پرسش و پاسخ

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۱ ، صفحه ۸۳ ، ۱۳۵۳

پرسش : درصفحات۴۹۸-۵۰۳ شماره تیرماه۱۳۵۳ مجله نظام پزشکی ایران ، مقاله‌ای تحت عنوان «گزارش دو مورد جالب بیلارزیوزمثانه» چاپ وانتشاریافته بودکه‌لازم دانست نکات زیررا یادآورشود :

اولاً ، موارد بیلارزیوز درجهان بحدی زیاد است (درحدود۲۰۰ میلیون نفر از سکنه جهان برطبق آمار سازمان بهداشت جهانی مبتلا به این بیماری میباشند) که نمیتوان آنرا به عنوان بیماری نادر بحساب‌آورد، بخصوص‌درمعاودین ایرانی‌که ازعراق مراجعه نموده‌اند، چه درآنجا درحدود یك‌میلیون نفر مبتلا وجود دارد و حداقل هرماه یك بیمار ازاین دسته به‌بخش انگل‌شناسی دانشکده بهداشت مراجعه وتحت درمان قرار میگرفتند . درکشور مانیزتا چندسال قبل بیش‌از ۵۰ هزارنفر درخوزستان مبتلا بوده‌اند.

ثانیاً ، تشخیص بیلارزیوز مثانه بحدی‌آسان است‌که لزوم اینهمه آزمایش‌ها وحتی لاپاراتومی بیمار وبرداشتن قسمت تحتانی‌حالب چپ با تشخیص احتمالی سل که بعداً معلوم میشودکه شخص مبتلا به بیلارزیوز بوده ، مورد تردید است .

نکته دیگر درروش درمان بیمار پس‌از تشخیص بیلارزیوز میباشد که بیمار مبتلا به‌این بیماری راکه به‌آسانی با چندقرص‌آمبلیهار یاداروهای مشابه میتوان درمان نمود وتاکنون درحدود ۱۸هزار نفرازمبتلایان را درجنوب ایران بدینوسیله درمان نموده‌اندتحت درمان با گلوکانتیم قرار داده‌اند و چون همانطور که پیش بینی می‌شده است این درمان بی‌اثرمانده، بیمارتحت درمان بافوآدین که داروی قدیمی وکم اثر برای درمان این بیماری است قرار گرفته که باز عود بیماری دیده شده است سپس با آنکه در متن مقاله به‌داروهای مختلف اشاره شده است در نتیجه مقاله مرقوم داشته‌اندکه درمان اساسی آن با فوادین است .

آیا بهتر نبود مروری درنشریات جدید داخلی وخارجی (حداقل ۱۰۰ مقاله علمی درباره بیلارزیوز ایران درمجلات معتبرجهانی و درایران تاکنون چاپ ومنتشر شده‌است) میشد ودرمان بیماری بیشترمورد مطالعه‌قرارمیگرفت.

اینجانب درمورد آنکه دریك مجله علمی‌که در بیش‌از ۱۲ هزار نسخه منتشرمیشود مطالب‌کلاسیك درباره بیماری، مانند تاریخچه و انتشار جغرافیائی ومورفولژی و سیر تکامل و آسیب شناسی و بیماریزائی و علائم بالینی و عوارض و درمان که درکتب مختلف موجود است نباید دوباره نوشته شود اظهار نظر نمی‌نمایم زیرا این بستگی به خط مشی مجله دارد .

دکترفریدون ارفع

پاسخ : در جواب ایرادهای همکار محترم آقای دکتر ارفع به‌توضیحات زیرمبادرت میشود:

اولا راجع به نادربودن بیماری نزد اطفال باید توضیح داده شود که‌ازسال۱۳۳۷ که بیمارستان بهرامی‌تأسیس‌شده دربین۱۶۰۰۰ طفل‌بستری فقط دومورد بیلارزیوز دیده شده وبهمین‌دلیل بیماران ما جالب ونادر ذکرشده‌اند. مع‌الوصف درمقاله اشاره شده‌که در دنیا ۱۵۰ میلیون مورد بیلارزیوز وجوددارد. ثانیاً ایراد ایشان راجع به‌تشخیص بیماری ، درمورد بیمارما موجه نیست چه خوب بود این بیمار را قبل از عمل ایشان میدیدند تا معلوم میشد آیا تشخیص بیلارزیوز آسان بوده یا خیر ؟ چون در آزمایش ادرار بیمار فقط ۲-۳ گویچه سرخ درهرمیدان میکروسکپی ادرار دیده شده ولی ادرارمحتوی گویچه سفید فراوان ، چرك و ۱/۵ گرم در لیتر آلبومین بوده است . در ادرار این بیمار ، متصدی آزمایشگاه بیمارستان بهرامی‌که تشخیص بیمار دوم ما را تأیید کرده شیستوزوم ندیده است درنتیجه ، ما در مقابل کودکی‌که با

