

## تفسیر گازهای خون شریانی

## ABG

## Reference :

Clark, M, Barbara : *Interpreting ABGs.*  
RN, March 1991, P.P 42 - 46.

## ترجمه : محمد زهانی

دانشجوی دوره اول کارشناسی پرستاری

## \* PH و نقش کلیدی یون هیدروژن :

با مشاهده PH در گزارش مربوط به اندازه گیری گازهای خونی (ABG) می توان در مورد تعادل اسید و باز به یک نظر کلی دست یافت. اسیدها، موادی هستند که یون هیدروژن آزاد می کنند. بازها که مواد قلیایی نیز نامیده می شوند، یون هیدروژن را قبول می کنند. تعادل بین این دو، غلظت یون هیدروژن در بافتها را نشان می دهد که به صورت PH بیان می گردد. غلظت یون هیدروژن و PH با یکدیگر نسبت عکس دارند. بدین معنی که، افزایش غلظت یون هیدروژن با کاهش PH و کاهش غلظت یون هیدروژن با افزایش PH همراه است. مقدار طبیعی PH خون شریانی بین ۷/۳۵ الی ۷/۴۵ می باشد. تغییرات PH تأثیر شدیدی بر اعمال حیاتی بدن می گذارد. سیستم آنزیمی بدن برای عملکرد صحیح خود نیاز به PH مشخصی دارد. کاهش PH یا اسیدوز، قدرت انقباضی قلب را کاهش داده، واکتش عروقی نسبت به کاتکول آمینها (نظیر اپی نفرین) را کم کرده و ممکن است در عملکرد بسیاری از داروها، تأثیر داشته باشد. افزایش PH یا آلکالوز نیز می تواند باعث اختلال در اکسیژن رسانی بافتی شود.

## مقدمه :

اندازه گیری گازهای خون، اطلاعات ارزشمندی را درباره تعادل اسید-باز و اشباع خون شریانی از اکسیژن، ارائه می دهد. درک این یافته ها، در مراقبت پرستاری بسیاری از بیماران حائز اهمیت است. در عین حال، تفسیر نتایج گازهای خون شریانی برای اغلب پرستاران مانند حل یک مسئله دشوار است، و به طور عمده، مشکل از آنجا آغاز می شود که فرد می خواهد به یکباره مفهوم تمام نتایج ها را دریابد. اما اگر شما معیارهای نشان دهنده اکسیژناسیون و فاکتورهای مشخص کننده تعادل اسید و باز را به طور جداگانه ملاحظه کنید، تفسیر نتیجه گازهای خون شریانی وظیفه سبکی نخواهد بود.

\* اکسیژن رسانی :  $SaO_2$ ,  $Pao_2$ 

اندازه گیری  $Pao_2$ ،  $SaO_2$ ، اطلاعاتی را در زمینه اکسیژن موجود در خون شریانی بیمار ارائه می دهد.  $Pao_2$ ، فشار سهمی اکسیژن حل شده در خون شریانی است.  $Pao_2$  طبیعی در یک فرد جوان سالم که از هوای اطاق در سطح دریا تنفس می کند، در حدود ۸۰ الی ۱۰۰ میلی متر جیوه است.

$SaO_2$ ، نشان دهنده میزان اشباع است. به مفهوم دیگر این که، نشانگر درصد هموگلوبین حامل اکسیژن در مقایسه با کل هموگلوبین می باشد.  $SaO_2$  طبیعی در حد ۹۵ درصد یا بیشتر از آن است.

کاهش  $Pao_2$  یا  $SaO_2$  از میزان و حدود طبیعی، اغلب اقدام فوری را طلب می کند. با این وجود، باید به خاطر داشت که، کاهش سطح اکسیژن در ارتفاعات بالا، نزد افراد مسن و مبتلایان به بیماری های حاد تنفسی، قابل انتظار است. در این گونه موارد، شما یافته های جدید را با یافته های قبلی خود از بیمار، مقایسه می کنید. هم چنین به خاطر داشته باشید که با بررسی

گزارش گازهای خون شریان، ارزیابی شما از وضعیت اکسیژن رسانی به تمام نرسیده، بلکه آغاز شده است. میزان هموگلوبین و برون ده قلبی بیمار نیز بایستی اندازه گیری شود. چون اگر مقدار  $Pao_2$  و  $SaO_2$  نیز در حد طبیعی باشد، کاهش مقدار هموگلوبین، معمولاً، نشان دهنده کاهش انتقال اکسیژن است. به همین نحو، اختلال جریان خون پس از کاهش برون ده قلبی نیز، می تواند ایجاد هیپوکسی بافتی نماید. هر چند که مقادیر گازهای خونی ممکن است در حد قابل قبول باشد.

