

# دانش پزشکی

ویژه نامه تخصصی  
فرادرمانی

۲

پاییز ۱۹ - قیمت: ۲۰۰۰ تومان



# فرادرمانی

طب مکمل ایرانی



# بلبل احمد محمد



صاحب امتیاز و مدیرمسئول:

دکتر سید شهاب الدین صدر

گردآوری و تحریر:

دکتر شیلا میرزاده

صفحه آرایی:

علیرضا مالکی

چاپ:

مکت

- ۲ یادداشت / دکتر ویدا پیرزاده
- ۴ مقدمه / استاد محمدعلی طاهری
- ۵ بیماری های اختلال شعوری
- ۱۴ گزارش یک مورد بهبود نئوپلاسم روده کوچک با فرادرمانی
- ۱۸ گزارش بهبود یک مورد بیمار مبتلا به کوله سیستیت مزمن با فرادرمانی
- ۲۴ گزارش بهبود یک مورد لنفوم هوچکین با فرادرمانی
- ۲۹ گزارش بهبود یک مورد رادیکولوپاتی گردنی با فرادرمانی
- ۳۳ گزارش بهبود یک مورد کیست تخمدان با فرادرمانی
- ۳۸ گزارش بهبود یک مورد نازایی بدون توجیه با فرادرمانی
- ۴۲ گزارش بهبود یک مورد نازایی ناشی از نارسایی زودرس تخمدان و بارداری
- ۵۰ گزارش یک مورد بهبود توده متاستاتیک پس از کانسر بیضه
- ۵۹ خلاصه لاتین



به حول و قوه الهی دومین ویژه نامه تخصصی - تحقیقاتی فرادرمانی را به همکاران گرامی تقدیم می‌کنیم و از اینکه «فرادرمانی» به عنوان یک طب مکمل ایرانی توانسته است مبانی علمی و تجربی خود را در جامعه پزشکی ایران، در کنار دیگر دیدگاه‌های فلسفی و عرفانی بنیانگذار محترم فرادرمانی، استاد محمدعلی طاهری به اثبات برساند، خدا را شاکر و سپاس گزاریم.

در طی این دو شماره، گزارش‌های مستندی از بیمارانی که با این روش بهبود یافته‌اند را ارائه کردیم. این درحالی است که این گزارش‌ها، نمونه اندکی از خیل عظیم بیمارانی است که به صورت گمنام از این روش بهره‌جسته و با دستیابی به رحمت واسعه و فیض لایتنهی حضرت احدیت جل و علی سر برآستان آن حکیم و شافی واقعی و اصلی سائیده و بر کلام وحی که می‌فرماید «و اذا مرضت فهو یشفین»، ایمان قلبی خود را به زبان جاری ساخته و حس حضور در پیشگاه آن ذات اقدس را درک کرده‌اند.

امید است ان شاءالله، دیگر گزارش‌ها و نمونه‌های تحقیقاتی انجام شده را در آینده تقدیم نماییم. با وجود اینکه در ابتدای امر برای هر بیمار دو جنبه اساسی و دو اقدام اولیه، یعنی «تسلیم شدن» در برابر خواست و اراده معبود و «شاهد بودن» بر نحوه و چگونگی تحقق اراده ربوبی را محور جاری شدن فرادرمانی دانسته و اعلام می‌کنیم، اما آنچه اتفاق می‌افتد همان است که او خواسته و طریق، علل و اسباب لازمه اش هم او بوده و لاغیر. در این راستا ما به عنوان گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی قصد داریم به علل وقوع این امر تا حد امکان و واقف شده و به آنچه پشت پرده درمان اتفاق می‌افتد دسترسی پیدا کنیم. زیرا معتقدیم هیچ حادثه‌ای در جهان خارج از چارچوب قانون و هوشمندی حاکم بر هستی به وقوع نمی‌پیوندد.

از آنجا که روان، ذهن و جسم (نفس و بدن) در امتداد یکدیگرند و خط جدایی بین آنها نمی‌توان کشید، چرا که ترکیب آنها انضمامی نبوده، بلکه نفس با بدن یک نحو ترکیب اتحادی دارد. در واقع هویت و شخصیتی واحد که به هم وابسته و پیوسته هستند. لذا نیاز به ارائه تئوری «ذهن- روانشناسی کل نگر» نیز در بخش روانشناسی و مباحث روان پزشکی احساس می‌شود.

بنابراین استاد محمدعلی طاهری درصدد طرح مباحث جدید «ذهن- روانشناسی» با عنوان «سایمنتولوژی» (Psymentology) هستند تا با نگاهی نو، به علل و کیفیت درمان بی نظیر و بی بدلیل بیماران روانی پرداخته شود. لازم است یادآور شویم، گرچه سبک ارائه مطالب در این دو شماره، در نگاه اول قدری متفاوت با بقیه مجلات عادی پزشکی که تا کنون منتشر شده است، می‌باشد. اما این سؤال مطرح است که انگیزه ارائه آزمایشات و نتایج

رادیلوژی های اسکن شده، چیست؟

قصد ما این است که قضاوت را به عهده خوانندگان و محققین محترم بگذاریم تا پیشاپیش تفسیری در این خصوص ارائه نکرده باشیم. جمع آوری این مدارک توسط کمیته پزشکی انجام گردیده و حتی بهبودی ظاهری و اظهار خود بیماران علیرغم با اهمیت بودن آن، برای ما کافی تلقی نگردیده، لذا ارائه شواهد فیزیکی و مدارک پزشکی را برای متقن بودن مراحل درمان لازم دیدیم.

با این حال شاید برای عده ای از همکاران، شماره اول این ویژه نامه، قدری ملال آور بود. لذا در این شماره سعی کرده ایم بیشتر از چارچوب مقاله های کلاسیک پزشکی و معمول در طب پیروی کنیم.

در اینجا لازم می دانیم، تا با پیروی از حدیث والای «من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق»، از زحمات کمیته گذشته نگر به سرپرستی جناب آقای دکتر سهراب افسراسکی و پزشکان همکار (خانم دکتر آزاده خدادوست و آقای دکتر حمیدرضا توتونچی) که در طی یک سال با علاقه مندی و سعی وافر، صادقانه به جمع آوری، بررسی و بازبینی پرونده های موجود پزشکی و مصاحبه با بیماران و انجام مجدد برخی از آزمایشات در جهت تکمیل مدارک پزشکی، همت گماردند تشکر و قدردانی کنیم.

همچنین از سرکار خانم دکتر شیلا میرزاده که مخلصانه و بی شائبه، به جمع آوری، خلاصه و تدوین مقالات پرداختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. و بالاخره از سرکار خانم دکتر مامک هاشمی و آقایان مهدی نیرومنش و محسن درخشان و دیگر همکارانی که هریک به نوعی در تهیه این دو شماره یاری دهنده ما بوده اند، نهایت سپاسگزاری را داریم.

در پایان از همه دوستانی که در این مدت و پس از مطالعه ویژه نامه اول به هر شکل ممکن ما را مورد توجه قرار داده و از انتقادات سازنده و مشفقانه خود ما را بهره مند ساختند سپاسگزاریم و دست نیاز خود را بسوی شما برای هرچه پرمحتوی کردن شماره های بعدی به لحاظ موارد درمان با مدارک و مستندات پزشکی آن، دراز می کنیم و در انتظار پیشنهادات سازنده شما هستیم.

## ای خوشا سودای دل از دیده پنهان داشتن      مبحث تحقیق رادر دقتر جان داشتن

دکتر ویدا پیرزاده

مسئول گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی



## 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

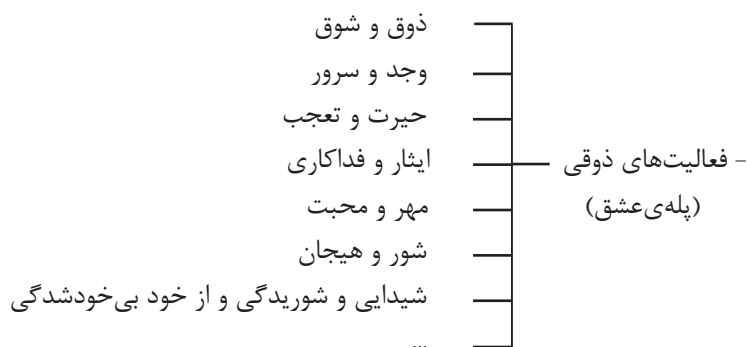
# اختلال شعوری بیماری های

در «فرادرمانی» اعتقاد بر این است که «مدیریت بدن و سلول» که جزئی از «کالبد ذهنی» است، مدیریت، هدایت و تعیین شرح وظیفه سلول ها را بر عهده داشته، حتی عملکرد مغز و سلول های آن را نیز تحت کنترل خود دارد. همه سلول ها دارای شعور بوده و شرح وظیفه ی خود را از این مدیریت دریافت می کنند. در صورتی که به هر دلیلی در توزیع شعور سلولی و ارسال شرح وظیفه ی سلول، اختلالی به وجود بیاید سلول از ادامه ی مسیر طبیعی خود باز مانده و دچار مشکلات متعددی می گردد که به طرق مختلف آثار خود را در جسم به جا می گذارد. برای این که نحوه و مکانیزم توزیع شعور سلولی و صدور دستور به سلول را مورد مطالعه دقیق تری قرار دهیم، چند موضوع از مباحث و تئوری های «فرادرمانی» را با هم بررسی می کنیم:

## تعریف مغز در فرا درمانی

در دنیای علم، مغز انسان را مانند یک ابررایانه در نظر می گیرند، که فرمانده بدن بوده و هدایت کننده ی تمام مسیر فکری و حیاتی انسان است. جهت بررسی دقیق تر مغز و تعیین فعالیت های مربوط به آن، در ابتدا کنترل فعالیت های حیاتی و ستادی را مورد مطالعه قرار می دهیم:

- |  |       |                     |
|--|-------|---------------------|
| - کنترل اعمال حیاتی بدن مانند تنفس، ضربان قلب، قند خون، فشارخون، PH خون، تنظیم حرارت بدن، تنظیم دید چشم، حرکت پلک، معده، روده و... | داخلی | - فعالیت های فیزیکی |
| - کشف و واکنش مانند بررسی درد، و ...   |       |                     |
| - انجام حرکات ارادی مانند حرکات سر، دست و پا، گردن و ...   | خارجی |                     |
| - انجام واکنش های غیر ارادی  |       |                     |



در این جا سؤالاتی مطرح می‌شود. برای مثال، یک رایانه باید توسط اپراتور برنامه‌ریزی شده و سپس همان برنامه‌ها دوباره توسط اپراتور مورد استفاده قرار گیرد و به هر حال بدون وجود اپراتور، هیچ سیستمی نمی‌تواند هم خود را برنامه‌ریزی نموده و هم از آن برنامه‌ها استفاده نماید؛ بنابراین:

اگر مغز یک ابررایانه است، اپراتور آن کجاست؟

آیا این اپراتور جزئی از مغز است و یا در خارج از آن قرار دارد؟

اکنون از زاویه‌ای دیگر به این مسأله نگاه می‌کنیم؛ می‌دانیم که مغز از نورون‌ها تشکیل شده و یک نورون توزیع کننده‌ی سیستم الکتریک مغز است و مانند یک کنتاکتور برق عمل نموده، در واقع مجموعه‌ی نورون‌ها تشکیل یک مدار فرمان برق را می‌دهند، که با کمک این مدار فرمان، کلیه‌ی سیستم‌های خودکار (اتوماسیون) بدن کنترل می‌شود. کنتاکتورهای برق در یک مدار فرمان، با باز و بسته شدن کنتاکت‌ها، جریان برق را قطع و وصل می‌کنند. عاملی که باعث باز و بسته شدن کنتاکت‌ها می‌شود پالس‌های فرمانی است که هر لحظه از سنسورها و گیرنده‌های مختلف به بوبین کنتاکتورها می‌رسد و با تحریک بوبین‌های آن‌ها موجب باز و بسته شدن کنتاکت‌ها شده، به دنبال آن کلیه‌ی اعمال فیزیکی و مکانیکی به طور خودکار به اجرا در می‌آید.

در یک نورون نیز به گونه‌ای مشابه، از یک طرف جریان الکتریکی وارد شده و از طریق «سیناپس»‌ها که مانند کنتاکت‌های یک کنتاکتور برق عمل می‌کنند، توسط واکنشی به نام «واکنش استیل کولین»، هادی و عایق شده و بدین ترتیب، یا جریان الکتریکی را از خود عبور می‌دهد و یا آن را قطع می‌کند و از این طریق، توزیع الکتریکی توسط نورون صورت می‌گیرد.

یک فرق اساسی بین نورون و کنتاکتور برق وجود دارد و آن هم این است که جریان الکتریک نورون، با ساز و کار تغییر ولتاژ و آمپراژ مجهز است که هر نورون با زبان این تغییرات، بی‌نهایت پیام الکتریکی را دریافت کرده و به نورون مجاور خود ارسال می‌کند. بدین طریق، با کمک سنسورهای مختلف داخلی و خارجی بدن، اعمال حیاتی به طور خودکار انجام می‌گیرد. با توضیحات مختصر فوق در مورد نورون، یک سؤال اساسی را مطرح می‌نماییم:

اپراتور نورون کجاست؟ آیا نورون خود نیز دارای یک مغز جداگانه است؟ در آن صورت، اپراتور مغز نورون در کجا قرار دارد؟ خصوصاً با توجه به این که تا کنون مغزی برای نورون یافت نشده است.

سؤالات دیگری نیز در مورد نورون مطرح می‌باشد. برای مثال، آیا این نورون است که تصمیم می‌گیرد انسان به سمت وحدت یا کثرت برود؟ از این راه برود و یا از آن راه؟ یا نورون است که تصمیم می‌گیرد عاشق و از خود بی‌خود بشود، یا به حیرت و تعجب بیفتد یا ایثار و فداکاری کند؟ مسلماً این کار از نورون که یک کنتاکتور برق است، بر نمی‌آید و به هیچ وجه چنین کاری را نمی‌تواند انجام دهد. در واقع قسمتی از نورون‌ها، بخش خودکار (اتوماسیون) بدن را اداره می‌کنند و در موارد اعمال فکری و ذوقی، همان طوری که مورد بررسی قرار خواهد گرفت، پیام‌ها از جای دیگری غیر از مغز دریافت می‌شود و در واقع مغز فقط یک آشکار کننده است و دستوراتی را از کالبد روانی و کالبد ذهنی دریافت کرده، آن را به زبان جسم ترجمه می‌کند. برای این که موضوع فوق را بهتر بشکافیم، مطالبی را در مورد بدن و سلول مورد بررسی قرار می‌دهیم.

### مدیریت بدن و سلول

یکی از بخش‌های کالبد ذهنی، «مدیریت بدن و سلول» است که شرح وظیفه‌ی همه‌ی سلول‌ها را تعیین می‌کند و دارای آناتومی خاصی است که متشکل از صد تریلیون انشعاب نامرئی به تمامی سلول‌ها بوده، بدین وسیله همه‌ی سلول‌ها تحت مدیریت این بخش از کالبد ذهنی قرار دارند. برای اثبات این نظریه، مثال‌هایی را مطرح می‌کنیم.

مثال ۱: در یکی از آزمایش‌های شناخته شده‌ی هیپنوتیزم، به فرد سوژه، تلقین می‌شود که مثلاً ساعد دست او بی‌حس می‌گردد. پس از انجام تلقین نیز ساعد دست سوژه بی‌حس می‌شود. حال اگر سوزنی را به قسمت‌هایی از کف دست و بازوی سوژه بزنیم، احساس درد خواهد داشت، ولی اگر سوزن را به ساعد او فرو کنیم، احساس درد نمی‌کند. با توجه به این که سیستم عصبی سوژه به طور کامل سالم است، چگونه امکان دارد کف دست و بازوی او درد را حس کنند، ولی ساعد که در مسیر شبکه‌ی عصبی قرار دارد، دردی را حس نکند و بی‌حس باشد؟

جواب این است که با فریب خوردن و به اشتباه افتادن مدیریت بدن، بر اثر القای خبر غیر واقعی که مدیریت بدن آن را پذیرفته (اثر تلقین، جداگانه بررسی می‌شود) و در نتیجه، به سلول‌های موضع ساعد، این دستور را مخابره نموده که درد را گزارش نکنند. به دنبال صدور این دستور، ساعد دچار بی‌حسی موضعی می‌شود. یعنی در واقع این مدیریت با مخابره‌ی شرح وظایف سلول‌ها، آن‌ها را در انجام وظایف مورد نظر، هدایت می‌کند.

مثال ۲: به فردی که چشمانش بسته است، تلقین می‌شود که قطعه‌ی آهن گذاشته‌ی او را در کف دست او خواهند گذاشت، اما در عمل یک تکه یخ قرار می‌دهند. مشاهده می‌شود که کف دست سوژه تاول می‌زند. با توجه به این که آهن داغی در کار نبوده است، پس چرا کف دست سوژه تاول زده است؟

جواب مانند مورد قبلی است. بعد از متقاعد شدن «مدیریت بدن و سلول» در مورد خبر جعلی مبنی بر قرار گرفتن تکه‌ای آهن گذاشته در کف دست، این مدیریت به سلول‌های آن ناحیه، دستور واکنش در مقابل سوختگی را مخابره می‌کند و این سلول‌ها نیز همین واکنش را از خود بروز می‌دهند. اگر چشمان فرد سوژه باز بود و مشاهده می‌کرد که یک تکه یخ کف دست او گذاشته می‌شود، این اتفاق هرگز نمی‌افتاد، زیرا در این صورت مدیر بدن با مواجه شدن با اطلاعات غلط، فریب نمی‌خورد.

مثال ۳: آزمایشی برعکس مثال قبل را مورد بررسی قرار می‌دهیم؛ به این شرح که به فرد سوژه تلقین می‌شود که تکه یخی در کف دست او خواهند گذاشت. پذیرش این خبر توسط «مدیریت بدن و سلول» باعث می‌شود که این مدیریت

دستور ابراز واکنش در مقابل یخ زدگی را به سلول‌های کف دست مخابره نماید، در نتیجه این سلول‌ها نیز همین واکنش را از خود نشان می‌دهند و علائم یخ زدگی در کف دست سوژه ظاهر خواهد شد. هر چند که در عمل، آهنی داغ را در کف دست سوژه گذاشته‌اند.

بنابراین، واکنش جسم بستگی به دستور مدیر بدن دارد و نه درگیری فیزیکی که اتفاق می‌افتد. اکنون با فریب خوردن مدیر بدن به وسیله‌ی اطلاعات غلط و صدور دستور واکنش در مقابل تماس با یخ، با توجه به این که در عمل، قطعه‌ای آهن داغ در کف دست سوژه قرار دارد، چرا سلول در تماس با آهن داغ، تخریب نشده است؟ در جواب باید گفت، مقاومت سلول بستگی به شرح وظیفه‌ای دارد که به آن داده می‌شود و مقاومت آن نیز در هر شرایطی تعریف شده است. مثلاً موجودات دریایی را که از عمق ۲۵۰۰ متری سواحل ایتالیا بیرون آورده‌اند، درجه‌ی حرارتی معادل ۲۵۰ درجه‌ی سانتیگراد و فشار بسیار زیادی را در چنین عمقی تحمل می‌کنند؛ در حالی که ساختمان سلولی آن‌ها فرقی با سلول‌های دیگر ندارد و اگر بعدها بتوانند از اعماق بیشتر اقیانوس‌ها موجودات آبی را بیرون بیاورند، معلوم می‌شود که سلول بدن آن‌ها حرارت و فشار بسیار بالایی را می‌تواند تحمل کند و این نشان می‌دهد که موجود زنده اگر شرایط محیطی برای او تعریف شده باشد، می‌تواند حرارت و فشار بالا را نیز تحمل کند.

این آزمایش نشان می‌دهد که چگونه عده‌ای با تمرین‌های طولانی و با استفاده از شیوه‌های خود هیپنوتیزم و وارد کردن دستورها و تغییر برنامه‌های نرم‌افزاری در بخش مدیریت بدن و سلول، قادر می‌شوند که بر روی آتش راه بروند، بدون این که هیچ گونه آثار سوختگی در آن‌ها ایجاد شود؛ حتی شاید بر روی آتش، احساس یخ زدگی نیز داشته باشند. یا برای مثال افرادی در چند درجه زیر صفر، یخ روی سطح آب را شکسته و در آن اقدام به شنا می‌کنند و...

