



دوفصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی کاشان
سال هفدهم - شماره ۴۱ - بهار و تابستان ۱۳۹۴

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان (معاونت تحقیقات و فناوری)
مدیر مسئول: فانم مهندس میترا منانی
سرمدیر: امیر زاویه

هیئت تحریریه:

- امیر زاویه، دانشجوی پزشکی
- حمیدرضا شجاعی فر، دانشجوی پزشکی
- پریرسا پیراسته، دانشجوی پزشکی
- مینو چناری، دانشجوی پزشکی
- آیدا مهدیان، دانشجوی پزشکی
- لیلا مظاهری تهرانی، دانشجوی پزشکی
- امیر رضا حیدریان، دانشجوی پزشکی
- ملیحه رحمانی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

هیئت اجرایی:

- ویواستار: نرجس صیادی
- صفحه آرایی: نرجس صیادی
- طراح جلد: نرجس صیادی
- ناشر: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- نشانی: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پزشکی، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی
- تلفکس: ۰۳۱ ۵۵۶۲۱۳۱۸
- صندوق پستی: ۸۷۱۵۵/۱۱۱
- پست الکترونیک: kankash@kaums.ac.ir
- وب سایت: <http://research.kaums.ac.ir>
- با تشکر صمیمانه از: دکتر غلامعلی حمیدی



فهرست مندرجات:

۴..... راهنمای نگارش مقاله.....

۸..... سخن سردبیر.....

مقالات علمی:

بررسی تاثیر مکمل سولفات روی بر شدت و طول مدت اسهال فونی در کودکان ۱ تا ۵ سال بستری در بیمارستان

شهیید بهشتی کاشان..... ۹.....

ارتباط سطح سرمی IL-17 با فشار خون ۲۴ ساعته زنان مبتلا به سندرم تهمدان پلی کیستیک..... ۱۰.....

بررسی فراوانی علل فونریزی گوارشی در افراد تمت درمان با وارفارین طی سالهای ۹۲-۱۳۸۹ در بیمارستان شهید

بهشتی کاشان..... ۱۱.....

تملیل بقای بیماران مبتلا به سرطان سینه تمت (ژییم ماوی انتراسیکلین و انتراسیکلین به همراه تاکسانها در بازه

زمان ۹۱-۱۳۸۳..... ۱۲.....

بررسی فراوانی اشکال و اندازه کورپوس کالوزوم با استفاده از Magnetic resonance imaging در کاشان در

سال ۱۳۹۲..... ۱۳.....

بررسی میزان عفونت زایی در بیماران سل ریوی با اسمیر فلط مثبت..... ۱۴.....

بررسی اثر ضد تب ایبوبوفن وریدی در مقایسه با ایبوبوفن فوراکی و دیکلوفناک رکتال در کودکان بستری در

بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳..... ۱۵.....

بررسی اثر ریشه گیاه مینسنگ قرمز کره‌ای روی برفی از شافص های دفیل در ترمیم زخم مدل برش تمام ضفامت

پوست در موش صحرایی..... ۱۶.....



۱۷..... بررسی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در بیماران همودیالیزی

بررسی شیوع و الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در هلیکوباکتر پیلوری جدا شده از بیماران مراجعه کننده به کلینیک

گوارش بیمارستان شهید بهشتی کاشان ۹۲-۱۳۹۱..... ۱۸.....

مقایسه تاثیر استامینوفن وریدی، شیاف استامینوفن و شیاف دیکلوفناک در کاهش تب کودکان بستری در

بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۱..... ۱۹.....

طب سنتی: آویشن و تقویت حافظه و دیگر فواید عجیب آن..... ۲۰.....

سندرم X شکننده..... ۲۲.....

تاریخچه پزشکی:

پشم مصنوعی..... ۲۶.....

تاریخچه جراحی پلاستیک..... ۳۵.....

اخبار علمی:

عوارض پیشمی ناشی از بیماری‌های التهابی روده..... ۳۹.....

افتلال ژنتیکی ایجاد کننده اتیسم چیست؟..... ۴۲.....

برش برداری با حداقل تهاجم در سرطان‌های ریه اولیه..... ۴۴.....

ارتباط بین میکروارگانیزم‌های موجود در گلو با بیماری شیروزوزنی..... ۴۵.....

با مصرف یک بطری آب قبل از هر وعده غذایی لاغر شوید!!..... ۴۷.....

معرفی دکتر علی اصغر خدادوست..... ۴۹.....

همایش های پزشکی در آینده..... ۵۳.....

نظر سنجی..... ۵۶.....

راهنمای نگارش مقاله

کنکاش، دو فصلنامه دانشجویی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد که هدف از انتشار آن ارتقاء سطح دانش و ارائه اطلاعات لازم و مفید در مورد یافته‌های تحقیقاتی در تمام حوزه سلامت از جمله پزشکی، پرستاری مامایی و بهداشت می‌باشد. مجله کنکاش پذیرای مقالات اصیل، مروری، معرفی مورد و نامه به سردبیر نگارش یافته توسط محققان و دانشجویان محترم در زمینه‌های پزشکی، پیرا پزشکی و بهداشت می‌باشد. هدف از انتشار این نشریه ارتقای کیفی و کمی دانش پزشکی و سلامت است.

از علاقه‌مندان تقاضا می‌شود در هنگام ارسال مقاله خود به نشریه کنکاش جهت جلوگیری از تاخیر در چاپ یا عدم پذیرش، نکات زیر را رعایت فرمایند:

زبان مقاله فارسی است و باید سلیس، روان و پیراسته از غلط‌های دستوری و املائی باشد و از آوردن اصطلاحات خارجی که معادل‌های دقیق و پذیرفته شده در زبان فارسی دارند، خودداری گردد.

روش ارسال مقالات

ارسال مدارک به صورت الکترونیکی (On-Line) از طریق آدرس زیر امکان‌پذیر است:

پست الکترونیکی: kankash@kaums.ac.ir

ملاحظات اخلاقی

رعایت نکات اخلاق در پژوهش در تحقیقات بالینی یا بر روی حیوانات و یا انسان ضروری است. بدین ترتیب که اطلاعات هویتی بیماران نباید در نوشته‌ها، عکس‌ها و شجره‌نامه‌ها منعکس شود، مگر آنکه ذکر این اطلاعات برای مقاصد علمی ضروری باشد و بیمار (یا والدین یا قیم او) رضایت‌نامه آگاهانه برای انتشار را به صورت کتبی امضا نماید و نیز در خصوص اسناد محرمانه یا طبقه بندی شده، مجوز کمیته اخلاق جهت انتشار، ضمیمه مقاله گردد. مسوولیت کلیه امور مذکور به عهده نویسنده یا نویسندگان مقاله می‌باشد. ملاحظات اخلاقی به خصوص در زمینه استفاده از حیوانات آزمایشگاهی با پیروی از قوانین موسسه ملی بهداشت و سایر موسسات وابسته جهت بهره برداری از حیوانات آزمایشگاهی، باید در بخش مواد و روش‌های متن مقاله ذکر گردد.

روش تدوین نسخه اصلی مقاله

نسخه اصلی شامل عنوان مقاله، چکیده، مقدمه، مواد و روش‌ها، نتایج، بحث، نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و منابع می‌باشد.

عنوان کامل مقاله (واضح، بیان‌کننده محتوای مقاله و حداکثر ۲۵ کلمه یا ۷۰ حرف)؛

چکیده فارسی (با حداکثر ۲۵۰ واژه به تفکیک حاوی: سابقه و هدف، مواد و روش‌ها، نتایج، نتیجه‌گیری و واژگان کلیدی) متناسب است.

در این راستا ۳ تا ۸ واژه از واژه‌های فهرست MeSH (Medical Subject Heading) (عناوین مباحث پزشکی) در پایگاه Medline که با آدرس زیر قابل دسترسی است باید انتخاب گردد.



<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser>

مقدمه؛ شامل شرحی بر موضوع مورد بررسی، اهمیت، پیشینه مختصر، تناقضات موجود و هدف تحقیق است تا ضرورت مطالعه و فواید ناشی از آن مشخص شود. از آوردن متن جامع یا هرگونه آمار و نتیجه گیری در این قسمت پرهیز شود.

مواد و روش‌ها؛ شامل روش مطالعه، مواد و وسایل به کار رفته، شیوه و نحوه اجرای پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌باشد. در صورت استفاده از هرگونه ابزار، نام شرکت تولید کننده و آدرس آن بایستی در داخل پرانتز ذکر شود. اطلاعات ارائه شده در این بخش باید به گونه‌ای باشد که تکرار آزمایشات برای خواننده را امکان‌پذیر نماید. در صورت مصوب بودن روش استفاده شده، منبع آن ذکر شده و در غیر این صورت اطلاعات کافی بیان شده تا مورد استفاده سایر نویسندگان قرار گیرد. در صورت استفاده از هرگونه دارو، ذکر نام ژنریک و کشور سازنده آن، نوع، مقدار مصرف یا نحوه اعمال آن ضروری است. در مورد بیماران، ذکر جنسیت، میانگین و انحراف معیار سنی آنان ضروری است. همچنین روش‌های آماری و برنامه‌های کامپیوتری مورد استفاده ذکر شده و سیستم مطالعاتی نیز به طور جامع توضیح داده شود.

نتایج؛ در این بخش تمامی یافته‌های کمی و کیفی با استفاده از اشکال، جداول و نمودارها ارایه می‌گردد. جداول، عکس‌ها و نمودارها باید در صفحات جداگانه درج و شماره گذاری شده و در متن مقاله به شماره‌های آنها اشاره گردد. اصل منحنی‌ها و نمودارها به زبان فارسی تنظیم شود و با استفاده از چاپگر لیزری در صفحات جداگانه، تهیه گردد.

بحث؛ شامل پیام اصلی تحقیق، مقایسه با سایر تحقیقات، تحلیل و تفسیر نتایج و نتیجه‌گیری کلی (Conclusion) است.

تشکر و قدردانی؛ منابع مالی که منجر به انجام تحقیق و تهیه مقاله گردیده است، قید شود. همچنین، هرگونه کمک تکنیکی و یا نظری افراد می‌تواند در این بخش درج و مورد تقدیر قرار گیرد.

منابع؛ به همه منابع موجود در فهرست منابع در متن مقاله اشاره گردد و بالعکس. در متن فقط شماره منابع در داخل قلاب [کروشه] ذکر گردد و به ترتیبی که ملاحظه می‌شود مرتب گردد. در ضمن کلیه منابع فارسی باید به صورت انگلیسی و با رعایت قالب مناسب نوشته شود.

توجه: اگر تعداد نویسندگان هر کدام از منابع بیش از ۶ نفر باشند لازم است اسامی ۶ نفر اول آورده شده و در ادامه از کلمه “et al” استفاده شود. توجه خاص به علامت گذاری متن در نوشتن مراجع ضروری است.

در نگارش منابع لطفا نکات ذیل رعایت شود:



منابع فارسی؛

برای نگارش منابع فارسی به زبان انگلیسی، در صورتی که در منبع اصلی، ترجمه انگلیسی برای عنوان مقاله، نام مجله یا کتاب، ... در قسمت‌های پشت جلد کتاب یا مقاله و یا در خلاصه انگلیسی مقاله وجود دارد، باید از همان ترجمه انگلیسی استفاده شود. در صورتی که ترجمه انگلیسی برای منبع فارسی در منبع اصلی موجود نیست، عنوان مقاله، اسم مجله و نیز اسم نویسندگان آوا نویسی شود.



مقاله فارسی؛

"تجارب و درک دانشجویان پرستاری از مفهوم مربی اثر بخش در آموزش بالینی" نوشته موسی علوی، حیدر علی عابدی در مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/پاییز و زمستان ۱۳۸۶، شماره ۷(۲) به صورت زیر نوشته می شود؛ دقت نمایید که برای مرتب نمودن منابع فارسی از نحوه نگارش استاندارد موجود در سایت Iranmedex به نشانی <http://www.iranmedex.com> استفاده شود.

Alavi M, Abedi H. Nursing Students' experiences and perceptions of effective instructor in clinical education. *Iranian Journal of Medical Education* 2008; 7(2):34-7. [in Persian]

کتاب فارسی؛

"عبدالرسول نیک یار. قلب کودک من. اصفهان: نشر کنکاش و انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۹" به صورت زیر نوشته می شود: (ترجمه انگلیسی در خود منبع اصلی فارسی وجود ندارد).

Nikyar A. Ghalbe Koodake man. Isfahan: Kankash & Isfahan University of Medical Sciences; 2000. [in Persian]

مقاله؛

نام اصلی (خانوادگی) و نام (کوچک) نویسندگان را آورده و سپس عنوان مقاله، آنگاه عنوان خلاصه شده مجله بر طبق استاندارد (استاندارد پایگاه Medline)، شماره مجله (شماره مجلد؛ در صورت موجود بودن)، سال انتشار و صفحات اول و آخر آورده شود.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res* 2002; 935(1-2): 40-6.

مقاله منتشر شده در ضمیمه نشریه؛

به منظور نگارش این نوع منابع از فرمت استاندارد مقالات (به بالا مراجعه شود) استفاده نمایید و کلمه Suppl و شماره ضمیمه را با یک کاراکتر فاصله از شماره مجله ذکر کنید.

Amini O. the antioxidant effect of pomegranate juice on sperm parameters and fertility potential in mice. *Yakhteh* 2008; 10 Suppl 1: 38.

کتاب؛

تدوین کننده، گردآورنده، به عنوان مؤلف، نام کتاب. نوبت چاپ. شهر محل انتشار: نام سازمان یا شرکت منتشر کننده؛ سال انتشار. شماره صفحه / صفحات.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002. p. 245.

کتاب ویرایش شده؛



همانند کتاب دارای مولف (به بالا مراجعه شود) تنظیم شود و بعد از اسامی ویراستار/ ویراستاران کلمه editor /editors اضافه شود.

Martin JB, Kasper DL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: McGraw Hill, Health Professions Division; 1998.

فصلی از یک کتاب؛

نام نویسندگان یا مولفان فصل. نام فصل. نام نویسنده کتاب بعد از اصطلاح. In. عنوان کتاب. نوبت چاپ. شهر محل انتشار: نام سازمان یا شرکت منتشر کننده؛ سال انتشار. شماره صفحه/صفحات.

Proter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, Editor. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN: Appleton and Lang; 1995. p. 361-80.

مقاله یا مطلبی که از یک پایگاه اینترنتی گرفته شده است؛

نام خانوادگی و نام نویسنده / نویسندگان (حداکثر ۶ اسم). عنوان مقاله یا مطلب علمی. نام سایت اینترنتی (به صورت بولد و ایتالیک). سال انتشار؛ شماره انتشار و شماره صفحات (در صورت موجود بودن) و در نهایت آدرس دقیق اینترنتی که بعد از کلمه Available at: می آید.

Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomized controlled trial. *BMJ* 2008; 337: a1302 Available at: http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/sep02_2/a1302.

مقاله یا خلاصه مقاله منتشر شده در همایشها؛

نام خانوادگی و نام نویسنده / نویسندگان (حداکثر ۶ اسم). عنوان مقاله یا خلاصه مقاله. عنوان کنگره یا همایش (به صورت بولد و ایتالیک). تاریخ برگزاری به صورت سال، ماه، روز، شهر محل برگزاری و کشور برگزارکننده.

Talaei Zavareh SA, Sheibani V, Salami M. Interaction of light deprivation and melatonin on LTP induction in CA1 area of rat's hippocampus. *18th Congress of Physiology and Pharmacology*, 2007 Aug 26-30, Mashhad, Iran.

پایان نامه؛

نام نویسنده، عنوان پایان نامه، مقطع تحصیلی (کلمه Dissertation برای مقاطع دکتری و دکتری تخصصی و کلمه Thesis برای مقطع فوق لیسانس) نام شهر، نام دانشگاه، سال.

Eftekhati Yazdi P, Comparison of Fragment Removal and Coculture with vero cell Monolayers on Development of Human Fragmented Embryos [Dissertation or Thesis]. Tehran. Tarbiyat Modarres University. 2004.

