

روز جهانی دیابت

تازه چه خبر؟

روزانه چه مقدار
آب بنوشیم؟

بیماری دیابت و
رژیم غذایی

تغذیه و ورزش در
بیماران سرطانی

سخن متخصصین

سازمان جهانی
هموفیلی

خواندنی ها

با دیابت مقابله کن از همین لحظه...

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

دبیر تحریریه: نسرین آقاملا

فهرست

هیات علمی

دکتر باقر لاریجانی، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر علی اکبر ولایتی، دکتر کامران باقری لنگرانی، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر حمید رضائی قلعه، دکتر احمد رضا سروش، دکتر شمس شریعت تربقان، دکتر رمضان علی شریفیان، دکتر سید محمود طباطبایی، دکتر سید مؤید علویان، دکتر ناصر پارسا، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر مصطفی قانع، دکتر رضا ملک زاده

هیات تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مریم اسدی، نیکتا پژوهش فر، ندا جلیلیان، رضا چاردوری، افسانه حسنی، احسان حجازی، هادی صالح، هانی صباغان، امید طلوع، دکتر مریم عباسی، فریبا لاهوتی، دکتر سمیرا مجیدیان، کیانا معدنچی و دکتر سید مسعود نبوی

امور فنی و هنری: بنیاد امور بیماری های خاص

طراح گرافیک و صفحه آرا: رضا شفقتی

حروفچینی: محبوبه حقیقت جو



بنیاد امور بیماریهای خاص

پست الکترونیک

info@cffsd.org

نشانی نشریه

تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی بلوار کاوه (شمال)،

خیابان بهار، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

صندوق پستی: ۴۸۸۳/ ۱۹۳۹۵

دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷

۳
۴
۵
۹
۱۱
۱۳
۱۴
۱۵
۱۶
۱۸
۲۱
۲۲
۲۴
۲۸
۳۰
۳۲
۳۴
۳۷
۳۸
۳۹
۴۰
۴۲
۴۳
۴۴
۴۶
۵۱
۵۲

اجتماعی

ابوالفضل العباس(ع)

استان فارس

تازه چه خبر؟

روز جهانی دیابت

اسامی یاوران بنیاد

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

سلامت

روزانه چه مقدار آب بنوشیم؟

سکته مغزی را بشناسیم

غریبالگری سرطان پروستات

درمان های اوژانس در هموفیلی

بیماری دیابت و رژیم غذایی

تالاسمی: تظاهرات بالینی و درمان

سخن متخصصین

تغذیه و ورزش در بیماران سرطانی

سرطان کولون یا کولورکتال

اخبار پزشکی

آیا می دانید

بین الملل

سازمان جهانی هموفیلی

فعالیت های روز جهانی دیابت

فرهنگی

خواندنی ها

سرگرمی

مقاله انگلیسی

فرم اشتراک فصلنامه خاص

سرمقاله



۱۰ آذر ماه روز جهانی مبارزه با ایدز، فرصتی است تا سیاستگذاران و دست اندرکاران نظام سلامت با تمرکز بیشتری به این مقوله پرداخته و در مورد ابعاد مختلف آن کند و کاوی دقیقتر داشته باشند.

اچ.ای.وی (ایدز) یک همه‌گیری جهانی است که موارد ابتلای آن از تمام کشورها گزارش شده است. تقریباً ۳۳ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به این عفونت هستند. آخرین آمارهایی که از وضعیت این بیماری در کشور وجود دارد حاکی از آن است که حدود ۲۳ هزار نفر در کشور آلوده به ویروس ایدز هستند. بر اساس اطلاعاتی که در این خصوص وجود دارد الگوی ابتلای بیماران در کشور ما تا حدودی متفاوت از آن چیزی است که در کشورهای دیگر دیده می‌شود. به این معنا که اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک عمده ترین عامل انتقال بیماری در ایران است. حال آنکه انتقال جنسی این بیماری در رده بعد قرار می‌گیرد.

اما آنچه در خصوص بیماری ایدز بیش از هر چیز دیگری حائز اهمیت است جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی مختلفی است که در این خصوص باید به آن توجه کرد. در طی حدود ۳۰ سال که از معرفی این بیماری در جهان گذشته نگاههای مختلفی به ایدز در میان جوامع ایجاد گشته است. در ابتدای آغاز همه‌گیری از آنجا که اطلاعات زیادی از الگوی انتقال آن در دسترس نبوده و درمانهای چندانی هم برای آن شناخته نشده بود، آلودگی به ویروس اچ آی وی معادل حذف فرد بیمار از جامعه و انزوای وی بود. اما امروزه با روشن شدن ابهامات موجود در این زمینه تا حدودی این دیدگاه اصلاح شده است. به عبارت دیگر برخلاف اولین روزهای این همه‌گیری، تشخیص اچ.ای.وی ضرورتاً مساوی با یک بیماری کشنده و مهلک نیست. بلکه می‌توان با مداخلات مختلف کیفیت زندگی بیماران آلوده به این ویروس را بهبود بخشید. پس یکی از مهمترین مأموریت‌های نظام سلامت با همکاری فعالان علوم اجتماعی تلاش در جهت زدایی از بیماران مبتلا به ایدز است تا اینکه این بیماران از حقوق مساوی با سایر شهروندان در بهره‌مندی از حقوق اجتماعی برخوردار باشند.

هر چند که تا کنون روشهای درمانی قطعی برای ایدز شناسایی نشده اما در کشورهایی که تمرکز جدی بر آموزشهای عمومی در خصوص بیماری ایدز بوده است نتایج شگفت‌انگیزی از کاهش میزان ابتلای به این بیماری گزارش شده که این واقعیت نشان دهنده نقش مهم آموزش در پیشگیری از ابتلای به ایدز می‌باشد. بنابراین لازم است تا برنامه‌های جامع آموزش در سطوح مختلف اجتماعی تدوین شده و به مردم ارائه گردد. در این صورت می‌توان امیدوار بود که با یک تلاش و عزم عمومی و ملی شاهد کنترل این بیماری در کشور باشیم.

دکتر باقر لاریجانی

اجتماعی



ابوالفضل العباس (ع)

در نگاه به قلّه های رفیع ایمان و شجاعت و وفا، چشم ما به وارسته مردی بزرگ و بی بدیل می افتد، به نام عباس فرزند رشید امیرالمؤمنین (ع) که در فضل و کمال و فتوّت و رادمردی، الگویی برجسته است.

امید طلوع



حضرت ابوالفضل (ع) در اخلاص و استقامت و پایمردی، نمونه است و در هر خصلت نیک و صفت ارزشمندی، که کرامت یک انسان به آن بسته است، سرمشق است. ما پیوسته دین باوری و حق جویی و باطل ستیزی و جانبازی را از او آموخته ایم.

اینک، گرچه از صحنه های آن همه ایثار و دلاوری و وفا که در عاشورا اتفاق افتاد و آینه ای فضیلت نما پیش چشم جهانیان نهاد، بیش از هزار و سیصد سال میگذرد، اما تاریخ، روشن از کرامت های عباس بن علی (ع) است و نام او با وفا، ادب، ایثار و جانبازی همراه است و گذشت این همه سال، کمترین غباری بر سیمای فتوتی، که در رفتار آن حضرت جلوه گر شد، ننشاند.

و سرمشق است، نه تنها در شجاعت و رزم آوری، بلکه در ایمان و معنویت هم؛ نه فقط در مقاومت و استواری، در عبادت و شب زنده داری هم؛ نه تنها در روحیه سلحشوری و حماسه، که در اخلاص و آگاهی و معرفت و وفا هم نمونه است.

مشام جان می رسد.

عباس یعنی تا شهادت یگانه تازی
عباس یعنی عشق، یعنی پاکبازی
عباس یعنی با شهیدان همنازی
عباس یعنی یک نیستان تکنوازی

منابع: <http://yaabalfazl.com>
گل علقمه» انتشارات نقش اندیشه

ما برای رسیدن به سرچشمه یقین و کوشش ایمان، نیازمند راهنمایییم. جانمان تشنه است و دلهايمان مشتاق. اولیای دین و سرمشق های پاکی و فضیلت می توانند راه را نشانمان دهند و از زمزم گوارایی که در اختیارشان است سیرابمان سازند.

اگر در امتداد «اسوه ها» به عباس بن علی (ع) می رسیم برای روشنی چراغی است که پیش پای انسان ها فروخته است و از آن دور دست ها ما را به این راه فرا می خواند. او الگو

عاشورا روز پر شکوه و الهام بخش و پر حماسه ای بود که انسانهایی والا و روحهایی بزرگ و اراده هایی عظیم، عظمت و والایی خود را به جهانیان نشان دادند و تاریخ از فداکاری عاشوراییان، روح و جان گرفت و زمان با نبض کربلاییان قهرمان و حماسه آفرین، تپید. کربلا مکتبی شد آموزنده و سازنده، که فارغ التحصیلان آن، در رشته ایمان و اخلاص و تعهد و جهاد، مدرک و مدال گرفتند و عباس از زبده ترین معرفت آموختگان آن دانشگاه بود.

هنوز هم این مکتب عالی باز است و دانشجو می پذیرد و یکی از استادان این دوره های آموزش وفا و مراحل کسب معرفت، علمدار کربلاست، ایستاده بر بلندای عشق و شهامت، که با دستان بریده اش معبر آزادی را می گشاید و راه نور را نشان می دهد و این حقایق، همه در نام عباس نهفته است و همراه با این نام، عطر یک «فرهنگ» به

گزارش سفر استان فارس

از جمله رسالت های بنیاد امور بیماری های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در شهرستان های کشور است. به این منظور معاونت امور هماهنگی بنیاد، بازدیدهای استانی را در دستور کار خود قرار داده است که در شش ماهه گذشته تاکنون از ۱۴ استان بازدید نموده و پس از بازدید وسایل مورد نیاز مراکز را در اختیار آنها قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان فارس است که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۰ توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

۲۰۰ دهستان میباشد.

این استان جمعیتی بالغ بر ۳ میلیون نفر دارد که عمده این جمعیت در شهر ها می باشند، جمعیت شهری (۲ میلیون و ۴۳۰ هزار نفر) حدود ۵۹٫۵٪ جمعیت کل استان و جمعیت روستایی (۲ میلیون و ۸۰ هزار نفر) حدود ۴۰٫۵٪ جمعیت کل استان را تشکیل می دهد.

وضعیت بیماران خاص استان:

تعداد ۱۱۶۳ بیمار دیالیزی (۲۳/۳ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۱۴۳۴ بیمار تالاسمی (۴۲/۱ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۶۴۰ بیمار هموفیلی (۹/۹ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان فارس می باشند.

نسبت بیماران خاص به جمعیت استان ۰/۰۸ درصد می باشد.

مراکز ارائه خدمات درمانی در یک نگاه:

در ۱۵ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز، تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. ضمناً پایگاه انتقال خون استان در شهرستان های جهرم، داراب، شیراز، فسا، لارستان، آباده مستقر می باشد.

آباده: بیمارستان امام خمینی (ره) تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان آباده می باشد. در حال حاضر تعداد ۹ بیمار دیالیز و ۹ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۷۵ راه اندازی شده است و دارای ۴ دستگاه دیالیز می باشد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۳ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۴ روز هفته به صورت یک شیفت فعال است. بخش تالاسمی این بیمارستان

بوی احمد محدود است. این استان که از ۲۰ شهرستان، ۶۱ بخش، ۵۳ شهر تشکیل یافته دارای آب و هوای معتدل (در ارتفاعات) و معتدل مایل به گرم تا گرم در دره ها و اراضی کم ارتفاع بوده و از نظر بارندگی نیمه خشک تا خشک می باشد. استان فارس دارای ۲۲ شهرستان، ۶۹ شهر و ۷۰ بخش،

موقعیت جغرافیایی و جمعیتی استان:
استان فارس چهارمین استان بزرگ کشور بوده و در جنوب ایران واقع می باشد این استان از شمال به استان اصفهان و یزد، از شمال خاوری به استان کرمان و از خاور و جنوب به استان هرمزگان، از جنوب غربی به استان بوشهر و از غرب به استان کهگیلویه و

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



تعداد بیمار تالاسمی = ۱۴۳۴
تعداد بیمار هموفیلی = ۶۴۰
تعداد بیمار دیالیزی = ۱۱۶۳

در سال ۱۳۸۰ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۴ تخت فعال می باشد. تعداد ۹ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند.

اقلید: بیمارستان ولی عصر (عج) تنها مرکز درمانی بیماران خاص اقلید بوده و تعداد ۱۶ بیمار دیالیزی، ۲۱ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۵۶ تاسیس شده است و ۱۲۶ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۸۲ راه اندازی شده است و دارای ۲ دستگاه دیالیز فعال می باشد. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی، ۳ پرستار تشکیل شده است و بخش ۶ روز هفته در ۲ شیفت کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی این بیمارستان نیز در سال ۸۲ و در ۲ اتاق راه اندازی شده است که

تعداد ۸ تخت قرار دارد. تعداد ۲۱ بیمار تالاسمی ماژور در این بخش خدمات درمانی خود را دریافت می کنند. کادر درمانی بخش تالاسمی از یک پزشک عمومی و ۱ پرستار تشکیل شده است.

داراب: بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) تنها مرکز درمانی بیماران خاص داراب بوده و تعداد ۴۷ بیمار دیالیزی، ۱۲۲ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۸۱ تاسیس شده است و دارای ۱۳۸ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز این بخش در سال ۱۳۷۸ راه اندازی شده است. در این بخش ۸ دستگاه دیالیز فعال می باشد. در حال حاضر تعداد ۴۷ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از دو پزشک متخصص داخلی، سه پرستار

و یک بهیار تشکیل شده است و بخش شش روز در دو شیفت کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی و هموفیلی این بیمارستان در سال ۱۳۸۰ و با تعداد ۸ راه اندازی شده است. تعداد ۱۲۲ بیمار تالاسمی ماژور و ۸ بیمار هموفیلی در این بخش خدمات درمانی خود را دریافت می کنند. کادر درمانی بخش تالاسمی از دو پزشک متخصص داخلی، یک پزشک متخصص اطفال و یک پزشک عمومی و یک پرستار تشکیل شده است.

سروستان: بیمارستان شهدای سروستان به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص شهرستان سروستان تعداد ۸ بیمار دیالیزی و ۱۰ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. بیمارستان شهدای سروستان در سال ۱۳۸۰ در شهرستان سروستان افتتاح شده است که با تعداد ۲۰ تخت فعال می باشد.

تعداد بیماران دیالیزی و نسبت دستگاه به بیمار

شهرستان	تعداد بیمار	تعداد دستگاه فعال	نسبت بیمار به دستگاه
آباد	۹	۴	۲/۵
اقلید	۱۶	۲	۸
خرم بید	۱۰	۲	۵
داراب	۴۷	۸	۶/۸۵
شیراز	۵۷۶	۹۰	۴/۸
فیروزآباد	۴۸	۹	۵/۳۴
ممسنی	۴۸	۸	۶
مرودشت	۹۵	۱۲	۷/۹۱
کازرون	۷۲	۹	۸
سروستان	۸	۲	۴
استهبان	۱۹	۴	۴/۸
ارسنجان	۲۰	۴	۵
بوانات	۹	۴	۲/۵
بیرم	۸	۳	۲/۸
خرامه	۲۲	۳	۷/۵
خنج	۱۸	۴	۴/۷
سپیدان	۷	۳	۲/۵
زرین دشت	۱۴	۳	۴/۸
پاسارگاد	۱۱	۲	۵/۷
قید و کازین	۱۲	۲	۶
فراشبند	۶	۲	۳
لارستان	۵۲	۷	۷/۵
لامرد	۳۶	۷	۵/۲



بخش دیالیز می باشد که ۷ دستگاه در بخش اطفال است و تعداد ۱۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۷ نفرولوژیست (بصورت ماهانه یک نفر)، ۵ پرستار و ۴ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

مرکز دیالیز صدرا: این بیمارستان در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده به تعداد ۳۳۰ بیمار دیالیزی خدمات درمانی را ارائه می نماید. کادر درمانی این بخش از ۹ نفرولوژیست، دو متخصص اطفال و ۸ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

بیمارستان شهید دستغیب: در سال ۱۳۵۸ تاسیس شده و دارای ۱۴۶ تخت فعال می باشد. بیماران تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی خود را در این بیمارستان دریافت می نمایند. بخش تالاسمی از یک اتاق جهت معاینات و یک سالن جهت بیماران تشکیل شده است و در سال ۱۳۷۵ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۴۵ تخت فعال می باشد. تعداد ۷۲۰ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پزشک متخصص انکولوژی و ۶ پرستار تشکیل شده است.

فیروزآباد: بیمارستان حضرت قائم (عج) تنها مرکز درمانی بیماران خاص فیروزآباد بوده و به تعداد ۴۸ بیمار دیالیزی و ۳۷ بیمار تالاسمی خدمات درمانی را ارائه می نماید. این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ تاسیس شده است و دارای ۱۵۰ تخت فعال می باشد. دو گروه بیماران خاص شهرستان فیروزآباد (تالاسمی و دیالیزی) خدمات درمانی خود

از یک متخصص اطفال، یک پزشک عمومی و یک پرستار تشکیل شده است.

ممسنی (نورآباد): بیمارستان ولیعصر (عج) تنها مرکز درمانی بیماران خاص نورآباد ممسنی بوده و تعداد ۴۸ بیمار دیالیزی، ۹۸ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۷۱ تاسیس شده است و دارای ۱۱۶ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز در سال ۱۳۸۰ راه اندازی شده است. در این بخش تعداد ۸ دستگاه دیالیز فعال می باشد. کادر درمانی این بخش از دو پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار تشکیل شده است و بخش ۶ روز هفته در دو شیفته کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی این بیمارستان در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۹ تخت اطفال فعال می باشد. تعداد ۹۸ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ متخصص اطفال، ۱ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است.

شیراز: بیمارستان های نمازی، صدرا و دستغیب سه مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان شیراز می باشند. در حال حاضر تعداد ۱۱۰ بیمار دیالیزی تحت پوشش بیمارستان نمازی، ۳۳۰ بیمار دیالیزی تحت پوشش بیمارستان صدرا و ۷۲۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش بیمارستان دستغیب می باشند. بیمارستان نمازی در سال ۱۳۶۱ با ۱۳۶ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱۱۰ بیمار دیالیزی خدمات درمانی را ارائه می نماید. بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. این بخش از دو سالن (بخش بزرگسال و بخش اطفال) تشکیل شده است و دارای ۱۷ دستگاه

بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۸۹ راه اندازی شده است. در این بخش ۲ دستگاه دیالیز فعال می باشد. در حال حاضر تعداد ۸ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی، یک پرستار تشکیل شده است و بخش شش روز در یک شیفته کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی بیمارستان رئیسی در سال ۱۳۸۰ راه اندازی شده است. بخش از ۳ تخت تشکیل شده است. در حال حاضر تعداد ۱۰ بیمار تالاسمی ثابت خدمات درمانی خود را در این بخش دریافت می کنند. کادر درمانی بخش از یک متخصص اطفال و دو پرستار تشکیل شده است.

خرامه: بیمارستان جوادالائمه در سال ۱۳۸۸ در شهرستان خرامه افتتاح شده است این بیمارستان دارای ۲۲ تخت فعال می باشد و به بیماران دیالیزی و تالاسمی خدمات درمانی را ارائه می نماید. در حال حاضر تعداد ۲۲ بیمار دیالیزی و ۴۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۸۹ راه اندازی شده است. در این بخش ۳ دستگاه دیالیز فعال می باشد. در حال حاضر تعداد ۲۲ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی، ۲ پرستار تشکیل شده است و بخش ۶ روز هفته در دو شیفته کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی این بخش در سال ۱۳۸۹ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۶ تخت فعال می باشد. تعداد ۴۰ بیمار تالاسمی ماژور ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش

را در این بیمارستان دریافت می نمایند. بخش دیالیز در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. در این بخش تعداد ۹ دستگاه دیالیز فعال می باشد. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی، چهار پرستار تشکیل شده است و بخش ۶ روز هفته در ۳ شیفت کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی در سال ۱۳۸۷ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۹ تخت فعال می باشد. تعداد ۳۷ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است.

کازرون: بیمارستان ولیعصر (عج) تنها مرکز درمانی بیماران خاص کازرون بوده و تعداد ۷۲ بیمار دیالیزی و ۱۰۵ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۵۳ تاسیس شده است و دارای ۱۱۰ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. در این بخش تعداد ۹ دستگاه دیالیز فعال می باشد. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی و ۷ پرستار (در ۳ شیفت کاری) تشکیل شده است. بخش تالاسمی در سال ۱۳۶۲ تاسیس شد. تعداد ۹ تخت از نوع معاینه قرار داده شده است. تعداد ۱۰۳ بیمار تالاسمی ماژور در این بخش خدمات درمانی خود را دریافت می کنند. کادر درمانی بخش تالاسمی از ۱ متخصص اطفال و ۲ پرستار تشکیل شده است.

مرودشت: بیمارستان شهید مطهری تنها مرکز درمانی بیماران خاص مرودشت بوده و تعداد ۹۵ بیمار دیالیزی، ۹۹ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ تاسیس شده است و دارای ۱۱۰ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز در سال ۱۳۸۶ گسترش داده شده است. در حال حاضر تعداد ۹۵ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از سه پزشک متخصص داخلی، سه پزشک متخصص اطفال ۹ پرستار و یک بهیار تشکیل شده است و بخش ۶ روز هفته در دو شیفت کاری فعال می باشد. بخش تالاسمی

در سال ۱۳۷۳ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۱۲ تخت فعال می باشد. تعداد ۹۹ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک بهیار تشکیل شده است.

کوار: درمانگاه امیرالمومنین در سال ۸۷ تاسیس و تنها مرکز درمانی بیماران خاص است. این مرکز دارای ۹ تخت فعال و در حال حاضر به ۳۴ بیمار تالاسمی خدمات درمانی ارائه می کند. کادر درمانی بخش از یک پزشک عمومی و یک پرستار تشکیل شده است.

فراشبند: بیماران تالاسمی این شهرستان در مرکز تالاسمی درمانگاه شبانه روزی این شهرستان درمان می شوند. در حال حاضر تعداد ۱۸ بیمار تالاسمی خدمات درمانی خود را در این بخش دریافت می کنند. کادر درمانی بخش از یک پرستار و ۱ پزشک عمومی مشترک با اورژانس تشکیل شده است.

پاسارگاد: بیمارستان این شهرستان تنها مرکز بیماریهای خاص است که فقط مرکز تالاسمی آن در حال حاضر فعال است. این بخش در سال ۸۶ افتتاح شده است. در حال حاضر تعداد ۷ بیمار تالاسمی خدمات درمانی خود را در این بخش دریافت می کنند. کادر درمانی بخش از یک پرستار تشکیل شده است.

خرم بید: بیمارستان ولیعصر (عج) به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص شهرستان خرم بید در سال ۱۳۷۳ تاسیس ۸ بیمار تالاسمی و ۱۰ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد. این بیمارستان دارای ۱۲۰ تخت فعال می باشد. بخش دیالیز تعداد ۲ دستگاه دیالیز فعال می باشد. در حال حاضر تعداد ۱۰ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی، ۱ پرستار تشکیل شده است. بخش تالاسمی این بیمارستان دارای ۴ تخت فعال می باشد.

زربین دشت: این شهر دارای یک بیمارستان تازه تاسیس می باشد که به علت عدم راه

اندازی کامل بیمارستان خدمات دیالیز در ساختمان درمانگاهی قدیمی در خارج از بیمارستان انجام می گیرد. بخش دیالیز دارای ۳ دستگاه دیالیز فعال می باشد. در حال حاضر تعداد ۱۴ بیمار دیالیزی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از یک پزشک عمومی، دو پرستار و یک بهیار کمکی تشکیل شده است و بخش دو روز در دو شیفت کاری فعال می باشد.

مشکلات و کمبودها

شهرستان های کوار، فراشبند، دارای مرکز دیالیز مستقل نمی باشند و بیماران شهرستان فراشبند به فیروز آباد در فاصله حدود ۸۰ کیلومتری و کوار به شیراز در فاصله حدود ۳۰ کیلومتری مراجعه می نمایند. اکثر بخشهای دیالیز بازدید شده از نظر فضای فیزیکی دارای شرایط نامناسبی بودند و تعدادی از شهرستان ها دچار معضل کمبود دستگاه دیالیز هستند. برخی از دستگاههای استان نیز کارکرد بالای ۲۵۰۰۰ ساعت دارند و دچار مشکلات متعددی در حین دیالیز بیماران میگردند. شهرستان زرین دشت فاقد مرکز تالاسمی و هموفیلی می باشند و بیماران این شهرستان به شهرستان داراب در فاصله حدود ۳۰ کیلومتری مراجعه می کنند و فضای فیزیکی بخش تالاسمی بیمارستان خرم بید و همچنین خرامه کوچک می باشد.

کمک های بنیاد

بنیاد امور بیماری های خاص تاکنون به استان فارس علاوه بر دستگاه دیالیز، تجهیزات بیمارستانی لازم از قبیل ترالی اورژانس، تخت دو شکن و سه شکن، کپسول اکسیژن، الکتروکاردوگراف، الکتروشوک، میز غذاخوری بیمار، کمد کنار تخت، پله پای تخت و ... اهدا کرده و علاوه بر آن تاکنون ۱۶ میلیارد و ۴۷۵ میلیون ریال کمک نقدی به این استان پرداخته است.

تازه چه خبر

بنیاد بیماری های خاص، با اتکا به خداوند متعال و در سایه لطف لایزال او دست به دست یکدیگر همواره به سوی تحقق اهداف والا و انسانی خود گام برمی دارد. مجله خاص، انعکاسی از فعالیت های بنیاد در سه ماهه اخیر را به رشته تحریر درآورده که در زیر می خوانیم:

افسانه حسنی

جاری برگزار کرد. که این اردو اثرات مثبتی در افزایش روحیه و نشاط بیماران گذاشت.