بنابراین، قبل از آن که قضاوتی درباره کفایت اکسیژن رسانی بافتی صورت گیرد، بایستی به علائم زیر که می تواند نشان دهنده میزان پر فزونی و خون رسانی بافتی باشد، توجه گردد:

- ◀ درجه حرارت پوست و رنگ آن.
- ◀ برون ده ادراری.
- ◀ فشار خون.
- ◀ نقش های محیطی و زمان لازم برای پوشیدن مویزکها.

## تعادل اسید و باز را چگونه ارزیابی کنیم؟

۱ - به  $PH$  توجه کنید .

۲ - علت را بیابید .

۳ - متوجه جریان باشید .

### \* مروری بر میانی تعادل اسید - باز :

تردید نیست که حفظ تعادل اسید و باز امری حیاتی است . اسیدها ، مواد زاید طبیعی ناشی از متابولیسم سلولی هستند که به طور دائم تولید می شوند . اسید کربنیک ، نوعی اسید فرّار یا تنفسی است که به وسیله ریه ها دفع می گردد . دیگر اسیدها که به عنوان اسیدهای متابولیک یا پایدار محسوب می گردند ، به وسیله کلیه ها دفع شده و یا خنثی (تامپونی) می شوند . سیستم های تامپونی ، مانع افزایش اسید یا باز می شوند و بدین ترتیب  $PH$  را در محدوده طبیعی حفظ می کنند .

به عنوان مثال ، وقتی یک اسید قوی وارد جریان خون می شود ، یون بیکربنات ( $HCO_3^-$ ) با یون هیدروژن ( $H^+$ ) ترکیب می شود تا اسیدکربنیک ( $H_2CO_3$ ) ایجاد شود . سپس  $H_2CO_3$  به آب ( $H_2O$ ) و دی اکسیدکربن ( $CO_2$ ) تجزیه می شود ، که هر دوی آنها در حین بازدم و به وسیله ریه ها به خارج فرستاده می شوند . هنگامی که یک باز قوی ( $OH^-$ ) به جریان خون وارد می شود ، این ماده با اسیدکربنیک ( $H_2CO_3$ ) ترکیب شده و ایجاد بیکربنات ( $HCO_3^-$ ) و آب ( $H_2O$ ) می نماید ، که هر دو آنها از طریق کلیه ها ، دفع می گردند .

سیستم بیکربنات - اسید کربنیک ، مهمترین سیستم تامپونی در بدن است . وقتی نسبت بیکربنات به اسیدکربنیک در خون شریانی ، بیست به یک باشد ،  $PH$  در حد طبیعی باقی می ماند .

با این وجود ، ناهنجاری های بی شماری ، این نسبت را تغییر داده و منجر به ایجاد  $PH$  غیر طبیعی می گردند . وقتی این پدیده به دنبال کاهش جزء قلیایی ، تامپونها ایجاد شود ، در

اصطلاح به آن "کمبود باز" می گویند . در این صورت یون های هیدروژن اضافی خنثی نشده و به شدت کاهش می یابد .

اندازه گیری  $PaO_2$  و  $HCO_3^-$  در یک  $ABG$  وضعیت هر یک از اجزای سیستم تامپونی نیکربنات - اسید کربنیک را مشخص می کند .

### \* $HCO_3^-$ و $PaCO_2$ به عنوان فاکتورهای بیانگر وضعیت تنفس و متابولیسم :

$PaCO_2$  ، مبین فشار سهمی دی اکسیدکربن در خون شریانی است . از آن جایی که بین دی اکسیدکربن و اسید کربنیک تعادلی وجود دارد ، تغییرات  $PaCO_2$  باعث تغییرات مشابه در سطح اسید کربنیک می گردد .

