



فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
سال چهاردهم شماره ۲۸، ۲۹ پاییز و زمستان ۱۳۹۰

کنکاش



صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
علوم پزشکی کاشان

مدیر مسئول: جناب آقای دکتر سید علیرضا مروجی

سر دبیر: امیر اسدی

هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

امیر اسدی، محمد رضا انصاری، بهروز بهزادی، مسیح
تقی پور، مولود رایانی، ابوالفضل زاهدی، سمیه زمانی
فرد، جمال عباسی، محمد کرمی، علی مجاهدی،
حامد میرزایی، مهدی ولی پور

ویرایش: خاطره مینایی، مطهره طالبیان

صفحه آرایی و طراحی جلد: علی مجاهدی

سایر همکاران: سید حمید فلکی، مصطفی حاج
رضایی، مریم رمضانی، محمد امین تحویلیان، هانیه
حسن بیگی

با تشکر صمیمانه از: دکتر غلامعلی حمیدی، دکتر
سید علیرضا مروجی، دکتر حسین هوشیار، دکتر
محمد علی اطلسی

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.

سرمقاله..... ۲

مقالات علمی :

وقتی مدفوع نجات دهنده زندگی انسان ها می شود! ۴

آیا سرانجام آلزایمر هم مغلوب واکسن خواهد شد ؟ ۶

نخستین بیضه مصنوعی ۷

حلزون های دریایی و افزایش حافظه ۸

کلیه مصنوعی پوشیدنی جایگزین دیالیز ۱۰

اخبار علمی :

خداحافظ ترس از واکسن! ۱۴

با رایانه خود حرف بزنید ۱۴

از اسپیرین هم بترسید ۱۴

آب، التیام بخش بیماران MS ۱۵

از زخم خود احوالپرسی کنید! ۱۵

گرچه ها و امیدهای تازه برای درمان ایدز ۱۶

LSD به کاشف خود هم رحم نکرد! ۱۷

پاکت نامه هایی که قاصدین مرگند! ۲۱

آموزشی :

مقاله ISI چگونه ارزیابی می شود؟ ۳۱

تازه های نشر در دنیای پزشکی ۳۷

معرفی یک مجله پزشکی معتبر ۳۹


طب سنتی در ایران ۴۰

عسل، شیرین ترین آنتی بیوتیک ۴۳

نوبل پزشکی ۲۰۱۱ ۴۷

لیست همایش های پزشکی در ماه های آینده ۵۱

نظر سنجی ۵۵



سرمقاله

به نام خداوند بفرستنده مهربان

سلام به همه دوستان عزیز

فراوند متعال را سپاس که پس از پندی وقفه در چاپ فصلنامه، این بار فرصت بودن و همکاری با دوستان و دانشجویان عزیز دانشگاه علوم پزشکی کاشان را در قالب فصلنامه کنکاش در اختیار ما قرار داد. پس از مشورت های فراوان با اساتید محترم و نظرفواهی از دانشجویان عزیز، بخش های مختلفی را در زمینه های آموزشی، علمی، پژوهشی و ... آماده کرده ایم تا بتوانیم در بالا بردن سطح علمی دانشجویان نقش موثری ایفا کنیم. اکثر دانشجویان قبل از ورود به دانشگاه رویاهای زیادی در سر می پروراند، آنها دانشگاه را مملی می بینند که در آن راه برای فعالیت در زمینه های مختلف علمی پژوهشی فراهم است ولی پس از ورود به دانشگاه و مواجه با حجم زیاد مطالب ارایه شده، تمام رویاهای خود را فراموش کرده و فقط در کتب درسی غوطه ور میشوند. عدم معرفی پژوهش به عنوان رکنی از علوم پزشکی در دانشگاه نیز از دلایل دیگر این مشکل است.

ولی تعدادی از دانشجویان به دنبال راه های دیگری جهت اعتلای هر چه بیشتر علم و دانش فوایش هستند و راه پژوهش و کارهای تحقیقاتی را بر میگزینند، در این بین نقش اساتید به عنوان الگو و همپنین ترغیب دانشجویان به پژوهش بسیار کمک کننده فواهر بود.

کنکاش سعی دارد با یاری خدا و با همفکری شما دانشجویان عزیز گام‌هایی را جهت آشنایی و ترغیب دانشجویان به امر مهم پژوهش بردارد. معرفی مقالات، ژورنال‌های معتبر، دانشمندان، بیماری‌ها، روش‌های پیراهنی و درمان‌های پریر پزشکی، طب سنتی، سایت‌های پزشکی، فضا‌های رایج پزشکی و پرستاری، مسیر کشف بیماری‌ها و داروها و... از بخش‌هایی است که در این شماره و انشالله در شماره‌های بعد تدارک دیده خواهد شد.

در اینجا از تمام دوستانی که در تهیه این شماره به ما کمک کردند تشکر میکنیم، بی‌شک بدون کمک این دوستان تحقق این امر امکان‌پذیر نبود. علاقه‌مندان به همکاری در فصلنامه میتوانند به دفتر کمیته تحقیقات دانشگاه مراجعه کنند. در پایان تقاضا داریم با راهنمایی‌های سازنده خود به بهبود و پیشرفت فصلنامه کمک کنید. منتظر شماره‌های بعدی ما باشید.

با تشکر فراوان
سر دبیر فصلنامه کنکاش

وقته مدفوع نجات دهند زندگے انسان هاهے شود!

علی مجاهدی

Mojahedi.Ali@Gmail.com



References : www.wired.com

به ایدز منتقل کند و شرایط این بیماران را بحرانی کند، از او خواستند که در محل کار حاضر نشود.

چندین ماه، اوضاع به همین روال ادامه یافت، انواع رژیم‌های دارویی برای لارا تجویز می‌شد و هیچ کدام موثر واقع نمی‌شدند، موه‌های لارا شروع به ریزش کرد و عضلاتش تحلیل رفتند. تا تابستان سال بعد او ۱۸ کیلوگرم از وزنش را از دست داده بود و ناامید شده بود.

اینجا بود که او در اینترنت درمان‌های جایگزین را جستجو کرد تا اینکه به توضیحاتی در مورد یک شیوه درمانی خاص برخورد که در آن از هیچ دارویی استفاده نمی‌شد. این درمان عجیب، عبارت بود از «پیوند مدفوع»!

بله! اشتباه نخوانید! پیوند مدفوع یعنی قرار دادن مدفوع صاف و رقیق‌شده فردی با روده سالم در روده بزرگ یک بیمار!

این کار به این منظور انجام می‌شود که کلونی باکتریایی یک بیمار با یک کلونی تازه و متفاوت جایگزین شود.

لارا تا می‌پسوسن، ۲۶ ساله بود که زندگی‌اش عوض شد. در ابتدای سال ۲۰۰۸، او مقیم «ژد آیلند» بود و در یک پژوهشکده پیشگیری از ایدز کار می‌کرد که ناگهان دچار اسهال و استفراغ شد.

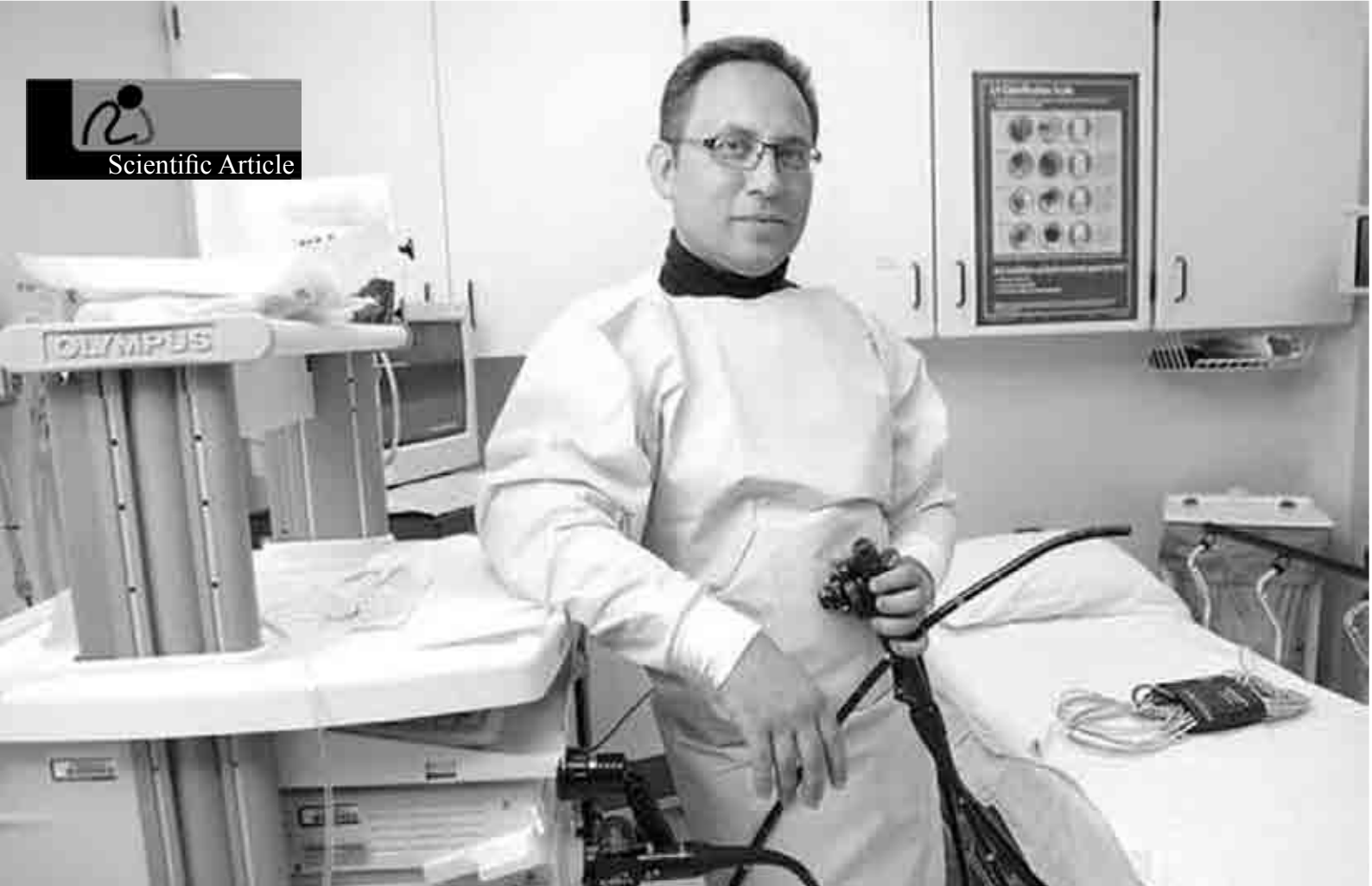
او در ابتدا فکر کرد که مبتلا به یک عفونت ویروسی ساده ی دستگاه گوارش شده یا نظم دستگاه گوارشش به خاطر استرس به هم ریخته و بنابراین تصور نمی‌کرد که مشکلش، بیش از چند روز ادامه پیدا کند.

اما این طور نشد و لارا در عرض سه هفته، ۸ کیلوگرم از وزنش کم شد. به خاطر اسهال شدید، مجبور بود هر لحظه که احساس دفع به او دست می‌داد به دستشویی برود و نمی‌توانست سر کارش برود.

وقتی او با یک پزشک مشورت کرد متوجه شد که مشکلش چیزی بیشتر از یک عفونت ساده ویروسی است. معلوم شد که دستگاه گوارش او با باکتری (*Clostridium difficile*) کلستریدیوم دیفیسیل آلوده شده است. به خاطر وجود مقاومت آنتی‌بیوتیکی، درمان عفونت با این باکتری دشوار است.

پزشکان، درمان او را با مترونیدازول آغاز کردند که آثار جانبی نامطلوبی مثل تهوع و تشدید سردرد میگرنی را در لارا در پی داشت و منجر به درمان او نشد. داروی بعدی که برای او تجویز شد، ونکومایسین بود که یک آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف محسوب می‌شود. این آنتی‌بیوتیک هم مؤثر واقع نشد و درمان با ونکومایسین باعث شد که عفونت قارچی هم بگیرد.

اوضاع برای لارا بدتر می‌شد و مسئولان محل کار او، از آنجا که می‌ترسیدند او عفونت را به بیماران حساس مبتلا



او از چیزهایی که پیدا کرده بود، پرینت گرفت و پزشکی را پیدا کرد که آشنا به این شیوه درمانی بود. این پزشک «کالین کلی»، یک متخصص بیماری‌های دستگاه گوارش بود.

در اواخر اکتبر سال ۲۰۰۸، پیوند مدفوع به صورت سرپایی روی لارا انجام شد. مثل یک کولونوسکوپی، لارا قبل از پیوند، داروهای ملینی استفاده کرد که روده‌اش را پاک کرد. همسر لارا هم دهنده مدفوع شد! تنها در عرض دو ساعت بعد از پیوند مدفوع، لارا حس کرد که بهتر شده است و با گذشت سه سال از این پیوند، دیگر او دچار عفونت مجدد با کلستریدیوم دیفیسیل نشده است.

روده بزرگ همه ما مملو از باکتری‌هایی است که با ما همزیستی دارند و بیماری‌زا نیستند، این باکتری‌های عرصه را برای رشد باکتری‌های بیماری‌زا تنگ می‌کنند. این جمعیت باکتریایی سودمند که به آنها فلورای نرمال روده بزرگ هم گفته می‌شود، تا زمانی که ترکیب طبیعی خود را داشته باشند، باعث مقاومت ما نسبت به عفونت با باکتری‌های مثل کلستریدیوم می‌شوند. اما هر زمان که به عللی این ترکیب طبیعی به هم بخورد، روده ما مستعد بیمار شدن با باکتری‌های بیماری‌زا می‌شود.

اینجاست که «پیوند مدفوع» معنی پیدا می‌کند. دهنده نمونه مدفوع بهتر است یک آشنای نزدیک بیمار باشد، مدفوع صاف شده حاوی فلور میکروبی دهنده است که می‌توان آن را به شخص انما کرد یا با یک لوله بینی-معدده وارد روده باریک شخص کرد.

البته پیوند مدفوع علاوه بر کاربرد درمانی در عفونت روده با کلستریدیوم در درمان بیماری کولیت اولسراتیو که شکلی از بیماری التهابی روده می‌باشد، هم کاربرد پیدا کرده است.

آیا سرانجام آلزایمر هم مغلوب واکسن خواهد شد؟

جمال عباسی اصل

AbasiJamal@Yahoo.com

References : www.Medicalxpress.com



یک واکسن که پیشرفت بیماری آلزایمر و انواع زوال عقل را کاهش می دهد توسط محققین انجمن مغز و حافظه دانشگاه سیدنی (BMRI) توسعه داده شده است.

این واکسن که پروتئینی به نام TAU را هدف قرار می دهد ، از تشکیل مداوم کلافه های نوروفیبریلری در مغز موش مبتلا به آلزایمر جلوگیری می کند.

این بیماری نورودژنریتیو (تخریب کننده عصبی) پیشرونده بیش از ۳۵ میلیون نفر را در سرتاسر جهان تحت تاثیر قرار داده است.

پروتئین تاو در زوال عقل جلو گیجگاهی (front temporal) نیز درگیر می شود، که این نوع زوال عقل دومین شکل شایع زوال عقل در افراد جوانتر از ۶۵ سال است.

پروفسور Lars Ittner از آزمایشگاه آلزایمر و پارکینسون می گوید: مطالعه ما برای اولین بار نشان می دهد که یک واکسن که پروتئین تاو را هدف قرار می دهد می تواند بر روی بیماری که شروع شده است موثر باشد. این واکسن به نظر می رسد که اثرات پیشگیرانه داشته باشد، به این صورت که به جای پاکسازی وضع موجود ، پیشرفت بیشتر کلافه های نوروفیبری را کاهش می دهد اما به گفته ی ایشان مکانیسم دقیق آن هنوز مشخص نشده است.

بر اساس گفته ی ایشان دانشمندان سال های زیادی روی واکسن هایی که پلاک های آمیلوئید را هدف قرار می دهد و کاربرد های کمی در کارآزمایی های بالینی دارند کار می کردند.

بسیاری از واکسن های دیگر که پروتئین تاو را هدف قرار می دهد تنها قبل و یا حول و حوش شروع بیماری در مدل های حیوانی تست شده بود، در صورتی که اکثریت افراد مبتلا به آلزایمر بعد از بروز علائم تشخیص داده می شوند. ایشان در حال حاضر با صنعت داروسازی آمریکا برای توسعه این واکسن جدید به منظور استفاده در انسان ها همکاری می کنند.

اگر چه راه درازی تا رسیدن واکسن به استفاده انسانی مانده است ، اما این نتایج اولیه بسیار امیدوارکننده و پاداشی بزرگ برای ساعات بیشماری است که توسط ایشان و تیمش صرف شده است.



نخستین «بیضه مصنوعی» با قابلیت تولید اسپرم ساخته می‌شود

علی مجاهدی

Mojahedi.Ali@Gmail.com

References : www.myhealthnewsdaily.com



دانشمندان امیدوارند با ساخت بیضه مصنوعی و تولید اسپرم با کمک سلول‌های بنیادی، مشکل ناباروری مردان را درمان کنند.

طی سال‌های اخیر تحقیقات فراوانی در خصوص تولید اسپرم در آزمایشگاه صورت گرفته بود، اما تنها سه چهارم از این فرایند در آزمایشگاه موفقیت آمیز بوده که محققان را ترغیب کرده برای تکمیل فرایند تولید اسپرم بیضه مصنوعی طراحی کنند.

دکتر «پاول تورک» از مرکز تحقیقات سانفرانسیسکو و همکارانش امیدوارند پس از تأمین بودجه لازم، ظرف پنج تا هفت سال آینده موفق به طراحی و ساخت بیضه مصنوعی شوند.

«تورک» در حال کار بر روی نمونه اولیه این وسیله است که پیش‌بینی می‌شود حدود هفت سال برای به ثمر رسیدن این تحقیق زمان لازم باشد.

طرح در نظر گرفته شده برای بیضه مصنوعی شامل یک کیسه استوانه‌ای چند اینچی است که در بازه زمانی ۷۰ روزه و پس از هر چرخه تولید اسپرم باید جایگزین شود.

ساخت بیضه مصنوعی نیازمند تولید سلول‌های اسپرم انسانی است؛ به همین منظور محققان از سلول‌های بنیادی جنینی غنی شده با ژن‌ها برای تولید اسپرم که قابلیت استفاده در روش لقاح مصنوعی (IVF) را دارند، استفاده می‌کنند.

محققان موفق شدند با این روش و با استفاده از سلول‌های بنیادی، موش‌های عقیم را درمان کنند.

