

کارگاه مدیریت
پیشگیری از
تالاسمی در بنیاد

اساس ژنتیکی و
پاتوفیزیولوژی
تالاسمی

مشکلات روانی و
اجتماعی بیماران
تالاسمی

دیالیز و انواع آن

دیابت و
روزه داری

خواندنی‌ها

مدعیان حقوق بشر داروهای حیاتی را بی رحمانه تحریم می‌کنند

در دیدار رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با
اعضای هیأت امناء، مدیران، کارکنان و خیرین بنیاد
امور بیماری‌های خاص به مناسبت سالگرد تاسیس
بنیاد امور بیماری‌های خاص



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

۳	اجتماعی
۴	آن لحظه عظیم
۵	مدعیان حقوق بشر داروهای حیاتی را بی رحمانه تحریم می کنند
۶	گزارش سفر استان هرمزگان
۱۰	تازه چه خبر؟
۱۳	یاری سبز یاوران بنیاد
۱۴	ایثار زندگی یاری سبز روزگار
۱۵	سلامت
۱۶	اساس ژنتیکی و پاتوفیزیولوژی تالاسمی
۱۸	تالاسمی و بیماری های دهان و دندان
۱۹	نقش پرستار در درمان بیماران تالاسمی
۲۰	مشکلات روانی - اجتماعی بیماری تالاسمی
۲۲	طحال برداری در B تالاسمی
۲۵	بیماری کلیوی و عوامل خطرزا
۲۷	دیالیز و انواع آن
۳۰	بیانیه کارگاه مدیریت پیشگیری از تالاسمی
۳۲	سرطان دهانه رحم
۳۶	شیمی درمانی (تهوع و استفراغ)
۳۷	تظاهرات دهانی-صورتی و ملاحظات دندان پزشکی در بیماری MS
۳۸	غذاهای خوب برای مقابله با دیابت
۳۹	دیابت و روزه داری
۴۱	آسم
۴۳	بازگشت به طبیعت، رمز سلامت
۴۵	بین الملل
۴۶	مرکز ترک قطعی سیگار "پیت مک"
۴۸	دلایل بزرگداشت روز جهانی هموفیلی سال ۲۱۰۲
۴۹	فرهنگی
۵۰	خواندنی ها
۵۲	سرگرمی
۵۵	مقاله انگلیسی
۵۶	فرم اشتراک فصلنامه خاص

هیات علمی

دکتر باقر لاریجانی، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر علی اکبر ولایتی، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر احمدرضا جمشیدی، دکتر سید هاشم جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر حمید رضائی قلعه، دکتر احمدرضا 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، المیرا امینی، ندا جلیلیان، مهرانگیز خسروی، هادی صالح، هانی صباغان، دکتر کاظم فاطمی، دکتر علی فروزان فر، 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



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: ۱۹۳۹۵/۴۸۸۲

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵

دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷

سرمقاله



بیماری‌های خاص و پزشک خانواده

بیماری‌های غیر واگیر یکی از مهم‌ترین مسایل و معضلات نظام سلامت در جوامع مختلف از جمله کشور ماست به گونه‌ای که عمده بیماری‌ها و هزینه‌های تحمیلی به نظام سلامت از سوی این گروه از بیماری‌ها تحمیل می‌گردد. به عنوان مثال بیش از ۶۰ درصد علل مرگ و میر در جامعه ما بر اثر بیماری‌های غیر واگیر به وقوع می‌پیوندد. بنابراین در کشورهای مختلف برنامه‌ریزی کلانی برای کنترل و مدیریت این بیماری‌ها صورت پذیرفته است. کشور ما نیز برای مقابله با بیماری‌های غیر واگیر در سال‌های اخیر فعالیت‌های مدون و منسجمی را در پیش گرفته است.

ایجاد ساختار و تشکیلات متناسب در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ساماندهی شبکه‌های بهداشتی درمانی و تلاش در جهت ادغام مراقبت‌های غیر واگیر در شبکه، تربیت نیروی متخصص در رشته‌های تخصصی متعدد مرتبط با بیماری‌های واگیر، تاسیس و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه بیماری‌های غیر واگیر، حمایت از انجمن‌های علمی و مردم نهاد در رسیدگی به وضع بیماران مبتلا به اختلالات غیر واگیر و... از جمله اقدامات مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه این بیماری‌ها می‌باشد.

اما مهم‌ترین اقدام نظام سلامت در مدیریت بیماری‌های غیر واگیر، اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام اجرا در کلیه استان‌های کشور است. برنامه پزشک خانواده، نظامی سلامت محور است که در آن، یک گروه از کارشناسان نظام سلامت متشکل از پزشک، پرستار و ماما مسئول حفظ سلامت بخشی از افراد جامعه شده و می‌کوشند با پایش سلامت، معاینات دوره‌ای، ثبت و نگهداری اطلاعات سلامت خانوار و ارجاع به مراکز تخصصی و فوق تخصصی در صورت نیاز، موجبات ارتقای سلامت اعضای خانواده را فراهم آورند.

در این نظام علاوه بر فراهم شدن زمینه برای تحقق عدالت در سلامت و دسترسی آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی، نقطه تمرکز نه صرفاً درمان بیماری‌ها، بلکه پیشگیری، تشخیص به موقع و درمان در ابتدایی‌ترین مراحل بروز بیماری است. به همین دلیل، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در زمینه کنترل و مدیریت بیماری‌های غیر واگیر می‌تواند بسیار اثربخش باشد، چرا که عامل اصلی در مدیریت این قبیل اختلالات، پیشگیری و تشخیص به هنگام است و پزشک خانواده در این مقوله قطعاً می‌تواند اقدامات موثری را به اجرا برساند.

بیماری‌های خاص مانند تالاسمی، سرطان‌ها، دیابت و... که عموماً از گروه بیماری‌های غیر واگیر هستند نیز در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع جایگاه ویژه‌ای داشته و برنامه‌ریزی‌های خاص خود را در این نظام می‌طلبند. در این راستا نحوه تعامل بیمار با پزشک خانواده، نحوه ثبت اطلاعات سلامت بیمار، روند ارجاع به مراکز تخصصی و... از جمله موضوعاتی است که در برنامه پزشک خانواده توجه ویژه‌ای به آن شده به گونه‌ای که تا حد امکان دسترسی این بیماران به خدمات سلامت و همچنین خدمات تخصصی بیش از پیش فراهم گردد. در این زمینه اطلاعات بیشتر در موقع مقتضی به روش‌های مختلف به اطلاع بیماران عزیز خواهد رسید.

در پایان ضمن قدردانی از زحمات کلیه کسانی که برای ارائه خدمات مطلوب‌تر به بیماران عزیز تلاش می‌کنند، امیدوارم استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع گامی موثر در کاهش هزینه‌های مادی و معنوی بیماری‌های غیر واگیر در جامعه برداشته و بتواند با تامین عادلانه خدمات و ارائه آگاهی‌های لازم، دغدغه مبتلایان به این قبیل بیماری‌ها را کاهش دهد.

اجتماعی



آن لحظه عظیم

تو مبعوث شدی تا باران رحمت فراگیرت بر ریگستان عطشناک جان ببارد و دستان تهی از گوهر ناب ایمان را به قنوت زلال دعا و نیایش ببرد.

تو برگزیده شدی تا کامل‌ترین و بهترین آیین را برای چشمان تبار و بی‌نور بشریت به سوغات بیاوری؛ تا خار و خس شرک را از پهنای خشکیده قلب‌ها برکنی و غنچه شاداب وحدانیت را با اعجاز کلمه «لا اله الا الله» در آنها پرویانی. آمدن تو، آغاز نجابت و حدیث کرامت انسان بود. آمدنت، بوی پر جبرئیل را می‌داد، عطر صلوات را بر شانه‌های خود پاشیده بود و از صمیمیت آبی تو با معبود، حکایت می‌کرد

نامش تا همیشه زنده است

پیامبر واپسین خداوند، مشعل هدایت در دست گرفت و بیست و سه سال، بی‌وقفه، تمام راه‌های صعب زمین به سمت آسمان را گشود.

شانه‌هایش بود و او با هر چه امر خداوندی، تو را خطاب کرد.

بخوان، دلیل خلقت کائنات!

بخوان، آفتاب خاک‌نشین!

بخوان، بلد راه‌های آسمان!

تا پروردگارت، تو را تاج سیر هستی کند؛ تا رحمت خویش را در هیئت تو، بر عالمیان جاری کند.

بخوان، که تمام رسولان گذشته، مقدمه وجود تو بودند و تمام تاریخ تا امروز، تمهید سرنوشت تو بود.

برخیز محمد! برخیز و ردای عصمت خویش را از چله‌نشینی این سال‌ها بتکان.

برخیز و اعجاز مؤکد خود را به دوش بگیر و در کوچه‌های زمین جاری شو، تا اهالی طغیان‌گر خاک، در معرض رسالت تو به سجده بیفتند و اطاعت و بندگی را فرمانبردار شوند!

برخیز تا تمدن دست‌هایت، هستی را رام کند و شق القمر کلامت، شعور ابدی را در زمین حکم‌فرما سازد.

و خدا می‌داند در آن لحظات شگفت، چه رخ داده است! گویا زمان برای ساعتی، از حرکت افتاد و زمین از تکاپو و گردش؛ همه فرشتگان آسمان‌ها، با شگفتی و شوق، به زمین چشم دوخته بودند؛ در زمین اما اضطرابی دیگرگونه حاکم بود. همه موجودات، از جماد و نبات و حیوان، بلکه همه ذرات عالم که لحظه‌ای از ستایش خداوند فرو نمی‌ایستند، مضطربانه و لبریز از شوق، این حادثه عظیم را می‌نگریستند.

عالم، بی‌اغراق، در سکوتی محض، فقط چشم شد خیره به غاری تاریک و کوچک در حوالی مکه، تا لحظه عظیم نزول وحی، این بزرگ‌ترین ارتباط ملک و ملکوت را به نظاره بنشینند.

... و ناگهان، صدای پرهیبت فرشته اعظم الهی، در غار که نه، در همه عالم طنین افکند: «اقرأ باسم ربك الذي خلق».

دروود بر تو

دروود بر تو ای بزرگمرد تاریخ؛ ای آن که سیاهی زمان و زمینی که در آن می‌زیستی، به قدر خردلی، دل دریایی‌ات را آلوده نساخت و تباهی و جهالت و نکبت عالم، جرئت نزدیکی به حریم قدس انسانیت و شرافت تو نیافت.

چهل سال، گوهر ناب وجود خویش را از دستبرد شیاطین حفظ کردی و با صیقل عشق و شیدایی حق، جلا بخشیدی تا نگینی شود بر خاتم زیبای رسالت حق؛ گوارا باد بر تو این جایگاه رفیع!

اکنون که آهسته و باوقار، ولی تسلیم خواست الهی، از غار حرا فرو می‌آیی، درود همه ذرات عالم را پذیرا باش و به آواز «السلام عليك يا رسول الله» ما، گوش بسپار!

برخیز، محمد!

صدای پروردگار، از لب‌های امین وحی تراوید و جبرئیل، با بال‌هایی از ملکوت، بر تو نازل شد. آیه‌های نخستین رسالت، بر



مدعیان حقوق بشر داروهای حیاتی را بی رحمانه تحریم می کنند

آیت الله هاشمی رفسنجانی، در دیدار اعضای هیأت امناء، مدیران، کارکنان و خیرین بنیاد امور بیماری‌های خاص با اشاره به روند شکل‌گیری این بنیاد، نبود متولی ویژه برای بیمارانی چون هموفیلی، تالاسمی و سایر بیماری‌های خاص را مهم‌ترین دلیل تشکیل این بنیاد خواند و گفت: امروز پس از دو دهه از تشکیل بنیاد امور بیماری‌های خاص، وقتی به دستاوردها، امکانات و خدمات گسترده‌ای که به بیماران و نیازمندان ارائه می‌شود، نگاه می‌کنیم، تحسین و قدردانی هر انسانی را برمی‌انگیزد.



در ابتدای این دیدار فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص گزارشی از روند شکل‌گیری و توسعه این بنیاد تاکنون و موانع و مشکلات پیش روی بیماران خاص و این مرکز ارائه کرد.

وی سرطان را یکی از بیماری‌های فراگیر و پرهزینه خواند و با بیان اینکه این بیماری هنوز متولی رسمی ندارد، اظهار امیدواری کرد در آینده نزدیک با کمک وزارت بهداشت و درمان در زمره بیماری‌های خاص قرار بگیرد تا روند پوشش درمانی این‌گونه بیماران نیز سازماندهی و تسریع گردد.

همچنین انوشیروان محسنی، رئیس فراکسیون سلامت مجلس شورای اسلامی با تقدیر و تشکر از فعالیت‌های بی‌شائبه بنیاد امور بیماری‌های خاص گفت: این بنیاد از جمله سازمان‌های مردم‌نهاد موفق و با برنامه‌ای بوده‌است که توانسته در عرصه‌های آموزش پزشکی، بهداشت و درمان، پیشگیری از بیماری‌ها و سایر موارد موفقیت‌های گسترده‌ای به دست آورد.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در این دیدار به فلسفه آفرینش انسان از سوی خداوند و اعتراض ملائکه به شرارت‌های آینده این موجود اشاره کرد و امتحان الهی و تلاش برای تقرب به منشاء ربوبیت را اساس خلقت انسان عنوان کرد و گفت: یکی از مهم‌ترین راه‌های نزدیکی به خداوند کمک به هم نوع به خصوص نیازمندان و بیماران خاص است.

آیت الله هاشمی رفسنجانی با بیان اینکه همواره در طول تاریخ و در همه جوامع انسان‌های نیک سرشت و نوع‌دوست با عملکرد خود، زشتی اقدامات انسان‌های

مسئولیت اجرایی اینجانب، لایحه جامع و کاملی با در نظر گرفتن منابع لازم تهیه و به مجلس ارسال شد، اما متأسفانه پیگیری جدی تاکنون صورت نگرفته و این برای کشوری با منابع غنی مادی و انسانی چون ایران به هیچ وجه زیبنده نیست.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در بخش دیگری از سخنانش با اعتراض نسبت به مدعیان دروغین حقوق بشر در غرب گفت: چگونه غربی‌ها می‌توانند ادعای رعایت حقوق بشر داشته باشند، در حالی که داروهای حیاتی بیماران نیازمند را مشمول تحریم‌های بی‌رحمانه خود قرار می‌دهند.

آیت الله هاشمی رفسنجانی به منابع مالی بیماری‌های خاص اشاره کرد و با تشکر از مجلس شورای اسلامی در ادوار گوناگون که همواره حامی بودجه این بیماران بوده‌اند، از دولت و مسئولان اجرایی در بخش بهداشت و درمان نیز خواست این بنیاد را مورد حمایت بیش از پیش قرارداداده و مشکلات و موانع مالی، عمرانی و تجهیزاتی آنان را مرتفع سازند.

شروع و انحصارطلب را پوشش داده و زیبایی و لطافت زندگی اجتماعی و الهی را نشان داده‌اند، تصریح کرد: خوشبختانه در جامعه اسلامی ایران، نوع دوستی و کمک به دیگران از ارزش‌های پایدار و همیشگی مردم بوده و ما از این جهت همواره زبانزد سایر جوامع و ملت‌ها بوده ایم.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با تقدیر و تشکر از دست اندرکاران بنیاد امور بیماری‌های خاص و نیز مردم نوع‌دوست و خیرین نیکوکاری که همواره کمک حال نیازمندان و بیماران بوده‌اند، تأکید کرد: این امر نباید باعث شود که مسئولان کشور در بخش‌های گوناگون اجرایی و قانون‌گذاری از وظایف خود نسبت به بیماران خاص به خصوص بیماران سرطانی غافل شوند.

آیت الله هاشمی رفسنجانی، سرطان را شایع‌ترین بیماری صعب‌العلاج و پرهزینه جوامع امروز خواند و با بیان تنگدستی اغلب افراد مبتلا به این بیماری، تأمین اجتماعی کامل و جامع را نیاز فوری و اساسی کشورمان خواند و تأکید کرد: در دوران

گزارش سفر استان هرمزگان

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 هرمزگان است که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ توسط ریاست محترم بنیاد و کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

موقعیت جغرافیایی و جمعیتی استان
 هرمزگان در جنوب ایران و در شمال تنگه هرمز قرار دارد. کرانه های این استان در شرق بر دریای عمان و در غرب بر خلیج فارس قرار دارند. این استان حدود ۶۸ هزار کیلومتر مربع مساحت دارد. هرمزگان از جهت شمال و شمال شرقی با استان کرمان، غرب و شمال غربی با استان های فارس و بوشهر از شرق با سیستان و بلوچستان همسایه بوده و جنوب آن را آب های گرم خلیج فارس و دریای عمان در نواری به طول تقریبی ۹۰۰ کیلومتر دربر گرفته است. این استان جمعیتی بالغ بر یک میلیون و چهارصد نفر دارد که عمده این جمعیت در روستاها ساکنند، جمعیت شهری (۲۷۶ / ۵۸۸ نفر) حدود ۴۱/۹٪ جمعیت کل استان و جمعیت روستایی (۷۲۴ / ۸۱۵ نفر) حدود ۵۸/۱٪ جمعیت کل استان را تشکیل می دهد.

وضعیت بیماران خاص استان
 تعداد ۳۸۲ بیمار دیالیزی (۲۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۱۶۰۲ بیمار تالاسمی (۱۱۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۱۶۸ بیمار هموفیلی (۱۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان هرمزگان می باشند.

مراکز ارائه خدمات درمانی در یک نگاه
 بستک: بیمارستان فکری در سال ۱۳۴۵ با ۳۲ تخت مصوب راه اندازی شد و در حال حاضر با ۶۴ تخت فعال است. این بیمارستان به ۲ گروه از بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۲ راه اندازی شده است که با ۷ دستگاه دیالیز ۲۹ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از پزشک متخصص داخلی،

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



● تعداد بیمار تالاسمی = ۱۶۰۲
 ▲ تعداد بیمار هموفیلی = ۱۶۸
 ■ تعداد بیمار دیالیزی = ۳۸۲

گسترش یافته است. که دارای ۱۰ تخت فعال می‌باشد و تعداد ۵۶ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند.

جاسک

بیمارستان خاتم الانبیا در سال ۱۳۷۵ با ۴۰ تخت مصوب و ۳۲ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شده است که دارای ۲ دستگاه دیالیز است، که تعداد ۸ بیمار دیالیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۴ تخت فعال می‌باشد که تعداد ۳۹ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

حاجی آباد

بیمارستان فاطمه الزهرا

بخش دیالیز: این بخش در فضایی به مساحت ۴۰ متر مربع با ۳ دستگاه دیالیز از سال ۱۳۸۸ شروع به فعالیت کرده است. که دارای ۶ بیمار دیالیزی است. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۱ شیفت فعال است. **بخش تالاسمی و هموفیلی:** این بخش دارای ۶ تخت فعال می‌باشد و تعداد ۵۴ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۳ پرستار تشکیل شده است.

بندر خمیر

بیمارستان نیاپور در سال ۱۳۸۵ با ۳۲ تخت مصوب و ۲۸ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیز و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

ساختمان کنونی که در واقع مرکز و ساختمان بیماری‌های خاص ابوریحان است، منتقل شده است. این بخش دارای ۶۹ تخت فعال می‌باشد که تعداد ۸۵۰ بیمار تالاسمی و ۱۵۳ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند.

بندر عباس

بیمارستان کودکان

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۱ راه‌اندازی شده است. که دارای ۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. که تعداد ۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهند. در بین بیماران این بخش هیچ مورد آلودگی به ویروس هپاتیت B وجود ندارد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص نفرو، ۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۴ روز هفته به صورت ۱ شیفته فعال است.

بندر لنگه

بیمارستان شهید بهشتی

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۶ راه‌اندازی شده است که دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد که تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهند. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۲ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۷۶ راه‌اندازی شده و در سال ۱۳۸۷

۳ پرستار و ۱ کمک بهیار تشکیل شده است. این بخش، در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۷۸ راه‌اندازی شده است که دارای ۵ تخت فعال می‌باشد و ۳۰ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

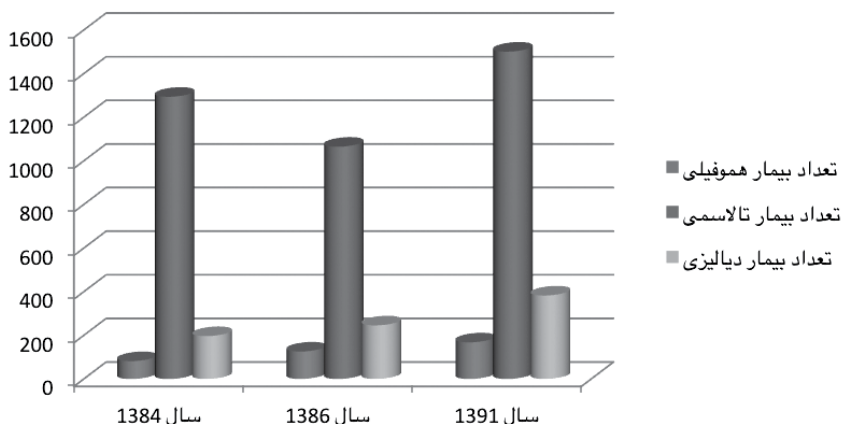
بندرعباس

بیمارستان شهید محمدی در سال ۱۳۵۹ با ۲۲۰ تخت مصوب و ۴۴۰ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) و بیماران دیابتی خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ راه‌اندازی و در سال ۱۳۸۷ گسترش یافته است. که دارای ۲۱ دستگاه فعال دیالیز می‌باشد که تعداد ۱۳۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک نفرولوژیست، ۱۳ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

بخش تالاسمی و هموفیلی در سال ۱۳۷۵ راه‌اندازی شده و در سال ۱۳۸۷ به





بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۷ راه‌اندازی شده‌است. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۴۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۳ دستگاه فعال دیالیز می‌باشد این بخش ۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده‌است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۷ تخت فعال است که تعداد ۲۹ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ متخصص داخلی و ۳ پرستار مشترک با بخش دیالیز تشکیل شده است.

رودان

بیمارستان علی ابن ابیطالب در سال ۱۳۸۶ با ۴۰ تخت مصوب راه‌اندازی شده و در حال حاضر ۵۷ تخت فعال دارد. در حال حاضر تعداد ۳۶ بیمار دیالیزی و ۱۱۹ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بخش دیالیز: این بخش دارای ۹ دستگاه دیالیز است که تعداد ۳۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۵ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۳ شیفت و ۳ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۱۱ تخت فعال است که تعداد ۱۱۹

بیمار تالاسمی و ۸ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند.

بیمارستان خلیج فارس قشم: بیمارستان خلیج فارس قشم تحت نظارت دانشگاه آزاد قشم فعالیت می‌کند، در سال ۷۶ با ۲۰ تخت مصوب راه‌اندازی شده و در سال ۱۳۸۴ (آذرماه) بر اثر زلزله قشم تخریب شد. پس از زلزله بخش دیالیز این بیمارستان به مرکز فوریت‌های پزشکی شهرک صنعتی تولا منتقل شده و دوباره به بیمارستان مخروبه و خالی خلیج فارس برگشته است. وضعیت این بخش برای بیماران بسیار نامناسب است **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۷۷

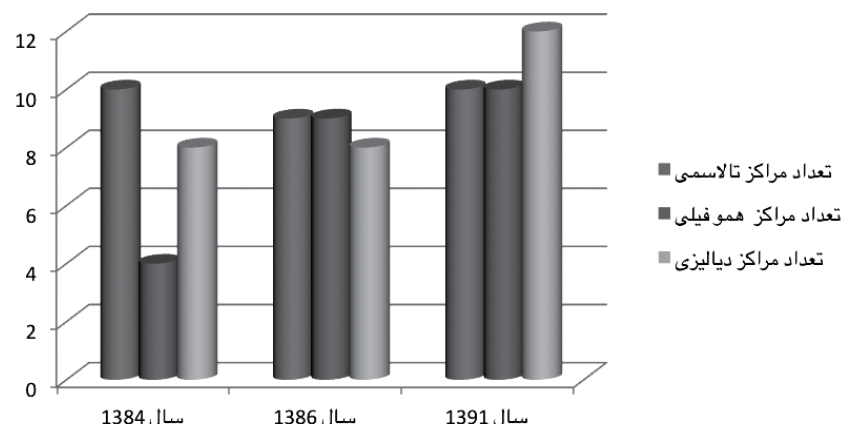
راه‌اندازی شده که دارای ۱۰ دستگاه دیالیز می‌باشد و ۳۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، و ۵ پرستار و ۲ کاردان بیهوشی تشکیل شده‌است. این بخش در ۶ روز هفته فعال است.

پارسیان

بیمارستان رستمی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان پارسیان می‌باشد. در حال حاضر این شهرستان ۱۳ بیمار دیالیزی و ۱۳ بیمار تالاسمی دارد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۸۳ راه‌اندازی شده‌است که دارای ۵ دستگاه دیالیز و تعداد ۱۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

بخش تالاسمی هموفیلی: این بخش در سال ۸۳ راه‌اندازی شده که با بخش دیالیز یکی می‌باشد و از سه عدد تخت‌های دیالیز استفاده می‌کند که ۱۳ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی را را پوشش می‌دهد کادر



اکثر بیمارانی که از روستاهای اطراف مراجعه می‌کنند دچار مشکل رفت و آمد هستند. به همین علت امکان دایر کردن شیفت سوم دیالیز در اکثر شهرستان‌های استان امکان‌پذیر نیست.

کمک‌های انجام گرفته بعد از بازدید ریاست محترم و کارشناسان بنیاد

اهدای ۴ دستگاه دیالیز نیپرو به شهرستان میناب، اهدای ۱۷ دستگاه تخت دیالیز و وسایل جانبی به بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان میناب، اهدای ۲ دستگاه دیالیز نیپرو و ۲ دستگاه تخت دیالیز و وسایل جانبی به بیمارستان کودکان بندرعباس، تصویب ساخت درمانگاه بیماران خاص در شهرستان میناب به هزینه بنیاد امور بیماری‌های خاص.

کمک‌های بنیاد

بنیاد امور بیماری‌های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۳۱ دستگاه تجهیزات درمانی، ۳۰ دستگاه تجهیزات رفاهی، ۲۵ تخت و ۱۸ دستگاه دیالیز به استان هرمزگان کمک تجهیزاتی نموده‌است. همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص بالغ بر ۲۴۳،۵۷۶،۷۳۲ ریال به صورت نقدی و ۲۱۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان هرمزگان کمک مالی نموده‌است.

همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص درصدی است با همکاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، درمانگاه‌های بیماران خاص را در شهرهای قشم و رودان تاسیس نماید.

جراحی، زنان و زایمان، کودکان، اورژانس، CCU ICU و دیالیز است. به بیماران دیالیزی خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بیمارستان دارای ۳ دستگاه دیالیز می‌باشد که تعداد ۳ بیمار دیالیزی تحت پوشش هستند.

بخش تالاسمی و هموفیلی: جزیره کیش فاقد بیمار هموفیلی است ولی ۱۱ بیمار تالاسمی دارد.

جزیره ابوموسی

بیمارستان ابوموسی در سال ۱۳۸۷ با ۳۲ تخت ثابت تاسیس شد که در حال حاضر دارای بخش‌های داخلی، جراحی، زنان و زایمان و کودکان است. این بیمارستان فاقد بخش‌های ارائه دهنده خدمات به بیماران خاص است. این جزیره فاقد بیمار دیالیزی و هموفیلی است اما بیماران تالاسمی این جزیره که ۱۰ نفر هستند به نزدیکترین مرکز (بندر لنگه) مراجعه می‌کنند.

مشکلات و کمبودها

مشکلات معیشتی در تمام شهرستان‌های استان هرمزگان وجود داشت که به وضعیت اقتصادی بیماران مربوط می‌شود.

