

تابستان 96  
شماره 171



## پنجم شهریور زادروز محمد زکریای رازی و روز داروسازی گرامی باد

به هر که بخواهد حکمت می بخشد و به هر کس که حکمت بخشیده باشند بی شک خیر بسیارش دادند و جز خردمندان کسی پند نمی گیرد.  
سوره بقره آیه 269

### فهرست مطالب

- 3 \* سرمقاله / «گل سرشور»  
8 \* گزارش عملکرد انجمن در تابستان 96  
12 \* گزارش دکتر خیری  
13 \* بیانیه انجمن گیلان در جلسه هم اندیشی  
16 \* مصاحبه آقای دکتر خیری  
18 \* یادى از استاد بهزاد  
21 \* تشکيلات صنفى داروسازان گیلان (29)  
26 \* تقدیر فرهنگستان علوم پزشکی از ...  
28 \* رضایت  
33 \* تحلیلی در دستورالعمل ماده 169 مکرر  
37/39 \* صد سال تنهایی / پروفوسور سمیعی نامه  
41 \* کاربرد بوپرنورفین در درمان ....  
52 \* استفاده از تکنولوژی نانو در .... (3)  
58 \* بیوتوریسم  
64 \* گیاهان مؤثر در درمان بیماری صرع  
67 \* سربازان فیزیولوژیک بدن (3)  
71 \* بیابید صحبت کنیم ...  
76 \* عوارض اعتیاد به تلفن همراه  
80 \* دارورسانی هدفمند در سرطان به کمک ...  
86 \* چند داستان تاریخی / معرفی کتاب  
89 \* نامه ها و مکاتبات اداری

### سایت انجمن داروسازان گیلان

[www.ipharm.ir](http://www.ipharm.ir)

### نشانی انجمن داروسازان گیلان

رشت: انتهای خیابان سعدی، نرسیده به میدان

گلसार، خانه داروساز، ص.پ 41635 - 1778

تلفن: 33119132 - 33110002

فاکس: 33119131

به نام خداوند جان و خرد

## حکمت گیل

### ماهنامه انجمن داروسازان گیلان

(نشریه علمی، پژوهشی و اجتماعی)

« تابستان 1396 »

شماره 171

### صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

### مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

### سر دبیر:

دکتر محمد مصدق کمالی

### اعضای هیئت تحریریه: دکترها

حمیرا آذرگشسب، منصور آزاد، محمد برکتی موحد،

ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،

جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینتوگرافی: همراهان

چاپ و صحافی: توکل





## گلِ سرشور!

(1)

شاخه ای از آنچه «مافیای دارو» نامیده می شود؛ تلقی می کنند. اما همانگونه که قبلاً هم گفته ام، شدت و فرکانس این مانع تراشی ها در راه رونق کاری و بروز قابلیت های بالقوه داروسازان عمومی در زمان دولت محترم «تدبیر و امید» به وضوح افزایش یافته است. سخنان جناب آقای دکتر زالی رئیس سابق سازمان نظام پزشکی در اواخر دوره مسئولیتشان، مؤید این ادعا است:

در 10 سال اخیر که مسئولیت سردبیری «حکمت گیل» را به عهده گرفته ام، بارها با ارائه دلایل و مستندات منطقی، وجود یک جریان خزنده ضد داروساز را که با انگیزه دست یابی به بازار وسوسه انگیز دارو، مدام و به انحاء مختلف در حال مشکل تراشی و ایجاد مانع برای داروساز، داروسازی و نهایتاً سلامت جامعه است، گوشزد کرده ام. جریانی که گاه برخی آن را

«جامعه داروسازی از نظر تکرر و ابعاد مشکلات صنفی و حرفه ای در میان مجموعه حوزه های سلامت، بیشترین آسیب را در چند سال اخیر متحمل شده است.»

## (2)

امروز به جرأت می توان گفت یکی از بزرگترین موانع بر سر راه توسعه اقتصادی کشور، انحصارهای دولتی است. استفاده از رانتهای مختلف و تسهیلات مالی و مالیاتی فقط چند مورد از اهرمهای قدرت بنگاه های اقتصادی دولت است. در چنین شرایطی وجود یک مرجع تصمیم گیری قوی که بتواند معادلات و انحصارهای فعلی را در هم بشکند و شرایط را برای برقراری یک رقابت سالم و برابر به صورت شفاف ایجاد کند، بسیار مهم است و این درست همان نیت خیری است که در نهایت به تصویب تشکیل شورایی 15 نفره به نام شورای رقابت منجر شده است. شورایی متشکل از نمایندگان مجلس، قضات دیوان عالی کشور و صاحب نظرانی در حوزه های اقتصادی، حقوقی، تجاری، صنعتی، مالی و خدمات زیربنایی با نظر سازمانهای مربوطه و البته بدون حضور صاحب نظری در حوزه بهداشت، درمان و دارو! و این دقیقاً همان نقطه ضعفی است که صدور رأی غیر کارشناسی و غیرمنطقی اخیر را از طرف شورای رقابت در پی داشته است. دقیقاً مانند تصمیمی که چند سال پیش وزارت امور اقتصادی و دارایی در مورد داروخانه ها اتخاذ

کرده بود مبنی بر اینکه داروخانه ها طبق ماده 121 قانون برنامه پنجم توسعه موظفند زیر نظر وزارت بازرگانی (!) و شورای اصناف (!) به سامانه های صندوق فروش مجهز شوند. حال آنکه داروخانه جزء مشاغل خاص است و چون هیچ ارتباطی با وزارت بازرگانی و شورای اصناف ندارد، مطلقاً مورد نظر قانونگذار نبوده و چه زحمتها و مرارتهایی که انجمن داروسازان ایران و به ویژه گیلان برای به کرسی نشاندن این حقیقت واضح و متقاعد کردن مسئولین وزارت امور اقتصادی و دارایی متحمل نشد!

بر اساس یک ضرب المثل فارسی، درست است که گفته اند با گل سر می شویند اما نه هر گلی! قطعاً «گل سرشور» شرایط و ویژگیهای خودش را دارد!

حکایت دیروز ما داروسازان با وزارت دارایی و امروز با شورای رقابت مصداق واقعی همین ضرب المثل است. رقابت در فروش خوب است اما نه در مورد دارو. وظیفه شورای رقابت، حذف انحصارها و تسهیل شرایط رقابت بخش خصوصی با دولتی است نه ابطال آئین نامه های قانونی و کارشناسی شده. بر اساس بند 5 سیاستهای کلی نظام، یکی از وظایف اصلی وزارت بهداشت، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی برای خدمات و کالاهای سلامت محور است. آئین نامه منبعث از قانون حکم قانون را دارد و فقط قانونگذار می تواند آن را لغو کند در صورتی که وظیفه شورای رقابت مقابله با

رویه های غیرقانونی و ضد رقابتی است که به دستور سازمانهای مختلف ایجاد شده اند و این دقیقاً همان نکته ای است که دیوان عدالت اداری بر آن انگشت گذاشته و رأی توقف موقت مصوبه شورای رقابت را با این عبارت صریح که «موضوع به علت خاص و تخصصی بودن خارج از حوزه اختیارات شورای رقابت است»، صادر کرده و جالب اینکه در مقابل، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مصاحبه اخیرشان به جای پاسخ مستدل با اعلام اینکه «من صاحب نظر نیستم و باید معاونت حقوقی سازمان غذا و دارو و انجمن داروسازان نظر بدهند (!)»، در مورد قانونی یا غیرقانونی بودن ورود شورای رقابت به بحث تخصصی سلامت ابراز تردید هم کرده اند!

یکی دیگر از بدعتهایی که متأسفانه در سالهای اخیر می رود تا جنبه عادی و روزمره پیدا کند، دخالت مسئولین محترم عالی رتبه در مسائل غیر تخصصی خودشان است. کما اینکه «معاون وزیر امور اقتصادی و دارایی» ضمن حمایت از رأی شورای رقابت، داروخانه را یک «بنگاه اقتصادی صرف» دانسته اند و در ادامه فرموده اند: «اگر داروخانه (به زعم سازمان نظام پزشکی) بنگاه اقتصادی نیست پس چیست؟! برخی گفته اند تأسیس بی رویه داروخانه باعث آسیب جدی به سلامت بیماران می شود. این هم از آن حرفهای عجیب (!) است که می شنویم! هیچ

دلیلی ندارد پایین آمدن قیمت دارو در اثر رقابت باعث افزایش مصرف شود!!»

و در پایان هم سازمان نظام پزشکی را به انحصارطلبی و حفظ حاشیه سود اعضا متهم کرده اند!

در صورتی که به گواهی همه کارشناسان، ارزانی دارو عامل اصلی مصرف بی رویه در داخل کشور و قاچاق به خارج از کشور است.

### (3)

از نظر انجمن داروسازان گیلان، اگرچه بحث اقتصادی هم یک طرف قضیه است اما داروخانه ها بخشی از عرصه تشخیص و درمان کشور هستند و داروسازان عمومی بیشترین سهم را در سلامت جامعه و توسعه مباحث پیشگیری و درمان دارند.

زنجیره تأمین دارو به علت استراتژیک بودن، در تمام دنیا تحت نظارت و کنترل دولت است و بنابراین داروخانه ها برای تأمین داروهای مورد تقاضای خود آزادی عمل ندارند. از طرف دیگر فروش دارو هم تابع شرایط خاصی است و ضمن اینکه تبلیغ برای دارو ممنوع است، هیچ داروخانه ای هم این اختیار را ندارد که هر دارویی را به هر مقدار یا به هر کس بفروشد، بنابراین ایجاد رقابت بین داروخانه ها در فروش دارو هیچ محلی از اعراب ندارد.

ارتباط دادن موضوع حذف قوانین تأسیس داروخانه با اشتغال داروسازان جوان هم نوعی فرافکنی و پنهان کردن خلأ نبود برنامه ریزی

برای اشتغال داروسازان است چرا که بحث اصلی، رقابت نابرابر تعداد اندک داروخانه های بخش دولتی و شبه دولتی با خیل عظیم داروسازان بخش خصوصی است. به طوری که این بخش عملاً 52 درصد بازار دارو را در اختیار دارد و روز به روز هم قوی تر می شود!

در بسیاری از بخشهای اقتصادی و صنعتی شاهد تصمیمات کاملاً انحصارگرایانه از سوی وزارتخانه ها و سازمانهای دولتی هستیم که با هیچ استدلالی قابل توجیه نیستند و برخورد با آنها وظیفه اصلی شورای رقابت است اما جالب اینکه شورا هیچگاه به صورت جدی وارد این حوزه ها نشده است. جولان خودروهایی خطرناک و بی کیفیت در سطح جاده های کشور و انحصار

10 درصدی فقط یک شرکت دولتی در واردات داروی کل کشور از آن جمله هستند.

حال سؤال این است که چرا و به چه دلیل گونه شورای محترم رقابت به جای کمک به اجرای اصل 44 قانون اساسی و تسهیل شرایط واگذاری داروخانه های دولتی و شبه دولتی به داروسازان جوان، عزمش را جزم کرده تا برای حل مشکل اشتغال با افزایش یکباره و بی ضابطه تعداد داروخانه ها فارغ از موضوع محل تأسیس، همه داروسازان را در فلاکت داروخانه های موجود که نتیجه قانون گریزی سازمانهای بیمه گر دولتی و فشار غیرقابل تصور وزارت امور اقتصادی و دارایی است، شریک کند؟!

**با احترام - سردبیر**

# صنفي و اجتماعي

- 1 - گزارش عملکرد انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه تابستان 96
- 2 - گزارش آقای دکتر خیری - اولین جلسه هیئت مدیره انجمن ایران
- 3 - بیانیه انجمن داروسازان گیلان در جلسه هم اندیشی اعضا
- 4 - مصاحبه دکتر خیری با خبرگزاری فارس
- 5 - یادی از استاد بهزاد
- 6 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (29)
- 7 - تقدیر فرهنگستان علوم پزشکی از دانشجویان برتر گیلانی
- 8 - رضایت
- 9 - تحلیلی در دستورالعمل ماده 169 مکرر ق.م.م





## گزارش عملکرد انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه تابستان 96

### دکتر کیان یعقوبی

تأسیس داروخانه و یادآوری عواقب این مصوبه و همچنین برشمردن علل غیرقانونی بودن ورود شورای رقابت در این مسئله و همسو کردن ایشان با نقطه نظرات هیئت مدیره انجمن داروسازان  
3- در تاریخ 96/5/5 دعوت از مدیران شرکت های دارویی و آرایشی و بهداشتی در محل انجمن و نشست هیئت مدیره انجمن با آنها و بحث و بررسی راههای گسترش همکاری بیشتر دو طرف درمورد مشکلات شرکتها با بعضی از همکاران و یا دانشگاه علوم پزشکی و همچنین مشکلات احتمالی بعضی از همکاران با شرکتها؛

با سلام و احترام، اهم اخبار و رویدادهای تابستان سال 1396 انجمن داروسازان گیلان به شرح زیر تقدیم خوانندگان می شود:  
1- تشکیل 9 جلسه رسمی هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان.  
2- در تاریخ 96/4/10 نشست هیئت مدیره با آقای دکتر قربانی نماینده محترم شهرستان آستانه اشرفیه و نائب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در محل انجمن داروسازان جهت بحث و بررسی رأی شورای رقابت به حذف فاصله و سقف جمعیتی برای

و قول مساعد تعدادی از مدیران شرکتهای به همکاری بیشتر در جهت حمایت از انجمن داروسازان

4- در تاریخ 96/5/12 شرکت آقایان دکتر خیری و دکتر رسولی در گردهمایی مجمع نمایندگان در شیراز و برگزاری انتخابات هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران و برگزیده شدن مجدد آقای دکتر خیری به عنوان هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران و انتخاب ایشان به عنوان مدیر روابط عمومی این انجمن در انتخابات داخلی هیئت مدیره در تهران

5- در تاریخ 96/5/29 دعوت از همکاران داروساز در محل انجمن در ادامه جلسه هیئت مدیره برای بحث و تبادل نظر در مورد تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط بیمه سلامت و تأمین اجتماعی و بررسی نحوه واکنش با آنها مثل نصب بنر در محل داروخانه ها یا سایر روشها و همچنین مشکلات قراردادها با سازمانهای بیمه گر و گرفتن وکیل توسط انجمن داروسازان ایران و یا انجمن های شعب استانها برای اصلاح قرارداد با سازمانهای بیمه گر.

6- در تاریخ 96/6/2 برگزاری مراسم جشن روز داروسازی ایران با شرکت اکثر همکاران و جناب

آقای مهندس جعفرزاده و مهندس کوچکی نژاد نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی در رشت و آقای دکتر قربانی نماینده محترم آستانه اشرفیه و نائب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، همچنین معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی و اعضاء هیئت علمی دانشکده داروسازی و تنی چند از مهمانان دیگر در محل تالار ماه عسل واقع در ابتدای جاده انزلی.

در حاشیه این جشن در مورد رأی شورای رقابت و همچنین مشکلات تأخیر پرداخت بیمه ها هم مطالبی مطرح گردید.

7- در تاریخ 96/6/5 نشست مشترک با تعدادی از رؤسای حوزه ها و مدیران استانی بانک رفاه کارگران برای توافق همکاری گسترده تر بین داروخانه ها و بانک رفاه و در نظر گرفتن تسهیلات بیشتر و راحت تر از طرف بانک برای داروخانه ها و همچنین بررسی علت ادامه نیافتن توافق بین بانک رفاه و تأمین اجتماعی برای پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط این بانک، که نمایندگان بانک علت را عمل نکردن تأمین اجتماعی به تعهدات خود در مقابل بانک اعلام کردند.







## گزارش آقای دکتر خیری در خصوص اولین جلسه هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران

6- آقای دکتر منفرد مسئول انتشارات خبررسانی ضمن تشکر و سپاس از زحمات هیئت مدیره قبلی و با آرزوی موفقیت برای هیئت مدیره جدید مصوب گردید سالن اجتماعات انجمن داروسازان واقع در محل انجمن بنام دکتر مژدهی آذر پدر معنوی جامعه داروسازی نامگذاری گردید. در پایان تمامی اعضا به همراه هیئت رئیسه مجمع نمایندگان با آقای دکتر دیناروند با قرار قبلی در دفتر معاونت محترم غذا و دارو جلسه ای برگزار گردید که ضمن معرفی اعضای هیئت مدیره نسبت به مشکلات داروسازان از جمله عدم تائید وزیر در ارتباط با تعرفه کارشناسی شده و مورد تایید شورای بیمه ها و همچنین عدم پرداخت بیمه ها .... بحث و تبادل نظر بعمل آمد.

**روابط عمومی انجمن داروسازان ایران**  
**دکتر حمید خیری**

اولین جلسه هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران پس از انتخابات شیراز با حضور هیئت رئیسه مجمع نمایندگان جناب آقای دکتر یزدان شناس (رئیس مجمع) دکتر کلانتری (نایب رئیس مجمع) و دکتر جعفری دبیر مجمع در محل انجمن داروسازان ایران مورخ 96/5/25 تشکیل گردید. پس از تلاوت آیاتی چند از قرآن مجید ابتدا از خدمات دکتر ضیاء و دکتر خیری قدردانی بعمل آمد سپس اعتبارنامه های اعضای هیئت مدیره توسط ریاست مجمع نمایندگان آقای دکتر یزدان شناس به اعضا ارائه گردید. انتخاب هیئت رئیسه برگزار گردید و افراد زیر با رأی اکثریت قاطع انتخاب شدند:

- 1- آقای دکتر ضیاء رئیس هیئت مدیره
- 2- آقای دکتر فاطمی نایب رئیس
- 3- آقای دکتر سجادی دبیر
- 3- آقای دکتر صادقی خزانه دار
- 4- آقای دکتر خیری روابط عمومی

به نام خدا

به دنبال تعویق طولانی و البته مکرر در دهه های اخیر سازمانهای بیمه گر در پرداخت مطالبات داروخانه ها و سایر طرف های قرارداد و مشکلات عدیده ای که برای اعضا چرخه توزیع دارو اعم از شرکتهای پخش ، داروخانه ها و بیماران ایجاد کرد ، اعضا انجمن داروسازان گیلان نشستی در تاریخ 96/5/29 داشتند. بر این مبنا پیش نویس بیانه ای به شرح حاضر خدمت شما عزیزان تقدیم می شود.



## بیانه انجمن داروسازان گیلان

جلسه هم اندیشی اعضا مورخ 96/5/29

### دکتر حمیرا آذرگشسب

2- ناتوانی مالی طرف های قرارداد در انجام تعهدات نسبت به شرکتهای پخش و اثرات متعدد این کاستی بر شرکتهای توزیع کننده ، تا آنجا که امنیت شغلی مدیران محترم و پرسنل زحمتکش آنان به مخاطره می افتد. به عبارت بهتر آسیب جدی چرخه توزیع دارو و همه عوامل مرتبط.

### مقدمه :

دیرکرد طولانی سازمانهای بیمه گر در پرداخت مطالبات داروخانه ها و سایر طرف های قرارداد و بعلاوه عدم پوزش و دلجویی مدیران ارشد این سازمانها پیامدهای سوء متعددی را بهمراه دارد ؛ 1- آثار منفی بر اقتصاد داروخانه ها و کاهش توان آنان در خدمات دهی بهینه به بیماران

3- تأثیر منفی بر امنیت خاطر نه تنها طرف های قرارداد بلکه بیمه شدگان که در حقیقت صاحبان اصلی سرمایه های بیمه گران بوده و خدمت به آنان فلسفه وجودی این سازمانها است.

4- در حالی که بیمه درمانی نمادی از ارتقاء توسعه اجتماعی است، بدحسابی بیمه ها تعبیری دیگر دارد که هم با اعتقادات دینی مان و هم با حاکمیت قانون در جامعه مدنی در تعارض کامل است.

5- نشر بی اعتمادی و احساس نارضایتی گسترده، اشاعه بدحسابی و عدم پایداری به تعهدات و وظایف قانونی در جامعه .

6- عدم وجود حتی یکبار طلب پژوهش و دلجویی از متضرر شدگان در کارنامه مدیران ارشد و رده بالای این سازمانها این باور را به ذهن متبادر می کند که خدای ناکرده خود را بی نیاز از پاسخ دهی در مقابل حق الناسی می دانند که وظیفه امانتداری و مدیریت سالم و بهینه اش برعهده آنان است.

انجمن داروسازان گیلان بنا بر پایداری که نسبت به مفاد اساسنامه خود دارد، برای برخورداری عامه مردم از خدمات دارو - درمانی مطلوب و ارتقاء کیفی و کمی آن و نیز ضرورت برخورداری داروسازان از حقوق و شئون حقه خدمات والایشان ، مفادی را مطرح کرده است

تا در جهت رفع کاستی ها و ارتقاء همه سویه خدمات بیمه ای دارو اثربخش باشد:

ماده 1: اولین قدم برای دگرگونی روند ناخوشایند ذکر شده ، تغییر نگرش حاکم بر قرارداد هاست.

بیمه گران، داروخانه ها و همه بخش های تأمین درمان و سلامت ، اعضاء یک تیم هستند و با مشارکت منظم به هدف مشترک بهبود سلامت و توسعه اجتماعی دست می یابند . افتخاری که همه در آن سهیمند.

فرآیند پوشش بیمه ای خدمات درمانی زمانی ارتقاء کیفی و کمی مناسب می یابد که این اعضاء در ارتباط و همکاری منظم ، منضبط و با احترام متقابل نسبت به حقوق یکدیگر باشند.

در چنین نگرشی نادیده گرفتن تعهدات خود و حقوق دیگر اعضاء رنگ می بازد.

بدون تردید حاکمیت چنین نگرشی بجای نگرش «قیم مآبانه» و «دستورالعملی» برای طرف های همکاری ، هم متن قراردادها را دچار تغییراتی می سازد و هم در شیوه انجام تعهدات بیمه گران مؤثر است.

ماده 2- قرارداد حاضر فی مابین که در حقیقت یک دستورالعمل است نیاز به بازبینی و تنظیم مجدد دارد تا منافع طرفین به تمامی لحاظ و حقوق هر دو طرف محترم شمرده شود.

ماده 3- با بررسی کارشناسانه ، علل تأخیر بیمه ها و ضعف های محتمل مورد کاوش قرار گرفته و با برطرف کردن آن، کاستی ها برطرف شود.

در صورت لزوم آنان را از طریق رسانه ها باخبر می سازد.

ماده 4- صحت عملکرد هر دو طرف قرارداد و نه فقط یک طرف ، مورد بازرسی دوره ای قرار گیرد و در صورت ورود خسارت به طرفین و نه فقط یک طرف ، میزان آن محاسبه و جبران گردد.

ماده 7- به لحاظ گستردگی اهمیت تأثیر ملی بیمه ها و خدماتشان ، افکار عمومی و بخصوص مسئولان ذیربط می بایست در جریان بدحسابی و اثرات سوء عملکرد آنان قرار گیرند.

ماده 5- انجمن داروسازان گیلان ، بهره مندی از حضور وکلای زبده جهت رسیدگی به احقاق حقوق اعضاء را برای خود محفوظ می داند.

ماده 8- انجمن داروسازان گیلان برای هرگونه همکاری با بیمه های درمانی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در راستای اهداف والا و مشترک خدمات رسانی به بیماران آمادگی کامل خود را اعلام و همراهی در این امر را وظیفه خود می داند.

ماده 6- این حق بیمه شدگان سازمانهای بیمه گر است که از کیفیت خدمات دهی و امنیت و اعتبار بیمه خود باخبر باشند؛ لذا انجمن

امید که در سایه همراهی مناسب شاهد به بار نشستن تلاشهای خود باشیم.





## مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با خبرگزاری فارس: ضرورت محدودسازی سهم خواهی دولت از گردش مالی «داروخانه‌ها»

### دکتر حمید خیری

تشریح جایگاه داروسازان در نظام سلامت اهتمام ورزیده و تجربه جهانی در این خصوص را مد نظر قرار دهد.

وی تاکید کرد: در همه جای دنیا، برای پیشبرد بسیاری از اهداف حوزه سلامت اعم از پیشگیری تا درمان، اقدامات لازم برای توسعه نقش داروسازان در نظر گرفته شده است ولی متأسفانه در کشور ما، داروسازان نه تنها از اهرم‌های حمایتی بی بهره هستند، بلکه فضای لازم برای ارائه خدمات ایشان نیز هر روز تنگ‌تر می‌شود.

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران با اشاره به ضرورت محدودسازی سهم خواهی

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران گفت: توقع از دولت دوازدهم این است که یک بار برای همیشه در خصوص تصدی گری دولت در اداره داروخانه‌ها، تعیین تکلیف کند.

حمید خیری، مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس اظهار داشت: همه سیاست‌های حوزه سلامت باید به گونه‌ای تنظیم شود که مبتنی بر منافع ملی کشور باشد و در این میان نباید نگاه‌های جناحی یا صنفی غالب شود.

خبری ادامه داد: وزارت بهداشت باید به دور از مباحث حاشیه‌ای و رقابت‌های درونی گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی، نسبت به

دولت از گردش مالی داروخانه‌ها اضافه کرد: توقع از دولت دوازدهم این است که یک بار برای همیشه در خصوص بحث تصدی گری دولت در اداره داروخانه‌ها، تعیین تکلیف کند و ریل‌گذاری لازم برای کاهش داروخانه‌های دولتی و هلال احمر را جامعه عمل بپوشاند و به این صورت زمینه‌سازی لازم جهت تقویت بخش خصوصی را به معنای واقعی کلمه جزء دستور کار خود قرار دهد.

وی تصریح کرد: داروخانه‌ها باید هویت مستقل از دولت داشته باشد و خود را زیر چتر رانت دولتی پنهان نکنند، البته این موضوع، ناقض ضرورت نظارت دولت بر عملکرد حوزه‌های مختلف دارو اعم از داروخانه نیست.

خیری افزود: اگر دولت، دغدغه‌خاطری بابت اشتغالزایی داروسازان جوان دارد، باید نسبت به میزان تصدی گری خود در حوزه داروخانه‌ها تجدید نظر کند و اجازه دهد داروخانه‌های بخش خصوصی، سهم بیشتری از بازار دارویی کشور داشته باشند.

