

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 لنکرانی، 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، دکتر ناصر پارسا، ندا جلیلیان، افسانه حسنی، مهرانگیز خسروی، دکتر حمید رضائی قلعه، هادی صالح، هانی صباغان، فریبا لاهوتی، دکتر عبدالرضا معادی، دکتر سمیرا مجیدیان، کیانا معدنچی، کیان میرزا

امور فنی و هنری: بنیاد امور بیماری های خاص

طراح گرافیک و صفحه آرا: رضا شفقتی

حروفچینی: محبوبه حقیقت جو



بنیاد امور بیماری های 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: ۱۹۳۹۵/ ۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵

دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷

۳

۴

۵

۸

۱۱

۱۲

۱۳

۱۴

۱۷

۱۸

۲۰

۲۲

۲۴

۲۵

۲۶

۲۷

۲۸

۳۰

۳۱

۳۲

۳۳

۳۴

۳۵

۳۶

۳۸

۴۷

۴۸

اجتماعی

پیدایش جشن نوروز

گزارش سفر استان سمنان

تازه چه خبر؟

یاری سبز یاوران بنیاد

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

سلامت

نشستی با دکتر تیمور ارک

هایپوگلاسمی در بیماران دیابتی

بیماری ام اس، یک بیماری خود ایمنی

آیا کلیه های شما سالم هستند؟

بیماران کلیوی بخوانند

درمان های خوراکی در بیماران تالاسمی

مدیریت دندانپزشکی و تظاهرات دهانی در افراد پذیرنده پیوند

مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ و پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی

یک سوم سرطان ها بر اثر ریسک فاکتورهای سبک زندگی بوجود می آیند

اخبار پزشکی

آیا می دانید؟

بین الملل

درباره ی روز جهانی کلیه

سازمان اروپایی کم خونی های نادر

خط قرمز برای زنان

فرهنگی

خواندنی ها

سرگرمی

مقاله انگلیسی

فرم اشتراک فصلنامه خاص

سرمقاله



دیابت و کلیه‌ها

دیابت عمده‌ترین عامل بروز نارسایی کلیه و سبب بروز بیش از ۴۵ درصد از مواردی است که بیماران به دیالیز خونی یا پیوند کلیه نیاز پیدا میکنند. حتی در مواردی که مهار بیماری دیابت به خوبی انجام گرفته باشد این بیماری میتواند به نارسایی کلیه منجر گردد. میزان مشارکت عواملی که باعث بروز نارسایی کلیه ناشی از دیابت میشوند از قبیل زمینه وراثتی، رژیم غذایی، فشار خون بالا، قند خون بالا و عوامل زمینه‌های دیگر، در بروز اختلال عملکرد کلیوی به درستی تبیین نشده است. معمولاً بروز بیماری کلیوی ناشی از دیابت یک سیر چند ساله دارد به طوری که آسیب کلیوی در ده سال اول بروز دیابت به ندرت رخ میدهد و معمولاً نارسایی کلیوی ۲۰-۱۵ سال بعد از شروع دیابت دیده میشود و خطر بروز نارسایی کلیه در بیماران دیابتی که ۲۵ سال از شروع بیماریشان گذشته و درگیری کلیوی پیدا نکرده باشند اندک است. بیماران دیابتی باید به طور منظم از نظر بروز بیماری کلیوی مورد بررسی قرار گیرند.

مجامع علمی بینالمللی توصیه می‌کنند که در تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و دیابت نوع ۱ که بیش از ۵ سال از آغاز بیماریشان گذشته است میزان دفع پروتئین در ادرار سالانه بررسی شود. وجود فشار خون بالا در خانواده فرد مبتلا به دیابت یا خود او خطر بروز درگیری کلیوی را بالا می‌برد. همچنین در صورت وجود بیماری کلیوی، فشار خون بالا سرعت پیشرفت آن را افزایش میدهد. فشار خون افراد دیابتی باید در حد کمتر از ۱۳۰/۱۸۰ نگاه داشته شود. داروهای درمان فشار خون بالا می‌توانند سرعت پیشرفت بیماری کلیوی را در دیابت کاهش دهند.

در چندین مطالعه بزرگ علمی نشان داده شده که تنظیم دقیق قند خون در بیماران دیابتی نوع ۱ میزان بروز و پیشرفت بیماری کلیوی را تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهد مطالعات بزرگ دیگری هم در بیماران دیابتی نوع ۲ اثر تنظیم دقیق قند خون را به صورت کاهش بروز و پیشرفت بیماری کلیوی به قدر قابل توجه نشان داده‌اند. در صورت بروز نارسایی کلیه در بیماران دیابتی، انجام همودیالیز یا پیوند کلیه لازم می‌آید. هر چند که در این بیماران همودیالیز دست کم در کوتاه مدت اثرات مفید زیادی دارد و طول عمر بیماران دیابتی دریافت کننده پیوند کلیه همانند دریافت کنندگان پیوند کلیه غیر دیابتی است، از آنجا که این گروه از بیماران دیابتی دچار آسیب‌های هم زمان به اعضاء حیاتی دیگر مانند چشم و اعصاب و قلب و عروق نیز هستند؛ چشم‌انداز کلی نارسایی کلیوی در بیماران غیر دیابتی نسبت به بیماران دیابتی بهتر است. روی هم رفته هر چند که بیماری دیابت شایع‌ترین عامل نارسایی کلیه به ویژه از حدود ۲۰ سال بعد از آغاز بیماری است با پیشرفتهای علمی اخیر و مهار قند، چربی و فشار خون بیماران در محدوده طبیعی با استفاده از ابزارهایی مانند پرهیز غذایی، ورزش، و مصرف دارو تا حدود بسیار زیادی میتوان از ایجاد بیماری کلیوی پیشگیری نمود.

دکتر باقر لاریجانی

اجتماعی



پیدایش جشن نوروز



میر نوروزی

از جمله آیین های این جشن ۵ روزه، که در شمار روزهای سال و ماه و کار نبود، برای شوخی و سرگرمی حاکم و امیری انتخاب می کردند که رفتار و دستورهایش خنده آور بود و در پایان جشن از ترس آزار مردمان فرار می کرد. ابوریحان از مردی بی ریش یاد می کند که با جامه و آرایش شگفت انگیز و خنده آور در نخستین روز بهار مردم را سرگرم می کرد و چیزی می گرفت. و هم اوست که حافظ به عنوان «میرنوروزی» دوران حکومتش را " بیش از ۵ روز" نمی داند. از برگزاری رسم میر نوروزی، تا لااقل ۷۰ سال پیش آگاهی داریم. بی گمان کسانی را که در روزهای نخست فروردین، با لباس های قرمز رنگ و صورت سیاه شده در کوچه و گذر و خیابان می بینیم که با دایره زدن و خواندن مردم را سرگرم می کنند و پولی می گیرند بازمانده شوخی ها و سرگرمی های انتخاب «میر نوروزی» و «حاکم پنج روزه " است که تنها در روزهای جشن نوروزی دیده می شوند و آنان در شعرهای خود می گویند: حاجی فیروزه، عید نوروزه، سالی چند روزه.

از جمشید یک ماه می نویسد: « چون جم درگذشت پادشاهان همه روزهای این ماه را عید گرفتند. عیدها را شش بخش نمودند: ۵ روز نخست را به پادشاهان اختصاص دادند، ۵ روز دوم را به اشراف، ۵ روز سوم را به خادمان و کارکنان پادشاهی، ۵ روز چهارم را به ندیمان و درباریان، ۵ روز پنجم را به توده مردم و پنجه ششم را به برزگران. ولی برگزاری مراسم نوروزی امروز، دست کم از پنجه و «چهارشنبه آخر سال» آغاز می شود و در «سیزده بدر» پایان می پذیرد. از آداب و رسوم کهن پیش از نوروز باید از پنجه، چهارشنبه سوری و خانه تکانی یاد کرد.

پنجه (خمسه مسترقه)

بنابر سالنمای کهن ایران هر یک از ۱۲ ماه سال ۳۰ روز است و پنج روز باقیمانده سال را پنجه، پنچک، یا خمسه مسترقه نامند، از آن جهت که در هیچ یک از ماه ها حساب نمی شود. مراسم پنجه تا سال ۱۳۰۴، که تقویم رسمی شش ماه اول سال را سی و یک روز قرارداد، برگزار می شد.

انسان، از نخستین ادوار زندگی اجتماعی، متوجه بازگشت و تکرار برخی از رویدادهای طبیعی، یعنی تکرار فصول شد. نیاز به محاسبه در دوران کشاورزی، یعنی نیاز به دانستن زمان کاشت و برداشت، فصل بندی ها و تقویم دهقانی و زراعی را به وجود آورد. نخستین محاسبه فصل ها، بی گمان در همه جوامع با گردش ماه که تغییر آن آسان تر دیده می شد صورت گرفت. و بالاخره در نتیجه نارسایی ها و ناهماهنگی هایی که تقویم قمری، با تقویم دهقانی داشت، محاسبه و تنظیم تقویم بر اساس گردش خورشید صورت پذیرفت.

سال در نزد ایرانیان از زمانی نسبتا کهن به چهار فصل سه ماهه تقسیم شده و همان طور که ابوریحان بیرونی در آثارالباقیه آورده است آغاز سال ایرانی از زمان خلقت انسان یعنی ابتدای هزاره هفتم از تاریخ عالم، روز هرمز از ماه فروردین بود، وقتی که آفتاب در نصف النهار، در نقطه اعتدال ربیعی و طالع سرطان بود.

جشن نوروز را به نخستین پادشاهان نسبت می دهند. شاعران و نویسندگان قرن چهارم و پنجم هجری چون فردوسی، عنصری، بیرونی، طبری و بسیاری دیگر که منبع تاریخی و اسطوره ای آنان بی گمان ادبیات پیش از اسلام بوده، نوروز را از زمان پادشاهی جمشید می دانند. در خور یادآوری است که جشن نوروز پیش از جمشید نیز برگزار می شده و ابوریحان نیز با آن که جشن را به جمشید منسوب می کند یادآور می شود که: «آن روز که روز تازه ای بود جمشید عید گرفت؛ اگر چه پیش از آن هم نوروز بزرگ و معظم بود." جشن نوروز دست کم یک یا دو هفته ادامه دارد. ابوریحان بیرونی مدت برگزاری جشن نوروز را پس

گزارش سفر استان سمنان

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، بازدید های استانی را در دستور کار خود قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان سمنان است که در خرداد ماه ۱۳۹۰ توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

موقعیت جغرافیایی و جمعیتی استان

استان سمنان از سمت شمال به استانهای خراسان شمالی، مازندران و گلستان، از شرق به استان خراسان رضوی، از جنوب به استانهای یزد و اصفهان و از غرب به استانهای قم و تهران محدود میشود.

گسترش عوارض طبیعی به گونه ای است که قسمتهای شمالی استان تحت تأثیر ارتفاعات البرز بوده و اقلیم کوهستانی بر آن حاکم است و نواحی جنوبی با گسترش کویر و نمک زارها تبدیل به ناحیه خشک و بیابانی گردیده است. استان سمنان دارای ۶ شهرستان (گرمسار، سمنان، دامغان، شاهرود، مهدی شهر و میامی) و ۱۲ بخش و ۲۸ دهستان و ۱۶ شهر می باشد.

این استان جمعیتی بالغ بر ۶۵۰ هزار نفر دارد که عمده این جمعیت در شهر ساکن می باشند ، جمعیت روستایی حدود ۳۱/۸ درصد جمعیت کل استان و جمعیت شهری حدود ۶۸/۲ درصد جمعیت کل استان را تشکیل می دهد.

وضعیت بیماران خاص استان

تعداد ۲۱۸ بیمار دیالیزی (۲۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۷۷ بیمار تالاسمی (۱۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۷۹ بیمار هموفیلی (۱۱ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان سمنان می باشند .

مراکز ارائه خدمات درمانی در یک نگاه

در ۵ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز وجود دارد. ولی فقط در ۴ شهرستان آن مراکز تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. ضمناً پایگاه انتقال خون استان فقط در شهرستانهای سمنان،

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



● تعداد بیمار تالاسمی = ۷۷
 ▲ تعداد بیمار هموفیلی = ۷۹
 ■ تعداد بیمار دیالیزی = ۲۱۸



بیمار هموفیلی به طور ثابت خدمات درمانی ارائه می کند.

شاهرود

بیمارستان امام حسین: بیمارستان امام حسین در سال ۱۳۷۹ افتتاح و با ۳۱۳ تخت مصوب و ۴۱۰ تخت فعال به ۸۰ بیمار دیالیزی، ۲۲ بیمار تالاسمی و ۵۴ بیمار هموفیلی خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۵ راه اندازی شد که با ۱۶ دستگاه دیالیز ۸۰ بیمار دیالیزی ثابت را تحت پوشش قرار داده است. کادر درمانی آن از ۳ متخصص عمومی، ۳ متخصص اطفال و ۱۰ پرستار تشکیل شده است که در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: تعداد ۲۲ بیمار تالاسمی ماژور و ۵۴ بیمار هموفیلی ثابت با ۳ تخت فعال تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ متخصص اطفال، ۱ ارتوپد و ۱ پرستار تشکیل شده است.

گرمسار

بیمارستان امام خمینی: بیمارستان امام

دامغان

بیمارستان برادران رضایی: بیمارستان برادران رضایی در سال ۱۳۱۸ افتتاح شده و در سال های ۱۳۶۰ و ۱۳۷۲ وسعت یافت که با ۸۰ تخت مصوب و ۱۲۰ تخت فعال به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: در حال حاضر این بخش با ۸ دستگاه دیالیز ۲۴ بیمار دیالیزی ثابت را تحت پوشش قرار داده است. کادر درمانی این بخش از ۳ متخصص داخلی، ۳ متخصص اطفال و ۳ پرستار تشکیل شده که در ۶ روز هفته در ۲ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش با ۳ تخت فعال به ۵ بیمار تالاسمی ماژور و ۳

دامغان، گرمسار و شاهرود مستقر می باشد.

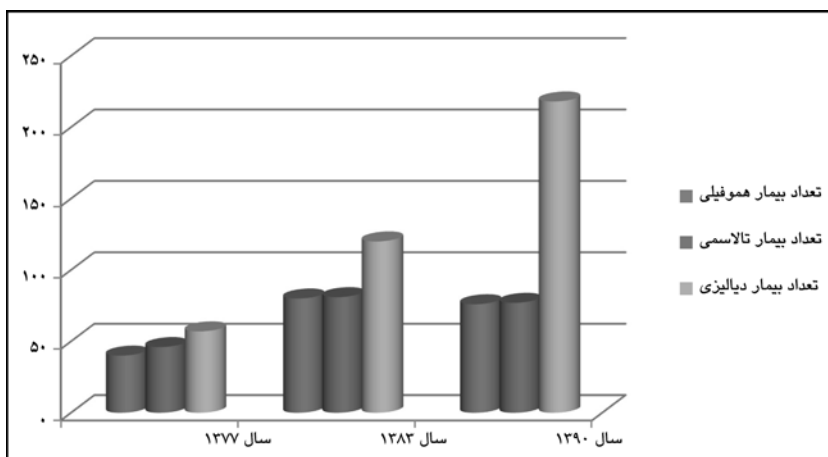
سمنان

مرکز فاطمیه: بیمارستان فاطمیه، مرکز ارایه خدمات درمانی به بیماران خاص دیالیزی در شهرستان سمنان می باشد. در حال حاضر تعداد ۶۹ بیمار دیالیزی تحت پوشش این مرکز قرار دارند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۶۲ راه اندازی شده است دارای ۱۷ دستگاه دیالیز است که در ۷ روز هفته به صورت ۳ شیفت در روزهای زوج، ۲ شیفت در روزهای فرد و ۱ شیفت در روزهای جمعه فعال است. که به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می کند.

مرکز امیرالمومنین: بیمارستان امیر المومنین، مرکز ارایه خدمات درمانی به بیماران خاص تالاسمی و هموفیلی در شهرستان سمنان می باشد. در حال حاضر تعداد ۳۹ بیمار تالاسمی و ۲۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این مرکز قرار دارند.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۸۰ راه اندازی شده است. که با ۳ تخت فعال به ۳۹ بیمار تالاسمی ثابت و ۲۲ بیمار هموفیلی خدمات درمانی ارائه می کند. کادر درمانی این بخش از ۱ هماتولوژیست اطفال، ۱ پزشک عمومی، ۵ پرستار تشکیل شده است.



جدول وضعیت شهرستان‌های استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
سمنان	+	+	+	+
دامغان	+	+	+	+
شاهرود	+	+	+	+
گرمسار	+	+	-	+
مهدی شهر	+	-	-	-
میامی	در حال احداث	-	-	-

۲۰ متر برای سالن در نظر گرفته شده است که بیماران و دستگاه‌های دیالیز در آن جای خواهند گرفت. این مرکز در آینده ای نزدیک کار خود را آغاز خواهد کرد.

مشکلات و کمبودها

- شهرستان‌های شهمیرزاد، سرخه، کلاته خیج، ایوانکی و آرادان، به علت فاصله نزدیک با شهرهای همجوار دارای بخش، فاقد مرکز دیالیز می‌باشند.

- برخی از دستگاه‌های استان نیز دارای کارکرد بیش از ۲۰ هزار ساعت هستند که موجب مشکلات متعدد در حین دیالیز می‌شوند.

- شهرستان‌های شهمیرزاد، سرخه، کلاته خیج، ایوانکی و آرادان فاقد مرکز تالاسمی و هموفیلی می‌باشند و بیماران به دلیل نزدیک بودن شهرها به یکدیگر به مراکز شهر مجاور مراجعه می‌نمایند.

کمک‌های بنیاد

- بنیاد امور بیماریهای خاص تاکنون ۱۱۰ دستگاه تجهیزات درمانی، ۲۷ دستگاه تجهیزات رفاهی، ۴۶ تخت، و ۲۱ دستگاه دیالیز به استان سمنان کمک تجهیزاتی نموده‌است.

- همچنین بنیاد امور بیماریهای خاص مبلغ ۱,۱۲۴,۳۱۵,۲۷۸ ریال بصورت نقدی و مبلغ ۷۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بصورت هدیه ایتار به اهداکنندگان کلیه به استان سمنان کمک کرده است.

مهدی شهر

بیمارستان ۱۵ خرداد: بیمارستان ۱۵ خرداد در سال ۱۳۴۴ با ۴۰ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۷۸ راه‌اندازی شد و دارای ۶ دستگاه دیالیز است. تعداد ۱۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. در بین بیماران این بخش هیچ مورد آلودگی به ویروس هپاتیت B و C وجود ندارد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۲ متخصص اطفال، ۱ مشاور تغذیه و ۲ پرستار تشکیل شده است در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

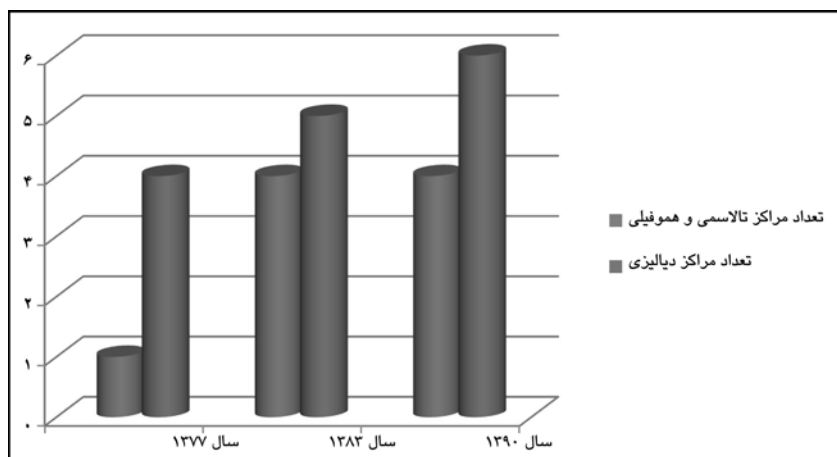
میامی

در مرکز تازه تاسیس شهرستان میامی، جهت بیماران دیالیزی فضایی به مساحت

خمینی، بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان گرمسار است. در حال حاضر تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی و ۱۱ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بخش دیالیز: بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۷۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۱۰ دستگاه دیالیز است که ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ متخصص داخلی و ۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی: این بخش نیز در سال ۱۳۸۳ راه‌اندازی شده و دارای ۶ تخت فعال است که به ۱۱ بیمار تالاسمی ثابت خدمات درمانی ارائه می‌کند. کادر درمانی این بخش از ۱ متخصص اطفال، ۱ پزشک عمومی و ۱ پرستار تشکیل شده است.



تازه چه خبر

هم اکنون که در روزهای پایانی سال ۱۳۹۰ به سر می بریم، خداوند بزرگ را شاکریم که توفیق خدمت به هم نوع را در این سال به ما عطا کرد و امید آن داریم که دعای خیر آنها نیرو بخش فعالیت های بنیاد در سال جدید نیز باشد. در ذیل اهم فعالیت های بنیاد بیماری های خاص در ۴ ماهه پایانی سال ۱۳۹۰ را می خوانیم:

افسانه حسنی

صافی و بررسی استفاده از انواع صافی، اختلالات متابولیسم کلسیم و فسفر و استئودیسτροφی، آنتی گواگولیشن، آموزش با انواع دستگاه های دیالیز و... آشنا شده و در پایان گواهینامه شرکت در این دوره آموزشی را نیز دریافت کردند.

آموزش در حوزه دیابت به شهروندان جنوب شرق تهران

در راستای رسالت ارتقاء سطح آگاهی مردم در ارتباط با بیماری دیابت که در جوامع کنونی به معضلی تبدیل شده، مرکز پزشکی خاص شرق اقدام به برگزاری کلاس های آموزش دیابت کرده است. کلاس های مذکور با همکاری شرکت نوونوردیسک به صورت هفتگی در سالن آمفی تاتر مرکز برگزار می شود. لازم به ذکر است در طی ۳ ماهه اخیر حدود ۱۰۰ نفر از شهروندان منطقه جنوب شرق تهران در این کلاس ها حضور داشته اند.