مشکلات تردد بیماران: با توجه به فواصل زیاد روستاها از مراکز دیالیز شهرستان‌ها

درمانی این بخش با دیالیز یکی می‌باشد.

میناب

بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) در سال ۱۳۸۵ با ۹۶ تخت مصوب راه‌اندازی شده و در حال حاضر ۲۲۰ تخت فعال دارد. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۶

راه‌اندازی شده و در سال ۱۳۸۷ گسترش یافته است که دارای ۱۸ دستگاه دیالیز می‌باشد و تعداد ۸۴ بیمار دیالیزی که ۷۲ ثابت و ۱۲ بیمار موقت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی و ۶ پرستار و ۵ بهیار تشکیل شده‌است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش

در سال ۸۰ راه‌اندازی شده است. دارای ۱۷ تخت فعال است که تعداد ۳۱۱ تالاسمی و ۵ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۲ پرستار تشکیل شده است.

جزیره کیش

این بیمارستان در سال ۱۳۷۲ تاسیس شده است در حال حاضر دارای بخش‌های داخلی،



تازه چه خبر

خداوند بزرگ را شاکریم که توفیق خدمت به هم نوع را در این سال نیز به ما عطا کرد و امید آن داریم که دعای خیر آنها نیرو بخش فعالیت‌های بنیاد در سال جدید باشد. در ذیل اهم فعالیت‌های بنیاد بیماری‌های خاص در ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۱ را می‌خوانیم:

افسانه حسنی

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 اخیر، به حدود ۶۲۵۹ مراجعه کننده کمک هزینه درمانی بالغ بر یک میلیارد و سیصد میلیون تومان و به ۲۱۹ نفر اهدا کننده کلیه دوپست و نوزده میلیون تومان نیز هدیه ایثار پرداخت کرده‌است.

بازدید از مراکز درمانی ۳ استان کشور
در پی سفرهای استانی کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در سه‌ماهه نخست سال از استان‌های قم، هرمزگان، کهگیلویه و بویر احمد بازدید و مجموعاً ۱۷ مرکز درمانی بیماران خاص مورد بازدید قرار گرفت. در خلال این بازدیدها کارشناسان بنیاد مشکلات هر مرکز را بررسی و مکتوب کرده و همچنین انتشاراتی از بنیاد بیماری‌های خاص را در اختیار این مراکز قرار دادند.

تجلیل از بیماران نمونه استان کرمان
به مناسبت ۱۸ اردیبهشت ماه، روز جهانی تالاسمی، در سالن آمفی تئاتر موسسه خیریه ثامن الحجج (ع) مراسمی با حضور جمعی از مسئولین و هنرمندان استان برگزار شد که از بیماران نمونه استان که در زمینه‌های تحصیلی، درمانی موفق بودند تجلیل شد.

غربالگری سرطان در دانشکده حقوق،

فعالیت‌های اجتماعی خیراندیشانه بدرخشد. گرچه امروز شاهد بهبود شاخص‌ها در حوزه بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی، دیالیز و پیوند کلیه هستیم، اما همچنان در زمینه این بیماری‌ها و امراض دیگری همچون سرطان و MS راه درازی در پیش داریم؛ راهی که به حول و قوه الهی، مصمم به پیمودن آنیم.

آرزوی من آن است که کسی مبتلا به این بیماری‌ها نشود. آرزویی که از روز تاسیس بنیاد داشته‌ام و به گمانم تا پایان عمر و زندگی با خود خواهم داشت، آن است که دست کم، بیماران برای درمان و داروی خود هیچ دغدغه‌ای در زندگی نداشته باشند و با آرامش خاطر و امکانات بالا بتوانند علاج درد خود را ادامه دهند.

به یاری او که یاور همه دردمندان است.

بازدید و اهدای تجهیزات بیمارستانی به مراکز درمانی کشور

از جمله رسالت‌های مهم بنیاد بیماری‌های خاص، بررسی وضعیت درمانی بیماران خاص در قالب بازدید کارشناسان این بنیاد می‌باشد. بدین منظور در سه ماهه نخست، بنیاد امور بیماری‌های خاص تجهیزاتی از قبیل ۵۵ دستگاه دیالیز، ۲۰۳ پمپ دسفرال، تخت‌های بیمارستانی و... را به مراکز درمانی ایلام، تهران، البرز، چهارمحال و بختیاری، کرمان، خراسان رضوی، خراسان شمالی، فارس، خوزستان، لرستان و مازندران اهدا کرده است.

اختصاص بیش از یک میلیارد و سیصد میلیون تومان به بیماران خاص
واحد مددکاری بنیاد بیماری‌های خاص،

پیام فاطمه هاشمی به مناسبت شانزدهمین سالگرد تاسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص و روز جهانی تالاسمی
امروز که به راه طی شده می‌نگرم، خدای بزرگ را سپاس می‌گویم که توفیق خدمتی ارجمند را به من و همراهان سخت کوش و فداکارم داد تا رنجی از دوش بیماران خاص برداریم، غمی از دل خانواده‌های آنان بزداييم و اشکی از گوشه چشمان عزیزان دلبندهشان پاک کنیم.

همه حمد و سپاس و ثنا برای اوست که در این سال‌ها از دریای رحمتش جرعه‌ای نوشیدیم و به دیگران نوشاندیم، طعم نعمتی از نعماتش را به خلق چشانیدیم و دردی را پوشاندیم.

پیمودن راه پرسنگلاخ حمایت، آموزش، پیشگیری، درمان و فرهنگ سازی در حوزه بیماری‌های خاص، به گونه‌ای که بیماران از امکانات درمانی بهتری برخوردار شوند، خانواده‌ها و فرزندان‌شان احساس آرامش بیشتری کنند و جامعه ما با بالابردن سطح حمایت از بیماران، آموزش همگانی و پیشگیری به سوی ایمنی و امنیت فزون‌تر و کاهش بیماری‌ها یا آثار زیان بار آن‌ها حرکت کند، تنها با حمایت رهبران اجتماعی دلسوز و آگاه، به ویژه آیت اله هاشمی رفسنجانی که نقش بنیانگذار را در این حرکت سترگ داشته‌اند و بی حمایت ایشان، چه در دوران درخشان سازندگی و ریاست جمهوری ایشان و چه پس از آن، دستیابی به چنین توفیقاتی آسان نبود، و نیز مساعدت‌های مسئولان کشور و همکاری یکایک یاران صدیق و خدوم در بنیاد امور بیماری‌های خاص هموار گردید تا امروز، نام این بنیاد با کارنامه‌ای افتخار آمیز بر تارک

وی در ادامه سخنان خود افزود: در بحث پیشگیری تا قبل از سال ۷۵ بیماران تالاسمی مینور با هم ازدواج می‌کردند و فرد تالاسمی که به دنیا می‌آمد فوت می‌کرد. اما از سال ۱۳۷۵ به بعد برنامه پیشگیری مورد عنایت ویژه قرار گرفت و زیر ساخت‌های اجرایی آن فراهم شد. آگاهی‌های عمومی افزایش یافت و اطلاع‌رسانی لازم صورت گرفت، مراکز درمانی مجهز شدند تا بتوانند بیماران ناقل را شناسایی کنند تا با اجرای این طرح تعداد بیماران کاهش یابد و ناقلین تا حد وسیعی شناسایی شدند.

دکتر فرهادی با اشاره به این‌که امروز سخن گفتن در مقوله پیشگیری از بیماری تالاسمی در مقطع زمانی فعلی باعث افتخار و سربلندی نظام بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران است؛ تاکید کرد: کشور ایران در کمربند یا حیطه جغرافیایی وقوع و بروز بیماری تالاسمی قرار دارد و هرچند در چند دهه قبل مناطق خاصی از ایران به خصوص شمال و جنوب ایران را به خصوص نواحی مدیترانه‌ای می‌شناختیم، ولی به علت تغییرات اجتماعی - اقتصادی و حتی سیاسی ایجاد شده در پنجاه سال اخیر که باعث مهاجرت و تغییر محل سکونت حاملین ژن این بیماری به سایر نقاط ایران گردید و همین موضوع باعث شد که در بررسی‌های آماری وفور ژن مولد بیماری تالاسمی را با تفاوت‌های اندکی در بیشتر استان‌های کشور شاهد باشیم.

وی در ادامه افزود: طراحی خدمت‌رسانی عمومی به خصوص در زمینه ارتقاء کمی و کیفی نیازهای بهداشتی-درمانی پس از پیروزی انقلاب اسلامی باعث شد سازماندهی مدیریت پیشگیری و درمانی به کلیه بیماران به خصوص بیماران خاص تفاوت اساسی پیدا نموده و تمامی تلاش دست‌اندرکاران سیستم‌های بهداشتی-درمانی کشور معطوف به کاهش تولد بیمار تالاسمی از یک سو و ارتقاء کمی و کیفی سلامتی بیماران از سوی دیگر شود.

دکتر فرهادی با اشاره به جایگاه دین در قلوب مردم کشور اسلامی ما، گفت: باورها و

پیشگیری از تالاسمی به عنوان اولین ناطق؛ طی سخنانی کوتاه ضمن خوش‌آمدگویی به مدعوین و شرکت‌کنندگان در این اجلاس یک‌روزه، هدف از برگزاری این کارگاه را بحث و گفتگو پیرامون موفقیت‌ها و چالش‌های پیشگیری از تالاسمی در کشور از سوی بنیاد امور بیماری‌های خاص عنوان کرد.

معاونت فنی امور مراکز وابسته به بنیاد امور بیماری‌های خاص در ادامه سخنان خود تاکید کرد: در این کارگاه یک‌روزه، 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 بیماری‌های خاص و بالخصوص بیماری تالاسمی بحث و گفتگو خواهد شد.

وی همچنین "مهاجرت افراد ناقل" بیماری تالاسمی را در کشور به منظور ازدواج، تحصیل و... موجب تغییر در نقشه جغرافیایی بیماری تالاسمی در کشور عنوان کرد و افزود: "مهاجرت افراد ناقل" بیماری تالاسمی در این نشست مورد توجه و بررسی قرار خواهد گرفت.

دبیر اجرایی کارگاه یک‌روزه مدیریت پیشگیری از تالاسمی در خاتمه سخنان خود فرارسیدن سالگرد تاسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص را گرامی داشت و تلاش ۱۷ ساله این بنیاد را در پیشگیری از گسترش بیماری تالاسمی و کاهش چشمگیر مبتلایان را ستود.

دکتر محمد فرهادی عضو هیات رئیسه اجلاس یک‌روزه مدیریت پیشگیری از تالاسمی در بنیاد امور بیماری‌های خاص به عنوان دومین ناطق؛ ضمن بازخوانی تاریخ بیماری تالاسمی در کشور و اشاره به این‌که زمانی عمر بیماران تالاسمی در کشور به ۱۰ سال هم نمی‌رسید؛ تاکید کرد: امروز به مدد تلاش‌های صورت گرفته در دو دهه اخیر سخن گفتن در مقوله پیشگیری از بیماری تالاسمی باعث افتخار و سربلندی نظام بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.

علوم سیاسی، اقتصادی دانشگاه آزاد

اسلامی واحد تهران جنوب

همزمان با آغاز هفدهمین سال فعالیت بنیاد امور بیماری‌های خاص، "برنامه آموزشی" ویژه‌ای در حوزه غربالگری بیماری سرطان و مشاوره پزشکی "تالاسمی و دیابت" از سوی این بنیاد در دانشکده حقوق، علوم سیاسی، اقتصادی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب برگزار شد.

در این برنامه "آموزشی" که با استقبال اساتید، دانشجویان و کارکنان این واحد دانشگاهی روبرو شد، انجام معاینه پزشکی در راستای تشخیص به موقع بیماری و همچنین ارائه آموزش و مشاوره درباره سرطان‌های شایع زنان و بیماری دیابت در دستور کار گروه اعزامی بنیاد قرار گرفت که با ارائه خدمات رایگان در زمینه: تست قند و فشار خون، اندازه‌گیری قد و وزن (تست BMI) و تست پاپ اسمیر نزدیک به ۲۰۰ متقاضی دانشگاهی پیگیری شد.

همچنین دکتر محمد فرهادی، متخصص پاتولوژی و عضو هیئت امناء بنیاد امور بیماری‌های خاص به مناسبت روز جهانی تالاسمی با حضور در بخشی از این برنامه و تشکیل کارگاه آموزشی، اهمیت بیماری تالاسمی و تولد کودک از طریق ازدواج افراد ناقل را برای دانشجویان تبیین و راه‌های پیشگیری از آن تشریح کرد.

استقبال دانشجویان از بروشورهای توزیعی بنیاد امور بیماری‌های خاص و مشارکت در بخش‌های مختلف این برنامه "آموزشی" و همچنین نگاهی به محتوای سؤالات مطروحه آن‌ها از پزشکان و کارشناسان پزشکی بار دیگر اهمیت گسترش موضوع آموزش و غربالگری بیماری‌های خاص را در مراکز آموزشی و علمی کشور به عموم دست‌اندرکاران این حوزه یادآور شد.

گزارشی از کارگاه "مدیریت پیشگیری

از تالاسمی" در بنیاد

در این کارگاه یک‌روزه که در بیستم اردیبهشت ماه ۹۱ برگزار شد. دکتر معادی دبیر اجرایی کارگاه یک‌روزه مدیریت



و تندرستی جوامع، عادات تغذیه‌ای و فعالیت‌های... ارتباط داشته و همواره یک معادله چندین پارامتری بوده که اگر به یکی از این پارامترها دقت نشود، به جواب صحیح نخواهد رسید.

دکتر آراسته عرصه پیشگیری و کنترل تولد تالاسمی را یکی از قدم‌های بسیار موثر در گروه بیماری‌های غیرواگیردار خواند و گفت: از حداقل ۲۰ سال قبل به شکل ویژه به عرصه پیشگیری و کنترل تولد تالاسمی نگاه شده که با رشد و ارتقاء سطح علمی و فنی علم ژنتیک در کشور، شاهد موفقیت‌های چشمگیری در این مقوله بوده‌ایم و شاهد کاهش موارد تولد کودکان مبتلا به تالاسمی در کشور بوده‌ایم. اما باید توجه داشته باشیم که در طی مقطعی در یک سطح از میزان تولد ثابت مانده ایم که به نظر می‌آید باید مورد بررسی قرار گرفته و دخالت پارامترهای متعدد و جدیدتری را مورد دقت قرار دهیم که تاکنون کمتر به آنان توجه شده است.

گفتنی است دکتر ورمزیاری در خصوص شورای سیاست‌گذاری رسانه و خانم دکتر کوثریان در زمینه انواع پیشگیری از بارداری، تحقیق تاثیر هیدرولکسی در درمان تالاسمی ماژور، درمان در دوران جنین، تشخیص جنین با نمونه‌گیری از خون مادر سخنانی را در کارگاه یک‌روزه مدیریت پیشگیری از تالاسمی بنیاد امور بیماری‌های خاص ایراد نمودند.

از معضلات امروز کشور در زمینه گسترش پیشگیری از گسترش بیماری تالاسمی در کشور انجام آزمایش PND است که در فقط در مرکز استان انجام می‌شود و افراد هم به علت هزینه بالای رفت و آمد به مراکز استان‌ها از انجام آن خودداری می‌کنند و باید مسئولان به دنبال راهی باشند تا بتوانند امکان انجام آزمایش PND را در اقصی نقاط کشور فراهم نمایند.

دکتر آراسته رئیس انجمن تالاسمی ایران در کارگاه یک‌روزه مدیریت پیشگیری از تالاسمی در بنیاد امور بیماری‌های خاص؛ توجه به اصل پیشگیری مقدم بر درمان را به عنوان مهمترین سیاست در عرصه بهداشت و سلامت برشمرد و بر تلاش مدیران این مجموعه در سال‌های متمادی نسبت به اجرای این سیاست بنیادین تاکید کرد و گفت: طی ۳ دهه گذشته شاهد موفقیت‌های چشمگیری در عرصه کنترل بیماری‌های واگیردار بودیم که سود حاصله آن به مردم کشور و دولت‌مدان رسیده و بسیاری از این بیماری‌ها کنترل و کاهش یافته‌اند.

وی با اشاره به اینکه اجرای این سیاست در عرصه بیماری‌های غیرواگیردار با نوسانات و فراز و نشیب‌های زیادی روبرو بوده، افزود: دلیل خصوصیات و صفات ویژه این بیماری‌ها که با روش و شیوه زندگی مردم، باورها و اعتقادات قومی و منطقه‌ای، تفکر و بینش جامعه، سطح آگاهی سلامتی

اعتقادات مذهبی مبتنی بر دین مبین اسلام و شریعت تعالی بخش شیعه اثنی عشری همواره بر حفظ سلامتی انسان و پیشگیری از وقوع ضرر تاکید دارد که توجه به همین نکته اخیر که بسیار علمی نیز می‌باشد به روز بودن فقه جعفری را بار دیگر اثبات می‌نماید.

وی در خاتمه گفت: طرح کلی اجرا شده در یکی دو دهه اخیر که موجب نتایج چشمگیری از کاهش وقوع بیماری تالاسمی ماژور شد با حمایت همه جانبه مدیران ارشد دولتی و کارگزاران سیستم‌های بهداشتی-درمانی و به خصوص همکاران آزمایشگاهی میسر شد که تشخیص ناقلین قبل از ازدواج و توصیه‌های بهداشتی و پیشگیرانه باعث افست تولد بیمار جدید تالاسمی به نحوی گردید که حتی کسانی که در ابتدای ارائه این طرح از مخالفین یا حتی ساکتین انجام این طرح بودند در دوران مسئولیت خود با افتخار از اجرای آن نام می‌برند.

دکتر ابوالقاسمی رئیس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سومین سخنران یک‌روزه مدیریت پیشگیری از تالاسمی در بنیاد امور بیماری‌های خاص بود که به تاریخچه پیشگیری از تالاسمی در کشور اشاره کرد و گفت: شروع برنامه پیشگیری از گسترش بیماری تالاسمی در کشور از سال ۱۳۷۱ بود که سال ۱۳۷۶ برنامه پیشگیری اعلام شد و سال ۱۳۷۷ آزمایش PND شروع شد.

وی در ادامه گفت: در برنامه پیشگیری از تالاسمی، غربالگری به صورت آزمایشی در دبستان صورت گرفت که موفق نبود و بعدها مشخص شد بهترین زمان برای غربالگری بیماری تالاسمی زمان قبل از ازدواج است که البته بعدها نتایج نشان داد که ۳۰ درصد افراد مینور در همین مرحله غربالگری از ازدواج انصراف دادند.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به این‌که در زمینه پیشگیری از تالاسمی افراد زیادی در کشور زحمت کشیدند، از زحمات بنیاد امور بیماری‌های خاص بطور اخص نام برد و تاکید کرد: یکی

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

سیمان دورود، آقای مهندس پورکریم
شیمی ساختمان، آقای مهندس هنرمند
سیمان شاهرود، آقای قدمی
مخلوط شن، آقای دلربایی
عمران ساز مهلب، آقای انوشه
شیمیایی تحقیقاتی پویا، آقای شریعتی
کره آلپ، آقای مهندس تقوی
مژده باران، آقای محجوریان
سورپرایز، آقای صالحی
درمانگر، حاج منشی
کره شکلی، آقای شکروی
تک ماکارون، آقای عربی
دهقان، آقای برادران
شرکت نساجی بابکان، آقای نیکچی
مجله سرو لاله زار، خانم انصاری
پارس سلفون، آقای شفیع
شرکت تدا، آقای دکتر لسان
نستله، آقای رحمانی
ترخینه، آقای تاجیک
مروارید، آقای پدرام
شفیعی، آقای شفیع
شرکت صنعتی راهب، آقای راهب

محصولات غذایی گلها، آقای کریمی
شرکت بنیان آتیه، خانم دولت‌آبادی
شرکت ایپک تجارت عصر، آقای محمدی
شرکت پارس کرپ، آقای موج‌بافان
فروشگاه میثم، آقای علیزاده
گل فروشی مهدوی، آقای مهدوی
شیرینی ضیافت، آقای جلیلی
شیرینی‌سرای نصرتی، آقای نصرتی
قنادی نیشکر، آقای نوروزی
غذای فارسی، آقای فارسی
میدان تره‌بار، آقای خدادوست
کاشی و سرامیک فخار، آقای فخار
سینجر گاز، آقای تبریزی
فروشگاه سجده‌ای، آقای سجده‌ای
ریگ‌ساز مرکز، آقای بختیاری
ایران مخزن، آقای علی پناه
هنر، آقای حسین نراقی
فروشگاه تیزچنگ، آقای تیزچنگ،
بنیاد علمی تحقیقاتی روزه،
آقای مهدی میرعبدالله یانی
آکام شن، مهندس پارسا
آجر سفید، حاج آقای اولیایی

معاونت نفت و گاز و پتروشیمی خاتم‌الانبیاء،
آقای محمدرضا پورضیایی
فرمانده قرارگاه سازندگی خاتم‌الانبیاء،
آقای مهندس مظفری
گروه تخصصی شهید رجائی، آقای اکبری
شرکت نکا پلاستیک، آقای مهندس کاظمی
موسسه فرهنگی اجتماعی امید صبا،
آقای غیائی
کارخانه سنگ مه‌راد، آقای حیدری
کالای روشنایی داود، آقای کریمی
الکتریکی حقیقی، آقای حقیقی
شرکت سرای نایلون، آقای عسگری
شرکت نور سرام، آقای کجوری
شرکت عسل ریزان سراب، آقای چلندری
شرکت خوش‌نژاد، آقای خوش‌نژاد
شرکت الکل زکریا جهرم،
آقای مهندس جعفر زاده
شرکت فرم‌های پیوسته، آقای محمدی
شرکت سلطان رول، آقای فارسیان
شرکت همگرایش، آقای اردهالی
شرکت آریا نور، آقای رستمی
شرکت پیل‌آوران، آقای مهندس رحیمی
شرکت چاپگر، آقای مسعودی
شرکت سروستان، آقای تجرد
شرکت نایلون قائم، آقای مددی
شرکت مهندسی ایمان تک، آقای مهندس
غنی زاده
شرکت پریسا انفورماتیک، آقای پور محمدی
فروشگاه حسام، آقای محتشمیان
بازرگانی موسی خانی، آقای موسی‌خانی
شرکت آفرینندگان نوین، آقای پروین
شرکت آدران شفق، آقای غفوری
شرکت صفا پمپ، آقای صفائی
شیرینی تبنا، آقای محمد زاده
شرکت KWC، آقای جلیلی

یاوران عزیز:

لطفاً فیش کمک‌های 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 بهار ۹۱ به بار نشست و بار دیگر دهها 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

سعید لطفی، مهران شفیععی، علی رضا کیودانی، هاشم علیزاده، نسترن بخشایی، فاطمه کمیلی، زینب السادات سید حسینی، لیلا پیر هادی، مریم احمدی مهدیه، زهرا افتخاری فرد، صفورا فدائی، مهدی جان برزگی، حمیدرضا حسینی، بتول طراوتی، سید حسین حسینی فر، نصرت الله سورانی، احمد گنجه، سهیلا احمد خانی، پوریا صالحی خو، زهرا عبادی، قنبر علی محمودی، خسرو سعیدی نژاد، سید حسین سید حسینی، فرزانه رجبزاده، مژگان نوحی ملکشاه، قاسم رنجبر، محمد رجبی، ایران کریمی، زهرا ساوجی، محمد عبادی، اقدس حسین زاده، یگانه صفریان، لیلا اسماعیلی، نورالهدی مطلبی، اشرف ترازیان، کبری رجبی، میرعلی میرموسایی، الهام صیادی، حمیرا صیادی، مریم ستاری، ابوالفضل بخشنده عطا آبادی، اکرم شاهمرادی، هاجر حاجی زاده، زهرا حسینزاده علی آبادی، شیما عبدالهی، سعیده نوروزی، فاطمه نوروزی، فاطمه میکائیل پور، مهسا مرادی، فاطمه قنبرزاده، زینب غلامی، الهه حیدری، آیدا سپهری، غلامعلی اسدشیرخوانی، نسرین محمدی فرد، مصطفی پورنصری، مجتبی عربی، اکرم گل داماد، ناصر رجبزاده، نجیبه غیبی، مانده مسجدی، لیلا مری، روح... مری، فاطمه رضائی، احمد روستایی، علی محمد سلطانی، زینب طهماسبی، محمود محمدکریمی، میلاد جوشقانی، افسانه سلطانی خسته، زهرا محمودی، مهدی رضوانی، بهزاد احمدی، شکوفه محمدقلی، سیما محمدقلی، غلامعلی شکوهی، مجتبی میراب، مهدی نظامنی، مجید قادری، مونا بخشی، راضیه فنائی، زهرا بازوند، لیلا حاجب، مهدیس اکبرپور، فاطمه پورحبیبی، رقیه قرامشلو، فرشته السادات طباطبایی، مریم السادات موسوی، الهام شیرازی، شهربانو محمدی، مرضیه هراتی اردستانی، اشرف السادات مومنی، زینب السادات مومنی، زینب حاج ابراهیمی، زهرا صالحی، مرجان موسوی، فاطمه اردهالی، زهرا علی خانی، فرشته قربانی، زهرا دادخواه، رقیه آقابابایی، فاطمه اسدی، خدیجه السادات مومنی، زهرا اردستانی، زهرا رافضی، حسین دهقان پور، زهرا بهالدین، سمیرا محمدی، آمنه پورحسینی، نعمت... درویشزاده، فاطمه مهربان، مهدی تقی زاده، رویا تقی زاده، فتانه درویشزاده، فتانه کردبچه، فرزین مولف، فرح جوادی، رضا شاهینی، محمدرضا مطهرنژاد، احترام السادات نائبیان، حسن یوسفی، راحله گردانی، شیما دربان آستانه، اعظم حیدریان، یاسر پادیار، نرگس عادلای فر، کبری باقری 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.

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

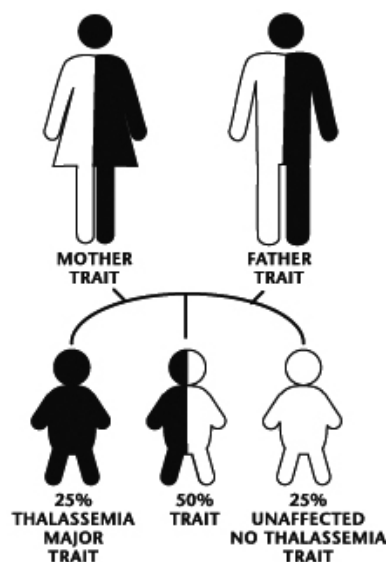
سلامت



اساس ژنتیکی و پاتوفیزیولوژی تالاسمی

پیشرفت در درمان تالاسمی تنها بعد از روشن شدن پاتوفیزیولوژی تالاسمی تحقق یافت. در زیر به بررسی انواع جهش‌های تالاسمی می‌پردازیم.

منبع: راهنمای مدیریت بالینی تالاسمی (انتشارات بنیاد)



می‌شوند و نیز برحسب چگونگی اثرات آن بر روی تولید زنجیره‌های گلوبین، آلفا تالاسمی یا بتا تالاسمی اتفاق می‌افتد.