حضور بنیاد امور بیماری های خاص در شصت و چهارمین کنفرانس سالانه شورای اقتصادی، اجتماعی سازمان ملل (اکوسوک)

بنیاد امور بیماری های خاص در روزهای ۳، ۴ و ۵ سپتامبر سال جاری میلادی (مصادف با روزهای ۱۲ لغایت ۱۴ شهریور ماه سال ۱۳۹۰) در شصت و چهارمین کنفرانس سالانه شورای اقتصادی، اجتماعی سازمان ملل متحد (اکوسوک) در کشور آلمان حضور پیدا کرد.

این کنفرانس با چهار میزگرد در سالن اصلی، ۳۷ کارگاه آموزشی در سالن های فرعی و نمایشگاهی در حاشیه آن در هتل ماریتیم شهر بن برگزار گردید. در این میان نماینده

همدان، اصفهان، قم و کرمانشاه پایان یافت. در مراسم اختتامیه، از خانم پارس لاری عضو تیم ملی بانوان ورزش های پیوند اعضا تجلیل شد. همچنین چهارمین دوره مسابقات قهرمانی کشوری تنیس روی میز مردان دیابتی نوع یک در اراک برگزار شد، استان های اصفهان، مرکزی، کرمانشاه مقام های اول تا سوم را کسب کردند و به نفرت اول تا سوم جوایزی به رسم یادبود اهدا شد.

برگزاری اردوی زیارتی- تفریحی بیماران خاص کرمان به مشهد مقدس

مؤسسه خیریه ثامن الحجج (ع) با مساعدت جمعی از خیرین، اردوی زیارتی - تفریحی مشهد مقدس را با حضور ۳۲۰ نفر از بیماران «تالاسمی، همودیالیز، پیوند کلیه، سرطان و M.S» به مدت ۸ روز در آبان ماه سال

بازدید و اهدای تجهیزات بیمارستانی به مراکز درمانی کشور

بررسی وضعیت مراکز درمانی بیماران خاص در استان های کشور در خلال بازدید کارشناسان بنیاد امور بیماری های خاص از جمله رسالت های این بنیاد می باشد. بدین منظور در شش ماهه نخست، بنیاد امور بیماری های خاص تجهیزاتی از قبیل دستگاه دیالیز، پمپ دسفرال، تخت های بیمارستانی و.. را به مراکز درمانی گناباد، شهر قدس، تربت حیدریه، یاسوج، تبریز، مشهد، جغتای، رامهرمز، اصفهان، اهواز، شوشتر، شوش، ایذه و شادگان اهدا کرده است.

تخصیص ۷۷۴ میلیون تومان به بیماران خاص

واحد مددکاری بنیاد بیماری های خاص، پذیرای بیماران خاصی است که از اقصی نقاط کشور جهت دریافت کمک با این واحد در ارتباط هستند. این بیماران اعم از دیابت، دیالیز، سرطان، نارسایی کلیه، هموفیلی، تالاسمی، ام اس، پیوند ریه و پیوند کلیه بودند که جمعاً کمک بنیاد به این بیماران در ماه های اخیر، مبلغی بیش از ۷۷۴ میلیون تومان بوده است.

تجلیل فدراسیون ورزش های بیماران خاص از برندگان ششمین دوره مسابقات دارت بانوان و چهارمین دوره مسابقات مردان دیابتی

ششمین دوره ی مسابقات قهرمانی کشوری دارت بانوان تالاسمی ماژور کشور، در خرم آباد با شرکت ۱۴ استان برگزار و با برتری تیم های استان های مرکزی، گیلان،



پاسخ داد که از سوی بازدیدکنندگان مورد استقبال فراوان قرار گرفت.

حضور بنیاد در چهارمین کنگره سراسری سرطان پستان

با توجه به اینکه در دنیا بیماری سرطان پستان از هر ۸ زن یک نفر را درگیر می‌سازد، لذا پرداختن به این مسئله از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. بنیاد به لحاظ رسالتی که در حمایت از بیماریهای صعب‌العلاج بر عهده دارد، یکی از حامیان اصلی و شرکت‌کنندگان چهارمین کنگره سراسری سرطان پستان بود.

کنگره مزبور در تاریخ ۱۱ تا ۱۳ آبان ماه سال جاری در تالار امام بیمارستان امام خمینی (ره) برگزار شد. که در این میان بنیاد امور بیماریهای خاص با برپایی غرفه و توزیع انتشارات مربوط به بیماری سرطان بخصوص سرطان پستان حضور فعال داشت و به سؤالات بازدیدکنندگان در خصوص فعالیت‌های بنیاد در رابطه با بیماری سرطان پاسخ‌های مقتضی را ارائه کرد.



بهار و نرگس در فضایی به وسعت ۲۵۰۰ مترمربع و با حضور بیش از ۱۱۰ شرکت تولیدکننده ایرانی و نماینده شرکت‌های بزرگ خارجی به مدت ۴ روز برگزار شد، بنیاد امور بیماری‌های خاص به معرفی انتشارات و مراکز درمانی خود پرداخت و با حضور کارشناسان خود به پرسش‌های بازدیدکنندگان پیرامون فعالیت‌های بنیاد،

بنیاد امور بیماری‌های خاص ضمن شرکت در میزگردهای سالن اصلی کنفرانس، در غرفه‌ای با شعار "انسان سالم، محور توسعه پایدار" در جمع ۲۵ تشکل غیردولتی حاضر در نمایشگاه شرکت کرده و به معرفی فعالیت‌های وسیع بنیاد در عرصه‌های آموزشی، علمی، تحقیقاتی، اشاعه فرهنگ در جامعه و خدمات درمانی ارائه شده به بیماران خاص در راستای دستیابی به اهداف توسعه هزاره در بین بازدیدکنندگان پرداخت.

غرفه بنیاد در خلال این کنفرانس سه روزه، بازدیدکنندگان زیادی داشت و از سوی بسیاری از پزشکان و صاحب‌نظران در حوزه سلامت به واسطه فعالیت‌های گسترده یک تشکل غیردولتی مورد تشویق قرار گرفت.

حضور بنیاد در نمایشگاه تجهیزات پزشکی شیراز

بنیاد امور بیماری‌های خاص در نمایشگاه بین‌المللی دو سالانه تجهیزات پزشکی استان فارس، شهر شیراز در تاریخ ۱۴ تا ۱۷ مهر ماه در محل دائمی نمایشگاه‌های بین‌المللی استان فارس با برپایی غرفه‌ای، حضور یافت.

در این نمایشگاه که در سالن‌های سرو،



روز جهانی دیابت

۲۳ آبان (۱۴ نوامبر) روز جهانی دیابت نامگذاری شده است که مصادف است با سالروز تولد دکتر فردریک بانتینگ. از سال ۱۹۹۱ به همت فدراسیون بین‌المللی دیابت و سازمان بهداشت جهانی در پاسخ به تهدید روز افزون این بیماری علیه جامعه بشری این روز به عنوان روز جهانی دیابت نامگذاری شده است.

ارتقاء وضعیت سلامتی و افزایش آگاهی هموطنان به مناسبت روز جهانی دیابت اقدام به برگزاری طرح‌های غربالگری در سطح شهر تهران و مراکز درمانی خودکرده است که از آن جمله می‌توان به غربالگری دیابت در مرکز پزشکی خاص شرق (شهرک مسعودیه) از تاریخ ۲۱ آبان به مدت یک هفته با برنامه‌هایی چون، اندازه‌گیری قد و وزن، فشار خون، قندخون و آموزش دیابت و تغذیه و همچنین برگزاری کارگاه آموزشی دیابت به همراه تست قند خون، اندازه‌گیری فشار خون برای اهالی منطقه قیطریه در ۲۸ آبان ماه برای بازنشتگان در ۷ آذر ماه در ساختمان مرکزی بنیاد اشاره کرد. از دیگر اقدامات بنیاد به مناسبت روز جهانی دیابت، ارسال بسته‌های محتوی انتشارات بنیاد با موضوع دیابت به مراکز دیابت سراسر کشور بوده است. بسته‌های مذکور به همراه نامه‌ای با مضمون شعار روز جهانی دیابت و دستورالعملی مبنی بر نحوه اجرای این روز به مراکز دیابت سراسر کشور در هفته پیش از روز جهانی دیابت ارسال شد.

گفتنی است نمایندگان بنیاد به مناسبت روز جهانی دیابت به مدت یک هفته در میادین انقلاب، فلکه صادقیه، حرم عبدالعظیم حضور یافته توزیع انتشارات بنیاد با موضوع بیماری دیابت، معرفی بنیاد و مراکز وابسته، اندازه‌گیری قند خون اجرای طرح غربالگری دیابت به صورت انجام تست قند خون رایگان از جمله فعالیت‌های غرفه بنیاد بود. که با استقبال هم‌وطنان روبه‌رو شد. امید است با آموزش صحیح و آشنایی با بیماری دیابت گام مؤثری جهت کنترل این بیماری برداشته شود.

دیابت می‌باشد و هر ۸ ثانیه یک نفر بر اثر دیابت می‌میرد. آمار حاکی از اهمیت مبارزه با این بیماری می‌باشد که علت بسیار مهم ناتوانی و مرگ و میر در سطح جامعه است. ۲۳ آبان (۱۴ نوامبر) روز جهانی دیابت نامگذاری شده است که مصادف است با سالروز تولد دکتر فردریک بانتینگ. از سال ۱۹۹۱ به همت فدراسیون بین‌المللی دیابت و سازمان بهداشت جهانی در پاسخ به تهدید روز افزون این بیماری علیه جامعه بشری این روز به عنوان روز جهانی دیابت نامگذاری شده است. استراتژی ۵ ساله سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۰۸ تا سال ۲۰۱۳، آموزش و پیشگیری دیابت می‌باشد و شعار سال ۲۰۱۱ روز جهانی دیابت، با دیابت مقابله کن همین حالا بوده است. قدم‌های کوچکی که هر فرد می‌تواند جهت کنترل دیابت بردارد شامل آموزش نحوه صحیح زندگی رعایت الگوی غذایی سالم و فعالیت بدنی مناسب و حفظ وزن طبیعی و خودداری از مصرف سیگار می‌باشد.

بنیاد امور بیمار یهای خاص با هدف

بیماری دیابت یک بیماری مزمن می‌باشد که با افزایش قندخون مشخص می‌شود. تعریف دیابت قند خون ناشتا بالای ۱۲۶ و قند دو ساعت بعد از غذا بالای ۲۰۰ می‌باشد. در صورتی که قندخون ناشتا بین ۱۰۰ تا ۱۲۶ و قند ۲ ساعت بعد غذا بین ۱۴۰ تا ۲۰۰ باشد دیابت پنهان یا پیش دیابت محسوب می‌شود. دیابت علائم گوناگونی دارد منجمله: پر نوشی، پرا داری، شب‌اداری، کاهش وزن، سوزش اندام‌ها و عفونت. دیابت دارای عوارض مختلف شامل چشمی، کلیوی، قلبی عروقی و درگیری اعصاب محیطی می‌باشد. ریسک فاکتورهای دیابت شامل سن بالا، سابقه خانوادگی، سابقه چربی خون بالا، فشارخون، بیماری قلبی عروقی، چاقی، اختلال تحمل گلوکز، سابقه نوزاد با وزن بالا، مصرف سیگار، چاقی و زندگی بی‌تحرك است. نزدیک به ۳۴۰ میلیون نفر در جهان دیابت دارند و ۵۰ درصد بیماران دیابتی به خاطر مشکلات قلبی عروقی می‌میرند و ۱۰ تا ۲۰ درصد به خاطر مشکلات کلیوی ناشی از دیابت فوت می‌کنند. علت بسیاری از قطع عضوها



سوالات زیر را با دقت پاسخ دهید و به صندوق پستی بنیاد ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ ارسال نمایید تا در صورت پاسخ صحیح به قید قرعه جوایزی برایتان ارسال شود.

۱- در آخرین تحقیقات نقش کلیدی در کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض آن به عهده چه کسی است؟

- پزشک ☐ فرد دیابتی ☐ اطرافیان بیمار دیابتی ☐ داروها ☐

۲- طبق استاندارد تعریف شده فدراسیون جهانی دیابت هر فرد دیابتی در سال بایستی چقدر آموزش ببیند؟

- ۵ ساعت ☐ ۱۰ ساعت ☐ ۱۵ ساعت ☐ فقط برای یک دوره کافی است ☐

۳- علت دیابت چیست؟

- کاهش ترشح انسولین ☐ قطع ترشح انسولین ☐ انسولین ترشح شده بنحوی عمل نمی کنند ☐ هر سه مورد ☐

۴- نحوه تشخیص دیابت از روی آزمایش خون

- قند خون ناشنای بیشتر از ۱۲۶ ☐ قندخون ۲ ساعت پس از صبحانه ۲۰۰ ☐
قند خون ناشتای کمتر از ۱۰۰ ☐ مورد های ۱ و ۲ ☐

۵- چنانچه قندخون ناشتا بین ۱۰۰ تا ۱۲۶ باشد فرد چه نوع دیابتی دارد؟

- دیابت نوع ۱ ☐ دیابت نوع ۲ ☐ دیابت حاملگی ☐ دیابت پنهان ☐

۶- کدامی از افراد ذیل در معرض بیشتر ابتلا به دیابت می باشند؟

- دیابت پنهان ☐ اضافه وزن و چاقی ناحیه شکم ☐ سابقه خانوادگی ☐ فشارخون بالا ☐
کم تحرکی ☐ همه موارد ☐

۷- چگونه می توان از بروز دیابت نوع ۲ پیشگیری کرد؟

- بهبود و تغییر رژیم غذایی ☐ افزایش فعالیت بدنی ☐ ویزیت های دوره ای پزشک ☐

۸- عوارض بلند مدت دیابت چیست؟

- تاری دید ☐ آسیب کلیوی ☐ عفونت لثه و ناراحتی دندان ☐ عوارض عصبی ☐ همه موارد ☐ هیچکدام ☐

۹- عوارض کوتاه مدت دیابت چیست؟

- کمای دیابتی ☐ کاهش وزن بدون علت ☐ پر ادراری ☐ خشکی دهان ☐
گرسنگی ☐ اختلال دید ☐ همه موارد ☐

یاری سبز یاوران بنیاد

این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم میهنانی چون شما داریم. یاوران بنیاد امور بیماری های خاص در این فصل عبارتند از:

نیکتا پژوهش فر

آقای محمد امینی، آقای حبیب اله عجم
اکرامی، آقای نیک انجام، آقای علی پیکان،
آقای قادر عطفی، آقای مومن زاده، آقای
محمدرضا ایزدی، خانم ملیحه قدرتی،
خانم سمیرا دهواری، خانم سمن مهدوی،
آقای محمد بی نیاز، آقای برقی، خانم بتول
جعفرپور، آقای محسن دهقان، آقای رسول
اسد نژاد، آقای حسین رضایی راد، آقای
محمد بختیاری، آقای مهرزاد زندیه، آقای
پروین رسولی مقدم، آقای اصغر کرمی، آقای
ابوالفضل حاتمی پور، آقای مهدی داوری،
خانم زهره اسفندیاری، آقای محمود جهان
تیغ، آقای محمد علی صلاحی، آقای جلال
رضائی فر، آقای علی جمالی، آقای محمد
جواد نعمه سنج، آقای محمد نعمتی، آقای
احمد مدیری، آقای محمدی، آقای محمد
معالی، خانم فروغ البرزی، آقای فاطمی،
آقای لواسانی، خانم انسیه عسگری، آقای
محمد علی ضیایی، خانم ملیحه عسگریان،
خانم مهتاب محرابی، آقای سید احمد
صفائی، آقای باقری، خانم فاطمه فضل الهی

آقای حسین افتاده
آقای حسین جمعگی
آقای کلاته ملائی
آقای محمدحسن حیدری کاخکی
آقای محمدخیاط کاخکی
آقای علیرضا شکبیا
آقای محمدرضا صباغیان کاخکی
آقای هادی عطائی
آقای محمدفرهنگی
آقای علیرضا قربانپور
آقای جلال کاظمیان کاخکی
آقای احمد نظام زاده
آقای غلامرضا نوروزی کاخکی
آقای محمدرضا نوروزیان
خانم گشتاسب پور
آقای رضائیان
آقای مراد اژدرپور
آقای رمضان اژدرپور
خانم حبیبی
خانم جواهری

کاشی و سرامیک الماس کویر رفسنجان؛ آقای
مصطفی ترابی، آقای محسن ترابی، آقای
حسین نژاد
کابل کرمان؛ آقای مهندس حاجی حسین لو
پوکه صنعتی لیکا؛ احمد میر محمد صادقی
شیرآلات اخوان ساز؛ آقای اخوان
تعاونی فرهنگیان؛ آقای باباعلیان
پارس متال؛ آقای اسلامی
شرکت استاندارد؛ خانم حق نیا
شرکت کسیم؛ آقای رضائیان
صنایع غذایی مهجوریان؛ آقای علی رضا
مهجوریان
چینی مروارید؛ آقای میر دهقانی
زرین خراسان؛ آقای احسان شرکت
شجره زاده؛ آقای شجره زاده
ایزوگام دانا گام؛ آقای ابوالفضل هادوی
ژوبین پروتئین؛ آقای وزیری
فروشگاه سجده ای؛ آقای سجده ای
آکام شن؛ آقای مهندس پارسا
بنیاد علمی تحقیقاتی روزبه؛ آقای مهدی
میر عبدالله پانی
ریگ ساز مرکز؛ آقای بختیاری
آلب؛ آقای مهندس تقوی
فروشگاه تیز چنگ؛ آقای تیز چنگ
بازرگانی پگاه؛ آقای ظروفی
فروشگاه هنر؛ آقای حسین بزاکی
پلی ران؛ آقای مهندس معصومی
پارس سلفون؛ آقای شفیعی
نیک بسپار یزد؛ آقای دکتر شهنازبان
کره شکلی؛ آقای شکروی
بام پاد؛ آقای مهندس شیخ الاسلام

یاوران عزیز:

لطفاً فیش کمک های واریزی به همراه آدرس خود را برای
بنیاد ارسال فرمایید تا ضمن درج نامتان در این صفحه لوح
تقدیر برایتان ارسال گردد.

صندوق پستی بنیاد امور بیماری های خاص: ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

بوستان اهدای عضو در پاییز ۹۰ به بار نشست و بار دیگر ده ها نفر از هموطنانمان به یاری هموطنان بیمار خود شتافتند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند.

محمد زرینی

اکبر افخمی خشت مسجدی، سبحان نقدیف، غلامرضا رحمانی، حمید طالبی، سمانه رجبی، کبری برزگر بفروئی، حسین، خلیلیان، عباس کرم دوست، حجت احمدی بی دریغ، طاهره مددیان پاک، رامین صاحب قلم، رامین شیخ زوز، هومن معین فر، مهدی زیاد، امیر هوشنگ حسن نیا، مجتبی ترابی، پرویز عبدی، موسی فرنوش، علی اکبر محمودی، حمید قاسمی زاده، میثم رجبی موغاری، محمد قاسمی، محمد حسین صادقی، میثم اسمعیل زاده، مهدی سرشکی، فرهاد نجارزاده، غلامعباس نبوی، حمیدرضا عمارلوئی، حسین فریمان، حسین بیوک، رسول فتحی، احمد عسگری، روح اله مجیدی، حسام مطلوبی، بختیار محمدیان و امین محمدپور، مریم نعیمی، مهدی میرزا محمدی، یاسمن شفیع ثابت، سید نوروز میراسماعیلی، جواد رجبی، محسن شاکر، امیر شادمانی، اسماعیل شکوری، عبدالرضا جهرانی، سادات محله، محمد خزائی، بهنام هودن، اقدس مردان، نسرين درویش ملائی، حسین بختیاری، سمانه مداحی، آزاده زارع، طاهره لوانی بختیاری، محمد عباسی، مهدی عباسی، فاطمه حفیظی، سمیرا تاجیک مهر، ربیعی حسنی، کتایون ترکمان پری، کتانه ترکمان، محمد امین غفوری، محمد رحمت پور، رضا عباس زاده، معصومه دیم، علی اصغر کریمی، شادی ترکمان، محمد رجبی نیا، اصغر شاکر، معصومه جمشیدی، غلامرضا مزارانی، محمدیاری، سحر نجیبی مراد، محمد امیر واثقی، طاهره حسنی، سیده زهرا الهی، ولی قربانی، معصومه فاطمی قشلاقی، فرحناز ظفر منش، نادر قادری، فیروزه بابایی، یاسر ذوالفقارزاده، زهرا نوری، ثریا فیروزان، محمد جمشیدی خوش، مصطفی پور یزدان، محمد رضا اسفاری، رؤیا بیرانوند، افسر السادات سعادت، حسین قوس نشان، عباس قریشوندی، نعیمه یزدان پناهی اصل، رضا امینی، معصومه ملکی، فاطمه جابری، اکرم آقاگلی، زهرا نصیری پی، فائزه جعفری پور، فاطمه پایست، نسرين فاتحی، محمد جعفری پور، معصومه زارعی، یوسف فیض الهی، فاطمه احمدی بیغش، اعظم علی اصغر، رقیه خمسه، فرزانه قنواتی، سارا جلالی، فضا سلیمیان، معصومه رضانی، طاهره صادقی، مینا دستواره، ندا نصرآبادی، فاطمه قادری، کبری همونه، سیده زهرا عابدین زاده، مریم مطلبی، زهرا امیری اندی، اقدس ولدی، سکینه محمدی، اکرم ولدی، لیلا بابالاری، ماه منیر بابالاری، علیرضا رنگساز، زهره جعفری، کاظم صفاپور، فهیمه صفاپور، مریم اکبری، فاطمه اسماعیلی، مهدی سهامی دولتیاری، سمیه تسلسل فرد، زهرا قنواتی، جواهر جفائی، حمیده حلم زاده، خدیجه کلوندی، سحر کلوندی، اعظم مقیسه، فاطمه نادریان، محمد جواد تاجیک، شیرین شرفی، اعظم نفر، رحیم قحطاریان، مهدی باقری، سمیرا خزائی، محمد رضا فرج زاده جلالی، نرگس مرادی پیمانی، ابراهیم قربانی فریور، جمیل نوروزی، مهناز اکبری، خدیجه احمدی بیغش، منظر مهر علی، مینا قلی زاده آذری، زینب محمدی، سمیه صابری، فاطمه بی طاعت، بهرام حامدی نیا، اشرف شهیدی، لیلا هاشمی، زهرا هاشمی، رقیه سروری، زهرا افشار، محسن هنری، عاطفه قاسمی نسب، وحید قلی، اعظم منکلیان، حمیده بخشش، معصومه شریف اوغلی، نرجس شاهسون بغدادی، گلناز جعفری، میثم نصرآبادی

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به هم نوع خود ببخشید

علاقه‌مندان جهت تکمیل فرم اهدای عضو می توانند به آدرس اینترنتی: <http://cffsd.org/fa/forms/ozv.php> مراجعه، و فرم اهدای عضو را با خط خوانا تکمیل و به شماره ۲۲۷۶۵۴۲۳ فکس یا جهت کسب اطلاعات بیشتر با آقای زرینی به شماره ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی ۴۱۱ تماس حاصل نمایند.

سلامت



روزانه چه مقدار آب بنوشیم؟

اینکه در روز چه مقدار آب باید نوشید سؤال ساده ای است که پاسخ به آن به این سادگی نیست. مطالعات گوناگون در سالیان متمادی صورت گرفته و توصیه های مختلفی در این خصوص ارائه شده است.

ترجمه: کیانا معدنچی

مواد غذایی و آبی که در آن موجود است می تواند دریافت کنید، بنابراین اگر شما ۲ لیتر آب یا مایعات دیگر در طول روز مصرف کنید (کمی بیش از ۸ لیوان) همراه با رژیم غذایی معمولی روزانه خود، مشخصا مایعات از دست رفته خود را جبران می کنید.

توصیه های رژیمی

متخصصان توصیه می کنند مردان در روز ۳ لیتر (حدود ۱۳ لیوان) مایعات و زنان ۲/۲ لیتر (حدود ۹ لیوان) مصرف کنند. جدا از مطالبی که ذکر گردید، اگر شما روزانه به اندازه کافی آب و مایعات بنوشید، به طوری که به ندرت احساس تشنگی کنید و روزانه حدود ۱/۵ لیتر (۶/۳ لیوان) یا بیشتر ادرار بی رنگ یا زرد بسیار روشن داشته باشید، به نظر می رسد که این دریافت آب و مایعات برای شما کافی بوده است.

عواملی که احتیاجات شما به آب را تحت تاثیر قرار می دهند:

شاید نیاز باشد که دریافت آب و مایعات روزانه خود را تغییر بدهید و البته این بستگی به میزان فعالیت شما، به آب و هوایی که در آن زندگی می کنید، وضعیت سلامتی شما و شرایط بارداری و یا شیردهی دارد.

ورزش و فعالیت

اگر شما ورزش می کنید یا درگیر هرگونه فعالیتی هستید که باعث می شود عرق کنید، نیاز به نوشیدن آب بیشتری دارید تا جبران آب و مایعات از دست رفته بدن را بکنید. ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی لیتر (حدود ۱/۵ تا ۲/۵ لیوان) آب بیشتر از مقداری که دریافت می کردید، برای ورزش های سبک کافی می باشد، اما برای ورزش های سنگین تر که

آب از اصلی ترین اجزاء ترکیب دهنده شیمیایی بدن شما است و حدود ۶۰ درصد از وزن بدن را شامل می شود. هر دستگاهی در بدن شما نیاز به آب دارد. مثلا آب سموم بدن را از اندام های حیاتی بدن دور می کند و مواد مغذی را به سلول های بدن می رساند و محیط مرطوب و مناسبی برای اندام هایی مثل گوش، بینی و مخاط گلو مهیا می کند.

کمبود آب منجر به کم آبی می شود و این حالت وقتی اتفاق می افتد که آب کافی در بدن برای انجام اعمال طبیعی آن وجود ندارد. حتی کم آبی خفیف نیز باعث کاهش انرژی و خستگی شما خواهد شد.