پروفسور «کیل اوروینگ» محقق علم تولید مثل در دانشگاه پیتسبورگ این پروژه را بسیار بلند پروازانه می‌داند.

تاکنون هیچ تحقیقی برای بازسازی محل تولید اسپرم (بیضه مصنوعی) صورت نگرفته است و اوروینگ معتقد است نتیجه بخش بودن این روش تأثیر بسزایی در درمان ناباروری مردان خواهد داشت.

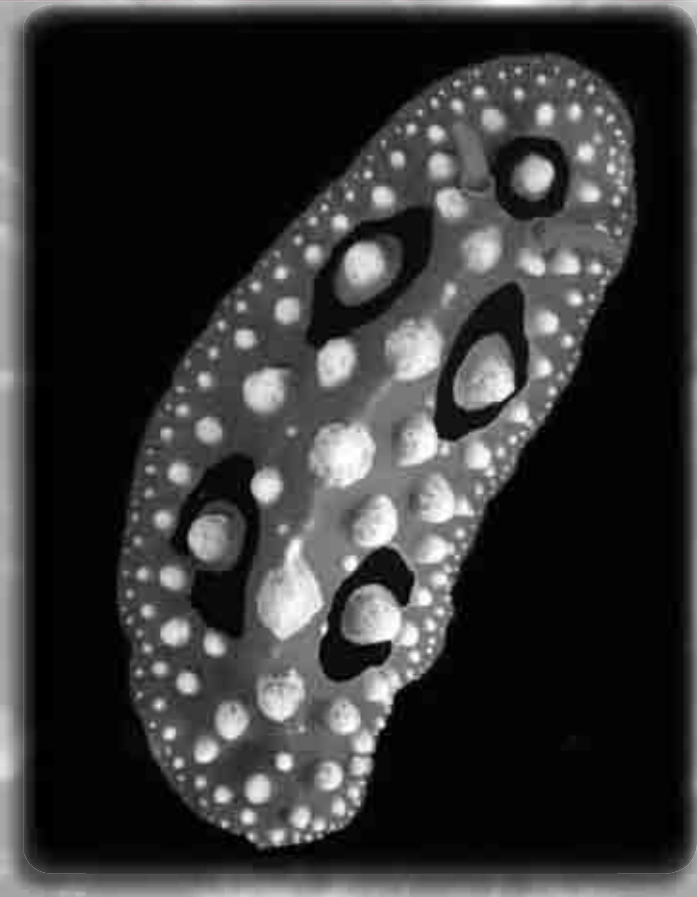
امیدها برای درمان ناباروری مردان با ساخت بیضه مصنوعی، درحالیست که سرطان بیضه، نقایص مادرزادی یا تروما منجر به ناباروری می‌شود.



حلزون های دریایه محققین را دریافتن راهی برای افزایش حافظه یاری می کند

حامد میرزایی
HamedMirzaee21@Yahoo.com

References : www.Medicalxpress.com



محققین در تلاش اند تا با بکارگیری گونه ای از حلزون های دریایی به نام *Aplysiacalifornica* به مبتلایان به اختلالات یادگیری کمک کنند.

حلزونی که در این تحقیق برای مطالعه عملکرد مغز به کار گرفته شده اشتراکات زیادی با دیگر گونه ها از جمله انسان دارد. در این تحقیق از حلزون برای درک یادگیری و حافظه استفاده شده است.

متخصصین اعصاب مرکز علوم بهداشتی دانشگاه تگزاس در هوستون از این مدل حیوانی برای آزمایش یک راهکار یادگیری نوین که در جهت کمک به بهبود حافظه طراحی شده بود استفاده کردند که نتایج امیدوار کننده ای نیز بدست آوردند.

پیامد این راهکار می تواند برای کسانی که در نتیجه کهولت، ضربه، آسیب های ناشی از ضربات مغزی یا مشکلات شناختی مادرزادی دارای اختلالاتی هستند مفید باشد. در گام های بعدی می توان حیوانات و سرانجام انسان را وارد مطالعه کرد.

این راهکار برای شناسایی تعداد دفعاتی که مغز در اوج یادگیری بود به کار گرفته شد که از طریق آن زمان بندی فصول یادگیری در طی این دوره های اوج تسهیل شد. نتیجه این کار افزایش قابل توجهی در حافظه بود.



بر پایه مطالعات پیشین که پروتئین های مرتبط با حافظه را شناسایی کرده بودند، محققین Uthealth مدل ریاضی طراحی کردند که زمان فعالیت این پروتئین ها را که همزمان با بهترین حالت یادگیری است به آنها نشان می دهد. در حال حاضر، زمان بندی فصول یادگیری بر اساس آزمون و خطا و تا حدودی اختیاری است. اگر موثر بودن مدل در مطالعات بعدی اثبات شود، می توان آن را برای شناسایی دوره هایی که پتانسیل یادگیری بالاست مورد استفاده قرار داد.

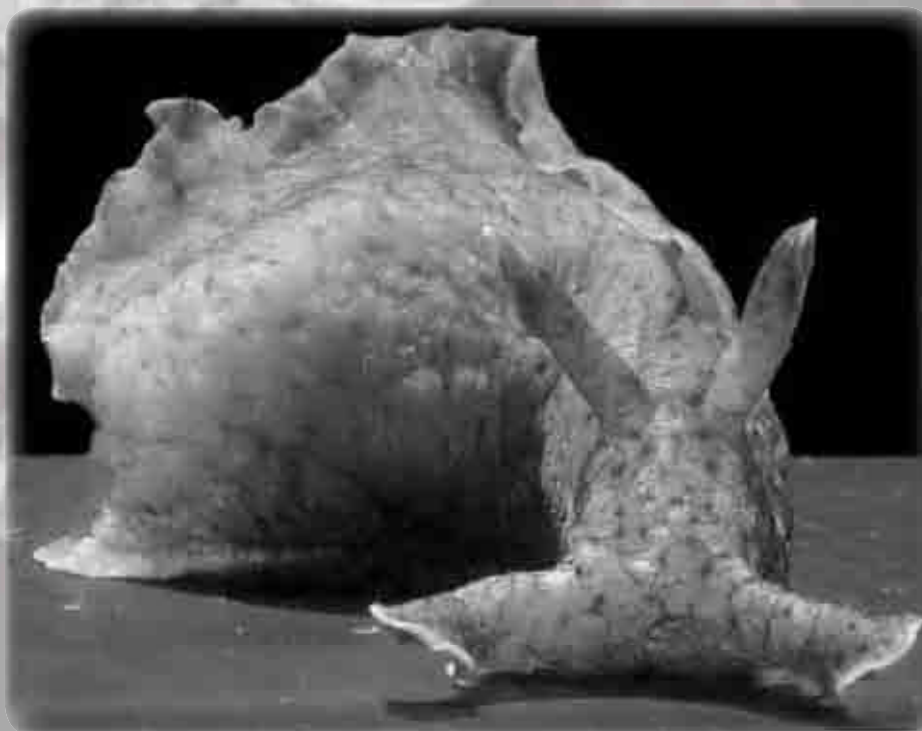
Byrne می گوید: «اگر یک دوره آموزش ایجاد کنید، چندین واکنش شیمیایی را فعال می کنید. چنانچه فصل دیگری را ایجاد کنید اثرات بیشتری را دریافت می کنید. هدف، ایجاد دوره ها به همراه یکدیگر است. ما راهی برای تنظیم دوره ها ی (فصول) یادگیری برای فعال کردن فرآیندهای بیوشیمیایی ایجاد کردیم»

دو گروه از حلزون ها پنج فصل یادگیری را دریافت کردند. گروه اول در فواصل نامنظم و طبق مدل ریاضی دریافت کرد و گروه دوم در فواصل منظم ۲۰ دقیقه ای دریافت کرد. پنج روز بعد از تکمیل فصول یادگیری، افزایش قابل توجهی در حافظه گروه اول مشاهده شد در حالیکه در گروه دوم هیچ افزایشی مشاهده نشد.

کامپیوتر از میان ۱۰,۰۰۰ ترکیب مختلف برنامه ای که ممکن است حافظه را افزایش دهد استفاده کرده بود.

محققین برای تایید یافته هایشان سلول های عصبی مغز حلزون ها را آنالیز کردند و دریافتند که آنهایی که برنامه آموزش بیشتری داشتند فعالیت بیشتری داشته اند.

این مطالعه امکان استفاده از روش های محاسباتی را برای کمک به طراحی برنامه های آموزشی که حافظه را افزایش می دهد نشان می دهد.





کلیه مصنوعی پوشیدنی ، جایگزین دیالیز

محمد رضا انصاری

MRAnsari_MD@Yahoo.com

References : Iranian Journal of Medical Engineering , August 2010



کلیه مصنوعی پوشیدنی

همانگونه که از نام دستگاه مشخص است، این کلیه به صورت پوشیدنی و به شکل یک کمربند یا جلیقه طراحی شده است. هردو انتهای کمربند، با چفت های کمربند معمولی مانند قلاب یا حلقه هایی، محکم به هم بسته می شوند.

این کمربند قسمت های زیر را در بر می گیرد:

بخش دیالیزر، شامل دو لوله یکی جهت انتقال خون از رگ ها به درون دستگاه و دیگری ارسال خون تازه به بدن.

- بخش جاذب
- پمپ ضربانی دوکاناله
- بخش پمپ اضافی
- میکرو پمپ های کمکی برای رساندن هپارین، منیزیم، کلسیم ، پتاسیم و سدیم کربنات
- بخش کنترل الکترونیکی که شامل یک میکروپروسسور (ریزپردازنده) و باتری هایی برای به کار انداختن دستگاه است.

حدود ۳/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به دلیل نارسایی مزمن کلیوی نیازمند دیالیز هستند. شمار معدودی از این بیماران تحت پیوند کلیه قرار می گیرند و کلیه اهدایی بسیار کمیاب است. بنابراین نیاز به دستگاهی مصنوعی جهت رفع نیاز بیماران کلیوی احساس می شود. کلیه ی مصنوعی پوشیدنی، خطر انتقال عفونت ناشی از دستگاه های همودیالیز را کاهش داده و از مراجعات مکرر به مراکز دیالیز جلوگیری می کند. علاوه بر این، طراحی منحصر به فرد آن به شکل یک کمربند یا جلیقه، راحتی بیمار و افزایش فعالیت های روزانه او را به دنبال دارد.

بیماران باید معمولاً سه بار در هفته به واحد دیالیز مراجعه کنند. با این حال انجام دیالیز، با محدودیت هایی نیز همراه است. دستگاه های دیالیزر موجود، سنگین و بزرگ هستند، باید به پریز برق متصل باشند، به تامین مداوم آب تازه برای روان نگه داشتن جریان دیالیز نیاز دارند و بیمار مجبور است ساعت های طولانی به این دستگاه پرزحمت و سنگین متصل باشد. بنابراین راه حلی اساسی مورد نیاز است تا علاوه بر افزایش زمان دیالیز، هزینه های جانبی و نیروی انسانی را نیز کاهش دهد. با توجه به معایب ذکر شده، نیاز مبرمی به دستگاه های دیالیز قابل حمل و پوشیدنی که بتواند به طور مکرر در ۲۴ ساعت شبانه روز و هفت روز هفته مورد استفاده قرار گیرد، احساس می شود. کلیه مصنوعی پوشیدنی اولین گام در دستیابی به دستگاه های تصفیه خون پوشیدنی است.

**بخش دیالیزر**

بیمار می تواند هرازگاهی با ضربات آهسته ای، مقدار اضافی دیالیت را به درون محفظه ای که برای مواد اضافی وغیرقابل استفاده در نظر گرفته شده است، خالی کند.

پمپ ضربانی دو کاناله

پمپی الکتریکی متشکل از دو پمپ است که ممکن است هر دو با یک موتور و یا با موتورهای جداگانه عمل کنند. این دو پمپ، توسط باتری قابل شارژ تغذیه شده و با استفاده از میکرو کنترلر می توان آن ها را با قابلیت های مختلفی از جمله: تنظیم حرکت پمپ ها، حجم جاری در آن ها به ازای هر حرکت، سرعت، شتاب، سرعت پمپاژ (تعداد چرخه پمپ در دقیقه)، فشار پمپ و... تنظیم کرد. این نوع پمپ ها، جریانی با سرعت ۱۵ میلی لیتر بر دقیقه را فراهم می کنند.

این بخش از ۴ دیالیزر تشکیل می شود که با استفاده از جریان خون بیمار دیالیزی، ناخالصی های خون بیمار را تصفیه می کند. مجموعه دیالیزرها که به شکل سری به هم وصل اند، از طریق پمپ معمولی، خون بیمار را وارد تیوب (لوله) ورودی و سپس تیوب خروجی می کنند. در طول دیالیز، دیالیت در جهت عکس جریان خون با استفاده از پمپی معمولی، پمپاژ می شود. هر دیالیزر، متشکل از مجموعه ای از فیبرهای توخالی، برای گردش خون است و مایع دیالیت در اطراف جداره های بیرونی فیبرهای توخالی و در خلاف جهت گردش خون درون فیبرها، به گردش و پمپاژ در می آید. جداره های بیرونی فیبرها، خلل و فرجی دارند که ناخالصی ها می توانند از طریق آن، از خون خارج و به دیالیت ریخته شوند.

لوله ورودی خون، دارای پورت جانبی است که از طریق آن، مایع ضد انعقاد، به خون پمپاژ می شود. مواد ضد انعقادی که عموماً در خون ریخته می شود شامل: هپارین، پروستاساکلین، هپارین کم وزن، هیدرودین و سدیم سیترات است.

بخش جاذب

در بخش جاذب، دیالیت مورد نظر از طریق تیوب دیالیت و از بخش دیالیزر، به سمت مجموعه ابزارهای جاذب حرکت می کند. سپس دیالیت، دوباره ساخته شده، در تیوب جریان یافته و به بخش دیالیزر بازمی گردد.



میکروکنترلر

دستگاه می شود. در مرحله بعد، واسطه گر فشارخون، میزان فشارخون ورودی را سنجیده و سیگنال آن را به میکروکنترلر می فرستد. سپس این خون توسط پمپ، پمپاژ می شود.



مخزنی که حاوی رقیق کننده خون یا ماده ضد انعقادی مانند هپارین یا دیگر ضدانعقادها قابل قبول است، به کمک یک میکروپمپ، به جریان خون متصل می شود. میکروپمپ، نوعی پمپ است که می تواند مقادیر میکروسکوپی را در هر دقیقه در جریان خون پمپاژ کند. میکروپمپ برای عملکرد خود بین ۱ تا ۵۰۰ میلی وات انرژی نیاز دارد. این میکروپمپ، محتویات اندازه گیری شده و مورد نیاز جریان خون را به طور مداوم یا غیر مداوم، برای جریان خون، که قبل از دیالیزر قرار دارد، فراهم می کند.

حس گر واسطه دیگری هم فشارخون جریان را بعد از ورود به پمپ خون و قبل از ورود به دیالیزر بررسی می کند و پس از خواندن اطلاعات، سیگنال آن را به میکروکنترلر می فرستد.

ابعاد دیالیزر ممکن است از ۲/۱ تا ۱ مترمربع از کل حجم دستگاه دیالیز باشد. در طول دیالیز، خون، در خلاف جهت جریان دیالیست جریان می یابد تا فرآیند دیالیز را به حداکثر برساند. پس از آنکه خون، دیالیزه شد، از دیالیزر خارج شده و به سمت سومین واسطه گر، جریان می یابد. این واسطه گر، سیگنالی را برای میکروکنترلر ارسال می کند. ترکیب هر سه واسطه گر اول، دوم و سوم، سنجش های فشار متفاوتی را فراهم می کند که توسط میکروکنترلر، تحلیل و بررسی می شوند.

میکروکنترلر (MC) می تواند وضعیت پمپ یا دیگر اطلاعات مربوط به پمپ ها را روی نمایشگر نشان دهد. کنترل کاربر دارای دکمه ها، سوئیچ ها، دستگیره ها، اتصال گر و بعضا گیرنده های مادون قرمز است که می تواند زمینه را برای کنترل دستگاه توسط خود بیمار، پرستار و یا تنظیمات کامپیوتری، فراهم کند. علاوه بر این، امکان دریافت تنظیمات و فرستادن اطلاعات از طریق پیچ یا دیگر راه های تلکامی نیز امکان پذیر است.

یک سنسور رطوبت نیز به طور الکترونیکی به میکروکنترلر متصل است که میزان و غلظت رطوبت موجود در پوشش یا سطح آن را تعیین می کند. پوشش و سطح دستگاه می تواند از موادی مانند پلاستیک، پلاستیک-پارچه یا سایر مواد مناسب باشد.

وجود رطوبت و غلظت در پوشش، می تواند بیانگر نشت مایعاتی مثل خون بیمار، مایع دیالیست و دیگر مایعات درگیر در دستگاه باشد. سنسور رطوبت به هنگام تشخیص وجود رطوبت، سیگنالی را به میکرو می فرستد و آلارم فعال می شود

عملکرد دستگاه

جریان خون بیمار، ابتدا از راه تیوب ورودی خون، وارد



گویای نشستی در دیالیزر، مسدود شدن آن یا هرگونه وضعیت دیگری است.

سنسور، در ارتباط الکتریکی با میکروکنترلر است. اگر سیگنال ارسال شده به آن نشان دهنده این باشد که فیلتر دوم، یعنی فیلتر زیرکونیوم، قادر به جذب بیشتر میزان آمونیاک موجود در دیالیز است، پس وضعیت آلارم، توسط میکروکنترلر، فعال می شود و این کاربر را متوجه می سازد که یک یا چند فیلتر (یا کارتریج) نیاز به تعویض دارند. حتی ممکن است وضعیت آلارم، دستگاه را هم خاموش بکند. کند شدن روند جریان، می تواند جذب بیشتر آمونیاک را در بخش فیلترهای جاذب، تسهیل و بیشتر کند.

بعد از عبور دیالیزت از دیالیزر و ترجیحاً قبل از ورود آن به کارتریج (های) فیلتر، دیالیزت همراه با آلودگی ها و سایر مایعات، می تواند از طریق والوی از دیالیزت خارج شده و وارد مایع مثانه شود. محل مایعات مثانه می تواند در حجم ۱/۱ تا ۲ لیتر، در قسمت پایین دستگاه تعبیه شود و سنسور مربوطه، هنگامی که ذخیره به حد از پیش تعیین شده رسیده باشد، با میکروکنترلر در ارتباط الکترونیکی قرار گرفته و وضعیت آلارم را فعال می کند.



