



فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
سال پانزدهم شماره ۳۱ تابستان ۱۳۹۱

کنکاش



صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی کاشان (کمیته تحقیقات دانشجویی)

مدیر مسئول: خانم دکتر نگین سادات مسعودی علوی
سر دبیر: امیر اسدی

هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مانده اخوان صفایی ، امیر اسدی ، بهروز بهزادی
سعیده تجلی نژاد ، مولود رایانی ، ابوالفضل زاهدی
سمیه زمانی فرد ، حمیدرضا شجاعی فر ، محمدرضا
علوی ، جواد علی زرگر ، مژگان غضنفری ، محمد کرمی
علی مجاهدی ، معصومه مجیدی ذوالبین ، مریم محقق فر
محدثه محلوچی

ویرایش : خاطره مینایی ، مطهره طالبیان

صفحه آرایی و طراحی جلد: علی مجاهدی

سایر همکاران: سید حمید فلکی ، خاطره مینایی

مرجان قائدی

با تشکر صمیمانه از : دکتر غلامعلی حمیدی

خانم دکتر نگین سادات مسعودی علوی

دکتر اسماعیل فخاریان ، دکتر حسین هوشیار

دکتر حمید رضا بنفشه ، سید علیرضا طلائی

نشانی: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی

کاشان، معاونت پژوهشی، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی

تلفکس: ۰۳۶۱-۵۶۲۱۳۱۸ - صندوق پستی: ۸۷۱۵۵/۱۱۱

E-mail : Kankash@kaums.ac.ir

کنکاش در ویرایش و کوتاه کردن مطالب آزاد است.

حقوق چاپ، انتشار، نقل مطالب، طرح ها و عکس ها برای نشریه محفوظ است.

مسئولیت محتوای مطالب با نویسندگان است.

کلیه هزینه های نشریه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تامین می شود.

۲ سرمقاله

مقالات علمی :

۲ بررسی تاثیر مورفین و گاباپنتین در درد نوروپاتییک ناشی از آسیب فشاری عصب سیاتیک

۴ در موش صحرایی نر

۵ بررسی شیوع هایپوناترمی در بیماران با ضایعات مغزی بستری در مرکز مراقبت های

۵ ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۰

۶ بررسی بیان ژن های آپوپتوتیک ۲-Bax ، Bcl ، p۵۳ ، caspas۳ بدنبال ایجاد ایسکمی

۶ موقت در هیپوکامپ مغز رت بالغ

The Value of Touch Preparation for Rapid Diagnosis of Brain Tumors

۷ as an Intraoperative Consultation

اخبار علمی :

۱۵ عجایب هفتگانه در پزشکی امروز

۲۰ فلور روده می تواند از دیابت جلوگیری کند

۲۱ ضد دردها در مبارزه با سرطان پوست

۲۲ رد پای پارکینسون در سلول های جدار روده

۲۴ کلکسیون اختراعات

۲۷ سندرم پیش از قاعدگی را آسان کنیم

طب سنتی :

۳۱ طب مکمل، آری یا نه؟!

۳۶ زعفران، گل سلامتی

۴۰ از دوستی با این دارو ها بترسید

۴۶ معرفی مرکز تحقیقات آناتومی

آموزشی :

۵۰ راهنمای نگارش "فهرست منابع" به سبک ونکوور


۵۷ معرفی سایت

۵۸ روای طبابت در آن سوی مرزها

۶۷ چشم ها به جای دست

۷۳ لیست همایش های پزشکی در ماه های آینده

۷۹ نظر سنجی



سرمقاله

به نام فراوند بفشنده مهربان

با سلام فرمت همه دانشجویان عزیز

فراوند را شاکریم که بار دیگر به ما توفیق داد و شماره جدید کنکاش متولد شد. کنکاش حاصل تلاش های دلسوزانه دانشجویان برای ایای مجله ای است که نماد فعالیت های پژوهشی آنان می باشد. بسیار فرسندیم که در دو شماره اخیر رضایت نسبی مخاطبان را کسب نموده ایم. از تمامی عزیزانی که با نظراتشان یاری گر ما در ارتقای کیفیت مجله بوده اند سپاسگزاریم.

در این سرمقاله پیرامون لزوم بهره مندی صحیح از فرصت های زندگی صحبت می کنیم.

در تمامی دوران ها ذکاوت افراد علت تبدیل تصادفات به اکتشاف بوده است. شاید یکی از موانع دانشجویان در پژوهش فقدان همین ذکاوت یا عدم به کارگیری آن می باشد.

پاستور می گوید: «در پهنه مشاهده، بفت فقط به ذهن مستعد یاری می رساند.» ویژگی بارز پاستور و بسیاری از کسانی که از بفت فویش بهترین بهره را برده اند، کنجکاوی است. آنان کنجکاو بودند علت تصادفی را که برایشان رخ داده بیابند.

آلبرت زنت گیورگئی نیز می گوید: «اکتشاف عبارت است از دیرین آنچه همه دیده اند و اندیشیدن به آنچه هیچ کس نیندیشیده است.» ویژگی دیگری که در مکتشفان مشترک است تیزیابی است. آنها در مواجهه با یک پدیده غیرمنتظره، به جای آنکه آن را بی اهمیت تلقی کنند و به فراموشی بسپارند، به جزئیات وقوع آن دقت کردند.

گرچه ممکن است کنجکاوی و تیزیابی در عده ای بیش از دیگران باشد، اما میتوان این ویژگی ها را پرورش داده و تقویت کرد.

رونالد سن. لنوکس در مقاله ای راه هایی را شرح می دهد تا دانشجویان بتوانند برای بهره بردن از تصادف های پربهرکت آماده باشند. بزرگ اکتشافات بزرگ دانش ما را فرا گرفته اند، اما تنها در ذهن هایی ریشه می دوانند که آمادگی پذیرش آنها را داشته باشند. بنا بر گفته های وی گام نخست، آموزش دادن چگونگی مشاهده و ثبت نتایج منتظره و غیر منتظره آن است. دانشجو باید در تفسیرهایش انعطاف پذیر باشد. کسی که تنها آنچه را مورد نظرش است می بیند و نتایج غیر منتظره را به بهانه نادرست بودن فراموش می کند، هرگز اکتشافی نفوادم کرد. گام دیگر مطالعه کامل و دقیق در رشته مورد پژوهش است.

در قرن اخیر دانسته های ما در زمینه علوم پزشکی با سرعت اعجاب آوری گسترش یافته اند. و هیچ کس نمی تواند پیش بینی کند در آینده چه پیشرفت هایی در انتظار بشریت است. سفر بین سیارات؟ درمانی برای سرطان؟ اما میتوان یقین داشت که تصادف ها همواره رخ می دهند و با آماده سازی بیش از پیش ذهن افراد می توانیم انتظار تبدیل این تصادفات به اکتشافات درفشانی فراتر از تفیل را داشته باشیم.

وظیفه ما نیز در جایگاه دانشجو حفظ ذهنوری پررنگ در عرصه پژوهش است تا بتوانیم با تیزبینی و واکاوی تصادفات پیرامون خود به اکتشافاتی بزرگ دست یابیم.

به امید موفقیت های بیشتر محققین و دانشجویان ایرانی در عرصه دانش جهانی در پایان به رسم ادب از زحمات جناب آقای دکتر حمیدی - معاونت محترم پژوهشی دانشگاه - و سرکارخانم دکتر مسعودی علوی - ریاست محترم کمیته تحقیقات دانشجویی - که با حمایت هایشان انگیزه ما را مضاعف می نمایند کمال قدردانی را داریم. از علاقمندان به مشارکت در آماده سازی مجله و نگارش مقاله دعوت می نمایم به دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی مراجعه فرمایند. منتظر شماره های بعری کنکاش باشید...

با تشکر فراوان

سر دبیر فصلنامه کنکاش



بررسی تاثیر مورفین و گاباپنتین در درد نوروپاتیک ناشی از آسیب فشاری عصب سیاتیک در موش صحرائی نر

محدثه محلوچی. (دکترای حرفه ای) پزشکی
استاد راهنما: حمیدرضا بنفشه و غلامعلی حمیدی. استادمشاور: مصداقی نیا و جواد وردی

چکیده:

درد نوروپاتیک به دنبال آسیب یا اختلال سیستم اعصاب محیطی و مرکزی ایجاد می شود و درمان این نوع دردها با مشکلات زیادی روبرو بوده و مورد بحث می باشد. در برخی مطالعات فواید بالقوه ترکیبی اپیوئیدها و غیراپیوئیدها توضیح داده شده است هدف از این درمان ترکیبی افزایش اثر ضد درد افزایش طیف درد، کاهش عوارض جانبی و پیشگیری از پدیده تحمل اپیوئیدها است. مورفین گسترده ترین اپیوئید مورد استفاده و همچنین استاندارد برای مقایسه اثر سایر مواد ضد درد است و گاباپنتین هم به طور گسترده ای در درمان دردهای نوروپاتیک استفاده می شود و از نظر ساختاری شبیه گابا است این مطالعه به مقایسه اثر ترکیبی مورفین و گاباپنتین با مورفین و گاباپنتین تنها می پردازد.

روش انجام کار: مطالعه به روی ده گروه از موشهای صحرائی نر Spragueydawle در محدوده وزنی ۲۳۰ تا ۲۸۰ گرم انجام شد گروه های دریافت کننده دارو شامل گروه مورفین با سه غلظت ۲، ۴ و ۸ میلی گرم بر کیلوگرم، گروه گاباپنتین با دو غلظت ۱۰ و ۵۰ میلی گرم، دو گروه مورفین و گاباپنتین توام و یک گروه که نرمال سالین را با همان حجم دریافت می نمود. آلودینیای حرارتی، مکانیکی و هیپرآلژزیای حرارتی روز قبل از جراحی و ۳، ۷، ۵، ۱۴ و ۲۱ روز بعد از جراحی ارزیابی شد. آنالیز آماری ANOVA تکراری جهت مقایسه نتایج حاصل از تست های رفتاری استفاده شد.

یافته ها: پاسخ رفتاری حیوانات گروه chronic constriction injury در مقابل گروه کنترل نسبت به تحریکات مکانیکی غیر دردناک (پدیده آلودینیا)

و تحریکات حرارتی دردناک (پدیده آلژزیا) افزایش معنی داری را نشان داد. همچنین پاسخ رفتاری حیوانات گروه های دریافت کننده مورفین و گاباپنتین تنها کاهش وابسته به دوز داشت و ترکیب دوزهای کم اثر تر مورفین و گاباپنتین اثر فزاینده ای نشان داد.

بحث: این مطالعه نشان می دهد مدل درد CCI به طور موثری پاسخ رفتاری را به هر دو متحرک حرارتی و مکانیکی افزایش می دهد. همچنین تجویز سیستمیک دوزهای ضعیف تر مورفین و گاباپنتین بصورت توام تظاهرات رفتاری درد نوروپاتیک القا شده به روش CCI را به طور معنی داری را کاهش می دهد. لذا ترکیب مورفین و گاباپنتین میتواند به عنوان یک پتانسیل درمانی احتمالی جدید در درد نوروپاتیک مطرح گردد.



بررسی شیوع هایپوناترمی در بیماران با ضایعات مغزی بستری در مرکز مراقبت های ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۰

مریم محقق فر. (دکترای حرفه ای) پزشکی
استاد راهنما: زهرا چیت سازیان. استاد مشاور: سید غلامعباس موسوی.

چکیده:

مقدمه: هایپوناترمی یک اختلال شایع در بیماران با ضایعات مغزی است که در صورت عدم تشخیص صحیح و به موقع آن اختلال الکترولیتی می تواند باعث ایجاد عوارض حاد و مزمن در این بیماران شود. هدف از این مطالعه بررسی شیوع هایپوناترمی در ۹۵ بیمار با ضایعات مغزی بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ است.

مواد و روشها:

در بیماران مونث ۳۴/۵ درصد محاسبه شد میانگین زمان بروز بیماری ۲۹/۹ مثبت منفی ۸/۶ روز بوده است. در این مطالعه میزان فروانی هایپوناترمی در خونریزی مغزی، مننژیت، له شدگی مغزی و تومور مغزی از لحاظ آماری معنی دار نبود. همچنین بین جنس و بیماری زمینه ای و هایپوناترمی ارتباطی مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان می دهد که میزان شیوع هایپوناترمی در بیماران با ضایعات مغزی بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان بالاست و این میزان با نوع ضایعات مغزی ارتباطی نداشته و در هفته دوم بستری بیمار شیوع آن بالاتر است که پیگیری بیشتر این بیماران برای تشخیص صحیح و به موقع و ضروری است

این مطالعه که یک مطالعه هم گروهی است بر روی ۹۵ بیمار مبتلا به ضایعات مغزی از جمله آسیب های ناشی از تروماهای مغزی، خونریزیهای مغزی، مننژیت و تومورهای مغزی صورت گرفته که از خرداد ماه ۱۳۹۰ به مدت ۶ ماه در بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان شهید بهشتی بستری شدند پس از حذف موارد هایپوناترمی کاذب اطلاعات جمع آوری شده وارد برنامه Spss شده و با کمک آزمون آماری T-test Fisher exact test, Chi-square test و Leven-test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها:

میانگین سنی بیماران در این مطالعه ۵۹/۲۲ سال بدست آمد. مثبت منفی ۳۷/۴۸ سال بوده است. در بین بیماران مورد مطالعه ۶۶ نفر مذکر ۶۹/۵ درصد و بقیه مونث بودند. شیوع هایپوناترمی در بین ۹۵ بیمار ۳۱/۶ درصد محاسبه شد که بین بیماران مذکر ۳۰/۳ درصد و



بررسی بیان ژن های آپوپتوتیک 2-Bcl ، Bax ، 3caspas ، p53

بدنبال ایجاد ایسکمی موقت در هیپوکامپ مغز رت بالغ

معصومه مجیدی ذوالبیین. (کارشناسی ارشد) علوم تشریحی
استاد راهنما: همایون نادریان ، محمد علی ، اطلسی استاد مشاور: ابوالفضل اعظمی ، زهرا رضوانی

چکیده:

سابقه و هدف: ایسکمی مغزی یکی از علل مهم مرگ و میر می باشد و در ایجاد آپوپتوز در نورونها نقش دارد. هدف از این مطالعه بررسی بیان ژن های آپوپتوتیک 2-Bcl ، Bax ، 3caspas ، p53 به دنبال ایجاد ایسکمی موقت در هیپوکامپ مغز رت بالغ و متعاقب آن ریپرفیوژن می باشد.

مواد و روشها:

نتایج:

در این مطالعه ۲۵ سر رت بالغ از نژاد ویستار تحت القاء ایسکمی موقت ۱۵ و ۳۰ دقیقه با ایجاد انسداد دو طرفه شریان کاروتید مشترک قرار گرفتند، ۵ سر در هر گروه بعد از رفع انسداد و ایجاد خونرسانی مجدد در دو گروه ۲۴ ساعت و ۷۲ ساعت مورد بررسی واقع شدند. ۵ سر رت بدون هیچ تداخلی به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. در تمام گروهها بیان ژنها 2-Bcl ، Bax 3cas- ، p53 ، pas توسط واکنش زنجیره ای پلیمرز رونویسی معکوس RT-PCR شناسایی شدند.

ایسکمی، آبخاری از رویداد های مولکولی را فعال میکند که منجر به آسیب نورونی ایسکمیک می گردد که بعد از انسداد دو طرفه ی شریان کاروتید مشترک در زمانهای ۱۵ و ۳۰ دقیقه مشاهده شد. رونویسی و بیان ژن های 2-Bcl ، Bax ، 3caspas ، p53 بعد از القاء ایسکمی در گروههای نمونه افزایش یافت و شکست قطعات DNA که بوسیله ایسکمی موقت القاء شده بودند را افزایش داد. نتیجه گیری: یافته ها نشان دادند ایسکمی موقت بیان ژنهای آپوپتوزی را فعال می کند که در حفاظت نورونهای هیپوکامپ نقش دارند.



The Value of Touch Preparation for Rapid Diagnosis of Brain Tumors as an Intraoperative Consultation

Tahere Khamechian , Javad Alizargar , Tahere Mazoochi

Abstract

Background: The touch preparation technique is an accurate and rapid method, and when used as intraoperative consultation examination technique it preserves a good amount of tissue for paraffin embedded sections. This study aimed at examining the accuracy of the touch preparation technique by comparing its diagnosis with that of final pathological diagnosis made by microscopic examinations.

Methods: The diagnoses of 139 central nervous system lesions by touch preparation technique and paraffin-embedded sections were compared.

Results: Touch preparation technique diagnosed correctly 118 (84%) of the lesions. However, the technique failed to correctly diagnose 12% of the cases. The highest rate of accurate diagnosis (100%) was observed in five types out of 11 types of tumor examined. However, the technique was not able to diagnose hydatid cysts correctly.

Conclusion: The findings indicate that touch preparation technique may be useful in diagnosing tumor type during surgical operations. Touch preparation technique is very accurate for intraoperative diagnosis. However, adequate clinical history, neuroimaging details, and the intraoperative impressions of the neurosurgeons, if provided, help the pathologists to improve the diagnostic accuracy of the technique.

Keywords • Intraoperative • central nervous system • frozen sections



Introduction

Tissue specimens taken from patients during operations or biopsies are usually assessed by the pathologists one or two days after the surgery. However, sometimes pathological results are needed urgently during the operation, while the patient is still on the operation table. In neurosurgical operations the need of a rapid diagnosis during the operation can be met by intraoperative consultation examinations. During surgeries, surgeons want to particularly know whether or not a lesion is malignant. The use of touch preparation technique, known as touch preparation as an intraoperative consultation examination technique is now well established.¹⁻³ A good intraoperative consultation examination technique should preserve good amount of tissue for paraffin embedded sections, and should be accurate and rapid.

Frozen section is another intraoperative consultation examination technique that needs more tissue and has some freezing artifacts. The architecture of tissues in frozen section closely approximates permanent histology sections, and enables a degree of comfort. Touch preparation provides a better and crisp cellular details and even some tissue architecture.⁴ Touch preparation has been found quite reliable and useful in the determination of surgical resection margins,^{5,6} sentinel lymph nodes,⁷ adenomatous goiter,^{8,9} and confirmation of parathyroid tissue.¹⁰⁻¹²

This technique has some advantages in diagnosing and differentiating brain tumors.¹³⁻¹⁵ Various diagnoses can be well made by an expert pathologist using touch preparation technique, because the cytomorphological features of smears in every malignant or benign lesion are specific. The objective of the present study was to evaluate four years (2007-2011) of using touch preparation technique by Shahid Beheshti Hospital pathologists to examine benefits and possible defects of the technique in determining the diagnosis of central nervous system biopsies taken during operations. The accuracy of the technique was judged against the diagnosis made by final pathological diagnosis.

Materials and Methods

This study aimed at assessing the value of diagnosis made by touch preparation technique in 2007-2011.

All of the patients signed the written informed consent to include their data in the study. The study was approved by the Ethics Committee, Kashan University of Medical Sciences. Biopsies taken from lesions were grossly examined, and hemorrhagic and necrotic areas were sampled and prepared for the touch preparation technique. At least two smears were taken from each case by using two clean grease-free glass slides. The smears were fixed with absolute alcohol and were stained with geimsa and papanicolau.



After the surgeries, remaining tissues were processed for paraffin-embedded sections, haematoxylin and eosin staining, and microscopic examination. The microscopic examination of paraffin sections, and touch preparation were made blindly by two pathologists. To examine the accuracy of diagnosis by touch preparation technique, the diagnoses obtained by this technique were compared with those obtained by microscopic examination of the smears. Accurate grading was attempted in our study whenever possible. All the cases were reviewed by two pathologists separately. All the patients personal information remained private. The findings were analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 16). Descriptive statistics was used to analyze the findings.

Results

During the study, 139 lesions, which had been sent for intraoperative consultation, were evaluated. These included 135 brain lesions and 2 hydatid cysts, and 2 dermoid cysts. The average patients' age was 57, and there were 70 males and 69 females. The total number tumor and correct diagnosis in touch preparation technique. Correct diagnosis was made in 118 (84%) of lesions. Errors in diagnosis were seen in 12% of lesions. The highest correlation (100%) was observed in five types of tumor, and no correct diagnosis was made in case of hydatid cyst. Oligodendrogliomas,

haemangioblastoma, meningioma, choroid plexus papilloma, craniopharyngioma, megakaryocytic leukemia, and dermoid cyst were diagnosed totally (100%) correct (table 1).

The accuracy of touch preparation technique for astrocytoma, pituitary adenoma, glioblastoma multiforme, metastatic carcinoma, and giant cell tumor was 81%, 84%, 66%, 66%, 88% and 80%, respectively. Glioblastoma multiforme was misdiagnosed twice as metastatic carcinomas, and high grade astrocytoma was misdiagnosed five times as metastatic carcinomas. Two cases of astrocytoma grade I was misdiagnosed as metastatic carcinomas, and one case of meduloblastoma was misdiagnosed as meningioma. Other misdiagnosed tumors were reported as benign or malignant microscopic results or inflammation.

Discussion

The present study was a retrospective analysis to determine the accuracy of touch preparation technique in diagnosing the type of tumors encountered during the operation. This technique is reliable, simple, and accurate. Different authors used various stains such as 1% alcoholic toluidine blue and May-Grunwald-Giemsa.^{3,4} We, however, used Giemsa and papanicolau. Compared to frozen section, in touch preparation technique and a large area of tissue can be examined. Besides, touch preparation technique provides enough tissue for intraoperative and subsequent routine paraffin section diagnoses.

