پزشکی امروز

ماهنامه شمارهٔ : ۱۲۳۶ ، سال سی‌ام ، تیر ماه ۱۳۹۹ ، قیمت ۱۰,۰۰۰ تومان

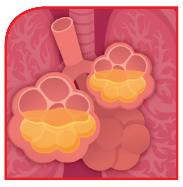
تاسیس:۱۳۷۰
به یاد بنیانگذار نشریه، دکتر فرخ سیف بهزاد

نگاهی گذرا بر موضوع ترازیخته در ایران
دکتر احمد رهنمای چیت‌ساز، داروساز

صفحه آخر

روش‌های تامین منابع انرژی درونی پس از کرونا
دکتر مهدی نوری، FRCP

صفحه دوم



پنومونی کووید-۱۹ : ARDS است یا خیر؟
دکتر سید محمدرضا هاشمیان، فوق تخصص مراقبتهای ویژه

صفحه دهم

مدیریت اختلال اوتیسم در همه‌گیری کووید-۱۹
غزاله صلیب، کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

صفحه هشتم

مقابله با ملانومای پیشرفته در بارداری
Skin Cancer.net

صفحه چهاردهم

روش های تامین منابع انرژی درونی پس از دوران کرونا

دکترمهدی نوری، FRCP

پیش از این در مقاله هایی با عنوان : **" ویروس کرونا برای انسان غریبه بود ، دستگاه ایمنی بدن بشرغافلگیر شد "**، **" سیمای انسان در جهانِ پساکرونا"** و **"اختلال تنش زای پس ازقرنطینه"** ، به ویروس‌های کرونا و بیماری‌زایی آنها اشاره شد و به اختصارخاطر نشان گردید که ویروس‌ها ذرات بسیار کوچکی هستند که در خارج ازیاخته‌های زنده توانایی تکثیر و همانندسازی ندارند. اما پس ازآنکه به‌وسیله قطره‌خواری ،یا پینوسیتوز (Pinocytosis)، بـــه‌درون یاخته نفوذکردند و عاری‌از کپسید شدند، بسیاری از جانوران و گیاهان و باکتری‌ها را مبتلا و بیمار می‌کنند . برخی ازویروس‌ها نیزعامل بیماری در انسان هستند ویا او را می‌کشند. پس ازنفوذ ویروس به داخل یاخته و آزادشدن اسیدنوکلئیک ،سنتزهای یاخته‌ای ،به‌علت نفوذ آنزیم‌هایی که فرمان ساخته‌شدن آنها به ویروس مربوط است، متوقف شده و اسید نوکلئیک با دخالت یک RNA پیک، فرمان ساخته شدن پروتئین‌های کپسید را به ریبوزوم‌ها صادرمی‌کنند. این ذرات بسیار کوچک گاهی می‌توانند کشتاری رابرنامه‌ریزی کنند که شاید نتوان نتایج مشابه آن را در پی جنگهای بزرگ مشاهده نمود.

همانطور که پیش از این نیزاشاره کرده‌ام یکی از این ذره‌های کوچکِ ویرانگر، همان ویروس کرونا است که مانند هیولایی مقتدر، زندگی بشر و تمدن و اقتصاد دنیا و عواطف و احساسات انسان را به مخاطره انداخت و مدارس ودانشگاهها، عبادت‌گاه‌های ادیان مختلف، سازمانهای اقتصادی و فرهنگی، شرکت‌ها، فروشگاهها ، هتل‌ها و رستوران‌ها، فرودگاه‌ها، سینماها، جشنواره‌ها و مراکز تجمع افراد در سطح جهان را تعطیل نمود. با گسترش عملکرد این ویروس هواپیماها و قطارها زمین‌گیر شدند، مسابقات ورزشی لغو گردید و مردم جهان برای مدتها خانه‌نشینی اختیار کردند و بسیاری نیز بیمار شدند و جانشان را از دست‌دادند. البته هنوز ویروس کرونای مورد بحث فعال است و انسانها را بیمار می‌کند و گاهی می‌کشد. همین امروز (۹۹/۴/۲۷) گزارش وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که در شبانه روز گذشته در ایران، ۲۶۷۰۶۱ نفر به بیماری کووید۱۹ مبتلا شده اند . در جهان نیز، از ابتدا تا امروز، با ابتلای بیش از ۱۳میلیون و۷۰۰ هزار نفر، شمار قربانیان کروناویروس جدید از مرز ۵۸۶ هزار نفر فراتر رفته است. علاوه بر بروز آثار روانی–خلقی پس از این بیماری، خانه‌نشینی و در قرنطینه ماندن برای آن نیز پیامدهای خود را داشته و دارد. افرادی که برای مدتی در قرنطینه قرار می‌گیرند و از زندگی عادی و روزمره خود جدا می‌شوند ،ممکن است به آسیب‌های روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه (Post–traumatic stress disorder (PTSD)) ، گرفتار گشته و احساس ترس واضطراب و درماندگی نمایند ویا نوعی افسردگی نشان دهند. در اختلال استرس پس از سانحه ، که یکی از اختلال‌های اضطرابی است ، مدتها ذهن فرد مشغول است و شخص نمی‌تواند آن اتفاق را از ذهن ناخود آگاه خارج نماید . برای نمونه، در چنین شرایطی ممکن است شخصی پس از سپری شدن دورهٔ قرنطینه نیز با دیدن یک فرد که در نزدیکی او سرفه می‌کند به شدت مضطرب شود و آرامش وی مختل گردد. بسیاری از این افراد ممکن است علاه بر ناآرامی و بی‌قراری، رفتارهای پرخاشگرانه بروز دهند ویا احساس بیزاری از دیگران داشته باشند. حتی رواج گرفتن مناظره و جدل مکرر به‌هنگام قرنطینه وپس ازآن می‌تواند به روابط دوستی و عاطفی افراد آسیب برساند و دوری و جدایی و نفرت ایجاد نماید. شرایط استرس‌زا آرامش انسان را مختل می‌سازد و به‌تدریج بیماریهای مزمن ایجاد می‌کند. در واقع اضطراب، فعالیتهای انسان را فلج نموده و توانایی فرد را در مقابله با ناملایمات زندگی کاهش می‌دهد. استرس به تمامی واکنش‌هایی که تحت عوامل تنش‌زا ایجاد می‌شوند گفته می‌شود . همانطور که باکتری‌ها و ویروس‌ها می‌توانند استرس ایجاد کنند، رویدادهای طبیعی و غیرطبیعی و تمامی تغییرات زندگی نیز می‌توانند استرس زا باشد. با استمرار فشارهای‌روانی، تعادل حیاتی انسان مختل می‌شود و عوارضی مانند خستگی، عصبانیت ،بی‌اشتهایی ،اضطراب و افسردگی بروز می‌کند. فشارهای روانی و استرس بر شیوهٔ عملکرد بدن و روان فرد اثرمی‌گذارد و سبب بروز اختلالاتی می‌گردد. اختلالهای‌گوارشی، عصبی، شخصیتی و خلقی، اختلالهای‌تنفسی، اختلالهای پوستی مانند کهیر و خارش، افزایش فشارخون، بروز دردهای مفصلی و ماهیچه‌ای، ریزش‌مو و اختلالهای متعدد دیگر می‌توانند در دامنه عوارض فشارها و تنیدگی باشد .

همانطور که اشاره شد ، ترس ودرماندگی ازایجاد بیماری توسط ویروس‌کرونا، می‌تواند پیامدهای روانی و ذهنی و بدنی متعدد داشته باشد . این ترس و وحشت دردوران پساکرونا نیز ممکن است انسان‌ها را آزرده نموده و آنها را با اختلالات روحی و روانی رنج دهد . استرس و اضطراب پیش‌آمده می‌تواند زندگی عده‌ای را مختل نماید و خواب و خوراک و کار آنها را آشفته کند، که همین امرخود سبب تضعیف سیستم ایمنی بدن انسان شده و در نهایت بدن فرد مستعد ابتلا به بیماری می‌شود. به این ترتیب افرادی که دچار اضطراب شده اند در پی کسب مواد ضداسترس و anti–anxiety بر می‌آیند که پاسخ اضطرابشان کاهش یابد. بدیهی است برای بسیاری ازاین افراد، که ازبی‌خوابی و اضطراب و افسردگی شدید رنج می‌برند، به درستی داروهایی تجویز می‌شود . البته این که این داروها تا چه اندازه می‌توانند اضطراب آنهارا کنترل نموده و آن را کاهش دهند و یا اضطراب را به طور کامل درمان نمایند بحثی جداگانه است. اغلب این فرضیه وجود دارد که داروهای شیمیایی می‌توانند به طور موقت از فشارها و تنیدگی‌ها کاسته اما فشارها را بر طرف نمی‌کنند.

بنابراین شاید افرادی ترجیح دهند که درعوض اعتماد به روان‌گردانها ومواد مخدر و داروهای آرام بخش، از راههای طبیعی‌تر وبهتری برای مقابله با فشارهای روانی استفاده نمایند. برای نمونه، بتوانند با تبدیل فشار روانی منفی به فشار مثبت، که می‌تواند بسیار موثر واقع شود، به آرامش برسند. بدیهی است این کارها ساده نخواهد بود و مستلزم وجود نگرشی همواره مثبت به زندگی و جریان آن می‌باشد . تردیدی نیست که نگرش مثبت و مفید به رویدادهای زندگی می تواند در بسیاری از سختی‌های زندگی موثرو سازنده و امیدبخش باشد.

نکته مهمی که در موارد اضطرابی باید مورد توجه باشد این است که اصولا افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی بیش از دیگران مستعد اعتیاد و سوءمصرف دارو هستند. درمواردی ، بیشتر این افراد داروهای ضداسترس را به صورت غیرقانونی به دست آورده و به دلیل اثر این داروها درایجاد سرخوشی به اشکال مختلف مصرف می‌کنند. به همین ترتیب و خطرناک‌تر، عده‌ای راهِ پناه‌بردن به داروهای روان‌گردان و اعتیادآور برای کاهش اضطراب را تجربه می‌کنند. بدیهی است اتخاذ چنین روشهایی برای کاهش فشارهای‌عصبی، نه تنها ازاسترس و تنیدگی نمی‌کاهد ، بلکه عوارض روان‌گردان‌ها ، می‌تواند بیش از اثر استرس به ذهن و بدن فرد آسیب برساند . متاسفانه دسترسی افراد به انواع موادمخدر، سبب شده است که بسیاری از جوانها وافرادی که آگاهی کافی ازعوارض خطرناک این مواد را ندارند برای رهایی از فشار عصبی ، احتمالا با توصیه و راهنمایی معاشران جاهل، به این مواد پناه ببرند.

داروهای ضد اضطراب بنزودیازپینی مانند دیازپام، لورازپام و آلپرازولام که بطور وسیع و اغلب برای درمان اختلال اضطراب فراگیر ((Generalized Anxiety Disorder (GAD)) و حملات ترس و هراس تجویز می‌شوند خود می‌توانند با عوارضی نیز همراه باشند. مصرف درازمدت این داروها نوعی اعتیاد ایجاد می‌کند و چون در برابراین مواد تحمل ایجاد می‌شود باید بر دوز دارو افزوده شود تا از کارایی آن کاسته نشود .

ممکن است افراد تحت درمان ازخواب‌آلودگی ،سرگیجه، ضعف‌تنفسی ، واکنش‌های آلرژیک و اختلال در حافظه وفراموشی رنج ببرند وتوانایی در واکنش به موقعیت‌های اضطراری در آنها (هنگام رانندگی با خودرو یا کار با ماشین آلات) کاهش یابد.

البته جایگزین‌هایی نیزبرای بنزودیازپین‌ها وجود دارند که انتخاب نوع دارو به عهده پزشک معالج است. مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor :SSRI) دسته‌ای ازداروهای ضدافسردگی هستند که جذب مجدد سروتونین را در سیناپس بازداری می‌کنند و برای درمان افسردگی و برخی از انواع اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیتی تجویز می‌شوند . فلوکستین ،سیتالوپرام ،سرترالین وفلووکسامین ازجمله مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین هستند. این داروهامیزان سروتونین برون–سلولی رابا جلوگیری از بازجذب سریع سروتونین، در گیرنده‌های عصبی پیش سیناپسی افزایش می دهند. بسیاری ازاین نوع داروها ،مانند فلوکستین، که مهارگربازجذب انتخابی سروتونین هستند ،درمقادیربالاترمی‌توانند بازجذب دوپامین و نوراپی‌نفرین را نیز مهار کنند. سروتونین(Serotonin)، یاهیدروکسی‌تریپتامین یک‌ماده‌شیمیایی انتقال‌دهنده عصبی(neurotransmitters) است که نقش مهمی درتنظیم وتعادل خلق و خوی انسان دارد. در واقع افسردگی را می‌توان نامتعادل شدن مقدار سروتونین دانست. باید توجه داشت که داروهای ضدافسردگی می‌توانند اضطراب را نیز کاهش دهند. بنابر این داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین نیز می‌توانند از اثرات بیماریهای اضطرابی کاسته و از این رو در گروه داروهای ضد استرس نیز جای می‌گیرند.

داروهای SSRI ، نیز می‌تواند عوارض گوارشی، عوارض جنسی ، چاقی و افزایش‌وزن را در پی داشته‌باشد و رویاهای نامعمول را افزایش دهند. برای نمونه به نظر می‌رسد حدود ۲۰ درصد از افرادی که سرترالین و فلوکستین دریافت می‌کنند به اسهال مبتلا می‌شوند که البته با ادامه درمان از این اختلال گوارشی کاسته می‌شود.

در هر صورت داروهای ضدافسردگی SSRI را می‌توان پرمصرف‌ترین گروه از داروهای ضدافسردگی در ایالات متحده آمریکا وحتی برخی ازکشورهای دیگر دانست که برای درمان ترس و هراس ، اختلال وسواس فکری عملی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال تنش‌زای پس از رویداد(مانند قرنطینه)تجویز می‌شود.البته باید توجه داشت که این داروها نسبت به داروهای MAOI عوارض جانبی کمتری دارند.

داروهای MAOIs، همان بازدارنده‌های مونوآمین‌اکسیدازهستند . این داروها ، مانند ترانیل‌سیپرومین و فنلزین، که با نام اختصاری "MAOIs" شناخته می‌شوند، با مهار کردن مونوآمین‌اکسیداز در مغز، یعنی آنزیمی که انتقال‌دهنده‌های عصبی را تخریب می‌کند، غلظت سروتونین، اپی‌نفرین، دوپامین و مونوآمین‌های دیگر را در مغز بالا می‌برند . با توجه به تداخل این داروها با برخی ازخوراکی‌ها و نیز داروهای متعدد، به مصرف‌کنندگان این دسته دارویی توصیه می‌شود که باید از مصرف غذاهای دارای تیرامین ،مانند پنیر، سوسیس یا گوشت فرآوری شده اجتناب کنند. بنابراین برای استفاده از داروهای MAOI باید رژیم غذایی بیمار را محدود کرد، زیرا مصرف این داروها هنگامی‌که با بعضی خوراکی‌ها یا داروها

◁◁◁

همراه شود، فشارخون را به‌طرز خطرناکی بالا می‌برد. شایع‌ترین عوارض‌جانبی داروهای MAOI را می توان شامل اختلال خواب، خشکی دهان، تهوع، یبوست یا گاهی اسهال، بی‌خوابی، گیجی، سردرد، افزایش وزن و دشواری در آغاز دفع ادرار دانست.

با این مقدمه، ممکن است این پرسش پیش آید که برای کاستن ازفشار قرنطینه و بیماری کووید- ۱۹چه بایدکرد؟ ایجاد آرامش برای افرادی که پس از مدتی در قرنطینه ماندن احتمالا گرفتار احساس ترس و نگرانی شده‌اند چگونه ممکن است؟ برای کاستن ازاضطراب، وسواس، ترس‌های بیمارگونه (Phobia) و پرخاشگری و تهاجم افرادی که محدودیت‌ها را تجربه نموده‌اند و ازکم‌خوابی و بی‌خوابی و اختلالات روان‌تنی(Psychosomatic) رنج می برند چه باید کرد؟آیا علاوه بر اختلالاتی که در کتابهای مرجع روان‌پزشکی شرح داده شده وظاهرا درمان‌های دارویی مشخصی دارند، می‌توان با بکارگرفتن تکنیک‌هایی از بروز و افزایش پرخاشگری،دروغگویی،تجاوز، زورگویی، تقلب، ترس‌های موهوم، کمرویی، مهرطلبی، جاه‌طلبی و خیالبافی و حسادت پیشگیری نمود و یا آنها را کاهش داد.آیا اگر با این دیدگاه مولوی که معتقد است:

پس به صورت آدمی فرع جهان
وزصفت اصل جهان این را بدان
ظاهرش را پشه‌ای آرد به چرخ
باطنش باشد محیط هفت چرخ

صفات انسان ارزیابی شود، می توان راه حل مناسبی برای مشکلات انسان ماشینی یافت. آیا باتکنیک‌های ایجاد تعادل و موازنه میان ذهن و بدن، می‌توان تعادل از دست رفته را به فرد بازگردانید و سبب آرامش ذهن و آرمیدگی بدن شد. برای نمونه، آیا با به کار گرفتن برخی از اصول طب سنتی چین، که آن جا را منشا بیماری کووید- ۱۹ می‌دانند، می‌توان به تجدید آرامش و انرژی پرداخت.

در این جا می‌توان به موضوع انرژی ،که یکی ازارکان مهم طب سنتی چین است اشاره نمود. **انرژی چی** (QI یا ch'i یا chi) یا انرژی‌حیاتی بدن ازطریق کانال‌هایی به نام کانال‌های انرژی (meridians) در سراسر بدن و در اندام‌های مختلف در حال گردش است. انرژی چی شبیه انرژی پرانا (prana) درطب سنتی هند است. پرانا واژه‌ای سانسکریت(Sanskrit)، به معنای نیروی حیاتی می‌باشد. اعتقاد بر این است که پرانا یا همان انرژی حیاتی کیهانی، جریان هستی را برقرار می‌سازد و توزیع آن در بدن سبب تداوم زندگی می‌شود. نیروهای حیاتی در تمامی یاخته‌های بدن وارد می‌شوند واگربا کارهای نادرست انسان از حالت تعادل خارج نشوند سبب سلامتی می‌گردند. در مکتب طب سنتی چین(TCM)، انسان را بخشی از طبیعت می‌دانند که قوانین طبیعی براو حاکم می‌باشد.در این مکتب برای نیروی‌حیاتی بدن یا **چی**، که درکانالهای انرژی جریان می‌یابد، اهمیت خاصی قائل هستند. تا زمانی که جریان آزاد و طبیعی انرژی در کانالهای انرژی وجود داشته باشد فرد از سلامت برخوردار است، اما زمانی که در انتشار طبیعی انرژی اختلالی رخ دهد و در تعادل انرژی خللی وارد شود بیماری عارض شخص می‌گردد. برهمین اساس طب سوزنی را وسیله ای برای ایجاد موازنه وتعادل از دست رفته می‌دانند.

در طب سوزنی (Acupuncture)، که شاخه‌ای از طب‌سنتی چین است، با فرو بردن سوزن بر روی نقاطی از مردین‌ها (meridian) واصلاح جریان انرژی به بهبود بیمار کمک می‌گردد. در طب‌سوزنی، با استفاده از سوزن در مسیرهای انرژی، دوباره جریان طبیعی انرژی برقرارمی‌شود و تعادل وسلامتی به فرد بیمار باز می‌گردد.

ممکن است این پرسش پیش آید که اگر در پی محدودیت‌ها دربرخی افراد برای نمونه صفتهای‌ناپسند و مخرب مانند حسادت و ریاکاری و سودجویی شایع شده باشد چه می‌توان کرد؟ به عبارت دیگرحسادت و سودجویی افراطی در چه مقوله‌ای جای می‌گیرد. مشکل این است که اغلب شخصی که ریاکار وخیالباف و یا حسود است خود را بیمارو غیر متعارف نمی‌داند وآمادگی ندارد تا برای درمان حسادت و خیالبافی خود اقدام نماید. در واقع درمورد خشم و پرخاشگری و تهاجم شخص مهاجم نیز، که می‌تواند بدون مهارخشم فاجعه‌آفرین باشد، واژه بیماری یا اختلال روانی به‌کار نمی‌رود. درمورد چنین فردی برخی از نزدیکان او می‌گویند که او تند وزودجوش است، بعد پشیمان می‌شود. به نظر می‌رسد که شاید با فلسفه کل‌گرایی یا به اصطلاح روشهای طب‌مکمل بتوان به افراد کمک کرد تا بتوانند با ایجاد و افزایش انرژی ذهنی و جسمی خود و یا با عبارت عامیانه با تجدید قوای خود فشار رویدادهای نامطلوب را کاهش داده و با پیشگیری ازتنش‌ها و تنیدگی‌ها آرامش را تجربه کنند.

پیش از این اشاره شد که انجام تکنیک‌های گوناگون، از جمله مراقبه، می‌تواند از فشارهای روانی کاسته و سلامت و آرامش و آسودگی ذهنی را ایجاد نماید. مطالعات متعدد علمی نیز نشان داده است که اجرای این تکنیک‌ها به پایداری و تعادل دستگاه‌های بدن کمک مؤثر می‌نماید و سبب تن‌آرامی و اعصابی آرام و ذهنی روشن و هوشیار می‌گردد. اما هر کس می‌تواند این پرسش را هم مطرح نماید که آیا تمام افراد می‌توانند فشارها و محرومیتها ودردهای گذشته را، که سبب ایجاد و بروز رنج و اضطراب شده‌اند تحمل نمایند؟ شاید از نظر تئوری ساده باشد که بگوییم برای فراموشی گذشته، بهتر است درعوض آنکه روی موارد منفی، که در گذشته رخ داده‌است تمرکز شود و بجای آنکه محرومیت‌ها، رنج‌ها، دل‌شکستگی‌ها و موقعیت‌های رنج آور یا خجالت آورگذشته را نشخوار کنند، بایدافکار مثبت و سازنده جایگزین آنها گردد.