برای مثال، اگر فشار جریان در دیالیزر، بالا باشد، به این معنی است که ممکن است، لخته ای در آن باشد، یا جریان زیادی در آن در حرکت است؛

در نتیجه ممکن است دستگاه به وضعیت آلارم درآید یا پمپاژ خون و سرعت و شتاب آن از طریق میکروکنترلر در قسمت کنترل، هماهنگ شود. اگر هم فشار جریان در دیالیزر پایین باشد، به این معناست که جریان نشستی دارد یا مقداری هوا در جریان خون است. در این صورت میکروکنترلر ممکن است کل یا بخشی از دستگاه را به خاطر وجود چنین مشکلاتی خاموش کند.

خون از طریق تیوب خروجی به بیمار باز می گردد. الکترولیت ها، داروها، ویتامین ها و دیگر مایعات را می توان از طریق ترکیب مخزن و میکروپمپ، قبل از وارد شدن خون به بدن بیمار، به آن اضافه کرد.

مایع دیالیزت تمیز و تازه، از فیلترهای جاذب و از طریق پمپ دیالیزت، به جریان دیالیزت وارد می شود. پمپ دیالیزت می تواند با سرعتی بین صفر تا ۱۵۰ میلی لیتر بر دقیقه جاری شود و میزان نرمال جریان در این دستگاه بین ۴۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر بر دقیقه است. از آنجا که این دستگاه به کمتر از یک لیتر دیالیزت نیاز دارد، استفاده از آب استریل یا هموژنیزه از نظر اقتصادی مقرون به صرفه خواهد بود.

دیالیزر، جریان دیالیزت را ترجیحاً برخلاف جهت خون، حرکت می دهد. در این حین، مواد آلوده و سموم موجود در خون، از جداره دیالیزر به دیالیزت وارد شده و به این ترتیب خون بیمار تصفیه می شود.

دیالیزت، پس از عبور از دیالیزر، به سمت مبدل فشار دیگری جریان می یابد که این بار در سمت خروجی دیالیزر قرار دارد و سیگنال مربوط به فشار دیالیزت را به میکروکنترلر ارسال می کند که



خدا حافظ ترس از واکسن!



محققان به تازگی واکسن آنفولانزایی ساخته اند که نیازی به تزریق به وسیله سوزن ندارد. این واکسنها که بر پایه DNA ویروس تهیه شده اند مستقیماً به سطح پوست اسپری میشوند این پروسه سریعتر و ایمن تر از واکسنهای نسل گذشته که بر پایه محیط کشت تخم مرغی ساخته میشدند، میباشد. با این روش جدید میتوان به راحتی از اپیدمیهای آنفولانزا پیشگیری کرد.

با رایانه خود حرف بزنید



فناوری جدیدی وجود دارد که به مغز انسان اجازه ارتباط مستقیم با رایانه میدهد. این وسیله میتواند به اشخاصی که قصد انجام چندین فعالیت مختلف با کامپیوتر را دارند خدمت بزرگی بکند و بدون داشتن ارتباط دستی با کامپیوتر بتوانند از برنامه های آن بهره گیرند. هم چنین برای اشخاصی که در کما و یا سایر اختلالات مغزی و حرکتی که توانایی ارتباط کلامی و حرکتی را از فرد سلب میکند میتوان به وسیله این دستگاه فعالیت امواج مغزی را ثبت و آن را تبدیل به داده های کامپیوتری نمود.

از آسپیرین هم بترسید



یک مطالعه جدید در اروپا نشان می دهد که مصرف آسپیرین روزانه در میان سالمندان خطر انحطاط ناحیه ماکولا را افزایش می دهد. آسیب زمانی رخ می دهد که هسته اصلی شبکیه چشم (ماکولا) در معرض نشد و یا خونریزی به علت رشد غیر طبیعی رگهای خونی قرار می گیرد. این آزمون بر روی نزدیک به ۴۷۰۰ مرد و زن بالای ۶۵ سال در نروژ، استونی، انگلستان، فرانسه، ایتالیا، یونان و اسپانیا انجام شده است. استفاده از آسپیرین بیش از ۱۷ درصد خطر انحطاط ماکولا وابسته به سن را نسبت به افرادی که از آسپیرین استفاده نمی کنند افزایش میدهد.



آب، التیام بخش بیماران MS



مالتیپل اسکلروز (MS) بیماری میلین زدای عصبی است. مطالعات متعدد گزارش کرده اند که طب مکمل و جایگزین می تواند اثرات مثبت در کاهش درد در این بیماران داشته باشد. در یک مطالعه ی مداخله ای اثر ورزش های آبی در کاهش درد و سایر علائم در بیماران مبتلا به MS بررسی شده است. در این مطالعه ، ۷۳ نفر بیمار مبتلا به MS به طور تصادفی به گروه شاهد و آزمون (گروه آزمون تحت ۴۰ دوره ی ورزش های آبی در استخر شنا و گروه کنترل تحت ۴۰ دوره تنفس شکمی و تمرین آرامش در اتاق درمان مورد بررسی قرار گرفتند). متغیرهای درد، ناتوانی، اسپاسم، افسردگی و خستگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج مطالعه کاهش معناداری از درد و پیشرفت های قابل توجهی در بهبود اسپاسم، خستگی و ناتوانی در گروه تحت هیدروتراپی نسبت به گروهی که در اتاق درمان بودند نشان داد.

از زخم خود احوالپرسی کنید!



محققین دانشگاه موناش (Monash University) ملبورن چسب زخمی هوشمند برای درمان زخم های مزمن ابداع کرده اند که قابلیت تغییر رنگ با توجه به وضعیت زخم زیرین خود دارد که قابلیت پایش و کنترل زخم را به متخصصین میدهد. فیبرهای حساس به حرارت تعبیه شده در این چسب زخم میتواند تغییرات دمایی کمتر از نیم درجه سانتیگراد را نیز نمایش دهد به این صورت که در وضعیت های منجر به افزایش دمای پوست همچون تب و عفونت رنگ چسب به آبی میل کرده و در حالت کاهش دما همچون لخته خونی و انعقاد به قرمزی میگردید و در حالت نرمال نیز فیبرها رنگ سبز را به نمایش میگذارند. چسب زخم هوشمند هم اکنون فاز تحقیقاتی خود را سپری می کند.



گره ها و امیدهای تازه برای درمان ایدز



Poeschlo پژوهشگر آمریکایی با تزریق ویروس حامل ژن Green Fluorescent Protein (پروتئین فلورسنت سبز) به جنین یا تخم حیوانات توانست گره های درخشان تغییر یافته ی ژنتیکی را تولید کند.

این روش اصلاح ژنتیکی ساده تر و کارآمد تر از تکنیک های شبیه سازی سنتی است و به تعداد کمتری از حیوان مورد نظر نیاز دارد.

ژن GFP از ستاره ی دریایی منشا میگیرد پروتئین حاصل از بیان این ژن یک پروتئین فلورسنت است که با فرکانس معینی از نور روشن میشود.

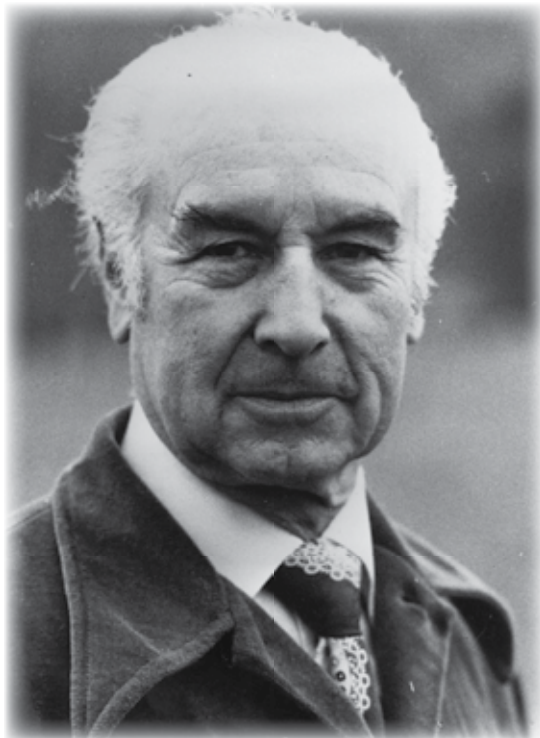
ویروس FIV (ویروس نقص ایمنی گربه) که یک ارتباط نزدیکی با ویروس HIV (ویروس نقص ایمنی انسان) دارد میتواند گره ها را مبتلا کند .

پروفسور Helen Sage و Bruce Whitelaw بیان کردند : استفاده از فن آوری های جدید که در این مقاله پیشنهاد شده است در گره ها یی که از طریق ژنتیکی اصلاح شده اند برای مطالعه ویروس FIV و مطالعه بیماری ایدز بسیار با ارزش است ، اما استفاده از گره اصلاح شده ژنتیکی به عنوان مدل برای بیماری های انسان محدود بوده و تنها توجیه این است که از مدل های دیگر برای مثال حیوانات آزمایشگاهی ، مانند موش و موش صحرائی استفاده شود. دکتر رابین لاول رئیس مرکز ژنتیک و شورای تحقیقات پزشکی موسسه ی ملی گفت گره ها گونه هایی از حیوانات هستند که حساسیت زیادی به ویروس ها دارند که قابلیت پاندمی شدن را با علایمی مشابه انسانی دارند .



احتمالاً این نشانه ها بیشتر بر اثر مصرف بیش از اندازه ی آکالوئیدهای سمی ارگوت و هیستری ناشی از ابتلا به گرفتاری های زمین گیر کننده ی آن بود، نه خود اسید لایسرژیک. وقتی آلبرت هافمن، شیمیدان سوئسی که برای آزمایشگاه های شرکت ساندوز در شهر بال کار می کرد ، گروه دی اتیل آمید را به اسید اضافه کرد، این ماده ویژگی های مخوف خود را به دست آورد. هافمن مشغول بررسی اسید لایسرژیک و ترکیبات آن بود تا شاید دارویی برای درمان سردردهای میگرنی یا مهار خونریزی های بعد از زایمان ابداع کند.

آنچه در زیر می خوانید حکایتی از تجربه های هافمن در ضمن این پژوهش است که از دفترچه ی خود او استخراج شده است و دکتر سیدنی کوهن در « سرگذشت ال اس دی در ورای درون » نقل کرده است:



کشف ماده توهم زای اسید دی اتیلیک آمید لایسرژیک (LSD) از وحشتناک ترین سرگذشتهایی است که در تاریخ پزشکی ثبت شده است .

LSD از اسید لایسرژیک بدست می آید ، این اسید به همراه تعداد زیادی آکالوئید سمی دیگر در قارچ ارگوت یافت می شود. که برخی اوقات در فصول مرطوب سال در کشتزارها رشد می کند. از اسپانیا گرفته تا روسیه قرن ها بود که این قارچ عده ای را که از روی نادانی یا گرسنگی از نان پخته شده که از آرد فاسد استفاده می کردند، مبتلا می کرد. انقباض شدید رگ های خونی باعث قانقاریای اندامها می شد. این بیماری را «آتش قدیس آنتونی» می نامیدند، چون قربانیانش این احساس بسیار ناخوشایند را داشتند که گویی پوستشان در حال آتش گرفتن است، انگشتان سیاهشان سوخته به نظر می رسید و برای نجات خود به معبد قدیس آنتونی پناه می آوردند. در قرون وسطی گزارش شده بود که خوردن آرد فاسد چاودار باعث سقط جنین، اختلالات بینایی و کمبود عقل می شد، که به دیوانگی های همه گیر می انجامید.



سرگذشت LSD:

داشته باشند. مصمم شدم مسئله را دقیقتر بررسی کنم و با اسید دی اتیل آمید لایسرژیک بلوری بر روی خود آزمایش انجام دهم. اگر واقعاً این ماده علت آن بود، باید در مقادیر اندک هم فعال باشد، بنابراین تصمیم گرفتم با مقدار بسیار ناچیزی شروع کنم که در مقادیر معادلی از ارگوتامین یا ارگونوین هم اثر داشته باشد.»

بنابراین هافمن ۲۵۰ میکروگرم [۰/۰۰۰۲۵ گرم] اسید دی اتیل آمید لایسرژیک مصرف کرد. پس از ۴۰ دقیقه در خود متوجه نوعی سرگیجه ملایم، بی قراری، عدم تمرکز، اختلال بینایی و خنده بی اراده شد. در اینجا نوشته های دفترچه آزمایشگاه به پایان می رسند، و کلمات آخر با دشواری بسیاری نوشته شده اند.

بعدها در شرح ماجرا چنین ادامه می دهد:



«جمعه ی پیش، ۱۶ آوریل [۱۹۳۸]، مجبور شدم کارم را در آزمایشگاه رها کنم و به منزل بروم چون به نحو غریبی احساس خستگی و سرگیجه داشتم. همین که به خانه رسیدم، دراز کشیدم و گرفتار سردرد ناراحت کننده ای شدم که با تخیلات بسیاری همراه بود. در حالتی خلسه مانند با چشمانی بسته (نور آفتاب برایم به طور ناخوشایندی خیره کننده بود) تصاویری عجیب و فوق العاده واضح دیدم که با حرکت درهم ریخته ی رنگ های تند که مدام به دورم می چرخیدند، همراه بود. پس از دو ساعت این حالت بر طرف شد.»

هافمن حدس زد که شاید احساسات عجیبش ناشی از بلع یا استنشاق تصادفی مقدار ناچیزی از نوعی ماده ی شیمیایی در آزمایشگاه باشد. در ادامه تعریف می کند:

«اما آن جمعه تنها مواد غیرعادی که با آنها تماس پیدا کرده بودم د- اسید لایسرژیک و اسید دی اتیل آمید ایزولایسرژیک بودند. مشغول آزمایش روش های مختلفی بودم تا از راه تغلیظ، این ایزومرها را تخلیص کنم و نیز راهی برای تجزیه آنها بیابم. در یک آزمایش مقدماتی موفق شدم چند میلی گرم اسید دی اتیل آمید ایزو لایسرژیک که به سهولت حل میشد به شکل تارتارات (نمک واسید تارتاریک) تهیه کنم. اما هیچ فکر نمی کردم این قدر جذب بدنم شده باشد که حالت یاد شده را ایجاد کند، به علاوه به نظر نمی رسید که این نشانه ها با نشانه های مصرف ترکیبات گروه ارگوتامین ارگونوین شباهتی



دارو، حالم به نحو چشمگیری بهبود یافته بود. اختلال حواس هنوز پابرجا بود. همه چیز موجدار به نظر می رسید. و تناسب قسمت های مختلفشان مثل هنگامی که تصویرشان بر سطح آب متحرک منعکس شده باشد، به هم ریخته بود همه چیز عمدتاً به رنگ های ناخوشایند زهرگونه سبزی می یافت. در حالی که چشمانم بسته بود تصاویر عجیب چند رنگی که مدام تغییر شکل می دادند، مرا در بر گرفتند. از همه جالب تر این که صداها بر احساسات بینایی منطبق می شدند، به طوری که با هر صدا و نوایی، تصویری رنگین القا می شد، که شکل و رنگش به صورتی درهم تغییر می یافت.»



«از دستیار آزمایشگاهم خواستم مرا تا منزل همراهی کند، چون گمان می کردم وضع سیری نظیر آنچه جمعه گذشته اتفاق افتاد داشته باشد. اما در راه منزل (مسیری ۶/۵ کیلومتری، که به دلیل جنگ وسیله نقلیه ای جز دوچرخه در دستم نبود)، نشانه ها با شدتی بسیار بیشتر از بار اول ظاهر شدند. بسیار برایم دشوار بود که مفهوم حرف بزمن و میدان دیدم مثل بازتاب آینه های ناهموار پارک های تفریحی، افت و خیز و اختلال داشت. این احساس را نیز داشتم که اصلاً حرکت نمی کنم، در حالی که دستیارم بعداً به من گفت که به سرعت رکاب می زدم.

تا جایی که به خاطر دارم، وقتی پزشکان سر رسیدند، دوره اوج بحران گذشته بود؛ این مدت با نشانه های زیر مشخص می شد: سرگیجه، اختلالات بینایی، تصویر افراد حاضر به نقاب های رنگین زشتی می مانست و تناوب بین برآشفستگی شدید و فلج نسبی، سردی و بی حسی سر، تنه و اندامها؛ طعمی فلزی بر سر زبان؛ خشکی و چروکیدگی حلق؛ احساس خفگی؛ تناوب بین اختلال حواس و شناخت کامل نسبت به محیط اطراف؛ برخی اوقات هم بیرون خود ایستاده بودم و همچون شاهدی بی تفاوت صدای خود را در حال زمزمه اصطلاحات یا سردادن جیغ های دیوانه وار می شنیدم.

دکتر نبض نسبتاً ضعیفی در من لمس کرد، اما گردش خون به طور کلی طبیعی بود. شش ساعت پس از مصرف



پس از آنکه هافمن شب به طور کامل استراحت کرد، روز بعد حالش کاملاً خوب شد، اما احساس خستگی می کرد. مصرف تصادفی « ال اس دی » به دست این شیمیدان تیزبین سرآغاز یک رشته تحقیقات در زمینه اختلالات ذهنی ناشی از موادشیمیایی بود که به تمام مراکز پژوهشی روان پزشکی سرایت پیدا کرد. کشف ال اس دی پیامدهای مهم دیگری هم داشت؛ این اکتشاف نشان داد که گاه مواد شیمیایی در مقادیر بسیار اندک باعث دگرگونی هایی ذهنی می شوند که به روان پریشی هایی که به طور طبیعی اتفاق می افتند شباهت دارند. همین باعث شده است علاقه ای به شیمی دستگاه عصبی، بخصوص ناقلان شیمیایی پیوندگاهها (سیناپس ها)، که مواضع ارتباط یافته های عصبی هستند، برانگیخته شود؛ همچنین امکان آن را فراهم آورد که بتوان فرایند های ذهنی طبیعی و غیرطبیعی را در آزمایشگاه مورد مطالعه قرار داد .

گرچه مشتقات متعددی از اسیدلایسرژیک که اثر توهم زا داشته باشند تهیه شده اند، اما هیچ یک به اندازه « ال اس دی » نیرومند نیست. گروه های شیمیایی کاملاً جدید و متفاوتی نیز یافت شده اند که آثار روانی مشابهی دارند. اگر روزی فرا رسد که شیمی بیماری های ذهنی تا حدی روشن شود، مرهون تجربیات تصادفی و وحشتناک آلبرت هافمن خواهد بود.



پاکت نامه های که قاصدین مرگند!

