



تفاوت جراحی‌های چاقی با یکدیگر

درمان بیماری‌های مادرزادی از نطفه تا تولد

سنگ‌های دستگاه ادراری

تقدیر ویژه از مدافعان سلامت بیمارستان مريم
در روز اول هفته سلامت

شهرضا لیدر از نرفیج



follow my instagram



سالروز شهادت مظلومانانه پیشوای هدایت

حضرت علی (علیه السلام) بر عموم شیعیان
تسلیت باد.

دارای کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی
کودکان | نوزادان | زنان و زایمان | جراحی عمومی | جراحی
کودکان و نوزادان | اورولوژی کودکان و بزرگسالان | غدد و رشد
کودکان | خون و سرطان کودکان | گوارش کودکان | نفرولوژی
کودکان | ارتوپدی | گوش و حلق و بینی | شنوایی سنجی | پری
ناتولوژی (طبمادر و جنین) | کلینیک پای دیابتی | کلینیک درد |
کلینیک داخلی | کلینیک تشخیص و درمان نازایی و ناباروری
(IVF - IUI) | کلینیک زیبایی |

طرف قرارداد با بیمه‌های: دانا، سینا، ایران، آتیه سازان،
بانک سپه، البرز، کوثر، رازی، آسیا، کارآفرین، SOS (شامل):
نوبین، پاسارگاد، سرمد، تعاون، دی، آسماری، خدمات درمانی،
سلامت ایرانیان، کارمندی، سامان، ملت، میهن، ما، معلم،
کارکنان شهرداری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بیمارستان وزایشگاه مریم

تخصصی و فوق تخصصی
شبانه‌روزی

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

تنها نشریه تخصصی پزشکی استان البرز



فهرست مقالات

۲	آنمی فقر آهن
۳	درمان بیماری‌های مادرزادی از نطفه تا تولد
۴	سنگ‌های دستگاه ادراری
۶	آغاز سال ۱۴۰۰ در بیمارستان مریم
۸	تفاوت جراحی‌های چاقی با یکدیگر
۱۰	درمان با سلول‌های بنیادی در بیماری‌های ارتوپدی (قسمت دوم)
۱۱	پرسش شما؛ پاسخ متخصص زنان
۱۲	ماستیت یا عفونت پستان در شیردهی
۱۳	پرولاپس رحم و مثانه چیست؟
۱۴	برگزاری مراسم افطاری در بیمارستان مریم با حضور خیرین موسسه محکم
۱۶	آیا تزریقات کم‌ری اسپیدورال یا اسپاینال باعث بروز کمر درد مزمن می‌شوند؟
۱۷	اولین نوزاد دختر و پسر سال ۱۴۰۰ در بیمارستان مریم
۱۷	دل نوشته‌ها و تجربه‌های شیرین ۹ ماه انتظار
۱۸	تقدیر ویژه از مدافعان سلامت بیمارستان مریم در روز اول هفته سلامت
۱۹	فرشته‌های متولد بیمارستان مریم
۲۰	معرفی بخش ۸ بیمارستان مریم (بخش زنان)

خانواده محکم

ماهنامه سراسری پزشکی

شماره ۳۱
فروردین و اردیبهشت ماه ۱۴۰۰
قیمت: ۷۰۰۰ تومان

مدیر مسئول: دکتر صلاح الدین دلشاد
صاحب امتیاز: دکتر محمد حسین دلشاد
گرافیک و صفحه‌آرایی: فرزین صادق‌زاده
چاپخانه: پارس (البرز)
همکاران این شماره:

دکتر صلاح‌الدین دلشاد (فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان)
دکتر سلمی شریف (متخصص نوزادان و کودکان)
دکتر حمیدرضا قشقایی (متخصص بیماری‌های کلیه)
دکتر محمد جواد باقری (بورده تخصصی جراحی عمومی)
دکتر مهران پیر سحرخیز (متخصص جراحی عمومی)
دکتر امید شریفی (متخصص ارتوپدی)
دکتر آریتا ایزدی محصل زمانی (متخصص زنان و زایمان)
دکتر نسترن صالحی (متخصص زنان و زایمان)
دکتر لیلا قربانی (متخصص زنان و زایمان)
دکتر زیبا باقریان (متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه)
مینو مهرنیا (سرپرستار بخش زنان)
آتلیه همکار: استودیو حس
مسئول روابط عمومی: نسرتین معارفی

کرج، بلوار ۴۵ متری گلشهر، خیابان ارغوان غربی (شهید اکبری)، بیمارستان و زایشگاه مریم

تلفن: ۰۲۶-۳۳۵۰۲۳۴۷

۰۲۶-۳۳۵۰۹۳۲۳

۰۲۶-۳۳۵۱۲۴۵۹

۰۹۱۹۵۴۳۹۸۱۲

فکس:
سفرارش آگهی:

پست الکترونیک نشریه:

public@maryamhospital

سایت بیمارستان:

www.maryamhospital.ir

اینستاگرام: Maryam_hospital



دکتر سلمی شریف

متخصص نوزادان و کودکان

دارای بورس تخصصی از دانشگاه تهران



آنمی فقر آهن

- میان وعده‌های کم ارزش را محدود کنید.
- مصرف قهوه، چای و کولا را محدود کنید.

ارزیابی و درمان:

- مقادیر کم هموگلوبین باید با تکرار آزمایش هموگلوبین تأیید شود.

- درمان فقر آهن شامل، درمان با آهن و بهبود رفتارهای تغذیه‌ای است. پس از آنکه آنمی با منشأ تغذیه‌ای درمان شد، با بهبود رژیم غذایی می‌توان از عود آن جلوگیری کرد.

- شیرخواران و کودکان کمتر از ۵ سال جهت درمان بایستی قطره آهن با دوز 3 mg / kg / d آهن المنتال دریافت کنند.

- ترکیبات آهن زمانی که بین وعده‌های غذایی یا زمان خواب مصرف شوند، بهتر جذب می‌شوند.

- اگر عدم تحمل گوارشی (مانند: تهوع، کرامپ، اسهال و بی‌وست) روی داد، می‌توان آهن را با غذا مصرف نمود.

- همچنین با مصرف دوز کم در شروع درمان و افزایش تدریجی آن با استفاده از فرم دیگر دارو (مانند: گلوکونات آهن) تحمل آهن بهتر می‌شود.

- ترکیبات آهن نباید به فاصله یک ساعت از موادی که جذب آهن را مهار می‌کنند (مانند: محصولات لبنی، آنتی‌اسیدها، مکمل‌های کلسیم، قهوه، چای و غلات) مصرف شود.

- وضعیت آهن بدن با افزایش مصرف گوشت کم‌چرب، ماهی و طیور، همچنین منابع گیاهی (مانند: اسفناج، نخود، غلات و حبوبات) بهتر می‌شود.

- آنمی فقر آهن در طی ۶ تا ۸ هفته درمان با فرس سولفات بهبود می‌یابد. اگر هموگلوبین در پاسخ به تجویز آهن 1 g در ماه افزایش نیابد، فقر آهن باید با اندازه‌گیری فریتین (شکل ذخیره آهن در بدن) تأیید شود.

- برای جایگزینی کامل ذخایر آهن، درمان با آهن باید حداقل ۳ ماه پس از آنکه هموگلوبین طبیعی شد و فریتین بیش از 15 ng بود، ادامه یابد.

