مجله دانشکده پزشکی — دانشگاه ملی ایران
سال اول — شماره چهارم صفحه ۳٦٤ — ۳٦۷

خلاصهٔ پایان نامه‌ها

آقای دکتر شعبان هارونی
تاریخ دفاع : ۲۳ر۱۲ر۱۳۵۱
استاد راهنما : آقای دکتر محمد جعفریان
موضوع رساله : بررسی ورشد ونمومرحله داخل رحمی و زمان نوزادی

خلاصه و نتیجه‌گیری

پایه واساس صحیح ویادگیری طب اطفال بابررسی رشد ونمو طبیعی کودك از آغاز آبستنی مادر تا هنگام بلوغ مقدور میباشد . رشد ونموانسان نسبت بهسایر موجودات زنده طولانی‌تر و با کندی بیشتری صورت میگیرد . عوامل مختلفی در رشد ونمو کودك موثر هستند که میتوان آنهارا بهدودسته تقسیم نمود :

عوامل داخلی : که شامل عوامل ارثی (نژاد — ملیت — زمینه وغیره) عوامل غدد مترشحه داخلی (ارمن رشد — ارمنهای تیروئید — ارمنهای پانکراس — ارمنهای غدد فوق کلیوی) عوامل عصبی‌وعوامل‌نسوج Receptor ها میباشند .

عوامل خارجی : که عوامل فیزیکی محیط — فصل — عوامل روانی وضع اقتصادی — وضع تغذیه را باید مدنظر داشت .

رشد ونمو یك کودك بهمراحل مختلفی تقسیم‌میشود که دراین رساله رشد ونمو مرحله داخل رحمی ومرحله نوزادی مورد بررسی وبحث قرارگرفته است .

در مرحله داخل رحمی رشد و نمو جنین را به ۳ دوره :

۱— Zygotic
۲— Embryonic
۳— Fetal تقسیم مینمایند .

دوره زایگوتیای :

بهسه هفته اول زندگی داخل رحمی گفته میشود ، در هفته اول زایگوت تشکیل بلاستوسیت را میدهد و در عرض هفته دوم وسوم تروفوبلاست و آمبریوبلاست بوجود می‌آیند که از تروفوبلاست جفت واز آمبریوبلاست سه لایه زاینده بوجود می‌آیند . در هفته سوم سر جنین — قلب دوحفره‌ای و زیکول‌های مغزی وچشمی ودست وپا بصورت جوانه‌هائی بوجود می‌آیند .

دوره آمبریونیك :

از ابتدای هفته چهارم تا آخر هفته هشتم زندگی داخل رحمی میباشد . در این مدت قسمت‌های خارجی بدن کاملا مشخص میشوند و هرکدام از لایه‌های زاینده بافت‌ها و ارگانهای مخصوصی را بوجود می‌آورند . بطوریکه تا پایان دوره آمبریونیك تمام دستگاههای اصلی بدن ساخته میشوند .

دوره فیتال :

از شروع ماه سوم تاموقع تولد است . در این‌موقع رشد بدن جنین سریع میباشد در حالیکه اختصاصی شدن و تمایز یافتن بافتها و اندامهای داخلی اهمیت کمتری دارند . از مهمترین تغییراتی که در دوره فیتال بوجود می‌آید رشد آهسته سر نسبت به سایر قسمتهای بدن است ، بطوریکه در آغاز ماه سوم اندازه سر نصف طول بدن را تشکیل میدهد و با شروع ماه پنجم طول سر ثلث طول بدن ایستاده و در موقع تولد تقریباً ربع طول بدن ایستاده است . در طول ماه سوم صورت شباهت بیشتری بهانسان پیدا می‌کند ، چشم‌ها که اول در دو طرف بودند در قسمت قدامی صورت قرار می‌گیرند . گوش‌ها در محل اصلی خود در طرفین سر مستقر می‌شوند . دست‌وپا باندازه نسبی خود میرسند ولی پاها هنوز کوتاهتر بوده و کمتر از دستها تکامل پیدا کرده‌اند . اعضاء تناسلی خارجی مشخص شده بطوریکه در آخر ماه سوم جنین فیتوس را میتوان تشخیص داد .