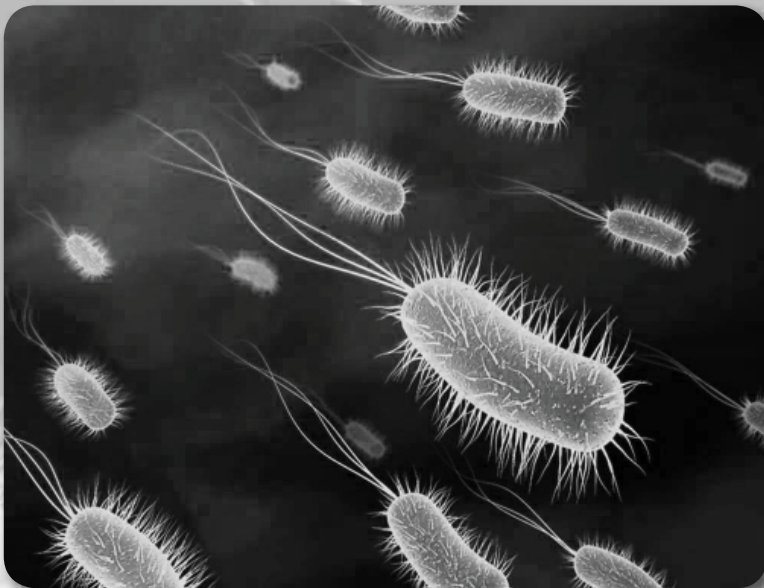
بهرز بهزادی
BehBehzadi@Yahoo.com

References : www.emedicinehealth.com

سیاه زخم یک بیماری عفونی و قابل انتقال بین انسان و حیوان می باشد. مخزن این بیماری در دام (عمدتاً گوسفند، بز و گاو) بوده و با مرگ و میر بالا و سریعی همراه است. انسان به صورت اتفاقی در صورتی که در معرض تماس با دام آلوده، پوست، پشم و فرآورده های آن قرار گیرد یا از گوشت آلوده استفاده نماید و یا در هوای آلوده به اسپور تنفس نماید به بیماری مبتلامی شود.

بیماری سیاه زخم یک بیماری عفونی حاد است که توسط باسیلوس آنتراسیس ایجاد می شود. شیوع این بیماری در عموم حیوانات وحشی و اهلی مانند گاو، گوسفند، بز، شتر و گوشتخواران اتفاق می افتد. بیماری می تواند به انسانهایی که با حیوانات آلوده و یا بافت آلوده حیوانی سروکار دارند، سرایت کند. میکروب این بیماری می تواند به عنوان سلاح بیولوژیک مورد استفاده قرار گیرد و تولید آن نسبتاً آسان است، لذا در حال حاضر از اهمیت خاصی برخوردار شده است. پخش گسترده پاکتهای حاوی عامل این بیماری در آمریکا نگرانی هایی را در کل دنیا به وجود آورده است.

گفتنی است بیماری سیاه زخم عموماً در مناطق کشاورزی و در بین حیوانات شیوع می یابد. انسان نیز در تماس با حیوان آلوده و یا محصولات به دست آمده از حیوان آلوده، به بیماری مبتلا می شود.



کارگرانی که با حیوان مرده و یا محصولات به دست آمده از حیوان مبتلا سروکار دارند، احتمال ابتلا به سیاه زخم برای آنها زیاد است این گونه آلودگی به سیاه زخم صنعتی مشهور است. انتقال بیماری سیاه زخم به سه شکل پوستی، تنفسی و گوارشی است.

اسپور این باکتری قادر است سالها در خاک باقی مانده و حیوانات را از این طریق آلوده کند. انسان در تماس با این حیوانات آلوده شده و بیمار می شود. همچنین از طریق خوردن گوشت‌های آلوده نیز به فرم گوارشی بیماری مبتلا می گردد. چنانچه اسپور این بیماری از طریق هوا وارد مجاری تنفسی شود، فرم تنفسی سیاه زخم ایجاد می شود.

تاریخچه:

در آثار باقیمانده از مصر باستان به این بیماری اشاره شده است و نشانه‌های بالینی سیاه زخم را از سالهای بسیار قدیم می‌شناخته‌اند.

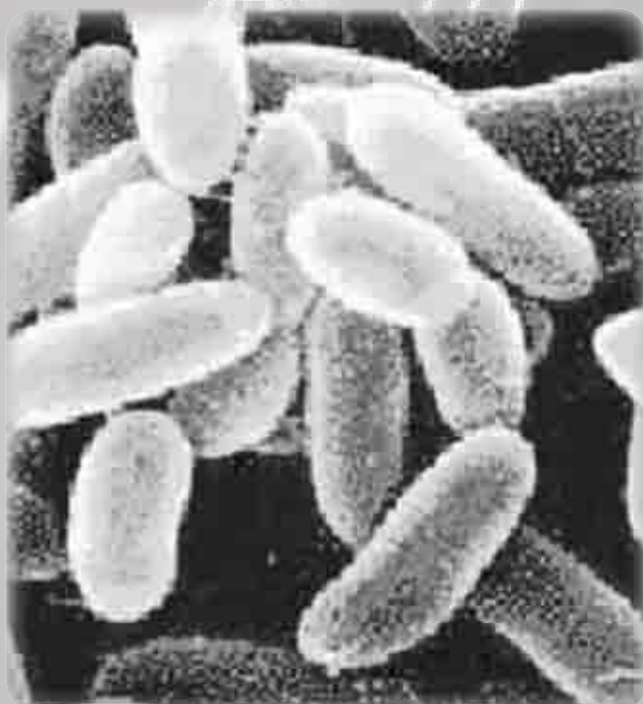
«داوین» میکروب این بیماری را در سال ۱۸۴۹ میلادی برای نخستین بار از خون گوسفندی که از سیاه‌زخم تلف شده بود بدست آورد.

در سال ۱۸۷۷ میلادی «رابرت کخ» نیز توانست آن را کشت دهد.

عامل بیماری:

عامل این بیماری نوعی باکتری به نام «باسیلوس آنتراسیس» می‌باشد. هاگ باکتری بر اثر جوشاندن در مدت ۱۰ دقیقه کشته می‌شود. عامل بیماری قادر است که سالها (حتی تا بیست سال) در خاک و فرآورده‌های دامی زنده بماند که این خاصیت، عامل مهمی در انتشار بیماری به حساب می‌آید.

شکل و خصوصیات باکتری:



باکتری میله‌ای شکل و غیرمتحرک و دارای کپسول بوده و هوازی - بی‌هوازی اختیاری است از خصوصیات مهم این جنس یعنی باسیلوس‌ها و این باکتری، تولید هاگ یا اسپور است به همین دلیل، مقاومت محیطی زیادی دارند و اکثراً در آب هوا و بخصوص خاک حضور دارند.



مقاومت باکتری:

فرم رویشی و جوانه زده‌ی باکتری، مقاومتی همانند مقاومت سایر باکتری‌های بدون هاگ دارد یعنی حساس است و در گرمای ۶۰ درجه و مواد ضد عفونی کننده‌ی عادی، بزودی از بین می‌رود ولی هاگ یا اسپور آن سالها در شرایط عادی باقی می‌ماند و پس از این مدت اگر در شرایط مناسب قرار گیرد به فرم رویشی تبدیل می‌شود. گزارش‌های مختلفی از دوام هاگ این باکتری وجود دارد بطوریکه بقای آن را در طبیعت تا ۶۰ سال گزارش کرده‌اند.

عواملی که باعث هاگ گذاری، تبدیل هاگ به فرم رویشی و تبدیل فرم رویشی به هاگ می‌شود، موجب بقای باکتری است که در این مورد می‌توان به وجود زمین‌های قلیائی و حاوی آهک و مقداری ازت در اثر نباتات گندیده (که این مناطق به مناطق گرمخانه‌ای موسوم هستند) و همچنین فصول بارانی و خشکسالی‌های پی در پی و گرمای بیش از ۱۵ درجه اشاره کرد که تناوب تبدیل هاگ به فرم رویشی و بالعکس را تامین می‌کند (این تبدیلات بطور استثناء در هاگ این باکتری وجود دارد یعنی با مساعد شدن شرایط به فرم رویشی تبدیل می‌شود و با نامساعد شدن شرایط، مجدداً به شکل هاگ برمی‌گردد).

اسپور باکتری در دمای ۱۲۰ درجه سانتیگراد در تحت فشار در اتوکلاو به مدت ۱۵ دقیقه از بین می‌رود. عوامل دیگری که در از بین بردن هاگ این باکتری موثر است: گرمای خشک ۱۴۰ درجه به مدت بیش از ۳ ساعت، محلول ۱۰ درصد فرمالین در دمای ۴۰ درجه به مدت ۱۵ دقیقه (اما در دمای کمتر مدت زمان بیشتری مورد نیاز است)، محلول ۵ درصد سود سوزآور. اما نور آفتاب و گندیدن لاشه بر هاگ باکتری اثر کمی دارد.





حساسیت:

در دام ها در شرایط طبیعی، تمام علفخواران نسبت به این بیماری حساسیت زیادی دارند. نشخوارکنندگان بویژه گوسفند، گاو و بز بسیار حساس می‌باشند و در صورت ابتلا بیماری بیشتر به شکل فوق حاد بوده و تلف می‌شوند. حساسیت دام‌های تک‌سمی نیز زیاد است اما از نظر حساسیت بعد از نشخوارکنندگان قرار دارند.

گوشتخواران حساسیت کمی دارند و بطور استثناء ممکن است مبتلا شوند. پرندگان به این بیماری مقاومت دارند به استثنای شترمرغ که حساس است. نژاد در حساسیت دام‌ها موثر است بطوریکه گوسفندان آفریقا نسبت به سایر نژادها مقاومت بیشتری به شاربین دارند همچنین حیوانات مسن بدلیل ایمنی اکتسابی و تدریجی بیش از حیوانات جوان مقاومت دارند.

انسان به بیماری شاربین حساس بوده و با تماس با حیوانات مبتلا و یا فراورده‌های آلوده به این بیماری مبتلا می‌شود.

راه انتقال و انتشار باکتری و بیماری:

بیماری شاربین در انسان در نتیجه تماس مستقیم با حیوانات بیمار و یا فراورده‌های حیوانات مثل پوست، مو و پشم ایجاد می‌شود بنابراین دامپزشکان، دامداران، میکروب شناسان، کشاورزان، چوپانان، کارگران کشتارگاه‌ها و کارگرانی که در صنایع پوست و پشم کار می‌کنند بیشتر در معرض ابتلاء به این بیماری هستند. در حیوانات میکروب شاربین بطور مستقیم از حیوان آلوده به حیوان سالم منتقل نمی‌شود بلکه میکروب در بافت‌های حیوانات مبتلا وجود داشته و کمی قبل از مرگ از راه ترشحات مختلف به خارج دفع می‌شود. همچنین اگر لاشه حیوانات تلف شده کالبدگشایی شود و یا در دسترس پرندگان و یا حیوانات شکاری قرار گیرد، ممکن است بطور وسیع و خطرناکی میکروب را در خاک پراکنده کند.



بنابراین انتشار میکروب در یک منطقه ممکن است بوسیله‌ی جریان آب، حشرات، سگ‌ها و سایر گوشتخواران، پرندگان وحشی و یا مدفوع دام‌های مبتلا تامین شود. ورود عفونت به یک منطقه غیرآلوده همواره بوسیله مواد آلوده حیوانی مانند پودر استخوان، کود، پوست، روده، پشم و مواد کنسانتره و یا علوفه آلوده صورت می‌گیرد.



میکروب شاربن در انسان و حیوان ممکن است از راه خراش‌های پوستی، راه گوارشی و یا از طریق تنفس ایجاد آلودگی نماید. گرچه در بیشتر مواقع طرز ایجاد آلودگی به درستی معلوم نیست اما غالباً تصور می‌شود که دام‌ها در نتیجه خوردن غذاها و یا آب‌های آلوده مبتلا می‌شوند و در انسان میکروب بیشتر از راه خراش‌های پوستی وارد بدن می‌شود ولی ندرتاً ممکن است از راه مخاط دستگاه تنفس و یا گوارش افراد را مبتلا کند. بنابراین بسته به راه ورود میکروب سه نوع شاربن ایجاد می‌شود: شاربن پوستی، شاربن تنفسی و شاربن گوارشی.

بیماری‌زایی:

باسیلوس آنتراسیس از طریق تولید توکسین به میزبان حمله می‌کند. بطور دقیقتر، بیماری‌زایی باسیلوس آنتراسیس به دو عامل مربوط است: کپسول و توکسین. به این ترتیب که کپسول، باکتری را در برابر فاگوسیت‌ها و سایر عوامل دفاعی غیراختصاصی بدن محافظت می‌کند و توکسین که از سه جزء مهم پروتئینی تشکیل شده است در حفاظت از باکتری، ایجاد ادم و کوشتن سلول‌های میزبان نقش ایفا می‌کند.

بیماری در انسان به شکل شدیدتری ایجاد گردیده و مرگ ناشی از آن غیر معمول نیست. در انسان بیماری به سه شکل اصلی مشاهده می‌گردد (که بستگی به چگونگی ورود باسیل و جایگزینی آن دارد):

۱ - شاربن جلدی (سیاه زخم):

حدود ۹۵ تا ۹۸ درصد از موارد بیماری انسان را شامل می‌گردد. باکتری از طریق بریدگی یا خراش در پوست وارد می‌شود (در پوست سالم قابل نفوذ نیست). در طول دوره کمون ۱ تا ۷ روز (غالباً ۲ تا ۵ روز) عامل بیماری رشد و تکثیر نموده و توکسین تولید می‌نماید که باعث ایجاد پاپول کوچک رو به پیشرفت می‌گردد. معمولاً این جراحت قرمز رنگ بوده، به جوش کورک مانند یا گزش عنکبوت شباهت دارد و ممکن است خارش نیز داشته باشد.

با پیشرفت بیماری جراحت اولیه تبدیل به تاول مملو از مایع می‌گردد. تاول‌های دیگری نیز ممکن است در نزدیک جراحت اولیه ظاهر شود. مایع تاولی که در ابتدا روشن بوده به رنگ تیره و سیاه متمایل به آبی در می‌آید. هنگامی که تاول پاره شود، نکروز در مرکز جراحت شروع شده و به اسکار سیاه تبدیل می‌گردد. جراحت معمولاً بدون درد می‌باشد مگر اینکه تحت فشار قرار گیرد.

همزمان با تشکیل اسکار ممکن است علائم عمومی خفیفی شامل بی‌قراری و بالا رفتن درجه حرارت بدن بروز نماید.



شایعترین محل عفونت شاربن جلدی، سر و ساعد است.

۱ - شاربن مننژی: ممکن است به دنبال اشکال دیگر بیماری بویژه شکل جلدی اولیه عفونت اتفاق افتد. این شکل عفونت تقریباً در ۵ درصد مبتلایان به شاربن جلدی گزارش شده است. در این شکل از بیماری بدون توجه به درمان میزان مرگ و میر ۱۰۰ درصد است.

۲ - شاربن تنفسی: استنشاق اسپوره‌های زنده و جایگزینی آنها در آلوئل‌های (بافت‌های) ریوی منجر به ایجاد شاربن تنفسی می‌گردد. اسپورها بعد از انتقال به غدد لنفاوی رشد کرده، تکثیر پیدا می‌کنند و توکسین تولید می‌نمایند. توکسین و باکتری از طریق مجاری لنفاوی وارد جریان خون شده توکسمی و باکتری می‌سریعا کشنده را باعث می‌شوند.

۳ - شاربن گوارشی: شاربن گوارشی در نتیجه مصرف بافت آلوده حیوانات تلف شده از شاربن به وجود می‌آید.

علائم بیماری شاربن گوارشی به فاصله ۲ تا ۵ روز پس از مصرف گوشت آلوده تظاهر می‌یابد. علائم اولیه تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، تب، درد شکم و گاهی اوقات اسهال خونی می‌باشد. سیاه زخم جلدی در پوست انسان سیاه زخم پوستی: معمولاً در مناطقی از پوست دست و بازو که بیشتر در معرض تماس با آلودگی هستند روی می‌دهد (پوست صورت و گردن هم با شیوع کمتری گرفتار می‌شوند).

علائم:

ضایعه معمولاً با ایجاد جوش بی‌درد در محل ورود میکروب آغاز می‌شود که به سرعت گسترش می‌یابد و به قرصه‌ای که اطراف آن را طول‌های کوچک احاطه کرده‌اند منجر می‌شود و به نکرور قرمز تیره و سیاه رنگی تبدیل می‌شود (در مرکز زخم یک اثر و جاماندگی از زخم سیاه رنگ بوجود می‌آید). این ضایعه قطر ۱ تا ۳ سانتیمتری داشته و به آن پوسچول بدخیم (malignant pustule) می‌گویند. در اثر زهرا به میکروب خیز و ادم وسیع، بزرگ شدن عقده‌های لنفاوی (لنفادنوپاتی)، تب، بی‌حالی و نیز سر درد هم ممکن است دیده شود. بیماری در اکثر موارد خودبخود محدود شده و بهبودی حاصل می‌شود اما موارد درمان نشده می‌تواند به باکتری می Bacteremia یا وجود باکتری در گردش خون، مننژیت و مرگ منجر شود و این تلفات در اینگونه افراد حدود ۲۰ درصد است. این بیماری در مناطق استوایی شایع‌تر است.

۲- سیاه زخم تنفسی یا ریوی:

در انسان که بیماری پشم ريسان هم خوانده می‌شود در اثر استنشاق اسپورها ایجاد می‌گردد که در ابتدا آثاری شبیه به سرماخوردگی دارد ولی بزودی به بیماری شدید ریوی و پنومونی تهدید کننده تبدیل می‌شود. میزان تلفات در این شکل بیماری حتی افرادی که تحت درمان دقیق قرار می‌گیرند زیاد است چون زمانی به بیماری مظنون می‌شوند که جراحات قابل ترمیم نیست.



علائم:

تب، سرفه‌ی خشک، احساس ناراحتی در پشت جناغ سینه و نهایتاً تنگی نفس حاد، تعریق و سیانوز. پرده جنب ریه هم درگیر می‌شود و پس از آن تجمع مایع خونی در فضای پلور (فضای بین دو پرده جنب) روی می‌دهد. بیماری به سرعت پیشرفت می‌کند و در عرض ۲۴ تا ۳۶ ساعت شوک، افت دمای بدن و مرگ رخ می‌دهد.

۳- سیاه‌زخم گوارشی:

در اثر مصرف گوشت آلوده ایجاد می‌شود.

علائم:

بصورت یک التهاب دستگاه گوارش (گاستروانتریت) حاد تظاهر می‌یابد. تب شدید، نفخ شکم، دل‌درد و همچنین استفراغ خونی و اسهال خونی هم ممکن است دیده شود و نهایتاً به مرگ منجر می‌شود.

تشخیص:

تهیه گسترش و دیدن باسیل‌های گرم مثبت و بزرگ که بصورت زنجیره‌ای قرار گرفته‌اند. اسپورها معمولاً در گستره‌های بدست آمده از ترشح زخم دیده نمی‌شود. آزمایشات سرولوژی مفید نیستند.