امور بیماری های خاص از استان های اردبیل، لرستان، بوشهر، مرکزی، خراسان شمالی و بازدید از مراکز درمانی بیماران خاص وابسته به دانشگاه تهران و دانشگاه شهید بهشتی، مجموعاً حدود ۱۲۵ مرکز درمانی بیماران خاص در مدت زمان ۴ ماه مورد بازدید قرار گرفت. در خلال این بازدیدها کارشناسان بنیاد مشکلات هر مرکز را بررسی و مکتوب کرده و همچنین انتشاراتی از بنیاد بیماری های خاص را در اختیار این مراکز قرار دادند.

برگزاری کارگاه آموزشی پرستاران عراقی در مرکز پزشکی خاص شرق

کارگاه آموزشی دیالیز برای پرستاران عراقی در مرکز پزشکی خاص شرق برگزار شد. این کارگاه با حضور یازده نفر از پرستاران بخش دیالیز شهر ناصریه عراق وبا تدریس اساتید بنیاد بیماری های خاص، در دو بخش تئوری و عملی به مدت ۱۰ روز برگزار شد. در این دوره آموزشی پرستاران با سرفصل هایی از قبیل مفهوم اولترافیلتراسیون، انواع

اهداء انواع تجهیزات بیمارستانی به ۱۱ مرکز درمانی کشور

از جمله رسالت های مهم بنیاد بیماری های خاص، بررسی وضعیت درمانی بیماران خاص در قالب بازدید کارشناسان این بنیاد می باشد. به همین منظور، ۶۶ قلم انواع تجهیزات شامل ۴۱ دستگاه دیالیز و اقلام دیگری از قبیل تخت های بیمارستانی، صندلی دیالیز و... در ۴ ماهه پایانی سال ۱۳۹۰ به مراکزی از قبیل خیریه امام علی (ع) شهر قدس، خیریه دارالشفاء موسی بن جعفر (ع) تربت حیدریه، کلینیک ایرانیان، خیریه سید الشهداء مشهد، خیریه ثامن الحجج (ع) کرمان، بیمارستان ولیعصر جغتای، خیریه بیماران خاص شهرستان گلپایگان، خیریه سید الشهداء رسالت، بیمارستان طالقانی چالوس، بنت الهدی مشهد و دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان ارسال گردیده است.

بازدید از مراکز درمانی ۵ استان کشور در پی سفر های استانی کارشناسان بنیاد





اختصاص بیش از یک میلیارد تومان به بیماران خاص

واحد مددکاری بنیاد بیماری‌های خاص، پذیرای بیماران خاصی است که از اقصی نقاط کشور جهت دریافت کمک به این واحد مراجعه می‌کنند. مشکلات این افراد شامل دیابت، دیالیز، سرطان، نارسایی کلیه، هموفیلی، تالاسمی، ام‌اس، پیوند ریه و پیوند کلیه است. گفتنی است واحد مددکاری بنیاد بیماری‌های خاص در چهار ماهه پایانی سال جاری، به حدود ۵۷۰۰ مراجعه کننده کمک هزینه درمانی بالغ بر یک میلیارد تومان پرداخت کرده است.

دستاوردهای جدید در عرصه پیشگیری و درمان بیماران خاص کرمان

راه اندازی کلینیک هپاتیت جهت درمان بیماران مبتلا به هپاتیت توسط مؤسسه

خیریه ثامن الحجج (ع) در شهر کرمان از جمله دستاوردهای جدید این مؤسسه در عرصه درمان بیماران است. همچنین از جمله اقدامات خیرخواهانه مؤسسه ثامن الحجج (ع) ارائه تجهیزاتی از قبیل تخت همودیالیز و وسایل جانبی آن به مرکز بیماری‌های خاص شهرستان‌های جیرفت، کهنوج، بم، بافت، شهربابک و بردسیر می‌باشد.

از دیگر فعالیت‌های این مؤسسه برگزاری همایش یکروزه دیابت با همکاری دانشگاه علوم پزشکی استان در پارک ریاضیات کرمان بود که در آن با قید قرعه به ۳۰ نفر از شرکت کنندگان دستگاه تست قند خون اهداء گردید. همچنین همایش یکروزه با موضوع اشتغال و ازدواج ویژه افراد مبتلا به تالاسمی با همکاری انجمن تالاسمی کرمان و با حضور ریاست آن، در روزهای پایانی

سال ۱۳۹۰ برگزار شد. در زمینه ورزش بیماران خاص نیز مؤسسه ثامن الحجج (ع)، فعالیت‌های عمده‌ای انجام دادند که از جمله آنها می‌توان به اعزام تیم بانوان پیوند اعضا به قزوین برای شرکت در مسابقات کشوری تنیس روی میز، اعزام تیم آقایان پیوند اعضا و هموفیلی به استان یزد جهت شرکت در مسابقات کشوری در رشته شنا، اعزام تیم بانوان و آقایان مبتلا به تالاسمی به شهرکرد در رشته تیراندازی و اعزام تیم بانوان و آقایان مبتلا به تالاسمی به قم در رشته دارت اشاره کرد که در طی این رقابت‌ها تیم‌های مختلف مدال‌های رنگارنگی نیز کسب کردند.



هفته‌ای با ارمان مهر بنیاد بیماری‌های خاص

بنیاد امور بیماری‌های خاص در هفته دوم اسفند ماه سال جاری، برنامه‌های متنوع آموزشی به همراه بازارچه خیریه‌ای تحت عنوان ارمان مهر را برگزار کرد. این برنامه‌ها شامل کارگاه‌های آموزشی سرطان سینه (به همراه معاینات سرطان پستان)، بهداشت باروری و تنظیم خانواده (به همراه تست پاپ اسمیر)، کارگاه آموزشی دیابت (به همراه اندازه‌گیری قند و فشار خون) و انجام تست قند خون و سنجش قد و وزن و فشار از کلیه بازدیدکنندگان داوطلب بود. لازم به ذکر است که کارگاه‌های مذکور با همکاری کارشناسان و متخصصین بنیاد به همراه متخصصینی از انجمن تنظیم خانواده به مدت یک هفته در محل ستاد بنیاد بیماری‌های خاص برگزار شد.

کارگاه مدیریت پیشگیری از تالاسمی

بنیاد امور بیماری‌های خاص، به مناسبت روز جهانی تالاسمی "کارگاه آموزشی مدیریت پیشگیری از تالاسمی" را، در تاریخ ۲۰ اردیبهشت ماه ۹۱ از ساعت ۸:۳۰ تا ۱۷ برگزار می‌نماید.

دبیر اجرایی این کارگاه آموزشی هدف از برگزاری این کارگاه را بحث و گفتگو پیرامون موفقیت‌ها و چالش‌های پیشگیری از تالاسمی عنوان کرد.

دکتر معادی گفت: امیدواریم که حاصل نشست مذکور دستاوردی در جهت رسیدن به شاخص‌های بهتر در زمینه پیشگیری از تالاسمی شود. گرچه کشور ما از نظر اقدامات پیشگیرانه که از سال ۱۳۷۵ شروع شده و با تلاش‌های گسترده حوزه‌های مرتبط با موضوع سلامتی بهترین شاخص‌های پیشگیری الگو را در سطح منطقه دارد. ولی به نظر می‌رسد که هنوز نقاط ضعفی در این بخش به منظور رسیدن به نتیجه مطلوب‌تر وجود دارد.

بنیاد امور بیماری‌های خاص

کارگاه‌های آموزشی تالاسمی

- ۱ مدیریت پیشگیری از تالاسمی
- ۲ مدیریت دیابت تالاسمی
- ۳ مدیریت زایمان و بارداری تالاسمی
- ۴ مدیریت تغذیه، آب‌وهوا و ریسک بیماری‌های تالاسمی
- ۵ مدیریت تغذیه و دیابت تالاسمی
- ۶ مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی

۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۱ تهران

www.cffsd.org

دکتر معادی افزود: در این کارگاه، علاوه بر بررسی روند فعالیت‌های موجود در زمینه افزایش آگاهی مردم با رویکرد باورهای اجتماعی و همچنین بهره‌گیری از باورهای دینی در زمینه پیشگیری از بروز بیماری‌ها بحث و گفتگو خواهد شد. مهاجرت افراد ناقل به منظور ازدواج، تحصیل و..... موجب تغییر در نقشه جغرافیایی بیماری تالاسمی در کشور شده است که این امر نیز در این نشست مورد توجه قرار خواهد گرفت. گفتنی است، در این کارگاه یک روزه صاحب نظران حوزه سلامت، نمایندگان انجمن‌های خون، اطفال و زنان، کانون وکلاء سازمان پزشکی قانونی، سازمان‌های بیمه‌گر، استانداری‌های کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی و روحانیون حضور خواهند یافت.

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:

مهرانگیز خسروی

رویا پلاستیک، آقای صمدی
فراتاپ، آقای دکتر مرادی
اس.پی. کار، آقای اسلامی
آقای محمدرضا بخشی
سرکار خانم معصومه فلاح
آقای سام شریفی

فرم های پیوسته، آقای محمدی
همگرایش، آقای اردهالی
شفیعی، آقای شفیع
شرکت صنعتی راهب، آقای راهب
دماوند، آقای حقی
کریستال، آقای پورمیرزا
تکدانه، آقای برهانی
اکباتان، آقای سبزی
چای گلستان، آقای گرامی
شرکت می ماس، آقای مهندس ظهیر
زکریای جهرم، آقای صراف
تکنو ویلا، آقای دوستی
رافونه، آقای عسگری
فروشگاه آذین، آقای امین
صنعت نوین رویان، آقای هوشمند
چینی مروارید، آقای دهقانی
رول کار، آقای فارسیان
کالای خواب، خانم بخشی
شرکت حریر، آقای فارسیان
فروشگاه دوستان، آقای حیدری

کاشی و سرامیک فخار، آقای فخار
سینجر گاز، آقای تبریزی
فروشگاه سجده ای، آقای سجده ای
ریگ ساز مرکز، آقای بختیاری
کاشی خزر، آقای محمدجواد برازجانی
ایران مخزن، آقای علی پناه
هنر، آقای حسین نراقی
فروشگاه تیز چنگ، آقای تیزچنگ،
بنیاد علمی تحقیقاتی روزبه، آقای مهدی
میرعبدالله یانی
مینو، آقای قدرتی
میدان و تره بار، آقای میرزایی، آقای
شمیران، آقای شیرازی
آکام شن، مهندس پارسا
آجر سفید، حاج آقای اولیایی
سیمان دورود، آقای مهندس پور کریم
شیمی ساختمان، آقای مهندس هنرمند
سیمان شاهرود، آقای قدمی
مخلوط شن، آقای دلربایی
عمران ساز مهتاب، آقای انوشه
شیمیایی تحقیقاتی پویا، آقای شریعتی
کره آلپ، آقای مهندس تقوی
مژده باران، آقای محجوریان
سورپرایز، آقای صالحی
درمانگر، آقای حاج منشی
کره شکلی، آقای شکروی
تک ماکارون، آقای عربی
دهقان، آقای برادران
شرکت نساجی بابکان، آقای نیک چی
مجله سرو لاله زار، خانم انصاری
پارس سلفون، آقای شفیع
شرکت تدا، آقای دکتر لسان
نستله، آقای رحمانی
ترخینه، آقای تاجیک و آقای کاووسی
مروارید، آقای پدرام

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 زمستان 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.

مهندس کیان میرزا

اسماء سهراب زهی، نادر ماسوری، بی بی سمیه هاشمی، سمیه سرحدی، مرتضی میرشکار، آرزو عقیلا، فاطمه ولایتی مقدم، عاطفه پاریزی، فاطمه ستوده، فاطمه دهقان، مجتبی شجاعی، مریم کنگانی، مریم عسکری نسب، نرگس نیک نظر، مهران کبودانی، فریبا نارویی، ساره ریگی، علی رضا اصولی، میثم فرشاهمت، میترا جلالوند، زهرا شیانی، معصومه شیانی، جواد میر، علی گلستانه، مهدیه شیانی، صادق سرحدی نسب، ناهید مرادقلی، زهرا مرادقلی، فاطمه سلیمانی چشم، صدیقه رودینی، سحر شه بخش، ملیحه پاکدامن، مرضیه بیگلری، نجمه بوستانی، خسرو سعیدی نژاد، سید حسین سید حسینی، فرزانه امیر زاده، مژگان نوحی ملکشاه، قاسم رنجبر، محمد رجبی، ایران کریمی، زهرا ساوجی، محمد عبادی، اقدس حسین زاده علی آبادی، یگانه صفریان، لیلا اسماعیلی، نورالهدی مطلبی، اشرف ترازیان، کبری رجبی ریزی، میر علی میر موسایی، الهام صیادی، حمیرا صیادی، مریم ستاری، ابوالفضل بخشنده، اکرم شاه مرادی، هاجر حاجی زاده، زهرا حسین زاده، شیما عبداللهی، سعیده نوروزی، فاطمه نوروزی، فاطمه مکائیل پور، مهسا مرادی، فاطمه قنبر زاده، زینب غلامی، الهه حیدری، آیدا سپهری، غلامعلی اسد شیرخوانی، نسرين محمدی فرد، فرح جوادی، رضا شاهینی، محمدرضا مطهر نژاد، احترام السادات نائیان، حسین یوسفی، راحله گردانی، شیما دربان آستانه، اعظم حیدریان، یاسر پادیار، نرگس عادل فر، کبری باقری نیا، عزت السادات طباطبایی نیا، زهرا رحیمیان، منصوره گلستان، فرشته ثقفی، الهام جعفری کیا، معصومه عابدین، احسان رحیمیان، خدیجه محسنی، فاطمه رحیمیان، محمدرضا طاهری، مریم فرهانی، حمیدرضا طاهری، ابوالقاسم طاهری، لیلا رحیمیان، مصطفی پور مرتضوی، مجتبی عربی، اکرم گل داماد، ناصر رجب زاده، نجیبه غیبی، مائده مسجدی، لیلا مری، روح الله مری، فاطمه رضائی، احمد روستایی، علی محمد سلطانی، زینب طهماسبی، محمود محمد کریمی، میلاد جوشقانی، افسانه سلطانی، زهرا محمودی، مهدی رضوانی، بهزاد احمدی، شکوفه محمد قلی، سیما محمد قلی، غلامعلی شکوهی، مجتبی میراب، مهدی نظامی، حمید قادری فرود، مونا بخشی، راضیه فنائی، زهرا بازوند، لیلا حاجب، مهدیس اکبر پور، فاطمه پور حسینی، رقیه قرامشلو، فرشته السادات طباطبایی، مریم السادات موسوی، الهام شیرازی، شهربانو محمدی، مرضیه هراتی، اشرف السادات مومنی، زینب السادات مومنی، زینب حاج ابراهیمی، زهرا صالحی، مرجان موسوی، فاطمه اردهالی، زهرا علی خانی، فرشه قربانی، زهرا دادخواه، رقیه آقا بابایی، فاطمه اسدی، خدیجه السادات مومنی، راضیه هراتی، زهرا رافضی، حسنیه دهقان پور، زهرا بهاء الدین بیگی، سمیرا محمدی، آمنه پور رجبی، نعمت الله درویش زاده، فاطمه مهربان، مهدی تقی زاده، رویا تقی زاده، فتانه درویش زاده، فتانه کرد بچه، فرزین مولف.

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

علاقتمندان 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 میرزا به شماره ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی ۴۱۱ تماس حاصل نمایند.

سلامت



نشستی با دکتر تیمور ارک (رئیس فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه)

مجله خاص و پایگاه الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص مصمم شدند که تمهیدات انجام یک مصاحبه اختصاصی با رئیس فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه را فراهم نمایند. از این رو با دفتر ریاست این فدراسیون تماس گرفته شد و بنای این گفت و گو گذاشته شد. آن چه در ذیل می آید مشروح گفت و گوی خبر نگار ما با وی است .



جناب عالی مسئولیت بنیاد کلیه ترکیه و ریاست فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه را بر عهده دارید. بنا بر این سؤالاتم را در دو بخش مطرح می کنم، اگر موافق باشید پرسشم را از بنیاد کلیه ترکیه شروع کنم، مایلم برای خوانندگان مجله خاص و بازدید کنندگان پایگاه الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص در باره فعالیت های بنیاد کلیه ترکیه توضیحاتی داشته باشید.

تیمور ارک: بنیاد کلیه ترکیه در سال ۱۹۸۵ میلادی با همت و مشارکت صد نفر از افراد علاقمند و فعال در حوزه بیماری های کلیوی تاسیس شد. هدف اصلی و عمده این بنیاد در بدو فعالیت تهیه ماشین های دست دوم دیالیز برای درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بود چون تا قبل از سال ۱۹۸۰ میلادی دستگاه ها و ماشین های دیالیز به اندازه کافی در ترکیه موجود نبود و در دسترس بیماران قرار نداشت. در آن مقطع و دوره زمانی بنیاد کلیه ترکیه اقدام به ساختن و احداث یک مرکز دیالیز با همیاری و کمک های گوناگون افراد نیکوکار و نیز شرکت های تجاری کرد. بدین ترتیب مرکز دیالیز "احمت ارمیز" به عنوان بزرگترین مرکز دیالیز کشور تاسیس شد که کماکان نیز بزرگترین مرکز دیالیز ترکیه محسوب می شود. این مرکز از لحاظ میزان تجهیزات پزشکی مرتبط با دیالیز بسیار پیشرفته است به گونه ای که امروزه از آن به عنوان دومین مرکز پیشرفته دیالیز در دنیا نام برده می شود. پس از احداث این مرکز - سه مرکز دیالیز دیگر نیز با مساعدت مالی افراد خیر و نیکوکار در مناطق غربی کشور راه اندازی شد. درباره فعالیت های بنیاد کلیه

بنیاد امور بیماری های خاص از اوایل سال ۲۰۰۷ میلادی به سبب فعالیت های گسترده در حوزه بیماری های مزمن کلیوی به عضویت فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه در آمد. در طی این سال ها بنیاد امور بیماری های خاص همکاری مناسبی با این فدراسیون داشت . شاید بتوان اجرای برنامه های روز جهانی کلیه در سال های اخیر را در کشور نمونه ای بارز از تشریک مساعی بنیاد و این فدراسیون بین المللی دانست و در همین راستا بود که بنیاد امور بیماری های خاص توانست جایزه رتبه نخست را برای ارایه گزارش برگزاری روز جهانی کلیه در سال ۲۰۱۰ میلادی در بین اعضای فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه کسب نماید. مجله خاص و پایگاه الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص مصمم شدند که تمهیدات انجام یک مصاحبه اختصاصی با رئیس این فدراسیون را فراهم نمایند. از این رو با دفتر ریاست این فدراسیون تماس گرفته شد و بنای این گفت و گو گذاشته شد. دکتر تیمور ارک چهره ای شناخته شده در حوزه خدمت رسانی به بیماران کلیوی در ترکیه به شمار می آید و ریاست بنیاد کلیه این کشور را بر عهده دارد. وی پس از چندین سال عضویت در هیات مدیره فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه در آخرین انتخابات دوره ای به ریاست این فدراسیون برگزیده شد. آن چه در ذیل می آید مشروح گفت و گوی خبر نگار ما با وی است .

خبرنگار: از اینکه وقتی در اختیار مجله خاص و پایگاه الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص قرار دادید متشکرم.

ترکیه باید بگویم که این بنیاد در نخستین دهه عمر و حیات خود بیشتر بر توسعه درمان های مختلف بیماری های مزمن و نارسایی های کلیوی متمرکز شد و در این زمینه فعالیت کرد. بنیاد کلیه ترکیه در سال ۲۰۰۰ میلادی در شهر استانبول اقدام به احداث یک بیمارستان عمومی با ۱۱۴ تخت بیمارستانی کرد و بخش پیوند کلیه را در آن راه اندازی نمود. در واقع تاسیس این بیمارستان در راستای این هدف و راهبرد انجام شد که بتوانیم به نحوی منطقی منابع مالی فعالیت های بنیاد کلیه ترکیه را تامین کنیم. باید بگویم که این بنیاد با اهداف و رسالتی که برای خود متصور بود توانست طی سال های اخیر خدمات ارزنده ای به بیماران کلیوی ارایه نماید. هدف و مأموریت اصلی ما در این بنیاد ارایه درمان دیالیز به بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در سطح کشورمان است و پیوسته برای توسعه و افزایش اثر بخشی این شیوه درمانی فعالیت می کنیم. رسالت ما در بنیاد کلیه ترکیه انجام برنامه های آموزشی در زمینه



منتقل نمایند. من به این موضوع به مثابه یک ضرورت نگاه می‌کنم. من معتقدم که فدراسیون بین‌المللی بنیاد های کلیه برای ارتقای عملکردش باید از لحاظ کمی و تعداد اعضا گسترش پیدا کند. همچنین بنیاد های ملی کلیه در کشورهای مختلف دنیا باید از نظر مالی و کارکردی تقویت شوند و قطعاً این تقویت در بنیه بنیاد های ملی به افزایش عملکرد فدراسیون بین‌المللی بنیاد های کلیه منجر خواهد شد. بدیهی است که این فدراسیون برای فزونی اثر بخشی خود باید منابع مالی مناسب و پایداری داشته باشد و به اعتقاد من این امر از طریق اجرای طرح های مختلف و کمک سایرین قابل

۱۲,۵ درصد است.

