

دانش پزشکی

ویژه نامه تخصصی
فرا درمانی

۳

پاییز ۸۹ - قیمت: ۲۰۰۰ تومان

شامل گزارش های درمان:

- لوپوس اریتماتوی
- سندرم نفروتیک
- سنک کلیه
- سنک صفرا
- کمردرد
- تنگی کانال نخاعی
- آریتمی قلبی
- آسم



همراه با مقدمه و مقالاتی از:
استاد محمد علی طاهری
دکتر ویدا پیرزاده

فرا درمانی

طب مکمل ایرانی



بلاغت احمدی



صاحب امتیاز و مدیرمسئول:

دکتر سید شهاب الدین صدر

گردآوری و تحریر:

دکتر شیلا میرزاده

صفحه آرایی:

علیرضا مالکی

چاپ:

مکث

- ۲ مقدمه / فردارمانی
- ۳ یادداشت / دکتر ویدا پیرزاده
- ۶ قابلیت ترمیم و اصلاح پذیری / استاد محمدعلی طاهری
- ۱۴ گزارش بهبودی یک مورد بیمار لوپوس آریتماتوی
- ۲۶ گزارش بهبودی یک مورد سندرم نفروتیک
- ۳۵ گزارش بهبودی یک مورد یوروتروسل مادرزادی همراه سنگ ادراری
- ۳۸ گزارش بهبودی یک مورد ابتلا به سنگ های صفراوی
- ۴۲ گزارش بهبودی یک مورد کمر درد
- ۴۶ گزارش بهبودی تنگی کانال نخاعی همراه کمر درد
- ۵۱ گزارش بهبودی یک مورد آریتمی قلبی
- ۵۴ گزارش بهبودی یک مورد آسم مزمن
- ۵۹ مواردی دیگر
- ۶۰ خلاصه لاتین



فرادرمانی

هر روش درمانی که خارج از محدوده ی روشهای درمانی پزشکی جدید باشد، طب مکمل و جایگزین (Complementary and Alternative Medicine) و یا به اختصار CAM نامیده می شود، که از نظر سازمان بهداشت جهانی به پنج گروه کلی تقسیم می شود. «فرادرمانی» جزو درمان های گروه ۴ این تقسیم بندی یعنی درمان بیماری های جسمی از طریق ذهن (Mind Body Intervention) و زیرمجموعه درمان ذهنی (Mental Healing) قرار می گیرد.

فرادرمانی براساس نظریه «پیوند شعوری» یا «اشتراک شعوری اجزا» بنا شده است. طبق این نظریه، هر گاه بین شعور اجزاء با شعور کل ارتباط برقرار شود، شعور ذهن قادر به اصلاح، ترمیم و خوددرمانی روان و جسم گردیده، شفا و بهبود تحقق پیدا خواهد کرد. فرادرمانی به عنوان یک درمان مکمل کیفی، با نگاه و نگرش به پشت پرده وجودی انسان و بدون هیچگونه مداخله در روند درمان کمی، اقدام به بهبود وضعیت بیماران می نماید.

سازمان NCCAM یا مرکز ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا (National Center For Complementary and Alternative Medicine) که از مراکز وابسته به وزارت بهداشت جهانی (Health and Human Services) و یا به اختصار HHS و مرکز ملی بهداشت (National Institutes of Health) کشور آمریکا می باشد و با سازمان بهداشت جهانی سازمان ملل متحد در این زمینه همکاری نزدیک دارد، طب مکمل و جایگزین (CAM) را به زیر شاخه هایی تقسیم نموده است.

محمدعلی طاهری

این دهانه فراخ به منزله مرحله «گردآوری و دریافت» و مجرای باریک به منزله مرحله «داوری و قضاوت» است. پس در مرحله دآوری تنها «تجربه» است که می تواند مهر علمی بودن بر آن بزند. لذا «علم، معرفت سامان یافته، نظام دار، مدلل، تجربه پذیر و تایید شده است». این تمیز صحیح، در مقام دآوری پیش می آید نه در مقام گردآوری. پوزیتیویستها به خطا رفته اند که علم تجربی را به معنای «علم مولودتجربه» معرفی کرده اند در حالی که علم تجربی، به معنای «علم محکوم تجربه» است.

حال اگر بخواهیم به عنوان محقق در علوم تجربی باشیم باید چه موضعی اتخاذ کنیم؟ مقام محقق در علوم تجربی، مقام «تماشاچی» است ولی در علوم انسانی مقام «بازیگری» است. یعنی روح متد علوم تجربی نظاره گری است، اما روح متد اصلی در علوم انسانی بازیگری است. شخص عالم در علوم طبیعی تماشاگر قلمرو تحت بررسی خویش است، یعنی مانند یک دوربین فیلم برداری نظاره گر است.

اما در علوم انسانی روح حصول معرفت، این است که شخص عالم می باید خود، در ایجاد حادثه مورد شناخت شرکت فعال داشته باشد و به عنوان یکی از اعضای بازیگر نقشی بر عهده داشته باشد. یعنی موضع «عامل» و نه «ناظر». اکنون در موضع «ناظر» هستیم، گفتیم آنچه علم را علم می کند روش دآوری اوست و از نکات اساسی و کلیدی این دآوری این است که «همگانی» باشد.

همین که شخص بخواهد نظریه اش را اظهار کند باید یک «زبان مشترک» برای نتایجش داشته باشد، یعنی «علمی بودن» آن به «عمومی بودن» آن است و عمومی بودن معیار است. پس علمی بودن آن است که زبان مشترک داشته باشد و در دآوری یک تئوری علمی، باید دیگران هم بتوانند شرکت کنند.

در علوم تجربی سؤال «از کجا آورده ای» نداریم به هر طریقی که کشف شده مهم نیست (این در جای خودش بحث دارد) مهم این است که در مرحله نقادی و دآوری به کجا می رسد؟

نباید نکته ای اساسی را از نظر دور داشت که از نظر ما علوم طبیعی و علوم انسانی هر دو به یک اندازه از جهان بینی شخص عالم تأثیر می پذیرند و این تأثیرپذیری ذره ای از علمی بودنشان نمی کاهد.

شاید بتوان گفت که OBJECTIVE بودن علم به معنای بی طرف بودن آن است در مقام دآوری، نه بی طرف بودن در مقام شکار، و این دو مقام به هیچ عنوان نباید خلط شوند.

هنگام نظریه پردازی و جمع آوری تئوری های اولیه و تولد یک علم، کاملا با اندیشه های شخص عالم و آراء علمی و

فلسفی و عرفانی و انسان شناسی او آمیخته است و از آنها نشان و رنگ می پذیرد. آنچه در ابتدا راجع به عنصر «شهود» در مقام «گردآوری» بیان شد به این معنا است که یک نظریه علمی در بیرون تولید نشده، که شخص عالم با استنتاج و استنباط از آن عوامل، به بیانش بپردازد، بلکه نوعی ارتباط و اتصال انسان با هستی و منبع لایزال شعور حاکم بر آن است که زمینه آن اشتیاقی است که در شخص عالم وجود دارد. همه قضایا و مطالب و مفاهیم علمی با همان منشاء مورد نظر وقتی به بیان می آید، «زبان» به عنوان بهترین تجلی گاه جهان بینی و فرهنگ مطرح می شود. لذا نیازمند تغذیه از یک فلسفه خاص و روح فرهنگی معینی است. به تعبیر دیگر زبان ما اساساً و اصولاً ساختی فلسفی دارد و به روش خود دریافت های جهان شناختی و فرهنگی ما را حمل می کند و این زبان هر جا رخنه کند و به هر جا سر بکشد فرهنگ و فلسفه را هم با خود خواهد برد، تعریف ما از «انسان» تعیین کننده چگونگی علم تجربی ما نسبت به آن است، و این همانی است که در عنوان «انسان از منظری دیگر» معنایش آشکارتر می شود.

چرا این مقدمات را برای یک مجله کاملاً علمی که در حیطه طب مطرح است آورده ایم؟ پاسخ این است که ما «فرادرمانی» را عملاً به تجربه کشیده ایم این موارد درمان بیان شده در شماره های گذشته و آنچه در پیش رو داریم، قطره ای از دریای درمان های متعددی است که نه تنها توسط پزشکان بلکه بطور عموم و بصورت همگانی تجربه شده است.

از آنجا که فرادرمانی، به عنوان دانشی تجربی به اثبات رسیده تجربه درمان انحصار به شخص بنیانگذار آن ندارد، بلکه عمومی و دارای زبان مشترکی است که قابل دریافت و حصول برای همگان با هر دیدگاه و طرز تفکری است. در پایان توجه خوانندگان را به این نکته جلب می نمائیم که این نگرش تنها نگرشی از جنبه تجربی به فرادرمانی است که آن را بعنوان دانشی تجربی اثبات می کند.

منظر عرفانی فرادرمانی بسیار عمیقتر و دل نشین تر است از نگاه تجربی به آن، زیرا ایستادن بر پله عشق زیبا تر است از توقف کردن بر پله عقل.

عشق اصطراب اسرار خداست

علت عاشق ز علت با جداست

دکتر ویدا پیرزاده

مسئول گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

و اصلاح پذیری قابلیت ترمیم

یکی از نظریه های مهم در فرادرمانی «قابلیت ترمیم و اصلاح پذیری بخش های مختلف وجود انسان» است. طبق این نظریه، هر بخشی از وجود انسان از قابلیت ترمیم برخوردار است. در فرادرمانی، این امر مهم به چند شکل کلی به شرح زیر تحقق پیدا می کند:

ترمیم و اصلاح پذیری:

مطابق تقسیم بندی زیر، پدیده ترمیم و اصلاح سلول و عضو به صورت های مختلفی رخ می دهد:

الف- ترمیم و اصلاح }
Histological (بافت شناسی، ترمیم بافتی)
Functional (عملکردی، ترمیم یا اصلاح عملکرد عضو یا ارگان)
Morphological (شکل و سائز)

ب- ترمیم خستگی سلولی و ارگانی

پ- ترمیم از کار افتادگی

ت- ترمیم غیر سلولی ارگانیک: مانند رفع انسداد عروق کرونر

ث: اصلاح نرم افزاری

الف- ترمیم و اصلاح سلولی و عضوی:

- ترمیم و اصلاح بافت (HISTOLOGICAL)

گاهی اوقات ترمیم، فقط در سطح بافت صورت می گیرد، برای مثال، ترمیم بافت استخوانی در شکستگی ها، ترمیم بافت غضروفی در آرتروز ها، ترمیم بافت عضلانی و غیره. مطالعات پزشکی نشان داده است که ترمیم در بعضی از بافت های بدن امکان پذیر است. اما در برخی موارد، ترمیم در علم پزشکی رایج غیر ممکن است، برای مثال:

- ترمیم بافت مغزی نخاعی

- ترمیم بافت نکروتیک

اما تجارب کسب شده در فرادرمانی نشان می دهد که در همه این موارد ترمیم می تواند تحقق پیدا کند.

- ترمیم و اصلاح عملکرد (FUNCTIONAL)

- عملکرد عضو یا ارگان: در مواردی عملکرد عضو یا ارگان مختل می گردد، اما مشکلی در سطح بافت یا سلول وجود

ندارد، برای مثال: اختلال در عملکرد قلب.

- عملکرد سلول: در مواردی نیز عملکرد سلول مختل شده، به دنبال آن مشکلات بعدی پدیدار می‌گردد؛ مانند پرکاری سلول در انواع سرطان‌ها و یا کم‌کاری سلول در تحلیل رفتگی عضو. با فرادمانی می‌توان عملکرد عضو را اصلاح نموده و عملکرد سلول را نیز به وضعیت طبیعی خود برگرداند.

- ترمیم ظاهری (MORFOLOGICAL)

در مواردی نیز سایز و شکل عضو آسیب دیده بیمار ترمیم می‌شود، برای مثال: بازگشت شکل کبد یا قلب به وضعیت طبیعی در بیمارانی که این اعضا در آن‌ها بزرگ شده است.

تجربه نشان داده است که در فرادمانی همه مواردی که به آنها اشاره شد، ترمیم و اصلاح پذیر است و این امر از طریق دسترسی به اطلاعات ذخیره شده در سلول تحقق پیدا می‌کند.

اطلاعات ذخیره شده در سلول:

طبق نظریه ای در «فرادمانی» در یک سلول، هفت طبقه اطلاعات کلی وجود دارد که در صورت دسترسی به برنامه مورد نظر در هر یک از این بخش‌ها و فعال کردن آن، سلول می‌تواند نسبت به آن بخش، از سطحی از ترمیم و اصلاح برخوردار باشد. این سطوح اطلاعات عبارتند از:

برنامه عملکرد سلول
برنامه عیب‌یابی سلول
برنامه ریکاوری سلول

} ۱- اطلاعات مربوط به خود

۲- اطلاعات مربوط به عضوی که سلول متعلق به آن است.

۳- اطلاعات مربوط به بدن که سلول متعلق به آن است.

۴- اطلاعات مربوط به شاخه انسان و نسل‌های قبل (ژن)

۵- اطلاعات مربوط به همه شاخه‌ها (انسان - گیاه - حیوان)

۶- اطلاعات مربوط به زندگی اشتراکی گونه‌ها (دوران جنینی حیات)

۷- اطلاعات مربوط به نحوه پیدایش حیات

مطابق این نظریه هر یک از این مراحل، امکان دسترسی به اطلاعات سطوح مختلف سلول را فراهم نموده، می تواند امکانات مثبتی را در جهت ترمیم و اصلاحات لازم برای سلول به وجود آورد. شرح هر یک از طبقات مختلف اطلاعات سلول به قرار زیر است:

- **سطح (۱):** این سطح از اطلاعات در برگیرنده کلیه اطلاعات اساسی سلول است که آن را به صورتی کاملاً مجزا در نظر گرفته و زیر پوشش قرار می دهد. در این سطح، سه دسته اطلاعات وجود دارد که عبارتند از:

- دسته اول، برنامه عملکرد سلول که شامل برنامه ها و فعالیت هایی است که سلول برای زیست و بقای خود دنبال می کند. فرادرمانی با استفاده از این سطح، در اصلاح به برنامه عملکرد سلول می پردازد و رفتار سلول را در رابطه با بدن تعیین می کند. برای مثال اگر شرح وظیفه سلول به واسطه قرار گرفتن در معرض عوامل خارجی مانند مواد سرطان زا، تشعشعات مضر و ... از مسیر طبیعی خود خارج شده باشد و دچار پرکاری (سرطان) و یا کم کاری (تحلیل رفتگی) یا نظایر این رفتارها شده باشد، مجدداً آن را به شرح وظیفه اصلی خود بر می گرداند.

- دسته دوم، اطلاعات مربوط به عیب یابی خودکار سلول است که در فرادرمانی با وارد شدن به مرحله اسکن، سلول معایب خود را آشکار نموده، پس از آن ترمیم و اصلاح برنامه عملکرد سلول آغاز می گردد.

- دسته سوم، برنامه ریکاوری سلول است که برای ترمیم های مورد نیاز سلول به کار گرفته می شود. این برنامه برای مواردی است که صدمات مختلفی به سلول وارد شده است.

بنابراین با این تئوری که در عمل مورد تجربه قرار گرفته، می توانیم به اطلاعات سلول نفوذ کنیم و در این صورت اطلاعات لازم فعال شده، که در نتیجه آن ترمیم و اصلاح قابل تحقق خواهد بود. برای مثال، ترمیم مغز و بافت های نکروتیک.

- **سطح (۲):** این سطح شامل اطلاعات مربوط به عضوی است که سلول متعلق به آن است. برای مثال، یک سلول کبد اطلاعات عضو کبد و سلول های مربوط به آن را در خود دارد. در فرادرمانی، وقتی که سلول دچار نابسامانی شده به نحوی که عضو مربوط به آن دچار ریسک و خطر شود، دوباره آن را با برنامه کلی عضو هماهنگ می کند؛ مانند حالتی که سلول دچار متاستاز یا کپی سازی شعوری شده است.

- **سطح (۳):** این سطح از اطلاعات سلول، شامل اطلاعات کل بدن است که سلول متعلق به آن می باشد. در صورتی که شرایط لازم برای رشد و تکثیر سلول فراهم شود هر سلول می تواند کل پیکره ای را که متعلق به آن است بسازد زیرا اطلاعات کل مجموعه خود را دارد. برای مثال از تکثیر یک سلول انسان، امکان به وجود آمدن انسان دیگری وجود دارد.

در این زمینه، دنیای علم نیز تا کنون به این نتیجه رسیده که اطلاعات صد تریلیون سلول در یک سلول نهفته است و تا این حد پیشرفت نموده که امکان تکثیر را برای یک سلول به وجود آورده تا یک موجود کامل از آن ایجاد شود. در واقع انسان به مرحله ای رسیده که توانسته محیط رشد و تکثیر را برای سلول فراهم نماید تا سلول به آن برنامه دسترسی پیدا کند و بتواند شرایط و نحوه استفاده از اطلاعات خود را برقرار نموده و ایجاد محیطی کند که این اطلاعات فعال شود. در

نتیجه تکثیر سلولی صورت پذیرفته و منجر به ایجاد یک موجود زنده می شود.

– **سطح (۴):** در این سطح از اطلاعات، سابقه شکل گرفتن انسان به معنای خاص و ویژگی های تعریف شده برای او به عنوان موجودی متفکر و آگاه از وجود خود، قرار دارد (یعنی در واقع سابقه چندین و چند هزار ساله قدمت وجودی انسان و همان سطحی را که به آن «ژن» گفته می شود). ژن کلیه اطلاعات مربوط به حسن سابقه و سوء سابقه نسل های گذشته را از ابتدا تا کنون به نسل جدید انتقال می دهد. در پزشکی رایج بیماری ها و مشکلاتی را که بر اثر ژن و ارث انتقال پیدا می کند غیر قابل علاج دانسته و تا کنون درمان موثری برای این قبیل بیماری ها ارائه نکرده است.

در فرادرمانی عامل ژن و ارث، عامل مزاحمی به حساب نیامده و قادر است به این سطح از اطلاعات نفوذ کند. در نتیجه، همه بیماری های ژنتیک از طریق فرادرمانی قابل درمان بوده و طبق تجربه های حاصله، با عبور از مرحله ای که مربوط به اطلاعات نسل قبل (ژن) است، امکان غلبه بر بیماری های ژنتیک وجود دارد. بنابراین در فرادرمانی، ژنتیک بودن بیماری ها اهمیتی نداشته و تاثیر منفی در درمان بیماری ها ندارد.

– **سطح (۵):** این سطح از اطلاعات مربوط به اشتراک بین انسان، گیاه و حیوان است. یعنی سلول اطلاعات مربوط به گیاه و حیوان را در خود دارد. در توضیح بیشتر راجع به این موضوع، اشاره به تجربه ای از مرتاضان هندی به فهم این موضوع کمک می کند. دسته ای از مرتاضان با سال ها تمرکز بر روی بدن خود قادر می شوند به این سطح از اطلاعات دسترسی پیدا کرده و بر روی سطح بدن خود، گیاه و حتی درخت برویاند. یعنی در واقع سلول بدن آنها جوانه زده و شروع به رشد می کند.

بر اثر دسترسی به اطلاعات اشتراکی گونه ها، امکان فرادرمانی بر روی انسان، گیاه و حیوان میسر است و در همه این بخش ها نتایج مثبتی می تواند حاصل گردد.

– **سطح (۶):** این سطح از اطلاعات مربوط به دورانی است که فقط موجود یا موجودات زنده وجود داشته و تفکیک انسان، گیاه و حیوان از یکدیگر میسر نبوده است. این مرحله در واقع نطفه حیات به حساب می آید. بعد ها این نطفه دوران جنینی خود را سپری کرده و از آن انسان، گیاه و حیوان منشعب شده اند.

– **سطح (۷):** در این سطح اطلاعات مربوط به نحوه پیدایش حیات و ایجاد نطفه اولیه وجود دارد. به طور خلاصه از نظر فرادرمانی، اطلاعاتی که در یک سلول موجود است، شامل اطلاعات پیدایش حیات، تجربه نئاندرتالی، ما قبل از آن و شامل اطلاعات کلیه موجودات زنده مانند سمندر، تمساح و تمام موجودات دیگر است. به عبارت دیگر، اطلاعات و تجارب کل حیات در یک سلول وجود دارد و یک سلول دارای کلیه اطلاعات و تجاربی است که در روی زمین راجع به حیات وجود دارد. یعنی سلول، اطلاعات همه گل و گیاه و اطلاعات همه حیوانات، نحوه حیات، نحوه تعقل و تمام نرم افزارها را در خود دارد. پس بین ما و گیاه و حیوان اشتراک حیات وجود دارد. این ها تئوری هایی است که دنیای علم نیز به تدریج به آن نزدیک می شود.