مادران عزیز و گرامی در این مقاله مطالبی پیرامون آنمی (کم‌خونی) فقر آهن می‌خوانیم. آنمی فقر آهن، شایع‌ترین آنمی تغذیه‌ای است. خطر آنمی فقر آهن در شیرخواران زیاد است؛ زیرا، برای رشد سریع به آهن بیشتری نیاز دارند. در شیرخواران ترم سالم، ذخایر آهن فقط برای ۴-۶ ماه کافی است؛ بنابراین، شناخت این نوع کم‌خونی و پیشگیری از ابتلای آن بسیار با اهمیت است. آنمی فقر آهن با تأخیر در تکامل روانی حرکتی، نقایص شناختی و اختلالات رفتاری در کودکان خردسال همراه است. همچنین، اختلال رشد و تکامل، تضعیف دستگاه ایمنی، خستگی، افزایش حساسیت به مسمومیت با سرب و کاهش مقاومت در برابر عفونت، کاهش عملکرد جسمی و افت عملکرد تحصیلی نیز دیده می‌شود.

پیشگیری

پیشگیری اولیه از آنمی فقر آهن، با رژیم غذایی امکان‌پذیر است. موارد زیر برای پیشگیری در شیرخواران، کودکان و نوجوانان توصیه می‌شود:

شیرخواران:

- تغذیه انحصاری از شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی
- دریافت 1 mg / kg / d (حداکثر 15 mg) آهن المنتال پس از ۴ ماهگی
- در شیرخواران نارس و دارای وزن تولد کم، که شیر مادر خوار هستند، مکمل آهن با دوز 2 mg / kg / d (حداکثر 15 mg) از ۲ هفتهگی تا ۲ ماهگی شروع می‌شود، که زمان شروع آن به میزان نارسی نوزاد بستگی دارد. در شیرخوارانی که وزن تولد بسیار کم (1500 g) داشته‌اند، $3-4 \text{ mg / kg}$ (حداکثر 15 mg) توصیه می‌شود.
- از شیر گاو، بز یا شیر سویا برای شیرخواران استفاده نشود.

- مصرف غذاهای غنی از آهن

- مصرف روزانه یک نوبت غذاهای غنی از ویتامین C

- مصرف پوره، میوه، سبزی و گوشت در زمانی که شیرخوار از نظر تکاملی آماده خوردن این غذاهاست.

اوایل کودکی:

- کودکان ۱ تا ۵ ساله نباید روزانه بیش از 700 میلی‌لیتر شیر گاو، بز یا شیر سویا مصرف کنند.
- منابع غذایی غنی از آهن (مانند: گوشت، ماهی و طیور) و غنی از ویتامین C (مانند: آیمپوه، توت‌فرنگی، فلفل سبز، طالبی، گرمک و کلم بروکلی) برای افزایش جذب آهن استفاده شود.

درمان بیماری‌های مادرزادی از نطفه تا تولد

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

جراح عمومی و فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان



کوتاهی از دنیا می‌رود، عده دیگری از این نوزادان پس از به دنیا آمدن تا آخر عمر با معلولیت باقی می‌مانند و گاهی دسته‌ای از این بیماری‌ها (لب شکری، شکاف کام، انسداد روده‌ها، ناهنجاری‌های قلبی، کلیوی، دستگاه تناسلی و...) در طول عمر فرد قابل درمان خواهند بود؛ ولی، از آنجا که درمان در بعضی مواقع دارای خطر بالایی است، بهتر است سونوگرافی در دوران جنینی انجام گیرد. ناهنجاری‌های مادرزادی در دوران جنینی قابل تشخیص هستند و بسیاری از ناهنجاری‌ها در ماه‌های آخر با سونوگرافی و ام آر آی شناخته می‌شوند. فایده آن در این است، که اگر ناهنجاری احتیاج به مراقبت قبل از تولد داشته باشد، پیگیری و آمادگی انجام می‌شود.

بنابراین، توصیه می‌شود تمام مادران باردار در هفته‌های ۲۸ و ۳۲ حاملگی برای تشخیص ناهنجاری‌های احتمالی، سونوگرافی داشته باشند و در خانواده‌های مستعد (ژنتیک)، در ۳ ماهه اول بارداری مایع آمنیوتیک (کیسه آب) نمونه‌برداری و آزمایش شود.

گاهی نوزاد نابهنجار با ابهام جنسیتی به دنیا می‌آید، به‌عنوان مثال ظاهر دستگاه تناسلی وی نشان از فرزند پسر دارد و از نظر باطنی (داخلی) دارای رحم و تخمدان است، که با عمل جراحی اصلاح می‌شود. اگر این اشکال در دوران جنینی تشخیص داده شود، می‌توان با تجویز دارو به مادر، مشکل جنین را پیش از تولدش اصلاح کرد. البته هم اکنون جراحی برخی بیماری‌های مادرزادی همچون کلیه‌ها، فتق دیافراگم، برخی بیماری‌های قلبی و لب شکری پیش از تولد نوزاد در رحم مادر انجام می‌شود، که کودک پس از تولد، مشکل دیگری نخواهد داشت.

همان قدر که پدر و مادری با تولد نوزاد سالم خوشحال می‌شوند، به همان میزان از تولد نوزاد با ناهنجاری‌های مادرزادی متأسف خواهند شد، در حالی که طبق گفته متخصصان می‌توان جلوی بسیاری از این ناهنجاری‌ها را از همان ابتدا گرفت.

دکتر صلاح‌الدین دلشاد، فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان درباره ناهنجاری‌های مادرزادی می‌گوید: نوزاد با این نوع بیماری‌ها به دنیا می‌آید. نقص خلقتی در یکی از دستگاه‌های وی حاصل می‌شود، که می‌تواند دستگاه‌های قلب، کلیه‌ها، چشم‌ها، ریه‌ها، اندام‌ها یا هر جای دیگر را شامل شود، که در دوران جنینی ارگان یا عضو، تکامل پیدا نکرده است و نوزاد با آن نقص به دنیا می‌آید. گاهی نوزاد با اشکال اضافه بودن (نه نقص) متولد می‌شود، مثلاً فرد با ۶ انگشت به دنیا می‌آید. گاهی این ناهنجاری‌ها به‌صورت نامعلوم است و یکی از غدد درون ریز دچار مشکل می‌شود، که تولید هورمون با اشکالاتی مواجه می‌شود و مشکلات بسیاری به وجود می‌آورد.

علل پیدایش ناهنجاری‌های مادرزادی در چند گروه دسته بندی می‌شود: ژنتیک، یکی از مهم‌ترین عوامل بروز این ناهنجاری‌هاست، که با ژن معیوب منتقل می‌شود و از آنجا که این ژن‌ها برنامه‌ریز شکل‌گیری اعضاء هستند، پدر و مادر می‌توانند از عاملان محسوب شوند.

داروها و مواد شیمیایی از علل دیگر بروز ناهنجاری‌های مادرزادی است و مادرانی که در ۲ ماه اول حاملگی در معرض برخی داروها یا مواد شیمیایی قرار بگیرند، احتمال بروز اشکال در جنین و نوزادشان بالا می‌رود. برخی داروهای خواب‌آور، مواد آرایشی و مواد شیمیایی از این دسته به شمار می‌روند، که باعث ایجاد ناهنجاری‌هایی همچون لب شکری و شکاف کام (شکاف سقف دهان) می‌شوند.

سیگار و تشعشعات اشعه ایکس و مواد غذایی نیز می‌توانند باعث ایجاد بیماری‌های مادرزادی شوند؛ ولی، در بسیاری از ناهنجاری‌ها هنوز عامل ناهنجاری کشف نشده است.

گاهی نوزاد با ناهنجاری‌های بسیار شدید متولد می‌شود و در طول مدت

سنگ‌های دستگاه ادراری

سنگ‌های دستگاه ادراری دومین بیماری شایع و مزمن کلیه‌ها هستند و شایع‌ترین سنگ‌ها، سنگ‌های کلسیمی هستند. شیوع سنگ ادراری تا ۲۰٪ افراد جامعه است. ۵۰٪ بیماران تنها یک بار دچار سنگ می‌شوند ولی ۱۰٪ بیماران به طور مکرر دچار سنگ می‌شوند.