خبرنگار: اگر موافق باشید به پرسش های بخش دوم که مرتبط با فدراسیون بین‌المللی بنیاد های کلیه می‌شود بپردازیم. جناب عالی در دوره جدید انتخابات این فدراسیون به ریاست آن برگزیده شدید. من از طرف بنیاد امور بیماری های خاص که یکی از اعضای این فدراسیون می‌باشد انتخاب شما را برای عهده داری این مسوولیت تبریک می‌گویم. مایلیم بدانیم که شما در این دوره جدید از فعالیت فدراسیون بین‌المللی بنیاد های کلیه چه برنامه هایی برای افزایش کارکرد این فدراسیون دارید؟

تیمور ارک: واقعیت این است که بیماری های مزمن کلیه در همه ممالک جهان خسارات سنگین اجتماعی و اقتصادی وارد می‌کند. بنابر این ما به یک تشریک مساعی بین‌المللی و اجرای برنامه های جهانی برای پیشگیری از این بیماری ها و کاستن تبعات و پیامد های منفی آن نیاز مبرم داریم. من فکر می‌کنم که اول از همه ما نیاز داریم که سازمان های غیر دولتی ای که در کشور های مختلف در حوزه بیماری های کلیوی فعالیت می‌کنند ولی هنوز در فدراسیون بین‌المللی بنیاد های کلیه عضو نیستند به عضویت این فدراسیون در آیند و تجارب منطقه ای خود را به این فدراسیون

نحوه مناسب تغذیه در بیماران کلیوی و نیز در سطح جامعه برای پیشگیری از مواجهه با عوامل خطر ساز تغذیه ای در ایجاد بیماری های کلیوی همچون آگاهی رسانی موثر برای کاهش مصرف نمک است. همچنین بنیاد ما در عرصه اهدای عضو برای درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به صورت یک طرح بلند مدت فعالیت مجدانه ای دارد.

خبرنگار: خوانندگان ما مایلند در باره وضعیت کنونی بیماری های مزمن و نارسایی مزمن کلیه و شیوه های مختلف درمان آنها از قبیل دیالیز خونی - دیالیز صفاقی و پیوند کلیه در کشور شما ترکیه اطلاعاتی داشته باشند. ممنون می‌شوم که توضیحاتی در این زمینه داشته باشید.

تیمور ارک: دیالیز خونی یک شیوه درمانی مطلوب در ترکیه به حساب می‌آید و تقریباً هم اکنون ۶۵ هزار بیمار در مراحل انتهایی نارسایی مزمن کلیه از این روش درمانی در مراکز دیالیز استفاده می‌کنند. بر اساس آماری که در سال ۲۰۰۸ منتشر شده است ۶۱۰۹ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در ترکیه از دیالیز صفاقی برای درمان استفاده می‌کنند. برای توسعه روش درمانی پیوند کلیه دولت ما تلاش زیادی به عمل آورده و برای اهدای عضو از افراد فامیل تا درجه سه فامیلی تسهیلات مناسبی ارائه کرده و برای انجام جراحی پیوند کلیه یارانه لازم را پرداخت می‌کند. متأسفانه میزان شیوع جراحی پیوند کلیه بر اساس اخذ کلیه از جسد ۴ مورد در هر یک میلیون است که واقعاً نرخ خیلی پایینی است. بنابراین برای افزایش این میزان بنیاد کلیه ترکیه اقدام به اجرای برنامه های گوناگون اجتماعی کرده است و ما هم اکنون شاهدیم که بر مبنای فزونی آگاهی جامعه هر سال میزان اهدای عضو نسبت به سال های گذشته اش افزایش داشته است. در حال حاضر شیوع میزان درمان پیوند کلیه در میان همه روش های درمانی نارسایی مزمن کلیه در ترکیه



جغرافیایی پرداخته و نتایج بررسی‌ها را به فدراسیون منتقل نماید. قطعاً چنانچه این کمیته‌ها شکل بگیرند به تقویت فدراسیون منجر خواهد شد ولی فعلاً باید منتظر بمانیم چون تاسیس و راه اندازی کمیته‌های منطقه ای زمانی محقق خواهد شد که تعداد اعضای فدراسیون حد اقل به صد عضو برسد.

خبرنگار: در بخش پایانی گفت و گو اگر مایلید در باره موضوع خاصی صحبتی داشته باشید بفرمایید.

تیمور ارک: من می‌خواهم در باره دو موضوع اشاره ای داشته باشم. یکی اینکه سازمان بهداشت جهانی در نشست هجدهم سپتامبر سال ۲۰۱۱ به بیماری‌های مزمن کلیوی به عنوان بیماری‌های غیر واگیر و مزمن توجه جدی نشان داد و بر پیشگیری و مدیریت آن تاکید نمود. بنابر این با این اقدام بسیار تاثیر گذار و مهم سازمان بهداشت جهانی - کشورها مکلفند که در زمینه بیماری‌های مزمن کلیوی تلاششان را مضاعف نمایند و به اعتقاد من این گام بسیار مهمی در مدیریت این بیماری‌ها محسوب می‌شود. موضوع دومی که می‌خواهم بیان کنم درباره پیوند کلیه است. من اعتقاد دارم که مدل ایرانی - اسپانیایی پیوند کلیه یک راهنمای بسیار مهم در قلمروی پیوند کلیه به شمار می‌رود چون این مدل توانسته است بهترین دسترسی را به تکنیک‌های عملی پیوند کلیه فراهم کند.

خبرنگار: از این که وقتی را به گفت و گو با مجله خاص و پایگاه الکترونیکی بنیاد امور بیماری‌های خاص اختصاص دادید صمیمانه سپاسگزاریم.

تیمور ارک: من هم تشکر می‌کنم.



به خصوص در آفریقا است که باید در این زمینه کوشش و همت بیشتری صرف شود.

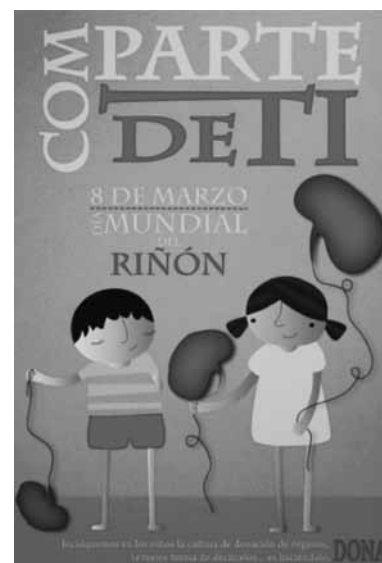
خبرنگار: به روز جهانی کلیه اشاره ای داشتید. برای این روز در سال ۲۰۱۲ چه برنامه‌هایی تدارک دیده شده است؟

تیمور ارک: در سال ۲۰۱۲ موضوعی که بطور محوری در روز جهانی کلیه بر آن متمرکز شده ایم مقوله پیوند کلیه است که در این راستا شعار و برنامه‌های روز جهانی کلیه بر اساس این موضوع تنظیم شده است. شعار روز جهانی کلیه در هشتم ماه مارس سال ۲۰۱۲ " اهدا و دریافت کلیه - کلیه‌ها برای زندگی " است. اما کشورها و اعضای فدراسیون می‌توانند از سایر موضوع‌های مرتبط با بیماری‌های کلیوی بسته به نیازها و ضرورت‌های خودشان برای طراحی برنامه روز جهانی کلیه در سال ۲۰۱۲ استفاده کنند.

خبرنگار: آیا جناب عالی با تشکیل کمیته‌های منطقه ای به عنوان زیر گروه‌های فدراسیون بین المللی بنیاد های کلیه و برای ای اجلاس منطقه ای موافقت می‌کنید؟

تیمور ارک: نشست‌های منطقه ای اعضای فدراسیون می‌تواند به بررسی وضعیت و شرایط بیماری‌های مزمن کلیوی در مناطق

تحقق است. برای افزایش فعالیت فدراسیون باید به گونه ای سازماندهی کنیم که حد اقل هر ساله دو نشست منطقه ای و دو دوره آموزشی به ویژه در زمینه تغذیه برگزار شود. ارتقای سطح فعالیت‌های مشترک این فدراسیون با انجمن علمی نفرولوژی یکی از راهکارهای افزایش عملکرد فدراسیون محسوب می‌شود. البته در سال‌های اخیر این فعالیت مشترک در برنامه ریزی و اجرای برنامه‌های روز جهانی کلیه وجود داشته است که یقیناً باید این همکاری‌ها توسعه بیشتری پیدا کند. و در نهایت یکی از نکاتی که من تاکید زیادی بر آن دارم ارتقای وضعیت درمانی بیماری‌های مزمن کلیوی در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه



هایپوگلیسمی در بیماران دیابتی

هایپوگلیسمی به کاهش قند خون به کمتر از ۷۰ و نیز قند خون کمتر از ۸۰ در صورتی که بیمار علائم بالینی داشته باشد می گویند. بیمارانی که تحت درمان با انسولین یا برخی داروهای خوراکی مانند گلی بن کلامید هستند ممکن است دچار این عارضه گردند.
منبع: دانستنیهای عمومی دیابت (انتشارات بنیاد امور بیماریهای خاص)

صورتی که میزان آن کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر بود. مجدداً یک ماده قندی سریع الاثر مصرف کرده و ۱۵ دقیقه بعد قندخون را اندازه گیری کنید. اگر همچنان قند خون پایین بود به پزشک مراجعه کنید. در صورتی که تا مصرف وعده غذایی بعدی بیش از ۱ ساعت زمان باقی مانده باشد، علاوه بر مواد غذایی سریع الاثر، باید یک لقمه کوچک نان و پنیر یا یک لیوان شیر و یک قطعه بیسکویت یا یک عدد میوه هم میل شود.

بیمار دیابتی برای جلوگیری از بروز یا پیشرفت حملات افت قند خون باید همیشه یک ماده قندی سریع الاثر همراه خود داشته باشد.



هایپوگلیسمی مناسب ترند. ۱۵ دقیقه پس از مصرف ماده قندی سریع الاثر، قند خون خود را اندازه گیری کنید. در

علائم افت قند خون شامل عصبانیت، ضعف و بی حالی، عرق سرد و مرطوب، تپش قلب، رنگ پریدگی، احساس گرسنگی بیش از حد و یا خستگی، لرزش اندام ها، تاری دید، کابوس شبانه، گزگز دور لب و سردرد هستند.

در صورتی که هایپوگلیسمی به موقع درمان نشود، ممکن است در اثر نرسیدن یا کم رسیدن قند به مغز، عواقبی نظیر اختلال تمرکز، احساس گیجی، خواب الودگی، تشنج و بیهوشی در پی داشته باشد. البته اگر هایپوگلیسمی به موقع درمان شود عارضه ای برجای نخواهد گذاشت.

درمان

برای بالا بردن سریع قند خون باید یک ماده قندی سریع الاثر مانند دو حبه قند، سه قطعه آب نبات، نصف لیوان آب میوه یا دیگر مایعات شیرین یا یک قاشق عسل مصرف گردد.

مواد قندی مایع سریع تر از مواد جامد قند خون را افزایش می دهند و برای درمان



بیماری ام اس، یک بیماری خود ایمنی

بیماران MS عموماً بین ۲۰ تا ۴۵ ساله هستند. این بیماری بیشتر در خانمها اتفاق می افتد. در امریکا، میانگین شیوع بیماری ۷۵ نفر از هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر است و تقریباً در امریکا ۴۰۰,۰۰۰ نفر به MS مبتلا هستند.

دکتر ناصر پارسا

روش Donald Mc، معاینات بالینی، آزمایشگاه، رادیولوژی و اتوپسی کمک به تشخیص صحیح MS می کند. آزمایش مایع نخاع و MRI و اندازه گیری سرعت جریان الکتریکی سلولهای عصبی همراه با آزمایشات جسمانی بیمار در شناسایی بیماری حائز اهمیت است. بیومارکرهای تشخیصی شامل آنتی بادی ضد میلین، آنالیز بیان ژن ها از طریق مطالعه مایع CSF برای مشاهده کردن IgG و وجود Nitric IL ۶-oxid و Fetusin-A و Osteo pontin می باشند.

پروتئین های Tau, Neurofilament, N-acetylaspartate تحت مطالعه هستند. بیماران MS حدوداً ۲۲ درصد التهاب عصبی بینایی (optic) دارند و ۴۰٪ ضعف عضلانی دارند. بیماران MS دچار افسردگی و کاهش

هستند. میزان این بیماری در نیمکره شمالی یا جنوبی بالاتر از سایر نقاط جهان است و در ناحیه استوا کمترین است: در نتیجه عوامل محیطی مانند آب و هوا، کاهش نور خورشید، فشار روحی، دود سیگار، توکسین، رژیم غذایی، هورمون ها و کاهش ویتامین D.

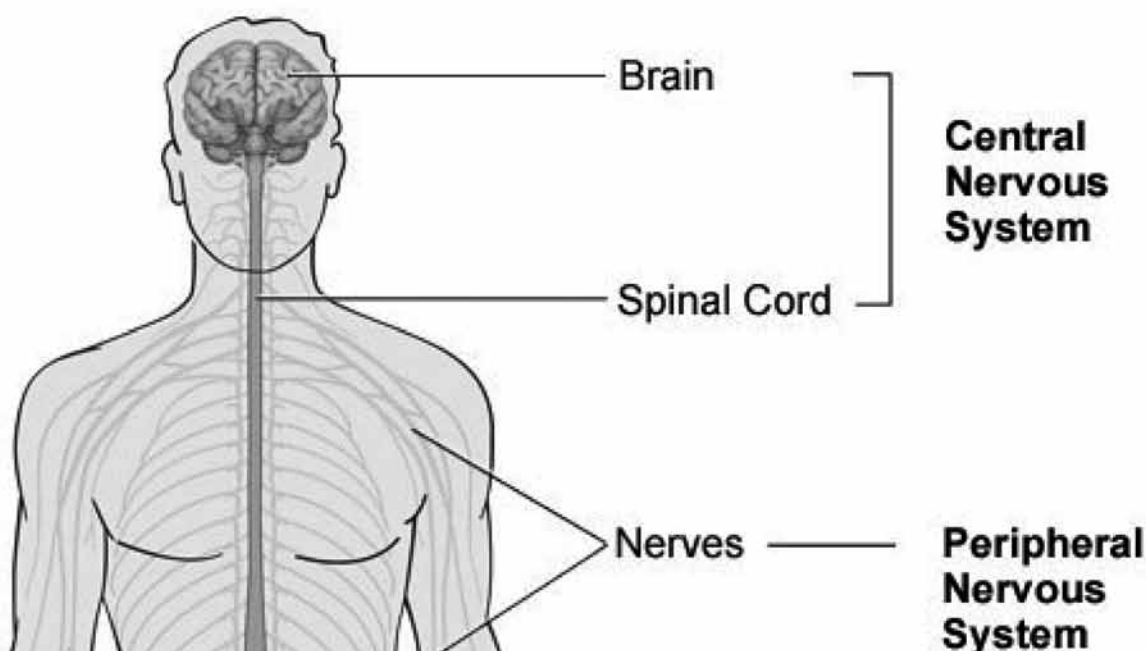
تست های تشخیص بیماری MS

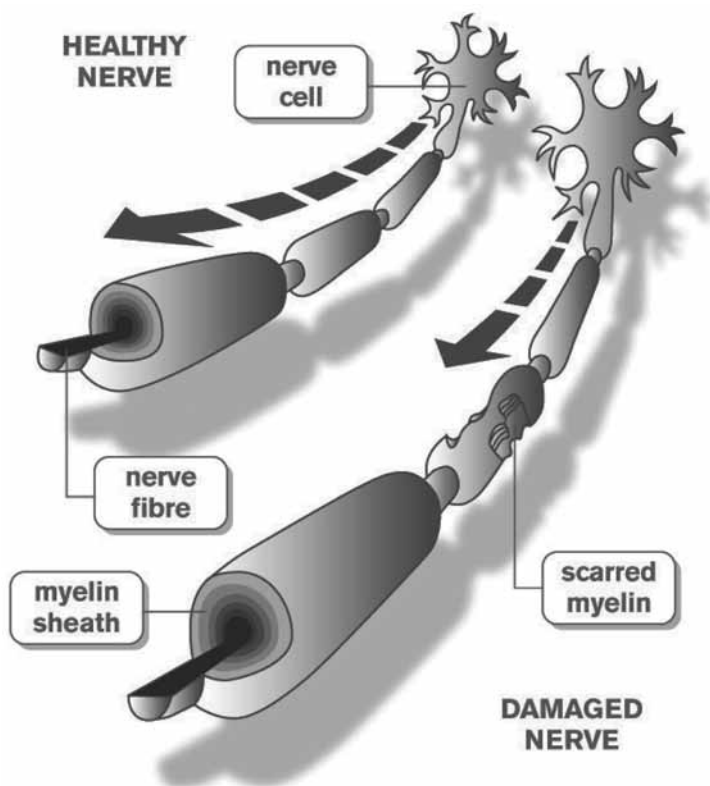
این بیماری ممکن است خفیف یا شدید باشد که شامل کاهش حس لامسه، سستی عضلانی، انقباض غیر عادی ماهیچه ها، دشواری تحرک می باشد.

اختلال در تکلم و دوبینی چشم، دردهای پیوسته و مور مور کردن کف پا که منجر به نوروپاتی می شود از علائم بیماری می باشند. تشخیص صحیح MS مشکل است. به علت شباهت هایی که در علائم این بیماری و چند بیماری دیگر وجود دارد. معهدا در ارزشیابی

ام اس یک بیماری مزمن همراه با اختلال عصبی است که از طریق حملات مکرر سلولهای خونی (لنفوسیت ها) به آکسون ها صورت می گیرد. آکسونها که دارای پوشش محافظ میلین (یک نوع پروتئین چربی دار) هستند، در اثر آسیب دچار التهاب و نهایتاً تخریب میگردند. در هنگام صدمه دیدن این غشای محافظ، عبور جریان الکتریکی سلولها کند می شوند. MS اولین بار توسط دکتر جین مارتین چارکوت فرانسوی در سال ۱۸۶۸ شناخته شد. شواهد نشان می دهد که علاوه بر عوامل محیطی، ژنتیک هم نقش بسزایی را دارد. تحقیقات وسیعی در سطح مولکولی و سلولهای بنیادی در حال اجراست که در آینده نزدیک به تشخیص زودرس بیماری کمک های شایانی خواهد شد.

در جهان ۲,۲۰۰,۰۰۰ نفر به MS مبتلا





حافظه می‌شوند که در ۸۰٪ بیماران کاملاً مشهود است. بیماری MS کشنده نیست ولی تولید معلولیت شدید میکند که غیر قابل بازگشت است.

فیزیولوژی بیماری MS

علت اصلی این بیماری مشخص نیست ولی اطلاعاتی در دست است که مجموعه‌ای از عوامل محیطی و ژنتیکی به بروز بیماری MS کمک می‌کند. این بیماری بعنوان یک عارضه خود ایمنی شناخته شده است که سلولهای لنفوسیت در حمله به سلول های عصبی باعث تخریب و التهاب میلین اکسون ها می‌شوند و در نهایت تولید رادیکالهای آزاد و اکسید نیتریک سبب تخریب میلین میشود. اکسید نیتریک باعث آسیب میتوکندری ها می‌شود که نهایتاً سبب کاهش شدید انرژی میگردد. از طرف دیگر افزایش اسید آمینه Glutamate باعث مسمومیت شدید سلولهای عصبی میشود.

بیماری MS به چهار گروه تقسیم شده است. موتاسیون ژنتیکی در ژن PTRRC روی کروموزوم I در بروز MS نقش بازی میکند. پروتئین این ژن نقش تیروزین فسفاتاز دارد که باعث عدم فعالیت Jak-Kinas میشود.

Type ۱: شروع مجدد بیماری غیر قابل پیش بینی است که شامل ۸۰٪ موارد بیماری MS است.

Type ۲: علائم شدید تر و بیشتری را نشان میدهد.

Type ۲: افزایش یکنواخت معلولیت بدون حملات سلولهای خونی به سلولهای عصبی. Type ۳: کاهش یکنواخت ظهور حملات اتفاق می افتد.

در سال ۲۰۰۹ دکتر زاموفی متخصص عروق دانشگاه ایتالیا نتایج تحقیقات خود را در زمینه بیماری MS بیان کرده است که تجمع و رسوب آهن و تنگ شدن سیاهرگهای مغزی باعث ایجاد MS میشود.

Tizanidine باعث بهبودی در گرفتگی ماهیچه ها می شود.

بیمار MS بایستی از خوردن مواد انرژی زا و چربی دار و یا سرخ شده، قهوه، دود سیگار، نمک، شکر خودداری نماید و از مواد غذایی که حاوی Anti oxidant و کلسیم است به طور فراوان مصرف نماید. فیزیوتراپی و ورزشهای مناسب بایستی هر روز انجام پذیر باشد.

پروگنوز

۳۰٪ بیماران Ms فلج میشوند. بهبودی این بیماران بستگی به جنسیت، سن، علائم اولیه و میزان معلولیت آنها دارد. ۴۰٪ از بیماران تا ۷۰ سالگی زندگی میکنند. استفاده صحیح و بموقع دارو های تجویز شده، همراه با فیزیوتراپی در بهبودی این بیماران کمک های شایانی می کنند. با پیشرفت تکنولوژی مولکولی و سلولهای بنیادی می توان نتایج نوید بخشی را انتظار داشت که این بیماران با تشخیص زودرس و معالجات بهتر بتوانند یک زندگی طبیعی داشته باشند.

پیشرفت های علمی در سلولهای بنیادی و تکنولوژی مولکولی کمک شایانی به بهبودی این بیماری کرده است.

درمان

درمان قطعی وجود ندارد و روش ها و داروهای متعدد هستند که در کاهش حملات و سرعت پیشرفت بیماری MS تاثیر گذار هستند. داروهای زیر که تصویب شده FDA آمریکاست استفاده میشود : تزریق Cortison که باعث کاهش التهاب می شود.

تزریق ماهیچه ای (= AVONEX) (B-Interferon-Ia)

تزریق زیر پوستی (= Rebif) (B-Interferon-Ib)

Fingolimod

Mixtoxaetraone

Glatiramer-Acetate

و Rituximab که در فاز دوم مطالعه هستند که بسیار امیدوار کننده هستند. Amantadine باعث کاهش ضعف و خستگی عضلانی میشود و Baclofen و

آیا کلیه های شما سالم هستند؟

بیماری کلیوی یک قاتل خاموش است! علایم بیماری کلیوی دیر خود را نشان می دهند. بنا بر این انجام آزمون های غربالگری و شناخت علایم بیماریهای کلیوی به خصوص در افرادی که در معرض خطر ابتلا به بیماری های کلیوی هستند بسیار مهم و اساسی است.

