد، (۲۴،۰٪) نیز در این گروه بوده است. میانگین اندازه تومور ۳،۳۹ سانتی متر بوده که بیشتر بیماران (۹۸ بیمار، ۵۸،۷٪) توموری با اندازه ۵-۲ (T₂) داشتند ولی بیشترین درگیری غدد لنفاوی مربوط به T₃ (>۵ cm) با ۲۳ بیمار (۱۰۰،۰٪) بوده است. شایع ترین نوع پاتولوژی تومور و درجه بافت شناسی، کارسینوم داکتال مهاجم ۱۵۶ نفر (۹۳،۴٪) و درجه ۲، ۸۷ نفر (۵۲،۱٪) بوده است. بیشترین درگیری غدد لنفاوی نسبت به کل افراد LN مثبت در کارسینوم داکتال مهاجم، ۱۱۱ بیمار (۹۴،۹٪) بوده است و ۸۵،۱٪ از بیماران با درجه ۳ نیز بیشترین درگیری غدد لنفاوی را داشتند. از نظر تهاجم عروقی، ۳۷ مورد (۲۲،۲٪) از ۴۸ بیمار با تهاجم عروقی، درگیری غدد لنفاوی زیر بغلی داشتند. اکثریت تومور ها هر دو گیرنده استروژن و پروژسترون مثبت دارند. (۹۷ مورد، ۶۳،۸٪)

نتیجه گیری :

اندازه تومور، نوع تومور، درجه بافت شناسی و وضعیت گیرنده های استروژن و پروژسترون با درگیری غدد لنفاوی زیر بغلی مرتبط بوده درحالی که سن و وضعیت توام گیرنده های استروژنی و پروژسترونی ارتباط معنی داری نداشته است.

واژه های کلیدی:

سرطان پستان ، غدد لنفاوی زیر بغلی

Kikuchi Fujimoto یک بیماری شبه لنفوم: گزارش یک مورد

دکتر محسن وکیلی صادقی^۱، فوق تخصص خون و سرطان بالغین، مرکز تحقیقات سرطان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل.
دکتر حسین قربانی، متخصص پاتولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل.

خلاصه

زمینه:

کیکوجی فوجیموتو (KF) یک بیماری خوش خیم و خود محدود شونده است. این بیماری نادر با لنفادنوپاتی و گاهی تب بروز می‌کند و می‌تواند با لنفوم، لوپوس اریتماتوی سیستمیک و حتی کارسینوم اشتباه شود. معرفی مورد: خانمی جوان به علت تب، لنفادنوپاتی سوپراکلاویکولار چپ و درد کل بدن از دو ماه قبل مراجعه می‌کند. در بیوپسی اکسیژنال غده لنفاوی لنفوم سلول T گزارش می‌شود. برای تایید تشخیص در یک مرکز دیگر پاتولوژی بازخوانی و رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی که در مرکز اول انجام شده بود تکمیل می‌گردد و تشخیص بیماری KF داده می‌شود. یک ماه بعد تب بیمار قطع شد. بحث ونتیجه گیری: ما در این مقاله یک بیماری نادر که مانند لنفوم ظاهر می‌شود را معرفی کردیم. پزشکان بالینی و متخصصین پاتولوژی در برخورد با لنفادنوپاتی و تب باید تشخیص بیماری‌های مشابه لنفوم را مد نظر قرار دهند. در تشخیص بیماری‌های بدخیم شایسته است که تشخیص توسط دو پاتولوژیست تایید شود.

بررسی سطح خونی لیپوپروتئین با دانسیته پایین اکسید شده در بیماران مبتلا به بدخیمی های خونی و مقایسه آن با گروه شاهد

دکتر نصرت عابدپور؛ دکتر زهره صنعت؛ دکتر علی اکبر موثق پور اکبری
مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه:

لیپوپروتئین اکسیداتیو با دانسیته پایین (oxLDL) یک فاکتور پیش التهابی و پیش آتروژنیک است که رادیکالهای آزاد در ساختار خود دارد و در آترواسکلوzeis نقش اساسی ایفا می کند. مطالعات نشان داده اند که oxLDL و در کل دیس لیپیدمی در بیماران مبتلا به کانسره های مختلف شیوع بالاتری دارند. با توجه به اینکه تا به حال مطالعه ای به ارزیابی سطح لیپوپروتئین اکسیداتیو در بیماران مبتلا به AML و مقایسه آن با افراد سالم نپرداخته است، و نیز مطالعه ای در این ارتباط در کشور ما و مخصوصاً منطقه شمالغرب کشور صورت نگرفته است، هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی سطح oxLDL در این بیماران و مقایسه آن با گروه شاهد می باشد.

روش انجام کار:

در مطالعه مورد-شاهدی حاضر ۳۶ بیمار مبتلا به AML و ۳۶ نفر مورد کنترل در بیمارستان شهید قاضی تبریز به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از افراد مطالعه، اطلاعات پایه شامل سن، جنس، نوع بیماری، علت مراجعه و تشخیص بیمار جمع آوری شد. سپس برای تمامی افراد اندازه گیری سطح لیپیدهای خونی و بخصوص سطح oxLDL صورت گرفت. داده های حاصله با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS version ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی داری $P > 0.05$ در نظر گرفته خواهد شد.

نتایج:

میانگین سنی گروه مطالعه بیماران $44/06 \pm 14/48$ و در گروه کنترل $38/92 \pm 13/70$ بود و تفاوت معنی داری بین دو گروه یافت نشد. در مقایسه ی دو گروه هیچ تفاوت معنی داری بین دو گروه در مورد LDL، کلسترول و تری گلیسرید مشاهده نشد. در حالی که در مورد HDL تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود داشت به نحوی که میزان آن در گروه کنترل به

شکل معنی داری بیشتر بود. از سوی دیگر، مقایسه‌ی oxLDL بین دو گروه نیز نشان از بالا بودن میزان آن به شکل معنی داری در گروه کنترل بود.

بحث:

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که دیس لیپیدمی مورد انتظار در بیماران AML مشهود نبوده و تفاوت معنی دار در میزان oxLDL و HDL در بین دو گروه، نشان از بالا بودن این موارد در گروه کنترل بوده است.

کلیدواژه:

لیپوپروتئین اکسیداتیو با دانسیته پایین (oxLDL)، لوکمی حاد میلوئید (AML)، تری گلیسیرید، LDL، HDL، کلسترول

Treatment with 3 cycle pulses of high-dose dexamethasone (HD-DXM) in adults with Primary Immune Thrombocytopenia : a prospective randomized clinical trial

Alireza Sadeghi 1, Seyyideh Forough Hosseini², Saeid Rezaei Jouzdani³

Objective :

Primary Immune thrombocytopenia (ITP) is an autoimmune disorder characterized by platelet destruction leading to decreased platelet count and an increased risk of bleeding. For many years, Prednisone (PDN) has been the standard first line treatment in ITP practical guidelines. The current randomized, controlled, clinical trial compared the efficacy of three-pulse high-dose dexamethasone (HD-DXM) regimen versus the conventional treatment with PDN in untreated adult patients with ITP.

Materials and Methods :

This was a randomized clinical trial registered in clinical trials.gov (NCT02914054). Eligible patients were randomly assigned to receive PDN or three-pulse regimen of HD-DXM. In the HD-DXM group, 40 mg of DXM was administered intravenously for four consecutive days and then stopped. The treatment course was repeated in 14-day intervals for three pulses of treatment. Patients in the PDN group received 1.0 mg/kg of PDN orally on a daily basis for four consecutive weeks. Baseline parameters and platelet count were compared between the two groups using the Fisher exact test and logistic regression, respectively. All the patients provided written informed consent before enrollment in the study.

Results :

Thirty-six cases were given HD-DXM and 36 patients received PDN as the control group. The overall response rate was higher in the HD-DXM group than in the PDN group without a significant change in complications of corticosteroid therapy ($P < 0.05$).

Conclusion :

Treatment with a three-pulse regimen of HD-DXM was an effective therapeutic method for untreated patients with ITP compared with the conventional PDN therapy.

Keywords :

Immune thrombocytopenia, Dexamethasone , Autoimmune Diseases

گزارش موردی: کمبود فاکتور ۱۰ (F1۰D)

دکتر عفت مشهدی فوق تخصص هماتولوژی و آنکولوژی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان آیت الله خوانساری

چکیده:

بیمار آقای ۱۷ ساله بدون سابقه بیماری خاص بعثت تروما دچار هماتروز شدید زانوی چپ و اکیموزهای وسیع اندام‌های تحتانی شده بود سابقه بیماری‌های خونریزی دهنده قبلی در خود و خانواده ذکر نکرد بیمار بعثت ضایعات خونریزی دهنده تحت بررسی‌های اولیه قرار گرفت که PT و aPTT هر دو مختل بود و سپس سطح فاکتورهای انعقادی اندازه‌گیری شد که سطح کلیه فاکتورها نرمال بود فقط سطح فاکتور ۱۰، ۰.۸٪ گزارش شده بود.

بحث:

کمبود فاکتور ۱۰، بسیار نادر است که شیوع حدود یک نفر در هر ۱۰۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد. ژن این فاکتور روی کروموزوم ۱۳ قرار دارد جهت هموستاز نرمال سطح ۵۰٪ فاکتور مورد نیاز می‌باشد، کمبود فاکتور ارثی یا اکتسابی می‌باشد. علل اکتسابی شامل امیلوئیدوز اولیه یا ثانویه، برخی داروهای کموتراپی مثل ملفالان و به دنبال عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی می‌باشد. خونریزی در مفاصل، بافت نرم، سطوح مخاطی، و دستگاه ادراری و تناسلی رخ میدهد موتاسیون GIY (-) Arg در کروموزوم ۱۳ با هماتروز شدید مرتبط می‌باشد، شدت بیماری با سطح فاکتور در ارتباط می‌باشد و به سه دسته تقسیم میشود، ۱: خفیف که سطح فاکتور ۱۰-۲۰٪، ۲: متوسط که سطح فاکتور ۱۰-۱٪، ۳: شدید که سطح فاکتور کمتر از ۱٪ می‌باشد. در موارد خفیف خونریزی بدن‌بال تروماهای شدید رخ میدهد و در موارد متوسط و شدید خونریزی به دنبال جراحی یا ترومای خفیف یا خودبخودی رخ میدهد. تشخیص با اندازه‌گیری سطح PT و aPTT که هر دو طولانی میشود و سپس اندازه‌گیری سطح فاکتور و در نهایت مطالعات ژنتیکی می‌باشد. درمان: استفاده از فاکتور تغلیظ شده در صورتیکه در دسترس باشد، فرآورده‌های جایگزین شامل complex prothrombin concentration (PCC) که از این فرآورده دو ترکیب که شامل ۳ فاکتور یا ۴ فاکتوره وجود دارد دوز مورد استفاده ۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می‌باشد، در صورت در دسترس نبودن این فرآورده‌ها FFP مورد استفاده قرار می‌گیرد، که دوز FFP ۱۵، تا ۲۰ cc به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می‌باشد.

نتیجه:

کمبود فاکتور ۱۰ یکی از نادرترین کمبودهای فاکتورهای انعقادی می باشد که علت اکثر موارد آن موتاسیونهای ژنتیکی کروموزوم ۱۳ میباشد کمبود که بصورت اتوزوم مغلوب به ارث میرسد. کمبودهای شدید فاکتور باعث خونریزیهای خود بخود در بافتهای مختلف میشود، درمان آن شامل تزریق فاکتور تغلیظ شده یا فراورده های PCC در صورت در دسترس نبودن این فراورده ها FFP میباشد.

Is calcium supplements necessary for primary prevention of osteoporosis in postmenopausal women?

Behzad Heidari (MD)^{1,2} , Mansour Babaei (MD)^{1,2,3}

1. Mobility impairment research center, Babol University of medical sciences, Babol, Iran.

2. Clinical Research Development Unite of Rouhani Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Department of medicine, division of rheumatology, Rouhani hospital, Babol university of medical sciences, Babol, Iran

ntroduction

Osteoporosis is prevalent in postmenopausal women, and osteoporotic fracture is an important cause of disability and mortality in the elderly population. Treatment of high risk individuals decreases the risk of fracture and improves life quality. Calcium supplementation is considered the mainstay of treatment in osteoporosis in conjunction with bisphosphonate. Recent studies have questioned the benefit of calcium therapy because of its negligible effect in primary prevention of osteoporosis and in particular its association with increased risk of cardiovascular events.

Methods

Relevant studies in particular meta-analyses and longitudinal and placebo-controlled randomized clinical- trials (RCT) published in PubMed since 2000 were searched using keywords such as calcium supplements ,vitamin D, osteoporosis, BMD, fracture, prevention, complications. A total of 74 studies were appropriate for analysis.

Results

It is hypothesized that low intake of calcium may result in hypocalcaemia and secondary hyperparathyroidism, bone loss and increased risk of fracture; hence calcium supplement is advised to prevent osteoporosis. However, there is no evidence to support the benefit of calcium supplements in preventing osteoporosis or osteoporotic fractures.

The results of 19 RCTs, and 28 observational studies on the effect of calcium alone or in combination with vitamin D in the primary prevention of osteoporosis showed no effect, or a small non-significant temporal decrease in bone loss, which regressed to the pre-treatment level, 2-3 years after discontinuation of calcium supplement.

Moreover, several studies have addressed the effect of calcium in primary prevention of fractures. The results of 3 meta-analysis, 2 longitudinal studies and 11 RCTs comprised 51419 participants failed to show a benefit, one meta-analysis showed a trend toward decreased risk of fracture, and 2 meta-analysis showed decreased risk of all fractures only in the elderly institutionalised individuals who had low calcium intake and were compliant to treatment.

Nonetheless, in addition to gastrointestinal and renal complications, calcium supplementation in postmenopausal women was associated with increased risk of myocardial infarction and stroke.

A meta-analysis of 3 RCTs, and another meta-analysis of 27 observational studies, 2 longitudinal studies with follow-up duration of > 10 years, and another 10-year follow-up study of healthy adults (52% females) showed an increased risk of cardiovascular and all types mortalities in postmenopausal women taking calcium particular high dose calcium. However, one systematic review showed no association and another meta-analysis of 12 prospective studies comprised 757304 participants showed a U-shaped relationship between calcium

intake and cardiovascular deaths.

Conclusion

These findings indicate that a small benefit of calcium supplement in the prevention of fractures is outweighed by the small risk of cardiovascular events.

Since bone mineralization is an active process and serum calcium is tightly regulated by parathyroid, vitamin D and kidney, therefore, raising serum calcium by calcium supplements cannot increase bone formation. Hence, high risk individuals should receive treatments that have favourable risk-benefit profile and supplemental calcium should be recommended only in postmenopausal women with low intake of dietary calcium.

Keywords

Calcium supplement, Osteoporosis, Cardiovascular complications, Fracture

A case of myelodysplastic syndrome (MDS) with bone marrow fibrosis and isochromosomy of 17(q10)

Nasim Valizadeh^{1, 2}, Marjan Yaghmaie¹

1-Hematology-Oncology and Stem Cell Transplantation Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Amir-Al Momenin Hospital, Tehran, Iran

Background:

Isolated isochromosome (17q) is reported in patients with MDS/MPD. It is a poor prognostic marker. We report clinic pathologic feature of a 26 y/o male a civil engineer with MDS and secondary fibrosis and isochromosomy of 17(q10).

Case report:

A 26 y/o male a civil engineer was admitted with malaise and pancytopenia. Physical examination revealed pallor and a testicular mass. Abdominal imaging was normal initially. β HCG and LDH were in normal ranges. Testicular doppler ultrasound revealed an accessory testis. Examination of peripheral blood smear showed pancytopenia, anisopoikilocytosis, hypochromia, many neutrophils with pseudo-Pelger-Huet anomaly, and few myeloblasts. Bone marrow aspiration was diluted. Bone marrow biopsy was relatively hypocellular but showed increased in CD34 positive cells as well as some C-Kit positive cells which were indicative of diagnosis of MDS with excess blast. Cytogenetic study was done with standard method and showed: 46, XY, i(17)(10)[49]/46,XY[1]. His disease was complicated with recurrent soft tissue infections that led to frequent hospitalization including: pyomiositis and abscess formation in the thigh, cellulitis of the fore-

arm and bacterial infection in sub mandibular area. Bone marrow was repeated and was diluted again. Bone marrow re biopsy was done and showed extensive fibrosis and increased in number of megakaryocytes with many atypical features as well as increase in the number of blasts in CD34 staining. He had not evidence of splenomegaly in physical examination and abdominal imaging. PCR Study for Jak-2 mutation was negative. According to the findings of peripheral blood smear, bone marrow aspiration & biopsy, cytogenetic and molecular genetic studies, the diagnosis of MDS/MPD was made and he was candidated for allogenic hematopoietic stem cell transplantation. Since he had not any full matched sibling and other related donors and due to high risk features of MDS and active disease, we decided to start chemotherapy with Vidaza.

His disease was progressed rapidly and 10 months after presentation he was admitted with fever, hepatosplenomegaly and leukocytosis and more than 70% myeloblasts in peripheral blood sample that was consistent with disease transformation to AML and he passed away shortly.

Result:

The diagnosis of MDS/MPD with i17 (q10) was made in this young man which was presented with malaise and pancytopenia. We found extensive bone marrow fibrosis and rapid progression of MDS to AML in this case of MDS with i17 (q10).

Key Words:

Myelodysplastic syndrome, Bone marrow, Fibrosis, isochromosomy of 17(q10)

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



Association between admission neutrophil to lymphocyte ratio and outcomes in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.

۱. دکتر محمدحسین رحیمی راد استاد گروه داخلی

۲. دکتر شقایق رحیمی راد پزشک مرکز تحقیقات

۳. دکتر محمدرضا غفاری دانشیار گروه داخلی

مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ایران

Introduction:

The prognostic significance of neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), derived-neutrophil-to-lymphocyte ratio (d-NLR), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), and lymphocyte-to-monocyte ratio (LMR) have been shown in many diseases. To the best of our knowledge, there is no published report evaluation of those parameters in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). The aims of this study are to evaluate the parameters in predicting in-hospital mortality in patients with AECOPD.

Materials and Methods:

This is a retrospective study in two referral hospitals in Tabriz and Urmia, Iran. NLRs, PLR, LMR, and d-NLR were calculated from the admission day complete blood count of patients with AECOPD. Comparison was made between patients who died in hospital and those discharged alive.

Result:

Of 315 patients, 70 (22.2%) died in the hospital and 245 (77.8%) were discharged alive. The mortality rate was higher in patients with NLR

≥ 4 than with $\text{NLR} < 4$ (24% vs. 9.5% p value < 0.001). Multivariate analysis revealed NLR ($p = 0.001$) were independently associated with in-hospital mortality. NLR had the highest odds ratio for death both in univariate ($\text{OR} = 3.80$) and multivariate ($\text{OR} = 3.50$) analyses. The area under the receiver-operating characteristic curve for NLR in predicting in-hospital death was 0.72 (95% CI: 0.62-0.81; $p < 0.001$). PLR and LMR did not show significant relation to in-hospital death in AECOPD.

Conclusions:

This study shows for the first time that higher NLR is positively associated with in-hospital mortality in AECOPD.

Decreased serum level of apelin-36 in chronic obstructive pulmonary disease

Seyed-Mehdi Hashemi-Bajgani¹

Mitra samareh fekri²

Sahar heydarabadi

1. Assistant Professor, Internal Medicine Department, Medical Faculty, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Associate Professor, Pulmonology Cardiovascular Research center, Institute of Basic and clinical Physiology sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

3. General Practitioner.

Background:

The Apelin is a kind of adipokines that its anti-inflammatory role is proved in some studies, but its effect on development of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is not yet certain. The aim of this study was to determine the serum apelin-36 level in COPD patients and healthy controls.

Material and methods:

This cross-sectional study was conducted on 40 COPD patients and 40 healthy controls (20 smoker and 20 non-smoker) from January to September, 2017 in the Beesat clinic, Kerman, Iran. Demographic and clinical characteristics (age, sex, smoking status, COPD and severity of disease) were collected. The serum apelin-36 level of subjects was measured by human ELISA assay kits. We used Mean (SD), frequency, Mann-Whitney U and Chi-square tests for data analysis. Differences were considered significant at $P < 0.05$.

Results:

The most subjects were male (n=56, 70%) and the mean (SD) age (Year) of them was 55.83 ± 11.9 (Range= 40 to 85). The mean (SD) apelin level (mol/L) was 38.40 ± 26.9 . COPD patients had lower serum apelin-36 level versus healthy non smoker controls (P=0.01), but there was no significant difference in serum apelin-36 level between COPD patients and healthy somker group (P=0.09). The result showed that in COPD group, the apelin serum level was not changed by the severity of disease (P=0.12)

Conclusion:

The serum apelin-36 level was lower in COPD patients and because these patients are usually cigarette smoker, it may show that cigarette smoking can decrease serum apelin-36 level and contribute to acceleration of inflammatory process and developing COPD. According to our findings, decreased serum apelin-36 level can be considered as a biomarker for COPD development.

Keywords:

COPD, Apelin, Smoking, Iran

Efficacy and safety of iodopovidone pleurodesis through chest tube in spontaneous pneumothorax.

۱. دکتر محمدحسین رحیمی راد استاد گروه داخلی مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ایران
۲. دکتر رحیم محمودلو استاد گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۳. دکتر هادی علیزاده استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

Pleurodesis is one of the best methods of controlling malignant pleural effusions and pneumothorax. Recently Iodopovidone (IP) which is cheap and easily available was used for pleurodesis and demonstrated low morbidity with good results similar to talcum powder. However, in those studies a wide range of pleural diseases were included, and heterogeneity makes it difficult to draw conclusions about spontaneous pneumothorax (SP). The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of IP pleurodesis in SP.

METHODS:

In 29 patients, we instilled 20 ml IP 10% diluted with 80 ml of normal saline through a chest tube, clamped for 4 h. Data on adverse events including chest pain, respiratory distress, allergic reactions, hypotension and failure of PD (the requirement for additional pleural procedures and recurrence) were collected. The follow-up period was 3 to 21 months.

RESULTS:

Complete response with no recurrence was obtained in 27 (93% percent) patients. One patient with bone marrow transplantation with cystic lung changes in lungs returned two months later with bilateral

pneumothoraces. A case of Wegener's granulomatosis on corticosteroids and immunosuppressive therapy returned with SP on the same side four months later. Five (13%) patients experienced chest pain with visual scale measurement 1 to 5. No hypotension, allergic reaction, visual impairment were observed.

CONCLUSIONS:

Pleurodesis with IP was successful and was associated with only minor complication. It appears to be a good option for the pleurodesis in SP.

Elevated red blood cell distribution width predicts mortality in acute exacerbation of COPD.

۱. دکتر شقایق رحیمی راد پزشک مرکز تحقیقات

۲. دکتر محمدحسین رحیمی راد استاد گروه داخلی

۳. دکتر محمدرضا غفاری دانشیار گروه داخلی

مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ایران

Objective:

Red blood cell distribution width (RDW) has been shown to predict clinical outcomes in many diseases. To our knowledge, the prognostic significance of RDW in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) has not been reported so far. The aim of the present study is to investigate the relation of RDW to in-hospital mortality in patients with AECOPD.

Methods:

We retrospectively reviewed hospital records of inpatients with AECOPD in two referral teaching hospitals in two provinces of east Azerbaijan and west Azerbaijan, Iran. Associations between RDW and in-hospital death were analyzed with using correlation, logistic regression analysis, and receiver operating characteristic (ROC) curves is SPSS software.

Results:

We studied 330 patients, of whom 75 (22.7%) did not survive to hospital discharge. In univariate analysis higher RDW-SD values were associated with increased hospital mortality (30.2% vs. 15.8% $p=0.002$ odds ratio 2.31). Using the first quartile of RDW as reference, odds

ratio (OR) mortality among patients in the highest RDW quartile was 5.34 (95%CI, 2.70-12.57; $P=0.001$). In multivariate analysis RDW-SD remained an independent risk factor for mortality after correction for age, thrombocytopenia, leukocyte count, mean corpuscular volume, anemia. In receiver-operating curve analysis the AUC for RDW was 0.663, which was more than that of hemoglobin, platelets.

Conclusion:

RDW on admission day proves to be a useful indicator to predict in-hospital death in AECOPD.

Investigation of the association between microaspiration of Bile acid and Pepsin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation

Seyed-Mehdi Hashemi-Bajgani 1, Fatemeh Abbasi 2, Ahmad Shafahi 1, Rostam Yazdani 1*, Mitra Samareh Fekri 3

Assistant Professor of Pulmonology, Afzalipour Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Endocrinologist, Imam-khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Associate Professor of Pulmonology, Cardiovascular Research Center, Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Background:

The aim of this study was investigation of the association between micro-aspiration of bile acid and pepsin with exacerbation attacks in chronic obstructive pulmonary disease patients in Kerman.

Methods:

The present study was a descriptive cross-sectional study. 52 COPD patients were selected by simple sampling from patients referring to the lung clinic of Bessat. Participants were divided into two groups of with and without COPD exacerbations history in a last year. The severity of the disease was determined based on the GOLD criteria (mild, moderate, severe and very severe) and BODE-index was used to increase the accuracy of determination. Then all patients undergoing bronchoscopy and the concentrations of bile acid and pepsin were compared in Broncho-Alveolar Lavage Fluid (BALF) of two groups.

Results:

The mean of bile acids in the group without COPD exacerbations was lower ($27.38 \pm 3.26 \mu\text{mol/Lit}$) than the group with COPD exacerbations ($32.31 \pm 5.35 \mu\text{mol/Lit}$) and this difference was not significant ($p=0.436$). The mean of pepsin in the first group was higher ($118.46 \pm 15.44 \text{ ng/ml}$) than the second group ($107.88 \pm 10.7 \text{ ng/ml}$) and this difference was also not significant ($p=0.577$).

Conclusion:

According to the results of this study, there is not any association between disease severity and number of exacerbations in COPD patients. It is suggested that further studies with considering more effective factors on COPD exacerbation should be done with higher sample sizes in other populations.

Keywords:

COPD, Aspiration, Bile acid, Pepsin

Introduction

World Health Organization has defined chronic obstructive pulmonary (COPD) as a collection of pulmonary diseases that cause irreversible airflow limitation and chronic bronchitis, emphysema and small airway disease are included in this group (1). In 2015, it was estimated that nearly three million deaths (5% of all deaths) in the world were attributed to COPD, and more than 90% of them occurred in low- and middle-income countries (2) and it was predicted that this disease will be the third leading cause of death in the world by 2030 (1).

Tobacco use is the primary risk factor for COPD and exposure to indoor and outdoor polluted air, as well as occupational dust, are other factors that cause this disease (2). The most important cause of death

from COPD is acute exacerbations (3). Acute exacerbations occurred in patients who had COPD for long time and suddenly faced by an acute increasing in one or more of the following symptoms: "cough frequency and severity; dyspnea; and change in the amount and/or character of sputum" and patients with severe disease experience it two or three times within a year (4).

The mechanisms that affect acute exacerbations in COPD are not understood until now. According to the researchs, more than 50% of the cases are due to viral and bacterial respiratory infections, 10% are due to environmental pollutions, and more than 30% are of unknown etiology (3, 5).

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the risk factors that was proposed for COPD exacerbations and also among patients with gastroesophageal reflux disease, upper respiratory symptoms are frequent (4, 6). It has been demonstrated that gastroesophageal reflux (GER) plays an important role in causing extra-esophageal symptoms, including chronic bronchitis, bronchiectasis, diffuse panbronchiolitis, recurrent pneumonia, chronic cough, hoarseness, and asthma (7, 8). Although available evidence suggests a relationship between COPD and GERD, but there are, a few findings that show the impact of gastric reflux on the COPD and respiratory diseases (9, 10). Micro aspiration of gastric contents and bronchospasm due to vagal nerve stimulation following exposure of esophageal mucous membrane with gastric acid reflux are two major factors that explain the association between gastroesophageal reflux and the onset of pulmonary disease and its manifestations (11). A showed a moderate relationship between sputum and exhaled breath condensate pepsin concentrations and it was suggested that exhaled breath condensate pepsin may be a useful non-invasive marker of pulmonary micro-aspiration (12).

Several studies have been done to investigate the effect of reflux on the

increasing of COPD exacerbations (4, 13-16) and a systematic review and meta-analysis showed GERD is a risk factor for COPD exacerbations (17). In a study in Canada, the results showed, in patients who developed obstructive bronchiolitis following lung transplantation, the prevalence of bile acid microaspiration is increased (15). Meanwhile, in another study the authors showed, 37% of COPD patients had gastroesophageal reflux, and the number of COPD exacerbations in patients with GERD was reported two times more than GERD-free patients (2.3 compared to 1.6 in a year) (16).

Regarding the prevalence of gastroesophageal reflux in patients with chronic obstructive pulmonary disease, the aim of this study was to investigate the association of bile acid and pepsin microaspiration with COPD exacerbations in Kerman.

Materials and Methods

This was an analytical descriptive cross-sectional study. According to previous studies, the sample size was 52 patients. Participants were patients with chronic obstructive pulmonary disease that their disease was confirmed by a pulmonary specialist; they were selected by simple sampling from patients referring to the lung clinic of Bessat (a clinic affiliated to Kerman University of Medical Sciences). Inclusion criteria was being the COPD patients living in Kerman and exclusion criteria was the impossibility of carrying out bronchoscopy due to severe hypoxia, treatment-resistant cardiac arrhythmias, esophageal disease such as achalasia, esophageal cancer, stenosis, acute peptic ulcer and dissatisfaction for participating in the study. Participants were divided into two groups of 26 patients; one group had at least one COPD exacerbation (shortness of breath, cough, rate and change of sputum characteristics that leading to emergency or hospital admission) in the last year (2016) and the other group was included patients without any

COPD exacerbations.

After giving the necessary explanations and obtaining consent, the samples were included and the severity of the disease in each patient was determined based on the GOLD criteria (mild, moderate, severe and very severe). According to the GOLD classification, all patients who had the forced expiratory volume in one second (FEV1) divided by forced vital capacity (FVC) ratio lower than 0.7 ($0.7 > \text{FEV1}/\text{FVC}$) after receiving two puff of a short-acting beta-agonist inhaled bronchodilators, is a COPD patient. When COPD was confirmed, the amount of FEV1 was used to determine the disease severity. FEV1 more than 80% is mild obstruction (stage I) and FEV1 between 50% to 80% is the moderate obstruction (stage II), FEV1 between 30% and 50% is severe obstruction (stage III) and FEV1 less than 30% is very severe obstruction. BODE-index was used to increase the accuracy in determining the severity of the disease. Four factors were used to assess the severity of obstruction based on the BODE-index, including body mass index (BMI), airway obstruction, FEV1, shortness of breath and exercise tolerance (6 minutes walking test) that provides more detailed information on the severity of obstruction and prognosis in comparison with FEV1 alone.

Then all patients undergoing bronchoscopy and bronchoalveolar lavage fluid (BALF) was obtained from the right middle lobe or right lower lobe, about 60 cc of distilled water was entered to the lung and 20 cc of the BALF sample was recieved. The BALF sample was immediately sent to the lab and stored at -70 to -80 centigrade. After the sample collection, the amount of bile acids and pepsin of the BALF fluid was measured by a biochemist, using the standard pepsin kit (ELISA Kit for pepsin) from the USCNC company and the standard bile acid kit from the company of Sigma. Independent sample t-test and chi-square test were performed in SPSS 17.

Results

The mean age in groups of with and without COPD exacerbations history was 60.88 ± 8.10 and 60.15 ± 9.53 , respectively ($p=0.771$). The large number (39 patients) of patients were male ($p=0.262$) and without COPD exacerbations history (21 male patients) in a last year. The BMI in groups of with and without COPD exacerbations history was 22.92 ± 5.22 and 23.44 ± 7.20 , respectively ($p=0.776$) and the number of participant who smoked was higher in the group that experienced at least one COPD exacerbation in the last year and it was not significant either ($p=0.50$).

12 patients (46.2%) suffered from hoarseness in the first group (without COPD exacerbation) and 11 (42.3%) suffered from regurgitation in the second group (with COPD exacerbation) and this differences were not significant ($p>0.05$). The FEV1 based on the GOLD criteria showed in both the first group and the group with at least one COPD exacerbation during the last year, 13 of patients had moderate obstruction, and this was not statistically significant ($p=0.964$). (table1)

BODE-Index was also used to increase the accuracy in determining the severity of the disease. In groups with and without COPD exacerbation, 15 (62.5%) and 17 (70.8%) patients had a 3% mortality prognosis, respectively and there was no significant difference ($p=0.769$). (table1)

Table 1. Frequency of patient characteristics in the two groups of with and without COPD exacerbation

Variable		Without COPD exacerbations (%) Frequency	With COPD exacerbations (%) Frequency	Total Frequency (%)	P-value
Hoarse-ness	Yes	(46.2) 12	(26.9) 7	(36.5) 19	0.125
	No	(53.8) 14	(73.1) 19	(63.5) 33	
Regurgi-tation	Yes	(30.8) 8	(42.3) 11	(36.5) 19	0.283
	No	(69.2) 18	(57.7) 15	(65.5) 33	
Heart-burn	Yes	(34.6) 9	(42.3) 11	(38.5) 20	0.388
	No	(65.4) 17	(57.7) 15	(61.5) 32	
Dyspha-gia	Yes	(26.9) 7	(15.4) 4	(25) 13	0.100
	No	(73.1) 19	(84.6) 22	(75) 39	
Epigas-tric pain	Yes	(26.9) 7	(30.8) 8	(28.8) 15	0.500
	No	(73.1) 19	(69.2) 18	(71.2) 37	
FEV1	Mild	(7.7) 2	(11.5) 3	(9.6) 5	0.964
	Moderate	(50) 13	(50) 13	(50) 26	
	Sever	(26.9) 7	(23.1) 6	(15.4) 8	
	Very sever	(15.4) 4	(15.4) 4	(15.4) 8	
BODE index	Mortality 3%	(57.6) 15	(65.38) 17	(61.53) 32	0.769
	Mortality 15%	(23.07) 6	(15.38) 4	(38.46) 10	
	Mortality 30%	(19.23) 5	(19.23) 5	(38.46) 10	

Although the mean of bile acids in the group without COPD exacerbation was lower ($27.38 \pm 3.26 \mu\text{mol} / \text{Lit}$) than the group with COPD exacerbation ($32.31 \pm 5.35 \mu\text{mol/Lit}$), this difference was not significant ($p=0.436$). The mean of pepsin in the first group was higher ($118.46 \pm 15.44 \text{ ng/ml}$) than the second group ($107.88 \pm 10.7 \text{ ng/ml}$) and this dif-

ference was also not significant ($p=0.577$). Also, the average number of cigarette packs per year in the first group was 360 pcs and in the second group was 511 packs and this difference was not statistically significant ($p=0.660$). (table 2)

Table 2. Comparing the mean of cigarette packs, bile acid and pepsin in the two groups of with and without COPD exacerbation

Variable	Without COPD exacerbations (%) Frequency	With COPD exacerbations (%) Frequency	P-value
(Cigarette packs (pack per year	36.0 $\pm$ 4.5	51.41 $\pm$ 6.26	0.066
(Bile acid (μ mol/Lit	27.38 $\pm$ 3.26	32.30 $\pm$ 5.35	0.436
(Pepsin (ng/ml	118.46 $\pm$ 15.44	107.88 $\pm$ 10.77	0.577

There was no correlation between microaspiration markers with clinical symptoms, FEV1 and BODE index. (table3)

Table 3. Correlation between microaspiration markers with clinical symptoms, FEV1 and BODE index

Variable	Bile acid		Pepsin	
	r	P-value	r	P-value
FEV1	-1.550	0.287	-0.30	0.834
BODE index	-0.029	0.846	0.08	0.591
Hoarseness	1.023	0.174	1.006	0.237
Heartburn	0.992	0.546	1.005	0.246
Regurgitation	0.992	0.527	1.003	0.546
Dysphagia	0.997	0.805	1.003	0.524
Epigastric pain	0.993	0.586	1.006	0.211

Discussion

It has shown that GERD and microaspiration is common in many chronic respiratory diseases including COPD (18). This is the first study that investigated the association of bile acid and pepsin microaspiration with COPD exacerbations. In all cases microaspiration of bile acid and pepsin was seen (the mean was $29.84 \pm 4.30 \mu\text{mol/Lit}$) but we did not find any association between amount of microaspiration and number of COPD exacerbations.

Rogha et al's study showed that in COPD patients with GERD symptoms, exacerbations were more severe and hospitalization was increased rather than the patients without GERD symptoms (4). It seems that respiratory symptoms in COPD patients who suffered from GERD are aggregated because of direct stimulation of airways and indirect stimulation of vagal nerve ending in esophageal by aspirated materials (19).

In normal conditions, we do not expect that bile acid and pepsin can be found in the lung, and therefore no normal levels have been determined though Blondeau et al in Belgium by investigating lung transplantation patients showed, bile acid in BALF was found to be positive for about 50% of patients and it was not found in BALF of even one of the participants in the control group (20). D'Ovidio et al in Canada showed that, in lung transplant patients, a higher bile acid level in BALF was associated with increased early prevalence of bronchiolitis after transplantation. They also showed that the increased concentration of bile acid in the BALF of these patients is associated with increased level of inflammatory factors in the alveoli, including neutrophils and IL-8 and diminished surfactant phospholipids. The patients also had more positive BAL cultures in terms of fungus and bacteria. They suggested that gastro-duodenal aspiration, by increasing inflammation and decreasing the intrinsic immunity, can cause pulmonary damage and the development of bronchiolitis after transplantation. In their study there

was not any relationship between the serum level of bile acid and its level in BALF, and micro-aspiration may determine the bile acid levels in BALF (15). In the present study, we found bile acid and pepsin in BALF of all patients and with the mean of $29.84 \pm 4.30 \mu\text{mol/Lit}$ and $113.17 \pm 13.10 \text{ ng/ml}$, respectively.

The reason of increasing in reflux and micro-aspiration in many chronic lung diseases is not well defined. In obstructive bronchiolitis following the lung transplantation, causes including damage to the vagus nerve during transplantation, using immunosuppressive drugs, such as calcineurin inhibitors (cyclosporine and tacrolimus) and delay gastric emptying (21-23).