علائم بیماری در حیوانات:

علائم این بیماری در حیوانات ممکن است به سرعت اتفاق بیفتد؛ حیوان ممکن است دچار لرزش عضلانی، تنگی نفس و پرخونی مخاط گردد و به فاصله کوتاهی این علائم با کلاپس و سپس مرگ خاتمه یابد. همچنین به دنبال تلف شدن

حیوان ترشح خون از منافذ طبیعی بدن شامل: مقعد، واژن، بینی، دهان و حتی از چشم‌ها و گوش‌ها جاری می‌گردد.

از علل خونریزی آزاد شدن توکسین از ارگانیسم و ممانعت از انعقاد خون می‌باشد.

در شکل حاد بیماری ممکن است نشانه‌هایی تا ۴۸ ساعت قبل از مرگ حیوان مشاهده گردد که شامل افسردگی، بی‌حالی و سستی، بی‌اشتهایی، تب، تنفس عمیق و سریع، افزایش ضربان قلب، پرخونی پرده‌های مخاطی و قطع نشخوار می‌باشد.





در گاو سقط جنین و کاهش مقدار شیر نیز مشاهده می‌شود.

شکل تحت حاد یا مزمن: چنانچه باکتری از طریق گوارشی و مصرف مواد آلوده وارد بدن شود، شکل تحت حاد تا مزمن اتفاق می‌افتد، در گوشتخواران وحشی و اهلی (چون سگ و گربه) نیز غالباً بیماری، مشابه‌خوک تظاهر و عفونت تحت حاد تا مزمن را ایجاد می‌کند.

علائم بیماری در انسان:

علائم بیماری بستگی به نحوه تماس انسان با عامل بیماری دارد، ولی معمولاً این علائم در طی مدت ۷ روز ظاهر می‌شود: در شکل پوستی که شایعترین (در حدود ۹۵ درصد) نوع است عفونت سیاه زخم زمانی اتفاق می‌افتد که عامل بیماری که معمولاً در پشم، چرم و موی حیوان (مخصوصاً بز) آلوده وجود دارد، از طریق زخم و یا بریدگی پوستی وارد بدن شود.

شروع عفونت‌های سیاه زخم شبیه گزش حشرات بوده که با خارش و برآمدگی پوست همراه است. اما طی یک تا دو روز به جراحات تاول‌گونه و سپس به زخم بدون درد با قطری در حدود ۱ تا ۳ سانتیمتر و با مشخصه نکروز سیاه رنگ در مرکز زخم تبدیل می‌شود. غدد لنفاوی در نزدیک زخم ممکن است متورم گردند. مرگ و میر پوستی، در صورت عدم درمان، حدود ۲۰ درصد است. چنانچه درمان با آنتی‌بیوتیک مناسب انجام شود، مرگ و میر به ندرت اتفاق می‌افتد.

شکل تنفسی با ورود اسپور باکتری از طریق مجاری تنفسی ایجاد می‌شود. ورود اسپور می‌تواند اتفاقی (محیط‌های آلوده) و یا عمدی (بیوتروریسم) باشد. شروع علائم معمولاً شبیه به یک سرماخوردگی است. پس از چند روز علائم پیشرفت کرده و مشکل تنفسی ایجاد شده و در فرد شوک ایجاد می‌شود. فرم تنفسی معمولاً منجر به مرگ می‌شود.

فرم گوارشی ممکن است پس از مصرف گوشت آلوده به باسیلوس آنتراسیس اتفاق بیفتد و علائم آن التهاب حاد دستگاه گوارش است.

علائم اولیه شامل تهوع، کاهش اشتها، استفراغ، تب و به دنبال آن دردهای ناحیه شکمی است. استفراغ همراه با خون بوده و اسهال شدید در فرد بیمار مشاهده می‌شود. در فرم گوارشی میزان مرگ و میر ممکن است بین ۲۵ تا ۶۰ درصد موارد را تشکیل دهد.



اپیدمیولوژی :

اساساً شاربین بیماری علف‌خواران بوده، و از طریق آنها در طبیعت حفظ و نگهداری می‌گردد. شاربین از نظر اپیدمیولوژی به صورت شاربین صنعتی و کشاورزی مورد توجه است.

۱ - شاربین صنعتی: در افراد شاغل در مراکز تهیه و تولید مواد حیوانی یا محصولات آنها (که ممکن است مرتبط به حیوانات آلوده باشند) اتفاق می‌افتد. متداولترین منشأ شاربین صنعتی پوست یا چرم و پشم یا موی گوسفند و بز، پودر استخوان، خون و گوشت می‌باشد.

۲ - شاربین کشاورزی: در افرادی که در تماس با حیوان آلوده هستند مانند دامداران، دامپزشکان، چوپانان، کارکنان آزمایشگاهها و به احتمال قوی کشاورزان اتفاق می‌افتد.

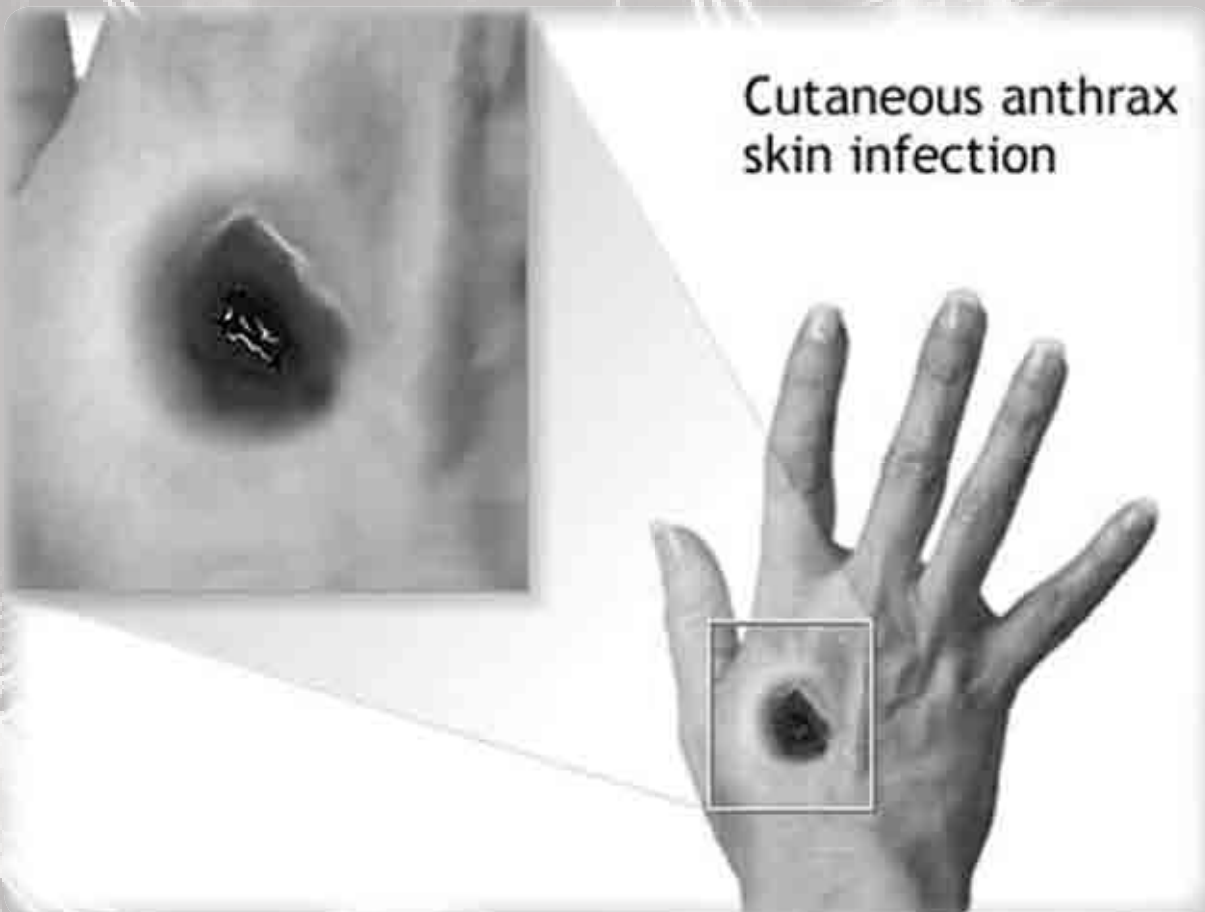
انجام روشهای پیشگیری به منظور کاهش اشاعه باسیلوس آنتراسیس از لاشه آلوده شامل:

۱ - عدم اجرای کالبد شکافی حیوان تلف شده مظنون به شاربین

۲ - سوزاندن یا مدفون ساختن عمیق لاشه‌های مشکوک و پوشاندن آن با لایه‌ای از آهک زنده.

۳ - واکسیناسیون تمامی حیوانات حساس و جداسازی حیواناتی که علائم بیماری را نشان می‌دهند و درمان آنها با

آنتی‌بیوتیک. (معمولاً حیوانات به مدت ۲۱ روز بعد از آخرین مورد تلفات ناشی از شاربین قرنطینه شده و به فاصله ۲۴ روز پس از واکسیناسیون با واکسنهای اسپور زنده نیابستی به کشتارگاه اعزام شوند).





- ۴ - ضد عفونی کردن کلیه فرآورده‌های دامی مثل پوست، پشم و استخوان حیوانات مشکوک.
- ۵ - رعایت مسایل بهداشتی محیط کار و انجام اقدامات حفاظتی جهت کارگرانی که با وسایل و مواد مشکوک و آلوده سر و کار دارند.
- ۶ - رعایت اقدامات احتیاطی در کشتارگاه.

درمان:

در درمان افراد مبتلا به شاربن اهداف زیر مورد نظر می‌باشد:

- ۱ - از بین بردن باکتری در حداکثر سرعت ممکن.
 - ۲ - خنثی ساختن توکسین باکتری
- داروهای پنی سیلین، تتراسایکلین‌ها، اریترومایسین و کلرامفنیکل به طور موفقیت آمیزی در درمان شاربن مورد استفاده قرار گرفته‌است.



از جمله عوامل مورد ارزیابی و رعایت استانداردهای بانک اطلاعاتی ISI، کمیته علمی منتخب مجله، تنوع بین المللی مقاله های چاپ شده در آن، نشر به موقع مجله و جایگاه نشر آن می باشد.

این گزارش حاوی اطلاعات ارزشمندی پیرامون مجله های ISI می باشد. فاکتور تأثیر (Impact Factor)، برای نخستین بار در سال ۱۹۹۵ و توسط بنیانگذار ISI گارفیلد Garfield مطرح شد و به سرعت به صورت دستورالعملی جهت گزینش بهترین مجله ها به کار رفت. حقیقت این است که این فاکتور ابزار کاملی برای اندازه گیری کیفیت مقاله ها نمی باشد، بلکه چون روش بهتری وجود ندارد و در حال حاضر نسبت به دیگر معیارها برای ارزیابی علمی از مزایایی برخوردار است، لذا عموماً مورد استفاده قرار می گیرد.

(JCR (Journal citation Reports) ۷۵۰۰ مجله معتبر را در حدود ۲۰۰ حوزه موضوعی از سال ۱۹۹۷ به بعد در بر می گیرد و با استفاده از آن می توان مجله ها را در حوزه های تخصصی، طبقه بندی و شاخص های رتبه بندی آنها را بررسی کرد. JCR در دو نسخه موجود است، نسخه علمی آن در بر گیرنده بیش از ۵۹۰۰ ژورنال علمی و نسخه علوم اجتماعی مشتمل بر ۱۷۰۰ ژورنال است. JCR از طریق Web of knowledge به شرط پرداخت وجه اشتراک قابل بررسی است.

مورد قابل استناد (نظیر مقاله پژوهشی، مقاله مروری، نامه، یاد داشت، چکیده و...) در یک مجله علمی در طول زمانی معین تعریف شده است. فاکتور تأثیر، تعداد ارجاعات به مقاله های منتشر شده در دو سال قبل مجله تقسیم بر تعداد مقاله های منتشر شده در دو سال مذکور است. در مواردی فاکتور تأثیر مجله بطور میانگین (که معدل فاکتور تأثیر طول دوران فهرست شدن آن مجله در ISI می باشد)، نیز مورد استفاده قرار می گیرد. این شاخص مهمترین و در عین حال کاربردی ترین شاخص ارزیابی مجله ها از نظر ISI است. این عامل همه ساله توسط ISI بر مبنای ارجاعات به هر یک از مجله های علمی آن محاسبه می شود و نتیجه در گزارش JCR منتشر می شود. این ضریب نه برای مقاله یا نویسنده بلکه برای مجله محاسبه می شود. محاسبه بر مبنای یک دوره سه ساله صورت می گیرد.

* چگونه یک مقاله ISI ارزیابی می شود؟

برای اینکه بتوانید یک مقاله بنویسید، لازم است در این زمینه اطلاعاتی داشته باشید. اگر این مقاله را برای مؤسسه اطلاعات علمی ISI می نویسید، احتمالاً برایتان مهم است که بدانید این مقاله ها چگونه ارزیابی می شود. امروزه ارزیابی مقاله های علمی یکی از دغدغه های جوامع علمی می باشد. مؤسسه اطلاعات علمی ISI برای ارزیابی تحت پوشش فهرست نویسی خود، سه شاخص در نظر گرفته است:

* ضریب تاثیر (IF) چیست؟

فاکتور تاثیر به صورت میانگین، تعداد ارجاعات به یک



۱- فاکتور تأثیر گذار (IF): این شاخص مهمترین و در عین حال کاربردی ترین شاخص ارزیابی مجله ها از نظر ISI است.

۲- شاخص فوری (Immediately): تعداد ارجاعات به مقاله های منتشر شده مجله در سال مورد ارزیابی تقسیم بر تعداد مقاله های منتشر شده در همان سال مجله مذکور است. این شاخص در حقیقت شیب رشد منحنی ارجاعات را بیان می کند.

۳- شاخص نیمه عمر استناد (Cited Half-Life): نیمه عمر ارجاعات یا نیمه عمر استناد، تعداد سال هایی است که از سال ارزیابی باید به عقب برگشت تا شاهد پنجاه درصد کل ارجاعات به مجله در سال مورد ارزیابی باشیم. به عبارت دیگر، این شاخص مدت زمانی که نیمی از کل استنادات به آن مجله صورت پذیرفته باشد را نشان می دهد و در حقیقت سرعت کاهش میزان ارجاعات به مجله را بیان می کند. بدیهی است که وقتی مقاله های یک مجله ارزش خود را برای ارجاعات، زود از دست بدهند (مقاله ها سطحی باشند و خیلی زود بی ارزش شوند)، تنها به مقاله های جدید مجله ارجاع داده می شود. این موضوع باعث می شود که نیمه عمر ارجاعات به مجله کاهش یابد. بنابراین هر چه نیمه عمر ارجاعات به مجله بیشتر باشد، نشان می دهد که ارزش مقاله های مجله در طول زمان بیشتر حفظ شده است و هنوز مورد ارجاع قرار می گیرند.

در مجموع هرچه نیمه عمر ارجاعات به یک مجله بیشتر

باشد، ارزش مجله بالاتر می رود. در پایان هر سال، مجله های تحت پوشش فهرست نویسی ISI که در فهرست وبگاه علم (Web of Science=WOB) قرار گرفته اند، ارزیابی می شوند. معیارهای ارزیابی و سنجش همان شاخص های ارزیابی ISI (سه شاخص اشاره شده در بالا) می باشند. نتایج این ارزیابی نیز در گزارش های ارجاع مجله JCR هر سال جهت اطلاع عموم اعلام می شود. در بین فاکتورهای بالا، فاکتور تأثیر، کاربردی ترین شاخص می باشد و امروزه به طور گسترده ای در درجه بندی و ارزیابی مجله های مورد استفاده قرار می گیرد. این فاکتور در حقیقت توانایی مجله و هیأت تحریریه آن را در جذب بهترین مقاله ها نشان می دهد.

بانک اطلاعات ISI، مرکزی برای فهرست نمودن و پوشش دادن جامع مهمترین مجله های علمی منتشره در دنیا به منظور تبادل اطلاعات میان پژوهشگران مختلف می باشد. پر واضح است که منظور از پوشش جامع، فهرست نمودن کل مجله های علمی منتشر شده در جهان نمی باشد. چرا که از طرفی مقرون به صرفه نیست و از طرف دیگر تمام مجله های نشر یافته در جهان از استانداردهای ISI پیروی نکرده اند و از غنای علمی لازم برخوردار نیستند. ارزیابی مجله های علمی ISI به طور مستمر و مداوم هر دو هفته صورت می گیرد.

ارزیابی کنندگان ISI در حدود ۲۰۰۰ عنوان جدید را سالانه مورد ارزیابی قرار داده و تنها ۱۰ تا ۱۲ درصد از مجله های علمی ارزیابی شده، انتخاب می شوند.



هر مجله علمی قبل از انتخاب شدن و فهرست شدن در ISI یکسری مراحل ارزیابی را پشت سر می گذارند. در پایگاه WOS امکان جستجو و استخراج اطلاعات در طول دوره های زمانی مختلف بر اساس شاخص های اطلاعاتی ISI، کمیته علمی منتخب مجله، تنوع بین گوناگون علم سنجی وجود دارد. پایگاه JCR به ارائه گزارش استنادی نشریه ها می پردازد. از طرفی تعداد نشریه هایی که هر کدام از این پایگاه ها نمایه می کنند نیز با دیگری متفاوت است.

* بهترین معیارهای ISI برای نمایه کردن مجله ها چیست؟

از جمله مواردی که در ارزیابی مجله مورد توجه قرار دارد این است که عنوان مقاله ها، چکیده و کلمات کلیدی باید به زبان انگلیسی باشد همچنین توصیه می شود که منابع نیز به زبان انگلیسی نوشته شوند. اگر چه اطلاعات علمی مهم به تمامی زبانها به چاپ می رسد، اما موارد ذکر شده باید به زبان انگلیسی باشد تا تحت داوری و ارزیابی ISI قرار گیرد زیرا ارزیابی کنندگان مجله های علمی در ISI نمی توانند عناوین و منابع بکار رفته در مقاله ها را به زبان انگلیسی ترجمه کنند. داوری علمی و تخصصی مقاله های چاپ شده در مجله توسط داوران نام آشنای علمی از جمله عمده ترین موارد مورد توجه ارزیابی کنندگان می باشد که گویای اعتبار و غنای علمی مجله است. سه پایگاه EST، WOS و JCR از معتبرترین پایگاه های علم سنجی هستند که توسط مؤسسه اطلاعات علمی ISI تهیه و روز آمد سازی می شوند.