به گفته خیری، در حال حاضر نزدیک به 50 درصد گردش مالی داروخانه‌های کشور، نزد داروخانه‌های دولتی و هلال احمر اتفاق می‌افتد و این در شرایطی است که برخی داروخانه‌های محلی به مرز ورشکستگی نزدیک شده‌اند.

خیری مناقبی اضافه کرد: باید به دور از تنگ‌نظری و در فضای کاملاً عادلانه و آینده‌نگرایانه، شرایط مطلوب و ایده آل برای فعالیت داروسازان تعریف و ترسیم شود و در این خصوص نظام بهداشت و درمان کشور نیازمند یک بازننگری کلی در نوع نگرش خود است.

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران با اشاره به ضرورت بکارگیری داروسازان در بیمارستان‌ها اظهار داشت: به ازای هر 60 تخت بیمارستانی باید یک داروساز در بیمارستان حاضر باشد ولی متأسفانه غفلت نظام بهداشت و درمان کشور از نقش داروسازان بیمارستانی موجب تحمیل هزینه بیشتر به بیماران و همچنین اقتصاد بیمارستان شده است و این موضوعی است که مطالعات جهانی نیز بر صحت آن تأکید دارد.

خیری در پایان گفت: متأسفانه برخی افراد، منافع ملی را تنها در مسیر منافع خود تعریف و ترسیم کرده‌اند و نظام بهداشت و درمان را یک فضای تک‌ظرفیتی می‌بینند، این در حالی است که مروری بر تجربه نظام‌های درمانی توسعه یافته، نشان می‌دهد تنها و تنها با مشارکت حداکثری داروسازان، این کشورها به نتایج بهینه دست پیدا کرده‌اند.

## یادی از استاد بهزاد



دکتر آناه محمد دوگونچی

سرعت برق و باد می گذرد. لحظات در دو تنش، سنگین و کوه وار. حدیث آدمی، حدیث قاصدک است؛ رفتن و تن کاهیدن؛ اسیر باد و هواهایی که اختیارش به دست او نیست. به چه سرزمینی گذر کند؛ کدام بادیه هارا درنوردد؛ با چه خار مغیلانی درگیر شود! هزار کار نکرده، صدها سودای سوخته، آرزوهای دور، سیراب شدن از سراب نه آب. آرمان هایی که دور و دورتر می شوند و هر سال دریغ از پارسال. آرزوهای فربه و توفیق های لاغر! مقراض زمان

با سلام حضور همکاران گرامی مقراض بی رحمی ست زمان؛ بی صدا می برد. به قول میلتون های لنداریکسون، آدمی از لحظه تولد، نزدیک شدن به مرگ را شروع می کند! اریکسون معتقد است تنها چاره کار، استفاده درست و لذت بردن از زندگی ست. هر تابستان که رو به افول می رود و شهریور شروع می شود، بعضی یادها دوباره زنده می شوند. اگر در خواب غفلت نباشیم. سرعت زمان را، محتوای لحظه لحظه ها تعیین می کند. آنگاه که خوشیم به

بی محابا و بی تخفیف شب و روز در کار بریدن رشته عمر است. زمانه هم که فقط هنر سقله پروری دارد. به یاد سفر بی بازگشت عزیزی یگانه افتادم. فراق دوست لحن قلم را تلخ و گزنده می سازد. چه می توان کرد! این هم بخشی از زندگی ست. بخشی از سناریویی که فقط بازیگری ش را به ما وا نهاده اند. کی می نویسد؛ چرا می نویسد؛ کارگردان کجا نشسته، خدا عالم است!

چند سال پیش که هنوز فضای مجازی سروکله اش پیدا نشده بود، مقالاتم را درپاره ای مجلات پزشکی می نوشتم. تایپست ورزیده ای داشتم که خط مرا می شناخت و بدون مشکل مقالاتم را تایپ می کرد. روزی زنگ زد: آقای دکتر به آقای دکتر بگوئید تایپ مقاله اش تمام شده بیاید ببرد. گفتم نمی شود با تعجب پرسید چرا؟ گفتم که او به سفر بی بازگشت رفته است! آن بزرگ، با وجود بیماری سنگین و تکیدگی ناشی از کانسر معده، مقاله شسته رفته ای را از مجله Pharmacy Times ترجمه کرده داده بود به ایشان که تایپ کند: استاد دکتر محمود بهزاد.

انسانی در لبه گور و لحظه عزیمت به ناکجا، آخرین قطره جوهر وجودش را در قلم علم ریخته بود. چند روز قبل از سفرشان، چند تا از دوستان مرتب بهش سر می زدیم. پروانه شمع وجود او، همکار نازنین دکتر پورکاظمی بودند که بی دریغ و ایثارگرانه از ایشان مراقبت

می کردند. دکتر پورکاظمی حق دوستی را در مورد ایشان به کمال ادا کردند. دکتر پورکاظمی شاید آخرین بازمانده نسلی باشند که رو به انقراض است. ما چهار نفر، یعنی بنده، دکتر اخوین، دکتر درجانی و دکتر پورکاظمی جزو هیأتی بودیم که خانواده دکتر بهزاد برای سروسامان دادن به کتابها، وسایل، مدال ها، و ما ترک ایشان تعیین کرده بودند. دو شب قبل از فوت شان به اخوین زنگ زدیم گفتم میایی بریم پیش دکتر بهزاد؟ اخوین گفتند با جان و دل. گمانم درجانی هم بود. رفتیم با وجود ناتوانی نیم خیز شدند و روی تخت به دیوار تکیه دادند. سببی را با پوست خوردند. در همان حال هم شوخ طبعی و بذله گویی شان پابرجا بود. روی میز پوشه ای نظرم را جلب کرد. بخش اول همان مقاله فارمسی تایمز بود؛ ویراستاری شده و آماده برای چاپ. این اندازه نظم و دیسیپلین و عشق شورانگیز به علم. شمعی که آخرین قطرات اشکش سودای علم داشت. من در دانشگاه تهران درس خوانده ام، با بزرگان بسیاری محشور بودم، از قریب و گیتی و آرمین و یلدا و بسیاری دیگر، آنان هر کدام استثنایی و بی نظیر بودند، اما دکتر بهزاد جمیع محاسن آنان را داشت. عرفانی برخاسته از خردمندی و حکمت، شوخ طبعی، و دریای علم و معلومات. معلمی که ذاتاً، ذاتاً حرفه ای بودند، در هر امری این خصلت بروز می کرد. همیشه یک دفترچه یادداشت و پاکت نامه در منزل و محل کار همراهش بود، هر نکته

اشتباهی را یادداشت می کرد و به نویسنده دوستانه و مؤدبانه تذکر می داد. یک بار از داروخانه شرق زنگ زد گفت فلانی بیا کارت دارم. آن زمان مسئول فنی داروخانه شرق واقع در میدان شهرداری رشت بودند. فوری رفتم. نامه ای درآورد و با بذله گویی گفت بین این لامصب چه نوشته. نامه ای دست نوشته بود که دانشمندی انگلیسی نوشته بودند. اصلاً قابل خواندن نبود. گفتم اسم نویسنده چیه؟ نامی برد؛ موریسون، یا داویدسون. یک چنین نامی. دقیقاً یادم نیست. گفتم خارجی ها به جای امضاء معمولاً اسم شان را می نویسند و حرف آخر را طول می دهند و شکلی بهش می دهند. گفتم امضاء ش را ببینم، از روی امضاء به شیوه خطش پی بردیم؛ مثل کاشفان خط میخی! نگاهی تحسین آمیز به من انداخت و گل از گلش باز شد. وقتی فهمیدیم هر حرفی را چگونه می نویسند، تمام نامه را کامل خواندیم. جریان مربوط به یک کتاب تکامل بود که دانشمندی انگلیسی در آن اشتباهی فاحش را مرتکب شده بود. دکتر بهزاد به لندن نامه می نویسد و موضوع را تذکر می دهد. آن دانشمند در جواب نوشته بود:

دکتر بهزاد نمی دانی من چقدر خوشحالم که دانشمندی در ایران زمین کتاب مرا به دقت خوانده و مرا از یک اشتباه بزرگ به درآورده. برای همین به جای اینکه منشی ام نامه را تایپ کند، به احترام شما خودم این متن را دستی براتون می نویسم و از شما تشکر می کنم و از طرف خودم و مؤسسه مربوطه رسماً از شما دعوت می کنم تشریف بیاورید لندن و برای ما سخنرانی کنید.

سخن در باب آن انسان بزرگ زیاد است. خوانندگان عزیز را ارجاع می دهم به مقاله مفصلی که حدود ده سال پیش در مجله پیک نظام پزشکی گیلان نوشتم تحت عنوان: دکتر محمود بهزاد معمار بزرگ آموزش علم در ایران. فضای مجازی حوصله بیش از این را ندارد.<sup>(1)</sup> از باب حق دوستی، و عنایت ویژه ای که ایشان به بنده داشتند، خواستم یاد کردی داشته باشم به مناسبت هشتم شهریور 86، روز درگذشت ایشان. خاطره شان گرامی، و یادشان جاودانه باد.

با احترام دکتر آنه محمد دوگونچی. 8/6/96

(1) این متن ابتدا در فضای مجازی منتشر شده بود.

## تذکر و توضیح

عدم تطبیق تیترا این سلسله نوشتار با متن، تا رسیدن به تاریخچه داروسازی گیلان، این توضیح را برای خوانندگان جدید ضروری می نماید که نگارنده برای نگارش تاریخچه مورد نظر، در ارتباط با موضوع ناگزیر به ذکر تاریخچه ای از تشکیلات صنفی داروسازان ایران و مقررات و موارد ذیربط پرداخته است.



## تشکیلات صنفی داروسازان گیلان

دکتر محمد کاظم پور کاظمی

قسمت بیست و نهم: رویدادهای سال 1378

سازمان نظام پزشکی ابراز نمودند. چرا که پیشنهاد دهنده موضوع یعنی سازمان نظام پزشکی به ریاست کلی جناب دکتر صدر، موضوع تعرفه خدمات فنی داروسازان را به بوته فراموشی سپرده بود! در این دوره آقایان دکتر نیک نژاد،

سال 78 با سرخوردگی داروسازان داروخانه دار، به دلیل اعلام همه تعرفه ها به استثناء تعرفه ناچیز داروخانه ها، آغاز گردید و بیشتر انجمنهای فعال با ارسال نامه و طومارهای جورواجور نارضایتی خود را از مسئولان وزارتخانه به ویژه

دکتر نجفی عرب و دکتر شیبانی عضو شورای عالی بودند. در اعتراضات ارسالی، اقدام آقای دکتر مسعود فربودی رئیس وقت و فعلی انجمن داروسازان ارومیه چشمگیرتر بود چرا که بر اساس آمار و ارقام نوشته شده بود. نامبرده در رونوشت ارسالی اولین نامه خود پیمان بست که این سلسله مکاتبات را تا رسیدن به نتیجه مطلوب به صورت هفتگی برای تمام مقامات ارسال خواهد نمود.

هشتمین گردهمایی انجمنهای داروسازی در 26 و 27 فروردین 78 **تحت عنوان یادواره زنده یاد دکتر حسین خانی دیبر پر تلاش انجمن وقت داروسازان فارس،** در فضایی از حزن و اندوه آغاز گردید. چرا که شادروان دکتر حسین خانی، تمام مقدمات امر را برای برگزاری هرچه باشکوه تر مراسم فراهم آورده بود اما متأسفانه قبل از برگزاری مراسم، بر اثر سانحه رانندگی درگذشت و حاضرین را از فیض دیدار خود محروم ساخت. روحش شاد و یادش گرامی باد.

مراسم افتتاحیه با خوشامدگویی آقای دکتر شاهچراغیان رئیس وقت انجمن داروسازان فارس شروع و با سخنرانی مفصل آقای دکتر مرتضی آذرنوش ریاست وقت انجمن داروسازان ایران ادامه یافت. هر دو سخنران در سخنان افتتاحیه خود در حضور مقامات محلی استان منجمله آقای دکتر نجابت که همزمان علاوه بر دارا بودن پست ریاست دانشگاه علوم پزشکی و ریاست

نظام پزشکی شیراز، عهده دار ریاست شورای عالی نظام پزشکی در دور دوم هم بود، بیشتر درمورد عدم پیشنهاد همزمان تعرفه فنی داروسازان به همراه سایر تعرفه ها صحبت نمودند و عنوان کردند که شورای عالی بدون توجه از کنار آن عبور نموده است. سخنران بعدی آقای دکتر نجابت پس از خوشامدگویی به حاضرین، به توجیه غیرقابل قبول مسئله پرداختند که با اعتراض حاضرین مواجه گردید. پس از سخنان ایشان نگارنده با توجه به تجربه حاصل از دور اول شورای عالی نظام پزشکی و نحوه شکل گیری موضوع در شورا ضمن ادای احترام به ایشان و جایگاه پرمزالت شورای عالی، توجیحات ارائه شده وی را غیرقابل قبول و مصرأً خواستار اقدام عاجل در این زمینه گردیدم. از آنجائی که سخنرانان بعدی نیز با بیانی رساتر به موضوع پرداختند، نامبرده ناگزیر شد بلافاصله ضمن تماس تلفنی و ارسال نامه، تسریع در ارسال پیشنهاد سازمان نظام پزشکی به وزارت بهداشت را از آقای دکتر صدر رئیس کل نظام پزشکی خواستار شوند. این پیشنهاد فوری و کارشناسی نشده در تاریخ 78/2/23 طی نامه ای توسط آقای دکتر فرهادی وزیر بهداشت وقت به شرح زیر ابلاغ گردید:

«به داروخانه ها اجازه داده می شود تا در صورت پیچیدن نسخه به طور کامل از هر نسخه مبلغ 700 ریال دریافت نمایند. سقف این رقم برای

داروخانه های شبانه روزی از ساعت 10 شب تا 8 صبح 800 ریال تعیین می گردد.»

واضح است این رقم کارشناسی نشده برای نسخه های تک قلمی غیر قابل اجراء بود و شرط پیچیدن نسخه آن هم به طور کامل در شرایط کمبود دارویی آن سال امکان دستیابی قانونی به رقم اعلام شده را غیرممکن می نمود. لذا کماکان اعتراضات گسترده انجمنها ادامه یافت.

در این گردهمایی که با عنوان بررسی مشکلات دارویی تشکیل شده بود، کم کم زمزمه ناتوانی انجمن ایران با ساختار و اساسنامه موجود پررنگ تر شد و توسط بعضی از سخنرانان پیشنهاد داده شد تا با اصلاح اساسنامه، ساختاری همانند شورای عالی نظام پزشکی پیش بینی شود و همه انجمنهای فعال و علاقه مند در هیئت مدیره ایران نماینده یا نمایندگان داشته باشند و شهر تهران بزرگ هم همانند سایر شهرستانها از شعبه ای برخوردار و در کنار انجمن ایران به فعالیت بپردازد.

در این گردهمایی به آئین نامه ابلاغی دوره اول آقای دکتر احمدیانی مبنی بر فعالیت داروخانه های روزانه به مدت 8 ساعت در روز و برخورداری شبانه روزی ها از سه نفر مسئول فنی در شبانه روز بر اساس 8 ساعت کار اعتراض شد و مقرر شد در جمع بندی قطعنامه گنجانده و پیگیری شود.

- علیرغم وضعیت نابسامان داروخانه و دارو و کاهش سود دارو به میزان 7-5 درصد در مقایسه

با دهه 60، به نقل از یک منبع آگاه وزارت بهداشت در روزنامه های کثیرالانتشار اردیبهشت 78، اعلام گردید که به زودی از سود دارو به میزان 2/5 درصد کاسته خواهد شد. این خبر نگران کننده با اعتراض گسترده جوامع داروسازی روبرو شد و خوشبختانه در آن زمان عملی نگردید.

- در سال 78 بدهی انباشته شده بیمه های درمانی از سال قبل به ویژه بیمه خدمات درمانی (بیمه کارکنان دولت) موجب گردید تا مسئولین سازمان مزبور در یک تصمیم غیرعقلانی اعلام نمایند که داروخانه ها برای دریافت مطالبات سال قبل خود می توانند به کسر 4% از بانک رفاه دریافت نمایند. این تصمیم نامعقول به دلیل اعتراض منطقی جوامع داروسازی به دفتر ریاست جمهوری وقت عملی نشد و ناگزیر سازمان بیمه خدمات درمانی ملزم به پرداخت عین مطالبات گردید.

- آئین نامه تأسیس داروخانه های گیاهی که این روزها نقل مجلس گردیده است اولین بار در دوران وزارت دکتر فرهادی و معاونت دکتر احمدیانی در تیرماه 78 با 13 ماده و 4 تبصره و 19 بند ابلاغ گردید. هرچند در تبصره یک ماده 2 آئین نامه، پروانه تأسیس داروخانه گیاهی به عنوان گول زنگ به دکتر داروساز منحصر گردیده بود (مغایر با اصول قانون امور پزشکی داروئی مصوب سال 1334 و اصلاحات بعدی)، اما تعارضات فاحش دیگر در بعضی از مواد آئین



نامه و منوط نمودن تأسیس داروخانه گیاهی بر اساس نیاز دانشگاه ها و دانشکده ها، موجب گردید که اعتراضات گسترده جوامع فعال مانع از اجرایی شدن آن گردد. اما با گذشت 17 سال از موضوع، اکنون شاهد راه اندازی قارچ گونه گیاه دارویی و تدریجی داروخانه های گیاهی با حمایت شخص اول وزارتخانه هستیم.

- در مراسم روز داروسازی ایران که در شب پنج شهریور سال 78 همانند سالهای گذشته برگزار شده بود، هیچ یک از مقامات وزارت بهداشت اعم از وزیر و معاون وی حضور نیافتند اما در کیهان روز 7 شهریور به نقل از دکتر فرهادی وزیر وقت، مصاحبه ای چاپ گردید که خشم داروسازان داروخانه دار را برانگیخت چرا که ایشان برای به رخ کشیدن توانمندی وزارتخانه تحت مسئولیت خود عنوان نمود (نقل به مضمون):

«ما در تولید و تأمین مواد اولیه برای ساخت دارو هیچ مشکلی نداریم بلکه توزیع و کنترل نامناسب موجب عدم دسترسی بیماران به دارو می گردد». نامبرده چاره این مشکل را در همکاری بیشتر سازمان بازرسی و سازمان تعزیرات حکومتی برشمرد !!

این مصاحبه در شرایطی انجام گرفت که بیش از صد قلم از داروی روزمره یا اصلاً توزیع نمی شد، یا اینکه به صورت سهمیه بندی آن هم به مقدار ناچیز به داروخانه ها تحویل می گردید. در این رابطه مکاتبات متعددی از شهرستانها

منجمله از انجمن داروسازان گیلان برای وی ارسال شد که ان شاء.. در موقع نگارش تاریخچه داروسازی گیلان تصویر عین نامه و پاسخ مربوط به آن منعکس می گردد.

اساسنامه انجمن علمی داروسازان ایران در پی مصوبه شورای انقلاب فرهنگی و تشکیل انجمن علمی سایر حرف پزشکی در سال 78 تصویب و ابلاغ گردید.

- در لایحه قانونی برنامه سوم توسعه در بند (ز) از ماده 196، عرضه و فروش داروهای OTC در خارج از داروخانه ها بلامانع اعلام گردیده بود. این امر از آذرماه 78 وقت زیادی را برای ختنی نمودن موضوع به خود اختصاص داد و دانشجویان و رؤسای دانشکده های داروسازی سهم بسزایی در این ختنی سازی داشتند.

- طرح ساماندهی نظام داروئی کشور موردنظر آقای دکتر احمدیانی، پس از بررسی های اولیه، با برگزاری همایشی یکروزه در سالن گردهمایی انجمن ایران در تاریخ 79/9/16 به جمع بندی رسید و منجر به کتابچه ای بیست صفحه ای گردید. لازم به ذکر است که در تمامی این گردهماییها نمایندگان انجمن گیلان به عنوان یکی از انجمنهای فعال کشوری حضور پیدا می نمودند.

از جمله اقدامات قابل ستایش آقای دکتر احمدیانی در دوران معاونت دور اول، اخذ موافقت شورای معاونین وزارتخانه در تحویل داروهای تخصصی و موردنیاز بیماران

مصرف کننده در مراجعه به داروخانه ها با تشخیص داروساز مسئول فنی برای مدتی معقول بود که متأسفانه امروزه توسط بعضی از داروخانه ها به بیراهه کشانده شده است.

اما از کارهای آزاردهنده وی در سال 78، عقد توافقتنامه ای بود که به دنبال مصاحبه شهریورماه وزیر با سازمان بازرسی و نظارت بر قیمت و توزیع کالا و خدمات تنظیم نموده بود و با نارضایتی فراوان داروسازان داروخانه دار مواجه گردید. بر اساس بندی از این توافقتنامه مقرر شده بود تا بازرسین سازمان بازرسی مشترکاً با بازرسین وزارت بهداشت از داروخانه ها بازرسی به عمل آورند. از آنجائی که این گونه

توافقتنامه ها همواره به انحراف کشانده می شوند و مجوزی برای ورود ادارات غیرمرتبط را فراهم می آورند، نگرانی و اعتراض انجمنها بر همین امر استوار بود و خوشبختانه با هماهنگی به عمل آمده توسط هیئت مدیره انجمنهای فعال با کارگزاران امر دارو از حیز انتفاع خارج گردید.

در دی ماه 78 آقای دکتر فرهادی وزیر وقت بهداشت جناب دکتر مرتضی آذرنوش رئیس انجمن داروسازان ایران را جایگزین آقای دکتر احمدیانی نمود که این اقدام پسندیده با اقبال و شادی انجمنهای داروسازی توأم گردید. ادامه دارد

## تقدیر فرهنگستان علوم پزشکی از دانشجویان برتر گیلانی

تخصص عروق و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، همچنین یکی از برجسته ترین نیکوکاران گیلانی، و نوه آقای دکتر محمد کاظم پور کاظمی، نیز فرزند آقای دکتر غلامرضا صابرزیمیان و خانم دکتر شراره کبیری هستند. این موفقیت بزرگ را به همکاران داروساز و دانشجویان گرامی تبریک عرض می کنیم و امیدواریم شاهد پیروزی روزافزون فرزندان همه همکاران باشیم. ضمناً متنی از خانم غزاله همتی در بخش شعر و ادب این شماره مجله به چاپ رسیده است.

### حکمت گیل

باخبر شدیم که فرهنگستان علوم پزشکی، روز پنجشنبه 23 شهریورماه جاری در یک اقدام پسندیده از دانشجویان رتبه اول امتحانات جامع علوم پایه پزشکی شهر یور و اسفند 1395 دانشگاه علوم پزشکی گیلان در رشته های پزشکی، داروسازی و دندانپزشکی تقدیر به عمل آورده است.

ضمن جلب توجه خوانندگان محترم «حکمت گیل» به متن نامه فرهنگستان علوم پزشکی، به اطلاع می رساند که دانشجویان ردیف های 2 و 5 (سرکار خانم غزاله همتی و جناب آقای امیرمحمد صابرزیمیان) به ترتیب فرزند استاد ارجمند آقای دکتر حسین همتی، جراح و فوق

### قابل توجه

سپاس و تقدیر به پیشگاه دانشجویان عزیز گیلانی، که پس از سال ها اُفت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در بین دانشگاه های ایران، برای گیلان آبرو خریدند، نیز قدردانی فراوان از استادان پرتلاشی که خلاقیت های این دانشجویان را به بار نشانند. همچنین شادباش بیکران به «غزاله» عزیزم، که سال ها همکار ادبی مجله گیل بوده و شعرهای زیبا و پرمحتوایش در مجله چاپ شده است.

دکتر غلامحسین مهدی زاده

فرهنگستان علوم پزشکی  
جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران  
ریاست جمهوری  
فرهنگستان علوم پزشکی

تاریخ: ۹۶/۴/۱۱  
شماره: ۹۱۵۰  
پست:

جناب آقای دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک  
رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

سلام علیکم

به استحضار می‌رساند فرهنگستان علوم پزشکی در نظر دارد از دانشجویان رشته اول دو مناطق آمایشی ۱۱ گانه در امتحانات جامع علوم پایه پزشکی شهرریور و اسفندماه ۹۵ رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی در روز پنج‌شنبه مورخ ۹۶/۴/۲۳ از ساعت ۸ الی ۱۷ در سالن همایش غدیر فرهنگستانها طی مراسمی تقدیر به عمل آورد.

از این رو خواهشمند است دستور فرمایید تا در اسرع وقت جهت اطلاع‌رسانی برای حضور دانشجویان ذیل در این مراسم، هماهنگی لازم به عمل آید.

همچنین خواهشمند است جهت انجام هماهنگی‌های لازم، دانشجویان حد اکثر تا پایان وقت اداری ۹۶/۴/۲۱ با شماره تلفن‌های زیر تماس حاصل فرمایند. عدم تماس در این مورد به منزله انصراف از حضور در مراسم محسوب خواهد شد.

۸۸۴۵۶۱۹۲

۰۹۱۰۹۱۸۱۱۸۲

۱. سرکار خاتم طایفه نظری لیاقوسی، علوم پایه، رشته پزشکی، کد ملی: ۲۵۸۰۷۵۶۳۷۱
۲. سرکار خاتم غزاله همنی، علوم پایه، رشته داروسازی، کد ملی: ۲۵۸۰۸۹۳۲۱۰
۳. سرکار خاتم الهام مشکبوی کوکته، علوم پایه، رشته دندانپزشکی، کد ملی: ۲۵۸۰۸۱۴۸۱۷
۴. جناب آقای اشکان رحیمی شمعی، علوم پایه، رشته پزشکی، کد ملی: ۲۴۵۰۱۹۶۳۳۸
۵. جناب آقای امیر محمد صابر زعیمان، علوم پایه، رشته دندانپزشکی، کد ملی: ۲۵۸۰۸۶۸۶۱۵

فرهنگستان علوم پزشکی

معاون علمی فرهنگستان علوم پزشکی

جمهوری اسلامی ایران

رونوشت:  
- ریاست محترم دانشگاه پزشکیان کابل  
- ریاست محترم دانشگاه داروسازی قم  
- ریاست محترم دانشگاه دندانپزشکی همدان

تهران، بزرگراه شهید حقایق، ورودی کتابخانه ملی، مجموعه فرهنگستانها، فرهنگستان علوم پزشکی، کد پستی: ۱۵۲۸۶-۳۳۳۱۱

شماره تلفن: ۱۱۳۹۵۶۶۶۵۵، فکس: ۸۸۴۵۵۱۲-۱۶، پست‌کد: ۸۸۴۵۵۱۸



## رضایت

مؤسسه فرهنگی هنری رهپویان معرفت و اندیشه گیل  
دکتر آرش قاسم زاده - پزشک و کارشناس حقوق قضایی  
دکتر ژیلای گیتی نژاد - دکتری داروسازی  
معصومه گیتی نژاد - کارشناس ارشد ریاضی

برای بیمار باید با جلب رضایت وی صورت گیرد؛ و پزشک در غیر اینصورت به نوعی نسبت به اقدام صورت گرفته و تبعاتش ضامن خواهد بود.