در طول ماههای چهارم و پنجم فیتوس بهسرعت قد می‌کشد ودر پایان نیمه اول زندگی داخل رحمی اندازه

ایستاده آن تقریباً ۲۳ سانتی متر یعنی تقریباً نصف طول موقع تولد میباشد . ولی وزن جنین دراین مرحله نسبتاً کم است ودر پایان ماه پنجم هنوز به ۵۰۰ گرم نرسیده است . در نیمه دوم زندگی داخل رحمی وزن جنین بطور قابل ملاحظه‌ای زیاد میشود ، مخصوصاً در دو ماه ونیم آخر حاملگی به‌اندازه ۵۰ درصد از وزن موقع تولد ، به‌وزن قبلی جنین اضافه گردیده است . در آخر ماه دهم (ماه قمری = ماه ۲۸ روزه) جنین طبیعی ۵۰ سانتی‌متر ـ ۳۲۰۰ گرم وزن دارد ومحیط جمجمه او هنوز از محیط قسمت‌های دیگر بدن بزرگتر است .

از نقطه‌نظر فیزیولوژی :

گردش خون جنین‌با فرد بالغ تفاوت دارد . مواد غذائی بوسیله ورید نافی از جفت به‌جنین انتقال می‌یابد . جریان خون جنین در هیچ زمانی مطلقاً وریدی و شریانی نیست ، بلکه خون ورید اجوف تحتانی از خون آئورت نسبتاً تمیزتر است .

عمل خون سازی در جنین ابتدا در کیسه زرده ـ بعداز کبد وسرانجام در مغز استخوان صورت می‌گیرد . تعداد رتیکولوسیت‌ها در خون جنین بالا بوده و تدریجاً با بالا رفتن سن جنین کاهش یافته ودر موقع تولد به ۵٪ میرسد انواع گلبول‌های سفید خون و تعداد آنها فوق‌العاده متغیر است . هموگلوبین خون جنین در اواسط حاملگی برابر هموگلوبین اشخاص بالغ بوده ودر موقع تولد نزدیك به ۱۸ گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر خون میرسد . الکتروفورز خون جنین نیز باخون انسان بالغ فرق دارد . میزان فاکتورهای انعقادی درجنین کم میباشد .

از آغاز ماه چهارم جنین حرکات تنفسی را انجام میدهد بطوریکه میتواند مایع آمنیوتیك را ضمن بلعیدن به ریه‌های خود نیز وارد نماید . امروزه شروع تنفس نوزاد را دربدو تولد ادامه اعمال تنفسی جنین میدانند .

در انتهای سه‌ماه اول حاملگی جنین قادر است از طریق فیلتراسیون کلومرولی عمل دفع ادرار را انجام دهد معذالك کلیه‌ها در سرتاسر زندگی داخل رحمی از نظر فونکسیون نارس هستند .

در هفته یازدهم حاملگی حرکات دودی روده کوچك شروع میشوند و عمل بلعیدن جنین ممکن است باعث رشد و تکامل مجرای گوارشی شده وشرایط جنین را برای تغذیه بعداز تولد آماده نماید . فیزیولوژی کبد جنین با کبد بالغین تفاوت دارد بسیاری از آنزیم‌های آن در مقایسه با دوران بعداز تولد خیلی‌کم میباشد وکبد جنین ظرفیت محدودی برای تبدیل بیلی روبین غیرمستقیم به‌بیلی‌روبین مستقیم دارد .

در سیزدهمین هفته حاملگی ترشح انسولین از پانکراس مشخص شده ومقدار آن با بالا رفتن سن جنین افزایش می‌یابد . در دهمین هفته حاملگی ACTH از غده هیپوفیز جنین ترشح میشود . گرچه نقش ارمن رشد در تکامل ورشد جنین معلوم نیست معذالك شواهدی دردست میباشند که جنین خود ارمن رشد تولید مینماید . دردهمین هفته حاملگی ترشح ارمن تیروتروپین تشخیص داده شده‌است به‌علت فقدان توانائی تغلیظ ادرار گفته میشود که هیپوفیز جنین ADH ترشح نمی‌کند . در هفته ۱۰ تا ۱۴ حاملگی غده تیروئید جنین قادر به‌ساختن ارمن تیروئیدی میشود . کورتکس آدرنال در دوره جنینی میتواند انواع استروئیدها را ازتبدیل استات تولید نماید . در دوره جنینی آلدوسترون نیز از آدرنال ترشح میشود .

بیضه جنین انسان قادر به‌ساختن آندروژن ـ تستوسترون و آندرواستاندیون Androstendione میباشد . در مورد توانائی تخمدانها در ساختن استروئیدهای جسمی اطلاع زیادی دردست نیست .