دکتر حمیدرضا قشقایی

جراح و متخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری

e. بیماری‌های گوارشی (برداشتن روده، بیماری کرون، سوء جذب، استفاده از روده در مسیر ادرار)

f. سارکوبیدوز

g. آسیب نخاعی

۳. بیماری‌های تولید سنگ ژنتیک:

a. سیستینوری

b. هیپراگزالوری

c. اسیدوز توبولار کلیوی تیپ یک

d. دی هیدروکسی آدنینوری

e. زانتینوری

f. سندروم لش-نیهان

g. فیبروز کیستیک

۴. سنگ سازی به دلیل داروها:

a. تریامترن اچ

b. ایندیناویر

۵. ناهنجاری‌های آناتومیک همراه با سنگ سازی:

a. کلیه‌ی مدولای اسفنجی

b. انسداد محل اتصال لگنچه به حالب (UPJO)

c. کیست و دیورتیکول کالیس کلیه

d. تنگی حالب

e. رفلکس مثانه به حالب

f. کلیه‌ی نعل اسبی

g. یورتروسل

۶. فاکتورهای محیطی:

a. تماس مزمن با سرب

مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به سنگ

۱. سابقه‌ی خانوادگی و عوامل ارثی

۲. جنس مذکر

۳. سن ۳۰ تا ۵۰ سالگی

۴. آب و هوای گرم و خشک

۵. شغل‌های در معرض گرما و کم آبی

۶. بیماری‌های سیستمیک مانند دیابت، چاقی و نقرس

۷. حجم کم ادرار به دلیل مصرف کم مایعات، تعریق و اسهال مزمن

نکته‌ی بسیار مهم:

خطر تشکیل سنگ با میزان مصرف آب ارتباط دارد ولی

با ترکیب آن و سختی آب و میزان املاح آن ارتباطی ندارد.

در چه کسانی عود سنگ بیشتر است؟

۱. عوامل عمومی:

a. شروع زودرس (به ویژه کودکان و نوجوانان)

b. سابقه‌ی خانوادگی سنگ سازی

c. سنگ‌های از جنس بروشیت

d. سنگ‌های دارای اسید اوریک

e. سنگ‌های عفونی

f. افراد تک کلیه

۲. بیماری‌های همراه با سنگ سازی:

a. پرکاری تیروئید (هیپریپاراتیروئیدیسم)

b. سندروم متابولیک (چاقی، فشار خون بالا، دیابت، چربی خون بالا)

c. رسوب مزمن کلسیم در کلیه (نفروکلسینوز)

d. بیماری کلیه‌ی پلی کیستیک

چه خوراکی هایی سنگ سازی را افزایش می دهند؟

- مصرف زیاد پروتئین حیوانی
- مصرف زیاد سدیم (نمک)
- مصرف زیاد شکرهای فرآوری شده
- مصرف زیاد فلورايد
- مصرف خوراکی های سرشار از اگزالات:

- **به ترتیب:** اسفناج، ریواس، سبوس برنج، گندم سیاه، بادام، سوپ میسو، گندمک، تردیلای ذرت، سیب زمینی پخته شده با پوست، آرد سویا، بلغور پخته، لوبیا، چغندر قند، پودر کاکائو، هات شکلات، آرد برنج قهوه ای

- مصرف زیاد دیگر خوراکی های دارای اگزالات:

- برخی دیگر از سبزیجات (بامیه، گل کلم، دانه ای درون گوجه فرنگی)
- برخی دیگر از غلات و لوبیاهای (غلات سبوس دار، سویا، ذرت، ارزن، گندم، جو، باقلا، عدس)
- برخی دیگر از ریشه های گیاهی خوراکی (سیب زمینی چپیس و سرخ شده، شلغم، ترب، زردک)
- برخی دیگر از آجیلها (بادام هندی، بادام زمینی، فندق)
- کره بادام زمینی
- برخی از میوه ها (تمشک، پرتقال، خرما، کیوی، آووکادو، کنسرو آناناس، انجیر خشک، آناناس خشک)
- برخی از نوشیدنی ها (آب گریپ فروت، آب هویج، شیر سویا)
- برخی از افزودنی ها (شربت شکلات، سس گندم، میسو، چاشنی ها)

چه سنگ هایی از همه شایع ترند؟

۱. سنگ های غیر عفونی:

- a. کلسیم اگزالات
- b. کلسیم فسفات
- c. اوریک اسید

۲. سنگ های عفونی:

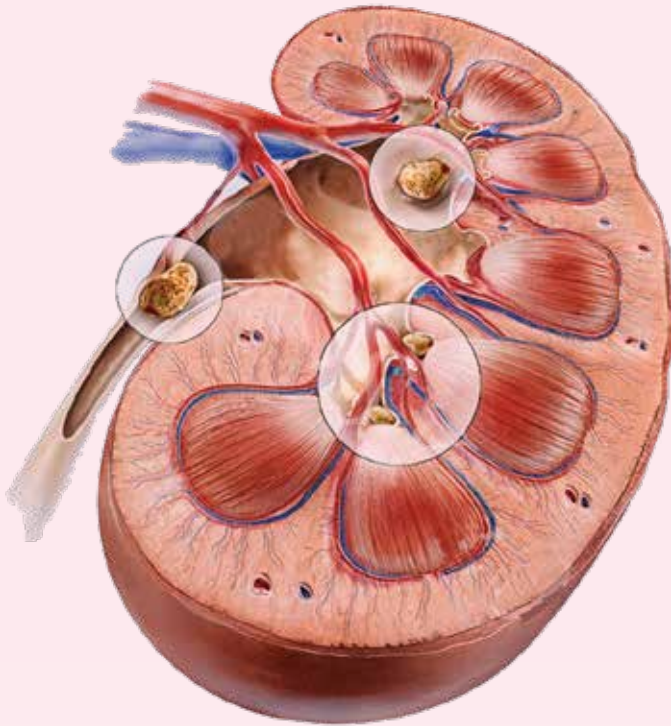
- a. منیزیم آمونیوم فسفات
- b. کربنات آپاتیت
- c. آمونیوم اورات

۳. سنگ های ژنتیک:

- a. سیستین
- b. زانتین
- c. دی هیدرو آدنین

۴. سنگ های دارویی:

- a. ایندیناویر
- b. تریامترن



برای پیشگیری از تشکیل سنگ ادراری چه باید کرد؟

۱. افزایش مصرف مایعات (۱۰ تا ۱۲ لیوان در روز):

بهترین مایع پیشنهادی آب است. (۵ تا ۶ لیوان در روز) افزایش تدریجی مصرف مایعات تا حدی که روزانه دست کم دو لیتر تا سه لیتر ادرار تولید شود. هشدار: مصرف بیش از این مقدار آب توصیه نمی شود. زیرا ممکن است افزون بر عوارض قلبی و گوارشی، خود باعث افزایش سنگ ادراری شود. می توان از آب میوه نیز استفاده کرد. به ویژه آب پرتقال طبیعی و لیموناد که دارای سیترات هستند. مصرف نوشابه های دارای اسید فسفریک نیز موثر است ولی باید کمتر از یک لیتر در هفته باشد.