دکتر حمید رضائی قلعه

کلیه عبارتند از:

بیماری دیابت

فشار خون بالا

بیماری های التهابی کلیه (گلودولونفریت)

عفونت ها

سنگ های کلیه

سایر عوامل همچون بیماری های ارثی

علایم و نشانه های بیماری مزمن کلیه

بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه از بیماری خود آگاه و مطلع نیستند و هنگامی از وجود بیماری با خبر می شوند که به دلیلی تحت معاینات و آزمایشات پزشکی قرار بگیرند.

متأسفانه بیماری های کلیوی غالباً خاموش و بی سر و صدا هستند و مرموزانه آثار زیانبار و مخرب خود را بر جسم بیماران بر جای می گذارند.

بسته به نوع بیماری کلیوی برخی از بیماران ممکن است بروز بعضی از نشانه ها، علایم و شکایات را در خود تجربه نمایند.

این شکایات عبارتند از:

احساس سوزش و ناراحتی هنگام دفع ادرار

وجود خون در ادرار

تغییر در تعداد دفعات دفع ادرار

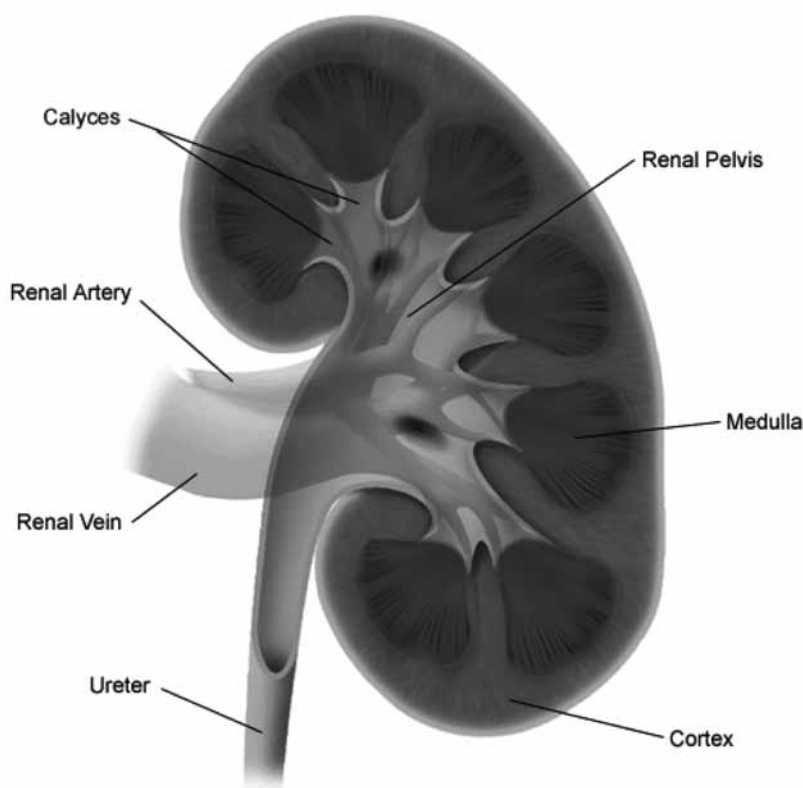
درد پشت و ناحیه کمر

تکرر ادرار به ویژه هنگام شب

تورم در قوزک های مچ پا

ورم و پف آلود شدن اطراف چشم ها به

خصوص در هنگام صبح



شیوع بیماری مزمن کلیه چقدر است؟

بیش از پانصد میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به بیماری مزمن کلیوی هستند. به عبارتی از هر ده نفر از بزرگسالان یک نفر مبتلا به یکی از انواع بیماری های مزمن کلیوی است.

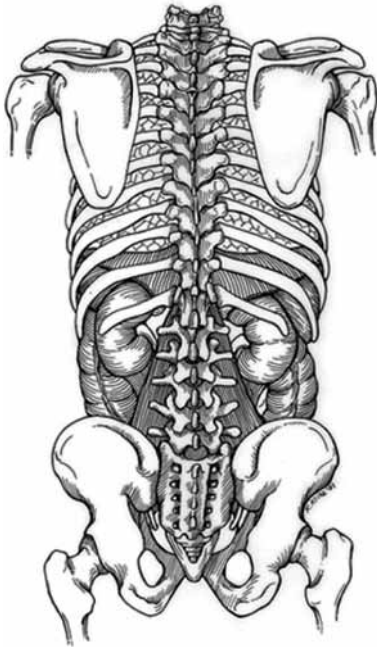
عوامل ایجاد کننده بیماری مزمن کلیه کدامند؟

شایع ترین عوامل پدید آورنده بیماری مزمن

بیماری مزمن کلیوی چیست؟

بیماری مزمن کلیه هنگامی بروز می کند که به دلیل عملکرد نامناسب کلیه و کاهش کار آمدی آن به میزان زیادی پروتئین آلبومین به داخل ادرار ترشح شده و دفع می شود. در حالی که اگر کلیه ها سالم باشند این پروتئین دفع نشده و وارد ادرار نمی شود.

بیماری مزمن کلیه ممکن است عوارض و تبعات مختلفی مانند افزایش فشار خون، کم خونی و بیماری قلبی و عروقی را در پی داشته باشد.



پیشگیری

اقدامات زیر بطور چشمگیر و موفقیت آمیزی از بروز بیماری های کلیوی و تبعات قلبی و عروقی در این بیماران جلوگیری می کنند:

اقدام پزشکی برای کاهش پروتئین ادرار و حفاظت از کلیه ها

- کنترل فشار خون
- کنترل قند خون
- کنترل کلسترول خون
- منع مصرف سیگار
- افزایش فعالیت فیزیکی و بدنی
- کنترل وزن بدن

تشخیص زودرس بیماری کلیوی می تواند از پیشرفت آن جلوگیری کرده و روند آن را کند و یا متوقف نماید.

چه کسانی در معرض خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیه هستند؟

افراد و بیماران زیر در معرض خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیه قرار دارند و بدیهی است که غربالگری و تحت نظر قرار دادن آنها به میزان زیادی از پیدایش بیماری مزمن کلیوی جلوگیری می کند:

بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون بالا افرادی که عادت به استعمال سیگار و دخانیات دارند.

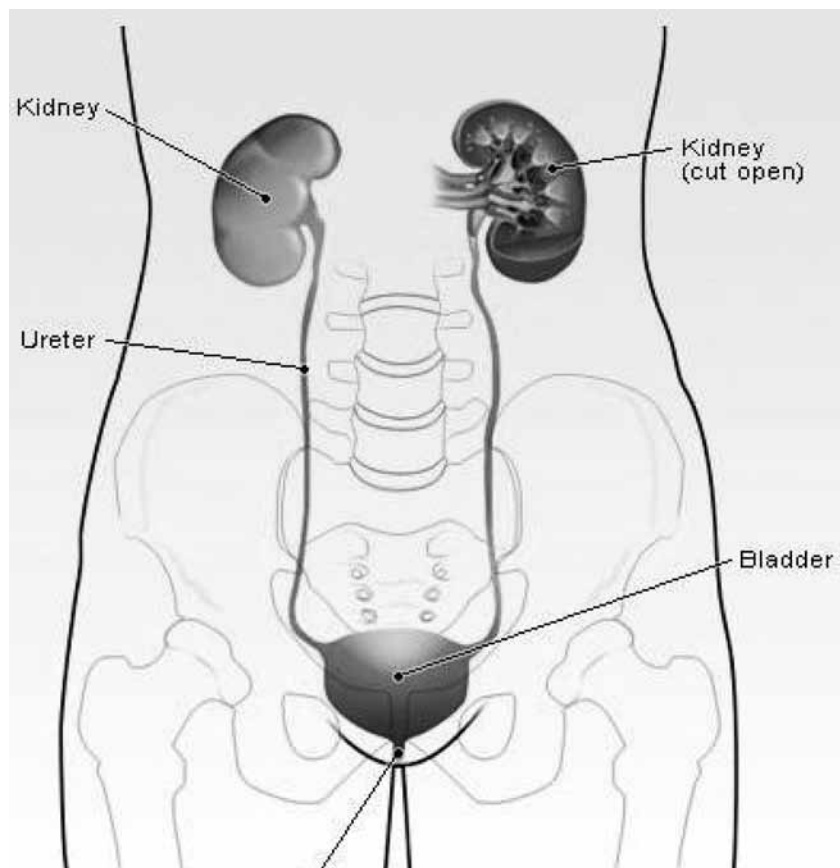
افراد چاق
افراد بالای پنجاه سال
افرادی که در خانواده آنها سابقه بیماری دیابت، فشار خون بالا و یا بیماری کلیوی وجود دارد.
بیماران مبتلا به سایر بیماری های کلیوی مانند ابتلا به سنگ و عفونت های کلیه

چگونه بیماری کلیوی تشخیص داده می شود؟

برای ارزیابی کارایی و عملکرد کلیه ها انجام آزمایش های ساده خون و ادرار کافی است. دفع پروتئین در ادرار نشان می دهد که کلیه ها خوب کار نمی کنند.

اگر بیماری مزمن کلیه تشخیص داده نشود این عدم تشخیص چه عواقبی برای بیماران به دنبال خواهد داشت؟

نخستین پیامد خطرناک پیشرفت بیماری کلیوی و از دست دادن کارایی کلیه ها نارسایی کلیه هاست که سرانجام به نیاز این بیماران به درمان با دیالیز و یا پیوند کلیه منجر می شود.
دومین پیامد خطرناک این بیماری مرگ زودرس ناشی از بیماری قلبی و عروقی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی است.



بیماران کلیوی بخوانند

نارسایی مزمن کلیوی، در زمره بیماری‌هایی است که به دلیل معضلات عدیده درمانی، اقتصادی و اجتماعی مبتلایان بدان، در ایران تحت عنوان بیماری خاص از آن نام برده شده است. این بیماران برای درمان خویش به دیالیز اعم از همودیالیز و دیالیز صفاقی و نیز پیوند کلیه نیازمندند. بدیهی است چنانچه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، آگاهی افزون‌تری درباره بیماری خود و راه‌های مختلف درمانی آن داشته باشند، روند درمان خود را قرین به توفیق بیشتری خواهند نمود.

منبع: بروشور پیوند کلیه (انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص)



Kidneys for Life

بیمار برای انجام عمل پیوند است.

فهرست انتظار برای پیوند کلیه، چیست؟

این فهرست یک فهرست ایجاد شده توسط نرم افزار رایانه‌ای مشتمل بر تمامی بیمارانی است که در انتظار دریافت کلیه می‌باشند. زمانی که کلیه‌ای جهت پیوند در دسترس باشد، به مناسب‌ترین فرد برای دریافت پیوند، کلیه مورد نظر پیشنهاد می‌شود.

شانس، به دست آوردن اطلاعات بیشتر و یافتن پاسخ برای سؤالات بیمار را بیشتر می‌کند. زمانی که بیمار در فهرست انتظار قرار گرفت، انجام یک آزمایش خون بسیار مهم است.

همچنین بیمار باید بداند که ورزش کردن تا آنجایی که امکان دارد، خوردن غذاهای سالم، مصرف درست داروهای تجویز شده، انجام دیالیز دقیقاً مانند آنچه که توسط متخصص دستور داده شده است، از اهمیت خاصی برخوردارند.

آنچه که مهم است آمادگی هرچه بیشتر

پیوند کلیه چیست؟

پیوند کلیه به معنی قرار گرفتن کلیه انسانی در بدن فرد دیگر طی یک عمل جراحی است.

کلیه برای پیوند از کجا تأمین می‌شود؟

کلیه برای پیوند از دو منبع تأمین می‌شود: • از فردی که به دنبال یک سانحه یا بیماری دچار مرگ مغزی شده است و در نتیجه طی شرایطی، اعضای بدن وی برای سایر بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند.

• یک فرد زنده می‌تواند یکی از کلیه‌های خود را اهدا کند. غالباً این فرد از بستگان بیمار مانند والدین، برادر یا خواهر و در بعضی موارد فرد اهدا کننده می‌تواند هیچ‌گونه وابستگی فامیلی با بیمار نداشته باشد.

برنامه ریزی برای پیوند

در ابتدا برای این که بیمار بداند آیا فرد مناسبی برای پیوند می‌باشد یا خیر، شاید نیاز باشد طی چندین جلسه با پزشک خود مشورت کند.

پزشک معالج ابتدا درخواست یک بررسی قلبی، تعیین گروه خونی و نوع بافت را برای بیمار می‌کند. قبل از قرار گرفتن در فهرست انتظار برای پیوند، این بررسی‌ها به بیمار اطمینان می‌بخشد که برای یک عمل جراحی مشکلی ندارد. اگر هرگونه مشکلی طی انجام بررسی‌های پزشکی پیدا شد، تغییراتی قبل از قرار گرفتن بیمار در فهرست انتظار پیوند جهت برطرف کردن آن، اعمال می‌شود. پیشنهاد می‌شود بیمار اگر مایل به انجام پیوند است، در کلاس‌های اطلاع رسانی در این زمینه شرکت کند. این



چه مدت بیمار در فهرست انتظار بافت کلیه باید بماند؟

مشکل است که به راحتی به بیمار گفته شود دقیقاً چه مدت باید در فهرست انتظار دریافت کلیه باشد.

چه اتفاقی می افتد زمانی که یک کلیه جهت پیوند در دسترس قرار می گیرد؟
اگر بیماری، مناسب ترین فرد گیرنده برای کلیه باشد پزشک مربوط با وی تماس گرفته و از او خواسته می شود به سرعت خود را به بیمارستان برساند. البته هیچ نیازی به عجله نیست.

چه اتفاقی بعد از پیوند می افتد؟
میانگین اقامت در بیمارستان ۵ تا ۷ روز بعد از پیوند می باشد. اگر مشکلی برای بیمار وجود داشته باشد شاید نیاز به بستری طولانی تری یا به دنبال ترخیص نیاز به بستری مجدد باشد. زمانی که بیمار در بیمارستان بستری است بطور مرتب و با دقت عملکرد کلیه پیوند شده کنترل و ارزیابی می شود و داروهایی جهت جلوگیری از پس زدن کلیه ها به بیمار داده می شود (ایمونو ساپرسیوها).

احتمال بروز چه مشکلاتی وجود دارد؟
عوارض شایع شامل:

- نکروز حاد توبولار (Acute Tubular Necrosis, ATN)

این اتفاق در ۲۵٪ از تمام موارد پیوند رخ می دهد و آن زمانی است که کلیه دچار شوک بعد از عمل می شود. (شرایطی که خون کافی به کلیه پیوند نرسد). در این حالت اگر چه کماکان کلیه جریان خون خوبی دارد ولی عمل تصفیه مواد زائد بدن و آب زیادی انجام نمی گیرد. ATN می تواند برای چند ساعت تا چند هفته باقی بماند. اگر این اتفاق روی داد، عملکرد کلیه پیوند شده با دقت بیشتری مورد بررسی و نظارت قرار می گیرد.

- پس زدن (Rejection):

از آنجایی که سیستم ایمنی بدن فرد گیرنده متوجه می شود که کلیه پیوندی متعلق به بیمار نیست، تلاش می کند تا در مقابل این عضو خارجی بجنگد، داروهایی که تحت عنوان "سرکوب کننده های سیستم ایمنی" خوانده می شوند، برای درمان این مشکل مورد استفاده قرار می گیرند.

- عفونت

مصرف داروهای "سرکوب کننده های سیستم ایمنی" می تواند باعث ابتلای بیمار به عفونت هایی از قبیل عفونت در ناحیه قفسه سینه، عفونت زخم و یا عفونت سیستم ادراری شود. بیشتر این عفونت ها با مصرف آنتی بیوتیک برطرف می شود.

- سرطان

داروهایی که بیمار پیوند کلیه مصرف می کند شانس ابتلا به سرطان پوست و سایر سرطان ها را بالا می برد. این بیماران نیاز به محافظت بیشتری در مقابل نور خورشید دارند.

بعد از ترخیص بیمار، چه پیگیری هایی باید انجام شود؟

بعد از انجام عمل پیوند، نیاز است بیمار روزانه در دو بخش پیوند بیمارستان معاینه شود. به تدریج بعد از ۳ ماه اول فاصله این معاینه بیشتر شده و فقط هر ۳ تا ۹ ماه نیاز به معاینه پزشک می باشد.

کلیه پیوندی برای چه مدت در بدن گیرنده باقی می ماند؟

بسیار مشکل است که بطور دقیق گفته شود، چه مدت کلیه پیوندی در بدن گیرنده باقی می ماند. با فعال باقی ماندن (فعالیت داشتن)، مصرف غذاهای سالم، مصرف صحیح داروها و انجام معایناتی از قبل تعیین شده توسط پزشک، شانس بسیار بالایی برای موفقیت در نگهداشتن کلیه پیوندی وجود دارد.

اگر کلیه پیوند شده پس زده شود، چه اتفاقی می افتد؟

اگر عمل پیوند با موفقیت همراه نباشد بیمار باید جهت درمان دوباره تحت دیالیز قرار بگیرد. امکان پیوند مجدد در آینده وجود دارد. در این مورد باید با پزشک معالج مشورت شود.

اگر یکی از اعضای خانواده و یا دوستان خود بیمار تمایل به اهداء کلیه به وی را داشته باشند چه باید کرد؟

تصمیم گیری برای اهداء کلیه (توسط فرد زنده) یک مساله کاملاً شخصی است. اگر فردی از نزدیکان فرد مبتلا مایل به اهداء کلیه به بیمار باشد باید با پزشک معالج مشورت شود. گروهی از آزمایشات لازم؛ برای ارزیابی این که آیا فرد اهداکننده سالم است یا خیر؟، انجام می گیرد.

درمان های خوراکی در بیماران تالاسمی

سندرم تالاسمی نوعی بیماری ارثی است که نیاز به مراقبت و توجه فراوان دارد. تالاسمی با کاهش یک یا دو زنجیره آلفا یا بتا که مولکول هموگلوبین انسانی را ایجاد می کند، همراه بوده و نتیجه آن کاهش غلظت هموگلوبین در گلبول قرمز و بروز کم خونی می باشد.

منبع: راهنمای مدیریت بالینی تالاسمی (انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص)



بار در روز آن می تواند جذب آهن ناپایدار پلاسما را به مدت ۲۴ ساعت پوشش دهد.

عوارض دارویی

اختلال گوارش به صورت درد شکمی، تهوع و استفراغ و اسهال و یبوست در ۱۵ درصد بیماران اتفاق می افتد. از عوارض دیگر آن بشورات پوستی و افزایش کراتینین سرم می باشد. مصرف دفرایزروکس در بیماران با نارسایی کلیوی یا اختلال واضح در عملکرد کلیه ممنوع می باشد.

در مطالعه هایی که در طی آن ها میزان رضایت و آسودگی حاصل از مصرف دسفرال و دسفرایزروکس در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بررسی شده است، بیماران به طور مشخص مصرف دفرایزروکس را ترجیح داده اند.

ناخواسته ی دارو کاهش تعداد نوتروفیل های خون می باشد. تهوع و تغییرات اشتها نیز مشاهده شده است. افزایش آنزیم های کبدی، درگیری مفاصل، نیستاکموس، اختلال راه رفتن و اختلال در مهارت های روانی حرکتی، اختلال بینایی و شنوایی و سرکوب مغز استخوان می باشند.

مقدار مصرفی متعارف دارو:

روزانه ۷۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن منقسم سه نوبت در روز می باشد. طیف وسیعی از رژیم های درمانی شامل ترکیب دو داروی دسفرال و دفرایزروکس می باشد. تنوع زیادی در راه های درمان ترکیبی و تجویز دو دارو وجود دارد. اگر بیماری با تک درمانی بهبود نیابد، درمان ترکیبی پاسخ مناسبی خواهد داشت. شمارش هفتگی سلول های خونی به دنبال مصرف دارو لازم است.

EXJADE

قرص دفرایزروکس به صورت تک درمانی در درمان تجمع زیاد آهن تجویز می شود. این دارو به عنوان خط اول درمان در درمان تالاسمی ماژور در بیشتر از ۷۰ کشور دنیا استفاده شده است.

مقدار مصرفی متعارف دارو

این قرص یک آهن زدای خوراکی می باشد. مقدار دارو در شروع مصرف ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. اگر تجمع بیش از حد آهن قبل از درمان رخ دهد، مقدار توصیه شده دارو ۳۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز می باشد. قرص در آب حل و با استفاده از قاشق غیر فلزی هم زده می شود. به صورت نوشیدنی یک بار در روز پیش از غذا مصرف می شود. تجویز یک

درمان بیماران تالاسمی ماژور که دو زنجیره بتا را از دست داده اند و دچار کم خونی شدید می باشند، تزریق خون می باشد. تزریق منظم خون در طول زندگی اتفاق می افتد که به طور معمول هر ۲ هفته تا ۵ هفته برای بالا نگه داشتن سطح هموگلوبین انجام می گیرد. به دنبال تزریق ممکن است تجمع بیش از حد آهن، آهن زدایی است. هدف اولیه ی آهن زدایی، نگه داشتن سطح آهن در حد ایمن است. از روش های آهن زدایی مصرف داروهای خوراکی آهن زدا می باشد. در این شماره به بررسی داروهای خوراکی می پردازیم.

قرص L1

قرص دفرایزروکس یک آهن زدای خوراکی است و اثر آهن زدایی آن با کاهش غلظت آهن صورت می گیرد. میزان فریتین سرم را نیز کاهش می دهد. این دارو در کبد با گلوکوروئیداسیون یکی از بخش های باند شونده دارو به سرعت متابولیزه و غیر فعال می شود.

