

کاهش رشد بافت های سرطانی با مصرف لبنیات

پشت سپر دفاعی شیر پناه بگيريد

■ نتایج تحقیقات جدید نشان داده است مصرف شیر مانع فعالیت عوامل اصلی موثر بر رشد و گسترش بافت های سرطانی مانند سرطان سینه در زنان می شود. به گزارش شرق، یافته های اخیر مرکز جامع مطالعات سرطان لومباردی دانشگاه جورگتو ایالت واشنگتن آمریکا نشان می دهد شیر به این علت عامل جلوگیری از ایجاد غدد سرطانی است که به عنوان یک عامل دفاعی و حمایتی در برابر بیشتر بیماری ها همچون سرطان سینه و روده عمل می کند. بنابر این گزارش، دخترانی که در دوره قبل از بلوغ به میزان فراوانی شیر می نوشند، کمتر در معرض بروز و رشد جوشه های غدد سرطان سینه قرار می گیرند. دکتر عزیزالله کمال زاده، متخصص تغذیه گفت: «نتایج این پژوهش، یافته های به دست آمده توسط پژوهش های دیگر را در مورد تاثیر مصرف شیر بر کاهش رشد سلول های سرطانی تایید می کند. به طور مثال نتایج به دست آمده از پژوهش دانشگاه اوتاگو نیز یلند نشان می دهد کودکانی که هر روز شیر مصرف می کنند ۴۰ درصد کمتر از دیگران در بزرگسالی به سرطان دستگاه گوارش و روده مبتلا می شوند. در این بررسی، ۵۶۲ فرد بزرگسال مبتلا به سرطان روده بین سنین ۲۰ تا ۶۹ ساله بررسی شدند. این افراد در دوره کودکی و در سنین چهار تا شش سالگی و نوجوانی یا اصلا شیر مصرف نکرده یا کمتر از حد معمول از این محصول لبنی استفاده کرده اند. دکتر کمال زاده گفت: پژوهشگران مرکز جامع مطالعات سرطان لومباردی، به موش های آزمایشگاهی باردار، مواد شیمیایی سرطان زا تزریق کردند و سپس آنها را به دو گروه تقسیم کرده به یک گروه آب آشامیدنی و به گروه دیگر به جای آب، شیر گاو دادند. به گفته وی، این کار تا بعد از زایش و در دوره شیردهی نیز ادامه یافت. بعد از شیرگیری تا زمان بلوغ جنسی (سن ۲۳ روزگی)، نوزادان ماده نیز همانند مادران آنها با آب شیر گاو تغذیه شدند. نتایج نشان داد آنها یکی از شیر استفاده کرده بودند به طور متوسط حدود ۲/۵ روزودتر از آنها یکی که آب مصرف کرده بودند به مرحله بلوغ جنسی رسیدند و همچنین رشد جوشه های غدد سرطانی در آنها بسیار کمتر بود. به طوری که در سن ۲۵ روزگی در موش هایی که آب مصرف کرده بودند، ۵۵ مورد سرطان مشاهده ش ولی در موش هایی که به جای آب از شیر استفاده کرده بودند، فقط ۴۰ مورد جوشه های غدد سرطانی مشاهده شد، یعنی ۳۰ درصد کمتر. به گفته دکتر کمال زاده این رقم در سن بلوغ کامل بدنی (۵۵ روزگی) به ۲۲ درصد مقابل ۱۸ مورد سرطان رسید. در سن ۱۸ هفتگی، در ۶۳ درصد آنها یکی که آب مصرف کرده بودند، رشد غدد سرطانی مشاهده شد در صورتی که این عدد در آنها یکی که از شیر استفاده کرده بودند، ۴۶ درصد بود. از طرفی در حیواناتی که از شیر مصرف کرده بودند، بروز جوشه های غدد سرطانی دو هفته دیرتر از حیواناتی بود که از آب استفاده کرده بودند.