مثال ۴: در بیماری‌های هیستریک - که شامل فلج هیستریک، کوری هیستریک، کری هیستریک و... است؛ بیمار درگیر مشکلات جسمی است، ضمن این که اعضای درگیر و مشکل‌دار او به طور کامل سالم هستند. برای مثال در کوری هیستریک فرد نمی‌تواند ببیند و در فلج هیستریک فرد از حرکت دادن عضو فلج عاجز می‌باشد و در کری هیستریک فرد قادر به شنیدن نیست. اکنون این سؤال پیش می‌آید، با توجه به این که می‌دانیم همه‌ی این اعضا سالم هستند، پس چرا در اختیار و کنترل فرد نیستند؟

در جواب باید گفت که گذشته از ساز و کار بیماری‌های هیستریک (که جداگانه مورد بررسی قرار خواهد گرفت)، مدیر بدن به نوعی متقاعد گردیده که دستوراتی را به مورد اجرا بگذارد. برای نمونه در برخی از موارد برای بیمار توجیهاتی را ایجاد کرده و باعث می‌شود تا او از یک سری از مسؤولیت‌هایش معاف شود، در این صورت دستور به بخشی از نخاع مخابره می‌کند که هیچ پیامی از آن موضع به مغز گزارش نکند، در نتیجه فرد ضمن صحت کامل فیزیکی، فلج شده و قدرت حرکت را تا اطلاع ثانوی از دست می‌دهد و یا قادر به دیدن و یا شنیدن نیست.

مثال ۵: بعضی از افراد با پیش آمدن خبری ناگوار غش می‌کنند. ساز و کار غش چگونه است؟ در صورت پیش آمدن حادثه‌ای ناگوار، اگر بر طبق تشخیص بخش واکنش دفاع روانی، آن حادثه خارج از تحمل فرد

## انسان دارای چندین هزار کالبد مختلف است که در واقع بخش غیر مادی وجود او، یعنی خارج از حوزه‌ی فرکانسی قابل دید و حس انسان را تشکیل می‌دهند

باشد، گزارش آن به مدیریت بدن داده می‌شود و مدیر بدن نیز دستور عدم مبادله‌ی هر گونه اطلاعات خارجی را تا اطلاع ثانوی برای مغز صادر می‌کند و از این پس حالت غش بر روی شخص به اجرا در می‌آید. یا مثلاً کودکانی که هنگام رفتن به دبستان، ناگهان دچار دل درد شدید می‌گردند، پس از سپری شدن زمان و اطمینان از این که زمان رفتن به مدرسه سپری شده است، دل درد آن‌ها خوب می‌شود و... همه‌ی شواهد و مدارک نشان می‌دهد که سلول، شرح وظیفه‌ی خود را از جای دیگری دریافت می‌کند. مدیر بدن در کجا قرار دارد و آیا جزء مغز است و یا در خارج از آن قرار دارد؟ در جواب باید بگوییم که این مدیریت نه تنها جزئی از مغز نیست، بلکه نورون‌های مغز و عملکرد کلی مغز نیز دستورات و شرح وظیفه‌ی خود را از این بخش دریافت می‌کنند و در واقع مدیر بدن، کنترل صد تریلیون سلول را بر عهده دارد که نورون‌ها نیز جزء آن‌ها هستند.

آناتومی این بخش از صد تریلیون انشعاب نامرئی تشکیل شده که به تک تک سلول‌ها کشیده شده، از طریق این انشعاب‌های نامرئی، شرح وظیفه‌ی سلول‌ها به آن‌ها ارسال و مخابره می‌شود.

با این توصیف، عملکرد مغز چگونه است؟

برای بررسی بهتر این موضوع، عملکرد مغز را به چند بخش کلی تقسیم می‌کنیم:

۱. بخش اتوماسیون یا بخش کنترل خودکار بدن؛

۲. کنترل واکنش‌های غیر خودکار؛

۳. حافظه‌ی مغزی؛

۴. آشکارسازی فعالیت‌های پله‌ی عقل و پله‌ی عشق.

۵. دریافت اطلاعات خارجی به کمک سنسورهای حواس مختلف.

۶. مخابره‌ی اطلاعات سنسورهای حواس مختلف فیزیکی به کالبد‌های وجودی مختلف و دریافت اطلاعات مخابره شده از آن‌ها و ترجمه‌ی اطلاعات دریافتی از کالبد‌های مختلف به زبان جسم، از طریق تولید و ترشح‌های شیمیایی. در نتیجه تعریف این بخش از مغز (کورتکس) عبارت است از:

مجموعه‌ی آنتن‌هایی که اطلاعات حواس مختلف داخلی و خارجی بدن را به کالبد‌های مختلف وجودی انسان مخابره نموده، یا از آن‌ها دریافت و با تولیدات شیمیایی - عصبی به زبان جسم ترجمه می‌کند.

### کالبد‌های مختلف وجود انسان

انسان دارای چندین هزار کالبد مختلف است که در واقع بخش غیر مادی (خارج از حوزه‌ی فرکانسی قابل دید و حس انسان) وجود او را تشکیل می‌دهند. همان طور که در عملکرد مغز به اختصار توضیح داده شد، خیلی از حوزه‌های درک ما خارج از توان یک سلول است. برای مثال، وقتی پزشکی می‌گوید اگر بیمار روحیه‌اش خوب باشد، امید نجات بیش‌تری

## یکی از عملکردهای ذهن، توزیع شعور سلولی است که وجود هر گونه اختلالی در آن باعث بروز اشکالاتی در بخش‌های مختلف جسم می‌گردد که به آن‌ها «بیماری‌های اختلال شعوری» می‌گوییم

دارد، منظور او چیست و یک نورون چگونه باید یک روحیه‌ی خوب داشته باشد و یا آن را ایجاد کند و اصولاً مگر یک کنتاکتور برق (نورون) می‌تواند روحیه ساز هم باشد؟  
وقتی روان‌شناسی از ضمیر ناخودآگاه، روح جمعی و ... صحبت می‌کند؛ آیا جایگاه خیلی از این بخش‌ها را به خوبی می‌شناسد؟ ای بسا که بسیاری از آن‌ها به وجود چنین بخش‌هایی اعتقاد نداشته باشند.  
به هر حال - همان‌طور که گفته شد - این نورون نیست که عاشق می‌شود، تصمیم می‌گیرد که از این طرف برود یا از آن طرف، امیدوار باشد یا ناامید، ایثارگر و فداکار باشد یا نباشد و نیز این نورون نیست که جوک می‌سازد؛ هیچ‌مدار فرمان و لوجیکی قادر به ساخت جوک و طرح شوخی نیست و...  
تمام فعالیت‌های مختلف انسان از خارج از جسم و توسط کالبد‌های دیگر وجود انسان هدایت و رهبری می‌شوند و سیستم تغذیه‌ی انرژی آن‌ها به گونه‌ای مجزا عمل نموده و این بخش‌ها را تغذیه می‌نماید، ولی ساختار آن‌ها در محدوده‌ی حواس و درک فیزیکی انسان نیست، اما با پیشرفت‌های تکنولوژیکی و به کمک فناوری‌های جدید، با کمک عکس‌برداری‌های چند دهه‌ی اخیر، این موضوع به اثبات رسیده است که انسان ابعاد وجودی دیگری نیز دارد که تا چند دهه‌ی قبل مورد تمسخر قرار داشتند و موضوعاتی خُرافی محسوب می‌شدند.

### کالبد ذهنی

کالبد ذهنی خود از چندین بخش تشکیل گردیده است که می‌توان هر یک از آن بخش‌ها را نیز یک کالبد به حساب آورد. این بخش‌ها عبارتند از:

- حافظه و آرشیو اطلاعات ابدی؛

- مدیریت حافظه؛

- مدیریت چیدمان اطلاعات (فکر سازی)؛

- مدیریت سلول و بدن.

کالبد ذهنی، مدیریتی است که بخش‌های مختلفی را سازماندهی می‌کند، که به طور کلی شامل بخش‌های زیر هستند؛ البته هر بخش، خود زیر مجموعه‌های مفصلی دارد. بخش‌های اصلی عبارتند از:

- سازمان‌دهی بدن و سلول؛

- سازمان‌دهی ادراکات انسان؛

- سازمان‌دهی اطلاعات (آرشیو و بایگانی ابدی اطلاعات).

با توجه به مباحث فوق یکی از عملکردهای ذهن، در زمینه‌ی توزیع شعور سلولی است که وجود هر گونه اختلالی در

آن باعث بروز اشکالاتی در بخش‌های مختلف جسم می‌گردد که به آن‌ها «بیماری‌های اختلال شعوری» می‌گوییم.  
تقسیم بندی «بیماری‌های اختلال شعوری»

#### - عوامل درونی

۱- بیماری‌های التهابی- تخریبی (آنتی بادی‌ها به سلول‌های خودی حمله می‌کنند، آن‌ها ابتدا در سلول‌ها ایجاد التهاب نموده، سپس مبادرت به تخریب آن‌ها می‌کنند).  
از دیدگاه «فرادرمانی» یکی از طرفند‌های مهم در سیستم دفاعی بدن، شناسایی سلول از طریق شعور آن است. در صورتی که شعور سلول مختل شود، مورد حمله‌ی سیستم دفاعی بدن قرار می‌گیرد؛ درست مانند خودروبی که برگ معاینه‌ی فنی نداشته باشد که در این صورت پلیس از ادامه‌ی کار آن جلوگیری به عمل می‌آورد. این نوع از بیماری‌های اختلال شعوری می‌تواند به طرق مختلفی صورت بگیرد:

#### الف- حمله به سلول‌های خودی

حمله به سلول‌های خودی می‌تواند به بخش‌های مختلفی صورت بگیرد که هر یک منجر به نوع خاصی از بیماری می‌گردد؛ برای مثال:

- حمله به پوشش میلین عصب برای نمونه در (MS)

- حمله به مفاصل (آرتریت)

- حمله به مخاط دهان (پمفیگوس)

ب - حمله به سلول‌های عضو پیوندی مانند رد و پس زدن عضو پیوندی

پیوند اعضا در برخی از موارد با مشکل پس زدن عضو، روبه‌رو است و با وجود پیش‌بینی همه‌ی تدابیر لازم و آزمایش‌های گوناگون که تضمین‌کننده‌ی موفقیت عمل پیوند است، عضو پس زده می‌شود و مورد حمله‌ی سیستم دفاعی بدن قرار می‌گیرد، بدون این‌که از نظر فاکتورهای فیزیکی اشکالی وجود داشته باشد.

اما علت پس زدن از دیدگاه فرادرمانی، عدم هم‌فازی و هم‌خوانی شعور سلولی عضو انتقالی، با شعور سلولی بدن گیرنده است که باعث عدم شناسایی عضو جدید توسط مدیریت بدن (ذهن- عامل توزیع شعور سلولی) شده و در نتیجه، مورد حمله‌ی سیستم دفاعی بدن قرار می‌گیرد.

حتی در پاره‌ای از موارد که بخش انتقالی از بدن خود بیمار گرفته شده، ممکن است این انتقال با عدم هم‌خوانی شعوری روبه‌رو شود. برای مثال در عمل قلب باز که رگ انتقالی از پای بیمار گرفته می‌شود ممکن است که با چنین اشکالی روبه‌رو شود. در این صورت، فرد به احتمال بسیار زیادی دچار تضاد شعوری شدیدی در بدن خود بوده است. عواملی مانند پریشانی که مختل‌کننده‌ی مدیریت بدن است، می‌تواند اختلال شعوری در بدن فرد ایجاد کند که باعث بروز عدم هم‌خوانی شعور سلولی شود.

انتقال خون هم به علت عدم هم خوانی شعوری می‌تواند تا مدت‌ها عوارض نامطلوبی در بدن، روان و ذهن بیمار ایجاد کند. پس از انتقال خون، برای انطباق کامل و هم‌خوانی شعوری طبیعی، به مدت زمانی وقت نیاز است.

۲- اختلالات در عملکرد سلول باعث تغییراتی در روند تکثیر سلول شده، آن را دچار پرکاری می‌کند؛ مانند آنچه که در انواع سرطان‌ها دیده می‌شود و یا می‌تواند باعث کم‌کاری سلول شده که منجر به تحلیل رفتگی سلول و عضو مربوط به آن می‌شود. در این روند سلول درگیر شرح وظیفه‌ی غلط شده، وظیفه‌ی خود را بر طبق روال طبیعی انجام نمی‌دهد.

۳- انتقال و کپی از سلول معیوب به اعضای دیگر مانند:

الف- اندومیتروزیس (ENDOMETRIOSIS) یا کپی بافت طبیعی رحم در جاهای دیگر بدن.

ب- متاستاز

از آن جایی که همه‌ی سلول‌ها اطلاعات کلیه‌ی سلول‌های بدن را در خود دارند، از این خاصیت برخوردار هستند که اگر در معرض سلولی قرار بگیرند و یا به نحوی اطلاعات سلولی را بگیرند؛ نمونه‌ی آن سلول را کپی کرده و بسازند. این کار به دو طریق امکان‌پذیر است

- قرار گرفتن یک سلول مورد نظر در معرض یک سلول بنیادی (ساخت بر اساس نمونه‌ی سلول). یعنی همان روشی که در ساخت عضو یدکی بدن به کمک سلول‌های بنیادی در تکنولوژی نوین پزشکی انجام می‌شود.

- ارسال نقشه و اطلاعات مربوط به یک سلول به سلول دیگر بدون این که نمونه سلول در معرض سلول جدید قرار گرفته باشد (ساخت بر اساس نقشه و اطلاعات سلول). ارسال اطلاعات سلول از طریق انتقال شعوری قابل تحقق است.

لازم به ذکر است که بسیاری از درمان‌ها در «فرادرمانی» با استفاده از همین اصل (تئوری قابلیت انتقال اطلاعات به سلول) انجام می‌شود.

دو مورد (الف) و (ب) مربوط به انتقال و کپی از سلول معیوب به اعضای دیگر از طریق ارسال اطلاعات سلول معیوب به وسیله‌ی انتقال شعوری صورت می‌گیرد.

در پزشکی رایج گفته می‌شود که سلول معیوب از عضو مربوط به آن جدا شده و در بدن جابجا می‌شود که باعث به وجود آمدن دو پدیده‌ی فوق می‌شوند در حالی که سلولی که از عضو خود جدا شود، بلافاصله می‌میرد و دیگر قادر به رشد و تکثیر و فعالیت در نقطه‌ی دیگری نخواهد بود.

در واقع سلول معیوب مانند دیپازونی سلول‌های دیگر را در معرض تشعشعات شعوری قرار داده و هر سلولی که با آن هم‌خون و هم‌فاز شود در معرض اطلاعات آن قرار گرفته و کپی می‌شود.

#### - عوامل بیرونی

قرار گرفتن در معرض عوامل بیرونی مانند قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و تشعشعات کیهانی و همچنین استفاده و تماس با مواد سرطان‌زا که همگی این عوامل می‌توانند منجر به ایجاد اختلال در شعور سلول شده، عملکرد آن را دچار انحراف نماید.

### چرا «مدیریت بدن و سلول» در ذهن دچار اشتباه می شود؟

اکنون این سؤال مطرح می گردد که چه عواملی باعث می شود «مدیر بدن و سلول» دستور و شرح وظیفه‌ی اشتباه برای سلول و یا سلول‌ها صادر کند و در نتیجه آن‌ها دچار پرکاری (سرطان) و یا کم کاری (تحلیل رفتگی) شوند؟ از آن جا که انرژی ذهنی انسان محدود می باشد، برای صرف این انرژی، نیاز به طرح و برنامه‌ای است، که باید تحت عنوان «مدیریت انرژی ذهنی» مورد مطالعه قرار بگیرد. (مجلد جداگانه از مؤلف، در آینده). بخش زیادی از انرژی مدیر بدن هدر رفته و تلف می شود. علل اتلاف انرژی ذهنی مدیریت عبارتند از:

- درگیری بیش از حد این مدیریت با مسایلی که اصلاً ارتباطی به فرد نداشته و تأثیری در زندگی او ندارند. از جمله مطالبی که در مدیریت انرژی ذهنی مورد بررسی قرار می گیرد، بررسی انرژی‌های ذهنی هدر رفته است. در این مورد به ذکر مثالی می پردازیم. عابری که از پیاده روی عبور می کند و صدها نفر از مقابل او می گذرند، همه‌ی مشخصات ظاهری و حتی در بعضی از مواقع مشخصات درونی آن‌ها را ارزیابی کرده، همه‌ی آن‌ها را از نظر چاقی و لاغری، زشتی و زیبایی، کوتاهی و بلندی قد و... مورد بررسی و قضاوت قرار می دهد؛ بدون این که این ارزیابی‌ها هیچ گونه فایده‌ای برای او داشته باشد.

حتی گاهی ویژگی‌های خوش جنسی و بدجنسی، شخصیت درونی و... را نیز جزء ارزیابی‌های خود قرار می دهد. این برآوردها باعث صرف انرژی ذهنی بسیار زیادی می گردد و انرژی‌های این بخش مهم را به هدر داده، پس از آن دچار خستگی و آشفتگی شده و در مورد اداره و مدیریت بدن دچار اختلال می شود.

- درگیر شدن ذهن انسان با وحدت جهان هستی و چند پارچه کردن آن‌ها و ایجاد تبعیض و کثرت، که این خود برای ذهن انسان ایجاد آشفتگی و تفرقه ذهنی کرده و موجب صرف انرژی ذهنی بیشتر و در نتیجه اتلاف آن می گردد، نشان می دهد که چگونه انسان خود را در گیر ایجاد تفرقه در وحدت اکوسیستم کرده و به میل خود آن‌ها را دسته بندی می کند و از این موضوع غافل است که چارچوبی هوشمند، چگونه با طراحی انواع گونه‌های مختلف توانسته است ایجاد تعادل و بقا نماید و وحدت اعداد را در کنار یکدیگر به وجود آورد:

سروده‌ی زیر از مرحوم سهراب سپهری به خوبی این موضوع را بیان می کند:

من نمی دانم که چرا می گویند، اسب حیوان نجیبی است، کبوتر زیبا است.

و چرا در قفس هیچ کسی کرکس نیست؟

گل شبدر چه کم از لاله‌ی قرمز دارد؟

چشم‌ها را باید شست، جور دیگر باید دید.

واژه‌ها را باید شست. واژه باید خود باد، واژه باید خود باران باشد.

با آرزوی توفیق الهی  
محمد علی طاهری

## گزارش یک مورد بهبود

# نئوپلاسم روده کوچک

## با فرادرمانی

### نئوپلاسم های روده کوچک:

آدنوم ها شایع ترین نئوپلاسم خوش خیم روده کوچک هستند. تومورهای خوش خیم دیگر روده کوچک عبارتند از: فیبروم، لیپوم، همانژیوم، لنفانژیوم و نوروفیبروم.

اکثر نئوپلاسم های روده کوچک تا هنگامی که بزرگ نشده اند بدون علامت هستند. شایع ترین الگوی مراجعه بیمار انسداد ناقص روده کوچک به همراه علائم درد کرامپی و اتساع شکم، تهوع و استفراغ می باشد. معمولا خونریزی حالت مخفی داشته و دومین تظاهر شایع مراجعه بیمار است. تا حدود ۲۵ درصد مبتلایان به بدخیمی روده کوچک، توده شکمی قابل لمس دارند. ممکن است ثانویه به انسداد صفاوی یا متاستازهای کبدی وزردی به وجود آید.

سرطان های اولیه روده کوچک نادر هستند. شایع ترین سرطان های روده کوچک عبارتند از:

۱- آدنوکارسینوم ها (۳۵ تا ۵۰ درصد): شایع ترین محل بروز آنها در روده کوچک، دردناوم است.

۲- تومورهای کارسینوئید (۲۰ تا ۴۰ درصد): بعد از ایجاد بیماری متاستاتیک تشخیص داده می شوند.

۳- لنفوم ها (۱۰ تا ۱۵ درصد): شایع ترین محل لنفوم های اولیه روده کوچک، ایلئوم است. هر چند که شایع ترین تظاهر لنفوم، انسداد ناقص روده کوچک است، لیکن ۱۰ درصد مبتلایان به لنفوم روده کوچک با پرفوراسیون روده مراجعه می نمایند.