عوارض جانبی دارو

یکی از جدی ترین و کشنده ترین عوارض



مدیریت دندانپزشکی و تظاهرات دهانی در افراد پذیرنده پیوند

امروزه پیوند ارگان‌های بدن یکی از راه‌های جدید درمان می‌باشد و پذیرنده‌های پیوند در حال حاضر در حال افزایش هستند. پیوند کلیه، کبد، ریه، مغز استخوان و... از نمونه‌های بارز آن است. با افزایش توانایی علم پزشکی نیز طول عمر این افراد افزایش یافته و به تبع آن در سایر بخش‌های مرتبط با سلامت فرد بایستی مراقبت‌هایی انجام پذیرد.

دکتر عبدالرضا معادی



درمان دندانپزشکی

هر زمانی که امکان دارد بیماری مشکلات دندانی فعال داشته باشد باید قبل از پیوند درمان شود زیرا بعد از پیوند بدلیل ضعف ایمنی توانایی بیمار در مقاومت در برابر عوامل عفونی کاهش می‌یابد.

(۱) با پزشک بیمار در مورد سلامت دهان وی صحبت کند.

(۲) حذف مکان ایجاد عفونت در دهان

(۳) درمان پوسیدگی‌های دندانی

(۴) برداشتن دندان‌هایی که امید به نگه داشتن‌شان نیست.

(۵) حذف منبع عفونت حاد یا مزمن

(۶) درآوردن نوارهای ارتودنسی یا پروتزها جهت بهداشت مناسب دهان

(۷) استفاده از بی حسی موضعی برای کنترل درد بعد از جراحی.

مدیریت سلامت دهان بعد از پیوند اعضا

بیماران باید سه ماه بعد از پیوند از درمان دهان و دندان پرهیز کنند. می‌توانند ۳-۶ ماه بعد جراحی، درمان شوند.

توجهات پیش از درمان

۱- مشاوره با پزشک در زمینه سلامتی عمومی و عملی کردن

۲- بحث در مورد آنتی بیوتیک پروفلاکسی مورد نیاز قبل از درمان

توجهات پزشکی

- عوارض جانبی مواد کنترل کننده ایمنی

- عوارض جانبی درمان‌های ضد انعقاد

- درمان دندانپزشکی

درمان بیماری‌های دهان و دندان جدید باید

سلامت دهان و دندان فیزیکی از بخش‌های مرتبط با سلامتی بدن است و بیماری‌های دهان و دندان و درمان‌های دندانپزشکی در این افراد به علت تأثیر در سلامت عمومی بسیار با اهمیت است، به نحوی که می‌تواند در سلامتی این گروه تأثیرگذار باشد.

لذا توجه به نکات ذیل ضروری است:

- مدیریت سلامتی دهان قبل از انجام پیوند
- بررسی سوابق و تاریخچه دندانپزشکی بیمار

- انجام معاینه اولیه دهان و دندان
- بحث و تبادل نظر در مورد وضعیت اخیر بیمار و سلامتی و سیستم ایمنی او.

- تصمیم‌گیری درباره زمان درمان
- تصمیم‌گیری در مورد نوع و زمان پرو فلاکسی با آنتی‌بیوتیک

- پیش‌بینی برای جلوگیری از خونریزی احتمالی

- مراقبت کردن از درمان
- مراقبت‌های لازم قبل از شروع درمان

- پروفلاکسی با آنتی بیوتیک: اخذ مشاوره از پزشک معالج در مورد آغاز درمان‌های دندانپزشکی و نوع آنتی‌بیوتیک

- آنتی‌بیوتیک موثر برای جلوگیری از عفونت‌های فعال excessive bleeding

- تعیین میزان خونریزی بیمار - بررسی بعضی از علل بروز خونریزی نظیر استفاده

از دارو (آسپرین) - در دسترس بودن فاکتورهای انعقادی را هرگز فراموش نکنید.

- از یک سیستم جذب و مکش قوی و پر تکاپو برای جلوگیری از کمای هپاتیکی

برای بیماران پیوند کلیه شده استفاده کنید.
- آماده بودن بخیه و موارد انعقاد کننده

بعد از ثابت شدن وضعیت بیمار پیوندی صورت گیرد.

۱- قبل از درمان فشار خون بیمار کنترل شود.

۲- دهان بیمار را به دقت بررسی کنید زیرا درمان ایمنوساپرسیو علائم بیماری را می‌تواند پنهان کند.

۳- استعداد خونریزی بیماران را بررسی کنید و اقدامات مناسب را برای کنترل خونریزی به عمل آورید.

۴- در بیمارانی که نیاز به جراحی دندانی تهاجمی دارند از مکمل استروئیدی استفاده کنید.

۵- در زمان مناسب شستشوی ضد میکروبی انجام دهید.

۶- به همه بیماران در ارتباط با بهداشت روزانه دهان آموزش و تاکید کنید.

۷- در ارتباط با اهمیت سلامتی دهانی قبل و بعد از پیوند تاکید کنید.

۸- تیم همکار مطب را در مورد عوامل و عوارض درمان آگاه سازید.

مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ و پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی

علاقه وافری به مصرف اسیدهای چرب امگا ۳، برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی وجود دارد. بیمارانی که هم مبتلا به دیابت هستند و هم سابقه سکته قلبی داشته‌اند، بیشتر در معرض خطر حوادث قلبی-عروقی عود کننده هستند. این مطالعه، مصرف آلفا امگا را روی بیماران دیابتی با سابقه قلبی عروقی، بررسی می‌کند.

ترجمه: کیانا معدنچی



یا سایر بیماری‌های قلبی فوت کرده‌اند. هرچند نویسنده این مقاله می‌نویسد که این مطالعه نقش محافظتی مصرف مکمل‌های EPA, DHA و ALA را در بیماران نشان می‌دهد. در این مطالعه و در کارآزمایی اصلی آلفا امگا، تقریباً تمام بیماران، داروهای تجویز شده آنتی ترومبوتیک، داروهای کاهش فشار خون و استاتین‌ها را مصرف می‌کردند. منابع اسیدهای چرب امگا ۳، ماهی، روغن ماهی و روغن‌های گیاهی، گردو و مکمل‌های امگا ۳ می‌باشد.

دکتر مظفریان می‌گوید: در دوزهای پایین، مانند آن چه که در این کارآزمایی مطالعه شده، مزایای قطعی مصرف امگا ۳، بهبود عملکرد مغزی بچه‌هایی است که مادرانشان امگا ۳ مصرف می‌کردند و همچنین کاهش ریسک مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی. ایشان در ادامه می‌گوید: "شخصاً، به عنوان یک متخصص قلب و عروق، برای دریافت امگا ۳، توصیه به مصرف ماهی به عنوان بهترین و اصلی‌ترین منبع آن می‌کنم. ماهی حاوی املاح و عناصر دیگری نیز می‌باشد که برای سلامتی مفید است، و برای افراد سخت است که هر روز برای دریافت امگا ۳ قرص بخورند."

منبع: DIABETES CARE ۲۰۱۱

محقق، Daan Kromhout، پروفیسور تغذیه انسانی در دانشگاه واشنگتن بیان کرد: هرچند تحقیقات بیشتری نیاز است تا نقش این اسیدهای چرب را در محافظت افراد از آریتمی‌های بطنی به طور قطعی ثابت کند، اما نقش سودمند آنها در بیمارانی که مشکلات قلبی و دیابت داشته‌اند، واضح به نظر می‌رسد، و این اولین مطالعه‌ای است که نقش محافظتی اسیدهای چرب امگا ۳ را در بیماران در معرض خطر مبتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی -عروقی، به طور مشخص نشان داده‌است.

این مطالعه، دومین کارآزمایی تحلیلی مصرف آلفا امگا است، مطالعه‌ای که در چندین مرکز شامل ۳۲ بیمارستان در هلند انجام گرفته‌است. گزارشات قبلی از این کارآزمایی، هیچ ارتباطی از نظر نقش محافظتی مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ با حملات وسیع قلبی -عروقی در بیماران در معرض خطر نشان نداد.

داریوش مظفریان، استاد پزشکی دانشگاه هاروارد، و متخصص تغذیه و پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های متابولیک، بیان کرد نکته اصلی تمام تحقیقات و کارآزمایی‌های قبلی انجام گرفته بر روی منفعت استفاده از اسیدهای چرب امگا ۳ و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی است، نه بر روی مصرف دوزهای پایین اسیدهای چرب امگا ۳ و بیماری‌های کلی قلبی عروقی.

نویسنده این مقاله عنوان می‌کند که محدودیت این مطالعه تنها شامل بیمارانی است که آریتمی‌های بطنی راتجربه کرده یا فوت کرده‌اند، ۲۹ بیمار دچار آریتمی شده، و ۵۰ بیمار از آنفارتکس میوکارد

محققان در مجله Diabetes Care شماره دسامبر، گزارش داده‌اند، بیماران مبتلا به دیابت با سابقه حمله قلبی، با مصرف روزانه دوز توصیه شده اسیدهای چرب امگا ۳، از آریتمی‌های بطنی که در آینده رخ خواهد داد و حملات قلبی مرگبار مصون خواهند بود.

محققان اطلاعات ۱۰۱۴ بیمار دیابتی در محدوده سنی ۶۰ تا ۸۰ سال را که سابقه یک حمله قلبی در ۱۰ سال گذشته داشتند، مورد مطالعه قرار دادند. آنان بیماران را به طور تصادفی در یکی از چهار گروهی که طبقه‌بندی کرده بودند قرار دادند: افرادی که مارگارین حاوی EPA و DHA با دوز ۴۰۰ mg/d400 مصرف می‌کردند، بیمارانی که مارگارین حاوی ALA با دوز ۲ g/d2 مصرف می‌کردند، بیمارانی که مارگارین حاوی هر سه اسید چرب را مصرف می‌کردند، و بیمارانی که مارگارین همراه با پلاسبو مصرف می‌کردند.

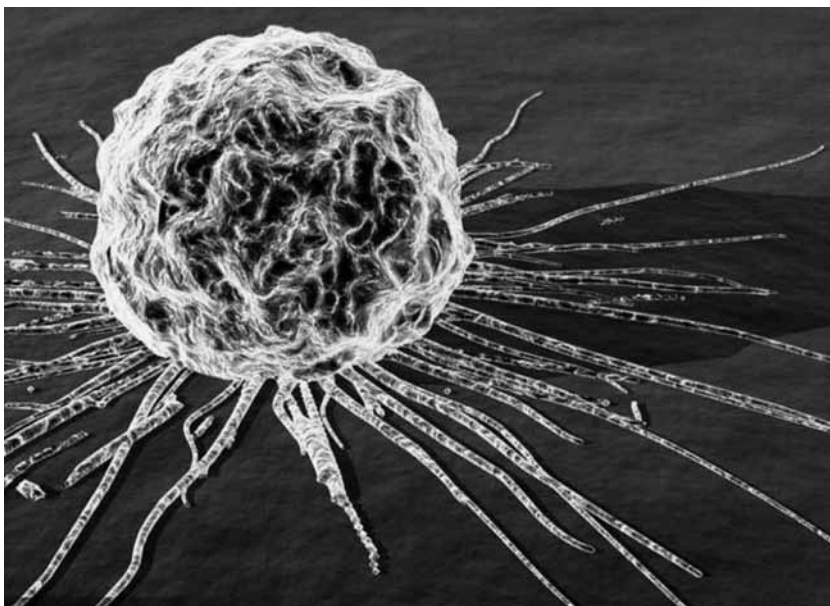
در طول یک بررسی ۴۰ ماهه، در گروهی که مخلوطی از سه اسید چرب را مصرف کرده بودند، بروز حملات مربوط به آریتمی‌های بطنی از گروهی که پلاسبو مصرف می‌کردند ۸۴٪ پایین تر بود.



یک سوم سرطان‌ها بر اثر ریسک فاکتورهای سبک زندگی بوجود می‌آیند

یک سوم سرطان‌ها بر اثر چهار عامل متداول سبک زندگی ایجاد می‌شوند. این فاکتورها شامل سیگار، رژیم غذایی، الکل و چاقی می‌باشند.

ترجمه دکتر سمیرا مجیدیان



این نتایج از بررسی فاکتورهای محیطی و سبک زندگی بدست آمده‌اند. محققان انگلیسی درصد سرطان‌هایی که می‌توانند بر اثر هر یک از عوامل محیطی به‌وجود آیند را بررسی کرده‌اند. دکتر پارکین پروفیسور اپیدمیولوژی دانشگاه کوبین مری لندن می‌گوید: این مطالعه تحقیق جامعی در زمینه سرطان و عوامل محیطی بوده‌است. محققان این مطالعه ۱۴ فاکتور سرطان‌زا را بررسی کردند. این چهارده فاکتور شامل مصرف سیگار، مصرف الکل، عدم مصرف میوه و سبزی، فقدان فیبر غذایی، خوردن گوشت قرمز و فرآوری شده، مصرف نمک فراوان، وزن بالا، عدم فعالیت فیزیکی، رادیاسیون، اشعه اولترایولت، مواجهه شغلی مانند آژبست، عفونت مانند HPV و درمان هورمونی بعد از یائسگی و عدم شیردهی می‌باشند. بسیاری از افراد معتقدند سرطان یک سرنوشت است یا اینکه بر اثر ژن به‌وجود می‌آید و این شانس وجود دارد که آنها نیز مبتلا شوند.

دکتر پارکین می‌گوید: واقعیت این است که ۴۰ درصد سرطان‌ها بر اثر عواملی به‌وجود می‌آیند که تقریباً می‌توانیم آنها را تغییر دهیم.

این رقم در زنان ۴۰ درصد و در مردان ۴۵ درصد است.

این آمار نشان می‌دهند در انگلستان حدود ۱۳۴۰۰۰ مورد سرطان قابل پیشگیری هستند. بیش از ۱۰۰۰۰۰ سرطان ناشی از مصرف سیگار، رژیم غذایی نامناسب، الکل و اضافه وزن می‌باشند. سیگار مهم‌ترین فاکتور بوده است که سالانه بر روی ۶۰۰۰۰ سرطان در انگلستان تاثیر می‌گذارد. به عبارتی بر روی یک پنجم سرطان‌ها دکتر

پارکین تاکید کرد: خوردن سبزیجات و میوه، عامل محافظ مردان در سرطان بوده است. در مورد خانم‌ها وزن بالا بیشترین تاثیر حتی بیشتر از الکل بر بروز سرطان داشته‌است.

در طی این مطالعه درمردان سیگار بیشترین ریسک فاکتور ۲۳ درصد سپس عدم مصرف میوه و سبزی ۶/۱ درصد و در ادامه مواجهه شغلی ۴/۹ درصد، الکل ۴/۶ درصد، وزن بالا ۴/۱ درصد و مواجهه با نور خورشید ۳/۵ درصد سرطان‌های مرتبط با ریسک فاکتورها را تشکیل می‌دهند.

در مورد سرطان‌های زنان بیشترین ریسک فاکتور سیگار ۱۵/۶ درصد و در ادامه وزن بالا ۶/۹ درصد بیشترین آمار و سپس به ترتیب عفونت ۳/۷ درصد، مواجهه با نور خورشید ۳/۶ درصد، عدم مصرف میوه و سبزی ۳/۴ درصد و در آخر الکل ۳/۳ درصد ریسک فاکتورهای سرطان را تشکیل دادند. به طور مثال در مورد سرطان ریه تاثیر

عوامل سبک زندگی شامل سیگار ۸۵ درصد، فاکتورهای شغلی ۱۳/۲ درصد، عدم مصرف میوه و سبزی ۹ درصد و در مورد اشعه یونیزان ۴/۷ درصد بوده است. بسیاری از سرطان‌های ریه قابل پیشگیری هستند. در این زمینه جمعیت‌های مبارزه با دخانیات در کاهش آمار مصرف سیگار موثر بوده‌اند. ملانوم یا سرطان پوست نیز در سال‌های اخیر آمار بالایی را به خود اختصاص داده است که مواجهه زیاد با نور آفتاب را نشان می‌دهد. در هر حال سبک زندگی سالم می‌تواند ریسک بروز سرطان را کاهش دهد ولی همواره شانس بروز سرطان وجود دارد. کنترل چهار فاکتور مهم سبک زندگی یعنی الکل، سیگار، رژیم غذایی و چاقی علاوه بر کاهش بروز سرطان باعث کاهش بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های کلیوی و بیماری‌های کبدی می‌شوند.

منبع: BRJNCANCER ۲۰۱۱-۱۰۵

خبر

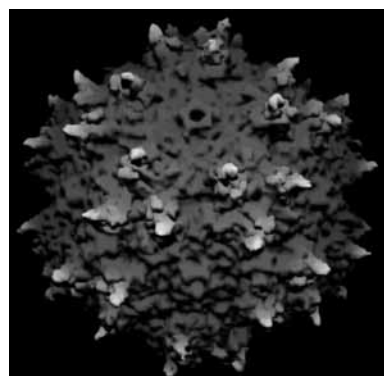
درمان هموفیلی نوع B

براساس مطالعات تازه در بریتانیا و آمریکا تنها یک تزریق می‌تواند برای درمان افراد مبتلا به هموفیلی نوع B کافی باشد. در این مطالعه به شش بیمار، ویروسی تزریق شد که باعث تولید پروتئین‌های منعقدکننده خون می‌شود. چهار نفر آن‌ها پس از این معالجه از مصرف دارو بی‌نیاز شدند. پزشکان گفتند که این نوع ژن درمانی به طور بالقوه می‌تواند زندگی بیماران را متحول کند. سایر محققان نیز آن را یک "مطالعه واقعا چشم‌گیر" توصیف کرده‌اند. در کد ژنتیکی افراد مبتلا به هموفیلی نوع

B اشکالی وجود دارد که باعث می‌شود نتوانند پروتئینی به نام "عامل آی اکس" را تولید کنند. این پروتئین در انعقاد خون نقش اساسی دارد. بیماران هموفیلی در حال حاضر با تزریق "عامل آی اکس"، گاهی تا چند بار در هفته، معالجه می‌شوند اما فرآیند تولید این دارو پرهزینه است. محققان در دانشگاه کالج لندن و بیمارستان (تحقیق کودکان سن جود) در آمریکا در جستجوی راه‌حلی دائمی‌تر بودند.

اصلاح ویروس

آنها یک نوع ویروس موسوم به "ای ای وی" که عوارضی ندارد را برداشتند و آن را طوری اصلاح کردند که سلول‌های کبد را به ماده ژنتیکی "عامل آی اکس" آلوده کند. این ژن سپس در سلول‌های کبد باقی می‌ماند و به سلول‌ها دستور ساخت پروتئین انعقاد خون را می‌دهد. این ویروس در مجموع به شش نفر در بیمارستان فری رویال لندن تزریق شد. به دو نفر آن‌ها



دوز کم، دو نفر دوز متوسط و دو نفر دوز بالا تزریق شد. نتایج چاپ شده در نشریه پزشکی نیوانگلند نشان داد که میزان عامل آی اکس می‌تواند در اثر این تزریق افزایش یابد. به طور طبیعی میزان عامل آی اکس در بدن این بیماران در مقایسه با افراد سالم کمتر از یک درصد بود.

پس از تزریق، میزان عامل آی اکس در بدن آنها به ۲ تا ۱۲ درصد رسید. میزان آن در اولین بیمار معالجه شده برای بیش از ۱۶ ماه دو درصد یا بالاتر باقی ماند.

میزان آن در یکی از بیمارانی که بیشترین دوز را دریافت کرد از هشت تا دوازده درصد متغیر ماند که برای ۲۰ هفته دوام داشت. کارل واکر ۲۶ ساله از برکشایر بیشترین میزان بهبود را نشان داد. او گفت که دیگر نیازی به معالجات عادی حتی در هنگام جراحی ندارد درحالی که قبلاً هفته‌ای سه بار دارو تزریق می‌کرده است.

دکتر آمیت نصوانی از دانشگاه کالج لندن به بی بی سی گفت که بیمارانی که میزان عامل آی اکس آنها به ۱۲ درصد میرسد دیگر نیازی به مراجعه به کلینیک ندارند.

او گفت این افراد می‌توانند بدون هیچ مشکلی دنبال زندگی عادی خود بروند. آنها فقط وقتی که دچار تصادف رانندگی شوند یا از ارتفاع بلند پرت شوند ممکن است مشکل پیدا کنند. او گفت که هدف این تحقیقات تغییر وضعیت بیماران از هموفیلی شدید به یک هموفیلی ملایم بوده است. او گفت که همه بیماران حاضر در مطالعه از این شیوه سود برده‌اند، حتی بیمارانی که نتوانسته‌اند تزریق‌های منظم عامل آی اکس





یک دوره ۵ ساله ۲۲۳ بیمار را مورد بررسی قرار دادند. کبد چرب به نظر می‌رسد که ریسک فاکتور غیر مرتبط باشد اما طی این تحقیقات ارتباط قوی‌تری نسبت به چاقی و ارتباط ضعیف‌تری نسبت به مقاومت به انسولین داشته است.

منبع: medscape

مصرف ویتامین دی خطر ابتلا به سرطان سینه را کاهش می‌دهد. ویتامین دی که در روغن ماهی - جگر - زرده تخم مرغ و پنیر و ماست به مقدار زیاد وجود دارد. این ماده با مصرف ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ واحد در روز خطر سرطان سینه و روده، ام اس و دیابت نوع ۱ را به میزان ۵۰ درصد کاهش داده است.

منبع: سایت health news

ورزش موجب رفع خستگی در ام.اس می‌شود. افزایش سرعت راه رفتن و کاهش خستگی از مزایای ورزش کردن در ام.اس است. ام.اس یک بیماری خود ایمنی است که با اختلال‌های متنوعی همراه بوده است و ضعف عضلانی و خستگی در این بیماران کاهش فعالیت روزانه را در پی دارد. مطالعات نشان داده ورزش بر روی کیفیت زندگی بیماران ام اس تاثیر دارد.

