

خانواده مریم

ماهنامه سراسری پزشکی

شماره ۲۱ - آبان و آذر ماه ۹۸
قیمت: ۵۰۰۰ تومان

روش‌های اورژانسی
پیشگیری از بارداری

+ سندروم روده
« تحریک پذیر

خطر
حاملگی در
سنین بالا

هیپوگلیسمی نوزادی

بارداری و خطر بیماری‌های قلبی

گزارش یک مورد بیماری (Case report)



follow my instagram



شجره حجت قاسمی

**شهادت سردار رشید اسلام
حاج قاسم سلیمانی**
رابطه پیشگاه امام زمان (ع)،
مقام معظم رهبری
و هموطنان گرامی تبریک و
تسلیت عرض می نمایم.



دارای کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی

کودکان | نوزادان | زنان و زایمان | جراحی عمومی | جراحی
کودکان و نوزادان | ارولوژی کودکان | غدد و رشد کودکان |
خون و سرطان کودکان | گوارش کودکان | نفرولوژی کودکان
| ارتوپدی | گوش و حلق و بینی | شنوایی سنجی | جنین پری
ناتولوژی (طب مادر و جنین) | کلینیک پای دیابتی | کلینیک
درد | کلینیک داخلی

کلینیک تشخیص و درمان نازایی و ناباروری (IVF - IUI)

کلینیک زیبایی پوست، مو و تناسب اندام

طرف قرارداد با بیمه های

آتیه سازان، بانک سپه، البرز، کوثر، رازی،

SOS (شامل: نوین، پاسارگاد، سرمد، تعاون، دی، آسماری)،
دانا، سینا، خدمات درمانی (سلامت، کارمندی، روستایی، سایر
اقتشار)، ایران، کارآفرین، آسیا، سامان، ملت، میهن، ما، معلم،
کارکنان شهرداری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیمارستان و زایشگاه مریم

**تخصصی و فوق تخصصی
شبهانه روزی**

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



فهرست مقالات

۲	چه زمانی آرتروسکوپی شانه توصیه می شود
۳	ابهام جنسی (قسمت دوم)
۴	سندروم روده تحریک پذیر
۶	آیین گرامیداشت روز پرستار در بیمارستان و زایشگاه مریم کرج برگزار شد
۷	بازتاب خبری برپایی بزرگداشت روز پرستار در بیمارستان مریم
۸	رابطه بین تعداد فرزند و شادی زندگی
۹	تشخیص انواژیناسیون روده در کودکان با سونوگرافی
۱۰	هیپوگلیسمی نوزادی
۱۳	روش های اورژانسی پیشگیری از بارداری
۱۴	باید و نبایدهای دوران بارداری
۱۶	بارداری و خطر بیماری های قلبی
۱۷	گزارش یک مورد بیماری Case report
۱۸	عفونت های حاد تنفسی در کودکان
۲۰	پرشش و پاسخ های رایج درباره ایدز (قسمت اول)
۲۲	پرشش از متخصص زنان
۲۴	خطر حاملگی در سنین بالا

صاحب امتیاز: دکتر محمد حسین دلشاد
مدیر مسئول: دکتر صلاح الدین دلشاد
گرافیک و صفحه آرایی: فرزین صادقرزاده
چاپخانه: پارس (البرز)
همکاران این شماره:
دکتر صلاح الدین دلشاد
دکتر سکینه قربانی
دکتر معصومه قادری یکتا
دکتر روزبه تقوی
دکتر امین عزیزیان
دکتر مهدی مرادی
دکتر اکرم رحیمی
دکتر نرگس ندیم زاده
دکتر عیسی جاسم زاده
دکتر مریم آقایی
دکتر رضا حکمتیان
دکتر نسترن صالحی
دکتر نویدا نوروززاده
شهناز یوسف زاده (سوپروایزر آموزشی)
فاطمه دوستدار (سوپروایزر ارتقاء سلامت)
آتلیه همکار: استودیو حس
مسئول روابط عمومی:
نسرین معارفی

کرج، بلوار ۴۵ متری گلشهر، خیابان
ارغوان غربی، (شهید اکبریه)
بیمارستان و زایشگاه مریم
تلفن: ۰۲۶-۳۳۵۰۲۳۴۷
۰۲۶-۳۳۵۰۹۳۲۳
فکس: ۰۲۶-۳۳۵۱۲۴۵۹
سفرش آگهی: ۰۹۱۹۵۴۳۹۸۱۲

پست الکترونیک نشریه:

public@maryamhospital

سایت بیمارستان:

www.maryamhospital.ir

اینستاگرام:

Maryam_hospital



چه زمانی آرتروسکوپی شانه توصیه می‌شود

دکتر روزبه تقوی

جراح و متخصص ارتوپدی

فوق تخصص جراحی دست، شانه و آرنج

زمانی که شما وضعیت دردناکی داشته باشید و به درمان غیر جراحی پاسخ ندهید، دکتر آرتروسکوپی شانه را به شما توصیه می‌کند.

از جراحی‌های رایج آرتروسکوپی می‌توان موارد زیر را نام برد:

- انواع جراحی‌های شانه که به روش آرتروسکوپی قابل انجام هستند
- درمان انواع دررفتگی‌های مکرر شانه
- درمان و ترمیم پارگی انواع تاندون‌های اطراف شانه از جمله روتاتور کاف (کلاهدک چرخاننده) و تاندون عضله دو سر
- درمان التهاب بورس‌های اطراف شانه
- درمان محدودیت حرکتی اولیه و ثانویه در شانه
- درمان رسوب دردناک کلسیم در بافت‌های اطراف شانه
- برداشتن استخوان اضافی و درمان آرتروز در مفصل شانه با استخوان ترقوه
- برداشتن یا ترمیم لابروم
- برداشتن بافت ملتهب یا غضروف‌های سست شده
- اعمال جراحی دیگری مانند برداشتن فشار از روی عصب، ترمیم شکستگی‌ها و برداشتن کیست نیز می‌توانند به روش آرتروسکوپی انجام شوند، گرچه مانند اعمال ذکر شده در بالا رایج نیستند.



آسیب‌های فیزیکی، استفاده بیش از حد و افزایش سن، دلیل بسیاری از مشکلات شانه می‌باشند.

زمانی که شما وضعیت دردناکی داشته باشید و به درمان غیر جراحی پاسخ ندهید، دکتر آرتروسکوپی شانه را به شما توصیه می‌کند. درمان غیر جراحی شامل استراحت، توانبخشی و داروها یا تزریق که می‌تواند التهاب را کاهش دهد می‌باشد. التهاب یکی از واکنش‌های طبیعی بدن به آسیب یا بیماری است. در آسیب یا بیماری مفصل شانه، التهاب باعث تورم، درد و سفتی شانه می‌شود. آسیب‌های فیزیکی، استفاده بیش از حد و افزایش سن، دلیل بسیاری از مشکلات شانه می‌باشند. آرتروسکوپی شانه، ممکن است نشانه‌های دردناک خیلی از مشکلات شامل تاندون روتاتور کاف، لابروم، غضروف مفصلی و دیگر بافت‌های نرم اطراف مفصل که آسیب دیده‌اند را از بین ببرد.

ابهام جنسی (قسمت دوم)



دکتر صلاح‌الدین دلشاد

فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان

۳-هرمافرودیسیم حقیقی:

نوع سوم ابهام جنسی عبارت از هرمافرودیسیم حقیقی است. در این نوع ناهنجاری کودک حاوی دستگاه‌های تناسلی خارجی و داخلی با همدیگر می‌باشد. به این معنی که دستگاه تناسلی خارجی ایشان در آن واحد هم بصورت پسرانه و هم دخترانه می‌باشد.

در داخل شکم و حفره لگن در یک سمت تخمدان و در سمت مقابل بیضه دیده می‌شود. در سمتی که تخمدان قرار دارد نصف رحم شکل گرفته است (همی یوتروس، Hemiuterus) در طرف مقابل که بیضه وجود دارد نصف پروستات و کیسه منی شکل گرفته است.

کاریوتایپ این گروه بیماران در ۶۰٪ موارد کروموزوم‌های مردانه و زنانه با همدیگر می‌باشد (46, xx / 46, xy)، (موزائیسیم) و در ۲۰٪ موارد حاوی کروموزوم‌های 46, xy و در ۲۰٪ موارد دیگر 46, xx می‌باشد. در برخی موارد بیضه و تخمدان در همدیگر آمیخته شده اند که به این نوع گوناد، اووتستیس (ovotestis)

نوع چهارم ابهام جنسی به نام گوناد دیسژنتیک مختلط (mixed gonadal dysgenesis)

که این نوع ابهام جنسی شبیه هرمافرودیسیم حقیقی است با این تفاوت که ترکیب کروموزوم آن موزائیسیم نا منظم بوده و بصورت 46, xo/46, xx یا 46, xo/46, xy است و گوناد تخمدان حالت نخ نخى دارد (streak) و گوناد پسرانه حالت (dysgenesis) دارد.

رحم بسیار کوچک، آلت کوچک و دهانه زیر آلت بسته است. واژن هم شکل نگرفته است. بیضه دیسژنتیک، به علت احتمال دچار شدن به سرطان (cancer) بهتر است که برداشته شود. تخمدان فاقد سلول‌های فعال بوده و بهتر است برداشته شود. در چنین حالتی جنسیت مطلوب برای این قبیل بیماران دختر شدن است و با برداشتن گوناد ها (بیضه و تخمدان ناقص) و تبدیل آلت کوچک به کلیتوریس و ایجاد واژن با استفاده از روده بیمار، بیمار به جنسیت دختر تبدیل می‌شود. اما به علت نداشتن رحم و تخمدان بارور نخواهد بود.

گفته می‌شود. اووتستیس گاه یک طرفه هستند و گاه دو طرفه می‌باشند.