Michael Murray، کتابی به نام Natural Alternatives to over the Counter and Prescription Drugs نوشته است، که "**آقای دکتر عبدالرحیم گواهی**" آن رابا عنوان "**جایگزین‌های طبیعی برای داروهای شیمیایی**" ترجمه نموده‌است. در بخشی از این کتاب آمده است: "بسیاری از تلاشهای ما برای حفظ سلامتی و تندرستی، و یا شیوه‌های زندگیمان، بر اساس عادت و نیزافراط و تفریط های تبلیغاتی است. غالبا شیوه زندگی و آداب بهداشتی و تندرستی والدین ما به شیوهٔ پیچیده‌ای در تارو پود آداب وشیوه‌های زندگی و سلامتی هریک از ما بافته می‌شوند.

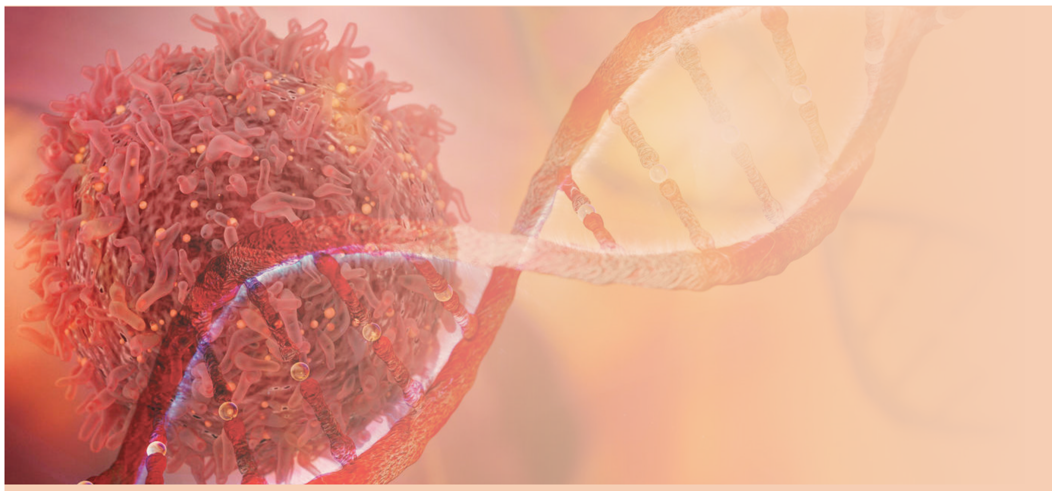
کسب و حفظ سلامتی مطلوب، چنانچه فرد از اصول اساسی این کارپیروی نماید کاربسیارآسانی است: اصولی چون داشتن یک ذهنیت مثبت، یک برنامه غذایی سالم ومناسب وانجام ورزش...

مهمترین عامل برای کسب و حفظ سلامتی برخورداری ازیک روحیه مثبت دائمی است.خوش بینی ازگام‌های لازم درجهت نیل به اهداف ما در زندگی است. نخستین گام درایجادخوش‌بینی و روحیه مثبت، مسئولیت‌پذیری شخصی درجهت روحیه و ذهنیت فردی، زندگی، وضعیت جاری و درآخرسلامتی خود شماست."

درواقع اگرانسان بتواند با تفکرمثبت معنای زندگی انسانی را به درستی دریابد و هدف خود را با این معنا مشخص سازد، می‌تواند با افزایش ظرفیت تحمل وقدرت سازگاری خود از فشارهای عصبی کاسته و از اختلالاتی که در نتیجهٔ استرس بروز می‌کند جلوگیری نماید. با تفکر مثبت و اتخاذ روش‌های سازنده برای مقابله با استرس های روزمره می‌توان ذهن را ازمنفی‌بافی آزاد نمود و با ارزیابی مثبت شرایط، سطح استرس را کاهش داد و با فرا گرفتن تکنیک‌های کنترل و کاهش استرس از شدت و نفوذ اضطراب و فشارهای‌روانی کاست. بنابر این ایجاد تغییرسازنده (هر چند تغییر خود می‌تواند استرس‌زا نیز باشد) در شیوهٔ زندگی، درک مثبت از امور، به وجودآوردن فرصت فراغت توأم با آرامش برای کاهش استرس، استفاده ازمراقبه، TM، گوش فرادادن به موسیقی مناسب، کتاب، انجام آساناهای موثر در کنترل استرس، ورزش، داشتن یک رژیم غذایی سالم و خواب کافی در شب می‌تواند از شیوه‌های بسیار موثر برای کنترل استرس به شمار آید. با این مقدمه، می توان این پرسش را مطرح نمود که آیا می‌توان فشار این همه عوامل استرس زا را کاهش داد و با استفاده از روش‌های آرامش‌بخش آرام‌تر شد و انرژی درونی را شارژ کرد. البته پاسخ مثبت است. بله می‌توان برای کاستن از خستگی، مبارزه با بی‌خوابی، رفع اشکالات یادگیری ویادآوری، برطرف نمودن ترس و اضطراب وتحریک بیش‌ازحد سیستم عصبی تحمل فشارها را افزایش داد و با شارژ انرژی‌درونی ذهن و بدن را آرام نمود. به گمان من، اگرپیش از معرفی وتعریف و ارزیابی پنج تکنیک شارژ منابع انرژی، خواننده محترم بتواند این غزل مولوی را چندین بار با دقت زمزمه نماید، کارآیی این تکنیک‌ها افزایش خواهد یافت:

برگذری درنگری جزدل خوبان نبری
سرمکش ای دل که ازاو هرچه کنی جان نبری
تا نشوی خاک درش درنگشاید به رضا
تا نکشی خارغمش گل زگلستان نبری
تا نکنی کوه بسی دست به لعلی نرسد
تا سوی دریا نروی گوهرو مرجان نبری
سر ننهد چرخ تو را تا که تو بی‌سر نشوی
کس نخرد نقد تو را تا سوی میزان نبری
تا نشوی مست خدا غم نشود از تو جدا
تا صفت گرگ دری یوسف کنعان نبری
نعمت تن خام کند محنت تن رام کند
محنت دین تا نکشی دولت ایمان نبری
خیره میا خیره مرو جانب بازار جهان
زآنک در این بیع و شری این ندهی آن نبری
خاک که خاکی نهلد سوسن و نسرین نشود
تا نکنی دلق کهن خلعت سلطان نبری
آه گدارو شده‌ای خاطر تو خوش نشود
تا نکنی کافریی مال مسلمان نبری
هیچ نبرده‌ست کسی مهره زانبان جهان
رنجه مشو زآنک تو هم مهره زانبان نبری
مهره زانبان نبرم گوهر ایمان ببرم
گو تو به جان بخل کنی جان بر جانان نبری
ای کشش عشق خدا می‌ننشیند کرمت
دست نداری زکهان تا دل از ایشان نبری
هین بکشان هین بکشان دامن ما را به خوشان
زآنک دلی که تو بری راه پریشان نبری
راست کنی وعده خود دست نداری زکشش
تا همه را رقص کنان جانب میدان نبری
هیچ مگوای لب من تا دل من باز شود
زآنک تو تا سنگ دلی لعل بدخشان نبری
گرچه که صد شرط کنی بی‌همه شرطی بدهی
زآنک تو بس بی‌طمعی زر به حرمدان نبری

تظاهرات بالینی بیماری کرونا و جهش‌های ژنتیکی کووید -۱۹



دکتر برزو سالک
مدیرعلمی
پژوهشگرومدیرعالی واجرایی پروژه‌های دانش بنیان درحوزه ویروس شناسی

ویروس‌کرونای امروزی همان ویروسی نیست که سال پیش از چین، تمامی جهان را در بر گرفت. این ویروس همانند سایر ویروس‌ها ، دچار جهش شده است. یک مطالعهٔ جدید نشان می‌دهد که یک سویهٔ غالب آن در سطح جهان پخش شده که عفونت‌زایی آن بیشتر از نمونهٔ قبلی است. دانشمندان با تجزیه و تحلیل ۷،۵۰۰ نمونهٔ کامل ویروسی که از بیماران انسانی گرفته شده‌است ، اطلاعاتی از انتشار اولیهٔ کروناویروس جدید را از طریق جهش‌های جدید و تعداد جهش‌های این ویروس را مشخص کردند. یک مطالعه جدید از مؤسسهٔ تحقیقاتی اسکریپس در فلوریدا نشان می‌دهد که ویروس جدید به یک گونهٔ آلوده‌تر تبدیل شده است.

•جهش ژنتیکی در ژنوم ویروس کرونا (SARS-CoV-2)

یک تیم تحقیقاتی و هدایت UCL، با تجزیه و تحلیل ژنوم ویروس بیش از ۷۵۰۰ فرد آلوده به COVID-19 ، الگوهاَی تنوع ژنوم ویروس SARS-CoV-2 را مشخص کرده و سرنخ‌هایی را برای هدایت داروها و اهداف واکسن ارائه می‌دهد. این پژوهش که توسط موسسه ژنتیک UCL انجام شده ، نزدیک به ۲۰۰ جهش ژنتیکی مکرر درویروس را شناسایی نموده و تعیین کرده است که چگونه ممکن است این سازگاری و تکامل با میزبان‌های انسانی آن ارتباطی داشته باشد.

دانشمندان با غربالگری ژنوم بیش از ۷۵۰۰ نمونه ویروس از بیماران آلوده در سراسر جهان ، ظهور تنوع ژنومی در SARS-CoV-2 ، در کرونا ویروس جدید ایجاد شده را تجزیه و تحلیل کردند. آن‌ها ۱۹۸ جهش را شناسایی کردند که به نظر می‌رسد بیش از یک بار به طور مستقل رخ داده‌اند ، که می‌تواند سرنخ‌هایی در مورد چگونگی سازگاری ویروس داشته باشد.

استاد Francois Balloux از مؤسسه ژنتیک UCL گفت: "تمامی ویروس‌ها به طور طبیعی جهش می‌یابند. جهش به خودی خود امربدی نیست و هیچ نظری وجود ندارد تا بیان نماید که SARS-CoV-2 سریع تر یا کند تر از حد انتظار جهش پیدا می‌کند یا خیر. همچنین تاکنون نمی‌توانیم به طور قاطعانه اعلام نماییم که آیا این جهش ها در SARS-CoV-2 منجر به کشنده بودن و مسری‌شدن این بیماری می شود یا خیر."

تغییرات ژنتیکی کوچك یا جهش‌های شناسایی شده به طور برابر در ژنوم ویروس توزیع نشده‌است. محققان می‌گویند که برخی از قسمت‌های ژنوم دارای جهش کمی هستند که می‌توانند اهداف مناسبی برای پیشرفت در صنعت دارو و واکسن باشند.

وی همچنین ادامه داد : "يك چالش اساسی برای شکست دادن ویروس‌ها این است که اگر ویروس تغییریافته باشد ، واکسن یا دارو دیگرمؤثر نیست. اگر تلاش‌های خود را روی بخش‌هایی از ویروس متمرکز نماییم که به احتمال زیاد کمتر جهش دارد ، شانس بالاتری برای تولید داروهایی داریم که در طولانی مدت مؤثرباشند. ما باید داروها و واکسن‌هایی تولید نماییم که به راحتی توسط ویروس جلوگیری نشود."

دکتر Lucy van Dorp ازمؤسسه ژنتیک UCL اضافه کرد: " تفاوت‌ها یا جهش‌های ژنتیکی میان ویروس‌ها بسیار اندک است. ما دریافتیم که برخی از این اختلافات چندین بار در ژنوم ویروس اتفاق افتاده‌است."[1]

•پژوهشگران آمریکا و انگلیس صدها جهش از ویروس را که سبب بیماری COV-ID-19 می‌شود را شناسایی کرده‌اند

تحقیقات مقدماتی آمریکا نشان داده‌است که يك جهش خاص (D614G) می‌تواند این ویروس را عفونی‌تر و کشنده‌تر از قبل نماید. هنوز توسط دیگر دانشمندان این موضوع بررسی نشده و به طور رسمی منتشر نگردیده‌است. محققان ، از آزمایشگاه ملی Los Alamos در نیومکزیکو ، با استفاده از پایگاه‌داده‌های موسوم Global Initiative on Sharing All Influenza Data) (GISAID) ، تغییرات "اسپایک" ویروس را که شکل متمایزبه آن می‌دهد ، ردیابی کرده‌اند.

آن ها خاطرنشان کردند که به نظر می‌رسد در مورد این جهش خاص ، پتانسیلی وجود دارد که سبب رشد سریع این بیماری می‌شود اما عواقب آن هنوز مشخص نیست. تیم تحقیق داده‌های بدست آمده در کشور انگلیس از بیماران مبتلا به کرونا ویروس را تجزیه و تحلیل کردند. اگرچه این افراد که دارای جهش خاصی از ویروس هستند ، اما شواهدی از اثبات این بیماری یافت نشد که نشان دهد این افراد مدت طولانی‌تری را در بیمارستان مانده باشند یا خیر.

یک مطالعه از دانشگاه Glasgow ، که همچنین جهش‌ها را تجزیه و تحلیل نموده‌است ، گفت: این تغییرات به سوی گونه‌های مختلف ویروس نیست. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در حال حاضر تنها یک نوع ویروس در حال گردش است.

نظارت بر تغییرات کوچک در ساختار ویروس در درک پیشرفت واکسن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. به عنوان مثال ویروس آنفلوآنزا را بگیرید: آنقدر سریع تغییر می‌کند که واکسن باید هر سال تنظیم شود تا با فشار خاص در گردش خون توزیع شود.[2]

•کرونا ویروس جدید در حال جهش است ، اما بسیار کند!

کروناویروس جدید یک ویروس RNA دار است: مجموعه‌ای از موادژنتیکی که درون یک پوسته پروتئینی بسته‌بندی شده‌اند. هنگامی‌که ویروس RNA با میزبان ارتباط برقرار نمود ، آغاز به تولید نسخه‌های جدیدی از خود می‌کند که می‌تواند سلول‌های دیگر را آلوده کند.

ویروس‌های RNA دار مانند آنفلوآنزا و سرخک در مقایسه با ویروس های DNA دار مانند تبخال ، آبله و پاپیلومای ویروس انسانی (HPV) بیشتر مستعد تغییر و جهش هستند.

دکتر Mark Schleiss ، متخصص بیماری‌های عفونی کودکان و محقق موسسه ویروس‌شناسی مولکولی از دانشگاه Minnesota ، گفت: "در دنیای ویروس های RNA ، تغییر یک هنجار است. ما انتظار داریم ویروس‌های RNA به طور مکرر تغییر کنند ، این فقط ماهیت آنهاست."

SARS-CoV-2 نیز از این قاعده مستثنی نیست و طی چند ماه گذشته ، جهش یافته است. اما ویروس با سرعتی بسیار کند جهش یافته و هنگامی که این بیماری جهش یابد ، نسخه‌های جدید از ویروس اصلی چندان دور نیستند.

دکتر John Rose ، از بخش تحقیقاتی آسیب شناسی پزشکی Yale ، گفت:

"توالی اصلی ایزوله شده از چین بسیار نزدیک به ویروس‌هایی است که در آمریکا و سایر جهان گردش می‌کنند."

•بعضی از این جهش ها ویروس را عفونی‌تر می‌کنند!

یک مطالعه جدید از مؤسسه تحقیقاتی اسکریپس در فلوریدا نشان می‌دهد که ویروس جدید به یک نوع آلوده‌تر تبدیل شده‌است.

جهشی به نام D614G برروی پروتئین اسپایک رخ می‌دهد ، بخشی از ویروس که به آن کمک می‌کند تا به سلول‌های ما بپیوندد و وارد شود. جهش D614G سبب می‌شود ویروس سلول‌های ما را آلوده کند.

محققان Scripps اولین کسانی نیستند که جهش ناچیز در پروتئین اسپایک را شناسایی می‌کنند. در ماه مارس ، محققان آزمایشگاه ملی لوس‌آلاموس اعلام کردند که جهش D614G را تشخیص داده‌اند که به احتمال زیاد بیشتر عفونت‌های گزارش شده در اروپا و آمریکا به خاطر همین جهش است.

در کل ، محققان ۱۴ گونه SARS-CoV-2 را شناسایی و یافته‌های خود را برای کمک به افرادی که در زمینه واکسن و درمان کار می‌کنند منتشر کردند. گفته می‌شود ، سویهٔ غالب جدید شناسایی شده در محیط‌های آزمایشگاهی آلوده کننده‌تر است. دانشمندان اکنون در تلاش هستند تا درک کنند که چگونه این تغییرات در بدن انجام می‌شود که ممکن است بسیار متفاوت از تنظیمات آزمایشگاه باشد.

هنوز مشخص نیست که آیا جهش سبب بیماری شدیدتری می‌شود یا خطر مرگ را افزایش می‌دهد. همچنین معلوم نیست که آیا جهش جدید افراد مختلف را آلوده نموده و بیمار می‌کند.

•جهش‌ها این بیماری را کشنده‌تر نمی‌کنند!

جهش‌های ویروس، مانند آنچه در ایتالیا و همچنین در نیویورک اتفاق می‌افتد ، به نظر نمی‌رسد که عفونت یا کشنده‌تر از سویه اصلی باشد که در اواخر ماه دسامبر در ووهان چین ظاهر شد. اگرچه احتمال بسیار کمی وجوددارد که ویروس بتواند جهش یافته را کشنده‌تر نماید ، در صورت وجود هرگونه ویروس RNA احتمالا در نسخه ضعیف‌تر جهش می‌یابد.

دکتر Benjamin Neuman ، مدیرگروه زیست‌شناسی دانشگاه Texas A&M گفت:

"تقریبا تمامی جهش‌ها سبب می‌شود که بخشی از ویروس کمتر از گذشته کار کند. شایع‌ترین موضوع این است که جهش‌ها به سرعت ظاهر می‌شوند و دوباره از میان می‌روند."

اما ویژگی‌ها و خصوصیات آن سویه اصلی و جهش‌های آن تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. کرونا ویروس جدید SARS-CoV-2 پیش‌از‌این تعداد معدودی جهش یافته‌است ، که بسیاری از افراد پرسش می‌کنند که آیا این جهش‌ها می‌تواند به یک بیماری شدیدتر و کشنده‌تر منجر شود.

به گفته کارشناسان ، جهش‌های جدید بسیار شبیه به ویروس اصلی است که در ووهان چین ظاهرشده‌است ، و به نظر نمی‌رسد که تهاجمی تر باشد. ازآنجاکه جهش‌ها بسیار مشابه هستند ، یک واکسن احتمالا از مردم در برابر نه تنها سویه اصلی بلکه جهش‌های جدید نیز محافظت می‌کند.[3]

•چرا جهش ها مهم هستند؟

SARS-CoV-2 یک ویروس با ماده ژنتیکی RNA و اِنولوپ‌دار است ، به این معنی که ماده ژنتیکیَ آن در RNA تک رشته‌ای رمزگذاری می‌شود. در داخل یک سلول میزبان ، خود را تکثیر می‌دهد. ویروس‌های RNA دار دارای جهش فوق‌العاده بالایی هستند زیرا آنزیم‌های تکثیر آن‌ها هنگام تهیه نسخه جدید ویروس مستعد خطا هستند.

پروفسور Jonathan Stoye ، رهبر ارشد گروه تحقیقاتی در موسسه فرانسیس کریک در لندن انگلستان ، در مصاحبه خبری با Medical News Today گفت که چه چیزی جهش های ویروس را مهم جلوه می دهد. او گفت: "جهش تغییر در دنباله ژنتیکی است. واقعیت تغییر جهش از اهمیت اساسی برخوردار نیست ، اما پیامدهای عملکردی آن اهمیت بسیاری دارد."

اگر یک تغییر ژنتیکی خاص در ویروسی که مورد هدف دارویی یا آنتی‌بادی است ، رخ دهد ، آن دسته از ذرات ویروسی که دارای جهش هستند ، از گزند این داروها در امان می‌مانند.

پروفسور Stoye افزود: "تغییر پروتئین برای ورود ویروس به سلول ، می‌تواند مزیت رشد را برای ویروس ایجاد کند. با این وجود ، باید تأکید نمود که تنها بخشی از تمامی جهش‌ها سودمند خواهند بود. بیشتر آن‌ها برای ویروس ، خنثی یا مضر خواهند بود و ادامه نخواهد یافت. "

• محققان جهش‌هایی را در ویروس کرونا پیدا می‌کنند.

(MNT – Medical News Today) اخیرا تحقیقی را توسط تیمی از دانشگاه آریزونا در Tempe انجام داده است. این مقاله جهشی را نشان می‌دهد که از یک اتفاق مشابه که در طول اپیدمی SARS در سال ۲۰۰۳ رخ داده است ، پیروی می‌کند.

این تیم پنج نمونه سواب بینی را بررسی کرد که نتیجه آزمایش SARS-CoV-2 مثبت داشتند. آن‌ها دریافتند که یکی از این موارد جهش حذف دارد ، به این معنی که بخشی از ژنوم ویروسی از دست رفته است. به طور دقیق ، ۸۱ نوکلئوتید موجود در کد ژنتیکی ویروسی از میان رفته‌است. تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که جهش‌های مشابه توانایی ویروس SARS در تکثیر را کاهش می‌دهد.

◁◁◁

مطالعه دیگری پیشنهاد کرده است که SARS-CoV-2 الگوهای جهش خاصی را در مناطق جغرافیایی مجزا انتخاب کرده است. محققان ،از دانشگاه مریلند در بالتیمور و شرکت بیوتکنولوژی ایتالیایی Ulisse Biomed در تریست ، هشت جهش عود را در ۲۲۰ نمونه بیمار COVID-19 را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند.