مطمئناً از ملزومات گرفتن رضایت عاقل بودن فرد بیمار است. ولی مهجور بودن دلیل بر مجوز انجام هر اقدامی برای درمان بیمار نخواهد بود. در این خصوص اختلاف عقیده بسیاری مطرح است.

نقش رضایت در حقوق پزشکی چیست؟  
برای تهیه آن از چه اصولی باید پیروی کرد؟  
رضایت فرد عاقل و فرد مهجور چگونه است؟  
پزشک همیشه باید منتظر دریافت رضایت از طرف بیمار باشد؟ در چه مواردی نیاز به دریافت رضایت نیست؟

اینها و سؤالاتی از این دست در این بحث مورد توجه قرار خواهد گرفت. به عنوان یک اصل کلی پزشکی حرفه ای انجام هر اقدامی

آیا می توان تا حدی از درمان را بدون رضایت برای افراد مهجور انجام داد. خط قرمز اقدامات پزشکی در خصوص این افراد کجاست؟

### نیاز به رضایت (لزوم رضایت)

یکی از اصول اساسی حقوق پزشکی اینست که برای درمان یک فرد عاقل و بالغ نیاز به رضایت وی ضروریست. بحث زیادی در خصوص اینکه بیمار به دلیلی از انجام درمان و توصیه انجام شده خودداری کند یا حتی در صورت این امتناع بمیرد ولی رضایت به درمان ندهد مطرح می شود. به مثالی توجه کنید:

به خانم بارداری در اتاق زایمان گفته شد که نیاز به عمل سزارین جهت زایمان دارد و بدون انجام این عمل جان وی و حتی جان جنین در خطر خواهد بود. او امتناع می کند و اصرار بر زایمان طبیعی می کند.

پزشکان به هر حال عملیاتشان را انجام دادند تا جان هر دو را از خطر احتمالی نجات بخشند. خانم اعتراض کرد و دادگاه اعتراض وی را تایید و حق را به وی داد که انجام عمل بر وی بدون رضایت غیر قانونی بوده چرا که او عاقل و بالغ بوده و امکان امتناع درمان برای وی را اختیاری اصولی دانستند اختیاری که با بارداری بهیچ وجه زایل نمی گردد!

اما باید دید در شرایط بحرانی فوق الذکر فرصت بررسی و تحلیل این قضیه وجود دارد. آیا قانون می تواند مادر را به دلیل عدم قبول

عمل سزارین و خدای ناکرده فوت جنین حین زایمان طبیعی مرتکب قتل عمد تشخیص دهد؟ آیا در صورت فوت مادر و زنده ماندن جنین در شرایط اضطراری والدین مادر می تواند علیه دامادشان به دلیل عدم مداخله در جلب رضایت فرزندشان در انجام عمل مورد مواخذه قرار دهند؟ و در شرایط فوق دراماتیک جوابگوی مرگ هر دو که خواهد بود؟

آیا اصولاً مادر حق دارد در چنین تصمیمی مداخله نماید؟ و جنبه های بسیاری دیگر...

صرف رضایت در کتبی بودن خلاصه نمی شود بلکه چنانچه به صورت شفاهی یا در موارد اورژانس با ایما و اشاره هم عنوان گردد پذیرفتنی است.

البته نباید حيله ای در انجام یک اقدام پزشکی بر بیمار به کار بست به این ترتیب که بدون هماهنگی و رضایت قبلی کاری را برای بیمار انجام داد حتی مثلاً اقدام به اندوسکوپی بدون هماهنگی نمود.

انجام هر اقدام بدون رضایت از مصادیق جرم محسوب می گردد و شرح کامل آن در (2010) pad field آمده ضمن اینکه درمان اجباری مخالف ماده 3 کنوانسیون حقوق بشر اتحادیه اروپا نیز می باشد (Article ECHR) و به نوعی جزء جرایم علیه اشخاص نیز می توان آن را تلقی نمود.

حال اگر پزشک به اشتباه بیمار را مهجور تشخیص داد و تصمیمی برای درمان وی بگیرد تکلیف چیست؟

از همه بدتر زمانی است که پزشک یا کادر پزشکی به سوءاستفاده جنسی از بیمار قصد کنند! اینکه بیمار حق امتناع از پذیرش درمان را دارد به معنی حق رد نیاز به درمان نخواهد بود. از طرفی دکتر نیز امکان امتناع از کاری که از دستش بر می آید برای بیمار نخواهد داشت. به عبارتی نوعی نسبیّت در این حق ملموس خواهد بود. از طرفی گاه به دلیل مسائل موجود در ارث و حرص و طمع تصمیمی مورد دار برای درمان یا عدم درمان بیمار گرفته می شود. در اجرای قواعد صحیح علمی و رعایت موازی قانون ترس از جرم و خسارت نیز حداقل ممکن خواهد بود. مسئله ساده است رضایت حاصل شود و از غفلت دوری گردد.

آیا مجازیم بدون رضایت به درمان بیمار بپردازیم؟

بر ما روشن شد که اهمیت دریافت رضایت از بیمار عاقل و بالغ برای درمان امری ضروریست اما آیا همیشه باید از بیمار برای انجام عملیاتی رضایت گرفت؟ این مسئله امری حتمی نیست. موارد اندکی هست که انجام عمل بدون رضایت نیز پذیرفته است.

### بیماری که دچار اختلال ذهنی باشد و مهجورین

بیماری خطرناک قابل سرایت چون وبا و تیفوس که مخاطره برای سلامت جامعه باشد بیماری که قصد یا تفکر خود یا دیگر گُشی داشته باشد.

معاینات موظفی روزمره به دفعات لازم بر اساس شرایط بیماری که در زندان اعتصاب غذا کرده و به نوعی قصد آسیب به سلامت خویش را داشته باشد.

### اصل اختیار

بسیاری از اخلاقیون رضایت را جزیی از تمامیت اختیار فرد دانسته و بر این عقیده اند که به هر حال بیمار مختارست که برای دریافت درمان تصمیم بگیرد نه پزشک.

هر فرد عاقل و بالغی در این خصوص مختارست که برای خویشتن خویش تصمیم بگیرد. مسئله ای که به اعتقاد اینجانب طرح آن بصورت مطلق، خود خروج از دایره وظایف پزشکی و به نوعی توهین به اخلاق پزشکی محسوب می گردد. البته باید در نظر گرفت که در اینجا تصمیم دیگری، برای فرد، تصمیم یک فرد متخصص و حرفه ایست و معمولاً قریب به صلاح و خیر فرد و بحثی که دایره اختیار را در این حوزه محدود می نماید. به عبارتی اگر چه قانون از گفتن "نه" به فرایند درمان از طرف بیمار حمایت می نماید لکن نیم نگاهی به ارزش پذیرش تصمیم اتخاذ شده از سوی تیم درمان نیز دارد و حق گفتن "آری" را نیز می پسندد.

قبلاً اشاره شد که مهجورین حق اتخاذ تصمیم در این زمینه را ندارند. اما به هر حال در افراد بالغ و عاقل کادر درمانی باید مطمئن باشد که تصمیم متخذه صرفاً نظر بیمار بوده و تحت نفوذ

نظر سایرین واقع نشده باشد؛ یا مسایل مادی یا ارث در این مورد دخیل نباشد.

### رضایت چیست؟

برای اینکه رضایت را تعریف نمایم ابتدا از سه منظر به مقدمات یک رضایت می پردازیم. اینک:

فرد باید قابلیت ذهنی دادن رضایت را داشته باشد.

فرد باید در حد قابل قبولی آگاهانه تن به رضایت دهد.

فرد باید تحت تاثیر هیچ جریان غیر ضروری یا ناروایی نباشد تا بتواند آزادانه رضایت دهد.

### صلاحیت فکری

نخستین نکته این است که هیچ فردی را به خاطر ظاهر یا سنش فاقد صلاحیت فکری فرض نکنیم و پیش داوری در این زمینه پسندیده نیست.

شاید فرد در رابطه با یک موضوع خاص از توانایی تصمیم در آن مورد برخوردار نباشد و البته شاید این عدم توانایی به دلیل اختلال در عملکرد مغز با روح فرد باشد.

توجه داشته باشیم که فردی را فاقد صلاحیت تلقی می کنیم که به دلیل اختلال ساختاری در مغز فاقد توانایی تصمیم گیری در آن مورد خاص باشد؛ که البته می تواند به دلیل بسیار متفاوتی این اختلال ساختاری ایجاد شده باشد. البته به نوعی صلاحیت فکری " اختصاصیت موضوعی " دارد بدین معنی که ممکن است فرد نسبت به یک یا چند موضوع خاص صلاحیت و امکان تصمیم نداشته باشد نه در

مورد تمامی مسایل دیگری که در زندگی رخ می دهد؛ تا آنجا که می توان گفت تنها عده قلیلی از مردم امکان تصمیم گیری در کلیه امور را ندارند.

اصولاً فردی را فاقد صلاحیت تلقی می کنیم که:

ناتوان از فهم واضحات برای اخذ یک تصمیم باشد.

فاقد حافظه نگهداری اطلاعات برای تصمیم گیری باشد.

ناتوان از اطلاعات داده شده حداقل در بخشی از تصمیم گیری هایش بهره گیرد.

قابلیت برقراری ارتباط با دیگران را از هر طریق ممکن نداشته باشد.

چند عنصر برای اخذ تصمیم مناسب ضروری است. بیماری قابلیت و صلاحیت اخذ تصمیم را دارد که از اطلاعات برای رسیدن به تصمیم بتواند بهره گیرد یعنی قابلیت بهره گیری از اطلاعات جهت اخذ تصمیم را داشته باشد.

شاید بیمار به دلیل یک باور قلبی یا مذهبی تصور کند که می تواند بدون درمان هم بر بیماریش غلبه کند یا بتواند پزشک توانمند تری را برای نجات خویش به طریقی سهل تر یا مطمئن تر بیابد. اینها دلیل بر عدم صلاحیت فکری فرد نمی شود؟ از طرفی قانون چه برخوردی با القاء کنندگان باورهای غلط دارد؟ بیمار باید قانع شود که هر کار ممکن برای اینکه بهترین نتیجه و کمترین ضرر را ببیند به انجام رسیده و تصمیم اخذ شده یک تصمیم



غایی و اصولی است اما آیا درمانگر تا چه حد در تفهیم این موضوعات برای بیماران با پایه های علمی متفاوت می تواند مفید باشد.

اصل این است که کلیات درمان را با کلمات و جملاتی قابل فهم برای بیمار تشریح نماییم نیازی به ذکر جزئیات یا پیچیدگی های پروسه برای بیمار نیست. اما اصولی است که برخی از عوارض احتمالی عمل را هنگام اخذ رضایت برای بیمار مطرح کنیم اگرچه برای بیمار خوشایند نباشد چون معتقد به رضایت آگاهانه ایم آگاهی از عوارض عمل نیز جزئی از حقوق بیمار تلقی می شود.

پس صلاحیت صرفاً در درک اطلاعات نیست بلکه فرد باید توانایی تصمیم گیری بر اساس آن داده ها را نیز داشته باشد. بیماری را در نظر بگیرید که هراس از تزریق داشته باشد و پرستار جهت تزریق به وی نزدیک شود و با واکنش وی مواجه شود.

یکی از اصول دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد این است که آیا درمان اجباری فرد، صرفاً به این دلیل که تصمیم اش غیر عاقلانه است پذیرفتنی است؟

پزشکان باید تا حدی در مقابل برخی نظرات یا اظهار نظر بیماران سعه صدر نشان دهند و بر آشفته نشوند شاید یک اعتقاد مذهبی قابل احترام برای عده ای از انسانها برای عده ای دیگر غریب به نظر برسد.

مهم این است که بیمار تحت فشار مجبور به اخذ تصمیم نگردد و ضمناً از تصمیم خود ناراحت نباشد به این مفهوم که اطمینان وی تا حد امکان جلب گردد. از طرفی اعتقاد مذهبی ولو عجیب از نظر عده ای، نباید القایی باشد، بلکه اعتقاد قلبی ابنی بشر مهم تلقی می گردد و مطمئناً موثر در تصمیم گیری است.

## تحلیلی در دستورالعمل ماده 169 مکرر ق.م.م اصلاحی سال 1380 و عدم کاربرد آن برای گروههای پزشکی



### دستورالعمل اجرایی 169 مکرر برای گروههای پزشکی غیر قابل اجراء و وصول جریمه 1% غیر قانونی است

#### دکتر پور کاظمی - عضو مجمع عمومی و دبیر نظام پزشکی رشت

همزمانی تهیه این دستورالعمل با اجرای قانون مالیات بر ارزش افزوده که فراخوان آن برای تعیین مؤدیان مشمول، به مرحله پنجم رسیده بود، موجب گردید تا تنظیم کننده، دامنه کاربرد آن را به وظایف مؤدیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده تسری دهد و بیشتر مواد آن در این راستا تهیه گردد. (هرچند این تسری دامنه کاربرد، برای مؤدیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده بعداً به دلیل مغایرت با قانون حذف گردید).

ولی با همه وجود تکلیف تعیین شده برای کلیه اشخاص حقوقی و حقیقی بندهای الف و ب قانون (یعنی همه گروههای پزشکی) که مکلف گردیده بودند تا از تاریخ 1391/1/1 فهرست معاملات خود را به صورت فصلی تا یک ماه پس از هر فصل به اداره امور مالیاتی ذیربط تسلیم

همکاران گرامی با سلام؛ مطالبه 1% جریمه از داروخانه ها و بعضاً کلینیک ها و مطب ها، بابت عدم رعایت ضوابط دستورالعمل اجرایی ماده 169 مکرر مصوبه سال 1380 فاقد مقبولیت و وجاهت قانونی است.

سازمان امور مالیاتی طی دستورالعمل شماره 200/24468/ص مورخ 1390/10/20 کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی را ملزم به ثبت نام در سامانه مالیاتی برای اخذ کارت و شماره اقتصادی نمود و موظف کرد تا مؤدی در موقع فروش کالا یا عرضه خدمات برای مشتری، بر اساس فرم نمونه صورتحساب صادر و شماره اقتصادی خود و طرف معامله را در صورتحسابها و اوراق مربوطه درج و همچنین فهرست معاملات خود را به اداره امور مالیاتی مربوطه تسلیم نماید.

نمایند، روی دوش جامعه پزشکی سنگینی می نمود، به ویژه گردانندگان مطب که اساساً، طبیعت کارشان معامله نیست بلکه ارائه خدمت است. به همین خاطر، پس از مکاتبات عدیده، هیأت عمومی دیوان عدالت اداری از تاریخ 1394/4/3 یعنی تاریخ رسیدگی به دادخواست، مطب ها و مشاغل مشابه را به دلیل ارائه خدمت از ارسال فهرست سه ماهه معاف کرد. اما این معافیت در مورد دادخواهی کانون سردفتران، از تاریخ اجرای دستورالعمل یعنی 1391/1/1 پادار گردید (به نظر می رسد این دوگانگی ناشی از جو بدبینی حاکم بر جامعه پزشکی و نفوذ مسئولان وقت برای موجه جلوه دادن دستورالعمل به وجود آمده باشد).

اما در مورد داروخانه ها، هرچند به ظاهر، کارشان خرید و فروش است ولی ارسال فهرست معامله یعنی خرید و فروش توسط آنان کاملاً بی معنی و بلااستفاده است چرا که اگرچه خرید آنها از شرکتها و مؤسسات معتبر، مستند و قابل اثبات است ولی فروش آنها به دلیل مجهز نبودن به فایل الکترونیکی اطلاعات خرید و فروش، غیر مستند و غیرقابل اتکاء و اثبات قانونی برای رسیدگی است و الزامی هم به تجهیز آن ندارند. از طرفی داروخانه ها به دلیل عرضه دارو و کالاهای مرتبط به آن از قانون مالیات بر ارزش افزوده معاف هستند و به دلیل مهور نمودن نسخه، که به نوعی فاکتور است ضرورتی به صدور مجدد فاکتور و اعلام فروش خود ندارند و درآمد مشمول مالیات آنها علیرغم در دست بودن 90%

خرید، همواره به صورت علی الرأس محاسبه و مورد مطالبه قرار می گیرد و مبلغ فروش نقشی در این مطالبه ندارد. به نظر نگارنده ارسال فهرست معاملات فقط برای مؤدیانی است که مکلف به نصب و راه اندازی صندوق فروشگاهی (مجهز به فایل الکترونیکی اطلاعات خرید و فروش) می باشند تا امکان صدور الکترونیکی صورتحساب به مشتری را داشته باشند (همانند مؤدیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده برابر ماده 19 و 34 قانون) و از نسخه دوم صورتحساب به صورت مستند، نسبت به تأدیه مابه التفاوت مالیات دریافتی ارزش افزوده به ادارات مالیاتی مربوطه اقدام نمایند:

علیرغم کاهش کارایی دستورالعمل برای همه مؤدیان حقیقی به صورت عام، سازمان امور مالیاتی برای کارا جلوه دادن آن با استفاده از مفاد ماده 121 قانون توسعه پنجم، به بهانه ایجاد شفافیت در مبادلات اقتصادی و تشخیص درآمدهای مالیاتی مؤدیان برای گسترش به اصطلاح عدالت (!) مالیاتی، علاوه بر مؤدیان مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده، داروخانه ها را که به جرأت از شفاف ترین مبادلات برخوردارند و مشمول قانون ارزش افزوده هم نمی باشند، به ناحق جزء ده شغل انتخابی اولویت دار مرحله اول، برای نصب اجباری سامانه صندوق فروشگاهی انتخاب کرد که خوشبختانه این انتخاب نابجا طی رأی صادره فروردین 94 دیوان باطل گردید. اما با همه وجود، این روزها، ادارات مالیاتی شهرستانها، مطالبه جریمه 1% از داروخانه ها و بعضی از کلینیک ها و

مطب‌ها را به دلیل ذکر شده بالا ابلاغ و مبادرت به صدور جریمه سنگین نموده‌اند. این امر در شرایطی است که دستورالعمل فوق‌الاشاره کاربرد برای گروههای پزشکی که دفتر کار آنها مجهز به سیستم فروشگاهی نیست و الزامی هم به تجهیز آن ندارند، نداشته و نخواهد داشت. زیرا در سطر چهارم پاراگراف اول دستورالعمل و ماده 19 بخش جرایم آئین‌نامه قانون اصلاحی 1394، به ترتیب از عبارت تسلیم فهرست معاملات و تعلق جریمه به فهرست معاملات، اشاره شده است و اگر چنانچه بدنبال فهرست معاملات عبارت فاکتورهای خرید هم اضافه می‌شد این دستورالعمل کارایی خود را برای داروخانه و سایر مشاغلی که مجهز به صندوق فروشگاهی نیستند از دست نمی‌داد.

عدم کاربرد مفاد دستورالعمل درمورد داروخانه‌ها موجب شده تا کارشناسان رسیدگی‌کننده در یک حالت سردرگمی با روشی غیرمعقول برای دستیابی به فروش، در عبارت (فهرست معاملات) از روش علی‌الرأس که هیچ کاربرد در این زمینه ندارد استفاده کنند و قطعاً به خاطر همین سردرگمی است که شنیده می‌شود ادارات مالیاتی مطالبه‌کننده جریمه، در یک حاتم بخشی بی‌سابقه پیشاپیش از بخشش 80% جرایم خیر می‌دهند. (بخشودن جریمه ناحق).

شایسته است سازمان نظام پزشکی با پیگیری برای یکسان‌نگری هیأت عمومی دیوان در یک

مسئله خاص و رفع تبعیض تاریخ اجرای رأی برای گروههای پزشکی را همانند سردفتران از 1391/1/1 پادار نماید. چرا که اگر این کار صورت نگیرد حداقل برای مطبها و ... که گزارش فصلی نداده‌اند می‌تواند جریمه 1% را برای سالهای 91 و 92 و 93 از رقم علی‌الرأس برآوردی درآمد آنها مطالبه نماید.

در خاتمه انجام این وظیفه (ارسال گزارش فصلی) از سال 96 بر اساس قانون اصلاحی 1394 و آئین‌نامه‌های مربوطه که فعلاً فصل بهار آن پس از گذشت 6 سال از اجرای قانون به دلیل آماده نبودن زیرساختهای الکترونیکی به آبان ماه موقوف گردیده، برای گروههایی از مشمولان حقیقی جامعه پزشکی که مبلغ دریافتی سالیانه آنان در سال 95 و یا ده برابر درآمد مشمول مالیات یکی از سالهای عملکرد 95-91 از سه میلیارد تومان به بالا (معدودی از داروخانه‌ها) و درمورد ارائه‌کنندگان خدمت (مطب‌ها و ...) این مبلغ در سال از یک میلیارد و پانصد میلیون تومان به بالا باشد قابل اجراست.

گذشته از آن مشاغل خاصی چون بیمارستانها و زایشگاهها و کلینیکهای تخصصی فارغ از حجم فعالیت و ارقام ریالی بالا ملزم به ارائه گزارش فصلی می‌باشند.

1396/6/26

# شعر و ادب

- صد سال تنهایی

- «پروفسور سمیعی نامه»

به نام یزدان پاک

## صد سال تنهایی



### غزاله همتی

ساعت تلاقی کرد. بله! درست سه ساعت و چهل و پنج دقیقه از زمانی که تصمیم گرفته بودم فقط نیم ساعت پیام هایم را چک کنم می گذشت. با گوشی نیمه جان در دست راست و کلاف درهم تنیده شارژر در دست چپ، بی حرکت وسط اتاق ایستاده بودم. واقعاً سه ساعت و چهل و پنج دقیقه از عمر مفید در تنگنای حصار صفر و یک حبس شده بود. همان طور که این افکار را

بعد از ظهر یک روز تعطیل بود و من طبق معمول مشغول ور رفتن با گوشی همراهم بودم. از بس یک بند روشن مانده بود صفحه اش داغ شده بود. ناگهان عبارت ناخوشایند Low battery پدیدار شد. من که اصلاً انتظار تمام شدن شارژ گوشی را نداشتم غرولندکنان از جا بلند شدم تا دنبال نزدیک ترین پریز برق بگردم. همان طور که چشم می گرداندم نگاهم با

با خود مرور می کردم، نگاهم از روی عقربه های گریزان ساعت لغزید و روی بوفه ثابت ماند ... ولی نه، بوفه نبود. یک قفسه قدیمی بود که روزگار خوشی را با آن گذرانده بودم. گوشتی و شارژر را روی تخت پرت کردم و رفتم پیش دوستان قدیمی: کتاب هایم.

کتاب های من به «بینوایان» می مانستند. غباری غلیظ روی همه آن ها را پوشانده بود. حکایت همه این دوستان قدیمی، همانی بود که روی جلد یکی از آنها خودنمایی می کرد: «مردی در تبعید ابدی». شروع کردم به سیاحت و کنار زدن یک به یک کتاب ها. «غرور و تعصب» را کنار زدم و اعتراف کردم با دوری از این گنجینه، ارتباطم را با دنیای جملات قطع کرده ام. به «زندگی خواب ها» رسیدم و دیدم نامش حکایت زندگی امروز ماست! پوزخند تلخی زدم. مثل «مردی که می خندد». «آرزوهای بزرگ» خواندن و از بر کردن همه این کتاب ها «بر باد رفته» بود.

بوی کاغذهای تاخورده کتاب مرا «بیست هزار فرسنگ زیر دریا»ی احساسات کشاند. احساسی «مثل درخت در شب باران» داشتم که بارش اشعار و داستان ها، رفته رفته سرچالش

آورده بود و هم نوا با «صدای پای آب»، «از بودن و سرودن» می خواند. واژه ها زلال تر از همیشه، «در کوچه سار شب» تاریک ذهنم روان شده بودند، «مثل چشمه، مثل رود»، و سرپرده شب را پایین می کشیدند تا «تنفس صبح» ممکن شود.

نمی دانم «تولد دیگری» در ذهن من در حال وقوع بود یا «رستاخیز». هر چه بود، احوالم را دگرگون کرد. غبار قطور روی دیوان «سایه عمر» را کنار زدم و صفحه ای از آن را باز کردم. این مصرع نظرم را جلب کرد: «همچون بنفشه سر به گریبان کشیده ام» ...

شاید چندی بود که احوال من نیز همین بود، بی آن که بدانم اول خیلی متأثر شدم، ولی بعد یادم آمد که قیصر امین پور گفته است: «گل ها همه آفتابگردان اند». وقت آن بود که من هم رو به آفتاب برگردانم. باید «مسافر»ی می شدم «در کوچه آفتاب». بعد از مدت ها، این دوستان قدیمی با تمام وجود مرا صدا می کردند، و من هم در حالی که زمزمه می کردم: «صدا کن مرا، صدای تو خوب است ...»، «به باغ همسفران» پا گذاشتم. چون می دانستم سهم بنفشه ای که سر به گریبان بکشد، «صد سال تنهایی» است ...