از نظر ایمنی مدارك موجود نشان میدهند که جنین از ماه ششم حاملگی در مقابل یك محرك آنتی‌ژنیك مستقیم مانند عفونت قادر به‌ساختن انواع ایمونوگلبولین‌ها میباشد ودر غیاب محرك آنتی‌ژنیك جنین فقط ایمونوگلبول میباشد ودر غیاب محرك آنتی‌ژنیك جنین فقط ایمونوگلبولی های IgG را که از مادر به او رسیده است خواهد داشت .

رشد جنین بستگی به‌مواد غذائی دارد که از مادر گرفته میشود وغذای مادر تنها منبع تهیه مواد غذائی‌جنین میباشد .

دوره نوزادی را به‌چهار هفته اول زندگی‌می‌گویند، در این مرحله خصوصیات جسمی و نسبت‌های بدنی نوزاد ، اورا از شیر خوران وکودکان ویا بالغین متمایز میسازد . وزن نوزاد طبیعی در موقع تولد ۳ تا ۳/۵ کیلوگرم است و این تغییر بیشتر مربوط به‌شرایط زندگی و فاکتورهای مختلف از قبیل دوره حاملگی ـ فقر و سوء تغذیه مادر ـ اعتیاد مادران به‌دخانیات ـ تعدد زایمانی ـ تعدد حاملگی ـ ضربه‌های روحی و فیزیکی زمان بارداری ـ توکسمی مادر و نارسائی جفت ـ ضایعات رحمی ـ بیماریهای‌مزمن مادر ـ بیماریهای عفونی مادر ـ دیابت مادر ـ جنس نوزاد و بالاخره عوامل ارثی ـ (که بسیار مهم هستند) میباشند .

بطور متوسط قد نوزادان طبیعی ۵۰ سانتی متر و دور سر آنها ۳۵ سانتی‌متر و دور سینه آنها ۳۳ سانتی‌متر میباشد .

از نظر فیزیولوژی تغییرات به دوره جنینی در فیزیولوژی دستگاههای مختلف نوزاد بوجود می‌آیند ولی هنوز فیزیولوژی این دستگاهها با فیزیولوژی سنین بعد تفاوتهای زیادی داردکه همگی درجهت تکامل اعمال فیزیولوژیك میباشند .

از بررسی آماری وزن ـ قد ـ دور سر ـ دور سینه نوزادان متولد شده در بخش زنان وزایمان بیمارستان

جرجانی نتیجه میشودکه این بررسی بـرروی ۲۵۱ نوزاد طبیعی (باتوجه باینکه تعدادی ازاین نوزادان در واقـع نارس بوده‌اند) بعمل آمده است ، این نوزادان شامل ۱۳۰ دختر و ۱۲۱ پسر بوده‌اند . پدرومادر این نوزادان همگی تقریباً شرایط متوسط ویکسانی ازلحاظ محیطی ــ اقتصادی تغذیه ونژادی داشته‌اند . مدت حاملگی این نوزادان بین ۳۸ تا ٤۰ هفته بوده‌است .

بطور خلاصه از تعداد ۲۵۱ نوزاد (بدون درنظر گرفتن جنس) ۳/۹۸ درصد آنها با وزن کمتر از میزان طبیعی و متعارف ــ ٦٤/۹۳ درصد آنها با وزن طبیعـی ۳۱/۰۷ درصد آنها با وزن بیشتر از میزان طبیعی بوده‌اند .

و نیز ۹/٥٦ درصد این نوزادان با قد کمتر از طبیعی ــ ۸٤/٤٦ درصد باقد طبیعی و۵/۹۷ درصد با قد بیشتراز میزان طبیعی بوده‌اند .

همچنین ۹/٥٦ درصد این نوزادان با دور سرکمتر ا زمیزان طبیعی و ۸٤/٤٥ درصد با دور سر طبیعی و۵/۹۷ درصد بادور سر بیشتراز میزان طبیعی بوده‌اند .

بالاخره ۲۲/۷ درصد این نوزادان با دور سینـه کمتر از طبیعی ــ ٦۰/۹۵ درصد با دور سینه طبیعی و ۱٦/۳۳ درصد با دور سینه بیشتر از میزان طبیعی بوده‌اند .

میانگین وزن نوزاد (بدون درنظر گرفتن جنس) ۳۳٤۱ گرم ــ میانگین وزن نوزاد پسر ۳٤۲۲ گـرم ــ میانگین وزن نوزاد دختر ۳۲٦۷ گرم ــ میانگیـن قـد نوزادان (بدون درنظر گـرفتن جنس) ٥۰ سانتی‌متر ــ میانگین قد نوزاد پسر ٥۱ سانتی‌متر ــ میانگین قد دختـر ٤۹ سانتی متر ــ میانگین دور سر نوزاد (بدون در نظر گرفتن جنس) ۳٤/٥ سانتی‌متر ــ میانگین دور سر نوزاد پسر ۳٥ سانتی‌متر ــ میانگین دور سر نـوزاد دختر ۳٤ سانتی‌متر ــ میانگین دور سینه نوزاد (بدون درنظر گرفتن جنس) ۳۳ سانتی‌متر ــ میانگین دور سینـه نوزاد پسر ۳۳ سانتی‌متر ــ میانگین دور سینه نوزاد دختـر ۳۲/٥ سانتی‌متر نتیجه شده‌است .