روزانه چه مقدار آب نیاز دارید؟

شما روزانه از طریق تنفس، تعریق، ادرار و مدفوع آب را از دست می دهید. برای این که بدن شما کار خود را به خوبی انجام دهد، باید این آب را به وسیله نوشیدن مایعات و مصرف مواد غذایی که حاوی آب می باشد جایگزین کنید. اما به طور میانگین یک فرد بالغ سالم که در یک آب و هوای معتدل زندگی می کند، روزانه به توصیه پزشکان به ۸ تا ۹ لیوان آب نیاز دارد.

معمول ترین روشی که برای محاسبه این مقدار آب مورد نیاز به کار می رود به این صورت می باشد که :

میانگین ادرار دفع شده در بالغین حدود ۱/۵ لیتر (۶/۳ لیوان) در روز است و تقریباً روزانه نزدیک به ۴ لیوان آب نیز از طریق تنفس، تعریق و مدفوع از دست می دهید. ۲۰ درصد از کل آبی که باید دریافت کنید را از طریق

در حقیقت نیاز شما به آب به عوامل مختلفی بستگی دارد، که شامل میزان سلامتی و فعالیتتان و اینکه کجا زندگی می کنید می شود. هر چند هیچ فرمول خاصی در این مورد برای افراد وجود ندارد، آگاهی شما از نیاز بدن به مایعات، به شما کمک می کند که مقدار آب مورد نیاز روزانه بدن خود را تخمین بزنید.





پیامهای تشنگی را ارسال کند. از سوی دیگر، تشنگی زیاد و افزایش دفع ادرار، علائم شرایط بالینی جدی و خطرناکی هستند که حتما در صورت تجربه این شرایط با پزشک خود مشورت کنید.

برای مقابله با کم آبی و اطمینان حاصل کردن از این که بدن شما مایعات مورد نیاز خود را دارد، آب را انتخاب اصلی در نوشیدنی‌های روزانه خود کنید. بسیاری از بالغین سالم می‌توانند این رهنمودها را دنبال کنند:

- یک لیوان آب در هر وعده غذایی یا ما بین هر وعده غذایی مصرف کنید.
- قبل از ورزش، در طول ورزش و بعد از ورزش آب بنوشید.

البته به ندرت مواردی نیز پیش می‌آید که مثلا فرد بیش از حد آب بنوشد. وقتی کلیه‌های شما قادر به دفع کردن مقدار اضافی آب نباشد، حجم املاح و الکترولیت‌های خون رقیق می‌شود و منجر به کاهش سطح سدیم خون می‌شود، حالتی که هیپوناترمیا می‌شود، دنده‌های دو ماراتن، که حجم زیادی آب می‌نوشند بیشتر در معرض خطر ابتلاء به هیپوناترمیا هستند. ولی به طور کلی نوشیدن آب زیاد در افراد سالم که از یک رژیم غذایی معمولی پیروی می‌کنند بسیار نادر می‌باشد.

منبع: <http://www.mayoclinic.com>

مایعات بیشتری دارید. از سوی دیگر در بعضی از موقعیت‌ها مثل نارسایی‌های قلبی، عروقی، بعضی از انواع بیماری‌های کلیوی، کبدی و فوق کلیوی ممکن است دفع آب مختل شود و حتی نیاز به این باشد که دریافت مایعات شما محدود گردد.

حاملگی یا شیردهی

زنان باردار یا شیرده، مایعات بیشتری نیاز دارند تا بدنشان کم آب نشود. مقادیر زیادی مایعات به خصوص در زمان شیردهی مصرف می‌شود، متخصصین توصیه می‌کنند که زنان باردار روزانه ۲/۳ لیتر (حدود ۱۰ لیوان) مایعات و زنان شیرده در حدود ۳/۱ لیتر (حدود ۱۳ لیوان) مصرف کنند.

منابع دیگر آب

هرچند عقیده بر این است که در هر شرایطی بیشتر از آب برای دریافت مایعات استفاده شود، اما در نظر داشته باشید که هر چه که می‌خورید نیز سهم قابل توجهی در برطرف کردن نیاز بدن شما به مایعات را دارد. به طور کلی، مواد غذایی، حدود ۲۰ درصد از کل نیاز روزانه بدن شما به آب را تامین می‌کند. به طور مثال، بسیاری از میوه‌ها و سبزی‌ها، مثل هندوانه، گوجه فرنگی ۹۰ درصد یا بیشتر وزنشان از آب تشکیل شده است. علاوه بر این، نوشیدنی‌هایی مثل شیر و آب میوه‌ها، بیشتر از آب تشکیل شده‌اند. حتی نوشیدنی‌های کافئینه، مثل قهوه، چای یا سودا در برطرف کردن نیاز بدن شما به مایعات نقش دارند اما نباید به عنوان بخش عمده‌ای از دریافت مایعات روزانه شما قرار گیرند. آب هم چنان بهترین انتخاب شما می‌باشد چرا که کالری ندارد، گران قیمت نیست و به سادگی قابل دسترس می‌باشد.

در کل این عقیده که از تشنگی به عنوان راهنمایی برای نوشیدن آب و مایعات استفاده کنید عقیده خوبی نیست. زمانی که احساس تشنگی می‌کنید تقریبا کمی آب از دست داده اید. علاوه بر این، هر چند که سن شما بالاتر می‌رود، بدن شما کمتر قادر خواهد بود احساس تشنگی کند و به مغزتان

بیش از ۱ ساعت به طول می‌انجامد (برای مثال، دو ماراتن) دریافت مایعات و آب بیشتری مورد نیاز است. این که چه مقدار مایعات اضافی در طی ورزش نیاز دارید بستگی به مقدار تعریق، مدت زمان ورزش و نوع آن دارد. در حین انجام ورزش‌های سنگین، بهتر است که از نوشابه‌های ورزشی حاوی سدیم استفاده کنید. نوشیدن این نوشابه‌ها کمک می‌کند که سدیمی که در حین ورزش از راه عرق از دست داده‌اید جبران شود و این امر شانس هیپوناترمیا (کاهش سدیم)، که برای سلامتی بسیار خطرناک است را کاهش می‌دهد.

محیط

آب و هوای گرم و یا مرطوب، موجب می‌شود که عرق کنید و به دریافت مایعات بیشتری نیاز داشته باشید. هوای گرم داخل منزل یا محل سکونت در فصل زمستان، باعث می‌شود که پوست شما رطوبت خود را از دست بدهد، علاوه بر این، ارتفاع بیشتر از ۲۵۰۰ متر ممکن است دفع ادرار را افزایش دهد و تنفس را سریعتر کند، که ذخایر مایعات بدن شما را بیشتر مورد استفاده قرار می‌دهد.

بیماری‌ها یا شرایط خاص بدنی

در شرایط تب، اسهال یا استفراغ بدن شما مایعات بیشتری را از دست می‌دهد. در این موارد آب بیشتری باید بنوشید. در بعضی موارد پزشک شما محلولهای مایع درمانی خوراکی توصیه می‌کند. هم چنین، تحت شرایط خاصی مثل عفونت‌های ادراری یا سنگهای مجاری ادراری، نیاز به دریافت



سکته مغزی را بشناسیم

همه افراد نیازمند کسب اطلاعاتی در مورد سکته مغزی می باشند. خوشبختانه شما می توانید با کنترل خطرات احتمالی از جمله فشار خون بالا از بعضی سکته های مغزی پیشگیری نمایید. مطالب زیر را جهت آشنایی با عوامل ایجاد سکته مغزی و اینکه چگونه می توانید از آن پیشگیری نمایید مطالعه کنید. اگر سن شما بالای ۵۵ سال باشد این اطلاعات برای شما بسیار مفید خواهد بود.

منبع: انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص

۷. آیا تا کنون دچار ضعف موقت در یک قسمت بدن، سرگیجه، و یا مشکل گفتاری و بینایی شده اید؟
۸. آیا مرد هستید؟
۹. آیا اضافه وزن دارید؟
۱۰. در گذشته دچار سکته مغزی شده اید؟
۱۱. آیا سابقه فامیلی سکته مغزی دارید؟

خطرات احتمالی ابتلا به سکته مغزی را می توان کاهش داد

شما می توانید بسیاری از عوامل خطر بروز سکته مغزی را کاهش دهید، اگر چه قادر به تغییر جنسیت و نژاد خود نیستید اما می توانید سیگار کشیدن را ترک نموده، رژیم غذایی سالم داشته باشید و ورزش کنید.

فشار خون بالا یکی از عوامل خطرزای سکته مغزی است

فشار خون بالا احتمال ابتلا به سکته مغزی را افزایش می دهد. بر اثر کمبود خون رسانی به مغز و از دست دادن عملکرد آن سکته مغزی اتفاق می افتد. آسیب وارده به سرخرگها از طریق فشار خون می تواند سبب این عارضه گردد.

فشار خون چیست؟

پمپ کردن خون با فشار بوسیله قلب به درون رگها، فشار خون نامیده می شود. در فشار خون طبیعی بدن با مشکلی مواجه نمی باشد. فشار خون بالا یک وضعیت بهداشتی است که معمولاً قابل کنترل است.

سرخرگهای سالم، فشار خون طبیعی

خون اکسیژن را از طریق رگهایی به نام سرخرگ به مغز و قسمت های دیگر بدن می رساند. درون سرخرگهای سالم پوششی صاف و هموار وجود دارد که باعث راحتی جریان خون می گردد. فشار خون طبیعی

مغزی قرار دارید حال اگر علاوه بر فشارخون سن بالای ۵۵ سال دارید این خطر افزایش می یابد. تست زیر را جهت تشخیص عوامل ایجاد خطر سکته مغزی و به منظور تغییر احتمالی آن عوامل انجام دهید و حتماً با پزشک خود در مورد راههای کنترل و کاهش خطرات احتمالی مشورت نمایید.

در صورتی که پاسختان مثبت است علامت بگذارید.

۱. آیا سیگار می کشید؟
۲. فشار خونتان بالاست؟
۳. کلسترول یا چربی خونتان بالاست؟
۴. بیماری قلبی دارید؟
۵. قند خون دارید؟
۶. بیش از ۵۵ سال سن دارید؟

سکته مغزی چیست؟

سکته مغزی همانند سکته قلبی که منجر به آسیب به قلب می شود به مغز آسیب می رساند. در سکته مغزی خون رسانی به قسمتی از مغز مختل شده و ممکن است باعث ایجاد علائمی از جمله ضعف در صورت، دست و پا گردد. بعضی افراد دچار مشکل تکلم و یا بینایی می شوند. اگر شما دچار هر کدام از این علائم هستید خیلی سریع به پزشک مراجعه نمایید.

آیا شما در معرض خطر ابتلا به سکته مغزی هستید؟

عواملی که سلامتی شما را تهدید می کنند عوامل خطرزا نامیده می شوند. در صورت ابتلا به فشارخون بالا در معرض خطر سکته



به توصیه های پزشک اهمیت داده و سعی نمایید که انتخاب درستی داشته باشید این باعث می شود احتمال خطر ابتلا به سکتة مغزی کاهش یابد.

وضعیت سلامت خود را بررسی کنید

اگر دچار یکی از علائم خطر را مثل فشار خون هستید آن را بطور منظم بررسی کرده و به پزشک معالج خود نشان دهید. در صورت ابتلا به فشار خون، بیماری قند، کلسترول بالا و یا مشکلات قلبی با انجام دستورات پزشک و مدیریت مناسب این بیماری ها می توانید احتمال خطر سکتة مغزی را کاهش دهید.

وزن خود را حفظ کنید

در صورت اضافه وزن بدن ممکن است چربی و کلسترول اضافی را تبدیل به رسوب عروقی نماید. چربیهای ته نشین شده باعث انسداد رگهای خون شده و جریان خون به مغز را کاهش می دهد. اضافه وزن نیز می تواند کار قلب را سخت تر و فشار خون را بالا ببرد با کاهش وزن می توان هر دو عامل خطر را کاهش داد.

تغذیه سالم داشته باشید

رژیم غذایی مناسب منجر به سلامتی می شود. استفاده از چربی کمتر باعث کاهش کلسترول خون و استفاده از نمک کمتر به کاهش فشار خون کمک می کند. با پزشک معالج خود در مورد رژیم غذایی مناسب مشورت نمایید.

توصیه های بهداشتی زیر را بکار ببرید:

- مقدار زیادی سبزیجات و میوه تازه بخورید.
- به غذاهای سبک و کم کالری روی آورید.
- در صورت نیاز به استفاده از روغن، از روغن های کانولا، گل رنگ و روغن زیتون استفاده کنید.
- گوشت مرغ، بوقلمون، ماهی و گوشت قرمز بدون چربی استفاده کنید.
- به جای غذاهای سرخ کرده از غذاهای کباب شده، آب پز و یا پخته شده در فر استفاده نمائید.
- به غذاهای خود نمک اضافه نکنید.
- از خوردن سبزیجات کنسرو شده با نمک اجتناب کنید.

شده، به بافت های اطراف نفوذ کرده و باعث از بین رفتن سلولها می گردد. بقیه سلولها هم ممکن است به علت عدم خونرسانی از بین بروند.

عوامل مخاطره آمیز دیگر

بسیاری از عوامل خطر را با آسیب رساندن به عروق خونی احتمال ابتلا به سکتة مغزی را افزایش می دهند این موضوع در مورد مبتلایان به بیماری قند و کلسترول بالا همانند فشارخون بالا اتفاق می افتد. مشکلات خاص قلبی نیز می تواند خطر سکتة مغزی را افزایش دهد.

دیابت

دیابت باعث افزایش قند و کلسترول در بدن می شود که در صورت عدم درمان به رگهای خونی مخصوصاً رگ های ناحیه قلب و مغز آسیب رسانده و می تواند انتقال خون به این نواحی را کاهش دهد. عدم کنترل دیابت احتمال ابتلا به سکتة مغزی را افزایش می دهد. بنابراین بیماران مبتلا به این بیماری نیازمند درمان کلیه عوامل خطر را علاوه بر دیابت می باشند.

بالا رفتن کلسترول

کلسترول یک ماده چربی است که بدن جهت هضم غذا و تولید سلول به آن نیاز دارد، اما زمانی که میزان کلسترول بالا باشد در دیواره سرخرگ ها رسوب می کند. با گذشت زمان تجمع تولید شده می تواند بطور کامل یا جزئی در سرخرگ ها انسداد ایجاد کند به این حالت تصلب شرائین (سختگی عروق) می گویند.

مشکلات قلبی

مشکلاتی از قبیل فیبریلاسیون دهلیزی ممکن است موجب تشکیل لخته خون در قلب شود. که می تواند به دنبال پمپ کردن قلب وارد عروق خونی شده و منجر به انسداد آن و در نهایت سکتة مغزی می شود.

انتخاب روشهای بهداشتی

راههای زیادی جهت کمک به پیشگیری از سکتة مغزی وجود دارد. تغییر شیوه زندگی با تغذیه سالم و ورزش علاوه بر این که احساس خوبی در شما ایجاد می کند از بسیاری از بیماری ها نیز جلوگیری می کند.

باعث آسیب رساندن به این پوشش نمی شود.

چرا فشار خون بالا مشکل ساز است؟

فشار خون بالا می تواند به یکی از روشهای زیر به سرخرگها آسیب برساند: ۱- ضخیم شدن دیواره سرخرگ و شکل گیری لخته خون در دیواره ۲- ضعیف و شکننده شدن دیواره رگ. اگر به هر دلیلی خون رسانی به مغز متوقف شود سکتة مغزی اتفاق می افتد.

چه وقت فشار خون خیلی بالاست؟

فشار خون بالا هایپر تئشن (Hypertension) نیز نامیده می شود. برای اطمینان از سلامتی خودتان باید از سلامتی فشار خون خود آگاه باشید. در بسیاری از افرادی که تحت درمان فشار خون قرار می گیرند هدف داشتن فشار کمتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ می باشد. اگر دارای دیابت یا مشکل کلیه هستید فشار خون قابل قبول باید کمتر از این مقدار باشد. از پزشک معالج خود فشار خون مطلوب را بپرسید. فشار خون بالا خطر سکتة مغزی را افزایش می دهد.

ضخیم شدن سرخرگ ها

وقتی که خون با فشار به دیواره سرخرگ برخورد می کند دیواره آن قابلیت ارتجاعی خود را از دست داده و این اتفاق باعث می شود که دیواره ضخیم شده و بدنال آن مسیر عبور خون تنگ تر شده و جریان خون کاهش یابد.

لخته شدن خون

با گذشت زمان فشار خون بالا می تواند به دیواره سرخرگ آسیب برساند. چربی و کلسترول در رگ ها تجمع یافته و به دنبال آن سلولهای خونی به چربی ها چسبیده و تشکیل توده ای به نام لخته می دهد. به دنبال این اتفاق مسیر جریان خون در سرخرگ باریک تر می شود.

پارگی رگ ها

بعضی اوقات که خون با فشار زیاد در سرخرگ جریان می یابد بخصوص اگر سرخرگ کوچک و یا آسیب دیده باشد می تواند ایجاد پارگی در دیواره سرخرگ نماید در این حالت خون از عروق خارج



• غذاهای منجمد و فرآوری شده کمتر مصرف کنید.

به طور منظم ورزش کنید

ورزش روشی مناسب جهت سوزاندن کالری و از بین بردن وزن اضافی می باشد که به بهبود کار قلب و رگها کمک می کند. ضمن مشورت با پزشک برای کسب نتیجه بهتر حداقل سه بار در هفته و هر دفعه ۳۰ دقیقه ورزش کنید.

آزمایشات و سوابق پزشکی می تواند شما را از خطر سکته مغزی مطلع سازد. اگر پزشک نسبت به مشکل خاصی در مورد شما مشکوک گردد به انجام آزمایش نیاز خواهید داشت. در صورت وجود عوامل خطر را به کمک پزشک می توانید جهت کنترل آنها اقدامات لازم را به کار برید.

سوابق پزشکی

پزشک ممکن است با استناد به سابقه پزشکی شما در خصوص سابقه بروز سکته مغزی در شما و یا خانواده تان سؤال نماید:

• سکته مغزی و یا علائم آن

• فشار خون بالا

• دیابت

• کلسترول بالا و یا تصلب شرائین

• مشکلات قلبی خاص

صادقانه پاسخ دهید

پزشک ممکن است در مورد سیگار کشیدن و یا موارد دیگر بپرسد. به این سؤالات و سؤالاتی از قبیل رژیم غذایی و شیوه زندگی خود بطور کامل و صادقانه پاسخ دهید. پاسخ های شما به پزشک کمک می کند. لیست کاملی از داروهایی که مصرف می کنید از جمله آسپرین و داروهای غیر تجویزی دیگر علاوه بر داروهای تجویزی تهیه نموده و به پزشک اطلاع دهید.

توجه به هشدار TIA

بیشتر مردم از وقوع سکته، بموقع مطلع می شوند. این هشدار را که به آن TIA یا حمله ایسکمیک گذرا می گویند نادیده نگیرید. TIA سکته ای است که در بیشتر موارد منجر به آسیب طولانی نمی شود و ممکن است چند ثانیه یا چند ساعت بطول

انجامد. علائم ممکن است فقط یک مرتبه یا چند روز بطور مکرر ظاهر شده و از بین بروند اگر فکر می کنید که دچار علائم سکته شده اید حتی اگر کوتاه مدت باشد فوراً کمک پزشکی بگیرید.

علائم TIA و سکته مغزی

بیشتر علائم TIA و سکته مغزی بطور ناگهانی ظاهر می شوند اگر علائم زیر را مشاهده کردید منتظر نمانید و فوراً با اورژانس یا خدمات اضطراری تماس بگیرید.

- ضعف

- بی حسی

- مور مور و از دست دادن حس صورت، دست و یا پا

- اشکال در بینائی در یک یا هر دو چشم و دوبینی

- بریده بریده صحبت کردن، مشکل گویایی یا مشکل درک صحبت دیگران

- سردرد شدید ناگهانی

- سرگیجه یا احساس گیج رفتن سر

- از دست دادن توازن

- تاری دید

اثرات سکته مغزی جدی است

چگونگی دچار شدن به سکته مغزی بستگی به قسمت آسیب دیده مغز دارد. اگر چه بیماران بهبود می یابند ولی بسیاری از آنها برای مدت طولانی آسیب های وارد شده از جمله موارد زیر رابه همراه دارند:

- از کار افتادگی یک سمت بدن

- از دست دادن احساس در قسمتهایی از بدن

- مشکل گویایی یا بینایی

- مشکل قضاوت یا تصمیم گیری

- مشکل بلع

- مشکل توازن

اقدام به موقع

در صورت احساس دچار شدن به سکته مغزی فوراً با امداد پزشکی تماس بگیرید. در بیمارستان آزمایشاتی جهت پیدا کردن سرخرگهای مسدود شده انجام می شود. در نوع خاصی از سکته ها دارویی به نام Clot busters یا لیز کننده لخته خون به حل لخته و بازگرداندن جریان خون کمک می نماید. این دارو بافت مغزی متأثر از سکته را محافظت نموده و طول دوره آسیب را کاهش می دهد.

اهمیت زمان

Clot busters فقط در صورت استفاده در ساعات اولیه سکته مفید خواهد بود. دریافت فوری کمکهای پزشکی در زمانی کوتاه جهت درمان سکته مغزی مهم است.

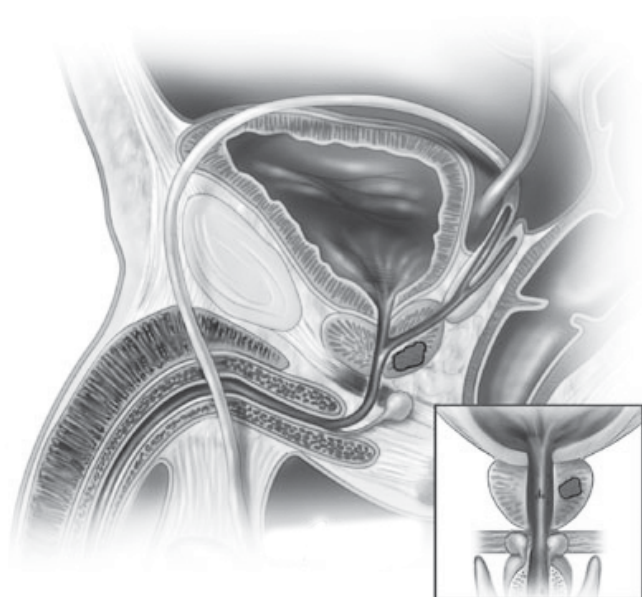
زندگی سالم

پیشگیری بهترین راه درمان سکته مغزی است. با مراقبت صحیح از خود، حفظ وزن مناسب و ورزش شروع کنید. کلسترول و فشارخون خود را کنترل کرده و داروهای تجویز شده پزشک را مصرف کنید.

غربالگری سرطان پروستات

غربالگری سرطان پروستات نیاز به تست های تشخیصی در غیاب علائم بالینی دارد. این تست ها شامل معاینه رکتوم، آزمایش PSA و بیوپسی ترنس رکتال می باشد. هدف در تشخیص سرطان افزایش فرصت درمان است و افزایش کیفیت زندگی بیماران در آینده نیز، جز اهداف غربالگری است.

ترجمه دکتر سمیرا مجیدیان



این مقاله ۵ مطالعه انجام شده در این زمینه را بررسی می کند. در کل ۳۵۱,۳۴۱ بیمار تحت مطالعه قرار گرفته اند. در مجموع ۲ مورد از این مطالعات در ریسک پایین خطا بودند ولی ۳ مورد از مطالعات ضعف متو دولوژی داشتند. متاآنالیز این پنج مطالعه کاهش مشخصی را در ریسک مرگ ناشی از سرطان نشان نمی دهند. تنها یک آنالیز از قبل برنامه ریزی شده نشان از ۲۰ درصد کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات داد. در این بین ۴۱۰ بیمار، ۵۵ تا ۶۹ سال، نیاز به غربالگری مجدد در طی ۹ سال داشتند. مشکل زمانی بود که آمار بالای مثبت کاذب PSA وجود داشت و عفونت و خونریزی و درد نیز بدنبال بیوپسی از عوارض آن بود.

هدف از غربالگری کاهش بیماری، مرگ و میر ناشی از آن و بهبود کیفیت زندگی آینده بیماران است. غربالگری سرطان پروستات مباحث زیادی را برانگیخته است و توصیه های متفاوتی را در برداشته است.

بیشتر این اختلاف نظرات بدلیل موارد محدود تحقیقات در این زمینه و نتایج منفی کاذب و مثبت کاذب تکنیک های غربالگری بوده است در مطالعه ای که در سایت Cochrane درج شده نشان داد شواهد کافی برای رد یا قبول انجام غربالگری سرطان پروستات وجود ندارد.

در این تحقیق ۹۹ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج مطالعه بدین صورت بوده است.

۵ مطالعه RCT شامل ۳۴۱۴۵۱ بیمار در این تحقیق قرار گرفتند. همه بیماران آزمایش PSA داده بودند و سن بیماران ۵۰

تا ۷۴ سال بود و دوره پیگیری ۷ تا ۱۵ سال بود.

کیفیت مطالعه: ۳ مطالعه در سطح با خطای بالا بودند آنالیز روی این پنج مطالعه از لحاظ آماری کاهش در مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جمعیت مردان نشان نداد. تنها در یک مطالعه از قبل برنامه ریزی شده در مردان سنین ۵۵ تا ۶۹ سال کاهش ۲۰ درصدی در مرگ و میر سرطان نشان داده شد. بر اساس متاآنالیز این ۵ مطالعه از لحاظ آماری تفاوت در ریسک مرگ و میر وجود نداشت و نیز مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات تحت تاثیر سن نبود. متاآنالیز دو مطالعه هیچ تفاوت بین مردانی که به صورت رندوم غربالگری شدند، با گروه کنترل نشان نداد. هیچ کدام از مطالعات ارزیابی دقیق از تاثیر غربالگری بر کیفیت زندگی یا هزینه آن نداشتند.

مشکلات غربالگری شامل درصد بالای مثبت کاذب PSA و تشخیص بیش از حد

در ۵۰٪ موارد در مطالعه و عوارض جانبی با بیوپسی با اولتراسوند ترنس رکتال مثل عفونت، خونریزی و درد بوده است.