« به نام خدائی که مرد آفرید

که از پرتوش مرد و زن آفرید »

«پروفسور سمیعی نامه» سروده: نصرت السادات رضوی نیکخو «موحدی»  
« بانوی سخت کوش کویر ، خاتون نخلستانها »

پروفسور سمیعی بود مرد عشق  
ز دامان گیلان نیکو سپهر  
که او پور گیلانی خردسال  
ذکاوت، به او را، خدا داده است  
بگشت، از ازل، عشق او با مریض  
خدا ، نور افکند ، بر بام او  
شده افتخاری ، ز گیلان زمین  
هزاران مریض، داده روح و روان  
به نیکی عمل، کرده مویش سپید  
بیالم حکیمی که عشقی در اوست  
بسوزد، به بیمار و جانی دهد  
ز مغز بشر ، او گهر آفرید  
نه او گهرش، از دل کان بود  
بداده به بیمار ، امن و امان  
ز کرمان زمینش به او، صد درود  
ز دامان مادر گهر شد پدید  
پدر ، در صدف گوهر انداخته  
نکرده تبه ، عمر پُر مایه اش  
پسر را نموده چو خود، یک طیب  
سمیعی بود، پاک و نیکوسرشت  
بود تا ابد ، نام او جاودان  
«رضوی» نیکخو دعایش کند

دل و جانش، افروخت ، در راه عشق  
برفت سوی دلها ، برافروخت مهر  
گذشته است، عمرش، ز هشتاد سال  
پزشکی ، خردمند و آزاده است  
به نزدش، مریض، گوهر است و عزیز  
بشد تا ابد ، شهرت و نام او  
مباهات گیلان و ایران زمین  
در این ره بگردیده ، نام آوران  
ز شهرت ، به آنجا ، که باید رسید  
چو خورشید تابان ، که نوری در اوست  
به دلها امید و مکانی دهد  
چو دریا ، فراوان گهر آفرید  
گهرهای او شیره جان بود  
رسیده است ، بر اوج عزّ و کمال  
نه کرمان و گیلان، ایرانی او را ستود  
که کس ، در جهان ، همچو ، گهر ندید  
ورا ، کهکشان و سماء یافته  
همیشه بوده ، جاودان سایه اش  
پزشکی شریف و نجیب و حبیب  
که جایش بود ، در ارم در بهشت  
نکونام او ، ثبت در یادمان  
هزاران فرشته ثنايش کند



# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - کاربرد بویپر نورفین در درمان سندرم محرومیت نوزادی
- 2 - استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارورسانی (3)
- 3 - بیوتوریسم
- 4 - گیاهان مؤثر در درمان بیماری صرع
- 5 - سربازان فیزیولوژیک بدن (3)
- 6 - بیابید صحبت کنیم....
- 7 - عوارض اعتیاد به تلفن همراه
- 8 - دارورسانی هدفمند در سرطان به کمک نانو فناوری



# کاربرد بوپرنورفین در درمان سندرم محرومیت نوزادی

ترجمه: دکتر ارنواز حاجی زاده برفجانی

پژوهشگر، بیمارستان ماساچوست جنرال\*

\*Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School

نویسندگان:

Walter K. Kraft, M.D., Susan C.  
Adeniyi-Jones, M.D., Inna Chervoneva,  
Ph.D.,  
Jay S. Greenspan, M.D., Diane  
Abatemarco, Ph.D., Karol Kaltenbach,  
Ph.D., and Michelle E. Ehrlich, M.D.  
New England Journal of Medicine 376;  
24 June 15,2017

روش:

در یک کارآزمایی بالینی دو سو کور (double blind)، 63 نوزاد ترم بیش از 37 هفته که در دوران جنینی در معرض ماده مخدر بوده اند و نشانه های سندرم محرومیت نوزادی را داشتند به دو گروه تقسیم شدند. گروهی تحت درمان با مورفین خوراکی قرار گرفتند و گروه دیگر با بوپرنورفین زیرزبانی درمان شدند. نوزادانی که با حداکثر دوز دارویی مورفین و بوپرنورفین همچنان نشانه های سندرم محرومیت نوزادی را داشتند تحت درمان مکمل با فنوباریتال قرار گرفتند. هدف اولیه، بررسی مدت دوره درمان سندرم محرومیت نوزادی بود. هدف های ثانویه بالینی شامل مدت بستری در

1- چکیده:

زمینه:

درمان رایج "سندرم محرومیت نوزادی" با مورفین نیازمند دوران طولانی مدت بستری و درمان در بیمارستان است. این مقاله به بررسی اثربخشی داروی بوپرنورفین برای درمان این سندرم می پردازد.

بیمارستان، درصد نوزادان نیازمند درمان مکمل با فنوباریتال و ایمنی بودند.

### نتایج:

مدت درمان با بوپرنورفین به طور معنی داری کوتاهتر از مدت درمان با مورفین بود (15 روز در مقایسه با 28 روز). بوپرنورفین باعث کاهش مدت بستری از 33 روز به 21 روز شد. درمان مکمل با فنوباریتال، در 5 نوزاد از 33 نوزاد گروه بوپرنورفین و 7 نوزاد از 30 نوزاد گروه مورفین استفاده شد و تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر عوارض جانبی مشاهده نشد.

### جمع بندی:

در میان نوزادان مبتلا به "سندرم محرومیت نوزادی"، درمان با بوپرنورفین زیربانی به کاهش طول مدت درمان و بستری در بیمارستان در مقایسه با مورفین انجامید. عوارض جانبی در میان دو گروه یکسان بود.

"سندرم محرومیت نوزادی" یکی از نتایج نامطلوب سوء مصرف مواد اعتیادآور در مادران باردار می باشد. این سندرم نوعی اختلال چند عضوی است و دارای نشانه های متنوعی است که عمدتاً به دلیل اختلال در سیستم اعصاب مرکزی خودکار دستگاه گوارش رخ می دهد. قطع داروهای اپیوئیدی می توانند باعث ناپایداری اتونوم، لرزش، بی قراری، تغذیه نامطلوب و اسهال در نوزاد شود. کاهش تحریک نوزاد، شیردهی و تغذیه مکرر به کنترل نشانه ها کمک می کند. با وجود این، دو

سوم نوزادان مبتلا به سندرم محرومیت نوزادی به اقدامات مزبور پاسخ نداده و نهایتاً نیاز به درمان دارویی برای کنترل علائم پیدا می کنند.

تجویز دوز مناسب از داروی مخدر برای کنترل علائم و کاهش تدریجی آن در طول زمان به عنوان روش رایج درمان برای نوزادان مبتلا به "سندرم محرومیت نوزادی" شناخته شده است. با وجود این، هنوز داده های کافی برای انتخاب داروی مناسب وجود ندارد. در ایالات متحده، مورفین برای 80% نوزادان مبتلا به این سندرم استفاده می شود. در بزرگسالان، بوپرنورفین زیربانی برای کنترل نشانه های ترک اعتیاد به مخدر به کار می رود. بوپرنورفین نسبت به مورفین خطر کمتری در ایجاد دپرسیون تنفسی دارد و نیمه عمر آن طولانی تر است. مطالعات باز (open-label) پیش تر ایمنی بوپرنورفین در نوزادان را نشان داده اند. در این مطالعه محققان به بررسی بوپرنورفین زیربانی و مورفین خوراکی برای درمان «سندرم محرومیت نوزادی» پرداخته اند.

### روش:

#### 2- طراحی مطالعه:

نوزادان ترمی که در دوران جنینی در معرض اپیوئید قرار داشتند و نشانه های سندرم محرومیت را بروز دادند از 31 اکتبر 2011 تا 29 می 2016 وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از اختلال مادرزادی ماژور، وزن هنگام تولد کمتر از

2200 گرم، بیماری و خیم نورولوژیک، هیپوگلیسمی نیازمند تزریق وریدی گلوکز، بیلی روبین بالاتر از 20 میلی گرم بر دسی لیتر، مصرف بنزودیازپین توسط مادر در 30 روز منتهی به زایمان یا تشنج. مطالعه به تأیید مرکز مطالعات دانشگاه توماس جفرسون رسید و دارو توسط شرکت داروسازی Indivior در اختیار پژوهشگران قرار گرفت ولی این شرکت هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع آوری داده ها، آنالیز آماری یا تهیه مقاله نداشت.

### روش درمان:

برای ارزیابی شدت علائم نوزادان از scale «MOTHER NAS» استفاده شد. این مقیاس با شاخصه ی 0 تا 42 برای سنجش شدت علائم محرومیت نوزادان استفاده می گردد. بیشتر نوزادان در محدوده ی 2 تا 14 قرار می گیرند و هرچه میزان آن بیشتر باشد، علائم شدیدتر هستند. ارزیابی نوزادان با این مقیاس هر 4 ساعت یکبار برای حداقل 72 ساعت انجام گرفت.

نوزادانی که مجموع 3 ارزیابی آنها از 24 بیشتر بود یا در یک نوبت ارزیابی 12 امتیاز یا بیشتر داشتند، تحت درمان دارویی قرار می گرفتند. این نوزادان به طور تصادفی به گروه های بوپرنورفین زیربانی یا مورفین خوراکی تقسیم شدند. تصادفی سازی (randomization) بر اساس استفاده مادر از متادون یا بوپرنورفین و نحوه شیردهی (شیر مادر

یا شیر خشک) انجام شد. دوز و مدت درمان با بوپرنورفین براساس مطالعات قبلی اثربخشی، فارماکوکینتیک و ایمنی دارو انجام شد. این دارو در دوز 0/075 میلی گرم در میلی لیتر از محلول شربت 30% اتانول تجویز گردید که به مدت 7 روز در دمای اتاق پایدار و قابل استفاده است. دارونما (placebo) فاقد اتانول بوده و حاوی 1/75 میلی لیتر شربت ساده در 2/25 میلی لیتر آب مقطر بود. مورفین در دوز 0/4 میلی گرم در میلی لیتر بر پایه محلول 4 میلی گرم در میلی لیتر (Roxane) و آب مقطر تهیه شد. این محلول 60 روز در دمای اتاق پایدار و قابل استفاده می باشد. دارونمای مورفین آب مقطر مخلوط شده با رنگ آبی خوراکی بود.

بوپرنورفین یا دارونما با سرنگ هر 8 ساعت در زیر زبان نوزاد تزریق شده و متعاقب تزریق، پستانک در دهان نوزاد قرار داده شد تا جذب زیربانی مخاطی به حداکثر برسد. مورفین خوراکی هر 4 ساعت تجویز گردید. دوز بوپرنورفین و مورفین براساس مدت علائم نوزاد تنظیم شد. در صورتی که علائم نوزاد برای 48 ساعت متوالی پایدار بوده و مجموع نمره 3 بار اندازه گیری متوالی زیر 18 بود، مقدار دارو (مورفین یا بوپرنورفین) 10% کاهش داده می شد.

نوزادان به مدت 48 ساعت پس از آخرین دوز دارو در بیمارستان نگهداری شدند.

بوپرنورفین و مورفین، پارامترهای فارماکودینامیک، عصبی رفتاری و تغذیه هم بررسی شد که نتایج آن در مقاله ذکر نشده است.

### آنالیز آماری:

آنالیز اولیه مطالعه بر اساس اصل قصد درمان (intention to treat) انجام شد.

بر اساس کارآزمایی های قبلی، محققان حجم نمونه 40 نوزاد را برای هر گروه انتخاب کردند. این حجم نمونه با قدرت 90% قادر به افتراق 28% تفاوت در گروه بوپرنورفین و مورفین (با پیش فرض انحراف معیار 0/44) بود. به دلیل کندی روند پذیرش بیمار در مطالعه و طولانی شدن زمان کارآزمایی، گروه ناظر به تحقیقات پیشنهاد محققان برای توقف تحقیق پیش از رسیدن به 80 نوزاد را پذیرفتند.

تصادفی سازی مطالعه بر اساس شیردهی مادر و استفاده مادر از متادون یا بوپرنورفین انجام شد. با وجود این، تنها 3 نوزاد که مادرانشان بوپرنورفین مصرف می کردند تحت randomization قرار گرفتند (1 نوزاد در گروه بوپرنورفین و 2 نوزاد در گروه مورفین). هر 3 نوزاد، با شیر خشک تغذیه می شدند که نهایتاً تصادفی سازی بر اساس مصرف بوپرنورفین را بی تأثیر می کرد و به همین دلیل تست های آماری تنها بر اساس نحوه تغذیه تنظیم شدند. از آنجائی که مدت درمان یا لگاریتم مدت درمان از پیش فرض توزیع نرمال پیروی نمی کرد، لذا از تست stratified two sample Van

نوزادانی که نمره آن ها بالاتر از 12 بود، بنا به نظر پزشک اجازه دریافت یک دوز نجات بعد از قطع درمان را داشتند.

حداکثر دوز مورد استفاده بوپرنورفین 60 میکروگرم بر کیلوگرم در روز و حداکثر دوز مورفین 1/2 میلی گرم بر کیلوگرم در روز بود. این دوز در هر دو گروه بعد از 6 بار افزایش به حداکثر دوز می رسید تا پوشیده سازی (Blinding) مطالعه حفظ شود. در مواردی که علائم «سندرم محرومیت نوزادی» با حداکثر دوز مورفین یا بوپرنورفین کنترل نمی شد، فنوباریتال با دوز 20 میلی گرم بر کیلوگرم شروع شده و با دوز 5 میلی گرم بر کیلوگرم روزانه ادامه پیدا می کرد. هنگامی که نیاز روزانه به مورفین یا بوپرنورفین به 50% دوز حداکثر کاهش پیدا کرد، دوز فنوباریتال هم به 2/5 میلی گرم بر کیلوگرم کاهش داده شد. در تمامی گروه ها، آزمایش های عملکرد کبدی، بلافاصله بعد از شروع دارو و 7 و 21 روز بعد از آن انجام شد.

### شاخص ها:

شاخص اصلی، بررسی مدت زمان درمان علائم «سندرم محرومیت نوزادی» پس از دریافت اولین دوز دارو است. شاخص های ثانویه بالینی شامل بررسی مدت زمان بستری در بیمارستان، درصد نوزادان نیازمند به درمان مکمل با فنوباریتال و ایمنی بودند. شاخص های دیگر شامل rate تنفسی و وزن گیری بود. علاوه بر شاخص های ذکر شده، فارماکوکینتیک

برای بررسی ارتباط بین گروه درمان و درمان مکمل با فنوباریتال پس از کنترل نوع شیردهی و از نرم افزارهای SAS version 9/4 و K برای تفسیر نتایج استفاده شد.

Elteren برای مقایسه مدت درمان و مدت بستری بین دو گروه، بعد از تنظیم کنترل بر اساس نوع شیردهی استفاده شد. از تست Cochran – Mantel – Haenszel

| خصوصیت نوزاد                          | بوپرنورفین (N= 33) | مورفین (N=30)   |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
| به هفته (دامنه) میانه سن حاملگی       | 38.5(37-42)        | 39(37-41)       |
| گرم (دامنه) میانه وزن تولد            | 3040(2270-4380)    | 3004(2197-3850) |
| درصد تعداد جنس مذکر                   | 17(52%)            | 18(60%)         |
| تعداد نوزادان تغذیه شده با شیر مادر % | 12(36%)            | 9(30%)          |
| (دامنه) میانه شاخص آپکار              |                    |                 |
| اول                                   | 8(3-9)             | 8(5-10)         |
| دوم                                   | 9(7-9)             | 9(7-10)         |
| تعداد = نژاد %                        |                    |                 |
| سفید                                  | 28(85%)            | 24(80%)         |
| سیاه                                  | 5(15%)             | 4(13%)          |
| سایر                                  | 0                  | 2(7)            |
| (دامنه) میانه دو سر به سانتی متر      | 33(30-36.5)        | 33(27.5-36.5)   |
| (دامنه) سن در زمان شروع درمان به روز  | 2(1-9)             | 2(1-14)         |

### جدول شماره یک : خصوصیات پایه ای نوزادان و مادران

| خصوصیات مادر                              | بوپرونورفین (N= 33) | مورفین (N=30) |
|-------------------------------------------|---------------------|---------------|
| استفاده از متادون                         |                     |               |
| تعداد درمان نگه دارنده (%)                | 32(97%)             | 27(90%)       |
| میلی گرم (دامنه) دوز روزانه               | 130(25-265)         | 135(30-260)   |
| استفاده از بوپرونورفین                    |                     |               |
| تعداد درمان نگهدارنده (%)                 | 1(3%)               | 2(7%)         |
| میلی گرم (دامنه) دوز روزانه               | 8                   | 7(6-8)        |
| تعداد استفاده از اپیونید کوتاه اثر (%)    | 0                   | 1(3%)         |
| تعداد استفاده از سیگار (%)                |                     |               |
| هر مقدار                                  | 28(85%)             | 28(93%)       |
| بیش از 5 سیگار در روز                     | 22(67%)             | 22(73%)       |
| تعداد سایر دارو های یافت شده در ادرار (%) |                     |               |
| کوکائین                                   | 1(3%)               | 5(17%)        |
| آمفتامین                                  | 1(3%)               | 0             |
| سایر مخدر ها                              | 3(9%)               | 5(17%)        |

### 3- نتایج:

#### بیماران:

از میان 121 نوزادی که برای مطالعه تحت غربالگری قرار گرفتند، 63 نوزاد پیش نیاز های درمان فارماکولوژیک را داشتند و وارد مطالعه شدند. اکثر مادران تحت درمان یک مرکز

متادون قرار گرفتند. 21 نوزاد با شیر مادر تغذیه می شدند که از این تعداد، 12 نوزاد در گروه بوپرونورفین و 9 نوزاد در گروه مورفین بودند. میانگین مدت تغذیه با شیر مادر 7 روز بود (دامنه 0 تا 24 روز). در زمان ترخیص از

بیمارستان 9 نوزاد از 21 نوزاد هنوز تحت تغذیه با شیر مادر بودند.

پس از شروع مطالعه، والدین 5 نوزاد، رضایت خود را برای ادامه مطالعه پس گرفتند. در 4 نوزاد (2 نوزاد در گروه بوپرنورفین و 2 نوزاد در گروه مورفین) دلیل این تصمیم، نگرانی والدین از آهستگی دوره کاهش دارو (weaning) بود. والدین نوزاد پنجم بدون دلیل خاصی بعد از 2 دوز دارو تصمیم به خروج از مطالعه گرفتند. هیچ موردی از خروج به دلیل عوارض جانبی درمان نبود. نوزادانی که از مطالعه خارج شدند تحت درمان با مورفین خوراکی قرار گرفتند.

در آنالیز به قصد درمان (intention to treat) 33 نوزاد در گروه بوپرنورفین و 30 نوزاد در گروه مورفین قرار گرفتند. در آنالیز پروتکل، 5 نوزادی که رضایت نامه آن‌ها پس گرفته شده بود از آنالیز خارج شدند و آنالیز پروتکل شامل 30 نوزاد از گروه بوپرنورفین و 28 نوزاد از گروه مورفین بود.

#### شاخص های اولیه و ثانویه مطالعه:

در آنالیز به قصد درمان (intention to treat) میانگین دوره درمان در گروه

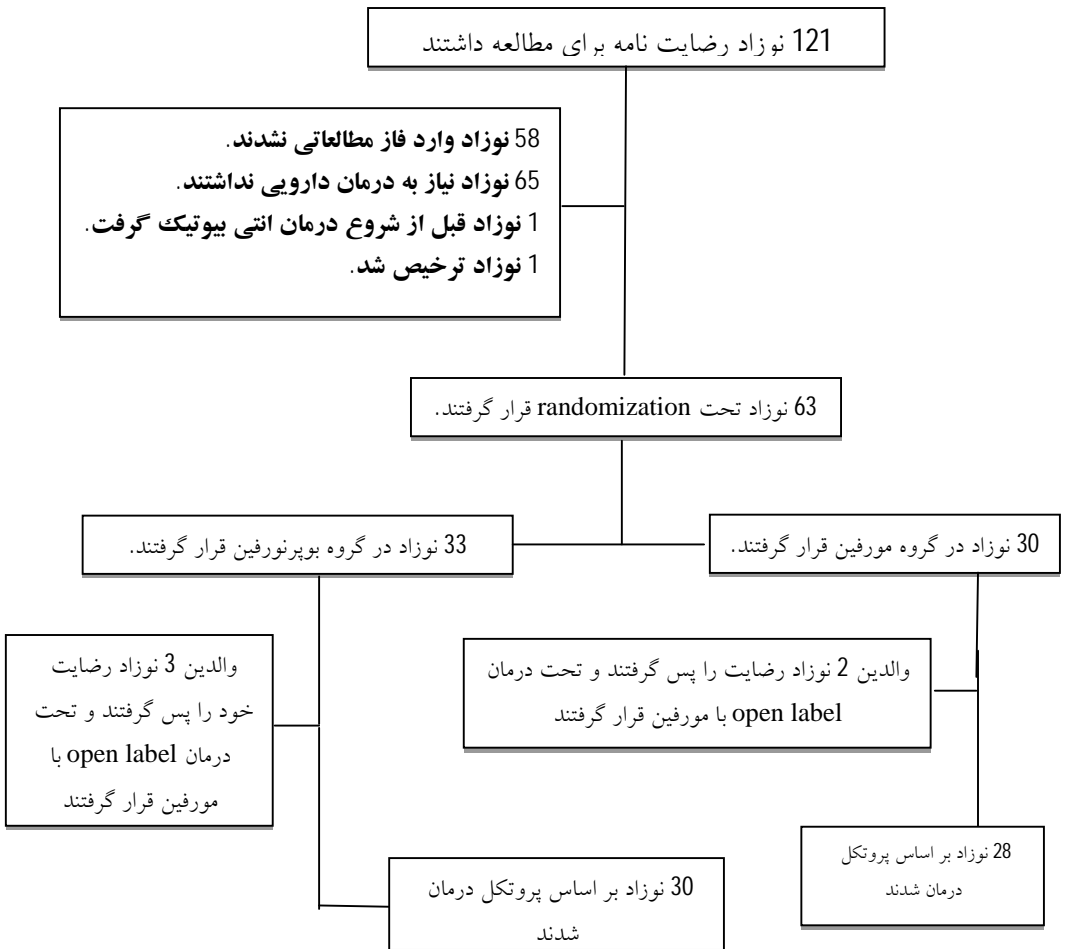
بوپرنورفین 15 روز و در گروه مورفین 28 روز بود که بیانگر 13 روز تفاوت در مدت درمان دارویی میان دو گروه بود (بازه ی اطمینان 95 درصدی: 7 تا 21 روز،  $P < 0/001$ ). میانگین مدت بستری در بیمارستان در گروه بوپرنورفین 21 روز و در گروه مورفین 33 روز بود که نشان دهنده ی تفاوت 12 روزه در مدت بستری بود (بازه اطمینان 95 درصدی: 7 تا 22 روز،  $P < 0/001$ ) 5 نوزاد از گروه بوپرنورفین (2 نوزاد که با شیرخشک تغذیه می شدند و 3 نوزاد که با شیر مادر تغذیه می شدند) و 7 نوزاد از گروه مورفین (4 نوزاد تغذیه شده با شیرخشک و 3 نوزاد تغذیه شده با شیر مادر) به فنوباریتال مکمل، نیاز پیدا کردند. ( $P = 0/36$ ) هیچکدام از نوزادان پس از ترخیص، مجدداً به دلیل «سندرم محرومیت نوزادی» بستری نشدند.

#### ایمنی:

در مجموع، 13 عارضه جانبی در 7 نوزاد گروه بوپرنورفین و 10 عارضه ی جانبی در 8 نوزاد گروه مورفین گزارش شد [  $P = 0/79$  ] برای تعداد عارضه ها بر اساس تست دقیق فیشر [ (Fisher's exact test) ]



Enrollment and outcome: 1 شکل



(بازه اطمینان 95 درصدی 0/7 تا 8/1 ،  
 $P = 0/02$  ) ولی با وجود این ، تمامی  
rate های تنفسی در محدوده ی طبیعی بود.  
در روز هفتم پس از تولد، کاهش وزن گروه  
مورفین (167 گرم) کمتر از کاهش وزن در  
گروه بوپرنورفین (231 گرم) بود ( $p = 0/04$ )  
ولی اندازه گیری وزن در روزهای 14 ، 21 ، 28  
تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان نداد.

دو عارضه جانبی جدی در مطالعه گزارش  
شد. یک مورد جراحی ترمیم فتق اینگوینال در  
گروه مورفین و مورد دیگر جراحی سوپرا  
گلو تویلاستی ناشی از سندرم پیر رایین Pierre  
Robin - در گروه بوپرنورفین. آنزیم های  
کبدی در هیچکدام از نوزادان افزایش نیافت.  
میانگین rate تنفسی در گروه مورفین 4/4  
تنفس در دقیقه کمتر از گروه بوپرنورفین بود

## جدول 2 : شاخص های اولیه و ثانویه

| نتیجه و زیر گروه شیردهی               | بوپرنورفین (N=33) | مورفین (N=30) | تفاوت روز (95% CI)      |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------|
| تعداد نوزادان                         |                   |               |                         |
| شیر مادر                              | 21                | 21            |                         |
| شیر بطری                              | 12                | 9             |                         |
| شاخص اولیه                            |                   |               |                         |
| (دامنه) میانه ی مدت<br>درمان به روز   | 15(3-67)          | 28(13-67)     | $-13(-21_{-7}) < 0.001$ |
| شیر مادر                              | 15 (3-67)         | 28(13-67)     | -13(-23_-6)             |
| شیر بطری                              | 20 (3-55)         | 28(16-52)     | -8(-30_2)               |
| شاخص ثانویه                           |                   |               |                         |
| (دامنه) میانه مدت                     | 21 (7-71)         | 33(18-70)     | $-12(-22_{-7}) < 0.001$ |
| شیر مادر                              | 21 (7-71)         | 33(18-70)     | -12(-23_-7)             |
| شیر مادر                              | 26 (7-58)         | 32(20-58)     | -8(-29_2)               |
| % تعداد استفاده از<br>فئوباریتال مکمل | 5(15%)            | 7(23%)        | P:0.36                  |
| شیر مادر                              | 2 (6%)            | 4(13%)        |                         |
| شیر بطری                              | 3 (9%)            | 3(10%)        |                         |

#### 4- بحث:

شدند و بنابراین نتایج پژوهش نباید به نوزادانی با شرایط مذکور تعمیم داده شود. پیش از این، بوپرنورفین در درمان نوزادان نارس ICU استفاده شده ولی کاربرد آن در درمان سندرم محرومیت نوزادی در نوزادان نارس بررسی نشده است. همچنین، در نوزادان نارس، شدت علائم محرومیت نوزادی کمتر است. بنابراین ممکن است استفاده از ابزارها و مقیاس های سنجش علائم که در این مطالعه استفاده شد، در مورد این گروه معتبر نباشد. استفاده مادر از بنزودیازپین ها در دوران حاملگی باعث تشدید نشانه های سندرم محرومیت در نوزاد متولد شده می گردد. هم اینک کارآزمایی های بالینی دیگری برای بررسی سودبخشی بوپرنورفین در این گروه از نوزادان در حال انجام است.