**Table 1: The total number of tumor and correct diagnosis in touch preparation technique**

Tumors	Total cases	Correct diagnosis (percent)
Oligodendroglioma grade II-III	6	6 (100)
Meningioma	15	15 (100)
Pituitary adenoma	13	11 (84)
Haemangioblastoma	3	3 (100)
Astrocytomas grade I	22	18 (81)
Astrocytomas grade II, III, IV	26	21 (80)
Glioblastoma multiforme	6	4 (66)
Metastatic carcinoma	9	6 (66)
Medulloblastoma	9	8 (88)
Choroid plexus papilloma	1	1 (100)
Schwannoma	11	10 (90)
Hydatid cyst	2	0 (0)
Craniopharyngioma	3	3 (100)
Inflammation and necrosis	4	4 (100)
Giant cell tumor	5	4 (80)
Dermoid cyst	2	2 (100)
Megakaryocytic leukemia	2	2 (100)
Total cases	139	118 (84)

The two techniques are complementary, but frozen section is a better technique for the tissues, which their consistency is confirmed.⁵ Unlike permanent histology, the frozen section technique, which has the accuracy rate of about 97%, can be done during the surgery. However, cryostat facility is not available at many centers in Iran. Touch preparation technique provides more crisp cytologic detail than frozen sections do, and can avoid most of freezing artifacts in brain tumors, high lip-

id content and soft nature.⁶ Frozen section is a reliable method for intraoperative consultation during surgery. The use of frozen section during surgery can give the surgeon the opportunity to avoid the second surgery. Touch preparation technique is a reliable method for intraoperative evaluation as well. Due to high predictive value, the touch technique can be used first in the operation room, and frozen section can be saved for cases with inconclusive diagnosis by the touch technique.⁷



This study is one of the largest studies of this technique on CNS tumors in Iran. Our findings are similar to those of other studies (table 2).^{4,5,9,10} Previous reports indicate that the diagnostic accuracy of cytological smears ranged from 75% to 94%.^{15,23} In the present study the accuracy of touch preparation technique in diagnosing brain lesions was 84%, which is lower than that of other studies that included tumors only. This may be to the inclusion of other types of tumor such as bone tumors in the studies of neurosurgical tumors. The low diagnostic accuracy of touch preparation technique in our study may be related to limited sample size. The diagnostic accuracy of touch preparation technique for high and low grade astrocytoma was 81% (39 out of 48) in our study. Correct diagnosis rests on appropriate radiological and intraoperative impressions. When a small biopsy was submitted and typical features of pilocytic astrocytoma were not present, it was difficult to correctly diagnosis, or to grade the tumor. Moreover, when vascular proliferation and atypia was interpreted without adequate clinical history, a misdiagnosis of high grade astrocytoma was made. When cellular pleomorphism, giant cells, mitoses necrosis and vascular proliferation were present, the diagnosis of glioblastoma was obvious. Because of high cellularity, pleomorphism and the round to polygonal appearance of

the cells, high grade astrocytomas and glioblastoma are often confused with metastatic carcinoma. Glioblastoma multiforme is the most undifferentiated type of astrocytoma. Anaplastic and pleomorphic cells that have no glial process are the key point in the diagnosis glioblastoma multiforme. is another diagnostic clue. (figure 2). Meningothelial, transitional and psammomatous meningiomas (three types of meningiomas) usually present no diagnostic difficulty because they exhibit features of non-neoplastic arachnoid cap cells, particularly the tendency to form whorls. .¹² The nuclei of many eningiomas (especially the meningothelial types) show two types of intranuclear vacuoles. One type is formed by invagination of cytoplasm into the nucleus and the other by clearing of chromatin material from the center of the nucleus. The latter type is more common and is of diagnostic help. Distinction between schwannomas and meningiomas was the commonest difficulty. Especially the fibroblastic meningiomas were confused with schwannoma as they lack whorls. In addition to whorls, the presence of intranuclear inclusions and calcification is of help in diagnosing meningiomas. ¹⁴ Chordoid meningiomas were misinterpreted as chordoma and atypical meningioma with metastatic carcinoma. In haemangioblastomas, obtaining good quality smears was difficult. This made the identification of numerous blood vessels difficult.



However, all of the cases of meningiomas and 10 out of 11 cases of schwannoma were diagnosed correctly, because of the mentioned diagnostic characteristics .

The accuracy of the touch preparation technique for pituitary adenomas was 84%. The cellular monomorphism and the absence of a significant reticulin network distinguish pituitary adenomas from non-neoplastic anterior pituitary parenchyma (figure 4).¹³ These characteristics made the diagnosis of this type of tumor easy. Eleven of 13 cases were diagnosed correctly, but two cases were not diagnosed correctly using touch preparation technique. In haemangioblastomas, obtaining good quality smears was difficult. This made the identification of numerous blood vessels difficult. The smears showed thick and dense

trabeculae of elongated cells, which led to misinterpretation. The clinical history of posterior fossa location is mandatory for correct diagnosis. Haemangioblastoma had numerous mast cells 10, which helped in its diagnosis. All such characteristics helped correct diagnosing of all three cases of haemangioblastomas in our study.

Hydatid cysts are endemic in Kashan, Iran. Two cases of hydatid cysts were among the cases in

the present study. Hydatid cysts are diagnosed by the presence of scolex and a cyst with a laminated layer (figure 5). Touch preparation technique could not the two cases of hydatid cyst in our study.

Table 2: Diagnostic accuracy of central nervous system lesions from a number of published studies.

Authors	Year	Lesions	Diagnostic accuracy
Adams et al. ¹⁶	1981	Tumors	93.6
Asha et al. ¹⁷	1989	Tumors+Infection	87
Shah et al. ¹⁸	1992	Tumors	96
Chako ¹⁹	1998	Tumors+Infection	88
Bleggi-Torres et al. ²⁰	2001	Tumors	97.3
Roessler et al. ²¹	2002	Tumors+Infection	95
Goel et al. ²²	2007	Tumors+Infection	86
Present study	2011	Tumors+Infection	84



Conclusion

Touch preparation technique is a rapid diagnostic method and a good complimentary technique for frozen section. Inadequate clinical and imaging data can contribute to wrong diagnosis. The experience of a pathologist is very important as diagnosis is made on cytology alone without any special stains and in a short time. Awareness of the cytomorphological features on smears of various lesions is important. In 64% of cases correct diagnosis could be made on smears alone, and in another 20% after clinical and radiological correlation. Touch preparation technique is a very accurate and rapid method of intraoperative diagnosis, especially when combined with frozen section. However, adequate clinical history, neuroimaging details, and the intraoperative impression of the neurosurgeon, if provided, helps the neuropathologists to improve the diagnostic accuracy.

Conflict of Interest: None declared.

References

- 1 Bleggi-Torres LF, de Noronha L, Schneider Gugelmin E, Martins Sebastião AP, Werner B, Marques Maggio E, et al. Accuracy of the smear technique in the cytological diagnosis of 650 lesions of the central nervous system. *Diagn Cytopathol.* 2001;24:293-5. doi: 10.1002/dc.1062. PubMed PMID: 11285629.
- 2 Roessler K, Dietrich W, Kitz K. High diagnostic accuracy of cytologic smears of central nervous system tumors. A 15-year experience based on 4,172 patients. *Acta Cytol.* 2002;46:667-74. PubMed PMID: 12146028.
- 3 Rezagui A, Amarti Riffi A, Maher M, El Khamlichi A, Saidi A. [Accuracy of intraoperative diagnosis in central nervous system tumors: report of 1315 cases]. *Neurochirurgie.* 2003;49:67-72. PubMed PMID: 12746721.
- 4 Khalid A, Haque AU. Touch impression cytology versus frozen section as intraoperative consultation diagnosis. *Int J Pathol.* 2004;2:63-70.
- 5 Creager AJ, Shaw JA, Young PR, Geisinger KR. Intraoperative evaluation of lumpectomy margins by imprint cytology with histologic correlation: a community hospital experience. *Arch Pathol Lab Med.* 2002;126:846-8. PubMed PMID: 12088456.
- 6 Nash H, Haque A. Value of touch preparation cytology in intraoperative consultation diagnosis of Astrocytomas. *Int J Pathol.* 2003;1:8-12.
- 7 Memar B, Sadeghi R, Ayati NK, Aledavood SA, Tghizadeh A, Naseri S, et al. The value of touch imprint cytology and frozen section for intra-operative evaluation of axillary sentinel lymph nodes. *Pol J Pathol.* 2010;61:161-5. PubMed PMID: 21225499.
- 8 Ku NN, Cox CE, Reintgen DS, Greenberg HM, Nicosia SV. Cytology of lumpectomy specimens. *Acta Cytol.* 1991;35:417-21. PubMed PMID: 1718113.
- 9 Henry-Tillman RS, Korourian S, Rubio IT, Johnson AT, Mancino AT, Massol N, et al. Intraoperative touch preparation for sentinel lymph node biopsy: a 4-year experience.



- Ann Surg Oncol. 2002;9:333-9. doi: 10.1245/aso.2002.9.4.333. PubMed PMID: 11986184.
- 10 Tworek JA, Giordano TJ, Michael CW. Comparison of intraoperative cytology with frozen sections in the diagnosis of thyroid lesions. Am J Clin Pathol. 1998;110:456-61. PubMed PMID: 9763031.
- 11 Belleannée G, Verdebout J, Feoli F, Trouette H, de Mascarel A, Verhest A. [Role of cytology and frozen sections in the intraoperative examination of the thyroid: comparison of two experiences]. Clin Exp Pathol. 1999;47:273-7. PubMed PMID: 10812432.
- 12 Westra WH, Pritchett DD, Udelsman R. Intraoperative confirmation of parathyroid tissue during parathyroid exploration: a retrospective evaluation of the frozen section. Am J Surg Pathol. 1998;22:538-44. PubMed PMID: 9591722.
- 13 Geelhoed GW, Silverberg SG. Intraoperative imprints for the identification of parathyroid tissue. Surgery. 1984;96:1124-31. PubMed PMID: 6390768.
- 14 Shidham VB, Asma Z, Rao RN, Chavan A, Machhi J, Almagro U, et al. Intraoperative cytology increases the diagnostic accuracy of frozen sections for the confirmation of various tissues in the parathyroid region. Am J Clin Pathol. 2012;118:895-902. PubMed PMID: 12472283.
- 15 Savargaonkar P, Farmer PM. Utility of intraoperative consultations for the diagnosis of central nervous system lesions. Ann Clin Lab Sci. 2001;31:133-9. PubMed PMID: 11337901.
- 16 Adams JH, Graham DI, Doyle D. Brain biopsy: the smear technique for neurosurgical biopsies. London: Chapman and Hall; 1981.
- 17 Asha T, Shankar SK, Rao TV, Das S. Role of squash-smear technique for rapid diagnosis of neurosurgical biopsies--a cytomorphological evaluation. Indian J Pathol Microbiol. 1989;32:152-60. PubMed PMID: 2674004.
- 18 Shah AB, Bhagwati SN, Misra M. Rapid diagnosis of CNS tumors by smear technique. Neurol India. 1992;40:81-5.
- 19 Chacko G, Chandi SM, Chandy MJ. Smear diagnosis of central nervous system lesions: a critical appraisal. Neurol India. 1998;46:115-8.
- 20 Bleggi-Torres LF, de Noronha L, Schneider Gugelmin E, Martins Sebastião AP, Werner B, Marques Maggio E, et al. Accuracy of the smear technique in the cytological diagnosis of 650 lesions of the central nervous system. Diagn Cytopathol. 2001;24:293-5. doi: 10.1002/dc.1062. PubMed PMID: 11285629.
- 21 Roessler K, Dietrich W, Kitz K. High diagnostic accuracy of cytologic smears of central nervous system tumors. A 15-year experience based on 4,172 patients. Acta Cytol. 2002;46:667-74. PubMed PMID: 12146028.
- 22 Goel D, Sundaram C, Paul TR, Uppin SG, Prayaga AK, Panigrahi MK, et al. Intraoperative cytology (squash smear) in neurosurgical practice - pitfalls in diagnosis experience based on 3057 samples from a single institution. Cytopathology. 2007;18:300-8. doi: 10.1111/j.1365-2303.2007.00484.x. PubMed PMID: 17883691.
- 23 Monabati A, Kumar PV, Kamkarpour A. Intraoperative cytodagnosis of metastatic brain tumors confused clinically with brain abscess. A report of three cases. Acta Cytol. 2000;44:437-41. doi: 10.1159/000328494. PubMed PMID: 10834007.



عجایب هفتگانه درپزشکے امروز

محمد کرمی

M.Karami1371@Ymail.com

References : www.fastcompany.com

قرن گذشته شاهد پیشرفت های زیادی در عرصه پزشکی بوده است . از زمانی که دانشمندان طرح بزرگ پروژه ژنوم انسان را در سال ۲۰۰۰ به عموم عرضه داشتند، اثر دانش و تکنولوژی پزشکی به طور قابل توجهی از هر زمان دیگری برجسته تر شده است. اکتشافات و اختراعات جدید امکانات جدیدی را در هر دو عرصه درمان و پیشگیری از بیماریها فراهم کرده ، تا آنجا که بیماریهایی که مبتلا بودن به آنها مرگ حتمی را در پی داشت ، مثل بیماریهای ایدز و سرطان- با اینکه هنوز بالقوه کشنده اند- چهره وحشت آفرین کمتری نسبت به گذشته خود دارند .البته بیماری و بالتبع آن انجام فعالیتهای پزشکی همچنان وجود دارد . در طی ۳۰ سال گذشته نظام مراقبتهای بهداشتی آمریکا افزایش مداوم در هزینه های مصرف کنندگان را شاهد بوده است که بار مسئولیت ایالات و مصرف کنندگان را به حاشیه رانده است.بر این اساس اداره آمار آمریکا گزارش داده است که ۵۰,۷ میلیون از ساکنان -شامل ۹,۹ میلیون غیر تبعه - و یا ۱۶,۷ درصد از جمعیت در سال ۲۰۰۹ فاقد بیمه بوده اند .

با هر کشف جدید امکان صرفه جویی میلیونها دلار پول شهروندان در درمان- و یا حصول اطمینان از اقدامات پیشگیرانه در برابر بیماریهای شایع - آشکارتر می شوند . در سالهای اخیر برخی از اکتشافات جدید روزه ای از امید را در جهت مراقبتهای بهداشتی موثر و قابل اجرا فراهم آورده است. در این متن لیستی از ۷ اکتشاف که قابلیت ایجاد انقلابی عظیم در علم پزشکی را دارا می باشند ارائه می شود:

۱ - خلع سلاح ویروس ایدز :

ویروس ایدز سالانه حدود ۱,۸ میلیون انسان را به کام مرگ می کشاند و به عنوان سومین عامل منجر به مرگ در کشورهای با درآمد کم محسوب می شود . با این همه مطالعه ای جدید در مجله Blood راهی نوین در جهت مبارزه با این بیماری ارائه میکند:

مقاوم ساختن بدن به ویروس ایدز به جای کشتن ویروس ایدز!!!



۲- A Common Cause of ALS

بیماری Amyotrophic lateral sclerosis که به طور رایج با عنوان ALS یا بیماری Lou Gherig's شناخته می شود یک بیماری تخریب کننده عصبی کشنده است که باعث فلج شدن قربانی خود می شود . برای سالها فرایند های اصلی و اساسی این بیماری ، دانشمندان را از ابداع روشهای موثر برای درمان وتوسعه روشهای پیشگیری از این بیماری دور کرده است . اما یک مطالعه جدید در دانشگاه « Northwestern » برای اولین بار یک علت مشترک ایجادکننده بیماری را در همه اشکال ALS شناسایی کرده است . اساس این اختلال، یک پروتئین تجزیه شده است که در سیستم باز یافتی نورونهای مغز ونخاع شرکت می کند.

مهمترین عملکردهای نورونها به باز یافت موثر مهار کننده های ساخت پروتئین در سلولها متکی است در بیماری ALS سیستم باز یافت از کار افتاده است وسلول نمی تواند خود را ترمیم کرده و یا از خود نگهداری نماید و به شدت تخریب میگردد. این کشف که توسط محققان پزشکی دانشکده Feinberg در دانشگاه Northwestern در ژورنال Nature منتشر شد میتواند پیشرو در پایان یکی از بزرگترین رازهای علم پزشکی در قرن ۲۰ باشد.



زمانی که فردی به وسیله این ویروس آلوده می شود ، « سیستم ایمنی ذاتی » بدن فرد، دفاعی متوسط ولی ناگهانی را در برابر این ویروس بروز می دهد . ویروس ایدز غشا خود و یا همان پوست خود را از سلولهایی که آلوده کرده است کسب می نماید . محققان کالج سلطنتی لندن و دانشگاه جان هاپکینز ، بوسیله برداشت کلسترول از این دیوار سلول، سوراخ بزرگی در غشای ویروس ایدز ایجاد کردند . این کار باعث نفوذ پذیری ویروس و در نهایت پاسخ اکتسابی قویتر از طرف سلولهای ایمنی می شود .

با همه این توصیفات قبل از اینکه دانشمندان بتوانند حتی به این مسئله فکر کنند که راهی برای درمان ایدز یافته اند محققان راهی طولانی برای پیمودن در پیش رو دارند. این کشف به طور موثری قابلیت کاهش منابع و وسایل مورد علاقه در درمان و مبارزه با این بیماری را دارا می باشد و در آینده می تواند راهی برای مبارزه با بیماریهای پیچیده ی مشابه بوجود آورد.



۳- پیشرفت در تحقیقات سلولهای بنیادی :

احتمالا هیچ بخش و قسمتی از تحقیقات به اندازه تحقیقات در مورد سلولهای بنیادی آتش مباحثه ها و ذهنیت و تصور عمومی را شعله ور نساخته است . با این همه ، پیشرفتهای کلینیکی (حتی موقعی که در سطح pilot و آزمایشگاهی صورت می گیرند) امید بخش هستند .

در سال ۲۰۰۹ محققان اروپایی سلولهای مغز استخوان دو پسر ۷ ساله را استخراج کرده سپس به طور ژنتیکی دستکاری کرده و این سلولهای تغییر یافته را به درون بدن این دو پسر پیوند زدند و توانستند روند پیشرفت یک بیماری کشنده و مهلک مغزی را متوقف سازند .

هم اکنون دانشمندان می توانند مستقیما از سلولهای پوستی سلولهای بنیادی مثل سلولهای جنینی را تولید کنند .

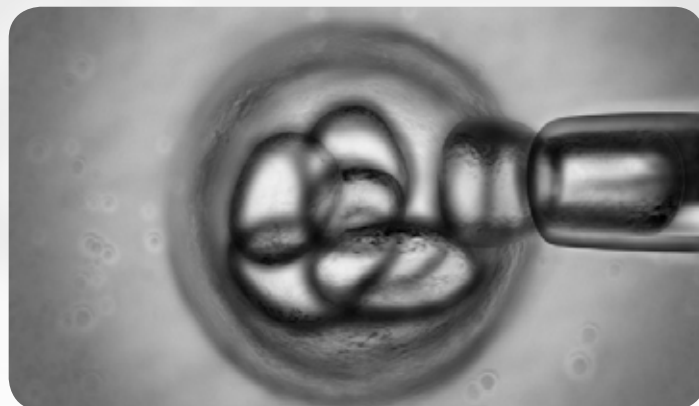
با استفاده از روشهای ارزان و کارآمد در دستکاری سلولهای بنیادی (بدون در نظر گرفتن موانع اخلاقی) گزینه های جدیدی برای تولید بافتهای جدید در محیط آزمایشگاه پیش روی دانشمندان قرار گرفته است که میتواند به طور اساسی عملکرد سیستم اهدای عضو آمریکا را دچار تغییر نماید.

۴- “Cellular Leapfrogging”

به تازگی دانشمندان توانسته اند شیوه ای نوین در تبدیل یک سلول به نوع دیگری از سلول با شکلی کاملا جدید ابداع کنند.

با استفاده از این روش محققان دانشکده پزشکی دانشگاه Stanford سلولهای بالغ کبد یک موش آزمایشگاهی را به نورونهای عملکردی تغییر داده اند . این برای اولین بار است که سلولهای مخصوص یک بافت به سلولهای بافتی کاملا متفاوت تبدیل می شوند . این سلولهای کبدی به طور واضحی به سلولهای عصبی عملکردی تبدیل شده اند .

این روش می تواند به عنوان یک پیشرفت در تولید سلولهای ضروری و مورد نیاز بیمارانی که به نوعی از سلول نیاز دارند و یا تبدیل سلولهای سرطانی به سلولهایی بی خطر کمک کننده باشد.





۵- بهره برداری از فناوری اطلاعات:

یکی از مشکلات پنهان مراقبت‌های بهداشتی مدرن ساماندهی حجم انبوه اطلاعات است. همه این اطلاعات (نمونه ها، کشت خون، سابقه بیمار و...) به طور فزاینده ای در تشخیص و جلوگیری از بیماریهای مرگبار مهم و ضروری هستند و موسسات مدرن پزشکی در حال تلاش برای پیدا کردن راه هایی برای مدیریت و استفاده کارآمد از این داده های در دسترس هستند. پزشکان می گویند که اینترنت و فن آوری اطلاعات جدید و حتی ipad در واقع روشی را که آنها برای بهتر شدن اعمال پزشکی انجام میدهند تغییر داده است. در گذشته روزها و ساعات زیادی در کتابخانه های پزشکی، در جستجوی موضوعات، نوشتن رفرنسها، رفتن به بین قفسه های کتابخانه و بیرون کشیدن انبوه مجلات به هدر می رفته است. اما در حال حاضر، سوابق پزشکی، پرونده ها، و حجم انبوه اطلاعات و منابع ضروری پزشکی موجود، تنها با اشاره یک انگشت قابل دسترس هستند. این مسئله نه تنها در حل مشکلات پیچیده پزشکی، بلکه در افزایش امنیت و سلامت بیماران بوسیله انجام کارهایی چون فهرست نویسی انواع گروه های خونی، ثبت واکسنهای تزریق شده، ردیابی سوابق پزشکی و ... بسیار مهم است.

۶- سلولهای مصنوعی

در حالی که «leapfrogging» سلولی و دستکاری سلول های بنیادی پیشرفت های قابل توجهی هستند، دکتر جی کریگ ونتر (Dr. J. Craig Venter) میگوید ایجاد زندگی در محیط آزمایشگاه و توسعه و گسترش سلولهای مصنوعی کاملاً جدید، یک روند و گام رو به جلو است. ونتر توانست ژنوم کامل یک باکتری را، که به درون سلول تزریق شده بود و قابلیت تکثیر داشت را طی یک فرآیند پر زحمت که در آن موادشیمیایی تشکیل دهنده DNA با یکدیگر آمیخته میشوند، تولید کند. ونتر امیدوار است که یافته هایش اولین مورد در مسیر طولانی و پر پیچ و خم موجودات ساخته شده در آزمایشگاه در زیست شناسی مصنوعی خواهد بود. سلولهای مصنوعی صرفاً یک معجزه در علم پزشکی نیستند بلکه ونتر در حال حاضر با مخلوط کردن و تطابق مواد ژنتیکی به یک ترکیب زنده در حال تولید موجودات زنده ای است که ممکن است به عنوان نوع جدیدی از سوخت زیستی خدمت کنند. .

با این همه کارکردهای مرتبط با سلامت در این پروژه بسیار واضح و آشکار هستند برای مثال دانشمندان توانسته اند تولید واکسنهایی از آنفلوانزا که نسخه های مختلفی از انواع ویروسهای آنفلوانزا را به همراه دارد افزایش دهند و یا گونه های جدیدی از بیماریهایی که میزبان اصلی آنها در دسترس نیستند برای مطالعه و آزمایش بر روی آنها تولید کنند .