نتیجه گیری

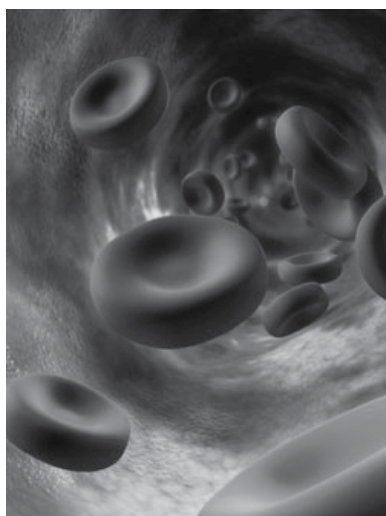
غربالگری پروستات باعث کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات نمی شود. فقط یک مطالعه نشان دهنده این کاهش بود. تحقیقات حاکی از آن بود ۱۴۱۰ بیمار نیاز به غربالگری مجدد داشتند و ۴۸ بیمار که تشخیص سرطان برای آنها داده شده بود نیاز به مداخله در ابتدا داشتند. در هر حال فواید ناشی از غربالگری ممکن است تا ۱۰ سال پس از غربالگری مشخص شود و برای افرادی که امید به زندگی کمتر از ۱۵-۱۰ سال در مورد آنها پیش بینی شده باید دید آیا غربالگری سودمند است یا نه؟

منبع: سایت Cochrane

درمانهای اورژانس در هموفیلی

در شماره پیشین مجله در مورد خونریزی ناشی از هموفیلی و چگونگی تدابیر درمانی آن صحبت کردیم. در ادامه به موارد دیگر خونریزی حاد در بیماران هموفیلی می پردازیم.

ترجمه دکتر سمیرا مجیدیان



جایگزینی CFC هم قبل و هم بعد درمان لازم است.

عضو پاره شده یا هماتوم کپسولار در احشا شکمی

ترومای بلانت شکمی علت خونریزی داخل پریتونئال است که باعث از دست دادن خون زیاد می شود. آسیب به اعضای مثل کبد، طحال، کلیه، روده و یا پانکراس می تواند باعث هماتوم وسیع شود که علت آن مختل بودن هموستاز است. در موارد هماتوم دیواره روده، امکان انسداد وجود دارد. در ابتدا اولین علامت می تواند درد شکم باشد. سابقه ضربه شکمی و یا درد شکم در بیمار هموفیلی می تواند شک برانگیز باشد و اگر دیر تشخیص داده شود و درمان CFC صورت نگیرد، می تواند باعث پارگی هماتوم شود. البته این قبیل هماتوم کمتر در نبود ترومای واضح اتفاق می افتد. وقتی پارگی احشاء اتفاق می افتد از دست دادن حجم ممکن است حتی با درمان جایگزین خون و افزایش دهنده های حجم جبران نشود و

گرفته، ممکن است هماتوم وسیع اتفاق بیفتد و مشاوره با متخصص بیهوشی و متخصص گوش و حلق و بینی لازم است. در مواردی که بیماران در وضعیت پایدار هستند ولی تصویر برداری هماتوم وسیع را نشان می دهد، بستری در ICU ضروری است.

خونریزی دستگاه گوارش

در یک مطالعه صورت گرفته در ۴۱ مورد خونریزی گوارش در یک موسسه، در طی ۱۰ سال ۲۲٪ زخم دئودنال و ۱۴٪ گاستریت وجود داشت. و در ۲۲٪ هیچ منبعی برای خونریزی وجود نداشت. در خونریزی گوارشی فوقانی سندرم مالوری ویس در بیماران هموفیلی شایع بود. در خونریزی تحتانی در صورت هماتوئیدی و ملنا درمان جایگزین CFC لازم است. زمانی که هماتوئیدی و ملنا در نوزاد به حدی شدید باشد که باعث کاهش هموگلوبین شود، یک اورژانس محسوب می شود.

گاهی بیمار هموفیلی بالغ که قبلاً تحت درمان CFC قرار گرفته است ممکن است با یک خونریزی گوارشی مراجعه کند که بر اثر واریس مری همراه با هپاتیت C مزمن در همراهی ایدز یا بدون همراهی با آن ایجاد می شود.

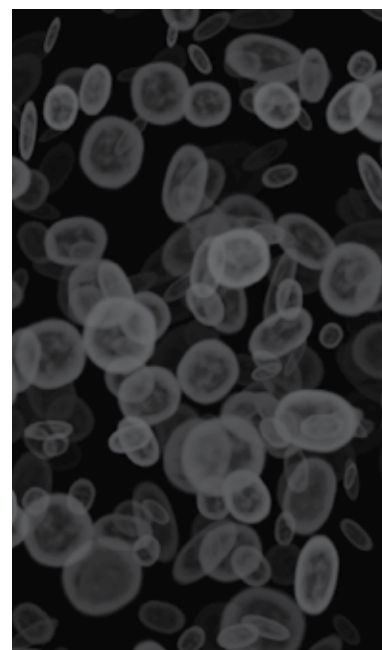
بیماران با سیروز کبدی و واریس ممکن است کواگولوپاتی داشته باشند که بدلیل اختلال سنتز پروتئاز می باشد و درمان جایگزین با FFP ممکن است، همراه با جایگزینی CFC لازم باشد.

در خونریزی مرتبط با واریس درمان جایگزین با فاکتور VIII یا فاکتور IX نیاز به بررسی و مطالعات تشخیصی دارد و

خونریزی تراکتال

بعد از خونریزی مغزی بیشترین جایی که نیاز به پاسخ سریع درمانی دارد خونریزی است که راه هوایی را مسدود می کند. عدم موفقیت در قطع خونریزی ممکن است باعث اجبار در تراکئوستومی شود تا از آسفیکسی یا خفگی پیشگیری شود. آسیب حاد گردنی یا خونریزی رتروفارنژیال که بر اثر جراحی دهان یا دندان اتفاق می افتد می تواند باعث هماتوم یا تجمع خون شود. و این هماتوم می تواند باعث انسداد راه هوایی شود. خونریزی می تواند به صورت تورم صورت خود را نشان دهند.

در جراحی دهان و صورت درمان جایگزین CFC {فاکتور انعقادی غلیظ شده} پیش از جراحی، کلید پیشگیری از عوارض است. حتی در مواقعی که جایگزین CFC صورت





IX اساسی است و در خاطر داشته باشیم که ایجاد لخته مزمن همراه با فیبرینولیز می‌تواند فاکتور مستعد کننده خونریزی باشد. درمان آنتی فیبرینولیتیک همراه با آمینوکاپرونیک اسید یا ترانگزامیک اسید لازم می‌شود.

نتیجه گیری

حوادث خونریزی دهنده اورژانس اگر چه غیر شایع نیستند ولی نیاز به توجه و مداخله سریع با دوز بالای CFC دارد. اقدامات دیگر مثل جراحی ممکن است لازم شود.

اگرچه درمان جایگزین فاکتور VIII یا ۹ باید در ابتدا یا همزمان با هر مداخله در بیماران هموفیلی که به صورت بحرانی بدحال هستند، صورت گیرد، نه تنها نیاز به درمان کافی CFC در ابتدای تشخیص وجود دارد، گاهی بعد از آن تا زمان بهبود آسیب، درمان نیاز می‌شود. و ایده آل تر اینکه اندازه گیری مکرر فاکتورها جهت اطمینان از سطح دلخواه آنها صورت گیرد.

برای نتیجه گیری بهتر بالینی، لازم است توجهات اختصاصی براساس محل آناتومیک خونریزی صورت گیرد و مشاور لازم با پزشک مربوطه انجام شود.

منبع:

مجله انجمن جهانی هموفیلی، سال ۲۰۰۷

و سرد شدن اندام‌ها شود. در ادامه از بین رفتن حس و فلج ممکن است اتفاق بیفتد.

تشخیص اولیه و زودهنگام بر اساس تورم انتهاها جهت انفوزیون CFC لازم می‌باشد. زمانی که یک عضو بر خلاف عضو دیگر دچار سردی و رنگ پریدگی شود، دخالت جراحی تنها راه بازگرداندن عملکرد عضو می‌باشد.

اورژانس های چشمی

بیمار هموفیلی با خونریزی اتاقک قدامی چشم یا شبکیه یک اورژانس محسوب می‌شود. در زمینه هموفیلی عدم تمایل به لخته شدن باعث آسیب بینایی می‌شود. در این موارد منجمله هایفما - گلوکوما خونریزی دهنده و خونریزی شبکیه - انفوزیون سریع CFC تا رسیدن سطح فاکتورها به ۱۰۰٪ (۱ واحد به ازای هر CC پلاسما) ضروری است.

اورژانس های نادر

در مورد خونریزی پریکار در صورتی که در بیماران هموفیلی اتفاق افتد می‌تواند باعث تامپوناد و خونریزی ریوی شود.

زمانی که مداخله جراحی برای بیمار هموفیلی لازم می‌شود، بیمار باید تحت مراقبت هماتولوژیک قرار گیرد.

بلافاصله بعد تشخیص باید انفوزیون CFC صورت گیرد. و انفوزیون بعد از عمل جراحی نیز باید انجام شود. نگهداری بیمار در وضعیت فیزیولوژیک از نظر سطح فاکتور VIII و IX در جراحی نوروسرجیکال یا شکمی تا زمان بهبودی کامل بیمار لازم است.

پارگی سودوتومور

زمانی که سودوتومور یا تومور کاذب در بیماری هموفیلی وجود دارد. پارگی آن در لگن یا ران می‌تواند باعث افت فشار شود. و در این موارد اصلاح سریع فاکتور VIII و

برای خونرسانی مناسب مغزی کافی نباشد. در این صورت لاپاراتومی اورژانس برای خارج کردن عضو خونریزی دهنده (طحال) یا ترمیم آن لازم است.

در صورتی که درمان CFC قبل از وسیع شدن هماتوم صورت گیرد، ریسک خونریزی داخل پریتوئن تا حدود زیادی کاهش می‌یابد.

به صورت نادر خونریزی رتروپریتوئن به داخل عضله پسواس یا اوبتوراتور می‌تواند باعث افت هموگلوبین شود. درد شدید و تاثیر روی شبکه ساکرال می‌تواند باعث ناتوانی بیمار شود.

هماتوم روده کوچک می‌تواند یک آپاندیسیت کاذب ایجاد کند که البته تصویربرداری باید جهت تایید صورت گیرد.

سندرم کمپارتمان و فشردگی اعصاب

وقتی خونریزی CNS اتفاق می‌افتد. ممکن است طناب‌های عصبی و عروقی که به دست و پا می‌رسند، بر اثر خون تحت فشار قرار گرفته و آسیب ببینند و باعث اختلال عملکرد عضو شوند. فاکتورهای مستعد کننده شامل ترومای غیر نافذ در نوزادان، کودکان و سوراخ شدن وریدهای بزرگ می‌باشد.

در ابتدا تورم اتفاق می‌افتد و اگر خونریزی ادامه یابد، می‌تواند باعث از بین رفتن نبض



بیماری دیابت و رژیم غذایی

امروزه، دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی جهان محسوب می شود به گونه ای که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به این بیماری هستند.

تالیف و گردآوری: کیانا معدنچی

بیماری دیابت چیست؟

دیابت بیماری است که در آن بدن فرد نمی تواند هورمون انسولین به اندازه کافی تولید کند یا اینکه از این هورمون به طور مناسب استفاده کند. انسولین ماده ای است که در بدن توسط غده لوزالمعده (پانکراس) تولید می شود و باعث می گردد قند یا به عبارتی مهمترین منبع انرژی بدن مورد استفاده قرار گیرد. وقتی شما مبتلا به دیابت هستید، قند به جای این که به سمت سلول های بدن شما حرکت کند، در خون شما بالا می رود. بالا رفتن قند در خون مشکلات زیادی برای سلامت شما ایجاد می کند.

امروزه، دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی جهان محسوب می شود به گونه ای که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به این بیماری هستند. از آنجا که خود بیماران و خانواده های آنها عمده ترین نقش را در درمان دیابت به عهده دارند، کسب اطلاعات لازم درباره دیابت به شیوه های گوناگون آموزشی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مبتلایان به دیابت باید یاد بگیرند که چگونه قند خون خود را کنترل کنند تا از عوارض، حاد و مزمن بیماری پیشگیری نمایند و یا در صورت پیدایش این عوارض، به موقع به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه نمایند.

چگونه می توان دیابت خود را کنترل کرد؟

شما می توانید با برنامه غذایی درست، فعالیت بدنی منظم و نگهداری وزن بدن در حد ایده آل، به کنترل مطلوب قند خون دست یابید. نگهداری وزن در میزان طبیعی به کنترل

چربی های خون و کاهش فشار خون نیز کمک می کند.

تعدادی از مبتلایان به دیابت برای کنترل قند خون طبق نظر پزشک به مصرف قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون یا انسولین نیاز دارند.

این که من چه چیزی می خورم چه اهمیتی دارد؟

هر چه که شما می خورید به طور مستقیم بر قند خونتان تاثیر می گذارد. انتخاب غذاهای مناسب به شما کمک خواهد کرد که سطح قند خود را کنترل کنید.

آیا مجبورم یک رژیم مخصوص غذایی داشته باشم؟

نمی توان گفت که یک رژیم مخصوص دیابتی وجود دارد. کار شناس تغذیه به شما کمک می کند که یک برنامه غذایی مخصوص به خود داشته باشید. یک برنامه غذایی که به شما می گوید روزانه چه نوع غذایی و چه مقدار در وعده های اصلی و میان وعده هایتان مصرف کنید.

چگونه می توان به طور صحیح غذا مصرف کرد؟

استفاده از هرم مواد غذایی و استفاده از لیست جانشینی مواد غذایی به شما کمک می کند تا برای تغذیه صحیح از غذاهای متنوع و از گروه های مختلف غذایی استفاده کنید. زمانی که غذاهای متنوع می خورید ویتامین ها و مواد معدنی لازم نیز به بدنتان می رسد. به عبارت دیگر برای تنظیم برنامه غذایی بیماران دیابتی می توان از لیست جانشینی مواد غذایی استفاده کرد. روش استفاده از لیست جانشینی مواد غذایی اغلب برای تسریع در محاسبات مربوط به برنامه غذایی بیماران به خصوص بیماران

دیابتی است.

سعی کنید هر روز از همه گروه های مواد غذایی نام برده شده در هرم مواد غذایی و لیست جانشینی استفاده نمایید که عبارتند از: (گروه نان و غلات و مواد نشاسته ای، گروه سبزی ها، گروه میوه ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و جانشین های آن، گروه روغن ها و چربی ها)

در هر یک از این گروه های شش گانه مواد غذایی مختلفی با وزن های معین قرار دارند و در هر گروه ارزش تغذیه ای مواد غذایی از نظر محتوای کربوهیدرات، پروتئین، چربی و انرژی تقریباً برابر است. بدین ترتیب مواد غذایی هر گروه می توانند جانشین یکدیگر شوند.

گروه نان و غلات و مواد نشاسته ای

این گروه شامل انواع نان، غلات، حبوبات، انواع خمیرها و سبزیجات نشاسته ای است. در هر وعده غذایی باید از مواد نشاسته ای استفاده کرد. ممکن است شنیده باشید که مبتلایان به دیابت نباید مواد نشاسته ای بخورند ولی به خاطر داشته باشید که این توصیه دیگران را هرگز اجرا نکنید. خوردن مواد نشاسته ای برای سلامت هر فرد لازم و ضروری است و در هر صورت برای داشتن انرژی لازم برای انجام فعالیت های روزانه خود به مصرف آنها نیاز دارید. تعداد واحد کربوهیدرات بستگی به شرایط مختلف دارد:

- میزان کالری مورد نیاز
- برنامه درمانی دیابت

مصرف مواد نشاسته ای سبب کسب انرژی، ویتامین ها، مواد معدنی و فیبر می شود. غلات کامل، مفیدتر از بقیه غلات است زیرا باعث رساندن بیشتر مواد معدنی، ویتامین و فیبر به بدن می گردد. فیبر موجود در

مواد معدنی و فیبر به بدن شما می شود. و در عین حال انرژی تولید شده از مصرف سبزی ها بسیار اندک است. (سبزی های نشاسته ای مثل سیب زمینی، ذرت، نخود فرنگی، باقلا سبز در این دسته نیستند و در گروه نان غلات و مواد نشاسته ای قرار می گیرند.)

تعداد واحد سبزی هایی که باید در طول روز مصرف کنید به عوامل زیر بستگی دارد:

- میزان انرژی روزانه مورد نیاز
- غلظت قند خون

یک واحد از گروه سبزی ها شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه سبزی ها حدود ۲۵ کیلو کالری انرژی تولید می کند.)

۱ واحد:

۱ عدد هویج پخته یا یک دوم لیوان لوبیا سبز یا قارچ پخته

۲ واحد:

۱ عدد هویج پخته + ۱ کاسه (کوچک) سالاد یا ۱ عدد گوجه فرنگی متوسط

۳ واحد:

نصف لیوان سبزیجات پخته یا خام خرد شده

از مواد نشاسته ای مختلف استفاده نمایید.

چه نکاتی را هنگام مصرف گروه نان، غلات و مواد نشاسته ای باید رعایت کرد؟

- سعی کنید نان های سبوس دار (نان سنگ، نان جو و...) مصرف کنید تا نان های سفید و بدون سبوس.

- سعی کنید مواد نشاسته ای پرچربی، سرخ شده و پر شیرینی مانند چیپس ذرت، چیپس سیب زمینی، شیرینی، بیسکویت و پیراشکی کمتر مصرف کنید.

- به جای کره، روغن های حیوانی یا مارگارین در پخت مواد نشاسته ای از روغن مایع (ذرت، آفتاب گردان و کانولا و...) آن هم به مقدار کم استفاده کنید.

- سعی کنید تا حد امکان شیرینی، شکلات، ژله، آب نبات و کلیه مواد غذایی که از قندهای ساده تشکیل شده اند مصرف نکنید.

گروه سبزی ها

مصرف سبزیها برای تمامی افراد مفید است. سعی کنید هر روز از سبزیهای خام و پخته استفاده نمایید.

مصرف سبزی ها باعث رساندن ویتامین ها،

غذاهای گیاهی، که جزئی غیرقابل جذب است، به کارکرد درست روده ها کمک می کند.

یک واحد از گروه نان، غلات و مواد نشاسته ای شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه نان غلات و مواد نشاسته ای حدود ۸۰ کیلوکالری انرژی تولید می کند.)

۱ واحد:

یک برش یا ۳۰ گرم نان (سنگ، تافتون، بربری) یا ۳ عدد بیسکویت معمولی یا ۱ عدد سیب زمینی کوچک (۹۰ گرم) یا ۵ قاشق غذاخوری سرصاف برنج پخته یا ۱/۲ لیوان عدس پخته

۲ واحد:

۲ برش نان یا ۱ عدد سیب زمینی پخته + ۱ عدد بلال (تقریباً ۱۵ سانتی متر)

۳ واحد:

۱ عدد سیب زمینی آب پز + ۵ قاشق غذا خوری برنج پخته + ۱ برش نان

ممکن است فقط لازم باشد یکی از مواد فوق یا ۳ واحد ماده نشاسته ای را مصرف کنید. اگر به خوردن بیش از یک نوع کربوهیدرات در هر وعده غذایی نیاز داشتید،



(گل کلم، ذرت و...) + ۱ عدد گوجه فرنگی متوسط + یک دوم لیوان آب سبزی ها ممکن است ۱ واحد یا بیشتر از سبزی ها مورد نیاز روزانه شما باشد. اگر روزانه بیش از ۱ واحد سبزی ها مورد نیاز است، سعی کنید از انواع مختلف سبزی ها استفاده نمایید.

چه نکاتی را هنگام مصرف گروه سبزی ها باید رعایت کرد؟

- سعی کنید از سبزی های خام یا پخته بدون چربی یا کم چربی مصرف نمایید. می توانید سبزی ها را بدون چربی نیز طبخ کنید.

- از پیاز و سیر در غذاها استفاده کنید.
- بهتر است سبزی ها را سریعاً بپزید و سعی کنید آنها را در کمی آب جوش بجوشانید.
- اگر سبزی را بصورت سرخ کرده مصرف می کنید، باید از روغن های مایع نظیر روغن زیتون، ذرت و یا آفتابگردان به مقدار بسیار کم استفاده نمایید.

- سعی کنید به سبزی های پخته شده کره مارگارین و یا خامه اضافه نکنید.

- به جای سس از آبغوره یا آب لیمو در سالاد استفاده کنید.

اگر تمایل به مصرف سس برای سالاد دارید از ماست کم چربی و یا آب لیمو جهت تهیه سس و یا از سس سالاد بدون چربی یا کم چربی استفاده کنید.

گروه میوه ها

مصرف میوه ها برای همه افراد لازم و ضروری است. با مصرف میوه می توان انرژی، ویتامین ها (C, A)، مواد معدنی و فیبر را به بدن رساند. به طور طبیعی میوه ها چربی ندارند و سدیم در آنها نا چیز است. تعداد واحدهای میوه که در طول روز مصرف می کنید به عوامل زیر بستگی دارد:

- میزان انرژی مورد نیاز
- غلظت قند خون

یک واحد از گروه میوه ها شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه میوه ها حدود ۶۰ کیلو کالری انرژی تولید می کند.)
۱ واحد:

نصف لیوان آب پرتقال یا ۱ عدد سیب

متوسط (یا هلو یا کیوی یا پرتقال) یا نصف گریپ فروت یا ۲ قاشق غذا خوری کشمش یا ۳ عدد خرما
۲ واحد:

نصف موز بزرگ (۲۲/۵ سانتی متر) + ۱ عدد و نصفی انجیر خشک یا یک و یک چهارم لیوان توت فرنگی + ۱ عدد سیب متوسط ممکن است به مصرف ۱ یا ۲ یا ۳ واحد میوه در طول روز نیاز داشته باشید. در صورتی که در طول روز بیش از ۱ واحد باید میوه بخورید، سعی کنید از انواع میوه ها استفاده نمایید.

چه نکاتی را هنگام مصرف میوه ها باید رعایت کرد؟

- سعی کنید میوه ها را بصورت خام و تازه (حتی الامکان با پوست) مصرف کنید تا کمپوت میوه و یا آب میوه.

- میوه های خشک شده در واقع شکل تغلیظ شده میوه های تازه هستند که قند بیشتری دارند، بنابراین باید به میزان اندکی مصرف شوند.

- انگور، خربزه، موز دارای قند زیادی است که اگر آنرا به مقدار زیاد مصرف کنید برکنترل قند خون شما اثر می گذارد.

- در هنگام خرید سعی کنید میوه های کوچک تر انتخاب کنید.

- خوردن میوه ها بصورت کامل و با پوست به علت دارا بودن فیبر در آن بهتر از مصرف آب میوه ها است.

- سعی کنید در صورت مصرف آب میوه، از آب میوه صددرصد طبیعی و بدون شکر اضافه شده (آن هم به مقدار کم) استفاده کنید.

- اگر علاقه زیاد به مصرف آب میوه دارید آنرا با افزودن آب رقیق نمایید و یا آب را به میوه له شده اضافه کنید و به خاطر داشته باشید که نباید به آن شکر اضافه نمایید.

گروه شیر و لبنیات

مصرف ماست و شیر بدون چربی و یا کم چربی برای سلامت همه افراد ضروری است. مصرف شیر و ماست سبب تولید انرژی و دریافت کلسیم، ویتامین A، پروتئین و سایر ویتامین ها و مواد معدنی می شود.

تعداد واحد مصرفی از لبنیات به شرایط زیر بستگی دارد:

- میزان انرژی روزانه مورد نیاز
- غلظت قند خون

یک واحد از گروه شیر و جانشین های آن شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه شیر و لبنیات کم چرب حدود ۱۲۰ کیلوکالری انرژی تولید می کند.)
۱ واحد:

۱ لیوان شیر یا ۱ لیوان ماست
۲ واحد:

۱ لیوان شیر + ۱ لیوان ماست یا ۲ لیوان شیر
نکات مهم:

- هر روز شیر بدون چربی یا کم چربی بنوشید و ماست کم چربی یا بدون چربی مصرف کنید چراکه هرچه مقدار چربی شیر و ماست بیشتر باشد ، مقدار چربی های اشباع و کلسترول آنها بیشتر است.

- اگر باردار هستید یا به نوزاد خود شیر می دهید، روزانه ۵-۴ واحد شیر و ماست مصرف کنید.

- افرادی که عدم تحمل لاکتوز (قند شیر) دارند، می توانند شیر بدون لاکتوز مصرف کنند.

گروه گوشت و جانشین های آن

این گروه شامل گوشت قرمز، ماکیان (مرغ و بوقلمون و...)، ماهی، تخم مرغ و پنیر است. مصرف روزانه این گروه به علت دارا بودن پروتئین به ترمیم و ساخت بافتهای بدن و عضلات کمک می کند و سبب تامین ویتامینهای ب۶-۱۲ و مواد معدنی (آهن و روی و...) می شود.

تعداد واحدهای مورد نیاز از گروه گوشتها به شرایط زیر بستگی دارد:

- میزان انرژی مورد نیاز روزانه
- غلظت قند خون

یک واحد از گروه گوشت و جانشین های آن شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه گوشت های کم چرب حدود ۵۵ کیلوکالری و ۱ واحد از گروه گوشت های متوسط چربی حدود ۷۵ کیلوکالری انرژی تولید می کند.)

۱ واحد:

۳۰ گرم گوشت قرمز، ماکیان یا ماهی پخته شده یا ۳۰ گرم پنیر یا بصورت زیر:

۱ عدد ساق مرغ یا ۱ قوطی کبریت پنیر یا ۳۰ گرم ماهی تن یا نصف لیوان حبوبات پخته شده یا ۱ عدد تخم مرغ

چه نکاتی را هنگام مصرف گروه گوشت و جانشین های آن باید رعایت کرد؟

- سعی کنید کم چربی ترین گوشت را بخرید و چربی های اضافی گوشت را جدا کنید. (قسمت های پرچرب گوشت مثل گوشت دنده مناسب نیست).

- پوست مرغ دارای چربی زیاد است؛ قبل از پخت، پوست آن را کامل جدا کنید.

