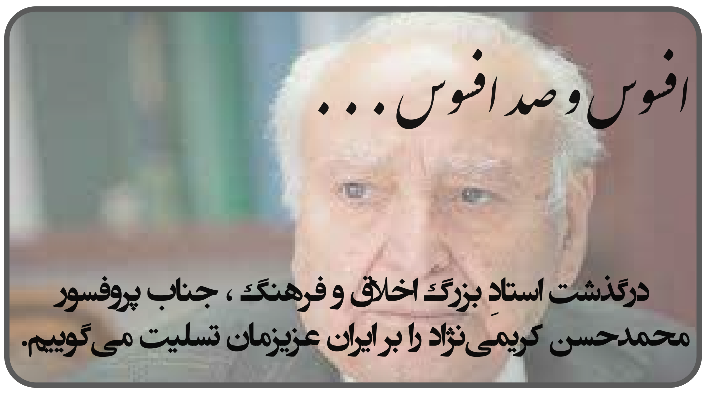
پزشکی امروز

شمارهٔ ۱۲۵۳، سال سی‌ویکم، بهار(فروردین، اردیبهشت) ۱۴۰۲، قیمت ۱۰,۰۰۰ تومان

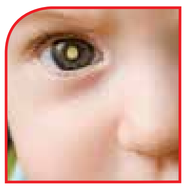
تاسیس: ۱۳۷۰
با یاد بنیانگذار نشریه، دکتر فرخ سیف بهزاد



آینده، تشخیص و مرحله بندی ALS: به کجا خواهیم رسید؟

دکتر برزو سالک
مدیرمسئول نشریه پزشکی امروز

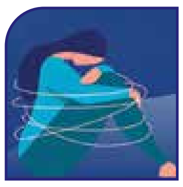
صفحه ششم



رتینوبلاستوما: سرطان خاموش چشم کودکان

احمدبریمی‌پور، گلنازاحمدوند، نسترن‌مرادی، امیرعباس‌هدایتی اصل، لیلا‌ستاریان، محمدفرانوش، سعیدکریمی
پژوهشگاه‌رویان

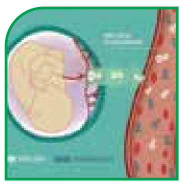
صفحه چهارم



تبدیل احساس کهتری به عقده حقارت

دکتر‌مهدی نوری
متخصص ژنتیک، استاد تغذیه ، پژوهشگر اختلالات و بیماری‌های روانی

صفحه دوم



نقش آزمایش غیر تهاجمی پیش از تولد هارمونی در بهبود سلامت باروری و جوانی جمعیت

عاطفه یداللهی خالص ، دکتر محمد امین طباطبائی فر

صفحه هفتم

روش NFP در ریزش مو

دکتر ماهور طباطبائی کاشانی

صفحه هشتم

عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و عوامل خطر شایع در بیماری‌های دهان و دندان

دکتر رضا یزدانی
استاد گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

صفحه آخر

تبدیل احساس کهتری به عقده حقارت

دکتر مهدی نوری
متخصص ژنتیک، استاد تغذیه ، پژوهشگر اختلالات و بیماری‌های روانی

موضوع این مقاله روان شناختی مبتلا به بیشتر افراد جامعه است.

احساس کهتری یا احساس حقارت را می‌توان احساسی دانست که کم و بیش تمام افراد یا بیشتر اشخاص وجود دارد. بنابراین می‌توان آن را احساسی طبیعی به شمار آورد. زمانی این احساس به سوی ناهنجاری می‌رود که فرد در چرخهٔ معیوب احساس کهتری (feeling of inferiority) قرار گیرد و با نشخوار فکری بر روی احساس خود تمرکز نماید و به‌جای داشتن انگیزه و تلاش برای بهبود وضعیت خود، به سوی منفی‌گرایی و حسادت گرایش یابد. فردی که به نشخوار فکری (Rumination) می‌پردازد فکر و ذهن خود را به یک موضوع متمرکز می‌کند و با انجام عمل تکراری در دور باطلی گرفتار می‌شود که با ورود افکار منفی به مغز او، نتیجه‌ای به غیر از رنج و نا آرامی نخواهد داشت. در این صورت فرد نمی‌تواند با خودشکوفایی و آرامش زندگی کند و به خود و دیگران عشق بورزد و از آن‌ها عشق دریافت نماید. تردیدی نیست که بدون خود شکوفایی و نیروی عشق، احساس تنهایی و تفرّد و بیگانگی حاکم می‌گردد و احتمالاً با بروز اختلالات عاطفی، اعتدال روحی نیز مختل می‌شود و در چنین حالتی، فرد قادر نخواهدبود بر تضادها وکشمکش‌های ناشی از فشارها پیروز شود.

آلفردآدلر (Alfred W. Adler)، بنیانگذار روانشناسی فردی ، که در سال ۱۸۷۰ میلادی زاده شد و در سال ۱۹۳۷ در گذشت، معتقد بود که تمام انسان‌ها در زندگی خود و البته با ذهن خود، از محرومیت‌ها وکمبودهایی که می‌تواند منجر به ایجاد احساس حقارت شود ،رنج می‌برند. این محرومیت و ناکامی‌ها را می‌توان شامل کمبودهای اجتماعی، خانوادگی، مادی و نقص‌های بدنی یا ذهنی دانست. البته آدلر، کمبودهای زندگی و پیشرفت نیز می‌داند. را عامل ترقی و پیشرفت نیز می‌داند. بنابراین احساس کهتری یا خودکم‌بینی، نیز می‌تواند بُعد مثبت و سازنده داشته باشد وهم دارای بُعد منفی و ویرانگر شود.

به نظر آدلر، احتمالاً فردی که پرمدعا و ازخود راضی است و احساس خودبرتری نشان می‌دهد، ممکن‌است فردی باشد که از احساس حقارت رنج می‌برد،اما ماسک به‌صورت زده است. البته باید توجه داشت که هرکس احساس برتری دارد و خودرا از دیگران برتر می‌داند الزاماً دارای عقده حقارت نیست. در احساس کهتری، نگرش اغراق‌آمیز فرد نسبت به توانایی‌های ذهنی و جسمی خود مطرح می‌شود که عموماً واکنشی دفاعی دربرابر احساس کهتری است. این احساس گاهی موجب پیشرفت و سبب رسیدن فرد به موفقیت‌های بزرگ می‌شود و از این رو می‌توان احساس حقارت را یک محرک قوی برای برخی از موفقیت‌ها و پیروزی‌ها نیز دانست.

عقده حقارت (inferiority complex) ، که در بیشتر موارد ناخودآگاه است، در اثر عوامل و انگیزه‌های گوناگون در روان انسان‌ها به وجود می‌آید و عزت نفس و اعتماد به نفس و قابلیت و کفایت فرد را خدشه دار می‌سازد و ظرفیت پذیرش مسئولیت و قدرت روبه‌روشدن با مشکلات را از او می‌گیرد. احساس کهتری وعموماً عقده حقارت را می‌توان نشان‌دهنده نادرست بودن شیوه تربیتی خانواده و البته کودکستان و دبستان و به طور کلی محیط‌های تربیتی دانست که ممکن است عوارض ناشی‌از ایجاد احساس کهتری در کودکی و خردسالی، تا پایان عمر باقی بماند. بررسی دقیق و علمی در جامعه و نگاهی به علت کم‌رویی‌ها، انزواجویی‌ها و گوشه‌گیری‌ها، بدگمانی و بددلی‌ها، ایرادگیری و انتقادها، حسادت‌ها، وسواس شدید، خشم و پرخاشگری‌ها، قدرت‌طلبی و انتقام‌جویی‌ها ، لاف‌زنی‌ها و آزار رسانی‌ها، کینه‌جویی و تجاوز و کشتارها نشان می‌دهد که این عوارض می‌تواند عوارض عقده حقارت باشد.

بیشتر پدران و مادران می‌دانند که پرورش درست کودک در پنج سال اول زندگی او نقش اصلی و یا سهم بزرگی در خوشبختی فرزندشان دارد. پدر و مادر با شیوه تربیتی درست می‌توانند موجب سعادت واقعی و آرامش فرزند خود شوند. در عین حال والدین می‌توانند با شیوهٔ تربیتی نادرست خود، در کودکشان احساس حقارت و بی‌کفایتی ایجاد نمایند. والدین می‌توانند برای رشد شخصیت سالم کودک

شرایطی به‌وجود آورند که کودک با احساس امنیت و اطمینان و اعتماد به نفس زندگی را تجربه کند. در واقع کودک باید بیاموزد که چگونه می‌توان دیگران را دوست داشت و از آن‌ها محبت و مهر و دوستی دریافت نمود. تربیت درست سبب می‌شود که کودک بتواند با عزم و اراده و اندیشه و عشق، هم از اعتدال فکری و عاطفی برخوردار شود و نیز با عمل انسانی و هماهنگ و همساز با دیگران و طبیعت به ابتکار و فعالیت خودانگیخته بپردازد. در واقع با ایجادحس اعتماد به نفس و خودشکوفایی در کودک می‌توان او را یاری داد تا بتواند با افزایش ظرفیت روانی خود بر احساس کهتری غلبه کند و بر توانایی‌های طبیعی خود بیافزاید.

والدینی که ناآگاهانه سبب خدشه‌دار شدن غرور و عزت نفس کودک خود می‌شوند، رشد متعادل شخصیت کودک را مختل می‌نمایند و با ایجاد اضطراب و تضاد و اختلال عاطفی در کودک، او را از سعادت و خوشبختی محروم می‌سازند.

درخانواده‌ای که همواره کودک را سرزنش کنند و او را بی‌کفایت نشان دهند، شکل‌گیری شخصیت کودک متعادل و بهنجار نخواهد بود. کودکی که مورد بی‌مهری والدین قرار گیرد و یا با مهرورزی و محبت افراطی پدر و مادر لوس و نازپرورده بارآید و یا همواره درمقایسه با دیگران، ناتوانی و بی‌کفایتی او برایش شمرده شود و موردتمسخر والدین و خویشاوندان قرار گیرد احتمالاً گرفتار عقده حقارت و پیامدهای آن خواهد شد.

محیط نامناسب خانواده و شرایط نادرست تربیتی و نیز محرومیت‌ها، ناکامی‌ها و تهدیدها، به‌جای شکل‌دادن شخصیت سالم و بهنجار در کودک، پایه و مسیر رشد شخصیت کودک را دگرگون می‌کند و نابهنجار می‌سازد. در واقع کشمکش‌ها و ناسازگاری‌های موجود در خانواده، کودک را از خود واقعی‌اش دور نموده و توقعات عصبی او را افزایش می‌دهد. انسانی که شخصیت رشد یافته دارد، می‌تواند با شناخت خود واقعی‌اش (Real Self)، از ارزش و استعدادهای حقیقی خود آگاه شود و در جامعه انسانی اندیشه و رفتار و اعمال سالم و بهنجار داشته باشد. در مقابل، شخصی که نتواند برای رشد خودِ واقعی‌اش تلاش نماید و همواره برای رسیدن به خودِ ایده‌آلی بکوشد، مسیری ناسالم و مشکل‌ساز را انتخاب کرده است.

مطالعات فراوان علمی نشان داده است که انسان متکامل و دارای شخصیت سالم و بهنجار، برای برآوردن نیازهای طبیعی خودِ واقعی‌اش، تلاش‌های عصبی و نابهنجار انجام‌نمی‌دهد و از هویّت ساختگی و جعلی استفاده نمی‌کند. درحالی‌که فرد عصبی با تصویر خودِ ایده‌آلی، در ذهن خود به‌سوی ناسازگاری و دشمنی و عناد گرایش می‌یابد. با این شرایط می‌توان نتیجه‌گیری نمود که محیط نامناسب دوران کودکی، که در آن فرزند را تحت فشار و سختگیری وتحقیر و سرزنش و انتقاد افراطی قراردهند، ناآگاهانه رشد شخصیّت کودک را مختل می‌کنند و سبب می‌شوند که فرزندشان برای رهایی از تشویش و اضطراب درونی‌اش وسیلهٔ دفاعی نامناسبی را انتخاب نماید.