بتا تالاسمی

هتروژنی فنوتیپی:

به عنوان یک قانون، ناقل‌های هتروزیگوت بتا تالاسمی (یک ال مبتلا) میانگین غلظت سلولی هموگلوبین (MCH) پایین‌تر، میانگین حجم سلولی (MCV) پایین، تغییرات مورفولوژیک در گلبول‌های قرمز دارند و کاهش نسبت سنتر زنجیره‌های گلوبین بتا به زنجیره‌های گلوبین آلفا- β/α globin chain ratio) که همراه با سطح طبیعی یا کمی پایین‌تر از حد طبیعی هموگلوبین است، در این افراد دیده می‌شود. در شرایط عادی، در تالاسمی مینور علائم

ژن‌های گلوبین و ساخت آن

زنجیره‌های گلوبین ساختار بسیار دقیقی دارند و دریافت و حمل سریع اکسیژن در آئول‌های ریه و تحویل تدریجی و کنترل شده‌ی اکسیژن به بافت‌ها توسط آنها صورت می‌گیرد. ساختمان جامع زنجیره‌های گلوبین با ژن‌هایی بر روی کروموزوم ۱۶ (دسته گلوبین آلفا) و کروموزوم ۱۱ (دسته گلوبین بتا) کد می‌شود. در کنار این ژن‌های ساختاری، چندین ترتیب نوکلئوتید در سمت ۵ از DNA «فرادست» (Upstream) و به دنبال آنها سمت ۳ از DNA «فرودست» (Downstream) قرار گرفته‌اند که نقش تنظیم‌کننده دارند، به عنوان مثال: مشخص می‌کنند که ژن، فعال یا غیرفعال باشد و یا این که میزان بیان ژن را تعیین می‌نمایند. در دوره‌ی بزرگسالی، بیشترین میزان سنتر گلوبین در اریتروبلاست‌ها در مغز استخوان روی می‌دهد. هموگلوبین باید ساختار منظم و دقیقی داشته باشد، به طوری که تعداد زنجیره‌های α به طور دقیق با زنجیره‌های β مطابق باشد. زمانی که این شرایط برقرار نباشد، نتیجه‌ی آن نقص کلی و یا اندک در یک یا هر دو آل ژن گلوبین خواهد بود.

تالاسمی، تعریفها و توزیع جهانی آن

تالاسمی به گروهی از بیماری‌های خونی اشاره می‌کند که با کاهش یکی از دو زنجیره‌ی پلی پپتیدی (آلفا یا بتا) که مولکول هموگلوبین انسانی طبیعی را ایجاد می‌کند ($2\beta 2 \alpha, \text{HbA}$) همراه بوده و نتیجه آن کاهش غلظت هموگلوبین در گلبول‌های قرمز و بروز کم خونی می‌باشد. بسته به این که کدام ژن‌ها دچار نقص

انواع هموگلوبین

انتقال اکسیژن به بافتها توسط یک مولکول پروتئینی تخصصی به نام هموگلوبین (HB) صورت می‌گیرد. این مولکول در گلبول‌های قرمز یافت می‌شود. هر گلبول قرمز خون به طور تقریبی ۳۰۰ میلیون مولکول از این پروتئین اختصاصی را دارد.

هر مولکول HB از دو جفت زیر واحد شناخته شده به نام گلوبین تشکیل می‌شود که با حروف الفبای یونانی نام‌گذاری شده‌اند و به دو دسته تقسیم می‌گردند: دسته گلوبین آلفا شامل زنجیره آلفا (α) و زتا (ζ) و دسته گلوبین بتا شامل زنجیره بتا (β) و دلتا (δ)، اپسیلون (ϵ) و گاما (γ). زنجیره‌های گلوبین در سیر تکامل انسان به ترتیب ظاهر می‌شوند و پس از جفت شدن، چهار نوع اصلی HB را که در پایین آمده است، تشکیل می‌دهند:

الف) HB رویانی که در هفته ۳ تا ۱۰ بارداری قابل تشخیص هستند و شامل تترامرهای $2\gamma 2\epsilon$ و $2\zeta 2\epsilon$ می‌باشند.

ب) HB جنینی (HbF ، $2\gamma 2\alpha$) که حامل‌های عمده اکسیژن در طول حاملگی هستند.

ج) هموگلوبین بالغین (HbA ، $2\beta 2 \alpha$) که مدت کوتاهی بعد از تولد، جایگزین HbF می‌شود.

د) یک نوع هموگلوبین با مقداری اندک در بالغین وجود دارد به نام $\alpha 2\delta 2$ یا HbA_2 .

در شرایط طبیعی گلبول‌های قرمز در انسان بالغ به‌طور تقریبی حاوی ۹۸ درصد HbA و ۲ درصد HbA_2 و مقدار کمی HbF هستند.

آلفا تالاسمی

آلفا تالاسمی‌ها اختلالاتی ارثی هستند که با کاهش یا توقف تولید زنجیره‌های گلوبین آلفا شناخته می‌شوند. ژن‌های زنجیره‌ی گلوبین آلفای انسانی در انتهای تلومریک بازوی کوتاه کروموزوم ۱۶ به صورت دو نسخه‌ای قرار دارند (یعنی ۴ ژن). آلفا تالاسمی‌ها اغلب حاصل حذف‌های وسیع ژنی می‌باشند که در یک یا هر دو ژن زنجیره‌ی گلوبین آلفا باعث به وجود آمدن ناقل خاموش در سراسر دنیا شده است.

مبتلایان به صفت تالاسمی فقط دو ژن آلفای فعال داشته و هیچ‌گونه علامت و یافته‌ی آزمایشگاهی و یا بالینی ندارند.

آنمی خفیف و میکروسیتوز

در بیماری هموگلوبین (HbH Disease) تنها یک ژن زنجیره‌ی گلوبین آلفا وجود دارد و سه ژن دیگر حذف شده‌اند یا اختلال دارند که به طول معمول با کم‌خونی همولیتیک متوسط، بزرگی طحال و نیز حمله‌ی حاد همولیز در پاسخ به داروهای اکسیدان و یا عفونت شناخته می‌شوند. ساختارهای غیرطبیعی دیگر شامل هموگلوبین Constant Spring هستند که با سنتز غیرموثر زنجیره‌ی گلوبین آلفا که ناشی از نقص ژن مربوط به طویل شدن این گلوبین است، مشخص می‌گردد. این جهش به طور عمده در آسیا وجود دارد و همراه با حذف دو ژن آلفا است که منجر به شکل شدید بیماری HbH می‌شود.

هیدروپس جنینی همراه با Hb نوع بارت (Bart Hb) که شدیدترین تظاهر بالینی آلفا تالاسمی است، در غیاب چهار ژن زنجیره‌ی گلوبین آلفا روی می‌دهد و باعث مرگ جنین در رحم می‌شود. نبود ژن زنجیره‌ی گلوبین آلفا در موقعیت « α^0 thalassemia» روی همان کروموزوم (- α^0 thalassemia) در آسیای جنوب شرقی شایع است، در حالی که در حوزه‌ی دریای مدیترانه نادر و حتی در آفریقا بسیار نادرتر است.

می‌باشد.

افراد هتروزایگوت برای HbE اغلب بدون علامت هستند، در الکتروفورز ۲۵ تا ۳۰ درصد هموگلوبین‌های آن‌ها از نوع HbE می‌باشد و فقط تغییرات مختصری در شاخص‌های گلوبول‌های قرمز دارند. افراد هموزایگوت نیز اغلب بدون علامت بوده و تنها یک کم‌خونی خفیف دارند در لام خون محیطی آن‌ها، میکروسیتوز و ۲۰ تا ۸۰ درصد گلبول‌های قرمز از نوع هدف (Target) دیده می‌شود، در حالی که در الکتروفورز ۸۵ تا ۹۵ درصد HbE و ۵ تا ۱۰ درصد HbF وجود دارد. وجود HbE همراه با تالاسمی (HbE/ β Thalassemia)، یک ترکیب شایع در آسیای جنوب شرقی است که منجر به پدید آمدن طیف وسیعی از فتوتیپ‌های تالاسمی می‌شود. این عارضه، از نظر بالینی، به صورت تالاسمی متوسط تا ماژور وابسته به تزریق خون دیده می‌شود. دلیل این گوناگونی علائم نیز به طور کامل شناخته نشده است و بیماران با ژنوتیپ‌های متفاوت، طیف وسیعی از نظر علائم و شدت بروز آن‌ها دارند.

هموگلوبین لپور (Lepore Hb) ساختار غیرطبیعی دیگری است که از ترکیب ناهمگون ژن‌های زنجیره‌های بتا و دلتا وجود می‌آید. فرم هموزایگوت این نوع Hb می‌تواند باعث بروز سندرم‌های تالاسمی بتا شود که در حد متوسط تا شدید وابسته به تزریق خون باشند.

اختلالات هموگلوبین (HbS: HbSS) شایع‌ترین Hb غیرطبیعی در جهان است که از جایگزینی اسید آمینه‌ی والین به جای اسید آمینه‌ی اسید گلوتامیک در جایگاه ۶ از زنجیره گلوبین بتا پدید می‌آید. همراهی بتا تالاسمی و HbS باعث ایجاد سندرمی می‌شود که شبیه به اختلالات داسی شکل است. این افراد به طور معمول، نیاز به تزریق خون در کل عمر ندارند و در نتیجه با اضافه بار آهن مواجه نمی‌شوند.

بالینی قابل توجهی وجود ندارد، زیرا فعالیت ژن بتای دیگری که طبیعی است، می‌توان پایداری کافی در زنجیره گلوبین ایجاد نماید. از طرف دیگر، به ارث بردن دو ژن گلوبین ناقص، طیف وسیعی از علائم بالینی را به همراه دارد که شامل افراد نیازمند به تزریق خون (تالاسمی ماژور یا TM) تا کم‌خونی‌های متوسط و خفیف (تالاسمی اینترمدیا یا TI) می‌باشد. مطالعه‌های مولکولی ممکن است ناهنجاری‌های زیربنایی در فتوتیپ‌های عنوان شده در بالا را مشخص کند که به تشخیص آنها نیز کمک می‌نماید.

پاتوفیزیولوژی بتا تالاسمی

پیشرفت در درمان تالاسمی تنها بعد از روشن شدن پاتوفیزیولوژی بیماری توسط دانشمندان و جامعه‌ی پزشکی که در این زمینه فعالیت دارند، تحقق یافت. بیش از ۲۰۰ جهش در تالاسمی تاکنون گزارش شده است.

انواع مختلف ساختار زنجیره‌ی هموگلوبین بتا در ارتباط با تالاسمی

اختلال در هموگلوبین (HbE,E) شایع‌ترین اختلال ساختاری با خصوصیات شبیه تالاسمی می‌باشد. HbE در اثر جهش G A در جایگاه ۲۶ ژن زنجیره‌ی گلوبین بتا به وجود می‌آید که باعث جایگزینی اسید آمینه‌ی لیزین به جای اسید آمینه‌ی اسید گلوتامیک می‌شود. این جهش منجر به اختلال کیفی و کمی در ژن زنجیره‌ی گلوبین بتا می‌گردد که نتیجه‌ی آن فعال شدن محل اتصال رمزها (cryptic splice) در محل کدون ۲۴-۲۵ بوده که به یک راه فرعی اتصالی منجر می‌گردد. در نهایت، تولید انواع کم‌تر متداول Hb مانند HbE رخ می‌دهد.

HbE شایع‌ترین نوع Hb غیرطبیعی در آسیای جنوب شرقی است به طوری که نسبت ناقل‌ها در بعضی مناطق مانند شبه قاره‌ی هند و بنگلادش، بیش از ۵۰ درصد

تالاسمی و بیماری‌های دهان و دندان

با توجه به این که سلامت دهان و دندان بخشی از سلامت عمومی بدن محسوب می‌شود، رسیدگی به امر درمان دندانپزشکی در کلیه مقاطع سنی، اجتماعی، اقتصادی و حتی در شرایط بیماری امری اجتناب ناپذیر است.

دکتر عبدالرضا معادی



کام و کاندیدا آلبیکانس است.

قبل از هرگونه درمان دندانپزشکی داشتن میزان هموگلوبین و هماتوکریت بسیار با اهمیت است اقدامات دندانپزشکی باید در هفته اول و دوم بعد از تزریق خون و با توجه به فواصل تزریق خون انجام گیرد.

کم خونی شدید در بیماران تالاسمی ماژور سبب بزرگی شدید فضاهای مغز استخوان در این بیماران و نهایتاً دفورمیتی‌های اسکلتی به ویژه در ناحیه صورت در این بیماران می‌گردد.

از طرفی دیگر بیماران برای ادامه حیات نیاز به تزریق خون دارند که همین باعث در معرض قرار گرفتن آنها به عفونت‌های منتقله از راه خون نظیر هپاتیت B، C یا HIV می‌شود.

شایعات مخاط دهان در این بیماران درد زبان، سوزش سطح زبان، از بین رفتن پاپی‌های فیلی شکل، التهاب و پتشی روی

در افراد بیمار به ویژه در بیماران خاص به علت مصرف مداوم دارو، کم بودن قدرت تحمل، عدم توجه به بهداشت دهان و دندان، ناراحتی‌ها و نگرانی‌های روحی، هزینه درمان، عوارض جانبی بیماری و عدم اولویت به تامین سلامتی دهان و دندان در پروتکل‌های درمانی بیماران، توجه به سلامت دهان و دندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بیماری تالاسمی ماژور به دلیل ماهیت ژنتیکی، همولیز شدید سبب کم خونی در این بیماران شده که خود سبب افزایش فعالیت مغز استخوان بین ۶ تا ۳۰ برابر طبیعی می‌گردد. خون سازی غیر موثر و

نقش پرستار در درمان بیماران تالاسمی

نقش پرستار در درمان بیماران تالاسمی یکی از مصادیق دشوار پرستاری است. هدف از این مقاله بحث درباره تالاسمی و عوارض آن نیست زیرا با چنین رویکردی نمی‌توان به جزئیات خاصی که درباره وظایف پرستار در ارتباط با درمان عوارض تالاسمی وجود دارد، پرداخت. بجای آن، بحث را بر این نکته استوار می‌کنیم که بیمار را به عنوان یک موجود اجتماعی زنده، در ارتباطی متقابل با محیطش ببینیم و تلاش کنیم تا راهی به ژرفای روحش بیابیم.

نوشته: کالیوپ ماورو کورویدو مرکز تالاسمی Corinth یونان ویرایش: کیانا معدنچی

ما باید در ابتدا دریابیم که حالت روانی بیمار نه تنها بر خود او و بیماریش، بلکه بر خانواده او، اطرافیان او و بر نگرش پزشکان و پرستارانی که به درمان مشغولند، تاثیر بسزایی دارد. چنین نگرشی از سوی پرسنل پزشکی به میزان تحصيلات آنها، تجربه و شخصیت آنها بستگی دارد.

بیمار مبتلا به تالاسمی به مرکزی مجهز و مطلوب از لحاظ درمانی مراجعه می‌کند. تست‌های اختصاصی آزمایشگاهی، تزریق خون با مقادیر کافی از خون سالم و بالاترین کیفیت از لحاظ تکنیک‌های پرستاری، اما هنوز چنین درمانی به تنهایی کافی نیست. بیماری تالاسمی به چیزی بسیار، بسیار بیش از این نیازمند است.

آنها به مراقبتی منحصر به فرد احتیاج دارند، آنها نیاز دارند که اضطراب‌شان، خشم‌شان، انزوای‌شان و بی‌تفاوتی‌شان درک شود. پرستار باید طوری عمل کند که بیمار تالاسمی غرور و اعتماد به نفسش را حفظ کند و حمایت و محبت خود را به بیمار نشان دهد. ما باید به بیمار کمک کنیم که توان روحی خود را بر روی پذیرش بهتر از واقعیت رنج آور بیماریش متمرکز کند. باید ارتباطی ویژه بین پرستار و بیمار مبتنی بر صداقت فردی و حرف‌های، که متضمن ارتباط دراز مدت است، برقرار شود.

پرستار باید چیزی بیش از یک مراقبت درمانی ساده به بیمار عرضه کند، پرستار باید حامی او، انگیزه او برای تلاش باشد و به او کمک کند تا برای خود اهدافی مشخص کند و به آنها دست یابد. پرستار باید بتواند نیازها و مسائل بیمار را تشخیص دهد و راهی برای حل آنها بیابد. مراقبت پرستاری باید ابزار موثر در مراقبت تخصصی و مداوم

از بیمار تالاسمی باشد. برترین وظیفه ما باید اطمینان از این نکته باشد که بیمار و خانواده‌اش درکی کامل از این موضوع پیدا کرده‌اند و آن را پذیرفته‌اند که پایبندی صادقانه به رژیم‌های درمانی تجویز شده، بسیار مهم است. ما باید به بیمار کمک کنیم که زندگی کند و علیرغم محدودیت‌های ناشی از بیماری مزمن‌اش و هرگونه عوارضی که پیش می‌آید تلاش کند. ما زمانی به چنین سطحی عالی از مراقبت‌های درمانی دست خواهیم یافت که بین مهارت‌های پایه پرستاری و توان‌مان در فهم و برآمد از عهده واکنش‌ها و نیازهای بیمار، توازنی برقرار شود.

پرستار باید به بیمار کمک کند تا به ویژگی‌ها و استعدادهای مثبت خود بپردازد و او را یاری کند تا تاثیر این بیماری را بر خود بفهمد و توجه او را به این حقیقت جلب کند که استرس می‌تواند تاثیر بدی بر خلق و خو، رفتار و اعمال او داشته باشد. برای توفیق در انجام امور فوق، نایبستی به بیمار اجازه دهیم که هویت خود را از دست بدهد بجای آن، بایستی او را بخوبی بشناسیم و شخصیت او را عمیقا درک کنیم. نمی‌توان منکر این شد که مراقبت روانی از بیمار جنبه‌ای است که اغلب در حیطه مسئولیت پرستار قرار دارد.

ضروری است که کادر پرستاری، همراه با سایر وظایف محوله، نقش روان شناس یا روان درمانگر را نیز بازی کند. گرچه چنین آموزشی در دوره‌های آموزشی استاندارد پرستاری بندرت لحاظ شده است. از این رو اگر پرستار می‌خواهد که از عهده این بخش ضروری از وظایفش برآید باید خود نسبت به بسط و تقویت این مهارت‌ها اقدام کند.

آموزش پایه پرستاری بر اساس آموزش اصول پرستاری و تربیت پرستارانی است که در آینده بتوانند از عهده وظایف معمول مراقبت‌های درمانی برآیند. این نقش سنتی پرستاران را امروزه دیگر کنار گذاشته‌اند.

پرستار امروزی دیگر نمی‌تواند درحاشیه و محدود به وظایف اصلی خود باقی بماند و تنها از دور نظاره‌گر عرصه پرتنش مراقبت‌های درمانی باشد. اگر پرستار واقعا خواهان ایفای نقش واقعی خود در کلینیک یا بیمارستان نوین است، باید بتواند مستقل عمل کند و نقشی خلاق و مولد از خود نشان دهد. علاوه بر ارائه مراقبت‌های بنیادین، او مرکز ثقل ارتباط بین بیمار و کادر درمانی است. او باید توجه خود را بر مشکلات مراقبت‌های پرستاری متمرکز کند بدون آن که ساکن باقی بماند، و برای نقش خود آن‌گونه که نیاز دارد و برای پذیرفتن مسئولیت‌های جدید، تعریفی نو داشته باشد، دانش خود را افزایش دهد و بطور منظم آموزش ببیند و مهارت‌های خاص مورد نیازش را در زمینه‌ای که کار می‌کند ارتقا دهد.

برای توانایی در پاسخ موثر به نیازهای مستمر و رو به افزایش در گذر زمان، پرستاران باید بتوانند در برنامه‌های آموزش مداوم شرکت کنند تا همگام و در مسیر پیشرفت‌های جدید در علوم پزشکی رشد و ارتقاء یابند.

نقش پرستار در درمان تالاسمی، همراه با نقش سایر اعضای درمانی، باید مانند عضو یک ارکستر، مستقل، کامل و مشحون از هماهنگی با سایر اعضای گروه باشد. هر فرد باید نقش خود را با اشراف کامل بر موضوع و به قصد حل مشکلات بیمار از نظر تمامی جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی با تشریک مساعی همه اعضا ایفا کند.

مشکلات روانی - اجتماعی بیماری تالاسمی

بیماری تالاسمی مانند هر بیماری مزمن و محدودکننده دیگر تاثیر نامطلوب بر سلامت روانی بیمار و خانواده وی خواهد داشت. این بیماران ابعاد گوناگون زندگی شان مانند رشد روانی - اجتماعی، روابط اجتماعی، خودپندار، تصویر بدنی، استقلال فردی، تحصیلات یا کار دچار اختلال و مشکلات می‌باشند و با استرس‌های مزمن و دائمی مواجه هستند و بعضا دچار افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، بدخلقی و اختلالات شخصیت می‌شوند.

تالیف: محمدرضا کوشش / بهداشت روانی در بیماران خاص

و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی مداوم بر روی پاسخ‌دهی هیجانی کودک به والدینش را تحت تاثیر بگذارد و روابط کودک با دیگر فرزندان، اقوام و دوستان به همین منوال تحت تاثیر نفوذ بیماری می‌باشد.

باتوجه به نظریات متعدد رشدی و شخصیتی از بدو تولید که کودک به دنیا می‌آید سعی در شناخت محیط اطراف خود دارد و سعی می‌کند با نگاه کردن و دستکاری اشیاء، اطراف خود دست به شناخت بزند. بعضا این شناخت به درون خود فرد و بر بدن خود فرد در طول رشد معطوف می‌گردد. این شناخت از تصویر بدنی تا قبل از ۵ سالگی در کودک خیلی مورد مقایسه با سایرین قرار نمی‌گیرد ولی بعد از آن کودک نسبت به تصویر بدنی خود و شکل و اندام خود نسبت به سایر

و از همه مهم‌تر با امید به زندگی و ادامه حیات دست و پنجه نرم می‌کنند. بیماری تالاسمی ماژور به دلیل همراه بودن با عوارض ناشی از بیماری در رشد فرد نیز تاثیرات منفی برجای می‌گذارد. یکی از این عوارض، کندی و تاخیر در رشد کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی می‌باشد که این کندی یا بعضا توقف در رشد، در ۵۰٪ مبتلایان دیده می‌شود که در پسران بیشتر از دختران است.

این بیماری در دوران شیرخوارگی نوزاد می‌تواند بر روی عواملی مانند خواب، تغذیه، توانایی‌های حرکتی درشت و ظریف، تعامل فرد با محیط، کنجکاوی و هوشیاری فرد، عملکرد سیستم حسی تاثیر بگذارد و از سوی دیگر نیز تغییر شکل جسمی کودک

در این بیماری، رشد فرد به دلیل عوارض ناشی از بیماری به تاخیر می‌افتد به خصوص در دوران نوجوانی و فرد از رشد جسمانی کمتری نسبت به همسالان خود برخوردارند. (حق شناس، ۱۳۷۶) در دوران شیرخوارگی بیماری تالاسمی ممکن است با تاثیر بر عوامل تغذیه، خواب، توانایی‌های حرکتی و عملکرد حسی فرد را دچار اختلال نماید و همچنین خستگی حاصل از مراقبت‌های طبی مداوم و تغییر شکل جسمانی، پاسخ هیجانی کودک را به والدین خود تحت تاثیر قرار دهد. (نلسون، ۱۳۸۴)

در دوران کودکی و دبستان این بیماران ممکن است مورد اذیت و آزار و تحقیر توسط همکلاسی‌ها قرار بگیرد و از طرفی به دلیل مداوم و مراجعه مکرر به مراکز درمانی از درس و مدرسه جدا و موجب کندی پیشرفت تحصیلی و آسیب تحصیلی در آنان گردد و این خود یکی از عوامل کاهش اعتماد به نفس در فرد بیمار است.

در دوران نوجوانی نیز ارتباط با همسالان و مسئولیت‌پذیری و استقلال فردی در اولویت است. از این‌رو این افراد ممکن است در پیدا کردن دوست و ارتباط با همسالان خود با مشکلات زیادی روبرو باشند در ارتباط کلامی و اجتماعی خود دچار نوعی احساس شرمساری کنند. در دوران جوانی با مشکلات هیجانی مانند احساس حقارت، اعتماد به نفس پایین و افسردگی، طردشدن و عدم سازگاری با محیط خود مواجه هستند. در دوران بزرگسالی در تشکیل خانواده، پیدا کردن کار و فعالیت‌های اجتماعی با مشکلات زیادی روبرو می‌باشند



می‌کند. والدین این بیماران بعد از آگاهی از چنین مساله‌ای در فرزندشان هیجانات گوناگونی را از خود مانند انکار، احساس گناه، اضطراب از مرگ فرزند، افسردگی، پرخاشگری، حمله‌های عصبی بروز می‌دهند. مراقبت‌های مداوم و طولانی والدین از کودک ممکن است احساسات دوگانه‌ای را در آنها نسبت به کودک ایجاد کند و باعث بروز تنش و اختلاف در خانواده گردد. بطور کلی می‌توان گفت که اغلب والدین کودکان به ویژه در سنین بلوغ از بیماری به عنوان یک نکته کانونی برای تمام کشمکش‌ها و تضادهای خود استفاده می‌کنند. و به علاوه باور این است که این دوره بحرانی در زندگی خانواده در ابتدای تشخیص بیماری اتفاق می‌افتد. ضربه وارده به خانواده باعث بوجود آمدن واکنش‌های روانی گوناگونی در افراد شده، ارتباطات خانواده را بطور جدی تحت تاثیر قرار می‌دهد. فرایندهای انطباقی و غیر انطباقی در ارتباط خانوادگی فعال خواهد شد. از سوی دیگر برخی از والدین این بیماران، به منظور مقابله و سازگاری با کودک بیمار اغلب نیازهای سایر افراد خانواده را نادیده می‌گیرند و کودک بیمار را مورد توجه و حمایت افراطی قرار می‌دهند و به این ترتیب وابستگی و محافظت بیش از اندازه، کودک را دامن می‌زنند. تحقیقات نشان می‌دهند که در نوجوانان تالاسمی، خانواده منبع عمده حمایت اجتماعی است، گرچه دوستان و همکلاسی‌ها نیز منبع حمایتی برای این بیماران هستند ولی آنها حداقل حمایت از دوستان‌شان دریافت می‌کنند (یانگ و همکاران ۲۰۰۱).



اعتماد به نفس یعنی درک باورها و احساسات شخص درباره خودش. نگرش منفی به خود بیانگر عزت نفس پایین است و با احساس بی‌ارزشی و عدم کفایت همراه است. محدودیت‌های ناشی از بیماری تالاسمی ممکن است توسط کودک به عنوان بی‌کفایتی شخصی درک شود. چنین احساساتی معمولاً تا نوجوانی ادامه می‌آید و همراه با تأخیر در رشد فیزیکی و در کاهش عملکرد تحصیلی نسبت به همسالان، ادراک کودک تالاسمی را از توانایی‌های خود کاهش می‌دهد.

مطالعات نشان داده‌اند که کودکان تالاسمی نسبت به گروه‌های هم‌تای غیر بیمار خود را تصویر بدنی ضعیف‌تر و اعتماد به نفس پایین‌تری برخوردارند (ایدین، ۱۹۹۷، هوک، ۲۰۰۰ و کارکاس و همکاران، ۲۰۰۱).

در مورد تاثیر بیماری تالاسمی بر روی کارکردهای اعضای خانواده باید گفت که هر بیماری مزمنی مانند تالاسمی باعث اصطکاک روانی اعضای خانواده می‌شود و کارکردهای نرمال خانواده را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. این گونه بیماری‌ها نه تنها بر روی خود فرد بلکه بر روی اعضای خانواده نیز عوارض روان‌شناختی و رفتاری را تحمیل

همسالان و اطرافیان کنجکاوتر می‌شود و به صورتی عینی‌تر به دنبال مقایسه برترین‌ها در خود نسبت به سایرین می‌گردد که در این کودکان بعضاً به دلیل مشکلات شکلی حاصله از بیماری، خودپنداره فرد را با اختلالات مواجه می‌کند. خود پنداره یعنی، ادراک فرد از خودش و توانمندی‌هایش که کودک بر اساس پس‌خوراندایی که از اطراف دریافت می‌کند احساس تصویر بدنی خوب یا بد را در خود پایه‌ریزی می‌کند که در این کودکان به دلیل مواردی چون رنگ پریدگی، لاغری، کم خونی، بزرگی شکم، تغییر شکل در صورت و گونه‌ها با مشکلاتی در خودپنداره و اعتماد به نفس روبرو می‌باشند و تعارضات و مشکلات زیادی را برای فرد بخصوص در سنین نوجوانی بوجود می‌آورد، حال هرچه بد شکلی وخیم‌تر باشد اعتماد به نفس و خودپنداره فرد همان میزان دچار اختلال می‌باشد و فرد در خود و توانمندی‌هایی که دارد احساس ضعف و شکست می‌نماید و همین امر باعث می‌شود که سازگاری و تعامل مناسبی بین فرد با همسالان و سایرین ایجاد نگردد که این خود عواملی چون افسردگی، انزوا، گوشه‌گیری، فرار از اجتماع و پایین بودن اعتماد به نفس می‌گردد.