تعیین جنسیت این قبیل بیماران، بنا به درخواست والدین است. در صورتی که درخواست پسر شدن کودک را نمایند رحم و تخمدان و واژن برداشته می‌شود و آلت پسرانه نگه داری می‌گردد. بیضه پایین آورده می‌شود. در مواردی که همراه با هیپوسپادیا است آن نیز ترمیم می‌گردد. در صورتی که والدین درخواست دختر شدن کودک را داشته باشند بیضه برداشته می‌شود و آلت پسرانه به کلیتوریس تبدیل می‌گردد.

در مواردی که گوناد بصورت اووتستیس است، باید حتماً برداشته شود و بر اساس گوناد دوم، جنسیت تعیین می‌گردد. اگر گوناد دوم تخمدان باشد به دختر، و اگر گوناد دوم بیضه باشد به پسر تبدیل می‌گردد. در برخی از موارد گوناد حالت اووتستیس دارد. در چنین حالتی هر دو برداشته شده و کودک به دختر تبدیل می‌گردد.

۴- گوناد دیسژنتیک مختلط (mixed gonadal dysgenesis):

سندروم روده تحریک پذیر

IBS یا سندروم روده تحریک پذیر یک اختلال عملکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلال ساختاری قابل شناسایی است. هیچ شاخصه تشخیص قطعی برای IBS وجود ندارد لذا تشخیص بر اساس تظاهرات بالینی است.



دکتر معصومه قادری یکتا

متخصص بیماری‌های داخلی



مبتلایان IBS شدید را تشکیل می‌دهند. درد یا ناراحتی شکم یک علامت اصلی برای تشخیص IBS است. معمولاً علائم با اجابت مزاج بهبود می‌یابد. علائمی مثل زور زدن هنگام دفع و فوریت یا احساس تخلیه‌ی ناکامل، دفع بلغم و نفخ در بین بیماران دیده می‌شود ولی جزء معیارهای تشخیص نیست.

تغییر در اجابت مزاج ثابت ترین نشانه بالینی IBS است. بیشترین الگو یبوست در تناوب با اسهال است که معمولاً یکی از این دو نشانه بارز می‌باشد. در ابتدا ممکن است دوره‌ای باشد ولی نهایتاً پایدار و به طور فزاینده‌ای مقاوم به مسهل‌ها می‌شود.

در سایر بیماران، اسهال ممکن است نشانه اصلی باشد. اسهال در IBS معمولاً به صورت حجم‌های کوچک مدفوع شل می‌باشد و اکثر بیماران حجم مدفوع کمتر از ۲۰۰ میلی لیتر است.

اسهال شبانه در IBS دیده نمی‌شود. اسهال ممکن است با فشار روانی عاطفی بدتر شود. خونریزی از ویژگی‌های IBS نیست (مگر در صورت وجود همزمان هموروئید) و سوءجذب یا کاهش وزن مشاهده نمی‌شود.

بیماران مبتلا به IBS اغلب از اتساع شکم و آروغ زدن یا نفخ شکایت دارند که همگی را ناشی از افزایش گاز شکم میدانند اما اکثراً بیماران IBS دچار اختلال در عبور گاز روده‌ای و تحمل آن هستند. این بیماران اغلب دچار بازگشت گاز از بخش‌های دیستال روده به قسمت‌های



IBS می‌تواند در هر سنی بروز کند و اغلب اولین علائم در اکثر بیماران قبل از ۴۵ سالگی ظاهر می‌شود.

IBS یا سندروم روده تحریک پذیر یک اختلال عملکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلال ساختاری قابل شناسایی است. هیچ شاخصه تشخیص قطعی برای IBS وجود ندارد لذا تشخیص بر اساس تظاهرات بالینی است.

علائم IBS معمولاً هر از گاهی ظاهر شده و سپس ناپدید می‌شوند و اغلب با سایر اختلالات کار کردی مثل فیبرومیالژی، سردرد، کمر درد و علائم ادراری- تناسلی، شباهت‌هایی نشان می‌دهد. شدت علائم متغیر است و می‌تواند کیفیت زندگی را به شدت مختل کند و هزینه‌های بهداشتی سنگینی را به فرد و جامعه تحمیل نماید.

IBS می‌تواند در هر سنی بروز کند و اغلب اولین علائم در اکثر بیماران قبل از ۴۵ سالگی ظاهر می‌شود. میزان تشخیص IBS در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است و زنان ۸۰٪ از

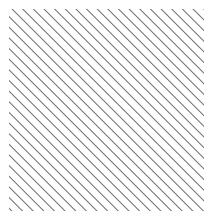


کند. بیشترین تاثیر دارو زمانی است که قبل از غذا تجویز شود به گونه‌ای که سطح خونی موثر پیش از بروز درد به وجود آید.

داروهای ضداسهال اپیوئیدی با اثر محیطی، اولین درمان انتخابی برای بیماران مبتلا به IBS با اسهال است. این داروها سبب افزایش انقباضات کولون، تاخیر در عبور مدفوع، افزایش فشارهای مقعدی و کاهش درک رکتوم می‌شود.

در صورتی که این داروها پیش از یک استرس شناخته شده موثر در اسهال مصرف شوند، بیشترین تاثیر را خواهند داشت.

راه برد درمانی برای IBS بستگی به شدت بیماری دارد. اکثر بیماران علائم خفیفی دارند که معمولاً توسط پزشکان عمومی مداوا می‌شوند و پیشگیری و تشخیص داده نمی‌شوند. درصد کمی از بیماران IBS دچار علائم شدید و مقاوم هستند. این افراد معمولاً در مراکز درمانی ارجاعی دیده می‌شوند و مشکلات عاطفی و روانی همزمان دارند که نیاز به درمان‌های ضدافسردگی و غیره دارند.



بهترین راه درمان IBS تغییر رژیم غذایی است در صورتی که رژیم کم چرب و پرفیبر مصرف شود، عملکرد روده‌ها چه در مورد یبوست و چه در مورد اسهال بهبود می‌یابد. فیبر در میوه‌ها، سبزیجات، نان کامل و حبوبات وجود دارد.

پروگزیمال هستند که می‌تواند توجیه کننده‌ی آروغ زدن باشد.

۲۵ الی ۵۰٪ بیماران IBS از سوء هاضمه، سوزش سر دل، تهوع و استفراغ شکایت دارند. بررسی دراز مدت حرکات روده باریک در این بیماران، نشانگر موارد بالایی از اختلالات روده باریک در ساعات بیداری است الگوهای حرکتی شبانه تفاوتی با افراد سالم ندارد.

مکانیسم پاتوفیزیولوژی IBS به درستی شناخته نشده است اما احتمالاً فعالیت غیر طبیعی حسی و حرکتی روده اختلال عملکرد اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، التهاب مخاطی، استرس و عوامل داخل مجرای روده مطرح می‌باشد. یک واقعه‌ی استرس را در زندگی یا شروع بلوغ می‌تواند آغازگر IBS باشد.

بهترین راه درمان IBS تغییر رژیم غذایی است در صورتی که رژیم کم چرب و پرفیبر مصرف شود، عملکرد روده‌ها چه در مورد یبوست و چه در مورد اسهال بهبود می‌یابد. فیبر در میوه‌ها، سبزیجات، نان کامل و حبوبات وجود دارد.

غذاهایی که چربی یا کافئین زیادی دارند ممکن است علائم را بدتر کنند.

در برخی مطالعات پسلیوم اثر بیشتری در بهبود الگوی مدفوع و درد شکمی نسبت به سیوس داشته بعلاوه فراآورده پسلیوم کمتر باعث نفخ و اتساع شکم می‌شوند. داروهای ضد اسپاسم می‌توانند نشانه‌هایی مثل دردهای کرامپی شکم به دنبال اسپاسم روده را کم

آیین گرامیداشت روز پرستار در بیمارستان و زایشگاه مریم کرج برگزار شد

بنا بر سنت هرساله و در استانه روز پرستار طی برگزاری آیینی در بیمارستان و زایشگاه مریم کرج از پرستاران، بهیاران و کمک پرستاران این مرکز درمانی تجلیل به عمل آمد.

مدیر عامل و بنیان‌گذار بیمارستان مریم در این آیین گفت: برگزاری چنین آیین‌هایی در واقع قدردانی از عزیزان و زحمت‌کشانی است که با فداکاری و از خود گذشتگی نقش بسزایی در بهبودی بیماران دارند.

دکتر صلاح الدین دلشاد افزود: ما معتقدیم که پرستاران رکن دوم بیمارستان در فرایند بهبودی بیماران بوده و این عزیزان در زمانی که همه در حال استراحت هستند با مهربانی و دلسوزانه به بیماران ارائه خدمت می‌کنند.

وی در ادامه یادآور شد: بعد از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۶۵ برای اولین بار مراسمی در تالار وحدت به منظور تجلیل از پرستاران و زحمتکشان بیمارستان‌های کشور با همکاری و حمایت انجمن خیرین سلامت برگزار شد، که در نوع خود بی نظیر بود. دکتر دلشاد با اشاره به توفیق برگزاری هرساله این آیین در بیمارستان مریم تصریح کرد: در این روز علاوه بر قدردانی از زحمات و تلاش‌های این عزیزان هرچند به صورت ناچیز یادآور می‌شویم که فداکاری‌ها و از خود گذشتگی‌های آنان هیچگاه فراموش نخواهد شد.

وی اظهار داشت: مردم باید بدانند که پرستاران، پس از معاینات پزشکی و جراحی‌ها بصورت ۲۴ ساعته با مراقبت‌های دلسوزانه و تخصصی خود زمینه بهبودی بیماران را فراهم می‌آورند و امیدواریم که مسئولان ذیربط گام‌های موثری در جهت رفع نیازهای منطقه‌ای این قشر زحمتکش بردارند.

مدیر عامل بیمارستان مریم در ادامه با نقل روایتی از پیامبر اکرم (ص) که می‌فرماید: وقتی به بالین بیمار رسیدی از او بخواه برای اجابت حاجت دعا کند. چرا که خداوند دعای بیمار را زودتر اجابت می‌کند، تاکید کرد: پرستاران ما می‌دانند که بیماران در نزد خداوند از جایگاه رفیعی برخوردارند و به همین منظور برای تقرب بیشتر به مقام احدیت از هیچ تلاشی در این زمینه فروگذار نخواهند کرد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و در سال ۱۳۶۵ شورای عالی انقلاب به منظور قدردانی از پرستاران و تجلیل از مقام شامخ این زحمت‌کشان روز میلاد بانوی کربلا حضرت زینب (س) را در تقویم ملی کشور به نام روز پرستار ثبت کرد.