تغییر در وضعیت تنفس ، باعث بروز تغییر در دفع دی اکسیدکربن و سطح  $PaCO_2$  می شود . اگر هوا در حجم لازم و طبیعی وارد ریه ها شده و از آن خارج شود ،  $PaCO_2$  در حد طبیعی خود یعنی ۳۵ الی ۴۵ میلی متر جیوه باقی می ماند . در صورتی که تعداد تنفس بیمار ، کاهش یابد (هیپونتیلیسیون) ، حجم هوای تبادل کاهش یافته و هم زمان با آن ، خروج دی اکسیدکربن کم می شود . در این حال  $PaCO_2$  از ۴۵ میلی متر جیوه بالاتر رفته ، میزان بار اسیدی افزایش پیدا کرده و ایجاد اسیدوز تنفسی می نماید .

این اختلال تعادل می تواند در موارد ذیل ، ایجاد شود :

- بیماری های مزمن انسدادی ریه .
- ضربه سر .
- مصرف بیش از حد داروهای مسکن .
- یبوستی .
- مسمومیت دارویی .
- بیماری های عصبی - عضلانی نظیر سندرم "گیلن باره" یا "میاستی گرا"

اگر حجم جاری دستگاه تنفس مصنوعی در حد کم تنظیم شده باشد ، بیماری که به آن متصل است دچار "اسیدوز تنفسی" خواهد شد . از طرف دیگر ، هیپونتیلیسیون باعث خروج بیش از حد  $CO_2$  می شود . در این صورت  $PaCO_2$  به

کمتر از ۳۵ میلی متر جیوه رسیده و مقدار اسید کاهش می یابد ، که در نتیجه باعث ایجاد "آلکالوز تنفسی" می گردد .

بعضی از وضعیت های تسریع کننده در این عارضه عبارتند از : هیپوکسی ، آمبولی ریه ، اضطراب ، حاملگی و استفاده از حجم جاری زیاد در هنگام تهویه مکانیکی .

سطح بیکربنات ( $HCO_3^-$ ) به وسیله کلیه کنترل شده و حد طبیعی آن بین ۲۲ الی ۲۶ میلی اکی والان در لیتر است . "اسیدوز متابولیک" زمانی بروز می کند که افزایش اسید ، منجر به مصرف بیکربنات موجود شده و سطح  $HCO_3^-$  به کمتر از ۲۲ میلی اکی والان برسد . مواردی که مقدار اسید را افزایش می دهند ، شامل : کتواسیدوز دیابتی ، اسیدوز ناشی از تجمع اسید لاکتیک و نارسایی کلیه ، می باشند .

دفع مستقیم یون بیکربنات نیز در مواقع ابتلاء به اسهال شدید و یا تخلیه ترشحات پانکراس ، ظرفیت تامپونی را کاهش داده و منجر به اسیدوز می گردد .

کاهش اسید ممکن است باعث افزایش بیکربنات به مقادیر بالاتر از ۲۶ میلی اکی والان در لیتر شود . بنابراین آلکالوز متابولیک زمانی روی می دهد که ، مایعات سرشار از اسید از قسمت فوقانی دستگاه گوارش خارج شود . به عنوان مثال ، در حین استفراغ یا تخلیه ترشحات حلق و معده .

درمان طولانی مدت با داروهای مدر ، درمان با استروئیدها ، بیماری کوشینگ و آلدوسترونیسم نیز می توانند با دفع یون های پتاسیم ، کلر و هیدروژن منجر به آلکالوز متابولیک شوند .

### \* برقراری ارتباط بین اجزاء :

برای تفسیر نتایج  $ABG$  بیماران ، و مطالعه جزئیات  $PH$  ،  $PaCO_2$  و  $HCO_3^-$  از سه مرحله زیر استفاده کنید :

مرحله اول - وضعیت  $PH$  را مشخص کنید .  $PH$  کمتر از ۷/۳۵ نشان دهنده اسیدوز

است. اگر  $PH$  بالاتر از  $7/45$  باشد، بیمار در حالت آلکالوز قرار دارد.  $PH$  بین  $7/35$  الی  $7/45$ ، را می‌توان طبیعی تلقی نمود. اما همین  $PH$  می‌تواند به دنبال جبران یک اختلال اسید-باز ایجاد شده باشد. به همین علت، جهت پرهیز از اشتباه در تشخیص وضعیت جبران شده، در حال حاضر،  $PH$  کمتر از  $7/40$  را اسیدوز محسوب نمائید. هم‌چنین هر  $PH$  بالاتر از  $7/40$  را آلکالوز بنامید. در مرحله بعد این مقادیر را بار دیگر نیز بررسی خواهیم نمود.