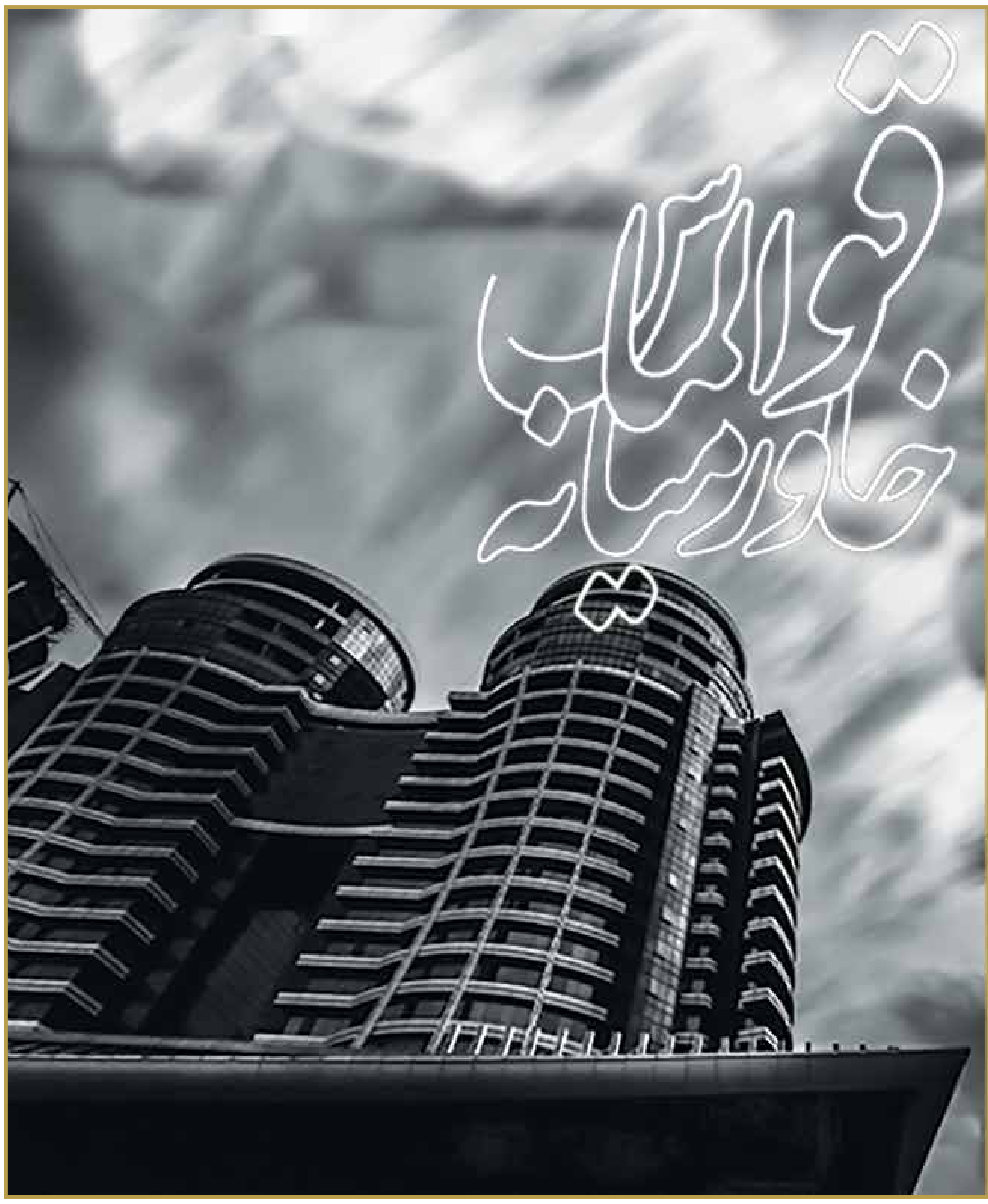
کودکانی که در محیط نامناسب پرورش می‌یابند و همواره مورد سرزنش و شماتت و تنبیه قرار می‌گیرند و با دیگران مقایسه می‌شوند، به‌تدریج ارزش و توانایی خود را دست‌کم می‌گیرند و در سنین بالاتر و در دوره بلوغ، خود را بی‌کفایت و بی‌ارزش می‌دانند و حقیربودن خود را باور کنند و به‌جای انتخاب روش مناسب برای زندگی، شیوه‌های نابهنجار در پیش می‌گیرند. پرورش در چنین محیطی کودک را در شرایطی قرار می‌دهد که اعتماد به‌نفس خود را ازدست بدهد و خود را در انجام کارها ناتوان و بی‌ارزش بشناسد. در نتیجه، با این احساس، فرد خود را کوچک‌وخوار و بی‌مقدار می‌شناسد، زیر بار مسئولیت نمی‌رود و به‌تدریج منفی‌باف، بدبین، انزواطلب، جاه‌طلب و زودرنج می‌گردد.

فردی که احساس کهتری و بی کفایتی دارد، با آنکه در ذهن خود دیگران را از خود برتر و لایق‌تر می‌داند، امّا در ظاهر چنان رفتار می‌کند که دیگران کوچّک و نالایق هستند و قابل‌احترام نیستند. در نتیجه، چنین شخصیتی روشهایی را انتخاب می کند که بتواند بر عقده خود سرپوش بگذارد. برای مثال، چنین فردی ممکن است با برتر نشان‌دادن خود و ضعیف و حقیر شمردن دیگران، به عیب‌جویی و انتقاد و سرزنش آنها بپردازد. در واقع، فردی‌که از احساس حقارت رنج‌می‌برد برای سرپوش گذاشتن به حسّ‌حقارت خود، با سرزنش کردن دیگران، با به رخ کشیدن خطا و اشتباهاتشان آنها راتحقیر می‌کند و با کبر و غرور کاذب به فخرفروشی می‌پردازد. این گونه شخصیت ها همواره به اشخاص موفق و خودساخته حسادت می‌کنند ونیز برای توانا نشان‌دادن خودبه دروغ‌گویی وریاکاری و رفتار نادرست می‌پردازند. بر همین اساس است که این افراد از روبه‌روشدن باموقعیت‌هایی که حس حقارت آنها را نشان‌دهد گریزان هستند.

متاسفانه بسیاری‌از این افراد با حس حسادت خود میل به تخریب وویرانگری دارند.

فردی که ازعقدهٔ حقارت رنج می‌برد و با دیدمنفی و ستیزه‌جویانه به افراد دیگر نگاه می‌کند نمی‌تواند با دیگران روابط اجتماعی مناسبی برقرار نماید و از ترس اینکه دیگران از بی‌ارزشی او آگاه شوند، به دلایل واهی از تماس با دیگران و برقراری روابط اجتماعی با آنها طفره می‌رود.

باید توجه داشت انسان می‌تواند برای بهنجار ساختن افکار و اعمال خود گام‌های موثری بردارد. البته شرط حصول موفقیت، به چگونگی روش‌ها و باورها و اعمال فرد بستگی دارد. برخورد درست و سازنده با کسانی که از احساس حقارت رنج می‌برند از یک سو، و اجرای برنامه‌های پیشنهادی از سوی دارندگان احساس حقارت، از سوی دیگر، نقش مهمی در راه مبارزه با عقده حقارت محسوب می‌شود. پرهیز از خشم و عصبانیت و ستیزه‌جویی وتهاجم در برابر افراد تحقیر کننده می‌تواند به بهبود وضعیت کمک کند. افرادی که احساس حقارت می‌کنند نیز باید توجه داشته باشند که بسیاری از افراد دیگر نیز با چنین حسی در جامعه زندگی می‌کنند و در این صورت لزومی ندارد با مخفی کاری و گوشه نشینی و اندوهگینی بر این حس خود سرپوش بگذارند. کنترل خشم و عصبانیت و تهاجم و سرگرمی‌های سازنده و همدلی و خیرخواهی و نیکوکاری، ورزش‌های مناسب و مراقبه می‌تواند به بهبود کار ذهن و اعمال بدن کمک کند و از غرق شدن در دور باطل پیشگیری نماید.



این مجموعه شامل سه برج (دو برج مسکونی - تجاری) و یک هتل مجلل ۳۸ طبقه است که در فضای میان برج‌های مسکونی و هتل، مجتمع ورزشی در نظر گرفته شده است. مجتمع مسکونی قو، دو برج دوقلوی ۲۵ طبقه‌راشامل‌می‌شودکه ۲۹۲ واحد آپارتمان مسکونی و ۵ واحد پنت هاوس بسیار مجلل، زیبا و جذاب را در خود جای داده است. درطبقات زیرین برج‌های مسکونی، سه طبقه مجتمع تجاری ،طراحی و اجرا شده که در مجموع ۴۸۶ باب فروشگاه دارند.

کسب اطلاعات واحدهای مسکونی-تجاری
فقط ویژهٔ خانوادهٔ سلامت
۴-۰۲۱۸۸۳۷۱۰۰۱

"پزشکی امروز" هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال امور قراردادی و حقوقی ندارد.

رتینوبلاستوما: سرطان خاموش چشم کودکان

احمد بریمی‌پور، گلناز احمدوند، نسترن مرادی، امیرعباس هدایتی اصل، لیلا ستاریان
پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و فناوری سلول‌های بنیادی جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات علوم سلولی، گروه سلول‌های بنیادی و زیست شناسی تکوینی

محمد فرانوش
مرکز تحقیقات رشد و نمو کودکان، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی ایران

سعید کریمی
مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طرفه

▪ چکیده:
رتینوبلاستوما یکی از شایع‌ترین سرطان‌های بدخیم داخل چشمی کودکان است. این گونه از سرطان، در جهان سالانه حدود ۹ هزار فرد را درگیر می‌کند. اگرچه مرگ و میر به واسطهٔ ابتلا به رتینوبلاستوما اندک است، اما عدم مراجعه به موقع و پیچیده بودن مدیریت درمان مناسب، سبب افزایش نرخ مرگ و میر و همچنین عوارض جانبی مربوط به این بیماری گردیده است. هدف از این مطالعه بررسی انواع رتینوبلاستوما به همراه شیوه‌های پیشگیری، تشخیص، درمان، و همچنین بررسی پیامدهای رتینوبلاستوما در کودکان بهبود یافته است.

▪ مقدمه:
تومور رتینوبلاستوما (Retinoblastoma tumor :RB) اغلب در شبکیه چشم نوزادان و کودکان دیده می‌شود. این نوع سرطان، یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌های اولیه داخل چشم و تهدیدی جدی برای بینایی و زندگی کودکان زیر سه سال است. شیوع رتینوبلاستوما یک در ۱۴ الی ۱۸ هزار تولد است که این جمعیت مبتلا، توزیع متعادلی در سراسر جهان نداشته و در برخی کشورها همچون آفریقا، هند و آمریکای شمالی شیوع بیشتری دارد [۱،۲] و در ایران نیز موارد زیادی از این بیماری دیده می‌شود. در کشورهای توسعه یافته به علت سطح بهداشت مناسب، فرهنگ سازی، غربالگری با تست‌های ژنتیکی پیش از ازدواج و بارداری و همچنین معاینه‌های پس از تولد، رتینوبلاستوما در سه ماههٔ اول بروز بیماری تشخیص داده می‌شود. در کشورهای در حال توسعه تشخیص این سرطان خاموش اغلب بسیار دیر هنگام بوده و مراجعه بیمار به مراکز درمانی در مرحله تهاجمی و متاستاز به سایر اندام ها است [۲،۱].

در حال حاضر راهکارهای درمانی متنوعی از قبیل شیمی درمانی، رادیوتراپی، کرایوتراپی و براکی‌تراپی و حتی درمان‌های نوین‌تر برای درمان رتینوبلاستوما وجود دارد که نرخ مرگ ومیر این بیماری را کاهش داده است. متاسفانه، فقدان مدیریت درمان مناسب به دلیل تشخیص دیر هنگام والدین، مسائل اقتصادی، اجتماعی و همچنین فرهنگی باعث افزایش میزان مرگ و میر، تخلیه چشم و عوارض جانبی این بیماری در کشورهای در حال توسعه شده است [۱].

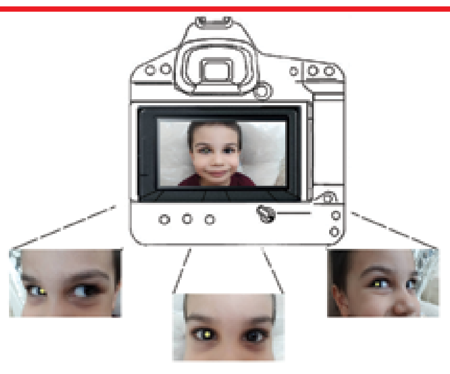
هدف از این مطالعه بررسی انواع رتینوبلاستوما به همراه روش‌های تشخیصی، درمانی و مدیریت آن و همچنین بررسی پیامدهای رتینوبلاستوما در کودکان بهبود یافته است.