(ClinicalTrials.gov numbers, NCT02249026 and NCT01671410). مکانیسمی که از طریق آن بوپرنورفین، دوره ی درمان سندرم محرومیت را کوتاه می کند هنوز به درستی شناخته نشده است. به نظر می رسد که نیمه عمر طولانی تر بوپرنورفین، سبب می شود که نوسانات سطح سرمی دارو کمتر باشد که امکان کاهش تدریجی وابستگی در سطح گیرنده های مو ( $\mu$ ) را آسانتر می کند. ناگفته نماند که برخلاف متادون، بوپرنورفین پارشیال آگونیست است و اثر آنتاگونیستی آن می تواند به تسریع قطع درمان کمک کند. احتمال می رود که اثرات آگونیستی بوپرنورفین

محققان در این کار آزمایشی بالینی دوسوکور نشان دادند که بوپرنورفین به طور معنی داری در کم کردن دوره درمان دارویی برای سندرم محرومیت نوزادی مؤثرتر از مورفین است. این تفاوت هم در مدت درمان دارویی و هم در طول مدت بستری نمود پیدا کرد. نتایج مطالعه و آنالیز داده ها در آنالیز بر اساس پروتکل و براساس درمان نهایی شباهت داشت. تفاوت معنی داری بین دو گروه از جهت نیاز به استفاده از فنوباریتال مکمل برای کنترل علائم مشاهده نشد؛ هرچند تعداد کمی از نوزادان نیازمند این درمان شدند. این یافته نشانگر آن است که اثرات فارماکودینامیک بوپرنورفین و مورفین در دوزهای مورد مطالعه، مشابه است. نرخ عوارض جانبی در دو گروه نزدیک بود. نوزادانی که مورفین دریافت می کردند ریت تنفسی پایین تری داشتند.

تنفس بهتر به همراه فاصله طولانی تر بین دوزهای دارو در گروه بوپرنورفین، این امکان را فراهم می کند که بتوان در مطالعات آینده، بوپرنورفین را در نوزادان غیر بستری نیز بررسی کرد.

محدودیت های این پژوهش شامل حجم کوچک نمونه و به کارگیری یک مرکز برای انجام مطالعه بود. در این مطالعه، نوزادان نارس و نوزادانی که در دوران جنینی در معرض بنزودیازپین قرار داشتند، از مطالعه کنار گذاشته

در سطح گیرنده های مو ( $\mu$ ) ، دلتا و گیرنده شبه اپیوئیدی 1- (ORL-1) و اثر آنتاگونیستی آن در سطح گیرنده کاپا (K) در این مورد نقش داشته باشد.

در نهایت این مطالعه نشان داد که بوپرنورفین زیربانی موثرتر از مورفین خوراکی در کاهش مدت درمان و مدت بستری در بیمارستان در نوزادان مبتلا به سندرم محرومیت نوزادی است.

جدول 3 : عوارض جانبی

| عارضه               | بوپرنورفین (N=33) | مورفین (N=30) |
|---------------------|-------------------|---------------|
| عارضه جانبی جدی     |                   |               |
| ترمیم فشق اینگوینال | 0                 | 1             |
| سوپر آگلو توپلاستی  | 1                 | 0             |
| سایر عوارض          | 13                | 10            |
| کم خونی             | 1                 | 0             |
| عارضه پوستی         | 5                 | 3             |
| عارضه گوارشی        | 3                 | 3             |
| عفونت تنفسی         | 0                 | 2             |
| سرفه                | 1                 | 0             |
| تاکی کاردی          | 1                 | 0             |
| گرانولوم نافی       | 1                 | 0             |
| عفونت مجاری ادراری  | 0                 | 1             |



## استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارو رسانی (قسمت سوم)

ترجمه: دکتر مرجان شالچی

برای درمان سرطان فارماکو کیتیک بهتری پیدا می کنند. به عنوان مثال، کامپوتسین متصل به PEG، با نام تجاری PROTHECAN، وارد مطالعات بالینی درمان سرطان شده است. از سوی دیگر، افزایش حلالیت ضعیف بعضی داروها، کارکرد مهم دیگر اتصال دارو- پلیمر است. به طور مشخص، اتصال پلیمرهای محلول در آب به گروه های عاملی که در ساختار دارو وجود دارند، می تواند حلالیت در آب دارو را به مقدار زیاد افزایش دهد. اخیراً، طبقه بندی جدید اتصال دارو- پلیمر، به نام اتصال دارو- پلیمر بُرسی، با روش کوپلیمریزاسیون تغییر شکل حلقه های مولکولی به حالت باز ساخته شده است. در این

ترکیبات دارو- پلیمر (پیش دارو prodrugs)

ترکیبات دارو- پلیمر زیادی از ابتدای دهه 70 میلادی تاکنون ساخته شده اند. اتصال ماکرومولکول های پلیمر به داروها به طور مشخص زمان در گردش خون بودن داروها را زیاد می کند، به خصوص داروهای پپتیدی یا پروتئینی، که به راحتی در بدن انسان هضم می شوند، می توان فعالیت آنها را با متصل کردن به پلیمر محلول در آب (PEG) حفظ کرد. به عنوان مثال، آل آسپارژیناز متصل به PEG عمر نیمه ای بیش از 357 ساعت دارد. عمر نیمه متعارف آل- آسپارژیناز، بدون PEG، تنها 20 ساعت است. افزون بر این، با اتصال پروتئین ها به PEG، داروهای ضد سرطان ریزمولکول نیز

می رسد، اتصال دارو به PEG در عرصه انتقال پلیمری دارو استاندارد طلائی دارد. از این گذشته، اتصال دارو - پلیمر هنوز از نظر اطلاعات مربوط به تخریب نشدن در بدن و سرنوشت پلیمرها بعد از وارد شدن به بدن محدود است.

### میسل های پلیمری

میسل های پلیمری وقتی تشکیل می شوند که سورفکتانت های آمفیفیلیک یا مولکول های پلیمر خود به خود در محیط آبی برای تشکیل ساختارهای هسته - پوسته به هم می پیوندند. هسته داخلی میسل، که آب گریز است، به وسیله پلیمرهای آب دوست پوسته، مثل PEG، احاطه شده است. هسته آب گریز آنها برای داروهای کم محلول در آب و داروهای آمفیفیلیک به عنوان مخزن عمل می کند و همزمان پوسته آب دوست آنها با پایدار ساختن هسته، زمان در گردش خون دارو را طولانی می سازد و انباشتگی در بافت های تومور را افزایش می دهد. تاکنون انواع مختلفی از داروها به شکل میسل های پلیمری با قرار گرفتن در محفظه میسلی یا با اتصال کووالانسی ساخته شده اند، مانند با نام تجاری Genexol-PM و ژنریک PEG-poly(D,L-Lactide)-PTX ساخت شرکت Samyung کشور کره، که در آن میسل های پلیمری Cremophor-free با PTX (پکلیتاکسل) پر شده اند. آزمایش ها روی موش نشان داد که حداکثر مقدار قابل تحمل، در مقایسه با PTX ساده در بافت های مختلف، نیز تومورها، سه برابر شده است. مرحله اول

گزارش، PEG به عنوان قسمت پلیمری با زنجیره های بُرسی شکل به حساب می آید؛ این کونژوگه حلالیت در آب بسیار خوبی را عرضه کرد. هرچند اتصال های دارو - پلیمر به اصلاح شیمیایی داروهای موجود نیاز دارد، که به افزایش قیمت داروها منتهی می شود و مراحل خالص سازی اضافه تری لازم است. افزون بر این، پلیمرهایی که به شکل شیمیایی به داروها متصل می شوند، اغلب به عنوان دسته های جدید دارویی، که خواص فارماکوکینتیک خودشان را دارند، به صورت جداگانه از داروهای اصلی در نظر گرفته می شوند. به همین خاطر نیاز به تأییدیه FDA آمریکا دارند، حتی اگر داروی اصلی تأییدیه داشته باشد. با وجود تنوع زیاد داروهای جدید و مواد شیمیایی ساخته شده، تنها چهار دارو (دوکسوروبیسین، کامپوتوسین، PTX، پلاتینات) و چهار پلیمر (HPMA، PGA، PEG و Dextran) برای ساخت اتصال های دارو - پلیمر مورد استفاده قرار گرفته اند. علاوه بر این، داروهای پلیمر موجود در بازار، PTX - PGA با نام تجاری گزیوتاکس، PEG - کامپوتوسین و HPMA - دوکسوروبیسین هم اکنون در مرحله آزمون های بالینی هستند. به عنوان مثال، PK1 به عنوان داروی ضد سرطان در آزمون های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفته و مرحله یک پژوهش بالینی در بیماران دارای چندین نوع تومور مقاوم به درمان های پیشین انجام شده است. هرچند، نتایج بالینی برای HPMA - دوکسوروبیسین امیدوارکننده به نظر

## نانوذرات هیدروژل

در سال های اخیر به نانوذرات هیدروژل، به عنوان یکی از نوید دهنده ترین ذرات نانویی برای سیستم های دارو رسانی، به علت خواص منحصر بفرد، توجه ویژه ای معطوف شده است. هیدروژل ها شبکه های سه بعدی از پلیمرهای آب دوست هستند، که می توانند در آب بیشتر از 20 درصد وزنشان قدرت جذب و نگهداری این وزن را داشته باشند، در حالی که همزمان ساختار سه بعدی شبکه پلیمری خود را حفظ کنند. خواص حجم پذیری، ساختار شبکه ای، نفوذپذیری یا پایداری مکانیکی هیدروژل ها می تواند به وسیله محرک های خارجی یا پارامترهای فیزیولوژیکی کنترل شود. هیدروژل ها به طور گسترده ای برای داروهای آهسته رهش، رهش وابسته به محرک و کاربرد در کاشتنی های بیولوژیکی مورد بررسی قرار گرفته اند. هرچند، پاسخ هیدراتاسیون به تغییراتی که توسط محرک ها اعمال می شود در بیشتر سیستم های هیدروژل آرام تر از آن است که بتوان به عنوان کاربرد درمانی از آن استفاده کرد. برای غلبه بر این محدودیت، باید در ساختارهای هیدروژلی به مقیاس میکرو و نانو پیشرفت بیشتری صورت گیرد.

گزارش های اخیر درباره میکروژل ها و نانوذلهای «پلی - ان - ایزوپروپیل آکریلامید»، با پاسخ های بسیار سریع و خواص رئولوژیکی جالب، پیشرفت هایی نشان داد. Ding و همکاران ثابت کردند که نانوذرات هیدروژلی

پژوهش های بالینی در بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که Genexol-PM نسبت به PTX های متداول برای انتقال مقادیر زیادتر دارو، بدون ایجاد سمیت اضافی، برتری دارد. بتازگی دسته ای از سیستم های دارو رسانی جدید دومانظوره میسلی، بر پایه اتصال کوپلیمر (HA-C18) هیالورونیک اسید اکتادسیل و کونژوگه آن با فولیک اسید (FA-HA-C18) ساخته شده اند. PTX به وسیله پلیمرهای میسلی HA-C18 و FA-HA-C18، با کارایی حفاظت داخل کپسولی 97/3 درصد، با موفقیت تولید شد. از آنجا که این کوپلیمرها از نظر تخریب و سازگاری با بدن مناسب اند و می توانند به طور اختصاصی به سلول هدف متصل شوند، نوید دهنده حامل های با ساختار نانویی برای داروهای ضد سرطان آب گریز هستند. افزون بر این، میسل های حامل دارو با خاصیت پاسخگو به محرک و میسل های پلیمری چند کاره حاوی اجزاء درمانی هم اکنون به شدت در حال بررسی اند، که با این توانایی بالقوه در آینده نزدیک می توانند مسیر اصلی توسعه داروهای پلیمری به حساب بیایند. گذشته از این، با استفاده از شبیه سازی کامپیوتری، تولید آزمایشگاهی میسل های پلیمری حاوی دارو می تواند به طور مؤثری هدایت شود، زیرا از این طریق فهم درستی از مکانیسم ساختارهای مزوسکوپییک فراهم می شود و نقش تکمیل کننده برای تحقیقات آزمایشگاهی دارد.

ساختارهای پلیمری، ساخته شدند تا زنجیره های متصل شده در زمان لازم قابل جدا شدن باشند و در بدن تخریب شوند. برای ایجاد شبکه ای از نانوذرات، یک دی سولفید به عنوان اتصال عرضی استفاده می شود. بنابراین، شبکه پلیمری، با قرار گرفتن در محیطی احیاء کننده، می تواند به ساختار زنجیره های پایه اش تکه تکه شود. هم اکنون تحقیقات روی این نانوذرات هیدروژلی، که در بدن قابل تجزیه هستند، برای تولید siRNA به شکل رهش کنترل شده و قابل کپسوله شدن در درون پلیمر در جریان است. اگرچه داروهای بر پایه ذرات نانو هیدروژلی اکنون در بازار وجود ندارند، ولی به احتمال زیاد، به خاطر خواص تطبیق پذیری بیولوژیکی و حمل مؤثر دارو، در آینده پیشرفت های زیادی برای سیستم های دارو رسانی فراهم خواهند کرد.

### نانوذرات پروتئینی

داروهای آب گریز مثل تاکسان ها بسیار متداول هستند و در درمان انواع تومورهای سخت به کار می روند. پاکلیتاکسل (PTX)، نیز دوستاکسل، که تاکسان های موجودند، آب گریز هستند. آنها را به خاطر مشکل حلالیت، به وسیله سورفکتانت های غیر یونی، به شکل سوسپانسیون فرموله می کنند، مانند Tween 80 برای دوستاکسل. هرچند این سورفکتانت ها در بدن واکنش های حساسیت شدید و عوارض جانبی سمی ایجاد می کنند. برای کاهش سمیت

پلی آکرلیک حاوی سیسپلاتین می توانند روی بافت تومور جای گرفته و روی آن را پوشانند. این سیستم هیدروژلی در کاهش سرعت رشد تومور و افزایش طول عمر موش ها کارایی بیشتری نشان داد. نیز ارزیابی توزیع بیولوژیکی دارو در بدن ثابت کرد که کاشتنی های هیدروژل غلظت و انباشت زیادتر دارو ایجاد می کنند. یک هیدروژل چندکاره هیبریدی (ترکیبی)، با ترکیب خواص مغناطیسی ذرات نانو و خواص معمولی هیدروژل ها، ساخته شد. این هیدروژل های هیبریدی می توانند برای حمل تعداد زیادی از داروها و انتقال آنها به مکان های هدف، با استفاده از میدان مغناطیسی خارجی، به کار گرفته شوند. برای بهبود خصوصیات سیستم های دارو رسانی هیدروژلی، نانوذلهای پوسته - هسته ای ساخته شدند، که از آپتامرها (مولکول های اسید نوکلئیک یا پپتید صناعی) به عنوان عناصر شناسنده و از نور نزدیک مادون قرمز به عنوان محرک انگیزش انتقال دارو استفاده می شود. در این سیستم، میله های نانویی طلا- نقره، که در محدوده مادون قرمز دارای باندهای جذب شدید هستند، با پوسته های پلیمری شبکه ای DNA پوشیده شدند. بنابراین، داروها می توانند به سرعت و کنترل به وسیله اشعه مادون قرمز پخش شوند. از آنجا که سرنوشت نانوذرات هیدروژل، پس از ورود به بدن به منظور کاربردهای بالینی، نگرانی هایی ایجاد می کند، ذرات نانو هیدروژل به قطر حدود 200 نانومتر، از طریق مینی امولسیون معکوس



دارو، آلومین متصل به PTX فورموله شده تا از این طریق اندازه نانوذرات تقریباً به 130 نانومتر برسد، که توسط FDA برای درمان سرطان پستان تأیید شده است. علاوه بر این، فرآورده آلومین-PTX نشان داد که دارو به گیرنده آلومین (gp60) سلول های اندوتلیال متصل می شود، بیشتر در خارج رگ ها وجود دارد، غلظت دارو در تومور بیشتر، و بدون افزایش واکنش های حساسیتی است. ترکیب آلومین-PTX در 38 کشور برای درمان سرطان متاستاز دهنده سینه مورد تأیید قرار گرفته است. از این گذشته، Abraxane در حال حاضر برای درمان سرطان هایی مانند سرطان متاز دهنده ی پستان، سرطان ریه non-small-cell، ملانومای بدخیم، سرطان پانکراس و معده در حال بررسی است.

### دندریمرها (درخت سان ها)

دندریمرها صنایعی هستند، ماکرومولکول های شاخه ای که ساختار درخت مانند دارند. برخلاف بیشتر پلیمرهای خطی، ترکیب شیمیایی و وزن مولکولی دندریمرها می تواند به دقت کنترل شود، از این رو پیش بینی سازگاری با بدن و فارماکوکینتیک آنها نسبتاً آسان است. دندریمرها بسیار یک شکل هستند، پراکندگی بسیار کمی دارند، عموماً با ابعاد تقریبی 1 تا 10 نانومتر ساخته می شوند. ساختار کروی آنها و وجود حفره های داخلی باعث می شود داروها درون بخش داخلی این ماکرومولکول کپسوله شوند و برای فراهم ساختن رهش کنترل شده دارو از این هسته داخلی استفاده می شود. اگرچه

اندازه کوچک (حداکثر 10 نانومتر) دندریمرها، جاسازی داروی بیشتر را محدود می کند، طبیعت درخت مانند و شاخه ای آنها اجازه می دهد دارو به سوی سطح خارجی ساختار با ایجاد اتصالات کووالانسی یا فعل و انفعالات الکترواستاتیک بارگذاری شود. دندریمرها می توانند با رویکردهای واگرا یا همگرا ساخته شوند. در روش واگرا، دندریمرها از هسته ساخته می شوند. هرچند، این روش بازده کمی دارد، زیرا واکنش هایی که رخ می دهد باید به سوی یک مولکول هدایت شود تا تعداد زیادی از موقعیت های واکنش آکی والان انجام شود. افزون بر این، به دلیل پیچیدگی های خالص سازی، واکنش های زیادی برای مراحل آخر سنتز موردنیاز است. برای روش همگرا، سنتز از محیط مولکول های دندریمر آغاز می شود و در هسته تمام می شود. در این رویکرد، هر نسلی که ساخته شد می تواند بعداً خالص سازی شود.

مولکول های دارویی متصل به دندریمر می توانند برای درمان سرطان، با افزایش حلالیت و نفوذپذیری دارو (اتصال دارو- دندریمر) و انتقال داخل سلولی مصرف شوند. بعضی داروها از لحاظ فیزیکی می توانند داخل شبکه دندریمر یا پیوندهای ترکیبی (کووالانسی یا غیرکووالانسی) روی سطح دندریمر کپسوله شوند. افزون بر این، کارایی سطح دندریمر با لیگاندهای خاص می تواند توانایی بالقوه هدف گیری دارو را بالا ببرد. برای مثال، Myc و

همکاران در مورد اتصال دندریمر پلی آمید و آمین حاوی فولیک اسید به عنوان عامل هدف گذاری و متوترکسات به عنوان عامل درمانی را گزارش دادند. سمیت سلولی و عملکرد انتخابی هم با گیرنده عرضه کننده فولیک اسید (در سطح سلول های سرطانی زیادند) و هم سلول های غیر عرضه کننده مورد آزمایش قرار گرفت. نتایج، هم در آزمایشگاه و هم در درون بدن، نشان داد که اتصال دندریمر ترجیحاً برای سلول های هدف سمیت سلولی داشته است. دندریمر پلی آمید و آمین متصل به یک آنتی بادی - آنتی ژن غشایی خاص ضد پروستات هم این را ثابت کرد. اتصال آنتی

بادی - دندریمر به طور ویژه به غشاء آنتی ژن مثبت خاص ضد پروستات متصل شد، نه سلول های آنتی ژن منفی. سمیت و ایمنی دندریمرها، وقتی از آنها به عنوان سیستم دارو رسانی استفاده می شود، دغدغه های اصلی هستند. از آنجا که آزمایش های بالینی روی دندریمرها تاکنون محدود بوده، به سختی می توان گفت که دندریمرها ذاتاً ایمن هستند یا سمی.

(ادامه دارد)



## Bioterrorism

### بیوتروریسم

#### دکتر محمد فرزین

توسط دولت سلطنتی آلمان، و اقدامات کشورهای آمریکا، کانادا، ژاپن، انگلیس و شوروی در خلال جنگ دوم جهانی با انتشار حشرات بیماری به عنوان آفت نباتی، برای نابودی محصولات دشمن، شروع شد. تحقیقات دانشمندان آلمان نازی بر روی زندانیان با سلاح های شیمیایی از جمله استفاده عمدی Sulfur mustard (گاز خردل) و ایجاد سوختگی شدید و تاول های پوستی، برگ سیاهی در تاریخ بشریت است.

در سال 1984م فرقه Ragneeshee در شهر دالاس ایالت اورگون آمریکا با آلوده کردن

در جنگ های باستانی به ویژه در اروپا، یکی از راه های آسیب رساندن به دشمن، انتقال بیماری ها از طریق پرتاب مواد آلوده به سوی دشمن بوده است و بسیاری از همه گیری ها که موجب مرگ و میر گسترده شده است. از جمله همه گیری طاعون در اروپا در قرن چهاردهم میلادی که به «مرگ سیاه» موسوم شد و میلیون ها نفر را نابود کرد، از سوی برخی محققان، به عنوان انتشار عمدی بیماری تلقی شده اند.

توجه جدی به مقوله بیوتروریسم از جنگ جهانی اول به این طرف، با انتشار بیماری، Glanders (مشمشه) و Anthrax (سیاه زخم)

عمدی سالادهای رستوران ها با میکرب تیفوئید، نزدیک به هشتصد نفر را مسموم کردند، تا با کاهش تعداد سایر رأی دهندگان، بتوانند آرای کاندیداهای خود در انتخابات بخش Vasco را افزایش دهند

فرقه Aum Shinrikyo در سال 1995م با انتشار گاز Sarin در متروی توکیو، موجب مرگ دوازده نفر و آسیب دیدن جدی نزدیک به پنج هزار نفر شدند. مرگ بسیاری از رهبران جهان و افراد کلیدی را به حملات رادیواکتیو با استفاده از Polonium zio نسبت می دهند که حتی یک لحظه تماس با آن، مرگ تدریجی در پی دارد.

از اواخر قرن بیستم میلادی، با توجه به جنایات جنگی دولت وقت عراق بر ضد مردم ایران و شهروندان حلبچه با استفاده از سلاح های شیمیایی و حوادث سال 2001م در آمریکا که منجر به آلوده شدن برخی مقامات و صاحبان رسانه ها به میکرب سیاه زخم ارسالی توسط بسته های پستی شد، کشورهای سازنده سلاح های بیوتورسیم، به فکر پیش گیری از خطر آن بر ضد خود افتادند.

از جمله سازمان های بهداشتی، درمانی و امنیتی، اقدام به تشکیل بخش های مقابله با حملات بیوتورسیم نمودند تا از خطرهای سلاح های کشتار جمعی خودساخته که گمان می کردند فقط علیه سایر کشورها استفاده می شود، مصون بمانند!

پس از این مقدمه، به نکاتی برای مقابله با حملات بیوتورسیم اشاره می کنیم:

### 1- قبل از حمله بیوتورسیم

علاوه بر آموزش همگانی که وظیفه سازمان سلامت و امنیت کشور است، باید آماده مقابله با بیوتورسیم بود. حملات شیمیایی و بیولوژیک و رادیواکتیو، معمولاً بی سروصدا هستند و کسی از شروع آن ها باخبر نمی شود، لذا در مناطقی که احتمال حمله وجود دارد، نه تنها باید بسته های آب و غذا و مواد اولیه زندگی برای حداقل 72 ساعت در دسترس افراد باشد، بلکه به طریق اولی، بیمارستان ها و مراکز اورژانس هم باید آب و غذای بسته بندی شده و سالم برای حداقل 72 ساعت ذخیره کرده باشند زیرا، معمولاً منابع آب و غذا را مورد هدف قرار می دهند.

### 2- در حین حمله بیوتورسیم

به محض مشخص شدن حمله، چه از طریق رسانه های جمعی و چه از طریق بروز علائم و نشانه ها، باید با آن مقابله نمود.

علائم و نشانه های حملات بیوتورسیم، بسیار شبیه علائم بیماری های واگیردار و تنفسی هستند، از جمله موارد زیر که بدون علت اولیه و سابقه بیماری ناگهان بروز کنند:

سوزش و خارش چشم و پوست، تهوع و استفراغ، سردرد و خستگی غیرقابل توجیه، تب و لرز، بثورات جلدی، بروز تاول پوستی، اسهال، تنگی نفس.

در مواردی که حمله بیوتورسیم رخ می دهد، باید افراد مبتلا را جداگانه نگه داری

نمود؛ لباس های آلوده را در داخل بسته های نایلونی قرار داد؛ سریعاً با آب و صابون استحمام نمود؛ از محل آلوده دور شد و با هر وسیله، حتی پارچه های چند لایه، جلوی بینی و دهان را گرفت. هیچ نوع آب و غذایی نباید مصرف شود، مگر اینکه از سلامت آن مطمئن باشیم.

ارگانیزم هایی که به طور شایع در حملات بیوتروریسم مورد استفاده قرار می گیرند، عبارتند از:

### Tularemia or Rabbit Fever -1

(تب خرگوشی) که بیماری بسیار خطرناک و قابل انتقال بین انسان و حیوان است و از طریق گزش بندپایان یا مصرف گوشت خرگوش و جوندگان، به انسان منتقل می شود. علائم آن شامل تب ناگهانی، لرز، سردرد، اسهال درد مفضل و عضله، خشکی دهان و نهایتاً ذات الریه و مرگ است.

در مورد حملات تروریستی، ممکن است نوع منتقل شده از طریق تنفس به کار رود که البته با مراجعه سریع به مراکز درمانی، از مرگ و میر جلوگیری می شود.

### 2- سیاه زخم به طور معمول در افرادی که

با حیوانات سروکار دارند، ممکن است دیده شود، علائم آن در نوع پوستی تورم در حاشیه زخم، زخم بدون درد با مرکزی سیاه رنگ و علائم در نوع تنفسی شامل، شامل تب ولرز، ناراحتی تنفسی، تنگی نفس، احساس منگی، سرفه، تهوع و استفراغ، اسهال، درد معده و از

حال رفتن می باشد. سیاه زخم در صورت درمان نشدن، می تواند مرگ بار باشد.