با مشاهده فاکتورهای مشخص‌کننده تعادل اسید و باز، تعیین نتیجه گازهای خون شریانی وظیفه سنینگنی نخواهد بود.

**مرحله دوم = علت اختلال اسید و باز**  
 را با ارزیابی  $PaCO_2$  و  $HCO_3^-$  در ارتباط با  $PH$  معین کنید. اگر  $PH$ ، پائین‌تر از  $7/40$  و  $PaCO_2$ ، بالاتر از  $45$  میلی‌متر جیوه بود اختلال از نوع اسیدوز تنفسی است. اما اگر  $PH$  کمتر از  $7/40$  و  $HCO_3^-$  پائین‌تر از  $22$  میلی‌اکی‌والان در لیتر بود، در این صورت اختلال از نوع اسیدوز متابولیک است.

در مواردی که  $PH$ ، بالاتر از  $7/40$  باشد اگر  $PaCO_2$ ، کمتر از  $35$  میلی‌متر جیوه باشد، بیمار دچار آلکالوز تنفسی است. و در صورتی که  $HCO_3^-$  بیشتر از  $26$  میلی‌اکی‌والان در لیتر باشد، فرد دچار آلکالوز متابولیک است.

حال برای دومین بار به  $PH$  بین  $7/35$  -  $7/40$  که در مرحله اول به عنوان اسیدوز تقسیم‌بندی شده بود، توجه کنید. اگر  $PaCO_2$  و  $HCO_3^-$  در حد طبیعی بود،  $PH$  را طبیعی تلقی نمائید. همین موضوع در مورد  $PH$  بین  $7/40$  -  $7/45$ ، که بار اول به عنوان آلکالوز تقسیم‌بندی شده بود نیز، صدق می‌نماید.

اگر  $PaCO_2$  و  $HCO_3^-$  در حد طبیعی بود، این  $PH$  را نیز مجدداً در حد طبیعی قلمداد کنید. **مرحله سوم - نتایج  $ABG$  را از جهت جبران ایجاد شده، بررسی کنید.** بدن با تغییر دادن یکی از اجزاء سیستم تامپونی ( $PaCO_2$ )

و  $HCO_3^-$ ) که دچار اختلال نشده، سعی در طبیعی نگهداشتن  $PH$  دارد. در صورتی که جبران حاصل شده باشد، آن جزء که تحت تأثیر اختلال نبوده است، هم جهت و مانند جزء متأثر، تغییر می‌کند. به عنوان مثال، اگر مشکل، تجمع مواد قلبایی باشد ( $HCO_3^- = 36 \text{ meq/lit}$ )، احتباس اسید ( $PaCO_2 = 50 \text{ mmHg}$ ) به کاهش  $PH$  تا حد طبیعی آن، کمک شایانی می‌نماید.

بدن و به خصوص بافت مغز، نسبت به کاهش  $PH$ ، فوق‌العاده حساس است. وقتی تغییرات متابولیک باعث کاهش  $PH$  شود، تعداد تنفس و عمق تنفس افزایش می‌یابد. با افزایش دفع  $CO_2$ ، سعی در حفظ توازن می‌شود. کلیه‌ها نیز در برابر اسیدوز تنفسی واکنش نشان داده و با جذب بیشتر بیکربنات و دفع بیشتر یون هیدروژن، به جبران اختلال کمک می‌کنند. جبران تنفسی، چند دقیقه تا چند ساعت بعد از کاهش  $PH$  شروع می‌گردد. شروع عکس‌العمل کلیه گاهی تا چند روز، زمان احتیاج دارد.

• خودآزمایی با چند نمونه بالینی:  
**نمونه اول:** مردی ۵۴ ساله، مبتلا به انفارکتوس حاد دیواره قدامی، در حال حاضر دچار شوک کاردیوژنیک شده است.  $ABG$  وی نشان‌دهنده  $PH = 7/27$ ،  $PaCO_2 = 28$  و  $HCO_3^- = 14$  می‌باشد. وضعیت اسید و باز این بیمار را مشخص کنید.