آن ها سه مورد از این نمونه جهش را به طور انحصاری در نمونه‌های اروپایی و سه مورد دیگر نیز در نمونه‌های آمریکای‌شمالی یافتند. یک مطالعه دیگر ، که هنوز از روند بررسی همسالان نگذشته است ، نشان می‌دهد که جهش‌های SARS-CoV-2 سبب گشته ویروس در برخی موارد قابلیت انتقال بیشتری داشته باشند.

در مقاله ، Bette Korber از آزمایشگاه ملی لوس‌آلاموس در نیومکزیکو و همکارانش، ۱۳ جهش در منطقه ژنوم ویروسی را که کدکنندهٔ پروتئین اسپایک ویروس است ، شرح می‌دهند. این پروتئین برای عفونت‌زایی ویروس بسیار مهم است ، زیرا به ویروس کمک می‌کند تا به سلول میزبان متصل شود.

محققان خاطرنشان نمودند که يك جهش خاص ، که يك اسید آمینه را در پروتئین اسپایک تغییر می‌دهد ، "ممکن است در چین یا اروپا سرچشمه گرفته باشد ، اما ابتدا به سرعت در اروپا و سپس در سایر نقاط دنیا گسترش یافت و اکنون شکل غالب همه گیر در بسیاری از کشورها است. "

پروفسور Stoye اظهار داشت که نتایج این تحقیق از برخی جهات تعجب آور نیست.

او می‌گوید: "ویروس ها به طور معمول با گونه های میزبان خود تنظیم می‌شوند. اگر آنها از گونه‌ای به گونهٔ دیگر پرش کند ، به عنوان مثال ، از خفاش به انسان ، از دفاع طبیعی میزبان و همچنین برای تعامل بهتر با سلول های میزبان جدید اجتناب می‌کنند."

وی افزود: "جهش‌ها به صورت تصادفی اتفاق می‌افتد و مناسب‌ترین ویروس‌ها به وجود می‌آیند. بنابراین ، دور از انتظار نیست که SARS-CoV-2 به دنبال پرش به جمعیت انسانی گسترش یافته و در حال تکثیر شدن است."

با این‌حال ، پروفسور Stoye فکر نمی‌کند که در این مرحله مشخص باشد که چگونه جهش ها رفتار SARS-CoV-2 را در درازمدت به پیش می‌برد. وی همچنین توضیح داد: "ترس از تکامل SARS-CoV-2 برای مقاومت در برابر واکسن‌ها و داروها هنوز در معرض ابتلا نیست. با این‌وجود ، ممکن‌است که ما شاهد تکامل نسخه کمتری از ویروس باشیم ، همانطور که ممکن‌است پس از استعمار اولیه انسان توسط کرونا ویروس فصلی رخ داده باشد."

آزمایش‌های کشت سلولی نشان داد که ویروس جهش یافته قادر به تکثیر سریع تر است. با این حال ، هنگامی که دانشمندان متعاقبا این مورد را در مدل‌های حیوانات مورد مطالعه قرار دادند ، دریافتند که هیچ گونه رفتار دیگری با شاخه‌های بدون جهش انجام نمی‌دهد.

دانشمندان در سراسر جهان همچنان به جستجوی پاسخ به بسیاری از پرسش‌های برجسته پیرامون SARS-CoV-2 می‌پردازند. بدون شک ، ما شاهد تحقیقات بیشتری در ماه‌ها و سالهای آینده خواهیم‌بود که تأثیر جهش‌های SARS-CoV-2 را روی بیماری همه‌گیر COVID-19 و آینده این کرونا ویروس جدید ارزیابی می‌کند.[4]

• تظاهرات بالینی بیماری Coronavirus از ابتدا تا کنون

- دوره نفهتگی

تصور می شود دوره نهفتگی یا کمون برای COVID-19 تا ۱۴ روز بوده و با مدت زمان متوسط ۴ تا ۵ روز نشانه‌های آن ظاهر می‌شود. در یک مطالعه گزارش شده‌است که در ۵ الی ۱۱ روز از عفونت SARS-CoV-2 ، ۹۷٫۵ درصد افراد مبتلا به COVID-19 نشانه‌های این بیماری را دارند و نشان می دهند.

-نشانه‌ها:

نشانه‌های COVID-19 موجود در آغاز بیماری متفاوت است ، اما در طول بیماری ، بیشتر افراد مبتلا به COVID-19 موارد زیر را تجربه می کنند:

- تب یا لرز
- سرفه
- تنگی نفس یا مشکل در تنفس
- خستگی
- درد عضلانی یا بدن
- سردرد
- از بین رفتن حس چشایی و بویایی
- گلو درد
- احتقان یا آبریزش بینی
- حالت تهوع یا استفراغ
- اسهال

نشانه‌ها با شدت بیماری متفاوت است. به عنوان نمونه ، تب ، سرفه و تنگی‌نفس بیشتر در میان افرادی که مبتلا به COVID-19 در بیمارستان بستری هستند نسبت به افرادی که دارای بیماری خفیف‌تر هستند (بیماران غیربستری) گزارش شده‌است. تظاهرات غیر معمول اغلب در افراد سالخورده و افراد دارای بیماری‌های پزشکی خاص ممکن‌است با تأخیر در بروز تب و نشانه‌های تنفسی همراه باشند. در یک مطالعه از ۱۰۹۹ بیمار بستری ، تب تنها در ۴۴٪ در بستری در بیمارستان وجود داشت اما سرانجام در ۸۹٪ بیماران نمود کرد.

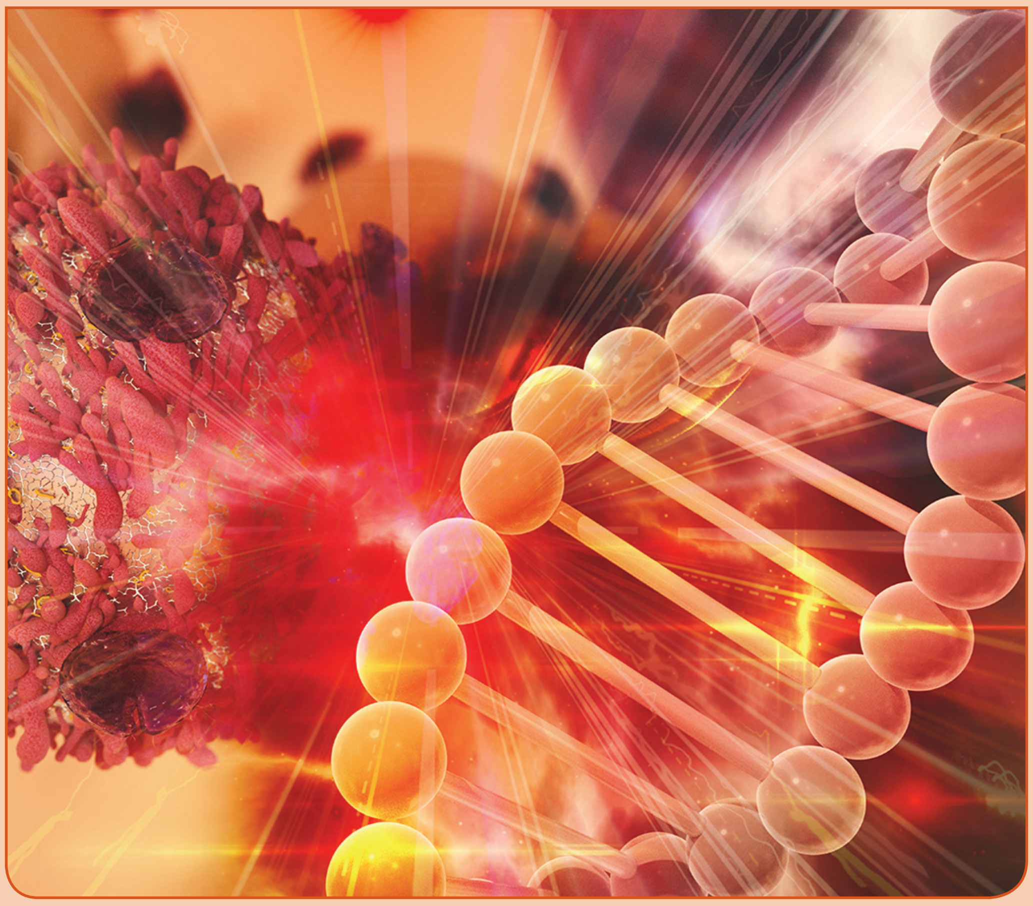
خستگی ، سردرد و دردهای عضلانی (میالژی) از جمله نشانه‌های شایع در افرادی که در بیمارستان نیستند گزارش می‌شود و گلودرد و احتقان بینی یا آبریزش بینی (رینوره) نیز ممکن است از نشانه‌های برجسته باشد. بسیاری از مبتلایان به COVID-19 نشانه‌های گوارشی مانند حالت تهوع ، استفراغ یا اسهال را تجربه می‌کنند ، بعضی اوقات پیش از بروز تب و نشانه‌های دستگاه تنفسی تحتانی ، از دست دادن بو (آنوسمی) یا طعم (سوزش) قبل از شروع نشانه‌های تنفسی وجود داشته است.

در بیماری COVID-19 به ویژه در زنان و بیماران جوان یا میانسال که نیازی به بستری ندارند گزارش شده است. در حالی که بسیاری از نشانه‌های COVID-19 برای سایر بیماریهای تنفسی یا ویروسی متداول است ، به نظر می رسد که آنوسمی مخصوص COVID-19 می باشد.

-شدت بیماری‌زایی:

بزرگترین گروه گزارش شده بیش از ۴۴۰۰۰ نفر مبتلا به COVID-19 از چین نشان داد که شدت بیماری می‌تواند از خفیف تا بحرانی باشد:

- خفیف تا متوسط (نشانه‌های خفیف تا پنومونی خفیف): ۸۱٪
- شدید (تنگی نفس ، هیپوکسی یا بیش از ۵۰٪ درگیری ریه در تصویربرداری): ۱۴٪
- بحرانی (نارسایی تنفسی ، شوک یا اختلال عملکرد سیستم چند منظوره): ۵٪



در این بررسی ، تمامی مرگ و میر در میان بیماران مبتلا به بیماری بحرانی رخ داده‌است ، و میزان کلی مرگ و میر در مورد ۲٫۳ درصد بود. میزان مرگ و میر در بیماران مبتلا به بیماری بحراني ۴۹٪ بود. در میان کودکان در چین ، شدت بیماری با ۹۴٪ ابتلا به بیماری بدون علامت ، خفیف یا متوسط کمتر بود. ۵٪ بیماری شدید و کمتر از ۱٪ بیماری بحرانی دارند. در میان موارد COVID-19 آمریکا که دارای شرایط شناخته شده‌است ، نسبت افرادی که در بیمارستان بستری بودند ۱۹٪ بود. نسبت افراد مبتلا به COVID-19 بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بودند تنها ۶ درصد گزارش شد.

-عفونت مجدد:

هیچ اطلاعاتی درباره احتمال عفونت مجدد با SARS-CoV-2 پس از بهبودی از COVID-19 وجود ندارد. در حالی که ریختن RNA ویروسی با رفع نشانه‌ها کاهش می‌یابد ، ممکن است برای چند روز تا هفته ادامه یابد. با این‌حال ، تشخیص RNA در طول احتقان لزوما نشان‌دهنده وجود ویروس‌عفونی زنده نیست. عفونت بالینی با تشخیص آنتی‌بادی‌های IgM و IgG ارتباط دارد.

-بیماری خفیف تا متوسط

بیمارانی که مبتلا یک بیماری خفیف (عدم وجود ذات الریه ویروسی و هیپوکسی) هستند ممکن است در ابتدا نیاز به بستری نداشته باشند و بسیاری از بیماران قادر به مدیریت بیماری خود در خانه هستند. تصمیم برای نظارت بر بیمار در محیط بستری یا سرپایی باید به صورت موردی انجام شود.

-بیماری‌شدید

برخی از بیماران مبتلا به COVID-19 به بیماری‌های شدیدی مبتلا می‌شوند که نیاز به بستری برای مدیریت بیماری خود دارند. مدیریت بستری افراد درگیر بیماری های خاص شدید است مانند بیماری‌های: ذات الریه ، نارسایی تنفسی هیپوکسیمی / ARDS ، سپسیس و شوک سپتیک ، کاردیومیوپاتی و آریتمی ، آسیب حادکلیه. عوارض ناشی از بستری طولانی مدت از جمله عفونت‌های باکتریایی ثانویه ، ترومبوآمبولی ، خونریزی دستگاه‌گوارش و بیماری پلی ونوروپاتی / میوپاتی بیماری بحرانی می باشد.

- افزایش انعقاد خون بیش از حد و COVID-19

برخی از بیماران مبتلا به COVID-19 ممکن است نشانه هایی از بیماری بیش از حد انعقادپذیر داشته و در معرض خطر ترومبوز وریدی و شریانی عروق بزرگ و کوچک قرار گیرند. ناهنجاری‌های آزمایشگاهی که اغلب در بیماران بستری با انعقاد کوآلوپاتی مرتبط با COVID-19 مشاهده می‌شود عبارتند از:

- ترومبوسیتوپنی خفیف
- افزایش سطح D-dimer
- افزایش محصولات تخریب فیبرین
- مدت زمان طولانی پروترومبین

سطح D-dimer افزایش یافته با خطر بیشتری از مرگ همراه است.

گزارش های متعددی در مورد بیماران بستری در بیمارستان با عوارض ترومبوتیک ، غالباً ترومبوز وریدی عمیق و آمبولی ریوی وجود دارد. سایر تظاهرات گزارش شده عبارتند از:

- ترومبوز میکرو عروقی انگشتان پا
- لخته شدن خون
- آسیب دیدن میوکارد
- سکته مغزی

پاتوژنز برای افزایش انعقاد پذیری COVID-19 ناشناخته است. با این حال ، هیپوکسی و التهاب سیستمیک ثانویه به COVID-19 ممکن است منجر به سطوح بالای سیتوکین‌های التهابی و فعال شدن مسیر انعقاد شود.

-مدیریت بیماری های کودکان

بیماری در کودکان مبتلا به COVID-19 اغلب خفیف‌تر از بزرگسالان است. بیشتر کودکانی که دارای نشانه‌های عفونت تنفسی فوقانی هستند مبتلا به این بیماری می شوند. با این حال ، نتایج شدید در کودکان گزارش شده‌است ، از جمله مرگ و میر. داده‌ها حاکی از آن است که نوزادان (کمتر از ۱۲ ماهگی) در مقایسه با کودکان بزرگتر ممکن است در معرض خطر شدید ابتلا به بیماری COVID-19 می باشند.[5]

• نتیجه:

دانشمندان معتقدند ، درک این موضوع که ژنوم چگونه بر عملکرد ویروس تأثیر می‌گذارد ، امری ضروری است. شناسایی جهش های در حال ظهور به محققان امکان می‌دهد جلوی شیوع این بیماری های ویروسی را بگیرند. دانستن اینکه چه ژن‌هایی بر شیوهٔ انتقال ویروس تأثیر می‌گذارد ، مقامات بهداشت عمومی را در سراسر دنیا قادر می‌سازد تلاش های خود را برای مهار آن به کار گیرند. پس از توزیع داروها و واکسن‌ها در مقیاس وسیع ، درک اولیه توالی ژنوم ویروس به شناسایی نقاطی که در زمان آینده ویروس مقاومت دارویی پیدا نمود ، کمک می‌کند.

با تشکر از آقای امید آهنگریان

منابع:

۱. https://scitechdaily.com/genetic-mutations-in-sars-cov-2-coronavirus-provide-insights-in-/to-virus-evolution
۲. https://www.bbc.com/news/health-52557955
۳. https://www.healthline.com/health-news/what-to-know-about-mutation-and-covid-19#The-bottom-line
٤. https://www.medicalnewstoday.com/articles/is-there-more-than-one-strain-of-the-new-coronavirus#Serotypes-and-future-research
٥. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html

to the virus and will not persist."

• Researchers find mutations:

MNT (Medical News Today) recently featured a research study by a team from Arizona State University in Tempe. The paper described a mutation that mimics a similar event that occurred during the SARS epidemic in 2003.

The team studied five nasal swab samples that had a positive SARS-CoV-2 test result. They found that one of these had a deletion, which means that a part of the viral genome was missing. To be precise, 81 nucleotides in the viral genetic code were gone.

Previous research indicated that similar mutations lowered the ability of the SARS virus to replicate.

Another study, this time in the Journal of Translational Medicine, proposed that SARS-CoV-2 had picked up specific mutation patterns in distinct geographical regions.

The researchers, from the University of Maryland in Baltimore and Italian biotech company Ulisse Biomed in Trieste, analyzed eight recurrent mutations in 220 COVID-19 patient samples.

They found three of these exclusively in European samples and another three exclusively in samples from North America.

Another study, which has not yet been through the peer review process, suggests that SARS-CoV-2 mutations have made the virus more transmissible in some cases.

In the paper, Bette Korber from the Los Alamos National Laboratory in New Mexico and collaborators describe 13 mutations in the region of the viral genome that encodes the spike protein. This protein is crucial for infection, as it helps the virus bind to the host cell.

The researchers note that one particular mutation, which changes an amino acid in the spike protein, "may have originated either in China or Europe, but [began] to spread rapidly first in Europe, and then in other parts of the world, and which is now the dominant pandemic form in many countries."

Prof. Stoye commented that the results of this study are, in some ways, not surprising. "Viruses are typically finely tuned to their host species. If they jump species, e.g., from bat to human, a degree of retuning is inevitable both to avoid natural host defenses and for optimum interaction with the cells of the new host," he said.

"Random mutations will occur, and the most fit viruses will come to predominate," he added. "Therefore, it does not seem surprising that SARS-CoV-2 is evolving following its jump to, and spread through, the human population. Clearly, such changes are currently taking place, as evidenced by the apparent spread of the [mutation] observed by Korber [and colleagues]."

However, Prof. Stoye does not think that it is clear at this point how mutations will drive the behavior of SARS-CoV-2 in the long term.

"Fears about SARS-CoV-2 evolution to resist still-to-be-developed vaccines and drugs are not unreasonable," he explained. "Nevertheless, it is also possible that we will see evolution to a less harmful version of the virus, as may well have occurred following initial human colonization by the so-called seasonal coronaviruses."

Cell culture experiments showed that the mutated virus was able to replicate more rapidly. However, when scientists subsequently studied this in animal models, they found that it did not behave any differently than stains without the mutation.

Scientists around the world continue to search for answers to the many outstanding questions around SARS-CoV-2. No doubt, we will see more research emerge in the coming months and years that will assess the impact of SARS-CoV-2 mutations on the COVID-19 pandemic and the future of this new coronavirus.[4]

• Clinical Manifestations of Coronavirus Disease from Onset to Present :

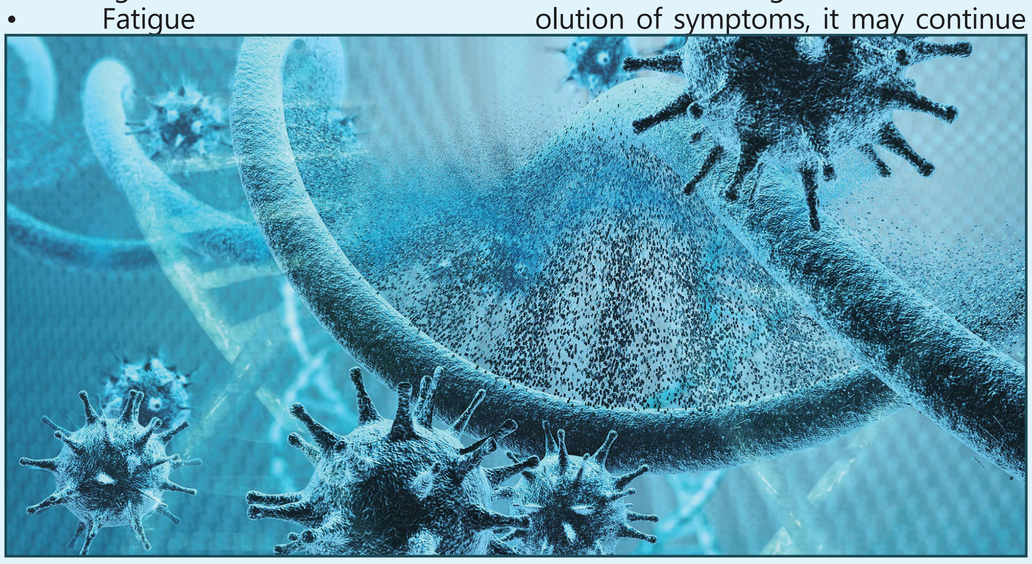
- Clinical Presentation ; Incubation period:

The incubation period for COVID-19 is thought to extend to 14 days, with a median time of 4-5 days from exposure to symptoms onset. One study reported that 97.5% of persons with COVID-19 who develop symptoms will do so within 11.5 days of SARS-CoV-2 infection.

-Presentation:

The signs and symptoms of COVID-19 present at illness onset vary, but over the course of the disease, most persons with COVID-19 will experience the following:

- Fever or chills
- Cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue



- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

Symptoms differ with severity of disease. For example, fever, cough, and shortness of breath are more commonly reported among people who are hospitalized with COVID-19 than among those with milder disease (non-hospitalized patients). Atypical presentations occur often, and older adults and persons with medical comorbidities may have delayed presentation of fever and respiratory symptoms. In one study of 1,099 hospitalized patients, fever was present in only 44% at hospital admission but eventually developed in 89% during hospitalization.

