

مهرستان مریم

خانواده
بانیس سرسری
تاریخ تولد: ۱۸ مرداد ۱۳۸۸
وزن: ۳۵۰۰ گرم

برگزاری آیین پنجمین سالگرد
افتتاح
بیمارستان و زایشگاه
مریم

Maryam Hospital

بیمارستان و زایشگاه مریم

MARYAM HOSPITAL

کرج، ۴۵ متری گلشهر، خیابان ارغوان شرقی (شهید اکبری)، پلاک ۳۴۷
maryam_hospital ۳۳۵۰۹۳۲۳ و ۳۳۵۰۲۳۴۷
www.maryamhospital.ir

Natural Childbirth Without Pain

...زایمان طبیعی
بدون درد...

بیمارستان و زایشگاه مریم

کافه ارانه سرویس زایمان بدون درد
به صورت ۲۴ ساعته

www.maryamhosp.com

زیر نظر متخصصین مجرب بیهوشی
مطابق با استانداردهای روز دنیا

بیمارستان و زایشگاه مریم
Maryam Hospital

عید فطر مبارک

بیمارستان و زایشگاه مریم

تخصصی و فوق تخصصی
شبانه روزی

جراحی نوزادان، کودکان، زنان و زایمان، بزرگسالان
اورژانس شبانه روزی اطفال، کودکان و زنان، ICU
بخش NICU (بخش مراقبت های ویژه نوزادان)
غریبالگری جنین و نوزاد
آزمایشگاه - رادیولوژی - سونوگرافی - داروخانه

دارای کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی
کودکان | نوزادان | زنان و زایمان | جراحی عمومی | جراحی
کودکان و نوزادان | ارنولوژی کودکان | غدد و رشد کودکان |
خون و سرطان کودکان | گوش کودکان | نفرولوژی کودکان
از توپدی | گوش و حلق و بینی | شنوایی شنجی
چنین | پری ناتولوژی (طب مادر و جنین)
کلینیک تشخیصی و درمان نازایی و ناباروری (IVF-IUI)
کلینیک زیبایی پوست، مو و تناسب اندام
طیف فراراداد با بیمه های
آبیه سازان، بانک سپه، البرز، کوثر، رازی،
SOS (شامل نوین، پاسارگاد، سرمد، تعاون، دی، آسماری، دانا،
سپنا، خدمات درمانی، سلامت، کارمندی، روستایی، سایر
افشار، ایران، کارافرین، اسپا سامان، ملت، مهن، ما، معلم،
کارکنان شهرداری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



ماهنامه پزشکی

شماره ۱۸

خرداد و تیر ۱۳۹۸

صاحب امتیاز:

دکتر محمد حسین دلشاد

مدیر مسئول:

دکتر صلاح الدین دلشاد

مسئول روابط عمومی:

نسرین معارفی

گرافیک و صفحه آرایی:

سارا رحیمی

چاپخانه:

پارس (البرز)

همکاران این شماره:

دکتر مریم آقایی

دکتر غلامرضا باقرزاده

دکتر فریده بهنام

دکتر روناک تمدن

دکتر عیسی جاسم زاده

دکتر صلاح الدین دلشاد

دکتر اکرم رحیمی

دکتر فریده عرب جهوانی

دکتر مریم عشیری

دکتر معصومه قادری یکتا

دکتر سکینه قربانی

دکتر سیامک مرادی

دکتر فهیمه ملک افضلی

دکتر ماندانا منظوری

دکتر ترگس ندیم زاده

آتلیه همکار:

آتلیه سپیتا

کرج، بلوار ۴۵ متزی گلشهر، خیابان

ارغوان غربی، بیمارستان مریم

تلفن: ۰۲۶-۳۳۵۰۲۳۴۷

۰۲۶-۳۳۵۰۹۳۲۳

۰۲۶-۳۳۵۰۴۵۸۹

۰۲۶-۳۳۵۱۲۴۵۹

۰۹۱۹۵۴۳۹۸۱۲

فکس:

سایت بیمارستان:

www.maryamhospital.ir

۲ برگزاری آیین سالگرد پنجمین سال افتتاح بیمارستان و زایشگاه مریم

۴ اجرای طرح بسیج ملی کشوری کنترل فشار خون توسط بیمارستان مریم

۵ پولیپ رکتوم در کودکان

۶ انسداد روده

۷ انقباضات رحمی، دردهای کاذب زایمانی زایمانی و دردهای واقعی زایمان

۸ مقعد «قسمت دوم»

۹ پرسش از متخصص

۱۱ آندومتریوز



۱۳ اختلال قاعدگی القا شده توسط استرس و فعالیت

۱۵ سرکلاژ و نارسایی سرویکس در بارداری

۱۷ سنگ کلیه

۱۹ آزمایش های غربالگری دوران بارداری

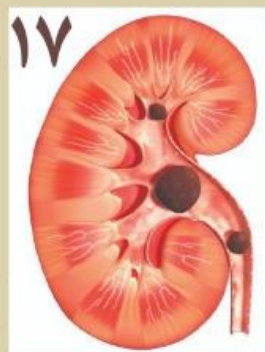
۲۱ دندانپزشک، کودک، والدین

۲۳ حاملگی با IUD

۲۵ آمنیوستنز چیست؟ «قسمت دوم»

۲۶ واکسیناسیون علیه ویروس پاپیلومای انسانی

۲۷ شقاق مقعد



نشریه خانواده مریم
منتظر مقالات، نظرات
و پیشنهادات سازنده
شما می باشد.
داخلی ۱۶۴

۲۱

۲۳

برگزاری آیین پنجمین سال افتتاح بیمارستان و زایشگاه مریم



دکتر دلشاد در پنجمین سالگرد
تاسیس بیمارستان مریم:
هر چه توانسته ایم به همت و تلاش
یاوران بیمارستان بوده است.

پنجمین سالگرد تاسیس بیمارستان و
زایشگاه مریم با حضور دکتر ایرانی،
دکتر خدایین، مهندس عزیز صدرنژاد، حاج
آقا داوودی، مدیر بیمارستان قائم و جمع
کثیری از مدیران و مسئولین علوم پزشکی
استان برگزار شد.

دکتر دلشاد رییس بیمارستان مریم
رسانه ها را عنصر تاثیرگذار در جامعه ذکر
نمود و افزود: در تمام مراحل ساخت
بیمارستان رسانه ها در کنار ما بودند و
هیچوقت ما را تنها نگذاشتند. همچنین در
تمجید از یاوران بیمارستان از همکاران
بخش مدیریت، پزشکان و پرستاران
بیمارستان تجلیل و تشکر نمود.

وی در ادامه افزود: امیدانم چرا علیرغم افشارگری
های رسانه ها هنوز هم از آمار دزدی ها کاسته
نشده است.

دکتر دلشاد با یاد آوری خدمات مدیران وقت استان،
از همکاری و حمایت مدیران سابق و فعلی حاضر در
آیین، تشکر و قدردانی نمود.

دکتر دلشاد از همکاری و حمایت مدیران سابق و
فعلی حاضر در آیین، تشکر و قدردانی کرد.





اجرای طرح بسیج ملی کشور کنترل فشار خون توسط بیمارستان و زایشگاه مریم



شرکت جناب آقای دکتر دلشاد مدیر عامل بیمارستان مریم در کمپین کنترل فشار خون



“کمپین کنترل فشار خون در فروشگاه رفاه”



پولیپ رکتوم در کودکان

(زائده گوشتی انتهای روده)

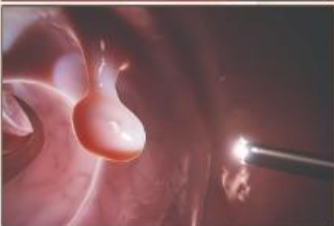
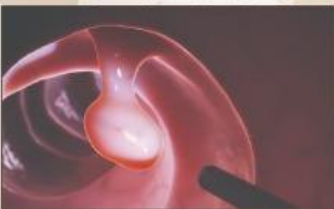


دکتر صلاح الدین دلشاد

فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان

درمان:

درمان عبارت است از برداشتن پولیپ ها توسط جراح اطفال است. در مواردی که بدون پایه می باشد، باید قسمتی از دیواره روده نیز برداشته شود. در انواع پایه دار قطع پایه، پس از بستن عروق پولیپ انجام پذیر است. در مواردی که پولیپ در همه ی روده بزرگ انتشار دارد، برداشتن کامل روده بزرگ درمان اساسی است.



پیشگیری:

در مواردی که ارثی نباشد، با روان نگه داشتن دفع مدفوع و پیشگیری از یبوست با مصرف غذاهای ملین همچون سبزیجات و غذاهای آبدار می توان در پیشگیری از این ضایعه کمک نمود.



تعریف:

پولیپ رکتوم به زائده گوشتی لایه داخلی انتهای روده اطلاق می شود. اندازه های متفاوتی دارد. تعداد آنها گاه بیش از یک عدد نیز می باشد. در فاصله های مختلف از دهانه مقعد قرار می گیرند. انواع آنها به طور کلی به صورت پولیپ پایه دار و پولیپ بدون پایه می باشند.