▪ علل ایجاد رتینوبلاستوما:
تومور رتینوبلاستوما به دلیل غیرفعال شدن هر دو آلل ژن RB و نقص پروتئین رتینوبلاستوما (retinoblastoma protein :pRB) ایجاد می‌شود. پروتئین رتینوبلاستوما در تنظیم چرخه سلولی، تمایز و کنترل رونویسی ژنوم نقش دارد، بنابراین رتینوبلاستوما تکثیر بیش از اندازهٔ سلول‌های شبکیه است که در بیشتر موارد به واسطه موتاسیون در ژن RB1 و در نتیجه نقص پروتئین روی می‌دهد [۳]. هر گونه اختلال در این ژن و پروتئین، سبب بر هم خوردن سیستم چرخه سلولی و در نهایت تقسیم فزاینده سلول‌ها و ایجاد تومور می‌گردد [۴].

▪ انواع رتینوبلاستوما:
رتینوبلاستوما بر اساس میزان درگیری بافت‌های بدن به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته اول زمانی است که فقط یک چشم درگیر سرطان شده، در دسته دوم هر دو چشم کودک رتینوبلاستوما را بروز می‌دهد و دسته سوم که عموما شدت بیش‌تری دارد با متاستاز از طریق اعصاب بینایی و ایجاد سرطان‌های مغزی همراه می‌گردد [۶،۵].

برای بررسی میزان شدت رتینوبلاستوما روش‌های متعدد و مرحله بندی‌های گوناگونی معرفی شده‌اند، اما به طور کلی تمامی این مرحله بندی‌ها در دو دسته کلی درون چشمی و خارج چشمی تقسیم بندی می‌شوند. رتینوبلاستوما نیز مانند سایر سرطان‌ها، با افزایش شدت و تهاجم بیماری، با نرخ افزایشی مرگ و میر همراه است. ۹۵ درصد از کودکانی که مبتلا به تومور درون چشمی هستند در بدترین حالت با تخلیه چشم زنده می‌مانند، اما در کودکانی که تومور به فضای خارج چشمی متاستاز داده است، درمان و تشخیص بسیار دشوار بوده و نرخ زنده‌مانی به کمتر از ۵۰٪ می‌رسد [۷]. تشخیص دیرهنگام با سخت شدن مراحل درمانی روبرو شده و زندگی مبتلایان را با خطر جدی مواجه می‌سازد، از این رو در این قسمت به مراحل تشخیصی بیماری رتینوبلاستوما می‌پردازیم.

▪ تشخیص رتینوبلاستوما:
یکی از پر اهمیت‌ترین فعالیت‌هایی که به حفظ بینایی کودکان و همچنین زنده‌مانی آن‌ها کمک می‌کند، تشخیص به موقع بیماری رتینوبلاستوما است. در کشورهای توسعه یافته، علت اصلی تشخیص به موقع این بیماری، به واسطه غربالگری‌های قبل و حین بارداری و چندین ماه پس از تولد است که منجر به عملکرد مناسب تیم پزشکی در حفظ چشم کودکان شده است. اما در کشورهای در حال توسعه به علت نبود این نوع غربالگری‌ها، مهمترین فاکتور در مدیریت درمان مناسب این بیماری، تشخیص به موقع توسط والدین است. مطالعه دکتر فرانوش و همکاران نشان داد که در کشورهای در حال توسعه همچون ایران، تشخیص نسبت به میانگین جهانی آن در مراحل مختلف بیماری دیرتر بوده و این امر روند درمان را با مشکل روبرو ساخته و حفظ بینایی را سخت‌تر می‌کند [۸].



شکل ۱: شیوهٔ عکس گرفتن با دوربین عکاسی از چهره کودکان برای تشخیص لکهٔ سفید چشم نشان داده شده است. برای این منظور می‌بایست فیلتر حذف قرمزی چشم خاموش باشد، از زوایای مختلف با روشن بودن فلش دوربین از چشم کودکان عکس گرفته شود. پس از آن عکس‌ها با دقت بررسی و اگر لکه سفید مایل به شیری رنگ در مردمک چشم کودک مشاهده شد به چشم پزشک مراجعه نمایند.

لکه سفید چشمی (چشم گربه‌ای–Lukukuria)، انحراف بینایی (strabismus)، عدم فوکوس هر دو چشم (Amblyopia)، التهاب چشم و خیرگی (Endophthalmitis) از نشانه‌های اولیه رتینوبلاستوما بوده که توسط والدین نیز قابل تشخیص هستند. لکه سفید چشمی همان نقطه سفید یا شیری رنگ درخشان در وسط مردمک چشم کودک است که به علت تجمع سلول‌های توموری در ناحیه شبکیه، ظاهر می‌شود. بسته به میزان رشد سلول‌های توموری، زمان تشخیص نقطه درخشان و سفید در چشم متفاوت است. زمانی‌که این سلول‌ها بسیار اندک هستند، فقط با معاینه ته چشم توسط چشم پزشک و با فوندوسکوپ قابل رویت و تشخیص هستند، اما تومورهای با اندازه متوسط، در عکس‌های معمولی فرد مبتلا قابل مشاهده است. در حالی که در نوع شدید و تومور بزرگ، با چشم غیر مسلح هم نقطه سفید در چشم کودک دیده می‌شود [۹]. نشانه دیگری همچون تغییر رنگ عنبیه، درد چشم‌ها، کاهش بینایی، قرمز شدن صلبیه و خونریزی خفیف، تورم چشم‌ها، عدم تنگ شدن مردمک در هنگام تابش نور زیاد نیز در کودکان مبتلا به رتینوبلاستوما گزارش شده است [۱۰-۱۲].

▪ تشخیص توسط والدین:
به طور کلی می‌توان گفت که رتینوبلاستوما در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک سرطان خاموش به حساب می‌آید، زیرا که میانگین سن تشخیص و آغاز اقدامات درمانی نسبت به استانداردهای جهانی فاصله دارد. از این رو افزایش سطح آگاهی والدین و همچنین انجام مشاوره ژنتیکی قبل از بارداری نقش قابل توجهی در کاهش تعداد بیماران رتینوبلاستوما خواهد داشت [۱۳، ۱۴]. تشخیص اولیه رتینوبلاستوما در زمان نوزادی و کودکی بسیار مهم است که با اقداماتی ساده توسط والدین با توجه به نشانه‌های اولیه رتینوبلاستوما قابل تشخیص و پیگیری است [۱۵، ۱۶]. البته که با ظهور هر یک از این نشانه‌ها نیاز به مشاوره چشم پزشک است، اما یک روش ساده و مهم برای تشخیص اولیه، استفاده از دوربین عکاسی و بررسی عکس چشم نوزاد و کودک است. بدین صورت که والدین می‌بایست از دوربین عکاسی دارای قابلیت نشان دادن قرمزی چشم استفاده کرده یا فیلتر حذف قرمزی چشم را خاموش کنند، سپس از صورت فرزند خود عکس بگیرند. در این عکس، چشمی که قرمزی وسط چشم را نشان دهد سالم بوده و چشمی که قرمزی را نشان نداده و به جای آن نقطه سفید یا زرد روشن و درخشان را نشان دهد احتمالا مشکوک به رتینوبلاستوما بوده و بلافاصله باید به چشم پزشک مراجعه نمایند .این روش سریع و بسیار کمک کننده است که در کشورهای درگیر با رتینوبلاستوما به عنوان یکی از راهکارهای پیشگیرانه برای رتینوبلاستوما در حال انجام است [۱۷، ۱۸].

البته در این روش ممکن است تومورهای کوچک در زاویه دید دوربین عکاسی قرار نگیرند که بهتر است از چندین زاویه عکس گرفته شود. برای این امر بهتر است که گوشی را به صورت عرضی در دست گرفته و با زاویه ۱۵ درجه از بینی کودک، فلش دوربین را فعال کرده و از چشمان کودکان عکس گرفته شود. برای اینکه عکس گرفته شده دقیق‌تر باشد به اندازه‌ای گوشی همراه خود را عقب ببرید که هر دو چشم‌ها در صفحه نمایش گوشی شما قرار بگیرد (تصویر ۱). همچنین در سال ۲۰۱۹ نرم افزاری برای گوشی‌های هوشمند، با نام white eye detector معرفی شده است، که والدین می‌توانند با نصب این نرم افزار بر روی گوشی‌های هوشمند خود و با اسکن عکس کودک، پی به علامت لکه سفید چشمی

شکل ۲: معرفی و نحوه استفاده از نرم افزار white eye detector برای گوشی‌های همراه، برای تشخیص علامت لکه سفیدی چشم کودکان مشکوک به رتینوبلاستوما. این نرم افزار به صورت رایگان قابل نصب بر روی گوشی‌های همراه است. در دو حالت اسکن عکس‌های موجود در گوشی و یا به صورت لحظه‌ای عکس چشم‌ها را بررسی و در دو حالت سالم (سبز) یا محتمل به داشتن لکهٔ سفید گزارش می‌کند.

ببرند. درصد صحت تشخیص این نرم افزار حدود ۹۵ درصد گزارش شده که در تشخیص سریع‌تر این علامت اختصاصی رتینوبلاستوما به ویژه در خانواده‌های در معرض خطر می‌تواند بسیار کمک کننده باشد (شکل ۲).

■ تشخیص توسط تیم پزشکی:

چشم پزشکان با معاینات روتین ته چشم نوزادان و کودکان با استفاده از فوندوسکوپی قسمت داخلی چشم و پشت عدسی را معاینه نموده و در صورت وجود ذرات توموری، آن‌ها را در مراحل اولیه تشخیص می‌دهند [۱۹]. اولتراسونوگرافی یکی از آزمایشات تکمیلی برای اطلاع از حجم و مکان صحیح هر گونه توده درون چشمی است. روش دقیقتر نیز توموگرافی کامپیوتری است [۲۰] که حساسیت این تکنیک نسبت به اولتراسونوگرافی بیش‌تر بوده اما به واسطه میزان اشعه بالاتر، در کودکان کمتر از یک سال به علت احتمال جهش در سلول‌های جنسی توصیه نمی‌شود [۲۱]. روش تکمیلی که برای تشخیص رتینوبلاستوما توسط پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد **ام آر آی** است و کاربرد آن بررسی میزان تهاجم رتینوبلاستوما به مغز و سایر ارگان‌هاست **(۲۲)**. در صورتی که پزشکان احتمال دهند رتینوبلاستوما از رگ‌های خونی واقع در مشیمیه به سایر اندام‌ها رفته باشد، از مغز استخوان نمونه برداری کرده و شمارش میزان سلول‌های خونی صورت می‌گیرد [۱۹، ۲۳]. میان زمان تشخیص بیماری و درمان مناسب رتینوبلاستوما رابطه مستقیمی وجود دارد. در آغاز درمان، هر چه تومور کوچک‌تر و محدودتر باشد درمان موثرتر و احتمال حفظ بینایی بیشتراست.

تشخیص رتینوبلاستوما به کمک تکنیک‌های عکس‌برداری اشاره شده در بالا، عموماً زمانی است که تومور در چشم کودک رشد کرده و در حال پیشرفت است، در واقع این روش‌ها برای تشخیص زود هنگام رتینوبلاستوما کارآمد نیستند. به همین خاطر تشخیص قبل از بروز نشانه‌ها می‌بایست به کمک روش‌های مولکولی انجام شود. برای نمونه در حال حاضر، انجام آزمایش‌های تشخیصی رتینوبلاستوما، قبل یا پس از تولد در جنین‌هایی با سابقه خانوادگی به کمک بررسی جهش در آلل RB1 در ژنوم صورت می‌گیرد. البته بررسی ژنوم یک روش غربالگری عمومی نیست و زمانی استفاده می‌شود که والدین در طی بارداری‌های قبلی خود صاحب فرزند مبتلا به رتینوبلاستوما ارثی شده باشند که در این صورت برای پیش‌گیری از تولد مجدد نوزاد مبتلا به رتینوبلاستوما، تست‌های حین بارداری و پس از تولد را انجام می دهند [۲۴].

محققان به دنبال یافتن مسیرهای تشخیصی کم خطر با هزینهٔ کم برای والدین دارای جنین با سابقه خانوادگی رتینوبلاستوما و مدیریت درمان مناسب کودکان مبتلا هستند. درواقع به علت نقص ژنتیکی فرد مبتلا، حتی پس از درمان نیز همچنان خطر عود مجدد وجود دارد که تشخیص به موقع آن حائزاهمیت است. در یک دهه گذشته مطالعات متعددی به کمک دانش بیوانفورماتیک و با بررسی پروفایل بیان ژنی نمونه بیماران انجام شده است [۲۵-۲۸]. در طی این مطالعات، آنالیز بیان افتراقی ژن‌ها منجر به شناسایی مسیرهای سیگنالی مرتبط با رتینوبلاستوما شده و امید است که متناسب با آن رویکردهای درمانی جدیدتری مورد توجه قرار گیرد [۲۹، ۳۰].