- سعی کنید که گوشت را بدون افزودن چربی طبخ کنید.

- به جای سرخ کردن تخم مرغ، آن را با پوست آب پز کنید.

- برای طعم بخشیدن بیشتر به مواد غذایی این گروه از آبغوره، آب لیمو، سس گوجه فرنگی و... استفاده کنید و در کنار آنها از سبزیجات پخته استفاده کنید.

- فرآورده های گوشتی نظیر سوسیس، کالباس و همبرگر دارای چربی زیادی هستند، بنابراین مصرف آنها را به حداقل برسانید.

- سعی کنید ماهی بیشتر مصرف کنید و به جای سرخ کردن ماهی، آن را بصورت آب پز، بخار پز و یا کبابی مصرف نمایید.
- سعی کنید پنیر کم چرب مصرف کنید و از مصرف پنیر های پرچرب بپرهیزید.

گروه روغن ها و چربی ها

روغن ها و چربی ها در قله هرم قرار دارند. یعنی باید مصرف آنها را به حداقل رساند. بعضی از چربی ها و روغن ها دارای چربی های اشباع و کلسترول می باشد که برای سلامتی مضر است. مصرف این غذاها انرژی فراوانی در بدن شما تولید می کند ولی مواد مغذی کمی به بدن شما می رساند. غذاهای پرچربی شامل کره، مارگارین، سس سالاد، روغن ها، مایونز، خامه، پنیر خامه ای، سرشیر، چیس سب زمینی و... می باشد.

در مصرف روغن ها سعی کنید روغن های

مایع را جایگزین روغن های جامد کنید. (روغن های غیر اشباع مثل روغن زیتون، کانولا، کمک به پایین آوردن سطح کلسترول خون می کند اما باید همین روغن ها را هم به علت وجود انرژی زیاد به اندازه مصرف کرد).

یک واحد از گروه روغن ها و چربی ها شامل چیست؟

(۱ واحد از گروه چربی ها حدود ۴۵ کیلو کالری انرژی تولید می کند).

۱ واحد:

۱ قاشق مرباخوری روغن (آفتابگردان، ذرت، زیتون، سویا، پنبه دانه) یا ۱۰ عدد زیتون کوچک

۲ واحد:

۱ قاشق مرباخوری مارگارین + ۱ قاشق غذاخوری تخمه کدو یا ۶ عدد بادام خشک، در هر وعده غذایی ممکن است ۱-۲ واحد از این مواد مورد نیاز باشد.

مواد قندی شامل چه غذاهایی است؟

مواد قندی (نوشابه، شربت، مربا، شکر و عسل، آب نبات، شکلات) نیز در رأس هرم قرار دارند، بنابراین باید از این مواد به مقدار بسیار کم مصرف نمایید (تا حد امکان مصرف نکنید). این مواد سبب تولید انرژی در فرد می شود اما هیچ ماده مغذی به بدن نمی رسانند. بعضی از مواد قندی مثل کیک، دسر ها و انواع شیرینی ها حاوی مقدار زیادی چربی نیز می باشند. مصرف کم این مواد نیز به کاهش وزن کمک می کند و قند خونتان را نیز کنترل می نماید.

یک واحد از گروه مواد قندی شامل چیست؟

(۱ واحد از این گروه حدود ۲۰ کیلوکالری انرژی تولید می کند).

۱ واحد:

دو حبه قند یا پولکی یا ۱ قاشق مرباخوری شربت، مربا، عسل یا شکر لازم به ذکر است که مصرف مواد قندی باعث می شود قند خون به سرعت بالا رود، سعی کنید در مصرف آن بسیار محتاط باشید.

نکات مهم تغذیه ای

- سعی کنید روزانه از تمام گروه های مواد

غذایی در رژیم غذایی خود استفاده کنید.

- سعی کنید غذاهای متنوع مصرف کنید تا مواد معدنی و ویتامین ها به مقدار کافی به بدنتان برسد.

- در هر وعده غذایی باید سعی کنید که حداقل از هر ۳ گروه غذایی مختلف استفاده نمایید؛ برای مثال ساندویچ تخم مرغ که در آن گوجه فرنگی، کاهو از گروه سبزیجات، نان از گروه نان و نشاسته و تخم مرغ از گروه گوشتها استفاده شده است.

- مواد غذایی که روزانه مصرف می کنید به ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده تقسیم نمایید.
- غذا خوردن منظم در تنظیم میزان قند خون اثر زیادی دارد به خصوص اگر قرص یا انسولین مصرف می کنید.

- گنجاندن سبزی ها و میوه های متنوع را به مقدار کافی در رژیم غذایی روزانه فراموش نکنید. (بهتر است نیم ساعت قبل از غذا از انواع سبزی های خام یا پخته استفاده کنید تا کمی جلوی اشتها پتان را بگیرد).

- به هنگام طبخ غذا از نمک کمتری استفاده کنید و سعی نمایید که پس از پخت، نمک به غذا اضافه نکنید.

- از گیاهان معطر، ادویه های فاقد نمک، آبلیمو، سرکه و آبغوره برای طعم دادن به غذا استفاده کنید.

- از غذاهای کنسرو شده که در طی فرآیندهای صنایع غذایی نمک به آنها افزوده می شود کمتر استفاده کنید.

- مصرف هفتگی تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر هفته ای ۲ بار)

- به هنگام مصرف روغن، هیچ گاه روغن را در ظرف سرازیر نکنید و آن را با قاشق اندازه گیری کنید.

- روزانه ۸-۶ لیوان مایعات بدون شیرینی بخورید. (مثل آب)

- سعی کنید وزن مطلوب خود را حفظ نمایید در کنار رژیم غذایی مناسب از تحرک مناسب نیز برخوردار باشید.

منابع:

راهنمای رژیم درمانی - انجمن تغذیه ایران

تالاسمی: تظاهرات بالینی و درمان

بتا تالاسمی یک اختلال ژنتیک در تولید هموگلوبین است که از الگوی وراثتی اتوزومی مغلوب پیروی می کند، هرچند به ندرت به صورت جهش های غالب نیز روی می دهد. این اختلال ناشی از طیفی از جهش های ایجاد شده در ژن های گلوبین بتا، یکی از اجزای مولکول هموگلوبین بزرگسالان می باشد. کاهش تولید بتاگلوبین، افزایش میزان زنجیره های آزاد آلفاگلوبین را به دنبال خواهد داشت که باعث تخریب پیش سازهای گلبول قرمز در مغز استخوان می شود. این امر باعث گلبول سازی نا مؤثر، کم خونی شدید و هایپرپلازی جبرانی رده اریتروئید مغز استخوان می شود.

منبع: انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص

(هیدروپس فتالیس بارت) را به دنبال خواهد داشت. نوع شدید دیگر آلفا تالاسمی زمانی روی می دهد که ۳ ژن از ۴ ژن آلفا تغییر کند که تظاهرات بالینی اندکی دارد. در این حالت که به آن بیماری هموگلوبین H می گویند، بیمار دچار کم خونی همولیتیک مزمن خفیف می شود؛ گرچه در بعضی از بیماران می تواند مشکلات بیشتر و شدیدتری ایجاد کند و فرد را به تزریق خون وابسته کند.

استانداردهای ذکر شده برای بیماران وابسته به تزریق خون و نیز مبتلایان به تالاسمی اینترمدیا کاربرد دارد. چند مورد در سطح جهان تا به امروز گزارش شده است که در صورت تشخیص آلفا تالاسمی ماژور قبل از تولد، می توان با تزریق خون داخل رحمی، جنین را تا زمان تولد حفظ کرد. این امر نیازمند شروع زود هنگام درمان تا قبل از بروز نتایج ناتوان کننده بیماری است.

رشد و نمو کفایت می کند. در صورتی که در اواخر دوران کودکی یا بزرگسالی، اختلال رشد یا سایر عوارض بیماری روی دهد، تزریق خون منظم را باید آغاز کرد.

• ترکیب انواع نامتجانس (هتروزیگوت) بتا تالاسمی با یک نوع هموگلوبین تغییر یافته تالاسمی (شامل HbE، لپور، کنوزوس) یا با یک جهش تالاسمی (همانند دلتا و بتا تالاسمی) اغلب منجر به ایجاد فنوتیپ تالاسمی اینترمدیا می شود؛ اما بعضاً تالاسمی ماژور نیز ایجاد می شود.

• آلفا تالاسمی ماژور و بیماری هموگلوبین H از حذف یا غیر فعال شدن ۳ یا ۴ ژن از ۴ ژن آلفا گلوبین ایجاد می شود.

• از آنجا که زنجیره های آلفا گلوبین برای تولید هموگلوبین جنینی ضروری هستند در صورت تحت تأثیر واقع شدن هر ۴ ژن آلفاگلوبین، عموماً کم خونی داخل رحمی و مرده به دنیا آمدن نوزاد هیدروپیک



پاتوفیزیولوژی و توزیع جغرافیایی:

این بیماری در اهالی مناطق مدیترانه ای، خاورمیانه، جنوب آسیا، جنوب شرق آسیا و شرق دور شایع است.

طبقه بندی

تالاسمی ها را می توان به طور کلی به انواع بالینی زیر تقسیم کرد:

• بتا تالاسمی ماژور (BTM) که در آن تولید هموگلوبین به قدری کاهش می یابد که رشد طبیعی، نمو و کیفیت زندگی بیمار از بدو تولد، تنها با تزریق های مکرر خون امکانپذیر است. در صورت عدم تزریق خون، مرگ زودرس غیر قابل اجتناب خواهد بود. هر زمان از واژه «تالاسمی» بدون توضیح استفاده شود، منظور بتا تالاسمی ماژور است.

• بتا تالاسمی اینترمدیا (BTI) که در آن میزان تولید هموگلوبین به اندازه ای است که بدون نیاز قطعی به تزریق خون، برای



درمان استاندارد:

درمان استاندارد شامل تزریق خون، هر سه تا چهار هفته است. تزریق خون کم خونی را اصلاح می کند، رشد و فعالیت های طبیعی بدن را میسر می سازد، از بزرگ شدن طحال جلوگیری می کند و جلوی گسترش رده اریترئوئید مغز استخوان را می گیرد. مهم ترین مشکل درازمدت تزریق خون در بیمار تالاسمی، اضافه بار آهن بدن است. خون دارای مقدار آهنی می شود که بدن قادر به دفع آن نیست؛ در یک بیمار معمولی تالاسمی که طبق یک برنامه مشخص، خون دریافت می کند، روزانه $0.5 - 0.3$ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن وی، آهن در بدنش ذخیره می شود. اضافه بار آهن برای بدن سمی است و آسیب پذیرترین اعضای بدن در این شرایط قلب، کبد و غدد درون ریز است. زمانی که میزان تجمع آهن در بدن به $24-12$ گرم رسید، تظاهرات بالینی مشخص مسمومیت با آهن قابل انتظار است. بدون درمان کاهنده میزان آهن بدن، اکثر بیماران دچار مشکلات قلبی شده و قبل از ۲۰ سالگی فوت می کنند. ضروری است که درمان به منظور حذف اضافه بار آهن بدن، ظرف یک سال از شروع تزریق خون آغاز شود.

این درمان عبارت است از انفوزیون زیر جلدی دسفریوکسامین، به مدت ۱۲-۸ ساعت، برای ۷-۵ شب در هفته، این رژیم درمانی باعث می شود میزان آهن بدن اکثر بیماران در سطح قابل قبولی حفظ شده و خطر بیماری های قلبی کاهش و میزان بقای بیماران افزایش یابد؛ به علاوه از سایر اختلالات ناشی از اضافه بار آهن مثل کوتاهی قد و هایپوگنادیسم هایپوگنادوتروپیک نیز ممکن است، جلوگیری شود.



حال، با انجام آزمایشهای غربالگری مشابه می توان بیشتر نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور را شناسایی کرد و با تشخیص زودرس ناتوانی های حاصل از بیماری از تظاهرات دیررس بیماری و نیز مشکلات خانواده های بیماران کاست.

تظاهرات بالینی تالاسمی درمان نشده:

نوزادان مبتلا به بتاتالاسمی هموزیگوت، در ابتدا فاقد علامت هستند. چون هموگلوبین اصلی در بدو تولد هموگلوبین جنینی (HbF) است، به دنبال تبدیل فیزیولوژیک HbF به HbA که باعث غالب شدن HbA در ۴ تا ۶ ماهگی پس از تولد می شود، علائم تالاسمی ماژور در شیرخوار ظاهر می شود. تظاهرات بالینی مودیانیه بیماری شامل عدم تمایل به غذا خوردن، توقف رشد، زردی و مستعد شدن برای ابتلا به عفونت است. اگر درمان صورت نگیرد کم خونی پیشرفت کرده و اختلالات متابولیک حاصل می تواند منجر به بزرگ شدن کبد و طحال، نارسایی قلبی و یا حتی مرگ شود. افزایش حجم غیر مؤثر مغز استخوان گلوبول ساز، باعث نازک شدن استخوان ها و بدشکلی آنها می شود. کودکان مبتلا به بتاتالاسمی ماژور که تحت درمان قرار نمی گیرند، قبل از ۵ سالگی به علت نارسایی قلبی یا عفونت فوت می کنند.

بعد از تولد، تزریق های خون این نوزادان مشابه یک بیماری مبتلا به تالاسمی انجام می شود. روش های درمان جداگانه ای برای نحوه اداره وضعیت جنین قبل از تولد مورد نیاز است.

غربالگری هموگلوبینوپاتی ها (اختلالات هموگلوبین):

غربالگری حاملین بتا تالاسمی در میان جمعیت و جنین ها از نظر تکنیکی راحت و ارزان است. مشخص کردن یکی از والدین که حامل است، معمولاً مادر و سپس بررسی والد دیگر امکان تعیین خطر تولد نوزاد بیمار را مشخص می نماید. با انجام مشاوره با والدین می توان آنها را در انتخاب آگاهانه روش های تشخیصی و در صورت لزوم پیگیری قانون سقط جنین یاری کرد. با ارائه مناسب خدمات مذکور، کاهش محسوسی در میزان تولد نوزادان بیمار در کشورهای منطقه مدیترانه و خصوصاً ایران رخ داده است؛

هدف غربالگری نوزادان در ابتدا، تشخیص نوزادان دچار بیماری کم خونی سلول داسی شکل است که با مداخله زودهنگام می توان از عوارض کشنده بیماری قبل از بروز تظاهرات بالینی آن جلوگیری کرد. به هر

سخن متخصصین

مولتیپل اسکلروز (Multiple sclerosis=MS) یک بیماری شایع سیستم عصبی و شایع ترین بیماری ملین زدا سیستم عصبی است که تخریب میلین (غلاف محافظ اطراف رشته های عصبی سیستم عصبی مرکزی) و در نتیجه اختلال در توانایی هدایت پیام عصبی پاتوفیزیولوژی آن را تشکیل می دهد.

دکتر مریم عباسی^۱، دکتر سید مسعود نبوی^۲

دهد. این بیماری ممکن است برای ماه ها یا سال ها غیر فعال شود. حدود ۸۵٪ از افراد در ابتدا با عود فروکش کننده MS تشخیص داده می شوند.

Primary Progressive MS

(اولیه پیشرونده)

تقریباً ۱۰٪ از افراد با این شکل از MS روبرو هستند، که توسط فقدان حملات مجزا شناخته می شود، اما به صورت آهسته و پیوسته علائم بدتر می شود.

Secondary Progressive MS

(پیشرونده ثانویه)

این افراد در ابتدا ابتلا به بیماری دچار نوع عود کننده هستند و سپس با توسعه ناتوانی پیشرونده و حملات مختلف که تقریباً هیچ دوره های مشخصی از بهبودی وجود ندارد.

Progressive relapsing MS

(پیشرونده عودکننده)

این گروه شامل حدود ۵٪ از بیماران می شود و دارای دوره های مختلفی از حمله است که بهبود پیدا نمی کند و عوارض حملات بر روی هم جمع می شود.

علائم:

یک بیماری بسیار متغیر است و علائم موجود بستگی به محل درگیر در سیستم عصبی مرکزی دارد. هیچ الگوی تعیین شده ای برای MS وجود ندارد و هر کس که مبتلا به MS است از مجموعه متفاوتی از

تشخیص داده می شود.

علت:

علت مولتیپل اسکلروزیس هنوز دقیقاً شناخته نشده است، اما تحقیقات زیادی در این زمینه انجام شده است.

آسیب به میلین در MS ممکن است در اثر پاسخ غیر طبیعی سیستم ایمنی به یک ویروس یا باکتری (شایعترین موارد مورد بحث: Clamidia, HSV, EBV, CMV می باشند) باشد و پاسخ به این عوامل ممکن است به عنوان یک ماشه برای MS عمل کند. این ماشه سلولهای گلبول سفید به ویژه TH۴ را به سمت سد خونی مغزی هدایت و بدلیل شباهت ساختاری این عوامل با میلین سبب تخریب آن می گردد.

انواع MS:

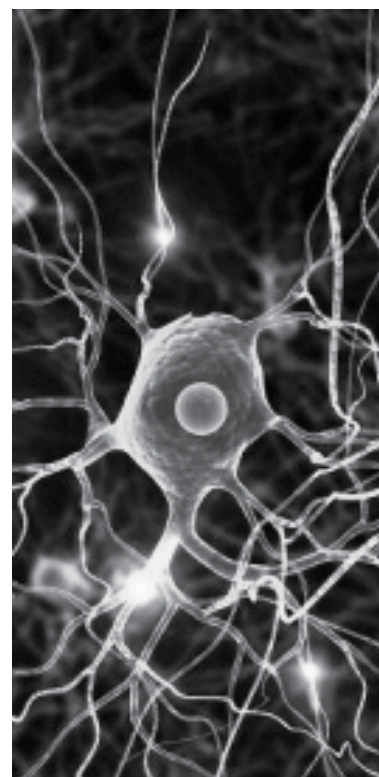
Benign MS (خوش خیم)

که در این نوع فقط تعداد کمی حمله رخ می دهد که این حملات نیز معمولاً با بهبودی کامل همراه است. این نوع MS در طی زمان بدتر نمی شود و معمولاً موجب هیچ ناتوانی ماندگاری نخواهد شد.

Relapsing-Remitting MS

(عودکننده)

در این شکل از MS عود بیماری غیر قابل پیش بینی (تشدید، حملات) رخ می دهد که در طی آن علائم جدید ظاهر می شود و یا علائم موجود شدیدتر می شود. این عود در زمینه های مختلف رخ می دهد و بعد از حمله بهبودی جزئی یا کلی رخ می



اسکلروز به معنی زخم، می باشد و منظور پلاکها و یا ضایعاتی است که در مغز و نخاع افراد مبتلا دیده می شود. حدود ۲۵۰۰۰۰ نفر در جهان به MS مبتلا هستند. زنان بیشتر از مردان (نسبت ۳ به ۲) به MS مبتلا می شوند. MS به طور مستقیم ارثی نیست، اگر چه استعداد ژنتیکی نقش موثری در توسعه آن است. بیشترین تشخیص MS در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی گذاشته می شود و MS بندرت در سنین زیر ۱۲ سال و بالای ۵۵ سال

۱- واحد تحقیقات MS، دانشگاه شاهد

۲- مدیر واحد تحقیقات MS، دانشگاه شاهد



جلوگیری از عود در بیماری

برای کنترل عود بیماری: برای این منظور ۵ گروه دارو وجود دارد که ۳ عدد از آن‌ها از دسته اینترفرون‌ها هستند، اینترفرون‌ها مواد پروتئینی هستند که به طور طبیعی در بدن برای مقابله با بعضی عفونت‌ها تولید می‌شوند. این سه دارو عبارتند از: ۱- اینترفرون بتا، یک A (آوونکس) ۲- اینترفرون بتا، یک B بتافرون ۳- اینترفرون بتا، یک A ریف و گلاتیرامراستات (کوپاکسون)، تیزابری.

درمان علائم اختصاصی

برای بسیاری از علائمی که در MS رخ می‌دهد بیش از ۳۰ داروی مختلف به این منظور به کار می‌روند، مثلاً از آمانتادین برای کم کردن اختلالات حرکتی و از باکلوفن برای مقابله با سفتی عضلانی (اسپاسم) استفاده می‌شود. برای بهبود عملکرد از دست رفته مبتلایان باید توانبخشی انجام شود. همچنین در طول دوره بهبودی افراد برنامه نگهداری برای دستیابی و حفظ شرایط مطلوب برگزار گردد که شامل فیزیوتراپی، تمرینات کششی، تمرینات هماهنگی گفتار و حتی شاید نیاز به تغییر در شیوه زندگی (چه اجتماعی و چه شغلی) باشد. توجه داشته باشید که برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیماری MS و آخرین یافته‌های آن، سایت‌های معتبر فراوانی وجود دارد که معتبرترین آنها سایت فدراسیون جهانی MS به آدرس www.MSIF.Org می‌باشد.

ترکیبی از مشاهده علائم ، و رد کردن سایر تشخیص‌ها، به تشخیص MS می‌رسد.

معیار تشخیصی جدید MS

معیار تشخیص بیماری براساس معیار جدید مک دونالد ۲۰۱۰ می‌باشد.

تشخیص بالینی

اوایل MS، به صورت علائم مبهم، که ممکن است به صورت پراکنده که در طی یک دوره طولانی مدت رخ می‌دهد و اغلب نیز می‌تواند به برخی دیگر از تشخیص‌های پزشکی آن را نسبت داد، خود را نشان دهد. حتی زمانی که یک فرد الگوی کلاسیک از علائم MS را نشان می‌دهد، علائم باید به صورت زیر و مورد توافق متخصصین مغز و اعصاب باشد:

دو منطقه مختلف سیستم عصبی مرکزی تحت تأثیر قرار گیرد، که این اثرات حداقل در دو نوبت جداگانه که حداقل یکماه با هم فاصله زمانی دارند تشخیص داده شده باشند، و بیمار در محدوده سنی رایج برای شروع MS باشد.

درمان MS:

هنوز هیچ درمان قطعی برای MS وجود ندارد، اما درمان‌های علامتی موجود بسیار موثر هستند:

درمان در زمان تشدید بیماری

درمان استاندارد برای زمان تشدید بیماری استفاده از استروئیدها یا کورتون، که اعمال و اثرات ضد التهابی قوی دارند، می‌باشد. داروهای استروئیدی یا کورتونی با کاهش التهاب در محل دمیالیناسیون جدید، اجازه می‌دهند بازگشت به عملکرد طبیعی با سرعت بالاتری رخ دهد و باعث کاهش مدت زمان تشدید می‌شوند. رژیم استروئید فعلی متیل پردنیزولون به صورت داخل وریدی در دوزهای بالا برای ۵-۳ روز داده می‌شود. استفاده از استروئیدها در دوره طولانی مدت بیماری توصیه نمی‌شود.

نشانه‌ها، که در زمان‌های مختلف متفاوت، شدت و ضعف آن نیز تغییر می‌کند، رنج می‌برد.

علائم رایج MS به شرح زیر است:

مشکلات بینایی: تاری دید، دوبینی انحراف و حرکت سریع غیر ارادی چشم و به ندرت از دست دادن کل دید.

مشکلات تعادل و هماهنگی: از دست دادن تعادل، لرزش، راه رفتن بی ثبات (آتاکسی)، سرگیجه، ضعف اندامها، اسپاسم اختلال حس: بی حسی (paraesthesia)، سوزش

درد: دردهای عضلانی، درد صورت (مانند درد عصب سه قلو)

اختلال تکلم: کاهش بیان، تغییر در ریتم بیان، اشکال در بلع (دیسفاژی)

خستگی: نوع ناتوان کننده خستگی عمومی است که غیر قابل پیش بینی و یا نسبت به فعالیت است. خستگی یکی از شایع ترین (و یکی از شدیدترین) علائم MS است.

مشکلات مثانه و روده: مشکلات مثانه عبارتند از: نیاز به دفع ادرار به طور مکرر و یا فوری، تخلیه ناقص یا تخلیه در زمان نامناسب.

مشکلات روده عبارتند از: یبوست و به ندرت از دست دادن کنترل روده.

مشکلات جنسی: لاغری، کاهش انگیزگی حساسیت به گرما: این علامت بسیار گذرا است و معمولاً باعث بدتر شدن علائم می‌شود.

اختلالات شناختی و عاطفی: از دست دادن حافظه کوتاه مدت، از دست دادن تمرکز، قضاوت یا استدلال. درحالی‌که برخی از این نشانه‌ها بلافاصله آشکار هستند، دیگران از جمله احساس خستگی، تغییر، حافظه اغلب نشانه‌های پنهان هستند.

تشخیص MS:

بر خلاف بسیاری از بیماری‌های دیگر، هیچ تست آزمایشگاهی برای تشخیص قطعی MS وجود ندارد. این بدین معنی است که در نهایت یک پزشک توسط

تغذیه و ورزش در بیماران سرطانی

نوع تغذیه و نحوه شیوه زندگی فرد از عوامل موثر و مهم در ابتلاء به سرطان می‌باشند این سوال برای بیماران مبتلا به سرطان مطرح است که تغذیه و فعالیت بدنی و ورزش کردن چه تاثیری بر بیماری سرطان دارد و آیا در بهبود و بدتر شدن علائم بیماری موثر می‌باشد. در این مقاله سعی می‌شود به نقش تغذیه و ورزش در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شود.

احسان حجازی

دانشجوی دکترای تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

حرکات بدنی برای نگهداری قدرت و کاهش خستگی و افسردگی که از عوارض بستری شدن می‌باشد توصیه می‌شود. برخی متخصصین توصیه می‌کنند که قبل از شروع تمرینات ورزشی در حین درمان ابتدا باید صبر نمود تا مشخص شود که شیمی درمانی چه اثراتی بر بدن بیماران دارد و بعد متناسب با آن ورزش شروع شود. در برخی مطالعات انجام شده در رابطه با اثر ورزش در بیماران در حین شیمی درمانی نشان می‌دهد که انجام ۶ هفته ورزش با شدت بالا و چهار بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه و یا انجام فعالیت‌هایی مانند یوگا به مدت ۹۰ دقیقه در هفته همراه با ماساژ دوبار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه سبب بهبود و پیشرفت قابل توجه در عملکرد فیزیکی، تناسب، سلامت روانی و کاهش خستگی ناشی از درمان در این بیماران داشت.

