



گزیده‌های منهای بیست

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

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

مقدمه

زیر عنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۲۸ سال و خردهای 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 هم چون مدیر مسؤول 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 مان گزین 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 گمشده‌های که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم، ولی ما قطعاتی 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 تیر ماه ۱۳۷۶ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - پاییز انسانی / دکتر مجتبی سرکندی
- ۳ - مصرف گیاهان دارویی در کشورهای صنعتی / دکتر محسن ابوالحسنی
- ۴ - محدودیت‌ها و مشکلات ارایه مشاوره‌های دارویی در داروخانه / دکتر جمشید سلام‌زاده
- ۵ - ماجرای کاریابی من (داستانی) / دکتر محمدرضا توکلی صابری



فهرست مقالات تیر ماه ۱۳۷۶

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
پاییز انسانی / دکتر مجتبی سرکندی	سر مقاله
نسل جدید داروهای ضدالتهایبی - غیراستروئیدی / دکتر فرشاد روشن ضمیر	مقاله
سیپروفلوکسازین / دکتر مرتضی ثمینی	
سیتالوپرام در درمان افسردگی / دکتر عباس پوستی، دکتر گلرخ ملیحی	
میلین‌های تحریک‌کننده، نرم‌کننده و روان‌کننده‌های دفع / دکتر فریدون سیامک‌نژاد	
کیت‌های آزمایشگاهی هلیکوباکتری پیلوری / دکتر سیدمحمد صدر	
خارش ناشی از کلسناز و درمان آن / دکتر فرنوش میثمی و دکتر احمدرضا دهبور	
سمیت فلوروکینولون‌ها / دکتر مهرداد شکیب‌آذر، احمدرضا شمشیری	
پرسش و پاسخ علمی / دکتر مرتضی ثمینی	
مصرف گیاهان دارویی در کشورهای صنعتی / دکتر محسن ابوالحسنی	
محدودیت‌ها و مشکلات ارایه مشاوره‌های دارویی در داروخانه / دکتر جمشید سلام‌زاده	
مباحث دارویی در چهل و نهمین مجمع بهداشت جهانی / دکتر عبدالرسول سبحانی، تقی تقی‌پور	مقاله
ماجرای کاریابی من (داستانی) / دکتر محمدرضا توکلی صابری	
دیدگاه‌ها	
رازی و خوانندگان	
فرصت‌های شغلی و ...	



در اوج فعالیت سازندگی برای یک کشور قرار دارد و «پاییز انسانی» دورانی پر از رنج و بیماری برای یک فرد، انسانی که بیماری او را چون برگ‌های خزان زرد و خشکیده کرده بود. در این افکار غوطه‌ور بودم که از پنجره روبه‌رو «امید» را دیدم. امید پسری ۱۴ - ۱۳ ساله بود که برای میهمانی به منزل عمویش که روبه‌روی خانه ما قرار داشت، آمده بود. مادر او دوران سخت «پاییز انسانی» را می‌گذراند، وی که به دلیل بیماری کلیوی، روزگار را بدون کلیه سالم به سر می‌برد، هرچند وقت

از روی صندلی بلند شدم تا پنجره را باز کنم، هوای بیرون که به صورتم خورد لحظه‌ای مرا بی‌خود کرد و بر آستانه پنجره تکیه زدم تا به حیاط نگاه کنم. برگ‌های پاییزی صحن آن را کاملاً پوشانده بود. از کوچه صدای خش‌خش برگ‌های خشک در زیر پای رهگذران شنیده می‌شد. بوی نم باران، صدای نفس کشیدن خاک و ... مرا به یاد تجدید قوا برای فعالیت‌های تازه می‌انداخت. در فرهنگ‌نامه ذهن من «انسان پاییزی» فردی بود که دوران ۳۰ - ۴۵ سالگی را می‌گذراند. شخصی که



مبنای کارهای او می‌توان فهمید چرا نخستین تلاش‌ها در زمینه انتقال خون با شکست روبه‌رو شدند، زیرا خون حاوی آنتی‌بادی‌هایی است که مواد خارجی - از جمله گروه‌های خونی مختلف - را شناسایی می‌کنند. این مساله توضیح می‌دهد که چرا انتقال خون در بین اینکاها (Incas) بسیار موفقیت‌آمیز بوده، چرا که تقریباً تمام سرخ‌پوستان آفریقای جنوبی گروه خونی O دارند.

از جمله پیوندهایی که در ابتدای قرن بیستم با موفقیت صورت گرفت، پیوند قرنیه بود و دلیل آن هم عدم وجود بافت خونی مستقیم در قرنیه می‌باشد، به همین دلیل با سیستم ایمنی بدن که اعضای پیوند را رد می‌کند، در تماس نیست.

در اوایل دهه پنجاه همین قرن، لولر (Lawler) کلیه یک جسد را به بیماری پیوند زد ولی بیمار جان سپرد. در تشریح جسد معلوم شد که کلیه پیوندی، چروکیده گشته و به پوسته‌ای مرده تبدیل شده است.

در سال ۱۹۵۳، پیتر مدوار (Peter Medwar) کشف کرد که شاخص‌های پروتئینی یا آنتی‌ژن‌هایی در سطح سلول وجود دارد و پی برد که لنفوسیت T، نخست آنتی‌ژن‌های خارجی را شناسایی کرده و سپس به آنتی‌بادی برای حمله به آنتی‌ژن علامت می‌دهد.

نخستین پیوند موفق آمیز کلیه را توماس موری (Thomas Murray) در بیمارستان پیتر بنت برایم (Peter Bent Briyham) بوستون بین دو دوقلوی همسان انجام داد.

یک بار برای دیالیز به بیمارستان مراجعه می‌کرد. چاره اصلی افرادی چون وی، پیوند کلیه بود اما پس از چند سال تلاش هنوز کسی پیدا نشده بود که کلیه‌اش را به وی اهدا کند و در ضمن به لحاظ HLA و ... با این خانم تطابق داشته باشد.

سؤال اساسی این است که آیا در این موارد نمی‌شود از کلیه افرادی که فوت کرده‌اند و مایل هستند تا اعضای خود را به دیگران ببخشند، استفاده کرد. با این سؤال در ذهن شروع به بررسی تاریخچه پیوند و دیده‌ها، شنیده‌ها یا خوانده‌ها در این مورد پرداختم.

کوشش‌های ابتدایی برای پیوند اعضای انسان در مورد پوست صورت گرفت و پزشکان هندی از حدود ۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح به این کار مشغول بودند. در قرن شانزدهم فرناندی دل رینکون (Fernandi der Rincon) طی داستانی شخصی را تصویر کرد که پایش به دلیل قانقاریا قطع شده بود و پای یک فرد سیاه‌پوست را به او پیوند کرده بودند و در همان قرن تاگلیا کازی (Taglia Cozzi) بافت پوست را پیوند زده و پی برد که سیستم ایمنی فرد گیرنده، بافت‌هایی را که به بدن فرد دیگری تعلق داشته باشند، رد می‌کند.

در سال ۱۹۰۰، کارل لنداشتاینر (Karl Landsteiner) اتریشی پی برد که گلبول‌های قرمز خون انسان انواع مختلف دارند. او به‌طور اختیاری حروف الفبا را برای نام‌گذاری این گروه‌های خونی به کاربرد: A، B، AB و O اهمیت کشف عظیم لنداشتاینر تا سال‌ها پنهان ماند، بر



دانشجوی پزشکی بود یک پمپ بوستر (Booster) ابداع کرد که بعدها به هسته اصلی ماشین قلب - ریه تبدیل شد و در دهه ۱۹۶۰ جراحی باز قلب را امکان پذیر ساخت.