In the present study, although the mean of bile acid and pepsin in the BALF of group without COPD exacerbation was lower than the group with COPD exacerbation, these differences were not significant and so, there were no significant relationship between GERD symptoms (hoarseness, heartburn, dysphagia, regurgitation and epigastric pain) and COPD exacerbations. In addition, there was no correlation between micro aspiration markers with clinical symptoms, FEV1 and BODE index. This findings were different from, some other studies that have reported a direct relationship between GERD and COPD exacerbations. Khattab et al's study in Egypt showed the number of COPD exacerbations in patients with GERD symptoms was significantly higher than patients without GERD symptoms (24). Mokhlesi et al in USA showed, the prevalence of GERD in patients with severe COPD was higher than controls (25). Likewise, the results of a study by Rascon-Aguilar et al in USA showed that the rate of exacerbations of COPD was twice as high in patients with GERD symptoms compared to those without GERD symptoms (16).

The limitations of this study was including loss of control group (because bronchoscopy is an invasive procedure), low sample size and

limiting of GERD diagnosis to some questions.

Conclusion

According to the results of this study, there was not nay associated between micro-aspiration of bile acid and pepsin with COPD exacerbations, severity of COPD, BODE-index and GERD symptoms.

Acknowledgements

The authors thank all of the patients who participated in this study. This study was approved by the Ethics Committee of Kerman University of Medical Sciences (No: K/90/349).

Funding

This study was supported by Kerman University of Medical Sciences.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest.

References:

1. World-Health-Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): WHO; [cited 2017 Aug 8]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.
2. world-Health-Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 2016 [cited 2017 Aug 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>.
3. Sapey E, Stockley R. COPD exacerbations• 2: Aetiology. Thorax. 2006;61(3):250-8.
4. Rogha M, Behraves B, Pourmoghaddas Z, Najafabad I. Association of Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms with Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary. J Gastrointestin Liver Dis. 2010;19(3):253-6.
5. Effing TW, Kerstjens HA, Monninkhof EM, van der Valk PD, Wouters EF, Postma DS, et al. Definitions of exacerbations: does it really matter in clinical trials on COPD? Chest. 2009;136(3):918-23.

6. Casanova C, Baudet J, del Valle Velasco M, Martin J, Aguirre-Jaime A, de Torres JP, et al. Increased gastro-oesophageal reflux disease in patients with severe COPD. *European Respiratory Journal*. 2004;23(6):841-5.
7. Savarino E, Carbone R, Marabotto E, Infrerra S, Gemignani L, Malesci A, et al. Gastro-esophageal reflux and idiopathic pulmonary fibrosis-new evidences of a causal relationship. *Annals of Respiratory Medicine*. 2012;2(1):39-46.
8. Aliannejad R, Hashemi-Bajgani S-M, Karbasi A, Jafari M, Aslani J, Salehi M, et al. GERD related micro-aspiration in chronic mustard-induced pulmonary disorder. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2012;17(8):777.
9. Rodríguez LAG, Ruigómez A, Martín-Merino E, Johansson S, Wallander M-A. Relationship between gastroesophageal reflux disease and COPD in UK primary care. *Chest*. 2008;134(6):1223-30.
10. Emilsson ÖI, Gíslason Þ, Olin A-C, Janson C, Ólafsson Í. Biomarkers for gastroesophageal reflux in respiratory diseases. *Gastroenterology research and practice*. 2013;2013:Article ID 148086, 9 pages.
11. Mokhlesi B. Clinical implications of gastroesophageal reflux disease and swallowing dysfunction in COPD. *American Journal of Respiratory Medicine*. 2003;2(2):117-21.
12. Lee AL, Button BM, Denehy L, Roberts S, Bamford T, Mu F-T, et al. Exhaled breath condensate pepsin: potential noninvasive test for gastroesophageal reflux in COPD and bronchiectasis. *Respiratory care*. 2015;60(2):244-50.
13. Kim TH, Lee KJ, Yeo M, Kim DK, Cho SW. Pepsin detection in the sputum/saliva for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in patients with clinically suspected atypical gastroesophageal reflux disease symptoms. *Digestion*. 2008;77(3-4):201-6.
14. Terada K, Muro S, Sato S, Ohara T, Haruna A, Marumo S, et al. Impact of gastro-oesophageal reflux disease symptoms on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Thorax*. 2008.
15. D'Ovidio F, Mura M, Tsang M, Waddell TK, Hutcheon MA, Singer LG, et al. Bile acid aspiration and the development of bronchiolitis obliterans after lung transplantation. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2005;129(5):1144-52.
16. Rascon-Aguilar IE, Pamer M, Wludyka P, Cury J, Coultas D, Lambiase LR, et al. Role of gastroesophageal reflux symptoms in exacerbations of

COPD. Chest. 2006;130(4):1096-101.

17. Sakae TM, Pizzichini MMM, Teixeira PJZ, Silva RMd, Trevisol DJ, Pizzichini E. Exacerbations of COPD and symptoms of gastroesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2013;39(3):259-71.

18. Sweet M, Patti M, Hoopes C, Hays S, Golden J. Gastro-oesophageal reflux and aspiration in patients with advanced lung disease. *Thorax*. 2009;64(2):167-73.

19. Jiang S, Huang L. Role of gastroesophageal reflux disease in asthmatic patients. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2005;9(3):151.

20. Blondeau K, Mertens V, Vanaudenaerde BA, Verleden GM, Van Raemdonck DE, Sifrim D, et al. Gastro-oesophageal reflux and gastric aspiration in lung transplant patients with or without chronic rejection. *European Respiratory Journal*. 2008;31(4):707-13.

21. Young LR, Hadjiliadis D, Davis RD, Palmer SM. Lung transplantation exacerbates gastroesophageal reflux disease. *CHEST Journal*. 2003;124(5):1689-93.

22. Berkowitz N, Schulman LL, McGregor C, Markowitz D. Gastroparesis after lung transplantation: potential role in postoperative respiratory complications. *Chest*. 1995;108(6):1602-7.

23. Davis RD, Lau CL, Eubanks S, Messier RH, Hadjiliadis D, Steele MP, et al. Improved lung allograft function after fundoplication in patients with gastroesophageal reflux disease undergoing lung transplantation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2003;125(3):533-42.

24. Khattab AM, El-Karmouty KZ, Aly TM, Azeem AHA. Study of gastro esophageal reflux disease in COPD patients. *Age*. 2008;62(12):46-84.

25. Mokhlesi B, Morris AL, Huang C-F, Curcio AJ, Barrett TA, Kamp DW. Increased prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in patients with COPD. *CHEST Journal*. 2001;119(4):1043-8.

Idiopathic pulmonary fibrosis Investigation for viral infection

Pouya Moradi a, Hossein Keyvani a, Seyed-Ali Javad Mousavi b, Mohammad Hadi Karbalaie Niya c, Maryam Esghaei a, *, Farah Bokharaei-Salim a, c, Angila Ataei-Pirkooch a, Seyed Hamidreza Monavari a

a Department of Virology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

b Rasoul-e-Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

c Institute of immunology and Infectious diseases, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

d HIV Laboratory of National Center, Deputy of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background:

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a progressive lung disease, which can be lethal with chronic complications. Viral infections may be associated with IPF and other fibrotic lung diseases. In the present study, we investigate for the first time in Iran the related viral etiology of IPF in order to detect three respiratory viruses; human adenovirus, enterovirus and bocavirus.

Methods:

In this cross-sectional study which was supported by Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. The diagnostic criteria for IPF were based on internationally accepted clinical and imaging criteria in accordance with the 2011 IPF guidelines. 30 nasopharyngeal (NP) swabs or bronchoalveolar lavage (BAL) samples were obtained from the lung of IPF patients that were diagnosed by a sophisticated practitioner from April 2015 to February 2016. Real-time (RT) polymerase chain reaction (PCR) method was performed to detect the three viruses. Fluorescence dye of a labeled probe recorded the results in order

to create positive and negative controls. SPSS version 20 software was used to calculate basic descriptive and frequency features.

Results:

Of 30 specimens, 13 (43.4%) were male and 17 (56.6%) were female with the total mean age $\pm$ standard deviation 68.2 ± 12.0 . RT-PCR assay results illustrated there was no infection of human adenovirus, enterovirus, and bocavirus detected in these samples. Significant results between IPF incidence and variables were not significant ($p > 0.05$).

Conclusion:

The causes of IPF in Iranian patients need more research although, based on the results of this study, there was no association between human adenovirus, enterovirus, bocavirus, and IPF.

Keywords:

adenovirus, enterovirus, bocavirus, Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF)

Effect of conjugated linoleic acid supplementation on nutritional status and oxidative stress in COPD patients

Hassan Ghobadi¹, Somaieh Matin^{2*}, Ali Nemati³, Samira Matin²

1.Pulmonary Division, 2.Internal Medicine Department, 3.Biochemistry and Nutrition Department, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Abstract

Introduction and Objectives:

The inflammatory markers and oxidative stress due to changes in energy metabolism, cause to worsening malnutrition and weight loss in patients with COPD. There is little information about the role of conjugated linoleic acid on the inhibition of inflammatory markers in COPD patients. This study aimed to evaluate the effects of CLA supplementation on nutritional status; oxidative stress and quality of life in patients with COPD were done.

Materials and Methods:

In a double-blind clinical trial, 90 patients with COPD were randomly divided into two groups (supplemented and control). The supplemented group received daily 2.3 g CLA for 6 weeks and control group received placebo. At baseline and sixth week, severity of disease was determined by GOLD criteria. The severity of dyspnea on the basis MMRC, 6MWD and quality of life was evaluated based on CAT test. Weight of patients, the three-day 24-hour recall dietary intake and appetite scores at baseline and at weeks four and six were studied. Fasting blood samples for measurement of serum biochemical parameters such as L1 β , MDA and total antioxidant capacity was taken before treatment and at the end of the sixth week. The results of the statisti-

cal test Chi-Square, independent sample t-test and ANOVA were analyzed. Written informed consent was obtained from all patients before the study.

Results:

In the supplemented group after receiving 3.2 grams of CLA supplementation a significant increase in appetite changes, spirometric indices, 6MWT, mean intake calories and carbohydrates and fatty acids and protein was observed. As well as a significant reduction in serum levels IL1 β , TAC, MDA and CAT score averages were observed during the study compared to baseline. But in the control group the weight changes and the mean intake carbohydrate, fat and calorie throughout the study showed a significant reduction ($P < 0/05$) and a significant increase in serum levels of IL1 β was observed.

Conclusion:

CLA may modulate some cytokines and oxidative stress levels in addition to improving nutritional status, improve the quality of life in COPD patients.

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



اپیدمیولوژی و وضعیت فعلی تب دانگ در ایران و جهان

دکتر حمید کشیری

دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

مقدمه و هدف :

تقریباً ۴۹٪ پاتوزن ها و از ۱۵۶ بیماری نوپدید شناخته شده در انسان ، ۷۳٪ آنها زئونوز هستند. اهمیت بیماری های مشترک انسان و حیوان به دلیل مرگ و میر بالا ، ابعاد اجتماعی ، اقتصادی و بهداشتی زیاد و ایجاد رعب و وحشت در اجتماع است. تب نیل غربی و سیندبیس تنها آربوویروسهای زئونوزی هستند که انتقال قطعی آنها به وسیله پشه ها در ایران تأیید شده است . سازمان بهداشت جهانی احتمال شیوع دو آربوویروس تب دره ریفت و انسفالیت ژاپنی را با توجه به حضور ناقلین آنها در ایران مورد تأکید قرار داده است. یکی از مهمترین زئونوزها ، تب دانگ است که بیشترین گستردگی را در بین بیماری های آربو ویروسی در جهان دارد. این بیماری در مناطق شهری و حومه در سراسر نواحی تروپیکال و ساب تروپیکال جهان به صورت اندمیک وجود دارد . تغییرات آب و هوایی ، افزایش سفرهای بین المللی ، افزایش جمعیت شهرنشین ، روش های غیر موثر کنترل ناقل و فقدان واکسن برای پیشگیری از این بیماری از علل مهم گسترش جغرافیایی آن در جهان می باشد. با توجه به وضعیت پاندمی تب دانگ در جهان، این بیماری تا چند سال سال دیگر به ایران می رسد. هدف از این مطالعه ، مروری بر وضعیت بیماری دانگ در ایران و جهان است.

مواد و روش ها :

دراین مطالعه مروری با استفاده از کلمات کلیدی مانند اپیدمیولوژی ، دانگ ، تب دانگ ، تب دانگ هموراژیک ، تظاهرات کلینیکی ، آربوویروس ، ناقلین ، مخازن ، کنترل دانگ و جستجودراینترنت، سایت های مرتبط، مجلات معتبر پزشکی و بهداشتی مقالات منتشر شده طی چند سال اخیر دریافت و درنهایت با درنظرگرفتن هدف مطالعه وبا توجه به نیاز تعداد کافی مقاله انتخاب ومورد نقد، تفسیر، تجزیه وتحلیل قرارگرفتند و وضعیت این بیماری مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج :

تب دانگ، به عنوان مهمترین بیماری آربوویروسی بازپدید منتقله توسط پشه ها و نیز

شایع‌ترین عفونت آربوویروسی در نزد مسافران محسوب می‌شود. در طی ۵۰ سال گذشته میزان بروز سالیانه آن در جهان پنجاه برابر شده است. تعداد موارد گزارش شده دانگ در سال ۲۰۱۰ از ۲٫۲ میلیون نفر به ۳٫۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. تقریباً نیمی از مردم جهان (۳٫۹ میلیارد نفر) در ۱۲۸ کشور در معرض خطر ابتلاء به ویروس‌های دانگ هستند. قبل از ۱۹۷۰ فقط در ۹ کشور اپیدمی دانگ شدید گزارش شده بود ولی حالا در بیش از ۱۰۰ کشور جهان بیماری به صورت آندمیک درآمده است. تخمین زده می‌شود که ۳۹۰ میلیون عفونت دانگ در سال در جهان اتفاق می‌افتد که از بین آنها ۹۶ میلیون نفر تظاهرات کلینیکی را نشان می‌دهند. بر اساس تخمین WHO سالیانه ۵۰۰ هزار مورد DHF (با ۲۲۰۰۰ مورد مرگ) در جهان اتفاق می‌افتد. کشورهای ناحیه آمریکا، غرب پاسیفیک و آسیای جنوب شرقی آلوده‌ترین نقاط جهان به تب دانگ هستند. تاکنون اپیدمیهای متعددی از آن در چین، پاکستان، عربستان، ژاپن، یمن، تایوان، مالزی، برزیل و مکزیک اتفاق افتاده است. تب دانگ توسط ویروسی از خانواده فلاوی ویریده و جنس فلاوی ویروس ایجاد می‌شود. در این خانواده سایر ویروس‌های منتقله توسط پشه‌ها یعنی ویروس‌های نیل غربی، آنسفالیت ژاپنی و تب زرد وجود دارند که همگی ویروس‌های RNA دار تک رشته‌ای هستند. ویروس تب دانگ چهار سروتایپ دارد (DEN۱، DEN۲، DEN۳، DEN۴). گفته می‌شود که این چهار سروتایپ ویروس از میمون‌ها منشأ گرفته‌اند و سپس به انسان‌ها در جنوب شرق آسیا و آفریقا در ۱۰۰-۸۰۰ سال قبل منتقل شدند. ویروس دانگ دامنه وسیعی از بیماری‌ها در انسان؛ از یک تب دانگ خود محدود شونده (DF) تا یک سندروم کشنده تب دانگ هموراژیک (DHF) یا سندروم شوک دانگ (DSS)؛ ایجاد می‌کند. در صورت ابتلاء به یک سروتایپ و بهبودی، فرد تا آخر عمر نسبت به آن سروتایپ ایمن می‌شود. ایمنی متقاطع به دنبال ابتلای به یک سروتایپ ویروسی ممکن است به صورت نسبی و موقتی نسبت به سروتایپهای دیگر ایجاد شود. اولین عفونت به تب دانگ، علائم خفیفی را ایجاد می‌کند ولی عفونت ثانویه با ویروس تب دانگ سبب بیماری شدید (DHF یا DSS) در کودکان یا بالغین می‌شود. این پدیده Antibody-Dependent Enhancement نامیده می‌شود. فرم خفیف بیماری تب دانگ باعث بروز علائمی مانند تب بالای ۴۰ درجه، سردرد، بثورات پوستی، درد در پشت چشم‌ها، استفراغ، تورم غدد لنفاوی، درد عضلانی و مفصلی در فرد می‌شود. در نوع شدید باعث خونریزی زیر پوستی، استفراغ خونی، درد شدید شکمی، خونریزی از بینی و دهان، تهوع دائمی، مشکلات ریه، قلب و کبد، کاهش ناگهانی فشار خون (شوک) و مرگ می‌شود.

مخزن حیوانی برای تب دانگ شناخته نشده است. ناقل اصلی بیماری در جهان پشه آدس اجیپتی و ناقل ثانوی آن آدس آلبوپیکتوس است. در آسیای جنوب شرقی ناقل تب دانگ،

آدس آلبوپیکتوس است. آدس آلبوپیکتوس دارای بیشترین پراکندگی جهانی در بین پشه‌ها می‌باشد. انتشار گسترده این گونه در جهان به انتقال تخم‌های آن بدلیل تجارت بین‌المللی طایرهای مستعمل نسبت داده می‌شود. پشه‌های آدس با دارا بودن نوارهای تیره و سفید بر روی بدن به راحتی از سایر پشه‌ها قابل تشخیص هستند. تقریباً ۴-۷ روز بعد از گزش پشه آلوده علائم بیماری در فرد ظاهر می‌شود که بین ۳-۱۰ روز طول می‌کشد. اکثر افراد علائمی نشان نمی‌دهند (۷۰-۸۰ درصد) ولی تعدادی از آنها (۱۰-۲۰ درصد) علائم کلینیکی را نشان می‌دهند که فلومانند بوده و یا گاهی اوقات فرم‌های شدید بیماری (DHF یا DSS) اتفاق می‌افتد. در ایران اخیراً در استان سیستان و بلوچستان با وفور خیلی کم آدس آلبوپیکتوس صید شده است. دو گونه آدس دیگر موجود در ایران شامل آدس وگسانس و آدس ویتاتوس می‌باشند. پشه آدس ماده الوده با گزش و خونخواری انسان را مبتلا می‌کند. خونخواری این پشه در روز (خصوصاً اوایل صبح و نزدیک غروب قبل از تاریک شدن هوا) است. ویروس عامل بیماری از طریق تخم پشه به نسل بعدی منتقل می‌شود. پشه آلوده در تمام طول عمر قادر به انتقال بیماری است. ویروس عامل بیماری برای انتقال به انسان باید قادر باشد در خون پشه تکثیر کند و سپس به قطعات دهانی پشه مهاجرت نماید. وقتی پشه آلوده انسان سالم را می‌گزد، ویروس یک دوره ۸-۱۲ روزه لازم دارد تا پشه بتواند آن را به فرد دیگری منتقل کند. پشه ناقل بیماری علاقه به تخم‌گذاری در لاستیک‌های مستعمل دارد. همچنین آبی که در زیر کولرهای گازی در جنوب کشور جمع می‌شود نیز محل مناسبی برای تخم‌ریزی پشه آدس است. گلدان گیاهان زینتی و گیاه بامبو که به کشور وارد می‌شود می‌تواند باعث ورود ناقل به کشور شود. از راه‌های دیگر ورود ناقل به کشور از طریق بار می‌باشد که باید در مبادلات تجاری با سایر کشورها دقت لازم را بعمل آورد.

موارد مشکوک به تب دانگ در سالهای بسیار دور از ایران گزارش شده است. در زمان جنگ تحمیلی عراق علیه ایران نیز مواردی مشکوک از تب دانگ در بین مدافعین و رزمندگان ایرانی گزارش گردیده است. در مطالعه‌ای در بین ۳۰۰ نمونه سرم تست شده در فاصله سالهای ۲۰۰۰-۲۰۱۲ که منفی نسبت به CCHF بودند، ۵٪ سروپوزیتیو و ۱٪ از نظر سرمی و PCR مثبت به تب دانگ بودند. از ۱۵ مورد سروپوزیتیو، ۸ نفر سابقه سفر به هند، مالزی و تایلند داشتند و ۷ نفر هیچگونه سابقه سفری به خارج کشور نداشتند. از این تعداد، ۶ نفر ساکن استان سیستان و بلوچستان بودند.

تشخیص این بیماری مشکل است، زیرا بسیاری از بیماری‌ها وجود دارند که علائمی مشابه علائم تب دانگ دارند. تب دانگ توسط ویروس منتقل می‌شود، لذا هیچ دارو و یا آنتی‌بیوتیکی برای درمان آن وجود ندارد. درمان تب دانگ شامل تسکین علائم می‌باشد. استراحت کردن و

نوشیدن مایعات برای آب رسانی به بدن بسیار مهم است. برای یشگیری از بیماری توصیه می شود که بیماران درپشه بند نگهداری شوند ، استفاده از رپلانت ها ، اقامت در مساکنی که دارای تهویه مطبوع هستند ، بدن باید پوشش کامل داشته باشد ، از اسپری حشره کش استفاده شود ، از رفتن به مناطق الوده خودداری کرد و دو ساعت بعد از طلوع آفتاب و دو ساعت قبل از غروب آفتاب در خانه ماند.

نتیجه گیری :

اجرای برنامه های مراقبت و پایش برای در دست داشتن وضعیت بیماری تب دانگ و اقدامات کنترلی اضطراری ضروری می باشد. سیاست گزاران بخش های بهداشتی و درمانی باید توجه ویژه ای به این بیماری داشته باشند و دوره های بازآموزی برای پزشکان و کارکنان بهداشتی، کارشناسان بهداشتی برگزار نمایند ، به طوری که آنها با دیدن علایمی چون تب بالا ، راش جلدی ، سردرد و دردهای عضلانی ، احتمال ابتلا به این بیماری را بدهند و در جهت تشخیص و درمان بیماری اقدام نمایند.

کلمات کلیدی :

اپیدمیولوژی ، تب دانگ ، کنترل ، آربوویروس

Title: Causes of mortality in the patients admitted to the infectious diseases ward and respiratory intensive care unit in Sina Hospital in Hamadan, west of Iran

Fariba Keramat^{1,2}, Sima Sadat Ahmadinejad², Zahra Sanaei³

1 Brucellosis Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2 Department of Infectious Diseases, Sina Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3 Department of Community Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.

Abstract

Background and Objective:

Infectious diseases are one of the most common causes of referral to health centers and among the most causes of mortality in the patients who admitted to infectious diseases ward and respiratory intensive care unit (ICU). The purpose of this study was to investigate the causes of mortality in the patients hospitalized in infectious diseases ward and respiratory ICU at Sina hospital from March 2012 to March 2016.

Material and Methods:

In a descriptive-analytic study in Sina hospital, Hamadan, between 2012-2016, 593 patients were evaluated. All necessary information including demographic variables, causes of mortality, underlying illness, final diagnosis, marital status, the place of residence and the duration of hospitalization from the patients' medical records were excreted and registered in the checklist. In addition, the case fatality ratio for each infectious disease was determined. Statistical analysis was performed

using the statistical software program SPSS version 16.00 (SPSS Inc. Chicago, IL). P value <0.05 was considered statistically significant.

Results:

A total of 593 medicals' records of the patients were studied, in which 95(9.9%) patients were excluded from the study and 534 cases were evaluated that 426(79.9%) and 108(20.2%) patients were hospitalized in respiratory ICU and infectious diseases ward, respectively. The mean age of the patients was 70.9 ± 17.8 and 324 patients were male. Average length of hospitalization was 8.2 ± 10.8 days. In addition, 378(70.8%) patients were living in cities and 258(53.4%) patients had underlying diseases. The highest rate of hospitalization was in the winter with a frequency of 150(28.1%) patients. Sepsis and pneumonia with the prevalence of 44.1% & 25.3%, respectively, were the most common causes of death. The average length of hospitalization was higher in the ICU (8.6 ± 10.6 days) versus in infectious diseases ward (6.7 ± 11.6 days) ($P < 0/05$). The most common cause of death in infectious ward was pneumonia, but in the respiratory ICU was sepsis.

Conclusion:

According to the findings, sepsis and pneumonia were the most common causes of death in the patients hospitalized in infectious diseases ward and respiratory ICU, and sepsis and pulmonary embolism had the highest case fatality rate.

Keywords:

Infectious diseases; Epidemiology; Etiology; Death

Primary Echinococcal Synovitis

Mahnaz Pejman Sani¹, Mahbube Ebrahimpur¹, Mahnaz Torki², Neda Alijani^{3*}

1-Department of Internal Medicine, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2-Resident of infectious disease, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3-Assistant professor of infectious disease-Shariati hospital _Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract:

Hydatid cyst is one of the parasitic infections. It is caused by the larval of echinococcus granulosus. We report a rare case of primary echinococcal synovitis in a 37-year-old woman who was referred to our clinic with pain and swelling of the right knee.

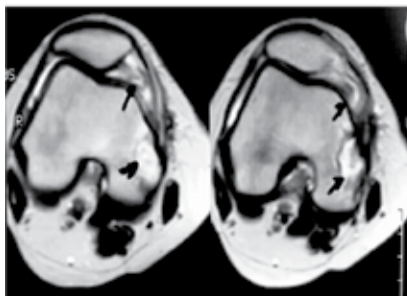


Figure 1: few small round shape lesions in the right popliteal region are mostly due to synovia hydatidosis (MRI)

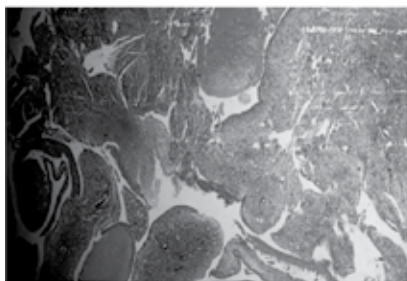


figure2: H&E and Immunohistochemical studies (H&E, $\times 40$) shows proliferating synovial tissue with chronic inflammation and fibrous material compatible with hydatid cyst

Presence of human herpesvirus 8 (HHV-8) DNA sequences in patients with lymphoproliferative diseases and chronic blood disorders

Hossein Keyvani a, b, Mohammad Hadi Karbalaie Niya c, Maryam Esghaei a, Farah Bokharaei Salim a, Seyed Hamid Reza Monavari a

a Department of Virology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

b Gastrointestinal & Liver Disease Research Center (GILDRC), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

c Institute of Immunology and Infectious Diseases, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Objective:

Human herpesvirus 8 (HHV-8) is the causative agent of Kaposi's sarcoma (KS), but it has also been associated with different hematologic malignancies, including plasmablastic lymphoma, Multicentric Castleman's disease (MCD), primary effusion lymphoma (PEL) and various atypical lymphoproliferative disorders. Patients with underlying lymphoproliferative diseases and chronic blood disorders who become infected with this virus are at risk for human malignancies. This small study reported the frequency of human herpesvirus 8 in 81 Iranian patients with lymphoproliferative disorders for estimation of possible factors affecting malignancy.

Methods:

The laboratory records of 81 patients' peripheral blood mononuclear cell (PBMC) samples, which were tested for detection of HHV-8 open reading frame (ORF) 26 DNA by nested PCR amplification during the period from Sept. 2014 to Sept. 2015, were reviewed retrospectively at the Firouzgar Hospital, Tehran, Iran.

Results:

Of 81 subjects, 28 were non-Hodgkin's lymphoma (NHL), 19 were Hodgkin's lymphoma (HL), 20 were acute lymphoblastic leukaemia (ALL), 11 were chronic lymphocytic leukaemia (CLL) and 2 were multiple myeloma (MM). HHV-8 was detected in 16 (19.8%) of the 81 patients. Five out of the sixteen positive patients had CLL followed by 4 NHL, 4 HL and 3 ALL.

Conclusion:

We conclude that HHV-8 can be considered as one of the predisposing factors of malignancy in patients with lymphoproliferative and chronic blood disorders. Furthermore, it does not rule out the possibility that other immunological triggers and environmental risk factors may account for their etiopathogenesis.

Keywords:

Human herpesvirus 8 (HHV-8), Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus (KSHV), Lymphoproliferative diseases, Chronic blood disorders, Non-hodgkin's lymphoma (NHL), Hodgkin's lymphoma (HL), Acute lymphoblastic leukaemia (ALL), Chronic lymphocytic leukaemia (CLL), Multiple myeloma (MM)

بررسی اتیولوژی عفونت های بیمارستانی و مقاومت های آنتی بیوتیکی در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷

مجید غفوری ۱، عماد یگانه خراسانی ۲*، طیبه گریوانی ۳، زهرا تشکری سبزواری ۴، محمد غفوری ۵، نگار دادپور ۶
۱ استادیار، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳ پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۵ دانشجوی دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.
۶ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: عفونت بیمارستانی به عفونتی اطلاق میشود که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود، فرد در زمان پذیرش نباید علائم آشکار عفونت را داشته و نباید در دوره کمون نیز باشد. باکتری های ایجادکننده عفونت در بخش های مختلف بیمارستانها غالباً الگوی مقاومت دارویی گسترده ای از خود نشان می دهند و عامل افزایش مرگ و میر بیماران به ویژه در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بیمارستان ها می باشند. لذا مقاومت آنتی بیوتیکی و انتخاب الگوی حساسیت ضد میکروبی مناسب، یکی از مهمترین مشکلات در سرتاسر دنیا میباشد. امروزه افزایش مقاومت باکتری ها به داروهای ضد میکروبی در سرتاسر دنیا استفاده از این دارو ها را با مشکلات فراوانی مواجه کرده است لذا این مطالعه با هدف بررسی فراوانی میکرو ارگانیسم های موجود و مقاومت آنتی بیوتیکی آنها در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۱۳۹۶ و ۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

در این مطالعه مقطعی توصیفی از بین ۲۴۴۹۶ بیمار بستری شده در ۱۱ بخش بیمارستان

طی بازه ۲ ساله از فروردین ۱۳۹۶ تا فروردین ۱۳۹۸ تعداد ۳۳۴ مورد کشت مثبت جدا شد. برخی از بیماران چند نمونه مثبت همزمان داشتند و برخی در روند بستری و درمان کشت های مثبت متعددی داشتند. نمونه ها از ترشحات تنفسی، ادرار، خون و زخم بیماران بستری شده با همکاری پرستاران بخش عفونی جمع آوری شده و بر اساس فراوانی میکروارگانیسم ها، سن، جنس، بیماری زمینه ای و مقاومت نسبت به برخی مهم ترین آنتی بیوتیک ها ارزیابی شدند. مقاومت آنتی بیوتیکی با روش انتشار از دیسک و بر طبق استاندارد های CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) نسبت به آنتی بیوتیک های جنتامایسین، آمیکاسین، نیتروفورانتوئین، سفتریاکسون، کوتریموکسازول، سفازولین، سیپروفلوکساسین، وانکومایسین، کلیندامایسین، اریترومایسین، سفتازیدیم، مروپنم، اگزاسیلین، پنی سیلین، و پیراسیلین انجام شد و بیماری های زمینه ای شامل پنومونی، پنومونی ناشی از ونتیلاتور، عفونت مجاری ادراری (UTI)، عفونت جریان خون (BSI) و عفونت محل عمل جراحی (SSI) نیز بررسی گردیدند. در نهایت داده تا توسط نرم افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج:

از ۳۳۴ کشت مثبت جدا شده ۲۱۸ نمونه مربوط به پنومونی ناشی از ونتیلاتور بوده ، و سایر موارد به ترتیب به UTI و پنومونی مبتلا بودند. با توجه به این که ICU مربوط به بخش داخلی بود موارد SSI کمتر مشاهده شد. وجود کاتتر وریدی، کاتتر ادراری، لوله تراشه و ساکشن باعث شد تا این موارد به عنوان شرایط زمینه ای و ریسک فاکتور های اصلی برای ایجاد کشت مثبت در جمعیت مورد مطالعه شناخته شوند. از کشت های مثبت جدا شده به ترتیب اشرشیاکلی، آسینتوباکتر و سودومونا به ترتیب اولویت های اول تا سوم اتیولوژی های عفونت را داشتند. نتایج حاصل از مقاومت آنتی بیوتیکی باکتری ها نیز بدین شکل مشاهده شد؛ به ترتیب حساس ترین آنتی بیوتیک ها برای اشرشیاکلی ایمی پنم، جنتامایسینو آمپی باکتام بودند و به ترتیب بیشترین مقاومت ها نسبت به کوتریموکسازول، سیپروفلوکساسین و آمیکاسین بود و در مورد کینولونها بویژه سیپروفلوکساسین موارد مقاوم بیشتر از موارد حساس بودند. در رابطه با استافیلوکوک طلایی بیشترین حساسیت به ترتیب نسبت به کوتریموکسازول، جنتامایسینو آزیترومایسین بود و بیشترین مقاومت این باکتری نسبت به کلیندامایسین و اگزاسیلین مشاهده شد. در رابطه با سودومونا آئروژینوزا به ترتیب بیشترین حساسیت هان نسبت به جنتامایسین و ایمی پنم بود. همچنین مقاومت حداکثری این باکتری در برابر آمپی باکتام، کوتریموکسازول و سیپروفلوکساسین ملاحظه شد. آسینتوباکتر به جز یک مورد حساسیت به جنتامایسین دیگر به هیچ آنتی بیوتیکی حساسیت نشان نداده و نسبت به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم بود. در رابطه با

کلبسیلا مشاهده شد که نسبت به جنتامایسین ایمی پنم به ترتیب اولویت بیشترین حساسیت را نشان داد. سیتروباکترها تقریباً فقط نسبت به آمینوگلیکوزیدها و سیپروفلوکساسین حساس بودند و نسبت به کارباپنم‌ها مثل مروپنم و تقریباً تمام سفالوسپورین‌ها مقاوم بودند؛ بیشترین حساسیت آنتی بیوتیکی در گروه استافیلوکوک ساپروفیتیکوس به ترتیب اولویت نسبت به جنتامایسین، اگزاسیلین، آزیترومایسین و کلیندامایسین بود. انتروکوک بیشترین حساسیت آنتی بیوتیکی را به ترتیب اولویت نسبت به وانکومایسین و نیتروفورانتوئین نشان داد، در رابطه با نیتروفورانتوئین هیچ گونه مقاومتی برای انتروکوک ثبت نشد همچنین انتروکوک‌های جدا شده تقریباً هیچ کدام نسبت به وانکومایسین مقاوم نبودند. اولویت حساسیت آنتی بیوتیکی برای انتروباکتر ایمی پنم و جنتامایسین بود و بیشترین موارد حساسیت استرپتوکوک ویریدانس نسبت به وانکومایسین، و ایمی پنم مشاهده شد. به جز مواردی برای آمیکاسین و ایمی پنم تقریباً هیچکدام از آنتی بیوتیک‌های این مطالعه در رابطه با سراشیا حساس و حتی نیمه مقاوم نبودند. کلیه آنتی بیوتیک‌های به کارگیری شده در آنتی بیوگرام‌های این طرح برای سراشیا مقاوم بودند.

بحث و نتیجه گیری:

طبق نتایج حاصل از این مطالعه که به منظور بررسی فراوانی و مقاومت آنتی بیوتیکی میکروارگانیسم‌های عامل عفونت بیمارستانی موجود در ICU، بخش‌های عفونی، داخلی، قلب، مغز و اعصاب و CCU انجام گرفت توصیه میشود تا برای پیشگیری و مقابله با شیوع این عفونت‌ها میکروارگانیسم‌های اشرشیاکلی، آسینتوباکتر و سودومونا به عنوان فراوان‌ترین عوامل مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرند. نتایج حاصل از بررسی مقاومت‌های آنتی بیوتیکی در رابطه با اشرشیاکلی نشان داد که حساسیت آن به ایمی پنم، جنتامایسین و آمپی باکتامهمچنان از همه بیشتر است در نتیجه استفاده از این آنتی بیوتیک‌ها میتواند جزء نخستین اولویت‌ها برای مقابله با آن باشد و استفاده از کینولونها را باید محدودتر کرد. برای درمان استافیلوکوک طلایی در صورت حفظ شرایط و اندیکاسیون‌های لازم کوتریموکسازول بهترین آنتی بیوتیک میباشد و در موارد سرپایی شاید بتوان از این آنتی بیوتیک به درستی بهره برد. در این مطالعه مقاومت حداکثری سودومونا علیه سفنازیدیم و عدم حساسیت آن در برابر سفالوسپورین‌ها مشاهده شد. در رابطه با آسینتوباکتر چون یکی از مهم‌ترین راه‌های انتقال این میکروارگانیسم راه انتقال آن از طریق دست پرسنل میباشد توصیه میشود تا رعایت بهداشت دست و نظارت دقیق بر شست و شوی دست در فرایند‌های درمانی یکی از اصول و اهداف کنترل عفونت در هر سازمان درمانگری باشد. در رابطه با کلبسیلا با توجه به مقاومت آن در برابر سفالوسپورین‌ها به نظر میرسد این دارو‌ها داروهای مناسبی برای پوشش این باکتری نباشند. استفاده از وانکومایسین برای مقابله

با استافیلوکوک ساپروفیتیکوس گزینه مناسبی خواهد بود و تقریباً استفاده از سایر داروهای موثر براستافیلوکوک ها از جمله اگزاسیلین ها سفازولین ، کوتریموکسازول و کلوزاسیلین برای این باکتری مناسب نمیباشد. در رابطه با انتروکوک نیز استفاده از سفالوسپورین ها شایسته نمیباشد همچنین استفاده از نیتروفورانئوئین در مقایسه با وانکومايسين برای پوشش انتروکوک توصیه میشود. در نهایت برای مقابله با عوامل ایجاد کننده عفونت های بیمارستانی مقاوم همچون سراشیا که از مهم ترین این عوامل است توصیه میشود تا لزوم استفاده از راهکار های کنترل عفونت در دستور کار و اهداف بیمارستان ها قرار گیرد.

کلمات کلیدی:

عفونت بیمارستانی ، مقاومت آنتی بیوتیکی ، میکروارگانسیم

بررسی فراوانی موارد مشکوک به آنفولانزا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در استان خراسان شمالی طی سال ۱۳۹۷ و مقایسه آن با سه ماهه انتهایی سال ۱۳۹۶

مجید غفوری ۱، عماد یگانه خراسانی ۲*، زهرا تشکری سبزواری ۴، محمد غفوری ۵، رضا فاضلی ۶، سید احمد هاشمی ۱

۱) استادیار، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳) پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام حسن (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴) پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵) دانشجو دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.