علائم بالینی:

اغلب پولیپ های رکتوم با خونریزی بدون درد به هنگام دفع مدفوع شناخته می شوند. در برخی موارد پولیپ پایه دار با خروج مدفوع از مقعد خارج شده و قابل رویت است. در اغلب موارد روی مدفوع، رگه هایی از خون دیده می شود که در نتیجه خراش حاصل از تماس مدفوع سفت با سطوح پولیپ است. در برخی از موارد هیچگونه علائمی دیده نمی شود و باید با آزمایش مدفوع به خون پی برد.

تشخیص:

با توجه به اینکه خونریزی از مقعد بدون درد شایع ترین علت مراجعه به پزشک می باشد، لذا پزشک معالج به فکر ضایعه ای در داخل رکتوم (انتهای روده بزرگ) می افتد. با وجود این، معاینه، از بررسی مقعد و رد کردن احتمال شقاق شروع می شود. هنگامیکه داخل رکتوم با انگشت معاینه می شود (توشه رکتال) در صورتیکه پولیپ در فاصله شش تا هفت سانتیمتر از دهانه مقعد باشد، با انگشت قابل لمس است. تشخیص قطعی با رکتوسکوپ و آندوسکوپ انجام پذیر است، که می بایست قبل از روده تخلیه و آماده بررسی باشد. در صورت مشاهده پولیپ در رکتوم، پزشک را وادار می کند تا قسمت های دیگر روده بزرگ و حتی روده کوچک را بررسی کند. این بررسی با عکس رنگی روده نیز انجام پذیر است. اندازه پولیپ ها از نیم سانتیمتر تا چند سانتی متر می باشد. در صورتیکه پولیپ پایه دار باشد، شکل ظاهری آن مانند قارچ است که به صورت یک برجستگی در سطح مخاط روده (لایه داخلی روده) خود را نشان می دهد. به هنگام معاینه با آندوسکوپ امکان برداشتن پولیپ پایه دار پس از سوزاندن ساقه آن امکان پذیر است.



انسداد روده

(Bowel Obstruction)



دکتر عیسی جاسم زاده

متخصص جراحی عمومی

مراحل انتهایی کاهش می یابد. تندرین موضعی شکمی، تب، ناکی کاردی و اسیدوز، لکوسیتوز بالا احتمال استرانگولاسیون و نیاز به مداخله جراحی را مطرح می نماید. تشخیص انسداد روده کوچک معمولا با رادیوگرافی صورت می گیرد. گرافی شکم در حالت خوابیده و ایستاده و گرافی قفسه صدری در حالت ایستاده کمک کننده است.

تریاژ و تشخیص انسداد روده کوچک عبارت است از گشاد شدن لوپ های روده باریک (قطر بیشتر از 3CM)، سطح مایع (AFL) در گرافی های ایستاده و کاهش هوا در کولون. حساسیت گرافی شکم در پیدا کردن انسداد روده کوچک حدود ۷۰-۸۰٪ است. حساسیت سی تی اسکن شکم و لگنی در تشخیص انسداد روده کوچک ۸۰-۹۰٪ و ویژگی آن حدود ۷۰-۹۰٪ است.

انسداد در لوپ بسته با وجود یک لوپ متسع به شکل U یا C که در آن عروق مزانتریک به سمت محل پیچ خوردگی متقارب هستند. استرانگولاسیون با ضخیم شدن جداره روده و پنوماتوز جداره روده (وجود هوا در جداره روده) مشخص می شود و به سمت strangulated small bowel obstruction پیشرفت می کند که منجر به ایسکمی و نهایتا نکروز و پاره شدن روده و ریختن ترشحات روده به داخل حفره شکم و مرگ می گردد. رسیدن مایع کنتراست در سی تی اسکن شکم در عرض ۲۴ ساعت به کولون بیانگر برطرف شدن انسداد روده به روش غیر جراحی است. درمان محافظه کارانه به صورت تعبیه NGT برای کمپرس کردن معده و احیای مایعات قدم اول در بیماری های زیر می باشد:

- ۱- انسداد نسبی روده کوچک
- ۲- انسداد زودرس به دنبال عمل جراحی
- ۳- انسداد روده ناشی از بیماری کرون
- ۴- کارسینوماتوزیس در صورت عدم بهبودی در طی ۴۸ ساعت بعد از شروع علائم این بیماران می بایست تحت جراحی با توجه به شرایط بیمار قرار گیرند.

دیستانسیون یا ورم شکم می گردد. اما در روده بزرگ ابتدا با نفخ شکم و در موارد پیشرفته باعث تهوع و استفراغ می گردد و همراه با عدم دفع گاز و مدفوع می باشد. انسداد مکانیکی روده کوچک شایع ترین مشکل جراحی روده کوچک است.

دسته بندی انسداد روده کوچک

- ۱- داخل مجرای: جسم خارجی، مکنونوم.
- ۲- داخل جداری: تومرها، تنگی انتهایی همراه با بیماری کرون.
- ۳- خارجی: چسبندگی، فتق، کارسینوماتوز. چسبندگی های داخل شکم ناشی از جراحی فیلی در این ناحیه ۷۵٪ از موارد انسداد روده کوچک را تشکیل میدهد.
- Volvulus یا پیچ خوردگی روده کوچک و گیر کردن روده کوچک در فتق های جدار شکم مثل فتق نافی، فتق های انسزیونال و فتق فمورال و اینگوینال (کشاله ران) از علل دیگر انسداد روده کوچک محسوب می گردد.

انسداد روده با لوپ بسته Closed loop obstruction یکی از اشکال خطرناک انسداد است که در آن پروگزیمال و دیستال یک قطعه از روده مسدود شده است (لولولوس) در این حالت گاز و مایعات نه از پروگزیمال و نه از دیستال محل انسداد نمی توانند خارج شوند. در نتیجه فشار داخل روده به سرعت افزایش یافته و به سرعت به سمت استرانگولاسیون Strangulated Small Bowel Obstruction پیشرفت می کند که منجر به ایسکمی و نهایتا نکروز و پاره شدن روده و ریختن ترشحات روده و مدفوع به داخل حفره شکم و پریتونیت و درنهایت مرگ بیمار خواهد شد. علائم انسداد روده کوچک شامل درد کولیکی شکم، تهوع، استفراغ و عدم دفع مدفوع است. شیوع استفراغ در انسداد های پروگزیمال نسبت به دیستال یا پایین روده بیشتر است. ویژگی استفراغ در این بیماران مهم است چرا که هر چه قدر مدفوعی تر باشد نشانه انسداد طولانی تر است. صدهایی روده در مراحل اولیه انسداد افزایش می یابد ولی در

انسداد روده (توقف جریان رو به جلو) محتویات روده بخاطر موانع ایجاد شده در هر سنی از نوزادی تا سالخوردگی ایجاد می گردد. این بیماری یک خطر جدی و مرگ بار تلقی می گردد که بایستی سریعاً به وسیله پزشک متخصص (ترجیحاً جراح) درمان شود. تنها راه درمان عمل جراحی است مگر در مواردی که انسداد نسبی ناشی از چسبندگی های عمل قبلی ایجاد شده باشد. انسداد می تواند در روده کوچک یا بزرگ ایجاد شود. انسداد در روده کوچک همراه با تهوع و استفراغ و دردهای متناوب شکم است و فقط در موارد پیشرفته باعث



انقباضات رحمی، درد های کاذب زایمانی و دردهای واقعی زایمان



دکتر فریده عرب جهانی

متخصص زنان و زایمان ، فوق تخصص نازایی

احساس فشار در لگن شدید که بیش از چهار بار در ساعت تکرار شده و بیش از دو ساعت ادامه پیدا کرد و یا با افزایش ترشحات رحم و لکه بینی همراه بود در اولین فرصت به پزشک مراجعه کنید. احتمال درد های زودرس زایمان و تولد نوزاد نارس وجود دارد.

دل دردهای بارداری:

دل درد از علائم شایع و معمولاً بی خطر بارداری است. علت آن افزایش جریان خون رحم و لگن، بزرگ شدن رحم و کشیده شدن رباط های رحمی، جا به جایی ارگان های داخل شکم توسط رحم در حال رشد، ویار بارداری، انقباضات بعد از نزدیکی، یبوست و نفخ شکم و انقباضات کاذب زایمانی است.

این درد ها معمولاً خفیف و قابل تحمل بوده و با استراحت و مصرف مسکن بهتر می شود. اما بعضی از انواع دل دردهای بارداری جدی و خطرناک است از آن جمله می توان به دل دردهای مربوط به سقط، حاملگی خارج رحم، زایمان زودرس و کنده شدن جفت اشاره کرد.

دل درد ممکن است به دلایل غیر بارداری نیز ایجاد شود از آن جمله می توان به مسمومیت غذایی، عفونت ادرار، التهاب آپاندیس، سنگ کلیه، التهاب و سنگ کیسه صفرا اشاره کرد.

