

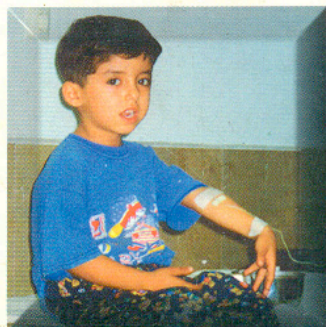
خاص

علمی ، فرهنگی و اجتماعی
سال اول - شماره سوم
پاییز و زمستان ۷۷

گفتگو با آیت الله ناصر مکارم شیرازی
دیالیز صفاتی - دیابت و ماه رمضان - کنترل چاقی - گردهمایی (TIF)
مراکز بیماری های خاص در انگلستان
مراقبت از پوست طی پرتو درمانی - مشکلات پیوند در ایران
کتواسیدوز دیابتی



تصویب قانون مرگ مغزی راهگشای نجات بیماران



درمان خونریزی
در بیماران هموفیلی



نهاد
یادبود
روز جهانی
دیابت



با اهدای عضو بعد از مرگ حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشیم.

کارت اهدای عضو



نام:

نام خانوادگی:

شماره:

بنیاد امور بیماری‌های خاص

توضیحات:

کبد

پانکراس

قلب

چشم

کلیه

برای ایجاد مرکز هماهنگی پیوند اعضا
از جسد نیاز به مشارکت همه مردم
عزیزمان می‌باشد



بنیاد امور بیماری‌های خاص

صندوق پستی: ۳۳۳-۱۵۸۱۵ تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

خاص

نشریه بنیاد امور بیماری‌های خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
سال اول، شماره نهم، پاییز و زمستان ۷۷

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری‌های خاص
مدیر مسئول: فاطمه هاشمی
سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

هیأت علمی:

- دکتر حسن ابوالقاسمی
- دکتر کامران باقری لنگرانی
- دکتر احمد رضا جمشیدی
- دکتر سید هاشم جنت پور
- دکتر سید محسن خوش‌نیت
- دکتر احمد رضا سروش
- دکتر شمس شریعت تربقان
- دکتر رمضانعلی شریفیان
- دکتر سید مویده علویان
- دکتر ابرج فاضل، دکتر محمد فرهادی
- دکتر محمد فرهادی لنگرودی
- دکتر اردشیر قوام‌زاده، دکتر مصطفی قانعی
- دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا مرندی
- دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر محمدعلی محقق
- دکتر علی اکبر ولایتی

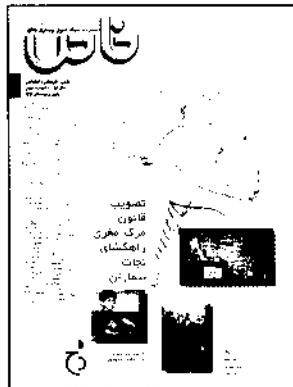
هیأت اجرایی:

- مهندس امیرعلی آقاپاری، مریم اسدی
- مسعود بزرگ‌مقام، دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر ماشاءالله ترابی، دکتر جواد سعیدتهرانی
- مهندس شادمهر راستین، باسّم شریعتمدار
- دکتر اقبال طاهری، زهرا کمیلیان، وفا ملک‌زاده
- ویراستار: پروین الهیان
- حروفچین: فریبا جولایی، مژگان قاسم‌زاده
- صفحه‌آرایی: منصور اینانلو
- طراحی و گرافیک گزارش ویژه: سلیم گرافیک
- طراحی روی جلد: فریبا جعفری
- عکس: حمید پارسا
- لیتوگرافی: سینا

جای: نشر آموزش کشاورزی

آدرس:
تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۲۳۲۳
تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹۹، فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶
پست الکترونیکی
بنیاد امور بیماری‌های خاص:
Email: cffsd@ mrc.cgs.or.ir

قیمت: ۲۰۰۰ ریال



۴	.....	سرمقاله
۵	.....	اخبار
		گزارش ویژه
۱۰	.....	گزارشی از سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا
۱۴	.....	مصاحبه با هیئت امنای بنیاد پیرامون سمینار
۱۶	.....	مصاحبه با پدر بیمار مرگ مغزی
۱۷	.....	مرگ مغزی و پیوند اعضا
۲۰	.....	گفتگویی با حضرت آیت اله ناصر مکارم شیرازی
		مقالات آموزشی
۲۲	.....	پیرامون دیالیز صفاقی
۲۵	.....	مراقبت از بیماران تالاسمی
۲۸	.....	پیوند کلیه
۳۱	.....	درمان خونریزیها در بیماران هموفیلی
۳۴	.....	مراقبت از پوست طی پرتودرمانی
۳۵	.....	نورو پاتی دیابتی
۳۹	.....	پیشگیری هپاتیت
۴۱	.....	کنترل چاقی
۴۷	.....	بیماری‌های خاص در انگلستان
۵۳	.....	گفتگویی با دکتر سید علی ملک حسینی
۵۴	.....	گزارش گردهمایی هیئت مدیره
۵۸	.....	مرکز درمانی بیماری خاص (استان فارس)
۶۰	.....	داستان من و دیابت (۲)
۶۲	.....	جدول
۶۲	.....	خواندنیها
۶۵	.....	یاوران بنیاد
۶۶	.....	دیابت و ماه رمضان
۶۸	.....	درمان با استروئید
۶۹	.....	فوریت‌های پزشکی برای عموم (۲)
۷۱	.....	مصاحبه با بیماران
۷۲	.....	گزارش عملکرد بنیاد
۷۵	.....	انتشارات بنیاد
۷۷	.....	گزارش سمینار روز جهانی دیابت
۸۰	.....	مقاله تخصصی کتواسیدوز دیابتی

آثار، نوشته‌ها، نظریات و انتقادات خود را می‌توانید به نشانی مجله ارسال کنید.
استفاده از مطالب مجله با ذکر کامل منبع بلامانع است.



متن فتاوی رهبر فقید انقلاب حضرت امام خمینی(ره) و
مقام معظم رهبری حضرت آیت ا... خامنه‌ای در پاسخ به
استفتاء جواز پیوند اعضا از فردی که دچار مرگ مغزی
شده است و حیات وی غیر قابل برگشت می‌باشد.

سید علی
بروز فرهنگ در بیان حیات متناهی
در کمال ترفیع بر این باشد با اعزاز
و حسب غیب پاکیزه دانش از این امر



برکتی در روز سوال استغفار از اعضا و بدن مرده

در صورتیکه نجات نفس مکرّمه امر متوقف بر آج باشد نه ال نزار



می بایست پیوند اعضا
از طرق مختلف وارد
فرهنگ جامعه شود



همه باهم توانا تر هستیم
و می‌توانیم اقدامات
بزرگی انجام دهیم



همه شرایط برای پیوند اعضا فراهم است
و تنها نیازه رفع مشکل قانونی داریم



TIF سازمانی است که هدف اصلی آن هماهنگی
بین دولتها و ملتها در جهت پیشگیری و درمان
نالاسمی در سطح جهان می‌باشد



بیماران دیالیزی
باید
روحیه خوبی
داشته باشند

مشارکت‌های مردمی راه حل مشکلات عظیم

توفیقی حاصل شد تا در شماره‌ای دیگر از مجله خاص با شما خوانندگان محترم گفتگویی صمیمانه داشته باشیم. بنیاد امور بیماریهای خاص زمانی طرح حمایت از بیماران خاص را به اجرا درآورد که مشکلات متعددی کشور اسلامی را می‌آزرد. اصولاً دولت‌ها و مؤسسات وابسته به آن در تمامی دنیا برنامه ریزی خود را بر اساس اولویتهای تنظیم و اجرا می‌نمایند. حال با وجود تلاش مجدانه دست‌اندرکاران دولت در حل مشکلات بیماران، از جمله مشکلات اقتصادی، درمانی، دارویی، ممکن است مسایل و مشکلات بیماران حل نشود، بویژه آن دسته از بیمارانی که مسایل آنها از شدت خاصی برخوردار است. به همین سبب اگر حمایت‌های مردمی نباشد، بیم آن است که مشکلات بیماران افزون گردد. این موضوع بدان معنا نیست که دولت‌ها بخواهند از پذیرش مسئولیت این بیماران شانه خالی کنند، بلکه با توجه به امکانات موجود، توانایی ارائه تمام خدمات مورد نیاز این بیماران را به طور کامل نخواهند داشت. اینجاست که نقش بنیادها و نهادهای خیریه که بتوانند با جلب کمک‌های مردمی این نقیصه را پوشش دهند اهمیت زیادی پیدا می‌کند. به همین جهت در کشورهای بسیار پیشرفته اقتصادی نیز بنیادهای خیریه حمایت از بیماران خاص را تقبل نموده‌اند و نقش موثری در این زمینه ایفا کرده‌اند.

بنیاد امور بیماریهای خاص نیز با الهام از تجربیات دنیا و با تکیه بر اصول و اعتقادات دینی کشور بنا دارد با جلب بیشتر مشارکت و همیاری مردم نقشی شایسته و متناسب با شان یک کشور اسلامی را به نمایش گذاشته و بر این اساس در این راه دست همکاری به سوی تمامی اقشار مردم دراز می‌کند تا به هر نحو ممکن بنیاد را در این مسیر یاری نمایند.



نهاد یادبود روز جهانی دیابت

در غرب تهران کاشته شد

در آستانه فرارسیدن روز جهانی دیابت (۲۳ آبان)، طی مراسم مشترکی توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص و شهرداری منطقه ۵، سه نهال یادبود این روز در میدان پونک کاشته شد.

خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص طی سخنانی با اشاره به این نکته که روز جهانی دیابت به پیشنهاد اتحادیه بین‌المللی دیابت نامگذاری شده است، گفت:

هدف از تعیین روز جهانی دیابت، تحقق این شعار است: «همه با هم توان‌تر هستیم و می‌توانیم اقدامات بزرگی انجام دهیم!». به همین دلیل این روز را برای آشنایی و آگاهی جامعه با بیماری دیابت و پیشگیری و کنترل آن تعیین کرده‌اند.

وی در ادامه سخنانش با اشاره به این نکته که حدود ۱۴۰ میلیون بیمار دیابتی در سراسر جهان وجود دارد، گفت:

پیش‌بینی شده است که این تعداد در سال ۲۰۲۵ به حدود ۳۰۰ میلیون نفر برسد. به همین دلیل رسیدگی به بیماران دیابتی توجه و حساسیت ویژه‌ای را طلب می‌کند.

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص با تأکید بر این نکته که باید به مردم آموزش‌های لازم برای پیشگیری و کنترل این بیماری داده شود، گفت: بیماری دیابت عوارض زیادی به دنبال دارد و روی سیستم‌های مختلف

بدن اثر می‌گذارد و در نهایت باعث از کار افتادگی بعضی از اعضای بدن می‌شود.

فاطمه هاشمی اظهار داشت: اتحادیه بین‌المللی دیابت پیشنهاد کرده است که هر سال در روز جهانی دیابت با کاشت درختی ضمن هم‌دردی با بیماران دیابتی این روز گرامی داشته شود. چون یک بیمار دیابتی نیاز به حمایت و مراقبت مداوم دارد. در واقع بیماران دیابتی به یک نهال تشبیه شده‌اند که باید به طور دائم تحت مراقبت قرار بگیرند. وی در بخش دیگری از سخنانش با اشاره به این که بنیاد امور بیماری‌های خاص تعداد محدودی سرنگ و انسولین برای بیماران دیابتی تهیه کرده است، گفت: این وسایل از طریق مراکز درمانی در اختیار بیماران دیابتی قرار می‌گیرد.

وی تصریح کرد: یکی از مشکلات اساسی در کشور مادر زمینه دیابت، عدم آموزش بیماران و پرستاران است. به همین دلیل آموزش یکی از اهداف بنیاد امور بیماری‌های خاص می‌باشد. از این رو پانزده کتابچه و بروشور دیابت، تغذیه و دیابت، تزریق انسولین و مواردی که بیماران و پرستاران و پزشکان به آن نیاز دارند تهیه شده است. همچنین یک فیلم آموزشی نیز در مورد دیابت تهیه شده است که به مراکز مختلف دیابت در کشور فرستاده می‌شود.

در این مراسم دکتر تهرانی قائم‌مقام دبیرکل بنیاد امور بیماری‌های خاص، مهندس حقانی معاون خدمات شهری شهرداری تهران و حبیبی قائم‌مقام شهرداری منطقه ۵ تهران نیز حضور داشتند.



حضور در نمایشگاه بین المللی تهران

بنیاد امور بیماری‌های خاص با حضور در بیست و چهارمین نمایشگاه بین‌المللی تهران، سعی در ایجاد ارتباط با بازدیدکنندگان این نمایشگاه داشت.

بازدیدکنندگان نمایشگاه در غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص ضمن آشنا شدن با فعالیت‌های این بنیاد، سئوالات خود را در زمینه بیماری‌های خاص مطرح می‌کردند که بروشور و کتابچه‌های آموزشی در اختیار علاقه‌مندان قرار می‌گرفت.

بازدهمین همایش بین المللی پزشکی جغرافیایی

و اولین همایش طب سربایی در ایران

بازدهمین همایش بین‌المللی پزشکی جغرافیایی و اولین همایش طب سربایی در ایران از تاریخ نهم تا دوازدهم آبان‌ماه با همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد.



این همایش که با قرائت پیام حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام توسط سرکار خانم فاطمه هاشمی آغاز شد، با استقبال کم‌نظیر اندیشمندان مواجه شد. به نحوی که از میان صدها مقاله ارسالی که همگی به‌نوبه خود ارزشمند و درخور توجه بودند، به علت ضیق وقت تنها بخشی از این مقالات ارائه شد.

در پیام رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در این همایش آمده است:

«تامین خدمات بهداشتی و درمانی و تقدم بهداشت بر درمان از سیاست‌های کلی و اساسی جمهوری اسلامی ایران است و هرگونه

سرمایه‌گذاری برای سلامتی و بهداشت روانی، جسمی و اجتماعی جامعه، علاوه بر آثار مثبت انسانی آن، منجر به بهره‌برداری مضاعف در بخشهای مختلف توسعه می‌شود».

در این همایش از میان ۴۲۰ مقاله رسیده، ۳۸ مقاله برای سخنرانی و ۱۶۰ مقاله به صورت برتر ارائه شد.

در کنار این همایش، غرفه‌ای به‌نمایش فعالیتها و انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص اختصاص یافت که استقبال خوبی از انتشارات این بنیاد از سوی شرکت‌کنندگان در همایش به عمل آمد.

فعالیتها و برنامه‌های هیات امنای بیماران تالاسمی شیراز اعلام شد

هیات امنای بیماران تالاسمی شیراز به ارائه فعالیت‌های خود در برنامه‌های آتی پرداخته است. در این گزارش زمینه‌های فعالیت این گروه در رفع مشکلات درمانی و دارویی بیماران، تلاش و پیگیری به منظور احداث بخش پیوند مغز استخوان شیراز، تلاش برای احداث مرکز درمانی بیماران تالاسمی و توسعه برنامه‌های رفاهی و اجتماعی برای بیماران خلاصه شده است.

همچنین تقویت انجمن تالاسمی شیراز، برنامه‌ریزی برای فراهم نمودن جلسات گروهی

در امر درمان بیماران (گروه درمانی)، توسعه برنامه‌های رفاهی، جذب کمک‌های مردمی و تشکیل جلسات مشاوره و مددکاری از برنامه‌های آتی این هیات عنوان شده است.

بازدید رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص از مراکز تالاسمی سوسنگرد

سرکار خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص از مرکز درمانی بیماران تالاسمی سوسنگرد بازدید کرد. در این بازدید که فرماندار سوسنگرد نیز حضور داشت، بیماران و خانواده‌های آنان از نزدیک مشکلات و مسایل خود را با ایشان درمیان گذاشتند.

مرکز درمانی بیماران تالاسمی سوسنگرد که علیرغم کمبود امکانات، خدمات قابل توجهی به بیماران ارائه می‌کند، دچار کمبودهایی است که با موافقت رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص قرار است تجهیزات و امکانات مورد نیاز به منظور تکمیل و راه‌اندازی بخش جدید در اختیار این مراکز قرار گیرد.

ملاقات با بیماران خاص استان

خوزستان

در حاشیه سفر رئیس بنیاد امور بیماری‌های



خاص به استان خوزستان در مراسمی که در تالار شهر اهواز برگزار شد، خاتم هاشمی به ستوالات بیماران و خانواده‌های ایشان پاسخ دادند.

در این ملاقات عمده‌ترین مسایل مطرح شده از سوی بیماران، کمبود دارو، افزایش سرانه بیمه خدمات درمانی و کمبود خدمات درمانی در سطح استان بود که ایشان ضمن تشریح برخی مسایل، آمادگی بنیاد امور بیماری‌های خاص برای کاهش و حل مشکلاتی را که در توان این بنیاد باشد، اعلام کرد.

انتصاب رئیس کمیته بیماری‌های خاص استان گیلان

طی حکمی از سوی مهندس علی صوفی استاندار گیلان، آقای محسن محمدی معین معاون سیاسی امنیتی استانداری گیلان به عنوان رئیس کمیته بیماری‌های خاص استان گیلان منصوب شد.

در این حکم آمده است: «امید است با اتکال به حضرت احدیت و بهره‌گیری از امکانات و اعتبارات مردمی و هماهنگی با سازمانهای مرتبط با امور بیماران خاص در جهت رفع موانع و مشکلات و بهبود امور بیماران موفق و مؤید باشید».

تفرش آمادگی خود را برای همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص اعلام کرد

بهمن اخوان نماینده مردم تفرش، آشتیان و فراهان در مجلس شورای اسلامی طی نامه‌ای به رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص، ضمن تاکید بر ضرورت ایجاد تسهیلات برای بیماران خاص و برخورداری از امکانات درمانی، آمادگی خود، شهروندان و مسئولین مراکز درمانی و بهداشتی حوزه انتخابیه را به منظور هرگونه همکاری با این بنیاد اعلام کرد.

بیماران تالاسمی لارستان با مشکل روبرو هستند

رئیس انجمن تالاسمی لارستان با ارسال نامه‌ای به بنیاد امور بیماری‌های خاص خواستار ایجاد تسهیلاتی برای بیمه این بیماران شده است. در این نامه آمده است: «با عنایت به افتتاح درمانگاه تالاسمی در شهرستان لار که نور امید در قلب بیماران تالاسمی و خانواده‌هایشان به وجود آورده است متأسفانه برنامه‌ریزی غیرقانونی و برخوردهای مسئولین محترم سازمان بیمه خدمات درمانی کشور، موجبات عدم همکاری خانواده‌ها جهت دریافت خدمات درمانی فرزندانشان بخصوص

خانواده‌هایی را که چند فرزند تالاسمی دارند، فراهم نموده است. وی همچنین خواستار جلوگیری از عوارض اسفبار این طرح برای بیماران شده است.

آمادگی وزارت بهداشت سودان برای همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص

مهدوی مروی سفیر جمهوری اسلامی ایران در خازطوم با ارسال نامه‌ای اعلام کرد: وزارت بهداشت کشور سودان برای همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص اعلام آمادگی کرده و خواستار اطلاعاتی درخصوص زمینه‌های فعالیت این بنیاد و تبادل اطلاعات و تجربه در این زمینه شده است.

نشریه بیماری‌های خاص در ورشو

سفارت جمهوری اسلامی ایران در ورشو ضمن تکثیر صفحات انگلیسی اولین شماره نشریه خاص و ارسال آن به مراکز مربوطه در ورشو، تعدادی نشریه خاص را نیز بین ایرانیان بویژه پزشکان مقیم توزیع نموده است.

همچنین آقای شجاع‌زاده یکی از کارمندان سفارت جمهوری اسلامی ایران در ورشو با ارسال چکی به بنیاد امور بیماری‌های خاص کمک نمود. با هماهنگی سرکنسولگری جمهوری اسلامی ایران در برلین، آقای نامور جهان‌مهر ساکن برلین ضمن تنظیم وکالتنامه‌ای مبلغ ۹۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال وجه حاصل از فروش سهم‌الارث پدری خود در ایران را به بنیاد امور بیماری‌های خاص اهدا نمود.

افزایش سرانه بیمه خدمات درمانی

کامل خیرخواه نماینده مردم لاهیجان و سیاهکل در مجلس شورای اسلامی با ارسال نامه جمعی از اولیای بیماران تالاسمی لاهیجان در رابطه با افزایش سرانه بیمه خدمات درمانی، خواستار چاره‌اندیشی و اقدامی موثر در جهت رفع مشکلات بیماران خاص گردید.

در نامه اولیای بیماران تالاسمی لاهیجان آمده است: «سرانه حق بیمه بیماران تالاسمی تحت پوشش بیمه خدمات درمانی خویش فرما از میزان هفتاد هزار ریال به دو بیست و چهل هزار ریال افزایش یافته است که پرداخت این میزان برای خانواده‌های ما مقدور نیست».



افزایش ناگهانی و غیرمنتظره نرخ بیمه خدمات درمانی

منوچهر صادقی مدیرکل دفتر امور اجتماعی و دبیر کمیته بیماریهای خاص استان خراسان طی ارسال نامه ای به مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی با اعلام افزایش ناگهانی و غیرمنتظره نرخ بیمه خدمات درمانی خویش فرما به میزان سه برابر خواستار چاره اندیشی و اقدامی مؤثر برای حل مشکلات بیماران خاص که اکثریت از افراد ضعیف و کم درآمد جامعه هستند، برای پرداخت سرانه بیمه شده است.

مشکلات بیماران تالاسمی سمنان

بیماران تالاسمی سمنان با ارسال نامه ای به استاندار سمنان، ضمن بیان مشکلات خود خواستار رسیدگی و حل این مشکلات شدند. عمده ترین مشکلات مطرح شده در نامه بیماران که رونوشت آن به بنیاد امور بیماریهای خاص ارسال شده است، فقدان مرکز درمانی مشخص برای بیماران، تشکیل نشدن انجمن تالاسمی استان و کمبود امکانات رفاهی و درمانی برای بیماران ذکر شده است.

انجمن تالاسمی شیراز فعالیت خود را آغاز کرد

اولین انتخابات انجمن تالاسمی شیراز با حضور ۱۶۵ نفر از والدین بیماران تالاسمی و گروهی از مسئولین درمانی و فرماندار شیراز برگزار شد. طی آن اعضای هیأت مدیره انجمن انتخاب و فعالیت انجمن آغاز شد.

تشکیل گروه حمایت از بیماران سرطانی

اولین جلسه گروه حمایت از بیماران سرطانی با حضور جمعی از افراد خیر و نیکوکار تشکیل شد. هدف از تشکیل گروه حمایت از بیماران سرطانی، بررسی نیازهای بیماران سرطانی نیازمند و رفع مشکلات آنها می باشد. خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص ضمن بیان اهداف و برنامه های بنیاد امور بیماریهای خاص و تأکید بر ضرورت کمک رسانی به بیماران نیازمند، مشارکت مردم و افراد خیر را برای گسترش این امور لازم دانست و گفت:

به دلیل مراجعه های مکرر مردم و افراد خیر برای کمک به بیماران و ارتباط مستقیم با بیماران و نظارت بر نحوه کمک رسانی به آنها، بنیاد امور بیماریهای خاص در واحد مشارکتهای مردمی خود تصمیم به حمایت و هدایت گروه های خودجوش مردمی گرفت که برای کمک رسانی به بیماران شکل می گیرند. گروه حمایت از بیماران سرطانی نیز در قالب این گروهها به منظور جلب کمک های مردمی و کمک رسانی به بیماران فعالیت خود را آغاز کرده است.

در ادامه این جلسه دکتر محقق رییس انستیتو کانسر ایران مسایل و مشکلات درمانی بیماران سرطانی را تشریح کرد و گفت:

به دلیل مسایل و مشکلات اقتصادی و در دسترس نبودن امکانات درمانی، گروه کثیری از بیماران سرطانی از کیفیت زندگی و درمان مناسبی برخوردار نیستند.

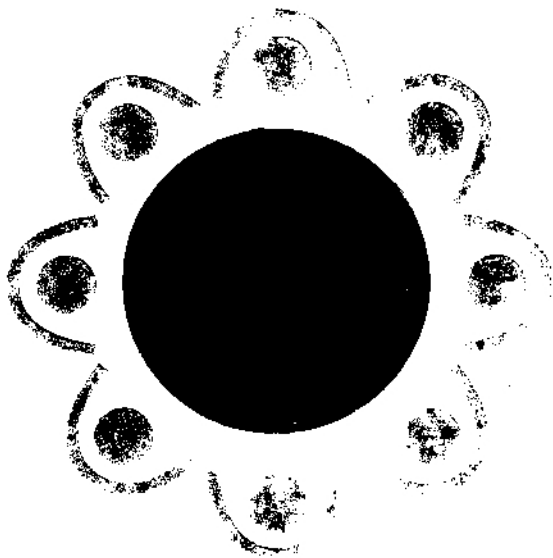
وی گفت: مانند همه جای دنیا باید سعی نمود مشارکت مردم را برای حل مشکلات بیماران سرطانی جلب کرد؛ چرا که اکثر مشکلات با مشارکت مردم و حمایت دولت قابل حل می باشد. رئیس انستیتو کانسر اقدام بنیاد را در جهت حل مسایل و مشکلات بیماریهای خاص به عنوان نمونه ای از مشارکتهای مردمی بویژه در

گسترش مراکز درمانی بیماران خاص حرکتی مؤثر و موفق خواند و خواستار حرکتی مشابه در زمینه بیماریهای سرطان شد.

دکتر محقق گفت: بیماری سرطان بیماری لاعلاجی نیست و بسیاری از بیماران در صورت درمان بموقع مداوا می شوند اما باید شرایط لازم را برای درمان این بیماران فراهم ساخت.

خانم دکتر الهی قمشه ای نیز طی سخنانی گفت: اگر هر انسانی هرچه مازاد نیازش است به دیگران ببخشد همه عالم را شاد می نماید. اگر جامعه ای سالم و شاد باشد این شادی و سلامت برای خود ما است و باید در دستیابی به آن تلاش کنیم.

خانم مریم مرعشی دبیر گروه حمایت از بیماران سرطانی اهداف این گروه را کمک به جلب توجه مراکز دولتی و ملی به مسایل و مشکلات بیماران سرطانی، ایجاد ارتباط و همکاری با انجمن های علمی و حمایتی بیماران سرطانی، تشکیل بانک های اطلاعاتی بیماران، کمک به ارتقای سطح آگاهی علمی و اجتماعی بیماران و کمک به امور درمانی بیماران سرطانی ذکر کرد و خواستار کمک و همیاری مردم برای یاری رسانی به این بیماران شد.



گروه حمایت از بیماران سرطانی



گزارش ویژه

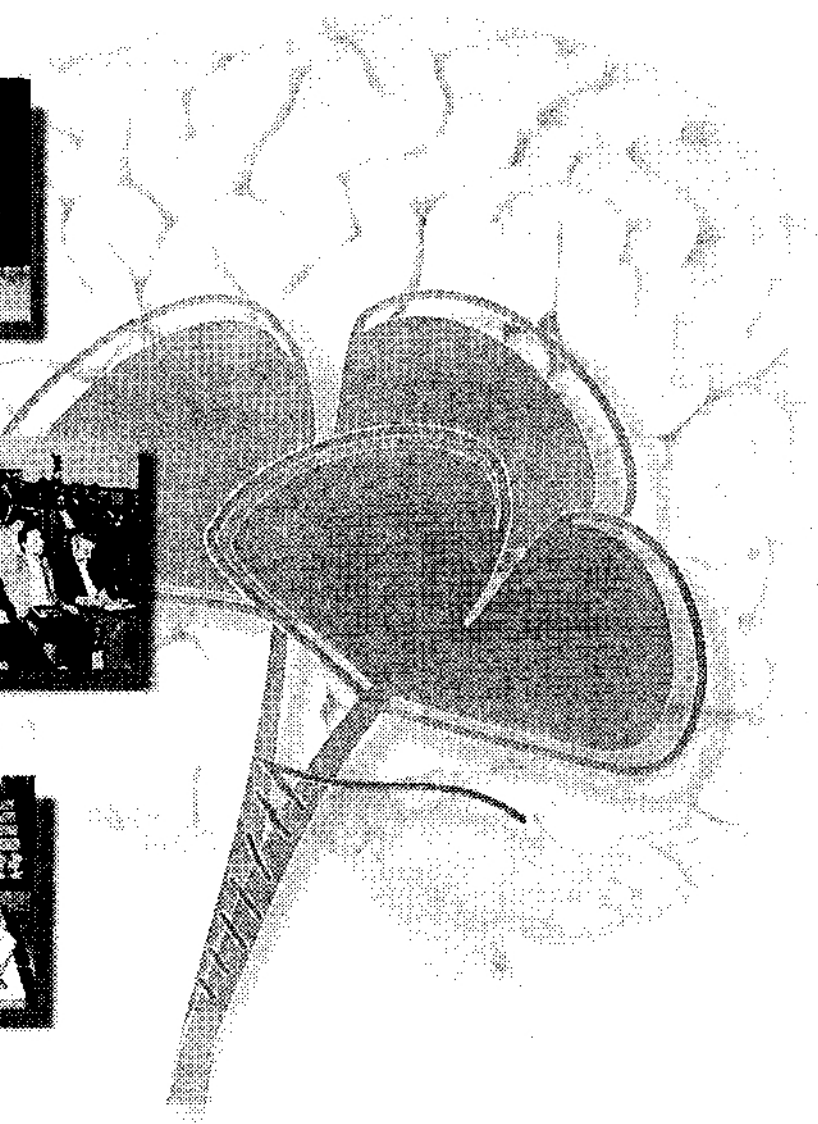
سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص : به سیستم اجرائی مدون و قوی نیازمندیم

مصاحبه با دکتر فاضل و دکتر ملک زاده

مصاحبه با پدر بیمار مرگ مغزی

مرگ مغزی و پیوند اعضا



گزارشی از سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا

تصویب قانون مرگ مغزی

تصویب قانون مرگ مغزی و پیوند اعضا

آیت الله مکارم شیرازی: پیوند اعضای بدن افرادی که دچار مرگ مغزی شده اند با نظر اسلام منافاتی ندارد.

