از دندانپزشک بپرس

دکتر یاشیل احدی‌مقدم*

راهنمایی‌هایی برای سلامت دندان

اختلاف قیمت همیشه هست

خوانندگان محترم می‌توانند پرسش‌های 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 پرسش‌های خود می‌توانید با آدرس info@doctoryashil.com مکاتبه کنید.

– من یک ماه پیش به دندانپزشکی مراجعه کردم. دو تا دندان بالا سمت چپ کنار نیش کامل پوسیده بود. پانسمان، عصب‌کشی، پر کردن تاج، دو تا روکش و همین ردیف یک دندان پر کردن، جرم‌گیری و برساژ دو فک، قالب‌گیری و عکس از ریشه دندان‌ها. هزینه‌ای که اول به من گفتند حدود یک میلیون بود که پرداخت کردم. آیا واقعاً هزینه‌ها همین قدر است یا خیلی زیاد گرفته‌اند؟ آیا مواد استفاده‌شده و... باعث افزایش قیمت می‌شود؟ البته در تخصص دکتر مذکور اصلاً شکی نیست.

به نظر من، یکسان بودن و معلوم بودن تعرفه‌ها مهم است یعنی پیش از آغاز درمان، بیمار در صورت تمایل بداند که هزینه درمان چقدر خواهد بود. فکر کنم با اعلام قیمت از ابتدا، این موضوع در مورد شما رعایت شده است. در وب‌سایت من در صفحه خدمات، تعرفه‌هایی که من در مطب از بیمارانم اخذ می‌کنم، درج شده است. می‌توانید با مراجعه به آن از قیمت‌های من نیز مطلع شوید و مقایسه لازم را انجام دهید. اما در نظر داشته باشید که اختلاف قیمت در بسیاری از موارد دیگر نیز در زندگی به چشم می‌خورد که به سادگی پذیرفته می‌شود! اما در برخی موارد حساسیت هنوز وجود دارد. به طور مثال همه قبول کرده‌ایم که خانه‌ای در آجودانیه یا فرمانیه، بیش از چندین برابر قیمت همان خانه در جایی مثل نظام‌آباد یا سه‌راه آذری باشد! اما هنوز همه از تفاوت قیمت برخی خدمات راضی نیستیم. سوالی درباره مواد استفاده‌شده و... کردید. باید بگویم البته هر دندانپزشکی موظف است از مواد استاندارد و تاریخ مصرف نگذشته استفاده کند. اما قیمت‌های محصولات برندهای مختلف تولیدکننده مواد دندانپزشکی (که استاندارد و حائز حداقل‌ها نیز هستند) در مواردی با هم تفاوت‌های زیادی دارد که باعث تفاوت در قیمت تمام‌شده خواهد شد. اما مهم‌تر از این موضوع، تفاوت قابل توجه هزینه ملک مطب در مناطق مختلف و نیز قیمت‌های متفاوت برندهای مختلف ابزارها و لوازمی از قبیل یونیت و صندلی و... است که تاثیر قابل توجهی در هزینه خدمات دارد. از طرفی باید در نظر گرفت که دندانپزشکی حرفه‌ای وابسته به کار دست و مهارت دندانپزشک است و بدیهی است دندانپزشکان در جوانی قادر به انجام کار فیزیکی بیشتری هستند که در سنین بالاتر از آن عاجز هستند و مجبور به کاهش ساعت کاری و پذیرش تعداد کمتری بیمار در طول روز می‌شوند. انصافاً این موضوع نباید باعث کاهش درآمد آنان نسبت به جوانی خودشان شود. علاوه بر کسب تجربه و تسلط بیشتر، این موضوع نیز در اتخاذ تعرفه‌های دندانپزشکی تاثیر بسزایی دارد.

– دختری ۱۹ساله هستم. دندان‌های فک بالایم نامرتب‌اند و دندان‌هایم روی هم قرار نمی‌گیرند. به متخصص ارتودنسی مراجعه کردم تا دندان‌هایم را ارتودنسی کنم اما آقای دکتر گفتند باید عمل فک انجام دهم تا دندان‌هایم به هم بچسبند و بعد ارتودنسی کنم. آیا روشی به جز عمل جراحی فک وجود دارد که باعث شود دندان‌هایم به هم بچسبند؟ راستی دندان‌های آسیای عقب روی هم قرار می‌گیرند.