شاموی کشف کرد که به جای پیوند تمام قلب بهتر است دیوارهای فوقانی (دهلیز) را دست نخورده گذاشت و زمان جراحی را به نصف تقلیق داد. در سوم دسامبر ۱۹۶۷ «بارنارد» پیوند موفقیت آمیز قلب را در بیمارستانی گمنام به نام گروت شور (Groote Schorr) در کیپ تاون (Cape Town) آفریقای جنوبی، به انجام رساند.

در کشور خودمان هم مساله پیوند چند باری قبل از انقلاب مطرح گشت، این که واقعاً به صورت علمی بود یا خیر؟ در این زمینه اطلاعات نگارنده محدود به مقاله‌ای در مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۶۶ - ۱۶۲: ۱۳۷۲؛ ۱۲(۲)) از جناب آقای دکتر فرخ سعیدی می‌باشد که بیان می‌دارند در آن زمان این مساله فقط یک ژست علمی و تبلیغ کاذب است.

پس از انقلاب اسلامی، چند باری در سال ۱۳۷۱ در دانشکده پزشکی تبریز، بار دوم در پاییز همان سال در دانشکده پزشکی شیراز و طی سال‌های اخیر هم حدود شش بار در تهران پیوند قلب انجام گرفت. این اعمال جراحی با آمادگی کاملی، در شرایطی مناسب و طبق موازین علمی و عملی پزشکی به وقوع پیوست.

این سؤال که چرا چنین روندی گسترش نمی‌یابد تا بدان جا که ما در کشور اسلامی مان شاهد انواع



در سال ۱۹۶۳ چهار بیمار مورد پیوند کبد قرار گرفتند ولی هیچ کدام یک ماه هم زنده نماندند. در همان سال در مراکز پزشکی میسی‌سی‌پی و تیسبورگ، پیوند ریه صورت گرفت که نتایج وخیمی به دنبال داشت.

سه نفر از پیشگامان جراحی قلب در عصر حاضر جان کیرکلین (Kirklin)، مایکل دوبیکی (De Bakey) و نورمن شام وی (Shamway) می‌باشند. کیرکلین در جراحی روی قلب‌های دچار نقایص مادرزادی تبحر یافت. دوبیکی هنگامی که



با توجه به اصول مختلف حاکم بر شرع اسلام مانند «اصل اهم و مهم» و «اصل حداقل ضرورت و جمع بین حقوق» می‌توان تا حدودی خوش بین بود که بتوان پیوند اعضا را تا حدی جایز دانست، اما لازم و ضروری است که با دعوت از مجتهدین، علمای اسلام و ولایت محترم فقیه در مجمعی که خبرگان جراحی و پیوند نیز هستند، به بحث و تبادل در این زمینه پرداخت شاید بتوان به نتیجه‌ای عملی در این زمینه دست یافت. انشاءالله

■ امکانات مادی لازم

ایجاد امکانات مادی لازم منوط به نظر مجتهدین و علمای اسلام در زمینه جایز بودن عمل پیوند می‌باشد. چنانچه، این نظر مثبت باشد، باید امکانات مادی لازم را تهیه کرد.

تأسیس بانک‌های پیوند، آزمایشگاه‌های مجهز ژنتیک و ایمونولوژی برای مقایسه افراد گیرنده و دهنده، وجود آزمایشگاه‌های حیوانی متعدد در زمینه پیوند مثل Dog lab که از ضروریات کار برای پیوند قلب می‌باشد، خرید هلیکوپتر (چرخ‌بال) برای سریع رساندن عضو پیوندی به بیمارستانی که فرد گیرنده در آن مستقر است و ... که تأمین همه این‌ها از عهده یک وزارتخانه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) بیرون است و باید با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و حضور فعال کلیه نهادها و وزارتخانه‌ها انجام گیرد.

بانک‌های کلیه، کبد، پانکراس و ... باشیم.

معلول چند علت است:

۱ - مسایل اخلاقی

۲ - عدم امکانات مادی لازم

۳ - عدم آمادگی مردم

■ مسایل اخلاقی

در این زمینه باید ذکر کرد که گرچه مسایل اخلاقی پیوند در اروپا و آمریکا حل شده‌اند، چون فلسفه اخلاق در کشور ما از دین مبین اسلام نشأت می‌گیرد، بنابراین، مسایل اخلاقی خاص خودمان را داریم. مسلمانان، تشریح مسلمان را جایز نمی‌دانند (تمام علما در این مورد متفق‌القول هستند) اما مساله پیوند را عده‌ای جایز و عده‌ای آن را جایز نمی‌دانند. اسلام اهمیت فوق‌العاده‌ای برای نجات جان انسان‌ها قائل است. «و من احیایا فکانا احیا للناس جمیعاً» و همین موضوع راه را بر مساله پیوند اعضا باز می‌کند اما چون احیا و نجات یک انسان از مرگ و رنج جانکاه، آمیخته با مسایل اخلاقی نسبت به انسان‌های دیگر است، مطلب پیچیدگی خاصی پیدا می‌کند. پیوندها را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد:

۱ - پیوندهای ضروری برای حفظ جان یک انسان یا کاستن رنج‌های شدید.

۲ - پیوندهای نیمه ضروری مانند پیوند قرنیه یک چشم با سلامت چشم دیگر.

۳ - پیوندهای مفید اما غیرضروری مانند پیوند برای رفع نهنجاری‌های ظاهری که موجب بدنمایی است.



■ آمادگی مردم

در مورد آمادگی مردم برای اهدای اعضا پس از مرگ، نیز وظیفه مهمی بر عهده پزشکان، داروسازان و سایر افراد گروه پزشکی قرار دارد. از آنجایی که این افراد با مردم به صورت رودررو سر و کار دارند، می‌توانند اهمیت و نقش این کار را برای آنان توضیح دهند. در چنین حالتی با تشویق مردم همواره می‌توان به نتایج مطلوبی دست یافت. در بعضی کشورها، پزشکان از افراد سرشناس دین، سیاست، ورزش، سینما و ... می‌خواهند تا مشوق مردم در این زمینه باشند. چندی پیش یکی از بازیکنان تیم بیس‌بال آمریکا همراه با تیمش ترتیب یک سری مسابقه برای تشویق افراد دهنده عضو



را دادند. در پشت بلیط این بازی، چنین جمله‌ای چاپ شده بود: «در مورد اهدای عضو یا بافتی از بدنتان خوب فکر کنید.»

بررسی‌ها نشان داد که در اثر این عمل پس از ۲ ماه حدود ۳۳۰,۰۰۰ نفر درخواست فرم اهدای بافت یا عضو کرده بودند. اگرچه تلاش این بازیکن بیس‌بال در نتیجه ضرورت انجام چنین عملی برای نجات دخترش بود، این واقعیت مشهود گردید که چنانچه افراد سرشناس دین، سیاست، ورزش، سینما و ... یک کشور به آگاهی لازم در مورد ضرورت اهدای اعضا برسند، می‌توانند با اجرای برنامه‌های خاصی (نماز جمعه)، گروه زیادی را به این عمل تشویق کنند. از سوی دیگر، گروه پزشکی با درخواست دایمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دست‌اندرکاران نظام بهداشتی در مورد تعقیب برنامه‌های لازم برای پیوند می‌توانند زمینه‌ساز ایجاد امکانات باشند.

برحسب آمار موجود در کشور آمریکا، هر ۱۸ دقیقه یک نام به فهرست انتظار دریافت‌کننده‌های عضو یا بافت اضافه می‌شود و یک سوم بیماران قبل از آن که عضوی دریافت کنند، می‌میرند (روزی ۷ تا ۹ نفر). نگاه دقیق به این آمار بیان‌کننده ضرورت پی‌گیری و به ثمر رساندن نهال «پیوند اعضا» می‌باشد و این برعهده جامعه پزشکی است زیرا یکی از وظایف مهم افراد گروه پزشکی، تلاش برای ایجاد جامعه‌ای سالم است. جامعه‌ای که در آن «پاییز انسانی» وجود ندارد.