ترکیب کشنده چربی شکم و بیماری قلبی

■ یک مطالعه جدید نشان داد حتی افرادی که وزن طبیعی دارند اگر همزمان چربی شکمی و بیماری قلبی داشته باشند، زمان مرگ خود را جلو می اندازند. به گزارش ایسنا بر اساس نتایج این مطالعه گسترده در صورتی که این چربی به جز ناحیه اطراف شکم در جای دیگری از بدن متمرکز شود، این خطر کاهش پیدا می کند. پزشکان قلب در مرکز تخصصی مایو کلینیک تاکید کردند افزایش چربی دور شکم به اندازه کشیدن یک بسته سیگار در روز یا مصرف خیلی زیاد کسترل خون برای قلب خطرناک است و این خطر در مردان به مراتب بیشتر است. دکتر «تاسیس کوئینهو» متخصص کاردیولوژی در این مرکز اظهار داشت: «به نظر می رسد شاخص توده بدنی (BMI) بمقیاس مناسبی برای اندازه گیری چاقی بدن نیست و هیچ تصویر درستی از نحوه انتشار چربی در بدن نشان نمی دهد. شاخص توده بدنی فقط مقیاس اندازه گیری وزن نسبت به قد است در حالی که نکته مهم تر این است که این چربی اضافی چگونه و در کدام یک از اعضای بدن متمرکز شده است.» بر همین اساس نتایج پایشی های اخیر روی پنج مطالعه قلبی و با حضور ۱۶ هزار شرکت کننده نشان داد افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری که در عین حال دارای چربی اضافی در ناحیه شکم هستند، دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ هستند.

خطر فقر آهن در نوزادان مادران چاق

■ یک بررسی جدید نشان داد نوزادانی که از مادران چاق متولد می شوند در معرض خطر فقر آهن هستند و این کمبود می تواند تاثیر نامطلوبی روی رشد مغزی جنین داشته باشد. به گزارش ایسنا در زنانی که باردار نیستند، التهاب ناشی از چاقی انتقال آهن از طریق روده را محدود و مختل می کند که نتیجه این وضعیت، کم خونی ناشی از فقر آهن است. وقتی زنی باردار است آهن از طریق روده به جفت منتقل می شود اما معلوم نیست فاکتور چاقی در مادر چگونه روی وضعیت آهن در بدن جنین تاثیر می گذارد. وضعیت دریافت آهن در دوران جنین فاکتور بسیار مهمی است چرا که ۵۰ درصد آهن مورد نیاز برای رشد جنین، قبل از تولد دریافت می شود. در این بررسی ها متخصصان ۲۸۱ و ۲۸۹ نوزاد را مورد مطالعه قرار دادند. شاخص توده بدنی این مادران پیش از وضع حمل اندازه گیری، همچنین مقدار آهن بدن جنین نیز از طریق آزمایش روی خون بنفاد محاسبه شد. بررسی ها نشان داد چاق بودن مادر در زمان بارداری می تواند روی سطح آهن بدن نوزاد تاثیر منفی داشته باشد.



حمید خواجهپور*

پس از بررسی اجمالی برخی نکات اساسی علم تغذیه و اشاره به اصول تغذیه صحیح و آشنایی مختصر با مواد مغذی مهم و منابع غذایی عمده آنها در جهت تامین بهتر نیازهای روزانه یک بدن سالم، در ۲۰ قسمت گذشته همراه با نگاهی پیشگیرانه برای کاهش احتمال ابتلا به بیماری هایی مزمن (که در حال حاضر بالاترین سهم را در بین دلایل مرگ و میر به خود اختصاص داده اند) با پیشنهاد استفاده از غذاهایی با منشأ غیر حیوانی، از این هفته ابتدا در چند قسمت متوالی نکاتی را در مورد تغذیه صحیح در مقاطع مختلف سنی مطرح می کنیم و سپس به سراغ بیماری های گوناگون و ارتباط آنها با تغذیه به مخصوصا در روند درمان خواهیم رفت.