۲. کاهش مصرف خوراکی های دارای اگزالات:

پرهیز کامل از غذاهای سرشار از اگزالات (اسفناج، ریواس، سبوس برنج، گندم سیاه، بادام، سوپ میسو، گندمک، تردیلای ذرت، سیب زمینی پخته شده با پوست، آرد سویا، بلغور پخته، لوبیا، چغندر قند، پودر کاکائو، هات شکلات، آرد برنج قهوه ای)

پرهیز نسبی از دیگر غذاهای پر از اگزالات (غلات صبحانه ای سبوس دار، سویا، ذرت، چپیس سیب زمینی، سیب زمینی سرخ کرده، عدسی، بامیه، شلغم، گل کلم، آجیل، کره بادام زمینی، تمشک، کنسرو آناناس، انجیر خشک، آب گریپ فروت، آب هویج، چاشنی ها)

۳. افزایش مصرف کلسیم (دو تا سه وعده لبنیات در روز)

۴. محدود کردن میزان دریافت ویتامین ث (اگر مکمل مصرف می کنید حد اکثر ۵۰۰ میلی گرم در روز)

۵. پرهیز نسبی از پروتئین (حداکثر ۱۲۰ تا ۱۸۰ گرم در روز)

۶. کاهش مصرف سدیم (حداکثر ۲ تا ۳ گرم در روز و پرهیز از غذاهای آماده و فرآوری شده)

۷. افزایش مصرف سبزیجات

آغاز سال ۱۴۰۰
در بیمارستان مریم
سال نو مبارک







تفاوت جراحی‌های چاقی با یکدیگر



دکتر مهران پیر سحرخیز

متخصص جراحی عمومی

جراحی‌های چاقی مختلف تفاوت‌های زیادی با یکدیگر دارند. اما بیش از آن که این روش‌ها با یکدیگر تفاوت داشته باشند، دارای نقاط مشترک می‌باشند. مثلاً جراحی اسلیو معده با بای‌پس معده و مینی بای‌پس، تفاوت‌های زیادی دارد. اما در نهایت هر سه این روش‌ها به دنبال کاهش وزن هستند و بسته به شرایط بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند و نتایج قابل قبول در کاهش وزن و بهبود بیماری‌ها و شرایط همراه دارند.



دکتر محمد جواد باقری

بورده تخصصی جراحی عمومی

فلوشیپ فوق تخصصی جراحی چاقی و متابولیک و لاپاراسکوپی پیشرفته

تفاوت جراحی‌های چاقی با یکدیگر چیست؟

بدن جدا شده، و یا بخشی از معده با مانع روبرو می‌شود. جراحی اسلیو معده را باید جزو جراحی‌های محدود کننده ای به شمار آوریم که بخشی از معده در آن از بدن خارج می‌شود. ۳. در حالی که جراحی‌های بای‌پس معده و مینی بای‌پس معده، در زمره جراحی‌های محدود کننده جذب غذا قرار می‌گیرند. یعنی در جذب غذا توسط معده، اختلال به وجود می‌آید. هرچند که در این جراحی‌ها هم حجم معده تا حدی کاهش می‌یابد. این تفاوت در جراحی‌های چاقی منجر شده است تا بیشتر بیماران اطلاع دقیقی نداشته باشند که کدام روش جراحی لاغری برای آنها مناسب است. با ما همراه باشید تا بیشتر در مورد این روش‌های جراحی اطلاعات به دست آوریم.

جراحی‌های چاقی بسیاری متنوعی وجود دارد، که هر یک از آنها دارای تکنیک، مزایا و معایب خاصی می‌باشند. برای آنکه بتوانید در مورد تفاوت جراحی‌های چاقی اطلاعات به دست آورید، لازم است ابتدا با روش‌های جراحی مناسب و محبوب آشنا شوید. از جمله روش جراحی لاغری که می‌توانیم بیان کنیم، جراحی بای‌پس معده، اسلیو معده، مینی بای‌پس معده می‌باشد. ۱. یکی از تفاوت‌های اصلی این جراحی‌ها، مکانیسم عمل‌های جراحی می‌باشد که یا ایجاد اختلال در جذب غذا بوده و یا محدود کردن میزان غذای مصرفی می‌باشد. ۲. جراحی‌های لاغری که منجر به محدود کردن میزان مصرف غذا می‌شوند، جراحی‌هایی هستند که در آن‌ها بخشی از معده از

جراحی‌های بای پس معده و مینی بای پس معده چه مزایایی دارند؟

هر یک از این روش‌ها نیز همچون دیگر روش‌های درمانی، دارای مزایا و معایبی هستند. مثلاً افرادی که اقدام به جراحی بای پس معده می‌نمایند، اصولاً موفق می‌شوند بیماری‌های بسیاری را از بدن خود دور کنند. از جمله بیماری‌هایی همچون دیابت نوع دوم، آپنه خواب، فشار خون بالا، کلسترول خون بالا و ... البته این بیماری‌ها در جراحی اسلیو هم درمان میشوند ولی احتمال درمان این بیماری‌ها با جراحی بای پس بیشتر خواهد بود. از طرف دیگر نیز این روش درمانی نسبت به روش‌های دیگر، اثر ماندگارتری خواهد داشت.

حال اگر بخواهیم در مورد تفاوت جراحی‌های چاقی بای پس معده و مینی بای پس معده صحبت کنیم، باید بگوییم در روش مینی بای پس میزان سو جذب مواد غذایی بسیار بیشتر از بای پس کلاسیک بوده و سرعت کاهش وزن نیز بسیار بیشتر از بای پس کلاسیک است. پس از آن نیز بیمار می‌تواند برای مدت طولانی تری این کاهش وزن را حفظ کند. این جراحی نیاز به یک ساعت زمان داشته، و سریع‌تر از بای پس کلاسیک به پایان می‌رسد. البته نیاز به مکمل‌های غذایی و ویتامین‌ها و مواد معدنی بعد از جراحی مینی بای پس بیشتر می‌باشد.

جراحی اسلیو معده چه مزایایی دارد؟

جراحی اسلیو معده را باید یکی از محبوب‌ترین روش‌های جراحی به شمار آوریم که در دنیا، طرفداران زیادی دارد. در این روش جراحی بخشی از معده از بدن جدا شده، و معده بیمار به شکل لوله ای باریک در بدن باقی میماند. از این رو باعث می‌شود تا بیمار کمتر گرسنه شده و با خوردن غذای کمتری احساس سیری بکند.

البته لازم به ذکر است که یکی از بزرگ‌ترین تفاوت‌های جراحی اسلیو معده با جراحی‌های دیگر، در برگشت ناپذیری آن است. این روش درمانی غیر قابل بازگشت است و امکان برگرداندن معده به حالت اولیه را ندارد.

از دیگر نکاتی که می‌توانیم برای این روش درمانی بیان کنیم، تکنیک راحت‌تر، مدت کوتاه انجام جراحی و ریکاوری می‌باشد. جراحی اسلیو معده در مقایسه با روش جراحی بای پس معده و مینی بای پس معده، از هزینه کمتری برخوردار است. همین ویژگی‌ها منجر شده است تا امروزه افراد بسیاری در دنیا به این جراحی علاقه مند شده، و آن را انتخاب کنند.

مهم‌ترین تفاوت جراحی‌های چاقی اسلیو معده و بای پس معده در چیست؟

برگشت است و می‌توان در صورت نیاز جراحی بای پس را به صورت آناطومی نرمال بازگرداند. مدت زمان جراحی اسلیو حداکثر یک ساعت است، اما بای پس معده نیاز به زمان بیشتری داشته و ممکن است بیش از یک ساعت و نیم به طول انجامد. البته این تفاوت‌ها در کسب نتیجه تاثیر کمی خواهند داشت. تفاوت جراحی‌های چاقی میان این دو روش نیز، زیاد است.