دکتر مجتبی سرکندی



یکی از بزرگ‌ترین گرایش‌هایی که اخیراً در مراقبت‌های پزشکی آمریکا رخ داده، رشد معالجه‌های جایگزینی می‌باشد که شامل طیفی از درمان، از مداوا با طب سوزنی گرفته تا جلسات دعا و نیایش و مهم‌تر از همه به کارگیری داروهای گیاهی می‌شود که شامل گیاهان سنتی چینی، هندی، آفریقایی، داروهای اروپایی و گیاهان بومی آمریکایی می‌باشد. گرچه هنوز تحقیقات اساسی علمی روی این گیاهان انجام نگرفته است، ولی سابقه مصرف این گیاهان دارویی طی قرون گذشته و نیز طبیعی بودن این فرآورده‌ها بی‌خطری نسبی آن‌ها را ثابت کرده است به طوری که با عوارض جانبی محدود و مخارج کم برای مصرف در بیماری‌های مزمن و برای جلوگیری از بیماری روی آن‌ها تأکید شده است.

آنالیز مصارف این داروها به علت راه‌های مختلف مصرف مشکل می‌باشد. این داروها یا به وسیله افراد بومی یک ناحیه تهیه می‌شود و یا به صورت محصولات طبیعی بهداشتی در مغازه‌ها فروخته می‌شوند. اخیراً کوشش‌های تحقیقاتی چشم‌گیری توسط شرکت‌های بیوتکنولوژی برای جدا کردن ماده فعال شماری از این گیاهان صورت گرفته است. در سال ۱۹۹۰ تنها در آمریکا حدود ۱۳/۷ میلیارد دلار خرج معالجه با «درمان‌های جایگزین» شده است که معادل ۱۲/۸ میلیارد دلاری است که صرف معالجه با روش‌های جاری در بیمارستان‌ها می‌شود. فروش محصولات گیاهی در سال ۱۹۹۴ حدود ۱/۵ میلیارد دلار تخمین زده شده که رشد سالیانه ۱۵ درصد داشته است.

اجتماعی

مصرف گیاهان دارویی در کشورهای صنعتی

ترجمه: دکتر محسن ابوالحسنی
عضو هیئت علمی انستیتو پاستور ایران





و ۱۰۰۰ نوع داروی گیاهی ثبت شده می‌باشد. تولید و صادرات این مواد سودآور است و هنگ‌کنگ مرکز داد و ستد این گونه مواد می‌باشد. برخلاف آمریکا، کشورهای غرب اروپا از جمله آلمان، استرالیا، سوئیس، فرانسه و ایتالیا قسمتی از داروهای خود را از مواد گیاهی تهیه می‌نمایند. سهم آلمان از فروش این مواد در سال ۱۹۹۲ حدود ۱/۹ میلیارد دلار بوده که نیمی از این مقدار با نسخه به فروش رفته است. بیشترین فروش (حدود ۴۳۳ میلیون دلار) برای بیماری‌های قلب و گردش خون در درجه اول و بعد برای سرفه، سرماخوردگی، دستگاه تنفس و دستگاه گوارش بوده است. قسمت اعظم این داروها به وسیله خود افراد به‌عنوان داروی مقوی (تونیک)، درمان عوارض پیری و تحریک سیستم ایمنی مصرف شده است. اتحادیه اروپا کلاً ۶ میلیارد دلار و فرانسه که دومین کشور مصرف‌کننده گیاهان دارویی در اروپا است ۱/۶ میلیارد دلار فروش داشته است. این ارقام نشان‌دهنده آن است که ۱۷/۴۰ دلار برای هر نفر در سال (در ۱۴ کشور اروپایی که ۳۶۰ میلیون نفر جمعیت دارند) داروی گیاهی مصرف می‌شود. اگر مصرف گیاهان دارویی در آمریکا پیشرفت نماید، فروش به مرز ۴/۵ میلیارد دلار خواهد رسید.

داروهای سنتی چینی به وسیله افراد آزموده تهیه می‌شود و برای معالجه بیماری‌های گوناگون آن‌ها را با فرمول خاصی با هم مخلوط می‌نمایند ولی در کشورهای غربی تهیه‌کنندگان داروهای گیاهی را می‌توان به دو گروه تقسیم نمود. گروه اول شرکت‌هایی هستند که کارشان تهیه و

با وجود مصرف این گونه داروها در کشورهای مختلف، در آمریکا کنترل شدیدی در تهیه و مصرف آن وجود دارد و به همین دلیل این مواد را بیشتر در مغازه‌هایی که محصولات طبیعی می‌فروشند می‌توان پیدا کرد و هنوز راهی به داروخانه‌ها و مطب پزشکان پیدا نکرده‌اند. این داروها را می‌توان برحسب روش تهیه، فرمولاسیون و مصرف افراد بومی به چند گروه تقسیم نمود. در این مقاله راجع به داروهای سنتی آسیایی و آن‌هایی که توسط عامه مردم در ایالات متحده و اروپای غربی مصرف می‌شوند، بحث می‌کنیم. مصرف گیاهان دارویی به این دلیل در آمریکا محدود است که مدارک علمی لازم برای کارایی آن‌ها وجود ندارد و هنوز کنترلی رسمی برای تهیه و مصرف این مواد موجود نیست و ثبت حق انحصاری این مواد نیز مشکل است. به همین دلیل آن‌ها فقط به‌عنوان مواد مکمل غذایی فروخته می‌شوند. برای مصرف دارویی، این گیاهان باید مانند سایر داروهای شیمیایی مصنوعی تحت کنترل و آزمایش‌های دقیق تهیه و مصرف شوند. ۷۵ درصد از گیاهان مصرفی در آمریکا از کشورهای دیگر وارد می‌شود و ۲۵ درصد محصول داخل کشور است. تهیه غیرخالص این مواد ارزان بوده ولی قیمت مواد خالص شده که به صورت قرص و کپسول تهیه می‌شود، مشابه داروهای معمولی است.

در نواحی وسیعی از آسیا داروهای سنتی چینی از داروهای غربی بیشتر مصرف می‌شوند. ۵۰ درصد اهالی چین، ژاپن، کره، تایوان و تایلند از گیاهان دارویی استفاده می‌نمایند که شامل ۱۵۰۰ نوع گیاه



آبی این گیاهان استفاده می‌نمایند، ولی شرکت‌های دارویی از عصاره خالص استفاده می‌کنند تا نتیجه بهتری به دست آورند.

در حال حاضر دو ماده گیاهی در مرحله کارآزمایی بالینی قرار دارند. یکی از این مواد پروویر (Provir) است که فاز دوم بالینی روی آن انجام می‌شود و برای معالجه اسپهال به صورت خوراکی به کار می‌رود. ماده دوم ویرند (Virend) است که در فاز سوم آزمایش‌های بالینی برای معالجه موضعی هرپس (Herpes) به کار می‌رود. هر دوی این مواد از گیاه جدا شده‌اند. همچنین تحقیقات آزمایشگاهی روی آنتی‌بیوتیک نیکومایسین (Nikkomycin) برای درمان بیماری‌های قارچی در حال انجام است. تاکنون بیشتر برنامه‌های تحقیقاتی روی بیماری قند متمرکز بوده است.

سعی بر این است که داروی خوراکی برای معالجه دیابت ملیتوس که وابسته به انسولین نباشد، پیدا نمایند. هم‌اکنون ۸ گروه مواد شیمیایی که می‌توان آن‌ها را برای این بیماری به کار برد مشخص شده است.