قرار نگرفتن صحیح دندان‌های فک بالا و پایین روی هم (مال‌اکلوژن) می‌تواند به دو دلیل دندانی یا فکی باشد. مشکل دندانی با ارتودنسی قابل حل است و در صورتی که مشکل اسکلتال (فکی) باشد، در مواردی نیاز به جراحی فک خواهد بود. جراحی فک در موارد حاد مثل مشکل در جویدن و بلع غذا و ... ضروری می‌نماید. البته می‌توان مشکلات مال‌اکلوژن را با اقداماتی نظیر ارتودنسی یا رفع بلندی و کوتاهی دندان‌ها یا بیرون آوردن دندان‌های عقل تا حدی اصلاح کرد اما در صورتی که نتیجه رضایت‌بخش نباشد، جراحی فک لازم است. تشخیص دقیق‌تر با معاینه و بررسی عکس‌های رادیولوژی میسر است.

– دختری ۲۲ساله هستم. یک سال پیش چهار لکه سیاه پشت دندان‌های جلویی‌ام دیدم اما پزشک گفت موردی نیست. بعد از یک سال تعداد لکه‌ها به ۱۱ تا رسیده است، مخصوصاً پشت دندان‌های جلویم. آیا مشکلی هست؟

دندانپزشک با معاینه پوسیدگی را تشخیص می‌دهد. از طرفی پوسیدگی باعث درد یا حساسیت خواهد شد. به احتمال زیاد جرم یا رنگ روی دندان‌های شما قرار گرفته است. معمولاً پشت دندان‌ها موقع مسواک زدن به دقت تمیز نمی‌شوند. به دندانپزشک مراجعه کنید و دندان خود را جرم‌گیری و برساژ کنید. به احتمال زیاد این لکه‌ها برطرف خواهد شد. پس از رفع مشکل سعی کنید دقت بیشتری در تمیز کردن پشت دندان‌ها کنید.

***جراح، دندانپزشک**

خبر

برگزاری همایش سالیانه انجمن پزشکی لیزری ایران

پنجمین همایش سالیانه انجمن پزشکی لیزری ایران، ۲ و ۳ دی‌ماه در سالن همایش‌های بیمارستان میلاد برگزار می‌شود. به گزارش «شرق» دکتر «سهیلا مکملی» رئیس انجمن علمی پزشکی لیزر ایران گفت: «این همایش طی دو روز ۲ و ۳ دی‌ماه به همت انجمن علمی پزشکی لیزر ایران و با همکاری سازمان انرژی اتمی، مرکز تحقیقات لیزر دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه تهران، دانشکده‌های دندانپزشکی کشور، انجمن‌های درد، جراحی، فیزیوتراپی، پرستاران ایران و انجمن دندانپزشکان مشهد و بابل برگزار می‌شود.» وی بیان داشت: «پنجمین همایش سالیانه انجمن پزشکی لیزری ایران با هدف ارائه تازه‌های لیزر پزشکی، آشنایی با ایمنی و عوارض لیزر و همچنین گرامیداشت پنجاهمین سال ورود لیزر به عرصه پزشکی برگزار می‌شود.» دکتر «مکملی» از اهداف دیگر همایش را اطلاع‌رسانی یافته‌های لیزر، مسائل مرتبط با ایمنی لیزر، آشنایی با عوارض و پیشگیری عنوان کرد. رئیس انجمن علمی پزشکی لیزر ایران ادامه داد: «در این همایش آخرین اطلاعات علمی مرتبط با لیزر در زیرشاخه‌های علوم پایه، ایمنی و عوارض، جراحی، داخلی، پوست و زیبایی، فتودینامیک‌تراپی و دندانپزشکی مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.» وی در پایان خاطرنشان کرد: «پنجمین همایش سالیانه انجمن پزشکی لیزری ایران برای متخصصان زیرشاخه‌های داخلی، اطفال، پوست، جراحی‌های تخصصی (عمومی، زنان، گوش و حلق و بینی، ارولوژی، ارتوپدی، اعصاب، توراکس، قلب، عروق و پلاستیک) بیهوشی، طب فیزیکی، دندانپزشکان حرفه‌ای و فیزیوتراپ‌ها دارای امتیاز بازآموزی است.» علاقه‌مندان جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند به سایت اینترنتی www.iran-laser.com مراجعه یا با شماره تلفن ۲۲۸۵۹۳۶۷ تماس حاصل کنند.