ورزش در حین بهبود:

بعد از اتمام مرحله درمان در بیماران مبتلا به سرطان، مرحله بعدی مرحله بهبود یا Recovery می‌باشد. در این مرحله بسیاری از علائم و اثرات جانبی ناشی از درمان که بر وضعیت تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی افراد تاثیرگذار می‌باشد مانند تهوع، استفراغ، خستگی و غیره شروع به بهبود و ناپدید شدن می‌کند که این بهبود معمولاً چند هفته پس از پایان درمان حاصل می‌شود البته باید توجه داشت که برخی از این عوارض ممکن است مدت‌ها بعد از اتمام درمان باقی بماند که از این عوارض می‌توان به بی اشتها، تغییر حس چشایی، اسهال، یبوست و غیره اشاره کرد. در این مرحله هم بیماران برای فرآیند بهبود و حفظ تناسب

ورزش در حین درمان:
تمامی مطالعات انجام شده نشان دهنده ایمن و امکان پذیر بودن فعالیت بدنی در حین درمان می‌باشد و همچنین سبب بهبود کیفیت زندگی و بهتر شدن کارایی فیزیکی بیماران می‌باشد. در مطالعاتی هم که روی موش‌ها انجام شده نشان می‌دهد که ورزش کردن هیچ تداخلی بر شیمی درمانی ندارد. تصمیم به شروع ورزش در حین درمان بستگی به وضعیت افراد بیمار و ترجیحات شخصی آنان دارد. در برخی شرایط دیده شده که انجام دادن قبل از درمان ورزشهایی که سبب بهبود عملکرد سیستم تنفسی و قلبی عروقی می‌شود به روند بهبودی بیماران کمک می‌کند و همچنین انجام ورزشهای استقامتی مانع ایجاد تغییرات مضر همچون پوکی استخوان و چاقی می‌شود که در بیماران که در حال درمان هستند به سرعت ایجاد می‌شوند.

بیمارانی که در طی شیمی درمانی و رادیوتراپی می‌باشند باید موقتاً ورزش‌ها را با شدت پایین‌تر از قبل درمان انجام دهند اما هدف اصلی در این بیماران باید انجام فعالیت‌های بدنی تا حد امکان باشد. باید به افراد سالمند که دارای مشکلات استخوانی یا آرتروز و نقص اعصاب محیطی هستند توجه کافی اعمال شود تا در حین ورزش کردن آسیب و جراحی برای آنها اتفاق نیفتد حضورمراقب یا پرستار در حین ورزش کردن برای این بیماران مفید می‌باشد. برخی بیماران به علت نوع روش درمان نیازمند بستری شدن می‌باشند که می‌تواند سبب کاهش بافت عضلانی کاهش قدرت و به هم خوردن تناسب اندام شود که به همین منظور درمان فیزیکی و انجام

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که یک سوم از مرگ و میر ناشی از سرطان را می‌توان به نوع تغذیه و شیوه زندگی مانند رژیم غذایی نادرست، نداشتن فعالیت بدنی، اضافه وزن و چاقی مرتبط دانست.

فعالیت بدنی و سرطان:

چاقی و زندگی ساکن و بدون تحرک در بسیاری از افراد مبتلا به سرطان وجود دارد و شواهد روزافزون نشان دهنده رابطه عمیق بین چاقی و عدم فعالیت فیزیکی با بازگشت مجدد بیماری و مرگ و میر در افراد مبتلا به سرطان می‌باشد. مکانیسم‌های متعدد برای اثر فعالیت بدنی در افزایش بقاء بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان پیشنهاد شده است از جمله اینکه ورزش سبب کاهش توده بافت چربی بدن می‌شود همچنین سبب کاهش سطح ترشح هورمون‌هایی مانند انسولین و هورمون‌های رشد می‌شود که این هورمون‌ها سبب پیشرفت بیماری سرطان می‌شوند از سوی دیگر ورزش کردن سبب کاهش آسیب‌های اکسیداتیو به DNA می‌شود که همه این عوامل سبب کاهش پیشرفت سرطان یا بازگشت مجدد آن می‌شود.

توصیه کلی که برای اکثر افراد مبتلا به سرطان می‌شود این می‌باشد که هفته‌ای ۵ بار یا بیشتر و حداقل به مدت ۳۰ دقیقه ورزش و فعالیت بدنی داشته باشند زیرا ورزش کردن راهی موثر و کارا برای توان بخشی مجدد در افراد بقاء یافته از سرطان می‌باشد.

در این بخش به نحوه و اثرات ورزش در مراحل مختلف بیماری سرطان پرداخته می‌شود.



اندام و بهتر شدن علائم باقی مانده از مرحله درمان و همچنین کاهش خطر بازگشت مجدد بیماری نیازمند انجام فعالیت بدنی منظم که قبلاً اشاره شد می‌باشند.

زندگی بعد از مرحله بهبود:

از آنجا که در بیماران مبتلا به سرطان شانس بازگشت مجدد بیماری و همچنین ابتلا به بیماری‌هایی مانند دیابت، پوکی استخوان و بیماری‌های قلبی عروقی وجود دارد انجمن سرطان آمریکا توصیه‌هایی را برای افراد سالم جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان را کرده است به بیماران سرطانی در این مرحله از بیماری توصیه می‌کند که این توصیه‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است پیروی از این توصیه‌ها علاوه بر کاهش خطر ابتلاء مجدد به سرطان سبب می‌شود شانس ابتلاء به بیماری‌هایی همچون دیابت و پوکی استخوان هم کاهش یابد.

مطالعات نشان داده‌اند که ورزش کردن در طول مرحله بهبود و در مرحله بعد از بهبود سبب بهبود عملکرد سیستم قلب و عروق، قدرت عضلانی، ترکیب بدن، خستگی، استرس و افسردگی و در کل بهبود کیفیت زندگی می‌شود. به طوریکه در افراد مبتلا به سرطان پستان مشخص شده است که بیماران که بالاترین سطح فعالیت بدنی و ورزش را داشتند خطر بازگشت بیماری در آنها به میزان ۴۰-۲۶٪ کاهش یافت. همچنین این کاهش برای مرگ و میر ناشی از بیماری هم مشاهده شد. این کاهش برای بیمارانی که ۳-۱ ساعت در هفته فعالیت بدنی داشتند به میزان کم وجود داشت اما بیشترین کاهش برای بیمارانی بود که ۵-۳ ساعت در هفته ورزش می‌کردند.

توصیه‌های انجمن سرطان آمریکا برای پیشگیری از سرطان

- نگهداری وزن سلامت در طول دوره زندگی
- تعادل بین انرژی دریافت و فعالیت فیزیکی
- پیشگیری از افزایش وزن زیاد در طول دوره زندگی
- اگر در حال حاضر چاق یا اضافه وزن دارید باید وزن سلامت خود را به دست بیاورید.
- داشتن شیوه زندگی با فعالیت بدنی مناسب
- برای بزرگسالان: شرکت در فعالیت‌های فیزیکی متوسط تا شدید به مدت حداقل ۳۰ دقیقه و ۵ بار یا بیشتر در هفته. انجام فعالیت‌های شدید به میزان ۶۰-۴۵ دقیقه اگر قابل انجام می‌باشد بهتر است.
- برای کودکان و نوجوانان: شرکت در فعالیت فیزیکی به مدت حداقل ۶۰ دقیقه در روز با شدت متوسط تا شدید و حداقل ۵ بار در هفته
- مصرف رژیم غذایی سالم با تاکید بر منابع گیاهی
- خوردن روزانه ۵ واحد یا بیشتر از سبزیجات و میوه‌جات گوناگون
- استفاده از غلات کامل و سیوس دار بجای محصولات با آرد سفید
- محدودیت در مصرف گوشت قرمز و گوشت‌های فرآیند شده مثل سوسیس و کالباس

منبع:

The Clinical Guide To Oncology Nutrition (Second Edition) Laurea Elliot

سرطان کولون یا کولورکتال

سرطان کولون یا کولورکتال سرطانی است که از روده بزرگ یا رکتوم (انتهای کولون) شروع می شود. سایر انواع سرطان می تواند، کولون را تحت تاثیر قرار دهند، مانند لیمفوما، تومور کارسینوئید، ملانوما و سارکوما که این ها نادر هستند. در این مقاله استفاده از لغت (colon cancer) تنها اشاره به کولون کارسینوما دارد.

ترجمه: ندا جلیلیان

- درد شکم و تندرست در قسمت تحتانی شکم
- وجود خون در مدفوع
- اسهال بیبوست یا تغییر در اجابت مزاج
- مدفوع باریک
- کاهش وزن بدون هیچ دلیل شناخته شده

نشانه ها و آزمایشات:

با غربالگری مناسب، سرطان روده بزرگ را می توان قبل از پیشرفت علائم آن، زمانی که بیماری هنوز قابل علاج است، تشخیص داد. پزشک شما یک معاینه فیزیکی انجام خواهد داد و روی شکم شما فشار می آورد. معاینه فیزیکی به ندرت مشکلی را نشان می دهد، اگر چه پزشک ممکن است یک توده را در شکم احساس کند. یک معاینه رکتوم ممکن است توده ای را در بیماران مبتلا به سرطان رکتال را نشان دهد، اما در مورد سرطان کولون چنین نیست.

تست خون مخفی در مدفوع (FOBT) ممکن است مقدار کمی خون در مدفوع را نشان دهد، با این حال این تست اغلب در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ منفی است، به همین دلیل (FOBT) باید همراه با سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی انجام شود.

همچنین مهم است به یاد داشته باشید که تست خون مخفی در مدفوع مثبت لزوماً به این معنی نیست که شما مبتلا به سرطان هستید. آزمون های تصویر برداری برای غربالگری و تشخیص استعداد ابتلا به سرطان روده بزرگ شامل کولونوسکوپی و سیگموئیدوسکوپی است. تست خونی که ممکن است انجام شود در بر گیرنده ی: ۱. شمارش کامل سلول های خون برای

می کنید
- در سایر نقاط بدن تان دچار سرطان هستید
- دچار بیماری التهابی روده هستید
- سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ دارید
ریسک خطر بالایی برای سرطان کولون دارید.

یقیناً سندرم های ژنتیکی نیز شانس گسترش سرطان های روده بزرگ را افزایش می دهند.

دو مورد از متداولترین آنها عبارتند از:

۱. پولیپ ادنوماتوز ارثی

۲. سرطان روده بزرگ غیر پولیپی ارثی (HNPCC) که به نام لینچ شناخته می شود.

اینکه شما چه چیزی می خورید نیز می تواند در خطر ابتلا ی سرطان شما نقش بازی کند.

سرطان روده بزرگ ممکن است بایک رژیم غذایی پر چربی و کم فیبر و پر گوشت قرمز ارتباط داشته باشد.

برخی از مطالعات نشان داده اند که اگر شما سبک زندگی خود را به سمت یک رژیم غذایی پر فیبر تغییر دهید نیز خطر کم تر نمی شود. بنابر این ارتباط این موضوع با سرطان هنوز مشخص نیست.

استعمال دخانیات و نوشیدن الکل از دیگر عوامل خطر ساز برای سرطان کولورکتال است.

علائم بیماری:

موارد بسیاری از سرطان روده بزرگ هیچ علامتی ندارد. به هر حال دنبال کردن علائم زیر می تواند سرطان روده بزرگ را نشان دهد:



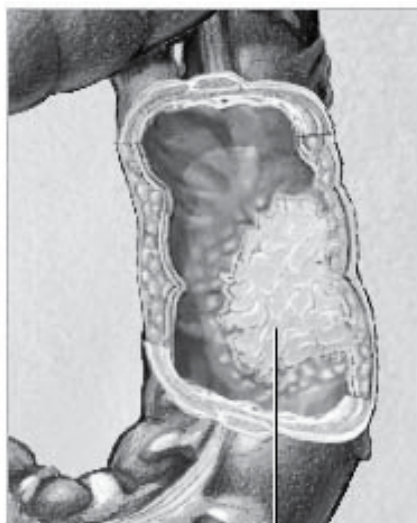
علت، انتشار بیماری و فاکتور های خطر مطابق تحقیقات «جامعه مرکز سرطان آمریکا» سرطان کولون یکی از عمده سرطان های کشنده در ایالات متحده امریکاست، به هر حال اغلب تشخیص اولیه ی به موقع منجر به درمان کامل می شود.

غالباً همه ی سرطان های روده در غددی که در راستای کولون و رکتوم هستند شروع می شوند.

دلیل واحدی برای سرطان کولون وجود ندارد، تقریباً همه ی سرطان های روده بزرگ با یک پولیپ خوش خیم (غیر سرطانی) آغاز می شوند که به آهستگی به سمت سرطانی شدن توسعه می یابد.

اگر شما:

- سن بالای ۶۰ سال دارید
- از نژاد آفریقایی اروپایی یا اروپای شرقی هستید
- اگر در رژیم غذایی خود گوشت قرمز به مقدار زیاد یا گوشت فراوری شده مصرف



Tumor

مانند (Eributux) و (Avastine) که به تنهایی یا همراه با شیمی درمانی استفاده می شوند بسیار رایج اند.

پروتودرمانی:

اگرچه پروتو درمانی گاهی در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ استفاده می شود، ولی معمولاً در ترکیب با شیمی درمانی برای بیماران مبتلا به مرحله ۳ سرطان رکتال مورد استفاده قرار می گیرد.

برای بیماران مبتلا به مرحله ۵ سرطان که تا کبد گسترش یافته است درمان های مختلفی که به طور خاص به کبد معطوف می شود، می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

این درمان ها ممکن است شامل :
- انجام شیمی درمانی یا تاباندن اشعه به طور مستقیم داخل کبد
- سوزاندن سلول های سرطانی
- فریز کردن سلول های سرطانی و جراحی باشد.

انتظارات (پیش آگهی):

سرطان روده بزرگ در بسیاری موارد یک بیماری قابل درمان است، البته در صورتی که زود درمان شود.

برداشتن سلول های سرطانی (معمولاً در طی کولونوسکوپی) درمان شود. برای مرحله های ۱ و ۲ سرطان جراحی گسترده تری برای برداشتن یک قسمت از روده بزرگ که سرطانی شده نیاز است. در مورد اینکه آیا بیماران مبتلا به سرطان کولون در مرحله ۲ باید تحت شیمی درمانی پس از عمل جراحی قرار گیرند یا خیر، بحث هایی وجود دارد. شما در این مورد باید با آنکولوژیست خود مشورت کنید.

شیمی درمانی:

تقریباً تمام بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در مرحله ۳ باید حدود ۶ یا ۸ ماه تحت شیمی درمانی بعد از عمل جراحی قرار گیرند.

داروی شیمی درمانی (5-fluorouracil) در افزایش شانس درمان بعضی از بیماران موثر نشان داده شده است.

شیمی درمانی همچنین برای بهبود علائم و زنده ماندن طولانی تر در بیماران مبتلا به مرحله ۵ سرطان روده ی بزرگ مورد استفاده قرار می گیرد.

سه داروی مصرفی (irinotecan, oxaliplatin, eflourouracil) آنتی بادی های منوکونال

تشخیص کم خونی (CBC)

۲. تست های عملکرد کبدی می باشند.
اگر پزشک شما تشخیص دهد که شما احتمالاً باید دچار سرطان کولورکتال باشید، آزمایشات بیشتری انجام خواهد شد، تا در صورت گسترش سرطان متوجه آن شود.
این کار مرحله بندی نامیده می شود (staging).

سی تی اسکن یا ام آر ای شکم، لگن، قفسه سینه یا مغز ممکن است برای تشخیص مرحله سرطان مورد استفاده قرار گیرد. گاهی اوقات اسکن (PET) نیز مورد استفاده قرار می گیرد.

مراحل سرطان روده بزرگ عبارتند از:

- مرحله ۰: سرطان بسیار ابتدایی در لایه های داخلی روده است
- مرحله ۱: سرطان در لایه های داخلی روده بزرگ است
- مرحله ۲: سرطان در میان دیواره عضلانی روده بزرگ گسترش یافته است.
- مرحله ۳: سرطان تا گره های لنفاوی گسترش یافته است
- مرحله ۴: سرطان به اندام های دیگر انتشار یافته است
تست خون برای شناسایی نشانگر های تومور از جمله آنتی ژن کارسینوئید و CA۱۹۰۹ می تواند به پزشک شما کمک کند تا شما را در طی درمان و بعد از آن همراهی کند.

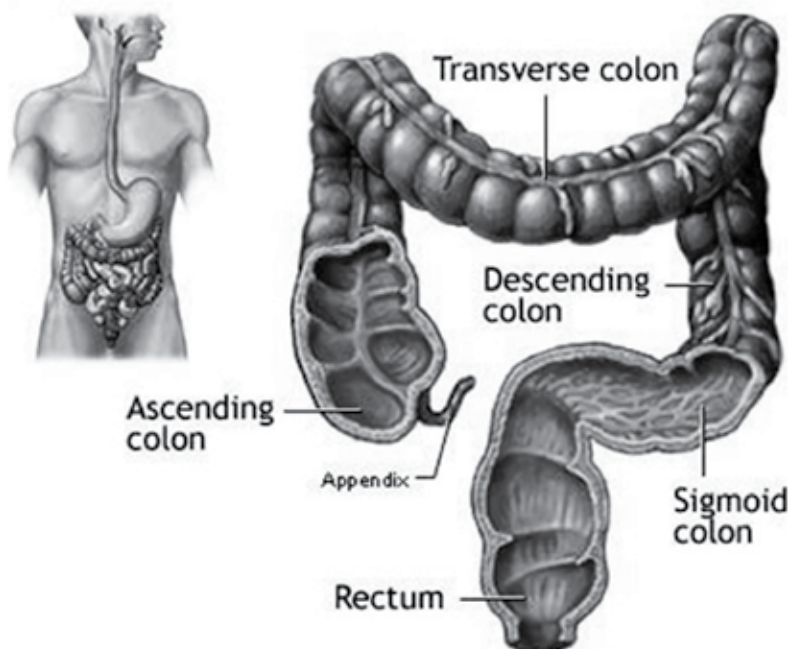
درمان:

درمان تا حدودی به مرحله سرطان بستگی دارد. به طور کلی درمان ممکن است شامل مراحل زیر باشد:

- جراحی (اغلب colectomy) برای برداشتن سلول های سرطانی
- شیمی درمانی برای از بین بردن سلول های سرطانی
- پروتو درمانی برای از بین بردن بافت های سرطانی

جراحی:

مرحله ۰ سرطان روده بزرگ ممکن است با



اینکه شما چه کاری باید انجام دهید به خیلی موارد از جمله مرحله ی سرطان بستگی دارد.

به طور کلی وقتی سرطان ها در مرحله ی خیلی ابتدایی درمان می شوند، بسیاری از بیماران حداقل به مدت ۵ سال پس از تشخیص سرطانشان زنده می مانند. اگر سرطان روده بزرگ تا ۵ سال بازگشت نکند، بهبود یافته در نظر گرفته می شود. مراحل ۱ و ۲ سرطان به طور بالقوه قابل درمان در نظر گرفته می شوند. در اغلب موارد مرحله ۵ سرطان قابل درمان در نظر گرفته نمی شود. البته در مواردی استثنا وجود دارد.

عوارض:

- انسداد روده
- بازگشت سرطان در روده بزرگ
- گسترش سرطان به سایر بافت ها و ارگان ها (متاستاز)
- توسعه به دومین مرحله سرطان کولورکتال ابتدایی

تماس با مراقبین سلامت

- اگر شما موارد زیر را دارا هستید با مراقب سلامت خود تماس بگیرید:
- مدفوع سیاه
 - خون در اجابت مزاج
 - تغییر در عادات روده

پیشگیری:

میزان مرگ و میر ناشی از سرطان روده بزرگ در طی ۱۵ سال گذشته کاهش یافته است، این ممکن است به دلیل افزایش سطح آگاهی و غربالگری با کولونوسکوپی باشد که تقریباً همیشه می تواند توسط کولونوسکوپی در مراحل ابتدایی و درمان پذیر آن درمان شود.

تقریباً همه ی مردان و زنان بالای ۵۰ سال باید تحت غربالگری روده بزرگ قرار گیرند. بیماران در معرض خطر ممکن است به غربالگری در سنین پایین تری نیاز داشته باشند.

References

1. Burt RW, Barthel JS, Dunn KB, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Colorectal cancer screening. J Natl Compr Canc Netw. 2010;8:8-61.
2. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. Colorectal cancer. Lancet. 2010;375:1030-1047.
3. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2010;60:99-119.

غربالگری سرطان کولون اغلب می تواند پولیپ را قبل از تبدیل شدن آن به سرطان پیدا کند. خارج کردن این پولیپ ها می تواند از سرطان روده بزرگ جلوگیری کند. تغییر دادن رژیم غذایی و سبک زندگیتان مهم است. برخی شواهد حاکی از آن است که رژیم غذایی کم چرب با فیبر بالاممکن است خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را کاهش دهد. برخی از مطالعات گزارش کرده اند که داروهای ضد درد غیر استروئیدی شامل: (آسپرین، ایبوپروفن، ناپروکسن، سلکوکسیب) ممکن است به کاهش خطر سرطان روده بزرگ کمک کند. با این حال این دارو ها می توانند خطر ابتلا به خون ریزی و مشکلات قلبی را افزایش دهند. اکثر متخصصین توصیه نمی کنند که بسیاری از افراد این داروها را برای جلوگیری از سرطان روده بزرگ مصرف کنند.

اخبار پزشکی

مبتلا به سرطان ثابت کنند، چرا که در گذشته این شیوه فقط در مورد حیوانات به کار گرفته می شد.

طبق گفته این دانشمند کانادایی رویکرد انتخابی به کار گرفته شده در روش جدید، می تواند به پزشکان کمک کند تا به طور مداوم سلول های سرطانی را هدف قرار دهند.

وی می افزاید که ویروس به طور ویژه در مورد تومورهای سرطانی جامدی همچون سرطان سینه، پوست، پروستات و پانکراس موثر هستند، اما برای درمان سرطان های خون و لنفاوی تاثیر کمتری دارند.

پزشکان مرکز تحقیقات بیمارستان اوتاوا آمیزه ای از یک نوع ویروس (JX-۵۹۴) را به بیماران سرطانی که در این پژوهش شرکت کرده بودند، تزریق کردند. پس از ده روز که نتایج تکه برداری از بافت زنده این بیماران آماده شد، از هر هشت بیمار در هفت بیمار علائم تکثیر ویروس در تومورهای سرطانی مشاهده شد اما این ویروس بر بافت های سالم بیمار تاثیری نگذاشته بود.

پزشکان مرکز تحقیقات بیمارستان اوتاوا گفته اند با وجود امیدوار کننده بودن نتایج این آزمایش های جدید، اما هنوز برای درمان قطعی سرطان با استفاده از این روش به زمان بیشتری نیاز است و دو یا سه سال دیگر زمان لازم است تا داروهای درمانی و دیگر اقلام پزشکی مورد نیاز برای تخریب سلول های سرطانی تولید شوند.

منبع: نشریه نیچر

مبتلا شوند اما چاقی در تشدید این احتمال نقش به سزایی دارد.

منبع: سایت Cochrane

روش نوینی برای درمان سرطان:

به نقل از نشریه علمی "نیچر" در آزمایشی که از سوی پزشکان بیمارستان اوتاوا روی ۲۳ بیمار انجام شد تلفیقی از دو روش پرتو درمانی و شیمی درمانی که برای درمان سرطان بر روی انسان به کار می رود به همراه روش جدید تزریق درون وریدی که سابق بر این تنها بر روی حیوانات انجام می شد، به کار رفته است که پزشکان نتایج حاصل از روش تزریق درون وریدی در حمله ویروسی به سلول های سرطانی و سالم ماندن سایر بافت های بدن را امید بخش توصیف کرده اند.

در این روش دانشمندان کانادایی موفق شدند با تزریق ویروس درون وریدی، فقط تومورهای سرطانی را هدف قرار دهند و به سایر بافت های سالم بدن آسیبی نرسانند.

گفتنی است در درمان های پرتویی و شیمیایی، علاوه بر هدف قرار دادن سلول سرطانی صدماتی جدی به دیگر بافت های بدن نیز وارد می شود که گاه این صدمات جبران ناپذیر هستند،

اما در روش جدید امید است با تزریق درون وریدی تنها سلول های سرطانی به وسیله ویروسی ششیه واکسن آبله مورد هدف قرار گیرد و به دیگر بافت های سالم بدن آسیبی نرسد.

دکتر "جان بل" دانشمند موسسه تحقیقاتی بیمارستان اتاوا درباره روش جدید مبارزه با سلول های سرطانی گفت که تلاش محققان این بود که امکان تزریق این ویروس به شیوه درون وریدی را به افراد

افزایش چشمگیر آمار دیابت در جهان

براساس تحقیقات انجمن دیابت اروپا افزایش چشمگیر در آمار دیابت در جهان گزارش شده است. آنها تخمین می زنند ۳۶۶ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند که در سال ۲۰۰۹ این تعداد ۳۰۰ میلیون نفر بودند. در ضمن آمارها نشان می دهند ۴،۶ میلیون نفر هر سال بر اثر دیابت می میرند. این آمار نباید تعجب برانگیز باشند به دلیل شیوع روز افزون چاقی.

در سری جدید مجله لنست در یک مقاله تخمین زده شد تا سال ۲۰۳۰ نیمی از آمریکایی ها چاق خواهند بود. سوال اینست برای اپیدمی چاقی و افزایش روز افزون دیابت در جهان چه می توانیم بکنیم؟

منبع:

Matt new mintz

md,international medicine

ارتباط چربی شکمی و آسم

در مطالعات قبلی متخصصان به وجود رابطه بین آسم و افزایش شاخص توده بدنی پی برده بودند اما شاخص توده بدنی در واقع بیان کننده چاقی کل بدن است در حالی که در این مطالعه پزشکان به طور اختصاصی میزان چاقی مرکزی یا چربی دور شکم را بررسی کرده اند.

به گزارش بلومبرگ، این پزشکان روی ۲۳ هزار و ۲۴۵ فرد بالغ سالم گروه های سنی ۱۹ تا ۵۵ سال برای مدت ۱۱ سال بررسی و آزمایش انجام دادند.

نتایج بررسی ها مشخص کرد در واقع چربی دور شکم احتمال ابتلا به آسم را ۱،۴۴ برابر افزایش می دهد در حالی که چاقی عمومی بدن نقش کمتری در این زمینه دارد. بعلاوه افرادی که هم چاقی عمومی و هم چربی دور شکم داشتند، ۱،۸۱ برابر بیشتر با خطر ابتلا به آسم مواجه هستند. هر چند افراد با هر وزن و اندازه ای ممکن است به بیماری آسم

آیا می دانید؟

چرا کنترل خشم در لحظه عصبانیت کار دشواری است؟

متخصصان روان شناسی در انگلیس می گویند وقتی سطح نوعی ماده شیمیایی در مغز موسوم به سروتونین کاهش پیدا کند که معمولاً در اثر گرسنگی یا استرس این اتفاق می افتد، کنترل خشم برای فرد کار دشواری می شود و در عوض پرخاشگری وی تشدید می شود.

در این مطالعه سطح سروتونین در مغز داوطلبان سالم و شرکت کننده در آزمایشات با دستکاری در رژیم غذایی آن ها، تغییر داده شد. سپس متخصصان از مغز این افراد در زمان بروز خشم، غم و در حالت خنثی اسکن برداری کردند.

به گزارش روزنامه تلگراف، این بررسی ها نشان داد که با تغییر در مقدار سروتونین مغز، ارتباطات بین مناطق مختلف این عضو حیاتی دستخوش تغییر می شود.

این یافته ها تأیید کردند وقتی سطح سروتونین در مغز کاهش یابد، برای قشر مخ در ناحیه خاصی از پشت پیشانی، کنترل واکنش های احساس دشوار می شود. جزئیات این مطالعه در مجله روان شناسی بیولوژیک منتشر شده است.

منبع: مجله روان شناسی بیولوژیک

یوگا اختلالات روان پریشی را بهبود می بخشد

گروهی از متخصصان بهداشت روانی در هند تأکید کردند: یوگا فقط یک ورزش سنتی برای تناسب اندام نیست بلکه تأثیر درمانی چشمگیری در بهبود اختلالات روان پریشی نیز دارد. متخصصان اخیراً تأثیر درمانهای مکمل را روی بیماران مبتلا به شیذوفرنی بررسی کردند آنها تأثیر انجام برنامه های یوگا و ورزش های عادی را با یک گروه کنترل مورد

مقایسه قرار دادند. این مطالعه تأیید کرد که تأثیر یوگا از سایر روش ها بیشتر است. به گزارش روزنامه اکسپرس، این آزمایشات نشان داد پس از سه ماه تمرین یوگا توان الکتریکی مغز در اثر فعالیت محرک های عصبی افزایش می یابد که در نتیجه در بهبود اختلالات روان پریشی موثر خواهد بود. همچنین پس از این تمرینات، سطح کورتیزول پلاسمایی که شاخص استرس و بیماری است کاهش پیدا کرد و به موازات آن علائم افسردگی نیز کمتر شد. شرح این بررسی ها در نشریه «بیوفیدبک» به چاپ رسیده است.

ساعت مناسب خواب و بیداری در تحرک و پیشگیری از چاقی کودکان موثر است

نتایج یک مطالعه جدید تأیید می کند که اگر کودکان شب ها زودتر به رختخواب بروند و صبح ها نیز زودتر از خواب بیدار شوند، کمتر دچار اضافه وزن شده و از نظر جسمی فعال تر خواهند بود. متخصصان دانشگاه استرالیایی جنوبی در این مطالعه ساعت خواب و بیدار شدن ۲۲۰۰ کودک را ثبت کردند. این کودکان در گروه سنی ۹ تا ۱۶ ساله بودند و وزن آنها در مدت مطالعات اندازه گیری شده و مورد مقایسه قرار گرفت. براساس گزارش روزنامه دیلی اکسپرس، در این بررسی ها میانگین ساعت خواب و بیداری کودکانی که زود به رختخواب می رفتند به ترتیب ۹.۲۰ شب و ۷ صبح و همچنین میانگین ساعت خواب و بیداری کودکانی که دیر به رختخواب می رفتند، به ترتیب ۱۰.۴۰ شب و ۸.۲۰ صبح بود.

متخصصان در پایان بررسی های خود به این نتیجه رسیدند کودکانی که شب ها دیر می خوابند ۱.۵ برابر بیشتر در معرض چاقی هستند. همچنین این کودکان دو برابر بیشتر با مشکل بی تحرکی مواجه می شوند و ۲.۹ برابر بیشتر مقابل تلویزیون یا رایانه می نشینند. آنها همچنین مدت زمان بیشتری را به بازی های رایانه ای اختصاص می دهند.

پزشکان همواره تأکید می کنند: کودکانی که کمبود خواب دارند از جنبه های مختلف به سلامت خود آسیب می رسانند و مشکلات جسمی و روانی پیدا می کنند.

منبع: روزنامه Daily Express

پتاسیم و احتمال خطر ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲:

افزایش روزافزون بروز و شیوع دیابت نوع ۲ در سطح دنیا، این مهم را به ما یادآوری می کند که عوامل تعیین کننده در این همه گیری (اپیدمی) و نیز راه های بهتر جلوگیری و درمان آن را مشخص کنیم. مادامی که چاقی بزرگترین عامل خطر بروز دیابت است، عوامل خطر دیگری نیز هستند که می توان به سادگی آنها را شناخت و برطرف کرد. سطح پتاسیم سرم خون و در مقیاس کمتر، سطح پتاسیم دریافتی از راه مصرف مواد غذایی، با بروز بیماری دیابت در ارتباط می باشد. در بعضی از مطالعات مشخص شده که سطوح پایین تر پتاسیم، با افزایش بیشتر احتمال خطر ابتلا به دیابت، در ارتباط می باشد. دیابت ملیتوس نوع ۲، در سرتاسر دنیا، به واسطه عوارض و ناتوانایی، مرگ و میر و مخارج بالای درمانی، بار شدید اقتصادی بر دوش جامعه تحمیل می کند. گرچه چاقی همچنان مهمترین عامل در بروز بیماری دیابت است، عوامل دیگر متابولیکی، محیطی و ژنتیکی، در اپیدمی ابتلا به دیابت موثرند. کمبود پتاسیم، در ارتباط با اختلال در متابولیسم گلوکز است. هر چند این ارتباط در شرایط نادر و غیر معمولی مانند بالا بودن آلدوسترون خون (هیپرآلدوسترونیسم) و یازمینه مصرف داروها به خصوص دیورتیک های تیازید، مطالعه شده است. تحقیقات اخیر به این سمت تمایل دارد که کاهش پتاسیم خون به عنوان یک عامل خطر احتمالی برای بروز دیابت است که هم شایع و هم قابل اصلاح شدن می باشد.

منبع:

Expert Review of Endocrinology and Metabolism

بين الملل



سازمان جهانی هموفیلی

فدراسیون جهانی هموفیلی (WHF) در سال ۱۹۶۳ توسط Frank schnable بنیان نهاده شد. ماجرا از جایی شروع شد که یک تاجر مونترالی با یک هموفیلی A شدید متولد شد. رویای او ارتقای سطح درمان و مراقبت برای درصدی از هزاران نفر بیمار مبتلا به هموفیلی در سراسر جهان بود.

ترجمه: ندا جلیلیان

برگزار می کرد و یک شبکه ی جهانی از مراقبین سلامت را ایجاد کرده است. انجمن هموفیلی ملی افراد مبتلا به هموفیلی و خانواده های آنها را سازمان دهی می کند. در سال ۱۹۶۴ کنگره ی (WHF) در آمستردام ساختار سازمان جدید را با یک قانون اساسی و هیئت اجرایی تعریف کرده بود.

(WHF) در سال ۱۹۶۹ وقتی که سازمان بهداشت جهانی رشد فزاینده ی شهرت جهانی فدراسیون را تصدیق کرد و روابط رسمی را پایه گذاری نمود، به نقطه ی عطفی دست یافت. این دو سازمان بر روی پروژه های مشترک شروع به کار کردند.

در سال ۱۹۷۰ (WHF) فعالیتش را توسعه داد:

(WHF) برنامه ی بین المللی مرکز درمانی هموفیلی را در سال ۱۹۷۰ معرفی کرد. این سازمان کمک هزینه های تحصیلی و کارگاه های متعدد را به متخصصان در زمینه های پزشکی در کشور های در حال توسعه، ارائه می دهد.

برای مثال تایلند یک کشور هدف بود، پروفیسور Parttrapon در (WHF) برای ترویج پیشرفت در مراقبت های ملی به فعالیت می پرداخته است. بر اساس جهت دهی او مرکز بانکوک، به یک حوزه ی عمده برای آموزش در مورد نحوه ی ارائه ی حداکثر مزایای درمان با منابع محدود، تبدیل گشت.

همچنین ۱۹۷۵ نیز یک دهه مملو از تولیدات و فرصت های جدید بود، امکان

عامل «clotting IX» (عامل کلوتین ۹) ندارند. نتیجه ی مشابه برای افراد مبتلا به (هموفیلی A&b این است که خون ریزی آنها به مدت طولانی تری نسبت به حالت عادی ادامه می یابد.

مساله زنان و دختران مبتلا به VWD:
زنان مبتلا به VWD نسبت به مردان به خاطر وجود عادت ماهانه و زایمان برای داشتن علائم این بیماری مستعد ترند. دختران ممکن است خون ریزی شدیدی را به خصوص هنگامی که دوره ی عادت ماهانه ی آنها شروع می شود، داشته باشند. زنان مبتلا به VWD معمولا خون ریزی قاعدگی شدید تریا طولانی تری دارند.

این جریان قاعدگی شدیدتر می تواند، باعث کم خونی (سطح پایین آهن در خون که باعث ضعف و خستگی می شود) گردد. زنان مبتلا به VWD باید به طور منظم از نظر وجود کم خونی بررسی شوند.

تاریخچه ای از فدراسیون جهانی هموفیلی:

فدراسیون جهانی هموفیلی (WHF) در سال ۱۹۶۳ توسط Frank schnable بنیان نهاده شد. ماجرا از جایی شروع شد که یک تاجر مونترالی با یک هموفیلی A شدید متولد شد. رویای او ارتقای سطح درمان و مراقبت برای درصدی از هزاران نفر بیمار مبتلا به هموفیلی در سراسر جهان بود.

بر پایه ی شش جامعه ی جهانی هموفیلی، این فدراسیون به سرعت رشد کرد، همچنین کنگره های جهانی را هر دو سال یک بار



هموفیلی چیست؟

هموفیلی یک مشکل (مربوط به) خون ریزی است، افراد مبتلا به هموفیلی خیلی سریع تر از افراد عادی دچار خون ریزی نمی شوند اما، آنها ممکن است برای مدت طولانی تری دچار خون ریزی شوند. (چرا که) خون آنها به اندازه ی کافی عامل «clotting» نمی سازد.

عامل «clotting» یک پروتئین در خون است که خون ریزی را کنترل می کند. بیماری هموفیلی غالبا نادر است، حدود یک نفر در هر ده هزار تولد با این بیماری، متولد می شوند.

انواع هموفیلی:

یک نوع بسیار متداول از هموفیلی «هموفیلی A» نامیده می شود، یعنی اینکه شخص به اندازه کافی عامل «clotting VIII» (عامل کلوتین ۸) ندارد. نوعی که کمتر متداول است، هموفیلی B نامیده می شود، این افراد به اندازه ی کافی



درمان در منزل و استفاده از پروفلاکس برای جلوگیری از خون ریزی برای کسانی که به آن نیاز داشتند پدید آمد. اما بعد تراژدی رخ داد.

در دهه ی ۱۹۸۰ ایدز به (WHF) ضربه زد:

بحران ایدز در ۱۹۸۲ رخ داد و سال بعد دکتر BRUCE EVATT داده هایی را به کنگره ی جهانی در استکهلم ارائه داد که موضوع آن بر روی سرایت ویروس ایدز به بیماران هموفیلی و فرآورده های خونی درمانی متمرکز بود.

(WHF) با هم کاری بیمارستان ارتوپدی لس آنجلس یک «مرکز جهانی ایدز برای بیماران هموفیلی» را با هدف ارتقای سرعت دست یابی به اطلاعات حیاتی در مورد بیماری، راه اندازی نمود.

وضعیت فعلی: برنامه های کشوری

(اقتباس از گزارش سالانه ی سازمان هموفیلی در سال ۲۰۱۰): (WHF) به طور فعالانه ۲۱ برنامه ی کشوری را در سال ۲۰۱۰ حمایت نموده است. در این کشور ها داوطلبان متخصص و کارکنان این سازمان در جهت بهبود عملکرد «سازمان مراقبت هموفیلی» در یکی یا بیش تر از پنج حوزه ی عمده ی: حمایت دولت، مراقبت های زایمان، مهارت های پزشکی (تشخیصی و درمانی)، محصولات درمان و سازمان دهی بیماران فعالیت می کرده اند.

مدل توسعه یافته VWD برپایه مدل مراقبت های بهداشتی عمومی به رسمیت شناخته شده است، که این مدل به صورت یک روش گام به گام برای به حداکثر رساندن استفاده از منابع موجود، و حصول اطمینان از توسعه ی پایدار در دراز مدت، طراحی شده است.

نکات برجسته ی این فعالیت ها شامل موارد زیر می باشد:

- اعلام حمایت دولت برای مراقبت هموفیلی

مزایای عضویت در این فدراسیون شامل موارد زیر است:

- تخفیف مزایای ثبت نام برای مناسبت ها تا ۵۵ درصد برای کنگره ی جهانی (WHF) در سال ۲۰۱۲ در پاریس/ فرانسه
- بیش از ۲۰ درصد تخفیف نرخ اشتراک مجله ی هموفیلی- مجله رسمی (WHF)
- ۸۰ درصد تخفیف در انتشارات (WHF)
- خبر نامه رسمی (WHF)
- گزارش سالانه (WHF)
- اشتراک الکترونیکی (WHF)
- خبر نامه ها و بولتن های الکترونیکی

چگونه عضو شویم:

شما می توانید فرم عضویت خود را ارسال نموده و اطلاعات پرداخت را توسط پست الکترونیکی ارسال کنید.
e-mail.membership@wfh.org

منبع:

سایت رسمی سازمان جهانی هموفیلی

و تصویب پروتکل درمان ملی در کویت.
- تاسیس یک اردوگاه برای بانوان مبتلا به هموفیلی در هندوراس، اولین ابتکار عمل از این نوع در آمریکای لاتین صورت گرفت.

- سازمان دهی یک کارگاه فیزیوتراپی ۲ روزه در بنگلادش، که به تربیت فیزیوتراپیست و ارائه ی آموزش به بیش از ۲۰۰ بیمار و خانواده های آنها، در مورد اهمیت فیزیوتراپی ورزش منظم پرداخت.

عضویت و شرایط آن:

شما می توانید عضوی از اعضای فدراسیون جهانی هموفیلی شوید و با عضویت خود را تمديد کنید و به شبکه ای از افراد دلسوز نسبت به درمان برای همه ی بیماران ملحق شوید.

حق عضویت شما به پرداخت هزینه های تحویل کمک های بشر دوستانه، تربیت مراقبین سلامت متخصص، و ارائه آموزش و امید به خانواده های درگیر بیماری در سراسر جهان کمک می کند.

هزاران نفر از مردم همه ساله به برنامه کمک های گسترده (WHF) تکیه می کنند.

فعالیت های روز جهانی دیابت

در روز ۱۴ نوامبر (۲۳ آبان ماه) امسال نیز رویدادهای بسیار زیادی در سراسر دنیا به مناسبت اطلاع رسانی برای ۳۶۶ میلیون نفری که با بیماری دیابت روزگار خود را سپری می کنند و همچنین برای چندین میلیون نفری که در معرض ابتلا به دیابت هستند به وقوع پیوست. این حرکت در واقع مرهون زحمات ۲۰۰ نفر عضو فدراسیون بین المللی دیابت از ۱۶۰ کشور جهان و هزاران سازمان و اعضای افتخاری است. به گفته فدراسیون بین المللی دیابت، تصاویر و گزارش هایی که از سراسر دنیا به این فدراسیون ارسال شده، بیانگر عزم جهانی در اشاعه تجربیات ملت ها برای برگزاری این روز است که با وحدت خود گرد دایره آبی رنگ که نشانه و سمبل جهانی دیابت است، جمع شده و به همگان یادآور می شوند که "از همین لحظه با خطر ابتلاء به دیابت مقابله کن"

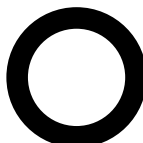
در زیر نظری به برخی از رویدادهای دنیا به مناسبت روز ۱۴ نوامبر، روز جهانی دیابت در سراسر دنیا می افکنیم:

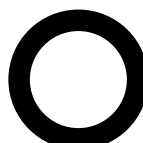
بیش از ۷۰۰ بنای شناخته شده در دنیا در این روز به رنگ آبی درآمد. ۵۶ گروه از افراد دیابتی در ۲۷ کشور جهان دایره های آبی رنگی به منظور اطلاع رسانی به افراد سالم حمل کردند.

بیش از ۵۰۰ فعالیت و رویداد از ۱۰۰ کشور جهان برای روز جهانی دیابت در فدراسیون بین المللی دیابت ثبت شد. بیش از ۱٫۵ میلیون بازدید از وقایع روز جهانی دیابت ۱۴ نوامبر از سایت های اینترنتی مرتبط صورت گرفت. ۱۶۵۰۰ نفر در اینترنت از رویدادهای این روز حمایت کردند.

فریبا لاهوتی

منبع: فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)


روز جهانی دیابت
۲۳ آبان ۱۳۹۰


world diabetes day
14 November

جدول کنفرانس های بیماری های خاص در سه ماهه نخست سال ۲۰۱۲ میلادی

عنوان	موضوع	زمان	مکان	نشانی اینترنتی
بیماری های کلیوی	Diabetes & Kidney	۲۳ فوریه ۲۰۱۲ ۴ اسفند ۱۳۹۰	بیرمنگام - انگلستان	www.renal.org/events
سرطان	World Cancer Immunotherapy Conference: Challenges & Opportunities in clinical Development	۲۵ ژانویه ۲۰۱۲ ۵ بهمن ۱۳۹۰	سن دیه گو - کالیفرنیا	www.conferencealerts.com
سرطان	Multi Disiplinary Approach to Cancer Therapy	۲۵ ژانویه ۲۰۱۲ ۵ بهمن ۱۳۹۰	دبی - امارات متحده عربی	www.conferencealerts.com
سرطان	2nd Annual Clinical Trials in Oncology	۳۰ ژانویه ۲۰۱۲ ۱۰ بهمن ۱۳۹۰	رم - ایتالیا	www.conferencealerts.com
سرطان	8th European Breast Cancer conference	۲۱ مارس ۲۰۱۲ ۲ فروردین ۱۳۹۱	وین - اتریش	www.conferencealerts.com
تالاسمی	1st Pan- Asian Conference on Hameoglobinopathies	۸ فوریه ۲۰۱۲ ۱۹ بهمن ۱۳۹۱	بانکوک - تایلند	www.thalasemaiinternational federation.com

فرهنگی



خواندنی ها

به سرطان ریه را کاهش می دهد. مواد «فلاونوید» از دچار شدن به انواع بیماری ها جلوگیری می کند و به وفور در پیاز یافت می شود. پیاز برای پوست بسیار مفید است. زیرا خون را تصفیه می کند و در نتیجه رنگ چهره زیباتر و جذاب تر می شود.

همچنین پیاز به دلیل داشتن گوگرد باعث افزایش رشد موهای سر می شود. پیاز به دلیل داشتن آهک، دندانها را محکم می کند و باعث استحکام استخوان بندی بدن می شود... بنابراین خوردن پیاز در کودکان مبتلا به نرمی استخوان و سالمندان مفید است.

اگر سرما خورده اید، چند پیاز را برش داده و در نقاط مختلف خانه قرار دهید... پیاز مانند یک دستگاه تصفیه هوا از ابتلای سایر اعضای خانواده به این بیماری جلوگیری خواهد کرد.

منبع: سلامت نیوز

ارتباط بین سرعت غذا خوردن و چاقی!
کارشناسان در دانشگاه اوتاگو دریافته اند: زنان میانسالی که آرام تر غذا می خورند کمتر دچار چاقی یا حتی اضافه وزن می شوند در حالی که نرخ افزایش وزن در افرادی که سریع تر غذا می خورند به مراتب بیشتر است.

این کارشناسان ارتباط بین سرعت غذا خوردن و شاخص توده بدنی را در بیش از ۱۵۰۰ شرکت کننده زن نیوزلندی که بین ۴۰ تا ۵۰ سال داشتند بررسی کرده و به این نتایج دست یافتند.

دکتر کارولین هوروات سرپرست اصلی در این مطالعه متذکر شد: پس از تطبیق دادن سایر عوامل مثل سن، نژاد، سیگار و سایر موارد معلوم شد زنانی که سریع تر می خورند، شاخص توده بدنی بیشتری دارند.

با توجه به نتایج حاصل از این آزمایشات کارشناسان تاکید کردند کاهش سرعت خوردن

مصرف اسفناج و تخم مرغ

دانشمندان مریلندی می گویند که دو ماده مغذی موجود در اسفناج و تخم مرغ و دیگر سبزیجاتی که برگ سبز دارند، باعث جلوگیری از نابینایی در میان سالمندان می شود. این دو ماده غذایی به نام های لوتئین و زکسانتین که از کاروتنوئیدها می باشند در میوه ها و سبزیجات باعث رنگ زرد می شود. این دو ماده به چشم اجازه می دهد که در برابر امواج نوری کوتاه و مخرب عمل فیلترسازی را انجام دهند و مانع از اثر مخرب آنها بر چشم شوند. کسانی که در رژیم غذایی خود از غذاهای حاوی این دو ماده استفاده می کنند تا ۳۵ درصد شانس ابتلا به اختلالات بینایی در سالمندی را در خود کاهش می دهند. از جمله غذاهای مفید در این خصوص می توان به اسفناج، تخم مرغ، کلم، شلغم، گل کلم، کاهو، کدوسبز، نان ذرت و کلم اشاره کرد.

خواص دارویی پیاز

از پیاز به عنوان یک داروی ضد عفونی کننده استفاده می شود. مالیدن آب پیاز به صورت از ایجاد لکه ها جلوگیری می کند. پیاز سرشار از ویتامین C، کلسیم، منیزیم، فسفر، پتاسیم، سدیم، گوگرد و اسید فولیک و مقدار کمی آهن، مس و روی است که تاکنون تحقیقات زیادی برای اثبات خواص آن صورت گرفته است.

خوردن پیاز در پیشگیری از پوکی استخوان مؤثر است؛ چرا که پیاز با جلوگیری از کاهش مواد معدنی به ویژه کلسیم موجود در سلول های استخوانی از بروز پوکی استخوان جلوگیری می کند. پژوهشگران دانشگاه برن سوئیس، ترکیبی در پیاز شناسایی کرده اند که از کاهش حجم استخوان و پوکی آن جلوگیری می کند.

پیاز، قند خون و کلسترول را پایین می آورد. مواد شیمیایی موجود در پیاز خطر ابتلا



اثر حفاظت بخش چای سبز

تحقیقات نشان می دهد چای سبز به افراد کمک می کند دفاع متابولیک شان را در برابر سموم موثر در ایجاد سرطان افزایش دهند. کاتچین های چای سبز در مقادیری معادل با آنچه در ۸ تا ۱۶ فنجان نوشیدنی آن موجود است تولید آنزیم های متعلق به خانواده گلوکوتاسیون S - ترنسفراز GST را افزایش می دهد. آنزیم های GST در دفاع بدن در برابر مواد شیمیایی و دیگر توکسین های مسبب سرطان نقش مهمی دارند و این آنزیم ها مواد سرطان زا را به مواد شیمیایی غیر سمی تبدیل می کنند.

منبع: science daily

روغن زیتون

روغن زیتون یا روغن هسته انگور را می توانید به جای کره در پخت غذا استفاده کنید. هر دوی این روغن ها برای سلامتی بسیار مفید هستند. هیچ کدام از این روغن ها، دارای چربی های اشباع یا چربی های ترانس نیستند.

محققان به این نتیجه رسیده اند که کره حیوانی نسبت به مارگارین یا کره گیاهی کم ضررتر است، چرا که بدن ما احتیاج به مقدار کمی چربی اشباع دارد (برای لطافت پوست و مو و ...). می توان در حد بسیار کمی چربی ترانس مصرف کرد، ولی باید رژیم غذایی فرد، غنی از مواد لازم برای سلامتی و تندرستی فرد باشد.

منبع: انستیتوی دارویی - تغذیه ای

روشی موثر و امیدبخش برای جلوگیری از افزایش وزن است و می تواند شاخص توده بدنی افراد را به میزان قابل توجهی کاهش دهد.

منبع: science daily

رژیم های افراطی برای کاهش وزن موجب نازایی میشود

کارشناسان بهداشتی انگلیس هشدار دادند: رژیم گرفتن های افراطی و اختلالات تغذیه ای می تواند موجب نازایی زنان در سنین جوانی شود.

منطقه هیپوتالاموس در مغز، آزاد شدن هورمون هایی را از غده هیپوفیز در کنترل دارد که نقش این هورمون ها تنظیم فعالیت دوره های ماهانه و توان تولیدمثل در زنان است. وقتی خانمی وزن زیادی از دست بدهد، این مکانیسم در مغز وی متوقف می شود. بدن زنان به آهن نیاز دارد و با کاهش شدید وزن ذخیره املاح بدن آنها به طرز چشمگیری کاهش پیدا می کند که در نتیجه تاثیر نامطلوبی روی قدرت بارور شدن در آنها برجای می گذارد و در نهایت زنان را از نعمت بچه دار شدن محروم می کند.