۴- GISTs: شایع ترین تومور مزانشیمی روده کوچک است. CT اسکن برای شناسایی ضایعات جداری حساسیت اندکی دارد ولی می تواند تومورهای بزرگ را نشان دهد. گاهی مواقع ارزیابی ایلئوم دیستال با کولونوسکوپی امکان پذیر است.

### درمان

نئوپلاسم های خوش خیم علامت دار روده کوچک را باید در صورت امکان با جراحی رزکسیون نمود یا با آندوسکوپی برداشت. تومورهای بدون علامتی که در دئودنوم واقع هستند باید بیوپسی گردند. به طور کلی تومورهای دئودنوم با قطر کمتر از یک سانتی متر باید با آندوسکوپ، پولیپکتومی شوند در حالی که ضایعات بزرگتر از ۲ سانتی متر باید با روش جراحی رزکسیون گردند. روشهای جراحی معمول برای این منظور عبارتند از:

۱- پولیپکتومی ترانس دئودنال

۲- رزکسیون سگمنتال دئودنوم

معمولا برای بدخیمی های روده کوچک، درمان جراحی پیشنهادی، رزکسیون موضعی وسیع روده است که شامل ضایعه هم باشد.

لنفوم لوکالیزه روده کوچک با رزکسیون سگمنتال روده درگیر و مزانتر مجاورش درمان می گردد. در صورتی که درگیری لنفوم در روده کوچک به صورت منتشر باشد باید شیمی درمانی به جای رزکسیون جراحی انجام شود.

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۷۴ ساله که در نیمه دوم سال ۸۷ بعلت سکته مغزی در بیمارستان جم بمدت ۱۲ روز بستری شده که در طول این مدت، درمانهای نگهدارنده (هیپارین تراپی) و غیره دریافت نموده است. در بررسی همزمان توسط متخصصان

گوارش آن بیمارستان، برای بیمار کولونوسکوپی انجام شده که با شک به کولیت روده تحت درمان قرار گرفته و جهت بررسی بیشتر به بیمارستان مهر منتقل گردیده است. بیمار بعلت یبوست حاد و تغییر علائم گوارش مجدداً کولونوسکوپی شده که در ناحیه سکوم توموری مشاهده گردیده با شک احتمالی بدخیمی و بدنبال آن بیوبسی و بررسی پاتولوژیک با تشخیص، Active ulcer و Malignancy، جراحی فوری برای برداشتن تومور توصیه شده است (ضمیمه ۱). بعلت مصادف شدن ایام تعطیلی، بیمار مهلتی برای عقب انداختن جراحی گرفته و در این زمان با روش فرادرمانی آشنا می گردد و فرادرمانی را در ساعات خاص انجام می دهد.

پس از ۱۰ روز جهت جراحی مراجعه نموده و در کولونوسکوپی مجدد خوشبختانه اثری از تومور دیده نمی شود و تنها زخم ساده ای در ناحیه قبلی (ایلئوسکال) باقی می ماند (ضمیمه ۲).

بیمار پس از بررسی، تنها با داروی مزولازین بخاطر مشکلات ساده گوارش، مرخص گردیده و تا کنون نیز مشکل خاصی نداشته است.

### بحث

با توجه به کولونوسکوپی ابتدایی بیمار و تومور واضحی که بصورت تیپیک علائم بدخیمی را داشته و از آنجا که نحوه درمان تومورهای روده ای رزکسیون و بدنبال آن شیمی درمانی است، از بین رفتن تومور تنها بفاصله ۱۰ روز آنهم بدون هیچگونه دخالت درمانی بجز روش فرادرمانی، تنها مؤید این نکته است که اثر فرادرمانی روی این بیمار قطعی و بلاشک می باشد و به گفته پزشک معالج بیمار این موضوع تنها می تواند به عنوان معجزه ای در درمان ایشان مطرح شود.

### نتیجه گیری

مورد معرفی مؤثر بودن فرادرمانی در درمان تومورها و بدخیمی ها و همچنین سرعت فرادرمانی را به اثبات می رساند که می تواند بیمار را از عوارض جراحی و شیمی درمانی نجات بخشد.

### رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کمال رضایت را دارد.

### دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود بسیار راضی می باشد.

### مستندات

اصل و گزارش کلیه آزمایشات و کولونوسکوپی بیمار در دفتر مؤسسه موجود است.

### فرادرمانگر:

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

### منابع

۱- اصول جراحی شوارتز ۲۰۰۵- فیروز آبادی- اندیشه رفیع ۱۳۸۵

۲- م. ع. طاهری- انسان از منظری دیگر- انتشارات بیژن ۱۳۸۷

**Specimen :**

*Cecum biopsy from large ulceration*

**Macroscopic :**

*The specimen received in formalin composed of three fragments measuring 0.3 cm  
3/1 100%*

**Microscopic :**

*Supported by following diagnosis .*

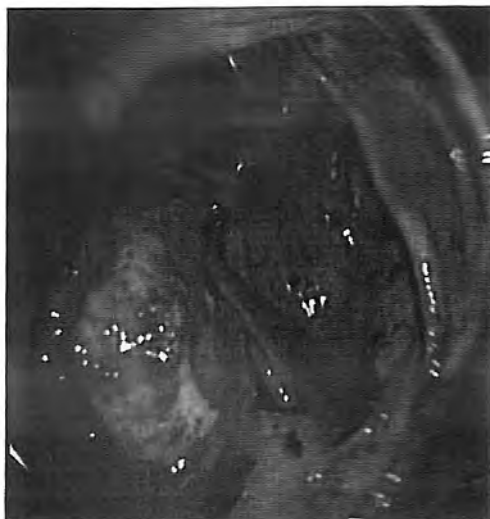
**Diagnosis :**

**CECAL MUCOSA ULCERATION MULTIPLE BIOPSY :**

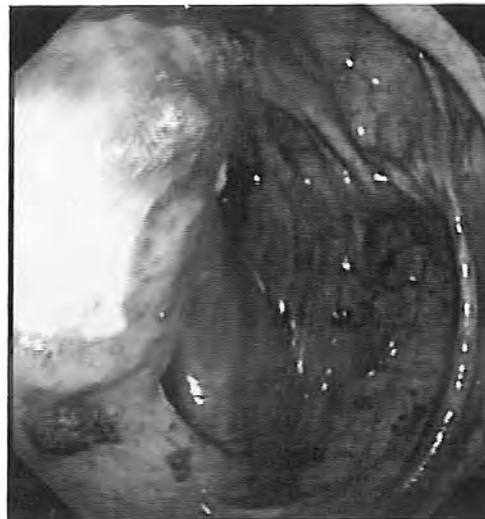
- PERIULCER REGENERATIVE COLONIC MUCOSA + SIGNIFICANT EOSINOPHILIC INFILTRATION .
- NEGATIVE FOR MALIGNANCY .

**NOTE :** - Drug - induced ulcer should be excluded .  
- Inflammatory bowel disease is unlikely .

نام بیمار:	جنس-سن: 74-F:	تلفن: ۷۷۸۹۳۰۷۸
شماره بیمار: ۸۹۰	پزشک:	تاریخ: 1387/11/26



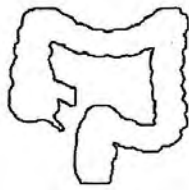
Cecum



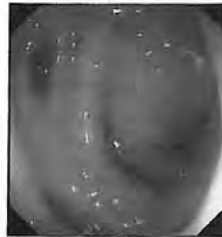
Cecum

**Final diagnosis: Total colonoscopy was done. There was a malignant tumor on Cecum obstructing the ileo-cecal valve. Biopsy obtained. Two small polyps on hepatic flexure.**

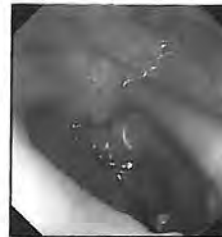
نام بیمار:	جنس-سن: F-74	تلفن: ۷۷۸۹۳۰۷۸
شماره بیمار: ۸۹۰	پزشک:	تاریخ: 1387/12/11



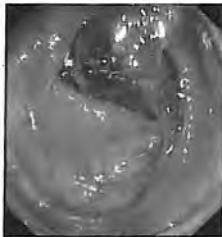
Sigmoid



Descending Colon



Descending Colon



Mid. portion of Transverse Colon



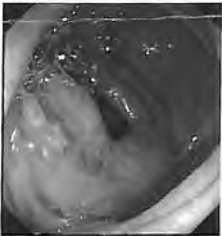
Hepatic Flexure



Ascending Colon



Ascending Colon



Ascending Colon

**Final diagnosis: Total colonoscopy was done. There was a large size ulcer on ileo-cecal valve. This lesion is located on the same area on previous colonoscopy but now it is clear that the lesion is not a tumor. Biopsy obtained.**

## گزارش بهبود یک مورد

# بیمار مبتلا به کوله سیستیت مزمن

## با فرادرمانی

### سنگهای صفراوی

سنگهای صفراوی با توجه به محتوای کلسترولی به دو دسته کلی تقسیم میشوند:

۱- سنگهای پیگمانی: که خود به دو دسته سیاه و قهوه‌ای تقسیم میشوند.

۲- سنگهای کلسترولی: (۸۰ درصد موارد)

### کوله سیستیت مزمن

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 به درون لایه عضلانی نفوذ کرده و سینوس‌های مشهور آشوف - راکي تانسکی را بوجود می‌آورد درد، علامت اصلی در بیمار دچار سنگهای صفراوی است. درد 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 قسمت راست ناحیه فوقانی پشت یا بین دو اسکاپولا انتشار دارد. شدت درد، زیاد بوده و به صورت ناگهانی بروز می‌یابد (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 سنگهای 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 علامت دار باشد، انجام کوله سیستکتومی، درمان انتخابی خواهد بود. در بیماران دچار سنگهای علامت دار کیسه صفراوی، انجام کوله سیستکتومی به روش لاپاراسکوپی پیشنهاد میگردد.

### معرفی بیمار

بیمار کودک ۷ ساله ای است با سابقه دل درد و تب و استفراغ و علائم گوارشی از مهر ماه ۱۳۸۷. وی در تاریخ ۸۷/۱۰/۲۱ به علت تشدید علائم فوق با تشخیص اولیه شکم حاد در اورژانس بیمارستان بستری شده، درد وی در ناحیه RUQ, preumblical, و اپی گاستر و تندرینس در این نواحی بوده. از آنجا که اولین روش تشخیصی در بیماران مشکوک به بیماریهای صفراوی سونوگرافی است، از بیمار سونو به عمل آمده، که در آن شکم، کبد ساینز و اکوی نرمال داشته و در کیسه صفرا یک سنگ به دیامتر تقریبی ۱۶ میلیمتر دیده میشود، مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی طبیعی بوده. در ناحیه RLQ دو غده لنفاوی، به حداکثر قطر ۹ میلیمتر دیده شده (ضمیمه ۱ و ۲).

در همین زمان والدین بیمار پس از آشنایی با فرادرمانی، توسط یک فرادرمانگر جهت بیمار فرادرمانی آغاز میشود. لازم به ذکر است که بیمار تحت نظر پزشکان معالج بیمارستان بوده و هیچ گونه عملی بدون مشورت با پزشکان انجام

نشده است. در تاریخ ۸۷/۱۰/۳۰ بیمار از بخش گوارش به بخش جراحی منتقل شده و در تاریخ ۸۷/۱۱/۲ با تشخیص نهایی سنگ کیسه صفرا جهت بیمار لاپاراتومی تشخیصی و کلانژیوگرافی انجام گرفته که با کمال ناباوری کیسه صفرا فاقد سنگ بوده. (ضمیمه ۳) و کلیه راست بیمار Elongated مشاهده شده است. آزمایشات بعدی نیز که جهت کنترل انجام شده باز مؤید همین نکته بوده است. (ضمیمه ۴)

#### بحث

سنگهای صفراوی علامتدار زمانی که با روش های تصویر برداری تشخیص داده میشوند اگر به همراه افزایش علائم، بویژه درد، التهاب جدار کیسه صفرا باشد، انجام کوله سیستکتومی ضروری میباشد. در بیمار فوق فرادرمانی بعنوان یک روش درمانی بی ابزار، غیر تهاجمی، بی هزینه و بدون عوارض جانبی انجام شده و بیمار در روند درمان مشارکت فعال داشته است.

#### نتیجه گیری

نحوه درمان این بیمار با توجه به شواهد و قرائن موجود در آزمایشات، نشان دهنده این است که سنگهای صفراوی تنها بفاصله ای کمتر از ۲ هفته بدون دخالت هیچ روش پزشکی کلاسیک ناپدید گردیده، که این پدیده کاملاً نادر بوده و تنها میتواند نشان دهنده اثر فرادرمانی روی درمان این بیماری باشد. طبق آزمایشات بعدی بیمار که جهت پیگیری انجام شده درسونوگرافی مجدد تاریخ ۸۷/۱۱/۲۰ نیز هیچ گونه علامتی ناشی از تشکیل دوباره سنگ بچشم نمی خورد (ضمیمه ۴). پس میتوان نتیجه گرفت که فرادرمانی یک روش بی خطر با اثرات فوق العاده بوده و از آنجا که یک درمان ریشه ای است انتظار عود در این بیماران نخواهیم داشت و هیچ عارضه جانبی و تاثیر منفی برای درمانگیر ندارد.

#### رضایت نامه

بیمار از نشر این مقاله رضایت کامل دارد.

#### دیدگاه بیمار

والدین بیمار از درمان راضی می باشند.

#### مستندات

گزارش و اصل مدارک در دفتر مجله موجود است.

#### فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

#### منابع

- ۱- اصول جراحی شوارتز ۲۰۰۵- انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶ .
- ۲- مبانی طب داخلی سیسیل ۲۰۰۷- انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶
- ۳- محمد علی طاهری «انسان از منظری دیگر»- نشر بیژن ۱۳۸۷

Dr.

Dr.M.

دکتر

دکتر

M.No:50848

M.No: 40432

ش.ن.40432

ش.ن.50848

Radiologist &amp; Sonologist

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی

سن بیمار :

شماره : 8710020049

تاریخ : 1387/10/02

نام :

با عرض سلام و ارادت خدمت همکار ارجمند : سرکار خانم دکتر

#### کبد

کبد دارای اندازه و اکوی پارانشیم طبیعی میباشد و تصویری دال بر توده فضاگیر اعم از SOLID&CYSTIC در نسج آن رویت نگردید  
LIVER SPAN=111mm  
وریدپورت دارای دیامتر نرمال بوده و قطر آن در حدود 7mm می باشد.

#### کیسه صفرا و مجاری صفراوی

مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی کالیبر طبیعی داشته و علائمی دال بر انسداد و یا سنگ اکوژنیک در لومن مجرای کلدوک مشهود نیست C.B.D=2mm  
تصویر نوعی اکوژنیک متعدد با سایه خلفی و با حداکثر دیامتر تقریبی 8mm در لومن کیسه صفرا مشهود است که در وهله اول میتواند مطرح کننده سنگهای اکوژنیک در لومن کیسه صفرا باشد  
معهدا با احتمال کمتر BILE SLUDGE را نیز بایستی مد نظر قرارداد  
سونوگرافی کنترل جهت بررسی مجدد توصیه می گردد

#### طحال و پانکراس

طحال و پانکراس دارای اندازه و اکوی پارانشیم طبیعی هستند و تصویری دال بر توده فضاگیر اعم از SOLID&CYSTIC در نسج آنها رویت نگردید. ابعاد طحال 26\*46 میلیمتر میباشد.

با احترام



Unit Number: شماره پرونده:		برگ خلاصه پرونده	
<b>UNIT SUMMARY SHEET</b>			
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:
Date Of Discharge: تاریخ ترخیص:	Bed: تخت:	Marital Status: وضعیت تأهل:	Sex: جنس:
	Occupation: شغل:	Married: <input checked="" type="checkbox"/> متاهل	Male: <input checked="" type="checkbox"/> مرد
		Single: <input type="checkbox"/> مجرد	Female: <input checked="" type="checkbox"/> زن
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint Of the Patient History & Primary Diagnosis: شکایات اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
<p>بیمار، درد در قسمت فوقانی شکم و تهوع و استفراغ و تب و لرز و اسهال و کاهش وزن و بیخوابی و کاهش اشتها و کاهش فعالیت بدنی و کاهش وزن ۱۰ کیلوگرم در طول ۳ ماه گذشته.</p>			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی: <b>Abdominal Pain</b>			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی: <b>لاپاروسکوپی تشخیصی + نظام برداشتی و لیمپونودالکتومی</b>			
Results of Clinical Examination: نتایج آزمایشات کلینیکی: <b>Sonography → مثبت در زمینه منبرایانیت</b>			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ): <b>CRPO</b>			
Patient's Condition At The Time Of Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
<p>Chol = 206 AST = 86 ALT = 250 AIP = 500 WBC = 7.6 H9 = 11.2 Plt = 259</p>			
<p>CRPO Tot. Pr. = 7.4 Alb = 4.6 Amylase = 118 (T<sup>m</sup>) Lipase (104) ↑ Stool Trypsin = 1536 (food activity)</p>			
Attending Physician's Name & sign: نام و امضاء پزشک معالج:			
ضمیمه ۳			

Dear Dr:

**MRCP**

*MR scan with multiplanar images in different pulse sequences;*

*A 14mm stone is detected in GB.*

*Intrahepatic biliary ducts are not dilated.*

*CHD and CBD are appeared normally.*

*Pancreatic duct is normal.*

*Doublex system with lower pole mal rotation ( anterior calic).*

*Other findings is unremarkable.*

**Conclusion;** 1) GB stone .

2) RT renal doublex kidney with lower pole mal ration.

Yours Sincerely

ضمیمه ۱

هوالشافی

مرکز تصویربرداری پزشکی

نام : تاریخ : ۱۳۸۷/۱۱/۲۰ شماره : ۸۷۱۱۳۰۰۰۰۴۳ سن بیمار : ۷

همکار گرامی، سرکار خانم

در سونوگرافی از کبد، مجاری و کیسه صفرا :

کبد از اندازه و اکوژنیسیته بارانشیمال طبیعی برخوردار است .

بیماریهای بارانشیمال و ضایعات فضاگیر مشخصی در کبد رویت نمی شود.

مجاری صفراوی داخل کبدی متسع نیستند. کالیبر مجرای مشترک صفراوی و وریدپورت طبیعی می باشد.

حجم و ضخامت جدار کیسه صفرا طبیعی است و نشانه ای از وجود سنگ در کیسه صفرا رویت نمی شود.\*a

با احترام

ضمیمه ۴

## گزارش بهبود یک مورد

# لنفوم هوچکین

## با فرادرمانی

نامگذاری HL که به بیماری هوچکین بر میگردد هنوز بر اساس کنفرانس Rye است. علامت مشخصه HL، وجود سلول ریید-اشترنبرگ هوچکین (HRS در برابر RS) است که یک سلول بزرگ دو یا چند هسته ای است و هر هسته دارای هستک بسیار بزرگ شبیه به انکلوژیون است. این سلولهای بدخیم در یک زمینه ایمونوپرولیفراتیوی که شامل تعداد متغیری از لنفوسیت ها، هیستوسیت ها، ائوزینوفیل ها و پلاسماسل ها می باشد، قرار گرفته اند. در آن سلولهای بدخیم دژنره مومیایی فرم نیز وجود دارد.

لنفوم هوچکین ممکن است از اوایل کودکی تا سنین بالا بروز کند. فراوانی زیاد بین ۱۵ تا ۳۵ سالگی و پس از ۵۰ سالگی دیده می شود. مردان بیشتر مبتلا می شوند مخصوصا در سنین کودکی، بیماری در زنان زیر ۳۰ سال معمولا از نوع اسکروز ندولار است.

آئمی نرئوسیتیک در ۵۰ درصد موارد دیده می شود. شمارش لکوسیت و پلاکت متغیر است و ائوزینوفیل ها نیز ممکن است دیده شوند. یافته های خون و مغز استخوان و خصوصیات هیستولوژیک ناشی از تظاهرات پاسخ میزبان به بیماری است. بررسی های ایمونولوژیک در لنفوم هوچکین نشان دهنده نقص ایمنی سلولی هنگامی که بیماری گسترده است می باشد.

مراحل بالینی بیماری به صورت زیر است:

مرحله ۱، بیماری به غددلنفاوی در یک منطقه آناتومی یا دو منطقه مجاور در یک طرف دیافراگم محدود می شود.  
مرحله ۲، بیش از دو ناحیه مجاور یا دو ناحیه غیرمجاور در یک طرف دیافراگم را درگیر می کند.  
در مرحله ۳، درگیری در دو طرف دیافراگم است اما محدود به بافت لنفاوی است.  
مرحله ۴، مغز استخوان یا ارگان های دیگر را علاوه بر بافت لنفوئید گرفتار کرده است.  
شیوع درگیری مغز استخوان در بیماران درمان نشده HL، تقریبا ۱۰ درصد است. همه مراحل اگر علائم سیستمیک داشته باشند در گروه A و اگر علائم سیستمیک را نداشته باشند در گروه B قرار می گیرند. رویکرد تهاجمی به درمان بیماری هوچکین موجب افزایش بقا و معالجه بسیاری از بیماران مخصوصا بیماران جوان شده است.  
اکثر بیماران دچار لنفادنوپاتی قابل لمس و بدون حساسیت هستند. در اکثر موارد، این آدنوپاتی در ناحیه گردن، سوپراکلاویکول و آگزیلا قرار دارد. در بیش از نیمی بیماران در زمان تشخیص، آدنوپاتی مدیاستن وجود دارد که گاهی این حالت اولین تظاهر بیماری محسوب می شود. تقریبا یک سوم بیماران با تب، تعریق شبانه و یا کاهش وزن مراجعه می نمایند.

تشخیص بیماری هوچکین با بررسی مقدار کافی بیوپسی توسط هماتولوژیست مجرب امکان پذیر می باشد. مراحل ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری هوچکین شامل گرفتن شرح حال دقیق و کامل، بررسی آزمایشگاهی کامل سلولهای خونی، ESR، آزمونهای شیمیایی سرم از جمله LDH، رادیوگرافی از قفسه سینه، CT اسکن شکم، لگن و بیوپسی از مغز استخوان می باشند. بسیاری از بیماران باید اسکن PET یا گالیوم نیز قرار بگیرند. در صورت دسترسی به امکانات تخصصی تر، استفاده از لنفانژیوگرام bipedal مفید خواهد بود. اسکن های PET و گالیوم جهت تکمیل درمان و اثبات بهبودی، بهترین وسیله می باشد.

## درمان

البته درمان مبتلایان به بیماری هوچکین موضعی امکان پذیر می باشد. انجام پرتودرمانی گسترده از قابلیت درمانی بالایی برخوردار است. به صورت فزاینده ای بیماران به صورت اولیه، در هر مرحله ای که باشند، تحت شیمی درمانی قرار می گیرند. بیماران مبتلا به بیماری محدود و با پیش آگهی خوب، تحت تجویز کوتاه مدت شیمی درمانی و به دنبال آن پرتودرمانی گره های لنفاوی درگیر قرار می گیرند. اغلب بیمارانی که پس از درمان اولیه، دچار عود بیماری می شوند همچنان به درمان پاسخ می دهند. بیمارانی که پس از درمان اولیه بوسیله پرتودرمانی دچار عود می شوند، در صورتی که تحت شیمی درمانی قرار بگیرند، بسیار خوب به درمان پاسخ می دهند.

پیوند مغز استخوان اتولوگ می تواند نیمی از بیمارانی را که از شیمی درمانی نفعی نبرده اند، درمان نماید. خطر ایجاد لوسمی حاد پس از درمان بیماری هوچکین به تعداد موارد تماس با داروهای ایجاد کننده لوسمی (یعنی استفاده از چندین دوره درمان پس از عود بیماری) و سن بیمار تحت درمان (افراد با سن بیشتر از ۶۰ سال بویژه در خطر بیشتری قرار دارند) نیز بستگی دارد. پیدایش کارسینوم به عنوان عارضه درمان هوچکین، از مشکلات عمده بیماری محسوب می شود.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۵ ساله، متاهل، ساکن تبریز که از ابتدای سال ۱۳۸۴ بعلت ضعف، ناتوانی زیاد باضافه توده ای دردناک در گردن به پزشک مراجعه و پس از آزمایشات زیاد از جمله بیوپسی های مکرر از توده، برونکوسکپی آزمایشات خون و غیره پس از ۷ ماه با تشخیص هوچکین لنفوما تحت درمان قرار می گیرد. (ضمیمه ۱)

برای بیمار یک دوره شیمی درمانی (هر ۲۰ روز بمدت ۳ روز متوالی) آغاز گشته، پس از ۳ ماه بعلت عود مجدد و لنف آدنوپاتی سمت مقابل گردن و ناحیه زیر بغل تحت شیمی درمانی با دوز بالاتر (هر ۱۵ روز بمدت سه روز متوالی) بعلاوه یک دوره رادیوتراپی (۲۸ جلسه) قرار می گیرد (ضمیمه ۲). متاسفانه پس از ۱۵ روز عود مجدد لنف آدنوپاتی زیر بغل و گردن اتفاق افتاده که دوره درمانی بعدی ۱۰ جلسه رادیوتراپی و ۳ جلسه شیمی درمانی بوده است.

پس از این دوره درمان توده دردناک گردنی و زیر بغل همچنان وجود داشته که پزشک ایشان بعلت عود سریع بیماری، اظهار ناتوانی در درمان می نماید (ضمیمه ۳). بیمار تحت «فرا درمانی» قرار می گیرد که طبق اظهار او، انجام فرا درمانی در یک شب منجر به حذف ناگهانی توده و درد آن در ناحیه زیر بغل و گردن در صبح روز بعد می شود.

در CT اسکن مجدد در تاریخ ۸۶/۸/۱۴ بدون هیچگونه رادیوتراپی و شیمی درمانی اثری از لنف آدنوپاتی دیده نمیشود و تا کنون پس از گذشت بیش از یک سال خوشبختانه هیچ اثری از عود بیماری بروز نکرده است (ضمیمه ۴).

## بحث

از آنجا که هوچکین لنفوما بیماری است که امکان عود مجدد داشته و تنها درمان ممکن آن شیمی درمانی توأم با رادیوتراپی می باشد، در این بیمار نیز درمان فوق بطور کامل و مستمر صورت می پذیرد، اما بعلت عود مکرر و عدم جواب قطعی به درمان و با توجه به عوارض شیمی درمانی و رادیوتراپی مشکلات فراوانی برای بیمار ایجاد می شود که ناچاراً وی

را به سمت فرادرمانی که بی عارضه و بی خطر می باشد سوق می دهد و پس از گذشت مدت کوتاهی از انجام فرادرمانی نتایج قابل توجهی کسب می شود که مطابق روشهای معمول پزشکی نبوده و در این مدت کلیه اضطرابها و ترسهای بیمار برطرف می گردد.

### نتیجه گیری

از آنجا که فرادرمانی پیوند شعوری بین جز و کل برقرار می سازد که این پیوند می تواند در ترمیم، اصلاح و رفع شعور معیوب سلولی نقش مهمی بازی کند لذا در این بیمار دیده شده که این ارتباط بدون هیچگونه عارضه (از قبیل از بین رفتن فعالیت تخمدانها که در بیمار فوق پس از سری دوم شیمی درمانی رخ داده) توانسته بهبود کامل را تحقق بخشد و بدین ترتیب فرادرمانی را به عنوان راهکاری موثر در درمان طیف وسیعی از بیماریها در کنار طب کلاسیک مطرح نماید.

### رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش رضایت کامل دارد.

### دیدگاه بیمار

بیمار نه تنها از نتایج درمان بیماری خود راضی است بلکه آثار این روش را در زندگی و خانواده خویش مثبت ارزیابی نموده و از این نظر خدا را شاکر می باشد.

### مستندات

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

### فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

### منابع

۱- اصول جراحی شوارتز ۲۰۰۵ «م فیروزآبادی»- تهران اندیشه رفیع ۱۳۸۵

۲- ع. طاهری «انسان از منظری دیگر»- انتشارات بیژن ۱۳۸۷

نام بیمار:	همکار محترم:
سن: ۳۲ ساله	
تاریخ: ۸۴/۸/۷	
یا سلام،	
سی تی اسکن اسپیرال قفسه سینه و قاعده گردن با تزریق ماده کنتراست:	
تصاویر نسج نرمی کوچک، مربوط به لنفادنوپاتی در قاعده گردن در مجاورت عضلات اسکالن و فضای کاروتید تو طرف دیده میشود که ابعاد بزرگترین آنها در سمت چپ ریشه گردن ۲۶×۱۷ میلیمتر است. همچنین لنفادنوپاتیهای متعدد در مدیاستن و نواحی بزرگ و اسکولر، AP.window، ساب کاربدا و هیلز قابل رویت است. collapse-consolidation ساب سگمانتر در سمت مدیال سگمان قدامی ریب فوقانی ریه چپ مشهود است. علائمی از منابع جنبی دیده نمیشود. اندازه تصاویر قلب در حد طبیعی بوده و اکثر حقیف پریکاردی بظرف میزمت.	
نظریه: لنفادنوپاتیهای متعدد قاعده گردن و مدیاستن همراه با collapse-consolidation در لوب فوقانی ریه چپ و واکنش خفیف پریکاردی بشرح بالا؛ بررسیهای تکمیلی جهت افتراق لنفوم از سایر علل لنفادنوپاتی پیشنهاد میشود.	

# مرکز نسی تی اسکن توموگرافی کامپیوتری

شماره: ۳۶۰۴۸  
تاریخ: ۱۳۸۵/۱۱/۲۶  
اسم بیمار: \_\_\_\_\_  
سی تی اسکن از ناحیه: \_\_\_\_\_  
اسپیرال ریه بدون

محل: سرکار خانم دکتر  
سبب آقای  
یا احترام

در سی تی اسکن اسپیرال انجام شده از ناحیه ریه و زیر بغل بدون تزریق ماده کنتراست یافته های زیر مشهود است:

- ۱- سینه: در مقایسه با اسکن های قبلی مورخه ۸۵/۸/۶ در کنترل انجام شده لنفادنوباتی های پاراهیلر دو طرف دیده میشود که در مسیر لوب فوقانی ریه چپ شدیدتر میباشد و در این ناحیه با کایتاسیون پارانشیمال همراه میباشد و کانون فیروئیک قبلی در مجاور آن وجود دارد. در ناحیه ساب کارینال لنفادنوباتی دیده میشود.
- ۲- ناحیه زیر بغل چپ: در ناحیه زیر بغل نیز تصاویر لنفادنوباتی های متعدد بنظر میرسد.

نظریه:

لنفادنوباتی های ناحیه پاراهیلر دو طرف و ساب کارینال با ضایعه ریوی همراه با کایتاسیون در لوب فوقانی ریه چپ مجاور کانون فیروئیک قبلی همراه با لنفادنوباتی های زیر بغل بشرح فوق. ب

## ضمیمه ۲

نام بیمار: \_\_\_\_\_  
سن: ۳۳ ساله  
تاریخ: ۸۶/۸/۱۴

همکار محترم:

با سلام،

سی تی اسکن اسپیرال قفسه سینه با و بدون تزریق ماده کنتراست با ویندوزی

ریه و مدیاستن:

تغییرات فیروئیک فوکل در LUL، بدون تغییر محسوس نسبت به اسکن های قبلی، همچنان دیده میشود. سایر نواحی ریه ها نمای طبیعی دارند. علائمی از مایع جنبی قابل رویت نیست. چرنفاندوباتیهای ناحیه آگزیلاری چپ در مقایسه با اسکن قبلی مورخه ۸۶/۲/۴، بطور قابل توجهی تحلیل رفته اند. لنفادنوباتی واضحی در مدیاستن و نواحی خیلار بنظر نمی رسد. لنززه قلب و عروق بزرگ در حد طبیعی است.

نظریه: کنترل بشرح، لا.

## ضمیمه ۳

نام بیمار:  
سن: ۳۴ ساله  
تاریخ: ۸۷/۸/۱۴

همکار محترم:

با سلام.

سی تی اسکن اسپیرال قفسه سینه، شکم و لگن با ماده کنتراست تزریقی و خوراکی قفسه سینه با ویندوی ریه و مدیاستن: در کنترل انجام شده و در مقایسه با اسکن مورخه ۸۶/۸/۱۴، کانون نئوپلاز در سگمان آنتریور لوب فوقانی ریه راست و کانون مشابه کوچکتر در سگمان آپیکوپوستریور لوب فوقانی ریه چپ همراه با یادگار پنومونیت رادیسیون در نواحی مدیال هر دو ریه دیده میشود. علائمی از مایع جنبی قابل رویت نیست. اندازه تصویر قلب و مدیاستن عادیست. لنفادنوپاتی مدیاستینال مشاهده نمیشود. لنف نود بزرگ شده در ناحیه اکزیتری چپ مشهود است.

شکم: شکل، اندازه و دانسیته کبد نرمال است. دیامتر عجازی صفراوی داخل و خارج کبدي عادیست. در کیسه صفرا ضایعه ای دیده نشد. (لازم به ذکر است، سنگهای اندک و نفاذ با صفرا در سی تی اسکن رویت نمیشوند و در این موارد تطبیق با یافته های سونوگرافیک ضروری است.) شکل، اندازه دانسیته و ضخامت پارانشیم کلیه ها نرمال بوده، ترشح ماده حاجب از آنها بطور همزمان و یخویی انجام شده است.

در طحال، پانکراس، غدد فوق کلیه و نواحی رتروپریتون تغییرات پاتولوژیک مشاهده نشد. علائمی از بزرگی عقده های لنفاوی در نواحی اطراف آئورت شکمی دیده نشد. لگن: شکل، اندازه و ضخامت جدار مثانه طبیعی است. چربیهای لگنی ضای طبیعی دارد. لنفادنوپاتی در ناحیه لگن دیده نمیشود. مایع آزاد داخل صفاق وجود ندارد.

نظریه: - در کنترل انجام شده و در مقایسه با آخرین سی تی اسکن، نتایجی لوب های فوقانی هر دو ریه یا یادگار پنومونیت رادیسیون و لنفادنوپاتی در ناحیه اکزیتری چپ مشهود است.  
+ در شکم و لگن، علائمی از لنفادنوپاتی و متاستاز دیده نشد.

#### ضمیمه ۴

با احترام

#### ضمیمه ۴

بنام خدا

موضوع: تأیید درمان گیاهی (درادرمائی) - درمیبود بیماری

(توجه: این منضمه) انبیا

انبیا پس از ابتلا به بیماری خون محبت ۱ سال تحت درمان ماسیوه های طبیعی درمانی درادرمائی قرار گرفتیم. گونهای که بعد از اتمام هر دوره از این درمانی درادرمائی پس از مدت ۲-۳ ماه دوباره بیماری عود می کرد تا اینکه همزمان با ادامه درمانی از روش درمان گیاهی بهره گرفتیم و هم اکنون بعد از گذشت یکسال بدون بهره گیری از درمانی خون و برقراری اتصال با هوشمندی الهی دیگر آنگاری از بیماری مشاهده نمی شود.

۸۷، ۸، ۱۵

« موافقتی »

« گواهی برآورد  
تشنه لتقم هرگز  
رأی سترگه های و ۱۳۴  
ترا کرده و بیرون آن در جاتان  
در مسیون سالتو »

۸۷، ۸، ۱۵

## گزارش بهبود یک مورد

# رادیکولوپاتی گردنی

## با فرادرمانی

### مقدمه

دیسک های بین مهره ای دو جزء دارند:

۱- آنولوس فیروزوس: به حلقه فیبری محکمی که در امتداد قطر خارجی دو جسم مهره ای مجاور واقع می شود اطلاق می گردد.

۲- نوکلئوس پولپوزوس: به ماده اسفنجی واقع در قسمت های داخلی حلقه آنولوس گفته می شود. حجم مهره ها از بالای ستون فقرات به طرف پائین افزایش می یابد. ستون فقرات گردنی متحرک ترین قسمت ستون مهره ها است.

"کمپرسیون عصبی": فرآیندهای پاتولوژیکی است که می تواند باعث اعمال فشار به فضاهای CSF و اعصاب شود و عبارت است از:

۱- تغییرات هیپرتروفیک دژنراتیو در دیسکهای بین مهره ای و رویه های مفصلی

۲- توده های حجیم شونده اپی دورال مثل تومورها یا آبسه ها

۳- لغزش اجسام مهره ای نسبت به یکدیگر

تحت فشار قرار گرفتن طناب نخاعی می تواند باعث اختلال در عملکرد نخاع شود که از آن تحت عنوان میلوپاتی یاد می گردد. با تحت فشار قرار گرفتن ریشه های عصبی، عملکرد آنها مختل می شود که در اصطلاح "رادیکولوپاتی" بوجود می آید. ویژگیهای رادیکولوپاتی عبارتند از:

- علائم و نشانه های نورون محرکه تحتانی: هیپورفلکسی، آتروفی و ضعف

- اختلالات حسی: بی حسی، پارستزی، دیس استزی و درد تیرکشنده

### رادیکولوپاتی گردنی

ریشه های اعصاب گردنی از بالای پدیکول مهره هم شماره خود و در سطح دیسک بین مهره ای بالایی از کانال مرکزی خارج می شوند (مثلا ریشه عصب C6 از بالای پدیکول C6 و در سطح دیسک C5-C6 عبور می نماید). اکثریت بیماران مبتلا به هرنی حاد دیسک با استفاده از NSAIDs و تراکش گردنی علائمشان کاهش می یابد. بیمارانی که با این اقدامات علائمشان رفع نمی گردد یا دچار ضعف شدید شده باشند باید تحت عمل جراحی قرار گیرند. شایع ترین هرنی دیسک گردنی مربوط به C6-C7 است.

### معرفی بیمار

بیمار آقای ۶۲ ساله، متأهل است که اواخر سال ۱۳۸۲ بعلت دردهای ناحیه گردن به پزشک مراجعه کرده و پس از رادیوگرافی از ناحیه فقرات گردن معلوم می شود که ارتفاع مهره ها و فواصل بین مهره ای طبیعی بوده و کلسیفیکاسیونی در لیگامان قدامی مهره ها در نتیجه تغییرات دژنراتیو مفصلی دیده شده است (ضمیمه ۱). این دردها بصورت متناوب و نه چندان شدید ادامه داشته که با درمانهای تسکینی و ورزشهای خاص زیر نظر پزشک

کاریوپراتیک کنترل می شده است تا اینکه در اردیبهشت سال ۱۳۸۵ پس از یک مسافرت طولانی (رانندگی طولانی مدت) درد گردنی ناحیه C5-C6-C7 بسیار شدید شده بطوری که حرکت در ناحیه گردن از بین رفته و پس از مراجعه به پزشک کاریوپراتیک برای بیمار MRI درخواست می شود (ضمیمه ۲). در این گزارش سرویکال دیسکوپاتی شدید ثانویه به تغییرات دژنراتیو در ناحیه سرویکال دیده شده و بعلت عدم پاسخ به درمان و شدید بودن علائم تنها راه درمان جراحی بعلاوه ۱۵ جلسه فیزیوتراپی پیشنهاد شده است. از آنجا که همسر بیمار در کلاسهای عرفان کیهانی شرکت می نمود، برای بیمار فرادرمانی را شروع کرده و پس از تنها ۳ جلسه ناراحتی حسی، حرکتی و درد در ناحیه گردن بکلی برطرف گردیده و تا این تاریخ ۸۸/۲/۱۰ بیمار هیچ گونه مشکلی نداشته و حرکت در ناحیه بحالت کاملاً طبیعی بازگشته است.

#### بحث

در بیمار فوق بخاطر سابقه درد در ناحیه سرویکال ستون مهره ها و تغییرات تخریبی مفاصل آن ناحیه وجود رادیکولوپاتی گردنی کاملاً مشهود است. از آنجا که در صورت عدم جواب دهی به تراکنش گردنی و داروهای ضد التهابی که آنها هم تنها در تسکین علائم نقش دارند، باید تحت عمل جراحی قرار گیرند و با توجه به سن بیمار و عوارض جراحی در ناحیه میتوان گفت فرادرمانی با توجه به ساده بودن روش معالجه و سریع الاثر بودن بخصوص در این بیمار، بهترین انتخاب بوده است.