۲ مسلم است با توجه به تغییرات فیزیولوژیکی بدن در سنین مختلف، نیازهای تغذیه ای بدن هم در هر دوره معین متفاوت خواهد بود. بر همین اساس و با توجه به اهمیت قضایه، لازم است کمی با نیازهای اختصاصی تغذیه ای دوره های مختلف زندگی بیشتر آشنا شویم. این قسمت را به دوران قبل از تولد یعنی به دوران جنینی اختصاص می دهیم که از برخی جهات می توان آن را مهم ترین و موثر ترین دوران تغذیه ای یک فرد به شمار آورد. تغذیه صحیح جنین در اصل به تغذیه صحیح دوران بارداری و مادر طفل بستگی دارد به نحوی که علاوه بر تامین مواد مورد نیاز رشد جنین، برآورده کننده نیازهای مادر در جهت جلوگیری از ذخیره های بدن وی باشد چرا که در صورت کمبود هر گونه ماده غذایی مورد نیاز در غذای دریافتی، جنین برای ادامه رشد خود از تمامی ذخایر بدن مادر استفاده خواهد کرد. در بعضی کتب و تحقیقات منتشرشده، نقش تغذیه مادر و حتی پدر، قبل از لقاح و باروری نیز مورد توجه قرار می گیرد که فعلا به آن نمی پردازیم.

۳ شاید بتوانیم دوران ۹ ماهه بارداری را غیر طبیعی ترین دوره زندگی زنان محسوب کنیم چرا که هر دو بعد جسمانی و روانی با تغییرات محسوس و شگفت انگیزی روبه رو شده و روال طبیعی زندگی آنها کاملاً به هم می ریزد. البته تمامی این تغییرات را می توان در جهت تطابق شرایط جسمانی مادر با وضعیت به وجود آمده دانست که در این بین نقش اصلی را تغییرات هورمونی ایفا می کنند. این روند، علاوه بر تشکیل و تکمیل جنین، باعث ایجاد تغییراتی در بدن مادر نیز می شود؛ از جمله ذخیره چربی در قسمت میانی بدن به منظور استفاده در دوران شیردهی. حجم خون نیز حدود ۵۰ درصد افزایش می یابد که در نتیجه آن فعالیت اعضای مختلف بدن بیشتر از قبل می شود. مثلاً فعالیت کلیه ها در ماه های آخر بارداری با توجه به رسیدن حجم خون به حد اکثر میزان خود و افزایش وزن) به بالاترین حد خود می رسد اما توان کافی نداشته و علاوه بر دفع نایبای مواد مغذی مانند پروتئین و املاح، از دفع مناسب آب هم باز می ماند و این مساله به صورت

ادم در ناحیه ساق و مچ پا نمود پیدا می کند.

۴ از گذشته های خیلی دور، اهمیت تغذیه در دوران بارداری مورد توجه بوده و افزایش نیاز به مواد مغذی گوناگون امری بدیهی و الزامی محسوب می شده است، ولی بسیاری از تصمیمات و اقداماتی که در این راستا صورت می گرفته بدون هیچ گونه پایه و بنیای علمی بوده و متأسفانه برخی از آنها هنوز هم در زمره دستورات دوران بارداری از جانب افراد مسن تر توصیه می شود که گاه صدمات غیر قابل برگشت و خطرناکی را برای مادر و طفلش با خود به ارمان می آورند که در طول زمان روشن می شوند. مهم ترین دلیلی که این بزرگان عزیز در دفاع از حرف های خود ارایه می دهند اشاره به سلامت عمه، خاله، عمو و پدر و مادر شما در هنگام تولدشان است. اما نکته مهمی که به آن توجه نمی شود عدم کفایت به خیر