منبع: کلینیک باروری لیستر در لندن

راههای لاغر شدن بدون رژیم

شاید شنیدن نام رژیم شما را هم عصبی کند. گرسنگی و غذا نخوردن و ضعف را به یادتان بیاورد. باید بدانید تا اندکی تغییر در برنامه غذایی روزانه خود میتوانید از شر چربی های لعنتی نجات پیدا کنید. بدون اینکه گرسنگی بکشید، به گزارش سلامت نیوز در این مقاله سعی می کنیم ۱۹ راه عملی برای کاهش وزن بدون رژیم را به شما آموزش دهیم.

۱- زمان غذا خوردن خود را تا ۲۰ دقیقه افزایش دهید. وقتی تند تند غذا می خورید بدنتان نمی تواند سیگنالهای مربوط به سیر شدن را دریافت کند که این خود منجر به پرخوری می شود.

۲- یکساعت بیشتر بخوابید. با این روش

هم اشتهای شما کم می شود هم گرسنگی کمتری احساس می کنید.

۳- سبزیجات بیشتری بخورید. با خوردن سبزیجات هم کالری کمتری دریافت کرده اید و هم سوخت و ساز بدنتان را افزایش داده اید. به سالادتان هم به جای سس های چرب بهتر است آبلیمو اضافه کنید.

۴- سوپ بخورید. اضافه کردن سوپ به برنامه غذایی این مزیت را دارد که شما معده تان را با غذایی که کالری کمتری دارد پر می کنید. سوپ سبزیجات هم مواد غذایی لازم را به بدنتان می رساند هم کالری کمتری دارد. اما مواظب باشید در دام سوپ های خامه ای و آماده به مصرف نیفتید.

۵- غلات سبوس دار مصرف کنید. مصرف غلات کامل مثل جو، جو دو سر، گندم، برنج نیز تاثیر زیادی در کاهش وزن دارند و کلسترول را هم کاهش می دهند.

۶- لباس های قدیمی مورد علاقه به خود را در جایی که هر روز می بینید بگذارید تا تصور کنید که وقتی لاغر شدید باز هم می توانید از آنها استفاده کنید.

۷- به جای پیتزای گوشت، پیتزای سبزیجات بخورید و سعی کنید از روغن زیتون برای آماده سازی مواد آن استفاده کنید.

۸- قند مصرفی روزانه را کاهش دهید: به جای خوردن هر روز نوشابه از شربت حاوی لیمو استفاده کنید لازم است بدانید هر لیوان نوشابه حاوی ۱۰ قاشق شکر است.

۹- برای کاهش کالری مایعاتی که می خورید، از لیوانهای کشیده و بلند به جای لیوانهای تپل و کوتاه استفاده کنید.

۱۰- خوردن چای سبز یک استراتژی خوب برای از دست دادن وزن است و سوخت و ساز بدن را افزایش می دهد.

۱۱- یوگا: زنانی که یوگا انجام می دهند تمایل بیشتری به لاغر بودن دارند. محققان دریافته اند که احساس آرامش به افراد کمک می کند تا احساس سیری در زمان مناسب را از طریق بدنشان دریافت کنند.

۱۲- خوردن غذاهای خانگی حداقل ۵ روز در هفته باعث می شود هم از نحوه پخت و پز آن اطمینان داشته باشید و هم بتوانید از

سبزیجات بیشتری استفاده کنید.

۱۳- هنگام خوردن مکث کنید: لازم نیست در یک چشم به هم زدن بشقابتان را خالی کنید. باید کمی در حین غذا خوردن مکث کنید.

۱۴- جویدن آدامس نعنای قوی: جویدن آدامس هنگامی که شما تمایل به خوردن یک میان وعده دارید می تواند شما را از خوردن مواد پر کالری نجات دهد.

۱۵- ظرف غذای خود را کوچک کنید: کوچکتر کردن ظرف غذای خود به کاهش ۱۰۰ تا ۲۰۰ کالری در هر وعده کمک می کند.

۱۶- قانون ۲۰، ۸۰: این قانون به شما یاد می دهد که ۸۰ درصد حجم معده خود را پر کنید و ۲۰ درصد را خالی بگذارید. این بدان معناست که نباید گنجایش معده خود را تکمیل کنید.

۱۷- اگر مجبور شدید در رستوران غذا بخورید نکات زیر را تحت نظر بگیرید:

۱- با یک دوست غذای خود را تقسیم کنید.

۲- بشقاب کودک انتخاب کنید.

۳- نیمی از غذای خود را همراه خود به خانه ببرید.

۴- ابتدا بشقاب سبزیجات را بخورید.

۱۸- سس قرمز کمتری روی ماکارونی خود بریزید و توجه کنید یک وعده ماکارونی شامل یک فنجان یا اندازه یک توپ تنیس است.

۱۹- به کاهش وزن به صورت سالیانه هم فکر کنید.

- اگر می توانید در هر روز ۱۰۰ کالری بیشتری بسوزانید.

- ۲۰ دقیقه پیاده روی کنید.

- ۳۰ دقیقه خانه داری کنید.

- علف ها و گل های باغچه را ۲۰ دقیقه هرس کنید.

- روزهایی که کالری کمتری دریافت کرده اید برای خود یک جشن کوچک بگیرید یا یک جایزه بخرید.

منبع: سلامت نیوز

جدول سودوکو

				۵	۳			۱
۸	۵		۶	۱			۳	
۱			۴	۹	۷			۲
	۱	۸	۹	۲	۵	۳		۷
۷		۴				۶	۲	
۲	۳	۵	۷	۴			۱	۹
		۷		۶	۹			۸
۹		۱		۳	۸	۴	۷	۶
۵	۸	۶	۲	۷		۱	۹	۳

۵		۷		۶		۳		۴
		۸				۷	۱	۶
		۹		۴	۷	۲	۵	
۶				۷			۳	
			۸	۱	۶		۲	۵
۲	۸	۵			۹			
	۵	۲		۸		۱		۷
				۵				۳
۳	۴	۶	۷			۵	۸	۲

	۲			۸		۹		۷
۳		۹				۵		۲
۸	۴							
	۳							
	۹	۸	۳	۵			۱	
	۱			۴		۳		۵
			۲	۱	۵			۴
					۸	۲		
۱	۵		۴					

روز عاشورا نمی دانی که هست
 ماتم جانی، که از قرنی به ست
 پیش مؤمن کی بود این قصه، خوار؟
 قدر عشق کوش، عشق کوشوار
 پیش مؤمن، ماتم آن پاک روح
 شهره تر باشد ز صد طوفان نوح
 چون که ایشان، خسرو دین بوده اند
 وقت شادی کشت، بکستند بند
 سوی شادروان دولت تاختند
 کنده وزنجیر را، انداختند
 مولانا جلال الدین بلخی

drugs.

- Monoclonal antibodies, including cetuximab (Erbix), panitumumab (Vectibix), bevacizumab (Avastin), and other drugs have been used alone or in combination with chemotherapy.

You may receive just one type, or a combination of these drugs.

RADIATION

Although radiation therapy is occasionally used in patients with colon cancer, it is usually used in combination with chemotherapy for patients with stage III rectal cancer.

For patients with stage IV disease that has spread to the liver, various treatments directed specifically at the liver can be used.

This may include:

- Burning the cancer (ablation)
- Delivering chemotherapy or radiation directly into the liver
- Freezing the cancer (cryotherapy)
- Surgery

Support Groups

For additional resources and information, see: Colon cancer support groups.

Expectations (prognosis)

Colon cancer is, in many cases, a treatable disease if it is caught early.

How well you do depends on many things, including the stage of the cancer. In general, when they are treated at an early stage, many patients survive at least 5 years after their diagnosis. (This is called the 5-year survival rate.)

If the colon cancer does not come back (recur) within 5 years, it is considered cured. Stage I, II, and III cancers are considered potentially curable. In most cases, stage IV cancer is not considered curable, although there are exceptions.

Complications

- Blockage of the colon
- Cancer returning in the colon
- Cancer spreading to other organs or tissues (metastasis)
- Development of a second primary colorectal cancer

Calling your health care provider

Call your health care provider if you have:

- Black, tar-like stools
- Blood during a bowel movement
- Change in bowel habits

Prevention

The death rate for colon cancer has dropped in the last 15 years. This may be due to increased awareness and screening by colonoscopy.

Colon cancer can almost always be caught by colonoscopy in its earliest and most curable stages. Almost all men and women age 50 and older should have a colon cancer screening. Patients at risk may need earlier screening. Colon cancer screening can often find polyps before they become cancerous. Removing these polyps may prevent colon cancer.

For information, see:

- Colon cancer screening
- Colonoscopy

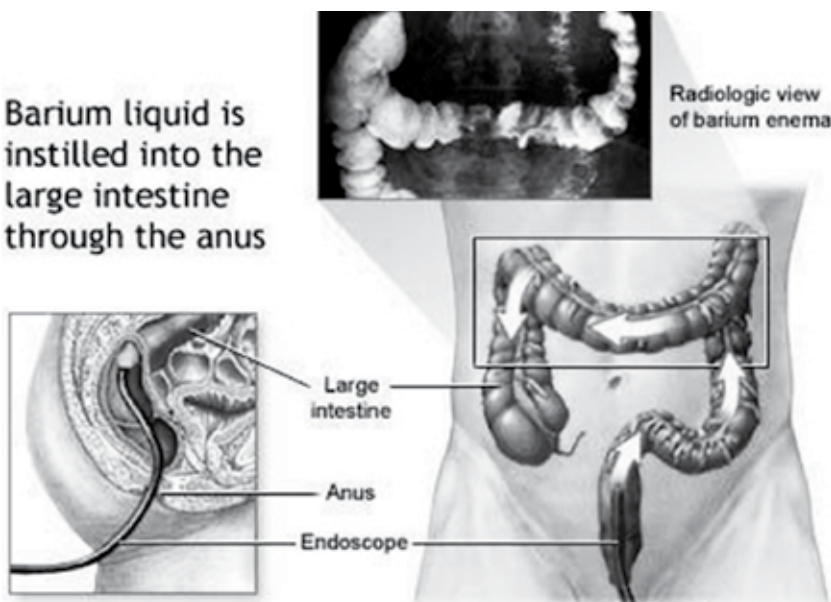
Changing your diet and lifestyle is important. Some evidence suggests that low-fat and high-fiber diets may reduce your risk of colon cancer.

Some studies have reported that NSAIDs (aspirin, ibuprofen, naproxen, celecoxib) may help reduce the risk of colorectal cancer. However, these medicines can increase your risk for bleeding and heart problems. Most expert organizations do not recommend that most people take these medicines to prevent colon cancer. Talk to your health care provider about this issue.

References

1. Burt RW, Barthel JS, Dunn KB, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Colorectal cancer screening. J Natl Compr Canc Netw. 2010;8:8-61.
 2. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. Colorectal cancer. Lancet. 2010;375:1030-1047.
 3. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2010;60:99-119.
- Review Date: 12/28/2010.
Reviewed by: Yi-Bin Chen, MD, Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc.

Barium liquid is instilled into the large intestine through the anus



cancer can be detected before symptoms develop, when it is most curable.

Your doctor will perform a physical exam and press on your belly area. The physical exam rarely shows any problems, although the doctor may feel a lump (mass) in the abdomen. A rectal exam may reveal a mass in patients with rectal cancer, but not colon cancer.

A fecal occult blood test (FOBT) may detect small amounts of blood in the stool, which could suggest colon cancer. However, this test is often negative in patients with colon cancer. For this reason, a FOBT must be done along with colonoscopy or sigmoidoscopy. It is also important to note that a positive FOBT doesn't necessarily mean you have cancer.

Imaging tests to screen for and potentially diagnose colorectal cancer include:

- Colonoscopy
- Sigmoidoscopy

Note: Only colonoscopy can see the entire colon, and this is

the best screening test for colon cancer.

Blood tests that may be done include:

- Complete blood count (CBC) to check for anemia
- Liver function tests

If your doctor learns that you do have colorectal cancer, more tests will be done to see if the cancer has spread. This is called staging. CT or MRI scans of the abdomen, pelvic area, chest, or brain may be used to stage the cancer. Sometimes, PET scans are also used.

Stages of colon cancer are:

- Stage 0: Very early cancer on the innermost layer of the intestine
- Stage I: Cancer is in the inner layers of the colon
- Stage II: Cancer has spread through the muscle wall of the colon
- Stage III: Cancer has spread to the lymph nodes
- Stage IV: Cancer has spread to other organs

Blood tests to detect tumor markers, including carcinoem-

bryonic antigen (CEA) and CA 19-9, may help your physician follow you during and after treatment.

Treatment

Treatment depends partly on the stage of the cancer. In general, treatments may include:

- Surgery (most often a colectomy) to remove cancer cells
- Chemotherapy to kill cancer cells
- Radiation therapy to destroy cancerous tissue

SURGERY

Stage 0 colon cancer may be treated by removing the cancer cells, often during a colonoscopy. For stages I, II, and III cancer, more extensive surgery is needed to remove the part of the colon that is cancerous. (See: Colon resection)

There is some debate as to whether patients with stage II colon cancer should receive chemotherapy after surgery. You should discuss this with your oncologist.

CHEMOTHERAPY

Almost all patients with stage III colon cancer should receive chemotherapy after surgery for approximately 6 - 8 months. The chemotherapy drug 5-fluorouracil has been shown to increase the chance of a cure in certain patients.

Chemotherapy is also used to improve symptoms and prolong survival in patients with stage IV colon cancer.

- Irinotecan, oxaliplatin, capecitabine, and 5-fluorouracil are the three most commonly used

Colon cancer

Colon, or colorectal, cancer is cancer that starts in the large intestine (colon) or the rectum (end of the colon).

Other types of cancer can affect the colon, such as lymphoma, carcinoid tumors, melanoma, and sarcomas. These are rare. In this article, use of the term "colon cancer" refers to colon carcinoma only.

Causes, incidence, and risk factors

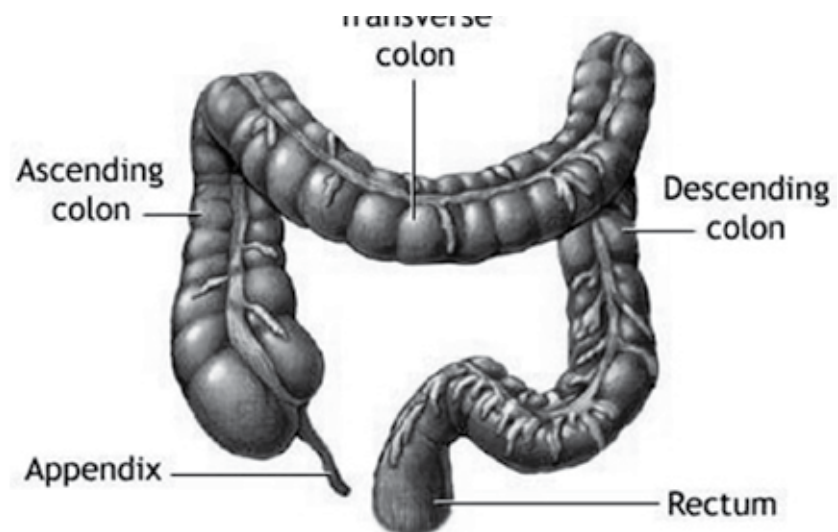
According to the American Cancer Society, colorectal cancer is one of the leading causes of cancer-related deaths in the United States. However, early diagnosis often leads to a complete cure.

Almost all colon cancer starts in glands in the lining of the colon and rectum. When doctors talk about colorectal cancer, this is usually what they are talking about.

There is no single cause of colon cancer. Nearly all colon cancers begin as noncancerous (benign) polyps, which slowly develop into cancer.

You have a higher risk for colon cancer if you:

- Are older than 60
- Are African American of eastern European descent
- Eat a diet high in red or processed meats
- Have cancer elsewhere in the



body

- Have colorectal polyps
- Have inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis)
- Have a family history of colon cancer
- Have a personal history of breast cancer

Certain genetic syndromes also increase the risk of developing colon cancer. Two of the most common are:

- Familial adenomatous polyposis (FAP)
- Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC), also known as Lynch syndrome

What you eat may play a role in your risk of colon cancer. Colon cancer may be associated with a high-fat, low-fiber diet and red meat. However, some studies have found that the risk does not

drop if you switch to a high-fiber diet, so this link is not yet clear. Smoking cigarettes and drinking alcohol are other risk factors for colorectal cancer.

Symptoms

Many cases of colon cancer have no symptoms. The following symptoms, however, may indicate colon cancer:

- Abdominal pain and tenderness in the lower abdomen
- Blood in the stool
- Diarrhea, constipation, or other change in bowel habits
- Narrow stools
- Weight loss with no known reason

Signs and tests

With proper screening, colon

the victims was Frank Schnabel, who died in 1987. Until the end, he reaffirmed his vision with the words: "We are going to emerge victorious." To prevent any recurrence of the AIDS tragedy, the WFH set up a system of international groups and activities to monitor the safety and supply of hemophilia treatment products.

1990s: A decade of change

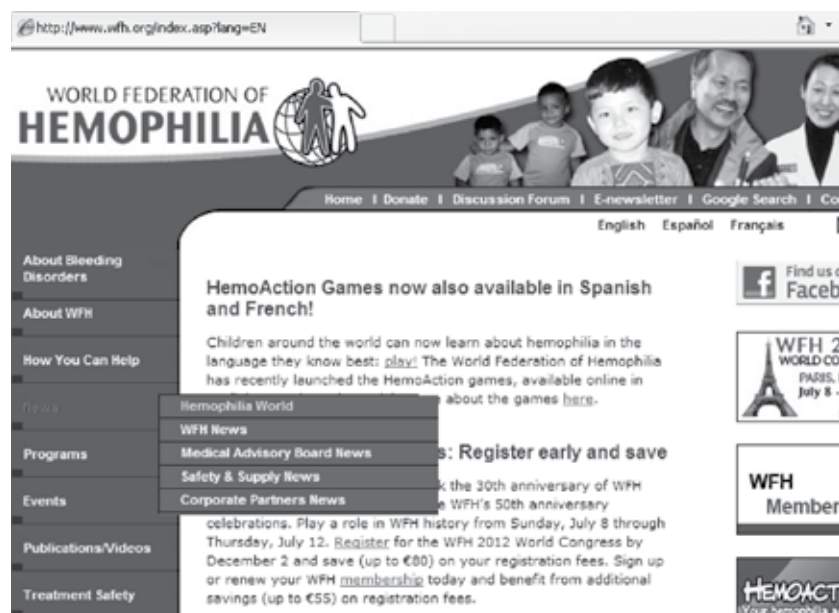
Many changes followed the death of the WFH's founder. Business professional Charles Carman was elected president in 1988 and introduced important management structures. A 10-year plan was launched in 1992 and the funding base was broadened with new sponsors.

Brian O'Mahony, an Irish medical laboratory scientist with severe hemophilia, took over in 1994. He brought together the WFH's Executive Committee and Council as one body composed equally of doctors and people with hemophilia. A modified constitution was adopted in 1996. Greater access to improved products, self-treatment, and prophylaxis showed up the stark differences between the developed and developing countries. Under O'Mahony, the WFH focused its efforts more on the developing world, with programs that would help countries to help themselves. One major step was the introduction of twinning programs in 1994-95 to link hemophilia organizations and treatment centres in developed and developing countries. By 2003, the WFH was helping more than 40 twins arrange training, workshops and other skills transfer

activities. Also during the mid-1990s, healthcare development programs and publications were expanded to include public affairs, data and demographics, and humanitarian aid. Twinning, humanitarian aid, medical training, data collection and other programs continued to grow. A project in Chile represented the WFH's first major success in achieving rapid and significant improvement in hemophilia. The WFH brought together what came to be called the "winning coalition." Industry donated product; the Ministry of Health established a national hemophilia program, a key treater co-ordinated the program's implementation; others received specialized training; and the patient organization carried out an educational and advocacy role. The WFH served as a catalyst and adviser. The lives of Chilean hemophilia patients changed dramatically in five years and the "winning coalition" model has been adapted successfully to other countries.

2000s Closing the GAP

On World Hemophilia Day, April 17, 2003, the WFH launched the Global Alliance for Progress (GAP) in hemophilia. The 10-year health development initiative aims to greatly increase the diagnosis and treatment of people with hemophilia in about 20 developing countries. GAP is building on existing WFH hemophilia care projects in 60 developing countries and initiating new programs in many more places. Brian O'Mahony ended his term in 2004 and Washington attorney, Mark Skinner, was elected the new WFH president. Skinner has had extensive involvement with the bleeding disorders community, fundraising, and advocacy for improved safety and supply of blood products. "The WFH enjoyed tremendous growth under Brian O'Mahony's leadership," says Skinner. "The organization is now at a new stage and I'm confident that my experience will complement his work."



The World Federation of Hemophilia – A History

1960s: Beginnings

The World Federation of Hemophilia (WFH) was established in 1963 by Frank Schnabel, a Montreal businessman born with severe hemophilia A. His vision was to improve treatment and care for “the hundreds of thousands of hemophiliacs” worldwide through a new international organization. From a base of six national hemophilia societies, the Federation grew rapidly. It held world congresses every two years and created a global network of healthcare providers, national hemophilia associations, people with hemophilia and their families. At the 1964 WFH congress in Amsterdam, the structure of the new organization was defined with a constitution and an executive board. The WFH reached a turning point in 1969 when the World Health Organization acknowledged the Federation’s growing international reputation and established official relations. The two bodies began working on joint projects.

1970s: The WFH expands its activities

The WFH introduced the International Hemophilia Training Centre program in the 1970s, offering numerous fellowships and workshops to medical professionals from the developing world. Thailand was one target country; the WFH worked with Professor Partraporn Isarangkura to promote progress in national hemophilia care. Under her direction the Bangkok



Join us for the WFH 2012 World Congress in Paris

City of Light to brighten 50th anniversary celebrations



Craig T. McEwen
WFH CONGRESS AND MEETINGS DIRECTOR

The World Federation of Hemophilia (WFH) will be celebrating in a big way in Paris, France, next year. The 2012 World Congress will mark the 50th anniversary of WFH Congresses and will also launch the WFH’s 50th anniversary celebrations. Play a

role in WFH history from Sunday, July 8 through Thursday, July 12, 2012!

CONGRESS PROGRAM

The plenary lectures will focus on the international history of hemophilia and inherited bleeding disorder development, providing tribute to the many people in our community, both past and present.

who strive to improve treatment and care throughout the world. The medical program will include new scientific research and clinical trials profiling future advances in treatment products and clinical care. The multidisciplinary track will deliver and discuss holistic patient healthcare issues, lifestyle opportunities, and provide approaches, if not solutions, for the challenges ahead. Women’s and youth issues are highlighted throughout and there will be professional development workshops in publishing and clinical research to support the WFH’s research program.

PARIS—THE CITY OF LIGHT

Paris is one of the most fascinating and romantic cities in Europe; tourists visiting the wonderful French capital will find that the number of things to see and do are limitless. Known as the “City of Light”, the beauty of Paris is overwhelming with its architectural and artistic heritage, making any visit an unforgettable experience.

Every year, 40 million tourists come to Paris to marvel at its exquisite beauty, savour its exceptional cuisine and indulge in its world-famous shopping. The sheer magnificence of Paris never fails to surpass all expectations and has something for everyone—be it history, architecture, arts, or culture. Although Paris has a population of 12 million inhabitants, the city is relatively small in comparison to many world capitals, making it very accessible for visitors, with many of the major points of interest and splendid Parisian landmarks, including the Eiffel Tower, the Champs Elysees, l’Arc de

Continued on page 2...

4 **DEFINING THE WFH ROLE IN RESEARCH**
Research Committee established from discussions at the first Global Research Forum

5 **HUMANITARIAN AID: SUPPORTING TREATMENT FOR ALL**
56 countries received humanitarian aid from the WFH last year

7 **TWINS OF THE YEAR**
Hemophiliacs shared across four continents

8 **NEW WFH EXECUTIVE COMMITTEE MEMBER**
David Silva from Spain is co-opted to the committee

10 **MSK CONGRESS IN DUBAI**
Record number of delegates in attendance despite last-minute issues

WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA
FEDERATION MONDIALE DE HEMOPHILIE
FEDERACION MUNDIAL DE HEMOFILIA
Treatment for All

centre became a major venue for training on how to provide maximum treatment benefits with limited resources.

The 1970s were also the decade of new products and opportunities, enabling home treatment and the use of prophylaxis to prevent bleeding — for those who could afford it. Then tragedy struck.

1980s: AIDS hits the hemophilia community

The AIDS crisis struck in 1982

and the following year Dr. Bruce Evatt presented data to the World Congress in Stockholm connecting HIV infection in hemophilia patients and plasma-derived treatment concentrates. The WFH set up the World Hemophilia AIDS Centre with the Los Angeles Orthopedic Hospital to provide rapid access to vital information about the disease. AIDS contracted from HIV-contaminated treatment products swept through the hemophilia community. Among

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف : اشخاص حقیقی

نام : نام خانوادگی:
میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:
آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :
کد پستی ده رقمی :
تلفن ثابت : تلفن همراه:
پست الکترونیک : تاریخ شروع اشتراک:

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز / مؤسسه : تاریخ شروع اشتراک:
آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :
کد پستی ده رقمی :
تلفن ثابت : پست الکترونیک :

حق اشتراک سالانه:

هزینه اشتراک سالیانه (۴ شماره) به انضمام هزینه پستی ۵۰,۰۰۰ ریال می باشد خواهشمند است مبلغ فوق را به حساب ملی - سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰ (قابل واریز در تمام شعب به نام بنیاد امور بیماری های خاص) واریز و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده با پست سفارشی به نشانی تهران، صندوق پستی ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ فصلنامه خاص ارسال فرمایید.
- یاوران بنیاد و دانشجویان می توانند با ارسال کپی کارت شناسایی از ۵۰ درصد تخفیف بهره مند شوند.
- بیماران خاص با ارسال کپی کارت شناسایی صادره از این بنیاد و تکمیل فرم اشتراک می توانند به صورت رایگان فصلنامه را دریافت نمایند.

فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

ایمیل روابط عمومی : r.cffsd@yahoo.com