ازدیاد اندازه‌های طبیعی نوزادان مورد مطالعـه با تعدد حاملگی مادر نسبت مستقیم دارد ، بطوریکه مثـلا اندازه وزن ــ قد ــ دور سر ــ دور سینـه نـوزادان مولتیپاره ۸ بوده‌است .

با یك بررسی دیگر نتیجه شده است که اندازه‌های جسمی نوزاد با تعدد زایمانی نسبت عکس دارد بطوریکـه میانگین وزن هرنوزاد دوقلوئی در بیمارستان جرجانـی ۲۷٥۰ گرم ــ میانگین قد ٤۸ سانتی‌متر ــ میانگین دور سر ۳۲ سانتی‌متر و میانگین دور سینه آن ۳۱ سانتی‌متر بوده است .

آقای دکتر جلیل ترکیان
تاریخ دفاع : ۱۳٥۱/۸/۳۰
استاد راهنما : آقای دکتر هادی فرزانه
موضوع رساله : سرطان‌مری وآمار و وفور آن در بیمارستانهای خزانه و فرحناز پهلوی

نتیجه‌گیری و خلاصه :

باتوجه به‌آمارهای بدست آمده از مراکز مهم جهان دیده میشود که نتایج حاصـله از جراحـی سرطان مری رضایت‌بخش نیست و دیده میشود که ٥ سال زندگی بعداز عمل بسیار بسیار نادر است . از مجموع مطالبی‌که در این مقاله آمده است کلیاتی رابه‌ترتیب زیر میتوان خلاصه‌نمود :

۱ــ سرطان مری بیماری وخیم و خطرناکی است که در تمام سنین زندگی حتی در دوران کـودکی نیـز دیده شده‌است ولی وفورآن بیشتر در دهه چهارم و ششم زندگی است .

۲ــ ثلث تحتانی مری از دوثلث دیگر برای ابتلای سرطان مستعدتر است .

۳ــ متاسفانه علائم بیماری وقتی آشکار میشود که ضایعه کاملا پیشرفته بوده و حتی ممکن است متاستاز داده باشد .

٤ــ در مقابل هر دیسفاژی که در سنین ٤۰ به‌بالا باشد باید بفکر سرطان مری افتاد وفورا رادیوگرافی باباریم ازمری انجام شود .

٥ــ امتحان سیتولوژیك در تشخیص زودرس‌سرطان مری نقش مهمی دارد .

٦ــ تشخیص سرطان مری وقتی صد درصد دارای ارزش است که بیوپسی و سیتولوژیك مری تواما انجـام شده باشد .

۷ــ از علل اتیولوژیك سرطـان مـری : نوشیدن مایعات داغ ، مصرف روغن‌های زیاد حرارت دیده ــ آداب و رسوم بخصوص بعضی از مردم در طبخ مواد غـذائی و همچنین ناس ونظایر آن که سوزاننده و محرك مخاط مری بوده بوسیله ایجاد خراش سطحی به‌سلولهای عمقی مخاط‌که بالقوه استعداد سرطانی شدن آن بیشتر است نفوذ نموده‌مولد سرطان میشوند .

۸ــ بهترین درمان انتخابی عبارت‌است ازرادیوتراپی و سپس عمل جراحی ورادیوتراپی . بطور کلی اگر تومور در یکسوم فوقانی و یکسوم میانی مری باشد بهتراست دراین موقع رادیوتراپی شود .

برای عمل جراحی کانسر یکسوم فوقانی مری برشی در طول کنار قدامی عضله استرنوکلاید و ماستوئید درکنار چپ گردن داده وپس‌از بـرداشتن تومور با توراکوتومی چپ اناستوموز مری و معده انجام میگیرد و بهتر است برای جلوگیری ازوفاژیت بین اناستوموز مری ومعده قسمتی از ژژونوم ویاکلون عرضی طرف راست استفاده گردد . اگر

تومور در یکسوم میانی مری باشد توسط لاپاراتومی و توراکوتومی راست و پس‌از برداشتن تومور آناستوموز مری و معده انجام گیرد . واگر تومور در یکسوم تحتانی مری باشد توسط توراکوتومی چپ وبرداشتن تومور وآناستوموز مری ومعده ویا ژژونوم انجام گیرد .