عکس: کوربین

گذشتن عمل زایمان و سلامت ظاهری طفل و مادرش، برای انگار تامین کالری اضافه خیلی هم سخت نیست اما به تضمین سلامتی آنها در سال های پیش روست. آنچه امروزه به درستی اثبات شده، وجود ارتباط محکم و صد درصدی بین سلامت جسم و روان هر فرد در ادوار مختلف زندگی با امکان دسترسی کافی و واقعی به مواد مغذی گوناگون در دوران جنینی است. از طرف دیگر بسیاری از مشکلات جسمی مادران مانند کم خونی و یوکی استخوان یا مسایل روانی مانند ضرف اعصاب و افسردگی ناشی از ناکافی بودن تغذیه دوران بارداری و استفاده جنین از ذخایر بدن مادر است. یعنی سلامت خاله یا عمو در هنگام تولد دلیلی بر سلامتی مطلوب آنها نیست. بنابراین پیروی از دستورات پزشک متخصص یا مشاوران تغذیه برای دستیابی به علم روز برای هر مادری بر انجام دستورات قدیمی را رجحیت دارد.

۵ آنچه در فضای اندک این گونه مقالات اولویت دارد، اشاره ای است گذرا بر اهم مطالب و رئوس نکاتی که در ارتباط با موضوع بحث وجود دارند ولی اکثراً به فراموشی سپرده می شوند یا اهمیت آنها هنوز آن طور که باید درک نشده و پس از آن باید با یادآوری برخی جزئیات، مادران را در یافتن روش صحیح نیل به تغذیه کامل و سالم یاری کرد. لذا در ادامه به صورت موجز و تیتروار بعضی مسایل مهم تر تغذیه ای مادران باردار را مرور می کنیم.

۶ پرمایه ترین مساله، توجه به میزان افزایش وزن در دوران بارداری است چرا که این افزایش وزن اگر بیشتر یا کمتر از مقدار مطلوب باشد، می تواند زمینه ساز مشکلات متعددی برای مادر و نوزاد (چه در دوران بارداری و چه پس از آن) شود. با توجه به اندازه جثه مادر و بنابر تشخیص پزشک متخصص، مادری که از وزن مناسبی برخوردارند (BMI بین ۲۰ تا ۲۵) مقدار مناسب اضافه وزن بین ۱۱ تا ۱۵ کیلوگرم است، برای مادری که وزن آنها کمتر از حد طبیعی است، ۱۲ تا ۱۷ کیلوگرم و برای مادران با وزن از حد طبیعی، ۱۷ الی ۱۸ کیلوگرم اضافه وزن مطلوب است. ایجاد تعادل در کالری دریافتی در ماه های مختلف بارداری نیازمند مدیریت و دقت کافی در تعداد کیلوگرم های اضافه شده به صورت هفتگی است. با توجه به جمیع جهات در سه ماهه اول بارداری میزان کالری مورد نیاز فزنی زیادی با قبل از بارداری ندارد و طبیعتاً وزن چندانی هم اضافه نمی شود (حداکثر یک تا دو کیلوگرم)، ولی شروع مصرف مکمل های ویتامینی و املاح در این زمان بی نهایت مهم و حیاتی است. در سه ماهه دوم که افزایش وزنی بین ۴/۵ تا ۵ کیلوگرم پیش بینی می شود، حدود ۳۰۰ کالری در روز و برای سه ماهه سوم که میزان افزایش وزن حدود ۵/۵ تا ۶ کیلوگرم است و بالاترین درصد افزایش را به خود اختصاص می دهد، حدود ۴۵۰ کالری روزانه بیشتر نسبت به قبل مصرف می شود. اگر خواهیم مثالی برنیم ۳۰۰ کالری یعنی «یک عدد بستنی قیفی و دو قاشق مرباخوری عسل» یا «دو قاشق غذاخوری فرنی، پنج قاشق غذاخوری لوبیا پلو و یک لیوان پوره سیب زمینی» و ۴۰۰ کالری یعنی «نصف کف دست کوکوسیریز کم چرب و یک کف دست نان سنگک و یک عدد موز متوسط و یک لیوان شیر».