۶) کارشناس مسئول مبارزه با بیماری ها، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف:

آنفولانزا بیماری شدید تنفسی همراه با علائم سیستمیک میباشد. ویروس آنفولانزا عضوی از خانواده ارتومیکسوویریده است که تایپ های A و B از این ویروس پاتوژن های اصلی انسانی میباشند. اپیدمی های فصلی آنفولانزا از مهم ترین معضلات سلامت عمومی میباشند که سالانه منجر به ده ها میلیون مورد بیماری با مشکلات تنفسی و ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار مورد مرگ در سرتاسر دنیا میشود؛ علاوه بر آنفولانزا فصلی جهش در گلیکوپروتئین های پوشش این ویروس سویه های جدیدی از آن را ایجاد میکنند که منجر به بروز پاندمی های آنفولانزا میشود، این موارد نیز به مرگ و میر فراوانی منجر میشود. آخرین پاندمی آنفولانزا در سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ توسط ویروس H1N1 روی داد که مردم زیادی را در سراسر دنیا درگیر کرده و مراجعات به مراکز بهداشتی و درمانی را افزایش داد؛ از این رو آمادگی بیشتر این مراکز منجر به بهبود کیفیت ارائه خدمات به مراجعه کنندگان میباشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی فراوانی

موارد مشکوک به آنفولانزا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۷ و مقایسه آن با ماه های آذر، دی و بهمن ۱۳۹۶ انجام گردید.

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی و مقطعی که در نیمه دوم سال ۹۷ انجام شد ۳۱۸ مورد مشکوک به آنفولانزا که به مراکز بهداشتی و درمانی در سطح استان مراجعه کرده بودند با توجه به معیار های ورود وارد مطالعه گردیده و از آنها نمونه اخذ شد. معیار های ورود با توجه به علائم حیاتی ، وجود یا عدم وجود دیسترس تنفسی و میالژیا تنظیم شده و نمونه گیری پس از ویزیت توسط متخصص داخلی یا عفونی انجام گرفت که مواردی دارای علائم سندروم شبه آنفولانزا و مواردی دیگر بیماری شدید تنفسی داشتند. نمونه ها به آزمایشگاه FluLab مشهد و آزمایشگاه ملی آنفولانزا فرستاده شد، همچنین فرم آنفولانزا پس از تکمیل به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال گردید تا اقدامات لازم جهت مواجه با بحران آنفولانزا ترتیب اثر داده شود؛ در نهایت داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج:

طی مطالعه در مجموع ۳۱۸ مورد مشکوک به آنفولانزا وارد جامعه آماری شده و از آنها نمونه اخذ گردید. نمونه ها از ۱۵۱ مرد (۴۷٪) و ۱۶۷ زن (۵۳٪) اخذ شد که در رده سنی بین ۶ ماه تا ۹۰ سال قرار داشتند. از ۳۱۸ نمونه کشت شده تعداد ۷۴ مورد (۲۳,۲٪) مثبت اعلام شد. بیشترین فراوانی موارد مثبت در رده سنی ۶ ماه-۱۰ سال و کمترین فراوانی در رده سنی ۱۱-۲۰ سال قرار داشتند. از بین موارد مثبت ۴۰ مورد گونه ویروسی تایپ A و ۳۱ مورد تایپ B بودند. بررسی زیرگونه های موارد عفونت با تایپ A ، برای تمامی موارد زیرگونه H₃N₂ را نشان داد.

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه که به منظور بررسی موارد مشکوک به آنفولانزا برای دستیابی به آمار شیوع و اپیدمی های این عفونت ویروسی طی ۱۶۱ روز از ۹۷/۰۶/۰۱ تا ۹۷/۱۱/۱۱ انجام شد شیوع یک اپیدمی در سطح استان را طی این مدت نشان میدهد. مقایسه کشت های امسال که همگی از زیرگونه H₃N₂ بودند در مقایسه با سال قبل که ۸۴,۱٪ از موارد مبتلا با تایپ A در زیرگونه Unsuptyped قرار داشتند وضعیت بهتری را نشان میدهد. شروع درمان ضد ویروسی آسلتامیویر در ۴۸ ساعت ابتدایی تشخیص به شدت توصیه شده و انجام گرفت. همچنین توصیه میشود تا گروه های سنی کودکان، سالمندان، موارد با سابقه بیماری های قلبی و تنفسی به عنوان گروه پرخطر تحت واکسیناسیون قرار گرفته و از نظر ابتلا به آنفولانزا مورد توجه بیشتر و

یا حتی شروع زودرس درمان ضد ویروسی قرار گیرند. با توجه به اهمیت این بیماری و خطرات ناشی از اپیدمی انواع نو ترکیب آنفلانزا توصیه میشود تا به منظور اقدامات پیشگیرانه موثر تر پرسنل بیمارستانی سالیانه واکسینه شده و واحد های بیمارستانی به وسایل حفاظت فردی مجهز شوند تا بیشترین آمادگی را برای مقابله و کنترل اپیدمی های احتمالی داشته باشند. به منظور پیشگیری از اپیدمی موارد نو ترکیب توصیه میشود تا موارد مشکوک سریعاً تحت پیگیری های تشخیصی و درمانی قرار گیرند. همچنین توصیه می شود تا در مطالعات بیشتر کوموربیدیتی زیرگونه Unsubtyped از این بیماری با سایر بیماری ها بررسی شده و راهکارهایی برای بهبود روش های تشخیص و تعیین گونه ها و زیر گونه ها بررسی شوند.

کلمات کلیدی:

آنفلانزا ، اپیدمی ، بیماری شدید تنفسی ، واکسیناسیون ، پیشگیری

6 years infertility due to hydatid cyst; A case report

Majid ghafouri¹, Emad Yeganeh Khorasani^{2*}, Negar Dadpour³, Zahra Tashakori³, Seyyed Ahmad Hashemi¹

¹Assistant professor of infectious diseases, North Khorasan University of medical Sciences, Bojnourd, Iran

²Student Research Committee, Birjand University of medical Sciences, Birjand, Iran

³General practitioner, North Khorasan University of medical Sciences, Bojnourd, Iran

Introduction:

Hydatidosis is an important zoonotic disease caused by tapeworms belonging to genus *Echinococcus granulosus*. (1) Humans are the accidental intermediate host to this parasite so eggs which changed to oncospheres penetrate intestinal wall, spread through blood and have potential for migration to every part of body. (2) Echinococcosis is an endemic disease in Iran, predominant in 20-40 years old females and has reported in two forms: a) unilocular hydatid cyst caused by *E. granulosus* and b) alveolar (multilocular) cyst disease due to *E. multilocularis*. (3) Lung and liver are the major sites of infection although in rare cases ovary, uterus, pelvic and femur (each one in 0.3%) have been reported. (4) In this study, we present a rare case of hydatid cyst which involved abdominal and pelvis cavity and uterus.

Case report L:

A 20 years old infertile female married at 14 and had not been pregnant ever, referred to our clinic with the chief complaint of abdominal pain for ... days. Clinical examination revealed decreased blood pressure

(95/60), pale mucosa and generalized tenderness in lower quadrants of abdomen. Patient declared no past medical and drug history except a 40 days abortion from ... years ago, However stated some cases of Mycobacterium Tuberculosis(TB)infection in first and second-degree relatives. All routine blood tests such as CBC, urea and creatinine performed and were normal. BHCG and AntiEchinococcus antibody screen also were negative. Ultrasonography of abdomen and pelvis performed; kidneys, bladder and urinary tracts were normal. A unilocular cyst (99*51 mm) attached to left ovary and a septated multilocular cyst (31*46 mm) connected to that observed in pelvis sonography. Then CT scan of the abdomen and pelvis with and without contrast was done which normal liver and bile duct, pancreas, kidney, bladder and uterus observed. Moderate dilation without stone for gallbladder also detected. The survey of CT scan also showed Septated focal cyst (30*20 mm) posteriorly to uterus and anteriorly to psoas muscle. Few amount of fluid noticed in pelvis aspirated (3 ml) and sent to pathology. Gloomy red fluid including mesothelial and inflammatory cells approved. Considering the history, physical examination, paraclinic and laboratory test results cystadenoma, multilocular cyst and hydatid cyst considered as differential diagnosis. Due to the patient's condition she underwent laparotomy and surgery. Multiple cysts adhered to pelvis organs resected as far as possible afterwards abdominal and pelvis cavity washed to reveal adhesions. Eventually, abdomen sutured and patient admitted after recovery. Due consideration Mycobacterium Tuberculosis history in patient's family history and early appearance of abdomen abdominal tuberculosis justified, nevertheless, pathology approved hydatid cyst in abdominal and pelvis cavity and follicular cyst in ovary.

Discussion :

as Gholami mentioned in the literature review, Echicoccus known as

an important socioeconomic concern in countries like Iran.(5)According to findings of Kamali et al. in Iran, Egypt and Jordan as endemic areas for Echinococcosis direct contact with canids, mostly dog, using raw and unwashed vegetable contaminated with parasite are the most important ways of transmission.(6)Eggs entered the body develop to oncosphere in the intestine then oncosphere pierces the intestinal mucosa, enters the blood stream and finally transplant. Capsulated cystic lesion grows slowly which result in noninvasive hydatid lesion. (7) Kiresi et al. demonstrated liver and lung as common sites of cyst implantation in their study. They also claimed peritoneal cavity, brain, cavernous sinus, bones and heart as rare involvements.(8) Trauma or pressure conditions for cystic lesions could result in rupture in them, cyst contents exude and cause symptoms such as fever and syncope due to anaphylactic reactions.(9) To cystic lesion diagnosis specialists benefit from CT scan, MRI and Ultrasonography devices. Furthermore western blot serologic and ELISA tests could obtain certain exposure to parasite. Imaging techniques are still more sensitive than serologic tests additionally negative serology test has been reported in affected cases (like this case). (10, 11) The most appropriate therapeutic treatment to symptomatic cysts removal is surgery. Medication treatments with Albendazole and Mebendazole used to prevent cyst expansion during surgery. Although some studies showed useful affects of non-surgical drug therapy in patients. Imaging is the adequate method to monitor responses to treatment Increasing in fading or wrinkling with increasing density in cyst demonstrate positive responses to medication.(12-15)

Keywords :

hydatid cyst, hydatidosis, echinococcus, infertility

ارزش تشخیصی پروکلسیتونین، سرعت رسوب گلبولی (ESR) و پروتئین فاز حاد کمی (CRP) و یافته های بالینی در استئومیلیت در پای دیابتی

دکتر زهرا سلیمانی* ۱، دکتر منصوره مومن هروی ۲، دکتر فاطمه عمیقی ۳

۱- دانشیار بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

۲- استاد بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

۳- متخصص بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

سابقه و هدف:

تشخیص استئومیلیتیک گام کلیدی در مدیریت پای دیابتی است. پروکلسیتونین (PCT) به عنوان یک نشانگر جدید عفونت مطرح می باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارزش تشخیصی پروکلسیتونین در مقایسه با سایر مارکرهای التهابی و علائم بالینی در تشخیص استئومیلیت در بیماران پای دیابتی طراحی گردید.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع ارزش تشخیصی بر روی ۹۰ بیمار مبتلا به زخم پای دیابتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. پس از کسب رضایت ۱۰ سی سی خون وریدی از بیماران جهت بررسی سطح سرمی PCT به روش الایزا و نیز ESR، CRP، CBC و FBS و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) از پا گرفته شد. پرسشنامه ای حاوی اطلاعات دموگرافیک، سوابق و یافته های بالینی و نتایج بررسی های پاراکلینیک تکمیل گردید و بیماران به دو گروه ۴۵ نفره با وبدون استئومیلیت تقسیم شدند. اطلاعات وارد نرم افزار SPSS-۱۶ شده و با استفاده از آزمونهای آماری تجزیه و تحلیل شدند. $p \geq 0.05$ معنی دار تلقی گشت.

نتایج:

مقدار پروکلسیتونین به میزان 0.085 نانوگرم بر میلی لیتر بهترین نقطه برش یا cut-off بود که دارای حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۷/۸ درصد، ارزش اخباری مثبت ۹۷/۸ درصد و ارزش اخباری منفی ۱۰۰ درصد بود. مقدار ESR به میزان $53/5$ میلی متر بر ساعت بهترین نقطه برش یا cut-off بود که دارای حساسیت ۸۴/۴ درصد، ویژگی ۹۱/۱ درصد، ارزش اخباری

مثبت ۹۰/۵ درصد و ارزش اخباری منفی ۸۵/۴ درصد بود و همچنین مقدار CRP به میزان ۱۹/۵ میلی گرم بر لیتر بهترین نقطه برش یا cut-off بوده که دارای حساسیت ۸۶/۷ درصد، ویژگی ۷۳/۳ درصد، ارزش اخباری مثبت ۷۶/۵ درصد و ارزش اخباری منفی ۸۴/۶ درصد بود. طول مدت ایجاد زخم در گروه بیماران مبتلا به استئومیلیت، $51/2 \pm 59/6$ روز و در گروه بیماران غیرمبتلا به استئومیلیت $22 \pm 19/4$ روز بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری:

پروکلستونین جهت تشخیص استئومیلیت در بیماران پای دیابتی مفید بود و حساسیت آن بیشتر از سرعت رسوب گلبول قرمز و پروتئین واکنشی C بود.

واژگان کلیدی:

پای دیابتی، استئومیلیت، پروکلستونین

Transient Elastography in assessment and follow up of patients with HBeAg-negative chronic HBV infection

Masoudreza Sohrabi*1, Zhaleh Bayani2 Hossein Ajdarkosh*1, Parvin Azar1 , Masoumeh Zarei1.

,Ali gholami

1-Gastrointestinal and liver Diseases Research Center, Iran University of Medical Sciences

2- Liver Transplantation Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background and Aim:

Liver fibrosis is the main prognostic factor for chronic Hepatitis B. Convey of inactive hepatitis B to active one is usually done silently. In this setting accurate estimation of fibrosis is an important step in management of these patients.

The aim of present study is to determine the impact of Fibroscan to evaluation of liver fibrosis in inactive chronic hepatitis B.

Method:

In a prospective study between Feb2016 - Jun2018, we evaluated the liver fibrosis among patients with inactive CHB by Fibroscan assessment. The inclusion criteria include presence of serum HBsAg more than 6 months, persistence normal liver enzymes during last six months, HBV – DNA viral load <20000 IU/ml. All other liver diseases were excluded. All patients underwent liver fibroscan .The factors influence on Fibroscan results such as sever obesity, cardiac and renal failure, decompensate cirrhosis and ascitis were excluded. The patients visited

every six months. The eligible patients followed for one year.

Results:

210 patients have been enrolled in this study. The mean age was 37.49 ± 12.8 years old and of them 132 patients were male. Regarding the HBV DNA load, 48 (22.9%), 84 (40%) and 78 (37.1%) patient have viral load undetectable, under and more than 2000 IU/ml respectively. The mean TE value among these patients was 5.8 ± 1.26 kp. TE value more than 7.2 kp was seen in 25 (11.9%) patients with mean of 8.1 ± 1.4 kp. There was no significant association between TE results and viral load levels in general. Moreover, we did not observed a significant association between age and viral load and TE.

Conclusion:

We illustrated that inactive hepatitis B is not a innocent and benign condition and need regular follow up by liver enzyme, Vial load and TE evaluations.

همبستگی Mortality Rate دوا ابزار APACHE IV و SAPS II در پیش بینی میزان مرگ بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در بیمارستان بهشتی کاشان از مهر ۱۳۹۶ تا مهر ۱۳۹۷

دکتر منصوره مومن هروی ۱، دکتر مائده نجفی زاده ۲، سید غلامعباس موسوی ۳، دکتر زهرا شیاپی ۴

۱ استاد، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲ استادیار، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۳ مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۴ پزشک عمومی، دانش آموخته دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

مقدمه و هدف :

تاکنون ابزارهای متفاوتی برای پیش بینی میزان مرگ و میر بیماران بستری در بیمارستان و هم چنین ارزیابی شدت بیماری ها ایجاد شده است که هدف این شاخص ها ایجاد شرایط بالینی بهتر، برای ادامه روند درمان بیماران است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه پیش بینی میزان مرگ و میر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه با استفاده از SAPS II و APACHE IV انجام شد.

روش اجرا :

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ نفر از بیمارانی که در سال ۹۶ در واحدهای مراقبت ویژه در بیمارستان بهشتی کاشان بستری شده بودند انجام شد. داده ها در ۲۴ ساعت اول بستری بیمار با استفاده از پرسش نامه در سه بخش که حاوی مشخصات فردی، ابزار APACHE IV و SAPS II بود گردآوری شد. کلیه اطلاعات در نرم افزار SPSS وارد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها :

میزان مرگ در بین بیماران مورد مطالعه ۱۱ درصد و میزان مرگ و میر پیش بینی شده

در معیار APACHE و SAPS به ترتیب ۳۵,۳۹٪ و ۳۶,۸۸٪ بود. همبستگی و ارتباط معنادار بین مرگ و میر APACHE با SAPS و نمرات APACHE با SAPS وجود داشت ($P > 0.05$). افراد با پیش‌آگهی مرگ دارای سن و طول مدت بستری بیشتری بودند. بین پیش‌آگهی و جنسیت در بیماران مورد مطالعه ارتباط معناداری وجود نداشت ($p = 0.411$).

نتیجه‌گیری :

از هر دو ابزار APACHE IV و SAPS II برای پیش‌بینی میزان مرگ بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه کشور می‌توان استفاده کرد اما APACHE IV ابزار موثرتر و مفیدتری در این زمینه است.

کلمات کلیدی :

واحد مراقبت‌های ویژه ، مرگ بیمارستانی ، SAPS II ، APACHE IV

بررسی ۱۵۰ مورد بیمار مبتلا به سپسیس بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

دکتر منصوره مومن هروی ۱، دکتر رضا رزاقی ۲ دکتر مهدی رسولی منش ۳
۱ استاد، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲ دانشیار، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳ استادیار، گروه داخلی، مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

زمینه و هدف:

سپتی سمی یکی از علل عمده مرگ و میر است و به نظر می‌رسد که تعداد آن به خاطر افزایش میزان بستری، استفاده وسیع از کاتترهای مهاجم، افزایش سن روز به روز در حال افزایش باشد. بررسی علل باکتریال، تظاهرات بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی و پیامد نهایی بیماران سپسیس از اهداف این بررسی بود.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی بصورت آینده نگر روی بیماران با تشخیص سپسیس بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۹۶ انجام گرفت. بیماران با تشخیص اولیه سپسیس روزانه شناسایی و پس از توجیه و کسب رضایت نمونه خون جهت کشت خون گرفته شد. پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، سوابق و علائم و یافته‌های آزمایشگاهی تکمیل شد. اطلاعات وارد نرم افزار SPSS (۱۶) گردید و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و نتایج بصورت آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها:

از بین ۱۵۰ بیمار ۸۲ نفر مرد (۵۴٫۷٪) و ۶۸ نفر زن (۴۵٫۳٪) بودند میانگین سنی بیماران ۷۳٫۲±۱٫۵۹ سال و بیشتر افراد در گروه سنی ۸۰-۶۱ سال قرار داشتند. شایعترین علامت بالینی تب ۱۳۱ نفر (۸۷٫۳٪) و سپس ضعف و بیحالی ۱۲۹ نفر (۸۶٪) بود. ۱۲۲ نفر (۸۱٫۳٪) بیماری زمینه‌ای داشتند که دیابت شایعترین ۶۶ نفر (۴۴٪) بیماری زمینه‌ای بود. فراوانی کشت خون

مثبت ۱۸ (۱۲٪) بود و شایعترین باکتریهای جدا شده از کشت خون بترتیب استاف (۴۴,۴٪)، باسیلهای گرم منفی (۲۷,۶٪) و انتروکوک (۱۶,۶٪) بود. مورتالیتی کل بیماران ۲۱,۳٪ و در بیماران با کشت خون مثبت ۲۷,۷٪ بود

نتیجه گیری:

با توجه به این که اکثر بیماران سالمند بودند و تب، ضعف و بیحالی شایعترین علامت آنها بود در هر سالمند با شکایت ضعف و بیحالی باید به سپسیس فکر کرد و با توجه به شیوع استاف و انتروکوک در میان کشتهای خون مثبت باید در درمان تجربی سپسیس علاوه بر پوشش باسیلهای گرم منفی آنتی بیوتیک موثر علیه این ارگانیسم ها نیز به کار برد.

کلید واژه:

سپسیس، باکتریال، تظاهرات بالینی، یافته های آزمایشگاهی، پیامد

Challenges Associated with Current and Future of Tuberculosis

RESISTANCY ,DURATION OF TREATMENT

دکتر رضا قاسمی برقی* ، دکتر علیرضا نیکونژاد**، دکتر صادق علی عظیمی***، دکتر آرزاد قدیمی***

*دانشیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
**استادیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
***دستیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

مقدمه:

در سال ۲۰۱۷ بیش از ده میلیون نفر در دنیا به بیماری سل مبتلا شده اند که شامل ۵/۸ میلیون نفر مرد و ۳/۲ میلیون نفر زن و حدود یک میلیون نفر کودک بوده ه اند. سل یکی از ده علت اصلی مرگ و میر و در بین علل میکروبی شایعترین علت تک میکروبی می باشد. علیرغم اینکه بیماری سل قابل تشخیص، قابل درمان، و قابل پیشگیری است ولی همچنان یک علت مهم مرگ و میر در کشورهای عقب مانده و در حال توسعه میباشد بیش از ۹۰٪ مرگ و میر سل در کشورهای غیر صنعتی رخ میدهد. علیرغم ساده بودن روشهای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری سل و بکارگیری روش هنوز راه درازی برای موفقیت در کنترل این بیماری در پیش است. بروز چالش های جدید در امر تشخیص و درمان و پیشگیری بیماری سل حال و آینده کنترل این بیناری را بخصوص در کشورهای در حال توسعه و عقب مانده در هاله ای از ابهام نگه داشته است.

هدف:

این مقاله به بیان پاره ای از مهمترین چالش های پیش روی کنترل سل در دنیا می پردازد تا فضای موجود در راه مبارزه و کنترل این بیماری در حال و آینده را روشن تر سازد.

روش کار:

بر اساس مطالعه اسناد و مدارک و آخرین اطلاعات مربوط به کنترل سل در اسناد سازمان جهانی بهداشت و بررسی و مرور مقالاتی که با کلیدواژه چالش های سل جستجو شده بودند ۱۵ چالش مهم در امر کنترل سل اجصا شد.

نتایج :

در این مقاله به بررسی دوچالش مهم به شرح زیر می پردازیم:

RESISTANCE

DURATION OF TREATMENT

از نظر درمانی پیدایش سویه های MDR-TB درمان سل را با دشواریهای زیادی همراه کرده است موفقیت درمانی در سل مقاوم به درمان حدود ۶۰٪ میباشد .
درسالهای اخیر سویه های RIFAMPIN RESISTANT مایکوباکتریوم توبرکولوز به شکل روز افزونی از نقاط مختلف دنیا گزارش شده است ودر حال حاضر WHO درمان RR-TB را مساوی MDR-TB میدانند .

طول دوره درمان مناسب سل یکی دیگر از چاش های پیش روی این بیماری است علیرغم درمان باروش DOTS به مدت ۶ ماه ، اشکال کلینیکی متعددی از بیماری سل وجوددارند که نیاز به بیش از ۶ ماه طول دوره درمان دارنداز آن جمله :

CAVITARY -TB

,EXTENSIVE PULMONARY TB

,HIGHLY INFECTIVE PULMONARY TB

IMMUNDEFICIENCY

TB MENINGITIS

SPONDILITIS TB می باشند. در هر صورت امیداست باتلاشهای سازماندهی شده وهدفمند جهانی،بیماری سل تا سال ۲۰۵۰ به مرحله جذف برسد .تحقق این هدف نیازمند توسعه آگاهی ودانش یشر،تبادل جهانی اطلاعات وتعهد دولتها در امر مبارزه وکنترل بیماری سل است.

جذام بیماری فراموش شده یا حذف شده؟

دکتر رضا قاسمی برقی*، دکتر عباس علامی*، دکتر بهزاد بیژنی*،
دکتر علیرضا نیکونژاد*، دکتر حمیدرضا نجاری*، دکتر اعظم السادات نبوی*
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

مقدمه :

مهمترین پیشرفت جهانی در مبارزه .کنترل بیماری جذام شروع درمان MDT از سال ۱۹۸۲ می باشد .این رژیم درمانی در کنترل جذام و رساندن آن به مرحله حذف (Elimination) نقش بسیار موثری داشته است .در جریان درمان یا اساسا در پروسه بیماری آنچه که مانع یک ریسپانس مناسب میگردید عوارض جذام بود که آنها نیز با روشهای درمانی مناسب کنترل گردیده ومی شوند .پس از آن توجه جهانی به پدیده عود RELAPSE جلب شد .باسیل لپر بواسطه اینتراسلولی بودن وداشتن دوره کمون بسیار طولانی میتواند سالها پس از درمان کامل وموفق مجددا عود نماید .عود بیماری با برگشت علایم ،پیدایش علایم جدید ، گسترش ضایعات قبلی ،افزایش ایندکس باکتریولوژیک مشخص می شود .
امروزه مواجهه با موارد عود جذام اصلی ترین چالش در کنترل این بیماری است .

گزارش موارد :

درپاییز سال ۱۳۹۷ دو بیمار باعلایم بالینی مشکوک به لپر در بخش عفونی بستری شدند . هر دو بیمار سابقه ۱۸ سال قبل در مان با تشخیص لپر را داشتند که با MDT درمان شده بودند . با بررسی پرونده بیماران ومقایسه علایم پایان درمان با علایم فعلی وبررسی باکتریولوژیک از نقاط روتین در لپر هر دو بیمار اسمیر مثبت داشتند لذا به عنوان مورد عود جذام تحت درمان MDT واقع شدند .

بحث ونتیجه گیری:

باسیل جذام یک پاتوژن اینتراسلولار است که مدتها میتواند در بدن بیمار به شکل

persistant باقی بماند هم بیمار PB و هم بیمار MB میتوانند دچار پدیده عود بشوند کوتاه بودن دوره درمانی بیمار PB وضع ایمنی بیمار PB علیرغم طولانی بودن دوره درمانی در عود جذام موثر دانسته شده است. گرچه مصرف نامنظم داروها نیز یک علت مهم عود قیدشده است. با توجه به مبارزه با بیماری جذام که در مرحله حذف (ELIMINATION) قرار دارد و باعث قطع زنجیره انتقال بیماری لپر میگردد کشف موارد عودلپر حائز اهمیت فراوانی است لذا پی گیری طولانی مدت بیمار در درمان شده مهم بوده و باید در برنامه کشوری مبارزه با لپر مورد توجه واقع شود .

عنوان: مقایسه بروز عفونت های بیمارستانی در بیماران با و بدون پرفشاری خون بستری در ICU بیمارستان ولی عصر بیرجند طی سال ۹۴-۹۵

دکتر آزاده ابراهیم زاده ۱، نگین دوستی ۲

۱. عضو مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۲. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مقدمه و هدف:

عفونت های بیمارستانی بالاخص انواع موجود در بخش مراقبت های ویژه (ICU) همواره یکی از مشکلات عمده بهداشتی درمانی می باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه بروز عفونت بیمارستانی در بیماران با و بدون پرفشاری خون بستری در ICU بیمارستان ولی عصر بیرجند طی سال ۹۴-۹۵ انجام پذیرفت.

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، اطلاعات تمامی بیماران بستری شده در ICU بیمارستان ولی عصر بیرجند طی سال ۹۴-۹۵ پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه از پرونده ی بیمارستانی استخراج شد. شاخصهای دموگرافیک، وجود پرفشاری خون در میان بیماران در فرم اطلاعاتی مربوط به هر بیمار ثبت گردید. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها وارد نرم افزار (SPSS-۱۸) شد و با استفاده از تست های آماری توصیفی (درصد - فراوانی)، تست های پارامتری و غیر پارامتری مربوطه و در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ مورد آزمون قرار گرفت.

نتایج:

تعداد ۶۶۹ نفر با میانگین سنی $46/12 \pm 26/08$ سال وارد مطالعه شدند. بیشترین فراوانی ($13/9\%$) مربوط به بیماران رده های سنی ۲۱-۳۰ سال و ۷۱-۸۰ سال و کمترین فراوانی ($7/2\%$) مربوط به بیماران رده سنی ۴۱-۵۰ سال بود. حداقل سن بیماران یک سال، حداکثر ۹۹ سال و میانگین سن آنها $46/12 \pm 26/08$ سال بود. ۲۲۳ نفر از بیماران مورد مطالعه ($33/3\%$) به مدت یک روز و ۷۳ نفر ($10/9\%$) به مدت بیشتر از ۱۰ روز در ICU بستری بودند. میانگین مدت بستری $4/8 \pm 8/11$ روز بود. بروز عفونت بیمارستانی در بیماران ($10/2\%$) ۶۸ بود. عفونت تنفسی با $79/3\%$ شایعترین منشا عفونت بود. عفونت زخم جراحی با $44/1\%$ و عفونت ادراری

با ۲۳/۵٪ در رده های بعدی قرار داشتند. ۱۲/۶٪ بیماران بدون فشارخون بالا و ۴/۸٪ بیماران دارای فشارخون بالا مبتلا به عفونت کشت مثبت بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/002$).

بحث:

نتایج مطالعه فوق نشان داد که عفونت بیمارستانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون که بستری در ICU هستند در مقایسه با بیماران با فشارخون طبیعی بیشتر است و پرفشاری خون میتواند به عنوان یک عامل مهم در ابتلای بیماران بستری در ICU به عفونت ادراری باشد.

کلمات کلیدی:

عفونت بیمارستانی - پرفشاری خون - ICU

اپیدمیولوژی و وضعیت فعلی تب نیل غربی (West Nile Fever) در ایران و جهان

دکتر حمید کشیری

مقدمه و هدف :

اولین بار در سال ۱۹۳۷ ویروس نیل غربی (WNV) در منطقه نیل غربی در اوگاندا در بدن یک زن جداسازی گردید. پیش از سال ۱۹۹۷ ویروس نیل غربی یک عامل بیماری زا برای پرندگان محسوب نمی‌شد اما در آن زمان یک ویروانت ویروسی حادثه این بیماری در فلسطین اشغالی موجب مرگ گونه‌های مختلفی از پرندگان با بروز علائم فلج و آنسفالیت شد. نخستین شیوع ویروس نیل غربی در آمریکای شمالی در سال ۱۹۹۹ در شهر نیویورک روی داد. از آن زمان تاکنون، این بیماری در تمام ایالت‌های آمریکا و نیز تمام مناطق کانادا گسترش یافته است. در اروپا اولین همه‌گیری بزرگ بیماری در سال ۱۹۹۶-۱۹۹۷ با ۵۰۰ مورد بیماری و ۱۰ درصد مرگ از رومانی گزارش شد. تب نیل غربی بیماری مهمی در انسان و پرندگان است. انسان و Equidae (اسب، الاغ و...) حساس به بیماری هستند. این ویروس می‌تواند یک بیماری نورولوژیک کشنده را در انسان سبب شود. هدف از این مطالعه، مروری بر وضعیت بیماری تب نیل غربی در ایران و جهان است.

مواد و روش‌ها :

در این مطالعه مروری با استفاده از کلمات کلیدی مانند اپیدمیولوژی، تب نیل غربی، آنسفالیت نیل غربی، مننژیت نیل غربی، تظاهرات کلینیکی، آربوویروس، ناقلین، مخازن و کنترل نیل غربی و جستجو در اینترنت، سایت‌های مرتبط، مجلات معتبر پزشکی و بهداشتی مقالات منتشر شده طی چند سال اخیر دریافت و در نهایت با در نظر گرفتن هدف مطالعه و با توجه به نیاز تعداد کافی مقاله انتخاب و مورد نقد، تفسیر، تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و وضعیت این بیماری مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج :

ویروس نیل غربی در جنس فلاوی ویروس و خانواده فلاوی ویریده قرار دارند. ویروس نیل

غربی دارای یک RNA تک رشته ای است . در طبیعت سیکل ویروس نیل غربی بین پشه ها (خصوصاً گونه های کولکس) و پرندگان در گردش است . تعدادی از گونه های پرندگان می توانند سطح بالایی از ویروس را در جریان خون داشته باشند و پشه ها بواسطه گزش و خونخواری از این پرندگان الوده می شوند. پشه بعد از یک هفته از گزش آلوده می تواند ویروس را منتقل کند. راه انتقال ویروس در پشه ها از طریق بزاق است. ویروس در پشه های کولکس از طریق تخم به نسل بعد منتقل می شود. پراکندگی بیماری نیل غربی در آفریقا، اروپا، آسیا، آمریکا و استرالیا است. ناقل اصلی انزوئوتیک (Enzootic) ویروس نیل غربی ، پشه کولکس پی پینس و میزبان مخزن اصلی آن پرندگان هستند. تاکنون از حدود ۲۸ گونه پرنده ، عامل بیماری جداسازی شده است. در اروپا ، آسیا و آفریقا مرگ و میر در پرندگان آلوده به ویروس نیل غربی نادر است . در مقابل در آمریکا این ویروس خیلی پاتوژنیک برای پرندگان است. اعضاء خانواده کلاغ (Corvidae) خیلی حساس به این ویروس هستند. پرندگان مهاجر در انتشار بیماری در جهان رل مهمی بازی می کنند. اسب و انسان میزبان بن بست بیماری (Dead-End Hosts) هستند . یعنی در حالیکه به عفونت مبتلا می شوند ولی قادر به گسترش عفونت نیستند و پشه ها را نیز آلوده نمی کنند. عفونت علامت دار در اسب ها نیز نادر و معمولاً ملایم است. ولی بیماری می تواند در اسب سبب علائم نورولوژیک از جمله آنسفالو میلیت کشنده (Fatal encephalomyelitis) بشود. ویروس ممکن است از طریق تماس با حیوانات الوده و خون یا بافت آلوده شان نیز منتقل شود. نسبت خیلی کمی از الودگی های انسانی از طریق پیوند عضو ، انتقال خون و شیر پستان اتفاق افتاده است. یک مورد از طریق Transplacental (مادر به نوزاد) گزارش شده است. انتقال به کارکنان آزمایشگاهی نیز اتفاق افتاده است.

دوره کمون بیماری ۳-۱۴ روز است . تقریباً ۸۰٪ مردمی که الوده به ویروس می شوند هیچگونه علائمی را نشان نمی دهند. حدود ۲۰٪ موارد الودگی دچار تب نیل غربی می شوند، که علائم آن شامل تب ، سردرد ، خستگی ، درد بدن ، تهوع ، استفراغ ، تورم غدد لنفاوی و گاهی راش روی بدن می باشد. این علائم در طول ۷-۱۰ روز به اتمام می رسد. تقریباً یک نفر از ۱۵۰ فرد آلوده به ویروس دچار فرم شدید و حاد تب نیل غربی (Severe form) یا Neuroinvasive disease می شود که شامل West Nile encephalitis or West Nile meningitis or West Nile poliomyelitis می باشند. علائم فرم شدید بیماری شامل سردرد ، تب بالا ، گرفتگی گردن ، گیجی ، سردرگمی - منگی ، لرزش ، تشنج ، ضعف عضلانی و فلج می باشد. در کمتر از ۱ درصد افراد آلوده ، بیماری ویروس نیل غربی می تواند به مننژیت (تورم غشای مغزی)، آنسفالیت (التهاب مغز)، یا فلج شبه فلج کودکان بیانجامد . فرم شدید و حاد بیماری در هر سنی اتفاق می افتد ولی سن بیشتر از ۵۰ سال و افراد دارای

ضعف ایمنی (از جمله بیماران پیوند عضوی) بیشترین ریسک برای دچار شدن به فرم شدید بیماری را دارند . در موارد بسیار نادر، آلودگی به ویروس نیل غربی می تواند به مرگ منجر شود. تشخیص بیماری از طریق کشف ویروس بوسیله PCR ، جداسازی ویروس بوسیله کشت سلولی ، تعیین افزایش در تیتراژ IgG در سرم با روش ELISA ، کشف IgM در سرم یا مایع مغزی نخاعی بوسیله روش ELISA می باشد. IgM می تواند در زمان دارا بودن علائم کلینیکی کشف شود . IgM سرم ممکن است برای بیش از یکسال پایدار باقی بماند. واکسن این بیماری برای اسب‌ها تولید شده اما هنوز واکسن انسانی آن موجود نیست. درمان بیماران شامل بستری شدن در بیمارستان، تزریق مایعات داخل وریدی، حمایت‌های تنفسی و پیشگیری از بروز عفونت ثانویه است.

در دهه هفتاد مطالعه سرولوژیک برای کشف آنتی بادی ویروس نیل غربی در چند استان ایران انجام شد که میزان عفونت را ۱۰-۲۶٫۶٪ نشان داد. مطالعات اخیر در ایران در دهندگان خون ، نتایج منفی برای کشف RNA ویروس نیل غربی نشان داد ولی سروپوزیتو مثبت را ۵٪ نشان داد. در ایران ، در طی ۲۰۰۳-۲۰۰۷ مطالعه سرولوژیک و مولکولی بر روی ۲۶ گونه پرنده آبی وحشی انجام شد که سروپوزیتو را ۱۵٪ نشان داد. در مطالعه ای در تالاب های آذربایجان غربی در ۲۰۱۲ ، ویروس نیل غربی به روش PCR در اوکلروتاتوس (آداس) کاسپیوس کشف شد که نشان دهنده انتقال محلی ویروس در منطقه است. در مطالعه ای در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ ، در ۶۷٫۴٪ نمونه سرمی که از اسب داری های استان های البرز و تهران جمع اوری شد ، وجود آنتی بادی ویروس نیل غربی اثبات شد. در مطالعه ای در مشهد که از ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۲ انجام شد سروپروالانس کلی IgG ، در نمونه های سرمی مردم ، ۱۱٪ بود. در مطالعه ای در ۱۳۹۴ در شهر شیراز ، IgG ضد ویروس نیل غربی در مردم مشاهده شد. میزان الودگی به این ویروس در مردها ۳۹٫۱۳٪ و در زن ها ۱۳٫۰۴٪ بود. در مطالعه ای در ۲۰۰۸-۲۰۰۹ در اسب های ۲۷ استان کشور انجام شد. سروپروالانس مثبت کلی ۲۴٪ (۱-۸۸٪) تعیین شد. بیشترین الودگی اسب ها در خوزستان ، چهارمحال بختیاری و کرمانشاه مشاهده شد (پروالانس بیشتر از ۶۰٪).