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

پیوری مراجعه کرده بود قرار گرفتیم و جهت شناختن علت این پیوری، اورو گرافی نمودیم که ضایعه انسدادی، درمحل ورودحالب به‌مثانه درطرف چپ همراه بااتساع حالب ولگنچه را نشان داد. علت مطرح شدن سل نزد این بیمار (که بنظر اینجانب حتی قبل از عمل قابل طرح نبود چون معمولا ضایعات سلی بیشتر درکلیه دیده میشود) مثبت بودن مانتو وآدنوپاتی مدیاستینال بوده است. بامشاهده هیدرونفروز، بیماربدست‌همکاران‌بخش‌بیماریهای‌میزه‌راه بیمارستان پهلوی سپرده شد ودرحین عمل توده تومورال درقسمت پائین حالب مشاهده شدکه بعداز برداشتن‌آن ، حالب را درمثانه پیوندکردند و در اینموقع بودکه امتحان آسیب‌شناسی تشخیص بیلارزیوز را روشن‌کرد .

حق نیست که علم طب را فقط از دیدگاه میکرسکپ نگریسته و اینگونه مسائل ، سهل انگاشته شود. اگرهمکارمحترم به‌نکاتی‌که راجع به‌انسداد مجاری ادراری درجریان بیلارزیوز، که درمقاله ذکرشده، تعمق‌میفرمودند متوجه‌میشدندکه داروهای مختلف‌حتی آمبیلهار اثری روی ضایعات انسدادی ندارند وما حتی اگر قبل از عمل به تشخیص بیلارزیوز رسیده بودیم چون انسداد باعث هیدرواورترو‌هید رونفروز شده بود وخطر انهدام‌کلیه چپ درکار بود بازهم بیماررا بدست جراح می‌سپردیم، چون بیلارزیوزایجاد ضایعات فیبروز و اسکلروز مینماید و در اینگونه ضایعات دارو بی‌اثراست وامااراجع بتذکرایشان درروش درمان بایدتوضیح داد که در مقاله متذکر شده‌ایم‌که آمبیلهار داروی موثری است ولی اختلالات الکتروکاردیوگرافیك و الکتروآنسفالوگرافیك ایجاد میکند بعلاوه چون این دارو در اختیار ما نبوده ما از فوآدین استفاده‌کرده‌ایم واگر بیمار ما بااین دارو بهبودیافته آیاایرادی وارد است ؟

درکتاب پاتولوژی مدیکال تألیف پرفسور هامبورژه و همکاران نتیجه درمان با فوآدین (آنتیموآن سه ظرفیتی) ۹۹٫۶٪ ذکر شده است . اما اعتراض راجع به نوشتن تاریخچه و انتشار جغرافیائی وعلائم بالینی وغیره باید توضیح داده شود که معمولا دریك مقاله علمی درهمه جای دنیا مختصری راجع به این علائم صحبت میشود بخصوص وقتی از مجله نظام پزشکی کلیه همکاران کشور استفاده میکنند تذکری راجع به علائم بالینی وجاب‌توجه آنها به‌بیماری، تصورنمیرود مبالغه تلقی گردد.

دکترمسعود عزیزی وهمکاران

پرسش : در شماره ششم سال سوم، صفحه ۵۰۴، مقاله بسیار سودمندی توسط همکاران عزیز آقای دکتر وهاب فطوره‌چی و آقای دکتر مهدی علیم مروستی تحت عنوان «تظاهرات غیر عادی هیپرتیروئیدیسم» بچاپ رسیده است‌که از نظر اینجانب در آن قسمت‌که مربوط به‌تیروتوکسیکوز وانفارکتوس قلب است‌احتیاج به‌تذکر مختصری بشرح زیر دارد :

در مقاله اشاره که « چون غالباً فیبریلاسیون نداشته‌اند تئوری آمبولی درایجاد انفارکتوس دراین بیماران اهمیت ندارد. ضایعه مستقیم‌کرونررا برای توجیه علت انفارکتوس میوکارد نمیتوان ردکرد. بنظرنمی‌آیدکه‌تیروتوکسیکوز به‌تنهائی باعث‌انفارکتوس میوکارد باشد وبیشتر اثر تسهیل‌کننده دارد.»