دکتر ملک زاده: بی اطلاعاتی نمایندگان مجلس از موضوع مرگ مغزی باعث شد تا قانون مهم مرگ مغزی به تصویب نرسد.

هر ساله در ایران حدود ۱۰ هزار نفر بر اثر ابتلا به هیپاتیت B و نارسایی های کبد فوت می کنند، در حالی که می توانند با پیوند کبد نجات پیدا کنند.

در زمینه پیوند استفاده کرد. از این طریق می توان جان افراد زیادی را نجات داد و به کمک کسانی شتافت که به آسانی نمی توانند به پیوند اعضا دست پیدا کنند. انجام پیوند اعضا که بسیار هزینه بردار و کاری تخصصی است. نیاز به یک مباشر و متولنی دارد.

اهمیت فوق العاده ای دارد، چون در علوم پزشکی یک موضوع مادر است.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام افزود: ایران در زمینه پیوند اعضا در میان کشورهای منطقه و جهان سوم وضعیت نسبتاً خوبی دارد، اما در

سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا به همت بنیاد امور بیماریهای خاص و با حضور جمعی از استادان و متخصصان برجسته رشته پزشکی، دانشجویان و مسئولان در روز شنبه ۳۰ آبان ماه در بیمارستان شرکت نفت برگزار شد.

ایشان ادامه داد: زمانی که در دولت بودیم درباره پیوند اعضا بحث کردیم و نظریات مختلفی در این جلسه ارائه شد. آنها اظهار می کردند که عضو و پیوند یک عضو و نگهداری



آیت الله هاشمی رفسنجانی رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در این سمینار با اشاره به این نکته که اهمیت پیوند اعضا براساس مسئله مرگ مغزی، در تاریخ پزشکی امروز نسبت به گذشته قابل مقایسه

کسی که عضو جدید گرفته تا پایان کار گران است و هزینه زیادی دربردارد. در نهایت در دولت به این نتیجه رسیدیم که نمی توان از پیوند اعضا صرف نظر

جهان از کشورهای پیشرفته خیلی عقب هستیم. بنابراین باید گام های بلندی در این زمینه برداریم. بدین معنی که از دستاوردهای کشورهای پیشرفته

نیست، گفت: اگر صد سال پیش می خواستیم در این باره صحبت کنیم، دامنه صحبت ها خیلی محدود بود، ولی امروز پیوند اعضا از بُعد علمی

خاص و یا مجلس شورای اسلامی است .
در ادامه این سمینار فیلمی از سخنان آیت الله
مکارم شیرازی درباره حکم شرعی مرگ مغزی و
پیوند اعضا به نمایش گذاشته شد .

آیت الله مکارم شیرازی در این فیلم با اشاره به
اینکه پیوند اعضای افرادی که دچار مرگ مغزی
شده اند ، منافاتی با مبانی شرع مقدس اسلام ندارد ،
سخنانی ایراد کردند که مشروح آن در این شماره
فصلنامه درج شده است .

سید رضا زواره ای عضو شورای نگهبان
سخنران بعدی این سمینار بود که با تأکید بر این نکته
که تشخیص زمان مرگ مغزی غیرقابل برگشت با
متخصصان است ، چنین گفت : در نهایت
نظریات پزشکان خمیرمایه تدوین قانون مرگ مغزی
است . البته در کشور ما نحوه تصویب قانون با
کشورهای دیگر تفاوت دارد . در کشورهای دیگر
وقتی موضوع جدیدی مطرح می شود برای آن
مقرراتی وضع می کنند ، اما در کشور ما فرهنگ ،

آداب و سنن و اعتقادات مردم نیز مهم است و مراجع
نیز باید در زمینه های مختلف مجوز شرعی بدهند .
به هر حال در تدوین قانون مرگ مغزی باید چند
مسئله را در نظر گرفت .

وی در ادامه سخنان خود افزود : ما در طول
تاریخ شیعه مراجع مختلفی داشته ایم . بنابراین
افراد جامعه همه از یک مرجع تقلید نمی کردند و
نمی کنند . به همین دلیل برای اینکه پیوند اعضا
در جامعه قابلیت اجرا پیدا کند ، می بایست قانون



نکته ای که باقی مانده ، کار حقوقی و قانونی آن
است . نکته دیگر نیز به شیوه های عملی کار
برمی گردد که به عهده نیروهای متخصص است .
بعد از اینکه فرهنگ پیوند اعضا پس از مرگ مغزی
تثبیت شد ، باید بدنیان این مسائل باشیم .

وی تصریح کرد : در کشورهایی که عمل پیوند
اعضا رایج است ، یک سلسله قوانین و آیین نامه های
پیچیده تدوین شده که می توان از این قوانین استفاده
کرد . به طور مشخص وظیفه جمع آوری این
آیین نامه ها و قوانین به عهده وزارت بهداشت ،
درمان و آموزش پزشکی ، بنیاد امور بیماریهای

کرد ، اما ضرورت هایی است که نمی توان به آن
بی توجه بود .

وی در ادامه سخنانش اظهار داشت : در مورد
پیوند اعضا سه گروه درگیر هستند . علما و
دانشمندان علوم پزشکی ، کسانی که می خواهند از
پیوند عضو استفاده کنند و کسانی که می خواهند
عضوی از بدن خود را به دیگران هدیه بدهند . در
این میان گروه سوم یعنی کسانی که عضوی از بدن
خود را می دهند ، اهمیت زیادی دارند . متأسفانه
فرهنگ این کار به صورت عمومی در جامعه وجود
ندارد . در حال حاضر پیوند کلیه نسبتاً رایج شده که
متأسفانه رواج آن نیز بیشتر به خاطر نیاز مالی افراد
است .

وی با اشاره به این نکته که می بایست پیوند
اعضا از طرق مختلف وارد فرهنگ جامعه شود ،
چنین گفت : برای ایجاد فرهنگ اهدای اعضا در
جامعه باید کارهای تبلیغی و رسانه ای انجام شود .
این کار را نیز باید رسانه های گروهی و سایر
دست اندرکاران انجام دهند و آثار و برکات پیوند
اعضا را برای مردم روشن سازند . برگزاری اینگونه
سمینارها می تواند در ایجاد فرهنگ اهدای اعضا
مؤثر باشد .

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با اعلام
اینکه از نظر شرعی مسئله پیوند اعضا در زمان امام
راحل حل شده است ؛ افزود : امروز بسیاری از
علما و شخص رهبر انقلاب به پیوند اعضا نظر
مساعذ دارند و از نظر شرعی هیچ مشکلی نداریم .



آن تدوین شود.

به هر حال در تدوین قانون مسائلی وجود دارد. برای مثال، اینکه رضایت فرد مبتلا به مرگ مغزی وصیت حساب می‌شود یا خیر، اگر وصیت است از کدام نوع (تملیکی و یا عهدی) محسوب می‌شود. اینکه وصی چه کسی است؟ آیا وصی بیمارستان یا بازماندگان و یا طیب مغز و اعصاب است. نقش وصی در قانون چیست؟ آیا پیوند اعضای فرد مبتلا به مرگ مغزی رایگان صورت می‌گیرد و یا می‌بایست به بازماندگان او مبالغی پرداخت شود. تشخیص زمان مرگ مغزی با کیست؟

سپس دکتر نوربالا معاون پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی سخنانی اظهار داشت: تا چند سال پیش معتقد بودند که انسان دارای سه بُعد زیستی، روانی و اجتماعی است، اما در حال حاضر بُعد دیگری به ابعاد انسان اضافه شده است که بُعد روحی یا معنوی نام دارد. در این زمینه تعبیری وجود دارد که آن سه بُعد فناپذیر و بُعد روحانی و معنوی جاوید است. در واقع سه بُعد زیستی، روانی و اجتماعی بستری برای رشد و شکوفایی بُعد روحانی یا معنوی است.

بنابراین هنگامی که مغز به عنوان هماهنگ‌کننده تداخل‌ها و تعادل‌های مختلف انسان به هر دلیلی از کار افتاد، بستر و زمینه رشد و شکوفایی روح نیز متوقف خواهد شد. با این دیدگاه معتقدیم که یکی از ارکان مهم و ضروری تشکیلات



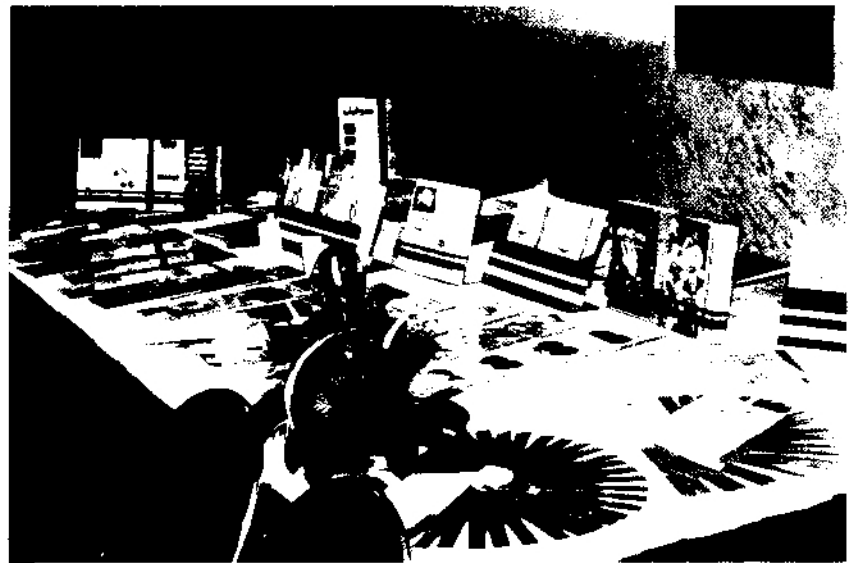
در ادامه این سمینار دکتر ملک‌زاده فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد و استاد بیماری‌های داخلی درباره پیوند کبد و مرگ مغزی طی سخنانی گفت: پیوند کبد یکی از اصلی‌ترین مواردی است که در رابطه با مرگ مغزی وجود دارد. در رابطه با پیوند کبد از افراد مرگ مغزی به قانون نیاز داریم. از طرفی مسئله کمک‌های دولت که برای پیوند کبد صورت می‌گیرد، باید مشخص شود. همچنین وجود یک نظام اجرایی نیز برای پیوند کبد لازم است.

دکتر ملک‌زاده با اشاره به این نکته که هنوز برای مشکل بیماران کبدی در ایران کار چندانی صورت نگرفته است، افزود: تجربه کشورهای دنیا ثابت کرد که پیوند کبد می‌تواند مانند پیوند کلیه با هزینه‌های کم صورت پذیرد. در ایران تاکنون شش مورد پیوند کبد از طریق مرگ مغزی صورت گرفته است که جوابگوی نیازمندان پیوند کبد نیست. در سال ۶۹ که شورای عالی پیوند اعضا در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد، مسئله پیوند کبد نیز مورد بررسی قرار گرفت. در حال حاضر از نظر تیم جراحی که بتواند پیوند کبد را انجام دهد مشکلی نداریم. بعلاوه آیین‌نامه‌ای به همه دانشگاه‌های کشور ابلاغ شد تا تیم‌های مخصوص مرگ مغزی جدا از تیم پیوند تشکیل شود.

ایشان با اشاره به این مطلب که اعلام مرگ مغزی متوفی راسه‌تن از متخصصان پزشکی اعلام

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئله پیوند اعضا است.

دکتر شیبانی نماینده مجلس شورای اسلامی نیز در این سمینار حضور داشتند و سخنانی ایراد نمودند: افرادی که در مجلس هستند و با مسایل پزشکی آشنایی دارند می‌بایست اهمیت تصویب قانون مرگ مغزی را برای دیگر نمایندگان مجلس توضیح دهند. اگر قانون مرگ مغزی با زای بالایی تصویب شود، دست جراحان توانمند کشور در نجات جان انسان‌های نیازمند به پیوند اعضا باز می‌شود.



نمایشگاه انتشارات بنیاد در حاشیه سمینار

صورت می‌گرفت.

۹۰ درصد افرادی که تحت عمل پیوند کبد قرار گرفتند، عمر عادی پیدا کردند و بسیاری از آنها ۱ تا ۳۰ سال بعد نیز زندگی کردند. در کشور ما هر ساله حدود ۱۰ هزار نفر بر اثر ابتلا به هپاتیت B و نارسایی های کبدی فوت می‌کنند، در حالی که می‌توانند با پیوند کبد نجات پیدا کنند.

دکتر فاضل رئیس فرهنگستان علوم پزشکی و استاد دانشگاه شهید بهشتی نیز سخنران دیگر سمینار بود که ضمن ارائه تعریفی از مرگ مغزی چنین ادامه داد: مرگ مغزی یعنی اینکه مغز مرده است و گردش خون در مغز صورت نمی‌گیرد. اگر از عروق فرد مرگ مغزی شده عکسبرداری شود، نشان می‌دهد که هیچ خونی به مغز نمی‌رسد. بنابراین تشخیص مرگ مغزی دشوار نیست. به همین دلیل به قانون مرگ مغزی نیاز داریم، چون اگر مغز مرد بقیه بدن لاشه‌ای بیش نیست.

ایشان افزود: ممکن است جراحی که فرد مبتلا به مرگ مغزی را تحت عمل جراحی قرار می‌دهد و اعضای بدن او را به دیگران پیوند می‌زند، مورد اعتراض بازماندگان فرد مرگ مغزی شده قرار گیرد و یا اینکه از جراح شکایت شود. همچنین باید در نظر داشت که یک فاضی در دادگاه براساس فتوا حکم نمی‌دهد و به مواد قانونی استناد می‌کند. بنابراین نیاز به تصویب قانون مرگ مغزی داریم.



شرایط برای پیوند اعضا فراهم است و تنها نیاز به رفع مشکل قانونی داریم. در حال حاضر بین ۵ تا ۱۰ هزار نفر در ایران در سال نیاز به پیوند کبد دارند. هر چند که نمی‌توان برای همه این افراد پیوند کبد انجام داد ولی دست کم می‌توان جان هزار نفر از بیماران را نجات داد، البته برای نجات همین تعداد نیز نیاز به عزم ملی و همدلی است. ایشان در ادامه سخنانش با ارائه آماری از پیوند کبد در نقاط مختلف جهان اظهار داشت: در دهه ۹۰ در آمریکا سالانه ۵ هزار پیوند کبد، در اروپا ۱۸۰۰ پیوند کبد و در سایر نقاط جهان هزار پیوند

و امضا می‌کنند، اظهار داشت: چیزی که باعث روند کند پیوند کبد از افراد مرگ مغزی شد، رد شدن قانون بود که به مجلس شورای اسلامی تقدیم شده بود. این قانون در آن زمان در هیات دولت تصویب شده بود و با حمایت‌های مؤثر آقای هاشمی رفسنجانی به مجلس فرستاده شد که متأسفانه مورد تأیید قرار نگرفت. عدم اطلاع دقیق از مرگ مغزی و نیاز شدید بیماران به پیوند اعضا باعث شد تا قانون مهم مرگ مغزی در مجلس تصویب نشود. از این رو و همه نمایندگان که به این لایحه رای منفی دادند، نزد خدا و افرادی که می‌توانستند ادامه حیات پیدا کنند یا به زندگی خوبی برگردند، مسئول هستند.

وی تصریح کرد: هر ساله بین ۲۵۰۰ تا ۴۵۰۰ نفر در ایران دچار مرگ مغزی می‌شوند، البته این آمار براساس حوادث جاده‌ای اعلام شده است. از بین این افراد تنها کسانی می‌توانند کبد خود را اهدا کنند که آسیبی به شکم آنها نرسیده باشد. طبق بررسی‌های صورت گرفته هر ساله دست کم هزار مورد مرگ مغزی برای پیوند اعضا قابل استفاده است که این تعداد در واقع گنجینه‌ای برای نجات جان افراد زیادی خواهد بود.

ایشان تأکید کرد: موضوع مهم این است که ما به دلیل عدم انجام عمل پیوند در علم پزشکی عقب مانده ایم. با توجه به اینکه تعداد زیادی از افراد نیازمند به پیوند جان خود را از دست می‌دهند، رشته پیوند در کشور ما پیشرفت نکرده است. در حالی که همه



به سیستم اجرائی مدون و قوی نیازمندیم

با تصویب این طرح و حمایت و پشتیبانی مردم از آن، می‌توانیم حمایت‌ها را به اسانتهایی که نما، نه عضو دارند

فهرست انتظار طولانی بیماران کلیدی وجود ندارد

مسئله پیوند اعضا مسئله‌ای است که در کشور مطرح است و شما در این زمینه فعالیت می‌کنید بفرمائید ما اصولاً در مورد پیوند کلیه و دیگر پیوند اعضا با چه مشکلاتی روبرو هستیم؟

مشکلاتی که با پیوند اعضا در کشور داریم همان مشکلاتی است که همه جای دنیا دارند. پیوند کلیه مقوله بسیار پیچیده‌ای است و از زمانی که شروع شده است مشکلات خودش را همراه داشته است. از طرف دیگر مشکلاتی است که ما در این مملکت با آن روبرو هستیم و به اصطلاح ویژگی آن متعلق به ماست. آنهایی که عمومی است اولین مورد عضوی است که باید پیوند زده شود همه جای دنیا تقاضا بیشتر از عرضه است بنابراین صف انتظار طولانی است برای پیوندها در حال حاضر پیوندی که بیش از همه در مملکت رایج است و پا گرفته است و از زمان جنگ تحمیلی به دلیل شرایط دشوار این بیماران در زمان جنگ شروع شد و موفق بود پیوند کلیه است. خوشبختانه با توجه به شیوه‌ای که بکار برده می‌شود، در مملکت ما تقریباً می‌توان گفت فهرست انتظار طولانی برای بیماران کلیدی نداریم و کمتری بیماری است که بیش از یکی دو ماه منتظر بماند مگر اینکه مشکلاتی داشته باشد که اصولاً جراحی آن رانفی کند متهمی پیوندهای دیگری مانند پیوندهای تکرارگانی مثل قلب، کبد، لوزالمعده، ریه اینها به کلی زمینه متفاوت دارند در اینگونه پیوندها ما بایستی عضو را از یک جسد که دچار مرگ مغزی شده است یعنی جسد تازه‌ای که مغزش مرده است بگیریم و به یک بیمار نیازمند پیوند کنیم.

اگر یادتان باشد این کار با یک علاقه و شور و هیجان

کبد (البته پیوند کبد خیلی محدود، از فرد زنده انجام می‌شود) و مشکلات زیادی را برای آنها به بار می‌آورد و در نهایت منجر به مرگ این عزیزان خواهد شد ولی فقط با تصویب این قانون و حمایت مردم از این طرح می‌توانیم حیاتی دوباره به انسانهایی که نیاز به عضو دارند بدهیم و آنها را زنده نگه داریم. خوشبختانه با مذاکراتی که با نمایندگان مجلس در این رابطه انجام شده فکر می‌کنم زمینه برای این کار فراهم شده و طرح به زودی برای بحث به مجلس می‌رود. با این وجود اگر مجلس تصویب کند و مردم هم حمایت کنند نیازمند یک سیستم اجرائی مدون و قوی می‌باشیم که باید در ارتباط نزدیک با بنیاد، وزارت بهداشت، مراکز درمانی و مراکز پیوند باشد که امیدواریم که این را بتوانیم با هماهنگی سازمانها، نهادها و وزارتخانه‌های ذیربط اجرا کنیم و مطمئن هستیم که اگر این هماهنگی‌ها انجام نگیرد و سیستم اجرائی را تعریف و تدوین نکنیم در زمینه پیوند اعضا موفق نخواهیم شد. علاوه بر هماهنگی، هزینه‌هایی هم برای اجرای این طرح لازم است که بنیاد برای تامین این هزینه‌ها کمک می‌کند. ولی در نهایت آن هماهنگی و ارتباط منسجم و دقیق را که لازم است امیدواریم بتوانیم با کمک مسئولین محترم کشور اجرا نماییم.

بنیاد امور بیماریهای خاص در زمینه مرگ مغزی پیوند اعضا چه اقداماتی انجام داده و چه برنامه ریزی‌هایی را پیش بینی کرده است؟ - بعد از ردّ لایحه مرگ مغزی در مجلس و بعد از تشکیل بنیاد امور بیماریهای خاص در بررسی‌ها به این نتیجه رسیدیم که هم نمایندگان محترم مجلس و هم مردم جامعه ما آگاهی چندانی در مورد مسئله مرگ مغزی ندارند و باید حتماً توجیه شوند و در این مورد توضیحات زیادی داده شود. به همین منظور سمینار مرگ مغزی را برگزار کردیم. برای اینکه هم مسئولین مملکت را آشنا و درگیر با این مسئله سازیم همچنین راه کارهای اجرائی را برای این کار آماده سازیم بنیاد اقداماتی در این مورد انجام داده است که اولین قدم تشکیل بانک اطلاعاتی است که دهندگان و گیرندگان هر دو می‌توانند به بنیاد مراجعه کنند و در این زمینه فرمهای تهیه شده راه پر کنند و از طرف دیگر، با مسئولین و پزشکان مصاحبه‌هایی انجام گیرد تا جامعه را با مرگ مغزی آماده کنیم.

طرحی را برای مجلس آماده کرده ایم تا در مجلس مطرح شده و به تصویب برسد. باید اهمیت موضوع برای مردم بیان شود. در کشور هزاران نفر برای ادامه زندگی خود نیاز به یک عضو دارند و بعضاً بعضی از اعضا را نمی‌شود از افراد زنده گرفت مثل قلب، ریه،

پیوند کبد باید به طور مستمر در کشور انجام گیرد

در حال حاضر
پیوندهای فعالی که
انجام می شود
پیوند کلیه و فرنیه است

در حال حاضر
موانع متعددی در رابطه با
پیوند کبد
در سطح کشور وجود دارد

در دانشگاهها شروع شد از جمله پیوند قلب و پیوند کبد که مورد استقبال قرار گرفت. در همان زمان به دلیل نیاز جدی به یک قانون، لایحه قانون مرگ مغزی در مجلس مطرح شد به این امید که تصویب شود و مشکلات مربوط به پیوند حل گردد ولی متأسفانه به دلایل بسیار شگفتناک این قانون مرفعی در مجلس رد شد و یک دفعه همه این برنامهها فروکش کرد و تقریباً به توقف کامل منجر شد. ما به این قانون نیاز داریم به دلیل اینکه قاضی برای حکم کردن به ماده قانونی نیاز دارد گویا اینکه فتوا از اکثر مراجع داریم اما نیاز به ماده قانونی است. امیدواریم مجلس این مشکل را از پیش پای جامعه پزشکی و بخصوص برای حل مشکل بیماران برادر بدیهی است که نیاز فراوانی بعداً وجود خواهد داشت برای آشنا کردن مردم به این مسائل که اگر جوانی به دلیل تصادف مغزش از بین رفت به جای اینکه اعضای او پوسد و متلاشی گردد آنها با طراوت و زنده در بدن چند بیماری که زندگی آنها بستگی به این اعضا دارد زنده بماند و بهترین توشه خواهد بود برای کسی که رهسپار زندگی دیگر است. الان پیوندهایی که فعال انجام می شود پیوند کلیه است پیوند فرنیه است که می تواند در بسیاری از نقاط مملکت انجام گیرد. پیوند مغز استخوان و پیوندهایی مثل پوست و استخوان که سالها انجام می شد و الان هم انجام می شود حتی این خوبی که شما اهدا می کنید خود نوعی پیوند عضو است که با آن و جان شخص دیگر را نجات می دهد. پیوندهای اعضا دیگر مثل قلب و کبد و ریه و پانکراس و... فعلاً دچار رکود و توقف است که انشاءالله دوباره پیگیری شود و با مصوبه مرگ مغزی از طرف مجلس محترم دوباره رونق بگیرد و مسئله بیماران را به نحو شایسته ای حل نمایند.

یکی از پیوندهایی که در کشور انجام می شود پیوند کبد است. بفرمائید در این زمینه چقدر پیشرفت کرده ایم و اصولاً با چه مشکلاتی روبرو هستیم؟
پیوند کبد یکی از اعمال جراحی مورد نیاز تعداد کثیری از بیماران است. هر اساس برآورد ما در کشور هر ساله حدود ۵۰۰۰ نفر احتیاج به پیوند کبد دارند که اگر این عمل انجام نگیرد نمی توانند ادامه حیات دهند. انجام پیوند کبد در خارج از کشور تقریباً غیرممکن است. با توجه به هزینه های هنگفت، و تعداد محدود کبد موجود، امکان اعزام بیماران به خارج از کشور نیست و الزاماً یکی از اقداماتی که باید انجام گیرد این است که بیماران کبیدی در آینده بتوانند از این درمانی که بسیار مؤثر است بهره مند گردند.
موانع متعددی در رابطه با پیوند کبد در سطح کشور وجود دارد که ما باید به اجرا درآوریم. تعداد پیوندهایی که تاکنون انجام شده انگشت شمار بوده و کافی نیست و باید پیوند کبد به صورت مستمر در کشور انجام پذیرد. چند عامل باید در این رابطه در نظر گرفته شود. مسئله اول مشکلات قانونی است لذا باید قانون مرگ مغزی را داشته باشیم و مجوز

قانونی برای تیمهای پزشکی در این زمینه موجود باشد. (برای بیمارستانهایی که دارای امکانات کافی می باشد) این قانون در مجلس مطرح شده بود ولی متأسفانه رد شده است و ما امیدواریم در آینده این قانون را نمایندگان محترم مجلس تصویب نمایند که ضرورت قطعی برای این کار بوجود آید.

مسئله دیگر هزینه های بسیار زیادی است که پیوند کبد دارد. دولت باید همه ساله مانند بیماران کلیوی که یک بودجه ای در نظر گرفته امکاناتی را هم برای پیوند کبد در نظر بگیرد و از نظر نیروی انسانی خوشبختانه ما تیمهای جراحی آماده ای داریم که این کار را می توانند انجام دهند و حتی تجهیزاتی داریم که این کار را شروع کنند و انجام دهند. لذا مشکل پیوند، علمی و اجرایی نیست بلکه مشکل اصلی مشکل قانون است و بعد هم یک سرمایه گذاری کافی به خصوص برای بیمارانی که هم نیازمند هستند و هم توانایی مالی ندارند.

این عمل اگر از نظر قانونی در ایران مشکلاتش حل شود می تواند برای گروهی که حتی خودشان توانایی پرداخت هزینه ها را دارند به راحتی انجام شود.

بهترین شکل ایثار

لطفاً خودتان را معرفی کنید و بگویید برای چه در سمینار مرگ مغزی شرکت کرده‌اید؟

- من حسین سماواتیان هستم. پدر سعید سماواتیان قهرمان ژیمناستیک کشور که در شهریور ۷۲ بر اثر ورزش از بلندی سقوط کرد که باعث مرگ مغزی و فوت ایشان شد. من می‌خواهم حالتهای روحی و روانی خود را در آن شرایط در موقع حادثه و مصدومیت فرزندم عنوان کنم و نظریاتم را به افراد جامعه منتقل نمایم.

مادر سعید فوت کرده بود و من خودم آن را بزرگ کردم. مربی او در تربیت، درس و ورزش بودم و تشریح این حادثه خیلی سخت است چرا که فرزند ۱۱ ساله‌ام را که با سختی بزرگ کرده بودم با یک حادثه و اتفاق روی تخت بیمارستان می‌دیدم که نفس می‌کشید ولی جسد بود. بیمارستانی که در آغاز او را بردیم نتوانستند این بچه را مداوا کنند نهایتاً او را به بیمارستان سینا منتقل کردند و حدود ساعت ۱۲ شب بود که ما را مرخص نمودند و گفتند نمی‌توانید پیش بچه باشید. شب که به خانه رسیدم با شرایط بدی که داشتم باتوجه به اعتقادات مذهبی و رابطه خاصی که با خدا دارم با قرآن استخاره کردم و به خدای خود گفتم: تو می‌دانی که این بچه را خیلی دوست دارم و از تو می‌خواهم بچه‌ام فلج نشود و مشکلات مغزی پیدا نکند. من آیه را حفظ نیستم ولی معنی آن را می‌دانم که آنچه را ما صلاح می‌دانیم اتفاق می‌افتد و شما از دلیل آن بی‌اطلاعید.

این بود که کمی ساکت شدم صبح ساعت ۷ به بیمارستان رفتم تا ساعت ۱۰ معطل شدید بچه را به سی‌تی اسکن بردند و هیچ صحبتی مسئولین بیمارستان با من نکردند. ساعت ۱۰ صبح گروه پزشکی مرا خواستند و سراغ مادر بچه را گرفتند. من توضیح دادم مادر این بچه فوت شده است. آنها گفتند این بچه از نظر فعالیت مغزی صفر است. من متوجه نشدم فکر نمی‌کردم منظورشان مرگ است. بعد توضیح دادم: این بچه دچار مرگ مغزی شده و به حالت اول بر نمی‌گردد. شرایط بسیار بدی داشتم و نمی‌توانستم باور کنم فرزندم اینگونه از دستم برود. باور نمی‌کردم به آقای دکتر گفتم: هر هزینه‌ای دارد حاضرم تمام هستی‌ام را بدهم. گفتند: نه شما می‌توانید و نه تلاش ما مثمرتر است و این بچه مرده است ولی ما با شما کاری داریم.