■ روش‌ها درمانی رتینوبلاستوما:

درمان رتینوبلاستوما نیز مانند سایر سرطان‌ها توسط درمان‌های رایجی همچون شیمی درمانی، رادیوتراپی و روش‌های نوین‌تری همچون کرایوتراپی، ترموتراپی و براکی‌تراپی صورت می‌گیرد. شیمی درمانی معمول‌ترین روش برای درمان رتینوبلاستوما بوده که ترکیب سه داروی وینکریستین (Vincristine)، اتوپوساید (Etoposide) و کربوپلاتین (Carboplatin) به صورت رایج‌تری برای رتینوبلاستوما استفاده می‌شود، اما پروتکل‌های دارویی دیگری همچون ترکیب وین‌کریستین، سیکلوفسفامید، سیس‌پلاتینوم و اتوپوساید و همچنین ترکیب‌های دارویی ایفوسفامید (Ifosfamide)، کربوپلاتین و اتوپوساید نیز متناسب با شدت پیشرفت بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند [۳۱، ۳۲]. در برخی از موارد رتینوبلاستوما، داروی ملفالان (Melphalan) نیز به مقدار بسیار اندک همراه با این داروها استفاده می‌گردد [۳۳-۳۵]. در بیماری رتینوبلاستوما، به علت قرارگیری تومور در ناحیه شبکیه و وجود سد خونی- شبکیه‌ای از مقادیر بیشتر داروها جهت اطمینان دارو رسانی به تومور استفاده می‌شود که عوارض جانبی متعددی از جمله رتینوپاتی، آب مروارید، آسیب به مشیمیه و صلبیه یا حتی نفروپاتی را به همراه دارد [۳۶-۳۸].

■ چشم انداز درمانی رتینوبلاستوما:

پیش‌آگهی درمان بستگی به فاکتورهای مشخصی دارد که درصد حفظ بینایی را مشخص می‌کنند، از جملهٔ آن‌ها:

- سن کودک
- زمان تشخیص تومور
- آیا یک چشم یا هر دو درگیر است
- اندازه و تعداد تومورها
- آیا در چشم یا اطراف چشم، مغز و دیگر قسمت‌ها تومور پخش شده است؟
- آیا تومور عود کننده بوده است؟

در دهه سال گذشته، درمان‌های استاندارد برای رتینوبلاستوما دچار تغییرات اساسی شده است. درمان بیشتر موارد یک طرفه و برخی موارد دو طرفه شامل ترکیبی از شیمی درمانی شریانی چشم و شیمی درمانی داخل زجاجیه است که منجر به موفقیت بیشتر و میزان عوارض پایین‌تر شده است که استفاده از رادیوتراپی پرتو خارجی و استفاده از شیمی درمانی سیستمیک را کاهش می‌دهد. پیشرفت چشم‌گیر در درمان رتینوبلاستوما سبب شده است که رتبه اول به عنوان قابل درمان‌ترین سرطان کودکان در کشورهای توسعه یافته باشد.

■ جمع بندی:

در نهایت باید به این امر اشاره داشت که، رتینوبلاستوما یک سرطان نادر در میان سایر سرطان ها به حساب می‌آید. اما همین سرطان نادر اگر به درستی و به موقع تشخیص داده نشود ممکن است سبب از دست رفتن بینایی کودک و ایجاد تومورهای ثانویه در سنین بالاتر برای افراد مبتلا به رتینوبلاستوما شود. ایجاد فرهنگ سازی در جامعه برای شناخت بیشتر این سرطان حائز اهمیت بوده تا بتوان با تشخیص زود هنگام و روش‌های درمانی معتبر این بیماری را درمان و تحت کنترل گرفت. هم‌چنان که روش‌های درمانی جدید همچون سلول درمانی با CAR-T و استفاده از داروهای گیاهی همراه داروهای شیمیایی می‌تواند چشم انداز درمانی مناسبی را برای رتینوبلاستوما با عوارض جانبی کم‌تر در آینده نشان دهد.

آینده، تشخیص و مرحله بندی ALS: به کجا خواهیم رسید؟

▪ **دکتر برزو سالک**
مدیرمسئول نشریه پزشکی امروز
پژوهشگر و مدیرعالی و اجرایی پروژه‌های دانش بنیان درحوزه ژن‌ترایی و ویروس‌شناسی

▪ مقدمه:

بیش از ۲۰۰،۰۰۰ نفر در سراسر جهان به **اسکلروز جانبی آمیوتروفیک** (ALS) دچار هستند. بیماری پیشرونده که سیستم عصبی سلول‌های عصبی در مغز و نخاع را تحت تاثیر قرار می‌دهد.[1]

متاسفانه در حال حاضر درمان قطعی برای بیماری ALS تا به امروز وجود ندارد و اغلب بیماران طی سه تا پنج سال به دلیل نارسایی تنفسی جان خود را از دست می‌دهند و حدود ۱۰ درصد از افراد مبتلا تا ۱۰ سال دیگر به زندگی ادامه می‌دهند.[2]

حدود ۲۰ درصد از موارد ارثی و خانوادگی ALS ناشی از جهش در ژن SOD1 است.

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) داروی آنتی‌سنس (Antisense) شرکت بیوژن، با نام **توفرسن** (Tofersen) را برای افراد مبتلا به سوپراکسید دیسموتاز ۱ (SOD1) بیماری ALS تأیید نموده است.[3] که در ادامه در مورد آن بحث خواهد شد.

FDA از Biogen خواسته است که مطالعه این دارو را در آزمایش‌های بالینی افرادی که دارای جهش ژنی بوده، اما هنوز نشانه‌های بیماری را ایجاد نکرده‌اند، ادامه دهند.

اما تظاهرات بالینی در این بیماری به طور قابل توجهی متفاوت است و این موضوع منجر به تأخیر در تشخیص می‌شود، که پیامدهای منفی در بیماری در پی دارد که مداخله زودهنگام برای بهینه‌سازی نتایج اقدامی مهم و حیاتی است.

طیف وسیعی از معیارهای تشخیصی در ALS و همچنین روش‌های مرحله‌بندی برای ارزیابی پیشرفت بیماری وجود دارد. با این حال، همچنان این الگوها به دلیل تنوع و پیچیدگی سبب سردرگمی در استفاده می‌گردد. حال در چند سال اخیر و ظهور پدیدهٔ کرونا، مشکلاتی از جمله محدودیت زمان ملاقات با پزشک و مجازی شدن آن، می‌تواند عدم قطعیت و خطا در تشخیص و پیش آگهی ALS را تقویت نماید. در این مقاله یک نمای کلی و بالینی از بهترین روش برای ایجاد تعادل میان نیازهای پزشکی مبتنی بر شواهد و بیمار را ارائه خواهیم داد.

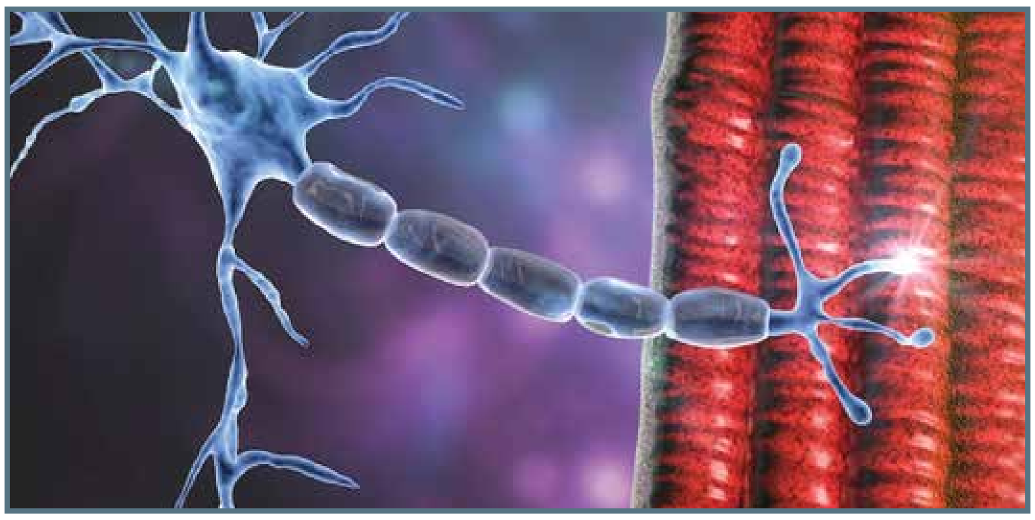
▪ اسکلروز جانبی آمیوتروفیک:

اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) یک اختلال عصبی پیشرونده و نادر است که عمدتاً برنورون‌های حرکتی در مغز و نخاع تأثیر می‌گذارد و منجر به ضعف عضلانی و از دست دادن کنترل عضلانی می‌شود.

آسیب‌شناسی (pathology) زمینهٔ ALS نامشخص است، اما می‌توان گفت عوامل گوناگونی در ایجاد و پیشرفت بیماری نقش دارند(تصویر۱).

میزان بروز و شیوع ALS در سراسر جهان به ترتیب بین ۰٫۶-۳٫۸ مورد و ۴٫۱-۸٫۴ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال است.

بروز نشانه‌ها اغلب میان سنین ۵۰ تا ۶۵ سال رخ داده و میانگین بقا از آغاز علائم ۲ تا ۳ سال است. از آنجایی که ALS یک اختلال نورودژنراتیو چند سیستمی است، تنوع قابل توجهی در تظاهرات بالینی آن وجود دارد که می‌تواند با سایر اختلالات عصبی همپوشانی و تداخل داشته باشد. این موضوع سبب تأخیر در تشخیص شده، که عواقب ناگواری در بیماری دارد و مداخله زودهنگام برای بهینه سازی نتایج و محدود نمودن شیوهٔ مراقبت، بسیار پراهمیت است. در واقع، نشان داده شده است که درمان به هنگام با یکی از سه داروی تایید شده و اصلاح کننده بیماری، یعنی **ریلوزول** (riluzole)، **اداراوون** (edaravone) و **سدیم فنیل بوتیرات** (sodium phenylbutyrate:PB) و **تائوروسودیول** (taurursodiol) (همچنین به عنوان اورسودوکسیکلتاورین، TURSO شناخته می شود)، می‌تواند پیشرفت بیماری را کُند نموده و طول مدت زندگی را افزایش دهد. با توجه به روش‌های مختلف، ترکیب این درمان‌ها می‌تواند مزایایی به همراه داشته باشد، اما این موضوع هنوز به اثبات نرسیده است.



تهویه غیرتهاجمی در افراد مبتلا به نارسایی تنفسی متوسط، تغذیه گاستروستومی در صورت وجود دیسفاژی، و حضور در کلینیک چند رشته‌ای ALS نیز از جمله اقدام‌های دیگر است، که با بهینه‌سازی و ترکیب این روش‌های درمان پزشکی، در کنار مدیریت پیشرفت بیماری و کنترل نشانه‌ها از طریق مراقبت تسکینی، بتوان بیشترین فایده را در افزایش طول عمر این بیماران به‌دست آورد. اما تشخیص بیماری ALS تا حد زیادی در طول دهه‌های گذشته با پیشرفت اندکی همراه بوده است. با وجود شواهدی مبنی بر اینکه افزایش سطح **نوروفیلامنت** (neurofilament:NfL) در پلاسما و مایع مغزی نخاعی (pNfH) تاییدکننده تشخیص ALS است و نشانه‌ای از سرعت پیشرفت بیماری است، اما نشانگرهای زیستی (Biomarkers) همچنان در مراقبت‌های بالینی (Clinical Care) معمول گنجانده نشده‌اند. تشخیص ALS بر اساس نشانه‌های بالینی، علائم و حذف سایر علل اختلال عملکرد نورون حرکتی فوقانی (upper motor neuron:UMN) و نورون حرکتی تحتانی (lower motor neuron:LMN) است. طیف وسیعی از معیارهای تشخیصی در طول سال‌ها ایجاد شده است(تصویر ۲). با این حال، هر یک از آنها سطوح مختلفی از اطمینان را دارند که منجر به تنوع میان ارزیابی، سردرگمی و خطا در استفاده می‌شود. روش های مرحله بندی ALS نیز برای کمک به ارزیابی پیشرفت بیماری ایجاد شده است (شکل ۲). این سیستم‌ها در تعداد مراحل مورد استفاده و همچنین ارزیابی توانایی عملکردی یا مرحله بالینی بیماری متفاوت هستند.