در صورت شدید و طولانی شدن درد شکم و یا همراه شدن آن با علائمی مانند تهوع، استفراغ و سردرد، تب و لرز، تاری دید، خونریزی و لکه بینی، ترشح غیر طبیعی، سوزش و ناراحتی ادراری حتماً به پزشک مراجعه کنید.

می شوند. لمس شکم، تشنگی و کم آبی، نزدیکی، مثانه پر و جا به جا شدن ناگهانی محرک شروع این انقباضات هستند. استراحت، پیاده روی، نوشیدن آب، چای و شیر گرم و دوش گرفتن تعداد و شدت این انقباضات را کم می کند.

با نزدیک شدن به زمان زایمان این انقباضات دردناک شده و بر تعداد، شدت و مدت آنها افزوده می شود اما کما کان بی نظم، گاه به گاه و خفیف هستند. بطوریکه باعث اختلال در زندگی و فعالیت شخص نمی شوند.

به این دردها، دردهای کاذب زایمان گفته می شود. درد های کاذب زایمان معمولاً تا دو هفته آخر بارداری باعث باز شدن و ترم شدن دهانه رحم نمی شوند. با فرا رسیدن زمان زایمان درد های واقعی زایمان شروع می شود. این دردها به دلیل انقباضات کاملاً دردناک رحمی هستند که بر شدت، مدت و تواتر آنها افزوده شده و قابل توقف نیستند.

درد شکم معمولاً با احساس فشار در لگن، درد کمر و ران ها همراه است. ترشحات رحمی نیز افزایش می یابد. در صورتیکه قبل از هفته ۳۷ بارداری دچار انقباضات رحمی دردناک همراه با

انقباضات رحمی از هفته ششم تا هشتم بارداری شروع می شود ولی خانم های باردار برای اولین بار بعد از پنج ماهگی متوجه این انقباضات می شوند. مادران این انقباضات را بصورت سفت شدن گاه به گاه شکم توصیف می کنند.

از خصوصیات انقباضات رحمی پراکنده بودن، غیر قابل پیش بینی بودن، نداشتن نظم و تواتر، کوتاه مدت بودن و نداشتن درد یا ناراحتی است. هر انقباض به خودی خود از بین می رود.

بعضی مادران ممکن است همزمان با سفت شدن شکم درد خفیفی هم احساس کنند.

انقباضات رحمی کاملاً طبیعی و بی خطر هستند. در خانم ها و جنین های فعال بیشتر دیده

بیماری های مقعد

قسمت دوم



دکتر روناک تمدن

متخصص جراحی عمومی
دارای بورد تخصصی

بیماران علائم مختلفی، از احساس دفع گاز از واژن تا دفع مدفوع سخت از واژن را توصیف می کنند و اکثر بیماران درجانی از بی اختیاری را نیز تجربه خواهند کرد. آلودگی ممکن است منجر به عفونت واژن نیز شود.

درمان:

درمان فیستول رکتو واژینال به اندازه، موقعیت، اتیولوژی و وضعیت بافت های احاطه کننده فیستول بستگی دارد. به دلیل اینکه بیش از ۵۰٪ فیستول های ایجاد شده در اثر آسیب های زایمانی به صورت خود به خود بهبود می یابند، بهتر است قبل از اقدام جراحی، ۳ تا ۶ ماه صبر کنیم و اگر فیستول رکتو واژینال در اثر آبسه ایجاد شده باشد، با تخلیه ی آبسه ممکن است فیستول خود به خود بسته شود. فیستول های ناشی از آسیب رادیوتراپی را نمی توان با ترمیم موضعی اصلاح کرد. چون بافت های اطراف به علت اشعه، آسیب دیده اند، سایر موارد فیستول رکتو واژینال با رویکرد جراحی اصلاح و درمان می شوند.

سینوس پیلونیدال (کیست موئی)

عبارت است از فرورفتگی پوستی حاوی مو یا آبسه که در ناحیه شکاف بین باسن ها روی می دهد. علت آن درونی سازی سلول های اکثودرم در دوران جنین است که در سنین بلوغ بصورت کیست درآمده و در درون آن سلول های پوستی و موئی رشد کرده و گاه از سوراخ ناحیه پوست خارج می شوند. ممکن است متعاقبا دچار عفونت شده به صورت یک آبسه حاد چرکی ظاهر یابد. آبسه حاد باید تحت برش قرار گرفته و جهت تشخیص تخلیه شود. در حالت مزمن که فقط سوراخ های ترشح کننده مشاهده می شوند و آبسه تشکیل نشده می توان در حالت غیر اورژانس، اقدام به جراحی و برداشتن ضایعه کرد.

وسیع به همراه بافت نکروتیک و تهدید کننده حیات شود. آنتی بیوتیک ها به تنهایی در درمان عفونت های پری آنال و پری رکتال موثر نیستند. از روز پس از تخلیه، نشستن در لگن آب گرم و شستشو پانسمان روزانه محل زخم آغاز می شود.

فیستول مقعد:

فیستول مقعد اغلب به دنبال تخلیه آبسه مقعدی (در درصد کمی از بیماران مبتلا به آبسه) ایجاد می گردد. سایر موارد فیستول، به دنبال بیماری هایی مانند بیماری کرون، بدخیمی و عفونت های غیر معمول ایجاد می شود.

تشخیص:

این بیماری، با ترشح تظاهر می یابد. بیماران از ترشحات چرکی و یا خونابه ای که از سوراخی در اطراف مقعد خارج می شود شکایت دارند.

درمان:

هدف از درمان فیستول مقعد، از بین بردن عفونت بدون صدمه به اختیار مدفوع است، که طی اقدام جراحی و در اتاق عمل صورت می گیرد. مسیر فیستول توسط جراح باز می شود و عفونت تخلیه شده. بیمار با زخم باز از بیمارستان مرخص می شود. روز پس از عمل شستشوی زخم و یا سایر اقداماتی که توسط جراح توصیه می شود آغاز می شود.

فیستول رکتوواژینال: (فیستول بین روده و واژن)

فیستول رکتوواژینال، ارتباط بین واژن و انتهای روده بزرگ است. علل ایجاد این ارتباط، آسیب های زایمانی، ضربه های ناشی از جسم خارجی، آسیب های ناشی از اشعه و یا گسترش کل آبسه تخلیه نشده و یا بیماری کمرون (بیماری مربوط به روده بزرگ) می تواند باشد.

آبسه مقعد:

عفونت غدد ناحیه مقعد، موجب شکل گیری آبسه می شود و از دو طرف در امتداد چربی باسن ها ادامه می یابد و به صورت برآمدگی دردناک در حاشیه مقعد ظاهر می شود.

تشخیص:

درد مقعدی شایع ترین شکایت بیماران مبتلا به این بیماری است. راه رفتن، سرفه کردن و یا زور زدن می تواند موجب بدتر شدن درد بیمار شود. اغلب توده قابل لمس به وسیله دیدن ناحیه، و یا به وسیله معاینه انگشتی تشخیص داده می شود. گاهی بیماران با تب یا احتیاس ادراری مراجعه می کنند. تشخیص قطعی آبسه مقعدی معمولا تنها با معاینه فیزیکی داده می شود (یا در مطب یا در اتاق عمل). ولی در موارد پیچیده یا غیر معمول، ممکن است به بررسی های تصویر برداری مانند سی تی اسکن یا MRI برای مشخص شدن کامل آناتومی آبسه نیاز باشد.

درمان:

آبسه های مقعدی باید به محض تشخیص، تخلیه شوند. گاه تاخیر در درمان یا درمان ناکافی ممکن است موجب ضایعات چرکی

پرسش از متخصص

این شماره همراه با

جناب آقای دکتر سیامک مرادی
متخصص بیهوشی، فوق تخصص درد



۶ به فردی که به علت ضربه دچار پارگی رباط شانه شده است چه توصیه ای دارید؟

این افراد اگر کاندید قطعی جراحی نباشند حتما باید از تزریق شانه و لیزر پرتوان جهت کاهش درد و محدودیت حرکت استفاده کنند.

۷ بیمارانی که دردهای دائمی در ساق هر دو پا همراه با سوزش کف پا دارند چه مشکلی ممکن است داشته باشند؟

ممکن است دچار درگیری عصب سیاتیک بوده و نیاز به بررسی دارند.

۸ آیا افراد جوان هم ممکن است دچار آرتروز مفصل شوند؟
صدمات به مفاصل و یا کمبود های املاح و ویتامین ممکن است باعث درگیری مفاصل گردد ولی آرتروز افراد جوان شایع نیست مگر اینکه بیماری زمینه ای خاصی داشته باشند.

۹ بیماران سرطانی که دچار دردهای شدید هستند را می توان به کلینیک درد راهنمایی کرد؟

بله در این بیماران از روش های دارویی یا بلوک های عصبی که باعث کنترل درد آنها می شود سود می برند.