من فکر کردم می‌خواهند برای حیات بچه‌ام پول مطالبه کنند در افکار و غم خاص خودم بودم که گفتند: قلب و کلیه‌های این بچه را نیاز داریم اینها را می‌خواهیم به بچه دیگری انتقال دهیم که در نهایت فرزند شما زنده خواهد بود. متمرکز کردن افکار و ذهن در آن شرایط خیلی مشکل بود. خدا کند کسی در این شرایط قرار نگیرد. من خیلی برایم وحشتناک بود که در شرایطی که فرزندم بدنش گرم است و نفس می‌کشد از من اجازه می‌خواهند که سینه او را بشکافند و قلب و کلیه‌هایش را خارج کنند. من خیلی نگران بودم نمی‌دانستم چه بگیریم. آنها می‌گویند که فرزند دارند یک فرزند ۱۱ ساله می‌فهمند

من چه می‌گویم و گفتند فرزند شما مرده است و اگر این کار را انجام ندهیم فرزند شما در نهایت فوت خواهد شد. معمولاً از نظر ذهنیت من کارهایم را با فکر انجام می‌دهم. شیمی دان هستم و در آزمایشگاه مطالعه و صبر را یاد گرفته‌ام. دین مقدس اسلام هم به ما صبر و استقامت آموخته است و یاد خداوند همیشه به ما آرامشی خاص می‌دهد اما برایم سنگین بود. نهایتاً گفتم: شما منظورتان این است که چه کار کنم اگر شما به عنوان پزشک که قسم خورده‌اید فکر می‌کنید این فرزند خوب نمی‌شود من اعضا فرزندم را اهدا می‌کنم و دلم می‌خواهد بچه‌ام با این شرایطی که شما می‌گویید باز هم زنده باشد و قلب و کلیه‌های بچه‌ام باز هم کار کنند. چون فکر می‌کنم باز هم بچه خودم را دارم.

بالای اجازه کتبی خود نوشتم:

«انا لله و انا الیه راجعون»

باتوجه به اینکه پزشکان این بیمارستان می‌گویند این بچه نمی‌تواند به حیات خود ادامه دهد و ۲۴ ساعت دیگر فوت می‌شود و دیگر قابل برگشت نیست با کمال میل، مایل هستم از اعضا بچه‌ام در مواردی که پزشکان میدانند استفاده شود و چون فکر می‌کنم بچه‌ام نمرده، نگرانی‌هایم کاهش پیدا می‌کند. واقعاً ۵۰ درصد از حالتهای روحی‌ام فروکش کرد. بچه را برای آخرین بار بوسیدم و پذیرفتم همه به سوی خداوند برمی‌گردند.

نهایتاً به منزل برگشتم و دیدم در خانه عزاداری به پااست. بلندگوها را خاموش کردم سیاهی‌ها را کردم چون متعقد بودم بچه من فوت نشده است. بعد از این حادثه سنگین احساس کردم دوباره بچه‌ام زنده شده است و اگر کلیه‌ها و قلب بچه‌ام در سینه کس دیگری باشد برایم خیلی ارزشمند است چرا که با ملاقات او می‌توانم فرزندم را زنده تلقی کنم.

ساعت ۵ بعد از ظهر منتظر بودم که تلفن زنگ زد و گفتند: مراسم ختم را بگیرید چون قلب بچه از کار افتاد. گفتند می‌خواستند قلب او را به یک دختر بچه منتقل کنند ولی باوجود رضایت شما متأسفانه مجوز قانونی نداشتیم و قلب بچه از کار افتاد. از من تقدیر کردند و دسته گل بزرگی به بهشت زهرا آوردند.

آقای در آنجا صحبت کرد که مقام کسی که فرزند نابالغ خود را اینچنین اهدا کند مقام حضرت ابراهیم است. اینها باعث تسلی خاطر من بود. هنوز هم از اینکه اینکار انجام نشد متأسفم.

به جامعه توصیه‌ای دارم. مصدومیت‌های طبیعی و غیرطبیعی غیرقابل برگشت وجود دارند و در این شرایط باید بدانتیم اگر این کار را انجام ندهیم جوارح بعد از چند روز از بین می‌روند و فایده‌ای ندارند. پس چه بهتر است آنها را زنده کنیم و بگذاریم در کالبد دیگری فعالیت نمایند. باید در زمان زنده بودن اعلام کنیم که بعد از تصادفات از اعضا ما استفاده شود چرا که بهترین ایثار و بخشش است.

مرگ مغزی و پیوند اعضا

سالم بدن آنها نظیر کلیه، کبد، قرنیه چشم، قلب، لوزالمعده، روده و... را قبل از اینکه از حالت طبیعی خارج شوند و در زمانی که به علت تثبیت گردش خون سالم هستند و قابل پیوند می‌باشند، به فرد دیگری که نیازمند می‌باشد اهدا و در بدن او پیوند نمایند.

گرچه امروزه در بسیاری از کشورها مسئله مرگ مغزی جا افتاده و به جوامع پزشکی خود با وضع قوانین خاصی این اجازه را داده‌اند که در مواقع لزوم و پس از اثبات مرگ مغزی به وسیله تیم پزشکی واجد شرایط دست به این اقدام خداپسندانه و انسانی بزنند. اما متأسفانه در کشور ما با وجود رفع موانع شرعی هنوز مشکل قانونی آن به علت وجود نقاط مبهم علمی و عدم توجیه کافی نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی برطرف نشده و به همین دلیل سالانه اولاً مقادیر هنگفتی هزینه خرج نگهداری بی‌مورد بیماران مبتلا به مرگ مغزی می‌شود. ثانیاً بیماران نیازمند فراوانی که در نوبت پیوند اعضا قرار دارند این امید را از دست داده و چشمان منتظر آنها فروغ خود را از دست می‌دهد و شمع اعضای آنها خاموش می‌گردد. به این دلایل جامعه پزشکی کشور بی‌صبرانه منتظر تصویب قوانین مربوط به مرگ مغزی و پیوند اعضا می‌باشد. از این رو مؤلفین بر آن شدند تا با بصاحت خود تا حد ممکن این مطلب را از دیدگاه پزشکی باز نموده و نقاط مبهم آن را روشن نمایند. باشد که از این مسیر خدمتی به جامعه سرافراز پزشکی و ملت عزیز ایران بنمایند:

مغز و اهمیت آن: بدون هیچ تردیدی می‌توان گفت که مغز مهمترین عضو بدن انسان و در حقیقت سلطان بدن می‌باشد. به طوری که تمام اعضای بدن به صورت مستقیم یا غیرمستقیم تحت فرماندهی این عضو کار می‌کنند. به عبارت دیگر برای این فعال هستند که در خدمت مغز باشند تا مغز بتواند وظیفه فرماندهی خود را بخوبی انجام دهد چرا که هر وقت مغز از بین برود، دیر یا زود همه اعضا از کار خواهند افتاد و موردی گزارش نشده که پس از قطعیت علمی مرگ مغزی حیات برای درازمدت ادامه یابد.

علیرغم اینکه مغز از نظر وزنی بین ۱-۲٪ وزن بدن را تشکیل می‌دهد، حدود ۲۰٪ حجم خون در گردش از آن عبور می‌کند. به دلیل

دکتر سید محمود طباطبایی (۱)

دکتر مصطفی محسنی (۲)

مقدمه

با پیشرفت زندگی ماشینی حوادث یکی از علل مهم مرگ و میر را تشکیل داده است، به طوری که بعد از بیماریهای قلبی و سرطان سومین علت مرگ در تمام سنین را حوادث تشکیل می‌دهد اما در جوانان و کودکان اولین علت می‌باشد.

در بین علل منجر به فوت در حوادث ضربه مغزی شایع ترین علت می‌باشد. تعدادی از این بیماران قبل از فوت به حالتی می‌روند که فقط قلب آنها کار می‌کند و اگر با دستگاه تنفس مصنوعی به آنها کمک شود و مواظب تغذیه و سایر دستگاه‌های بدن آنها باشیم، برای مدتی بدون اینکه امیدی به فعالیت مغز آنها باشد زنده می‌مانند. به این حالت مرگ مغزی می‌گویند. با همه این کمک‌ها و مراقبت‌ها دیر یا زود، توقف قلبی هم عارض شده و مرگ جسم هم به سراغ آنان می‌آید. با پیشرفت علوم پزشکی این امکان برای جامعه پزشکی و بیماران نیازمند به وجود آمده که در این فاصله (حدوث مرگ مغزی قطعی تا مرگ نهایی جسم) که حداکثر زمان ثبت شده آن تاکنون ۱۰۷ روز بوده بسیاری از اعضای

- ۱- استاد جراحی اعصاب دانشگاه شهید بهشتی.
- ۲- استادیار جراحی اعصاب دانشگاه شهید بهشتی.

اهمیت آن گردش خون مغز در تحت شرایط متغیر ثابت باقی می ماند. مغز و تواناییهای آن انسان را به عنوان اشرف مخلوقات از سایر حیوانات برتر کرده و محتویات فکری آن است که انسانها را از یکدیگر متمایز می کند.

آناتومی و فیزیولوژی مغز:

مغز انسان از سه قسمت اساسی تشکیل شده است:

a. ساقه مغز که شامل بصل النخاع، پونز و مزانسفال می باشد.

b. همی سفرهای مغزی که شامل کورتکس، گانگلیونهای زیر کورتکس و دیانسفال می باشد.

c. نیمکره مخچه

از نظر فیزیولوژی نتیجه فعالیت یک مغز سالم هوشیاری (Contousness) می باشد که خود دارای دو جز است:

۱- بیداری (AROUSAL) که مسئول آن کارکرد طبیعی ساقه مغز بخصوص جز سیستم شبکه ای آن (RETICULAR FORMATION) می باشد.

۲- آگاهی و شعور (AWARENESS) که مسئول آن کورتکس و نواحی سوب کورتیکال می باشد.

هرگاه مناطق قشری مغز و ارتباطات آن به درستی کار نکنند ممکن است فرد بیدار باشد ولی آگاهی به خود و اطراف نداشته باشد. عدم فعالیت سالم ساقه مغز منجر به اختلال در هوشیاری می گردد. هوشیاری انسان می تواند به دلایل مختلفی کاهش یابد که مراحل مختلفی را از هوشیاری کامل تا کما می طی می کند که عبارتند از:

بیدار و آگاه، خواب آلودگی (DROWSINESS)، گیجی و منگی (CONFUSION)، استوپور، نیمه اغما (SEMICOMA)، کوما کامل، اغمای غیرقابل برگشت یا مرگ مغزی (COMA DE PASSE) که برای اولین بار دانشمندان فرانسوی در سال ۱۹۵۹ آن را شرح دادند در این صورت بایستی بین این دو مرحله را کاملاً مجزا کرد و شاید عدم تمایز این دو مرحله است که عده ای را دچار ابهام کرده و به مرگ مغزی با دیده شک نگاه می کنند و آن را زیر سؤال می برند. وظیفه جامعه

پزشکی است که این نکته باریک را با ارائه دلایل قوی علمی روشن کرده و نقاط ابهام آن را از بین ببرد.

یکی دیگر از مواردی که در اذهان عمومی با مرگ مغزی اشتباه گرفته می شود، این است که بعضی از بیماران بعد از اینکه مدتی در حالت کوما بودند ممکن است بیداری خود را تا حدی باز یابند ولی هیچ اطلاعی از خود و اطراف خود پیدا نمی کنند. این بیماران ممکن است چشمان خود را باز کنند ولی هیچکدام از دستوراتی که به آنها داده می شود، درک نمی کنند و هیچ گونه حرکتی که ناشی از اراده و تفکر باشد ندارند. اگر چنین حالتی به طور دایم باقی بماند، در حقیقت فرد به یک زندگی نباتی مبتلا شده است (VEGETATIVE.COMA). یک چنین فردی می تواند حتی سالها در همین شرایط زندگی کند بدون اینکه امکان برگشت به زندگی طبیعی را داشته باشد. نمونه بارز چنین شرایطی مرحوم استاد معین بود که برای مدتی بیش از پنج سال در همین شرایط زندگی کرد و سپس فوت نمود. این حالت را نیز بایستی از مرگ مغزی تفکیک نمود.

مرگ مغزی: مرگ عادی عبارت است از توقف غیرقابل برگشت تنفس و گردش خون، ولی مرگ مغزی از بین رفتن غیرقابل برگشت تمامی اعمال همه قسمتهای مغز می باشد. این در حالی است که قلب به علت خاصیت خودکار بودن حرکات عضلات آن و مقاومت بودن مرکز تنظیم اعمال برای مدتی به کار خود ادامه خواهد داد. حصول چنین شرایطی منوط به داشتن امکانات کافی برای تنفس مصنوعی و شرایط I. C. U مجهز می باشد. اگرچه با تمام این کوششها امکان ادامه حیات طولانی وجود نخواهد داشت. ظرافت امر در این است که در این فاصله تیم پزشکی بتوانند از اعضای قابل پیوند چنین بیماری که امکان برگشت حیات او وجود ندارد و تا به حال موردی گزارش نشده است که بیماری پس از وارد شدن به مرحله مرگ مغزی به حالت عادی برگردد، برای نجات جان بیماران نیازمند دیگر استفاده نمایند.

در اینجا این سؤال پیش می آید که علایم مرگ مغزی چیست؟ در چه شرایطی می توان از نظر بالینی یک فرد را مبتلا به مرگ مغزی دانست

و بالاخره اینکه آیا مرگ مغزی همیشه منجر به مرگ نهایی خواهد شد یا نه.

شرایط بالینی احراز مرگ مغزی

۱. بیمار باید در اغمای کامل باشد. یعنی اینکه چشمانش بسته، هیچ نوع حرکت ارادی نداشته و به هیچ تحریک دردناکی هم پاسخ ندهد البته باید مواظب بود که حرکات رفلکسی نخاع چه از نوع سوماتیک یا احشایی مورد اشتباه قرار نگیرند. چرا که این حرکات نخاعی بعد از مدتی به علت از بین رفتن اثر مهار مغز بر روی نخاع ظاهر می گردند.

۲. تنفس او کاملاً قطع بوده و فقط به وسیله دستگاه تنفس مصنوعی فعالیت های تنفسی بیمار برقرار است.

۳. در صورتی که تمامی رفلکسهای ساقه اصلاح کلی مغز نظیر رفلکس نور مردمک، رفلکس قرینه، رفلکس اکولوسفالیک، رفلکس اکولوستیولر، رفلکس سرفه، رفلکس تهوع و استفراغ از بین رفته باشند.

اگر چنانچه شرایط فوق احراز گردد مرگ مغزی از نظر بالینی قطعی شده است ولی برای اطمینان خاطر و تایید نهایی بهتر است از کارهای پاراکلینیکی هم استفاده نماییم. اهم کارهای پاراکلینیکی مورد نیاز عبارتند از:

۱. تست آپنه که در هر زمانی بعد از احراز شرایط بالینی قابل انجام بوده و معتبرترین آزمایش می باشد. نحوه انجام این تست که بایستی همه اعضای تیم تایید کننده مرگ مغزی با آن آشنا باشند عبارت است از:

الف - بیمار را برای مدت ده دقیقه با اکسیژن خالص اکسیژنه کرده و دستگاه را طوری تنظیم می نماییم که فشار دی اکسید کربن (P-CO₂) خون او حدود ۴۰ میلیمتر جیوه باشد.

ب - بیمار را از دستگاه تنفس مصنوعی جدا کرده، یک کانول داخل تراشه او می گذاریم و آن را تا محل دوشاخه شدن تراشه پیش می بریم و از طریق آن به بیمار اکسیژن به میزان ۱۰ لیتر در دقیقه می دهیم.

ج - اگر در این مرحله از آزمایش بیمار دچار اختلال ریتم قلب و یا سقوط فشارخون شد باید فوراً تست را متوقف نمود زیرا ممکن است این شرایط منجر به آسیب نسوج اعضای حیاتی قابل پیوند او شود و یا حتی منجر به مرگ نهایی گردد

و این چیزی نیست که ما دنبال آن هستیم. اگر بیمار در این مرحله از آزمایش دچار مشکلات فوق نشد مراحل بعدی تست را انجام می دهیم.

د- ده دقیقه بیمار را از نزدیک نگاه می کنیم چنانچه هیچ گونه تلاش تنفسی ظاهر نشود، برای اندازه گیری گازهای شریانی نمونه خون گرفته و بیمار را مجدد به دستگاه تنفس مصنوعی وصل می نماییم. (اگر فشار دی اکسید کربن (P-CO₂) این نمونه خون بالاتر از ۶۰ میلی متر جیوه باشد و کوشش تنفسی ظاهر نشده باشد از نظر پاراکلینیک نیز مرگ مغزی قطعی است.

ه- بدیهی است اگر طی آزمایشات فوق در هر مرحله ای کوشش تنفسی ظاهر گردد، بیمار مبتلا به مرگ مغزی نمی باشد.

۲. در ۶ ساعت اول پس از حدوث مرگ مغزی بهترین تست آزمایشگاهی آنژیوگرافی مغزی با ماده رادیواکتیو است. در صورت عدم وجود جریان خون مغزی نتیجه تست منفی خواهد بود.

۳. در پایان ۶ ساعت اول از الکتروانسفالوگرافی می توان استفاده کرد که در صورت وجود خط صاف ایزوالکتریک و مثبت بودن تست آپنه می توان اعلان مرگ مغزی نمود.

۴. بعد از گذشت ۱۲ ساعت چنانچه علت مرگ مغزی هیپوکسی و ایسکمی مغزی نباشد، نیاز به انجام تست خاصی نیست و فقط تست آپنه مثبت کافی است.

۵. در پایان ۲۴ ساعت نیاز به هیچ تست تشخیصی دیگری جز تست آپنه نمی باشد و براحتی با تست آپنه مثبت می توان با قاطعیت مرگ مغزی را اعلان نمود.

۶. آنژیوگرافی ۴ شریان مغز با ماده حاجب یکی دیگر از تست هایی است که در هر زمان بعد از احراز شرایط بالینی می توان آن را انجام داد. در صورت فقدان گردش خون شریانی در مغز مرگ مغزی قطعی است. این تست بعد از تست آپنه یکی از مطمئن ترین روشهای تشخیصی است ولی به علت تهاجمی و گران بودن و از طرف دیگر احتمال آسیب نسوج کلیه به وسیله ماده حاجب مصرفی امروزه کمتر مورد استفاده قرار می گیرد.

لازم به تذکر است که تیم پزشکی مسئول اعلان مرگ مغزی در بیمارستانها بایستی در

صورت مواجه شدن با بیمارانی که شرایط ذیر را دارند، تامل بیشتری به خرج داده و احتیاطهای لازم را رعایت نمایند.

اهم این حالات عبارتند از:

۱. در کلیه مواردی که عامل ایجاد مرگ مغزی مشکوک باشد.

۲. مسمومیت با الکل یا سایر داروها نظیر باربیتوراتها، داروهای ضعیف کننده سیستم عصبی، مصرف مهارکننده های نوروموسکولار.

۳. موارد کومای متابولیک نظیر کومای اورمیک، کبدی، دیابتیک یا الکترولیتی و...

۴. مواردی که درجه حرارت بیمار زیر ۳۲ درجه سانتیگراد و یا فشارخون او زیر ۹۰ میلی متر جیوه باشد.

۵. در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن قلب و ریه. چون اینگونه بیماران نسبت به افزایش CO₂ و با کاهش اکسیژن خون حساسیت عادی را ندارند.

۶. در مواردی که سن بیمار زیر ۵ سال باشد. زیرا در اطفال هم معاینه عصبی مشکل تر است و هم مغز آنها نسبت به آسیب ها مقاوم تر می باشد. بنابراین شانس برگشت آنها بیشتر از بالغین است. بعد از احراز قطعی مرگ مغزی از نظر بالینی و تایید غیرقابل برگشت بودن آن با آزمایش های فوق الذکر و یا گذشت زمان بیش از ۲۴ ساعت، برکه مربوطه باید توسط تیم پزشکی بیمارستان که در آن حداقل ۳ نفر پزشک از تخصصهای مغز و اعصاب، داخلی و پزشکی قانونی عضو هستند به امضا رسیده و مراتب را به خانواده بیمار اعلان نمایند.

دو دلیل اصلی برای اعلان مرگ مغزی وجود دارد:

۱. نیاز مبرمی که در جوامع امروزی به علت پیشرفت علوم مختلف و وجود امکانات تکنولوژی خوب برای پیوند اعضا وجود دارد. اینگونه بیماران می توانند بهترین و سالمترین منبع تامین اعضای اهدایی باشند.

۲. حتی اگر نیاز به پیوند اعضا هم مطرح نباشد و یا مجوزهای قانونی آن وجود نداشته باشد و بالاخره در مواردی که بیمار عضو قابل اهدایی نداشته باشد، با توجه به فریب الوقوع بودن مرگ نهایی تا چه زمانی باید به این بیماران رسیدگی

کرد؟ تا چه موقع باید وقت گرانبهای پرسنل پزشکی را مصروف بیماری که محکوم به مرگ حتمی است، کرد؟ تا چه میزان باید هزینه های سنگین سرویس های ICU را صرف نگهداری این بیماران نمود؟ تا چه مدت باید خانواده بیماران را در تب و تاب و نگرانی نگه داشت؟ آیا نمی شود که تمام این امکانات با ارزش را صرف بیمارانی نمود که در شرایط درد و رنج فراوانی قرار دارند و می توان به آنها حیات دوباره بخشید. آیا کمک بی نتیجه و عبث به بیماران مبتلا به مرگ مغزی در حقیقت تسریع در مرگ بیماران نیازمند نمی باشد؟ آیا اگر مانع از پیوند اعضا شویم هر دو انسان را به مرگ دعوت نکرده ایم. پس بیایم اکنون که موانع شرعی این مشکل با فتوای امام راحل (ره) و مقام معظم رهبری و بسیاری از مراجع عالیقدر شیعه از بین رفته، در مسیر نمایاندن اقتدار علمی اجتماعی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و با پیروی از فرمان الهی «وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَانَ مِثْلَ مَنْ أَحْيَى النَّاسَ جَمِيعًا» بعنوان پیام آوران منشور جهانی «الاسلام یعلو و لا یتعلی علیه» و نشان دادن عینیت تبلور فقه آشنا به علم روز تشیع با همکاری و همفکری یکدیگر قانون مرگ مغزی و پیوند اعضا را به تصویب رسانده و از برکات آن بیماران نیازمند را بهره مند سازیم و سطح فرهنگی جامعه را ارتقا دهیم، سرشت نوع دوستی را در جامعه تقویت نموده و سرانجام از رهگذر این عمل خیرخواهانه به ارتقای سطح علوم مختلف پزشکی کشور عزیزمان ایران کمک نماییم.

1. Rowland L.P.: Merrit's text book of neurology, William & Wilkins USA 1995

2. Guyton A.C.: Textbook of medical physiology, W.B. Saunders co USA 1996

3. You mans J.R.: Neurological surgery, WB Saunders co USA 1996

4. Warwick W.: Gray's Anatomy, Churehill livingstone, UK, 1989

5. Plum F: Diagnosis of stupor and coma, WB Saunders co. USA, 1976,

۶. دکتر توفیقی، حسن. مرگ مغزی، مجله علمی پزشکی قانونی سال دوم شماره هشتم سال ۱۳۷۵.



ما می‌گوییم وقتی پیوند صورت بگیرد و جزو بدن فرد گیرنده شود، این پیوند پاک است و از این نظر مشکلی ندارد. گاهی در ارتباط با مسایل فرزند و پدر و مادر مشکل ایجاد می‌شود که اگر تخمدان زنی را بردارند و به زن دیگری بدهند، در صورتی که ضرورت باشد، فرزندان حاصله متعلق به چه کسی است؟ ما می‌گوییم وقتی پیوند بگیرد و جزو بدن فرد شود، طبعاً بچه‌ها مال او هستند. در اطراف این مسئله فروع زیادی مطرح است ولی اجمال مسئله را سوال کردید که جایز است.

پرسش: استحضار دارید که در بحث پیوند، مسئله انسانهایی مطرح است که دچار مرگ مغزی شده‌اند، به عنوان مثال در مورد پیوند ریه، قلب و کلیه و مرگ مغزی در اصطلاح علمی به شخصی می‌گویند که مغزش به هیچ کدام از تحریرات پاسخ نمی‌دهد و کلیه آزمایش‌ها بی‌اثر است و ساقه مغز توان خود را از دست داده و حالتی است که می‌گویند حیات به مغز بر نمی‌گردد و تنفس برای مدتی کوتاه یا بلند (چند ساعت تا چند روز) ادامه دارد.

اعضای این بدن می‌تواند موجب حمایت افراد نیازمند شود، نظر حضرت تعالی در استفاده از اینگونه اشخاص چیست؟

پاسخ: در مورد مرگ مغزی، با یک سلسله شرایط اجازه می‌دهیم عضو مورد نظر

اجرا می‌شود، چیزی نیست که برخلاف نظر اسلام باشد. منتها پیوند سه حالت دارد: زمانی جان انسانی متوقف به آن است و اگر عمل پیوند را انجام ندهیم، جان بیمار در خطر است. در این حالت نه تنها پیوند جایز است بلکه برای حفظ جان انسان واجب است. صورت دوم این است که جان شخص در خطر نیست اما زحمت و مشقت زیادی باید متحمل شود. برای مثال در پیوند انگشت یا قرنیه چشم زندگی غیرممکن نیست. در چنین مواردی اگر زحمت شدید و کلی باشد احتمال وجوب پیوند هست، اما اگر مشکل مهمی نباشد نیز جایز است. صورت سوم این است که صرفاً جنبه رفع ناهنجاریهای ظاهری و یا برای زیبایی باشد، برای مثال در موارد سوختگی صورت و... که آن را به صورت مطلوب درمی‌آورد در اینجا هم مشکلی ندارد. بنابراین گاهی پیوند واجب است یا شبیه واجب و گاهی جایز و مباح است. منتها در مسأله پیوند باید به مسایل جانبی توجه کرد، مثل اینکه این پیوند را از چه کسی برمی‌دارند؟ آیا جایز است برای حفظ جان یا نجات یک انسان، بدن انسانی دیگر را مثله کنند؟ این یک مسأله است و از نظر ما مشکل نیست چون ما قانونی به نام اهم و مهم داریم. یعنی اگر دو مسأله در تعارض با هم قرار گیرند و یکی مهم باشد و دیگری اهم، ما مهم را فدای اهم می‌کنیم. با اینکه حفظ جسد مسلمان واجب است اما اگر حفظ جان یک مسلمان یا عضوی از او منوط به برداشت یک عضو از بدن مرده مسلمان باشد، اشکال ندارد و براساس قانون اهم و مهم است. باز سوال می‌شود آیا چیزی که از میت جدا می‌شود نجس است؟ و امثال اینها.

پرسش: حضرت آیت... مکارم شیرازی با تشکر از فرصتی که در اختیارمان قرار داده‌اید، می‌خواستیم نظر شما را راجع به پیوند اعضا داشته باشیم.

پاسخ: مسأله پیوند اعضا که در عصر و زمان مابعد اثر پیشرفت علم پزشکی پیدا شده و براساس یک برنامه گسترده در سطح جهان

پیرامون

پیوند از جسد

گفتگویی با

حضرت آیت...

ناصر مکارم شیرازی

در آستانه برگزاری سمینار مرگ مغزی، هیئتی از مسئولین بنیاد امور بیماریهای خاص با آیت... مکارم شیرازی ملاقاتی داشتند. آنچه می‌خوانید گفتگویی است که آقای دکتر جواد سعید تهرانی قائم مقام دبیر کل بنیاد امور بیماریهای خاص با ایشان داشته‌اند.

پرسش: حضرت آیت... مکارم شیرازی با تشکر از فرصتی که در اختیارمان قرار داده‌اید، می‌خواستیم نظر شما را راجع به پیوند اعضا داشته باشیم.

پاسخ: مسأله پیوند اعضا که در عصر و زمان مابعد اثر پیشرفت علم پزشکی پیدا شده و براساس یک برنامه گسترده در سطح جهان

■ پرسش: پس از عرض سلام با کمال احترام به عرض می‌رساند: امروزه در دنیا مسأله مرگ مغزی پذیرفته شده است و در صورتی که فردی با کمک معاینات و آزمایشهای مخصوص، مرگ مغزی مسلم شود زندگی او خاتمه یافته تلقی می‌شود. ادامه موقت زندگی چنین فردی به کمک دستگاه تنفس مصنوعی و داروها میسر

است و از اعضای مانند قلب و کبد این افراد برای پیوند به بیماران و نجات جان آنان استفاده می‌شود. لطفاً نظر مبارک را در مورد انجام چنین اعمال جراحی و برداشتن اعضای افراد با مرگ مسلم مغزی بیان فرمایید؟

■ پاسخ: بر فرض مذکور چنانچه حیات انسان دیگری متوقف بر این باشد با اجازه صاحب قلب یا کبد و امثال آن جایز است.

را از فردی که دچار مرگ مغزی شده است، بردارند و به شخص دیگری پیوند بزنند. شرط اول این است که اگر در مرگ مغزی مطمئن شویم که بازگشت به حیات امکان پذیر نیست مثل کسی که سر را از تنش جدا کرده باشند و رگهایش را ببندند و دستگاه تنفس مصنوعی بر او وصل کنند و قلبش تا مدتی کار کند. در صورتی که این انسان مذبح است و امکان بازگشت به زندگی ندارد. اگر مرگ مغزی اینطور باشد که دیگر این سر در بدن نیست، این یک شرط محقق است. شرط دوم این است که نجات جان انسان متوقف به این باشد. در این شرایط ما می‌گوییم جایز است البته از نظر فقهی برای کسی که دچار مرگ مغزی شده، تمام احکام میت اجرا نمی‌شود کما اینکه احکام احیا هم برایش جاری نمی‌شود. مثالهای زیادی دارد که در مباحث مسایل مستحدثه مورد بحث قرار گرفته است. برای مثال کسی که دچار مرگ مغزی شده است، غسل و کفن و دفن نمی‌کنیم. چون باید بدن سرد شود. همچنین اموال کسی که مرگ مغزی پیدا کرده، میان بستگان و وارثینش تقسیم نمی‌کنیم. چون

هنوز مرگ بدان معنا نیست و از سوی دیگر احکام زندگان را هم ندارد. پیوند اعضا جزو احکامی است که نه احکام مرتبط به زنده‌ها را داراست، زیرا مذبح است و انسان مذبح احکام انسان زنده را ندارد و نه احکام مرده را دارد زیرا حیاتش نباتی است. حال در اینجا سوالاتی پیش می‌آید که آیا لازم است شخص وصیت کرده باشد برای مثال همه نیکوکاران و مردم وصیت کنند که در صورت مرگ مغزی حق دارند اعضایشان را بردارند. یا اگر خودش وصیت ندارد، اجازه گرفتن از اولیا و وارثین لازم است یا خیر. در اینجا باید گفت که اگر نجات جان انسان متوقف بر این پیوند باشد، نه وصیت او شرط است و نه وصیت بازماندگانش. منتها انسان اگر احترام بگذارد و از بازماندگانش اجازه بگیرد کار انسانی و خوبی است. گاهی اولیا می‌گویند به دلیل جنبه‌های عاطفی ما اجازه نمی‌دهیم بدن عزیزمان را بشکافند و عضو را بردارند، در این موارد هرچه شرع و قانون اجازه می‌دهد، همان گونه عمل کنید. در اینگونه موارد می‌گوییم اگر توانایی روحی برای اجازه دادن ندارند، اصرار نکنید چون

اصل اجازه واجب نیست و وصیت هم شرط نیست. فرض قانون اهم و مهم است و شرط حفظ جان انسان است. به هر حال حکومت اسلامی و حاکم شرع می‌تواند این اجازه را به طور عام یا خاص صادر کند. همچنین در جایی که واقعاً عضو مهمی از بین رفته و می‌خواهند آن را نجات دهند، می‌گوییم اشکال ندارد و اجازه نمی‌خواهد، اما اگر پیوند زیبایی و ظاهری باشد، برداشتن از کسی که مرگ مغزی پیدا کرده خالی از اشکال نیست، چون قانون اهم و مهم حاکم نیست.