شرکت بیوتکنولوژی دیگری که در زمینه گیاهان دارویی فعالیت دارد، جین‌لبز (Genelabs) می‌باشد که در سال ۱۹۸۴ در کالیفرنیا تأسیس شد. این شرکت روی تولید داروهای تأکید می‌کند که در بازار آسیا فروش داشته باشد. محصول مهم این شرکت GL 701 (dehydroepiandrosterone) می‌باشد که برای معالجه بیماری خود ایمنی لوپوس (systemic lupus erythematosus) به کار می‌رود و اکنون در فاز سوم آزمایشی است. این

بسته‌بندی این مواد بوده که با دستگاه‌های اتوماتیک و مدرن انجام می‌دهند و گروه دوم شرکت‌های بیوتکنولوژی هستند که کارشان جدا کردن و خالص نمودن ماده فعال این گیاهان است. بیشتر شرکت‌های بیوتکنولوژی در غرب آمریکا در ایالت کالیفرنیا قرار دارند و مواد گیاهی را از چین، اروپا و داخل آمریکا تهیه می‌نمایند. اشکال واردات این مواد به دلیل مقررات گمرکی و ضوابط سازمان کنترل کننده مواد غذایی و دارویی (FDA) آمریکا است که از ورود بعضی از داروهایی که مسمومیت ایجاد می‌کنند و یا اثر مخدر و یا تحریک کننده دارند، جلوگیری به عمل می‌آورند. شرکت‌های بیوتکنولوژی روی ۳۷۵ نوع گیاه کار می‌کنند که از حاصل آن‌ها می‌توان صدها نوع داروی گیاهی مختلف به دست آورد.

شرکت دارویی «شامن» که در سال ۱۹۸۹ تأسیس شد و مقر آن در سانفرانسیسکو است، سعی بر این دارد که با به کار بردن داروهای گیاهی همراه با داروهای صناعی معالجه بیماری‌ها را سریع‌تر نماید. این شرکت گروهی از پزشکان متخصص و گیاه‌شناسان بومی را به جنگل‌های برزیل، آفریقا، جنوب آسیا و سایر نقاط می‌فرستد تا نوع گیاه را شناسایی نموده و طرز کاربردشان را از افراد بومی یاد بگیرند. این گیاهان را به آزمایشگاه می‌آورند و مواد مؤثر آن‌ها را خالص کرده و تحت نظر محققان مختلف روی حیوانات آزمایش می‌نمایند. سپس، مشابه شیمیایی آن را سنتز می‌کنند و یا به نحوی آن‌ها را تغییر می‌دهند که مؤثرتر شوند و اگر روی حیوانات اثر مثبتی داشتند در کارآزمایی‌های بالینی به کار می‌برند. عامه مردم معمولاً از عصاره



و شعبه‌هایی در چین و تایوان دارد. این شرکت توجه خود را بیشتر روی اثرات مواد گیاهی خالص شده در سیستم ایمنی مخصوصاً سرکوب‌گرهای سیستم ایمنی، تکامل سلول‌های خونی (Hema-topoiesis) و تقویت سیستم ایمنی معطوف داشته است. آزمایش‌های بالینی این مواد در طول سال ۱۹۹۷ انجام خواهد گرفت و این محصولات بیشتر در بازارهای چین و آسیا عرضه خواهد شد. به‌طور اختصاصی مطالعه‌هایی روی توقف تکثیر سلول‌های تک‌هسته‌ای، توقف سنتز IL-1 در تیموسیت‌های موش و کاهش تنظیم‌کننده‌های ایمنی از قبیل IL-1، TNF- α و IL-1B صورت گرفته است. محصول‌های گیاهی این شرکت از عصاره‌گیری و جداسازی مواد فعال آن‌ها می‌باشد. موادی که وزن مولکولی پایین دارند و در آب محلول هستند، برای تزریق تهیه می‌شوند و مواد کم وزن که در لیپید محلول هستند برای استفاده خوراکی فرموله می‌شوند. مطالعه‌های اخیر نشان داده که یک گیاه به تنهایی اثرات مخلوط چندین گیاه دارویی را ندارد و ممکن است سمی نیز باشد. برای تهیه مواد مؤثر باید خصوصیات فیزیکی و شیمیایی ماده، مسمومیت حاصل از مصرف کوتاه‌مدت و درازمدت، سرطان‌زایی، اثرات سوء روی سیستم تولیدمثل، آزمون‌های پایداری دارو و بالاخره آزمایش‌های بالینی مواد دارویی باید به دقت مورد مطالعه قرار بگیرد.

منبع

Yuan R. Hsu M. Herbal Medicines. Genetic Engineering news, 1996 Part I & II June 15, P. 32 & August P. 35.

شرکت چند سال پیش خالص کردن داروی جدیدی را از ریشه گیاه سنتی چینی خیار تلخ (*Tricosanthea kirilowii*) شروع کرد. این گیاه قرن‌ها برای سقط جنین مورد استفاده قرار می‌گرفت. ماده فعال این گیاه پروتئینی است به نام تریکوزانتین (*Trichosanthin*) که فعالیت آن مشابه اکسی‌توسین می‌باشد که بعضی از سلول‌های جفت را از بین می‌برد. این ماده را به‌صورت خالص به‌دست آورده و اثر آن را روی ماکروفاژهای آلوده به ویروس HIV در آزمایشگاه تحقیقاتی ایمنولوژی و ایدز بیمارستان عمومس سان‌فرانسیسکو مطالعه کردند. داروی GLO223 نیز که شکل خالص شده تریکوزانتین است روی سلول‌های لنفوبلاستوئید T که به ویروس HIV آلوده شده‌اند، مطالعه گردیده است. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که این دارو تکثیر ویروس را شدیداً متوقف می‌نماید، بدون این که اثر نامطلوب زیادی روی سلول‌های سالم داشته باشد. نتایج مشابهی نیز روی ماکروفاژ آلوده به ویروس به‌دست آمده است. این نتایج سازمان کنترل مواد غذایی و دارویی آمریکا را متقاعد ساخت که این مواد را برای آزمایش‌های بالینی تأیید نماید ولی از آزمایش‌های بالینی فاز دوم نتایج مورد نظر به‌دست نیامد. به همین جهت متوقف‌کننده‌های پروتئاز یا گیرنده بیشتر مورد توجه قرار گرفتند. مطالعه‌های بالینی برای هر بیمار یک میلیون دلار خرج دارد که حداقل باید روی ۶۰۰ بیمار مطالعه شود.

شرکت فارماجنه‌سیس (Pharmagenesis) در سال ۱۹۹۰ در شهر پائلوآلتو کالیفرنیا تأسیس شد



محدودیت‌ها و مشکلات ارایه مشاوره‌های دارویی در داروخانه

دکتر جمشید سلام‌زاده

دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

■ مقدمه

معاینه قرار می‌گیرد، بیمار در چنین شرایطی از یک آرامش روحی نسبی برخوردار هست چرا که می‌داند به جز او و پزشک معالج، شخص دیگری حضور ندارد در نتیجه راحت‌تر می‌تواند مشکل بالینی خود را با پزشک مطرح کرده و در مقابل پزشک نیز به راحتی اقدامات لازم را برای بیمار به انجام می‌رساند و راهنمایی‌های لازم را برایش ارایه می‌کند. متأسفانه، یک چنین جو نسبتاً مناسب و ایده‌آلی در مورد داروخانه‌های ما برقرار نیست. بیمار یا حتی همراه بیمار وقتی برای دریافت دارو مراجعه می‌کند، در صورتی که در بین اقلام دارویی، موردی باشد که از لحاظ موارد مصرف، مقدار و روش یا راه