ششمین همایش اورژانس‌ها و بیماری‌های شایع طب کودکان

ششمین همایش اورژانس‌ها و بیماری‌های شایع طب کودکان توسط گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با همکاری اساتید اطفال دانشگاه علوم پزشکی کشور از اول لغایت سوم دی‌ماه در تالار ابن‌سینای دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار می‌شود. به گزارش «شرق» دکتر «فرید ایمان‌زاده» دبیر علمی کنگره ضمن بیان خبر فوق گفت: «این کنگره با هدف آشنایی با روش‌های تشخیص و درمان اورژانس‌ها و بیماری‌های شایع کودکان در دنیا و ارائه به همکاران پزشکان عمومی و متخصصان اطفال و دست‌اندرکاران طب کودکان برگزار می‌شود.» وی در ادامه افزود: «از جمله دستاوردهای جدید که در کنگره امسال به آن پرداخته می‌شود ارائه روش‌های برخورد با تشخیص و درمان اثرات داروهای مخدر جدید است.» دکتر «ایمان‌زاده» تصریح کرد: «تاکنون ۱۷۰ مقاله دریافت شده که از این تعداد ۶۰ مقاله‌پذیرفته شده و در ایام کنگره به صورت سخنرانی ارائه می‌شود. همچنین ۱۲ پنل با موضوعات سرفه مزمن، یبوست، سردرد، اورژانس‌های اطفال، سوختگی، مسمومیت به مواد مخدر جدید، کوتاهی قد و بلوغ زودرس، بیماری‌های رماتیسمی کودکان، آلرژی غذایی، بیماری‌های خونریزی، اختلالات انعقادی، عفونت نوزادی، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی یا ذات‌الریه، درد سینه اطفال و بیش‌فعالی برگزار می‌شود.» این کنگره ۱۲ امتیاز بازآموزی دارد و علاقه‌مندان برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند با شماره تلفن‌های ۲۲۲۲۷۰۳۳ و ۰۹۳۵۹۲۷۷۹۷۹ تماس حاصل فرمایند.

تغذیه صحیح در هفت گام

پیتزا و نیز – پیتزا ایرانی!

حمید خواجه‌پور*

۱- پس از بررسی خواص دو نوع از ترکیبات مهم و عمده تشکیل‌دهنده مواد غذایی یعنی چربی‌ها و کربوهیدرات‌ها و تاثیری که می‌توانند در افزایش وزن داشته باشند، بهتر است در ادامه و به اختصار در مورد دیگر مواد مغذی و مهم مانند پروتئین‌ها، مواد معدنی و ویتامین‌ها هم اشاراتی داشته باشیم که بتوانیم برای مباحث اختصاصی که در پی خواهند آمد از قبیل سرطان و تغذیه، قلب و عروق، تغذیه سالمندان و سایر مطالب وعده داده‌شده و مرتبط با تغذیه از این اطلاعات استفاده کنیم. بنابراین در این قسمت به ذکر نکاتی در مورد پروتئین‌ها و در دو قسمت آتی به مواد معدنی و ویتامین‌ها می‌پردازیم و سپس وارد بحث‌های مذکور خواهیم شد.

شاید اولین مساله‌ای که در رابطه با مبحث چاقی و میزان یا نوع مواد پروتئینی مصرفی به ذهن می‌رسد این باشد که کمتر در مورد ارتباط این دو موضوع مطلبی خوانده یا شنیده‌ایم و آن گونه که در مورد نقش قند یا چربی مصرفی در ایجاد اضافه وزن صحبت می‌شود، از پروتئین‌ها حرفی به میان نمی‌آید مضاف بر اینکه برخی از رژیم‌های مرسوم برای کاهش وزن حاوی مقادیر زیاد پروتئین همراه با حداقل کربوهیدرات و چربی هستند. به عنوان مثال در بسیاری از رژیم‌های لاغری، مواد غذایی پروتئینی مانند مرغ یا ماهی کبابی و تخم‌مرغ یا شیر را اساس رژیم غذایی خود قرار می‌دهند و مصرف هر نوع کربوهیدرات یا چربی را ممنوع می‌کنند. در صورتی که پروتئین‌ها از نظر کالری‌زایی از کربوهیدرات‌ها انرژی بیشتری تولید می‌کنند (پنج کالری به ازای هر گرم) ولی چون فرآیند آزاد کردن انرژی در آنها به سادگی مواد قندی نیست، در نهایت مانند قندها به ازای هر گرم حدود چهار کالری انرژی آزاد می‌کنند. این یعنی اینکه در میزان انرژی فرق چندانی با کربوهیدرات‌ها ندارند اما با توجه به طولانی‌تر بودن پروسه هضم و جذب‌شان کمی در کنترل اشتها موثرترند. ضمناً از یاد نبرید که عملیات دفع مواد زاید حاصل از سوخت و ساز پروتئین در بدن و در راس‌شان اوره، باعث فشار مضاعف بر ارگان‌های داخلی همچون کلیه‌ها و مصرف بیش از حد املاح و ویتامین‌هایی می‌شود که مورد نیاز بدن هستند (مانند ویتامین‌های گروه B و منیزیم). از طرفی مقداری از مازاد بر مصرف اسیدآمینه‌هایی مانند تیروزین و هیستیدین ممکن است در روده بزرگ تبدیل به مواد مضری همچون هیستامین و تیرامین شوند. بنابراین شاید بالا بردن درصد پروتئین مصرفی در غذای روزانه بتواند کمی در کاهش وزن کمک کند اما می‌تواند در درازمدت عوارض ناخواسته‌ای را هم به دنبال داشته باشد.