در اینجا باید گفت که اگر نجات جان انسان متوقف بر این پیوند باشد، نه وصیت او شرط است و نه وصیت بازماندگانش. منتها انسان اگر احترام بگذارد و از بازماندگانش اجازه بگیرد کار انسانی و خوبی است.

ما امیدواریم با گشوده شدن این راه بسیاری از کسانی که از بیماریهای شدید رنج می‌برند و در خطر از دست دادن جانشان قرار گرفته‌اند، بتوانند نجات پیدا کنند.

پیرامون

دیالیز صفاقی



تهیه و تنظیم:

واحد آموزش بنیاد امور بیماری‌های خاص

صفاق یا پریتون غشایی است که حفره شکم را می‌پوشاند.

در دیالیز صفاقی، مایع دیالیز که عاری از هرگونه میکروب و مواد تب‌زا می‌باشد و همچنین حرارتی معادل حرارت بدن دارد، از طریق یک بریدگی کوچک و توسط یک لوله باریک به نام کاتتر وارد حفره صفاق می‌شود. صفاق به عنوان غشای دیالیزکننده عمل کرده و مایع دیالیز پس از مدتی که برای تبادل مواد در حفره صفاق باقی می‌ماند، تخلیه می‌گردد.

طریقه راهیابی به حفره صفاق

در مواردی که بیمار بدحال است، دیالیز صفاقی به صورت گه‌گاه انجام می‌شود. راهیابی به حفره صفاق از طریق یک کاتتر استریل میسر می‌گردد که پس از انجام دیالیز خارج می‌گردد. اما در بیمارانی که برای مدت

طولانی‌تری تحت دیالیز صفاقی قرار می‌گیرند، یک کاتتر مخصوص در فضای صفاقی جایگزین شده و تا زمانی که از کار بیافتد یا شیوه درمانی دیگری برای بیمار اتخاذ گردد، در همان موضع باقی می‌ماند. تخلیه کامل مثانه جهت کاهش احتمال پارگی مثانه در حین وارد کردن کاتتر بسیار اهمیت دارد.

برای وارد کردن کاتتر، پس از تمیز کردن شکم و بیحسی موضعی ناحیه‌ای به قطر ۵ سانتی‌متر در خط وسط شکم و در زیرناف، یک برش کوچک داده شده و کاتتر وارد حفره صفاقی می‌گردد و نواحی اطراف پانسمان می‌شود.

این کاتترها، یک کانال بالقوه برای ورود عوامل میکروبی به داخل حفره صفاق می‌باشند. از این رو رعایت نکات استریل در جاگذاری کاتتر و مراقبت‌های بعدی آن، جهت پیشگیری از بروز عفونت پریتون و آشنایی با علائم و نشانه‌های عفونت موضعی و پریتونیت (عفونت صفاق) ضروری می‌باشد.

نحوه انجام دیالیز صفاقی

حدود ۲ لیتر مایع دیالیز استریل از طریق کاتتر با حداکثر سرعت ممکن وارد حفره پریتون می‌شود که این زمان اغلب حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. سپس لوله‌ای که مایع دیالیز را منتقل می‌کند، بسته می‌شود و پس از مدت زمانی که جهت تبادل و انتشار ذرات به داخل مایع دیالیز (بر حسب روش مورد استفاده) فرصت داده می‌شود، مسیر لوله منتقل کننده مایع دیالیز مجدد باز شده و به مایع داخل شکم اجازه داده می‌شود تا با تأثیر نیروی جاذبه تخلیه شود.

ممکن است در اولین نوبت دیالیز صفاقی پس از جایگزین کردن کاتتر، مایع تخلیه شده رنگ مایل به صورتی داشته باشد که در اثر جراحی مختصر وارده در هنگام جایگزینی کاتتر است، اما باید توجه داشت

که در دفعات بعدی مایع تخلیه شده باید شفاف باشد.

توجه داشته باشید که در هیچ نوبتی نباید مایع تخلیه شده کاملاً خونی باشد.

مزیت‌های دیالیز صفاقی

۱- روشی ساده و آسان که امکان انجام

آن بدون نیاز به امکانات ویژه وجود دارد.

۲- فراهم کردن یک سطح ثابت در بیوشیمی خون.

۳- بیمار می‌تواند این عمل را بدون نیاز به دستگاه خاصی و در هر وضعیتی به تنهایی انجام دهد.

۴- بیمار کنترل بیشتری بر زندگی روزمره خود دارد.

۵- در بیماران قلبی - عروقی بخصوص کسانی که با تغییرات سریع در حجم مایع بدن، اوره، قند و املاح مشکلاتشان بدتر می‌شود، می‌توان از دیالیز صفاقی استفاده کرد.

۶- برخی برای بیماران دیابتی دیالیز صفاقی را توصیه می‌کنند زیرا علاوه بر کاهش خونریزی شبکه که در همودیالیز به دنبال استفاده از هپارین رخ می‌دهد، می‌توان با افزودن انسولین به مایع دیالیز، قند بیمار را نیز کنترل کرد.

۷- به علت عدم تداخل دیالیز صفاقی با رشد کودکان، دیالیز صفاقی در کودکان ارجح‌تر از دیالیز خونی است.

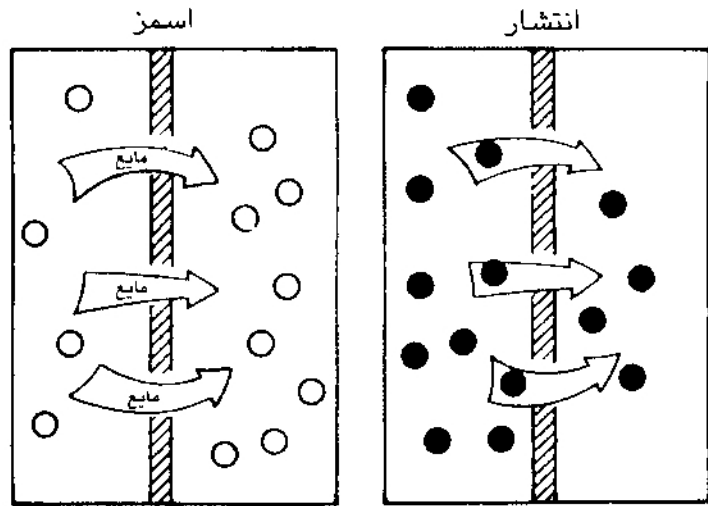
۸- عدم نیاز به هپارین و همچنین جراحی عروق

دقت داشته باشید با توجه به سرعت کم دیالیز صفاقی نسبت به دیالیز خونی، روش چندان مناسب و مکفی در موارد سطح سرمی بالای داروها و سموم نمی‌باشد.

معایب دیالیز صفاقی

خصوصیت نامطلوب دیالیز صفاقی،





الف (غشا، نیمه تراوا

ب (غشا، نیمه تراوا

صفاقی، پریتونیت (عفونت و التهاب غشای صفاق) است.

* عفونت کاتتر: جهت درمان حتماً لازم است کاتتر خارج شود.

* سوء تغذیه: به دلیل از دست دادن پروتئین در حین انجام دیالیز صفاقی و جذب ناکافی پروتئین‌ها.

* جابجایی، پیچ خوردگی و مسدود شدن کاتتر توسط لخته خون و فیبرین

افزایش یا کاهش قند خون

* چسبندگی روده‌ها

* اشکال در تنفس به صورت تنفس کوتاه

* نشت مایع دیالیز

دیالیز توسط دستگاه تحویل‌دهندهٔ چرخشی مایع دیالیز انجام می‌شود.

طولانی‌بودن زمان دیالیز به همراه درگیری مداوم بیمار است.

آموزش مراقبت از خود، در بیمارانی که دیالیز صفاقی می‌شوند

روشهای انجام دیالیز صفاقی

۱- نام و شماره تلفن پزشک معالج، پرستار مربوطه و بخش دیالیز را جهت تماس در مواقع ضروری و طرح سؤالاتی که در طول انجام دیالیز صفاقی برایتان پیش می‌آید، به خاطر داشته باشید.

دیالیز صفاقی متناوب: طی جلسه‌های ۸-۱۲ ساعته و ۲-۳ مرتبه در هفته انجام می‌شود که ممکن است به صورت دستی یا توسط ماشین چرخشی انجام شود. به این صورت که بیمار بر روی تخت خوابیده و یا بر روی صندلی نشسته و عمل دیالیز صورت می‌گیرد.

۲- در صورت بروز هر یک از علائم و نشانه‌های زیر، پزشک یا پرستار یا بخش دیالیز را در جریان بگذارید:

دیالیز صفاقی مداوم سرپایی: این روش ارزان‌ترین روش دیالیز است که در آن مایع دیالیز به داخل حفرهٔ صفاق وارد شده و کاتتر بسته می‌شود. بیمار فعالیت‌های روزمره‌اش را انجام می‌دهد و احتیاج به بستری شدن ندارد و نیازی به ماشین دیالیز نیز ندارد. هر ۴-۶ ساعت حفرهٔ صفاق تخلیه شده و مایع دیالیز تعویض می‌گردد.

علائم عفونت موضع ورود کاتتر صفاقی: قرمزی، تورم، گرمی، حساسیت در لمس، ترشح چرکی، نفخ، افزایش قطر شکم و درد شکم. علائم پریتونیت: درد شدید شکم که با کوچکترین حرکت یا تنفس شدت آن افزایش می‌یابد، فقدان حرکات روده‌ای، عدم توانایی برای خروج گازهای روده‌ای، تنفس کوتاه.

دیالیز صفاقی چرخشی ممتد: ترکیبی از دو نوع قبلی است. در این روش در مرحلهٔ ۸ ساعتهٔ خواب چندین نوبت عمل دیالیز انجام شده و هر بار ۲ لیتر مایع وارد حفرهٔ پریتون می‌گردد. در ۱۶ ساعت باقیمانده نیز یک لیتر مایع داخل حفرهٔ صفاق شده و تبدلات به آرامی صورت می‌گیرد. این نوع

دیالیز صفاقی در چه مواقعی نباید انجام شود؟

۱- وقتی میزان سوخت و ساز بدن (متابولیسم) بالاست، دیالیز صفاقی قادر نیست به میزان کافی سموم اورمیک را تخلیه کند.

۲- زمانی که به هر دلیلی وضعیت غشای صفاقی نامطلوب باشد، مانند چسبندگی به دنبال جراحی شکم.

موارد منع نسبی انجام دیالیز صفاقی عبارتند از: چاقی، سابقهٔ پارگی احشای شکمی، بیماری عروقی جدی، حملات مکرر پریتونیت، بیماری شکمی، درد کمر و قفسهٔ سینه، جراحی وسیع شکم و بیماری شدید تنفسی. در بیمارانی که داروهای سرکوبگر ایمنی دریافت می‌کنند، به علت تأخیر در بهبود بریدگی محل جابگزین کردن کاتتر و احتمال بالای عفونت بهتر است دیالیز صفاقی انجام نشود.

عوارض دیالیز صفاقی

* پریتونیت: شایع‌ترین عارضهٔ دیالیز

- * سایر علائم:
- * تنفس کوتاه یا دشوار
- * نشت از اطراف کاتتر
- * جریان کند یا توقف جریان مایع دیالیز در هنگام تخلیه

آموزش بیماران برای CAPD

* ارائه اطلاعات پایه در مورد CAPD

آناتومی و فیزیولوژی

روند بیماری

نحوه عمل تبادل

عوارض خطرناک تکنیک

اندازه گیری علایم حیاتی

مراقبت از کاتتر

تماس با بیمار برای حل مشکلات

* تشریح اقدامات تغذیه‌ای

خوردن غذاهای پروتئین دار

افزایش دریافت مواد فیبری جهت

جلوگیری از یبوست (ممکن است

تخلیه مایع را دچار اختلال سازد).

(محدود نمودن مصرف پتاسیم،

سدیم و مایعات لزومی ندارد).

* توضیح در مورد اهمیت مراقبت‌های

پیگیری

تکیه بر روشهای ضد عفونی جهت

جلوگیری از عفونت

تعویض لوله در صورت نیاز

ارزیابی سطح مواد موجود در خون

ایجاد فرصت برای طرح سوال و

آموزش‌های اضافی

* تشویق بیمار به بیان نگرانی‌ها،

تردیدها و اضطراب‌های خود

* خروج مایعی با بوی نامطبوع، رنگ تیره

مدفوعی یا مایع خونی

* وجود فیبرین در مایعی که خارج می‌شود

۳- قبل از انجام دیالیز صفاقی، بکارگیری

موارد زیر ضروری است:

* ادرار کردن قبل از دیالیز.

* کنترل محلول کیسه‌ای که مایع درون آن

تخلیه می‌شود (از نظر تمیز بودن)

* تمیز کردن موضع کاتتر با آب اکسیژنه یا

محلولهای تجویز شده دیگر و خشک کردن

آن به آرامی

* استفاده از ماسک جراحی و دستکش

* آماده کردن کلیه وسایل لازم جهت دیالیز

* تمیز کردن رابط‌ها

* در صورت تمایل مایع دیالیز را به آرامی

گرم کنید.

۴- نکات زیر را در مراقبت از کاتتر باید

رعایت نمود:

* تعویض پانسمان اطراف کاتتر به طور

روزانه و یا زمانی که خیس یا کثیف شد.

* پوشاندن روی کاتتر و نواحی اطراف توسط

پانسمان استریل

* گذاشتن کلاهک استریل بر روی نوک کاتتر

جهت حفظ کاتتر از آسیب و ضربه

* رعایت مسایل استریل در هنگام باز و

بسته کردن رابط‌ها

۵- جهت ارزیابی وضعیت بیماری، دقت در

موارد زیر ضروری است:

* زمان شروع و پایان هر بار دیالیز و مقدار

مایع دیالیز وارد شده و تخلیه شده و

همچنین کیفیت آن را ثبت کنید.

* اندازه گیری و ثبت فشارخون، نبض و درجه

حرارت بدن

* کنترل و ثبت مایعات دریافتی و خروجی

* توزین روزانه با استفاده از ترازوی مشابه،

لباس و زمان معین و ثبت آن

۶- آشنایی با محدودیت انجام فعالیت

۱- از بلند کردن اشیای سنگین بپرهیزید.

۲- از شرکت در فعالیت‌های ورزشی شدید و

غیرمعمول خودداری کنید.

۳- از شرکت در ورزش‌های پرتماس

بپرهیزید.

۴- در بین فعالیت‌ها، دوره‌های استراحت

متناوب و متناسب داشته باشید. بخصوص

پس از هر بار دیالیز استراحت لازم است.

۷- تغذیه

* همواره یک رژیم منظم غذایی را که توسط

پزشک با توجه به بیماری زمینه‌ای شما

توصیه می‌شود، رعایت کنید.

* در مواقع لزوم که توسط پزشک معالج

توصیه می‌شود، به یک متخصص تغذیه

جهت دریافت اطلاعات کافی در زمینه

محدودیت‌های تغذیه مراجعه کنید.

* محدودیت مایعات دریافتی را براساس

توصیه پزشک معالج رعایت کنید.

* تغذیه بیمار تحت درمان با دیالیز صفاقی

می‌تواند معمولی باشد ولی رعایت نکات

خاصی لازم می‌باشد. دیالیز صفاقی مداوم

منجر به از دست دادن پروتئین می‌شود.

بنابراین باید بیمار را به خوردن غذاهای

پروتئین دار و تغذیه متعادل و مناسب توصیه

نمود. بیماران باید به افزودن فیبر در برنامه

غذایی خود تشویق شوند تا بدین ترتیب از

یبوست جلوگیری نمایند چرا که یبوست

مانع جریان مایع دیالیز به داخل و یا خارج

حفره صفاقی می‌گردد. مصرف مایعات

می‌تواند به طور طبیعی باشد.

۸- پیگیری

* مراجعه مکرر و منظم به پزشک معالج.

جهت پیگیری درمان لازم است.

* جهت انجام آزمایش‌های لازم در زمان

مقرر مراجعه نمایید.

* در صورت امکان کارت شناسایی مربوط به

بیماری خود را که حاوی اطلاعات مربوط به

تشخیص بیماری و درمان‌های دریافتی شما

می‌باشد، از مراکز مربوطه دریافت کنید و

همیشه همراه خود داشته باشید.

* جهت دریافت خدمات ارائه شده از طرف

سازمان‌های مرتبط با مددکاری و

سرویس‌های اجتماعی با این مراکز آشنایی

کافی داشته باشید.

1- Phipps, WILMA, J long

BARBARAC. Medical - Surgical
of Nursing. 5th. Mosby company
1997. PP: 1480.14822- Brunner, Lillian Sholtis and
Suddarth, Doris Smith.3- Medical -Surgical of Nursing - 7th ,
Lippincotte company.1996-PP:
1016-1025

مراقبت از

بیماران تالاسمی



دکتر مصطفی قانعی
دکتر ن. عباسوندی

وظایفی که پرستار برای کمک به خانواده و جامعه به عهده می‌گیرد، شامل نقش مراقبتی نسبت به بیمار و آن دسته از کارهایی است که وی در حالت سلامتی به تنهایی و بدون کمک قادر به انجام آن است، اما بنابر دلایلی توانایی انجام آن را ندارد. همچنین پرستار باید سایر اطرافیان بیمار را حمایت نماید و در این راستا، آموزش و راهنمایی خانواده و بیمار از مهمترین مسنولیت‌های پرستار در جهت آماده‌سازی بیماران برای مقابله با مشکلات است. اغلب مشکلات این بیماران عبارتند از:

- ۱- درد استخوان و سردرد که ناشی از پیشرفت بیماری است.
- ۲- عدم تحمل فعالیت ناشی از درد استخوان
- ۳- تغذیه ناکافی ناشی از مصرف غذای ناکافی
- ۴- افزایش حساسیت نسبت به عفونت ناشی از پیشرفت بیماری
- ۵- عدم شناخت دقیق و کافی از تالاسمی و

نحوه کنترل آن

- ۶- تغییر در تصویر ذهنی از خود ناشی از (body image) عوارض داخلی و اسکلتی
- ۷- اضطراب ناشی از نیاز دایمی به تزریق خون
- ۸- احساس گناه والدین به جهت اینکه بیماری ارثی است.
- ۹- مقابله با مشکلات ناشی از تشخیص نهایی بیماری
- ۱۰- نگرانی از هزینه‌های درمانی

پرستار باید با همه مشکلات بیمار و عوارض درمان و راههای کاهش و برطرف کردن این مشکلات تا حد ممکن آشنا باشد. پیشگیری از عفونت و تشخیص نشانه‌های ناشی از عفونت و درمان آن بسیار اهمیت دارد و باید تا حد امکان از بروز این عوارض جلوگیری کرد. به طور معمول واکسیناسیون در برابر عفونت‌های هموفیلوس آنفلوانزا و پنوموکوک انجام می‌شود. همچنین توجه دقیق به بهداشت دهان و دندان و پوست ضروری است.

دفعه‌کس آمین (دسفرال) برای افزایش دفع آهن از ادرار استفاده می‌شود. در این صورت والدین بایستی تزریق زیرجلدی این دارو را بیاموزند و انجام دهند. رژیم غذایی بیمار باید تا حد امکان فاقد آهن باشد و توصیه می‌شود از خوردن مرکبات و موادی که ویتامین «C» فراوان دارند اجتناب شود، زیرا جذب آهن به این طریق زیاد می‌شود. نوشیدن چای و قهوه در فواصل غذاخوردن که جذب آهن را کاهش می‌دهد، توصیه می‌شود. برای پیشگیری از کم‌خونی مگالوبلاستیک اسید فولیک اضافی به صورت خوراکی تجویز می‌شود.

باید اضطراب بیمار را به حداقل رسانید و تا حد ممکن او را به شیوه معمول زندگی عادت داد. خواب و استراحت کافی ضروری است. تغذیه مناسب، نور کافی و محیط آرام به بهتر شدن وضع بیمار کمک می‌کند. بیمار

باید به شیوه‌ای فعالیت کند که انرژی زیادی از دست ندهد و برنامه کاری منظم داشته باشد. در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کند و خود را جدای از جامعه احساس نکند. در صورت بروز عوارض باید به سرعت آنها را درمان کرد، در حالی که پیشگیری از بروز آن اهمیت بیشتری دارد. پیشگیری از شکستگی نیز خیلی مهم است، زیرا احتمال بروز آن زیاد و خطر آن چشمگیر است.

تزریق خون

یکی از درمان‌هایی که برای بیماران مبتلا به تالاسمی کاربرد وسیعی دارد، تزریق خون است. برای این منظور:

۱- سطح هموگلوبین در تمام مواقع تا بالای 10 g/dl نگه داشته می‌شود. فقط در برخی مواقع آن را تا حد بالاتر از 12 g/dl نگه می‌دارند. تزریق خون هر ۳-۲ هفته یکبار صورت می‌گیرد که نتیجه این روش بسیار عالی است، زیرا در این روش مغز استخوان در نتیجه خارج شدن سلول‌های غیرطبیعی از خون کمتر فعال می‌شود و جذب نشدن بیش از حد آهن از دستگاه گوارش، از تغییر شکل و پهن شدن استخوانها جلوگیری می‌کند. همچنین تحریکاتی را که سبب بزرگی طحال می‌شود از بین می‌برد. ۵۰٪ این افراد کمتر به عمل جراحی برداشتن طحال نیاز پیدا می‌کنند.

۲- برای کاهش واکنش ناشی از ناسازگاری در انتقال خون از گویچه‌های سرخ شسته شده فشرده (Packed Cells Washed) استفاده می‌شود.

۳- دفعات و مقدار تزریق خون بستگی به سن و وزن بیمار دارد.

عوارض تزریق خون شامل سرد شدن بدن، لرز، تب، درد در محل تزریق، تهوع، احساس فشار در ناحیه قفسه سینه، ادرار

- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی قم

نیرو و شوک است که باید سریع تزریق را قطع نمود و پزشک را در جریان گذاشت. تزریق خون همراه با آزمایش‌های تشخیصی از قبیل خون گرفتن مکرر یا گرفتن نمونه مغز استخوان انجام می‌شود که تکرار آن سبب آزرده‌گی جسم بیمار و در نتیجه ناراحتی روح و روان او می‌شود. به همین دلیل حمایت روانی بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است.

دسفرال درمانی

تجمع آهن در دراز مدت موجب بروز اختلالات قلبی، کبدی، غددی و در نهایت منجر به مرگ می‌شود. برای دفع آهن اضافی به داروهای دفع‌کننده آهن نیاز است تا با اتصال به آهن، آن را از بدن خارج سازد.

در حال حاضر در دسترس‌ترین و بی‌خطرترین داروی آهن‌زدا دسفرال است و در صورتی که به طور منظم و به میزان کافی مصرف شود، می‌تواند از اکثر عوارض اضافه بار آهن جلوگیری کند و باعث افزایش طول عمر بیماران تالاسمی شود. دسفرال یک ترکیب آهن دوست است. قیمت بالا و تزریقی بودن این دارو، مشکلات اصلی استفاده از آن می‌باشد.

در طول درمان با دسفرال، رنگ ادرار قرمز مایل به قهوه‌ای می‌شود که نشانه دفع آهن است. دفع آهن به دنبال تزریق عضلانی کمتر از تزریق داخل وریدی آهسته یا تزریق زیرجلدی است. کاهش ویتامین C در اضافه بار آهن معمول است و موجب کاهش دفع آهن در پاسخ به درمان با دسفرال می‌گردد.

توصیه می‌شود درمان با دسفرال، پس از ۲۰-۱۰ بار تزریق خون اول که سطح آهن تجمع یافته در بدن به حدی رسیده که بتواند از سمیت دسفرال جلوگیری کند، آغاز گردد.



مقدار مصرف معینی که برای همه بیماران مناسب باشد، وجود ندارد. به طور متوسط روزانه ۶۰-۲۰ میلی‌گرم دسفرال به ازای هر کیلوگرم وزن بدن بیمار مورد نیاز است. البته مقادیر بالای ۵۰mg/kg فقط در بیمارانی که به آهن‌زدایی شدید نیاز دارند و دوره رشد آنها طی شده است، جایز است.

میزان داروی لازم به مقدار بار آهن بدن بستگی دارد که مقدار آن را با اندازه‌گیری فریتین سرم تعیین می‌کنند.

بیمارانی که با اضافه بار آهن مواجه هستند، اغلب به کمبود ویتامین C هستند، دچار می‌شوند زیرا آهن ویتامین C را اکسیده می‌کند. بنابراین مصرف ویتامین C، دفع آهن را در پاسخ به دسفرال افزایش می‌دهد البته ویتامین C فقط در روزهایی که دسفرال مصرف می‌شود، باید یک ساعت پس از شروع کار پمپ تزریق استفاده شود. میزان مصرف روزانه ویتامین C نباید از ۲۰۰mg بیشتر باشد (برای کودکان زیر

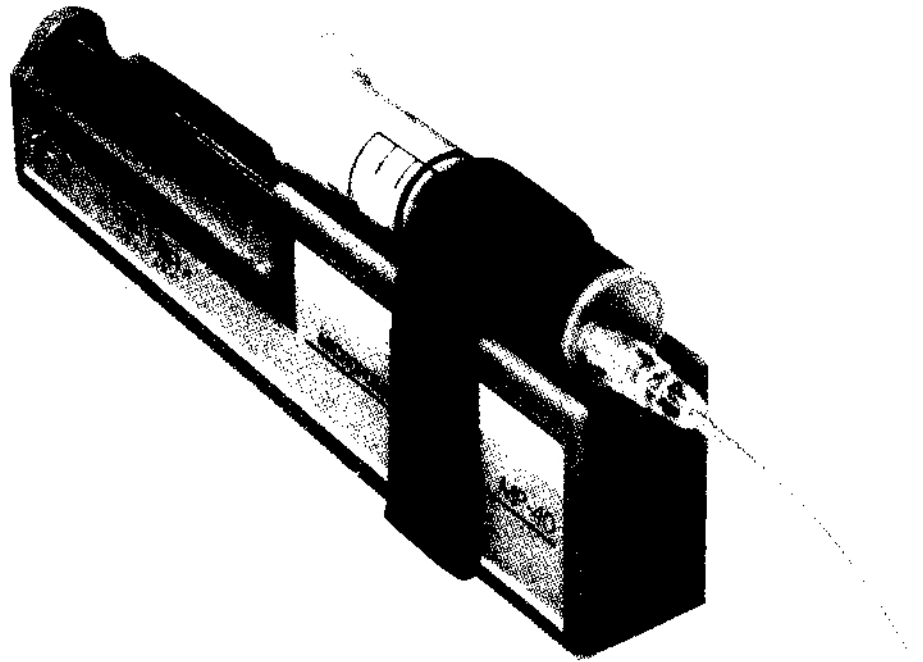
روش مصرف

تزریق زیرجلدی محلول ۱۰٪ دسفرال در مدت ۸-۱۲ ساعت به وسیله پمپ دسفرال روش معمول استفاده از دسفرال است.

تزریق وریدی آهسته دسفرال در طول مدت تزریق خون، برای بیمارانی که پذیرش درمانی خوبی ندارند، مفید است. دسفرال را نباید در کیسه خون ریخت بلکه باید آن را ضمیمه خون کرد.

باید از تزریق دارو با سرعت زیاد ممانعت شود زیرا مقادیر زیاد و یکجای داخل وریدی دسفرال می‌تواند باعث عوارضی مثل برافروختگی و افت فشار خون گردد.

تزریق وریدی مستمر دسفرال با کمک سیستم تزریقی جایگذاری شده مفیدتر از تزریق وریدی است اما هزینه آن زیادی است.



۲- محل تزریق را قبل و پس از اتمام کار، با الکل بخوبی ضدعفونی نمایید.

۳- محلول دسفرال را بیش از ۲۴ ساعت در دمای اتاق قرار ندهید (مناسب‌ترین دما برای نگهداری آمپول دسفرال حرارت ۱۵-۸ درجه سانتیگراد است).

۴- در صورت مشاهده علائم حساسیت در حین تزریق، پمپ را خاموش کرده و به پزشک مراجعه نمایید.

۵- پس از هر بار استفاده از پمپ، باتری آن را خارج سازید.

۶- میله جلو برنده سرنگ را هر چند مدت با مسواک خشک تمیز کنید.

۷- هرگز برای تمیز کردن پمپ، از آب یا محلول‌های دیگر استفاده نکنید.

۸- هرگز پمپ را باز نکنید زیرا باعث به هم زدن تنظیم دقیق آن خواهد شد.

۹- پمپ را در معرض مستقیم نور خورشید قرار ندهید و از گذاشتن پمپ در جاهای نمناک نیز خودداری کنید.

