



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

# مجله علمی-خبری بیمارستان امام رضا (ع)

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال چهارم | شماره اول | خرداد ۱۴۰۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز  
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

در این شماره می‌خوانید  
مروری بر مطالب آموزشی  
وبینارهای استودیو کوید  
بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

## برنامه های آموزشی بین المللی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز



**پیام مدیر مسئول**  
دکتر مجتبی محمدزاده  
استادیار مراقبت‌های ویژه پزشکی  
رئیس بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

در دنیای امروز شواهد و یافته‌های پزشکی با سرعت چشم گیری تولید می‌شوند. برگزاری دوره‌های آموزشی و پژوهشی پیشرفته در تربیت پزشکان و پرستاران یک امر ضروری به شمار می‌رود و مراکز آموزشی و پژوهشی بر اساس مقتضیات خود می‌بایست از روش‌های خلاقانه‌ای برای این هدف استفاده کنند. لذا آموزش مؤثر و توانمندی‌های پژوهشی شاخص مهمی در موفقیت برنامه تربیت فراگیران آینده به شمار می‌آید. اینجانب بسیار خوشوقتم که برنامه های آموزشی بین المللی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز با حمایت معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مدیر محترم روابط بین الملل دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با همت معاون محترم آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز و همچنین مشارکت اساتید محترم گروه های آموزشی مرکز تهیه و تدوین گردیده است که در آن بالغ بر ۵۹ برنامه به صورت آموزش های کوتاه مدت و بلند مدت در نظر گرفته شده است. فایده این برنامه ها در وسایط بیمارستان امام رضا (ع) تبریز به شرح زیر قابل دسترسی می باشد. در پایان لازم به ذکر است که دومین کنگره ی بین المللی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی از ۲۹ مهر لغایت ۳ آبان سال جاری برگزار خواهد شد که مشارکت اساتید محترم، دانشجویان عزیز و پرسنل ارجمند در هرچه باشکوه تر برگزار شدن کنگره موجب امتنان است.<sup>۱</sup>

<sup>1</sup> <https://imamreza-en.tbzmed.ac.ir>  
<sup>2</sup> [www.tabrizvpm.ir](http://www.tabrizvpm.ir)

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز برگزار می‌نماید:  
دومین کنگره بین المللی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی

**2<sup>nd</sup> Tabriz Virtual** (9 AM - 12 PM)  
21 - 25 Oct, 2023  
Patient Safety and Medical Education  
International Congress **tvpm** zoom

**دومین کنگره بین المللی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی**

برگزار کننده: معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز

**تاریخ و زمان برگزاری: ۲۹ مهر لغایت ۳ آبان ۱۴۰۲ (صبح ۹ - ۱۴ ظهر)**

**محورهای کنگره**

- همگرایی علوم نوین در ایمنی بیمار و آموزش پزشکی
- چالش‌ها، جنبه‌های اخلاقی و قانونی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی
- حذف آسیب‌های قابل اجتناب در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
- نقش شیوه‌های نوین آموزش در ارتقاء ایمنی بیمار و آموزش پزشکی
- پزشکی از راه دور و ایمنی بیمار

**دارای امتیاز باز آموزی**

پخش: استودیو کوید بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

موانع ثبت نام و ارسال مقالات: ۲۵ مرداد - ۲۵ شهریور ۱۴۰۲  
Abstract Submission Deadline: 16 Aug - 16 Sep, 2023  
[www.Tabrizvpm.ir](http://www.Tabrizvpm.ir)

**International Educational Programs**  
Deputy of Education and Research  
Imam Reza General Hospital  
Tabriz, Iran  
Aug. 2023

## فهرست

- پارا کلینیک در روماتولوژی  
**دکتر علی اصغر ابراهیمی**  
دانشیار بیماری‌های داخلی - روماتولوژی  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- درمان و پیگیری نتوپلازی داخل اپیتلیال دهانه رحم  
**دکتر مریم واعظی**  
دانشیار آنکولوژی زنان  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- HPV و پاتوژن SIL  
**دکتر بهروز شکوهی**  
دانشیار پاتولوژی  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- درمان‌های دارویی در کمردرد  
**دکتر وحیده توپچی زاده**  
استاد طب فیزیکی و توانبخشی  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- نتوپلازی داخل اپیتلیالی سرویکس و پاپ اسمیر  
**دکتر محمد تقی زاده**  
دانشیار پاتولوژی  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- گیاهان سمی  
**دکتر اصغر جعفری روحی**  
استاد یار طب اورژانس  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- آسم در بارداری  
**دکتر پریسا رضائی فر**  
استاد یار بیماری‌های داخلی - ریه  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**کسب رتبه چهارم کشوری واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز (بر اساس امتیاز فعالیت‌های سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰) در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک را حضور همه اساتید، رزیدنت‌ها و پرسنل بیمارستان امام رضا (ع) تبریز تبریک عرض می‌نماییم.**

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع)



