



گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۳۰ سال از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که هم‌چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین پا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانند که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان‌گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم پی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت. به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم ولی ما قطعاً از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره مهر ماه ۱۳۷۹ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - گیاهان دارویی و سرمایه‌گذاری شرکت‌های بزرگ / دکتر بهنام اسماعیلی
- ۳ - اثرات سمی دوز پایین آسپیرین به‌عنوان عامل ضدپلاکتی روی معده / ترجمه: محمدرضا جعفرزاده
- ۴ - دایره‌المعارف بریتانیکا / رابعه حاجبی
- ۵ - راپورت یومیه (سمی نار نمره ششم دانشجویان دواسازی مملکت ایران) / راپورتچی: محمدرضا جعفرزاده
- ۶ - تورق و تأمل در حدیث دیگران / تنظیم از: دکتر شادان - فر



فهرست مقاله‌های مهر ماه ۱۳۷۹

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
گیاهان دارویی و سرمایه‌گذاری شرکت‌های بزرگ / دکتر بهنام اسماعیلی	سر مقاله
مصرف نابه‌جای استروئیدهای آنابولیک - آندروژنیک / دکتر عباس پوستی، دکتر سهراب بختیاری	مجموعه
پرسش و پاسخ علمی / دکتر مرتضی ثمینی	
ارزش‌یابی و درمان طاسی آندروژنتیک در مردان / دکتر حسین رستگار	
اثرات سمی دوز پایین آسپیرین به‌عنوان عامل ضدپلاکتی روی معده / محمدرضا جعفرزاده	
کاربرد بالینی فیبرینو لیتیک‌ها در درمان انفارکتوس حاد میوکارد / غلامرضا روشن‌دل، دکتر وحید خوری	
آیا فقط نان گندم؟ / دکتر صدیقه عسگری	
پیش‌گیری با آنتی‌بیوتیک جهت انجام معالجات دندانپزشکی / دکتر سهراب بختیاری	
آپو‌پتوزیس یا مرگ برنامه‌ریزی شده سلولی / حسین کاملی	
دایرة‌المعارف بریتانیکا / رابعه حاجبی	
راپورت یومیه / محمدرضا جعفرزاده	
تورق و تأمل / دکتر شادان - فر	مجموعه
جدول رازی (مهر ۷۹) / دکتر مرتضی ثمینی	
رازی و خوانندگان	
دیدگاه	



گیاهان دارویی و سرمایه‌گذاری شرکت‌های بزرگ

محلی موفق به شناسایی ۶۰۰ گیاه دارویی شد که ۲۰۰ گونه آن کاربرد عمومی تری داشتند. از جمله این گیاهان *Delphinium brunonianum* بود که برای کاهش تب، سم‌زدایی از خون و توقف خارش به کار می‌رود. گروه مطالعاتی در اولین قدم موفق گردیدند این گیاه را که در ارتفاعات ۵۰۰۰ متری یافت می‌شود، در مناطق مسطح و ارتفاعات پایین‌تر کشت داده تا با بررسی بیشتر، کارایی درمانی ترکیبات آن را مشخص نمایند. برخلاف گذشته که مطالعه روی گیاهان دارویی که حاوی چند ماده مؤثره می‌باشند بسیار مشکل می‌نمود، امروزه با استفاده از روش‌های جدید به سرعت مواد متشکل این گونه داروها را مشخص کرده و جدا می‌کنند. اهمیت و کاربرد درمانی گیاهان دارویی بوتان به قدری افزایش یافته است که FDA آمریکا آن‌ها را تحت طبقه‌بندی خاصی به نام Botanicals به ثبت رسانده

کشور پادشاهی و کوچک بوتان (Bhutan) که در گذشته Mengong نامیده می‌شد، در مرز دو کشور چین و هند واقع شده است. شرایط خاص آب و هوایی و غنی بودن زمین‌های کشاورزی این کشور کوچک پوشش متنوعی را ایجاد کرده است که به‌ویژه در زمینه گیاهان دارویی شهرت جهانی یافته است و برخلاف کشور هم‌جوار خود، نپال که هیچ‌گونه بهره‌ای از این نعمت خداداد نبرده است، بوتان به شدت به گیاهان دارویی و استفاده از آن‌ها به‌عنوان منبع درآمد متکی بوده و در این مورد از کمک‌های بین‌المللی نیز بهره‌مند گردیده است، به‌طور مثال، در سال ۱۹۹۳ یک شرکت انگلیسی از طرف جامعه اروپا مجری برنامه‌ای ۵ ساله شد که با صرف بیش از ۳ میلیون پوند کلیه گیاهان دارویی مورد استفاده در طب سنتی بوتان را شناسایی و ثبت نماید. شرکت مذکور (Oxford Natural Products) با کمک حکیم‌های



کاربردهای درمانی جدید می‌یابند پس باید از حق ثبت برخوردار گردند. علاوه بر آن، تشخیص نحوه اثر این داروها این شرکت‌ها را قادر می‌سازد که بتوانند حق ثبت روی نحوه اثر (mode of action) را نیز به‌دست آورند. به‌طور مثال، شرکت Phytopharm در مورد ۲۰ محصول در ۱۲۵ کشور تقاضای حق ثبت کرده که تاکنون در ۶۷ کشور آن را به‌دست آورده است.

البته، کوتاهی زمان لازم برای عرضه یک فرآورده گیاهی به بازار در مقایسه با ترکیبات غیر گیاهی به مفهوم سهولت روند تهیه آن‌ها نیست، زیرا داروهای گیاهی ماهیتی پیچیده داشته و به‌طور عمده محتوی چندین ماده مؤثره هستند که اثر سینرژیسم داشته و جداسازی و تعیین میزان اثربخشی هر یک آن‌ها نیازمند دانش و امکانات فنی سطح بالایی می‌باشد. از این رو، امروزه همکاری مشترک شرکت‌ها با هم الزامی به‌نظر می‌رسد. به‌عنوان مثال، شرکت Phytopharm دارویی گیاهی به نام زیمافیت (Zemaphyte) دارد که در واقع یک ترکیب گیاهی سنتی چین برای درمان آگزما می‌باشد.

مطالعات انجام شده روی این دارو در دهه ۸۰ نشان داد که زیمافیت در درمان آگزما می‌مزم که به استروئیدها پاسخ نداده مؤثر واقع می‌شود. شرکت سازنده در تلاش برای تهیه فرمولاسیون بهتر و جدیدتر، دریافت با توجه به دهه ترکیب گیاهی سازنده زیمافیت همکاری با سایر شرکت‌های تحقیقاتی الزامی است. علاوه بر این که امروزه فقط به ترکیبات و داروهای گیاهی توجه نشان می‌دهند

است. گرایش اصلی در طب سنتی و گیاهان بوتان به درمان بیماری‌هایی مانند آگزما و چاقی است که علت بروز آن‌ها به‌طور دقیق شناخته شده نیست.

برخلاف روند کشف و عرضه داروهای شیمیایی که بسیار وقت‌گیر و پرهزینه می‌باشد در مورد گیاهان دارویی به محض روشن شدن اثربخشی آن‌ها در درمان یک بیماری خاص، دارو در درمان مورد استفاده قرار گرفته و سپس به تعیین مواد مؤثره و نحوه اثر آن پرداخته می‌شود. بدون شک سال‌ها کاربرد این گیاهان در انسان و بی‌خطری و اثربخشی آن‌ها موجب اقدام به چنین روندی مؤثر می‌گردد.

ارزش درمانی Botanicals، شرکت‌های داروسازی متعددی را به سرمایه‌گذاری در این زمینه ترغیب کرده است. به‌طور مثال، در حال حاضر، شرکت انگلیسی Phytopharm دارای نه طرح تحقیقاتی فعال در مورد این داروها می‌باشد که درمان سرطان کولون تا آگزما و آرتروز را در بر می‌گیرد. این شرکت امیدوار است طی ۳ سال آینده حداقل ۳ داروی گیاهی جدید را با استفاده از گیاهان دارویی بوتان به بازار عرضه کند.

طرح مطالعاتی موفق دیگر متعلق به شرکت Pharmaprint آمریکا می‌باشد که روی فرآورده‌ای که در درمان التهاب پروستات مردان به کار خواهد رفت مطالعه می‌کند.

در حال حاضر، سؤالی که مطرح است نحوه سوددهی مطالعه روی گیاهانی می‌باشد که قرن‌ها به کار رفته‌اند. شرکت‌های سرمایه‌گذار روی گیاهان دارویی معتقد هستند که چون آن‌ها برای این گیاهان

کمیاب گیاهی بوده است. قدم مؤثر بعدی ساخت کارخانه‌ای براساس استانداردهای GMP بوده که در حال حاضر با ظرفیت سالانه ۳ تن داروهای گیاهی فعالیت می‌کند. ظرفیت این کارخانه تا ۱۰ تن قابل افزایش می‌باشد.