برای ممانعت از ابتلاء به بیماری باید از گزش پشه جلوگیری کرد. استعمال رپلانت بر روی قسمت های بدون پوشش بدن شیوه خوبی برای جلوگیری از گزش پشه است. از پوشیدن لباس تیره که باعث جلب پشه می شود خودداری کرد. دستکش ، شلوار بلند و پیراهن آستین بلند پوشید. در موقع پیک فعالیت پشه (طلوع و غروب آفتاب) در فضای داخلی که دارای تهویه مطبوع است ، ماند . نسبت به حذف محل های تخم ریزی پشه اقدام کرد و داخل پشه بند در طی شب خوابید .

نتیجه گیری:

با توجه به اثبات حضور ویروس نیل غربی در پشه ها ، وجود تالاب ها و جمعیت های پرندگان مهاجر و اسب ها مانیتور دقیق سیکل بیماری بوسیله کارکنان بهداشتی ضروری است . لازم است سیستم مراقبت فعال بهداشتی حیوانی برای کشف موارد جدید در پرندگان و اسب به منظور Early Warning فراهم شود. مردم باید گزارش پرندگان مرده را به مسئولین محلی بدهند.

کلمات کلیدی :

اپیدمیولوژی ، تب نیل غربی ، وضعیت فعلی ، ایران ، جهان

LATENT TUBERCULOSIS

دکتر علیرضا نیکونژاد،*دکتر رضا قاسمی برقی،*دکتر سعیده مکارم**
*متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
* متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
** متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز

مقدمه :

یکی از چالش‌های مهم بیماری سل LATENT-TB است. حدس زده می‌شود حدود ۱/۷ میلیارد نفر از مردم دنیا در شرایط داشتن سل نهفته قرار دارند و هر سال ۱۰ میلیون نفر از آنها دچار بیماری سل می‌شوند شناسایی و درمان پروفیلاکتیک آنها میتواند از بروز بیماری سل در آینده به نحو چشمگیری پیشگیری کند. WHO برای درمان سل نهفته در دو گروه تاکید بیشتری دارد: افراد HIV مثبت کودکان زیر ۵ سال در کشور ما به این افراد باید گروه‌های پرخطر زیر را هم اضافه کرد افرادی که در تماس نزدیک با بیماران ربوی اس‌میر مثبت بوده‌اند و دارای تست پوستی توپرکولین مثبت هستند کلیه بیماران با نقص ایمنی سلولی محرز و تست پوستی توپرکولین مثبت زندانیان معتادین بی‌خانمان و به اصطلاح کارتن خواب.

هدف :

این مقاله به بیان چالش‌های پیش روی تشخیص و درمان افرادی که کاندید دریافت داروی پروفیلاکتیک برای سل نهفته هستند می‌پردازد.

بحث و نتیجه گیری:

تشخیص سل نهفته عمدتاً براساس تست تست پوستی توپرکولین مثبت صورت می‌گیرد. اندازه و ارزش این تست در جوامع مختلف و سنین بیماران و بیماریهای زمینه‌ای آنها قابل تفسیر است. شناسایی دقیق این افراد بخصوص توسط نظام بهداشت و درمان، پزشکان غیر متخصص عفونی مانند متخصصین روماتولوژی، ریه، انکولوژی، نفرو لوزی، کموتراپی و ارجاع آنها برای بررسی از نظر سل نهفته میتواند سهم مهمی در کنترل سل در آینده داشته باشد. تدوین یک پروتکل بین بخشی توسط وزارت بهداشت می‌تواند این امر را تسهیل نماید.

مقایسه اثر دو آنتی‌بیوتیک سیپروفلوکساسین و کوتریموکسازول در پیشگیری از عفونت‌ها در حین درمان بیماران مبتلا به مالتیپل میلوما

Mandana Majidian 1Reza Aghabozorgi 2Ali Arash Anoushiravani 3Amir Sanatkar 4Sahand Abbaszadeh 5

مقدمه:

بیماران مبتلا به مالتیپل میلوما در خطر انواع عفونت‌ها هستند و انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب در آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است، بر این اساس هدف از این ارزیابی مقایسه دو آنتی‌بیوتیک کوتریموکسازول و سیپروفلوکساسین با مکانیسم‌های عملکردی متفاوت، است.

روش کار:

در این مطالعه کار آزمایشی بالینی تعداد ۷۲ بیمار جدید مبتلا به مالتیپل میلوما، مراجعه کننده به بیمارستان خوانساری اراک و بیمارستان امیرالمومنین اراک وارد مطالعه شده و بیماران واجد شرایط با روش تصادفی ساده براساس پرتاب سکه به دو گروه ۳۶ نفره تقسیم شده‌اند. در گروه اول کپسول سیپروفلوکساسین با دوز ۵۰۰ میلی گرمی یک بار در روز و در گروه دوم قرص کوتریموکسازول با دوز ۱۶۰/۴۰۰ روزانه به مدت ۴ هفته داده شده است. نهایتاً پس از ۶ ماه، میزان بروز انواع عفونت با روش بالینی و آزمایشگاهی پیگیری و مقایسه شده است.

یافته‌ها:

نسبت جنسی، میانگین سنی و نوع رژیم درمانی در دو گروه تفاوت نداشت ($p > 0.05$). میزان بروز عفونت در گروه سیپروفلوکساسین ۱۶٫۷٪ (۶ مورد) و در گروه کوتریموکسازول ۳۸٫۹٪ (۱۴ مورد) در طول ۶ ماه بود ($p > 0.05$)، همچنین شایعترین نوع عفونت در هر دو گروه پنومونی بود ولی میزان بروز عفونت بر حسب نوع رژیم درمانی تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($p \leq 0.05$).

نتیجه‌گیری:

بر این اساس که مقاومت باکتریایی به سیپروفلوکساسین کمتر از کوتریموکسازول است، می‌توان از این آنتی‌بیوتیک و یا هم خانواده‌های آن به صورت روتین در پیشگیری از عفونت‌های مختلف در دوره شیمی درمانی بیماران مبتلا به مالتیپل میلوما استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی:

سیپروفلوکساسین، کوتریموکسازول، مالتیپل میلوما

بررسی اپیدمیولوژی بروسلوز در استان قزوین در سال ۱۳۹۶

صفدر کریمی، دکتر شیوا لقائی، دکتر حمید رضا نجاری، علی رضا حبیبی، مریم اسفندیاری

زمینه و هدف:

بروسلوز یک بیماری قابل انتقال بین انسان و حیوان است عفونت در انسان به تماس مستقیم با حیوانات آلوده و یا مصرف فراورده های آنها وابسته است. بروسلوز در انسان نشان دهنده گستردگی بیماری در حیوانات است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری بروسلوز در استان قزوین بود.

مواد و روش‌ها:

بیماران با تشخیص بروسلوز توسط پزشکان سطح استان قزوین در ۶ شهرستان طی سال ۱۳۹۶ به ستادهای مبارزه با بیماریهای شهرستانهای مربوط گزارش و ثبت شدند سپس برای همه بیماران فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماری بروسلوز تکمیل گردید. اطلاعات به دست آمده در گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها:

تعداد ۳۴۹ مورد جدید بیماری ثبت شدند. ۲۱۲ نفر مرد (۶۰٫۷٪) و ۱۳۷ نفر زن (۳۹٫۳٪) بودند. بروز بروسلوز ۲۷٫۴ در صد هزار نفر جمعیت در استان بود. بروز در مناطق شهری (۱۸ در صد هزار نفر) و بروز در مناطق روستایی (۵۸ درصد هزار نفر) بودند. بروز در شهرستان ها: قزوین (۱۴٫۶ درصد هزار نفر)، البرز (۱۴٫۸ درصد هزار نفر)، آبیک (۳۳٫۸ درصد هزار نفر)، بوئین زهرا (۳۶٫۶ درصد هزار نفر)، تاکستان (۵۶٫۸ درصد هزار نفر) و آوج (۲۵٫۸ درصد هزار نفر) بودند. بیشترین مبتلایان در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال بودند. ۶۵٫۳٪ بیماران سابقه تماس با دام داشتند. ۸۴٪ مبتلایان سابقه مصرف فرآورده های لبنی غیرپاستوریزه را داشتند.

بحث و نتیجه گیری:

ابتلا در جمعیت روستایی استان حدود سه برابر ابتلا در مناطق شهری بوده است. از طرف دیگر از هر سه نفر مبتلا دو نفر سابقه تماس با دام داشته اند. بنابر این مطالعه ما ضرورت توجه به بهسازی مناطق مسکونی روستاها در راستای کاهش تماس انسان و دام بیان می کند.

کلمات کلیدی:

بروسلوز، اپیدمیولوژی، قزوین

Title: The effect of green tea consumption in the treatment of mild to moderate depression in Iranian patients living with HIV: A double-blind randomized clinical trial.

Ali Asadollahi-Amin ,Seyed A. Dehghan Manshadi¹ , Seyed A. Mousavi²,
Mohammad R. Salehi¹, jayran zebardast³,

1- Department of Infectious Disease and Tropical Medicine, Imam-Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Theran, Iran.

2- Department of Infectious Disease and Tropical Medicine, Shahid Sadoughi Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

3- PhD Candidate of Cognitive Neuroscience linguistics, Institute for Cognitive Science Studies (ICSS), Tehran,Iran.

4- Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Theran, Iran.

Introduction:

In the Highly Active Antiretrovirals Therapy (HAART) era, depression remains a significant challenging issue to manage HIV infected patients. It can affect patient compliance leading to poor control HIV infection. On the other hand, anti-depression drugs are not favorite among HIV infected patients as well as they may have serious side effects. Previous observational studies showed an anti-depression effect of green tea extracts (GTE). In a double-blind randomized clinical trial, we investigated the therapeutic effect of GTE on mild to moderate depression in HIV-infected patients receiving HAART.

Methods:

Fifty HIV infected patients on HAART with diagnose of mild to mod-

erate of depression based on Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) IV criteria and have a Hamilton test (17 items) score of under 20, participated in a parallel, randomized, double-blind, placebo-controlled trial and underwent 12 weeks of treatment with either with 400 mg green tea extracts capsules (GTE) or placebo twice daily. The Hamilton depression scale of patients was measured before, 6 weeks and 12 weeks after treatment in two groups. Side effects were measured at 1, 6 and 12 weeks using a specific checklist. The primary outcome measure was to evaluate the efficacy of GTE in improving depressive symptoms.

Results:

Hamilton mean score reduced significantly in both groups after 12 weeks [(P=0.000) for group A and (P=0.002) for group B]. The mean of Hamilton score at baseline of study and 6 weeks later did not have a significant difference between the two groups (P=0.77 and P = 0.057 respectively); however, the Hamilton mean score of the patients after 12 weeks showed a significant difference between the two groups (P = 0.035). Repeated measures ANOVA test showed a significant effect for time $\times$ treatment interaction on the Hamilton mean score between the two groups during the trial course (P=0.000). In addition, the mean CD4 count was not significant differences between the two groups at baseline and after 12 weeks (P=0.307 and P=0.564 respectively). The frequency of the side effect was similar between the two groups (p = 0.999). No significant difference between the two groups regarding age, sex, marital status or education observed.

Conclusion:

It seems the use of green tea extracts (GTE) capsules twice a day in HIV-infected patients who are receiving antiretroviral drugs is safe and could lead to greater and more rapid improvement in depressive

symptoms than placebo. Since depression is prevalent in HIV-infected patients and synthetic antidepressants drugs might have severe side effects, green tea consumption can consider as an alternative therapy for mild to moderate depression. Further studies with higher sample size and longer follow-up and comparisons with other antidepressive drugs are warranted.

Zika virus Infection Comprehensive Study: a systematic review

Tavakoli¹, M. Esghaei¹, MH. Karbalaie Niya², A. Marjani¹, A. Tabibzadeh¹, M. Karimzadeh¹, SH. Monavari¹

¹ Department of Virology, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Institute of Immunology and Infectious Diseases, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Zika virus is a mosquito-borne flavivirus that is becoming a new global threat. Currently, serologic (ELISA) and molecular (RT-PCR) testing make the diagnosis of Zika virus infection. There is no specific drug available for Zika virus infection, and treatment is supportive based on reducing symptoms of disease. Protection against mosquito bites is the most effective way to prevent the infection. In this systematic review, all of the English published papers on Zika virus were assessed before December 2017, and were overviewed. Bibliographic databases had searched including; PubMed, Scopus, Google scholar, and Science Direct by using the keywords such as; "Zika virus", "Zika fever", and "Zika infection". In this review, the pathogenesis, epidemiology, clinical features, transmission, laboratory diagnosis, treatment, and prevention of Zika virus infection were discussed.

Keywords:

Zika virus infection, Mosquito vectors, Serologic test

گزارش دو مورد همراهی DVT بروسلوز

دکتر فیروزه ساجدی: استادیار بیماریهای داخلی، دانشگاه علوم پزشکی همدان ایران.
دکتر منیژه ساجدی: دستیار بیماریهای قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران

چکیده

بروسلوز یک بیماری مولتی سیستمیک است که میتواند تمام بافتها و ارگانها را درگیر کند. طیف وسیعی از علایم غیراختصاصی و درگیری عروقی دربروسلوز به طور نادر دیده میشود. بروسلوز یک بیماری مشترک انسان و دام می باشد. در بسیاری از نقاط جهان بویژه کشورهای حاشیه مدیترانه - شبه جزیره هند و عربستان سعودی - آمریکای جنوبی و آسیای مرکزی شایع می باشد این بیماری در بسیاری از کشورهای خاور میانه از جمله ایران اندمیک است.

این گزارش دومورد همراهی DVT Unprovoked و بروسلوز را ارائه می کند. در اسفند ۹۶ یک خانم ۴۷ ساله خانه دار اهل وساکن زمان آباد ملایر از استان همدان با سابقه تب و درد اندامها و احساس خستگی وادم اندام تحتانی راست در بیمارستان بستری شد. بیمار سابقه مصرف لبنیات و شیر غیر پاستوریزه را ذکر میکرد. در سونوگرافی داپلر اندام تحتانی ترومبوز حاد گزارش شد. تستهای آزمایشگاهی بروسلوز حاد را تایید کرد. باتوجه به عدم وجود ریسک فاکتور DVT و منفی بودن تستها و بررسیهای ثانویه، بروسلوز به عنوان ریسک فاکتور مطرح شد.

مورد دوم بیمار آقای ۴۳ ساله اهل وساکن قهاوند از استان همدان در زمستان ۹۷ با درد و تورم اندام تحتانی راست مراجعه نمود که از ۵ روز قبل شروع شده بود. در سونوگرافی کالر داپلر ترومبوز وریدی اندام تحتانی راست گزارش شد. از روز دوم بستری دچار تورم و درد و نتدرنس مج دست راست و زانوی چپ شد. باتوجه به این که ریسک فاکتور و علل شناخته شده DVT در این بیمار وجود نداشت و زانجا که بیمار دامدار بود و سابقه سقط مکرر در دام ها را ذکر می کرد جهت بیمار بررسی از نظر بروسلوز انجام شد که مثبت گزارش شد.

گزارشات مشابه از همراهی ترومبوز با بروسلوز وجود دارد. در افراد مبتلا به بروسلوز باید به عارضه ترومبوز فکر کرد و همچنین در بیماران مبتلا به Deep Vein Thrombosis نباید بروسلوز فراموش شود و پیشنهاد میشود در مناطق اندمیک در موارد DVT Unprovoked بروسلوز بررسی شود.

واژه های کلیدی:

ترومبوز وریدی عمقی، بروسلوز

بررسی و مقایسه بخش های بیمارستانی از نظر انواع عفونت های ایجاد شده و اتیولوژی عفونت های بیمارستانی در آنها در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷

مجید غفوری^۱، عماد یگانه خراسانی^{۲*}، مریم حسینی پاقلعه^۳، زهرا تشکری سبزواری^۴، محمد غفوری^۵، نگار دادپور^۶

۱-استادیار، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.

۳-پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴-پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵-دانشجو دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.

۶-پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف:

عفونت بیمارستانی به عفونتی اطلاق میشود که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود، فرد در زمان پذیرش نباید علائم آشکار عفونت را داشته و نباید در دوره کمون نیز باشد. باکتری های ایجادکننده عفونت در بخش های مختلف بیمارستانها غالباً به شکل انواع مختلفی از عفونت شامل پنومونی، عفونت مجاری ادراری، عفونت جریان خون و عفونت محل زخم بروز میکنند و الگوی مقاومت دارویی گسترده ای از خود نشان می دهند و عامل افزایش مرگ و میر بیماران به ویژه در بخش های مختلف بیمارستان ها می باشند. لذا این مطالعه با هدف بررسی مقایسه فراوانی میکرو ارگانیسم های موجود و نوع عفونت های ناشی از آنها در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

در این مطالعه مقطعی توصیفی بیماران بستری شده در بخش های ICU، داخلی،

نورولوژی، فوق تخصصی، قلب و عفونی بیمارستان طی بازه ۲ ساله از فروردین ۱۳۹۶ تا فروردین ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفتند و از بیماران بستری شده تعداد ۳۳۴ مورد کشت مثبت ناشی از عفونت بیمارستانی جدا شد. برخی از بیماران چند نمونه مثبت همزمان داشتند و برخی در روند بستری و درمان کشت های مثبت متعددی داشتند. نمونه ها از ترشحات تنفسی، ادرار، خون و زخم بیماران بستری شده با همکاری پرستاران بخش عفونی جمع آوری شده و بر اساس نوع عفونت، میکروارگانیزم های ایجاد کننده، سن، جنس، بیماری زمینه ای ارزیابی شدند. در نهایت داده تا توسط نرم افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج:

از ۳۳۴ کشت مثبت جدا شده بیشترین نمونه ها مربوط به پنومونی ناشی از ونتیلاتور بوده، و سایر موارد به ترتیب به UTI و پنومونی مبتلا بودند. وجود کاتتر وریدی، کاتتر ادراری، لوله تراشه و ساکشن باعث شد تا این موارد به عنوان شرایط زمینه ای و ریسک فاکتور های اصلی برای ایجاد کشت مثبت در جمعیت مورد مطالعه شناخته شوند. از کشت های مثبت جدا شده در سال ۹۷ در بخش ICU به ترتیب آسینتوباکتر و سیتروباکتر و در بخش های نورولوژی و داخلی اشرشیاکلی، و بخش عفونی انتروکوک و اشرشیا کلی سوش های غالب بودند و سایر بخش ها انتروکوک به تنهایی اتیولوژی های عفونت بودند. در بخش داخلی نیز مواردی از عفونت با استافیلوکوک طلایی نیز مشاهده شد. به غیر از بخش ICU که عفونت غالب آن از نوع پنومونی مرتبط با ونتیلاتور بود عفونت غالب در سایر بخش ها به صورت UTI گزارش گردید. در سال ۹۶ نیز عفونت غالب بخش های داخلی، نورولوژی و ICU پنومونی وابسته به ونتیلاتور بود و در سایر بخش ها UTI به عنوان عفونت غالب ذکر گردید. سوش غالب ICU آسینتوباکتر و سودومونا بوده و در سایر بخش ها نیز اشرشیا کلی و استافیلوکوک اطالایی سوش غالب بودند. در بخش عفونی اشرشیاکلی و استافیلوکوک اپیدرمیتیدیس بیشتر عفونت ها را ایجاد کرده بودند.

بحث و نتیجه گیری:

طبق نتایج حاصل از این مطالعه که به منظور بررسی نوع عفونت و میکروارگانیزم های ایجاد کننده در بخش های مختلف بیمارستانی انجام گرفت شیوع عفونت ها و سوش های غالب در هر بخش به طور مجزا مشخص گردید. توصیه میشود تا برای پیشگیری و مقابله با شیوع این عفونت ها میکروارگانیزم های اشرشیاکلی، انتروکوک و استافیلوکوک طلایی به عنوان فراوان ترین عوامل مورد توجه ویژه ای قرار گیرند. مقابله و پیشگیری از عفونت های پنومونی ناشی از ونتیلاتور در بخش های مراقبت ویژه بیمارستانی باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. و

به عفونت های مجاری ادراری در سایر بخش ها باید توجه ویژه داشت که اتیولوژی اصلی آنها کتتر های ادراری میباشند. در رابطه با آسینتوباکتر چون یکی از مهم ترین راه های انتقال این میکروارگانیسم راه انتقال آن از طریق دست پرسنل میباشد توصیه میشود تا رعایت بهداشت دست و نظارت دقیق بر شست و شوی دست در فرایند های درمانی یکی از اصول و اهداف کنترل عفونت در هر سازمان درمانگری باشد.

کلمات کلیدی:

عفونت بیمارستانی ، اتیولوژی ، پنومونی، عفونت مجاری ادراری

بررسی مصرف آنتی بیوتیک در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷

مجید غفوری ۱، نگار دادپور ۲، طیبه گریوانی ۳، زهرا تشکری سبزواری ۴، محمد غفوری ۵، عماد یگانه خراسانی ۶*

۱ استادیار، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۳ پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵ دانشجو دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.

۶ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف:

امروزه آنتی بیوتیک ها قوی ترین و موثر ترین راه مورد استفاده برای مقابله با میکروارگانیسم ها می باشد. این مواد از روش های گوناگون به مقابله با این موجودات زنده میپردازند و آنها را به طرق گوناگون تخریب و نابود میکنند. مقاومت آنتی بیوتیکی و انتخاب الگوی حساسیت ضد میکروبی مناسب، یکی از مهمترین مشکلات در سرتاسر دنیا میباشد. امروزه افزایش مقاومت باکتری ها به داروهای ضد میکروبی در سرتاسر دنیا استفاده از این دارو ها را با مشکلات فراوانی مواجه کرده است، پس استفاده نا به جا و بی رویه از آنتی بیوتیک ها موجب گسترش مقاومت میکروارگانیسم ها نسبت به آنان خواهد شد. در نتیجه این مطالعه با هدف بررسی استفاده از آنتی بیوتیک ها در مقابله با بیماری های عفونی در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۱۳۹۶ و ۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

در این مطالعه که به منظور بررسی مصرف آنتی بیوتیک در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد طی سال های ۹۶ و ۹۷ انجام گرفت. با توجه به نسخه های تجویز شده برای بیماران

مبتلا به عفونت های بیمارستانی ، پرونده های پزشکی و داده های فارماکولوژیک میزان تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها برای بیماران مورد بررسی قرار گرفت، داده ها جمع آوری شد و توسط نرم افزار SPSS۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج:

آنتی بیوتیک های وانکومايسين، مروپنم ۵۰۰ میلی گرم و ۱ گرم، ایمپنم، کلیندامایسین، سیپروفلوکساسین و آمپی باکتام مورد بررسی قرار گرفتند. در این میان کلیندامایسین با ۴۸۴۵۰ عدد، وانکومايسين ۷۸۶۰ عدد و سیپروفلوکساسین با مصرف ۵۳۲۲ عدد بیشترین مصرف های دارویی را داشتند و آمپی باکتام نیز با مصرف ۱۲۷۷ عدد کمترین میزان تجویز و مصرف را داشت.

بحث و نتیجه گیری:

طبق نتایج حاصل از این مطالعه که به منظور بررسی استفاده از آنتی بیوتیک ها در مقابله با بیماری های عفونی در بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد انجام گرفت کلیندامایسین بیشتر مصرف را نشان داد. لذا توصیه میشود تا مصرف این آنتی بیوتیک مورد بازبینی قرار گرفته و با دقت بیشتری انجام گردد. بررسی های مقاومت های آنتی بیوتیکی برای میکروارگانیزم های شایع مولد عفونت های باکتریایی برای این آنتی بیوتیک ها نیز توصیه میشود تا در آینده بتوان در موارد سرپایی یا بستری از این آنتی بیوتیک ها به درستی بهره برد.

کلمات کلیدی:

عفونت بیمارستانی ، مقاومت آنتی بیوتیکی ، میکروارگانیزم، شیوع مصرف

بررسی فراوانی عفونت‌ها شیوع و مقایسه آنها و سوش غالب ایجاد کننده هر یک در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد در سال ۱۳۹۷

مجید غفوری ۱، نگار دادپور ۲، مریم حسینی پاقلعه ۳، زهرا تشکری سبزوار ۴، محمد غفوری ۵، عماد یگانه خراسانی ۶*

۱) استادیار، متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲) دانشجو پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۳) پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام حسن (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴) پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵) دانشجو دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.

۶) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

مقدمه و هدف:

عفونت‌های بیمارستانی از مهم‌ترین مشکلات بخش سلامت به خصوص در کشور های در حال توسعه میباشد. این مشکل نقش به سزایی در از دست دادن منابع اقتصادی، افزایش زمان بستری و مرگ و میر داشته پس شناخت عواملی که به عفونت‌های بیمارستانی منجر میشوند سودمند خواهد بود. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی عفونت‌ها شیوع و مقایسه آنها و سوش غالب ایجاد کننده هر یک در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام حسن (ع) میباشد.

مواد و روش‌ها:

در این مطالعه توصیفی و مقطعی ۲۹۹ نفر از بین بیماران بستری شده طی سال ۹۷ در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام حسن بجنورد مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۹۲ بیمار به عفونت بیمارستان دچار شده بودند که با همکاری پرستاران بخش عفونی نمونه‌ها از ترشحات عفونی بیماران تهیه شده و کشت آنها از نظر سوش ایجاد کننده عفونت مورد بررسی

قرار گرفت. همچنین از نظر ابتلا به موارد پنومونی (PNEU)، عفونت مجاری ادراری (UTI)، عفونت جریان خون (BSI) و عفونت محل عمل جراحی (SSI) مورد بررسی و توسط نرم افزار SPSS۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج:

از ۹۲ نمونه ای که مورد بررسی قرار گرفته بودند سودومونا، آینتوباکتر، کلبسیلاپنومونیه و استافیلوکوک طلایی بیشترین سوش های عامل عفونت شناخته شدند. بیشترین نوع عفونت ناشی از تغییرات وابسته به ونتیلاتور بود و از موارد ذکر شده هیچ کدام مبتلا به BSI یا SSI یافت نشد.

بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر به بررسی فراوانی عفونت ها؛ شیوع و مقایسه آنها و سوش غالب ایجاد کننده هر یک در بخش مراقبت های ویژه پرداخت. دریافت شد که پنومونی ناشی از عفونت های بیمارستانی در مقایسه با عفونت های مجاری ادراری، جریان خون و عفونت محل عمل جراحی شایع تر میباشد و سودومونا، آسینتوباکتر و سیتروباکتر نیز مهم ترین سوش های ایجاد کننده این عفونت ها بودند. لذا توصیه میشود تا اقدامات لازم به منظور کاهش و پیشگیری از عفونت های تنفسی به خصوص موارد وابسته به ونتیلاتور صورت پذیرد و توجه لازم به عفونت های ناشی از سوش های ذکر شده نیز ضروری میباشد. بررسی مقاومت آنتی بیوتیکی این سوش ها نیز برای مقابله با آنها نیز از اقدامات کمک کننده خواهد بود.

کلمات کلیدی:

بخش مراقبت های ویژه، پنومونی، سوش غالب

بررسی و مقایسه فراوانی عفونت سودومونایی در بخش های مختلف بیمارستان و ارتباط آن با بیماری ایجاد شده در بیماران بستری شده در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام حسن (ع) بجنورد در سال ۱۳۹۷

مجید غفوری^۱، عماد یگانه خراسانی^{۲*}، مریم حسینی پاقلعه^۳، زهرا تشکری سبزواری^۴، محمد غفوری^۵

۱-استادیار، متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.

۳-پرستار کنترل عفونت، بیمارستان امام حسن (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴-پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵-دانشجو دکتری محیط زیست، دانشگاه آزاد، واحد همدان.

چکیده

مقدمه و هدف:

عفونت های بیمارستانی از مهم ترین مشکلات بخش سلامت به خصوص در کشور های در حال توسعه میباشد. این مشکل نقش به سزایی در از دست دادن منابع اقتصادی، افزایش زمان بستری و مرگ و میر داشته پس شناخت عواملی که به عفونت های بیمارستانی منجر میشوند سودمند خواهد بود. در این میان سودوموناس آئروژینوزا (*Pseudomonas aeruginosa*) به عنوان پاتوژنی فرصت طلب و سومین عامل شایع عفونت های بیمارستانی نقش مهمی در مرگ و میر بیماران دچار سوختگی های شدید و بیماری های نئوپلاستیک ایفا میکند. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی عفونت سودومونایی در بیماران و مقایسه عفونت حاصله در بخش های مختلف بیمارستان امام حسن بجنورد میباشد.

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی و مقطعی ۱۹۰ نفر از بین بیماران بستری شده طی سال ۹۷ در

بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام رضا بجنورد مورد بررسی قرار گرفتند. با همکاری پرستاران بخش عفونی نمونه ها از ترشحات تنفسی، ادرار، خون و زخم بیماران تهیه شده و کشت آنها از نظر وجود عفونت سودومونایی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین از نظر ابتلا به موارد پنومونی (PNEU)، عفونت مجاری ادراری (UTI)، عفونت جریان خون (BSI) و عفونت محل عمل جراحی (SSI) مورد بررسی و توسط نرم افزار SPSS۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج:

از ۱۹۰ نمونه ای که مورد بررسی قرار گرفته بودند نتایج کشت ۲۲ مورد از نظر عفونت با سودوموناس آئروژینوزا مثبت شد که ۱۶ مورد از آنها مبتلا به پنومونی بوده و ۶ مورد دیگر در گروه بیماران با UTI قرار گرفتند. از موارد ذکر شده هیچ کدام مبتلا به BSI یا SSI یافت نشد. بیماران مبتلا به عفونت با این میکروارگانیسم به ترتیب فراوانی در بخش های ICU، داخلی و نورولوژی قرار داشتند و تک موردی هم در اورژانس عفونت با آن مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر به بررسی فراوانی عفونت با سودوموناس آئروژینوزا در بین بیماران بخش مراقبت های ویژه و توزیع بیماری پنومونی و انواع عفونت های ناشی از این میکروارگانیسم در بین آنها پرداخت. بخش عمده ای از موارد مبتلا به عفونت با سودوموناس آئروژینوزا به پنومونی مبتلا شده بودند لذا توصیه میشود تا موارد پیشگیری و درمانی برای پنومونی در افراد با کشت مثبت با این میکروارگانیسم به طور جدی تری مد نظر قرار گیرد؛ در عفونت های بیمارستانی در بخش های مراقبت های ویژه، داخلی و نورولوژی بیشتر به این میکروارگانیسم توجه شود و همچنین توصیه میشود تا در مطالعات بعدی مقاومت های آنتی بیوتیکی سویه های مختلف این میکروارگانیسم نیز برای اثرات درمانی سریع تر مورد بررسی قرار گیرند.

کلمات کلیدی:

سودوموناس آئروژینوزا، بخش مراقبت های ویژه، پنومونی، عفونت مجاری ادراری، عفونت جریان خون، عفونت محل عمل جراحی

بررسی تاثیر ویتامین D بر سیر بیماری پنومونی در بیماران بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۵

دکتر حسن افضلی^۱، دکتر زهرا سلیمانی^{۲*}، دکتر حسین واصف پور^۳

۱- استاد بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

۲- دانشیار بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

۳- متخصص بیماریهای عفونی علوم پزشکی کاشان

مقدمه:

پنومونی از جمله مهمترین علل مرگ در اطفال و ناتوانی در بزرگسالان میباشد که در بیماران دارای نقص ایمنی بیشتر مشاهده میشود و از طرفی اخیرا نقش ویتامین D در چندین مسیر ایمنی بیان شده است. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر درمان ویتامین D در پنومونی میباشد.

مواد و روش:

این مطالعه بر روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به پنومونی انجام گرفت که به صورت تصادفی به دو گروه ۶۰ نفره دریافت کننده ویتامین D و کنترل تقسیم شدند. بیماران گروه اول ویتامین D با دوز ۲۰۰۰ IU روز اول و ۱۰۰۰ IU به مدت ۷ روز دریافت کرده و گروه کنترل قرصهای پلاسبو با شکل و سایز یکسان دریافت کردند. تغییرات علائم بالینی و همودینامیکی ۴۸، ۹۶ ساعت و هنگام ترخیص مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون آماری t، کای اسکوئر به منظور بررسی و مقایسه دو گروه استفاده شد.

یافته ها:

میانگین فشار خون سیستولیک در گروه مداخله در هنگام بستری برابر با ۱۲۸/۶۶ میلی متر جیوه و در هنگام ترخیص برابر با ۱۲۱/۶۶ میلی متر جیوه بود (P-value = ۰/۰۳). اما در گروه کنترل در هنگام بستری برابر با ۱۲۳/۰۸ میلی متر جیوه و در هنگام ترخیص برابر با ۱۱۸/۷۵ میلی متر جیوه بود (P-value = ۰/۰۷). فشار خون دیاستولیک نیز مانند فشار خون سیستولیک در گروه مداخله تغییرات معنادار داشته (P-value = ۰/۰۷) اما در گروه کنترل تغییر نداشت (P-value = ۰/۰۷۹). از لحاظ بهبود علائم بالینی، انتقال به ICU، انتقال به

سرویس جراحی و شروع تغذیه دهانی میان دو گروه تفاوت معناداری یافت نشد. (P -value < 0.05)

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تجویز ویتامین D در بیماران مبتلا به پنومونی سبب بهبود سریعتر علائم بیماری، عدم انتقال بیماران به ICU و پیشرفت به سمت عوارض پنومونی نمیشود. اما از طرفی نتایج مطالعه ما نشان داد که بیماران مصرف کننده ویتامین D با شرایط بهتری از لحاظ علائم همودینامیکی و علایم حیاتی مرخص میشوند.

کلمات کلیدی:

پنومونی، ویتامین D، علائم بالینی

بررسی فرایند و اثربخشی ضد عفونی کننده های رایج و نحوه کنترل عفونت های بیمارستانی در بخش های ویژه و داخلی

دکتر رسول یوسفی مشعوف - محمد رضا حیدری
دانشگاه علوم پزشکی همدان - دانشکده پزشکی - گروه میکروبیولوژی

مقدمه و هدف :

مواد ضد عفونی کننده یا گندزداها همه روزه برای استریل کردن و یا ضد عفونی کردن دستگاهها و وسایل پزشکی مانند دستگاه های اندوسکوپی، برونکوسکوپی و لوازم جراحی و پانسمان و همچنین، بخشهای مختلف داخلی، سوختگی، انکولوژی، پانسمان و تزریقات و ICU و CCU و کف راهروها و سطوح فیزیکی بیمارستانها بکار گرفته میشوند. اما از طرفی بسیاری از این مواد بعلت ساختار فیزیکی و شیمیایی، استفاده نامناسب از آنها و عدم تهیه غلظتهای مؤثر استاندارد شده و همچنین فیزیک نامناسب بیمارستانها همگی موجبات عدم کارایی مواد ضد عفونی کننده بر میکروارگانیسمهای بیمارستانی را در چند سال اخیر فراهم کرده است. در این مقاله سعی شده است فرایند ضد عفونی کننده های رایج و کنترل عفونت های بیمارستانی در بیماران سرطانی و بخش های ویژه مورد بررسی قرار گیرد.

روش کار :

در این مقاله سعی شده است اثر بخشی ضد عفونی کننده های رایج مانند گلو تارالدئید ۲٪، دی دسیل متیل امونیوم کلراید، ایزوپروپانول، بنزالکوامونیوم کلراید، گلرگزیدین دی گلوکونات ۱٪ و ۲٪، هیدروژن پراکسید ۳٪، پرسیدین بر باکتریهای رایج بیمارستانی و همچنین نحوه کنترل عفونت های بیمارستانی در اتاقهای عمل و زایمان، بخشهای مختلف داخلی، سوختگی، انکولوژی، پانسمان و تزریقات و بخش های ویژه دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج :

نتایج این تحقیق نشان داد ضد عفونی کننده هایی با ترکیب گلو تارالدئید، دی دسیل متیل امونیوم کلراید، گلرگزیدین دی گلوکونات ۱٪ و ۲٪، هیدروژن پراکسید اثربخشی

بهتری بر باکتریهای عامل عفونتهای بیمارستانی و بخش های ویژه مانند استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس، استافیلوکوکوس اورئوس، آسینتوباکتر بومانی، کلبسیلا پنومونیه - انتروکوکوس فیکالیس و اشریشا کلی داشته است.

نتیجه گیری:

از عوامل مهم گسترش عفونتهای بیمارستانی میتواند عدم استفاده صحیح از ضد عفونی کننده ها مورد مصرف در بیمارستانها باشد. بطوریکه این آلودگی ها کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران را آلوده نموده و از این طریق باعث افزایش طول مدت بستری بیماران و عفونت های متعدد ادراری ، پنومونی و زخم ها میشود. بنابراین استفاده از محلولهای ضد عفونی کننده موثر و بی خطر و با حداقل آسیب به وسایل و پرسنل یکی از اصول اساسی ضد عفونی کردن می باشد

گل واژه ها:

ضد عفونی، آلودگی میکروبی، عفونت بیمارستانی، بخش های ویژه و داخلی

بررسی ژن‌های انتروتوکسین A, B, C, D و E در ایزوله‌های استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم و حساس به متی‌سیلین جدا شده از محصولات لبنی و گوشت ماکیان

دکتر رسول یوسفی مشعوف، دکتر سید مصطفی حسینی
دانشگاه علوم پزشکی همدان - دانشکده پزشکی - گروه میکروبیولوژی و مرکز تحقیقات پزشکی مولکولی

مقدمه و هدف:

انتروتوکسین‌های تولید شده توسط استافیلوکوکوس اورئوس در ایجاد مسمومیت غذایی یکی از فاکتورهای ویروالانس بسیار مهم بوده و گردش سویه‌های تولید کننده انتروتوکسین و سویه‌های مقاوم به متی‌سیلین در زنجیره غذایی در جامعه موضوع قابل اهمیتی است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع سویه‌های استافیلوکوکوس اورئوس در انواع مواد غذایی، بررسی الگوی حساسیت آنتی‌بیوتیکی آنها و شناسایی ژن‌های انتروتوکسین و همچنین ژن *mecA* با استفاده از روش PCR میباشد.