▪ خلاصه‌ای از تاریخچهٔ تشخیص در اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS):

تنوع در سیر ALS و فقدان نشانگرهای زیستی تشخیصی، تشخیص قطعی را در عمل بالینی، تحقیقات و کارآزمایی‌های بالینی دشوار نموده است. در حالی که تشخیص ALS ممکن است برای متخصصان این رشته ساده باشد، می‌تواند در جامعه پزشکی خارج از مراکز تخصصی و همچنین در مواردی با تصویر بالینی غیر معمول یا پیشرفت آهسته به تعویق بی‌افتد.

در طی دهه‌های گذشته، چندین معیار تشخیصی برای کمک به تشخیص بالینی، مدیریت بیمار و پژوهش‌ها پیشنهاد شده است. معیارهای **ال اسکوریال** (El Escorial)، به طور گسترده پذیرفته شده‌اند و برای افزایش حساسیت مورد بازنگری قرار گرفته‌اند.

این معیارها مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها را بر اساس الگوهای گسترش بیماری برای تشخیص ارائه می‌دهند:

- ALS قطعی بالینی (clinically definite ALS)
- ALS محتمل بالینی (clinically probable ALS)
- ALS محتمل بالینی با پشتیبانی آزمایشگاهی (clinically probable ALS (laboratory supported.
- ALS محتمل بالینی (clinically possible ALS)

ALS مشکوک بالینی (Clinically suspected ALS) در دور نخست بازبینی‌ها و ALS محتمل بالینی آزمایشگاهی نیز در دور دوم تجدید نظرها حذف شد تا حساسیت تشخیصی افزایش یابد. اگرچه مطابق گزارش مطالعات، تجدید نظرها حساسیت معیارهای ال اسکوریال را افزایش داده است، اما این واقعیت همچنان وجود دارد که استفاده از معیارها در کارآزمایی بالینی آسان نیست. نشان داده شده است که پایایی تست-آزمون مجدد تشخیص‌ها بر اساس معیارهای ال اسکوریال به نسبت پایین است و این معیارها اغلب توسط بیماران و پزشکان به اشتباه به عنوان احتمال ALS درعوض طبقه بندی تشخیص تعبیر می‌شوند. این به نوبه خود سبب تاخیر قابل توجهی در ارائه تشخیص به بیمار و تاخیر در ارجاع می‌شود، به این معنی که به بیماران، فرصت درمان و دسترسی به آزمایش‌های بالینی را از دست می‌دهند. چندین محدودیت دیگر در معیارهای ال‌اسکوریال شناسایی شده است که منجر به ایجاد معیارهای جدید تشخیص ALS به نام **معیارهای ساحل طلایی** (Gold Coast criteria) شد. معیارهای ساحل طلایی با هدف ساده کردن تشخیص ALS و در نظر گرفتن اختلالات شناختی و رفتاری که بخش مهمی از دوره بیماری را بازی می‌کنند، انجام می‌شود. و آتروفی عضلانی پیشرونده (PMA)، یک شکل بسیار خاص از ALS که فقط بر نورون‌های حرکتی تحتانی تأثیر می‌گذارد. معیارهای ساحل طلایی چندین مزیت دارد، مانند محدود نمودن بیماری برای تشخیص و افزایش حساسیت (نیاز به ارزیابی در کارآزمایی های بالینی است).

در واقع، این معیارها حداقل ناهنجاری‌های لازم برای رسیدن به تشخیص ALS را نشان می‌دهند. اما با این وجود و با توجه به پیشرفت در علم ژنتیک، ALS تا به امروز جهش خاص یا نشانگر زیستی ویژه‌ای در این معیارها گنجانده نشده است.

▪ سلول‌های بنیادی: پیشرفت‌های درمانی در بیماری ALS:

درمان با سلول‌های بنیادی مزانشیمی، پتانسیل درمانی امیدوارکننده‌ای در زمینه‌های بالینی گوناگون از خود نشان داده است. به طور ویژه، سلول‌های بنیادی مزانشیمی (MSCs) ممکن است با تمایز در یک نوع سلول خاص یا آزاد سازی عوامل رشد و تغذیه‌ای بیشتر، عمل خود را انجام دهند. الگوهای بالینی، شواهدی را نشان داده‌اند که سلول‌های بنیادی مزانشیمی (MSCs) ممکن است یک رویکرد امیدوارکننده در درمان ALS باشد. پیوند MSC ممکن است آغاز و پیشرفت بیماری را به تاخیر انداخته و در نتیجه سبب افزایش طول عمر بیمار گردد. علاوه بر این، از دست دادن نورون‌های حرکتی که منجر به اختلال در عملکرد حرکتی می‌شود، نیز می‌تواند کاهش یابد. نتایج به دست آمده از مطالعات پیش بالینی نیز به‌کارگیری سلول‌های بنیادی مزانشیمی (MSC) را در بیماران ALS، امیدوار کننده نشان می‌دهند.

▪ گزینه جدید درمانی در بیماری ALS:

بهره‌گیری از سلول‌های بنیادی درمانی در بیماری ALS یک رویکرد درمانی است و شامل استفاده از سلول‌های تمایز نیافته‌ای است که می‌توانند به سلول‌های ویژهٔ گوناگون تبدیل گشته تا سلول‌های آسیب دیده یا از دست رفته در مغز انسان و مرتبط با ALS را جایگزین یا ترمیم نمایند. سلول‌های بنیادی از طریق تزریق داخل وریدی وارد بدن می‌شوند و مناطقی از التهاب و آسیب را از طریق مکانیسم‌های Homing پیدا می‌کنند. مکانیسم‌های اولیه سلول‌های بنیادی کاهش التهاب (از جمله التهاب عصبی) و تعدیل سیستم ایمنی است. هدف از درمان با سلول‌های بنیادی جلوگیری از پیشرفت بیماری برای مدت طولانی از طریق تعدیل ایمنی است. هدف دوم درمانی توسط سلول‌های بنیادی ممانعت از دست دادن بیشتر نورون‌ها و کُند نمودن سرعت پیشرفت و بهبود نشانه‌های حرکتی، لرزش، سفتی و مشکل در حرکت است. طی پژوهشی که در سال ۲۰۱۶ پیرامون تاثیر روش درمانی سلول‌های بنیادی بر ALS انجام گرفت، حاکی از آن بود که این روش، ایمن و قابل تحمل توسط بیماران ALS است. در میان ۲۶ بیمار، ۸۷٪ به عنوان پاسخ دهندگان به مقیاس ارزیابی عملکردی ALS یا ظرفیت حیاتی اجباری، با حداقل ۲۵٪ بهبود در شش ماه پس از درمان در شیب پیشرفت تعریف شدند. محققان امیدوارند که درمان‌هایی مانند این بتوانند در نهایت سرعت پیشرفت ALS را کاهش داده و نتایج داروهای کنونی موجود را به میزان قابل توجهی بهبود بخشند.

▪ منابع:

1. als.ca
2. National Institute of Neurological Disorders and Stroke
3. PubMed Central / National Institutes of Health
4. DVCStem
5. JAMA Neurology /March 1, 2016

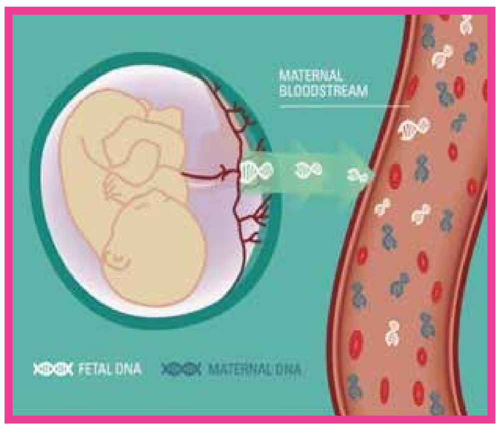
نقش آزمایش غیر تهاجمی پیش از تولد هارمونی در بهبود سلامت باروری و جوانی جمعیت

■ عاطفه یداللهی خالص ، دانشجوی دکتری سلولی تکوین
■ دکتر محمد امین طباطبائی فر، متخصص ژنتیک پزشکی

■ **مقدمه:**

بارداری تجربه‌ای شیرین و به یاد ماندنی برای هر مادری است. اما باید گفت در کنار تمام این شیرینی‌ها، دوره‌ای حساس و نیازمند مراقبت ویژه است، به همین دلیل پزشکان توصیه می‌کنند به محض اطلاع از بارداری، برنامه‌ای منظم ازغربالگری‌ها زیر نظر پزشک متخصص داشته باشید. این مهم صورت نمی‌گیرد مگر با حمایت‌های سازمانی بالاخص سیاست جوانی جمعیت که امروزه سرلوحهٔ سیستم بهداشتی کشور گردیده است. همچنین با استقرار تکنولوژی هارمونی دراصفهان، به عنوان تنها مرکز انجام این آزمایش در خاورمیانه، امکان ارزآوری ،افزایش نقدینگی و ایجاد نسل سالم ایرانی را مورد توجه قرار خواهد داد.

در راستای انجام آزمایش تشخیص پیش از تولد هارمونی در کشور ، می‌تواند منجر به ارتقا سطح سلامت جامعه و رونق گردشگری سلامت در ایران و بالاخص شهر تاریخی اصفهان (به عنوان شهری شاخص در منطقه خاورمیانه) گردد و ارزآوری قابل توجهی برای کشورمان خواهد داشت، به عنوان شاخص درمنطقه خاورمیانه ارائه خدمات دارد .



■ **آزمایش هارمونی:**

آزمایش هارمونی(Harmony) روشی غیر تهاجمی برای تشخیص شایع‌ترین اختلالات کروموزومی جنین، براساس آنالیز و بررسی DNA جنین (Fetal DNA) موجود در خون مادر است. این آزمایش با یک نمونه سادهٔ خون از هفته ۱۰ بارداری به بعد قابل انجام است. آزمایش هارمونی به دلیل دقت بالایی که دارد از انجام غیر ضروری تهاجمی مانند آمنیوسنتز و استرس در مادر جلوگیری می‌کند و به دنبال آن احتمال سقط جنین و ایجاد مشکلات روانی در مادر کاهش می‌یابد.

■ **ویژگی‌های آزمایش هارمونی:**

آزمایش هارمونی روشی غیرتهاجمی برای تشخیص اختلالات کروموزومی ۲۱ ، ۱۳ و ۱۸ و کروموزوم‌های جنسی می‌باشد. این آزمایش از هفته دهم بارداری به بعد انجام پذیر است.

- **بالاترین نرخ تشخیص:** هیچ‌کدام از دیگر روش‌های NIPT به اندازه روش هارمونی مورد ارزیابی‌های بالینی گسترده قرار نگرفته است . در مجموع ۳۶۲ مورد نتیجه غربالگری مثبت برای سندرم داون از جمعیت زنان مورد مطالعه، ۳۶۱ مورد با روش‌های تشخیصی تایید شد و تنها یک مورد مثبت کاذب وجود داشت (به عنوان مثال نرخ تشخیص ۹۹٫۷٪)
- **پایین ترین نرخ مثبت کاذب:** در بزرگترین مطالعه انجام شده بر روی آزمایش‌های NIPT با عنوان Next Study پایین‌ترین میزان مثبت کاذب، آزمایش هارمونی محاسبه گردید. در ۱۸۹۵۵ مادر باردار که در این مطالعه شرکت کردند میزان مثبت کاذب (نتایجی که با روش تهاجمی تایید نشد) در آزمایش هارمونی برای تشخیص سندرم داون حدود ۰٫۰۶ ٪ و برای تریزومی ۱۳و ۱۸ این نسبت پایین تر و حدود ۰٫۰۲٪ می‌باشد.

نرخ تشخیص و موارد مثبت کاذب آزمایش هارمونی در جدول زیر معرفی شده است.