۷ انگار تامین کالری اضافه خیلی هم سخت نیست اما به خاطر داشته باشید که این مساله در صورتی با آسودگی خاطر همراه خواهد بود که مبانی ارایه شده در قسمت های پیشین به خصوص توجه به هرم غذایی و دیگر نکات ضروری به عنوان بنیای تغذیه مادر همواره مدنظر قرار گیرد. با توجه به اهمیت بی نظیر تغذیه در دوران بارداری از طرفی و ناگاهی پر دامنه جامعه نسبت به اهمیت آن (حتی در سطوح بالای تحصیلی) هفته آینده نیز قبل از ورود به مبحث تغذیه در دوران شیردهی، چند نکته مهم دیگر در این باره را (از جمله اعتقادات غلط غذایی، احساس تهوع در ماه های اول بارداری، نحوه مصرف مکمل ها، فشارخون و مسسومیت حاملگی، یبوست و هموروئید و پیکا یا یار) به اختصار بررسی خواهیم کرد.

*کارشناس تغذیه

ارتگاه
طبيب

دانشتنی هایی درباره بیماری «تواسکلروزیس» و روش های درمان آن

تعبیر واقعی صداها

شکایات بیمار و معاینه گوش، تست های اودیومتری در خواست می کنند و بر مبنای آنها می توانند بین «تواسکلروزیس» و سایر بیماری هایی که می توانند علایم مشابهی داشته باشند، افتراق قابل شود.

درمان: اگر میزان کاهش شنوایی کم باشد، متخصص گوش، حلق و بینی ممکن است بیمار را تحت نظر بگیرد و جهت تقویت صوت برای وی سمعک تجویز کند. مشخص شده است که فرس سدیم فلوراید سیسیر بیماری را کند می کند، بنابراین ممکن است که تجویز شود. در اغلب مبتلایان به «تواسکلروزیس» یک روش جراحی به نام «استپایدکتومی» مفیدترین روش برگرداندن شنوایی از دست رفته است.

«استپایدکتومی» چیست؟ عمل «استپایدکتومی» تحت بهیوشی عمومی و نیمه بهیوشی قابل انجام است. این عمل از طریق داخل کانال گوش انجام می شود. جراح از طریق کانال گوش، پرده صماخ را به کناری زده و استخوان رکابی فیکس شده را برمی دارد و به جای آن پروتز مخصوصی را کار می گذارد که همان نقش استخوان رکابی را ایفا می کند. سپس داخل کانال گوش بیمار پانسمان مخصوص قابل جذبی به نام زلفوم گذاشته می شود. بنابر این بیمار تا یک هفته بعد از عمل بهبود شنوایی قابل توجهی را احساس نمی کند. احتمال موفقیت این عمل حدود ۹۰ درصد است. در یک درصد موارد ممکن است این عمل باعث بدتر شدن شنوایی بیمار شود. «تواسکلروزیس» در ۸۰ درصد موارد هر دو گوش را گرفتار می کند. در این صورت در هر نوبت فقط یک گوش را می توان عمل کرد. ابتدا باید گوشی را عمل کرد که شنوایی اش کمتر است.

نکاتی که بیمار باید بداند: بعد از «استپایدکتومی» اغلب بیماران فردای همان روزی که عمل شده اند، تریخیص می شوند و به آنها گفته می شود که روی گوش عمل نشده خود بخوابند. آننی بیوتیک بعد از عمل تجویز خواهد شد. چند روز بعد از عمل ممکن است کمی حالت سبک سیری داشته باشند. حس چسبایی نیز ممکن است چند هفته تا چند ماه بعد از عمل تغییر کرده باشد ولی معمولاً در نهایت به حالت نرمال برمی گردد. فین کردن، شنا و سایر فعالیت هایی که به ورود آب به گوش عمل شده منجر می شود و همین طور مسافرت هوایی تا دو هفته ممنوع است.

