

# نشریه پزشکی جم

پیار ۱۴۰۰ - شماره ۲۵



## نیم قرن توانایی، خدمت و تجربه

- مقالات پژوهشی
- مقالات گزارش موردی
- مقالات کوتاه
- وبینارها





## فهرست مطالب

### مقالات پژوهشی

- |          |  |
|----------|--|
| ۳ .....  | شیوع اختلالات خواب در بیماران مبتلا به صرع: یک مطالعه مقطعی مبتنی بر پرسشنامه  |
| ۱۰ ..... | خلاصه‌ی مقاله‌ی ارزیابی تاثیر میزان دسترسی به وسائل حفاظت فردی بر سطح استرس کارکنان درمانی در اپیدمی COVID۱۹                                   |
| ۱۱ ..... | خلاصه‌ی مقاله‌ی بررسی میزان فرسودگی و استرس شغلی در کارکنان درمانی و مقایسه آن بین کارکنان خط مقدم با کارکنان پشتیبانی در دوران اپیدمی COVID۱۹ |
| ۱۲ ..... | خلاصه‌ی مقاله‌ی بررسی تاثیر آفت کش‌ها بر جنسیت فرزند و میزان فعالیت‌های جنسی افراد در مواجهه - ایران   |
| ۱۴ ..... | توان پخشی بیمارانی که تحت عمل جراحی سایبوریداکشن (CRS) و شیمی درمانی درون صفاقی هایپرترمیک (HIPEC) برای بدنشی‌های صفاقی قرار می‌گیرند.         |
| ۲۰ ..... | خلاصه‌مقاله بررسی مقایسه‌ای اثربخشی الندرونیت خوراکی و زولدرونیک اسید بر بوکی استخوان پس از یائسگی   |
| ۲۱ ..... | خلاصه مقاله پژوهشی بررسی کارایی توابخشی از راه دور در مقایسه با فیزیکال تراپی مبتنی بر حضور در بیماران با آوستنتوارتیز زانو                    |

### مقالات گزارش موردنی

- |          |  |
|----------|--|
| ۲۲ ..... | بلوک فاز ۳ و فاز ۴ منحنی پتانسیل عمل در یک بیمار |
| ۲۳ ..... | فیبرتکوما تخدان                                  |

### مقالات کوتاه

- |          |  |
|----------|--|
| ۲۹ ..... | <b>PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy)</b>     |
| ۳۲ ..... | بررسی داروهای روکورونیوم بروماید و سوگاماداکس  |
| ۳۵ ..... | بررسی تاییدیه اندیکاسیون جدید داروی لاکوزاماید |
| ۳۸ ..... | ایمونوهیستوشیمی (IHC)                          |

## نشریه پزشکی جم

شماره: ۲

بهار - ۱۴۰۰

مدیر مسئول: دکتر بابک حیدری اقدم

سردبیر: دکتر مهرداد بهلوانی

دبير علمی: دکتر منصور مقدم

مدیر اجرایی: صحراء کبیری



شورای تحریریه: دکتر کامران آزمای، دکتر مهرداد آقایی، دکتر لادن ادیب عشق، دکتر مهرداد بهلوانی، دکتر بابک حیدری اقدم، دکتر فرید خطيبي، دکتر علی رهبری، دکتر گزهرا رضا سلطانی، دکرامین شمس اختری، دکتر سامان نایب عباس، دکتراحسان صنعتی، دکتر فرهاد عصارزادگان، دکتر افسانه دادرخواه، صحراء کبیری، دکتر فریده کی پور، دکتر منصور مقدم، دکتر سارا اسدات محسن حسینی، دکتر عبدالله ناصحی، دکتر شریف نجفی، دکتر ایلانا ناقی، مهندس نیکی صادقی پور، دکتر جمال الدین هادی

زیرنظر معاونت علمی و پژوهشی بیمارستان جم  
طراحی و اجرا / صفحه آرایی / چاپ و صحافی: انتشارات عصر روشن بینی  
آدرس پortal: www.jamhospital.ir

نشانی: تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر، بیمارستان جم  
تلفن دفتر توسعه و پژوهش: ۰۴۱۴۱ (داخلی ۱۹۶)





## ▪ شیوع اختلالات خواب در بیماران مبتلا به صرع: یک مطالعه مقطعی مبتنی بر پرسشنامه

دکتر فرهاد عصارزادگان

(متخصص متغرواعصاب-دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

برگردانده شده از مجله‌ی

بی‌قرار، بی‌خوابی، کیفیت زندگی

مقدمه:

سندروم صرع اولین بار به عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها توصیف شد که معمولاً با هم اتفاق می‌افتد. این عوامل شامل نوع تشنج، سبب شناسی، آناتومی، عوامل مستعد کننده، سن شروع، شدت، زمان شروع، چرخه شب‌انه‌روزی و پیش‌آگهی می‌باشند (۱). با توجه به این سیستم، تشنج به عنوان سندروم‌های موضعی (فوکال، لوکال، پارشیال)، جنرا، نامشخص و خاص طبقه بندی می‌شود. صرع، با شیوع ۶۱/۴ در هر ۱۰۰۰ نفر در سال (۲)، مسئول بیش از ۱۳ میلیون شاخص عمر مفید از دست رفته به دلیل ناتوانی (DALYs) و ۵/۰٪ از حجم کلی بیماری است (۳). به نظر می‌رسد اختلال خواب با صرع مرتبط باشد زیرا بسیاری از مطالعات، کارایی خواب کمتر و تغییرات سریع حرکت چشم (REM) و حرکت غیر سریع چشم (NREM) را در بیماران مبتلا به صرع نشان داده‌اند (۴). اختلالات خواب طیف‌گسترده‌ای از اختلالات هستند که بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-V) به ۱۰ دسته طبقه‌بندی می‌شوند (۵). رابطه بین صرع و اختلال خواب پیچیده به نظر می‌رسد زیرا هر دو بیماری ممکن است تاثیر منفی بر یکدیگر داشته باشند.

همچنین، داروهای ضد صرع (AEDs) ممکن است اختلالات خواب را تحریک کنند (۷، ۸). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که خواب آلودگی بیش از حد روزانه (EDS)، سندروم پاها‌ی بی‌قرار (RLS) و بی‌خوابی ممکن است در بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به صرع وجود داشته باشد؛ با این حال، تفاوت‌هایی در شیوع این اختلالات وجود دارد (۹). سندروم پاها‌ی بی‌قرار (RLS)، یک احساس ناخوشایند در پاها است که در شب هنگام در حال استراحت بدتر می‌شود و می‌تواند با حرکت پا حل شود، که می‌توان آن را از طریق پرسشنامه تشخیص داد، زیرا عمدتاً شامل علائم ذهنی است (۱۰). این سندروم ممکن است تا توسطی خوابی رخدده و یا خود باعث بی‌خوابی شود (۱۱). در برخی از بیماران مبتلا

### Epilepsy & Behavior

<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107635>

چکیده:

زمینه: اختلال خواب در بیماران مبتلا به صرع شایع است. از آنجاکه ارزیابی اختلالات خواب و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به صرع ممکن است مدیریت بهتری را برای این بیماران فراهم کند، هدف ما بررسی شیوع اختلالات خواب رایج در بیماران مبتلا به صرع است. روش‌ها: بیماران مبتلا به صرع که طی یک سال به یک کلینیک صرع سریایی در تهران مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند.

پرسشنامه‌های معتبر فارسی توسط مصاحبه‌کننده برای ارزیابی خواب آلودگی بیش از حد روزانه (EDS)، سندروم پاها بی‌قرار (RLS) و بی‌خوابی استفاده شدند. همچنین مشخصات فردی بیماران و خصوصیات بالینی مربوط به تشنج ثبت شد.

نتایج: هفتاد بیمار (۳۵ مرد) بین ۱۸ تا ۷۵ سال در این مطالعه شرکت کردند. در میان بیماران، ۶۱/۴، ۳۵/۷ و ۲۸/۶ درصد به ترتیب از بی‌خوابی، RLS و EDS رنج می‌بردند (خفیف تا شدید). هنگام در نظر گرفتن ویژگی‌های تشنج، هیچ ارتباط معنی‌داری بین تکرار تشنج و نوع آن و شیوع اختلال خواب وجود نداشت (اگرچه اختلال خواب در میان بیماران با تکرار تشنج بالاتر و بیماران با تشنج زنگالیزه شایع‌تر بود). جالب توجه است که سن رابطه مثبتی با EDS داشت. نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اختلال خواب در بیماران مبتلا به صرع شایع است که ممکن است در برخی موارد شدید شود. با در نظر گرفتن این موضوع، ما پیشنهاد می‌کنیم که ارزیابی روتین اختلالات خواب ممکن است به پزشکان کمک کند تا کیفیت خواب بیماران را افزایش دهند.

کلمات کلیدی:

اختلال خواب، صرع، خواب آلودگی مفرط در طول روز، سندروم پا

نسخه فارسی معتبر پرسشنامه های خواب مورد استفاده قرار گرفت و داده ها توسط یک پرسشگر جمع آوری شد.

شاخص شدت بی خوابی (ISI) توسط مورن در سال ۱۹۹۳ معرفی شد. این پرسشنامه به مشکلات اخیر در زمینه خواب، مشکلات مربوط به حفظ خواب، بیداری زود هنگام، رضایت از الگوهای خواب، تعامل با عملکردهای روزانه، میزان اهمیت این اختلال عملکردی برای دیگران و سرخورده‌گی ناشی از آن برای بیمار می‌پردازد. بیماران هر آیتم را در مقیاس ۰-۴ ارزیابی می‌کنند و نمره کل ۸ و بیشتر از آن به عنوان بی خوابی در نظر گرفته می‌شود (۱۶-۱۸).

مقیاس خواب آلودگی اپورث (Epworth Sleepiness Scale) شامل هشت سوال است که به طور ذهنی نیاز بیماران به خواب در وضعیت های مختلف زندگی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس براساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ طراحی شد. امتیاز کلی از صفر تا ۲۴ در نظر گرفته می‌شود که ۰ و یا بیشتر به عنوان خواب آلودگی بیش از حد روزانه در نظر گرفته می‌شوند (۱۹، ۲۰).

پرسشنامه بین المللی سندروم پای بی قرار برای تشخیص و درجه بندی RLS در بیماران ما مورد استفاده قرار گرفت (۱۰). این پرسشنامه شامل چهار سوال با نمره صفر تا ۳ با نمره کل ۱۲ است. نمره بالاتر به معنای رنج بیشتر بود. سوالات به شرح زیر هستند:

۱. آیا انگیزه ای برای حرکت دادن پاها یا تان به خاطر یک احساس ناخوشایند وجود دارد یا نه؟
۲. آیا نیاز به حرکت و یا احساسات ناخوشایند در طول دوره های استراحت و یا عدم فعالیت شروع و یا بدتر می شود؟
۳. آیا میل به حرکت یا احساسات ناخوشایند به طور جزئی یا کلی با حرکت برطرف می شود؟
۴. آیا میل به حرکت یا احساسات ناخوشایند در شب یا عصر بدتر است؟ تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تفاوت های بین گروه ها با استفاده از آزمون دقیق فیشر و

به صرع، کم خوابی ناشی از اختلالات خواب، بیمار را در معرض حملات ناگهانی قرار می دهد (۱۲).

خواب آلودگی بیش از حد روزانه (EDS) عمدتاً در زمینه خواب ناکافی در طول شب ایجاد می شود و عوامل زیادی می تواند بیماران را مستعد این وضعیت کند مانند RLS یا آپنه انسدادی خواب. در حالی که برخی مطالعات بر روی بیماران مبتلا به صرع با حذف عوامل مخدوشگر نشان داده اند که داروهای ضد صرع و تکرار تشنج در مقایسه با افراد سالم، افزایش قابل توجهی در EDS ندارند (۱۳، ۱۴)، برخی مطالعات بر شیوع بالاتر EDS در این بیماران تاکید دارند (۱۵).

RLS و بی خوابی، به عنوان سه اختلال رایج خواب که پرسشنامه معتبر برای ارزیابی دارند، از جمله شایع ترین شرایط مورد مطالعه هستند. با توجه به عوامل ژنتیکی و محیطی مختلف، پیدا کردن شیوع رویدادهای ناگوار در جمیعت های مختلف برای تایید داده های قبلی و یا ارائه اطلاعات جدید الزامی است. در این مطالعه مقطعی، ما به بررسی شیوع خواب آلودگی بیش از حد روزانه، سندروم پای بی قرار و دشواری در شروع خواب در بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به یک کلینیک صرع در شرق تهران پرداختیم.

## مواد و روش ها

در مجموع ۷۰ بیمار مبتلا به صرع با سن بالای ۱۸ سال که به کلینیک صرع مرکز ما ارجاع داده شده بودند، وارد مطالعه شدند. بیماران با اختلالات خواب شناخته شده از مطالعه خارج شدند. همچنین، مصرف داروها به غیر از AED، کارهای شیفتی و دیگر بیماری های همراه به عنوان معیارهای حذف در نظر گرفته شدند. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرید بهشتی این مطالعه مقطعی را تایید کرد و تمام شرکت کنندگان رضایت آگاهانه را قبل از ثبت نام تکمیل کردند. حقوق حریم خصوصی موضوعات انسانی ملاحظه شد و تمام پروتکلهای تحقیقاتی با بیانیه (Helsinki) هلسینکی مطابقت داشتند. مشخصات بیماران و همچنین تاریخچه کامل وضعیت صرع آن ها در پایگاه داده مثبت شد.

بالینی نداشتند، ۳۸/۶٪ بی خوابی زیر آستانه‌ای داشتند، ۱۵/۷٪ بی خوابی متوسط داشتند و تنها ۷/۱٪ از بیماران از بی خوابی شدید رنج می‌بردند. با استفاده از آزمون دقیق فیشر، بیماران مرد و زن تفاوت معنی‌داری نداشتند. (توزیع بیماران مرد در هر زیرگروه به ترتیب ۴۵/۷٪، ۲۸/۶٪، ۲۸/۱٪ و زنان به ترتیب ۴۱/۴٪، ۴۸/۶٪، ۴۸/۳٪ و ۵/۷٪ بود).

آزمون استقل مقایسه شدند. برای بررسی همبستگی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.  $P\text{-values} < 0.05$  به عنوان مقادیر معنی‌دار در نظر گرفته شدند.

## نتایج

در این مطالعه ۷۰ بیمار مبتلا به صرع (۳۵ مرد و ۳۵ زن) در محدوده سنی ۱۸ تا ۷۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران ۳۸/۲±۱۴/۷ سال بود. میانگین سنی مردان و زنان به ترتیب ۳۵/۳±۱۴/۴ و ۳۲/۵±۱۳/۷ سال بود. مشخصات بالینی و فردی بیماران در جداول ۱ و ۲ آمده است. ۴۰ بیمار (۵۷/۱٪) در عرض یک هفته از شروع مطالعه، حمله تشنجی را تجربه کرده‌اند، ۳۶ بیمار (۵۱/۴٪) در ماه گذشته حمله داشته‌اند، ۶۱ بیمار (۸۷/۱٪) در عرض یک سال حمله تشنجی را تجربه کرده‌اند، و تنها ۹ بیمار (۱۲/۹٪) برای بیش از یک سال بدون حمله تشنجی بوده‌اند.

در میان بیماران، ۳۶ بیمار (۵۱/۴٪) تک دارویی بودند، ۱۹ بیمار (۲۷/۱٪) از دو AED استفاده می‌کردند، ۱۴ بیمار (۲۰/۱٪) بیش از دو AED مصرف می‌کردند، و ۱ بیمار (۱/۴٪) هیچ AED مصرف نمی‌کردند. تعداد حملات در ماه قبل به شرح زیر بود: ۴۳ مورد (۶۱/۴٪) کمتر از یک حمله در یک ماه، ۱۶ مورد (۲۲/۹٪) بین ۱ تا ۴ حمله در یک ماه، و ۱۱ مورد (۱۵/۷٪) بیش از ۴ حمله در یک ماه گذشته داشتند. با توجه به شروع صرع، شش بیمار (۸/۶٪) از یک سال قبل مبتلا به صرع بودند، ۲۷ بیمار (۳۸/۶٪) بین ۱ تا ۵ سال مبتلا به صرع بودند، و ۳۷ بیمار (۵۲/۸٪) بیش از ۵ سال تشنج داشتند.

## ● شیوع بی خوابی

با استفاده از شاخص شدت بی خوابی، میانگین نمره ۶/۶±۶/۹ بود. هیچ تفاوت قابل توجهی بین مردان و زنان وجود نداشت. (میانگین مردان ۶/۶±۶/۹ و میانگین زنان ۶/۶±۳/۹ بود). شکل ۱ توزیع درصدی نمرات ISI را نشان می‌دهد.

براساس سیستم نمره‌دهی ISI، ۳۸/۶٪ بیماران بی خوابی قابل توجه

<b>Age</b>	<b>35.3±14.4</b>
<b>Sex</b>	
Male	35 (50%)
female	35 (50%)
<b>BMI</b>	<b>24.2±4.8</b>
<b>Education</b>	
High school graduate	34 (48.6%)
More than high school	36 (51.4%)
<b>Occupation</b>	
Employed	42 (60%)
Unemployed	28 (40%)

جدول (۱): ویژگی‌های فردی بیماران

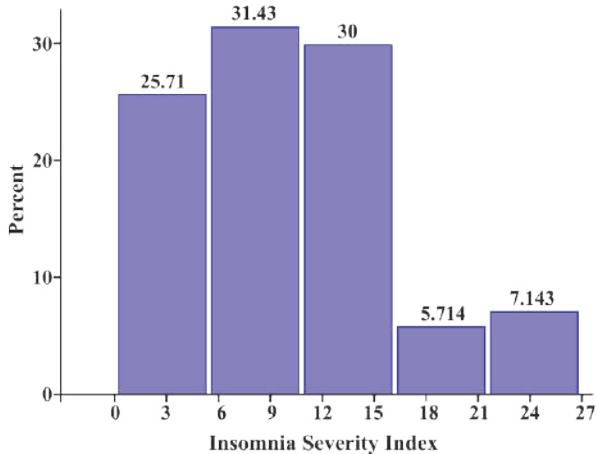
<b>Years since the first seizure</b>	
Less than a year	6 (8.6%)
One to five years	27 (38.6%)
More than five years	37 (52.8%)
<b>Seizure type</b>	
Focal	40 (57.1%)
Generalized	30 (42.9%)
<b>Time passed since last seizure</b>	
A week	19 (27.1%)
A week to a month	17 (24.3%)
A month to a year	25 (35.7%)
More than a year	9 (12.9%)
<b>Seizure frequency per month</b>	
Less than one	43 (61.4%)
One to four	16 (22.9%)
More than four	(15.7%)

جدول (۲): ویژگی‌های بالینی بیماران

ESS بیش از ۱۰ درصد قابل توجه است و به معنی خواب آلودگی بیش از حد روزانه است. در مجموع ۲۷/۱٪ بیماران نمره بالاتر از ۱۰ داشتند (۳۴/۳٪ مذکور و ۲۰/۰٪ مونث که تفاوت معناداری وجود نداشت).