HARMONY	SENSITIVITY	SPECIFICITY	FALSE POSITIVE RATE
Trisomy 21	99.1% (95% CI: 94.9%-99.95%)	100% (95% CI: 94.4%-100%)	0% (95% CI: 0.0-0.6%)
Trisomy 18	100% (95% CI: 88.7%-100%)	100% (95% CI: 99.4%-100%)	0% (95% CI: 0.0-0.6%)
Trisomy 13	100% (95% CI: 75.8%-100%)	100% (95% CI: 99.4%-100%)	0% (95% CI: 0.0-0.6%)
Sex Chromosome Aneuploidies	100% (95% CI: 79.6%-100%)	99.7% (95% CI: 99.0%-99.9%)	0.3% (95% CI: 0.1-1.0%)
Monosomy X	100% (95% CI: 77.2%-100%)	99.9% (95% CI: 99.2%-99.9%)	0.1% (95% CI: 0.1-0.8%)
22q11.2	75.4% (95% CI: 67.1% - 82.2%)	99.5% (95% CI: 99.0% - 99.7%)	0.5% (95% CI: 0.3%-1.0%)
Fetal Sex	99.8% Accuracy (95% CI: 99.1 – 99.9%)		

■ **مراحل انجام آزمایش هارمونی:**

- تنظیم و تکمیل درخواست آزمایش هارمونی با نظر و صلاحدید پزشک
- خونگیری در لوله‌های مخصوص حاوی نگهدارنده‌های DNA
- ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه مرجع Harmony
- انجام آزمایش Harmony طی ۳ روز
- ارسال و دریافت پاسخ آزمایش‌ها در مدت ۷ روز
- تحویل پاسخ آزمایش به پزشک و انجام دستورالعمل‌های پیگیری

■ **کاربردهای آزمایش هارمونی:**

آزمایش هارمونی بر روی تمام بارداری‌های یک قلو و دوقلو و حتی در بارداری‌هایی که با روش IVF و اهدای تخمک انجام می‌شود نیز انجام پذیر است.

■ **مقایسه آزمایش هارمونی با دیگر روش‌های تشخیصی و غربالگری سلامت جنین:**

همان‌گونه که در شکل زیر می بینید دقت آزمایش هارمونی بسیار نزدیک آزمایش تهاجمی آمنیوسنتز است با این تفاوت که خطرات سقط جنین که در آمنیوسنتز وجود دارد در آزمایش هارمونی دیده نمی‌شود.

نوع نمونه برداری	چه اتفاقی برای من و کودک متولد نشده ام می افتد	خطر سقط جنین	نرخ تشخیص trisomy 21
غیر تهاجمی	harmony PRENATAL TEST تجزیه و تحلیل DNA جنینی در خون مادر	0%	99.7%
	سونوگرافی و غربالگری سه ماهه اول	0%	85 - 90%
تهاجمی	آمنیوسنتز	0.2 - 1%	100%

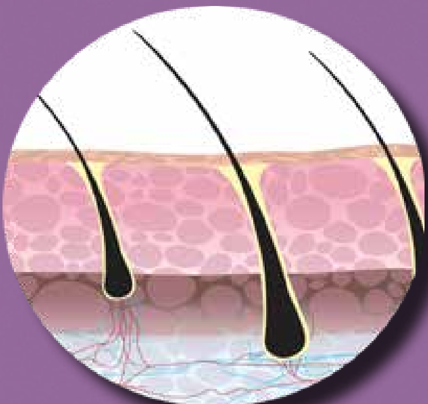
■ **نتیجه‌گیری:**

آزمایش غیر تهاجمی پیش از تولد هارمونی به عنوان یک روش قابل اعتماد برای نخستین خط غربالگری سلامت جنین می‌تواند توصیه شود. این آزمایش به دلیل دقت بالا و مثبت کاذب کمتری که دارد از انجام غیر ضروری تست‌های غربالگری تهاجمی مانند آمنیوسنتز جلوگیری می‌کند و تاثیر بسزایی برآرامش و سلامت مادران باردار دارد.

دکتر برزو سالک و همکاران
گروه شرکتهای نبض و درمان
دپارتمان تمامی امور سهام بیمارستانها
مرکزجراحی محدود ، درمانگاه های شبانه روزی ، مراکزجامع تصویر برداری
موسسات رادیولوژی و سونوگرافی، داروخانه ها ، آزمایشگاه ها ، فیزیوتراپی
واگذاری ، خرید ، فروش ، معاوضه
۰۹۱۲۸۱۳۶۸۳۹
۸۸۳۷۱۰۰۱-۴
99-2001

روش NFP در ریزش مو (Nano Fat + PRP Injection For Hair Loss)

دکتر ماهور طباطبائی کاشانی



■ کلیات

از آنجا که موهای سر انسان بخش مهمی از ظاهر کلی هستند و ریزش آن می‌تواند به اعتمادبه‌نفس و همچنین عزت‌نفس ما آسیب رساند. مطابق اعلام انجمن ریزش مو آمریکا (American Hair Loss)، طاسی بر روابط بین فردی و همچنین زندگی حرفه‌ای گروهی که از این موضوع رنج می‌برند، تاثیر می‌گذارد. این غیر معمول نیست که افراد مسیر شغلی خود را به‌دلیل ریزش مو تغییر دهند. در کلینیک، بسیار زیاد با بیمارانی روبرو شده‌ایم، که به‌دلیل این مشکل، زندگی شخصی و زناشویی آنها تحت تاثیر قرار گرفته و در مواردی دچار افسردگی و بحران‌های روحی و مشکلات خانوادگی شده‌اند. طبق آمار ۴۰درصد از آقایان در سن ۴۰ سالگی و ۸۰درصد آن‌ها نیز در سن ۶۰ سالگی و در خانم‌ها ۳۰درصد در سن ۴۰ سالگی و ۴۵درصد در سن ۶۰ سالگی دچار این مشکل می‌شوند.

در گذشته اعتقاد بر این بود که ریزش مو فقط تحت تاثیر عوامل هورمونی و ژنتیکی است، اما اخیرا به این نتیجه رسیدیم که علت ریزش مو، چند عاملی (multifactorial) است و عواملی مانند استرس، تغذیه نامناسب، رژیم کاهش وزن و آلودگی‌های محیطی، آب و هوا، تروما (مانند تصادف)، عمل جراحی، مهاجرت، برخی از داروها و بعضی از بیماری‌ها می‌تواند درکنار وجود زمینهٔ ارثی (ژنتیک) زمینهٔ ریزش مو را فراهم نماید.

تا همین اواخر روش‌هایی مانند درمان دارویی موضعی **ماینوکسیدیل** (Minoxidil)، داروی خوراکی **فیناستراید** (Finasteride) و روش های جراحی کاشت مو، ازجمله درمان‌های اصلی محسوب می‌شدند. اما در حال حاضر راهکارها و روش‌های نوین نیز جهت درمان ریزش مو به کمک افراد آمده است. روش‌های بازسازی کننده مانند (PRP) ابتدا در درمان بافت‌های آسیب دیده اسکلتی و مفاصل، مورد استفاده واقع شد و پس از یک دهه با ورود این روش به زمینهٔ پوست و مو تحول عظیمی در درمان بیماری‌های مرتبط به‌وجود آورد.

روش NFP ترکیبی فوق‌العاده از سلول‌های بازسازی‌کننده بافت چربی و فاکتورهای رشدِ گرفته شده از خود فرد می‌باشد. این دو با یکدیگر به اصطلاح خاک و کود جدیدی برای فولیکول‌های مو می‌باشد که به دلایل اشاره شده در گذر زمان آسیب دیده‌اند. درمان ریزش مو با نانو چربی یک روش جدید و غیر تهاجمی است که در آن از سلول‌های چربی فرآوری شده خود بیمار استفاده می‌شود.

همان‌گونه که می‌دانیم بافت چربی، گنجینه بسیار عظیمی از سلول‌های بنیادی قابل استخراج از خود فرد (اتولوگ) می‌باشد. سلول‌های بنیادی به سلول‌هایی گفته می‌شود که قابلیت تبدیل شدن به سلول‌های هدف را داشته و افزایش تعداد آن‌ها در هر قسمتی از بدن که فرسوده شده سبب بهبود کارکرد و تقویت آن را فراهم می‌کند.

درگذشته از پیوند چربی برای بازگرداندن کاهش حجم و بهبود تحلیل اجزای صورت استفاده می‌شد. اما اکنون شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تزریق گرافت‌های چربی زیر پوست سر می‌توانند سبب بهبود یکپارچگی لایه‌های پوست سر، افزایش گردش خون و تقویت فولیکول‌های مو و بافت چربی اطراف آن شوند. این روند نه‌تنها مشابه روش تقویت مو با PRP است، بلکه تزریق همزمان به‌وسیلهٔ آن می‌تواند نتایج بسیار معجزه آسا و بیشتری برای تقویت مو در مقایسه با انجام هر کدام از آن‌ها به تنهایی ایجاد نماید.

■ تفاوت سلول درمانی و NFP:

اغلب پرسشی که مطرح می‌گردد، پیرامون تفاوت و شباهت روش سلول درمانی و عوارض احتمالی منتسب به آن با این روش ها است.

لازم به توضیح است که پزشکی احیاءکننده (سلول درمانی) شاخه دیگری است که روش‌هایی برای رشد مجدد، ترمیم و جایگزینی سلول‌ها و اندام‌ها و بافت‌های آسیب دیده برای بیمار ارائه می‌دهد. این روش‌ها به‌شدت در حال توسعه هستند و تلاش‌های بسیاری در درمان بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده مانند آسیب‌های نخاعی، پارکینسون، آلزایمر، بیماری‌های قلبی، سوختگی، آرتروز و سرطان با استفاده از این روش صورت گرفته است.

در این روش با توجه به اینکه برای ترمیم بافت آسیب دیده تعداد بسیار زیادی از سلول بنیادی لازم است، تعدادی از سلول‌های بنیادی از بافت‌های بدن فرد بیمار مانند

سرب‌کوبی، سرب، ورق سربی رادیولوژی
آماده سازی و سرب کوبی مراکز تصویربرداری
(رادیولوژی، سی تی اسکن، آنژیوگرافی و...)
ساخت اتاقک‌های سربی و پارتیشن سربی
ساخت درب سربی ریلی واتوماتیک
شرکت نوید پرتونما ۴-۴۴۶۹۵۶۶۲

پوست یا مغز استخوان جدا شده و در محیط آزمایشگاه‌های پیشرفته تکثیر شده و سپس دوباره به بافت‌های آسیب دیده فرد منتقل می‌گردد، که البته خروج این سلول‌ها از بدن و تکثیر آن‌ها خارج از محدوده سیستم دفاعی بدن، امکان انجام تقسیم‌های غیر طبیعی و غیر قابل مهار و ایجاد بدخیمی را می‌تواند به‌دنبال داشته باشد. لازم به اشاره است در حیطه کاشت مو نیز حدود یک دهه است که این روش برای بیمارانی که کاندید جراحی مو هستند و بانک موی کافی ندارند تحت عنوان کِشت مو در حال بررسی و آزمایش است.

اما درخصوص روش‌های بازسازی کننده مانند PRF، AMT، PRP و در نهایت NFP با توجه به عدم تکثیر سلول‌های بنیادی فرد و صرفا جابجایی آن‌ها هیچ‌گونه عوارضی برای بیمار ایجاد نمی‌شود.

■ **روش کار:**

ترمیم مو با نانو چربی‌ها به‌وسیلهٔ خارج نمودن (harvest) سلول‌های چربی از بافت‌های چربیِ خودِ فرد که اغلب روی ران‌ها، باسن و یا شکم هستند، تحت بی حسی موضعی انجام می‌شود و سپس سلول‌های چربی پردازش و خالص سازی می‌شوند و برای تزریق به پوستِ سر آماده می‌گردد. این چربی مایع دارای سطوح بالایی از سلول‌های بنیادی مزانشیمی (stem cell)، فاکتورهای رشد و بافت عروقی استرومایی هستند که تکثیر بافت‌های همبند، تولید کلاژن و ایجاد و تمایز سلول‌های جدید و ترمیم و تقویت بافت‌های قدیمی را افزایش می‌دهد. همزمان با آماده سازی نانوچربی با یک خون‌گیری ساده ، شبیه آن‌چه زمان آزمایش خون انجام می‌شود پلاکت‌های فرد نیز (PRP) مهیا شده و سپس هر دوی آن‌ها توسط روش‌های خاص به زیر پوست سر تزریق می‌گردد.

■ **موارد کاربرد و نتایج :**

تمام بیماران مبتلا به ریزش مو با هر دلیلی؛ طاسی مردانه، طاسی در زنان، ریزش‌های ارثی و حتی ریزش موهای سکه‌ای که تا کنون به درمان‌های دیگر جواب نداده‌اند کاندید درمان با روش NFP می‌باشند.

مزایای استفاده از NFP نسبت به تزریق PRP به تنهایی، نیز در خصوص نتایج مضاعف و همچنین در کاهش تعداد دفعات انجام کار می‌باشد. به‌طوریکه انجام یک بار NFP بیش از انجام دوبار PRP نتیجه بخش بوده و در بیمارانی که شرایط وخیم‌تری داشته و یا خواستار انجام تقویت بیشتر برای فولیکول‌های مو می‌باشند در آغاز و یا ادامه درمان‌های پیشین پیشنهاد می‌شود.

پس از حداقل ۶ هفته از آغاز درمان، بیمار می‌تواند شاهد بهبود قابل توجهی در تراکم موها، افزایش رشد و ضخامت مو و کاهش ریزش موی پاتولوژیک باشد.