اصولاً در بیماران مبتلا به‌تیروتوکسیکوز همچنانکه همکاران نیز اشاره نموده‌اند انفارکتوس میوکارد نادر است بطوریکه تانوامبر ۱۹۷۳ تنها ۲۱ موردگزارش شده‌که ۱۲ بیمار مرد و۹ بیمارزن بوده است . زمان پیدایش انفارکتوس بین سه ماه تاده سال بعداز پیدایش تیروتوکسیکوز ومیزان‌کلسترول سرم تنها دریك بیمار ۶۶ ساله ۲۶۷ میلیگرم درصد ودربقیه طبیعی بوده است .

بسیاری از محققین معتقدند که هورمون تیروئید اثر ضد تشکیل آتروم دارد . این خاصیت باروشهای تجربی مختلف ثابت شده چنانکه در سگ باخوراندن غذای غنی ازلحاظ‌کلسترول نمیتوان آترواسکلروز ایجاد کرد مگرآنکه غده تیروئید را باخوراندن تیواورا سیل بحیوان ازکار بیاندازند . همچنین تجویز هورمون تیروئید به‌خرگوش‌هائیکه برای‌ایجادآترواسکلروز به‌آنهاغذای پرکلسترول‌خورانده‌اندازتشکیل‌آترواسکلروز جلوگیری‌میکند. در بیماران مبتلا به‌تیروتوکسیکوز بخصوص اگر کلسترول سرم طبیعی باشد وجود انفارکتوس قلب بسیار نادر و از افراد بدون تیروتوکسیکوز مسلماً کمتر است .

دریك مطالعه‌کالبد شکافی از ۱۵ بیمار مبتلا به‌تیروتوکسیکوز در سنین ۴۲و۷۱ سالگی مشاهده‌شدکه ضایعه اسکلروز شرائین‌بسیار ناچیز بوده (Grything & Solivesen)وهمچنین دراتوپسی ۹ بیمار از یك‌گروه ۱۵۰ نفری مبتلا به‌تیروتوکسیکوز نیز معلوم شدکه تنها یك بیمار ۷۴ سال دچار تغییرات‌آتروسکلروز در شرائین قلب بوده است .

باین ترتیب ملاحظه میشود که اکثر اوقات ضایعه مستقیم کرونر دراثر آتراسکلروز باعث انفارکتوس نیست.

علل احتمالی انفارکتوس دراین بیماران ترومبوآمبولی یا اثر مستقیم هورمون تیروئیداست بخصوص دربیماران جوان‌وکسانیکه کلسترول طبیعی دارند .

Gordon زن سی وپنج ساله مبتلا به‌تیروتوکسیکوز وانفارکتوس را گزارش نموده که بطور موقت دچار فیبریلاسیون بوده است لذا آریتمی بیماران ممکنست دائمی نباشد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

Somervilke معتقد است که هورمون تیروئید ممکن است مستقیماً برشرائین اثر نموده وانسداد ایجاد نماید که بالاخره بانفارکتوس بیانجامد .

ممکنست هورمون تیروئید سبب شود که سه عامل مؤثر در میزان احتیاج قلب باکسیژن، یعنی تعداد ضربان قلب، قدرت انقباض وفشار خون بالارود وباعث وسعت اندازه انفارکتوس گردد .

Maroko که در روی انفارکتوس قلب کارهای جالبی دارد با تجویز داروهای بااثر کرونوتروپ واینوتروپ مثبت توانسته است اندازه انفارکتوس کوچك را وسیع سازد و یا برعکس باتجویز داروهای کاهش دهنده نیروی انقباضی وضربان قلب ازوسعت آن بکاهد. دربیمار مبتلا به تیروتوکسیکوز باوجود ریتم سینوسی قلب، پیدایش انفارکتوس به ترومبوآمبولی نسبت داده میشود . بعنوان مثال بیمار سی ساله Kotler باعادت ماهانه طبیعی و عدم وجود فیبریلاسیون دچار انفارکتوس و نارسائی میترال میشود . آرتریوگرافی کرونر دراین بیمار کاملا طبیعی وهیچگونه ضایعه انسدادی نشان نداد. علت احتمالی آرتریوگرام طبیعی آنستکه بعداز مدتی لخته یا آمبولی شریانی باصطلاح رکانالیزه میشود وجریان خون برقرار میگردد. دراینمورد الکتروکاردیوگرام مشخص انفارکتوس، لیکن آرتریوگرام کرونر طبیعی است که نظایر آن درمنابع پزشکی زیاد است .