در پایان نیز به رسم یادگار و قدردانی از زحمات پرستاران پر تلاش مریمی لوح تقدیر و هدایایی تقدیم وجود پر مهرشان گردید.



ماہنامہ سراسری - پزشکی



رابطه بین تعداد فرزند و شادی زندگی



دکتر مریم آقایی

متخصص زنان، زایمان و نازایی

پیامبر گرامی اسلام می فرماید: با یکدیگر ازدواج کنید و بر تعداد فرزندان تن بیفزایید، همانا من به شما مباحثات می کنم. (بحار الانوار ج ۷۱ ص ۶۵۲)

و همبازی شدن با خواهر و برادر نیست. در مقابل، کودکانی که دارای خواهر و برادر هستند، به دلیل قرار گرفتن در شرایطی که امکان بروز رفتارهای طبیعی را برای آنان فراهم می آورد، در مسیر رشد سالم قرار می گیرند. اما آیا چه تعداد فرزند، مطلوب می باشد و آیا از منظر پزشکی تعداد بالای فرزندآوری برای مادر آسیبی به همراه دارد یا خیر؟ در مطالعات انجام شده در کشورهای متعدد، نشان داده شده است که تعداد زایمان پنج یا بیشتر (grand multiparity) دارای عوارضی می باشد که به اختصار به آن می پردازیم. در این مطالعات نشان داده شده که میزان دیابت، فشار خون، مسمومیت بارداری، ریسک زایمان زودرس، ریسک سزارین و ریسک سقط همگی افزایش معناداری داشته است. همچنین احتمال تولد نوزادان با وزن کم تولد، آپگار پایین حین تولد، احتمال دفع مکونیوم، افزایش دیسترس جنینی و حتی مرگ حین زایمان یا حوالی زایمان در نوزاد بالاتر بوده است. همچنین خطر خونریزی های پس از زایمان و احتمال خروج رحم در این رابطه نیز در مادران، بیشتر رخ داده است. در مورد سرطان به دنبال تعداد زایمان بالا، می توان به عنوان اثر محافظتی بر خطر سرطان کولون، پستان، پانکراس و تخمدان اشاره نمود. اما باعث افزایش ریسک مرگ ناشی از سرطان کبد و معده می شود. البته مطالعات ضد و نقیض زیادی در این رابطه دارند که این نیاز به مطالعه بیشتر را می طلبد. پس شکی نیست که وجود فرزند باعث بهتر شدن کیفیت زندگی شده و سبب ارتقای سلامت روان، سلامت عاطفی، سلامت اجتماعی و ارزش های معنوی و روحی خانواده می شود. اما برنامه ریزی دقیق برای آینده روشن و تربیت افراد مسئولیت پذیر برای داشتن جامعه بهتر قطعاً مورد نیاز می باشد.

تردید نیست که فاکتورها و عوامل گوناگونی در شکل گیری شخصیت افراد، در گذر از مرحله طفولیت تا رسیدن به دوران بلوغ و ورود به اجتماع دخیل می باشد. اما در این میان، ارتباطات و رویدادهای کودکی به عنوان مهمترین عوامل موثر در ستون بندی شخصیت انسان ها از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار است. تا جایی که کارشناسان تربیتی و مشاوران علم روان شناسی، این مرحله را به عنوان پایه و اساس شکل گیری خلیات افراد قلمداد می کنند. یکی از مولفه هایی که می توان در این راستا به عنوان عامل موثر در تربیت مورد توجه قرار داد، نوع تعامل کودکان با خواهر و برادر در کنار والدین و آثار مثبت این ارتباط در روند رشد و شکوفایی استعداد های آنان است. مشاهدات و تحقیقات روان شناسان گویای این حقیقت است که علی رغم آنچه به نظر می رسد، خانواده هایی که دارای چند فرزند می باشند در مقایسه با خانواده های تک فرزندی و یا حتی دو فرزندی از توفیق بیشتری در تربیت کودکان خود برخوردارند. به طور طبیعی کودکان تک فرزند به دلیل برخورداری از همه امکانات، برآورده شدن خواسته ها و مراقبت بیش از اندازه پدر و مادر، دچار نوعی خودخواهی و عدم تمایل به مشارکت دادن دیگر همسالان در استفاده از امکانات خود می شوند. طبیعتاً این کودکان در برقراری ارتباط با همسالان دیگر چندان موفق عمل نمی کنند و آسیب پذیرند. آنان به دلیل محرومیت از داشتن خواهر و برادر، بسیاری از احساسات را تجربه نمی کنند. نداشتن حس رقابت و عدم برخورداری از احساس استقلال به دلیل وابستگی و حساسیت شدید والدین از مشکلاتی است که این کودکان همواره با آن دست به گریبانند. والدین این کودکان به جهت رفع این کمبود با سپردن فرزند خود به مهدکودک ها سعی در جبران آن دارند اما محیط های این چنینی به هیچ وجه قابل مقایسه با محیط امن و آرام خانه

دکتر امین عزیزیان

متخصص رادیولوژی



تشخیص انواژیناسیون روده در کودکان با سونوگرافی

شایع‌ترین علت انسداد روده در اطفال زیر ۲ سال، انواژیناسیون (درهم فرورفتن) قسمتی از روده به داخل قسمت مجاور می‌باشد.

■ شایع‌ترین علت انسداد روده در اطفال زیر ۲ سال، انواژیناسیون (درهم فرورفتن) قسمتی از روده به داخل قسمت مجاور می‌باشد. ممکن است این درهم فرورفتنی موجب گانگرن قسمت فرورفته شود. شایع‌ترین حالت، فرورفتن ایلئوم انتهائی به داخل کولون راست می‌باشد ولی درهم فرورفتنی‌های ایلئوایلئال، ایلئوکولیک، ژژونوژژونال و کولوکولیک هم به وجود می‌آیند.

■ در ۹۵٪ نوزادان و کودکان هیچ علت کمک‌کننده یا زمینه‌ای یافت نمی‌شود. بیشترین شیوع بیماری در میانه تابستان و میانه زمستان بوده و ارتباط مثبتی با عفونت‌های آدنووایروسی و آدنیت مزانتریک وجود دارد.

■ بیمار تیپیک، یک کودک سالم است که به‌طور ناگهانی شروع به گریه می‌کند و در اثر درد شکمی گریه‌اش شدت می‌یابد. درد به‌صورت حملاتی به‌مدت یک دقیقه بروز می‌کند و حال نوزاد در فواصل حملات خوب به‌نظر می‌رسد. استفراغ رفلکسی از علائم مراحل اولیه بوده ولی استفراغ ناشی از انسداد روده دیرتر بروز می‌کند. دفع خون و موکوس به مدفوع نمای ژله‌ای می‌دهد. در نوزادان کوچک - و در شرایط پس از عمل - ممکن است درد کولیکی واضح نباشد؛ بارزترین نشانه در آنها استفراغ است.

■ تشخیص این عارضه که در گذشته تنها پس از تنقیه باریوم و تهیه عکس رادیولوژی مقدور بود، امروز به راحتی و از طریق انجام سونوگرافی ممکن است. در سونوگرافی از شکم کودک علامتدار، معمولاً تصویری شبیه گردباد که ناشی از درهم فرورفتن قسمتی از روده به داخل قسمت دیگر است دیده می‌شود و ممکن است که در مرکز آن یک غده لنفاوی بزرگ و ملتهب نیز یافت شود.

■ اما نقش رادیولوژیست و سونوگرافی تنها در تشخیص این عارضه نیست بلکه خط اول درمان نیز محسوب می‌گردد. بیش از ۹۵ درصد موارد انواژیناسیون که به موقع و قبل از بروز عوارض تشخیص داده شوند، به روش غیر جراحی و توسط رادیولوژیست‌ها قابل جاندازی هستند؛ بدین ترتیب که بعد از تعبیه لوله رکتال و تنقیه سرم نرمال سالین تحت هدایت سونوگرافی و نظارت رادیولوژیست، طی کمتر از یکساعت اکثر موارد انواژیناسیون برطرف شده و نیاز به درمان بعدی از جمله جراحی مرتفع خواهد شد. در مواردی که این شیوه ثمربخش نباشد و یا از ابتدا عوارض روده‌ای در بیمار بروز کرده باشد، از شیوه جراحی در درمان این عارضه کمک گرفته می‌شود.





هيوگليسمي نوزادي +



دکتر مهدي مرادي

متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان

گلوکز منبع حياتي و مداوم تامين انرژي جنين است. نوزاد نيازمند تغذيه خوراكي يا مايعات تزريقي است. هيوگليسمي مي تواند عوارض طولاني مدت عصبي بدهد.

نوزادان در خطر هيوگليسمي:

- نوزادان با وزن تولد زير ۲ کيلوگرم
- نوزادان نارس
- نوزادان بزرگ جثه براي سن (LGA)، خصوصاً بالای ۳/۵ کيلوگرم
- نوزادان متولد از مادر ديابتي
- نوزادان با تاخير گريه بدو تولد، هر نوزاد بیمار که مکيدن قابل قبول يا تغذيه ندارد
- نوزادان با سندروم زجر تنفسي، پلي سיתי، شوک، هيوترمي

تعريف هيوگليسمي:

سطح قند سرمي زير ۳۰ ميلي گرم در دسي ليتر در ۲۴ ساعت اول زندگي و زير ۴۵ ميلي گرم در دسي ليتر بعد از آن. گلوکز منبع حياتي و مداوم تامين انرژي جنين است. نوزاد نيازمند تغذيه خوراكي يا مايعات تزريقي است. هيوگليسمي مي تواند عوارض طولاني مدت عصبي بدهد.