روش پژوهش:

در مجموع ۱۰۵۰ نمونه مواد غذایی مختلف جمع‌آوری و از نظر وجود استافیلوکوکوس اورئوس مورد بررسی قرار گرفتند. الگوی حساسیت آنتی‌بیوتیکی همه باکتری‌های جدا شده با استفاده از روش دیسک دیفیوژن تعیین و پس از استخراج ژنومی سویه‌های جدا شده، ژن‌های انتروتوکسین و ژن *mecA* شناسایی شد.

نتایج: به طور کلی، ۹۸ سویه (۹۳،۳٪) استافیلوکوکوس اورئوس ایزوله گردید. سویه‌ها به ترتیب بیشترین مقاومت آنتی‌بیوتیکی را به اریترومايسين ۳۰ مورد (۳۰،۶٪)، جنتامایسین ۲۷ (۲۷،۶٪)، کلیندامایسین ۲۶ (۲۶،۵٪) و سفوکسیتین ۵ (۵،۱٪) داشتند. همه نمونه‌های مقاوم به سفوکسیتین دارای ژن *mecA* بودند. ۶۴ مورد (۶۵،۳٪) از ۹۸ نمونه استافیلوکوکوس اورئوس جدا شده از مواد غذایی دارای ژن انتروتوکسین بودند. بیشترین فراوانی مربوط به ژن انتروتوکسین A با فراوانی ۳۵ (۳۵،۹۸٪) و سپس انتروتوکسین B ۱۳ (۱۳،۲۶٪) بود.

نتیجه گیری:

شیوع بالای ژن های انتروتوکسین مشاهده شده در این مطالعه، خطر بالای مسمویت با غذاهای آلوده با این باکتری را نشان می‌دهد. افزایش سویه های مقاوم به متی سیلین و دیگر آنتی بیوتیک ها در مواد غذایی می تواند مشکل و نگرانی جدی برای سلامت جامعه باشد.

واژگان کلیدی:

استافیلوکوکوس اورئوس، ژن های انتروتوکسین، مقاومت به متی سیلین، مواد غذایی

استفاده از روش ذوب DNA مبتنی بر Real-time PCR جهت تشخیص انتروکوک فکاليس و انتروکوک فاسيوم در ايزوله های باليني

دکتر رسول یوسفی مشعوف ۱ - دکتر محمد رضا غربستانی ۱ - بهروز زینی ۱
۱- دانشگاه علوم پزشکی همدان - دانشکده پزشکی - گروه میکروبیولوژی

سابقه و هدف:

کندی و خطای انسانی در روش های معمول جهت تشخیص دو گونه انتروکوک فکاليس و انتروکوک فاسيوم که جزء مهمترین گونه های بیمارزا در انسان می باشند، وجود روش های دقیقتر را ضروری کرده است. هدف از این مطالعه طراحی روشی دقیق و سریع با استفاده از تکنیک ذوب DNA با روش Real Time PCR جهت شناسایی و تفکیک این دو گونه از یکدیگر در ایزوله های بالینی می باشد.

مواد و روش ها:

در این مطالعه تجربی از ایزوله های موجود در بانک باکتریایی گروه میکروب شناسی دانشگاه علوم پزشکی همدان استفاده شد. طراحی پرایمرها با استفاده از نرم افزارهای اختصاصی و انتخاب ژن های divIVA برای تشخیص انتروکوک فکاليس و Alanine racemase برای تشخیص انتروکوک فاسيوم انجام شد. تشخیص ایزوله ها، با بکارگیری روش Real Time PCR و معیار قراردادن دمای ذوب DNA، مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها:

حساسیت پرایمرهای طراحی شده برای ژنهای divIVA (اختصاصی انتروکوک فکاليس) و Alanine racemase (اختصاصی انتروکوک فاسيوم) ۱۵ CFU/ml باکتری بودند. اختصاصیت پرایمرهای طراحی شده با استفاده از آنالیز منحنی ذوب دمایی جهت شناسایی انتروکوک فکاليس ۷۶,۶ درجه سانتی گراد و جهت شناسایی انتروکوک فاسيوم ۸۰,۹۳ درجه سانتی گراد بود که در مقایسه با ارگانيسم های دیگر اختلاف قابل توجهی را نشان داد.

نتیجه گیری:

بر اساس این مطالعه، پرایمرهای طراحی شده دارای حساسیت و اختصاصیت مناسبی جهت تشخیص و افتراق گونه های انتروکوک فاسيوم و انتروکوک فکاليس بودند.

کلمات کلیدی:

انتروکوک فکاليس، انتروکوک فاسيوم، Real-Time PCR.

بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به بروسلوز مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار- عرب نیا در سال ۹۶

جواد خدادادی ۱، فاطمه اکرمی پور ۲، کیانا وفائی ۳

۱-استادیار عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قم، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا
۲-کاردان مامایی، مسئول واحد بیماری‌های واگیردار، مرکز بهداشت استان قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۳-کارشناس پرستاری، کارشناس کنترل عفونت، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه:

بروسلوز در ایران به عنوان یک معضل بهداشتی محسوب می‌شود. این بیماری در مناطق شهری و روستایی استان قم یک بیماری آندمیک به شمار می‌رود.

هدف:

این مطالعه وضعیت اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به بروسلوز بستری در بیمارستان کامکار در سال ۹۶ را نشان می‌دهد.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی در مبتلایان به بروسلوز در بیمارستان کامکار در ایران (سال ۹۶) با استفاده از فرم‌های استاندارد مرکز بهداشت استان قم انجام شد.

نتایج:

بیشترین فراوانی در جنس مذکر (۵۷٪) بیشترین مبتلایان (۵۶٪) ساکن روستا، (۴۲٪) دامدار و کشاورز بودند. (۵۳٪) افراد استفاده از لبنیات، ۳۵٪ تماس با دام و ۵۸/۵٪ هر دو را داشتند. میانگین روزهای بستری ۹ روز، و میانگین تاریخ بروز علائم تا تشخیص بالینی ۲۹ روز بود. میانگین سنی ۵۱ سال بود. بیشترین میزان بروز در بهار و کمترین در پاییز بود. تست رایت اکثر بیماران ۱/۶۰ بود. نشانه‌های بالینی به ترتیب تب (۸۵٪)، درد استخوانی (

۸۲٪)، بی‌اشتهایی (۳۸٪)، کمردرد (۳۲٪)، کاهش وزن (۲۸٪) و اَرکیت (۱۲٪) بود.

بحث و نتیجه گیری :

با توجه به آندمیک بودن بیماری بروسلوز در استان قم و طولانی بودن فاصله زمانی بین تاریخ شروع علائم و تشخیص بیماری، پزشکان در آزمایشات فرد با علائم بالینی تب و درد استخوانی عضلانی حتماً آزمایش رایت را نیز انجام دهند. همچنین با توجه به اینکه در استان این بیماری اکثراً از راه لبنیات محلی غیرپاستوریزه ایجاد شده است لذا نیاز به آموزش و آگاهسازی مردم در خصوص راههای پیشگیری از بیماری بروسلوز بصورت جدی وجود دارد.

کلمات کلیدی :

عفونت بیمارستانی - اپیدمیولوژی - قم - بیمارستان کامکار

بررسی اپیدمیولوژیک عفونت بیمارستانی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار- عرب نیا در ده ماهه اول ۹۷

جواد خدادادی ۱ ، کبری غلامحسین زاده ۲ ، کیانا وفائی* ۳

- ۱- استادیار عفونی ، دانشگاه علوم پزشکی قم ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا
- ۲- کارشناس کنترل عفونت ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم پزشکی قم ،
- ۳- کارشناس پرستاری، کارشناس کنترل عفونت، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه :

عفونتهای بیمارستانی از مهمترین مشکلات بیمارستانها میباشند و آگاهی از اپیدمیولوژی آنها میتواند در پیشگیری و کنترل آنها کمک کننده باشد .

هدف :

بررسی اپیدمیولوژیک یکساله عفونت بیمارستانی در ده ماهه اول سال ۹۷ می باشد.

روش کار :

بررسی داده برپایه نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی و بر اساس تعاریف NNIS ، توسط تیم کنترل عفونت از تمامی بخش های بستری مرکز کامکار جمع آوری گردیده است .

نتایج:

از تعداد ۱۰۴۲۴ بیمار بستری ، ۱۲۷ بیمار مبتلا به عفونت بیمارستانی شدند (۱/۲۱٪). بیشترین فراوانی ۶۹مورد (۵۴٪) مربوط به عفونت ادراری و پس از آن ۲۷مورد (۱/۲۱٪) مربوط به عفونت مرتبط با ونتیلاتور (VEP) پنومونی ، ۱۲ مورد (۹/۴٪) و ۱۲ مورد عفونت خونی (۹/۴٪) و ۷مورد عفونت زخم جراحی (۵/۵۱٪) می باشد. جرم رایج در عفونت های ادراری (ECOLI) و در پنومونی کلبسیلا می باشد. در بین عوامل خطر کاتتر وریدی و پس از آن کاتتر ادراری بیشترین فراوانی را در بین مبتلایان داشته اند .

بحث و نتیجه گیری :

کاتتر وریدی و اداری بیشترین فراوانی را در بین مبتلایان به عفونت بیمارستانی داشته است که در این میان پرسنل نقش مهمی دارند ، لذا آموزش و آگاهی پرسنل از خطر انتقال عوامل بیماری زا و دستورالعمل رعایت بهداشت و نظارت بر اجرای دستورالعملهای بهداشت دست و بررسی نتایج آنها می تواند در کاهش عفونت های بیمارستانی نقش بسزایی داشته باشد .

کلمات کلیدی :

عفونت بیمارستانی - اپیدمیولوژی - قم - بیمارستان کامکار

بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان مراقبت بهداشتی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار- عرب نیا در شش ماهه اول ۹۷

جواد خدادادی ۱ ، کبری غلامحسین زاده ۲ ، کیانا وفائی ۳

۱- استادیار عفونی ، دانشگاه علوم پزشکی قم ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا

۲- کارشناس کنترل عفونت ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم پزشکی قم ،

۳- کارشناس پرستاری، کارشناس کنترل عفونت، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه :

آسیب های ناشی از مواجهه یکی از خطرات شغلی مهم برای کارکنان بهداشتی و درمانی محسوب می شود که آنان را در معرض خطر تماس با میکروارگانیسم های منتقله از راه خون قرار میدهد . هدف از این مطالعه بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان بهداشتی درمانی بیمارستان کامکار در شش ماهه اول سال ۹۷ بوده است .

هدف :

بررسی موارد مواجهه شغلی در شش ماهه اول سال ۹۷ می باشد.

روش کار :

بررسی بر روی تمام کارکنان بهداشتی و درمانی صورت پذیرفت . ابزار جمع آوری اطلاعات فرم مواجهه شغلی مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و مراحل هفت گانه PEP می باشد .

نتایج:

نتایج این مطالعه ۲۷ مورد مواجهه شغلی در بیمارستان را نشان داد . بیشترین میزان بروز مربوط به دانشجویان ۱۵٪ بوده . شایعترین علت مواجهه آسیب پوستی در اثر فرورفتن سرسوزن بود . (۹۲/۵٪) فراوانی مواجهه ها در شیفت صبح بیشتر از سایر شیفت ها می باشد . (۷۲٪) در ۷۴٪ موارد منبع شناسایی و آزمایشات تخصصی انجام شد و در ۲۶٪ منبع ناشناخته بود .

بحث و نتیجه گیری :

باید آموزش بیشتری بخصوص برای دانشجویان قبل از شروع کار در خصوص احتیاطات استاندارد و پیشگیری از آسیب‌ها و خطرات ناشی از آن و اقدامات بعد از آن برای طرح ریزی و اجرا شود. در ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی و تقویت سطح مهارت‌های بالینی کارکنان بیمارستانی و آگاهی از تزریقات ایمن و استفاده از سفتی باکس می‌تواند در پیشگیری از مواجهه‌های شغلی در بیمارستان نقش بسزایی داشته باشد.

کلمات کلیدی :

مواجهه شغلی - بیمارستان کامکار - میکروارگاناسم - قم

بررسی اپیدمیولوژیک عفونتهای سیستم اعصاب مرکزی در موارد بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۹۵-۹۰

دکتر منصوره مومن هروی^۱، دکتر حسن افضلی^۱، دکتر سید علیرضا مروجی^۲، دکتر لیلا مبینی^۳

^۱استاد، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان؛ ایران

^۲دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان؛ ایران

^۳پزشک عمومی، دانش آموخته دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان؛ ایران

مقدمه:

سیستم اعصاب مرکزی میتواند بوسیله عوامل عفونی متعدد دچار عفونت شود. تظاهرات بالینی عفونتهای CNS ممکن است براساس پاتوژن عفونت زا و نیز نوع عفونت فرق کند. این عفونتها عموماً باعث موربیدیتی و مورتالیتی در سراسر جهان میگردند. هدف از مطالعه حاضر بررسی علائم بالینی و پیامد نهایی عفونتهای سیستم اعصاب مرکزی در موارد بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۹۵-۹۰ بود.

مواد و روش ها:

این مطالعه‌ی مقطعی از نوع اطلاعات موجود بر روی ۱۲۸ بیمار بالغ که با تشخیص نهایی عفونت سیستم اعصاب مرکزی در سال ۹۰ تا ۹۵ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری گردیدند انجام شد. با مرور پرونده پزشکی بیماران پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات دموگرافیک، علائم و یافته‌های بالینی و پاراکلینیک و عوامل زمینه ساز تکمیل گردید. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شده و نتایج بصورت آمار توصیفی ارائه شدند.

نتایج:

از کل افراد مورد مطالعه ۸۰ مرد (۶۲٫۵٪) و ۴۸ زن (۳۷٫۵٪) بودند. بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال به میزان ۵۰٪ بود. میانگین سنی افراد مورد مطالعه 41.8 ± 2.1

سال با حداقل ۱۶ سال و حداکثر ۹۳ سال بود. سردرد، تهوع و استفراغ شایع‌ترین علائم و تب و سفتی گردن شایع‌ترین یافته‌های فیزیکی بودند. شایع‌ترین عامل زمینه‌ساز تروما به سر بود. از ۱۲۸ بیمار ۴۹ نفر (۳۸٫۳٪) مننژیت و ۵۵ نفر (۴۳٪) انسفالیت و ۱۶ نفر (۱۲٫۵٪) مبتلا به مننژوانسفالیت و ۸ نفر (۶٫۲٪) مبتلا به آبسه مغز بودند شش نفر (۴٫۷٪) فوت شدند.

نتیجه‌گیری:

در این مطالعه شیوع عفونت سیستم اعصاب مرکزی در مردان و در گروه سنی ۴۰ تا ۲۰ سال بالاتر بود شایع‌ترین علائم بالینی تب، سردرد، کاهش سطح هوشیاری و تهوع استفراغ بود.

کلمات کلیدی:

اپیدمیولوژی عفونت سیستم اعصاب مرکزی، بستری

Epidemiologic survey on central nervous system infections in hospitalized patients in Kashan Shahid Beheshti Hospital during 2011-2016

Momen-Heravi M1, Afzali H1, Moravegi AL2, Mobini L3

1Professor, Dept of Infectious disease, faculty of medicine, Infectious Diseases Research Center, Kashan university of medical sciences, Kashan, Iran

2Associate prof, Dept of Community medicine, faculty of medicine, Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan university of medical sciences, Kashan, Iran

3General practitioner, faculty of medicine, Graduated of Kashan university of medical sciences, Kashan, Iran

Introduction:

The central nervous system can be infected by several infectious agents. Clinical manifestations of CNS infections may vary depending on the pathogen and the type of infection. These infections usually cause morbidity and mortality around the world. The aim of this study was to evaluate the clinical signs and the final outcome of central nervous system infections in the cases of hospitalization in Shahid Beheshti

Hospital of Kashan during 2011-2016.

Method and material:

This cross-sectional existing data study was performed on 128 adult patients diagnosed with central nervous system infections during the years 2011 to 2016 in Kashan Shahid Beheshti Hospital. A questionnaire containing demographic information, clinical signs and symptoms, and underlying factors was completed. Data was entered into SPSS16 software and the results were presented as descriptive statistics

Results:

Of the 128 subjects, 80 men (62.5%) and 48 women (37.5%) were. The highest number of patients were in the age group of 20 to 40 years old (50%) and the mean age was 41.8 ± 2.1 years (min 16, max 93). Headache and nausea and vomiting were the most common symptoms. Fever and redness were the most common physical findings. Trauma was the most common predisposing factor. There were 49 (38.3%) meningitis and 55 (43%) encephalitis and 16 (12.5%) meningoencephalitis and 8 (6.2%) brain abscess. Six patients (4.7%) died

Conclusion:

In this study, the prevalence of CNS infection was higher in males and in 20-40 year age group. The fever, headache, loss of consciousness and nausea & vomiting were the most common symptoms.

Keywords:

Epidemiologic, central nervous system infections, hospitalized

بررسی شیوع عفونت نهفته سلّی در پرسنل درمانی بیمارستان شهید بهشتی کاشان

دکتر رضا رزاقی^۱، دکتر منصوره مومن هروی^۲، دکتر حمیدرضا گیلانی^۳، دکتر مهرداد هدایتی^۴
۱ دانشیار، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲ استاد، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳ استادیار، Ph.D، پیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴ پزشک عمومی، واحد مبارزه با سل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

مقدمه :

با وجود برنامه های گسترده کنترل جهانی بیماری سل، شیوع این بیماری در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه همچنان بالاست. همچنین تعیین شیوع عفونت سل نهفته در کارکنان بیمارستان ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین میزان عفونت نهفته سلّی براساس تست PPD مثبت در پرستاران بیمارستان بهشتی کاشان انجام گرفت.

مواد و روش ها:

طی یک مطالعه تحلیلی -توصیفی که در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بر روی پرسنل درمانی انجام شد، پس از توجیه و کسب رضایت، تست پوستی توبرکولین توسط یک پرستار مجرب انجام گردید و نتیجه تست بعد از ۷۲ ساعت قرائت شد پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیمار تکمیل گردید. جهت بررسی اثر بویستر در افراد با نتایج TST منفی، تست یک هفته بعد تکرار گردید. معیار تشخیص سل نهفته تست توبرکولین با اندوراسیون بیشتر مساوی ۱۰ میلی متر بود. اطلاعات وارد نرم افزار SPSS (۱۶) گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

در بین ۲۲۷ پرسنل مورد مطالعه ۱۹ نفر (۸٫۴٪) نتیجه تست پوستی توبرکولین مثبت

و ۲۰۸ نفر (۹۱,۶٪) نتیجه تست منفی شد. اندازه تست پوستی توپرکولین انجام شده در ۲۰۸ پرسنل (۹۱,۶٪) زیر ۵ میلی متر، ۷ پرستار (۳,۱٪) ۱۰ تا ۱۵ میلی متر و ۱۲ پرستار بالای ۱۵ میلی متر (۵,۳٪) بود. از بین ۱۰۳ مرد ۹ نفر (۸,۷٪) و از بین ۱۲۴ زن ۱۰ مورد (۸,۴٪) تست مثبت داشتند. شانس تست PPD مثبت در مردان ۱,۰۹ برابر زنان بود. در این مطالعه بین جنس، سن، سابقه تماس با بیمار سل، سابقه کار و بخش فعالیتی و سل نهفته رابطه معناداری یافت نشد.

نتیجه گیری:

شیوع عفونت نهفته سلی در بین پرسنل درمانی بیمارستان بهشتی کاشان (۸,۴٪) است که با توجه به تعداد نسبتاً بالای بیماران اسمیر مثبت بستری در این بیمارستان، جهت پیشگیری از ابتلا به این عفونت در پرسنل بیمارستان و پیشگیری از تبدیل شدن عفونت به بیماری فعال در افراد آلوده نیاز جدی به اقدامات و برنامه های آموزشی فراگیرتر میباشد.

واژه های کلیدی:

سل نهفته، تست پوستی توپرکولین، پرسنل درمانی

بررسی فراوانی عفونت های بیمارستانی و عوامل میکروبی در بخش های بستری در گیلان

- ۱- دکترتوفیق یعقوبی کلورزی، ۲- دکتر حیدر علی بالو، ۳- دکتر حمید فراشبندی
- ۱ - استادیار گروه بیماری های عفونی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، بیمارستان رازی، بخش عفونی ، ،
- ۲- استادیار گروه بیماری های داخلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، بیمارستان رازی، بخش داخلی،
- ۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، بیمارستان رازی، بخش عفونی،

سابقه و هدف:

عفونت های بیمارستانی یکی از مشکلات مهم بیمارستان ها بوده و می تواند باعث مورتالیتی و موربیدیتی و تحمل هزینه های زیاد بر بیماراران و جامعه شود. لذا بررسی شیوع عفونت های بیمارستانی و علل میکروبی آن در بخش های بستری، اهمیت ویژه ای دارد .

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی از سال ۹۲ تا ۹۴ با مراجعه به پرونده بیمارانی که به علت عفونت بیمارستانی بستری شده و کشت مثبت داشتند (کتاب راهنمایی بالینی عفونت های بیمارستانی در ایران) اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شده و براساس نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ آنالیز شد.

یافته ها:

از ۷۳۸ مورد عفونت بیمارستانی ۴۱۲ نفر مرد و ۳۱۶ نفر زن بودند. میانگین سنی آنها ۵۳ سال بود. شیوع عفونت بیمارستانی به ترتیب: عفونت ادراری ۳۵/۲٪، عفونت تنفسی ۳۰/۵٪، عفونت جراحی ۲۱/۳٪، و عفونت خونی ۱۳٪ بود. عفونت ادراری، بیشتر از همه در بخش های نورولوژی ۵۰/۷٪ و ICU ۲۵٪ بوده که شایعترین اتیولوژی آن E-COLI و انتروباکتر بودند. عفونت تنفسی بیشتر از همه در بخش های ICU ۵۶/۸٪ و نورولوژی بوده و شایعترین اتیولوژی آنها آسیتوباکتر بودند. عفونت جراحی بیشتر از همه در بخش های ICU ۴۱/۸٪ و جراحی ۴۷/۷٪ بوده و شایعترین اتیولوژی آن انتروباکتر و استاف ارئوس بود. عفونت خونی

نیز بیشتر از همه در بخش ICU ۶۷/۷٪ بوده است. از میان میکروارگانسیم های جدا شده نیز به ترتیب شیوع آسینتوباکتر ۲۴/۷٪، ECOLI ۲۲/۹٪، انتروباکتر ۱۹/۹٪، استاف ارئوس ۱۳/۱٪، سودوموناس ۱۰/۲٪ و کلبسیلا ۹/۲٪ بود. میکروارگانسیم های مقاوم آسینتوباکتر در بخش ICU ۶۵/۳٪ و سودوموناس در ICU ۵۷٪ و کلبسیلا در ICU ۴۴/۱٪ گزارش شد.

بحث و نتیجه گیری:

شیوع بالای عفونت ادراری و تنفسی و خونی در بخش های ICU و نورولوژی می تواند با مدت اقامت، سن بیماران، اقدامات تهاجمی، مثل لوله تراشه، کاتتر ادراری مرتبط باشد. عفونت جراحی در بخش های جراحی با انجام عمل جراحی و روش های آن مرتبط است. لذا با آموزش مناسب پرسنل و پزشکان، استفاده کمتر از اقدامات تهاجمی، استفاده مناسب از روش های آسپتیک، و نظارت مستمر و پس خوراند به موقع به پزشکان و کارکنان می توان به کاهش عفونت های بیمارستانی کمک نمود.

واژه های کلیدی:

عفونت های بیمارستانی ، عوامل میکروبی ، بخش های بستری

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



♦ مقالات روماتولوژی

Pulmonary Hypertension in Rheumatoid Arthritis and Left Ventricular Diastolic Dysfunction, study of forty cases

Saadati, Nayyereh*1, Naghibzadeh, Bahram2

1-Associate Professor of Rheumatology Department of Internal Medicine, Ghaem Hospital, Medical Sciences University of Mashhad, Iran

2-Rheumatic Disease Research Center (RDRC), Ghaem Medical Center, Mashhad, Iran.

Abstract

Background:

It is believed that Pulmonary hypertension (PHT) could cause to increase the risk of cardiovascular (CV) morbidity in the patients with rheumatoid arthritis (RA). The aim of this study was to evaluate the prevalence and associated factors of PHT amongst RA patients referred to a university hospital.

Objectives:

The estimation of the frequency of PHT and its association with Interstitial lung disease (ILD), Left Ventricular Diastolic Dysfunction (LVDD), Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD) and Valvar Heart Diseases (VHD) in adult (age > 18) patients with rheumatoid arthritis.

Materials and methods :

This is a cross-sectional study which is conducted on 40 adult RA patients with at least one transthoracic echocardiography (TTE) scan who were referred to either Cardiology or Rheumatology departments

of Ghaem Medical Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. All referred patients underwent TTE for measuring PHT, and Tissue Doppler Imaging (TDI) to measure LVDD, LVSD and VHD. The student t-test and chi-square test were then applied to the results for the purpose of comparisons to evaluate their significance levels.

Results:

The prevalence of PHT was measured to be 60%. The tests showed no significant differences in PHT between different age and gender groups. The most common valve involvement among RA patients was tricuspid insufficiency (72.5%) followed by mitral insufficiency (52.5%). Grades I and II LVDD were present in 27.5% and 2.5% of RA patients, respectively. There were significant correlations between systolic velocity (Sm) and ejection fraction ($p=0.011$), early diastolic velocity and diastolic velocity ($p=0.001$) and Sm and systolic wave velocity ($p=0.043$).

Conclusions:

This study on 40 patients revealed a high prevalence of severe LVDD in RA patients with PHT. Early diagnosis and management of CV risk factors may prevent the development and progression of PHT in RA patients.

Keywords:

Pulmonary hypertension; Rheumatoid arthritis; left ventricular diastolic dysfunction;

Title: Severe Hypercalcemia as the Presenting Signe of Sarcoidosis: A Case Report

Nasim Khajavirad¹, Sahar karimpour¹, Mahsa Abbaszadeh¹ .

1: Department of Internal Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

SUMMARY:

Sarcoidosis is a chronic, multi-systemic granulomatous disease with unknown etiology. Although hypercalcemia is a known metabolic complication of sarcoidosis, it is rarely a presenting manifestation and clinically significant hypercalcemia is less common in this disease.

Here in we present a 53 year-old-woman admitted in the general internal medicine ward of Imam Khomeini hospital complex with complain of nausea, weight loss and abdominal pain from 1 month ago. At the time of hospital admission she was ill and dehydrate but there was not any key findings in physical exam. In laboratory test there was severe hypercalcemia (17 mg/dL), mild elevation Creatinine (1.6 mg/dL). In complementary evaluation with suspicion to hyperparathyroidism and malignancy there was normal alkaline phosphatase, serum phosphate and suppressed PTH. Because of abnormality in chest X ray, chest CT scan was performed that showed mediastinal and bilateral hilar adenopathy and alveolar infiltrations in both lungs. The patient underwent transbronchial biopsy of lymph nodes that showed noncaseating epithelioid granulomatous tissue. Serum Angiotensin Converting Enzyme measured and the level of this enzyme was very high. These findings confirmed the diagnosis of sarcoidosis.

Hypercalcemia is a very important finding in clinical practice. The most common cause of hypercalcemia in the outpatient clinic is primary hyperparathyroidism, whereas malignancy is the most common cause of hypercalcemia in hospitalized patients. Other causes of hypercalcemia, including sarcoidosis, are relatively uncommon. Initial evaluation of Granulomatous disorders should be considered in the work up of hypercalcemia with suppressed PTH.

Relationship between systemic inflammation with muscle strength and pain in knee osteoarthritis

Mansour Babaei (MD) 1,2,3*, Yahya Javadian(PhD)1,2, Alireza Firouzjahi (MD) 2

1. Mobility impairment research center, Babol University of medical sciences, Babol, Iran.

2. Clinical Research Development Unite of Rouhani Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Department of medicine, division of rheumatology, Rouhani hospital, Babol university of medical sciences, Babol, Iran

Introduction

Muscle weakness and inflammation are associated with knee osteoarthritis (KOA). In patients with KOA the QMS in joints with effusion (synovitis) is expected to be lower than the knee joint without effusion. The objective of this study was to compare the QMS between the limbs with and without knee joint synovitis.

Methods Patients with KOA who had knee pain for > 3 months and unilateral knee joint effusion entered the study. All patients presented the Rouhani hospital rheumatology clinic in Babol. The QMS was assessed by dynamometry method in both limbs and the knee pain in each knee joint was assessed separately by visual analogue scales (VAS) which 0 represented no pain and 100 mm indicated maximal knee pain. Patients with history of trauma, surgery, local and systemic inflammatory diseases were excluded. **Results**

A total of 40 patients (women, 65%) with mean age 65.6 ± 8.9 (49-86) years, mean BMI, 27.7 ± 3.7 (22-38) kg/m², were analyzed. Mean white cell count in SF was 35 ± 119 per ml. Compared to control knee,

the QMS in index knee was significantly lower (14.77 ± 1.68 vs 23.65 ± 1.95 kg, $p=0.001$), but the knee pain was significantly higher (47.4 ± 3.86 vs 13.2 ± 2.89 , $p=0.001$). There was a negative correlation between QMS and pain only in index knee ($r=-0.467$, $p=0.02$) but not in the control knee ($r=0.168$, $p=0.29$). Both serum and SF-CRP were correlated with pain in index knee ($r=-0.323$, $p=0.043$ and $r=-0.335$, $p=0.035$ respectively), but not with pain in the control knee. There was a significant positive correlation between serum hsCRP and SF-hsCRP ($r=0.795$, $p=0.001$).

Conclusion

These findings indicate a relationship between systemic and local inflammation with muscle strength and pain in KOA.

Keywords

Knee osteoarthritis, Synovitis, Muscle strength, Pain,

ارزیابی ارتباط دوز و تعداد داروهای مصرفی موثر بر QT Interval در بیماران مبتلا به لوپوس

بهارک تأثریان ، سهند عباس زاده، ولی اله خدیر ، محمد رفیعی ، امیر احمد مصطفوی

مقدمه:

لوپوس اریتماتوی سیستمیک یک بیماری اتوایمیتون و چند ارگانی است. یکی از مهم ترین علل مرگ و میر در این بیماران درگیری های قلبی عروقی در این بیماران است. در برخی مطالعات مشاهده شده است که طولانی شدن QTc interval یک عامل پروگنوستیک در درگیری های قلبی عروقی است. در این مطالعه برآن شدیم تا نقش داروهای مصرفی در درمان بیماران لوپوس را بر روی طولانی شدن QTc interval مورد ارزیابی قرار دهیم.

مواد و روش ها:

مطالعه اخیر به صورت توصیفی تحلیلی بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به لوپوس اریتماتو سیستمیک مراجعه کننده به درمانگاه های روماتولوژی شهر اراک و در طی سال های ۹۳ و ۹۴ انجام شد و از تمام بیماران در دو نوبت EKG گرفته شد و اندازه QTc با استفاده از فرمول بازت تعیین شد. نتایج بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفتند.

نتایج:

میانگین سنی بیماران مورد بررسی در این مطالعه برابر 35.36 ± 11.8 سال بود و ۸۰٫۷ درصد از آن ها مونث و مابقی آن ها مذکر بودند. در بررسی ها مشاهده شد که وجود آنتی بادی anti ro/ssa و درمان با هیدروکسی کلروکین با طولانی بودن QTc در بیماران ارتباط معنی داری داشته است اما مدت و دوز درمانی هیدروکسی کلروکین تاثیری در اندازه QTc نداشته است.

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج حاصل شده، نتیجه گیری می شود که باید استفاده از هیدروکسی کلروکین در بیماران لوپوسی تا حد امکان محدود شود تا بتوان عوارض ناشی از آن را کاهش داد.

کلمات کلیدی:

لوپوس اریتماتوی سیستمیک، هیدروکسی کلروکین، QTc interval.

بررسی رابطه سطح سرمی فاکتور تمایز رشد ۱۵ (GDF-۱۵) و شدت بیماری آرتریت روماتوئید

۱- کمال اصالت منش*، فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار

۲- حسن نیکویی نژاد*، ایمونولوژیست، دانشیار

۳- حمید رضا فیاضی*، متخصص داخلی

*مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

چکیده

مقدمه:

بیماری آرتریت روماتوئید (Rheumatoid arthritis) یک بیماری مزمن التهابی سیستمیک می‌باشد که عمدتاً مفاصل دارای سینوویوم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. GDF-۱۵ تحت شرایط التهابی و آسیب بافتی افزایش می‌یابد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه سطح سرمی فاکتور تمایز رشد ۱۵ (GDF-۱۵) و شدت بیماری آرتریت روماتوئید بود.

مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر یک بررسی از نوع مورد-شاهدی (case-control) بود. نمونه‌ها از میان زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید انتخاب گردیدند. گروه کنترل نیز از افراد سالم انتخاب شدند. بیمارانی که به درمانگاه روماتولوژی مراجعه نموده و تشخیص آرتریت روماتوئید بر اساس علائم بالینی، معاینه فیزیکی، تست‌های آزمایشگاهی و تأیید تشخیص توسط پزشک فوق تخصص و بر اساس معیارهای ACR/EULAR انجام شد و شدت بیماری با استفاده از فرمول DAS₂₈ تعیین گشت. از بیماران و گروه شاهد نمونه خون گرفته و سپس سطح سرمی GDF-۱۵ با استفاده از کیت eBioscience به روش الایزا کمی سنجیده شد. پس از تکمیل داده‌ها، اطلاعات حاصل استخراج و توسط نرم افزار SPSS-۱۶ آنالیز شد.

نتایج:

۱۰۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و ۵۵ نفر از افراد سالم وارد مطالعه شدند. محدوده

سنی بیماران از ۱۵ تا ۷۰ سال با میانگین و انحراف معیار $9/8 \pm 35/9$ سال بود. میانگین و انحراف معیار GDF۱۵ در گروه بیماران به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). همچنین بین سطح سرمی GDF۱۵ و شدت بیماری (ESR DAS۲۸ score، CRP، VAS، و تعداد مفاصل دردناک یا متورم همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری:

GDF-۱۵ ممکن است در پاتوژنز آرتрит روماتوئید نقش داشته باشد.

واژگان کلیدی:

فاکتور تمایز رشد ۱۵، آرتريت روماتوئيد، شدت بيماري آرتريت روماتوئيد

Hydroxychloroquine induced hyperpigmentation

Mona Talaschian, Anahita Sadeghi



Hydroxychloroquine (HCQ) associated hyperpigmentation is not common cutaneous side effects but it may be happened ranging from 3 months to 22 years following the initiation of therapy.

A 47 year old man with history of rheumatoid arthritis that who was treated with NSAIDS and Hydroxychloroquine. (figure) He complained of hyperpigmentation of face after one year of initiating the HCQ and due to cutaneous side effect of Hydroxychloroquine, it was withdrawn and Methotrexate was started. Skin biopsies was confirmed drug reaction. Over more than 10 years follow up the skin discoloration was not improved.

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



`Transplant renal artery stenosis: a case Report

Saddadi F*. Rassulian F* . Hosseiny M *

*Iran university of medical sciences(IUMS),Hasheminejad Kidney Center(HKC)

Abstract

Introduction

One of the serious and early complications after kidney transplantation is renal artery thrombosis. Here we describe a case that led to graft loss.

Case :

We report the case of a 55-year-old male patient and underlying disease autosomal dominant polycystic kidney disease recipient of a deceased kidney transplant. The patient had zero panel reactive antibody class I and II. In the 30th postoperative days he came to emergency ward and presented with hematuria, graft pain and increase in serum creatinine levels of two days ago. Ultrasound examination was suggestive of renal artery thrombosis with abnormal heterogeneous mass near to vascular renal anastomosis with a pressure effect on main renal artery. On Doppler no wave form pattern was detected in intra renal artery, the main renal artery was narrow without significant focal stenosis. (Figure 1,2)

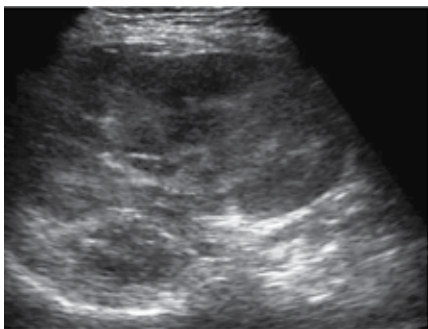


Figure –1-ultrasound of transplanted kidney- enlarged hypoechoic renal transplant heterogeneous mass near to vascular renal anastomosis.,

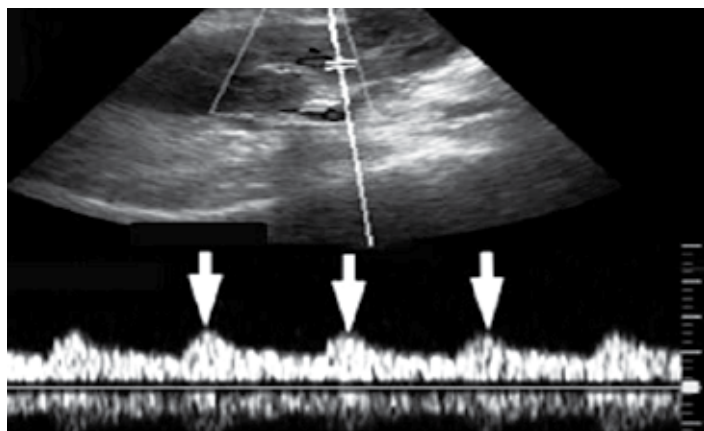


Figure 2- segmental renal artery shows delay in the systolic upstroke and rounding of the systolic peak, consistent with a tardus-parvus waveform.

He underwent emergency surgical intervention after 2h of diagnosis. The graft was necrotic and the renal artery was thrombosed, so unfortunately nephrectomy were done. The patient evolves with recovery and back to Hemodialysis. The pathology showed: extensive paranchymal infarction with transplanted kidney rejection (ACR, AVR, and finding in favor of AAMR,.)