سفن سردبیر



سلام به همه دوستان عزیز

ممد و سپاس خداوندی را سزاست، که به ما توفیقی عنایت فرمود تا با یاری و تلاش جمعی از دانشجویان، دومین شماره دوفصلنامه علمی- پژوهشی کنکاش به اتمام برسد.

آن چه که باعث شد علی‌رغم همهی چالش‌های پیش رو

انتشار نشریه در اولویت قرار گیرد و فرصتی ناب تعبیر شود، این است که اصحاب فکر و قلم و دانشجویان، مملی برای بیان نظرات و اندیشه‌های خود داشته باشند، دانشجویان در آن به تعامل و تفاهم در فور برسند، مملی برای نقد و بررسی آرا و عقیده‌های موجود باشد و مهمتر از همهی آن‌ها مضمون پر رنگ دانشجویان در عرصه‌های علمی و پژوهشی، ملمسوس باشد.

در نشریه ماضر، با اتکا بر توانایی و عزم راسخ اعضای هیئت تمریریهی آن سعی شده است مطالب بروز و مفید جهت استفادهی شما دانشجویان عزیز فراهم شود. امید است توانسته باشیم گامی هر چند کوچک در جهت ارتقاء سطح علمی شما عزیزان برداشته باشیم انشاءالله.

در اینجا لازم است ضمن تقدیر و تشکر از کسانی که پایه گذار این کار بودند و از کلیه دست اندرکاران این شماره به- فصوص جناب آقای دکتر ممیدی، سپاس گزاری نمایم و بر این باورم در آینده کسانی که پا به این عرصه فوهند گذاشت، با درایت فویش و مجموعهی تجربیات گذشتگان بهتر از این عمل فوهند نمود. و این امر میسر نفوهد شد مگر اینکه لطف شما فواندگان گرامی شامل حال ما شده و با نظرات و پیشنهادات و انتقادات فویش ما را در تعالی و مصول اهدافمان یاری نمایید.

تو فشنود باشی و ما رستگار

فدایا چنان کن سرانجام کار

با تشکر

سردبیر دوفصلنامه کنکاش



بررسی تاثیر مکمل سولفات روی بر شدت و طول مدت اسهال خونی در کودکان ۱ تا ۵ سال بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

سید محمد معینی طبّا

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: اسهال‌ها یکی از علت‌های مهم مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه است. اهمیت اسهال در کودکان با سن پایین‌تر بیشتر است چرا که بیشتر منجر به مرگ می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر مکمل سولفات روی بر شدت و طول مدت اسهال خونی در کودکان ۱ تا ۵ سال بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور می‌باشد. ۱۰۰ کودک مبتلا به اسهال خونی به‌طور تصادفی و یک در میان در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. سپس به یک گروه شربت‌تی که حاوی ۱ mg/kg سولفات روی روزانه همراه با داروی روتین بخش و به گروه شاهد شربت پلاسبو حاوی محلول شبه ORS همراه با داروی روتین بخش در طول زمان بستری در بخش داده شد. در حین مدت بستری طول مدت و تعداد دفعات اسهال در دو گروه بررسی و با هم مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و استفاده از آزمون آماری t مستقل انجام گرفت.

نتایج: در این مطالعه از بین ۱۰۰ کودک ۱ تا ۵ ساله مبتلا به اسهال خونی، ۵۱ نفر (۵۱ درصد) پسر و ۴۹ نفر (۴۹ درصد) نیز دختر بودند. تفاوت معناداری از نظر سن، جنس، درجه حرارت در زمان بستری و مدت اسهال قبل از مراجعه در دو گروه یافت نشد. ولی از نظر کاهش طول مدت اسهال، طول مدت بستری، تعداد دفعات اسهال، طول مدت تب و طول مدت خون در اسهال در دو گروه رابطه معنادار به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: مکمل سولفات روی بر کاهش شدت و طول مدت اسهال خونی در کودکان ۱ تا ۵ سال بستری موثر است. لذا پیشنهاد می‌شود که شربت سولفات روی در کودکان مبتلا به اسهال خونی در زمان بستری به‌عنوان مکمل استفاده شود.

واژگان کلیدی: اسهال خونی، سولفات روی، کودکان

ارتباط سطح سرمی IL-17 با فشار خون ۲۴ ساعته زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

الهام ارباب

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) یکی از شایع‌ترین اختلالات آندوکراین با مبنای التهابی و همراه با هیپراندرژیسم در زنان است که می‌تواند با افزایش فعالیت سیستم رنین-آنژیوتانسین (RAS) هم همراه باشد. تقریباً ۱۰-۵ درصد زنان را در سنین باروری ۴۵-۱۲ سال مبتلا و یکی از مهمترین علل نازایی ایشان می‌باشد. فشار خون می‌تواند از عوارض این سندرم باشد. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط سطح سرمی IL-17 با فشار خون ۲۴ ساعته زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی Cross-sectional بر روی ۸۵ نفر از بیماران مبتلا به PCOS انجام شد. پس از گرفتن رضایت آگاهانه و توضیح در مورد چگونگی همکاری با طرح حاضر، ۵ سی‌سی خون از کلیه بیماران اخذ و FBS, TSH, PRL, FSH, LH, 4DHEASO, TG, Chol, LDL, HDL, CRP, Insulin, Free testosterone. BMI اندازه‌گیری و هم‌چنین هولتر مونیترینگ فشار خون ABPM ۲۴ ساعته مورد بررسی قرار گرفت. سطح سرمی IL-17 پس از جداسازی سرم به‌روش الیزا و با کیت USCN ساخت انگلستان انجام شد و نتایج در دو گروه با فشار خون بالا و نرمال بیماران مقایسه شدند.

نتایج: مقدار فشار خون در طول روز در ۸ نفر از بیماران غیرطبیعی و در ۷۲ نفر نرمال بود. مقدار فشار خون در طول روز با سطح IL-17 ارتباط مستقیم داشت به نحوی که مقدار متوسط آن در بیماران دارای فشار خون بالا، $77/10 \pm 17/94$ و در افراد با فشار خون نرمال $55/20 \pm 71/13$ pg/ml بود $P=0/001$ افزایش فشار خون در طول شب نیز رابطه معنادار مستقیمی با سطح IL-17 نشان داد $P=0/001$. هم‌چنین در طول ۲۴ ساعت نیز افزایش فشار خون با میزان IL-17 رابطه مستقیم معناداری را نشان داد به گونه‌ای که در افراد با فشار خون بالا در طی ۲۴ ساعت، میزان IL-17 تقریباً ۲۲ واحد افزایش پیدا کرد $P=0/001$.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد بین PCO با عوامل التهابی ارتباط وجود دارد. سطح IL-17 با افزایش فشار خون ارتباط مستقیم داشته و افزایش یکی با افزایش دیگری در بیماران مبتلا به PCOS همراه می‌شود. در مطالعات آینده این ارتباط بیشتر بررسی خواهد شد.

واژگان کلیدی: IL-17، سندروم تخمدان پلی‌کیستیک



بررسی فراوانی علل خونریزی گوارشی در افراد تحت درمان با وارفارین طی سال‌های ۹۲-۱۳۸۹ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

لیلا بهادری زاده

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: وارفارین از موثرترین داروهای کاهش ریسک حوادث ترومبوآمبولیک است. مصرف دارو علی‌رغم استفاده گسترده و تاثیرات مطلوب با عوارضی همراه است. خونریزی‌های حاد گوارشی، از عوارض تهدید کننده حیات مصرف وارفارین می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی علل و ریسک فاکتورهای خونریزی‌های گوارشی ناشی از مصرف وارفارین می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به صورت گذشته نگر با مراجعه به پرونده ۳۰ بیمار مصرف کننده وارفارین که به علت خونریزی گوارشی بین سال‌های ۹۲-۱۳۸۹ به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه و تحت اقدامات آندوسکوپی قرار گرفته بودند با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان، انجام شد. اطلاعات مورد نیاز از جمعیت مورد مطالعه در چک‌لیست ثبت و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: میانگین سنی بیماران $73/8 \pm 11/8$ سال بود و بیشترین فراوانی، در گروه سنی بیش‌تر از ۸۰ سال (۳۶/۷ درصد) مشاهده شد. فراوانی خونریزی در هر دو جنس تقریباً یکسان بود. بیشترین فراوانی خونریزی مربوط به سطح INR بالاتر از ۴ بود. ۵۶/۷ درصد مبتلایان، مصرف هم‌زمان آسپرین داشتند. شایع‌ترین علت مصرف وارفارین AF (۴۶/۷ درصد) بوده است. فراوان‌ترین تابلوی بالینی خونریزی، ملنا ۱۶ مورد و شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی پپتیک اولسر ۱۲ مورد بوده است. ضمناً تنها یک بیمار در اقدامات تشخیصی یافته واضحی نداشته که توصیه به آنترواسکوپی شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که با افزایش سن، سطح INR بدو پذیرش و مصرف هم‌زمان آسپرین فراوانی خونریزی افزایش می‌یابد. در حالی که فراوانی خونریزی در هر دو جنس تقریباً یکسان و شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی در بیماران پپتیک اولسر است. هم‌چنین اکثر بیماران دچار خونریزی کنترل خوبی بر سطح INR نداشته‌اند. بنابراین باید در تجویز دارو و آموزش‌های لازم به بیماران دقت بیشتری شود. شیوع بالای یافته‌های بالقوه با اهمیت کلینیکی اهمیت انجام اقدامات تشخیصی آندوسکوپی در این بیماران را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: خونریزی گوارشی، وارفارین، آندوسکوپی، کولونوسکوپی

تحلیل بقای بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت رژیم حاوی انتراسیکلین و انتراسیکلین به همراه تاکسان‌ها در بازه زمانی ۹۱-۱۳۸۳

ندا نصری

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: تشخیص زود هنگام و درمان مناسب شاخص مرگ و میر اختصاصی ناشی از این بیماری به میزان ۲/۲ درصد در سال کاهش یافته است. هدف از این مطالعه، تحلیل بقای بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت رژیم حاوی انتراسیکلین و انتراسیکلین به همراه تاکسان‌ها می‌باشد.

مواد و روش‌ها: ۱۶۰ بیمار در دو گروه درمانی تحت رژیم‌های حاوی انتراسیکلین و رژیم‌های حاوی انتراسیکلین و تاکسان‌ها قرار گرفتند. بیماران تحت پیگیری بودند تا از مطالعه خارج شوند یا فوت کنند. هر ۶ ماه بیمار با آزمایش خون چک آپ می‌شد و بر اساس مشکلات یا نیاز به بررسی بیشتر CT Scan و اسکن استخوان انجام می‌شد. هم‌چنین نمونه‌ها از لحاظ گیرنده‌های استروژن پروژسترون و Neu و HER2 مشخص شدند بعد از جمع‌آوری داده‌ها بیماران توسط آنالیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: از ۱۶۰ بیمار مورد مطالعه، ۸۰ نفر به دو گروه با میانگین سن ۴۷/۴ سال تقسیم شدند. بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری در سن، ریسپتور استروژن، Neu، HER2، سایز و نوع تومور، تعداد لنف نود درگیر و متاستاز پیدا نشد اما مرگ و میزان عود در گروه تاکسان‌ها کاهش معناداری داشت و میزان بقا نیز در دو گروه معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** استفاده از تاکسان‌ها در شیمی درمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه سبب کاهش مرگ و عود بیماری می‌شود و هم‌چنین میزان بقا را افزایش می‌دهد اما این افزایش معنادار نمی‌باشد. بنابراین با استفاده از تاکسان‌ها در رژیم درمانی این بیماران، امید به زندگی در آنان به شکل قابل توجهی افزایش پیدا می‌کند.

واژگان کلیدی: بقای بیماران، انتراسیکلین، تاکسان، سرطان سینه



بررسی فراوانی اشکال و اندازه کورپوس کالوزوم با استفاده از Magnetic resonance imaging در کاشان در سال ۱۳۹۲

محسن توفیقی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: کورپوس کالوزوم بزرگ‌ترین رابط بین دو نیمکره مغز است. بررسی‌های انجام شده در مورد ارتباط وضعیت مورفولوژیک آن با سن، جنس و نیمکره‌ی غالب نتایج متناقض داشته است. لذا، هدف از این مطالعه بررسی فراوانی اشکال و اندازه کورپوس کالوزوم با استفاده از Magnetic resonance imaging می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۷۰۷ نفر از بین مراجعه کنندگان به بخش MRI بیمارستان نقوی کاشان که از آنها تصویربرداری مغز انجام شده بود انتخاب شدند. شکل، طول قدامی-خلفی و سطح کورپوس کالوزوم اندازه‌گیری شد و با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مقایسه شد.

نتایج: ۴۲ نفر (۵۹/۴ درصد) از بیماران زن با میانگین سنی بیماران 40.21 ± 16.83 سال بودند. شایع‌ترین شکل کورپوس کالوزوم Splenial bulbosity و ناشایع‌ترین شکل Anterior Body thickness بود. میانگین طول قدامی-خلفی و سطح در زنان و مردان متفاوت بود ($P < 0.05$) اما با نیکره غالب ارتباط نداشت با افزایش سن طول قدامی-خلفی افزایش و سطح کاهش دارد.

نتیجه‌گیری: اندازه و سطح کورپوس کالوزوم با سن و جنس در ارتباط است اما نیمکره غالب ارتباطی با مورفولوژی ندارد.

واژگان کلیدی: کورپوس کالوزوم، مورفولوژی، MRI

بررسی میزان عفونت زایی در بیماران سل ریوی با اسمیر خلط مثبت

مونا معتمدی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: شناخت ریسک فاکتورهای پیش‌گویی کننده زمان تغییر اسمیر خلط در بیماران با سل ریوی می‌تواند برای برنامه‌ریزی و مشاوره بیماران سلی به‌کار رود. این مطالعه با هدف بررسی زمان منفی شدن اسمیر خلط و پایان دوره عفونت زایی بیماران مبتلا به سل اسمیر مثبت در کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی، برای تشخیص زمان تبدیل اسمیر خلط روی ۵۰ بیمار مبتلا به سل ریوی خلط مثبت در کاشان انجام شد. اسمیر خلط از همه بیماران سل ریوی اسمیر مثبت توسط مرکز کنترل مسلم گرفته شد. اسمیر خلط در پایان هفته اول، دوم، سوم، چهارم و هشتم درمان گرفته شد یک پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و علائم بالینی و نتیجه HB، ESR تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. **نتایج:** از میان ۵۰ بیمار سل ریوی اسمیر مثبت ۲۳ نفر (۴۶ درصد) مرد و ۲۷ نفر (۵۴ درصد) زن بودند. ۲۱ نفر (۴۲ درصد) زیر ۴۹ سال و ۲۹ نفر (۵۸ درصد) بالای ۲۹ سال با میانگین سنی 54.7 ± 22.7 حداقل ۱۷ سال و حداکثر ۸۷ سال بودند. ۲۰ نفر (۴۰ درصد) ایرانی و ۳۰ نفر (۶۰ درصد) افغانی بودند. اکثر بیماران (۹۰ درصد) شهری و به‌صورت سرپایی (۶۸ درصد) بودند. شایع‌ترین علائم تب ۳۶ نفر (۷۲ درصد) و تنگی نفس ۲۱ نفر (۴۲ درصد) بود. نتیجه منفی اسمیر خلط در انتهای هفته دوم در ۸ نفر (۱۶ درصد) هفته سوم ۲۰ نفر (۴۰ درصد) هفته چهارم ۲۳ نفر (۴۶ درصد) و هفته هشتم ۳۱ نفر (۶۲ درصد) بود. بین اسمیر مثبت خلط پایان ماه دوم با سن و جنس و ملیت افراد ارتباط معنادار آماری یافت نشد. آنالیز واریانس نشانه اثر زمان بر کاهش عفونت زایی بی‌ارن بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای اسمیر مثبت باسیل اسید فاست در انتهای ماه دوم، ارزیابی درمان و کیفیت روش DOTs و وقوع مقاومت دارویی در میان مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در کاشان ضروری و مهم می‌باشد.