امروزه ساخت کارخانه‌های محلی و همکاری شرکت‌های داروسازی برای تهیه و بازاریابی داروهای گیاهی از روندی رو به رشد برخوردار است. به‌طور مثال، شرکت Phytopharm کارخانه‌ای را در آفریقای جنوبی تأسیس کرده که تهیه یک فرآورده گیاهی ضدآشفتها از جمله محصولات آن است. این فرآورده از عصاره نوعی کاکتوس به‌دست می‌آید. شرکت فایزر آمریکا علاوه بر مشارکت در تهیه این دارو بازاریابی و فروش آن را برعهده دارد. شرکت Pharmaprint نیز با پیوستن به یک شرکت سرمایه‌گذاری چینی ضمن راه‌یابی به بازار ۲۰ میلیارد دلاری داروهای گیاهی چین برای فروش محصولات خود، از امکانات قابل توجهی جهت مطالعه و تهیه فرآورده‌های جدید بهره‌مند شده است.

مطالعات نشان می‌دهد با رشد سالانه ۱۳ درصدی در سال ۲۰۰۲ تقاضا برای خرید عصاره‌های گیاهی به‌صورت بالک به ۲ میلیارد دلار خواهد رسید. آمار منتشره توسط سازمان ملل حاکی از آن می‌باشد که در سال ۱۹۹۶ تجارت گیاهان دارویی بالغ بر ۴۴۰،۰۰۰ تن بوده که از ارزشی معادل ۱/۳ میلیارد دلار برخوردار بوده است. عمده‌ترین فروشندگان گیاهان دارویی هند، برزیل و چین می‌باشند.

دکتر بهنام اسماعیلی

که بیش از ۵ ماده متشکله نداشته باشند. همان‌طور که قبلاً نیز ذکر گردید Botanicals امروزه به‌عنوان یک گروه درمانی خاص از گیاهان دارویی در آمریکا و اروپا پذیرفته شده‌اند. قرار گرفتن هر فرآورده‌ای در این طبقه‌بندی مستلزم اثبات سلامت، اثربخشی و بهره‌مندی از استانداردهای کیفی مورد قبول فارماکوپها می‌باشد.

مهم‌ترین مشکل در مورد Botanicals به ماهیت طبیعی این داروها و مواد مؤثره متعدد هر ترکیب باز می‌گردد. در حالی که، ترکیبات شیمیایی داروهای مرسوم و نیز داروهای گیاهی حاوی یک ماده مؤثره بوده و به‌راحتی قابل بررسی و کنترل هستند اعمال چنین کنترلی بر Botanicals بسیار مشکل‌تر به نظر می‌رسد.

عوامل متعددی از قبیل نحوه کشت، برداشت، خشک کردن و نگهداری گیاهان دارویی بر کیفیت نهایی محصول اثرگذار هستند. این عوامل باید به‌طور کامل تحت نظارت قرار گیرند تا با شرایط و استانداردهای GMP و GAP (Good Agricultural Practice) هماهنگ شوند.

کشور بوتان با توجه به ارزش اقتصادی گیاهان دارویی این کشور ضمن پذیرش کلیه استانداردهای GMP و GAP، کشاورزان بوتانی را تشویق به رعایت این اصول و بهره‌مندی از روش‌های مدرن برای کشت گیاهان دارویی نموده‌اند که این امر نتایج مثبتی به‌دنبال داشته است. از جمله اقدامات مهم دولت بوتان اتخاذ تدابیری به‌منظور حفظ گونه‌های



اثرات سمی دوز پایین آسپیرین به عنوان عامل

ضد پلاکتی روی معده

ترجمه: محمدرضا جعفرزاده

دانشجوی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

■ خلاصه

مقدار مصرف پایین آسپیرین به طور گسترده به عنوان عامل ضدپلاکتی در اختلال‌های قلبی - عروقی به کار می‌رود. آسپیرین با مقدار مصرف (میلی‌گرم/روز) ۳۲۵ - ۷۵ قابلیت ایجاد آسیب در موکوس معده از طریق القا زخم‌ها یا خوردگی‌های مخاط را دارد، بنابراین، محافظت‌های فارماکولوژیک ضروری می‌باشد. تحقیقات طولانی‌مدت اختصاصی روی آنتاگونیست‌های گیرنده H_2 هیستامینی یا سوکرافیت در دسترس نیست، در حالی که اطلاعات حاصل از مطالعه اثر پیشگیری‌کننده داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) روی زخم معده نیز ناامیدکننده است. مطالعات مقدماتی اخیر خاطر نشان می‌کند که میزوپروستول، به خاطر قابلیت محافظت از مخاط معده و دوازدهه در درمان طولانی‌مدت با داروهای NSAIDs در برابر مصرف درازمدت آسپیرین با مقدار مصرف کم مؤثر باشد.

آسپیرین (استیل سالیسیلیک اسید) به طور گسترده به عنوان عامل ضدپلاکتی در پیشگیری ثانویه از بیماری انسداد شریانی و در موارد محدودتر به عنوان عامل پیش‌گیرنده اولیه اختلال‌های قلبی - عروقی به کار می‌رود. مقدار مصرفی از دارو که به این منظور تجویز می‌شود، روزانه از ۳۲۵ - ۷۵ میلی‌گرم متغیر می‌باشد. مصرف آسپیرین به علت افزایش وقوع جراحات مخاطی (زخم، خوردگی یا هر دو) و خونریزی معده می‌تواند زیان بخش باشد. اغلب (بیش از ۶۰ درصد موارد) جراحات ناشی از آسپیرین بدون علامت هستند، به خصوص در افراد مسن که متأسفانه، گروه اصلی مصرف‌کنندگان طولانی‌مدت آسپیرین را تشکیل می‌دهند. عدم ظهور علائم، استفاده مداوم آسپیرین را موجب شده و خطر خونریزی شدید و ناگهانی را افزایش می‌دهد آیا درمان طولانی‌مدت با مقدار مصرف پایین آسپیرین هنوز هم برای مخاط معده و دوازدهه زیان‌آور است؟

مصرف آسپیرین بین ۷۵ میلی‌گرم تا ۳۰۰ میلی‌گرم در روز از نظر سمیت معدی بی‌خطر نیست. در یک تحقیق دوسویه کنترل شده با دارونما، بیماران ۷۰ ساله یا بیشتر مقدار مصرف ۱۰۰ میلی‌گرم در روز آسپیرین را به مدت ۱۲ ماه مصرف کردند. گزارشات حاکی از آن است که بروز علائم گوارشی با آسپیرین اندکی بیشتر بود (۱۳ درصد در مقابل ۱۸ درصد) ولی خونریزی آشکار و خونریزی مزمن که با تعیین سطح متوسط هموگلوبین مشخص می‌شود، در گروه آسپیرین به‌طور چشمگیر بیشتر بود. حتی با میزان مصرف ۳۰ میلی‌گرم در روز آسپیرین به‌نظر می‌رسد خونریزی گوارشی با مصرف ۲۸۳ میلی‌گرم آسپیرین در روز برابر باشد. اخیراً در یک تجزیه و تحلیل جانبی آزمایش‌هایی که در آن مقدار مصرف متغیر آسپیرین از ۷۵ میلی‌گرم تا ۳۲۹ میلی‌گرم در روز به‌کار رفته، بازنگری شده است. در ۹ تحقیق بررسی شده، بیش از ۱۴۰۰۰ بیمار مقدار مصرف پایین آسپیرین را مصرف می‌کردند. میزان اولسرپیتیک خونریزی‌دهنده در مصرف‌کنندگان آسپیرین در مقایسه با دارونما ۱/۵ برابر بیشتر بود ($P < 0/001$). این اعداد و اقام به میزان قابل توجهی از آن‌چه در مطالعات کنترل شده روی افراد غیرانتخابی گزارش شده بود، کمتر است زیرا در آزمایشاتی که پس از آن انجام شد بیماران که سابقه قلبی اولسر داشتند به شمار نیامده بودند.