طحال برداری در B تالاسمی

بسیاری از بیماران تالاسمی ماژور به طحال برداری احتیاج دارند ولیکن بررسی و ارزیابی اولیه بالینی ممکن است هیپراسپلینسم (بزرگی طحال) را به تاخیر بیندازد و یا از آن جلوگیری نماید، که همین امر باعث افزایش تاثیر درمان از طریق انتقال خون و کاهش نیاز به طحال برداری می‌گردد. در طول درمان بیمار تالاسمی، اندازه طحال باید به‌طور مرتب از طریق معاینه بالینی و در صورت نیاز، با سونوگرافی بررسی شود.

منبع: راهنمای مدیریت بالینی تالاسمی - انتشارات بنیاد

طحال برداری زمانی در بیماران تالاسمی توصیه می‌شود که:

میزان نیاز سالانه آن‌ها به تزریق خون به ۱/۵ برابر بیماران طحال برداری شده، برسد. به شرطی که برنامه‌ی تزریق خون در هر دو گروه بیماران تالاسمی طحال برداری شده و طحال برداری نشده یکسان باشد و دلیل‌هایی چون تولید آلوآنتی‌بادی‌های جدید، عفونت‌ها و تغییر در سطح هماتوکریت واحدهای خونی تزریق شده که می‌توانند عامل این افزایش نیاز به تزریق خون شوند، موجود نباشد.

بیمارانی که سطح Hb خون آن‌ها قبل از تزریق خون در حدود ۱۰ گرم در دسی‌لیتر حفظ شده، افزایش تزریق‌ها نشان‌دهنده مصرف گلبول قرمز بیش از ۲۰۰ تا ۲۲۹ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن آن‌ها در سال است (با فرض این که هماتوکریت HCT سلول‌های تزریق شده ۷۵ درصد باشد).

سرعت تجمع بیش از حد آهن هم باید مدنظر باشد برای بیمارانی که آهن‌زدایی موثری دارند، با وجود افزایش نیاز به خون ممکن است نیازی به طحال برداری نباشد. در بیمارانی که با وجود آهن‌زدایی مناسب، ذخیره آهن خون‌شان رو به افزایش است، کاهش سرعت جذب آهن تزریق شده بعد از طحال برداری ممکن است در درمان تجمع بیش از حد آهن اهمیت زیادی داشته باشد.

• بزرگی طحال با علائمی مانند درد قسمت فوقانی و چپ شکم یا سیری زودرس همراه می‌باشد. در بزرگی شدید طحال، نگرانی از پارگی طحال وجود دارد.

• لکوپنی و ترومبوسیتوپنی ناشی از بزرگی

طحال باعث مشکلات بالینی می‌شود (به‌عنوان مثال: عفونت باکتریایی عودکننده و یا خونریزی)

بزرگی طحال که ناشی از یک دوره تزریق خون بدون رسیدن به سطح مطلوب هموگلوبین است، می‌تواند قابل برگشت باشد. در این شرایط، قبل از این که بیمار طحال برداری شود، باید در یک برنامه چند ماهه تحت تزریق خون کافی قرار گیرد و دوباره ارزیابی شود.

جراحی

دو روش شایع جراحی که جهت طحال برداری استفاده می‌شوند، روش جراحی باز و لاپاراسکوپي هستند. روش لاپاراسکوپي به زمان جراحی بیشتری احتیاج دارد و برای بیمارانی که خیلی طحال بزرگی دارند، شاید مناسب نباشد، ولی زمان بهبودی پس از جراحی روش‌های لاپاروسکوپي کوتاه‌تر است و هیچ‌گونه آثار جراحی به جای نمی‌ماند.

امروزه جراحان در این روش با تجربه‌تر شده‌اند. در بعضی مراکز، طحال برداری جزئی (Partial) (نسبی یا ناکامل) صورت می‌گیرد تا قسمتی از عملکرد ایمنی طحال حفظ شود، در حالی که مقداری هم از بزرگی طحال کاسته می‌شود. اثر طولانی مدت این روش هنوز تحت بررسی است، ولیکن احتمال رشد مجدد طحال و حجم بافت مورد نیاز طحال برداری برای حفظ عملکرد ایمنی، دو پرسش مهم می‌باشند. هر نوع جراحی که روی طحال صورت‌گیرد، باید همراه با بررسی دقیق از نظر وجود هرگونه طحال فرعی باشد. برای درمان

بزرگی طحال، کاهش بافت طحال به وسیله آمبولیزاسیون نسبت به طحال برداری کامل یا جزئی (Partial) کم‌تر تهاجمی می‌باشد. ولیکن این روش مورد قبول عموم قرار نگرفته و ممکن است با عوارضی مانند تب و درد واضح همراه باشد و نیز احتمال طحال برداری بعدی را به وجود بیاورد. آمبولیزاسیون اجازه جستجوی طحال‌های فرعی را نمی‌دهد.

قبل از جراحی، بررسی از لحاظ مورد وجود سنگ‌های صفراوی باید صورت‌گیرد، به خصوص در بیمارانی که علائم بیماری‌های صفراوی را نشان می‌دهند. در بعضی موارد یافته‌هایی به نفع مشکلات کیسه و مجاری صفراوی به کوله سیستکتومی هم زمان با طحال برداری منجر می‌شود. برداشتن آپاندیس نیز هم زمان با طحال برداری باعث پیشگیری از مشکلات بعدی در تمایز عفونت‌های یرسینیا انتروکولیتیکا از آپاندیسیت می‌شود. طحال برداری باعث ایجاد شرایط مناسب برای بیوپسی کبد جهت ارزیابی بافت شناسی کبد و تجمع آهن می‌گردد. ایمن‌سازی مناسب حداقل دو هفته پس از طحال برداری باید انجام شود (در ادامه توضیح داده می‌شود).

عوارض طحال برداری

عوارض پیش از جراحی شامل خون‌ریزی، اتلکتازی و آبه‌های زیر دیافراگم می‌باشند. همچنین، ترومبوسیتوز بعدی از جراحی با تعداد پلاکت‌هایی که به‌طور معمول به یک تا دو میلیون در هر میلی‌لیتر می‌رسند، شایع است.

از آنجایی که بیماران تالاسمی تمایل

• استرپتوکوک پنومونیه باعث بیش از ۷۵٪ عفونت‌های باکتریایی در بیماران بدون طحال می‌شود.

• هموفیلوس آنفلوآنزا

• نیسریا مننژیتیریس عفونت‌های حاصل از باکتری‌های گرم منفی، باکتری میله‌ای شکل، اشرشیاکوک، کلبسیلا و سودوموناس آئروژینوزا در بیمارانی که طحال ندارند، شایع‌تر است و با مرگ و میر بالایی نیز همراه می‌باشند. ارگانسیم‌های گرم منفی دیگر هم در بروز سپسیس بعد از طحال‌برداری دخالت دارند.

در بیمارانی که طحال‌برداری شده‌اند و مبتلا به تب همولیتیک برق‌آسا می‌باشند، عفونت‌های پروتوزوایی دیده می‌شود. مالاریا در افرادی که طحال ندارند، شدیدتر گزارش شده‌است و باعث افزایش خطر مرگ و میر می‌شوند.

علائم سپسیس شدید، به خصوص اگر بعد از طحال‌برداری ایجاد شود، شامل تب ناگهانی و لرز، استفراغ و سردرد می‌باشند.

این بیماری به سرعت باعث شوک ناشی از کاهش فشار خون می‌شود و به‌طور شایع با انعقاد داخل عروقی منتشر همراه است.

در سپسیس بعد از طحال‌برداری، علائم خون‌ریزی آدرنال دیده می‌شود.

میزان مرگ و میر علیرغم استفاده از روش‌های حمایتی وسیع، در حدود ۵۰ درصد است، ولیکن مهم است که مداخله‌ی زودرس بر اساس شک بالینی، حتی در صورت نبود یافته‌های بالا، صورت‌گیرد.

خطر عفونت شدید بعد از طحال‌برداری به موارد زیر بستگی دارد:

• سن: خطر در کودکان کمتر از ۲ سال بالا می‌باشد، ولیکن، باکتری می برق‌آسا در بزرگسالان، سنین ۲۵ تا ۴۰ سال، بعد از طحال‌برداری، گزارش شده‌است.

• فاصله‌ی زمانی از زمان طحال‌برداری: به نظر می‌رسد که بیشترین خطر در سال‌های اول تا چهارم بعد از جراحی باشد.

• وضعیت ایمنی بیمار



از طحال‌برداری در بیماران تالاسمی ماژور در مقایسه با جمعیت سالم بیش از ۳۰ برابر بیشتر بوده است. روش‌های پیشگیری کننده جدید برای کاهش خطر سپسیس وجود دارد، ولی در کل اثر این روش‌ها مشخص نیست. عوامل بیماری‌زای شایعی که باعث سپسیس بعد از طحال‌برداری می‌شوند، ارگانسیم‌های کپسول‌دار هستند. به‌خصوص مواردی که در زیر توضیح داده شده‌اند:

زیادی به ترومبوز دارند، به بیمارانی که تعداد پلاکت بالایی دارند، توصیه به مصرف آسپرین با مقدار مصرف پایین (۸۰ میلی‌گرم) و به بیمارانی که سابقه ترومبوز یا عوامل خطر دیگر را دارند، توصیه به مصرف داروهای ضد انعقاد می‌گردد.

مهم‌ترین خطر طولانی مدت بعد از طحال‌برداری، سپسیس یا عفونت شدید است.

در مطالعات قدیمی‌تر، خطر سپسیس بعد

روش‌های پیشگیری

نوع روش‌های پیشگیری که یک پزشک می‌تواند جهت جلوگیری از سپسیس بعد از طحال‌برداری استفاده کند، عبارتند از:

۱- ایمونوپروفیلاکسی

۲- کموپروفیلاکسی

۳- آموزش بیمار

که در مورد هر یک از این روش‌ها توضیحاتی در زیر آمده‌است:

ایمونوپروفیلاکسی

واکسیناسیون علیه استرپتوکوکوس، در جلوگیری از عفونت بعد از طحال‌برداری، قدم مهمی می‌باشد. به‌تازگی واکسن پنوموکوک تهیه‌شده از ۲۳ سوش از این باکتری وجود دارد که می‌توان آن‌را زیر جلدی یا جلدی وریدی تزریق کرد. یک واکسن ترکیبی نیز به‌تازگی در دست تهیه است.

میزان حافظت با واکسن ۲۳ سوشی ۷۰ تا ۸۰ درصد است. واکسن پنوموکوک را می‌توان حداقل دو هفته قبل از طحال‌برداری و ۳ تا ۵ سال بعد از آن تزریق کرد. میزان پاسخ ایمنی به این واکسن پلی‌ساکاریدی در بچه‌های زیر دو سال واکسینه شده‌اند، در سن دو سالگی دوباره باید واکسینه گردند. در بیمارانی که طحال‌برداری شده‌اند، بدون این که واکسن پنوموکوک تزریق کنند، باز هم می‌تواند بعد از طحال‌برداری از مزایای واکسن استفاده نمایند. اگر در برنامه‌ی واکسیناسیون کودکان، تزریق واکسن بر علیه هموفیلوس آنفلوآنزا وجود نداشته باشد، این واکسن باید در بیمارانی که قرار است طحال‌برداری شوند و همچنین آن‌هایی که طحال‌برداری شده‌اند، ولی ایمنی پیدا نکرده‌اند، تزریق شود. می‌توان این واکسن‌ها را هم‌زمان، با سرنگ‌های متفاوت و در مناطق مختلف، تزریق کرد.

تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا برای جلوگیری از بیماری‌های تب‌دار توصیه می‌شود چرا که ممکن است در غیر این صورت در بیمار تالاسمی که طحال‌برداری شده‌است، احتیاج

به بررسی و ارزیابی وسیع نیاز شود.

آموزش

آموزش بیماران و والدین در جلوگیری از عفونت بعد از طحال‌برداری، می‌تواند بسیار مفید باشد. پزشکان باید به بیماران و والدین آن‌ها اهمیت تشخیص و گزارش بیماری‌های تب‌دار و رسیدگی سریع به آن‌را تاکید کنند. در تمام دوره‌های تب پزشک باید موارد زیر را در نظر بگیرد:

- بررسی بیمار، شامل معاینه بالینی کامل
- انجام کشت خون و دیگر کشت‌ها طبق آنچه که گفته شد.

- شروع درمان با رژیم ضد میکروبی موثر علیه استرپتوکوکوس پنومونیه و نیسریامننژائیس

اگر وجود باکتری در خون مشکوک باشد، بیمار باید با آنتی‌بیوتیک داخل وریدی درمان شود و در بیمارستان تحت نظر باشد تا جواب کشت وی بررسی گردد.

بیماران باید از خطر عفونت‌های مسافرتی مانند بابزیوزیس و مالاریا و همچنین خطر مربوط به سفر به مناطقی که امکانات پزشکی لازم در دسترس نیست، آگاه باشند. در مورد دوم، می‌توان آنتی‌بیوتیک مناسب برای بیمار را نسخه کرد تا با خود به سفر ببرد.

کموپروفیلاکسی

کموپروفیلاکسی با پنی‌سیلین خوراکی، ۱۲۵ میلی‌گرم دوبار در روز برای بچه‌های زیر دو سال و ۲۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای بچه‌های بالای دو سال جهت کاهش خطر سپسیس بعد از طحال‌برداری توصیه می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌های توصیه شده‌ی دیگر برای بیمارانی که قادر به مصرف پنی‌سیلین نیستند، شامل: آموکسی‌سیلین، تری‌متوپریم - سولفامتوکسازول و اریترومایسین هستند. تمام کودکان زیر پنج سال که طحال‌برداری شده‌اند، باید تحت درمان با آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک قرار گیرند. ارزش کموپروفیلاکسی بعد از این سن هنوز مشخص نیست. بعضی از پزشکان تمام بیماران طحال‌برداری شده را بدون توجه به سن آن‌ها به‌طور مداوم با آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی می‌کنند در حالی که بقیه پزشکان بیماران طحال‌برداری شده که بیش از پنج سال سن دارند را فقط دو سال بعد از برداشتن طحال درمان می‌نمایند.

از آنجائی که روزبه‌روز کیفیت واکسن‌ها بهتر می‌شود و اطلاعات جدیدی در مورد مقاومت باکتری‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها به دست می‌آید، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها پروفیلاکتیک باید به‌طور مداوم ارزیابی شوند.

اهمیت مصرف آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک باید به‌طور مداوم به بیماران و والدین توضیح داده، ولیکن باید محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک نیز تاکید گردد.

بیماران و والدین باید بدانند که کموپروفیلاکسی از تمامی سپسیس‌های پس از طحال‌برداری، جلوگیری نمی‌کند. به‌طوری که، خطر مرگ ناشی از بیماری‌های تب‌دار هم‌چنان وجود دارد، و بررسی فوری دوره‌های تب در آن‌ها لازم می‌باشد.

بیماری کلیوی و عوامل خطرزا

بیشتر مردم دو کلیه دارند. کلیه‌ها در نزدیکی خط میانی پشت شما دقیقا زیر دنده‌ها قرار دارند. هر کلیه حدود ۱۵۰ گرم وزن دارد و تقریبا معادل سایز مچ دست یک فرد بالغ می‌باشد. کلیه‌ها شبیه دانه لوبیا هستند و رنگ قهوه‌ای مایل به قرمز دارند. کلیه‌ها عملکردهای مهمی دارند که تمام قسمت‌های بدن را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

دکتر سمیرا مجیدیان

اضافی در بافت‌های مختلف تجمع پیدا کرده و باعث ایجاد تورم در اندام‌ها و پف‌کردگی صورت و حتی تجمع مایع در ریه‌ها و تنگی نفس می‌گردد. عدم توانایی کلیه‌ها در دفع برخی مواد زائد مانند پتاسیم و اوره باعث ایجاد مشکلاتی در افراد مانند بروز تهوع و استفراغ و علائم عصبی می‌گردد. کلیه‌های کم‌کار نمی‌توانند ویتامین دی را به صورت فعال درآورند و همین امر باعث کاهش جذب کلسیم و اختلال ساخت استخوان و در نهایت پوکی استخوان می‌گردد و به علت آن که کلیه‌ها نمی‌توانند اریتروپویتین ترشح

ایران وجود دارد.

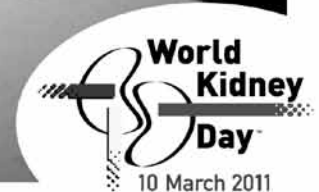
علائم اولیه اختلال عملکرد کلیه شامل موارد زیر می‌باشد.

افزایش فشار خون - تغییر میزان و دفعات ادرار مانند ادرار شب هنگام - تغییر رنگ ادرار - خون در ادرار - ادم در پاها و زانوها - درد در ناحیه کلیه - خستگی و اختلال خواب - کاهش اشتها - عدم تمرکز - خارش - تنگی نفس - تهوع و استفراغ
اگر کلیه‌ها دچار اشکال شوند، آب و مواد زائد به خوبی دفع نمی‌شوند بنابراین مایع

کلیه‌ها چهار عملکرد مهم دارند

- ۱- دفع مواد زائد: کلیه‌ها خون را برای خروج مواد سمی تصفیه می‌کنند.
 - ۲- دفع آب اضافی بدن
 - ۳- تولید و تنظیم هورمون‌های مهم بدن: این هورمون‌ها تنظیم فشار خون و تولید گلبول قرمز را برعهده دارند و باعث افزایش قدرت استخوان‌ها می‌شوند.
 - ۴- حفظ توازن مایعات و الکترولیت‌های بدن با تنظیم مقدار نمک و آب و سایر مواد شیمیایی خون
- ۳۵۰۰۰ بیمار دیالیزی و پیوند کلیه در

Protect your kidneys, Save your heart.



بیماران تکمیل و اطلاعات قد و وزن و فشار خون و قند خون بیماران در برگه جداگانه در اختیار آنان قرار گرفت و سپس در کلاس آموزشی شرکت نمودند.

نتایج طرح

از بین تعداد ۲۵ نفر از مراجعین دو نفر یعنی ۸ درصد سابقه بیماری کلیوی داشتند. از این تعداد ۱ نفر سابقه بیماری چربی خون، یک نفر سابقه سنگ کلیه، ۱ نفر سابقه مصرف فراوان مسکن داشتند. هر دو نفر سابقه کم تحرکی و سابقه خانوادگی بیماری کلیوی داشتند. ۱ نفر از دو نفر ۶ مورد از عوامل خطر شامل عفونت ادراری، سنگ کلیه، مصرف مسکن، کم تحرکی، چربی بالا و سابقه بیماری کلیوی در خانواده داشت. در بین افراد با سابقه بیماری کلیوی هیچ‌کدام دیابت نداشتند. از دو نفر بیمار کلیوی ۱ نفر دیپلم و ۱ نفر لیسانس بود. هیچ‌کدام سیگار مصرف نمی‌کردند و سابقه بیماری قلبی عروقی نداشتند. از این ۲ نفر یک نفر شاخص توده بدنی داشت که بالای ۳۰ یا چاقی داشت. در مورد بررسی عوامل خطر بیماری‌های کلیوی در کل مراجعین: هیچ‌کدام سیگار مصرف نمی‌کردند قندخون بالا ۱ نفر {۴ درصد} قند خون بالا داشتند. دو نفر سابقه دیابت داشتند {۸ درصد} ۴ نفر سابقه فشارخون بالا داشتند {۱۶ درصد} ۴ نفر سابقه عفونت ادراری داشتند {۱۶ درصد} ۴ نفر سابقه سنگ کلیه داشتند {۱۶ درصد} ۴ نفر سابقه مصرف فراوان مسکن داشتند. {۱۶ درصد} ۷ نفر کم‌تحرک بودند {۲۸ درصد} ۷ نفر سابقه چربی بالا داشتند {۲۸ درصد} ۷ نفر سابقه خانوادگی بیماری کلیوی داشتند {۳۲ درصد} این آمارها شیوع سابقه خانوادگی بیماری کلیوی را بیش از سایر موارد نشان می‌دهد. و نیز شیوع عوامل خطر در افراد با سوابق بیماری کلیوی نتایج نشان می‌دهد شناخت عوامل خطرهای بیماری‌های کلیوی از بروز بیماری‌های کلیوی و عوارض آن‌ها جلوگیری می‌کند.



- ۳- تغذیه مناسب داشته باشید و با متخصص کلیه در این مورد مشورت کنید.
- ۴- سیگار نکشید.
- ۵- حداقل سالی یک نوبت میزان دفع آلبومین ادرار خود را چک کنید.
- ۶- عملکرد کلیه خود را حداقل سالی یکبار چک کنید.
- ۷- عفونت ادراری را سریعاً درمان کنید.
- ۸- میزان چربی خون خود را در سطح مطلوب حفظ کنید.
- ۹- الکل مصرف نکنید.
- ۱۰- به وزن مطلوب برسید.
- ۱۱- فعالیت فیزیکی متوسط را به عنوان عادت خود حفظ کنید.
- ۱۲- خودسرانه دارو مصرف نکنید.

امسال شعار روز جهانی کلیه، **هدا کلیه اهدا زندگی است** بود. در این راستا بنیاد امور بیماری‌های خاص با هدف آموزش پیشگیری و شناخت بیماری‌های کلیوی اقدام به برگزاری سمینار در بنیاد و سایر مراکز نمود که شرح مراسم بنیاد در ذیل آورده شد.

در تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۰ در بنیاد امور بیماری‌های خاص سمینار بیماری‌های کلیوی برگزار گردید. در این طرح تعداد ۲۵ نفر از مراجعین در بدو ورود فرم‌های مربوطه را تکمیل نمودند، سپس اندازه‌گیری قد و وزن و فشار صورت‌گرفت فرم‌های اطلاعات



کنند. بیماران مبتلا به نارسایی دچار کم خونی می‌شوند.

عوامل مستعدکننده بیماری کلیه شامل: دیابت، فشارخون، چاقی و سندرم X هستند. سندرم X مجموعه‌ای از علائم شامل چاقی شکمی، تری‌گلیسرید بالا، قند خون بالا می‌باشد.

سایر علل بیماری کلیوی: اترواسکلروز -سنگ - عفونت و انسداد و بیماری پروستات و مصرف زیاد داروهای مسکن و برخی بیماری‌های ارثی مانند کلیه‌های پلی‌کیستیک هستند.

یک‌سری افراد در ریسک بالای بیماری‌های کلیوی می‌باشند.

سن بالای ۵۰ سال، قند خون بالا، فشار خون، چاقی، سیگار، سابقه فامیلی این مهم است که بیماری کلیه در مراحل اولیه تشخیص داده شود تا درمان مناسب صورت‌گیرد و کلیه‌ها از دست نروند.

می‌توان از آسیب کلیه از طرق زیر جلوگیری کنید.

- ۱- اطمینان حاصل کنید که سطح قند خون‌تان در حد مطلوب است.
- ۲- فشار خون‌تان را در سطح مطلوب نگاه‌دارید.

دیالیز و انواع آن

زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه (CKD)، تحت تاثیر بیماری آن‌ها قرار گرفته است. زنان و مردان در تمامی سنین، از فرهنگ‌ها و مذاهب گوناگون با خصوصیات خاص خود ممکن است دچار این بیماری شوند. ابتلا به بیماری کلیوی و تصمیم‌گیری برای شروع دیالیز همه را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

- تولید شکلی از ویتامین D که به استحکام استخوان‌ها کمک می‌کند.
- تنظیم تولید گلبول‌ها قرمز خون

نارسایی کلیه

نارسایی مزمن کلیه ناگهانی ایجاد نمی‌شود. در مراحل ابتدایی نارسایی کلیه علائم بسیار اندکی وجود دارد. علائم بیشتر در مراحل انتهایی بیماری ظاهر می‌شوند. نارسایی کلیه، بیماری دیابت و افزایش فشار خون است. با بروز نارسایی کلیه، میزان نیترژن اوره خون بدن (BUN: ماده‌ای که حاصل سوخت و ساز پروتئین مواد غذایی درون بدن است) و کراتینین (شاخص عملکرد کلیه) بالا می‌برد. بعضی از بیماران ممکن است دچار حالت تهوع، استفراغ، کاهش اشتها، ضعف، خستگی، خارش، گرفتگی عضله‌ها (خصوصاً عضله‌های ساق پا) و کم‌خونی شوند.

میزان تراوش گلومرولی (GFR) بهترین معیار سنجش عملکرد کلیه بوده و می‌توان براساس آن بیماری کلیه را مرحله‌بندی کرد. پزشک براساس میزان کراتینین خون، سن، جنس و نژاد بیمار، مقدر GFR به پزشک در تعیین روش درمان در هر مرحله از بیماری کلیه کمک می‌کند.

روش‌های درمان

زمانی که بیماری مزمن کلیه یا هر عامل دیگر باعث توقف عملکرد مناسب کلیه‌ها می‌شود، نارسایی کلیه رخ می‌دهد. زمانی که این اتفاق می‌افتد، لازم است برای ادامه حیات فرد اقدامی جهت جایگزینی عملکرد کلیه‌ها انجام شود. راه‌های جایگزینی عملکرد کلیه عبارت است از: پیوند کلیه و



کار خود را بدون آن که کسی متوجه شود انجام می‌دهند. کار اصلی کلیه‌ها دفع مواد زائد و مایع اضافی از بدن از طریق ادرار است. کلیه‌ها علاوه بر این هورمون‌هایی را که بر عملکرد سایر اندام‌های بدن اثر دارند، ترشح می‌کنند. برای مثال هورمونی به نام اریتروپویتین (EPO) توسط کلیه ساخته می‌شود که به بدن در ساخت گلبول‌های قرمز کمک می‌کند. هورمون‌های دیگری که توسط کلیه‌ها ساخته می‌شود، در تنظیم فشار خون و میزان کلسیم بدن نقش دارند.

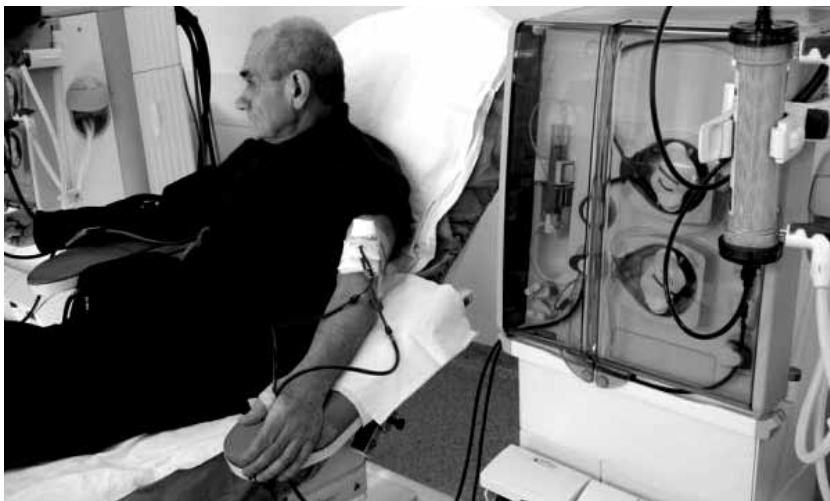
کلیه‌ها کارخانه‌های مواد شیمیایی بزرگی هستند که کارهای زیر را انجام می‌دهند:

- دفع مواد زائد از بدن
- دفع داروها از بدن
- حفظ تعادل مایعات بدن
- تولید هورمونی که فشار خون را تنظیم می‌کند.