۱۰- بند تگه دارنده سرنگ را محکم به دور سرنگ نبندید زیرا باعث فشار به سرنگ و قطع شدن پمپ می‌گردد.

۱۱- همیشه از سرنگ‌های دارای پیستون نرم استفاده کنید و برای دوام پمپ سرنگ ۱۰ سی سی به بالا بکار نبرید.

۱۲- قطب مثبت منفی باتری را درست در جای خود قرار دهید.

۱۳- برای تمیز کردن بدنه و داخل شیار پمپ از الکل استفاده کنید.

۱۴- برای جلوگیری از نشت دارو، انتهای سوزن را به سرنگ محکم کنید.

امیدواریم که با پیشرفت‌های روزافزون پزشکی و تکنولوژی بتوانیم بر تمامی مشکلات بیماران تالاسمی فائق شویم.

رسید. ۱۰ سال روزانه ۵۰ میلی‌گرم و بالای ۱۰ سال روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم کافی است).
تغییر در رشد استخوانی به صورت بلندی نامتناسب دستها، پاها، کوتاهی تنه و کوچکی جثه که این تغییرات نیز برگشت‌ناپذیرند.

۱۰ سال روزانه ۵۰ میلی‌گرم و بالای ۱۰ سال روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم کافی است).

عوارض مصرف بیش از حد مجاز دسفرال

آشنایی با پمپ دسفرال و مراقبت‌های لازم

پمپ دسفرال دستگاه کوچکی است که دسفرال داخل سرنگ را در مدت ۱۰-۸ ساعت به داخل بدن بیمار تزریق می‌کند. بیمار قادر است در طول مدت تزریق خیلی راحت به هر کجا خواست برود و یا استراحت نماید.

در صورت تزریق میزان بالای دسفرال در بیمارانی که اضافه بار آهن بدن آنها زیاد نیست، باعث پیدایش عوارضی مانند موارد زیر می‌شود:

عوارض چشمی نظیر شب‌کورگی، کاهش حدت بینایی و کاهش میدان بینایی که با قطع درمان برگشت پذیرند (معاینه گوش و چشم هر ۶ ماه یکبار برای بیماران تالاسمیک لازم است).

هنگام استفاده از پمپ دسفرال توجه به نکات زیر لازم و ضروری است:

عوارض شنوایی به صورت از دست دادن قدرت شنوایی که با کاهش دارو برگشت پذیر نیست.

۱- قبل از هر بار استفاده از پمپ، باید دستها را با آب و صابون بشوید.

کاهش سرعت رشد که با کاهش دارو بهبود می‌یابد ولی رشد فرد به حد طبیعی مورد انتظار از نظر ژنتیکی و ارثی نخواهد

سلسله مباحث آموزش بیماران

(مبحث دوم)

پیوند کلیه

تهیه و تنظیم: واحد آموزش بنیاد امور بیماریهای خاص

پیوند کلیه عبارت است از پیوند زدن یک کلیه از یک فرد زنده یا جسد به فرد گیرنده برای برقرار نمودن عملکرد کلیه در فرد گیرنده. در این صورت باید پیش از پیوند کلیه جدید، کلیه از کار افتاده از بدن بیمار خارج گردد. پیوند کلیه در بیماری پیشرفته کلیه توصیه می‌شود.

آموزش پیش از پیوند

توضیحات پزشک در مورد روش درمان، همراه با دلایل انجام آن را به بیمار یادآوری کنید. بیمار را تشویق کنید تا سؤالات خود را مطرح کند و هرگونه ترس و اضطراب را با پزشک خود در میان بگذارد.

لزوم اعلام رضایت کتبی بیمار برای جراحی، بیهوشی و انتقال خون را برای وی تشریح کنید.

یادآوری مراقبت پیش از عمل

به بیمار توضیح دهید که هرگاه دهنده

مناسبی پیدا شود، برای انجام پیوند به او خبر داده خواهد شد.

بررسی و ارزیابی جامعی را که باید بر روی یک بیمار در انتظار پیوند کلیه انجام گیرد، برای او شرح دهید:

* بررسی خون از نظر گروه خون، تطابق بافتی، الکترولیت‌ها، کراتینین، نیتروژن اوره خون و WBC کراس‌ماچ...

* سیستمیورترئوگرافی برای بررسی پر و خالی شدن مثانه.

* ارزیابی‌های لازم توسط هماهنگ کننده پیوند.

* ارزیابی‌های لازم توسط مددکار اجتماعی و روانپزشک.

زمانی که دهنده مناسب پیدا شد، اقدام‌های ضروری پیش از جراحی را برای بیمار شرح دهید:

* همودایلیز (بسته به آخرین زمان انجام دیالیز).

* بررسی کامل ادرار برای ارزیابی عفونت ادراری.

* بررسی خسون از نظر الکترولیت‌ها، کراتینین و نیتروژن اوره خون، تست‌های کبدی، قندخون و اوریک اسید.

* بررسی از نظر ویروس‌های هپاتیت B، C، ویروس سیتومگال، ویروس ایدز و بررسی از نظر تست توبرکولین.

* الکتروکاردیوگرام، گرافی قفسه سینه.

* برای بیمار شرح دهید که از لحظه اطلاع یافتن از قطعی شدن برنامه پیوند (در مورد پیوند از جسد) و یا از شب قبل از عمل (در مورد پیوند از فرد زنده) نباید از راه دهان چیزی بخورد.

* در صورت نیاز به انجام تنقیه قبل از عمل جراحی با بیمار صحبت کنید.

* به بیمار اطلاع دهید که باید بدنش را با یک صابون ضد میکروب شستشو دهد.

* در مورد اینکه باید موهای ناحیه شکم و

زهار بیمار تراشیده شود، با او صحبت کنید.

* رژیم سرکوب کننده سیستم ایمنی خوراکی را به بیمار یادآوری کنید.

* به بیمار اطلاع دهید که عمل ۳ تا ۴ ساعت یا بیشتر طول می‌کشد و او در این مدت در بیهوشی عمومی به سر خواهد برد.

* مشاوره‌های قبل از عمل (دندانپزشک، گوارش، قلب و عروق، گوش حلق و بینی) را برای بیمار توضیح دهید.

یادآوری مراقبت پس از عمل

* مراقبت‌های عمومی جراحی شکم را برای بیمار شرح دهید.

* برای بیمار توضیح دهید که اگر رد پیوند فوق حد در او ایجاد شود، باید مجدد جراحی شود و کلیه پیوندی خارج گردد.

* در مورد لوله‌هایی که پس از عمل برای بیمار استفاده خواهد شد، به او توضیح دهید. یک سوند ادراری برای ۲-۳ روز یا بیشتر (رنگ ادرار ممکن است تا چندین روز خونی باشد) و دژن در نزدیکی خط برش جراحی.

* به بیمار توضیح دهید که اگر کلیه از جسد به او پیوند زده شود، تا شروع به کار کلیه پیوندی (۲ تا ۳۰ روز یا بیشتر) باید همچنان دیالیز شود. اگر کلیه پیوندی از شخص زنده گرفته شود، به طور معمول بلافاصله شروع به کار می‌کند.

عوارض

- * پس زدن پیوند
- * عفونت زخم جراحی
- * عفونت مجاری ادراری
- * مسایل ریوی
- * خونریزی، شوک
- * ایلئوس پارالیتیک
- * تنگی شریان کلیوی، ترومبوز یا آنوریسم این شریان

- عوارض جانبی سرکوب سیستم ایمنی
- خونریزی دستگاه گوارش
- دیابت
- گلوکوم
- سندرم کوشینگ

مراقبت در منزل

به بیمار و فردی که از او مراقبت خواهد کرد، دستورالعمل‌های لازم را به صورت شفاهی و کتبی ارائه دهید:

اطلاعات عمومی

- مسایل مربوط به پیوند کلیه بخصوص لزوم مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را برای تمام عمر، به بیمار یادآوری نمایید.
- علائم و نشانه‌های پس‌زدن پیوند را برای بیمار شرح دهید و برای او روشن سازید که پس‌زدن پیوند در هر زمانی ممکن است رخ دهد، حتی سالها پس از پیوند.

مراقبت از محل زخم و برش جراحی

- روشهای مراقبت از زخم و تعویض پانسمان را به بیمار آموزش دهید.

نشانه‌های هشدار دهنده

نشانه‌ها و علائمی را که باید در صورت مشاهده به یک پزشک یا پرستار اطلاع داده شود، به بیمار یادآوری کنید:

عفونت

قرمزی، حساسیت، درد، تورم، گرمای عضو در هنگام لمس، ترشح چرکی

پس‌زدن پیوند

کاهش یا قطع جریان ادرار؛ خونی شدن ادرار؛ علائم سرماخوردگی (شامل تب [37.8C]، بی‌حالی، تهوع، استفراغ، اسهال)؛

قرمزی؛ تورم؛ حساسیت محل پیوند؛ افزایش ناگهانی وزن (بیشتر از ۱/۵ کیلوگرم در روز)؛ افزایش فشار خون؛ افزایش تعداد ضربان قلب (> ۱۰۰).

- عفونت ادراری

- بروز ناگهانی درد حاد در محل جراحی

دستورالعمل‌های ویژه

- به بیمار بگویید تا ۳ ماه بعد از پیوند، از حضور در محل‌های پرازدحام و تماس با افرادی که عفونت شناخته شده یا احتمالی دارند، پرهیز نماید.
- اهمیت توزین روزانه را به بیمار گوشزد کنید. این توزین باید هر روز در یک وقت مشخص با نوع لباس ثابت، پس از خالی کردن مثانه و قبل از غذا خوردن صورت گیرد. به بیمار توضیح دهید که باید افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در روز یا بیش از ۲ کیلوگرم در هفته را گزارش دهد.
- به بیمار توضیح دهید که چگونه در سه هفته اول پیوند میزان دریافت و از دست دادن مایعات خود را ثبت کند. این روشها را به صورت عملی به او آموزش دهید.
- اهمیت اندازه‌گیری و ثبت درجه حرارت بدن، تعداد نبض و فشار خون (از یک بازو، در یک وقت مشخص از روز با ۵ دقیقه استراحت قبل از اندازه‌گیری) را به میزان دوبار در هفته برای بیمار روشن کنید. به بیمار کمک کنید وسایل و تجهیزات لازم را فراهم کند.
- به بیمار بگویید که به علت سرکوب سیستم ایمنی احتمال ابتلا به سرطان پوست (بخصوص لنفوم) در او بیشتر از افراد عادی است. بنابراین باید از قرار گرفتن در معرض تابش مستقیم آفتاب خودداری کند.

داروها

- داروهای تجویز شده برای بیمار، هدف از تجویز، دوز دارو، طریقه مصرف دارو را به بیمار توضیح دهید. همچنین عوارض جانبی داروها را که باید به اطلاع پزشک یا پرستار برسد، به او یادآوری کنید.
- اطلاعات کافی در مورد درمانهای سرکوب

سیستم ایمنی و عوارض جانبی آنها را به بیمار ارائه دهید.

- به بیمار بگویید نباید از داروهایی که اغلب بدون تجویز پزشک مصرف می‌شوند، استفاده کند؛ مگر اینکه با اطلاع پزشک باشد.
- به بیمار توضیح دهید که نباید وعده‌های مصرف دارویی خود را فراموش کند.

فعالیت

- بیمار را تشویق کنید تا درباره موارد مجاز و محدودیت‌های شغلی، فعالیت‌های تفریحی و ... با شما صحبت کند.
- به بیمار بگویید ورزش را به آرامی آغاز نماید و بتدریج میزان آن را افزایش دهد و در میان ورزش استراحت‌های مکرر داشته باشد.
- به بیمار توصیه کنید که از بلند کردن بارهای سنگین (بیشتر از ۵ کیلوگرم) و همچنین ورزشهای تماسی مثل فوتبال و بسکتبال پرهیز کند.
- برای بیمار توضیح دهید که تا دو هفته نباید رانندگی کند.
- به بیمار آموزش دهید از قرار گرفتن در وضعیت‌هایی که به محل پیوند فشار وارد می‌شود، مثل بستن کمربند ایمنی در سفرهای طولانی با ماشین دوری کند.
- برای بیمار شرح دهید که حداقل تا ۶ هفته یا مدتی که پزشک توصیه می‌کند، از تماس جنسی پرهیز نماید. تأکید کنید که خانمها تا زمانی که پزشک اجازه نداده، نباید باردار شوند. آموزش لازم برای پیشگیری از بارداری را به بیمار آموزش دهید.

رژیم غذایی

- به بیمار بگویید می‌تواند رژیم غذایی معمولی یا مطابق آنچه پزشک توصیه می‌کند، داشته باشد.
- به بیمار یادآوری کنید که ممکن است به

علت تحریک اشتها توسط داروهای استروئیدی، تمایل به پرخوری پیدا کند. اگر بیمار داروی سیکلوسپورین مصرف می‌کند، لزوم رعایت رژیم غذایی با پتاسیم پایین را به او یادآوری کنید. به بیمار یادآور شوید نباید نوشابه الکلی مصرف کند.

مراقبت‌های لازم در طی پیگیری بیماری

لزوم و اهمیت پیگیری منظم پزشکی و آزمایشگاهی را به بیمار گوشزد کنید. اطمینان حاصل کنید که بیمار اطلاعات لازم را برای مراجعه و پیگیری در اختیار

دارد. به بیمار یادآوری نمایید که باید در فاصله مراجعات تغییرات وزن و علائم حیاتی خود را یادداشت کند. به بیمار گوشزد کنید لازم است پزشک خود را در جریان اقدامات دندانپزشکی که می‌خواهد انجام دهد، قرار دهد. همچنین به او یادآوری کنید که هر ۶ ماه یکبار باید چشمها از نظر گلوکوم و آب مروارید مورد معاینه قرار گیرند. خانم‌ها باید سالیانه معاینه لگنی شوند.

بیمار را تشویق کنید که از کارت شناسایی خاص که در آن بیماری وی، داروهایی که مصرف می‌کند و سایر اطلاعات لازم قید شده است، استفاده کند و او را در

تهیه این وسایل کمک کنید.

مراجعات

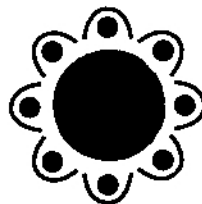
به بیمار، خانواده او یا کسی که از او نگهداری می‌کند، کمک کنید تا در صورت نیاز به پشتیبانی روانی و مشاوره‌های لازم در جهت تنظیم امور خانواده، بتواند به این موارد دسترسی یابد.

Canobbio,MM. Mosby's Hand Book of Patient Teaching Include Home Care. St louis: Mosby CO. 1996. PP:568-572.

سرطان یک درد و یاری ما مرهمی سبز است



این نمک وحشی هم اکنون در جان میلیونها کودک، زن و مرد هموطنمان در حال رشد است. هم اکنون نیازمند یاری سبزتان هستیم.



گروه حمایت از بیماران سرطانی

درمان خونریزیها

در

بیماران هموفیل



دکتر علی خداپنده

دکتر سرایی

در بیماران هموفیلی پنج منطقه از بدن را به این علت که می‌توانند تهدید کنندهٔ حیات و یا سبب از بین رفتن عملکرد یک عضو باشند، به عنوان محل‌های خطرناک خویربری در نظر گرفته‌اند. این مناطق شامل داخل جمجمه، طناب نخاعی، فتق داخل شکم، اعضای چون ساق، ساعد و بخش فوقانی بازو و خونریزی داخل چشمی می‌باشد. علت با اهمیت بودن این مناطق از نظر خونریزی به این شرح است:

۱- خونریزی درون یک فضای بسته صورت می‌گیرد.
۲- بر روی اعضای حیاتی فشار وارد می‌شود.
۳- احتمال از دست رفتن حیات فرد و یا از بین رفتن عملکرد یک عضو یا قطع آن می‌باشد.

ارزیسایی اورژانسی در تمام حالات خونریزیهای ذکر شده الزامی است. چرا که سبب نگرانی و ترس زیادی هم در بیمار و هم خانواده او بخصوص در ارتباط با پیش‌آگهی خونریزی می‌باشد.

بیمارانی که هموفیلی آنها در حد متوسط یا شدید باشد در معرض خطر بیشتری برای خونریزی‌های خود به خود قرار دارند. در این مبحث به انواع خونریزیها و نکات درمانی آن اشاره می‌کنیم:

۱- خونریزی سیستم عصبی مرکزی (CNS)
خونریزی درون جمجمه یا طناب نخاعی می‌تواند به طور خود به خود و یا در اثر ضربه اتفاق بیفتد. ارزیابی خونریزی در این مناطق در صورت فقدان علائم و نشانه‌ها کار دشواری است.

با این حال نباید فقط به خراش و پارگی جمجمه تکیه کرد بلکه باید از تاریخچه تروما هم استفاده کرد. نمونهٔ خون برای CBC و شمارش پلاکت نیاز می‌باشد. اندازه‌گیری PT، سطح فاکتور و سطح میهارکننده‌ها در صورتی که قبلاً انجام نشده باشد، صورت می‌گیرد. خونریزی نازوفارنکس با خطر کمتری همراه است مگر اینکه بیمار حجم زیادی خون از دست بدهد. فشار روی بینی برای مدت ۵ دقیقه در حالی که بیمار در حالت نشسته قرار دارد و سرش کمی به سوی جلو متمایل است، اغلب سبب توقف خونریزی شده، در عین حال مانع اسپیره شدن و بلع خون می‌شود که در غیر این صورت به تهوع و استفراغ منجر می‌شود. استفاده از پک کردن بینی، وارد آوردن فشار موضعی کوتر کردن (سوزاندن رگ) و انفوزیون فاکتور ممکن است نیاز باشد.

خونریزی پشت حلق (رتروفارنژیال) می‌تواند به عنوان یک اورژانس حاد تنفسی تظاهر کند. حملات خونریزی ممکن است خود به خود و یا متعاقب تروما و یا عفونت ایجاد شوند.

خونریزی دهان اغلب از لثه‌ها و دندان‌ها بوده که مشکلی ایجاد نمی‌کند، مگر اینکه خونریزی در منطقه‌ای باشد که به کاهش حجم مایعات بدن منجر شود.

اجتناب از مصرف مایعات گرم و استفاده از هوای سرد و مرطوب همزمان با دادن

فاکتور انعقادی می‌تواند هموستاز خوبی را ایجاد کند. خونریزی در قاعده زبان، عفونت دندان‌ها و تزریق درون آنها، پارگی در سطح زبان و گونه می‌تواند سبب تجمع خون در اوروفارنکس شود که احتمال انسداد راه هوایی را نیز باید در نظر داشت.

خونریزی پشت حلق (رتروفارنژیال) می‌تواند متعاقب عفونت‌هایی چون فارنژیت و هماتوم ثانویه به ترومای حلق ایجاد گردد. کنترل مرتب راه هوایی از نظر بازبودن، چون در این شرایط احتمال انسداد به آسانی صورت می‌گیرد. لازم است بیماران را از نظر توانایی بلع بزاق و همچنین یک گرافی لترال جهت چک کردن حضور توده ارزیابی نمود و با درمان جایگزینی فاکتور انعقادی می‌توان سطح فاکتور را به ۱۰۰٪ رساند.

درمان با فاکتور باید همیشه قبل از سایر مداخلات، روشهای تهجمی و مشخص شدن نتایج آزمایشگاهی صورت گیرد.

نخستین تظاهر خونریزی شکمی درد است. بیمار ممکن است احساس گیجی، تنفس کوتاه، تهوع و استفراغ با خونریزی از رکتوم هم داشته باشد.

شواهدی که دال بر تجمع مایع در حفره پریتون است شامل ناکیکاردی، افزایش تعداد تنفس، تغییرات فشار وضعیتی، انتشار درد به شانه‌ها یا اسکاپولا، افت فشارخون، رنگ پریدگی، استفراغ خونی و خونریزی از رکتوم می‌باشد.

یافته‌های آزمایشگاهی با ارزش عبارت است از افت هموگلوبین و سطح همتوکریت، تغییر در سطح اکسیژن، تغییرات در WBC (همراه با عفونت یا التهاب) و وجود یافته‌هایی دال بر آسیب ارگان‌ها مثل افزایش آمیلاز در پانکراتیت. درمان با فاکتور اولین قدم می‌باشد.

از انجام روشهای تهجمی قبل از اینکه فاکتور داده شود، خودداری گردد.

استادباز دانشگاه علوم پزشکی تهران

خونریزی چشم می‌باشد.

خونریزی می‌تواند تحت شرایط دیگری چون رتینیت ناشی از سایتمنگال هم ایجاد شود.

به خاطر ماهیت و محل قرار گرفتن چشم، اقدامات معمول کمکی در کنترل خونریزی بی‌اثر هستند (بجز استفاده از یخ که به کنترل تورم کمک می‌کند) و هر ضربه که مشکوک به خونریزی دادن چشم باشد باید سریعاً ارزیابی چشم پزشکی صورت گیرد.



اقدامات شامل:

(الف) فراهم کردن محیط آرام و اطمینان دادن به بیمار و خانواده وی.

(ب) رساندن سطح فاکتور انعقادی به میزان ۱۰۰٪.

(ج) قرار دادن چشم در وضعیت استراحت از طریق پانسمان فشاری، استفاده از کیسه یخ و فراهم کردن اتاق تاریک.

(د) مشاوره با چشم پزشک

(ه) حمایت روحی و روانی از بیمار و خانواده او (زیرا امکان از دست دادن دایمی بینایی نیز وجود دارد).

نکات مهم در درمان هموفیلی

۱- هرگز بیمار را در انتظار نگذارید. هر چه درمان دیرتر شروع شود، کنترل خونریزی مشکل‌تر خواهد بود و صدمات دایمی وارده به مفصل نیز بیشتر می‌شود.

۲- اکثر بیماران قادرند احساس خود را از خونریزی مفصل بیان کنند. به حرف آنها

علایم یا تروما که اگر تروما بزرگ و وسیع باشد، ممکن است سطح فاکتور افزایش پیدا کند.

(۲) جایگزینی فاکتور از دست‌رفته در خونریزی وسیع باید مدنظر باشد.

(ب) سایر مداخلات

(۱) قراردادن آتل در محل آسیب برای جلوگیری از حرکت و آسیب بیشتر.

(۲) استفاده از یخ در محل آسیب.

(۳) بلند کردن عضو آسیب دیده.

(۴) اقدامات بیشتر جهت ارزیابی خونریزی عضله.

(۵) درمان طبی درد

(۶) حمایت روحی و روانی از بیمار و خانواده وی.

خونریزی داخل چشمی

خونریزی داخل چشم می‌تواند به دنبال تروما و یا به طور خود به خودی اتفاق بیافتد.

در بیماری هموفیلی خطر خونریزی داخل چشم به دنبال تروما زیاد است. سطح خونی فاکتور انعقادی در فرد، مهمترین عامل افزایش حساسیت فرد نسبت به

سندرم‌های کمپارتمان

خونریزی‌های واقع در بازو، ران و ساق می‌توانند سبب تحت فشار قرار دادن آن عضو و یا مرگ عضو شده که منجر به کاهش عملکرد یا قطع عضو در شخص هموفیلی می‌شود.

مقدار خون از دست رفته کمتر برآورد می‌شود. مقدار خون از دست رفته از شکستگی‌ها ۱-۲ لیتر می‌باشد. به طور مثال در شکستگی همروس ۱-۵ لیتر.

در افراد هموفیل، خونریزی ممکن است به دنبال تروما یا شکستگی ایجاد شود و یا منشأ خود به خودی داشته باشد.

دومین خونریزی شایع در هموفیلی‌ها خونریزی عضلانی است. محل‌های شایع عبارتند از:

ایلئوپسواس، چهار سر رانی و عضلات سطوح خم‌کننده ساعد.

مداخلات شامل:

(الف) جایگزین کردن فاکتور انعقادی
(۱) رساندن سطح فاکتور به ۴۰٪ در اولین

خونریزی‌های واقع در بازو، ران و ساق می‌توانند سبب تحت فشار قرار دادن آن عضو و یا مرگ عضو شده که منجر به کاهش عملکرد یا قطع عضو در شخص هموفیلی می‌شود.





گوش کنید: حتی اگر هیچ علامتی را نمی‌سنبد، باز هم درمان را انجام دهید.

۳ هرگز تزریق عضلانی برای آنان تجویز نکنید. زیرا کوچکترین صدمه وارده به عضلات آنان می‌تواند باعث چندین روز حویری شود.

۴ برای تزریق‌های زیرجلدی (مثل واکسیناسیون) از ظریف‌ترین سرسوزن‌ها استفاده کنید و به مدت ۵ دقیقه محل تزریق را فشار دهید.

۵- هرگز برای بیمار هموفیل آسپیرین تجویز نکنید.

۶- قبل از هر تشخیص یا درمانی مانند یونکسیون مایع نخاعی، بحیه کردن و ... باید سطح فاکتور را به بالای ۵۰٪ رسانده باشید. در مورد اختلالات عمل پلاکتی، به مقدار کافی پلاکت تزریق کرده باشید.

۷ داروهای مهارکننده فیبرینولیز مانند امیلاز یا ترانس آمین، گرچه بعد از کشیدن دندان قابل استفاده هستند اما چنانچه بیمار دچار یک خونریزی در عضو دیگری از بدن مثل مفصل یا کلیه است، نباید از این داروها استفاده کرد؛ چون باعث تشکیل لخته در مفصل و یا کلیه می‌شود.

۸- تزریق هر واحد فاکتور هشت به ازای هر کیلوگرم وزن بدن سطح فاکتور هشت را در بدن ۲٪ بالا می‌برد، ولی تزریق هر واحد فاکتور نه به ازای هر کیلوگرم وزن بدن سطح فاکتور نه را ۱٪ افزایش می‌دهد.

۹- در تزریق کرایو و FFP علاوه بر گروه خونی خود بیمار از گروه خونی O نیز می‌توان استفاده کرد ولی پلاسماهای گروه O خونی O را برای بیماران با گروه‌های خونی A یا B نمی‌توان استفاده کرد. چون آنتی‌بادی طبیعی بر علیه گروه‌های خونی موجود در پلاسما باعث همولیز خواهد شد.

۱۰- به عنوان مثال، برای محاسبه فاکتور هشت می‌خواهیم برای فردی که ۲۰ کیلوگرم وزن دارد، سطح فاکتور را به ۵۰٪ برسانیم.

$$\frac{Wt \times \text{Desired factor level}}{2} = \frac{20 \times 50}{2} = 500 \text{ unit}$$

نتیجه گیری

تمام حملات خونریزی در مناطق ذکر شده نیاز به ارزیابی فوری و درمان دارند. این چنین شرایطی یا ترس از وقوع خونریزی سبب پیدایش اضطراب و ترس از دست دادن یا آسیب شدید عضو در بیمار و خانواده او می‌گردد. رساندن به یک مرکز اورژانس هم ترس بیمار را بیشتر می‌کند.

خانواده بیمار و کسانی که با او زندگی می‌کنند باید درباره نحوه برخورد و درمان بیماری آگاهی پیدا کنند.

زمانی که هر کدام از خونریزیهای ذکر شده اتفاق بیافتد درمان با فاکتور انعقادی اولین قدم می‌باشد. تزریق فاکتور انعقادی سبب ایجاد هموستاز شده و میزان استرس را

در بیمار و خانواده او کم می‌کند. در نتیجه به دنبال ادامه خونریزی مشکلی ایجاد نخواهد شد.

آموزش‌های لازم در زمینه محل‌هایی با ریسک زیاد برای خونریزی، علائم و نشانه‌های پیشگیری و اقدامات درمانی سبب اطمینان از این مسئله می‌شوند که بیمار و والدین او می‌توانند به سرعت مشکل ایجاد شده را تشخیص و وارد عمل شوند. این آموزش سبب کاهش اضطراب و ترس شده و از عوارض دراز مدت پیشگیری می‌کند و سبب احساس راحتی در فرد هموفیل و خانواده او می‌شود.

The Hemophilia Nursing Handbook.
Written And published by The Nursing
Executive Committee of the National
Hemophilia Foundation 1995.PP.15-31

مراقبت از پوست طی پرتودرمانی

مقالات
آموزشی



دکتر علی کاظمیان *
دکتر ف. عباسوندی

۳۴

پرتودرمانی به عنوان درمان تسکینی یا درمان اولیه و قطعی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پرتودرمانی چگونه به پوست اثر می‌کند؟

در حالت عادی سلولهای اپیدرم (خارجی ترین لایه پوست) به طور دائم در حال تجدید هستند متأسفانه این سلولها همانند سایر سلولهایی که تقسیم سریع دارند به پرتودرمانی بسیار حساس هستند.

در هنگام پرتودرمانی عوارض جانبی در پوست از یک قرمزی مختصر تا پوسته‌ریزی شدید متغیر است.

فاکتورهای که ممکن است پاسخ پوست بیمار به پرتودرمانی را تحت تاثیر قرار دهد شامل سن، نوع تغذیه، شیوه زندگی،

حساسیت‌های پوستی، سلامت و وضعیت فعلی پوست و تغییرات وابسته به درمان می‌باشد.

واکنش‌های پوستی ممکن است ماهها یا سالها بعد از درمان رخ دهد. شدت واکنش‌های پوستی نیز به فاکتورهای زیادی بستگی دارد. واکنش‌های پوستی در چین‌های پوستی و سایر مناطقی که تحت فشار هستند مثل پشت گوش، چین‌های باسن، زیر پستان، زیر بغل، کشاله ران، شکم، پرینه خط گردن، نواحی اطراف مقعد و برآمدگی‌های استخوانی بیشتر است.

نحوه مراقبت از پوست

اهداف مراقبت از پوست، شامل حفاظت پوست در ناحیه تحت درمان، به حداقل رساندن احساس نامطلوب، پیشگیری از عفونت و از دست دادن مایع است.

بر طبق یک قاعده کلی پوست در معرض اشعه باید مرطوب نگه داشته شود و با هیچ ماده مصنوعی از قبیل فلزات، الکل و سایر محرک‌های پوستی مثل پودر تالک، مواد ضدعرق و عطرها در تماس نباشد.