۲- پروتئین‌ها و واحدهای سازنده آنها یعنی اسیدهای آمینه دارای نقشی اساسی و حیاتی در ساختار و عملکرد کلیه سیستم‌های شناخته‌شده در بدن هستند و در تمام دوران زندگی خصوصاً در سن رشد اهمیتی بی‌بدیل دارند. کافی است بدانیم در تشکیل هورمون‌ها، آنزیم‌ها، بافت عضلات، مو، ناخن و کلیه اندام‌ها و نیز سیستم ایمنی بدن، اسیدهای آمینه جزء لاینفک ساختار آنها محسوب می‌شوند مثلاً انسولین، کلاژن ماهیچه‌ها، هموگلوبین خون و صدها ترکیب دیگر همگی پروتئین هستند و وظایف متعددی بر عهده دارند، به نحوی که در یک فرد ۷۰ کیلوگرمی چیزی حدود ۱۱ کیلوگرم پروتئین وجود دارد. این پروتئین‌ها هر روزه در فرآیند ترمیم و جایگزینی بافت‌های فرسوده بدن مانند جدار داخلی لوله گوارش نقشی فعال دارند که باید با تغذیه مناسب تامین شوند. با توجه به مطالعات صورت‌گرفته، به طور متوسط هر فرد بالغ و سالم در شرایط عادی به ازای هر کیلوگرم از وزن خویش بین ۰/۸ الی یک گرم پروتئین نیاز دارد یعنی یک فرد ۷۰ کیلوگرمی هر روز باید حدود ۶۵ الی ۷۰ گرم پروتئین مصرف کند. البته در شرایط خاص مانند بارداری یا شیردهی یا در زمان ابتلا به بیماری خصوصاً بیماری‌های عفونی یا جراحت و سوختگی این میزان بیشتر خواهد بود.

۳- همان طور که اشاره شد پروتئین‌ها از واحدهای سازنده‌ای به نام اسیدآمینه تشکیل شده‌اند و آنچه مورد نیاز بدن است، در اصل همین اسیدهای آمینه هستند. تعداد اسیدآمینه مورد استفاده بدن ۲۱ عدد است که بدن قادر است ۱۳ عدد از آنها (با نام اسیدهای آمینه غیرضروری مانند آرژنین وآلانین) را سنتز کند ولی هشت عدد آنها (اسیدهای آمینه ضروری مانند لیزین و متیونین) حتماً باید توسط غذا تامین شوند. لازم به ذکر است در نوزادان تعداد اسیدهای آمینه ضروری ۱۰ عدد است. عدم دریافت اسیدهای آمینه ضروری در کوتاه‌مدت با توجه به امکان استفاده از موجودی ذخیره آنها در عضلات و سایر بافت‌ها ممکن است تاثیر چندان مشهودی در روند عملکرد ارگان‌ها یا سلامتی شخص نداشته باشد ولی ادامه آن می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری به بار آورد.

۴- با توجه به توضیح فوق پیداست که ارزش پروتئین موجود در هر غذا رابطه مستقیمی با میزان اسیدهای آمینه ضروری در آن دارد که با توجه با عوامل پیچیده دیگری همچون نسبت این اسیدهای آمینه با یکدیگر و میزان جذب آنها در دستگاه گوارش انسان و عدم وجود عناصر بازدارنده جذب پروتئین در آن ماده غذایی، ارزش بیولوژیکی پروتئین‌های آن ماده غذایی محاسبه و شناسایی می‌شود. در این بین تخم‌مرغ پخته با توجه به دارا بودن جمیع مزایا از نظر وجود تمامی اسیدهای آمینه ضروری و مقادیر آنها و نیز درصد جذب بالایی که دارند دارای ارزش بیولوژیکی ۱۰۰ است و سایر مواد غذایی نسبت به آن ارزشگذاری می‌شوند، مثلاً پروتئین شیر دارای ارزش بیولوژیک ۹۵ و پروتئین موجود در سویا دارای ارزش بیولوژیکی برابر با ۷۴ است. برخی از مهم‌ترین منابع پروتئین حیوانی، انواع گوشت قرمز و سفید، لبنیات و تخم‌مرغ و منابع گیاهی آن، حبوبات، غلات، مغزها (بادام و پسته و...) و سویا هستند. روی هم رفته با توجه به نزدیک‌تر بودن ساختار بدن حیوانات به ساختار بدن انسان نسبت به گیاهان، نوع پروتئین‌های موجود در غذاهای به دست‌آمده از منابع حیوانی (از نظر غنی‌تر بودن آنها از اسیدهای آمینه ضروری) به مراتب از نوع گیاهی آن باارزش‌تر است لیکن همان طور که در قسمت‌های قبل هم ذکر شد، نباید از خاطر برد که اولاً خوبی یا بدی مصرف هر ماده غذایی را باید نسبت به مصرف‌کننده آن بررسی کرد و ثانیاً آن غذا را با جمیع جهات و کلیه مواد موجود در آن در نظر گرفت. بنابراین با وجود ارزش بیولوژیکی بالای منابع پروتئینی حیوانی که مصرف آن اکثراً همراه با دریافت چربی‌های اشباع حیوانی و کلسترول است، می‌تواند در صورت تداوم در استفاده از آنها به منظور تامین پروتئین مورد نیاز، همراه با ابتلا به بیماری‌های مزمن باشد. حتی در آزمایش‌هایی که برای مقایسه تاثیر مصرف پروتئین حیوانی با گیاهی در ایجاد آترواسکلروزیس یا همان سخت شدن عروق و ایجاد سکته مابین پروتئین شیر و سویا صورت گرفته، اختلاف چشمگیری در آتروژنیک بودن پروتئین حیوانی نسبت به گیاهی مشاهده شده است. بنابراین تامین اسیدآمینه‌های مورد نیاز بدن مخصوصاً در میانسالی از طریق منابع گیاهی بیشتر توصیه می‌شود.