تمامی این گروه از بیماران هنگامی که برای نخستین بار از شرایط جدید خود آگاه می‌شوند، دچار سردرگمی و بلاتکلیفی شده و عکس‌العمل‌های مختلفی از خود نشان می‌دهند این بیماری اصلی‌ترین موضوع تغییر وضعیت سلامتی بیماران است که از وضعیت خوب تا وضعیت نه چندان خوب متغیر است.

کلیه‌ها

افراد همیشه به کلیه‌های خود فکر نمی‌کنند. در اکثر موارد صحبت کردن درباره کلیه‌ها و نحوه کارکرد آن‌ها همانند یک کار اسرارآمیز است. اغلب افراد دو کلیه دارند در حالی که وجود یک کلیه به تنهایی هم برای ادامه حیات کفایت می‌کند. برخلاف قلب و ریه‌ها که عملکردشان محسوس و ملموس است (قلب می‌تپد تا خون را به نقاط مختلف بدن برساند، ریه‌ها هم با تنفس منبسط و منقبض می‌شوند)، کلیه‌ها



دیالیز (دیالیز خونی یا دیالیز صفاقی). فردی که انجام پیوند کلیه را ترجیح می‌دهد یا باید در فهرست انتظار دریافت کلیه سازگار از دهنده زنده یا فوت شده قرار گیرد و یا کلیه را از یکی از کسانی که علاقمند به اهدای کلیه خود به فرد مذکور است (بستگان، دوستان، همسر) دریافت کند. در زمان انتظار برای دریافت کلیه پیوندی بیمار باید تحت دیالیز - دیالیز خونی یا دیالیز صفاقی - قرار گیرد. در صورتی که اهداکننده مناسب پیدا نشود یا انجام عمل پیوند کلیه امکان‌پذیر نباشد، برای بقیه زندگی فرد باید دیالیز انجام شود.

عدم پذیرش درمان

برخی از بیماران ممکن است از انجام دیالیز پرهیز کنند و یا آن را به صورت آزمایشی تا زمانی که اثرات مثبت آن تمایل شود، انجام دهند. گرچه تصمیم‌گیری برای استفاده از روش درمانی دیالیز نهایتاً بر عهده بیمار است اما باید براساس مشورت‌های صورت گرفته با پزشک، کادر درمانی و خانواده تصمیم مناسب اتخاذ شود.

دیالیز

دیالیز (دیالیز خونی و دیالیز صفاقی) یک روش درمانی است که بعضی از کارها کلیه سالم را انجام می‌دهد. زمانی که کلیه‌های فرد قادر به رفع نیازهای بدن او نباشند، دیالیز ضرورت پیدا می‌کند همانند کلیه‌های سالم، دیالیز به حفظ تعادل بدن کمک می‌کند.

دیالیز کارهای زیر را انجام می‌دهد:

- دفع مواد زاید، نمک و آب اضافی از بدن به منظور جلوگیری از تجمع آن‌ها
- حفظ مقدار مشخص و مناسب مواد شیمیایی در خون مثل پتاسیم، سدیم و بیکربنات

دیالیز خونی (همو دیالیز)

در روش درمانی دیالیز خونی، از یک کلیه مصنوعی (یا به زبان ساده‌تر، دستگاه دیالیز) برای دفع مواد زاید، مواد شیمیایی و مایع

اضافی خون استفاده می‌شود.

برای انتقال خون از بدن به دستگاه دیالیز، پزشکان باید راهی برای دسترسی به عروق خونی ایجاد کنند این کار با یک عمل جراحی کوچک بر روی دست یا پا انجام شده و اجازه می‌دهد خون از بافت‌های بدن وارد دستگاه دیالیز شود.

دسترسی عروقی

برای هر بیمار تحت درمان دیالیز خونی به یکی از حالت‌های زیر دسترسی عروقی ایجاد می‌شود:

- اتصال یک شریان به یک ورید زیرپوستی و ایجاد یک رگ بزرگ‌تر جدید به نام فیستول. فیستول به عنوان انتخاب اول برای دسترسی عروقی شناخته شده است چون اغلب دوام بیشتری داشته و عوارض کمتری نظیر عفونت یا لخته شدن خون را به دنبال دارد. اما بعضی از بیماران نمی‌توانند فیستول تعبیه کرد چون عروق آن‌ها به اندازه کافی مقاوم نبوده و شکننده است. بعضی اوقات می‌توان دسترسی عروقی را به فیستول تغییر داد. در این باره باید با گروه درمانی مشورت کرد.
- اگر عروق خونی برای تعبیه فیستول مناسب نباشد، پزشک از یک لوله پلاستیکی نرم برای متصل کردن یک شریان به یک ورید در دست استفاده می‌کند پیوند به عنوان دومین راه دسترسی عروق شناخته می‌شود.
- بعضی اوقات راه دسترسی عروق توسط یک لوله پلاستیکی نرم و باریک درون یک

ورید بزرگ، معمولاً در گردن یا قفسه سینه، ایجاد می‌شود، به این لوله، کاتتر می‌گویند. کاتترها عموماً به عنوان یک راه دسترسی موقت استفاده می‌شوند اما برخی مواقع به منظور درمان دراز مدت نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند.

اگر دسترسی عروقی بیمار، فیستول یا پیوند باشد، پرستار بخش دیالیز در ابتدای هر جلسه دیالیز دو سوزن به راه دسترسی عروقی وارد می‌کند. این سوزن‌ها توسط لوله‌هایی به دستگاه دیالیز متصل می‌شوند. خون بیمار از راه یکی از این لوله‌ها به دستگاه دیالیز وارد شده، تصفیه شده و از لوله دیگر به بدن بیمار برمی‌گردد. اگر بیمار از کاتتر استفاده می‌کند نیازی به سوزن برای وصل کردن لوله‌ها نیست.

انجام دیالیز زمان زیادی می‌برد. معمولاً هر جلسه دیالیز حدود ۴ ساعت طول می‌کشد و باید هر هفته ۳ بار انجام شود. دیالیز را می‌توان در مرکز دیالیز، درمانگاه و یا منزل انجام داد.

زمان لازم برای انجام دیالیز در هر بیمار به عوامل زیر بستگی دارد:

- میزان عملکرد طبیعی کلیه‌ها
- مقدار اضافه وزن ناشی از تجمع مایع در بدن در فاصله جلسه‌های دیالیز
- میزان مواد زاید بدن
- وزن بدن بیمار
- نوع کلیه مصنوعی (دستگاه دیالیز) مورد استفاده

مایع اضافی و مواد زاید از خون بیرون کشیده شده و وارد مایع دیالیز می‌شود.

دو نوع اصلی دیالیز صفاقی وجود دارد: دیالیز صفاقی مداوم سیار (CAPD) و دیالیز صفاقی مداوم گردش (CCPD).

CAPD تنها روش دیالیز صفاقی است که نیازی به دستگاه ندارد. اغلب بیماران می‌توانند آن را به تنهایی و روزی ۴-۵ نوبت در خانه یا محل کار انجام دهند. بیمار مایع دیالیز داخل کیسه را از طریق کاتتر وارد فضای صفاقی خود می‌کند. مایع دیالیز حدود ۴-۵ ساعت درون فضای صفاقی باقی می‌ماند و سپس تخلیه می‌شود، به این کار تعویض گفته می‌شود. برای هر نوبت تعویض، از یک کیسه جدید مایع دیالیز استفاده می‌شود زمانی که مایع دیالیز درون فضای صفاقی است، بیمار می‌تواند به فعالیت‌های روزمره خود در محل کار، منزل یا مدرسه بپردازد.

CCPD معمولاً در منزل و توسط دستگاهی به نام گرداننده (Cycler) انجام می‌شود. این روش مشابه CAPD است با این تفاوت که چند بار تبادل مواد بین خون و مایع دیالیز انجام می‌شود. هر نوبت گردش حدود ۱/۵ ساعت طول می‌کشد و تبادل‌ها شب و در زمان خواب بیمار صورت می‌گیرد. تعداد زیادی از بیماران با انجام دیالیز صفاقی احساس آزادی و بهبود کیفیت زندگی پیدا کرده‌اند. یکی از این بیماران می‌گوید: «دیالیز خونی زندگی من را اداره می‌کند، در صورتی که دیالیز صفاقی به من قدرت اداره زندگی و آزادی می‌دهد.»

از او را برعهده دارند طی چند هفته آموزش می‌بینند. از آنجا که این روش درمانی در نوبت‌های بیشتری انجام می‌شود، در هر جلسه مقدار کمتری مایع اضافی باید از بدن خارج شود. این امر باعث کاهش علائمی نظیر سردرد، تهوع، گرفتگی عضلانی و بی‌حالی می‌شود.

۳- درمان شبانه دیالیز خونی در منزل: در این روش بیمار در طول شب و زمانی که در خواب است به صورت دراز مدت و آرام آرام تحت دیالیز خونی قرار می‌گیرد. این روش درمانی در شش شب هفته و یا یک شب در میان، طبق نظر پزشک انجام می‌شود. ساعت‌های بیشتر دیالیز باعث می‌شود مواد زاید بیشتری از بدن در طول هفته دفع شود. دیالیز با این روش ۶ تا ۸ ساعت طول می‌کشد. بیمار و کسانی که مراقبت از او را برعهده دارند طی چند هفته آموزش‌های لازم را می‌بینند. بعضی از مراکز مجهز می‌توانند بر اساس اطلاعات ارسال شده به وسیله اینترنت و از راه خط تلفن بر نحوه درمان بیماران نظارت کنند.

دیالیز صفاقی

در دیالیز صفاقی، خون داخل بدن بیمار تصفیه می‌شود. پزشک با انجام یک جراحی ساده کاتتر را داخل شکم بیماری قرار می‌دهد تا راه دسترسی برای انجام دیالیز انجام کند. در طول درمان، فضای داخل شکم که به آن فضای صفاقی می‌گویند به آرامی از مایع دیالیز که از راه کاتتر وارد می‌شود، پر می‌شود، خون در شریان‌ها و وریدهای جدار فضای صفاقی جریان دارد.

دیالیز خونی با مراقبت خود بیمار

در بعضی از مراکز دیالیز، امکان مراقبت از خود بیماران فراهم است. این روش به بیماران اجازه می‌دهد بیشتر کارهای مربوط به درمان دیالیز را خود بر عهده گیرند و در صورت نیاز از گروه درمانی مرکز تقاضای کمک کنند.

دیالیز در منزل

در برخی مواد، دیالیز خونی را می‌توان در منزل و توسط خود بیمار انجام داد. این روش این امکان را به بیمار می‌دهد تا درمان را با برنامه روزانه خود هماهنگ کند. مطالعات نشان داده‌اند هر چه بیماران اطلاعات بیشتری درباره نحوه درمان خود داشته باشند و به صورت مستقل درمان خود را انجام دهند، درمان دیالیز رضایت‌بخش‌تر خواهد بود. سه نوع روش انجام همودیالیز در منزل وجود دارد.

۱- درمان معمول دیالیز خونی در منزل: در این روش بیمار سه بار در هفته و در هر نوبت حداقل ۳ تا ۴ ساعت تحت دیالیز قرار می‌گیرد. بیمار و گروه درمانی او برای انجام مناسب دیالیز و برخورد با مشکلات احتمالی آموزش می‌بینند. آموزش ممکن است از چند هفته تا چند ماه طول بکشد.

۲- درمان کوتاه مدت روزانه همودیالیز در منزل: در این روش دیالیز خونی معمولاً ۵ تا ۷ نوبت در هفته و با استفاده از دستگاه‌های مخصوص درمان کوتاه مدت در منزل انجام می‌شود. هر نوبت درمان معمولاً ۲ ساعت به طول می‌انجامد. بیمار و کسانی که مراقبت

مرحله بندی بیماری کلیه

مقدار GFR	تعریف	مرحله
۹۰ یا بالاتر	آسیب کلیوی (برای مثال وجود پروتئین در ادرار) با وجود GFR طبیعی	۱
۶۰ تا ۸۹	آسیب کلیوی با کاهش خفیف GFR	۲
۳۰ تا ۵۹	کاهش متوسط GFR	۳
۱۵ تا ۲۹	کاهش شدید GFR	۴
کمتر از ۱۵	نارسایی کلیه	۵

بیانیه کارگاه مدیریت پیشگیری از تالاسمی

به منظور ارتقاء سلامت روحی، جسمی، اجتماعی و امید به زندگی و نیز کسب راه کارهای نوین در ارتقاء آگاهی و دانش بیماران تالاسمی و ارزیابی وضع موجود که از شهریور سال ۱۳۹۰ در خصوص این بیماری صورت گرفت، مجموعه نشست‌هایی در قالب کارگاه‌های بررسی این بیماری توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار گردید و هدف کلان اولین کارگاه برگزار شده با میزان پیشگیری از بیماری تالاسمی، بررسی معضلات پیشگیری و ساماندهی این امر می‌باشد.

داشتند بعد از فعال شدن آزمایشگاه‌های PND تعداد تولد نوزادان تالاسمیک به میزان چشم‌گیری کاهش یافته است ولیکن محدودیت مراکز و عدم نظارت کیفی دقیق و بهای بالای آزمایش‌ها جزء نکاتی است که باید به آن توجه نمود، از طرف دیگر به علت اجباری شدن قانون مشاوره و آزمایش قبل از ازدواج از سال ۱۳۷۵ هنوز مزدوجین قبل از آن سال نیز در سنین باروری بوده که تنظیم پروتکل کنترل برای این گروه ضروری به نظر می‌رسد.

مصوبات

- ۱- آزمایشگاه‌های تشخیص زود هنگام ژنتیک به ویژه در مراکز دولتی توسعه و افزایش یابند.
- ۲- نظارت کیفی بر فعالیت آزمایشگاه‌های تشخیص زود هنگام از سوی مراجع ذیربط (صادرکننده مجوز PND و ناظر در حال حاضر یکی می‌باشند.) اجرایی گردد.
- ۳- مشاوره در تنظیم پاسخ آزمایش‌های تشخیص زود هنگام توسط پزشک صورت پذیرد.
- ۴- با توجه به محدودیت زمان سقط جنین از نظر دمیدن روح، درخواست سریع‌تر آزمایش توسط پزشک و دقت مراجع قضایی در صدور حکم دادگاه با لحاظ الویت دادن به این گونه پرونده‌ها اهمیت دارد.
- ۵- بررسی نتایج آزمایش‌های هر دو زوج برای مزدوجین قبل از سال ۱۳۷۵ به منظور تشخیص مینور بودن هریک از والدین و معرفی به مراکز مربوطه و متخصصان خون توسط متخصصین زنان یا ماماها صورت پذیرد.
- ۶- با توجه به این‌که هزینه‌های PND

وزارت بهداشت، انجمن‌ها و به روز رسانی آن‌ها ایجاد گردد.

۵- به مراجع و روحانیون در زمینه بیماری تالاسمی و پیشگیری از آن با توجه به نقش این گروه‌ها به عنوان تکیه‌گاه دینی و شرعی مردم و کانون اجرای عقد و ازدواج شرعی (در حال حاضر برخی از ازدواج‌ها به صورت قانونی ثبت نمی‌گردند، و منحصر به جاری شدن صیغه عقد می‌باشند به ویژه در مورد اهل تسنن.) اطلاع رسانی صورت گیرد. لذا تنظیم دفترچه آموزشی مرتبط می‌تواند در بالا بردن آگاهی اجتماعی و بستر سازی امر پیشگیری موثر باشد.

۶- با توجه به این‌که سازمان‌های غیردولتی‌ها، نهادهای مردم محور هستند می‌توانند نقش موثری در مشاوره قبل از ازدواج و ارتقاء آگاهی عمومی مردم با بهره‌گیری از اعتماد جامعه نسبت به سازمان‌های غیردولتی داشته باشند، لذا فعالیت بیشتر سازمان‌های غیردولتی در این زمینه در قالب برنامه مشخص و واحد ضروری است.

۷- نقشه پیشگیری در هر استان متناسب با فرهنگ، اقتصاد، دانش و اپیدمیولوژی بیماری در همان استان تنظیم گردد.

۸- آموزش شناخت تالاسمی در مقطع دبیرستان در مطالب آموزشی سال اول دبیرستان گذاشته شود. (در حال حاضر در سال سوم دبیرستان رشته تجربی یک صفحه کتاب درسی در رابطه با تالاسمی اختصاص داده شده است.)

*عنوان دوم:

تشخیص زود هنگام بیماری تالاسمی موضوع

در طی این جلسه همه سخنرانان ادعان

از مفاد سمینار مدیریت پیشگیری از تالاسمی که در تاریخ ۱۳۹۱/۰۲/۲۰ از ساعت ۸ صبح الی ۱۶ عصر برگزار گردید عناوین اصلی ذیل به عنوان راه کارهای کلیدی ارتقاء وضعیت پیشگیری در زمینه بیماری تالاسمی مورد تصویب قرار گرفت که به شرح ذیل می‌باشد.

*عنوان اول:

آموزش و اطلاع رسانی موضوع

آموزش‌های لازم برای گروه‌های مرتبط با بیماری شامل پزشکان، پرستاران، تیم‌های بهداشتی و مشاوره ای، ناقلین، والدین، دستگاه قضایی، روحانیت، دانش آموزان بسیار کم است و همه این موارد به شکلی در پیشگیری از بیماری تالاسمی تاثیر گذار می‌باشند.

مصوبات

- ۱- آموزش مداوم و هدفمند در پیشگیری از تالاسمی برای پزشکان، پرستاران و تیم‌های مشابه صورت پذیرد. (از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی همراه با امتیاز باز آموزی و یا مدون برای گروه‌های پزشکی مرتبط)
- ۲- ارتقاء آموزش تکنیک‌های مشاوره در مراکز بهداشتی درمانی به صورت واقع‌گرایانه و عملی با ارائه بروشور و CD و آلبوم انجام پذیرد.
- ۳- تنظیم سند راهبردی رسانه در پیشگیری از بیماری تالاسمی توسط متولیان امر و انتشار آن از طریق صدا و سیما و جراید صورت پذیرد.
- ۴- سایت کامل در زمینه دستور العمل‌ها و پروتکل‌های موجود بیماری تالاسمی در



مصوبات

۱- با توجه به شیوع روز افزون سایر انواع اختلالات هموگلوبینو پاتی در ایران در مورد سایر انواع هموگلوبینوپاتی‌ها نیز نظیر تالاسمی آلفا و سیکل سل و تالاسمی اینترمدیت غربالگری صورت گیرد.

۲- تالاسمی آلفا و سیکل سل و سیکل سل تالاسمی نیز جزء بیماران خاص محسوب گردد.

*عنوان چهارم:

ثبت اطلاعات و آمار بیماران

موضوع

در سخنرانی‌های ارائه شده در این کارگاه تضاد آماری فاحشی در مورد تعداد بیماران تالاسمی و موالید جدید وجود داشت و همه حضار و سخنرانان به عدم ثبت دقیق تعداد بیماران اذعان داشتند، تفاوت آماری بالای ۱۰۰۰ بیمار بوده است.

مصوبات

۱- سامانه واحد ثبت اطلاعات موالد جدید و بیماران قبلی با بهره گیری از اطلاعات بیماران در بنیاد امور بیماریهای خاص انجمن تالاسمی ایران، وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گرد ایجاد گردد. و میزان همپوشانی‌ها و اطلاعات نادرست برطرف گردد.

۲- با توجه به اینکه برخی از موارد تالاسمی مازور دیرتر از زمان تولد تشخیص داده می شوند، لذا پروتکلی مبنی بر ثبت و اعلام آماری موالید جدید تنظیم و حداقل سه ماه بعد از پایان هر سال میزان موالید آن سال ارزیابی گردد و نیز موارد ۵ ساله اخیر نیز ثبت گردد و صرفاً آمار محدود به دوازده ماه همان سال ملاک قرار نگیرد.

توسط بیمه‌ها پوشش داده می‌شوند، هزینه‌های جانبی مانند سفر و اقامت بر عهده خود بیماران است، لذا سازمان‌های غیر دولتی در تامین این هزینه‌ها در غالب پروتکل فعالیت نمایند.

۷- با توجه به این که آزمایش PGD یکی از آزمایش‌های تشخیص زود هنگام است، در مورد افرادی که دو سقط به دلیل تالاسمی داشته‌اند، این آزمایش تحت پوشش بیمه قرار گیرد.

*عنوان سوم:

غربالگری در مورد سایر اختلالات

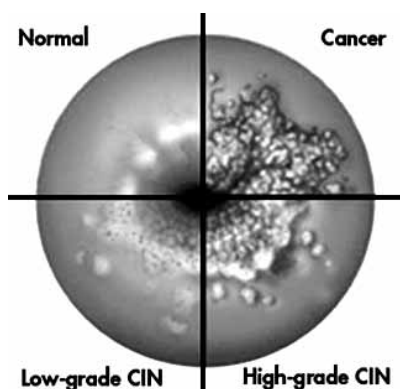
هموگلوبین

موضوع

ژنتیک تالاسمی در سالیان اخیر در ایران دچار تنوع زیادی شده است و سایر انواع تالاسمی مانند تالاسمی آلفا نیز شیوع بالایی دارد حال آنکه این بیماران تحت پوشش بیمه نمی‌باشند و جزء بیماران خاص محسوب نمی‌شوند.

سرطان دهانه رحم

سرطان رحم نیز مانند اکثر سرطان‌ها با تشخیص زودرس و معالجه به موقع می‌تواند به بهبود کامل منجر شود. زنان مبتلا اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شود، معالجه آسان‌تر و در دسترس خواهد بود. این متن درباره نشانه‌ها و عوامل موثر در ایجاد سرطان و درمان توضیح می‌دهد.
منبع: کتابچه سرطان رحم، انتشارات بنیاد



است که امکان دارد احتمال ایجاد بیماری را افزایش دهد.

در مطالعات به عمل آمده تعدادی از عوامل مشخص شده است که ممکن است خطر سرطان گردن رحم را افزایش دهند. به عنوان مثال، عفونتی که به وسیله HPV یا ویروس پاپیلوم انسانی ایجاد می‌شود علت اصلی ایجاد سرطان گردن رحم است.

• عفونت HPV: HPV گروهی از ویروس‌ها می‌باشند که می‌توانند به گردن رحم حمله کنند. اگر عفونت HPV برطرف شدنی نباشد، امکان دارد در برخی از زنان باعث ایجاد سرطان گردن رحم بشود. HPV علت ایجاد تقریباً تمام موارد سرطان گردن رحم می‌باشد.

عفونت HPV بسیار رایج است. این ویروس‌ها از طریق نزدیکی جنسی از شخصی به شخص دیگر منتقل می‌شوند. اکثر افراد بالغ در دوره‌ای از زندگی خود به HPV آلوده شده‌اند، اما اکثر این عفونت‌ها به خودی خود برطرف می‌شوند.

امکان دارد برخی از انواع HPV تغییراتی در سلول‌های گردن رحم ایجاد نمایند. اگر

از بافت تشکیل می‌شود که آن را تکثیر غیرطبیعی بافت (Growth) یا تومور (Tumor) می‌نامند. ممکن است تکثیر غیرطبیعی، که بر روی گردن رحم صورت می‌گیرد، خوش خیم یا بدخیم باشد.

تکثیر غیرطبیعی و خوش خیم بافت

• ممکن است گاهی اوقات تهدیدی برای جان کسی باشد که در بدن او تشکیل می‌شود.

• امکان دارد به بافت‌های مجاور حمله کند. می‌تواند به دیگر قسمت‌های بدن گسترش یابد.

سرطان گردن رحم در سلول‌های واقع در سطح یا رویه گردن رحم آغاز می‌شود. به مرور زمان، امکان دارد سرطان گردن رحم به قسمت‌های عمقی‌تر گردن رحم و به بافت‌های مجاور حمله کند. سلول‌های سرطانی می‌توانند از طریق جداسدن از تومور اصلی (اولیه) گسترش یابند، این سلول‌های سرطانی وارد رگ‌های خونی یا غدد لنفاوی می‌شوند که در تمام بافت‌های بدن شاخه شاخه یا منشعب شده‌اند. امکان دارد سلول‌های سرطانی خود را به بافت‌های دیگر متصل کنند و رشد نمایند و تومورهای جدیدی تشکیل دهند، که احتمال دارد این تومورهای جدید به این بافت‌ها صدمه بزنند، گسترش یافتن سرطان را متاستاز می‌نامند.

عوامل خطر

اگر خانمی با عوامل خطر (Risk Factors) خاصی روبرو باشد، احتمال ابتلا او به سرطان گردن رحم بیشتر از فردی است که با این عوامل خطر مواجه نیست. عامل خطر چیزی

گردن رحم

گردن رحم بخشی از دستگاه تناسلی (Reproductive system) زنان است و در لگن (Pvis) قرار دارد. لگن در قسمت پایینی شکم قرار دارد. گردن رحم یک راه عبور می‌باشد، به این صورت که:

• رحم را به مهبل یا واژن متصل می‌کند. در طول دوره قاعدگی، خون در رحم جریان می‌یابد و از راه گردن رحم به مهبل می‌رسد، و در آنجا از بدن خارج می‌شود.

• مخاط (Mucus یا موکوس) تولید می‌کند، که در طول آمیزش جنسی، به اسپرم کمک می‌کند از مهبل عبور کند و گردن رحم را پشت‌سر گذارد و وارد رحم شود.

• در طول بارداری، گردن رحم محکم بسته است تا به نگهداری بچه در داخل رحم کمک شود. در طول زایمان، گردن رحم باز می‌شود تا بچه بتواند از راه مهبل از بدن مادر خارج شود.

سلول‌های سرطانی

سلول‌های نرمال رشد می‌کنند و تقسیم می‌شوند تا سلول‌های جدید را مطابق نیازهای بدن بسازند. هنگامی که سلول‌های نرمال پیر می‌شوند یا صدمه می‌بینند، می‌میرند و سلول‌های جدید جای آن‌ها را می‌گیرند.

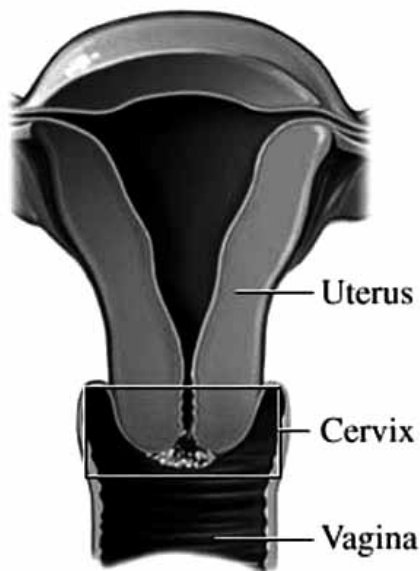
گاهی اوقات، این فرآیند عیب و ایراد پیدا می‌کند. سلول‌های جدید هنگامی تشکیل می‌شوند که بدن به آنها احتیاج ندارد، و سلول‌های مسن یا صدمه دیده‌ای که باید بمیرند زنده می‌مانند. با افزایش یافتن سلول‌های اضافی، در اغلب موارد توده‌ای

- دوش مهبل، یا به هنگام معاینه لگن
- دوره‌های قاعدگی که طولانی‌تر از دوره‌های قاعدگی قبلی بوده و با خونریزی بیشتری همراه است.
- خونریزی پس از یائسگی (Menopause)
- افزایش ترشحات مهبل
- درد در ناحیه لگن
- درد در طول آمیزش جنسی

امکان دارد عفونت یا دیگر مشکلات بهداشتی هم باعث ایجاد این علائم شوند. تنها پزشکان می‌توانند با اطمینان بگویند که آیا این علائم مربوط به سرطان گردن رحم می‌باشد. زنی که هرکدام از این علائم را مشاهده نماید باید به پزشک خود اطلاع دهد تا تشخیص و درمان هرچه زودتر مشکلات او میسر شود.