این روش به‌جز ایجاد اندکی قرمزی و تورم در نقاط تزریق هیچگونه عوارض جدی ندارد.

بیماران انتخابی برای انجام NFP نباید از داروهای سرکوب کننده پلاکت‌ها و داروهای خونریزی دهنده مانند آسپرین به‌مدت ۱۰ روز پیش استفاده کرده باشند و انجام کار برای بیمارانی که دچار فشار خون کنترل نشده هستند و یا هرگونه بی‌ثباتی همودینامیک دارند توصیه نمی‌گردد.

مراقبت‌های اولیه پس از انجام NFP فقط شامل مراقبت از ناحیه زخم‌هایی که چربی از آنجا برداشته شده به‌مدت دو روز و اجتناب از ورزش‌های سنگین برای چند روز بعد می‌باشد و ممکن است پزشک یک دوره کوتاه آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت تجویز نماید.

توصیه می‌شود درمان‌های قبلی ادامه یافته و از درمان‌های دارویی کمکی از جمله ماینوکسیدیل و فیناستراید و داروهای مکمل (ویتامین‌ها) پس از انجام NFP در صورت توصیه پزشک مربوطه استفاده شود.

لازم به اشاره است، نتایج اولیه درمان پس از ماه اول آغاز شده و حداقل تا ۱۲ ماه ادامه می‌یابد.

تایید پاکسلووید توسط سازمان غذاودارو در درمان COVID-19 در بزرگسالان

سازمان غذاودارو آمریکا (FDA) داروی ضد ویروس خوراکی پاکسلووید (Nirmatrelvir+Ritonavir) را برای درمان کووید-۱۹ خفیف تا متوسط در بزرگسالانی که در معرض خطر بالای پیشرفت COVID-19 شدید، از جمله بستری شدن در بیمارستان یا مرگ هستند، تأیید نمود.

Nirmatrelvir+Ritonavir چهارمین دارو و نخستین قرص ضد ویروسی خوراکی است که توسط FDA برای درمان COVID-19 در بزرگسالان تأیید شده است. این دارو، تولید شده تحت مجوز استفاده اضطراری و همچنین جهت اطمینان از دسترسی مداوم برای بزرگسالان و درمان کودکان واجد شرایط بین سنین ۱۲ تا ۱۸ سال که تحت پوشش تاییدیه امروزی نیستند، در دسترس خواهد بود. این دارو برای استفادهٔ پیشگیرانه پیش یا پس از قرار گرفتن در معرض COVID-19 مورد تأیید یا مجاز نیست.

تأییدیه امروز نشان می‌دهد که Paxlovid استانداردهای دقیق آژانس را در ایمنی و اثربخشی رعایت نموده و این یک گزینه درمانی مهم برای افرادی است که در معرض خطر بالای پیشرفت COVID-19 شدید هستند و همچنین گروهی که ایمنی قبلی دارند. اثربخشی Nirmatrelvir+Ritonavir در درجه اول توسط نتایج کارآزمایی بالینی EPIC-HR پشتیبانی شد. این کارآزمایی بالینی تصادفی، دوسوکور و کنترل‌شده با دارونما بود کــه Nirmatrelvir+Ritonavir را برای درمان بزرگسالان علامت‌دار غیر بستری با تشخیص آزمایشگاهی تایید شده عفونت SARS-CoV-2 تحت مطالعه نمود.

بیماران ، بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر با یک عامل خطر از پیش تعیین شده برای پیشرفت به بیماری شدید یا ۶۰ سال و بالاتر بدون توجه به شرایط پزشکی مزمن از پیش تعیین شده بودند. تمام بیماران واکسن COVID-19 دریافت نکرده و به این بیماری دچار نشده بودند.

در میان بیمارانی که طی ۵ روز پس از آغاز نشانه‌ها Nirmatrelvir+Ritonavir تحت درمان آنتی بادی مونوکلونال کووید-۱۹ قرار نگرفته بودند، کاهش ۸۶ درصدی بستری یا مرگ ناشی از COVID-19 با هر دلیلی، از طریق ۲۸ روز پیگیری در مقایسه با دارونما را از خود نشان داد. مزایای Nirmatrelvir+Ritonavir در بیمارانی مشاهده شد که ایمنی قبلی نسبت به ویروس ایجاد کننده COVID-19 داشتند. شایع ترین عوارض جانبی مصرف این دارو شامل اختلال در حس چشایی و اسهال است.

FDA.gov/2023

تیروفیبان برای سکته مغزی بدون انسداد عروق بزرگ یا متوسط

تا به امروز ، تاثیر تیروفیبان (Tirofiban) مهارکننده گیرنده گلیکوپروتئین IIb/IIIa در بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک حادی (acute ischemic stroke)، که هیچ شواهدی دال بر انسداد کامل عروق بزرگ یا متوسط (complete occlusion of large or medium-sized vessels) ندارند، به طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است.

طی یک مطالعه و کارآزمایی در چین، پژوهشگران ، بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک را بدون انسداد عروق بزرگ یا متوسط و با نمره مقیاس سکته مغزی موسسه ملی بهداشت(NIH) ، ۵ یا بیشتر و حداقل یک اندام متوسط تا شدید مورد بررسی قرار دادند.

بیماران واجد شرایط هر یک از چهار تظاهرات بالینی را داشتند:

- برای ترومبولیز یا ترومبکتومی واجد شرایط نبوده و ظرف ۲۴ ساعت پس از آخرین بار مشخص شد که وضعیت بیمار خوب است.
- پیشرفت نشانه‌های سکته مغزی ۲۴ تا ۹۶ ساعت پس از آغاز
- وخامت زودرس عصبی پس از ترومبولیز
- ترومبولیز بدون بهبود طی ۴ تا ۲۴ ساعت

بیماران برای دریافت تیروفیبان وریدی (به علاوه دارونما خوراکی) یا آسپرین خوراکی (۱۰۰ میلی گرم در روز، به علاوه دارونما وریدی) به مدت ۲ روز ، گروه بندی شدند.

سپس تمام بیماران تا روز ۹۰ آسپرین خوراکی دریافت نمودند. نقطه پایان تاثیر اولیه یک نتیجه عالی بود که به عنوان نمره ۰ یا ۱ در مقیاس رنکین (Rankin scale) اصلاح شده (محدوده، ۰ [بدون نشانه] تا ۶ [مرگ]) در ۹۰ روز تعریف شد.

در مجموع ۶۰۶ بیمار در گروه تیروفیبان و ۵۷۱ بیمار در گروه آسپرین قرار گرفتند. اغلب بیماران انفارکتوس‌های کوچکی داشتند که تصور می‌شد آترواسکلروتیک(atherosclerotic) باشد.

درصد بیماران با نمره ۰ یا ۱ در مقیاس رنکین اصلاح شده در ۹۰ روز ۲۹٫۱٪ با تیروفیبان و ۲۲٫۲٪ با آسپرین بود (نسبت خطر تعدیل شده، ۱٫۲۶؛ فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱٫۰۴ تا ۱٫۵۳، P=۰٫۰۲).

نتایج برای نقاط پایانی ثانویه به طور کلی با نتایج تجزیه و تحلیل اولیه سازگار نبود. مرگ و میر در دو گروه مشابه بود. میزان بروز خونریزی داخل جمجمه ای علامت دار در گروه تیروفیبان ۱/۰ درصد و در گروه آسپرین ۰ درصد بود.

در این کارآزمایی که شامل گروه‌های ناهمگن از بیماران مبتلا به سکته مغزی با شروع تازه یا پیشرفت نشانه‌های سکته مغزی و عروق مغزی بزرگ و متوسط غیرانسدادی بود، تیروفیبان داخل وریدی عملکرد بسیار عالی در مقایسه با آسپرین دوز پایین را از خود نشان داد و در عین حال بروز خونریزی‌های داخل جمجمه با تیروفیبان اندک اما ذره‌ای بیشتر بود.

New England / 2023

معرفی کتاب: هویت جنسیتی کودکان (مجموعه فعالیت‌های کاربردی)

نگارنده :کلی استورک

مترجمان:محبوبه رمضان‌زاده

انتشارات : کتاب درمانی

صفحه‌آرا: محمدجواد شاه‌بنده

سال انتشار : ۱۴۰۱ ، چاپ نخست

تیراژ : ۲۰۰ جلد رقعی

قیمت : ۹۹,۰۰۰ تومان

شماره تماس : ۶۶۴۲۳۳۷۰

راه‌های زیادی وجود دارد که کودکان این مسیر را طی کنند و «کلی استورک» نقشهٔ راهی را پیشنهاد می‌دهد که این سفر را لذت‌بخش می‌سازد. کتاب «هویت جنسیتی کودکان» با مهربانی و شوخ‌طبعی، افراد را در این مسیر هدایت می‌کند.

بروک پسین ودبی _ نویسنده کتاب تو کیستی؟

کتاب «هویت جنسیتی کودکان» اولین کتاب در حوزهٔ حمایت فوری از کودکان در کشف جنسیتِ آن‌ها است. این کتاب با زبانی شیوا و روان، به‌طور مختصر خوانندگان کوچک را به سفر اطلاعاتی و جشن خویشتن واقعی‌شان می‌برد.

جوالانا اولسان‌کندی، متخصص درمان تنوع جنسیتی در کودکان، نوجوانان و بزرگ‌سالان‌جوان، مدیر بالینی مرکز سلامت و بهبود کودکان تراجنسیتی در بیمارستان کودکان لس‌آنجلس.

کتاب «هویت جنسیتی کودکان» کلی استورک جامع است؛ اگر دربارهٔ آن فکر کرده‌اید، احتمالاً متوجه این موضوع شده‌اید. مفاهیم با دقت، بینش، دلسوزی زیاد، شیوا و روان توضیح داده شده‌اند. استورک توصیه‌ها و حمایت‌های زیرکانه‌ای پیشنهاد می‌دهد که به‌نظر می‌رسد او در کنار شما است. این کتاب، منبعی ارزشمند برای برگشت مکرر به سفر جنسیتی خوداکتشافی، تأیید قطعی منحصربه‌فردبودن و ارزش هر فرد است.

استفان ام. روزنتال، پروفسور طب اطفال در دانشگاه کالیفرنیا، سان فرانسیسکو، مؤسس و مدیر بالینی مرکز جنسیت کودک و نوجوان، رئیس سابق انجمن غدد طب اطفال و نائب رئیس انجمن غدد.

دی شانا می‌گوید: «من واقعاً از فعالیت‌های متفاوت این کتابِ کار لذت بردم و انجام آن‌ها را به کودکان و بزرگ‌سالان توصیه می‌کنم. معتقدم این کتاب می‌تواند کمک کند که کارکنانِ مراکز بهداشت روانی و جسمی و نیز دانشجویان، طیف جنسیتی افراد جوان با تنوع جنسیتی را که با آن‌ها کار می‌کنند، بهتر درک کنند. این کتاب کار می‌تواند داستان زندگی‌تان را تغییر دهد و قلب‌ها و ذهن‌ها را متحول سازد. ترینتی می‌گوید: «من واقعاً تمام بخش‌های این کتاب را دوست دارم. با این حال، بخش مورد علاقهٔ من، خواندن زندگی‌نامهٔ افراد ترنس (تراجنسیتی) سراسر تاریخ است که به پیشرفتِ ما کمک کرده‌اند. برای من بسیار جالب بود که بسیاری از آن‌ها شبیه من -یک دختر سیاه‌پوست ترنس- بودند و این قضیه، امید و اعتماد به‌نفس بیشتری به من داد که من هم می‌توانم تاریخ را بسازم و حتی جهان را تبدیل به جای بهتری برای زندگی کنم.

- دی شانا نیل، وکیل مدافع عمومی، مادر ترینتی نیل (وکیل مدافع عمومی و دخترترنس)

این کتاب کار جامع و قابل فهم، ابزاری ارزشمند و مورد نیاز برای کودکان آشفتهٔ جنسیتی و همچنین افرادی است که قصد دارند، آن‌ها را درک کنند. «کلی» فرد مناسبی برای نوشتن چنین کتابی است و در هر صفحه، دلسوزی، حمایت، قدرت و توانمندسازی را به ارمغان آورده است. این کتابِ کار، اولین کتاب در این زمینه برای کودکان کوچک آشفتهٔ جنسیتی است.
و به آن‌ها کمک می‌کند تا تجربهٔ شخصی منحصربه‌فردشان از جنسیت را درک کنند و با آن ارتباط برقرار نمایند. این کتاب راهی برای نفوذ به قلب‌ها و گفت‌وگوهای مهمی است که در آن وجود دارد.