از دیگر موارد تفاوت جراحی‌های چاقی اسلیو معده و بای پس معده باید به میزان حجم معده اشاره کنیم. در جراحی اسلیو حجم معده ی باقی مانده حدود ۲۰۰ سی سی می‌باشد. در حالی که در روش بای پس، معده تقریباً حدود ۳۰ الی ۵۰ سی سی حجم دارد. از سوی دیگر باید بیان کنیم که جراحی اسلیو معده غیر قابل برگشت می‌باشد، در حالی که جراحی بای پس معده قابل

از جمله تفاوت‌های جراحی اسلیو معده و بای پس معده باید به شکل عمل، مکانیسم عمل، میزان کاهش وزن و ... اشاره نماییم. در جراحی اسلیو معده بخش زیادی از معده از بدن خارج می‌شود و حجم معده کاهش می‌یابد. در حالی که در روش جراحی بای پس معده، اولاً حجم معده کم می‌شود (۳۰ الی ۵۰ سی سی) و ثانیاً مسیر جذب غذا تغییر کرده و بخشی از روده از مسیر غذا خارج می‌شود.

مهم‌ترین تفاوت‌های جراحی‌های بای پس معده و مینی بای پس معده چه می‌باشند؟

از سوی دیگر میزان تغییر مسیر روده در روش بای پس معده حدود ۱۰۰ سانتی متر است، در حالی که این میزان تغییر مسیر در روش مینی بای پس، حدود ۲۰۰ سانتی متر می‌باشد. این تفاوت‌ها منجر شده است تا بیماران بهتر قادر باشند جراحی لاغری مناسب را برای کسب نتیجه مطلوب، انتخاب کنند.

از جمله تفاوت‌هایی که می‌توانیم برای این روش‌ها بیان کنیم، میزان حجم معده باقی مانده در مسیر غذا است. در روش بای پس حدود ۳۰ الی ۵۰ سی سی و در جراحی مینی بای پس، حدود ۱۰۰ سی سی از حجم معده در مسیر غذا باقی میماند.

تعاریف و محصولات مورد استفاده در درمان با سلول‌های بنیادی

قسمت دوم



دکتر امید شریفی

متخصص ارتوپدی

فلوشیپ جراحی و آرتروسکوپی زانو

افزایش تعداد سلول‌های به‌دست‌آمده از آسپیره، پیشرفت‌هایی مشاهده شده است. ارتباط حجم مغز استخوان آسپیره شده با تراکم سلول‌های مزانشیمال بررسی شده است. تراکم سلول‌های مزانشیمال در یک نمونه از آسپیراسیون مغز استخوان زمانی به حداکثر خود می‌رسد، که حجم آسپیراسیون دو میلی‌لیتر باشد و اگر این حجم بیش از چهار میلی‌لیتر باشد، آسپیره حاوی خون محیطی خواهد بود.

در زمینه سایز سرنگ‌های مورد استفاده برای آسپیراسیون نیز تحقیقاتی به عمل آمده است و نتیجه این تحقیقات نشان می‌دهد، که با استفاده از سرنگ‌های ۱۰ میلی‌لیتری نسبت به سرنگ ۵ میلی‌لیتری تراکم سلول‌های به‌دست‌آمده ۳۰۰ درصد بیشتر است. برای آسپیراسیون حجم‌های بالاتر بهتر است، از چند محل برداشت استفاده شود. آسپیراسیون سریع، تعداد سلول‌های به‌دست‌آمده را افزایش می‌دهد؛ ولی، موجب ناراحتی بیمار می‌شود.

علی‌رغم بهبود تکنیک‌های برداشت، سلول‌های مزانشیمال هنوز کسر کوچکی از آسپیره‌های تلغیظ شده مغز استخوان را تشکیل می‌دهند و از تعداد $10^6 \times 10^6 - 10^8$ سلول در هر میلی‌لیتر از آسپیره تنها ۰/۰۱ - ۰/۰۱ درصد آن سلول‌های مزانشیمال بوده و بقیه سلول‌های دیگر شامل: پلاکت‌ها، سلول‌های میلوپوئیتیک و سلول‌های خون محیطی هستند.

مزانشیمال اتولوگ هنوز مشخص نشده است؛ ولی، در حال حاضر معمولاً سلول‌های مزانشیمال از بافت‌های غنی برداشته شده و تلغیظ می‌شوند تا تراکم آنها افزایش یابد و سپس به محل مورد درمان تزریق می‌شوند.

در درمان با سلول‌های بنیادی مزانشیمال در آسیب‌های ورزشی، عمدتاً از سلول‌های مزانشیمال برداشت شده با آسپیراسیون مغز استخوان (BMA) یا آسپیره تلغیظ شده مغز استخوان (BMAC) یا بافت چربی (ADSCS) استفاده می‌شود.

در تهیه آسپیره تلغیظ شده مغز استخوان (BMAC)، مغز استخوان با سوزن‌های مخصوص از محل برداشت درستیغ خاصه خلفی فوقانی، آسپیره شده و با یک داروی ضد انعقاد نظیر هپارین مخلوط می‌شود و سپس با استفاده از دستگاه سانتریفیوژ تلغیظ خواهد شد.

محل‌های مختلفی برای برداشت سلول‌ها بنیادی مورد استفاده قرار می‌گیرند، که از جمله آنها می‌توان ستیغ ایلیاک، قسمت فوقانی تیپیا، قسمت فوقانی تیپیا و استخوان پاشنه را نام برد. تحقیقات نشان داده است، که ستیغ خاصه از نظر تعداد سلول‌های بنیادی به‌دست‌آمده از آسپیراسیون، غنی‌تر بوده و ستیغ خاصه فوقانی خلفی بر ستیغ خاصه فوقانی قدامی مرجح است.

در زمینه تکنیک‌های آسپیراسیون مغز استخوان و

در سال ۲۰۰۶، انجمن بین‌المللی درمان‌های سلولی معیارهای حداقلی را برای تعریف سلول‌های بنیادی مزانشیمال مطرح نمود. بر اساس این معیارها، سلول‌های بنیادی مزانشیمال:

۱- باید به سطوح پلاستیکی بچسبند.
۲- باید آنتی‌ژن‌های سطحی cd ۱۰۵، cd ۷۳، cd ۹۰ را بروز دهند.
۳- باید آنتی‌ژن‌های سطحی cd ۴۵، cd ۳۴، cd ۱۴، cd ۱۹، cd ۹۷a، cd ۱۱b، HLA-DR را بروز ندهند.

۴- باید قابلیت القای سه دوره‌ای (استئوبلاست، آدیپوسیت و کندروپلاست) در محیط آزمایشگاه را داشته باشد. با این حال، این معیارها مبتنی بر خصوصیات سلول‌های کشت شده در آزمایشگاه هستند و ممکن است منعکس کننده صفات اصلی سلول‌ها در محیط زنده نباشند. به همین دلیل، معیارهای تعریف سلول‌های بنیادی در حال پیشرفت و تکمیل هستند. روش‌های آزمایشگاهی مورد استفاده برای این سلول‌ها، ظرفیت تشکیل کلونی (CFC) یا واحد تشکیل دهنده کلونی را (CFU) می‌سنجند که همان تعداد سلول‌های منفردی است، که می‌توانند موجب تولید کلونی‌های سلول‌های بنیادی اولیه در آزمایشگاه شوند.

اگرچه روش مطلوب تهیه یا جداسازی سلول‌های



پرسش شما!

پاسخ متخصص زنان

دکتر آریتا ایزدی محصل زمانی

متخصص زنان، زایمان و نازایی



قاعدگی است و بهتر است قبل از انجام آن از نظر عفونت‌های واژن و سرویکس بررسی شوند.

۸. آیا زگیل تناسلی در خانم‌ها، برای جنین خطرناک است؟

احتمال انتقال به جنین در دوران حاملگی تقریباً وجود ندارد. در مورد روش زایمان، اگر مادر در زمان زایمان در محل اپیزوتومی ضایعات فعال داشته باشد، بهتر است سزارین شود، در غیر این صورت، زایمان سزارین تفاوت بارزی در انتقال پس از تولد ایجاد نمی‌کند و توصیه نخواهد شد.