جامعه ما دارای وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی خاص خود می‌باشد. این وضعیت خاص حاکم بر جامعه، یک سری محدودیت‌ها را در رابطه با برقراری ارتباط بین شاغلان حرفه‌های پزشکی - بهداشتی با مردم ایجاد می‌کند. در این راستا ارایه اطلاعات دارویی برای بیماران دریافت‌کننده داروها در داروخانه با یک سری محدودیت‌ها و معضلات خاص، ظریف و در عین حال مهم و قابل توجه روبه‌رو می‌باشد. بیماری که به مطب پزشک مراجعه می‌کند، در یک اتاق و فضای جداگانه‌ای به نام «اتاق معاینه» تحت



قارچی از طرف داروساز روبه‌رو می‌شود، در حضور دیگران، احساس ناخوشایند عدم امنیت اجتماعی و روحی برایش دست می‌دهد. همین مساله در مورد سایر داروهای فوق‌الذکر نیز صادق می‌باشد. به‌خصوص این مساله در جامع کوچک شهرستانی یا روستایی از اهمیت بسیار بیشتری برخوردار می‌باشد. در مورد قرص‌های ضدبارداری خوراکی، در جامعه ما اکثر خانم‌های مراجعه‌کننده به داروخانه جهت دریافت این قرص‌ها از یک نوع حجب و حیای خاصی برخوردار هستند که به آن‌ها اجازه نمی‌دهد این دارو را به صورت علنی دریافت یا درخواست کنند و بارها مشاهده شده که خانمی مراجعه می‌کند و به محض گذاشتن دارو روی میز، آن را برمی‌دارد و سریع داخل کیف یا زیر چادرش پنهان می‌کند، چرا؟ چون احساس عدم امنیت اجتماعی و عدم آرامش می‌کند.

آیا می‌توان برای بیماری که برایش داروی ضدکرم تجویز گشته، در مقابل این سؤال که آقای دکتر این داروی چیست، به راحتی در حضور دیگران گفت داروی ضدانگل روده‌ای است؟!

همه می‌دانیم که یک بیمار مبتلا به عقیمی یا نازایی لازم است که از نظر روانی و روحی تحت حمایت قرار گیرد. آیا داروخانه‌های ما با شرایط موجود قادر هستند حمایت روانی و روحی لازم برای این بیماران به هنگام تحویل دارو به آن‌ها را مهیا کنند؟!

۲ - مقدار مصرف، روش یا راه مصرف
مهم‌ترین موارد در این رابطه ضدبارداری

مصرف، موارد احتیاط و عوارض جانبی، تداخل‌های دارویی، مصرف در بارداری، مصرف در شیردهی و یا سایر نکات قابل‌توصیه، توضیح یا مشاوره ویژه‌ای را لازم داشته باشد که این توضیحات یا مشاوره‌ها به لحاظ مسایل فرهنگی و اعتقادی خاص جامعه ما محدودیتی را از نظر طرح در حضور دیگران داشته باشد، برای داروساز و به‌خصوص برای بیمار که باید مجری این دستورات و مشاوره‌ها باشد و به عبارت دیگر، برای بیماری که در واقع خودش را هدف اصلی نگاه‌های تیز و کنجکاو می‌بیند، امری ناخوشایند خواهد بود و در اغلب موارد به عدم آرایه مناسب و کامل اطلاعات به بیمار از یک سو و عدم اجرای صحیح دستورات یا همکاری نکردن بیمار در رابطه با مصرف مناسب داروها از سوی دیگر منجر می‌گردد.

جهت روشن شدن بهتر موضوع با ذکر مثال‌های چندی تک‌تک موارد مشاوره‌ای قابل‌تأمل در این رابطه بررسی می‌گردد:

۱ - موارد مصرف

از داروهای عمده که در این رابطه می‌توان نام برد، داروهای ضدقارچ، ضدانگل روده‌ای، ضد گال یا ضد شپش، هورمون‌های محرک قوای جنسی و داروهای ضدبارداری خوراکی می‌باشند. بیماری که جهت دریافت داروی ضدقارچ تجویز شده به داروخانه مراجعه کرده، باید راهنمایی لازم جهت مصرف کامل و طولانی مدت داروی خود را به لحاظ ماهیت خاص عفونت قارچی خود دریافت نماید. این بیمار به محض این که با شنیدن عفونت



ضدبارداری خوراکی همان‌طور که اشاره شد، بیمار به اندازه‌ای سریع دارو را دریافت می‌کند و از داروخانه خارج می‌شود که فرصت راهنمایی وجود ندارد.

در مورد آتناسیدها، بیوست و سفید شدن مدفوع از عوارضی است که بیمار باید از آن‌ها مطلع باشد. کاهش قوای جنسی ناشی از اغلب داروهای کاهنده پرفشاری خون (هیپرتانسیون) نیز از جمله عوارض این داروها است. اسهال از عوارض اغلب آنتی بیوتیک‌ها می‌باشد.

سیپروترون استات موجب بزرگ شدن پستان‌ها و یا ترشح بیش از حد و خودبه‌خود شیر می‌گردد. اسپرونولاکتون بی‌نظمی قاعدگی، زخم پستان و ایجاد احساس دفع مکرر ادرار را در پی خواهد داشت.

آیا می‌توان عوارض و نکات فوق را که بیمار باید کمابیش از آن‌ها مطلع گردد بدون هیچ قید و شرطی و به راحتی در حضور دیگران به اطلاع او رساند؟!

۴ - تداخل‌های دارویی

تداخل‌های دارویی متعددی وجود دارند که می‌توانند ارابه یک سری اطلاعات خاص برای بیمار را الزامی سازند.

تداخل موجود بین اغلب آنتی بیوتیک‌ها نظیر آمپی‌سیلین، اریترومایسین، کلرامفنیکل، نئومایسین، آموکسی‌سیلین یا تتراسیکلین با داروهای ضدبارداری خوراکی یا تداخل داروهای القاکننده آنزیمی نظیر فنوباربیتال، کاربامازپین،

خوراکی، شیاف‌ها یا کرم‌های واژینالی و رکتالی، دوش‌های واژینالی و برخی داروهای هورمونی مورد استفاده در اختلال‌های قاعدگی یا بیماری‌های زنان نظیر مدروکسی‌پروژسترون، استروژن کونژوگه و داروی محرک تخمک‌گذاری کلومیفن که دستور مصرف خاصی را از نظر زمان مصرف در پرئودهای قاعدگی دارند، می‌باشند. برای بیمار و در نتیجه برای داروساز ناخوشایند است که در حضور چند نفر دیگر اطلاعات و راهنمایی‌های لازمه را مبادله کنند. همین محدودیت‌ها باعث می‌شود که بیمار راه یا مقدار مصرف و یا زمان مصرف را اشتباه کند، چرا که به اندازه لازم و کافی توجه نشده است. روش صحیح استفاده از نوارهای کنترل قند ادرار یا نوارهای کنترل بارداری نیز مشمول این محدودیت می‌باشند.

۳ - موارد احتیاط و عوارض جانبی

داروهای این گروه داروهایی هستند که بیمار باید از اطلاعات لازم در زمینه موارد احتیاط خاص آن‌ها یا عوارض گوارشی‌شان آگاهی یابد.

شاید متداول‌ترین مورد از نظر عوارض دارویی، عوارض مربوط به شبه‌آسپرین‌ها باشند. همان‌طوری که می‌دانیم شایع‌ترین عارضه مصرف این داروها عوارض گوارشی است که می‌تواند به خون‌ریزی دستگاه گوارش و ایجاد مدفوع خونی و تیره‌رنگ منجر شود. همین عارضه را در مصرف طولانی مدت آدرنو کورتیکوئیدها نیز داریم. این مساله باید به صورت پیش‌آگهی به اطلاع بیمار رسانده شود. در زمینه موارد احتیاط یا عوارض داروهای



۶- سایر نکات قابل توصیه به بیمار

یکی از مشخص‌ترین این موارد باز هم داروهای ضدبارداری خوراکی می‌باشد. بیماران مصرف‌کننده این داروها باید از نکات مربوط به فراموش کردن یک، دو و یا حتی سه قرص مطلع باشند.