گام هاي مهم پيش گيري و درمان هيوگليسمي شامل:

- ۱- شناسائي نوزادان در خطر ايجاد هيوگليسمي
- ۲- شناسائي علائم هيوگليسمي
- ۳- تغذيه زودرس و آغاز مايعات وريدي درصورت نياز



علائم هیپوگلیسمی:

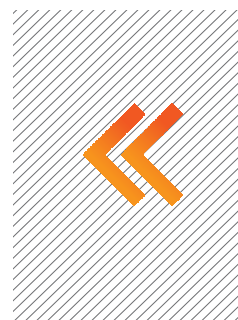
- ۱- بیمار بنظر رسیدن
- ۲- بی حالی
- ۳- گریه ضعیف
- ۴- نداشتن تغذیه مناسب
- ۵- هیپوترمی (کاهش دمای بدن)
- ۶- تنفس آهسته، قطع تنفسی، سیاه شدن
- ۷- لرزش اندام ها، تشنج، شلی بدن

عوامل افزایش دهنده خطر هیپوگلیسمی:

- ۱- کاهش دمای بدن و استرس سرمائی
- ۲- محیط سرد
- ۳- نوزاد خیس
- ۴- تغذیه ناکافی

علل هیپوگلیسمی نوزاد شامل:

- ۱- هیپرانسولینمی پایدار کودکی
- ۲- محدودیت ذخایر گلیکوژن (نارسی، محدودیت رشد داخل رحمی)
- ۳- افزایش مصرف گلوکز (هیپوترمی، پلی سیتمی، سپسیس، کمبود هورمون رشد)
- ۴- کاهش گلیکوژنولیز و گلوکونئوژنز، اختلالات متابولیسم ارثی، ناکفایتی آدرنال
- ۵- کاهش ذخایر گلیکوژن (آسفیکسی قبل تولد، گرسنگی طولانی)



هیپوگلیسمی مقاوم:

وقتی نیاز به تزریق محلول قندی با سرعت بیش از 12 mg/kg/min باشد هیپوگلیسمی مقاوم مطرح می شود. هر هیپوگلیسمی که بیش از یک هفته علارغم درمان باقی بماند هم نوع مقاوم می باشد. در این موارد اختلالات ارثی متابولیسم یا هیپرانسولینمی باید بررسی گردد. سرعت تزریق محلول قندی را $10-12 \text{ mg/kg/min}$ بالا ببرید. فراموش نکنید که محلول قندی با غلظت بالای $12/5\%$ از رگ محیطی قابل تزریق نیست.

داروهای مصرفی در موارد هیپوگلیسمی مقاوم:

- ۱- هیدروکورتیزون
 - ۲- دیازوکسید
 - ۳- اکتروتید
- کودک با هیپوگلیسمی مقاوم باید به مراکز تخصصی ارجاع گردد.

درمان:

- ✦ بالا بردن قند خون با سرم قندی 10% به میزان 2 cc/kg که می توان هر 3 تا 5 دقیقه آن را تکرار کرد. و شروع گلوکز وریدی با سرعت $8-12 \text{ mg/kg/min}$
- ✦ حداکثر غلظت سرم قندی از رگ محیطی $12/5\%$ است
- نحوه مونیتور قند خون در هیپوگلیسمی باید چگونه باشد؟**
- ✦ اگر کودک بی علامت است طی 2 ساعت از تولد و ترجیحاً قبل از تغذیه چک شود.
- ✦ بسته به شرایط پس از آن هر 2 ، 4 و 8 ساعت قابل چک کردن است.
- ✦ اگر کودک علامت دار است سریع تر قند چک شود
- ✦ وقتی قند برای 6 الی 8 ساعت پایدار بود سرعت تزریق سرم قندی را $1-2 \text{ mg/kg/min}$ ، هر 2 ساعت کم کنید.

دکتر اکرم رحیمی

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی



روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری

روش‌های متعددی برای پیشگیری از بارداری بصورت اورژانسی به کار می‌روند که شامل قرص‌های اورژانسی، پروژسترون‌ها و آنتی پروژسترون‌ها و IUD حاوی مس می‌باشد.

تأمین می‌شود که دوز اول باید طی ۷۲ ساعت از نزدیکی بدون پیشگیری مصرف شود و همین دوز ۱۲ ساعت بعد تکرار می‌شود.

مکانیسم داروهای هورمونی، مهار یا به تاخیر انداختن تخمک گذاری می‌باشد. با روش‌های هورمونی اگر بارداری رخ دهد مالفورماسیون‌های بزرگ مادرزادی یا عوارض بارداری رخ نخواهد داد. تهوع و استفراغ عوارض شایعی است که پس از مصرف این هورمون‌ها رخ می‌دهد که می‌توان آن را با مصرف یک عدد قرص ضد تهوع حداقل یک ساعت قبل از دوز درمانی کنترل کرد و اگر طی دو ساعت بعد از مصرف دارو استفراغ رخ دهد دوز دارو باید تکرار شود.

IUD مسی اگر ظرف ۵ روز از نزدیکی بدون پیشگیری گذاشته شود موثرترین روش پیشگیری اورژانسی می‌باشد و درصد خطای آن ۰/۱ درصد می‌باشد.



IUD مسی
اگر ظرف ۵ روز از نزدیکی بدون پیشگیری گذاشته شود موثرترین روش پیشگیری اورژانسی می‌باشد.

IUD از همه موثرتر است و یولی پرپستال استات موثرترین داروی خوراکی می‌باشد.

داروهای حاوی پروژسترون شامل لوونورژسترول می‌باشد که به صورت دوز واحد ۱/۵ mg مصرف می‌شود در حال حاضر به عنوان جایگزین مصرف دو دوز ۰/۷۵ mg با فاصله ۱۲ الی ۲۴ ساعت می‌باشد. مصرف دارو باید تا ۷۲ ساعت و نهایتاً تا ۱۲۰ ساعت پس از نزدیکی پر خطر و بدون پیشگیری انجام شود.

روش yuzpe: مصرف ۱۰۰ میکرو گرم اتینیل استرادیول و ۰/۵ mg لوونورژسترول است که در دو دوز مصرف می‌شود. یعنی دوز آن با مصرف دو عدد قرص جلوگیری



پیشگیری در دوره‌ی نفاس:

در مادرانی که به تازگی زایمان کرده‌اند شانس تخمک گذاری طی ۱۰ هفته اول بعد از زایمان کم است ولی انتظار برای رخ دادن اولین قاعدگی پس از زایمان هم خطر بارداری ناخواسته را در پی دارد پس باید در هفته‌های اول پس از زایمان روش پیشگیری آغاز شود و تمام روش‌های پیشگیری اورژانسی بارداری را در این مادران می‌توان مصرف نمود.

باید و نبایدهای دوران بارداری



دکتر نرگس ندیم زاده

متخصص زنان، زایمان و نازایی

فلوشیپ پریناتولوژی

میزان دریافت کالری: در سه ماهه اول، دوم و سوم دوران بارداری توصیه می‌شود روزانه به ترتیب صفر، ۳۵۰ و ۴۵۰ کیلو کالری به میزان برآورده شده نیاز به انرژی در وضعیت غیر حاملگی افزوده شود. (افزودن ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز یا بیشتر سبب تجمع چربی می‌شود)

دریافت پروتئین: به ازای هر کیلوگرم وزن مادر، در حد تقریباً یک گرم در روز توصیه می‌شود که ترجیحاً قسمت اعظم آن باید از منابع حیوانی نظیر گوشت، گوشت ماکیان و ماهی، شیر، تخم مرغ و پنیر تامین شود. مصرف گوشت، تخم مرغ، ماهی خام و محصولات لبنی غیر پاستوریزه ممنوع است.

ورزش: به طور کلی اگر خانم باردار دچار خستگی بیش از حد نشود و یا در معرض خطر آسیب قرار نداشته باشد محدودیت فعالیت ضرورتی ندارد.

موارد منع ورزش در دوران حاملگی:

- ۱- بیماری شدید قلبی-ریوی
- ۲- زنان در معرض زایمان زودرس (سرکلاژ، چند قلوئی، خونریزی و پارگی پرده ها)
- ۳- زنان مبتلا به مسمومیت بارداری (پره اکلامپسی)
- ۴- جفت پرویا
- ۵- کم خونی
- ۶- دیابت یا صرع بد کنترل شده
- ۷- چاقی افراطی
- ۸- محدودیت رشد جنین

مصرف غذاهای دریایی: در هر هفته ۲۲۵ الی ۳۴۰ گرم مصرف ماهی توصیه می‌شود. اما باید از مصرف ماهی‌های حاوی جیوه فراوان نظیر کوسه ماهی، نیزه ماهی، ماکرل بزرگ و سفره ماهی پرهیز شود.

مسافرت هوایی: در غیاب عوارض زایمانی یا طبی، زنان حامله می‌توانند تا هفته ۳۶ حاملگی، با هواپیماهای دارای فشار مناسب پرواز بی خطر داشته باشند.

حرکت دادن

دوره‌ای اندام‌های

تحتانی و راه رفتن

حداقل یک بار در

ساعت جهت کاستن از خطر

ترومبوآمبولی توصیه می‌شود.

نزدیکی جنسی: معمولاً در زنان حامله

سالم بی خطر است. با این وجود، هرگاه خطراتی نظیر سقط یا زایمان زودرس، جفت سر راهی یا پارگی پرده‌ها وجود داشته باشد باید از نزدیکی جنسی خودداری شود.

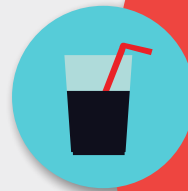
مراقبت‌های دندانپزشکی: معاینه دندان‌ها در دوران بارداری توصیه می‌شود و حاملگی ممنوعیتی برای درمان‌های دندانپزشکی از جمله رادیوگرافی‌های دندان‌ها ندارد.

واکسن:

- ۱- واکسن کزاز در دوران حاملگی بین هفته‌های ۲۷ و ۳۶ حاملگی تجویز می‌شود.
- ۲- تمام زنانی که در جریان فصل آنفلوآنزا حامله خواهند بود باید تحت واکسیناسیون قرار گیرند.
- ۳- در زنان مستعد ابتلا به سرخچه باید واکسن MMR بعد از زایمان دریافت شود.