منبع: health news

بررسی تمامی مطالعات صورت گرفته در لندن و هلند نشان می‌دهد که مصرف فیبر غذایی به خصوص فیبر موجود در غلات به جلوگیری از بروز سرطان روده کمک می‌کند.

به گفته محقق ارشد این مطالعه، مصرف زیاد غلات یکی از گزینه‌هایی است که شما با خوردن آن می‌توانید از پیشرفت این بیماری جلوگیری کنید و عوامل دیگری از جمله وزن مناسب، فعالیت فیزیکی مناسب و عدم مصرف دخانیات نیز می‌تواند در جلوگیری از پیشرفت این بیماری موثر باشد. سرطان روده بزرگ، یک نوع سرطان رایج در میان کشورهای توسعه یافته است.

منبع: کالج سلطنتی انگلیس

محققان کره ای دریافتند که مقاومت انسولین - چاقی - کبد چرب با دیابت نوع ۲ ارتباط دارند. البته ارتباط مقاومت به انسولین و کبد چرب با ریسک بیماری دیابت بیشتر بوده است. این محققان در



را قطع کنند. او این را یک پیشرفت بزرگ خواند که برای اولین بار به دست می‌آید.

منبع: medscape

مصرف فیبر غلات خطر سرطان روده را کاهش میدهد

مطالعه اخیر کالج سلطنتی انگلیس نشان می‌دهد که مصرف فیبر غلات می‌تواند خطر پیشرفت سرطان روده را کاهش دهد. نتایج این مطالعه که در ژورنال پزشکی انگلیس منتشر شده است نشان می‌دهد که مصرف ۱۰ گرم فیبر غلات در روز، ۱۰ درصد خطر ابتلا به سرطان روده را کاهش می‌دهد.

محققان این مرکز با بررسی ۲۵ مطالعه که پیش از این صورت گرفته بود، دریافتند که فیبر موجود در میوه و سبزیجات نمی‌تواند در کاهش خطر ابتلا به این بیماری تاثیر چندانی داشته باشد.

آیا می دانید؟

دیده بودند، انجام می شد و زمان هر کلاس ۷۵ دقیقه بود. تحقیقات نشان داد، افرادی که در کلاس های یوگا شرکت کرده بودند، نسبت به افرادی که تنها مراقبت های عادی کمر درد را انجام داده بودند، عملکرد بهتری در درد کمر خود داشتند.

منبع: Ann Intern Med. ۲۰۱۱

افراد با وزن ایده آل فعالیت فیزیکی بیشتری داشتند و در طول هفته ۲۰۰۰ کالری از طریق ورزش می سوزانند. در مقایسه با افراد چاق که تنها ۸۰۰ کالری از طریق ورزش از دست دادند.

محققان می گویند میان وعده های غذایی می تواند در جلوگیری از افزایش وزن کمک کند چون باعث می شود فرد کمتر احساس گرسنگی کند و اگر طولانی مدت گرسنگی بکشد، تمایل به مصرف کالری بیشتر دارد.

منبع سایت medscape نوامبر ۲۰۱۱

آیا می دانید دو سوم موارد بستری بیمارستانی بدلیل عوارض دارویی را داروهای ضد انعقاد خون و داروهای درمان دیابت تشکیل می دهند؟

در مطالعه ای که در مجله نیوانگلند به چاپ رسید ذکر شده است که عوارض دارویی تقریباً ۱۰۰۰۰۰ مورد بستری بیمارستانی را سالانه تشکیل می دهند. که دو سوم آنها داروی ضد انعقاد و داروهای درمان دیابت می باشند. چهار دارو از جمله وارفارین -داروی ضد پلاکت خوراکی- انسولین و داروهای کاهنده قند خون خوراکی بیشترین آمار را در بالغین ۶۵ سال و بالاتر تشکیل می دهند چیزی حدود ۶۷ درصد.

درمان های بیماران دیابتی نیاز به اندازه گیری دقیق قند خون و تنظیم دوز دارو دارند که شاید در بیماران دیابتی کمتر اتفاق می افتد. با بررسی مراجعه بیماران به ۵۸ بیمارستان در طی سالهای ۲۰۰۷ الی ۲۰۰۹ در امریکا، دو سوم افراد که بر اثر عوارض دارویی بستری شده بودند افراد ۸۰ ساله و بالاتر بودند.

پزشکان و بیماران باید بدانند که هنگام استفاده از این داروها سلامتی و ایمنی بیماران را نیز در نظر گیرند.

منبع: New England magazine



آیا می دانید ورزش یوگا به بیمارانی که از کمردرد مزمن رنج می برند کمک می کند؟

طی مطالعه ای که در کشور انگلستان انجام گرفته، نشان داده شد که یک برنامه ۳ ماهه یوگا شامل ۱۲ جلسه، به بهبود عملکرد افرادی که کمردرد دارند، منجر می شود. بر پایه یافته های این مطالعه، یوگا به عنوان یک روش درمانی برای کمردردهای مزمن توصیه می شود.

در این مطالعه، ۳۱۳ نفر فرد بالغ که از کمر درد مزمن رنج می بردند، شرکت داشتند. تمام این افراد یک کتابچه آموزشی کمر درد و مراقبت های عادی از آن را دریافت کردند. علاوه بر این، به ۱۵۶ نفر شرکت در کلاس های یوگا نیز پیشنهاد شد (۱۲ جلسه، هفته ای یک بار). این کلاس ها توسط ۱۲ معلم یوگا که آموزش های کمر درد را نیز

افراد چاق غذای کمتری نسبت به سایر افراد می خورند.

محققان با بررسی ۲۵۰ فرد در طی یکسال دریافتند، افراد با وزن بالا نسبت به افراد عادی میان وعده های غذایی کمتری مصرف می کنند. اما وعده های غذایی آنان حاوی غذاهای با کالری بالا می باشد و در طول روز نیز فعالیت کمتری دارند.

تحقیقات نشان داده است که افرادی که تعداد وعده غذایی بیشتری مصرف می کنند، وزن پایین تری دارند. در مطالعه ای که در بین افراد با BMI ۲۵ تا ۴۷ صورت گرفت نشان داد مردان و زنان با BMI ۱۹ تا ۲۴ که در واقع وزن نرمال داشتند، وعده های غذایی با کالری کم حدود ۱۸۰۰ در روز مصرف می کردند. در مقایسه با افراد چاق که حدود ۱۹۰۰ تا ۲۰۰۰ کالری در روز دریافت کرده بودند.

بين الملل



درباره‌ی روز جهانی کلیه

روز جهانی کلیه، یک طرح مشترک ابتکاری از جوامع بین المللی نفرولوژی (ISN) و فدراسیون بین المللی کلیه (IFKF) می باشد.

ترجمه: فریبا لاهوتی



ماموریت سازمان

رسالت روز جهانی کلیه در حقیقت ارتقاء سطح آگاهی افراد از اهمیت سلامت کلیه‌ها و نقش آن در سلامت عمومی بدنشان می‌باشد، که این امر در کاهش تاثیرات و فشارهای ناشی از بیماری‌های کلیوی و مشکلات بهداشتی مربوط به آن در سراسر جهان بسیار مهم است.

اهداف این سازمان

- بالا بردن آگاهی و دانش افراد از این "کلیه‌های شگفت انگیز"
- برجسته کردن این موضوع که دیابت و فشار خون، ریسک فاکتورهای کلیدی برای بیماری‌های مزمن کلیوی (CKD) می‌باشند.
- تشویق به انجام غربالگری منظم (CKD) برای تمام افراد مبتلا به بیماری‌های دیابت و فشار خون بالا
- تشویق افراد برای انجام اقدامات پیشگیرانه
- آموزش دادن به تمام متخصصین سلامت در رابطه با نقش کلیه‌ها در تشخیص و کاهش خطر بیماری‌های مزمن کلیه در افراد، به خصوص در جمعیت‌های پر خطر

- تشویق افراد برای پیوند کلیه به عنوان بهترین گزینه درمانی برای نارسایی‌های کلیوی و تشویق افراد به اهدای عضو به عنوان عملی نجات بخش
- البته باید در نظر داشت که در صورت تشخیص به موقع بیماری‌های مزمن کلیه می‌توانند درمان شوند.
- بنابراین با تشخیص زود هنگام سایر عوارض این بیماری کاهش می‌یابد و فشار ناشی از



بار فزاینده‌ی بیماری‌های مزمن کلیوی، قلبی و عروقی به طرز چشم‌گیری در سراسر جهان کم می‌گردد.

مراسم روز جهانی کلیه در مالزی (مارس ۲۰۱۲)

در چهارم مارس سال ۲۰۱۲ مالزی مفتخر به میزبانی جشن "KIDNEYS FOR LIFE" (کلیه برای زندگی) خواهد بود. این مراسم در کوالالامپور برگزار می‌گردد که در قلب این کشور واقع شده است. علاوه بر برگزاری این جشن مجموعه‌ای هیجان انگیز از برنامه‌های مرتبط با روز جهانی کلیه در سال ۲۰۱۲ نیز در مالزی اجرا می‌گردد که حاصل تلاش مشترک جامعه‌ی مالزیایی نفرولوژی (MSN)، بنیاد ملی کلیه‌ی مالزی (NFK)، وزارت بهداشت مالزی (MOH) و مرکز منابع ملی پیوند مالزی (NTRC) می‌باشد.

منبع: سایت رسمی IFKF

سازمان اروپایی کم خونی های نادر

امروزه مادران نیازمند به تزریق خون، می توانند بچه دار شوند، دارای شغل باشند و به معنای واقعی کلمه زندگی کنند. "با کمک هم قادر خواهیم بود تا به بهترین دست آورد برای مقابله با کم خونی جدی نائل شویم."

ترجمه: ندا جلیلیان

کم خونی نادر

EORA دارای طیف گسترده ای از فعالیت های مختلف است و بنا بر این، به اهدافی شامل موارد زیر نائل گشته است:

- فعالیت نمودن به عنوان یک نیروی موثر برای تغییر طرز فکر افراد و ایجاد انگیزه در آنها برای اینکه به شیوه ای متفاوت راجع به کم خونی نادر بیندیشند.

- تعامل تجربیات و بهترین فعالیت های انجام شده از طریق نشست های سالانه، وبسایت و خبرنامه های الکترونیکی و کاغذی.

- ارتقاء محتوای اطلاعاتی درباره ی بیماری های نادر و درمان آن، که هر دو گروه متخصصین و جامعه ی بیماران را مورد هدف قرار داده است.

- تسهیل ظرفیت سازی برای سازمان های ملی.

- به چالش کشیدن باورهای غلط و منفی که در رابطه با بیماران مبتلا به کم خونی نادر وجود دارد.

- حمایت از ارتقاء سطح EU برای افزایش آگاهی از نیاز موجود برای تاسیس یک مرکز خوب و ممتاز.

هم چنین کمیته های علمی نیز پایه گذاری شده اند، نقش این کمیته ها بسیار مهم است، و اعضای آن شامل انواع متخصصین است که دارای تجربه در همه ی رویکردهای منجر به جلوگیری و مدیریت کم خونی هستند. یک دستور العمل ساده شده نیز، به عنوان اولین پروژه ی EORA در حال گسترش می باشد، این دستور العمل شامل یک "برنامه اطلاعات خود یاری رسان برای بیمار" است که در واحدهایی که بیماران در آنجا تحت درمان قرار می گیرند ارائه خواهد شد.

براین تاثیر گذارتر است.

در ماه مارس سال ۲۰۰۶ میلادی، سازمان اروپایی کم خونی های نادر EORA تاسیس گردید و در ماه ژوئن سال ۲۰۰۷ اولین نشست عمومی آن همراه با یک کنفرانس برگزار شد. در این نشست اعضای هیئت مدیره نیز تعیین شدند.

ماموریت EORA حصول اطمینان از این موضوع است که بیماران اروپایی مبتلا به کم خونی نادر به درمان با آخرین تکنولوژی های موجود زمان و همچنین مراقبت کافی دسترسی دارند و نیز اطمینان یافتن از کاهش فشاری که این شرایط بر روی کیفیت زندگی بیماران دارا می باشد هم جزء وظایف این سازمان می باشد.

اهداف و موضوعات مورد نظر EORA شامل موارد زیر است:

- کمک نمودن در به اشتراک گذاشتن تجربه عملکردها و دستاوردهای موفق، بین سازمان های ملی نماینده ی افراد مبتلا به کم خونی نادر

- حصول اطمینان از اینکه بیماران به درمان با آخرین تکنولوژی های موجود زمان و مراقبت کافی دسترسی دارند

- ارتقاء حقوق بیماران اروپایی مبتلا به کم خونی نادر در (دسترسی به اطلاعات و مشارکت نمودن در تصمیم گیری های درمانی)

- آموزش دادن به گروه های پر خطر و مردم عادی درباره ی خطر کم خونی نادر و نحوه کاهش دادن این خطر.

- افزایش آگاهی از فشارهای روحی و اقتصادی ناشی از کم خونی نادر بر بیماران و خانواده های ایشان

- ارتقاء پیشرفت تحقیقات درباره

کم خونی های نادر غالباً در دوران کودکی تشخیص داده می شوند و مادام العمر می باشند، این کم خونی ها شرایطی درمان ناپذیرند که می توانند تاثیر ژرف و عمیقی بر زندگی بیماران داشته باشد. بیماران اروپایی مبتلا به کم خونی نادر بدون در نظر گرفتن نوع کم خونی شان، تعدادی از متداول ترین تجربیات دردناک خود را که شامل موارد زیر است با یکدیگر به بحث و اشتراک گذاشته اند:

- لزوم انتقال خون منظم، این نیاز با طیف وسیعی از عوارض که می توانند تهدید کننده حیات و نیازمند روش های پیچیده باشد همراه است.

- ممکن است برای افراد مبتلا به کم خونی نادر دشوار باشد که بتوانند به خاطر فشارهای جسمی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری و درمان آن به صورت عادی زندگی کنند.

- دستیابی به اطلاعات درباره ی بیماری، نحوه ی درمان و مدیریت نمودن این بیماری، ممکن است در بعضی مراکز (حتی بعضی از مراکز خاص) نامطلوب باشد. برخی بیماران، خارج از مراکز خاص و توسط افرادی که آگاهی کافی و شایستگی لازم برای درمان و مدیریت کم خونی نادر را ندارند درمان می شوند.

- این موضوع بسیار حیاتی است که بیمارانی که تحت انتقال خون وابسته به کم خونی قرار می گیرند، از لزوم شلاتینگ آهن آگاهی داشته باشند. شلاتینگ آهن برای اغلب بیماران تحت درمان انتقال خون لازم است. همچنین ضروری است که بیماران بدانند سه نوع شلاتور آهن در دسترس است که می تواند درمانی کم رنج تر را ایجاد نماید و بنا

خط قرمز برای زنان

بیماری قلبی و سکته مغزی، دشمن شماره ۱ زنان در سراسر جهان است و این مسئله‌ای است که اغلب زنان از آن بی‌اطلاعند. بانوان باید با آگاهی زندگی کنند و قدرت تشخیص خود را افزایش دهند و خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی را کاهش دهند. اغلب سکته‌های مغزی و ناراحتی‌های قلبی قابل پیشگیری هستند و شما کارهای زیادی برای حفاظت از خود، می‌توانید انجام دهید. اولین قدم برای کاهش خطرهای سکته مغزی و ناراحتی قلبی، تغییر شیوه زندگی (Life Style) است.



سه‌ماهه آخر.

در صورتی که فشار خون بالا در دوران بارداری درمان نشود سلامت مادر و فرزند به خطر می‌افتد. با مراجعه به یک پزشک متخصص این عامل خطرآفرین را می‌توان کنترل کرد.

برای ثبت فشار خون همیشه از دو عدد استفاده می‌شود. مثل ۷۸/۱۱۵ فشار سیستولیک (عدد صورت)، فشار شریان‌ها در زمانی

است که قلب، می‌تپد. فشار دیاستولیک (عدد منجمد)، مربوط به فشاری است که قلب بین ضربان‌ها در حال استراحت است. اگر دو یا چندین بار اندازه‌گیری فشار سیستولیک شما، ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر و یا فشار دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر (یا هر دو) باشد می‌توان نتیجه گرفت، شما دچار فشار خون هستید. "نظریه‌های مختلف بر آن است که فشار خون را می‌بایست در حدود ۸۰/۱۳۰ میلی‌متر جیوه نگه داشت" دستورالعمل‌های ویژه‌ای برای مناطق مختلف و کشورهای مختلف در این خصوص وجود دارد.

کلسترول بالا

کلسترول، ماده‌ای است از جنس چربی که به همراه سایر مواد دیگر در جداره داخلی رگ‌ها ساخته می‌شود. زمانی که این پلاک‌ها شکل می‌گیرند، قادر هستند رگ‌های خونی را باریک کنند. پلاک‌هایی که از هم گسیخته می‌شوند موجب تشکیل لخته‌های خونی می‌شوند. اگر انسداد و گرفتگی در عروق خون‌رسانی قلب رخ می‌دهد، باعث حمله و ایسکمی قلبی

از هم اکنون مراقبت و کنترل را آغاز کنید

Go Red for Women در خصوص موارد خطری که شما را تهدید می‌کند، انتخاب‌هایی که شما در مقابل این موارد دارید و مواردی که می‌توانید آنها را کنترل کنید، مسائلی را مطرح می‌کند. شش عامل خطر اصلی را می‌توان برای ابتلا به بیماری قلبی، برشمرد: فشار خون بالا، کلسترول بالای خون، سیگار کشیدن، بی‌تحرکی، چاقی و اضافه وزن و دیابت

البته خبر خوش در خصوص این عوامل خطر این است که همه این موارد قابل جلوگیری، قابل کنترل و قابل درمان است.

فشار خون بالا

از عامل فشار خون بالا، به عنوان کشنده خاموش یاد می‌شود. به این دلیل که معمولاً بدون علائم است. فشار خون بالا به قلب فشار می‌آورد تا بیشتر از حالت عادی فعالیت کند؛ که این عمل به قلب و شریان‌های آن آسیب رسانده و خطر حمله قلبی و سکته را افزایش می‌دهد. تنها راه برای پی بردن به این مسئله که آیا شما فشار خون دارید یا خیر، مراجعه به یک متخصص است. شانس ابتلا به فشار خون بالا افزایش پیدا می‌کند اگر:

- سابقه خانوادگی از ابتلا به فشار خون بالا داشته باشید؛
- داشتن حدود ۹ کیلوگرم (۲۰ پوند) یا بیشتر داشته باشید؛
- نزدیک به سن یائسگی باشید؛
- شانس افزایش فشار خون بالا در دوران بارداری افزایش می‌یابد، به خصوص در

می‌شود ولی اگر انسداد در عروق خون‌رسان مغز رخ دهد، سکته حادث می‌شود. البته کلسترول بالا هیچگونه علامتی ندارد. میزان کلی کلسترول خون با محاسبه مجموع کلسترول خوب HDL و کلسترول بد LDL صورت می‌گیرد. شما با مشورت با یک پزشک متخصص از میزان کلسترول خوب و بد آگاه می‌شوید. چنانچه شما باید کلسترول بد خود را پایین بیاورید، می‌توانید با کمک گرفتن از یک پزشک متخصص از رژیم غذایی با میزان کم چربی اشباع و کلسترول پایین به همراه ورزش بهره‌مند شوید.

رژیم غذایی و ورزش دو مسئله مهم هستند اما به تنهایی کافی نیستند. اگر چنانچه با رعایت رژیم غذایی و ورزش، میزان کلسترول شما به حد قابل قبولی نرسید، باید داروهایی توسط یک متخصص برای شما تجویز شود. و البته به همراه داروهای کاهش دهنده میزان کلسترول، برخورداری از رژیم غذایی سالم و ورزش نیز از اهمیت خاصی برخوردارند.

منبع: www.myheart.org.sg

فرهنگی



خواندنی‌ها

– **بیخوابی دارید؟** عسل بخورید. از عسل بعنوان داروی مسکن و آرام بخش استفاده کنید.

– **دچار آسم هستید؟** پیاز بخورید. مصرف پیاز التهاب نایزک‌ها را از بین می برد.

– **دچار مشکلات استخوان هستید؟** آناناس میل کنید. شکستگی و پوکی استخوان با کمک منگنز موجود در آناناس قابل پیش گیری است.

– **دچار مشکلات حافظه شده‌اید؟** صدف خوراکی بخورید. صدف با داشتن روی مورد نیاز به بهبود عملکرد مغز کمک می کند.

– **زخم معده بروز دارید؟** کلم بخورید. کلم شامل ترکیباتی است که به درمان زخم معده و دوازدهه کمک می کند.

– **فشار خونتان بالاست؟** کرفس و روغن زیتون میل کنید. روغن زیتون فشار خون را پایین می آورد. کرفس نیز شامل ماده‌ای است که فشار خون را پایین می آورد.

– **ناهماهنگی قند خون دارید؟** بروکلی و بادام زمینی میل کنید. کروم موجود در بروکلی و بادام زمینی انسولین و قند خون را تنظیم می کند.

خواص میوه‌ها

توت فرنگی: توت فرنگی بالاترین قدرت آنتی اکسیدان را در میان میوه‌ای اصلی دارد که بدن را در برابر سرطان، رادیکال‌های آزاد رسوب شده درون رگ های خونی محافظت می کند.

پرتقال: خوردن ۲ الی ۴ پرتقال در روز کمک به پیش گیری از سرماخوردگی و کلسترول را پایین و سنگ‌های کلیه را از بین می برد و خطر سرطان روده بزرگ را کاهش می دهد.

لیمو شیرین: منبع عالی ویتامین C، آهن و مس است. عملکرد کبد را تقویت می کند و ناراحتی‌های گوارشی را برطرف می کند.

و با تحریک بزاق دهان باعث هضم سریع غذا می شود. لیمو شیرین با بهبود بخشیدن به عملکرد قلب باعث گردش مناسب خون می شود.