Conclusion:

Renal artery thrombosis after kidney transplantation is a rare cause of early graft loss. In early two weeks after renal allograft transplantation many factors contributed to thrombosis such as: surgical technical errors, warm and cold ischemia times, ischemia reperfusion injuries, donor hypotension, administration of monoclonal antibody. OKT3, high dose intravenous ethylprednisolone. Allograft thrombosis is more frequent in patients with delayed graft function. Or acute rejection. Elderly donors, recipient age, number of previous transplants, pretransplant treatment with erythropoietin, antiplatelet agents, or oral anticoagulants are predisposing factors, there is also increased risk for patients with atherosclerosis, elevated serum levels of antiphospho-

lipid antibodies, long term hemodialysis, or peritoneal dialysis and CMV positive recipients.

Acute renal artery thrombosis is a disturbing complication of renal transplantation that can result in graft loss if not detected untimely.

Association of circulating betatrophin levels with the severity of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus compared to healthy controls

Atieh Makhloogh¹, Ali Mirabi^{2*}, Alireza Rafiei³, Araz Mohammad Mirabi³, Omid Sedighi⁴

1. Department of Nephrology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Medical Student, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Department of Immunology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Background:

Betatrophin is a newly identified circulating hormone, playing a critical role in pancreatic beta cell proliferation. The discovery of betatrophin has raised new hope for therapeutic approaches or identification of a potential biomarker for metabolic disorders including type 2 diabetes mellitus (T2DM) and subsequently diabetic nephropathy. The aim of this study is to determine the relationship between betatrophin serum levels with the severity of diabetic nephropathy (DN) in patients with T2DM and compare them with both diabetic patients without DN and healthy individuals.

Materials and Methods:

This is a Case-Control study which conducted on 104 T2DM patients and age, sex and BMI-matched healthy controls referring to the Nephrology Clinic Center. Patients with T2DM with renal involvement divided into three groups (normoalbuminuria, microalbuminuria and macroalbuminuria) based on urinary albumin\creatinine excretion

levels. Demographic, clinical and laboratory findings were recorded. Data were analyzed using SPSS version 16.

Results:

Serum insulin level, HOMA-IR, and serum betatrophin level were significantly higher in T2DM compared to control group. There was no significant difference in the distributions of sex, age, BMI, waist circumference, total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, blood urine nitrogen (BUN) and HOMA-beta levels among groups. Serum fasting blood glucose (FBS), Triglycerides (TGs) and betatrophin levels were significantly different between three stages of diabetic nephropathy. Circulating betatrophin concentrations were significantly different between three diabetic nephropathy groups (0.37 ± 0.1 , 1.2 ± 0.3 and 2.2 ± 0.5 respectively in normoalbuminuria, microalbuminuria and macroalbuminuria, $P < 0.0001$). Higher level of betatrophin was associated with higher stages of diabetic nephropathy ($P < 0.0001$).

Conclusion:

Circulating betatrophin level was significantly increased in subjects with T2DM compared to healthy controls. Higher level of circulating serum betatrophin were associated with higher stages of diabetic nephropathy in which circulating betatrophin levels were significantly increased with different stages of albuminuria, in particular macroalbuminuric patients.

Keywords:

diabetes mellitus, nephropathy, betatrophin

تشخیص سیستمیت آمفیسماتوزیس در بیمار مبتلا به دیابت، (گزارش موردی)

بابک هادیان ۱، آریتا ظفر محتشمی ۲، عاطفه مقسمی ۳، علی بختیاری ۴، ثنا امیری ۵
۱، ۲ متخصص داخلی، فوق تخصص نفرولوژی، هیات علمی گروه داخلی ۳، پزشک
عمومی ۴، متخصص داخلی ۵، دستیار بیماریهای داخلی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مقدمه:

سیستمیت آمفیسماتوزیس (emphysematous cystitis)، از جمله عوارض مهم عفونتهای باکتریال دستگاه ادراری، در بیماران می باشد. بخصوص، در بیماران دیابتی با تظاهرات نامعمول و عدم پاسخ مناسب به درمان توصیه به بررسی این عارضه می شود. در این گزارش قصد معرفی بیماری مبتلا به دیابت با تابلوی emphysematous cystitis را داریم.

معرفی بیمار:

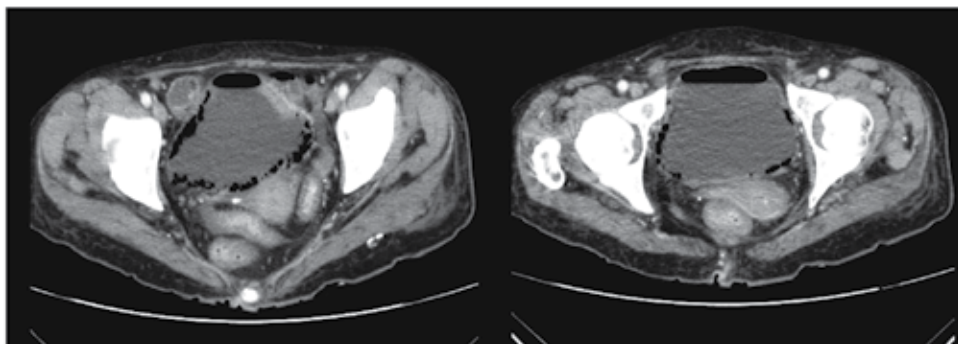
خانم ۶۱ ساله مبتلا به دیابت، پرفشاری خون، آرتروز روماتوئید، هیپوتیروئیدی با شکایت ضعف و بیحالی و اسهال و استفراغ به بیمارستان مراجعه می کند. ضعف و بیحالی از سه ماه قبل و اسهال و استفراغ از دو روز قبل شروع شده است. بیمار شکایتی از تب و لرز نداشته است. بیمار از درد منتشر قسمت تحتانی شکم شاکی است. بیمار دیزوری و تکرر ادراری ندارد. شرح حال دارویی مصرف پردنیزلون، آنتولول، لووتیروکسین، هیدروکسی کلروکین، آسپرین و رپاگلینید را می دهد.

در معاینه تنها نکته مثبت تندرست خفیف در ناحیه سوپراپوبیک است. ملتحمه pale می باشد. BP: T: ۳۷۰/۱۲۰/۸۰ در آزمایشات: لکوسیتوزیس N: ۷۱٪، EOS: ۲۵٪، WBC: ۲۲۰۰۰/t، Hb: ۱۰ g/dl، و ESR: ۷۵، Cr: ۱، ۱ mg/dl urea، BS: ۱۸۱ mg/dl، ۱۷۶ mg/dl. در آنالیز ادراری پیوری و همآچوری (WBC: ۱۸-۲۰، RBC: ۸-۱۰) دارد. در کشت ادراری میکروارگانیزم Ecoli به تعداد ۱۰۰۰۰ CFU/ml رشد کرده است. کشت خون منفی می باشد.

با توجه به شرایط بالینی سونوگرافی شکم و لگن برای بیمار انجام میشود: کانونهای اکوژن متعدد با سایه صوتی comet tail در جدار مثانه دیده شد که توصیه به تصویربرداری تکمیلی می شود. در CT scan انجام شده، در مثانه در قسمت جداری نواحی با دانسیته گاز مشاهده شد که تایید کننده تشخیص emphysematous cystitis می باشد. (تصویر در زیر آمده است). سایر مشخصات تصویربرداری شکم و لگن نرمال است.

بیمار با آنتی بیوتیک ایمی پنم و آمیکاسین تحت درمان ۳ هفته ای قرار می گیرد. در پایان

ضمن بهبود علائم، سونوگرافی کنترل نرمال و کشت ادرار منفی می‌شود.



بحث:

عفونتهای آمفیزماتوزیس دستگاه ادراری شامل عفونتهای همراه با ایجاد گاز در سیستم ادراری هستند که شامل سیستیت، پیلیت، پیلونفریت می‌باشد. دیابت از جمله فاکتورهای خطر این بیماری است. پاتوژن‌زیس این عارضه نامشخص است. بنظر می‌رسد که، افزایش سطح گلوکز در بیمار محیط مناسبی برای باکتریهای تشکیل دهنده gas فراهم می‌کند. در حدود ۶۰-۷۵٪ بیماران ابتلا به دیابت وجود دارد. در مطالعات بیشتر بیماران زن و دارای سن بیش از ۶۰ سال بوده‌اند. تشخیص بر مبنای رادیولوژی ساده شکم و یا سی‌تی اسکن می‌باشد. در ۸۵٪ بیماران هوا در مثانه یا بافتهای اطراف مشهود است. جالب اینکه تنها در نیمی از بیماران سوزش ادراری، تکرر ادراری یا فوریت ادراری مشاهده می‌شود. دومیکروارگانیزم شایع در کشت ادراری E coli، کلبسیلا پنومونیه می‌باشد.

درمان شامل آنتی بیوتیک می‌باشد، تنها در صورت انسداد مسیر اقدام به برداشتن نسج (دبریدمانت) می‌شود. برخی اوقات نیاز به سیستکتومی می‌باشد. در مطالعات تنها در ۱۰٪ بیماران جراحی در کنار دارودرمانی لازم است. طول درمان براساس چگونگی پاسخ بالینی است.

کلید واژگان:

عفونت سیستم ادراری، سیستیت آمفیزماتوزیس، دیابت

The study of pattern of response to Hepatitis B vaccination in hemodialysis patients

with End Stage Renal Disease in 2017-2018, in Hamadan

Fatemeh Torkman Asadi 1,2, Vida Sheikh 3, Mahmmoud Gholyaf 3 , Abbas Moradi⁴

1. Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Hamadan, Iran

2. Clinical Research Development Unit of Shahid Beheshti Hospital, Department of Infectious Diseases , School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3. Clinical Research Development Unit of Shahid Beheshti Hospital, Department of Internal Medicine , School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4. Msc of Epidemiology, Department of Community Medicine , faculty of Medicine, Hamadan, Iran.

Objective:

Heamodialysis Patients are at risk of hepatitis B disease due to immune deficiency and nonresponse or poor response to hepatitis B vaccination. Therefore, in this study, the pattern of response to hepatitis B vaccination was investigated in hemodialysis patient's referred in Shahid Beheshti and Besat hospitals in Hamadan in 2017 – 2018.

Material and Methods

In this cross-sectional study, 253 patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis in dialysis centers of Shahid Beheshti and Besat Hospital of Hamedan in 2017-18, by simple sampling method were selected. At first , vaccination history and the results of HBs Ab titer and HBS-Ag serological tests were extracted from patient records and registered in the checklist. Patients who did not respond to the

vaccine and had an antibody titer less than 10 mIU/ml were evaluated for HBc Ab examination (previous exposure to hepatitis B virus), then for negative cases of HBc Ab test, one dose of HB vaccine was injected and one month later they were re-evaluated for HBs Ab titer. The response rate to the vaccine was compared with the demographic variables, underlying conditions, frequency of vaccination, last immunization time and the frequency of dialysis per week.

Results:

The mean of the age of the patients were 58.88 ± 16.08 years, in term of gender 54.7% were male and the rest female. The mean and standard deviation of hepatitis B antibody titers in the patients under study were $121.05 \pm 174.72\%$, response rate was 80.40% (197 patients). Correlation coefficient between age and HBV-Ab titer was reversed and statistically significant ($P = 0.004$). We observed no statistical relationship between the immune response to hepatitis B vaccine with sex, BMI, underlying blood pressure, diabetes, hepatitis C, creatinine biomarkers, albumin, triglycerides, serum glucose and the frequency of dialysis per week. However, there was a significant relationship between immune response and serum cholesterol, number of received vaccine, and time interval with the last dose of the vaccine ($P < 0.05$). Of the 48 patients who had the HBs Ab titer below 10, only 32 patients could be followed up for double-dose HBV vaccination, After vaccination, 23 cases (71.8%) responded to the vaccine. Overall, the frequency of response to the vaccine was 80.4% for Hamadan hemodialysis patients and 80.9% for the next booster dose, 80.4%.

Conclusion:

Most Hemodialysis Patients in Besat and Shahid Beheshti Hospitals in Hamadan who received one or two times the hepatitis B vaccine; or how many years had they been since the last time they received

their hepatitis B vaccine, the Anti-HBs Ab titer were non protective. However, in case of completion of vaccination courses or receiving a two-fold booster dosage, an appropriate response was found, which indicating the importance of periodic and accurate monitoring of response to the vaccine is in these patients.

Keywords:

Hepatitis B , vaccination, Anti-HBs-Ab titer, Hemodialysis

بررسی میزان دفع اگزالات در بیماران مبتلا به سنگ سازی کلیه

دکتر ملیحه چرخچیان-استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین-نفرولوژیست
دکتر سیمین سامانی-استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین-پاتولوژیست

چکیده:

مقدمه: سنگ کلیه یکی از علل نارسایی حاد کلیه است؛ که می‌تواند منجر به نارسایی مزمن کلیه شود. شایعترین سنگ کلیه؛ سنگ اگزالات کلسیم است.

مواد و روش‌ها:

در این مطالعه ۱۱۰ بیمار با سابقه سنگ کلیه که هیچگونه درمانی جهت سنگ کلیه دریافت نمی‌کردند و روی رژیم معمول خودشان بودند؛ از نظر حجم ادرار و اگزالات ادرار مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی آزمایشات در یک آزمایشگاه انجام شد.

نتایج:

حداقل سن ۲۰ و حداکثر آن ۸۲ سال با میانگین سنی ۱۳/۱۶ ± ۴۵/۱۶ بود. سابقه فامیلی سنگ در ۵۱٫۲٪ از بیماران وجود داشت. ۵۲٪ از بیماران مرد و ۴۸٪ زن بودند. حجم ادرار ۲۴ ساعته بیماران بین (۴۵۰۰-۵۳۰) با میانگین (۸۶۰ ± ۱۷۴۸) میلی‌لیتر در روز بود. میزان اگزالات ادرار کمتر از ۱۰ در ۵۰/۹٪، بین (۱۰-۱۹) در ۲۵/۵٪، بین (۲۰-۲۴) در ۷/۶٪، بین (۲۵-۳۹) در ۱۲/۲٪، بین (۴۰-۹۹) در ۱/۹٪ و بیش از ۱۰۰ میلی‌گرم در روز در ۱/۹٪ افراد دیده شد. دامنه تغییرات آن بین (۲/۶-۱۱۷) و میانگین آن (۱۵/۳ ± ۱۷/۱) میلی‌گرم در روز بود.

بحث و نتیجه‌گیری:

میزان دفع اگزالات در بیماران ما کمتر از سایر مطالعات انجام شده در این زمینه بود. چنانچه در مطالعه بزرگ Professional Follow-up Study Health میزان آن 41 ± 15 بود.

کلمات کلیدی:

سنگ کلیه- اگزالات ادرار

نفروتوکسیسته مواد حاجب؛ چالشی مهم در مشاوره داخلی

بابک هادیان ۱، آریتا ظفر محتشمی ۲، عاطفه مقسمی ۳
۱، ۲ متخصص داخلی. فوق تخصص نفرولوژی. هیات علمی گروه داخلی ۳. پزشک عمومی. دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مقدمه:

از موضوعات چالش برانگیز در طب داخلی، مشاوره هایی می باشد که قبل از انجام تصویر برداری با استفاده از مواد حاجب تزریقی، جهت ارزیابی خطرات کلیوی صورت می گیرد. متخصص های داخلی باید بتوانند نسبت به ارزیابی بیماران و راهکارپیشگیری از این عارضه به تیمهای درمانی کمک کنند. نارسایی کلیه بدنبال مصرف انواع مواد کنتراست (نفروپاتی حاجب)، نوعی از نارسایی حاد کلیه یا تروژنیک می باشد که بلافاصله پس از تزریق روی داده و معمولاً برگشت پذیر است. بهر حال عوارض متعاقب نارسایی کلیه قابل توجه می باشد. در این مطالعه، قصد پاسخگویی به چند سوال اساسی زیر را داریم: ۱. مکانیسم آسیب رسانی کلیوی چیست؟ ۲. علایم نارسایی کلیوی ناشی از کنتراست چگونه است؟ ۳. بهترین روشهای پیشگیری از نارسایی کلیوی ناشی از کنتراست کدام هستند؟

روش کار:

کلید واژه های:

AKI, contrast induced nephropathy (CIN), Acute renal failure following intravenous contrast, contrast induced acute kidney injury (CIAKI)

در منابع مکتوب و الکترونیک منتشر شده در طی ده سال اخیر مورد استفاده قرار گرفتند (با تاکید بر گرایشهای رادیولوژی - کاردیولوژی و نفرولوژی و مراقبتهای ویژه). از بین بیش از سی مقاله و پانزده کتاب، نهایتاً ده مقاله جدیدتر و شش کتاب مورد استفاده برای رفرانس دهی قرار گرفتند. گایدلاینهای معتبر KDIGO و NICE نیز مورد استناد قرار گرفتند.

اپیدمیولوژی:

اولین گزارش کنتراست نفروپاتی به حدود یک قرن قبل باز می گردد. بعد از بیماریهای

منجر به کاهش پرفیوژن کلیه ها و عوامل دارویی نفروتوکسیک، نفروپاتی کنتراست در رده سوم شایعترین علل نارسایی حاد کلیوی در بیمارستانها قرار دارد. بروز آن در افراد نرمال جامعه به ۱٪ تا ۲٪ می‌رسد. اما در بین افراد در معرض خطر این بروز تا ۲۵٪ موارد هم ممکن است.

مکانیسم:

۱. اثرات ویسکوزیته و تنگ کننده عروقی بدنال مصرف ماده حاجب منجر به کاهش خونرسانی مدولا شده و در نهایت منجر به آسیب کلیه ها می‌شود. ۲. اثرات آسیب رسان مستقیم سلولی مواد حاجب که سلولهای توبولی را تخریب می‌کند.

علائم بالینی:

تظاهرات اصلی شامل افزایش کراتینین و بطور کمتر شایع ایگوری می‌باشد. بیشتر منابع معیارهای زیر را برای تشخیص مطرح می‌کنند

An increase of 25% or more, or an absolute increase of 0.5 mg/dl (44 μ m/l) or more in serum creatinine from baseline value, at 48–72 h following the exposure to contrast media.

طی سه تا هفت روز (بعضا تا سه هفته) بعد، کراتینین بتدریج افت می‌کند.

نوع و میزان ماده حاجب:

هرچند به میزان مصرف در حد ۱۲۵ سی‌سی بعنوان یک آستانه خطر اشاره شده است، اما با زهم در مقادیر کمتر امکان عارضه وجود دارد. در بیماران CKD مصرف در حد کمتر از ده سی‌سی برای بررسی فیستول شریانی وریدی بی‌خطر می‌باشد. بهرجهت، بیماران دیابت و دارای کراتینین در حد ۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر حتی، با دوزهای در حد ۲۰ تا ۳۰ سی‌سی در معرض خطر هستند.

مواد حاجب قدیمی نسبت به نسلهای جدیدتر بیشتر نفروتوکسیک هستند. از عوامل امروزی که کمتر نفروتوکسیک هستند به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

iodixanol (visipaque) ، ioxaglat ، iopamidol ، iohexal (omnipaque)

افراد در معرض خطر و راهکارهای پیشگیری:

درمجموع به موارد زیر به عنوان افراد در معرض خطر می‌توان اشاره کرد:

۱. تمام افراد با GFR کمتر از ۶۰ سی‌سی در دقیقه که پروتئینوری در حد بالای ۳۰۰

میلیگرم در روز دارند ۲. تمام افراد با GFR کمتر از ۶۰ که همزمان دیابت-نارسایی قلب یا کبد یا مولتیپل میلوم دارند ۳. تمام بیماران دارای GFR کمتر از ۴۵ سی‌سی در دقیقه ۴. گروه‌های دارای GFR کمتر از ۴۵ همزمان با سایر فاکتورهای خطر شامل دیابت و بیماران دارای GFR کمتر از ۳۰ در بیشترین خطر نفروتوکسیسیته کنتراستها هستند.

راهکارهای پیشگیری:

۱. تنظیم حجم مایعات دریافتی و منع مصرف NSAIDs:
کاهش حجم داخل عروقی و مصرف داروی ذکر شده، از طریق تنگ شدن عروق در تشدید خطر نارسایی کلیه بدنال مصرف کنتراستها تاثیر دارند.

تنظیم دوز دوز کنتراست:

حداقل دوز کنتراست برای پیشگیری توصیه می‌شود. البته از انجام تصویربرداری در فواصل کمتر از ۴۸-۷۲ ساعت بهتر است خودداری شود.
در مطالعه‌ای میزان حجم کنتراست کمتر از $5 \times \text{serum (cr)} : \text{body weight [kg]}$ بعنوان کم خطر برای تعیین دوز کنتراست پیشنهاد شده است.

تجویز مایعات:

تجویز isotonic saline در تمام بیمار در گروه خطر قبل و بعد از تزریق کنتراست توصیه می‌شود. در بیماران سرپایی 3cc/kg طی یکساعت قبل و $1-1.5 \text{cc/kg/hr}$ طی ۴-۶ ساعت بعد از تزریق کنتراست توصیه می‌شود. حداقل دوز توصیه شده بعد از تزریق کنتراست، 6cc/kg می‌باشد. در بیماران بستری 1cc/kg/hr طی ۶-۱۲ ساعت قبل و حین پروسجر و تا ۶-۱۲ ساعت بعد از آن توصیه می‌شود. در افراد با نارسایی قلبی میزان مایع به 0.5cc/kg/hr کاهش می‌یابد.

در صورت شرایط اورژانس بلافاصله قبل از تزریق کنتراست حجم مایع 3cc/kg بصورت بولوس و سپس ادامه هیدراتاسیون بعد از تزریق کنتراست را خواهیم داشت.

کاربرد بیکربنات:

بر مصرف سالین نسبت به بیکربنات تاکید شده است. بیکربنات با توجه به هزینه بیشتر و ترکیب درمانی لازم، اولویت بهتری نسبت به سالین نداشته است.

Oral salt loading:

بر اساس مطالعات؛ در افراد در معرض خطر، روشهای تجویز دهانی مایعات توصیه نشده است

ACETYLCYSTEINE:

کاربرد آن بطور کلی بطور قطعی توصیه نشده است. دوز پیشنهادی برخی منابع:
(600mg bid on day before and day of imaging)

دیالیز:

استفاده از هموفیلتراسیون یا همودیالیز جهت پیشگیری از کنتراست نفروپاتی در بیماران مبتلا به CKD توصیه نمی‌شود. برای پیشگیری از volume overload ناشی از مصرف مواد حاجب در بیماران دیالیزی، استفاده پروفیلاکتیک از دیالیز توصیه نشده است. دیورتیک‌ها: استفاده پروفیلاکتیک از مدرها یا مانیتول برای پیشگیری از کنتراست نفروپاتی توصیه نمی‌شود. البته در صورت volume overload مدرها جایگاه خود را دارند.

کلید واژگان:

نارسایی کلیه، ماده حاجب، کنتراست نفروپاتی، دیالیز

باکلوفن توکسیستی در بیماران تحت همودیالیز مزمن

دکتر ملیحه چرخچیان - استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین - نفرولوژیست

مقدمه :

باکلوفن یک داروی شل کننده عضلانی است؛ که در بیماران مبتلا به درد و گرفتگی عضلانی؛ دیسکوپاتی و غیره مورد مصرف قرار می گیرد.

گزارش موردی

در پانزده سال اخیر که بنده به عنوان نفرولوژیست مشغول به کار هستم؛ هر ساله شاهد چندین مورد مسمومیت بیماران دیالیزی حتی به تک دوز باکلوفن هستیم. اولین مورد یک خانم میانسال دیالیزی مزمن بود که با علائم انسفالوپاتی بستری شد. که پس از بررسی های متعدد متوجه شدیم که باکلوفن مصرف کرده است. پس از آن موارد دیگری مراجعه کردند که علائم آنها شامل موارد مختلف بود. این علائم شامل:

گیجی؛ منگی؛ آتاکسی؛ اختلالات رفتاری؛ خواب آلودگی؛ تشنج؛ سایکوز حاد؛ ترمور؛ هذیان گویی و اختلال هشیاری بود. در یک خانم ۷۵ ساله که با اختلال هشیاری و تشنج بستری شد به دلیل شرایط خاص تحت انتوباسیون قرار گرفت که خوشبختانه پس از چند روز حال عمومی بهبود یافت. هیچ یک از بیماران سکل مغزی پیدا نکردند. در یکی از بیماران سایکوز حاد و آزیتاسیون بروز کرد؛ که پس از یک هفته؛ رفتار وی به حالت طبیعی بازگشت. عوارض فوق را بنده بعضا با متوکاربامول نیز مشاهده نموده ام. که در تمام موارد سایر علل از جمله اختلالات متابولیکی؛ عفونی و حوادث عصبی حاد توسط متخصصین مربوطه با تصویر برداری از مغز و انجام آزمایشات لازم؛ رد شد. در تمامی موارد فقط درمان حمایتی و دیالیز متوالی تجویز شد.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به عوارض باکلوفن؛ لازم است که بطور جدی به بیماران دیالیزی و خانواده آنها؛ پرسنل و پزشکان تذکر داده شود. و حتی در دفترچه آموزشی بیماران عدم مصرف این دارو و متوکاربامول قید شود. همچنین از مصرف این دارو که حتی در بیماران نارسایی متوسط کلیه نیز پرهیز شود.

کلمات کلیدی:

باکلوفن - شل کننده عضلانی - نارسایی مزمن کلیه - همودیالیز

ارتباط شاخص مچ پا- بازویی (ABI) با کسر خروجی بطن چپ در بیماران همودیالیزی

دکتر مجید مقدس زاده - دکتر سعید منصوری - دکتر حمید طیبی خسروشاهی
* گروه بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی تبریز- بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

چکیده:

مقدمه:

بیماری‌های قلبی-عروقی یکی از علل مهم موربیدیتی و مورتالیتی در بیماران همودیالیزی به علت افزایش عوامل خطر آترواسکلروز می‌باشد. بنابراین یکی از گام‌های اولیه و مهم در درمان بیماران همودیالیزی مشخص نمودن بیماران با ریسک بالا برای بیماری قلبی-عروقی می‌باشد. شاخص مچ پا- بازویی (ABI) یک آزمون ساده و غیرتهاجمی بعنوان مارکر بیماری عروق محیطی آترواسکلروتیک برای بیماران همودیالیزی مد نظر می‌باشد.

مواد و روش کار:

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۸۶ بیمار مبتلا به بیماری نارسایی پیشرفته کلیوی تحت همودیالیز مزمن و ۱۰۰ بیمار غیردیالیزی که کلیه شرایط ورود به مطالعه را داشتند، در قالب دو گروه مورد و شاهد (بترتیب گروه A و B) مورد بررسی قرار گرفتند و ارتباط شاخص مچ پا- بازو (ABI) با کسر خروجی بطن چپ ارزیابی گردید.

نتایج و یافته‌ها:

میانگین سنی افراد مورد بررسی، $52/9 \pm 15$ سال بود که در محدوده سنی ۲۰-۸۸ سال قرار داشتند. در ۲۰ مورد (۲۳/۳ درصد) از بیماران گروه مورد، ABI زیر ۰/۹ و ۶۶ مورد (۷۶/۷ درصد) ABI بین ۰/۹-۱/۳ داشتند. در گروه شاهد نیز، ABI در ۱۱ مورد (۱۱ درصد) زیر ۰/۹ و ۸۹ مورد (۸۹ درصد) بین ۰/۹-۱/۳ بود که تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P=0/02$). تفاوت بین افراد دو گروه از لحاظ میزان کسر خروجی بطن چپ هم معنی‌دار بود ($P=0/003$). در آنالیز آماری انجام گرفته بین کسر خروجی بطن چپ (LVEF) و مقادیر ABI پائین در بیماران همودیالیزی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$ و $r=0/06$).

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج حاصله و وجود LVEF کمتر از ۵۰٪ در مقادیر پائین ABI می‌توان این گونه بیان کرد که شاخص ABI بعنوان یکی از مارکرهای بیماری عروق محیطی آترواسکلروتیک و به تبع آن در پیش بینی افت کارکرد سیستولیک قلب در بیماران همودیالیزی می‌تواند کاربرد داشته باشد ولی جهت تأیید مطلب فوق، مطالعات بیشتری در این زمینه توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی:

شاخص مچ پا- بازویی، کسر خروجی بطن چپ، همودیالیز

بررسی عوامل خطر مرتبط با سندرمهای بالینی عفونی در بیماران با نارسایی مزمن کلیوی تحت دیالیز کاشان

دکتر منصوره مومن هروی ۱، دکتر اعظم زیلوچیان ۲، دکتر حمیدرضا گیلانی ۳
۱ استاد، گروه عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲ استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای اتوایمیون، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳ استادیار، Ph.D، پیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

مقدمه:

عفونت‌ها علت شایع بستری در بیماران مراحل انتهایی کلیوی (ESRD) میباشد لذا شناسایی عوامل موثر و عفونتهای شایع در این بیماران امری ضروری است. بنابراین هدف از این مطالعه بررسی فراوانی و ریسک فاکتورهای مرتبط با سندرمهای بالینی عفونی در بیماران دیالیزی می باشد.

مواد و روش ها:

این مطالعه توصیفی آینده نگر بر روی ۱۶۸ بیمار دیالیزی شهرستان کاشان و آران و بیدگل در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. برای کلیه بیماران دیالیزی پس از اخذ رضایت پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات دموگرافیک و سوابق و مشخصات دیالیز تکمیل گردید. بیمارانی که به علت ابتلا به عفونت به متخصص نفرولوژی یا عفونی مراجعه نمودند مورد بررسی قرار گرفته و علائم و نشانه‌های عفونت و یافته‌های آزمایشگاهی و تشخیص نهایی عفونت در پرسشنامه‌ها وارد گردید. بیماران در نهایت به دو گروه با و بدون عفونت تقسیم گردیدند. اطلاعات وارد نرم افزار SPSS (۱۶) گردیدند و از آزمونهای کای اسکور، T student و فیشر جهت مقایسه داده‌ها استفاده شد.

یافته ها:

از ۱۶۸ بیمار دیالیزی ۵۱ نفر (۳۰/۴٪) در طی یکسال دچار عفونت شدند که شایعترین عفونتها عفونت کاتتر مرکزی (۲۹/۴٪) و سپس پنومونی ۲۱/۶٪ زخم پای دیالیزی ۱۵/۷٪،

عفونت ادراری ۱۱/۸٪ و فارنژیت ۹/۸٪ بود. در بدو ورود ۷۶/۵٪ بیماران تب، ۲۷/۵٪ علائم تنفسی، ۱۵/۷٪ زخم اندام، ۱۱/۸٪ علائم ادراری و ۹/۸٪ علائم جلدی داشتند. بین وسیله و نوع دیالیز، محل سکونت، میزان هموگلوبین، سابقه بستری، مدت دیالیز و بروز عفونت در بیماران دیالیزی ارتباط معنادار آماری یافت شد.

نتیجه گیری:

با توجه به بروز بالای عفونت در بیماران دیالیزی و شیوع عفونت کاتتر باید آموزش های لازم به بیماران و پرسنل واحد دیالیز جهت پیشگیری از عفونت صورت گیرد.

کلمات کلیدی:

نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، عفونت، عوامل خطر

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



Title: JC virus large T Ag detection in brain biopsy of an HIV-infected patient with Glioblastoma Multiform: more than a coincidental finding

Seyed Ali Dehghan Manshadi¹ MD, SeyedAhmad SeyedAlinaghi² MD, M.Phil, PhD, Seyed Alireza Mousavi MD ¹, Mohammad Reza Salehi¹ MD, Ali Asadollahi-Amin² MD, Hossein Keyvani³ PhD

¹Department of Infectious Disease and Tropical Medicine, Imam-Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Department of Virology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Double-stranded DNA of John Cunningham virus (JCV) contains the early genes region, the late genes region, and the noncoding regulatory region. The large T antigen (LT-Ag), small t antigen, and T proteins encoded by the first region play a critical role in the transformation, genetic regulation, and replication of the virus. The late genes region produces the capsid proteins VP1, VP2, and VP3 in addition to the accessory Agno protein [1,2].

Interestingly, more than 85% of newborn Golden Syrian hamsters developed CNS

tumors, most common primitive neuroectodermal tumors (PNETs), when JCV was injected intracerebrally. In addition, transgenic mouse infected with only JCV early genes, produced medulloblastomas, peripheral neuroectodermal origin tumors [3].

Moreover, expression of JCV T-antigen in glioblastoma Multiform cells has been shown [4].

For the first time, we report a relation between JCV and GBM in an HIV positive patient.

On December 2015, a 15-year-old girl was admitted to Infectious Diseases Clinic in Imam Khomeini Hospital owing to left hemiparesis. She had diagnosed with HIV infection perinatally and treatment was initiated two years ago. On admission, he was on Tenofovir plus Emtricitabine (Truvada) and Ritonavir plus Lopinavir (Kaletra); however, the CD4 count with 30 cells/mm³ did not change significantly.

According to the feature of a ring-enhancing lesion in right frontal lobe on brain magnetic resonance imaging (MRI) (Fig. 1) and positive serology (toxoplasmosis IgG), Toxoplasma Encephalitis (TE) was presumed and treatment with trimethoprim-sulfamethoxazole (Cotrimoxazole) initiated.

Two weeks later the patient was re-admitted due to Stevens–Johnson syndrome, and no clinical improvement. In this admission, MRI imaging was repeated and lumbar puncture (LP) was performed. JCV was detected in CSF along with enhancing lesions on MRI imaging without response to Cotrimoxazole therapy, thus an inflammatory form of PML was diagnosed. Cotrimoxazole changed to prednisolone 40 mg/day and antiretroviral therapy was continued under strict supervision. Neurologic symptoms gradually improved and corticosteroid therapy was tapered and discontinued.

Six months later, she returned with a headache, nausea and vomiting without any significant neurologic symptom. Stereotactic needle biopsy of the brain lesion in frontal lobe showed GBM grade IV; immunohistochemistry was positive for P53, Glial Fibrillary Acidic Protein (GFAP), and CD45. Most importantly, quantitative real-time PCR was implemented for the JCV LT-Ag gene. The result showed the presence of JCV LT-Ag. The patient was referred to an oncology center and be-

came a candidate for palliative therapy. Fortunately, she is alive after 16 months from her diagnosis with a good condition.

Failure to empirical anti-toxoplasmosis therapy, positive JCV PCR in CSF, and enhancing lesions on MRI, all suggest an inflammatory form of PML. It is seen most frequently in the immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS); furthermore, up to 8% of PML lesions can present with peripheral and irregular enhancement [5]. Our patient's temporary response to prednisolone seems because of some decrease in brain tissue edema of tumoral effect.

Although GBM is not an AIDS-defining disease, approximately 6% of cerebral mass lesions in patients with AIDS were glial cell tumors in two reports and twenty-one documented GBM cases in HIV-infected patients have been published yet. In addition, it seems to occur at a younger age, and more frequent in the HIV population than others. Therefore, it should be interpreted as a coincidental finding with prudence [6]

Increasingly, evidence suggests a potential oncogenic role for JCV involved only glial cells in the CNS, and Del Valle et al. detected JCV early sequence in 69% of tumor samples [7].

Most recently, JCV T-antigen and Agno protein has been shown to dys-regulate the cell cycle by inactivation of tumor suppressor proteins including p53 and pRb and several other pathways and contribute to genetic instability separately [8].

Two scenarios for JCV infection; perhaps depending on the type, the point of development, or differentiation state of infected cells have been hypothesized. For instance, in fully mature infected cell, which able to support early and late gene expression, resulting in viral assembly and ultimately lytic infection (i.e. PML) develops, while an undifferentiated one may support only early gene expression without

viral DNA replication and virion formation, resulting in chromosomal instability, transformation and ultimately carcinogenesis. However, it seems that an expression of T-antigen is not necessary for tumor maintenance and a 'hit-and-run' or a multi-step transformation mechanism is proposed [8].

While DNA sequence and viral proteins in tumor tissues, JCV tumor genicity in experimental animals and cell cultures, and several oncogenic features of JCV (such as T-antigen) have been demonstrated; epidemiological investigations are needed to determine a constant relation of JCV with specific cancer in human [9].

Detection of JCV LT-Ag in tumoral tissue by PCR may suggest more than a coincidental relation between JCV and GBM in this patient. On the other hand, positive JCV in CSF result does not indicate PML alone especially in the presence of atypical lesions on MRI; thus, early biopsy taking may put in mind when a patient does not respond to empirical anti-toxoplasmosis therapy, and in atypical lesions, even in the presence of JCV in CSF.

Conflict of Interests

The authors declare that they have no conflict of interests.

Acknowledgements

We thank Prof. Alireza Zali, and Dr. Jahanbin, and also the staff in the Department of Infectious Diseases for their help.

References

1. Tan CS, Koralnik IJ. JC, BK, and Other Polyomaviruses: Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML). In: Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2015. pp. 1807-1813.
2. Ramírez BV, Palacio VC. JC virus: A brief review. World J Neurosci.

2013;03:126-130.

3. Croul S, Otte J, Khalili K. Brain tumors and polyomaviruses. *Journal of neurovirology*. 2003; 9:173-182.

4. Luis Del Valle M, Azizi SA, Krynska B, Enam S, Croul SE, Khalili K. Reactivation of human neurotropic JC virus expressing oncogenic protein in a recurrent glioblastoma multiforme. *Ann Neurol*. 2000;48:932-936.

5. Siddiqi OK, Koralknik IJ. Neurologic Diseases Caused by Human Immunodeficiency Virus Type 1 and Opportunistic Infections. In: Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2015. pp. 1574-1589.

6. Hall JR, Short SC. Management of Glioblastoma Multiforme in HIV Patients: a Case Series and Review of Published Studies. *Clinical Oncology*. 2009;21:591-597.

7. Del Valle L, Gordon J, Assimakopoulou M, Enam S, Geddes JF, Varakis JN, et al. Detection of JC virus DNA sequences and expression of the viral regulatory protein T-antigen in tumors of the central nervous system. *Cancer Res*. 2001;61:4287-4293.

8. Khalili K, Del Valle L, Otte J, Weaver M, Gordon J. Human neurotropic polyomavirus, JCV, and its role in carcinogenesis. *Oncogene*. 2003;22:5181-5191.

9. Maginnis MS, Atwood WJ. JC virus: an oncogenic virus in animals and humans? *Semin Cancer Biol*. 2009;19:261-269.

Title: A case of Cerebral Venous-Sinus Thrombosis Presenting with Delirium

Mahnaz Pejman Sani¹, Mahbube Ebrahimpur²

Department of Internal Medicine, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Mahbube Ebrahimpur

Abstract:

Cerebral Venous-Sinus Thrombosis (CVST) is a life-threatening disease. This diagnosis is still frequently overlooked or delayed. We present the case of a 73-year-old woman with complaints of fever, vomiting and delirium for 3 days. Brain MRI, magnetic resonance venography confirmed the presence of CVT.