Fatigue, headache, and muscle aches (myalgia) are among the most commonly reported symptoms in people who are not hospitalized, and sore throat and nasal congestion or runny nose (rhinorrhea) also may be prominent symptoms. Many people with COVID-19 experience gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting or diarrhea, sometimes prior to developing fever and lower respiratory tract signs and symptoms.9 Loss of smell (anosmia) or taste (ageusia) preceding the onset of respiratory symptoms has been commonly reported in COVID-19 especially among women and young or middle-aged patients who do not require hospitalization. While many of the symptoms of COVID-19 are common to other respiratory or viral illnesses, anosmia appears to be more specific to COVID-19.

• Clinical Course:

-Illness Severity;

The largest cohort reported of >44,000 persons with COVID-19 from China showed that illness severity can range from mild to critical:

- Mild to moderate (mild symptoms up to mild pneumonia): 81%
- Severe (dyspnea, hypoxia, or >50% lung involvement on imaging): 14%
- Critical (respiratory failure, shock, or multiorgan system dysfunction): 5%

In this study, all deaths occurred among patients with critical illness, and the overall case fatality rate was 2.3%. The case fatality rate among patients with critical disease was 49%. Among children in China, illness severity was lower with 94% having asymptomatic, mild, or moderate disease; 5% having severe disease; and <1% having critical disease. Among U.S. COVID-19 cases with known disposition, the proportion of persons who were hospitalized was 19%. The proportion of persons with COVID-19 admitted to the intensive care unit (ICU) was 6%.

- Reinfection :

There are no data concerning the possibility of re-infection with SARS-CoV-2 after recovery from COVID-19. While viral RNA shedding declines with resolution of symptoms, it may continue for days to weeks. However, the detection of RNA during convalescence does not necessarily indicate the presence of viable infectious virus. Clinical infection has been correlated with the detection of IgM and IgG antibodies. However, definitive data are lacking, and it remains uncertain whether individuals with antibodies are protected against reinfection with SARS-CoV-2, and if so, what concentration of antibodies is needed to confer protection.

- Mild to Moderate Disease;

Patients with a mild clinical presentation (absence of viral pneumonia and hypoxia) may not initially require hospitalization, and many patients will be able to manage their illness at home. The decision to monitor a patient in the inpatient or outpatient setting should be made on a case-by-case basis. This decision will depend on the clinical presentation, requirement for supportive care, potential risk factors for severe disease, and the ability of the patient to self-isolate at home. Patients with risk factors for severe illness (see People Who Are at Higher Risk for Severe Illness) should be monitored closely given the possible risk of progression to severe illness, especially in the second week after symptom onset.

-Severe Disease;

Some patients with COVID-19 will have severe disease requiring hospitalization for management. Inpatient management revolves around the supportive management of the most common complications of severe COVID-19: pneumonia, hypoxemic respiratory failure/ARDS, sepsis and septic shock, cardiomyopathy and arrhythmia, acute kidney injury, and complications from prolonged hospitalization, including secondary bacterial infections, thromboembolism, gastrointestinal bleeding, and critical illness polyneuropathy/myopathy.

-Hypercoagulability and COVID-19;

Some patients with COVID-19 may develop signs of a hypercoagulable state and be at increased risk for venous and arterial thrombosis of large and small vessels. Laboratory abnormalities commonly observed among hospitalized patients with COVID-19-associated coagulopathy include:

- Mild thrombocytopenia
- Increased D-dimer levels
- Increased fibrin degradation products
- Prolonged prothrombin time

Elevated D-dimer levels have been strongly associated with greater risk of death.

There are several reports of hospitalized patients with thrombotic complications, most frequently deep venous thrombosis and pulmonary embolism. Other reported manifestations include:

- Microvascular thrombosis of the toes
- Clotting of catheters
- Myocardial injury with ST-segment elevation
- Large vessel strokes

The pathogenesis for COVID-19-associated hypercoagulability remains unknown. However, hypoxia and systemic inflammation secondary to COVID-19 may lead to high levels of inflammatory cytokines and activation of the coagulation pathway.

There are limited data available to inform clinical management around prophylaxis or treatment of venous thromboembolism in COVID-19 patients.

Several national professional associations provide resources for up-to-date information concerning COVID-19-associated hypercoagulability, including management of anticoagulation. This is a rapidly evolving topic, with new information released often.

-Pediatric Management;

Illness among pediatric patients with COVID-19 is typically milder than among adults. Most children present with symptoms of upper respiratory infection. However, severe outcomes have been reported in children, including deaths. Data suggest that infants (<12 months of age) may be at higher risk for severe illness from COVID-19 compared with older children. CDC and partners are also investigating reports of multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with COVID-19.[5]

•Conclusion:

But it's still essential to understand how the genome influences the behavior of the virus, scientists say. Identifying emerging mutations allows researchers to track their spread. Knowing what genes affect how the virus transmits enables public health officials to tailor their efforts to contain it. Once therapeutics and vaccines are distributed on a large scale, having a baseline understanding of the genome will help pinpoint when drug resistance starts to evolve.

The results add to a growing body of evidence that SARS-CoV-2 viruses share a common ancestor from late 2019, suggesting that this was when the virus jumped from a previous animal host, into people.

This means it is most unlikely the virus causing Covid-19 was in human circulation for long before it was first detected, the researchers said.

Special Thanks to Mr. Omid Ahangarian

Ref :

1.*scitechdaily.com/genetic-mutations-in-sars-cov-2-coronavirus-provide-insights-into-virus-evolution*)

2.*bbc.com/new/health-52557955*)

3.*www.healthline.com/health-news/what-to-know-about-mutation-and-covid-19#The-bottom-line*)

4.*www.medicalnewstoday.com/articles/is-there-more-than-one-strain-of-the-new-coronavirus#Serotypes-and-future-research*)

5.*cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html*

Clinical Manifestations of Coronavirus Disease from Genetic Mutations 19-Onset to Present and COVID

By : Dr.Borzoo Salek
The Scientific Manager
Investigator , Senior ,& Executive Manager Of Knowledgebased Projects In Virology Domain

•Introduction:
The coronavirus is not the same that came out of China half a year ago. Like other viruses, it has mutated. A recent study suggests: the globally predominant strain is more infectious than the original. By analyzing the first 7500 complete virus samples to be sequenced from human patients, the scientists have mapped some of the original spread of the new coronavirus through its mutations, which creates different viral lineages.

• Genetic Mutations in SARS-CoV-2 Coronavirus:
By analyzing virus genomes from over 7,500 people infected with Covid-19, a UCL-led research team has characterized patterns of diversity of SARS-CoV-2 virus genome, offering clues to direct drugs and vaccine targets. The study, led by the UCL Genetics Institute, identified close to 200 recurrent genetic mutations in the virus, highlighting how it may be adapting and evolving to its human hosts. Researchers found that a large proportion of the global genetic diversity of SARS-CoV-2 is found in all hardest-hit countries, suggesting extensive global transmission from early on in the epidemic and the absence of single 'Patient Zeroes' in most countries. Scientists analyzed the emergence of genomic diversity in SARS-CoV-2, the new coronavirus causing Covid-19, by screening the genomes of over 7,500 viruses from infected patients around the globe. They identified 198 mutations that appear to have independently occurred more than once, which may hold clues to how the virus is adapting. Co-lead author Professor Francois Balloux (UCL Genetics Institute) said: "All viruses naturally mutate. Mutations in themselves are not a bad thing and there is nothing to suggest SARS-CoV-2 is mutating faster or slower than expected. So far we cannot say whether SARS-CoV-2 is becoming more or less lethal and contagious." The small genetic changes, or mutations, identified were not evenly distributed across the virus genome. As some parts of the genome had very few mutations, the researchers say those invariant parts of the virus could be better targets for drug and vaccine development. "A major challenge to defeating viruses is that a vaccine or drug might no longer be effective if the virus has mutated. If we focus our efforts on parts of the virus that are less likely to mutate, we have a better chance of developing drugs that will be effective in the long run," Professor Balloux explained. "We need to develop drugs and vaccines that cannot be easily evaded by the virus." Co-lead author Dr. Lucy van Dorp (UCL Genetics Institute) added: "There are still very few genetic differences or mutations between viruses. We found that some of these differences have occurred multiple times, independently of one another during the course of the pandemic – we need to continue to monitor these as more genomes become available and conduct research to understand exactly what they do." The results add to a growing body of evidence that SARS-CoV-2 viruses share a common ancestor from late 2019, suggesting that this was when the virus jumped from a previous animal host, into people. This means it is most unlikely the virus causing Covid-19 was in human circulation for long before it was first detected.[1]

•Researchers in the US and UK have identified hundreds of mutations to the virus which causes the disease Covid-19.
But none has yet established what this will mean for virus spread in the population and for how effective a vaccine might be.
Viruses mutate - it's what they do.
The question is: *which of these mutations actually do anything to change the severity or infectiousness of the disease?*
Preliminary research from the US has suggested one particular mutation - D614G - is becoming dominant and could make the disease more infectious.
It hasn't yet been reviewed by other scientists and formally published.
The researchers, from the Los Alamos National Laboratory in New Mexico, have been tracking changes to the "spike" of the virus that gives it its distinctive shape, using a database called the Global Initiative on Sharing All Influenza Data (GISAID).
They noted there seems to be something about this particular mutation that makes it grow more quickly - but the consequences of this are not yet clear.
The research team analyzed UK data from coronavirus patients in Sheffield. Although they found people with that particular mutation of the virus seemed to have a larger amount of the virus in their samples, they didn't find evidence that those people became sicker or stayed in hospital for longer.

• Mutations not a bad thing:
Another study from University College London (UCL) identified 198 recurring mutations to the virus.
One of its authors, Professor Francois Balloux, said: "Mutations in themselves are not a bad thing and there is nothing to suggest SARS-CoV-2 is mutating faster or slower than expected.
"So far, we cannot say whether SARS-CoV-2 is becoming more or less lethal and contagious."
A study from the University of Glasgow, which also analyzed mutations, said these changes did not amount to different strains of the virus. They concluded that only one type of the virus is currently circulating.
Monitoring small changes to the structure of the virus is important in understanding the development of vaccines.
Take the 'flu virus: it mutates so fast that the vaccine has to be adjusted every year to deal with the specific strain in circulation.[2]

• The new coronavirus is mutating, but very slowly!
The new coronavirus is an RNA virus: a collection of genetic material packed inside a protein shell.
Once an RNA virus makes contact with a host, it starts to make new copies of itself that can go on to infect other cells.
RNA viruses, like the flu and measles, are more prone to changes and mutations compared with DNA viruses, such as herpes, smallpox, and human papillomavirus (HPV).
"In the world of RNA viruses, change is the norm. We expect RNA viruses to change frequently. That's just their nature," said Dr. Mark Schleiss, a pediatric infectious disease specialist and investigator with the Institute for Molecular Virology at the University of Minnesota.
SARS-CoV-2 is no exception, and over the past few months it has been mutating.
But the virus has mutated at a very slow pace. And when it does mutate, the new copies aren't far off from the original virus.
"The sequences of the original isolates from China are very close to those in viruses circulating in the U.S. and the rest of the world," said Dr. John Rose, a senior research scientist in the department of pathology at Yale Medicine who's helping develop a COVID-19 vaccine.

• More infectious:
A new study from the Scripps Research Institute in Florida suggests the new coronavirus has mutated into a variant that's more infectious.
The mutation — named "the D614G mutation" — occurred on the spike protein, the part of the virus that helps it bind and fuse to our cells. The D614G mutation makes it easier for the virus to infect our cells.
The Scripps researchers aren't the first to identify the tiny mutation on the spike protein.
In March, researchers from the Los Alamos National Laboratory announced they detected the D614G mutation, and that it was likely responsible for most infections reported in Europe and the United States.
In total, the researchers identified 14 strains of SARS-CoV-2 and released their findings to help those working on vaccines and treatments.
That being said, the new dominant strain identified does seem to be more infectious in laboratory settings. Scientists are now trying to understand how the variation behaves in the body — which may be very different from lab settings.
It's still unclear whether the mutation causes a more severe illness or increases the risk of death.
It's also unclear whether the new mutation infects and sickens people differently. At this time, the illness and hospitalization rates caused by the new variation seems to be similar.
More data is needed to understand the implications of the new mutations, like whether reinfections after recovery are possible, and whether the changes could affect the vaccines and treatments in development.

• Mutations aren't making it deadlier:
The virus mutations, like what's going around in Italy and also New York, don't seem to be any more infectious or fatal than the original strain that appeared in Wuhan, China, in late December.
Though there's the very rare chance a virus could mutate to be more aggressive, if anything, RNA viruses are more likely to mutate into a weaker version.
"Nearly all mutations will make some part of the virus work less well than before. The most common thing is for mutations to appear and die out again quickly," said Dr. Benjamin Neuman, the head of the biology department at Texas A&M University-Texarkana.
But the characteristics and traits of that original strain and its mutations aren't vastly different from one another.
The new coronavirus SARS-CoV-2 has already mutated a handful of times, which has many people wondering whether the mutations could lead to a more severe, deadlier disease.
According to experts, the new mutations are extremely similar to the original virus that appeared in Wuhan, China, and don't seem to be any more aggressive.
Because the mutations are so similar, a vaccine would likely protect people against not only the original strain but new mutations as well.[3]

• Why are mutations significant?
SARS-CoV-2 is an enveloped RNA virus, which means that its genetic material is encoded in single-stranded RNA. Inside a host cell, it makes its own replication machinery.
RNA viruses have exceptionally high mutations rates because their replications enzymes are prone to errors when making new virus copies.
Virologist Prof. Jonathan Stoye, a senior group leader at the Francis Crick Institute in London in the United Kingdom, told Medical News Today what makes virus mutations significant.
"A mutation is a change in a genetic sequence," he said. "The fact of a mutational change is not of primary importance, but the functional consequences are."
If a particular genetic alteration changes the target of a drug or antibody that acts against the virus, those viral particles with the mutation will outgrow the ones that do not have it.
"A change in a protein to allow virus entry into a cell that carries very low amounts of receptor protein could also provide a growth advantage for the virus," Prof. Stoye added.
"However, it should be stressed that only a fraction of all mutations will be advantageous; most will be neutral or harmful

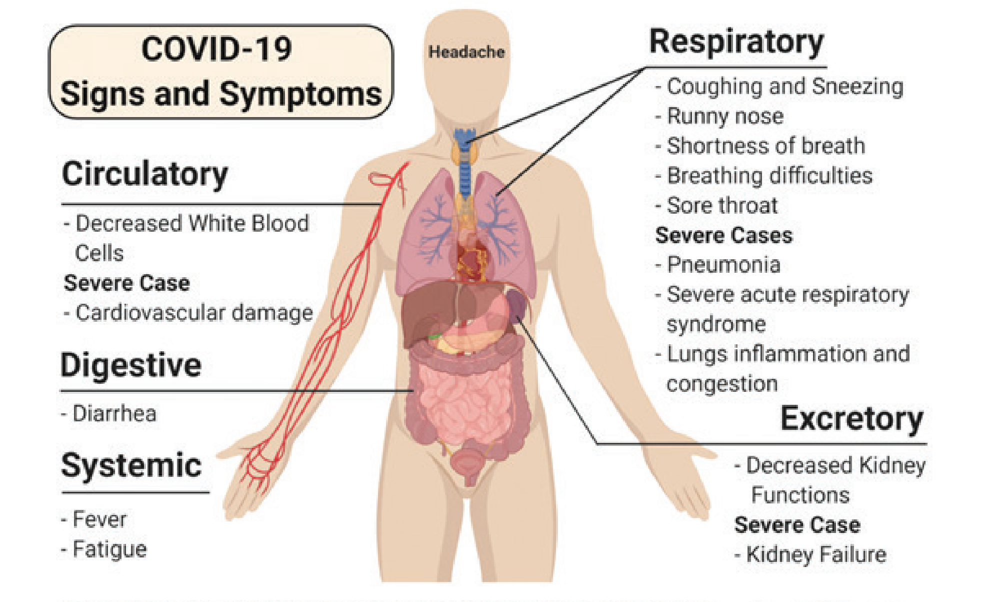


Figure: Symptoms of COVID-19 caused by Novel Corona Virus, SARS-CoV-2, Image Copyright © Sagar Aryal

مدیریت اختلال اوتیسم در همه‌گیری کووید-۱۹

غزاله صلیب
کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

اختلال طیف اوتیسم (ASD) به خودی‌خود عوارض و پیامدهای ویژه را در پی دارد. تغییرات این روزها را نیز که به سبب همه‌گیری ناشی از کووید- ۱۹ در زندگی روزمرهٔ مردم ایجاد شده‌است، به این موضوع اضافه نمایید که به‌طور حتم چالش‌های منحصربه‌فردی برای افراد دچار اختلال‌اوتیسم و خانواده‌شان به همراه خواهد داشت. پس تا زمان یافتن راهکار درمانی مناسبِ این معضل جهانی ،تمامی اقدامات برای پیشگیری از بیماری کرونا شامل حال تمامی گروه‌ها (اوتیسم و غیر اوتیسم) می‌گردد ، با این تفاوت که باید در نظر داشت ،کودکان دچار اختلال اوتیسم به دلیل وجود برخی مشکلات در برقراری ارتباط اجتماعی ، وجود الگوهای رفتاری کلیشه‌ای و سایر ویژگی‌های ناشی از این اختلال نیاز به حمایت و توجه ویژه خواهند داشت . کودکان اوتیستیک در برابر تغییرات همواره مقاومت از خود بروز می‌دهند. به تمامی این موضوعات ، تعطیلی مهدکودکها، مدارس و تمامی محل‌هایی که خدمات مربوط به این گروه را ارائه می‌دهند را اضافه نمایید که منجر به بروز تنش‌های اضافی می‌گردد.

مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) اختلال‌طیف‌اوتیسم را گونه‌ای«ناتوانی رشدی(Developmental Disability)» می‌نامد که می‌تواند بر شیوهٔ معاشرت، تعامل و رفتارهای فرد تأثیر بگذارد.

اما در این مقاله به بررسی چگونگی تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر افراد دچار اختلال اوتیسم و خانواده‌شان پرداخته و در پی یافتن نکاتی جهت مدیریت هرچه بهتر عوارض ناشی از تاثیر همه‌گیری ناشی از کووید-۱۹ بر اختلال اوتیسم هستیم.

•چگونگی احتمال تأثیر همه‌گیری کووید- ۱۹ بر افراد دچار اختلال اوتیسم:

تمامی جوامع در سراسر دنیا با رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی درحال پیشگیری از شیوع کووید-۱۹، هستند. درنتیجه ،همانطورکه اشاره شد، بسیاری از مدارس و کسب‌وکارها به تعطیلی کشیده شده‌اند. بسیاری از بزرگسالان و کودکان همزمان در خانه مشغول به کار و یادگیری هستند. اما سازگاری با شرایط جدید به طورحتم چالش‌های منحصربه‌فردی را برای افراد دچار اختلال اوتیسم و خانواده‌هایشان به همراه خواهد داشت.

بسیاری از کودکانی که با اختلال‌اوتیسم دست‌وپنجه نرم می‌کنند نیازمند مراقبت‌های خاص از سوی متخصصان رفتاری و بهداشتی جوامع خود هستند. کودکانِ دریافت‌کنندهٔ مداخلهٔ‌اولیهٔ شدیدِ رفتاری، به تعامل‌های گروهیِ کوچک و شخص متکی هستند.

مدارس و معلم‌ها نیز شبکه حمایتی ضروری دیگری را برای کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم فراهم کرده‌اند. هرچند، تعطیلی مدارس به معنای دسترسی محدودِ شدیدِ کودکان به خدمات آموزشی است. کودکان مبتلابه اختلال‌اوتیسم ممکن است دلیل تغییر فعالیت‌های روزانهٔ خود را درک نکنند و همین امر منجر به ایجاد استرس، ناامیدی یا اضطراب می‌شود و این محرک‌های هیجانی هرکدام عوارض این اختلال را تشدید نموده و منجر به بروز مشکلات شدیدِ رفتاری و ارتباطی می‌شوند.

اما مشکل واقعی زمانی نمایان می‌گردد که والدین این کودکان در حین مراقبت از فرزندان خود در این روزها، برای ایجاد تعادل میان حرفهٔ خود و مسئولیت‌های خانه نیز در کشمکش باشند. پس اموداخلی منزل از یک‌سو ، و اگر شاغل باشند ، بدون حتم تداخل آن با مسئولیتهای داخل خانه و حمایت از فرزندانِ خود از سوی دیگر به دغدغه‌ای بدل خواهد شد. اما شاید بتوان با رعایت و به‌کارگیری نکات ساده و انتقال آن به پدرومادر ، باری هرچند ناچیز از دوش آنها برداشت.

•مدیریت اوضاع در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹

به همراهان و مراقبان کودکِ اوتیستیک باید تاکید گردد که پیش از منابع دیگر ، آنها وظیفه دارند که الگوهای رفتاری دورانِ همه‌گیری را به کودک آموزش دهند. می‌توان این آموزش‌ها را در قالب داستان سرایی برای آنها بیان نمود. به آنها برای هضم این موضوع زمان بدهید . شرایط جدید برای افراد عادی نیز تنش‌زا است ، به طور حتم کودکان اوتیستیک ماهیت همه‌گیری کووید-۱۹ را به‌طور کامل درک نخواهند نمود،برخی از کودکان نیز با روش‌های متفاوت ویژهٔ خود مانند الگوهای نمایشی و یا پرسیدن سوالات مکرر با وجود اینکه بارها بدان پاسخ داده شده ، براضطراب ناشی از این شرایط جدید غلبه خواهند نمود. اگر این اتفاق رخ داد ، قانونی برای زمان پرسش‌ها وضع نمایید. برای نمونه سوالات در مورد کروناویروس بعد از هر وعدهٔ غذایی و به مدت پنج دقیقه باید پرسیده شود. پدرومادر و یا مراقب کودک باید سعی در ارائهٔ پاسخ‌ها بدون القای هرگونه ترس به کودک داشته باشد. جواب‌ها باید شفاف و صادقانه باشد. از پاسخ به پرسشهای تکراری در خارج از زمان مشخص شده باید نادیده گرفته شود. اگر کودک بازی‌های روزانه خود را با مضمون کرونا انجام می‌دهد ، این روشی برای غلبه بر ترس آنهاست.

