

آزمایش ادرار برای همه موارد از نظر تامین منابع برای NHS تبعاتی دارد. سایر مشکلات مطرح شده طی مباحثات، به میزان قابل اعتماد بودن آزمایش‌های مختلف موجود برای تایید بارداری به خصوص در مراحل اولیه و مشکل شناسایی خانم‌های واجد شرایط مربوط بود. سیاست‌های منطقه‌ای متفاوتی شامل بررسی تمام زنانی که شروع قاعدگی داشته‌اند تا کسانی در یک محدوده سنی مشخص (معمولا ۱۲-۵۵ سال) هستند، وجود دارد. سوالات اخلاقی مهمی از جمله گرفتن رضایت آگاهانه به ویژه در مورد افراد زیر ۱۶ سال مطرح می‌شود. راهنمای ملی کنونی، جهت‌گیری خاصی در مورد زمان و چگونگی بررسی بارداری قبل از جراحی ندارد. این مشکلات باید توسط NICE در بازخوانی راهنمای آزمون‌های پیش از بارداری مورد توجه قرار گیرد. ■

منبع:

Lamont T, et al. Checking for pregnancy before surgery: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. *BMJ* July 10, 2010; 341: 95-6

● اگر بارداری اثبات شد، خانم باردار را به بخش مراقبت‌های بارداری ارجاع دهید. خطرات جراحی و یا به تعویق انداختن آن را با مریض در میان گذارید.

● مدارک وضعیت بارداری بیمار را که برای آخرین بررسی‌های تشخیصی و بالینی قبل از جراحی انجام شده است جمع‌آوری کنید. می‌توانید این قضیه را وارد چک لیست بخش جراحی خود کنید. در برخی بیمارستان‌ها بدون تایید این مدارک بیهوشی انجام نمی‌گیرد.

● در وضعیت‌های تهدیدکننده حیات، تایید بارداری نباید درمان را به تعویق اندازد.

چه چیزهای دیگری لازم است بدانیم؟

طی مشاوره برای تهیه نسخه اولیه راهنما، بسیاری از نهادهای حرفه‌ای و بالینی، طرفدار آزمایش ادرار با رضایت آگاهانه بیمار برای کلیه زنان بودند. گرچه میزان نسبتا بالای بارداری تشخیص داده نشده در mansooreh و bakhtiartm ایالات متحده، احتمالا از این امر حمایت می‌کند، ولی

تصویر بالینی



خانمی ۱۸ ساله با سابقه ابتلای ۳ ساله به حرکات غیرارادی زبان کوچک و کام که به صورت پیشرونده تشدید شده بود، مراجعه نمود. حرکات کام تکرارشونده و ریتمیک داشت و با یک کلیک شنوایی همراه بود. در ابتدا این حرکات به صورت ارادی قابل سرکوب بودند، در خواب ایجاد نمی‌شدند و برای بیمار هم استرس‌زا نبودند. با این حال شدت این حرکات افزایش پیدا کرده و سرکوب آنها دشوارتر شده بود. این حرکات بلع و تکلم بیمار را تحت تاثیر قرار داده و در خواب شبانه وی اختلال ایجاد کرده بودند. تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) از مغز بیمار طبیعی بود و شواهدی از ضایعات ساختمانی را نشان نمی‌داد. نتایج بررسی‌های خودایمنی و ارزیابی مایع مغزی-نخاعی (CSF) نکته‌ای غیر طبیعی دربر نداشت. تشخیص میوکلونوس اولیه کام مطرح گردید.

میوکلونوس اولیه کام یک اختلال حرکتی نادر است که در نتیجه انقباضات ریتمیک عضله تنسور ولی پالاتینی ایجاد می‌شود. اگرچه این اختلال شبیه ترمور به نظر می‌رسد، حرکات آن بیشتر تکرارشونده هستند تا اینکه حالت لرزشی داشته باشند و تنها باعث انقباض عضلات آگونئیست می‌گردند. علت ایجاد کلیک شنوایی مشخص نیست، اما این مساله در میوکلونوس اولیه کام که یک اختلال ایدیوپاتی است بیشتر از میوکلونوس علامت‌دار کام که ناشی از اختلالات ساختمانی ساقه مغز است، مشاهده می‌شود. در این بیمار درمان آزمایشی با کلونازپام، والپروئیک اسید و کاربامازپین موثر نبود. تزریق توکسین بوتولینوم در عضله تنسور ولی پالاتینی، بهبود قابل توجه علائم را به دنبال داشت. تا چندین ماه پس از تزریق، علائم خفیف بیمار ادامه پیدا کردند که البته برای وی ناراحت‌کننده نبودند.

New England Journal of Medicine May 27, 2010; 362: e64.

مترجم: دکتر حسام جهان‌دیده

میوکلونوس اولیه کام