در صورتی که خانمی مدروکسی‌پروژسترون را برای جلوگیری از بارداری دریافت کرده باید به او توصیه گردد که در شروع مصرف دارو و حداقل تا سه ماه پس از پایان مصرف آن از سایر روش‌های جلوگیری از آبستنی نیز استفاده کند.

بیمار مصرف‌کننده دانازول جهت درمان آندومتریوز باید در مورد احتمال قطع قاعدگی یا قاعدگی‌های نامنظم آگاهی یابد.

بیمار مبتلا به کرمک و جرب باید جهت جلوگیری از عفونت مجدد، به شستشوی مناسب رختخواب و لباس‌های زیر تشویق گردد.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت در اغلب موارد فوق، عدم آرایه اطلاعات و توصیه‌ها یا آرایه ناقص آن‌ها منجر به مراجعه‌های پی‌درپی بیمار به پزشکان مختلف، اتلاف وقت و هزینه درمان، افزایش مصرف داروها، بروز عوارض متعدد دارویی، درمان ناقص و در نهایت، عدم بهره‌وری کامل از اطلاعات بالقوه داروساز خواهد شد که البته، گاهی نیز ضربه وارده جبران‌ناپذیر می‌باشد. مثلاً مصرف بسیاری از داروها در دوران بارداری که منجر به تولد نوزادان ناقص‌الخلقه خواهد شد، یا باردار شدن خانمی که تداخل اثر موجود بین آنتی‌بیوتیک با داروهای ضدبارداری خوراکی برایش توضیح داده

فنی‌توییمن یا ریفامپین با داروهای ضدبارداری خوراکی از جمله این موارد می‌باشند. این تداخل‌ها باعث کاهش اثرات داروهای ضدبارداری خواهند شد، پس باید به بیمار توصیه کرد که از سایر راه‌های جلوگیری از بارداری نیز استفاده کند. تداخل موجود بین کولشی‌سین یا داروهای شبه‌آسپیرینی با ضدانعقادهای خوراکی می‌تواند منجر به ایجاد زخم گوارشی و خون‌ریزی گوارشی در حین درمان گردد. توجه به وجود خون در مدفوع از جمله مواردی است که در این بیماران باید به آن اشاره گردد.

۵- مصرف دارو در دوران بارداری و شیردهی

وضعیت کاملاً روشن است، داروهای متعددی وجود دارند که عوارض تأیید شده و یا احتمالی را بر جنین در حال رشد یا نوزاد در حال تغذیه با شیر مادر دارا هستند. در چنین شرایطی به اقتضای محدودیت خاص موجود در داروخانه سؤال از باردار یا شیرده بودن بیمار می‌تواند کاری سخت هم برای داروساز و هم برای بیمار باشد.

آسپیرین یک دارو با مشهوریت عام و خاص می‌باشد که مصرف آن به‌خصوص در سه ماهه اول و سه ماهه سوم آبستنی می‌تواند عوارض و اثرات نامطلوبی را روی جنین در حال رشد بگذارد. پسودوافدرین در شیر ترشح شده و عوارض ناشی از تحریک سمپاتیک در نوزاد را به‌جا می‌گذارد.

مترونیدازول در حیوانات کارسینوژن گزارش شده است. طی درمان باید شیر مادر دوشیده و دور ریخته شود و تغذیه نوزاد با شیر مادر باید ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از تکمیل درمان صورت گیرد.



نشده است.

جهت جلوگیری از معضلات فوق و برطرف کردن محدودیت‌های موجود در ارایه اطلاعات دارویی لازم به بیماران موارد زیر پیشنهاد می‌گردد: **الف** - ایجاد یک فضای فیزیکی مناسب تحت عنوان «اتاق مشاوره دارویی» یا «اتاق تحویل دارو» در هر واحد داروخانه، که فقط داروساز و بیمار یا همراه او مجاز به حضور در آنجا باشند. **ب** - حضور مستمر و دلسوزانه داروساز در داروخانه و کنترل دقیق در هنگام تحویل دارو به بیمار.

ج - وضع قوانین اصولی و عملی برای حمایت معنوی و مادی داروساز برای تشویق هرچه بیشتر او در ارایه خدمات توأم با ایجاد احساس مسؤلیت شدید.

د - اقدام عاجل در جهت تأمین داروهای مورد نیاز بیماران و رفع کمبودهای موجود تا از یک طرف اثر منفی این کمبودها بر مصرف صحیح و به موقع داروها توسط بیماران برطرف شود و از سوی دیگر، داروسازان با شوق و علاقه بیشتری برحضور فعال خود در داروخانه و ارایه مشاوره‌های لازم به بیماران بیافزایند.

ه - سطح فرهنگی و درک اجتماعی در رابطه با نحوه صحیح مصرف داروها افزایش داده شود تا مردم از عوارض و اثرات نامطلوب به‌کارگیری نامناسب داروها آگاهی یابند.

← **تذکر:** این مقاله در اولین کنگره اخلاق در داروسازی و علوم پایه پزشکی (فروردین ماه ۷۴) ارایه شده است.



هر دو دست اطوی زغالی سنگینی را روی پارچه‌ای که در اثر حرارت قهوه‌ای رنگ شده محکم فشار می‌دهد. یک نفر دیگر که ظاهراً مشتری است مقابل سنجابی ایستاده و با او حرف می‌زند ولی او سرش پایین است و به سرعت سوزن می‌زند. یک پنکه پایه‌دار با صدای بلند دارد می‌چرخد و در همان حال نیم‌دایره‌ای را طی می‌کند. هوای داخل مغازه آن قدر گرم است که قطرات عرق را روی پیشانی حاضران و سرطاس سنجابی می‌توان دید.

* «سلام آقای سنجابی»

آقای سنجابی سرش را بالا می‌آورد و با دیدن من پایین می‌اندازد و دوباره به صحبت‌هایش با نفر

هر کسی از چیزی بدشانسی می‌آورد. یکی از کار، یکی از کفش، یکی از خانه و من از لباس. بگذریم از کسانی که وضع وخیم‌تری دارند و از زن یا زندگی بدشانسی آورده‌اند. با این افکار از اتوبوس پیاده می‌شوم و همین‌طور که به طرف خیاطی «مد پاریس» می‌روم در فکرم که این دفعه آقای سنجابی لباسم را آماده کرده است یا نه؟ و اگر نه، این دفعه چه جوابی دارد.

وارد خیاطی می‌شوم. آقای سنجابی با سرطاس و سبیل قیطانی نازک روی صندلی نشسته، یک شلوار را روی زانوش گذاشته و سوزن می‌زند. شاگردش که جوان لاغری است با پیراهن رکابی با



بد نیست. غیر از سر زانوهاش که کمی جا انداخته. بقیه‌اش هنوز شکل خودشو داره. با همین‌ها هم می‌تونی بری مصاحبه.»
ماندم چه بگویم، آب دهانم را قورت دادم و پس از کمی مکث گفتم:

* «از توصیه و راهنمایی شما ممنون. شما قول دادی و قرار بود این لباس سه هفته پیش حاضر و آماده باشه. من غیر از پرو کردن دفعه سومه که میام این‌جا و هنوز کت بدون آستین همون‌جا سرچاش آویزونه. شلوارش رو هم که لابد هنوز ندوختی؟»
* «خیلی گرفتار بودیم، هفته آینده حتماً حاضره. هم کت و هم شلوار. آقای پژوهش راستی یادت باشه مال آقای دکتر هم بذاریم در اولویت.»
مثل هر دانشجوی علوم پزشکی با خطاب عنوان «دکتر» غرق لذت می‌شوم. با این حال خودم را جدی نشان داده و می‌گویم:

* «آقای سنجابی من گول آگهی شمارو خورم که نوشتی (لباس در اسرع وقت). لااقل این اطلاعات رو از پشت شیشه بردار. من این لباسو برای عروسی خواهرم می‌خواستم که به او نرسید. حداقل اونو تا دو هفته دیگه آماده کن.»