**تقسیم‌بندی  $PH$ :** اسیدوز. زیرا  $PH$  کمتر از  $7/40$  می‌باشد.  
**علت ایجادکننده:** متابولیک. زیرا  $HCO_3^-$  کمتر از  $22$  میلی‌اکی‌والان در لیتر است و  $PaCO_2$  طبیعی به نظر می‌رسد.  
**وضعیت جبران:** جبران نشده. زیرا اگر جبران انجام می‌پذیرفت،  $PaCO_2$  کمتر از  $35$  میلی‌متر جیوه می‌شد و مانند  $HCO_3^-$  کاهش می‌یافت.

**تجزیه و تحلیل:** اسیدوز متابولیک جبران نشده. شوک کاردیوژنیک، برون‌ده قلبی را کاهش داده و منجر به کاهش اکسیژناسیون و تغذیه باقی‌گرمیده است. اما متابولیسم بافت‌ها حتی به هنگام کاهش اکسیژن باقی نیز ادامه یافته و منجر به تولید اسید شده است.

**نمونه دوم:** فرد هفتاد و دو ساله‌ای مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه است. وی چندین بار با تشخیص عفونت دستگاه تنفسی فوقانی در بیمارستان بستری شده است.  $ABG$  وی نشان‌دهنده  $PH = 7/39$ ،  $PaCO_2 = 60$  و  $HCO_3^- = 40$  است. وضعیت اسید و باز این بیمار را مشخص کنید.

**تقسیم‌بندی  $PH$ :** اسیدوز. زیرا  $PH$  کمتر از  $7/40$  اما بیشتر از  $7/35$  می‌باشد. لازم است این تقسیم‌بندی را بعد از پایان مرحله دوم نیز مرور کنید.

**علت ایجادکننده:** تنفسی. زیرا  $PaCO_2$  بالاتر از  $45$  میلی‌متر جیوه است و  $HCO_3^-$  کمتر از  $26$  میلی‌اکی‌والان در لیتر. و چون  $PaCO_2$  افزایش یافته،  $PH$  را می‌توان، کماکان اسیدوز محسوب نمود.  
**وضعیت جبران:** جبران شده.  $HCO_3^-$  مسیری مانند  $PaCO_2$  را طی کرده و هر دو افزایش یافته‌اند.

**تجزیه و تحلیل:** اسیدوز تنفسی جبران شده اختلال در عملکرد تنفسی منجر به احتباس  $CO_2$  و در نتیجه اسیدوز می‌گردد. در صورتی که این مشکل بصورت مزمن باقی بماند، کلیه‌ها بتدریج با افزایش  $HCO_3^-$  اختلال را جبران می‌کنند. آن جایی که فرآیند بیماری، برگشت‌ناپذیر است این نتایج به خوبی نشانگر تعادل اسید-باز در این بیمار می‌باشد.

**نمونه سوم:** جوانی ۲۰ ساله، مبتلا به نارسایی حاد کلیه است که به دنبال درمان با آمینوگلیکوزیدها ایجاد شده است.  $ABG$  وی نشان‌دهنده  $PH = 7/36$ ،  $PaCO_2 = 30$  و  $HCO_3^- = 16$  می‌باشد. وضعیت اسید و باز وی را مشخص نمائید.  
**تقسیم‌بندی  $PH$ :** اسیدوز.  $PH$  کمتر از  $7/40$  اما بیشتر از  $7/35$  است. این تقسیم‌بندی را مجدداً در مرحله دوم نیز مرور نمائید.

**علت ایجادکننده:** متابولیک.  $HCO_3^-$  کمتر از  $22$  میلی‌اکی‌والان در لیتر است و  $PaCO_2$  بیشتر از  $45$  میلی‌متر جیوه نمی‌باشد، چون  $HCO_3^-$

Downloaded from www.st.tums.ac.ir at 24 IRDT on Wednesday May 22nd 2019

بدون در نظر گرفتن مخاطب اقدام به نگارش کرده باشد، مطالب از نظر خواننده بی‌محتوی جلوه خواهد کرد.