**مقاله سردبیری**  
دکتر حسین سلیمان‌پور  
استاد مراقبت‌های ویژه پزشکی  
معاون آموزشی و پژوهشی مرکز

## آموزش اداره راه هوایی، ضرورتی گریزناپذیر در توانمند سازی پزشکان و پرستاران در مدیریت بیماران بدحال

برقراری راه هوایی مطمئن در بیماران دارای راه هوایی مشکل، یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین مسائل در علم طب بوده و نیز چالشی بزرگ برای متخصصین بیهوشی و پزشکان اورژانس می‌باشد. از طرفی بروز مشکل در مدیریت راه هوایی می‌تواند منجر به عواقب ناگوار تهدیدکننده حیات مانند هیپوکسی و آسپیراسیون گردد؛ لذا به آموزش روش‌های مختلف برخورد با راه هوایی مشکل، باید توجه ویژه‌ای داشت. نکته مهم دیگر اینکه برای آموزش اداره راه هوایی، همیشه باید توجه داشته باشیم که سه محل مهم در امر آموزش آن به ترتیب مرکز مهارت‌های بالینی<sup>۱</sup>، اتاق عمل<sup>۲</sup> و در نهایت بخش اورژانس<sup>۳</sup> می‌باشد. در این خصوص خالی‌الظرف نیست که به نتایج تحقیقی که توسط اینجانب و همکاران، تحت عنوان «نقش کوریکولوم بیهوشی در بهبود تهویه با بگ و ماسک و انتوباسیون رزیدنت‌های طب اورژانس»<sup>۴</sup> منتشر شده است، اشاره نمایم. این مطالعه بر روی هجده رزیدنت سال اول طب اورژانس که مهارت‌های لازم برای اداره راه هوایی را در مرکز مهارت‌های بالینی دانشگاه با موفقیت گذرانده‌اند و جهت گذراندن دوره یک‌ماهه بیهوشی به این بخش معرفی شده بودند، انجام گردیده است. قبل از شروع چرخه بیهوشی و همین‌طور بعد از اتمام دوره یک‌ماهه کوریکولوم بیهوشی، از تمامی رزیدنت‌ها درخواست شد که بر روی بیمارانی که راه هوایی آسان دارند تهویه با بگ و ماسک و انتوباسیون انجام دهند. نتایج انتوباسیون و تهویه با بگ و ماسک موفق در قبل از شروع دوره بیهوشی به ترتیب ۱۶/۶ و ۲۷/۷ درصد بود که بعد از اتمام دوره یک‌ماهه بیهوشی، موفقیت دستیاران در انتوباسیون و تهویه با بگ و ماسک به‌صورت قابل توجهی افزایش یافت و به ترتیب به ۸۸/۸ و ۸۷/۳ درصد رسید. در تحقیق مذکور نتیجه گرفتیم که موفقیت در یادگیری اداره راه هوایی نیاز به یک آموزش مستمر است که شروع آن بعد از آموزش‌های تئوریک، به ترتیب از مرکز مهارت‌های بالینی و اتاق عمل بوده و در نهایت در بخش اورژانس کامل می‌شود.

<sup>1</sup> Skill Lab, <sup>2</sup> Operation Room, <sup>3</sup> Emergency Ward

<sup>4</sup> Soleimanpour H., et al. Role of anesthesiology curriculum in improving bag-mask ventilation and intubation success rates of emergency medicine residents: a prospective descriptive study. BMC Emerg Med. 2011 Jun 16;11:8.

## پارا کلینیک در روماتولوژی

**دکترعلی اصغر ابراهیمی**
**دانشیار بیماری‌های داخلی - روماتولوژی**
**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**
**ایمیل:**
**aliaebrahimi@yahoo.com**