۷- جراحی روباتیک

در اواخر سال ۲۰۰۷ جراحان کلینیک Cleveland شروع به انجام عمل نفرکتومی از طریق تنها ایجاد یک برش کوچک در ناحیه ناف کردند.

دستکاری و رسیدگی به بخیه های عمیق درون بدن یک بیمار با استفاده از دستان کوچک فلزی بسیار دور از ذهن است اما با این حال جراحی روباتیک به سرعت در حال افزایش است .
از جمله فواید این روش:

کوتاهتر بودن زمان بهبود بیمار که بزرگترین فایده ایجاد برشهای کوچک در بدن به نسبت ایجاد برشهای بزرگ در جراحی های مرسوم است .

از دیگر فواید جراحی روباتیک ، استفاده پزشکان از این روش برای افزایش دقت در جراحی ها بویژه در موارد جراحی سرطان است. جراحی روباتیک توانایی جراحان سرطان را (cancer surgeon) در تمیز کردن نواحی اطراف ناحیه جراحی افزایش داده و همچنین باعث افزایش بزرگنمایی ساختارها می شود .
علاوه بر اینها جراحی روباتیک برای جراحان این قابلیت را فراهم می کند تا آنها بتوانند بیماران را از راه دور مورد جراحی قرار دهند که این کار می تواند هزینه های سفر و دیگر موانع را جهت دریافت مراقبت های تخصصی ، کاهش دهد.

با وجود این فواید ، منتقدان این روش عقیده دارند هزینه سخت افزاری روباتها ممکن است به مراتب سنگین تر از فواید آن باشد، اما بایستی توجه داشت که کارآمدتر بودن و جراحی های با تهاجم کمتر ، هر دو نشانه خوبی ، هم برای ایمنی بیمار و هم برای کاهش هزینه های پزشکی است .



فلور روده می تواند از دیابت جلوگیری کند

سمیه زمانی فرد

ZamanifardSomaye@gmail.com

References : www.medicalnewstoday.com

تحقیقات نشان میدهد که پیوند فلور طبیعی روده ی فرد سالم به روده ی یک فرد بیمار بطور بالقوه ای میتواند از پیشرفت دیابت و کبد چرب غیر الکلی جلوگیری کند.

طی یک مطالعه ی ۱۶ هفته ای که بر روی دوگروه موش سالم (مورد و شاهد) انجام گرفت محققان به یک گروه از موشها فلور دریافت شده از موشهای دارای علائم مقاومت به انسولین و استئاتوز کبدی و به گروه دیگر فلور دریافت شده از موشهای سالم را پیوند زدند پس از مدتی دیده شد گروه دریافت کننده پیوند از موش علامتدار، میزان چربی کبد بالا و نسبت به انسولین مقاومت نشان میدهند ولی گروه دریافت کننده پیوند از موش سالم سطح گلوکز خونشان طبیعی و نسبت به انسولین حساسیت خوبی دارند.

این مطالعه نشان می دهد فلور طبیعی روده با تولید آنتی اکسیدان ها مانع توسعه ی التهاب کبد و مقاومت به انسولین میشود و بدین ترتیب می تواند نقش درمانی در این بیماری داشته باشد.





ضددردها در مبارزه با سرطان پوست

حمیدرضا شجاعی فر

Hamidreza162@yahoo.com

References : www.medicalnewstoday.com

و همکارانش انجام شده اثر این دارو را در سه تیپ بزرگ سرطان پوست یعنی Basal cell carcinoma و Squamous cell carcinoma و Malignant melanoma مشاهده کرده اند.

Basal cell carcinoma نوعی سرطان پوست Non-melanoma است که به آرامی رشد می کند ، بدون درد است و به ندرت به بخش های دیگر بدن منتشر می شود. این نوع سرطان پوست شایع ترین نوع سرطان پوست در آمریکا است. براساس اطلاعات ارائه شده از سوی جامعه سرطان آمریکا ، ۷۵ درصد تمام سرطان های پوست از نوع Basal cell carcinoma میباشد. Squamous cell carcinoma نیز نوعی سرطان پوست Non-melanoma است و کمی سریع تر از نوع قبلی رشد می کند. هر دو نوع این سرطان پوست قابل درمان هستند. Melanoma خطرناک ترین نوع سرطان پوست هست و می تواند به سرعت به دیگر نواحی بدن گسترش یابد. این نوع سرطان اگر در مراحل اولیه شناسایی شود در بعضی موارد قابل درمان است. در زمینه مرگ بر اثر بیماری های پوستی Melanoma عامل پیشتاز است.

بر اساس یک مطالعه جدید، که توسط محققان دانشگاه Aarhus دانمارک انجام شده و در ژورنال آنلاین سرطان منتشر شده، آسپرین و دیگر داروهایی که به صورت رایج برای تسکین درد استفاده می شود ممکن است علیه سرطان پوست اثر محافظت کننده داشته باشد.

در مطالعات قبلی به این موضوع اشاره شده بود که داروهای NSAIDs (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs) مانند آسپرین ، ایبوپروفن و ناپروکسن و دیگر داروهای این دسته می تواند ریسک گسترش و توسعه برخی سرطان ها را کاهش دهد. برای مثال ، در اوایل امسال ، سه مطالعه در The Lancet بر این موضوع تکیه کرده اند که مصرف روزانه ی دوز کم آسپرین ممکن است در افراد میانسال به خصوص در افراد با ریسک بالا اثر محافظت کنندگی علیه سرطان داشته باشد.

در مطالعه دیگری که اخیرا انجام شده و در مجله British journal of cancer به چاپ رسیده است ، محققان مرکز پزشکی دانشگاه Leiden در هلند گزارش کردند که بیماران مبتلا به سرطان کولون که به طور منظم در مدت کوتاهی پس از تشخیص بیماری، آسپرین دریافت کردند طول عمر بیشتری داشتند. در مطالعه دیگر که توسط Sigrún Alba Jóhannesdóttir



ردپای پارکینسون در سلول های جدار روده

حمیدرضا شجاعی فر

Hamidreza162@yahoo.com

References : www.medicalnewstoday.com

پارکینسون اولیه قابل ردیابی است. این پروتئین در نمونه های سالم وجود ندارد.

دکتر کاتلین ام. شانون و تیم جمع آوری کننده نمونه دیواره روده، از ده نفر شرکت کننده با پارکینسون اولیه نمونه تهیه کردند. برای جمع آوری نمونه از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر استفاده کردند. این تکنیک همانند کولونوسکوپی است. هیچ گونه آماده سازی یا بیهوشی در روش سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر نیاز نیست. دستگاه مشاهده کننده (Scope) فقط حدود ۸ سانتی متر وارد می شود و کل فرآیند بیش از ده دقیقه طول نمی کشد. در این مورد دانشگاه راش نوشت: یک گروه از دانشمندان دانشگاه راش برای اولین بار نشان دادند که تجمع آلفا سینوکلین در بافت بیولوژیکی قبل از شروع علائم حرکتی پارکینسون می تواند بیماری را نشان دهد.

این تیم تحقیقاتی نمونه های کولونوسکوپی را که پنج سال قبل از بروز علائم پارکینسون در سه مورد مطالعه جمع آوری شده بود آنالیز کردند

می توان برای پیش بینی این موضوع که آیا بیماری پارکینسون در فرد پیشرفت خواهد کرد یا خیر از نمونه برداری که در طول سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا کولونوسکوپی انجام می شود استفاده کرد. این مطلب را محققان مرکز پزشکی دانشگاه راش (Rush university medical center) گزارش کرده اند.

آلفا-سینوکلین (alpha-synuclein) پروتئینی است که از سلول های بیماران مبتلا به پارکینسون جمع آوری می شود. پیدا کردن این پروتئین به عنوان یک نشان پاتولوژیک بیماری پارکینسون است. این پروتئین از اجسام لوی (Lewy bodies) جمع آوری می شود. اجسام Lewy ساختاری است که از مغز بیماران مبتلا به پارکینسون بعد از مرگ آن ها به وسیله اتوپسی پیدا می شود. در نتایج رسمی تحقیقاتی که به وسیله این دانشگاه ارائه شده، محققان بیان کردند: شناسایی نقش تجمع آلفا-سینوکلین در نقص عملکرد عصبی و مرگ، اطلاعات ما را درباره چگونگی پیشرفت بیماری پارکینسون گسترش می دهد و یک ابزار باارزش را برای ردیابی پیشرفت آن معرفی می کند. محققان همچنین نشان داده اند که آلفا-سینوکلین در سلول های عصبی ای جدار روده افراد با



در هر سه مورد تجمع آلفا-سینوکلین در نمونه های به دست آمده از دیواره بخش انتهایی روده مشاهده شد. این مطالعات حاکی از آن است که ممکن است یک روز بتوان با استفاده از تهیه بیوپسی از بافت کولون پیش بینی کرد که در چه کسی بیماری پارکینسون حرکتی پیشرفت خواهد کرد. چنین بافتی می تواند در زمان غربالگری بوسیله کولونوسکوپی به دست آید. کولونوسکوپی به صورت روتین برای نظارت بر شروع سرطان کولون از ۵۰ سالگی شروع می شود و در بزرگسالان میانسال هر سه تا ده سال تکرار می شود.

امروزه برای تشخیص دقیق پارکینسون، پزشکان به نشانه های بالینی مانند مشکلات راه رفتن، سختی عضلات، حرکات آرام و لرزش، اعتماد و استناد می کنند. در ابتدای این بیماری تشخیص بالینی می تواند مشکل باشد. محققان می گویند که احتمالاً ۱۰ تا ۲۰ درصد از بیماران پارکینسونی در مراحل اولیه بیماری تشخیص داده نمی شوند.

بر اساس مطالعات گذشته، در اکثر موارد ۶۰ تا ۸۰ درصد سلول های تولید کننده دوپامین در مغز زمانی که علائم اولیه پارکینسون شروع به پدیدار شدن می کند نابود شده اند.

محققان نوشته اند: «ما معتقدیم که آلفا-سینوکلین در لایه زیر مخاط کولون ممکن است به عنوان یک بیومارکر پیش حرکتی باشد که به سادگی می تواند در مطالعات کوهورت برای افرادی که در ریسک افزایشی پیشرفت پارکینسون هستند به کار رود.

محققان تاکید کرده اند که مطالعات آینده ی آن ها در جمعیت های دیگر شامل گروهی برای مطالعات کوهورت و همچنین بیمارانی با دیگر اختلالات تخریب کننده اعصاب نیاز است تا یافته های آن ها را تکرار کند و مشخص کند کدام امن ترین و پرتاثیر ترین محل برای بیومارکرهای مورد نظر است.



کلکسیون اختراعات

سعیده تجلی نژاد

Saeedeh.Tajalli@yahoo.com

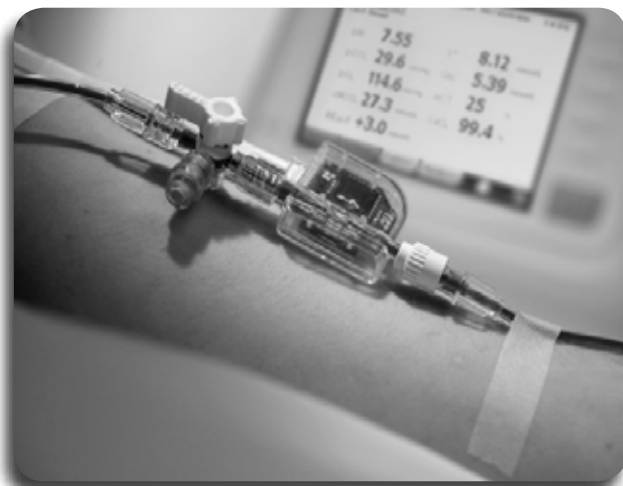
References : www.medgadget.com ; www.image-systems.biz
www.infrascanner.com ; www.newsok.com

دستگاه EZ vein :

تحلیلگر جدید خون :

این دستگاه متصل به بیمار و یکبار مصرف می باشد و به منظور مانیتورینگ پیوسته گلوکز، گازهای خون و الکترولیت ها به کار می رود. این اندازه گیری ها به طور مداوم انجام می شود و تمام خون بلافاصله به بیمار برگردانده می شود. این امر باعث می شود که پزشکان همواره از وضعیت بیمار با خبر باشند، بدون این که نیاز به نمونه گیری های متعدد و بردن آنها به آزمایشگاه باشد و همچنین در اتاق عمل بخش ICU در از این وسیله برای بیماران بستری به کار میرود.

از این وسیله در مواقعی که جایگذاری کاتتر به درون ورید باید با مهارت انجام شود، استفاده می شود. این وسیله ی غیر تهاجمی بسیار شبیه به کاف فشار خون است و توسط یک پمپ دستی باد می شود. طریقه ی استفاده از این دستگاه به این صورت است که ابتدا کاف روی دست بسته می شود و سپس با استفاده از پمپ دستی باد می شود. این کار باعث می شود که خون از بافت های عمقی به ورید های نزدیک سطح پوست منتقل شود و در نهایت وریدها قابل رویت و در دسترس قرار گیرند. دستگاه مذکور حتی زمانی که بیمار نبض یا ضربان نداشته باشد نیز قابل استفاده است و در مقایسه با شریان بندهای معمولی نتیجه بهتری را رقم می زند.





لپ تاب iQ-MOBILITY :

ازین لپ تاب جهت تشخیص تصاویر رادیولوژی از راه دور استفاده می شود و در حال حاضر مورد استفاده ی رادیولوژیست هایی است که تمایل دارند در هر زمان یا مکان تشخیص خود را انجام دهند. لپ تاب iQ-MOBILITY دارای صفحه ی نمایش ۱۷ اینچی است که تصاویر سیاه و سفید کالیبره شده را دریافت می کند و دارای روشنایی ۳۰۰ کاندلار بر متر مربع (cd/m^2) می باشد. لپ تاب مذکور همچنین شامل نرم افزاری جهت نمایش تصاویر DICOM (فرمت تصاویر پزشکی)، یک مرورگر، پردازش تصاویر سه بعدی حرفه ای و یک سری افزونه های دیگر می باشد که از آن یک پلت فرم واقعی رادیولوژی پرتابل می سازد. در آینده انتظار می رود با استفاده از این سیستم بتوان چندین کلیک را از یک محل خاص تحت پوشش قرار داده و عمل تشخیص را به راحتی انجام داد.



پیشگیری از ایجاد لخته در ورید :

DVT یا ترومبوز ورید های عمقی، به تشکیل لخته در وریدهای عمقی به ویژه در وریدهای اندام تحتانی گفته می شود. افرادی که تحت عمل جراحی قرار گرفته و برای مدتی در بیمارستان بستری می شوند، بیشتر در خطر ابتلا به این گونه لخته ها می باشند. DVT ممکن است از جای خود کنده شود و در نهایت با انسداد ریوی زندگی بیمار را به مخاطره بیاندازد. برای جلوگیری از ایجاد چنین حالتی، می توان از دستگاه Geko استفاده کرد برای جلوگیری از ایجاد چنین حالتی، می توان از دستگاه Geko استفاده کرد. این دستگاه به اندازه یک ساعت مچی است و از طریق فرستادن سیگنال های الکتریکی، عصب پرونوئال را تحریک کرده و منجر به فعال شدن عضله ی اندام تحتانی می شود. این کار در نهایت موجب افزایش جریان خون در ورید فمورال می شود و به دنبال آن خطر ایجاد لخته کمتر می شود. این دستگاه بدون نیاز به سیم یا لید در پشت زانو قرار می گیرد و اگر به طور مناسب استفاده شود، می تواند از ایجاد DVT جلوگیری کند. در حال حاضر این دستگاه در انتظار دریافت تاییدیه از FDA می باشد.



سیستم Infrascanner :

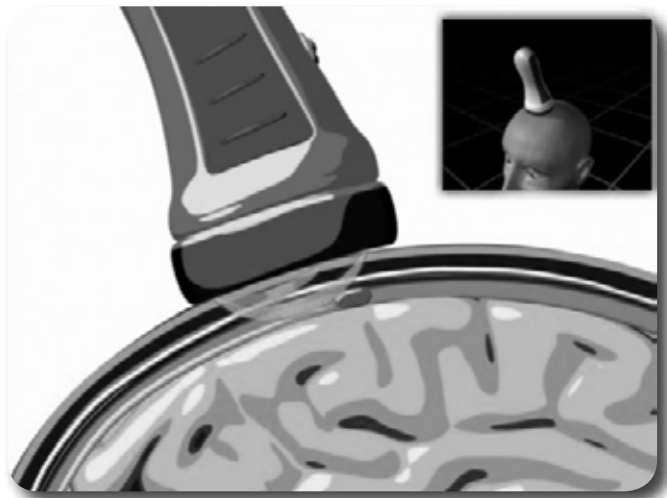
Infrascanner یک راه حل کاربردی جهت تشخیص سریع هماتوم های درون جمجمه ای می باشد.

این دستگاه از نور نزدیک مادون قرمز جهت نفوذ به درون جمجمه استفاده می کند. این وسیله ی غیر تهاجمی و پرتابل، در واقع برای شناسایی و تشخیص زود هنگام آسیب مغزی بلافاصله بعد از وقوع حادثه که به آن زمان طلایی گفته می شود، به کار می رود. تشخیص در محل حادثه و قبل از رسیدن به بیمارستان و انجام سی تی اسکن می تواند ارزیابی سریعی را از وضعیت عصبی قربانی نشان دهد.

این کار را می توان با حرکت دادن دستگاه روی نواحی مختلف جمجمه انجام داد. این تشخیص بر اساس ویژگی منحصر به فرد جذب نور توسط هموگلوبین و غیر تهاجمی بودن و همچنین ماهیت غیر یونیزان تکنولوژی نور نزدیک مادون قرمز می باشد.

این دستگاه بر اساس تفاوت در جذب نور بین بخش آسیب دیده و بخش سالم مغز کار می کند. در حالی که در شرایط عادی جذب نور در تمام قسمت های مغز کاملاً متقارن می باشد. هنگامی که بر اثر خونریزی داخلی، غلظت هموگلوبین افزایش می یابد، جذب نور توسط هموگلوبین بیشتر می شود.

این تفاوت در جذب نور از طریق آشکارسازهایی که بر روی لب های متقارن جمجمه قرار داده می شود، شناسایی می شود و دستگاه از طریق تبدیل داده های نوری به نتایج قابل تفسیر وجود یا عدم وجود هماتوم را آشکار می کند. Infrascanner با پلت فرم PDA و همچنین پروب های آشکارساز بی سیم همراه است.





سندرم پیش از قاعدگے را آسان کنیم

علی مجاهدی

Mojahedi.ali@gmail.com

References : www.usdoctor.com



۲۰ الی ۳۰ درصد خانم ها در طی دوران قاعدگی از عوارض سندرم پیش از قاعدگی یا PMS رنج می برند. این سندرم، مجموعه ای از مشکلات فیزیکی درونی است که ۷-۲ روز قبل از قاعدگی شروع شده و با آغا ز پریود، تمام می شود و البته در این مدت ناراحتی فرد و اطرافیا نش را به دنبال دارد. توجه کامل به رژیم غذایی و انجام تمرینات ورزشی مناسب می تواند به طور مشخصی باعث کاهش مشکلات مربوط به PMS شود. در چند روز قبل از قاعدگی، خانم ها دچار ناراحتی های جسمی و روانی می شوند. احساس افسردگی شدید، حساسیت و زود رنج بودن از جمله ی این مسائل است.

دلایل بروز این سندرم : نظرات مختلفی در مورد این بیماری ارائه شده است که عمده ترین آنها عبارتند از:

- تغییرات هورمونی بدن که از شایع ترین علائم در زنان می باشد.
- تغییرات شیمیایی در مغز که از آن جمله می توان به نوسانات سرتونین مغز اشاره کرد، که در تغییر احساسات انسان و مخصوصاً افسردگی تأثیر بسیار زیادی دارد.
- کمبود ویتامین
- مصرف نمک و کافئین نیز باعث تشدید علائم بیماری می گردد.



علائمی که برای این سندرم می توان ذکر کرد عبارتند از:

متخصصان بیش از ۱۵۰ مورد را به عنوان نشانه های این بیماری شناخته اند که از جمله مهم ترین آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- علایم عصبی : این نشانه ها شامل افسردگی، احساس غم و اندوه، عصبانیت، تحریک پذیری بیش از حد، کاهش تمرکز و خواب آلودگی می باشند.

- علایم گوارشی: از جمله علائم گوارشی که ممکن است بروز کنند می توان به تهوع ، استفراغ ، اسهال ، نفخ و افزایش وزن ناشی از جذب مایعات اشاره نمود.

البته احساس درد عضلات، سردرد، چربی پوست، خشکی یا چربی بیش از حد موها نیز ممکن است بروز کند. همه ی این علائم با هم بروز نمی کند و اکثر زنان فقط تعداد معدودی از اینها را تجربه می کنند.

عوامل مؤثر در کاهش عوارض این سندرم عبارتند از:

- رژیم غذایی مناسب و کنترل شده تا حدود زیادی این علائم را کاهش می دهد، رژیمی که شامل مقدار بالایی از کربوهیدرات (مانند نان و غلات) و کم چربی باشد، مفیدتر است.

- ویتامین B۶ (پیریدوکسین) در رژیم غذایی یا به صورت مکمل (در قرص یا آمپول) تا حدود زیادی می تواند افسردگی ناشی از PMS را بهبود بخشد. غذاهای

غنی از ویتامین B۶ عبارتند از : ماهی ، حبوبات و سبزیجاتی که رنگ سبز دارند.

- با کاهش مصرف نمک در طی این چند روز می توان از افزایش وزن و ادم دست و پاها جلوگیری کرد.

- از جمله عواملی که باعث کاهش عوارض سندرم می شود، ویتامین E است که جوانه ی گندم منبع خوبی از این ویتامین است. کمبود ویتامین E سبب حساسیت سینه ها می شود که با مصرف مواد غنی از ویتامین E، این عارضه کاهش می یابد.

مصرف کلسیم و مواد معدنی باعث کاهش دردهای کرامپی، چه در قبل از قاعدگی و چه در دوران قاعدگی می شود که این مواد را می توان از طریق مصرف شیر و لبنیات که غنی از کلسیم هستند ، تأمین کرد.

- تمرینات ورزشی مانند پیاده روی منظم و ورزش های شکم و لگن، اثرات سودمندی در کاهش علائم PMS دارند.



* غذاهایی مانند گوجه فرنگی، خرما، موز، آناناس و آوآکادو به دلیل داشتن ماده ای که در معده به سطح گیرنده های موجود متصل شده و باعث تشدید فعالیت و واکنش سرتونین در مغز می گردند توصیه می شود.