### 3- Botulism مسمومیت سیستم عصبی

حاصل از نوعی میکرب است که در محصولات غذایی که به خوبی کنسرو نشده باشند، یافت می شود. از این سم برای کاهش چین و چروک صورت به شکل تزریقی و در غلظت های پایین استفاده می شود.

علائم مسمومیت با این سم عبارتند از:

اختلال بینائی، تاری دید و دوینی، افتادگی پلک ها، اختلال در تکلم، اختلال در بلع، خشکی دهان، ضعف عضلانی و نهایتاً مرگ.

اگر مواد غذایی به خوبی جوشانده شوند،

میکرب عامل بوتولیسم از بین می رود.

درمان بوتولیسم علاوه بر پادزهر، شامل درمان های نگه دارنده قلب و ریه و تخلیه معده است.

### 4- Ebola Virus disease یا تب

خونریزی دهنده بیماری ویروسی و مرگ بار در انسان ها و برخی از میمون هاست. عامل آن، نوعی ویروس است و علائم شامل تب، سردرد شدید، درد عضلانی، ضعف خستگی، اسهال، استفراغ، درد شکمی، خون روی غیرعادی می باشد. انتقال از حیوان به انسان و انسان به انسان، از طریق مایعات بدن و خون و سوزن تزریقی رخ می دهد. از طریق آب و هوا و غذا منتقل نمی شود. تاکنون درمانی برای این بیماری ابداع نشده است و تنها درمان نگه دارنده شامل تأمین اکسیژن و مایعات برای بیمار تجویز

می شود. میزان مرگ و میر در مبتلایان تا 50 درصد گزارش شده است.

### 5-Chickenpox یا آبله

هرچند چندین دهه پیش ریشه کن شده ولی عامل آن در آزمایش های جنگی، همچنان تکثیر می شود. این بیماری شدیداً واگیردار و کشنده است. درمان ندارد و به صورت بیماری پوستی حاد با تاول های چرکی بروز می کند. تب، خستگی و کوفتگی شدید، سردرد، بشورات جلدی، علائم اولیه، این بیماری مرگ بار هستند.

### 6-Plague یا طاعون:

بیماری مشترک بین انسان و حیوان است. مستقیماً از حیوان یا حشرات آلوده، به انسان منتقل می شود. بدون درمان آنتی بیوتیکی موجب مرگ می شود. علائم، شامل تب ناگهانی، سردرد، لرز، ضعف، غدد لنفی متورم و دردناک است. ابتلای ریه و انتشار آن در خون می تواند منجر به مرگ در اثر خون ریزی شود.

### 7-Vibrio cholera (وبا) که بیماری

روده باریک است و با علائمی شامل اسهال، استفراغ، دردهای عضلانی و نهایتاً در صورت درمان نشدن، مرگ در اثر از دست دادن آب و املاح بدن، بروز می کند.

میکروب وبا مورد علاقه عاملان بیوتروسیسم است زیرا به راحتی می تواند موجب مرگ و میر جمعی با آلوده کردن آب شهرها شود هرچند سایر عوامل ایجاد اسهال، نظیر باکتری *Shigella* با علائم مشابه با بیماری وبا، نیز جزء ابرار بیوتروسیسم تلقی می شوند.

بیوتروسیسم در کشورهای غربی هرچند به طور رسمی در منابع علمی ذکر نشده است، ولی اخباری مبنی بر به کارگیری سلاح های بیوتروسیسم در این کشورها برضد اقلیت های قومی به منظور کاهش قدرت باروری و کاهش طول عمر افراد، در رسانه های جمعی منتشر شده است و هنوز برخی از مکاتب اقتصادی غربی بر این باورند که اگر افراد در سنین میان سالی و ابتدای دوران پیری فوت کنند، به نفع جامعه است زیرا در مخارج سرسام آور ننگه داری از بیماران و سالمندان صرفه جویی خواهد شد!

### استفاده از تشعشعات

یکی از روش های کشتار و ایجاد ناتوانی در بیوتروسیسم استفاده از **Radioactive Radiation** است. این تشعشعات بیش از یک قرن است که برای مصارف پزشکی و بهداشتی به کار می روند. برای نمونه یکی از روش های استریل کردن میوه ها و مواد غذایی، تصفیه آب آشامیدنی، خنثی کردن مواد عفونی در گمرکات و ضد عفونی کردن وسایل پزشکی، استفاده از اشعه گاما می باشد.

به طور معمول، انسان ها در معرض این نوع تشعشعات هستند. عناصر رادیواکتیو موجود در محیط، اشعه آفتاب، تشعشعات ناشی از تلویزیون، اجاق مایکروویو، تشعشعات پزشکی مانند اشعه ایکس و رادیوتراپی منابعی هستند که انسان ها را به طور مداوم در معرض تشعشعات قرار می دهند. تشعشعات **Ionizing** مانند اشعه ایکس، اشعه گاما و طیف هایی از اشعه فرابنفش دارای انرژی

لازم به منظور آزادسازی الکترون از اتم ها و ملکول ها هستند.

به عبارتی دیگر اتم های ناپایدار، تشعشعات یونیزان ایجاد می کند و آزادسازی انرژی ذخیره شده در اتم غیر پایدار برای رسیدن به سطح پایداری، تشعشع نامیده می شود.

در کنار فواید مواد رادیواکتیو، استفاده از این مواد توسط تروریست ها می تواند خطر جدی برای سلامت جوامع در پی داشته باشد زیرا مواد رادیواکتیو با تخریب DNA و مواد ژنتیکی، موجب مرگ سلول، مرگ بافت و در نهایت مرگ یا ناتوانی موجودات زنده می شوند و علاوه بر ایجاد بیماری در فرد، به سبب تغییرات ژنتیکی ایجاد شده، بیماری به نسل های بعدی نیز منتقل می شود.

بر اساس نوع اشعه، شدت اشعه، فاصله منبع تولید کننده اشعه با موجود زنده و سطحی از بدن که در معرض اشعه قرار می گیرد، ممکن است فرد دچار بیماری حاد و مرگ در بیست و چهار ساعت شود و یا ممکن است سال ها بعد دچار ناتوانی و در نهایت، مرگ گردد.

منابعی که توسط تروریست ها برای حملات رادیواکتیو مورد استفاده قرار می گیرند، ممکن است از زیاله اتمی حاصل از نیروگاه های اتمی، مراکز تحقیقاتی دانشگاه ها و مراکز درمانی که رادیوتراپی انجام می دهند، تهیه شوند. و یا ممکن است از راه انفجار در منابع آب یا قراردادن منبع اشعه در مرکز پر رفت و آمد و یا به طور موردی، برای نابودی افراد خاص به کار روند. موارد

متعدد از ترور افراد سرشناس مانند رهبران سیاسی و خبرنگاران به وسیله اشعه، در رسانه های کشورهای غربی ذکر شده اند. به ویژه مواردی که فرد، بدون هیچ بیماری یا حادثه خاص، ظرف چند روز فوت کرده و در کالبد شکافی، آثار مواد رادیواکتیو را در بدن فرد در گذشته یافته اند.

### عوارض و علائم تشعشعات

تشعشعات توسط حواس پنج گانه انسان قابل تشخیص نیستند و رنگ و بو و مزه و صدا ندارند و برای تشخیص آن ها از ابزارهای خاص مانند Geiger Counter استفاده کرد. این دستگاه براساس شدت تشعشعات رادیواکتیو بوق می زند و هرچه منبع انرژی قویتر باشد، تعداد و شدت بوق ها افزایش می یابد تا جایی که بوق ممتد ایجاد می کند.

بسته به محلی از بدن که در معرض تابش اشعه قرار گرفته است، علائم متفاوت خواهد بود. اولین علامت سرخی پوست است. سپس علائم گوارشی مانند تهوع، استفراغ، دردهای شکمی و بی اشتهایی رخ می دهد و ممکن است موجب شوک و مرگ شود.

کاهش سلول های خونی موجب مرگ می شود. کاهش گلبول های قرمز یا خون ریزی و کاهش پلاکت، علائم عصبی مانند تشنج و عدم درک زمان و مکان می تواند رخ دهد. تابش درازمدت، موجب انواع سرطان ها به ویژه سرطان خون می شود. سرطان تیروئید و التهاب ریه از عوارض دیگر تشعشعات هستند. آسیب دیدن غدد تناسلی و عقیم شدن و انتقال بیماری ها به

ویژه انواع سرطان‌ها به نسل‌های بعدی، از عوارض درازمدت تابش اشعه رادیو اکتیو به شمار می‌روند.

این روش غیرانسانی برای نابودی نسل مخالفان و انتقال بیماری به اقوام و جوامع خاص به ویژه کاهش زاد و ولد استفاده می‌شود. اولین اقدام در برخورد با فردی که در معرض اشعه رادیو اکتیو قرار گرفته، در آوردن تمامی لباس‌ها، سپس استحمام فوری با آب و صابون، شست و شوی چشم‌ها با آب تمیز و شست شوی دهان و بینی است.

درمان علامتی عبارت است از سلسله اقداماتی مانند تزریق خون در کم‌خونی‌ها، پیوند مغز استخوان در مواردی که سلول‌های خون ساز مغز استخوان نابود شده‌اند، درمان عفونت‌ها و

زخم‌های پوستی درمان پیشگیرانه با Potassium Iodide از سرطان تیروئید جلوگیری می‌کند و داروهای تخصصی‌تر که در حملات رادیو اکتیو برای جلوگیری از مرگ و میر به کار می‌روند.

نکته مهم در مقابله با حملات بیوتروریسم نقش محوری دولت‌ها در مدیریت بحران، آموزش پیشگیرانه در مدارس و ادارات و ذخیره سازی آب و غذای سالم در موارد بحرانی است.

آموزش کارکنان بهداشتی درمانی در مقابله با حملات بیوتروریستی موردی است که نباید از آن غفلت کرد\*

[\\*mashrafi@tums.ac.ir](mailto:mashrafi@tums.ac.ir)  
[Mohamadefarzin.blogfa.com](http://Mohamadefarzin.blogfa.com)





## گیاهان مؤثر در درمان بیماری صرع

گردآوری: دکتر سیداحمد میرسنبل

### انواع صرع

حملات صرع به دو قسمت کلی:  
عمومی (Generalized) و جزئی (Partial)  
تقسیم می گردد. صرع عمومی خود به موارد  
ذیل تقسیم می شود:

- صرع Convulsive

- تونیک کلونیک Tonic - clonic

- تونیک Tonic

- کلونیک clonic

- میوکلونیک Myoclonic

- صرع Nonconvulsive

صرع جزئی (Partial) به موارد ذیل

تقسیم می گردد:

- جزئی ساده

- جزئی پیچیده

اصطلاح صرع یا اپی لپسی (epilepsy)

از کلمه یونانی «epilambanan» به معنی  
تصرف کردن یا حمله کردن مشتق شده است.  
صرع یک بیماری دژنراتیو عصبی تکرار شونده  
است که فرد بیمار دارای حملات عودکننده  
می باشد. این حملات می تواند به دلیل دشارژ  
شدن سلول های عصبی مغز باشد که نهایتاً  
باعث اختلال زودگذر عملکرد حسی، حرکتی  
مغزی می شود. صرع از بیماریهای شایع است  
که در هر سن، نژاد، طبقه اجتماعی ممکن است  
وجود داشته باشد. 50 میلیون نفر در جهان از  
بیماری صرع رنج می برند. صرع درمان قطعی  
ندارد اما می توان با مصرف دارو از شروع  
حملات آن جلوگیری و یا از شدت حملات  
کاست.

## Partial seizures -

بیماری صرع با داروهای صنعتی و فرآورده های گیاهی کنترل می گردد. بررسی داروهای صنعتی در بسیاری از کتب فارماکولوژی آمده است که موضوع این متن نیست. استفاده از فرآورده های گیاهی نیز در کنترل بیماری صرع پیشینه تاریخی زیادی دارد. از گیاهان دارویی که در کنترل این بیماری استفاده می گردد می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

### 1- *Taxus Wallichiana* (Himalayan Yew)

این گیاه اغلب در بیماری صرع استفاده می گردد. گیاه تاکسوس به عنوان یک فرآورده ضدسرطان معروف است. از برگهای این گیاه که به صورت چای تهیه می شود جهت درمان سوء هاضمه و صرع استفاده می شده است. در یک بررسی مقایسه ای بین این گیاه و دیازپام (اگونیست گیرنده GABA)، گیاه تاکسول اثرات چشمگیری در پیشگیری بیماری صرع از خود نشان داده است.

### 2- *Laurus nobolis* (برگ بو)

برگهای این گیاه در درمان بیماری اپی لپسی (صرع)، نورالژی و پارکینسون استفاده می شده است. مطالعات فارماکولوژیک به دلیل وجود ترکیبات اوژنول و متیل اوژنول موجود در این گیاه خواص خواب آوری، بی حس کنندگی، شل کنندگی عضلانی، ضد تشنج و ضد استرس آن را اثبات نموده است. بعضی از آنالوگ های

ترکیب  $\alpha$ -pinen موجود در این گیاه مسئول اثرات ضد صرع آن می باشد.

### 3- *Sutherlandia Frutescens* (Umwele, cancerbush)

اندام هوایی این گیاه به شکل گسترده در حملات تشنجی کودکان استفاده می گردد. تحقیقات علمی نشان داده است تزریق داخل صفاقی 50 تا 400 mg/kg از عصاره آبی این گیاه با اثر آنتاگونیستی خود با کاهش سطح ترکیبات Penthylenetetrazole و Picratoin که در طی حملات صرع تولید می شوند، در کنترل حملات صرع مؤثر است.

### 4- *Bramhi* *Bacopa monnieri*

برامهی یک داروی گیاهی است که در طب گیاهی هند معمولاً در درمان آسم، صرع، جنون و گرفتگی صدا استفاده می گردد. در یک مطالعه تحقیقی که روی موش انجام گرفته نشان داده شد مصرف خوراکی 300 mg/kg در روز این گیاه به مدت 15 روز باعث پیشگیری از حملات صرع شده است و در نتیجه باعث کاهش آسیب به سیستم عصبی محیطی می گردد.

### 5- *Dell-holl* *Ficus Platyphyllia*

سالهای زیادی است که این گیاه در طب گیاهی نیجریه در درمان سایکوز، افسردگی، صرع، درد و التهاب استفاده می گردد. عصاره این گیاه اثرات آرامبخش، نورولپتیک، ضد درد و ضد التهاب دارد. ساپونین های موجود در این گیاه که از ترکیبات عمده آن است، مسئول

اثرات روی سیستم عصبی مرکزی آن است.

#### 6- *Nardostachys Jatamansi* (*Jatamansi*)

ریشه و ریزوم این گیاه که از خانواده سنبل الطیب (Valeriaceae) است در درمان اپی لپسی، هیستری و ضعف ذهنی استفاده می شود. عصاره الکلی این گیاه در حملات تونیک - کلونیک صرع با عوارض بسیار کم نورو توكسیك به كار می رود.

#### 7- *Scutellaria bicalensis* (*Skallcaps*)

(قاشقک - گیاه بشقابی)

اسکول کاپس یکی از مهمترین گیاهان دارویی در طب گیاهی کره است. فلاونوئیدهای موجود در آن به دلیل تمایل به اتصال به گیرنده های GABA مسئول اثرات ضد اضطراب، ضد صرع و آرامبخشی آن می باشند.

#### 8- *Hapagophytum Procumbens* (*Devils claw*)

(پنجه شیطان)

پنجه شیطان گیاهی است که به شکل گسترده در طب گیاهی آفریقا استفاده می شود. در مدل های حیوانی عصاره ریشه این گیاه اثرات ضد صرع دارد. مکانیسم اثر آن نیز همانند گیاه

سوترلادیا با کاهش تولید ترکیبات Picratoin و Penthylenetetrazol است.

#### 9- *Leonotis Leonurus* (*Lions tail*)

از عصاره آبی این گیاه برای اثرات ضد حملات صرع روی میمون استفاده شده است. در 37/5 تا 50 درصد جمعیت مورد آزمایش اثرات مذکور به وضوح مشاهده شده است. مکانیسم اثر آن نیز همانند گیاه پنجه شیطان است.

#### 10- *Delphinium denudatum* (*Jadwar*)

این گیاه در طب گیاهی هند در درمان حملات صرع مورد استفاده قرار می گیرد. مکانیسم اثر آن نیز همانند گیاه پنجه شیطان است.

از دیگر گیاهان مؤثر در درمان حملات صرع نیز می توان به :

- *Withania somnifera*

- *Magnolia gradiflora*

- *Cotyledon orbiculata*

- *Rhizoma pinellia* اشاره کرد.



## سربازان فیزیولوژیک بدن (3)

### دکتر غلامحسن مهدی زاده مؤدھی

حذف عارضه ایجاد شده به وجود می آید.

التهاب ویژگی های خاصی به شرح زیر دارد:

الف- رگ های خون گشاد می شوند و جریان خون موضعی افزایش می یابد.

ب- نفوذپذیری مویرگ ها زیاد می شود و مقدار زیادی مایع وارد فضاهای بین بافتی می شود.

ج- به دلیل ورود بیش از حد فیبرینوژن و دیگر پروتئین ها، مایع بین بافتی لخته می شود.

بافت های بدن انسان وقتی در برابر عوامل مهاجم خارجی چون میکرواورگانیزم ها، ضربه، مواد شیمیایی، تغییرات دمایی، یا هر پدیده دیگر قرار می گیرند، سلول های آنها دچار آسیب می شوند و به دنبال آن تغییرات زیادی در محل ضایعه به وجود می آید که به آن «التهاب» گفته می شود. التهاب، در حقیقت، یکی از فرایندهای دفاعی بدن است که به منظور محدود کردن و

د- تعداد زیادی سلول دفاعی چون گرانولوسیت و مونوسیت وارد بافت می شوند.

ه- سلول های بافتی به مقدار زیاد متورم می گردند.

رویدادهای فوق خود به خود ایجاد نمی شوند، بلکه به دلیل رها شدن موادی مانند هیستامین، برادی کینین، سروتونین، پروستاگلاندین ها، فرآورده های حاصل از مکمل (کمپلمان)، فرآورده های انعقادی، لنفوکین ها و غیره به وجود می آیند. بعضی از فرآورده های فوق به شدت سیستم ماکروفاژها را فعال می کنند، که در نهایت باعث بلع بافت های تخریب شده یا حتی بعضی سلول های زنده می شوند.

لخته شدن فیبرینوژن در فضاهای بین بافتی باعث مسدود شدن این فضاها و پیشگیری از گسترش سموم و عوامل آسیب رسان می گردد، که این خود باعث محدود شدن التهاب می شود. هرقدر میزان آسیب بافتی زیادتر باشد، فرایند التهابی نیز شدیدتر و سریع تر خواهد بود، که خود در نهایت باعث محدود شدن سریع تر التهاب خواهد شد. به عنوان مثال، استافیلوکوک ها، چون سم های بسیار خطرناک و کشنده تولید می کنند، به سرعت التهاب ایجاد می کنند، که از رشد و تکثیر میکروب بسیار سریع تر است و در نتیجه باعث محدود شدن سریع عفونت استافیلوکوکی می گردد. برعکس، استرپتوکوک ها، چون تخریب بافتی شدید ایجاد نمی کنند، دیرتر محدود می شوند و احتمال

تکثیر و گسترش آنها بسیار زیادتر است، بدین جهت، خطر مرگ آفرینی آنها خیلی بیشتر است. بنابراین، پس از ایجاد هر التهابی، باید عوامل ایجادکننده آن به دقت مورد بررسی قرار داد و خطرات منجر به مرگ آنها را ارزیابی کرد تا احتمال ایجاد مرگ را به حداقل رساند.

نخستین سربازان فیزیولوژیک که پس از ایجاد التهاب وارد کارزار می شوند، **ماکروفاژها و نوتروفیل ها** هستند. **ماکروفاژها** در جاهایی مانند زیر پوست، ریه، مغز و بسیاری جاهای دیگر به صورت متصل حاضر هستند. آنها از ابتدا از محل خود جدا می گردند، بزرگ می شوند، به حرکت درمی آیند، و بلع ضایعات التهابی و بافتی را آغاز می کنند. اگرچه تعداد این ماکروفاژها در آغاز کار و ساعت نخست ایجاد التهاب زیاد نیست، ولی کارکرد آنها بسیار مهم و نجات بخش است. **خط دوم سربازان فیزیولوژیک نوتروفیل ها** هستند، که از طریق خون به ناحیه ملتهب هجوم می برند. فرآورده هایی که در ناحیه ملتهب آزاد می شود از راه های زیر به این هجوم کمک می کنند:

الف- پوشش داخلی مویرگ ها را تغییر می دهند و باعث چسبیدن نوتروفیل ها به آنها می شوند.

ب- پیوندهای میان سلول های پوششی مویرگ ها و ونول های کوچک را سست می کنند و سوراخ هایی برای عبور نوتروفیل ها به داخل فضاهای بافتی (دیپدز) ایجاد می نمایند.

ج- فرآورده های التهابی باعث کشش (کمو تاکسی) نوتروفیل ها به سوی بافت های آسیب دیده می شوند. بدین ترتیب، ساعاتی پس از آغاز آسیب، نوتروفیل های کافی به محل می رسند؛ نوتروفیل هایی که از پیش بالغ هستند و بی درنگ کشتن باکتری ها و برداشتن مواد بیگانه را انجام می دهند. تعداد نوتروفیل ها در ساعات نخستین التهاب گاه تا چهار یا پنج برابر افزایش می یابد. میزان متعارف آنها 4000 تا 5000 در هر میکرولیتر است، افزایش ناگهانی نوتروفیل ها «نوتروفیلی» گفته می شود، و شاخص آن در آزمون های آزمایشگاهی نشانه ی وجود عفونت یا عارضه ای التهابی در بدن است.

سومین خط سربازان فیزیولوژیک بدن مونوسیت ها هستند، که همراه هجوم نوتروفیل ها از خون وارد بافت ملتهب شده، بزرگ می شوند و به شکل ماکروفاژ درمی آیند. تعداد مونوسیت های گردش خون اندک است، ذخایر مونوسیتی مغز استخوان نیز بسیار کمتر از نوتروفیل ها است. بنابراین، ماکروفاژها بسیار کندتر از نوتروفیل ها در ناحیه ملتهب جمع می شوند و تجمع مؤثر آنها به چند روز وقت نیاز دارد. ضمن آنکه مونوسیت ها حتی به هنگام حمله به بافت ملتهب نیز نابالغ اند و حداقل 8 ساعت زمان لازم دارند تا به خوبی بزرگ شوند و به اندازه کافی لیزوزوم درست کنند، زیرا تنها در این صورت به ظرفیت کامل ماکروفاژهای بافتی برای فاگوسیتوز دست می یابند. با وجود این، ماکروفاژ پس از چند روز تا چند هفته سرانجام

عمده سلول های فاگوسیتی را در ناحیه ملتهب تشکیل می دهند، زیرا مغز استخوان تولید مونوسیت ها را تا حدود زیادی افزایش می دهد. ماکروفاژها، در مقایسه با نوتروفیل ها، از قابلیت فاگوسیتوز تعداد بیشتری باکتری (حدود 5 برابر) و نیز ذرات بسیار بزرگتر (از جمله خود نوتروفیل ها و مقادیر زیاد بافت نکروزه) برخوردارند؛ در آغاز تشکیل پادتن ها (آنتی بادی ها) نیز نقش مهمی دارند.

خط چهارم سربازان فیزیولوژیک بدن، افزایش تولید گرانولوسیت ها و مونوسیت ها به وسیله مغز استخوان است. سلول های پیش ساز این سلول ها در مغز استخوان تحریک می شوند، اما سه تا چهار روز زمان لازم است تا آنها بتوانند مغز استخوان را ترک کنند. اگر التهاب تداوم داشته باشد، تولید سلول ها ماه ها یا حتی سال ها ادامه پیدا می کند و میزان تولید آنها گاه به 20 تا 50 برابر حد طبیعی می رسد.

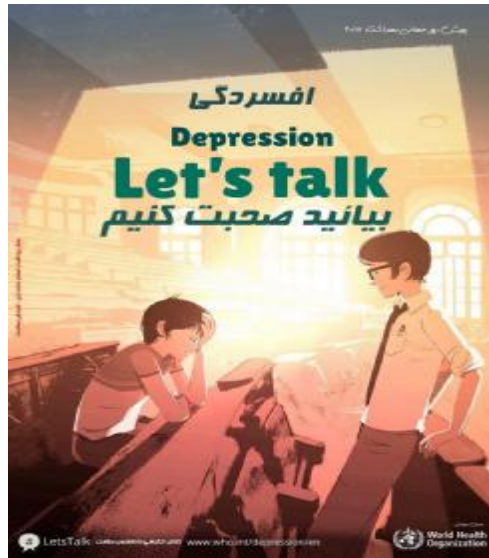
پاسخ ماکروفاژها و نوتروفیل ها به التهاب به عوامل زیادی وابسته است، ولی پنج مورد آن بسیار مهم تر است:

- الف- عامل نکروز تومور (TNF)
  - ب- اینترکولین-1 (IL-1)
  - ج- عامل محرک کولونی های گرانولوسیت و مونوسیت (GM-CSF)
  - د- عامل محرک کولونی گرانولوسیت (G-CSF)
  - ه- عامل محرک کولونی مونوسیت (M-CSF)
- این عوامل به وسیله ماکروفاژهای فعال شده در بافت های ملتهب، نیز به مقدار کمتر توسط

دیگر سلول های بافت التهابی ساخته می شوند. علت اصلی افزایش تولید گرانولوسیت ها و مونوسیت ها به وسیله مغز استخوان سه عامل محرک کولونی که هر یک از آنها با مکانیزم های خاصی این کار را انجام می دهند. دو عامل TNF و اینترکولین-1 به کمک دیگر عوامل مکانیزمی را ایجاد می کند که باعث آغاز التهاب و ساخته شدن تعداد زیادی گلبول سفید دفاعی و در نهایت رفع علت التهاب می گردند. اغلب به دنبال آسیب های بافتی در محل ضایعه چرک به وجود می آید. نوتروفیل ها و ماکروفاژها زمانی که تعداد زیادی از باکتری ها و

بافت های مرده را محاصره و بلع می نمایند، در نهایت می میرند. به دنبال آن، اغلب حفره ای در محل بافت التهابی ایجاد می شود که مقداری بافت مرده، نوتروفیل ها و ماکروفاژهای مرده و مایع بین بافتی دارد. این مجموعه چرک نامیده می شود، که پس از فروکش کردن عفونت، ظرف چند روز حل و جذب می شوند تا آثار آسیب بافتی از بین برود.