* «چشم. به روی چشم حتماً آماده است.»
دو هفته دیگر تعطیلات تابستان شروع می‌شد و من دنبال کار بودم و می‌خواستم با لباسی نو کار تازه را شروع کنم. با این که امیدوار نبودم که بتوانم تا دو هفته دیگر کاری پیدا کنم ولی باید فشار می‌آوردم بلکه آقای سنجابی دست به کار می‌شد. مصمم و با اراده آماده بودم که پارچه نیمه آماده

دیگر ادامه می‌دهد.

* «هفته دیگر حاضره، حتماً حتماً»
* «من که دیگه خسته شدم، آخه هفته پیش هم همینو گفتم.»
* «باباجان شش ماه پیش من پارچه را دادم به شما.»

* «خوب، آخه قبل از اونم گرفتار بودم و دست‌تنها.»
و در حالی که با دستش به شاگردش اشاره می‌کند می‌گوید:

* «آقای پژوهش آن موقع این‌جا نیومده بود. قول می‌دم هفته آینده کت و شلوار جناب عالی‌رو حاضر و آماده و اطو کرده روی همین میز تقدیم شما کنم.»

حساب کار خودم را کردم. دفعه قبل هم همین حرف‌ها را به مشتری دیگری می‌زد. خواستم برگردم ولی منصرف شدم. فکر کردم حالا که تا این‌جا آمده‌ام دست کم فشاری به او بیاورم. مشتری زیرلب غرغرکنان در حالی که می‌گفت خیاط و خوش‌قولی؟ از مغازه خارج شد و من فوراً جایش را گرفتم.

* «خوب آقای سنجابی انشاءالله که این دفعه لباس حاضره. همان‌طور که قبلاً گفتم من دو هفته دیگر برای استخدام مصاحبه دارم.»

آقای سنجابی سوزن را به یقه‌اش فرو کرد و سپس در حالی که از زیر عینک ذره‌بینی‌اش سر تا پای مرا ورنانداز کرد. فیلسوفانه و پدرا نه گفت:
* «این کت و شلوار که پوشیدی آن‌قدرها هم



کردنی نبود. یک بار دیگر به طرح لباس نگاه کردم. مانند این بود که شلوار چارلی چاپلین و کت لورل را پوشیده باشم. کمر گشاد و پاچه‌های آن تنگ و کوتاه بود. اما کت بلند و جادار. آستین‌هایش بلند، زیر بغل گشاد، سرشانه‌هایش آویزان و مانند یک قبای کوتاه بود. فشار خونم شروع کرد بالا رفتن. آقای سنجابی چند بار دور من چرخ زد و سرشانه‌ها، دور کمر و زیر بغل‌هایم را دست زد و سپس عرق‌های روی پیشانی و سر طاسش را با دستمال چروکیده‌ای که از جیب درآورد پاک کرد. سپس رفت و دفترچه‌ای را که اندازه‌هایم را در آن نوشته بود آورد و یک بار دیگر اندازه را کنترل کرد. دوباره بازگشت و یک دور دیگر دور من چرخ زد. کمر شلوار را به طرف خود کشید. دو تا دستش به راحتی داخل کمر جا می‌گرفت. گفتم:

* «آقای سنجابی راحت یه هندونه رو می‌تونی داخلش جا بدی.»

بدون این که به من نگاه کند گفت:

* «اختیار دارید، دکترجون هیچ ناراحت نباش. خودم درستش می‌کنم. آن قدرها هم بد نیست.»
* «چی چی رو درست می‌کنی، این که برای یه آدم به وزن دو برابر من و کوتاه‌تر از من مناسبه.»
* «خواهش می‌کنم دکتر. همین الان اضافی‌هاشو می‌گیرم.» و سپس با صابون نازکی چند جای کت و شلوار را خط‌کشی کرد و با چند سوزن قسمت‌های گشادش را به هم گرفت و گفت: «تا یه ساعت دیگه شما رو با لباس جدید می‌فرستم بیرون.»

را بگیرم و بدهم فرد دیگری. تمام حرف‌هایی را که باید به او بگویم در ذهنم ردیف کردم. جواب‌هایی را که می‌خواست تحویلیم بدهد از نظر گذراندم و ضدجواب‌های مربوطه‌اش را هم تهیه کردم. سپس یک نفس عمیق کشیدم و وارد دوزندگی مد پاریس شدم. آقای سنجابی با این که مرا دید هیچ واکنشی نشان نداد. مقابلش ایستادم، چشم در چشمش دوختم و محکم گفتم:

* «من دیگه خسته شدم واقعاً. اومدم یا کت و شلوار دوخته شده را صحیح و سالم تحویل بگیرم یا پارچه را ببرم. قول هفته آینده رو هم قبول ندارم. چون هفته بعد مصاحبه دارم.»

آقای سنجابی همان‌طور که سوزن می‌زد، در تمام این مدت از بالای عینک ذره بینی‌اش چشم در چشم من دوخته بود. با تمام شدن اعتراض من گفت:

* «قربان، حاضره.»

فکر کردم اشتباه شنیدم. بنابراین پرسیدم:

* «چی؟»

* «حاضره.» و رو کرد به شاگردش و گفت:

«آقای پژوهش لباس آقای دکتر و بیار بیینم.»

آقای پژوهش شلوار نیمه‌کاره‌ای را که در دست داشت روی میز گذاشت و کت و شلوار آماده را که به چوب رختی آویخته بود آورد.

من هم‌چنان ساکت بودم و نمی‌دانستم چه بگویم. بنابراین تصمیم گرفتم تا پوشیدن لباس و پرو کردن لباس هم‌چنان ساکت بمانم. ابتدا شلوار و سپس کت را پوشیدم و مقابل آینه ایستادم. باور



پنجشنبه همین هفته بود که یکی از شرکت‌های دارویی تلفنی به خانم اطلاع داده بود که برای بعدازظهر شنبه آینده جهت شرکت در مصاحبه حاضر شوم. تمام جمعه را با خوشحالی و نگرانی به سر بردم. لباس مناسب و رسمی که بتوانم با آن در مصاحبه شرکت کنم نداشتم. در دوران دانشجویی همه دانشجویان کم و بیش یکسان لباس می‌پوشیدند. مگر آن‌هایی که کار می‌کردند که معمولاً ویزیتور یا نماینده دارویی شرکت‌ها و کارخانه‌های داروسازی مختلف بودند که به علت نوع کار لباس‌های مرتب و منظم‌تری داشتند. تصمیم گرفتم که پس از پرو در دوزندگی دیگر لباس را از تنم بیرون نیاورم و از همان جا یک راست به سوی محل مصاحبه حرکت کنم.

صبح شنبه یک کراوات در کیف دستی‌ام گذاشتم و به سوی دوزندگی حرکت کردم. در خیاطی بلافاصله کت و شلوار را پوشیدم و در برابر آینه ایستادم. آستین‌ها هنوز کمی بلند بود. پاچه شلوار کوتاه بود و کاریش نمی‌شد کرد. دور کمر با این که کوچک‌تر شده بود اما هنوز گشاد بود و پس از بستن دکمه‌هایش هر دو دست را می‌توانستم به راحتی به داخل آن کنم. زیر بغل‌ها گشاد بود و اگر شکم بزرگی داشتم کت کاملاً مناسب تنم بود اما من دانشجوی لاغری بودم.