● شیوع RLS در بیماران مبتلا به صرع

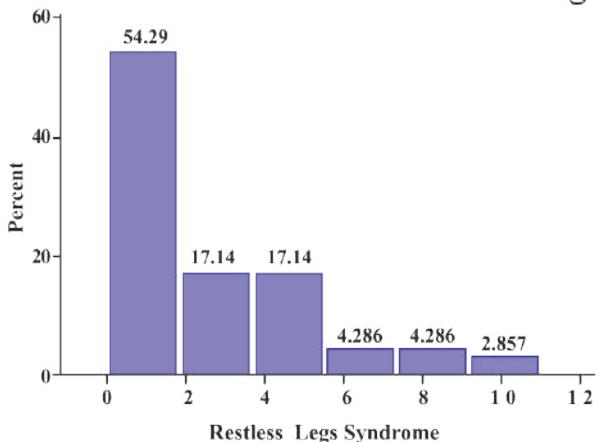
داده‌های جمع آوری شده با استفاده از پرسشنامه RLS، میانگین نمره ۲/۲±۲/۸ را برای کل جمعیت مورد مطالعه نشان داد (۲/۴±۲/۸ در مردان و ۱/۹±۲/۸ در زنان، بدون هیچ تفاوت قابل توجهی بین دو گروه). شکل ۳ درصد فراوانی امتیاز RLS را نشان می‌دهد.



شکل(۱): توزیع شاخص شدت بی خوابی در بیماران مبتلا به صرع.

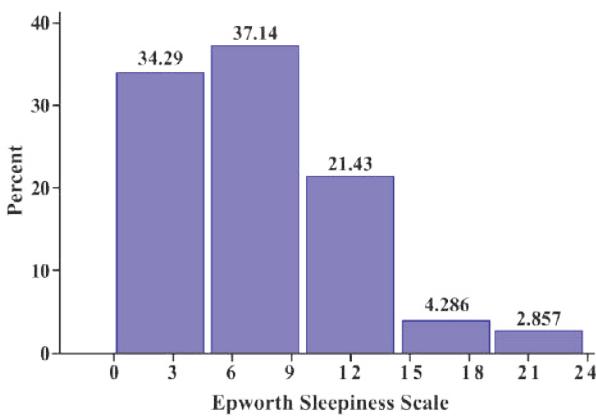
● شیوع EDS

براساس داده‌های جمع آوری شده توسط پرسشنامه ESS، میانگین امتیاز ۷/۱±۵/۱ بود (مردان = ۷/۹±۵/۴ و زنان = ۶/۴±۴/۸) ( $P\text{-value} > 0/05$ ). شکل ۲ توزیع درصدی نمرات ESS را نشان می‌دهد.



شکل(۳): توزیع نمرات سندروم پایی قرار در بیماران صرعی.

براساس سیستم امتیاز دهنده RLS، ۷۱/۴٪ از بیماران از RLS رنج نمی‌برند، ۲۱/۴٪ از RLS خفیف و ۷/۲٪ از RLS شدید رنج می‌برند. (توزیع مردان و زنان به ترتیب ۶/۶٪ و ۸/۵٪ در هر گروه و در زنان به ترتیب ۳/۷٪ و ۵/۷٪ بود). تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده نشد.



شکل(۲): توزیع ESS در بیماران مبتلا به صرع.

براساس سیستم امتیاز دهنده خواب آلودگی، ۶۴/۳٪ در محدوده طبیعی خواب آلودگی، ۲۴/۳٪ خواب آلودگی خفیف، ۵/۷٪ خواب آلودگی متوسط و تنها ۵/۷٪ خواب آلودگی شدید روزانه داشتند. توزیع مردان در هر گروه به ترتیب ۳/۵٪، ۱/۴٪، ۳/۱٪، ۵/۴٪، ۸/۶٪ و ۵/۷٪ و در زنان به ترتیب ۱/۷٪، ۷/۴٪، ۱/۷٪ و ۵/۷٪ بود. تفاوت معنی داری بین بیماران زن و مرد از نظر نمره مقیاس ESS وجود نداشت.

● شیوع اختلالات خواب در حملات تشنجی فوکال و ژنرالیزه میانگین شاخص ISI در بیماران با تشنج های ژنرالیزه ۱۰/۹±۷/۱ فوکال ۹±۵٪ بود. اگرچه امتیاز ISI در میان بیماران مبتلا به تشنج ژنرالیزه بالاتر بود، اما به سطح معنی داری نرسید (مقدار  $P\text{-value} < 0/05$ ).

در بیماران با تشنج ژنرالیزه، ۷/۳٪ بی خوابی بالینی نداشتند،

معنی داری بین گروه ها وجود نداشت ( $p\text{-value} = 0.708$ ). میانگین نمره ESS در مورد فراوانی تشنجم به شرح زیر بود: در بیمارانی که کمتر از یک تشنجم در یک ماه داشته اند،  $7 \pm 5$ ، در بیماران با ۱ تا ۴ تشنجم در ماه  $5 \pm 3$  و در بیماران با بیش از ۴ تشنجم در ماه  $9 \pm 6$  بود. هیچ تفاوت قابل توجهی بین این سه گروه وجود نداشت، اگرچه ESS در بیمارانی که بیش از ۴ تشنجم در ماه داشتند، بیشتر بود. این نمرات نشان داد که در میان بیماران با کمتر از یک تشنجم در ماه، این نمرات خوب آبود و از  $62/8$ % دارای خواب آلودگی طبیعی،  $25/6$ % دارای EDS خفیف،  $7/2$ % دارای EDS متوسط و  $4/6$ % دارای EDS شدید بودند. در بیماران با ۱ تا ۴ تشنجم در هر ماه، این درصد به ترتیب  $31/2$ ،  $68/8$  و  $40/0$ % بود.

در نهایت، در بیماران با بیش از ۴ تشنجم در ماه، این ارقام به ترتیب  $63/6$ ،  $9/1$ ،  $9/2$  و  $18/1$ % بود. تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود نداشت ( $p\text{-value} = 0.389$ ).

#### بحث

براساس برخی مطالعات قبلی، اختلالات خواب در بیماران مبتلا به صرع شایع تراز افراد سالم در نظر گرفته شده است. خواب آلودگی روزانه، کیفیت خواب ضعیف و RLS در میان بیماران مبتلا به صرع روزانه، مقایسه با گروه کنترل شایع گزارش شده است (۲۲). در مقایسه با گروه کنترل شایع گزارش شده است (۲۲).

اضطراب ممکن است تاثیر عمیقی بر کیفیت خواب این بیماران داشته باشد. یافته های ما در این مطالعه نشان داد که در بیماران مبتلا به صرع، ویژگی های تشنجم مانند نوع و فراوانی آن به طور قابل توجهی استعداد بیماران برای اختلالات خواب را تغییر نمی دهد. داده های فردی همچنین نشان داد که عوامل، به غیر از سن، به طور قابل توجهی بر شیوع اختلال خواب تاثیر ندارند. دی وایرد و همکاران نشان داده اند که شیوع اختلالات خواب در بیماران مبتلا به تشنجم پارشیال در ۶ ماه اخیر دو برابر گروه کنترل بود ( $39\%$  در مقابل  $18\%$ ).

از سوی دیگر، یزدی و همکاران در مطالعه مورد شاهدی خود، شیوع بیشتر EDS را در بیماران مبتلا به صرع نشان دادند.

بی خوابی زیر آستانه ای داشتند،  $16/7$ % بی خوابی متوسط داشتند و  $13/3$ % بی خوابی بالینی شدید داشتند. در گروه فوکال، این درصد ها به ترتیب  $42/5$ ،  $15$ ٪ و  $2/5$ % بود، و تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (فوکال و نرالیزه). میانگین نمره ESS در گروه های تشنجم نرالیزه ( $8 \pm 5/5$ ) و فوکال ( $8 \pm 4/8$ ) بود ( $P\text{-value} > 0.05$ ). اگرچه در میان بیماران مبتلا به تشنجم نرالیزه، امتیاز ESS بالاتر بود، اما این امتیاز به سطح معنی داری نرسید ( $P\text{-value} > 0.05$ ). در بیماران مبتلا به تشنجم نرالیزه،  $56/7$ % وضعیت خواب آلودگی نرمال،  $23/3$ % خواب آلودگی خفیف،  $10$ % متوسط و  $1$ % از EDS شدید رنج می بردند. در گروه تشنجم فوکال، این درصد به ترتیب  $70/0$ ،  $25/0$ ،  $2/5$ % و  $2/5$ % بود، و هیچ تفاوت قابل توجهی بین این گروه ها وجود نداشت.

#### ● ارتباط بین سن و اختلالات خواب

ضریب همبستگی برای سن و امتیاز ISI برابر ( $-0.12$ ) بود که غیر معنی دار بود ( $p\text{-value} = 0.328$ ). در حالی که این همبستگی مثبت بین سن و امتیاز EES قابل توجه بود (ضریب همبستگی  $= 0.110$  ( $p\text{-value} = 0.03$ )).

که به این معنی است که EDS در بیماران مسن تر بدتر می شود.

#### ● ارتباط بین تکرار تشنجم و اختلالات خواب

میانگین نمره ISI در مورد فراوانی تشنجم به شرح زیر بود:

- ۱- در بیمارانی که کمتر از یک تشنجم در یک ماه داشته اند،  $9 \pm 6/3$ ٪
- ۲- در بیماران با ۱ تا ۴ تشنجم در ماه  $10 \pm 5/8$  و ۳- در بیماران با بیش از ۴ تشنجم در ماه  $11 \pm 7/8$  بود. میانگین نمره ISI در بیمارانی که حملات مکرر داشتند افزایش یافت ولی این افزایش از نظر آماری معنی دار نبود ( $P\text{-value} > 0.05$ ). این نمرات نشان داد که در میان بیماران با کمتر از یک تشنجم در ماه،  $46/5$ % هیچ بی خوابی بالینی قابل توجهی را نشان ندادند،  $32/5$ % بی خوابی زیر آستانه ای داشتند،  $14$ % بی خوابی متوسط داشتند و  $7$ % بی خوابی شدید داشتند. در بیماران با ۱ تا ۴ تشنجم در ماه، این درصد به ترتیب  $25$ ٪،  $50$ ٪،  $18/7$ % و  $6/3$ % بود. در نهایت، در میان بیماران با بیش از ۴ تشنجم در ماه، این نسبت ها به ترتیب  $27/3$ ٪،  $45/4$ ٪،  $22/3$ ٪ و  $18/2$ % بود. تفاوت

در پژوهش مانی و همکاران، شیوع OSA به صورت ۱۰/۸٪ در بیماران مبتلا به صرع با استفاده از پلی سومنوگرافی مشاهده شد. یزدی و همکاران همچنین درصد مشابهی از بیماران با OSA را با استفاده از پرسشنامه های معتبر گزارش کردند، اما آنها، آن را به طور قابل توجهی متفاوت از بیماران کنترل ریسک بالا پیدا نکردند (۲۲). در حالی که شیوع بیشتر EDS در بیماران مبتلا به صرع نتیجه عوامل متعددی است، ما فرض می کنیم که پس از کنترل عوامل مداخله‌گر، این بیماران در معرض خطر بالاتر EDS قرار دارند. اما اثبات این فرضیه نیازمند گروه بزرگتری از بیماران و شاهد هایی است که فراتراز دامنه این مقاله هستند. AED ها ممکن است عامل دیگری باشد که ساختار خواب را تحت تاثیر قرار می دهد. تاثیر AED ها بر معماری خواب بسیار متنوع به نظر می رسد. در حالی که برخی از آنها باعث افزایش کارایی خواب می شوند، برخی دیگر تمايل به کاهش آن دارند. همچنین، خواب با موج آهسته، خواب با حرکت چشم سریع، تاخیر خواب، و تحريكات را می توان به طور متفاوت پس از استفاده از AEDs تحت تاثیر قرار داد (۳۱).

بنابراین، تاثیر دقیق AED ها بر اختلالات خواب را نمی توان با توجه به اثرات بالقوه متنوع این داروها ارزیابی کرد.

علاوه بر ویژگی های مختلف، تشنج های ژنرالیزه و فوکال هر دو نتیجه تخلیه الکتریکی خود به خودی در مغز هستند. در ارتباط با ریتم شباهه روزی و اختلالات خواب، بیماران مبتلا به هر دو نوع تشنج شیوع یکسانی دارند. این امر در کار آنتربگر و همکاران مشهود است (۳۲) که نشان دادند شرکت کنندگان با صرع های پارشیال و ژنرالیزه در میزان اختلال خواب، EDS، اختلالات خواب و متغیرهای ریتم شباهه روزی تفاوتی ندارند. داده های ما همان نتایج را نشان می دهند و تجزیه و تحلیل ما هیچ تفاوت قابل توجهی در شیوع بی خوابی و EDS بین بیماران مبتلا به یک حمله فوکال یا ژنرالیزه نشان نداد. با در نظر گرفتن فراوانی تشنج و دوره بدون تشنج، نتایج ما هیچ تفاوت معنی داری را بین گروه هایی که با یافته های ایم و همکاران که پیشنهاد کردند که بهبود تشنج در سال گذشته منجر به کاهش فراوانی بی خوابی

این موضوع با مطالعه ما سازگار نیست و نشان می دهد که ۳۵/۷٪ از بیماران دارای خواب آلودگی بیش از حد روزانه از خفیف تا شدید هستند (۲۲).

ما دریافتیم که اگرچه اختلال خواب در میان بیماران با تکرار تشنج بالاتر و تشنج ژنرالیزه شدیدتر بود (در مقایسه با حالت فوکال)، اما به اهمیت آماری نرسید. همچنین، مطالعات قبلی یافته های ناهمگن در مورد این موضوع را نشان دادند. برخی مطالعات ارتباط بین تکرار تشنج و خواب را هم در بزرگسالان (۲۴) و هم در کودکان (۲۵) نشان دادند، در حالی که مطالعات دیگر هیچ ارتباطی بین بالغین مبتلا به صرع پارشیال مقاوم (۲۶) و صرع لوب پیشانی شباهه (۲۷) پیدا نکردند. این تناقض ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که آسیب شناسی اساسی ممکن است با اختلال خواب در هم آمیخته باشد و تکرار تشنج تنها عامل تعیین کننده نیست. با توجه به نوع تشنج، ما دریافتیم که تشنج ژنرالیزه با اختلالات خواب شدیدتر همراه بود؛ اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. مطالعات قبلی همچنین نشان داد که کودکان مبتلا به تشنج ژنرالیزه شیوع بالاتری از اختلال خواب دارند. از آنجا که تخلیه های صرع ژنرالیزه و فوکال معمولاً در طول مراحل مختلف خواب فعال می شوند (۲۸)، توجیه ارتباط بین اختلال خواب و نوع تشنج یک مساله پیچیده است و نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

در این مطالعه، ما همچنین نشان دادیم که سن با اختلال خواب شدیدتر مرتبط است. یک مطالعه مقطعی در میان کودکان نشان داد که سن با مشکلات خواب مرتبط است. اگرچه مطالعات قبلی ارتباط بین سن و اختلالات خواب در بیماران دارای صرع را ارزیابی نکرده اند، کاهش کارایی خواب با سن بالاتر در بزرگسالان (۳۰) ممکن است این تمایل را در بیماران دارای صرع در مطالعه ما توجیه کند. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد برخی عوامل، به غیر از تکرار تشنج و AEDs، ممکن است باعث شیوع بالاتر EDS در بیماران مبتلا به صرع مانند آپنه انسدادی خواب (OSA) و RLS شوند (۱۳).

داد که با در نظر گرفتن ویژگی های تشنج و مسائل جمعیت شناختی، تفاوت قابل توجهی را نمی توان حفظ کرد. با این حال، اندازه نمونه ما برای تعیین تأثیر AED های فردی بر شیوع RLS کافی نبود. گزارش های اخیر نشان می دهند که کنترل ضعیف تشنج ممکن است اختلال خواب را تشدید کند و این کیفیت خواب ضعیف ممکن است منجر به تشدید تشنج شود. تعیین کیفیت خواب در این بیماران بسیار مهم به نظر می رسد زیرا ممکن است تعیین کننده کیفیت زندگی بیماران باشد (۳۷).

#### نتیجه گیری

در نتیجه، یافته های مانشان دهنده شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران مبتلا به صرع است. با در نظر گرفتن این موضوع، ما ارزیابی روتین این اختلالات خواب را پیشنهاد می کنیم که می تواند به پزشکان کمک کند تا کیفیت خواب بیماران را افزایش دهد.

شده است، نشان نداد. با این حال، در مطالعه مورد شاهدی آن ها، هیچ گونه تغییر قابل توجهی در اختلالات خواب مرتبط با سن، جنس، نوع صرع و تعداد AEDs وجود نداشت (۳۳). RLS یک اختلال حرکتی شایع در جمعیت عمومی است، اما شیوع آن در بیماران مبتلا به صرع مورد بحث است. در کار خاتمه و همکاران در مقایسه با بیماران مبتلا به صرع و افراد سالم، شیوع RLS بین گروه ها تفاوتی نداشت (۲۱). با این حال، در برخی گزارش موردعی ها، نشان داده شده است که درمان بیماران با توبیرامات و زونیسامید منجر به افزایش خطر بروز علائم RLS می شود (۳۴، ۳۵). از ترک و همکاران در یک مطالعه مقطعی شیوع ۵/۸% برای RLS در گروهی از بیماران مبتلا به صرع در ترکیه را نشان دادند و آن ها داده های بیماران با یک عامل خطر برای RLS را حذف کردند (۱۱). در حالی که نتایج ما شیوع بالاتری (٪ ۲۸/۶) از RLS را در بیماران مبتلا به صرع (اعم از خفیف تا شدید) نشان

#### نتیجه گیری

در نتیجه، یافته های مانشان دهنده شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران مبتلا به صرع است. با در نظر گرفتن این دادنده و آن ها داده های بیماران با یک عامل خطر برای RLS را حذف کردند (۱۱). در حالی که نتایج ما شیوع بالاتری (٪ ۲۸/۶) از RLS را در بیماران مبتلا به صرع (اعم از خفیف تا شدید) نشان

#### References:

#### منابع

- Classification I-Co, Epilepsy TotILA. Proposal for Revised Classification of Epilepsy and Epileptic Syndrome. *Epilepsia* 1989;30: 389-399.
- Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon C-S, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology* 2017;88:296–303.
- Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurology* 2019;18:459–80.
- Staniszewska A, Małka A, Religioni U, Olejniczak D. Sleep disturbances among patients with epilepsy. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:1797–803.
- Thorpy M. International classification of sleep disorders. In: *Sleep disorders medicine*. Springer; 2017. p. 475–84.



لطفاً برای مشاهده ادامه‌ی رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.

■ خلاصه‌ی مقاله‌ی پژوهشی ارزیابی تاثیر میزان دسترسی به وسایل حفاظت‌فردی بر سطح استرس کارکنان درمانی در

انجام شد. سطح معنی‌داری در  $\alpha = 0.05$  تنظیم شد و همه آزمون‌ها

اپیدمی COVID19 بیمارستان جم

2-Tailed بودند.