برطبق تحقیقاتی که روی داوطلبان سالم صورت گرفت، مقدار مصرف کمتر از ۳۰ میلی‌گرم در روز

یک تحقیق انجام شده هرگونه اختلاف بین مصرف روزانه ۳۲۵ میلی‌گرم آسپیرین را با دارونما در ایجاد علائم سوءهاضمه و زخم معده رد کرد، اما بیمارانی که به‌طور بالقوه در معرض صدمات معدی - روده‌ای بودند از دوره درمان حذف شدند به عبارت دیگر در دو مطالعه گسترده‌ای که در انگلستان انجام شد، خطر نسبی بستری شدن به علت زخم پپتیک در بیماران مصرف‌کننده مقدار مصرف ۳۰۰ میلی‌گرم در روز آسپیرین حدود ۳/۶ تا ۳/۹ نشان داده شده است و حتی مقادیر مصرف پایین‌تر علی‌رغم کاهش جزیی خطر، (۳/۲ با ۱۵۰ میلی‌گرم در روز و ۲/۳ با ۷۵ میلی‌گرم در روز) بدون توجه به جنس، سن و سابقه قلبی زخم معده و سوءهاضمه باعث ایجاد جراحات معده می‌شوند. به‌نظر می‌رسد در انگلستان ۱۷ درصد بیماران بالای ۶۰ سال که مبتلا به زخم‌های خونریزی‌دهنده هستند، مقدار مصرف پایین آسپیرین را به‌عنوان عامل ضدپلاکتی دریافت می‌کنند. مقدار مصرف روزانه ۷۵ میلی‌گرم خطر را تا سقف ۴۰ درصد نسبت به مقدار مصرف ۳۰۰ میلی‌گرم در روز کاهش می‌دهد. با این مقدار مصرف، نسبت به مقدار مصرف ۱۵۰ میلی‌گرم در روز، تا ۳۰ درصد خطر خونریزی کاهش پیدا می‌کند.

این اطلاعات با مشاهدات قلبی مینی بر این که مصرف‌کنندگان طولانی‌مدت آسپیرین در معرض خطر نسبی ابتلا به خونریزی معده به میزان ۳/۱ با مقدار مصرف ۲۵۰ میلی‌گرم در روز یا کمتر هستند، سازگاری دارد. این امر خاطر نشان می‌سازد که مقدار



تولید پروستاگلاندین‌های محافظ معده منجر به ضعف عمومی عوامل دفاعی مخاط (ترشح مخاط و بی‌کربنات، جریان خون مخاطی) و اختلال در مواد درگیر در ترمیم بافتی و بهبوددهنده زخم مثل عامل رشد اپیدرم می‌شود. مهار سیکلواکسیژناز توسط آسپیرین ممکن است فعالیت لیپواکسیژناز معده را افزایش دهد، که به همراه آن تولید لوکوترین‌های سایتوتوکسیک و منقبض‌کننده عروق، انفیلتراسیون نوتروفیل‌های اندوتلیال و آسیب مخاطی ناشی از ایسکمی موضعی و تولید بیش از حد رادیکال‌های آزاد سمی افزایش می‌یابد.

البته، انطباق معده با تکرار مصرف آسپیرین واقع خواهد شد، که علت آن افزایش فعالیت میتوزی، کاهش انفیلتراسیون نوتروفیلی و بهبود جریان خون موضعی است. متأسفانه، پدیده سازش نسبت به تداوم مصرف آسپیرین که هنوز هم موضوع جنجال برانیزی به‌نظر می‌رسد، فقط در تعداد محدودی از بیماران اتفاق می‌افتد و حتی خونریزی‌های مزمن بسیار جزئی هم طی دوره درمان با مقدار مصرف پایین آسپیرین کاهش نمی‌یابد.

امکان پیشرفت مسأله سازش معده نسبت به آسپیرین غیرقابل پیش‌گویی است. افراد مسن - که مکانیسم‌های ترمیم بافتی آن‌ها آهسته‌تر است و سیستم مویرگی آن‌ها در مخاطره می‌باشد - احتمال سازش کمتری دارند و متأسفانه این افراد همان کسانی هستند که تحت درمان ضدپلاکتی با آسپیرین می‌باشند علاوه بر این مطابق یک تحقیق انجام شده، اختلال‌های قلبی - عروقی یک عامل

آسپیرین توانایی کاهش ترومبوکسان B_2 سرم را داشته و قادر به مهار عملکرد پلاکت‌ها بدون کاهش میزان پروستاگلاندین‌های محافظت‌کننده سلولی مترشحه از معده می‌باشد. با وجود این، چنین مقدار مصرفی از آسپیرین می‌تواند در بهبود آثار بالینی درمان ضدپلاکتی مؤثر تلقی شود.

۱ - اقدامات لازم جهت پیشگیری عمومی:

به‌منظور تعیین راه‌های ممکن جهت کاهش یا پیش‌گیری از اثرات گوارشی ناگوار ناشی از درمان ضدپلاکتی، لازم است مکانیسم‌هایی را که از طریق آن آسپیرین باعث آسیب مخاط معده می‌شود، به‌طور مختصر مرور کرد. داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) از جمله آسپیرین اثر مسمومیت گاستریک خود را از طریق دو مکانیسم اعمال می‌کنند. هنگامی که از راه خوراکی تجویز شوند - در اثر تماس مستقیم - باعث آسیب مخاط می‌شوند. اثر آسپیرین وابسته به pH است. در pH پایین معده آسپیرین به شکل غیریونیزه درآمده و به‌خاطر خاصیت انحلال در چربی خود قادر به نفوذ در سلول‌های اپیتلیال می‌باشد. در این‌جا به علت pH بالاتر، دارو یونیزه می‌شود و در داخل سلول‌ها به دام می‌افتد. بنابراین، با تغییر نفوذپذیری سلولی و تقویت انتشار معکوس یون هیدروژن، آسیب بافتی عارض می‌شود.

مکانیسم تخریبی دیگر سیستمیک است و هنگامی رخ می‌دهد که دارو وارد جریان خون عمومی شود، فارغ از این‌که از چه راهی دارو تجویز شود. مهار سیکلواکسیژناز به همراه کاهش

از NSAIDs - مزیت بر دارونما در پیش‌گیری از پیشرفت جراحات معده ندارد به‌طوری که بیشتر زخم‌های گوارشی توسط آسپیرین القا می‌شوند. مطالعه گسترده‌ای در مورد داروهای مهارکننده پمپ‌پروتون نیز در دسترس نیست.

سوکرالفیت علی‌رغم خصوصیات بارز گاستروپروتکتیو، نتایج متفاوت و ضعیفی از خود نشان داده است.

در این خصوص یک تحقیق کوتاه‌مدت نسی با استفاده از میزوپروستول روی داوطلبان مصرف‌کننده آسپیرین نشان داده است که آنالوگ پروستاگلاندین به‌طور قابل توجهی در پیشگیری از زخم گوارشی ارجحیت دارد. یافته‌ها حاکی از آن است که نتایج آزمایش طولانی‌مدت ۲ دارو در بیماران مصرف‌کننده NSAIDs با هم تطابق دارد. از آن‌جا که بخش اساسی اثرات حفاظتی سوکرالفیت بر تحریک پروستاگلاندین‌های موضعی تأکید دارد ممکن است توقف سنتز پروستاگلاندین معدنی توسط آسپیرین مسؤول فعالیت ضعیف دارو در این زمینه باشد.

میزوپروستول - آنالوگ آلپروستادیل (PGE1) در پیشگیری از صدمات گوارشی ناشی از مصرف کوتاه‌مدت مقدار مصرف بالای آسپیرین بر دارونما و سوکرالفیت ارجح است. در درازمدت میزوپروستول از رانیتیدین و سوکرالفیت در پیشگیری از زخم‌های گاستریک ناشی از NSAIDs بهتر بوده و هم‌چنین به اندازه رانیتیدین در موارد زخم دئودنوم مؤثر می‌باشد. در بیشتر مطالعات و به‌ویژه در آزمایش

خطر مستقل جهت عارضه اولسرپتیک طی دوره درمان با NSAIDs می‌باشد.

بر طبق مشاهدات آندوسکوپی مصرف آسپیرین «بافره» سمیت گاستریک دارو را کاهش نداد. در صورتی که فرآورده Enteric coated از طریق ممانعت از تماس مستقیم دارو با مخاط معده اثرات سودمندی طی دوره کوتاه‌مدت تجویز آسپیرین ارایه می‌دهد. با توجه به مشاهدات اخیر امکان این که فرآورده‌های مذکور عوارض جانبی درازمدت ناشی از مهار سیستمیک سیکلواکسیژناز را منسوخ کنند، بسیار ضعیف است. بنابراین، پیشگیری فارماکولوژیکی ضروری به‌نظر می‌رسد.

۲ - پیشگیری فارماکولوژیکی: داروهایی که به‌صورت نظری جهت پیشگیری از صدمات گوارشی ناشی از آسپیرین به کار می‌روند، یا مهارکننده اسید معده هستند یا عوامل محافظ مخاط معده می‌باشند. بررسی یافته‌های آندوسکوپی داوطلبان سالم در طول یک دوره چند روزه مصرف آسپیرین نشان می‌دهد که هر دو نوع داروها از دارونما مؤثر هستند اما این اطلاعات به‌ندرت در مورد مصرف طولانی‌مدت آسپیرین صادق است. تحقیقات ویژه‌ای که نشانگر احتمال اثربخشی آنتاگونیست‌های گیرنده H_2 هیستامینی در برابر جراحات معدی ناشی از مصرف طولانی‌مدت آسپیرین باشد در دسترس نیست.