حال اگر از نظر تئوری بررسی شود، برخی از موجودات قادرند ترمیم عضو داشته باشند، حتی عضوی را که از دست داده اند. برای مثال وقتی دُم آنها قطع شود می توانند دوباره آن را ترمیم کرده و بسازند.

با نفوذ در برنامه های اطلاعات سلول می توان به برنامه هایی دسترسی پیدا نمود که هر نوع ترمیم و رفع عیبی را مقدر می سازد

در فرادرمانی از نظر تئوری اگر به بخشی از اطلاعات سلول نفوذ کرده و دسترسی پیدا کنیم، اطلاعات ساخت مجدد بعضی از اعضای بدن نیز می تواند تحقق پیدا کند. همچنین اگر به سطوح مختلف اطلاعات یک اتم دسترسی پیدا شود؛ آنگاه امکان دسترسی به اطلاعات کل هستی مادی میسر می گردد.

تئوری رد نقش ژن در عدم درمان:

در واقع یکی از مکانیزم های فرادرمانی فراهم نمودن امکان نفوذ در سطوح مختلف اطلاعات سلول و فعال کردن آن است. برای مثال، درمان های رایج قادر نیستند از برنامه ژن عبور کنند. در نتیجه برنامه نرم افزار ژن غالب بوده و مانع درمان می شود. حال اگر بتوان از نرم افزار ژن عبور کرد، این سد هم شکسته می گردد. در فرادرمانی سد ژن مانع به حساب نیامده و ژنتیک بودن بیماری تاثیری در امر درمان ندارد. در واقع با نفوذ در برنامه های اطلاعات سلول می توان به برنامه هایی دسترسی پیدا نمود که هر نوع ترمیم و رفع عیبی را مقدر می سازد.

ب - ترمیم خستگی سلولی

در پاره ای موارد سلول دچار خستگی شده و به همین علت نقایصی در عملکرد آن بروز می نماید. تجارب حاصله در فرادرمانی نشان می دهد که یکی از موارد مربوط به خستگی زدایی از سلول، عضو و بدن است که باعث رفع خستگی و انرژی دار شدن آنها می شود. موارد متعدد از سالمندانی که سال ها دچار ضعف و خستگی مزمن بوده و از این بابت رنج می برده اند با فرادرمانی درمان شده و در آنها احساس توانایی و نشاط زندگی قوت گرفته است.

پ - ترمیم از کار افتادگی

یکی از ضرایب مهم در عملکرد سلول ضریب افت پتانسیل سلول است که نشان می دهد سلول با چه میزانی به سمت از کار افتادگی پیش می رود. تجارب کسب شده نشان داده که سلول های در حال سیر به سمت ناکارآمدی، دوباره فعال شده اند و همچنین در برخی موارد، تجربه فعال شدن سلول از کار افتاده نیز موجود است. مانند، ترمیم در بافت های نکروتیک و یا فعال شدن پانکراس در دیابت نوع ۱ و نوع ۲.

رآکتورها (مبدل های حیاتی سلول):

یکی از حوزه های مهم در بحث ترمیم در فرادرمانی، موضوع مبدل های نیروهای (رآکتور) غیر فیزیکی مختلف است که می توانند نقش مهمی در ترمیم سلولی داشته باشند. رآکتورها یا مبدل های نیروهای حیاتی، تبدیل کننده و جاری ساز نیروهای حیاتی مختلف کیهانی برای بخش های مختلف وجودی انسان می باشند. این نوع انرژی در زمره انرژی های فیزیکی نبوده و با نیروی ناشی از تغذیه (ATP)، به طور کامل متفاوت است. همچنین لازم به توضیح است که رآکتورها، حوزه هایی هستند که هنوز برای دنیای علم

ناشناخته بوده و تاکنون اطلاعات چندانی نسبت به آن ها کسب نگردیده است.
این راکتورها انواع گوناگونی دارند مانند:

۱- راکتورهای Sub DNA

۲- راکتورهای کالبدی

۳- راکتورهای ارگانی

۱- راکتورهای Sub DNA یا راکتورهای سلولی:

این راکتور ها با ایجاد حوزه ای بر تجمع ملکول های DNA سلول، نیروی حیات کیهانی را برای DNA قابل استفاده می کنند. به عبارتی:

نیروی حیات کیهانی (vital force) <--- راکتور Sub DNA <---> زندگی (life)

راکتورهای Sub DNA نیروی حیات را از زمینه کیهان می گیرند و برای DNA که در واقع تعدادی مولکول مرده بیشتر نیستند، قابل استفاده کرده و آن را تبدیل به بخشی زنده و جاندار می کند که در نتیجه در آن جریان حیات آشکار می شود. DNA که در واقع یک دتکتور و یا آشکارساز بوده، قادر است با کمک راکتورهای ذکر شده نیروی حیات را آشکار ساخته و بخش زنده ای را از همان مولکول های مرده به وجود آورد.

موارد نکروتیک را می توان با «فرادرمانی» ترمیم نموده، راکتور سلولی (Sub DNA) از کار افتاده را دوباره فعال کرد. لازم به توضیح است که یک موجود زنده دارای سه بخش مهم غیر فیزیکی می باشد که عبارتند از: نیروی حیات، شعور حیات و نیروی کیهانی. نیروی حیات، همانطور که اشاره شد از طریق راکتورهای Sub DNA به سلول پمپاژ می شود. شعور حیات نیز شرح عمل و نحوه حضور در اکوسیستم و شرح وظیفه موجود زنده را انتقال می دهد. برای مثال، زنده بودن یک مورچه تابع نیروی حیات و نحوه اداره زندگی و شرح وظیفه و نحوه تلاش او برای تازع بقاء وابسته به شعور حیات است. همان شعوری که به او برنامه های از پیش تعیین شده ای می دهد که زمانی که به یک دانه می رسد، چطور آن را گرفته و چگونه بکشد و به لانه ببرد و یا از آن نگهداری کند. نیروی کیهانی نیز انرژی غیر فیزیکی برای بخش های غیرمادی وجود انسان را فراهم می کند. بخش هایی مانند: کالبد ذهنی، کالبد روانی، کالبد اختری و ...

نیروی حیات:

نیروی حیات در برگیرنده زمینه هستی است که ما در آن شناور و غوطه ور هستیم. نیروی حیات از اجزای هستی می باشد و مانند آبی است که در یک مزرعه روان بوده و از این آب، درخت سیب، علف هرز و همه بخش های زنده به صورت اشتراکی استفاده می کنند. در واقع نیروی حیات، یک نیروی اشتراکی است و آنچه را که ما زنده تلقی می کنیم، مانند گل، گیاه، حیوان، انسان، نیروی حیات اشتراکی دارند و به همین علت می توانیم روی گل و گیاه و حیوان نیز فرادرمانی انجام دهیم.

۲- رآکتورهای کالبدی:

این مبدل ها از طریق چاکراها، نیروهای مختلف حیاتی را برای تغذیه کالبدهای مختلف انسان تامین می نمایند (کالبد ذهنی، کالبد روانی، کالبد اختری، ...).

۳- رآکتورهای ارگانیک:

این مبدل ها از طریق کانالهای چهارده گانه محدود و مسدود در بدن، نیروی حیات را در ارگان ها جاری نموده، عملکرد حیاتی ارگان ها را با یکدیگر متعادل می سازد. در صورت بروز هرگونه اختلال در مسیر این کانالها، تعادل و زندگی سلول های متعلق به ارگان های متصل به آن کانال، بهم ریخته و ارگان های فوق دچار بیماری می شوند.

ت - ترمیم غیر سلولی ارگانیک

پاره ای از ترمیم ها متکی به ترمیم سلولی نبوده و عوامل دیگری غیر از سلول برای اعضای بدن ایجاد اشکال می کنند. برای مثال، وجود گرفتگی در عروق کرونر که مولکول های چربی باعث انسداد آن شده و یا وجود سنگ های اکسالاتی، اوره ای، فسفات و دارویی در مثانه، کلیه، صفرا و ...

در این گونه ترمیم ها، مولکول هایی که ایجاد مشکل نموده اند طی انجام «فرادرمانی» در میدان شعوری قرار گرفته و تغییر رفتار می دهند. یعنی رفتار این مولکول ها تابع «میدان شعوری» شده و در جهت رفع مشکل اقدام لازم به عمل می آید (که البته چگونگی انجام آن در این میدان با توجه به شعور حاکم بر آن تعیین می شود)، در نتیجه در ساختار مولکولی آنها تغییرات لازم ایجاد شده و ترمیم و رفع اشکال صورت می گیرد. مثلا در برخی موارد مولکول های مزاحم همدیگر را رها کرده و تجزیه صورت می پذیرد.

برای مثال، در گرفتگی عروق کرونر، مولکول های چربی که ایجاد گرفتگی نموده، همدیگر را رها می کنند و عروق باز شده و در نتیجه رفع گرفتگی می شود و یا سنگ های کیسه صفرا، مثانه و کلیه تجزیه شده، ناپدید می گردند. همچنین زایده های چربی، استخوانی و غیره در «میدان شعوری» تحت تاثیر چنین روندی قرار گرفته، تجزیه می شوند. در فرادرمانی، درمان هایی که به شکل فوق تحقق پیدا می کنند بر اساس این تئوری بوده و از قوانین آن تبعیت می کنند.

ث - ترمیم و اصلاح نرم افزاری

به طور کلی فرادرمانی تفکری است نرم افزاری، که معتقد است در پشت سخت افزار سلول و بدن، نرم افزار وجود دارد که با دسترسی به آن، می توان برنامه عملکرد بدن و سلول را تغییر داده، آن را اصلاح و ترمیم نمود. یکی از موارد مهم در فرادرمانی که در ترمیم و اصلاح بخش های مختلف، از جمله بخش نرم افزاری موثر است تاثیر «میدان شعوری» می باشد که به شرح زیر مورد بررسی قرار می گیرد.

در یک «میدان شعوری»، برنامه های نرم افزاری وجود انسان، قابلیت انطباق پذیری و هم فازی با میدان شعوری جدید را دارد. از جمله نتایج حاصل از تطابق نرم افزاری در میدان شعوری، «مصونیت شعوری» است

تئوری «میدان شعوری»:

۱- رفتار ذره در میدان شعوری (شکل پذیری، تجزیه پذیری و ترکیب پذیری - ترمیم) هر ذره ای در عالم هستی تحت تاثیر میدان های مختلفی قرار دارد، از جمله: میدان گرانشی، میدان الکترومغناطیسی و ... که اجزا در هر میدان، رفتار به خصوصی را از خود نشان می دهند. در اینجا میدان دیگری را معرفی کرده بنام «میدان شعوری»، که در حال حاضر فقط از طریق تجربه می توان به وجود آن پی برد. هر ذره ای در چنین میدانی تابع شعور جزء مافوق خود می شود. رفتار اجزا در این میدان، متفاوت از رفتار آنها در سایر میدان ها می باشد.

۲- اصلاح نرم افزاری در میدان شعوری

در یک «میدان شعوری»، برنامه های نرم افزاری وجود انسان، قابلیت اصلاح پذیری از طریق رسیدن به شعور متناسب با میدان شعوری جدید را دارد. برای مثال، استفاده از میدان شعوری برای اصلاح الگوی خواب، ترک اعتیاد و... همچنین یک سری دیگر از درمان های رایج قادر نیستند از برنامه نرم افزاری اصلی که در ناخودآگاهی موجود است، عبور کنند. در نتیجه، درمان در سطح قبل از ناخودآگاهی باقی می ماند. در فرادرمانی امکان اصلاح برنامه های ناخودآگاهی وجود دارد.

نکته: انسان نیز در میدان های شعوری مختلف، شخصیت، رفتار و هویت متفاوتی را از خود نشان می دهد. برای مثال، رفتار یک انسان در محیط ایزوله و بسته با رفتار او در جمع تفاوت فاحشی دارد، یا کاراکتر یک نفر در محیط خانه با محیط کار و یا محیط های دیگر متفاوت است.

۳- تطابق نرم افزاری در میدان شعوری

در یک «میدان شعوری»، برنامه های نرم افزاری وجود انسان، قابلیت انطباق پذیری و هم فازی با میدان شعوری جدید را دارد. از جمله نتایج حاصل از تطابق نرم افزاری در میدان شعوری، «مصونیت شعوری» است.

تئوری مصونیت شعوری:

در یک میدان شعوری، رفتار یک میکروارگانیسم بستگی به حوزه شعوری اشتراکی مابین میکروارگانیسم و ناقل آن دارد و این رفتار الزاماً با رفتار شناخته شده میکروارگانیسم تطابق ندارد. در نتیجه، برخی افراد ناقل میکروارگانیسم بوده اما بیمار نیستند. برای مثال عده ای ناقل ویروس ایدز هستند ولی خود مبتلا به ایدز نمی باشند، ضمن اینکه می توانند دیگران را آلوده کنند. و یا به طور مثال افرادی که ناقل ویروس سل بوده ولی مسلول نیستند و...

همچنین افرادی که حیوانات را در محیط زندگی خود نگهداری می کنند و با آنها بسیار نزدیک هستند به طوری که آلوده شدن آن ها قطعی است اما هرگز به بیماری هایی که ناشی از نگهداری این حیوانات است مبتلا نمی شوند. در مورد پزشکان و اعضای کادر درمانی بیمارستان ها نیز که با بیماران بخش های عفونی و واگیردار در ارتباط مستقیم قرار دارند این مطلب صدق می کند.

با آرزوی توفیق الهی
محمد علی طاهری

گزارش بهبودی یک مورد

لوپوس اریتماتوی (Lupus Erythematosus)

با فرادرمانی

لوپوس اریتماتوی سیستمیک

لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE) یک بیماری خود ایمن است که در آن اندام ها و سلول ها دستخوش آسیب با میانجی گری کمپلکس های ایمنی و اتو آنتی بادیهایی می شوند که به بافتها اتصال می یابند. تشخیص SLE بر اساس تظاهرات بالینی مشخصه و اتوآنتی بادیها قرار دارد.

معیار های تشخیصی برای SLE :

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| ۱. راش گونه ای | ۲. راش دیسکوئید |
| ۳. حساسیت نسبت به نور | ۴. زخم های دهانی |
| ۵. آرتریت | ۶. سروریت |
| ۷. اختلال کلیوی | ۸. اختلال نورولوژیک |
| ۹. اختلال هماتولوژیک | ۱۰. اختلال ایمنولوژیک |
| ۱۱. آنتی بادیهای ضد هسته ای | |

هر ترکیبی از ۴ یا تعداد بیشتری از ۱۱ معیار، که در هر زمان در خلال تاریخچه یک بیمار به خوبی مسجل شده باشد، این احتمال را ایجاد می کند که بیمار SLE دارد.

SLE در شروع میتواند یک یا چند دستگاه را مبتلا کند، با گذشت زمان، تظاهرات دیگر ممکن است پدیدار شوند. بیشتر بیماران حملات تشدید بیماری را که در بین دوره های خاموشی نسبی قرار گرفته اند تجربه می کنند، پسرفت های کامل دائم (نبود نشانه ها بدون درمان) ندارند.

نشانه های سیستمیک، بویژه خستگی و دردهای عضلانی/ دردهای مفصلی در بیشتر اوقات وجود دارند. بیماری سیستمیک شدید که نیازمند درمان با گلوکوکورتیکوئید است میتواند همراه با تب، بی حالی، کاهش وزن و کم خونی به اضافه هر تظاهر دیگری که اندام ها را نشانه می گیرد روی دهد.

تظاهرات عضلانی، استخوانی: بیشتر افراد مبتلا به SLE پلی آرتریت متناوب (با شدت خفیف تا ناتوان کننده) دارند که با تورم بافت نرم و حساسیت نسبت به لمس در مفاصل (در بیشتر موارد در پنجه دست، مچ دست و زانو) مشخص می شود.

تظاهرات پوستی: درماتیت لوپوسی را می توان تحت عنوان لوپوس اریتماتوی دیسکوئید (DLE) راش سیستمیک، لوپوس اریتماتوی پوستی تحت حاد (SCLE) یا سایر تقسیم بندی کرد.

تظاهرات کلیوی: نفریت معمولاً وخیم ترین تظاهر SLE است، بویژه از آن جهت که نفریت و عفونت در رأس علل مرگ و میر در دهه نخست بیماری قرار دارند. از آنجا که نفریت در بیشتر بیماران لوپوسی بی علامت است، آنالیز ادرار باید در هر شخص مشکوک به SLE درخواست گردد.

تظاهرات دستگاه عصبی: SLE تظاهرات بسیاری در دستگاه عصبی مرکزی (CNS) و دستگاه عصبی محیطی دارد. انسدادهای عروقی: میزان شیوع حملات ایسکمیک گذرا، سکته مغزی و انفارکتوس میوکارد در بیماران مبتلا به SLE افزایش می یابد.

تظاهرات ریوی: شایع ترین تظاهر ریوی SLE پلوریت با یا بدون ترشح جنبی است. تظاهرات قلبی: پریکاردیت شایع ترین تظاهر قلبی است، این اختلال معمولاً به درمان ضدالتهابی پاسخ می دهد و به ندرت به تامپوناد منجر می شود.

تظاهرات هماتولوژی: شایع ترین تظاهر هماتولوژیک SLE کم خونی - معمولاً نرموکروم نرموسیتی است که نشانگر بیماری مزمن است.

تظاهرات گوارشی: تهوع (گاه همراه با استفراغ) و اسهال می توانند تظاهرات یک حمله SLE باشند.

تظاهرات چشمی: سندرم سیکا و کونژنکتیویت غیر اختصاصی در SLE شایع هستند و به ندرت بینایی را تهدید می کنند.

درمان لوپوس اریتماتوی سیستمیک

درمانی برای SLE وجود ندارد، و پسرقت های کامل پایدار نادرند. بنابراین، پزشک باید جهت مهار حملات حاد و شدید شعله وری بیماری و سپس اتخاذ استراتژی های نگه دارنده که نشانه ها را در حدی قابل پذیرش سرکوب و از آسیب اندام ها پیشگیری می کنند، برنامه ریزی کند. معمولاً بیماران دچار برخی از اثرات نامطلوب داروها خواهند شد.

سنگ بنای درمان برای هر تظاهر التهابی تهدیدکننده زندگی یا تهدید کننده اندام در SLE گلوکوکورتیکوئید سیستمیک، متیل پردنیزولون سدیم سوکسینات از طریق درون وریدی و پردنیزون روزانه یا معادل آن است.

داروهای سیتوتوکسیک / سرکوبگر ایمنی در کنار گلوکوکورتیکوئیدها برای درمان SLE وخیم توصیه می شوند. تقریباً کلیه مطالعات آینده نگر کنترل شده در SLE که داروهای سیتوتوکسیک را در بر می گیرند، در بیماران مبتلا به نفریت لوپوسی (و همیشه همراه با گلوکوکورتیکوئیدها) به انجام رسیده اند.

درمان زودرس با آمیزه ای از گلوکوکورتیکوئید و سیکلوفسفامید پیشروی به سوی ESRD را کند می کند و میزان بقای بیمار را بهبود می بخشد.