مناسب است که بازخوانی مطالب با فاصله چند روز و با صدای بلند انجام پذیرد. بایستی دقت کافی نمود که از کاربرد واژه‌های نامأنوس و غیرمتداول پرهیز شود. می‌توان به منظور کنترل پیشرفت کار، از لیست تهیه شده مراحل کار، استفاده کرد.

در خاتمه بایستی اذعان داشت که، ایده، اعتماد به نفس و انگیزه، سه عنصری هستند که امکان نگارش را در نگارنده پدید می‌آورند. و بهترین ایده آن است که چنان روان بر روی کاغذ آورده شود که همگان آن را درک کنند.

1. Cumulative Index to Nursing / Allied Health literature / International Nursing Index.
2. Nursing Research.
3. Nursing'87
4. Hemingway
5. Carbett (1987)



صورت گرفته بود،  $PaCO_2$  بیشتر از ۴۵ میلی‌متر جیوه می‌بود.

**تجزیه و تحلیل:** آلکالوز متابولیک جبران نشده. حجم زیاد مایعات درناز شده از معده نشان‌دهنده دفع وسیع اسید است.

ایس چهار مورد، نمونه‌های ساده‌ای از اختلالات اسید-باز می‌باشد. اختلالات توأم نیز می‌تواند بروز کند. در این گونه موارد، وضعیت متابولیسم و تنفس نقش موثری در ایجاد  $PH$  غیرطبیعی دارند. تفسیر این اختلالات نیاز به روش‌های بسیار پیچیده‌ای دارد که از حوصله این بحث خارج است. در صورتی که از روش ۳ مرحله‌ای، جهت تجزیه و تحلیل استفاده می‌نمایید و نتایج  $ABG$ ، با آن مطابقت نداشت، به اختلال توأم مشکوک شوید.

با این حال در غالب موارد اختلال از نوع ساده است و این روش ساده، در تفسیر  $ABG$  به شما کمک می‌کند تا بتوانید به یک تشخیص سریع و مطمئن دست یابید.

1. Oxygen Pressure and Saturation of Arterial Blood.
2. Base Deficit
3. Guillain - Barre Syndrome.
4. Myasthenia Gravis.

کمتر از ۲۲ میلی‌اکی والان در لیتر است و  $PaCO_2$  بیشتر از ۴۵ میلی‌متر جیوه نمی‌باشد. چون  $HCO_3^-$  کاهش یافته، می‌توانید  $PH$  را هم‌چنان به صورت اسیدوز تقسیم‌بندی کنید.

**وضعیت جبران:** جبران شده.  $PaCO_2$  مسیر مشابه  $HCO_3^-$  را طی کرده و هر دو کاهش یافته‌اند. **تجزیه و تحلیل:** اسیدوز متابولیک جبران شده. نارسایی کلیه مقدار اسید را افزایش داده و با صدمه به توپول‌های کلیوی، بازجذب بیکربنات را مختل می‌کند.

**تفسیر:**  $PH = 7/53$ ،  $PaCO_2 = 42$ ،  $HCO_3^- = 24$ ، در یک حادثه اتومبیل دچار صدمات وسیعی شده است. برای وی لوله معده گذاشته‌اند که در طی ۲۴ ساعت گذشته، ۱۵۰۰ سی‌سی مایعات از آن خارج گردیده است.  $ABG$  وی نشان‌دهنده  $PH = 7/40$ ،  $PaCO_2 = 42$ ،  $HCO_3^- = 24$  است. وضعیت اسید و باز وی را مشخص کنید. تقسیم‌بندی  $PH$ : آلکالوز. چون  $PH$  بالاتر از ۷/۴۰ است.

علت ایجادکننده: متابولیک.  $HCO_3^-$  بیشتر از ۲۶ میلی‌اکی والان در لیتر است و  $PaCO_2$  کمتر از ۳۵ میلی‌متر جیوه نمی‌باشد.

**وضعیت جبران:** جبران نشده.  $PaCO_2$  مسیر مشابه  $HCO_3^-$  را طی نکرده است. اگر جبران

### فرم پاسخ به سوالات مقاله انفارکتوس بطن راست

۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	الف
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

نام پدر:

نام:

نام خانوادگی:

نشانی:

شغل:

تلفن: