

در این شماره می خوانیم:

- پیشینه تاریخی بازاریابی دارو (قسمت دوم)
- سفر بیمار
- علل چاقی و سلولیت، پیشگیری و درمان
- کم خونی در کودکان و نوزادان
- اهمیت مصرف آهن در کودکان
- روش‌های آماده سازی سرویکس نامناسب قبل از اینداکشن
- احتمال ابتلای افراد به بیماری Covid-19 که شرایط پزشکی متفاوتی دارند
- اهمیت کمبود ذرات ریزمغذی در درماتولوژی
- اهمیت تغذیه با شیر مادر
- دستور تهیه غذا
- پری منوپوز و منوپوز

سفر بیمار

Patient journey

رضوان کریمی نژاد



اصطلاح سفر بیمار (Patient journey) به معنی سفر از نقطه ناآشنایی تا دریافت خدمت و شکل گرفتن رابطه عمیق است. برای جذب بیمار بیشتر در کلینیک یا مطب لازم است که چیزی بیشتر از پاسخ به نیاز اصلی به بیمارمان داده شود. در واقع مدیریت مطب هر چه قدر از نظر احساسی ارتباط بهتری با مراجعین و بیمارمان برقرار کند و تجربه بهتری در فرایند ارائه خدمات ایجاد کند، شانس وفاداری مراجعین را بالا برده است. یک راه حل موثر و ساده برای رساندن بیمار به تجربه مطلوب استفاده از نقشه سفر بیمار است. این روش با تشریح تک تک قدم های بیمار باعث می شود که بتوان درک بهتری از بیمارمان داشت و پی برد که چگونه بتوان ارزش های واقعی برای بیمار ایجاد کرد و مشکلات و موانع احتمالی را برطرف نمود و به دنبال آن ارزش های جدید و پایدار را برای کسب و کار ایجاد کرد.

مراحل مختلف در سفر بیمار به طور خلاصه:

Awareness یا آگاهی و شناخت در سفر بیمار همان جایی است که بیمارمان با نوع خدمات آشنا می شوند.
Interest یا جذابیت برای بیمار و مراجعه کننده.
Desire یا خواست و میل، موضوعی که در این فاز اهمیت پیدا می کند این است که مخاطب بداند خدمات قابل ارائه چه تفاوتی با خدمات رقبا دارد.
Action یا اقدام توسط بیمار که در واقع از فاز مقایسه و تصمیم گیری عبور کرده است.
Post Action یا خدمات پس از عمل (خدمات پس از فروش به بیمار) مثل پیگیری درمان یا پاسخ به سوالات احتمالی بیمارمان. در حقیقت نقشه سفر بیمار دیدن دنیا از چشم او است. چارچوبی است که مدیریت مطب را قادر می سازد که تجربه بیمار از خدمات را ارتقا دهد. در این روش مدیریت مطب پی می برد که بیمار چه تجربیاتی در حال حاضر در برابر خدمات دارد و در کدام قسمت ها باید پیشرفت ایجاد کند تا رضایت بیمار جلب شود و به مطب یا کلینیک وفادار بماند.



پیشینه تاریخی بازاریابی دارو (قسمت دوم)

تهیه شده توسط تیم لوکال بهستان بهداشت

مبدا پیدایش "فرد مطلع یا فرد ارائه دهنده جزئیات"

پیشینه استخدام فروشنده توسط عمده فروشان به سال ۱۸۵۰ برمی گردد. زمانی که آرتور آل مک میلان در سال ۱۹۱۹ از خدمت در جوخه آمبولانس ارتش مرخص شد و به استخدام داروخانه زنجیره ای اصلی کشور در آمد، شغل فروشنده و فرد مطلع (یا فرد ارائه دهنده جزئیات) با هم ادغام شد. بسیاری از پزشکان هنوز داروها را در مطب خود به بیمارمان می دادند و انتظار می رفت برای سفارش آن ها به فروشندگان استخدام شده توسط عمده فروشان دارو مراجعه نمایند. اما همچنان از مک میلان انتظار داشتند تمام جزئیات در مورد محصولات را در اختیار پزشکانی قرار دهد که دارو را مستقیماً به او سفارش نمی دادند بلکه برای بیمار نسخه می نوشتند. در سال ۱۹۲۰ تنها ۲۰۰۰ فرد مطلع (یا فرد ارائه دهنده جزئیات) در آمریکا وجود داشت. اما این رقم در دهه ۱۹۵۰ به حدود ۱۵۰۰۰ نفر رسید. در سال ۱۹۳۰ محصولات دارویی نسخه شده، سود بیشتری نسبت به داروهای بدون نسخه (OTC) به همراه آوردند. بنابراین این کم کم از نظر اقتصادی برای شرکتها توجیه پذیر بود که بر روی کارکنان فروش دارو که دارای اعتبار و تکنیک های لازم برای متقاعد کردن و کسب نسخه بیشتر از پزشکان هستند، سرمایه گذاری کنند.

در سال ۱۹۴۰ دستورالعمل مکتوبی برای فرد مطلع (یا فرد ارائه دهنده جزئیات) منتشر شد که حاصل سالها تجربه نویسنده آن بود و در سال ۱۹۴۹ فصلی حاوی جزئیات مسئولیت شغلی فرد مطلع (یا فرد ارائه دهنده جزئیات) برای اولین بار به لیست مشاغل دولتی رسمی اضافه شد. به نظر می رسد آرتور اف. پترسون در کتابچه راهنمای خود پیرامون اهمیت جزئیات که در سال ۱۹۴۹ چاپ و مجدداً در سال ۱۹۵۹ تجدید چاپ شد، در ابتدا هدف را بر یک استاندارد والا، صریح و حرفه ای قرار داده است.

وی مردان مطلع (مطرح کننده جزئیات) را "داروسازان ارائه دهنده خدمات حرفه ای" نامیده و کار آنها را به شرح زیر توصیف کرده است: "یک فرد مطلع (فرد ارائه دهنده جزئیات) آگاه یکی از تاثیرگذارترین و مورد احترام ترین افراد بین متخصصین سلامت همگانی است. استعداد و توانایی وی که موجب انتشار و گردش اطلاعات علمی بین پزشکان، داروسازان و سایر متخصصین مرتبط می گردد، بسیار با اهمیت می باشد. او می تواند دائماً به واسطه مکالمه هوشمندانه اش با پزشک، جان بیماری را نجات داده یا از رنج او بکاهد. موقعیت او برای عرضه خدماتی با ارزش خارق العاده به پزشک در جهت منافع بیمارانش، به نوبه خود منبع رضایتی حقیقتی است. وی به راستی به شریک خدمت می نماید." اما پترسون نتوانست در نوشته خود مدت زمان طولانی این جایگاه والا را برای این شغل حفظ نماید. چند صفحه بعد او می نویسد: "شغل یک داروساز ارائه دهنده خدمات علمی، فروش علمی به معنای کامل کلمه است... او می باید اول، آخر و همیشه یک فروشنده باشد" و "واضح است که اولین مهارت مورد نیاز برای داروساز ارائه دهنده خدمات علمی، توانایی فروش، عشق ورزیدن به فروش و داشتن روحیه فروشنده مسلک، است" بعدتر او می افزاید، "نماینده ای که می پندارد وظیفه او نه فروش بلکه ارائه اطلاعات علمی به پزشکان به عنوان خدمتی از طرف شرکت اوست، به بیراهه می رود. هدف نهایی در هر مرحله از کسب و کار ایجاد فروش بیشتر با کسب سود بیشتر است." نیروی فروش یا نماینده علمی دارویی که وارد مطب پزشکان می شود و می گوید: "من به نمایندگی از شرکت مرک خدمت رسیدم." یا من به نمایندگی از شرکت اسکویب خدمت رسیدم." در واقع از امتیاز انحصاری اعطایی انجمن پزشکی آمریکا (AMA) به عنوان یک شرکت اخلاق محور سود می جوید. انجمن پزشکی آمریکا در حقیقت گفته است: "این شرکت دارویی در طی جدال طولانی ما با گروه داروهای دارای حق انحصار (پتنت) در کنار ما بوده است و از هر گونه سودی که می توانست با ارائه محصولات به کل جامعه به دست بیاورد در ازای تبلیغ آن محصول تنها برای شما (پزشکان) چشم پوشی کرده است. اکنون این شخص آگاه با رویکردی دوستانه نزد شما آمده است تا بعد جدیدی به رابطه ما با این شرکت، بیفزاید. در زمانه ای که داروهای جدید با چنان سرعت بالایی در دسترس قرار می گیرند که رسیدن به گرد آنها بسیار سخت است، این شخص اینجاست تا به شما از آخرین معجزات صنعت داروسازی بگوید، شما با دقت گوش دادن به سخنان وی را به این شرکت اخلاق محور و به بیمارانتان مدیون هستید." جای تعجبی نیست که در مطالعه ای که در سال ۱۹۵۹ انجام شد پزشکان آمریکایی مخالفت شدید خود را با آن تعداد از همکارانشان که ممکن است از صحبت با نمایندگان علمی سرباز برند اعلام کردند.

علل چاقی و سلولیت، پیشگیری و درمان

Cellulite & Obesity Causes, prevention and treatment

دکتر مهرداد نصرالله زاده

استادیار دانشگاه و عضو هیئت علمی

عضو انجمن تغذیه امریکا



و نمی‌توانند فعالیت‌های ورزشی داشته باشند، این روش موثر واقع می‌شود. در چاقی‌های موضعی در ناحیه شکم، پهلو استفاده از دستگاه‌هایی که به صورت سلولی کار می‌کنند، حتی باعث کاهش وزن و سایز در توتال بادی می‌شود. این روش قابلیت استفاده از سنین ۱۵ سال به بالا را دارد. که بیمار طی یک دوره ۳ ماهه، بین ۱۴-۱۰ وزن کم می‌کند. هر یک کیلوگرمی که از وزن فرد کم شود حداقل ۲.۵ کیلو فشار از هر زانو و ۵ کیلو فشار از کمر برداشته می‌شود که می‌تواند سطح کیفیت زندگی افراد را تغییر و بهبود ببخشد. در واقع می‌توان گفت به صورت آکادمیک حداکثر باید ۴ کیلوگرم در هر ماه از وزن کم شود که به بدن نیز آسیب نرسد و سرعت از بین رفتن سلول‌های چربی و سرعت بازسازی بافت پوست یکسان باشد. که این پروسه در زمان استفاده با محصولات پومئول رعایت می‌شود.

در استفاده از دستگاه‌هایی چون کویتیشن، محدودیت و contraindication با بیماری‌ها و داروهای دیگر وجود ندارد، فقط بیماران باید از نظر سطح سه آنزیم کبدی ALP, ALT, AST بررسی شوند. همچنین در بیماران دیابتیک وابسته به انسولین در نوع Sevier که پوست‌های حساس و نازک دارند و التهاب و زخم‌ها دیر التیام پیدا می‌کند، استفاده از دستگاه‌های لاغری مجاز نمی‌باشد. پرهیز از مواد غذایی مانند شیرینی جات، شکلات، نوشیدنی‌های شیرین و مواد حاوی نیتروز و ترشیجات تاثیر به سزایی در کنار سایر روش‌های درمانی سلولیت دارد. در پایان به این نکته باید توجه داشت که برای تناسب اندام مهمترین عامل نظم در خواب و فعالیت‌های بدنی است. تلاش کنیم روزانه فعالیت بدنی و برنامه مرتب غذایی داشته باشیم. خصوصا در این دوران که نیاز به تقویت سیستم ایمنی بدن داریم. اغلب مردم ایران دچار Vitamin D deficiency هستند که می‌توان با افزودن شیر و ماست و افزودن مغزها به برنامه غذایی از عوارض ناشی از آن جلوگیری کرد.

بنابراین بهتر است که انضباط در تغذیه روزانه را در نظر گرفته و یک چارچوب درست را پایه‌ریزی کرده که به مرور زمان به یک عادت پایدار تبدیل گردد و نتایج مطلوبی را به بار آورد.

سلول‌ها مورد استفاده قرار گیرد. هر زمان که این پروسه با مشکل مواجه شود و منظم نباشد، بحث فیزیولوژیک دیگر مطرح نخواهد بود و با مبحث پاتولوژیک روبرو هستیم که در نتیجه بدن در اندام‌هایی مانند ران‌ها، بازوها، اطراف شکم و باسن با مشکل سلولیت مواجه خواهد شد. عوامل مختلفی در ایجاد سلولیت نقش دارند. از جمله داروهای هورمونی، آنتروپی در ساعات غذا خوردن، خوابیدن، فعالیت‌های بدنی که می‌توانند فاکتورهای موثری در ایجاد سلولیت باشند.

یکی از مشکلات شایع در بروز چاقی خواب شبانه است که حداقل خواب شبانه ۷ ساعت می‌باشد. در مطالعاتی که انجام شده است افرادی که ۵ ساعت خواب شبانه داشته‌اند با افزایش ۱۵ کیلویی وزن مواجه شده‌اند. هورمون ملاتونین که ارتباط مستقیم با خواب شبانه دارد سبب تحریک هورمون کورتیزول و سایر هورمون‌های مربوط به اشتها می‌شود و سبب ایجاد پرخوری عصبی می‌گردد.

نکته دیگر در خصوص تغذیه مناسب و همچنین نوشیدن آب می‌باشد. طبق توصیه WHO نوشیدن ۸ لیوان آب در طی روز الزامی است. بدن جهت تجزیه چربی و پروتئین و مواد حاصل از آنها که ATP نام دارد، نیاز به آب دارد.

از دیگر مشکلات شایع در خصوص چاقی و ایجاد سلولیت، عدم تناسب بین تلاش بیمار و کم کردن وزن می‌باشد. در واقع یکی از لند مارک‌های سلولیت برگشت پذیری و عدم stability می‌باشد. بنابراین چارچوب درمان باید مستحکم باشد. جهت درمان چاقی و سلولیت بعد از در نظر گرفتن Personal Medicine همچنین می‌توان از محصولات پومئول برولر، جهت چاقی‌های لوکال و پومئول درینر جهت از بین بردن سلولیت‌ها استفاده کرد. این محصولات علاوه بر وجود مواد معدنی و ویتامین‌ها از safety بالایی برخوردارند.

به دلیل خطر و عوارضی چون ترومبوز و عفونت‌ها در تخلیه بافت‌ها و جراحی‌ها می‌توان از روش دیگر درمان سلولیت که فریز کردن سلول‌های چربی می‌باشد با استفاده از دستگاه‌های لاغری چون کویتیشن استفاده کرد که با هدف قرار دادن سلول چربی می‌تواند موثر واقع شود و البته این عمل باید تحت نظر پزشک انجام گیرد.

می‌توان گفت دستگاه‌های لاغری به افزایش روند لاغری کمک می‌کنند. به طور مثال در افرادی که آرتروز دارند

موضوع بررسی علل چاقی و سلولیت، پیشگیری و درمان آن با حضور جناب آقای دکتر مهرداد نصرالله زاده، در صفحه اینستاگرام بهستان بهداشت برگزار شد که خلاصه این مبحث به شرح زیر می‌باشد:

چاقی یکی از معضلات روز دنیاست، مخصوصا در دوران پاندمی کوید ۱۹ بیشتر شیوع پیدا کرده است و متأسفانه میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری، در افراد چاق بیشتر اتفاق می‌افتد. این مسئله نشان می‌دهد که موضوع چاقی باید جدی گرفته شود، در اینجا توجه به مسئله زیبایی و تناسب اندام نیست. بلکه باید بتوانیم در راستای سلامتی و ارتقا کیفیت زندگی تلاش کنیم. با توجه به کاهش فعالیت افراد به دلیل قرنطینه خانگی، کم تحرکی و تغییر سبک تغذیه و افزایش میزان خوراک افراد، سبب چاقی بیشتر گردیده است که چند نکته را باید مورد توجه قرار داد.

اول اینکه: مبحث چاقی و سلولیت با یکدیگر متفاوت است. چاقی پروسه ای فیزیولوژیک و طبیعی است که در اثر پرخوری و کمبود فعالیت بدنی ایجاد می‌شود. در مقابل، کم خوری و تحرک زیاد سبب لاغری می‌گردد. این در صورتی است که بدن پروسه طبیعی و فیزیولوژیک را طی نماید. اما مشکل عمده و اصلی سلولیت می‌باشد که با بحث فیزیولوژیک رو به رو نیستیم و به صورت پاتولوژیک بوده و فرد باید از همه نظر مورد بررسی قرار بگیرد. چه از نظر میزان و کیفیت خواب، هورمون‌ها، سبک زندگی و دارو‌هایی که بیمار مصرف می‌کند. در مجموع کلی به آن Personal Medicine گفته می‌شود. این نوع درمان‌های شخص محور باعث افزایش efficacy درمان و میزان افزایش پایداری درمان می‌گردد. ماندگاری کاهش وزن از اهمیت بالایی برخوردار است، بدین ترتیب که وزن کاهش یافته پایدار و ثابت بماند. بازگشت اضافه وزن علاوه بر آسیب‌های روحی سبب آسیب‌های بدنی و حتی سلولی شدیدی می‌شوند.

در مبحث رژیم به هیچ عنوان هدف، محرومیت از مواد غذایی به خصوص حذف نان و برنج نیست، بلکه با توجه به Personal Medicine، سن، جنس و همچنین توجه به BMI (که فرد به فرد متفاوت است)، نوع فعالیت و ورزش هر شخص متناسب با تناسب اندام آن فرد بررسی و تنظیم می‌گردد که فرد بتواند رژیم لاغری پایداری داشته باشد.

درخصوص سلولیت ابتدا باید به مفهوم سوخت و ساز و متابولیسم بدن پرداخت. متابولیسم فرآیندی است که بدن طی می‌کند تا انرژی و مواد مورد نیاز از منابع غذایی برای



شرکت بهستان بهداشت

یکم شهریورماه، روز بزرگداشت ابوعلی سینا و مقام پزشک را تبریک می گوید.





اهمیت مصرف آهن در کودکان دکتر بهاره ایمانی

متخصص کودکان و نوزادان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد جمعه ۱۷ مرداد ۱۳۹۹ برنامه لایو اینستاگرام با حضور خانم دکتر بهاره ایمانی با موضوع اهمیت مصرف آهن در کودکان با شرکت بهستان بهداشت برگزار گردید که خلاصه مباحث مطرح شده در این برنامه به شرح زیر می‌باشد:

یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان در سن رشد کم خونی فقر آهن است که به علت‌های مختلف مانند کمبودهای تغذیه‌ای و عوامل غیر تغذیه‌ای ایجاد می‌شود. آهن یکی از مینرال‌هایی است که جهت تقویت سیستم ایمنی بدن ضروری است. علائم کمبود آهن در کودکان شامل رنگ‌پریدگی صورت، خستگی و بی‌حوصله بودن، بی‌قراری و کاهش توجه، کاهش اشتها، اختلالات رفتاری مانند پرخاشگری و بدخلقی، عدم تمرکز و افت نمرات تحصیلی و کاهش IQ می‌باشند.

عدم مصرف مکمل آهن و مصرف مواد غذایی که حاوی آهن کمی هستند، از علل کم خونی فقر آهن در کودکان است.

بعد از سن ۶ ماهگی میزان آهن موجود در شیر مادر دیگر جهت تامین نیازهای کودک کافی نیست، شیر گاو نیز فقط ۰/۵ میلی گرم آهن در هر لیتر دارد و منبع غنی از آهن نیست، بنابراین کودکان در این مقطع سنی نیاز به مکمل آهن دارند. همچنین توجه شود که مصرف بیش از حد شیر مانع جذب آهن موجود در مواد غذایی می‌شود.

والدین به علل مختلف از مصرف مکمل آهن به کودکانشان امتناع می‌کنند، از جمله سیاه شدن دندان کودکان، طعم بد آهن و مشکلات شایع گوارشی مانند یبوست، پودر آهن فرامکس یک مکمل آهن خوراکی مناسب برای کودکان است، محصول به دلیل برخورداری از بالاترین میزان المنتال آهن، به مقدار ۱۵ میلی گرم در هر پیمانه و ساختار منحصر بفرد پلی ساکارید با داشتن طعم بسیار خوب تمشک و انگور گزینده بسیار مناسبی جهت مصرف کودکان است.



کم خونی در کودکان و نوزادان تهیه شده توسط تیم اطفال بهستان بهداشت

ریسک ایجاد کم خونی در نوزادان از دوران حاملگی مادر آغاز می‌شود. ریسک تولد نوزاد کم وزن در مادرانی که کم خونی دارند، بالاست و همچنین نوزادانی که مادران کم خون دارند، آمار مرگ و میرشان بالاتر است. این کودکان بیشتر از بقیه مستعد کم خونی هستند.