کافئین: روزانه مصرف یک فنجان قهوه رقیق بلامانع است. ولی از مصرف قهوه‌های غلیظ خودداری شود.

(مصرف کمتر از ۳۰۰ گرم در روز توصیه می‌گردد)



حیوانات خانگی: از تماس با حیوانات به ویژه گربه پرهیز شود.
(ظرف خاک گربه را تمیز نکنید احتمال ابتلا به انگل توکسوپلازما وجود دارد)

سیگار: در دوران بارداری، مصرف دخانیات ممنوع است. خطر سقط، مرده زایی، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، پارگی پیش از موعد پرده ها، جداشدگی جفت و جفت سرراهی، اختلال شناختی و شخصیتی در دوران کودکی و بلوغ، بیش فعالی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، آسم و چاقی در کودکی با مصرف سیگار افزایش می یابد.

الکل: مصرف هر میزان الکل در دوران بارداری ممنوع است. مصرف الکل عقب ماندگی ذهنی، محدودیت رشد جنین، اختلال سیستم عصبی، اختلالات صورت، کاهش ضریب هوشی، بیش فعالی، اختلال حافظه و تشنج، ناهنجاری قلبی، اسکلتی، کلیوی، چشمی و کاهش شنوایی را در پی دارد.

غربالگری نقص لوله عصبی: در هفته های ۲۰-۱۵ انجام می شود.

غربالگری آنوپلوئیدی (سندروم داون و تری زومی ۱۳ و ۱۸): شروع ارزیابی از ۱۱ هفتگی می باشد. در زنان با سابقه اختلالات ژنتیکی خاص مشاوره قبل از بارداری توصیه می شود.

گرما: در دوران حاملگی، وان داغ یا سونا ممنوع است. تب در دوران بارداری (۳۸/۹°C) باعث افزایش سقط و ناهنجاری و افزایش احتمال نقص لوله عصبی (NTD) می شود.

رنگ مو: اطلاعات کمی در دسترس می باشد ولی در برخی مطالعات، رنگ مو باعث افزایش سقط در آرایشگران شده است. حداقل طی سه ماهه اول توصیه به عدم تماس می شود.

مصرف مکمل ها: تحت نظر پزشک مصرف شود. مصرف بیش از حد مجاز مکمل ها سبب ایجاد مسمومیت و آسیب به جنین می شود.

افزایش وزن مجاز در دوران بارداری: بر اساس BMI وزن بر حسب کیلوگرم به شرح جدول زیر است:
(۲۰۰ پوند بر حسب متر)

BMI	حداقل و حداکثر افزایش وزن طی بارداری
کمتر از ۱۸/۵	۱۳-۱۸ کیلو گرم
بین ۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۱-۱۶ کیلو گرم
بین ۲۵ - ۲۹/۹	۷-۱۱ کیلو گرم
بیشتر یا مساوی ۳۰	۵-۹ کیلو گرم

میانگین افزایش وزن در سه ماهه های دوم و سوم در هفته:

BMI	میانگین افزایش وزن
کمتر از ۱۸/۵ (کم وزن)	۰/۴۵ (۰/۴۵ - ۰/۶) کیلوگرم در هفته
۱۸/۵ - ۲۴/۹ (طبیعی)	۰/۴۵ (۰/۳۵ - ۰/۴۵) کیلوگرم در هفته
۲۵ - ۲۹/۹ (اضافه وزن)	۰/۳ (۰/۲ - ۰/۳) کیلوگرم در هفته
مساوی یا بیشتر از ۳۰ (چاقی)	۰/۲ (۰/۲ - ۰/۳) کیلوگرم در هفته

افزایش وزن در دو قلوئی:

BMI طبیعی (۱۸/۵ - ۲۴/۹)	۲۴ - ۱۷ کیلوگرم
در زنان چاق دوقلو	۱۹ - ۱۱ کیلوگرم



مصرف هر میزان الکل در دوران بارداری ممنوع است. مصرف الکل عقب ماندگی ذهنی، محدودیت رشد جنین، اختلال سیستم عصبی، اختلالات صورت و ... را در پی دارد.

« بارداری و خطر بیماری های قلبی

بیماری های قلبی با شدت های مختلف در ۱ الی ۲٪ حاملگی ها دیده می شود و متأسفانه باعث افزایش مرگ و میر و آسیب های مادری می شود.

دکتر سکینه قربانی

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی



بیماری های مادرزادی قلبی در پیش از بارداری موجب کاهش بروز ابتلای جنین هنگام بارداری می شود و وقتی مادر مبتلا باشد تقریباً در ۵۰ درصد موارد همان ناهنجاری مادر جنین نیز دارد. هم چنین در بارداری همراه با بیماری قلبی، در زایمان زودرس و تاخیر رشد داخل رحمی و IUGR شایع است.

بارداری در خانم مبتلا به بیماری قلبی باید همزمان توسط متخصص زنان و متخصص قلب اداره شود. زایمان طبیعی برای اکثر مادران مبتلا به بیماری قلبی ارجح است. طی بارداری واکسن آنفولانزا بدون توجه به سن حاملگی اجباری است. گاهی باتوجه به نوع بیماری قلبی تجویز داروهای ضد انعقادی ارزیابی می شود و آموزش های لازم در این زمینه به بیمار داده می شود.

نتیجه گیری: به دلیل ناشناخته بودن ابتلا مادران به بیماری های قلبی که گاهی بعضی از آنها در وضعیت خطرناک در بارداری شناخته میشوند و به دلیل افزایش میزان مرگ و میر مادری در طی بارداری به دلیل بیماری های ناشناخته قلبی مادر توصیه شده است که حتماً مادران باردار یک نوبت ویزیت متخصص قلب در طی بارداری داشته باشند.



بیماری های مادرزادی قلبی در پیش از بارداری موجب کاهش بروز ابتلای جنین هنگام بارداری می شود.

در طی سال های اخیر میزان مرگ و میر مادری به بیماری های قلبی در ایران تقریباً ۱۶٪ بوده که خیلی از آنها قابل پیشگیری بوده اند.

عوامل افزایش شیوع بیماری های قلبی در بارداری عبارتند از: افزایش چاقی، فشار خون بالا، دیابت در بزرگسالان جوان، افزایش سن زنان باردار و تاخیر در شروع بارداری، طول عمر در زنان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی تا سن بزرگسالی که به دلیل پیشرفت در درمان های طبی و جراحی می باشد. افزایش تشخیص بیماری های قلبی در بارداری به دلیل اینکه خیلی از بیماری ها قابل از بارداری بدون علامت بوده و با افزایش بار قلب در حاملگی تشدید و حتی در مواردی برای اولین بار تشخیص داده میشوند. برای خانم باردار با علائم قلبی به تشخیص قلب ارجاع داده می شود. در صورت وجود سابقه بیماری قلبی مادرزادی یا مرگ ناگهانی در بستگان نزدیک، احتمال وجود بیماری قلبی در خانم باید مد نظر قرار گیرد.

بیماران شناخته شده قلبی، قبل از اقدام به بارداری حتماً باید با پزشک متخصص قلب خود مشاوری کنند و وضعیت کنونی قلب با اکو کاردیوگرافی و سایر اقدامات تشخیصی ارزیابی شود.

تغییرات فیزیولوژیک حاملگی طبیعی ممکن است علائم و یافته های بالینی را ایجاد کنند که شباهت به بیماری قلبی داشته باشند و توسط متخصص زنان و قلب بررسی میشوند. همچنین بیماری قلبی مادر بر جنین و نوزاد نیز تاثیر دارد. مثلاً اگر زن باردار بیماری مادرزادی قلبی داشته باشد خطر ابتلا در نوزاد بیشتر از حد معمول است و نیز اصلاح برخی



دکتر عیسی جاسم زاده

متخصص جراحی عمومی و لاپاراسکوپی

گزارش یک مورد بیماری (Case report)

بیمار خانمی است ۱۹ ساله متولد ۷۸/۶/۳۰ متولد افغانستان که در تاریخ ۹۷/۶/۲۵ تحت عمل سزارین قرار گرفته است و با رضایت شخصی فردای آن روز بیمارستان را ترک می‌کند. در تاریخ ۹۷/۶/۳۰ پنج روز بعد با تنگی نفس و درد شکم در ناحیه اپی گاستر مجدداً در ICU بستری می‌گردد که جهت بررسی و رد آمبولی ریه و سایر تشخیص‌ها برای وی سیتی آنژیو ریه و سونوگرافی شکم و CXR در خواست می‌گردد که فردای آن روز مجدداً با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کند. در تاریخ ۹۸/۷/۶ مجدداً بیمار با درد شکم به متخصص محترم داخلی مراجعه و پس از سونوگرافی شکم، سنگ کیسه صفرا گزارش شده بود و درد ناحیه RUQ شکم داشت که در سرویس جراح بیمارستان بستری می‌گردد. پس از ویزیت توسط جراح علائم پریتونیت داشته درخواست سونوگرافی مجدد شکم و لگن می‌گردد که مایع آزاد فراوان گزارش می‌گردد. بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار می‌گیرد یافته عمل پرفوراسیون سکوم در ۲ ناحیه و پریتونیت باکتریال، چرک فراوان حدوداً ۶ لیتر و عفونی شدن انتوم با بوی زننده و عفونت بی‌هوازی مشهود گردید که برای وی سکوستومی و ایلئوستومی انجام و شکم شستشو و انتوم آلوده رزکسیون شده و پس از درناژ شکم بیمار در حالت Septic shock به ICU منتقل و تحت درمان قرار می‌گیرد. در طی معالجه در ICU دچار ATN شده همچنین تحت تنفس مصنوعی با ونتیلاتور قرار گرفت. کشت ترشحات درن از نظر Acid fast bacilli (میکروب سل) انجام شد که منفی بود. به تدریج با درمان‌های دارویی (آنتی بیوتیک)، اکسیژن تراپی و فیزیوتراپی تنفسی و درمان RF (نارسائی کلیه) مشکلات حاد بیمار برطرف شد و از شوک عفونی (Septic shock) خارج گردید.