۱۱ آیا دردهای کمر و سیاتیک با عمل های بسته برطرف می شود؟

بله در بسیاری موارد دردهای ناشی از دیسک به این گونه روش ها برطرف می شود.

۱۲ بیمارانی که تنگی کانال دارند چگونه می توانند از عمل های بسته کمک بگیرند؟

بسته به علت تنگی کانال متفاوت است. اگر علت آن دیسک های کمر باشد با روش های بسته می توان کمک کرد ولی اگر علت آن مشکلات استخوانی است ممکن است جراحی پیشنهاد شود.

۱۳ بیمارانی که قبلا جراحی شده اند و اکنون درد هنوز درد دارند باید چکار کنند؟

اگر به درمان های معمولی مثل دارو و فیزیوتراپی جواب نداده اند باید به کلینیک درد مراجعه و از بلوک های عصبی استفاده شود.

۱۴ دردهای آرتروز زانو را چگونه می توان برطرف کرد؟

بر حسب شدت آرتروز و سن بیمار متفاوت است. روش های غیر جراحی مانند تزریق داخل مفصل و لیزر پرتوان کمک کننده است.



دکتر سیده فریاد بهنام

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

بورد تخصصی از دانشگاه تهران



 drfbehnam4

زایمان فیزیولوژیک و بدون درد

کلیه اعمال جراحی زنان

لاپاراسکوپی، هیستروسکوپی

کولپوسکوپی

کلیه اعمال زیبایی زنان

تزریق چربی

عصرها ۱۶ الی ۲۰ به غیر از سه شنبه و پنجشنبه

کرج- چهارراه طالقانی به سمت میدان شهدا. ساختمان نیلوفر طبقه سوم. واحد ۱۱

۰۲۶-۳۲۲۳۲۰۹۹

آندومتریوز



دکتر سیده فریده دهنام

متخصص زنان، زایمان و نازایی

کاهش باروری یا ناباروری
دیس منوره یا درد موقع قاعدگی
درد هنگام مقاربت
در زنان با بیماری پیشرفته ممکن است
بدون علامت باشد.
علائم گوارشی مثل دره، تهوع و استفراغ، نفخ،
سیری زود هنگام، تغییر عادات دفع مدفوع
ارتباط آندومتریوز با کاهش باروری:
آندومتریوز متوسط یا شدید و گرفتاری تخمدانها
سبب بروز چسبندگی هایی می شود که مانع
از تحرک لوله های رحمی و تخمدان و مانع
برداشت تخمک از تخمدان می گردد.

تشخیص:

(۱)علائم بالینی

(۲)رادیولوژی (گرافی رنگی رحم)

(۳)آزمایش خون CA۱۲۵ میتواند در آندومتریوز
مثبت شود اما حساسیت پایینی دارد. اندازه
گیری سربال CA۱۲۵ در افراد مبتلا به آندومتریوز
که این آزمایش در آنها مثبت است در
پیشگویی عود به دنبال درمان مفید است.

(۴)جراحی تجسسی یا لاپاروسکوپی

(۵)تایید بافت شناسی

درصد قابل توجهی از بیماران آندومتریوز به
صورت پیشرونده بروز میکنند اما در بررسی
های متوالی تعدادی از بیماران در یک دوره
۶ ماهه بهبود می یابند.

آندومتریوز قدرت باروری را کاهش می دهد
ولی چنانچه باروری اتفاق بیفتد ویژگی
های آندومتریوز در حاملگی متغیر است و
ضایعات معمولاً در سه ماهه اول حاملگی
بزرگ میشوند و بعد از آن پسرفت می کنند.

درمان:

درمان باید بر اساس شرایط خاص هر فرد
صورت گیرد. درد ممکن است علی رغم
درمان طبیی یا جراحی به ظاهر کافی،
پایدار بماند.

درمان دارویی:

عوامل دارویی متفاوتی در درمان آندومتریوز
مورد استفاده قرار میگیرند. استفاده از
داروهای ضد بارداری خوراکی سبب
محافظت در برابر ایجاد آندومتریوز می شوند
و همچنین درمانهای دیگر طبق دستور
پزشک معالج انجام می شود.

درمان جراحی:

جراحی باز در بیماران با بیماری پیشرفته و
لاپاروسکوپی تشخیصی و درمانی و روشهای
درمان جراحی هستند. درمان هورمونی پس
از عمل بسیار مهم است.

آندومتریوز به معنای حضور بافت آندومتر در
خارج از رحم می باشد. شایع ترین نقاط
جایگزینی احشای لگنی و صفاق است. از
نظر ظاهری آندومتریوز از تعداد کمی ضایعه
کوچک در اعضای سالم لگن تا کیست های
بزرگ به نام آندومتریوما متغیر است.
آندومتریوز در حدود ۷
درصد زنان در سنین بارداری رخ می دهد و
اغلب با درد لگن و ناباروری همراه است.
آندومتریوز شاید به علت قاعدگی رتروگراد
باشد؛ یعنی مقداری از خون قاعدگی از رحم
و لوله های رحم به حفره لگن برگشت
کند و شاید جریان لنفاتیک از رحم به
تخمدان باشد.

گاه آندومتریوز خارج لگنی رخ می دهد که
بسیار نادر است (۲-۱ درصد) مثل روده، ریه و
غدد لنفاوی و مغز، پوست (در محل بخیه
جراحی سزارین یا زایمان طبیعی).

عوامل مؤثر در بروز آندومتریوز:

(۱)عوامل ژنتیک به طور نسبی در شیوع
آندومتریوز نقش دارند.

(۲)عوامل ایمنولوژیک - سیستم ایمنی زنان
مبتلا به آندومتریوز دستخوش تغییر است.
مصرف سیگار و دارو و ورزش تحمل
ایمونولوژیک را تغییر می دهند.

(۳)عوامل محیطی

(۴)عوامل مربوط به قاعدگی و افزایش طول
مدت خونریزی قاعدگی شدیدتر و افزایش
طول مدت قاعدگی نیز در بروز آندومتریوز
می توانند نقش داشته باشند.

علائم:

درد مزمن لگن

دکتر مریم آقایی

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

مراقبتهای دوران بارداری

مشاوره مشکلات زناشویی

اعمال جراحی زنان (هیستروسکوپی - لاپاراسکوپی)

هیستروکتومی به روش لاپاراسکوپی TLH

اعمال جراحی زیبایی زنان

انجام VBAC



روزهای زوج ۱۶ الی ۲۰

نشانی: کرج - چهارراه مصباح - به سمت امامزاده حسن
جنب آزمایشگاه مهر - ساختمان تخصصی دی - طبقه دوم

۰۹۳۸۵۳۴۴۸۰۱ ۰۲۶ - ۳۲۲۸۵۵۰۸

اختلال قاعدگی

القاء شده توسط

استرس

و
فعالیت



دکتر مریم آقایا

متخصص زنان، زایمان و نازایی

بیماران مبتلا به قطع قاعدگی القا شده توسط فعالیت بدنی شدید، دچار کاهش تناوب ضربان های هورمون تحریک کننده هورمون های جنسی (GnRH) از هیپوتالاموس هستند که توسط اندازه گیری تناوب کاهش یافته ضربان LH بررسی می شوند. این بیماران معمولاً هیپواستروژنیک (کاهش استروژن خون) هستند اما تغییرات خفیف تر، باعث اختلال مختصر قاعدگی (عدم تخمک گذاری یا اختلال فاز لوتئال) می گردد. کاهش در ضربان LH ممکن است به علت تغییرات هورمونی مانند افزایش اویپوئیدهای درونزای بدن (مانند اندورفین ها و انکفالین ها)، ACTH، پرولاکتین، آندروژن های فوق کلیه، کورتیزول و ملاتونین ایجاد شود.

میزان های قطع قاعدگی همراه ورزش به تفاوت های بیشتری برای قطع قاعدگی، نسبت به شناگران هستند. بعضی مطالعات، دریافت کالری پایین در طول فعالیت سخت را مهمتر از محتوای چربی بدن می دانند. تمرین با شدت بالا، تغذیه ضعیف، استرس رقابت و اختلالات خوردن همراه، خطر ابتلا به اختلال قاعدگی را بیشتر می کنند. آمنوره مرتبط با استرس، می تواند باعث ناهنجاری در تنظیم عصبی ترشح GnRH هیپوتالاموس گردد. اویپوئیدهای درونزای بیش از حد و افزایش ترشح هورمون تحریک کننده ترشح کورتیزول باعث مهار ترشح GnRH می شوند.