*متخصص گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

تغذیه صحیح در هفت گام

تغذیه دوران جنینی، بنیان سلامتی بزرگسالی

آشنایی با انواع درمان اعتبار و اهداف درمانی آن در مان باید داوطلبانه باشد

دکتر علی شمس برهان

■ اگر فرد معتاد درمان نشود به زودی به بیماری های گوناگون مبتلا شده و در نهایت بسیار زودتر از افراد سالم از بین می رود، بیماری های ریوی (تریاک) - هروئین، سرطان ریوی (حشیش)، بیماری های قلبی (اغلب موارد مخدر)، کبدی (اغلب مواد)، پروستات (شیشه)، پیپی زودرس (کراک)، کاهش شدید میل جنسی (تریاک - مورفین - هروئین) سرطان ها و بیماری های روانی و ابذ و سسل در افراد معتاد بسیار شایع است. بعضی از موادمخدر در اوایل میل جنسی را زیاد می کند و شاید هدای به همین خاطر به این مواد روی می آورد ولی به تدریج میل جنسی را کاهش و در نهایت به طور کامل از بین می برد. بی توجهی به بهداشت فردی و اجتماعی و بی بندوباری رفتاری و جنسی باعث بروز مشکلات بهداشتی زیادی در بین معتادان می شود. بنابر این بیماری های پوستی و آمیزی در میان آنان بسیار زیاد است. علاوه بر درمان اعتبار پزشکان باید به تشخیص سایر بیماری های این افراد پرداخته و آنها را نیز مداوا نمایند.

به هنگام درمان باید مشاوره های روانپزشکی کامل به عمل آمده و همراه با درمان به آن ادامه داد تا درمان موثر و کامل باشد. باید به این مساله توجه کرد که تا زمانی که فرد معتاد خود تصمیم به درمان نگرفته و قانع نشده باشد، هر گونه اقدامی بی فایده است و درمان های اجباری (نگهداری در کمپها) یا زندانی کردن (دور کردن از ماده مخدر) شاید یک درمان موقت و ناقص باشد چون فرد پس از رهایی از آن محیط باز هم به مصرف موادمخدر ادامه خواهد داد. پس درمان اول باید داوطلبانه و اختیاری بوده، دوم باید همراه مشاوره های روانی باشد، چون وابستگی به موادمخدر علاوه بر نیاز جسمی یک نیاز و وابستگی روانی است.

سوم، فرد مانع ها و علل اعتیاد بررسی و تشخیص داده شود و مشکلات زندگی معتاد برطرف شده باشد و گر نه در محیط قلبی و با شرایط قلبی باز هم او معتاد خواهد شد.

انواع درمان و اهداف درمانی

اول- درمان پرهیزمدار یا پاکي کامل (درمان کامل)

این نوع درمان برعکس قطع کامل هر نوع ماده مخدر یا داروی اعتیادآور که شامل انواع سم زدایی ها (با داروایی مانند متادون، بوپرنورفین، شربت (Opium) یا بدون استفاده از دارو و نگهداری معتاد در کمپ است. این نوع درمان را پرهیزمدار می گویند، چون در این نوع درمان، باید به هر شکل از موادمخدر دوری شود. از این نوع درمان برای کسانی که اعتیاد سبک دارند و به تازگی مبتلا شده اند یا انگیزه بسیار



بالایی برای ترک دارند، می توان استفاده کرد. این درمان برای افرادی که خانواده آنان مصمم به درمان فرد معتاد باشند، بهتر است و درمان می تواند زیر نظر خانواده انجام گیرد، پزشک درمانگر سیر درمان را نظارت کند. به طور خلاصه این درمان برای افرادی مناسب تر است که مشکلات کمتری داشته و کمتر در دسر سازند.