* غذاهای غنی از کلسیم و منیزیم بیشتر مصرف کنید، چرا که این عناصر برای عملکرد طبیعی هورمون ها، کنترل و تقویت عضلات و انقباضات آن مورد نیاز است و کمبود آن ها انقباضات عضلانی و درد ناحیه عضلات را افزایش می دهد. از منابع غذایی غنی از عناصر فوق می توان به سبزی های حاوی برگ سبز، نان تهیه شده از آرد کامل جو و گندم، سبوس گندم، سیب زمینی و مواد لبنی اشاره کرد.

* در مصرف فرآورده های گوشتی، مواد لبنی پرچرب و کیک که دارای چربی اشباع هستند اعتدال را رعایت کنید زیرا دخالت در متابولیسم ۱ مگا ۳ باعث افزایش وزن می گردد.

* از مصرف بیش از اندازه ی چای، قهوه، نوشابه و ... که حاوی کافئین بوده و موجب تحریک سیستم عصبی می شوند خود داری نمایید.



Symptoms of PMS may be relieved or diminished by changes in diet, sleep and exercise habits

- مصرف کافئین و قهوه سبب افزایش علائم PMS می شوند. پس کاهش مصرف این مواد، در کاهش عوارض این سندرم مؤثر است. هم چنین بهتر است با کم کردن مصرف قندهای ساده به کم کردن علائم PMS کمک کنیم.

طی دوران قاعدگی حجم هر وعده ی غذایی را کاهش داده و در مقابل تعداد وعده های غذایی را افزایش دهید.

مراقبت های شخصی

الف: تغذیه ی مناسب

توجه به رژیم غذایی در طی دوره ی قاعدگی می تواند در کاهش بروز این علائم مؤثر باشد. طی دوران قاعدگی حجم هر وعده ی غذایی را کاهش داده و در مقابل تعداد وعده های غذایی را افزایش دهید. این مسئله در کاهش ناراحتی های گوارشی و نفخ ناشی از عادت ماهیانه بسیار مؤثر است. موضوع دیگر توجه به مصرف میوه و سبزی جات و غذاهای حاوی کلسیم در این دوره است که متخصصان در این مورد بسیار توصیه می کنند.

* بهتر است از منابع غذایی حاوی ویتامین B6 مانند جگر، سیب زمینی، موز، عدس و اسفناج بیشتر استفاده نمایید، زیرا این ویتامین از بروز افسردگی جلوگیری می کند و میزان سرتونین مغز را افزایش می دهد.

* مصرف غذاهای غنی از پتاسیم مانند: موز، انجیر، آلو، گوجه فرنگی، قارچ، کشمش سیاه، گل کلم و کلم بروکلی موجب کاهش تورم ناشی از احتباس آب می گردد.



ب: ورزش

اضافه کردن ورزش به برنامه ی روزانه تأثیر بسزایی در کاهش عوارض ناشی از قاعدگی دارد.

پیاده روی یا سایر ورزش های آئروبیک به میزان ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در طی روز علاوه بر سلامت جسم در آرامش روحی و روانی نیز مؤثر است.

ج: کاهش استرس

به میزان کافی بخوابید و هم چنین تمرینات مربوط به نحوه ی تنفس عمیق را فرا گرفته و انجام دهید. این عمل

کمک زیادی به کاهش سردرد و علائم عصبی مربوطه خواهد کرد.

د: درمان دارویی

از درمان های مرسوم این عارضه که توسط پزشکان تجویز می شود مصرف داروهایی برای جلوگیری از تجمع آب و داروهای ضد افسردگی برای مشکلات روحی و مصرف هورمون هایی مانند پروژسترون برای رهایی از کلیه ی علایم می باشد.



طب مکمل، آری یا نه؟!

مولود رایانی

Rayani711@yahoo.om



بدلیل اینکه واژه طب مکمل و سنتی امروزه بیش از سایر واژه ها برای توصیف شاخه های طبی غیر از طب رایج بکار می رود و از طرفی بسیاری از مردم با این سوال مهم مواجه می شوند که آیا استفاده از طب های سنتی و مکمل اصولاً کاری عقلانی، منطقی و درست است یا نه؛ در این مقاله قصد داریم پیرامون آن مطالب مبسوط تری ارائه نماییم. در این زمینه به بررسی جایگاه طب مکمل در جهان و میزان توجه ملت ها و دولت ها به آن با ارائه آمار و ارقام منتشر شده از منابع معتبر می پردازیم.

سوال: آیا موضوع طب سنتی و مکمل فقط در ایران مطرح است؟ این مکاتب در سایر کشورهای دنیا (مخصوصاً کشورهای به اصطلاح پیشرفته غربی) و ایران در عرصه های مختلف، چه جایگاهی دارند؟ جایگاه این رشته های طبی در دنیا نشانه چه واقعیت مهمی است؟



۱ - استفاده مردم از طب مکمل

طبق آمارهای موجود، ۷۷ درصد مردم آلمان، ۷۵ درصد جمعیت فرانسه، ۷۰ درصد جامعه کانادا، ۴۸ درصد در استرالیا، ۴۲ درصد در آمریکا و ۳۱ درصد جمعیت بلژیک حداقل یک بار در سال از خدمات طب مکمل استفاده می‌کنند. در ایران مطالعه‌ای که در شهر اصفهان انجام شده نشان می‌دهد که طی ۵ سال، ۶۲/۵ درصد مردم حداقل یک بار از طب مکمل و گیاهان دارویی بهره برده‌اند. در انگلستان درصد قابل توجهی از بیماران خاص (سرطان، دیابت، ایدز، قلبی عروقی، روانی) و سالمندان در حال استفاده از طب سنتی و مکمل می‌باشند. میزان استفاده مردم آمریکا از طب مکمل بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۷، به یک و نیم برابر افزایش یافته است؛ این در حالیست که این میزان در مورد مراجعه به پزشکان عمومی در محدوده زمانی مذکور، تغییری نکرده است. بیشترین علت مراجعه مردم آمریکا به طب سنتی و مکمل، کمردردها و مشکلات اسکلتی عضلانی بوده است.

۲ - هزینه‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها

وضعیت کلی بازار مبتنی بر طب مکمل بالغ بر ۶۰ میلیارد دلار بوده که در حال افزایش نیز می‌باشد. در آمریکا ۲۱/۲ میلیارد دلار، کانادا ۲/۴ میلیارد، بریتانیا ۲/۳ میلیارد، استرالیا ۸۰ میلیون دلار و در مالزی ۵۰۰ میلیون دلار در سال در بخش خدمات طب مکمل هزینه می‌شود. در ایالات متحده تجارت فرآورده‌های گیاهان

دارویی در سال ۱۹۹۶ رقمی بالغ بر ۳/۲۴ میلیارد دلار بوده است. در آلمان از حدود ۸ میلیارد دلار هزینه دارو، ۲/۸ میلیارد دلار به داروهای گیاهی اختصاص دارد. بودجه اختصاص یافته به طب مکمل در آمریکا در سال ۲۰۰۷، معادل ۴۱ درصد کل بودجه مؤسسات ملی سلامت و تقریباً برابر بودجه ی مؤسسه ی ملی سرطان می‌باشد که مبلغ قابل توجهی است. در سال ۲۰۰۷، مردم آمریکا حدود ۳۳/۹ میلیارد دلار برای مراجعه ی پزشکی و خرید محصولات طب مکمل هزینه کرده اند که دو سوم آن مربوط به خرید داروها بوده است. در ایران فروش داروهای گیاهی در سال ۱۳۷۶ حدود ۷ میلیارد ریال بوده که در سال ۸۰ و ۸۱ به ترتیب به ۳۷ میلیارد و ۸۰ میلیارد ریال رسیده است و رشدی حدود ۱۱ برابر را نشان می‌دهد.

۳ - حمایت دولت و بیمه‌ها

در آمریکا در مارس ۲۰۰۰ کمیسیونی در کاخ سفید تشکیل شد تا روش‌های شناخت و دستیابی به طب مکمل و اولویت‌های پژوهشی و آموزشی آنرا بررسی کند.



صورت پذیرفته که به سرعت در حال پیشروی می باشد. تعداد اقلام داروهای طبیعی در کشور بیش از ۳۰۰ قلم می باشد. تا کنون هیچ پوشش بیمه ای برای داروها و خدمات طب سنتی و مکمل در کشور بوجود نیامده است.

۴ - دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی

بیش از ۷۵ دانشکده پزشکی در آمریکا به برگزاری کلاس ها و سمینارهای اختیاری در زمینه طب مکمل اقدام

کرده اند. دانشگاه های انگلیس

نیز دوره های مختلف آموزش

طب مکمل برگزار کرده و حتی

در زمینه طب سوزنی مدرک ارائه

می کنند. در چین ۳۰ دانشگاه طب

سنتی و ۱۷۰ مرکز تحقیقات در

این زمینه وجود دارد. با یک سیر

صعودی، تا سال ۱۹۹۷، شمار

دانشکده های پزشکی اروپا که دوره های طب مکمل برگزار می کردند به حدود ۴۵ درصد و تعداد دانشکده هایی که برگزاری چنین دوره هایی را در برنامه ریزی ۲ سال آینده خود گنجانیده بودند، به ۶۰ درصد رسیده بوده است.

در ایران سه سال است که رشته های تخصصی طب سنتی و داروسازی سنتی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور (تهران، شهید بهشتی، ایران، شیراز و شاهد) راه اندازی شده و کمیت و کیفیت همایش ها، جشنواره ها و آموزش های آزاد در این عرصه نیز رو به افزایش می باشد.

همچنین حدود ۷۰۰ - ۶۰۰ نوع داروی گیاهی در بازار این کشور وجود دارد. پس از عزم ملی در چین برای بازگشت به طب سنتی خود (به عنوان یکی از مکاتب موجود در طب مکمل) در سال ۱۹۴۹ و تشکیل آکادمی

طب سنتی چین در سال ۱۹۵۱، هم اکنون این مکتب ۴۰ درصد خدمات بهداشتی درمانی را در این کشور برعهده دارد؛ این نسبت در اوگاندا، هند و ایتوپیی به ترتیب ۶۰

و ۷۰ درصد می باشد. در

ویتنام نیز طب سنتی از سال

۱۹۵۵ توسط دولت به رسمیت

شناخته شد. کلاً در کشورهای

چین، هند، کره شمالی و جنوبی و

ویتنام، طب سنتی به طور کامل

جزء سیستم بهداشتی شده و

اقدام جهت مطالعه و استاندارد

سازی آن از مدت ها پیش آغاز شده است. پوشش بیمه ای هزینه درمان، دارو و خدمات طب مکمل در ژاپن، چین، کره و ویتنام به صورت کامل است و در کشورهای آلمان، استرالیا، نروژ، انگلستان، کانادا و آمریکا قسمتی از هزینه ها توسط سازمان های بیمه پرداخت می شود. در

ایران طی سال های اخیر با تاسیس دبیرخانه طب سنتی و مکمل در وزارت بهداشت، ستاد کشوری گیاهان دارویی و طب ایرانی در معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری شبکه طب سنتی و گیاهان دارویی و انجمن های علمی، حرکات خوبی در جهت احیا و توسعه طب سنتی و مکمل





۵ - پزشکان و درمانگران طب سنتی و مکمل

در آلمان ۷۰ درصد پزشکان عمومی در نسخه های خود داروی گیاهی نیز تجویز می کنند. ۴۹ درصد یعنی نیمی از پزشکان عمومی انگلستان در سال ۲۰۰۱ به بیماران خود استفاده از طب مکمل را پیشنهاد می کرده اند در حالیکه در سال ۱۹۹۵ این میزان حدود ۴۰ درصد بوده است و طبق بررسی های انجام شده، حدود ۴۰۰۰ نفر در این کشور تنها تحت عنوان طب سوزنی و گیاه درمانی (دو زیر گروه طب مکمل) مشغول به فعالیت هستند. در آمریکا در حفاصل سال های ۲۰۰۵ - ۱۹۹۵ تعداد افرادی که در طب مکمل فعالیت می کنند دو برابر تعداد پزشکان پیش بینی می شده است. سیستم خدمات بهداشتی درمانی طب سنتی چین شامل ۵۲۵ هزار پزشک، ۸۳ هزار داروساز، ۲۵۰۰ بیمارستان با ۳۵ هزار تخت می باشد. همچنین در مجموعه طب سنتی در ویتنام ۲۵۵۰۰ پزشک و ۴۹ بیمارستان وجود دارد. در ایران

و طی سال های اخیر، تعداد پزشکان و غیرپزشکانی که به درمان بیماران با شیوه های طبیعی و طب سنتی و مکمل پرداخته اند رشد فزاینده داشته است. تعدادی درمانگاه های دولتی زیر نظر برخی دانشگاه های علوم پزشکی (تهران، شهید بهشتی، ایران و شاهد) و نیز مراکز خصوصی که در عرصه طب سنتی و مکمل خدمات رسانی می کنند نیز افتتاح شده اند. این موضوع از طرف دیگر باعث سودجویی افراد فرصت طلب و غیرصلاحیت دار شده که بدون داشتن علم و تجربه کافی دست به درمان بیماران مایوس از همه جا می زنند. بدون شک تحقیق کامل در خصوص سوابق این افراد و حتی الامکان، مراجعه به کسانی که پزشک می باشند و استفاده از داروهای طبیعی تهیه شده در مراکز معتبر می تواند امکان وقوع عارضه های جبران ناپذیر را کاهش دهد.



در این مقاله تلاش کردیم با ارائه اطلاعات و آمار دقیق و پرهیز از کلی گویی، به تبیین جایگاه واقعی رشته های طب غیر از طب غربی رایج در همان کشورهایی که مهد تولد و رشد پزشکی شیمیایی محسوب می شوند بپردازیم. بی شک این توجه همه جانبه به این موضوع که مستقیماً با سلامتی مردم در ارتباط است نشان از اهمیت و موفقیت رشته های طب سنتی و مکمل در درمان بیماری ها دارد. امروزه اطلاع و استفاده از این شاخه های طبی از سوی پزشکان و بیماران دلیلی بر فرهیختگی و تکامل فکری ایشان بوده که تلاش دارند با استفاده از روش های موثرتر، کم عارضه تر، کم هزینه تر و در دسترس تر به حفظ سلامتی و درمان بیماری ها اقدام نمایند.

منابع:

- Zollman C, Vickers A, « What is complementary Medicine? ». BMJ 1999; 319:693-696 -
Eskinazi D, editor, « What will influence the future of Alternative Medicine -
WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005». Geneva, 2002: 1-28, 43-47 » -
Peters D., Woodham A. « Integrated Medicine». Dorling kindersley, london 2000: 6-10, -
115-130
White house commission on complementary and Alternative medicine policy Final Re-« -
port», March 2002
WHO Launches The First Global Strategy on traditional and Alternative Medicine». Press» -
Release WHO/38. 2002
- زمانی احمد رضا، مهدی زاده مرتضی، یکتا زهرا، بررسی جایگاه پزشکی جایگزین در ارائه درمانی اصفهان ۱۳۷۹، فصلنامه
آموزشی پژوهشی سلامتی برتر، سال اول، شماره اول، ۱۳۸۱
Abergavenny Roger Dobson, « Half of General practices offer patients Complementary med-
icine». BMJ 2003;327:1250
The promotion and Development of Traditional medicine- report of a WHO Meeting ». » -
WHO series, No 622, Switzerland, 1978: 8- 13,36-9
Andrew Vickers, « Complementary Medicine. BMJ 2000; 321: 683-686 -
Blumenthal M. ((The Complete german Commission E monographs-Thereapeutic guide To -
herbal medicine", First ed., Boston-Massachusetts, American botanical Council, 1998:17
- آمارنامه رسمی دارویی سال ۱۳۸۰-۱۳۷۶، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
london Caroline White, « Regulatory body proposed for acupunturists & herbalists». BMJ -
2004; 328:604
Wayne B.Janas, Jeffrey S.levine editors « Essentials of Complementary and Alternative -
Medicine»; Lippincott williams and wilkins 1999:1-5
Cassileth Barrier R., (Book Review of), « The role Of complemantary & Alternative Medi-
cine: Accommodating Pluralism». N Eng J med, vol,347 no.11.2002



زعفران، گل سلامتے

مولود رایانی

Rayani711@yahoo.com



زعفران با نام علمی Saffron Crocus Sativus از خانواده Iridaceae، گیاهی است به ارتفاع ۳۰-۱۰ سانتیمتر، چند ساله و بدون ساقه، دارای پیاز غده‌ای و کروی شکل به قطر ۳-۵ سانتیمتر، گل‌های معطر هر بند ۱ تا ۴ عدد و دارای ۳ کاسبرگ و ۳ گلبرگ بنفش رنگ شبیه به هم و ۳ پرچم هستند. برگ‌های حقیقی زعفران ۵ تا ۱۱ عدد بوده که همزمان با گلدهی و یا کمی بعد از آن در می‌آیند که به رنگ سبز با پهنای ۳ - ۱/۵ میلیمتر هستند. قسمت خوراکی و تجاری زعفران کلاله قرمز رنگ شاخه است که محصول زعفران را تشکیل می‌دهد.

تقریباً از هر هزار گل زعفران، حدود ۱۰ گرم زعفران حاصل می‌شود. از زعفران به علت دارا بودن خواص منحصر به فرد در عطر و طعم و رنگ و خواص دارویی آن در انواع مواد غذایی مانند برنج، گوشت، شیرینی، بستنی، چای و صنایع داروسازی استفاده می‌شود. قدیمی‌ترین اسنادی که از مصرف زعفران بر جای مانده مربوط به دوران شاهان هخامنشی است که بر روی کتیبه‌ای از آن دوران مقدار زعفران مصرفی دربار چیزی در حدود یک کیلوگرم نوشته شده است. علاوه بر این، در کشورهای باستانی دنیا مانند یونان و ایتالیا و ... کم و بیش رواج دارد. بیش از ۹۰ درصد تولید جهانی این محصول گرانبها به ایران اختصاص دارد و حدود ۹۶ درصد تولید آن در خراسان مرکزی تولید می‌شود.

زعفران که به گل سلامتی، سلطان ادویه‌ها و طلای سرخ معروف است، ارزشمندترین رستنی ایران و نشات گرفته از دامنه‌های الوند می‌باشد. کشت زعفران در ایران به سال‌های قبل از میلاد برمی‌گردد و در مناطق بسیار کم باران ایران که دارای زمستان سرد و تابستان گرم هستند گسترش دارد. در واقع منشأ آن دامنه‌های کوه الوند (همدان) بوده است. نخستین زعفران زارهای جهان در اطراف همدان و کرمانشاه دایر شده و پس از آن به نقاط مختلف ایران از جمله خراسان رسیده و تولید انبوه و مرغوب آن در قهستان و قاینات استمرار یافته است. زعفران از کلاله گل زعفران به دست می‌آید به طوری که



بین ۱/۹ تا ۱۵ درصد متغیر است.

۶ - گلیکورند *picro crocin*: گلیکورند فاقد رنگ است که طعم تلخ زعفران را باعث می‌شود با فرمول C۱۶ O۷ H۲۶ و نقطه ذوب ۱۵۶ درجه سانتیگراد که در زعفران تازه حدود ۴ درصد گلیکورند وجود دارد.

۷ - روغن‌های فرار: عامل عطر و آروما در زعفران ساfranال است که عمده ترین ترکیب موجود در روغن‌های فرار است با فرمول O H۱۶ C۱۰.

مصارف زعفران:

مصارف عمده زعفران شامل غذایی و دارویی و شیمیایی (صنعتی) اند.

مصارف غذایی:

بر اساس قانون سازمان نظارت بر مواد غذایی و دارویی آمریکا (FDA) زعفران به عنوان رنگ دهنده طبیعی مجاز است و مقدار مصرف آن به عنوان عطر و طعم دهنده طبیعی محدودیتی ندارد. در تهیه مواد خوراکی مانند سوسیس و مارگارین - کره و پنیر و صنایع لبنی - کیک و دسر و ژله و نوشابه - شکلات و نوشیدنی‌ها - سوپ و برنج و مرغ استفاده می‌شود.

مصارف درمانی:

ضد افسردگی: چای زعفران برای درمان افسردگی نیز استفاده می‌شود. محققین دپارتمان روانپزشکی دانشگاه ملبورن به تازگی با مطالعات خود اثبات کرده اند که مصرف چای زعفران یا دم کرده ی زعفران موجب کاهش اضطراب و آسودگی خاطر میگردد. (۱)



ترکیب شیمیایی زعفران:

برخی ترکیبات شیمیایی آنالیز شده از گیاه زعفران شامل موارد زیر هستند:

۱- کربوهیدرات: قندهای احیا کننده که بیش از ۲۰ درصد وزن زعفران را تشکیل می‌دهند مانند گلوکز و فروکتوز و ...

۲ - مواد معدنی: شامل $CL_2-K_2O, NA_2O-P_2O_2$

۳ - ویتامین‌ها: مانند ویتامین B۱ و ریبوفلاوین B۲

۴ - چربی: مانند استگمای استرول، کاپتاسترول

۵ - رنگدانه‌ها: شامل کارتنوئیدهای محلول در چربی مانند لیکوپن a- کاروتن و b- کاروتن و کارتنوئیدهای محلول در آب مانند کروسین و آنتوسیانین است. کروسین عامل اصلی رنگ زرد زعفران است با فرمول $O_24 H_64 C_44$ و درصد این ماده در هنگام گل دادن



تسهیل خونریزی و کاهش درد ناشی از قاعدگی به کار برده می شود. البته این چای نباید توسط زنان باردار مصرف شود چرا که در تعدادی از تحقیقات دیده شده است که موجب سقط خود به خودی جنین می شود.

فواید دیگر: چای زعفران برای درمان بسیاری از بیماری ها مانند آسم، سرفه، خشکی پوست، حمله عصبی، گاز معده، سوزش سردل، بی خوابی و انزال زودرس مفید است. از دیگر فواید زعفران این است که موجب رشد موها ی پشت سر به صورت موضعی می شود.

زعفران نه تنها عوارض رنگ دهنده های مصنوعی همچون حساسیت زایی را ندارد، بلکه حاوی ویتامین های B₂، B₆، B₁ و ویتامین C و دیگر مواد مغذی مورد نیاز بدن است و اگر بالاخره می خواهید همیشه شاد و خندان باشید؛ زعفران بخورید.

مصارف صنعتی: از زعفران در صنعت برای رنگ آمیزی ابریشم و نخ ... استفاده می شود.