روماتولوژی؛ شناخت بیماری‌های روماتیسمی یعنی تشخیص، درمان و پیگیری این دسته از بیماری‌هاست. بیماری‌های روماتیسمی اکثرا دارای خواس زیر هستند :سیستمیگ یا مولتی سیستمم و یا مولتی ارگان هستند، اغلب سیر مزمن یا پیش‌رونده دارند، بیماری‌های شایع و همه‌گیر هستند، در صورت تأخیر تشخیص، موربیدیتی و حتی مورتالیتی دارند، در تمام ستین (از پگیکی تا سنین بالا) دیده می‌شوند؛ اما متأسفانه این بیماری‌ها اغلب اوقات زنان و مردان را در جوانی یا میان سالگی درگیر می‌کنند؛ یعنی در زمان حداکثر کارآمدی، فعالیت و باروری آنها را مبتلا می‌کنند .باتوجه‌به خصوصیات فوق؛ پرواضح است که بیماری‌های روماتیسمی، در بیشتر موارد بار سنگین مالی بر خانوادهٔ بیماران و سیستم سلامت جامعه تحمیل می‌کنند و این موضوع مهم؛ ارزش تشخیص به‌موقع و درمان باکفایت و فالوآپ هدف‌مند این بیماری‌ها را وسط می‌سازد .درست است که مثل همهٔ بیماری‌ها در بیماری‌های روماتیسمی نیز اساس تشخیص عبارتست از: معاینهٔ دقیق و کامل و اخذ هیستوری خوب و جمع‌بندی تمام یافته‌های بالینی و سپس توجه به نتایج آزمایشگاهی به‌دست‌آمده. اما رسیدن به تشخیص صحیح و به‌موقع یک بیمار روماتیسمی، کمی و گاهی خیلی مشکل است. چرا که لازمه‌اش اخذ تاریخچهٔ همه‌جانبه و معاینهٔ کامل تمام سیستم‌های بدن بیمار است. یعنی خیلی ساده‌تراینکه مثلاً بدون سؤال یا معاینهٔ سیستم گوارش یا دستگاه تنفسی و پوست و چشم و حتی گوش و حلق قدر بیمار، امکان دستیابی به تشخیص منطقی و زود هنگام در یک بیمار روماتیسمی وجود ندارد .البته پس از این معاینات فراگیر، گفته شده نوبت به مرحلهٔ مهم دیگری می‌رسد که عبارتست از گزیننه برتر و به‌صرفه‌تر و منطقی از میان انبوه تست‌های پاراکلینیک روئین با اختصاصی می‌باشد. در این مرحلهٔ مهم و تعیین‌کننده لازم است به چند نکتهٔ زیر به‌خوبی توجه شود - :انتخاب پاراکلینیک از ایده‌شدنقل کلینیکی در مورد هر بیمار صورت می‌گیرد پس لازم است که به دلایل مختلف از درخواست‌های کلی و کلان یا رزنده آزمایشگاهی خودداری کنیم. چرا که چنین درخواست‌هایی حاصلی جز صرف هزینه و وقت زیادی بی‌مورد نداشته و حتی سبب بروز سردرگمی بیشتر و احتمالاً از دست‌دادن «فرصت طلایی» در تشخیص و درمان بیماران می‌گردد. - نباید فکر کنیم تنها تست‌های کاملاً اختصاصی سرولوژی، ایمونولوژی و یا مثلاً ام‌آرآی و … است که ما را به تشخیص می‌رساند و امکان شروع به‌موقع درمان باکفایت و فراهم می‌سازد - .آزمایش‌های روئین و غیراختصاصی نیز در وهلهٔ اول می‌توانند در تشخیص بیمار روماتیسمی کمک‌کننده و مفید باشد از جمله :

CBC ,diff, FBS, Cr, Urea, LFT, TS, Ca, P, TG, Cholesterol, Serum Vit D۳ , ESR, CRP ,Uric acid, Urine analysis, Serum Vit D۳ مثلاً تغییرات CBC از جمله لکوسیتوز، لکوپنی، لنفوپنی، نوتروپنی، انورینوفیلی، ترومبوسیتوز یا ترومبوسیتوپنی آتمی و تغییرات اندکس‌های گلبولی، هر گونه انوریمالی در آنالیز اداری مثل پروتئینوری، لکوسیتوز، گلوپوری توام با افزایش سطح ESR یا CRP یا هر دو می‌توانند کمک قابل‌توجهی در تشخیص اولیهٔ بیمار روماتیسمی به همراه داشته باشد. قدم بعدی انتخاب و در خواست تست‌های اختصاصی مورد لزوم بر اساس مجموعهٔ یافته‌های بالینی و نتایج آزمایش‌های اولیهٔ اختصاصی می‌باشد. البته این دسته از درخواست‌های ما باید کاملاً با دلیل و در جهت پیگیری سریع تشخیص یا تشخیص‌های احتمالی مطرح شده در پیش بیمار باشد .البته پاراکلینیک در بیماری‌های روماتیسمی دامنهٔ وسیعی دارد چرا که این بیماری‌ها اغلب مولتی سیستمم و فراگیر هستند. گزینش منطقی و باصرفه از میان این همه تست‌ها و راه‌های تشخیصی و توانمندی تفسیر صحیح نتایج به‌دست‌آمده در هر پیش بیمار، خود «علم و هنری دیگر» به شمار می‌رود. زیرا که معاینهٔ فیزیکی و اخذ هیستوریتی کامل همان «علم و هنر اصلی» می‌باشد. هر کدام از بیماری‌های روماتیسمی علاوه بر داشتن تکلنی خاص مهم در نتایج آزمایش‌های غیراختصاصی (عمومی)، دارای آزمایش‌های اختصاصی نیز هستند که مجموع یافته‌های بالینی و نتایج دودسته از آزمایش‌های گفته شده است؛ تشخیص نهایی را تا حدودی مبتنی می‌کند. زیرا که هیچ تستی صدرصد اختصاصی وجود ندارد و تفسیر نتایج به‌دست‌آمده همیشه در کنار علائم بالینی بیمار که بادقت هر

چه بیشتر به‌دست‌آمده امکان‌پذیر خواهد بود .انجام.MRI MRV, CT Scan, PET scan ,MRA انواع رادیوگرافی‌های معمولی و … به نوع بیمار روماتیسمی و زمان تشخیص یا تصمیمات به‌موقع درمانی کمک می‌کند .جایگاه در خواست EMG/NCV در تشخیص اولیه یا عوارض هریک از انواع اختلالات روماتولوژیک منطقی و مفید است. نهایتاً تصمیم مهم به‌موقع پیوستی ارتسوج مختلف درگیر در جریان انواع بیماری روماتیسمی (از جمله بیوپیسی پوست، عضله، اعصاب محیطی، ریه، کلیه و عروق مثل شریان تیمورال و حتی گاهی نسج خود مغز و بیوپیسی استخوانی) است که بسیار باید سنجیده و بجا اقدام شود چرا که ممکن است به تشخیص قطعی بیماری کمک کند. ولی باز هم ممکن است نتیجهٔ این کار منفی یا غیر تشخیصی باشد و شاید بیوپیسی مجدد را طلب کند و یا با جمع‌بندی کل نتایج آزمایشگاهی و بالینی بیمار لازم باشد که درمان به‌موقع شروع گردد و البته بعد از آن نیز فالوآپ دقیق از بیمار به عمل آید. جملهٔ آخر اینکه پروسهٔ تشخیص تعدادی قابل‌توجه از بیماری‌های روماتولوژیک، بسی سخت و دشواراست این امر مهم و حیاتی فقط باتکیه‌بر معلومات خوب علمی و داشتن مهارت کافی و انگیزه‌های لازم و صرف حوصلهٔ زیاد امکان‌پذیر خواهد بود .