افرادی که پرتودرمانی می‌شوند، نباید داروی ساختگی بر روی پوست استعمال کنند مگر اینکه با پزشک خود مشورت کنند. دو ساعت قبل از شروع پرتودرمانی نباید از مرطوب‌کننده‌ها استفاده کرد. لطافت پوست ناحیه تحت اشعه بسیار مهم است. برای شستن این ناحیه از صابونهای ملایم و مرطوب‌کننده استفاده کنید و بلافاصله ناحیه را خشک نمایید.

از مالیدن، خاراندن، خراشیدن، ماساژ و تراشیدن ناحیه خودداری کنید و ناحیه را نباید با نوار یا باند پوشاند و یا در معرض مستقیم گرما و یا سرما قرار داد.

بعد از پرتودرمانی باید از قرار گرفتن در معرض نور مستقیم خورشید اجتناب نمایید

و از کرمهای ضدآفتاب استفاده کنید. اگر فرد تحت پرتودرمانی سابقه پوسته‌ریزی دارد باید تا حد امکان از قرار گرفتن در معرض آب کلردار پرهیز کند.

اهداف مراقبت از پوست، شامل حفاظت پوست در ناحیه تحت درمان، به حداقل رساندن احساس نامطلوب، پیشگیری از عفونت و از دست دادن مایع است.

به جای پوشیدن لباسهای تنگ و چسبان از لباسهای کتانی سبک و گشاد استفاده کنید. از خوردن ضربه به این نواحی باید اجتناب کرد. نواحی تحت اشعه باید ۳-۴ مرتبه با محلول نرمال سالین به آرامی تمییز شود و حداقل ۳ مرتبه در روز در معرض هوا قرار گیرد.

پس باید بدانید که:

- مرتب پوست خود را بررسی کنید.
- واکنش‌های پوستی الزاماً فوری نیستند، ممکن است در آخر هفته ظاهر شود.
- اکثر اثرات جانبی پرتودرمانی طی ۴-۶ هفته بعد از درمان بهبود می‌یابد.
- علایم هشداردهنده عفونت شامل تب، قرمزی، گرما را به خاطر داشته باشید.
- از مواد چرب‌کننده که فرآورده‌های نفتی (وازلین) هستند، استفاده نکنید زیرا این مواد در آب حل نشده و بخوبی جذب پوست نمی‌شود و به سختی هم شسته می‌شود.

1- Karino, Amy and yurick Ann.
American Journal, of Nursing. Feb
1997. pp:24-44

منحصر رادیوتراپی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

نوروپاتی دیابتی

(اختلال عصبی در دیابت)



دکتر محسن خوش نیت نیکو

زهر اکمیلیان

مقدمه

نوروپاتی (اختلال عصبی) به معنی مختل شدن اعصاب بدن است که انتقال متقابل پیام‌ها را به مغز و نخاع مختل می‌سازد.

اعصاب، ساختمانهای نخی شکلی هستند که حاوی صدها تا هزاران رشته نازک بوده و همه قسمت‌های بدن را به مغز مرتبط می‌کنند. آنها پیام‌های ظریف اطلاعاتی را به طور متقابل منتقل کرده و حرکت و احساس را برای ما مقصور می‌سازند.

مغز اتاق مرکزی کنترل تمام فعالیت‌ها و احساس‌های بدن ما است. اعصاب حسی پیام‌ها را از پوست، استخوانها و عضلات به مغز حمل می‌کنند. حس‌های مختلف پیام‌های متفاوتی را ثبت می‌کنند، برای مثال گرما، سرما، لمس، درد، ارتعاش و وضعیت مفاصل. سپس مغز از راه مناسبی پاسخ می‌دهد.

در برگشت، مغز پیام‌هایی را از طریق

اعصاب حرکتی قسمت‌های مختلف بدن ارسال می‌کند که به ما اجازه می‌دهد تا اندام‌هایمان را حرکت دهیم.

همچنین شبکه‌های عصبی بزرگی نیز وجود دارند که هر یک از اعضای بدن را بدون آنکه ما از آن آگاه باشیم، کنترل می‌کنند. این شبکه‌های عصبی به طور عمده کنترل ضربان قلب، تنفس، عملکرد معده، مثانه و روده را بر عهده دارند، بدون آنکه ما چیزی از آن بدانیم. این شبکه به نام سیستم عصبی خودکار (اتونوم) نامیده می‌شود (شاید بهتر باشد که سیستم عصبی خود تنظیم (اتوماتیک) نامیده شود).

دیابت می‌تواند سبب صدمه به برخی از اعصاب گردد.

نوروپاتی در مبتلایان به دیابت بسیار شایع است و هر چه مدت طولانی‌تری از بیماری دیابت شما گذشته باشد، احتمال اینکه نوعی از نوروپاتی را داشته باشید، بیشتر است. اما در اغلب بیماران نوروپاتی خیلی خفیف است و تعداد بسیار کمی از بیماران نوروپاتی شدید پیدا می‌کنند.

نوروپاتی حسی شایعترین نوع است و به طور عمده عصب پاها و ساق پا و گاهی نیز دستها را درگیر می‌کند. نوروپاتی اتونوم کمتر شایع است و اعضای را درگیر می‌کند که ما آگاهی از آنها نداریم شامل روده‌ها، معده، قلب، مثانه، غدد عرق و اعضای تناسلی.

نوروپاتی حرکتی خیلی نادر است. این مسئله منجر به ضعف و تحلیل عضلاتی می‌شود که از اعصاب آسیب دیده پیام عصبی دریافت می‌کنند. این نوع ممکن است چشم‌ها و عضلات ران را درگیر کند. چه چیزی باعث ایجاد نوروپاتی دیابتی می‌شود و آیا این مسئله قابل پیشگیری می‌باشد؟

کارآزمایی کنترل دیابت و عوارض آن که اخیراً در آمریکا انجام می‌شود، نشان داده است که کنترل مناسب خوب قند خون سیر

پیشرفت آسیب عصبی ناشی از دیابت را کند می‌کند. پس کنترل خوب دیابت کلید کاهش خطر نوروپاتی است.

هنوز چگونگی ایجاد آسیب عصبی در دیابت بخوبی روشن نشده است. احتمالاً عوامل متعددی دخیل می‌باشند از جمله بالا بودن قند خون برای یک مدت زمان طولانی. مطالعات بیشتر در رابطه با نوروپاتی در حال انجام است و داروهای مختلفی در حال آزمایش هستند که مشخص نیست آیا می‌توانند آسیب عصبی توسط دیابت را کاهش دهند یا خیر.

در حال حاضر برای درمان برخی از انواع نوروپاتی درمان‌هایی وجود دارد.

کدام قسمت از بدن توسط نوروپاتی درگیر می‌شود؟

نوروپاتی حسی شایعترین نوع است و پاها شایعترین اعضای درگیر می‌باشند. این مسئله شاید به این دلیل باشد که آسیب پذیرترین اعصاب، طولانی‌ترین آنها هستند که مربوط به پا و ساق پا می‌باشند.

اغلب بیماران مبتلا به نوروپاتی حسی متوجه نمی‌شوند که مقداری از حس پای خود را از دست داده‌اند. اگر علامتی وجود نداشته باشد، ممکن است این مسئله در طی معاینات دوره‌ای سالانه کشف شود. نوروپاتی حسی معمولاً دستها را درگیر نمی‌کند، اما اگر درگیر کند، بیماران از آن آگاهی ندارند.

آیا نوروپاتی خطرناک است؟

خطر عمده نوروپاتی حسی از دست دادن حس پاها می‌باشد. بخصوص اگر شما از وجود این مسئله اطلاع نداشته باشید.

به این علت که ممکن است شما به صدمات مختصری که از طرق زیر ایجاد می‌شود،

عضر هیئت علمی دانشگاه، فرق تخصص غدد و متابولیسم

محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه

علوم پزشکی تهران

توجه نداشته باشید:

- آسیب ناشی از ناخن یا سنگریزه داخل کفش
- فشار ناشی از کفش نامناسب
- سوختگی ناشی از رادیاتور یا بطری آب داغ

● قدم زدن با پای برهنه

اگر این مسایل نادیده گرفته شوند، آسیب‌های جزئی ممکن است بدتر شوند و باعث ایجاد عفونت یا زخم شوند. مراقبت از پاها می‌تواند از بروز این وقایع پیشگیری کند. علت اهمیت زیاد مراقبت از پاها برای افراد دیابتی بدین گونه است که مرتب باید آنها را بررسی کنند و در صورت بروز مشکل کمک‌های لازم را دریافت کنند و شخصاً به درمان آن نپردازند.

از دست دادن حس ممکن است به این صورت باشد که شما قادر نباشید بگویید آب حمام چقدر داغ است بنابراین شما باید همیشه به این مسئله توجه کنید.

نوروپاتی حسی حتی اگر خیلی شدید شود باز تهدیدکنندهٔ حیات نیست. گرچه این وضعیت قابل درمان نیست، اما علائم آن با درمان بهبود خواهند یافت.

اگر من نوروپاتی حسی داشته باشم، چه چیزهایی را باید بدانم؟

اگر شما برای معاینه‌های دوره‌ای سالانه اهمیت کافی قایل باشید، پایهای شما مورد معاینه قرار خواهند گرفت. تیم دیابت جهت مشاهده هرگونه تغییر شکل پا، پای شما را کنترل خواهند کرد. خون‌رسانی پای شما نیز کنترل خواهد شد.

معاینه پاهایتان توسط شخص شما در صورت وجود هرگونه فقدان حس در آنها کمک‌کننده خواهد بود. این کار را می‌توانید با وارد کردن فشار مختصر توسط پارچهٔ پشمی یا یک دیپازون درحال ارتعاش یا با یک ریسمان کوچک انجام دهید.

اگر شما متوجه شدید که مقداری از حس

پای خود را از دست داده‌اید، گروه دیابت به شما توصیه‌های لازم را در رابطه با چگونگی مراقبت ویژه خواهند کرد. همهٔ بیماران دیابتی باید بخوبی مراقب پاهای خود باشند.

علائم نوروپاتی حسی

نوروپاتی می‌تواند علائمی را ایجاد کند، گرچه همهٔ افراد مبتلا این علائم را نخواهند داشت.

● احساس سوزش:

یکی از شایعترین علائم، احساس سوزش در انگشتان است که اغلب مانند احساس سوزن سوزن شدن توصیف می‌شود. این مسئله می‌تواند انگشتان پا و گاهی قسمت‌های پایین ساق پا را درگیر کند. این احساس در تمام اوقات وجود دارد. این مسئله برای برخی از بیماران اذیت بسیار جزئی ایجاد می‌کند.

وقتی کنترل دیابت بهتر شود، این احساس سوزش از بین می‌رود گرچه در برخی از بیماران ممکن است باقی بماند.

زمانی که کنترل دیابت بهتر صورت می‌گیرد، ممکن است احساس سوزش بدتر شود گاهی برای سالها پایدار باشد. گرچه این احساس نامطبوع است ولی بی‌خطر می‌باشد.

● کرختی:

مبتلایان به نوروپاتی ممکن است حس پای خود را از دست بدهند. بیماران با پای کرخت در معرض خطر آسیب پا هستند زیرا آنها از وضعیت پای خود آگاهی ندارند. مراقبت خوب از پا برای این افراد بسیار اهمیت دارد. وقتی که کرختی ایجاد شد، معمولاً دایمی بوده و بهبود نخواهد یافت.

گاهی بیماران احساس می‌کنند که پای بی‌حس آنها سرد است. درحالیکه واقعاً سرد نیستند و این مسئله بی‌خطر است. همیشه به معنی آن نیست که وضعیت گردش خون

خیلی بد است.

اگر شما این مشکل را دارید، حتماً توجه داشته باشید که از بطری آب داغ یا دیگر اشکال گرمای خارجی بر روی پایتان استفاده نکنید، زیرا این مسئله ممکن است باعث بروز سوختگی شود.

● درد:

برخی از بیماران در اثر نوروپاتی درد بسیار شدیدی را احساس می‌کنند، این درد در هر دو پا احساس می‌شود (گاهی به سمت بالا بر روی هر دو ساق یا نیز انتشار می‌یابد) یا یک یا هر دو ران. بندرت ممکن است این درد در یک قسمت یا هر دو طرف شکم احساس شود. درد ناشی از نوروپاتی دیابتی، قفسهٔ سینه و بازوها را درگیر نمی‌کند.

نوروپاتی دردناک می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد. به طوری که حتی تماس جزئی با رختخواب یا لباس خواب نامطبوع است.

متأسفانه درد در تمام طول روز و شب ادامه دارد و منجر به درماندگی، بیخوابی و افسردگی بیمار می‌شود. به علت وجود این مشکلات بسیاری از بیماران ممکن است کاهش وزن نیز پیدا کنند.

نوروپاتی حرکتی - ضعف پا

زمانی که اعصاب مربوط به عضلات رانها درگیر می‌شوند، یک یا هر دو ران ممکن است ضعیف شده یا تحلیل بروند تا جایی که ساق پا تکیه‌گاه مناسبی برای زانوها نمی‌باشند. این بدان علت است که اعصاب آسیب دیده قادر نیستند پیام‌های مربوطه را به عضلاتی که حرکت اندامها را کنترل می‌کنند، بفرستند.

این حالت ممکن است خیلی پردردسر باشد ولی در صورت تشخیص در عرض ۲-۱ سال می‌تواند به طور کامل برگشت پیدا کند. در ضمن ورزشهای کششی، فیزیوتراپی و

محافظت از زانو ممکن است کمک کننده باشند.

تشخیص نوروپاتی دیابتی

علل و وضعیت‌های طبی دیگری نیز وجود دارند که ممکن است علایمی شبیه نوروپاتی دیابتی ایجاد کنند اما نیاز به درمانهای متفاوتی دارند. این مسأله بسیار اهمیت دارد که شما توسط یک متخصص دیابت یا توسط یک نورولوژیست معاینه شوید. اگر نوروپاتی دیابتی محرز شد، این مسئله بسیار حایز اهمیت است که به خاطر داشته باشید:

- بدترین دردها پایان می‌یابند اما این مسأله مدت زیادی طول خواهدکشید شاید بین ۶-۱۸ ماه. در ضمن درمانهای متعددی برای درد وجود دارد.
- کنترل بهتر دیابت می‌تواند در نهایت به کنترل درد کمک کند.
- درد (شدت آن مهم نیست) منجر به قطع عضو یا فلج نخواهد شد و بیماران با این مشکل زمین‌گیر نمی‌شوند.

رهایی از درد

درمان درد ناشی از نوروپاتی، پشتکار و مداومت می‌خواهد. مهمترین مسئله به خاطر سپردن ادامهٔ منظم درمان است حتی در مواقعی که درد فراموش شده باشد. پیشگیری از درد بسیار آسانتر از آن است که منتظر شویم درد مجدد شروع شود و سپس آن را درمان کنیم. حتی ساده‌ترین درمانها مانند استامینوفن در صورتی که مرتب مصرف شوند، می‌توانند بسیار مؤثر باشند. درد را می‌توان به روش‌های زیر کنترل کرد:

- بهبود در نحوهٔ کنترل دیابت. در مواردی که قرص‌ها نمی‌توانند قند خون را به خوبی کنترل کنند، ممکن است تزریق انسولین

یکی از راههای درمان باشد.

• مسکن‌های ساده مانند استامینوفن به طور منظم استفاده شوند.

• مسکن‌های قوی شب‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

• برخی از قرص‌ها که برای درمان افسردگی استفاده می‌شوند، جهت درمان ناشی از نوروپاتی بسیار ارزشمند می‌باشند چراکه اثر آرام بخش بر روی اعصاب دارند، این داروها همچنین دارای اثر مضاعف در بهبود کیفیت خواب می‌باشند.

• استفاده از پمادهای مسکن موضعی بر روی پاها گاهی کمک‌کننده است.

• یک محرک الکتریکی عصب نیز ممکن است کمک‌کننده باشد.

این درمانها بهترین روش برای تسکین درد البته تا زمانی که درد از بین برود.

دیگر روشهای درمانی مانند بلوک عصب (که در کلینیک درد انجام می‌شود) یا مصرف ویتامین‌ها ممکن است برای امتحان به کار برده شوند، ولی اغلب چندان کمک‌کننده نیستند. روغن گل پامچال ممکن است اثر محافظت‌کنندهٔ کمی در نوروپاتی داشته باشد ولی درد را تسکین نمی‌دهد.

اگر شما استفاده از یک درمان مکمل را انتخاب می‌کنید، به خاطر داشته باشید که باید در کنار سایر درمانها استفاده کنید نه به عنوان درمان جایگزین برای درمانهایی که پزشک دیابت شما توصیه کرده است.

دست‌ها:

انگشتان دست غنی از رشته‌های عصبی است که آنها را در لمس حساس و دقیق می‌کنند. آنها چنان بخوبی در این مسیر ذخیره شده‌اند که معمولاً نوروپاتی دستها را درگیری جدی در پا دارند، مشکلی را در دستها احساس می‌کنند.

اما زمانی که نوروپاتی خیلی شدید است، کمی کرختی و بیحسی رخ می‌دهد و این

مسئله سبب اشکال در گرفتن اشیای کوچک مانند سوزن در دست و یا انجام کارهای دقیق می‌گردد.

گاهی بیماران احساس سوزن سوزن شدن در انگشتان دست دارند که اغلب در هنگام شب بدتر می‌شود. این حالت تحت نام «سندرم کارپال تانل» نامیده می‌شود که در افراد غیردیابتی نیز خیلی شایع است. این مسئله به علت فشار روی عصب مدیان در محلی که عصب از مچ به طرف دست عبور می‌کند، می‌باشد. تشخیص آن به وسیلهٔ اندازه‌گیری سرعت هدایت الکتریکی در عصب انجام می‌شود. این مشکل به آسانی درمان می‌شود.

چشم‌ها - دوبینی:

شکل نادری از نوروپاتی، چشم‌ها را درگیر می‌کند. این مسئله در اثر آسیب یک یا چند عصب که حرکات چشم را کنترل می‌کنند، ایجاد می‌شود. شروع ناگهانی دوبینی بدون علایم هشداردهنده علامت اصلی آن می‌باشد. این مسئله در عرض سه ماه به طور کامل برگشت‌پذیر است. هر بیماری که این حالت را تجربه کرد باید سریع با یک متخصص مشورت کند زیرا دوبینی دارای علل متعدد دیگری نیز می‌باشد که ممکن است درمانهای مختلفی را نیاز داشته باشند.

نوروپاتی اتونوم یا اختلال در سیستم عصبی خودکار

اعصاب اتونوم که کنترل اعمال خودکار (غیرارادی) بدن را به عهده دارند نیز می‌توانند در اثر دیابت درگیر شوند. اما این مسئله در تعداد بسیار کمی از بیماران دیابتی مشکل جدی ایجاد می‌کند (حدود ۱-۲ نفر از هر ۱۰۰ نفر). چون اعصاب اتونوم اعضای متعددی را در بدن کنترل می‌کنند، علایم بسته به عضو درگیر متفاوت خواهد بود.

• ناتوانی جنسی:

مردان هر چه پیرتر می‌شوند، چه مبتلا به دیابت باشند و چه نباشند، رسیدن به یک وضعیت نعوظ کافی برای برقراری رابطه جنسی برای آنها مشکل‌تر می‌شود. علل فیزیکی و فیزیولوژیک متعددی برای این مسئله وجود دارد که شامل خستگی، استرس، زیاده‌روی در مصرف الکل یا مصرف داروهای خاص می‌باشد. گرچه ناتوانی جنسی می‌تواند همه مردان را درگیر کند، اما این مسئله در مردان دیابتی شایع‌تر است. این مسئله به علت خون‌رسانی ضعیف به آلت تناسلی که می‌تواند به طور خود به خود یا در اثر نوروپاتی دیابت باشد، با کاهش حس در آلت تناسلی همراه است که رسیدن به وضعیت نعوظ را مشکل‌تر می‌کند. امروزه ناتوانی جنسی بهتر از گذشته درک می‌شود و درمان‌های متعددی در دسترس هستند.

• تعریق:

بیماران مبتلا به نوروپاتی اتونوم ممکن است متوجه شوند که تمام صورت، گردن و پوست آنها بخصوص وقتی غذاهای پر ادویه و با افزودنی بالا می‌خورند، به شدت عرق می‌کند. این مسئله آزار دهنده نیست اما گاهی تعریق به قدری شدید است که بیماران به شدت احساس ناراحتی می‌کنند.

• اسهال:

گاهی اوقات اسهال شدید ایجاد می‌شود که به طور متناوب بهبود و شدت می‌یابد. اسهال فقط ۲-۱ روز طول می‌کشد و با یک برگشت به وضعیت طبیعی برای روزها یا هفته‌ها، مجدد شروع می‌شود. در صورت بروز این وضعیت، لازم است بررسی‌های جامع جهت رد سایر علل اسهال انجام شود.

• استفراغ:

استفراغ ناشی از یک معده با فلج نسبی

دیگر علامت نوروپاتی اتونومیک است. اگر چه خیلی نادر است. اما بررسی جامع در این مورد بسیار اهمیت دارد زیرا استفراغ نیز علل متعدد دیگری دارد که بسیار شایع‌تر از نوروپاتی هستند.

• مشکلات مثانه:

پاسخ عضلات جهت انقباض و خالی شدن مثانه می‌تواند ضعیف شود. در نتیجه مثانه بخوبی تخلیه نمی‌شود مقداری ادرار در مثانه باقی می‌ماند. این مسئله تحت عنوان احتباس ادراری خوانده می‌شود.

اما گاهی ادرار باقی مانده در مثانه به عنوان منبعی برای عفونت عمل کرده و باعث می‌شود برخی از بیماران از عفونت‌های مکرر ادراری رنج ببرند.

شایع‌ترین علت احتباس ادراری، بزرگ شدن پروستات در مردان است. بنابراین بررسی جامع بیمارانی که از احتباس ادراری رنج می‌برند ضروری است. اگر به نظر می‌رسد این مسئله ناشی از نوروپاتی دیابتی است، مراجعه به متخصص ضروری است.

• افت فشار خون در هنگام ایستادن (افت فشار خون وضعیتی):

به طور معمول روش‌های کنترل فشار خون بدن به قدری کافی است که وقتی می‌ایستیم، فشار خون ما مشابه زمانی است که دراز می‌کشیم. در بیمارانی که نوروپاتی اتونوم در آنها ایجاد شده است، این مکانیسم مختل می‌شود. در نتیجه فشار خون موقع ایستادن پایین می‌افتد. یک افت مختصر در فشار خون هنگام ایستادن بی‌خطر است اما اگر بیشتر شود، مشکل عمده‌تر است.

علایم افت فشار خون وضعیتی متغیر بوده و از یک احساس سبکی در سر در هنگام ایستادن (اغلب هنگام برخاستن از رختخواب موقع صبح ایجاد می‌شود) تا احساس ضعف شدید تا جایی که فرد به

سختی قادر به راه رفتن است، متغیر است.

مشکل به محض نشستن فرد برطرف می‌شود. علایم ممکن است از یک روز تا روز دیگر تغییر کند. این مسئله ممکن است یک روز خیلی شدید و روز بعد کمتر باشد. این مشکل پس از یک دوره استفراغ یا اسهال که بدن دچار کاهش حجم مایعات شده است، بدتر می‌شود. گرچه این قبیل مشکلات جدی خیلی نادر هستند، اما مراجعه به متخصص جهت تشخیص درست اهمیت دارد.

در پایان:

گرچه نوروپاتی در بیماران دیابتی یک مشکل شایع است اما اغلب بیماران نسبت به این مسئله آگاه نیستند. مهم‌ترین مسئله‌ای که باید به خاطر سپرد این است که باید در افرادی که از کاهش حس پای خود اطلاعی ندارند، باید مراقبت کافی به عمل آورد. این مسئله علت اهمیت معاینه‌های سالانه است. این کار به گروه دیابت شما اجازه می‌دهد که هرگونه مشکلی را که شما از آن آگاهی ندارید، متوقف کنند.

کنترل خوب دیابت پیشرفت آسیب عصبی را کاهش می‌دهد گرچه نوروپاتی همیشه قابل درمان نیست. در حال حاضر درمان‌های متعددی در دسترس می‌باشد. با کمک گروه دیابت می‌توان علایم آن را تسکین داد و باعث بهبود کیفیت زندگی شما شد.

1- British Diabetes Association

Neuropathy and Diabetes Pamphlet 1997.

Jones Mavr. Diabetes Clinical Guide lines For Practice Nurses. ROYAL College of Nursing. 1996.PP: 20-25

پیشگیری هپاتیت



دکتر کامران باقری لنگرانی

آموزشهای لازم برای کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی که در تماس با مبتلایان به هپاتیت‌های ویروسی B و C می‌باشند.

مقدمه

هپاتیت به مجموعه گسترده‌ای از علایم بالینی و یافته‌های بافتی غیرطبیعی اطلاق می‌شود که ناشی از تخریب کبدی به علت عوامل ویروسی، سمی، دارویی و یا در اثر تهاجم سیستم ایمنی بدن به کبد می‌باشند. از آنجا که کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به علت تماس مکرر با ترشحات خونی در معرض ابتلا به این بیماری می‌باشند، از این رو لازم است نکات زیر را همواره مدنظر داشته باشند:

۱- در حال حاضر واکسیناسیون هپاتیت B به منظور پیشگیری، برای کلیه کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی (پزشک، پرستار،

بهباز، بهورز، کارکنان آزمایشگاهها و ...) و کارکنان مراقبت از معلولان جسمی و مراکز همودیالیز که جزو گروه‌های پرخطر در معرض ابتلا به این بیماری می‌باشند، توصیه می‌شود.

۲- دقت زیاد در هنگام دور ریختن سوزنهای آلوده و سایر وسایل آلوده به خون و ترشحات بدن فرد مبتلا به هپاتیت ویروسی C, B بسیار اهمیت دارد. توجه داشته باشید فرو رفتن سرسوزن در زمان قرار دادن مجدد سرپوش پلاستیکی بر روی آن پس از انجام تزریق یکی از شایعترین راههای انتقال ویروس به گروههای پزشکی است، از این اقدام جداً خودداری کنید. به همین دلیل لازم است مراکز بهداشتی درمانی ظروفی را برای جمع‌آوری سرسوزنها بعد از تزریق پیش‌بینی کنند که به طریق بهداشتی جمع‌آوری و نابود شوند. در این زمینه می‌توان از جعبه‌های فلزی و یا حتی کوزه‌های گلی استفاده نمود.

۳- هپاتیت C, B بسندرت از طریق مدفوعی - دهانی منتقل می‌شوند اما عاقلانه است که از تماس با کلیه ترشحات این بیماران اجتناب کنید.

۴- رعایت موازین بهداشتی در موقع تماس با ملحفه، رختخواب و یا سایر وسایل شخصی بیماران مبتلا به هپاتیت‌های ویروسی لازم است. چون ثابت شده است که ویروس ممکن است تا یک هفته بعد از تماس بر روی چنین وسایلی باقی بماند.

۵- دقت کنید در هنگام خون‌گیری، تزریقات وریدی یا عضلانی و وصل کردن سرم برای این بیماران، سوزن آلوده در دست شما فرو نرود.

۶- در صورت تماس با خون یا مخاط بیماران بر حسب مورد به شرح زیر اقدام کنید:

الف: اگر قبلاً واکسن هپاتیت را نزده‌اید:

۱- الف - چنانچه بیمار شما با ویروس هپاتیت B آلوده است یک دوز

ایمنوگلوبولین ضد هپاتیت B به میزان ۰/۰۶ ml/kg در اسرع وقت و حداکثر تا ۷ روز بعد از تماس تزریق شود. به طور همزمان نیز واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B شروع شود.

۲- الف - احتمال آلودگی بیمار به هپاتیت B زیاد است (مانند بیمارانی که مکرراً فرآورده‌های خونی دریافت می‌کنند مانند تالاسمی، هموفیلی، بیماران دیالیزی، کبدی و معتادان تزریقی). در این گونه موارد واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B را شروع کنید و خون بیمار را برای هپاتیت B آزمایش کنید چنانچه مثبت بود ایمنوگلوبولین ضد هپاتیت B تزریق کنید.

۳- الف - احتمال آلودگی بیمار به هپاتیت B کم است. واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B را شروع کنید.

ب: اگر قبلاً واکسیناسیون هپاتیت B را به طور کامل دریافت نموده‌اید خون خود را برای تعیین تیرانتی‌کور بر علیه HBS آزمایش کنید:

۱- ب - بیماری که به طور قطع آلوده به هپاتیت B است: اگر تیرانتی بادی کمتر از ۱۰ mu/mL است هم واکسن و هم ایمنوگلوبولین ضد هپاتیت به وی تزریق نمایید. چنانچه زمان آماده شدن آزمایش آنتی‌کوری ضد هپاتیت B بیش از هفته به طول انجامد تا آماده شدن جواب آزمایش ایمنوگلوبولین ضد هپاتیت B را تزریق نمایید.

۲- ب - اگر احتمال آلودگی بیمار بالاست ولی آلودگی قطعی نیست آزمایش HBsAg را سریع انجام دهید و در صورت مثبت بودن نظیر بند قبل عمل کنید.

۳- ب - چنانچه احتمال آلودگی بیمار به هپاتیت B کم است اقدامی ضروری نیست.

استاد یار دانشگاه، علوم پزشکی شیراز

۷- در صورتی که واکسیناسیون هیپاتیت B را انجام داده‌اید، پس از تکمیل واکسیناسیون آزمایش لازم جهت کنترل پاسخ ایمنی ایجاد شده (اندازه‌گیری آنتی‌کر ضد هیپاتیت B) را انجام داده و در صورت عدم مصونیت کافی، یک نوبت مجدد واکسیناسیون جهت تقویت پاسخ ایمنی بدن تزریق نمایید، (انجام این مورد در مورد گروه‌ها که احتمال آلودگی در آنها زیاد است توصیه می‌شود).