(ادامه دارد)



## بیایید صحبت کنیم...

### تهیه و نگارش: دکتر حمید قهرمانی

روانی شایعی است که تمامی جوامع و تمامی گروه های سنی را درگیر می کند. افسردگی با این نشانه ها شناخته می شود: احساس غم پایدار و کاهش تمایل به انجام کارهایی که به صورت معمول از آن لذت می بریم؛ وقتی ناتوانی در انجام وظایف روزمره حداقل به مدت دو هفته ادامه یابد."

برطبق نظرانستیتوی ملی سلامت روانی آمریکا، افرادی که دچار اختلال افسردگی هستند، علایم و نشانه های یکسانی ندارند. بعضی

سازمان جهانی بهداشت، هر ساله به مناسبت روز جهانی بهداشت (8 آوریل مصادف با 18 فروردین) و با هدف افزایش توجه و آگاهی عموم مردم و تمرکز اقدامات و فعالیت ها، یکی از چالش های درگیر جوامع را انتخاب می کند.

### چالش امسال روز جهانی بهداشت افسردگی است.

شعار سال 2017 میلادی سازمان در ایران نیز به "افسردگی" می پردازد، افسردگی اختلال



- در کودکان و نوجوانان، افسردگی در کنار دیگر بیماری‌ها مانند اضطراب یا اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی به وجود می‌آید.
- کودکان دچار بیماری در انجام وظایف مدرسه دچار مشکل می‌شوند.
- برای بعضی از افراد علایم افسردگی آنقدر شدید است، که فهمیدن آن به سادگی ممکن است، اما بعضی دیگر بدون اینکه بدانند چرا احساس غم و ناراحتی می‌کنند.

### دلایل ابتلا به افسردگی

- معمولاً دلیل ابتلا به افسردگی، ترکیبی از عوامل ژنتیکی، جسمی، محیطی و روانی است. بعضی از این عوامل عبارتند از:
- انتقال دهنده‌های عصبی مغزی با حال و حوصله افراد ارتباط مستقیم دارند و نقش کلیدی در افسردگی ایفا می‌کنند.
- تغییر در تراز هورمون‌های بدن می‌تواند عامل ابتلا به افسردگی باشد.
- افسردگی در افرادی که در خانواده‌شان سابقه افسردگی دارند، شایع‌تر است.
- حوادثی خاص چون مرگ یا از دست دادن کسانی که دوستشان دارید، مشکلات مالی و استرس شدید می‌تواند باعث افسردگی شود.
- آسیب‌ها و حوادثی چون از دست دادن والدین، تجاوز جنسی و ... می‌توانند تأثیرات دائمی بر مغز گذاشته و خطر ابتلای به افسردگی را افزایش دهند.

- از علایم معمول و متداول افسردگی عبارتند از:
- مشکل در تمرکز، یادآوری جزئیات و تصمیم‌گیری
- خستگی و کاهش انرژی
- احساس گناه، بی‌ارزشی، یا درماندگی
- بدون امید به آینده و بدبینی
- بیخوابی، بیدار شدن صبح زود یا خواب زیاد
- بیقراری و ناآرامی
- از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش، شامل رابطه جنسی و ...
- از دست دادن لذت به زندگی
- پرخوری عصبی، یا کاهش اشتها
- سردرد، گرفتگی عضلات یا مشکلات گوارشی
- کاهش میل جنسی
- گریه کردن بی دلیل
- علایم معمول افسردگی در کودکان و نوجوانان کمی با علایم بزرگسالان متفاوت است. نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان عبارتند از:
- در کودکان نشانه‌های افسردگی شامل ناراحتی، بیقراری، نگرانی و ناامیدی است.
- نشانه‌های افسردگی در نوجوانان شامل اضطراب، عصبانیت و دوری از اجتماع است.
- تغییر در طرز تفکر و برنامه خواب هم یکی دیگر از علایم معمول، هم در نوجوانان هم در کودکان، هستند.

## چه کسانی در خطر ابتلا به افسردگی هستند؟

معمولاً در سنین نوجوانی یا بین دهه دوم و سوم زندگی رخ می‌دهد، اما محدودیت برای آن وجود نداشته و افراد در همه سنین ممکن است دچار افسردگی شوند. تعداد زنان مبتلا به افسردگی معمولاً دوبرابر مردان است، اما این آمار دقیق نبوده و شاید به خاطر مراجعه بیشتر زنان به پزشک به وجود آمده باشد.

افراد دارای شرایط زیر بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند:

- زنان
- کسانی که در خانواده‌شان سابقه افسردگی وجود دارد
- تجربیات آسیب‌زننده در کودکی
- افرادی که دوستانشان افسرده هستند
- کسانی که اعضای خانواده یا دوست خود را از دست داده‌اند
- کسانی که به تازگی زایمان کرده‌اند (افسردگی پس از زایمان)
- کسانی که سابقه افسردگی دارند
- کسانی که به بیماری‌های خطرناک، از قبیل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی، آلزایمر یا اچ ای وی/ایدز
- کسانی که عادات شخصیتی و رفتاری خاصی دارند، مثلاً افراد بسیار وابسته، بدون عزت نفس، بدبین و...
- معتادان به الکل و موادمخدر

• افرادی که داروهای خاصی از جمله، داروی فشارخون، قرص خواب یا دیگر داروهای خاص مصرف می‌کنند.

## انواع افسردگی

انواع مختلفی از بیماری افسردگی وجود دارد:

- افسردگی اساسی
- افسردگی مزمن (dysthymia)
- افسردگی دو قطبی (اختلال دو قطبی)
- افسردگی فصلی
- افسردگی روانی
- افسردگی پس از زایمان
- اختلال خلقی ناشی از مواد (SIMD)

## عوارض افسردگی

افسردگی یک بیماری جدی و مهم است که می‌تواند باعث اثرات وحشتناکی روی فرد و خانواده وی شود. افسردگی درمان نشده، می‌تواند باعث بوجود آمدن مشکلات عاطفی، رفتاری و جسمی شود. این عوارض می‌توانند شامل:

- اعتیاد به الکل
- اعتیاد به مواد مخدر
- اضطراب
- مشکلات درسی یا کاری
- مشکلات خانوادگی
- منزوی شدن
- خودکشی
- آسیب رساندن به بدن، مثلاً زخم کردن خود

## شیوع افسردگی

در ایالات متحده آمریکا حدود 14,8 میلیون نفر از بزرگسالان از افسردگی اساسی رنج می‌برند (حدود 300 میلیون نفر در کل جهان طبق آمار بهداشت جهانی). نرخ خودکشی در بیماری افسردگی نسبت به سایر انواع بیماری روانی بالاتر است. متأسفانه بیشتر افرادی که دچار افسردگی هستند، به دنبال درمان نمی‌روند. بدون شناسایی و درمان بیماری، افسردگی می‌تواند شدیدتر و سخت‌تر شود.

## راه‌های پیشگیری از ابتلا به افسردگی

هنوز راه قطعی و قابل‌اتکایی برای پیشگیری از ابتلا به افسردگی وجود ندارد، اما برداشتن قدم‌هایی چون کنترل استرس، برقراری روابط اجتماعی و دوستی، ورزش، رژیم غذایی سالم و درمان بموقع و اولیه بیماری از بهترین روش‌های پیشگیری از افسردگی شدید و ناتوان‌کننده است.

## جمع‌بندی نهایی

افسردگی می‌تواند هرکسی را در هر سنی و در هر شغلی مبتلا کند. همچنین باعث رنج و اندوه افراد می‌شود و توانایی آنان در انجام ساده‌ترین کارهای روزانه را کاهش می‌دهد و گاهی می‌تواند عواقب وخیمی برای رابطه فرد با خانواده و دوستانش داشته باشد. افسردگی در بدترین وضعیت می‌تواند به خودکشی بینجامد. خودکشی اکنون دومین علت مرگ میان افراد 15 تا 29 ساله در دنیا است. با وجود این، افسردگی قابل‌پیشگیری و درمان است. شناخت

بهبتر افسردگی و چگونگی پیشگیری و درمان آن به کاهش پرچسب‌زنی مربوط به این عارضه کمک می‌کند و باعث می‌شود شمار بیشتری برای درمان آن کمک بخواهند.

همه افراد می‌دانند که باید از سلامت جسمانی خود محافظت کنند، اما بیشتر افراد نسبت به سلامت روان خود آگاهی لازم را ندارند. داشتن سلامت روان می‌تواند زندگی را به احساسی خوشایند تبدیل کند و بر سلامت جسم ما نیز تأثیر گذارد. ما باید هم از سلامت جسم و هم از سلامت روان خود مراقبت کنیم، زیرا این دو به یکدیگر وابسته هستند. به جز رعایت مواردی چون خواب، خوراک و فعالیت بدنی مناسب، که به شدت بر خلق و خوی ما تأثیر گذارند، نکات دیگری از جمله داشتن عزت‌نفس نیز هستند. برای افزایش عزت‌نفس در خود، نسبت به منتقد درونی خود شک داشته باشید. داشتن احساس خوب نسبت به خود، بخشی ضروری برای داشتن سلامت روان است. نگرانی و اندیشه‌های منفی می‌تواند همیشه شما را عقب‌نگه دارد و نگذارد احساس خوب نسبت به بهترین شکل خود را تجربه کنید. داشتن عدم اعتماد به خویش می‌تواند موجب پریشانی خاطر شود.

تمرینی که می‌تواند به شما در خاموش کردن صدای منتقد درونی‌تان کمک کند:

اگر احساس نگرانی دارید یا افکار منفی درباره خود دارید، این سوالات را از خود پرسید: «آیا این اندیشه از روی مهربانی نسبت به خودم، به

اذعان کردن به نقاط قوتی که در شما وجود دارد، می‌تواند به شما احساس ارزشمند بودن بدهد، چیزی که برای داشتن سلامت روان دارای اهمیت است. ارزشمند شمردن نقاط قوت شما می‌تواند به شما احساس شایستگی و توانا بودن بدهد. خوب است که افکار خود را درباره نقاط قوت خود بنویسید یا حتی شروع به تهیه یک روزنگار در این باره کنید.

-[mayoclinic/webmd](http://mayoclinic/webmd)

-[World Health Day websites](#)

Throughout the campaign we will be communicating via our social media channels:

<https://www.facebook.com/WHO/>  
[@WHO](https://twitter.com/who)  
<https://www.youtube.com/c/who>  
[@worldhealthorganization](https://www.instagram.com/who)

وجود آمده است؟»، «آیا این فکر واقعیت دارد؟»، «آیا می‌توانم این مسئله را به فرد دیگری هم بگویم؟» در بیشتر موارد پاسخ دادن به این سوالات می‌تواند شک به خود را کاهش دهد. روش دیگر این است که این فکر را به حالت مهربان‌تر و واقعی‌تری از خود بخواهید. اگر با خود می‌گویید که هرگز هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهم، از خودتان بپرسید که آیا این سوال واقعیت دارد؟ در واقع می‌توانید طور دیگری با خود صحبت کنید: «برخی مواقع کارهایم را به خوبی انجام می‌دهم، اما گاهی هم نه. مشکلی نیست اگر همه کارها را درست انجام ندهم. من به خودم درباره هر کاری که می‌توانم انجام دهم، افتخار می‌کنم.»

روی نقاط قوت خود متمرکز شوید. روی کیفیت‌هایی متمرکز شوید که می‌تواند به شما در چالش‌های زندگی یاری برساند.



دکتر محمد فرزین

## عوارض اعتیاد به تلفن همراه

نیز ابداع شده است. گاهی افراد، چنان دچار تغییر رفتار و عادت می شوند که از دنیای واقعی فاصله می گیرند و در تفکر، زندگی و کار، خود را درمانده حس می کنند. اضطراب، تحریک پذیری، سردرد، احساس فشار در چشم ها، درد گردن و شانه، افسردگی، کابوس

فن آوری های نوین، به منظور تسهیل امور و افزایش رفاه و آسایش بشر به کار گرفته می شود. ولی گاه، خود انسان همانند برده و ابزار، اسیر دست فن آوری می شود تا جایی که همراه با عرضه فن آوری های نوین، عبارت Techno Stress (تنش ناشی از فن آوری)

شبهانه، اختلال در قضاوت های منطقی و کار روزانه، از جمله عوارض استفاده از فن آوری تلفن های همراه است. در این نوشتار، این موضوع را بررسی می کنیم.

حدود سه دهه از ورود تلفن های همراه به جامعه ما می گذرد. کاربرد اولیه تلفن همراه، تماس تلفنی در صورت عدم دسترسی به تلفن ثابت بوده است. ولی امروزه تلفن همراه علاوه بر تماس، بسیاری از فعالیت های انسان را تحت الشعاع قرار داده و اتصال به اینترنت، ورود به صفحات فضای مجازی، بازی، سرگرمی و فیلم، به کاربرد اصلی تلفن همراه تبدیل شده است. نیمی از افراد به طور معمول روزانه 35 بار و هر بار حداقل 30 ثانیه و در حدود 9 ساعت در 24 ساعت از تلفن همراه استفاده می کنند. از این 35 بار، کمتر از ده درصد موارد ناشی از نیاز واقعی است و بقیه موارد، نوعی عادت و اعتیاد تلقی می گردد. یعنی فرد، بدون این که بداند به چه علت و چرا تلفن برداشته، با آن مشغول بازی می شود و یا بدون هدف در فضای مجازی به جستجو می پردازد.

ناتوانی فرد در کنترل اجتناب از تلفن همراه را **Nomophobia (NO Mobila Phobia)** نامیده اند یعنی اگر فرد به تلفن دسترسی نداشته باشد، دچار اضطراب، ترس، تپش قلب و تعریق خواهد شد. اصطلاح نوموفوبیا سابقاً در علوم اجتماعی و حقوق کاربرد داشت و **Nomos** به معنی ترس از قانون بود، ولی امروزه این واژه بیشتر به معنی جدید " اختلال، ترس و اضطراب از دور بودن تلفن همراه " به کار می رود.

مطالعات انجام شده در جوامع غربی به ویژه انگلیس و آمریکا نشان می دهد که بیش از پنجاه درصد افراد، مبتلا به نوموفوبیا هستند. این افراد به قدری به تلفن همراه وابسته اند که موقع خواب، حمام کردن، مراودات اجتماعی و حتی مواقعی که تلفن باید خاموش باشد (مانند رانندگی یا در حین پرواز)، نمی توانند آن را از خود دور یا خاموش کنند! سی درصد از مصاحبه شوندگان آمریکائی بیان کرده اند که حتی در حین روابط زناشویی تلفن باید در کنارشان و روشن باشد و اگر زنگ بخورد، حتماً به آن پاسخ خواهند داد! این افراد به تدریج در انجام وظایف خانوادگی، کاری و اجتماعی دچار اختلال می شوند و این امر به ویژه در افت تحصیلی دانش آموزان و دانشجویان مشهود است که بخشی از آن را به تبلی ذهنی افراد در یادگیری عمیق مطالب نسبت می دهند. زیرا به جای مطالعه اصولی و عمیق، به راحتی می توان جواب بسیاری از سئوالات را ظرف چند ثانیه از طریق اتصال به اینترنت به دست آورد و البته به همان سرعت هم از یاد برد!

افراد مبتلا به نوموفوبیا، دچار کاهش اعتماد به نفس می شوند و دنبال Like (تأیید) گرفتن از دیگران در فضای مجازی هستند. این افراد به تدریج دچار اختلال شخصیت **Panic** (ترس و هراس مرضی) و افسردگی می شوند که با دور ماندن از موبایل یا قطع ارتباط اینترنت یا اتمام شارژ گوشی، این اختلال ها افزایش می یابند.

حواس پرتی، بی خوابی، بی توجهی به خود و سایرین، از علائم دیگر این اختلال است.

بین ساعت های استفاده از تلفن همراه و کاهش کارایی و افت تحصیلی و میزان نارضایتی از زندگی، رابطه مستقیم وجود دارد. هرچه میزان ساعت استفاده از موبایل بیشتر شود، کارایی فرد در زندگی و تحصیل و رضایت مندی او از زندگی کاهش می یابد. هرچند در ایران این اختلال به شدت کشورهای غربی شایع نیست، ولی به تدریج شواهدی از بروز آن را می توان دید. افرادی در اتوبوس یا مترو، بدون توجه به سایر مسافران و فضای موجود، به صفحه موبایل خیره شده اند و مشغول بازی یا تماس هستند؛ افراد خانواده هر یک به اتاقی می روند و بی خبر از بقیه در فضای مجازی سیر می کنند؛ مهمانی که پس از رسیدن به خانه میزبان و احوال پرسى مختصر سراغ Wifi رفته و رمز اتصال به اینترنت را می پرسد یا در جستجوی شارژر موبایل است؛ دانشجویی که در کلاس درس، ظاهراً به استاد نگاه می کند ولی در واقع از طریق عینکی که به صفحه موبایل متصل است، مشغول تماس با دوستان یا گردش در فضای مجازی است؛ و بسیاری از موارد مشابه.

واژه **Nomophobia** از سال 2008 میلادی مطرح و پیشنهاد شده است که در طبقه بندی اختلالات روانی سازمان بهداشت جهانی قرار گیرد. هرچند گروهی از محققان آن را نوعی اختلال، اضطراب، جدایی، استرس اجتماعی و

در ارتباط با سایر بیماری های روانی مانند افسردگی ارزیابی می کنند اما گفته شده «مبتلایان، افرادی هستند که از برقراری روابط اجتماعی عادی با سایرین، ناتوان هستند ولی در فضای مجازی، به راحتی می توانند این ارتباط را برقرار کنند و ناتوانی واقعی خود را بپوشانند».

### درمان:

درمان اختصاصی برای نوموفوبیا وجود ندارد؛ هرچند برخی از داروهای ضدافسردگی و ضدتشنج همراه با روش های روان کاوی و شناخت درمانی، در مواردی مؤثر بوده است. **Self Control** یا روش تأدیب نفس را عده ای از دانشمندان در کاهش نوموفوبیا مؤثر می دانند. در این روش:

1- فرد به تدریج، دفعات رجوع به تلفن همراه را می کاهش دهد و سعی می کند تا خود را طوری عادت دهد که در مواقع واقعاً ضروری، از آن استفاده کند.

2- در ساعات معینی از شبانه روز، مثلاً از 10 شب تا 6 صبح، موبایل خود را خاموش می کند.

3- بین ساعاتی که با تلفن در تماس است و ساعاتی که با خانواده و دوستان می گذرانند تناسب و تعادل ایجاد می کند.

4- در روزهای تعطیل و ساعات ورزش و گردش، تلفن را خاموش می کند.

5- سبک زندگی سالم، شامل خواب کافی و غذای بهداشتی و سالم را مراعات می کند.

خلاصه کلام اینکه:

**Nmophobia** باید جدی گرفته شود.

گاهی مبتلایان به این اختلال، تا مرز ورشکستگی در زندگی خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی پیش می روند اما این اختلال از معدود مواردی است که خود فرد با درک اختلال و وضعیت پیش آمده، می تواند از شدت آن بکاهد. البته عوارض امواج زیان بار (Electromagnetism) موبایل معضل دیگری است که خود مقوله دیگری می طلبد.

این هم شعری درمورد تلفن همراه:

هر که را بینی در این دنیای ما دارد موبایل

هم غنی دارد موبایل و هم گدا دارد موبایل

منحصر بر عالم و دانا و نادان نیست آن

هر کجا هر آدم بی دست و پا دارد موبایل

زن به منزل شوهر او در اداره پشت میز

این سوا دارد موبایل و آن جدا دارد موبایل

دوش رفتم حیدرآباد از برای گفتگو

دیدم در جیب گشادش کدخدا دارد موبایل

داخل حمام دیدم دست دلاکی موبایل

شاطری هم دست خود در نانوا دارد موبایل

با موبایل خود بدیدم یکنفر می داد فحش

در شگفتم من، چرا آن بی حیا دارد موبایل!

در عروسی دیده ام در دست داماد و عروس

عاقده آن عقد هم زیر ردا دارد موبایل

نیست اکنون آن دگر در انحصار زنده ها

هم به قبرستان بسی از مرده ها دارد موبایل!

Mohamadfarzin.blogfa.com



"به نام خداوند بخشاینده مهر گستر"

## دارورسانی هدفمند در سرطان به کمک نانو فناوری



پریسا علی پور؛ دانشجوی داروسازی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

درصدد دستیابی و توسعه روش ها و فناوری های موثر در دارورسانی هدفمند بوده است. فناوری نانو یکی از ابزار های مناسب در این مقوله است که امکان طراحی سیستم های دارورسانی هدفمند، کارآمد و اختصاصی را چه از نظر حمل ماده دارویی و چه از نظر ایجاد امکان تصویربرداری و حتی درمان توده توموری فراهم می آورد. در این نوشتار تعدادی از نانو

سرطان به عنوان معضلی بزرگ در علم پزشکی شناخته می شود. علی رغم وجود داروهای سایتوتوکسیک مناسب، میزان شیوع بالا، همچنین نبود سمیت اختصاصی در سلولهای سرطانی و در نتیجه عوارض زیاد و نیز بروز مقاومت دارویی، موانع مهمی در مسیر تشخیص و درمان بر سر راه پزشکان و بیماران قرار می دهد. از این رو علم داروسازی همواره

حامل های موثر در درمان و تصویر برداری سرطان بر اساس نوع حامل معرفی و طبقه بندی شده است.

### الف) حامل های پلیمری:

**Polymer-based nanoparticles and \* micelles:** نانوذرات پلیمری هم از طریق برقراری پیوند کووالان با ماده دارویی و هم از طریق دربرگیری آن ها (آرایشگری خود به خودی بعد از ترکیب دارو و پلیمرها و تشکیل میسل)، می توانند در دارورسانی مورد استفاده قرار گیرند. ساختار کروی میسل، امکان انتقال داروهای هیدروفوب و هم چنین آزادسازی کنترل شده را فراهم می آورد. نانوذرات پلیمری، در ترکیب با PEG به منظور جلوگیری از اپسونیزاسیون و افزایش زمان ماندگاری در گردش خون و هم چنین عوامل هدف گیری و حتی حساس کننده به pH عمل می کنند. از جمله پلیمرهای زیست تخریب پذیر مورد استفاده در این تکنولوژی، پلی لاکتید (PLA) و پلی لاکتید گلیکولید (PLGA) را می توان نام برد.

**\* Dendrimers:** دندریمرها یا درخت سان ها، ساختار های پلیمری کروی شاخه داری هستند که از یک هسته مرکزی، شاخه های متشکل از واحد های تکرار شونده و یک لایه خارجی از گروه های عاملی تشکیل شده اند. لایه خارجی با گروه های عاملی خود، قابلیت ایجاد برهم کنش های الکتروستاتیک با مولکول

های قطبی و باردار را دارد؛ در حالی که ساختار داخلی هیدروفوب دندریمر، می تواند مولکول های غیر قطبی و بدون بار را در برگیرد. لایه خارجی هم چنین امکان آزادسازی کنترل شده (controlled release) در شرایط مشخص، از قبیل pH معین و یا آنزیم های اختصاصی را فراهم می آورد. به علاوه امکان اتصال به عوامل هدف گیری، مثل آنتی بادی ها و هم چنین پروب های تصویر برداری این ساختارها را به سیستم های مناسبی برای دارورسانی اختصاصی و تصویر برداری تبدیل کرده است.

### ب) حامل های لیپیدی:

**\* Lipid-based nanoparticles (Liposomes, niosomes,...):** لیپوزوم ها، وزیکول هایی با ماهیت چرب هستند که توانایی حمل مواد مختلف را چه در بخش آبدوست (هسته) برای مواد هیدروفیل و چه در بخش لیپیدی دو لایه خود برای مواد هیدروفوب دارند. انتقال لیپوزوم های دارویی به سلول های سرطانی متکی بر انتقال غیر فعال و مبتنی بر نفوذ افزایش یافته توده سرطانی است. امروزه ساختار های لیپوزومی زیادی همراه لیگاندهای هدف، مثل مونوکلونال آنتی بادی ها به منظور افزایش اختصاصیت و هم چنین در ترکیب با پلی اتیلن گلیکول (PEG) به منظور افزایش زمان گردش در خون در فاز های مختلف کارآزمایی بالینی در حال بررسی هستند.

### \*Solid lipid nanoparticles (SLN):

این فرم دارورسانی متشکل از ذرات کلوییدی در یک بستر لیپیدی زیست تخریب پذیر است که در دمای بدن به فرم جامد وجود دارند. واژه لیپید در بردارنده طیف وسیعی از مواد چرب، از جمله تری گلیسرید، اسیدهای چرب، استروئید و موم ها می باشد. این نانوذرات از نظر ایجاد یک سیستم آزادسازی کنترل شده برای داروها، انتقال هدفمند مواد دارویی، افزایش پایداری دارو، سمیت کم و قابلیت تولید در مقیاس زیاد مورد توجه قرار گرفته اند. SLN به طور عمده برای انتقال دارو به بافت مغزی مورد استفاده قرار می گیرد و به دلیل مزیت های ذکر شده در بالا و هم چنین توانایی زیاد آن ها در عبور از سد خونی - مغزی و نیز امکان استفاده از آنها در تمامی راههای تجویز بعنوان یکی از کاربردی ترین نانوذرات حامل دارو شناخته می شوند.

### (ج) نانو لوله های کربنی:

### \*Carbon-based nanoparticles:

نانولوله های کربن (CNT) توانایی ویژه ای در ورود به سلول و انتقال مولکول های مختلف به سیتوپلاسم دارند. این ذرات از صفحات گرافیتی هم محور در سایز کمتر از 100 نانومتر تشکیل شده اند که به فرم استوانه می چرخند؛ بنابراین با توجه به ساختار خاص خود و در نتیجه نسبت بالای سطح به حجم، امکان ایجاد مکان های اتصال برای لیگاندهای هدف مناسب را فراهم می کنند. از طرفی، حفره داخلی این ساختار

امکان حمل عوامل دارویی و تشخیصی را ممکن می سازد. هم چنین، نانوتیوب های کربن به دلیل خاصیت هدایت گرمایی و الکتریکی، پتانسیل بالایی برای کاربرد های درمانی در سرطان، از جمله متد های گرمایی دارند. هنگامی که این ذرات در معرض نور فروسرخ نزدیک به طیف مرئی قرار می گیرند، انرژی اضافی را به شکل گرما (در حدود 70 درجه سانتی گراد) آزاد می کنند که می تواند سلول های سرطانی را نابود کند.