توضیح ساده پیرامون همه‌گیری کووید-۱۹ می‌تواند این‌طور باشد: «ویروس کرونا نوعی میکروب جدید است که می‌تواند مردم را بیمار کند. باید با در خانه ماندن از سلامت خود و دیگران مراقبت کنیم.»

والدین و مراقبین می‌توانند توضیحات خود را گسترش دهند و از ممنوعیت موقت سایر فعالیت‌ها نظیر تعطیلات خانوادگی و تفریح پایان هفته(اگر در این اوضاع وجود داشته باشد!) نیز بگویند. یا اینکه باید کارهای مدرسه خود را از خانه انجام دهند.

•بایدها و نبایدها را به زبان ساده برای کودک توضیح دهید.

به کودکان باید تفهیم نمود که با انجام برخی کارها می‌توانند خود و دیگران را از بیمار شدن در امان نگه دارند. برای نمونه شستشوی دستان را مطابق با الگوهایی که آموزش داده شده ، مرحله به مرحله یادداشت نموده و تمام مراحل فهرست گردد و از ابتدا به کودک آموزش داده شود. برای نمونه زمانی‌که به کودک گفته می‌شود دستها را بشور ، او بایدشیر آب را باز نماید ،اگر این کار را انجام نداد ، باید به آنها کمک نمود. دراوایل این مراحل باید به آنها کمک نمود ، در هر مرحله که به آنها کمک می‌شود باید کمتر از مرحلهٔ قبل باشد. تمامی این مراحل بدون القای اضطراب و تنش باید صورت پذیرد. در ادامه و هنگامیکه مراحل به درستی صورت می‌پذیرفت ، باید آنها را تشویق کلامی نمود. ممکن است کودک در مراحل جلوتر به تشویق‌های کلامی واکنش نشان ندهد ، در این لحظه باید از تشویق‌های دیگری استفاده نمود. در هر مرحله نیز میزان تشویق‌ها را باید کاهش داد. مرحله به مرحله که کودک پیش می‌رود و با موفقیت کار مربوطه را پشت سر می‌گذارد به مرحلهٔ بعدی را باید آغاز نمود.پس از یادگیری کامل مراحل شستشوی دست ، با توجه به اینکه ۲۰ ثانیه زمان مناسب جهت شستشوی دست‌ها است ، باید با کمک ساعت‌های شنی ، یا کورنومتر و هر ساعتی که به لحاظ ظاهری برای کودک جذاب باشد و یا حتی شعر خواندن و آواز خواندن کمک گرفت. روش دیگر آموزش که بسیار مورد توجه است ، نمایش فیلم مربوط به شستشو و توضیح همزمان با آن به کودک است. این روش " مدل‌سازی زنده (Live Modelling)" نام دارد و برای کودکان علاقمند به ویدئو مناسب است. حتی میتوان از پدر مادر خواست که خودشان این آموزش را فیلم گرفته و نمایش دهند.

•ایجاد فعالیت‌های روزمره :

فعالیت‌های روزمرهٔ ساختاریافته در کاهش هیجانات منفی و مشکلات رفتاری کودکان و افراد مبتلابه اختلال اوتیسم بسیار موثر است (Child Mind Institute).

پدرومادر می‌توانند با رعایت موارد زیر سبب کاهش بروز تاثیر تغییرات چشمگیر،به فعالیت‌های خانواده خود کمک کنند:

- •خوابیدن و بیدارشدن در ساعتی مشخص
- •انجام فعالیت‌های مدرسه و کاردرایام هفته
- •گنجاندن زمانی برای استراحت، صرف میان وعده و تماشای تلویزیون
- •آشپزی و صرف غذا در زمان‌های ثابت
- •برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های اجتماعی پایان هفته، نظیر تماس تصویری و صوتی با دوستان و سایر اعضای خانواده

انجمن اوتیسم معتقد است، والدین باید انعطاف‌پذیری کودکانشان را مورد تشویق قرار دهند. صرف زمان بیشتر برای

◁◁◁

تحقق تغییرات کوچک می‌تواند مانع از درهم شکستن افراد شود.

همچنین مهم است که افراد زمانی را برای انجام فعالیت‌های فیزیکی قرار دهند. پژوهشگران، در یکی از مقالات مروری ۲۰۱۹، یافته‌های هشت مطالعه را که به بررسی تأثیر ورزش بر اختلال اوتیسم در کودکان زیر ۱۶ سال پرداخته بودند، مورد ارزیابی قرار دادند.

پژوهشگران متوجه کاهش معنادار رفتارهای تکراری و پرخاشگرانه کودکان مبتلابه اوتیسمی شدند که سه بار در هفته ورزش می‌کردند. پژوهشگران معتقدند این بهبود رفتاری ممکن است حداقل ۲ ساعت پس از ورزش ادامه یابد.

• ایجاد محیطی آرام:

ایجاد محیطی آرام می‌تواند به پیشگیری از رفتارهای تکراری، طغیانی و استرس کمک کند. بدین منظور، می‌توان شیوه‌های زیر را امتحان نمود:

- سعی برحذف صداهای غیرضروری هنگام زمان آموزش، این کار به معنای خاموش‌کردن تلویزیون و سایر وسایل برقی در طول زمان مدرسه است.
- خانه را مرتب کنند. والدین می‌توانند حتی به همین فعالیت‌های خانگی نیز نظم بدهند. زمانی را در عصر برای مرتب کردن فضای همگانی، گذاشتن اسباب‌بازی‌ها در سر جای خود و شستن ظروف به صورت خانوادگی اختصاص دهند.
- از استرس‌های غیر ضروری اجتناب کنند. زمانی را صرف مطالعه، تماشای تلویزیون یا گوش دادن به اخبار کنند.
- سعی کنند فعالیت‌های آرام‌بخش را با فعالیت‌های روزمره خانواده ادغام کنند. این کار شامل تنفس عمیق، یوگا، مطالعه و گوش دادن به موسیقی آرام‌بخش است.

• مداخلات در اختلال اوتیسم:

برخی مداخلات می‌توانند شدت تأثیر اختلال‌اوتیسم را کاهش دهند. نوع دقیق مداخله بستگی به نوع و شدت این تأثیرات دارد. به‌عنوان مثال، پزشکان ممکن است داروهایی برای درمان رفتارهای پرخاشگرانه، تکراری یا بیش‌فعالی تجویز کنند. افراد مبتلابه اوتیسم که نشانه‌هایی از برخی مشکلات روانی نیز دارند، ممکن است با داروهای ضداضطراب یا ضد افسردگی درمان شوند. تمرکز مداخلات رفتاری و آموزشی بر ایجاد مهارت‌های زندگی و ارتقای استقلال است. این نوع مداخلات، مهارت‌های اساسی زبان و ارتباطی را به افراد می‌آموزند. رفتاردرمانی شامل شیوه‌هایی برای مدیریت رفتارهای تکراری، پرخاشگرانه و سایر رفتارها است.

در صورت تشدید یا بروز رفتارهای جدید مرتبط با ASD به والدین توصیه گردد که به پزشک یا مشاور مربوطه و خانوادگی خود مراجعه نموده و پیوسته با پزشک خانوادگی خود در تماس باشند. بر اساس اعلام مرکز کنترل بیماری‌ها، نشانه‌های کووید-۱۹ در کودکان اغلب خفیف‌تر از بزرگسالان است. کودکان مبتلابه کووید-۱۹ ممکن است نشانه‌های زیر را از خود بروز دهند:

- تب
- آبریزش بینی
- سرفه
- استفراغ
- اسهال

والدین طی این روزها با وقفه‌ای بی‌سابقه در روند درمان و آموزش کودکان اوتیستیک خود روبرو هستند. برای این گروه از افراد که صاحب فرزندانی با اختلال‌های رفتاری هستند به طور حتم مدیریت آموزشی و درمانی بسیار دشوار است. درعین حال نیزازآنان نباید انتظار داشته باشیم تا به یک درمانگر رفتاری بدل گردند. در این راه با ارائهٔ برخی برنامه‌های حمایتی می‌توان آنها را در مسیردرست هدایت نمود.

> ایجادفعالیت‌های روزانه می‌تواند به کودکان مبتلابه اوتیسم در طول همه‌گیری کووید-۱۹ کمک کند.

منابع:
۱. Unicef.org
۲. Autism Society of America
۳. Child Mind Institue
۴. CDC.org

پنومونی COVID-۱۹: آیا ARDS است یا خیر؟

دکتر سید محمدرضا هاشمیان
فوق تخصص مراقبتهای ویژه، استاد و
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مسئول آموزش بخش مراقبتهای ویژهٔ بیمارستان مسیح دانشوری

اگرچه پنومونی COVID -19 مطابق با تعریف ARDS برلین است, اما یک بیماری خاص با فنوتیپ‌های عجیب و غریب است. ویژگی اصلی آن، تفکیک بین شدت هیپوکسمی و حفظ مکانیک تنفسی نسبتا خوب است. در واقع سازگاری متوسط سیستم تنفسی اغلب در حدود ml/cmH_2O ۵۰ است. لازم به ذکر است که بیماران با انطباق تنفسی پایین‌تر یا بالاتر از مقدار میانگین، هیپوکسمی با شدت مشابهی را تجربه می‌کنند. ما دو نوع بیمار (غیر ARDS نوع ۱، ARDS نوع ۲) را با پاتوفیزیولوژی مختلف معرفی می‌کنیم. بیماران نوع ۱ و ۲ زمانی که در بیمارستان حضور می‌یابند با سی‌تی‌اسکن، قابل تشخیص نیستند (شکل ۱). اگر سی‌تی‌اسکن در دسترس نباشد، سازگاری سیستم تنفسی و احتمالا پاسخ به PEEP تنها جانشینان ناقصی هستند که ممکن است پیشنهاد کنیم.

• نوع ۱: سازگاری ریوی نزدیک به نرمال با پنومونی ویروسی جدا شده

در این بیماران، هیپوکسیمی شدید با سازگاری سیستم تنفسی بزرگتر از ml/cmH_2O ۵۰ همراه است. حجم گاز ریه‌ها زیاد است، میزان جذب حداقل است و هیپوکسمی احتمالا ناشی از بین رفتن تنگی عروق ریوی هیپوکسیک و اختلال تنظیم جریان خون ریوی است. بنابراین هیپوکسمی جدید در درجهٔ اول ناشی از عدم انطباق تهویه/پرفیوژن (V_A/Q) است. PEEP بالا و موقعیت مستعد، اکسیژن رسانی را از طریق قسمت‌های اختلال یافته بهبود نمی‌دهد، اما پرفیوژن ریوی را مجددا توزیع می‌کند و رابطه (V_A/Q) را بهبود می‌دهد. سی‌تی‌اسکن ریه در این بیماران این یافته را تأیید می‌کند که هیچ ناحیهٔ قابل توجهی وجود ندارد اما ترکیبات ورید راست به چپ معمولا حدود ۵۰٪ است.

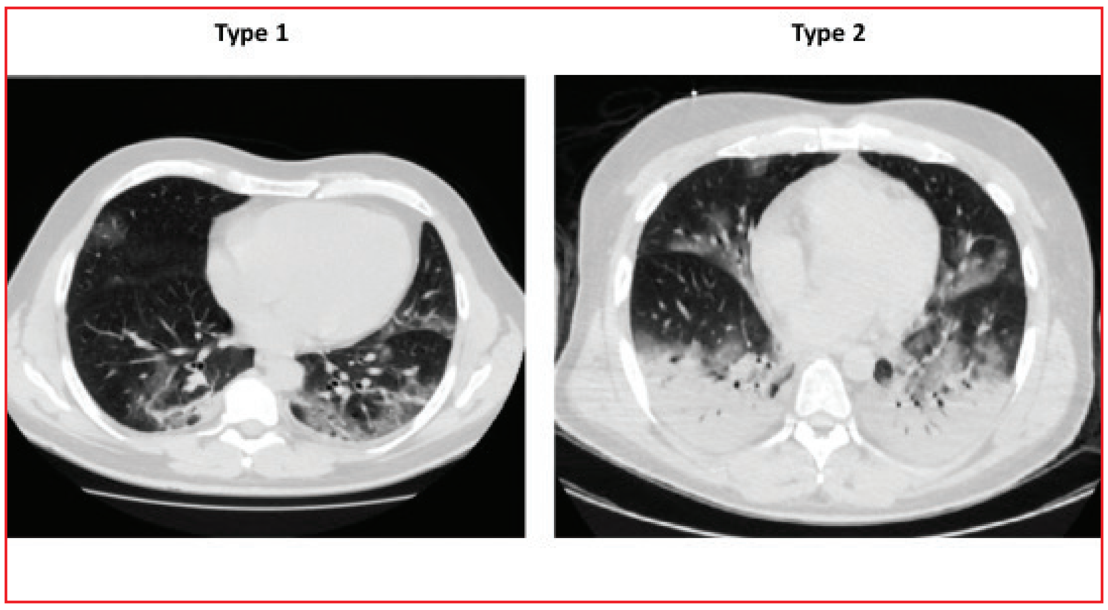
• نوع ۲: سازگاری ریوی کاهش یافته

در ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران COVID -19 بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، هیپوکسمی شدید با مقادیر سازگار کمتر از ml/cmH_2O ۴۰ همراه هستند که نشانگر ARDS شدید هستند. مطمئنا این مسئله امکان‌پذیر است که سازگاری پایین آنها (یعنی حجم گاز پایین و افزایش جذب مجدد) ناشی از تکامل طبیعی بیماری باشد اما نمی‌توانیم این احتمال را رد کنیم که این شدت آسیب (ادمی افزایش یافته) تا حدی ناشی از مدیریت تنفسی اولیه است.

در واقع برخی از این بیماران هیپوکسمی، CPAP یا تهویهٔ غیرتهاجمی قبل از بستری در ICU دریافت می‌کنند و وضعیت آنها با محرک‌های تنفسی بسیار بالا، تلاش‌های تنفسی و فشارهای داخل بدنی منفی همراه است. بنابراین علاوه بر ذات الریه ویروسی، این بیماران احتمالا به آسیب ریه ناشی از ونتیلاتور self-inflicted دچار شده‌اند.

• پیامدهای بالینی:

پیش از ICU؛ در بیمارانی که برای آنها لوله گذاری نشده است، CPAP و NIV درمان‌های خط اول هستند، زمانی که تعداد زیادی از بیماران به بیمارستان مراجعه می‌کنند. این مداخلات که اغلب در خارج از ICU در اتاق‌های اورژانس و یا سایر بخش‌های پزشکی دیگر انجام می‌شوند اغلب اکسیژن‌رسانی به خون را بهبود می‌دهند. یکی از جنبه‌های اصلی مراقبت باید ارزیابی دستگاه تنفسی و تلاش‌های تنفسی باشد.



اندیکاتور ایده آل باید نوسانات فشار مری را اندازه گیری کند. اگر این امر غیرممکن است، نشانه‌های بالینی تلاش‌های تنفسی باید با دقت بررسی شوند، اگر اضطراب تنفسی وجود دارد، لوله گذاری endotracheal باید در نظر گرفته شود تا از انتقال وضعیت از نوع ۱ به نوع۲ با آسیب ریهٔ ناشی از خود اجتناب شود و یا چنین وضعیتی محدود شود.

شکل ۱: در این دو بیمار؛ متغیرهای زیر ثبت شدند: وزن ریه نوع۱ (۱۱۹۲ گرم)، حجم گاز (۲۷۷۴ میلی لیتر، درصد بافت غیرهواده (۸٫۴٪)؛ مخلوط وریدی (۵۶٪)، P/F (۶۸)؛ سازگاری سیستم تنفسی ml/cmH_2O ۸۰ ؛ وزن ریه نوع دوم (۱۴۴۱ گرم)، حجم گاز (۱۶۴۰ میلی لیتر)، درصد بافت غیرهواده (۳۹٪)، مخلوط وریدی (۴۹٪)، P/F (۶۱)، سازگاری سیستم تنفسی ml/cmH_2O ۴۳

• بیماران لوله گذاری شده در بخش مراقبت‌های ویژه

• حجم tidal

در بیماران نوع ۲، حجم tidal پایین‌تر باید در نظر گرفته شود. با این حال بیماران نوع ۱ فاقد پیش‌نیازهای فشار محرک بالا/ سازگاری پایین آسیب ریه ناشی از ونتیلاتور هستند، حتی اگر با حجم بالاتر از ۶ میلی لیتر به کیلوگرم درمان شوند که در نرخ تنفس ۱۵ تا ۲۰ تنفس در دقیقه حاصل می‌شوند. حجم tidal آزادتر (۷ تا ۸ میلی لیتر برگرم) اغلب باعث کاهش تنگی نفس شده و ممکن است با هیپرکاپنیا و atelectasis جذب مجدد، افت فشار را کاهش دهد.

• PEEP:

بیماران نوع ۱فاقد پیش نیاز برای PEEP بالاتر برای کار (قابلیت استخدام) هستند. سطوح PEEP باید در مقدار ۸-۱۰ cmH_2O محدود باشند، زیرا سطوح بالاتر، سازگاری پنومونی را کاهش خواهد داد و بر عملکرد بطن راست اثر می‌گذارد. بیماران نوع دوم با کاهش حجم گاز کلی و افزایش وزن ریه و ادمی شناسایی می‌شوند. این ویژگی‌ها ممکن است به دلیل پیشروی طبیعی بیماری به عفونت بیش از حد باکتریایی و/ یا آسیب ریه ناشی از خود در طی دورهٔ قبل از لوله گذاری باشد. در این بیماران، افزایش تدریجی محتاطانه PEEP به cmH_2O ۱۵-۱۴ ممکن است مفید باشد. کاهش SvO۲ در طی این فاز نشانگر خروجی قلبی ناکافی هستند بنابراین سطوح بالاتر PEEP برای جذب ریه ممکن است دیگر مفید نباشند. ممکن است سونوگرافی قلبی برای ارزیابی عملکرد بطن راست با افزایش سطوح PEEP مفید باشد.

• تعیین Shunt:

محاسبهٔ عملکرد shunt بهترین ابزار برای ارزیابی روند اکسیژن رسانی است.

رابطهٔ $PaCO_2$/ $etCO_2$ ابزاری مفید برای تعیین اثربخشی تبادل ریوی است. نسبت کمتر از ۱ نشانگر shunt افزایش یافته و فضای مرده است (نواحی از ریه که تهویه شده و پرفیوژن ندارد).

- **موقعیت‌یابی مستعد:** برای بیماران نوع ۲، موقعیت‌یابی مستعد باید با درمان طولانی در نظر گرفته‌شود برای نمونه در هر نوع از ARDS شدید . با این حال در بیماران نوع ۱، موقعیت‌یابی مستعد را باید به عنوان مانور نجات برای تسهیل توزیع مجدد جریان خون ریوی در نظر گرفت نه اینکه مانور نجاتی برای باز کردن نواحی اختلال یافته در نظر بگیریم. دورهٔ خوابیدن طولانی مدت/موقعیت یابی مستعد طولانی‌مدت برای بیماران با سازگاری ریه بالا مزیت کمی دارد و به سطوح بالای استرس و خستگی در پرسنل منجر می‌شود.

- **اکسید نیتریک:** پاسخ اکسیژن رسانی به NO متغیر است. به نظر می‌رسد پنومونی COVID -19 در تنظیم عروق تداخل ایجاد می‌کند و باعث از دست رفتن کامل tone عروقی به عوامل تشدید کننده یا گشادکنندهٔ عروقی می‌شود. ما هنوز شواهد کافی در اختیار نداریم که درک کنیم چه زمانی و برای کدام بیماران باید از این روش‌ها استفاده کرد. اکسید نیتریک در بیماران کاملا وازوپلژیک کار نمی‌کند (نوع ۱ در مدل ما) اما در بیمارانی کارایی دارد که فشار خون ریوی در آنها محتمل‌تر است (نوع ۲ در مدل ما)

• میکرو ترومبوز و سطوح D-dimer در این بیماری:

در این بیماری، ترومبوز و رویدادهای ایسکمیک مرتبط بسیار رایج هستند. بررسی روزانهٔ پارامترهای انعقادی به ویژه سطوح خاص D-dimer باید برای هر دوی بیماران نوع ۱ و نوع ۲ انجام شود و هنگامی که علامت‌گذاری می‌شود باید ضدانعقادی در نظر گرفته شود.

• بیماران نوع ۱:

-سطوح PEEP باید در بیماران با انطباق ریوی بالا، در حد پایین نگاه داشته شوند.
-آستانه‌های حجم Tidal باید به ۶ میلی لیتر به کیلوگرم محدود شوند.
-میزان تنفس نباید از ۲۰ تنفس در دقیقه بیشتر باشند.
-بیمار باید در وضعیت «آرامی» قرار داشته باشد؛ اجتناب از انجام کارهای زیاد از مداخله به هر قیمتی، مفیدتر است.