ار آنجا که درمان با گلوکوکورتیکوئید به اضافه سیکلوفسفامید اثرات نامطلوب بسیاری دارد و غالباً بیماران تمایلی به آن ندارند، جستجویی برای درمان های دیگری که از سمیت کمتری برخوردارند صورت گرفته است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۹ ساله، متأهل، ساکن تهران، Case شناخته شده لوپوس اریتماتوئید از سال ۱۳۶۹ می باشد. بیماری

نامبرده از سال ۱۳۶۹ با درد مفاصل کوچک (انگشتها) و ضعف پیشرونده شروع شده، درد مفاصل به کتف ها و بتدریج به همراه ورم زیاد به تمام بدن کشیده شده، بحدی که حرکت از بیمار سلب شده است. با مراجعه به پزشکان مختلف متأسفانه با تشخیص روماتوئید آرتریت تا چندین ماه درمان سرپایی شده و همزمان با شروع مشکلات کلیوی و پوستی بصورت ضایعات ماکولر پوست در نهایت توسط پزشک فوق تخصص کلیه بررسی و با تشخیص لوپوس در سال ۱۳۷۹ بستری و تحت درمان قرار گرفته است. (ضمیمه ۱)

درمان بیمار با سیکلوفسفامید + کورتیکواستروئید انجام شده و بعلت نفریت حاد و نارسایی شدید کلیه در اوائل سال ۱۳۷۰ بیمار دیالیز شده (۷ بار سابقه دیالیز و ۲ تا ۳ بار پلاسما فرز پس از ۶ ماه که هر ماه پالس درمانی از سیکلوفسفامید + کورتیکواستروئید داشته است)، پس از آن کلیه ها تقریباً فعال شده و بیمار نیازی به دیالیز مجدد پیدا نکرده است. تا سال ۱۳۸۱ تقریباً سالی ۳ بار حملات شدید و Flare Up بیماری داشته که همچنان داروهای قبلی تکرار شده تا اینکه در مهرماه ۱۳۸۱ با تب و لرز شدید در مرکز تحقیقات بیماریهای کلیوی بیمارستان شریعتی بستری شده است. (ضمیمه ۲)

برای بیمار Work up با تشخیص FUO انجام شده، تحت درمان آنتی بیوتیک وسیع الطیف بمدت ۳ هفته قرار گرفته و بعلت ادامه تب، بیمار بستری گردیده است. در CBC بیمار، کم خونی، میکروسیتوز و Target cell tear drop مشاهده شده، در تمام مدت بیماری Hb بیمار از ۸/۸ بالاتر نرفته است (ضمیمه ۲).

در سونوگرافی کلیه ها، کبد، طحال نرمال بوده، تنها در رحم نواحی کیستیک متعدد و در تخمدان نیز کیست مشاهده شده که طی مشاوره زنان اسپیراسیون کیست از طریق واژینال یا لاپاراسکوپی پیشنهاد شده است.

با افزایش دوز پردنیزولون به ۶۰ mg/d + سیکلوفسفامید، مرخص شده و پس از بحران فوق، Flare up یا حمله این بیماری همچنان ادامه داشته، تا اینکه بیمار در آذر ماه ۱۳۸۶ با کلاسه‌های فرادرمانی آشنا شده و به گفته خود بیمار در همان ترم اول که فرادرمانی برای ایشان انجام شده، علائم بالینی از بین رفته، بصورتی که ضعف، درد مفاصل، پروتئینوری و کم خونی بیمار در انتهای ترم کاملاً رفع گردیده است. (ضمیمه ۳)

بیمار در طی ۲ سال اخیر نه تنها دچار حملات مربوط به بیماری نشده بلکه روز به روز حال بهتری پیدا کرده و در آزمایشات سال ۱۳۸۷ که جهت پیگیری انجام شده نتایج از جمله: Cr، BUN، C₃، C₄ و Hb کاملاً نرمال بوده است. (ضمیمه ۴ و ۵) در بررسی های جدید نیز در سال ۱۳۸۸ همچنان آزمایشات نرمال بوده (ضمیمه های ۶، ۷ و ۸) که برای اولین بار Hb بالای ۱۲ داشته است. به گفته خود بیمار در ۲ سال اخیر دنیا برای او عوض شده، درد و بیماری کمتر و عشق بیشتر.

بحث

همان طور که در ابتدای مقاله اشاره کردیم، لوپوس بویژه همراه با اختلال کارکرد کلیوی و درگیری اندامهای اصلی نه

تنها امکان عود مجدد داشته بلکه درمانی برای آن وجود ندارد، بنابراین پزشک باید جهت مهار حملات حاد و شعله وری بیماری و سپس اتخاذ استراتژی های نگه دارنده که نشانه ها را در حد قابل پذیرش سرکوب و از آسیب اندامها پیشگیری نماید برنامه ریزی کند.

معمولا در این شرایط بیماران دچار برخی اثرات نامطلوب داروها خواهند شد. داروهای سیتوتوکسیک در کنار گلوکوکورتیکوئیدها برای درمان SLE وخیم توصیه می شوند که بعلت اثرات نامطلوب آنها تاکنون جستجوهای زیادی برای درمانهای دیگر صورت گرفته است.

در بیمار فوق بدون دخالت دارویی و با استفاده از روش "فرادرمانی" کلیه علائم بالینی بیماری از بین رفته و مشکلات عدیده ای نیز از بیمار رفع شده است.

نتیجه گیری

از آنجا که "فرادرمانی" پیوند شعوری بین جز و کل برقرار می سازد و این پیوند می تواند در ترمیم، اصلاح و رفع شعور معیوب سلولی نقش مهمی بازی کند، لذا در بیمار فوق دیده شده که این نوع درمان در مدت بسیار کوتاهی نیز قادر به اصلاح مشکلات بیمار، بدون هیچگونه عارضه جانبی گردیده و پیگیری سالانه بیمار نیز نشان دهنده اینست که می توان "فرادرمانی" را به عنوان راهکاری موثر و در درمان طیف وسیعی از بیماریها آنها بدون امکان عود مجدد مطرح نمود.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش رضایت کامل دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار نه تنها از نتایج درمان بیماری خود راضی است بلکه این روش را به بیماران دیگر معرفی نموده تا این لطف الهی را به دیگران نیز انتقال دهد.

مستندات

اصل و گزارش کلیه آزمایشات در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

منابع

- ۱- محمدعلی طاهری، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۸
- ۲- بیماریهای روماتولوژی و دستگاه ایمنی، هاریسون ۲۰۰۸، تهران ارجمند ۱۳۸۷

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

جسار : خانم
 تاریخ : 1379/12/10
 سن : 30 ساله
 H-2919

صحت لوله شده توسط بیمار در پست برگه درخواست آزمایش، بمنزله امر از هویت ایشان میباشد.

TEST	RESULT	UNIT	NORMAL RANGE
Hematology			
E.S.E 1hrs	14	mm	2-20
Complete Blood Count			
W.B.C.	6600	/Cmm	4500-11000
R.B.C.	H 5.90	Mil/Cumm	4.2-5.4
Hemoglobin	12.3	g/dl	11.5-16
Hematocrit	40.4	%	34-48
M.C.V.	L 68	fL	80-96
M.C.H.	L 21	pg	26-32
M.C.H.C.	L 30	g/dl	32-36
Differential			
POLY	67	%	
LYMPH	31	%	
MONO	1	%	
EOS	1	%	
TOTAL	100		100-100
Morphology			
ANISOCYTOSIS	Positive 1+		
POIKILOCYTOSIS	Slight		
HYPOCHROMIA	Slight		
Checked by : 561			
Biochemistry			
Fasting Blood Sugar	99	mg/dl	70-110
B.U.N.	H 37	mg/dl	8-20
Creatinine	1.23	mg/dl	0.5-1.5
Uric Acid	H 10.2	mg/dl	3-8
Cholesterol	295	mg/dl	Desirable <200
Triglyceride	H 229	mg/dl	50-200
Calcium	9.3	mg/dl	8.6-10.6
Sodium,Na	143	mEq/l	132-145
Potassium,K	3.9	mEq/l	3.8-5.6

ضمیمه ۱

مرکز تحقیقات بیماریهای کلیوی بیمارستان

شماره پرونده : ۶۵-۵۲-۴۰	تاریخ بستری : ۸۱/۷/۷۷
نام و نام خانوادگی :	تاریخ ترخیص : ۸۱/۷/۱۶
آدرس و تلفن :	
Diagnosis : Flare up of SLE	

شرح حال :

بیمار خانم ۳۳ ساله بی استمورد شناخته شده لوپوس از ۱۴ ساله پیش با کرایتریای درگیری کلیوی photosensitivity، مالاوری (مرواری) (+) بوده است. به علت تب از حدود یک ماه قبل بستری گردید. تب بیمار از یک ماه پیش بصورت تب hectic بوده است که به علت تب در بیمارستان لبانی تیزاد تحت FUO work up قرار گرفته است و تحت درمان Broad spectrum آنتی بیوتیک به مدت ۳ هفته قرار داشته است کلیه بررسی ها از کشت خون، ادرار، بررسی مالاریا، اندوکاردیت، بروسلا، PPD نکته مثبت نداشته است فقط سیروزیت لوزتال داشته است به علت ادامت تب بستری گردید. موقع بستری بیمار پردنیزولون ۳۰ میلیگرم و سیکلوسپورین ۷۵ میلیگرم روزانه دریافت می کرد. در بررسی FUO در CT شکمی و لیگن، توده هتروژن چسبیده به هم در هر دو سمت لیگن بصورت solid cystic مشاهده شد که با توجه به عدم رویت واضح تخمدانها هم کیست تخمدان و هم میوم های subserosal با نکروز مرکزی مطرح شده است. بیمار در بدو بیماری لوپوس تحت درمان اندوکسان قرار گرفته است جمعا حدود ۹ گرم دریافت کرده است پس از آن تحت درمان پردنیزولون بوده است. چندین بار flare up لوپوس داشته است تاریخ ۸۱/۳/۲۳ با علامت flare تحت درمان سلی سبت قرار داشته که با شروع تب و بیماری اخیر سل سبت قطع می شود و پردنیزولون ادامه می یابد. مپانه BP= 130/70, PR=96, T=38, RR=16 صورت cushinoid است. روی palate و زبان بیمار زخم مشاهده میشود. سماع قلب ناکیکارد S1-S2 طبیعی سماع شد. سماع ریه ها clear است. شکم fatty که از کانونگالی ندارد.

آزمایشات :

WBC=3300, Hb=8.7, MCV=62, MCH=19, Plt=107000, ESR=58
 S-E= OB = (-), Fe=79, TIBC=185, BCx2=(-), CRP = +3, wright test = (-), coombs wright = (-),
 LDH=493, BUN=19, Cr=1.1, Ca=9.5, ph=4.4, Na=139, K=4
 U/A → WBC=0-1, RBC=1-2, PH=5, pr=(-), PT=13, Anti cardiolipin=9.7
 BHCG = 1.9, Anti ds DNA = (-), C3=38, C4=26, CH50 = 94 %
 81-7/15 → WBC= 5600, Hb=8.8, MCV=61, MCH=18.2, Plt=258000

ضمیمه ۲

Pathobiology Lab

زمایشگاه پاتوبیولوژی

B. 394

Lab. No.: BKD Full Report
Patient: Ms.
Physician: Dr.Receiving Date: 86/10/18
Age: 37y
Reporting Date: 86/10/22

Specimen: Serum

BIOCHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Intervals(Sex & Age adjusted)
FASTING BLOOD SUGAR (FBS)	78	mg/dl	70-105
BLOOD UREA NITROGEN (BUN)	24*	mg/dl	8-20
CREATININE	1.0*	mg/dl	0.4-1.2
URIC ACID	7.5	mg/dl	3 - 7.3
CHOLESTEROL	142	mg/dl	130 - 230
TRIGLYCERIDE	114	mg/dl	40 - 160
HDL	50	mg/dl	40 - 70
LOW DENSITY LIPOPROTEIN	69	mg/dl	75-175
LDL/HDL Ratio	1.4		See note below
SGOT(AST)	16	IU/L	5-38
SGPT(ALT)	9	IU/L	5-34
ALKALINE PHOSPHATASE	49*	IU/L	40-140
L.D.H.	312	U/L	100-400

LDL/HDL Ratios greater than 5 are indicative of increased risk of atherosclerosis.

* : Rechecked.

Checked By: N. Lalifi

Page: 1

Signature

ضمیمه ۳

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

بیمار: خانم
پزشک: دکتر
سن: ۴۱ ساله
تاریخ: 1387/10/24 13:22
کد: Z-24684

Biochemistry Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
B.U.N.....	19	mg/dl	8-20
Creatinine.....	1.20	mg/dl	0.5-1.5
Uric Acid.....	4.8	mg/dl	3-8
Calcium.....	9.0	mg/dl	8.6-10.6
Phosphorus.....	2.9	mg/dl	2.5-5
Sodium Na.....	141	mEq/l	132-145
Potassium K.....	4.3	mEq/l	3.8-5.6
Alk. Phosphatase.....	115	IU/L	100-290

Checked by : 541

ضمیمه ۴

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

بیمار: خانم
پزشک: دکتر
سن: ۴۱ ساله
تاریخ: 1387/10/24 13:22
کد: Z-24684

Immunology Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
C3.....	90	mg/dl	90-180
C4.....	17	mg/dl	10-40

Checked by : 652

Lab Director :

ضمیمه ۵

HOSPITAL LABORATORY

سن ۳۹ ساله
 D-687 کد: تاریخ ۱۳۸۸/۰۳/۰۸ دکتر

Biochemistry Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
Fasting Blood Sugar.....	79	mg/dl	70 - 110
B.U.N.....	15	mg/dl	8 - 20
Creatinine.....	1.15	mg/dl	0.5 - 1.5
Uric Acid.....	6.0	mg/dl	3 - 8
Cholesterol.....	155	mg/dl	Desirable < 200
Triglyceride.....	126	mg/dl	50 - 190
HDL.....	61	mg/dl	29 - 75
LDL.....	69	mg/dl	57 - 130
LDL/HDL Ratio.....	1.1		Ratio > 3 increased risk of atherosclerosis
Calcium.....	9.1	mg/dl	8.6 - 10.6
Phosphorus.....	3.4	mg/dl	2.5 - 5
Sodium Na.....	139	mEq/l	132 - 145
Potassium K.....	4.1	mEq/l	3.8 - 5.6
Alk. Phosphatase.....	118	IU/L	100 - 290
S.G.O.T (AST).....	16	IU/L	5 - 40
S.G.P.T (ALT).....	12	IU/L	5 - 40
Lactate dehydrogenase.....	332	IU/L	250 - 500

Checked by : 598

ضمیمه ۶

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

سن ۳۹ ساله
 D-687 کد: تاریخ ۱۳۸۸/۰۳/۰۸ بیمار و خانم پزشک

Hematology Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
E.S.R hrs.....	8	mm	2 - 20
<u>Complete Blood Count</u>			
W.B.C.....	7200	/Cumm	4500 - 11000
R.B.C.....	H 6.49	Mil/Cumm	3.8 - 5.2
Hemoglobin.....	12.6	gr/dl	11.8 - 15.8
Hematocrit.....	40.2	%	34.7 - 46.7
M.C.V.....	L 62.0	fl	81 - 100
M.C.H.....	L 19.4	pg	26.5 - 34
M.C.H.C.....	L 31.2	g/dl	31.5 - 35.7
Plateletes.....	317000	Cu/mm	150000 - 450000
MPV.....	9.1	fl	7.4 - 10.4
R.D.W.....	16.1	%	up to 13.5 %
		<u>Differential</u>	<u>Morphology</u>
		POLY.. 54.1 %	ANISOCYTOSIS Positive 2+
		LYMPH.. 40.1 %	POIKILOCYTOSIS Positive 1+
		MONO.. 3.7 %	HYPOCHROMIA Positive 1+
		EOS... 1.7 %	POLYCHROMASIA Slight
		BASO.. 0.4 %	TARGET CELLS Slight
		TOTAL.. 100	

Comments : * CBC & diff. done by Laser Scattering method . See the attachment please.

Checked by : 460

ضمیمه ۷

HOSPITAL LABORATORY

شماره ۳۹ ساله

۳
D-687

تاریخ: ۱۳۸۸/۰۲/۰۸

Urine Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
<u>Urinalysis</u>			
<u>MACROSCOPIC</u>		<u>MICROSCOPIC</u>	
Color.....	Yellow	W.B.C...	1-2
Appearance.....	Clear	R.B.C...	1-2
PH.....	5	EP.CELLS	Few
Specific Gravity.	1.020		
Protein.....	Negative		
Glucose.....	Negative		
Ascorbic Acid....	Negative		
Blood.....	Negative		
Ketones.....	Negative		
Urobilinogen.....	Negative		
Bilirubin.....	Negative		

۹-۱-۱

Checked by : 574

Lab Director :

ضمیمه ۸



گزارش خود بیمار

را

بیمار هستن کتبی

عینده هم استعدادهای ۴۹ و ۳۹ است.
 بیمار (بیم آر) من لویس (در لایحه م معناه گریه) است که از سن ۱۳۶۸
 در اثر اثر من گندم بود و در آن زمان اهدای حسود، معذور، نودارنج نوع من در پیشگاه
 بودم که آن گاه نه زندگی را با کام جود میخاکم و این نیز عوامل لودنی خود به راه بودند.
 اداین من دانستم که هم چرا استعدادهای من و من معلوم ورم کرده اند. کم کم به راه رسیدم
 هنگام و در دهه که در دهستان شده بود که همه قادی بودم آنوقت خود را حرکت دهم.
 دکتر ها به دست استال تشخیص های اشتباهه دارند. آنوقت تشخیص دارند بجز لویس و
 طبیعتا دارد و اشتباهه نیز تجویز کردند که همین دارو ها وضع را بدتر کرد و کلیه های من از
 کار افتاد. سرانجام یک پزشک جدید، دستور دهن من، به قاصد به راه ام را تشخیص
 داد و همین در این (گورتن تراپی و پاس های سیکلوفساید) گاهانه تا ۹ ماه
 آغاز شد بعد هر دو ماه پس هر سه ماه... تا قطع کردید.
 کلیه های من از سال ۴ تا ۳ بار به کافز برگشت که هنوز مختصر ال بود. اما
 صعبان هر دو تنی ارادار دفع کردم و تحت نظر پزشک دستور بودم.
 کم کم به راه شدم، دانشگاه دهنم و از دراج کردم و بعضی به راه رسیدم. اما همین دوره های
 عدد و خاموش به راهی حدائق من به راه رسیدم. تا سال ۸۱ که به راه شدید
 همه کرد. بعد ۴۰ درجه و لیزهال پس از آن رفته برایم گذاشته بود. آنوقت به راه رسیدم
 قدر در به راه رسیدن تفریح به راه رسیدن از به راه رسیدن، در به راه رسیدن ام کنترل شد.
 اما این بار به راه رسیدم به خاطر به راه رسیدن ۲۰ را ترک کرد که هر دو تنی روز از همه چیز آنگاه بود.