۹. روش جایگزین استفاده از دارو برای درمان کمردرد پرپودی چیست؟

درمان‌های غیر دارویی برای دیس منوره به ویژه حرارت، طب سوزنی و تحریک عصبی از طریق پوست، ممکن است سودمند باشد؛ ولی، در مورد تأثیر این روش‌ها، داده‌های قطعی وجود ندارند.

۱۰. آیا در زمان پرپودی احتمال بارداری وجود دارد؟

به صورت خیلی نادر ممکن است اسپرم به مدت ۷ الی ۸ روز زنده بماند و لذا، در رابطه‌هایی که در روزهای آخر سیکل قاعدگی صورت می‌گیرد بهتر است، در صورت عدم تمایل به بارداری روش‌های جلوگیری مد نظر قرار گیرند. در صورت داشتن رابطه بدون کنتراسپشن در روزهای ۱ تا ۶ سیکل قاعدگی امکان بارداری وجود ندارد.

۱. عفونت بخیه‌های زایمان طبیعی چه علائمی دارد؟

در صورت درد غیر طبیعی همراه با تورم در بخیه‌ها، تغییر رنگ پوست و اطراف بخیه، ترشح از بخیه‌ها و ایجاد مشکل در ادرار کردن حتماً به پزشک جهت معاینه مراجعه نمائید.

۲. آیا قرص‌های پیشگیری از بارداری باعث نازایی می‌شود؟

خیر، قرص‌های پیشگیری از بارداری در فرد سالم احتمال ایجاد نازایی ندارد و فقط در صورت مصرف طولانی مدت، پس از قطع آن چند ماه تا برگشت تخمک‌گذاری طول می‌کشد و پس از آن فرد به حالت طبیعی برمی‌گردد.

۳. عقب افتادن پرپود تا چند روز طبیعی است؟

در شخصی که سیکل‌های قاعدگی مرتب دارد، هر مقدار تأخیر در قاعدگی طبیعی محسوب نمی‌شود و نیاز به پیگیری دارد. در شخصی که سیکل‌های نامرتب دارد، این روش قابل ارزیابی نیست و باید جهت تنظیم سیکل‌ها، به پزشک مراجعه نماید.

۴. راهکارهای پیشگیری از بارداری خارج رحمی چیست؟

مراجعات مرتب و مکرر جهت کنترل عفونت رحمی و عفونت لگنی، معاینه و کنترل قبل از اقدام به حاملگی. در صورت تأخیر قاعدگی و وقوع حاملگی به پزشک متخصص زنان جهت تشخیص به موقع حاملگی داخل رحمی یا خارج رحمی مراجعه شود.

۵. بهترین زمان بارداری بعد از سقط جنین، چه زمانی است؟

در مورد بارداری پس از سقط جنین محدودیت خاصی وجود ندارد و تخمک‌گذاری و قابلیت باروری بلافاصله برمی‌گردد. بهتر است جهت بهبود وضعیت مادر یک فاصله دو تا سه ماهه در نظر گرفته شود.

۶. چه عواملی خطر بروز علائم هشدار دهنده زایمان زودرس را افزایش می‌دهند؟

وجود انقباضات رحمی در سه ماهه دوم، سابقه زایمان زودرس قبلی، آنومالی‌های رحمی و کوتاهی طول سرویکس در سونوگرافی واژینال، جفت سر راهی، حاملگی چند قلویی و عفونت‌های میکروبیال واژن، خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهند.

۷. زمان مناسب انجام عکس رنگی رحم یا هیستروسالپینگوگرافی چه زمانی است؟

زمان مناسب هیستروسالپینگوگرافی، بین روزهای ۶ الی ۱۱ سیکل



درمان‌های غیر دارویی برای دیس منوره به ویژه حرارت، طب سوزنی و تحریک عصبی از طریق پوست، ممکن است سودمند باشد؛ ولی، در مورد تأثیر این روش‌ها، داده‌های قطعی وجود ندارند.



دکتر ناسترن صالحی

متخصص زنان، زایمان و نازایی

ماستیت یا عفونت پستان در شیردهی

بخورد و سپس از پستان دیگر به او شیر داده شود.

وضعیت و حالت شیر دادن به نوزاد در هر نوبت شیردهی تغییر یابد، یعنی فقط در یک حالت به نوزاد شیر ندهید. در طی شیردهی نوزاد را به طور مناسب و صحیح در آغوش بگیرید و اطمینان حاصل کنید که به طور مناسب پستان را به دهان گرفته و شیر می‌خورد.

نباید نوزاد از پستان مادر به جای پستانک استفاده کند. نوزاد از مکیدن پستان مادر لذت می‌برد و حتی بدون آنکه گرسنه باشد با این کار احساس راحتی می‌کند، در نتیجه شیر مادر را نمی‌خورد و شیر در پستان جمع شده و باعث التهاب و عفونت آن می‌شود.

نکته مهم:

سرطان التهابی پستان (یک نوع نادر سرطان پستان) نیز باعث قرمزی و تورم پستان می‌شود، که در ابتدا ممکن است با ماستیت اشتباه شود؛ بنابراین، ممکن است در مواردی بنا به نظر پزشک ماموگرافی یا بیوپسی پستان توصیه شود تا پزشک از عدم ابتلاء به سرطان پستان مطمئن شود.

می‌تواند مؤثر باشد. در مواردی که ماستیت بیش از ۱۲ تا ۲۴ ساعت با علائم مداوم و همراه با تب تداوم یابد، انجام اقدامات فوق به علاوه تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب توسط پزشک می‌تواند مؤثر باشد. اگر دو روز بعد از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها علائم عفونت پستان بهتر نشد، باید مجدد به پزشک مراجعه شود تا اطمینان حاصل کنید که این نشانه‌ها در اثر بیماری‌های خطرناک دیگر نباشد.

اگر ماستیت به موقع درمان نشود، آبنه پستان تشکیل می‌شود، که علائم آن شدیدتر بوده و نیازمند مداخلات بیشتر پزشکی و جراحی است.

پیشگیری از بروز عفونت سینه یا ماستیت: بهتر است در بدو تولد نوزاد، برای آموزش شیر دادن صحیح و جلوگیری از بروز عوارض ناشی از آن، از یک مامای متخصص در این زمینه راهنمایی خواسته شود. مشاور شیردهی توصیه‌های لازم و نکات یک شیردهی مناسب را آموزش می‌دهد.

هنگام شیر دادن به نوزاد، پستان به طور کامل از شیر خالی شود. نوزاد به طور کامل شیر یک پستان را

ماستیت یا عفونت پستان در دوران شیردهی، در ۲ تا ۱۰ درصد زنان شیرده رخ می‌دهد و معمولاً پستان به صورت ناحیه‌ای سفت، قرمز، حساس، متورم و دردناک، به همراه تب بالای ۳۸ درجه ظاهر می‌شود، در سه ماهه اول شیردهی شیوع بیشتری دارد.

در اکثر موارد، باکتری‌های موجود در بینی و دهان نوزاد از طریق خراشیدگی‌های نوک پستان وارد شده و باعث ایجاد ماستیت می‌شود.

بسته بودن مجرای شیر، تجمع بیش از حد شیر در پستان، دفعات شیردهی کم و ناکافی، ترک خوردگی نوک پستان، بیمار بودن مادر، خستگی و استرس مادر، از علل ابتلاء به ماستیت دوران شیردهی است.