واژگان کلیدی: عفونت زایی، سل ریوی، اسمیر خلط



بررسی اثر ضد تب ایبوپروفن وریدی در مقایسه با ایبوپروفن خوراکی و دیکلوفناک رکتال در کودکان بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳

شایسته سادات خلیفه سلطانی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: تب از علائم شایع در کودکان می باشد و شایع ترین علت مراجعه آنها به مراکز درمانی است. سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند که درجه حرارت ۳۹ یا بیشتر که باعث ناراحتی بیمار می گردد درمان شود. این مطالعه با هدف بررسی اثر ضد تب ایبوپروفن وریدی در مقایسه با ایبوپروفن خوراکی و دیکلوفناک رکتال در کودکان بستری انجام شده است.

مواد و روش ها: در این پژوهش ۹۰ کودک با درجه حرارت اگزیلاری بیش از ۳۸ درجه مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت از والدین کودکان به سه گروه درمانی تقسیم شدند. یک گروه ایبوپروفن وریدی به میزان ۵ mg/kg، یک گروه شربت ایبوپروفن با دوز ۵ mg/kg و گروه سوم شیاف دیکلوفناک به میزان ۱-۲ mg/kg دریافت کردند. درجه حرارت کودکان قبل و یک ساعت بعد از دریافت دارو اندازه گیری شد. میزان بهبودی تب در گروه ها مقایسه شد.

نتایج: میانگین سنی کودکان مورد مطالعه ۳/۳۳±۱/۱۴ سال بود. میانگین درجه حرارت اگزیلاری قبل از دریافت دارو در گروه دیکلوفناک ۳۹/۴۳±۰/۶۷، ایبوپروفن خوراکی ۳۹/۳۴±۰/۷۸ و در گروه ایبوپروفن وریدی ۳۹/۶۰±۰/۸ بود. پس از دریافت دارو این مقادیر به ترتیب ۳۷/۲۶±۰/۸۵، ۳۷/۹۱±۰/۷۹ و ۳۷/۴۸±۰/۷۴ بود که از نظر آماری اختلاف معنی دار مشاهده شد ($P=۰/۰۰۸$). بیشترین فراوانی برطرف شدن تب مربوط به شیاف دیکلوفناک و کمترین فراوانی مربوط به ایبوپروفن خوراکی بود ($P=۰/۰۱۹$).

نتیجه گیری: ایبوپروفن وریدی قدرت بیشتری نسبت به ایبوپروفن خوراکی در کاهش و برطرف کردن تب دارد. میزان کاهش تب و برطرف شدن آن در گروه ایبوپروفن وریدی نسبت به دیکلوفناک رکتال اختلاف معنی داری نداشت. هم-چنین دیکلوفناک رکتال قدرت بیشتری نسبت به ایبوپروفن خوراکی در کاهش و برطرف کردن تب دارد.

واژگان کلیدی: تب، دیکلوفناک، ایبوپروفن

بررسی اثر ریشه گیاه جینسنگ قرمز کره ای روی برخی از شاخص‌های دخیل در ترمیم زخم مدل برش تمام ضخامت پوست در موش صحرایی

سید محمد سجادیان

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: اثر درمانی ریشه جینسنگ قرمز در بهبود زخم دیده شده است و تحقیقات زیادی در مورد مکانیسم آن انجام می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثر عصاره ریشه گیاه جینسنگ قرمز کره‌ای روی برخی از شاخص‌های دخیل در ترمیم زخم مدل برش تمام ضخامت پوست در موش صحرایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی، ۱۰۰ موش صحرایی نر ۲۵۰-۲۰۰ gr Sprague dawley، ۵ گروه ۲۰ تایی (زخمی دایره‌ای به قطر ۲ سانتی متر روی پوست پشتی در روز صفر ایجاد و به گروه‌های دریافت کننده اسرین) کنترل منفی، کرم فنی توئین (۱ درصد) کنترل مثبت و پمادهای عصاره آبی ریشه جینسنگ قرمز ۱ و ۱۰ و ۱۰۰ میکروگرم بر میلی لیتر در پایه اسرین آزمایش که یک بار در روز به مدت ۲۳ روز روی زخم مالیده می‌شد، تقسیم شدند. در تمام گروه‌ها قبل هر گونه مداخله، شست و شوی روزانه با نرمال سالین انجام می‌شد. برای اندازه‌گیری کشش بافتی، ۵ موش به‌طور تصادفی از هر گروه، در روزهای ۶، ۱۲، ۱۸ و ۲۳ بیهوش و پس از آن، برش پوستی به ابعاد ۲۱ سانتی متر از محل زخم جدا و با استفاده از دستگاه تنسیومتر میزان کشش بافتی اندازه‌گیری شد و برای اندازه‌گیری سطح زخم در روزهای ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۱ از سطح زخم عکس برداری شد و با برنامه مربوطه مساحت سطح زخم اندازه‌گیری شد و برای مقایسه داده‌ها از نرم افزار SPSS و روش آماری One Way و Two Way ANOVA و Repeated Measure و Tukey استفاده گردید ($P < 0/05$).

نتایج: میزان کشش زخم با گذشت زمان در گروه‌های عصاره افزایش بیشتری نسبت به گروه‌های شاهد منفی و مثبت داشت ($P < 0/05$). در گروه‌های دریافت کننده عصاره نسبت به گروه‌های شاهد سرعت ترمیم زخم بهتر بود ($P < 0/05$) که این یافته در گروه ۱۰ میکروگرم با دیگر گروه‌های دریافت کننده عصاره اختلاف آماری معناداری داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یکی از مکانیسم‌های احتمالی عصاره آبی بذر جینسنگ قرمز افزایش احتمالی بافت فیبری و استحکام محل ترمیم زخم و همچنین با زودتر بسته شدن سطح زخم و جلوگیری از عفونت احتمالی می‌تواند منجر به بهبودی سریع تر زخم شود.

واژگان کلیدی: زخم برشی، جینسنگ قرمز کره‌ای، کشش بافتی، موش صحرایی



بررسی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در بیماران همودیالیزی

ایمان ایزدی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: ESRD مرحله‌ی نهایی بیماری مزمن کلیوی است که سبب تجمع سموم، مایع والکترولیت می‌شود. در میان بیماران ESRD خطر بیماری قلبی عروقی ۲۰-۱۰ برابر جمعیت عمومی است و باعث بیش از ۵۰ درصد مرگ و میرها در بیماران ESRD می‌شود. لذا، هدف از این مطالعه بررسی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در بیماران همودیالیزی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به ESRD که همودیالیز می‌شوند و فاقد بیماری قلبی عروقی هستند، انجام گرفت. از بیماران نمونه خون گرفته شده و فاکتورهای کلاسیک و غیر کلاسیک سنجیده می‌شود. در سنجش نمره فرامینگهام از شرح حال و آزمایشات مقادیر فاکتورهای تعیین کننده نمره فرامینگهام تعیین شده و بر اساس جدول فرامینگهام اسکور نهایی محاسبه می‌شود. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ شده و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بررسی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در بیماران تحت دیالیز نشان داد که فشار خون سیستمیک با (۶۳/۳ درصد) کلسترول کمتر از ۱۵۰ با (۸۰ درصد)، $Hb < 11$ با (۷۰ درصد) و اسید اوریک مختل با (۷۳/۳ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند. بررسی ریسک فاکتورهای غیر کلاسیک در سطوح مختلف اسکور فرامینگهام مشخص کرد فراوانی این ریسک فاکتورها در افراد با ریسک پایین بیشتر است به جز هموگلوبین و اسید اوریک که در افراد با ریسک بالا فراوانی بیشتری داشتند. همچنین مشخص شد که میانگین سنی کلی بیماران مبتلا به ESRD ۵۶/۵-۴۸/۸ سال CI:۹۵ بود. مقایسه سن در سطوح مختلف اسکور فرامینگهام مشخص کرد که افراد با ریسک پایین میانگین سنی پایین‌تری داشتند و دیابت نقش مهمی در افزایش اسکور فرامینگهام دارد به گونه‌ای که بیماران با ریسک بالای اسکور فرامینگهام، ۶۳ دارای دیابت و در مورد ریسک متوسط برابر با ۵۸/۳ بود اما دیگر متغیرها رابطه معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: برای کنترل فشار خون اصلاح آنمی و اسید اوریک و بهبود دیس لیپیدمی باید درمان موثرتری انجام شود. بررسی ریسک فاکتورهای غیر کلاسیک در سطوح مختلف اسکور فرامینگهام مشخص کرد فراوانی این ریسک فاکتورها به جز هموگلوبین با افزایش اسکور فرامینگهام هم‌خوانی ندارند البته از لحاظ آماری معنی دار نشد.

واژگان کلیدی: بیماری قلبی عروقی، ESDR، همودیالیز، ریسک اسکور فرامینگهام

بررسی شیوع و الگوی مقاومت آن‌تی بیوتیکی در هلیکوباکتر پیلوری جدا شده از بیماران مراجعه کننده به کلینیک گوارش بیمارستان شهید بهشتی کاشان ۹۲-۱۳۹۱

شهربانو کشاورز عزیزی رفتار

کارشناسی ارشد میکروب شناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: هلیکوباکتر پیلوری که تقریباً نیمی از جمعیت دنیا را آلوده می‌کند. یک ریسک فاکتور مهم در گاستریت مزمن، زخم معده و سرطان معده است. امروزه ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به عنوان موثرترین روش برای بهبود زخم‌های معده توصیه می‌شود. یکی از مهم‌ترین دلایل شکست در درمان هلیکوباکتر پیلوری مقاومت آن به آنتی-بیوتیک‌ها است. هدف از این مطالعه، تعیین شیوع هلیکوباکتر پیلوری و مقاومت آنتی‌بیوتیکی نسبت به آنتی‌بیوتیکی‌های کلاریترومایسین به روش test-E می‌باشد.

مواد و روش‌ها: از ۲۴۶ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان با شکایت دیس‌پپسی نمونه بیوپسی معده از طریق آندوسکوپی تهیه شد. بیوپسی‌ها در محیط انتقالی استوارت به آزمایشگاه منتقل شدند و ابتدا در محیط بروسلا آگار آمفوتریسین ۱۰ B mg/l، ونکومایسین ۱۰ mg/l، تری متوپریم ۵ mg/l غنی شده با ۱۰ mg/l سرم اسب و مکمل آنتی‌بیوتیکی ۵-سفسولودین، کشت داده شدند. تست‌های اوره آز، کاتالاز و اکسیداز برای تعیین هویت هلیکوباکتر پیلوری استفاده شدند. برای تعیین حساسیت آنتی‌بیوتیکی از محیط مولریتون آگار غنی شده با ۱۰ mg/l سرم اسب استفاده شد و test-E سوسپانسیون باکتریایی با کدورت معادل ۳ مک فارلند توسط سوآب استریل به محیط تلقیح شد، سپس نوارهای روی محیط قرار داده و در شرایط میکروآنروفلیک انکوبه گردید.

نتایج: از بین ۲۴۶ بیمار مراجعه کننده به بخش آندوسکوپی بیمارستان شهید بهشتی کاشان، از ۹۵ نمونه (۳۸/۶ درصد) هلیکوباکتر پیلوری جدا شد، که از این تعداد ۵۹ بیمار (۶۲/۱ درصد) زن و ۳۶ بیمار (۳۷/۹ درصد) مرد بودند. الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی، ۳۵ بیمار (۳۶/۸ درصد) مقاومت به کلاریترومایسین ($MICs < 1 \text{ ug/ml}$)، ۶۲ بیمار (۶۵/۳ درصد) مقاومت به سیپروفلوکساسین ($MICs < 1 \text{ ug/ml}$) و $n=27$ (۲۸/۴ درصد) مقاومت به هر دو آنتی-بیوتیک را نشان داد در حالی که ۱۱ بیمار (۱۱/۵ درصد) باکتری حساس به هر دو آنتی‌بیوتیکی جدا شد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده مقاومت بالایی را نسبت به سیپروفلوکساسین و کلاریترومایسین نشان داد. میزان مقاومت آنتی‌بیوتیکی بستگی به منطقه جغرافیایی دارد و این میزان از کشوری به کشور دیگر و حتی از شهری به شهر دیگر در یک کشور متفاوت است و انتخاب یک درمان مناسب بر اساس الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی هلیکوباکتر پیلوری در هر منطقه امکان پذیر است.

واژگان کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، مقاومت آنتی‌بیوتیکی



مقایسه تاثیر استامینوفن وریدی، شیاف استامینوفن و شیاف دیکلوفناک در کاهش تب کودکان بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۱

مسعود رنگرز

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

سابقه و هدف: تب از علائم شایع در کودکان می‌باشد و شایع‌ترین علت مراجعه آنها به مراکز درمانی است. سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که درجه حرارت ۳۹ یا بیشتر که باعث ناراحتی بیمار می‌گردد درمان شود. هدف از این مطالعه، مقایسه تاثیر استامینوفن وریدی، شیاف استامینوفن و شیاف دیکلوفناک در کاهش تب کودکان بستری بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۱۲۰ کودک با درجه حرارت رکتال بیش از ۳۸ درجه مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت از والدین کودکان به سه گروه درمانی تقسیم شدند. یک گروه استامینوفن وریدی به میزان ۱۵ mg/kg، یک گروه شیاف استامینوفن با دوز ۱۵ mg/kg و گروه سوم شیاف دیکلوفناک به میزان ۱ mg/kg دریافت کردند. درجه حرارت کودکان قبل و یک ساعت بعد از دریافت دارو اندازه‌گیری شد. میزان بهبودی تب در گروه‌ها مقایسه شد.

نتایج: میانگین سنی کودکان مورد مطالعه $3/39 \pm 1/48$ سال بود. میانگین درجه حرارت رکتال قبل از دریافت دارو در گروه دیکلوفناک $38/98 \pm 1/09$ ، شیاف استامینوفن $39/61 \pm 1/14$ و در گروه استامینوفن وریدی $39/49 \pm 1/11$ بود. پس از دریافت دارو این مقادیر به ترتیب $38/95 \pm 1/09$ ، $38/95 \pm 0/89$ و $38/86 \pm 1/1$ بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($P=0/04$). بیشترین فراوانی درجه بهبودی بالا مربوط به شیاف دیکلوفناک و کمترین فراوانی مربوط به استامینوفن وریدی بود ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشخص شد که شیاف دیکلوفناک نسبت به اشکال استامینوفن قدرت بیشتری در کاهش تب دارد.

واژگان کلیدی: تب، دیکلوفناک، استامینوفن

طب سنتی: آویشن و تقویت حافظه و دیگر خواص عجیب آن

لیلا مظاهری تهرانی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

Thyme

گیاه آویشن طبیعت گرم و فاصیت ممرک سیستم عصبی و مقوی اعصاب و هم‌پنین قدرت تمریک کنندگی بالایی که به سبب وجود تیمول که از مواد موثره این گیاه محسوب می‌شود در آن تأثیری ماندگار در تقویت قوای فکری و مغزی و کمک به کار این قسمت بدن دارد. آویشن طعم تند و تیزی داشته و از مشخصه‌های آن بوی نافذ و معطرپیست که هنگام



نزدیک شدن به آن یا مصرف آن به مشام می‌رسد و به‌علت وجود این عطر نافذ در آویشن دم کرده یا جوشانده آن از یک سو موجب تقویت ذهن می‌گردد و از سوی دیگر در ضد عفونی کردن مجاری تنفسی و سینوس‌ها درمان برونشیت و اسه (تنگی نفس) بسیار موثر است.

مجاری تنفسی که در نامیه پیشانی و سر پدیدار می‌شود مفید و موثر واقع شود. جهت کمک به افزایش قدرت یادگیری و تقویت حافظه هرروز صبح ۲ قطره اسانس آویشن یا یک قاشق مربا فوری عرق غلیظ آن را در نصف استکان مخلول آب گرم و عسل طبیعی مخلوط کرده و میل کنید یا می‌توانید یک قاشق مربا فوری از مخلوط ۱ مثقال پودر آویشن و نیم مثقال پودر زنجفیل و ۳ قاشق مربا فوری عسل را که قبلا به‌صورت خمیر در آورده‌اید میل نمایید و این عمل را به‌مدت یک ماه متوالی هر روز صبح ناشتا تکرار کنید.