گیلاس: اشتهای آور، آرام بخش و تسکین دهنده اعصاب است، قوای فکری را تقویت می کند و باعث خوش خلقی می شود. گیلاس دارای چربی کم و فیبر زیاد است و برای تصفیه خون در سیستم گوارشی بسیار مفید است. سموم بدن را دفع می کند و همچنین برای کارکرد منظم قلب، روده و معده نیز بسیار مفید است.

کاهش وزن با حذف وعده‌های غذایی؟!: زمانی که عادت می کنید از یک وعده غذایی صرف نظر کنید در صورتی گرسنه‌اید و بدن‌تان منتظر غذا است امکان دارد دچار عادت‌های بد غذایی شوید.

حتماً شما نیز شنیده‌اید که برای لاغر شدن حتماً باید صبحانه‌ی کامل بخورید، یا این که حتماً باید سر ساعت مشخص غذا بخورید تا لاغر بمانید یا نخوردن شام باعث خواب راحت می شود و غیره.

همیشه این باورها روی رفتارها و عادت‌های غذایی ما تأثیر می گذارد اما این گفته‌ها تا چه اندازه درست و قابل اعتماد هستند؟ آیا برای لاغر شدن حتماً باید از وعده‌های غذایی صرف نظر کرد؟ برای جواب به این پرسش‌ها با ما همراه باشید.

– **حذف وعده‌های غذایی یک عادت غذایی پسندیده است؟**

این باور رایج نیز کاملاً اشتباه است. زمانی که عادت می کنید از یک وعده‌ی غذایی صرف نظر کنید در صورتی گرسنه‌اید و بدن‌تان منتظر غذا است امکان دارد دچار عادت‌های بد غذایی شوید مثلاً در ساعات بعدی روز مدام دنبال مواد غذایی چرب، شیرین یا شور بروید و مدام در حال ناخنک زدن باشید یا وعده‌های بعدی را پرخوری بکنید؛ یعنی به اصطلاح بخواهید «دلی از عزا در آورید». همین ناخنک زدن‌ها و یا

پرخوری‌ها، کالری‌های بیش از حدی به بدن می‌رساند. در نتیجه صرف نظر کردن از وعده‌ی غذایی نه تنها باعث کاهش وزن نمی‌شود بلکه به چاقی منجر می‌شود.

میزان و زمان صرف غذا با توجه به میزان غذای وعده‌های قبلی، میزان فعالیت‌های بدنی، شغل و حرفه‌ی افراد و استرس آنها متغیر است

– **شام نخوردن خواب راحتی به ارمغان می‌آورد**

این باور کاملاً اشتباه است. حذف شام ایده‌ی مناسبی برای کاهش وزن و لاغری نیست و بر خلاف باور رایج باعث خواب راحت نمی‌شود. چون مغز در ساعات بعد از مصرف گلوکوسیدها (نان، مواد غذایی شیرین، میوه) می‌تواند آرام و راحت باشد و زمانی که شام نمی‌خورید برای به خواب رفتن دچار مشکل خواهید شد.

از این گذشته این احتمال وجود دارد که نصف شب بیدار شوید و از گرسنگی یخچال را زیر و رو کنید و هر چه دم دست‌تان باشد را بخورید؛ و این مسئله اصلاً به نفع تناسب اندام‌تان نیست. البته توجه داشته باشید اگر ناهار را سنگین و زیاد میل کرده‌اید شام را به خوردن سوپ، ماست و یک یا دو واحد میوه اکتفا کنید

منبع: تبیان

مواد غذایی که موجب چربی آوردن شکم می‌شوند:

غذاهای چرب چاق‌تان می‌کند: به همین سادگی؟ همه چیز به همین سادگی نیست. بعضی از مواد غذایی قادرند کالری‌شان را به بعضی قسمت‌های خاص بدن شما بفرستند. دوست دارید بدانید چه غذاهایی شکمتان را چاق می‌کنند؟

به نظر‌تان چیزی عذاب آورتر از رفتن روی ترازو و نگاه کردن به وزنی که نشان می‌دهد وجود دارد؟ شاید هم چون شکم‌تان جلوی دیدتان را گرفته نتوانید صفحه نمایشگر

براساس مطالعه محققان دانشگاه کانکتیکات در آزمایشگاه عملکرد انسانی، حتی راه رفتن به مدت ۴۰ دقیقه بر روی تردمیل به مدت کوتاهی آب بدن را تحلیل می‌کند که این امر سبب بروز کم آبی ۱/۵ درصدی در بدن افراد می‌شود.

روزانه هر فردی به طور متوسط بیش از هشت درصد از آب بدن خود را از دست می‌دهد، این امر برای همه افراد یکسان است.

طبق این مطالعات از دست دادن آب بدن در همه افراد یکسان چه فردی که در دوی ماراتن شرکت می‌کند و چه فردی که تمام روز را در پشت کامپیوترش کار خود را انجام داده است.

محققان این مطالعه را بر روی بیست و پنج زنی که متوسط سن آنها ۲۳ سال و ۲۶ مرد ۲۰ ساله به انجام رساندند.

هر دو گروه روزانه به طور متوسط ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ورزش می‌کردند و گروه دیگر به فعالیت روزمره خود ادامه داده و هیچ حرکت ورزشی را انجام نمی‌دادند.

محققان با انجام این مطالعات به این نتیجه دست یافتند که کم آبی در افراد منجر به کج خلقی و پایین آمدن سطح تمرکز در افراد می‌شود.

غذاهای آماده شما را خنگ می‌کند!!!

متخصصان تغذیه دانشگاه آکسفورد دریافتند که خوردن همبرگر، کباب‌های آماده، چیپس و دیگر مواد غذایی دارای چربی زیاد می‌تواند در کاهش عقل و هوش آدم‌ها مؤثر باشد.

این متخصصان با انجام آزمایش‌هایی روی موش‌ها به این نتیجه رسیدند که در نزدیک به ۱۰ روز مصرف فست فود، حافظه کوتاه مدت فرد آسیب می‌بیند و تأثیر بد در کارکرد ذهنی او بر جا می‌گذارد.

خوردن انواع فست فود توان تحرک و فعالیت را کاهش می‌دهد. دانشمندان از چنین پیامدهایی با عبارت «خماری ناشی از چربی بالا» یاد می‌کنند.

گروهی از محققان بیولوژیست هم می‌گویند نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آن چه می‌خوریم چگونه در نحوه کار بدن اثر می‌کند. منبع: سلامت نیوز

سازی این غذاهاست که مشکل‌ساز می‌شود. این روغن‌ها مدت نگهداری این محصولات را بالا برده و در نتیجه تولیدکننده‌ها به وفور از آنها در محصولاتشان استفاده می‌کنند. چربی‌های ترانس نوعی از چربی‌های اشباع هستند.

- کربوهیدرات‌های تصفیه‌شده

هضم این کربوهیدرات‌ها آسان است به همین دلیل منبع بسیار خوبی از انرژی فوری به حساب می‌آیند. اما اگر این کربوهیدرات‌ها زیاد استفاده شوند، به چربی تبدیل شده و در بدن ذخیره می‌شود.

مواد غذایی که سرشار از کربوهیدرات‌های ساده هستند مثل شیرینی‌ها، دسرها، شکلات و از این قبیل از جمله مهمترین مواد غذایی هستند که موجب چربی آوردن ناحیه شکم در خانم‌ها می‌شوند چون خانم‌ها بسیار بیشتر از آقایان از این تنقلات استفاده می‌کنند. مواد غذایی اصلی که تحت این دسته نامگذاری می‌شوند عبارتند از: شکلات، شیرینی، بیسکویت، کیک، مافین، برنج سفید، آرد تصفیه شده، بستنی، قند و شکر.

نمک: مولکول‌های سدیم موجب می‌شوند که آب دور سلول‌های چربی ذخیره در بدن را احاطه کرده و از این طریق آنها را مستحکم‌تر و البته متورم‌تر میکنند. این انباشتگی آب حالت بادکردگی به بدن داده و به سبب کلی بدن اضافه می‌کند.

بیشتر مواد غذایی کنسرو شده و غذاهای نمک دار حاوی نمک یا سدیم هستند. در کنار این‌ها، مواد غذایی دیگری که نمک فراوان دارند عبارتند از: پنیر، گوشت، آرد ذرت، نخود، سس‌ها، ترشیجات، چاشنی‌ها، صدف.

منبع: سلامت نیوز

کمبود آب، افراد را بد اخلاق می‌کند

کم آبی در افراد منجر به بروز بد اخلاقی و پایین آمدن سطح تمرکز در افراد می‌شود. حتی کم آبی خفیف می‌تواند خلق و خوی فرد را تغییر دهد، سطح انرژی و توانایی فکر را نیز به وضوح در افراد تغییر می‌دهد.

ترازو را ببینید. بعضی از مواد غذایی هستند که کارشان فقط چاق کردن ماست! درست در همان قسمت‌هایی که بیشترین استرس و خجالت را نصیبمان می‌کند: یعنی شکم! لیست مواد غذایی که موجب چربی آوردن شکم می‌شوند

اگر به دنبال لیست مواد غذایی هستید که باعث بزرگ شدن شکم‌تان می‌شود باید بدانید که نمک، کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها بزرگترین متهمان پرونده هستند. وقتی می‌گوییم کربوهیدرات و چربی، منظورمان فقط بعضی از انواع کربوهیدرات و چربی است.

- چربیهای اشباع و ترانس

چربی‌ها مهمترین منبع انرژی بدن هستند اما چربی اضافه‌ای که بعد از سوختن مقدار نیاز بدن باقی می‌ماند است که ما را دچار مشکل می‌کند. از آنجا که این چربی‌ها وقتی در دمای اتاق نگهداری شوند میل به جامد شدن دارند، می‌توانیم تصور کنیم که وقتی در جایی از بدن ذخیره شوند، دسترسی به آنها و سوزاندن آنها به عنوان سوخت بدن کار سختی خواهد بود.

بیشتر منابع غذایی غیر گیاهی حاوی میزان بالایی چربی اشباع است و البته برخی چربی‌های گیاهی و روغن‌ها هم شامل آن می‌شوند. این چربی‌ها کلسترول زیادی را وارد بدن می‌کنند و این کلسترول‌های زیانبار بر کلسترول مفید در بدن غلبه می‌کنند.

هرچه مقدار این کلسترول زیانبار بیشتر باشد، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی هم در فرد بیشتر می‌شود. جای تعجب نیست که چاقی و حمله قلبی با هم ارتباط مستقیم دارند. مواد غذایی حاوی چربی ترانس عبارتند از: فست فود، اسنک‌های سرخ‌شده غیر خانگی، شیرینی‌ها، مافین‌ها، پاپکرن غیر خانگی کره‌ای

چیپس، برگرها، پیتزا، مواد غذایی کنسرو شده مثل: پاستا، سوپ، سس‌های بسته‌بندی شده، غذاهای پخته شده در رستوران، مواد غذایی فریز شده، لبنیات پرچرب، کره. اکثر مواقع وجود روغن‌های هیدروژنه در آماده

جدول سودوکو

ساده

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

پیشرفته

							۴	۸
			۴					
								۱
۲				۶				
				۳				
							۱	
					۳			
					۱			

روز هجران و شب فرقت یار آخر شد
زدم این فال و گذشت اختر و کار آخر شد

آن همه ناز و تسم که خزان می فرمود
عاقبت در قدم باد بهار آخر شد

سگر ایزد که به اقبال کله کوشه گل
نخوت بادی و شوکت خار آخر شد

صبح امید که بد معکف پرده غیب
کوبرون آسی که کار شب تار آخر شد

آن پریشانی شب های داز و غم دل
همه در سایه کیسوی مکار آخر شد

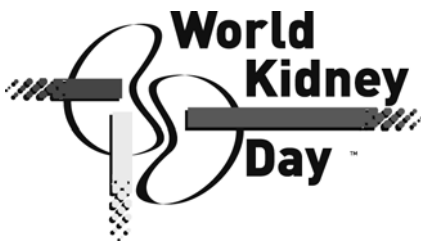
باورم نیست ز بد عهدی ایام هنوز
قصه غصه که در دولت یار آخر شد

ساقیا لطف نمودی قدحت پرمی باد
که به تدبیر تو تشویش خار آخر شد

در شمار ارچه نیاورد کسی حافظ را
سگر کان مخت بی حد و شمار آخر شد

World Kidney Day

World Kidney day is a joint initiative of the International Society of Nephrology (ISN) and the International Federation of Kidney Foundations (IFKF).



Mission statement

The mission of World Kidney Day is to raise awareness of the importance of our kidneys to our overall health and to reduce the frequency and impact of kidney disease and its associated health problems worldwide.

• Our objectives are the following:

- Raise awareness about our "amazing kidneys"
- Highlight that diabetes and high blood pressure are key risk factors for Chronic Kidney Disease (CKD)
- Encourage systematic screening of all patients with diabetes and hypertension for CKD
- Encourage preventive behaviors
- Educate all medical professionals about their key role in detecting and reducing the risk of CKD, particularly in high risk populations.
- Stress the important role of

local and national health authorities in controlling the CKD epidemic. Health authorities worldwide will have to deal with high and escalating costs if no action is taken to treat the growing number of people with CKD. On World Kidney Day all governments are encouraged to take action and invest in further kidney screening

- Encourage Transplantation as a best-outcome option for kidney failure, and the act of organ donation as a life-saving initiative.

If detected early, Chronic Kidney Diseases can be treated- thereby reducing other complications and dramatically reduce the growing burden of deaths and disability from chronic renal and cardiovascular disease worldwide.

World Kidney Day 2012 Celebrations, Malaysia

Coming 4 March 2012, Malaysia is proud to play host to the Kidneys for Life Run 2012 at Dataran Merdeka, Kuala Lumpur which is located in the heartbeat of the country. In addition to the Run, an exciting series of programs has been lined up in conjunction with the World Kidney Day 2012 celebrations in Malaysia – which is a joint effort by Malaysian Society of

Nephrology (MSN), National Kidney Foundation of Malaysia (NKF), Ministry of Health Malaysia (MOH) and the National Transplant Resource Centre of Malaysia (NTRC).

{6 March 2012} NKF Community Health Day will be held at the Secretariat building of National Kidney Foundation of Malaysia in Petaling Jaya, Selangor (central region of Malaysia) for neighbouring residents and working communities. Among activities planned are free health screenings, health talk and exhibitions.

{8 – 11 March 2012} With the boost from Volkswagen Beetles Club, NKF Malaysia will send its convoy to raise awareness on organ donation and getting the public to pledge as a donor - across 3 southern states in Malaysia, including Johor, Melacca and Negeri Sembilan before heading back to the central region. This convoy will see meaningful flag offs from participating hospitals to local shopping malls.

A total of 800 public cabs in Kuala Lumpur – the capital of Malaysia will also be seen supporting WKD 2012 flags during this kidney awareness month of March.

2001;50:389-400.

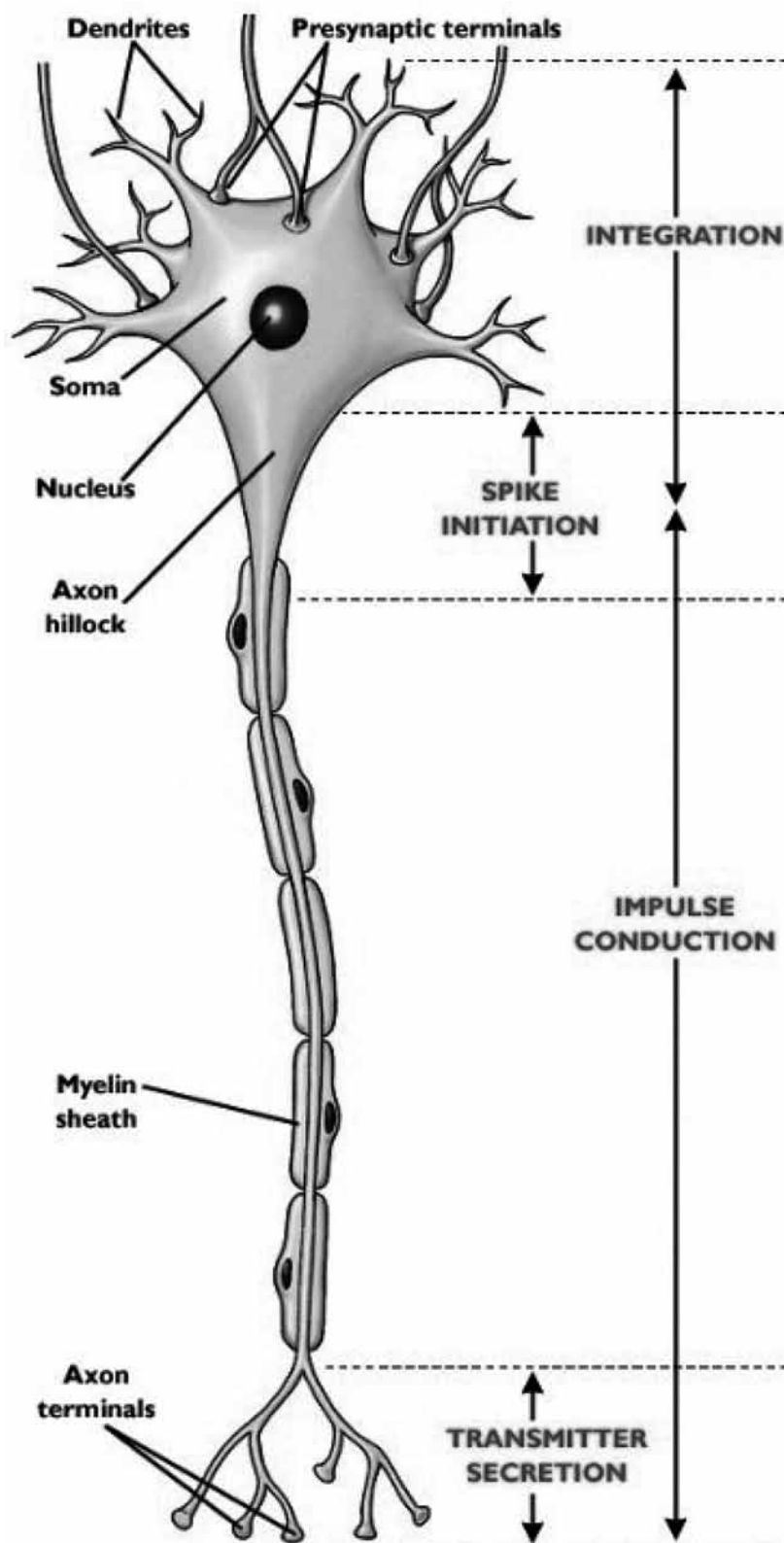
26.Olek MJ. Treatment of relapsing-remitting multiple sclerosis in adults. <http://www.up-to-date.com/home/index.html>. Accessed Sept. 29, 2010.

27.Cotran RS., Kumar V, Collins, T. (Robbins): Pathologic basis of disease. Chapter 30, 6th edition. 1999. 1326-1327.

28.Davis CP. Multiple sclerosis: causes, symptoms and treatment. MS-pictures. www.medicinenet.com/multiple_sclerosis-picture_slideshow/article.htm, November 2010.

29.Parsa N, Gaidano G, Mukherjee A, Hauptschein R, Lenoir G, Dalla-Favera R, et al. Cytogenetic and molecular analysis of 6q deletions in Burkitt's lymphoma cell lines. *Genes Chromosomes Cancer*. 1994; 9:13-18.

30. Papanicolaou GJ, Parsa N, Meltzer, PS, Trent JM. Assignment of interferon gamma receptor to human chromosome bands 6q24.1→q24.2 by Fluorescence In Situ Hybridization (FISH). *Journal of cytogenetics and cell genetics*. 1997;76:181-182.



to stop the disease progression, restore function and ultimately improve the overall living quality.