در دوران بارداری، جنین از ذخایر آهن بدن مادر استفاده می‌کند. پس از تولد هم تا چهار ماهگی بدن نوزاد توانایی تولید آهن مورد نیاز کودک را دارد. در ۶-۴ ماهگی، میزان ذخایر آهن نوزاد کاهش می‌یابد و نوزاد نیاز داد که مکمل آهن را از منابع دیگر مانند مکمل‌های خوراکی آهن دریافت کند. در این برهه زمانی، جذب آهن غذای کودک و یا شیر توسط کودک بسیار محدود است. (حدود ۵ درصد)

در نوزادان میزان زیادی خون از طریق عفونت‌های روده‌ای و گوارش دفع می‌شود. در سال‌های قبل از مدرسه، میزان رشد کودکان بسیار سریع است در نتیجه به میزان آهن بیشتری نیاز دارند.

در سه سال اول زندگی، ممکن است ذخایر آهن کاهش یابد که می‌تواند به دلیل عفونت انگلی روده باشد. در نهایت منجر به ایجاد کم خونی فقر آهن می‌شود. در سن مدرسه، نوع تغذیه و فعالیت بدنی کودک نقش مهمی در شناسایی ابتلای کودک به کم خونی دارد.

اهمیت درمان فقر آهن در کودکان و علائم کم خونی در اطفال

کمبود آهن به صورت معمول یکی از دلایل جهانی ایجاد کم خونی است. تخمین زده شده است که هفتصد میلیون نفر از مردم دنیا، کم خونی فقر آهن و یک بلیون نفر کمبود آهن دارند. فقر آهن در ابتدا ناشی از تغذیه نامناسب در جوامع است. استفاده از غذاهای غنی از آهن، عدم استفاده از ممانعت‌کننده‌های جذب آهن و استفاده از مواد افزایش دهنده جذب آهن و یا افزودن منابع گیاهی به منابع حیوانی، بهترین موارد برای بهبود وضعیت آهن بدن هستند. رابطه بین فقر آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن با بیماری‌های گوارشی نظیر بیماری التهابی دستگاه گوارش، خون ریزی دستگاه گوارش، سلیاک و عفونت هلیکوباکتر و در بیماران کلیوی با نارسایی کلیوی و بیماری دیالیز و در بیماران قلبی با نارسایی قلبی، نقص مادرزادی قلبی و همچنین در بیماران مبتلا به تیروئید و آسم به اثبات رسیده است و ازین‌رو توجه به درمان موازی فقر آهن در کنار درمان علت بیماری جایگاه ویژه‌ای خواهد داشت.

نوزادان، کودکان و نوجوانان برای تکمیل رشد خود به آهن نیاز دارند. در کم خونی، در مراحل اولیه ابتلا، علائم به صورت کاهش توان فرد و کاهش انرژی روزانه بروز می‌نماید. با ادامه کم خونی، علائم با بروز خستگی بیشتر نمود پیدا می‌کند و در این مرحله میزان هموگلوبین و آنزیم‌ها برای کمک به فرایند اکسیداسیون در چرخه فسفولیپیدی کاهش می‌یابد.

زمانی که فقر آهن یا کم خونی ناشی از آن ادامه پیدا کند، علائم مختلفی در اندام‌های مختلف مشهود می‌شود که در نهایت شخص را به سمت افت کیفیت زندگی سوق می‌دهد. از این رو درمان فقر آهن نه تنها باعث افزایش ایمنی و بهبود متابولیسم و جلوگیری از افت میزان گلوبول‌های قرمز می‌شود، بلکه تاثیر به‌سزایی در ثبات و افزایش کیفیت زندگی نیز دارد.

تأثیراتی که کم خونی بر روی اندام‌های مختلف بدن می‌گذارد.

اندام	تأثیرات	اندام	تأثیرات
یوست	رنگ پریدگی	تغذیه	میل به خوردن غیر خوراکی‌ها
ناخن	شکسته	ایمنی	کاهش مقاومت در مقابل ابتلا به بیماریها
عضلاتی	کاهش حجم عضلانی محدودیت در ورزش	کم خونی	
گوارش	کاهش اشتها، از دست دادن پروتئین، مشکلات هضم غذا	قلب	کاهش عملکرد مطلوب قلب، افزایش ضربان قلب، بزرگ شدن قلب، سکنه قلبی
سیستم عصبی	سرگیجه، بیخوشی، اختلالات خواب، افسردگی، سندرم پای بی‌قرار، اختلالات یادگیری		

References:

1. Pasricha, S.-R., et al., Vitamin B-12, folate, iron, and vitamin A concentrations in rural Indian children are associated with continued breastfeeding, complementary diet, and maternal nutrition. The American journal of clinical nutrition, 2011. 94(5): p. 1358-1370.
2. Miniero, R., et al., Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Children, in Iron Deficiency Anemia. 2018, IntechOpen.
3. Crichton, R.R., B.G. Danielson, and P. Geisser, Iron therapy with special emphasis on intravenous administration. 2008: UNI-MED-Verl.



- PIC (Polysaccharide Iron Complex)
- Highest dose available
- 100 mg elemental iron per capsule
- Well tolerated
- Proven clinical results to have minimal or no toxicity



 **BioSyent**



behestan
behdash



روش‌های آماده سازی سرویکس نامناسب قبل از اینداکشن

Techniques for ripening the unfavorable cervix prior to induction

دکتر مریم کاشانیان

استاد گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی ایران

بیشتر موثر بوده اند مانند دیلاتاسیون، استیشن و افسامان را بررسی کرده اند و مشاهده شده که این فاکتورها به همان اندازه Bishop score کلاسیک می‌تواند ارزش داشته باشد و شاید لازم نباشد ۲ فاکتور دیگر در نظر گرفته شوند و نتایج PPV و NPV این متد ساده شده کاملاً مشابه Bishop score کلاسیک است که به صورت روتین انجام می‌شود. همیشه وقتی از Bishop score صحبت می‌کنیم، معمولاً کمی سخاوتمند هستیم و آن را کمی بیشتر در نظر می‌گیریم. در حالی که درستش این است که کاملاً دقیق باشیم و حتی کمی خسیس در امتیاز دادن باشیم. و بهتر است سناریو آن را در ذهنمان به صورت کامل داشته باشیم و بر اساس ایندکس‌ها کاملاً محاسبه کنیم و بر اساس حدس و گمان نباشد. زمانی Bishop score خوبی داریم که مثلاً ۴ سانتیمتر دیلاتاسیون ۷۰٪ افسامان و یک استیشن ۱-۰ داشته باشیم که در اینجا اسکور در حدود ۶ است و هنوز تا اسکور ۸ که احتمال زایمان زیاد است، فاصله داریم. حتی بعضی‌ها در مورد این ایندکس‌ها و اسکورها جدی‌تر هستند و در مواردی که بیمار سابقه زایمان طبیعی و یا احتمال پره اکلامسی دارد، یک اسکور اضافه می‌کنند و در مواردی که زایمان اول باشد، Postdate pregnancy و PPRM یک اسکور کم می‌کنند که تخمین درست‌تری از موقعیت داشته باشند.

Cervical ripening technical

روش‌های زیادی استفاده می‌شود. ما اینجا به دو تکنیک اصلی می‌پردازیم: روش‌های مکانیکی که شامل کاتترها (سوند فولی) و دیلاتورهای هیگروسکوپیک می‌شوند و از طرفی روش‌های ارزان و در دسترس هستند که عوارض کمی دارند و در همه شرایط قابل استفاده هستند و روش‌های نگهداری ساده‌ای دارند.

روش‌های فارماکولوژیک: که عمدتاً شامل پروستاگلندین‌ها هستند و چون باعث شروع انقباضات می‌شوند. علاوه بر ripening سرویکس در اینداکشن زایمان هم استفاده می‌شوند و بنابراین نیاز به آکسی توسین را کمتر می‌کنند ولی می‌توانند باعث تغییرات FHR بشوند و با این حال از نظر میزان سزارین و مرگ و میر نوزاد خطرناک نیستند. هیچ روش بهتری وجود ندارد. هر دو روش به یک اندازه موثر و ایمن هستند. انتخاب روش بر اساس اینکه در کدام روش تجربه و تسلط بیشتری داریم، شرایط و تمایل بیمار و موارد کنترااندیکاسیون یا منع مصرف را با شرایط بیمار در نظر می‌گیریم.

یک متا آنالیز بزرگ در سال ۲۰۱۶ انجام شد که میزوپروستول، دینوپروستون و یک روش مکانیکال (بالون کاتتر) را با هم مقایسه کرد و نتیجه‌گیری کردند که هیچ متدی نسبت به روش‌های دیگر ارجح نیست (از نظر تعداد زایمان و ژینال طرف ۲۴ ساعت، تعداد سزارین و موارد تاکی سیستول و ضربان غیر طبیعی قلب جنین). فاکتورهای که در این مطالعه در نظر گرفته شده بود عبارتند از:

Rate of vaginal delivery/24h -

Tachysystole -

FHR change -

Cesarean delivery -

و نتایج که مشاهده شد عبارتند از:

- ۱- وقتی که از روش‌های مکانیکال استفاده می‌کنیم، همیشه ریسک Hyperstimulation و تغییرات FHR کمتر است.
- ۲- دفع موکونیوم یا پروستاگلندین‌ها بیشتر است.
- ۳- میزوپروستول خوراکی کمترین میزان سزارین را داشت.

پروستاگلندین‌ها چطور عمل میکنند؟

پروستاگلندین‌ها باعث می‌شوند کلانژن سرویکس تجزیه بشود و میزان مایع ساب موکوزال در بافت سرویکس افزایش پیدا کند و از طرفی انقباضات رحمی را شروع می‌کنند و در نتیجه دیلاتاسیون و افسامان را می‌توانند ایجاد بکنند. میزوپروستول در هر سنی از بارداری موثر است، توان و قدرتش به سن بارداری، روش، دوز، فاصله بین دوزها و اثر تجمعی که در موردش وجود دارد

همه می‌دانیم که تعداد اینداکشن‌های زایمان روز به روز بیشتر شده و در مطالعات آماری که بین سالهای ۲۰۱۸-۱۹۹۰ صورت گرفته، میزان اینداکشن لیبر تقریباً سه برابر شده است. در ایران نیز وضعیت به همین شکل است.