آشنایی با واکسیناسیون هیپاتیت B

واکسن هیپاتیت B آنتی‌ژن غیربیماری‌زای ویروس هیپاتیت B انسانی است که توسط مخمرها تولید شده است. با تزریق این واکسن مصونیت فعال با تولید آنتی‌بادی علیه آنتی‌ژن سطحی ویروس هیپاتیت B توسط سیستم ایمنی بدن ایجاد می‌شود.

امروزه واکسیناسیون هیپاتیت B، به منظور پیشگیری از عفونت با ویروس مربوطه در گروه‌های پرخطر شامل کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی، مراکز دیالیز و مراکز درمانی بیماران هموفیلی، کسانی که به تزریق خونهای مکرر نیاز دارند (مانند مبتلایان به هموفیلی و تالاسمی)، افرادی که در آسایشگاه‌ها زندگی می‌کنند و یا کارمندان این مراکز توصیه و انجام می‌شود.

همچنین انجام واکسیناسیون هیپاتیت B برای سایر افرادی که در تماس نزدیک با مبتلایان هیپاتیت B فعال هستند (افراد خانواده و همسر بیمار)، ضروری است.

لازم است نوزادانی که از مادران با $HBSAg^+$ (آنتی‌ژن سطحی ویروس هیپاتیت C مثبت) متولد می‌شوند، علاوه بر دریافت ایمنوگلوبولین ضد هیپاتیت B، در بدو تولد واکسن هیپاتیت B را دریافت نمایند. البته واکسیناسیون هیپاتیت B برای تمام نوزادان تازه متولد شده توصیه می‌شود.

نحوه انجام واکسیناسیون

به طور معمول واکسن هیپاتیت B در سه نوبت به صورت عضلانی تزریق می‌شود. در نوبت اول، ۱ میلی‌لیتر از واکسن (در نوزادان و کودکان زیر ۱۰ سال ۰/۵ میلی‌لیتر) تزریق شده و یک و شش ماه بعد با همان مقدار تزریق اولیه، تکرار می‌شود. اگر سطح آنتی‌بادی ضد آنتی‌ژن سطحی، ۲-۱ ماه پس از تزریق کمتر از میزان مورد نظر (۱۰ MIU/ML) باشد، یک دوز مجدد تزریق می‌گردد.

در بیماران دیالیزی و افراد با ایمنی سرکوب شده در اثر مصرف دارو یا بیماری، در هر نوبت دو بار تزریق ۱ میلی‌لیتری عضلانی در دو محل متفاوت انجام می‌شود.

عوارض جانبی

سوزش، ورم، قرمزی، گرمی و سخت شدن محل تزریق، بی‌حالی و خستگی، سردرد، تهوع، استفراغ، گیجی، درد عضلانی، درد مفصلی، تب مختصر، التهاب حلق و بینی، سرفه، تورم غدد لنفاوی، کاهش فشار خون و سوزش ادرار.

مراقبت‌های پرستاری

۱- به افرادی که سابقه حساسیت به این واکسن و مخمر را دارند، تزریق نکنید.
 ۲- به خانم‌های حامله با احتیاط تزریق شود (بی‌خطری کامل آن اثبات نشده است).
 ۳- در افرادی که وضعیت قلبی یا ریوی نامناسب دارند با احتیاط تزریق گردد.
 ۴- تزریق واکسن در بزرگسالان تا حد امکان در عضله دلتوئید و در شیرخواران در عضله قدامی - خارجی ران صورت گیرد.
 ۵- هرگز به صورت وریدی یا داخل جلدی تزریق نکنید. در افرادی که خطر خونریزی به

دنبال تزریق عضلانی در آنها وجود دارد، تزریق واکسن به صورت زیر جلدی انجام شود ولی توجه کنید که احتمال عوارض موضعی بیشتر خواهد بود.

در صورتی که واکسیناسیون هیپاتیت B را انجام داده‌اید، پس از تکمیل واکسیناسیون آزمایش لازم جهت کنترل پاسخ ایمنی ایجاد شده (اندازه‌گیری آنتی‌کر ضد هیپاتیت B) را انجام داده و در صورت عدم مصونیت کافی، یک نوبت مجدد واکسیناسیون جهت تقویت پاسخ ایمنی بدن تزریق نمایید.

۶- واکسن را در یخچال نگهداری کنید ولی آن را از منجمد شدن حفظ کنید.

۷- جهت موارد واکنش‌های حساسیتی شدید، آدرنالین (اپی نفرین) ۱/۱۰۰۰ در دسترس داشته باشید.

۸- در صورت نیاز، مسکن، تب‌بر و وسایل مراقبت از محل تزریق را در اختیار بیمار قرار دهید.

۹- به بیمار و والدین او، زمان تزریق نوبت بعدی را یادآوری کنید و لزوم انجام آزمایش پس از اتمام واکسیناسیون را از نظر میزان آنتی‌بادی گوشزد نمایید.

۱۰- در مورد پیشگیری از هیپاتیت C متأسفانه هیچ راه قابل اعتمادی وجود ندارد و تزریق ایمنوگلوبولین در بررسی‌های به عمل آمده کارایی نداشته است.

REF

- 1- Canobbio MM. Mosby HandBook of Patient Teaching Include Home Care St Louis: Mosby. 1996. PP: 568-572
- 2- Karch, Amy M, Nursing Drug Guide Lippincott Company, 1998. PP: 1971-1972

کنترل چاقی



خانم دکتر زاهدی

در جهان امروز چاقی به عنوان یک بیماری متابولیک مزمن که حیات جامعه بشری را تهدید می‌کند، مطرح می‌باشد. شیوع بالای چاقی مرهون پیشرفت صنعت و روی کار آمدن تکنولوژی ماشینی جدید است. اتخاذ شیوه غربی در زندگی، استفاده از رژیم‌های غذایی حاوی چربی فراوان و فیبر کم و کاهش تحرک در زندگی روزمره همگی در ایجاد و پیشرفت چاقی مؤثرند. علاوه بر آن، این سبک زندگی با افزایش شیوع چاقی، عوارضی چون دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی، فشارخون، بیماریهای کیسه صفرا، اختلالات لیپیدهای خون، نقرس، سرطانهای اندومتر و تخمدان در زنان و سرطانهای پروستات و کولون در مردان را به دنبال دارد. گذشته از عوارض و مشکلات این بیماریها، هزینه درمان آنها، اشغال تخت‌های بیمارستانی و صرف وقت و بودجه فراوان در ارزیابی این بیماران، اهمیت چاقی را بیشتر مطرح می‌سازد. این وضعیت نامناسب را می‌توان با اتخاذ یک روش مطلوب با کار

جدول (۱) - تعریف چاقی بر حسب BMI طبق معیارهای سازمان بهداشت جهانی

میزان چاقی	مرحله ۱	مرحله ۲	مرحله ۳
افزایش وزن	چاق	خیلی چاق	
۲۵-۲۹/۹	۳۰-۳۹/۹	>۴۰	
نمایه توده بدن			

تیمی (پزشک، پرستار، متخصص تغذیه و ...) تا حدی به وضع مناسب برگرداند، در حالی که درمان دارویی در افراد چاق اکثراً با شکست مواجه شده و نتایج رضایت‌بخشی نداشته است. در این مقاله ضمن بیان نحوه ارزیابی چاقی و تعریف آن به روش‌های درمانی غیردارویی پرداخته خواهد شد.

ارزیابی چاقی

به منظور تعریف چاقی و همچنین ارزیابی دوره‌های افراد چاق از سه معیار اصلی استفاده می‌شود:

نمایه توده بدن (BMI)، نحوه توزیع چربی (WHR) و درصد چربی بدن (BF%).**

نمایه توده بدن (BMI)

نمایه توده بدن یکی از شاخص‌های بیانگر افزایش بافت چربی بدن می‌باشد. حدود ۱۰٪ افزایش وزن مربوط به عضله و استخوان است و بقیه به بافت چربی ۷۵٪، لیپید و ۲۵٪ بافت بدون چربی (lean tissue) مربوط می‌باشد. نمایه توده بدن از تقسیم وزن بدن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب مترمربع) حاصل می‌گردد. نمایه توده بدن بین ۱۹-۲۴/۹ مورد قبول می‌باشد. بسیاری از منابع موجود نمایه توده بدن بالاتر از ۲۷ را به عنوان چاقی تلقی می‌نمایند، در حالی که اذعان دارند ریسک فشارخون، دیابت غیروابسته به انسولین، هیپرلیپیدمی و سایر اختلالات متابولیکی مزمن با نمایه توده بدن برابر ۲۵ یا بیشتر افزایش می‌یابد. تعریف چاقی بر حسب نمایه توده بدن، براساس معیارهای سازمان جهانی

بهداشت در جدول (۱) آورده شده است. تفاوت‌هایی بر حسب جنس و سن نیز برای نمایه توده بدن ذکر گردیده است.

نحوه توزیع چربی

WHR عبارت است از نسبت دور کمر به دور باسن که بیانگر نحوه انتشار چربی در بدن می‌باشد.

نحوه توزیع چربی بدن یکی از عوامل مرتبط با عوارض چاقی است. تجمع چربی با نمایه آندروئید یا به عبارتی چاقی مرکزی یا شکمی، ارتباط نزدیک با اختلالات متابولیک دارد. این معیار در افرادی که WHR کمتر از ۳۰ دارند، معیار حساستری می‌باشد. میزان طبیعی WHR با توجه به اختلافات فیزیکی زن و مرد در دو جنس متفاوت می‌باشد که این میزان در زنان کمتر از ۰/۸۵ و در مردان کمتر از ۰/۹۵ مورد قبول می‌باشد.

درصد چربی بدن (BF%)

به منظور محاسبه درصد چربی بدن از اندازه‌گیری ضخامت چین پوستی (Skinfold thickness) استفاده می‌کنیم چرا که چربی زیر پوست ۵۰٪ کل چربی بدن را تشکیل می‌دهد. اندازه‌گیری Skinfold با استفاده از کالیپر (Skinfold Kaliper) صورت می‌گیرد. محل اندازه‌گیری چین پوستی اهمیت زیادی دارد. شایع‌ترین محل‌های اندازه‌گیری ضخامت چین پوستی عبارتند از:

محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- BMI = Body Mass Index

2- WHR = Waist - to Hip Ratio

3 - BF= Body Fat Percent

موارد محتمل			ملاک‌های مورد نظر
III	II	I	
خصوصیات عمومی			
شدید	متوسط	خفیف	سنگینی وزن
بیش از ۲۰۰٪ وزن ایده‌آل	۱۵۰ - ۲۰۰٪ وزن ایده‌آل	۱۲۰ - ۱۵۰٪ وزن ایده‌آل	
شدید	متوسط	خفیف	چاقی (درصد چربی)
وسیع	قسمت فوقانی تنه	قسمت تحتانی تنه	توزیع چربی
خصوصیات فامیلی			
هر دو والد	یکی از والدین	هیچیک از والدین	سابفه فامیلی
سنین کودکی (کمتر از ۱۰ سالگی)	جوانی (۱۰ - ۲۰ سالگی)	بزرگسالی (بیش از ۲۰ سالگی)	سن شروع چاقی
عوامل محیطی			
افزایش وزن	وزن پایدار	کاهش وزن ثابت	وضعیت وزن بدن
بیش از سه دوره	۱ - ۳ دوره	نداشته	چرخه وزن بدن (دوره‌های کم و زیاد شدن)

انرژی مورد نیاز جهت کسب و حفظ وزن ایده‌آل تنظیم می‌شود. رعایت و حفظ تنوع غذایی، کسب سلامت و نشاط، در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نیازهای فردی اهمیت دارد.

وزن ایده‌آل

برای تعیین وزن ایده‌آل از جداول مخصوص استفاده می‌شود که نمونه آن در جدول شماره (۳) آورده شده است.

میزان انرژی دریافتی

به منظور محاسبه انرژی مورد نیاز در استراحت (Resting Energy Expenditure) از فرمول Harris-Benedict استفاده می‌شود:
در مردان:

$$(\text{سن} \times ۶/۷۵) - (\text{قد} \times ۵/۰۳) + (\text{وزن} \times ۱۳/۷۵) + ۶۶/۴۷$$

(۲) آورده شده است.

درمان چاقی

هدف اصلی درمان عبارت از رساندن وزن بیماران چاق به وزن ایده‌آل متناسب با سن، جنس و قد می‌باشد. در جهت رسیدن به این هدف درمانهای مورد نظر اصلی شامل رژیم غذایی اصلاح شده و فعالیت بدنی، رفتار درمانی و دارو درمانی می‌باشد. البته در این مقاله به درمان دارویی نخواهیم پرداخت.

الف - رژیم درمانی

استفاده از رژیم غذایی متعادل در برنامه‌های کاهش وزن اولین قدم رژیم درمانی می‌باشد. البته رژیم غذایی بیشتر در کسانی مؤثر است که ۲۵٪ یا بیشتر افزایش وزن دارند.

رژیم غذایی مورد نظر با هدف دریافت

۱ - محل عضله دو سر بازو (Biceps)

۲ - محل عضله سه سر بازو (Triceps)

۳ - کنار تحتانی کتف (Subscapular)

۴ - بالای ایلیاک (Suprailiac)

بعد از اندازه‌گیری چین پوستی درصد چربی بدن بر اساس جداول خاصی محاسبه می‌گردد.

در سنین بالای ۳۰ سال در خانمها مقدار %BF برابر ۲۲٪ مناسب است و در آقایان مقادیر طبیعی %BF بر حسب سن به شرح زیر می‌باشد:

۳۰-۳۲ سال ← ۱۹٪

۳۳-۳۹ سال ← ۲۰٪

>۴۰ سال ← ۲۱٪

میزان خطر در افراد چاق

بر طبق بعضی منابع افراد چاق به سه گروه زیر تقسیم می‌گردند که میزان خطر در گروه III از همه بیشتر خواهد بود. مشخصات مورد نظر در این زیرگروه بندی در جدول

جدول (۳) - تعیین وزن ایده‌آل (kg) بر حسب قد (cm)

۱۹-۳۴ سال		۳۵ سال		
قد	میانگین وزن	دامنه	میانگین وزن	دامنه
۱۵۲	۵۱	۴۴-۵۸	۵۵	۴۹-۶۲
۱۵۵	۵۳	۴۶-۶۰	۵۸	۵۰-۶۵
۱۵۷	۵۴	۴۷-۶۲	۵۹	۵۲-۶۷
۱۶۰	۵۶	۴۹-۶۴	۶۱	۵۴-۶۹
۱۶۳	۵۸	۵۱-۶۶	۶۴	۵۶-۷۲
۱۶۵	۶۰	۵۲-۶۸	۶۵	۵۷-۷۴
۱۶۸	۶۲	۵۴-۷۱	۶۸	۵۹-۷۶
۱۷۰	۶۴	۵۵-۷۲	۶۹	۶۱-۷۸
۱۷۳	۶۶	۵۷-۷۵	۷۲	۶۳-۸۱
۱۷۵	۶۷	۵۸-۷۷	۷۴	۶۴-۸۳
۱۷۸	۷۰	۶۰-۷۹	۷۶	۶۷-۸۶
۱۸۰	۷۱	۶۲-۸۱	۷۸	۶۸-۸۸
۱۸۳	۷۴	۶۴-۸۴	۸۰	۷۰-۹۰
۱۸۵	۷۵	۶۵-۸۶	۸۲	۷۲-۹۲
۱۸۸	۷۸	۶۷-۸۸	۸۵	۷۴-۹۵
۱۹۱	۸۰	۶۹-۹۱	۸۸	۷۷-۹۹
۱۹۳	۸۲	۷۱-۹۳	۸۹	۷۸-۱۰۱
۱۹۶	۸۵	۷۳-۹۶	۹۲	۸۱-۱۰۴
۱۹۸	۸۶	۷۵-۹۸	۹۴	۸۲-۱۰۶

علایم گوارشی به شکل اسهال و یبوست، خشکی پوست و ...

به علت آنکه بسیاری از افرادی که تحت رژیم بسیار کم‌کالری قرار می‌گیرند، نیازمند بستری در بیمارستان هستند. بنابراین این رژیم زندگی معمول روزانه آنها را مختل خواهد نمود.

در رژیم کم‌کالری (LCD) هر چند کالری کمتر از میزان پایه مورد نیاز فرد فراهم می‌نماید اما حداقل کالری دریافتی روزانه بیشتر از ۸۰۰ Kcal خواهد بود. متوسط کاهش وزن هفتگی در این رژیم ۱٪ وزن بدن می‌باشد.

در افراد چاق، در ابتدا محدودیت متوسط انرژی دریافتی یعنی ۵۰۰ Kcal در روز کمتر از میزان انرژی مورد نیاز بر حسب سن، قد و وزن ایده‌آل (که با استفاده از فرمول Harris-Benedict محاسبه می‌شود) توصیه می‌گردد که تقریباً برابر رژیم ۱۲۰۰ کیلوکالری در روز برای زنان و رژیم ۱۸۰۰-۱۵۰۰ کیلوکالری در روز برای مردان خواهد بود. با این رژیم اکثر بیماران کاهش وزن پیدا می‌کنند. کاهش وزن مورد نظر عبارت است از: ۱ Kg - ۲۵٪ (۲ Ib - ۵٪) در هفته.

در صورت عدم حصول اهداف مورد نظر پس از ۲ ماه، بتدریج از میزان انرژی روزانه کاسته می‌شود. در صورت تجویز رژیم غذایی کمتر از ۱۲۰۰ کیلوکالری روزانه به دلیل کافی نبودن مواد مغذی در این رژیم، از مکمل‌های ویتامین و املاح با در نظر گرفتن مقادیر استاندارد توصیه شده، استفاده می‌گردد.

ترکیب مواد غذایی دریافتی

هر چند کل کالری دریافتی باید کاهش

این رژیم می‌توان کاهش وزن زیادی را در مدت کوتاه به دست آورد؛ به عنوان مثال رژیمی به حد ۲۰۰ Kcal در روز می‌تواند در عرض ۱۲ هفته کاهش وزنی معادل ۲۰ kg ایجاد نماید. رژیم VLCD عوارض متعددی (حتی‌گاه تهدیدکننده حیات) به دنبال دارد، از این رو فقط در صورتی می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد و عارضه مهمی ایجاد نماید که تحت حمایت کامل و نظارت مناسب پزشکی صورت گیرد. این نوع رژیم بندرت در بیماران سرپایی استفاده می‌شود.

عوارض عمده VLCD عبارتند از:

افسزایش شیوع سنگهای صفراوی، هیپوراوریسمی و حاد شدن بیماری نقرس، اختلالات الکترولیتی، هیپوتنشن وضعیتی و

در زنان:

(سن × ۴/۶۸) - (قد × ۱/۸۵) + (وزن × ۹/۵۶) + ۶۵۵/۱
در بیماران چاق باید میزان انرژی دریافتی روزانه کاهش یابد و از نظر کیفی تعدیل گردد. رژیم‌های مورد استفاده را می‌توان به دو گروه عمده تقسیم نمود:

۱- رژیم کم‌کالری (LCD)^(۱)

۲- رژیم بسیار کم‌کالری (VLCD)^(۲)

رژیم VLCD دارای کالری معادل ۸۰۰-۶۰۰ کیلوکالری در روز می‌باشد که متوسط کاهش وزن هفتگی برابر ۴/۵ کیلوگرم ایجاد خواهد نمود. این رژیم در افرادی قابل استفاده است که وزنشان بالای ۳۰٪ وزن ایده‌آل بوده و یا دچار چاقی عارضه‌دار (morbid obesity) بوده و همچنین همکاری خوبی داشته باشند. در

1- Low - Calorie Diet

2- Very - low - calorie Diet

افراد ورزشهای هوازی (aerobic exercise) خواهد بود، البته از نوع ایزومتریک که علاوه بر صرف انرژی با حرکت کل توده بدن نیز همراه باشد، نه ورزشهای ایزوتونیک که فقط در جهت افزایش قدرت بدنی است. با این وصف بهترین ورزش پیشنهادی در این افراد شنا، دوچرخه سواری، سریع راه رفتن و ورزشهای مشابه می باشد. البته ترکیب ورزشهای هوازی با resistance training مطلوب می باشد.

انرژی مصرفی طی ورزش

در ابتدا باید ظرفیت فرد در شروع ورزش ارزیابی گردد و افزایش حرکات ورزشی بتدریج صورت گیرد. اما برنامه ریزی باید به سمتی پیش رود که منجر به مصرف انرژی هفتگی بین ۲۰-۱۰ کیلوکالری بر حسب کیلوگرم وزن بدن گردد. به عنوان مثال فردی که وزن بدنش ۱۰۰ کیلوگرم است، انرژی مصرفی وی در ورزش باید حداقل بین ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ کیلوکالری در هفته باشد. مصرف انرژی طی ورزش به سه عامل عمده بستگی دارد: شدت (Intensity)، دفعات (Frequency) و طول مدت هر جلسه ورزشی (Time) که به اختصار به آن FIT گفته می شود.

حاصل جمع این سه عامل باید به نحوی باشد که صرف انرژی مورد نظر را تأمین نماید:

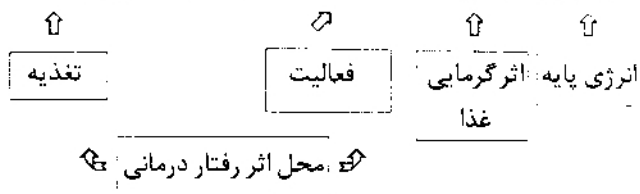
$$F + I + T = \text{Caloric Energy Expenditure}$$

در افراد چاق دفعات (F) ورزش باید تا حد امکان به طور روزانه انجام شود و نباید بین جلسات ورزش بیش از یک روز فاصله بیافتد. از نظر شدت (I) ورزش باید متوسط تا شدید باشد و حداقل ۲۰ دقیقه (T) ادامه یابد.

1- Lean Body Mass

= تغییر وزن (Weight change)

کل انرژی دریافتی (total energy intake) - کل انرژی مصرفی (total energy expenditure)



شکل (۱) نقاط تأثیر رفتار درمانی

اشخاصی که کمتر از ۱۲۰۰ کیلوکالری در روز انرژی دریافت می کنند، پروتئین دریافتی باید حداقل ۱ گرم بر حسب کیلوگرم وزن ایده آل بدن آنها باشد.

ب - افزایش فعالیت فیزیکی

افراد چاق به علت بافت بدون چربی LBM^(۱) بزرگتر که باعث افزایش میزان متابولیسم پایه (در استراحت) می شود، برون ده (output) انرژی بیشتری دارند. همچنین جابه جا نمودن این بدن بزرگتر، مصرف انرژی را در فعالیت فیزیکی افزایش می دهد. با کاهش وزن مقدار LBM کاسته شده به این علت برون ده انرژی (energy output) نیز کاهش می یابد. بهترین متد کاهش LBM و نیز ثابت نگهداشتن آن (پس از دوره اصلی کاهش وزن) این است که برون ده انرژی با استفاده از افزایش فعالیت بدنی، بالا باقی بماند.

به طور کلی برنامه های ورزشی و افزایش فعالیت بدنی بخصوص همراه با رژیم غذایی متعادل، در مقایسه با رژیم تنها اثر بیشتری در کاهش وزن افراد چاق خواهد داشت. مقدار کاهش وزن حاصله با شدت و دفعات ورزش متناسب با رژیم غذایی خواهد بود.

نوع ورزش

بهترین نوع ورزش توصیه شده در این

یابد اما میزان دریافت کربوهیدرات، پروتئین، اسیدهای چرب ضروری، آب، ویتامین ها و املاح باید در حد مورد نیاز پایه بدن نگهداری شود. برای حفظ سطح قند خون در محدوده نرمال و جلوگیری از کتونمی مقدار کافی کربوهیدرات باید مصرف گردد. همچنین پروتئین دریافتی باید در حد کافی باشد تا از کاتابولیزه شدن بافت غیرچربی (lean) جلوگیری گردد.

یکی از رژیم های توصیه شده رژیم دارای کربوهیدرات فراوان و چربی کم (high CHO, low Fat) می باشد که کاهش وزن مناسبی را ایجاد نموده و در عین حال محتوای مغذی کافی دارد. دریافت کربوهیدرات باید با تأکید بر کربوهیدرات کمپلکس و غذای حاوی فیبر همراه باشد. از سوی دیگر میزان چربی رژیم غذایی نباید از ۳۰٪ کل کالری دریافتی تجاوز نماید. از این میزان، کمتر از ۱۰٪ آن از چربی های اشباع خواهد بود. کلسترول روزانه نباید بیش از ۳۰۰ میلی گرم باشد. باید از غذاهای سرخ کرده یا مواد غذایی دارای چربی فراوان پرهیز شود. از مصرف الکل خودداری گردد. آب و سایر مایعات بدون کالری حداقل ۱-۲ لیتر در روز مصرف شود. میزان فیبر مواد غذایی ۲۰-۳۰ گرم در روز می باشد.

میزان پروتئین دریافتی در افرادی که بیش از ۱۲۰۰ کیلوکالری در روز انرژی دریافت می دارند، نباید کمتر از ۱/۸ گرم بر حسب کیلوگرم وزن ایده آل بدن باشد و در



قابل ذکر است که در رژیم‌های VLCD ورزش نباید از حد قدم‌زدن، خرید کردن و تفریح در پارک فراتر رود. اما در رژیم‌های LCD ورزش با شدت کم تا متوسط اغلب تا یک ساعت قابل انجام خواهد بود.

برای بررسی شدت ورزش از حداکثر ضربان قلب استفاده می‌شود. حداکثر ضربان قلب در خانم‌ها (سن - 220) و در آقایان (سن - 205) در نظر گرفته می‌شود. ورزش نباید موجب کاهش شدید عمق تنفس گردد و نیز طی مدت ورزش فشارخون سیستولیک نباید از 180 میلی‌متر جیوه تجاوز نماید.

با رعایت برنامه ورزشی توصیه شده اکثر بیماران کاهش وزن قابل توجهی طی 8-6 ماه پیدا می‌کنند. در صورتی که ورزش به تنهایی به طور مرتب انجام شود پس از حداقل دو ماه کاهش وزنی معادل 2/5 کیلوگرم حاصل خواهد شد.

ج - رفتار درمانی

رفتار درمانی اصل استوار درمان چاقی می‌باشد چرا که افزایش وزن در بسیاری از افراد ریشه در عادات غذایی و سبک زندگی دارد. در صورت عدم رفتار درمانی مؤثر (حتی در صورت کاهش وزن مورد نظر) عود مجدد چاقی بسیار محتمل خواهد بود. شکل (1) نقاط تأثیر رفتار درمانی را نشان می‌دهد.

سرفصل برنامه‌های رفتار درمانی عبارتند از:

روشهای اصلاح سبک زندگی (1)

1. غذای خود را سه وعده در روز بخورید نه بیشتر و برنامه غذایی روزانه داشته باشید.
2. از خوردن خودبه‌خود (بدون برنامه) اجتناب نمایید.
3. محرکهای غذایی خود را شناسایی کنید.
4. مرتب خود را وزن کنید.
5. هنگام غذا خوردن از انجام سایر امور بپرهیزید (مثلاً تماشای تلویزیون).

6. ظرف غذای خود را کوچک قرار دهید.
7. ظرف غذا را به طور کامل تمیز نکنید.
8. سعی کنید همیشه غذا را در یک محل میل کنید.
9. در فواصل بین لقمه‌ها قاشق و چنگال را زمین بگذارید و بین غذا توقف کنید.
10. پس از یکسبار صرف غذا، مجدد غذا نکشید.
11. از اضافه کردن چاشنی زیاد در غذا بپرهیزید.
12. سعی کنید با شکم سیر برای خرید بروید.
13. خرید مواد غذایی را از روی لیست انجام دهید.
14. از خریدن غذاهای آماده خودداری کنید و مواد غذایی بخرید که نیاز به آماده کردن دارند.
15. غذا را سر میز یا سر سفره میل نموده و پس از اتمام آنجا را ترک کنید.
16. سریع ظروف غذا را از سفره یا میز جمع‌آوری کنید.
17. غذا را در مقادیر کم میل کنید.
18. از غذاهای جایگزین مثل سالاد استفاده کنید.
19. غذاهای غیرمجاز را در معرض دید قرار ندهید.
20. هیچوقت توزیع کننده غذا نباشید.
21. برای موقعیت‌های خاص قبلاً برنامه‌ریزی و خود را آماده کنید (مثلاً مهمانی‌ها).
22. سعی کنید زنجیره‌های رفتار خود را شناسایی و حلقه‌ها را قطع کنید.

روشهای ورزشی (2)

1. روزانه یکبار ورزش کنید و فواید آن را بدانید.
2. سرعت خود را در راه رفتن افزایش دهید.
3. در زمان راه رفتن فشار بیشتری به خود وارد کنید.
4. در صورت امکان از پله استفاده کنید.

5. سعی کنید ورزشهای برنامه‌ریزی شده را انتخاب کنید.
6. از ورزشهای هوازی استفاده کنید.
7. ورزش دوچرخه‌سواری را انتخاب نمایید.
8. در شروع ورزش سعی کنید بتدریج بدن خود را گرم و در انتها به آرامی بدن خود را سرد کنید (توسط ورزشهای سبک).
9. پس از هر بار ورزش، آستانه ورزش خود را ارزیابی کنید.
10. فعالیت کلی خود را طی زندگی افزایش دهید.

روشهای ایجاد انگیزه (3)

1. در مورد رژیم غذایی با خود فکر کرده و مزایا و معایبش را مقایسه کنید.
2. به طور واقعی علل چاقی را بررسی کنید.
3. گرسنگی را از میل به غذا افتراق دهید و سعی کنید با میل به غذا مبارزه کنید.
4. برای خود اهداف واقعی قرار دهید.
5. برای تغییر عادات خود برنامه‌های شکل دهید.
6. با هوس‌های خود مخالفت کنید.
7. از طرز تلقی‌های غلط برحذر باشید (از نظر فکری خود را فریب ندهید).
8. ناامیدی را کنار بگذارید.
9. فکرها و تصورات غیرواقعی و غیرممکن را کنار بگذارید.
10. بیشتر بر تغییر رفتار خود تأکید کنید تا بر وزن خود.
11. از موقعیتهای پرخطر بر حذر باشید و خود را آماده کنید.
12. لغزش‌ها و برگشت به وضعیت قبل را در نظر داشته باشید.
13. با لغزش‌های خود مقابله کنید.
14. میل مفرط خود به خوردن را کنترل کنید.