از آنچه گفته شد چنین نتیجه میشود :

۱ـ بیماران مبتلا به تیروتوکسیکوز بندرت دچار انفارکتوس قلبی میشوند بطوریکه تا نوامبر ۱۹۷۳ تنها ۲۱ مورد گزارش شده است .

۲ـ میزان کلسترول سرم در بیمار طبیعی یا کمتر از طبیعی است (سنتز کلسترول درتیروتوکسیکوز بیش از عادی است لیکن دفع روده‌ای آن زیاد واز مقدار سنتز شده بیشتر است).

۳ـ هورمون تیروئید خاصیت ضد تشکیل آتروم دارد و لذا علت انسداد شریان کرونر وانفارکتوس احتمالا پدیده ترومبو آمبولی یا اثر مستقیم هورمون تیروئید بردیواره شریان یا هردو میباشد.

REFERENCES :

1- Grything C. Salvesen, H.A.: Thyrotoxicosis & myocardial infarction, Acta Med. Scand, 156: 169,1967.

2- Gordon, J.A., Lenkei, SC.Thyrotoxicosis Associated with myocardial infarction, Can. Med,Associ., 90: 1128, 1964.

3- Sandler, C., Wilson, C.: The nature and prognosis of heart dis. in thyrotoxicosis, Q.J. Med., 28: 347, 1959.

4- Somerwille, W., Levine, S.A.: Angina pectoris & thyrotoxicosis, B.H.J., 12: 245, 1950.

دکتر علی اکبر صحت

پاسخ : ازآقای دکتر صحت نهایت تشکر را داریم که مقاله مارا بادقت خاص مطالعه کرده وچنین نقدی عالمانه ومبسوط بر نکته‌ای از آن مرقوم فرموده‌اند .

نهایت خوشبختی ونشان دهنده پیشرفت جامعه پزشکی ایران است که نویسنده مقاله از خوانده نکاتی چند بیاموزد .

از قدیم شناخته شده است که دربیماران هیپرتیروئید بعلت افزایش کار قلب و احتیاج بیشتر به اکسیژن (۱) و شاید اثرات مستقیم هورمون تیروئید (۲) آنژین صدری شایع است وهمانطوریکه ما و آقای دکتر صحت اشاره کرده‌ایم انفارکتوس نادر است . (۳) در کتب کلاسیك نیز این مطالب تأکید شده‌است. (۴) شاید توأم بودن واقعی این دوبیماری بیشتر از ۲۱ مورد باشد زیرا عملاشیوع واقعی گزارش نمیشود و مطالعات وسیع اپیدمیولوژیك و آماری انجام نشده است .

فرضیه کاهش آترواسکلروز دربیماران تیروتوکسیك موقعی میتواند مورد قبول باشد که هیپروتیروئیدیسم مدتهای طولانی برقرار باشد چون برای بروز این کیفیت زمان لازم است .

بادر نظر گرفتن تذکرات مفید آقای دکتر صحت ومطالب فوق شاید بتوان نتیجه گرفت که این مسئله احتیاج به بررسی ومطالعات بیشتر دارد .

REFERENCES:

1_ Lev. N. M. and Hamburger W. W: Studies in thyroid heart disease, II, angina pectoris and hyperthyroidism Amer. H. J. 8: 109, 1932_1933

2- Levey G. S.: Catecholamine sensitivty; Thyroid hormone and the heart. Amer. J. of Med: 50: 413; 1971.

3- Burstein J. Lamberg B. A. and Eramaa, E,: Myocarial infarction in thyrotoxicosis. Acta. Medica. Scand, 166: 379; 379. 1960.

4_ J. W. Hurst. R. B. Logue: The heart second edition McGraw Hill, and Company. 1970.