با وجود این، آزمایش‌های طولانی‌مدت با سایر NSAIDs نشان داده است که رانیتیدین با اثر بالقوه در پیش‌گیری از اولسرهای دئودنال ناشی



و دئودنوم اعمال می‌کند. در مقایسه با مقدار مصرف ۱۵۰ و ۳۰۰ میلی‌گرم در روز، به‌نظر می‌رسد که مقدار مصرف ۷۵ میلی‌گرم در روز کمترین اثرات گاسترودیونال را دارا می‌باشد و بنابراین، بر سایرین ارجحیت دارد، ولی به‌وضع ثابت شده است که مقدار مصرف درمانی بی‌خطر آسپیرین با توجه به عارضه جراحات معده وجود ندارد. فرمولاسیون‌های با روکش روده‌ای نشان داده‌اند که فقط در موارد کوتاه‌مدت تجویز قادر به کاهش مسمومیت گوارشی آسپیرین می‌باشند. فواید این فرمولاسیون‌ها در درازمدت به اثبات نرسیده است. پیشگیری فارماکولوژیک از زخم‌های گاستریک ناشی از آسپیرین امکان‌پذیر و ضروری می‌باشد.

مهارکننده‌های اسیدمعده مثل رانیتیدین قادر به پیشگیری از زخم‌های دئودنال ناشی از NSAIDs می‌باشند ولی در حفاظت از مخاط معده توانایی چندانی ندارند. به‌عبارت دیگر، میزوپروستول در پیشگیری از زخم‌های معده و دئودنال ناشی از NSAIDs مشهور است، به‌ویژه در دوره‌های ۴ هفته‌ای درمان با مقدار مصرف پایین آسپیرین محافظ خوبی برای مخاط معده است. به‌نظر می‌رسد مقدار مصرف بین ۱۰۰ تا ۴۰۰ میکروگرم در روز به منظور محافظت از معده و همچنین اثرات ناگوار روده‌ای کافی باشد.

پزشکانی که ناچار به تجویز آسپیرین جهت درمان ضدپلاکتی هستند و از طرفی، به‌خاطر اثرات ناخواسته دارو بر معده نگران می‌باشند باید

اخیری که در ایالت متحده انجام شده است، فقط از مقدار مصرف ۲۰۰ میکروگرم دو بار در روز استفاده شد. نتایج حاکی از کاهش گسترده عوارض جانبی میزوپروستول است موضوع اثر حفاظتی میزوپروستول در برابر درمان درازمدت با آسپیرین اخیراً در یک مطالعه دوسویه در انگلستان مطرح شده است. نتایج تحقیق هنوز به صورت یک مقاله کامل چاپ نشده است. مقدار مصرف منفرد روزانه دارونما با میزوپروستول ۱۰۰ میکروگرمی در داوطلبان سالمی که روزانه ۳۰۰ میلی‌گرم آسپیرین مصرف می‌کردند طی ۴ هفته مقایسه شده است. ارزیابی اندوسکوپی از کاهش چشمگیر وقوع زخم‌های خونریزی‌دهنده و غیرخونریزی‌دهنده در گروه مصرف‌کنندگان میزوپروستول خبر می‌دهد. به‌عنوان مثال، در گروه مصرف‌کنندگان میزوپروستول تعداد افراد مبتلا به زخم‌های خونریزی‌دهنده ۴ برابر کاهش یافت و میانگین جراحات در افراد بیش از ۸ برابر کمتر شد ($P < 0/001$)، این آزمایش نشان می‌دهد که حتی مقدار مصرف پایینی از میزوپروستول (به اندازه ۱۰۰ میکروگرم در روز) جهت حفاظت از مخاط معده در برابر جراحات ناشی از آسپیرین دست‌کم طی دوره میان‌مدت درمان کافی است.

۳ - نتیجه‌گیری: اطلاعات حاصل از مطالعات کنترل شده و گسترده خاطر نشان می‌سازد که آسپیرین حتی در مقادیر مصرف پایین - مانند مقدار مصرفی که به‌عنوان درمان ضدپلاکتی به کار می‌رود. - اثرات زیانباری روی مخاط معده



کمتر از آن طول بکشد - اما فقدان سازش‌پذیری یا انطباق معده بیماران مسن، احتمال حضور خطر را بعد از این مدت به قوت خود باقی نگه می‌دارد. در حال حاضر، دلیلی برای این که درمان بسیار طولانی‌مدت با میزوپروستول تضمین‌کننده سلامتی باشد نداریم.

شواهدی که نشان دهد دارو به‌عنوان عامل پیشگیری‌کننده در برابر NSAIDs است به ۱۲ ماه محدود می‌شود. در حال حاضر، این مدت به عنوان دوره درمان پیشنهاد می‌شود) اما مطالعات درازمدت متمرکز بر آسپیرین نیازمند تأیید مجدد کارآیی داروی مورد بحث بعد از ۴ هفته اول مصرف می‌باشد.

منبع

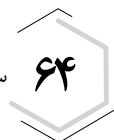
Cuslandi M. Gastric toxicity of antiplatelet therapy with low-dose Aspirin. *Drugs*. 1997; 53: 1-5.

هنگام پیشگیری فارماکولوژیک این اطلاعات را به حافظه خود بسپارند.

در این‌جا دو سؤال بدون جواب باقی می‌ماند: آیا کلیه بیماران که تحت درمان ضدپلاکتی با آسپیرین هستند باید با میزوپروستول محافظت شوند؟ و برای چه مدت این درمان باید ادامه یابد؟

از جهات نظری کلیه بیماران باید میزوپروستول مصرف کنند. از آن‌جا که درمان ضدپلاکتی به‌طور معمول طولانی می‌باشد، پیشگیری باید تا زمان نامحدود ادامه یابد. امکان این امر جهت اهداف عملی به‌خصوص از نظر اقتصادی ضعیف است. به هر حال بیمارانی که عامل‌های خطر اساسی دارند مثل افراد مسن با سابقه قبلی اولسر باید میزوپروستول را به‌طور هم‌زمان با داروهای مذکور دریافت نمایند.

خطر مسمومیت گاستریک در طی ۳ ماهه اول مصرف بیشتر است - بنابراین، پیشگیری نباید





دایرةالمعارف بریتانیکا

رابعه حاجبی

کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شامل ۱۰۲،۳۱۴ مقاله کوتاه که به شکل الفبایی تنظیم شده است. مجموع ویرایشگران بریتانیکا را پژوهشگران ۱۳۱ کشور جهان تشکیل می‌دهند که اکثر آنها انگلیسی و آمریکایی هستند. دایرةالمعارف بریتانیکا حاوی مطالب علمی و تحقیقی در زمینه‌های ماده و نیرو، زمین، زندگی روی زمین، زندگی انسان، اجتماع انسان، هنر، فن، مذهب، شاخه‌های دانش علوم، شیمی، پزشکی، صنعت، تاریخ و جغرافیای ملل جهان است. از این اثر به عنوان «بزرگ ایده امروز» ستایش شده است. دایرةالمعارف بریتانیکا علاوه بر شکل چاپی از طریق CD نیز قابل استفاده است. Britannica CD 2.0 براساس استانداردهای جدید مرتب شده است و دسترسی به آخرین فایل‌های پایگاه اینترنت را از طریق CD-ROM به استفاده کنندگان عرضه می‌کند و می‌تواند عاقلانه تصاویر را انتخاب کند و بر مطالب درسی و نمایش

اولین ویرایش این اثر در ۳ جلد در سال‌های ۱۷۷۱ - ۱۷۶۸ به همت آندریوبل، کالن مک فارکوهر و ویلیام سملی تدوین و منتشر گردید. ویرایش سوم این دایرةالمعارف در ۲۰ جلد منتشر شد و ویرایش نهم این اثر به‌عنوان ویرایش محققان شهرت یافت. ویرایش یازدهم در سال‌های ۱۹۱۱ - ۱۹۱۰ در ۲۹ جلد و ویرایش چهاردهم در ۲۴ جلد و ویرایش پانزدهم با طرحی نو منتشر گردید. موریتومر آدلر دایرةالمعارف را به ۳ بخش تقسیم کرد. پروپدیا، ماکروپدیا و میکروپدیا که به معنی یادگیری مقدماتی، مهم و کوچک است. در این ویرایش ۴۳ میلیون واژه در ۳۰ جلد آمده است. پروپدیا به‌عنوان راهنمای دانش بشری یک جلدی و راهنمای ۲۹ جلد دیگر است. ماکروپدیا ۱۹ جلدی است با ۴،۲۵۷ مقاله مهم، زندگی‌نامه و توصیف‌های جغرافیایی و به‌صورت الفبایی تنظیم شده است. میکروپدیا ۱۰ جلدی است



این دایرةالمعارف قبلاً به‌وسیله هزاران مدرسه و تعداد بی‌شماری از کتابخانه‌های عمومی و بیش از ۳ میلیون دانشجو در بیش از صدها دانشگاه معتبر جهان استفاده شده و اکنون قادر است سؤال‌های شما را در کتابخانه شما در هر زمان به آسانی و با سرعت و به‌طور صحیح پاسخ بدهد.