## درمان و پیگیری نئوپلازی داخل اپیتلیال دهانه رحم

**دکتر مریم واعظی**
**دانشیار آنکولوژی زنان**
**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**
**ایمیل:**
**mva260@yahoo.com**



CIN، یک ضایعه پیش بدخیم دهانه رحم است که بر اساس خطر پیشرفت به بدخیمی به‌عنوان درجه پایین (CIN ۱) یا درجه بالا (CIN ۲،۳) طبقه‌بندی می‌شود. در مدیریت بیماران مبتلا به CIN، اهداف شامل موارد زیر است: جلوگیری از پیشرفت احتمالی به سرطان مهاجم و درعین‌حال اجتناب از درمان بیش از حد ضایعاتی که احتمالاً سیرفت می‌کنند. نظارت یا مشاهده برای برخی از بیماران با ضایعات کم‌خطر مناسب است، درحالی‌که درمان با روش اکسیژون یا اپلاتو (فرسایشی) برای بیماران با ضایعات با خطر بالاتر توصیه می‌شود. درمان دیسپلازی با روش‌های فرسایشی یا اکسیژونی کلیدی برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم است. هیسترتومی به‌عنوان یک درمان اولیه برای CIN غیرقابل قبول است، اما یک گزینه برای بیمارانی است که درمان ناقص یا اکسیژون یا اپلیشن شده یا خطر بالاتر توصیه می‌شود. پزشکان و سولوی بیماران باید فاکتورهای زیر را هنگام انتخاب رویکرد درمانی در نظر بگیرند. آیا به نمونه تشخیصی نیاز است؟ آیا اکسیژون مؤثرتر از اپلیشن است؟ آیا بارداری آینده موردنظر است؟ آیا اکسیژون عوارض بیشتری نسبت به اپلیشن دارد؟ پیگیری بیماران مبتلا به CIN:

برای بیماران بالای ۲۵ سال؛ آزمایش مبتنی بر HPV در ماه ۶ انجام می‌شود. سیتولوژی دهانه رحم تنها در صورتی قابل‌قبول است که آزمایش مبتنی بر HPV در دسترس نباشد. اگر HPV مثبت باشد، کولپوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود و بر اساس این نتایج مدیریت شود. اگر HPV منفی باشد، آزمایش مبتنی بر HPV باید سالانه به مدت ۳ سال انجام شود. اگر HPV منفی باقی بماند، آزمایش مبتنی بر HPV حداقل تا ۲۵ سال انجام می‌شود. برای بیماران کمتر از ۲۵ سال؛ سیتولوژی دهانه رحم در ماه ۶ انجام می‌شود. اگر سیتولوژی دهانه رحم HSIL یا ASC-H باشد، کولپوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود و بر اساس بیوپسی نتایج مربوطه مدیریت شود. اگر سیتولوژی دهانه رحم LSIL یا کمتر باشد (ASC- HPV، US مثبت) و ادامه داشت، کولپوسکوپی و بیوپسی باید انجام شود و بر اساس نتایج باید مدیریت شود. اگر سیتولوژی منفی باقی بماند، سیتولوژی می‌تواند سالانه انجام شود. هنگامی که بیمار به سن ۲۵ CIN ۲،۳ یا در نمونه هیستکتومی یا بیپارشی که تحت هیستکتومی برای سابقهٔ CIN ۲،۳ قرار گرفته‌اند، خطر عود بیماری را افزایش می‌دهند و باید این موارد را دنبال کنند؛ آزمایش بر اساس HPV سالانه به مدت ۳ سال. اگر HPV مثبت باشد، باید سیتولوژی انجام شود. اگر HPV بر ۳ یا سال متوالی منفی باشد، پیگیری طولانی‌مدت با آزمایش مبتنی بر HPV در فواصل ۳ساله به مدت ۲۵ سال انجام می‌شود. بیماران با CIN ۱ یا کمتر در نمونه هیستکتومی و بدون سابقهٔ CIN ۲+ می‌توانند

آزمایش پیگیری را متوقف کنند. زمان بارداری آینده؛ مطالعات کمی در مورد مدت زمانی که بیماران باید بعد از درمان منتظر بمانند تا باردار شوند وجود دارد. فاصله زمانی ۳ ماه یا بیشتر بعد از یک عمل اکسیژون تا لقاح پیشنهاد می‌شود.»