#### نتیجه گیری

دیسکوپاتی در کلیه مقاطع ستون مهره ها، بخصوص در سنین بالا، ثانویه به تغییرات تخریبی مفاصل در صورت عدم جواب به NSAID ها و تراکنش گردنی، درمان قطعی بجز جراحی نداشته و پس از جراحی نیز امکان عود علائم بالینی در درصد بالایی از بیماران مشاهده شده، 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 و بدون عوارض جانبی برای فرادرمانگیر میباشد و بیان کننده این مطلب است که میتواند در مدت زمان بسیار کوتاه، حتی در بیماریهای مزمن نیز اثر درمانی داشته و جایگزین روشهای جراحی باشد.

#### رضایت نامه

بیماراز نشر این گزارش کاملاً رضایت داشته است.

#### مستندات

اصل کلیشه MRI و گزارشات، عکسهای رادیوگرافی و نسخه های پزشک در دفتر مؤسسه موجود است.

#### فرادرمانگران

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

#### منابع

- ۱- جراحی شوارتز - انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶
- ۲- محمد علی طاهری "انسان از منظری دیگر" - انتشارات بیژن ۱۳۸۶

Radiologist - Reg No.

ماہوگرافی - OPG - سفا لومتری - سونوگرافی و پری آپتال  
تلفن: فاکس

مدارای بورڈ تخصصی  
متخصص رادیولوژی، سونوگرافی

شماره پذیرش	تاریخ مراجعه: ۱۳۸۲/۹/۲۴
نام بیمار	سن: ۵۷ سال

همکار محترم، جناب آقای دکتر

۱) رادیوگرافی - فقرات گردن - روبرو و نیمرخ

ارتفاع مهره ها و فواصل بین مهره ای طبیعی است -

کالسیفیکاسیون در لیگامان قدامی مهره ها دیده میشود که نتیجه تغییرات استخوانی و مفصلی دژنراتیو است

با تشکر

ضمیمه ۱

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن بیمار: ۵۹

تاریخ: ۱۳۸۵/۰۲/۱۸

**Cervical spine MRI:**

The cervical spine shows a normal degree of lordosis with normal width of the bony spinal canal.

The vertebral bodies are normal in their number, shape and interrelationships.

The atlantodental distance is normal. The articulating vertebral end plates present smooth margins.

The spinal cord, including the craniocervical junction, displays normal position, configuration, width and internal structure. The bone marrow of the vertebral bodies appears normal.

The prevertebral and paravertebral soft tissue show no abnormalities.

Loss of height and signal cervical disc secondary to degenerative changes is seen.

Marginal osteophytosis with central and left paracentral hard disc C5-C6 & C6-C7 are seen, that have pressure effect to thecal sac and neural roots.

With the best regards

Radiologist

ضمیمه ۲

دوین ورثہ نمہ تخصصی فراڈمانی

## « بنام خدا »

باسلام خدمت

به پیوست مدارک پزشکی مربوط به ممبره های گردن اینجانب ارسال میگردد. و به اطلاع میرساند .  
در اردیبهشت سال ۱۳۸۵ اینجانب به علت در شدم در ناحیه گردن در وقت و پی همی انگشتان  
دست چپ به پزشک مراجعه نمودم که پس از عکسبرداری (دوبار) و انجام MRI پزشک  
به اینجانب اعلام نمود که از دست من کاری بر نمی آید و باید جهت انجام جراحی به پزشک جراح  
مراجعه کنی. که پس از سه جاب فرادمانی توسط همسر من خانم سیدالیه به این هفتین که از سردان  
کلاس جابجا بود. ناراحتی گردن و درد به کلی بر طرف گردید و تا این تاریخ حرکت سردان  
اینجانب طبیعی بوده است.

مدارک پیوست:

عکس های رادیوگرافی و MRI و ششهای پزشک  
و گزارش درگاه تخصصی باریک مغز اعصاب  
مرکز طب و لقوهر بابت.

نام:

سن: ۶۲ سال

محل: فوق لیسانس معده از دانشگاه تهران

## گزارش بهبود یک مورد

### کیست تخمدان

### با فرادرمانی

#### مقدمه

کیست های تخمدان کیسه های پر از مایع در تخمدان هستند. بیشتر این کیستها فانکشنال (غیرمرضی) بوده و با درمان های سبک بهبود می یابند. کیست های فانکشنال شامل دو نوع کیستهای لوتئال و فولیکولار هستند. اگر کیست بزرگ، مقاوم به درمان یا دردناک باشد، جراحی لازم می شود. گاهی جراحی به برداشت کامل تخمدان منجر می شود. برای درمان درد از مسکن های خوراکی و جهت جلوگیری از بوجود آمدن کیستهای جدید از قرص های ضد بارداری استفاده می گردد. معمولاً کیستها در عرض ۸ هفته یا دو سیکل قاعدگی از بین می روند. اگر کیستها پایدار بمانند احتمال پاتولوژیک بودن آنها نسبت به فیزیولوژیک بودنشان بیشتر است.

از آنجا که سرطان تخمدان عامل مهمی در مرگ و میر زنان است همیشه در کیستهای تخمدان احتمال بدخیم بودن باید در نظر گرفته شود. تومورهای تخمدانی در سونوگرافی می توانند به شکل کیستیک یا چند حفره ای دیده شوند. اگر تیغه های داخل کیست ضخیم باشند احتمال بدخیمی بیشتر خواهد شد.

#### معرفی بیمار

بیمار دختر خانم ۲۳ ساله، مجرد، با سابقه بی نظمی قاعدگی، دارای درد و ریزش مو که در سال ۱۳۸۲ آغاز شده است. ایشان بدلیل مشکلات فوق به پزشک مراجعه نموده و پس از سونوگرافی از رحم و تخمدانها با تشخیص P.C.O (کیست تخمدان) تحت درمان دارویی (ciprotron compound) قرار می گیرد. در بررسی آزمایشات پاراکلینیکی از قبیل CBC و آزمایشات هورمونی هیچگونه علامتی دال بر کم خونی و یا مشکلات تیروئید و غیره دیده نمی شود (ضمیمه ۱). پس از حدود ۶ ماه بعلت برطرف نشدن علائم، مجدداً به پزشک مراجعه کرده و با تشخیص مشابه، تجویز داروهای قبلی تکرار می گردد (ضمیمه ۲). در این بررسی در تاریخ ۸۴/۳/۵ ابعاد رحم و ضمامم طبیعی بوده و تنها در تخمدان چپ، تصویر کیست ساده به ابعاد ۱۸ × ۳۰ میلی متر دیده می شود.

متأسفانه پس از گذشت ۳ سال این مراحل بدون جواب قطعی ادامه می یابد، به این معنا که بیمار به پزشکهای متعدد مراجعه نموده و با تشخیص کیست، پس از یک دوره درمان، سونوگرافی مجدد انجام گردیده اما تا ابتدای سال ۸۷ همچنان کیستها و علائم بالینی بیمار باقی می ماند. در بررسیهای سونوگرافی در تاریخ ۸۳/۶/۸ ضخامت اندومتر و ابعاد رحم طبیعی، تخمدانها بطور خفیف بزرگ و کیستهای متعدد ریز در نواحی پریفرال آنها دیده می شود که بر این اساس تشخیص داده شده P.C.O می باشد (ضمیمه ۳).

در بررسی بعدی در تاریخ ۸۵/۱/۲۸، مجدداً ابعاد رحم و ضخامت اندومتر طبیعی، ولی تخمدان راست حاوی کیست به ابعاد ۳۶ × ۳۰ میلی متر و تخمدان سمت چپ حاوی فولیکولی به ابعاد ۱۸ × ۱۶ میلی متر بوده است (ضمیمه ۴). در ابتدای سال ۸۷ بیمار به علت جواب نگرفتن از درمان های طب کلاسیک، خستگی از مراجعه مکرر به پزشک، ترس از دارو و عدم تمایل به جراحی، داروها را قطع می نماید. تا اینکه در اردیبهشت سال ۸۷ با کلاسهای عرفان کیهانی آشنا شده و پس از گذشت حدود یک ماه از رفتن به کلاسها و انجام فرادرمانی، علائم بیماری از بین رفته، سیکل قاعدگی بیمار تنظیم شده، ریزش مو و درد قطع گردیده و بیمار کاملاً بحالت نرمال باز می گردد. سونوگرافی جهت بررسی مجدد در تاریخ ۸۷/۸/۲۶

صورت پذیرفته که در آن هیچ ضایعه کیستیک یا تومورال دیده نمی شود که این موضوع مؤید از بین رفتن کیستهای قبلی است (ضمیمه ۵). بیمار هم اکنون نیز بدون داشتن علائم درد و بیماری در سلامتی کامل بسر می برد.

#### بحث

با توجه به اینکه در این بیمار وجود کیستهای غیرهموراژیک تخمدانها که احتمال بهبودی آن با درمان کلاسیک امکان پذیر بوده به اثبات رسیده است اما بعلت بزرگی کیست و مقاومت به درمان، تنها راه قطعی در این بیمار جراحی بوده و چون در کیستهای مقاوم به درمان احتمال بدخیمی در طولانی مدت وجود دارد، پیگیری مشکل اینگونه بیماران الزامی است.

خوشبختانه در این بیمار پس از ناامیدی از درمانهای پزشکی و انجام « فرادرمانی»، بسادگی و بدون هیچ عارضه ای نتایج مطلوب حاصل شده است.

#### نتیجه گیری

این گزارش نشان می دهد که فرادرمانی می تواند ظرف مدت زمان بسیار کوتاه در درمان بیماریهای مزمن نیز موثر واقع گردد. نه تنها یک ماه پس از شروع فرادرمانی علائم بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی و کلیه اختلالات بیمار بهبود یافته است بلکه استرس و اضطرابهای وی نیز برطرف شده است.

#### رضایت نامه

بیمار از نشر مقاله کاملا رضایت دارد.

#### دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان راضی است.

#### مستندات

اصل گزارش و مدرک سونوگرافی در دفتر مؤسسه موجود است.

#### فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

#### منابع

- ۱- بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵ «دکتر قاضی جهانی»-انتشارات گلبن قاضی جهانی، ۱۳۸۴
- ۲- م. ع. طاهری «انسان از منظری دیگر» انتشارات بیژن ۱۳۸۷

Referred by جناب آقای دکتر	Age ۲۱ سال	Sex F	File No
Lab.No 10751	Patient خانم	Date Received ۸۵/۰۷/۰۸	Date Reported ۸۵/۰۷/۲۰

### Blood Biochemistry

Test	Result	Units	Reference Range
FBS	87	mg/dl	70-110
Serum Iron	68	mcg/dl	Male:60-180 Femal:35-155 Child:35-100
Iron Binding Capacity	351	mcg/dl	Adult:250-410 Children:100-400

### Hormones

Test	Result	Units	Reference Range
T4	9.34	ug/100ml	4.5 - 12.5
T.S.H	2.05	uIU/mL	0.3 - 4.5
Free testostron(CHEM)	*		Female :0.04-4.2 Male :4.2-30.3

Note \* :Rechecked

### Hematology

Test	Result	Units	Reference Range	Differential
CBC	*			
ESR 1st hr	10	mm/hr	Male:15-30 Female:10-22	
ESR 2nd hr	20	mm/hr	Male:20-40 Female:15-30	

## ضمیمه ۱

تاریخ ۱۳۸۴/۲/۵

### بخش سونوگرافی کلینیک تخصصی و فوق تخصصی

دکتر  
آدریس :

همکار محترم

احتراماً از خانم  
و ضمائم بعمل آمد:  
ابعاد رحم در برش میدساژیتال ۳۱ × ۷۵ میلیمتر اندازه  
گیری شد شکل و اکوژنیسیته پارانشیم رحم، طبیعی است.  
ضخامت آندومتر ۱۰ میلیمتر است.  
خمندان راست سائزواکوژنیسیته طبیعی دارد.  
ابعاد خمندان راست ۱۵ × ۲۴ میلیمتر اندازه گیری شد. در  
خمندان چپ تصویر کیست ساده به ابعاد ۱۸ × ۳۰ میلیمتر دیده  
میشود.  
مایع آزاد در لگن وجود نداشت.

نظریه : کیست خمندان چپ

ضمیمه ۲

## ضمیمه ۲

### کلینیک رادیولوژی و سونوگرافی

دکتر  
رادیولوژیست، سونولوژیست  
نشانی:

نام خانم: تاریخ: 1383/6/8 شماره: سن بیمار: 19  
همکار گرامی

سونوگرافی رحم و تخمدانها :

رحم با ابعاد  $70*33*39\text{mm}$  اندازه واگوی طبیعی داشته و ضایعه ای در پارانشیم رحم مشهود نیست .  
ضخامت آندومتر  $6\text{mm}$  و طبیعی است . ضایعه ای در اندکس ها دیده نشد.

تخمدانها بطور خفیف بزرگ بوده ، کیست های متعدد ریز در نواحی پریفرال آنها دیده میشود.

ابعاد تخمدان راست  $35*19\text{mm}$

ابعاد تخمدان چپ  $40*19\text{mm}$

نظریه : تخمدانها با نمای سونوگرافیک سازگار یا POC .

ضمیمه ۳

### کلینیک رادیولوژی و سونوگرافی

دکتر  
متخصص رادیولوژی - دارای برد تخصصی  
نشانی:  
تلفن:

:Address  
:Tel

نام خانم: تاریخ: ۱۳۸۵/۱/۲۸ شماره: سن بیمار: ۴۱  
همکار گرامی، جناب آقای

سونوگرافی رحم و تخمدانها :

رحم با ابعاد  $۳۶*۸۵\text{mm}$  اندازه واگوی طبیعی داشته و ضایعه ای در پارانشیم رحم مشهود نیست .  
ضخامت آندومتر  $۸\text{mm}$  و طبیعی است . ضایعه ای در اندکس ها دیده نشد.

تخمدان راست حاوی کیستی با ابعاد  $۳۰*۳۶\text{mm}$  میباشد. تخمدان چپ با ابعاد  $۳۵*۲۶\text{mm}$  شکل و اندازه طبیعی داشته  
و حاوی فولیکولی با ابعاد  $۱۶*۱۸$  میلیمتر میباشد.

نظریه : کیست تخمدان راست.

ضمیمه ۴

## رادیولوژی و سونوگرافی کلینیک

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی

پزشک معالج :

نام بیمار :

تاریخ : ۸۷/۰۸/۲۶

سن/جنس: ۲۳/زن

شماره بیمار :

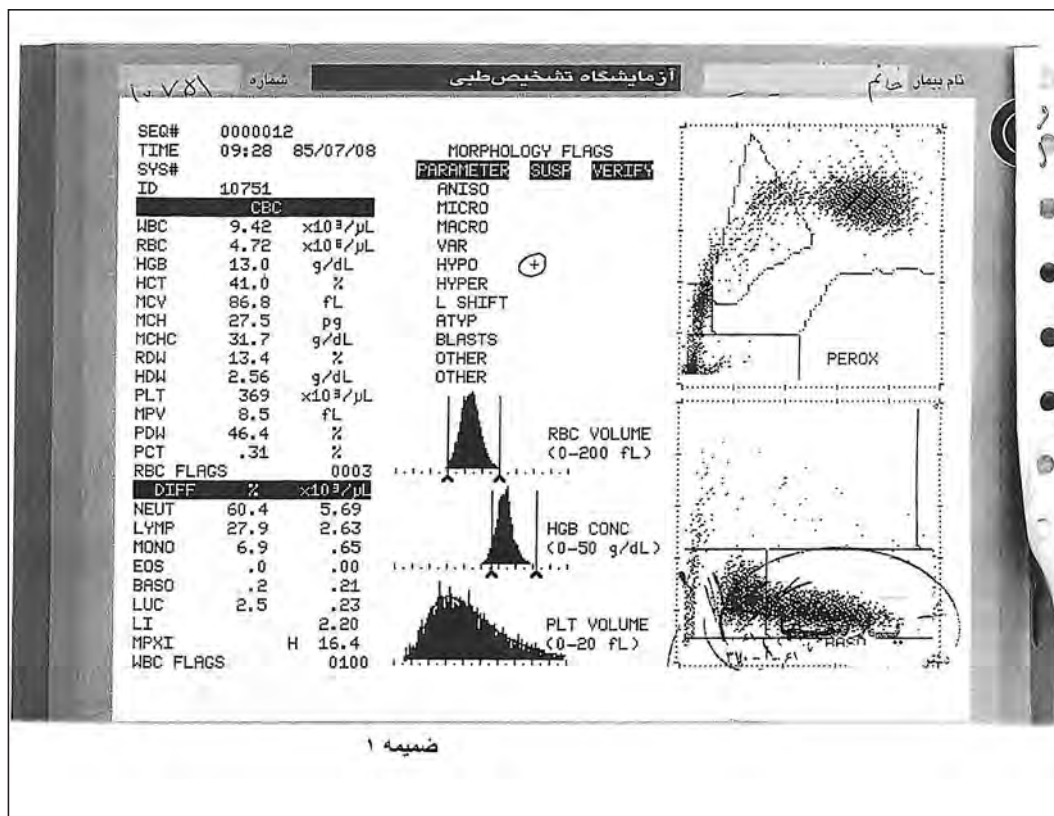
### پا سلام :

در سونوگرافی انجام شده با کاتهای مختلف از ناحیه لگن اکوی رحم طبیعی است .  
 ابعاد رحم در حد طبیعی است . ( ابعاد ۴۵×۳۷×۷۶ میلیمتر )  
 کتاره های خارجی رحم صاف می باشد و ضایعه فضا گیر در میومتر دیده نشد .  
 اکوی میومتر یکنواخت است .  
 اندومتر دارای ضخامت ۷ میلیمتر طبیعی است .  
 تخمدانها اکو و ابعاد طبیعی دارند . ضایعه کیستیک یا تومورال دیده نشد .  
 مایع در کلدوساکهادیده نشد .

نظریه : از بین رفتن کیست تخمدان قبلی .

C  
L  
I  
N  
I  
C

ضمیمه ۵



ضمیمه ۱

ضمیمه ۶

دوین ویژه نامه تخصصی فرادمانی

## گزارش بهبود یک مورد

# نازایی بدون توجیه

## با فرادرمانی

### نازایی

اگر حاملگی در زوجی که مقاربت‌های منظم بدون روش داشته‌اند در طی ۱۲ ماه رخ ندهد این زوج نازا تلقی می‌شوند. عوامل دخیل در نازایی بسته به بیماری‌های محلی، خصوصیات اجتماع و روش‌های ارجاع متفاوتند. گزارش آمارگیری انجام شده بوسیله کلینیک‌های مختلف در مورد عوامل نازایی در دو دهه گذشته در جدول زیر نشان داده شده است.

عوامل دخیل در نازایی

درصد موارد	عامل
۴۰ تا ۳۰	تولید ناقص اسپرم اشکال در دخول اسپرم
۲۵ تا ۱۵	عوامل تخمک گذاری
۲۵ تا ۱۵	عوامل رحمی یا لوله
۱۰ تا ۵	عوامل سرویکس و ایمونولوژیک
۲۵ تا ۱۰	بدون توجیه (پس از بررسی)

### ارزیابی زن

عوامل موثر در نازایی با منشأ زنانه شامل موارد زیر است:

- عدم تخمک گذاری یا تخمک گذاری نامنظم
  - ضایعه لوله رحمی که از عبور اسپرم ممانعت بعمل می‌آورد
  - عوامل رحمی همچون چسبندگی داخل رحمی (سندرم آشرمن)
  - تخریب اسپرم بوسیله مخاط سرویکس که در اغلب موارد یک نقص ایمنی وجود دارد
- بررسی این عوامل در مراکز نازایی انجام می‌شود.

### نازایی بدون توجیه

امروزه با وجود بررسی‌های کافی علت نازایی در ۱۵ درصد زوجها مشخص نیست. نازایی توجیه نشده برای زوجین و گروه درمانی یک معضل حل نشده به شمار می‌رود.