۵- با این اوصاف و مطالعات انجام‌شده در مورد نقایص پروتئین‌های گیاهی از نظر ارزش بیولوژیکی معلوم شده مشکل اصلی این گونه پروتئین‌ها اولاً کمبود یک یا چند اسیدآمینه ضروری در پروتئین موجود در آن ماده غذایی گیاهی نسبت به پروتئین یک ماده غذایی حیوانی است و ثانیاً در اثر همراه بودن شبکه کربوهیدراتی پیچیده در بافت گیاهان برخلاف منابع حیوانی، به علاوه حضور برخی از مواد بازدارنده میزان جذب پروتئین موجود در آنها کمتر است. در برابر این مشکلات راه‌حل‌هایی پیشنهاد شده که می‌توان با عمل به آنها تا حد زیادی این نقیصه را برطرف کرد. در مورد اول با مصرف مواد پروتئینی گوناگون در طول روز قادریم به راحتی تمامی هشت اسیدآمینه ضروری را تامین کنیم. مثلاً پروتئین موجود در غلات از جمله پروتئین گندم از نظر اسیدآمینه لیزین دچار کمبود است ولی متیونین و سایر اسیدهای آمینه در آن به اندازه کافی وجود دارد، از طرفی این مساله در حبوبات مثلاً در لوبیا برعکس است. یعنی این مواد غذایی دارای متیونین زیاد و لیزین کم هستند. بنابراین با مصرف این دو ماده غذایی در طول روز (نیازی نیست که حتماً همراه با هم میل شوند و کافی است هر دو در منو ۲۴ساعته غذایی فرد وجود داشته باشند) قادریم تمامی اسیدهای آمینه ضروری خود را تامین کنیم (مثال‌های دیگر از این دست مانند عدس‌پلو، لوبیاپلو، کوکوسبزی با نان یا با برنج و لوبیای پخته، ماکارونی یا پاستا با سویا و قارچ و...). طبق جدیدترین دانسته‌ها توصیه شده نباید بیش از ۴۰ درصد پروتئین دریافتی از طریق غذاهای حیوانی باشد. بنابراین مخلوطی از غذاهای حیوانی و گیاهی نیز می‌تواند به راحتی کلیه نیاز روزانه به اسیدهای آمینه را برآورده کند. برای مشکل دوم که به میزان هضم و جذب برمی‌گردد نیز می‌توان با پخت صحیح و کامل مواد غذایی گیاهی آن را به حداقل رساند. مثلاً در مورد سویا که به طور طبیعی حاوی تریپسیناز است که می‌تواند آنزیم تریپسین روده را از کار انداخته و هضم و جذب پروتئین را مختل کند می‌توانیم با پخت کامل، آن را غیرفعال کرده و اثرش را از بین ببریم.