محبیب اللہ سے اس حدیث از شوہر، مودعتہ نصیب شدہ و ان لکنہ طبع شہرہ ام کہ از کردہی خاندان شدہ بود، او غیرہ کثرتا شدہ و احد ستم را بہ شوہر بہین ہوا کردہ:

حدیث شوہر نبود از شوہر	درد رس دنیا کہ حدیث بہ شہم
شکت عہد و پیمان دیرینہ را	چو شوہر بعد آن عزم و رنج را
برفت و عزم را نہ ترہم	بہ عذر و وجہ نہ بہ نامردی،
عزم بہ وفا میں، فراخس شہم	بہ دہی دگر از خدا، خوش شہم
بہ لطف خدا میں، میں تو بہ نفع	در روزم نہ داد، الزان مرغ
ہاں کردہ کار و کار دار ہوا کہ	دگر گنج تو دوست، نیردان ہوا کہ
خدا را شکر میں، و نامی کند	اگر نسیبہ ال میں و نامی کند

ان زمان میں ہوا ستم و فال خداوند چگونہ است اما الشکار از تہ عظیم بہر علم سہرا از سر ہا کہ نہند۔
 اشک از چہانم جبار بود و حسن ہوا کردم سہرا سہر و عہدم تہنہ چیز ہا است۔ اہ ان را
 میں عاقبت۔ کہہ بول خواہان خدا نام و گمشدہ خدا را در لابلای کتاب از عہدان شوق و سہت
 گرفتہ تا وہاں غراب رہے۔ جس جہو ہوا کردم۔ و در شہم، شوہر، شوہر و انداز در خانہ را تحریر
 کردم کہ حقیقی معنی بودہ اما باز، گم شدہ ام (میں) نہند۔ کا لکنہ را ذرا ۵ ۸۶ با کلاہ
 عہدان جہتہ استہ داک تہ شہم۔ اشکار گم شدہ۔ خود را یافتہ ہا شہم، لہذا صلاہ در کلاہ
 لہتہ ہم کردم۔

سومین ویرہ نامہ تخصصی فرادمانی

بہ گمانِ دل میں ہے درگاہِ مہربان
 زہرِ لہریں کشیدیم : جہاں غامضی ہے
 دُعا ہے جلتی ہر زبان ، سُنتے تو امینِ پیغام
 کہ در طہارتِ ما ، جلتے ہیں رتبہ ہی است
 نہ سنجِ وارد جائد ، نہ زہرِ نوبہ
 نہ ہی وہابی گمان ، اگر ملا ہے
 مہرِ حقِ سپر ، دل و جنت کہ ہوشِ نگہِ نہایت
 بہرہ عشقِ قدمِ بند ، کہ راہِ آزاد ہے
 ہم میں نشانِ سیرِ انگشت ، پاسِ این لوگوں
 ہم مطرب و میہ دستِ غم ، ہم سبکِ پیانی است
 صد معرفتِ بہ دولتِ راہِ باید این دنیا
 دیگر عالمِ عجب ، غم و ہوا ہے
 ہم چلنے والے ہیں در راہِ و رسمِ سبطانی ؟
 کہ راہِ نوردِ سعادت ، ہر احوالِ رتبہ ہی است
 ہم راہِ شہدایِ و رشتہ و نظرِ بزم
 جو نینجی ہمہ در دستِ ہے و شکوہ ہی است

گزارش بهبودی یک مورد

سندرم نفروتیک (Nephrotic syndrome)

توسط فرادرمانی

سندرم نفروتیک با تغییر اندک (بیماری NIL)

سندرم نفروتیک با تغییر اندک (MCNS)، تحت عنوان ضایعه هیچ (Nil) یا نفروز لیپوئیدی نیز شناخته می شود. بیش از ۸۵ تا ۹۰ درصد از تمامی کودکان مبتلا به سندرم نفروتیک، به این سندرم مبتلا هستند. در بالغین، MCNS، ۱۵ تا ۲۰ درصد از مواد سندرم نفروتیک را تشکیل می دهد و نسبت ابتلای مذکر به مونث به هم نزدیک تر است. همچنان که کودکان به سنین نوجوانی و ابتدای بزرگسالی می رسند، میزان بروز MCNS به عنوان عامل سندرم نفروتیک کاهش می یابد. در بالغین، همراهی MCNS را باید با مصرف داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAID) و بیماری هوجکین در نظر گرفت. یافته های آزمایشگاهی شامل این موارد است: سندرم نفروتیک با سدیمان ادراری غیرفعال، عملکرد کلیوی طبیعی و سطوح طبیعی کمپلمان. از نظر بافت شناسی، میکروسکوپ نوری نرمال است (علت نامگذاری ضایعه هیچ)، هیچ رسوب ایمونوگلوبولین و یا کمپلمانی وجود ندارد و محو شدن زواید پایی مشاهده می شود. MCNS به میزان بالایی (۹۰ تا ۹۵ درصد) به کورتیکواستروئیدها پاسخ می دهد. در کودکان، پردنیزولون با دوز mg/ m^2 ۶۰ (حداکثر تا mg ۸۰ در روز) به مدت ۴-۶ هفته و بعد $40 mg/m^2$ یک روز در میان به مدت ۴-۶ هفته توصیه می گردد. در مقایسه با کودکان، زمان پاسخ به درمان در بالغین، طولانی تر است، بنابراین بالغین را نباید مقاوم به استروئید قلمداد کرد مگر آنکه بعد از ۱۶ هفته به درمان پاسخ نداده باشند. پس از پسرقت اولیه، در حدود ۷۵ درصد از بیماران یک یا بیشتر عود خواهند داشت. اولین دوره عود، مشابه با دوره اولیه درمان می شود. بیمارانی که سه یا بیشتر عود داشته اند و یا آنهایی که به استروئید وابسته شده اند، عموماً تحت درمان ۸ هفته ای با یک عامل آلکیله کننده، مانند کلرامبوسیل ($0.1-0.2 mg/kg/day$) و یا سیکلوفسفاماید ($2 mg/kg/day$) قرار می گیرند. مطالعات اخیر پیشنهاد می کنند که درمان با سیکلوسپورین در بیماران انتخاب شده با ارزش بوده و ممکن است در بیماران وابسته به کورتیکواستروئید و به میزان کمتر در بیماران مقاوم به استروئید سبب پسرقت بیماری گردد. حدوداً سه چهارم بیماران بعد از ۱۰ سال بدون بیماری خواهند بود و بقای ۱۰ ساله بیشتر از ۹۵ درصد است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله، متأهل، ساکن شمال، که شروع مشکل را با بروز علائم آنفولانزا در فروردین سال ۱۳۸۷، و مراجعات مکرر به پزشک تجربه کرده است. در بررسیهای پزشکی هیچ تشخیصی داده نشده، و پس از مدتی علائم تحریکی ادرار، ورم پاها به میزان زیاد به مشکلات فوق اضافه شده که متأسفانه باز هم درمان خاصی برای بیمار صورت نگرفته لذا به تهران مراجعه نموده است. بیمار با ادم ژنرالیزه و پری ارییتال بستری و در آزمایشات خون و ادرار، پروتئینوری به میزان $7/5$ گرم در روز داشته و $3+$ پروتئین در U/A در تاریخ $87/2/31$ بیوپسی کلیه برای بیمار انجام شده و با تشخیص سندرم نفروتیک minimal change (ضمیمه ۱ و ۲) سپس پردنیزولون با دوز $75 mg$ در روز برای ایشان شروع شده است و رفته رفته با مصرف این دارو از ادم پاها کاسته شده است. بتدریج بعلت مصرف کورتیکواستروئید، عوارضی از قبیل Cushingoid Face، دردهای استخوانی، کاهش شنوایی و اختلال بینایی، افزایش فشار خون و قند خون هم

به مشکلات بیمار اضافه شده، لذا دوز پرونیزولون کاهش یافته و رژیم غذایی بیمار محدودتر شده است (کاهش پروتئین و قند غذا). پس از مدتی درد بیمار مجدداً عود کرده، و بدنبال آن با افزایش دوز دارو متأسفانه عوارض قلبی هم به مشکلات بیمار اضافه شده است. آزمایشات خون بیمار در تاریخ ۸۷/۲/۱۰ ضمیمه است. (ضمیمه ۳)

همزمان با توصیه پزشکان جهت انجام دیالیز، بیمار با راهنمایی یکی از دوستانش "فرادرمانی" را آغاز کرده و در مدت کوتاهی، ادم و علائم ادراری، احتباس ادرار و دردهای کولیکی پهلوها و ضعف از بین رفته و در بررسی های پاراکلینیکی کلیه آزمایشات از قبیل ESR-BUN-Cr به محدوده نرمال نزدیک شده است (ضمیمه ۴)، دوز پرونیزولون بتدریج کم شده و داروهای کنترل فشار خون نیز کاهش یافته و ۷ ماه پس از آخرین تستها حال عمومی و نتایج آزمایشات بیمار کاملاً نرمال شده (ضمیمه ۵)، و هم اکنون ایشان بدون عود بیماری در سلامتی کامل بسر می برند.

بحث

سندرم نفروتیک با پروتئینوری و اختلال عملکرد کلیه و افزایش نیتروژن اوره خون (BUN) و Cr و احتباس آب و نمکی که به هیپرتانسیون منجر می شود، تظاهر پیدا می کند. هیچ درمان اختصاصی برای این بیماری وجود ندارد، تنها در موارد عفونت، درمان آنتی بیوتیکی و محدودیت نمک، و در برخی موارد ممکن است دیورتیکها و عوامل ضد فشار خون برای درمان احتباس، سدیم و الیگوری لازم باشد و در نهایت دوز بالای پرونیزولون بعلاوه داروهای سیتوتوکسیک در اکثر موارد باعث درمان دوره ای و باعث طولانی شدن عمر بیماران می شود.

در بدو تشخیص، بسیاری از مارکرها در بیمار مثبت بوده و حدوداً ۸ ماه پس از انجام "فرادرمانی" و قطع درمان پرعارضه دارویی (بویژه در این بیمار)، کلیه علائم کلینیکی و آزمایشگاهی از میان رفته که نشان دهنده موثر بودن درمان می باشد.

نتیجه گیری

"فرادرمانی" روش درمانی موثر و بی عارضه ای است که می تواند در درمان بیماریهایی که در پزشکی رایج درمان قطعی ندارند مورد استفاده قرار گیرد. نتایج حاصل از این روش در بسیاری از موارد دور از انتظار است و می تواند امیدواریهای زیادی در درمان بیماریهای لاعلاج و یا پرهزینه بوجود آورد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود راضی بوده و در انتهای این مقاله نظر ایشان را نسبت به روند و نحوه درمان، به چاپ رسانده ایم.

مستندات

اصل گزارش کلیه آزمایشات تشخیصی بیمار در دفتر مجله موجود است.

نام و نام خانوادگی بیمار :
شماره پذیرش :
سن و جنس :

18292
F / 29

نام پزشک :
شماره اشتراک :
تاریخ پذیرش :

296663
1387/02/10

Urinalysis

Midstream Urine

Macroscopy

Color	Yellow
Appearance	Slight Cloudy
Specific gravity	1008
pH	7.0
Protein	Positive (3+)
Glucose	Nil
Ketones	Nil
Blood	Trace
Bilirubin	Nil
Urobilinogen	Nil
Nitrite	Nil

Microscopy

WBC/hpf	4-5
RBC/hpf	2-3
EP/hpf	8-10
Bacteria/hpf	Rare
Casts/hpf	Hyaline (3-5) Granular (6-8)
Crystals/hpf	Nil
Mucus	Few
Others/hpf	Nil

Controlled by :

ضمیمه ۳

نام و نام خانوادگی بیمار :
شماره پذیرش :
سن و جنس :

18292
F / 29

نام پزشک :
شماره اشتراک :
تاریخ پذیرش :

296663
1387/02/10

Test	Result	Reference(Based on Sex/Age)
Fasting Blood Glucose	91 mg/dL	70-100
Urea	25 mg/dL	10-45
Creatinine	0.78 mg/dL	0.5-1.2
Uric Acid	6.6 mg/dL	2-6
Lipid Profile:		
Total Cholesterol	620 mg/dL	Normal : <200 Medium risk:201-239 High risk : > 240
LDL-Cholesterol	474 mg/dL	Desirable : <130 Borderline:130-159 high risk >160
HDL-Cholesterol	90 mg/dL	Possible protection : >50 Desirable :35-50 Medium risk :25-35
Atherogenic factor(LDL:HDL)	5.3	0.5-3.0
Triglycerides	280 mg/dL	40-190
ALT(SGPT)	21 U/mL	<40
AST(SGOT)	16 U/mL	<35
Alkaline Phosphatase	73 U/L	40-100

ضمیمه ۳

نام پزشک : شماره اشتراک : 296663 تاریخ پذیرش : 1387/02/10		نام و نام خانوادگی بیمار : شماره پذیرش : 18292 سن و جنس : F / 29	
3 of 11			
<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Reference (Based on Sex/Age)</u>	
Total Protein	4.4* g/dL	>60years:50-140	
Albumin	2.1* g/dL	6-8	
Calcium	8.9* mg/dL	3.2-5.6	
Phosphorus(inorganic)	3.5 mg/dL	8.8-10.2	
Sodium	136 mEq/L	2.5-4.5	
Potassium	4.0 mEq/L	136-145	
		3.5-5	
(*) RECHECKED		Controlled by :	

ضمیمه ۳

نام پزشک : شماره اشتراک : 296663 تاریخ پذیرش : 1387/02/10		نام و نام خانوادگی بیمار : شماره پذیرش : 18292 سن و جنس : F / 29	
3 of 11			
<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Reference (Based on Sex/Age)</u>	
Protein (Urine-24hrs)	7515* mg/24 hrs	< 150	
Creatinine (Urine-24 hrs)	13.7 mg/24 hrs/kg	Female : 11-20 Male : 14-26	
Volume (Urine-24 hrs)	2250 mL/24 hrs	Children : 500-1000 Adult : 600-1800 Old adult : 250-2400	
(*) RECHECKED		Controlled by :	

ضمیمه ۳

دکتر
393677
1387/07/27

نام پزشک :
شماره اشتراک :
تاریخ پذیرش :

خانم
115345
F/29

نام و نام خانوادگی بیمار :
شماره پذیرش :
سن و جنس :

1 of 5

Test	Result	Reference (Based on Sex/Age)
Fasting Blood Glucose	88 mg/dL	70-100
Urea	33 mg/dL	10-45
Creatinine	0.91 mg/dL	0.5-1.2
Uric Acid	6.5 mg/dL	2-6
Total Cholesterol	192 mg/dL	Normal : <200 Medium risk:201-239 High risk : > 240
Triglycerides	134 mg/dL	40-190
Alkaline Phosphatase	51 U/L	40-100 >60years:50-140
Calcium	9.7 mg/dL	8.8-10.2
Phosphorus(inorganic)	5.3* mg/dL	2.5-4.5
Sodium	143 mEq/L	136-145
Potassium	4.1 mEq/L	3.5-5

(*) RECHECKED

Controlled by

ضمیمه ۴

دکتر
393677
1387/07/27

نام پزشک :
شماره اشتراک :
تاریخ پذیرش :

115345
F/29

نام و نام خانوادگی بیمار :
شماره پذیرش :
سن و جنس :

2 of 5

Test	Result	Reference (Based on Sex/Age)
Protein (Urine-24hrs)	26 mg/24 hrs	< 150
Creatinine (Urine-24 hrs)	18.2 mg/24 hrs/kg	Female : 11-20 Male : 14-26
Volume (Urine-24 hrs)	750 mL/24 hrs	Children : 500-1000 Adult : 600-1800 Old adult : 250-2400

Controlled by :

ضمیمه ۴

SURGICAL PATHOLOGY REPORT

تعداد نمونه: B,419 تاریخ پذیرش: ۸۷/۰۲/۲۵ تاریخ جواب: ۸۷/۰۲/۲۶
 شماره پذیرش: شماره پرونده: ۲۸۸-۸۷ روده‌ی کامپیوتر: ۸۷-۲۳۸۴۵

نام خانوادگی	نام پدر:	نام:
جنسیت: زن	سن: ۲۸/۰۰	آدرس دقیق:
		تلفن:
تلفن:	بزرگ: دکتر	بیمارستان:

Specimen : KIDNEY NEEDLE BIOPSY .

Clin. data : NEPHROTIC SYNDROME .

Macroscopic : The specimen received in normal saline & composed of 3 cores of needle biopsy specimen measuring 1.8 ,1 cm & 0.1 cm in diameter. One of them was processed for I.F. studies & the remaining pieces were processed for L.M. studies .
 T.S. IN 1 BLOCK .

Microscopic : *I.F. FINDINGS :
 Eight glomeruli are present with the following Immunofluorescent characteristics :

- 1- Total Igs : Negative .
- 2- IgA : Negative .
- 3- IgG : Negative .
- 4- IgM : Negative .
- 5- Clq : Negative .
- 6- C3c : Negative .
- 7- C4c : Negative .
- 8- Fibrinogen : Negative .
- 9- Albumin : Negative .

*L.M. FINDINGS :
 Serial sections stained by H&E, PAS, Trichrome Jones' & Congo-Red' methods show :

-Glomeruli : An aximum number of eight glomeruli are identified. Near all of them are almost unremarkable in light microscopic examination except mild segmental mesangial widening in two out of them .

-Tubules & interstitium : Are almost unremarkable .

-Vessels : Are almost unremarkable .

نام پزشک :
 شماره اشتراک : 393677
 تاریخ پذیرش : 1387/07/27
 دکتر

نام و نام خانوادگی بیمار :
 شماره پذیرش : 115345
 سن و جنس : F/29
 خاتم

4 of 5

Urinalysis

Midstream Urine

Macroscopy		Microscopy	
Color	Yellow	WBC/hpf	1-3
Appearance	Clear	RBC/hpf	1-2
Specific gravity	1030	EP/hpf	6-8
pH	5.0	Bacteria/lpf	Rare
Protein	Trace *	Casts/lpf	Nil
Glucose	Nil	Crystals /lpf	Ca .Oxalate : Rare
Ketones	Nil	Mucus	Nil
Blood	Nil	Others/hpf	Nil
Bilirubin	Nil		
Urobilinogen	Nil		
Nitrite	Nil		

Controlled by

نام پزشک : دکتر
شماره اشتراک: 480142
تاریخ پذیرش: 1388/01/15

نام و نام خانوادگی بیمار:
شماره پذیرش: 65
سن و جنس: F/30

1 of 5

Test	Result	Reference (Base on Sex/Age)
Urea	29 mg/dL	10-45
Creatinine	0.85 mg/dL	0.5-1.2
Uric Acid	4.2 mg/dL	2-6
Total Cholesterol	185 mg/dL	Normal : <200 Medium risk: 201-239 High risk : > 240
Triglycerides	160 mg/dL	40-190
ALT(SGPT)	19 U/mL	<45
AST(SGOT)	16 U/mL	<35
Alkaline Phosphatase	69 U/L	Children 2-11 Years : 55-370 " 11-16 " : 55-535 Male : 50-130 Female : 40-100 Female >60 Years : 50-140
Calcium	9.8 mg/dL	8.6-10.3
Phosphorus(inorganic)	4.7 mg/dL	2.5-4.5
Sodium	143 mEq/L	136-145
Potassium	4.0 mEq/L	3.5-5

ضمیمه ۵

نام پزشک : دکتر
شماره اشتراک: 480142
تاریخ پذیرش: 1388/01/15

نام و نام خانوادگی بیمار:
شماره پذیرش: 65
سن و جنس: F/30

2 of 5

Test	Result	Reference (Base on Sex/Age)
Protein (Urine-24hrs)	34 mg/24 hrs	< 150
Creatinine (Urine-24 hrs)	18.4 mg/24 hrs/kg	Female : 11-20 Male : 14-26
Volume (Urine-24 hrs)	1500 mL/24 hrs	Children : 500-1000 Adult : 600-1800 Old adult : 250-2400

Controlled by:

ضمیمه ۵

نام پزشک : دکتر
شماره اشتراک: 480142
تاریخ پذیرش: 1388/01/15

نام و نام خانوادگی بیمار:
شماره پذیرش: 65
سن و جنس: F/30

4 of 5

Urinalysis		Midstream Urine	
Macroscopy		Microscopy	
Color	Yellow	WBC/hpf	3-4
Appearance	Slight Cloudy	RBC/hpf	1-2
Specific gravity	1020	EP/hpf	4-5
pH	5.0	Bacteria/1pf	Rare
Protein	Nil	Casts/1pf	Nil
Glucose	Nil	Crystals /1pf	Nil
Ketones	Nil	Mucus	Few
Blood	Nil	Others/hpf	Nil
Bilirubin	Nil		
Urobilinogen	Nil		
Nitrite	Nil		

Controlled by:

ضمیمه ۵

سوپن ویژه نامه تخصصی فرارمانی

گزارش خود بیمار

۱۳۹۰/۰۴/۲۰

در مرداد ۱۳۸۷ دچار سردردی شدم، پس از معاینات مغز، بزرگ و قهوه‌ای‌رنگی
 بزرگ، مریخ‌مانند را در هیپوتالاموس کشف کردم. با درمان‌های صورت داده‌ام در این ۷ سال
 که بسیار ناخوشایند روح و دایه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، پس از انجام آزمایشات در تهران
 و سمانام قدم‌هایی در جهت انجام مجدد آزمایشات تمام‌شده‌ام که در آن اسلام بیماری روح پریشانی
 ۲ ساله بسیار زیاد را تجربه کرده‌ام. در این آزمایشات تمامی تغییرات در جهت روحی و جسمی انجام عمل می‌شود
 از کتب عامه، پس از این مراحل بزرگ مطالعات خودم صرف بر روی روان‌شناسی بسیار بالا (۲۵ سال تمام) در
 روزها آغاز کردند، رشته‌های مختلف این را در از قدم‌ها با هم می‌کنند و هم‌اکنون بزرگ‌ترین مطالعه‌ام
 صورت گرفته است تمام مردگان را می‌بینم که هیچ‌کس از دستان و دستان بزرگ و دستان می‌تواند
 پس از این را تجربه کرده‌ام، شواهدی هم، در این‌ها، قدرت همین‌ها بسیار ضعیف است و هر دو نفس بر آن بود
 تن نوبت، گفتار، تفکر و مشارکت بالا از همه متولد است و محدودیت دارد و این مربوط به ما است این
 احوال را صرف کنیم، همراه با این بسیار شده، زیرا امروز پریشانی‌ها تمام بود و در واقع نیمی از آن‌ها
 این‌ها است، و این‌ها را می‌توانیم که چگونه این را با خیال آسوده تمام می‌کنیم !!! در این بین و این‌ها
 سرانجام آمد، مطالعه بر روی این و با این‌ها می‌توانیم و در واقع بسیار تمام آنچه بر این‌ها می‌توانیم
 نداشتیم و در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 در همین‌ها ضعیف در واقع از مطالعه و با این‌ها استقبال کنیم، تا آنکه توسط این از دستان می‌توانیم
 که ما را در این‌ها از این‌ها و خانواده‌ها می‌توانیم که تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 پیش‌از آنکه توسط خانواده و دیگران می‌توانیم که در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 هیچ‌کس نمی‌تواند از این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 از روز (پرونده‌ها) ما تمام شد و بعضی را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 از آن تاریخ شدم و در حال حاضر خودم، هم‌اکنون در تهران ۹ ساله‌ام که همیشه در دستان‌ها در این‌ها
 و با او دنیا تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها
 تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها

با این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها تمام این‌ها را در این‌ها

گزارش بهبودی یک مورد

یورتروسل مادرزادی (Uretrocele) همراه سنگ ادراری توسط فرادرمانی

ضایعات مادرزادی حالب

یکی از ضایعات مادرزادی حالب uretrocele می باشد، که در آن برجستگی شبیه بالن وجود دارد که حالب به داخل مثانه باز میشود این حالت ممکن است سبب انسداد حالب، تشکیل سنگ در آب راکد و یا در اثر پرولاپس، سبب انسداد پیشابراه گردد. بیشتر یورتروسل ها هیچگونه مشکلی ایجاد نکرده و نیازی به درمان ندارد. انواع خیلی بزرگ را می توان برش داد ولی ممکن است ریفلاکس بروز کند که نیاز به پیوند مجدد دارد.

سنگ های ادراری

حد اکثر بروز سنگهای ادراری در سنین ۲۰ تا ۴۵ سالگی است که در مردان بیشتر از زنان است. بر اساس ترکیب سنگ، ۵ نوع سنگ کلیوی شناخته شده است. سنگ های کلسیمی شایع ترین نوع بوده و ۷۵ درصد از کل سنگ ها را شامل می شوند. اغلب این سنگ ها، اگزالات کلسیمی هستند، بطوری که این نوع سنگ ها بیش از ۵۰ درصد از کل سنگ های ادراری تشخیص داده شده را دربر می گیرند. بیماران مبتلا به سنگ اغلب با هماچوری و درد ناگهانی و آزاردهنده مراجعه می کنند. این درد کولیکی بوده، در پهلوها احساس شده و به کشاله ران همان سمت انتشار می یابد. سنگ ادراری گاهی اوقات با پرادراری، سوزش ادرار، استفراغ و ایلئوس همراهی دارد. ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به شامل سابقه قبلی هماچوری و یا دفع سنگ، عفونت مجاری ادراری، سابقه خانوادگی و بررسی دقیق رژیم غذایی می باشد. غربالگری اولیه شامل بررسی الکترولیت ها، کراتینین، کلسیم، فسفات، و اسید اوریک سرمی است.

برای درمان سنگ ادراری، باید نوع سنگ را تعیین کرد. آزمایش کامل ادرار برای تعیین PH، تشخیص هماچوری، در رد کردن عفونت و مهم تر از همه در تشخیص نوع کریستال کمک کننده است. اغلب سنگ های ادراری (حدودا ۹۰ درصد) خود بخود دفع می شوند. احتمال دفع سنگ بستگی به اندازه (به ویژه عرض سنگ) و نیز محل قرارگیری آناتومیک آن دارد. سنگ های حالب با عرض کمتر از ۴mm معمولا ظرف یکسال دفع می شوند. سنگ هایی که عرض بیش از ۵mm دارند معمولا دفع نمی شوند. نشانه های انسداد، درد و تب، ضرورت اقدام جراحی را ایجاب می کند. سنگ شکنی خارج بدنی با امواج (ESWL) بیشترین استفاده را در سنگ های لگنچه و قسمت های فوقانی حالب دارد. یورتروسکوپی همراه با گرفتن سنگ با سبد یا سنگ شکنی اولتراسونیک در بیماران دارای سنگ حالب تحتانی کاربرد دارد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۷ ساله، متأهل، ساکن تهران، شاغل، case شناخته شده یورتروسل مادرزادی و سنگ کلیه از سال ۱۳۸۷ می باشد. بیمار مهرماه ۱۳۸۷ با درد شدید پهلو و سوزش ادرار که سابقه آن را نیز داشته، به بیمارستان مراجعه نموده و با احتمال سنگ کلیه و عفونت، تحت بررسی و آزمایشات دقیق قرار گرفته است.

در تاریخ ۸۷/۷/۲۹ برای بیمار اوروگرافی تزریقی با ماده حاجب انجام گرفته و سیستمهای راست دویل و سیستمهای چپ دفورمه و پلوپس کم حجم گزارش شده، حالب چپ انسداد نداشته، تنها اتساع دیستال که بدلیل اورتروسل می باشد (ضمیمه ۱)،

بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک خوراکی و مسکن قرار گرفته و ظاهراً پس از ترخیص از بیمارستان عفونت بیمار بهبود یافته و علائم بالینی از قبیل درد پهلوها و سوزش ادرار از بین می رود.

یکماه پس از آن بیمار بعلت بازگشت علائم قبلی، بویژه درد پهلو به پزشک مراجعه نموده و در تاریخ ۸۷/۹/۲ از بیمار سونوگرافی بعمل آمده که در آن کلیه ها و مثانه حجم و اندازه نرمال داشته، انتهای دیستال حالب چپ متسع و سنگی به قطر ۵ mm در این محل دیده شده است. (ضمیمه ۲)

بیمار در این زمان بعلت نزدیک بودن مسافرت خارجی و ترس از بستری شدن و تکرار درمانها و مسائل قبلی به توصیه یکی از دوستان "فرادرمانی" را آغاز می کند و تنها پس از ۱۰ روز تمام علائم بیمار از جمله درد پهلوها و سوزش و مشکلات ادراری از بین می رود. بیمار در طول انجام "فرادرمانی" مصرف داروهای قبلی خود (آنتی بیوتیک برای عفونت ادراری + مسکن) را قطع نموده و از آنجا که ۲۰ روز بعد بیمار کاملاً بحالت عادی بازگشته برای بررسی بیشتر به پزشک مراجعه و به توصیه وی CT اسکن انجام می دهد. در CT اسکن بدون کنتراست، که در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۴ انجام شده هیچ آثاری از مشکل در مثانه و کلیه ها و هیچ اتساعی که نشان دهنده یورتروسل باشد و یا آثاری از سنگ کلیه در حالب دیده نشده است. (ضمیمه ۳)

بحث

در مورد بیمار فوق همزمان بودن یورتروسل مادرزادی بعلاوه سنگ ادراری در ناحیه حالب که بالاتر از ۵ mm می باشد نمی تواند با درمانهای ساده پزشکی بهبودی یابد. همان طور که می دانیم سنگ های بالاتر از قطر mm ۴ خودبخود دفع نشده و برداشتن سنگ در صورت شدید بودن علائم الزامی است و از آنجا که درمان اورتروسل نیز در صورت انسداد توسط سنگ با روش جراحی امکان پذیر است، ولی در این مورد با روش "فرادرمانی" بطور همزمان هر دو مشکل بیمار رفع گردیده، خصوصاً یورتروسل که معمولاً جزء نقائص مادرزادی بوده و تاکنون گزارش بهبودی خودبخود نداشته است.

نتیجه گیری

این گزارش نشان می دهد که "فرادرمانی" می تواند ظرف مدت زمان بسیار کوتاه و حتی در بیماریهای مادرزادی موثر واقع شود. در مورد این بیمار پس از انجام چند جلسه "فرادرمانی" از لحاظ بالینی درد کاملاً رفع و از لحاظ پاراکلینیکی نیز کلیه اختلالات بیمار حل شده است.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود راضی می باشد.

مستندات

اصل و گزارش کلیه آزمایشات و سونوگرافی های بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگران

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

منابع

- ۱- محمدعلی طاهری، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۸
- ۲- مبانی طب داخلی سیسیل (بیماریهای کلیه)، انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶

مرکز تصویر برداری، پزشکی هملاستان
 گزارش تصویر برداری: ۱۳۸۷/۰۹/۲۹
 شماره پرونده: ۱۴۴۴

نام خانوادگی: [Redacted]
 نام: [Redacted]
 سن: [Redacted]
 جنسیت: [Redacted]

پزشک: [Redacted]
 بیمار: [Redacted]

آرئولوژی ترویجی

در کلیشه ساده شکم آمادگی ندارد. بعد از تزریق کلیه ها همزمان ترشح کرده اند. سیستمهای راست دوقل می باشد. سیستمهای چپ دوقلمه و پانوسی کم حجم است. منبر حالب چپ باز و اتساع دیستال آن بدلیل اور ترانس می باشد. مثانه حاجب شده و بعد از تخلیه رژیم در حد طبیعی است. ح

رادیولوژیست
 دکتر

ضمیمه ۱

موسسه رادیولوژی و سونوگرافی
 دکتر
 نظام پزشکی

شماره: ۸
 خاتم
 ۱۳۸۷/۰۹/۰۳

همکار گرامی سرکار خانم دکتر

سونوگرافی کلیه ها و مثانه

کلیه راست به طول 95mm و کلیه چپ به طول 92mm قابل رویت میباشند. ضخامت کورتکس و نمای سیستم پیلو کالیسیال دو طرف نرمال است. اثری از سنگ ادراری و ضایعه فضاگیر به چشم نمیخورد. مثانه حجم و ضخامت دیواره طبیعی دارد. انتهای دیستال حالب چپ حالت کیستیک نشان میدهد و سنگی به قطر 5mm در این محل دیده میشود. باقیمانده ادراری مثانه پس از تخلیه 8cc میباشد که در حد معمول است.

نتیجه: Uretrocle حالب چپ همراه با سنگ ادراری

سونوگرافی رحم و ضمامم

رحم به ابعاد 73x47x40 mm به صورت Anteverted در خط وسط قرار دارد. ضخامت آندومتر (7 mm) و اکوی میومتر در حد نرمال است. ضخامتها اندازه و اکوی طبیعی دارند. در آدنکسیا ضایعه فضاگیر به چشم نمیخورد. در ناحیه Cul de Sac مایع غیر عادی وجود ندارد.

نتیجه: سونوگرافی نرمال رحم و ضمامم

ضمیمه ۲

IMAGING CENTER
 مرکز تصویر برداری، پزشکی هملاستان
 گزارشی تصویر برداری: ۱۳۸۷/۱۰/۱۴
 شماره پرونده: ۱۴۴۴

پزشک: [Redacted]
 بیمار: [Redacted]

MSCT Scan of pelvis without contrast :
 Bladder and uterus are unremarkable.
 No evidence of lymphadenopathy or ascites is noted.
 Stone is not seen .P

ضمیمه ۳

سومین و بزرگترین تخصصی فرارمانی

گزارش بهبودی یک مورد

ابتلا به سنگهای صفراوی (Gallstone)

با فرادرمانی

کوله سیستیت مزمن (chronic cholelithiasis)

بیماران مبتلا به کوله سیستیت مزمن، با حملات راجعه درد مراجعه میکنند. غالباً این دردها به غلط، کولیک صفراوی نامیده میشوند. علت ایجاد درد، افزایش فشار داخل کیسه صفرا متعاقب انسداد مجرای سیستیک میباشد. در ابتدا مخاط کیسه صفرا، نرمال یا هیپر تروفیه است لیکن بعداً دچار آتروفی میگردد. اپی تلیوم کیسه صفرا بدون لایه عضلانی نفوذ کرده و سینوس های مشهور آشوف - راکی تانسکی را بوجود می آورد درد، که علامت اصلی در بیمار دچار سنگهای صفراوی است، ثابت بوده و در طی نیم ساعت ابتدایی، بر شدت آن افزوده میشود و معمولاً ۱ تا ۵ ساعت به طول میانجامد. درد در ناحیه اپی گاستر یا RUQ شکم بوده و غالباً به همان قسمت یا بین دو اسکاپولا انتشار دارد.

شدت درد، زیاد بوده و به صورت ناگهانی بروز می نماید (معمولاً در طی شب یا پس از صرف غذای چرب). غالباً درد با تهوع و گاهی مواقع با استفراغ همراهی دارد. درد حالت اپی زودیک داشته و بیمار بین حملات، بی علامت است. معمولاً نتایج تست های آزمایشگاهی از قبیل شمارش گلبولهای سفید و تست های عملکرد کبدی در بیماران مبتلا به سنگ های صفراوی بدون عارضه، طبیعی هستند.

زمانی که درد بیشتر از ۲۴ ساعت طول بکشد، باید به وجود یک سنگ در مجرای سیستیک یا کوله سیستیت حاد مشکوک شد.

تست تشخیصی استاندارد برای تشخیص سنگهای کیسه صفرا، سونو گرافی شکم است. در تمامی موارد سنگهای صفراوی در صورتی که بیمار علامتدار باشد، انجام کوله سیستکتومی به روش لاپاروسکوپی، درمان انتخابی خواهد بود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۷ ساله، متأهل، ساکن تهران، در تاریخ ۸/۴/۸۸، بطور ناگهانی دچار دل درد و درد شدید در ناحیه گردن و بین دو کتف می شود. در مراجعه شبانه به اورژانس، در ابتدا تشخیص نامعلوم بوده، اما پس از مراجعه به بیمارستان و انجام سونوگرافی، تصویر سنگ ۲ میلی متری در کیسه صفرا گزارش شده (ضمیمه ۱)، و در بررسی آزمایشگاهی بالا رفتن شدید آنزیمهای کبدی $SGOT = 303$ و $SGPT = 274$ به اثبات می رسد (ضمیمه ۲). با تزریق مسکن درد بیمار کاهش یافته و دو روز بعد برای ایشان "فرادرمانی" آغاز گشته، که به گفته خود بیمار همان شب احساس عجیب و خوبی داشته و در جلسه اول زانو درد قدیمی وی از بین می رود. در بررسی بعدی در تاریخ ۱۷/۴/۸۸ در MRCP، کانون هیپوسینگنال در کیسه صفرا، نشانه اسلاژ یا سنگ صفراوی پیش بینی میشود (ضمیمه ۳)، که پس از مشورت با پزشک عمل کوله سیستکتومی به روش لاپاراسکوپی پیشنهاد شده که بیمار تمایل به انجام آن نداشته. بیمار به "فرادرمانی" ادامه داده و در مقطعی از درمان، دچار سردرد شدید در نقطه ای که ۲ سال پیش به آن ضربه وارد شده، می گردد و پس از مدتی سردرد کاملاً از بین رفته و بیمار بدون بکارگیری دیگر درمانها، فقط از فرادرمانی استفاده می کرده و در آخرین سونوگرافی در تاریخ ۲۱/۴/۸۸، هیچ سنگی در کیسه صفرا وجود نداشته و تنها مختصری لجن صفراوی (Sludge)

دیده می شود (ضمیمه ۴)، و در بررسی بیوشیمی خون، آنزیمهای کبدی به حد نرمال یعنی زیر ۳۰ باز می گردد (ضمیمه ۵). در حال حاضر بیمار هیچ مشکلی نداشته و در سلامت کامل بسر می برد، بطوریکه پس از صرف غذای چرب دچار مشکل نمی شود.

بحث

سنگ های صفراوی علامتدار، زمانی که با روشهای تصویربرداری تشخیص داده شوند، اگر به همراه افزایش علائم، بویژه؛ درد و التهاب جدار کیسه صفرا باشد، انجام کوله سیتکتومی ضروری می باشد. در بیمار فوق با اینکه علائم افزایش نداشته، ولی بخاطر وجود سنگ و اینکه ممکن است بیمار بین حملات، بی علامت باشد، نهایتاً درمان جراحی پیشنهاد می شود. "فرادرمانی" بعنوان یک روش درمان بی ابزار، غیرتهاجمی، بی هزینه و بدون عوارض جانبی انجام شده و نیز بیمار در روند درمان مشارکت فعال داشته است.

نتیجه گیری

نحوه درمان این بیمار با توجه به شواهد موجود در آزمایشات، نشان دهنده این است که سنگهای صفراوی تنها به فاصله ای حدود ۲ هفته بدون دخالت هیچ روش کلاسیک پزشکی ناپدید گردیده، که این امر تنها می تواند نشانه اثر مثبت "فرادرمانی" روی درمان این بیمار باشد. و از آنجا که یک درمان ریشه ای است انتظار عود در این بیماران نخواهیم داشت و هیچ عارضه جانبی ندارد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این مقاله رضایت کامل دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان و بکارگیری این روش ساده درمانی بسیار خوشنود است.

مستندات

گزارش و اصل مدارک در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

منابع

- ۱- محمدعلی طاهری، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۷
- ۲- اصول جراحی شوارتز ۲۰۰۵، اندیشه رفیع ۱۳۸۶
- ۳- مبانی طب داخلی سیسیل ۲۰۰۷، اندیشه رفیع ۱۳۸۶

Name :
Date :
Out In
Referred by:

خانم
۱۸/۰۴/۸۱
سید زینب حسینی
هجره احمدی

در صورت انجام شده کبد چرب و دیواره معده ضخیم شده است
 کبد چرب متوسط منفرد است. کبد بزرگ تر از ۱۰۹ میلی متر است
 کبد چرب متوسط منفرد از تفسیر کبد چرب متوسط بزرگ تر است
 در صورت انجام کبد چرب متوسط منفرد
 در صورت انجام کبد چرب متوسط منفرد

ضمیمه ۱

آزمایشگاه

شماره: 880403509 O.P.D
 نام بیمار: خانم
 تاریخ مراجعه: ۸۸/۰۴/۰۸
 پزشک معالج: دکتر
 سن: ۳۵ سال
 آدریس: ۰۴۰۴۷

Biochemistry

Test	Result	Unit	Normal Range	Flag
Amylase	42	IU/L	< 100	
Alkaline phosphatase	212	IU/L	Male: 80-306 Female: 64-300 Pediatric: 180-1200	
A.S.T.(SGOT)	303	IU/L	Up to 40	
A.L.T.(SGPT)	274	IU/L	NBI/Infant: 25-75 Up to 40 Infant < 54	

کبد چرب متوسط منفرد
 کبد بزرگ تر از ۱۰۹ میلی متر است
 کبد چرب متوسط منفرد از تفسیر کبد چرب متوسط بزرگ تر است
 در صورت انجام کبد چرب متوسط منفرد
 در صورت انجام کبد چرب متوسط منفرد

Signature:

ضمیمه ۲

نام و نام خانوادگی: سن ۳۷ سال شناسه: ۸۸۳۵۸۴۳۱
شماره: ۴۴۴۲۳۸۴ تاریخ ثبت: ۱۳۸۸/۴/۱۶

MRCP
 همکار گرامی جناب آقای / سرکار خانم دکتر
 در مقاطع مولتی پلانار تهیه شده در سکانس ها متعدد جهت بررسی مجاری صفراوی و نیز تهیه تصاویر
 MRCP یا تکنیک MIP , MPR:

دیامتر و شکل مجاری صفراوی داخلی و خارج کبدی نرمال است.
 نقص بردگی و یا اثر فشار خارجی پاتولوژیک دیده نمی شود.
 مجرای ویروسونگ شکل و دیامتر نرمال دارد.
 در حد قابل بررسی کیسه صفرا حدوداً، شکل و لومن نرمال دارد.
 کانون هیپوسگنال در کیسه صفرا میتواند نشانه اسلاز و یا gall stone باشد.
 اما تطبیق با یافته سونوگرافی کیسه صفرا جهت ارزیابی دقیقتر آن کمک کننده است. /B

با تقدیم احترام - دکتر

ضمیمه ۳

Code: 216621 Age: 37 سال
 Name: خانم Date of birth: 1388/04/21 - 2344

برکز MRI دکتر

Dear Dr.

IN ULTRA SONOGRAPHIC EVALUATION OF LIVER & GALLBLADDER:

The liver has normal size and echopattern.
 No evidence of cystic or solid mass was seen.
 No dilatation is visualized in CBD, biliary tree, portal and hepatic veins. The IVC has normal caliber.
 The gallbladder has normal wall thickness and some sludge in GB is seen.

ضمیمه ۴

pathobiology lab. آزمایشگاه پاتوبیولوژی
 Clinical-Pathology-Cytology تشخیص پزشکی تخصصی و فوق تخصصی... پاتولوژی... سیتولوژی

شماره پذیرش: ۴-۱۸۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۲/۲۱ پزشک معالج: سرکار خانم دکتر سن: ۳۷ سال نام مراجعه کننده: ...