یک واقعیت دیگر که باید بدانیم و توجه داشته باشیم، این است که زمانی که لیبر را ما به طور مصنوعی ایجاد می‌کنیم سیر آن طولانی تر است و صبر بیشتری نیز می‌طلبد. تقریباً در تمام مواردی که اینداکشن ضروری است، بهترین روش برای ختم زایمان طبیعی است مگر اینکه اندیکاسیونی از نظر، Obstetric وجود داشته باشد. بنابراین در مواردی که لازم است زودتر از موعد حاملگی را ختم کنیم، معمولاً با مواردی مواجه هستیم که سرویکس مناسب نیست و نیاز داریم که از روش‌های مناسب سازی سرویکس استفاده کنیم تا به یک زایمان و ژینال دست پیدا کنیم.

بعضی از مواردی که پزشک ناچار به ختم بارداری زودتر از موعد است، عبارتند:

- بارداری از موعد گذشته

Hypertensive disorders-

Fetal demise-

Diabetes -

Fetal growth restriction

Intrahepatic cholestasis of pregnancy

اشاره‌ای به مواردی که ذکر شد داریم.

مثلاً در مورد cholestasis بارداری: طبق دستورالعمل Up to date بارداری باید بین ۰+۳۶ تا ۲۶+۴ هفته خاتمه داده شود و بر اساس دستورالعمل RCOG ختم بارداری باید بین ۰+۳۶ تا ۲۷+۳۹ هفته باشد و The society for maternal fetal medicine ختم بارداری را بین ۲۸-۳۷ هفته می‌داند، که در همه این سنین بارداری، معمولاً سرویکس آماده زایمان نیست.

در الیگو هیدرامنیوس ایدیوپاتیک ختم بارداری را بین ۲۸-۳۷ هفته مطرح است.

GDM

A1GDM: در این تپ سن ۴۱-۴۰ هفته برای زایمان مطرح هست.

A2GMD: در این تپ ۳۹ تا ۳۹ هفته مطرح است و زودتر لازم نیست و خیلی موارد باز سرویکس آماده نیست.

Overt Diabetes

در خیلی موارد لازم می‌شود که حاملگی زودتر از موعد ختم بشود و مواقعی هست که سرویکس آماده نیست. دیابت اندیکاسیونی برای سزارین نیست و در این گروه هم زایمان ارجح، زایمان و ژینال است و حتی دیابت منع استفاده ای برای trial of labor بعد از سزارین ندارد.

Fetal growth restriction

در صورتی که سرویکس نامناسب باشد دلیلی نیست که از اینداکشن اجتناب کنیم و می‌توانیم از پروستاگلندین‌ها و روش‌های مکانیکی استفاده کنیم و اگر تست‌های سلامت جنین (NST or BPP) اجازه بدهد، می‌توانیم Trial of labor با مانیتورینگ دایم جنین انجام بدهیم. Elective induction در مواردی که هیچگونه اندیکاسیون مادری و جنینی جدی برای ختم بارداری وجود ندارد.

کاری که برای خود ما می‌تواند جالب باشد همین Elective induction زایمان است. بدون اینکه هیچ اندیکاسیون مادری و جنینی داشته باشد. در سال ۲۰۱۸ مطالعه‌ای روی خانم‌هایی که ۳۹ هفته و بیشتر داشتند. بدون اینکه هیچ اندیکاسیونی وجود داشته باشد، اینداکشن را انجام دادند و نتایج خیلی جالب بود: اولاً میزان سزارین در این افراد کمتر بود، عوارض مادر و جنینی مثل پره اکلامسی کمتر شد، کاهش Macrosomia و عوارض ناشی از آن دیده شد و همچنین کاهش Stillbirth در این موارد دیده شد.

اگر بخواهیم تصور کنیم خود ما همچنین اینداکشنی را انجام بدهیم، باید حتماً به این فکر کنیم میزان سزارین افزایش پیدا نکند. خیلی موارد هست که ما دوست داریم به خاطر درگیری‌های روزمره پزشک و بیمارار زایمان برنامه‌ریزی شده‌ای مانند سزارین داشته باشیم. مثلاً یک خانم کارمند که می‌خواهد زایمان برنامه‌ریزی شده داشته باشد یا افرادی که سابقه زایمان سریع را دارند و یا فاصله زیاد منزل تا بیمارستان و دلایلی از این قبیل باعث می‌شود بیمار درخواست کند زایمان برنامه‌ریزی شده‌ای داشته باشد. بنابراین ما می‌توانیم از اینداکشن الکتیو استفاده کنیم. حتی از طرف ACOG و SMFM مطرح می‌شود که به خانم‌های کم ریسک ۳۹ هفته و بالاتر زایمان اینداکشن الکتیو را پیشنهاد بدهید ولی زیر ۳۹ هفته هرگز از این روش استفاده نشود.

بنابراین در موارد فوق و بسیاری موارد دیگر پزشک با شرایطی مواجه هست که باید اینداکشن انجام بدهد و بارداری را خاتمه بدهد و به cervical ripening نیاز داریم. وضعیت سرویکس، بهترین پیشگویی کننده زایمان و ژینال است. هر روش اینداکشنی که استفاده کنیم در صورتیکه سرویکس آماده نباشد ممکن است موفق نباشد. وقتی که سرویکس مناسب باشد هر روش اینداکشنی می‌تواند موفقیت آمیز باشد.

بنابراین ما روش‌های Cervical ripening را استفاده می‌کنیم تا هم مدت اینداکشن را کوتاه کنیم و هم احتمال زایمان و ژینال را به حداکثر برسانیم.

Bishop score. بهترین فاکتور است که می‌تواند وضعیت سرویکس را نشان دهد و می‌تواند بهترین پیشگویی زایمان طبیعی باشد و شاید بهترین وسیله ای است که الان در دسترس ما هست و حتی مقایسه شده با Fetal fibronectin و cervical length که با سونوگرافی اندازه گیری شده و در نتیجه دیده شده، اگر یا با آنها مساوی و یا حتی می‌تواند بهتر از آنها موفقیت اینداکشن زایمان را پیشگویی کند.

در Bishop score پنج فاکتور وجود دارد: Station که مربوط به جنین است و ۴ فاکتور دیگر که مربوط به سرویکس هستند عبارتند از: دیلاتاسیون، افسامان، قوام و پوزیشن سرویکس، که از بین اینها دیلاتاسیون سرویکس مهمترین عامل است.

واقعا هیچ اجماعی وجود ندارد که چه سرویکسی را از چه Bishop score بگیریم که برای اینداکشن مناسب باشد. آنچه مسلم است هر چه اسکور بالاتر باشد شانس زایمان و ژینال بیشتر خواهد بود و هر چه پایین تر باشد شانس سزارین بیشتر میشود و اینجاست که هنر ما مایمی مدرن بیشتر خودش را نشان میدهد.

یک Bishop score ≥ 6 ، سرویکس مناسبی است و امکان استفاده از آکسی توسین را دارد و احتمال زایمان و ژینال زیاد است. در حالیکه اگر $\text{scores} \leq 3$ باشد، سرویکس مناسب نیست و اینداکشن نباید انجام شود و روش‌های Cervical ripening باید قبل از اینداکشن لیبر انجام شود.

4-5 Score را به عنوان gray zone در نظر می‌گیرند ولی هرچه اسکور بالاتر باشد شانس زایمان و ژینال بیشتر است و زمانی که اسکور کمتر از 6 باشد شانس زایمان و ژینال در ۲۴ ساعت کمتر است. در اسکور بیش از ۸ احتمال زایمان و ژینال مشابه زمانی است که لیبر خود به خود شروع شده باشد. یک روش مدیغیه و ساده شده از بیسپاش اسکور (فقط دیلاتاسیون، استیشن و افسامان) در نظر گرفته می‌شود که در یک مطالعه فاکتورهای که در Bishop score

فکر می‌کنند و ترجیح می‌دهند در این شرایط از روشهای مکانیکال استفاده نکنند. بعضی‌ها وقتی کیسه آب پاره شد، روش‌های مکانیکال را خارج می‌کنند و بعضی اگر کیسه آب پاره باشد اصلاً از این روش استفاده نمی‌کنند. بعضی‌ها محدود زمانی تا ۱۲ ساعت بعد از پاره شدن کیسه آب از این روشها استفاده می‌کنند.

عوارض جانبی روشهای مکانیکال:

عوارض جانبی سیستمیک وجود ندارند و میزان tachysystole در آنها خیلی کم است و هیچ مدرکی مستند بر بالا بردن ریسک عفونت در مادر و نوزاد وجود ندارند و بنابراین روشهای ایمنی هستند.

دو مدل بالون کاتتر داریم، یک مدل single balloon که همان کاترفولی‌ها هستند و دبل بالون‌ها که اختصاصی برای این کار طراحی شده‌اند. در یک متاآنالیز که این دو مدل را مقایسه کرد، نشان داد که هیچ کدام برتری ندارند و فقط دبل بالون‌ها گرانتر هستند. بعد از اینکه روشهای مکانیکال استفاده کردیم بایدمانیتورینگ مادر و جنین انجام شود ولی نه به اندازه PGS و فقط حدود ۳۰ دقیقه بعد از جا گذاری کافی است.

چه موقع برای بیمار اکسی توسین را شروع کنیم؟

اول لازم است که یک Bishop score مناسب پیدا کنیم و بعد اکسی توسین را شروع کنیم. بعضی همزمان از روشهای مکانیکال و اکسی توسین استفاده می‌کنند. این روش‌ها ضمن اینکه ایمن هستند میتوانند Bishop score را بین ۳.۵-۵.۵ واحد تغییر بدهند.

در یک مطالعه روشهای مکانیکال را با پلاسبومقایسه کردند و نتایج جالبی بدست آوردند. کسانیکه بالون فولی برایشان استفاده شده بود فقط ۶٪ سرویکس رایپ نشده بود در حالیکه مواردی که پلاسبو گرفته بودند ۸۶٪ همچنان unrip باقی ماندند.

یک متاآنالیز بزرگ روی ۲۲۰۰۰ خانم انجام شده بود بین میزوپروستول و کاترفولی و مشاهده کردند که در استفاده از کاتتر tachysystole & FHR نسبت PGS خیلی کمتر اتفاق می‌افتد و Perinatal death & neonatal morbidity کمتری نسبت به PGS دارند و از طرفی به اندازه PGS‌ها موثر بودند.

روشهای ترکیبی بالون کاتتر و PGS:

روشهای ترکیبی ممکن است نفع کمی نسبت به روش منفرد داشته باشند. در حالتیکه روشهای مکانیکال یا PGS را توانمان استفاده شوند. تعداد زایمان در ۲۴ ساعت بیشتر میشود و طول زایمان نیز کوتاهتر می‌شود. در یک مطالعه نشان داده اند که در این موارد ریسک تغییرات tachysystole & FHR کمتر بود.