در طول درمان بیمار دچار سرفه‌های شدید و تنگی نفس گردیده که جراح درخواست PPD جهت T.B R/O (بیماری سل) می‌کند اما جواب PPD منفی است.

در تاریخ ۹۸/۷/۱۳ یک هفته بعد بیمار دچار dehiscence یا باز شدن زخم لاپاراتومی به علت عفونت طولانی شده داخل شکم

می‌شود که ترمیم می‌گردد و در تاریخ ۹۸/۷/۱۸ ترخیص می‌گردد. پس از یک ماه سرفه‌های بیمار مرتباً ادامه داشته و بیمار لاغر تر می‌شود جهت ترمیم مجدد جدار شکم در بیمارستان البرز بستری و مجدد ترمیم جدار شکم انجام می‌شود. در نهایت بیمار پس از چندین بار مراجعه بهبود پیدا کرده جهت ادامه درمان به افغانستان می‌رود. در افغانستان مجدداً با تشخیص فیستول ریه و پنومونی ناشی از T.B ریه تحت عمل پنومونکتومی یا لوبکتومی ریه قرار می‌گیرد و برای بستن سکوستومی دیگر مراجعه نکرد. با توجه به سیر بیماری از این بیمار نکات زیر قابل توجه است.

بیمار مرتباً به علت ضعف مالی با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کرده و در نتیجه تشخیص و درمان بیمار با مشکل و تاخیر انجام گرفته است در صورتی که ثابت نمی‌گردید که بیمار T.B یا سل دارد و به علت مشکل زمینه‌ای دچار پرفوراسیون کولون گردیده است متخصص زنان که ایشان را سزارین کرده بود مورد اتهام و قصور در جراحی قرار می‌گرفته و باعث شکایت همراه بیمار شده و مشکلات بعدی برای پزشک و بیمارستان ایجاد می‌گردید که خوشبختانه بی‌گناهی وی ثابت و قطعی شد.

در بیماران افغانی با هر شکایتی که مراجعه می‌کنند حتماً از نظر T.B بررسی گردد چون بیماری بومی آنجا بوده و با سوءتغذیه ارتباط مستقیم دارد. همکاری در جراحی، یکدلی، صادقانه و لجوجانه در پی درمان بیمار بودن منجر به نجات جان بیمار بد حال و فوت نشدن وی گردید و مارک مرگ مادر که رتبه بهداشتی یک کشور، استان و شهرستان و نتیجتاً بیمارستان را به شدت پایین خواهد آورد، نصیب بیمارستان مریم نگردید.

در نجات این بیمار همکاران بیهوشی، داخلی، جراحی و زنان و پرسنل اتاق عمل و ICU جراحی و بخش‌های جراحی دخالت مستقیم و موثر داشته اند که باید دست تک تک این افراد را بوسید.

عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان

دکتر رضا حکمتیان

متخصص بیماری‌های کودکان



شایع‌ترین بیماری در کودکان عفونت‌های تنفسی است. عفونت‌های تنفسی همچنین شایع‌ترین و مهم‌ترین علت منجر به بستری و مرگ و میر در کودکان است. دستگاه تنفسی از مجاری ورود هوا یعنی بینی و دهان شروع می‌شود.

عفونت‌های تنفسی تحتانی شامل:

پنومونی، برونشیت، برونشولیت، تراکئیت، کروپ، آنفولانزای فصلی، ویروس نشانگان خاورمیانه و غیره می‌باشد. در بین عفونت‌های تنفسی فوقانی شایع‌ترین علت ویروس‌ها می‌باشند (سرماخوردگی). بیش از ۲۰۰ نوع ویروس مختلف در بیمارانی عفونت فوقانی تنفس دیده می‌شود که رایج‌ترین آنها راینو ویروس است.

سایر ویروس‌های عفونت فوقانی شامل:

کوروناویروس، پارا اینفلوآنزا ویروس، آدنوویروس، انتروویروس و حتی RSV می‌باشد. خطرناک‌ترین عفونت تنفسی تحتانی نیز پنومونی است. طبق اعلام سازمان WHO در سال ۲۰۱۵، پنومونی عامل مرگ ۹۲۰ هزار کودک زیر ۵ سال در جهان بوده



بیش از ۲۰۰

نوع ویروس مختلف

در بیماران

عفونت

فوقانی

تنفس دیده

میشود که

رایج‌ترین

آنها راینو

ویروس

است.

شایع‌ترین بیماری در کودکان عفونت‌های تنفسی است. عفونت‌های تنفسی همچنین شایع‌ترین و مهم‌ترین علت منجر به بستری و مرگ و میر در کودکان است. دستگاه تنفسی از مجاری ورود هوا یعنی بینی و دهان شروع می‌شود. هوا حین عبور از دهان و بینی گرم و مرطوب می‌شود و ضمناً با حرکت مژک‌های تنفسی ترشحات و میکروب‌ها و ویروس‌ها به خارج رانده می‌شود. هوا از حنجره گذر میکند و سپس از طریق نای وارد دو برونش می‌شود.

هر برونش به یک ریه می‌رود به این طریق که برونش‌ها به شاخه‌های کوچک‌تر و برونشیول‌ها تقسیم می‌شوند و نهایتاً به کیسه‌های هوایی یا آلوئول‌ها می‌روند. در کیسه‌های هوایی، اکسیژن وارد جریان خون می‌شود و دی اکسید کربن خون وارد آلوئول می‌گردد که با بازدم دفع می‌شود. حفره بینی، حلق و حنجره دستگاه تنفس فوقانی هستند. نای، نایژه (برونش) و ساختارهای مختلف درون ریه (شامل برونشیول‌ها و آلوئول‌ها) و پرده‌های اطراف ریه دستگاه تنفسی تحتانی را تشکیل داده‌اند.

عفونت‌های تنفسی فوقانی شامل: سرماخوردگی‌ها، گلودرد، گوش درد، عفونت سینوس‌ها و غیره.



سری از علائم نیز نشان دهنده عفونت شدید یا بدحالی بیمار هستند.

علائم خطر شامل موارد زیر است:

- ۱- وقفه یا ایست تنفسی ۲- کبودی یا رنگ پریدگی ۳- تنگی نفس ۴- تو کشیدگی پوست کودک در ناحیه زیر جناغ یا فواصل بین دنده‌ها یا بالای جناغ حین انجام عمل دم ۵- باز شدن و زدن پره‌های بینی با تنفس ۶- ناله ۷- هر نوع صدای تنفس غیر طبیعی ۸- تب در شیرخوار زیر ۳ ماه یا تب بیشتر از ۳ روز در شیرخوار بالای ۳ ماه ۹- کاهش دفع ادرار ۱۰- خستگی و بی حالی شدید و دشواری در خوردن و نوشیدن ۱۱- اختلال سطح هوشیاری
- در صورت مشاهده هر یک از علائم یازده گانه فوق باید کودک فوراً به اورژانس رسانده شود.

در مواجهه با علائم سرماخوردگی شامل اقدامات محافظتی و کارهای پیشگیرانه باید باشد؛ مانند استفاده از بخور، بدن شویه هنگام تب و نیز مصرف تب‌برها.

با شدت یافتن علائم، حتماً باید کودک را نزد پزشک معالج برد. اکثراً نیاز به مصرف آنتی بیوتیک نیست. مصرف خودسرانه داروها و آنتی بیوتیک به شدت اشتباه است. از آنتی بیوتیک‌ها نباید خودسرانه استفاده کرد زیرا از سویی ماهیت بیماری به هم می‌ریزد و به دنبال آن میکروب‌های موجود در بدن می‌توانند مقاومت به دارو را در خود ایجاد کنند و از طرفی به دلیل درمان ناکافی برخی از ارگان‌ها سبب ساز بیماری و عفونت مزمن دستگاه تنفسی یا سایر ارگانهای بدن می‌شود. یک

است. در یک تحقیق در دانشگاه علوم پزشکی ایران، کودکانی که طی یک دوره زمانی ۵ ساله در بیمارستان آیت ا... طالقانی تهران به علت عفونت حاد تنفسی بستری شده بودند بررسی شدند.

از تعداد ۱۹۱ کودک بستری به علت عفونت حاد تنفسی ۱۸۴ نفر مبتلا به عفونت تنفسی تحتانی بودند (پنومونی - کروپ - برونشولیت) و ۷ نفر مبتلا به عفونت تنفسی فوقانی بودند (سینوزیت) عامل از طریق قطرات ریز آب موجود در هوای تنفسی همراه با تنفس وارد بدن می‌شود. علائم عفونت تنفسی در مراحل اولیه سرفه‌های تک تک، آبریزش بینی و تب مختصر هستند. موارد شدید نیز با سرفه‌های شدید و تب بالا همراه است. نخستین اقدام والدین



پرسش و پاسخ‌های رایج درباره ایدز

شهناز یوسف زاده (سوپروایزر آموزشی)
فاطمه دوستدار (سوپروایزر ارتقاء سلامت)

قسمت اول:

۱- مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری چه مراکزی هستند؟

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری زیر نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور فعالیت می‌کنند. خدمات در این مراکز رایگان بوده و افراد با رفتارهای پرخطر می‌توانند با مشاوره تلفنی و یا حضوری اطلاعات لازم را کسب نمایند و در صورت صلاحدید مشاوران، برای آزمایش رایگان ارجاع می‌شوند. این مراکز با نام مراکز مشاوره ایدز در سامانه تلفنی ۱۱۸ ثبت شده‌اند.

۲- برای اطلاع از وضعیت ابتلای خود به اچ‌آی‌وی/ایدز، انجام آزمایش و یا کسب اطلاعات در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز چه باید بکنیم؟

باید به نزدیک ترین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در شهر محل سکونت خود مراجعه کنیم.