۶- حال که صحبت از بحث شیرین پخت و پز شد، بد نیست کمی هم به یکی از دلپذیرترین غذاها که با کمی تغییر از وضعیت کنونی‌اش در ایران می‌توان آن را به بهترین منبع تامین پروتئین مخصوصاً در کودکان تبدیل کرد، یعنی «پیتزا» بپردازیم. آنچه هم‌اکنون در ایران تحت عنوان‌هایی همچون پیتزا مخلوط، مخصوص، پپرونی و... عرضه می‌شود و چیزی جز خرواری از چربی‌های مضر و رادیکال‌های آزاد سرطان‌زا، البته همراه با طعمی مطلوب، نیست(!) بنابر تجربه شخصی نگارنده، با آنچه در ایتالیا به عنوان پیتزا مصرف می‌شود، هیچ سنخیتی ندارد. آقای «نجف دریابندری» در کتاب «مستطاب آشپزی» عقیده دارد این مساله از آنجا نشات می‌گیرد که در جنگ جهانی دوم سربازان امریکایی پیتزا را از ایتالیا به امریکا بردند و به مرور با افزودن مقدار زیادی سوسیس وکالباس و پنیر پیتزای چرب آن را به شکلی که در ایران وجود دارد، تبدیل کردند. الغرض، با توجه به وجود فر در اکثر منازل خلاصه می‌کنیم: آرد کامل گندم + چند برش گوجه‌فرنگی + تعدادی لوبیای پخته + چند برش قارچ + کمی سفیده تخم‌مرغ + یک قاشق گوشت کم‌چرب چرخ‌کرده + چند پر سینه مرغ آب‌پز ریش‌ریش‌شده + چند عدد نخودسبز + چند عدد زیتون + کمی پیاز + جعفری + آویشن + چند برش لوبیاسبز + کمی سویای پخته + ... می‌بینید؟ اثری از سوسیس و کالباس نیست! و در اصل، پیتزا چیزی فراتر از همان نان و خورش خودمان نیست و با کمی سلیقه و حوصله می‌توان به کشف غذاهای متنوع و پرفایده دیگر نیز نائل شد. به تازگی هم که پیتزا قورمه‌سبزی هم شده مد روز!

۷- در انتها با ذکر چند نکته کلیدی دیگر در مورد پروتئین‌ها از صفحه ۱۱۲۴ کتاب ارزشمند «تغذیه و مراقبت مبتنی بر تشخیص» از انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، این مبحث را خاتمه می‌دهیم: «برای سنتز پروتئین‌های مورد نیاز بدن به همه اسیدهای آمینه نیاز است و مقدار ناکافی از هر یک ممکن است روند آن را مختل سازد. زنان مسنی که ۸۰ درصد پروتئین مورد نیاز خود را بعدازظهرها مصرف می‌کنند، ذخیره پروتئین‌شان از اشخاصی که در تمام روز آن را دریافت می‌کنند، بیشتر است. جذب پروتئین به همراه غذاهای دیگر بیشتر از موقعی است که به تنهایی مصرف شوند.»

***کارشناس تغذیه**

از نگاه طبیب

دکتر محمدحسن عامری*

دانستنی‌هایی درباره بیماری «اتواسکلروزیس» و روش‌های درمان آن

جراحی تنها راه درمان است

اصطلاح «اتواسکلروزیس» مشتق از دو لغت یونانی «اتو» (به معنی گوش) و «اسکلرو» (به معنی سفت و سخت) است. این بیماری در اثر رشد نابجا و بیجای استخوان‌های واقع در گوش میانی است که در نهایت منجر به چسبندگی استخوان رکابی به اطرافش می‌شود. برای اینکه بتوانیم خوب بشنویم باید استخوان رکابی به راحتی در جای خود بلغزد و حرکت کند. شنوایی پدیده پیچیده‌ای است. در یک گوش طبیعی، ارتعاشات صوتی از طریق کانال گوش خارجی به سمت پرده صماخ هدایت شده و به آن برخورد می‌کند. پرده صماخ به نوبه خود این ارتعاش را به استخوان چکشی و آن هم به سندانی و سندانی به نوبه خود به استخوان رکابی منتقل می‌کند. ارتعاش رکابی باعث به حرکت درآمدن مایع گوش داخلی می‌شود و این امر منجر به تحریک عصب شنوایی می‌شود. سپس عصب شنوایی تحریکات واردشده را به مغز منتقل می‌کند و مغز آن را به عنوان «صدا» تعبیر می‌کند. هرگاه هر یک از اجزای این روند دچار اختلال شوند، شنوایی فرد دچار مشکل خواهد شد.

چه کسی «اتواسکلروزیس» می‌گیرد و چرا

علامت اصلی «اتواسکلروزیس» کاهش شنوایی به تدریج پیشرونده است. این بیماری در سنین بین ۱۵ تا ۴۵سالگی و معمولاً در حدود ۲۰ سالگی شروع می‌شود. این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است و در حاملگی ممکن است سیر آن پیشرفت زیادی داشته باشد. حدود ۶۰ درصد موارد «اتواسکلروزیس» زمینه ژنتیکی دارد. به طور معمول فرزندی که یکی از والدینش به «اتواسکلروزیس» مبتلا باشد ۲۵ درصد احتمال گرفتاری به «اتواسکلروز» را دارد.

علائم

کاهش شنوایی تدریجی و پیشرونده، شایع‌ترین علامت «اتواسکلروزیس» است. غالباً مبتلایان به «اتواسکلروز» اولین‌بار وقتی متوجه مشکل خود می‌شوند که احساس می‌کنند صداهایی با فرکانس کم مثل صدای نجوای دیگران را خوب متوجه نمی‌شوند. سایر علائم می‌تواند اختلال در تعادل، صدای وزوز گوش یا احساس صدای اضافی در سر باشد.