دکتر سکینه قربانی

متخصص زنان و زایمان، نازایی

- مشاوره قبل از ازدواج و قبل از بارداری
- کنترل و مراقبتهای دوران بارداری
- مشاوره و درمان نازایی
- مراقبتهای دوران یائسگی
- انجام عملهای زیبایی زنان
- انجام عملهای جراحی زنان (لاپاروسکوپی - هیستروسکوپی)
- درمان اختلالات قاعدگی در هر سنی



کرج - چهارراه طالقانی - اول زیرگذر به سمت میدان شهدا - برج ارم
طبقه چهارم - واحد ۱۶ (یکشنبه - سه شنبه عصر) ۰۲۶ - ۳۲۲۶۵۵۳۰

کلینیک بیمارستان مریم روزهای چهارشنبه صبح

dr_ghorbani_sharareh



سرکلاژ و نارسایی سرویکس در بارداری (دهانه ی رحم)



دکتر سoghra غوبادی

متخصص زنان، زایمان و نازایی

تعریف:

باز شدن بدون درد دهانه ی رحم در سه ماهه ی دوم بارداری که می تواند به دنبال آن پرولاپس یا بیرون زدگی کیسه آب بدخل واژن اتفاق می افتد. این واقعه در بارداری های بعدی هم تکرار می شود.

علل نارسایی دهانه ی رحم:

علت نارسایی سرویکس یا دهانه رحم هنوز ناشناخته است ولی بعضی موارد مثل سابقه کورتاژ قبلی همراه با باز کردن خشن دهانه ی رحم، عمل کونیزاسیون (برداشتن بخشی از دهانه رحم بدلیل وجود سلولهای پیش سرطانی) می تواند علت باشد.

البته وجود سابقه ی انجام این عمل ها در بیمار دلیل انجام سرکلاژ در بارداری بصورت پیشگیرانه نیست و پس از یک مورد حاملگی با زایمان زودرس ضروری می شود.

موارد انجام عمل سرکلاژ طی بارداری:

در بیمارانی که سابقه ی زایمان زودرس بدون درد در سه ماهه ی دوم را می دهند سرکلاژ یا دوختن دهانه رحم ضروری است.

راه های تشخیصی نارسایی دهانه رحم یا سرویکس:

۱- شرح حال و سابقه ی زایمان زودرس بدون درد در بیمار در بارداری یا بارداری های قبلی

۲- معاینه فیزیکی مبینی بر باز شدن دهانه ی رحم

۳- سونوگرافی واژینال: که با هدف اندازه گیری طول دهانه ی رحم و وجود funneling (عبور کیسه آب از ورودیه سرویکس در حالیکه هنوز دهانه ی خروجی آن هنوز بسته است).

معیارهای سونوگرافیک لزوم انجام عمل سرکلاژ برای خانم باردار:

در زنان باردار با سابقه ی زایمان زودرس بدون درد بین شانزده تا بیست و چهار هفتگی بارداری، هر دو هفته باید سونوگرافی واژینال انجام شود.

اگر طول اولیه ی دهانه ی رحم ۲۵ تا ۲۹ میلیمتر گزارش شود اندازه گیری هفتگی با سونوگرافی واژینال لازم است.

اگر طول دهانه رحم کمتر از ۲۵ میلیمتر گزارش شود انجام سرکلاژ ضروری است.

در خانم هایی که سابقه زایمان زودرس ندارند ولی دهانه رحم کوتاه طی سونوگرافی گزارش شده است درمان با پروژسترون کافی است و سرکلاژ لازم نیست.

در حاملگی دوقلوپی با طول دهانه ی رحم بیشتر از بیست و پنج میلیمتر سرکلاژ توصیه نمی شود و ضروری نیست.

در چه مواردی سرکلاژ ممنوع است؟

خونریزی رحمی، وجود انقباض زایمانی، پارگی کیسه آب.

قبیل از انجام عمل سرکلاژ باید غربالگری اول انجام شود و بررسی های لازم جهت رد ناهنجاری ها انجام شده باشد.

عفونتهای واژنی باید درمان شده باشد.

هر چه سن بارداری جهت انجام عمل سرکلاژ بالاتر باشد خطر زایمان زودرس و پارگی کیسه آب بالاتر می رود.

حداکثر سن مجاز جهت انجام سرکلاژ ۲۳ و ۲۴ هفتگی می باشد.

جهت انجام جراحی بیدردی اسپینال (موضعی) انتخابی است.

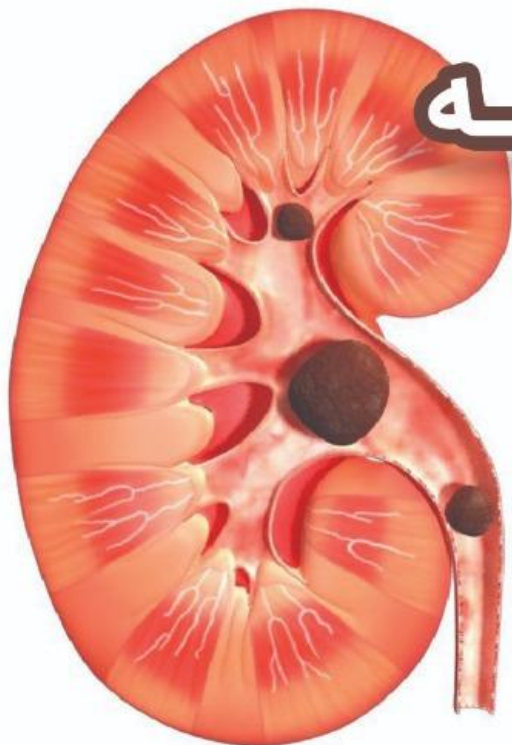
نخ سرکلاژ تا سی و هفت هفتگی بارداری باقی می ماند و جهت زایمان طبیعی باز می شود.

در صورت ختم بارداری به روش سزارین نخ سرکلاژ بعد از سزارین در اتاق عمل باز می شود و باقی ماندن آن باعث عفونتهای بعدی می شود.

در صورت بروز ۱- انقباض زایمانی و ۲- پارگی کیسه آب (که طی ۴۸ ساعت اول پس از انجام سرکلاژ بیشترین احتمال را دارد) نخ سرکلاژ باید بطور اورژانسی باز شود تا از بروز پارگی رحم یا عفونت رحمی جلوگیری شود.



سنگ کلیه



مصرف گوشت باید محدود شود. سنگ های استراویتی حاوی منیزیم، آمونیوم و فسفات هستند که در ادرار قلیایی شکل می گیرند. معمولاً در زمینه عفونت ادراری با رگالسم هایی مثل پروتئوس و کلبسیلا ایجاد می شوند و می توانند تا حد لگنچه کلیه پیشروی کنند و شکل Staghorn (شاخ گوزنی) به خود بگیرند. این سنگ ها نیز با رادیوگرافی قابل تشخیص اند.

سنگ های سیستیتی بسیار نادر هستند و معمولاً در زمینه نوعی بیماری تورم غالب ظاهر می یابند. این سنگ ها با رادیوگرافی دیده نمی شوند. سنگ های کلیوی می توانند بسیار کوچک به اندازه یک شن ریزه باشند یا بزرگ باشند. به حدی بزرگ می شوند که به اندازه یک توپ پینگ پنگ خواهند شد. سطح سنگ ها می تواند صاف یا ناصاف باشند و معمولاً به رنگ زرد یا قهوه ای هستند. اگر سنگ کلیوی به طور خود به خود دفع نشود، نیاز به انجام اقداماتی خواهد بود. در گذشته معمولاً جراحی انجام می شد اما در حال حاضر از امواج پر انرژی از طریق پوست برای شکستن سنگ استفاده می شود.

بهترین راه برای یافتن نوع سنگ و درمان اختصاصی آن، آزمایش خود سنگ است. اگر متوجه شدید که سنگی دفع کرده اید حتماً آنرا نگه دارید تا برای آزمایش اقدام شود. با آزمایش ادرار و خون هم می توان تا حدی به ماهیت سنگ پی برد.

جهت جلوگیری بروز سنگ کلیه، مصرف روزانه ۱۲-۱۰ لیوان آب توصیه می شود. نوشیدن مایعات به شستن مواد موجود در ادرار و جلوگیری از رسوب آنها کمک می کند. کم تحرکی یکی از عوامل زمینه ساز بروز سنگ کلیه است. کم تحرکی مثلاً در زمینه بیماری یا ناتوانی سبب برداشت کلسیم بیشتر از استخوان شده و غلظت کلسیم فاز زایش می یابد که زمینه ساز تشکیل سنگ است.

پرکاری تیروئید اولیه، سبب افزایش دفع کلسیم می شود. حدود دو سوم افرادی که بیماری متابولیکی و غدد درون ریز دارند، به سنگ کلیه مبتلا می شوند.

همچنین مصرف زیاد نمک سبب افزایش دفع کلسیم از ادرار می شود. پروتئین حیوانی، رژیم غذایی پر پروتئین همراه با افزایش دفع کلسیک، اگزالات و اورات است. لذا برخی پژوهش ها رژیم غذایی گیاهی را به افراد مستعد ابتلا به سنگ های کلیوی توصیه می کنند. برای کاهش میزان اگزالات در ادرار از مصرف آجیل و مشتقات آن، شکلات، بادام زمینی، ریواس، اسفناج و سیوس گندم پرهیز کنید. مقادیر بالای ویتامین D و عمل جراحی بای پس روده هم از علل افزایش غلظت کلسیم در افراد است. در صورت عدم پاسخ به رژیم غذایی، توصیه می شود درمان دارویی برای بیماران شروع شود.