(کارشناس ارشد HSE)

نيکي صادقي پور

نتایج:

دکتر بابک حیدری اقدم

در هر دو مرحله بیشتر شرکت‌کنندگان زن، پرستار، شب‌کار، تحصیلکرد و ۴۰-۲۰ ساله بودند.

(متخصص قلب و عروق و فلوشیپ فوق تخصصی آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی) برگردانده شده از مجله‌ی

در مرحله‌ی اول ۶۹/۶ درصد از کل شرکت‌کنندگان و در مرحله‌ی دوم ۱/۴۴ درصد از کل شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی دوم.

Medical and Research Publications Volume 2 Issue 4 هدف:

در مرحله‌ی اول، زمانی که بیماری Covid 19 تازه شروع به گسترش پیدا کرده بود و تجهیزات محافظتی شخصی به اندازه کافی در استرس کادر درمانی نبود، در مقایسه با مرحله‌ی دوم مطالعه، که یک سال پس از

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر میزان دسترسی به تجهیزات حفاظت فردی در میزان استرس کارکنان بیمارستان که در مواجهه با بیماران مبتلا به کووید ۱۹ هستند انجام شد.

گسترش بیماری بود و وسایل حفاظت شخصی به اندازه کافی در دسترس کارکنان بود، میزان استرس ۵/۲۵٪ کاهش یافت در هر دو مرحله، بین سن، جنس، شیفت‌کاری و سطح استرس کارکنان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در هر دو مرحله، میزان استرس در منشی‌ها و کارکنان تأسیسات بیشتر بود. در هر دو مرحله، رابطه معناداری بین محل خدمت کارکنان و میزان استرس وجود داشت.

روش کار:

این تحقیق در دو مرحله در بیمارستان جم انجام شد. مرحله‌ی اول در اسفند ۱۳۹۸، زمانی که بیماری تازه گسترش یافته بود و تجهیزات حفاظت شخصی کافی نبود و مرحله‌ی دوم در اسفند ۱۳۹۹ انجام شد، زمانی که بیش از ۱ سال از شیوع آن گذشته بود و تجهیزات حفاظت شخصی با کیفیت کافی در اختیار کارکنان بیمارستان قرار گرفت. در هر دو مرحله محققان پرسشنامه را در اختیار کلیه کارکنان درمانی (پرستار، کمک‌پرستار، منشی) و کارکنان غیر درمانی (خدمات، تأسیسات، آشپزها و مهمانداران) قرار دادند. در این روش، از پرسشنامه ENSS برای ارزیابی استرس کارکنان درمانی و از پرسشنامه Osipow برای ارزیابی استرس کارکنان غیر درمانی استفاده شد. همچنین اطلاعات دموگرافیک مانند شغل، محل کار، جنسیت، سن، سطح تحصیلات و شیفت‌کاری از کارکنان دریافت شد. تمرکز اصلی تحقیق بر روی علائم فرسودگی شغلی و استرس شغلی در کارکنان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ (IBM Corp).

ما انتظار داشتیم در طی این اپیدمی اضطراب و افسردگی بیشتری داشته باشیم، اما انتظار نداشتیم که در این سطح بالا باشد. آنچه قابل توجه است این است که، اگر سیاست‌ها، دسترسی به وسایل حفاظت فردی و کنترل عفونت کافی باشد، می‌توان بار بهداشت روانی را کاهش داد. این مطالعه نشان داد بیش از ۸۵٪ کارکنان از رفتان به محل کار خود و حشت داشتند. درست است که پرستاران در تماس مستقیم با بیمار هستند و علائم استرس در آنها زیاد است، اما مطالعه حاضر نشان می‌دهد که منشی‌ها و کارکنان غیر درمانی نیز در معرض خطر استرس هستند که معمولاً نادیده گرفته می‌شود.

#### References:

#### منابع

- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. "Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019". JAMA Netw Open. 2020; 3 (3): e203976.
- Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. "Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19". 2020;323(14):1406-7.

■ خلاصه مقاله‌ی پژوهشی بررسی میزان فرسودگی و استرس شغلی در کارکنان درمانی و مقایسه آن بین کارکنان خط مقدم با کارکنان پشتیبانی در دوران اپیدمی COVID-۱۹

این مطالعه شیوع بالایی از علائم بهداشت روانی را در بین کارکنان درمانی که در مواجهه با بیماران مبتلا به COVID-۱۹ هستند نشان داد.

مطالعه‌ما بیشتر نشان داد که بین تحصیلات، جنسیت و شیفت کاری و میزان فرسودگی و استرس کارکنان رابطه معناداری وجود ندارد. کار در خط مقدم یک عامل خطر مستقل برای نتایج بدتر سلامت روان در همه ابعاد بود. یافته‌های ما نگرانی‌های مربوط به کارکنان خط مقدم را نشان می‌دهد. ۴۹/۵٪ کارکنان از فرسودگی شغلی و ۳۵٪ از استرس شغلی رنج می‌برند منشی‌ها، کسانی که در خط مقدم کار می‌کنند و کارگران تأسیساتی که در پشتیبانی کار می‌کنند، علائم شدیدتری را در تمام اندازه‌گیری‌ها گزارش کردند. پاسخ روان‌شناختی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به اپیدمی بیماری‌های عفونی پیچیده است. عدم پشتیبانی در محل کار، عدم شفافیت در مستولیت‌های شغلی به عنوان مهمترین علل استرس و فرسودگی شغلی گزارش شده است.

همچنین عوامل دیگری از جمله افزایش بیماران مشکوک، کمبود تجهیزات محافظت شخصی و احتمال انتقال بیماری به خانواده مشکلات روانی کارکنان را بدتر کرده است. نکته قابل توجه اینکه، پرستاران خط مقدم که بیماران COVID-۱۹ را معالجه می‌کنند، به دلیل تماس نزدیک و مکرر با بیماران و کار با ساعات طولانی تراز حد معمول، در معرض بالاترین خطر ابتلاء عفونت قرار دارند. علاوه بر این، ۶۷/۶٪ درصد از منشی‌ها علی‌رغم اینکه در تماس مستقیم با بیمار نیستند، دچار فرسودگی شغلی و استرس می‌شوند. همچنین، ۴۴/۸٪ از کارکنان پشتیبانی از فرسودگی شغلی رنج برده‌اند.

(کارشناس ارشد HSE)

COVID-۱۹ - بیمارستان جم

▪ نیکی صادقی پور

▪ دکتر بابک حیدری اقدم

(متخصص قلب و عروق و فلوشیپ فوق تخصصی آثیوگرافی و آثیوپلاستی)

(کارشناس ارشد ژنتیک)

▪ صحرا کبیری

برگردانده شده از

Medical and Research Publications Volume 2 Issue 4

هدف:

هدف ما در این مطالعه ارزیابی فرسودگی و استرس شغلی در کارکنان درمانی و مقایسه میزان فرسودگی و استرس کارکنانی است که به طور مستقیم در مواجهه با بیماران مبتلا به کووید ۱۹ هستند با کارکنانی است که به طور غیرمستقیم در مواجهه با این بیماران می‌باشند.

روش کار:

برای تعیین تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه از روش سرشماری استفاده شد. در این مطالعه، محققان تحقیق خود را ببروی همه افراد انجام دادند. آنها پرسشنامه را به کلیه کارکنان خط مقدم (پرستار، کمک‌پرستار، منشی) و کارکنان پشتیبانی (خدمات، آشپزها و مهمانداران، تأسیسات)، که ۵۳۷ نفر بود، ارائه کردند و ۳۴۲ پرسشنامه تکمیل شد. تمرکز اصلی ما بر روی علائم فرسودگی شغلی و استرس شغلی در کارکنان بیمارستان جم بود. در این روش، از اطلاعات دموگرافیک مانند شغل، محل کار، جنسیت، سن، سطح تحصیلات و شیفت کاری استفاده شد و از دو پرسشنامه (COPSOQ) کپنهاگ و ارزیابی استرس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶/۰ (IBM Corp) انجام شد. سطح معنی داری در  $\alpha = 0.05$  تنظیم شد و همه آزمون‌ها Tailed-۲ بود.

نتایج:

در این بررسی مقطعی بیشتر شرکت‌کنندگان زن، پرستار، شب‌کار، تحصیلکرده و ۴۰-۴۰ ساله بودند و بیشتر در خط مقدم کار می‌کردند.

## References:

## منابع



لطفاً برای مشاهده رفنس‌ها QR را اسکن کنید.

## ▪ خلاصه‌ی مقاله‌ی پژوهشی بررسی تاثیر آفت‌کش‌ها بر جنسیت فرزند و میزان فعالیت‌های جنسی افراد در مواجهه - ایران

میزان زاد و ولد، نوع جنسیت فرزند و میل جنسی کارگران در مواجهه با این سموم و مقایسه آن با کارگران سایر کارخانه‌ها

که در معرض فسفر و سموم دفع آفات کلردار نیستند می‌باشد.

ابزار تحقیق پرسشنامه بود. پرسشنامه بین کارگران دو کارخانه مختلف توزیع شد. در کارخانه اول کارگران ۱۰-۸ ساعت در روز در

عرض سموم دفع آفات کلردار و فسفردار بودند. در کارخانه دوم کارگران

در معرض آفت‌کش‌ها قرار نداشتند و به عنوان کارخانه شاهد بود.

پرسشنامه با همکار مشاور فیزیولوژیست تهیه شد. روایی و پایایی آن با کمک متخصصان به دست آمد. این پرسشنامه دو قسمت داشت.

در قسمت اول، سوالات مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی بود.

در بخش دوم، سوالات مربوط به فعالیت جنسی و میل جنسی مطرح شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶.۰ (IBM Corp) انجام شد. سطح معناداری

در  $\alpha = 0.05$  تنظیم شد، و همه آزمونها Tailed-2 بودند. از

آزمون غیر پارامتریک Kruskal-Wallis و Man-Whitney برای مقایسه شدت هر یک از علائم بین ۲ یا چند گروه استفاده شد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین پسران و دختران دو کارخانه تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p = 0.08$ ). مقایسه فعالیتهای

جنسی در دو کارخانه نشان می‌دهد که تفاوت چشمگیری در میزان فعالیتهای جنسی بین این دو کارخانه وجود دارد. کارکنان

کارخانه کنترل دو بار در هفته کارگران کارخانه سموم دفع آفات بیش از ۴ بار در هفته فعالیت جنسی داشتند ( $p = 0.0001$ ) (Pralu).

فعالیت جنسی در کارکنانی که در معرض آفت‌کش‌های کلردار بودند، تفاوت معنی داری با کارخانه کنترل نشان نداد ( $p = 0.06$ ) (p value).

این مطالعه افزایش فعالیت جنسی را در افراد در معرض نشان می‌دهد. دلیل اصلی این تفاوت احتمالاً مربوط به فرمول شیمیایی سموم دفع آفات است که بر رفتارهای جنسی افراد تأثیر می‌گذارد.

با توجه به اثرات سموم دفع آفات بر فعالیت جنسی، میل جنسی و هورمون‌های جنسی، می‌توان با استفاده از محافظ پیشرفته در

(کارشناس ارشد HSE)

▪ نیکی صادقی پور

▪ دکتر بابک حیدری اقدم

(متخصص قلب و عروق و فلوشیپ فوق تخصصی آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی)

**برگردانده شده‌از مجله**

Medical and Research Publications

Gynecology journal -Volume 1 - Issue 4

امروزه از سموم دفع آفات کلره و فسفره به طور گسترده‌ای

در صنعت کشاورزی استفاده می‌شود. کشاورزان و کارگرانی که

این آفت‌کش‌ها را در کارخانه‌ها تولید می‌کنند به شدت در معرض

این آفت‌کش‌ها قرار دارند. این سموم دفع آفات علاوه بر اثرات

جسمی، تأثیرات جنسی و روانی نیز روی افراد دارند. آفت‌کش‌ها

تأثیرگسترده‌ای بر رفتارهای جنسی، سطح هورمون‌های جنسی

خون، میل جنسی، جنس، تعداد اسپرم، مایع منی، سقط جنین

و ناهنجاری‌های ژنتیکی دارند. هر سه از طریق مکانیسم جداگانه

خود بر روی این پارامترها عمل می‌کند. به عنوان مثال، DDT نوعی

حشره‌کش کلردار است و از طریق مکانیسم‌هایی غیر از گیرنده‌های

استرادیول، میل جنسی و رفتارهای جنسی را کاهش می‌دهد.

کلرین یک حشره‌کش کلردار است که به سرعت از طریق

نوراپی‌نفرین در هیپوتالاموس میل جنسی و رفتار جنسی

را کاهش می‌دهد. این سموم دفع آفات ابتدا رفتار جنسی را به

تأثیر می‌اندازد، سپس آن را کاهش داده و در نهایت از بین می‌برد.

متوكسی‌کلرایدیکی دیگر از سموم دفع آفات است که با کاهش

تسوسترون خون رفتار جنسی کارگران را کاهش می‌دهد. کارگرانی

که با حشره‌کش‌ها تماس دارند تعداد اسپرم و تحرک اسپرم‌ها یشان

کاهش یافته است. فلزات سنگین، حلال‌ها و سایر مواد شیمیایی

نیز با کاهش تعداد اسپرم یا میل جنسی در مردان باعث کاهش

باروری می‌شوند.

در این مطالعه، هدف ما بررسی تأثیر سموم فسفردار و کلردار بر

نظارتی شخصی، آگاه‌سازی و آموزش کارکنان در مورد اثرات آفت‌کش در افرادی که در معرض آن هستند، می‌توان اثرات آن را در افراد در مواجهه کاهش داد.

دستگاه‌های کارخانه برای جلوگیری از نشت آفت‌کش‌ها، تغییر فرایند تولید و پایه فرمول شیمیایی سوم دفع آفات بر رفتار جنسی استفاده کرد. راهکارهای محافظتی مانند توزیع و استفاده اجباری از ماسکهای فیلتردار و استفاده از دستگاه‌های

References:

منابع



لطفاً برای مشاهده رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.

■ توانبخشی بیمارانی که تحت عمل جراحی سایتوریداکشن (CRS) و شیمی درمانی درون صفاقی هایپرترمیک (HIPEC)

دارند، و این امر نهایتاً منجر به سوء تغذیه مبتلایان می‌شود. اثرات برای بد خیمی‌های صفاقی قرار می‌گیرند.

دکتر مهرداد بهلولی (متخصص جراح عمومی و جراحی سرطان)

دکتر امین شمس اختری (متخصص طب اورژانس)

کارشناس ارشد ژنتیک (صحرا کبیری)

## برگردانده شده از مجله European Journal of Surgical Oncology

### چکیده:

درمان بدخیمی داخل صفاقی با جراحی سایتوریداکتیو و شیمی درمانی داخل صفاقی گرمایشی (HIPEC) اغلب در بیمارانی

انجام می‌شود که چالش‌های تغذیه‌ای، فیزیکی و روانی در نتیجه بیماری‌های پیشرفت‌های دارند توان‌بخشی یک روش چند وجهی است که

به بهبود بعد از عمل و کاهش عوارض کمک می‌کند و ممکن است در این گروه از بیماران مفید واقع شود. این روند توان‌بخشی از زمان

تصمیم به عمل جراحی شروع می‌شود و تازمان بهبودی ادامه می‌یابد. براساس نتایج به دست آمده از دهمین کارگاه بدخیمی داخل صفاقی

که در سپتامبر ۲۰۱۸ در پاریس برگزار شد، ما توصیه هایی را در مورد توان‌بخشی برای بیمارانی که تحت عمل جراحی cytoreductive

و HIPEC قرار می‌گیرند، ارائه می‌کنیم.

### کلید کلیدی:

توان‌بخشی، جراحی cytoreductive، بدخیمی صفاقی، شیمی درمانی داخل صفاقی گرمایشی

### مقدمه:

جراحی سایتوریداکشن (CRS) با شیمی درمانی درون صفاقی گرمایشی (HIPEC) درمان انتخابی بسیاری از بدخیمی‌های

صفاقی اولیه و ثانویه در صورت تمایل به درمان است (۱). جراحی برای حذف تمام بیماری‌های ماکروسکوپی می‌تواند انجام شود، که شامل

روش‌های پریتونکتومی، رزکسیون ارگان‌های مختلف، آناستوموز دستگاه‌گوارش و شکل‌گیری استوما می‌باشد. بسیاری از بیماران

مبتلابه بیماری‌های داخل شکمی در خوردن و نوشیدن مشکل

مشاوره قبل از عمل جراحی به جراح این فرصت را می‌دهد که در مورد

گزینه‌های درمانی بحث کند، یک برنامه درمانی تدوین کند و اصول

روز مکمل‌های تنظیم‌کننده سیستم اینمنی داده می‌شود. ممکن است در صورتی که بیمار قبل از عمل دچار سوء‌تفذیه شده باشد، مکمل‌های تنظیم‌کننده سیستم اینمنی مفید باشند.

توان بخشی را در جلسات مشاوره اولیه به بیمار معرفی کند که این خود می‌تواند ترس از جراحی را کاهش دهد. تشویق بیماران به بهبود تناسب اندام خود با ورزش و ترک سیگار را می‌توان در این زمان انجام داد و ارجاع به متخصصان دیگر برای بهینه سازی شرایط مزمن را می‌توان انجام داد.

● بیماران با وضعیت تغذیه ضعیف:

(a) بیمارانی که دارای PONS مثبت یا آلبومین کمتر از ۲ هستند. مستندات دقیق مصرف روزانه در این بیماران بسیار مهم است. همه آنها باید از یک رژیم غذایی غنی از پروتئین حداقل ۱/۲ - ۲/۰ گرم پروتئین/کیلوگرم در روز و همچنین مکمل‌های غذایی خوارکی پیروی کنند.

باید به طور آینده نگر به اندازه گیری کیفیت زندگی با ابزارهای معترضاند EORTC QLQ - C ۳۰ (کیفیت زندگی بیماران سلطانی؛ نسخه ۱۳، ۱۴) در نقاط زمانی منظم توجه شود. این یک ابزار معترض است که به بیش از ۶۰ زبان ترجمه شده است.

**۱- توانبخشی تغذیه**

در صورت عدم تضمین مصرف کافی غذای خوارکی، در صورت سوء‌تفذیه شدید بیمار، ممکن است برخی از بیماران به تغذیه بالوله یا تغذیه‌ی تزریقی نیاز داشته باشند. نظارت دقیق بر افزایش وزن و وضعیت تغذیه‌ای توسط تیم تغذیه از جمله آزمایش خون، به تعیین آمادگی بیمار برای جراحی کمک خواهد کرد.

ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای بیمار یک گام مهم در توان بخشی است (۱۵). چندین امتیاز تغذیه‌ای وجود دارد، دو تست سریع و آسان SNAQ (پرسشنامه ارزیابی تغذیه کوتاه) (۱۶) و MUST (ابزار غربالگری سوء‌تفذیه جهانی) (۱۷) هستند. برخی دیگر عبارتند از NRS-۲۰۰۲ (۱۸) یا Mini-nutritional (۱۹) که خاص سالم‌مندان می‌باشد.