تشخیص

متخصص گوش و حلق و بینی پس از استماع شکایات بیمار و معاینه گوش، تست‌های اودیومتری درخواست می‌کند و بر مبنای آنها می‌تواند بین «اتواسکلروزیس» و سایر بیماری‌هایی که می‌توانند علائم مشابهی داشته باشند، افتراق قائل شود.

درمان

اگر میزان کاهش شنوایی کم باشد متخصص گوش و حلق و بینی ممکن است بیمار را تحت نظر بگیرد و جهت تقویت صوت برای وی سمعک تجویز کند. مشخص شده است قرص سدیم فلوراید سیر بیماری را کند می‌کند لذا ممکن است تجویز شود. در اغلب مبتلایان به «اتواسکلروزیس» یک روش جراحی به نام «استاپدکتومی» مفیدترین روش برگرداندن شنوایی از دست‌رفته است.

«استاپدکتومی» چیست

عمل «استاپدکتومی» تحت بیهوشی عمومی و نیمه‌بیهوشی قابل انجام است. این عمل از طریق داخل کانال گوش انجام می‌شود. جراح از طریق کانال گوش، پرده صماخ را به کناری زده و استخوان رکابی فیکس‌شده را برمی‌دارد و به جای آن پروتز مخصوصی را کار می‌گذارد که همان نقش استخوان رکابی را ایفا می‌کند. سپس داخل کانال گوش بیمار پانسمان مخصوص قابل جذبی به نام ژلفوم گذاشته می‌شود لذا بیمار تا یک هفته بعد از عمل بهبود شنوایی قابل توجهی را احساس نمی‌کند.

احتمال موفقیت این عمل حدود ۹۰ درصد است. در یک درصد موارد ممکن است این عمل باعث بدتر شدن شنوایی بیمار شود. «اتواسکلروزیس» در ۸۰ درصد موارد هر دو گوش را گرفتار می‌کند. در این صورت در هر نوبت فقط یک گوش را می‌توان عمل کرد. ابتدا باید گوشی را عمل کرد که شنوایی‌اش کمتر است.

نکاتی که بیمار باید بداند

بعد از «استاپدکتومی» اغلب بیماران فردای همان روزی که عمل شده‌اند، ترخیص می‌شوند و به آنها گفته می‌شود روی گوش عمل‌نشده خود بخوابند. آنتی‌بیوتیک بعد از عمل تجویز خواهد شد. چند روز بعد از عمل ممکن است کمی حالت سبک‌سری داشته باشند. حس چشایی نیز ممکن است چند هفته تا چند ماه بعد از عمل تغییر کرده باشد ولی معمولاً در نهایت به حالت نرمال برمی‌گردد. فین کردن، شنا و سایر فعالیت‌هایی که به ورود آب به گوش عمل‌شده منجر می‌شود و همین طور مسافرت هوایی تا دو هفته ممنوع است. بعد از عمل در موارد زیر سریعاً با پزشک خود تماس بگیرید.

- کاهش شنوایی ناگهانی
- درد بسیار شدید
- سرگیجه

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

یادداشت

دکتر فریده مهتی‌پور*

آشنایی با علل و نشانه‌های تخمدان پلی‌کیستیک و راه‌های درمان آن

درمان هورمونی به موازات درمان آنتی‌بیوتیکی

یکی از شایع‌ترین حالاتی که ما در رشته پوست با آن مواجه هستیم، وجود تخمدان پلی‌کیستیک (PCO) است. شیوع این بیماری در خانم‌ها بین ۸- ۴/۸ درصد تخمین زده شده است. این بیماری با توجه به مشکلاتی که در زمینه مسائل هورمونی برای فرد ایجاد می‌کند، علاوه بر آثار و علائم داخلی، مشکلات متعدد پوستی نیز برای فرد ایجاد می‌کند. پایه اصلی این بیماری در واقع عدم تخمک‌گذاری یا تخمک‌گذاری نامنظم توام با ایجاد کیست‌های ریز و درشت در تخمدان‌هاست. لیکن مشاهده کیست‌ها در تمام سونوگرافی‌ها برای تشخیص ضروری نیست. علاوه بر این تمام آزمایشات هورمونی از قبیل LH، FSH و DHEA و پرولاکیش در این افراد باید انجام گیرد، ولی توجه داشته باشید با اینکه در این بیماری ممکن است سطح یک یا چند آزمایش هورمونی نرمال نباشد، ولی این مساله یک قانون کلی نداشته و سطوح نرمال این تست‌ها نیز نمی‌تواند تشخیص را زیر سوال ببرد. ولی این موضوع نیز حائز اهمیت است که چنانچه تغییری در هر یک از هورمون‌های فوق صورت گرفته باشد، درمان مناسب این آنرمالی می‌تواند به درمان علامتی PCO کمک شایانی بکند.