دکتر معصومه قادری پکتا

متخصص داخلی

سنگ های کلیوی رسوبات سختی هستند شامل نمک های اسیدی و املاح که در داخل کلیه رسوب می کنند. علل ایجاد سنگ های کلیوی متعدد بوده ولی شایع ترین علت؛ غلیظ شدن ادرار است که باعث کریستالی شدن و چسبیدن مواد معدنی به یکدیگر می شود.

حرکت و عبور سنگ کلیه معمولاً با درد همراه است و به طور معمول درد از ناحیه پهلو یا کمر در زیر دنده ها شروع شده و به سمت ناحیه تحتانی شکم و یا لگن حرکت میکند و زمانی که سنگ وارد مجاری ادرار می شود، شدت درد تغییر می کند.

معمولاً سنگ های کلیوی منجر به آسیب برگشت ناپذیر کلیه نمی شوند مگر زمانی که انسداد طولانی مدت ایجاد کرده باشند.

شایع ترین فرم سنگ های کلیوی، سنگ های کلسیمی هستند. این سنگ ها غالباً به صورت نمک های کلسیم اگزالات و کلسیم فسفات دیده می شوند. در ادرار قلیایی و اسیدی تشکیل می شوند و با رادیوگرافی قابل تشخیص هستند.

نوع دیگر سنگ ها، سنگ های اسیدی اوریک هستند که می توانند در زمینه بیماری هایی مثل نقرس و اختلالات میلوپرو لیفراتیو تشکیل شوند. این سنگ ها در ادرار اسیدی یافت می شوند و با رادیوگرافی دیده نمی شوند. جهت تشخیص آنها، سونوگرافی رایج است. در این افراد

دکتر فمیر ملک افضلی

F. Malek afzali M.D
Gynecologist

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

* زایمان طبیعی بدون درد، زایمان سزارین

* مراقبت های دوران بارداری

* جراحی های زیبایی زنان

دوشنبه ها عصر ساعت ۱۸ الی ۲۰، کلینیک بیمارستان مریم



۴۵ متری گلشهر، جنب بلوار انوشیروان

روبروی پمپ بنزین، ساختمان پزشکان مهرشهر

همه روزه عصرها بجز پنجشنبه ها

۰۲۶-۳۳۵۰۶۲۷۰

آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری



دکتر فهیمه ملک افشاری

متخصص زنان زایمان و رنازایی

آزمایش‌های تشخیصی :

۱- نمونه برداری پرزهای جفتی جنین:

اگر جنین در خطر ابتلا به نواقص ژنتیکی باشد، در آن صورت نمونه برداری از پرزهای جفتی بین هفته ۱۰ تا ۱۳ بارداری توصیه می‌شود. در این تست، سوزنی از طریق دهانه رحم یا شکم وارد رحم شده و از بخشی از سلولهای جفت نمونه برداری می‌شود.

۲- آمنیوسنتز:

این تست در هفته ۱۵ تا ۲۰ بارداری به منظور تشخیص ناهنجاری‌های کروموزومی مانند سندرم داون انجام می‌شود. در این تست ماده بی‌حسی موضعی استفاده شده. پس از آن سوزنی وارد شکم می‌گردد و مقداری از مایع آمنیوتیک از کیسه مایع اطراف جنین نمونه برداری می‌شود. این نمونه در آزمایشگاه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱- ترکیب غربالگری ۳ ماهه اول و دوم نرخ تشخیص سندرم داون را به ۹۰ - ۹۵ درصد می‌رساند.

۲- سنجش DNA جنینی در سرم مادر (free DNA cell) به منظور تشخیص ناهنجاری‌های کروموزومی ۱۸،۲۱ و ۱۳ در بارداری‌های پرخطر تبدیل به یک تست غربالگری شده است. بطوریکه نرخ تشخیص آن ۹۸ درصد و نرخ منفی کاذب آن ۵ درصد می‌باشد.

آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری، با استفاده از سواب از ترشحات واژن و رکتوم نمونه برداری می‌شود. خانم‌هایی که نتیجه آزمایش آنها مثبت می‌باشد به مصرف آنتی بیوتیک نیاز خواهند داشت.

تست ادرار:

تست ادرار که از آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری می‌باشد، برای بررسی احتمال عفونت ادراری، دیابت و پره کلآمپسی انجام می‌شود.

برخی آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری به منظور بررسی وجود ناهنجاری‌های کروموزومی انجام می‌شود:

۱- غربالگری Nuchal translucency:

این مورد از غربالگری‌ها که با استفاده از سونوگرافی انجام می‌شود به اندازه گیری ضخامت پشت گردن جنین در هفته ۱۱ تا ۱۴ بارداری اشاره دارد. اطلاعات حاصل از این تست همراه با سایر آزمایشات احتمال وجود ناهنجاری‌های کروموزومی و سایر مشکلات را نشان می‌دهد. ترکیب NT با تصاویر آنالیزهای سرم منجر به بهبود قابل توجه تشخیص آنوپلوئیدی می‌شود.

۲- غربالگری سه ماهه اول:

خون به منظور بررسی دو پروتئین به نام های hCG و PAPP-A نمونه برداری می‌شود. این تست احتمال وجود سندرم داون همچنین سایر اختلالات کروموزومی را بررسی می‌کند.

۳- آزمایش غربالگری سه ماهه دوم:

در این آزمایش خون مادر به منظور بررسی میزان برخی فاکتورها نمونه برداری می‌شود. این مورد از آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری نیز احتمال وجود برخی ناهنجاری‌های کروموزومی را تعیین می‌کند. این تست نیز در هفته‌های ۱۵ تا ۲۰ بارداری انجام می‌شود.

آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری برای همه خانم‌های باردار الزامی است. در این مقاله به لیستی از مهم‌ترین آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری می‌پردازیم.

برخی آزمایشات مربوط به غربالگری دوران بارداری می‌باشد اما برخی آزمایشات تشخیصی می‌باشد. به خاطر داشته باشید انجام این تست‌ها به معنی وجود مشکل در مادر یا جنین نخواهد بود. بلکه هدف آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری به معنی اطمینان از داشتن بارداری نرمال است. آزمایش‌های غربالگری عبارت است از:

تست چالش گلوکز:

این مورد از آزمایش‌های غربالگری دوران بارداری در هفته ۲۴ الی ۲۸ انجام می‌شود تا احتمال وجود دیابت بارداری بررسی شود. برای انجام این آزمایش شما باید ابتدا یک نوشیدنی قندی مصرف کنید و سپس یک ساعت بعد قند خون اندازه گیری می‌شود. اگر در خانواده شما سابقه ابتلا به دیابت وجود داشته باشد یا در صورت چاقی یا داشتن فرزند بزرگتر از حد نرمال در بارداری قبلی یا بارداری چند قلمو ممکن است این آزمایش در اوایل بارداری انجام شود.

تست عفونت اسریتوکوک گروه بی:

این آزمایش در هفته‌های ۳۵ تا ۳۷ بارداری انجام می‌شود تا احتمال وجود این باکتری در مادر بررسی شود. اگر این عفونت از مادر به جنین منتقل شود، در آن صورت احتمال ابتلا به پنومونی در جنین بعد از تولد وجود خواهد داشت. به منظور انجام این مورد از



دکتر مریم عشیری

Pediatric Dentistry

دندانپزشک مادر و کودک

فارغ التحصیل دانشگاه شهید بهشتی

کرج

خیابان بهار، برج دالاهو

طبقه دوم، واحد ۸



۰۲۶-۳۲۲۵۵۱۸۹



dr_ashiri





دکتر مریم عشیری

دندانپزشک مادر و کودک

دندانپزشک، کودک، والدین

سبک والدی پدر و مادر امروزی نسبت به گذشته بسیار تغییر کرده است. علاوه بر آن، آگاهی والدین از درمانها و سطح توقعات آنان بسیار بیشتر شده است. دندانپزشک کودکان باید نسبت به تفاوت های تربیتی و فرهنگی که بر روی توقعات والدین تاثیر میگذارد، آگاه باشد؛ چرا که پذیرش درمان و تکنیک های مدیریت رفتاری بچه ها با توجه به دو عامل فوق (میزان اطلاعات والدین نسبت به دندانپزشکی و عوامل فرهنگی) متفاوت هستند.