دکتر وهاب فطوره‌چی

پرسش : گزارش اولین مورد بیماری لیپوئیدپروتئینوزیس (بیماری Urbach Wieth) در ایران ، توسط اینجانبان ابتدا در تیرماه ۱۳۵۱ درکنفرانسهای هفتگی بیماریهای پوست بیمارستان شاهرضا و سپس در نخستین روزهای درماتولوژی ایران در ۶ر۳ر۵۳ در آمفی تآتر بیمارستان رازی مرکز پزشکی رازی دانشگاه تهران باحضور همکاران درماتولوژیست و پاتولوژیست باارائه شرح حال و اسلاید و برشهای آسیب‌شناسی بیمار معرفی گردید.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

بیمار خانم ۲۳ ساله‌ایست که با علائم پوستی ومخاطی همراه با تغیر صدا از اوان کودکی ، به بخش بیماریهای پوست بیمارستان شاهرضا مراجعه و در ۲۴ر۳ر۵۱ بیوپسیهای متعدد از پوست مخاطلب ، سطح داخلی گونه واپیگلوت، تشخیص بالینی راتأیید نمود . بنابراین گزارش دومورد معرفی شده توسط آقای دکتر همایون آرام وهمکارانشان درمجله نظام پزشکی‌ایران (سال‌سوم، شماره ششم ، اردیبهشت ماه ۵۳ » صفحه ۴۶۶ ـ ۴۶۲) بعد از گزارش ما میباشدکه بدینوسیله توضیح داده میشود :

ضمناً یادآورمیشود دومورد معرفی شده وسیله‌نویسندگان‌آن مقاله اولی در ۲۰ر۴ر۵۲ و دومی در اسفند ماه ۵۱ میباشد که هر دو بیمار پس‌از تاریخ تشخیص گزارش ما در مشهد بوده ، بنابراین نمیتواند اولین مورد بیماری اورباخ ـ وایت تلقی شود .

مقاله مفصل گزارش بیمار ما در نامه دانشکده پزشکی مشهد در شماره مهرماه ۵۳ منتشر خواهد شد .

دکتر فضل‌اله صدر وهمکاران

پاسخ : راجع به‌اولین‌مورد بیماری لیپوئیدپروتئینوزیس درایران باطلاع میرساندکه :

۱ـ عنوان مقاله اینجانب و همکاران که در شماره اردیبهشت ماه ۱۳۵۳ مجله نظام‌پزشکی‌ایران چاپ شده «گزارش اولین موارد لیپوئیدپروتئینوزیس درایران» میباشد یعنی دومورد ازاین‌بیماری است که برای نخستین بار دریکی از مجلات پزشکی فارسی زبان چاپ گردیده است، همانطوریکه در مقاله مذکور یاد آور شده‌ایم این بیماری برای نخستین بار توسط Wieth Urbach در سال ۱۹۲۹ شرح داده شده سپس بیماران دیگری توسط سایرین از کشورهای مختلف گزارش شده است . بدیهی است که مواردی ازاین‌بیماری درکشور ماایران‌نیز وجودداشته، که‌بعلت بسیارنادر بودن وعدم آشنایی باآن تشخیص داده نشده‌است و یااگرتشخیص داده شده‌گزارش نگردیده است. آنچه مسلم است برطبق مدارك موجود مقاله ما اولین گزارش مربوط باین بیماری در ادبیات پزشکی‌ایران میباشد بدین معنی که تا قبل‌ازآن هیچگونه‌مقاله‌ای دراین‌موردردرمجلات‌پزشکی‌ایران‌منتشر نشده‌ومعرفی‌بیمارهمکاران گرامی درتیرماه ۵۱ درکنفرانس‌هفتگی‌بیماریهای‌پوست‌بیمارستان شاهرضا ونیزدر۶ر۳ر۵۳ درآمفی‌تآتر بیمارستان رازی نمی‌تواند اولین گزارش‌بیماری‌فوق‌درنوشته‌های‌پزشکی‌ایران محسوب گردد.

۲ـ از اینکه آقایان دکترصدر ودکتر علوی ودکترمستوفی شرح حال بیمارخود رادرشماره مهرماه ۵۳ نامه دانشکده‌پزشکی‌مشهد منتشر خواهند نمود بسیار خوشحال هستیم زیرا این گزارش‌ها موجب آشنائی بیشتر جامعه پزشکی باچنین امراض نادر خواهد گردید وطبیعتاً گزارش‌آنان دومین گزارش این‌بیماری درادبیات پزشکی‌ایران خواهد بود .

دکترهمایون‌آرام

پرسش : مقاله مستند وآموزنده آقای دکتر نیك‌اختر وهمکاران مورد توجه بسیار قرارگرفت همانطورکه ذکر شده ناراحتی‌های گوارشی درسندرم اورمی عارضه نسبتاً شایع وضمناً خطرناك‌است.