• بیماران نوع ۲:

-درمان استاندارد برای ARDS شدید باید اعمال شود (حجم tidal پایین‌تر، موقعیت یابی مستعد و PEEP نسبتا زیاد)

ZHIVAR
TOUR & TRAVEL AGENCY
آژانس هواپیمایی ژیوار سفیر نوین

ژیوار انتخاب جامعه پزشکی، بهداشت و سلامت کشور

به پاس ده سال اعتماد

بخش سلامت و بهداشت کشور به برند محبوب ژیوار

شروع ارایه تسهیلات خاص از ابتدای شهریور ماه

www.zhivar.com
@zhivartravelagency
zhivartours

۰۲۱ ۵۴ ۷۹ ۵۰۰۰
پشتیبانی ۲۴ ساعته : ۰۹۱۲۷۹۶۷۹۵۱

گفتگو با استاد دکترعبدالحمیدحسابی به بهانه انتشار کتاب ارزشمند

«دل نوشته‌های یک جراح»

و سی‌امین سالگرد انتشار پزشکی امروز

مهندس اردوان سیف بهزاد: به مناسبت چاپ کتاب جدید استادِ نازنین، جناب آقای دکتر عبدالحمیدحسابی و همچنین سی‌امین سالگرد تأسیس نشریهٔ پزشکی امروز، در خدمت بزرگمردِ ادب و اخلاق جامعهٔ پزشکی هستیم. بارها و بارها در محافل خصوصی و در مقالات خود عنوان نموده‌ام که اگر اینجانب رزومه‌ای جهت ارائه داشته باشم، در ردیف نخست آن معاشرت با حضرت استاد عبدالحمید خانِ حسابی است. به راستی که این نام خانوادگی برازندهٔ ایشان است. در این گفتگو، همسر نازنین ایشان ، خانم دکتر فردوس شکرچیان، که به طور حتم پشتیبانی ایشان نقش بسیار ارزنده‌ای در موفقیت‌های استاد داشته و دارد ، نیز همراه ما هستند.

اما در این روزها که صنعت نشر و چاپ مورد بی‌مهری است، دورانی که هزینهٔ چاپ یک کتاب با میزان خرید یک واحد آپارتمان در ایام نه چندان دور برابری می‌کند، فقط عشق به خاکِ این سرزمین و این پیشه است که با تمام ناملایمات و بی‌معرفتی‌ها می‌توان در این کوره‌راه گام برداشت. جناب آقای دکتر علی یزدی‌نژاد، موسس انتشارات میرماه که حضور ایشان در عرصه فرهنگ در شرایطی که از آن یاد شد به طور حتم در تاریخ نشر کشورمان ثبت خواهد شد.

جناب آقای دکتر، امروز ما فقط شنونده هستیم؛ خودتان هرگونه که شایسته می‌دانید آغاز بفرمایید.

دکتر عبدالحمیدحسابی: خیلی متشکرم از لطف شما و محبّتی که نسبت به من دارید، به ویژه که زنده‌یاد ***دکترفرخ سیف بهزاد***، پدر عزیزِ شما، کمتر مقاله‌ای بود که من بنویسم و ایشان چندکلمه‌ای در کنار آن ننوشته باشند و این خاطرهٔ فوق‌العاده‌ایست میان من و ایشان، الان هم که جنابعالی جانشین پدر هستید و خوشحالم که از ایشان یاد کردم.من از سال ۱۳۴۰ دست به قلم بردم. در سال‌های اول بیشتر به مسائل پزشکی پرداختم، برای نمونه مقاله‌ای را در سال ۱۳۴۱ در مجلهٔ دانشکدهٔ پزشکی یا مجلهٔ طب عمومی به چاپ رساندم که در آن دوره موضوعی تازه بود. اما با گذشت زمان احساس کردم که پزشکی علاوه بر مسائل علمی، نیازمند مباحثی پیرامون اخلاق پزشکی نیز هست.اینجا بود که نوک پیکانِ قلم، از مباحث علمی به موضوعات اخلاق پزشکی روی آورد. به همین دلیل بود که در این کتابِ چاپ شده، ده‌ها مقالهٔ پزشکی که داشتم را کنار گذاشتم. در بیشتر نشریات نیز من دست به قلم برده‌ام، از نشریهٔ اخبارپزشکی آقای ***دکترطهمورث فروزین*** که آن زمان پدر شما نیز با ایشان همکار بودند گرفته تا نشریات دانشکدهٔ پزشکی، طب عمومی، نظام پزشکی، جامعهٔ جراحان که به تدریج در آن به چاپ می‌رسید. در روزنامه اطلاعات، روزهای سه‌شنبه صفحه‌ای بود با عنوان گفته‌ها و نوشته‌ها که بخش اعظم موضوعات اجتماعی در آن به چاپ رسید. پس از آن نشریهٔ ***پزشکی امروز*** که با همت پدرِ شما زنده‌یاد ***دکترفرخ سیف بهزاد*** آغاز به کار نمود، به تدریج وارد معرکه شدیم. تمامی این مقالات به علاوه سایر مقالاتی که در نشریاتی مانند نسخه، روزنامهٔ شرق، ایران و ... به چاپ رسیده بود را با همت همسر عزیزم در اختیار جناب آقای دکتر یزدی‌نژاد گذاشتیم و ایشان نیز با استعداد فوق‌العاده و احاطه‌ای که به موضوع داشتند، به جمع‌آوری این مجموعه پرداختند. بنابراین سپاس و قدردانی من نسبت به همسرم و **آقای دکتریزدی نژاد** همواره برقرار است و کمتر روزی است که از ایشان به نیکی یاد نکنم.

مهندس اردوان سیف بهزاد: جناب استاد عزیز، بسیار اشارهٔ به‌جایی نمودید، یاد دکتر فرخ سیف بهزاد بخیر، اگر همراهی همسر ایشان نبود، به هیچ‌عنوان نشریهٔ پزشکی امروزی نبود و پدرِ اینجانب به هیچ‌وجه علاوه بر این نشریه، ۵۰ جلد کتابی که از ایشان به یادگار مانده به سرانجام نمی‌رسید.

دکترعبدالحمیدحسابی: همسرِ من، خانم **دکتر فردوس شکرچیان**، داروساز هستند و سال‌های سال در بیمارستان‌های مختلف در رشتهٔ خود کار کرده‌اند. از طب، طبابت و مشکلات مربوط به پزشکی آگاه هستند. بنابراین این فرصت را به من دادند تا علاوه بر کارِ جراحی که خود دنیای پهناوری است، به نوشتن بپردازم. خود شما نیز می‌دانید که هر کدام از این نوشته‌ها این‌گونه نیست که قلم را بگذاری و بنویسی و تمام بشود، نیازمند تفکر و پی‌ریزی است،

پس از آن تازه نگارش آغاز می‌گردد. بعد آن مجدد باید خوانده شود و غلط‌هایش گرفته شود، تایپ شود، دوباره تصحیح گردد، تمامی این مسائل زمانبر است. بنابراین خواه ناخواه تمامی بار زندگی بر دوش ایشان بود و هست.

مهندس اردوان سیف بهزاد: خانم دکتر عزیز، ضمن قدردانی از شما، علاقمند به شنیدن سخنان‌تان پیرامون این موضوع هستیم. همراهی شما که یکی از نتایج ارزشمند آن چاپ این حجم از مقالات و درنهایت انتشار این کتاب است.

خانم دکترفردوس شکرچیان: طی دیداری که با یکی از دوستان پس از مطالعهٔ کتاب آقای دکتر داشتیم، اظهار نظر جالبی نمود، ایشان گفتند: صرفنظر از محتوای ارزشمند کتاب، این وابستگی شما به یکدیگر بسیار زیباست. ایشان که به وکالت مشغول هستند، این‌گونه ادامه دادند که روزانه بیش از ده‌ها زوج به اینجا مراجعه می‌کنند که با یکدیگر ناسازگار هستند، این برای من بسیار ارزشمند است که جوانان امروز این موضوع را بدانند. بچه‌های امروز کم صبر هستند و شکیبایی ندارند، سازش ندارند. من به فرزندان خودم همواره گوشزد می‌کنم که اولین رکن زندگی، سازش است. با تمام فراز و فرودهای زندگی باید با یکدیگر ساخت و این حرفی که این دوستمان درمورد ما زد، برای من بسیار جالب بود. ما در تمامی سال‌های زندگی مشترک به یکدیگر کمک نمودیم.

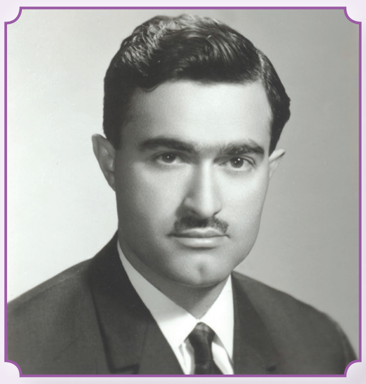
مهندس اردوان سیف بهزاد: جناب آقای دکتر، با آگاهی کامل از روند طاقت‌فرسای چاپ کتاب، به لحاظ فنی اگر بخواهیم به کتاب بپردازیم، چه مراحل و دشواری‌هایی را پشت سر گذاشتید، تا این کتاب به دست ما برسد؟ چه اتفاقی شما را به این فکر واداشت که نوشته‌هایتان را به صورت مجموعه‌ای چاپ کنید؟

دکترعبدالحمیدحسابی: من از ابتدا هیچ نوشته‌ای را دور نمی‌ریختم، اگر احساس می‌کردم که ممکن است نوشته‌ای یا کاغذی روزی به دردِ من بخورد، آن را نگاه می‌داشتم. در آن دوران نیز به این موضوع فکر نمی‌کردم که یک روزی می‌خواهند این نوشته‌ها را به چاپ برسانند، اما از همان ابتدا مقاله را پس از چاپ همراه با پیش‌نویس و چرکنویس آن نزد خود نگاه می‌داشتم. این گونه بگویم که هر چه می‌نوشتم، نزد خود حفظ می‌کردم، تا این حد که خودم از نگاه‌داشتن برخی از این کاغذها متعجب می‌شوم. از سوی دیگر، برخی از دوستان و همکاران و حتی دانشجویان، همواره به من گوشزد می‌کردند که چرا نوشته‌هایت را به چاپ نمی‌رسانی؟ از این رو با همت خانم دکتر این نوشته‌ها را جمع‌آوری کردم و این نوشته‌ها را به دست آقای دکتر یزدی‌نژاد سپردم؛ زیرا ایشان علاوه بر طبابت، پژوهشگر حوزه تاریخ پزشکی و مدیر انتشارات میرماه نیز هستند. این شانسی بود که ما آوردیم و ایشان با ما همکاری نمودند.

آقای دکتریزدی‌نژاد با توجه به اطلاعاتی که داشتند، و بیشتر پزشکان را می‌شناختند، حتی اشتباهات ما را نیز تصحیح کردند. خود من نیز فکر نمی‌کردم که روند کاری با این سرعت پیش برود، به ویژه که آغاز کار با بیماری کرونا همزمان گشت. اما با این وجود همت ایشان، کتاب را با سرعت به مرحلهٔ چاپ رساند.

مهندس اردوان سیف بهزاد: آشنایی خود من با آقای دکتر یزدی‌نژاد به واسطهٔ کتاب جناب آقای دکتر محمد سیاسی بود؛ کتابهای ارزشمند «طبیبان شاعر» و «پزشکی در شاهنامه». به مرور با ایشان آشنا شدم و امروز نیز تنها فرد مورد اطمینان من بودند که کتابهای پدرم را به ایشان سپردم. دکتر بهزاد پیش از هجرتشان بارها و بارها این مکالمه را با من داشت که هرزمانی من فوت کردم، تعدادی کتاب آمادهٔ چاپ دارم و این کتابها را به چاپ برسان، سالها از رفتن ایشان گذشت و امروز این زحمت بر دوش آقای دکتر یزدی‌نژاد عزیز افتاد و خبر خوش اینکه یکی از کتاب‌های پدر با نام " گیاهان معجزه ساز" در آستانهٔ تجدید چاپ قرار دارد.

خانم دکترفردوس شکرچیان: در تأیید صحبت‌های شما، آقای دکتر سال‌هاست که تصمیم به چاپ این نوشته‌ها دارد. پدران زمانی‌که به نصیحت فرزندانشان می‌پردازند، یک وصیت کوچکی نیز به همراه آن می‌نمایند، دکتر همواره در این دوران و طی سفرهایی که ما به دیدار فرزندانمان



می‌رویم، در روز آخر آنها را جمع کرده و به صحبت کردن با آنها می‌پردازد. انشالله که عمرشان دراز باشد، اما در صحبتهایشان به اهدای جسدشان به سالن تشریح دانشکدهٔ پزشکی اشاره نموده و پس از آن تاکید بر چاپ نوشته‌هایشان می‌کردند. یک روز به ایشان گفتم، چرا این موضوع را به گردن فرزندانمان می‌اندازی، اول اینکه آنها در خارج از کشور سکونت دارند، امکانات و دسترسی محدودی دارند، خودشان مشغلهٔ کاری مربوط به خود را دارند و این موضوع را از ذهن بیرون کنید که پس از شما شخصی به چاپ این نوشته‌ها بپردازد. درست است که فرزندانمان بسیار شایسته هستند، اما زندگی بسیار دشوار است. از این رو به ایشان گفتم اگر می‌خواهید که کتاب چاپ شود، خودتان باید دست به کار شوید. چند سالی نیز به دنبال یافتن شخص موردنظر برای چاپ بودیم . به نظر من یکی از پیشرفت‌های انسان این است که در زمان مشخص، فردمشخص و امکانات مشخص فراهم شود و خوشبختانه آقای دکتر یزدی‌نژاد شدند فرشتهٔ نجات ما و اصرار من بر این بود که این کار با تمامی دشواری‌ها به آینده موکول نشود.

مهندس اردوان سیف بهزاد: جناب استاد نازنین، موضوعی که جا دارد بدان اشاره نمایم، عجین شدن نام شما با اخلاق پزشکی است . من خودم به شخصه و با توجه به این‌که پیشه‌ام پزشکی نیست ، همواره با به میان آمدن نام شما، واژهٔ اخلاق پزشکی را به یاد می‌آورم، بماند که در این دوران نه تنها اخلاق پزشکی، بلکه اخلاق در تمامی زمینه‌ها دچار تزلزل گشته است.

دکترعبدالحمیدحسابی: اخلاق پزشکی، زمانی از دروس دانشکدهٔ پزشکی تهران بود، یعنی از همان دورانی که این دانشکده بنا شد، این درس از دروس اصلی پزشکی بود. اگر فراموش نکرده باشم، افراد بزرگی نیز در آن زمان به تدریس اخلاق پزشکی می‌پرداختند، در دوران ما، زنده‌یاد دکتر محمدحسین ادیب به تدریس اخلاق پزشکی می‌پرداخت. بعد از ایشان مرحوم دکتر غلامرضا یاسمی، فرزند دکتررشید یاسمی بزرگ به تدریس این درس پرداختند. درس اخلاق پزشکی در سال پنجم پزشکی ارائه می‌شد و جالب است که در ابتدای دورهٔ تحصیل نیز نبود. متاسفانه به تدریج با کناررفتن این بزرگان، این درس نیز کمرنگ شد و من چندین مقاله در این مورد نوشتم که این واحد درسی نباید حذف گردد. درست است که استادان ما به هنگام تدریس در زمینه‌های تشخیصی و درمانی همواره از اخلاق پزشکی نیز صحبت می‌کردند. آن زمان هم رسم بر این بود که در اوایل جلسه و پیش از آغاز درس، دانشجویان یکصدا استادان را به ارائهٔ نصیحت ترغیب می‌کردند. واقعاً شاید بعضی‌ها یکساعت به نصیحت می‌پرداختند و بیشتر آنها نیز به معرفی صفات یک پزشک واقعی می‌پرداختند و این مطالب کم‌وبیش در ذهن من نقش بست و از این رو هرزمان خود من نیز می‌خواستم به صحبت بپردازم، برای دانشجویان حتماً این موضوعات را ارائه می‌دادم.

مهندس اردوان سیف بهزاد: آقای دکتر عزیز، با توجه به اوضاع این روزها و شرایط بد اقتصادی، آیا اخلاق پزشکی در این دورانی که در آن حضور داریم وجود دارد؟

دکترعبدالحمید حسابی: متاسفانه اگر بخواهم در یک کلام بگویم، خیر! اما نمی‌توان گفت تمامی پزشکان اخلاق پزشکی را رعایت نمی‌کنند، زیرا باید

قبول کنیم که با توجه به شرایط این روزها واقعاً قابل اجرا نیست. خیلی از این مقالات من با هدف تلنگر به پزشکان بود. شیوهٔ رفتار با بیمار، نحوهٔ سخن گفتن، حتی زمان ورود و خروج بیمار بلند شوید و بدرقه‌اش کنید. چرا زمانیکه بیمار وارد می‌شود، حتی سرتان را بلند نمی‌کنید. برخی که حتی با همان سر رو به پایین می‌گویند: چه کار داری؟ بگو.

این حالتها متأسفانه وجود دارد. امیدوار هستم که این نوشته‌ها حداقل هشدار و شوکی برای برخی باشد تا آن را رعایت نمایند.

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: البته جناب آقای دکتر، مدتها بود که هجمه‌هایی شاید هدفمند بر علیه جامعهٔ پزشکی وجود داشت، اما این ویروس کرونا با تمامی بدیهایش نشان داد که در هر حال امید مردم پس از خدا به جامعه پزشکی است. نظر شما چیست؟

دکتر عبدالحمید حسابی: صحبت‌های شما کاملاً درست است، کرونا علاوه بر مردم، در جامعهٔ پزشکی نیز تغییری را ایجاد نمود و همدلی خاصی در همگان به‌وجود آورد؛ به ترتیبی که پزشک، پرستار، بهیار و حتی خدمهٔ بخش درمان در حال فداکاری بر بالین بیماران هستند. بیماری کرونا در حقیقت شوکی به برخی از افراد بود.

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: به موضوع اصلی برگردیم و از آقای دکتر یزدی‌نژاد عزیز خواهش کنیم که در مورد روند تدوین و چاپ کتاب و تجربه‌های خود به ما توضیح دهند.

دکتر علی یزدی‌نژاد: جناب آقای مهندس اردوان عزیز، از تلاش ارزنده‌ای که در ادامهٔ راه زنده‌یاد پدر بزرگوارتان در عرصهٔ شکوفایی فرهنگ می‌کشید سپاسگزارم. شخصیت گرانقدر جناب استاد دکتر حسابی و خدمات ارزشمندی که به سلامت مردم ایران و جامعهٔ پزشکی کرده‌اند به قدری درخشان است که بی‌نیاز از هر توصیفی است؛ به همین دلیل من از آن می‌گذرم و به موضوع گفتگوی امروز که پیرامون کتاب دلنوشته‌های استاد است، می‌پردازم. سعی خواهم نمود تا به اختصار به ویژگی‌های این اثر اشاره نمایم.

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های این اثر آن است که دربردارندهٔ مقالات متعددی در حوزهٔ اخلاق پزشکی است، موضوعی که جامعهٔ پزشکی برای حفظ ارزش‌های راستین خود همواره نیازمند آن است. دکتر حسابی از زمرهٔ استادانی بوده و هستند که به گفتهٔ بسیاری از همکاران و شاگردانش به آنچه می‌گفتند عمل می‌کردند. پایبندی استاد به اصول اخلاقی که مرتب در کلاس‌های درس و مقالاتشان به آن‌ها اشاره داشته‌اند، دلیل مهمی است که بتوانیم ایشان را به عنوان الگویی دانش‌پرور و اخلاق‌مدار به نسل جوان معرفی کنیم. شناساندن شخصیت‌هایی از این دست به عنوان یک مدل علمی و اخلاقی در جامعهٔ ایران بسیار مؤثرتر از معرفی شخصیت‌هایی است که در کشوری دیگر و در شرایط دیگر بالیده‌اند و به مدارج علمی والا رسیده‌اند. هرچند دانش‌پژوهان ما باید به آثار و زندگی آن شخصیت‌ها نیز توجه داشته باشند.

تجارب ارزندهٔ استاد دکتر حسابی در سالیان متمادی در بخش پرونده‌های پزشکی به عنوان دادیار سازمان نظام پزشکی موجب شد که ایشان بسیاری از دلایل نارضایی بیماران از پزشکان را دریابند و آن را به پزشکان به‌ویژه پزشکان جوان گوشزد نمایند.

موضوع دیگری که در نوشته‌های استاد به چشم می‌خورد و حاصل شخصیت اخلاقی ایشان به شمار می‌آید. قدرشناسی از پیشکسوتان و استادان پیشین و یاد کردن از ویژگی‌های انسانی و علمی آنان است. استاد تقریباً هر سال در سالروز وفات استاد زنده‌یاد پروفسور یحیی عدل مقاله‌ای درمورد ایشان نوشته و به این ترتیب ضمن زنده نگه‌داشتن نام ایشان، هربار با بیان یک مثال، یکی از خصایل اخلاقی و انسانی ایشان را بیان داشته‌اند.

این نوع آموزش که در قالب ارائهٔ مثال‌هایی واقعی به نسل امروز داده می‌شود، بسیار تأثیرگذارتر از آموزش‌هایی است که برای دانشجویان جوان قابل لمس نیست. پرداختن استاد به موضوعات مختلف از جمله مسایل ادبی و اهمیت آن‌ها، مسایل زیست محیطی، آموزش مبانی پیشگیری و حفظ سلامت در جامعه، نحوهٔ برخورد با بیماران و مراعات اصول اخلاقی در درمان آنان، معرفی شخصیت‌های برجستهٔ علمی و اخلاقی پزشکی و ... نشانگر شخصیت چندوجهی این استاد ارجمند و توجه ایشان به زوایای گوناگون زندگی و انسان است.

این کتاب اما یک ویژگی بسیار برجسته دارد و آن این‌که این کتاب حاصل تعامل ارزندهٔ میان استاد و همسر گرانقدرشان سرکار خانم دکتر شکرچیان در زمانی به درازای بیش از نیم قرن است. این تعامل ارزنده خود می‌تواند به عنوان الگویی ارزشمند سرلوحهٔ جامعهٔ دانشگاهی و پزشکی قرار گیرد.

من این بحث مفصل را همین جا خاتمه می‌دهم و به همین اندک بسنده می‌کنم. در پایان باید اشاره کنم که جدا از ارادت بنده به جناب استاد دکتر حسابی به اندازه‌ای مطالب این دلنوشته‌ها برای شخص من جذابیت داشت که اگر این کار را انجام نمی‌دادم، تا پایان عمر حتماً خود را سرزنش می‌کردم.