زیرنویس

1. Andrew Boll
2. Colin Mac Farquhare
3. William Smellie
4. Mortimer Adler
5. Propaedia
6. Macropaedia
7. Micropaedia
8. Great Ideas Today
9. on line
10. Index

منابع

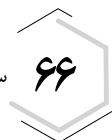
۱. مرادی ن. مرجع‌شناسی: شناخت خدمات و کتاب‌های مرجع. تهران: فرهنگ معاصر، ۱۳۷۲: ۹۰-۸۸.
2. Library Journal. 1997; 122: 124.
3. McDonald D. Center-Magazine. 1981; 14: 37-39.
4. Mehny R. NFAIS - News letter. 1995; 37: 3031.

نمودار تأکید دارد و همچنین بر اساس تغییر و اصلاح ابزارهای اینترنت که بر منابع الکترونیکی استوار است، جستجوی جدید ماشین را با شکل و تصویر انجام می‌دهد. استفاده از CD گشتی است در دنیای گسترده web به‌عنوان تشکیلات اطلاعات Britannica CD 2.0 از نظر محتوا بسیار غنی است و قطعاً یک دایرةالمعارف درجه یک است.

دایرةالمعارف بریتانیکا خدمات اطلاع‌رسانی جدید Britannica on line را در اکتبر ۱۹۹۴ از طریق شبکه گسترده جهانی World Wide Web (WWW) شروع کرد.

گرچه بریتانیکا اولین دایرةالمعارف پیوسته نیست، اولین منبع اطلاعاتی دایرةالمعارف پیوسته است که به آسانی قابل چاپ نیست. محتوای Britannica on line شامل ۴۴ میلیون کلمه و تقریباً ۶۵۰۰۰ مقاله چاپ شده در دایرةالمعارف و بیش از صدها مقاله است که هنوز به چاپ نرسیده و حدود ۳,۰۰۰ نمودار، تصویر، نقشه و جدول دارد. نمایه Britannica on line دارای ۷۰۰,۰۰۰ منبع درسی است که به‌صورت زنجیره مرتبط و قابل انعطاف تنظیم شده است.

همان‌گونه که نیازهای اطلاعاتی مدارس و کتابخانه‌ها تغییر کرده، دایرةالمعارف بریتانیکا نیز تغییر یافته است.





راپورت یومیه

﴿ سمی نار نمره ششم دانشجویان دواسازی مملکت ایران ﴾

راپورتچی: محمدرضا جعفرزاده

دانشجوی داروسازی - دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

■ مقدمه

در اردیبهشت ماه سال ۷۹، یکی از دانشجویان داروسازی اهواز براساس قولی که به بنده داده بود، گزارشی از ششمین نشست دانشجویان داروسازی سراسر کشور برایم ارسال کرد که در شماره تیر ماه رازی منتشر شد. درست یک ماه بعد آقای محمدرضا جعفرزاده از دانشجویان داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گزارش همین سمینار را با ادبیات قدیم و به شکل طنز برایم ارسال کرد که این بار مطلب را به دلیل طنز بودن آن منتشر می‌کنیم. امیدواریم که این کار فتح بابی شود برای دیگر همکاران و رازی دوستان که در این زمینه برایم مطلب بفرستند.

«سردبیر»

از سنوات ماضیه مرسوم شده هر سنه یکی از کولژهای دواسازی مملکت ایران سمی‌نار برگزار کرده، جماعت رجال و نسوان دواساز مملکت را دور هم جمع کرده تا اسباب پروکرس علوم جدیده دواسازی مهیا شود.

بانی این امر مدرسه دواسازی یونیورسیتیه آتورپاتگان^۱ بوده که علی‌الدوام به قاعده هر سنه در یکی از بلاد مملکت ایران من جمله طوس و بلد کبیره طهران و فارس و مدرسه دواسازی شهید بهشتی و سر آخر کولژ دواسازی یونیورسیتیه علم طب خوزستان برگزار شده است.

اواسط برج آذر ماه در تابلوی اعلانات مدرسه یک فقره پوستر با کاغذ ملون رویت کردیم که روی آن زمان و مکان سمی‌نار سراسری نمره ششم دانشجویان دواسازی مملکت ایران کتابت شده بود. فی‌الحال به اتفاق رفقا اسم‌نویسی کردیم. ایام مابقی تا شروع سمی‌نار را به رتق و فتق امور پرداختیم. به اداره خط آهن رفتیم تا از برای سی نفر از رعایای مدرسه تیکت مهیا کنیم. از بابت این که سمی‌نار در برج مارس مقرر گشته بود و برج مارس فرهنگی مصادف با ایام ماقبل سنه جدید خورشیدی است، اداره خط آهن شلوغ بود.

علی‌ای حال تیکت قطار نمره یک مأخوذ شد. فی‌هذه‌الایام هر کس بقیچه سفر بسته، آماده عزیمت است. خدمت میرزا حمدرضاخان مقیم‌الدوله معاونت عظمای دپارتمان تحقیق و تفحص مدرسه - رسیدیم. آقا از اعاضلم و اوتاد علم و فن دواسازی بوده که چندین سنه در بلاد فرنگ به تحصیل علم

اشتغال داشته، فی‌الحال علامه دهر است. میرزا در امورات غشا پوست و کانال و منفذ مداخلت داشته. بالجرات هیچ کس به قاعده آقا از عبور دوا از منفذ و سوراخ متبخر نبوده و نخواهد بود. میرزا مقیم‌الدوله محقق‌الممالک اندکی از بابت سفر اقوال نصیحت و ارشادات فرمودند عرض کردیم سمعاً و طاعتاً.

حوالی ظهر یک فقره فکس اخذ کردیم از اهواز، داخل مرسوله کتوب شده بود که محل سمی‌نار به بلاد حربزده آبادان منتقل شده با خودمان گفتیم. آبادان چه مربوط دارد به یونیورسیتیه اهواز؟!

دسته تلفون را برداشتیم، نمره اهواز را گرفتیم تا از اوضاع مطلع شویم. تلفون اشغال بود. به قاعده چند مرتبه نمره گرفتیم باز هم اشغال بود. با خودمان گفتیم فی‌هذه‌الیام که موعده فیش‌های تلفون همراه سررسیده. یمکن روساء تلفونخانه مملکت به تحویل تلفون‌های همراه مشغول بوده، از تلفون کابلی غافل مانده‌اند! امروز هر کس را رویت کردیم راجع به محل سمی‌نار استفسار می‌فرمود.

روز موعود حرکت میرزا فرشاد آقا منورالضمائیر (کثراً... امثاله) را در مدرسه زیارت کردیم. چشمان به جمال منور آقا روشن شد. میرزا ریاست عظمای مدرسه دواسازی بوده و در فن دواسازی و کتابت ید بیضاء داشته، هیچ جریده مرتبط با دوا و درمان بدون حضور آقا منطبع نشده و نشود.

میرزا فرشادخان قلم زرین داشته، هر ورق که کتابت می‌فرمایند کیمیا شده، گوهر نایاب دو جهان می‌شود.



ابری به پا کرده و به فعل شوفری اشتغال داشته ما را سوار بر مرکوب شخصیه نمود. در بین راه به قاعده هفتاد نفر در باب فضایل شخصیه و بلاد آبادان نطق کرد. از فرط اقوال محیرالعقول وولک جاسم مبهوت شده، قریباً دو فقره شاخ بر رأس ما ظاهر شود. حدود ربع ساعت بعد به سی نما نطف - محل برگزاری سمی نار - رسیدیم. یک نفر ضعیفه خدمت ما رسیده، خیر مقدم عرض فرمودند. فی الواقع رعایای هیچ نقطه از بلاد عالم به طور رعایای خوزستانی خونگرم نبوده که هرچه در این بابت کتابت کنیم به قدر یک ارزن هم محسوب نمی شود.

جلو درب خانه سی نما کوپن غذا و کارت شرکت در سمی نار و چه و چه و چه به ما داده، به اتفاق ریاست امورات اجرائیه سمی نار سوار بر مرکوب به مهمانخانه محل اقامت رفتیم. مهمانخانه وسیع بود و چند طالار طویل در دو اشکوب داشت و در دو جانب آن از یمین و یسار اطاق و جلو درب خانه مهمانسرا یک فقره پارچه الوان به قد بیست گز با رسن آویزان کرده و حضور میرزا فرشاد آقا منورالضما میرزا ابوالحسن خان احمدیانی معروف را با خط خوش خیرمقدم عرض کرده اند. طرف ظهر به لقانطه رفتیم، ناهار اکل شد که مقبول افتاد.