انواع دیلاتورهای هیگروسکوپیک:

دو نوع دیلاتور استفاده می‌شود. لامیناریا که فرم طبیعی است و یک نوع جلبک است و دیلاتور دیلاپان که فرم سنتتیک است. می‌توانند مایع را جذب بکنند و بنابراین تدریجاً باعث دیلاتاسیون سرویکس می‌شوند و از طرفی باعث ریلیز PGS هم می‌شوند و بنابراین با این مکانیسم‌ها به خوبی اثر می‌گذارند و روشهای ایمنی هستند. به تعدادی که می‌توانیم باید داخل سرویکس دیلاتور گذاشته شود، بدون اینکه فشار زیادی وارد شود. لامیناریا ۱۲-۲۴ ساعت بعد و دیلاپان ۶-۸ ساعت بعد به دلیل اینکه اثر قویتری نسبت به لامیناریا دارد خارج می‌کنیم.

در یک متاآنالیز که لامیناریا و PGS را مقایسه کرده و دوباره مشاهده شد که تغییرات tachysystole & FHR در استفاده از لامیناریا کمتر است و نسبت سزارین مشابه بود.

روش سرپایی cervical ripening:

همانطور که پیشتر اشاره شد cervical ripening طولانی و زمان‌بر است و صبر زیادی می‌طلبد. می‌توانیم بجای اینکه بیمار را بستری کنیم در زمانی که نیاز به مانیتورینگ خاصی ندارد به صورت outpatient انجام بدهیم و زمان بستری و هزینه‌ها را کاهش داد. در بعضی کشورها مانند انگلیس و آمریکا هم اکنون از این روش‌ها استفاده می‌شود ولی این کار حتماً با پروتکل‌های علمی و کامل و برای خانم‌های کم ریسک باید استفاده بشود.

آیا از پاره کردن کیسه آب به تنهایی می‌شود استفاده کرد؟

اگر Bishop score خوبی داشته باشیم پاره کردن کیسه آب به تنهایی می‌تواند یک انتخاب باشد ولی ترکیب آن با اکسی توسین، نتایج بهتری خواهیم داشت و طول دوره زایمان کوتاهتر می‌شود.

بستگی دارد. میزوپروستول درست مثل اکسی توسین رابطه مستقیم با سن بارداری دارد و به تدریج که سن حاملگی افزایش پیدا می‌کند، حساسیت رحم نسبت به میزوپروستول افزایش پیدا می‌کند و باید دوز کمتری استفاده شود.

در مطالعات مشاهده شده که اگر میزوپروستول در نرمال سالین یا اسیداستیک خیس شود و سپس به فرم واژینال استفاده گردد، جذب بیشتری دارد. ولی علیرغم جذب بیشتر، اثرگذاری بیشتری از خودش نشان نداد. میزوپروستول به روشهای خوراکی، واژینال، مقعدی، زیرزبانی و دهانی استفاده می‌شود. واقعیت اینک هیچکدام از این روشها هیچ ارجحیتی نسبت به هم ندارند. اگر از نظر فارماکوکینتیک بررسی کنیم، در فرم خوراکی خواهیم دید خیلی سریع غلظت خونی افزایش پیدا میکند و خیلی سریع کاهش می‌یابد، طوری که بعد از دو ساعت میزان غلظت خونین نزدیک به صفر است. در فرم واژینال غلظت خونی دیرتر افزایش پیدا می‌کند و دیرتر هم کاهش ولی از نظر حد اکثر غلظت خونی با فرم اورال یکسان است و تاثیرگذاری یکسانی دارد.

در فرم رکناک خیلی دیرتر غلظت خونی افزایش پیدا می‌کند و سطح خونی پایینی دارد و دیرتر هم کاهش پیدا می‌کند.

کنتراندیکاسیون‌های پروستاگلاندین‌ها:

در مواردی که جراحی قبلی روی رحم انجام شده باشد مثل سابقه سزارین و میومکتومیها و جراحی آنومالیهای رحم و همچنین مواردی که رحم خودش یکسری انقباضاتی دارد بهتر است از پروستاگلاندین‌ها یا بخاطر اثر سینریک استفاده نشود تا تکلیف انقباضات روشن شود. وقتی ۲ انقباض در ۱۰ دقیقه وجود دارد، تاخیر در تجویز یا عدم تجویز پروستاگلاندین‌ها، ریسک تاکی سیستول را کم می‌کند.

علیرغم بی خطر بودن پروستاگلاندین‌ها Clinical judgment پزشک بسیار پر اهمیت است. بعد از اینکه پروستاگلاندین استفاده کردیم، انقباضات و ضربان قلب جنین به مدت ۳۰ دقیقه باید مانیتورینگ بشود، همیشه با دوزهای کم شروع می‌کنیم تا وضعیت پاسخگویی رحم را ببینیم و بعد از مانیتورینگ و وضع انقباضات رحم، درباره دوز بعدی تصمیم‌گیری می‌کنیم.

اگر سرویکس همچنان خوب نبود و Bishop score مناسبی نداشتیم، دوزها را تکرار می‌کنیم.

عوارض جانبی پروستاگلاندین‌ها:

انقباضات یا contractile abnormalities در ۳۰٪ موارد دیده می‌شود و اثرات جانبی سیستمیک در ۵٪ موارد ممکن است اتفاق بیفتد که شامل تب ولرز، تهوع و استفراغ و اسهال است. تعداد این علائم و شدت آنها بستگی به نوع پروستاگلاندین و دوز و شکل مورد استفاده شده دارد.

معمولاً فرم واژینال و اندروسویکال سایداکت کمتری نسبت به نوع خوراکی دارند. عوارض رو معمولاً به صورت سائورتیو کنترل می‌کنیم. مثل استامینوفن و ضد تهوع و پتوی گرم.

اگر Tachysystole اتفاق بیفتد و ضربان قلب خوب باشد کار خاصی نیاز نیست و فقط صبر می‌کنیم. ولی اگر ضربان قلب نامرتب باشد، اگر از فرم شیاف استفاده شده باشد، آن را خارج می‌کنیم. ولی اگر از اول با دوز کم و با احتیاط شروع کنیم این اتفاقات نادر هستند.

اثرگذاری پروستاگلاندین‌ها:

مطالعات زیادی با روشها و دوزهای مختلف پروستاگلاندین‌ها انجام شده و همه متفق القول تاثیرگذاری خیلی خوب پروستاگلاندین‌ها را نشان می‌دهند. همانطور که گفتیم هیچ روش و دوزی ارجحیت خاصی نسبت به هم ندارند، اپتیمال دوز مشخص نیست و شاید به تعداد متخصصین زنان روشهای متفاوت برای استفاده از PGS باشد و همه می‌توانند درست باشند به شرطی که از اول با احتیاط، دوز کم و مانیتورینگ مادر و جنین پیش برویم.

وقتی که Ripening سرویکس را شروع می‌کنیم چه موقع ختمش کنیم؟

واقعیت این است که هیچ کات آف خاصی برای این قضیه وجود ندارد و قاعدتاً تا زمانی که یک Bishop score بالاتر از ۸ پیدا کنیم باید ادامه بدهیم.

برای روشهای مکانیکال، بعضی‌ها ۱۲ ساعت را پیشنهاد می‌دهند و معتقدند وقتی که روش مکانیکال دفع شد یا مامبرانها خود به خود پاره شدند، دیگر ادامه ندهیم. گاهی دو روز پشت سر هم لازم است از PGS استفاده بکنیم. زمانی که سرویکس رایپ شد و اسکور مناسبی پیدا کردیم، حالا اینداکشن بیمار را شروع می‌کنیم، ولی باید فاصله زمانی بین تجویز اکسی توسین و آخرین دوز PG رعایت شود. درباره میزوپروستول باید از آخرین دوز ۴ ساعت گذشته باشد که بتوانیم اکسی توسین را شروع بکنیم.

دینوپروستون اگر به حالت زل استفاده شود ۱۲-۶ ساعت و اگر شیاف باشد نیم ساعت بعد از برداشتن شیاف، می‌توانیم اکسی توسین را شروع کنیم.

اگر از روشهای مکانیکال استفاده می‌کنیم، هر زمانی می‌توانیم اکسی توسین را شروع کنیم. بعضی‌ها حتی زمانی که کاتتر داخل هست اکسی توسین را شروع می‌کنند و ممکن است همزمان کیسه آب را باز کنند. وقتی اینداکشن را شروع میکنیم اکسی توسین را با یا بدون Amniotomy شروع می‌کنیم.

دو فرم Amniotomy ممکن است در این وضعیت داشته باشیم.

Early Amniotomy: زمانی که اکسی توسین را شروع میکنیم، کیسه آب را باز می‌کنیم که در این مواقع طول دوره زایمان در یک مطالعه حدود ۵ ساعت کوتاهتر شده است ولی کوتاه شدن زمان زایمان الزاماً به معنی ایمن بودن آن نیست.

Late Amniotomy: زمانی انجام می‌دهیم که یا وارد فاز فعال زایمان شده باشیم یا کیسه آب به خود پاره شود.

Misoprostol: قرص‌های ۱۰۰-۲۰۰ میلی گرمی هستند که خیلی سریع جذب می‌شوند و به صورت خوراکی و واژینال موجود هستند که هر دو روش یکسان موثر است. به اندازه PGS‌ها و یا حتی بیشتر موثر هستند.

ACOG: اعلام کرده که Misoprostol به اندازه PGS در رایپینگ سرویکس و اینداکشن لیبرموثر هستند.

Misoprostol را در روش واژینال با دوز ۲۵ میکروگرم و به فاصله زمانی ۳-۶ ساعت شروع می‌کنند، ۵۰ میکروگرم هم می‌شود تجویز کرد و ممکن است موثرتر باشد ولی احتمال عوارض بیشتری می‌شود و شاید به احتیاط نزدیکتر باشد که با دوز کمتر شروع شود.

درباره فرم خوراکی هم باز اجماعی وجود ندارد. می‌توان ۵۰ میکروگرم را هر ۴ ساعت شروع کرد تا ماکزیمم ۶ دوز. سه دوز در روز اول و سه دوز روز دوم. و شاید روز دوم بیمار وضعیت بهتری پیدا کرد و نیاز به ادامه تجویز نباشد.

WHO: دوز ۲۵ میکروگرم هر دو ساعت را پیشنهاد می‌کند.