امتیاز تغذیه قبل از عمل (PONS) (۲۰) از MUST تکامل یافته و شامل سطح آلبومین سرم برای تعیین وضعیت تغذیه و مشخص کردن خطر عوارض بعد از عمل است. (۲۱) PONS مثبت (بیمار با ریسک غذایی) به بیمار با هر یک از موارد زیر نسبت داده می‌شود: BMI کمتر از ۱۸/۵ و یا ۲۰ در صورتی که سن بیمار بالاتر از ۶۵ سال باشد، کاهش وزن یا کاهش وزن برنامه‌ریزی نشده بیشتر از ۱۰٪ در ۶ ماه گذشته یا میزان دریافتی اصلاح شده که نشان می‌دهد بیمار در هفت‌هه گذشته کمتر از ۵۰٪ رژیم غذایی نرمال خود را مصرف کرده است. علاوه بر این، سطح آلبومین سرم کمتر از ۳ نشان دهنده مداخلات تغذیه‌ای ویژه قبل از عمل است.

● بیماران با ریسک تغذیه‌ای کم

دارای PONS منفی و آلبومین بالای ۳ هستند. به این افراد رژیم غنی از پروتئین با حداقل ۱/۲ - ۲/۰ گرم پروتئین/کیلوگرم در روز داده می‌شود (۲۲). هفته قبل و هفته بعد از جراحی (یا تازمانی که مصرف خوارکی می‌تواند ۶۰٪ نیازهای روزانه را تامین کند) به بیمار سه بار در

● ۲- توانبخشی فیزیکی:

ارزیابی آمادگی جسمانی قبل از عمل به ما این امکان را می‌دهد که یک برنامه تمرین فیزیکی مناسب طراحی کنیم. پایندی به این برنامه در فواصل منظم نظارت می‌شود و در صورت نیاز اصلاح می‌شود.

مقیاس بورگ یک ابزار مفید برای ارزیابی تکامل شرایط فیزیکی است. ترکیب ورزش با رژیم غذایی غنی از پروتئین می‌تواند به عنوان یک تنظیم کننده سیستم ایمنی در بیماران سرطانی عمل کند. مطالعات انجام شده در بیماران غیر سرطانی نشان داده است که مصرف پروتئین های مایع (۲۰ گرم) پس از یک جلسه تمرین مقاومتی شکل گیری عضله را تحريك می کند (۳۲).

پس از جراحی، بیماران باید از یک اسپیرومتر استفاده کنند و تحرک زود هنگام داشته باشند..، به طور ایدهآل در روز اول بعد از عمل، استفاده از یک وسیله برای پدال زدن، نشستن روی صندلی و راه رفتن با استفاده از یک برنامه ورزشی توصیه می شود. این امر توده عضلانی بدن را حفظ می کند و خطر ترومبوآمبولی وریدی را کاهش می دهد.

### ۳- توانبخشی روانی

شناسایی کسانی که احتمالاً بعد از عمل جراحی دچار عوارض روانی می شوند، به شروع پشتیبانی مناسب در دوره قبل از عمل جراحی کمک خواهد کرد. همچنین احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران پس از ارائه حمایت روانی کافی، در توانبخشی شرکت کنند.

#### حمایت روانی

مصاحبه جامع با بیمار و خانواده توسط یک روانشناس می‌تواند با اهداف زیر مفید باشد:

الف- تشخیص نیازهای مراقبت روانی - اجتماعی بیماران آگر بیمار هیچ حمایت خانوادگی نداشته باشد، یک استراتژی برای مراقبت های پس از عمل می‌تواند قبل از بستری شدن در بیمارستان یا شروع درمان نفواد جوانات (neoadjuvant) ایجاد شود. کارکنان پرستاری و متخصصان مراقبت های بهداشتی را نیز می‌توان در جریان قرار داد و ابزارهایی برای کمک به مدیریت نیازهای روانی بیماران پس از عمل ارائه کرد.

ب. شناسایی شیوع اختلالات آسیب شناصی روانی، نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس هیجانی، مربوط به عوامل مختلف پزشکی، فیزیکی، روانی و اجتماعی. هر چه سطح اضطراب پایین تر

برای تعیین وضعیت فیزیکی پایه تست را رفتن شش دقیقه ای با کنترل ضربان قلب و اشباع اکسیژن، در ارزیابی وضعیت تنفسی می‌تواند مفید باشد. به تمام بیماران یک اسپیرومتر با آموزش کافی و برنامه تمرینات در خانه داده می شود.

بیمارانی که ضعیف هستند و یا سارکوپنی دارند می‌توانند به یک برنامه ورزشی درمانی برای شرایط فیزیکی و تنفسی ارجاع داده شوند.

- برنامه توانبخشی بدنی:

در حال حاضر، هیچ دستورالعمل خاصی برای ورزش های قلبی عروقی یا مقاومتی عمومی در دوره توانبخشی وجود ندارد. گاید لاین های انجمن سرطان آمریکا (۳۰) حداقل ۱۵۰ دقیقه ورزش متوسط در هفته یا ۷۵ دقیقه شدت بالا در صورت توانایی بیمار، همراه با ۲ یا ۳ جلسه تمرین مقاومتی را پیشنهاد می دهد.

برنامه ای که شامل تمرینات زیر است، می‌تواند مفید باشد:

- تمرینات انعطاف پذیری
- تمرینات تنفسی برای گسترش ریه
- تنفس قفسه سینه
- تنفس دیافراگم
- تکنیک های تنفس قوی
- تکنیک های تسهیل حرکت ترشحات تنفسی
- تکنیک سرفه
- تقویت عضلات قفسه سینه
- ابزاری
- غیر ابزاری
- تمرین عضلانی دینامیک بازو و شانه ها
- تمرین عضلانی دینامیک پا و هیپ
- چهارسران: تمرین عضلانی ایزومتریک و دینامیک
- تمرین های عملکردی
- دوچرخه ثابت
- تمرین های ادراکی

شیمی درمانی سیستمیک نتیجه جوانات ممکن است نشان دهنده باشد، احتمال این که بیمار تغییرات رژیم غذایی و ورزش را رعایت کند، بیشتر است.

احتمال آسیب به مغز استخوان با HIPEC بوده و باعث کاهش دوز دارو یا استفاده از یک داروی جایگزین باشد. مکمل های اسید فولیک اقدامات زیر ممکن است به کنترل اضطراب کمک کنند:

- ارزیابی کیفیت خواب برای ارائه راهنمایی در مورد عادات خواب خوب و محركهای خواب مهم است (۳۷)
- استراتژی های بسیاری را می توان برای کمک به بیماران برای کاهش یا ترک مصرف تنبکو به کار برد: درمان جایگزینی نیکوتین، همراه با وارنکلین (Varenicline) یا وارنکلین به تنها یا.
- مشاوره با پرستار استوما جهت کاهش اضطراب مرتبط با احتمال استوما بعد از عمل جراحی (۴۰)
- باز دید از بخش مراقبت های ویژه قبل از عمل جراحی برای بعضی بیماران مفید می باشد. بسیاری از بیماران علائم اختلال استرس پس از سانحه را گزارش می کنند که اغلب با زمان بستری شدن آن ها در مراقبت ویژه بعد از عمل جراحی مرتبط است. باز دید از بخش مراقبت ویژه قبل از عمل جراحی و پیگیری ها و بررسی های انجام شده توسط تیم مراقبت ویژه پس از ترخیص می تواند به مدیریت این امر کمک کند. این مداخلات می تواند وابستگی به داروهای ضد اضطراب و عوارض جانبی آن ها را کاهش دهد.

توصیه های خلاصه شده توانبخشی برای بیماران تحت CRS+-HIPEC در طی پروسه تشخیص، درمان و پس از آن، حمایت از بیمار می تواند مفید واقع شود. یک روانشناس بالینی اختصاصی می تواند در طول اقامت در بیمارستان و پس از ترخیص از بیمارستان از بیمار و همراهان حمایت کند.

برخی از ابزارهای مورد استفاده توسط این متخصصان عبارتند از: مصاحبه بالینی، HADS (مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی)، مداخلات: BAI، STAI (پرسشنامه اضطراب بک)، CAEPO (پرسشنامه مقابله با استرس در بیماران سرطانی)، DT، پرسشنامه های درد و پرسشنامه های اختصاصی کیفیت زندگی.

۴- پشتیبانی هماتولوژی: ارزیابی خطر آسیب به مغز استخوان بعد از HIPEC: نوتروپنی ناشی از بعد از عمل جراحی (یا تا زمانی که مصرف خوراکی بتواند ۶۰٪ نیازهای

۵- متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه: یک متخصص بیهوشی، متخصص در روش های CRS و HIPEC باید بیمار را قبل از عمل جراحی ارزیابی کند و توضیح دهد که چه اقداماتی از جمله بی حسی اپیدورال برای ۴ تا ۵ روز اول بعد از عمل انجام خواهد شد و استفاده از مسکن کنترل کننده ای درد امکان حرکت زود هنگام به بیمار می دهد. این ویزیت همچنین امکان بررسی تحقیقات قبل از عمل را فراهم می کند.

توصیه های خلاصه شده توانبخشی برای بیماران تحت CRS+-HIPEC

۶- توانبخشی تعذیه: ابزارهای ارزیابی: ارزیابی امتیاز PONS و سطح آلبومین سرم (Perioperative Quality Initiative) POQI Nutrition Six

- غربالگری تعذیه قبل و بعد از عمل ضروری است
- مداخلات: همه بیماران: همچنان که از پروتئین ۱/۲ گرم پروتئین / کیلوگرم در روز رزیم غذایی غنی از پروتئین با حداقل
- مکمل های تنظیم کننده سیستم ایمنی سه بار در روز در هفتاد و پنجمین هفته قبل و بعد از عمل جراحی (یا تا زمانی که مصرف خوراکی بتواند ۶۰٪ نیازهای

- روزانه را تامین کند)
۲. تمرینات آموزشی، نشستن روی صندلی و راه رفتن با استفاده از یک برنامه تمرینی برنامه ریزی شده سطح آلبومین قبل، در حین وبعد از عمل ارزیابی شود (متخصصان بیهوشی در حین عمل جراحی در صورت نیاز تزریق وریدی آلبومین را انجام می دهند).
- ۸- توان بخشی روانشناختی a. ابزارهای ارزیابی .i. مصاحبه بالینی - تغذیه تزریقی هنگام خروج از اتاق عمل شروع می شود تا زمانی که مصرف خوارکی به همراه مکمل های خوارکی برای تامین نیازهای روزانه کافی باشد، ادامه می یابد.
- ii. HADS (مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی) iii. STAIS State-trait anxiety inventory) .iv. BAI (پرسشنامه اضطراب بک) v. CAEPO (پرسشنامه مقابله با استرس در بیماران سلطانی) .vi. DT (distress thermometer) .vii. پرسشنامه درد و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی .
- B مداخله**
- ۷- توان بخشی فیزیکی:
- a) ابزارهای ارزیابی i. تست پیاده روی شش دقیقه ای با کنترل ضربان قلب و اشباع اکسیژن ii) ارزیابی وضعیت تنفسی (الگوی تنفسی، توراکومتری، ام آر آی) iii) مقیاس بورگ (Borg scale) یک ابزار مفید برای ارزیابی تکامل اصلاح شده و مقیاس تنگی نفس بورگ)
- b) مداخله i. قبلاً از عمل جراحی ۱. تنفس سنجی (Inspirometer) با آموزش کافی و برنامه تمریناتی که باید در خانه انجام دهند.
۲. بیمارانی که ضعیف هستند و یا سارکوبنی دارند را می توان به یک برنامه ورزشی درمانی برای شرایط فیزیکی و تنفسی ارجاع داد.
۳. حداقل ۱۵۰ دقیقه ورزش متوسط در هفتة یا ۷۵ دقیقه شدت بالا در صورتی که بیمار قادر به ترکیب با ۲ یا ۳ جلسه تمرین مقاومتی باشد.
- ii) بعد از عمل ۱. در روز اول بعد از عمل بیماران باید از یک اسپیرومتر استفاده کنند و تحرک زود هنگام داشته باشند و به طور ایده آل از تخت خارج می شوند.
- مقالات منتشر شده در زمینه های مختلف نشان می دهند که توان بخشی مزایای متعددی برای بیمارانی که تحت عمل جراحی های پیچیده قرار می گیرند، دارد (۴۶) (۴۷). یک مطالعه آزمایشی در

اگر بیماران قبل از عمل جراحی در بهترین شرایط ممکن باشند پس از آن عوارض جسمی و روانی را می‌توان به حداقل رساند، و طول مدت بستری در بیمارستان و زمان بازگشت به سلامت اولیه کاهش می‌یابد. ما پیشنهاد می‌کنیم که اجرای یک برنامه موثر توان بخشی می‌تواند مزایای آن چه را که اغلب یک روش بسیار پر عوارض در نظر گرفته می‌شود، به حداقل برساند و به بیماران این امکان را بدهد که هر چه زودتر به زندگی با کیفیت قابل قبول بازگردند.

یک مرکز که CRS و HIPEC را اجرا می‌کند، نتایج بهبود یافته در بیماران مبتلا به بد خیمی صفاق را نشان داده است. ما گروههایی که تحت این نوع جراحی قرار می‌گیرند به بخش توانبخشی تشویق می‌کنیم و داده‌ها را به صورت آینده‌نگر ثبت می‌کنیم تا یک مرکز ثبت بین‌المللی ایجاد کنیم که امکان ارزیابی تاثیر توانبخشی بر نتایج بیماران را فراهم کند. این کار به بهبود پروتکل‌های توانبخشی کمک خواهد کرد که این پروسه در آینده می‌تواند به عنوان یک روند منحصر به فرد مورد قبول واقع شود.

#### References:

#### منابع

1. Esquivel J, Sticca R, Sugarbaker P, Levine E, Yan TD, Alexander R, Baratti D, Bartlett D, Barone R, Barrios P, Bielik S, Bretcha-Boix P, Chang CK, Chu F, Chu Q, Daniel S, de Bree E, Deraco M, Dominguez-Parra L, Elias D, Flynn R, Foster J, Garofalo A, Gilly FN, Glehen O, Gomez-Portilla A, Gonzalez-Bayon L, Gonzalez-Moreno S, Goodman M, Gushchin V, Hanna N, Hartmann J, Harrison L, Hoefer R, Kane J, Kecmanovic D, Kelley S, Kuhn J, Lamont J, Lange J, Li B, Loggie B, Mahteme H, Mann G, Martin R, Misih RA, Moran B, Morris D, Onate-Ocana L, Petrelli N, Philippe G, Pingpank J, Pitroff A, Piso P, Quinones M, Riley L, Rutstein L, Saha S, Alrawi S, Sardi A, Schneebaum S, Shen P, Shibata D, Spellman J, Stojadinovic A, Stewart J, Torres-Melero J, Tuttle T, Verwaal V, Villar J, Wilkinson N, Younan R, Zeh H, Zoetmulder F, Sebbag G. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in the management of peritoneal surface malignancies of colonic origin: a consensus statement. Society of Surgical Oncology. Ann Surg Oncol 2007; 14: 128-133
2. Grivennikov, S. I., Greten, F. R., & Karin, M. (2010). Immunity, inflammation, and cancer. Cell, 140(6), 883-899.
3. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. Gustafsson, U.O., Scott, M.J., Hubner, M. et al. World J Surg (2019) 43: 659. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
4. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations.



لطفاً برای مشاهده ادامه‌ی رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.

- خلاصه مقاله پژوهشی بررسی کارایی توانبخشی از راه دور در مقایسه با فیزیکال تراپی مبتنی بر حضور در بیماران با آسٹئوارتیت زانو
- کامران آزمایشگاه علوم پزشکی آجا (متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - استاد دانشگاه علوم پزشکی آجا)
- زهوارضا سلطانی (متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی آجا)
- فرید رضایی مقدم (متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا)
- افسانه دادرخواه (متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا)
- سارا سادات محسن حسینی (متخصص طب فیزیکی و توانبخشی)
- برگردانده شده از مجله Telemedicie Telecare 2018 Sep;24(8):560-565.
- مقدمه استئوارتیت زانو بعنوان یکی از علل عمدۀ ناتوانی در گروه سنی بزرگسالی و سالمندی شناخته می شود.
- با وجود اثربخشی درمانهای فیزیکی این روش ها نیاز به نیروی انسانی تخصصی داشته و همچنین مستلزم صرف وقت و هزینه است. هدف از این تحقیق بررسی مقایسه ای دو روش توانبخشی از راه دور با فیزیکال تراپی های مبتنی بر حضور (فیزیوتراپی سرپایی) است.
- در یک کارآزمایی بالینی تصادفی بیماران با تشخیص استئوارتیت علامت دار بین سال های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۴ در یک برنامه شش هفته ای
- نتایج: نهایتاً در مجموع ۵۴ بیمار که مورد ارزیابی قرار گرفتند . ۶۰/۲ درصد از شرکت کنندگان خانم و متوسط سن شرکت کنندگان ۵۸/۲ بودند. براساس روش نمره دهی KOOS بلا فاصله بعد از اتمام اقدامات و شش ماه بعد از دو روش توانبخشی از راه دور و فیزیوتراپی به ترتیب از ۴۹/۸ و از ۸۳/۱ به ۸۱/۸ افزایش نمره داشت، همچنین نتایج بدست آمده نشان می دهد که اختلاف قابل توجهی براساس دیگر معیار اندازه گیری وجود نداشت.
- بحث و نتیجه گیری: روش توانبخشی از راه دور از نظر بهبود عملکرد بیماران با استئوارتیت زانو به اندازه روش های فیزیکی سرپایی اثربخش است و با در نظر گرفتن صرف هزینه کمتر و وقت کمتر در توانبخشی از راه دور آنرا برای بیماران با سن بالاتر توصیه می کنیم.
- کلمات کلیدی: توانبخشی از راه دور - استئوارتیت زانو - اندازه گیری درد

## References:

1. //journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X17723368
2. //pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771070/

## منابع

■ خلاصه مقاله بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی‌الندرونیت خوراکی و زولدرونیک اسید بر پوکی استخوان پس از یائسگی

- کلینیک طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان امام رضا در تهران و دو کلینیک خصوصی روماتولوژی در شهرستان‌های گرگان و شیراز طی سه سال مراجعه (۱۳۹۰-۱۳۸۸) انجام شد. براساس معیارهای ورود و خروج ۳۳ بیمار در هر گروه‌الندرونیت و زولیدونیک اسید مورد مطالعه قرار گرفت.
- نتایج :
- در بین دو گروه متوسط سنی و تی اسکور در ناحیه مفصل ران و ستون فقرات کمر قبل از درمان اختلاف قابل توجهی بین دو گروه نداشت. ( $p=0.953$ )
- بعد از یک سال از درمان تی اسکور بهبود یافته بود و این بهبودی از نظر آماری در هر گروه قابل توجه بود. در هر حال این بهبودی در گروه زولدرونیک اسید قابل توجه بود. ( $p=0.019$ ) برای ستون فقرات کمری و ۱۱٪ ( $p=0.001$ ) برای ران)

نتیجه:

فرم قابل تزریق بیس فسفونات‌ها (زولدرونیک اسید) در مقایسه با فرم خوراکی (الندرونیت اسید) در بهبود پوکی استخوان و تی اسکور اثربخش تر بود.