پیشگیری از سرطان: زعفران حاوی کاروتنوئیدها است و بر طبق یافته های علمی پژوهشگران دانشکده داروسازی دانشگاه میسوری کانزاس سیتی ایالات متحده امریکا، این کاروتنوئیدها (Crocetin, Crocin) ایجاد واکنش های مختلفی در برابر کارسینومای سرطانی، توده های بدخیم سرطانی (سارکوما) و لوکمی در انسان را می کنند. (۲)

سلامت قلب: بر طبق مطالعات انجام شده توسط دکتر شن و کیان از کالج گویان در چین، گزارش شده است که چای زعفران از تجمع کلسترول در رگ ها و به این ترتیب از بیماری های قلبی جلوگیری می کند. (۳)

تسکین دردهای شکمی: بر طبق تحقیقات محققین آلمانی از دانشگاه هانوفر دم کرده ی زعفران برای دردهای متوسط تا شدید شکمی و قسمت فوقانی شکم موثر است. همچنین دردهای غشای روده ی بزرگ را نیز آرام می کند. (۴) کاهش فشار خون: دم کرده ی زعفران حاوی موادی است که به آن کروستین می گویند که فشار خون را پایین می آورد. به همین دلیل زعفران به پیشگیری از افزایش فشار خون کمک می کند.

خلط آور: دم کرده ی زعفران موجب تحریک استفراغ و سرفه به منظور تسکین درد سینه، گلو و معده می شود. کاهش درد قاعدگی: در سال های گذشته، زعفران به عنوان یک محرک برای تحرک قاعدگی در زنانی که عادت ماهیانه ی منظمی نداشتند، استفاده می شد. دم کرده ی گیاه زعفران هم چنین برای کاهش خونریزی رحم،



مضرات

مصرف زعفران به مقدار زیاد سمی است و باعث استفراغ، خون ریزی رحم، اسهال خونی، خون روی از بینی، پلک ها و لب ها، سرگیجه، بی حالی، زردی پوست و تحریکات شدید ماهیچه های صاف و حتی گاهی مرگ نیز می شود. با آزمایشاتی که به عمل آمده، مصرف حداکثر تا ۱/۵ گرم در روز برای یک فرد بالغ بلامانع است ولی باید سعی کرد که برای جلوگیری از عوارض و مشکلات بعدی، کم تر از این مقدار مصرف شود و از زیاده روی در مصرف آن خودداری ورزید.

تحقیقات جدید

به طور اصولی تغییرات آب و هوا و شرایط جغرافیایی بر روی کمیت و کیفیت مواد مؤثر گیاهان کاملاً تأثیر گذار است و گیاهانی که در نقاط مختلف دنیا کشت و برداشت می شوند، ممکن است دارای مواد و در نتیجه اثرات منابع:

- 1-Sarris J, Panossian A, Schweitzer I, Stough C, Scholey A. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Dec;21(12):841-60. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.04.002. Epub 2011 May 23
- 2-Crocetin: an agent derived from saffron for prevention and therapy for cancer. Gutheil WG, Reed G, Ray A, Anant S, Dhar A. Pharmaceutical Sciences, School of Pharmacy, University of Missouri-Kansas City, MO, USA
- 3-Effects of crocetin on antioxidant enzymatic activities in cardiac hypertrophy induced by norepinephrine in rats. Shen XC, Qian ZY. Research Division of Basic and Clinical Pharmacology, Guiyang Medical College, Guiyang, PR China
- 4-Meadow saffron (*Colchicum autumnale*) in hay and colic in horses]. Kamphues J, Meyer H. für Tierernährung, Tierärztlichen Hochschule Hannover

از دوستی با این داروها بترسید!

مژگان غضنفری

M.Gazanfari@yahoo.com

References : Basic & Clinical Pharmacology Book . Bertram G.Katzung

متضادی هستند چرا که عمدتاً بر سطح سلول‌های خاصی در مغز ظهور می‌یابند. آگونیست‌های اوبیوئیدی مو باعث ایجاد سرخوشی شده ولی آگونیست‌های کاپا ایجاد کسالت می‌نمایند در تأیید این مشاهدات، مرفین در موش‌هایی که فاقد ژن گیرنده مو بوده اند فاقد اثرات پاداش بوده است ولی در صورت فقدان سایر گیرنده‌ها،

تغییری در این خاصیت مرفین ایجاد نشده است.

شناخت مکان گیرنده‌های اوبیوئیدی با استفاده از تکنیک‌های اتورادیوگرافی با لیگاند‌ها با تمایل بالا و آنتی‌بادی‌های ضد توالی‌های پپتیدی خاص در هر زیرگروه گیرنده میسر شده است.



در شماره قبل بیان شد که بعضی از داروها مورد سوء مصرف واقع میشوند چرا که باعث ایجاد حس سرخوشی و تغییرات ادراکی در افراد مختلف می‌گردند. مواجهه مکرر باعث بروز تغییرات تطابقی در مغز می‌شود که به موجب آن مصرف دارو به حالتی اجبار گونه در می‌آید که به چنین وضعیتی اعتیاد اطلاق می‌شود.

داروهای مؤثر بر CNS که پتانسیل سوء مصرف دارند شامل اوبیوئیدها، مضعف‌های CNS، محرک‌های CNS، داروهای توهم‌زا و حلال‌های آلی می‌باشند که در اینجا به توضیح اوبیوئیدها می‌پردازیم.

اوبیوئید یعنی مشابه تریاک و به کلیه ترکیباتی گفته می‌شود اثری مشابه به تریاک دارند و با توجه به اینکه ماده مؤثره تریاک مرفین است به طور علمی تر به ترکیباتی اطلاق می‌شود که دارای اثراتی شبیه به مرفین هستند. این دسته دارویی نه تنها شامل مشتقات آلکالوئیدی طبیعی و نیمه‌صناعی، بلکه شامل انواع صناعی و سایر داروهایی با اثرات شبه اوبیوئیدی نیز میگردد.

گیرنده‌های اوبیوئیدی شامل سه دسته مو، کاپا و دلتا هستند. اگرچه هر سه این گیرنده‌ها به G پروتئین‌های مهاری متصل می‌باشند ولی دارای اثرات مجزا و بعضاً



این سه نوع گیرنده همگی با غلظت بالا در ناحیه شاخ خلفی طناب نخاعی موجود می باشند. این گیرنده ها هم بر نورون های انتقال دهنده درد وهم بر رشته های آورانی که درد را به این نورون ها می رسانند، حضور دارند. آگونیست های اوپیوئیدی رها سازی ترانسmitter های تحریکی را از این نورون های اولیه آوران، مهار میکنند. بنابراین اوپیوئید ها دارای اثرات ضد درد قدرتمندی در ناحیه طناب نخاعی می باشند. به همین علت چنین تأثیری به طور بالینی به کار گرفته شده است و با تجویز مستقیم آگونیست های اوپیوئیدی داخل طناب نخاعی، می توان بدون بروز عوارضی چون سرکوب ناخواسته تنفس، تهوع و استفراغ و آرام بخشی که طی روش سوپرا اسپینال و حین تجویز روش سیستمیک اوپیوئید ها بروز می کند، به بی دردی ناحیه ای دست یافت.

عوارض

تمامی این داروها باعث بروز تحمل و وابستگی شدید می شوند. علائم سندرم ترک نیز احتمالاً شدید است (به جز کدئین) و به صورت علائمی چون کسالت شدید، تهوع و استفراغ، دردهای عضلانی، اشک ریزش، آب ریزش بینی، میدریاز، سیخ شدن موها، تعریق، اسهال، خمیازه و تب بروز می یابد. گذشته از علائم سندرم ترک که بیش از چند روز ادامه نمی یابد، افرادی که داروهای اوپیوئیدی ضد درد را مصرف نموده اند به ندرت نسبت به این داروها اعتیاد پیدا می کنند. در مقابل زمانی که اوپیوئید ها با اهداف تنفسی مصرف می شوند بسیار اعتیاد آور میباشند.

درمان

نالوکسان آنتاگونیست اوپیوئیدی، قادر است طی چند دقیقه اثرات یک دوز مورفین یا هروئین را خنثی نماید. چنین اقدامی در موارد تجویز دوزهای بالای اوپیوئیدی، حیات بخش می باشد. تجویز نالوکسان همچنین باعث بروز علائم سندرم ترک به صورت حاد در بیماران وابسته ای می شود که به تازگی یک دوزاژ دارو را مصرف نموده اند. در درمان اعتیاد به اوپیوئید ها، اغلب اوپیوئیدهای طولانی اثر (مانند متادون، بوپرنورفین) جایگزین انواع کوتاه اثر با اثرات پاداش بخشی بیشتر (همچون هروئین) می گردد. جهت درمان جانشینی، متادون یک بار در روز تجویز می گردد. استفاده از یک آگونیست نسبی (بوپرنورفین) و نیمه عمر کمی طولانی تر (متادون و بوپرنورفین) نیز دارای اثرات مفیدی می باشد. ولی نکته اساسی آن است که بدانیم قطع ناگهانی تجویز متادون بی شک باعث بروز علائم سندرم ترک می گردد و به همین علت است که افراد تحت جانشینی با متادون، به این دارو وابسته باقی می مانند.

از قسمت‌های دیگر گیاه خشخاش و گیاهان هم‌خانواده آن مواد دیگری با خصوصیات مشابه و ضعیفتر از تریاک به دست می‌آیند.

تریاک بیش از همه به دلیل خصوصیات ضد درد و بی‌حس کننده آن که موجب می‌شد تا اعمال جراحی ممکن شود، مورد توجه پزشکان و جراحان بود. مصرف تریاک به شکل سنتی آن تا هنگام جنگ داخلی آمریکا ادامه یافت. از آن پس با استخراج مرفین و قابلیت تزریق آن این دارو به مهمترین داروی ضد درد برای مجروحان جنگی تبدیل شد. مرفین هنوز هم پرمصرف‌ترین دارو برای مجروحان جنگی و مصدومان سوانح است.

تریاک از ترکیبات مختلفی تشکیل می‌شود که عملکرد همگی آن‌ها در بدن همانند کار انتقال‌دهنده‌های عصبی ضد درد (اندورفین‌ها) است که از طریق تأثیر بر سلسله اعصاب مرکزی موجب تخفیف احساس درد در بدن می‌شوند، برای سایر استفاده‌های پزشکی تریاک و مشتقات آن می‌توان از کنترل کردن سرفه، اسهال و نشانه‌های سرماخوردگی و درمان افسردگی نام برد. سرخوشی و نشنگی که توسط این مواد ایجاد می‌شود همواره موجب سوء مصرف این دارو از زمان پی بردن بشر به اثرات شگفت این ماده بوده است. در پزشکی ایرانی از زمانهای قدیم تریاک به عنوان دارو حضور داشته و رازی و ابن سینا و دیگران آن را برای درمان توصیه کرده اند.

در بعضی کشورها (سوئیس و هلند) جانشینی هروئین با هروئین نیز مجاز می‌باشد. پیگیری معتادانی که تزریق هروئین دارند، در یک چهارچوب کنترل شده و انجام دوره های مشاوره باعث می‌شود تا معتادان تحت رژیم های جانشینی هروئین از وضعیت سلامتی بهتری برخوردار باشند و از سوی جامعه نیز پذیرفته شوند. حال به نمونه هایی از این ترکیبات اشاره می‌کنیم:

تریاک: عصاره در هوا خشک شده گل خشخاش است که با تیغ کشیدن به دور کاسبرگ این گل به دست می‌آید. بیش از ده درصد تریاک را مرفین، نوعی آلکالوئید تشکیل می‌دهد. مرفین از طریق فرایندهای شیمیایی به هروئین تبدیل می‌شود و تریاک بیشتر برای تولید هروئین کشت می‌شود. در تریاک آلکالوئیدهای دیگری نیز وجود دارد، از جمله؛ کدئین، پاپاورین و نوسکاپین و تبائین.





کدئین: یا متیل مرفین یک داروی مخدر ضد درد، ضدسرفه و ضداسهال و بنا بر بسیاری از گزارش‌ها پرمصرف‌ترین داروی جهان است. کدئین حدود ۰/۳ درصد تا ۳ درصد تریاک را تشکیل می‌دهد. البته با توجه به مقدار ناچیز آن در طبیعت، بیشتر کدئین دنیا از مرفین به دست می‌آید. قدرت تقریبی آن حدود ۸ تا ۱۲ درصد مرفین است. درصد اتصال آن به پروتئین پلاسما ۶۵ تا ۷۵ درصد است. ۹۰ درصد آن در کلیه تصفیه شده و از طریق ادرار دفع می‌شود و نیمه عمر آن ۲/۹ ساعت است. بیشترین مصرف پزشکی کدئین در درمان دردهای خفیف تا نسبتاً شدید (از جمله دردهای مفاصل، کمردرد، استخوان‌درد، دندان درد، سردرد، میگرن، دردهای پس از جراحی) و نیز اسهال و سرفه خشک (غیر پروداکتیو) است. تأثیر ضدسرفه کدئین ناشی از اثر مستقیم آن بر مرکز سرفه در مغز (medulla) است و با مقدار کمتری (۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم برای بزرگسالان) از مقدار لازم برای تأثیر ضد درد آن به دست می‌آید. کدئین همچنین تأثیر خشک‌کننده بر مجرای تنفسی دارد و رطوبت ترشحات برونش‌ها را افزایش می‌دهد.

مرفین: نوعی داروی ضد درد مخدر بسیار قوی است که از تریاک به دست آمده و مهم‌ترین ترکیب مؤثر تریاک است. درصد مرفین موجود در تریاک خشک شده ممکن است بین ۴ تا ۲۱ درصد باشد. مرفین اولین آلکالوئیدی است که در سال ۱۸۰۳ از تریاک استخراج شد. مکانیسم تأثیر آن از طریق تأثیر بر دستگاه عصبی مرکزی است که احساس درد را کاهش می‌دهد. مرفین دارویی به شدت اعتیادآور به شمار می‌آید. تحمل دارویی و وابستگی جسمی و روحی به آن به سرعت ایجاد می‌شود. با این وجود مرفین از داروهای محبوب پزشکان برای دردهای شدید و حاد است و در فهرست داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی قرار دارد.

درصد چسبندگی آن به پروتئین پلاسما ۳۰ درصد تا ۴۰ درصد است. ۹۰ درصد آن در کبد متابولیزه شده و ۹۰ درصد از مسیر کلیه و از طریق ادرار از بدن خارج می‌شود. و نیمه عمر آن حدود ۲ تا ۳ ساعت است. فراورده‌های دارویی مرفین در سه فرم خوراکی (قرص و کپسول)، تزریقی (وریدی، زیرپوستی و عضلانی) و شیاف موجود است. البته مصرف آن از طریق استنشاق (تو دماغی) نیز ممکن است.



هروئین: یا دی استیل مرفین ماده مخدری از مشتقات مرفین و شدیداً اعتیادآور است. خرید، فروش و تملک این ماده تقریباً در همه کشورهای دنیا غیرقانونی است. هروئین در ایران به اسامی عامیانه گرد و دوا هم خوانده می‌شود. مصرف هروئین به سه شیوه کشیدن، تزریق و تو دماغی می‌باشد.

کراک هروئین: یا هروئین فشرده نوعی ماده مخدر به صورت تکه‌های بلور با منشاء هروئین می‌باشد که در جنوب غربی آسیا متداول است. این مخدر در واقع حاصل ترکیب هروئین با ناخالصی‌های مختلفی است که از جمله اثرات جانبی آن می‌توان به عفونت‌های گسترده در اثر فعالیت باکتری‌ها در بافت‌های مختلف اندام‌های فرد زنده اشاره نمود.

کراک هروئین در سال‌های اخیر به محبوب‌ترین ماده مخدر ایران تبدیل شده و جای تریاک را گرفته‌است، و در افغانستان نیز رقیبی برای هروئین به‌شمار می‌رود. شیوه مصرف کراک هروئین به دلیل امکان استفاده از سنجاق و سوزن نسبت به هروئین آسان‌تر است، اما اعتیاد آن بسیار شدیدتر می‌باشد.

پتیدین (Pethidine): داروی مخدر از گروه شبه‌تریاک‌هاست که به روش صنعتی تولید و برای درمان دردهای متوسط تا شدید استفاده می‌شود. پتیدین در قرن بیستم از محبوب‌ترین داروهای مخدر پزشکان چه برای دردهای حاد و چه دردهای مزمن بود. پتیدین در مقایسه با مرفین داروی کم‌خطرتری است و

کدئین معمولاً بیشتر از ۶۰ میلی‌گرم در یک نوبت و ۲۴۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت تجویز نمی‌شود. در صورتی‌که این میزان دارو کافی نباشد استفاده از مخدرهای قویتر ترجیح داده می‌شود. کدئین در فرآورده‌های دارویی گوناگونی عرضه می‌شود. در سه فرم خوراکی (قرص، کپسول و شربت) مقعدی (شیاف) و تزریقی (زیرجلدی و عضلانی) موجود است. قرص‌های کدئین بسیاری از اوقات در ترکیب با داروهای ضد درد غیر مخدر همچون استامینوفن، آسپیرین و بروفن عرضه می‌شود. این کار تأثیر ضد درد هر دو دارو را افزایش می‌دهد. یکی از دلایل این امر جلوگیری از سوءمصرف به دلیل تأثیر ناخوشایند و سمی داروی همراه است. البته جداسازی کدئین از این داروها به روش‌های مختلفی امکان‌پذیر است. از آن جا که محلولیت در آب کدئین بسیار بیشتر از داروهای همراه (از جمله استامینوفن) است، با حل کردن قرص‌های حاوی کدئین در آب، بیشتر مواد دیگر قرص ته‌نشین شده و کدئین آن در آب باقی می‌ماند. کدئین در سیستم گوارش به خوبی جذب می‌شود و از مؤثرترین داروهای مخدر در مصرف خوراکی است. با این حال استعمال مقعدی آن حدود ۱۲۵ درصد مؤثرتر است. مصرف ۸۰۰ میلی‌گرم کدئین برای شخصی با وزن متوسط و بدون عادت می‌تواند مرگ‌آور شود. مانند تمام مخدرها مصرف مستمر کدئین می‌تواند به وابستگی جسمی و تحمل دارویی بیانجامد. البته علائم قطع مصرف معمولاً شدید نیست و در نتیجه کدئین کمتر اعتیادآور است.



مرفین و کدئین است اما بیشتر محرک است تا مسکن و در صورت مصرف مقدار زیاد موجب تشنجی شبیه به مسمومیت با استرکینین می‌شود. تبائین کاربرد درمانی ندارد ولی می‌توان از آن برخی داروهای مخدر را تولید کرد.

پنتازوسین (Pentazocine): داروی مخدر از گروه شبه‌تریاک‌هاست که به روش صنعتی تولید و برای درمان دردهای متوسط تا شدید استفاده می‌شود. هر ۳۸ میلی‌گرم از این دارو قدرت ضد درد برابر با ۱۰ میلی‌گرم مرفین دارد. عوارض جانبی پنتازوسین شبیه به مرفین است، با این تفاوت که احتمال بروز توهم و دیگر حالات روان‌تنی با آن بیشتر است. از طریق ادرار دفع می‌شود و نیمه عمر آن حدود ۲ تا ۳ ساعت است.

احتمال اعتیاد به آن کمتر است. با این حال قدرت کم، مدت کوتاه اثربخشی و عوارض خطرناک (مانند تشنج و هذیان) در مقایسه با دیگر شبه‌تریاک‌ها از محبوبیت پتیدین کاسته است. این دارو در آمریکا بیشتر با نام مپریدین (meperidine) شناخته می‌شود.

پتیدین تأثیر مهاری بر انتقال‌دهنده‌های دوپامین و نورآدرنالین نیز دارد و وقوع سندرم سروتونین با مصرف آن نشان می‌دهد که بر روی نورون‌های سروتونینی نیز تأثیر گذار است. درصد اتصال آن به پروتئین‌های پلاسما ۶۵ تا ۷۵ درصد است. از طریق ادرار دفع می‌شود و نیمه عمر آن حدود ۳ تا ۵ ساعت است. در دو فرم خوراکی (قرص) و تزریقی (وریدی و عضلانی) موجود است.

تبائین: یا پارامرفین یک آلکالوئید افیونی و یکی از ترکیبات تریاک است. ساختار شیمیایی تبائین شبیه به



معرفی مرکز تحقیقات آناتومی

محمد رضا علوی

M.Alavi1369@ymail.com



در جهت بهبود آموزش و یادگیری دروس علوم تشریح را مشاهده نمود. از اعضای هیئت علمی این مرکز می توان به افرادی همچون دکتر محمدعلی اطلسی، دکتر طاهره خامه چیان، دکتر مرتضی سلیمیان، دکتر حمید رضا طالاری، دکتر علی اکبر طاهریان، دکتر طاهره مازوچی، دکتر سید علیرضا مروجی، دکتر همایون نادریان، دکتر ابوالفضل اعظمی طامه اشاره کرد.

در زمینه مسائل پژوهشی و به خصوص فعالیت های مرکز تحقیقات آناتومی گفت و گویی با دکتر اعظمی از اعضای هیئت علمی این مرکز انجام داده ایم که گزیده ای از آن را از نظر می گذرانید:

در ابتدا از ایشان در مورد مشکلات امر پژوهش و دغدغه های ایشان در این زمینه سوال نمودم:

پس از کسب موافقت اصولی برای تاسیس مرکز تحقیقات آناتومی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، اعضای هیات موسس بلافاصله تشکیل جلسه داده و ضمن تدوین اساسنامه و معرفی اهداف و محورهای تحقیقاتی مرکز، بر عملیاتی شدن آنها تاکید نمودند. همچنین اعضای شورای پژوهشی مرکز معرفی شده و مقرر شد جلسات شورای پژوهشی هر ماه یکبار به صورت منظم برگزار گردد. در استراتژی و اهداف این مرکز می توان مواردی از قبیل، توسعه و بکارگیری دانش بشری در زمینه علوم تشریح، انجام پژوهش های بنیادی اپیدمیولوژیک و بالینی در جهت اصلاح نظام و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، تربیت نیروی انسانی محقق در زمینه علوم تشریح، گسترش تحقیقات در زمینه علوم تولید مثل و برنامه ریزی و اجرای پژوهش



میلیون تومان داریم ولی طبیعتاً یک روال عادی سه الی چهار ماهه را لازم دارد. متأسفانه در حال حاضر دانشجویان و به خصوص دانشجویان مقطع علوم پایه فعالیت مناسبی در مراکز تحقیقاتی ندارند و فعالیت‌ها منحصر به مقاطع PHD و ارشد و به واسطه اجبار پایان نامه است که البته ممکن است به علت نبود وقت باشد که می‌توان این مشکل را با برنامه ریزی حل نمود))

مرکز آناتومی در حال حاضر در چه زمینه‌هایی فعالیت دارد؟

((در حال حاضر مرکز در زمینه‌های مختلفی فعالیت می‌کند که می‌توان به باروری و ناباروری توسط دکتر نیکزاد و دکتر حسنی و دکتر زمانی و طرح‌هایی در زمینه علوم اعصاب اشاره کرد.