- دارلین تاندو، مؤسس مرکز خصوصی در سن‌دیگو و نویسندهٔ کتاب راهنمای والدین دربارهٔ هویت جنسیتی که از سال ۲۰۰۶ با جوانان و بزرگ‌سالان ترنس و آشفتهٔ جنسیتی کار می‌کند.

کتاب «هویت جنسیتی کودکان» در واقع کمکی فوری به والدین و کودکان است. ما به یک کتاب راهنمای جنسیتی برای کودکان، خانواده‌ها و کارکنان نیاز داشتیم و «کلی استورک» یک کتاب جامع خلق کرده است. این کتاب سرگرم‌کننده با زبانی ساده، تصاویر فراوان و فعالیت‌های مفید برای هدایت مدرسه، خانواده‌ها و دوستان به‌شمار می‌آید و برای سفر درونی کودک جهت درگ و سپس شادمانی در جنسیت واقعی خودش است. متشکرم «کلی».

جن هستینگز، مدیر برنامهٔ مراقبتی سلامت افراد ترنس، مرکز مشاورهٔ پزشکی، مرکز پزشکی دانشگاه کالیفرنیا برای سلامت افراد ترنس، مدیر برنامه‌ریزی پزشکی طیف جنسیتی.

معرفی کتاب: کودکان تیزهوش (مجموعه فعالیت‌های کاربردی)

نگارنده : هیتر بورمن

مترجمان: محبوبه رمضان‌زاده

انتشارات : کتاب درمانی

صفحه‌آرا: محمدجواد شاه‌بنده

سال انتشار : ۱۴۰۱ ، چاپ نخست

تیراژ : ۲۰۰ جلد رقعی

قیمت : ۹۹,۰۰۰ تومان

شماره تماس : ۶۶۴۲۳۳۷۰

"هیتر بورمن از دانشِ افزون خود در رابطه با تیزهوش‌بودن برای گردآوری فعالیت‌های بی‌نظیر استفاده کرد که به کودکان تیزهوش کمک می‌کند تا استعداد خود و پیامدش را کشفَ کنند. درک توانایی‌ها و آسیب‌پذیری‌های یک فرد، بخش مهمی از پذیرشِ خود است و فعالیت‌های این کتاب می‌تواند تجربیات وحشتناک و ناهماهنگ رشدِ فردِ باهوش را هنجار سازد."

دکتر روان‌شناس ادوارد ر.آمند- روان‌شناس بالینی در خدمات روان‌شناسی آمند

"هیتر بورمن کتابی نوشته است که در میان کتاب‌ها جای خالی چنین کتابی را پُر کرده است. کودکانِ باهوش به‌ویژه در کشمکش‌های سلامتِ روانی و اجتماعی-احساسیِ خود، نیاز به حمایت و راهنمایی دارند. شناختِ صحبت‌ها و فعالیت‌هایی که این کودکان در آن‌ها نیاز به کمک دارند، برای والدین و درمان‌گران، سخت است. در واقع والدین و درمان‌گران، ممکن است نیازهایی همچون دوست‌یابی، کمال‌گرایی، حساسیت‌ها و چنداستعدادی را درک کنند و شاید گیج و سردرگم شوند و ندانند که کجا باید به آن‌ها کمک کنند. بورمن به زبانی ساه، صریح و سرگرم‌کننده، راه را نشان می‌دهد. این بچه‌ها برای درکِ پیچیدگی‌های مسیر رشد استعدادشان و در جهانی که ممکن است روح حساسشان با سختی‌ها مواجه شود، راهنمایی می شوند. بورمن ابزارهای خاصی فراهم می‌کند که آن‌ها بتوانند به پذیرش خود، اعتماد به‌نفس و شادمانی دست یابند.

پاولو پروبر- کارشناس ارشد، روانشناس، مشاور و نویسنده کتاب rainforest mind (ذهن زیست‌شناس)

"کتاب بی‌نظیری است! ای کاش زمانی که فرزندانم کوچک بودند این کتاب را داشتم. این کتاب مسائل کلیدی و موضوعات مربوط به تیزهوشی را به زبانی ساده اما جامع و قابلِ فهم، متواضعانه و بدون تحت فشار قراردادنِ مخاطب توضیح می‌دهد. بسیاری از کودکان، فقط برداشت خودشان را از تیزهوش‌بودن دارند که ممکن است بر اساس تصورات غلطِ اطرافیانشان باشد. این کتابِ کار عالی، برای افرادی است که به‌دنبال شناخت خود و کسب اطمینان خاطر از درستی‌شان هستند، مکان امنی است. هیتر بورمن پس از تلاش بسیار با این کتاب به موفقیت دست یافت."

کورین گودوین- مدیرعامل جی‌اف‌اچ. انجمن تیزهوشان و آمارگرانتخاب نوشتن متن شما

"من این کتاب را به معلمان و والدینِ کودکانِ تیزهوش توصیه می‌کنم، اگرچه این کتاب برای هرکودکی مفید است."

لیزا وان گمرت- نویسنده کتاب Perfectionism

کتابِ مجموعه فعالیت‌های کاربردی کودکان تیزهوشِ هیتر، یک منبع ارزشمند برای هر کودکِ تیزهوش در خانه یا مدرسه است. خواه فقط کتاب را بخواند یا تمرینات را کامل کند. خواه پاسخ‌هایش را با والدین یا معلمانش در میان بگذارد یا اطلاعاتش را برای خود نگه دارد. سقراط فیلسوف بزرگ یونانی به ما آموخت "زندگیِ نیازموده، ارزش زیستن ندارد"

"کتابِ مجموعه فعالیت‌های کاربردی کودکان تیزهوش، به هر کودکِ تیزهوشی کمک می‌کند تا خودش را بشناسد"

کارولین.ک

مؤسس و مدیر شرکت تیزهوش هوآجیز، یک مؤسسه اختصاصی غیردولتی برای حمایت افراد تیزهوش، خانواده‌ها و مربیانی که با آن‌ها کار می‌کند.

شرکت سهامی خاص پزشکی مهر ایرانیان
(بیمارستان مهرپرند)
از تمامی همکاران پزشک، در گروه‌های تخصصی مختلف جهت مشارکت و همکاری آتی دعوت به‌عمل می‌آورد.
علاقمندان جهت کسب اطلاعات بیشترمی‌توانند با مراجعه به نشانی " پرند، بلوار سردار سلیمانی، ابتدای فاز شش، تقاطع بلوار رسول اکرم، پروژه بیمارستان مهر ایرانیان پرند" از پروژه بازدید و یا با شماره ۰۲۱-۵۳۴۵۷۰۰۰ تماس حاصل فرمایند.
"پزشکی امروز" هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال امور قراردادی و حقوقی ندارد.

عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و عوامل خطر شایع در بیماری‌های دهان و دندان

■ دکتر رضا یزدانی
استاد گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تمام بیماری‌های مهم غیرقابل کنترل ازجمله بیماری‌های شایع دهان و دندان عوامل تعیین کننده اجتماعی و عوامل خطر مشترک مثل تنباکو، شکر، رژیم غذایی ناسالم و الکل دارند. واقعیت اشاره شده در بالا امکان ادغام برنامه‌های پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان با سایر بیماری‌های غیر قابل انتقال را امکان پذیر می‌کند. عوامل تعیین کنندهٔ اجتماعی شرایطی هستند که در آنها اشخاص متولد شده، رشد نموده، کار کرده و پیر می‌شوند. این شرایط به میزان بسیار زیادی تعیین کننده شیوهٔ رفتار افراد برای سلامتی و بیماری می‌باشند اقتصاد، سیاست‌های اجتماعی، آموزش از عوامل کلان‌تر در این حوزه می‌باشند. مداخلات غالب که روی تغییر رفتارهای سلامت و الگوی زندگی متمرکز هستند، موفقیت محدودی داشته و مورد انتقاد هستند چرا که اثرات اجتماعی گسترده‌تر که تعیین‌کننده انتخاب افراد هستند را نادیده می‌گیرند. تنها یک راهبرد ادغام شده که تمام عوامل موثر بر روی سلامتی را مدنظر داشته باشد می‌تواند سبب کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها شود.

برای در نظر گرفتن عوامل تعیین کننده اجتماعی می‌توان به توصیه‌های زیر عمل نمود:

۱. حمایت از رویکردهایی با هدف کاهش فقر، افزایش پذیرش اجتماعی، بهبود سطح عمومی آموزش و اشتغال، کاهش موانع مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، ارتقای شرایط اسکان، آب سالم، حفاظت از افراد آسیب پذیر.

۲. توجه به سلامت دهان در تمام سیاست‌گذاری‌ها.

۳. توجه به قوانین و اصول لازم برای کاهش نا برابری‌ها در سطح جامعه.

۳. کاهش مواجهه با عوامل خطری چون غذاهای ناسالم، کاهش مصرف تنباکو و الکل با وضع قوانین و مقررات لازم.

قند و یا شکر از عوامل اصلی در بروز پوسیدگی‌های دندانی است. کاهش مصرف شکر به عنوان بخشی از یک رژیم غذایی سالم سلامت دهان را ارتقا داده و می‌تواند خطر بسیاری از بیماری‌های غیرقابل انتقال، نظیر دیابت و چاقی را کاهش دهد. به موارد زیر به‌عنوان روش‌های کاهش مصرف شکر می‌توان اشاره نمود:

۱. اعمال مالیات بیشتر روی موادغذایی و نوشیدنی‌های با شکر بالا

۲. الصاق برچسب‌های صادقانه و درست بر روی مواد غذایی برای اطلاع رسانی

۳. وضع قوانین جامع در خصوص مصرف شکر در مواد غذایی و نوشیدنی‌ها.

مصرف تنباکو مهمترین علت قابل پیشگیری مرگ در تمام دنیا محسوب می‌شود. مصرف دخانیات نه تنها برای خود فرد بلکه برای افرادی که در اطراف فرد سیگاری هستند نیز مضر و سبب بیماری می‌گردد. افزایش مالیات برتنباکو، اعمال محدودیت برای تبلیغ، هشدار در مورد خطرات، کمک برای ترک و سیاست‌ها و قوانین بازدارنده از توصیه‌های مطرح در کنترل مصرف انواع دخانیات می‌باشد.

الکل به‌عنوان عامل خطر برای بیش از ۲۰۰ بیماری از جمله بیماری‌های دهان و دندان می‌باشد. الکل پس از تنباکو و فشارخون، سومین عامل خطر ناتوانی و معلولیت در کشورهای توسعه یافته است. بیش از ۵ درصد عوارض جهانی بیماری‌ها به مصرف الکل مربوط می‌شود. با اجرای کامل قوانین و مقررات منع مصرف الکل گامی مهم در پیشگیری از بیماری‌های مرتبط به الکل و عوارض آن می‌توان برداشت.

■ **منبع:**
چالش بیماریهای دهان: فراخوانی برای اقدام جهانی. اطلس سلامت دهان ویرایش دوم. FDI. ترجمه انجمن دندانپزشکی ایران

ماهنامه
پزشکی امروز
علمی
شماره ۱۲۵۳ سال سی‌ویکم ، ۱۲ صفحه
بهار (فروردین،اردیبهشت) ۱۴۰۲
صاحب امتیاز و سردبیر:
مهندس اردوان سیف‌بهزاد
مدیرمسئول و دبیر علمی : دکتر برزو سالک
زیرنظر شورای نویسندگان
دبیر علمی‌علوم پایه : دکتر مهدی نوروزی
دبیرعلمی‌دندانپزشکی‌وسلامت‌دهان:دکتررضایزدانی
پزشکی‌امروز به‌منظور افزایش سطح آگاهی و اعتلای دانش پزشکی برای تمامی رشته‌های مختلف پزشکی در سراسرکشور توسط پست ارسال می‌گردد.
آدرس: تهران، شهرک غرب ، خیابان حسن سیف ،کوچه نهم پلاک ۱۹ ، واحد اول
تلفن: ۴-۸۸۳۷۱۰۰۱
فکس: ۸۸۳۷۱۰۰۵
توزیع سراسر کشور
صفحه‌آرایی: پزشکی‌امروز
چاپ: نشانه، ایرانشهرجنوبی، پایین‌تراز سمیه، پلاک۱۰۷
نسخه های الکترونیک مجزا از نشریه را در سایت پزشکی امروز دریافت نمایید.
وب‌سایت: www.pezeshkyemrooz.com
ارسال مقاله: pezeshkyemroozweekly@gmail.com
اینستاگرام : pezeshkyemrooz
کانال تلگرام: pezeshkyemrooz
پیشنهاد ، انتقادوهماهنگی: ۰۹۱۲۱۰۰۷۴۸۰