پزشکان یونانی در قدیم استفاده از بخور یا دم کرده یا جوشانده آویشن را جهت درمان اختلالات مغزی از جمله اختلال در فکر و بیماری‌های روانی تجویز می‌کردند. استفاده از عسل زنبوری که در مزرعه آویشن پرورش یافته و تغذیه نموده بسیار شفاف‌بخش بوده و کمک زیادی به افرادی که از کندی ذهن و فراموشی مفرط رنج می‌برند می‌نماید. چکاندن چند قطره اسانس معطر آویشن در داخل بینی و یا مالیدن آن به پیشانی و روی صورت و بینی می‌تواند در تقویت مواس پنج‌گانه و رفع سردردهای عصبی و میگرنی و کاهش درد و فشارهای ناشی از سینوزیت و گرفتگی



سایر خصوصیات آویشن:

- ۱- آویشن تقویت کننده معده است و به علت عطر و طعم مطبوعی که دارد یک داروی اشتها آور و هضم کننده غذاست.
- ۲- آویشن یک داروی آنتی اسپاسمودیک است.
- ۳- آویشن گازهای روده را جذب کرده و در درمان نفخ معده و روده‌ها موثر است.
- ۴- آویشن گردش خون را تمریک و جریان آن را منظم می‌کند.
- ۵- آویشن هوش و قوه ادراک را افزایش می‌دهد.
- ۶- شستن سر با جوشانده غلیظ آویشن (ده گرم آویشن را در صد گرم آب جوشانده و صاف کنید و بکار ببرید) موجب جلوگیری از ریزش موی سر و تقویت پیازهای آن می‌شود اگر به آن مداومت کنند موی سر را می‌رویند.
- ۷- اگر شب قبل از خواب مصرف شود رنگ صورت را نیکو می‌کند.
- ۸- آویشن در درمان بیماری‌های ریوی، آسم، سیاه سرفه و هم‌چنین خلط آور است.
- ۹- آویشن سبب سقط جنین می‌شود. بنابراین در خانم‌های باردار توصیه می‌شود که از مصرف آن خودداری کنند.

منبع: کتاب طب سنتی ابو علی سینا و سایت طب سنتی ایران

Fragile X Syndrome

سندره X شکننده

لیلا مظاهری تهرانی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشمویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

والدین می‌توانند بچه‌هایی با سندره X شکننده داشته باشند، حتی اگر خود والدین این سندره را نداشته باشند. زمانی که این زن از والدین به فرزندان انتقال می‌یابد، تغییرات شدیدتری در زن رخ می‌دهد.

بعضی از افراد ممکن است فقط تغییرات ناچیزی در زن FMR-1 داشته باشند که پره موتاسیون (پیش جهش) نامیده می‌شود و ممکن است هیچ یک از علائم سندره X شکننده را از خود بروز ندهند.

سایر افراد ممکن است، تغییرات بیشتری در زن FMR-1 داشته باشند که موتاسیون کامل نامیده می‌شود که منجر به بروز علائم سندره X شکننده می‌گردد.

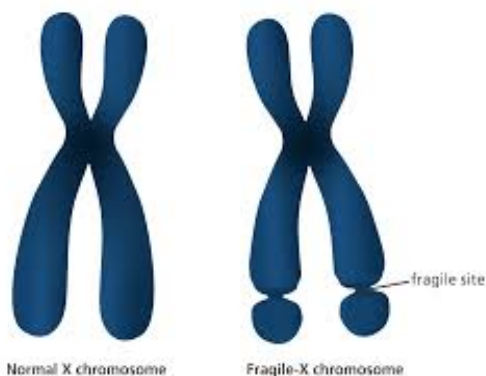
سندره X شکننده یک بیماری موروثی است که باعث ناتوانی فکری و رشد و نمو است. این بیماری از والدین به فرزندان از طریق زن‌ها منتقل می‌شود. سندره X شکننده رایج‌ترین منبع ارثی ناتوانی روانی در پسران است. افراد مبتلا به سندره X شکننده معمولاً طیف وسیعی از مشکلات رشد و یادگیری را تجربه می‌کنند. این بیماری یک بیماری مادام‌العمر است.

سندره X شکننده یکی از شایع‌ترین علل ارثی افتلالات ذهنی است. سندره X شکننده زمانی اتفاق می‌افتد که تغییر یا موتاسیونی در یک تک‌زن زن عقب ماندگی ذهنی X شکننده FMR-1، رخ می‌دهد.

این سندره تقریباً ۱ نفر از ۳۶۰۰ نفر مرد و ۱ نفر از ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر زن را درگیر می‌کند.

این زن FMR-1 در حالت عادی پروتئینی را تولید می‌کند که ممکن است منجر به سندره X شکننده گردد.

سندره X شکننده یک بیماری ارثی است و این بدین معنی است که از والدین به فرزندان قابل انتقال است.





علائم و نشانه های سندرم X شکننده چیست؟

هیچ یک از افراد با سندرم X شکننده علائم یکسانی را از خود بروز نمی‌دهند اما یکسری علائم کلی در همه افراد وجود دارد، علائم اغلب دختران نسبت به پسران ففیف تر است.

بیشتر کودکان با سندرم X شکننده دچار مشکلات رفتاری هستند. این افراد ممکن است از موقعیت‌های جدید بترسند یا دچار اضطراب شوند.

بسیاری از کودکان به‌فصوص پسرها مشکلات تمرکز کردن و توجه کردن دارند و متی ممکن است پرفاشگر باشند. به علاوه ممکن است علاوه بر مشکلات رفتاری مشکلاتی در تکلم هم داشته باشند.



هوش و یادگیری

بسیاری از افراد با سندرم X شکننده، ناتوانی در هوش و یادگیری دارند. این مشکلات از افتلالات یادگیری ففیف تا عقب ماندگی شدید می‌تواند متغیر باشد. در خانم‌ها چون دو عدد کروموزوم ایکس دارند و یکی از آنها

غیر فعال است کاهش IQ کمتری نسبت به مردان دارند، چون مردان یک کروموزوم ایکس دارند.

جسمی

نوجوانان و بالغین با سندرم X شکننده گوش‌های بزرگ، صورت دارز با چانه ایی برجسته دارند مشکلات وابسته به این سندرم شامل عفونت گوش، کف پای صاف، انعطاف پذیری و سستی بیش از مد مفاصل و انواع مشکلات استخوانی است.

اجتماعی – عاطفی

بیشتر کودکان با سندرم X شکننده دچار مشکلات رفتاری هستند. این افراد ممکن است از موقعیت جدید بترسند یا دچار اضطراب شوند. بسیاری از کودکان به‌فصوص پسرها مشکلات تمرکز کردن و توجه کردن دارند و متی ممکن است پرفاشگر باشند. دختران ممکن است در ارتباط برقرار کردن با افراد جدید دچار فجالت و کمرویی گردند.

زبان و تکلم

اغلب پسران مبتلا به سندرم X شکننده، مشکلات زیادی در رابطه با صمبیت کردن و تکلم دارند. آنها ممکن است اغلب در صریح و واضح مرف زدن دچار مشکل یا مبتلا به لکنت زبان باشند و یا متی قسمتی از کلمات را مین مرف زدن جا بگذارند. آنها هم‌چنین زمانیکه با دیگران صمبیت می‌کنند دچار مشکلات درکی هستند برای مثال:

افتلال در درک تن صدا و لمن فرد گوینده، دفتران معمولاً مشکلات ماد در زمینهٔ صحبت کردن و تکلم ندارند.

مس

بسیاری از کودکان مبتلا به واسطه بعضی از مژک‌های فاص تمریک می‌شوند از قبیل: نور درفشان، صدای بلند و یا نموه لمس بعضی از اجسام، بعضی از کودکان دوست ندارند که لمس شوند و یا متی در ایجاد تماس پیشمی مستقیم با سایر مردم دچار مشکل هستند.



علت

تغییر یا موتاسیون در ژنی که بر روی کروموزوم X قرار دارد، منجر به سندرم X شکننده می‌گردد. همه انسان‌ها ۴۶ کروموزوم دارند که دوتای آنها کروموزوم‌های جنسی هستند. موتاسیون در DNA کروموزوم X منجر به بروز این سندرم می‌گردد. ژنی که مسئول سندرم X شکننده است، FMR-1 Fragile X

Mental Retardation نامیده می‌شود. این ژن به سه صورت بروز می‌یابد که بسته به دفعات تکرار و الگوی DNA به تکرار CGG معروف است، می‌تواند متفاوت باشد. افرادی که کمتر از ۶۰ بار تکرار CGG داشته باشند، دارای ژن نرمال هستند. افراد با تکرار CGG، ۲۰۰-۶۰۰، پیش جهش (پره موتاسیون) دارند و این بدین معنی است که این افراد این ژن غیره نرمال را با خود حمل می‌کنند که یک موتاسیون ناپایدار است که ممکن است در نسل‌های بعدی گسترش یافته و زمینهٔ بروز خود را فراهم کند. افراد با تکرار CGG بالاتر از ۲۰۰ موتاسیون کامل دارند که منجر به بروز سندرم X شکننده می‌گردد. موتاسیون کامل باعث فاموش شدن ژن یا سبب متیله شدن (غیر فعال شدن) نامیه FMR-1 ژن می‌گردد. به‌طور عادی ژن FMR-1، پروتئین فاصی به نام FMRP تولید می‌کند، زمانیکه ژن فاموش می‌شود فرد نمی‌تواند FMRP بسازد و کمبود این پروتئین منجر به سندرم X شکننده می‌گردد.

درمان

در حال حاضر هیچ درمانی برای این سندرم وجود ندارد با این حال شرایط تمصیلی فاص، گفتار درمانی، کار درمانی و رفتار درمانی برای رفع بسیاری از نشانگان رفتاری و مسائل شناختی ناشی از سندرم X شکننده، مفید خواهد بود. علاوه بر این یافته‌های دارویی جدید می‌تواند تا مدی



ژن در پره موتاسیون در نسل بعد خود را بصورت موتاسیون کامل بروز می‌دهد. پره موتاسیون اغلب تأثیرات قابل مشاهده‌ای را نشان نمی‌دهد با این حال پره موتاسیون در افراد بالغ کهن سال می‌تواند با علائم نرولوژیکی و شبه پارکینسونی تظاهر یابد.

موتاسیون کامل

موتاسیون کامل بدین معنی است که تکرار CGG ژن فرد بیش از ۲۰۰ بار بر روی DNA باشد. علاوه بر این اغلب ژن‌های موتاسیون یافته درجه‌ای از متیله شدن را دارند که منجر به خاموش شدن ژن می‌گردد. درصد کمی از مردان با موتاسیون کامل هستند که عقب ماندگی ذهنی ندارند. در حدود ۳۰ درصد زنان با موتاسیون کامل-مشکلات شناختی ندارند. بقیه زنان با موتاسیون کامل-مشکلاتی در زمینه شناختی رفتاری و یا کارکردهای اجتماعی فوهند داشت و ممکن است نشانگان فیزیکی در زنان با فرج ففیف‌تر مشاهده کرد.

References:

- 1- Molecular advances leading to treatment implications for fragile x premutation carriers.
- 2- Cognitive aspects of fragile x syndrome
- 3- <http://www.hidoctor.ir/categor>

برای رفع پرفاشگری، اضطراب، بیش‌فعالی و عدم تمرکز این افراد مفید واقع شود.

تشخیص

در طی سال‌های ۱۹۸۰-۱۹۷۰ تست موجود برای تشخیص سندرم X شکننده، تست‌های ژنتیکی و کروموزومی بوده است، اگرچه این تست کمک کننده بود اما همیشه این آزمون نتایج درستی را نشان نمی‌داد.

روش آنالیز PCR نیز می‌تواند به تعیین دفعات تکرار CGG در افراد با ژن نرمال یا پره موتاسیون مفید واقع شود، اما این روش انتخابی برای تشخیص موتاسیون کامل، به‌کار نمی‌رود. اما پره موتاسیون و دفعات تکرار CGG و ژن نرمال را با قاطعیت تعیین می‌کند.

پره موتاسیون

از خصوصیات بارز این حالت این است که این ژن می‌تواند در طی نسل‌ها تغییر یابد و بیشتر به فرج ناپایدار فود برسد و احتمال بیشتری وجود دارد که این ژن ناپایدار در نسل‌های بعدی خود را به‌طور شدیدتری بروز دهد. تغییر

ARTIFICIAL EYE



چشم مصنوعی

آیدا مهدیان

دانشجوی پزشکی، کمیته تمقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

در روزگاران دور که بشر تازه یکجا نشین شده بود، شهری در سیستان پدید آمد که به گفته‌ی باستان‌شناسان به لحاظ بافت شهری، جمعیت، برنامه ریزی شهری و ... اولین شهر جهان بود. شهر سوخته و تمدن هوشمند و فلاق آن با بیش از پنج هزار سال قدمت، به‌عنوان بزرگ‌ترین استقرار شهرنشینی در نیمه‌ی شرقی فلات ایران، نمونه‌ای منمصر به فرد و مکایت‌گر واقعی علم، صنعت و فرهنگ گذشته‌های دور این مرز و بوم می‌باشد.



شهر سوفته در ۵۶ کیلومتری زابل در استان سیستان و بلوچستان و در ماشیه جاده زابل - زاهدان واقع شده است. این شهر در ۳۲۰۰ سال قبل از میلاد پایه گذاری شده و مردم این شهر در چهار دوره بین سال‌های ۳۲۰۰ تا ۱۸۰۰ قبل از میلاد در آن سکونت داشته‌اند. محوطه باستانی شهر سوفته در هزاره دوم و سوم قبل از میلاد، توسط مهاجرانی که از چهار گوشه به آن مهاجرت کرده‌اند، بنا شده است. سند یا کتیبه‌ای که نام واقعی و قدیمی این شهر را مشخص کند هنوز به دست نیامده و به دلیل آتش سوزی در دو دوره زمانی بین سال‌های ۳۲۰۰ تا ۲۷۵۰ قبل از میلاد «شهر سوفته» نامیده می‌شود. «کلنل بیت» یکی از ماموران نظامی بریتانیا از نخستین کسانی است که در دوره قاجار و پس از بازدید از سیستان به این

محوطه اشاره کرده و نخستین کسی است که در خاطراتش این محوطه را شهر سوفته نامیده و آثار باقیمانده از آتش سوزی را دیده است. پس از او «سر اورل- اشتین» با بازدید از این محوطه در اوایل سده ماضی، اطلاعات مفیدی در خصوص این محوطه بیان کرده است. بعد از او شهر سوفته توسط باستان‌شناسان ایتالیایی به سرپرستی «مارتیسو توزی» از سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۵۷ مورد بررسی و کاوش قرار گرفت. شهر سوفته دارای تشکیلات مرتب و منظمی بوده و از بعد سازمان‌دهی اجتماعی نیز جزو شهرهای پیشرفته‌ی زمان خود بوده است. وجود نظام مرتب و منظم آب‌رسانی و تخلیه‌ی فاضلاب، دانش پیشرفته و صدها عامل دیگر بر اهمیت این منطقه افزوده است.