ساعت دوازده گذشته داخل طالار رفتیم. هر کس از رعایا مقالات مکتوب فرموده، کاغذ چسبانی و گراورسازی کرده، اسباب اکسپوزیسیون مهیا می فرمایند. کرور کرور دوربین عکاس برداری و فیلمبرداری آورده از هم عکس فوتوغرافی اخذ می کنند. الیوم هر کس از رعایای مملکت یک فقره

مقرر شده بود آقا به اتفاق میرزا ابوالحسن خان احمدیانی معروف با طیاره به بلاد آبادان عزیمت کنند. گویا دو نفر از رجال مدرسه - میرزا حمدرضاخان راسخ الممالک پشتیبانیچی باشی و میرزا احمدخان نعیمی کتابچی باشی هم با رعایا عازمند.

ساعت دو از دسته گذشته سوار بر مرکوب شده به اتفاق رعایای مدرسه و میرزا حمیدرضاخان راسخ الممالک پشتیبانیچی باشی و میرزا احمدخان نعیمی کتابچی باشی به ایستگاه خط آهن بلد طهران رفتیم. سیاهای از اسما که سابقاً تهیه کرده بودیم در دست داشته، مدام رعایا را حاضر و غیاب می کردیم. داخل قطار چاهی و شیرینی جات و شربت آلات تناول کردیم. میرزا حمیدرضاخان راسخ الممالک به واغون ما آمده، مبالغی شوخی و مزاح می فرمودند که یکپهو اصوات مخوفی مسموع شد. هر کس از رعایا رنگ به رخسار نداشته، ناصیه شان به طور گچ سپید شد. یک نفر گفت: یمکن دینا میط و آلات محترقه منفجر شده! عرض کردیم! نه یحتمل زلزله شده، رفتیم ببینیم چه شده. دیدیم یک نفر ضعیفه از روی تخت واغون قطار به زمین اوفتاده! خدا رحم کرد مرحومه نشد. طرف صبح که از خواب بیدار شدیم از دیدن مناظر جمیل و اشجار نخیل بسیار مشعوف شده، حظ بصر وافر بردیم.

قریب یک ساعت بعد به ایستگاه خط آهن خرمشهر رسیدیم. مقرر شده بود یک فروند اتوبوس جهت انتقال رعایا به محل سمی نار بفرستند. فی الواقع از همه چیز خبر بود الا اتوبوس یک نفر «وولک» آبادانی که عینک Ray bon استعمال نموده و دمپایی

بعد از ارایه مقالات یک نفر اوستاد مدرسه دواسازی کرمان از یک خاتون طهرانی از بابت امورات اکونومی طرح تحقیقاتی سؤالات فرمودند. بکھو یکی از قاضی القضاات سمی نار داخل مباحثه شد و فرمودند: «فی هذه الايام قيمت یک فقره تلفون موبایل به قاعده چند مقابل مخارج طرح تحقیقاتی بوده و این امورات نباید هیچ محذورات داشته باشد» هر چه فکر کردیم نفهستیم^۲ تلفون موبایل به علم دواسازی چه مربوط دارد؟!

طرف ظهر رفتیم لقانطه جهت صرف ناهار جمعیت بسیار کثیر بود. عجیب است که در مجالس مذاکره جمعیت رعایا به کثرت جمعیت لقانطه نبوده!

ساعت دوازده گذشته به طالار اکسپوزیسیون پوسترها رفتیم. غرفه جراید دانشجویی هم دایر بود، داخل غرفه مدرسه علاوه بر جریده پیشاران یک فقره کتاب رویت کردیم که به لسان فرنگی انطباع شده. گویا مباحثی از کتاب را میرزا حمیدرضاخان مقیم‌الدوله در باب عبور دارو از سوراخ غشاء به لسان فرنگی مکتوب فرموده، قریب دو ساعت داخل طالار بودیم. مخبرین راپورت دادند که قرار است داخل سالون سی نما نطق از برای رعایا، فیلم «رنگ خدا» را تماشا بدهند. چون فیلم را اخیراً در بلد طهران تماشا کرده بودیم. رفتیم تماشای بلد آبادان که اشجار نخیل و انهار کثیره دارد. روی نهر یک پل عظیم به‌طور ممالک فرنگی مثل اسطانبول و لوزان و غیره درست کرده‌اند که کشتی‌ها از زیر آن عبور می‌کنند یک فقره قومپانی نفتی هم در مجاورت نهر بوده که دودکش‌های عظیم داشته

دوربین فیلمبرداری مغناطیسی ابتیاع کرده، دور سالون مشغول پروداکسیون فیلم بوده و با یکدیگر مصاحبت می‌فرمایند. با خودمان گفتیم این رعایای دواساز مملکت، همگی آکتور و آکتورس بوده و هیچ از آنتونسی کوهین و لعوناردو دی کاپریو فرنگی کم نداشته، فی الواقع آب نمی‌بینند والا شناگر قابلی‌اند! بعد از صرف شام جواسیس و مأموران خفیفه راپورت کردند در یکی از اطاق‌ها میرزا حمیدرضاخان راسخ‌الممالک پشتیبانیچی باشی با جماعتی از رعایای مدرسه یک محفل غیبی دایر کرده و در آن اسطربلاب می‌اندازند و پیشانی رویت می‌کنند. گویا خیالاتی برشان داشته و ارواح مختلفه احضار کرده و از آن‌ها احوال حاضران جمع را سؤال می‌نمایند.

داخل سالون میرزا احمدخان نعیمی کتابچی باشی مدرسه را رویت کردیم که صورتشان به‌طور یاقوت احمر شده و تمام بدن‌شان به لرزه آمده، از خوف اجنه و ارواح دندان‌هایشان به هم خورده و به بکھو بیهوش شدند! دستور دادیم کاهگل آوردند جلوی دماغ آقا گرفتند تا احوال میرزا به قاعده صواب شود. شب در عمارت مهمانخانه کاروانسرا تا صبح خواب می‌دیدیم که اجنه و ارواح بر ما دخول و خروج کرده، می‌خواهند ما را مقتول کنند خدا رحم کرد.

صبح علی‌الطلوع رفتیم لقانطه چاهی و سایر ماکولات اکل کنیم. آب بلدیبه شور بود، چاهی شرب نکردیم. یوم دویم سمی نار را قدری دیر شروع کردند. گویا رعیت هم دیگر عادت کرده این‌طور در سالون حاضر شود. گفتیم رئیس سمی نار دستور بدهد ساعت‌ها را نیم ساعت عقب بکشند.



فی الواقع هیچ کس به قاعده جماعت اصفاهانی در مملکت محروسه ایران در امورات اکونومی و اقتصادیات داخل نبوده سر آخر خواستیم چند فقره عکس فوتوگرافیک اخذ کنیم. روسای سمی نار چراغ‌های برقی را خاموش کردند و الکتریسته سالون را قطع کردند.

میهمانان بقچه‌هایشان را بسته آماده سفرند. داخل لابی مهمانخانه ناصرخان حجازی که سابقاً مربی دسته ورزشی استقلال بوده فی الحال دسته ذوب آهن اصفهان است. گویا فردا دسته فوتبال ذوب آهن با دسته صنعت نفت مسابقه دارد. هر کس از رجال و نسوان با ناصرخان کاپلو عکس فوتوگرافی اخذ می کردند. رعایا از بابت اختتام سمی نار ناراحت شده به قدر یک من اشک از چشم رعیت از بابت فراق همدیگر جاری شده. احوالات جماعت محزون و گریه‌آور بوده آدمیزاد را یاد تابلوی ملون «شام آخر» لعونار دوداوینچی می اندازد.

تمت راپورتنا فی البلاد آبادان به تاریخ دوازدهم اسفند ماه سنه یک هزار و سیصد و هفتاد و هشت خورشیدی به قاعده دویم مارس سنه اول هزاره سیم فرنگی.