روشهای مکانیکال:

دو روش کاترفولی و دیلاتاتورهای هیگروسکوپیک هستند. هر دو روش خوب، ارزان، در دسترس و به اندازه هم موثر هستند. البته دیلاتاتورها گرانتر هستند. هر دو روش می‌توانند به صورت کشتی باعث باز شدن سرویکس واز طرفی ترشح PGS بشوند و شاید بتوانند مقداری انقباضات ایجاد بکنند که معمولاً این اثرشان خیلی کمتر از PGS است.

کنتراندیکاسیون‌های روشهای مکانیکال:

واقعا هیچ کنتراندیکاسیون مطلقی با این روش‌ها وجود ندارد.

-استریتوکوک گروه B اگر کلونیزه باشد، منع مصرفی با این روش ندارد.

-در مورد پلانستای low-lying هست، کنتراندیکاسیون به صورت نسبی است و باید ارزیابی بشود که می‌توانیم برای بیمار استفاده کنیم یا خیر.

-در مورد Polyhydramnios هم همینطور و کنتراندیکاسیون مطلق نیست و در صورتی که بشود مریض را رایپ کرد، اینداکشن هم می‌توانیم انجام بدهیم.

-حد دبل بالتهای کوک در دستورالعمل شرکت سازنده، پارگی کیسه آب ویلی هیدرامینوس را جز منع مصرف ذکر می‌کند که شاید بیشتر از نظر legal باشد. اصلاً ثابت نشده که روشهای مکانیکال باعث پارگی زودرس کیسه آب شوند و یا احیاناً عوارض بد برای جنین ایجاد بکنند و یا میزان عفونت را افزایش بدهند.

در مورد اینکه اگر کیسه آب پاره شده باشد ما از روشهای مکانیکال استفاده بکنیم یا خیر؟ واقعا اجماعی وجود ندارد. طبیعتاً همه به ریسک chorioamnionitis



۵ شهریورماه، روز بزرگداشت زکریای رازی
و روز داروساز و داروسازی مبارک باد.

احتمال ابتلای افراد به بیماری Covid-19
 که شرایط پزشکی متفاوتی دارند.

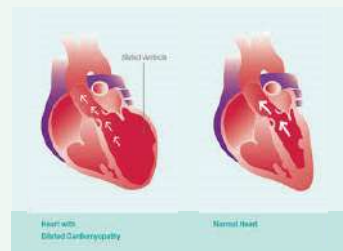
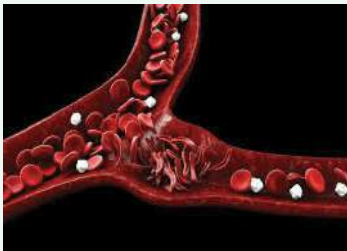
Probability of infection Covid-19 in patients
 with different medical conditions



دکتر نیلوفر حسن نژاد (مدیر علمی شرکت بهستان بهداشت)

افراد در هر سنی اما در صورت ابتلا به شرایط خاص پزشکی بیشتر از سایر در معرض خطر ابتلا به نوع شدید بیماری Covid-19 هستند. این شرایط شامل:

- سرطان
- بیماری مزمن کلیوی (CKD)
- بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)
- سیستم ایمنی ضعیف در افراد تحت پیوند عضو کبد، کلیه و ...
- افراد چاق BMI ≥ 30
- بیماری قلبی شدید مانند نارسائی قلبی، بیماری عروق کرونر و یا کاردیومیوپاتی
- کم خونی داسی شکل
- دیابت نوع دو



در حالی که افراد مبتلا به بیماری های زیر احتمالا در معرض خطر ابتلا به نوع شدید بیماری COVID-19 هستند:

- آسم (متوسط تا شدید)
- بیماری عروق مغزی
- سیستیک فیبروزیس
- فشار خون
- سیستم ایمنی ضعیف به دلیل داشتن پیوند مغز استخوان و خون، ابتلا به HIV، مصرف داروهای کورتیکواستروئید و سایر داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی
- آلزایمر
- بیماری کبدی
- بارداری
- فیبروز ریوی
- مصرف سیگار
- تالاسمی
- دیابت نوع ۱



Reference:

www.cdc.gov/ July 17, 2020



اهمیت کمبود ذرات ریزمغذی در درماتولوژی

Micronutrient Deficiency in Dermatology

دکتر سیمین میمندی، دکتر مهین افلاطونیان، دکتر نیلوفر حسن نژاد

Kinky hair syndrome, Skin pigmentation شود.
Whitened nails beds, Impaired immune function/Skeletal myopathy, Cardio myopathy
می تواند از علائم کمبود سلنیوم باشد.
EFA Deficiency: به صورت Dermatitis, Desquamation Alopecia, Lightly pigmented hair ممکن است بروز پیدا کند

انواع متفاوتی از مکمل های آهن در فرم های املاح، کمپلکس ها و آهن های المنتال وجود دارد و در همه نقاط دنیا از فرم های مختلف این مکمل ها استفاده می شود.

محصول فرامکس که کمپلکس پلی ساکاریدی آهن است به دو فرم کپسول و پودر از کمپانی بایوسینت کانادا است که جهت کمک به پیشگیری از فقر آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن در کودکان و بزرگسالان می باشد. فرم کپسول این محصول حاوی ۱۰۰ میلی گرم آهن المنتال است که با توجه به دوز درمانی کم خونی فقر آهن در بزرگسالان که ۶۰ میلی گرم آهن المنتال به دفعات ۲ تا ۴ بار در روز است، یک یا دو عدد روزانه قابل استفاده است و همچنین دوز پیشگیری از کم خونی فقر آهن که روزانه ۶۰ میلی گرم آهن المنتال است، به صورت یک روز در میان می تواند تجویز گردد. در فرم پودر فرامکس هر اسکوپ حاوی ۱۵ میلی گرم آهن المنتال می باشد و برای کودکانی که مشکل فقر آهن دارند و در رده سنی ۶ تا ۲۳ ماهه هستند تا حداکثر ۱ اسکوپ روزانه مجاز است و برای کودکان بزرگتر، روزانه ۲ تا ۴ اسکوپ بر حسب نیاز می باشد. همچنین بدلیل طعم بسیار خوب (تمشک و انگور)، عدم تغییر رنگ دندانها، نداشتن الکل، گلوتن و لاکتوز به راحتی قابل استفاده برای کودکان است. از طرفی فرم پودر محصول برای افراد میانسال و کسانی که مشکل بلع قرص یا کپسول دارند، دختران نوجوان و خانم های باردار نیز می تواند مورد استفاده قرار بگیرد. در ساختار فرمولاسیون مکمل آهن فرامکس هیچ گونه ملحی (نمک) به کار نرفته و در واقع یون آهن در یک پوشش پلی ساکاریدی کم وزن از جنس نشاسته طی چند مرحله پوشش گذاری شده است. این تکنیک سبب این ویژگی در محصول شده که در pH اسیدی معده باز نمی شود بلکه در دئودنوم و پروکسیمال ژنژونوم که جایگاه اصلی جذب آهن می باشد حل شدن این پوشش اتفاق می افتد و سبب تحمل پذیری بالا و عدم بروز مشکلات گوارشی برای بیمار می گردد.

Psoriasis • Skin aging • Leg ulcer • Pediculosis capitis and corporis infection • Wound repair • Hidradenitis suppurativa • Melasma • ویتامین ها به دو دسته محلول در آب و محلول در چربی تقسیم می شوند، مصرف بیش از حد ویتامین های محلول در چربی می تواند سبب سمیت شود.
از جمله علائم کمبود برخی ویتامین ها در بدن می توان به موارد زیر اشاره کرد:
ویتامین B2 (ریبوفلاوین): کمبود این ویتامین در بدن می تواند سبب سبوریت درماتیت به صورت گسترده و وسیع، Stomatitis، Cheilitis و ... شود.
نیاسین یا B3 و تریئوفان: از علائم کمبود این ویتامین می توان به Dermatitis، Diarrhea، Dementia Death اشاره کرد.
ویتامین B6: کمبود این ویتامین در بدن موجب Stomatitis، Glossitis، Cheilitis، Severe cases Dermatitis، Erythroderma in neonate، Nummular eczema، Alopecia، Erosion Periorificial، Brittle nails، Seborrheic dermatitis می شود.
ویتامین B12: کمبود این ویتامین با علائمی مثل ضایعات هایپرپیگمانته و آفت می تواند باشد. آسکوربیک اسید: التهاب و Gingival می تواند از علائم کمبود این ویتامین باشد.
ویتامین A: کمبود این ویتامین باعث Phrynoderma Sparse and Fragile hair و Generalized xerosis می شود.
ویتامین E: این ویتامین در دوز بالا با ویتامین k رقابت می کند و ممکن است باعث خونریزی شود به خصوص در بیماری که از وارفارین استفاده می کند و همچنین باعث چسبندگی پلاکت شود.
ویتامین K: ضروری برای فعالیت فاکتورهای ۲، ۷، ۹، ۱۰ کمبود این ویتامین سبب خونریزی و پورپورا می شود. افرادی که وارفارین مصرف می کنند، ممکن است دچار کمبود این ویتامین شود.
زینک: کمبود زینک می تواند سبب Alopecia و Dermatitis شود.
مس: کاهش مس می تواند سبب Mankes syndrome

روز شنبه ۲۸ تیر ماه ۱۳۹۹ و بیناری با موضوع اهمیت کمبود ذرات ریزمغذی در درماتولوژی توسط شرکت بهستان بهداشت با سخنرانی خانم دکتر سیمین شمسی میمندی (متخصص پوست و مو، استاد گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان، فلوشیپ درماتوپاتولوژی) و خانم دکتر مهین افلاطونیان (متخصص پوست و مو، استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان، فلوشیپ درماتوپاتولوژی) و خانم دکتر نیلوفر حسن نژاد (مدیر علمی شرکت بهستان بهداشت) برگزار شد. در این برنامه مباحثی پیرامون فقر آهن در درماتولوژی، تظاهرات پوستی ریزمغذی ها و نقش آهن در سلامت پوست و مو و آهن پلی ساکارید ارائه و در انتها به سوالات شرکت کنندگان پاسخ داده شد.