این شهر از نادرترین شهرهای باستانی است که در آن، زنان عهده دار امور مالی خانواده‌شان بوده‌اند. بر مبنای یافته‌های باستان شناسان شهر سوخته ۱۵۱ هکتار وسعت دارد و بقایای آن نشان می‌دهد که این شهر دارای پنج بخش مسکونی واقع در شمال شرقی شهر سوخته، بخش‌های مرکزی، منطقه صنعتی، بناهای یادمانی و گورستان است که به صورت تپه‌های متوالی و پسیبیده به هم واقع شده‌اند. هشتاد هکتار شهر سوخته بخش مسکونی بوده است. شهر سوخته مرکز بسیاری از فعالیت‌های صنعتی و هنری بوده، در فصل ششم کاوش در شهر سوخته نمونه‌های جالب و بدیعی از زیورآلات به دست آمد. در جریان حفاری‌های فصل‌های گذشته در شهر سوخته مشخص شد که با توجه به صنعتی بودن شهر سوخته و وجود کارگاه‌های صنعتی سافت سفال و جواهرات در این منطقه، ساکنان شهر

سوخته از درفتان موجود در طبیعت مموطه برای سوخت استفاده می‌کرده‌اند. در شهر سوخته انواع سفالینه‌ها و ظروف سنگی، معرق کاری، انواع پارچه و مصیر یافت شده که معرف وجود پندین نوع صنعت، به‌ویژه صنعت پیشرفته پارچه بافی در آنجاست. تاکنون ۱۲ نوع بافت پارچه یکرنگ و چند رنگو قلاب ماهیگیری در شهر سوخته به دست آمده و مشخص شده مردم این شهر با استفاده از نیزارهای باتلاق‌های اطراف هامون سبد و مصیر می‌بافتند و از این نی‌ها برای درست کردن سقف هم استفاده می‌کردند. صید ماهی و بافت تورهای ماهیگیری نیز از دیگر مشاغل مردمان شهر سوخته بوده است. شهر سوخته بدون شک جز شهرهای بسیار پیشرفته زمان خود بوده است. اینک به برزی از این پیشرفت‌های شگفت‌انگیز اشاره می‌کنیم:

نخستین چشم مصنوعی جهان



یکی از گورهای شهر سوخته مدفون شده بوده است. مجموعه زن صامب چشم مصنوعی شهر سوخته چشم مصنوعی روی جمجمه او دیده می‌شود.



برای نخستین بار در شهر سوخته یک چشم مصنوعی متعلق به ۴۸۰۰ سال پیش کشف شد. این چشم مصنوعی متعلق به زنی ۲۵ تا ۳۰ ساله بوده که در

شهر سوخته یک چشم مصنوعی پیدا شد. مطالعات اولیه نشان داده‌اند که چشم پپ زن تنومند مدفون در قبر شماره ۶۷۰۵ مصنوعی بوده است. همین مطالعات نشان می‌دهند که زیر طاق ابروی زن مذکور آثار آبسه دیده می‌شود. به علت طول زمان زیادی که بخش زیرین این چشم مصنوعی با پلک چشم در تماس بوده است آثار ارگانیکی پلک چشم نیز در روی آن مشهود است. دو سوراخ جانبی واقع در دو سوی این چشم مصنوعی جهت نگهداری و اتصال آن به مدقه چشم استفاده می‌شده است.

بررسی‌های انسان شناسانه نشان داده که به احتمال بسیار زیاد زن مزبور دارای سنی بین ۲۵ تا ۳۰ سال بوده و دو (رگه سیاه و سفید) بوده است. اشیاء پیدا

چشم مصنوعی یافت شده در چشم پپ او کار گذاشته شده و با وجود گذشت زمان نزدیک به ۴۵۰۰ سال از سافته شدن آن هنوز سالم است. جنس این چشم مصنوعی یافت شده هنوز به طور کامل مشخص نشده است اما به نظر می‌رسد در سافت آن از قیر طبیعی مخلوط به نوعی چربی جانوری استفاده شده است.

در روی این چشم مصنوعی ریزترین مویرگ‌های داخل چشم توسط مفتول‌های طلایی به قطر کمتر از نیم میلی‌متری طراحی شده‌اند. مردمک این چشم در وسط طراحی شده و تعدادی خطوط موازی که تقریباً یک لوزی را تشکیل می‌دهند در پیرامون مردمک دیده می‌شود. سرپرست گروه باستان شناسی شهر سوخته سید منصور سید سجادی برای نخستین بار در

می‌رسد. مطالعه جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر در این مورد چشم و اسکلت ادامه دارد. در ادامه به بررسی اطلاعاتی پیرامون دیدگاه‌های جدید در ارتباط با چشم مصنوعی می‌پردازیم...

شده در این قبر دو قسمتی عبارت بوده اند از ظرف- های سفالی، مهرهای تزیینی، یک کیسه جرمی و یک آینه قدمت این قبر و چشم مصنوعی به حدود ۲۸۰۰ سال پیش از میلاد و ۴۸۰۰ سال پیش از این

چشم مصنوعی



کرایولیتی (از جنس فلورید سدیم - آلومینیوم و اکسید آرسنیک)، ماده‌ای نسبتاً سفید رنگ به دست آمد که برای پروتز چشمی مناسب به نظر می‌رسید. این کشف در سال ۱۸۳۵ به نام متفحصان آلمانی ثبت شده است.

در آن زمان برای ساختن چشم مصنوعی، به انتهای یک لوله شیشه‌ای آنقدر حرارت داده می‌شد تا به شکل گوی درآید. سپس ترکیب‌های مختلفی از رنگ شیشه برای طبیعی تر جلوه کردن پروتز استفاده می‌شد. چشم پزشکان معمولاً صدها نمونه از این چشم‌های مصنوعی را در مطب خود نگهداری می‌کردند. سپس با آزمون و خطا و امتحان کردن تعدادی از چشم‌های مصنوعی، بهترین پروتزی را که

صدمات ناشی از حوادث، بیماری، نابینایی مادرزادی و سرطان، ممکن است به از دست رفتن یک یا هر دو چشم منجر شود. اما نداشتن چشم لزوماً به معنای داشتن ظاهری نازیبا نیست. با پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه سافت ایمپلنت‌های چشمی، در اکثر موارد به لحاظ زیبایی ظاهری نتایج بسیار مطلوبی از این جراحی‌ها به دست آمده است.

در دنیای باستان، به ویژه مصر، چشم نماد زندگی بود. رومی‌ها مجسمه‌های فود را با چشم‌هایی از جنس نقره می‌آراستند. اما جراحی فرانسوی به نام Ambrose Par اولین چشم مصنوعی را ساخت که کاملاً در کاسه چشم قرار می‌گرفت. این قطعه از طلا و نقره ساخته شده بود. با ابداع شیشه‌های



داده است برفی از موارد استفاده از چشم مصنوعی به شرح زیر است:

۱- در بیماری میکروفتالمیا به علتی ناشناخته رشد چشم کامل نشده و کوچک می‌ماند. این چشم‌ها کاملاً نابینا هستند و شاید در بهترین حالت دارای اندکی ادراک نور باشند.

۲- برفی افراد در هنگام تولد فاقد یک یا هر دو چشم هستند. این یکی از مشکل‌ترین موارد بیماری آنوفتالمیا نام دارد. که ناشی از بروز سرطان یا تومور است.

۳- رتینوبلاستوما بیماری ارثی است که از دست دادن چشم در اثر این بیماری ۲۵ الی ۵۰ درصد (با توجه به بروز بیماری در یک یا هر دو چشم) برآورد می‌شود.

در کاسه چشم جا می‌افتاد انتفاب کرده و به بیمار تمویل می‌دادند.

تولید چشم مصنوعی تا سال‌های متمادی در انحصار آلمان بود. در جریان جنگ جهانی دوم و با قطع صادرات چشم مصنوعی شیشه‌ای از آلمان، مهندسان ارتش آمریکا به همراه چندین تیم پزشکی غیر نظامی توانستند ترکیبی جدید به‌وسیله ترکیب رنگدانه‌های روغنی و پلاستیک ایجاد کنند. از این زمان به بعد، پروتزهای پلاستیکی به پروتزهای شیشه‌ای ترمیم داده شدند.

اما آنچه که امروزه نگاهی شبه طبیعی به یک چشم مصنوعی داده است، افتراع "ایمپلنت چشمی" است. چشم‌های مصنوعی امروزی دارای قابلیت حرکت به اطراف هستند که جلوه‌ای طبیعی به آن‌ها



مراحل جاگذاری چشم مصنوعی

صلبیه (سفیده چشم) است. کارگذاری چشم مصنوعی بلافاصله پس از جراحی تقلیه چشم انجام می‌گیرد. سپس جراح عصب بینایی را قطع می‌کند.

اولین گام فارغ کردن چشم بیمار یا آسیب دیده توسط جراح متخصص است. اما آنچه که در این مرحله بسیار حیاتی است، حفظ عضلات متصل به

هسته اصلی پروتز چشمی، "ایمپلنت چشمی" است. این ایمپلنت در کره چشم قرار می‌گیرد تا حجم چشم حفظ شود. نقش دیگر ایمپلنت، حفظ مرکبات طبیعی چشم است. امروزه ایمپلنت‌های فلز و فرج دار ساخته می‌شود. در نتیجه، رگ‌های فونی می‌توانند در منافذ ایمپلنت رشد کنند. این ماده از جنس پروس پلی اتیلن به صورت سنتتیک ساخته می‌شود. امکان ادغام آن با سلول‌های بدن فراهم می‌شود. از مزایای این ادغام می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- کاهش احتمال پس زنی ایمپلنت توسط سیستم ایمنی
- ۲- حفظ پاکیزگی ایمپلنت به صورت برفشی از نظام طبیعی بدن

عصب بینایی در پشت ایمپلنت قطع می‌شود. از بین ۶ عضله حرکتی چشم، چهار عضله به ایمپلنت

متصل می‌شوند. به این ترتیب مرکبات چشم تا حد بسیار زیادی به طور طبیعی جلوه فواید کرد. سپس بافت ملتحمه (غشاء مخاطی درون کره چشم و پلک‌ها) بر روی ایمپلنت کشیده می‌شود. در انتها یک دیسک سلیکونی در جلوی چشم قرار می‌گیرد که پس از بهبودی کامل محل جراحی، این قطعه با پروتز جایگزین می‌شود.

در فضای باقیمانده، خارجی‌ترین قطعه یعنی "پروتز چشم مصنوعی" جای می‌گیرد. این قطعه به صورت سفارشی و بر اساس مشخصات فردی (شامل رنگ چشم) ساخته شده است. تنها برفش قابل مذف است. زمان کارگذاری پروتز تا هنگام بهبودی کامل کره چشم به تعویق می‌افتد.



مراحل ساخت پروتز چشمی

همان طور که پیش‌تر اشاره شد، پروتز چشمی در واقع خارجی‌ترین برفش یک چشم مصنوعی است.

این قطعه به صورت دست ساز تهیه می‌شود و پس از بهبودی کامل چشم (مداقل ۶ هفته پس از



دقت و با دست نقاشی می‌شوند. رگ‌های فونی و شیارهایی نیز برای طبیعی‌تر جلوه کردن نمونه نهایی به صورت دستی نقاشی می‌شوند. پس از اینکه عنیبه نقاشی شد، توسط دستگاه تراش، فطوطی روی آن ایجاد می‌شود. قطر عنیبه دقیقاً مطابق با چشم سالم طرامی می‌شود. این قطر معمولاً در رنج ۱۰ تا ۱۳ میلی متر قرار دارد. برای از بین بردن هرگونه ناصافی، سطح پروتز پولیش می‌شود. در آخرین مرحله، سطح پروتز با یک لایه محافظ پوشش داده می‌شود. پاکیزگی پروتز باید به‌طور منظم انجام گیرد و حداقل یک بار در سال به صورت مرفه‌ای پولیش شود.

اکثر مردم در عرض چند ساعت به استفاده از چشم مصنوعی عادت می‌کنند، به طوری که بعد از چند روز مضور فیزیکی آن را احساس نمی‌کنند. عمر متوسط یک چشم مصنوعی از جنس پلاستیک در حدود ۱۰ سال است. اما در کودکان به علت تخریبات سریع در مین فرآیند رشد، طول عمر پروتز کوتاه تر است. به طور کلی هر فرد به چهار الی پنج پروتز در دوره کودکی تا بزرگسالی نیاز دارد.

مواد اولیه

اصلی ترین ماده به کار رفته در ساخت چشم مصنوعی، پلاستیک است. برای قالب گیری نیز از موم یا گچ استفاده می‌شود. در طی فرایند قالب

جرامی) در جای خود قرار می‌گیرد. بلافاصله پس از جرامی، به جای پروتز یک کانفورمر (وسیله لنز مانند و شفاف) در بخش جلویی ایمپلنت قرار می‌گیرد تا با نگه داشتن پلک‌ها در جای خود، به شکل گیری کاسه چشم در مین بهبودی کمک کند. در واقع کانفورمر یک پوسته محدد است که از فلان آن می‌توان ملتممه را مشاهده کرد.

پس از بهبودی کامل چشم، کار ساخت پروتز آغاز می‌شود. برای این کار، از کاسه چشم و فضای محصور بین پلک‌ها و ملتممه قالب گیری می‌شود. این مرحله ممکن است چندین بار تکرار شود. جنس ماده استفاده شده برای قالب گیری مشابه موادی است که برای قالب گیری از دندان‌ها به کار می‌روند. از این قالب، نمونه مومی اولیه به دست می‌آید. نمونه مومی در کاسه چشم قرار می‌گیرد تا از نظر ضخامت و جایگیری امتحان شود. ضخامت پروتز، اصلی ترین عامل در تعیین نحوه قرارگیری پلک‌ها است. چرا که اگر ضخامت بیشتر از حد لازم باشد، چشم‌ها بیش از اندازه باز می‌مانند. پس از دستیابی به شکل دلفواه، محل مردمک چشم با الگوگیری از چشم سالم تعیین می‌شود. سپس پروتز نهایی از مواد مطلوب ساخته می‌شود.

رنگ چشم مصنوعی نیز با الگوگیری از چشم سالم تعیین شده و نقاشی می‌شود. عنیبه و صلیبه به

گیری از پودری سفید رنگ از جنس آلگینات استفاده می‌شود. برای رنگ آمیزی از طیف‌های مختلف رنگ استفاده می‌شود.

نگهداری از پروتز چشمی

پیشم مصنوعی را هرگز نباید با الکل یا ملال‌های دیگر تمیز کرد. این کار باعث از بین رفتن پروتز خواهد شد. در صورت برداشتن پروتز، باید آن را فقط

درون آب یا مملول نمک یا مملول لنز تماسی قرار داد. این امر مانع از خشک شدن رسوبات بر روی سطح پروتز می‌شود. برای شستشو باید از مواد شوینده دارای پی‌اچ فنثی استفاده کرد. برای خشک کردن پروتز باید از دستمال پنبه‌ای و نرم استفاده شود تا در سطح پروتز فراشیدگی ایجاد نشود.



نگاهی به آینده

با پیشرفت روزافزون علوم کامپیوتر، الکترونیک، و تکنولوژی مهندسی پزشکی، ممکن است به زودی پیشم‌های مصنوعی ساخته شوند که مس بینایی را نیز فراهم کنند. این رویا با ساخت میکروالکترودها و تکنیک‌های پیچیده تشخیص تصاویر تا مدودی ممقق شده است. محققان در حال ساخت اولین نمونه‌های شبکه‌ی مصنوعی هستند عملکرد شبکه‌ی مصنوعی بر اساس تکنولوژی بایوپپ است. بایوپپ‌ها به سلول‌های گانگلیون (جمع‌آوری

کنندگان اطلاعات دریافتی پیشم) متصل می‌شوند. در سطح شبکه‌ی‌ای این بایوپپ‌ها، یک آرایه اکترودی و در سطح مردمکی آن‌ها یک سنسور قرار می‌گیرد. سنسور در قبال مقدار دوز لیزر دریافتی از عینک فرد دارنده پیشم مصنوعی، پاسفی را به آرایه اکترودی ارسال می‌کند. امید است که در آینده نزدیک، از دست دادن چشم تا مدود زیادی قابل جبران بوده و تاثیر کمتری بر زندگی افراد ایجاد کند.

تاریخچه جراحی پلاستیک

مینو پتاری

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

جراحی پلاستیک تخصصی در پزشکی است که به ترمیم عملکرد و زیبایی هر نقص یا بدشکلی می‌پردازد. در حالی که بیشتر به‌عنوان جراحی زیبایی شناخته شده است اما جراحی پلاستیک بسیاری از جراحی‌های ترمیمی را در بر می‌گیرد.