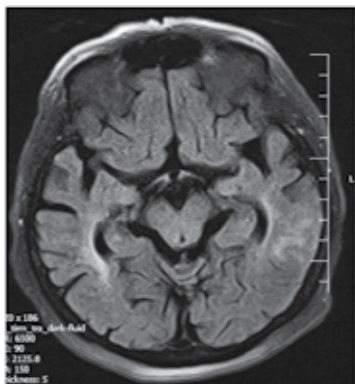


Figure1



Figure2

Figure1: Brain MRI showing, cortical and subcortical abnormal signal intensity in left temporal lobe with foci of hyper signal intensity which would suggest hemorrhagic venous infarction.

Figure2: Left transverse sinus, jugular bulb and internal jugular vein are not seen (Thrombosis) in MRV image

Carbamazepine and hyperpigmentation in young woman

Mona Talaschian 1 , Anahita Sadeghi 2

1. Department of internal medicine, Shariati Hospital, Tehran university of medical sciences, Tehran-Iran.
2. Department of internal medicine, Gastroenterology, Shariati Hospital, Tehran university of medical sciences, Tehran-Iran.

Abstract

Introduction:

Carbamazepine is one of the antiepileptic drugs that is widely used to prevent and control seizures. It has been associated with several cutaneous side effects. In this article, we describe a patient with skin hyperpigmentation due to the treatment with carbamazepine with partial resolution after discontinuation of the medication and topical treatment.

Case presentation:

A 32-year-old woman was admitted with dyspnea, weight loss, pancytopenia, abdominal pain and oligomenorrhea and two weeks history of hyperpigmented lesions over her face, neck and two hands. She had history of seizures and did well on carbamazepine for 7 months ago.

In physical examination she was pale. Hyperpigmentation of gum, lips, cheeks, neck, and both hands were seen. (figures 1-2) Other exams were unremarkable.

WBC: 3000, Hg:12, Plt: 214000, ANA, TSH, Cortisol level, adrenocorticotrophic hormone (ACTH), Venous Blood Gas, electrolytes, calcium, Albumin, phosphorus, liver enzymes, peripheral blood smear were normal.



Figure 1

figure 2

Discussion:

Due to the fact that carbamazepine was incriminated in many cutaneous side effects, it was withdrawn and she was treated with local emollients. The lesions were partially improved in 2 weeks.

Over 2 months follow up she is in good condition.

سی‌اُمین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



بررسی پاسخ درمانی موارد مسمومیت با سرب به علت مصرف تریاک در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های امام خمینی و امام رضا کرمانشاه در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۶

سید جعفر نوایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام خمینی بخش داخلی
نیلوفر همتی استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بیمارستان امام رضا بخش داخلی
فرانک خسروی دستیار رشته بیماریهای داخلی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
امیر کیانی دانشیار دانشکده داروسازی کرمانشاه بخش سم شناسی و مسمومیت دانشگاه علوم
پزشکی کرمانشاه
سید محمد نوایی دانشجوی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

مقدمه :

در سالهای اخیرا مسمومیت با سرب به علت مصرف تریاک زیاد دیده شده است. اولین و
مهم ترین درمان مسمومیت با سرب، حذف منبع تماس بیمار با سرب است. درمان دارویی به
سن بیمار، علائم و شدت مسمومیت حاد یا مزمن مسمومیت با سرب بستگی دارد. داروهای خط
اول درمان نظیر BAL, EDTA Ca, SUCCIMER در اکثر شهرستانهای ایران از جمله
کرمانشاه موجود نبود و از داروهای پیشنهادی به عنوان خط دوم درمان یعنی دی پنی سیلامین
و ویتامین ث استفاده شد. این مطالعه با هدف بررسی پاسخ درمانی موارد مسمومیت با سرب
به علت مصرف تریاک به این نوع درمان انجام شد .

روش مطالعه :

این مطالعه به روش مقطعی بر روی ۱۰۵ بیمار مراجعه کننده به بیمارستانهای کرمانشاه در
سالهای ۱۳۹۵-۹۶ انجام شد، که با علائم درد شکم، استفراغ، یبوست، کم خونی، نوروپاتی،
علائم عصبی و شرح حال مصرف تریاک مراجعه کرده بودند. از نظر سایر بیماریها بررسی شدند
و علل دیگر رد شد. سطح سرب خون این افراد به روش جذب اتمیک تعیین و در صورت بالا
بودن سطح سرب (بیشتر از ۲۵ میکروگرم در دسی لیتر) بیمار را به عنوان مسمومیت با سرب
تلقی کرده و درمان با جایگزینی متادون و تجویز داروهای دی پنیسیلامین ۲۵۰ میلی گرم ۴
عدد روزانه و ۲ قرص ویتامین ث جوشان ۵۰۰ میلی گرم روزانه تا زمانیکه سطح سرب طبیعی
گردید ادامه یافت. در پایان یک ماه درمان سطح سرب خون مجددا اندازه گیری شد و در صورت

لزوم درمان بیمار یک ماه دیگر ادامه می یافت. مشخصات دموگرافیک و بالینی و آزمایشگاهی بیماران از پرونده بیماران استخراج شد.

نتایج:

از مجموع ۱۰۵ بیمار مورد مطالعه ۱۰۲ نفر (۹۷,۱٪) مرد و سه نفر (۲,۹٪) زن بودند. میانگین سنی $48,1 \pm 11,9$ و دامنه سنی از ۲۵ تا ۸۶ سال بود. از نظر روش مصرف اپیوم ۹۲ نفر (۸۷/۶٪) به روش خوراکی و ۱۳ نفر (۱۲,۴٪) به روش استنشاقی و خوراکی استفاده می کردند. از نظر علائم بالینی، شکم درد با ۸۰٪ بیشترین فراوانی و تشنج با ۷,۶٪ کمترین فراوانی را داشت. افزایش الکالین فسفاتاز در (۸۷/۹٪)، کاهش هموگلوبین در (۸۰/۶٪)، افزایش آمیلاز در (۶۱/۹٪) افزایش آنزیمهای کبدی در ۲۳ درصد موارد بیماران دیده شد. MCV در ۷۶/۳٪ طبیعی بود. میانگین سطح سرب قبل از درمان $28/3 \pm 62/3$ و در پایان یک ماه درمان $8/9 \pm 17/1$ (۲۰/۹ = p=۰۰۰۱). در پایان یک ماه درمان ۸۲/۹ درصد بیماران به درمان جواب دادند و ۱۷/۱ بیماران بعد از دو ماه درمان، سطح سرب طبیعی پیدا کردند. کلیه علائم بالینی و آزمایشگاهی بیماران نیز بهبودی نشان داد و هیچگونه عدم تحمل دارویی و یا عارضه ای هم دیده نشد.

نتیجه گیری:

در نهایت می توان گفت با توجه به اینکه مصرف تریاک بصورت خوراکی در مراجعین به بیمارستانهای کرمانشاه نسبتاً بالا است، تشخیص زودهنگام و درمان مسمومیت با سرب در مصرف کنندگان تریاک خوراکی برای جلوگیری از عوارض مسمومیت مزمن سرب موثر خواهد بود. و در صورتی که داروهای خط اول در دسترس نباشد، درمان با دی پنی سیلامین و ویتامین ث نیز موثر و بدون عارضه است

واژه های کلیدی:

تریاک - سطح سرمی سرب - درمان مسمومیت با سرب - دی پنی سیلامین

Bullae formation in tramadol intoxication: an unusual presentation

Seyed Mostafa Mirakbari MD

ABSTRACT:

Tramadol is a narcotic drug used for relieving moderate to severe pain in out-patient settings. Seizure and other adverse effects of drug may complicate the patients and limit the beneficial usage of drug. Tramadol abuse and intoxication are two consequences of its widespread administration and impose harms through different mechanisms. Bullous skin lesions (known also as coma blisters) are well documented after fatal intoxications and in the setting of coma due to other etiologies in which the presumed mechanism is proposed inadequacy of circulation in pressure dependent regions. However, bulla formation in non-comatose intoxicated case is rare and may be related to direct drug toxicity or hypersensitivity to drug. Opioid intoxications may present these skin lesions, particularly in cases with reduced consciousness. This case is an unusual presentation of bulla formation in a tramadol-intoxicated case, as the site of bullae was non-pressure dependent and occurred in a non-comatose intoxicated patient.

Poisoning with Tasty and Sweet Seed Pods of Bird of Paradise Plant *Caesalpinia gilliesii*: a rare case report from Iran

Seyed Mostafa Mirakbari MD, Mohammad Hadi Shirazi PhD

C. gilliesii is a shrub native to dry and desert regions of Argentina and Uruguay but is now widely found in tropical regions around the world including Iran. Its distribution is increasing at different parts of Iran (including Qazvin province) as a consequence of global warming. There are substantial public beliefs and tendencies toward benefits of medicinal properties of wild plants in this region. The delicious taste and pleasant appearance of the seed in accordance with similarities to edible beans makes *C. gilliesii* a favorite source of natural poisonings. The seeds may be misidentified with other herbal beans among health professionals that warrants more relevant information and awareness for academics and general population.

گزارش موارد مسمومیت با اسفناج و مرور شواهد

بیتا انوری، متخصص بیماریهای داخلی، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

پسر ۱۷ ساله ای با تاری دید و سرگیجه و ضعف و بیحالی بدنبال مصرف اسفناج پخته شده توسط مادر خانواده از شب قبل، به همراه علائم مشابه در اعضای خانواده ۴ نفره اش به اورژانس مراجعه کرده بود. وی سابقه حساسیت یا بیماری خاصی نداشت و غذای حاضر شده نیز کاملاً تازه مصرف شده بود. در معاینه مردمکها میدریاتیک با واکنش به نور، مخاط دهان خشک و $BP=120/80$ ، $PR=60$ داشت و شواهد تب و تاکی پنه و تندرنس شکمی نداشت. در ارزیابی نورولوژیک بیمار نیز شواهدی از کاهش قدرت عضلانی یا تغییرات رفلکسها مشاهده نمی شد. مادر خانواده علاوه بر علائم فوق از تهوع و استفراغ شاکی بود و $BP=135/80$ ، $PR=72$ داشت. برادر دیگر وی و پدر خانواده نیز علائم خفیفتر ولی مشابهی داشتند و عصر روز مراجعه ایشان، خانواده همسایه نیز که از اسفناج گفته شده خورده بودند با علائم مشابهی به اورژانس مراجعه کردند.

گیاهانی مشابه اسفناج با برگهای بزرگ و سبز که ممکن است به اشتباه بجای اسفناج یا مخلوط با آن به فروش برسند در بروز مسمومیتهای جدی که ممکن است به اشتباه به اسفناج نسبت داده شوند موثرند. یکی از این موارد، گیاه *Nicotiana Gluaca* ملقب به درختچه تنباکوست که با برگهای بزرگ شباهت زیادی به اسفناج وحشی دارد و با داشتن آلکالوئیدی بنام Anabesine با اثرات نیکوتینی می تواند به تهوع، استفراغ، مردمکهای متسع، برادیکاردی و حتی کلاپس قلبی عروقی شده و حتی به مرگ مصرف کننده بی انجامد. تاکنون موارد زیادی از مرگ و میر ناشی از این موارد مسمومیت با ایست قلبی و نارسایی تنفسی با بلاک نوروماسکولار گزارش شده است و در موارد خفیفتر نیز مانند خانواده مذکور، علائم مسمومیت تنها با درمان حمایتی و کنترل تنفس و همودینامیک بیمار، طی کمتر از ۲۴ ساعت بدون عارضه برطرف خواهند شد.

در این میان توجه به تشخیصهای افتراقی موجود مانند مسمومیت با کلستریدیوم بوتولینوم که ممکن است در آلودگی با سبزیجات و کنسروها و گوشت و ماهی، پیاز تفت داده شده، سیر خرد شده و سیب زمینی پخته ایجاد شوند اهمیت زیادی دارد. دوره کمون آن ۳۶-۱۸ ساعت (گاهی چند ساعت بسته به میزان سم) بوده و علائم آن، موارد خفیف تا شدید مسمومیت و فلج پایین رونده و نهایتاً نارسایی تنفسی و مرگ را شامل می شود. علائمی شامل دوبینی، دیزآرتری

یا دیسفاژی بدلیل درگیری اعصاب جمجمه‌ای، گیجی، تاری دید، خشکی دهان، آریتاسیون، پتوز و کاهش رفلکس مردمک و گاهی مردمک دیلاته و فیکس و کاهش رفلکسهای تاندونی عمقی، ایلئوس و احتباس ادرار در این بیماران دیده می‌شود و در درمان آن تجویز آنتی‌توکسین اسبی درمان اختصاصی است.

مرور شواهد و بررسی سیستماتیک آن در پایگاه pubmed با کلمات کلیدی "spinach toxicity" and "Anabasin" به عنوان آلکالوئید موجود در درختچه نیکوتین، عامل مولد مسمومیت‌های گزارش شده با مصرف گیاه شبیه اسفناج، حداقل ۳۷ مورد مقاله شناسایی شد که تعداد اندکی از آنها به گزارش موارد مسمومیت مشابه پرداخته بودند.

در واقع، اسفناج گیاهی خوراکی سرشار از مواد مغذی و املاح و فیبر فراوان و کم کالری است که سالهاست در وعده غذایی ایرانیان جای دارد. اسفناج حاوی مقادیر زیادی فیتات بوده و می‌تواند در کاهش جذب برخی مواد معدنی موثر باشد. این گیاه با برگهای سبز پررنگ حاوی ویتامین A، اگزالات، کلسیم، منیزیم، آهن، روی و منگنز بوده و وجود مقادیر بالای فیبر در آن در درمان یبوست مفید است. دیدگاه مثبت نسبت به خواص اسفناج و مصرف آن بدون توجه به اشتباهاتی که حین چیدن آن ممکن است اتفاق بیفتد می‌تواند رقم زننده موارد زیادی از مسمومیت‌های جدی در دنیا باشد که بدنبال مخلوط شدن برگ این گیاه مفید با گیاهان سبز برگ مشابه ایجاد می‌شود. آگاهی جامعه پزشکی از این موضوع می‌تواند به روش برخورد با این بیماران توسط اطباء و نیز ارائه توصیه‌های مناسب به آحاد جامعه کمک کننده باشد.

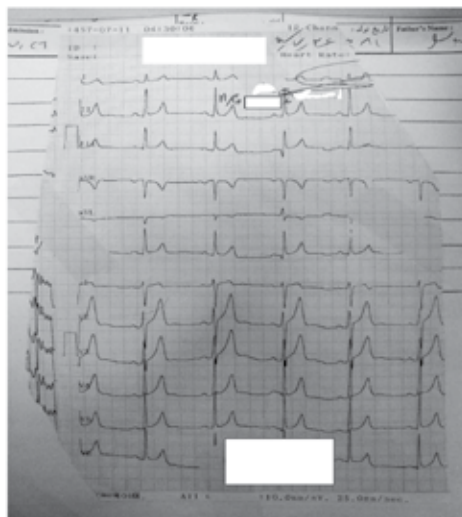
وجود اسید اگزالیك در اسفناج نیز می‌تواند منجر به بروز عوارضی مانند سنگهای کلیوی و نیز در مصرف در دوز بالا منجر به نارسایی کلیوی حاد شود که معمولاً این مقادیر اسفناج کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مسمومیت با آلکالوئید Anabasin با اتصال به گیرنده‌های نیکوتینیک استیل کولین بخصوص در سیستم اتونوم (سیناپسهای پیش‌گانگلیونی سمپاتیک و نیز سیناپسهای پاراسمپاتیک پیش و نیز پس‌گانگلیونی) و با تحریک گیرنده و یا حتی با اثرات مهاري گیرنده بدنبال یک اثر تحریکی اولیه همراه است. علائم اولیه مسمومیت با نیکوتین ممکن است از سردرد و گیجی و عدم تعادل و اسهال و شایعترین آنها استفراغ شروع شده و طیفی شامل دیس ریتمی، فاسیکولاسیون و تشنج به علاوه علائم کولینرژیک مثل آبریزش از دهان و تعریق و برادیکاردی و هیپوتانسیون، بلاک نوروماسکولارو نارسایی تنفسی و فلج عضلانی را در بر بگیرد. این طیف شامل علائمی عمدتاً در دوفاز ابتدا تحریکی و سپس فاز سرکوبی (Depression) هستند و علائم اتونوم معمولاً در مسمومیت شدید بارز می‌شود. شروع مسمومیت طی ۱۷-۳ ساعت (در برخی مراجع حتی طی ۱۵ دقیقه) و مدت آن ممکن است تا چندین روز بطول انجامد.

بروز رابدومیولیز و افزایش آنزیمهای عضلانی و نارسایی کلیوی از علائم آزمایشگاهی مسمومیت است و درمان این مسمومیت کاملاً حمایتی است. هیچ آنتی دوتی برای درمان آن وجود ندارد و کاهش جذب سم با پاکسازی گوارشی در مسمومیت‌های شدید خوراکی کمک کننده است. استفاده از آتروپین در برادیکاردی و افت فشار علامتدار کمک کننده است و درمان نارسایی تنفسی و حمایت تنفسی و انتقال بیماران بدحال به بخشهای مراقبت ویژه از اهم اقدامات درمانی است.

تصویر ۱: نوار قلب پسر ۱۷ ساله خانواده را در زیر مشاهده می کنید:

بیمار و مادر وی بستری و تحت درمانهای حمایتی و هیدراتاسیون و کنترل منظم علائم حیاتی قرار گرفتند و طی ۱۳ ساعت علائم مادر بهبود یافت و فرزند او نیز پس از ۲۴ ساعت با حال عمومی خوب ترخیص شد. سایر مراجعین بعلت عدم وجود علائم قابل توجه طی ۱۲ ساعت از مسمومیت بطور سرپایی تحت مداوا و پی گیری قرار گرفتند.



تصویر ۲: شباهت گیاه Nicotiana Gluaca (حاوی ماده Anabasine) با اسفناج



References:

- Castorena JL1, Garriott JC, Barnhardt FE, Shaw RF. A fatal poisoning from Nicotiana glauca. J Toxicol Clin Toxicol. 1987;25(5):429-35.
- Mizrachi N1, Levy S, Goren ZQ. Fatal poisoning from Nicotiana glauca

leaves: identification of anabasine by gas-chromatography/mass spectrometry. J Forensic Sci. 2000 May;45(3):736-41.

Victoria Furer & Moshe Hersch & Noa Silvetzki. Nicotiana glauca (Tree Tobacco) Intoxication—Two Cases in One Family. J. Med. Toxicol. (2011) 7:47–51

Mellick LB1, Makowski T, Mellick GA, Borger R. Neuromuscular blockade after ingestion of tree tobacco (Nicotiana glauca). Ann Emerg Med. 1999 Jul;34(1):101-4.

S.A.Ziai, B Mesgarpoor. Medical plants: evidence-based contraindications and drug interactions, 2007,p: 342-344

Gosselin, R.E., H.C. Hodge, R.P. Smith, and M.N. Gleason. Clinical Toxicology of Commercial Products, Anabasine. 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1976., p. II-158

LS. Nelson, NA. Lewin, MA. Howland et al. Goldfrank's Toxicologic Emergencies Textbook. Tenth edition, 2015, Vol 1. Chap:85, p: 1139-1142 and Vol 2. p:1522

سی‌امین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران

محمد پیکان پور ۱، سجاد اسماعیلی ۲، نازیلا یوسفی ۳، احمد آریایی نژاد ۴، حمیدرضا راسخ ۵*
۱ دستیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲ دکترای حرفه‌ای داروسازی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳ استادیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴ دکترای حرفه‌ای پزشکی، مدیر دفتر جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران
۵ استاد گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

مقدمه:

نظام‌های سلامت پیوسته تلاش میکنند تا با لحاظ منابع محدود، شاخصهای دسترسی، عدالت، کیفیت و کارایی را بهبود دهند. طرح تحول نظام سلامت ایران با همین رویکرد در ۱۳۹۳ آغاز شد. این مطالعه بدنبال آن است که باگذشت چهار سال از اجرای طرح، بازبینی جامعی بر دستاوردها و پیامدهای آن ارائه نماید.

روش: برای ارزیابی طرح، نخست باخبرگان حوزه سلامت مصاحبه صورت گرفته و خروجیها با روش "تحلیل مضمون" بررسی گردیدند. سپس گزارشهای مستند سازمانهای رسمی "تحلیل محتوا" شده و در نهایت مجموع نتایج با "سه‌سویه سازی" تجمیع و تحلیل شدند.

نتایج:

آثار مثبت طرح، در قالب کاهش پرداختهای مردمی در بخش بستری دولتی، کاهش تعداد افراد فاقد بیمه، حفاظت از بیماران آسیب پذیر، توسعه زایمان طبیعی، ارتقا داراییهای مشهود حوزه سلامت و بهبود دسترسی به خدمات تخصصی؛ و آثار منفی طرح در قالب افزایش تقاضای القایی، افزایش کل هزینه‌های درمانی، افزایش بار مراجعات مراکز دولتی، افزایش سهم هزینه‌های سلامت از سبد هزینه خانوار، افزایش نارضایتی کادرهای درمانی بدنبال بی‌عدالتی در پرداختها و افزایش اختلالات در زنجیره تامین دارو تحلیل شدند. بعلاوه عدم انجام مطالعات امکان‌سنجی، عدم وجود منابع پایدار برای ادامه طرح، مغایرت با سیاستهای بالادستی، تضاد

منافع در سیاستگذاری، اولویت درمان بر پیشگیری، مدیریت ناکارآمد منابع انسانی و پایین بودن اثربخشی سیاستها بعنوان چالشهای اصلی طرح شناسایی شدند.

بحث:

علیرغم دستاوردهای طرح، عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی مانع تحقق اهداف نهایی طرح شده و باگذشت زمان برخی از آثار مثبت آن که با صرف منابع زیادی بدست آمده بودند، روند معکوس بخود گرفته که نیاز به بازبینی دارند.

کلیدواژگان:

طرح تحول نظام سلامت، دستاوردها، چالش ها

پزشکی روایتی از فلسفه تا عمل

دکتر پریسا بزرگ‌زاد- دکتری تخصصی پرستاری. عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

مقدمه:

درک این مهم که بیمار و درمانگر دو انسان با ویژگیهای فردی و فرهنگی متفاوت هستند، تحولی عظیم در ارتباط بین پزشک و بیمار ایجاد کرده است. در چنین بستری تعاملات یکطرفه سنتی که در آن پزشک سخنگو و بیمار شونده بود، جای خود را به تعاملات دوجانبه داده است، که در آن صدای زیست جهان بیمار همانند صدای علم پزشکی قابل شنیدن است. در راستای رسیدن به این هدف روشهای متعددی مطرح شده است. پزشکی روایتی (Narrative Medicine) از جمله این رویکردهاست و این مقاله با هدف آشناسازی تیم درمان با این مفهوم نوشته شده است.

روش کار:

این مطالعه یک تحقیق مروری است که با جستجو در سایتهای داخلی و خارجی SID, PubMed, Google Scholar, Ovid, MEDLINE, CINAHL انجام شده است. برای این منظور کلیدواژه های پزشکی روایتی، ارتباط پزشک و بیمار، Narrative Medicine، Medical Ethics و Medical Humanities جستجو شدند. در منابع فارسی زبان مقاله‌ای در این مورد یافت نشد و در نهایت مقالات انگلیسی زبانی که دسترسی به متن کامل آنها امکان پذیر بود، مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته ها:

پزشکی روایتی منشاء گرفته از علم آنتروپولوژی است و در ساده ترین تعریف به معنای گوش سپردن به بیمار و شنیدن داستان بیماری است. این مفهوم شناخت صرف پزشکان از بیماری را به چالش کشیده و بر پایه نظریه های بیمار محوری، بر شناخت بیماری از زاویه دید بیمار تاکید دارد. بر این اساس درمان بیماری بدون شنیدن بیمار امکان پذیر نخواهد بود. در حال حاضر این رویکرد با هدف استفاده از پتانسلهای بیمار در تشخیص بیماری و به رسمیت شمردن حق مشارکت بیمار در پروسه درمان، مورد توجه قرار گرفته است.

نتایج:

پزشکی روایتی نه تنها یک رویکرد، بلکه ابزار است جهت برقراری تعامل سازنده بین بیمار و درمانگر که نقش موثری در ارتقاء کیفیت خدمات سلامت دارد. این مفهوم با تاکید بر منحصر به فرد بودن هر بیمار، توجه درمانگران را بر این مهم جلب می‌کند که در مقابل آگاهی پزشک از دانش پزشکی و بیماریها، آگاهی بیماران نسبت به شرایط و بیماریشان قرار دارد و تاکید می‌کند که این آگاهی جایگاه ویژه‌ای در پروسه درمان و تشخیص دارد. چنین دیدگاهی با تکیه بر اهمیت توازن قدرت بین بیمار و پزشک، هر دو را در حیطه خودشان ماهر (Expert) دانسته و با ایجاد تعاملات موثر بین بیمار و پزشک، موجب ارتقاء سطح سلامت جامعه می‌شود. از سوی دیگر با افزایش درک دو طرفه، از بستری شدنهای مکرر جلوگیری کرده و موجب کاهش مدت زمان بیماری و هزینه‌های مرتبط با آن می‌شود.

کلمات کلیدی:

پزشکی روایتی، ارتباط بیمار و پزشک، اخلاق پزشکی

نقش موسیقی در طب جایگزین complementary medicine و اثرات توانبخشی موسیقی در بیماری‌های داخلی و اعصاب (سکته مغزی، سکته قلبی، آلزایمر)

دکتر حسن عشایری - استاد علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سید محمد علی اکبریان - استاد گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران

موسیقی درمانی یکی از شاخه‌های مهم و نوین طب جایگزین می‌باشد که در این مقاله تاثیر موسیقی بر روند plasticity مغزی، بازسازی راههای عصبی تحلیل یافته، و برقراری ارتباطات عصبی جایگزین بررسی می‌شود. این پدیده می‌تواند با مکانیسم‌های کاملاً شناخته شده در درمان و توانبخشی نقایص ایجاد شده در سیستم عصبی در بیماران مغز و اعصاب همچون بیماری آلزایمر، بیماری‌های تحلیل برنده نسوج مغزی مثل سکته‌های مغزی و ام‌اس و ... یاری رسان باشد. همچنین در بیماران داخلی و بیماران اعصاب و روان که عمدتاً با درد و رنج همراه است می‌تواند به نحو چشمگیری در کاهش درد و افزایش امید به زندگی کمک نماید. در این مقاله بررسی اثرات موسیقی بر مغز، تاثیر موسیقی بر سیستم انتقال درد و نوروترنسمیترهای واسطه‌ای کاهش درد در بیماران بررسی خواهد شد.

GERIARIC PREVENTIVE CARE

Mohammad Khalkhali

Background and Aim:

Preventive medicine is the fundamental part of healthcare system especially in geriatrics.

Which diseases are more server whit more serious adverse events and probably more costly.

Understanding

Preventive services which are recommended for older adult have a key important effect on their diseases and healthcare cost.

Methods:

We did a thorough search in scientific databases and summarized preventive services if four topics:

Screening, Counseling, Immunization and Chemoprophylaxis.

Results:

Providing Well-organized guidelines for health care providers regarding geriatrics preventive medicine in four categories.

Conclusion:

Physicians provide preventive care and beneficial information that help older population maintain p
hysical independence.

Keywords:

Preventive care, Geriatrics Physician guide

Pharmacologic misuse for spiritual gain

Abdoreza Ghoreishi¹, Ali Niksirat², Mehdi Maghbooli¹, Masoud Asadi-Khiavi³

¹Department of Neurology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Department of Internal Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Pharmacotherapy, School of Pharmacy, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Introduction:

Muslim women have not opportunity to perform religious rituals during their menstrual period. However, some of them use oral contraceptive pills (OCP) to holdup menstruation and it gives rise to the brain thrombosis particularly cerebral venous-sinus thrombosis (CVST). This study was been designed to evaluate the brain thrombosis among Muslim women.

Methods:

This cross sectional study was conducted on 32 female CVST patients admitted in a university hospital in Zanjan province of Iran from August 2010 (Ramadan 1431 in Islamic Calendar) to September 2011 (Ramadan 1432), including two consecutive Ramadan. The history of OCP consumption and the quantity of estrogen (ethynil estradiol) in last used OCP pack (remaining pills at the time of admission) were be highlighted to discover using high-performance liquid chromatography (HPLC) to make the issue more clear.

Results:

Of 32 admitted CVST patients, 27 cases had a history of OCP consumption. A total number of 24 cases claimed low dose (LD) pills use and analysis of last used LD pills by mentioned patients revealed standard amount of ethynil estradiol in pills that used by participants except of one case.

Conclusion:

Accumulation of CVST rate among Muslim women despite of using standard contraceptive products for delay of menstruation should considered as a case of drug abusing. It strongly recommends that women should avoid the use of OCPs to delay menstruation.

Keywords:

Brain thrombosis, Oral contraceptives, Estrogen

ده تهدید مهم برای بهداشت مردم جهان در سال ۱۳۹۸

(Ten threats to global health in 2019)

دکتر حمید کثیری

مقدمه و هدف :

جهان با چالش‌های متعدد در ارتباط با سلامتی مواجه است. این موارد از شیوع بیماری‌های قابل پیشگیری از واکسن مانند سرخک و دیفتی، گزارش‌های افزایش پاتوژن‌های مقاوم به دارو، افزایش میزان چاقی، عدم فعالیت فیزیکی تا تاثیرات بهداشتی آلودگی محیط زیست و تغییرات اقلیمی و بحران‌های بشر دوستانه می‌باشد. هدف از این بررسی، شرح چالش‌های مهمی که جهان از نظر سلامتی در سال ۱۳۹۸ با آن برخورد خواهد بود و لازم است در سطح ملی نیز به این تهدیدهای سلامتی توجه کافی شود و آمادگی کافی و کاملی برای چگونگی مواجهه شدن با این خطرات و کنترل وجود داشته باشد.

مواد و روش‌ها :

این مطالعه با مراجعه با سایت سازمان بهداشت جهانی و استخراج اطلاعات از آن صورت گرفت.

نتایج :

آلودگی هوا و تغییرات اقلیمی (Air pollution and climate change) :

نه نفر از ده انسان هر روز هوای آلوده تنفس می‌کنند. در سال ۲۰۱۹، آلودگی هوا توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بزرگترین خطر محیطی برای سلامت انسان معرفی شده است. آلودگی میکروسکوپی در هوا با آسیب به ریه‌ها، قلب و مغز سالانه باعث مرگ زود هنگام هفت میلیون نفر (در سن ۳۰-۶۹) از طریق ابتلاء به سرطان، سکته مغزی و بیماری‌های قلبی و ریوی می‌شود. حدود نود درصد این مرگ‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد. انتظار می‌رود بین ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ تغییرات اقلیمی سبب مرگ ۲۵۰۰۰۰ بیشتر از مالاریا، سوء تغذیه، اسهال و استرس گرمایی بشود. حتی اگر تمام تصمیم‌های گرفته شده در کنفرانس پاریس با موفقیت به سرانجام برسند، در قرن کنونی جهان با افزایش دمای بیشتر از ۳ درجه سانتی‌گراد روبه‌رو خواهد بود.

بیماری‌های غیر واگیر (Noncommunicable diseases):

بیماری‌های غیرواگیر نظیر دیابت، سرطان و بیماری‌های قلبی مسئول بیش از ۷۰٪ همه مرگ‌ها (۴۱ میلیون مرگ) در جهان هستند. از این تعداد، ۱۵ میلیون مرگ زودرس (در سنین ۳۰-۶۹) می‌باشند. بیش از ۸۵٪ مرگ‌های زودرس در کشورهای کم تا متوسط درآمد اتفاق می‌افتند. افزایش این بیماری‌ها به پنج ریسک فاکتور اصلی (بی تحرکی، استفاده از دخانیات، استفاده از الکل، استفاده از الکل و رژیم‌های غذایی ناسالم) نسبت داده می‌شود. این ریسک فاکتورها بر سلامت روانی مردم نیز تاثیر می‌گذارند. خودکشی دومین علت مرگ در سنین ۱۵-۱۹ سالگی است.

پاندمیک جهانی آنفولانزا (Global influenza pandemic):

جهان با پاندمی آنفولانزای دیگری روبرو خواهد شد. تنها چیزی که مشخص نیست، آن است که این همه‌گیری در چه زمانی و با چه شدتی اتفاق خواهد افتاد.

شرایط شکننده و آسیب‌پذیر (Fragile and vulnerable settings):

بیش از ۱٫۶ میلیارد نفر (۲۲٪ جمعیت جهان) در مناطقی زندگی می‌کنند که با بحران‌های طولانی و جدی (ترکیبی از چالش‌هایی مانند خشکسالی، قحطی، درگیری و جابجایی جمعیت) و روبرو هستند و خدمات بهداشتی ضعیفی دارند.

مقاومت میکروب‌ها به داروها (Antimicrobial resistance):

مقاومت دارویی به استفاده بی‌رویه از داروهای ضد میکروبی در مردم، حیوانات و محیط نسبت داده می‌شود. مقاومت به داروهای ضد سل یک مانع مهم برای مبارزه با این بیماری که سالیانه سبب ابتلاء حدود ۱۰ میلیون نفر و مرگ حدود ۱٫۶ میلیون نفر در جهان می‌شود، است. در ۲۰۱۷، حدود ۶۰۰۰۰۰ مورد مقاوم به Rifampicin (موثرترین داروی خط اول درمان سل) گزارش شد که ۸۲٪ این تعداد دارای مقاومت چندجانبه (Multidrug-resistant) به سل بودند. مقاومت در برابر داروهای ضد میکروبی که در باکتری‌ها، انگل‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌ها ایجاد شده است تهدیدی بزرگ محسوب می‌شود.

ابولا و سایر پاتوژن‌های بسیار خطرناک (Ebola and other high-threat pathogens):

پاتوژن‌هایی که واکسیناسیون و درمان مناسبی برای آنها وجود ندارد، شناخته شده‌اند که توانایی ایجاد مشکلات اضطراری بهداشتی در مناطق بزرگی از جهان را دارند. ابولا

و تب‌های خونریزی‌دهنده دیگری همچون زیکا، نیپاه (Nipah)، سندروم کوروناویروسی دستگاه تنفسی خاورمیانه (MERS-CoV - Middle East respiratory syndrome) و سندروم تنفسی حاد شدید (coronavirus SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome) و بیماری ایکس از جمله این بیماری‌ها هستند که شیوع آنها ممکن است همه‌گیری‌های جدی در پی داشته باشد.

مراقبت بهداشتی اولیه ضعیف (Weak primary health care):

در سال ۲۰۱۹ سازمان بهداشت جهانی، تلاش خواهد کرد این امکانات را در کشورهای جهان بازسازی و تقویت کند و آن را بر اساس اعلامیه آستانه قزاقستان تشکیل دهد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه معمولاً اولین نقطه تماس مردم با سیستم خدمات بهداشتی است که باید به صرفه، جامع، بهینه و قابل ارائه در تمام طول عمر باشد.

نگرانی و شک از واکسن (Vaccine hesitancy):

اکراه یا امتناع از واکسیناسیون عایرغم فراهم بودن واکسن، روند پیشرفت در برابر بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن را تهدید می‌کند و ممکن است آن را معکوس کند. در حال حاضر، واکسیناسیون سالانه از ۲ - ۳ میلیون مرگ جلوگیری می‌کند و در صورتی که پوشش جهانی آن، کامل شود از مرگ یک و نیم میلیون نفر دیگر جلوگیری می‌کند. به عنوان مثال موارد ابتلا به سرخک ۳۰ درصد افزایش داشته است. بعنوان مثال، افزایش موارد ابتلا به سرخک به میزان ۳۰٪ مشاهده شده است. علل این افزایش، پیچیده است و امتناع از واکسیناسیون یکی از دلایل آن محسوب می‌شود. دیده شده در برخی کشورها که بیماری نزدیک به مرحله حذف بود، در حال بازگشت است. دلایل خودداری از واکسیناسیون نیز پیچیده است. در سال ۲۰۱۹ تلاش می‌شود که با افزایش پوشش واکسن و ویروس زگیل تناسلی (HPV)، بیماری سرطان گردن رحم حذف و انتقال ویروس وحشی فلج اطفال در افغانستان و پاکستان متوقف شود. سال گذشته کمتر از ۳۰ مورد فلج اطفال در این دو کشور گزارش شده است.

تب دانگ (Dengue):

تب دانگ که بوسیله پشه‌ها منتقل می‌شود سبب علائم فلو مانند شده و می‌تواند در افرادی که دچار تب دانگ می‌شوند تا ۲۰٪ مرگ و میر را سبب شود. چندین دهه است که بیماری تهدیدی در حال افزایش می‌باشد. تعداد زیادی موارد در فصول بارانی کشورهای مثل بنگلادش و هند اتفاق می‌افتد. در حال حاضر، فصل شیوع این بیماری در این کشورها به طور معنی‌داری بیشتر شده است (در ۲۰۱۸ بنگلادش شاهد بزرگ‌ترین آمار مرگ ناشی از آن در

دو دهه اخیر بود). این بیماری به کشورهای کمتر تروپیکال و معتدل تر همچون نپال گسترش یافته، در صورتیکه قبلاً در این کشورها بیماری وجود نداشت. تخمین زده می‌شود که ۴۰٪ دنیا در معرض خطر تب دانگ باشد و حدود ۳۹۰ میلیون عفونت هر سال اتفاق می‌افتد. تلاش می‌شود که تا ۲۰۲۰، میزان مرگ و میر ناشی از بیماری تا ۵۰٪ کاهش یابد.

آ. آی. وی (HIV):

پیشرفت‌های بزرگی در مقابله با ویروس اچ‌آی‌وی حاصل شده است. تست تشخیص بیماران، فراهم کردن دارو برای بیماران (۲۲ میلیون نفر تحت درمان هستند) و دسترسی به روش‌های پیشگیری مثل pre-exposure prophylaxis (افراد در معرض خطر اچ‌آی‌وی داروهای ضد ویروس یا Antiretrovirals دریافت می‌کنند). با این حال، سالانه تقریباً یک میلیون نفر بر اثر اچ‌آی‌وی / ایدز از بین می‌روند. از زمان شروع اپیدمی این بیماری بیش از ۷۰ میلیون نفر به آن مبتلا شده و حدود ۳۵ میلیون نفر از بین رفته‌اند. امروزه حدود ۳۷ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی هستند.