البته تشخیص بموقع واقدام سریع درمانی است که میتواند بیمار را ازمرگ حتمی نجات دهد و این وظیفه خطیر پزشك معالج ، بخصوص درموردمراجعین به اورژانسها ومراکزدرمانی مسمومین است که علت اصلی عوارض گوارشی را بررسی و بغیر از درمان علامتی درپی درمان علتی‌نیز باشند . در اینجا بمورد است درباره بیماری که باینجانب مراجعه نمود چندکلمه‌ای ذکر شود:

بیمار مردیست کارگر ، بی‌هیچگونه سابقه بیماری قبلی ، که برای‌مدت سه هفته با علائم بی‌اشتهائی تهوع و استفراغ تحت مداوای علامتی بوده و درمراجعه معلوم شدکه اوره خون بیش‌از ۳۰۰میلیگرم درصدمیلی‌لیتراست. روزبعدازمراجعه دیالیزصفاقی انجام شد وخوشبختانه ازمرگ نجات یافت. لازم بتذکر است که آزمایشهای‌تکمیلی نشان دادبیماردرمرحله انتهائی بیماری مزمن کلیوی است ودیالیز صفاقی بطورمتناوب و منظم بیش از یکسال ادامه یافت . (شرح حال‌کامل بیمار دردست تهیه است وامید است بزودی از نظر همکاران بگذرد) . نکته مهم اینکه درست یکی دو روز قبل‌از هردیالیز بیمار از درداپیگاستر ، حالت تهوع ، استفراغ و بی‌اشتهائی رنج میبرد . در خاتمه سؤالی که برایم مطرح است اینکه بیماران نویسندگان محترم برای چه مدت تحت نظر ایشان بوده و بخصوص در مورد گروههای ۲ و ۳ تحت چه مداوائی بوده‌اند چون به‌نظر میرسد نگهداری بیماری با اوره ۳۰۰ـ۴۰۰ میلیگرم درصدبدون دیالیزیاپیوندکلیه، اگر غیرممکن نباشد، نمیتواند برای مدتی ادامه یابد .

دکتر پرویزدامادزاده ـ اصفهان

پاسخ: قبل‌ازهرچیز ازتوجه آن همکارارجمند صمیمانه‌متشکریم و سؤالاتی که در مورد مقاله «تظاهرات گوارشی سندرم اورمی» فرموده‌اندگواهی بردقت و امعان نظر ایشان است و همانطورکه اشاره کرده‌اند و نیز در متن مقاله یادآور شده‌ایم عوارض گوارشی در سندرم اورمی شایع است و در گروه بیماران مورد بررسی ما ۷۷ درصدازتهوع واستفراغ، ۱۶ درصد ازخونریزی گوارشی، ۲۲ درصد از سکسکه و ۱۱ درصد از اسهال در رنج بوده‌اند وبدیهی است درمان علتی بیش‌از درمان علامتی به حال بیماران مفید فایده خواهدبود. اما درمواردیکه امکان‌درمان علتی خواه بعلت وخامت حال‌بیمار وخواه بعلت عدم امکانات تجهیزات پزشکی، موجود نباشد نباید پزشك ازدرمان علامتی کوتاهی‌نماید وبطورکلی تمام تمهیدات باید براین اصل استوار باشدکه درمان علامتی بمنظورآماده‌کردن و تسکین دادن بیمار برای انجام دادن اساسی یعنی دیالیز صفاقی یا بهتر همودیالیز باشد و بیماریکه ایشان داشته‌اند ونیز بیماران ماکه‌همگی‌تحت‌درمان دیالیزصفاقی ودرچندمورد همودیالیز قرارگرفته‌اندگواه براین موضوع‌است. حداکثر مدت زمانی‌که بیماران ما تحت نظر قرارگرفته‌اند ۳ سال‌است که هنوزچندتن ازاین‌بیماران درقیدحیات‌اند وامیدواریم بتوانیم مدت زمان طولانی‌تری این‌بیماران‌را نگهداریم. درمانی که ما برای این بیماران انجام میدهیم دیالیز صفاقی و ازیکسال پیش‌که امکاناتش فراهم‌شده همودیالیز متناوب دوبار درهفته‌است.

دکتر محمدعلی راشد ـ دکتربیژن نیك اختر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]