خلاصه مباحث این وبینار به شرح زیر می باشد:
آهن نقش اصلی در زندگی هوازی برای ایجاد انرژی ایفا می کند. کمبود آهن در دنیا شایع ترین کمبود غذایی است که می تواند باعث تغییر در رشد، اختلالات رفتاری و کاهش ضریب هوشی و کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت ها شود. در بدن آهن به سه صورت یافت می شود:
۱) Storage Iron که با فریتین و هموسیدرین باند می شود و بهترین راه تشخیص آن سرم فریتین است.
۲) Transport Iron که توسط Total Iron Capacity و Serum Iron چک می شود.
۳) Functional Iron که با هموگلوبین و هماتوکریت چک می شود.
فقر آهن را به صورت طیف در بدن داریم که اگر Storage کاهش یابد فرد دچار Iron Deficiency خواهد بود، اگر storage و transport دچار مشکل شود Iron Deficiency Erythropoiesis خواهیم داشت و اگر Storage، Transport و Function کم شود فرد دچار Iron Deficiency Anemia خواهد بود.
شایع ترین عوامل کمبود آهن عبارت اند از:
• ممکن است تقاضا زیاد باشد، مثل افراد در سن رشد یا بارداری.
• ممکن است از دست دادن آهن باشد، مثل جراحی و زایمان.
• ممکن است جذب آهن کم باشد و مشکل داشته باشد، مثلا در مواردی مثل بیماری کرون.
از جمله بیماری های پوست و مو مرتبط با Iron Deficiency عبارتند از:
• ریزش مو: Alopecia areata/ Chronic telogen effluvium
Diffuse hair loss/ Androgenic alopecia
• Nodular prurigo



دستور تهیه غذا

دستور تهیه آش برای افراد گیاهخوار

مواد لازم:

بلغور گندم ۱ پیمانه
عدس پخته نصف پیمانه
شبت خشک ۲ قاشق سوپخوری
اسفناج و تره نصف پیمانه
پیاز ۳ عدد
سیب زمینی خردشده ۱ پیمانه
نمک و فلفل و زردچوبه به میزان لازم

طرز تهیه:

بلغور را با ۳ لیوان آب با حرارت ملایم می‌گذاریم تا بپزد. سپس عدس پخته را با پیاز خام خردشده داخل بلغورها می‌ریزیم. سبزیجات و سیب‌زمینی‌های خردشده را با نمک و فلفل و ادویه به مواد اضافه می‌کنیم و با حرارت ملایم می‌گذاریم آرام آرام بپزد تا سیب زمینی‌های آن پخته شود.
این آش را می‌توان با ترشی میوه میل نمود.



اهمیت تغذیه با شیر مادر International breastfeeding week دکتر حمید رضوانیان



متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان

روز یازدهم مرداد ماه به مناسبت هفته جهانی تغذیه با شیر مادر، با یک مصاحبه تخصصی در این زمینه در خدمت آقای دکتر حمید رضوانیان بودیم و ایشان در خصوص اهمیت موضوع شیردهی در نوزادان و شیرخواران توصیه‌هایی ارائه نمودند که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد.

در مورد تاریخچه نامگذاری هفته جهانی شیر مادر باید بگوییم در سال ۱۹۹۲ سازمان یونسف به همراه سازمان اتحاد جهانی اقدام برای شیردهی (WABA) و سازمان جهانی بهداشت این هفته را به عنوان هفته جهانی شیر مادر نام گذاری کردند، هدف از این نامگذاری ترویج اهمیت شیردهی با شیر مادر می‌باشد.

شیر مادر یک ترکیب منحصر به فرد است و به عنوان یک نعمت خداوندی در دسترس فرزندان موجودات زنده قرار گرفته است. شیر مادر از نظر ترکیبات مغذی از جمله پروتئین، چربی، مواد قندی، ویتامین‌ها، مواد ریزمغذی، مواد معدنی و عوامل ایمنی یک ترکیب ایده آل و با فواید بالا برای شیرخوار و نوزاد است و اهمیت استفاده از آن در حدی است که در همه جا حتی در بیماری‌های عفونی شدید از جمله ایدز و نیز کرونا توصیه شده که مادر به شیردهی ادامه دهد و تنها جایی که آکادمی اطفال آمریکا پیشنهاد می‌دهد که شیردهی قطع شود، بیماری متابولیک گالاکتوزمیا می‌باشد.

منافع شیر مادر برای شیرخوار



در مطالعات مختلف نشان داده شده که ریسک عفونت‌های گسترده از جمله عفونت خون، عفونت‌های سیستم تنفسی، عفونت‌های دستگاه گوارش، خطر سندروم مرگ ناگهانی شیرخواران، آلرژی واگرم، بدخیمی‌ها دیابت و چاقی و از طرف دیگر مراجعات پزشکی و ریسک بستری شدن در شیرخواری که از شیر مادر تغذیه می‌کنند به وضوح کمتر از سایر شیرخواران است.

از نظر منافع بلند مدت مطالعات نشان داده‌اند که ریسک بیماری‌های قلب و عروقی و بیماری‌های متابولیک در افراد بالغی که در دوره طفولیت از شیرمادر تغذیه کرده‌اند کمتر بوده است.

از نظر منافع روانی بچه‌هایی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند به وضوح ضریب هوشی بالاتری نسبت به سایر اطفال دارند و به دلیل تماس پوست با پوست و برقراری ارتباط چشمی با مادر احساس امنیت و آرامش بالاتری خواهند داشت.

منافع شیردهی برای مادر



در مادرانی که بعد از دقایق اولیه زایمان شیردهی را شروع می‌کنند، میزان خونریزی کمتری نسبت به سایر مادران دیده شده است و نیز رحم سریعتر به فرم طبیعی خودش باز می‌گردد.

مادران در دوران شیردهی سریعتر به وزن قبل از بارداری خواهند رسید و از نظر اندام متناسب تر خواهند بود. ریسک بیماری‌هایی مانند سرطان‌های رحم و پستان و تخمدان در مادران شیرده نسبت به سایر مادران به وضوح پایین تر است.

مادران شیرده اعتماد به نفس و احساس توانایی بالاتری دارند و ریسک مشکلات روانی و افسردگی‌های بعد از زایمان در این مادران به وضوح پایین تر است.

منافع اجتماعی



اگر شیردهی توسط مادران انجام شود نیاز به کارخانجات بزرگ تولید کننده شیرهای مصنوعی به میزان زیادی پایین آمده و در نتیجه آن ایجاد منابع آلاینده محیط زیست نیز به همان نسبت پایین می‌آید و از طرف دیگر با پایین آمدن هزینه‌ها و منابع جهت تهیه و تامین شیرهای مصنوعی به اقتصاد خانواده‌ها و جامعه کمک خواهد شد.

در پایان امیدوارم که با ترویج تغذیه با شیر مادر به داشتن نسلی قوی باهوش و بالنده برای آینده کشورمان کمک کنیم.



» با تغذیه توسط شیر مادر ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد شکل می‌گیرد. از طرفی سبب انقباض سریع تر رحم مادر، کنترل خون ریزی مادر می‌شود و همچنین اضطراب مادر و کودک کاهش می‌یابد. در مواردی مشاهده شده است کولونایسوسون روده مادر بر جنین اثر می‌گذارد و از عفونت‌های آتی تنفسی و گوارشی جلوگیری می‌کند. «

پس از تولد نوزاد مواد مغذی لازم از طریق شیردهی تامین شود.

بعضی از مادرها نگران هستند و عنوان می‌کنند مقدار شیر آن‌ها کم است. باید به آنها گفت مقدار آغوزی که در ساعت‌های اول تولد از سینه ترشح می‌شود برای نوزاد کافی است. شیردهی را به هیچ وجه قطع نکنند و در شش ماه اول صرفاً باید نوزاد با شیر مادر تغذیه کند و پس از آن تا ۲ سالگی در کنار شیرمادر از غذاهای کمکی استفاده شود.

توصیه‌هایی در رابطه با اهمیت تغذیه با شیر مادر

به مناسبت هفته جهانی تغذیه با شیر مادر

Recommendations for the benefits of breastfeeding for children

دکتر بهناز عطار شاکری (متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی)



طبق پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی تغذیه با شیر مادر هم در زایمان‌های طبیعی و هم در سزارین باید در ساعات ابتدایی پس از تولد انجام شود. با تغذیه توسط شیر مادر در ساعات ابتدایی تولد، میزان مرگ و میر نوزادان در ماه اول کاهش می‌یابد. همچنین تغذیه با شیر مادر در ساعات آغازین تولد به تنظیم درجه حرارت بدن نوزاد و تنظیم ضربان قلب و تنفس نوزاد کمک می‌کند. با تغذیه توسط شیر مادر ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد شکل می‌گیرد. از طرفی سبب انقباض سریع تر رحم مادر، کنترل خون ریزی مادر می‌شود و همچنین اضطراب مادر و کودک کاهش می‌یابد. در مواردی مشاهده شده است کولونایسوسون روده مادر بر جنین اثر می‌گذارد و از عفونت‌های آتی تنفسی و گوارشی جلوگیری می‌کند.

بنابراین ماماها در ساعت اول زایمان به مادران آموزش شیردهی می‌دهند و تماس پوست به پوست و شیردهی انجام می‌شود. البته توصیه پزشکان به مادران این است که در تمام دوران بارداری با ماماها در ارتباط نزدیک باشند. بنابراین ما به مادران توصیه می‌کنیم در طی بارداری تغذیه سالم داشته باشند که



صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام بهستان بهداشت جهت ارتقا سلامت جامعه و اطلاع رسانی به افراد در حرفه‌ها و گروه‌های پزشکی و بیماران با رویکرد بیمار محوری که از ارزش‌های اصلی بهستان بهداشت است، ایجاد شده است. از شما دعوت می‌شود در صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام #بهستان_بهداشت با ما همراه باشید.



Instagram: behestan_chc

Telegram: @behestanhc

پری منوپوز و منوپوز

Perimenopause and Menopause

دکتر نوشین نظری

جراح و متخصص زنان و زایمان و نازایی



باشد، و قبل از ورود به این دوران افسردگی و اضطراب را کاهش دهدیم، و یک زندگی جسمی نرمال را خانمها برای خودشان تعریف کنند و فرکانس روابط جنسی خود را بالا و پایین نکنند و بتوانند آن را حفظ کنند، در این صورت در این دوران هم مثل سابق، مشکلی برای میل جنسی به وجود نمی آید، البته کیفیت پایین می آید ولی با این برنامه ریزی ها و در کنارش داروهای ایمن می تواند خیلی کمک کننده باشد.