تشخیص

پزشکان توصیه می‌کنند زنان با انجام منظم آزمایش پاپ اسمیر به کاهش یافتن خطر ابتلا به سرطان گردن رحم کمک کنند. تست پاپ اسمیر تست ساده‌ای برای نگاه کردن به سلول‌های گردن رحم است. در تست پاپ اسمیر، ممکن است سرطان گردن رحم یا سلول‌های غیر طبیعی پیداشود که امکان منجر شدن آن‌ها به سرطان گردن رحم وجود دارد.



خطر سرطان گردن رحم را در زنانی که به عفونت HPV آلوده هستند اندکی افزایش دهد.

• DES (دی اتیل استیل بسترول): ممکن است DES خطر فرم نادری از سرطان گردن را در دخترانی افزایش دهد که پیش از تولد در معرض این دارو قرار گرفته‌اند، بین سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۷۱، DES در ایالات متحده برای برخی از زنان باردار تجویز می‌شد (اکنون این دارو برای زنان باردار تجویز نمی‌شود).

داشتن عفونت HPV یا روبرو بودن با دیگر عوامل خطر به معنی آن نیست که فرد دچار سرطان گردن رحم می‌شود. اکثر زنانی که با عوامل خطر سرطان گردن رحم مواجه می‌باشند هرگز دچار این بیماری نمی‌شوند.

علائم هشدار دهنده

در مراحل اولیه سرطان گردن رحم، معمولاً هیچ علائمی بروز نمی‌کند. هنگامی که سرطان بزرگ‌تر می‌شود، امکان دارد زنان یک یا چند مورد از علائم زیر را مشاهده نمایند:

- خونریزی غیرطبیعی مهبل
- خونریزی که بین دوره‌های منظم قاعدگی صورت می‌گیرد.
- خونریزی پس از آمیزش جنسی، در طول

این تغییرات زود کشف شوند، با کشتن سلول‌های تغییر یافته، پیش از آن که بتوانند سرطانی شوند، می‌توان از ایجاد سرطان گردن رحم جلوگیری نمود.

انجام ندادن منظم تست پاپ اسمیر: سرطان گردن رحم در زمانی رایج‌تر است که به‌طور منظم تست پاپ (پاپ اسمیر) را انجام نمی‌دهند. این تست به پزشک کمک می‌کند سلول‌های غیرطبیعی را پیدا کند. معمولاً با برداشتن یا کشتن سلول‌های غیرطبیعی می‌توان از سرطان گردن رحم پیشگیری نمود.

• کشیدن سیگار در بین زمانی که به HPV آلوده هستند، کشیدن (سیگار) خطر سرطان گردن رحم را اندکی افزایش می‌دهد.

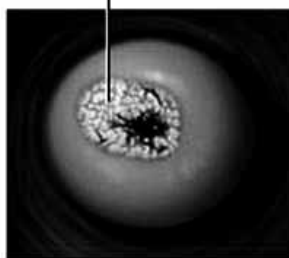
• ضعیف بودن دستگاه ایمنی (Immune System) یا دستگاہ دفاعی طبیعی بدن): آلودگی به HIV (ویروسی که باعث ایجاد AIDS می‌شود)، یا مصرف داروهایی که دستگاه ایمنی را مهار می‌سازند، خطر سرطان گردن رحم را افزایش می‌دهند.

• سابقه فعالیت‌های جنسی: در زمانی که با مردان متعددی رابطه جنسی داشته‌اند، خطر ایجاد سرطان گردن رحم بیشتر است. همچنین، ممکن است خطر ایجاد سرطان گردن رحم در زنی بیشتر باشد که با مردی نزدیکی کرده است که با زنان متعدد آمیزش جنسی داشته است. در هر دو مورد، خطر ایجاد سرطان گردن رحم بیشتر می‌شود، زیرا خطر آلوده شدن این زنان به عفونت HPV بیشتر است.

• استفاده طولانی مدت از قرص ضد بارداری: امکان دارد استفاده از قرص ضد بارداری برای مدتی طولانی (۵ سال یا بیشتر)، خطر ایجاد سرطان گردن رحم را در زنانی که به عفونت HPV آلوده هستند اندکی افزایش دهد. اما اگر این زنان مصرف قرص ضد بارداری را متوقف نمایند، این خطر به سرعت کاهش می‌یابد.

• داشتن تعداد زیادی فرزند: مطالعات به عمل آمده حاکی از آن می‌باشد که ممکن است تعداد زایمان زیاد (۵ فرزند یا بیشتر)

Spreading cancer



Cervix viewed from below

با پیدا کردن و درمان سلول‌های غیرطبیعی، می‌توان از بروز اکثر موارد سرطان گردن رحم جلوگیری نمود. همچنین با انجام تست پاپ می‌توان سرطان را در مراحل اولیه آن پیدا کرد، که احتمال موفق بودن درمان در این مراحل اولیه بیشتر است.

تست پاپ برای اکثر زنان دردناک نیست و در مطب پزشک یا کلینیک در طول معاینه لگن انجام می‌شود. پزشک یا ماما با خراش دادن گردن رحم از سلول‌های آن نمونه‌برداری می‌نمایند. در آزمایشگاه این سلول‌ها را زیر میکروسکوپ بررسی می‌کنند. در اکثر موارد، سلول‌های غیرطبیعی که در تست پیدا می‌شوند سرطانی نیستند. بر روی همین نمونه سلولی می‌توان تست عفونت HPV را انجام داد.

اگر نتایج تست پاپ یا HPV غیر طبیعی باشد، پزشک تست‌های دیگری به شرح زیر پیشنهاد می‌کند تا بتواند تشخیص دهد که آیا شخص مربوطه دچار سرطان است:

- کولپوسکوپی یا آندوسکوپی رحم (Colposcopy): پزشک برای نگاه کردن به گردن رحم از کولپوسکوپ یا آندوسکوپ رحم استفاده می‌کند.

- بیوپسی یا نمونه‌برداری (Biopsy): رد این تست، در مورد اکثر زنان، بافت‌برداری با (Local Anesthesia) یا بی‌حسی یا بی‌هوشی موضعی در مطب پزشک انجام می‌شود. یک آسیب شناس (Pathologist) بافت را زیر میکروسکوپ واری می‌کند تا متوجه حضور سلول‌های غیرطبیعی بشود.

مرحله‌بندی

اگر از نتایج بیوپسی مشخص شود که شخص دچار سرطان است، پزشک او باید (مرحله) بیماری را بدانند تا به بیمار کمک کند بهترین درمان را انتخاب نماید. مرحله‌بندی تلاش دقیق برای پی‌بردن به این نکته است که آیا تومور به بافت‌های مجاور حمله نموده، و این که آیا سرطان گسترش یافته، و اگر گسترش پیدا کرده در کدام اندام از بدن این اتفاق رخ داده است. سرطان گردن رحم در اکثر موارد در بافت‌های مجاور که در

لگن قرار دارند، در غدد لنفاوی، یا در ریه‌ها گسترش می‌یابد، و امکان دارد به کبد یا استخوان‌ها هم گسترش یابد.

اگر سرطان از مکان اصلی خود به بخش دیگری از بدن گسترش یابد، تومور جدید دارای همان نوع سلول‌های تومور اصلی می‌باشد و از همان اسم تومور اصلی برخوردار خواهد بود. به عنوان مثال، اگر سرطان گردن رحم به ریه‌ها گسترش یابد، سلول‌های سرطانی موجود در ریه‌ها در واقع سلول‌های سرطان گردن رحم هستند و بیماری ایجاد شده سرطان ریه نبوده بلکه سرطان متاستازی گردن رحم می‌باشد. و به این دلیل است که به عنوان سرطان گردن رحم به حساب می‌آید نه به عنوان سرطان ریه، پزشکان تومور جدید را بیماری رسیده از «دور دست» یا متاستازی می‌نامند.

پزشک لگن شخص مربوطه را معاینه می‌کند، بدن او را لمس می‌کند تا متوجه غدد لنفاوی متورم بشود، و شاید بافت‌های بیشتری را از بدن او بردارد. ممکن است پزشک دستور دهد برخی از تست‌های زیر انجام شود تا او بتواند به میزان بیماری پی‌برد:

- رادیوگرافی قفسه سینه (Chest X-Rays): در عکس‌برداری با اشعه X، در اغلب موارد مشخص می‌شود که آیا سرطان به ریه‌ها گسترش یافته است.

- سی‌تی. اسکن (CT Scan): دستگاه اشعه X به یک کامپیوتر است، یک سری عکس تفصیلی از اندام‌های بدن می‌گیرد. توموری که در کبد، ریه‌ها، یا جای دیگری از بدن وجود داشته باشد، در سی‌تی. اسکن مشخص می‌شود. امکان دارد در دست یا بازوی شخصی که تست بر روی او انجام می‌شود یک ماده حاجب (Contrast) تزریق کنند، از او بخواهند این ماده را بلع کند، یا آن را به او تنقیه کنند (Enema). ماده حاجب (Contrast) باعث می‌شود نواحی غیر طبیعی راحتتر دیده شود.

- ام‌آر‌آی (MRI): از یک آهن‌ربای قوی که به یک کامپیوتر متصل است برای گرفتن عکس‌های تفصیلی از لگن و شکم

(Abdomen) استفاده می‌کنند. پزشک می‌تواند این عکس‌ها را روی نمایشگر ببیند، و می‌تواند آن‌ها را روی فیلم چاپ کند. در MRI مشخص می‌شود که آیا سرطان گسترش یافته است. گاهی اوقات کاربرد ماده حاجب باعث می‌شود نواحی غیرطبیعی در عکس‌ها واضح‌تر باشند.

- اسکن پت (PET Scan): به شخصی که تست می‌شود مقدار اندکی ماده رادیواکتیو (Radioactive) تزریق می‌کنند. یک دستگاه از مصرف شدن این ماده توسط سلول‌های بدن تصاویری کامپیوتری تهیه می‌کند. سلول‌های سرطانی این ماده را سریع‌تر از سلول‌های نرمال مصرف می‌کنند، و نواحی سرطانی در این عکس‌ها درخشان‌تر به نظر می‌آید.

مرحله سرطان به محل پیدا شدن آن بستگی دارد. مراحل سرطان مهاجم دهانه رحم به شرح زیر است:

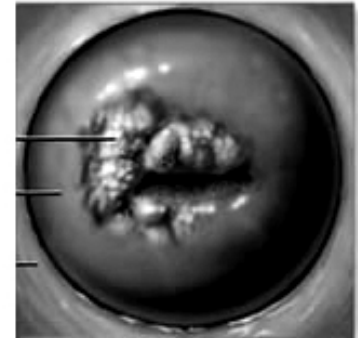
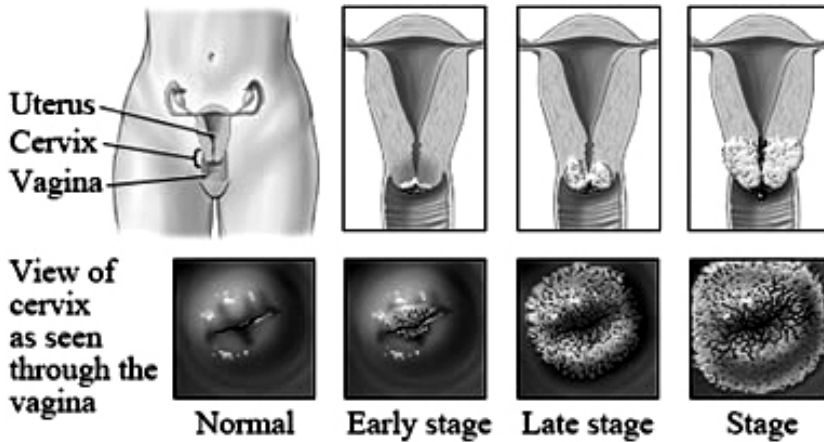
مرحله اول: تومور به گردن رحم در زیر لایه بالایی سلول‌ها حمله کرده است. سلول‌های سرطانی تنها در گردن رحم پیدا می‌شوند.

مرحله دوم: تومور به قسمت بالایی مهبل رسیده است و ممکن است به فراتر از گردن رحم در داخل بافت‌های مجاور به سمت دیواره لگن یا جدار یا آستر قسمتی از بدن که بین قسمت‌های بالایی ران‌ها قرار دارد هم گسترش یافته باشد. تومور به یک سوم پایینی مهبل یا دیواره لگن حمله نکرده است.

مرحله سوم: تومور به قسمت پایینی مهبل رسیده است و ممکن است به دیواره لگن هم حمله کرده باشد. اگر تومور جریان ادرار را مسدود کند، امکان دارد یک یا هر دو کلیه خوب کار نکنند.

مرحله چهارم: تومور به مثانه (Bladder) یا راست روده (Rectum) حمله می‌کند، یا این که سرطان به دیگر قسمت‌های بدن گسترش یافته است.

سرطان راجعه (Recurrent Cancer): سرطانی که درمان شده ولی پس از مدتی، برگشته است. ممکن است این برگشت در



پرهیز از فعالیت زیاد جنسی می‌توان از آن‌ها در برابر عفونت HPV حفاظت نمود.

- عدم استعمال دخانیات: در بین زنانی که به HPV آلوده هستند، کشیدن سیگار، خطر سرطان گردن رحم را افزایش می‌دهد.

- انجام دادن منظم تست پاپ: سرطان گردن رحم در زنانی رایج‌تر است که به‌طور منظم تست پاپ (پاپ اسمیر) را انجام نمی‌دهند. این تست به پزشک کمک می‌کند سلول‌های غیرطبیعی را پیدا کند. معمولاً با برداشت یا کشتن سلول‌های غیرطبیعی می‌توان از سرطان گردن رحم پیشگیری نمود.

- عدم استفاده طولانی مدت از قرص ضدبارداری: استفاده از قرص ضدبارداری برای مدت طولانی (۵ سال یا بیشتر)، خطر ایجاد سرطان گردن رحم را در زنانی که به عفونت HPV آلوده هستند افزایش می‌دهد. اما اگر این زنان مصرف قرص ضدبارداری را متوقف نمایند، این خطر به سرعت کاهش می‌یابد.

- اجتناب از داشتن تعداد زیادی فرزند: زاییدن تعداد زیادی فرزند (۵ فرزند یا بیشتر) خطر سرطان گردن رحم را در زنانی که به عفونت HPV آلوده می‌باشند افزایش می‌دهد.

سرطانی که در ناحیه جراحی شده باقی مانده‌اند را از بین ببرند. در زنانی که سرطان آن‌ها به فراتر از گردن رحم گسترش یافته است، ممکن است از پرتو درمانی و شیمی درمانی استفاده شود. در پرتو درمانی از اشعه‌های پرتو برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود، و تنها سلول‌های واقع در ناحیه‌ای که پرتو درمانی در آن صورت می‌گیرد تحت تاثیر قرار می‌گیرند.

شیمی درمانی

در درمان سرطان گردن رحم، معمولاً شیمی درمانی با پرتو درمانی ادغام می‌شود. در مورد سرطانی که به اندام‌های دور دست گسترش یافته است، می‌توان تنها از شیمی‌درمانی استفاده نمود.

در شیمی‌درمانی، برای کشتن سلول‌های سرطانی از دارو استفاده می‌شود، داروهای ضد سرطان گردن رحم معمولاً در سیاهرگی در بدن شخص بیمار تزریق می‌شود (Intravenous). ممکن است شیمی‌درمانی در کلینیک، در مطلب پزشک، یا در منزل شخص بیمار انجام شود.

پیشگیری

- پیشگیری از عفونت HPV: عفونتی که به وسیله ویروس پاپیلوم انسانی منتقل می‌شود علت اصلی ایجاد سرطان گردن رحم است و از طریق نزدیکی جنسی منتقل می‌شود، با کاربرد واکسن در زنان جوان زیر ۲۶ سال و

گردن رحم یا در دیگر قسمت‌های بدن صورت‌گیرد.

درمان

زنان مبتلا به سرطان گردن رحم گزینه‌های درمانی متعددی دارند. این گزینه‌ها عبارتند از جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، یا ترکیبی از این روش‌ها.

انتخاب درمان عمدتاً به اندازه تومور و به این بستگی دارد که آیا سرطان گسترش یافته است. همچنین امکان دارد گزینه درمان به این بستگی داشته باشد که آیا بیمار می‌خواهد در آینده باردار شود.

جراحی

جراحی یکی از گزینه‌های درمان برای زنی است که به مراحل اول یا دوم سرطان گردن رحم مبتلا می‌باشد، جراح بافت‌هایی را برمی‌دارد که شاید حاوی سلول‌های سرطانی باشند.

پرتو درمانی

پرتو درمانی (که آن را رادیوتراپی هم می‌نامند) گزینه درمانی برای زنانی است که مبتلا به هر مرحله از سرطان گردن رحم باشند. ممکن است زنان دچار مراحل اولیه سرطان گردن رحم تصمیم بگیرند که در مورد آن‌ها به جای جراحی از پرتو درمانی استفاده شود. امکان دارد پس از جراحی هم از پرتو درمانی استفاده کنند تا سلول‌های

شیمی درمانی (تهوع و استفراغ)

تهوع با استفراغ یا بدون استفراغ جزء عوارض شایع شیمی درمانی می‌باشد. مقصود از تهوع، آشوب‌شدن دل یا همان دل‌آشوبه و منظور از استفراغ، برگرداندن غذا می‌باشد. برای بیمارانی که دچار تهوع می‌شوند این مشکل بعد از پایان درمان برطرف می‌شود. تهوع سبب می‌شود که مواد غذایی لازم را نتوانید به بدن خود برسانید. نکات زیر برای شما کمک کننده خواهد بود.

کیانا معدنچی - کارشناس تغذیه و رژیم درمانی

استفراغ

ممکن است استفراغ به دنبال تهوع به علت شیمی درمانی، گاز معده یا روده و حرکت اتفاق بیفتد.

عده‌ای از بیماران دقیقاً بعد از درمان دچار استفراغ می‌شوند اما عده‌ای دیگر تا چند روز بعد از درمان هم به این حالت دچار نمی‌شوند. چنانچه استفراغ شدید باشد و یا بیش از ۲ روز طول بکشد، با پزشک خود تماس بگیرید تا با داروهای ضد تهوع لازم به شما کمک کند. البته خیلی از اوقات اگر شما تهوع را کنترل کنید، از استفراغ هم پیشگیری نموده‌اید.

ورزش‌هایی مثل یوگا و مدیتیشن می‌تواند به شما کمک کند این ورزش‌ها موجب تنفس عمیق ریتمیک و تمرکز در شما می‌شوند. در صورت بروز استفراغ توصیه‌های زیر را در نظر داشته باشید.

تا هنگامی که استفراغ کنترل نشده هیچ غذایی نخورید و هیچ مایعی ننوشید.

به هنگام کنترل استفراغ، مایعات سبک مانند آب یا آب گوشت آن هم به مقدار کم بنوشید.

هنگامی که قادر به تحمل مایعات سبک بودید از غذاهای مایع پُرانرژی رژیم غذایی نرم استفاده کنید البته این غذاها را هم به مقدار کم و در دفعات بیشتر بخورید تا امکان هضم غذا باشد.

هنگامیکه وضعیت شما مناسب شد به رژیم غذایی معمولی بازگردید.

در صورتی که هضم شیر برای شما مشکل است از رژیم غذایی نرم استفاده کنید و اجباری به مصرف شیر نداشته باشید.

عمل موجب احساس ناخوشایندی نسبت به غذاهای مورد علاقه‌تان می‌شود. اگر صبح‌ها دچار تهوع می‌شوید غذاهای خشک، برشته یا کلوچه قبل از بلند شدن از رختخواب میل نکنید.

در روز تزریق، از خوردن غذاهای به اصطلاح (سنگین) که هضم آن دشوار است خودداری کنید و در مواردی که تهوع هنگام شیمی درمانی ایجاد می‌شود یک یا دو ساعت قبل از درمان غذا بخورید.

از رفت و آمد در اماکنی که بوهای مختلفی مثل پیازداغ، سیرداغ و یا دود سیگار و عطر تند از آن به مشام می‌رسد پرهیز کنید. اگر بوی غذا ناراحتتان می‌کند از رفتن به آشپزخانه و یا آشپزی کردن خودداری کنید و در اتاق‌هایی که هوا در آن جریان ندارد غذا میل نکنید.

استراحت بعد از غذا می‌تواند کمک موثری باشد البته توجه داشته باشید که استراحت باید روی صندلی و در حالت نشسته باشد و یک تا دو ساعت بعد از غذا خوردن از دراز کشیدن خودداری کنید.

اگر دندان مصنوعی و یا هر گونه جسم خارجی در دهان دارید آن را درآورید چون باعث تحریک و تشدید تهوع (دل‌آشوبه) و استفراغ می‌شود.

زمانی که تهوع دارید سعی کنید از راه دهان نفس عمیقی بکشید.

سعی کنید لباس‌های گشاد بپوشید.

اصولاً توجه کنید در چه مواقعی به چه دلیل دچار تهوع می‌شوید (چه غذایی، چه مواقعی و در چه محیطی)، و در صورت امکان ماده غذایی و یا شرایط خود را تغییر دهید و این اطلاع را در اختیار پزشک خود قرار دهید.

از پزشک خود درباره داروهای ضدتهوعی که می‌توانند موجب کنترل تهوع و استفراغ شما شوند سوال کنید. غذاهایی را مصرف کنید که هضم آسان‌تری دارند.

مثل: غذاهای برشته، ماست، شربت، سوپ گندم، برنج و جو، سیب زمینی آب‌پز، برنج یا ماکارونی، مرغ بدون پوست آب‌پز و یا تهیه شده در فر که البته سوخته نشده باشد و یا جوجه کباب، مایعات سبک و خنک، تکه‌های یخ، نوشیدنی‌های کم شیرین مثل آب سیب

سعی کنید غذاهای زیر را مصرف نکنید: غذاهای چرب، پر روغن و یا غذاهای سوخته شده، غذاهای خیلی شیرین مثل شکلات و کیک، غذاهای خیلی داغ یا خیلی سرد، غذاهایی که چاشنی و ادویه بسیار دارند و کلا غذاهای تند مزه

هر بار که غذا می‌خورید کم بخورید زیرا شکم پر، تحریک پذیرتر است و اصولاً آهسته و به آرامی غذا بخورید تا هر بار مقدار کمی غذا وارد معده شود و غذا را خوب بجوید تا آسانتر و بهتر هضم شود. قبل از این که کاملاً گرسنه شوید غذا بخورید چون گرسنگی شدید می‌تواند سبب تهوع شود.

مایعات را یک ساعت قبل از غذا بخورید نه همراه آن، چون نوشیدنی مایعات موجب احساس نفخ و پری شکم می‌شود.

مایعات را به آرامی در طول روز و کم کم بنوشید می‌تواند برای این کار از نی کمک بگیرد.

به هنگام احساس تهوع، اجباری به خوردن غذاهای مورد علاقه‌تان نداشته باشید. این

اخبار پزشکی

تظاهرات دهانی-صورتی و ملاحظات دندان پزشکی در بیماری مولتیپل اسکلروزیس MS

دکتر کاظم فاطمی، دکتر علی فروزانفر، احمد معروفیان استاد یار بخش پریدنتولوژی
دانشکده دندانپزشکی مشهد

محققان کراهی 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 یک دوره ۵ ساله ۲۲۳ بیمار را مورد بررسی قرار دادند. کبد چرب به نظر می‌رسد که ریسک فاکتور غیرمرتبط 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

به دلیل اختلال اعصاب حرکتی مشکل می‌باشد که این مساله توجهی برای مشکلات دندان و پریدنتال این بیماران است. لذا استفاده از مسواک‌های برقی در این بیماران توصیه می‌گردد.

هیچ درمان قطعی برای ام اس وجود ندارد. برخی از داروها به منظور درمان تسکینی و یا علامتی این بیماران استفاده می‌گردد که دندانپزشک لازم است از تداخل عمل آن‌ها با داروهای مورد استفاده در دندانپزشکی آگاه باشد. شایع‌ترین عارضه جانبی این داروها عبارتند از: خشکی دهان، افزایش حجم لثه، موکوزیت، استوماتیت اولسراتیو، اختلال حس چشایی و افزایش عفونت‌های فرصت طلب نظیر کاندیدیازیس، التهاب گوشه لب و فعال شدن مجدد ویروس هرپس.

درمان‌های دندانپزشکی برای هر بیمار باید با توجه به شرایط او انجام گیرد. بهترین زمان برای درمان بیماران ام اس، در دوران Remission بیماری است. اگر نیاز به آرام بخشی داخل وریدی و یا بیهوشی عمومی وجود دارد، بهتر است بیمار در بیمارستان بستری گردد. تیم دندانپزشکی باید نقش فعال در جهت فراهم کردن و تداوم بهداشت دهان مناسب، برای بیماران ام اس داشته باشد.

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن و التهابی سیستم عصبی مرکزی است که منجر به دمیلینه شدن (اسکلروزه شدن) غلاف‌های عصبی در مغز و نخاع می‌گردد. اگر چه علت و پاتوژنز بیماری نامعلوم است، تحقیقات اخیر از طبیعت التهابی و نیز اختلال سیستم ایمنی در مراحل اولیه بیماری حکایت دارد. در دنیا حدود ۲/۵ میلیون نفر و در ایران حدود ۲۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند. از آنجایی که ام اس ممکن است به صورت درد در ناحیه دهان و صورت تظاهر یابد، دندانپزشک لازم است تا قادر به شناسایی بیماری بوده و آن را از دردهای با منشا دندان‌افتراق دهد.

شایع‌ترین تظاهرات دهانی-صورتی ام اس عبارتند از: درد با احساس کرخ شدگی یک طرفه صورت، اسپاسم و یا فلج یک طرفه صورت، اختلال خفیف مفصل TMJ که منجر به نقص در تلفظ صحیح کلمات گشته و اختلال یک طرفه بینایی نظیر نقص نسبی دید و درد و یا دو بینی، که این علائم ممکن است با ورزش و یا گرما تشدید گردد. دندانپزشک چنانچه این علائم را در بیمار مشاهده کرد باید ارجاع به نورولوژیست را به منظور بررسی کامل از نظر ام اس مد نظر داشته باشد.

ملاحظات دندانپزشکی بیماران ام اس

برخی از متخصصین ادعا کرده‌اند که جیوه موجود در آمالگام‌های دندان‌های ممکن است باعث تسریع و یا تشدید علائم ام اس گردد. اما از آن جایی که این مساله توسط تحقیقات علمی تایید نشده است، جایگزینی ترمیم‌های آمالگام منطقی به نظر نمی‌رسد. رعایت کامل بهداشت دهان در این بیماران

غذاهای خوب برای مقابله با دیابت

انتخاب مواد غذایی مناسب برای شما، به خصوص اگر یکی از ۳۶۶ میلیون فرد مبتلا به بیماری دیابت باشید، امر بسیار مهمی است. تحقیقات نشان داده‌است که پیروی از یک رژیم غذایی مناسب همراه با انجام تمرینات ورزشی منظم، و حفظ وزن در محدوده طبیعی، می‌تواند از بروز بیماری دیابت نوع ۲ جلوگیری کند. متن زیر مواد غذایی مفید در بیماری دیابت را معرفی می‌نماید. **کیانا معدنچی - کارشناس تغذیه و رژیم درمانی**

سرخ شده در روغن فراوان یا ماهی سوخاری مصرف نمی‌کنید.

۸- غلات و دانه‌های کامل

جو، جو دوسر، نان‌های سبوس‌دار و سایر غذاهایی که با غلات دانه‌های کامل درست می‌شوند، فیبر بالایی دارند و حاوی مواد مغذی مانند منیزیم، کرم، فولات و اسیدهای چرب امگا ۳ هستند.