۳- ابتلا به اچ‌آی‌وی (ویروس عامل بیماری ایدز) چیست؟ بیماری ایدز مرحله نهایی ابتلا به اچ‌آی‌وی است و ممکن است ۱۰ سال (و یا بیشتر) پس از آلودگی با این ویروس اتفاق افتد. افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی سال‌ها بدون داشتن علامت زندگی می‌کنند و آلودگی را به دیگران منتقل می‌نمایند. در صورت شروع نشدن درمان موثر و به موقع، اکثر بیماران حدود ۳ - ۲/۵ سال پس از تشخیص بیماری ایدز می‌میرند.

۴- علائم بیماری ایدز چیست؟

ابتلا به بیماری ایدز در اغلب موارد با عوارض ساده‌ای مانند اسهال، تب، درد عضلانی، درد مفاصل شروع می‌شود. این عوارض پس از چند هفته خودبه خود برطرف می‌شود و فرد خیال می‌کند که به سرماخوردگی دچار بوده است. از آن جا که ساخته شدن پادتن‌های موثر حدود ۱۴ روز طول می‌کشد در این زمان جدال بین ویروس‌ها و پادتن‌ها در جریان است. پس از سپری شدن این مرحله دورانی فرا می‌رسد

که حال بیمار خوب می‌شود اما در خون او پادتن ضد ایدز را می‌توان تشخیص داد و از خون وی ویروس ایدز را می‌توان بدست آورد. عرق کردن در شب و احساس خستگی از سایر علایم این بیماری است. مرحله بعدی که در آن تصویر نهایی بیماری ایدز به نمایش گذاشته می‌شود حاصل درهم شکسته شدن کامل سیستم دفاعی بدن است. در این حالت انواع بیماری‌های باکتریایی، ویروسی و انگلی قادر هستند که فرد مبتلا را از پای بیاندازند.

۵- فاصله زمانی بین ابتلا و ظهور علائم بالینی ایدز چقدر است؟

از زمانی که ویروس وارد بدن شده و وارد اولین سلول‌های دفاعی می‌شود ابتلا صورت پذیرفته است؛ اما به طور معمول ۱۵-۱۰ سال طول میکشد که فرد وارد مرحله بیماری ایدز شود. در صورت وجود عواملی مانند فقر غذایی، عدم رعایت بهداشت، ابتلا به عفونت‌های مختلف و تعداد بیشتر ویروس وارد شده، این مدت کوتاهتر می‌شود و استفاده از غذاهای مغذی و بهداشتی، مصرف ویتامین‌های لازم، انجام ورزش و داشتن روحیه بالا و تشخیص و درمان عفونت‌ها در این مسیر، مدت زمان را طولانیتر کرده، منابع پزشکی این مدت را تا ۲۰ سال هم گزارش نموده است.



وسایل پیشگیری کننده صد در صد استفاده کرد. در تمام شرایط بسیار مهم است که با پزشک خود سریعاً مشورت کنید چرا که او به سوالات شما پاسخ خواهد داد و در صورت نیاز تست دوم را به شما پیشنهاد خواهد کرد.

۱۱- چگونه بفهمیم اطرافیانمان مبتلا به HIV هستند یا خیر؟

هیچ گاه نمی‌توانید فقط با نگاه به اطرافیانمان به این مورد پی ببرید. هر فرد ظاهراً سالمی را که در محل کار، مدرسه، استادیوم ورزشی، خیابان و... ملاقات می‌کنید ممکن است بدون آنکه حتی خود آگاه باشد، ناقل این ویروس باشد. بدین معنی که در حالی که در ظاهر سالم به نظر می‌رسد ولی در صورت ابتلا، می‌تواند با رفتارهای پرخطر خود ویروس را به فرد دیگری منتقل کند.

ادامه دارد...

این بیماری علایم مشخصی ندارد، لذا هیچگاه از ظاهر شخص نمی‌توان به بیماری او پی برد. شخص مبتلا تا وارد مرحله بیماری نشده، علائم ظاهری ندارد. مرحله ی قبل از ایدز را که شخص فقط ناقل ویروس می‌باشد و علائم بیماری در وی آشکار نشده است، مرحله «اچ آی وی مثبت» می‌گوییم.

۱۰- چگونه می‌توان دریافت که ما به اچ‌آی‌وی مبتلا هستیم یا خیر؟

امروزه ما می‌توانیم با انجام آزمایش خون از وضعیت ابتلای خود به اچ‌آی‌وی مطلع شویم. اگر آزمایشات خون در همان زمان مثبت باشد نشانه ی این است که به اچ‌آی‌وی مبتلا شده ایم. برعکس اگر نتیجه تست منفی باشد، تنها با انجام تست مجدد ۳ ماه بعد، می‌توان مطمئن شد که مبتلا به ویروس هستیم یا خیر. در این مدت زمان ۳ ماهه باید از

۶- اچ‌آی وی (ویروس عامل بیماری ایدز) از کجا آمده است؟

این ویروس در همه کشورها وجود دارد. مشخص نیست از کجا آمده است. مهم این است که با داشتن رفتارهای سالم، از ابتلا به این ویروس پیشگیری شود.

۷- اچ‌آی وی اولین بار در کدام کشور پیدا شد؟

اولین بار در سال ۱۹۸۱ میلادی در بین مردان هم جنس باز در آمریکا دیده شد. شواهدی وجود دارد که قبل از این تاریخ هم بیماری ایدز در چند منطقه جهان وجود داشته است.

۸- آیا خطر آلودگی و ابتلا به ایدز در زن و مرد مساوی است؟

خیر، زنان به علت ساختار فیزیکی بدن، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا قرار دارند.

۹- آیا شخص مبتلا به ایدز را می‌توان از ظاهر او یا به طریق دیگری شناسایی کرد؟



دکتر نسترن صالحی

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

پرسش از متخصص زنان



دلایل پاره شدن زودرس کیسه آب در دوران بارداری چیست؟

به طور کلی هر عاملی که باعث اتساع و باز شدن بیش از حد دهانه رحم شود میتواند منجر به پاره شدن زودرس کیسه آب گردد. ضربه شدید به شکم در اثر تصادف یا سقوط، عفونت دستگاه تناسلی، عفونت های موضعی، ناهنجاری رحمی، نارسایی دهانه رحم، دیابت و افزایش مایع داخل کیسه از اصلی ترین علل پاره شدن زودرس کیسه آب می شود.

آیا تغذیه مادر در دوران بارداری با زردی نوزاد بعد از تولد در ارتباط است؟

در مورد این که تغذیه مادر در دوران بارداری می تواند روی زردی نوزاد پس از تولد تاثیر داشته باشد و یا اینکه تغذیه مادر در دوران شیردهی روی زردی نوزاد تاثیر داشته باشد، اختلاف نظر زیاد است. احتمالا تغذیه مادر نقشی در زردی نوزاد ندارد ولی توصیه می شود در دوران بارداری مادر از میزان مصرف ادویه جات سرخ شده و مواد شیمیایی بکاهد.

پایین بودن ساک حاملگی به چه معناست و آیا نشان دهنده وجود مشکلی است؟ آیا لکه بینی باعث سقط می شود؟

رحم و جفت سر راهی باشد. بنابراین هرگز نباید به لکه بینی یا خون ریزی در بارداری کم توجهی شود. فرقی نمی کند که لکه بینی چه زمانی رخ می دهد و حتی اگر بسیار کوچک باشد، می تواند نشان دهنده وجود مشکلی بزرگ باشد.

بسته به علت خون ریزی پزشک برنامه ریزی لازم را انجام خواهد داد و متاسفانه گاهی نمی توان مانع سقط جنین شد. خون ریزی گاهی باعث زایمان زود می شود.

در هفته های اول بارداری پایین بودن ساک حاملگی تا حدودی طبیعی است، به خصوص اگر بدون لکه بینی باشد؛ ولی اگر در هفته های بالاتر این حالت ادامه پیدا کند و جفت هم پایین باشد و به خصوص اگر با لکه بینی همراه شود، می تواند باعث سقط گردد. گرچه خون ریزی یا لکه بینی در بارداری غیر طبیعی نیست، ولی معمولا نگران کننده است. خون ریزی در بارداری هر چقدر هم خفیف باشد، می تواند نشانه ای از عوارض و مشکلات گوناگونی مانند سقط جنین، بارداری خارج از

آیا رابطه جنسی در طول بارداری مجاز است؟ و آیا ارگاسم مادر می تواند منجر به سقط شود؟

اگر بارداری معمولی کم خطری داشته باشید رابطه جنسی، تحریک جنسی و یا ارگاسم نمی تواند باعث زایمان زودرس و یا سقط جنین شود. اگر چه ممکن است ارگاسم، تحریک نوک پستان ها و پروستاگلاندین موجود در مایع منی باعث ایجاد انقباض های ملایمی در رحم شود اما این انقباضات عموماً موقتی و بی خطر است. در سه ماهه اول ممکن است رابطه جنسی موجب احساس خستگی زیاد، بدخلقی و یا تهوع و استفراغ شود ولی ممکن است با رفع احساس تهوع در سه ماهه دوم میل جنسی مادر دوباره بازگردد اما در سه ماهه سوم و به خصوص اواخر آن ممکن است میل جنسی زن دوباره کاهش پیدا کند. در این مرحله شکم بسیار بزرگ شده است و مادر ممکن است احساس خارش یا احساس خستگی زیاد داشته باشد. همچنین ممکن است خانم اعتماد به نفس خود را در مورد اندام هایش از دست داده باشد و یا ترس از زایمان و یا مسئولیت نوزاد ذهن او را مشغول کرده باشد. اگر چه رابط جنسی در صورت منع نشدن توسط پزشک خطری برای مادر و جنین دارد اما لازم است که پدر و مادر مسائل بهداشتی را برای جلوگیری از هر نوع مشکلی رعایت کنند و در صورتی که هر یک از طرفین در معرض بیماری های آمیزشی قرار داشته باشد از نزدیکی در بارداری خودداری کنند و یا حداقل در زمان نزدیکی از کاندوم استفاده کنند. علاوه بر این در صورتی که مادر دچار تهدید به سقط، لکه بینی، درد رحمی باشد و یا در سونوگرافی هماتوم و یا لخته پشت جفت و یا جفت سرراهی گزارش شده باشد خانم بارداری باید از برقراری رابطه جنسی خودداری کند.