## HPV و پاتوژن SIL

**دکتر بهروز شکوهی**
**دانشیار پاتولوژی**
**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**
**ایمیل:**
**b.shokouhi@gmail.com**



سرطان سرویکس رنج انسانی و مرگ و میر زیادی ایجاد می کند که نامتناسب با اندازه سرویکس به نظر می رسد. این ناشی از حساسیت خاص منطقه ترانسفورماسیون سرویکس به عفونت HPV است. تقریباً تمام کارسینوم های سرویکس به HPVهای پرخطر (آنکوژنیک) مربوط است. HPVها بر اساس ژنوم ویروسی به ۲۴۰ ژنوتیپ تقسیم می شوند. HPVهای ژنتیال با تماس جنسی منتقل می یابند و شامل دو گروه کم خطر و پرخطر می باشند. HPVهای کم خطر مانند ۶ و ۱۱ با SIL یا مرتبش بوده و HPVهای پرخطر مانند ۱۶ و ۱۸ با HSIL و کارسینوم همراهی دارند. HPVهای ژنتیال تمایل به اپنی تلیوم داشته و باید از طریق یک خراش ریز به سلول های بازال برسند. انواع پرخطر بطور ویژه به سلول های سنگفرشی متاپلاستیک پیوستگاه سنگفرشی-مششوری سرویکس تمایل دارند. عفونت HPV دو مرحله خاموش و تکثیری دارد. در عفونت خاموش، DNA ویروسی به شکل اپیزومال مانده و نسخه برداری و ترجمه چندان ندارد. ژن های ویروسی زودرس رشد سلولی را تحریک کرده و مانع آپوپتوزیس می شوند. عفونت تکثیری می تواند به بروز منظم ژن های ویروسی منجر شود؛ سلول ها سنگفرشی بالغ شده می‌کنند. نظارت یا مشاهده برای برخی از بیماران با ضایعات کم‌خطر مناسب است، درحالی‌که درمان با روش اکسیژون یا اپلاتو (فرسایشی) برای بیماران با ضایعات با خطر بالاتر توصیه می‌شود. درمان دیسپلازی با روش‌های فرسایشی یا اکسیژونی کلیدی برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم است. هیسترتومی به‌عنوان یک درمان اولیه برای CIN غیرقابل قبول است، اما یک گزینه برای بیمارانی است که درمان ناقص یا اکسیژون یا اپلیشن شده یا خطر بالاتر توصیه می‌شود. پزشکان و سولوی بیماران باید فاکتورهای زیر را هنگام انتخاب رویکرد درمانی در نظر بگیرند. آیا به نمونه تشخیصی نیاز است؟ آیا اکسیژون مؤثرتر از اپلیشن است؟ آیا بارداری آینده موردنظر است؟ آیا اکسیژون عوارض بیشتری نسبت به اپلیشن دارد؟ پیگیری بیماران مبتلا به CIN:

## درمان های دارویی در کمردرد



**دکتر وحیده توپچی زاده**
**استاد طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز**
**ایمیل:**
**toopchi.v@gmail.com**

کمردرد یک سمیوم است و علل زیادی دارد و چهل در صد افراد آن را طی ۶ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. معمولاً درد با یا بدون درمان بهبود می‌یابد. بر اساس مطالعات اغلب درمان‌های انجام شده برای کمردرد خصوصاً کمردرد مزمن اثرات محدودی دارند. بعد از رد علل اولیه کمردرد، فوکوس درمانی باید بر اساس اصلاح طرز زندگی و مراقبت از خود باشد و در درمان‌های مضر و آسیب‌رسان جلوگیری شود. میزان تأثیر درمان‌های مختلف از جمله داروها، ورزش و مانی یو لاسی ون در کمردرد کم یا متوسط است و باعث کاهش درد حدود ۵ تا ۲۰ میلی‌متر در مقیاس بصری درد می‌شود که البته می‌تواند به علت اثر پلاسبو باشد؛ بنابراین اغلب پزشکان درمان‌های متعدد را هم‌زمان بکار می‌گیرند تا اثر ضد دردی کافی حاصل شود. داروها به طور شایع در درمان کمردرد استفاده می‌شوند. داروهای رایج مورداستفاده شامل ضدالتهاب های غیراسترویدی، شل‌کننده‌های عضلانی، آنتی دپرسانت ها، اپیویدها، ضد صرع‌ها، کورتیکوستروئیدها و بنزودیازپین‌ها می‌باشد. نوع داروی مورداستفاده در هر بیمار باتوجه‌به بیماری زمینه‌ای و احتمال عوارض باید انتخاب شود. داروی انتخاب شده باید با دوز کافی و مدت کافی تجویز شود. در صورت عدم کسب نتیجه مطلوب باید داروی دیگر تجویز نمود. در صورت کاهش درد به میزان کافی، ادامه درمان تا دو تا سه هفته به همراه تجویز تمرینات لازم و بازگشت به فعالیت عادی پیشنهاد می‌شود.