هم‌چنان که در برابر آینه ایستاده بودم. آقای سنجابی را در آینه می‌دیدم که مرتب دور من می‌چرخد و با صابون بعضی جاها را خط می‌کشد و گاهی نیز در اندیشه دست پخت هنری خود به



* «خیلی خوب من تا یه ساعت دیگه همین جا می‌نشینم تا لباس آماده شود.»

* «هیچ اشکالی نداره دکترجون.»

آقای سنجابی شروع کرد به علامت‌گذاری و کوک زدن و من همان‌جا غضبناک و ساکت نشستم. همان‌طور که فشار خونم پایین می‌آمد و خونسردی خودم را باز می‌یافتم گرمی اتاق را بیشتر حس می‌کردم. با این‌که روبه‌روی پنکه نشسته بودم ولی آفتاب تقریباً تمام داخل مغازه را پوشانده بود و پنکه تأثیری در خنک کردن من نداشت. بیش از یک ربع ساعت طاقت نیاوردم و بنابراین، آدمم بیرون.

حدود یک ساعت بعد که برگشتم هنوز کار چندانی روی لباس انجام نشده بود. جز این که قسمت‌های اضافی و گشاد را درز گرفته بود. با قول قطعی مبنی بر این که شنبه صبح آماده است به خانه برگشتم.



وقت که تحویل ندادی هیچی، قیمت خودتون رو هم قبول ندارید؟»

* «دکتر چون اینو برای پروپاگاندا گذاشتیم اون جا.»

* «حالا چون شمایی پنجاه تومنشو نده.»

* «آقای سنجابی اگه می‌خواستم سیصد تومان بدم که می‌رفتم خیاباهای شمال شهر که لباس خوش‌دوخت تحویل بگیرم و این قدر هم معطل نشم.»

به ساعت‌م نگاه کردم. نیم ساعت بیشتر به مصاحبه نمانده بود. قطعاً دیر شده بود.

* «اگر چنین چیزی زدید اون جا پس باید به آن عمل کنید.»

۱۳۰ تومان پولی را که در جیب داشتم روی میز گذاشتم و اضافه کردم: «تنها پولیه که من دارم و می‌تونم پردازم.» و به طرف در مغازه راه افتادم. شاگردش گفت:



سر طاسش دست می‌کشد. نگرانی و تشویش داشت به ناامیدی مطلق تبدیل می‌شد که با چند خط‌کشی سریع با صابون و کوک زدن تند پلیسه‌ها گشادی زیر بغل ناپیدا شد و گشادی کمر از میان رفت. حال کت و شلوار مناسب تر به نظر می‌رسید. تصمیم داشتم با همین کت و شلوار برای مصاحبه بروم. آقای سنجابی به صدا درآمد:

* «عالی شد، بسیار عالی شد، برازنده جناب دکتر، مبارکه.»

* «متشکرم.»

* «خوب آقای سنجابی چقدر شد.»

* «قابل نداره، بفرمایید.»

* «خواهش می‌کنم.»

* «نه جان شما، ما شمارو خیلی اذیت کردیم. انشاءالله وقتی دکتر شدید می‌آییم مطب از ما ویزیت نگیرید.»

خنده بلندی کرد و چشمکی به آقای پژوهش زد. هم‌زمان با درآوردن ۱۲۵ تومان از جیبم و پیش از آن که به مقوایی که پشت شیشه‌اش چسبانده بود اشاره کنم، گفت:

* «سیصد تومن.»

* «چی؟»

به دور و برم نگاه کردم تا مطمئن شوم که کس دیگری حضور ندارد و مخاطبش من هستم.

* «دکتر چون سیصد تومن برای شما»

به مقوای پشت شیشه اشاره کردم و گفتم:

* «شما پشت شیشه اعلان کردی که کت و

شلوار مردونه ۱۲۵ تومان در اسرع وقت. در اسرع



تمام هوش و حواسم را متوجه پاک کردن عرق از سر و صورتم کرده بودم و با همان یک برگ دستمال کاغذی که ظرفیت جذب خود را از دست داده بود گه‌گاه دانه‌های عرق را پاک می‌کردم. ولی روی هم رفته فکر می‌کنم جواب‌های خوبی دادم. پس از مصاحبه بی‌درنگ آدرس نزدیک‌ترین دستشویی را از منشی پرسیدم. آدرس بسیار مشخص بود، روبروی آسانسور. در دستشویی اولین کاری که کردم کت و کراوات را درآورده دکمه یقه را باز کردم و صورتم را زیر شیر آب خنک گرفتم. مدتی در همان‌جا ماندم و گه‌گاه از آب دستشویی نوشیدم. نمی‌دانم چه مدت در این حال بودم که صدای پای دو نفر را شنیدم که مقابل آسانسور ایستادند و صدای آن‌ها را به وضوح می‌شنیدم که بسیار آشنا بود:

* «... راست می‌گی دانشجوی خوبی به نظرم رسید. کت و شلوارشو دیدی؟»

* «آره مثل این که قرضی بود.»

* «نه، نو بود، ولی خیلی قناس بود.»

* «مثل این که به این کار خیلی نیاز داشت. از لباساش معلوم بود. بذار این کارو بدیم به اون جای دوری نمی‌ره.»

* «باشه، پس یادت باشه به خانم ایزدی بگی فرم دعوت‌نامه براش بفرسته.»

با رسیدن آسانسور بقیه صحبت‌ها را دیگر نشنیدم. شاید اولین کسی بودم که چند دقیقه پس از مصاحبه نتیجه‌اش را می‌دانستم.

... و این تنها موردی بود که من از لباس شانس آوردم.

* «پس انعام ما چی دکتر.»

گفتم:

* «بقیه‌اش هم انعام شما»

و از مغازه بیرون آمدم.

تا تاکسی گرفتم و مقابل شرکت دارویی رسیدم یک ربع ساعت از زمان مصاحبه گذشته بود. یقه سفت و کراوات و کت و شلوار و تنگی تاکسی تمام بدنم را خیس عرق کرده بود. از تاکسی پیاده شدم و به سوی ساختمان دویدم. در درون ساختمان از اطلاعات سراغ اتاق مصاحبه‌گر را گرفتم. دیگر منتظر آسانسور نماندم تا طبقه ششم را یک نفس دویدم و پس از طی چند راهرو به اتاق مصاحبه رسیدم. پیش از ورود دکمه‌های کت را بستم و شلوار را کمی پایین آوردم تا بلکه به قوزک‌هایم برسد و گره کراوات را مرتب و محکم کردم و نفس‌زنان وارد اتاق شدم. خود را به منشی معرفی کردم و گفتم برای مصاحبه آمده‌ام. منشی پس از این که سرتاپای مرا و رانداز کرد نگاهی به ساعتش انداخت و سپس تلفنی ورود مرا به رئیسش اعلام کرد.

با اجازه منشی یک دستمال کاغذی از روی میز برداشتم، عرق‌های سر و صورتم را پاک کردم و وارد اتاق شدم. دو نفر پیراهن‌های آستین کوتاه و بدون کراوات به تن داشتند. مصاحبه حدود نیم ساعت طول کشید. من با یقه بسته و کراوات سفت تمام دکمه‌های کت را بسته بودم تا بیقوارگی شلوار مشخص نشود. دویدن از پله‌ها تازه داشت اثرش یعنی عرق ریختن را ظاهر می‌کرد. پرسش‌ها و پاسخ‌های زمان مصاحبه زیاد به یادم نمانده، چون