می‌شد، سوراخ کردن مغز برای فروج ارواح فبیث بود که ۱۰ هزار سال قبل از میلاد صورت می‌گرفت. در متون سانسکریت آمده است که ۲۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح در هند باستان بسیاری از تبهکاران اعضای بدن قربانیانشان را قطع می‌کردند که در نتیجه نیاز به جراحی‌های ترمیمی به‌وجود آمد که منجر به پدید آمدن اشکال مختلف جراحی پلاستیک با هدف برگرداندن شکل و عملکرد طبیعی اعضا شد. هزار سال قبل از میلاد مسیح جراحان از پوست

واژه‌ی پلاستیک از واژه‌ی یونانی «پلاستیکوس» به معنای قالب و شکل دهی گرفته شده است. عبارت جراحی پلاستیک اولین بار پس از انتشار کتاب «دست‌نوشته جراحی پلاستیک» به زبان آلمانی توسط Eduard Zeis در سال ۱۸۳۸ میلادی بر سر زبان‌ها افتاد ولی Carl Ferdinand von Graefe از برلین، اولین کسی بود که کلمه‌ی پلاستیک را در سال ۱۸۱۸ میلادی در عبارت «rhinoplasty» به کار برد. قدیمی‌ترین عمل جراحی که در دوران باستان انجام



پیشانی برای جراحی اعضا مانند بینی استفاده می-
کردند.

جراحی‌های ترمیمی در هندوستان ادامه یافت. Sushruta که به‌عنوان پدر جراحی شناخته می‌شود در سده‌ی ششم پیش از میلاد فعالیت‌های مهمی در زمینه جراحی پلاستیک و کاتاراکت انجام داد. کارهای پزشکی وی به‌همراه Charak در زمان عباسیان به عربی ترجمه شد و سپس به کشورهای اروپایی از جمله ایتالیا راه یافت.

مدود ششمصد سال قبل از میلاد مسیح، هنیه، جراح یونانی، بینی یکی از بیمارانش را با استفاده از گوشت گون‌هی او جراحی نمود. رومی‌ها نیز جراحی‌های پلاستیک را انجام می‌دادند. آن‌ها قادر بودند تکنیک‌های ساده‌ای از قبیل ترمیم گوش آسیب دیده را انجام دهند.

در مدود یک قرن قبل از میلاد به‌دلایل مذهبی تشریح انسان یا میوان انجام نمی‌شد در نتیجه اطلاعات اندکی از بدن انسان وجود داشت اما با این وجود Aulus Cornelius Celsus محقق رومی توصیفات آناتومیکی شگفت‌انگیز و دقیقی از فود در زمینه‌های اسکلت بدن و اندام‌های تناسلی بر جای گذاشت که برخی از آنها مختص جراحی پلاستیک است. این روند ادامه یافت. در نیمه قرن پانزدهم در اروپا Heinrich von Pfolspendt روشی را به-

منظور سافتن بینی برای بیماری که به کلی بینی فود را در مملهی سگ از دست داده بود به کار برد. در این روش او پوست پشت بازوی بیمار را برداشته و آن را در محل بینی بفییه کرد.

در سال ۱۷۹۳، François Chopart با استفاده از پوست گردن عمل جراحی روی لب انجام داد. در مدود سال‌های ۱۷۹۴ تا ۱۸۱۴ پزشکان انگلیسی به هند سفر می‌کردند و به مشاهده‌ی جراحی‌های بینی با تکنیک‌های مملی می پرداختند. گزارشات جراحی‌های بینی هندوها توسط Kumhar vaidya به چاپ رسید.

Joseph Constantine Carpue اولین ابر جراحی مغرب زمین را در سال ۱۸۱۴ انجام داد. او عمل موفقیت آمیزی را روی فرمانده ارتش انگلستان که به خاطر اثرات سمی جیوه بینی فود را از دست داده بود انجام داد.

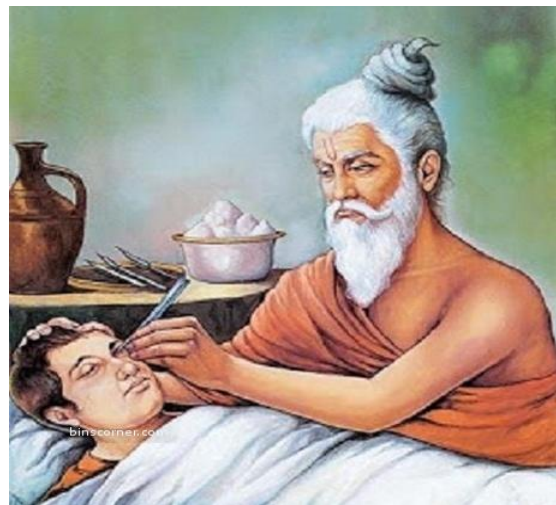
اولین جراح پلاستیک آمریکایی John Peter Mettauer در سال ۱۸۲۷ شکاف کام را با استفاده از وسایلی که فود طراحی کرده بود ترمیم نمود. در سال ۱۸۹۱، John Roe، پدر جراحی پلاستیک نوین، قوز پشت بینی یک خانم جوان را به‌منظور زیبایی جراحی نمود.

Harold Gillies پدر جراحی پلاستیک نوین بسیاری از تکنیک‌های مدرن جراحی صورت را برای سربازانی



نژاد ایرانی اگرچه از نوع Caucasian ممسوب می-گردد، ولی شیوع بینی بزرگ با قوزغضروفی و استخوانی در آن زیاد است. در بررسی صورت و بینی در نژادهای مختلف جهان در می-یابیم که در نقاط مختلف کره زمین از شرق ژاپن تا غرب قاره آمریکا اسکلت استخوانی و غضروفی بینی در منطقه فاوور میانه بزرگترین حجم را به خود اختصاص داده است. که این وضعیت تغییرات وسیعی در کل صورت، چشمها و لب ایجاد می-نماید و فرد را مسن-تر جلوه داده و در فائدهها حالت مردانه به چهره فواید داد. با انجام عمل بینی کل صورت و چهره دستفوش تغییرات وسیعی می-گردد که با هیچ یک از اعمال دیگر جراحی پلاستیک صورت قابل مقایسه نیست. در نژاد زرد پوستهای شرق و جنوب شرقی آسیا قوز وجود نداشته و عمدتاً بینیها کوچکاند و در این منطقه جراحان عمل بینی بیشتر به بزرگ کردن بینی مشغول هستند. در نامیه هندوستان و پاکستان بینیها بزرگتر شده اما هنوز دارای قوز نیستند و آفریقاییها دارای بینی پهن با پوست ضفیم و بدون قوز یا فرو رفته می-باشند. در اروپای شرقی، اسکلت بینی کوچک ولی پرهها عریض می-باشند و در اروپای غربی بهطور کلی اسکلت غضروفی و استخوانی کوچک است.

که از جراحات صورت در جریان جنگ جهانی اول رنج می-بردند به کار برد.



اما به خاطر وجود فطرات هر گونه عمل جراحی به فصوص جراحیهای سر و صورت، جراحی پلاستیک تا قرنهای نوزده و بیست آنگونه که امروزه مطرح است وجود نداشت.

تا زمان انتشار تکنیکهای بیهوشی، جراحیها با درد زیادی همراه بودند. عفونتهای پس از جراحی با روشهای ضدعفونی کاهش یافت. اختراع و استفاده از آنتی-بیوتیکها که با پنیسیلین و سولفونامید آغاز شد قدم دیگری در زمینهی بهبود عوارض اعمال جراحی به مساب می-آمد. پیشرفتهای علم جراحی پلاستیک هم هم-چون اکثر جراحیها در جهان به قرن اخیر باز می-گردد.

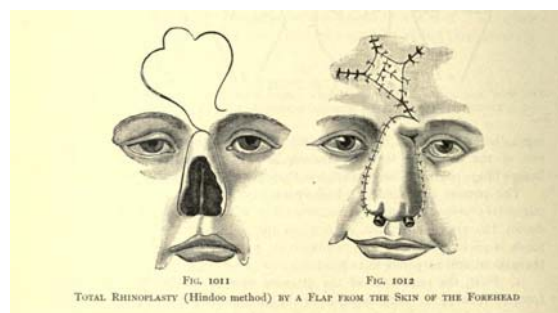
در حال حاضر جراحی زیبایی بینی از جمله متداولترین و در عین حال پر طرفدارترین اعمال جراحی در دنیا و بهفصوص در کشور ما ممسوب می-شود.

دکتر اصائلو پس از دیدن دوره‌هایی در کشورهای فرانسه و آمریکا به ایران بازگشته و به‌عنوان اولین جراح عمل بینی با انجام تعداد بسیار زیاد اعمال جراحی پلاستیک به‌فصوص عمل بینی در جامعه آن روز ایران، عمل بینی را به دیگر همکاران آموزش داده و شاگردان زیادی نیز تربیت نمودند که در نهایت این نوع جراحی در ایران مقبولیت عام پیدا کرد.

References:

- 1- Plastic Surgery Workforce: A Template for the Future of Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125(2): 736-46.
- 2- "Plastic surgery". *Aman Garg*. Citelighter. Retrieved 15 January 2013.
- 3- Oxford English Dictionary, S.V. 'plastic'
- 4- OED Online. Oxford University Press. Retrieved February 12, 2015.
- 5- "Academy Papyrus to be Exhibited at the Metropolitan Museum of Art". The New York: Academy of Medicine; 2005.
- 6- Shiffman, Melvin. *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*. Springer; 2013. p. 20.
- 7- Mazzola, Ricardo F. Mazzola, Isabella C. *Plastic Surgery: Principles*. Elsevier Health Sciences. p. 11-9.
- 8- Dwivedi, Girish & Dwivedi, Shridhar. *History of Medicine: Sushruta – the Clinician – Teacher par Excellence*. National Informatics Centre (Government of India). 2007.

در آمریکای جنوبی (نژاد Hispanic) بینی‌ها پهن‌تر و دارای پوست ضخیم می‌باشد.



تاریخچه اولین عمل بینی در ایران به بیش از ۴۰ سال پیش بر می‌گردد. در آن زمان زنده یاد آقای

- 9- Lock, Stephen etc. *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*. USA: Oxford University Press; 2001. p. 607.
- 10- Maniglia AJ. Reconstructive rhinoplasty. *Laryngoscope* 1989; 99(8): 865.
- 11- Lock, Stephen et al. *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*. USA: Oxford University Press; 2001.
- 12- Lock, Stephen etc. *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*. USA: Oxford University Press; 2001. p. 652.
- 13- Wolfgang H. Vogel, Andreas Berke "Brief History of Vision and Ocular Medicine". Kugler Publications; 2009. p. 97.
- 14- Chambers JA, Ray PD. Achieving growth and excellence in medicine: the case history of armed conflict and modern reconstructive surgery. *Ann Plast Surg* 2009; 63(5): 473-8.



عوارض چشمی ناشی از بیماری‌های التهابی روده

مهتاب میرآفتاب

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان



چکیده:

استروئیدها، نرم شدگی صلبیه (اسکلرومالاسیا) به-
وسيله اسکلریت و فشک شدن چشم در اثر کمبود
ویتامین A که به دنبال برش لوله گوارش بوجود می-
آید. تعدادی از بیماری‌های چشمی مرتبط با IBD به
افتلالات دیداری قابل توجه منجر می‌شود. هم‌چنین
عوارض مرتبط می‌تواند به‌عنوان راهنمای کنترل
بیماری باشد. علاوه بر این بیماری‌های چشمی مرتبط
با IBD بعضی اوقات قبل از تظاهرات روده‌ای
معمول آشکار می‌شود که به یک تشخیص زودتر
منجر می‌شود. بنابراین فهم تظاهرات کلینیکی
نشانه‌های ممکن چشمی برای درمان مناسب
ابتدایی و کمک به جلوگیری از افتلالات بینایی بسیار
مهم است.

اگرچه بیماری التهابی روده (IBD) تمایل ویژه به
لوله گوارش دارد، این بیماری یک بیماری التهابی
سیستمیک است که روی چند ارگان شامل چشم اثر
می‌گذارد. عوارض چشمی که به‌طور مستقیم به
IBD مربوط می‌شوند، به دو دسته اولیه و ثانویه
تقسیم بندی می‌شوند. عوارض اولیه معمولاً با
تشدیدهای IBD مرتبط بوده و با درمان سیستمیک
التهاب روده‌ای رفع می‌شوند. این عوارض اولیه
شامل بیماری‌های قرنیه (کراتوپاتی)، التهاب بافت
بین صلبیه و ملتحمه (اپی اسکلریت) و التهاب
صلبیه چشم (اسکلریت) است.
عوارض ثانویه از عوارض اولیه منشأ می‌گیرد. مثل
شکل‌گیری آب مروارید به‌وسیله درمان با کورتیکو

نتیجه‌گیری:

اگرچه IBD اغلب لوله گوارش را هدف قرار می‌دهد، یک بیماری سیستمیک مزمن است. پاتو فیزیولوژی اساسی که به تظاهرات چشمی IBD منجر می‌شود، هنوز به خوبی شناخته نشده است. درگیری چشمی مثل التهاب عنبیه خصوصاً مهم است چون به ندرت می‌تواند از نشانه‌های دیگر بیماری سبقت بگیرد. بنابراین مهم است از بیمارانی که التهاب عنبیه‌ها دارند درباره تب، درد شکمی، اسهال فونی، آنمی و از دست دادن وزن پرسیم. اگر تشخیص IBD قبل از تشدید درگیری GI اتفاق بیافتد، فیلی از نتایج بیماری می‌تواند از بین برود و یا به تأخیر بیفتد.



درگیری چشمی همیشه با تظاهرات روده‌ای فعال هم زمان نیست. با این حال، در مواردی که هم زمان شد مثلاً در اپی اسکلریت، می‌تواند به‌عنوان یک نشانگر فعالیت بیماری که نیاز به مدیریت تهاجمی بیشتری دارد، استفاده شود. درمان تظاهرات چشمی به کنترل التهاب روده‌ای اساسی، استروئیدهای موضعی، NSAID سیستمی، استروئیدهای سیستمی و مواد بیولوژیکی و سرکوب گر ایمنی طبقه بندی می‌شود.

در نمونه‌های شدید و مقاوم، درمان با آنتی‌بادی‌های مونو کلونال امید بخش بوده است. در نمونه‌های شدید مرتبط با التهاب روده‌ای فعال، برش جراحی کلون برای کم کردن التهاب چشمی ممکن است لازم شود.

یک روش میان رشته‌ای شامل متخصصان چشم، متخصصان داخلی و متخصص گوارش بهترین خدمت را به این بیماران ارائه می‌دهند.

References:

- 1- Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Stemmermann GN, Lantz PE, Isaacson PG. Gastrointestinal Pathology: An Atlas and Text. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 3rd ed.
- 2- Mintz R, Feller E, Bahr RL, Shah SA. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases 2004; 10(2): 135-9.
- 3- Salmon JF, Wright JP, Murray ADN. Ocular inflammation in crohn's disease. Ophthalmology 1991; 98(4): 480-4.



- 4- Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. Cornea. 3rd ed. Elsevier; 2011.
- 5- Hugot JP, Laurent-Puig P, Gower-Rousseau C, et al. Mapping of a susceptibility Locus for Crohn's disease on chromosome 16. *Nature* 1996; 379(6568): 821-3.
- 6- Cho JH. The Nod2 gene in Crohn's disease: implications for future research into the genetics and immunology of Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases* 2002; 4(10): 798-802.
- 7- Duerr RH. The genetics of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North America* 2002; 31(1): 63-76.
- 8- Kleessen B, Kroesen AJ, Buhr HJ, Blaut M. Mucosal and invading bacteria in patients with inflammatory bowel disease compared with controls. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2002; 37(9): 1034-41.
- 9- Petrelli EA, McKinley M, Troncale FJ. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. *Annals of Ophthalmology* 1982; 14(4): 356-60.
- 10- Hopkins DDJ, Horan E, Burton IL, Clamp SE, de Dombal FT, Goligher JC. Ocular disorders in a series of 332 patients with Crohn's disease. *British Journal of Ophthalmology* 1974; 58(8): 732-37.
- 11- Das KM. Relationship of extraintestinal involvements in inflammatory bowel disease: new insights into autoimmune pathogenesis. *Digestive Disease Sciences* 1999; 44(1): 1-13.
- 12- Mallas EG, Mackintosh P, Asquith P, Cooke WT. Histocompatibility antigens in inflammatory bowel disease; their clinical significance and their association with arthropathy with special reference to HLA B27 (W27). *Gut* 1976; 17(11): 906-10.
- 13- Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, et al. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology* 2004; 111(3): 501-6.
- 14- Knox DL, Schachat AP, Mustonen E. Primary, secondary and coincidental ocular complications of Crohn's disease. *Ophthalmology* 1984; 91(2): 163-73.
- 15- Suhler EB, Smith JR, Wertheim MS, et al. A prospective trial of infliximab therapy for refractory uveitis: preliminary safety and efficacy outcomes. *Archives of Ophthalmology* 2005; 123(7): 903-12.
- 16- Imrie FR, Dick AD. Biologics in the treatment of uveitis. *Current Opinion in Ophthalmology* 2007; 18(6): 481-6.
- 18- Ardizzone S, Porro GB. Biologic therapy for inflammatory bowel disease. *Drugs* 2005; 65(16): 2253-86.
- 17- Rutgeerts P, VanAssche G, Vermeire S. Optimizing anti TNF treatment in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2004; 126(6): 1593-610.