## گیاهان سمی



**دکتر اصغر جعفری روحی**
**استادیار طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز**
**ایمیل:**
**asgharjafari.md@gmail.com**

شایع‌ترین شکایات در مسمومیت گیاهان سمی درمانیت و تحریکات گوارشی می‌باشد. عوارض مظاهرآمیز در این مسمومیت‌ها معمولاً نادرست. درمان، عمده‌ی تماس‌ها می‌نایز از درمان بوده و آلودگی‌زدایی گوارشی با شار کول توصیه می‌شود. در صورت خورده شدن دانهٔ سمی WBI یا PEG با انجام می‌شود. در موارد بدون علامت ۶ ساعت تحت‌نظر لازم است و در هنگام ترخیص علائم هشدار باید گوشزد شود. موارد علامت‌دار با بستری کرده و مانیتورینگ می‌کنیم. شایع‌ترین گیاهان سمی که منجر به مسمومیت می شود: شایع‌ترین گیاهان سمی، Castor bean, Coyotillo, Foxglove, Jequirity water, Oleander, Poison hemlock, Water hemlock, Yew است)، استفاده شود. واژه‌ی SIL مقبولیت فراوانی کسب نموده است، ولی هنوز در برخی مراکز از آن استفاده نمی‌شود؛ بنابراین نویسندگان کتاب توصیه می‌کنند که در ابتدا تشخیص بر اساس SIL صورت گیرد و سپس CIN معادل آن در داخل برانژن ذکر شود. براین‌اساس، LSIL معادل CIN۱ و HSIL معادل CIN۲/CIN۲ در نظر گرفته می‌شوند. افتراق بین CIN۲ و CIN۳ اختیاری است و از نظر بالینی به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها ناشی از آنجاست که می‌توان برخی از موارد CIN۲ را در گروه CIN۱ جای داد. بر همین اساس، نویسندگان کتاب CIN۲ و CIN۳ را از یکدیگر جدا نکرده، از واژه (HSIL/CIN۲)۳/۲ برای تمام ضایعات گرید بالا استفاده می‌کنند. اغلب موارد SIL در ابتدا از طریق سیتولوژی قابل‌تشخیص هستند و پس از آن کولپوسکوپی انجام می‌شود. گاهی به شکل تصادفی SIL در نمونه‌های بیوپسی آندومتر کشف می‌شود. به نظر می‌رسد، به دنبال واکنشیاسیون گسترده HPV در آینده، کاهش در SIL رخ خواهد داد. یافته‌ای که هنوز در عمل محقق نشده است. با انجام تست‌های HPV در ابتدا و بهجای غربالگری سیتولوژیک، بیماران بیشتری برای بررسی کولپوسکوپی ارجاع داده می‌شوند. (CIN) (LSIL) بر اساس کرایتریای LAST نشانه کندیلوما می‌باشد.

درگذاشت تلاش شده است تا دیسپلازی در کندیلوما کشف و بیان شود، مثلاً به شکل Condyloma+CIN) ولی دیگر این کار انجام نمی‌شود.

آزمایش پیگیری را متوقف کنند. زمان بارداری آینده؛ مطالعات کمی در مورد مدت زمانی که بیماران باید بعد از درمان منتظر بمانند تا باردار شوند وجود دارد. فاصله زمانی ۳ ماه یا بیشتر بعد از یک عمل اکسیژون تا لقاح پیشنهاد می‌شود.»



آزمایش پیگیری را متوقف کنند. زمان بارداری آینده؛ مطالعات کمی در مورد مدت زمانی که بیماران باید بعد از درمان منتظر بمانند تا باردار شوند وجود دارد. فاصله زمانی ۳ ماه یا بیشتر بعد از یک عمل اکسیژون تا لقاح پیشنهاد می‌شود.»



آزمایش پیگیری را متوقف کنند. زمان بارداری آینده؛ مطالعات کمی در مورد مدت زمانی که بیماران باید بعد از درمان منتظر بمانند تا باردار شوند وجود دارد. فاصله زمانی ۳ ماه یا بیشتر بعد از یک عمل اکسیژون تا لقاح پیشنهاد می‌شود.»

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. همان گونه که در ضایعات flat SIL صورت می‌گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما آکومیناتوم در ۲۰-۹۰ درصد موارد با HPV-۶ یا HPV-۱۱ مرتبط است. ولی گاهی سایر تایپ‌ها مانند HPV-۱۶ نیز یافت می‌شوند.

زمانی که HPV-۱۶ حضور داشته باشد، ممکن است آتیپی سیتولوژیک از نوع گرید بالا مشاهده شود. تشخیص افتراقی کندیلوما آکومیناتوم، کارسینوم ورمکوز می‌باشد. نقش HPV در ایجاد کندیلوما و کارسینوم به‌خوبی به اثبات رسیده است. بیش از ۹۹ درصد موارد، کارسینوم سرویکس مرتبط با HPV Oncogenic است می‌باشد. مکانیسم‌های مولکولار پیرامون virus-mediated oncogenesis به‌خوبی شناخته شده است. Zur Huasen در سال ۲۰۰۸ میلادی به‌خاطر کشف ارتباط بین HPV و کانسر سرویکس موفق به دریافت جایزه نوبل شد. در حال حاضر ارتباط بین غربالگری HPV برای شناسایی ضایعات پیش سرطانی و نیز ایمونیزاسیون ضد HPV برای پیشگیری از ضایعات سرطانی به‌خوبی قابل‌درک است. این مبحث به‌سرعت در حال تغییروتحول است.