BIOCHEMISTRY

Test	Result	Unit	Normal Range
S.G.O.T. (AST)	15*	IU/L	Up to 31
S.G.P.T. (ALT)	14*	IU/L	Up to 32
Alkaline Phosphatase	202	U/L	Children: 180-1200 Men: 60-306 Women: 64-306

* = Confirmed by Repeated Analysis
 همه آزمایشهای بیوشیمی در این مرکز توسط Autoanalyzer Cobas mira-plus انجام میشود.
 Lab Director

ضمیمه ۵

سوسین ویرنه نامه تخصصی فرارمانی

گزارش بهبود یک مورد

کمر درد ناشی از پوکی استخوان (Osteoporosis)

با فرادرمانی

کمر درد

درک نوع دردی که بیمار آن را احساس می کند، نخستین قدم برای تشخیص علت کمر درد است. مشخص نمودن عوامل خطرزای بیماریهای زمینه ای و خیم نیز، باید مورد توجه قرار می گیرد. بخش اعظم این موارد ناشی از رادیکولوپاتی، شکستگی، تومور، عفونت، یا درد ارجاعی از ساختمانهای احشایی هستند.

کمر درد دارای انواع مختلفی است که از آن جمله "درد با منشأ ستون مهره ای" ممکن است در کمر قرار داشته باشد یا به کفل ها یا ساق پاها ارجاع پیدا نماید. بیماریهایی که بخش فوقانی ستون مهره ای کمری را متاثر می نمایند، تمایل دارند درد را به ناحیه کمری، کشاله ران، یا بخش قدامی رانها ارجاع دهند. بیماریهایی که بخش تحتانی ستون مهره ای کمر را متاثر می سازند تمایل دارند یک درد ارجاعی به کفل ها، بخش خلفی ران ها یا بندرت عضلات پشت ساق پاها یا پنجه پاها ایجاد نمایند. تزریقات محرک به داخل ساختمانهای حساس به درد ستون مهره ای ممکن است دردی در پاها ایجاد نمایند که از یک توزیع درماتومی تبعیت نمی نمایند. این درد "اسکلروتومی" ممکن است توضیحی برای مواردی باشد که در آنها درد کمر و پا با شواهد تحت فشار قرارگیری ریشه های عصبی همراه نیست.

مطالعات آزمایشگاهی، تصویر سازی و EMG

مطالعات آزمایشگاهی معمول بندرت در بررسی ابتدایی کمردرد حاد (با طول کمتر از ۳ ماه) و غیراختصاصی مورد نیاز می باشد. MRI و CT میلوگرافی و آزمون های رادیولوژیک انتخابی روشهایی جهت ارزیابی اغلب بیماریهای جدی درگیرکننده ستون مهره ها هستند. در MRI وضوح تصویری ساختمانهای بافت نرم بیشتر است در حالی که CT میلوگرافی مفاک خارجی کانال نخاعی و ضایعات استخوانی را به بهترین شکل نشان می دهد و توسط بیمارانی که ترس مرضی از مکانهای بسته دارند بهتر تحمل می شود.

درمان کمردرد

NSAID ها و استامینوفن داروهای بدون نسخه موثری برای ALBP (کمر درد حاد) هستند. شل کننده های عضلانی در دوره های کوتاه مدت (۴ تا ۷ روز) سودمند بوده اند. استفاده کوتاه مدت از اپیوئیدها در بیمارانی که به استامینوفن یا NSAID پاسخ نمی دهند یا نسبت به آنها تحمل ندارند، ممکن است لازم باشد. ولی مدرکی وجود ندارد که نشان دهد آنها باعث تسکین درد برای مدتی بیش از یک ماه می گردند.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۹ ساله، متاهل (۲ فرزند)، خانه دار، ساکن تهران، با تشخیص درد لگن و ران راست بر اثر استئوپروز (پوکی استخوان) از سال ۱۳۸۳. شروع ناراحتی اش را از اوائل سال ۱۳۸۳ ذکر می کند که طبق اظهار بیمار ابتدا درد در ناحیه کمر و لگن بوده و سپس به اندام تحتانی (بویژه سمت راست) انتشار یافته، که با مصرف داروهای مسکن و ضد التهاب غیراستروئیدی، بهبودی نسبی پیدا شده ولی همچنان ادامه داشته است. سابقه تروما، ضربه مستقیم و یا بیماریهای عفونی و التهابی را به یاد ندارد. در نیمه دوم سال ۱۳۸۳، تست BMD (سنجش تراکم استخوان) برای بیمار انجام گرفته که مدارک

پیوست می باشد (ضمیمه ۱)، بیمار Osteopenia در ناحیه Spain دارد و در سایر نواحی BMD نرمال و تنها مشکلات تراکم بعلت مصرف کورتیکو سترئوئیدها بوده است. طبق اظهار بیمار، فقط قرص ۵۰ mg Naproxen و مسکن مصرف نموده اند که بعلت درد شدید و کاهش فعالیت‌های حرکتی ایشان بوده است.

مشکلات بیمار همچنان ادامه داشته تا آذر ماه ۱۳۸۵ که علاوه بر ناراحتی کمر و اندام تحتانی راست دچار دردهای تیرکشنده بخصوص در انگشتان پای راست (انگشت ۳-۴-۵) شده است. از مسکن ها و داروهای آرام بخش استفاده نموده که کمک زیادی به ایشان نشده است.

بیمار به توصیه یکی از دوستان که در کلاس "فرا درمانی" استاد محمدعلی طاهری شرکت می نموده، تحت "فرا درمانی" (۲ تا ۳ بار در روز) قرار می گیرد و طبق اظهار وی پس از حدود سه هفته تغییرات زیادی نداشته و از هفته چهارم بهبودی تقریبی حاصل و راه رفتن و درد ناحیه کمر تا حد زیاد و قابل قبولی کاهش یافته و با ادامه فرا درمانی حدود ۳-۲ ماه بعد، در اسفند ماه ۱۳۸۵، طبق گفته بیمار دردها کاملا قطع و حرکت بیمار تقریباً به حالت طبیعی بازگشته و BMD دوم که جهت بیمار در تاریخ بهمن ۱۳۸۵ انجام شده نشان دهنده نرمال شدن دانسیته در ناحیه کمر و فمور می باشد. (ضمیمه ۲)

قبل از درمان با "فرا درمانی" بیمار سابقه اضطراب و افسردگی و اختلال خواب داشته که طی درمان با روش "فرا درمانی" کلیه اختلالات بعلاوه درد ناحیه کمر و لگن کاملاً برطرف شده و با بهبودی کامل چه از نظر جسمی و روحی فعلاً هیچ مشکلی ندارد.

بحث

درد کمر و اندام تحتانی که سیلتالژی (Cyltalgia) نامیده می شود یا بعلت دیسکوپاتی بوده و یا استئوپنی در نواحی مهره ها و استخوانهای درگیر است. در طب رایج درمانهای معمول در این بیماران، تنها درمانهای نگهدارنده (بهبود وضعیت استخوانی - کاهش التهاب در نسوج و مهره ها - مسکن) می باشد که درمان قطعی نبوده و امکان عود علائم وجود دارد اما قطع کامل علائم و از بین رفتن عامل بیماری با انجام "فرا درمانی" نشان دهنده اثر مشخص این روش درمانی بر روی این بیماران است.

نتیجه گیری

از آنجا که بهبودی خود بخودی با درمانهای نگهدارنده در بیماران مبتلا به استئوپنی (کاهش تراکم استخوانی) تاکنون مشاهده نشده و بیمار هیچ درمان دیگری برای این اختلالات دریافت نکرده، اگر بیمارهای او سیر طبیعی خود را طی می کرد، به دلیل عوارض بیماریها و داروها به فردی ناتوان تبدیل می شد در حالی که اکنون نه تنها در سلامتی کامل بسر می برد بلکه استفاده از "فرا درمانی" موجب درمان تعداد دیگری از بیماری های وی شده است.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج جالب و موثر این روش درمانی بسیار راضی می باشد.

مستندات

اصل گزارش و اسکن های بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرا درمانگران

آقای محمدعلی طاهری - همکاران کمیته پزشکی

منابع

۱- محمدعلی طاهری، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۸

۲- اصول طب داخلی هاریسون ۲۰۰۸ - بیماریهای روماتولوژی - ارجمند ۱۳۸۷

Bone Densitometry Report

Patient: Mrs. 63185 Date: 15/12/2004 Referred by: Dr-
15/12/2004

The bone mineral density BMD was determined by dual energy x-ray absorptiometry (DEXA) on a lexos bone densitometry instrument, on L2 to L4 (lumbar spine). The total femur and the forearm BMD values will be expressed in standardized system (SRMD) according to the international DEXA standardization committee. Results will be expressed in lexos standards conclusions will be declared according to the lexos standard.

Her axial SBMD (bone mass density is normal at 0.817 mgr/cm²), in comparison the normal BMD measurement (lexos standard) at (1.032 mgr/cm²). Her BMD is within normal limits of the standard peak bone mass (PBM) her T score is within -2/3d mgr/cm² of the peak bone mass. She has an osteopenia bone density in her spine.

Her total femoral BMD is normal at (0.919 mgr/cm²), in comparison the normal BMD measurement (lexos standard). Her BMD is within normal limits of the standard peak bone mass (PBM) Her T-score is within -0/25 mgr/cm² of the peak bone mass. She has a normal bone density in her femur.

She is menopause; with out history of previous fracture and steroid intake then if nothing is found in term of secondary etiologies, the following preventive strategy is recommended weight-bearing exercises are the necessary adjuvant program.

PREVENTION & THERAPY OF OSTEOPOROSIS

Group (I) : normal bone mass : Tscore above -1 SD

- 1- Calcium 1000-1500 mg oral
- 2- vitamin D 400-800 mg oral
- 3- hormon replacement therapy (HRT). (For women if indicated).
- 4- exercise least 30-45 minutes, three times each week.

Group (II) : osteopenia: T score below -1 SD and above -2.5 SD

Treatment is the same as the first group.

Group (III) : osteoporotic patients: Tscore below -2.5 SD

- 1- Calcium 1000-1500 mg + Vit. D 400-800 IU/daily
- 2- HRT for menopausal women

COMBINE WITH (+):

One or more than one of these drugs

- ❖ Calcitonin
- ❖ Bisphosphonates (etidronate - alendronate)
- ❖ Fluoride



ضمیمه ۱

Bone Densitometry Report

Patient : Mrs. 63185 Date: 09/01/2007 Refereed by: Dr-

The bone mineral BMD was determined by dual energy x-ray absorptiometry (DEXA) on a lexxos bone densitometry instrument on L2 to L4 (lumbar spine) . the total femur and the forearm BMD standardization committee. Results will be expressed in lexxos standards conclusions will be declared according to the lexxos standard.

Her axial SBMD (bone mass density is normal at (1/014 mgr/cm2) in comparison the normal BMD measurement (lexxos standard)at (1/032 mgr/cm2) . Her Bmd is within normal limits of the standard peak bone mass (PBM) .Her T-score is within (-0/6 mgr/cm2) of the peak bone mass . she has a normal density in her spine.

Her total femoral BMD is normal at (1/016 mgr/cm2) in comparison the normal BMD measurement (lexxos standard) . Her BMD is within normal limits of the standard peak bone mass (PBM) .Her T-score is within (-0/3 mgr/cm2)of the peak bone mass She has a normal bone density in her femure

She is menopause : with out history of previous fracture and steroidintake then if nothing is found in term of secondary etiologies, the following preventive strategy is recommended weight-bearing exercises are the necessary adjuvant program

1 Menopause	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	4 His Fracture	yes	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Hysterectomy	yes	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5 His Reual Stone	yes	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
3 HRT	yes	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	6 Estroid Consumption	yes	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

Prevention & Therapy of Osteoporosis

Group (I) : Normal bone mass : Tscore above -1 SD

1- Calcium 1000-1500 oral

2- Vitamin D 1000-1500 MG oral

3- Hormon replacement therapy (HRT) . (For woman if indicated) .

4- Exercise least 30-45 minutes , three times each week

Group (II) : Osteopenia : T-score below -1 SD AND ABOVE -2.5 SD

Treatment is the same as the first group

Group (III) : Osteoporotic patients: Tscore below -2.5 SD

1-Calcium 1000-1500 mg + vit.D 400-800 IU/daily

2- HRT for menopausal women

COMBINE WITH (+) :

One or more than of these aruges

Calcitain

Bisphosphonates (etidronate - alendronate)

Fluoride

Diagnosis : 

۲ ضمیمه

گزارش بهبودی

تنگی کانال نخاعی، همراه کمر درد

(Lumbar spine stenosis, with pain)

با فرادرمانی

دیسک کمر:

این اختلال یک علت شایع درد مزمن یا راجعه کمر و ساق پا است. بیشتر احتمال دارد که بیماری دیسک در سطح L۴-L۵ و L۵-S۱ اتفاق بیافتد، اما گاه سطوح فوقانی کمر نیز درگیر می شوند. علت آن اغلب نامشخص است؛ در اشخاص چاق احتمال درگیری بیشتر است. فتق دیسک پیش از ۲۰ سالگی نامعمول و دیسک های فیبروتیک در افراد مسن نادر است. میزان اضمحلال هسته نرم و حلقه فیبری با افزایش سن بیشتر می گردد و این وضعیت ممکن است بدون درد یا دردناک باشد.

نشانه های پارگی دیسک شامل درد کمر، وضعیت غیرطبیعی بدن، محدودیت حرکت ستون مهره ها (بخصوص خم شدن) یا درد رادیکولار است. یک الگوی درماتومی از دست رفتن حس یا کاهش یا از میان رفتن رفلکس های وتری عمقی، نسبت به الگوی درد، بیشتر پیشنهاد کننده یک ضایعه ریشه ای خاص است. اسکن MRI یا CT-میلوگرام، جهت اثبات محل و نوع پاتولوژی لازم هستند. MRI ساده نماهایی عالی از آناتومی داخلی ستون مهره و بافت نرم اطراف در اختیار قرار می دهد.

چهار مورد لزوم برای جراحی دیسک بین مهره ای وجود دارد: ۱- ضعف پیش رونده حرکتی ناشی از آسیب ریشه عصبی، که در معاینه بالینی یا EMG اثبات شود؛ ۲- اختلال عملکرد روده یا مثانه یا سایر علائم تحت فشار قرارگیری طناب نخاعی؛ ۳- درد غیرقابل تحمل ریشه عصبی با وجود درمان محافظه کارانه حداقل به مدت ۴ هفته و ۴- بازگشت درد غیرقابل تحمل با وجود درمان محافظه کارانه.

اختلالات دژنراتیو

تنگی ستون مهره ای کمتری معرف باریک شدن کانال نخاعی ناحیه کمری است. لنگش نوروزنیک (متشکل از درد کمر و کفل یا ساق پا که با راه رفتن یا ایستادن ایجاد و با نشستن برطرف می شود)، نشانه معمول آن است. نشانه های مربوط به ساق پاها معمولا دوطرفه هستند. تنگی (ستون مهره ای) کمری، به خودی خود، غالبا بدون علامت است و همبستگی میان شدت نشانه ها و میزان تنگی کانال نخاعی ضعیف است.

درمان محافظه کارانه تنگی علامتدار نخاع شامل داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)، برنامه های ورزشی و درمان علامتی دوره های درد حاد است. در صورتی درمان جراحی پیشنهاد می شود که درمان طبی به طور کامل باعث برطرف شدن نشانه ها در حدی نشود که بیمار فعالیت های روزانه خود را انجام دهد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۰ ساله، متأهل، ساکن تهران، شروع ناراحتی و درد کمر خود را از حدود ۱۵ سال قبل ذکر کرده که احتمالا به علت کارهای سنگین بوده است. درد انتشار به اندام تحتانی چپ بصورت تیرکشنده داشته و سپس بیمار دچار دردهای شدید و رادیکولر گردیده است. وی بیش از نیم ساعت نمی توانسته بنشیند، چون درد شدید ایجاد می شده و باید تغییر وضعیت داده یا قدم می زده، کم کم در راه رفتن عادی مشکل پیدا کرده و احساس افتادن و عدم هماهنگی در

اندام تحتانی چپ داشته، که به پزشک متخصص مراجعه و معاینه و MRI انجام و برای ایشان تشخیص دیسکوپاتی در مهره های L₃ - L₄ داده شده است. پس از انجام عمل جراحی بعلت چسبندگی، توصیه هیدروتراپی ۱۰ جلسه ای شده، بعلاوه داروهای paisclidine و metocarbamol و neuropentine، که علائم بیمار تا حدودی برطرف شده، اما ضعف بسیار زیاد و بی خوابی نیز بیمار را آزار می داده، تا اینکه در تاریخ ۸۶/۲/۲۶ بعلت بازگشت دردهای کمر، مجدداً به پزشک متخصص مراجعه و MRI و آزمایشات مجدد در تاریخ ۸۶/۲/۲۹ برای وی انجام می گردد. (ضمیمه ۱)

با تشخیص هرنی ظریف دیسک L₄ - L₅، L₂ - L₃ و تنگی کانال، پیشنهاد جراحی و هیدروتراپی مجدد به بیمار داده شده، که بعلت عدم تمایل ایشان به جراحی مجدد، بیمار با مشکلات فوق بسر می برده تا اینکه به توصیه یکی از دوستان در تاریخ ۸۶/۲/۲۶، "فرادرمانی" را شروع می نماید.

بهبودی ابتدا با توانایی یک ساعت نشستن آغاز شده و طبق اظهار ایشان پس از ۳ هفته حضور در کلاسهای "فرادرمانی"، با نشستن ۴ ساعته در کلاسهای مربوطه هیچگونه مشکل درد کمر و ناتوانی در نشستن نداشته و بتدریج با ادامه "فرادرمانی" مشکلات بیمار از جمله درد کمر، ضعف ناشی از کم خونی و بی خوابی کاملاً رفع می شود، ضمن اینکه در این مدت از دارو و هیدروتراپی هم استفاده نکرده است.

MRI دوم، جهت کنترل و رفع ابهام برای پزشک معالج (متخصص جراحی مغز و اعصاب) توصیه و در تاریخ ۸۶/۴/۲۰ انجام می شود که در کمال ناباوری هرنی L₄-L₅ و L₂-L₃ از بین رفته و تنها مختصری برجستگی در مرکز L₂-L₃ مشهود بوده (ضمیمه ۲)، و اصلاح هموگلوبین بیمار در عرض ۱ ماه بدون استفاده دارو از ۹/۷ به ۱۱/۵ و اصلاح الگوی خواب بطور کامل صورت می گیرد. (ضمیمه ۳ قبل از درمان)، (ضمیمه ۲ بعد از درمان)

بحث

در بیمار فوق با سابقه درد در ناحیه کمر (لومبار) و سابقه تغییرات تخریبی مفاصل آن ناحیه وجود دیسکوپاتی و تنگی کانال محرز بوده است. از آنجا که پس از جراحی، بیمار دچار عود علائم گشته و با توجه به سن بیمار و عوارض جراحی در آن ناحیه، می توان گفت "فرادرمانی" با توجه به ساده و بدون عارضه و سریع الاثر بودن برای این بیمار بهترین انتخاب بوده است.

نتیجه گیری

همان طور که قبلاً در بررسی بیماران مبتلا به دیسکوپاتی و رادیکولوپاتی ذکر کردیم، دیسکوپاتی در کلیه مقاطع ستون مهره ها بخصوص در سنین بالا، ثانویه به تغییرات تخریبی مفاصل درمانی قطعی بجز جراحی و سرکوب علائم و نشانه ها توسط دارو نداشته، و پس از جراحی نیز امکان عود علائم بالینی در درصد بالایی از بیماران مشاهده شده است. از آنجا که "فرادرمانی" بطور فراگیر و موثر قادر به تسکین درد در درجه اول و ترمیم ضایعاتی از این قبیل در درجه دوم بوده و روشی کاملاً مطمئن برای فرادرمانگیر می باشد لذا بیانگر این مطلب است که این رشته نوپا در طب مکمل، حتی در بیماریهای مزمن اثر درمانی داشته و می تواند جایگزین روشهای جراحی باشد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملا رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود راضی بوده و زمان زیادی را صرف آشنایی سایر بیماران با این روش می نماید.

مستندات

آزمایشات و گزارش اسکن های بیمار در دفتر مجله موجود می باشد.

فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

منابع

۱- محمدعلی طاهری ، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۶

۲- جراحی شوارتز، انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶

(بخش تصویر برداری پزشکی)	
نام و نام خانوادگی	سن: ۴۸ سال شناسه: ۷۷۰۲/۲۷-۴۸۴۷۷
شماره:	تاریخ: ۸۷/۰۲/۲۹
نوع ام. ار. ای:	SPINE LUMBOSACRAL
پزشک اطاق همکار کرامتی سرکارخانم	
LUMBAR MRI with T1 and T2 pulse sequences and different directions:	
دکتراسیون دیسک L4-L5 و تغییرات بعد از عمل در سطح L5 و L4 نمایان است. حرفی تقریبی دیسک L4-L5 و L2-L3 و تنگی کانال در شترت کمری دیده میگرد. لذا بررسیهای تکمیلی نظیر تکرار MRI با کنتراست تزریقی توصیه میشود. فناهیخ شکایر درون ساه نکال مشاهده نهد. بعضی دیستال کورد، کونوس مدولاریس و شیلوم ترمینال و ریشه های عصبی هکل و سیکتال نرمال دارنند. سیکتال مغز استخوانهای مشاهده هده طبیعی است. عارضه پاتولوژیک در نسج نرم نیارورتورال دیده نمی هرد. S/۰	

تاریخ: ۱۳۸۷/۰۴/۰۳

سن: ۴۸

بیمار:

۸۶۰۴۰۲۰۰۰۷

Dear Dr.

"1.5 TESLA MRI, 8 CHANNEL COIL"

STUDY OF LUMBAR SPINE +/- GD
"SUPER CONDUCTIVE MRI"

Technique: Sagittal, Axial, T1 and T2 images are obtained

Clinic : Old laminectomy

There is normal shape and signal of dural sac and lumbar alignment.

No canal stenosis is seen.

Study is negative for extended neoplastic masses.

No conus lesion is seen and there is no cord tethering.

V - bodies are normal.

✓ L2 - L3 is protruded centrally and mild.

No scar is enhanced. /a15

Sincerely yours,

ضمیمه ۲

HAEMATOLOGY

Patient ID: CI 1304

Date 86/05/01 P.N : 296

Whole Blood data:

WBC	7.3	THSD/CU MM	
RBC	4.25	MILL/CU MM	
HGB	9.7↓	GRAMS/dl	
HCT	32.0↓	%	
MCV	75.4	FEMTOLITERS	
MCH	22.9	PICO GRAMS/cell	
MCHC	30.3	GRAMS/dl	
PLT	324.	THSD/CU MM	

NORMAL VALUES		
WBC	4.0 - 11.0	
RBC	M 4.5 - 6.3	F 4.2 - 5.4
HGB	M 14 - 18	F 12 - 16
HCT	M 39 - 52	F 36 - 46
MCV	83 - 97	
MCH	26 - 32	
MCHC	32 - 36	
PLT	140 - 400	

WBC DIFFERENTIAL

Band	
Neut	66
Lymph	27
Mono	6
Eos	1
Baso	
Meta	
Myelo	
Pre-M :	
Elasto	
Immature	

RBC MORPH

S	
Polychrom	✓
Hypochrom	✓
Poikilo	✓
Target	
Sphero	
Aniso	✓
Micro	
Macro	
Sickle cells	
Baso stip	
Schistocyte	
Cabot ring	
Ovalocyte	
Elliptocyte	
Tear drop	
Howell - jolly	
Acanthocyte	
Giant - PLT	

ESR _{th}	20	/mm	2h.	/mm
Bleeding time (Duke meth.)				
Clotting time				

Signature: ضمیمه ۳

CHECKED

Abnor. Lymph	
Atyp. Lymph	
Smudge-Cells	
Hyperseg. Neut	
Toxic Gran	
N.R.B.C./100W.B.C	
Corrected W.B.C	

Retic %

Total Et

ضمیمه ۳

سوسین ویژه نامه تخصصی فرارمانی

Patient ID: CM 4776
 Date 86/07/09 P.N : 245

Whole Blood data:

WBC	6.7
RBC	4.40
HGB	11.5
HCT	35.0
MCV	79.6
MCH	26.1
MCHC	32.8
PLT	306.

16

۴ ضمیمه

TOTAL	DIFFERENTIAL MORPHOLOGY	S	M	L
62	Polymorph			
34	Basophil			
4	Neutro			
	Lympho			
	Platelet			
	Target			
	Spleen			
	Atyp			
	Micro			
	Macro			
	White cells			
	Red cells			
	Submicro			
	Micro			
	Macro			
	Ellipsoid			
	Star shape			
	Irregular			
	Acantocyte			
	Quant. PLT			
	Total Eos.			

۲

ضمیمه ۴



مبتلا به آریتمی قلبی (Tachyarrhythmia)

با فرادرمانی

تاکی آریتمی ها

تاکی آریتمی ها بطور تیپیک به مجموعه های پیش رس منفرد (دپلاریزاسیون) و یا تاکیکاردی های مداوم و غیر مداوم منشأ گرفته از کانونهای میوکاردی یا مدارهای بازچرخش اشاره دارند. تعریف استاندارد تاکیکاردی ریتمی است که باعث ایجاد ضربان بطنی با سرعت بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه شود. چنین تعریفی محدودیتهایی دارد زیرا ممکن است سرعت دهلیز بالای ۱۰۰ ضربان در دقیقه باشد ولی در عین حال به نسبت شرایط، سرعت ضربان بطنی کند باشد. در تاکی آریتمی های بسیار سریع ممکن است اختلال همودینامیک روی دهد و به دلیل افت برون ده قلبی علائمی نظیر سرگیجه یا سنکوپ رخ دهند. همچنین گاهی بدنبال افزایش قابل ملاحظه فشار پر شدن قلب، تنگی نفس ایجاد می شود. گهگاه هم احساسی شبیه علائم ایسکمی میوکارد در قفسه سینه احساس می شود. معمولاً شدت علائم بر حسب تعداد ضربان، به شرایط زمینه ای قلبی وابسته اند. در صورت کاهش پذیرش دیاستولیک به دنبال هیپرتروفی یا انسداد دریچه ای ممکن است حتی در بیماران دارای عملکرد طبیعی بطن چپ نیز علائم شدیدی ایجاد شوند. کلاپس همودینامیک به دنبال فیبریلاسیون بطنی (VF) می تواند به مرگ ناگهانی قلبی (SCD) منجر شود، که همچنان از علل اصلی مرگ و میر جمعیت بزرگسال است. بنابراین پیشگیری و درمان مناسب تاکی آریتمی بسیار با اهمیت است. در بیمارانی که با علائم غیر مرگبار مانند تپش قلب یا سرگیجه مراجعه کرده اند، برای تشخیص تاکی آریتمی لازم است در الکتروکاردیوگرام (ECG)، وجود آریتمی در زمان بروز مجدد علائم ثبت شود.

درمان تاکیکاردی سینوسی

برای بیماران علامت دار، اقداماتی همچون مصرف زیادتر آب نمک در کنار تجویز بتابلاکرها با حداکثر دوز تحمل شده در دوزهای منقسم، معمولاً علائم را به حداقل می رسانند. برای بیماران شدیداً علامت داری که قادر به تحمل بتابلاکرها نیستند یا به آنها جواب نمی دهند، ممکن است سوزاندن با کاتر در جهت تعدیل گره سینوسی موثر باشد. پس از این اقدام میزان عود بالاست و اغلب بعد از انجام آن، گذاشتن ضربان ساز دهلیزی لازم می شود، از این رو خط دوم درمان محسوب می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۶۵ ساله، متأهل، دارای ۲ فرزند، تحصیلات لیسانس، ساکن تهران. بیمار ناراحتی قلبی خود را از اردیبهشت سال ۱۳۸۴ ذکر می کند، طبق اظهار ایشان، بیمار احساس ناراحتی تنفسی، سنگینی جلوی قلب و کل قفسه صدری همراه حس نامنطمی در ضربان قلب می کرده است. همزمان با احساس عدم رسیدن خون و اکسیژن به مغز دچار سرگیجه می شده است. در چشم ها احساس تاری و عدم بینایی موقتی را داشته سردرد، تهوع و رنگ پریدگی را مطرح نمی کند. بیمار با نشستن احساس بهتری داشته که این حمله کمتر از یک دقیقه طول کشیده و بهبودی پیدا می کرده است. در مراجعه به کلینک با توجه به حمله مشابه قلبی در اسفند ۸۴ نوار EKG از بیمار گرفته شده که به پیوست

موجود است، بیمار در اورژانس بستری و پس از نیم ساعت بدون درمان خاصی با تشخیص Dysrhythmia مرخص شده. در تاریخ ۱۳۸۵/۷/۲۵ به متخصص قلب مراجعه و مجدداً EKG و E.T.T انجام و با همان تشخیص و با داروی Propranolol هر ۱۲ ساعت، مرخص شده و برای بررسی بیشتر توصیه آنژیوگرافی نموده اند که به دلیل ریسک بالای این روش، نامبرده امتناع نموده و در مرکز پرتو برای بیمار تالیوم اسکن انجام گردیده است. (ضمیمه ۱)

مشکلات بیمار بصورت حملات مکرر ادامه داشته تا اینکه طبق توصیه یکی از دوستان در آبان سال ۱۳۸۵ با کلاس "فرادرمانی" آشنا شده و در جلسه اول با انجام فرادرمانی ابتدا دچار تشدید علائم (افزایش آریتمی و تنگی نفس) گردیده ولی در ادامه در جلسه چهارم (پس از یک ماه) بگفته خود بیمار احساس باز شدن قلب و عدم سنگینی قفسه سینه و بهبودی وضع تنفسی داشته که از آن تاریخ تا کنون هیچ مشکلی در زمینه های قبلی که ذکر شد ندارد و فرادرمانی را بطور مستمر انجام می دهد. آخرین نوار EKG در تاریخ ۱۳۸۵/۹/۴ برای بیمار انجام شده که نرمال بوده و نتایج SPECT جهت بررسی اختلال خونرسانی و عملکرد دیواره قلبی انجام گردیده که کاملاً نرمال گزارش شده است. (ضمیمه ۲)

بیمار در سابقه خانوادگی مشکل قلب و عروق را در مادر خود ذکر می کند (برادیکاردی شدید که تا قبل از فوت در سن ۶۹ سالگی از pacemaker استفاده می کرده است). بیمار سابقه جراحی کیست تخمدان و کلیه و سیستکتومی را در سال ۱۳۸۴، و همچنین مشکلات دیگر از قبیل: اضطراب، دلشوره، افسردگی و بی خوابی نیز داشته، که هم اکنون و در پی انجام فرادرمانی هیچکدام از این مشکلات را ندارد.

بحث

بررسی بیمار فوق با توجه به سابقه خانوادگی بسیار مهم بوده و از آنجا که می دانیم درمان تاقیکاروی سینوسی در نهایت به مصرف بتابلاکرو در صورت عدم جواب دهی به گذاشتن pace maker منجر می شود که همگی اینها پر هزینه و دارای عارضه می باشد و در این بیمار بعلت مشکلات و بیماریهای همراه که شامل اضطراب و افسردگی و جراحیهای متعدد قبلی است، امکان انجام جراحی مقدر نبوده، لذا "فرادرمانی" با توجه به ساده بودن درمان مناسب برای بیمار انتخابی مناسب بوده است

نتیجه گیری

تا کنون هیچ روش درمانی نتوانسته ظرف چنین مدت کوتاهی و بدون استفاده از دارو یا اقدام تهاجمی دیگر، انسداد عروق کرونر را رفع نماید. لیکن این روش (فرادرمانی) بدون هزینه و عارضه که قابل انجام در همه سنین و کلیه شرایط طبی است. این گزارش تأییدی بر گسترده بودن طیف بیماری های قابل درمان با "فرادرمانی" می باشد.

رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود بسیار راضی بوده و بهبودی سریع خود را مدیون روش فرادرمانی می داند.

مستندات

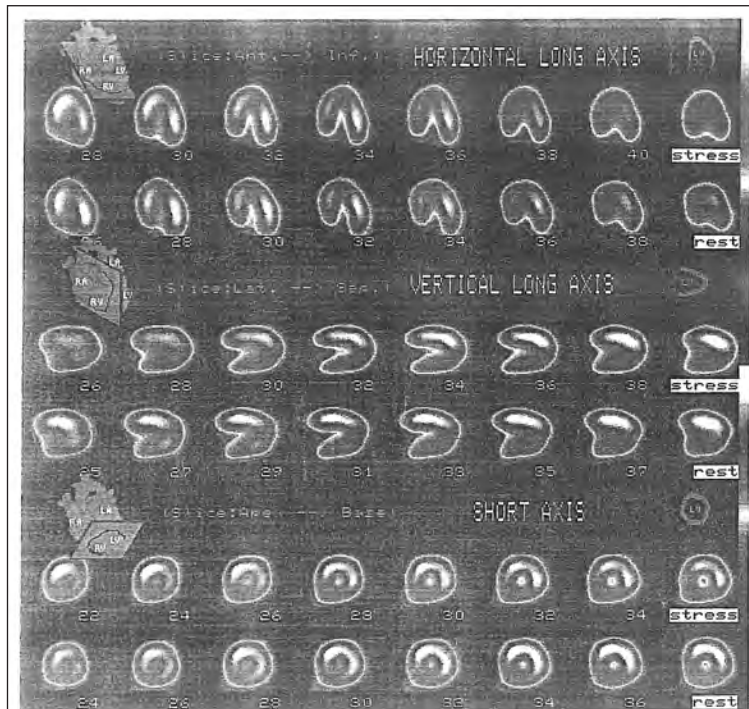
گزارش و اصل آزمایشات و سایر مدارک پزشکی بیمار در دفتر مجله موجود است.

فرادرمانگران

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

منابع

- ۱- محمدعلی طاهری، انسان از منظری دیگر، نشر بیژن ۱۳۸۸
- ۲- اصول طب داخلی هاریسون، دکتر منوچهر قارونی، نشر ارجمند ۱۳۸۸



Name (Last, First): Age/Sex : 61/F
 Radiopharmaceutical: Tc99m-MIBI Dosage [MBq] : 740
 Technologist : Date : 23.10.2006
 Study : ETT S. 1 ضمیمه : (85.08.01)
 Comment :

ضمیمه ۱

مرکز پزشکی تخصصی
Nuclear Medicine Center
 (Nuclear Cardiology Studies)

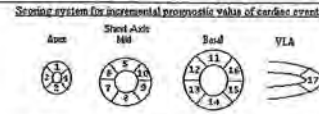
Myocardial Perfusion & Function Study (Gated SPECT)

Name: Ms. Age/Sex: 61 / F Date: 30.07.65
 Ref. Phys: Dr. Recp. No: 193-63-06 (2006/10/22)

Brief History: DOE.

Procedure: A tracer dose of 740 MBq of Tc99m-MIBI was injected I.V. at >100% of PMBR.
 Gated SPECT was performed at rest for functional study.

Interpretation	Perfusion Study				Function Study			
	Grading	Defect Score	Reversibility	Extent	Motion	Thickening		
<input type="checkbox"/> 1: Mild Hypoperfusion <input type="checkbox"/> 2: Moderate + <input type="checkbox"/> 3: Severe + <input type="checkbox"/> 4: Absept Perfusion	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
<input type="checkbox"/> 1: Small <input type="checkbox"/> 2: Medium <input type="checkbox"/> 3: Large <input type="checkbox"/> 4: None								
<input type="checkbox"/> 1: Hypokinesia <input type="checkbox"/> 2: Moderate- <input type="checkbox"/> 3: Dyskinesia <input type="checkbox"/> 4: Severe -								
<input type="checkbox"/> 1: Mild Decr <input type="checkbox"/> 2: Moderate- <input type="checkbox"/> 3: Severe -								
Segments								
Anteroseptal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferoseptal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anterolateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferolateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anterobasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferobasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Impression: Myocardial perfusion and function gated SPECT study is negative for appreciable perfusion abnormality.
 Function study shows good systolic thickening and wall motion, calculated resting global LVEF= 60%.

ضمیمه ۲

ضمیمه ۲

سوسین ویرنه نامه تخصصی فرارمانی

گزارش یک مورد بهبود

آسم مزمن (chronic asthma)

با فرادرمانی

آسم

مشخصه سندرم آسم انسداد بسیار متغیر مجاری هوایی است که بصورت خود به خود و یا با درمان برطرف می‌گردد. نوع خاصی از التهاب که در مجاری هوایی بیماران مبتلا به آسم وجود دارد باعث حساسیت بیشتر آنها از افراد سالم نسبت به طیف وسیعی از مواد محرک می‌شود که نتیجه آن تنگی شدید و کاهش قطر مجاری هوایی و علائمی نظیر خس خس سینه و تنگی نفس است. تنگی مجاری هوایی معمولاً برگشت پذیر است، اما برخی بیماران مبتلا به آسم مزمن مقداری از این انسداد برگشت ناپذیر است. افزایش شیوع آسم در سرتاسر دنیا، فشار سنگینی که این بیماری بر بیمار تحمیل می‌کند و هزینه‌های بالای مراقبت بهداشتی آن باعث شده تحقیقات زیادی در مورد مکانیسم و درمان این بیماری صورت گیرد.

آسم می‌تواند در هر سنی تظاهر یابد اما اوج تظاهر این بیماری، ۳ سالگی است. در دوران کودکی شیوع آسم در پسران ۲ برابر دختران است، اما در دوران بزرگ سالی شیوع آسم در هر دو جنس یکسان است.

تظاهرات بالینی و تشخیص

علائم مشخصه آسم عبارتند از خس خس سینه، تنگی نفس و سرفه که هم به صورت خود بخود و هم با درمان برطرف می‌شوند. این علائم ممکن است در طی شب بدتر شوند و بیماران معمولاً در ساعات اولیه صبح از خواب بیدار می‌شوند. بیماران ممکن است از اشکال در پر کردن ریه‌های خود از هوا شکایت داشته باشند در برخی از بیماران موکوس افزایش یافته و خلط چسبناکی ایجاد می‌شود که دفع آن مشکل است. تهویه افزایش یافته و بیمار از عضلات تنفس فرعی خود برای تهویه استفاده می‌کند. ممکن است علائم پیش در آمد قبل از شروع حمله آسم وجود داشته باشند از جمله خارش زیر چانه، احساس ناراحتی بین دو کتف، یا احساس ترس غیرقابل توجیه.

تست‌های عملکرد ریه

اسپیرومتری ساده، محدودیت مجاری هوایی را با نشان دادن کاهش FEV₁، نسبت FEV₁/FVC و PEF تأیید میکند. برگشت پذیری انسداد مجاری هوایی را می‌توان با مشاهده افزایش کمتر از ۱۲ درصد یا ۲۰۰ میلی لیتر در EFV₁، ۱۵ دقیقه پس از استنشاق آگونیست کوتاه اثر β_2 یا در برخی از بیماران به دنبال مصرف گلوکوکورتیکوئیدهای خوراکی (۳۰-۴۰ mg پردنیزون یا پردنیزولون در روز) به مدت ۲ تا ۴ هفته نشان داد.

درمان آسم

داروهای اصلی آسم را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: گشادکننده‌های برونش که عمدتاً از طریق شل کردن عضلات صاف مجاری هوایی باعث برطرف شدن سریع علائم بیمار می‌شوند و داروهای کنترل کننده که التهاب زمینه‌ای مجاری هوایی بیمار را مهار می‌کنند از جمله کورتیکو استروئیدهای استنشاقی.

درمان‌های جایگزین

درمان‌های غیردارویی شامل: هیپنوتیزم، طب سوزنی، کایروپراکتیک، کنترل تنفس، یوگا و غدد درمانی ممکن است مورد پسند برخی بیماران باشند. اما کارایی این روشها در هیچ مطالعه‌ای مشاهده نشده است و بنابراین توصیه نمیشوند. البته این روشها اثرات تخریبی نداشته و میتوان مادامی که از روشهای دارویی استفاده میشود، از آنها استفاده کرد.