مهم‌ترین و شایع‌ترین علائم پوست و مو که در PCO ممکن است شاهد باشیم، عبارت است از آکنه، رویش موهای زائد در صورت و برخی از مناطق بدن، ریزش موهای سر به ویژه در ناحیه جلوی سر، که هر یک از علائم فوق می‌تواند شدت‌های متفاوتی در بیماران مختلف داشته باشد. به عنوان مثال آکنه می‌تواند از کمدون‌های سرسیاه و سرسفید گرفته تا حالت شدید به صورت ندول و کیست‌های چرکی را در صورت و بدن این بیماران ایجاد کند. توزیع آکنه طرح معمول خود را داشته و بیشتر در ناحیه صورت و کتف‌ها شایع‌تر بوده ولی البته در بیماران مختلف می‌تواند طرح‌ها و توزیع متفاوتی را نشان دهد. در مورد سوال بیماران محترم که آیا آکنه ناشی از PCO صرفاً نواحی خاصی از سر و صورت را درگیر می‌سازد، باید جواب داد که این آکنه در همه جای بدن می‌تواند دیده شود و الزاماً ناحیه خاصی از سر و صورت را درگیر نمی‌سازد و شدت آن نیز در بین افراد متفاوت است. همان‌طور که می‌دانید، آکنه حاصل تداخل عواملی از قبیل هورمون‌ها، باکتری‌ها و میزان ترشح غدد سباسه اطراف مو بوده و تغییر در هر یک از عوامل فوق می‌تواند باعث تغییر در شدت و توزیع بیماری شود. بیماران PCO به علت افزایش سطح آندروژن‌ها یا هورمون‌های مردانه خود به خود مستعد آکنه هستند و علاوه بر این با توجه به عدم تعادل هورمونی و در واقع مقاومت به انسولین که در این بیماران شایع است، در صورت مصرف رژیم غذایی پر از کربوهیدرات و قندهای ساده که سطح انسولین بیمار را افزایش می‌دهد و از طرف دیگر استرس و عقب انداختن پریودهای ماهانه که از مشکلات دائمی این بیماران است، ممکن است علائم آکنه این بیماران تشدید شود.

در مورد درمان این بیماران نیز لازم به ذکر است که به دلیل وضعیت مستعد این بیماران ممکن است درمان‌های معمول آکنه چندان موفق نبوده و عود ضایعه بعد از قطع دارو در این بیماران شایع است. برای اصلاح وضعیت هورمونی زمینه این بیماران درمان با اسپیرونولاکتون و قرص‌های ضدبارداری توصیه می‌شود. و چنانچه مشکل مقاومت به انسولین بارز باشد، درمان با متفورمین توصیه می‌شود. هر یک از درمان‌های فوق به تنهایی یا همراه با داروهای اختصاصی آکنه از قبیل آنتی‌بیوتیک‌ها یا رتیفوئیدها قابل توصیه است. داروهای هورمونی که در جهت تنظیم پریودهای ماهانه، کاهش سطح هورمون‌های مردانه یا کمک به تنظیم سطح هورمون انسولین به بیمار داده می‌شود، جزء اصلی درمان محسوب می‌شود و بیماران محترم باید توجه داشته باشند که مدت مصرف این داروها معمولاً طولانی بوده و انتظار درمان کوتاه و سریع در این بیماری صحیح نیست. احتمال بروز عوارض دارویی با هر یک از داروهای فوق نیز وجود دارد که بهتر است راجع به چند و چون و احتمال این عوارض قبل از شروع درمان اطلاعات لازم را از پزشک خود بگیرید. از طرف دیگر هیچ یک از درمان‌های دارویی در این بیماری اثر قطعی و دائمی نداشته و احتمال عود ضایعه با قطع دارو وجود دارد که نباید باعث ناامیدی و خستگی بیمار شود، زیرا پاسخ‌دهی بیمار، میزان تغییرات هورمونی و طول مدت درمان در بین بیماران بسیار متفاوت بوده و تعیین یک مدت خاص برای رسیدن به نتایج مطلوب درمانی امکان‌پذیر نیست. نکته مهم دیگر این است که پاسخ‌دهی به داروهای فوق در میان بانوان مختلف بسیار متفاوت است. دارویی که در یک بیمار بسیار موثر بوده ممکن است در بیمار دیگر تاثیر نداشته یا تاثیرات بینابینی داشته باشد. بنابراین به ویژه در هفته‌ها و ماه‌های ابتدایی درمان، ویزیت منظم و پ