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

**Water hemlock(شوکران آبی):**

**(ادامه در صفحه بعد)**



کندیلوما می‌باشد. هنوز شک و تردید وجود دارد که آیا در غیاب تغییرات کولپوسیتی می‌توان (CIN) (LSIL) را به‌عنوان نشانه‌ای از عفونت HPV یادقت تشخیص داد یا خیر. کندیلوما می‌تواند اگزوفتیک یا FLAT باشد. نوع اول، به نام کندیلوما آکومیناتوم شیوع بسیار کمتری نسبت به نوع flat دارد و در گروس به شکل یک ضایعه پلی پوئیدی تظاهر می‌یابد که در میکروسکوپی با پاپیلوماتوز، آکانتوز، کولپوسیتوز و درجات متغیری از انفلتراسیون التهابی در استروما مشخص می‌شود. نمای موج این‌تلیوم (Undulating) یک خصوصیت کاراکتریسیک ضایعه در low power است. درجات خفیف آتیپی در بخش اسکواموس شایع بوده و نیازی به ذکر آن نیست. اگر آتیپی شدیدتر باشد، باید بررسی شده. grading صورت گیرد. (مثلاً حضور CIN۲/HSIL)۳/۲ در ضایعه).

**Foxglove (گل گشته‌ها):**
سم این گیاه حاوی گلیکوژید قلبی (دیگوکسین) است.
علائم به‌صورت تپوع استغرافی، اسهال، درد شکم، کفوزیون و دیس‌ریتمی درمان؛
شارکول، مونیتور سطح K ضدآریتمی(Fab ) برای دیس‌ریتمی.

**Oleander (خرزهره):**
سم این گیاه نیز مانند foxglove حاوی گلیکوژید قلبی (دیگوکسین) است که در تمام قسمت‌های گیاه این سم موجود
**asht. شدت سمیت: oleander > foxglove > lily of the valley**
علائم و درمان مشابه foxglove

**Jequirity bean(شیرین بیان):** دانه گیاه حاوی سم Toxalbumin است که مصرف یک‌دانه از این گیاه هم می‌تواند مظاهرآمیز باشد.
علائم به‌صورت گاستروآنتریت داخلی و گاهی دل‌ریز / تشنج / کمزوری می‌کند. این بیماری بهتر است که ۱۲ ساعت تحت‌نظر باشند. درمان به‌صورت WBI و حمایتی است.

**Poison hemlock(شوکران سمی):** مکانیسم اثر سم این گیاه به‌صورت آلکالوئید شبیه نیکوتین (بلوک عصبی عضلانی) است که در تمام بخش‌ها گیاه وجود دارد. علائم در عرض ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت شروع و به‌صورت سوزش و خشکی دهان و سپس تاکی کاردی / ترمور / دیافوزز / میدریاز / ضعف عضله / تشنج.
موارد شدید: فلج پارالرنده / رادیومیولیز / ARF / باردی



کاردی و حتی مرگ دیده می‌شود. درمان: تجویز شارکول و اقدامات حمایتی است.

۳۰ تا ۴۰ درصد موارد بدتر می شود و در بقیه موارد ممکن است ثابت بماند یا حتی بهتر شود. شدت آسم در طول بارداری با شدت آسم قبل از بارداری مرتبط است. حملات تشدید آسم در بارداری معمولاً در سه ماهه دوم رخ می دهد و با افزایش قابل ملاحظه در عوارض بارداری از جمله مورتالیه پری ناتال، پره اکلامپسی و زایمان زودرس همراه است. دو هدف اصلی مراقبت از آسم در بارداری شامل پیشگیری از تشدید آسم و کنترل مطلوب علائم آسم در بارداری است. فواید درمان فعال آسم برای کنترل آسم و پیشگیری از تشدید آن بر مضرات بالقوه عوارض داروهای که به صورت روتین در درمان آسم استفاده می شود برتری دارد.

برای بیمارانی که با علائم مداوم خفیف یا حتی علائم شدیدتر مراجعه می کنند، کورتیکواستروئیدهای استنشاقی، حملات تشدید اسم در بارداری را کاهش می دهد و قطع این داروها در بارداری باعث تشدید آسم در بارداری می گردد. بودزوناید گلوکوکورتیکوئید استنشاقی ترجیحی در بارداری است. در مورد بتا دو آگونیست های استنشاقی دیتاهای اطمینان بخشی در مورد استفاده از سالمترول و فورمتروپول در بارداری وجود دارد. در ضمن هیچ کدام از این داروها نباید بدون گلوکوکورتیکوئید استنشاقی در بارداری استفاده گردند. گلوکوکورتیکوئیدهای خوراکی هم در بارداری برای درمان آسم شدید قابل استفاده است. استفاده از ایپراتروپیوم استنشاقی که گهگاهی برای بهبود علائم در تشدید آسم استفاده می شود بی خطر می باشد. بی ضرر بودن تیوتروپیوم در بارداری نامشخص است. شروع اومالیزومب در بارداری توصیه نمی شود.