هدف از این مطالعه تحقیق و مقایسه میزان اثر بخشی فرم خوراکی (الندرونیت) با فرم قابل تزریق (زولندرونیک اسید) از ترکیبات بیس فسفونات می‌باشد.

روش:

این یک مطالعه گذشته‌نگر است که بر روی بیماران ارجاع شده به

References:

1.//sites.kowsarpub.com/amhsr/articles/86960.html

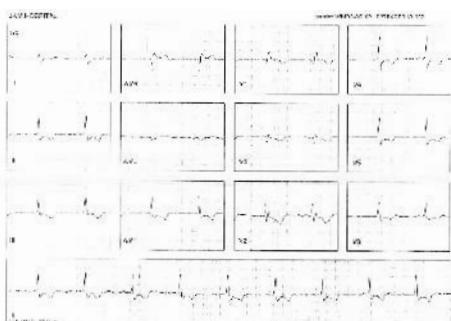
منابع

## ■ گزارش موردی: بلوک فاز ۳ و فاز ۴ منحنی پتانسیل عمل در یک بیمار



شکل (۲)

نکته جالب توجه، بلوک شاخه چپ قبل از Ablation در نوار قلب بیمار و بلوک شاخه راست بعد از Ablation بیمار می‌باشد. این تغییر شکل بلوک شاخه‌ای ناشی از پدیده‌های الکتروفیزیولوژیک بلوک فاز ۳ منحنی پتانسیل عمل در تعداد ضربان بالا (بلوک شاخه چپ) (شکل ۱) و بلوک فاز ۴ (دپلاریزاسیون آهسته فاز ۴، بلوک شاخه راست) (شکل ۲) می‌باشد. وجود هر دو پدیده در یک بیمار کمتر گزارش می‌شود که علت اصلی گزارش این مورد می‌باشد.



شکل (۳)

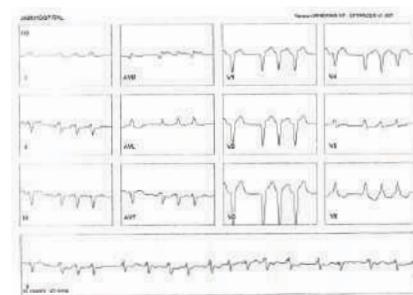
برای این بیمار یک ICD سه حفره‌ای مارک Boston Scientific کار گذاشته شد (شکل ۴). تعداد ضربان پیس میکر ۸۰ در دقیقه انتخاب شد و ۴۸ ساعت بعد از عمل بیمار در شرایط ثبت شده بیمارستان را ترک کرد. بدیهی است در درمان‌های داروبی شامل بتا بلکر، فوروسماید، اسپیرنولاکون، لوسارتان برای کنترل نارسایی قلبی و فشار خون و ریواروکسابان داروی ضد انعقاد و نیز داروی Zip Met گرفت. بعد از انجام Ablation ریتم باندل هیس با Rate: ۵۰ در دقیقه ظاهر شد در حالی که فیریلاسیون دهلیزی بدون انتقال بطنی (بلوک کامل دهلیزی بطنی) ایجاد شده بود. (شکل ۲)

دکتر منصور مقدم (متخصص قلب-الکتروفیزیولوژیست) استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران-بیمارستان جم مرد ۶۱ ساله‌ای با سابقه استعمال دخانیات، فشار خون بالا، دیابت در کلاس III نارسایی قلبی به بیمارستان جم آورده شد.

در موقع مراجعه بیمار تنگی نفس شدید و ریتم فیریلاسیون دهلیزی با تعداد ضربان بطنی ۱۵۰-۱۳۰ بار در دقیقه داشت.

در نوار قلب بیمار علاوه بر ریتم فیریلاسیون دهلیزی با پاسخ بطنی سریع بلوک شاخه چپ همراه با انحراف به چپ محور الکتریکی قلب دیده می‌شد. (شکل ۱)

فشار خون بیمار در موقع مراجعه ۱۵۰/۱۰۰ میلی متر جیوه بود.



شکل (۱)

اقدامات درمانی اولیه شامل تجویز نیتروگلیسیرین وریدی، فوروسماید، بتا بلکر، بیزوپرولول (Bisoprolol)، دیگوکسین وریدی، لوسارتان جهت درمان نارسایی قلبی و کنترل فشار خون شروع شد. ضمناً تجویز هپارین برای جلوگیری از ایجاد و فرستادن لخته محیطی و نیزانسولین برای کنترل دیابت تجویز شد. در آکوکاردیوگرافی کسر تخلیه به میزان ۲۰-۲۵

درصد بود. در عکس قفسه سینه احتقان ریه‌ها همراه با کاردیومگالی دیده شد. بعد از تثبیت شرایط عمومی از بیمار آنژیوگرافی عروق کرونر انجام شد. رگهای کرونر غیرقابل عمل جراحی بای پاس یا استنت‌گذاری بودند. درونتیرکولوگرافی کسر تخلیه حدود ۲۰-۲۵ درصد تایید شد. روز بعد از آنژیوگرافی بیمار تحت عمل Ablation گره دهلیزی بطنی قرار گرفت. بعد از انجام Ablation ریتم باندل هیس با Rate: ۵۰ در دقیقه ظاهر شد در حالی که فیریلاسیون دهلیزی بدون انتقال بطنی (بلوک کامل دهلیزی بطنی) ایجاد شده بود. (شکل ۲)

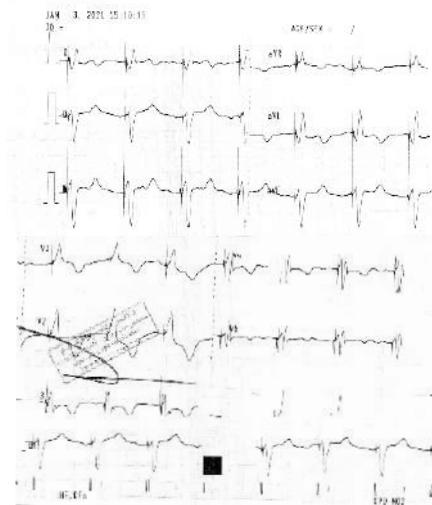
داشته باشد، یا هدایت زیاد یا کم امواج الکتریکی دهليز به بطن همراه با کاهش کسر تخلیه به کمتر از ۳۵ درصد وجود داشته باشد بر اساس مطالعات متعددی حذف گرده دهليزی بطنی و پیس کردن هر دو بطن (Rahkar درمانی موفقی می باشد که بعد از گذشت زمان با بازسازی میوکارد (Remodelling) منجر به افزایش قدرت انقباضی و کسر تخلیه خواهد شد.

۲- منحنی پتانسیل عمر دارای پنج فاز می باشد. فاز صفر، فاز یک و دو و ابتدای فاز سه که عملانه تحریک ناپذیری مطلق است و هیچ موج الکتریکی قادر به نفوذ در سلول نمی باشد. تحریک ناپذیری نسبی از بخش های میانی فاز سه شروع می شود که جریان الکتریکی ورودی از خارج به داخل با سرعت کم یا غیر قابل نفوذ در بخش هایی از سلول و یا بافت هدایتی قلب می باشد. در بیمار مورد گزارش عبور امواج الکتریکی دهليزی به بطن با تعداد زیاد سبب تحریک ناپذیری شاخه چپ دسته

هیس شده و ECG بیمار نمای بلوک شاخه چپ را به خود گرفته است. (شکل ۱)

بعد از ابلیشن و ظهور ریتم هیس باندل با Rate کمتر از ۵۰ در دقیقه الکتروکاردیوگرام بیمار نمای بلوک شاخه راست را پیدا کرد. یعنی با کاهش Rate دیپلاریزاسیون آهسته در فاز ۴ منحنی پتانسیل عمل با کندی سرعت هدایت در مسیرهای الکتریکی این دفعه بلوک شاخه راست را نشان داده است. (شکل ۳)

بلوک وابسته به Rate بالا (بلوک شاخه چپ بلوک فاز ۳) و Rate پایین (بلوک شاخه راست-بلوک فاز ۴) در یک بیمار از نکات جالب توجه این گزارش می باشد.



شکل (۴)

افزایش کسر تخلیه به ۴۰ درصد و کاهش قابل توجه کلاس نارسایی قلبی دیده می شد.

**بحث:**

۱- فیبریلاسیون دهليزی شایع ترین آرتیمی قلبی است که می تواند به علت عدم تطابق فازهای سیستولیک و دیاستولیک دهليزی و بطنی

دهليزی منجر به کاردیومیوپاتی و کاهش کسر تخلیه قلب گردد. فیبریلاسیون عوارض دیگری از قبیل پرتاب لخته های محیطی به خصوص به مغزو نیز افزایش فشار شریان ریوی را نیز دارد.

امروزه در مواردی که اندازه دهليز چپ در اکو کاردیوگرافی کمتر از ۵ سانتی متر باشد و نیز رعایت اندیکاسیون های دیگری ابلیشن

فیبریلاسیون دهليزی تا ۸۵ درصد موارد می تواند منجر به استقرار ریتم سینوسی شود. در مواردی که فیبریلاسیون دهليزی ثانوی به بیماری ساختاری دیگری در قلب باشد، یا اندازه دهليز چپ افزایش قابل توجه

## References:

1. The ECG in Emergency Decision Making: second edition: Hein J. J. Wellens, Mary Conoves, Saunders, 2006; 265-267.
2. Cardiac Electrophysiology: Zipes/ Jalife: Sounders: 2014; 275-293.
3. Braunwald Heart Disease 10th edition: Elsevier: 2018; 639-646.

## منابع

لطفاً برای مشاهده ادامه‌ی رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.



## گزارش موردی: فیبروتکوما تخدمان

دکتر فریده کیبور (جراح و متخصص زنان و زایمان و نازایی)

دکتر ایلانا ناقی (جراح و متخصص زنان و زایمان و نازایی)

دکتر علی رهبری (متخصص پاتولوژی)

دکتر جمال الدین هادی (متخصص رادیولوژی)

چکیده:

Sex Cord Stromal Tumors (SCST) تومورهای نادری هستند که

کمتر از ۷٪ نئوپلاسم‌های تخدمان را تشکیل می‌دهند. عمدهاً

گرانولوزا سل تومور (GCT) هستند. تومورهای سرتولی لیدیگ و

تومورهای سلول‌های تکا در درجهات بعدی قرار دارند.

این تومورها رشد تدریجی دارند و دیر عود می‌نمایند. معمولاً پیش

آگهی شان مطلوب است. در این بیمار جوان که خواهان حفظ باروری

می‌باشد تشخیص با ارسال نمونه Frozen Section به پاتولوژی حین

جراحی مشخص گردید و جراحی را با اکسیزیون توده خاتمه دادیم

(اووفرکتومی یک طرفه)

معرفی بیمار:

خانم ۲۵ ساله، G<sub>1</sub>P<sub>1</sub> با شکایت درد شکم به پزشک مراجعه کرد.

بیمار پریودهای منظم داشت.

در معاینه واژینال: توده سفت، متحرک و فاقد درد در آدنکس

سمت چپ به دست می‌خورد.

در آزمایش‌های به عمل آمده، سطح تومور مارکرها و آزمایشات

هورمونی نرمال بود.

در سونوگرافی ترانس واژینال رحم به ابعاد دو اکوپاترن نرمال،

توده هیپو اکو با حدود مشخص و Lobulated Distortion به ابعاد

۶۰ × ۷۵ × ۸۰ میلی متر در آدنکس چپ همراه با مایع آسیت در لگن

گزارش شد. تخدمان راست نرمال بود.

در MRI: لنفادنوپاتی پاراآئورتیک و تروپریتونال دیده نشد.

کبد، کیسه صakra، طحال، پانکراس نرمال گزارش شد. رحم ابعاد نرمال،

تخدمان چپ به ابعاد ۶۰ × ۷۵ × ۸۰ میلی متر به صورت Complex mass

دیده شد. تخدمان راست نرمال بود.

بیمار مورد لایارتومی قرار گرفت. حدود ۱۰۰ مایع آسیت وجود

داشت که برای سیتولوژی ارسال شد.

در بررسی احشاء توده ۸۰ × ۷۵ mm کاملاً سفت که نواحی کیستیک بر

روی آن رویت می‌شد (عکس ماکروسکوپی ۱) در آدنکس سمت چپ

Sex Cord Stromal Tumor(SCST) فیبروتکوما تخدمان از گروه

می‌باشد. تومورهای سکس کور داستروممال تخدمان تومورهای نادری

هستند، شامل ۵-۸ درصد کل نئوپلاسم‌های تخدمان می‌باشند.

این گروه از نئوپلاسم‌های تخدمان از سلول‌هایی که اوسیت‌ها

را احاطه می‌نمایند، یعنی از سلول‌های مولد هورمون، منشاء

می‌گیرند.

معرفی بیمار:

خانم ۲۵ ساله با سابقه یک بار حاملگی، یکبار زایمان واژینال به دلیل

درد شکم به پزشک مراجعه کرد. درد در ناحیه Q.L.L وجود داشت در

بررسی سونوگرافی توده سالید کیستیک در تخدمان چپ دیده شد.

مایع آزاد در فضای پریتوان وجود داشت. تومور مارکرها نرمال بودند

بیمار تحت لایارتومی قرار گرفت. نمونه جهت Frozen Section به

پاتولوژی ارسال شد. با توجه به گزارش خوش خیم بودن تومور و

احتمال Sex Cord Stromal Tumor بیمار تحت اوفرکتومی

چپ قرار گرفت.

نتیجه‌گیری:

توده‌های توپر تخدمان همراه با آسیت در خانم جوان

که مایل به حفظ باروری است بهتر است قبل از جراحی

وسعی با ارسال نمونه Frozen Section به پاتولوژی، تأیید

پاتولوژی مبنی بر Sex Cord Stromal Tumor، جراحی

محددتر با حفظ تخدمان مقابل و رحم برای بیمار انجام

شود.

کلمات کلیدی:

سکس کور داستروممال تومور- فیبروتکوما - توده‌های تخدمان.

گرانولوزا سل تومور.

این تومورها از اجزاء گوناگون تشکیل شده‌اند. این اجزاء شامل سلول‌های مؤنث (سلول‌های گرانولوزا و تکا)، سلول‌های مذکر (سلول‌های سرتولی و لیدیگ) و سلول‌هایی می‌باشند که از نظر ظاهری تمایز نیافته‌اند.

جدول تومورهای طناب جنسی - استرومایی تخمدان:

#### Sex Cord Stromal Tumors:

I = تومورهای سلول‌های گرانولوزا استرومایی:

۱- تومور سلول گرانولوزا

۲- تومورهای گروه تکوما - فیبروما

- تکوما

- فیبروما

- فیبروتکوما

- طبقه‌بندی نشده

II = آندروبلاستوما تومورهای سلول‌های سرتولی لیدیگ:

۱- تومور سلول سرتولی

۲- تومور سلول سرتولی- لیدیگ

۳- تومور سلول لیدیگ؛ تومور سلول هیلوس (نافی)

Gynandroblastoma III

- طبقه‌بندی نشده

تومورهای سلول گرانولوزا - استرومایی:

#### Granulosa – Stromal Cell Tumors:

شامل تومورهای سلول گرانولوزا، تکوما، فیبروما و فیبروتکوما می‌باشد

بندرت ممکن است ویرگی بدخیمی را نشان دهند. در آن صورت می‌توان فیبروسارکوما نامید.

این تومور در زنان غیر سفید پوست، چاق  $BMI > 30$  و دارای تاریخچه فامیلی کانسر تخمدان و پستان بیشتر دیده می‌شود. دو نوع دارد:

۱- Juvenile : ۵٪ تومورهای گرانولوزا سل را تشکیل می‌دهد. این نوع

بطور تیپیک قبل از بلوغ دیده می‌شود بنابراین بیشتر در زنان جوان

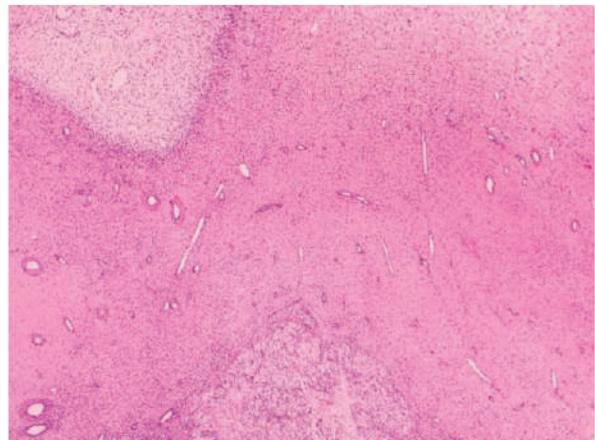
و بچه‌ها روی می‌دهد.

مشاهده شد. تخمدان سمت راست و احشاء دیگر نرم‌مال بودند.



(عکس شماره ۱) تصویر مکروسکوپی توده

بیمار او فوراً کتومی سمت چپ شد. نمونه امن‌توم جهت پاتولوژی ارسال شد. بعد از جراحی، بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. بعد از ۱۰ روز با جواب پاتولوژی مبنی بر Benign Spindle Cell Tumor و Fibro thecoma مراجعه کرد. (عکس ۲)



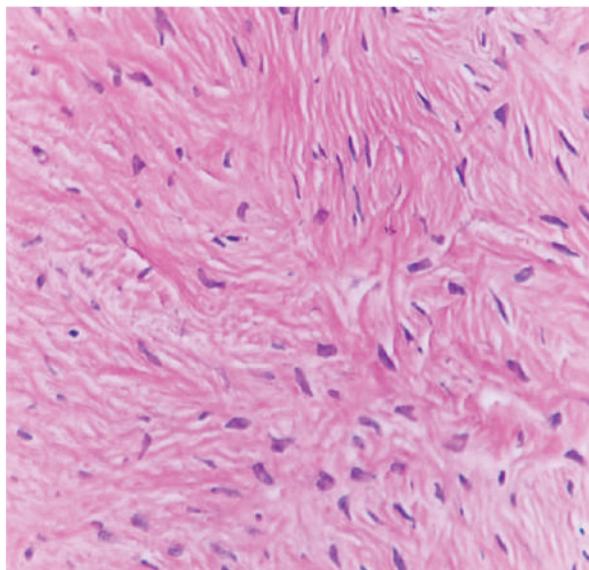
(عکس ۲) نمای دوگانه سلول‌های دوکی و سلول‌های گرد و روش

امن‌توم Fibro adipose گزارش شد. جواب سیتو‌لوزی آسیت‌نرم‌مال و فاقد سلول بدخیم بود. با توجه به مشخص بودن پاتولوژی، نیازی به انجام ایمونوهیستوشیمی Immunohistochemistry نشد.