زیرنویس

۱. آذربایجان

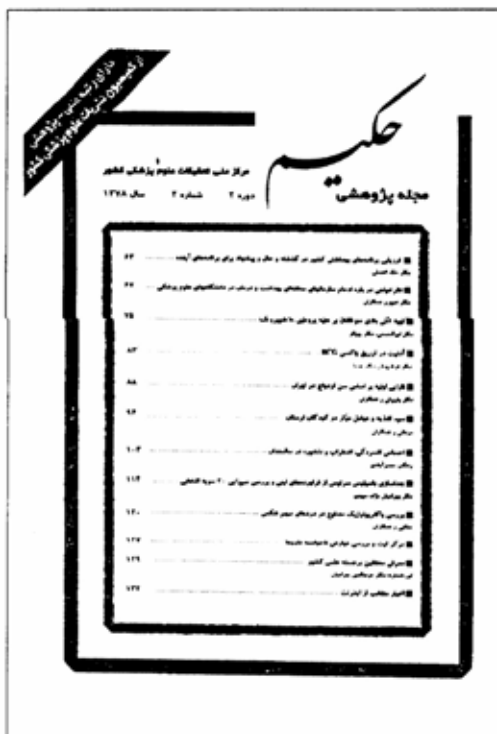
۲. فعل جدید فارسی از مصدر «نفهمستن» حالتی است بین فعل «نفهمیدن» و «ندانستن»

از سی فرسخی بوی غاز به مشام آدمیزاد می رسد. هر شب به قاعده چند ساعت جماعتی از رعایای بلاد مختلفه در یک سالون مخصوص در مهمانخانه جلوس کرده از بابت امور تعلیمیه و تحقیقیه و صنفیه علم دواسازی کارگاه دایر کرده، مذاکرات می کنند الحق که مذاکرات هم از امور مهمه است شب تا دیروقت داخل سالون از بابت قطعنامه سمی نار مذاکرات کردیم.

لیل ماضی مقرر بوده روسای تلفیزبون مملکت جلسه محکمه ضاربین خوابگاه رعایای دانشجو را از برای عوام تماشا دهند از فرط خستگی فراموش کردیم تماشا کنیم.

فی الواقع نسیان هم امر غریبی است! امروز خیلی خسته شدیم می رویم بیتویه کنیم.

صبح برای صبحانه به لقانطه نرفتیم. امروز یوم آخر سمی نار بوده هیچ کس از رعایا دل و دماغ ندارد. از بابت این که طرف غروب سمی نار تمام شده و هر کس باید به بلاد خودشان عزیمت کند بعد از ظهر مراسم اختتامیه در سالون دایر بوده به هر کس از رعایای برگزیده خلعت می دهند. رعیت در سالون رفت و آمد کرده و آخرین مذاکراتشان را می نمایند. یک نفر رجل اصفاهانی از برای جمعیت نطق کرده و به طور علانیه میزبانی سمی نار نمره هفتم رابعون الله تعالی از طرف یونیورسیتیه اصفهان تقبل فرمودند. هنوز کلام به طور تمام و کمال منعقد نشده، نادم گشته از بابت امورات اکونومی مباحثه کردند.



تورق و تأمل در مدیث دیگران

تنظیم از: دکتر شادان - فر

■ مقدمه

در حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت مجله‌ای پژوهشی با عنوان «حکیم» منتشر می‌شود که نامش برگرفته از بیتهی از نظامی گنجوی است:

بسم‌الله الرحمن الرحیم

هست کلید در کنج حکیم

که این بیت در اولین صفحه مجله، خواننده را متوجه ذوق و زیبایی‌شناسی دست‌اندرکاران نشریه می‌نماید. در آخرین شماره منتشر شده این مجله متین و وزین اولین مقاله با عنوان «ارزیابی برنامه‌های بهداشتی کشور در گذشته و حال و پیشنهاد برای برنامه‌های آینده» به قلم آقای دکتر حسین ملک‌افضلی (معاون پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را مقاله‌ای خواندی و حاوی نکات برجسته فراوان یافتیم، از این رو، سهم شما از تورق ما در «حکیم» همین مقاله بود که خدمت دوستان رازی به ارمغان آوردیم.



ارزیابی برنامه‌های بهداشتی کشور

در گذشته و حال

و پیشنهاد برای برنامه‌های آینده

دکتر حسین ملک افضلی

معاون پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

■ چکیده

در این بررسی به شاخص‌های بهداشتی کشور در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵، قبل و بعد از انقلاب شکوهمند اسلامی، اشاره شده است. به علاوه درباره عوامل مؤثر بر این موفقیت‌ها و همچنین راهبردهای آینده کشور براساس شاخص DALY (سال‌های از دست دفته به دلیل ناتوانی) بحث شده است.

■ گلوژگان

شاخص‌های بهداشتی، سال‌های از دست رفته به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی «DALY»

■ مقدمه

فعالیت‌ها و برنامه‌های مهم بهداشتی در کشور گردید که بحمد... امروز به بار نشست است. آگاهی از یافته‌های این تلاش‌ها که به همت سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، اساتید، مدیران و مجریان بخش بهداشت و درمان و دیگر بخش‌های توسعه و به‌خصوص همکاری و مسؤلیت‌پذیری مردم شکل گرفت و همچنین شناخت عوامل مؤثر بر این یافته‌ها، راه را برای برنامه‌ریزی آینده کشور در زمینه فعالیت‌های بهداشتی درمانی در آستانه اجرای

تجربه استفاده از کارکنان محلی برای رفع نیازهای بهداشتی درمانی مردم در کشورهای شوروی سابق، چین و کشور خودمان در سال‌های قبل از انقلاب، بیانیه سلامت برای همه و تدوین راهبرد مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه برای رسیدن به این هدف، توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۷۵ و بالاخره انقلاب شکوهمند اسلامی مردم ایران در همین سال، زمینه اجرای



مهم بهداشتی را که به‌طور عمده در ارتباط با جمعیت، مرگ و پوشش خدمات است، نشان می‌دهد. از مطالعه این جدول نتایج زیر حاصل می‌گردد.

رشد جمعیت و شاخص باروری کل از سال ۱۳۷۰ به بعد به نحو محسوسی کاهش یافته است، اندازه این دو شاخص در سال ۱۳۷۵ برابر نصف اندازه‌های سال ۱۳۶۵ است، شاخص

سومین برنامه ۵ ساله هموار می‌سازد. در این مقاله تلاش می‌شود. ضمن بیان بعضی از شاخص‌های برنامه‌های اجرا شده به مشکلات آینده و راهبردهای کلی مناسب در حل این مشکلات نیز اشاره شود.

■ شاخص‌های مهم بهداشتی در ۲۰ ساله گذشته و عوامل مؤثر بر آن
جدول (۱) روند پاره‌ای از متغیرها و شاخص‌های

جدول ۱ - روند متغیرها و شاخص‌های مهم بهداشتی کشور از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵				
۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۵۵	متغیرها و شاخص / سال
۶۰	۵۸	۵۰	۳۵	جمعیت بر حسب میلیون
۱/۶	۲/۷	۳/۴	۳	رشد طبیعی جمعیت (درصد)
۲/۸	۵	۵/۶	۶/۳	میزان باروری کلی
۲۵	۴۰	۱۴۰	۲۳۷	میزان مرگ مادران درصد هزار تولد زنده
۲۸	۳۳	۵۱	۹۱	میزان مرگ و میر کودکان در هزار تولد زنده
۴۵۰۰۰	۷۵۰۰۰	۱۳۲۰۰۰	۲۱۰۰۰۰	تعداد مرگ در کودکان زیر ۵ سال
۱۵	۳۰	۴۲	۵۰	درصد مرگ زیر ۵ سال به کل مرگ‌ها
<۵	۱۷	۳۵	۳۵	درصد مرگ از اسهال به کل مرگ‌ها در زیر ۵ سال
<۱	۶	۱۶	۳۰	درصد مرگ از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن به کل مرگ‌ها در زیر ۵ سال
۷	۱۹	۲۰	۳۰	درصد مرگ از بیماری‌های حاد تنفسی به کل مرگ‌ها در زیر ۵ سال
۹۶	۶۶ در سال ۷۲	۰	۰	درصد استفاده از نمک یددار
>۹۵	۹۰	۵۵	<۲۰	درصد پوشش واکسیناسیون در کودکان ۱۲ ماهه بر علیه ۶ بیماری
۸۲	۷۵	۲۵	۰	درصد پوشش واکسیناسیون بر علیه کزاز در مادران
۹۰	۰	۰	۰	درصد پوشش هپاتیت B در نوزادان



* مدیران و مجریان کوشا و گاه گمنام که در سراسر ایران زمین شب و روز زحمت کشیده‌اند و می‌کشند.

* رونق گرفتن بازآموزی حین خدمت، نظام اطلاع‌رسانی آسان و مؤثر و تحقیق در سطوح شبکه بهداشت و درمان کشور.

* حضور اساتید و محققان دانشگاهی به‌عنوان پشتوانه علمی در نظام ارائه خدمت.

* مشارکت داوطلبانه مردم به‌خصوص زنان بزرگوار به‌عنوان رابط بهداشتی در ارائه خدمات.

* تصویب برنامه تحدید موالید توسط هیئت وزیران در سال ۱۳۶۸.

* همکاری و حمایت سازمان‌های بین‌المللی به‌خصوص سازمان جهانی بهداشت، یونیسف و صندوق جمعیت سازمان ملل.