به عنوان مثال طرح اثر عصاره گیاهی بر ناباروری و یا مکانیسم‌های موثر در سگته مغزی و نواحی تحت‌تأثیر سگته در مغز. تغییرات گیرنده گلوتامات و یافتن راه‌های درمانی برای آن که در این زمینه با مرکزی تحقیقاتی در آخن آلمان همکاری می‌شود. آنها تأثیر حمایتی هورمون‌های استروژن و پروژسترون را در سگته مغزی بررسی می‌کنند که تحقیق آنها متمرکز بر مکانیسم‌های التهابی است ولی مرکز تحقیقاتی ما بر روی تأثیر این هورمون‌ها بر گیرنده گلوتامات تحقیق می‌کند که طبیعتاً نیاز به دانشجویان برای حضور و فعالیت در این پروژه وجود دارد ولی به همان دلیل تصورات اشتباه از کار تحقیقاتی استقبال نمی‌شود))

((از نظر من مشکل اصلی کارهای پژوهشی برداشت ما از کار پژوهشی است یعنی من دانشجوی فکر می‌کنم که باید در عرض چند ماه و چند هفته یک کشف بزرگ انجام داده و تمام. اما تحقیق اصولی دارد و فرد باید آن‌ها را یاد بگیرد و مثلاً کارهای ساده مانند محلول‌سازی و کار با دستگاه‌های مختلف را جزئی از کار پژوهشی بداند که نیاز به صبر و حوصله و البته اعتماد دارد که برخی مواقع این اعتماد وجود ندارد که آیا یک کار پژوهشی که شروع می‌شود موفق خواهد بود یا نه؟ در حالیکه اگر این اعتماد باشد فرد محقق اصلاً به این که یک پروژه چقدر طول می‌کشد فکر نمی‌کند. در واقع اول و آخر هر کار پژوهشی بردباری و اعتماد است. اعتماد به شخصی که با او همکاری هستیم و بردباری در راهی که شروع کرده ایم. به نظرم تبلیغات کافی در زمینه کارهای پژوهشی از طریق کمیته تحقیقات دانشجویی و سایت‌های مختلف انجام می‌شود ولی مشکل اصلی توقع بالا از کار پژوهشی و صبر کم است به عنوان مثال هنگامی که ایده‌ای در ذهن فرد جرقه می‌زند ماه‌ها زمان لازم دارد تا به پروپوزال تبدیل شود و سپس به معاونت پژوهشی رفته و تصویب گردد و تازه حالا باید مواد و تجهیزات لازم تهیه شده تا کار شروع شود که ممکن است حتی یک پروسه یک ساله باشد که آن هم جزئی از یک پروژه تحقیقاتی است))

در ادامه از ایشان در مورد همکاری مسئولین سوال نمودم ((خوشبختانه دانشگاه علوم پزشکی کاشان همکاری خوبی در زمینه کارهای تحقیقاتی دارند و شرایط مناسب را فراهم می‌کنند و حتی تصویب طرحی با هزینه ۵۳

- لازم به ذکر است که از فعالیت های دیگر این مرکز می توان به موارد زیر اشاره نمود :
- ۱ جدا سازی باکتری های هالوفیل از دریاچه نمک آران و بیدگل و شناسایی فیلوژنیک آنها با استفاده از تکنیک 16S rRNA / دکتر رضوان منیری ،اعظم صفری / ۱۳۹۰/۳/۱۹
 - ۲ تاثیر عصاره الکلی تخم شاهی و پیاز بر هایپر گلاسمیا و پارامترهای اسپرما توژنزیس در موش های رت دیابتی شده / دکتر حسین نیکزاد، حامد حداد کاشانی / ۱۳۹۰/۷/۱۹
 - ۳ تعیین میزان فراوانی ناهنجاری های پیکری دختران و پسران دانش آموز مقاطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه آموزشگاه های شهر کاشان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ / دکتر منصور سیاح، دکتر اسماعیل فخاریان / ۱۳۹۰/۴/۲۱
 - ۴ بررسی ارتباط بیان ژنها و پروتئین های آپوپتوتیک ، Bcl₂, Bcl_{xL}, P53, Bax, Capasa₃ با یکدیگر بدنبال ایسکمی موقت در هیپوکامپ مغز رت بالغ / دکتر همایون نادریان، دکتر محمد علی اطلسی، زهرا رضوانی / ۱۳۸۹/۱۲/۱۰
 - ۵ بررسی تغییرات بیان ژن زیرواحدهای گیرنده گلوتامات در لنفوسیت های خون محیطی بیماران سکته مغزی ایسکمی / دکتر ابوالفضل اعظمی، محمد علی اطلسی، سید علی مسعود / ۱۳۸۹/۱۰/۲۱
 - ۶ بررسی وضعیت نیمرخ پیکری و آمادگی جسمانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی تحصیلی ۸۹-۹۰ دانشگاه علوم پزشکی کاشان / دکتر منصور سیاح / ۱۳۸۹/۱۰/۱۴
 - ۷ بررسی تاثیر رژیم غذایی حاوی دانه کنجد بر سیستم تولید مثل موش صحرایی نر / دکتر حسن حسنی بافرانی / ۱۳۸۹/۶/۹
 - ۸ بررسی تاثیر رژیم غذایی حاوی دانه کنجد بر سیستم تولید مثل موش ماده / دکتر حسن حسنی بافرانی / ۱۳۸۹/۶/۹
 - ۹ بررسی تاثیر وازکتومی بروی بافت بیضه موش سوری و استفاده از گالکتین بعنوان مارکر جهت تشخیص محل و وسعت ضایعه التهابی / دکتر حسین نیکزاد، غزاله مشکدانیان / ۱۳۸۹/۴/۲۹
 - ۱۰ بررسی بیان پروتئین اینتگرین $\alpha V\beta 3$ در سرطان رحم و مقایسه آن با نمونه های سالم در کاشان / دکتر علی اکبر طاهریان، دکتر حسین نیکزاد / ۱۳۸۸/۱۲/۲۵
 - ۱۱ بررسی تاثیر نورو استروئیدها بر تمایز سلولهای بنیادی چربی به سلولهای شبه شوان / دکتر محمد علی اطلسی، ندا خانلرخانی، هیرج راگردی کاشانی / ۱۳۸۸/۱۲/۴
 - ۱۲ بررسی بیان ژنهای Cox-2, H-B EGF, and ST6 Gal I در نمونه های سرطان پستان در شهر کاشان و ارتباط آن با طبقه بندی سرطان پستان / دکتر علی اکبر طاهریان / ۱۳۸۸/۱۰/۱
 - ۱۳ بررسی ارتباط ژنتیکی تومور مارکرها با بروز سرطان پستان در زنان کاشان / دکتر همایون نادریان، طاهره خامه چیان، علیرضا حقیقی / ۱۳۸۸/۸/۲۶
 - ۱۴ بررسی بیان ژن های CHEK2, BARD1 در سرطان پستان با استفاده از روش RT-PCR در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ۱۳ آبان تهران / دکتر کلهر قم، همایون نادریان، حسین نیکزاد / ۱۳۸۷/۲/۲۴



- در حال حاضر مرکز تحقیقات آناتومی در دو بخش عمده استروک و تولید مثل در حال فعالیت است که از پروژه های در حال اجرا می توان موارد زیر را نام برد : تولید مثل:
- بررسی تاثیر رژیم غذایی حاوی دانه کنجد بر سیستم تولید مثل موش صحرائی نر
 - بررسی تاثیر رژیم غذایی حاوی دانه کنجد بر سیستم تولید مثل موش ماده
 - بررسی تاثیر وازکتومی بروی بافت بیضه موش سوری و استفاده از گالکتین ۳ بعنوان مارکر جهت تشخیص محل و وسعت ضایعه التهابی
 - بررسی تاثیر عصاره زنجبیل و تخم کدو و عصاره ترکیبی (زنجبیل و تخم کدو) بر عملکرد سیستم تولید مثل در رت های نر بالغ تیمار شده با سیکلوفسفامید
- موش با روش بستن شریان های کاروتید فراهم آوردن زمینه های لازم جهت ایجاد مدل حیوانی ایسکمی فوکال (MCAO) در رت با استفاده از فیلامنت
- بررسی تغییرات گیرنده های گلوتامات پس از استروک ایسکمیک
 - بررسی برهم کنش هورمون های جنسی زنانه با تغییرات گیرنده های گلوتامات پس از سکتة مغزی
 - بررسی تاثیر هورمون های استروژن و پروژسترون بر تغییرات آپوپتوز در کورتکس پره فرونتال مغز در پی ایجاد مدل ایسکمی MCAO
- مرکز تحقیقات آناتومی پروژه های مشترکی با سایر مراکز تحقیقاتی کشور نیز داشته است که همکاری با مرکز مطالعات ملی اعتیاد و مرکز بیوشیمی دانشگاه تبریز از آن جمله است .

با تشکر از دکتر ابوالفضل اعظمی

استروک :

- ایجاد مدل های حیوانی ایسکمی گلوبال در رت و

راهنمای نگارش "فهرست منابع" به سبک ونکوور

ابوالفضل زاهدی

Medicalboy_usb@yahoo.com

تاریخچه : اولین بار در سال ۱۹۷۸ گروه کوچکی از سردبیران مجلات پزشکی در ونکوور بریتیش کلمبیا برای تهیه راهنمای نگارش مقالات ارائه شده در مجلات پزشکی گرد هم جمع شدند. این گروه به نام گروه ونکوور شناخته شد. حاصل این گردهمایی در سال ۱۹۷۹ مشتمل بر راهنمای نگارش فهرست منابع توسط کتابخانه ملی پزشکی آمریکا ارائه شد. با توسعه این گروه ، کمیته بین المللی سردبیران مجلات پزشکی شکل گرفت. این کمیته ویرایشهای متعددی از قوانین یکدست و هماهنگ جهت نوشته های ارائه شده به مجلات زیست پزشکی تهیه و چاپ کرد که بطور کامل در سال ۱۹۹۷ تجدید نظر شد و ویرایش اصلی و نهایی آن در سال ۲۰۰۱ به اتمام رسید. هم اکنون بیش از ۵۰۰ نشریه حوزه علوم پزشکی از این قوانین پیروی می کنند، و در ایران نیز بسیاری از مجلات علمی - پژوهشی این شیوه را به کار می برند. علایم و نقطه گذاریهای ارائه شده در سبک ونکوور بر اساس استاندارد بین المللی ANSI است که توسط کتابخانه ملی پزشکی آمریکا برای تهیه کلیه پایگاههای اطلاعاتی خود به کار می رود.

اصول مربوط به شیوه ونکوور

یک عدد اختصاص می یابد.

- فهرست منابع، باید حاوی مشخصات منابعی باشد که در تهیه نوشته خود مورد استفاده قرار داده اید، مثل کتاب، مقاله چاپ شده در یک مجله، جزوه آموزشی و یا حتی مطلبی در محیط وب (اینترنت).
- این مشخصات باید به صورتی نوشته شوند که خوانندگان متن شما بتوانند به سهولت منبع مورد نظر را یافته و به اصل آن رجوع نمایند.
- فهرست منابع تهیه شده را باید در پایان متن خود قرار دهید.
- ترتیب نوشتن منابع در این فهرست، به ترتیب استفاده یا ظهور آنها در متن و با استفاده از اعداد در داخل پرانتز مشخص می شود به عبارتی دیگر به هر منبع مورد استفاده
- وقتی که به هر منبع ، عددی اختصاص می دهید، هر بار که در متن مجدداً می خواهید به آن منبع استناد کنید، باید همان عدد را درج نمایید.
- به عنوان یک قاعده کلی، این اعداد بعد از نقطه و کاما در آخر هر جمله و داخل پرانتز قرار می گیرند.
- علائم نقطه گذاری بسیار مهم هستند چون هریک دارای مفهومی از نظر استانداردهای بین المللی هستند.
- وقتی در بخشی از متن به چند منبع (که شماره های آنها، متوالی و پشت سر هم است) استناد کنید، از خط فاصله (-) برای توالی اولین عدد و آخرین عدد استفاده کنید. مثل : (۸-۳)



فاصله، عبارت 'et al' را تایپ کنید سپس یک نقطه و یک فاصله درج نمایید.

۳. اسامی افراد به همان ترتیب درج آنها در کتاب تایپ شوند.

۴. شماره ویرایش مثل: ۲nd ed ; ۳rd ed ; ۴th ed

۵. ممکن است به جای نویسنده، ویراستار یا سازمانی مسئول تهیه اثر باشد، به مثالهای زیر توجه کنید.

Martin JB, Kasper DL, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine.

.14th ed. New York: McGraw Hill; 1998

ویراستار /گردآورنده به عنوان نویسنده

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York:

.Churchill Livingstone; 1996

سازمان به عنوان نویسنده و ناشر

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washing-

ton: The Institute; 1992

• وقتی در بخشی از متن، به چند منبع (که شماره های آنها پشت سرهم نیست) می خواهید استناد کنید، بین هر شماره با شماره بعدی، یک علامت ویرگول و بدون فاصله قرار دهید. مثل: (۲، ۶، ۷، ۸) یا (۱۰، ۷، و ۵-۲)

الف - چگونه مشخصات منابع مورد استفاده را در "فهرست منابع" درج کنیم

کتاب انگلیسی: مشخصات کتاب به شکل زیر نوشته می شود:

نام خانوادگی نویسنده (فاصله) حرف یا حروف اول نام

کوچک(نقطه) نام کتاب(نقطه)شماره ویرایش(نقطه)

محل نشر(:) ناشر(;) سال انتشار(نقطه)

مثال:

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Alba-

.ny (NY): Delmar Publishers; 1996

نکات مهم:

۱. اگر نویسندگان کتاب، شش نفر یا کمتر از شش نفر بودند، باید نام همه آنان درج شود. در هنگام تایپ اسامی،

بین هر اسم، یک ویرگول و سپس یک فاصله قرار دهید. پس از تایپ آخرین اسم، به جای ویرگول، نقطه بگذارید.

۲. اگر اسامی افراد بیش از شش نفر باشد، ابتدا نام شش نفر اول را تایپ کرده و پس از درج یک ویرگول و یک



۳. اسم ناشر را بطور کامل و خوانا بنویسید.
۴. برای شماره صفحه نخست حرف P (نقطه) را تایپ کنید و سپس شماره صفحات منبع مورد استفاده را بنویسید. مثل:
p. 122-9
p. 1129-57
- زمانی که از صفحات مختلف یک منبع استفاده کرده اید و شماره صفحات هم پشت سرهم و متوالی نیست، مشابه مثال زیر عمل کنید:
p. 333,338,340-5
۵. چنانچه کتاب مورد استفاده از چند جلد تشکیل شده ، شماره جلد را پس از تاریخ انتشار و قبل از صفحات بنویسید. بجای استفاده از کلمه Volume (جلد) ، از کوتاه شده آن یعنی Vol استفاده کنید. مثل:
New York: Academic press; 2003. Vol. 2
p. 134-48
- مقاله انگلیسی : مشخصات مقاله به شکل زیر نوشته می شود:
نام خانوادگی نویسنده(فاصله)حرف اول نام کوچک(نقطه)
عنوان مقاله(نقطه)نام مجله(فاصله)سال انتشار(فاصله)
ماه(؛)جلدیا دوره انتشار(شماره):(شماره صفحات
مثال:
Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Apr;9(2):58-63
- مشخصات بخشی یا فصلی از کتابی که بوسیله یک یا چند نویسنده نوشته شده است:
نام خانوادگی نویسنده فصل (فاصله) حرف اول نام کوچک (نقطه) نام فصل (نقطه) (In) (:) نام خانوادگی نویسنده یا ویراستار کتاب (فاصله) حرف اول نام کوچک (نقطه) نام کتاب (نقطه) شماره ویرایش (نقطه) محل نشر (:) ناشر(؛) سال انتشار(نقطه)صفحه اول(خط تیره) صفحه آخر فصل(نقطه)
به مثالهای زیر توجه کنید:
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78
Blaxter P. Social health and class inequalities. In: Carter C, Peel J, editors. Equalities and inequalities in health. 2nd ed. London: Academic Press; 1976. p. 165-78
- نکات مهم
- اولین حرف نام نویسنده، ویراستار ، عنوان و همچنین کلمات و نامهای خاص را با حروف بزرگ تایپ کنید.
 - محل نشر یعنی اولین شهری که در پایین صفحه عنوان کتاب نوشته شده است. اگر نام بیش از یک شهر وجود دارد، فقط نام اولین شهر را درج کنید. از به کار بردن کلماتی مانند USA یا Britania و نظایر آن خودداری کنید.



Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6
 Issue with part
 Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8

منابع الکترونیکی عبارتند از:

نرم افزار Software؛ صفحات وب Web Pages؛
 مجلات الکترونیکی Electronic Journals؛ کتابهای
 الکترونیکی Electronic Books و پایگاههای اطلاعاتی
 Databases.
 منابع اینترنتی ثابت نیستند. یعنی ماهیت اطلاعات
 در اینترنت متغیر بوده و ممکن است هر لحظه نشانی
 یک سایت تغییر کند و یا هر روز اطلاعات جدیدی وارد
 صفحات سایتها شود که ممکن است کاملا متفاوت از
 اطلاعات پیشین باشد.
 • اگر صفحه اینترنتی دارای نویسنده است مانند مثال زیر
 عمل کنید.

Kilmartin M. Women in GP: a strategy for women GPs. 2003. RACGP Online. Available at: URL:<http://www.racgp.org.au/>. Accessed Jul 30, 2003

نکات مهم:

۱. نوشتن جلد و شماره مجله ضروری است.
 ۲. عنوان مجله را مطابق سبک مدلاین Medline به صورت مخفف بنویسید. در واقع شیوه نگارش مشخصات مقاله در پایگاه اطلاعاتی مدلاین به سبک استاندارد ونکوور است. نشانی اینترنتی پایگاه مدلاین:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

به مثالهای زیر توجه کنید:

Br J Urology به جای British Journal of Urology
 N Eng J Med به جای New England Journal of Medicine

Am J Hum Genet به جای American Journal of Genetics

مثالهای دیگر برای مقاله چاپ شده در مجلات:

Volume with supplement ضمیمه یک جلد

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82

Issue with supplement ضمیمه یک شماره
 Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ.

Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97

Volume with part بخشی از یک جلد



است که برای درج مشخصات مقاله انگلیسی به کار می
برید. تنها تفاوت، درج عبارت [serial online] به
معنای "نشریه الکترونیکی" و ذکر نام پایگاه اطلاعاتی
مانند proquest; Elsevier; ScienceDirect; Blackwell Synergy
و نظایر آن است.

Rockwood K, Graham JE, Fay S. Goal setting and attainment in Alzheimer's disease patients treated with donepezil. J Neurol Neurosurg Psychiatry [serial online] 2002; 73(5):500-507. Available from: Proquest , .Accessed Dec 19, 2003

کتاب الکترونیکی:

اگر از متن کتابی استفاده می کنید که به شکل CD
است ، مانند مثالهای زیر عمل کنید:

The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998

Martindale: the complete drug reference [book on CD-ROM]. Englewood,CO: Micromedex; 1999. Based on: Parfitt K, editor. Martindale: the complete drug reference. London: Pharmaceutical Press; .1999

۱. نویسنده : Kilmartin M

۲. عنوان صفحه(مدرک): Women in GP: a strategy for women GPs و سال انتشار مطلب 2003

۳. عنوان وب سایت: RACGP Online

۴. درج عبارت " Available at " و سپس نشانی اینترنتی
۵. تاریخ مشاهده صفحه Accessed Jul 30, 2003

یک مثال دیگر :

McCook A. Pre-diabetic Condition Linked to Memory Loss. 2003. Available at: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/full-story_11531.html. Accessed Sep16, 2004

اگر صفحه اینترنتی نویسنده ندارد، ابتدا عنوان مطلب را
درج کنید:

High blood pressure in pregnancy. 2001. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/hbp_preg.htm Accessed Oct 21, 2002

مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاه
اطلاعاتی تمام متن ProQuest

- برای درج مشخصات مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاههای اطلاعاتی مختلف مانند مثال زیر عمل کنید.
- درج مشخصات مقاله مجله الکترونیکی مشابه مواردی



کوچک (نقطه) نام کتاب (نقطه) شماره ویرایش (نقطه) محل نشر (: ناشر) ; سال انتشار (نقطه) مثال: (با یک نویسنده) حسینی، ابوالقاسم. اصول بهداشت روانی. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۱.

فرید حسینی، رضا. پاتوفیزیولوژی بیماریهای رماتیسمی و خود ایمنی. مشهد: آستان قدس رضوی، ۱۳۶۵.

با دو نویسنده:

امتیازی، گیتی؛ کریمی، محسن. مبانی زیست مولکولی و مهندسی ژنتیک. ویرایش ۲. اصفهان: مانی، ۱۳۷۵. بیش از سه نویسنده:

فرهودی، ابوالحسن و همکاران. بیماریهای نقص ایمنی، تشخیص و درمان. تهران: علمی، ۱۳۶۵.

ترجمه یک اثر:

لانگمن، جان. رویان شناسی پزشکی لانگمن. ترجمه کورش عظیمی، مهدی صرافی. تهران: اندیشه روشن، ۱۳۷۹.

گلیک، برنارد؛ پاسترناک، جک. بیوتکنولوژی مولکولی: اصول و کاربرد DNA نو ترکیب. ترجمه جواد بهروان. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، ۱۳۸۲.

اگر از متن کتابی استفاده می کنید که در محیط اینترنت است، مشابه مثالهای بالا بنویسید و به جای عبارت [book on CD-ROM] عبارت [book online] را جایگزین کنید.

مکاتبات با پست الکترونیکی

Smith P. New research projects in gastroenterology [online]. E-mail to Matthew Hart (mh@hospital.wa.gov.au) Feb 5, 2000.

ذکر منابع مورد استفاده علاوه بر یک تکلیف، فواید دیگری نیز دارد از جمله:

موجب افزایش اعتبار علمی نویسنده و نیز نوشته او می شود.

اخلاق نگارش (رعایت امانت در استفاده از نوشته دیگران) نیز رعایت می شود.

اطلاعات و منابع بیشتری را در اختیار خوانندگان و پژوهشگران بعدی قرار می دهد.

اطمینانی در خواننده نسبت به صحت و درستی نوشته ارائه شده ایجاد می کند.