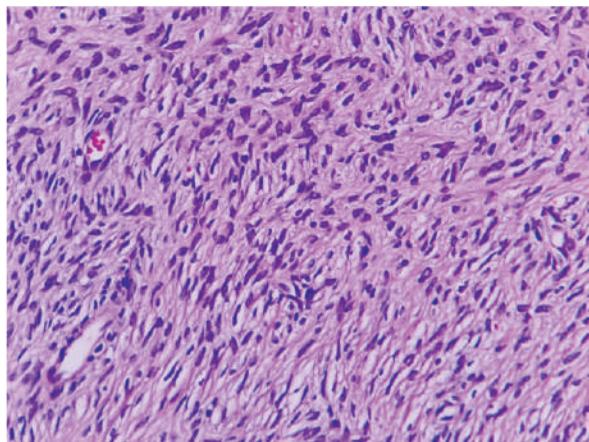
بحث:

Sex Cord Stromal Tumors: این گروه از نئوپلاسم‌های تخمدان از

طناب جنسی و استرومایی تخمدان یا مزانشیم منشاء می‌گیرند.



(عکس ۳) سلول‌های باستوپلاسم روشن



(عکس ۴) سلول‌های دوکی شکل

تشخیص داده شود. این تومورها اغلب مولد استروژن بوده و علائم مربوط به هیپر استروژنیسم در آنها در زمان تشخیص شایع است. این علائم شامل آندومترهیپرپلاستیک و AUB می‌شود. ممکن است افزایش تولید استروژن سبب درد و حساسیت پستان، خونریزی بعد از منوپوز، اختلالات قاعدگی و در بچه‌ها بلوغ جنسی شود. شواهد مستند زیادی در ارتباط با این تومور و هیپرپلازی، آندومتر و همچنین آدنوكارسینوم آندومتر وجود دارد. در تمام زنان بعد از منوپوز، با یک توده آدنکسال و آندومتر ضخیم

۲- نوع بالغین: عمدتاً در سنین میانسالی و زنان مسن تر (۵۰-۵۵ سالگی) دیده می‌شود و ۹۵٪ گرانولوزا سل تومور را شامل می‌شود.

#### هیستوپاتولوژیک:

ظاهر میکروسکوپی تومور متفاوت است. تومور معمولاً بزرگ و یک طرفه است. سلول‌ها تمایل دارند که بصورت خوش‌ای یا رُزت (Rosette) در اطراف یک حفره مرکزی تجمع یابند، بنابراین به فولیکول‌های اولیه شباهت پیدا می‌کنند.

اجسام هسته‌ای سلول‌های این تومور دارای شکاف (groove) طولی بوده و شبیه دانه قهوه (coffee bean) توصیف می‌شوند. Call - Exner bodies نامیده می‌شوند.

سلول‌های تکاکه سلول‌های لوئیزینزه در استروم هستند در ۷۰٪ بیماران دیده می‌شوند. این سلول‌ها آندرستنديون که یک آندروزن ضعیف است تولید می‌کنند و سلول‌های گرانولوزا آنرا به استرادیول تبدیل می‌کنند. طبق گزارشات منتشر شده بعضی از تومورهای سلول گرانولوزا Inhibin ترشح می‌کنند که ممکن است شاخص مفیدی برای این بیماران باشد. این مارکر سرمی پیتیدی است که بوسیله تخدمان‌ها در پاسخ به FSH و LH تولید می‌شود و بعد از منوپوز در سرم قابل شناسایی نیست مگر توسط تومورهای تخدمان مثل کارسینوم اپی تیال موسینوس یا تومورهای سلول‌های گرانولوزا تولید شود.

استرادیول نیز یکی از اولین مارکرهای سرمی بیماران دارای GCT (گرانولوزا سل تومور) است و بطور عمده مارکر اساسی برای وجود این تومور نیست. تقریباً ۳۰٪ تومورها استرادیول تولید نمی‌کنند، شاید به علت عدم وجود سلول‌های تکاکه آندرستنديون تولید می‌کنند که پیش‌ساز استرادیول است.

#### ویژگی بالینی:

این توده‌ها اغلب به شکل توده بزرگ با قطر متوسط ۱۲ سانتی‌متر ظاهر می‌شوند. ممکن است بیمار با یک توده بدون علامت در معاینه لگنی

فاکتور رشد اپیدرمال عروقی Vascular Endothelial Growth Factor باشد که پرمتابیلیتی عروقی را بالا می برد.

تکوما: تومور جامد فیبروماتوزی است که عمدها خوش خیم بوده و از سلول‌های تکا، تشکیل گردیده، از استرومای تخدمان منشاء می‌گیرند تقریباً منحصراً در یک تخدمان دیده می‌شود. ممکن است استروژن تولید کند و ۲۰٪ از بیماران با کانسر آندومتر هم زمان مراجعه می‌کنند. بطور ماقروسکوپی ظاهر زرد رنگ ناشی از تجمع چربی دارند. تکومای بد خیم نادر است. شایع ترین علامت تکوما، خونریزی و اثیمال در نتیجه تحریک آندومتر است. هیپرپلازی و کانسر آندومتر در ۱۵ و ۲۵ درصد بیماران به ترتیب دیده می‌شود. آسیت نادر است. ماهیت سونوگرافیک تومور غیر اختصاصی است. در بیماران بعد از منوپوز یا آنها می‌که در حوالی منوپوز قرار دارند درمان شامل TAH + BSO است. تمام این بیماران باید نمونه آندومتر قبل یا حین عمل داشته باشند.

فیبروتکوما: این ترم برای نام‌گذاری تومورهایی که حالت بینابینی فیبروما و تکوما را دارند بکار می‌رود. فعالیت هورمونی بستگی به وسعت فیبروم (خنثی از نظر هورمونی) و تکوما (فعال از نظر هورمونی) دارد. هیچ یافته غیر اختصاصی برای تومورها در سونوگرافی و MRI وجود ندارد. در MRI، این تومورها Low Signal بوده و در T<sub>1</sub>، T<sub>2</sub> هستند. یک گزارش وجود دارد که dual - echo ممکن است روش مفیدی برای پیدا کردن مقادیر جزئی لیپید در تکوما باشد. بدون توجه به یافته‌های تصویربرداری، برداشت تومور ضروری است. زیرا این ضایعات نشوپلاستیک هستند.

تومورهای سرتولی-لیدیگ: شایع ترین سن بروز تومورهای سرتولی-لیدیگ ده سوم و چهارم زندگی است. این تومورها بسیار نادرند و آندروژن تولید می‌کنند و در ۷۰-۸۰٪ از بیماران علائم مردانگی دیده می‌شود. این علائم عبارتند از الیگومنوره، آمنوره، آتروفی پستان‌ها، آکنه، هیرسوتیسم، کلیتورمگالی، کلفت شدن صدا و عقب‌رفتن خط رویش موها با اندازه گیری آندروژن‌های پلاسمای ممکن است افزایش تستوسترون، آندروستن دیون دیده شود و DHESO<sup>۴</sup>

(ضخامت آندومتر مساوی یا بیشتر از ۵ میلی‌متر) و همه آنها می‌که قبل از عمل تشخیص گرانولوزا سل تومور داده می‌شود، باید تحت بیوپسی آندومتر قرار گیرند.

علائم غیر اختصاصی تومورها شامل آسیت، افزایش سایز شکم و درد شکم ناشی از پیچ خوردگی پایه تومور یا خونریزی داخل آن یا پارگی در نتیجه هموپریتونثوم است.

TAH+BSO: Management برای زنانی که خواهان باروری بعدی نیستند توصیه می‌شود.

Stage یا مرحله بیماری مهم‌ترین فاکتور در تعیین پیش‌آگهی و توصیه‌های درمانی بعد از جراحی است.

نادر بودن متاستاز عدد لنفاوی در تشخیص اولیه می‌رساند که لنفادنکتومی لگنی یا پاراآثورتیک را می‌توان نادیده گرفت.

هر چند لنادنکتومی بستگی به تشخیص حین جراحی GCT (گرانولوز سل تومور) دارد. GCT عمدها محدود به یک تخدمان است برای بیمارانی که تمایل به حفظ باروری دارند (USO) سالپنگوا و فورکتومی یک طرفه و حفظ رحم با انجام staging مناسب است.

مطالعات رتوسپکتیو بیان کننده این موضوع است که در مراحل اولیه این بیماری USO و BSO تأثیر یکسانی دارد و بیوپسی از تخدمان مقابل فقط در شرایطی که یافته غیر طبیعی مشاهده می‌شود اندیکاسیون دارد.

فیبروما: شایع ترین نوع SCST (سکس کور استرومایل تومور) است اغلب یک طرفه است و در زنان منوپوز مشاهده می‌شود. واژلحاظ هورمونی فعال نیست. در سونوگرافی بصورت یک توده هیپریا هیپوآکوپیک دیده می‌شود که ممکن است کلسیفیه بوده یا دیترسانس کیستیک نشان دهد. در ۱۰-۱۵٪ موارد آسیت و در ۱٪ موارد هیدروتوراکس به ویژه با ضایعات بزرگ‌تر دیده می‌شود.

همراهی فیبروما با آسیت و پلورال افیوئن سندروم Meigs خوانده می‌شود. تجمع مایع احتمالاً مربوط به اثر موادی شبیه (VEGE))

Gynandroblastoma: تومور نادر و معمولاً خوش خیم است. دارای سایز کوچک با المان های سرتولی-لیدیگ و گرانولوزا سل است. سن بیمار در زمان تشخیص ۱۶ تا ۶۵ سال متفاوت است. (متوسط ۳۰ سال) این تومورها Mixed هستند و می توانند آندروژن و استروژن ترشح کنند.  
درمان: برداشتن تخدمان مبتلا می باشد.

معمولأ طبیعی است. درمان در بیمارانی که در سنین باروری هستند سالپنگو او فورکتومی یک طرفه و بررسی تخدمان مقابل. در بیمارانی که تعداد فرزندانشان کامل است انجام هیسترکتومی و سالپنگو او فورکتومی دو طرفه (TAH+BSO) مناسب است عود تومور شایع نیست.

## Ovarian Fibrothecoma

### Abstract:

چکیده:

Sex Cord Stromal Tumors (SCST) are rare tumors comprising less than 7% of all ovarian neoplasm.

The majority of SCST are granulose cell tumors, sertoliledig cell tumors and Theca cell tumors accounting for the remainder of this group.

Clinically, fibrothecoma is a symptomatic and may typically be detected during routine gynecological examinations.

Usually these ovarian tumors are unilateral, solid, hard mass with small degeneration.

Due to their solid structure, these benign tumors are sometimes confused with malignant ovarian neoplasm during clinical evaluation.

SCST generally behave in an indolent fashion characterized by early stage at presentation, slow growth, late recurrence, and an overall favorable prognosis.

Primary therapy for SCST generally begins with standard surgical staging including a total abdominal hysterectomy and bilateral.

Salpingo – oophorectomy. For younger patients with early – stage disease, conservative surgery has been suggested as a treatment alternative for those wishing to retain fertility. These malignancies are often low grade.

Given these features and the rarity of these tumors, they are often diagnosed by pathology following surgery, which is often only a unilateral oophorectomy or ovarian cystectomy.

### Keywords:

کلید واژه:

Sex Cord Stromal Tumors, Granulosa Cell Tumor, Fibro the coma, Ovarian Tumor.

### References:

منابع



لطفاً برای مشاهده رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.

## PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy)

فلوروسکوپی (شکل ۱) یا به کمک سونوگرافی (شکل ۲) یک لوله داخل کلیه (نفروستومی) گذاشته می‌شود. (شکل ۳) مسیر لوله از پوست تا کلیه توسط دیلاتاتورها متسع می‌گردد و در نهایت یک لوله به نام Amplatz sheath بر روی این لوله نفروستومی به داخل سیستم پیلوکالیسیل کلیه وارد می‌شود. (شکل ۴) از طریق این لوله می‌توان ابزاری چون نفروскоп را داخل نمود که داخل کلیه و سنگ رویت شده و از همین راه ابزار دیگری مثل سنگ‌شکن و وسایل خارج کردن سنگ (grasper) را وارد کلیه نمود.

دکتر عبدالله ناصحی (متخصص اورولوژی و فلوشیپ آندویورولوژی) در گذشته جهت درمان سنگ‌های کلیه و حالب از روش درمان جراحی باز استفاده می‌شد. در چند دهه اخیر درمان‌ها با آسیب‌کمتر نظریer ESWL (سنگ‌شکنی با استفاده از امواج صوتی) TUL (Trans UreteroLithotripsy) (جایگزین این روش قدیمی شده است). در روش جراحی باز یک شکاف وسیع بر روی پهلوی بیمار برای خارج کردن سنگ استفاده می‌گردد در حالیکه PCNL از طریق یک شکاف کوچک یک سانتی‌متری برای خارج کردن سنگ استفاده می‌شود. بنابراین با درد کمتر محل عمل، خونریزی کمتر و زمان بسترهای کوتاه‌تری در بیمارستان همراه خواهد بود. این روش با موفقیت بالاتری در مقایسه با ESWL در پاکسازی سنگ همراه بوده و همچنین نیاز کمتری به تکرار درمان دارد.

اغلب برای درمان سنگ‌های بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر، سنگ‌های بزرگ حالب فوقانی و کلیه و سنگ‌های شاخ‌گوزنی کاربرد دارد.

### مقدمات جراحی

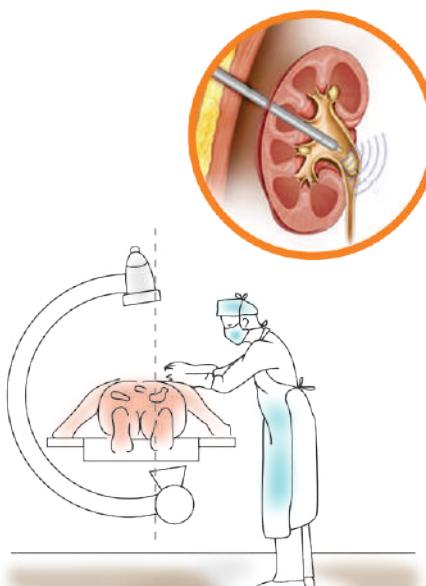
در این روش مانند هر جراحی دیگری نیاز به مقدماتی نظیر مشاوره‌های قلب و بیهوشی و انجام EKG و بررسی‌های آزمایشگاهی مانند CBC، تست‌های بیوشیمیایی، PT و PTT و انجام آزمایش A/U و C/U دارد. در این روش از چند روز قبل عمل داروهای رقیق‌کننده مانند آسپیرین، ترکیبات NSAID و Plavix باید قطع شود.

غفونت ادراری قبل از جراحی می‌بایست درمان شود، رزو خون قبل از عمل الزامی بوده، و بیمار می‌تواند صبح روز عمل بصورت سریاً بی‌پذیرش شود.

### روش جراحی

عمل جراحی تحت بیهوشی عمومی انجام می‌گردد. ابتدا در وضعیت لیتوتونی بیمار سیستوکلیپ بشود و در حالب کلیه‌ای که سنگ دارد یک کاتتر جهت تزریق ماده حاجب تعییه می‌گردد. این کار برای مشخص شدن سیستم پیلوکالیسیل و محل دقیق و موقعیت سنگ در سیستم و چگونگی تعییه نفروستومی انجام می‌شود.

سپس بیمار در وضعیت Prone روی شکم خوابانده شده و از طریق



شکل (۱)



شکل (۲)

## عوارض

این عمل مانند هر جراحی دارای عوارض اختصاصی خود می باشد.

۱- خونریزی: خطر خونریزی کم بوده و در ۱۲٪ تا ۱۶٪ موارد نیاز به تزریق خون می باشد و این بستگی به اندازه، محل سنگ و تعداد محل های نفروستومی دارد.

۲- عفونت ادراری: می تواند به علت آزاد شدن باکتری از لابلای سنگ بوجود آید و منجر به عفونت ادراری و حتی ندرتاً Sepsis گردد. لذا عفونت ادراری می باشد قبل از عمل درمان شود و در قبلا و حین عمل بیمار باید تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار گیرد.

۳- احتمال صدمه به احشا و ارگانهای مجاور مانند روده باریک، کولون، عروق بزرگ، طحال، کبد وجود دارد و نیاز به جراحی بازو لپاراتومی را بوجود می آورد. در سنگ های کالیس فوکانی احتمال وارد شدن به فضای پلور و ضربه به ریه و ایجاد هموپنوموتوراکس وجود دارد.

## دوره نقاہت

- درد پهلو بعد از عمل شایع بوده و معمولاً کوتاه مدت بوده و با تجویز مسکن های غیر مخدرا کاهش می یابد.

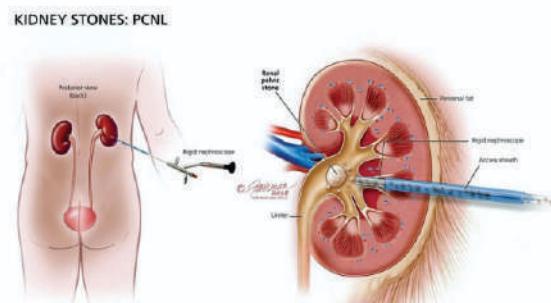
- لوله نفروستومی در صورتی که نیاز به تعییه آن باشد معمولاً در ۲۴ یا ۴۸ ساعت بعد از عمل خارج می گردد و بندرت در صورت نیاز می توان بیمار را با این لوله ترخیص نموده و بصورت سریایی جهت خارج کردن آن مراجعه نماید.

- استنت حالب بعد از ۲۴ یا ۴۸ ساعت بعد عمل خارج بشود و در صورتی که نیاز به تعییه استنت DJ باشد یک یا دو هفته بعد می توان بصورت سریایی خارج شود.

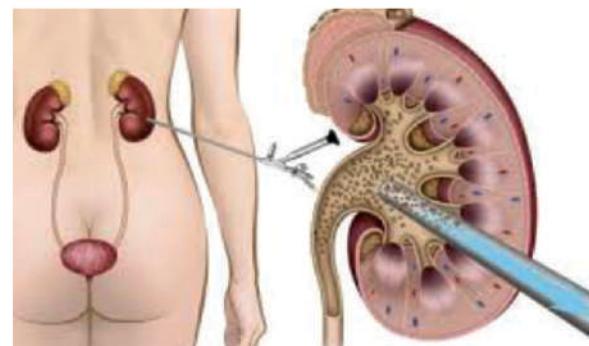
- تهوع معمولاً کوتاه مدت و گذرا بوده و در یک تا دو روز بعد از عمل برطرف شود.

- سوند ادراری بیمار یک تا دو روز بعد از عمل خارج می گردد و جهت کنترل هماتوری بیمار تعییه شود و بندرت نیاز به نگهداری طولانی مدت دارد.

- فیزیوتراپی تنفس جهت جلوگیری از عوارض ریوی بعد

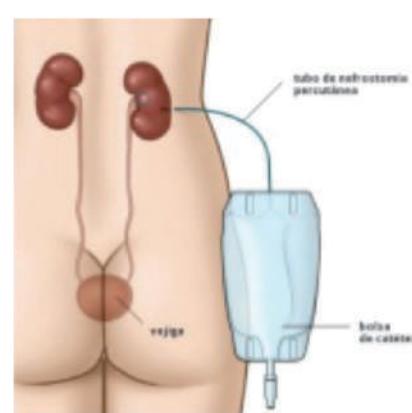


شکل(۳)



شکل(۴)

بعد از سنگ شکنی و خارج کردن کامل سنگها در صورتی که احتمال خونریزی در داخل کلیه وجود داشته باشد می توان یک لوله نفروستومی در کلیه تعییه کرد و در صورتی که خونریزی وجود نداشته باشد یا کم باشد نیازی به تعییه این لوله نیست.