معرفی بیمار

بیمار دختر بچه ۱۰ ساله، محصل، ساکن تهران، Case شناخته شده آسم از چهار سال پیش. بیمار از پنج ماهگی مکرراً دچار سرماخوردگی شده، با سرفه های زیاد و شدید که تحت درمان دارویی با کوآموکسی کلاو قرار گرفته است. تا ۶ سالگی این حملات شبه آسم بصورت خفیف بوده تا این که از نه سالگی علائم بیماری تشدید یافته، بصورت سرفه های شدید و مزمن، همراه خلط و تنگی نفس در مراجعات پزشکی تنها با درمان آنتی بیوتیکی کوآموکسی کلاو و اسپری سالبوتامول، مرخص شده است. مشکلات و علائم مشخص آسم در بیمار بصورت عودکننده ادامه داشته تا تاریخ ۸۷/۱/۲۹ بعلت تشدید علائم به بیمارستان مراجعه و تحت درمان دارویی با تشخیص آسم قرار گرفته است. در معاینه پوست خشک، PND منفی، سمع ریه مختصری ویزینگ و معاینه شکم نرمال بوده، وزن بیمار ۲۷ کیلوگرم و با اسپری Flixotide و Salbutamol مرخص گردیده است. (ضمیمه ۱)

بیمار از ابتدای سال ۱۳۸۷ فرادرمانی را توسط مادرش شروع کرده (روزی ۲-۳ بار) که از ابتدا بتدریج علائمش دچار تغییر شده است. مراجعه بعدی بیمار در تاریخ ۸۷/۶/۲۸ به همان بیمارستان بوده که در بررسی بیمار متوجه شدند که طی سه ماه قبل سرماخوردگی جدی نداشته، سرفه بیمار بسیار کمتر شده، خلط نداشته و داروها را قطع کرده، تنها گهگاه تنگی نفس داشته که شدتش بسیار کمتر و احتمالاً سایکولوژیک بوده، وزن بیمار افزایش یافته، گرفتگی صدا که بعنوان عارضه اسپری ایجاد شده، برای بیمار پیک فلومتر و اسپری Flixotide تجویز شده است. (ضمیمه ۲)

در مراجعه بعدی در تاریخ ۸۷/۹/۷ با توجه به شروع فصل پائیز و تشدید معمول علائم بیمار، تنها ۳ نوبت سرما خورده که بسیار ملایم تر بوده، سرفه اندکی داشته ولی مدتهاست که شبها حملات سرفه ندارد، تنگی نفس نداشته، دارو مصرف نمی کند و از پیک فلومتر استفاده نکرده، در معاینه PND نداشته، سمع ریه و قلب نرمال، وزن بیمار به ۳۲ کیلوگرم رسیده، حال عمومی بیمار بسیار بهتر شده و از آسم با تنگی نفس خبری نمی باشد. در زمان سرماخوردگی درمان آنتی بیوتیکی و در صورت لزوم استفاده از اسپری Flixotide، شبها تجویز شده است. (ضمیمه ۳)

آخرین مراجعه بیمار در تاریخ ۸۷/۱۰/۷ بوده که تمام تستها نرمال، از جمله تست آلرژی که در نهایت تعجب نرمال بوده، بدون مصرف دارو که پزشک بیمار گزارش جدید را بعلت عجیب بودن وضعیت بیمار کامل نکرده است.

بحث

اگرچه آسم اکثر بیماران را می توان به آسانی با تجویز داروهای مناسب کنترل نمود اما کنترل کامل آسم در تعداد زیادی از بیماران، علیرغم تجویز حداکثر داروهای استنشاقی، مشکل است و برخی نیاز به درمان نگهدارنده با کورتیکواستروئیدها دارند و با توجه به امکان مقاومت دارویی و عدم استفاده مرتب دارو بخصوص در بچه ها و عوارض جانبی بسیار زیاد این داروها از قبیل تپش قلب، گرفتگی صدا، اختلال رشد در کودکان یا پوکی استخوان در بزرگسالی، می توان علت انتخاب « فرادرمانی » را در والدین این بیمار یافت.

بیمار پس از ۶ ماه از شروع « فرادرمانی » و استفاده روزانه از آن بطور کامل از حملات آسم، تنگی نفس و سرفه های

درمانگاه Clinic		پزشک Physician				
تاریخ Date	حرارت T.	نبض P.	تنفس R.	فشار خون B.P.	وزن Wt.	قد Ht.

CC: سردرد، استفراغ، اسهال
 P: از سه ماهگی تا کنون سردرد داشته که هر دو هفته یکبار
 از زمان تولد تا کنون استفراغ و اسهال داشته
 در دو روز قطع کرده، سردرد با نوبت نیز تکرار
 و تبش نیز مشاهده شده که ممکن است سینه‌پلوی باشد
 بهر حال است. درمان در گذشته

$WBL = 6200$
 $Hb = 13.9$
 $MCV = 80$
 $PI = 220000$
 $P = 37.7\%$
 $L = 52$
 $EO = 49\%$
 $ASO = 118\%$
 $T9E = 1$
 $9T76 = 624$
 $59A = 101$
 $79M = 110$

تب، فلوریدی
 Plus
 Elixivone

ضمیمه ۲

O.P.D. Form فرم درمانگاهی

درمانگاه Clinic		پزشک Physician				
تاریخ Date	حرارت T.	نبض P.	تنفس R.	فشار خون B.P.	وزن Wt.	قد Ht.

CC: سردرد، استفراغ، اسهال
 از سه ماهگی تا کنون سردرد داشته که هر دو هفته یکبار
 و تبش نیز مشاهده شده که ممکن است سینه‌پلوی باشد
 بهر حال است. درمان در گذشته

سردرد، استفراغ، اسهال
 High Plus
 spray elivone
 2 puff 2 puff
 2 puff 2 puff
 Tab cefixim
 cap Azitronc
 2 puff 2 puff

ضمیمه ۳

O.P.D. Form فرم درمانگاهی

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

بیمار خانم: سن: ۹ ساله
 تاریخ: ۱۳۸۷/۰۶/۲۰
 کد: H-5273
 پزشک: *[Handwritten Signature]*

Hematology Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
<u>Complete Blood Count</u>			
W.B.C.....	6200	/Cumm	4500 - 11000
R.B.C.....	H 5.30	Mil/Cumm	4 - 5.2
Hemoglobin.	H 13.9	gr/dl	11.5 - 13.5
Hematocrit.	42.5	%	35 - 45
M.C.V.....	80.3	fL	77 - 95
M.C.H.....	26.2	pg	25 - 34
M.C.H.C....	32.6	g/dl	31 - 37
Plateletes	229000	Cu/mm	150000 - 450000
MPV	8.4	fL	7.4-10.4
R.D.W	13.0	%	up to 13.5 %
<u>Differential</u>			
			POLY... 37.9 %
			LYMPH. 52.0 %
			MONO.. 7.4 %
			EOS... 1.9 %
			BASO.. 0.8 %
			TOTAL. 100

Comments : * CBC & diff. done by Laser Scattering method . See the attachment please.
 Rare lymphocytes variant form were seen.

Checked by : 534

HOSPITAL LABORATORY

آزمایشگاه بیمارستان

بیمار خانم: سن: ۹ ساله
 تاریخ: ۱۳۸۷/۰۶/۲۰
 کد: H-5273
 پزشک: *[Handwritten Signature]*

Immunology Dpt.

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE
IgE(Elisa).....	1.0	IU/ml	New born <11 Upto 3 months <25 3 to 12 months <37 1 to 5 years <135 5 to 10 years <144 Adult <188
Serum IgG.....	✓ L 624	mg/dl	727 - 1650
Serum IgA.....	101	mg/dl	43 - 508
Serum IgM.....	110	mg/dl	41 - 348

Checked by : 652

✓ : Test is checked

Lab Director :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
 مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی کودکان

درمانگاه Clinic		پزشک Physician				
تاریخ Date	حرارت T.	نبض P.	تنفس R.	فشار خون B.P.	وزن Wt.	قد Ht.
					۳۲	

[Handwritten Signature]

در ضمن نتایج حاصل از بررسی «گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی» بر روی برخی دیگر از بیماران که به دلیل ناکامل یا قدیمی بودن مدارک پزشکی و آزمایشات انجام شده، قابل ارائه به صورت مقاله نبوده به طور خلاصه در جدول زیر آورده شده است:

"Case Report Result Table"

کد	نام و نام خانوادگی	نوع بیماری	نتایج فرا درمانی
A6		ارتیمی قلب، لوکویمی اتوایمیون، سردردهای مزمن عصبی، کمر درد و نوده مهره‌های کمری، کبد چرب	بهبود بالینی و آزمایشگاهی کامل کاردیومیوپاتی و آریتمی قلبی و نوتروپنی، بهبود بالینی کامل کمردرد و پادرد اختلال دفع ادرار و محدودیت حرکت و خارش کف دست و سردرد مزمن عصبی و افسردگی
A11		لوپوس آریتمائوز سیستمیک (SLE) - کاهش شنوایی بعنوان عوارض دارویی	بهبود کامل بالینی و آزمایشگاهی لوپوس آریتمائوز سیستمیک و عارضه دارویی و کاهش شنوایی، برطرف شدن استرس و اضطراب و طیش قلب و اصلاح الگوی خواب
A12		ناراحتی قلبی، هیپوتیروئیدی	بهبود بالینی و آزمایشگاهی کامل گرفتگی عروق قلب بهبود نسبی اضطراب و افسردگی
A13		- اسکلرودرمی و میوزیت همراه با پولموتور هیپرتنشن - هیپوتیروئیدی - گم خونی - تنگی نفس و ناراحتی قلبی و ریوی	بهبود بالینی چشمگیر بیماری بافت همبند مختلط (M.C.T.D.) بهبودی آزمایشگاهی و بالینی کامل ناراحتی قلبی (I.H.D.) و ناراحتی ریوی و تنگی نفس بهبودی بالینی کامل افسردگی
A14		اوتیسم همراه با عفونت ادراری و ریفلاکس کلبوی	بهبودی کامل بالینی و آزمایشگاهی عفونت ادراری و ریفلاکس کلبوی بهبودی بالینی نسبی روابط اجتماعی و توجه و الگوی خواب و آرامش
A15		- نخمدان پلی کیستیک P.C.O.D و ۲ میوم ساب سروز، آلرژی پوستی و کبیر	بهبود کامل بالینی و آزمایشگاهی تخمدان پلی کیستیک بیگیری وضعیت میوم و آلرژی پوستی (کبیر)
A16		ناراحتی قلبی (MPV, MILD AI) پرولاپس دریچه میترال و نارسایی خفیف آنورت اضطراب عقونی و افسردگی، فشارخون	بهبودی کامل بالینی و آزمایشگاهی نارسایی خفیف آنورت و پرولاپس دریچه میترال، بهبودی کامل بالینی فشارخون بهبودی بالینی الگوی خواب افسردگی و اضطراب
A17		عیب انکساری چشم (نزدیک بینی و دوربینی)، ناراحتی ریوی (آسم)، ناراحتی قلبی و همیپرتانسیون (HTN)	بهبودی نسبی بالینی و آزمایشگاهی عیب انکساری و فشارخون بهبودی نسبی بالینی اختلالات عصبی بیمار و بهبودی بالینی تنگی نفس (آسم)
A18		کولیت اِلسرو آنمی	بهبود بالینی نسبی ۷۰٪ کولیتاوسرو و گم خونی و اضطراب و دلشوره و تصحیح کامل الگوی خواب
A19		M.S (مولتیپل اسکلروز)	بهبودی نسبی بالینی و آزمایشگاهی M.S بهبودی چشم گیر بالینی عصبانیت و نا آرامی و الگوی خواب کاهش مصرف سیگار به ۱-۲ عدد در هفته و قطع مصرف الکل

Conclusion: In this case her problems changed during 6 months remarkably with “fardarmani”. That shows “fardarmani” is the effective way to treated without any side effect like medical therapy

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008.

- Reduction of coronary heart disease with arrhythmia in 65 years-old woman using “faradarmani”. a case report.

Introduction: Tachyarrhythmias typically refer to isolated premature complexes or to non sustained and sustained forms of tachycardia originating from myocardial foci or reentrant circuits. In patients who present with none life threatening symptoms, such as palpitations or dizziness, (ECG) confirmation of an arrhythmia with the development of recurrent symptoms is essential.

Case report: This case a 65 years-old woman who had palpitation chest discomfort and cardiac problems, that some medical work up revealed cardiac arrhythmia. Patient had not any improvement with medical therapy. When symptoms was development, she gradually underwent “Faradarmani”. After 4 session, patient gradually become sign & symptom free. And there was no evidence of any thing in “Spect” about cardiac function & blood circulation.

Conclusion: Cardiac arrhythmia with myocardial foci needs to be treated with medication. This case shows that “Faradarmani” is the short and effective way to treat patient without any side effect.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008.

- Recovery of chronic asthma in 10 years-old boy using “Faradarmani”. a case report.

Introduction: Asthma is a syndrome characterized by air flow obstruction that varies markedly, both spontaneously and with treatment. Most patient with asthma in affluent countries are atopic, with allergic sensitization to the house dust, mit and other environmental allergens. The treatment of these patients are now managed by bronchodilators, and inhaled corticosteroids.

Case report: Our patient is a 10 years old girl who was a known case of asthma from 4 years ago. She had allergic sensitization to environmental allergens. During this years she had medical treatment to decrease symptoms with recurrent of problems. At this time her parents tried “fardarmani” for her. After 2 weeks her symptoms was decreased & she was sign & symptoms free after 1 month. Patient hadn’t any allergic reaction for 1.5 years, till now.

Conclusion: this is the first reported case which, sign & symptoms dissolved without any conventional therapy. Only with “faradarmani”

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008.

out any side effect only by “Faradarmani” as soon as possible.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008 .

- Recovery of lumbar spine stenosis ,with pain in 50 years-old woman using “faradarmani”. a case report.

Introduction: Lumbar spine stenosis describes a narrowed lumbar spinal canal.

Neurogenic claudication is the usual symptoms, consisting of back and buttock or leg pain induced by walking or standing and relieved by sitting. Symptoms in the legs are usually bilateral. Spinal cord stenosis can be acquired, congenital or due to a combination of these factors. This problem can be visualized by x-ray, CT, or MRI. Surgery in long term relief of leg and back pain in 80% of these patients.

Case report: Our patient was 50 years-old woman who was suffering from radicular lumbar pain, that referred to the leg, for 15 years, 10 years later pain was increased actually neurologic examination and MRI revealed lumbar spine stenosis in L3-L4. Surgery was done for her but patient had acute low back pain, limit motion, and didn’t response to any medication. After second MRI ,neurologist recommended surgery again. She refused surgical treatment and decided to undergo “Fardarmani”. After 2 months there was no evidence of any symptoms such as pain, or limit motion.

Conclusion: In lumbar radiculopathy, pain relief in 80% of patient with surgery. This is the first case in which radiculopathy and her symptoms were recovered by “Faradarmani” without any medical or surgical therapy. “Faradarmani” is wide spread therapy without any limitation or side effect.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008 .

- Reduction of low back pain in 58 year-old woman with “faradarmani”.a case report

Introduction: Local pain is caused by stretching of pain-sensitive structures that compress or irritate sensory nerve endings. Pain of spine origin may be located in the back or referred to the buttocks or legs.

Disease affecting the upper lumbar spine tend to refer pain to the lumbar region, groin, or anterior thighs diseases affecting the lower lumbar spine tend to produce pain referred to the buttocks, posterior thighs, or rarely the calves or feet. Radicular pain is typically sharp and radiates from the lumbar spine to the leg within the territory of a nerve root.

Case report: This case a 58 years old woman who had low back pain, due to osteoporosis, and pain referred to the buttocks and posterior right thighs and feet, About 5 years ago. She underwent some medical treatment to relief pain, without any response. She gradually underwent “Faradarmani”. After 3 weeks sign and symptoms was decreased and after 3 months patient become symptoms free. In second bone densitometry, there was no evidence of osteoporosis.

- Dissolution of congenital urethrocele with stone in 27 years-old woman treated with “faradarmani” a case report

Introduction: Kidney stones are one of the most common urological problems. A stone can transverse without symptoms, but passage usually produces pain and bleeding. Pain begins gradually, usually in the flanks, but increased over the next 20-60 min to be come so severe that narcotic drugs may be needed. Ureteral stones <0.5 cm in diameter will pass spontaneously. Urethrocele is a congenital problems in uretero pelvic junction, and is a common cause of obstruction to urine flow. And narrowing of uretero pelvic junction. If severe can lead to recurrent urinary infections and renal stone.

Case report : Our patient is a 27 years old woman was the known case of the urethrocele & stone from 18 months ago. Patient underwent medical therapy (antibiotics+NSAID) for few months. without any remarkable answers, then patient tried “faradarmani” and after 10 days, then gradually become sign and symptom free and in CT scan urethrocele was disappeared without any medical therapy.

Conclusion: In this case the only method after several medical treatments is surgery, and this report shows that “faradarmani” dissolved congenital problems such as urethrocele without any limitation.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008.

- Recovery of gallstone in 37 years-old woman using “faradarmani”. a case report .

Introduction: Gallstones can occur anywhere within the biliary tree, including the gallbladder and the common bile duct. Obstruction of the common bile duct is choledocholithiasis; Obstruction of the biliary tree can cause jaundice; obstruction of the outlet of the pancreatic exocrine system can cause pancreatitis. Cholelithiasis is the presence of stones in the gallbladder or bile ducts: chole- means “bile”, lithia means “stone”, and -sis means “process”. Cholecystectomy (gallbladder removal) has a 99% chance of eliminating the recurrence of cholelithiasis. Only symptomatic patients must be indicated to surgery. The lack of a gall bladder does not seem to have any negative consequences in many people. However, there is a significant proportion of the population between 5-40% who develop a condition called postcholecystectomy syndrome which may cause gastrointestinal distress and persistent pain in the upper right abdomen. In addition, as many as 20% of patients develop chronic diarrhea.

Case report: Our patient is 37 years-old woman who had GI problems in the first attack, 1-year ago she did some medical work up. Abdominal sonography, which revealed gallstone, and abnormal hepatic, enzyme. Endocrinologist recommended cholecystectomy. At this time patient tried “Faradarmani” for about few days. For patient recommended sonography before surgery. There was no evidence of any stone in gallbladder and patient became sign and symptom free.

Conclusion: This is the first reported case in which gall stone completely dissolved with-

- Recovery of recurrent systemic lupus in 39 years-old woman with “faradarmani”. a case report.

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease in which organs and cells undergo damage mediated by tissue-binding auto antibodies and immune complexes. SLE may involve one or several organ systems. Systemic symptoms , particularly fatigue and myalgias, arthralgias pericarditis dermatitis + nephritis and difficulty in memory of the time. Severe systemic illness requiring glucocorticoid therapy can occur with fever, prostration, weight loss, and anemia with or without other organ targeted manifestations.

Case report: Present a 39 years old woman was the known case of the lupus with nephrotic syndrome from 9 years ago.

Then patient underwent chemotherapy (cyclophosphamide) and corticosteroid for 3 years. Patient had flare up of acute sign three times a year, with same treatment. After these, recurrence of arthralgia, nephritis, dermatitis was occurred. Then she decided to underwent “faradarmani” about 2 years ago. In first 3 months arthralgia, weakness and proteinurea was disappeared. Gradually patient become sign & symptoms free, and now patient is completely normal.

Conclusion: This is the first reported case in which auto immune problems that involve several organ systems dissolved without any conventional therapy, only by “faradarmani”. Faradarmani is a wide range therapy without any limitation or side effect.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008 .

- Recovery of the nephritic syndrome in 30 years-old woman with “faradarmani”. a case report.

Introduction: Minimal change disease:

MCD, some times known as nil lesion, causes 70-90% of nephritic syndrome in childhood and 10-15% in adults. MCD presents clinically with the abrupt onset of edema, hypertension, microscopic hematuria, atopy or allergic symptoms, and decreased renal function. Prednisolon is first line therapy, and other immunosuppressive drugs, such as cyclophosphamide are saved for frequent relapsers.

Case report: This patient is a 30 years old woman who suffered from nephritic syndrome (minimal change) from 18 months ago .she had undergone medical therapy (prednisolon 75 mg/day)for 8 months, without any remarkable answer, then patient tried “faradarmani”, and after a few sessions, first symptoms was decreased and then become completely sign & symptom free. All tests were normal without any medical therapy.

Conclusion: In this case the only therapeutic method after several chemical treatments is dialysis, and this report shows that “faradarmani” dissolved anything without any side effect.

Reference: Harrison’s principle of internal medicine 2008.



Faradarmani

M. A. Taheri

Any method of treatment other than the conventional medical process falls under the **Complementary and Alternative Medicine** category. The World Health Organization has classified these into five categories and Faradarmani falls under the fourth category of Mind-Body Intervention and the subcategory of Mental Healing.

Faradarmani is based on the theory of “the Consciousness Bond of the Parts”. According to this theory, every time a link is established between the whole consciousness and the parts, the mental consciousness will automatically self-recover and mental/physical healing will take place. As a qualitative/complementary method of treatment, **Faradarmani** recognizes the essence of man and seeks to improve the condition of the patient without any kind of intervention in the quantitative process of treatment.

منتشر شده از گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