References

- Rodriguez M, Siva A, Ward J, et al. Impairment, disability, and handicap in multiple sclerosis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Neurology* 1994;44:28–33.
- Hauser S. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. In: Isselbacher KJ, Martin JB, Fauci AS, et al, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill; 1994:2287–953.
- Oksenberg JR, Hauser SL. Genetics of multiple sclerosis. *Neurol Clin* 2005;23:61–75.
- Bagert B, Camplair P, Bourdette D. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: natural history, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2002;16:445–55.
- Weinshenker BG, Bass B, Rice GP, et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. I. Clinical course and disability. *Brain* 1989;112:133–46.
- Montalban X. Primary progressive multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol* 2005;18:261–266.
- Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology* 1996;46:907–911.
- Barkhof F, Filippi M, Miller DH, et al. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Brain* 1997;120:2059–2069.
- McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Ann Neurol* 2001;50:121–127.
- Poser CM. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: an addendum. *Ann Neurol* 1987;22:773.
- Tintore M, Rovira A, Martinez MJ, et al. Isolated demyelinating syndromes: comparison of different MR imaging criteria to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2000;21:702–706.
- Bot JC, Barkhof F, Lycklama a Nijeholt G, et al. Differentiation of multiple sclerosis from other inflammatory disorders and cerebrovascular disease: value of spinal MR imaging. *Radiology* 2002;223:46–56.
- Pashenkov M, Teleshova N, Link H. Inflammation in the central nervous system: the role for dendritic cells. *Brain Pathol* 2003;13:23–33.
- Hafler DA, Slavik JM, Anderson DE, et al. Multiple sclerosis. *Immunol Rev* 2005;204:208–231.
- Link H. The cytokine storm in multiple sclerosis. *Mult Scler* 1998;4:12–15.
- Lassmann H. Pathology of multiple sclerosis. In: Compston A, Ebers G, Lassmann H, et al, eds. *McAlpine's multiple sclerosis*. London: Churchill Livingstone; 1998:323–357.
- Steinman L. Multiple sclerosis: a two-stage disease. *Nat Immunol* 2001;2:762–764.
- Lassmann H, Bruck W, Lucchinetti C. Heterogeneity of multiple sclerosis pathogenesis: implications for diagnosis and therapy. *Trends Mol Med* 2001;7:115–121.
- Lassmann H. Hypoxia-like tissue injury as a component of multiple sclerosis lesions. *J Neurol Sci* 2003;206:187–191.
- Trapp BD, Ransohoff R, Rudick R. Axonal pathology in multiple sclerosis: relationship to neurologic disability. *Curr Opin Neurol* 1999;12:295–302.
- Kapoor R, Davies M, Blaker PA, et al. Blockers of sodium and calcium entry protect axons from nitric oxide-mediated degeneration. *Ann Neurol* 2003;53:174–180.
- Werner P, Pitt D, Raine CS. Multiple sclerosis: altered glutamate homeostasis in lesions correlates with oligodendrocyte and axonal damage. *Ann Neurol* 2001;50:169–180.
- Craner MJ, Newcombe J, Black JA, et al. Molecular changes in neurons in multiple sclerosis: altered axonal expression of Nav1.2 and Nav1.6 sodium channels and Na⁺/Ca²⁺ exchanger. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101:8168–8173.
- Bo L, Vedeler CA, Nyland H, et al. Intracortical multiple sclerosis lesions are not associated with increased lymphocyte infiltration. *Mult Scler* 2003;9:323–331.
- Peterson JW, Bo L, Mork S, et al. Transected neurites, apoptotic neurons, and reduced inflammation in cortical multiple sclerosis lesions. *Ann Neurol*

nate movement patterns, Reduce spasticity and regain functional abilities. Keep muscles strong and strengthen those that are weak and keep joints mobile and prevent stiffness. Also, improve circulation and prevent pressure sores. Physiotherapy can teach a person with MS how to recover a good posture to stand, to walk, to rise from a sitting or sleeping position. The benefits can include more normal and easier movement with possibility of enjoying a more active life. Preventative therapy is encouraged early in order to avoid secondary disability which arises from disuse. Physiotherapy treatment should be tailored to the individual needs of each MS person. The recommendations of the therapist encourage individual MS people to monitor their own progress resulting from their program of exercise, and to use the gains made through treatment in activities of daily living. The best way of teaching and encouraging people with MS is in classes which offer the discipline and sociability of a group, with the leadership of a neurologically trained physiotherapist. Physiotherapy is important for maintaining flexibility and reducing spasticity, as well as improving overall health. Occupational therapy can help people with MS to stay active in daily life by improving skills, teaching alternative ways to complete tasks or introducing handy equipment. An occupational therapist can help people with MS perform daily activities with greater ease and satisfaction. Occupational therapy can be quite beneficial when symptoms

of multiple sclerosis are hindering you from being productive, enjoying pastimes and performing self-care. If you have MS, occupational therapy generally provides assessment, treatment, and recommendations in the following areas: (Arm and hand therapy, Handwriting aids, Driver and vehicle modification, Cooking and eating adaptations, Computer modifications, Work equipment modifications, Leisure skill development, Electric wheelchair use, Bathtub and toilet equipment use, Dressing and grooming aids). Acupuncture, Yoga and Tai chi may alleviate symptoms and may improve immune, digestion functions and address disease conditions. Scalp acupuncture is very helpful and is used with neurological complaints.

Conclusion

More than 30% of patients will develop significant physical disability within 20 years if the MS patients left untreated. Several of the disease-modifying drugs used in MS have slowed down the disability progression. Detailed examination of these patients in many instances reveals some degree of cognitive deterioration. Male patients with PPMS have the worst prognosis with less favorable response to treatment. The more spinal cord lesions in PPMS is also a factor in the rapid development of disability. 40% of MS patients experiencing the pain in the course of their illness. 60% of MS patients death can occur from secondary complications, such

as pulmonary, renal and suicide causes.²⁷ In the past 10 years, there have been an increasing improvement in the development of laboratory and imaging examinations to diagnose patients with MS. Although this has led to a better understanding of the pathophysiology, immunology, microbiology and genetics of the disease, MRI-imaging data and other therapies have been incorporated into formal clinical diagnostic criteria for MS. These treatments are less effective in the progressive stage of the disease. There is hope that ongoing research by identifying appropriate molecular targets of intervention and novel diagnostics will enable the development of new and more effective drug therapies. A comprehensive therapy will include the caregivers and National Multiple Sclerosis Society which can provide community resources as well as social and educational support. Patients and caregivers should be educated on the purposes of medications, doses, adverse effect, pain management, fatigue, spasticity, bowel, bladder and sexual dysfunctions. For patients with advanced disease, caregivers need further training in transfer techniques as well as in management of overall patient's needs. There is now a much better understanding of the pathogenesis and genetic factors responsible for not only the susceptibility to the disease but also different clinical phenotypes and disease progression. Molecular understanding of this disease in parallel with stem cell transplants will bring therapeutic promises

alter the immune system. Corticosteroid side effects are increased blood pressure, weight gains, mood swings, cataracts, increased blood sugar and infections. Six drugs are currently approved by the Food and Drug Administration in USA, as disease-modifying agents that alter the natural history of MS. The six self-administered drugs are intramuscular beta-interferon-1a (Avonex), subcutaneous beta-interferon-1a (Rebif), subcutaneous beta-interferon-1b (Betaseron), and glatiramer acetate (Copaxone), IV-infusion-immunosuppressant-monoclonal-antibody Mitoxantrone (Novantrone) and oral Fingolimod (Gilenya). Beta-interferone side effects will be liver damage. Fingolimod side effects are bradycardia, increased blood pressure and visual blurring. The immunosuppressant Mitoxantrone side effect is to induce leukemia^{29,30}. Amantadine helps to reduce fatigue. Baclofen and Tizanidine improve muscle spasticity. These medications reduce the number of attacks in MS and appear to be ineffective against the purely progressive form of the disease. The available disease-modifying drugs can reduce the formation of focal lesions, these data support the early institution of disease modifying therapy, especially in patients who are at high risk for future attacks and significant disability. Nevertheless, these treatments seem to have little effect once the disease has entered a secondary progressive phase. For secondary progressive MS, the most convincing data favors Mitoxantrone as most likely to

delay disease progression and disability.²⁶ Several symptomatic treatments are also available to alleviate spasticity, bladder disturbances, neuropathic pain, and fatigue.

Nutritional and Complementary Therapies

1. Eliminate all suspected food allergens, including dairy, wheat (gluten), soy, chocolate, corn, preservatives, and food additives.
2. Eat more antioxidant rich foods and fruits (green, leafy vegetables and pepper, blueberries, tomatoes, and cherries).
3. Avoid processed foods, such as white breads, pastas, and sugar.
4. Eat less red meats and more white meats, cold water fish, tofu or beans for protein.
5. Eliminate trans fatty acids, polyunsaturated vegetable oils, found in baked cookies, crackers, cakes, French fries, onion rings, donuts, processed foods, and butter.
6. Avoid smoking, coffee, alcohol or any drink with caffeine.
7. Drink 8 glasses of filtered water daily.
8. Exercise moderately, at least 30 minutes daily, 5 days a week.
9. Decrease protein toward 10 percent of daily caloric intake.
10. Eliminate milk and milk products, substituting other calcium sources.
11. Eat organically grown fruits and vegetables as much as possible as well as organic products made from wheat and soy.
12. Use olive oil and omega-3 fatty acids in your diet.

13. Antioxidant vitamins A, C, D, E, the B-vitamins and trace minerals like, magnesium, calcium, zinc, and selenium.

14. Calcium (1,500 - 2,000 mg daily) and vitamin D supplement (1,000 IU daily), for support of muscle and skeletal weakness. Recently, low levels of vitamin D have been linked to MS.

15. Coenzyme Q-10, (100 - 200 mg) at bedtime, antioxidant for immune and muscular.

16. N-acetyl cysteine, 200 mg daily, for antioxidant effects.

17. Acetyl-L-carnitine, 500 mg daily, for antioxidant and muscle protective activity.

18. Probiotic supplement (Lactobacillus acidophilus), 10 billion colony forming units per day for gastrointestinal and immune health.

19. Grapefruit seed extract, (100 mg capsule or 10 drops) 3 times daily, for antibacterial or antifungal activity and immunity.

20. Melatonin, (2.5 mg) 1 hour before bedtime, for sleep and immune protection.

21. Ginkgo extract, 40 - 80 mg, 3 times daily, for antioxidant and immune support.

22. Green tea extract, 250 - 500 mg daily, for antioxidant and immune effects.

Physical, Occupational and Acupunctural Therapies

Physical, occupational and acupunctural therapies have a vital role to play with a neurological approach to help MS patients. These combined remedies may be used for fatigue, spasm and body's impurities reduction. These techniques will coordi-

with resulting demyelination have been observed in MS lesions: Type I forms 20% of lesions where demyelination T-cell and macrophage-mediated. Type II lesions are both T cell and antibody mediated which include 52% of the lesions. Demyelination occurs via specific antibodies and complement. Type III represent the 25% of lesions and are related to distal degenerative changes that are followed by apoptosis. Type IV includes only 3% of lesions and results from primary oligodendrocyte damage followed by secondary demyelination. A pathologic process could be induced in inflammatory conditions by 2 mechanisms: vascular impairment and local production of toxins that alter the mitochondrial energy metabolism.¹⁹ There is increasing evidence that neuroaxonal damage is a key feature in MS lesions.²⁰

Axonal damage occurs within both acute and chronic plaques. It may occur either in parallel with myelin destruction or during a second phase of MS. The T-cell immunologic attack leads to the release of free radicals and nitric oxide causing myelin destruction. The increased concentration of Nitric Oxide in MS lesions can cause mitochondrial injury and subsequent energy depletion which can be prevented by sodium channel blockers.²¹ The increase of glutamate in MS lesions is another potential mechanism of cell-mediated cytotoxicity.²² In the later phase, microglia and T cell activation are less important, whereas the up-regulation of sodium and calcium channels along degenerating axons may play an important role in the disease process.²³ In addition to axonal injury, the presence of 7 cortical plaques has

long been characterized by less lymphocyte infiltration and more microglial activation.²⁴ The MS disease is characterized by neuronal apoptosis, dendritic loss and demyelinated axons.²⁵ Stem cells therapy has the potential to alter the future treatment for MS patients. Autologous non-Myeloablative Hemopoietic Stem Cell transplantation technique may control or reverse the MS symptoms if applied in the first stage (relapsing-remitting-MS) of the disease.

Drug Therapy

The most important objective of MS therapy is to prevent permanent neurologic disability. Acute condition of MS are treated with Corticosteroids that reduces symptoms and inflammation, enhance nerve conduction and



Figure 1. MRI illustrations of central nervous system showing Multiple Sclerosis plaques.

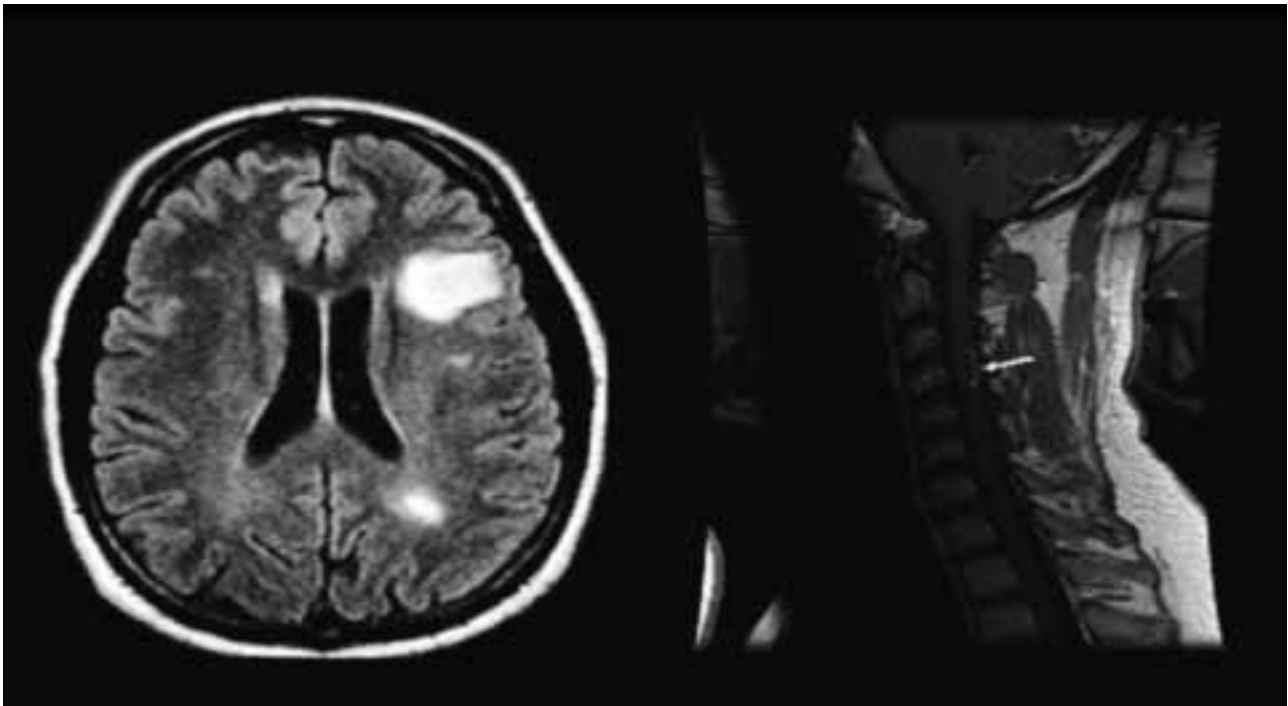


Figure 1. MRI illustrations of central nervous system showing Multiple Sclerosis plaques.

and the release of new potential CNS autoantigens. Secreted pro-inflammatory cytokines, such as interferon- γ , tumor necrosis factor (TNF)- α , and chemokines recruit inflammatory cells and antimyelin antibody-forming B cells that increase tissue injury. CD8 $^{+}$ cells which show a more prominent clonal expansion in MS plaques and better than CD4 $^{+}$ correlate with the extent of acute axonal injury.^{15,16} The pre-existing autoreactive T cells are activated outside the CNS by foreign microbes, self-proteins, or microbial superantigens. The activated T cells cross the blood-brain barrier through a multistep process. First, activated T cells that express integrins can bind to adhesion molecules on the surface of the endothelium. Then, the T cells must pass through a barrier of extracellular matrix (ECM) that involves matrix metalloproteases. These

enzymes cause both the degradation of ECM and myelin in MS. Antimyelin antibody, macrophages, microglial cells and TNF- α are believed to produce demyelination. In the neurodegenerative phase of the disease, excessive amounts of glutamate are released by lymphocytes, microglia and macrophages.¹⁷ The glutamate and kainate receptors and calcium influx through ion channels associated with different glutamate receptors may cause necrotic damage to oligodendrocytes and axons. Both genetic and environmental factors may be involved in susceptibility to MS. It is likely that there are several interacting polymorphic genes that each contributing mild effects to the overall risk. In addition to susceptibility, genes influence disease severity or other aspects of the clinical phenotype. Therefore, some genes may be in-

involved in the initial pathogenic events, whereas others could influence the development and progression of the disease, such as, MHC-genes which range between 20% and 50%. The pathologic hallmarks of MS are demyelinated plaques within the white matter combined with inflammatory lymphocytes (T cells and B cells) and activated macrophages/microglia. Demyelination, followed by a variable degree of remyelination, is associated with oligodendrocyte loss during the chronic stage of the disease. Axonal loss and gliosis with astrocyte proliferation and glial fiber production are important pathologic features of MS. Recent histopathologic studies of MS lesions have revealed a great variability within lesions in regard to inflammation, oligodendrocyte pathology, and neuroaxonal injury.¹⁸ Four different patterns of pathology

RRMS. PPMS affects both older men and women equally and exhibits decreased inflammatory markers and unresponsiveness to immune-modulatory drugs.⁶ PRMS is defined as progressive disease from onset with clear acute relapses with possible recovery. Although MS is not a fatal disease, rarely exhibits a malignant course leading to disability or death shortly after the disease onset.⁷ The following three tests will help with accurate MS diagnosis.

A. MRI and CT scans

MRI is the most definitive of diagnostic tools and unparalleled at detecting changes and abnormalities inside soft bodily tissue. MRI scans give detailed high resolution images of cross sections of the brain and spinal cord. Multiple Sclerosis lesions show up as paler areas on those images. From an MRI, the neurologist can not only identify demyelination events but can also see where those lesions are. Although MRI imaging is the most sensitive investigational technique for MS but it is not specific for MS. MRI imaging is also used to assess MS disease activity, disease burden, and the temporal, dynamic evolution in these parameters.⁸ Finally, MRI imaging is 7 times more sensitive than the clinical evaluation in capturing CNS lesions. Clinical symptoms are necessary because of other demyelinating conditions. There has been at least two identified demyelinating episodes separated by at least one month in at least two

different locations in the CNS (Fig 1). Computed Tomography (CT) scans use X-rays to produce cross-sectional images of internal parts of the body. CT scans detect soft tissue with less precision than MRI scans and it is less expensive as well.⁹

B. Spinal Tap

Samples of cerebrospinal fluid (CSF) is taken from spinal cord and blood serum from arm. Both of these samples are then processed by electrophoresis. A positive spinal tap will produce oligoclonal bands in the CSF but not in the blood serum. These bands indicate a type of immune system activity. 95% of people with a definite diagnosis of MS exhibit oligoclonal bands on a spinal tap. Also 90% of people with sub-acute sclerosing panencephalitis and 100% of people with Herpes simplex encephalitis among other conditions. Positive spinal taps are indicative of an immunological response but they are not diagnostic for a particular condition. The primary purpose of CSF analysis, should be to rule out other conditions than multiple sclerosis. Although they can be highly suggestive of MS, they do not provide definitive diagnosis. If an MRI is positive, this allows for a definitive diagnosis without laboratory support. However, CSF analysis technology is still advancing and researchers continue to look for definitive molecular markers of MS. Other researchers are looking into urine and blood for markers and we can hope that

they are successful and spinal taps become completely unnecessary to the diagnosis of multiple sclerosis.¹⁰

C. Evoked Potential (EP) tests

EP-tests are procedures for measuring the speed of impulses along neurons. Responses can be measured using EEG readings from electrodes attached to the scalp or skin. These results are analyzed on a computer and average speeds recorded. Demyelinated neurons transmit nerve signals slower than non-demyelinated ones and this can be detected with EP tests. There are three types of evoked potential tests: 1. Visually Evoked Potential (VEP), 2. Brainstem Auditory Evoked Response (BAER), 3. Somatosensory Evoked Potential (SSEP)

Pathophysiology

The etiology of MS is unknown but documented literatures show that the disease develops in genetically susceptible individuals exposed to additional environmental factors. According to the pathogenesis, MS is an autoimmune disease (Fig. 2)²⁸ which peripherally activated CD4+ T cells recognize autoantigens within the CNS parenchyma in the context of class II molecules of the major histocompatibility complex (MHC) expressed by both glial antigen-presenting and dendritic cells,¹³ which commit T cells toward a TH1 phenotype.¹⁴ Activated TH1 cells cause myelin disruption

Multiple Sclerosis: An autoimmune disease

Nasser Parsa, M.D., Ph.D. National Institutes of Health, Ministry of Health, Washington, USA

Abstract

Multiple Sclerosis or Muscular Sclerosis (MS) is a chronic neurodegenerative disease that affects the central nervous system (brain, spinal cord and optic nerve). During an MS attack, inflammation occurs in areas of the white matter of the central nervous system in random patches called plaques. This leads to destruction of fatty-protein (myelin) protecting nerve cell fibers in the brain and spinal cord. Myelin allows for the smooth, high speed transmission of electrochemical messages between the brain, spinal cord and the body. When myelin is damaged, neurological transmission of messages may be slowed, resulting in diminished function. MS is considered an autoimmune disease that most often affects young adults. The immune system attacks myelin and oligodendrocytes cells that make myelin. An increased incidence of MS has been observed over the past twenty years. The most recent epidemiological features possibly associated with environmental risk factors such as a vitamin D deficit, low life-long ultraviolet radiation, viral infection, aging and the high-latitude locations. Several effective drugs and complementary therapies have been pro-

vided for MS patients to slow down the progression of their disabling disease. Understanding the molecular mechanisms of this dreadful disease along with progression of stem cells research may bring hope for those who suffer from MS disease.

Symptoms and Diagnostic Tests

MS is the most common inflammatory demyelinating disease of the central nervous system (CNS) with increased neurologic disability in young people.¹ The mechanistic causes of MS are unknown. MS is estimated to affect 400,000 persons in the United States and 2.2 million people worldwide.² The prevalence of MS patients in USA is 75 per 100,000 people. Women are affected twice more than men from ages of 20 to 40. The geographical distribution of MS increases with latitude north or south of the equator. The European white population is more vulnerable than the general population. There is a 1%–5% risk of developing MS if a sibling has the disease and 25% chance within monozygotic twins.³ Majority number of MS patients have an acute or subacute episode of neurologic disturbance

due to mono-regional involvement of the CNS. These may include optic neuritis, brain and spinal cord. In a review of all literatures, the incidence of the initial symptoms were weakness of the limbs (40%), optic neuritis (22%), paraesthesiae (21%), diplopia (12%), vertigo (5%), and others (10%). Deficits of sensory, motor and autonomic functions are the most common clinical manifestations in advanced stage of MS. A distinct clinical presentation of MS, is internuclear ophthalmoplegia. Fatigue, painful joints, depression and loss of memories have been described in 80% of patients with MS.⁴ Most MS patients (85%) experience a relapsing-remitting (RRMS) course of the disease characterized by the episodic onset of symptoms.⁵ Most definitions of a relapse require that new symptoms or signs be present for at least 24 hours. Approximately 20% of patients with RRMS will remain clinically nearly stable for 20 years. In 25 years, most untreated RRMS patients will evolve into a secondary progressive phase (SPMS) characterized by a chronic and steady increase of physical symptoms and disability. Approximately 10%–15% of MS patients experience a primary progressive (PPMS) course. PPMS differs from the

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 :

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 ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ (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 : pr@cffsd.org