در سایت ISI چهار مورد به عنوان ملاک های اصلی نمایه شدن مجله آمده است که عبارتند از:

- ۱- زمان بندی نشر تعریف شده باشد یعنی معلوم باشد که فصلنامه است، ماهنامه است یا... و در موعد معین هم آماده شود.
- ۲- فرآیند داوری برای مجله تعریف شده باشد.
- ۳- قواعد نشر بین المللی را رعایت کند. برای مثال، عنوان مجله گویای محتوای آن باشد.
- ۴- مقاله به هر زبانی که باشد مهم نیست ولی چند مورد در آن باید به زبان انگلیسی باشد که عبارتند از:



اسامی نویسندگان، عنوان، چکیده و کلمات کلیدی و حتی الامکان منابع و مأخذ هم انگلیسی باشد. دلیل کاهش بار علمی، بعداً از لیست مجلات ISI کنار گذاشته شود. در حال حاضر بیش از ۱۶۰۰۰ مجله، در لیست ISI قرار دارند. هر ساله ۲۰۰۰ مجله جدید مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و حدود ده درصد آنها به لیست ISI اضافه می‌شوند.

۱- مجله باید حوزه بین‌المللی داشته باشد و به یک حوزه جغرافیایی خاص تعلق نداشته باشد.

* ارجاع به خود یا self citation چیست؟

اگر منابع ذکر شده در مقاله، پژوهش نویسندگان خود مقاله باشد، این کار از ارزش مقاله می‌کاهد زیرا جنبه بین‌المللی بودن آن را ضعیف می‌کند. درجه ارجاع به خود مجلات ISI معمولاً کمتر از ۲۰ درصد است.

۲- در حوزه آن مجله، ترجیحاً مجله مشابه نباشد یا اگر هست آن مجله معیار برتری نسبت به آنها داشته باشد.

۳- افراد به وجود آورنده آن حتی الامکان افراد شناخته شده ای باشند.

* ضریب تاثیر یا درجه تاثیر یا Impact factor چیست؟

این عامل همه ساله توسط ISI بر مبنای ارجاعات به هر یک از مجلات علمی آن محاسبه می‌شود و نتیجه در گزارشات ارجاع مجله یا Journal Citation Reports یا به اختصار JCR، منتشر می‌شود.

۴- افراد به وجود آورنده، توزیع جغرافیایی مناسبی داشته باشند مثلاً همه ایرانی نباشند.

البته موارد فرعی، نمره اضافه دارد و در قبولی یا رد مجله از طرف ISI نقش بازی نمی‌کند.

* موسسه ISI و چگونگی ارسال مقاله علمی

به این مرکز

موسسه اطلاعات علمی

این ضریب، نه برای مقاله یا نویسنده، بلکه برای مجله محاسبه می‌شود. محاسبه بر مبنای یک دوره سه ساله صورت می‌گیرد. فرضاً اگر در سال ۸۴ جمعا ۴۰ ارجاع به یک مجله صورت گرفته باشد و در آن مجله در سال ۸۲ تعداد ۲۶ مقاله و در سال ۸۳ تعداد ۲۴ مقاله چاپ شده باشد، ضریب ارجاع آن مجله، از تقسیم ۴۰ بر ۵۰ به دست می‌آید که ۰/۸ است. یعنی به طور متوسط، هر مقاله آن نشریه ۰/۸ مرتبه مورد استناد مقالات دیگر قرار گرفته است.

(Institute for Scientific Information):

بانک اطلاعات ISI مرکزی برای فهرست نمودن و پوشش دادن جامع مهمترین مجلات علمی منتشره در دنیا به منظور تبادل اطلاعات میان پژوهشگران مختلف می‌باشد. شمار مجلات ISI ثابت نیست. یک مجله ممکن است در یک زمان، از مجلات ISI محسوب شود، اما به



* **ISI بودن یک مجله را چگونه تعیین کنیم؟**

بهترین راه، مراجعه به سایت هایی نظیر تامسون است. زیرا همچنان که گفته شد، هم تعداد مجلات زیاد است و هم ISI محسوب شدن یک مجله ممکن است همیشه نباشد. هر نشریه با هر امتیاز علمی در کشور چاپ شود اگر ضریب تأثیرش صفر باشد، در این پایگاه قرار نمی گیرد.

مساله پوشش، وجهی عملا اقتصادی دارد، معیار برای آنچه انتخاب می شود، هزینه-کارایی است. هدف هزینه - کارآمدی یک نمایه به حداقل رسانیدن هزینه در ازای شناسایی یک مدرک مفید و به حداکثر رسانیدن احتمال دستیابی به یک مدرک مفید منتشره است. یک نمایه هزینه- کارآمد باید پوشش دهی خود را تا حد امکان محدود به آن مدارکی نماید که ممکن است افراد آن ها را مفید بدانند. به زبان ساده ISI Thomson مجلاتی را نمایه می کند که احتمال استناد به آنها بیشتر باشد.

* **ISC چیست؟**

ISC یا همان پایگاه استنادی علوم جدید و تکنولوژی که همانند ISI دارای مقالات دانشمندان است که خوشبختانه در ایران نیز چنین پایگاهی تاسیس شده است و هم اکنون در حال فعالیت است.

ولی چه شاخصی می تواند صلاحیت ورود دیگر مجلات به جمع مجلات منبع ISI Thomson را تایید کند؟

جواب بسیار ساده است: فراوانی استناد به مجلات

در منابعی که بیشتر در این نمایه وارد شده اند. اگر

دانشگاهها می خواهند مجلات خود را در نمایه های سه

گانه ISI Thomson وارد کنند، علاوه بر رعایت ضوابط

عمومی مانند وضعیت نشر، کیفیت مقالات، ترکیب

سردبیری و تحریریه و ... باید در جستجوی راهکارهایی

باشند که به مجلات آنها از سوی مجلات منبع ISI

Thomson استناد شود.

شاید یکی از راهها تشویق محققان دانشگاه در استناد

به مدارک مجلات داخلی، در مقالات ارسالی به مجلات

تحت پوشش نمایه های سه گانه ISI Thomson

باشد.

مجلات را چگونه باید برگزید؟

هر چند برخی شائبه تاثیر پذیری این امر از سیاست و ...

را مطرح می کنند ولی نظر ISI Thomson چیز دیگری

است. یعنی هزینه- کارایی. گارفیلد خود می گوید: چون



* پیوستن پایگاه استنادی علوم ایران به ISI : گفتنی است کتابخانه منطقه ای علوم و تکنولوژی شیراز چندی پیش مأمور راه اندازی پایگاه استنادی علوم ایران و جهان اسلام شد و این مرکز هم اکنون در تلاش برای سنجش تولیدات علمی در کشورهای اسلامی، رتبه بندی نشریات کشورهای اسلامی، تولید نمایه استنادی علوم کشورهای اسلامی به منظور توسعه ISC در میان تمامی کشورهای اسلامی و پیوند دادن ISI به ISI است .

اینکه تمامی خصیصه های ISI در ISC نیز وجود دارد، کتابخانه منطقه ای علوم و تکنولوژی شیراز که متولی ایجاد ISC (پایگاه استنادی علوم و تکنولوژی) در کشور است، برای درج شدن مجلات بیشتری به زبان فارسی در ISI و ایجاد ارتباط بیشتر ISC با ISI تلاش می کند.

با برقراری پیوند علمی میان ISI و ISC شناسایی علم به زبان فارسی در سطح بین المللی بیشتر می شود و سهم ایران از تولیدات علمی دنیا بیشتر خواهد شد . هم اکنون بیش از ۶ هزار مقاله توسط مجلات معتبر در ISC تولید می شود اما انعکاس این تولیدات علمی در سطح بین المللی کم است که با درج تعدادی از مجلات در ISI بازتاب علمی ایران در جهان بیشتر می شود.

وی با بیان اینکه هم اکنون ۲۵ مجله ایرانی توسط ISI شناسایی شده و نمایه می شود، افزود: در حال حاضر تلاش می شود این تعداد به ۵۰۰ مجله افزایش یابد . مسئول راه اندازی ISC در ایران با بیان اینکه ایران چهارمین کشور دارای مطالعات استنادی علوم بر پایه ISI است، گفت: کشورهای ژاپن و چین نیز توانسته اند مجلات خود را به همین روش در ISI درج کنند.

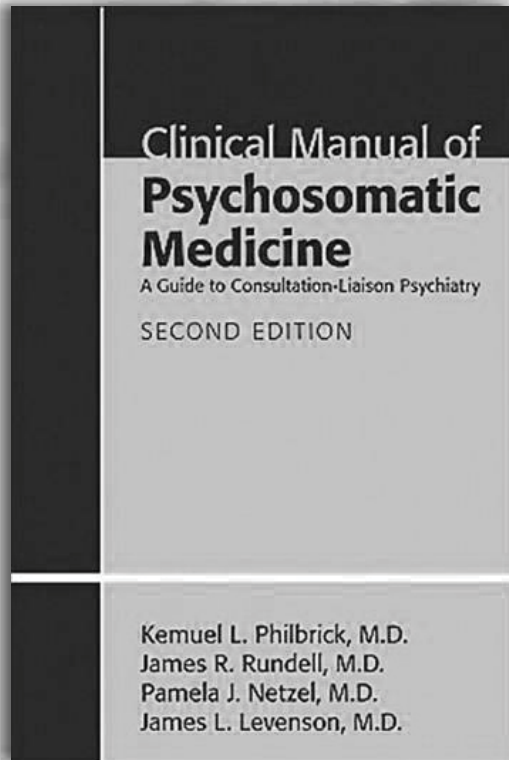
ISI
ISI

S

ISI
ISI

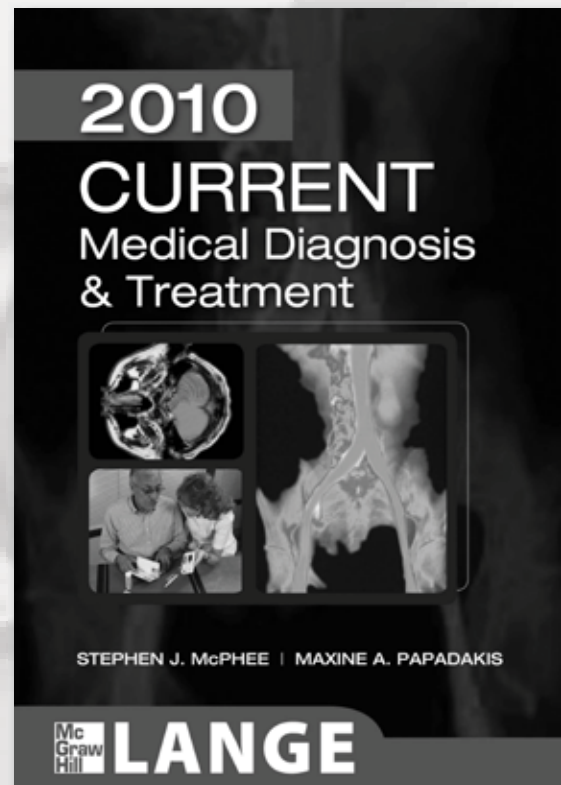


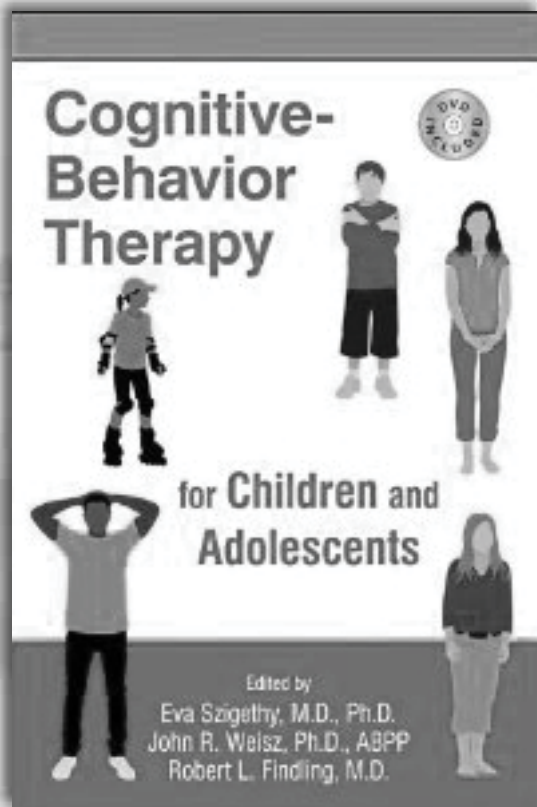
در این قسمت نام جدیدترین کتب پزشکی به همراه توضیحی کوتاه درباره هر کدام را در اختیار شما قرار می‌دهیم.



این کتاب در اکتبر ۲۰۱۱ توسط Kemuel L. Philbrick نوشته شد و انتشار یافته است. در مقدمه آن می‌خوانیم: از آنجایی که در حدود ۶۰ درصد از بیماران بستری در بیمارستان میتوان علایم بیماریهای روانی همچون افسردگی، اضطراب، نگرانی و اختلالات شناختی را مشاهده کرد، بنابراین مقابله و درمان این اختلالات نه تنها به جهت بهبود شرایط روحی و روانی بیمار ضروری به نظر می‌رسد که در درمان بیماری اولیه و زمینه ای نیز نتیجه بخش خواهد بود.

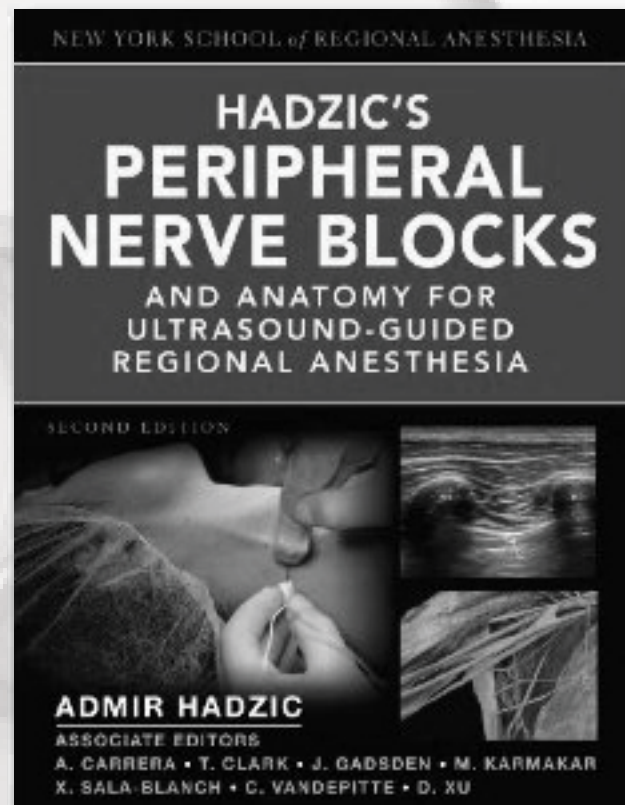
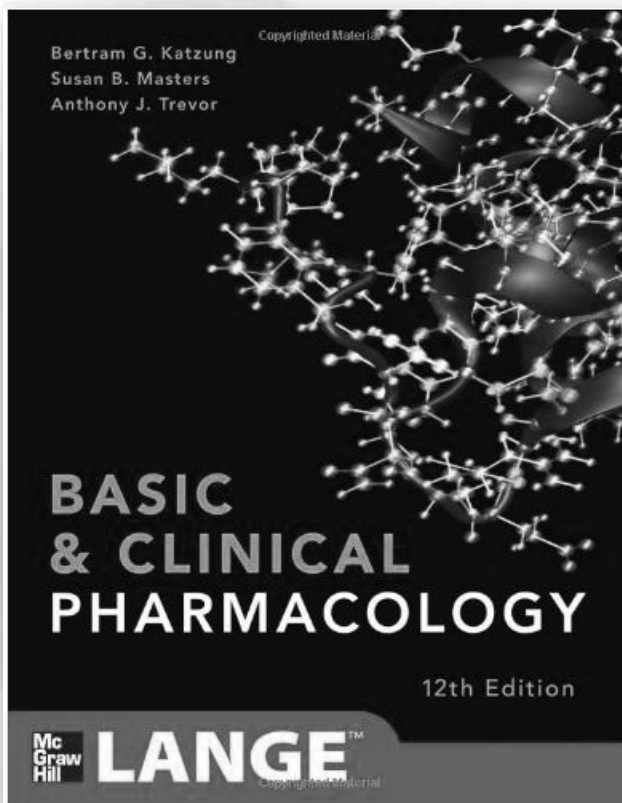
این کتاب در سپتامبر ۲۰۱۱ انتشار یافته و نویسندگان آن: Stephen McPhee و همکاران می باشند. این کتاب که توسط متخصصین نوشته شده، در بردارنده جدیدترین مشاهدات در زمینه علایم و نشانه ها و اپیدمیولوژی بیش از ۱۰۰۰ اختلال و بیماری گوناگون میباشد که برای هر موضوع پاسخی مختصر و مفید و بر پایه اطلاعات داده شده است.





این کتاب نیز در ژانویه ۲۰۱۲ انتشار یافته است. بسیاری از مشکلات کودکان و نوجوانان، ضمن رشد آنها به دلیل مزمن بودن سیر بیماری، توجه والدین را به خود جلب نمی کند. این کتاب هم برای پزشکان و هم برای والدین راهنمای خوب و موثری در زمینه درمان مشکلات شناختی و رفتاری کودکان می باشد.

سایر کتب:





مجله پزشکی نیوانگلند (NEJM) یک مجله پزشکی

الف-مقالات : تحقیقی ، مروری ، گزارش مورد که در زمینه های کاردیولوژی ، نفرولوژی ، نورولوژی ، بیماریهای عفونی ، طب اطفال ، انکولوژی ، ژنیکولوژی ، بیماریهای دستگاه گوارش ، ریه و جراحی می باشند.

برای نمونه این عناوین برگرفته از این سایت میباشد: ایست قلبی در حین مسابقات دو با مسیر طولانی(ماراتون و نیمه ماراتون)، فیبریلاسیون دهلیزی تحت بالینی و ریسک حمله قلبی.

ب- هم چنین میتوانید فیلم های ویدئویی و تصاویر در زمینه های بالینی مختلف همچون چگونگی گرفتن صحیح فشار خون، خون گیری از وریدهای عمقی، نحوه گرفتن ABG و ... را مشاهده کرده و فایل های صوتی خلاصه مقالات که به صورت هفتگی بر روی وب سایت قرار میگیرد را شنوا باشید.

چگونگی گرفتن A B G کریکو تیروئیدوتومی کاتتر درون استخوانی از سرخرگ

نمونه هایی از این فایل های صوتی در زمینه هیدرادنیت چرکی، نارسایی دریچه تریکاسپید و امواج ورید ژوگولار می باشند.

ج- و در نهایت با عضویت در این سایت میتوانید در جریان بسیاری از اخبار و عناوین روز پزشکی دنیا قرار بگیرید.