کتاب فارسی:

مشخصات کتاب فارسی به شکل زیر نوشته می شود: نام خانوادگی نویسنده (فاصله) حرف یا حروف اول نام



کتاب چند جلدی با عنوانی عام و عنوانهای خاص
هر جلد:

هاریسون، تنسلی راندولف. اصول طب داخلی. ج ۳:
بیماریهای دستگاه گوارش. ترجمه محمد ناظم. تهران:
چهر ۱۳۶۵.

چنانچه جلدها عنوان جداگانه نداشته باشد، ج ۲ یا ج ۳
را پس از تاریخ نشر قرار دهید و سپس شماره صفحات
را بنویسید.

فصلی یا بخشی از یک کتاب که دارای نویسنده است:
فرهنگ، مهرداد. بیماریهای آلرژیک کودکان. در: مسایل
روزمره طب اطفال. گردآورنده محمد توکلی. تهران:
دانشجو، ۱۳۶۴.

مقاله فارسی:

حاجی ترخانی، امیرحسن. جامعه پزشکی و استفاده از
اطلاعات علمی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال
اول، ش ۲ (تابستان ۱۳۷۲): ۷۲-۷۶

پایان نامه:

گلعلی پور، محمد جعفر. «سیر تکامل طبیعی و غیر
طبیعی مشتقات قوس اول برونشیا در جنین.» پایان
نامه دکترای تخصصی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم
پزشکی مشهد، ۱۳۷۴.

Vancouver Style



معرفی سایت

بهرز بهزادی

BehBehzadi@Yahoo.com



MedicineNet یک شرکت ارائه دهنده مراقبت های پزشکی رسانه ای به صورت آنلاین است. این شرکت اطلاعات پزشکی معتبر را به صورتی ساده و قابل فهم برای استفاده کنندگان از طریق وب سایت جذاب و قوی خود فراهم کرده است.

این وب سایت از سال ۱۹۹۶ توسط مدیران با تجربه در زمینه های پزشکی ، مراقبت های بهداشتی ، فناوری اینترنت و کسب و کار راه اندازی شده است تا برای شما جامع ترین اطلاعات پزشکی را در هر جایی فراهم آورد. این وب سایت با مشارکت ۷۰ نفر از پزشکان دارای بورد تخصصی از ایالت متحده امریکا فراهم شده است و یکی از قابل اعتماد ترین منابع برای مراقبت های آنلاین پزشکی می باشد.

شما می توانید اطلاعات مختلفی را در قالب متن ، عکس و انیمیشن دریافت کرده و حتی از خودتان امتحان بگیرید! همچنین علائم و نشانه های بیماری ها ، روش های زندگی سالم و خبر های جدید پزشکی را براحتی می توانید از طریق این وب سایت دریافت نمایید



.MedicineMet.com

رویای طبابت در آن سوی مرزها

مائده اخوان صفایی

M.Safaei1991@Gmail.com

References : www.usdoctor.com



هر ساله نزدیک به ۱۸۰۰۰ دانشجوی پزشکی در آمریکا فارغ التحصیل می شوند که به همراه ۱۰۰۰۰ پزشک خارجی متقاضی دریافت گواهی نامه کار باید در امتحان (United States Medical Licensing Examination) شرکت نمایند. لذا هر ساله ۱۸۰۰۰ پزشک فارغ التحصیل در آمریکا و ۱۰۰۰۰ پزشک خارجی برای ورود به جامعه پزشکی آمریکا باید این امتحان را با موفقیت پشت سر گذارند.

یکی از نکات قابل ملاحظه که برای داوطلبان شرکت در امتحان USMLE و پذیرش رزیدنتی در آمریکا مدنظر قرار گرفته می شود مهارت های بالینی و نحوه برخورد با بیماران است . بسیاری از کسانی که خود را برای آزمون ها آماده می کنند برای مدتی از محیط های بیمارستانی و برخورد با بیماران به دور بوده و فقط وقت خود را اختصاص به مطالعات تئوری داده اند. باید بدانیم که برخی از ایالات علاوه بر نتایج آزمون ها مدارک دیگری از قبیل سوابق کاری را هم در پذیرش دستیار حائز اهمیت می دانند. باید سعی کنید که قبل از رفتن به آمریکا برای چندسالی به طبابت بپردازید و بدانید که این تجربه شما را در پشت سر گذاشتن امتحان مهارت های بالینی (step II-CS) کمک خواهد نمود.



Step II-CS : این مرحله آزمون بسیار مهم و دشوار است و فقط در ۵ شهر آمریکا شامل فیلادلفیا ، آتلانتا ، شیکاگو ، هوستون و لوس آنجلس برگزار می گردد . برای گذراندن آن هزینه های مالی زیادی را متحمل خواهید شد لذا دیگر نیازی به توضیح نیست که باید با آمادگی کامل و اعتماد به نفس بالا در آن شرکت جوئید .



Step III : این آزمون فقط برای کسانی است که یا با داشتن ویزای H-1 خواهان شرکت در آزمون شفاهی پذیرش رزیدنتی هستند و یا این که دارای ویزای H-4 به خاطر همسرانشان هستند، ولی قادر به کار نخواهند بود مگر آن که ویزای H-1 را کسب نمایند که تنها راه آن شرکت در امتحان USMLE Step III پیش از انجام مصاحبه می باشد.

برای افرادی که زمانی را تا آماده شدن برای امتحانات و کسب نتایج در آمریکا اقامت دارند تنها راه کسب این مهارت ها تماس مداوم با بیماران ، تمرین شیوه های درمانی برخورد با موارد پیچیده واقعی و کار در مراکز درمانی آمریکاست ؛ لیکن این امر به دلایل قانونی مقدور نمی باشد ولی این امکان وجود دارد که افراد به عنوان یک ناظر (observer) در یک بیمارستان مشغول به کار شوند.

زمان بندی لازم برای آمادگی امتحان USMLE :



Step I : این مرحله جهت سنجش معلومات شما در علوم پایه است . برای کسانی که تصمیم به گذراندن این امتحان دارند و هم اکنون مشغول تحصیل در دانشکده های پزشکی هستند ، بهتر است هرچه زودتر این امتحان را پشت سر گذارند؛ چرا که مطالب این آزمون بسیار فرار می باشند و اغلب هم نادیده گرفته می شوند . برای کسانی که تحصیلات پزشکی خود را به پایان برده اند، حداقل ۶ ماه زمان لازم است تا با مطالعه دقیق و فشرده ، آمادگی لازم را جهت شرکت در این آزمون به دست آورند.

حال و معاینه بالینی ۵. نکات مثبت و منفی آزمایشات تشخیصی.

گواهی ECFMG :

جهت آغاز دوره رزیدنتی یا فلوشیپ در آمریکا (که از سوی ACGME ارائه می گردد) ، داوطلبین پزشکی مهاجر باید گواهی ECFMG را دریافت کنند. بهترین و قابل استنادترین منبع دسترسی به اطلاعات در زمینه ECFMG ، خود این سازمان است . وب سایت آن (www.ecfmg.org) شامل کلیه اخبار و اطلاعات است که دسترسی به آن ها از طریق درخواست On-line (در وب سایت) امکان پذیر خواهد بود.

در نگاه این سازمان ، یک داوطلب پزشکی مهاجر، پزشکی است که مدرک علوم پایه پزشکی یا فارغ التحصیلی خود را از یک دانشگاه علوم پزشکی در خارج از آمریکا یا کانادا دریافت کرده است ؛ جهت دریافت گواهی ECFMG باید نام دانشگاه و سال فارغ التحصیلی در IMED قید شود که در وب سایت آن قابل دسترسی است.



تمامی پزشکانی که قصد کار یا شروع دوره رزیدنتی در زمینه های بالینی پزشکی را در آمریکا دارند ، می بایست در امتحانات مرحله یک (step I) ، مرحله دو (step II) و Step II-CS شرکت نموده و پس از قبولی به فعالیت های فوق الذکر بپردازند . پزشکانی که فقط قصد ادامه فعالیت در زمینه های تحقیقاتی دارند و به ویژه تحقیقات پزشکی بر روی حیوانات لازم نیست که این امتحانات را پشت سر بگذارند.

آشنایی با روح آزمون :

نکاتی که در طرح سوالات USMLE مورد توجه قرار می گیرد به شرح زیر است :

۱. تاکید طراحان سوالات USMLE بیش تر بر روی موارد شایع ، پر اهمیت و فراگیر در ایالات متحده آمریکاست.

۲. زمان اختصاص داده شده برای هر قسمت بر اساس اهمیت و متناسب با ترتیب موضوعات می باشد.

۳. سوالات بیش تر بر مبنای راهکارهای بالینی مناسب جهت برخورد با بیماری های شایع و مهم متمرکز می باشد .

۴. بیماری ها و موضوعات نادر و یا بسیار تخصصی که شامل موارد شایع بالینی و روزمره نخواهند بود ، مورد پرسش قرار نمی گیرد.

۵. بهتر است در برخورد و بررسی سوالات امتحانات USMLE یافته های زیر را به ترتیب از متن سوال مطالعه کنید : ۱. سن بیمار ۲. جنس ۳. شکایت اصلی ۴. شرح

**: USMLE**

مرحله Step 2 CS, همان طور که گفته شد, تنها در ۵ شهر آمریکا از سوی (CSEC) برگزار می گردد؛ لذا داوطلبین باید هزینه لازم جهت سفر و اقامت را فراهم نمایند. کسانی که از خارج از کشور می آیند نیاز به دریافت ویزای مناسب می باشند که معمولاً ویزای B-1 می باشد.

در Step 2 CS روابط بالینی پزشک با بیمار با استفاده از چند بیمار ارزیابی می شود؛ بنابراین شایسته است که داوطلبین, تجربیات مشابه بالینی قبل از شرکت در آزمون داشته باشند.

مراحل آزمون USMLE

مرحله I: هدف این مرحله ارزیابی توانایی درک و به کارگیری مفاهیم علوم پایه در کاربرد های پزشکی است. اصول و مکانیسم های زیرساختی سلامت, بیماری و درمان مورد تاکید هستند. این مرحله به صورت آزمون کامپیوتری در کشورهای مختلفی برگزار می شود. در این مرحله موضوعات مورد سوال عبارتند از: آناتومی- علوم رفتاری- بیوشیمی- میکروبیولوژی- فارماکولوژی- پاتولوژی- فیزیولوژی و موضوعات میان بخشی نظیر تغذیه و ژنتیک.

فارغ التحصیلان پزشکی مهاجر, جهت دریافت گواهی ECFMG باید آزمون های سه مرحله ای USMLE را با موفقیت پشت سر بگذارند. این آزمون ها در مورد دانشجویان پزشکی آمریکا نیز وجود دارد. آزمون های Step 1 و Step 2 CK, به صورت کامپیوتری و سوالات چند گزینه ای (MCQ) در سراسر دنیا برگزار می گردند. آزمون Step 2 CS یک آزمون بیمارمحور استاندارد شده است که روابط معمول پزشک با بیمار را ارزیابی می کند. این آزمون تنها در ۵ شهر آمریکا برگزار می گردد.

مراحل USMLE که جهت دریافت گواهی ECFMG باید با موفقیت گذرانده شود:

STEP I (علوم پایه)

STEP 2 CK (دانش بالینی)

STEP 2 CS (مهارت های بالینی)

چند نکته کاربردی:

فارغ التحصیلان پزشکی نباید قبل از رسیدن به شرایط ایده آل آمادگی, جهت انجام مراحل Step 1 و Step 2CK اقدام کنند؛ زیرا کسب بالاترین نمره ممکن حائز اهمیت است؛ این در حالی است که این آزمون جهت کسب نمره بالاتر قابل تکرار نیستند. در حقیقت کسب نمره پایین, ورود به برنامه های آموزشی را دشوار می کند. بنابراین بهترین اقدام آن است که دانشجویان تنها در زمانی که به طور کامل آمادگی کسب نموده اند, مبادرت به آزمون نمایند.

این مرحله برخورد با بیمار در شرایط حیاتی است . با موفقیت در این مرحله مجوز طبابت دریافت خواهید کرد . این مرحله از آزمون به صورت کامپیوتری و تنها در خود آمریکا برگزار می شود.

واجدین شرایط

برای شرکت در مراحل اول و دوم شما باید دانشجوی و یا فارغ التحصیل پزشکی در یکی از دانشگاه های مورد تایید ECFMG باشید . شرکت در مرحله سوم فقط برای پزشکانی که فارغ التحصیل شده و مراحل قبلی را با موفقیت گذرانده و مورد تایید ECFMG نیز باشند مجاز می باشد. توصیه اکید می شود که برای مرحله سوم آزمون حداقل یک سال آموزش پس از فارغ التحصیلی گذرانده باشد.

نکته : دانشجویان پزشکی در ایران می توانند پس از گذراندن دوره علوم پایه در امتحان مرحله اول شرکت کنند که دو امتیاز مهم دارد : یک این که مطالب علوم پایه از خاطرشان فراموش نشده است و دوم این که با خیال راحت در طی گذراندن دوره بالینی خود را آماده امتحان مرحله دوم خواهند کرد . با توجه به این موضوع که بین دو مرحله اول و دوم USMLE نباید بیش تر از ۷ سال فاصله باشد.

مرحله II: این مرحله ارزیابی می کند که آیا شما می توانید دانش ، مهارت و درک خود از علوم بالینی را برای مراقبت از بیمار تحت نظارت دیگران به کار گیرید یا خیر . این مرحله بر حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری تاکید دارد. مرحله دوم به دو قسمت اصول علوم بالینی و مهارت های پایه ای بیمار محور ، تقسیم می شود. مرحله ارزیابی دانش (CK) به صورت آزمون کامپیوتری و در کشورهای مختلف برگزار می گردد. این آزمون تقریباً ۸ ساعت طول می کشد ، این ۸ ساعت شامل ۷ تا یک ساعت و ۶- ۱۰ دقیقه استراحت است که جمعاً ۸ ساعت می شود .

STEP ۲ CS یا Clinical Skills یکی از مراحل مشکل امتحان است ، در این مرحله بازیگرانی هستند که نقش بیمار را بازی می کنند و علاوه بر تسلط علمی، باید به زبان انگلیسی هم خیلی خوب مسلط باشید.

مرحله III: در این مرحله توانایی شما در به کارگیری دانش و درک علوم بیومدیکال و بالینی برای طبابت بدون نظارت دیگران ارزیابی می شود . نکته مورد تاکید در





نکات دیگر

سوالات چندگزینه ای کامپیوتری است ، اما شکل آزمون و اطلاعات موجود در سوالات چندگزینه ای در مراحل مختلف امتحان متفاوت است . در راستای آشنایی شما با نحوه ی سوالات آزمون USMLE از این به بعد در صفحات پایانی هر سری از فصل نامه کنکاش به انتخاب تعدادی از سوالات این آزمون به چاپ می رسد .

نشریه US News & World Report از میان ۱۴۶ دانشگاه علوم پزشکی آمریکا، به رتبه‌بندی برترین این مراکز آموزشی-درمانی بطور کلی و از دو جنبه پژوهشی و بالینی در ۸ شاخه پرداخته است. رتبه‌بندی عمومی سال ۲۰۰۹ این نشریه عبارتند از:

موقع ثبت نام در امتحانات باید یک دوره سه ماهه مشخص کنید که در آن زمان قادر به امتحان دادن هستید، مثلاً Jan-Feb-Mar. ECFMG به شما خواهد گفت که در این دوره چه روزهایی و در کجا امتحان برگزار می شود. وقتی تاریخ قطعی را انتخاب کردید دیگر نمی توانید آن را تغییر دهید مگر با شرایط خاص که باید در راهنما مطالعه شود . امتحانات STEP 1 و STEP 2-CK در خیلی از کشورها برگزار می شود اما STEP 2-CS فقط در آمریکا برگزار می شود . امتحانات USMLE را به هر ترتیبی که مایل باشید می توانید بدهید اما به هر حال از اولین تا آخرین امتحان نباید بیش تر از ۷ سال طول بکشد.

سوالات آزمون USMLE :

هر سه مرحله آزمون USMLE شامل یک سری

رتبه پژوهشی	نام دانشگاه	ایالت	رتبه بالینی
۱	دانشگاه هاروارد	ماساچوست	۱۵
۲	دانشگاه جانز هاپکینز	بالتیمور	۳۷
۳	دانشگاه پنسیلوانیا	پنسیلوانیا	۱۲
۴	دانشگاه واشنگتن در سنت لوئیس	میزوری	۲۶
۵	دانشگاه کالیفرنیا، سان فرانسیسکو	کالیفرنیا	۵
۶	دانشگاه دوک	کارولینای شمالی	۴۵
۷	دانشگاه استنفورد	کالیفرنیا	۵۸
۸	دانشگاه واشینگتن	واشینگتن	۱
۹	دانشگاه ییل	کنتیکت	ندارد
۱۰	دانشگاه کلمبیا	نیویورک	ندارد
۱۱	دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس	کالیفرنیا	۱۰
۱۲	دانشگاه میشیگان	میشیگان	۱۲
۱۳	دانشگاه شیکاگو	ایلینوی	۴۵
۱۴	دانشگاه پیتسبورگ	پنسیلوانیا	۱۷
۱۵	دانشگاه کالیفرنیا، سن دیگو	کالیفرنیا	۲۶
۱۶	دانشگاه وندربیلت	تنسی	۴۵
۱۷	دانشگاه پزشکی بیلور	تگزاس	۱۷
۱۸	دانشگاه کرنل	نیویورک	۵۸
۱۹	دانشگاه نورث وسترن	ایلینوی	۵۱
۲۰	دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل	کارولینای شمالی	۲
۲۱	مرکز پزشکی دانشگاه تگزاس شعبه جنوب غربی	تگزاس	۲۹
۲۲	دانشگاه اموری	جرجیا	۴۲
۲۳	مدرسه علوم پزشکی مونت ساینای	نیویورک	ندارد
۲۴	دانشگاه ویرجینیا	ویرجینیا	۲۹
۲۵	دانشگاه کیس وسترن رزرو	اوهايو	۳۷



1. A hormone is known to activate phospholipase C with subsequent release of calcium from internal stores. The release of calcium most likely occurs as a result of an increase in the concentration of which of the following intracellular second messengers?
- (A) Calcium
 - (B) cAMP
 - (C) cGMP
 - (D) Diacylglycerol
 - (E) Inositol 1,4,5-trisphosphate
2. A 5-year-old girl falls through the ice while skating on an outdoor pond. She is removed from the water within 1 minute, but dry clothing is not available, and she is still cold and wet 20 minutes later. Which of the following mechanisms helps maintain the patient's core temperature during the period following her rescue?
- (A) Cutaneous vasodilation
 - (B) Diving response
 - (C) Increased thermoregulatory set point
 - (D) Release of endogenous pyrogen
 - (E) Shivering
3. After an overnight fast, a 52-year-old man undergoes infusion of acid through a catheter into the upper duodenum. This most likely will increase pancreatic secretion mainly through the action of which of the following substances?
- (A) Cholecystokinin
 - (B) Gastrin
 - (C) Glucagon
 - (D) Secretin
 - (E) Vasoactive intestinal polypeptide
4. A 23-year-old man who is HIV positive has *Pneumocystis jirovecii* (formerly *P. carinii*) pneumonia. Therapy is started with trimethoprim-sulfamethoxazole, and his pneumonia resolves. The pharmacotherapy was effective because of inhibition of which of the following?
- (A) Cell wall synthesis
 - (B) Dihydrofolate reductase
 - (C) Incorporation of p-aminobenzoic acid
 - (D) Incorporation of sterol into membranes
 - (E) Topoisomerase II
5. The release of epinephrine from the chromaffin granules of the adrenal medulla into the bloodstream in response to neural stimulation is mediated by which of the following?
- (A) Acetylcholine
 - (B) γ -Aminobutyric acid (GABA)
 - (C) Cortisol
 - (D) Dopamine
 - (E) Serotonin
6. A 30-year-old woman comes to the physician because of a 2-month history of unsteady gait and numbness of both legs. Eight years ago, she underwent resection of the terminal ileum because of severe Crohn disease. Physical examination shows mild spastic weakness. Sensation to pinprick, vibration, and fine touch is decreased in the upper and lower extremities. A deficiency of which of the following is the most likely underlying cause of these findings?
- (A) Folic acid
 - (B) Iron
 - (C) Protein
 - (D) Vitamin B1 (thiamine)
 - (E) Vitamin B12 (cobalamin)
7. A 6-year-old boy has a large intra-abdominal mass in the midline just above the symphysis pubis. During an operation, a cystic mass is found attached to the umbilicus and the apex of the bladder. Which of the following is the most likely diagnosis?
- (A) Hydrocele
 - (B) Meckel cyst
 - (C) Meckel diverticulum
 - (D) Omphalocele
 - (E) Urachal cyst



8. A 45-year-old man with chronic pancreatitis has a 9-kg (20-lb) weight loss and diarrhea. Analysis of a 24-hour stool sample shows 28 g of fat. A deficiency of which of the following enzymes is the most likely cause?
- (A) Amylase
(B) Carboxypeptidase
(C) Lactase
(D) Lipase
(E) Lipoprotein lipase
9. Native collagen is composed almost entirely of which of the following types of structures?
- (A) α -Helix
(B) β -Pleated sheet
(C) Random coils
(D) Triple helix
(E) Two peptides connected by a disulfide bond
10. A 45-year-old woman has a uterine leiomyoma that is 5 cm in diameter and is pressing on the urinary bladder, causing urinary frequency. Which of the following is the most likely location of the leiomyoma?
- (A) Cervical canal
(B) Lateral margin of the uterine cavity
(C) Subendometrially in the uterine cavity
(D) Subperitoneally on the anterior surface of the uterine corpus
(E) Subperitoneally on the posterior surface of the uterine fundus
11. During a study of bladder function, a healthy 20-year-old male subject drinks 1 L of water and delays urination for 30 minutes after feeling the urge to urinate. Which of the following muscles permits his voluntary control of micturition?
- (A) Coccygeus
(B) Detrusor
(C) External urethral sphincter
(D) Internal urethral sphincter
(E) Obturator internus
12. A 2-month-old infant has a 5-cm strawberry hemangioma on the cheek that is increasing in size. No other lesions are noted. Which of the following is the most appropriate next step in management?
- (A) Observation of the lesion
(B) Solid carbon dioxide application to the lesion
(C) Intralesional corticosteroid treatment
(D) Laser therapy to the lesion
(E) Surgical removal of the lesion
13. A male newborn is born to a 32-year-old woman by cesarean delivery at 38 weeks' gestation and weighs 4309 g (9 lb 8 oz). The pregnancy was complicated by gestational diabetes that was difficult to manage. Apgar scores are 6 and 8 at 1 and 5 minutes, respectively. This newborn is at increased risk for developing which of the following within the next 24 hours?
- (A) Hypercalcemia
(B) Hyperglycemia
(C) Hyperkalemia
(D) Hypoglycemia
(E) Hypokalemia
(F) Hypothermia



11 - C 12 - V 13 - D

1 - E 2 - E 3 - D 4 - B 5 - V 6 - E 7 - E 8 - D 9 - D 10 - D





چشم‌ها به جای دست

(پروفسور هرمز مه‌منش)

مولود رایانی

Rayani711@Yahoo.com



پروفسور هرمز مه‌منش، سال ۱۳۳۶ در تهران متولد شد. وی پس از گذراندن سال اول دبیرستان به کشور آلمان رفت و با ادامه تحصیل در این کشور موفق به کسب دکترای روان‌شناسی و سپس پزشکی با رتبه اول شد. پروفسور مه‌منش دوره تخصصی جراحی قلب و عروق را در آلمان و سپس آمریکا گذراند و به مدت چندین سال معاونت کل دپارتمان جراحی قلب و عروق دانشگاه مونیخ را برعهده داشت. وی هم‌اکنون با گنجینه‌ای از گرانبها از اندوخته‌های سه دهه فعالیت علمی به ایران بازگشته است تا با انتقال این دانش منشاء خدمات گران‌قدری باشد. او یکی از افراد انگشت‌شمار دنیا در زمینه جراحی رباتیک قلب است.