درمان های غیردارویی شامل آموزش بیمار، قطع سیگار و کنترل تشدیدکننده های محیطی است. در طول زایمان نیز بی حسی اپیدورال برای کنترل درد اقدام انتخابی است؛ چون باعث کاهش مصرف اکسیژن و حجم دقیقه ای در مرحله اول و دوم لیبر می گردد معمولاً بی حسی خوبی را در زمانی که سزارین ضروری باشد تأمین می کند. اگر بیهوشی عمومی نیاز باشد کتامین و بیهوش کننده های هالوژنه به دلیل اثرات برونکودیلاتوری ترجیح داده می شود.



درمان: شار کول / WBI / حمایتی .

**Difenbachia amoena** این گیاه دارای اگزالات کلسیم است که حاوی آنزیم پروتئولیتیک است (مشابه آنتی تریپسین). جویدن برگ منجر به سوزش و تحریک سریع مخاط شده که با بستنی و شیر خنک و ضد درد بهبود می یابد. علائم به صورت آبریزش دهانی / دیسفاژی / درگیری راه هوایی (نادر). در موارد شدید کورتون مؤثر است.

(ادامه از صفحه قبل) تمام قسمت ها به ویژه ریشه حاوی این سم می باشد. علائم به صورت تهوع / درد شکم / دلیریوم / تشنج که می تواند مقاوم به درمان باشد. درمان شامل تجویز



شارکول و اقدامات حمایتی است.

**Yew (سرخ دار):** برگ و دانه این گیاه حاوی سم است. علائم شامل: تهوع / استفراغ / درد شکم (شایع) / تشنج / دیسریتمی / کما (نادر).



## آسم در بارداری



**دکتر پریسا رضائی فر**  
استادیار بیماری های داخلی-  
ریه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
ایمیل:  
prezaeifar@gmail.com

میزان بروز آسم در بارداری ها ۳ تا ۸ درصد می باشد. بارداری باعث تغییراتی در وضعیت آسم بیمار می گردد و آسم ممکن است باعث تغییراتی در وضعیت بارداری گردد. بطور کلی آسم در طول بارداری در

### مشاور IT

مریم حسن خانی  
ایمیل: maryamhasankhani1360@gmail.com

### ارتباط با ما

#### پست الکترونیکی:

Imam\_Reza\_ER@tbzmed.ac.ir

#### تلفن:

۰۲۱۳۳۳۷۳۹۶۰

#### آدرس لینک آپارات:

www.aparat.com/ImamrezaHospTABRIZ

#### آدرس صفحه اینستاگرام:

www.instagram.com/imamreza.tbzmed

#### آدرس کانال یوتیوب:

https://youtube.com/channel/UCIQJc2puPFSLMHm3GIH5A-A

#### آدرس:

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا(ع)،  
خیابان دانشگاه، خیابان گلگشت، تبریز، ایران

### طراحان گرافیک (به ترتیب حروف الفبا)

الهام احمدی  
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.com

هادی پایدار  
ایمیل: hadipaydar8497@gmail.com

فاطمه علیپور یگانه  
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

### هیئت اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

کریم اکبرزاده  
ایمیل: Karim.akbarzadeh@yahoo.com

وحیده امجدی اسکونی  
ایمیل: vahideh\_amjadi@yahoo.com

فاطمه حدیدی  
ایمیل: fatemeh1999heidari@gmail.com

ملیحه رشیدی  
ایمیل: Maliheh.rashidi@yahoo.com

رضا دباغی پور  
ایمیل: dabaghipourreza@gmail.com

اعظم عبدالمی  
ایمیل: abdollahiazam97@yahoo.com

مهدی محمدی  
ایمیل: mahdi.mohammadi1360625@gmail.com

نقیسه واحد  
ایمیل: vahedn66@gmail.com

### هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر جلال اعتمادی  
ایمیل: jalaletemadi@yahoo.com

دکتر رضا جواد رشید  
ایمیل: rjrashid@gmail.com

دکتر صنم دولتی  
ایمیل: sanam.dolati@gmail.com

دکتر مسعود ققیه دینوری  
ایمیل: dinvarim@tbzmed.ac.ir

دکتر فرید رشیدی  
ایمیل: fr2652@yahoo.com

دکتر زهرا شیخ علیپور  
ایمیل: sheikhalipourz@gmail.com

دکتر مهدی عدالتی  
ایمیل: edalatim@tbzmed.ac.ir

دکتر علیرضا علا  
ایمیل: ala.alireza@gmail.com

دکتر عطا محمودپور  
ایمیل: mahmoodpoora@tbzmed.ac.ir

دکتر مجتبی ورسوچی فرد  
ایمیل: varshochim@tbzmed.ac.ir

مدیر مسئول  
دکتر مجتبی محمدزاده  
ایمیل: drmojtaba@yahoo.com

سردبیر  
دکتر حسن سلیمان پور  
ایمیل: soleimanpourh@tbzmed.ac.ir

دبیر  
دکتر هادی همیشه کار  
ایمیل: hamishekar@tbzmed.ac.ir

### دستیاران سردبیر (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر نسرن جعفری  
ایمیل: jafarin95nasrin@gmail.com

دکتر فاطمه علیپور یگانه  
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

سودابه یوسفی  
ایمیل: miss\_usefi@yahoo.com

### مدیر داخلی و ویراستار زبان انگلیسی

الهام احمدی  
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.com