توصیه می‌شود مادران مکرراً به نوزاد خود شیر بدهند یا در صورت لزوم از شیردوش استفاده کنند تا پستان‌ها به طور کامل از شیر تخلیه شوند. توجه کنید که این باکتری‌ها برای نوزاد ضرری ندارد و باید شیر دهی ادامه یابد. مصرف داروهای مسکن ایمن، در دوران شیردهی با تجویز پزشک نیز در کاهش دردهای ناشی از ماستیت



دکتر لیلا قربانی

متخصص زنان، زایمان و نازایی

فلوشیپ اختلالات کف لگن

پرولاپس رحم و مثانه چیست؟

رحم یک اندام عضلانی است، که توسط رباطها و عضلات نگهداری می‌شود. اگر این رباطها و عضلات کشیده یا حتی پاره شوند، دیگر قادر به نگه داشتن رحم در جای خود نیستند و باعث بروز پرولاپس رحم و مثانه خواهند شد. پرولاپس رحم در زنان در هر سنی ممکن است رخ دهد؛ اما، اغلب در زنانی که یک یا چند زایمان طبیعی داشته‌اند، اتفاق می‌افتد. موارد خفیف پرولاپس رحم و مثانه معمولاً نیازی به درمان ندارد؛ اما، اگر پرولاپس رحم باعث ناراحتی و درد شود یا زندگی عادی شما را مختل کند، به اقدامات درمانی خاص نیاز دارد.

علائم پرولاپس رحم و مثانه

موارد خفیف پرولاپس رحم و مثانه معمولاً هیچ علامتی ندارند؛ اما، پرولاپس رحم و مثانه پیشرفته‌تر معمولاً با علائم زیر همراه است:

- احساس سنگینی یا کشیدگی در لگن
- بیرون زدگی بافت صورتی رنگ از مهبل
- مشکلاتی مانند بی‌اختیاری ادرار یا چکه کردن ادرار (معمولاً با سرفه، عطسه، خنده یا حتی بلند کردن اجسام، بدتر می‌شود)
- ابتلاء به عفونت مجاری ادرار به دلیل عدم خارج شدن کامل ادرار از مثانه
- مشکل در دفع مدفوع
- احساس سنگینی و فشار در واژن (احساس می‌کنید که چیزی در حال افتادن از واژن شماست)
- احساس درد شدید یا چکه کردن ادرار در هنگام برقراری رابطه جنسی
- نیاز به فشار دادن انگشتان به داخل واژن یا در نزدیکی واژن برای خالی کردن مثانه و حرکات روده برای دفع مدفوع
- در اکثر موارد، علائم در هنگام صبح با شدت کمتری همراه است؛ ولی، در طی روز شدیدتر می‌شود.

درمان پرولاپس رحم و مثانه

برای بسیاری از افراد ممکن است این سوال مطرح شود، که آیا افتادگی رحم خطرناک است؟ به جز مواردی که باعث ایجاد درد و ناراحتی در بیماران می‌شوند، معمولاً اقدامات درمانی خاصی نیاز نیست، البته به یاد داشته

باشید، که اگر پزشک به موقع افتادگی رحم را تشخیص دهد، این بیماری درمان می‌شود. اگر به‌مرور زمان این بیماری پیشرفت کند و دردهای شما تسکین پیدا نکنند، معمولاً به عنوان گزینه آخر، جراحی پرولاپس برای بیمار در نظر گرفته خواهد شد. با این حال برخی از درمان‌های غیر جراحی که برای پرولاپس رحم پیشنهاد می‌شود، در ادامه آورده شده است:

تغییر در رژیم غذایی و شیوه زندگی

تغییر در شیوه زندگی و همچنین تغذیه ممکن است به تسکین برخی علائم این عارضه کمک کند. به‌عنوان مثال، مصرف مایعات ممکن است به بی‌اختیاری ادرار و مصرف فیبر بیشتر به مشکلات روده کمک کند.

انجام تمرینات کگل

در موارد خفیف پرولاپس لگن و مثانه، تمرینات کگل برای تقویت عضلات کف لگن مؤثر هستند.

پساری‌ها

پساری‌ها معمولاً در قسمت بالایی واژن قرار دارند و به افتادگی رحم و مثانه کمک زیادی خواهند کرد.

کنترل وزن

اگر دچار اضافه وزن هستید، کاهش وزن می‌تواند به بهبود سلامت کلی شما کمک کند.

درمان نوین پرولاپس، تکنولوژی RF واژینال است، که کمک فراوانی به رفع علائم این بیماران می‌کند.



تغییر در

شیوه زندگی

و همچنین

تغذیه ممکن

است به

تسکین برخی

علائم این

عارضه کمک

کند. به‌عنوان

مثال، مصرف

مایعات ممکن

است به

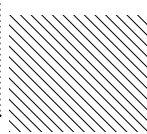
بی‌اختیاری

ادرار و مصرف

فیبر بیشتر به

مشکلات روده

کمک کند.





برگزاری مراسم افطاری در بیمارستان مریم با حضور خیرین موسسه محکم







دکتر زیبا باقریان

متخصص بیهوشی و مراقبتهای ویژه

آیا تزریقات کمری اپیدورال یا اسپاینال باعث بروز کمردرد مزمن می‌شوند؟

جراحی، شلی کامل عضلات بدن را تجربه کند، چه با روش بیهوشی عمومی و چه با روش‌های تزریقی اسپاینال یا اپیدورال کمری، به احتمال ۲۵ درصد دچار کمردرد خواهد شد. «بنابراین، مهم‌ترین و مفیدترین اقدام پیشگیرانه جهت جلوگیری از کمردرد مزمن، تلاش جدی و مستمر برای قوی کردن عضلات بدن، به‌خصوص عضلات کمر و اندام‌های تحتانی (سرین، ران، ساق و پا) است.» بنابراین توصیه می‌شود افراد سالم و بدون تجربه کمردرد، با استفاده از ورزش‌های اصولی و صحیح، استحکام عضلانی کافی بدن و کمر را حفظ نمایند و افرادی که به هر دلیلی کمردرد مزمن دارند، تحت نظر پزشک متخصص بعد از مشخص شدن علت کمردرد، در کنار انجام درمان‌های مناسب به توانبخشی و تقویت عضلات بدن، از جمله کمر پردازند.

«
در بیشتر مواقع عامل شروع کننده کمردرد مزمن، ضعف عضلات کمری است. افراد به علت نداشتن برنامه مرتب و صحیح ورزشی، به مرور زمان دچار شلی پیشرونده عضلات و رباط‌های بدن، از جمله ستون فقرات می‌شوند.

همه مادران باردار متقاضی بی‌دردی اپیدورال و همه بیماران کاندید جراحی که با روش‌های اسپاینال یا اپیدورال، بی‌درد یا بی‌حس خواهند شد، چالش بزرگ فکری در مورد «احتمال گرفتار شدن به کمردرد پس از انجام بی‌دردی یا جراحی» دارند. در اکثر مواقع اولین سوالی که قبل از انجام این اقدامات از متخصص بیهوشی پرسیده می‌شود، همین موضوع است: «آیا تزریق در ستون فقرات کمری باعث ایجاد کمردرد مزمن خواهد شد یا خیر؟» با استناد به منابع علمی معتبر و کتب مرجع بیهوشی، پاسخ این سوال منفی است. تزریق اپیدورال یا اسپاینال نمی‌تواند عامل شروع کننده کمردرد مزمن باشد. در حقیقت در بیشتر مواقع عامل شروع کننده کمردرد مزمن، ضعف عضلات کمری است. افراد به علت نداشتن برنامه مرتب و صحیح ورزشی، به مرور زمان دچار شلی پیشرونده عضلات و رباط‌های بدن، از جمله ستون فقرات می‌شوند و از طرف دیگر سبک اشتباه حرکتی و تغذیه‌ای، از جمله چاقی و عادت به دادن پیوزیشن‌های نامناسب به بدن و ستون فقرات در حین نشستن، ایستادن یا انجام فعالیت‌های مختلف، به تدریج باعث بهم خوردن یکپارچگی المان‌های ستون فقرات و در نهایت کمردرد مزمن می‌شود. در چنین شرایطی، هر رویدادی که باعث تشدید شلی و مشکلات موجود ستون فقرات شود، باعث عود یا تشدید کمردرد موجود خواهد شد. به عنوان مثال فردی که جهت عمل جراحی روی تخت اتاق عمل دراز می‌کشد و لازم است مدت زمانی برای انجام



ویانا اولین نوزاد دختر سال ۱۴۰۰
متولد شده در بیمارستان مریم
(خانم دکتر سکینه قربانی)



آرین اولین نوزاد پسر سال ۱۴۰۰
متولد شده در بیمارستان مریم
(خانم دکتر لیلا ملا حسنی)



دل نوشته‌ها و تجربه‌های شیرین ۹ ماه انتظار

می‌گذشت، باوجود همه درمان‌ها و پیگیری‌های پزشکی‌ای که انجام دادیم...
ولی تقدیر الهی بر این بود که زندگی ما هم‌چنان ۲ نفره باقی بماند!