دوم- درمان نگهدارنده یا کاهش آسیب

این نوع درمان برای افرادی که مدت زمان بیشتری معتاد بوده و مشکلات بیشتری دارند، موثر تر است. این نوع درمان دارویی (متادون، بوپرنورفین، نالترون و شربت آپوم) همیشه باید همراه مداخلات غیر دارویی یعنی مشاوره های روانشناختی بوده و تحت نظر یک پزشک درمانگر انجام گیرد. اینگونه درمان نگهدارنده فرد را در این نوع درمان نهایی و پاکي کامل آماده می سازد. این نوع درمان برای بیماران معتاد تریزی یا کسانی که مواد خطرناکی مانند هروئین، کراک یا کریستال (شیشه) استعمال می کنند یا کسانی که مدت زیادی از اعتیاد آنان می گذرد یا چند بار ترک اعتیاد کرده و مجدداً معتاد شده اند، لازم و ضروری است و روش اول مناسب نیست. کسانی که علاوه بر اعتیاد دچار بیماری های روانی بوده و سابقه خودزنی و خودکشی دارند، باید بدین سان درمان شوند و روش اول برای آنان مناسب نیست. آخرین دسته از معتادانی که در این گروه قرار می گیرند، بیمارانی هستند که هنوز آمادگی برای درمان پاکي کامل ندارند بنابراین باید با حوصله و دقت بیشتری این افراد را تحت نظر گرفته و درمان نمود و گر نه بازگشت آنان به اعتیاد بسیار زیاد خواهد بود.

برای حفظ پهبودی و پاکي کامل از اعتیاد و اطمینان از عدم بازگشت به اعتیاد، علاوه بر درمان دارویی مشاوره های روانپزشکی لازم و ضروری است و همچنین برطرف کردن عوامل و عللی که موجب پناه بردن فرد به موادمخدر شده است، بسیار اهمیت دارد و عدم توجه به نکات بالا منجر به گرانش مجدد به مصرف موادمخدر پس از پایان دوره درمانی خواهد شد. در کمپ ها علاوه بر درمان بهتر شده هنر و مهارت های لازم برای کارایی و حضور مجدد در جامعه به افراد معتاد آموزش داده شود. در همه موارد آموزش و اطلاع رسانی اهمیت اساسی دارد. آموزش باید همتگانی باشد و همیشه ادامه یابد و گر نه آموزش های مقطعی و موسمی سودی ندارد.

دندانپزشک
مشاور

راهنمایی هایی برای سلامت دندان

پوسیدگی خاموش دندان

کم کم دردم شروع شد، مخصوصا موقع جویدن غذا یا نوشیدن مایعات گرم و سرد. کافله شده ام، می خواهم بدانم آیا این در طبعی است؟

اگر بعد از روکش کردن، دندان ها شروع به درد کرده است و این درد بعد ایجاد شده، طبیعی نیست. البته درد بعد از جراحی افزایش طول تاج و عصب کشی، تا یک مدت کوتاه (مثلاً تا یک ماه) ممکن است پیش بیاید، اما بعد از آن این درد کم شده و به طور کامل از بین خواهد رفت. حتماً به دندانپزشک تان مراجعه کنید و مشکل را با ایشان مطرح سازید.

جوانی ۲۷ ساله هستم که یکی از دندان های جلوی من به شکل یک تیر ببرآمده و بیش از حد مر انا راحت می کند. به نظر شما راه حلی برای این کار وجود دارد؟

مراجعه کردم. گفت چون یک پاین جلو قرار دارد، همکار چاره ای نداشته. آیا حالا تنها باید دندان هایم را از تودنسی کنم؟ بقیه دندان هایم هیچ مشکلی ندارند و مر تبت هستند. آیا از نظر مالی به صرفه است که فقط به خاطر دو تادندان از تودنسی کنم؟ و اینکه آیا همراه با

ار تودنسی جراحی فک هم می تواند انجام شود؟ البته گونه هم ندارم.