شکل(۵)

از عمل شروع می‌شود.

-جهت پیشگیری از DVT و PTE راه انداختن زود هنگام بیمار

۴ تا ۶ بار در روز استفاده از جوراب‌های SCD الزامی است.

-مدت اقامت در بیمارستان معمولاً یک تا دو روز می‌باشد.

-جراحی ثانوی در بعضی موارد از راه لوله نفروستومی بصورت second look برای خارج کردن باقیمانده سنگ انجام می‌شود.

#### بعد از ترخیص

-معمولأ درد بیمار با مسکن‌های خوراکی قابل کنترل می‌باشد.

-بیمار می‌تواند بعد از ترخیص حتی بالolle نفروستومی استحمام کند.

-بیمار در منزل جهت جلوگیری از DVT می‌بایست فعالیت روزانه دارد.

#### References:

- 1.Campbell-Walsh Urology

#### منابع

▪ بررسی داروهای روکورونیوم بروماید و سوگامادکس  
▪ دکتر فرید خطیبی (متخصص بیهوشی)

به علاوه، در بسیاری از موارد که نیاز به لوله‌گذاری سریع یا ونتیلاسیون، به عنوان مثال در بخش مراقبت‌های ویژه، است این دارو می‌تواند یک انتخاب مناسب باشد.

روکورونیوم (Esmeron) با دیگر داروهای شلکننده عضلانی چه تفاوتی دارد؟ آنچه روکورونیوم بروماید را از دیگر داروهای این دسته متمایز می‌کند اثر سریع، رها سازی هیستامین کم و تیتراسیون راحت آن است که قدرت مانور پزشک بیهوشی را بر حسب مدت زمان جراحی بالا می‌برد.

بعد از آن، روکورونیوم با داشتن یک اختصاصی (سوگامادکس) امکان بیهوشی بی‌خطر را به خصوص در انواع بیهوشی عمومی با شلکننده عضلانی مانند Mivacurium، Atracurium، Cisatracurium و Vecuronium پس از تزریق بررسی شد. که نتایج حاکی از این بود که داروی روکورونیوم شروع اثر کوتاه‌تری به نسبت دیگر داروهای شلکننده عضلانی غیر دپلاریزان پر کاربرد دارد.

روکورونیوم بروماید (Esmeron) موارد مصرف داروی روکورونیوم بروماید به شرح زیر است: داروی روکورونیوم بروماید یک شلکننده عضلانی غیر دپلاریزان است. (non- depolarizing muscle relaxant)

- ایجاد شلی عضلانی به منظور تسهیل فرآیند لوله‌گذاری سریع (Rapid sequence intubation) یا لوله‌گذاری روتین (routine tracheal intubation) (پیش از جراحی)

- استفاده در بیهوشی‌های عمومی (general anesthesia) به منظور شلی عضلانی مورد نیاز حین جراحی‌های بلند یا کوتاه مدت - کمک به بی‌حرکتی ماهیچه‌های اسکلتی حین تهویه مکانیکی (Mechanical ventilation)

روکورونیوم (Esmeron) در کدام اعمال جراحی کاربرد دارد؟ این دارو حتی برای گروه‌های پرخطر مانند افراد دچار نارسایی کبدی و مشکلات کلیوی یا بیمارانی که BMI بالا دارند و نیز خانم‌های باردار نیز قابل استفاده است.

تمام افرادی که در پروسه‌های جراحی نام برده شده نیاز به شلی عضلانی در هنگام بیهوشی عمومی دارند به طور بالقوه جز جمعیت هدف دارو

دستورالعمل تجویز دارو در موارد مهم و پرکاربرد به صورت خلاصه در جداول زیر آورده شده است.

## لوله‌گذاری در نای (Tracheal intubation)

دوز (میلی‌گرم/کیلوگرم)	۰/۳۰	۰/۴۵	۰/۶	۰/۹	۱/۲
شروع اثر (ثانیه)	۱۲۰-۹۰	۹۰	۶۰-۹۰	۷۵	۵۵
مدت اثر (دقیقه)	۱۵	۲۲	۴۰-۳۰	۵۰	۷۵

## دوز نگهدارنده (Top-Up)

دوز (میلی‌گرم/کیلوگرم)	۰/۱۵		۰/۰۷۵-۰/۱
مدت اثر (دقیقه)	۱۳-۲۰		
بیماران	دوز توصیه شده	بالغین تحت بیهوشی تنفسی افراد مسن و بیماران مبتلا به بیماری‌های کبدی/ مجرای کیسه صفراء/ با نارسایی کلیوی	

### آنفوزیون مداوم / ICU

دوز (میلی‌گرم/کیلوگرم)	۰/۳-۰/۶	۰/۳-۰/۴
بیمار	بیهوشی با داروی تزریقی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بالغین تحت بیهوشی تنفسی</li> <li>• افراد مسن و بیماران مبتلا به بیماری‌های کبدی/ مجرای کیسه صفراء/ با نارسایی کلیوی</li> </ul>

### لوله‌گذاری سریع (RSI)

دوز (میلی‌گرم/کیلوگرم)	۱
شروع اثر (ثانیه)	۶۰
مدت اثر (دقیقه)	۶۰

بهره‌برد، جایی که استفاده از سوکسینیل کولین ممکن نیست.  
در صورتی که به هر دلیلی، اعم از difficult airway بودن بیمار، لوله‌گذاری موفق نباشد ریورس اختصاصی روکورونیوم (سوگامادکس) در دسترس است و پژشک می‌تواند سریعاً شلی عضلانی بیمار را برطرف نماید.

#### سوگامادکس (Bridion)

سوگامادکس یک داروی منحصر به فرد برای برگشت شلی عضلانی و یک سیکلودکسترین است که به طور اختصاصی به دو داروی شل‌کننده‌های عضلانی آمینو استروئید غیر دپلاریزان، روکورونیوم و کورونیوم متصل شده و باعث برگشت اثر آن‌ها می‌شود. به طور کلی تمام جراحی‌هایی که تحت بیهوشی با داروی شل‌کننده عضلانی روکورونیوم انجام می‌گیرند می‌توانند با داروی سوگامادکس reverse شوند. اما برخی از افراد سود بیشتری از استفاده از این دارو خواهند برد، از آن جمله می‌توان به افراد با توده بدنی بالاتر از ۳۰، افراد مسن بالاتر از ۶۵ سال، بیمارانی که مشکلات قلبی و ریوی دارند و افرادی که دچار مشکلات عصبی- عضلانی، مانند Myotonic dystrophy، هستند اشاره کرد. به علاوه، افراد تحت بی‌حسی عضلانی عمیق در برخی انواع جراحی‌ها مانند

روکورونیوم در میان داروهای شل‌کننده عضلانی غیر دپلاریزان تنها دارویی است که برای RSI (لوله‌گذاری سریع) قابل استفاده است. از سوی دیگر، داروی سوکسینیل کولین که یک شل‌کننده عضلانی دپلاریزان است نیز برای این منظور استفاده می‌شود. در مطالعه‌ای که توسط مک‌کورت و همکاران انجام گرفت کیفیت لوله‌گذاری با این دو دارو مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که ۹۵٪ بیمارانی که لوله‌گذاری آن‌ها با روکورونیوم انجام گرفته بود کیفیت عالی یا خوب را تجربه کردند.

- روکورونیوم دارویی با safety profile مطلوب است، چرا که رهاسازی هیستامین در اثر آن بسیار کم بوده و همودینامیک و ضربان قلب را متأثر نمی‌کند. به علاوه، شاخص‌های سلامت قلب (Cardiac index) و نیز متوسط فشار شریانی (Mean arterial pressure) نیز با مصرف این دارو تغییر چندانی نمی‌کنند (۳).

روکورونیوم به نسبت دیگر داروی مورد استفاده در لوله‌گذاری، سوکسینیل کولین، داروی ایمن‌تری است.

- از روکورونیوم می‌توان در مواردی مانند آلرژی، سابقه در بیمار، denervation syndrome، بیماران malignant hyperthermia سوختگی در عرض ۲۴-۴۸ h پس از حادثه یا افراد دچار crush injury

مسن بالای ۶۵ سال، کسانی که توده بدنی بالاتر از ۳۰ دارند یا مبتلا به مشکلات تنفسی و نیز آپنه در هنگام خواب هستند بیشتر است. بیمارانی که از داروی سوگامادکس برای ریکاوری عضلانی آنها استفاده شده است به نسبت بیماران مصرف کننده Neostigmine با احتمال بسیار کمتری به رخدادهای پس از عمل ناشی از احتمال Residual Neuromuscular Blockade دچار می‌شوند.

استفاده از سوگامادکس نه تنها منجر به ریکاوری کامل عضلانی می‌شود، بلکه با کوتاه کردن فاصله زمانی بین عمل جراحی و ترخیص بیمار (به دلیل عدم رخداد عوارض ناشی از ریکاوری عضلانی ناکامل پس از عمل) عمل‌آمدت زمان بستری بیمار در بیمارستان را به حداقل می‌رساند. - بیمارانی که از سوگامادکس استفاده می‌کنند پس از عمل حالت تهوع و استفراغ و نیز درد کمتری را تجربه خواهند کرد.

- استفاده از داروی سوگامادکس برای از بین بردن اثر شل کنندگی عضلانی ناشی از روکورونیوم با از بین بردن احتمال هرگونه عوارض ریوی و قلبی ناشی از ریکاوری ناکامل عضلانی و نیز کوتاه کردن مدت زمان بستری بیمارانه تنها برای بیمار هزینه اثربخشی دارد، بلکه با بیشتر کردن گردش کار اتفاق عمل و عدم نیاز به بستری بیمار و استفاده از آنتی بیوتیک یا سایر داروها برای کنترل عوارض بعد از عمل برای سیستم درمانی نیز با کاهش هزینه همراه است.

Nursurgery یا bariatric surgery نیز کاندید استفاده از این دارو هستند، و نیز تمام موارد ناموفق لوله‌گذاری که در آن برای بی‌حرکت کردن بیمار از روکورونیوم استفاده شده است و نیاز به برگشت سریع دارند، می‌تواند از مزایای این دارو بهره‌مند شوند.

برای برگشت اثر داروهای شل کننده عضلانی (Neuromuscular blocking agents) سه راه وجود دارد:

اول، برگشت به صورت خود به خودی و با گذشت زمان که پروسه‌ای بسیار طولانی با کارایی پایین و احتمال مخاطرات پزشکی بالاست. دوم، استفاده از مهار کننده‌های آنزیم استیل کولین استراز که شناخته شده ترین دارو در این دسته Neostigmine است.

سوم، استفاده از یک encapsulating agent که در این مورد داروی سوگامادکس شاخص است.

یکی از موارد نگران کننده پس از اعمال جراحی و به دنبال استفاده از عوامل شل کننده عضلانی، به خصوص تحت شلی عضلانی عمیق، ریکاوری ناقص عضلات و باقی ماندن اثر داروهای شل کننده است (Residual Neuromuscular Blockade) که ممکن است به رخدادهای نامطلوبی مانند مشکلات تنفسی و قلبی و عروقی منجر شود. این مشکلات باعث طولانی شدن بستری بیمار در بیمارستان شده و در مواردی جان بیمار را تهدید می‌کنند. ریسک این مشکلات در افراد

## References:

- Co, M., Rocuronium bromide prescribing information. 2015.
- Carroll, M., et al., Neuromuscular blocking effects and train of four fade with cisatracurium: comparison with other nondepolarising relaxants. Anesthesia, 1998. 53 (12): p. 1169-1173.
- Naguib, M., et al., Histamine-release hemodynamic changes produced by rocuronium, vecuronium, mivacurium, atracurium and tubocurarine. British journal of anaesthesia, 1995. 75 (5): p. 588-592.
- FDA, Highlights of prescribing information of Bridion. 2015. P.

## منابع



لطفاً برای مشاهده ادامه‌ی رفرنس‌ها QR را اسکن کنید.

■ بررسی تاییدیه اندیکاسیون جدید داروی لاکوزاماید  
◆ دکتر لادن ادیب عشق (داروساز عمومی)

چکیده:

در این گزارش به بررسی ترایال انجام شده در رابطه با اندیکاسیون جدید داروی لاکوزاماید در کنترل در صورت درمان به صورت ادجوانی تراپی شروع درمان با دوز ۵۰ میلی گرم ۲ بار در روز بوده و دوز نگهدارنده ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز می باشد. در صورت درمان به صورت ادجوانی تراپی شروع درمان با دوز ۵۰ میلی گرم ۲ بار در روز می باشد و دوز نگهدارنده نیز ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز می باشد.

در کودکان با وزن بالای ۵۰ کیلوگرم شروع درمان با دوز ۵۰ میلی گرم دو بار در روز و دوز نگهدارنده ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی گرم دو بار در روز می باشد. در کودکان با وزن ۳۰ کیلوگرم، شروع درمان ۱ mg/kg دو بار در روز و دوز نگهدارنده ۴-۲ mg/kg دو بار در روز و در کودکان با وزن ۱۱ تا ۳۰ کیلوگرم، شروع درمان ۱ mg/kg دو بار در روز و دوز نگهدارنده ۶-۳ mg/kg دو بار در روز می باشد (۱).



كلمات کلیدی:

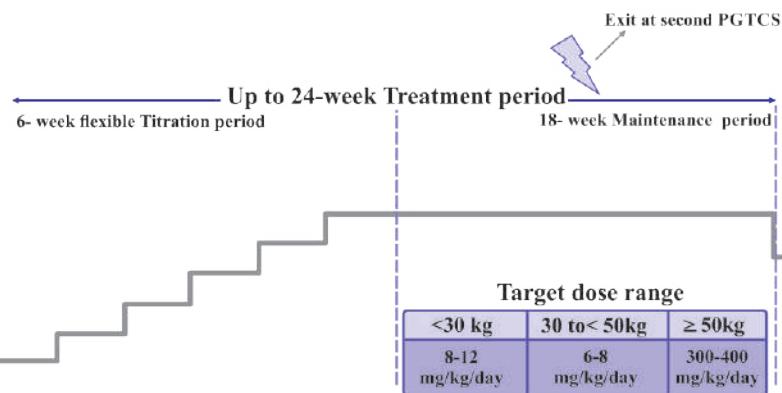
لاکوزاماید، تشنج تونیک-کلونیک

مقدمه:

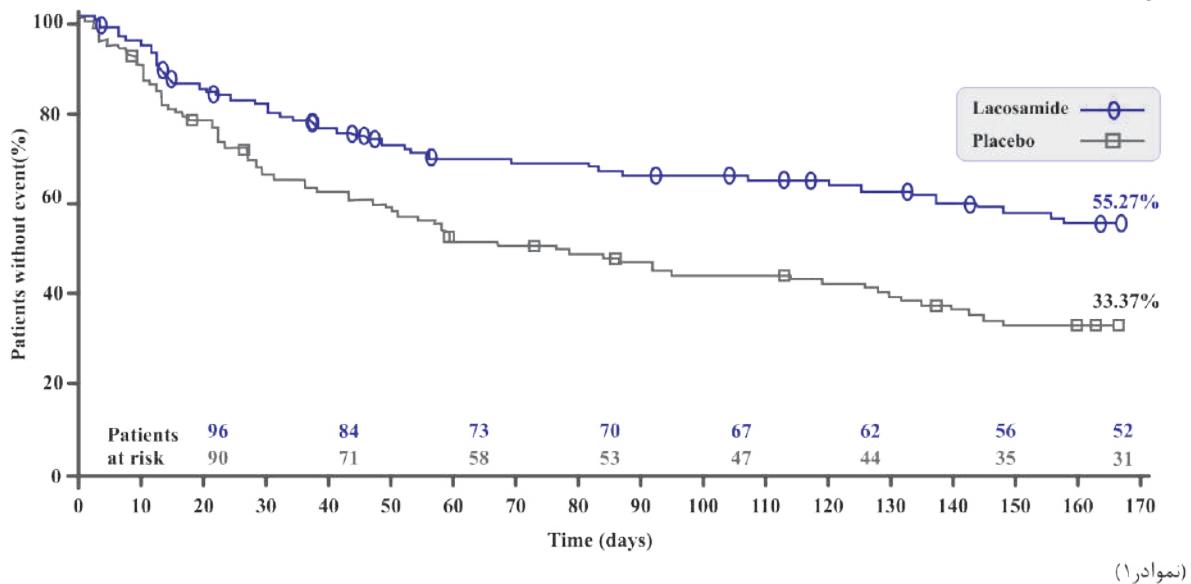
داروی لاکوزاماید نسل سوم آنتی اپیلپتیک ها جهت درمان صرع می باشد. صرع نوعی اختلال نورو لوژیک است که با عدم تعادل در تحریک و مهار در مغز مشخص ایجاد می گردد. این عدم تعادل موجب بروز تشنج می شد. لاکوزاماید با مکانیسم عملی متفاوت، کانال های سدیمی را به صورت slow inactivation مهار کرده و منجر به کاهش فرکانس و شدت تشنج های می شود. علاوه بر آن لاکوزاماید با اتصال به CRMP-2 (collapsin-response mediator protein 2) کننده نورونی داشته و از پیشرفت بیماری جلوگیری می کند.

تشنج یا به عبارتی افزایش مختصر فعالیت های الکتریکی در مغز، انواع مختلفی دارد. داروی لاکوزاماید جهت کنترل و درمان تشنج های کانونی (focal) در افراد بالای ۴ سال به صورت مونو تراپی و ادجوانی تراپی تجویز می گردد. این دارو در تاریخ ۱۷ نوامبر ۲۰۲۰، تاییدیه FDA جهت ادجوانی تراپی در درمان PGTCS در افراد بالای ۴ سال را نیز دریافت کرده است. تشنج PGTCS، نوعی از تشنج است که در کل مغزاً تفاوت افتاده و از ابتدا، هر دو نیم کره مغز ادارگیری می کند. حملات این تشنج ممکن است برای چند ثانیه تا چند دقیقه ادامه داشته باشد.