نتیجه‌گیری:

لازم است به طرق مختلف مردم تحت آموزش‌های کافی جهت جلوگیری از ابتلاء به بیماری‌های واگیر و غیر واگیر قرار گیرند. همچنین، مسئولین بهداشتی لازم است برنامه ریزی‌های لازم برای جلوگیری از ورود بیماری‌های جدید به کشور یا گسترش بیماری‌ها به عمل آورند.

کلمات کلیدی:

تهدید بهداشتی، تغییر اقلیم، اچ‌آی‌وی، تب دانگ، آلودگی هوا، آنفولانزا، واکسن، مراقبت بهداشتی اولیه، مقاومت میکروبی، ابولا، بیماری واگیر و غیر واگیر، بحران

اپیدمیولوژی موارد حیوان‌گزیدگی در استان قزوین ۱۳۹۶

صفدر کریمی، دکتر شیوا لقائی، دکتر حمید رضا نجاری، علی رضا حبیبی، محمود زمانی، مریم اسفندیاری

مقدمه و هدف:

هاری یک بیماری حاد ویروسی است که موجب انسفالومیلیت می‌شود و یکی از قدیمی‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌های عفونی می‌باشد. این بیماری به طور معمول از طریق گزش حیوانات هار به انسان و حیوانات خونگرم منتقل می‌شود. هدف از این بررسی تعیین جنبه‌های اپیدمیولوژیک موارد حیوان‌گزیدگی در استان قزوین بود.

مواد و روش‌ها:

کلیه موارد حیوان‌گزیدگی مراجعه‌کننده به ۱۷ مرکز درمان و پیشگیری در سطح ۶ شهرستان استان قزوین در سال ۱۳۹۶ در دفاتر این مراکز و همچنین پورتال ثبت شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده در گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

تعداد ۳۲۶۲ مورد حیوان‌گزیده ثبت شدند (بروز: ۲۵۶ در صد هزار نفر جمعیت در استان). بروز در مناطق شهری (۱۹۶ در صد هزار نفر) و بروز در مناطق روستایی (۴۷۲٫۷ در صد هزار نفر) بودند. بروز در شهرستان‌ها به ترتیب بیشترین بروز آج (۵۰۰ در صد هزار نفر)، تاکستان (۴۳۲ در صد هزار نفر)، آبیک (۲۸۵٫۴ در صد هزار نفر)، قزوین (۲۵۸٫۷ در صد هزار نفر)، بوئین زهرا (۲۳۲ در صد هزار نفر)، البرز (۹۱٫۵) در صد هزار نفر) بودند. ۲۶۷۴ نفر مرد (۸۲٪) و ۵۸۲ نفر زن (۱۸٪) بودند. موارد گزش برحسب نوع حیوان مهاجم، ۲۳۱۴ مورد سگ (۷۱٪) بیشترین و سپس ۷۸۲ مورد گربه (۲۳٪) بودند، بیشترین موارد حیوان‌گزیدگی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. ۲۳۳ نفر (۷٫۱٪) زیر ۵ سال بودند. موردی از هاری انسانی مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه ما نشان داد که موارد حیوان‌گزیدگی در مناطق روستائی حدود ۲٫۵ برابر مناطق شهری بوده است. همچنین مردان به طور قابل ملاحظه‌ای در معرض خطر حیوان‌گزیدگی قرار

دارند. از سوی دیگر سگ و گربه عامل بیشترین گزش بوده اند. بنا بر این مداخله در جهت کنترل این حیوانات می تواند موجب کاهش حیوان گزیدگی در استان گردد.

کلمات کلیدی:

حیوان گزیدگی، هاری، اپیدمیولوژی، قزوین

طب تسکینی؛ بخش مغفول طب داخلی

دکتر عادلہ رضاقلی زاده شیروان، متخصص بیماریهای داخلی و دستیار فلوشیپ طب تسکینی

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، مراقبتهای تسکینی رویکردی است که منجر به بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماریهای تهدید کننده حیات و مراقبین آنها می شود، که پیشگیری و تسکین رنجهای بیماران، به صورت تشخیص زود هنگام، ارزیابی دقیق و درمان درد و سایر مشکلات فیزیکی، روانی-اجتماعی و معنوی تعریف می شود.

از آنجایی که بخش قابل توجهی از مراجعه کنندگان به متخصصان داخلی در بخش های اورژانس و مطب ها شامل مبتلایان به بیماری های مزمن در مراحل پیشرفته و انتهایی از قبیل سرطان، نارسایی های مزمن ریوی، کلیوی، قلبی و... می باشند؛ این گروه از بیماران یکی از چالش های مهم در امر تصمیم گیری و مدیریت درمان محسوب می شوند. لذا به نظر می رسد که آشنایی با رویکردهای صحیح در نحوه برخورد و درمان این بیماران و همراهان آنها، موضوع حایز اهمیت در طب داخلی باشد. همچنین با مروری اجمالی بر منابع اصلی به روز شده طب داخلی، سرفصل های آشنایی با طب تسکینی و مراقبتهای مراحل انتهایی حیات، خودنمایی می کند.

در این مقاله تلاش شده است تا به مروری کلی بر سرفصل های اصلی مراقبتهای تسکینی پرداخته شود، که خود شامل موارد ذیل می باشد: (۱) آشنایی کلی با اصول اولیه مراقبتهای تسکینی (۲) درمان علامت ها و شکایت های شایع بیماران از قبیل درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و... (۳) مهارت برقراری ارتباط مناسب پزشک با بیمار و همراهان (۴) رویکردها و پی آمدهای اخلاقی (۵) مراقبتهای مراحل پایانی حیات.

از آنجایی که مقوله طب تسکینی در نظام بهداشت و درمان کشور ما نوپا می باشد، امید است با نهادینه ساختن رویکردهای صحیح و علمی، در مواجهه با مبتلایان به بیماری های مزمن پیشرفته و تهدید کننده حیات، علاوه بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران، راهکارهای مناسب در بهبود وضعیت هزینه-اثربخشی نظام سلامت جدی تر از قبل، مدنظر قرار گیرد.

بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان مراقبت بهداشتی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار- عرب نیا در شش ماهه اول ۹۷

جواد خدادادی ۱ ، کبری غلامحسین زاده ۲ ، کیانا وفائی* ۳

۱-استادیار عفونی ، دانشگاه علوم پزشکی قم ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا
۲- کارشناس کنترل عفونت ، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا، دانشگاه علوم
پزشکی قم، .

کارشناس پرستاری، کارشناس کنترل عفونت، مرکز آموزشی پژوهشی درمانی کامکار عرب نیا،
دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران -۳

مقدمه :

آسیب های ناشی از مواجهه یکی از خطرات شغلی مهم برای کارکنان بهداشتی و درمانی
محسوب می شود که آنان را در معرض خطر تماس با میکروارگانیسم های منتقله از راه خون
قرار میدهد . هدف از این مطالعه بررسی موارد مواجهه شغلی در کارکنان بهداشتی درمانی
بیمارستان کامکار در شش ماهه اول سال ۹۷ بوده است .

هدف :

بررسی موارد مواجهه شغلی در شش ماهه اول سال ۹۷ می باشد.

روش کار :

بررسی برروی تمام کارکنان بهداشتی و درمانی صورت پذیرفت . ابزار جمع آوری اطلاعات
فرم مواجهه شغلی مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و مراحل هفت گانه PEP می
باشد .

نتایج:

نتایج این مطالعه ۲۷مورد مواجهه شغلی در بیمارستان را نشان داد . بیشترین میزان بروز
مربوط به دانشجویان ۱۵٪ بوده . شایعترین علت مواجهه آسیب پوستی در اثر فرورفتن سرسوزن
بود . (۹۲/۵٪) فراوانی مواجهه ها در شیفت صبح بیشتر از سایر شیفت ها می باشد . (۷۲٪)
در ۷۴٪ موارد منبع شناسایی و آزمایشات تخصصی انجام شد و در ۲۶٪ منبع ناشناخته بود .

بحث و نتیجه گیری :

باید آموزش بیشتری بخصوص برای دانشجویان قبل از شروع کار در خصوص احتیاطات استاندارد و پیشگیری از آسیب ها و خطرات ناشی از آن و اقدامات بعد از آن برای طرح ریزی و اجرا شود. در ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی و تقویت سطح مهارت های بالینی کارکنان بیمارستانی و آگاهی از تزریقات ایمن و استفاده از سفتی باکس می تواند در پیشگیری از مواجهه های شغلی در بیمارستان نقش بسزایی داشته باشد.

کلمات کلیدی :

مواجهه شغلی - بیمارستان کامکار - میکروارگانیزم - قم

مراقبت تسکینی معنویت محور از بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی

دکتر مرجان مردانی حموله ۱، دکتر لیلی بریم نژاد ۲، دکتر نعیمه سیدفاطمی ۳، دکتر مامک طهماسبی ۴

۱. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳. استاد، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۴. دانشیار، فوق تخصص طب تسکینی، مرکز تحقیقات انستیتو کانسر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

مراقبت تسکینی یکی از مهم‌ترین مفاهیم در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. معنویت نیز نقش مهمی در مراقبت از این مبتلایان دارد. هدف مطالعه حاضر، تبیین ادراکات پرستاران از مراقبت تسکینی معنویت‌محور برای مبتلایان به سرطان بود.

روش کار:

این مطالعه کیفی با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت‌کنندگان، ۱۴ کارشناس پرستاری شاغل در انستیتو کانسر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شده و مورد مصاحبه‌های چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند، مورد بازنگری قرار گرفتند و سپس طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهت‌های معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیرطبقات مشخص شدند و سپس در بازنگری مجدد زیرطبقات مرتبط با هم در یک طبقه قرار گرفتند.

نتایج:

طبقات اصلی در مراقبت تسکینی معنویت محور از مبتلایان به سرطان دربردارنده ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی بودند. ارتقای سلامت معنوی دربردارنده زیرطبقات ارتقای راهبردهای مذهبی و پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی بود. طبقه مدیریت معنوی نیز دربردارنده زیرطبقات تلاش برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی بودند.

نتیجه‌گیری:

تحلیل محتوای مراقبت تسکینی معنویت محور از بیماران مبتلا به سرطان، شرایط لازم برای این مراقبت را نشان داد. طبق روایات مشارکت‌کنندگان، ارتقای سلامت معنوی و مدیریت

معنوی نقش مهمی در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان داشته‌اند. یافته‌های این مطالعه، به کارکنان درمانی و مراقبتی در جهت شناخت بیشتر مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان، درک بهتر از نیازهای معنوی این بیماران و در نهایت ارتقای عملکرد آنان در بالین یاری می‌رساند.

کلمات کلیدی:

مراقبت تسکینی، معنویت، سرطان، مطالعه کیفی

Status of the Acute Respiratory Symptoms, Pulmonary Function Test, and Chest Radiograph among Professional Firefighters in Active Firefighting:

Plasco Trade Center Disaster. Tehran-Iran 2016

Khosrow Agin MD* 1, Ali Mohammad Baigi MD2
Shahid Beheshti University of Medical Science (SBUMS),
Loghman Hakim general teaching hospital
1- Associate Professor of the Respiratory Medicine
2-Clinical Psychology

Abstract

Background:

The job of the fire brigade is a high-risk occupation. They can be involved in acute and chronic diseases.

The study was conducted to investigate the symptoms of the acute symptoms of the pulmonary problems, chest radiography, and pulmonary function testing among the professional firefighters of the Tehran Firefighting Stations in active firefighting of the Plasco trade center disaster (PTC).

Material & Method:

A call was announced by the national Fars news agency to examine the firefighters in the PTC disaster.

Results:

A total of 56 firefighters completed the study design. They were male, commonly at a young age and less than a 3rd decade. Upper respiratory tract symptoms were a higher frequency than a lower airway tract. 98% of the subjects complained of respiratory symptoms. Chest abnormality was 24% and normal acute short-term spirometry was 87%.

Acute occupational bronchitis was a prominent respiratory disease.

Conclusion:

Acute toxic inhalation respiratory diseases were found in our study including; acute bronchitis, asthma-like disease, and laryngitis. Medical –monitoring is necessary for detection adverse health effects in the exposure, post-exposure and long lifetime.

Keywords:

Firefighter, Respiratory symptoms, Pulmonary function test, Chest radiography,

سی‌اُمین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸





دکتر علی نیک سیرت

متخصص بیماریهای داخلی - بورد تخصصی از دانشگاه علوم پزشکی تهران.
دانشجوی نمونه دانشگاه علوم پزشکی تهران در دوران رزیدنتی.
دارنده عنوان مقاله برتر بیست و نهمین کنگره سالیانه جامعه پزشكان متخصص داخلی ایران در سال ۹۷.
دارنده بیش از ۲۰ عنوان مقاله به زبان های انگلیسی و فارسی.
دارنده عنوان پژوهشگر برتر مرکز تحقیقات پزشکی قانونی کشور در سال ۹۲.

مقایسه ضخامت لایه های مختلف جدار کولون به روش اندوسونوگرافی در بیماران با کولیت اولسروز و کرون مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان امام خمینی تهران

مقدمه

افتراق میان کولیت اولسروز و بیماری کرون مسئله مهمی جهت انتخاب راهبرد طبی مناسب و تخمین پیش آگهی بیماری است. سونوگرافی آندوسکوپیک برای تشخیص لایه های مختلف جدار دستگاه گوارش استفاده می شود. بهر حال دقت این روش در مقایسه با کولونوسکوپی مسئله ایست که باید تحت مطالعه قرار داده شود. این مطالعه را تنظیم کرده ایم تا دقت و حساسیت سونوگرافی اولتراسوند آندوسکوپیک را در مقایسه با تست های تشخیصی استاندارد، و دقت آن را برای افتراق بیماری کرون و کولیت اولسراتیو با استفاده از اندازه گیری ضخامت لایه های مختلف جدار روده، ارزیابی کنیم.

روش اجرا

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی آینده‌نگر یکطرفه کور شده‌ی دقت تشخیصی، بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو، ۳۰ بیمار کرون و ۱۰ نفر گروه شاهد سالم است. پس از اخذ رضایت آگاهانه، بیماران تحت یک معاینه‌ی کامل شامل شرح حال و معاینه فیزیکی، ارزیابی بالینی شاخص‌های فعالیت بیماری، و اندازه‌گیری مارکرهای التهابی قرار گرفتند و به یک اندوسونوگرافیست که از تشخیص بیماران بی‌اطلاع بود، ارجاع داده شدند. ضخامت مخاط، زیرمخاط و تمام جدار کولون سیگموئید میانی اندازه‌گیری شد و ۳ بار در نواحی مختلف تکرار شد تا قابلیت اتکای اندوسونوگرافی را ارزیابی کنیم. مقدارهای میانگین برای آنالیز مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

مطالعه‌ی ما نشانگر حساسیت ۱۰۰ درصدی و اختصاصیت ۹۲/۳ درصدی برای افتراق بیماری کرون از کولیت اولسراتیو در مقایسه با آزمایش‌های تشخیصی استاندارد بود. میانگین ضخامت مخاط در بیماران کولیت اولسراتیو به طور قابل توجهی بیش از بیماران کرون بود، درحالیکه، ضخامت زیرمخاط در بیماران کرون بسیار بیشتر از بیماران کولیت اولسراتیو بود. ($P < 0.001$) حساسیت و اختصاصیت میانگین ضخامت مخاط برای افتراق کولیت اولسراتیو از بیماری کرون از گروه شاهد ۹۲/۳٪ و ۸۸/۶٪ با cut off ۱/۱ میلیمتر بود ($p < 0.001$). به علاوه، حساسیت و اختصاصیت میانگین ضخامت زیرمخاط برای افتراق کولیت زخمی از بیماری کرون و گروه شاهد ۱۰۰٪ و ۸۶/۱٪ با cut off ۱/۰۸ میلیمتر بود ($P < 0.001$). ارتباط قابل توجهی بین ضخامت تمام جدار و نمره مایو در بیماران کولیت اولسراتیو و بین ضخامت زیرمخاط و CDAI، ESR، CRP و کالپروتکتین در بیماران مبتلا به کرون وجود داشت.

نتیجه‌گیری

سونوگرافی اندوسکوپی می‌تواند بعنوان یک روش غیرتهاجمی و مؤثر با دقت قابل قبول در مقایسه با آزمایش‌های استاندارد برای افتراق بیماری کرون و کولیت اولسراتیو استفاده شود. با این حال، دقت آن به طور قابل توجهی وابسته به تجربه‌ی تکنسین است.



دکتر نصرت عابد پور

دکتر نصرت عابدپور فرزند نقدعلی متولد ۱۳۴۷ ورودی سال ۷۰ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دوره تخصصی داخلی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در سال ۱۳۹۷ فارغ التحصیل شدم .

خلاصه

مقدمه:

لیپوپروتئین اکسیداتیو با دانسیته پایین (oxLDL) یک فاکتور پیش التهابی و پیش آتروژنیک است که رادیکالهای آزاد در ساختار خود دارد و در آترواسکلروزیس نقش اساسی ایفا می‌کند. مطالعات نشان داده اند که oxLDL و در کل دیس لیپیدمی در بیماران مبتلا به کانسره‌های مختلف شیوع بالاتری دارند. با توجه به اینکه تا به حال مطالعه‌ای به ارزیابی سطح لیپوپروتئین اکسیداتیو در بیماران مبتلا به AML و مقایسه آن با افراد سالم نپرداخته است، و نیز مطالعه‌ای در این ارتباط در کشور ما و مخصوصاً منطقه شمالغرب کشور صورت نگرفته است، هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی سطح oxLDL در این بیماران و مقایسه آن با گروه شاهد می باشد.

روش انجام کار:

در مطالعه مورد- شاهدهی حاضر ۳۶ بیمار مبتلا به AML و ۳۶ نفر مورد کنترل در بیمارستان شهید قاضی تبریز به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از افراد مطالعه، اطلاعات پایه شامل سن، جنس، نوع بیماری، علت مراجعه و

تشخیص بیمار جمع آوری شد. سپس برای تمامی افراد اندازه گیری سطح لیپیدهای خونی و بخصوص سطح oxLDL صورت گرفت. داده های حاصله با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS version ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی داری $P > 0.05$ در نظر گرفته خواهد شد.

نتایج:

میانگین سنی گروه مطالعه بیماران $44/06 \pm 14/48$ و در گروه کنترل $38/92 \pm 13/70$ بود و تفاوت معنی داری بین دو گروه یافت نشد. در مقایسه‌ی دو گروه هیچ تفاوت معنی داری بین دو گروه در مورد LDL، کلسترول و تری گلیسیرید مشاهده نشد. در حالی که در مورد HDL تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود داشت به نحوی که میزان آن در گروه کنترل به شکل معنی داری بیشتر بود. از سوی دیگر، مقایسه‌ی oxLDL بین دو گروه نیز نشان از بالا بودن میزان آن به شکل معنی داری در گروه کنترل بود.

نتیجه گیری:

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که دیس لیپیدمی مورد انتظار در بیماران AML مشهود نبوده و تفاوت معنی دار در میزان oxLDL و HDL در بین دو گروه، نشان از بالا بودن این موارد در گروه کنترل بوده است.

کلیدواژه:

لیپوپروتئین اکسیداتیو با دانسیته پایین (oxLDL)، لوکمی حاد میلوئید (AML)، تری گلیسیرید، LDL، HDL، کلسترول



دکتر محمد مهدی اسحق حسینی

متولد اردیبهشت ماه سال ۱۳۶۵ تهران فارغ التحصیل سال ۱۳۹۰ پزشک عمومی
در حال حاضر رزیدنت نمونه سال چهارم بیماری های داخلی
از دانشگاه علوم پزشکی تهران
دارای چندین مقاله چاپ شده در نشریات معتبر ایرانی و خارجی
پزشک نمونه سال ۱۳۹۳

Abstract

Introduction :

The aim of this study was to compare Clemastine plus fentanyl with fentanyl plus midazolam in analgesia and colonoscopy in patients referring to Amir Alam Hospital.

materials and methods:

This research is a type of RCT survey. The site of the study was Amir Alam Hospital in Tehran. The patients under study included Cirrhosis patients who were referred to the emergency department of Amir-Aalam Hospital in Tehran and who have entered study conditions, by accident, and divided into two groups; The dosage of the medications in each group and the frequency of administration are as follows: 1. Group 1: Clemastine (10 mg) (for once), with fentanyl 100 µg (once), was prescribed 15 minutes before colonoscopy. 2. The second group received 2.5 mg intravenous (for once) plus fentanyl plus 100 µg plus

(for once), at 15 minutes before the start of the procedure. Patients were monitored for pain and hemodynamic changes.

Results:

The mean age in the group treated with colamethine was 52 years and in the group treated with midazolam was 54 years. 56 males and 35 females were studied in the study. There was no significant difference in gender in the two groups. Systolic blood pressure was 109.9 mmHg mercuric before and 109.35 mmhg after Clemastine administration, which showed no significant difference. Diastolic blood pressure was 72.2 mmHg before and 73.7 mmHg after Clemastine administration, which showed no significant difference. PR changes were 84% before and 84.5% after Clemastine administration, which showed no significant difference. In the group receiving midazolam, systolic and diastolic blood pressure changes were not significant, but changes in PR and SAO2 were significantly different. Meanwhile, the two groups had a significant difference in lower and lower pain levels after colonoscopy in the group receiving Clemastine compared to midazolam.

Discuss:

Based on the results of the present study, this tool can be used as a tool for the treatment of Clemastine as a tool for past pain relief in these patients.

Key words:

Clemastine plus fentanyl - Fentanyl - Midazolam - Pain relief - Relaxation - colonoscopy

سی‌اُمین کنگره جامعه پزشکان متخصص
داخلی ایران
۳ اردیبهشت لغایت ۶ اردیبهشت ۱۳۹۸



Index ♦

A. Marjani /207	DR.ZAHRA ESHAGH HOSSEINI / 7
A. Tabibzadeh /207	Emad Yeganeh Khorasani /180
Abbas Moradi /259	Farah Bokharaei-Salim /159
Abdoreza Ghoreishi /300	Farhad Hosseinpanah /36
ABOLGHASEM RAISSADAT /103	Fariba Keramat /168
Ahadi M /26	Farideh Razi /44
Ahmad roostaei /2	Faroughi F /26
Ahmad Shafahi /146	Farshchian Z /26
Akbari H /26	Farzanefar M /26
Ali Arash Anoushiravani /202	Farzaneh Amini Nezhad /67
Ali Asadollahi-Amin /204 /274	Farzaneh Amininezhad /65
Ali Gholami /9 /185	Fatemeh Abbasi /146
Ali Mirabi /255	Fateme Bandarian /44
Ali Nemati /161	Fatemeh Baghi Yazdi /22
Ali Niksirat /3/300	Fatemeh Golgiri /69
Ali Mohammad Baigi /313	Fatemeh Oraki /49
Alireza Esteghamati /32	Fatemeh Torkman Asadi /259
Alireza Firouzbaji /244	Fereidoun Azizi /36
Alireza Rafiei /255	Firuze Heidari /32
Alireza Sadeghi /127	Gholam Reza Lashkarara /47
Amene Mahmodiyan /116	Hamideh Akbari /69
Amir Sanatkar /202	Hassan Ghobadi /161
Anahita Sadeghi /249	Helia Pournaghshband /3
Araz Mohammad Mirabi /255	Hoseyn Fatollahi /88
Atieh Makhloogh /255	Hossein Ajdarkosh /185
Atosa Kazemi /69	Hossein Keyvani /159/171/274
Azadeh Feylizadeh /88	Hosseiny M / 252
Azita Zafar Mohtashami /46	Izadyar H /26
BAHMAN SHAFAEIAN /103	jayran zebardast /204
Beheshti A /26	Kaviani Mojgan /47
Behnaz Khodabakhshi /69	Khadijeh Hatami /9
Behzad Heidari /131	Khorasani S /26
DR.MOHAMMAD MEHDI ESHAGH HOSSEINI /7	Khosravi khorashad A /26
Dr.Esmaeil Faraji /62	Khosrow Agin /313
DR.S.JALAL ESHAGH HOSSEINI /7	Leila Khedmat /94
DR.S.Mahmoud Eshagh Hosseini/7	M. Esghaei /207
	M. Karimzadeh /207

M.Phil /274	Naghibzadeh, Bahram /240
Mahboobeh Ebrahimi /44	NAJME SOLTANI /103
Mahboobeh Hemmatabadi /44	Nasim Khajavirad /20
Mahbube Ebrahimpur /170/279	Nasim Khajavirad /242
Mahmmod Gholyaf /259	Nasim Valizadeh /134
Mahnaz Pejman Sani /170/279	Nasser Ebrahimi Daryani /3
Mahnaz Torki /170	Neda Alijani /170
Mahsa Abbaszadeh /20/242	Negar Dadpour /180
Majid ghafouri /180	Nooshin Shirzad /44
Mandana Majidian /202	Omid Sedighi /255
Manouchehr Nakhjavani /32/44	Parvin Azar /185
Mansour Babaei /131/244	Pouya Moradi /159
MANUCHEHR KEYHANI /103	Rassulian F /252
Marjan Yaghmaie /134	Ravanbakhsh Majid /49
Maryam Esghaei /159/171	Reza Aghabozorgi /202
Maryam Zakerihamidi /116	Rostam Yazdani /146
Masoud Asadi-Khiavi /300	Sa'adat nia H /26
Masoudreza Sohrabi 9 /69/185	Saadat Maryam /49
Masoumeh Zarei /185	Saadati, Nayyereh /240
Mehdi Maghbo oli /300	Saddadi F /252
MH. Karbalaie Niya /207	Saeid Rezaei Jouzdani /127
Mitra KazemiJahromi /36	Sahand Abbaszadeh /202
Mitra samareh fekri /140/146	Sahar heydarabadi /140
Mohammad Bghi Yazdi /22	Sahar karimpour /20/242
Mohammad Hadi Karbalaie Niya /159/171	Salome Sadat Salehi /32
Mohammad Hadi Shirazi PhD /287	Samira Eshghi /69
Mohammad Javad maleki /88	Samira Matin /161
Mohammad Khalkhali /299	Samiyeh Kazemi /116
Mohammad R. Salehi /204	Sare Hatamian /9
Mohammad Reza Salehi /274	Seyed A. Dehghan Manshadi /204
Mokhtari Amirmajdi /26	Seyed A. Mousavi /204
Moloud Payab Sara Nayebandi /67	Seyed Ali Dehghan Manshadi /274
Mona Talaschian /249/280	Seyed Alireza Mousavi /274
Montazeri Simin /49	Seyed Arad MoslemiAghili /69
Mostafa Qorbani /44	Seyed Mostafa Mirakbari /286/287
Nader Roushan /3	SeyedAhmad SeyedAlinaghi /274
	Seyed-Ali Javad Mousavi /159

Seyed-Mehdi Hashemi Bajgani /140/146
 Seyyed Ahmad Hashemi /180
 Seyyideh Forough Hosseini /127
 SH. Monavari /207
 Shahrbanoo Keihanian /116
 Sheida Aghili /9
 Shirin Hasani-Ranjbar /67
 Shiva Mahmoudzadeh Kani /32
 Sima Sadat Ahmadinejad /168
 Soghra Rabizadeh /32
 Somaieh Matin /161
 Tavakoli /207
 Vida Sheikh /259
 Vosoughinia H /26
 Yahya Javadian /244
 Zahra Azizi /3
 Zahra Sanaei /168
 Zahra Tashakori /180
 Zhaleh Bayani /185
 Zinat Nadia Hatmi /94

احمد آریایی نژاد /۲۹۴
 آریتا ظفر محتشمی /۲۵۷/۲۶۳
 آقای دکتر رفیعی نیا /۹۱
 امیر احمد مصطفوی /۲۴۶
 امیر کیانی /۲۸۴
 بابک هادیان /۲۵۷/۲۶۳
 بهارک تأثریان /۲۴۶
 بهروز زینی /۲۲۴
 بهروز قلی زاده /۱۱۱
 بیتا انوری /۲۸۸
 ثنا امیری /۲۵۷
 جواد خدادادی /۲۲۵/۲۲۷/۲۲۹/۳۰۹
 حسن نیکویی نژاد /۲۴۷
 حمزه اکبری /۹۰
 حمید رضا فیاضی /۲۴۷
 حمیدرضا راسخ /۲۹۴
 خانم دکتر فرزانه احمدی /۸۵
 خانم دکتر هاله اسفندیاری /۸۵
 دکتر حمید طیبی خسروشاهی /۲۶۸
 دکتر رسول یوسفی مشعوف /۲۲۰/۲۲۲/۲۲۴
 دکتر سعید منصوری /۲۶۸
 دکتر محمد علی توکلی اردکانی /۵۱
 دکتر مسعودرضا سهرابی /۲۴
 دکتر آرش امین /۸۴/۹۶
 دکتر آراین رضاییان /۸۰
 دکتر آزاده ابراهیم زاده /۱۹۵
 دکتر اعظم زیلوچیان /۲۷۰
 دکتر بهزاد بیژنی /۱۹۳
 دکتر پریسا بزرگ زاد /۲۹۶
 دکتر پگاه صالحی /۸۷
 دکتر توفیق یعقوبی کلورزی /۲۹/۲۳۶
 دکتر تینا دیهیم /۵
 دکتر حسن افضلی /۲۳۱

دکتر حسن عشایری / ۲۹۸	دکتر علی اکبر موثق پور اکبری / ۱۲۵
دکتر حسین قربانی / ۱۲۴	دکتر عطا فیروزی / ۹۶
دکتر حسین واصف پور / ۲۱۸	دکتر علی نیک سیرت / ۵
دکتر حمید اصغرزاده / ۳۸ / ۳۴	دکتر علیرضا اعرابی / ۴۶
دکتر حمید رضا نجاری / ۳۰۶ / ۲۰۳	دکتر فاطمه عمیقی / ۱۸۳
دکتر حمید فراشبندی / ۲۳۶	دکتر فیروزه ساجدی / ۲۰۸
دکتر حمید کثیری / ۳۰۲ / ۱۹۷ / ۱۶۴	دکتر لیلا مبینی / ۲۳۱
دکتر حمیدرضا گیلانی / ۲۷۰ / ۲۳۴	دکتر لیلی بریم نژاد / ۳۱۱
دکتر حمیدرضا نجاری / ۱۹۳	دکتر مامک طهماسبی / ۳۱۱
دکتر حیدر علی بالو / ۲۳۶	دکتر ماه منیر محمدی / ۸۰
دکتر داوود منادی زاده / ۱۰۰	دکتر مائده نجفی زاده / ۱۸۷
دکتر رحیم محمودلو / ۱۴۲	دکتر مجید مقدس زاده / ۲۶۸
دکتر رضا رزاقی / ۲۳۴ / ۱۸۹	دکتر محسن وکیلی صادقی / ۱۲۴
دکتر رضوان پوراحمد / ۱۱	دکتر محمد رضا غربستانی / ۲۲۴
دکتر لیلا خدمت / ۹۳	دکتر محمد منصور ساروی / ۱۰۸ / ۱۰۵
دکتر زهرا سلیمانی / ۲۱۸ / ۱۸۳	۱۲۲ / ۱۱۸ / ۱۱۱
دکتر زهرا شایسی / ۱۸۷	دکتر محمدجواد عالم زاده انصاری / ۸۷
دکتر زهره صنعت / ۱۲۵	دکتر محمدحسین رحیمی‌راد / ۱۴۴ / ۱۴۲ / ۱۳۸
دکتر زینب نوروزی / ۹۶ / ۸۷ / ۸۴	دکتر محمدرضا غفاری / ۱۴۴ / ۱۳۸
دکتر سعید کلباسی / ۴۶	دکتر مرجان مردانی حموله / ۳۱۱
دکتر سنبل طارمیان / ۲۹	دکتر مریم ذاکری حمیدی / ۱۰۸ / ۱۰۵
دکتر سید علیرضا مروجی / ۲۳۱	۱۲۲ / ۱۱۸ / ۱۱۱
دکتر سید محمد حسن عادل / ۸۵	دکتر مسعود آل بویه / ۵
دکتر سید محمد علی اکبریان / ۲۹۸	دکتر ملیحه چرخچیان / ۲۶۷ / ۲۶۲
دکتر سید محمود اسحق حسینی / ۱۱	دکتر منصوره مومن هروی / ۱۸۷ / ۱۸۳
دکتر سید مسعود سیدیان / ۸۵	۲۷۰ / ۲۳۴ / ۲۳۱ / ۱۸۹
دکتر سید مصطفی حسینی / ۲۲۲	دکتر منیژه ساجدی / ۲۰۸
دکتر سیمین سامانی / ۲۶۲	دکتر مهرداد هدایتی / ۲۳۴
دکتر شقایق رحیمی راد / ۱۴۴ / ۱۳۸	دکتر ناصر ابراهیمی دریانی / ۵
دکتر شهربانو کیهانیان / ۹۸ / ۱۰۵ / ۱۰۸	دکتر نصرت عابدپور / ۱۲۵
۱۲۲ / ۱۱۸ / ۱۱۱	دکتر نعیمه سیدفاطمی / ۳۱۱
دکتر شیوا لقانی / ۳۰۶	دکتر نورلی رادگهر / ۷۱
دکتر عادل رضاقلی زاده شیروان / ۳۰۸	دکتر هادی علیزاده / ۱۴۲
دکتر عباس علامی / ۱۹۳	دکتر هانیه پایداری / ۵

دکتر وحید اصغرزاده ۳۸/۳۴/	عبدالرضا کمالی ۳۸/۳۴/
دکتر آزاد قدیمی ۱۹۱/	علی اصغر رواسی ۹۰/
دکتر حسن افضلی ۲۱۸/	علی بختیاری ۲۵۷/
دکتر رضا قاسمی برقی ۱۹۱/ ۱۹۳/ ۲۰۱/	علی رضا حبیبی ۲۰۳/ ۳۰۶/
دکتر زهرا فتوکیان ۹۸/	علی ساروی ۱۰۵/ ۱۰۸/ ۱۱۱/ ۱۱۸/ ۱۲۲/
دکتر سعیده مکارم ۲۰۱/	علی غلامی ۲۴/
دکتر شیوا لقائی ۲۰۳/	علیرضا جعفری ۵۶/
دکتر صادقعلی عظیمی ۱۹۱/	عماد یگانه خراسانی ۱۷۳/ ۱۷۷/ ۲۰۹/
دکتر عفت مشهدی ۱۲۹/	۲۱۲/ ۲۱۴/ ۲۱۶/
دکتر علیرضا نیکونژاد ۱۹۱/ ۱۹۳/ ۲۰۱/	فاطمه اکرمی پور ۲۲۵/
دکتر فاطمه خاکی خطیبی ۸۲/	فائقه سادات موسوی خورشیدی ۱۱۸/
دکتر مهدی رسولی منش ۱۸۹/	فرانک خسروی ۲۸۴/
دکتر اعظم السادات نبوی ۱۹۳/	فرخ قوام ۳۸/ ۳۴/
رضا فاضلی ۱۷۷/	فروغ چهره گشا ۱۰۵/ ۱۰۸/
زهرا تشکری سبزواری ۱۷۳/ ۱۷۷/ ۲۰۹/	فهیمه سادات غلام مصطفایی ۵/
۲۱۲/ ۲۱۴/ ۲۱۶/	فهیمه صفرنژاد ۲۴/
ساره حاتمیان ۲۴/	کمال اصالت منش ۲۴۷/
سجاد اسماعیلی ۲۹۴/	کبری غلامحسین زاده ۲۲۷/ ۲۲۹/ ۳۰۹/
سهند عباس زاده ۲۴۶/	کیانا وفائی ۲۲۵/ ۲۲۷/ ۲۲۹/ ۳۰۹/
سید احمد هاشمی ۱۷۷/	مجید غفوری ۱۷۳/ ۱۷۷/ ۲۰۹/ ۲۱۲/
سید جعفر نوابی ۲۸۴/	۲۱۴/ ۲۱۶/
سید غلامعباس موسوی ۱۸۷/	مجید میلانی ۳۸/ ۳۴/
سید محمد نوابی ۲۸۴/	محمد پیکان پور ۲۹۴/
سیدجواد موسوی ۳۸/ ۳۴/	محمد جواد ملکی یزدی ۹۰/
سیده معصومه فاطمی ۴۲/	محمد حسن خادم انصاری ۳۸/ ۳۴/
شادی ساروی ۱۰۵/ ۱۰۸/ ۱۱۱/ ۱۱۸/ ۱۲۲/	محمد رضا حیدری ۲۲۰/
شبنم سیفی پور ۱۰۸/	محمد رضا کردی ۹۰/
شهربانو کیهانیان ۱۱۳/ ۱۱۴/ ۱۱۵/ ۱۲۰/	محمد رفیعی ۲۴۶/
شهلا اسدی حویزیان ۸۵/	محمد غفوری ۱۷۳/ ۱۷۷/ ۲۰۹/ ۲۱۲/
شیدا عقیلی ۲۴/	۲۱۴/ ۲۱۶/
صفدر کریمی ۲۰۳/ ۳۰۶/	محمود زمانی ۳۰۶/
طیبه گریوانی ۱۷۳/ ۲۱۲/	مرضیه حاجی بابا ۲۴/
عاطفه بهاور ۲۴/	مریم اسفندیاری ۲۰۳/ ۳۰۶/
عاطفه مقسمی ۲۵۷/ ۲۶۳/	مریم حسینی پاقلعه ۲۰۹/ ۲۱۴/ ۲۱۶/

مریم رضایی / ۴۰

معصومه یارجانلی / ۴۲

منوچهر قوام / ۳۸ / ۳۴

مهسا حسین زاده / ۱۱۱

مهندس محمد حسین آهوئی / ۱۱

مهندس ندا قربان زاده / ۱۱

مونا بیشهء / ۴۲

نازیلا یوسفی / ۲۹۴

نفیسه کوچکی / ۱۲۲

نگار دادپور / ۱۷۳ / ۲۰۹ / ۲۱۲ / ۲۱۴

نگین دوستی / ۱۹۵

نیلوفر همتی / ۲۸۴

ولی اله خدیر / ۲۴۶