درمان زوج‌های نازا با نازایی توجیه نشده مبهم می‌باشد. بدون درمان و تنها با اطمینان دادن به زوجین در مورد این که علتی برای نازایی پیدا نشده است، بیش از ۲۰ درصد از زنان در طی ۳ سال حامله می‌شوند. اما اگر زوجین خواستار درمان باشند یا اگر زن مسن تر از ۳۵ سال باشد ممکن است IVF یا GIFT بلافاصله پس از تشخیص انجام شود. با روش‌های جدید کمک باروری که شامل IVF و انواع آن می‌باشد افق جدیدی برای درمان نازایی ایجاد شده است. از

هر ۱۰ زوج نازا در حدود ۴ زوج با انجام اقدامهای درمانی دارای فرزند می شوند. اگر چه حاملگی در اغلب موارد به دنبال درمان است اما در ۲۰ درصد موارد با درمان مرتبط نمی باشد. امروزه همچنان نازایی به عنوان یک بیماری در اجتماع شناخته می شود و بنابراین جنبه روانی نازایی قابل ملاحظه است، به ویژه برای زنانی که بیش از شوهرانشان تحت بررسی قرار می گیرند. این افراد ممکن است انجام بررسیهای تهجمی را نشانه از دست دادن کنترل خود بر جسم قلمداد کنند. اگر یک علت غیرقابل درمان برای مشخص شود یا اگر با وجود اقدامهای درمانی حاملگی رخ ندهد زوجین ممکن است به مشکلات روانی - جنسی وسیع دچار شوند.

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۳ ساله، متاهل، ساکن تهران می باشد. بیمار در سال ۱۳۷۹ ازدواج کرده و بعلت رابطه فامیلی با همسر آزمایشات ژنتیکی داده که همه منفی بوده اند. پس از ۲ سال بیمار قصد باردار شدن داشته که در سال اول دو بار دچار سقط خودبخودی شده که علت مشخصی برای آن تشخیص داده نمی شود. پس از آن بیمار تصمیم به انجام بررسیهای بیشتر و درمانهای پزشکی می گیرد. در سونوگرافی صورت پذیرفته در ناحیه اندومتر فیبروم گزارش می شود (دارای سابقه فامیلی مثبت در خواهر بیمار). در آزمایشات خون، سطح سرمی پرولاکتین بالا بوده و سطوح T<sub>3</sub> و T<sub>4</sub> بیشتر از حد مجاز گزارش می شود. همچنین بیمار سابقه پرولاپس دریچه میترا نیز داشته است (متاسفانه سابقه بیمار در دسترس نبوده).

در همین زمان همسر بیمار که تا قبل از این مشکلی نداشته پس از بررسیهای مجدد با تشخیص الیگواسپرمی (کمتر از ۲۰ میلیون اسپرم در کل نمونه) تحت درمان دارویی قرار می گیرد. ظاهراً مشکل ناباروری تا سال ۱۳۸۵ ادامه داشته و بیمار در اوج مشکلات خود بوده که در همین زمان با کلاسهای فرادرمانی آشنا می شود. ارتباطات فرادرمانی روی بیمار و همسرش اثرات بسیار مثبتی می گذارد بطوریکه تا مهرماه سال ۱۳۸۶ تمام مشکلات هورمونال بیمار از جمله هیپوتیروئیدی و هیپرپرولاکتینمی ایشان حل شده و در بررسی بیمار نیز تعداد، حرکت و فعالیت اسپرمها نرمال گزارش می شود. در بررسیهای مرکز تخصصی نازایی در آبانماه سال ۱۳۸۶ پس از لاپاروسکوپی تشخیصی برای بیمار IVF بعنوان درمان اصلی پیشنهاد می گردد و علت ناباروری، نامشخص و بدون توجه عنوان می شود.

بیمار در این مدت فقط از ارتباطات فرادرمانی بهره می گیرد تا اینکه، احساس می کند باردار است. (به گفته خود بیمار) و پس از آزمایش خوشبختانه بعد از ۸ سال نتیجه مثبت گزارش می شود. هم اکنون نوزاد بیمار سالم و ۸ ماهه است و نام او "رایا" (به معنی لطف و عنایت) می باشد که به قول بیمار شاهدی است بر لطف و عنایت خداوند متعال.

### بحث

درمان زوجهای بیمار با نازایی توجه نشده مبهم می باشد. بدون درمان، تنها با دادن اطمینان به زوجین گاهی اوقات در طی ۳ سال احتمال ۲۰ درصد حاملگی وجود دارد، اما اگر زوجین مسن بوده (بالای ۳۰ سال) ممکن است عمل IVF

یا GIFT بلافاصله پس از تشخیص انجام شود. البته این روشها به عنوان آخرین راهکار شناخته شده که ضمناً گران و دردناک هم می باشد، در صورت عدم موفقیت می تواند آثار روانی مخرب و جبران ناپذیری را ایجاد نماید. از آنجا که این بیمار علاوه بر نازایی، مشکلات عدیده ای دیگری هم داشته که بدون دخالت دارویی در طول یک سال برطرف شده و بیمار درمانی بغیر از فرادرمانی کار دیگری انجام نمی داده، می توان ادعا نمود که فرادرمانی باز هم به عنوان روشی جدید و موثر در درمان بسیاری از بیماریها توانسته نقش مهمی را ایفا نماید.

### نتیجه گیری

گرچه بعضی از نتایج درمانی حاصل از فرادرمانی در این بیمار می تواند با درمانهای دیگری از جمله IVF، میکرواینجکشن و غیره محتمل باشد، اما فرادرمانی بر خلاف درمانهای رایج که پرعارضه هستند، هیچگونه عارضه ای نداشته و می تواند ظرف مدت نسبتاً کوتاهی (حدود یکسال در این بیمار) نتایج درمانی دور از انتظاری را باعث گردد.

### رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کمال رضایت را دارد.

### دیدگاه بیمار

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

### مستندات

آزمایشات و تصاویر بیمار در دفتر مجله موجود میباشد.

### فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

### منابع

- ۱- زنان و زایمان ویلیامز ۲۰۰۵- گلبان، قاضی جهانی، ۱۳۸۴
- ۲- م. ع. طاهری "انسان از منظری دیگر" انتشارات بیژن ۱۳۸۷



باندسم در ارب

۲۰۰۸

۲۲ ساله که در این روزها حجت  
درمان برای آنکس در دنیا و در نهایت زنده اند با شکر  
سینه‌های دار بود که در کس در این روزها حجت  
بی خوشبختانه بجز در خور باره زنده اند

تاریخ: ۲۵-۱۰-۸۶  
نام بیمار:



سلام

ایچ عکس منه

مع دختر ماما و بابا هستم

ماما و بابا میخان که مع هستم ، اسم منو گذاشتن

یعنی آسمان و کسی که خدا به او لطف و عنایت داره

مع سه شنبه ۵ شهریور ۱۳۸۷ که میشه ۲۶ آگوست ۲۰۰۸ و ۲۴ شعبان ۱۴۲۹

ساعت ۵ دقیقه به ۱۲ شب با وزن ۳ کیلو و نیم در بیمارستان

پا به ایچ دنیا گذاشتم .

Hi

This is me , on the picture

My mama is & My papa is

I am their presious gift from God & they gave me

name It means: God's dearest in a very special way

and also royal blue sky I hope God will help me to become

the person , who deserves his love & attention. And that he will

always be there to take care of me & especially my parents.

My birthday was 5 minutes to midnight (11:55 pm) on the 26th of

August 2008.

I was born at the hospital in Tehran - Iran



دوین ویره نامه تخصصی فرزادمانی

## گزارش بهبود یک مورد

# نازایی ناشی از نارسایی زودرس تخمدان و بارداری با فرادرمانی

اگر حاملگی در زوجی که مقاربت‌های منظم بدون روش جلوگیری داشته‌اند در طی ۱۲ ماه رخ ندهد، این زوج نازا تلقی میشوند. نازایی ۱۰ تا ۱۵٪ زوجها را گرفتار میکند.

عوامل دخیل در نازایی، به سه عامل ۱- مردانه ۲- زنانه ۳- بدون توجه تقسیم میشوند  
عوامل موثر در نازایی با منشاء زنانه شامل موارد زیر است:

- عدم تخمک گذاری یا تخمک گذاری نامنظم
  - ضایعه لوله رحمی
  - عوامل رحمی همچون چسبندگی داخل رحمی
  - تخریب اسپرم بوسیله مخاط سرویکس
- بررسی این عوامل در مرکز نازایی انجام میشود.

### نارسایی زودرس تخمدان:

این بیماری با علت نامشخص در خانم‌های با سن کمتر از ۳۵ سال دیده می‌شود در آنها هیچ اختلال دیگری دیده نمی‌شود از مشخصات این بیماری بالا بودن گنادوتروپین‌ها و استروژن کم میباشد ولی علل احتمالی این نارسایی میتواند آنتی بادی ضد تخمدانی، عفونت‌ها، رادیوتراپی، متابولیسم غیر طبیعی گالاکتوز و نقائص ژنتیکی باشد.

سندرم تخمدان پلی کیستیک: تخمدان حاوی چندین فولیکول نارس (بیش از ۴ فولیکول) و فولیکول‌های آتروفی شده (و نه کیست بر خلاف نام آن) می‌باشد که در مجاورت سطح تخمدان به شکل گردن‌بند قرار دارند. علت این بیماری کاملا مشخص نشده و ممکن است با هیرسوتیسم، آکنه، نازایی و گاهی چاقی نیز همراه باشند.

امکان دارد PCO در شرح حال بیمار تشخیص داده شود و با سونوگرافی واژینال و افزایش نسبت سطح LH به FSH به اثبات برسد.

درمان در اینگونه بیماران روشهای دارویی و جراحی برای القای تخمک گذاری است.

### نقایص فاز لوتیال

به کمبود نسبی پروژسترون بوسیله جسم زرد اطلاق میشود که عامل ۲-۳ درصد نازاییها می‌باشد این بیماری در حالات زیر دیده میشود:

هیپر پرولاکتینمی - ورزش سخت - مصرف کلومیفن سیترات - کاهش وزن شدید - هیپراندروژنیسم.



### معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۸ ساله (پزشک) که بعلت نازایی با تشخیص نارسایی زودرس تخمدان و نقص فاز لوتیال به مدت ۴ سال تحت درمان مراکز ناباروری قرار گرفته و جراحی هایی در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ انجام داده، که متاسفانه هر دو بار ناموفق بوده است.

بیمار در تاریخ ۱۳۸۶/۸/۲۱ لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی انجام داده که نتیجه آن ضمیمه است (ضمیمه ۱). در شرح عمل، فعالیت تخمدان درجه دو ذکر شده و گزارشی دال بر اندومتریوز و کیست تخمدان فولیکولار نیز بوده است. پس از آن در تاریخ ۸۶/۹/۱۱ کورتاژ اندومتر برای وی انجام شده که باز به تشخیص کیستهای دو طرفه تخمدان و پولیپ اندومتریم رسیدند (ضمیمه ۲). در مشاوره پزشکی با مراکز ناباروری برای بیمار عمل میکرواینجکشن (لقاح اسپرم با تخمک و بعد از دو روز از رشد سلول تخم انتقال آن به رحم) با شانس بارداری تنها ۲۰ درصد انجام میشود که متاسفانه با شکست مواجه میشود پس از مدتی برای بار دوم همین عمل تکرار و متاسفانه باز نتیجه منفی بوده است. در سال ۱۳۸۷ پس از یکسری آزمایشات مشابه بخاطر سطح هورمونی بالا و تشخیص نارسایی زودرس تخمدان همراه با هورمون تراپی با شانس ۱۰ درصد عمل ZIFT (تزریق اسپرم به تخمک) برای ایشان انجام میشود که متاسفانه این بار نیز نتیجه منفی گزارش میشود. بیمار بسیار در شرایط روحی بدی بسر میبرده و به خاطر صرف هزینه های بالا و مصرف داروهای گران قیمت و اینکه احتمال باروری فقط ده درصد و یا کمتر ذکر شده بود از هر گونه درمان پزشکی کلاسیک نا امید میگردد. ایشان مدتی قبل با کلاسهای عرفان کیهانی آشنا شده و فرا درمانی را نیز بصورت پراکنده انجام می دهد. از آنجا که بیمار خود پزشک بوده و با نحوه درمانهای طبی آشنا می باشد پس از آن بخاطر ناامیدی از اینگونه درمانها به فرادمانی رو آورده و در طی انجام فرادمانی که هر شب و حتی روزی ۲-۳ بار بوده، پس از حدود ۲ ماه بدون هیچ گونه مداخله دارویی باردار شده و در طی درمان خود متوجه تغییرات جالبی گردیده و درحال حاضر (تاریخ ۸۸/۲/۱۷) در ماه ششم بارداری است.

### بحث

بیمار معرفی شده با تشخیص نارسایی تخمدان بدلیل پلی کیستیک بودن تخمدان تحت درمان قرار گرفته است همان طور که اطلاع دارید در سندرم تخمدان پلی کیستیک که تخمدان حاوی یک یا چند فولیکول نارس و فولیکولهای آتروفی شده برخلاف نام آن میباشد، بهترین بررسی اندازه گیری سطوح هورمونی LH FSH است. یک سطح هورمونی بیشتر از نرمال که با تکرار اندازه گیریها اثبات شده است، بیانگر نارسایی اولیه تخمدانی است. اولین قدم درمانی در این بیماران اگر با شکایت از نازایی به پزشک مراجعه کنند، داروی کلومیفن بعنوان یک آنتی استروژن است، واگر عدم

تخمک گذاری حتی با مصرف آن ادامه یابد، بیمار به متخصص نازایی برای جراحی ارجاع داده می شود. در این بیمار درمان های فوق انجام وبدون نتیجه بوده، وهمچنان مشکل پلی کیستیک بودن تخمدان و نارسایی آن وجود داشته ولی تنها پس از پیگیری فرادرمانی بمدت ۲ ماه بدون دارو نه تنها بیمار باردار شده بلکه کلیه مشکلات بیمار نیز برطرف شده است.

### نتیجه گیری

با اینکه در کتب طب کلاسیک نتایج درمانی برای اینگونه بیماران ۲۰ درصد گزارش شده، اما نمیتوان به آن اکتفا کرده و از آنجا که در این بیماران احتمال حذف فولیکول های تخمدانی و یائسگی زودرس قبل از ۴۰ سالگی وجود دارد، باید چاره ای اندیشید. درمان این بیمار با روش فرادرمانی، مؤید این نکته است که این روش درمان میتواند بدون هیچ عارضه و بسادگی منجر به درمان شده، و از آنجا که تا بحال بارداری خود بخودی با وجود پلی کیستیک بودن تخمدان گزارش نشده، و بیمار هیچ درمان دیگری برای این اختلالات دریافت نکرده میتواند این درمان را کاملاً به «فرادرمانی» نسبت داد.

### رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

### دیدگاه بیمار

بیمار از سیر درمان خود بسیار راضی بوده و تمایل به شرکت در گروه تحقیقات پزشکی با دیگر همکاران را دارند.

### مستندات

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

### فرادرمانگر

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

### منابع

- ۱- بارداری وزایمان ویلیامز ۲۰۰۵-تهران: گلبان، قاضی جهانی، ۱۳۸۴
- ۲- مبانی بیماریهای زنان ومامایی-درک لیولین جونز-مشهد سخن گستر، ۱۳۸۳
- ۳- م،ع، طاهری «انسان از منظری دیگر» انتشارات بیژن، ۱۳۸۷



Name:		Date:	
Surgeon:	Assistant:	f6 LMP 17, 1, 11 Cycle day	
Preoperative Diagnosis:			
Pentoneum:			
Uterus:	Size	N	Shape N Color N
Abnormalities:			
Pathology:			
Uterosacral Ligament: Endometriosis			
Right Ovary:	Size G2	Shape Cystic	Color Blood Vessels
Surface:	Smooth	Wrinkled	Tunic Follicles
Luteal Tissue:	R.O follicular cyst		
Abnormalities:			
Utero Ovarian Ligament:			
Left Ovary:	Size G2	Shape N	Color Blood Vessels
Surface:	Smooth	Wrinkled	Tunic Follicles
Luteal Tissue:			
Abnormalities:			
Utero Ovarian Ligament:			
Right Tube:	Length	N	Color N Surface N
Fimbria:	Patency	P	Movement P Peristalsis P
Left Tube:	Length	N	Color N Surface N
Fimbria:	Patency	P	Movement P Peristalsis P
Morbidity:	Endo + RO Cyst + L paraovarian cyst		
Therapy:	Cystectomy + ligation of uterine tubes		
Response:	dye test ⊕ both sides		
Pathology:	DLC + RO cyst + L paraovarian cyst		

ضمیمه ۱

ضمیمه ۱

نام پدر: -

م. بیست و هفتم / آقای / خانم

و سن: ... سال

و کد: -

آدرس: -

خانم / جناب آقای دکتر: -

### Cytopathology (.)

#### Macroscopic examination:-----

- 1 Labeled as "Endometrial curettage" :consist of fragment of brownish, Soft Tissue, T.M...3.3x3.2cm
- 2 Labeled as "Ovarian cyst" :consist of a piece of creamy,soft tissue T.M...1.3x1cm
- 3 Labeled as "Ovarian cyst" :consist of 2 pieces of creamy,soft tissue T.M...2x0.6cm
- 4 Labeled as "Polyp " :consist of fragments of brownish grayish,soft tissue,1.3x1cm

#### Microscopy examination:-----

- 1 Sections of endometrial tissue shows similarly shaped tortuous glands (or colied) distributed throughout the stroma. The glands lined by pseudostratified, mitotically active, elongated epithelial cells with dense chromatin. The stroma is moderately dense and stromal cells have mitotically active nuclei. Most of the vessels are in conspicuous and capillary like. No Malignant cells are seen.
- 2 Sections shows cystic thick wall lesion composed of granulosa and theca cells with some luteinization in both layers. There is no evidence of malignancy.
- 3 Sections shows cystic lesion composed of irregular thin wall cyst ,line by tubal columnar epithelium containing both ciliated and secretor cells ,with some papillary projection into the lumen and covered by thin layer of smooth muscle.
- 4 Section show solid fragments of endometrial tissue in proliferative phase. No evidence of malignancy.

#### Diagnosis:-----

- 1 ENDOMETRIAL CURETTAGE:LATE PROLIFERATIVE ENDOMETRIUM.
- 2 OVARIAN CYSTECTOMY:FOLLICULAR CYST.
- 3 OVARIAN CYSTECTIOMY:PARA OVARIAN OR PARATUBAL CYST.
- 4 POLYP: SUGGESTIVE OF ENDOMETRIAL POLYP

ضمیمه ۲

نم: ف - ر

Lab.No : CI-1695

Received: 87/05/23

File No: 327181

Emp: 86.5.22

**Endocrinology**

Test	Result	Units	Reference Range
T3	1.2	ng/ml	Adult : 0.8-2.3 >50Years : 0.4-1.8 Newborn : 0.75-2.6 1-5Years : 1.0-2.6
T4	6.1	ug/dl	5 - 10 Years: 0.9 - 2.4 Adult : 4.5-13 Newborn : 11.5-24 Neonate : 9.0-18 Infant : 7.8-16.5 1-5 Years : 7.3-15
TSH (EIA)	2.6	mlu/l	5-10Years : 6.4-13.3 Adult : 0.17-4.2 >50 Years : 0.17 - 8.9 1-6 Days : 2.5-18 1-20Weeks : 1.7- 9.1 5M-15Years: 0.7-6.4
Anti - TPO (EIA)	5.9 @	u/ml imm	Up to 20
FSH (EIA)	17.9 *	mIU/ml	Female: Pre & post ovulatory : 1.0-10 Ovulatory peak : 6.0-17 Menopausal : >20 Males : 1.4-15.4 Child (girl) 1Y-10Y : 0.7-6.7 Child (boy) 1Y-10Y : 0.3-4.6
LH (EIA)	4.2 *	mIU/ml	Female ; Follicular phase : 1.7-15 Ovulatory peak : 22-57 Luteal Phase : 0.6-16.3 Menopausal : >12 Males : 1.2-7.8 Child (girl) 1Y-10Y : 0.03-3.9 Child (boy) 1Y-10Y : 0.04-3.6
Prolactin (EIA)	10	ng/ml	Female : 2.8-29 Menopausal : 2.1-17.7 Male : 1.8-20
17 OH Progesterone (RIA)	0.5	ng/ml imm	Female : Follicular phase : 0.15-1.1 : Luteal phase : 0.7-3.1 : Menopause : 0.08-1.3 Males : 0.5-2.4 Children : 0.07-1.7 Newborn : 0.07-0.77

**Note**

\* :Checked

@ Antibodies against thyroid peroxidase

ضمیمه ۳

دوین ویرہ نامہ تخصصی فراڈمانی

نام پزشک : شماره اشتراک : تاریخ پذیرش : 387763 1387/07/17		نام و نام خانوادگی بیمار : ف - و شماره پذیرش : 109426
<b>Test</b>	<b>Result</b>	<b>Reference ( Based on Sex/Age )</b>
FSH	5.4 mIU/mL	Female: Foll.Phase :3.5-12.5 Periovulatory.Phase:5.0-22 Lut.Phase:2.0 -8.0 Postmenopause:26 -135 Male :1.0 -12.4
		Controlled by :
تیران :		کدیستی :
تلفن :		فکس :





## وقتی ناامید شدم

من دکتر فروزنده رستمیان هستم. چهار سال پیش متخصصان زنان و زایمان مرا نازا تشخیص دادند. از حدود سه سال پیش درمانهای باروری را شروع کردم. سال ۱۳۸۶ برای اولین بار مورد عمل جراحی قرار گرفتم. پزشکان با تشخیص کیست های تخمدانی و آندرومتدیوز مرا مورد جراحی با روش لاپراسکوپي قرار دادند. عمل ۹۰ دقیقه طول کشید و پزشک معالج من پس از عمل گفت که مشکل ناباروری شما برطرف شده است. سپس تحت درمان دارویی بودم و در عرض دو ماه ۸۰ آمپول برای تحریک تخمک تزریق شد و در اسفندماه سال ۱۳۸۶ عمل IVF انجام شد. یعنی اسپرم و تخمک ترکیب شد و در شرایط مناسب در رحم قرار گرفت، اما بی نتیجه بود. احتمال باروری با این روش برای من ۲۰ درصد پیش بینی می شد.