## Trial design

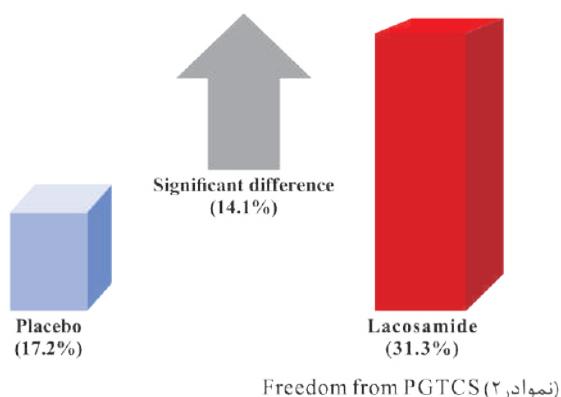


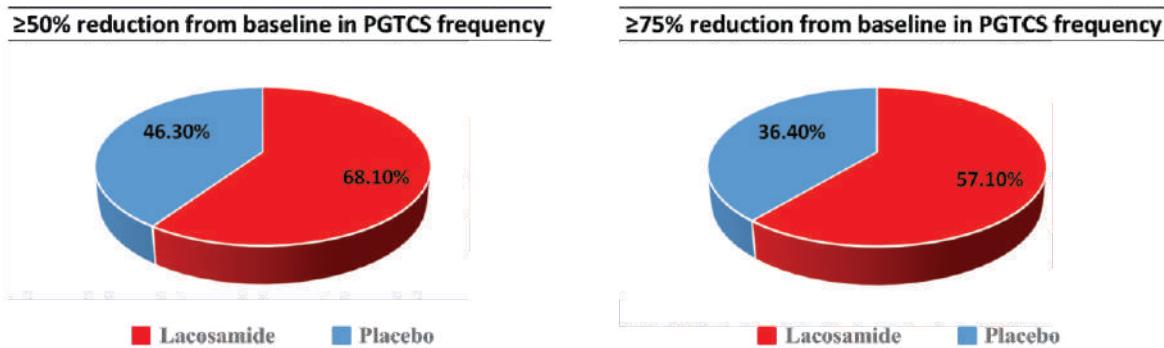
شکل(۱)



برای کودکان تجویز شده است (عکس ۱).

مقایسه ریسک بروز PTGCS ثانویه در گروه دارونما و لاکوزاما می‌باشد، نشان داده است که احتمال بروز PTGCS ثانویه با دریافت لاکوزاما می‌باشد، تا ۴۶ درصد نسبت به دارونما در طول ۲۴ هفته کاهش یافته است. همچنین در این مطالعه میزان seizure freedom در گروه لاکوزاما می‌باشد ۳۱ درصد و در گروه دارونما ۱۷ درصد گزارش شده است، که اختلاف آنها از لحاظ آماری معنی دار بوده (نمودار ۲) و همچنین بررسی فرکانس تشنج‌ها و میزان ۵۰ درصد و ۷۵ درصد پاسخ به درمان بیماران نشان دهنده روند مناسب بهبودی بیماران در گروه لاکوزاما می‌باشد نسبت به دارونما بوده است (نمودار ۳).





(نمودار ۳)

#### نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج به دست آمده از اثربخشی داروی لاکوزاماید در کاهش فرکانس تشنج در بیماران PGTCS، داروی لاکوزاماید می‌تواند علاوه بر درمان صرع focal، به صورت ادجوانی تراپی نیز در درمان primary generalized tonic-clonic تجویز گردد.

لакوزاماید، به میزان قابل توجهی خطر ابتلاء به PGTCS ثانویه را کاهش می‌دهد و با نسبت به پلاسبو، seizure freedom بالاتری برای بیمار فراهم می‌کند.

در بررسی عوارض دارویی در این مطالعه، مشخص شده است که شایع‌ترین عوارض احتمالی ناشی از دریافت داروی لاکوزاماید؛ سرگیجه، خواب آلودگی و سرد رد بوده است. میزان بروز عوارض مانند سایر مطالعاتی است که در بررسی لاکوزاماید در بیماران دچار Focal seizure انجام شده است. این مطالعه بزرگترین ترایال انجام شده بر روی بیماران IGE بوده و با evidence کلاس یک، داروی لاکوزاماید را دارویی اثربخش و ایمن در این گروه از بیماران معرفی می‌کند (۴).

#### References:

#### منابع

- 1.VIMPAT® (lacosamide) CV. U.S. Prescribing Information
- 2.Asadi-Pooya AA, Nikseresht A, Yaghoubi E, et al. Physical injuries in patients with epilepsy and their associated risk factors. Seizure 2012;21:165–8. 5
- 3.DeGiorgio CM, et al. Ranking the leading risk factors for sudden unexpected death in epilepsy. Front Neurol. 2017;8:473
- 4.Vossler DG, Knake S, O'Brien TJ, Watanabe M, Brock M, Steiniger-Brach B, Williams P, Roebling R. Efficacy and safety of adjunctive lacosamide in the treatment of primary generalised tonic-clonic seizures: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2020 Oct 1;91(10):1067-75.

■ ایمونوھیستوشیمی (IHC)

دکتر علی رهبری (متخصص پاتولوژی)

NSE و bcl-2 سلول‌های گانگلیونی را شناسایی می‌کنند و برای رد کردن بیماری Hirschsprung و مارکرهای CD در ضایعات التهابی استفاده می‌شود. نمونه‌های دیگر شامل شناسایی آمیلوئید، دیستروفین و هلیکوباکتر پیلوری است؛

۶- تایید و تشخیص نوع عفونت ویروسی به عنوان مثال EBV، HHV8 و CMV.

ایمونوھیستوشیمی (IHC) با استفاده از آنتی‌بادی‌های مونوکلولونال و پلی‌کللونال برای تشخیص آنتی‌ژن‌های خاص در بخش‌های مختلف بافت، ابزاری فوق العاده قدرتمند در اختیار پاتولوژیست است. این تکنیک از دهه ۱۹۶۰ وجود داشته است، اما در سال ۱۹۴۱ برای اولین بار کاربرد عملی آن در بالینی گزارش شده است.

کاربردهای عملی:

از آنجاکه در IHC از واکنش‌های خاص آنتی‌ژن-آنتی‌بادی برای رنگ آمیزی استفاده می‌شود، برتری آشکاری نسبت به تکنیک‌های رنگ آمیزی هیستوشیمی دارد که فقط تعداد محدودی از پروتئین‌ها، آنزیم‌ها و ساختارهای بافت را شناسایی می‌کنند. بنابراین IHC به یک روش مهم تبدیل شده و به طور گستردگی در بسیاری از آزمایشگاه‌های پاتولوژی و تحقیقات پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کاربردهای رایج بالینی IHC عبارتند از:

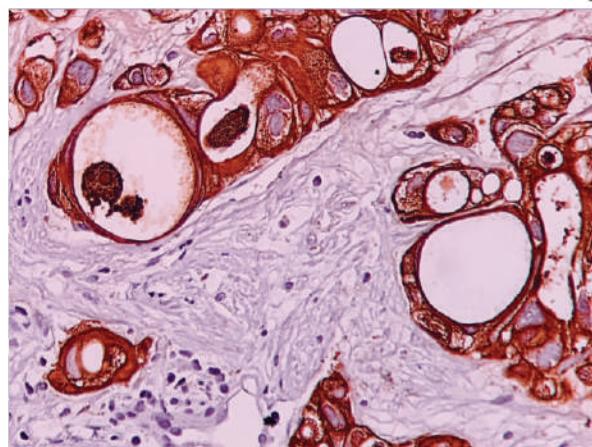
۱- تعیین هیستوتیز (منشاً سلولی) تومورها برای تشخیص دقیق به عنوان مثال کراتین (اپیتلیال)، HMB45 (ملانوسیت)، GFAP (گلیال) و مارکرهای خاص در طبقه‌بندی لنفومها؛

۲- تمایز بین ضایعات خوش خیم یا غیر مهاجم از بدخیمی تهاجمی به عنوان مثال استفاده از مارکرهای غشای پایه p63 و 34BE12 برای پروستات و سرطان پستان؛

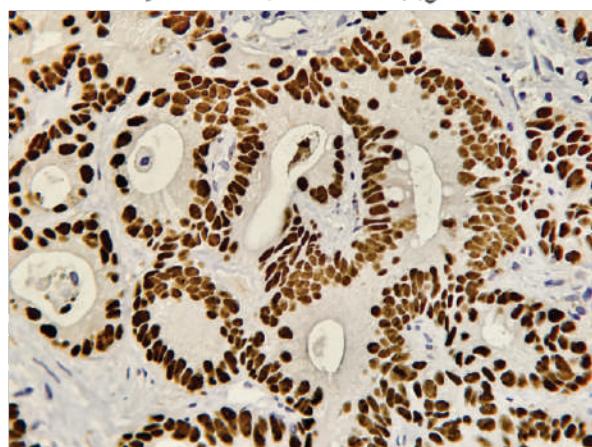
۳- تعیین روش‌های خاص درمان به عنوان مثال مارکر Her-2 و داروی trastuzumab (Herceptin<sup>®</sup>) برای سرطان پستان، مارکر c-Kit و داروی Imatinib (Gleevec<sup>®</sup>) برای تومورهای استرومایی دستگاه گوارش (GIST)، مارکر EGFR و داروی زفتیتینین (Iressa<sup>®</sup>) برای کارسینوم ریه سلول‌های کوچک، مارکر CD20 و داروی ریتوکسیماب Rituxam<sup>®</sup> (برای لنفومهای سلول B)؛

۴- پیش‌آگهی: تخمین روند احتمالی بیماری به عنوان مثال Ki-67 در تومورهای پستان و غدد درون‌ریز، EGFR در گلیوبلاستوما، CD44 برای گلیوم و کارسینوم تخمدان؛

۵- شناسایی انواع سلول‌ها و آنتی‌ژن‌ها در ضایعات غیر نئوپلاستیک؛



شکل (۱) Cytokeratin 20, colon cancer



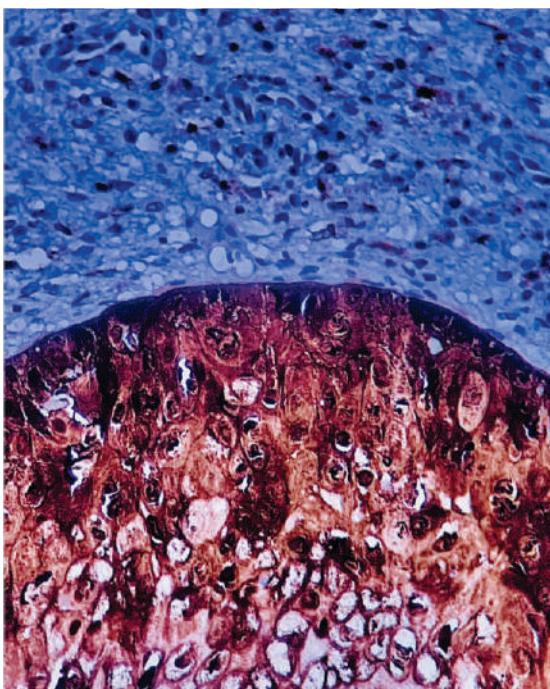
شکل (۲) Estrogen Receptor, breast cancer

مشکلات احتمالی کاربرد IHC:

این مشکلات ممکن است تکنیکی یا فردی باشند. مشکلات تکنیکی شامل فیکساسیون نامناسب و بازیابی (retrieval) ناکافی آنتی‌ژن هستند، لذا فیکساسیون مناسب بافت، تعیین آنتی‌بادی مناسب و بازیابی آنتی‌ژن‌های بافتی در مراحل آماده‌سازی بافت از اهمیت فراوانی برخور دارند. در حال حاضر فرمالین به عنوان مناسب‌ترین ماده

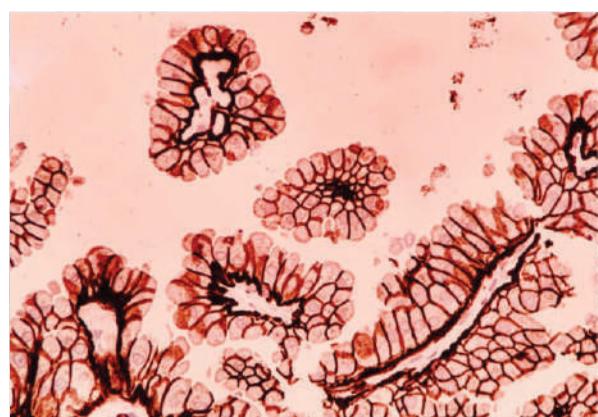


شکل (۳) دسته‌ای از سلول‌های بدخیم در نمونه سیتولوژی



شکل (۵) مارکر P16 در مخاط سرویکس

فیکساتیو با کمترین تأثیر منفی برای انواع نمونه‌ها شناخته می‌شود. به منظور به حداقل رساندن مشکلات فنی و حرفه‌ای، IHC باید زیر نظر پاتولوژیست مخبر، توسط پرستنی کاملاً آموزش دیده در آزمایشگاه‌های مجهر با استفاده از پروتکل‌های دقیق و کیت‌های استاندارد انجام شده و توسط پاتولوژیست تفسیر شود. مشکلات اصلی حرفه‌ای و فردی شامل انتخاب نادرست آنتی‌بادی‌ها بدون نظر پاتولوژیست، به خصوص اگر تشخیص افتراقی مناسب در نظر گرفته نشود، استفاده از آنتی‌بادی‌های بی‌کیفیت یا رقیق‌سازی نامناسب و در نتیجه کاهش حساسیت یا ویرگی تست می‌باشد. تفسیر برش‌های بافتی رنگ شده باید توسط پاتولوژیست مخبر و پنل آنتی‌بادی مناسب که با توجه به یافته‌های ماقروسکوپی و میکروسکوپی و همچنین اطلاعات بالینی و رادیولوژیک تعیین شده‌اند انجام شود. IHC نیز مانند هر ابزار تشخیصی محدودیت‌های کاربردی خاص خود را دارد. به عنوان مثال تمایز بین تومورهای گلیالی از یکدیگر، تعیین منشأ بافتی در کارسیتوم سلول‌های سنگفرشی، تومورهای آدنکسال پوست و تومورهای تیروئید با منشأ سلول فولیکولی ایمونوهیستوشیمی کمک چندانی نمی‌کند.



شکل (۶) رنگ آمیزی سیتوکراتین کارسیتوم نخmadan

#### References:

- 1-Applications Of Immunohistochemistry-A Review, European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020, Volume 7, Issue 10, Pages 772-777

#### منابع



**TOPIC**  
**MUCINOUS APPENDICEAL TUMORS  
AND PMP**

**Dr.Mehrdad Bohlooli**  
General and oncologic surgeon specialist in cytoreductive surgery and hipec at jam hospital

**Dr Fazel Elahi**  
assistant professor of Hematology & Oncology

**Dr.Aditi Bhatt**  
Dr Aditi Bhatt is a consultant in Gastrointestinal, gynaecological and peritoneal surface oncology at Jam Hospital, India. She specializes in the management of peritoneal surface malignancies and performs cytoreductive surgery and HIPEC for treating peritoneal cancer spread from ovarian, colorectal, gastric, and appendiceal cancer (pseudomyxoma peritonei). She has extensive experience in the management of primary peritoneal cancer. Her key areas of research are surgical therapies for ovarian cancer and patterns of peritoneal dissemination in various primary and secondary peritoneal malignancies.

Current positions:  
Society of Peritoneal Surface Oncology, India- Founding member and secretary  
Asian Peritoneal Surface Malignancy Group-Honorary Secretary  
Indian association of surgical oncology-member Section editor for peritoneal surface oncology- Indian Journal of Surgical Oncology

**Click Here to join webinar**

**JAM HOSPITAL**

**Treatment of gastric cancer in patients with peritoneal carcinomatosis**

**Dr.Mehrdad Bohlooli**  
General and oncologic surgeon specialist in cytoreductive surgery and hipec at jam hospital

**Dr.Arash Jenabian**  
MD, ACCA, MSc. Cancerologist. Head Oncology-Hematology Department VAUMS

**Dr.John Spiliotis**  
Director and chairman 4th Department of Surgery European Interbalkan Medical center Thessaloniki Greece Chief of National programme of peritoneal surface malignancy Athens Greece.

**Click Here to join webinar**

وبینارهای برگزار شده در بیمارستان جم با همکاری  
دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران،  
مرکز فوق تخصصی ابن سینا و سازمان نظام پزشکی

**بیمارستان فوق تخصصی جم**

**Panel Discussion 20 May 2021**  
**second primary cancers**

**سخنرانان**

دکتر آرش جنابیان، فوق تخصص بیماری‌های خون و سرطان (آنکوژوژی)  
دکتر عبداللہ ناصحی، متخصص اورولوژی، فلوشیپ آندرولوژی  
دکتر علی دهربی، متخصص باتولوژی  
دکتر اسد مرادی، متخصص اورولوژی و فلوشیپ اورولوژی  
دکtor امیر حسین ناصری، متخصص جراحی عمومی، فوق تخصص جراحی روده بزرگ

جهت شرکت در این ویبرنار لطفاً در آدرس زیر ثبت نام کنید  
<https://live3.himaysys.com/ch/jamhospital-webinar>

**پنجشنبه ۶ خرداد ۱۴۰۰ ماه ساعت ۱۲**

**پیش‌نمایی و اطلاعات پیشتر**  
۱۹۶ - ۲۱۸۴۳۴۱

**دوره اوروره حشره‌روی و آتلاین**  
موضوع: کاربری‌های تغذیه‌داری شایع مفتری تکثین  
تاریخ: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۰ | ساعت: ۱۴:۰۰

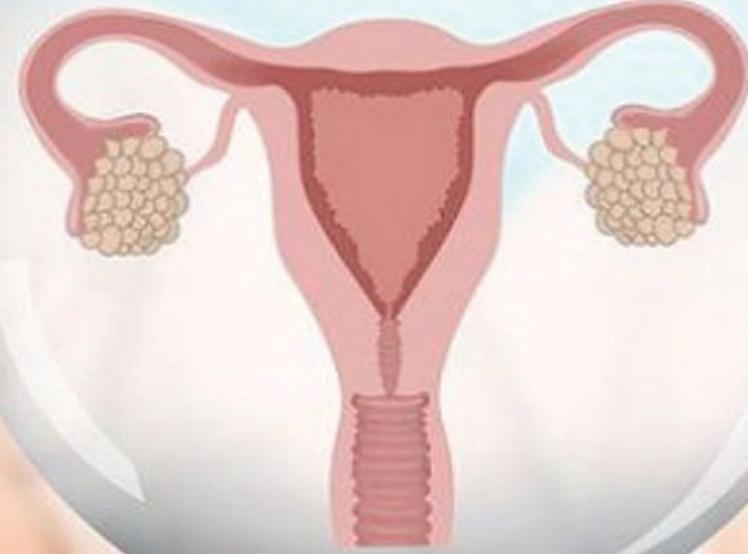
**Panel Discussion**  
نوادره بود آنلاین  
 موضوع: رایو موساکوم رم

**پیش‌نمایی و اطلاعات پیشتر**  
۱۹۶ - ۲۱۸۴۳۴۱

**Management of Malignant Melanoma**  
دیوار پیامرتان جم با موضوع  
تاریخ: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۰ | ساعت: ۱۴:۰۰

**Breast Cancer Neoadjuvant Treatment**  
دیوار پیامرتان جم با موضوع  
تاریخ: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۰ | ساعت: ۱۴:۰۰

**Click Here to join webinar**



JAM HOSPITAL

تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر

تلفن: ۸۸۸۲۰۰۹۰-۹۹، ۸۸۸۳۳۱۳۳-۶

تلفن گویا: ۰۲۰۸۴۱۴۱

دورنگار: ۸۸۸۳۰۳۲۲۴

[jamhospital](#)

[www.jamhospital.ir](http://www.jamhospital.ir)

[info@jamhospital.ir](mailto:info@jamhospital.ir)