انگلیسی زبان میباشد که توسط جامعه پزشکی ماساچوست منتشر میگردد. این مجله که قدیمی ترین نشریه پزشکی در دنیاست ، امسال تولد دویست سالگی خود را جشن گرفت. که مقالات و دستاوردهای پزشکی روز دنیا، مقالات مروری سیستماتیک و گزارش مورد ها را به چاپ می رساند و همینطور دارای بخش اختصاصی به نام « تصویر در پزشکی بالینی » میباشد.

تاریخچه:

در سال ۱۸۱۱ میلادی ، دکتر John Collins Warren ، یک پزشک بوستونی به همراه James Jackson اقدام به چاپ نخستین نشریه پزشکی با نام نشریه پزشکی و جراحی و شاخه های جانبی علوم پزشکی نیوانگلند نمودند که اولین نسخه آن در ژانویه ۱۸۱۲ به چاپ رسید و البته در طی زمان ، نامهای مختلفی همچون ((نشریه متخصصین بوستون)) به خود دیده است. در نهایت جامعه پزشکی ماساچوست در سال ۱۹۲۱ چاپ آن را به دست گرفت و در ۱۹۲۸ نام این مجله را به ژورنال پزشکی نیوانگلند تغییر داد وهم اکنون این نشریه را با **factor = ۵۳,۴۸۴** به تبع میرساند.

وب سایت مجله:

شما میتوانید با مراجعه به آدرس اینترنتی:

www.nejm.org از خدمات این سایت بهره مند گردید.



طب سنتی در ایران (قسمت اول)

مسیح تقی پور

Masih_tpa@yahoo.com

تعریف طب سنتی:

در سال ۱۹۷۸ سازمان بهداشت جهانی بیانیه ای در زمینه توسعه طب سنتی منتشر نمود. در بیانیه مزبور طب سنتی بطور خلاصه اینگونه تعریف شده است:

مجموعه تمامی علوم نظری و علمی که در تشخیص طبی، پیشگیری و درمان بیماری های جسمی، ذهنی یا نابهنجاری های اجتماعی به کار می رود و به صورت گفتاری یا نوشتاری از نسلی به نسل دیگر انتقال یافته باشد.

در سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی طب سنتی را با جزئیات بیشتری اینگونه تعریف نموده است: طب سنتی واژه ای کلی است که هم به سیستم های طب سنتی مانند طب سنتی چین، آیورودای هند و طب یونانی-عربی و هم به اشکال مختلف طب بومی اطلاق می گردد.

درمان های طب سنتی شامل دارو درمان (استفاده از گیاهان دارویی، اجزاء حیوانی و معدنی) و روشهای غیر دارویی (مانند طب سوزنی، ماساژ و درمان های روحی و روانی) می باشد. در کشورهایی که سیستم خدمات پزشکی در آنها بر پایه طب مدرن استوار است، به جای طب سنتی اغلب از واژه طب مکمل و طب جایگزین یا طب غیر متعارف استفاده می شود.





طب سنتی ایران

طب سنتی ایران، یک مکتب طبی کامل و پویا است که جهان را به عنوان نظام احسن و آفریده خالق علیم و حکیم می‌نگرد و پزشک را از بابت تسلط و احاطه او به علوم مختلف و درک صحیح او از جهان هستی حکیم نامیده است. ریشه های مکتب طب سنتی ایران به بیش از ۳۰۰۰ سال قبل می‌رسد، طبق نقل سیریل الگود مورخ پزشکی قبل از طب یونانی وجود داشته است و ایرانیان اصول آن چیزی را که طب یونانی نامیده شده، به یونانیان تعلیم دادند و در ایران قدیم وضعیت طب پیشرفته تر از آشور بوده است. ستارگان طب سنتی ایران مانند ابن سینا، رازی، علی بن عباس اهوازی، ابن ابی الصادق نیشابوری، سید اسماعیل جرجانی و عماد الدین محمود شیرازی حدود هشت قرن هدایت دانشگاه های طب در غرب و شرق را بر عهده داشتند.

دکتر نرمن هاوارد جونز در مجله سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۲ می‌نویسد:

مهمترین مولف کتابهای طبی در اسلام ابو علی الحسین ابن سینا می‌باشد... کتاب طبی او که به نام قانون موسوم است و تا کنون هرگز کتابی به این اندازه شهرت نداشته است، مدت ۵۰۰ سال در دانشکده های پزشکی اروپا و آسیا تدریس می‌شده است.

منطق علمی طب سنتی ایران

اصول روش تغذیه در مکتب طب سنتی ایران بر یک جمله استوار است و آن اینکه: بر هر فرد لازم است تغذیه ای مخصوص بخود بر اساس مشخصات فردی خود داشته باشد.

طب سنتی ایران بر پیشگیری از بیماریها با آموزش روش صحیح زندگی تاکید دارد و پزشک موفق را پزشکی می‌داند که سلامتی جامعه را حفظ نماید و خود به خود با این تدبیر تعداد بیماران و مصرف دارو کاهش خواهد یافت. با این رویکرد طب سنتی ایران را بیماریها را به سه دسته تقسیم بندی می‌کند:

الف) بیماری های سوء مزاج:

آن افرادی هستند که معمولا اصول تغذیه ای مناسب مزاج خود را رعایت نکرده اند و دچار کثرت یا غلبه یک یا دو کیفیت از کیفیات چهارگانه (سردی، گرمی، خشکی یا رطوبت) در بدن خود شده اند.





ب) بیماریهای سوء ترکیب:

که بیماریهایی است که ترکیب و یا تعداد طبیعی قسمتی از بدن دچار اشکال است مانند کسی که بدون قسمتی از بدن بدنیا می آید (مروملیا).

ج) بیماریهای تفرق و اتصال:

که در اینجا اتصال طبیعی در یک عضو از بین می رود (مثلا در شکستگی ها) و یا تفرق طبیعی از بین می رود (مثلا اندامی به علت بد جوش خوردن دچار محدودیت حرکت می شود). بعد از تشخیص نوبت به درمان می رسد که مراحل درمان در طب سنتی ایران به این نحو است که در گام اول تدابیر بالاغذیه می کرده اند یعنی با اصلاح برنامه غذایی اقدام به درمان بیماریها می کرده اند. اگر بیمار با این روش جواب نمی گرفت نوبت به تدابیر بالادویه می رسید، یعنی دارو درمانی و در گام آخر اگر بیماری شدیدتر بود، نوبت به کارهای با دست (تدابیر بالید) نظیر جراحی ها ، فصد و ... می رسید.



یافته های طب سنتی (۱) عسل، شیرین ترین آنتی بیوتیک

مسیح تقی پور
Masih_tpa@Yahoo.com



عسل جزو کم نظیر ترین ترکیبات خلقت است که مورد توجه طب جدید و قدیم و متخصصان تغذیه قرار گرفته است و در کلام وحی نیز به آن جایگاه ویژه ای اختصاص داده شده است .

هر روز صدها مقاله در شبکه جهانی اینترنت و مجلات و روزنامه ها راجع به این ماده حیات بخش انتشار می یابد، عناوین ماده حیاتبخش، معجزه خلقت، شیرین ترین آنتی بیوتیک ، قویترین آنتی بیوتیک طبیعی، غذا و مائده آسمانی، داروی شفابخش و ده ها عنوان دیگر برای آن به کار می رود. در آخرین کتاب آسمانی آمده است که قرآن، شفاست و نتیجه وحی به پیامبر اکرم و عسل شفاست و نتیجه وحی به زنبور عسل (و اوحی ربک الیالنحل).

واژه شفا را قرآن کریم برای عسل و قرآن به کار برده است که نشان از اهمیت و ارزش والای آن دارد و خالق انسان آن را به عنوان شفابخش معرفی می کند که قرآن شفای روح است و عسل شفای جسم، فکر می کنم منبع اعلام خبر آنقدر بالا باشد که وزارت بهداشت و درمان، آنرا مورد مواخذه قرار ندهد یا به حضور و جوابگویی در مقابل کارمندان نظارت بر درمان، فرانخواند. گذشته از این اشاره وحیانی و مدارک آسمانی، ما به تحلیل دقیق علمی موضوع می پردازیم زیرا اعتقاد داریم که هر چه خداوند سبحان بگوید، عین حق است و هیچ خللی در کلام او نیست .

(لا یاتیه الباطل من بین یدیه و لا من خلفه)



مدارک و مبانی علمی عسل به عنوان آنتی بیوتیک در درمان انواع بیماریها

مدرک شماره ۱: مقاله آکادمی جراحان گوش، حلق و بینی و سر و گردن در آمریکا (در شیکاگو) منتشر شده در آگوست سال ۲۰۰۸ شماره مجله ۱۳۹ صفحه ۱۰۷، منبع مقاله: تحقیقات دانشگاه اوتاوا در کانادا، نویسنده مقاله: دکتر الوندجانی (alondejani).

عنوان مقاله: عسل باکتری ها را می کشد: تازه ترین اخبار راجع به بیماریهای عفونی

خلاصه مقاله: تحقیقات در ارتباط با اثر عسل در درمان سینوزیت مزمن بر علیه سه نوع باکتری ایجاد کننده آن: استاف اورئوس حساس به متی سیلین (MSSA) و استاف اورئوس مقاوم MRSA و سود مونا آئورژینوزا (PA) می باشد. نتایج حاصله از تحقیق

۱- بر علیه MSSA به میزان ۸۲ درصد موثر است.

۲- بر علیه MRSA به میزان ۷۳ درصد موثر است.

۳- بر علیه PA به میزان ۹۱ درصد موثر است.

در آخر مقاله آمده است دانشمندان امیدوارند که در درمان سینوزیت مزمن به طور گسترده ای از عسل بهره بگیریم.

تحلیل: می دانیم که سینوزیت مزمن جزو مقاومترین بیماریها در برابر درمان آنتی بیوتیکی و اغلب نتایج نا امید کننده دارد و تاثیر شگفت انگیز ۹۱ درصدی با این معجزه الهی را به چه چیز دیگری می توانیم نسبت دهیم. آنتی که بیماری بسیار کم مقاومت تر و ساده تر از سینوزیت مزمن و درمان پذیر تر از آن است در نتیجه استفاده از عسل برای درمان آنتی به مراتب سهل تر و کارا تر خواهد بود.

وقتی شما میتوانید پیچیده ترین و مقاومترین بیماری عفونی را با عسل درمان کنید موارد ساده تر به راحتی قابل درمان است.

مدرک شماره ۲: مقاله منتشره سایت پزشکان بدون مرز

مورخه هفتم مهر ۱۳۸۷





عنوان مقاله: عسل می تواند در عفونتهای گوش و حلق و بینی جایگزین آنتی بیوتیک ها شود.
در این مقاله آمده است که عسل سالیان درازی همراه با آب داغ برای درمان عفونت گلو و درمان گلو دردها استفاده شده است. طبق آخرین تحقیقات برای عفونتهای گوش و حلق و بینی عسل می تواند جایگزین آنتی بیوتیک ها شود.
تحلیل: عصاره عسل می تواند در عفونتهای گوش جایگزین آنتی بیوتیک شود.

مدرک شماره ۳: مقاله آقای دکتر احمد عطا مهر مورخه هفتم مهر سال ۱۳۸۷

((Web log themes by blog skin)) راجع به تحقیقات دکتر ژوزف مارسون که پس از اشاره به نشست سالانه آکادمی جراحان گوش و حلق و بینی و سر و گردن در اوتاوا کانادا و موضوع خاصیت آنتی بیوتیکی عسل می گوید: زنبورهای عسل می توانند شهد گلها را به یک داروی قوی و شگفت انگیز تبدیل کنند، در ظروف آزمایشگاهی از ابر باکتری ها که مقاومت بسیار بالایی در مقابل آنتی بیوتیکها دارند استفاده می شود. بنا بر این در اقدامات بعدی بر روی انسان ها برای بیرون کشیدن مواد لزج از درون حفره های سینوس از عسل رقیق شده با آب استفاده خواهیم کرد.
تحلیل: بیرون کشیدن عفونت از حفره های سینوس با پیچیدگی و دستکاری فوق العاده مشکل کجا و بیرون کشیدن عفونت از فضای واژن، اگر عسل رقیق شده عفونت را از حفره های سینوس بیرون بکشد از حفره واژینال به مراتب سهل تر و ساده تر بیرون خواهد کشید و درمان خواهد کرد. آیا این حقایق را که در کتب طب سنتی ما به وفور وجود دارد باید حتما از آمریکا و اروپا بشنویم تا بپذیریم و چرا باید اینقدر خود باخته و بی اعتماد به نفس باشیم.

مدرک شماره ۴: مخزن الادویه، حکیم بزرگ ایران، عقیلی شیرازی

هر چند می بایست ابتداءً این مدرک را قبل از همه ذکر می کردیم چون هم تقدم زمانی دارد و هم هویت ایرانی و از همه این ها مهم تر آنکه آنچه بزرگان ما گفته اند امروز در آخرین مقالات علمی دنیا دیده می شود.
به هر حال در صفحه ۵۴۵ مخزن الادویه ذیل عنوان عسل النحل آمده است. (برای احتراز بر اطاله کلام فقط کلماتی محدود ذکر می شود و ارجاع داده می شود به اصل منبع:

عسل جلا دهنده، باز کننده سده ها و افواه عروق، مقطع و پاک کننده بلغم لزج و طوبات و جاذب آنها از عمق بدن و می باشد. عسل مانع فساد در اخلاط بدن و حتی مالیدن آن بر جسد اموات مانع از سرعت فساد آنهاست.

کاربردهای عسل در بیماریهای سر و گردن، ناحیه دهان و حلق خصوصاً غرغره کردن آب عسل برای تورم ها و عفونت حلق و استفاده از آن در بیماریهای چشم و چکاندن قطره عسل در گوش برای رطوبات سایله (عفونتها) و تسکین درد گوش و کاربردهای آن در احشاء، استفاده واژینال (حمول) آن در زنان برای بیماریهای زنان (به ویژه بیماریهای رحم) و استفاده از پانسمن عسل برای زخم ها و نهایتاً کاربرد آن در مسمومیتها بحث شده است.



به نظر می رسد تامل در این منبع و دهها منبع بزرگ طب سنتی ایران نشان می دهد که بزرگان ما تا چه حد به این موضوع وقوف داشته اند و آنچه ما انجام می دهیم به تبعیت از منابع اصلی ماست.

مدرک شماره ۵: مقاله منتشر در خبرگزاری لندن BBC مورخه هفتم ژوئن ۲۰۱۰

عنوان: عسل داروست و شیرین ترین آنتی بیوتیک است.

در این مقاله آمده است که عسل درست مانند آنتی بیوتیک های استاندارد عمل می کند. کسی چه می داند شاید این بار به مطب پزشک مراجعه کردید و در نسخه اش عسل جایگزین یکی از اقلام آنتی بیوتیکی شود.

مدرک ششم: کتاب بیماریهای عفونی تالیف پروفیسور molan چاپ ۱۹۹۸ جلد ششم از دانشگاه ویکاتو، نیوزلند؛ در این کتاب استفاده از عسل به عنوان پانسمان زخم ها و سوختگی ها طی تحقیقات بالینی و آزمایشات تجربی بررسی شده است و آمده است که عسل به عنوان یک داروی گیاهی در پانسمان و بهبود زخمها می تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

نتیجه گیری نهایی:

عسل دارویی است مورد تایید وحی، طب مزاجی و طب آلوپاتیک و هیچکدام از کارکنان طب سنتی و طب شیمیایی در استفاده از آن تردیدی ندارند، این حقیقت نکته مهمی را به ما گوشزد میکند که هر آنچه در منابع اصیل ما ذکر شده است حاوی حکمت و دارای پشتوانه ای ازحقیقت است که نه تنها از بیان آن بیمی به خود راه نمی دهیم بلکه به آن افتخار خواهیم کرد.



جایزه نوبل پزشکی ۲۰۱۱ برای سیستم ایمنه بدن

امیر اسدی

Amir_Asadi_89@yahoo.com

References : www.nobelprize.org



Bruce A. Beutler



Jules A. Hoffmann



Ralph M. Steinman

میکروارگانیزم‌های بیماری‌زا (باکتری، ویروس، قارچ و انگل) پیوسته ما را تهدید می‌کنند، ولی ما انسان‌ها به سیستم دفاعی قدرتمندی مجهزیم.

نخستین خط دفاعی، ایمنی ذاتی است که می‌تواند میکروارگانیزم‌های مهاجم را نابود و با ایجاد التهاب، هجوم آن‌ها را متوقف کند. اگر میکروارگانیزم‌ها از خط اول دفاعی عبور کنند، ایمنی تطبیقی فراخوانده می‌شود. این سیستم با بهره‌گیری از لنفوسیت‌های T و B، آنتی‌بادی و سلول‌های کشنده ای را تولید می‌کند که می‌توانند سلول‌های عفونی را نابود کنند. پس از پیروزی در نبرد با عوامل عفونی، سیستم ایمنی تطبیقی بدن ما در نبرد با عوامل عفونی، سیستم ایمنی تطبیقی بدن ما اطلاعات این مبارزه را در حافظه خود ثبت می‌کند (!) که به آن اجازه می‌دهد به هنگام هجوم بعدی همین میکروارگانیزم، واکنشی سریع‌تر و قوی‌تر در جابجایی نیروهای دفاعی ارائه دهد. این دو خط دفاعی سیستم ایمنی، بدن را به خوبی در برابر عفونت‌ها حفاظت می‌کنند؛ البته این سیستم ریسک‌پذیر هم هست! اگر آستانه فعال‌سازی خیلی پایین باشد یا مولکول‌های درون‌زاد بتوانند این سیستم را فعال کنند، ممکن است بدن درگیر بیماری‌های التهابی شود.

دانشمندان زمانی طولانی است که در جستجوی نگهبانان مسئول واکنش ایمنی در بدن انسان و جانوران هستند، همان سیستمی که از بدن در برابر هجوم باکتری‌ها و دیگر میکروارگانیزم‌ها دفاع می‌کند. بروس بیوتلر و ژولز هافمن، پروتئین گیرنده‌ای را کشف کردند که می‌تواند چنین میکروارگانیزم‌هایی را تشخیص دهد و با فعال کردن ایمنی ذاتی، نخستین واکنش بدن را در پاسخ ایمنی رقم بزند. رالف استینمن با کشف سلول‌های دندریتی سیستم ایمنی، از ظرفیت بی‌نظیر آنها برای فعال ساختن و تنظیم کردن ایمنی تطبیقی پرده برداشت. ایمنی تطبیقی مرحله بعدی پاسخ ایمنی بدن است که در خلال آن، بدن از وجود میکروارگانیزم‌ها پاک می‌شود.