شش ماه بعد تصمیم گرفتم عمل پیشرفته تری انجام دهم. در این عمل تخمک و اسپرم پس از لقاح در شرایط آزمایشگاهی از موجود تک سلولی به یک موجود چهار سلولی تبدیل می شود و سپس به رحم منتقل می گردد. با توجه به اینکه در سن بالای ۳۵ سال احتمال باروری کاهش می یابد این عمل جراحی که به میکروانجکشن معروف است، ۱۰ درصد احتمال باروری را فراهم می کرد. اما متأسفانه باز هم موفقیتی در پی نداشت. از آنجا که این عمل درمان ناباروری، پیشرفته ترین عمل جراحی در دنیا محسوب می شود و چون من خودم پزشک هستم، پس از این اتفاق به کلی از اینکه علم پزشکی بتواند کاری برایم انجام دهد ناامید شدم. تا آن زمان مبلغ ۹/۵ میلیون تومان هزینه درمان ناباروری من شده بود.

وقتی که کاملاً ناامید شده بودم، فرادرمانی را که از قبل هم با آن آشنایی داشتم جدی تر گرفتم. چون دیگر امیدی به علم پزشکی نداشتیم. متخصصان می گفتند باید دوباره درمان را شروع کنی. به نظر آنها باروری بدون درمان برای من محال بود. یک ماه پس از قطع همه داروها و ترک تمام درمان های پزشکی در کمال ناباوری آزمایش ماهانه، فعالیت طبیعی تخمدانها را نشان داد. شرایط من تقریباً همانند یک فرد طبیعی بود. پس از آن بطور طبیعی و بدون انجام هیچ عمل پزشکی باردار شدم. کسانی که با فرادرمانی آشنایی دارند می دانند که این روش رایگان است.

الآن هفته ۲۶ ام بارداری را سپری می کنم و فرزندم پسر است. به طور مرتب در ارتباط های فرادرمانی هستم و هرگاه ارتباط می گیرم، حرکت های زیبایی را که نشانه سلامت است در جنین حس می کنم.

این لحظه ها برای هر مادری خوشایندترین لحظه های زندگی است و برای من که با وجود تحصیلات و تجربه پزشکی با ناامیدی از این علم و فقط بواسطه فرادرمانی که زیباترین نوع توکل به خداوند است، اکنون صاحب فرزند شده ام، لحظه های شیرین شکرگزاری و ستایش خداوند را به همراه دارد.

ما پزشکان وسیله ای برای تجلی قدرت الهی هستیم و آنگاه که به عجز و ناتوانی خود در برابر خداوند اذعان کنیم قدرت خداوند ظهور می کند و من تجلی قدرت الهی را در فرادرمانی که امروزه یکی از شاخه های شناخته شده طب مکمل است می بینم.

تنظیم گفتگو: مهدی نیرومنش / اردیبهشت ۸۸

## گزارش بهبود یک مورد

# توده متاستاتیک پس از کانسر بیضه

## با فرادرمانی

درمان بیماران مبتلا به کارسینوم بیضه الگویی برای رویکرد چند رشته ای به تومورهای توپر است. با جراحی موثر، رادیوتراپی و کموتراپی ترکیبی میزان بقای بیماران با ریسک پائین به ۹۹ درصد و بیماران بالا به ۸۰ درصد رسیده است. تومورهای بیضه شایع ترین بدخیمی توپر در مردان ۱۵ تا ۳۴ سال هستند. در ۲ تا ۳ درصد بیماران تومور دو طرفه بوده و ۵ تا ۱۰ درصد بیماران به تدریج در سمت مقابل تومور ایجاد می شود. علیرغم اختلال در اسپرماتوژنز، اغلب مردان مبتلا به کانسر بیضه می توانند باروری طبیعی داشته باشند و لذا بررسی مسائل باروری در این بیماران بسیار مهم است، به خصوص افرادی که ممکن است نیاز به درمان های کمکی مانند رادیوتراپی با اشعه خارجی و کموتراپی سیستمیک داشته باشند.

شایع ترین نشانه یا علامت کانسر بیضه وجود توده ای دردناک و سفت در بیضه است. بیماران ممکن است در نتیجه خونریزی تومور دچار اسکروتوم حاد شوند و تا ۳۳ درصد بیماران با احتمال اپیدیدیمیت تحت درمان قرار می گیرند. سونوگرافی اسکروتوم تشخیصی است زیرا کانسر بیضه به دلیل درگیری واضح پارانشیم بیضه و نه بافت های اطراف آن، به راحتی از بیماری های خوش خیم اسکروتوم قابل افتراق است. علائم و نشانه های بیماری پیشرفته عبارتند از: سرفه، علائم گوارشی (توده)، درد کمر (متاستاز رتروپریتونئ)، علائم نورولوژیک (متاستاز به مغز) تورم اندام تحتانی (ترومبوز ورید اجوف تحتانی و ایلیاک)، و لنفادنوپاتی سوپراکلاویکولار.

### تشخیص و مرحله بندی

درمان ابتدایی تومور اولیه ارکیکتومی اینگویال همراه با بستن قسمت بالای طناب اسپرماتیک است. سمینومای خالص شایع ترین نوع GCT است. تراتوم، تومورهای کیسه زرده، کارسینوم امبریونیک و کاریوکارسینوم در گروه GCT غیرسمینومایی طبقه بندی می شوند و اغلب به صورت GCT مخلوط (بیش از یک الگوی بافتی در تومور اولیه) تظاهر می یابند.

غدد لنفاوی رتروپریتونئ شایع ترین محل متاستاز اولیه هستند. بنابراین مرحله بندی رتروپریتونئ با CT اسکن شکم جهت ارزیابی گسترش تومور اهمیت دارد. با این حال مرحله بندی دقیق رتروپریتونئ به دلیل مثبت و منفی کاذب ۲۰ تا ۳۰ درصدی گزارش شده در مطالعات مشکل است. نواحی شایع متاستاز غدد لنفاوی عبارتند از: غدد لنفاوی پره کاوال، اینترآئورتوکاوال و غدد لنفاوی اطراف آئورت زیر ناف کلیه و بالای محل دو شاخه شدن آئورت، رادیوگرافی از قفسه سینه یا CT اسکن توراکس مکمل مرحله بندی بالینی است زیرا ریه ها و مدیاستن خلفی شایع ترین محل های متاستاز دوردست هستند.

### درمان

برای تعیین نوع درمان لازم به دنبال ارکیکتومی اینگوینال از هیستوپاتولوژی، مرحله پاتولوژیک و STMها استفاده می شود. تمام بیمارانی که STM آنها پس از ارکیکتومی بالا باشد صرف نظر از یافته های بافت شناسی تحت شیمی درمانی پایانه سیس پلاتین قرار می گیرند. میزان شکست رادیوتراپی و تشریح غدد لنفاوی رتروپریتونئ (RPLND)

در حضور افزایش مارکرهای سرم بالاست.

عود به دنبال پایش در عرض ۲ سال رخ داده و اغلب بیماران با کموتراپی نجات می یابند. عوارض جانبی کموتراپی عبارتند از اختلال عملکرد کلیه، نوروپاتی، پدیده رینود، سمیت خونی، سمیت قلبی عروقی و خطر ۰/۵ درصدی لوسمی ثانویه.

### معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۵ ساله که در تاریخ ۱۳۸۶/۱۱ با تشخیص کانسر بیضه (سمینوما) با متاستاز به شکم و لگن تحت عمل رادیکال ارکیدکتومی بیضه چپ قرار گرفته و برای کنترل کانسر خود پزشک معالج دستور ۸ جلسه کموتراپی و در صورت نیاز حتی بیشتر و ۲۰ جلسه رادیوتراپی به وی می دهد. در سونوگرافی شکم در تاریخ ۱۳۸۶/۱۱/۲۸ توده سالیید به ابعاد ۹۳ در ۸۴ در ناحیه رتروپریتون دیده میشود که سبب اثر فشاری بر دیواره خلفی معده و افزایش فاصله بین ائورت و SMA شده و کلیه ها به خاطر اثر فشاری توده روی حالب دچار کم کاری و هیدرو نفروز چپ شده اند. (ضمیمه ۱) در سیتی اسکن از شکم در تاریخ ۸۶/۱۲/۱ ضایعه فرا گیر نسج نرمی حجیم لوبوله رتروپریتونیاال در ناحیه خلفی تنه پانکراس دیده میشود و باعث جابجای کلیه چپ و اتساع سیستم جمع کننده کلیه مذکور شده با عبور از خط وسط بین ائورت، SMA باعث افزایش فاصله آنها شده است. (ضمیمه ۲).

وجود متاستاز و تشخیص قطعی کانسر ضمیمه میباشد. (ضمیمه ۳)

از آنجا که بیمار ساکن تبریز بوده برای کموتراپی به تهران آمده و پس از بررسی مدارک پزشکان معالج متاسفانه، سیر بیماری را پیشرفته تشخیص داده و عمر مفید بیمار را پس از شیمی درمانی ۶ ماه ذکر کرده اند. بیمار با ناامیدی شیمی درمانی را آغاز نموده، که پس از اولین جلسه با مشکلات گوارشی زیاد، و درد بسیار زیادی که پس از جراحی نیز بصورت خفیفی داشته، از ادامه شیمی درمانی منصرف شده.

بیمار پس از مراجعه به تبریز به توصیه یکی از دوستان به فردی برای انرژی درمانی مراجعه کرده و پس از صرف هزینه گزاف بدون نتیجه باز به اصرار خانواده به شیمی درمانی روی آورده.

پس از جلسه دوم شیمی درمانی بیمار با فرادمانی آشنا شده که به گفته خود بیمار از همان جلسه اول متوجه تغییرات جالبی شده اما به درخواست خانواده شیمی درمانی را همچنان ادامه داده.

پس از آن بیمار بصورت جدی تر فرادمانی را دنبال کرده. پس از چهارمین جلسه شیمی درمانی بیمار با توجه به از بین رفتن سمپتوم هایی که داشته، مانند درد و علائم گوارشی، از پزشک معالج خواسته تا اسکن مجددی برایش درخواست نماید. پزشکان زمان تکرار اسکن را زود تشخیص داده اما با توجه به اصرار بیمار سیتی اسکن تکرار میگردد. در سونوگرافی شکم در تاریخ ۱۳۸۷/۲/۱۰ هیچ توده سالیید یا کیستیک دیده نمیشود در هیچکدام از ارگانهای شکم و کلیه ها نیز نرمال هستند و پانکراس نیز نرمال گزارش شده (ضمیمه ۴).

با توجه به غیر ممکن بودن این پدیده تمام آزمایشات تکرار شده و پزشک معالج این مسئله را تنها، معجزه ای می بیند.

در سیتی اسکن از شکم در تاریخ ۸۷/۳/۴ اثری از ضایعه فراگیر دیده نمیشود و پانکراس و ساختمان های عروقی نرمال گزارش شده کلیه ها کوچک شده و با فانکشن نرمال هستند (ضمیمه ۵).  
در سیتی اسپیرال ریه در تاریخ ۱۳۸۷/۳/۴ هیچ توده و حتی لنفادنوپاتی دیده نمیشود و هیچ جابجایی نیز در تراشه و سیستم برونش ها دیده نمی شود (ضمیمه ۶)  
در گزارش پزشک که در تازیک ۱۳۸۷/۳/۴ نوشته شده تومور وسیع کاملاً برطرف شده و کلیه چپ کوچک شده (ضمیمه ۷).

بیمار در طی بیماری خود ۴ دوره شیمی درمانی شده که دو جلسه قبل از شروع فرادرمانی در تاریخ های ۸۷/۱/۱۷ و ۸۶/۱۲/۲۲ بوده، در تاریخ ۲۴ / ۱ / ۸۷ با فرادرمانی درمان ادامه پیدا کرده دو جلسه دیگر در تاریخ های ۸۷/۲/۹ تا ۸۷/۲/۱۴ دوره سوم و ۸۷/۳/۴ تا ۸۷/۳/۹ دوره چهارم و آخرین دوره اثرات متاستاز بطور عجیبی از بین رفته در کمتر از دو ماه از شروع فرادرمانی با نظر پزشک معالجش احتیاجی به ادامه شیمی درمانی نبوده، از آن تاریخ نامبرده در سلامتی کامل به سر میبرد.

#### بحث

از آنجا که این بیماری متاستاتیک و پیشرفته تشخیص داده شده، و بر اساس درمانهای متداول پزشکی امید زیادی به درمان این بیماران، حتی پس از شیمی درمانیهای طولانی مدت وجود ندارد.  
با انجام فرادرمانی تمام مشکلات بیمار از جمله مشکل کلیوی وی کاملاً از بین رفته و به گفته خود بیمار زندگی ایشان متحول شده است.

#### نتیجه گیری

تا بحال هیچ روش درمانی نتوانسته ظرف چنین مدت کوتاهی و بدون استفاده از اقدام تهاجمی دیگر، توده ای با این ابعاد را بطور کامل از بین ببرد، ضمن آنکه این روش بدون هزینه، بدون عارضه و قابل انجام در همه سنین و کلیه شرایط است.  
این گزارش تائیدی بر گسترده بودن طیف بیماریهای قابل درمان با فرادرمانی است.

#### رضایت نامه

بیمار از نشر این گزارش کاملاً رضایت دارد.

#### دیدگاه بیمار

بیمار از نتایج درمان خود بسیار راضی و بهبودی سریع خود را مدیون روش فرادرمانی میدانند.

#### مستندات

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

#### فرادرمانگران

همکاران گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

#### منابع

- ۱- جراحی شوارتز ۲۰۰۵- د.م ایتی فیروزآبادی- انتشارات اندیشه رفیع ۱۳۸۶
- ۲- محمد علی طاهری «انسان از منظری دیگر»- انتشارات بیژن ۱۳۸۷

نام بیمار:

تاریخ: ۸۶/۱۱/۲۸

همکار محترم:

با سلام،

رادیوگرافی ساده شکم: افزایش تراکم در قسمت میانی شکم دیده میشود که باعث جابجایی گازهای روده به اطراف شده است.  
کبد و کیسه صفرا: شکل و اندازه کبد و اکوژنیسیته پارانشیم آن طبیعی است. کالئیر کلدوک ۳ میلیمتر و پورت ۷ میلیمتر اندازه گیری شد. در کیسه صفرا ضایعه ای دیده نشد.  
طحال: ابعاد طحال در برش کورونال ۸۲×۳۴ میلیمتر اندازه گیری شد. شکل و اندازه و اکوژنیسیته طحال عادیست.

توده سایید به ابعاد تقریبی ۹۳×۸۴ میلیمتر در ناحیه رتروپریتونال دیده میشود که قسمت اعظم آن در سمت چپ ستون فقرات قرار گرفته است. توده مذکور باعث اثر فشاری بر دیواره خلفی معده و جابجایی آن به جلو شده است. قسمتی از توده بین آئورت و SMA قرار گرفته و باعث افزایش فاصله آنها شده است.  
هیپرونفروز چپ (به احتمال قوی ثانوی به اثر فشاری توده مذکور بر روی حالب) نیز قابل رویت است.

نظریه: توده بزرگ رتروپریتونال (به احتمال قوی از منشاء پانکراس) با اثر فشاری بر روی ارگانهای مجاور بشرح بالا؛ جهت بررسی بیشتر، CT اسکن یا ماده کنتراست خوراکی و وریدی پیشنهاد میشود.

با احترام

ضمیمه ۱

نام بیمار:

سن: ۴۱ ساله

تاریخ: ۸۶/۱۲/۱

همکار محترم:

با سلام،

سی تی اسکن اسپیرال شکم و لگن یا ماده کنتراست تزریقی و خوراکی

ضایعه فضاگیر نسج نرمی حجم لوبوله رتروپریتونال در ناحیه خلفی تته پانکراس دیده میشود و باعث جابجایی کلیه چپ و امتیاع سیستم جمع کننده کلیه متکثر شده و با عبور از خط وسط بین آئورت و SMA باعث افزایش فاصله آنها شده است. سایر نواحی کلیه ها نمای طبیعی داشته، ترشح ماده حاجب از آنها بطور همزمان و بخوبی انجام شده است.

شکل، اندازه و دانسیته کبد نرمال است. دیامتر مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی عادیست. بر کیسه صفرا ضایعه ای دیده نشد. (لازم به ذکر است، سنگهای ایزودنس یا صفرا در سی تی اسکن رویت نشدند و در این موارد تطبیق با یافته های سونوگرافیک ضروری است.)

در طحال، پانکراس و غدد فوق کلیه تغییرات پاتولوژیک مشاهده نشد.

لگن: شکل، اندازه و ضخامت جدار مثانه طبیعی است. چربیهای لگنی نمای طبیعی دارد. لنگادوتوپاتی در ناحیه لگن دیده نمیشود. مایع آزاد داخل صفاقی وجود ندارد.

اسپمتری در بیضه ها با افزایش اندازه بیضه سمت چپ و دانسیته غیریکتولت طرف متکثر دیده میشود. کانون هیپودنس بیضی شکل مربوط به بزرگی عقده لنفاوی در ناحیه کمانه ران در سمت چپ قابل رویت است.

نظریه: توده نسج نرمی لوبوله رتروپریتونال تپ لنگادوتوپاتی وسیع احتمالا در زمینه ضایعه لنوپلاژیک (سپینوما؟) در بیضه چپ.

ضمیمه ۲

**آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان**

شماره پاتولوژی: \_\_\_\_\_  
تاریخ پذیرش: 86/12/07

---

شماره ترتیب: \_\_\_\_\_

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	سن: 41
پزشک معالج:		تاریخ جواب: 86/12/12	شماره پرونده: 111934

---

**Macroscopy:**

RIF / Consists of testis with spermatic cord that opened formerly measured: 11\*7/5cm. In cut section cream necrotic mass that filled near totally of testis tissue measured: 10\*7cm is seen.

**Microscopy:**

Sections show testicular tissue with a tumor. The tumor composed of cells with moderate amount of clear to light-pink cytoplasm, central nuclei, prominent nucleoli and distinct cell borders. Fibrovascular septa containing lymphocytes separate sheets of cells. Necrotic foci and involvement of chordon also are seen.