### (د) نانوذرات غیر آلی:

### \*Magnetic nanoparticle: نانوذرات

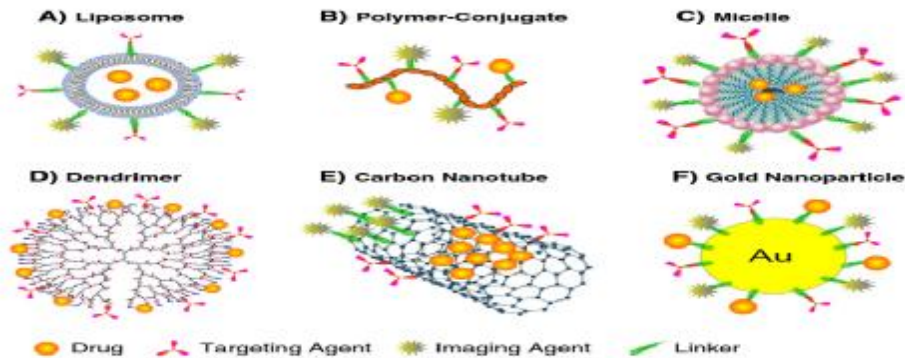
مغناطیسی در درمان سرطان کاربرد قابل توجهی دارند. یکی از پرکاربرد ترین اعضای این خانواده، نانوذرات اکسید آهن فوق مغناطیسی (SPION) است. یکی از ویژگی های مهم SPION برای انتقال داروها، قابلیت بهره گیری از هر دو خاصیت مغناطیسی و اتصال آنتی بادی آن هاست که امکان ایجاد یک سیستم هدف گیری اختصاصی را فراهم می آورد. هم چنین، نانوذرات مغناطیسی به دلیل قابلیت خود در گرم کردن سلول های سرطانی به طور انتخابی تا دمای بالا و مناسب که توانایی کشتن سلول های سرطانی را بدون آسیب به سلول های طبیعی دارد به عنوان یک روش درمانی در حال توسعه هستند. این مکانیسم تومور را نابود می کند و امکان فعال کردن سیستم ایمنی برای حمله به سایر سلول های سرطانی را در سراسر بدن فراهم

خواص نانوذرات طلا سایز کوچک، سازگاری زیستی، عدد اتمی بالا و توانایی برای اتصال به عوامل هدف است که یک مزیت بزرگ نسبت به سایر نانوذرات برای استفاده به عنوان ماده حاجب محسوب می شود. ذرات طلا هم چنین در ترکیب با مواد مغناطیسی به منظور بهبود اثرات گرمایی - نوری به کار می روند تا مرگ سلولهای سرطانی افزایش یابد. نانوذرات پلاتین به عنوان یک حساس کننده اشعه در رادیوتراپی سرطان به کار می روند که استفاده از آن، به بهبود کارایی بیولوژیکی اشعه و آسیب بیشتر سلول های سطانی در مقایسه با سایر اتم های فلزی منجر شده است. نانوذرات نقره برای هدف گیری دارویی فعال و غیرفعال به کار می روند که به عنوان یک کاندیدا برای انتقال مولکول های دارویی کوچک و نیز بیومولکول های بزرگی مثل پروتئین ها کاربرد دارند.

می آورد. در حقیقت گرمای تولید شده سلول سرطانی را نابود می کند، هم چنین می تواند دارو را از نانوذرات داخل بافت توموری آزاد کند. هایپرترمی اشعه مغناطیسی می تواند برای درمان تومور موضعی به کار رود.

### \*Metallic nanoparticle: نانوذرات

غیرآلی در چند سال اخیر به عنوان سیستم های انتقال دارو و ژن، عوامل تصویر برداری و بیوسنسورهای تشخیصی توجه زیادی را به خود جلب کرده اند. این نانوذرات انرژی سطحی بالا و هم چنین توانایی خوبی برای جذب سطحی مولکول های کوچک دارند. طلا، نقره و پلاتین تعدادی از نانوذرات فلزی هستند که برای تشخیص و درمان سرطان کاربرد دارند. نانوذرات طلا می توانند برای حمل مولکول های کوچک مثل پروتئین، DNA و RNA مورد استفاده قرار بگیرند و تاکنون برای انتقال داروهای ضد سرطانی مثل پاکلیتاکسل به کار رفته اند. از جمله



\* **Quantum dots**: ایسن ذرات، نانوکریستال هایی در سایز 2 تا 100 نانومتر هستند که توجه زیادی را در زمینه های بیولوژی و پزشکی به دلیل خواص نوری و الکتریکی به خود جلب کرده اند. استفاده از کوانتوم دات در طول موج NIR یا نزدیک فروسرخ به عنوان یک پروب تصویربرداری توسعه یافته است. مزیت اصلی این تکنیک، افزایش عمق نفوذ بافتی است که به تشخیص صحیح تر در شرایط **in-vivo** می انجامد. از جمله موادی که دارای ویژگی های مناسب جهت ساخت کوانتوم دات هستند می توان

کادمیوم سولفید و کادمیوم سلنید را نام برد. اگرچه با در نظر گرفتن فاکتور هایی مثل سمیت و سازگاری زیستی روی سولفید مناسب تر است. کاربرد کوانتوم دات در زمینه های مثل تصویر برداری در شرایط **in-vivo** و **in-vitro**، تصویر برداری سلول زنده و رهگیری مولکول هایی مثل پروتئین است. این ذرات برای تشخیص سرطان ریه، سینه، پروستات و پانکراس، تشخیص تومور اولیه در شرایط **in-vitro**، هدف گیری و تصویربرداری ملانوما و هم چنین تشخیص آنتی ژن های کارسینومای تیروئید کاربرد دارند.

#### \* منابع:

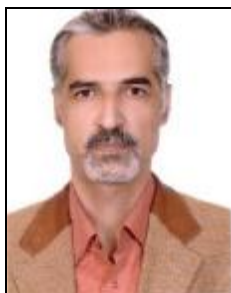
- Imtinungla ,Baruah A ,Lourembam D ,Baruah S.(2017).Nanotechnology in cancer detection and treatment. ADBU-Journal of Engineering Technology,6
- L.Markman J ,Rekechenetskiy A ,Holler E ,Y.Ljubimova J.(2013).Nanomedicine therapeutic approaches to overcome cancer drug resistance. Advanced Drug Delivery Reviews,65
- Juzenas P ,Chen W ,Sun Y ,Coelho M ,Generalov R ,Generalov N ,Christensen I.(2009).Quantum dots and nanoparticles for photodynamic and radiation therapies of cancer. Advanced Drug Delivery Reviews,60(15)

# مطالب مشرقه

- چند داستان تاریخی آموزنده ....

- معرفی کتاب

## چند داستان تاریخی آموزنده ....



انتخاب از : دکتر حمید قهرمانی

### سه کریم

می گویند روزی کریمخان زند در ایوان قصر مشغول استراحت بود . همان طور که اطراف را سیر می کرد ، ناگاه چشمش به مردی افتاد که با اشارات دست ، گاه به خان زند ، گاه به آسمان و گاه به خود اشاره می کند. از آنجا که حرکات مرد مدام تکرار می شد و فهم منظور او برای خان جالب به نظر می آمد ، دستور به احضار وی داد.

پس از چندی مرد را به حضور خان آوردند.

### نوشیروان و مرد کوتاه قامت

نوشیروان روزی به دادرسی نشسته بود . مردی کوتاه قامت فراز آمد و بانگ دادخواهی برداشت . خسرو گفت : کسی بر کوتاه قامتان ستم نتواند کرد . گفت : شهریارا ! آن که بر من ستم راند ، از من کوتاهتر باشد . خسرو بخندید و دادش بداد.

### رساله دلگشا

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

خان از وی پرسید:

« چه می گفתי و منظورت از این اشارات چه بود ؟ »

مرد که از ترس حضور در برابر خان رنگ باخته بود ، به کلی منکر قضایا شد.

کریم خان او را امان داد و دو باره سوال خود را تکرار کرد.

مرد آهی کشید و پاسخ داد : " والله قربان ! به درگاه خدا می نالیدم و به او می گفتم خدایا ! تو کریمی ، این بابا هم کریم است و نام من فلک زده هم کریم است ، آخر چقدر باید میان این سه کریم فرق باشد ؟ "

\*\*\*\*\*

### داستانی از شاه عباس

شاه عباس از وزیر خود پرسید: "امسال اوضاع اقتصادی کشور چگونه است؟"

وزیر گفت: "الحمدالله به گونه ای است که تمام پینه دوزان توانستند به زیارت کعبه روند!"  
شاه عباس گفت: "نادان! اگر اوضاع مالی مردم خوب بود می بایست کفشان به مکه می رفتند نه پینه دوزان، چون مردم نمی توانند کفش بخرند ناچار به تعمیرش می پردازند، بررسی کن و علت آن را پیدا نما تا کار را اصلاح کنیم."

### داستانی زیبا در مورد کوروش کبیر!

زمانی کزروس به کوروش بزرگ گفت: چرا از غنیمت های جنگی چیزی را برای خود بر نمی داری و همه را به سربازانت می بخشی؟  
کوروش گفت: اگر غنیمت های جنگی را نمی بخشیدیم الان دارایی من چقدر بود؟!  
کزروس عددی را با معیار آن زمان گفت.

کوروش یکی از سربازانش را صدا زد و گفت برو به مردم بگو کوروش برای امری به مقداری پول و طلا نیاز دارد. سرباز در بین مردم جار زد و سخن کوروش را به گوش شان رسانید.

مردم هرچه در توان داشتند برای کوروش فرستادند. وقتی که مالهای گرد آوری شده را حساب کردند، از آنچه کزروس انتظار داشت بسیار بیشتر بود.

کوروش رو به کزروس کرد و گفت: ثروت من اینجاست. اگر آنها را پیش خود نگه داشته بودم، همیشه باید نگران آنها بودم. زمانی که ثروت در اختیار توست و مردم از آن بی بهره اند مثل این می ماند که تو نگهبان پولهایی که مبادا کسی آن را ببرد!



## معرفی کتاب

### انتخاب از: دکتر حمید قهرمانی

دانشگاه تمام نکرده، بسیار مهندسی شده می نویسد.

رابرت جانسون در این کتاب تاکید می کند که هر طور که زندگی کرده باشید، حتی اگر نیمه اول عمرتان، موفق بوده باشد باز هم زندگی نزیسته‌ای دارید که می‌توانید آن را تجربه کنید در حالی که بیشتر مردم بر این عقیده اند که فقط اگر خوب زندگی کرده باشید، برنده هستید.

جانسون در این کتاب، هدایت زندگی را خیلی خوب توضیح داده و جاهایی می‌گوید دنبال رویاهایی بروید که سویه بیرونی ندارد و نشان می‌دهد که چگونه رنج بردن، تجربه‌های تازه‌ای به ما می‌دهند و زندگی ما را دگرگون می‌سازد.

گفتنی است این کتاب تاکنون بارها تجدید چاپ شده اما بنیاد فرهنگ زندگی به تازگی، **سی دی صوتی** این کتاب را در حالی روانه بازار کرده است که **مسعود فروتن**، تمام کتاب را خوانده و **ابراهیم حاتمی کیا**، تهیه کننده و کارگردان نیز خلاصه کتاب را روخوانی کرده است.

### زندگی نزیسته‌ات را زندگی کن



کتاب **زندگی نزیسته‌ات را زندگی کن**، کتابی در حوزه روانشناسی به قلم رابرت آلکس جانسون و با ترجمه سیمین موحد است و به آزاد شدن از تکرار و روزمرگی بعد از سی سالگی می‌پردازد.

کتاب «زندگی نزیسته‌ات را زندگی کن» از این نظر اهمیت دارد که آن را رابرت جانسون نوشته است. او علیرغم اینکه درس مهندسی را در

# نامه ها و مکاتبات اداری

**مدیریت محترم درمان تأمین اجتماعی  
استان گیلان  
جناب آقای دکتر محمدحسین شهدی  
نژاد**

با عرض سلام و ادب

همانطور که مستحضرید داروخانه ها برای تأمین دارو و تجهیزات با شرکتهای پخش مجبورند طی 3-1 ماه تسویه نمایند ولی متأسفانه غالباً سازمانهای بیمه گر تأمین اجتماعی و سلامت با تأخیرهای 6 ماهه و یا طولانی تر اقدام به پرداخت مطالبات داروخانه ها می نمایند که این مسئله باعث ایجاد اختلال در تأمین دارو و تجهیزات و برگشت چکهای داروخانه ها و در نتیجه اختلال در خدمات رسانی به بیماران می گردد. در حال حاضر بالغ بر 6 ماه است که داروخانه های طرف قرارداد مطالبات خود را دریافت نکرده اند و ادامه این وضعیت ممکن

است ارائه خدمات به بیماران را مختل نموده و باعث ایجاد نارضایتی برای مراجعین گردد. لذا استدعا داریم دستور فرمائید تا نسبت به پرداخت مطالبات داروخانه ها اقدامات لازم صورت پذیرد که بیش از این به مشکلات مالی داروخانه اضافه نگردد./

**با تشکر - دکتر کیان یعقوبی**

**دبیر انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای دکتر محمدحسین قربانی  
نماینده محترم مردم آستانه اشرفیه و  
نائب رئیس اول کمیسیون بهداشت و  
درمان مجلس شورای اسلامی**  
با عرض سلام و ادب

مستحضرید رأی اخیر صادره از طرف شورای رقابت در حذف حدنصاب جمعیتی و رعایت فاصله برای تأسیس داروخانه، برخلاف

قانون (مصوب سال 1334) «مقررات امور پزشکی، دارویی و موادخوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی» بوده و باعث نگرانی و نارضایتی همکاران داروساز در سطح کشور گردیده است.

با توجه به دستورالعمل موضوع بند ب ماده 3، از فصل دوم قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی (مصوب 1383/1/25) تبلیغ دارو برای عامه مردم و بیماران ممنوع می باشد.

همانگونه که استحضار دارید، پیرو فرمایشات مقام معظم رهبری در سال 1393 و ابلاغ سیاست های کلی برای وزارت بهداشت، این وزارتخانه با اجرای برنامه های تجویز و مصرف منطقی دارو سعی در کاهش مصرف بی رویه دارو در کشور دارد. قابل ذکر است یکی از ضوابط بسیار مهم در تمام کشورها که می بایست به وسیله سازمان غذا و دارو مورد توجه و کنترل قرار گیرد، رعایت فاصله قانونی بین داروخانه هاست که بر اساس آئین نامه جمعیتی شهرها در آن سازمان می باشد.

متأسفانه شورای رقابت بدون لحاظ کردن قوانین و مقررات حاکم بر وزارت بهداشت با حذف حدنصاب جمعیتی و میزان فاصله داروخانه ها رأی مذکور را صادر نموده، که این تصمیم غیرکارشناسانه مطمئناً باعث بروز مشکلات عدیده ای در اداره داروخانه ها و در کل، هزینه های جبران ناپذیری برای داروسازان و متولیان سلامت کشور و تهدید سلامت جامعه خواهد شد. مضاف اینکه هرگونه تغییر در آئین

نامه تأسیس داروخانه برعهده مجلس شورای اسلامی و دیوان عدالت است. شایان ذکر است که پیشتر دو بار درخواست تغییراتی در این خصوص از سوی بعضی افراد در دیوان مطرح گردیده اما در همه موارد رد شده است.

قابل ذکر است که اجرای حکم غیرقانونی شورای رقابت باعث پیامدهای جبران ناپذیر ذیل می شود:

- 1- افزایش مصرف بی رویه و غیرمنطقی دارو به دلیل رقابت ناسالم بین داروخانه ها
  - 2- افزایش روابط ناسالم غیرحرفه ای و غیرقانونی بین برخی پزشکان و داروسازان
  - 3- افزایش احتمال توزیع داروهای قاچاق به دلیل رقابت ناصحیح
  - 4- افزایش بی رویه هزینه های نظارت و کنترل مراکز توسط سازمان غذا و دارو
  - 5- افزایش بی رویه هزینه های تأمین و توزیع دارو در داروخانه ها
  - 6- افزایش توزیع غیرمنطقی داروخانه ها در مجاورت مراکز درمانی
  - 7- افزایش معضلات موجود در روند همکاری بین داروخانه ها و سازمانهای بیمه گر
- حائز اهمیت فزاینده اینست که شورای رقابت برای اشتغال زایی همکاران داروساز جوان تنها به داروخانه ها به عنوان فرصت شغلی پرداخته «رفع مشکلات اشتغالشان را منوط به رویارویی با داروسازان باسابقه تر قلمداد کرده» و التفاتی به سایر موقعیتهای از جمله بیمارستانها، کارخانه ها، شرکتهای توزیع دارو، داروخانه های

دولتی و مراکز تحقیقات دارویی نداشته و تأسف بارتر اینکه برای اداره داروخانه ها نیز اصول نظارتی لازمه و ارائه خدمات را نادیده گرفته است. بعلاوه با توجه به اینکه بیش از 50 درصد بازار دارویی کشور در اختیار بخش دولتی است، قرار گرفتن این بازار در اختیار داروسازان جوان بنحو مقتضی و متناسب فرصت های بسیاری برای اشتغال داروسازان می آفریند بنابراین انتظار می رود رویه شورای رقابت در این راستا باشد. لذا با توجه به همه مواردی که بیان شد، از جنابعالی استدعا داریم که در راستای حمایت از مصرف صحیح دارو از بروز یک فاجعه اجتماعی در حوزه سلامت کشور جلوگیری نمایید.

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**

**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای دکتر محمدحسین قربانی**  
**نماینده محترم مردم آستانه اشرفیه و**  
**نائب رئیس اول کمیسیون بهداشت و**  
**درمان مجلس شورای اسلامی**

با عرض سلام و ادب

احتراما، همانگونه که مستحضرید سازمانهای بیمه گر - تامین اجتماعی و بیمه سلامت - علی رغم درخواستها مکرر و مذاکرات متوالی همکاران، حداقل هفت ماه است که مطالبات به حق داروخانه ها را پرداخت نموده اند.

در این ارتباط، همکاران زیادی در سطح

استان - در صورت ادامه روند پرداخت نشدن بموقع مطالبات داروخانه ها - برای عدم ادامه همکاری مناسب با سازمانهای بیمه گر اعلام آمادگی نموده اند (ضمیمه می باشد). در همین راستا بهم خوردن معادلات مالی داروخانه ها (تعدد چک های برگشتی و دریافت تسهیلات با سود بالا از بانکها جهت پرداخت چکها برای حفظ آبرو) و عدم پرداخت مطالبات شرکتهای توزیع و پخش دارو از سال ها پیش، توسط دانشگاه علوم پزشکی گیلان که به نوعی خود نیز طلبکار بیمه ها هستند و ناتوانی برخورد شرکتهای بخش دولتی و فشار بر بخش خصوصی (داروخانه) جهت وصول چکها و بعضاً قطع همکاری با داروخانه های دارای چک برگشتی، تبعات اسف باری را بدنبال داشته است؛ از یک طرف فشار مضاعفی به همکاران ما در اداره داروخانه ها وارد نموده، و از طرف دیگر، این مشکلات نهایتاً دامنگیر قشر بزرگی از بیماران می شود که مجبورند نسخه بدست در داروخانه های مختلف بدنبال تهیه دارو باشند (به علت عدم ارائه دارو توسط شرکتهای توزیع به اکثریت قریب به اتفاق داروخانه های سطح استان که دارای چک برگشتی می باشند).

قابل توجه است که ادامه روند مذکور باعث ناتوانی هر چه بیشتر همکاران در اداره امور داروخانه گردیده و نهایتاً همکاران مجبور به رد پذیرش نسخ بیمه ای می شوند، که سلامت بخش بزرگی از مردم استان را وارد یک بحران جدی خواهد نمود.

لذا خواهشمندیم تا قبل از وارد شدن بخش دارویی استان به حالت بحرانی و نهایتاً آسیب های جبران ناپذیر مردم، ترتیبی اتخاذ فرمایید که سازمانهای بیمه گر مذکور، ملزم به پرداخت مطالبات داروخانه ها گردند.

در غیر اینصورت ممکن است انجمن داروسازان گیلان بعنوان نماینده داروسازان یک استان مهمانپذیر - که مشکلات خاص خود را به علت مراجعات مضاعف مردم کشورمان دارند - قادر به جلوگیری و مدیریت بحران احتمالی در استان نباشد. خاطر نشان می سازیم که خطر بروز بی نظمی و هرج و مرج در سطح استان توسط بیماران عصبانی از ناتوانی تهیه داروهای مورد نیاز خود از داروخانه هایی که ابداً تقصیری در این ماجرا ندارند، وجود دارد و در این میان گزک به دست فرصت طلبانی داده می شود که انتظار چنین لحظاتی را می کشند تا آتش ماجرا را شعله ورتر ساخته و حوزه سلامت را دچار چالشهای جدیدی نمایند. مسئولیت چنین اتفاقی در درجه اول بعهد سازمانهای بیمه گر می باشد که دست روی دست گذاشته اند، ولی دود آتش این بی تدبیری به چشم همه خواهد رفت.

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**

**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای نجفعلی آبرون**

**معاونت محترم درآمدهای مالیاتی استان**

**گیلان**

با عرض سلام و ادب

احتراماً در پی اختلاف نظر و اطلاع رسانی ضد و نقیض بعضی از کارشناسان حوزه مالیاتی ذیربط مبنی بر مشمول تمامی داروخانه ها در ارسال اطلاعات صورت معاملات فصلی به استحضار می رساند.

بر اساس آیین نامه اجرائی تبصره 3 ماده 169 ق.م.م. اصلاحی مصوب 1394/04/31 که بدنبال پیشنهاد شماره 200/3193 مورخ 1395/03/01 سازمان امور مالیاتی کشور پس از تصویب وزیر محترم ابلاغ گردیده است به استناد ماده 9 از فصل چهارم آیین نامه مزبور اشخاص زیر مشمول ارسال فهرست معاملات می باشند. (ضمیمه می باشد)

الف: کلیه اشخاص حقوقی

ب: صاحبان مشاغلی که حسب نوع و یا حجم فعالیت جزء گروه اول موضوع ماده 2 آیین نامه اجرایی ماده 95 محسوب شوند.

ج: صاحبان مشاغل مشمول اجرای قانون مالیات بر ارزش افزوده

و مشاغل خاصی چون دارندگان کارت بازرگانی - صاحبان کارخانه های تولیدی و بیمارستانها و ... از نظر نوع فعالیت جزء گروه اول موضوع ماده مذکور بوده و ملزم به ارسال گزارش فصلی می باشند به عبارتی این مورد تعداد اندکی از داروخانه های استان را که حجم معاملاتی سالیانه آنها بیش از سی میلیارد ریال می شود، شامل می گردد.

از آنجایی که انجام این وظیفه در هیچ یک از آیین نامه های مورد اشاره از کلیه داروخانه ها

درخواست نگردیده است، خواهشمند است چنانچه این برداشت مغایرتی با قوانین و آیین نامه های مربوطه ندارد مراتب به اطلاع این انجمن اعلام گردد و در غیر اینصورت با ارسال مدارک مستند از راهنمایی لازم دریغ نفرمایید./

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**  
**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای دکتر عباس صدیقی نژاد**  
**رئیس محترم بیمارستان دکتر حشمت**  
**رشت**

سلام و عرض ادب

اقدام در خور و شایسته جنابعالی در قدردانی از زحمات داروسازان شاغل در آن مرکز،

سرکار خانم دکتر گلبر رضائیان و خانم دکتر فائزه جلیلی به مناسبت روز داروسازی ایران، به عنوان یک عمل مثبت و آگاهانه که در سطح مراکز بیمارستانی اتفاق افتاده؛ بدون تردید سزاوار تقدیر و سپاس فراوان است.

این اقدام را که بازتاب هوشمندی و تعهد شماست، ارج می نهیم و دوام عزت و توفیق روز افزونتان را در راستای دستیابی به اهداف عالی درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی افراد جامعه از درگاه خداوند متعال خواهانیم.

**باسپاس فراوان - دکتر مهرناز مظفری**  
**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند سرکار خانم دکتر کفایت فرهادی در غم از دست دادن مادر گرامی شان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحومه از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند جناب آقای دکتر فیروز سرودی در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »



## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند سرکار خانم دکتر پایون نژادشمسی در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند جناب آقای دکتر محمدجواد امینی ماسوله در غم از دست دادن پدر گرامی همسرشان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

# دکتر سید علاء الدین عسکری

فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری، نازایی

دوره‌های تکمیلی فوق تخصصی از انگلستان  
 عضو جامعه جراحان کلیه و مجاری ادراری آمریکا  
 استاد دانشگاه علوم پزشکی - Professor of Urology



اصلاح دایمی و قطعی ناتوانی جنسی مردان به وسیله پروتز (Penile Prosthesis) [از سال ۱۳۸۵ - چهارمین مرکز در کشور]  
 اصلاح اختلال عملکرد جنسی مردان یا پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplanta-tion to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]  
 اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]  
 اصلاح دایمی انواع بی‌اختیاری مردان و زنان با کنترل آندوسکوپیک (Modified Gittes & Stamey, Argus, TOT,TVT) [از سال ۱۳۸۰، اولین مرکز در شمال کشور]  
 ارزیابی تکنیک جدید جراحی اندوسکوپیک PIT برای High Grade VUR و چاپ آن در مجله معتبر پزشکی آمریکا [اولین بار در جهان]  
 پیوند معده به مثانه (Gastrocystoplasty) در مثانه‌های عصبی (Neurogenic bladder) برای پیشگیری از نارسایی پیشرونده کلیوی [سومین مرکز در کشور]  
 عمل جراحی کمتر تهاجمی پروستات (Less Invasive Open Prostatectomy- No Drain.) [از سال ۱۳۳۹، اولین بار در ایران]



رشت، گلسار، خیابان نواب، داخل کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه اول  
 تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۳۷۹۳ و ۰۱۳-۳۳۲۲۲۵۹۶