* افزایش نرخ باسوادی به‌خصوص در زنان.

■ برنامه‌ها و اولویت‌های آینده

در سال‌های اخیر توصیه می‌شود، برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت یک جامعه به‌جای استفاده از شاخص مرگ به تنهایی از شاخص سال‌های ازدست رفته به دلیل ناتوانی و مرگ زودرس استفاده شود، زیرا در این شاخص علاوه بر مرگ به ناتوانی از بیماری‌ها هم توجه می‌شود. در واقع، این شاخص معرف سال‌هایی است که یک جامعه در سال تقویمی معینی (مثلاً ۱۳۷۷) به‌دلیل مرگ زودتر از انتظار (۸۰ سال برای مردان و ۸۲/۵ سال برای زنان در حال حاضر) و یا ناتوانی حاصل

مرگ مادران در سال ۱۳۷۵ یک چهارم اندازه سال ۱۳۶۵ شده است، شاخص مرگ کودکان زیر یک سال به حدود نصف سال ۱۳۶۵ تقلیل یافته است، سهم مرگ کودکان زیر ۵ سال از کل مرگ‌ها از ۵۰ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱۵ درصد در سال رسیده است، موارد مرگ از اسهال در کودکان زیر ۵ سال از ۳۴۰۰۰ مورد در سال ۱۳۶۵ به حدود ۲۰۰۰ مورد در سال ۱۳۷۵ رسیده است، موارد مرگ از بیماری‌های قابل پیشگیری به‌وسیله واکسن در کودکان زیر ۵ سال از ۲۳۰۰۰ مورد در سال ۱۳۶۵ به حدود ۳۰۰ مورد در سال ۱۳۷۵ رسیده است، موارد مرگ از بیماری‌های حاد تنفسی در کودکان زیر ۵ سال از ۲۷۰۰۰ مورد در سال ۱۳۶۵ به ۳۲۰۰ مورد در سال ۱۳۷۵ رسیده است، تقریباً کلیه خانوارها در سال ۱۳۷۵ از نمک یددار استفاده کرده‌اند، در حالی که ده سال پیش، این نوع نمک در دسترس نبود، درصد پوشش انواع واکسن در کودکان و مادران به‌طور عموم بیش از ۹۰ درصد است، در حالی که ۲۰ سال پیش درصد پوشش حتی برای بعضی از واکسن‌های متداول مثل سرخک و ثلاث کمتر از ۲۰ درصد بود.

عوامل مؤثر بر یافته‌های فوق عبارتند از:

* تعهد بالای قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حمایت از مردم روستا و محروم کشور.
* طراحی نظام مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به‌خصوص در مناطق روستایی و محروم کشور.



جدول ۲ - ترتیب بیماری‌ها براساس سال‌های ناتوانی یا مرگ زودرس (DALYs) در سال ۱۳۷۰ و ۱۴۰۰ در خاورمیانه

بیماریها به ترتیب اولویت در سال ۱۳۷۰	درصد از کل DALYs	بیماریها به ترتیب اولویت در سال ۱۴۰۰	درصد کل DALYs از
عفونی و انگلی	۲۰/۲	قلبی و عروقی	۱۷/۷
قلبی و عروقی	۱۱/۱	اختلالات عصبی روانی	۱۲/۸
عفونتهای تنفسی	۱۰/۷	صدمات عمدی و جنگ	۱۰/۷
اختلالات حول تولد	۹/۷	صدمات غیرعمدی	۹/۸
اختلالات عصبی روانی	۸/۷	عفونی و انگلی	۸/۴
صدمات غیرعمدی	۶/۸	اختلالات تنفسی	۶/۶
صدمات عمدی و جنگ	۶/۲	سرطاناتها	۵/۳
سوء تغذیه	۴/۷	عفونتهای تنفسی	۴/۶
اختلالات تنفسی	۴/۲	اختلالات حول تولد	۴/۶
اختلالات گوارشی	۴/۲	اختلالات گوارشی	۴/۷
جمع	۸۶/۵	جمع	۸۶/۳

نتیجه و بحث

جدول (۲) نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۰ حدود ۵۰ درصد از DALYs در منطقه خاورمیانه

از بیماری‌ها از دست می‌دهد. در محاسبه ناتوانی حاصل از بیماری به شدت بیماری، جنس و سن مبتلایان توجه می‌شود. در واقع، این شاخص بار حاصل از بیماری‌ها و مرگ را در جامعه برای سال معینی اندازه‌گیری می‌کند.

بدین ترتیب می‌توان براساس این شاخص اولویت‌ها را تعیین کرد و در واقع، مبارزه با بیماری‌ها و یا کنترل عوامل خطر را با توجه به اندازه سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی و مرگ و همچنین هزینه اثربخشی برنامه‌ریزی کرد.

اندازه این شاخص که در مقالات و کتاب‌ها تحت عنوان DALYs^۱ شناخته شده است، برای کلیه مناطق از جمله منطقه خاورمیانه محاسبه شده است که در جداول (۲) و (۳) ارایه می‌گردد.

جدول ۳ - ترتیب عوامل خطر بر حسب DALYs در منطقه خاورمیانه در سال ۱۳۷۰

ترتیب عوامل خطر	درصد DALYs
سوء تغذیه	۱۱/۰
عدم وجود آب سالم و بهداشت محیط	۸/۸
عوامل تنگی	۲/۶
فشار خون	۱/۷
روایب جنسی ناسالم	۱/۵
سیگار	۱/۲
عدم تحرک	۰/۸
استفاده از داروهای متنوعه و مولد مخدر	۰/۷
آلودگی هوا	۰/۵
انگل	۰/۴
جمع	۲۹/۲



۱ - تقویت ابعاد اجتماعی آموزش پزشکی در کنار ابعاد فنی آن به خصوص مهارت آموزش و ارتباطات.

۲ - آموزش بسیار گسترده مردم به خصوص در مدرسه و صدا و سیما در زمینه شیوه‌های زندگی.

۳ - تعهد بیشتر سیاست‌گذاران و دولت‌مردان در به‌سازی و حفاظت از محیط زیست.

زیرنویس

1. Disability Adjusted Lost years

منابع

۱. حسین ملک افضلی. مروری بر شاخص‌های حیاتی ایران، دارو و درمان. شماره ۱. بهمن ماه ۱۳۶۳.

۲. حسین ملک افضلی. بررسی شاخص‌های مرگ و باروری در جمعیت شهری ایران، دارو و درمان. سال چهارم. اسفند ۱۳۶۵.

۳. حسین ملک افضلی. دکتر پرویز رضایی. بررسی شاخص‌های مرگ در جمعیت روستایی کشور، دارو و درمان. سال سوم. اردیبهشت ۱۳۶۵.

۴. حسین ملک افضلی. وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول. سال ۱۳۷۱.

5. Christopher JL Murray Alan D. Lopez Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease study. The Lancet, May 1997, vol 349.

6. Christopher JL Murray Alan D. Lopez. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of disease study. The Lancet, May 1997; Vol 349.

مربوط به بیماری‌های عفونی، عفونت‌های تنفسی، اختلال‌های حول تولد، سوء تغذیه و بیماری‌های گوارشی بوده است.

بنابراین، جهت‌گیری برنامه‌های بهداشتی کشور به سمت بیماری‌های قابل پیشگیری به‌وسیله واکسن، بهداشت محیط، آموزش بهداشت عمومی، بیماری‌های حاد تنفسی، مراقبت‌های دوران بارداری و کودکی و پایش رشد کودکان و بالاخره بیماری‌های اسهالی به‌جا بوده است که بحمداً... ثمرات آن نیز مشهود است. لیکن تغییر ترتیب اهمیت بیماری‌ها در سال ۱۴۰۰ توجه به بیماری‌های قلبی - عروقی، اختلال‌های روانی، حوادث و جراحات غیر عمدی، اختلال‌های تنفسی و سرطان‌ها را می‌طلبد. این بیماری‌ها مجموعاً ۵۵ درصد DALYS را شامل می‌شود. با توجه به جدول (۳) لازم است برنامه‌ریزان بهداشت مملکت توجه خود را به کنترل عوامل خطر که در زیر قید شده معطوف سازند.

تغذیه مناسب، مبارزه با سیگار، ترویج ورزش، کنترل فشارخون، ارتقای سلامت روانی و روحی با ترویج شیوه‌های صحیح زندگی و تقویت ایمان به خدا، بهسازی محیط زیست، کنترل عوامل زیان‌آور محیط کار، عدم استفاده از داروهای ممنوعه و مواد مخدر و بالاخره مبارزه با آلودگی هوا، به‌نظر می‌رسد تحقق این پیشنهادات مستلزم ۳ تغییر عمده زیر باشد.