Dx: Left testis / Orchiectomy :  
Classic Seminoma

**ضمیمه ۳**

ام آر آی، سی تی اسکن، اسپیرال سونوگرافی رنگی (کالر داپلر)، آنژیوگرافی، DSA، ماموگرافی، بانورکس، رادیولوژی تشخیصی

آدرس: \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_  
دورنویس: \_\_\_\_\_  
مسکوم: \_\_\_\_\_

---

شماره پذیرش: 8-63- نام: \_\_\_\_\_ شماره پرونده: \_\_\_\_\_ بخش: \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_  
تاریخ: 87-7/1- نام: \_\_\_\_\_

شماره درخواست: \_\_\_\_\_ جناب آقای/خانم دکتر \_\_\_\_\_

**Abdomen Sonography**

Liver is normal in size, configuration and contour with homogeneous parenchymal pattern. No cystic or solid mass is seen. Hepatobiliary ducts or vascular structures are unremarkable. Gall bladder shows no calculi or wall thickening. No acoustic shadowing is seen. Pancreas is normal. Kidneys are normal in cortex, medullary portion and renal sinus. No cystic or solid mass is noted. Spleen is not enlarged with normal echotexture. No paraaortic lymphadenopathy is seen.

No ascites. No pleural effusion.

**Pelvic mass Sonography**

Urinary bladder reveals no wall thickening or internal echo. Prostate is not enlarged with homogeneous echotexture. No cystic or solid pelvic mass is seen. On post voiding echogram show no residual urine.

**ضمیمه ۴**

ام آر آی، سی تی اسکن، اسپیرال، سونوگرافی رنگی (کالر داپلر)، آنژیوگرافی، DSA، ماموگرافی، پانورکس، رادیولوژی تشخیصی

آدرس:  
تلفن:  
دورنویس:  
مستقیم:

شماره پذیرش: C-62  
تاریخ: ۸۷/۰۳/۰۴  
نام:  
شماره پرونده:  
بخش: بخش جبار  
سن: ۴۵ سال

همکار ارجمند جناب آقای دکتر

### With contrast Chest CT.(SPIRAL) CT.(PIRAL)

Axial cross sections of the chest with oral administration of contrast media was obtained and printed with lung and mediastinal windows. No lung mass or infiltration is visible. Visualized portion of trachea and main stem bronchus appear normal. No pleural or pericardial effusion is present. No hilar adenopathy is shown. No bony thorax involvement is detected.

### With contrast NECK CT.(SPIRAL) CT.(SPIRAL)

In axial axis following contrast administration cross sections of the neck were performed. No abnormality of great vessels seen. Thyroid lobes are normal. No mass lesion is shown. No calcification is present. The upper airway is in midline with no extrinsic pressure. No cervical lymphadenopathy is shown.

ضمیمه ۵

ام آر آی، سی تی اسکن، اسپیرال، سونوگرافی رنگی (کالر داپلر)، آنژیوگرافی، DSA، ماموگرافی، پانورکس، رادیولوژی تشخیصی

آدرس:  
تلفن:  
دورنویس:  
مستقیم:

شماره پذیرش:  
تاریخ: ۸۷/۰۳/۰۴  
نام:  
شماره پرونده:  
بخش: بخش جبار  
سن: ۴۵ سال

همکار ارجمند جناب آقای دکتر

### With and without ABDOMEN & PELVIC CT.(SPIRAL) CT.(SPIRAL)

Axial cross sections of the abdomen and pelvis following intravenous administration of contrast media and oral intake of gastrografin was performed. Liver parenchyma, its vascular architecture and biliary ducts appear normal. Spleen is normal in size and configuration. Pancreas is normal.

Left kidney is hypoplastic with compensatory hypertrophy of the right side with well functioning kidneys.

Small and large bowels grossly show no visible abnormality.

Pelvis bones and muscular structures appear normal. Urinary bladder is unremarkable. Internal genital organs show no abnormality. Pelvic lymphatic chains are normal. No ascites.

Conclusion: 1- Normal neck and chest CT.

2- Beside hypoplasia left kidney with compensatory hypertrophy of right kidney as described.

ضمیمه ۶

## برگ درخواست مشاوره

### CONSULTATION REQUEST SHEET

شماره پرونده : Unit Number :		
CONSULTATION REQUEST SHEET		
Attending Physician: پزشک معالج : Date of Admission: تاریخ پذیرش :	Ward: بخش : 4 Room: اتاق : 46 Bed: تخت :	Name: نام : Date of Birth: تاریخ تولد :
Family Name: نام خانوادگی : Father's Name: نام پدر :		Consultation Request With: درخواست مشاوره با :
Date of Request: تاریخ درخواست : ۱۳۹۴/۲/۴ Time of Request: زمان درخواست :	Consultation Request With: درخواست مشاوره با :	
Kind of Consultation: نوع مشاوره : Non Emergency <input type="checkbox"/> غیر اورژانس Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس	Name of Requesting Physician: نام پزشک درخواست کننده :	
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه : ضمیمه ۷		
Object of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره :		
Consultation Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظرات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها) ۱۳۹۴/۲/۴		
(Handwritten clinical notes in Persian script)		
Date: تاریخ :	Consultation Physician Name & sign: نام پزشک مشاور و امضاء :	
CONSULTATION REQUEST SHEET		

## برگ شرح حال

### MEDICAL HISTORY SHEET

شماره پرونده: \_\_\_\_\_ Unit Number:

Date of Admission: تاریخ پذیرش: <b>۱۷/۲۹</b>	Ward: 2 بخش: <b>2</b>	Name: نام: _____	Family Name: نام خانوادگی: _____
Attending Physician: پزشک معالج: _____	Room: 23 اتاق: <b>23</b>	Date of Birth: تاریخ تولد: <b>۱۴۰۰/۰۵/۲۵</b>	Father's Name: نام پدر: _____
Bed: تخت: _____			

Presenting Symptoms: نشانه‌های فعلی بیمار: \_\_\_\_\_

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی: **در ۱۷/۲۹ در بیمارستان ...**

Past Disease History: تاریخچه بیماری‌های قبلی: **DM, HT, ...**

Current Drugtherapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: **...**

Allergy to: حساسیت به: **...**

Family History: سوابق فامیلی: **...**

Physical Examination & Clinical Investigation: معاینات بدنی و بررسیهای بالینی: **Bp = 110/70**

Skin:  پوست:

Skull:  جمجمه:

Ear:  گوش:

Please Complete The Back of The Sheet: لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

دوین ویژه نامه تخصصی فرزادمانی



## گفت فقط شش ماه فرصت داری

من سید جلال رضوی موحد ساکن تبریز هستم. بهمن ماه ۱۳۸۶ بود که در ناحیه غدد تناسلی احساس درد کردم. به مرور درد شدید و ورم باعث مراجعه به پزشک شد. بدون اینکه بگویند چه مشکلی پیش آمده، وقت عمل دادند و من عمل شدم. پس از عمل درد همچنان ادامه داشت. گفتند باید شیمی درمانی انجام شود. من تا آن زمان نمی دانستم شیمی درمانی برای سرطان است. برای مشورت پیش پزشک دیگری رفتم. آزمایش ها را دید و گفت برای شیمی درمانی شده است. خیلی راحت گفت که فقط شش ماه فرصت داری و زنده هستی. خانواده مرا مجبور کردند برای شیمی درمانی بروم. به تهران آمدم، بستری شدم و شیمی درمانی شروع شد. چون خیلی درد داشتم و شبها تا صبح مانند مار به خودم می پیچیدم. جلسه اول شیمی درمانی، تمام سیستم بدنم بهم ریخت و خیلی حالم بد شد. طوری که ترجیح می دادم همان درد را تحمل کنم. از ادامه شیمی درمانی منصرف شدم. یکی از دوستان پیشنهاد کرد انرژی درمانی کنم. در تبریز آقایی بود که گفت باید پنج جلسه انرژی درمانی شوی و هر جلسه نیم میلیون تومان از من گرفت. هر جلسه پنج دقیقه با دستش انرژی می داد اما تغییری در حال من ایجاد نشد.

مجبور شدم شیمی درمانی را ادامه بدهم. پس از جلسه دوم شیمی درمانی با فرادرمانی آشنا شدم. پیش یکی از فرادرمانگران تبریز رفتم و ارتباط گرفتم. ناگهان متوجه شدم مقابل چشمه‌ایم در حال بسته، سفید شد، بدنم داغ شد و تغییراتی در داخل بدنم حس کردم. به اصرار خانواده شیمی درمانی را انجام داده اما فرادرمانی را نیز ادامه دادم. جلسه چهارم شیمی درمانی تمام شده بود که در ارتباط فرادرمانی حس کردم داخل ساعد دستم یک خودکار است بدون حس ناخوشایند. احساس کردم خودکار به سمت شکم رفت و به غده سرطانی رسید. همانند کشیدن دندان، حس کردم چیزی از شکم کنده شد. همان لحظه احساس کردم درمان شده ام. برای سی تی اسکن رفتم، پزشک معالجم گفت برای سی تی اسکن زود است و باید چهار جلسه شیمی درمانی را ادامه دهی. بالاخره با اصرار من پزشک راضی به انجام سی تی اسکن شد و وقتی جواب را دید به من گفت: رضوی چکار کردی؟ در حالی که ترسیده بودم ادامه داد، هیچ غده سرطانی در بدن تو وجود ندارد. چهار پزشک دو روز جلسه گذاشتند برای اینکه بفهمند چه اتفاقی افتاده است. بالاخره سلامتی مرا باور کردند و گفتند باید برق بگذاری، ۳۵ جلسه برایم نوشتند که برق بگذارم. هم محل عمل و هم محل غده شکم که دیگر وجود نداشت. پس از چند جلسه برق گذاشتن، آزمایشها و سی تی اسکن ها را دیدند و گفتند کلیه چپ شما قدری کوچک شده که باید خارج شود. وقت عمل دادند اما من حاضر نشدم عمل کنم و فرادرمانی را جدی گرفتم. پس از پنج ماه ارتباط فرادرمانی، کلیه چپ هم فعال شد و الآن نرمال شده است. در حال حاضر احساس می کنم دوباره متولد شده ام و زندگی برایم یک مفهوم جدیدی پیدا کرده است. تا پایان عمرم را وقف آشنایی دیگران با این روش درمانی الهی خواهم کرد.



recovered by “faradarmani”

Without any medical or surgical therapy “faradarmani” is wide spread therapy without any limitation or side effect.

**- Recovery of infertility with no identifiable cause in 33 years-old woman using “faradarmani”.”case report”**

**Introduction:** Infertility is defined as one year of unprotected intercourse without conception. Although conceiving a child may seem to be simple and natural, the physiological process depends on the proper function of many factors, including the following:

The average chance to conceive for a normally fertile couple having regular, unprotected intercourse is approximately 25 percent during each menstrual cycle. In most couples, conception occurs within about 12 months. However, infertility affects about 10 percent of couples of childbearing age. Infertility is not just a woman’s concern. A problem with the male is the sole cause, or a contributing cause, of infertility in about 40 percent of infertile couples. About one-fourth of infertile couples have more than one cause or factor related to their inability to conceive. About 10 to 15 percent of couples have no identifiable cause for their infertility after medical investigation

**Case presentation:** This patient is a 33years-old woman who had infertility with no identifiable cause for 4 years. She was done some medical work up and treatment without any positive sign . then she stopped the treatment and tried faradarmani for 1 year and after that she was pregnant normally and now she had a 8 month normal baby.

**Conclusion:** In this case after 7 years pregnancy was occurred without any medical or treatment only with faradarmani , that shows faradarmani is the effective way to treated without any side effect like drugs.

A lot of patient with diagnosis pure seminoma suffered from metastatic intra abdominal lesion.

**Case presentation:** This case is a 54 years-old patient with diagnostic of pure seminoma stage 3 ,who after surgical treatment suffered metastatic intra abdominal mass.

After two sessions of chemotherapy the mass was unchanged. Surgeons recommended to continue chemotherapy for 8 session, but patient refused chemotherapy and decided to undergo “faradarmani”

One month later there was no evidence of any abdominal mass or abnormally on C.T scan.

**Conclusion:** This is a first report case in which a giant metastatic mass is completely disappeared without any treatment only by faradarmani.

#### ***- Recovery of cervical radiculopathy in 62 years-old man treated by faradarmani***

**Introduction:** Cervical radiculopathy occurs when a nerve in the neck is irritated as it leaves the spinal canal. Commonly thought of as a “pinched nerve,” cervical radiculopathy is generally from a herniated disc or a bone spur that is pressing against an inflamed nerve root. Most often these are a result of degenerative changes in the neck.

Nerve roots that go from the spinal cord in the cervical spine travel into the arm. Along the way, these nerves supply sensation (feeling) to areas of the skin from the shoulder to the fingers. They also carry electrical signals to muscles that move the arm, hand, or fingers. Problems occur when one of these nerves becomes inflamed and is pinched by a herniated disc or bone spur.

This may show up as weakness, numbness, and pain where the nerve travels. The pain may feel deep, dull, and achy. Or you may have sharp, shooting pain along the path of the nerve. Muscles controlled by the affected nerve root may also weaken. In the neck, this condition is called cervical radiculopathy.

**Case presentation:** Our patient was a 62 years-old man who was suffering from cervical pain from 6 years ago Which controlled by medication and physiotherapy .

3 years later pain was increased acutely, in neurological examination and MRI revealed severe cervical radiculopathy in C5-C6 area , secondary to degenerative changes patient had acute signs and limit motion and didn't response to any medication , because of these problems , neurologist recommended surgery plus 15 session physiotherapy.

He refused surgical treatment and decided to undergo faradarmani. After 3 session there was no evidence of any symptoms such as pain ,numbness and muscle spasm.

**Conclusion:** Cervical radiculopathy had only conservative treatment to decrease pain and inflammation . this is the first case in which radiculopathy and his symptoms were

8 months ago when she didn't get any thing except faradarmani , she was pregnant. Now she is in 25 weeks of pregnancy.

**Conclusion:** In this case her problems changed for 8 years remarkably and she became hopeless and depressed after faradarmani not only she became pregnant but also her life approach was changed to be hopeful.

#### **- Recovery of gallstone in 7 years-old boy 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[10] which may cause gastrointestinal distress and persistent pain in the upper right abdomen. In addition, as many as 20% of patients develop chronic diarrhea.[11]

**Case report:** Our patient is 7 years old girl who had GI problems in the first attack, 1 year ago she did some medical work up. Abdominal sonography , which revealed gall stone endocrinologist recommended cholecystectomy. At this time her parents tried faradarmani for her, about two weeks in hospital. For patient recommended laparoscopy and collangiography before surgery. There was no evidence of any stone in gall bladder and patient became sign and symptom free.

**Conclusion :** This is the first reported case in which gall stone completely dissolved without any side effect only by “faradarmani” as soon as possible.

#### **- Dissolution of metastatic abdominal mass due to seminoma in a 54 years-old man treated by “faradarmani”.”case report”.**

**Introduction:** Seminoma is one type of testicular cancer[1] that is believed to originate from the germinal epithelium of the seminiferous tubules.

They produce bulky masses that can be up to ten times the size of a normal testis. They are painless which does not transilluminate.

In recent years, these tumors have been shown to have dramatic sensitivity to both radiotherapy[3] and cytotoxic chemotherapy. The management of childhood seminoma is similar to that of adult seminoma. Inguinal orchiectomy is required in almost all cases.

**- Recovery of the malignant peptic ulcer in a 74- years old woman treated with “Faradarmani” a case report**

**Introduction:** A retrospective study has been performed of all cases of gastric cancer detected in gastric ulcer disease, diagnosed or investigated within the endoscopy and biopsies. Usually 14% cases of gastric ulcer proved to be malignant. Malignant ulcers tended to be large (greater than 1 cm diameter). Partial surgery to remove the malignant area, and radiotherapy is recommended for this patient.

**Case presentation:** Our patient is a 74-years old woman who had active duodenal ulcer that detected by colonoscopy about 1 year ago. Patient had abdominal pain and some GI problems in this time.

After repeated colonoscopy, and biopsies, with diagnosis of malignant active ulcer, physician recommended duodenectomy.

She refused surgical treatment and decided to undergo “faradarmani”. After 10 days because the sign and symptoms decreased, colonoscopy was done for patient and there was nothing except simple ulcer.

**Conclusion:** Malignant active ulcer needs to be removed by surgery with medication .this case shows that “faradarmani” is the short and effective way to treat patient without any side effect.

**- Recovery of infertility after ovulatory dysfunction with faradarmani ‘‘case report’’.**

**Introduction:** Infertility is defined as one year of unprotected intercourse without conception. Although conceiving a child may seem to be simple and natural, the physiological process depends on the proper function of many factors, including the following Many different factors and problems can cause infertility, including problems in the female reproductive system, the male reproductive system, or a combination of the two. The following are some of the conditions or factors that are associated with infertility:

- female factors
- ovulation dysfunction

With this condition, the woman’s reproductive system does not produce the proper amounts of hormones necessary to develop, mature, and release a healthy egg.

**Case report:** This case a 38 years- old woman that obstetric exam and medical work up revealed ovulatory and luteal fase deficiency. 8 years ago, during this year she underwent may medical treatment , such as diagnostic laparoscopy and hystroscopy. After that endometrial curettage was done for here, but patient didn’t have any positive sign of healing. 2 years ago first IUF ,and after 1 year micro injection was done for the patient with hormonal therapy without any response. She gradually underwent “faradarmani” for 18 month .

### **- Recovery of ovarian cyst in 23 years-old girl using Faradarmani: A “case report”**

**Introduction:** cysts are small fluid-filled sacs that develop in a woman’s ovaries. Most cysts are harmless, but some may cause problems such as

ovarian rupturing, bleeding, or pain and surgery maybe required to remove the cysts. In endometriosis, tissue grows elsewhere in the body and acts like tissue in the uterus. It most appears in places within the pelvis such as ovaries and fallopian tub & surface of uterus. In presenting case, who was a known case of ovarian cyst and after using faradarmani all of the sign & symptoms was disappeared.

**Case presentation:** This patient is 23 years-old girl who suffered from menstrual pain, hair loss, since 6 years ago there was sonografic data for this diagnosis. She had undergone medical therapy for a few times in 4 years without any remarkable answer then patient tried “Faradarmani” and after 3-4 sessions without any medical therapy become completely sign & symptom free-and all tests were normal.

**Conclusion:** In this case the only therapeutic method after several chemical treatments is surgery, and this report shows that “Faradarmani” dissolved cyst without any side effect as soon as possible.

### **- Recovery of the Hodgkin’s lymphoma in a 35 years-old woman treated by Faradarmani” : a “case report”**

**Introduction:** Hodgkin’s lymphoma is a type of cancer in the lymphatic system. The lymphatic system is part of the immune system and functions to fight disease and infections Hodgkin’s lymphoma causes the cells in the lymphatic system to abnormally reproduce, eventually making the body less able to fight infection and cause swelling in the lymph nodes.

Hodgkin’s lymphoma cells can also spread (metastasize) to other organs and tissue. It is a rare disease, accounting for 3.5 percent of all cases of cancer in the US. Hodgkin’s lymphoma accounts for a small percentage of childhood cancers. Hodgkin’s lymphoma occurs most often in people between the ages of 15 and 40, and in people over age 55. The disease, for unknown reasons, affects males more often than females. Treatment may include: 1-chemotherapy 2-radiation 3-surgery.

**Case presentation:** Present a 35 years-old woman was the known case of the Hodgkin’s lymphoma from 4 years ago then patient underwent chemotherapy treatment for 18 months. This therapy repeated every 20 days for 3 months and radiotherapy (28 sessions). After these treatments, recurrence of lymphadenopathy & pain full mass was occurred. Then she decided to underwent only “Faradarmani” without any medical treatment. After 3 months in her CT scan there was no mass and the patient became symptom free.

**Conclusion:** This is the first reported case in which lymphadenopathy dissolved without any conventional therapy. Faradarmani is a wide range therapy without any limitation or side effect.



# Faradarmani

**M. A. Taheri**

Any auxiliary and supplementary treatment method out of the scope of new medical treatment methods is called **complementary and alternative** or **cam** medicine.

CAM is divided in five general groups by world health organization among which Faradarmani is classified among the fourth group of treating physical disease through the mind (**mind-body intervention**) and a subset to **mental healing**.

Faradarmani has been founded on the basis of “sapient bond” or “union of integral parts ‘ sapience” theory upon which when there is a connection between partial sapience with whole sapience or sagacity, the sapience mind might be able to proceed to correct and treat himself, his soul and body where healing would happen. Faradarmani would proceed treating the patient as a qualitative complementary treatment with a glance to the nature of human existence without intervening the quantitative treatment process.

منتشر شده از گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