آدمیزاد موجود عجیبی
اگر همه امکانات رو هم داشته باشه باز هم...
برای داشتن چیزهایی که نداره بی‌تابی می‌کنه...
حدود ۲۰ سال از زندگی مشترک ما

روید و همه‌مون رو شگفت‌زده کرد.
درسته که مامان عزیزم، نتونست نوه خوشگلش رو ببینه اما در آخرین روزهای زندگی‌اش خبر خوش نوه‌دار شدنش رو شنید.
اسم دختر کوچولومون رو گذاشتیم جانا
چون جان دوباره‌ای به زندگی‌مون بخشید.

اما نداشتن فرزند، مساله‌ای بود که در طول همه این سال‌ها سایه سنگینی از غم رو در زندگی ما ایجاد کرده بود
درست بیست سال از زندگی مشترک ما می‌گذشت که مادرم دچار بیماری سختی شد و تنها آرزوش هم دیدن نوه عزیزش بود.
درست در همان روزهای سخت و طاقت‌فرسا، جوانه عشقی در وجود من

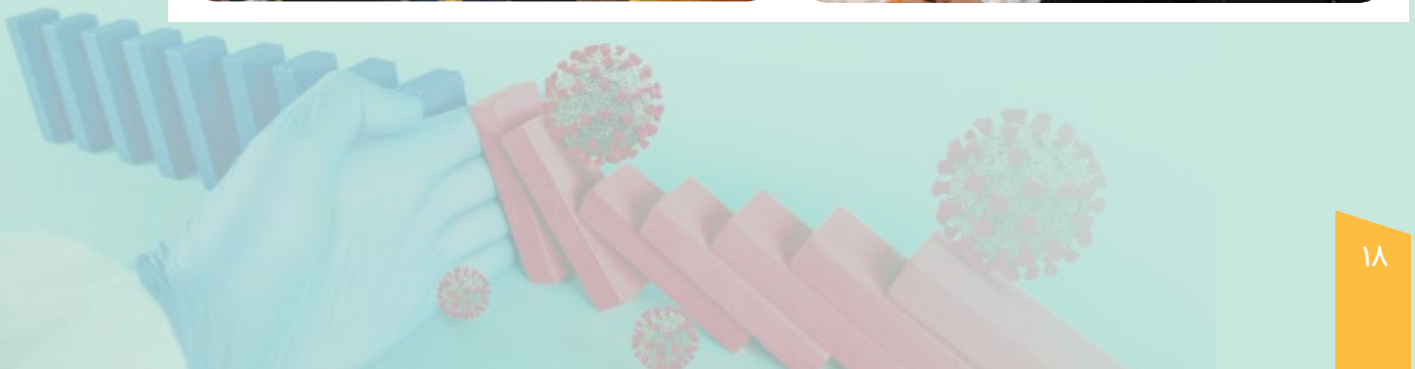
من و همسرم سرکار می‌رفتیم، از شغل‌مون و همچنین زندگی‌مون هم راضی بودیم...
خانواده و دوستان خوبی هم داریم که در کنارشون احساس خوشبختی می‌کنیم.
ما همیشه سعی می‌کردیم با سفر رفتن و تجربه یادگیری چیزهای جدید، خوشحال و سرزنده زندگی کنیم.

شما هم داستان‌های خوشگل به دنیا اومدن فرزندتون رو از طریق ارسال به دایرکت اینستاگرام maryam_hospital و یا به آدرس ایمیل public@maryamhospital برای ما تعریف کنید، تا ما برای بقیه مامان‌ها تعریف کنیم و از شنیدن داستان‌های متفاوت و جذاب شما عزیزان، کلی کیف کنیم.





تقدیر ویژه از مدافعان سلامت بیمارستان مريم در روز اول هفته سلامت



فرشته‌های متولد بیمارستان مریم



سامیار
متولد فروردین ۹۹



امیر سام
متولد اسفند ۹۷



حریر
متولد ۱۳۹۹



گیسو
متولد شهریور ۹۹



نیلا فلاح



پناه



زهرا
متولد ۱۳۹۹



آیین



نورا عیوضی



کیاشا
متولد دی ۹۶

پدران و مادران عزیز می‌توانند از طریق ارسال عکس‌های با کیفیت فرزندشان به دایرکت اینستاگرام بیمارستان و زایشگاه مریم به آدرس [@maryam_hospital](https://www.instagram.com/maryam_hospital) نسبت به چاپ عکس کودک دلبنده‌شان در ماهنامه خانواده مریم اقدام نمایند.



مینو مهرنیا

سرپرستار بخش زنان

معرفی بخش ۸ بیمارستان مریم



بخش ۸ بیمارستان مریم با قدمت هفت ساله افتخار آن را دارد، که در خدمت مددجویان محترم باشد. بخش ۸ دارای شانزده تخت بستری است، که شامل ۸ اتاق مجزا، ۲ اتاق خصوصی تک تخته و ۱ اتاق پذیرش بیماران بین‌المللی است که پرستاران بیمارستان بین‌المللی، مسلط به زبان‌های فرانسه، انگلیسی، هلندی و ترکی استانبولی هستند.

کلیه اعمال جراحی خانم‌ها از جمله سزارین، زایمان طبیعی، عمل‌های زیبایی و جراحی زنان در این بخش بستری هستند. تمام اتاق‌ها به تلویزیون و فلش‌های آموزشی شیردهی مجهز است، که توسط پرسنل محترم هم به صورت بالینی و هم به صورت فیلم آموزشی در اختیار مادران قرار داده می‌شود. قابل ذکر است که پزشکان بسیار مجرب در این مرکز، علی‌الخصوص حضور خانم دکتر شیرزاد، پزشک متخصص نوزادان، روزانه نوزادان بعد از تولد در ظرف ۶ ساعت توسط ایشان ویزیت می‌شوند.

همچنین با حضور پزشکان مشاور، از جمله جناب آقای دکتر علیزاده، بررسی‌های لازم را برای بیماران نیازمند به مشاوره انجام می‌دهند و حضور سرکار خانم دکتر بهنام، متخصص زنان و زایمان به‌عنوان مسئول بخش ۸، ویزیت بیماران هنگام ترخیص توسط ایشان انجام خواهد شد.



◆ **عيد سعيد فطر** ◆
◆ **بر عموم مسلمين جهان مبارک باد** ◆



MARYAM
HOSPITAL

بیمارستان وزا ایستگاه مریم

بیمارستان و زایشگاه

MARYAM HOSPITAL

M HOSPITAL

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

۰۲۶ - ۳۳۵۰۲۳۴۷

۰۲۶ - ۳۳۵۰۹۳۲۳

Instagram: Maryam_hospital

Website: www.maryamhospital.ir