ضمناً باید اشاره کنم که دو عامل مهم موجب شد تا این کتاب در کم‌ترین زمان ممکن به مرحلهٔ چاپ برسد؛ اول دردسترس بودن مطالب دسته‌بندی شده و مرتبی که استاد طی ۶۰ سال به دقت گرد آورده بودند و دوم همکاری، نظارت و حمایت‌های همه جانبهٔ مادی و معنوی که سرکار خانم دکتر شکرچیان انجام دادند. برای هردوی این بزرگان تندرستی و بهروزی آرزو می‌کنم.

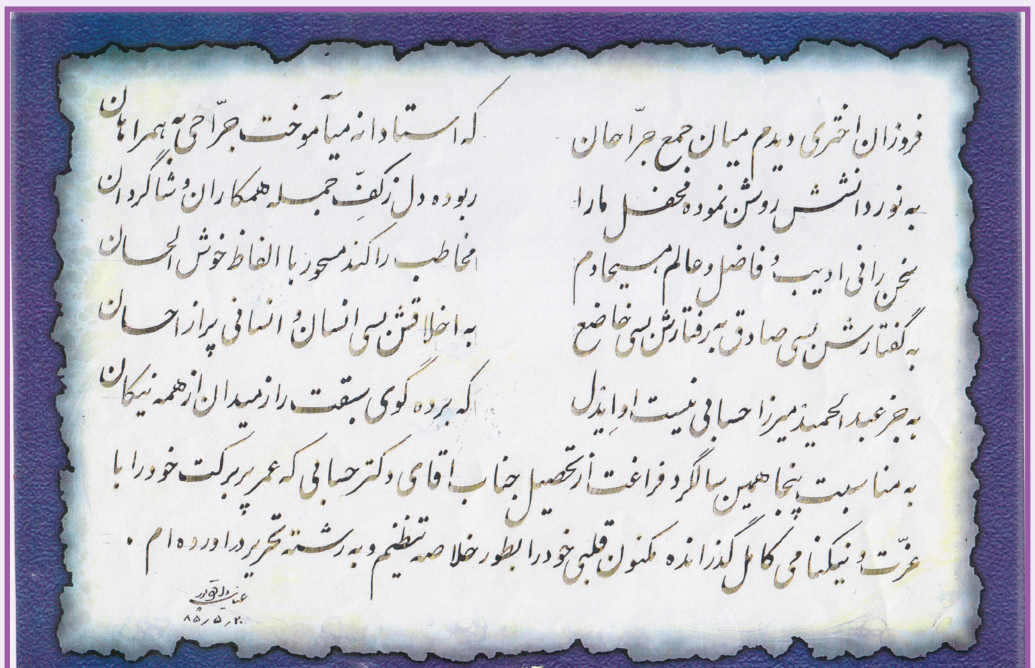
خانم دکتر شکرچیان: ما در منزل قبلی دو طبقه داشتیم و تمام میزها و قفسه‌ها، حتی روی میز پینگ پونگ، تمام پوشیده از کاغذ بود و تصور کنید تمام فضای منزل کاغذ چیده شده، تصور کنید حتی هنگام نظافت نیز نباید این کاغذها جابجا می‌شد.

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: به موضوع جالبی اشاره فرمودید که این اخلاقیات در افراد محقق و ادیب مشترک است. ما هم در منزل با همین شرایط روبرو بودیم و به‌یاد دارم هرزمان که مادرم به نظافت کتابخانهٔ پدر می‌پرداخت، پدر که شب‌هنگام از راه می‌رسید با یک نگاه متوجه تغییراتی می‌گردید و در گام اول کتابهایش را جابجا می‌نمود. در پایان بحث اخلاق پزشکی و پایبند بودن آقای دکتر حسابی به صحبت‌های خود، به خاطرهٔ نخستین دیدارم با جناب استاد بازمی‌گردم، زمانی‌که پدرم را تازه از دست داده بودم و فراموش نمی‌کنم که ایشان با بزرگ‌منشی خود به دیدار من در دفتر پزشکی امروز آمدند و به‌طوریکه طی این بیست‌وچند سال همواره از طریق تلفن با دفتر نشریه در ارتباط بودند. این تواضع و فروتنی جناب آقای دکتر بر هیچ یک از افرادی که ایشان را از نزدیک می‌شناسند پوشیده نیست. جناب آقای دکتر در این سال‌ها همواره یاد استادِ فقید پروفسورعدل را زنده نگاه داشتید، شما نیز از شاگردان ایشان بودید، در مورد این مرد بزرگ صحبت کنیم.

دکتر عبدالحمید حسابی: زمانی که ما رزیدنت شدیم، تعدادمان ۱۶ نفر بود و همه در تعجب که در یکسال این تعداد رزیدنت گرفته شده است. آن زمان رزیدنت‌ها را با توجه به فعالیت‌شان در دورهٔ انترنی جذب می‌کردند. در بیمارستان سینا آنهایی که فعال‌تر بودند استاد مربوطه آن را در نظر می‌گرفت. حتی به‌یاد دارم، برخی از شاگردان آن‌قدر کار کرده بودند که زودتر حکم رزیدنتی آنها نوشته می‌شد. اما آن سالی که ما بودیم، همه تمایل به کار با پروفسورعدل را داشتند و همگی هجوم آورده بودند، به همین دلیل تعداد رزیدنت‌ها را افزایش داد. ما که وارد بیمارستان سینا شدیم، آن زمان دورهٔ جراحی ۳ ساله بود و رزیدنت‌های سال سومی بسیار علاقمند به عمل جراحی بودند، هر بیماری که نیاز به جراحی داشت را می‌خواستند خودشان عمل نمایند. حتی کار به جایی می‌رسید که سال سومی‌ها بیمارانِ رزیدنتِ سال دومی، و سال دومی‌ها نیز زورشان به سال اولی‌ها می‌رسید. نکتهٔ جالب این بود که تعداد سال سومی و دومی آن زمان هر کدام چهار یا پنج نفر بود و این افراد یک‌مرتبه با ۱۶ رزیدنت سال اولی مواجه می‌شدند که همگی می‌خواستند عمل جراحی نمایند که همین موضوع کار را به درگیری در بیمارستان سینا کشاند. گاهی اوقات حتی به بحث و جدل می‌کشید که کدام سال باید این عمل را انجام دهد. این قضیه سبب شد که استادان از پروفسور عدل خواستار رسیدگی به این موضوع را نمایند. از سوی دیگر آن زمان رزیدنتها شخصی را به‌عنوان Chief انتخاب می‌نمودند که کارهای دفتری را انجام دهد. هرسال نیز اول دورهٔ رزیدنتی انتخابات از میان رزیدنت‌ها صورت می‌گرفت. همواره نیز شخصی از سال سوم در اغلب اوقات انتخاب می‌شد. اما آن سال باتوجه به تعداد بالای ما، تمام سال اولی‌ها برآن شدند که از میان آنها شخصی انتخاب گردد. اینجا بود که قرعه به نام من افتاد. خواه ناخواه با توجه به درگیری‌هایی که اشاره کردم، مسئولیتی به گردن من افتاده بود، با چند تن از همکلاسی‌های خود فکر کردیم و به دو راهکار رسیدیم. طی دیداری که در اتاق پروفسورعدل با ایشان داشتم، با وی این موضوعات را درمیان گذاشتم که پیشنهاد اول این است که تعداد سالهای رزیدنتی در عوض ۳ سال به ۴ سال افزایش دهید که این تعداد بتوانند به اندازهٔ کافی عمل‌هایی که لازم است را انجام دهند. آن زمان هم تمامی عمل‌ها از ارتوپدی و ارولوژی گرفته تا زنان را انجام می‌دادیم تا به مهارت کامل برسیم. پیشنهاد دوم هم این بود که سال آینده شما رزیدنت نگیرید تا این ۱۶ نفر بتوانند کار اساسی انجام دهند. پروفسور فکری کردند و گفتند پیشنهاد اول بد نبود، ولی پیشنهاد دوم لوژیک (عاقلانه) نیست. خلاصه از این مکالمه گذشت و صحبتی نیز پیرامون این داستان پیش نیامد. جالب اینکه سال بعد، پروفسور رزیدنتی نگرفت و دوره را نیز بعد از مدتی به چهار سال افزایش داد. به این ترتیب میزان عمل‌هایی که انجام دادیم بسیار بالا رفت و همکاران مهارت بالایی کسب نمودند.

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: نام بعدی که بدان اشاره می‌کنم، زنده‌یاد دکتر اقبال است.

دکتر عبدالحمید حسابی: دکتر اقبال ابتدا به ساکن در بیمارستان رازی مشغول به کار بودند، پس از افتتاح بیمارستان هزار تختخوابی که پس از انقلاب با نام امام خمینی آن را می‌شناسیم، به بخش عفونی آنجا آمدند. دکتر اقبال صفات بسیار خوبی داشتند، اما اگر به نکتهٔ کوچکی اگر بخواهم اشاره نمایم، نسبت به بیماری‌های عفونی آنقدر تجربه داشت که هنگام ورود به بخش یا اتاق، با بو کشیدن متوجه بیماری می‌گشت. برای نمونه می‌گفتند بوی تیفوس می‌آید یا بوی تیفوئید می‌آید، ببینید چه قابلیتی داشتند. از روی بوی عرق بیمار متوجه این موضوع می‌شد. برخی تصور می‌کنند که دکتر اقبال فقط کار سیاسی انجام می‌داده، در صورتیکه از نظر علمی بسیار پزشک برجسته‌ای بود.


فروزان اختری دیدم میان جمع جراحان
که استادانه میآموخت جراحی به همراهان
به نور دانشش روشن نموده محفل ما را
ربوده دل ز کف جمله همکاران و شاگردان
سخن رانی ادیب و فاضل و عالم مسیحادم
مخاطب را کند مسحور با الفاظ خوش الحان
به گفتارش بسی صادق به رفتارش بسی خاضع
به اخلاقش بسی انسان و انسانی پر از احسان
به جز عبدالحمید میرزا حسابی نیست او ایدل
که برده گوی سبقت را ز میدان از همه نیکان
به مناسبت پنجاهمین سالگرد فراغت از تحصیل جناب آقای دکتر حسابی که عمر پربرکت خود را با عزت و نیکنامی کامل گذرانده مکنون قلبی خود را بطور خلاصه تنظیم و به رشته تحریر درآورده ام.
عنایت داوودپور
۸۵/۵/۲۰

اهدایی از سمت جناب آقای دکتر عنایت داوودپور

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: آقای دکتر مهدی آذر...

دکتر عبدالحمید حسابی: دکتر آذر به لحاظ تشخیص فوق‌العاده بود، خیلی اصرار به تجربهٔ سمیولوژی توسط دانشجویان داشت، به‌طوریکه برای نمونه بیمار قلبی را هنگامی‌که گوشی را روی قلب او می‌گذاشت، تمامی دانشجویان را به صف می‌کرد تا به طنین صدا و نوع ضربان و . . . گوش دهند و پیرامون آن توضیح می‌داد. تا از شنیدن این صدا مطمئن نمی‌شد دست‌بردار نبود. یا برای مثال گوش دادن به صدای ریه . . .

دکتر علی یزدی‌نژاد: آقای دکتر، آن زمان روابط اقتصادی میان پزشک و بیمار چگونه بود؟ در آن زمان که نه کتاب کالیفرنیا و نه کتاب تعرفه‌ای بود.

دکتر عبدالحمید حسابی: اغلب این استادان، عددی برای ویزیت تعیین نمی‌کردند، هرمیزانی را قبول می‌کردند. تا همین اواخر پروفسور عدل برای عمل جراحی آپاندیسیت ۷۰۰ تا تک تومن دریافت می‌کردند.

دکتر علی یزدی‌نژاد: تا چه سالی پروفسور عدل عمل می‌کردند؟

دکتر عبدالحمید حسابی: ایشان در سن ۹۲ سالگی نیز عمل کرد، یکی از رزیدنت‌های سابقشان که بیمار بود، نزد ایشان مراجعه نمودند و گفتند من می‌خواهم شما مرا عمل کنید و استاد پذیرفت.

دکتر علی یزدی‌نژاد: جدا از صفات انسانی ایشان، آیا پروفسور عدل واقعا از لحاظ دانش و تکنیک، جراح متفاوتی بود؟

دکتر عبدالحمید حسابی: بله، دست جراحی فوق‌العاده‌ای داشت.

خانم دکتر فردوس شکرچیان: من سابق بر این همواره این موضوع را متذکر می‌شدم که اگر من و یا فرزندانم نیاز به جراحی داشتیم، باید دکتر حسابی ما را عمل نمایند. هرگز به این موضوع گوش نمی‌کردم که هرگز یک پدر یا همسر نباید دست به عمل جراحی بزند، و همواره به ایشان می‌گفتم اگر برای ما اتفاقی افتاد خودت باید ما را عمل کنید، چون اگر قرار بر جراحی توسط یک جراح ماهر باشد، باید تو خودت باشی، و ایشان این کار را کردند.

دکتر علی یزدی‌نژاد: آقای دکتر حسابی، شما هنگام عمل جراحی روی خانم دکتر، استرس متفاوتی داشتید؟

دکتر عبدالحمید حسابی: به هیچ عنوان، من خودم تقریباً تمامی عمل‌ها را راحت انجام می‌دادم.

خانم دکتر فردوس شکرچیان: یکی از ویژگی‌های دکتر حسابی این بود که بیمار خود را عاشقانه دوست داشت، به همین دلیل اصرار داشتم که خود ایشان ما را عمل نماید.

مهندس اردوان سیف‌بهزاد: ضمن سپاس و قدردانی از شما جناب استاد، امیدوارم که این حرکت شما سبب گردد تا سایر استادان بزرگوار دیگر نیز در این مسیر قدم نهاده و به مکتوب نمودن خاطرات خود بپردازند. در انتها از سوی آقای دکتر سالک عزیز که جایشان در این محفل خالیست و خوانندگان نازنین از حضرتعالی قدردانی می‌نماییم.

طراح گرافیست روی جلد: خانم مهدیه ناظم‌زاده
عکاس: آقای عماد فرخی

مقابله با ملانومای پیشرفته در دوران بارداری

کِلی (**Kelly**) در هفتهٔ ۲۶ام بارداری خود به سرمی بُرد که برخی تغییرات را در سمت چپ بدنِ خود مشاهده نمود. اینجا بود که مراجعه به پزشکان مختلف جهت بررسی دلیل این نشانه ها به فهرست امور مربوط به بارداری وی اضافه گردید، او متوجه شد که این نشانه‌ها از ابتلای وی به سرطان‌پوست خبر می‌دهند.**کلی** می‌گوید:« ملانومای مرحلهٔ چهار در من تشخیص داده شد، که از ناحیهٔ زیر بغل آغاز و به مغز سرایت کرده‌بود و تهدیدی جدی برای خودم و فرزندم بود.»

طی سالیان گذشته، پژوهشگران همواره درگیر مطالعهٔ مواردی نظیر **کِلی** بودند تا به نتایجی پیرامون این دسته از بیماری‌ها رسیده و به بررسی نتایج احتمالی آن‌ها در مادران باردار بپردازند. « درگذشته چنین عقیده‌ای وجود داشت که زنان باردار مبتلا به ملانوما، پیش‌آگهی بسیار حادتری نسبت به سایرین داشتند. امروزه دانشمندان طی انجام پژوهش های کنترل شدهٔ بسیار ، به این نتیجه دست یافتند که زنان باردار مبتلا به مراحل ابتدایی ملانوما دارای پیش‌آگهی مشابه زنان غیر باردار (مبتلا به مرحلهٔ مشابه ملانوما) هستند.» در حالی که آکادمی پوست و مو آمریکا (AAD) دستورالعمل‌های جدیدی برای درمان ملانوما در زنان باردار تهیه و تدوین نموده است، هر بیمار دارای شرایط ویژهٔ خود بوده و وی باید پیرامون هر مورد با یک پزشک مشورت نماید.

در این مقاله به بررسی دو مورد از ابتلای زنان باردار به ملانوما پرداخته شده که در ادامه بدان اشاره خواهد شد.

• اهمیت تشخیص زودهنگام بیماری :

ملانوما از رایج‌ترین سرطان‌ها در زنان جوان، به ویژه در سال‌هایی است که توانایی باردار شدن داشته باشند. مطابق با یک پژوهش صورت گرفته در کشور نروژ که رایج‌ترین بدخیمی را در دوران بارداری ملانوما معرفی و به تنهایی سهم ۳۱ درصدی از کل بیماری‌ها و بدخیمی‌های دوران بارداری را از آن خود نموده‌است. با این حال، پیش‌آگهی مربوط به هر بیمار، وابسته به عوامل متعددی است.

هنگامی که‌سرطان سلول‌پایه‌ای (basal cell carcinoma) و سرطان سلول سنگفرشی (squamous cell carcinoma (SCC)، که گاهی با عنوان سرطان‌های پوستی غیر ملانومایی (non-melanoma skin cancers:NMSCs) شناخته می‌شوند، در مراحل نخستین تشخیص داده شوند، دراغلب اوقات دلیل نگرانی نخواهند بود. همین شرایط برای ملانوماهایی که هنوز بسیار ناچیز هستند و در ابتدایی‌ترین مراحل خود وجود دارند، صادق است. روش‌های درمانی از طریق برش و جراحی (از جمله نوع خاصی از عمل جراحی سرطان پوست معروف به جراحی میکروگرافی Mohs) ، با استفاده از بی حسی موضعی لیدوکائین ، که در دوران بارداری بی خطر است و هیچ‌گونه ضرری برای کودک ایجاد نمی‌کند. استفاده از این روش درمانی طی دوران بارداری توسط پژوهشگران در خانم های دچار ملانوما پیشنهاد گردیده و بهره‌گیری از هر روش دیگری را در دورهٔ بارداری توصیه نمی نمایند .

اما این روش نیز به هنگام بارداری هشدارها و توصیه های ویژهٔ خود را به همراه دارد ، اگر توموری بزرگ‌تر باشد، برش جراحی بزرگتر مورد نیاز خواهدبود، این بدین معناست که میزان بیشتری از بی حسی موضعی باید استفاده شود. و این موضوع در دورهٔ بارداری نگران‌کننده است، گروه پزشکی شامل پزشک متخصص زنان ، متخصص پوست و مو و آنکولوژیست بیمار باید بایکدیگر در ارتباط باشند تا گام‌های مناسب را انتخاب نمایند. درمان ملانومای پیشرفته به ویژه زمانی‌که سرطان به غدد لنفاوی یا اندامهای دورتر گسترش یافته است، فارغ از این که بیمار باردار باشد یا خیر، دشوارتر است. و متاسفانه عوارض در زنان باردار بیشتر هستند.

• آیا بارداری بر احتمال بروز سرطان پوست تاثیرگذار است ؟

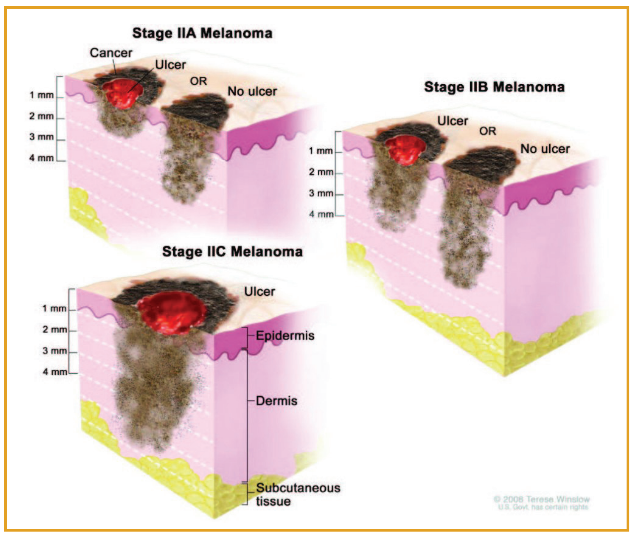
پیرامون بارداری و تاثیر آن بر بروز سرطان بحث و حتی مجادله بسیار است و نظریه های متفاوتی وجود دارد . برخی تغییرات هورمونی را محرکی برای بروز سرطان دانسته اند و گروهی دیگر بارداری را سبب کاهش خطر ابتلا در بلندمدت به سرطان می دانند . اگر زمان گذاشته و در فضای مجازی به گشت وگذار بپردازید ، به پاسخ روشن و قطعی پیرامون این موضوع نخواهید رسید، اما بنیاد سرطان پوست آمریکا معتقد است ، ممکن است بارداری روی سرطان پستان و تخمدان تاثیرگزار باشد ، اما تا به امروز هیچ‌گونه مدرکی مبنی بر ارتباط مستقیم بروز سرطان پوست و بارداری یافت نگردیده است .

• عوارض تشخیصی :

همان‌گونه که اشاره گردید ، بارداری خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش نمی دهد ، اما شیوهٔ مبارزه بدن با این بیماری را به طور حتم تغییر می‌دهد.

به پروندهٔ **کِلی** بازگردیم، آنکولوژیست او که دکترای پزشکی و استادیار آنکولوژی پزشکی ملانوما در مرکز سرطان ام.دی اندرسون دانشگاه تگزاس می باشد، معتقد است:«در دوران بارداری،توان دستگاه دفاعی بدن و سیستم تشخیصی سرطان تضعیف می‌گردد، چرا که در این دوران دستگاه ایمنی بدن درعوض مادر، وظیفهٔ محافظت از جنین را برعهده دارد.»