آیا با وجود کم کاری تیروئید امکان بارداری وجود دارد؟

برخی موارد کم کاری تیروئید می تواند باعث ناباروری در خانم ها شود. اندازه گیری هورمون های تیروئیدی و اصلاح آن به راحتی می تواند این مشکل را برطرف و در صورتی که علت ناباروری کم کاری تیروئید باشد این مشکل برطرف شود. پاره شدن جفت، تولد نوزاد نارس و یا مرگ داخل رحمی جنین از دیگر عوارض کم کاری تیروئید در خانم ها است.

ولی مهمترین مشکل در کم کاری تیروئید در خانم ها به تاخیر افتادن رشد کودک و کند ذهنی او بعد از تولد است. تا زمانی که غده تیروئید جنین عملکرد خود را شروع کند، از نظر هورمون تیروئیدی کاملاً وابسته به مادرش است و این اتفاق زودتر از هفته ۱۳ بارداری نمی افتد. بنابراین کم کاری تیروئید در سه ماهه اول بارداری می تواند اثر سوء خود را بر سلامت جنین بگذارد. بنابراین لازم است قبل از بارداری خانم ها نسبت به تشخیص و درمان وضعیت تیروئید خود اقدام کنند. درمان کم کاری تیروئید در دوران بارداری آسان است. در بیشتر موارد پزشک برای جبران کمبود هورمونی به بیمار فرم های مصنوعی T4 می دهد و دوز دارو طوری تنظیم می شود که سطح هورمون مورد نظر در خون ثابت بماند.

لازم است همه خانم ها قبل از اقدام به بارداری از نظر تیروئید بررسی و در صورت لزوم درمان شوند.

از علائم شایع کم کاری تیروئید در بارداری می توان به خستگی زیاد در بارداری، افزایش وزن غیر عادی، اختلال خواب، ضعف عضلانی، یبوست، خستگی پوست، اشاره کرد. البته همه این علائم در همه افراد وجود ندارد.

آیا مصرف استامینوفن در بارداری مجاز است؟

یکی از داروهایی که برای درمان مشکلات رایج از جمله سردرد، سرماخوردگی، تب، کمردرد و یا آنفولانزا برای مادران باردار تجویز می شود استامینوفن است. مصرف استامینوفن به ویژه با دوز بالا می تواند منجر به بروز اختلالات رفتاری مانند بیش فعالی، کم توجهی و اختلال حرکتی در کودک شود. به علاوه استامینوفن می تواند باعث صدمه به کبد شود. البته این به آن معنا نیست که نمی تواند از استامینوفن در بارداری استفاده کرد و قطعاً مضرات استامینوفن بسیار کمتر از مضرات تب است. مادر باردار باید توجه داشته باشد که تا حد امکان بدون دستور پزشک دارویی مصرف نکند. پزشک شما دوز مجاز مصرف استامینوفن را رعایت خواهد کرد.



دکتر نویدا نوروززاده

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

همواره شنیده‌ایم که حاملگی در سن بالا خطرناک است و ممکن است مشکلات زیادی ایجاد کند. آیا حقیقت دارد؟

اکسی توسین و قدرت انقباضی رحم کاهش می‌یابد. همچنین عوارضی مانند سقط و مرگ ناگهانی داخل رحمی جنین هم افزایش می‌یابد که علت دقیق آن نامعلوم است. برخی از اختلالات ژنتیکی جنین مانند سندروم داون نیز با افزایش سن میزان بالاتری را نشان می‌دهد به صورتی که در سن زیر ۲۵ سال ۱/۱۰۶۴ و در سن بالای ۴۰ سال احتمال آن ۱/۵۳ می‌رسد.

با وجود همه این خطرات، در صورتی که مادری در سن بالا باردار شود با توجه به مراقبت‌های دقیق تر و امکانات بهتری که جهت کنترل مادر و جنین به وجود آمده، خوشبختانه اغلب مادران دوران حاملگی خوبی را پشت سر می‌گذارند و زایمان مناسبی خواهند داشت و نوزاد سالمی به دنیا می‌آورند.

برخی از
اختلالات
ژنتیکی جنین
مانند سندروم
داون نیز با
افزایش سن
میزان بالاتری
را نشان
می‌دهد.

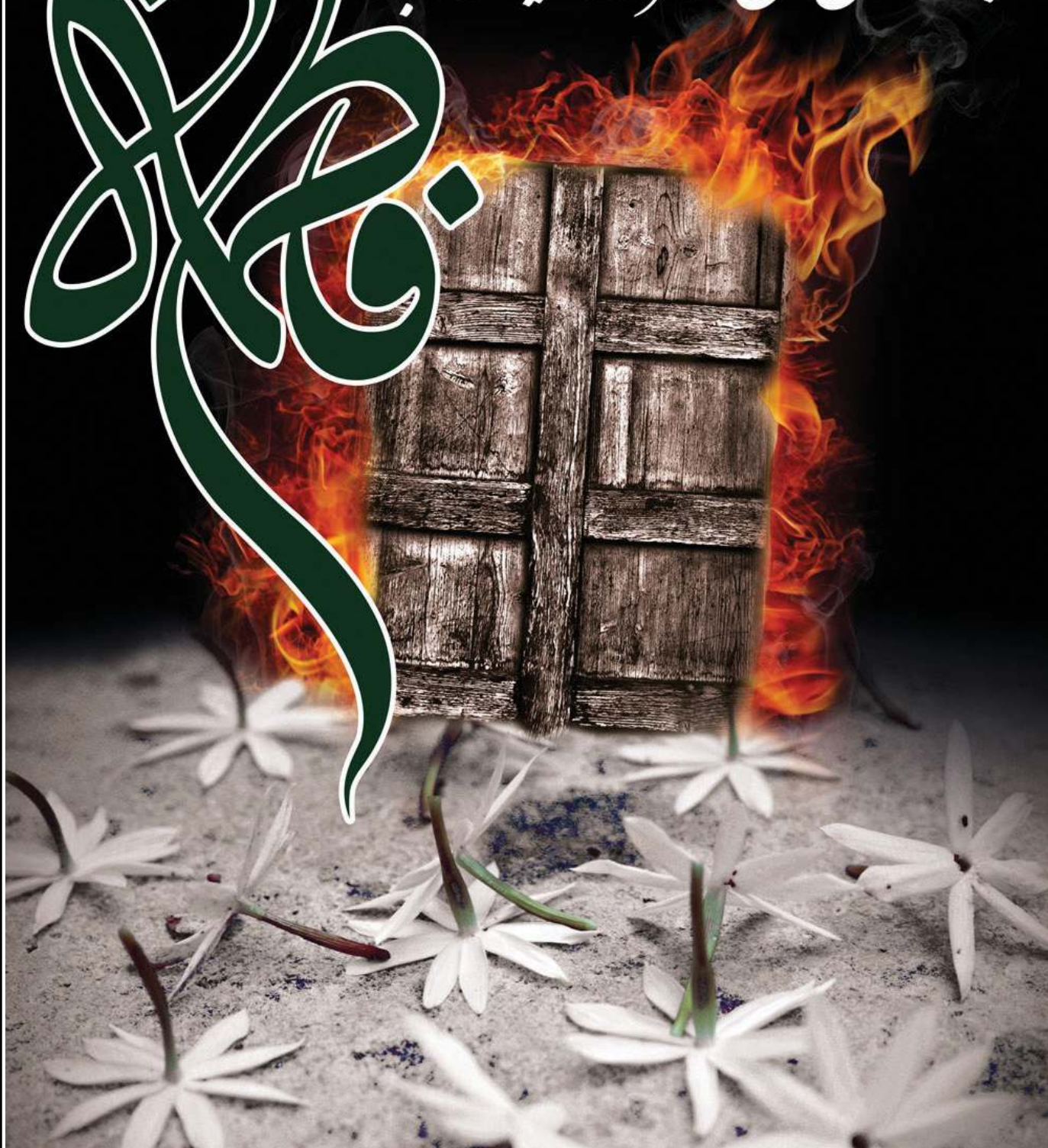
امروزه با بالا رفتن سن ازدواج، افزایش خانم‌های شاغل و تحصیل کرده و مسائل اقتصادی میزان بارداری و زایمان در سنین بالا تر نسبت به گذشته بیشتر در جامعه دیده می‌شود و به نظر می‌رسد رو به افزایش است.

در واقع در حاملگی مادر بالای ۳۵ سال، نیاز به مراقبت‌های بیشتری وجود دارد و علت این نیاز، به مسائل روند سلامتی خود مادر و تغییراتی برمی‌گردد که روی جنین موثر است. احتمال بروز برخی بیماری‌ها در مادران با افزایش سن بالا می‌رود مانند دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و هایپر لیپیدمی که می‌توانند علاوه بر مادر در روند بارداری خطراتی برای جنین ایجاد کنند. به طور مثال در مادر دیابتی احتمال اختلالات سیستم عصبی و قلبی جنین بالاتر است و یا در فشار خونی خطر بروز مسمومیت حاملگی (پره اکلامپسی) وجود دارد.

به علاوه در مادران با سن بالاتر از ۳۵ سال، احتمال خونریزی بدنیاال زایمان، زایمان زودرس، نیاز به سزارین اورژانسی، تولد نوزاد با وزن کم بالا تر می‌رود. برخی از این موارد می‌تواند علاوه بر مشکلات زمینه‌ای تغییراتی باشد که در عضله رحم با افزایش سن صورت می‌گیرد و به علت کاهش می‌توکندری‌ها حساسیت به

شهادت جانسوز ام ایما صدیقہ کبری
بر سکوواران آن حضرت تسلیم باد

عج





MARYAM
HOSPITAL

بیمارستان وزا ایستگاه مریم



کرج، ۴۵ متری گلشهر، خیابان
ارغوان غربی (شهید اکبری)

۰۲۶ - ۳۳۵۰۲۳۴۷

۰۲۶ - ۳۳۵۰۹۳۲۳

Instagram: Maryam_hospital

Website: www.maryamhospital.ir