در دندانپزشکی کودکان، چالش متفاوتی وجود دارد که در سایر رشته های دندانپزشکی نیست و آن کنار آمدن با والدین از نظر نوع رفتار با کودک است. از سوی دیگر، توقعات والدین از درمان نیز مهم است و کار آنها سخت میشود که هر دوی اینها میتوانند در روند درمان تاثیر منفی بگذارند. از این رو ضروری است که دندانپزشک اطفال ذهنیت و توقعات پدر و مادرهای امروزی را بشناسد تا بتواند توقعات آنان را حین درمان مدیریت کند. مثلاً امروزه والدین اصرار دارند در هر جلسه که بر روی دندان کودک آنها کار میشود در طول درمان کنار او باشند. در حالی که گاهی حضور والدین نه تنها نتیجه مطلوبی ندارد، بلکه گاهی نتیجه معکوس داشته و همکاری کودک را با دندانپزشک کم میکنند. چون زمانی که والدین کنار بچه ها هستند توجه کودک معطوف به والدین خود میشود و از ارتباط با دندانپزشک باز میمانند بنابراین بهتر است که حضور یا عدم حضور والدین حین درمان را به دندانپزشک کودکان بسپاریم چون او میدانند که با توجه به شرایط هر کودک حضور والدین میتواند برای او مثبت باشد یا منفی. چه بسیار کودکانی که در موقع عدم حضور والدین، سطح همکاری آنها به شدت افزایش یافته و درمان خوب و کاملی را دریافت کرده اند. رفتار والدین بر کودکان بسیار تاثیر گذار است. اضطراب دندانپزشکی حالتی رایج است که بیشتر از والدین به کودکان منتقل میشود و همین امر باعث تاثیر منفی در همکاری کودک و عدم پذیرش درمانهای دندانپزشکی میگردد باید دقت داشته باشید اولین باری که کودک خود را به دندانپزشکی میرید، در واقع اولین تجربه او را از محیط دندانپزشکی برایش رقم خواهید زد. این تجربه، سازنده تصویر ذهنی کودک شما از دندانپزشکی در آینده است. بنابراین بهتر آن است فرزندانتان را به مراکزی ببرید که مخصوص کودکان طراحی و تزین شده تا حضور در محیط دندانپزشکی برای آنها جذاب و آرام بخش باشد. مهم است که قبل از آوردن کودک به دندانپزشکی اطفال، والدین آموزش ببینند تا سطح توقعات خود را متعادل کرده به کودک آرامش و اطمینان خاطر بدهند و او را برای درمان آماده کنند و از سوی دیگر از به کار بردن کلمات منفی و آزار دهنده که اعتماد کودک را خدشه دار میکند خودداری کنند.

گاهی والدین در حین درمان کودک، با حرف زدن یا کودک و یا به کار بردن کلمات احساسی در رابطه ی دندانپزشک و کودک اختلال ایجاد میکنند. در اینجا معمولاً دندانپزشک از والدین میخواهد که یا ساکت بمانند و یا اتاق درمان را ترک کنند. والدین باید توجه داشته باشند که این درخواست دندانپزشک به نفع کودک آنهاست و باعث تسریع و بهبود در روند درمان او میشود. همکاری والدین با دندانپزشک کودکان بسیار مهم است. زیرا زمانی که والدین به خواسته های دندانپزشک عمل نکنند، کودکان آنها هم اصلاً با دندانپزشک همکاری

نخواهند کرد. گاهی کودکان با گفتگو و مکالمه های ساده بین دندانپزشک و آنها، همکاری خوبی در موقع درمان خواهند داشت اما گاهی کودکان اصلاً و یا هیچ ترفندی راضی به انجام درمان در مطب نخواهند شد. این کودکان عموماً کاندید انجام درمانهای دندانپزشکی تحت بیهوشی عمومی هستند. اغلب والدین از این قضیه ناراحت شده و توقع دارند که درمان کودکان آنها در مطب انجام گیرد اما باید توجه داشت که انجام درمانهای اجباری و همراه با زور در مطب نه تنها موجب تحمل استرس فراوان و اضطراب بیش از حد و ترس و فشار روحی برای کودک میشود بلکه موجب میشود این کودک برای همیشه از درمانهای دندانپزشکی ترس داشته باشد و در آینده نیز به سلامت دهان و دندان خود توجه نکنند.

دکتر ماندانا منظوری لشگری

بورده تخصصی جراحی زنان، زایمان و نازایی

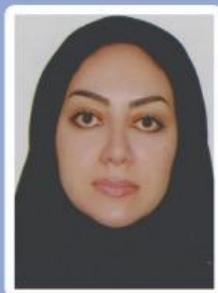


- کنترل و مراقبتهای قبل و بعد از دوران بارداری
- انجام عملهای جراحی زنان (لاپاروسکوپی - هیستروسکوپی)
- انجام عملهای زیبایی زنان
- مراقبتهای دوران یائسگی

 Dr Mandana Manzouri Lashgari

کرج- خیابان دکتر بهشتی- بین میدان شهدا و چهارراه ملالقای- برج شاه کرم- طبقه ۴- واحد ۴۰۴
۰۲۷-۳۳۲۸۵۷۰۱ ۰۲۷-۳۳۳۱۸۰۰۳۳

کرج- مهرشهر- بلوار شهرداری- بین خیابان ۱۰۵ و ۱۰۷- جنب املاک ماهان
۰۲۷-۳۳۳۱۸۰۰۳۳ ۰۲۷-۳۳۲۸۵۷۰۱



دکتر ماندانا منفوری

متخصص زنان، زایمان و نازایی

حاملگی با IUD

(دستگاه
جلوگیری
از بارداری
داخل
رحمی)



اگر حاملگی با IUD اتفاق بیفتد در مرحله اول پزشک اقدام به معاینه می‌کند و اگر نخ IUD را ببیند جهت کاهش عوارض ادامه حاملگی با IUD بلافاصله آنرا خارج می‌کند. اینکار لازم است در اولین ویزیت انجام شود چرا که با رشد رحم، نخ IUD با احتمال بیشتری بالا کشیده می‌شود و ممکن است دیگر قابل رویت نباشد. معمولاً تا سن حاملگی ۲/۵ ماهگی می‌توان نخ IUD را مشاهده و آنرا خارج کرد.

اگر نخ IUD در اولین مراجعه دیده نشود، سونوگرافی می‌تواند با دقت زیادی محل IUD را نسبت به حاملگی تعیین کند و پزشک بسته به مشاوره ای که بیمار انجام می‌دهد، در مورد اقدام بعدی تصمیم می‌گیرد.

در اینجا اطلاعاتی در مورد خطرات حاملگی با IUD را مرور می‌کنیم. افرادی که با IUD حامله می‌شوند در معرض خطر بیشتر سقط و زایمان زودرس قرار دارند. اگر بتوان به طور موفقیت آمیزی IUD را خارج کرد و حاملگی ادامه یابد در اینصورت نیز احتمال سقط و زایمان زودرس در فردی که با IUD حامله شده هنوز بیش از افراد دیگر است ولی البته نسبت به شرایطی که IUD در رحم باقی بماند، احتمال این خطرات با خارج کردن IUD کاهش می‌یابد.

مواردی که حاملگی همراه با IUD رخ می‌دهد احتمال حاملگی خارج از رحم افزایش پیدا می‌کند که بهتر است تحت نظر پزشک در اولین فرصت سونوگرافی برای رد آن انجام شود.

فردی که حاملگی با IUD دارد (حتی اگر IUD خارج شده باشد) باید در مورد علائم عفونت، سقط و زایمان هوشیار و آگاه باشد و سریعتر در صورت بروز علائمی مثل تب و درد زیر شکم خود را جهت معاینه به پزشک برساند.

لازم است که به شما اطمینان بدهیم که خطر اصلی ادامه حاملگی با IUD عفونت، سقط و زایمان زودرس است و اگر این موارد رخ ندهد و حاملگی تا آخر ادامه یابد شما نباید نگران ناهنجاری در جنین یا صدمه زدن IUD به بدن جنین خود باشید.

دکتر مرگان دانشور

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی
لاپاروسکوپي و هیستروسکوپي



کرج- حد فاصل چهارراه طالقانی و میدان شهدا
ساختمان پزشکان آراد- طبقه هفتم- واحد ۷۳۱

۰۲۶-۳۴۹۹۰۹۱۹
۳۴۹۹۰۲۰۸

۰۹۳۳۹۵۳۹۷۵۸

سمعك رههام

ویزیت در منزل

سمعك نامرئی، پشت گوشی و هوشمند



دوسال گارانتی

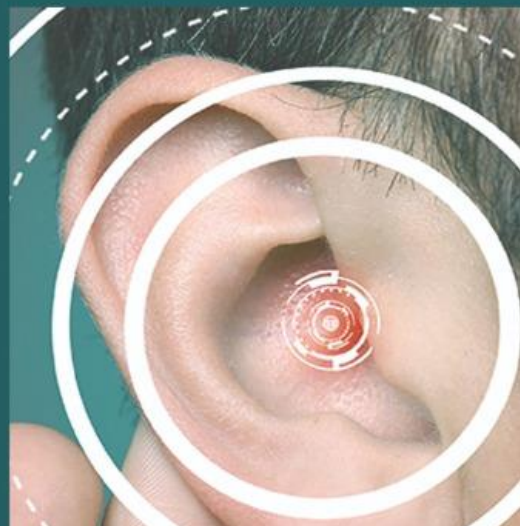
- خدمات پس از فروش
- قالب ضد آب و ضد صوت
- باطری روی سمعک رایگان
- زیر نظر متخصصین مجرب
- تعمیر و تنظیم تمامی برندهای سمعک

 Samakroham

نقد و اقساط بدون بهره

با مدیریت طباطبایی نسب

کرج - سه راه گوهردشت - به سمت میدان سپاه - خیابان ولیعصر ۶
برج جهان نما - طبقه ۲ - واحد ۶ ۰۲۶ - ۳۲۷۵۶۷۹۳ - ۴
۰۹۱۲۹۳۳۶۹۹۳ ۰۹۱۲۵۱۷۷۸۴۲



واکسیناسیون علیه ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)



دکتر اکرم رحیمی

متخصص زنان، زایمان و نازایی

بر اساس تحقیقاتی که تا کنون انجام شده، ایمنی علیه HPV با کمک واکسیناسیون بیش از همه در افرادی موثر است که هنوز روابط زناشویی را شروع نکرده باشند و آلوده به ویروس HPV نباشند. تحقیقات متعدد تأثیرات مثبت واکسن چهارگانه و دوگانه علیه نئوپلازی اپی تلبال سرویکس (CIN) را به طور معنی دار گزارش نموده اند.