۹- مغزهای خوراکی

در گذشته، مغزهای خوراکی مثل بادام، گردو، پسته و... به خاطر مقدار چربی بالایی که دارند کاملاً منع می‌شدند. هر چند تحقیقات نشان داده که این مواد غذایی حاوی چربی‌های خوب با امگا ۳ هستند که سلامت قلب را بهبود می‌بخشند و مزایای دیگری نیز دارند. اما به علت دارا بودن کالری و انرژی زیاد نباید مقدار زیادی از آن‌ها را مصرف کنید. ADA مصرف ۴۰ گرم (۱/۵ اونس) در روز معادل یک مشت کوچک را توصیه می‌کند.

۱۰- شیر و ماست بدون چربی

این محصولات لبنی نه تنها نیاز کلسیم و ویتامین D بدن شما را تامین می‌کند بلکه مصرف آن به عنوان میان وعده‌های مناسب در طول روز جلوی اشتباهی کاذب را می‌گیرد.

در خاتمه باید گفت مصرف مقدار متعادلی از غذاهای خوبی که در بالا عنوان شد، هرچند بعضی از آن‌ها کالری بالایی داشته باشند، بهتر از خوردن تنقلاتی مثل شکلات است.

هر چقدر که دوست دارید می‌توانید از آن‌ها استفاده کنید.

۳- مرکبات

نارنگی، گریپ فروت، و بقیه مرکبات غنی از ویتامین C هستند که به سلامت قلب کمک می‌کنند. از خود میوه به صورت کامل استفاده کنید نه آب میوه. فیبر موجود در میوه (به صورت کامل)، جذب قند را آهسته‌تر می‌کند و این اجازه را می‌دهد که بدون این که قند خونتان به‌طور ناگهانی بالا رود، از مواد مغذی موجود در مرکبات استفاده کنید.

۴- سیب زمینی شیرین

سیب زمینی شیرین با ویتامین A و فیبر بالا و شاخص گلیسمی پایینی که دارد، به اندازه سیب زمینی معمولی قند خون شما را به سرعت بالا نمی‌برد.

۵- توت‌ها

تمشک، توت فرنگی و سایر توت‌ها سرشار از آنتی‌اکسیدان‌ها، ویتامین‌ها و فیبر هستند. از انواع تازه یا یخ زده آن، بدون آن که به آن شکر اضافه کرده باشید، در سالادها و یا سایر دسرهای می‌توانید استفاده کنید.

۶- گوجه فرنگی

از این ماده غذایی خوب کم کالری چه به صورت خام و چه به صورت پخته استفاده کنید. آن را به صورت ورقه ورقه شده، بخارپز شده، جوشانده شده، در سالادها، سوپ‌ها و یا سایر غذاها استفاده کنید.

۷- ماهی

سالمون، ماهی تن، ماهی خال‌مخالی، هالیبوت و شاه‌ماهی، همه سرشار از اسیدهای چرب امگا ۳ هستند که هم به سلامت قلب و هم در مقابله با بیماری دیابت کمک می‌کنند. اما مطمئن باشید که ماهی

لیست غذاهایی که مواد غذایی خوب در دیابت نامیده می‌شود یک لیست طولانی است، هر چند، انجمن دیابت آمریکا، ۱۰ مورد از بهترین مواد غذایی که برای افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ وجود دارد را پررنگ‌تر از بقیه کرده‌است. این مواد غذایی حاوی مواد مغذی مثل کلسیم، پتاسیم، منیزیم، و ویتامین‌های A، C، E هستند که خصوصاً برای افراد مبتلا به دیابت مهم هستند. این مواد غذایی فیبر بالایی دارند که باعث می‌شوند شما برای مدت زمان طولانی‌تری احساس سیری کنید و این که شاخص گلیسمی پایین‌تری دارند، بنابراین جلوی بالا رفتن سریع قند خون را می‌گیرند. این مواد غذایی به حفظ و نگهداری فشار خون در سطح طبیعی و نیز چربی‌های خون در محدوده طبیعی (مثل کلسترول) کمک می‌کند، که البته برای تمام افراد و به خصوص برای آن دسته از افراد که مبتلا به دیابت هستند مهم می‌باشند.

ده ماده غذایی خوب

۱- دانه‌ها و حبوبات

انواع لوبیاها (لوبیا قرمز، لوبیا چشم بلبلی، لوبیا چیتی و...) و سایر حبوبات، هر چند کالری بالایی دارند اما غنی از مواد مغذی هستند و فیبر بالایی دارند. این دسته از مواد غذایی به شما کمک می‌کنند تا مدت زمان طولانی‌تری احساس سیری کنید.

۲- سبزیجات برگ سبز

اسفناج، کاهو و سایر سبزی‌های برگ سبز، مواد مغذی بالا و کربوهیدرات کمی دارند. به علاوه، این دسته از مواد غذایی کالری کمی دارند تا آن جا که پزشکان توصیه می‌کنند

دیابت و روزه‌داری

دیابت شامل گروهی از اختلالات ژنتیکی است که بر اثر واکنش‌های پیچیده‌ای که بین عوامل ژنتیکی و محیطی بوجود می‌آید رخ می‌دهد. عوامل دخیل در بروز افزایش قند خون عبارتند از: کاهش ترشح انسولین، کاهش مصرف گلوکز و افزایش تولید گلوکز که عموماً تحت درمان با انسولین یا قرص‌های خوراکی کنترل قند خون قرار می‌گیرند. سوال بسیاری از بیماران دیابتی در هنگام نزدیک‌شدن به ماه مبارک رمضان این است که آیا می‌توانند روزه بگیرند یا نه؟ در زیر به این سوال و سوالات مرتبط با روزه‌داری پاسخ خواهیم داد.

دکتر سمیرا مجیدیان

را به طور مرتب کنترل کنند. پزشک نیز باید بیمار را قانع سازد که وی سلامتی بیمار خود را خواهان است و تصمیم نهایی بر اثر همکاری و مشارکت بین بیمار و پزشک اتفاق می‌افتد.

مخاطره روزه‌داری در بیماران دیابتی چگونه است؟
بیمارانی که تحت درمان با مت فورمین هستند، در ریسک پایین قرار دارند. بیمارانی که رپاگلیناپد مصرف می‌کنند، در ریسک متوسط قرار دارند. افرادی با ریسک بالا در نظر گرفته می‌شوند که قند خون ۲۵۰ تا

تصمیم‌گیرنده اصلی در روزه‌داری شخصیت و احساسات بیمار، درک دقیق از احکام دینی و باورهای بیمار است. البته برخی بیماران اهلیت تصمیم‌گیری را در مورد خود ندارند و پزشک‌شان باید تصمیم لازم را برای آن‌ها بگیرد.

بیماران چه وظایف اخلاقی در قبال خود دارند؟
بیماران در مراجعه به پزشک نباید سهل‌انگاری کنند و باید بدانند که وضعیت سلامتی آن‌ها چگونه است و داروها را باید بطور منظم مصرف نمایند و قند خون خود

جهت روزه‌داری بیماران دیابتی باید چه نکاتی را رعایت نمایند؟
قبل از ماه رمضان بیماران باید از نظر وضعیت چشم - قلب - کلیه و قند خون بررسی شوند.

باید دید کدام بیمار توانایی روزه‌داری دارد؟
آنچه توانایی بیمار را تعیین می‌نماید، نوع دیابت، شدت بیماری، عوارض دیابت و داروهایی که بیمار مصرف می‌کند است. آموزش بیمار نیز بسیار مهم است. جزیی از توانایی بیمار را خود بیمار و جزیی دیگر را پزشک تعیین می‌نماید.



۳۰۰ دارند یا متوسط قند سه ماهه ۷/۵ الی ۹ داشته باشند. افرادی که در ریسک بسیار بالا هستند، بیمارانی هستند که در طی سه ماهه گذشته دچار افت قند خون شده باشند.

چه کسانی نباید روزه بگیرند؟
افرادی که فشار خون کنترل نشده دارند، قند خون بالا دارند، افراد با کراتینین بالا و بیماران دیابتی نوع ۱ نباید روزه بگیرند. اگر فردی از ابتدای ماه مبارک رمضان قند ناشتای زیر ۷۰ دارد نباید روزه بگیرد و اگر در طول روزه‌داری قند خون زیر ۶۰ و موقع سحر قند خون بالای ۲۵۰ دارد نباید روزه بگیرد.

افرادی که مجاز به روزه گرفتن هستند چه کسانی هستند؟
افرادی که قند خون مطلوب یعنی ناشتا زیر ۱۳۰ و دو ساعته زیر ۱۸۰ دارند و فشار خون‌شان کنترل شده‌است و دچار عوارض دیابت نیستند.
ممکن است فردی قند خون ۱۵۰ داشته باشد و بتواند در زمستان روزه بگیرد، اما ممکن است که در تابستان نتواند روزه بگیرد.

افرادی که مجاز به روزه‌داری هستند، باید دستگاه گلوکومتر درخانه داشته باشند تا بتوانند قند خونشان را کنترل کنند و آموزش لازم را قبل از روزه‌داری دیده باشند.

حال افرادی که روزه می‌گیرند چه نکاتی را باید رعایت نمایند؟

در طول ماه مبارک رمضان باید در کنترل باشند به طوری که اگر وزن آن‌ها بیش از ۲ کیلوگرم بالا یا پایین رفت باید به پزشک اطلاع دهند. افرادی که قرص متفورمین مصرف می‌نمایند دو سوم آن را افطار و یک سوم را در سحر مصرف نمایند. افرادی که گلی‌بن‌کلامید و مشابه آن را مصرف می‌نمایند میزان صبح را در زمان افطار و میزان شب را نصف کرده و در هنگام سحر مصرف نمایند. آکاربوز و گلو‌تازون نیاز به



می‌شود مایعات نیز زیاد بنوشند.

تغییر مقدار ندارند.

در مورد بیماران دیابتی نوع ۲ که انسولین تزریق می‌نمایند، اگر یک نوبت انسولین می‌گیرند، هنگام افطار تزریق کنند. افرادی که دو نوبت تزریق انجام می‌دهند، دوز انسولین شیری و رگولار را شب و یک نوبت رگولار را روز تزریق نمایند و یا می‌توانند رگولار را قبل افطار و شیری را شب بزنند. در مورد افرادی که هم شیری و هم رگولار می‌زنند باید دوز سحر را کم کرد.

در مورد تغذیه بیماران در روزه‌داری توصیه می‌شود که وعده صبحانه را افطار و وعده نهار را در آخر شب و شام را وعده سحر میل نمایند. افطار باید مختصر و شامل کربوهیدرات ساده باشد حال آن‌که وعده سحر حاوی کربوهیدرات پیچیده و غذاهایی که دیرتر تجزیه می‌شوند باشد تا روزه‌دار در طول روزه‌داری دچار افت قند خون نشود. در وعده سحر پرخوری نکنند و توصیه

عوارض روزه‌داری در بیماران دیابتی چیست؟

۱- افت قند خون که در بیماران دیابتی نوع ۲، ۷/۵ برابر افزایش می‌یابد. در افرادی نیز که میزان داروهای خود را در روزهای روزه‌داری تغییر نداده بودند شایع‌تر است.

۲- افزایش قند خون گاهی بدلیل کاهش داروها اتفاق می‌افتد.

۳- کتواسیدوز که عارضه‌ای است که به دنبال افزایش قند خون و مصرف کم مایعات اتفاق می‌افتد.

در مجموع بیمارانی که کنترل متابولیک خوبی دارند می‌توانند روزه بگیرند، البته باید توجه داشته باشند که پیش از ماه مبارک رمضان به پزشک خود مراجعه کرده و وضعیت خود را بررسی و میزان داروها را تنظیم نمایند.

آسم

امروزه آسم، چاقی و دیابت شیوع فزاینده‌ای در میان جوانان دارند و آسم و دیابت ممکن است در این جوانان هم زمان با هم وجود داشته باشد. شیوع ابتلا به آسم در میان جمعیت جوانان (در رده‌ی سنی کم‌تر از هجده سال) ۸/۷ درصد گزارش شده‌است و رابطه‌ی بین آسم و کنترل دیابت هنوز به خوبی شناخته شده نیست.

ترجمه: ندا جلیلیان

بیمار تکمیل شده بود، هم به بررسی آسم و هم داروهای تجویز شده، پرداختند. آن‌ها همچنین در طی ویزیت‌های دوره‌ای بیماران سطح هموگلوبین {A1C} آن‌ها را نیز مورد بررسی قرار دادند.

عوامل متعددی که در ارتباط با ابتلا به هر ۲ بیماری آسم و دیابت نقش دارند عبارتند از: سن، مرد بودن، نژاد هیسپانیک یا ایسلندی بودن، و سکونت داشتن در خانه‌هایی که فقط یکی از والدین در آن حضور دارند.

جوانانی که هر ۲ بیماری دیابت نوع ۱ و آسم در آن‌ها تشخیص داده شده بود، سطح متوسط هموگلوبین (A1C) بالاتری نسبت به کسانی که فقط مبتلا به دیابت بودند را نشان می‌دادند.

محققان اظهار می‌کنند که این نکته حتی بعد از متعادل شدن افراد از نظر سن، جنس، نژاد و قومیت و شاخص توده‌ی بدنی نیز صادق بوده است.

همچنین در این بررسی‌ها جوانان مبتلا به آسم، کنترل ضعیف‌تر قند خون را نشان

برخی مطالعات شواهدی از وجود ارتباط میان اختلال عملکرد ریوی و بالا رفتن سطح قند خون را بیان می‌کنند. در ضمن این مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به دیابت، اغلب عملکرد ریه‌ای ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند.

برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد ارتباط بین دیابت و عملکرد ریه، دکتر "بلک" و همکارانش، یک تجزیه و تحلیل مقطعی بر داده‌های حاصل از جست و جو در مورد دیابت و بررسی آن بر روی جوانان انجام داده‌اند. همچنین مطالعات مشاهداتی وسیع‌تری نیز، بر روی جمعیتی از کودکان و جوانان مبتلا به هر دو دیابت نوع ۱ و نوع ۲ تمرکز نموده است. گروه دکتر بلک و همکارانش در طی یک بازه‌ی زمانی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ به بررسی در بین ۱۶۸۳ نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک و ۳۱۱ نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته‌اند.

این پژوهش‌گران با استفاده از سوابق پزشکی و پرسشنامه‌هایی که توسط خود

این مطالعه‌ی مشاهداتی مربوط به ارتباط طولی ابتلا به بیماری دیابت نوع ۱ و نوع ۲ در جوانان می‌باشد که شیوع آسم و ارتباط بین کنترل آسم و کنترل دیابت را بررسی می‌نماید.

چکیده و دور نمای طرح

بر طبق نتایج به دست آمده از مطالعه بر روی حدود ۲۰۰۰ کودک و نوجوان در گروه سنی ۲۰ سال و جوان‌تر از ۲۰ سال که مبتلا به دیابت نوع ۱ و نوع ۲ بوده‌اند، بیماری آسم ممکن است در کنترل ضعیف قند خون در جوانان مبتلا به دیابت نقش داشته باشد، به خصوص در صورتی که این بیماری بدون درمان رها شود.

این مطالب به صورت آن‌لاین در مجله اطفال منتشر شده است. بر طبق این بررسی‌ها، شیوع آسم در میان تمام جوانان مبتلا به دیابت ۱۰/۹ درصد بوده است، در میان مبتلایان به دیابت نوع ۱ شیوع آن ۱۰ درصد و در میان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شیوع این بیماری به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر اعلام شده بود.

آسم، دیابت و چاقی اختلالات پیچیده‌ای‌اند که به مشکل فزاینده‌ی بسیار شایعی در میان جوانان در طول دهه گذشته تبدیل شده‌اند.

برطبق نظر دکتر ماری هلن (محقق دانشگاه کالیفرنیا) "اگر چه بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک وقوع هم‌زمان این بیماری‌ها را نشان داده‌اند، اما هنوز رابطه‌ی بین این ۳ حالت به خوبی درک نشده‌است"، محققان به تازگی به این موضوع نیز مشکوک گشته‌اند که، احتمال دارد چاقی با التهاب سیستماتیک نیز رابطه داشته باشد.



می‌دادند.

این موضوع به خصوص در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ که بیماری آسم آن‌ها با درمان دارویی کنترل نشده بود مشهود است، اما به هر حال پژوهش‌گران معتقدند که، ارتباط بین آسم و دیابت بعد از این که داده‌ها از نظر قومیت و نژاد تعدیل شد، چندان محکم نبوده‌است.

بیش از نیمی از جمعیت جوانان مبتلا به آسم (۵۷ درصد) که با "آسم یار" تحت درمان قرار گرفته بودند این دارو را به تنهایی یا همراه با سایر داروهای استنشاقی مصرف می‌کرده‌اند. حدود ۱۱ درصد از بیماران به وسیله‌ی کورتیکواستروئید و حدود ۱۳ درصد با استفاده از تعدیل‌کننده‌های لوکوترین تحت درمان قرار گرفته بودند، ۱۸ درصد دیگر نیز هیچ‌گونه سابقه‌ای از درمان دارویی را، نه در پرونده‌ی خود نه در پرسشنامه‌ی خود نشان نمی‌دادند.

پژوهش‌گران متذکر شدند که یکی از ویژگی‌های یافته شده این بوده است که جوانانی که تحت درمان با تعدیل‌کننده‌های لوکوترین بوده‌اند و این دارو را به تنهایی یا در ترکیب با "آسم یار" یا سایر داروهای استنشاقی مصرف می‌کرده‌اند کم‌ترین میزان شیوع "کنترل ضعیف قند خون" را نشان می‌دادند.

در واقع آن‌ها می‌خواهند این مطلب را عنوان کنند که برطبق داده‌هایشان: ۷۲ درصد از این شرکت‌کنندگان "کنترل بهینه‌ی قند خون" داشته‌اند که بالاترین نسبت کنترل بهینه‌ی قند خون در میان تمام گروه‌های مصرف‌کننده‌ی دارو بوده است.

آنها اظهار می‌دارند که یکی از دلایل ممکن برای این یافته‌ها این است که، داروهای یادشده سنتز لوکوترین را متوقف می‌کنند، یا در اتصال گیرنده‌ی لوکوترین اختلال ایجاد می‌کنند که بر روی التهاب راه‌های هوایی و ترشح موکوس تاثیر می‌گذارد. پژوهش‌گران معتقدند که این یافته‌ها نیازمند مطالعات بیشتر است.

بررسی‌های گسترده‌تر در مورد تاثیر داروهای مخصوص آسم بر روی التهاب

سیستماتیک، برای درک یک ارتباط کامل بین عملکرد ریوی، شاخص توده بدنی و کنترل قند خون ضروری است.

(برگرفته از: طب بیماری‌های کودکان ۲۶ سپتامبر ۲۰۱۱)

نکات برجسته‌ی متن

- این بررسی در جوانان دیابتی و از طریق یک مطالعه‌ی وسیع، چند مرکزی و مشاهداتی در میان جمعیتی بسیار متنوع از کودکان و جوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ و نوع ۲ انجام گرفته است.

- در این بررسی‌ها سطح هموگلوبین (A1C) به عنوان یک فاکتور جهت ارزیابی میزان کنترل دیابت در نظر گرفته شده بود. - سطح هموگلوبین (A1C) بالاتر از ۹/۵ درصد در هر سنی به عنوان کنترل ضعیف در نظر گرفته شده بود.

- استفاده از کورتیکواستروئید استنشاقی، به تنهایی و یا همراه با سایر داروها، به همراه لوکوترین استنشاقی به عنوان درمان دارویی برای آسم طبقه‌بندی شده بود.

- ۱۶۸۳ نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۳۱۱ نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده‌اند.

- از میان تمام بیماران مبتلا به آسم، ۱۱ درصد آن‌ها با کورتیکواستروئید استنشاقی، و ۱۳ درصد با تعدیل‌کننده‌های لوکوترین، تحت درمان قرار گرفتند و ۱۸ درصد هم تا به حال هیچ سابقه‌ای از درمان دارویی آسم در پرونده‌ی پزشکی خود نداشته‌اند.

- تجزیه و تحلیل‌های انجام‌شده برای این ارتباط بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

- شاخص توده‌ی بدنی (BMI) هیچ تاثیر بر آمار نداشته در حالی که "نژاد" و "قومیت" این آمار را تغییر داده است.

- در میان تمام شرکت‌کنندگان تعداد افراد مبتلا به آسم، ۱۰/۹ درصد اعلام شده بود.

- بررسی شیوع آسم بالاترین میزان را در میان بومیان آمریکا با ۲۲/۲ درصد نشان می‌داد و پس از آن آسیایی‌های مقیم جزایر اقیانوس آرام با ۱۹/۲ درصد و جوانان سیاه پوست با ۱۷/۳۰ درصد، شیوع این بیماری

را نشان می‌دادند و همچنین کم‌ترین میزان شیوع بیماری با ۸/۱ در میان جوانان غیر اسپانیایی سفید پوست اعلام شده بود.

- در میان تمام افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ بیماری آسم ۱۰ درصد گزارش شده بود، همچنین در میان تمام افرادی که مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند، ابتلا به این بیماری ۱۶/۱ اعلام شده بود.

- جوانان مبتلا به آسم سن بیشتری داشتند، بیشتر پسر بودند، بیشتر از نژاد آسیایی یا اقیانوسیه‌ای یا هیسپانیک بودند، بیشتر چاق بودند، و بیشتر از خانواده‌هایی با حضور یکی از والدین بودند.

- جوانان مبتلا به آسم احتمال بیشتری برای کنترل ضعیف دیابت داشتند.

- در مقایسه با شرکت‌کنندگانی که مبتلا به آسم نبوده‌اند، افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و آسم ۱/۳۷ برابر افزایش خطر "کنترل ضعیف قند خون" را نشان می‌دادند در حالی که انتظار کنترل خوب را داشتند و ۱/۹۱ برابر خطر بالاتر کنترل ضعیف قند خون را دارا بودند در حالی که انتظار کنترل خوب یا متوسط قند خون را داشتند.

- در میان جوانان مبتلا به دیابت و آسم استفاده از داروهای کنترل آسم مخصوصا بر کنترل قند خون تاثیر مثبت داشته است. - ۳۱ درصد از افرادی که داروهای آسم را دریافت نکرده بودند در مقابل ۱۷ درصدی که به وسیله‌ی کورتیکواستروئید استنشاقی و ۱۴ درصدی که به وسیله‌ی آسم‌یار تحت درمان قرار گرفته بودند، کنترل قند خون ضعیف داشتند.

پیامدهای بالینی

شیوع آسم در بین جوانان مبتلا به دیابت ۱۰/۹ درصد بوده است که نرخ بالاتری در میان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است. عدم استفاده از داروهای کنترل آسم با کنترل ضعیف قند خون در میان جوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ همراه است.

منبع: www.medscape.com

بازگشت به طبیعت، رمز سلامت

وقتی سرما می‌خوریم، در کنار استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها، قرص‌ها و شربت‌های مختلف، شلغم، سیر و لیموترش هم استفاده می‌کنیم؛ یا به هنگام بروز تنش‌های عصبی گل‌گاو زبان و نبات اولین چیزی است که به ذهن ما می‌رسد. این یعنی طب سنتی پا به پای طب مدرن در خانه‌های ما نفس می‌کشد و استفاده از گیاهان برای تسکین درد و درمان بیماری‌ها هنوز هم در کنار درمان‌های دارویی مدرن استفاده می‌شود.

المیرا امینی - کارشناس تغذیه و رژیم درمانی



شاید بتوان گفت امروزه بیش از هر زمان دیگری در سراسر جهان، مقوله سلامت به رجوع به طبیعت و دوری کردن از ترکیبات شیمیایی پیچیده گرایش یافته و احترام به طبیعت، الگو گرفتن از آن و استفاده مطلوب از مواهب طبیعی به تدریج از سطح مباحث علمی و تحقیقاتی خارج شده و در کلیه سطوح و عرصه فعالیت‌های تولیدی و خدماتی مورد توجه ویژه قرار گرفته است.

علم‌الادویه یا گیاه‌شناسی دارویی و طب سنتی که امروز از آن با نام مفردات پزشکی و فارماکوگنوزی یاد می‌شود در باورها و اعتقادات درمانی مردم و نیز در متون قدیمی طب سنتی ایران برگرفته از کتب معتبر و دانشمندان نام‌آوری چون ابن‌سینا، زکریای‌رازی، اهوازی‌ارجانی و ... می‌باشد که اصول طبابت آن بر چهار طبیعت مزاج آدمی یا اخلاط اربعه به نام: بلغم، صفرا، سودا، خون (دم) و همچنین بر گرمی و سردی استوار بوده و بر این اساس تشخیص و درمان صورت می‌گرفته است.

براساس این تفکر ارکان اربعه (هوا، آتش، خاک و آب) اجسامی بسطی‌اند که اجزاء اولیه موجودات مادی را تشکیل می‌دهند.

منظور از آتش، هوا، آب و خاک عنصری آتش، هوا و آب و خاک متعارف نیست؛ بلکه استفاده از این واژه‌ها به دلیل مشابهتی است که بین بعضی از خصوصیات این مواد با سمبل‌ها یا نمادهای مورد نظر وجود دارد. به این ترتیب که هوا (دم یا خون)، نماینده ویژگی‌های گرمی‌تری، آتش (صفرا) نماینده گرمی و خشکی، خاک (سودا) نماینده سردی و خشکی و آب (بلغم) نماینده سردی و تری است.

عناصر اربعه را نمی‌توان به صورت مجزا در

طبیعت پیدا کرد، بلکه این عناصر در ترکیب

مواد مرکب وجود دارند و بدن انسان (و غیر انسان) از این عناصر تشکیل شده است.

حتی فصل‌ها نیز با دارا بودن این ویژگی‌ها قابل توصیفند؛ بهار گرم و تر، تابستان گرم و خشک، پاییز سرد و خشک و زمستان سرد و تر است.

مزاج به معنای کیفیت متوسطه متشابهه حاصله از ترکیب و امتزاج اجزاء عناصر است به عبارت دیگر مزاج به معنای «کیفیت

غالب بر جسم» است.

مزاج بر دو نوع مفرد و مرکب است. انواع این مزاج‌ها عبارتند از گرم، تر، خشک، سرد، گرم و خشک، گرم و تر، سرد و تر و سرد و خشک.

مزاج مادرزادی قابل تغییر نیست و هر فردی با یک نوع مزاج متولد می‌شود آگاهی نسبت به مزاج باعث می‌شود که انسان تدابیری لازم برای ادامه زندگی‌اش در نظر گیرد.

ویژگی‌های مزاج‌ها از نظر ظاهری و حالات جسمانی

دموی: طبع گرم و تر دارند، در ظاهر چهره برافروخته و سرخی دارند، چاق و ماهیچه‌ای هستند، افراد دم دمی مزاجی هستند (همان‌طور که خودمان در فرهنگ عامیانه‌مان داریم). غالباً دچار بیماری‌های افزایش حجم خون می‌شوند مثل فشارخون بالا، سرخی چشم یا رمد، خون دماغ، سکتة و خون‌ریزی اعضاء می‌شوند. این‌ها افراد شاد و بذله‌گویی هستند و مشکلات روحی برایشان پیش نمی‌آید. از نظر تاثیر مواد غذایی روی افراد دموی: سردی آزار و اذیتی به ایشان نمی‌رساند، گرمی هم آن‌چنان تاثیر منفی رویشان ندارد مگر این‌که بیش از حد خورده باشند.

دفع فضولات در این افراد تقریباً متعادل است. ادرار پر رنگ و مدفوع بصورت متعادل خارج می‌شود مگر آن‌که میزان صفرا بالا باشد. خواب خوبی دارند البته خوابشان از بلغمی‌ها کمتر است.