پروفسور مه منش، جراحی رباتیک را حاصل تاثیر فناوری های نوین در علم پزشکی توصیف می کند و می گوید: اگر دانش پزشکی مانند سایر علوم همگام با فناوری های جدید پیش نرود، دچار رکود می شود. وی جراحی رباتیک را چنین تعریف می کند: این نوع جراحی در واقع استفاده از ابزاری است که با بهره گیری

از بازوهای رباتیک می تواند حرکت دست جراح را بسیار دقیق به درون بدن بیمار منتقل کند و تصاویر هنگام عمل را به صورت واضح و شفاف در اختیار جراح قرار دهد. جراحی رباتیک حتی از راه دور هم قابل اجراست.

تبحر در جراحی های پیشرفته

معاون دپارتمان جراحی قلب و عروق دانشگاه مونیخ با تاکید بر این مهم که فقط جراحان زبردست، مسلط و مجرب در انجام عمل های بسیار دقیق می توانند از این روش به خوبی استفاده کنند می گوید: متأسفانه بعضی از پزشکان معتقدند فقط افرادی به جراحی رباتیک متوسل می شوند که توانایی انجام جراحی های معمولی را به صورت جراحی قلب باز ندارند در حالی که تبحر در این نوع جراحی های پیشرفته نتیجه مهارت در جراحی های معمولی است.

این جراح رباتیک قلب و عروق در ادامه می افزاید: از آنجایی که جراح به صورت مستقیم و توسط دستانش با بافت های بدن بیمار در تماس نیست، صرفاً باید با تکیه

بر تجربیات ذهنی که در جراحی های معمولی کسب کرده است و نیز پیام هایی که با هر حرکت جراح از سوی دستگاه مخابره می شود و دوربینی که در جلوی چشمانش قرار دارد متوجه صحت و توالی حرکت های خود در حین عمل می شود.

چشمها به جای دست

در واقع چشمان چنین جراحی کار دست هایش را انجام می دهد البته نباید از نظر دور داشت که پیشرفت فناوری روز به روز سبب سهولت بیشتر در این نوع جراحی خواهد شد. وی برای روشن شدن موضوع، دشواری فرایند بخیه زدن را در این جراحی مثال می زند و توضیح می دهد: برحسب نوع جراحی، نخ های بخیه متفاوتی با ضخامت های مختلف وجود دارد و میزان کشش هر نخ در هنگام بخیه زدن بستگی به سطح تجربه جراح دارد. این کار زمانی که جراح نمی تواند از دستهایش برای بخیه زدن استفاده کند و یک دستگاه حرکات دست او را انتقال می دهد.

ویژگی ها و مزایا

دکتر مه منش ویژگی ها و مزایای جراحی های رباتیک را چنین برمی شمارد: وحدت و یکپارچگی بدن بیمار حفظ می شود، میزان عفونت پس از عمل کمتر و دوران نقاهت کوتاه تر می شود؛ به دلیل ایجاد برش های کوچک در بدن بیمار نسبت به جراحی معمولی، میزان دردی که بیمار تحمل می کند و مقدار داروی مصرفی کاهش می یابد؛ به این دلیل که حرکات دست جراح و بافت های تحت عمل توسط یک سیستم اپتیکال، ۱۵ برابر بزرگ نمایی می شود بنابراین جراح عملش را بسیار دقیق تر



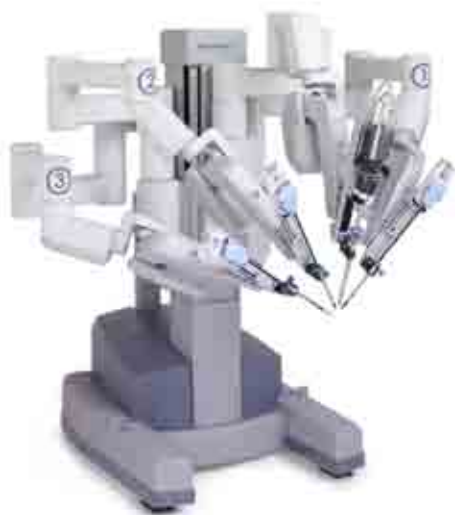
بسیار دشوار می شود. در این حالت جراح مجبور است صرفاً از تجربیات ذهنی خود در این فرایند بهره گیرد. وی می افزاید: نکته مهم دیگری که دشواری جراحی رباتیک را بیش از پیش به تصویر می کشد، این است که ربات به کار گرفته شده آن طور که همه تصور می کنند یک دستگاه خودکار نیست بلکه فقط یک «تله منیپولیشن» یعنی انتقال دهنده حرکت از راه دور و در حقیقت یک ابزار واسطه است.

دو برابر شدن زمان جراحی

دکتر مه منش در ادامه تصریح می کند: در جراحی رباتیک این امکان برای جراح وجود دارد که هر زمان امکان ادامه کار به دلیل بروز مشکلات مقدور نبود، بلافاصله عمل را به صورت معمولی از سرگیرد. علاوه بر این انجام هر کار و حرکت غیرمنطقی و دور از روال، سبب مخابره یک پیام هشدارآمیز از سوی دستگاه به جراح می شود تا اشتباه خود را اصلاح کند. همچنین زمانی که به هر دلیلی جراح سر خود را از دوربین نمایشگر دور کند، دستگاه اجازه انجام هیچ نوع کاری را به وی نمی دهد مگر این که تماس حس گرهای دوربین مجدداً با سر جراح برقرار شود. در جراحی رباتیک، پزشک با دستگاهی سر و کار دارد که یک «فیدبک ویژوال» یا یک واکنش بصری ارائه می کند و انجام هر عمل را با درج یک پیام روی صفحه نمایشگر به وی اطلاع می دهد. البته یکی از مسائل موجود، دو برابر شدن زمان جراحی رباتیک در مقایسه با جراحی معمولی است که در آینده این زمان هم کاهش خواهد یافت.

می افزایش: در سال ۲۰۰۵، حدود ۷۵ هزار عمل جراحی رباتیک انجام شد که هرچند در مقایسه با جراحی های معمولی بسیار کم است ولی تعداد و کیفیت آن روز به روز در حال افزایش می باشد.

وی با اذعان به این که قلب ایرانی ها حدود ۲۰ سال زودتر از غربی ها و اروپایی ها بیمار می شود، تصریح می کند: با توجه به این که در ایران عمل قلب باز بیشتر روی افرادی با متوسط سنی ۵۵ سال صورت می گیرد (متوسط سنی اروپاییان برای این عمل ها ۷۵ سال است) و تحت این شرایط پیچیدگی های عمل بیش از پیش افزایش می یابد، روش های به کار گرفته شده در عمل های «بای پس» در ایران پیشرفت قابل ملاحظه ای داشته است.



و ظریف تر انجام می دهد. در نتیجه میزان خونریزی هم کاهش می یابد و به واسطه تمام مزایای ذکر شده، روند بهبود بیمار تسریع می شود.

وی در ادامه می افزایش: رباتی که جراحی می کند، ویژگی های خاصی دارد که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد: ابزار مورد استفاده همانند دست انسان حرکت می کند و دارای ۷ درجه آزادی است؛ سیستم ربات تصویر سه بعدی در اختیار ما می گذارد و از ابزاری استفاده می شود که ابعاد آن به اندازه یک مداد است و قابلیت ورود به اندام را از یک شکاف یک سانتی متری دارد.

نحوه عملکرد جراح هنگام کار با ربات

پروفسور مه منش در مورد نحوه عملکرد جراح هنگام کار با ربات می گوید: حرکات دست جراحی که پشت دستگاه می نشیند، از طریق پدال هایی به ۲ بازویی که در حکم دست های پزشک هستند، منتقل می شود. بازوی سوم ربات هم کار دوربین را انجام می دهد و تصاویر را به یک نمایشگر سه بعدی منتقل می کند. رابطه کار جراح با واحد ربات به صورت دیجیتالی است که هم از طریق کابل از اتاقی به اتاق دیگر و هم به وسیله ماهواره از شهر به شهر یا کشور به کشور دیگر قابل انتقال است. پروفسور مه منش با اشاره به این که در ابتدای کار جراحی رباتیک علاوه بر دانشگاه مونیخ آلمان تنها ۷ مرکز دیگر در این زمینه در سطح دنیا فعال بود، می گوید: در حال حاضر حدود ۳۰۰ مرکز در دنیا جراحی رباتیک انجام می دهند که تقریباً همه انواع جراحی ها را در بر می گیرند. وی



مهم و سرنوشت ساز می باشد.

پروفسور مه منش با توجه به تخصصش در زمینه جراحی قلب و عروق تاکید می کند: داشتن قلبی سالم به عوامل مختلفی بستگی دارد ولی باید توجه داشت که دوری از استرس و فشارهای عصبی بهترین محافظ قلب شما در برابر بیماری ها خواهد بود. در جراحی رباتیک، جراح به صورت مستقیم و از طریق دستانش با بافت های بدن بیمار در تماس نیست و باید صرفا با تکیه بر تجربیات ذهنی که در جراحی های معمولی کسب کرده است و نیز پیام هایی که با هر حرکت جراح از سوی دستگاه مخابره می شود، متوجه صحت و توالی حرکت های خود در جریان عمل شود.

تحصیلات دانشگاهی

فوق لیسانس روانشناسی از دانشگاه لاندن / آلمان با معدل «۲۲» (سه بار در تاریخ دانشگاه اعطا شده)
دکترای «انستیتو ماکس پلانک» - بخش تحقیقات مغز با معدل ۲۰
دکترای پزشکی با معدل ۲۰ از دانشگاه مونیخ / آلمان ۱۹۸۸ میلادی
درجه استادی دانشگاه فنی مونیخ ۲۰۰۰ میلادی

معاون دپارتمان جراحی قلب و عروق دانشگاه مونیخ با اشاره به مشکلات موجود بر سر راه ورود فناوری های نوین جراحی به ایران، می گوید: نگاه تجاری به دانش پزشکی و نبود برنامه های درازمدت در این زمینه از جمله دلایل ایجاد مشکل در این عرصه است.

دلیل بازگشت به ایران

او که برگشته است تا تجربیات گرانبهای چندین دهه اش را در اختیار جوانان خلاق و فعال کشور بگذارد، می گوید: استعداد، ابتکار، پویایی و خلاقیت جوانان در پیوند با تجربیات افرادی مثل من برای پیشرفت کشور بسیار

بیوگرافی کامل پروفسور هرمز مه منش :

پروفسور هرمز مه منش
استاد جراحی قلب و عروق از آلمان و آمریکا
متولد در تهران ۱۳۳۶
اقامت دائم در اروپا و آمریکا ۱۳۸۴-۱۳۴۸

تحصیلات دبیرستانی

دبیرستان خوارزمی در تهران تا کلاس هفتم
پس از آن در آلمان / مونیخ تا دیپلم

جایزه ایالت باواریا برای دانشجویان نابغه خارجی

۱۹۸۳-۱۹۸۸

جایزه برای دکترای استثنایی ماکس پلانک ۱۹۸۷-۱۹۸۹

جایزه ایالت فالز برای تحقیقات استثنایی ۱۹۸۷-۱۹۸۹

جایزه دانشگاه فنی مونیخ برای اختراعات در جراحی قلب

۱۹۹۵

پذیرش برای رشته پزشکی دانشگاه مونیخ بعنوان رشته

دوم فوق تحصیل از میان بیش از ۴۰۰ متقاضی از تمام

دنیا بعنوان تنها دانشجو در سال ۱۹۸۳

اعتای معدل «۲۲ با افتخار» از دانشگاه لاندن برای سومین

بار در طول تاریخ دانشگاه

اولین عمل کامل دریچه میترال با سیستم رباتیک در دنیا

۲۰۰۰

پیشگام جراحی رباتیک و مدیریت یکی از اولین مراکز

جراحی قلب رباتیک در دنیا

دوران تخصص جراحی قلب

دانشگاه هیدلبرگ / آلمان

دانشگاه واشنگتن / سنت لویز / آمریکا

سمتها با قرارداد مادام العمر از دانشگاه

مدیر بخش جراحی روباتیک مرکز قلب دانشگاه مونیخ

۱۹۹۸-۲۰۰۱

مدیر بخش پیوند قلب مرکز قلب دانشگاه مونیخ

۱۹۹۸-۲۰۰۱

معاون کل دپارتمان جراحی قلب و عروق دانشگاه مونیخ

۱۹۹۸-۲۰۰۱

مدیر بخش الکتروفیزیولوژی جراحی قلب دانشگاه

هایدلبرگ ۱۹۹۲-۱۹۹۸

جراح ویژه بخش پیوند قلب دانشگاه هایدلبرگ

۱۹۹۵-۱۹۹۸

جوایز و افتخارات

جایزه بنیاد «فرید ریش ابرت» بعنوان دانشجوی استثنایی

۱۹۸۰-۱۹۸۲



اولین کنگره بین المللی و پنجمین کنگره ملی AIDS

برگزار کنندگان: مرکز تحقیقات ایدز ایران، مرکز مدیریت بیماری های وزارت

بهداشت، UNAIDS

زمان برگزاری: ۱ الی ۴ آبان ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۱۰

مکان برگزاری: تهران، سالن اجتماعات سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سایت: www.iranhivandaidscongress.org

بیست و دومین کنگره سالیانه چشم پزشکی ایران

برگزار کنندگان: انجمن چشم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات و گروه چشم بیمارستان

رسول اکرم تهران

زمان برگزاری: ۸ الی ۱۱ آبان ۱۳۹۱

مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش های رازی

سایت: www.irso.org



همایش ملی روانشناسی خانواده

برگزار کنندگان: دانشگاه آزاد کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سازمان

نظام روانشناسی

زمان برگزاری: ۱۰ آبان ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۱

مکان برگزاری: کرمانشاه

سایت: www.conf.iauksh.ac.ir





مرکز تحقیقات قلب و عروق شیراز

Cardiovascular Research Center
Shiraz University of Medical Sciences

سمینار بین المللی پیشگیری از بیماری های قلبی

برگزار کننده: مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زمان برگزاری: ۱۱ الی ۱۳ آبان ۱۳۹۱

مکان برگزاری: شیراز، سالن های صدرا و سینا

سایت: www.crc.sums.ac.ir

دوازدهمین کنگره تغذیه ایران

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

انجمن تغذیه ایران

زمان برگزاری: ۱۵ الی ۱۸ آبان ۱۳۹۱

مکان برگزاری: اصفهان

سایت: www.nutritioncongressiran.org



همایش ملی ارتقای کیفیت با رویکرد حاکمیت بالینی

برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

زمان برگزاری: ۱۷ الی ۱۸ آبان ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۲۵

مکان برگزاری: بجنورد

سایت: www.qiba.nkums.ac.ir





سومین سمپوزیوم بین المللی بیمارستان الکترونیکی و تله مدیسین

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن های بین المللی تله مدیسین،

وزارت بهداشت

زمان برگزاری: ۲۳ الی ۲۵ آبان ۱۳۹۱

ارسال مقالات: ۱۳۹۱/۷/۱۰

موضوع: هوش بیمارستانی

مکان برگزاری: تهران، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سایت: www.euc.ir

دومین همایش ملی قرآن پژوهی و طب

برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

زمان برگزاری: ۲۳ الی ۲۴ آبان ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۱۵

مکان برگزاری: ارومیه، آمفی تئاتر مرکز آموزشی درمانی امام خمینی

سایت: www.con.umsu.ac.ir



اولین کنفرانس بین المللی سلامت الکترونیک

برگزار کننده: سازمان نظام پزشکی ایران

زمان برگزاری: ۹ الی ۱۰ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۹

مکان برگزاری: تهران

سایت: www.iceh.irimc.org





هفتمین کنگره سالیانه طب اورژانس ایران

مرکز همایشهای رازی

۲۱ تا ۲۳ آذرماه ۹۱

هفتمین کنگره سالیانه طب اورژانس ایران

برگزار کنندگان: انجمن علمی طب اورژانس ایران، مرکز مدیریت حوادث و

فوریت های پزشکی کشور

زمان برگزاری: ۲۱ الی ۲۳ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات : ۱۳۹۱/۷/۳۰

مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش های رازی

سایت : www.acem.ir

دومین همایش ملی MBA بیوتکنولوژی

برگزار کنندگان: دانشکده پیراپزشکی علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات

مدیریت اطلاعات سلامت

زمان برگزاری: ۲۰ الی ۲۱ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات : ۱۳۹۱/۷/۲۶

مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش های بین المللی رازی

سایت : www.hamayeshpara.tums.ac.ir



پنجمین سمینار سراسری پرستار، ماما و پژوهش

برگزار کنندگان: دانشکده پرستاری و مامایی بویه دانشگاه علوم پزشکی گلستان

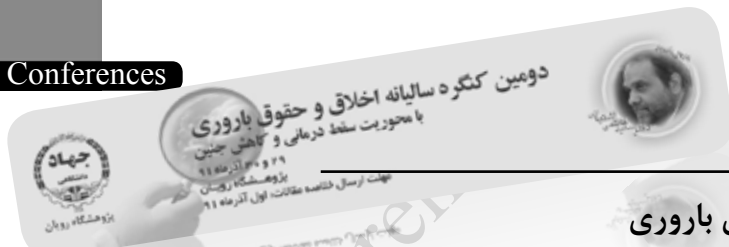
زمان برگزاری: ۲۲ الی ۲۳ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۸/۱۵

مکان برگزاری: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

سایت : www.jouybari.blogfa.com





دومین کنگره سالیانه اخلاق و حقوق باروری

برگزار کنندگان: پژوهشگاه رویان، کمیسیون ملی یونسکو در ایران، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تهران، انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

موضوع: سقط درمانی و کاهش جنین

زمان برگزاری: ۲۹ الی ۳۰ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۹/۱

مکان برگزاری: تهران، سالن همایش های پژوهشگاه رویان

سایت: www.relcongress.com

شانزدهمین کنگره سالیانه طب فیزیکی، توانبخشی و

الکترودیآگنوز ایران

برگزار کنندگان: انجمن طب فیزیکی و توانبخشی و دانشگاه علوم پزشکی

ارتش

زمان برگزاری: ۲۲ الی ۲۴ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۷/۳۰

مکان برگزاری: تهران

سایت: www.ispmr.org



بیست و یکمین کنگره بیماری های عفونی و گرمسیری ایران

برگزار کنندگان: انجمن متخصصین بیماری های عفونی و گرمسیری ایران،

انجمن حمایت از بیماران عفونی کشور، مرکز مدیریت بیماری های وزارت

بهداشت

زمان برگزاری: ۲۵ الی ۲۹ آذر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۹/۱

مکان برگزاری: تهران، نیاوران، خیابان آقایی، سازمان ایرانی مجامع بین

المللی ICIC

سایت: www.iicom.org



عمور باید کرد

و هم نور دافق های دور باید شد

و گاه درک یک حرف خیمه باید زد

عمور باید کرد

صدای بادی آید، عمور باید کرد.

ومن مسافر م، ای باد های همواره!

مراه وسعت تشکیل برک های سیرید.

مراه کودکی شور آب ها برسانید.

و کفش های مراتما تکامل تن انگور

پراز شحرک زیبایی خضوع کنید.

دقیقه های مراتما کبوتران مکرر

در آسمان سپید غریزه اوج دهید.

و اتفاق وجود مرانکار درخت

بدل کنید به یک ارتباط گمشده پاک.

و در تنفس تنهایی

دریچه های شعور مرا بهم بزنید.

روان کنیدم دنبال باد بادک آن روز

مراه خلوت ابعاد زندگی سیرید.



نظرسنجی

خوانندگان محترم فصلنامه کنکاش ، نظرات شما مخاطبین برای ادامه کار و حیات ما قطعا لازم است. در همین راستا فرم زیر به منظور آشنایی با مقبولیت نشریه در بخش های مختلف طراحی و پیش روی شما قرار دارد. امیدواریم با راهنمایی های شما دوستان در شماره های بعد شاهد بهبود کیفیت مجله باشیم.

بررسی تاثیر مورفین و گاباپنتین در درد نوروپاتی ناشی از آسیب فشاری عصب سیاتیک در موش صحرایی نر

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

بررسی شیوع هایپوناترمی در بیماران با ضایعات مغزی بستری در مرکز مراقبت های ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۰

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

بررسی بیان ژن های آپوپتوتیک ۲-Bax ، Bcl ، p۵۳ ، caspas۳ بدنبال ایجاد ایسکمی موقت در هیپوکامپ مغز رت بالغ

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

The Value of Touch Preparation for Rapid Diagnosis of Brain Tumors as an Intraoperative Consultation

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

عجایب هفتگانه در پزشکی امروز

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

فلور روده می تواند از دیابت جلوگیری کند

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

ضددردها در مبارزه با سرطان پوست

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

ردپای پارکینسون در سلول های جدار روده

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

کلکسیون اختراعات

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■



سندرم پیش از قاعدگی را آسان کنیم

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

طب مکمل، آری یا نه؟!

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

زعفران، گل سلامتی

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

از دوستی با این دارو ها بترسید!

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

معرفی مرکز تحقیقات آناتومی

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

راهنمای نگارش "فهرست منابع" به سبک ونکوور

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

معرفی سایت

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

رویای طبابت در آن سوی مرزها

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

چشم ها به جای دست

عالی ■ خوب ■ متوسط ■ ضعیف ■

لطفا این فرم را به دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه تحویل دهید.