اگر از مشکل جلوتر بودن فک پایین تان رنج می برید، درمان اور تومسر جری (جراحی به همراه ار تودنسی) راه حل مشکل شماست. البته باید بررسی شود که مشکل جلو بودن دندان های فک پایین تان متشاقی دارد یا دندانای. اگر منشأ دندانای باشد به کمک ار تودنسی قابل حل خواهد بود اما اگر منشأ فکی (استخوانی) باشد، باید روش جراحی انتخاب شود. البته تشخیص دقیق تر با معاینه و بررسی راد یولوژی میسر است و به طوری که اشاره کرده اید، اگر مشکل، تنها جلو بودن دو دندان قدامی بالا باشد، که آن هم پیش از روکش کردن وجود نداشته و پس از آن ایجاد شده باشد، به نظر نمی آید دچار مشکل حادی باشید که نیاز به جراحی و... داشته باشد.

خانمی ۳۱ ساله هستم. بیش از نیمی از دندان هایم را عصب کشی و پر کرده ام. بعد از دو سال به مر حله روکش کردن رسیدم. الان با توجه به اینکه طول دندان های آسیاب بالا کونه بود و برای روکش احتیاج به جراحی مختصر لته داشت این کار را انجام دادم و بعد اقدام به روکش کردم. دو هفته اول خیلی راضی بودم، ولی



دکتر یاشیل احدی مقدم*

خوانندگان محترم می توانند پرسش های خود را با ذکر سن، محل سکونت و شرح مختصری از مشکل و هر موضوعی که در یافتن علت کمک کند، مطرح سازند تا پاسخ داده شود. برای طرح پرسش های خود می توانید با آدرس info@doctoryashil.com مکاتبه کنید.

■ ■ ■

پسری ۲۶ ساله هستم. دو دندان فک بالا را به دلیل سیاه شدن روکش کردم (فول سرامیک) ولی الان جلوتر از بقیه دندان ها به نظر می آید. به دکتر دیگری مراجعه کردم. گفت چون یک پاین جلو قرار دارد، همکار چاره ای نداشته. آیا حالا تنها باید دندان هایم را از تودنسی کنم؟ بقیه دندان هایم هیچ مشکلی ندارند و مر تبت هستند. آیا از نظر مالی به صرفه است که فقط به خاطر دو تادندان از تودنسی کنم؟ و اینکه آیا همراه با

ار تودنسی جراحی فک هم می تواند انجام شود؟ البته گونه هم ندارم.

اگر از مشکل جلوتر بودن فک پایین تان رنج می برید، درمان اور تومسر جری (جراحی به همراه ار تودنسی) راه حل مشکل شماست. البته باید بررسی شود که مشکل جلو بودن دندان های فک پایین تان متشاقی دارد یا دندانای. اگر منشأ دندانای باشد به کمک ار تودنسی قابل حل خواهد بود اما اگر منشأ فکی (استخوانی) باشد، باید روش جراحی انتخاب شود. البته تشخیص دقیق تر با معاینه و بررسی راد یولوژی میسر است و به طوری که اشاره کرده اید، اگر مشکل، تنها جلو بودن دو دندان قدامی بالا باشد، که آن هم پیش از روکش کردن وجود نداشته و پس از آن ایجاد شده باشد، به نظر نمی آید دچار مشکل حادی باشید که نیاز به جراحی و... داشته باشد.

خانمی ۳۱ ساله هستم. بیش از نیمی از دندان هایم را عصب کشی و پر کرده ام. بعد از دو سال به مر حله روکش کردن رسیدم. الان با توجه به اینکه طول دندان های آسیاب بالا کونه بود و برای روکش احتیاج به جراحی مختصر لته داشت این کار را انجام دادم و بعد اقدام به روکش کردم. دو هفته اول خیلی راضی بودم، ولی