مبحث هورمون درمانی در دوران منوپوز

در سالهای بین ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ جهان بر علیه هورمون درمانی بود چون این ادعا وجود داشت که آمار مرگ میر و سرطان را افزایش می دهد، بعد از ۱۵ سال، طبق کلینیکال تریالهای بزرگ جهانی مشاهده شد که آمار شکستگی های کل بدن بسیار بالا رفته است و افراد بالای ۶۰ سال از کار افتاده و غیر فعال زیاد شده است و تعداد مرگ و میر بالا رفته است و مسائل دیگر از جمله شادابی و اعتماد به نفس خانمها پایین آمده بود، با توجه به اینکه هورمون استروژن خودش برای شادی خانمها موثر است و اگر جایگزینی نداشته باشد بر روی خلق و خوی آنها تاثیر می گذارد.



طبق یافته های بازمیابی ها تصمیم گرفتند دوز پایینی از هورمون را امتحان کنند. به این نتایج رسیدند که در صورت نداشتن سابقه سرطان پستان، سابقه خانوادگی بیماری های قلبی، مشکل کبدی و بیماری های کیسه صفرا، و نرمال بودن قند و چربی و آنزیم های کبدی، ماموگرافی و سونوگرافی پستان و رحم، می توان با دوز پایین از هورمون درمانی استفاده نمود. ما حداکثر اجازه داریم ۵ سال از هورمون درمانی استفاده کنیم، نه پشت هم. یعنی پزشک باید هر سال ۳ بار بیمار را چک کند و سالی دو بار باید سونوگرافی انجام دهد که مطمئن باشد همه چیز خوب است. ۵ سال اولی که منوپوز شروع می شود بیشترین شدت برداشت استخوان را داریم. مثلا اگر یک خانم ۵۰ تا ۵۵ ساله را بایک خانم ۷۰ تا ۷۵ ساله مقایسه شود، مورد اول درصد بیشتری از استخوانها را از دست داده (البته اگر کلسیم و لبنیات مصرف نکند و ورزش انجام ندهد). این ۵ سال اول منوپوز برای ما حیاتی است مثل شیر مادر که اگر بچه ۲ سال بخورد تا آخر عمر ایمن است.

پنجشنبه ۲۶ تیر ماه، برنامه لایو اینستاگرام با حضور خانم دکتر نوشین نظری، با موضوع دوران منوپوز و پری منوپوز در صفحه اینستاگرام شرکت بهستان برگزار شد که خلاصه این گفتگو به شرح زیر می باشد.

پری منوپوز و منوپوز یک بیماری نیست، بلکه یک دوران است که همه خانمها این دوران را در زندگی خود تجربه می کنند، به عبارتی این دوران ۳/۱ و یا بیشتر از طول عمر یک خانم سالم و نرمال را به خودش اختصاص می دهد و خانمها در این دوران در اوج قدرت، آگاهی و توانمندی هستند و می توانند با دید باز و بدون ترس این دوران را پشت سر بگذارند.

منوپوز به زمانی اطلاق می شود که خانمی ۱۲ ماه کامل پرئود نشود، به عنوان مثال خانمی که ۶ ماه پرئود نشده است، هنوز دوران پری منوپوز را تجربه می کند و وارد دوران منوپوز نشده است، در دوران پری منوپوز، شانس حاملگی پایین است. ولی صفر نیست و حتما برای پیشگیری از بارداری، باید از روش های غیر هورمونی باید استفاده شود. روزهای پرئود و حجم خونی که خارج می شود معیار تعیین کننده شروع دوران منوپوز نیست، چیزی که مهم است نظم پرئود برای است، مثلا اگر فردی قبلا هر ۲۸ روز یا هر ۳۴ روز پرئود می شد، الان هر ۵۰ روز یا هر ۶۰ روز پرئود شوند، در اینجا پزشک به این بی نظمی ها توجه می کند.

گرگرفتگی به عنوان شایع ترین علامت است که از دوره قبل از شروع منوپوز با آن مواجه هستیم و دلیل گرم شدن کره زمین سن بلوغ پایین آمده و همچنین سن منوپوز هم کاهش پیدا کرده است، ولی به این معنی نیست که طول دوره باروری کم شده باشد. علم امروز ۴۵ سالگی را شروع علائم پری منوپوز عنوان می کند که با یک سری تغییرات مثل نامنظم شدن پرئود و لکه بینی آغاز می شود، همراه این علائم گهگاه گرگرفتگی خانمها را مضطرب می کند و فکر می کنند منوپوز شده اند، در حالی که این یک پیش درآمد است و ممکن است ۳ تا ۵ سال طول بکشد. بطور متوسط از سن ۴۸ سال به بعد ما منتظر هستیم که این مرحله گذار بگذرد و وارد مرحله منوپوز بشویم. به دلیل اختلالات خواب در دوران منوپوز، تعریق شبانه و گرگرفتگی، خنک نگه داشتن محیط زندگی بسیار کمک کننده خواهد بود و استفاده از بادبز و دوش شبانه می تواند کمک کننده باشد.

گرگرفتگی انواع مختلف خفیف، متوسط و شدید دارد. معمولا ۴۰ تا ۸۰ درصد خانمها از ۴۵ سال به بعد با گرگرفتگی های خفیف مواجه هستند و معمولا این حالت در زندگی روز مره آنها اختلالی ایجاد نمی کند، ولی بعضی اوقات گرگرفتگی از مرحله متوسط می گذرد و فرد حتی ممکن است در ساعت یک یا دو بار دچار این حالت بشود، یعنی در طی روز بیش از ۳۰ بار و هر بار از چند ثانیه تا حداکثر ۲ تا ۴ دقیقه، در این حالت، فرد به طور ناگهانی، در قسمت بالا تنه گرمای شدیدی احساس می کند و هنگامی که این گرما کاهش پیدا می کند، یک حالت لرز رخ می دهد. به طور متوسط ۳ تا ۵ سال از شروع دوره منوپوز بین ۸۰-۴۰ درصد خانمها گرگرفتگی را تجربه می کنند و حدود ۱۲ الی ۱۴ درصد هم این گرگرفتگی را تا ۷۰ سالگی تجربه می کنند. ما باید بتوانیم اول این دوران را بپذیریم و سپس مدیریت کنیم. برای درمان گرگرفتگی باید سبک زندگیمان را تغییر بدهیم، یعنی وقتی به سن ۴۵ سالگی می رسیم باید مقدار فعالیت، میزان کالری دریافتی و مواد غذایی که مصرف می کنیم تغییر کند. اغلب خانمهایی که وزن های بالا دارند، گرگرفتگی را بیشتر تجربه می کنند، بنابراین خانمها باید وزن استاندارد داشته باشند و بیشتر مایعات ساده مثل آب، چای کم رنگ، و آب حاوی گلاب را مصرف کنند. همچنین غذاهای پر ادویه و اسپایسی از رژیم غذایی حذف و یا کم شود، سیگار و قلیان از مواردی هست که روی گرگرفتگی تاثیر دارد و حتما قبل از ۴۵ سالگی مصرف آن باید به حداقل برسد و یا ترک شود، زیرا این افراد گرگرفتگی شدید دارند که حتی دارو هم برایشان موثر نیست. یکی دیگر از مواردی که برای بهبود گرگرفتگی موثر است ورزش منظم و سبک است، نه به گونه ای که تعریق و گرگرفتگی را بیشتر کند، مثلا هفته ای ۵ بار و هر بار ۳۰ دقیقه پیاده روی متوسط انجام بدهند. این نظم در ورزش، به هیپوتالاموس مغز این پیام را می دهد که عوامل ایجاد کننده گرگرفتگی را کاهش دهد. همچنین شنا و ورزش آبی برای کنترل گرگرفتگی توصیه می شود و مصرف قهوه و کافئین در این دوران باید محدود شود.

داروی ایمن برای کنترل علائم در افرادی که پوکی استخوان و ریسک سرطان دارند

داروهای خیلی زیادی در مارکت ایران و جهان برای کنترل علائم منوپوز و پری منوپوز وجود دارند، ولی اثربخشی آنها فرد به فرد متفاوت است و نمی توانیم بگوییم این دارو با این ترکیبات برای تمام خانمهایی که مشکل گرگرفتگی دارند موثر است. افرادی که سابقه سرطان پستان و یا تخمدان دارند نباید از داروهای هورمونی استفاده کنند، داروهایی که پایه گیاهی دارند و استروژن گیاهی ندارند برای این افراد ایمن تر هستند، اکثر این داروها ترکیباتی هستند که در آسیای شرقی استفاده می شوند و در ایران هم موجود هستند. استروژن گیاهی در مواد غذایی مثل تخم کتان، رازیانه و سویا موجود است و بعضی افراد فکر میکنند اگر این مواد غذایی را مصرف کنند می توانند علائم منوپوز را کنترل کنند. در صورتی که هیچ مطالعه ثابت شده ای وجود ندارد که این ترکیبات بی عارضه باشند و اگر به عنوان رژیم غذایی در حد یک بشقاب غذا با سویا بخورند هیچ ضرری ندارد، حتی اگر سابقه سرطان داشته باشند ولی برای بهبود گرگرفتگی پیشنهاد نمی شود.

دغدغه افراد در مورد کاهش میل جنسی دوران پری منوپوز و منوپوز

از سن ۴۵ تا ۴۸ سالگی، نوسانات هورمونی ایجاد می شود، سطح استروژن خون پایین می آید، میل جنسی کم می شود، پرئود کم کم قطع می شود و واژن خشک می شود و موجب علائمی مانند گرگرفتگی، اختلالات خواب و نوسان های خلقی و از همه مهمتر نوسان در میل جنسی می شود. اگر سبک زندگی، مبنی بر تغذیه درست و فعالیت مناسب، وزن متناسب و ثبات ذهنی



Gen
EstroG-100®
Natural Menopause Relief



Peri-and Post-menopausal Management



ژن استروجی ۱۰۰

ژن استروجی ۱۰۰ یک محصول کاملاً گیاهی و فاقد فیتواستروژن است. این ترکیب از عصاره ۳ گیاه بومی کره جنوبی تهیه شده است و بیش از ۴۰۰ سال می باشد که در این کشور برای خانمها در دوران منوپوز استفاده می گردد. همچنین عدم وجود استروژن در ترکیبات آن سبب شده است که برای طیف گسترده ای از خانمها قابل استفاده باشد. محصول ژن استروجی ۱۰۰ تاثیر چشمگیری در بهبود علائم بسیار شایع دوران منوپوز از جمله گرگرفتگی، تعرق شبانه، نوسانات خلقی، اختلالات خواب و خشکی واژن دارد. این محصول دارای گواهینامه NDI از کشور آمریکا، NPN از health کانادا، EFSA از اروپا است و در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می گیرد.

طریقه مصرف:

یک عدد کپسول دوبار در روز

و یا دو عدد کپسول با هم قبل از خواب