افتلال ژنتیکی ایجاد کننده اوتیسم چیست؟

پریسا پیراسته

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشمویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

اوتیسم شامل طیف وسیعی از افتلالات، اعم از ناتوانی عمیق برای برقراری ارتباط تا عقب ماندگی ذهنی و عدم پاسخ به علائم ففیف است. بیماران از این نظر مشابه افرادی هستند که از سندرم اسپرگر رنج می‌برند. بنا بر تفرمینی در ایالات متحده از هر ۸۱ کودک، یک کودک مبتلا به اوتیسم است. این در حالی است که اکثر موارد اوتیسم را نمی‌توان با مطالعات ژنتیکی پیش‌بینی کرد طبق نتایج سه مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفت، مشخص شده جهش‌هایی که در قسمت‌هایی از ژن که ساختار پروتئین‌ها را برنامه‌ریزی



می‌کنند نقش بسزایی در ایجاد اوتیسم دارند. احتمال انتقال این جهش‌ها به کودکان از طریق پدر چهار برابر بیشتر از احتمال انتقال از مادر است.

محققان مجموعه‌ای از جهش‌های شناخته شده اوتیسم موسوم به انواع مختلف کپی (CNVs) را بررسی کردند. آنها در مورد زمان و محل ظهور ژن‌ها در طول تکامل مغز تحقیق کردند. دکتر لیلیا لاکوپوا، سرپرست این تیم تحقیقاتی اظهار کرد: مورد میرت‌انگیزی که ما مشاهده کردیم، این بود که به نظر می‌رسد CNV های مختلف، در دوره‌های مختلف تکامل، روشن می‌شوند.

مساله اینجاست که این فطاهای ژنتیکی می‌تواند در کدهای ژنتیکی نیز رخ دهد که در آن صورت آسیب‌های زیادی را به همراه فواهد داشت و مال چنانچه این آسیب در بخش‌هایی از ژنوم که در نمو مغزی نقش دارند، رخ دهد می‌تواند آسیب شدیدی بر سیر تکاملی مغز داشته باشد. این پژوهش از پیشرفته‌ترین متد توالی‌یابی ژنی برای درک پیستی ژنتیک اوتیسم استفاده شده است.



می‌شوند که نشان می‌دهد ۱۶ CNV p11.2 و RhoA، ممکن است از طریق یک مسیر فعال شوند. سطوح RhoA بر اندازه بدن و سر در نسفه آزمایشگاهی گورفرماهی که توسط ژنتیک‌شناسان برای تمقیق در مورد عملکرد ژن‌ها به کار می‌رود، تأثیر می‌گذارند. کودکان دارای ۱۶ p11.2 CNV دارای اندازه سر افزایش یا کاهش یافته هستند و از پاقی یا کمبود وزن رنج می‌برند.

به ادعای محققان، مدل آن‌ها به خوبی مطابق با آن چیزی است که در بیماران مشاهده می‌شود. مسیر RhoA به تازگی به‌طور جالبی در شکل‌ناری از اوتیسم به نام سندروم Timothy نشان داده شده که به‌وسیله جهش در یک ژن کاملاً متفاوت ایجاد می‌شود. این واقعیت که سه نوع مختلف جهش ممکن است از طریق یک مسیر فعال شوند، قابل‌توجه است.

References:

- 1- <http://www1.jamejamonline.ir>
- 2- <http://www.irna.ir>
- 3- <http://www.bwinerharbor.com>

به گفته دانشمندان، CNV واقع در نامیه ژنومی p11.216، حاوی ژن‌هایی است که در طول اواخر دوره میانی جنینی (late-mid fetal period) فعال می‌شوند. سرانجام، آنها شبکه‌ای از ژن‌ها را شناسایی کرده‌اند که الگوی مشابهی از فعال‌سازی را نشان می‌داد، از جمله KCTD13 در p11.216 و CUL3، ژنی از کروموزوم متفاوت که در کودکان مبتلا به اوتیسم نیز جهش می‌کند.

لاکوپوا می‌گوید: هیجان‌انگیزترین لمظه برای ما زمانی بود که دریافتیم پروتئین‌های کدگذاری شده به‌وسیله‌ی این ژن‌ها، مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که سطوح پروتئین سوم RhoA را تنظیم می‌کند. پروتئین‌های Rho، نقشی مهمی در مهاجرت نورونی و شکل‌پذیری مغز در مراحل اولیه تکامل مغز را ایفا می‌کنند.

به گفته وی، آزمایشات دیگر تأیید کرده‌اند که جهش‌های CUL3، مانع واکنش با KCTD13

برش برداری با مداقل تهاجم در سرطان‌های ریوی اولیه

امیر رضا میدریان

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشمویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

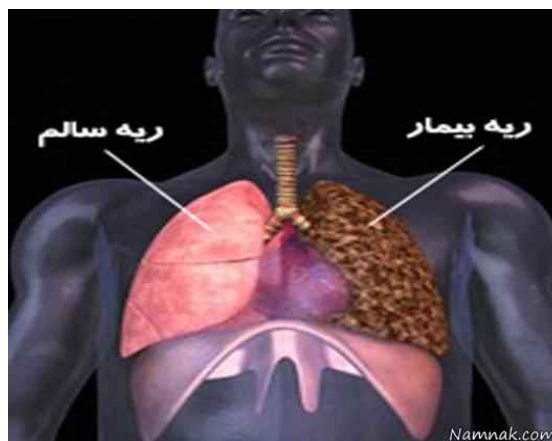
برداشتن بافت ریه در درمان‌های طولانی مدت در دست بررسی است.

برای بیماران با تومورهای ریوی کوچک و ضایعات بدون درد یا با رشد کند میزان زنده ماندن بعد از سرطان لزوماً با روش‌های تمت تهاجم کمتر که عمداً میزان کمتری از بافت ریه را بر می‌دارد به فطر نمی‌افتد مانند برش برداری‌های ساب لوبار (مثلاً سگمنتکتومی یا برش برداری وچ (۱۴) را می‌توان مثال زد)

- 1-LDCT: Low dose computed tomography
- 2-NSCLC: non-small cell lung cancer
- 3-VATS: video-assisted thoracic surgery
- 4-wedge resection



نوعی عمل جراحی برای برداشتن قطعه‌ای مثلی شکل از بافت برای برداشتن تومورها و بافت‌هایی که نیاز به برداشته شدن دارند به‌کار می‌رود و معمولاً مقدار کمی از بافت نرمال اطراف آن نیز برداشته می‌شود.



غربالگری به‌وسیله‌ی توموگرافی با تماسبه‌ی دوز پایین (۱) در افراد با ریسک بالا مرگ و میر ناشی از سرطان ریه را کاهش می‌دهد و اکنون برای غربالگری سرطان ریه در ایالات متحده تایید شده است. هر چه بیشتر برنامه‌ی غربالگری اجرا می‌شود بیماران بیشتری با سرطان ریه در مراحل اولیه که می‌توانند از جراحی استفاده کنند شناسایی می‌شوند.

اگر چه هم‌چنان لوبکتومی به‌عنوان مراقبت استاندارد از سرطان ریوی با سلول‌های غیر کوچک (۲) باقی مانده است اما جراحان قفسه صدری به‌طرز روز افزونی از جراحی‌های با مداقل تهاجم به‌وسیله‌ی توراکوسکوپی به‌عنوان یک رویکرد عملی و شاید ارجح برای برداشتن سرطان ریه استفاده می‌کنند. لوبکتومی به‌روش فیلم برداری (۳) در مقایسه با جراحی باز قفسه سینه میزان نافوشی بعد از عمل و عود کمتری را نشان می‌دهد. هر چند سرطان ریه در مراحل زودتر شناسایی شود اما میزان مطلوب



ارتباط بین میکروارگانیسم‌های موجود در گلو با بیماری شیذوفرنی

ممیدرضا شبایی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشمویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

بر اساس تحقیقی جدید ارتباط بین میکروارگانیسم‌های موجود در گلو با بیماری شیذوفرنی می‌تواند به‌عنوان راهی برای شناسایی و درمان بیماری‌های نوروسایکوتیک باشد. دکتر ادوارد کاسترو سرپرست نویسندگان این مقاله از دانشگاه واشنگتن در این باره می‌گوید:



"به‌نظر می‌رسد در نامیه اوروفارنکس افراد مبتلا به

شیذوفرنی سطوح متغییری از باکتری‌های متفاوت در مقایسه با افرادی که به این بیماری مبتلا نیستند وجود داشته باشد."

است از افتلال در عملکردهای شناختی، ادراک و پاسخ-های عاطفی.

در زمینه نقش میکروب‌ها در بروز اسکیزوفرنی تحقیقات نشان می‌دهد که ممکن است میکروب‌ها بر روی سیستم ایمنی اثر گذاشته و باعث بروز این بیماری گردد.

برای مطالعه در این زمینه دانشمندان بر روی میکروب‌های نامیه اوروفارنکس تمرکز کردند. این نامیه شامل یک سوم فلفی زبان، کام نرم، لوزه‌ها و دیواره جانبی و فلفی گلو است.

تحقیقات قبلی این تیم تحقیقاتی نشان داد یک بعد تأثیر میکروب‌ها در زمینه بروز اسکیزوفرنی تفاوت در نوع میکروب‌های موجود در ملق بیماران اسکیزوفرنی

هم‌چنین تحقیقات و آنالیزهای ما نشان می‌دهد که بین میکروب‌های گلو مانند باکتری‌های لاکتیک اسید و بیماری شیذوفرنی ارتباط وجود دارد.

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که باکتری‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌های گوناگونی در داخل بدن انسان زندگی می‌کنند که می‌توانند بر تکامل مغز، رفتار و شناخت انسان تأثیر بگذارند.

در گزارشی که قبلاً توسط MedicalNewsToday منتشر شد مطالعاتی مطرح شد که نشان می‌داد تغییرات میکروب‌های روده می‌تواند باعث کاهش یافتن اعمال شناختی، بهبود توزیع چربی در بدن و هم-چنین بروز اضطراب و افسردگی شود. اسکیزوفرنی یک بیماری complex روانی است که ویژگی‌های عبارت

در مقایسه با افراد غیر مبتلا به این بیماری است. در تمقیق جدید که بر روی ۱۶ بیمار و ۱۶ کنترل انجام شد دانشمندان تمام میکروبها (شامل باکتری، ویروس و قارچ) را مورد بررسی قرار دادند که البته این تمقیق برای تایید شدن نیاز به تکرار و بررسی گسترده‌تر دارد.

محققان تفاوت مهمی را بین میکروبهای گلو در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. گروه کنترل از نظر گونه‌های میکروبی غنی‌تر بودند اما از نظر توزیع میکروبها نسبت به گروه بیمار ضعیف‌تر بودند و امتیاز کمتری گرفتند. (به خصوص باکتری‌های لاکتیک اسید در بیماران اسکیزوفرنی شایع‌تر بودند).

باکتری‌های لاکتیک اسید شامل گونه‌هایی از لاکتوباسیلها و Bifidobacterium هست که قبلا ارتباطی بین این میکروبها و تعدیل و کاهش استرس عنوان شده بود.

گونه‌های قارچی *Candida dubliniensis* نیز به در شرکت کنندگان مبتلا به اسکیزوفرنی به میزان فراوان‌تری یافت شد که محققان در این زمینه می‌گویند که ممکن است این قارچها در ارتباط با تعدیل و تغییر پاسخ سیستم ایمنی نقش داشته باشند.

دکتر کیت کراندل سرپرست تیم تمقیقاتی می‌گوید: «نتایج تمقیقات ما که نشان دهنده ارتباط بین نوع

میکروبی و بیماری اسکیزوفرنی است نیازمند تکرار و انجام در سطوحی گسترده‌تر است تا اعتبار آن تایید شود. اما نتایج تمقیقات ما جالب توجه است و نتایج آن پتانسیلی برای شناسایی بیومارکرهایی برای تشخیص این بیماری و شناسایی مسیرهای متابولیک مرتبط با این بیماری است.»

یک فاکتور گیج‌کننده در این تمقیق در زمینه مصرف سیگار بود. ۱۰ نفر از ۱۶ نفر شرکت‌کننده مبتلا به اسکیزوفرنی سیگار می‌کشیدند در حالی که هیچ‌کدام از افراد گروه کنترل سیگاری نبودند که می‌تواند نشان‌دهنده متفاوت بودن میکروبها در افراد سیگاری و غیر سیگاری باشد.

محققان نتیجه گرفتند که اگر آنها بتوانند نتایج تمقیقات خود را در گروه‌های بزرگ‌تر و با نمونه‌های گوناگون تایید کنند (به‌عنوان مثال با نمونه‌گیری از میکروبهای روده) می‌توانند دید واضح‌تری در زمینه ارتباط بین اسکیزوفرنی و میکروبها پیدا کنند.

در گزارشی که در گذشته توسط www.medicalnewstoday.com منتشر شد بیان شد که میکروبهای روده می‌توانند نقشی اساسی در تولید سروتونین بازی کنند که عدم تعادل در میزان سروتونین می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد.

References:

www.medicalnewstoday.com



با مصرف یک بطری آب قبل از هر وعده غذایی لاغر شوید!!

ممدیرضا شبایی

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشمویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

ضروری بودن آب برای سلامتی ما به فوبی ثابت شده است. آب باعث دفع سموم از بدن، انتقال مواد غذایی و اکسیژن به سلول‌ها، لغزنده شدن سطح مفاصل، تنظیم دمای بدن و محافظت از ارگان‌ها و بافت‌های بدن می‌شود.

همچنین مطالعات قبلی دیگر مزایای آب را نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال طی مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ توسط medicalnewstoday منتشر شد نشان می‌داد که مصرف آب پیش از فعالیت‌های ذهنی باعث بهبود عملکرد مغز می‌شود.

این تیم تحقیقاتی ۸۴ فرد بالغ چاق را وارد تحقیق کردند و به‌صورت رندم آن‌ها را به دو گروه تقسیم کردند. یک گروه به مدت ۱۲ هفته ۵۰۰ سی سی آب قبل از هر وعده غذایی مصرف کردند. از گروه کنترل خواسته شد قبل از هر وعده غذایی تصور کنند که معده شان پر است تمام شرکت کنندگان در تحقیق مشاوره کنترل وزن از جمله توصیه‌هایی در مورد بهبود رژیم غذایی و سطح فعالیت فیزیکی بر اساس پایه‌های طرح تحقیقاتی دریافت کردند و دو هفته بعد به صورت تلفنی پیگیری شده و مشاوره گرفتند.

** شرکت کنندگانی که پیش از هر وعده غذا آب مصرف کرده بودند به‌طور متوسط ۱/۳ کیلوگرم بیشتر

چاقی یکی از مسائل نگران کننده و رو به رشد در زمینه سلامتی در آمریکا می‌باشد که بیش از یک سوم از بالغین را در این کشور تحت تاثیر قرار داده است. بر اساس تحقیقات جدید مصرف تنها ۵۰۰ سی سی آب ۳۰ دقیقه قبل از هر وعده غذایی می‌تواند به کاهش وزن کمک کند.