آقای دکتر علی‌اکبر شفیق
تاریخ دفاع : ۱۳۵۱/۹/۱
استاد راهنما : آقای دکتر امیر عرفانی
موضوع رساله : کزاز نوزادان

با مطالعه مباحث قبل و نتیجه‌گیری ازآن کزاز معلول اگزماتوکسین قوی Clostridium-Tetani میباشد که این سم درمرحله رشد فعال میکرب آزاد میشود و بروی اعصاب مرکزی تثبیت میگردد .

محل ورود میکرب اکثراً بند ناف است ، وبعلت بی‌اطلاعی متصدیان امور زایمانی وعدم رعایت بهداشتی و بی‌دقتی پانسمان بند ناف اتفاق می‌افتد و بیشتر در ممالک درحال پیشرفت دیده میشود . دور کمون بیماری از ۲ــ۲۰ روز میباشد .

علائم بالینی در مراحل ابتدائی پس‌از یك دوره کمون ، نوزاد بی‌قرار است یك مرتبه فریاد میزند ، وقادر به‌شیرخوردن نیست ونمی‌تواند پستان بگیرد واگر پستان را با فشار وارد دهان طفل نمائیم فوراً ول کرده و سر را به‌عقب می‌کشد وحالت خفگی دراوظاهر میشود ویا بالعکس آنرا دربین لبها می‌فشارد .

مهمترین علائم که درهنگام بستری‌شدن نوزاد باآن روبرو میشویم وتشخیص کزاز را محرز می‌نماید عبارتنداز:

۱ــ تریسموس .
۲ــ اسپاسم عضلانی
۳ــ کریزهای تشنجی .

بهترین متد درمانی در ایران که در بیمارستان شهر آزاد بکار برده میشود ومرگ ومیر را برطبق آماری که گرفته شده از ۱۰۰٪ در بعضی بیمارستانهای دیگر به ۵۳/۱۲٪ رسانیده است عبارتند از :

۱ــ گذاشتن لوله معدی از راه دهان درروز اول .
طرز عمل : بآسانی لوله را وارد معده می‌نمائیم ابتدا آسپیر کرده یا مقداری هوا بوسیله سرنگ بداخل معده میدمیم در صورت وجود ترشحات یا شنیدن صدای ورود هوا بداخل معده بوسیله گوشی اطمینان حاصل شده‌که لوله داخل معده است .

۲ــ (۱۲/۵ میلی‌گرم آمیتال ، یك میلی گرم لارگاکتیل) هر ۳ ساعت ولی این مقدار در روزهای بعد بستگی به‌شدت بیماری وتشنج ممکن است زیاد شود البته باازبین رفتن علائم وبوجودآمدن آثار بهبود (گریه) از مقدار دارو کاسته میگردد .

۳ــ سرم ضد کزاز ۵۰۰۰ واحد تزریق عضلانی .

۴ــ پنی‌سیلین کریستال ۲۰۰٫۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت تزریق عضلانی .

۵ــ آمپول ویتامین (K) یك عدد تزریق عضلانی .

۶ــ پانسمان بند ناف با الکل یده .

۷ــ تغذیه نوزاد باشیر پاستوریزه ۴۵ سی‌سی هر ۳ ساعت (بهتر است ازشیر مادر استفاده شود و یا درصورت لزوم ازشیر نیم‌چرب) .

۸ــ استفاده از انکوباتور .

۹ــ توجهات دقیق پرستاری و مواظبت‌های دائمی جهت جلوگیری از دخول ترشحات بداخل ریه بدین منظور باید نوزاد را بیك‌طرف بخوابانیم .

۱۰ــ درمان‌شدید عفونتهای‌ثانویه (برونکوپنومونی) بوسیله آنتی بیوتیکهای وسیع‌الطیف . کفلین ، نئومایسین ، آمپی‌سیلین .

۱۱ــ ایجاد فلج کامل بوسیله کورار و تنفس بهترین روش معالجه شناخته شده‌است که کماکان در بعضی از بیمارستانهای مجهز از آن استفاده میشود وامیداست که روزی دراین مملکت رایج گردد .

۱۲ــ یك‌بار ابتلاءباین بیماری مصونیت دائم نمی‌بخشد ، برای مصونیت اکتیومیتوان از (آناتوکسین) کزاز استفاده کرد .