زنان باردار باید معاینات منظم پوستی را توسط متخصص پوست،ادامه دهند. اگر پزشک متوجه ضایعهٔ مشکوکی گردد ، بیوپسی، مانعی ندارد. اگر تشخیص، ملانوما باشد،با توجه به این که بیمار در کدام دوره از بارداری خود به‌سر می برد، روش‌های تشخیصی بیشتری نیاز است. در ملانوماهایی که به ضخامت ۸ میلی‌متر رسیده‌اند، یا فراتر از محدودهٔ غدهٔ اصلی گسترش یافته‌اند،با بیوپسی از غدد لنفاوی محافظ (sentinel lymph node biopsy (SLNB) می توان تشخیص داد که آیا سلول‌های متاستاتیک به غدد لنفاوی رسیده‌اند یا خیر. تاخیر در درمان سرطان به ویژه درصورت گسترش آن در بدن توصیه نمی‌گردد. استفاده از بیهوشی عمومی (برای نمونه در SLNB) درسه ماههٔ نخست بارداری اجتناب گردد. پس از آن، یک SLNB اصلاح شده، با اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از واکنش‌های‌آلرژیک احتمالی، می‌تواند انجام‌گردد.



• مراحل پیشروی سرطان و جنین :

ملانوما گونهٔ بسیار تهاجمی از سرطان است که در صورت متاستاز، به هر نقطه ای از جمله جفت (Placenta) ممکن است گسترش یابد.در افراد مبتلا به ملانومای پیشرفته، به این معنی که سرطان فراتر از ناحیهٔ اصلی گسترده شده باشد، خطر بالایی در انتقال سرطان به جفت دارند. با این حال، حتی اگر ملانوما به بافت جفت انتقال یابد ، فقط در یک چهارم موارد جنین مبتلا می‌شود. محققان معتقدند که گروه بسیار اندکی از زنان هستند که درگیری جنینی داشته‌اند و درمان به صورت مورد به مورد در حال انجام است.

اگر مادر در حین بارداری تحت درمان ملانوم قرار گرفت ، پزشکان پس از زایمان جفت را با دقت برای وجود نشانه های ملانوما بررسی می‌نمایند. این موضوع بدان معنا نیست که نوزاد تازه متولد شده با ملانومای فعال به دنیا می‌آید، بلکه این نوزادان احتمال دارد که تا چند سال ابتدایی پس از تولد به این بیماری مبتلا شوند و مشاوره با یک متخصص پوست و موی کودکان جهت انجام معاینه‌های پوستی به عنوان یک اقدام احتیاطی توصیه می‌گردد.

این مسئله، نگرانی بزرگی برای پزشکان **کِلی** بود که جفت نوزاد را پس از زایمان جهت انجام ارزیابی به آزمایشگاه ارسال نمودند. خوشبختانه، سرطان در جفت گسترش نیافته بود.

• تفاوت درگزینه های درمانی در ملانومای پیشرفته :

هنگامی که سرطان پیشرفته می‌شود، گزینه‌های درمانی ممکن است در دوران بارداری محدود شوند. رادیوتراپی مجاز نمی‌باشد، چرا که به بدن و در نتیجه به نوزاد آسیب وارد می‌کند. از ایمونوتراپی نیز، که تبدیل به روش درمانی پیشرو در درمان ملانوما شده‌است، باید اجتناب شود. سیستم ایمنی نوزاد هنگامی که در رحم مادر قرار دارد، رشد نموده و اگر ایمونوتراپی در حین بارداری انجام شود که سیستم ایمنی بدن همچنان در حال توسعه است ، منجر به ایجاد یک وضعیت خود ایمنی (Autoimmune) شده و نوزاد نمی‌تواند زنده بماند زیرا سلول های T در جنین، به بدن حمله ور می گردند.

با توجه به پیشرفته بودن سرطان **کِلی**، متخصص زنان و زایمان وی بلافاصله با ام.دی اندرسون جهت مشاوره تماس گرفت تا پیرامون عوارض و پیچیدگی‌های این پرونده، با آن‌ها به بحث بپردازد. کودک وی نیاز به زایمان سریع داشت ، زیرا تنها گزینهٔ درمانی برای او(ایمونوتراپی)، در دوران بارداری منع شده‌بود. پزشکان وی معتقدند که هیچ راهی برای درمان یک زن باردار که ملانوما به مغزش سرایت کرده‌است وجود ندارد.

کِلی به خاطر می‌آورد که:« من روز بعد در

◁◁◁

بیمارستان بستری شدم و به من گفته شد، شما به احتمال زیاد این نوزاد را پیش از ترک، به دنیا خواهید آورد». پیش از آن که این داستان او را به هوستون ببرد تا در آن‌جا تحت مراقبت پزشکی قرار بگیرد، در بیمارستان محلی خود در کالیفرنیا یک سزارین انجام داد. نوزاد دخترش به علت تولد پیش از موعد، برای چهار ماه در بخش مراقبت‌های ویژهٔ نوزادان (NICU) باقی‌ماند، اما از سایر جنبه ها سالم تشخیص داده‌شد.

۱۰ روز پس از زایمان **کِلی**، جراحان ضایعات (Lesion) را از مغزوی و ۲۸ غدهٔ لنفاوی در زیر بغل چپ وی خارج نمودند. پس از گذراندن دوران نقاهت، وی ایمونوتراپی را آغاز نمود. **کِلی** می‌گوید: «حدود یک ماه بعد، مصرف داروی «Keytruda (pembrolizumab)» را آغاز نمودم، که همچنان هر سه هفته یک بار مصرف می‌کنم.» وی همچنین دو عمل جراحی (Gamma Knife) داشت، یک روش غیر تهاجمی که شامل استفاده از اشعه گاما است که روی نقاط دارای تومور در مغز تابیده می‌شود.

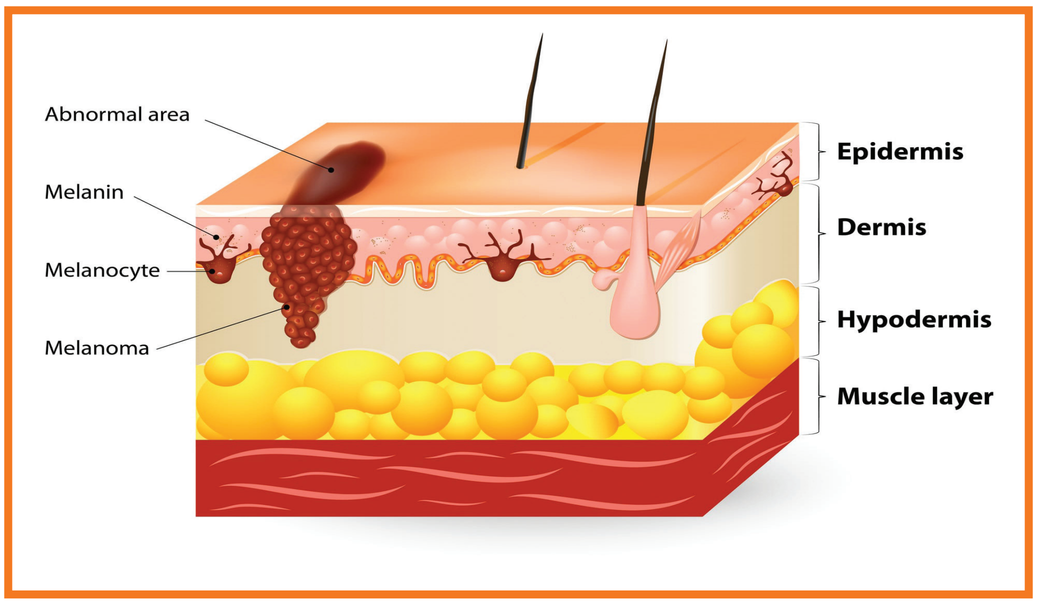
نقشهٔ درمانی **کِلی** با دقت توسط یک گروه پزشکی طراحی شد، آنها با طراحی برنامه‌ای مناسب بهترین نتیجه را برای او و کودک به ارمغان آوردند. خوشبختانه برای وی، بارداری او به اندازه‌ای بود که می‌توانست نوزاد را با خیالی آسوده به دنیا آورد، اما متأسفانه برای برخی از خانم‌ها، ممکن است با انتخاب‌های دشوارتری روبرو شوند.

• تصمیم های دشوار:

زنی جوان به نام **JB** که البته تمایلی به فاش شدن نام خود نداشت، با ۳۱ سال سن با اتفاقی غیر قابل تصور روبرو شد. او می‌گوید: «من در سه ماههٔ نخست بارداری، مبتلا به ملانومای مخاطی (mucosal melanoma) مرحلهٔ ۲ تشخیص داده شدم.» ملانومای مخاطی نوعی نادر و تهاجمی است که مشخصه‌اش بروز ملانوما در غشاء مخاطی مانند مجاری بینی و دستگاه تناسلی زنان می باشد. پیش‌آگهی بسیار غم انگیز بود، ۵ درصد احتمال زندگی برای ۵ سال دیگر، اگر تحت درمان قرار نگیرد.

JB که در آن دوران پسری ۱ ساله داشت، حین بارداری تحت جراحی قرار گرفت تا تومور اصلی برداشته شود، این غده تا ۶ سانتی‌متر رشد داشت و به غدد لنفاوی نیز انتشار یافته بود. گروه پزشکی پس از ارزیابی نتایج بیوپسی، به او دو راه‌کار ارائه نمودند. پیشنهاد نخست حفظ نوزاد تا زمان فراهم آمدن شرایط مناسب جهت زایمان زودرس بود، اما احتمال زیادی وجود دارد که سرطان به جنین نیز سرایت یابد. ملانومای متاستاتیک، آن‌قدر تهاجمی است که پزشکان وی، رشد کامل کودک در رحم مادر را تضمین ننمودند. گزینهٔ دیگر پیش‌روی او ایمونوتراپی یا زیست-شیمی درمانی (Bio–Chemotherapy) بود، که هردوی آن‌ها به احتمال زیاد سبب سقط جنین می‌شدند. پزشک وی معتقد است: «در مورد بیماری مثل **JB**، پزشک وظیفه دارد، گفتگویی جدی با خود بیمار و خانوادهٔ او پیرامون گزینه‌های پیش‌رِو داشته‌باشد.» به علت وخامت شرایط **JB**، با راهنمایی‌های پزشکان، بارداری خود را سقط نمود تا بتواند روش‌های درمانی را دریافت نماید که زندگی او را نجات دهند. اگر خانواده معتقد باشند که زندگی کودک مهم‌تر است، و بدن مادر به عنوان یک انکوباتور برای رشد و تکامل کودک استفاده شود، احتمال آن وجود دارد که مادر نتواند به میزان مورد نیاز دوام بیاورد و کودک نیز به همراه او از بین برود.

کِلی، که در آن زمان مادر یک جفت کودک دوقلو بود، می‌گوید: «شما چاره ای به غیر از تفکر عاقلانه ندارید، دو کودک در خانه به همراه یک مادر به طور حتم بهتر از سه کودک بدون مادر است.»



دو هفته پس از آن عمل، **JB** به مدت سه ماه تحت مراقبت‌های ویژهٔ درمانی قرار گرفت. چهار نوع مختلف زیست-شیمی درمانی با تجویز روزانهٔ اینترفرون، بر روی او انجام شد. طی این دوران وی در بیمارستان بستری بود، یعنی به این صورت که او به مدت یک هفته در بیمارستان، برای هر بار انجام این فرآیندها، در بیمارستان بستری می‌شد. در پایان درمان اولیه، **JB** یک عود مجدد سرطان را تجربه نمود، که در نتیجه آنکولوژیست وی را مجبور به تغییر روش درمان به ایمونوتراپی نمود. یک عمل جراحی دیگر و سپس یک دورهٔ پرتودرمانی، سرانجام سبب پاک‌سازی سرطان از بدن او شدند.

JB هم‌اکنون در مرحلهٔ بهبودی است، علیرغم این که روش‌های درمانی فرساینده و وحشتناک، به بهای از دست رفتن کودک وی تمام شدند. او می‌گوید: «این اتفاق مرا دچار یائسگی زودرس نمود، و متاسفانه من دیگر قادر نخواهم بود که کودک دیگری را در رحم خود حمل کنم.» او مدتی است که به بررسی گزینه‌های خود برای داشتن فرزندان بیشتر در آینده مشغول است.

تنها یکی از هر هزار بارداری درگیر با عوارض سرطان است و رقم تعداد بارداری‌های درگیر با ملانوما از این مورد نیز کم‌تر است. در صورت مشاهدهٔ نشانه های مشکوک، تشکیل یک گروه پزشکی مناسب و طراحی بهترین روند درمانی از مهمترین اقدامات است. علاوه بر متخصص زنان و زایمان و متخصص پوست، یک جراح آنکولوژیست، یک متخصص طب مادروجنین، و یا یک رادیولوژیست ممکن است در این موارد نادر اما خطرناک، مشارکت داشته‌باشند. ارتباط پیوسته و به روز این گروه منجر به دریافت بهترین روند درمانی خواهد شد. نه فقط در سرطان پوست بلکه این راهکار به عنوان گزینه‌ای اساسی در اغلب سرطان‌های دورهٔ بارداری، در نظر گرفته می شوند.

امروز، **کِلی** پاسخ کاملی به درمان داده و دختر کوچک او، کودکی سالم و تندرست دوساله است. او هر چهار ماه یک بار برای اسکن کامل بدن خود اقدام می نماید. **JB** نیز طی دو سال گذشته عاری از سرطان بوده‌است و از وقت گذراندن با پسرش که اکنون چهار ساله است، لذت می‌برد. او هر سه ماه یک بار تحت اسکن قرار می گیرد.

کلی معتقد است: «با خودتان صادق باشید. اگر چیزی به نظر جدید می رسد یا دچار تغییراتی شده‌است، شرمسار نشوید. بلافاصله برای بررسی و کنترل نمودن آن مورد اقدام نمایید، هرچه زودتر بیماری تشخیص داده‌شود، بهتراست.»

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
۸۸۳۷۱۰۰۱-۴ ۰۹۱۲۸۱۳۶۸۳۹
99-2001

شرایط اشتراک نشریه پزشکی امروز

شیوهٔ ارسال	مدت‌زمان‌اشتراک	هزینه-تومان
عادی	شش ماه	۱۰۵,۰۰۰
عادی	یک‌سال	۱۹۵,۰۰۰
سفارشی	شش ماه	۱۶۵,۰۰۰
سفارشی	یک‌سال	۲۵۵,۰۰۰

شماره کارت واریز: ۶۲۱۹-۸۶۱۰-۱۴۳۶-۲۵۶۹
بانک سامان، مهندس اردوان سیف بهزاد
پس از واریز با شمارهٔ ۰۲۱-۸۸۸۳۷۰۰۱ تماس حاصل فرمایید

نگاهی گذرا بر موضوع تراریخته در ایران

دکتر احمد رهنمای چیت‌ساز

داروساز

مشخص نیست که در ایران محصولات تراریخته از کجا به چه میزان و یا در قالب کدام نوع از محصولات وارد شده و یا به‌عنوان مواداولیه در کدام گروه مواد غذایی می‌شود، متأسفانه سالیان سال است که "محصولات غذایی تراریخته وارداتی" مانند ذرت و سویای تراریخته وارد سبد غذایی خانوارهای ایرانی شده و طیف زیادی از خانواده‌ها بدون آنکه اطلاعی از ماهیت دستکاری‌شده ژنتیکی این محصولات غذایی داشته باشند، اقدام به مصرف آن می‌کنند.(خبرگزاری تسنیم)

در دو پژوهشی که پیرامون موادغذایی فرآوری شدهٔ ذرت مانند پاپ‌کورن و امثال آن انجام گرفته است در حدود یک چهارم این محصولات ذرت تراریخته پیدا شد.

در سال ۱۳۹۸ ، دبیر انجمن صنایع روغن نباتی ایران اعلام کرد که بیش از ۸۵ درصد روغن‌های سویا در ایران تراریخته هستند و ۹۰ درصد کشورهای دنیا نیز از محصولات تراریخته استفاده می‌کنند.(خبرگزاری ایسنا)

•برنج طارم مولایی تراریخته:

در سال ۲۰۰۴ ایران اعلام کرد که برنج طارم مولایی ، برنج تراریخته ای که به دو کرم ساقه خوار برنج مقاوم است ، در سطح تجاری کاشته و تولید نموده است. خبری که انعکاس وسیعی داشت و کشورهایی مانند هند و چین که از بزرگترین تولید کنندگان تراریخته‌ای هستند و برنج از موادغذایی اصلی مردمانشان است، دست به چنین اقدامی نزده‌اند. گفته شد که۵۰ تا ۱۰۰ هزار هکتار، زیرکشت برنج تراریخته رفت و محصول نیز آمادهٔ ورود به بازار بود که در دولت نهم اجازه خروج از انبارها بدان داده نشد، چرا که قوانین ثابتی در زمینه ایمنی و سلامت این محصول وجود نداشت.هم‌اکنون برخی از محصولات غذایی موجود در بازار کشورمان "تراریخته" است اما به‌دلیل عدم درج اطلاعات تراریختگی بر روی برچسب این محصولات (عدم اجرای قانون برچسب‌گذاری) مصرف‌کنندگان امکان تشخیص این محصولات را ندارند.

عضو اتحادیه ملی محصولات کشاورزی با اشاره به واردات سالانه ۵ میلیارد دلار محصولات تراریخته به کشور خبر داد و وی درباره تولید محصولات تراریخته در کشور نیز اظهار کرد: مقداری از این محصولات به شکل آزمایشی در کشور تولید و حتی برنج در سال ۸۳، در طبیعت رهاسازی شده است؛ با استناد به گزارش مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، صدها کشاورز در سال ۸۳، این نوع برنج را کشت کرده‌اند!

ماهنامه

پزشکی امروز

علمی

شماره ۱۲۳۶ سال سی‌ام ، ۱۶ صفحه

تیر ماه ۱۳۹۹

صاحب امتیاز و سردبیر:

مهندس اردوان سیف‌بهزاد

مدیرعلمی : دکتر برزو سالک

زیرنظر شورای نویسندگان

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

تلفن: ۸۸۸۴۲۲۴۰

نسخه های الکترونیک مجزا از نشریه را از سایت پزشکی امروز دریافت نمایید.

وب‌سایت: www.pezeshkyemrooz.com

ارسال مقاله: pezeshkyemroozweekly@gmail.com

اینستاگرام : Pezeshkyemrooz

کانال تلگرام: pezeshkyemrooz

Whatsapp: 09102133463

مدیر عامل دکتر برزو سالک

شرکت نبض و درمان و گروه شرکت های وابسته

انجام تمامی امور مرتبط با :

نوسازی و بازسازی پروژه های درمانی و گردشگری ، تامین منابع مالی جهت انجام پروژه های درمانی، سلامت و تحقیقات،بازارسازی،بازاریابی،معرفی،فروش پروژه و تمامی امور مرتبط با سهام

دپارتمان نوسازی

- کلیه خدمات و امور ساختمانی بصورت (Turn-key) یا مجزا در ارتباط با طراحی، ساخت و اجرای بیمارستان و مراکز درمانی از جمله ارائه برنامه فیزیکی، طراحی معماری،طراحی ومهندسی تاسیسات،محاسبات سازه وتامین کلیه تجهیزات پزشکی موردنیاز. ارائه مشاوره های گوناگون فوق تخصصی به عنوان مشاور عالی اجرایی

دپارتمان بازسازی

- بازسازی کلیه پروژه‌های بیمارستانی، مراکز جراحی محدود، درمانگاهی،کلینیک‌ها، مطب‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، داروخانه‌ها، مراکز فیزیوتراپی و... اجرای کلید در دست (Turn-Key) تمامی پروژه های بازسازی
- باز طراحی، معماری داخلی، معماری منظر، مقاوم سازی سازه، طراحی واجرای مجدد تأسیسات، تجهیز و روزآمدسازی تجهیزات.

دپارتمان تجهیزات و تاسیسات

- تامین کلیه تجهیزات پزشکی مورد نیازبخشهای بیمارستانی و مراکز درمانی.
- تامین کلیه اقلام سرمایه ای، نیمه مصرفی و مصرفی/ عمومی، تخصصی و فوق تخصصی .
- ارائه جداول تجهیزات پزشکی، اقلام هتلینگ و تاسیسات مورد نیاز بر مبنای نوع، مارک و مدل برحسب مراکز درمانی-بهداشتی.
- تدوین ارائه برنامه بالینی و خدمات بهینه، راه اندازی و نگهداشت تجهیزات پزشکی و ارائه فهرست کامل تجهیزات پزشکی مورد نیاز

دپارتمان پروژه و سهام

- مشاوره و برنامه ریزی در زمینه ارزش‌گذاری،تقویم قیمت،سهام بندی، امور مشارکتها.
- واگذاری، خرید، فروش، معاوضه، تجمیع و جابجایی سهام کلیه مراکز درمانی و بیمارستانی و...
- برنامه ریزی فروش سهام،چیدمان سهام و تمامی امور مربوط با سهام

دپارتمان شهرکها و ساخت و ساز

- ساختمان پزشکان، مجتمع‌های مسکونی، شهرکهای ویلایی.
- پروژه‌های تجمیعی و کمپلکس‌های بیمارستانی و درمانی، تجاری، اداری، رفاهی، خدماتی، تفریحی، اقامتی.

دپارتمان گردشگری سلامت

- کلیه خدمات شامل: مطالعات، اخذ مجوزات، منابع مالی،طراحی ، نظارت، اجرا، بهره برداری و واگذاری.

www.nvdorg.com
www.borzoosalek.com
www.iranbazsazi.com
info@nvdorg.com

دفتر مرکزی: تهران – شهرک غرب، فاز ۳، خیابان حسن سیف، کوچه نهم، پلاک۱۹، واحد اول. کد پستی: ۳۹۸۶-۶-۱۴۶۶۸
تلفن ۴-۸۸۳۷۱۰۰۱ (۰۲۱) ۴-۸۸۳۷۱۸۸۱ (۰۲۱) همراه: ۰۹۱۲۱۰۰۷۴۸۰ ۰۹۱۲۸۱۳۶۸۳۹

99-2003