از آنجایی که واکسن چهارگانه علیه انواع غیر سرطانی را نیز واکنش می دهد این واکسن علیه زگیل تناسلی نیز به طور معنی داری موثر بوده است. واکسن ها قادر به پاکسازی عفونت فعال نیستند.

در تحقیقات انجام شده به صورت کارآزمایی بالینی قبل از اخذ مجوز رسمی، تجویز واکسن بی ضرر اعلام شده است. همچنین بعد از تأیید واکسن از طرف FDA و تزریق آن به صورت همگانی در بیش از ۵۰ کشور دنیا به خصوص کشورهای پیشرفته تا کنون عارضه جدی مشاهده نشده و لذا واکسن بی خطر اعلام شده است. این در حالی است که کلیه افرادی که در کشورهای پیشرفته طبق طرح ملی کشور تحت واکسیناسیون قرار می گیرند چه از نظر واکسن چه از نظر عوارض آن کنترل می شوند. تنها عوارض ثبت شده، درد و سوزش محل تزریق، همچنین تهوع، سردرد و خستگی بوده است. بیماری های جدی بیش از جمعیت عادی در مدت زمان است که بر اساس تحقیقات شیوع بیماری های جدی عارض می شود.

لذا امروزه تأثیرات واکسن علیه HPV به قدری چشمگیر است و عوارض به قدری اندک که اکثر جوامع بین المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت (WHO) تزریق واکسن به صورت جهانی برای دختران ۱۱ تا ۱۲ سال را توصیه می نمایند البته می توان واکسیناسیون را از ۹ سالگی شروع نمود و بر اساس نظر بعضی از صاحب نظران از جمله انجمن سرطان آمریکا تا سن ۲۶ سالگی نیز تزریق واکسن توصیه می شود.

با توجه به تحقیقات انجام شده، واکسن چهارگانه برای پسران در سن ۱۱ و ۱۲ سالگی در بعضی از کشورهای غربی توصیه شده است. در پسران نیز مانند دخترها واکسن را می توان از ۹ سالگی شروع نمود و تا سن ۲۱ سالگی امکان تزریق وجود دارد. همچنین در مردان هموسکسوال تا ۲۶ سالگی نیز تزریق واکسن سودمند خواهد بود. در افراد با نقص سیستم ایمنی، پروتکل تزریق واکسن تغییر نمی کند اگر چه بر اساس گزارشات افرادی که در زمان تزریق واکسن باردار بوده و مطلع از بارداری نبودند، هیچ گونه عارضه ای در فرزندان آنها رخ نداد. ولی در حال حاضر تزریق واکسن در حاملگی توصیه نمی شود. نکته پایانی این است که در تمام مواردی که واکسن HPV در خانم ها تزریق می شود، برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم هیچ گونه تغییری نخواهد کرد.

انواع سرطان زای ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) علت اصلی سرطان دهانه رحم و سرطان مقعد می باشد. از این میان HPV ۱۶ و ۱۸ عامل بیش از ۷۰٪ سرطان دهانه رحم و ۷۲٪ سرطان مقعد می باشد. لذا ایمنی زایی علیه این دو گروه هدف اصلی واکسیناسیون HPV می باشد. از انواع غیر سرطانی زای HPV، شایع ترین زیر گروه که عامل بیش از ۹۰٪ زگیل های تناسلی است انواع ۶ و ۱۱ می باشد. واکسن چهارگانه (گارداسیل) که علیه انواع ۶ و ۱۱ و ۱۶ و ۱۸ و واکسن دوگانه (سرواریکس) که علیه انواع ۱۶ و ۱۸ ایمنی ایجاد می کنند هر دو مورد تأیید FDA نیز می باشد.



شقاق مقعد



دکتر غلامرضا باقرزاده

فوق تخصص جراحی کولورکتال

درمان

اکثر بیماران مبتلا به شقاق حاد، با درمان دارویی و اطمینان بخشیدن و آرامش دادن بهبود می‌یابند. هر درمانی که باعث کاهش اسپاسم اسفنکتر مقعد شود در کاهش درد و بهبود آن موثر خواهد بود. گرم کردن ناحیه مقعد و داروهای ضد التهاب، بی‌حس کننده یا کاهش دهنده های اسپاسم عضله که به صورت موضعی مصرف می‌شوند از جمله درمانهای رایج در درمان این بیماری می‌باشند.

بیشترین چالشی که پزشکان در درمان این بیماری دارند شقاق های مزمن می‌باشد. شقاق های مزمن به دو دسته شقاق با اسپاسم عضله و شقاق های بدون اسپاسم تقسیم می‌شوند. درمان دسته اول در صورت عدم پاسخ به درمان های دارویی استفاده از روشهای تهاجمی برای کاهش اسپاسم عضله می‌باشد که می‌تواند جراحی یا تزریق بوتاکس باشد.

درمان دسته دوم مشکل تر بوده و می‌بایست قبل از انجام هر گونه اقدام تهاجمی و جراحی نسبت به شناسایی و درمان علت های زمینه ای و بیماری های کف لگن اقدامات کافی انجام گیرد.

به طور خلاصه بهترین روش درمان شقاق مقعد، پیشگیری از آن و برطرف کردن علت های زمینه ای این بیماری می‌باشد که در اکثر بیماران موثر واقع شده و به مدت طولانی از عود آن جلوگیری می‌کند.

از جمله مواردی که باعث ایجاد شقاق یا عود شقاق می‌گردد:

- یبوست
- اسهال
- اختلالات دفعی و مدت زمان طولانی دفع
- اختلالات کف لگن
- مشکلات عصبی (استرس و اضطراب)
- استفاده از دست یا آب برای تخلیه بهتر مدفوع
- بیماری های التهابی روده

تعریف

پارگی خطی یا بیضی شکل در لبه خارجی مقعد که بسیار دردناک بوده و گاهی با خونریزی روشن همراه است.

تشخیص

تشخیص این بیماری با شرح حال و معاینه می‌باشد. اکثر بیماران سابقه ای از یبوست یا اسهال در گذشته دارند که باعث آسیب مقعد شده است.

اکثر این پارگی ها در قسمت خط میانی خلف مقعد می‌باشد و درصد کمی هم در خط وسط قدام مقعد است.

زخم مقعد باعث اسپاسم و تحریک عضله مقعد شده که این اسپاسم علت اصلی درد و عدم بهبودی آن می‌باشد.

شقاق هایی که بیش از ۳-۲ ماه طول بکشد، فرم مزمن بیماری هستند. گروه دیگری از بیماران با درد مقعد و شقاق مزمن افرادی هستند که با مشکلات دفع مدفوع و یبوست های مزمن درگیر می‌باشند. این بیماران اکثرا خانم هایی هستند که زایمان متعدد یا زایمان های سخت داشته اند و به عوارض و مشکلات کف لگن درگیر می‌باشند.

دکتر معصومه یکیت

متخصص بیماریهای داخلی

فارغ التحصیل دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی / نظام پزشکی ۱۳۹۱۵۴

- گوارش و کبد
- غدد (دیابت، تیروئید و ...)
- کلیه و فشار خون
- بیماریهای ریوی



یکشنبه، سه شنبه و پنجشنبه ۱۰-۱۲ صبح
درمانگاه جامع: مهر شهر / فاز ۴ / چهارراه مسجد جامع
۳۳ ۵۱ ۰۰ ۰۹



یکشنبه و سه شنبه ۴-۶ عصر
درمانگاه مرکزی: مهر شهر / بلوار ارم / بین ۱۱۸ و ۱۱۹
۳۳ ۴۱ ۲۳ ۴۵



شنبه، دوشنبه و چهارشنبه ۵-۷ عصر
بیمارستان مریم
۳۳ ۵۰ ۹۳ ۲۳





بیمارستان و زایشگاه

مریم

زایمان در آب

افتتاح بخش