اکتشافات این سه برنده نوبل نشان داد که مراحل ذاتی و تطبیقی پاسخ ایمنی بدن چطور فعال می‌شود و بدین‌سان، دانشمندان به بینشی بدیع در درک مکانیزم بیماری دست یافتند. دستاوردهای این سه نفر باعث توسعه فراگیر روش‌های پیش‌گیری و درمان عفونت‌ها، سرطان و بیماری‌های التهابی شده است.

دو خط دفاعی سیستم ایمنی :

ما در دنیای خطرناکی زندگی می‌کنیم.



می‌تواند با اتصال به LPS پاسخ‌های التهابی را فعال کند. اگر حجم LPS افزایش چشم‌گیری پیدا کند، شوک سپتیک رخ خواهد داد که می‌تواند به مرگ بیمار بیانجامد. یافته‌های بیوتلر نشان داد پستانداران نیز از مولکول‌هایی مشابه ترکیبات موجود در بدن مگس میوه برای فعال‌سازی ایمنی ذاتی استفاده می‌کنند و به این شکل، حسگرهای ایمنی ذاتی کشف شدند.

کشف ارزشمند بیوتلر و هافمن به جرعه‌ای برای آغاز تحقیقات گسترده در زمینه ایمنی ذاتی منجر شد. تاکنون نزدیک به ۱۲ گیرنده TLR توسط محققان گوناگون کشف شده که هر یک تشخیص نوع خاصی از مولکول‌های موجود در میکروارگانیسم‌ها را به عهده دارند. جهش‌های مشخص در هر یک از این گیرنده‌ها می‌تواند شانس ابتلا به نوعی خاص از عفونت‌ها را در فرد افزایش دهد و از سوی دیگر، نقش گونه‌های ژنتیکی دیگری از گیرنده‌های TLR در افزایش بیماری‌های کرونیک التهابی اثبات شده است.

نوع تازه‌ای از سلول‌ها که بر ایمنی تطبیقی نظارت می‌کند رالف استینمن در سال ۱۹۷۳ / ۱۳۵۲ موفق به کشف سلول‌های جدیدی شد که امروزه به نام سلول‌های دندریتی شناخته می‌شوند. او احتمال داد این سلول‌ها جزئی از سیستم ایمنی بدن باشند. استینمن آزمون‌هایی را طراحی کرد که می‌توانست اثر احتمالی این سلول‌ها را روی سلول‌های T - سلول‌هایی که بخشی از وظایف کلیدی ایمنی تطبیقی را به عهده دارند و در ایجاد و توسعه حافظه ایمنولوژیک در برابر ترکیبات گوناگون در بدن نقش دارند - بررسی کند.



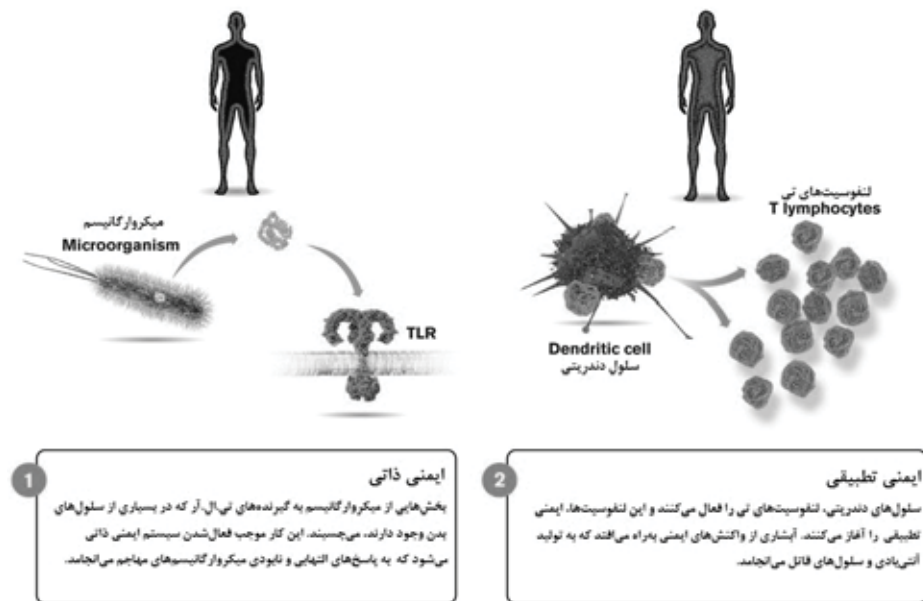
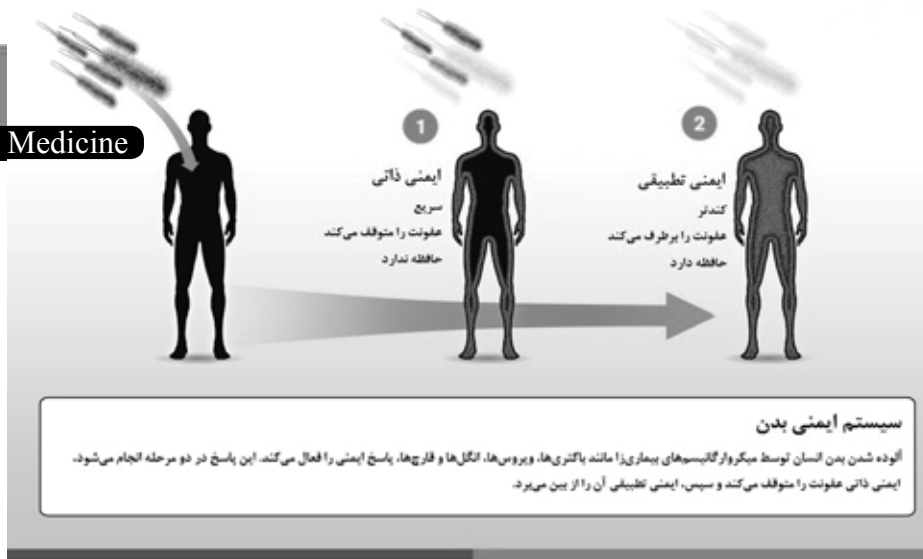
اجزای سیستم ایمنی، گام‌به‌گام و در طول قرن بیستم شناخته شد. به‌خاطر برخی اکتشافات (که جایزه نوبل نیز به آنها تعلق گرفت)، ما امروز می‌دانیم که آنتی‌بادی‌ها چگونه ساخته می‌شوند و لنفوسیت‌های T چگونه ساخته می‌شوند و چگونه تشخیص می‌دهند. اما تا پیش از اکتشافات بیوتلر، هافمن و استینمن، مکانیسم آغاز فعال‌سازی ایمنی ذاتی و چگونگی ارتباطات بین ایمنی ذاتی و اکتسابی نامعلوم بود.

کشف حسگرهای ایمنی ذاتی

ژولز هافمن کشف پیش‌گامانه خود را در سال ۱۹۹۶ / ۱۳۷۵ انجام داد، زمانی که با کمک همکارش مگس میوه و شیوه مبارزه‌اش با عفونت‌ها را بررسی کرد. آن‌ها به مگس‌هایی دسترسی داشتند که دارای جهش‌هایی در چند ژن مختلف از جمله Toll بودند. ژن Toll که توسط کریستین ناسلین ولهارد (برنده جایزه نوبل ۱۹۹۵ / ۱۳۷۴) کشف شده بود، در مراحل تکوین جنینی نقش دارد. وقتی هافمن مگس میوه را با باکتری یا قارچ آلوده می‌کرد، کشف کرد که مگس‌های جهش‌یافته Toll از بین می‌روند، چراکه نمی‌توانند دفاع موثری در برابر عامل عفونی انجام دهند.

او توانست چنین نتیجه بگیرد که محصول ژن Toll در آشکارسازی میکروارگانیسم‌های عفونت‌زا نقش دارد و فعال‌سازی Toll برای دفاع موثر در برابر بیماری‌ها ضروری است.

بروس بیوتلر در جستجوی گیرنده‌ای بود که لیپوپلی‌ساکارید (LPS)، یکی از محصولات باکتری‌ها را جذب کند. این ماده شرایطی خطرناک را برای حیات ایجاد می‌کند که شامل تحریک بیش‌ازحد سیستم ایمنی نیز می‌شود. در سال ۱۹۹۸ / ۱۳۷۷، بیوتلر و همکارانش کشف کردند موش‌های مقاوم به LPS دارای جهش‌هایی ژنتیکی بسیار شبیه به جهش ژن Toll در مگس میوه هستند. این گیرنده که به اختصار TLR نامیده می‌شود،



او با استفاده از کشت سلولی نشان داد، زمانی که سلول‌های دندریتی در کشت حضور دارند، سلول‌های T پاسخ‌های سریع و روشنی به این ترکیبات می‌دهند. اعلام این نتایج با انتقادهای متعددی روبرو شد، اما استینمن در نهایت توانست با تلاش مستمر و ارائه دلایل متعدد اثبات کند سلول‌های دندریتی، تنها سلول‌های شناخته شده‌ای هستند که می‌توانند وظیفه فعال‌سازی سلول‌های T را به عهده بگیرند.

استینمن و محققان دیگر در مطالعاتی که پس از اثبات این اثر انجام شد، به این پرسش پاسخ دادند که چطور و چه زمانی سلول‌های دندریتی به فعال‌سازی سلول‌های ایمنی تی اقدام می‌کنند. آزمون‌های آنها نشان می‌داد سیگنال‌های اولیه اعلام خطر توسط بخش ایمنی ذاتی ارسال می‌شوند و سلول‌های دندریتی با دریافت این علائم به فعال‌سازی سلول‌های T اقدام خواهند کرد. نتیجه این همکاری حمله به موقع سلول‌های ایمنی به عوامل بیماری‌زا و میکروارگانیسم‌ها است، در حالی که سلول‌های بدن که در معرض خطر قرار گرفته‌اند، در امان خواهند ماند.

از تحقیقات بنیادی تا کاربرد بالینی

تحقیقاتی که به شکل مشترک برنده جایزه نوبل پزشکی ۲۰۱۱ شده‌اند، آینده روشنی را برای فعال‌سازی و کنترل سیستم ایمنی بدن به ارمغان خواهند آورد. با استفاده از این نتایج می‌توان روش‌های تازه‌ای را برای پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها ابداع کرد. به عنوان مثال می‌توان نسل تازه‌ای از واکسن‌ها را علیه بیماری‌های عفونی تولید کرد یا به کمک آنها سیستم ایمنی را برای مقابله با تومورها تحریک کرد. علاوه بر این، این اکتشافات می‌توانند به ما برای درک بهتر این که چرا گاهی سیستم ایمنی بافت‌های بدن ما را هدف می‌گیرد، کمک کنند.

**بروس ای. بیوتلر**

متولد سال ۱۹۵۷ / ۱۳۳۶ در شیکاگو است. او دکترای پزشکی را سال ۱۹۸۱ / ۱۳۶۰ از دانشگاه شیکاگو دریافت کرد و پس از آن به عنوان محقق در دانشگاه راکفلر نیویورک و پس از آن دانشگاه تگزاس در دالاس شروع به کار کرد. او هنگام تحقیق در دانشگاه دالاس موفق شد گیرنده‌های LPS را کشف کند. از سال ۲۰۰۰ / ۱۳۷۹ تاکنون به عنوان استاد ژنتیک و ایمنی‌شناسی در مؤسسه تحقیقاتی Scripps در ایالات متحده کار می‌کند.

**ژولز ای. هافمن**

متولد ۱۹۴۱ / ۱۳۲۰ در Echternach لوگزمبورگ است. او در سال ۱۹۶۹ / ۱۳۴۸ مدرک دکترایش را از دانشگاه استراسبورگ فرانسه دریافت کرد و پس از گذراندن دوره‌های فوق‌دکتر در آلمان، به استراسبورگ برگشت و ریاست یکی از آزمایشگاه‌های تحقیقاتی این دانشگاه را از سال ۱۹۷۴ / ۱۳۵۳ تا ۲۰۰۹ / ۱۳۸۸ به عهده گرفت. او علاوه بر این ریاست مرکز زیست‌شناسی سلولی و مولکولی استراسبورگ و آکادمی ملی علوم فرانسه را به عهده داشته است.

**رالف ام. استینمن**

متولد ۱۹۴۳ / ۱۳۲۲ در مونترال کانادا است. او پس از گذراندن رشته‌های زیست‌شناسی و شیمی در دانشگاه مگ‌گیل این شهر، برای تحصیل در رشته پزشکی به دانشگاه هاروارد در بوستون رفت و در سال ۱۹۶۸ / ۱۳۴۷ از این دانشگاه فارغ‌التحصیل شد. او از سال ۱۹۷۰ / ۱۳۴۹ تاکنون در دانشگاه راکفلر نیویورک کار می‌کند و از سال ۱۹۸۸ / ۱۳۶۷ استاد درس ایمنی‌شناسی این دانشگاه است. او علاوه بر این ریاست مرکز مصونیت و بیماری‌های ایمنی را به عهده دارد.





یازدهمین کنگره سراسری مدیکال آنکولوژی و هماتولوژی ایران

برگزار کننده: انجمن خون و سرطان ایران

زمان برگزاری: ۶ الی ۸ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: تهران، هتل المپیک

www.Ismoh.ir

سیزدهمین همایش کشوری آموزش پزشکی

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انجمن علمی آموزش پزشکی ایران، انجمن آموزش علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

زمان برگزاری: ۱۲ الی ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: ساری

www.mededu13.ir



کنگره کشوری دانشجویی عفونت ها و مقاومت دارویی

برگزار کننده: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

زمان برگزاری: ۱۳ الی ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: لنگرود، دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی شرق گیلان

www.gumic.ir



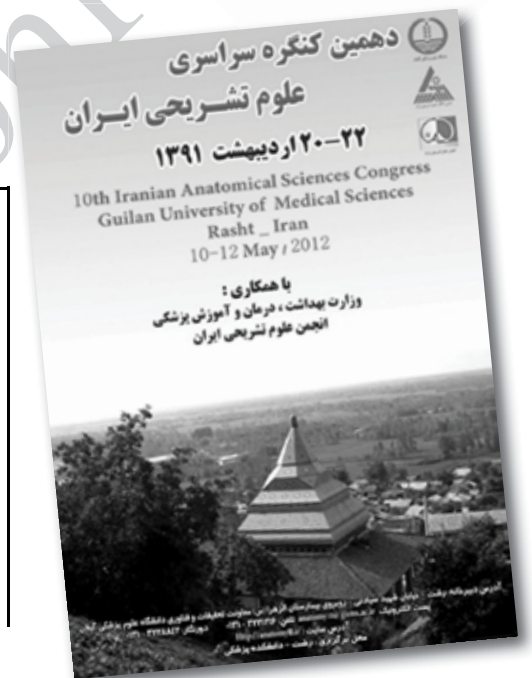


همایش کشوری پیراپزشکی و سلامت

برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

زمان برگزاری: ۱۸ الی ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: یاسوج



دهمین کنگره علوم تشریحی ایران

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی گیلان و انجمن علوم تشریحی ایران

زمان برگزاری: ۲۰ الی ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

www.Anatomy10.ir



دهمین کنگره بین المللی پزشکی هسته ای آسیا و اقیانوسیه

برگزار کننده: انجمن پزشکی هسته ای ایران

زمان برگزاری: ۲۶ الی ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: تهران، سالن همایش های برج میلاد

www.Aofnmb.ir



پنجمین سمینار سراسری ایدز و اعتیاد

برگزار کننده: دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

زمان برگزاری: ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: تبریز، سالن استاد شهریار مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

www.5tac.ir

کنگره ملی گیاهان دارویی

برگزار کنندگان: ستاد توسعه علوم و فناوری گیاهان دارویی و طب ایرانی، انجمن گیاهان دارویی ایران، پژوهشکده گیاهان و مواد اولیه دارویی دانشگاه شهید بهشتی، جامعه گیاه درمانی ایران، شرکت داروسازی بارپج اسانس، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

زمان برگزاری: ۲۷ الی ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: جزیره کیش، مرکز همایش های بین المللی

www.ncmp2012.com



پنجمین همایش سالیانه پژوهشی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی شمال کشور

برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی سمنان

زمان برگزاری: ۲۷ الی ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۱

مکان برگزاری: سمنان

www.sem-arcinu.ir



به تماشا سوکند

و به آغاز کلام

و به پرواز کبوتر از ذهن

واژه ای در قفس است.

زیر سیدی بودیم.

برگی از شاخه بالای سرم چیدم، گفتیم:

چشم را باز کنید، آیتی بهتر از این می خواهید؟

می شنیدیم که بهم می گفتند:

سحر میداند، سحر!

سر بر کوه رسولی دیدند

ابرا مکار به دوش آوردند.

باد را نازل کردیم

تا کلاه از سرشان بردارد.

خانه هاشان پر داوودی بود،

چشمشان را بستیم.

دستان را رساندیم به سر شاخه هوش.

چیشان را پر عادت کردیم.

خوابشان را به صدای سفر آینه ها بستیم.



نظرسنجی

خوانندگان محترم فصلنامه کنکاش، نظرات شما مخاطبین برای ادامه کار و حیات ما قطعاً 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.

وقتی مدفوع نجات دهنده زندگی انسان ها می شود!

عالی خوب متوسط ضعیف

آیا سرانجام آلزایمر هم مغلوب واکسن خواهد شد ؟

عالی خوب متوسط ضعیف

نخستین بیضه مصنوعی

عالی خوب متوسط ضعیف

حلزون های دریایی و افزایش حافظه

عالی خوب متوسط ضعیف

کلیه مصنوعی پوشیدنی جایگزین دیالیز

عالی خوب متوسط ضعیف

خداحافظ ترس از واکسن!

عالی خوب متوسط ضعیف

با رایانه خود حرف بزنید

عالی خوب متوسط ضعیف

از آسپیرین هم بترسید

عالی خوب متوسط ضعیف

آب، التیام بخش بیماران MS

عالی خوب متوسط ضعیف

از زخم خود احوالپرسی کنید!

عالی خوب متوسط ضعیف



گربه ها و امیدهای تازه برای درمان ایدز

عالی خوب متوسط ضعیف

LSD به کاشف خود هم رحم نکرد!

عالی خوب متوسط ضعیف

پاکت نامه هایی که قاصدین مرگند!

عالی خوب متوسط ضعیف

مقاله ISI چگونه ارزیابی می شود؟

عالی خوب متوسط ضعیف

تازه های نشر در دنیای پزشکی

عالی خوب متوسط ضعیف

معرفی یک مجله پزشکی معتبر

عالی خوب متوسط ضعیف

طب سنتی در ایران

عالی خوب متوسط ضعیف

عسل، شیرین ترین آنتی بیوتیک

عالی خوب متوسط ضعیف

نوبل پزشکی ۲۰۱۱

عالی خوب متوسط ضعیف

لیست همایش های پزشکی در ماه های آینده

عالی خوب متوسط ضعیف

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