صفراوی: افراد صفراوی یا مزاج صفراوی، طبع گرم و خشک دارند، از نظر جسمی افراد متوسط‌الحالی هستند. لاغر استخوانی نیستند ولی چاق هم نمی‌شوند. افراد صفراوی در اندام متوسطند، رنگ پوستشان گندمگون است. ظاهر پوست خشک است و رطوبت ندارد گرمی اثر منفی شدید رویشان دارد. برخلاف بلغمی‌ها از نظر بیماری‌ها افراد صفراوی بیشتر به هپاتیت، زخم‌های معده، جوش‌های صفراوی و قرمز شدن چشم‌ها مبتلا می‌شوند. از نظر روحی بسیار سریع خشمگین و بسیار سریع خاموش می‌شوند. مثل شعله، بسیار افراد تیز و باهوشی هستند ولی حافظه چندان ندارند. غذاهای سرد و مخصوصاً مرطوب مثل دوغ، شیر و ماء‌الشعیر برایشان مناسب و نشاط‌آور است و برعکس غذاهای گرم برای آن‌ها خوب نیست.

سوداوی: افراد سوداوی طبع سرد و خشک

دارند، این افراد، معمولاً لاغر استخوانی هستند یا لاغر قد کوتاه یا لاغر قد بلند. گوشت و چربی ندارند یا کمتر دارند. از نظر ظاهری پوست بدنشان یا خیلی سفید است مثل کاغذ که علتش کم‌خونی و یا غلظت شدید خون است که راحت در پوست بدن نفوذ نمی‌کند یا پوستشان کم‌داللون (سیاه‌چهره) است.

از آنجا که مزاجشان سرد و خشک است غذاهای گرم و تر برایشان سازگار است. بین آجر و آب روی دو شعله مثل هم در زمان مساوی آجر زودتر گرم می‌شود و بعد از خاموش شدن گاز آجر زودتر سرد می‌شود، به افراد سوداوی نه گرمی شدید و نه سردی شدید می‌توان داد یعنی با یک کشمش گرمی‌شان می‌شود و با یک غوره سردی‌شان می‌شود، تعداد این افراد زیاد است.

افراد سوداوی عمر نسبتاً بالایی دارند. دچار اشتهای کاذبند یعنی زود به زود گرسنه می‌شوند و با چند لقمه سیر می‌شوند.

از نظر خواب اگر سردی‌شان شود خواب‌های طولانی مدت می‌کنند و خواب‌های پریشان می‌بینند اگر سودا اضافه شود بی‌خوابی به سرشان می‌زند این افراد معمولاً وارد کارهای ریز و هنری می‌شوند، افراد شاعر پیشه‌ای (تیپ سهراب سپهری) هستند، موی سرشان نمی‌ریزد و تا پیری معمولاً می‌ماند، معمولاً موهای خشن و درشت و زبری دارند، بیشتر در نقاشی و شعر وارد می‌شوند، اغلب منزوی و گوشه‌گیر هستند.

بلغمی: طبع سرد و تر دارند. از نظر ظاهری افراد فربه و چاقی هستند ولی بدنشان سست است. بخاطر چربی بالایی که دارند، پوستشان سفید است و آن قرمزی دموی‌ها را ندارند. در مقابل سردی واکنش منفی نشان می‌دهند مثلاً ماست و خیار و دوغ که بخورند بدنشان سست و بی‌حال و کسل می‌شود. اغلب دچار افزایش فشار خون می‌شوند ولی فشارخون بالای این افراد بخاطر بالا رفتن بلغم است و نه به خاطر خون و هنگام بالا رفتن بلغم صورتشان قرمز نمی‌شود. بیشتر به بیماری‌های معده



و مفاصل دچار می‌شوند. افراد کسلی هستند ولی بسیار بسیار سعه صدر و حوصله دارند از نظر تاثیر مواد غذایی سردی سریعاً روی بدنشان تاثیر منفی می‌گذارد و خوردن گرمی برایشان نشاط ایجاد می‌کند و سرحال‌تر می‌شوند هرچند ممکن است میل به خوردن سردی زیادتر داشته باشند. یک قاعده هم داریم که «الجنس الی الجنس یمیلوا» یعنی هر جنس به طرف جنس خودش میل و کشش پیدا می‌کند از همین رو افراد سرد، میل به سردی بیشتر دارند ولی گرمی برایشان بهتر است مثلاً عسل برایشان تاثیر مثبت دارد ولی میل درونی خودشان به طرف چیزهای سرد بیشتر است. از نظر دفع فضولات، ادرار صبحگاهی این افراد معمولاً رقیق تر است و از نظر مدفوع معمولاً حالت یبوست دارند. دیرتر خسته می‌شوند، هرچه کار می‌کنند کمتر خسته می‌شوند برخلاف افراد گرم مزاج که زود خسته می‌شوند. این افراد خواب خوبی دارند تا بیدارشان نکنی از خواب بیدار نمی‌شوند. معمولاً افراد کندی هستند و حافظه‌های ثابتی ندارند. (البته کلیت ندارد چون طیف گسترده‌ای از مردم را می‌سنجیم که ممکن است بلغمی باشند و بالاترین حافظه دنیا را داشته باشند).

بين الملل



مرکز ترک قطعی سیگار "پیتر مک"

مرکز ترک سیگار پیتر مک یک مکان سالم‌تر برای همه‌ی افراد است. سیگار کشیدن در پیتر مک مجاز نیست.

ترجمه: ندا جلیلیان

پیتر مک: ترک قطعی سیگار

پیتر مک بهترین و جلوترین مرکز استرالیایی درمان تحقیق و آموزش و پژوهش در زمینه‌ی سرطان می‌باشد که کاملاً "smoke free" (فاقد سیگار و دود سیگار) است.

چرا مرکز پیتر مک کاملاً فاقد هرگونه دخانیات می‌باشد؟

استعمال تنباکو برای سلامتی افراد سیگاری و غیر سیگاری بسیار مضر است.

هیچ میزان تایید شده‌ای برای استعمال سیگار وجود ندارد و حتی مقدار بسیار کم "دود سیگار موجود در محیط (ETS)" هم برای سلامتی، خطر ناک محسوب می‌شود.

استعمال تنباکو منجر به:

- سرطان ریه،
- سرطان حنجره،



به هیچ عنوان مجاز نمی‌باشد.

- سرطان پانکراس،
- سرطان مثانه،
- سرطان معده،
- سرطان دهانه رحم و
- سرطان کلیه می‌شود.

همان‌طور که در تمام مکان‌ها و تاسیسات پیتر مک دیده می‌شود، افراد سیگاری تشویق می‌شوند که سیگار کشیدن را ترک کنند.

برای این که خدمات این مرکز دائماً و بدون وقفه ارائه گردند و از این موضوع که همه‌ی نیازهای بیماران درک می‌شوند، اطمینان حاصل شود، هنگامی که به این مرکز مراجعه می‌کنید از شما در مورد وضعیت سیگار کشیدنتان پرسیده می‌شود. این انتظار وجود دارد که تمام بیماران بازدید کنندگان و داوطلبان به این خط مشی و قوانین احترام بگذارند و آن را بپذیرند.

"همکاری شما قابل ستایش است"

همچنین این کار منجر به حادثه شدن myeloid lukaemia نیز می‌گردد.

(ETS) خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های تنفسی و سرطان در افراد غیر سیگاری را نیز افزایش می‌دهد.

هدف از خدمات ارائه شده در مرکز ترک سیگار پیتر مک، وجود یک محیط زیست سالم‌تر، ایمن‌تر و پاک‌تر برای همه‌ی افراد تحت درمان، بازدید کنندگان و کارکنان کلینیک می‌باشد.

سیگار کشیدن در داخل و یا مجاور هیچ یک از تاسیسات و ساختمان‌های مرکز پیتر مک، از جمله:

- ورودیه‌ها
- خروجی‌ها
- بالکن‌ها
- کافه‌ها و رستوران‌ها
- پارکینگ‌ها
- و وسایل نقلیه

سرطان و ترک سیگار

در این مرکز افراد سیگاری تشویق می‌شوند که سیگار کشیدن را کنار بگذارند و مشاوره‌هایی که در بردارنده‌ی موضوعاتی نظیر: درمان به وسیله‌ی جانشین‌های نیکوتین و یا دارو می‌باشد، به آن‌ها ارائه می‌گردد.

حتی اگر سرطانی هم در شما تشخیص داده شده باشد، چنانچه سریع‌تر سیگار کشیدن





را ترک کنید، به نفع شما خواهد بود.

بعضی از دلایلی که نشان می‌دهد ترک سیگار برای شما بهتر است شامل موارد زیر می‌باشد:

- با این کار شیمی‌درمانی و یا پرتودرمانی شما می‌تواند اثر بخش‌تر گردد.
- ممکن است اثرات جانبی کم‌تری را از درمان سرطان خود تجربه کنید.
- شانس بیشتری برای حفظ وزن خود خواهید داشت.
- ریسک گسترش سرطان شما کم‌تر خواهد شد.

- این کار به بهبود کنترل درد و کم‌تر احساس کردن درد کمک می‌نماید.
- ریسک عوارض جراحی کم‌تر خواهد بود.

همچنین ترک سیگار مزیت‌های زیر را نیز خواهد داشت:

- ارتقاء سطح تندرستی
- برخورداری از یک سیستم ایمنی قوی‌تر
- امکان راحت‌تر نفس کشیدن
- ریسک کم‌تر بیماری‌های قلبی و عروقی
- ریسک کم‌تر لخته شدن خون
- ریسک کم‌تر عفونت
- افزایش آهنگ بهبود یافتن و التیام زخم‌ها
- افزایش تراکم استخوان
- افزایش باروری

سایر مزیت‌های ترک سیگار عبارتند از:

- این عمل خانواده و دوستان شما را در مقابل ETS محفوظ نگه می‌دارد، و سلامت فرزندان شما را بهبود می‌بخشد
- باعث افزایش لذت بردن از خوردن غذا می‌شود.
- باعث احساس راحتی بیشتر نمودن در یک محیط فاقد دود سیگار می‌گردد.

- باعث راحت شدن از شر بوی سیگار می‌گردد.
- باعث افزایش یافتن اعتماد به نفس در شما می‌گردد.
- باعث بهبود یافتن ظاهر شما خواهد شد و
- منجر به صرفه جویی در هزینه‌ها نیز می‌گردد.

آماده شدن برای ترک سیگار

آماده شدن برای ترک سیگار به شما این فرصت را می‌دهد که در مورد این موضوع که چرا سیگار می‌کشید، بهتر بیندیشید و علت این رفتار خود را پیدا کنید.
این کار به شما فرصت می‌دهد که اعتیاد به نیکوتین خود را بررسی کنید و بهترین راه ترک سیگار مناسب برای خود را که شامل، کنترل خود برای "صرف نظر کردن از نیکوتین" است، را انتخاب نمایید.

منبع: www.petermac.org

۱۰ سال غربالگری برای تالاسمی و کم خونی داسی شکل

ترجمه: ندا جلیلیان

منبع: شماره ۱۱۹ نشریه ی Matters Thalassaemia Society

این برنامه، دکتر Alison Streetly و Obe برای دیدگاه‌ها و رهبری شایسته و برنامه‌ی قابل ملاحظه‌اش تبریک گفت، چرا که نه تنها نقش بزرگی در تشخیص زودرس بیماری‌های - نیازمند درمان پیشرفته - داشته است، بلکه به کاهش "بد بینی نسبت به بیماران که اغلب با این نوع بیماری‌ها همراه است نیز کمک نموده است."

خانم Dianne Abbott عضو کرسی APPG افزود:

"در ۱۰ سال گذشته کم خونی داسی شکل و تالاسمی به شکل موفقیت آمیزی از حاشیه‌ی فعالیت‌های NHS به راس فعالیت‌های آن تبدیل شده است. امروزه بیماری کم خونی داسی شکل شایع‌ترین بیماری ارثی جدی در انگلستان است و این موضوع بسیار حیاتی است که ما سرمایه‌گذاری خود را در زمینه‌ی افزایش کیفیت زایمان‌ها و غربالگری قابل قبول ادامه دهیم."



NHS یا National Health Service (خدمات بهداشت ملی) سازمانی است که باهدف ارتقاء سطح سلامت عمومی در انگلستان فعالیت دارد.

مجمع گروه‌های پارلمانی، (APPG) برای بیماری‌های تالاسمی و کم خونی داسی شکل یک نشست رسمی را در "Portcullis House" در تاریخ ۲۱ ژوئن ۲۰۱۱، به منظور مورد توجه قرار دادن دهمین نشست سالانه‌ی برنامه‌ی غربالگری NHS برای بیماری‌های تالاسمی و کم خونی داسی شکل برگزار کردند.

این نشست، به همراه بزرگداشت روز جهانی "کم خونی داسی شکل" در ۱۹ ژوئن با حمایت‌های شایسته و قابل تقدیر دکتر JOHN SENTAMU " برگزار شد.

برنامه‌ی غربالگری تالاسمی و کم خونی داسی شکل که در سال ۲۰۰۱ آغاز شد، اولین برنامه‌ی غربالگری ژنتیک در NHS و نیز اولین در جهان است که غربالگری‌های پیش از تولد و غربالگری‌های نوزادان را به هم مربوط می‌کند.

این برنامه غربالگری‌های پیش از تولد را برای تمام زنان باردار در انگلستان ارائه

می‌دهد و همچنین دربردارنده‌ی غربالگری برای تمام نوزادان تازه متولد شده نیز هست. طبق گفته‌ی خانم Anne Milltone وزیر بهداشت عمومی، "باید به گرداننده‌ی

دلایل بزرگداشت روز جهانی هموفیلی سال ۲۰۱۲

روز جهانی هموفیلی ۱۷ آوریل



- ارتقاء سطح آگاهی در باره‌ی "اختلالات خون‌ریزی دهنده‌ی ارثی" در جامعه‌ی شما
- جلب حمایت برای سازمان و اهدافتان
- حمایت از تلاش‌های ترویجی در این زمینه، به همراه مقامات دولتی
- مشارکت در جامعه‌ی "مراقبت جهانی" ما
- حمایت از گروه‌های بیماران و یا بخش محلی شما
- گسترش بحث درباره‌ی نیاز جهانی برای افراد مبتلا به اختلالات خون‌ریزی دهنده در کشورهای در حال توسعه
- آموزش‌دادن به بیماران جدید و خانواده‌های آن‌ها
- جذب داوطلبان و اعضای بیشتر
- حمایت از مرکز درمانی هموفیلی شما
- تطبیق دادن روز جهانی هموفیلی با سایر موارد مورد نیاز شما
- حمایت از فدراسیون جهانی هموفیلی و چشم اندازهای درمانی برای همه‌ی افراد

برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به سایت زیر مراجعه کنید:

www.wfh.org/whd/en

فرهنگی



خواندنی‌ها

چگونه برای زندگی بهتر افکار مثبت داشته باشیم؟

خلاصه: افکار از چنان قدرتی برخوردارند که می‌توانند سازنده یا ویران‌گر باشند، بنابراین باید به خود و فرزندانمان بیاموزیم که افکارمان را هوشمندانه کنترل کنیم تا در زندگی به موفقیت‌ها و کامیابی‌های بزرگی دست یابیم.

۱- نسبت به خودمان احساس خوبی داشته باشیم و خود را خوب، توانا و با ارزش بدانیم.

۲- لیستی از صفات مثبت خود تهیه کنیم و راه‌های تقویت آن‌ها را بیابیم و تجربه کنیم.

۳- لیستی از افکار منفی خود در طی روز تهیه و سعی کنیم برای هر فکر منفی یک فکر مثبت معادل بیابیم تا به کمک آن بتوانیم با افکار منفی مقابله کنیم.

۴- سعی کنیم در گفتار و برخوردهای روزانه از کلمات و جملات مثبت استفاده کنیم، مثلاً در ملاقات با دیگران بجای استفاده از کلمه «خسته نباشید» که دارای بار منفی و القای حس خستگی است، بگوییم «خدا قوت»، «شاد باشید» و یا «پر انرژی باشید»

۵- افکار خود را متوجه خوبی‌ها و جنبه‌های مثبت زندگی کنیم تا به مرور مثبت‌نگر شویم.

۶- با خوشبینی سعی کنیم، دستوراتی به ذهن خود بدهیم که اندیشه‌های جدید مثبت شکل گیرند.

۷- هر روز صبح که از خواب بر می‌خیزیم با نگاه کردن به منظره‌ی یک تابلوی نقاشی زیبا و یا اسماء‌الله روز خود را با نشاط و خوش‌بینی آغاز کنیم.

۸- از افراد منفی‌نگر یا موقعیت‌هایی که باعث ایجاد افکار ناخوشایند و منفی می‌شوند دوری و یا سعی کنیم کمتر با آن‌ها برخورد داشته باشیم.

۹- به مشکلات به عنوان محکی برای ارزیابی توانایی‌های خود نگاه کنیم و هرگز نتیجه‌ی بدی را پیش‌بینی نکنیم، زیرا مشکلات فقط به اندازه‌ای مهم هستند که ما آن‌ها را مهم می‌پنداریم.

۱۰- به لحظات و خاطرات زیبا و دوست داشتنی گذشته‌ی خود فکر کرده و سعی کنیم آن‌ها را تکرار نماییم.

۱۱- از تردید و دودلی دوری کرده و کارها را با جدیت دنبال کنیم.

۱۲- به ندای منفی درونی خود و تلقین‌های مخرب و نگران‌کننده‌ی دیگران بی‌توجه باشیم و سعی کنیم عکس آن‌ها را انجام دهیم.

۱۳- به قدرت بیکران خداوند ایمان داشته باشیم و با خود تکرار کنیم که من لیاقت بهترین‌ها را دارم و با لطف خدای بزرگ به آنها خواهم رسید.

۱۴- از میان اهداف خود هدفی را انتخاب کنیم که امید بیشتری به موفقیت آن داریم





و در تلاش برای تحقق آن، به فکر تأیید یا تکذیب دیگران نباشیم.

۱۵- در توصیف احوال و زندگی خود از کلمات مثبت استفاده کنیم.

۱۶- در تعریف از افراد خانواده یا دوستان از کلمات مثبت و روحیه بخش استفاده کنیم (فلانی شخص بسیار شریف و بزرگواری است).

۱۷- از چشم و هم‌چشمی و حسادت که باعث ایجاد افکار منفی می‌شود دوری و سعی کنیم روش زندگی خود را خودمان انتخاب کنیم.

۱۸- هرگز شعار خواستن، توانستن است را فراموش نکنیم و بدانیم که در سایه‌ی سعی و تلاش به آنچه بخواهیم می‌رسیم.

۱۹- قدر لحظات زندگی را بدانیم و از آن‌ها به خوبی استفاده کنیم، زیرا هرگز تکرار نخواهد شد.

۲۰- برای تغییر اوضاع و شرایط نامساعد اقدام کنیم و مطمئن باشیم که می‌توانیم آنها را از بین ببریم.

۲۱- از خود انتظار بیش از حد نداشته باشیم و خود را همه فن حریف ندانیم، به عبارت دیگر از کمال‌گرایی مطلق که باعث اضطراب و احساس عجز و ناتوانی می‌شود خودداری کنیم.

۲۲- خود را از قید و بندهای آزاردهنده رها ساخته و ساده زندگی کنیم تا فکر و خیال آسوده‌ای داشته باشیم.

۲۳- از انزوا و گوشه‌گیری که باعث ایجاد افکار منفی می‌شود دوری کرده و اوقات خود را در جمع خانواده، فامیل و دوستان سپری کنیم.

۲۴- هر وقت احساس کردیم که افکار منفی سراغمان آمده است، وضعیت خود را تغییر دهیم و به کاری سرگرم شویم.

۲۵- ممکن است هنگام خواب در رختخواب افکار منفی به سراغمان بیاید، تا خسته نشده‌ایم به رختخواب نرویم.

۲۶- هرگز به هیچ وجه خود را بدبخت، ناتوان و درمانده احساس نکنیم.

۲۷- اعتماد به نفس خود را در هر شرایطی حفظ کنیم و هرگز به دیگران اجازه ندهیم که آن را متزلزل کنند. باید متوجه باشیم که اعتماد به نفس کلید خلق تفکر مثبت است.

۲۸- خندیدن را فراموش نکنیم. خندیدن باعث می‌شود تا افکار ناراحت‌کننده و منفی جای خود را به افکار مثبت و شاد بدهند.

اجرای راه‌کارهای تقویت مثبت هیچ هزینه‌ای ندارند و به سن و سال افراد نیز مربوط نمی‌شوند.

فقط باید این شعار را فراموش نکنیم:

اگر افکارمان را کنترل کنیم، زندگی‌مان متحول می‌شود.

جدول سودوکو

ساده

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

پیشرفته

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

توبه من خنیدی و نمی دانستی

من به چه دلهره از باغچه همسایه سیب را دیدم

باغبان از پی من تند دوید

سیب را دست تو دید

غضب آلوده به من کرد نگاه

سیب دندان زده از دست تو افتاد به خاک

و تو رفتی و هموز،

سال هست که در گوش من آرام آرام

خش خش گام تو تکرار کنان می دهد آزارم

و من اندیشه کنان غرق در این پندارم...

که چرا باغچه کوچک ما سیب نداشت



black (17.3%) youth, and was lowest among non-Hispanic white youth (8.1%).

- Among those with type 1 diabetes, asthma was present in 10.0% (95% CI, 8.6% - 11.4%); among those with type 2 diabetes, asthma was present in 16.1% (95% CI, 12.0% - 20.2%).
- Youth with asthma were older; more likely to be boys; more likely to be black, Hispanic, Asian, or Pacific Islander; more likely to be obese; and more likely to come from single-parent homes.
- Youth with asthma were also more likely to have poor diabetes control.
- Of those with asthma, 11% were treated with inhaled corticosteroids and 13% with leukotriene modifiers; 18% had no record of asthma medication prescriptions.
- Associations between asthma status and diabetes control were

driven by type 1, not type 2, diabetes.

- Thus, the analysis for the association was conducted among participants with type 1 diabetes.
- Compared with participants without asthma, those with type 1 diabetes and asthma had 1.37 times increased risk for poor diabetes control vs good control, and 1.91 times higher risk for poor glycemic control vs either intermediate or good control.
- Body mass index had no impact on the odds ratios, whereas race and ethnicity changed the odds ratios.
- Among youth with both diabetes and asthma, use of asthma medications affected glycemic control significantly.
- 31% of those who did not receive asthma medications had poor control vs 17% of those treated with inhaled corticosteroids and 14% of those treated

with rescue inhalers.

- Among those with asthma medication use, the risk for poor glycemic control was not increased.
 - Among those who did not use asthma medication, the risk for poor glycemic control was increased 3.29 times.
 - The authors concluded that asthma was more prevalent among youth with diabetes vs the general population and that nonuse of asthma medications was associated with poor glycemic control.
- Clinical Implications**
- The prevalence of asthma among youth with diabetes is 10.9%, with a higher rate among those with type 2 diabetes (16.1%).
 - Nonuse of asthma medication is associated with poor glycemic control among youth with type 1 diabetes.

both type 1 and type 2 diabetes. Dr. Black's group looked at SEARCH data on 1683 youths diagnosed with type 1 diabetes and 311 youths diagnosed with type 2 diabetes during the period from 2002 to 2005.

The researchers used medical records and self-administered questionnaires to assess both asthma status and the medications prescribed. They also checked hemoglobin A1c levels during the patients' office visits. Several factors were associated with the dual diagnoses of asthma and diabetes: older age; male sex; black, Hispanic, or Pacific Islander ethnicity; and residing in a single-parent household.

Youths with dual diagnoses of type 1 diabetes and asthma had higher mean A1c levels than those with diabetes alone. That was true even after adjustment for age, sex, race/ethnicity, and body mass index (7.77% vs 7.49%; $P = .034$), the authors say.

Youths with asthma were also more likely to have poor glycemic control ($P = .025$). That was especially true in patients with type 1 diabetes whose asthma was not being managed with drug therapy. However, that association was not as strong after the data were adjusted for race and ethnicity, the researchers say.

More than half of the youths with asthma (57.3%) were being treated with rescue inhalers, either alone or in combination with other inhaled medications. About 11% were being treated with inhaled corticosteroids, and 13% were using leukotriene modifiers. Another 18% had no

record of being on pharmacotherapy, either in their medical files or on their questionnaire responses.

One particularly interesting finding, the authors noted, was that young people being treated with leukotriene modifiers, either alone or in combination with rescue inhalers or other inhaled medications, had the lowest prevalence of poor glycemic control. "In fact," they write, "72% of these participants had good glycemic control, representing the highest proportion of good glycemic control among all groups of medication users." One possible explanation for that finding, they say, is that those medications block leukotriene synthesis, or else interfere with leukotriene-reception binding, which, in turn, cuts down on airway inflammation and secretion of mucus.

The authors say their findings merit more study. "Further investigation of the effect of asthma-specific medications on systemic inflammation is necessary to understand the complex relationships between pulmonary function, [body mass index], and glycemic control."

The authors have disclosed no relevant financial relationships. Pediatrics. Published online September 26, 2011. Abstract Study Highlights

- The SEARCH for Diabetes in Youth Study is a large, multicenter, observational study among a highly diverse population of children with type 1 and 2 diabetes.
- Youth younger than 20 years in 2001 were included in this study. They were from 4 geo-

graphically defined areas, and Indian Health Services beneficiaries were recruited from 4 Native American populations.

- Participants completed initial study visits and were assessed by health questionnaires, blood tests, and physical examination.
- The investigators searched for medical records from 2 months before diagnosis to 6 months after diagnosis for inpatient and outpatient encounters and medications that were prescribed.
- Hemoglobin A1c levels were tracked as a measure of diabetes control.
- The cutoff values of hemoglobin A1c from the American Diabetes Association were used to assess the level of control (7.5% to 6.5% for those younger than 6 years, < 8.0% for those 6 to 12 years old, < 7.5% for those 13 to 18 years old, and < 7.0% for those 19 years and older).
- Hemoglobin A1c levels higher than 9.5% at any age were classified as poor control.
- Asthma medications were categorized as inhaled corticosteroids alone or in combination, leukotriene modifiers alone or in combination, and rescue inhalers alone or in combination.
- The type of diabetes was based on clinician diagnosis.
- The study sample consisted of 1994 youth ranging in age from 2 to 21 years old.
- 1683 youth had type 1 diabetes, and 311 had type 2 diabetes.
- Among all participants, asthma was present in 10.9% (95% CI, 9.6% - 12.3%).
- Asthma prevalence was highest among Native Americans (22.2%), followed by Asian Pacific Islanders (19.2%) and

Asthma, obesity, and diabetes

Asthma, obesity, and diabetes are increasingly prevalent among youth, and asthma and diabetes may coexist in many of these young individuals. The population prevalence of asthma is reported at 8.7% among youth younger than 18 years. The effect of asthma on diabetes control is not well known, however.

This observational study of a longitudinal cohort of youth with type 1 and 2 diabetes examines the prevalence of asthma and the association between asthma control and diabetes control.

Medscape

Study Synopsis and Perspective

Asthma may contribute to poor glycemic control in young people with diabetes, especially if it is left untreated, according to results from a study of nearly 2000 children and adolescents, age 20 years and younger, with either type 1 or type 2 diabetes. The study was published online September 26 in *Pediatrics*.

The prevalence of asthma among all the youths with diabetes was 10.9% (95% confidence interval [CI], 9.6% - 12.3%). Among young people with type 1 diabetes, the prevalence was 10.0% (95% CI, 8.6% - 11.4%).

In those with type 2, prevalence was considerably higher, at 16.1% (95% CI, 12.0% - 20.2%).

Asthma, diabetes, and obesity are complex disorders that have become increasingly common among youth during the past decade, note lead author Mary Helen Black, PhD, from the Department of Research and Evaluation, Kaiser Permanente Southern California, Pasadena, and colleagues. "Although several epidemiologic studies have reported their co-occurrence, the relationship between these 3 conditions is not well understood," they write.

Researchers have recently come

to suspect that obesity may be associated with systemic inflammation, with some studies suggesting links between impaired lung function and elevated glucose levels. Those studies have also shown that people with diabetes often have poorer lung function than normal control patients.

To find out more about the link between diabetes and lung function, Dr. Black and colleagues conducted a cross-sectional analysis of data from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. SEARCH is an ongoing large observational study focusing on a diverse population of children and adolescents with



فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف: اشخاص حقیقی

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

ب: اشخاص حقوقی

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