بر اساس مقاله‌ای که در ژورنال چاقی چاپ شده تحقیقات نشان می‌دهد مصرف ۵۰۰ سی سی (نیم لیتر) آب قبل از صبحانه، ناهار و شام کمک بیشتری به کاهش وزن در افراد بالغ می‌کند (در مقایسه با افرادی که از این روش استفاده نمی‌کنند)

دکتر هلن پارتی از دانشگاه بیرمنگام در این زمینه می‌گوید:

«زیبایی این یافته به سادگی آن است. تنها مصرف یک پیمانه آب سه بار در روز نیم ساعت قبل از هر وعده غذا می‌تواند به کاهش وزن شما کمک کند.»

محققان می‌گویند یافته‌های آنان یک یافته اولیه است که نشان می‌دهد نوشیدن آب قبل از غذا می‌تواند به کاهش وزن کمک کند و نشان‌دهنده این نکته است که این کار یک استراتژی ساده برای متفحصان سلامت در زمینه ایجاد کاهش وزن در افراد چاق یا دارای اضافه وزن می‌باشد.

اگرچه این عمل روش مناسبی برای کاهش وزن می‌باشد ولی برای بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و نارسایی قلب مناسب نمی‌باشد.

این تیم تحقیقاتی هم اکنون در حال برنامه ریزی برای تحقیقی بزرگ‌تر و طولانی‌تر در این زمینه برای فهم علت دقیق این مکانیسم هست.

از گروه کنترل وزن کم کرده بودند. افرادی که پیش از غذا آب فورده بودند به‌طور متوسط در طول ۱۲ هفته ۴/۳ کیلوگرم کاهش وزن داشتند در حالی که گروه کنترل تنها ۰/۸ کیلوگرم کاهش وزن داشتند.

دکتر پارتی به MedicalNewsToday گفت: «مطالعه ما برای درک اینکه چگونه مصرف آب باعث کاهش وزن می‌شود طراحی نشده بود ولی پندین مکانیسم که می‌تواند یافته‌های تحقیق فوق را توجیه کند عبارتند از:

۱- مصرف آب می‌تواند به‌طور موقت متابولیسم شما را بالا ببرد.

۲- احتمالاً با مصرف آب احساس سیری کرده و کمتر غذا می‌خورید.

References:

www.medicalnewstoday.com





دکتر علی اصغر فدادوست

پریسا پیراسته

دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پزشکی را با درجه ممتاز پشت سر گذاشت و پس از یک سال گذراندن دوره دستیاری چشم و گوش و ملق و بینی در بیمارستان نمازی دانشگاه شیراز در سال ۱۳۴۱ از طرف دولت برای گذراندن دوره تخصصی در ایالات متحده انتخاب شد.

دکتر فدادوست به عنوان اولین و تنها دستیار فارسی در بخش چشم پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز در سال ۱۳۴۱ پذیرفته شد. پس از پایان دوران، در سال ۱۳۴۷ علی رغم پیشنهاد و فواست دانشگاه جان هاپکینز عازم ایران شد و در بخش چشم پزشکی دانشگاه شیراز به عنوان استاد مشغول فعالیت شد.

علی اصغر فدادوست در سال ۱۳۱۴ در شیراز متولد شد. دکتر فدادوست استاد چشم پزشکی دانشگاه های آمریکا می باشد. وی یکی از چشم پزشکان ایرانی معروف در عرصه بین المللی است که در چندین بیمارستان معروف به عمل و تحقیق در مورد مشکلات قرنیه چشم می پردازد.

وی دبستان و دبیرستان را در شیراز پشت سر گذاشت و به عنوان آموزگار در دبستان دآوری داراب مشغول به کار معلمی شد. در سال ۱۳۳۳ در امتحان ورودی دانشکده پزشکی شیراز شرکت نمود و با درجه ممتاز بین داوطلبان پذیرفته و در این دانشکده مشغول به تحصیل شد. دوره شش ساله

از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۹ وی هر دو سال یک بار به-
عنوان استاد مدعو شش ماه را در بخش چشم
دانشگاه جانز هاپکینز برای ادامه برنامه‌های
تمقیقاتی گذراند و در این دوران چندین مرتبه به-
عنوان مدرس در کشورهای متعددی از جمله چین،
ترکیه، سوریه، عمان، پرو، اکوادور و ایتالیا دعوت
شد. دکتر فدادوست در سال ۱۳۵۹ عازم آمریکا شد
و به‌عنوان استاد در بخش چشم دانشگاه جانز
هاپکینز مشغول به کار گردید.

وی در سال ۱۳۶۱ به‌عنوان استاد و رئیس بخش
چشم دانشگاه سیسیل انتفاب شد و در سال ۱۳۷۱
مرکز چشم پزشکی کنتیکت در شهر نیوهیون را
تاسیس کرد و به‌عنوان مسئول آن مشغول به کار
شد.

از سال ۱۳۵۹ ایشان به‌طور مکرر سالی دوبار به وطن
خود باز گشته و در فعالیت‌های بالینی و آموزشی در
بیمارستان‌های مختلف تهران و شیراز شرکت
کرده‌است.

وی به‌طور متناوب توسط شخصیت‌های برجسته‌ای در
چشم پزشکی آمریکا به‌عنوان بهترین جراح پیوند
قرنیه در دنیا معرفی شده‌اند تا آنجا که در پیوندهای
قرنیه روی مکانیسم دفع پیوند به افتخار ایشان
Khodadoust line نامگذاری شده‌است.

وی در شیراز بیمارستان فوق تخصصی چشم دکتر
فدادوست را بنا کرد هم‌چنین پروفیسور علی اصغر
فدادوست که با دعوت استاندار اردبیل سافت
بیمارستان چشم پزشکی سرعین را قبول کرده است.
دبیر کل کمیسیون ملی یونسکو، در مراسم تجلیل از
استاد برجسته چشم پزشکی، استاد علی اصغر
فدادوست عنوان کرد: کمیسیون ملی یونسکو برای
اولین بار از این پروفیسور تجلیل می‌کند. وی علاوه
بر معلمی در دانشگاه‌ها، فعالیت‌های علمی، نگاه
محببت آمیز و توبه ویژه ای به نیازمندان و
درمندان داشته است. دکتر فدادوست و تنها یک
پزشک نیست از این رو می‌توان از دکتر فدادوست
به‌عنوان یک مکیم یاد کرد، چرا که مکیم به روح
انسان‌ها توبه دارد. به امید اینکه امثال این مکیم
در کشورمان روز به روز بیشتر شود.

ایشان در مصامبه‌ی خود با وبگاه خبری تملیلی
دانشگاه علوم پزشکی فارس گفته‌اند: شما اگر شرع
حال کسانی که مسیر زندگی بشر را عوض کردند
مطالعه کنید، همگی کسانی بودند که تمام
عمرشان را وقف کار و مطالعه کرده بودند یعنی
آنچه که تا الان بشر در هر رشته‌ای -طب، برق،
مکانیک... - کشف کرده آن‌ها را خوب بفواند و
بتواند اضافه کند. کلید رمز پیشرفت در همین است
که گذشته را خوب یاد بگیرید و برای آینده فکر کنید



بیمارستان نمازی دانشگاه شیراز در سال ۱۳۴۱ از طرف دولت برای گذراندن دوره تخصصی در ایالات متمدنه انتخاب شد.

دکتر فدادوست به‌عنوان اولین و تنها دستیار فارسی در بخش چشم پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز در سال ۱۳۴۱ پذیرفته شد. پس از پایان دوران، در سال ۱۳۴۷ علی‌رغم پیشنهاد و فواست دانشگاه جان هاپکینز عازم ایران شد و در بخش چشم پزشکی دانشگاه شیراز به‌عنوان استاد مشغول فعالیت شد. از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۹ وی هر دو سال یک بار به‌عنوان استاد مدعو شش ماه را در بخش چشم دانشگاه جانز هاپکینز برای ادامه برنامه‌های تحقیقاتی گذراند و در این دوران چندین مرتبه به‌عنوان مدرس در کشورهای متعددی از جمله چین، ترکیه، سوریه، عمان، پرو، اکوادور و ایتالیا دعوت شد. دکتر فدادوست در سال ۱۳۵۹ عازم آمریکا شد و به‌عنوان استاد در بخش چشم دانشگاه جانز هاپکینز مشغول به کار گردید. وی در سال ۱۳۶۱ به‌عنوان استاد و رئیس بخش چشم دانشگاه سیسیل انتخاب شد و در سال ۱۳۷۱ مرکز چشم پزشکی کنتیکت در شهر نیوهیون را تاسیس کرد و به‌عنوان مسئول آن مشغول به کار شد. از سال ۱۳۵۹ ایشان به‌طور مکرر سالی دوبار به وطن خود باز گشته و در فعالیت‌های بالینی و آموزشی در بیمارستان‌های مختلف تهران و

و بهترش کنید. استعدادی که در جوانان ایرانی است این کار را خیلی خوب می‌توانند انجام دهند. البته ناگفته نماند که کمی متأثر می‌شود وقتی که می‌بینم جوانان با استعداد ایرانی جذب کشورهای خارج می‌شوند، چون این‌ها در حقیقت سرمایه اصلی این ملت هستند.

در دایان باید بگویم که دکتر فدادوست و تنها یک پزشک نیست از این رو می‌توان از دکتر فدادوست به‌عنوان یک مکیم یاد کرد، چرا که مکیم به روح انسان‌ها تویه دارد.

علی اصغر فدادوست در سال ۱۳۱۴ در شیراز متولد شد. دکتر فدادوست استاد چشم پزشکی دانشگاه‌های آمریکا می‌باشد. وی یکی از چشم‌پزشکان ایرانی معروف در عرصه بین‌المللی است که در چندین بیمارستان معروف به‌عمل و تحقیق در مورد مشکلات قرنیه چشم می‌پردازد. وی دبستان و دبیرستان را در شیراز پشت سر گذاشت و به‌عنوان آموزگار در دبستان دآوری داراب مشغول به کار معلمی شد. در سال ۱۳۳۳ در امتحان ورودی دانشکده پزشکی شیراز شرکت نمود و با درجه ممتاز بین داوطلبان پذیرفته و در این دانشکده مشغول به تحصیل شد. دوره شش ساله پزشکی را با درجه ممتاز پشت سر گذاشت و پس از یک سال گذراندن دوره دستیاری چشم و گوش و ملق و بینی در

شیراز شرکت کرده است. وی به‌طور متناوب توسط شخیصت‌های برجسته‌ای در چشم پزشکی آمریکا به- عنوان بهترین جراح پیوند قرنیه در دنیا معرفی شده‌اند تا آنجا که در پیوندهای قرنیه روی مکانیسم دفع پیوند به افتخار ایشان Khodadoust line نامگذاری شده‌است.

وی در شیراز بیمارستان فوق تخصصی چشم دکتر فدادوست را بنا کرد هم‌چنین پروفسور علی اصغر فدادوست که با دعوت استاندار اردبیل سافت بیمارستان چشم پزشکی سرعین را قبول کرده است.

References:

- 1- <http://www.ams.ac.ir>
- 2- <http://cnagency.ir>
- 3- <http://www.mehrnews.com>
- 4- <http://nlai.ir>



همایش‌های پزشکی در آینده

Congress and Conferences

نوزدهمین سمینار دانشجویان داروسازی سراسر کشور

برگزارکننده: دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 زمان برگزاری: ۱۴ الی ۱۷ مهر ۱۳۹۴
 ارسال مقالات: ۱۵ تیر ۱۳۹۴
 مکان برگزاری: شیراز

اولین همایش کشوری دانشجویی بیماری‌های نادر و ژنتیکی ایران

برگزارکننده: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
 زمان برگزاری: ۲۵ آذر ۱۳۹۴
 ارسال مقالات: ۲۵ آبان ۱۳۹۴
 مکان برگزاری: گرگان

دومین همایش دانشجویی فرهنگ سلامت از
منظر قرآن کریم و حدیث

برگزارکننده: کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی آجا

زمان برگزاری: ۲۱ آبان ۱۳۹۴



اولین کنگره بین المللی دانشجویی پژوهش
ارزشمند و عملکرد مبتنی بر شواهد

برگزارکننده: قطب علمی پزشکی مبتنی بر
شواهد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زمان برگزاری: ۱۶ الی ۱۸ آذر ۱۳۹۴

ارسال خلاصه مقالات: ۳۱ شهریور ۱۳۹۴

مکان برگزاری: کیش



سومین همایش سالیانه دانشگاه علوم پزشکی بابل

برگزارکننده: دانشگاه علوم پزشکی بابل

زمان برگزاری: ۲۵ آذر ۱۳۹۴

ارسال مقالات: ۱۵ آبان ۱۳۹۴

مکان برگزاری: بابل

کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی بابل برگزار می کند

proposl proposl proposl
ایلمی جوایز نفیس
پایه پروپوزال

معلت ارسال مقالات: ۱۵ آبان ماه ۱۳۹۴
زمان برگزاری: ۲۵ آذر
ارسال مقالات به:
cong3src@gmail.com
نشانی دبیر خانه:
دانشگاه علوم پزشکی بابل
کمیته تحقیقات دانشجویی
نشانی وب سایت:
src.mubabol.ac.ir
تلفن:
۰۱۱۳۲۱۹-۹۷۱

موضوعات همایش

کمیته تحقیقات دانشجویی در سال ۹۴ برگزار می نماید:

دومین همایش سالیانه علمی پژوهشی دانشجویان
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
آذر ۹۴

از ایده پردازک تا پروپوزال نویسه

ثبت و ارسال پروپوزال ها:
ا تیر تا ۱۵ مهر ۹۴

اهدای جوایز نفیس به پروپوزال ها برتر

جهت کسب اطلاعات بیشتر به پایگاه اینترنتی src.medsab.ac.ir مراجعه نمایید.

نظر سنجی

فوائدگان ممتزم دوفصلنامه کنکاش، نظرات شما مخاطبین برای ادامه کار و میات ما قطعاً لازم است. در همین راستا فرم زیر به منظور آشنایی با مقبولیت نشریه در بخش‌های مختلف طرایی و پیش روی شما قرار دارد. امیدواریم با راهنمایی‌های شما دوستان در شماره‌های بعد شاهد بهبود



کیفیت مجله باشیم.

✓ بررسی تاثیر مکمل سولفات روی بر شدت و طول مدت اسهال فونی در کودکان ۱ تا ۵ سال بستری

در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ ارتباط سطح سرمی IL-17 با فشار فون ۲۴ ساعته زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی فراوانی علل فونریزی گوارشی در افراد تمت درمان با وارفارین طی سال‌های ۹۲-۱۳۸۹

در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی میزان عفونت زایی در بیماران سل ریوی با اسمیر فلط مثبت

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی اثر ضد تب ایبوپروفن وریدی در مقایسه با ایبوپروفن فوراکی و دیکلوفناک رکتال در کودکان



بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی اثر ریشه گیاه جینسنگ قرمز کره ای روی برخی از شاخص‌های دخیل در ترمیم (فم مدل برش

تمام ضخامت پوست در موش صحرایی

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی فراوانی ریسک فاکتورهای قلبی عروقی در بیماران همودیالیزی

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ بررسی شیوع و الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی در هلیکوباکتر پیلوری جدا شده از بیماران مراجعه

کننده به کلینیک کوارش بیمارستان شهید بهشتی کاشان ۹۲-۱۳۹۱

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ مقایسه تاثیر استامینوفن وریدی، شیاف استامینوفن و شیاف دیکلوفناک در کاهش تب کودکان

بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۱

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ طب سنتی: آویشن و تقویت حافظه و دیگر خواص عجیب آن

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ سندروم X شکننده

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ پیشم مصنوعی

عالی خوب متوسط ضعیف

✓ تاریخچه جراحی پلاستیک

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ افتلال ژنتیکی ایجاد کننده اتیسم چیست؟

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ برش برداری با مذاقل تهاجم در سرطان‌های ریه‌ی اولیه

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ ارتباط بین میکروارگانیزم‌های موجود در گلو با بیماری شیرزوفزنی

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ با مصرف یک بطری آب قبل از هر وعده غذایی لاغر شوید!!

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ دکتر علی اصغر فدادوست

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

✓ همایش‌های پزشکی در آینده

□ عالی □ فوب □ متوسط □ ضعیف

لطفا این فرم را به دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

تحويل دهید.