- 1- Life - style Techniques
- 2- Exercise Techniques
- 3- Attitude Techniques

روشهای ارتباطی^(۱)

۱. در انتخاب همسر خود دقت کنید.
۲. همسر بیمار باید آموزش‌های لازم جهت کمک به بیمار را بیاموزد یا اینکه بیمار به همسر خود بگوید که چگونه به او کمک کند.
۳. از همسر خود به دلیل همکاری و حمایت از شما تشکر کنید و پاداش‌های خاصی برای او در نظر بگیرید.
۴. با همسر خود به خرید بروید و از او بخواهید برای شما خرید کند.
۵. با همسر خود ورزش کنید.
۶. اصرار بر خوردن را رد کنید.
۷. از همسر و خانواده خود بخواهید این مطالب را بخوانند.

روشهای تغذیه‌ای^(۲)

۱. کالری دریافتی خود را به زیر ۱۲۰۰ کیلوکالری در روز برسانید.
۲. ارزش کالریک غذای خود را بدانید.
۳. چهار گروه اصلی غذاها را بشناسید.
۴. از یک غذای متعادل استفاده کنید.
۵. در رژیم غذایی خود از پروتئین کافی استفاده کنید.
۶. در رژیم غذایی خود از کربوهیدرات کافی استفاده کنید.
۷. میزان کربوهیدراتهای کمپلکس را در رژیم خود افزایش دهید.
۸. میزان چربی غذای خود را به ۳۰٪ کل کالری دریافتی تقلیل دهید.
۹. از ویتامین‌ها به اندازه کافی استفاده کنید.
۱۰. بیش از دوز توصیه شده ویتامین استفاده نکنید.

۱۱. میزان فیبر رژیم غذایی خود را افزایش دهید.

۱۲. از غذاهای کم کالری که اشتهای شما را می‌گیرد، استفاده کنید.

مجموعه برنامه‌های رفتار درمانی در جهت فراهم نمودن مراقبت فردی، کنترل محرکهای غذایی هر فرد و ایجاد یک حمایت اجتماعی مناسب می‌باشد. در این روش

منابع جهت مطالعه بیشتر

1. Bray GA. obesity. Endocrinology and metabolism clinics of North America. 1996; 25(4).
2. Blackburn GL, Kanders BS (eds.). Obesity pathophysiology, psychology and treatment. USA: Chapman & Hall, 1994.
3. Bray GA. The syndromes of obesity: an endocrine approach. In: Degroot Lee (eds.). Endocrinology. Philadelphia: Saunders, 1995: 2624 - 2662.
4. Pi-Sunyer FX. obesity. In: Shils ME, Olson YA, Shike M. Modern nutrition in health and disease. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994: 985-1006.
5. Mahan LK, Escott-Stumps. Krause's food, nutrition and diet therapy. Philadelphia: Saunders, 1996: 460-477.
6. Erikson I, Taimelas, Koivisto VA. Exercise and the metabolic syndrome. Diabetologia 1997; 40: 125-135.
7. IVY IL. Role of exercise training in the prevention and treatment of insulin resistance and non-insulin-dependent diabetes mellitus. Sports Med 1997; 24(5): 321-336.



بیمار باید حداقل تا ۶ ماه ارتباط نزدیکی با درمانگر داشته باشد و پیگیریها نیز تا ۶ ماه بعد تداوم یابد.

قابل ذکر است که در بسیاری از بیماران افزایش وزن حدود ۲ سال بعد از درمان دیده می‌شود که به همین سبب باید به تمام بیماران یادآور شد که وضعیت تغذیه‌ای، فعالیت فیزیکی و سبک زندگی خود را در وضعیت ایجاد شده نگه دارد. تکرار برنامه‌ها موفقیت برنامه کاهش وزن را افزایش خواهد داد.

نکته

ممکن است چاقی صرفاً علامت یک بیماری زمینه‌ای باشد، از این رو بیماریهایی که در تشخیص افتراقی چاقی مطرح می‌باشند باید در گرفتن شرح حال، معاینه‌ها و بررسی‌های آزمایشگاهی مدنظر بوده و در صورت وجود آنها اقدامات تشخیصی اضافی و درمان آن انجام گیرد.

1- relationship Techniques

2- Nutrition Techniques

بیماریهای خاص در کشور انگلستان

دکتر اقبال طاهری
دکتر شیوا حسینی

انجمن دیابت انگلستان
(British Diabetic Association)

در هر کشور علاوه بر ارگانهای دولتی که در رابطه با بیماریهای خاص فعالیت دارند، سازمانهای خیریه و غیردولتی نیز با همت افراد خیر و متعهد با تکیه بر پشتوانه مردمی، وظیفه رسیدگی و کمک به هموطنان خود را که از بیماریهای خاص رنج می‌برند، بر دوش گرفته و نهایت تلاش خویش را در کاستن آلام دردمندان به کار می‌گیرند. اغلب این سازمانها تحت حمایت دولت می‌باشند و همکاری نزدیکی با ارگانهای مختلف دولتی جهت تحت پوشش قرار دادن کلیه نیازهای بیماران و اداره درمانگاههای خود دارند. آنچه در زیر می‌خوانید، اشاره‌ای است به تعدادی از سازمانهای مذکور که در کشور انگلستان فعالیت دارند:

کشور انگلستان در شمال غربی قاره اروپا واقع گردیده و از تعدادی جزایر کوچک و بزرگ به مساحت تقریبی ۲۴۵/۴۳۷ کیلومتر مربع تشکیل شده است که همگی در اقیانوس اطلس واقع شده‌اند.

کشورهای همسایه آن، فرانسه در جنوب و ایرلند جنوبی در مغرب است. پایتخت آن شهر لندن است که در جنوب شرقی کشور قرار دارد و بعد از نیویورک در آمریکا و توکیو در ژاپن پرجمعیت‌ترین شهر جهان محسوب می‌شود. این شهر از مهمترین شهرهای اروپا و مرکز سیاست انگلستان است. علاوه بر موقعیت سیاسی آن در دنیای اقتصاد و تجارت نیز اهمیت فراوان دارد و از مراکز بزرگ علم و دانش اروپا و جهان است.

نوع حکومت انگلستان مشروطه سلطنتی است. از احزاب مهم سیاسی در انگلستان می‌توان به دو حزب محافظه کار و کارگر اشاره کرد.

زبان مردم این کشور انگلیسی است و پیرو آیین مسیحیت هستند.

واحد پول این کشور «پوند» است و هر پوند به ۲۰ «شیلینگ» تقسیم می‌شود.

انجمنی که اعضای آن هم از افراد حرفه‌ای و هم از افراد عادی بودند، به شمار می‌رفت. به طور عمده این انجمن بر فعالیتهای اعضا که تعدادی از آنها بیماران دیابتی هستند و همچنین کمکهای مردمی استوار است. بیماران می‌توانند کلیه سؤالات و مشکلات خود را با انجمن در میان بگذارند و این انجمن پاسخگوی آنها خواهد بود. از اهداف اصلی آنها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ۱) کاهش موارد جدید نابینایی ناشی از دیابت
- ۲) کاهش تعداد افراد مبتلا به نارسایی کلیوی مرحله آخر
- ۳) کاهش میزان قطع عضو ناشی از

گانگرن دیابتی

- ۴) بهبود نتایج بارداری برای زنان دیابتی مشابه زنان غیردیابتی
- ۵) حذف ناخوشی و مرگ و میر ناشی از بیماری کرونری قلبی در افراد دیابتی با اجرای برنامه تفصیلی کاهش ریسک فاکتورها

سالانه این انجمن کاتالوگی از جدیدترین محتویات آموزشی خود را در اختیار مردم، بیماران و واحدهای بهداشتی-درمانی در انگلستان و کشورهای متقاضی قرار می‌دهد که شامل مجله "Balance" جهت آموزش کسانی که به تازگی به دیابت مبتلا شده‌اند، کتابچه‌های راهنمای تغذیه و آشپزی برای بیماران، کتب آموزشی،

انجمن دیابت انگلستان سازمان خیریه‌ای است که جهت کمک به بیماران مبتلا به دیابت در زمینه آموزش بیماران و خانواده‌ها، حمایت از پروژه‌های تحقیقاتی در زمینه دیابت و آموزش جهت پیشگیری از عوارض دیابت فعالیت می‌کند. همچنین در این رابطه با مراکز پزشکی و دانشگاهی در زمینه علمی - تحقیقاتی همکاری دارد.

انجمن دیابت انگلستان در سال ۱۹۳۴ پایه‌گذاری شد و اولین انجمن خیریه خودگردان پزشکی در انگلستان و اولین

راهنمای بارداری مادران دیابتی، کتاب مخصوص کودکان و والدین، جزوه‌هایی کوچک در مورد هر یک از جنبه‌های بیماری دیابت و عوارض آن، فیلمهای آموزشی، اسباب‌بازی‌های آموزشی و پوستر می‌باشد که هر کدام را با ذکر مشخصات، بها و نحوه دریافت آنها مشخص ساخته است.

کلیه منافع حاصل از فروش محصولات این انجمن که توسط برخی از افراد و شرکتهای خیر به طور رایگان تهیه می‌شوند، برای حمایت از بیماران دیابتی و تحقیق در زمینه دیابت صرف می‌شود.

انجمن دیابت انگلستان یکی از بزرگترین مراکزی است که برای تحقیق در مورد دیابت سرمایه‌گذاری می‌کند. این انجمن در سال ۱۹۹۷ بیش از ۴/۵ میلیون پوند در بیش از ۱۵۰ پروژه تحقیقاتی در انگلستان صرف نموده است.

این انجمن بیش از ۱۷۰۰۰ عضو دارد و همواره پذیرای اعضای جدید می‌باشد. عقیده کلی آنها بر این است که هر چقدر تعدادمان بیشتر باشد، تأثیرمان در حمایت از بیماران دیابتی در جامعه بیشتر خواهد بود.

انجمن دیابت انگلستان مشوق گسترش سرویسهای محلی دیابت و گروههای مشورتی در سطح کشور است. آنها یک استراتژی محلی برای ارائه و کنترل خدمات مربوط به بیماران دیابتی را پیشنهاد می‌کنند. تعداد این سرویسهای محلی رو به افزایش است و درحال حاضر بیش از ۴۰۰ سرویس محلی مشغول به کارند. این انجمن ۴ دفتر منطقه‌ای در شهرهای Walsall، Warrington، Glasgow و Belfast دارد و تعداد بیشتری نیز قرار است در سال ۱۹۹۸ تأسیس شود.

۱۷۰۰۰۰ عضو عادی و حرفه‌ای این انجمن صدای بریتانیایی در جامعه بهداشت و درمان انگلستان دارند و می‌توانند به نحو مؤثری در سطح دولتی جهت تغییر و تعدیل



جدول ۱- آمار بیماران مبتلا به انواع هموفیلی و بیماری ون ویلبراند و درصد فعالیت متوسط فاکتور نرمال (a.n) در بیماران انگلستان

نام بیماری	درصد فعالیت فاکتور (a.n%)	زیر ۲ درصد	۱۰ - ۲ درصد	بالای ۱۰ درصد	ناشناخته	جمع کل
ون ویلبراند	۴۸	۱۰۷۴	۲۱۷۹	۲۰۲	۲۵۰۳	
هموفیلی B	۳۴۸	۴۰۸	۲۷۰	۷۲	۱۰۹۸	
هموفیلی A	۱۹۸۱	۱۶۰۴	۱۵۰۵	۳۱۶	۵۴۰۶	

مراقبتی، درمانی و حمایتی ممکن برای بیماران مبتلا به هموفیلی، بیماری ون ویلبراند و سایر اختلالات خونی و خانواده‌های آنها تلاش می‌کند تا این بیماران بتوانند از زندگی بهتری برخوردار باشند. شعار این جامعه «تلاش در جهت بهترین مراقبت ممکن برای بیماران هموفیلی و اختلالات خونریزی دهنده دیگر است».

• رئوس خدمات این جامعه شامل موارد زیر است:

- ۱) ارائه مشکلات و مسایل خاص بیماران به دولت، ارگانهای دست‌اندرکار سلامت و بهداشت جامعه، گروههای پزشکی و شرکت‌های دارویی و تلاش در جهت توسعه و بهسازی درمان و مراقبت از بیماران
- ۲) راهنمایی در مورد ناتوانی‌ها، فواید درمان، آموزش و کارایی
- ۳) برقراری جلسات اطلاع‌رسانی در نقاط مختلف کشور تا تمام افراد مبتلا بتوانند در مورد پیشرفتهای درمانی آگاهی یابند و زمینه ملاقات خانواده‌ها و بیماران جهت انتقال تجارب فراهم شود و پذیرش و تحمل والدینی که به تازگی دارای کودک مبتلا به هموفیلی شده‌اند، افزایش یابد. همچنین والدین می‌توانند تجربیات خود را با درج در مجله و بولتن جامعه در اختیار سایرین قرار دهند.
- ۴) ایجاد سرویس پاسخگوی تلفنی، تا اطمینان ایجاد شود که کودکان فقط به اندازه یک تماس تلفنی از خدمات پزشکی و اورژانس فاصله دارند.

۱۷۰۰۰۰ عضو عادی و حرفه‌ای این انجمن صدای پرطنینی در جامعه بهداشت و درمان انگلستان دارند و می‌توانند به نحو مؤثری در سطح دولتی جهت تغییر و تعدیل شرایط حاکم بر بیماران عمل کنند.

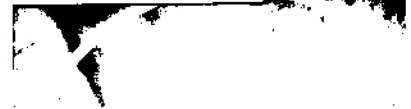
این انجمن سالانه حدود ۱۰ کارگاه برگزار می‌کند که شامل کنفرانسهای یک روزه و نمایشگاه‌های دیابت است که به بیماران نحوه زندگی، چگونگی کمک‌گیری از اعضای سیستم بهداشتی کشور و همچنین نتایج دستیابی به جدیدترین تحقیقات در زمینه دیابت را ارائه می‌دهد.

جامعه هموفیلی (The Hemophilia Society)

حدود ۱۰ هزار نفر در انگلستان به انواع مختلف هموفیلی با شدتهای مختلف مبتلا هستند که آمار آنها در جدول صفحه بعد ارائه شده است. شدت بیماری آنها به صورت درصد فعالیت متوسط فاکتور نرمال (a.n) نمایش داده شده است. فرآورده‌های خونی آلوده در این کشور بیش از ۱۲۰۰ نفر را با ویروس HIV و بیش از ۳۰۰۰ نفر را با ویروس هپاتیت C آلوده ساخته است. جامعه هموفیلی در سال ۱۹۵۰ تشکیل شد. این بنیاد یک بنیاد خیریه ملی است که برای فراهم ساختن بهترین امکانات

HAEMOPHILIA AND SCHOOL

GUIDELINES FOR TEACHERS OF CHILDREN WITH HAEMOPHILIA AND VON WILLEBRAND'S DISEASE



شرایط حاکم بر بیماران عمل کنند، به عنوان مثال در سال ۱۹۸۰ انجمن دیابت انگلستان سرنگهای انسولین یکبار مصرف، سوزن و نوارهای آزمایش قند خون را در نسخه‌ها بیمه کرد و اکنون درصدد است تا قلمهای سوزن‌دار تزریقاتی نسخه شده را نیز تحت پوشش بیمه قرار دهد و تولید انسولین حیوانی را برای کسانی که آن را ترجیح می‌دهند، تداوم بخشد.

اعضای این انجمن از تمام نواحی انگلستان بازدید می‌کنند تا مراقبت‌های لازم را برای بیماران دیابتی (در زمینه آموزش بیمار، اولویت‌های مراقبتی، پیشگیری از عوارض و ...) در سراسر کشور برقرار سازند و نتایج اقدامات قبلی را ارزیابی کنند. در پایان سفر، این اعضا گزارشی از یافته‌های خود را به انجمن ارائه می‌دهند تا هیئت مدیره برای برنامه‌ریزی‌های آتی خود از آن استفاده کند.

۵) برقراری برنامه‌های تفریحی شامل سفرهای تعطیلاتی برای افراد جوان
 ۶) حمایت از گروه‌های کمکی محلی در سرتاسر انگلستان
 ۷) ارائه کمک‌های مالی به بیماران هموفیلی و خانواده‌های آنها
 ۸) راهنمایی و اطلاع رسانی به مدارس و پرسنل آنها
 ۹) فراهم سازی زمینه حمایت از والدین توسط شبکه تلفنی حمایتی
 ۱۰) انتشار اطلاعات مفید برای بیماران هموفیلی، دست‌اندرکاران بهداشت و سلامت و جمعیت عامه
 ۱۱) ارائه کمک‌های مالی جهت تحقیق در مورد علل و درمان هموفیلی و شرایط مرتبط با آن
 ۱۲) این جامعه یک هیئت پزشکی مخصوص دارد که در امر درمان اختلالات انعقادی با تجربه است.
 ۱۳) تهیه جزوه‌های آموزشی مخصوص کودکان به طور رایگان.
 این بنیاد جهت ارائه خدمات به تمام بیماران هموفیلی در انگلستان، یکسری کانونهای محلی در نقاط مختلف کشور تشکیل داده است. این جامعه جهت رسیدگی به عوارض احتمالی ناشی از تزریق فرآورده‌های خونی نظیر هپاتیت و AIDS نیز تلاش می‌کند. یکی از فعالیت‌های این مرکز، به گونه‌ای است که از طریق دفتر مرکزی خود بین کودکان مبتلا به هموفیلی در کشورهای مختلف دوستی مکاتبه‌ای برقرار می‌کند.
 این جامعه بودجه مورد نیاز خود را از طریق کمک‌های مردمی و حمایت افراد، نهادها و شرکتهای خیر تأمین می‌کند. در رابطه با تهیه اقلام مورد نیاز بیماران نیز با چند شرکت معتبر دارویی و تولید فرآورده‌های خونی همکاری دارد.
 این جامعه خطوط ارتباطی قوی با اداره بهداشت و سایر ارگانهای دولتی در انگلستان دارد.

خدمات موجود در دفتر ملی عبارتند از:

- ۱) حمایت از کودکان و خانواده‌های آنها که به هموفیلی، هپاتیت، HIV و AIDS مبتلا هستند.
- ۲) کمک مادی در شرایط ناتوان‌کننده
- ۳) سرویس پاسخگوی تلفنی
- ۴) برنامه تعطیلات برای کودکان
- ۶) اطلاع رسانی در زمینه درمان و فرآورده‌های خونی
- ۷) راهنمای بیمه مسافرتی
- ۸) اطلاع رسانی در زمینه محدودیت‌های مسافرتی
- ۹) جلسات ادواری در موارد خاص نظیر هپاتیت

این جامعه ارتباط نزدیکی با سازمانهای زیر دارد:

- ۱) سازمان مرکزی مدیران هموفیلی
- ۲) اتحادیه دارای مجوز رسمی فیزیوتراپی در هموفیلی
- ۳) اتحادیه پرستاران هموفیلی
- ۴) گروه حمایتی - اجتماعی کارگران مبتلا به هموفیلی
- ۵) شرکت مک فارلین (MC. farlane)

مرکز تالاسمی و کم خونی داسی شکل جرج مارش (George Marsh)

مرکز تالاسمی جرج مارش جهت ارائه خدمات ویژه به بیماران تالاسمیک و مبتلا به کم‌خونی داسی شکل بنا شده است. خدمات این مرکز شامل غربالگری، مشاوره، حمایت و راهنمایی بیماران و خانواده‌های آنهاست. این مرکز همچنین در جهت آموزش و فهم بهتر بیماری سیکل سل و تالاسمی در میان عموم و دست‌اندرکاران امر مراقبت از سلامت و بهداشت تلاش می‌کند.

این جامعه بودجه مورد نیاز خود را از طریق کمک‌های مردمی و حمایت افراد، نهادها و شرکتهای خیر تأمین می‌کند. در رابطه با تهیه اقلام مورد نیاز بیماران نیز با چند شرکت معتبر دارویی و تولید فرآورده‌های خونی همکاری دارد.
 این جامعه خطوط ارتباطی قوی با اداره بهداشت و سایر ارگانهای دولتی در انگلستان دارد.

از جمله فعالیت‌های این مرکز تلاش برای بیمه کردن هزینه‌های درمانی این بیماران است.

در این جامعه گروه‌های مختلفی وجود دارند که به دلخواه خود، در زمینه‌های مختلف فعالیت دارند تا نیازهای محلی را پوشش دهند. برخی از گروهها سخنرانان پزشکی و غیرپزشک را به جلسات خود دعوت می‌کنند و سایرین فقط گردهمایی اجتماعی دارند. بعضی از گروهها پروژه‌های بزرگ تأمین بودجه دارند و سایرین در طرق غیررسمی تر فعالیت می‌کنند.

این گروهها ارتباطات کاری عالی با مدیران مرکزی خود دارند که به آنها اجازه تبادل نظر در مورد درمان و مراقبت بدون هزینه از بیماران هموفیلی را می‌دهد.

این جامعه عضو فدراسیون جهانی هموفیلی است و به عنوان یک عضو بسیار فعال این فدراسیون مطرح است.

این جامعه جایگاه مطرحی در اروپا بخصوص در کنسرسیوم اروپایی هموفیلی دارد.

پرسنل شاغل در این جامعه آموزش دیده‌اند تا بیماران را در زمینه درمانی، اجتماعی، مالی و حقوق رفاهی راهنمایی کنند.

فراهم ساختن این خدمات تخصصی به طور منسجم ایده دکتر جرج مارش، متخصص خون در بیمارستان North Middlesex در Edmonton بود. وی چند ماه قبل از گشایش این مرکز در نوامبر ۱۹۹۸ در گذشت.

• شرح خدمات مرکز تالاسمی «جرج مارش»

۱) سرویس مشاوره: مرکز تالاسمی جرج مارش دارای یک سرویس مشاوره مجرب برای کمک به بیماران مبتلا به کم‌خونی داسی شکل یا تالاسمی است تا به آنها کمک کند شرایط خود را بهتر درک کنند و از تأثیر و عوارض این بیماری مطلع باشند و بتوانند تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد درمان خود بگیرند.

۲) حمایت مددکاری اجتماعی: در این مرکز روزهای پنج‌شنبه ساعت ۴-۲ بعدازظهر، یک مددکار اجتماعی حضور دارد تا به بیماران دردمند که در امور خانه‌داری، خدمات اجتماعی و ... مشکل دارند، کمک کند.

۳) غربالگری بیماران: سرویس غربالگری مرکز، افراد دارای هموگلوبین غیرعادی را شناسایی می‌کند. همچنین آنهایی را که علی‌رغم مبتلا نبودن به تالاسمی یا کم‌خونی داسی شکل می‌توانند به عنوان ناقل، بیماری را به فرزندان خود منتقل کنند، مطلع می‌نماید. در شرایط خاص این مرکز می‌تواند خدمات تشخیصی قبل از تولد نوزاد را انجام دهد که عبارت است از آزمایش در مراحل اولیه بارداری تا متوجه شوند که آیا کودک هموگلوبین غیر طبیعی دارد یا خیر.

۴) ارتقای سطح آگاهی بیماران، خانواده‌های، آنها پرسنل پزشکی و عموم مردم در مورد کم‌خونی داسی شکل و تالاسمی: این امر بخش مهمی از اقدامات این مرکز است. این مرکز دارای جزوه‌های

آموزشی به زبان انگلیسی و سایر زبانها می‌باشد. همچنین یک کتابخانه مرجع دارد و در این مرکز اتاقهای ویژه‌ای جهت برگزاری جلسات و سمینارها موجود است. گروههای داوطلب و گروههای اجتماعی فعال در زمینه بیماری کم‌خونی داسی شکل و تالاسمی آزادند تا از امکانات این مرکز در عصرها و تعطیلات آخر هفته جهت تشکیل جلسه و سازماندهی به فعالیتهای محلی استفاده کنند.

مؤسسه تسکین سرطان مک میلان (Macmillan)

هدف این مؤسسه بهبود زندگی بیماران سرطانی در هر مرحله از بیماری و هر مکانی اعم از خانه، بیمارستان یا یک مرکز تخصصی سرطان است. این به مفهوم کمک در مشکلات جسمی و عملی سرطان و رسیدگی به وضعیت روحی افراد خانواده بیمار است. پرستاران این مرکز به طور ویژه در مورد درد و کنترل نشانه‌ها و مشاوره احساسی با بیماران مبتلا به سرطان و بستگان آنها آموزش دیده‌اند. خدمات پرستاران این مؤسسه به چهار دسته تقسیم می‌شود:

۱) مراقبت از بیمار در منزل

۲) حمایت از بیمار در بیمارستان

۳) معاینه‌های مکرر پستان

۴) مراقبت از اطفال سرطانی

اداره رفاه بیماران " CRMF "

هزینه‌های مربوط به بیماران سرطانی یا کسانی که اثرات سرطان را تجربه می‌کنند و از لحاظ مالی نیازمند هستند، متقبل می‌شود. هزینه‌های مورد قبول سازمان شامل مواردی از قبیل صورتحساب سیستم حرارتی و خدمات خانگی، خدمات درمانی و هزینه ویزیت پزشکی می‌باشد. درخواست‌ها توسط پرستاران این مؤسسه، پرستار منطقه سکونت بیمار، مددکار اجتماعی یا پزشک عمومی تنظیم می‌شود.

این بنیاد خیریه مراکز مراقبتی NHS و مراکز بیمارستانی را بنا می‌کند. هزینه‌های مربوط به حمایت‌های پزشکی و برنامه‌های آموزشی جهت توسعه مهارت‌های پزشکان و پرستاران در مراقبت از بیماران سرطانی را تأمین می‌کند. همچنین از چهار بنیاد خیریه دیگر که اطلاعات و مراقبت شخصی برای بیماران سرطانی فراهم می‌سازند، حمایت مالی می‌کند.

مرکز مراقبتی سرطان پستان

مرکز مراقبتی پستان، وابسته به مرکز تسکین سرطان مک‌میلان است. از خدمات این مرکز می‌توان به راهنمایی عملی، ارائه اطلاعات و حمایت از زنان در رابطه با سرطان پستان اشاره نمود. خدمات این مرکز شامل ارائه جزوه‌های رایگان، خدمات پروتزی مناسب و حمایت‌های عاطفی از بیماران توسط اشخاصی که خود این بیماری را تجربه کرده‌اند، می‌باشد.

این بنیاد خیریه برای بهره‌گیری از پرستاران کارآموده، پزشکان متخصص و راه‌اندازی مراکز درمانی و مراقبت از سرطان سرمایه‌گذاری می‌کند و مشکلات مالی بیماران را متقبل می‌شود تا زندگی برای بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان آسانتر شود. این مرکز درگیر طیف وسیعی از طرح‌هاست تا به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند.

مراقبت از سرطان ماری کوری (Marie Curie)

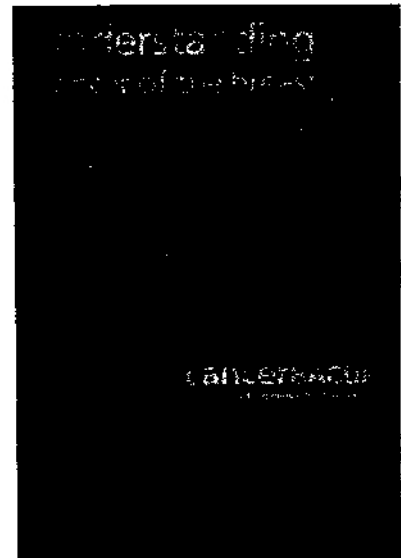
بنیاد مراقبت از سرطان ماری کوری یازده مرکز و بیمارستان وابسته به این مرکز را برای بیماران سرطانی در سرتا سر انگلستان اداره می‌کند که همگی ارائه‌دهنده خدمات مراقبت تخصصی در منزل نیز

می‌باشند. پذیرش در این مراکز به طور مستقیم از طریق مدیر بیمارستان و ارجاع توسط پزشک عمومی یا مشاور بیمارستان است.

بنیاد مراقبتی ماری کوری یک سرویس خدمات پرستاری وسیع را در سطح اجتماع فراهم می‌سازد. ۵۰۰۰ پرستار آموزش دیده این بنیاد سرویس ۲۴ ساعته بیمارستانی یا سرویس مراقبت از بیمار در منزل را ارائه می‌دهند.

این سازمان همچنین برای آموزش و تحقیق در مورد سرطان نیز فعالیت می‌کند.

BACUP



این مرکز اطلاعات و حمایت از بیماران سرطانی و خانواده‌های آنها را فراهم می‌سازد. پرستاران این مرکز به تماس‌های تلفنی یا نامه‌های ارسالی در مورد تمام وجوه سرطان پاسخگو هستند.

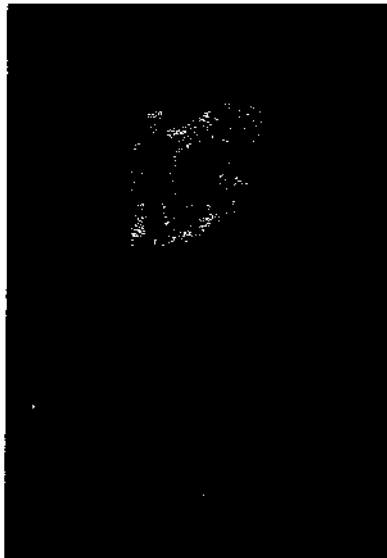
BACUP طیف وسیعی از جزو‌ها در مورد عناوین اصلی سرطانها و درمان آنها و همچنین مشکلات عمده‌تری نظیر برخورد بیمار هنگام تشخیص سرطان را فراهم می‌سازد.

همچنین سرویس مشاوره حضوری برای

افرادی که می‌توانند به دفاتر BACUP مراجعه کنند، موجود است.

مؤسسه زنجیر سرطان

(Cancer Link)



مؤسسه زنجیر سرطان در سال ۱۹۸۲ توسط گروهی از افراد با تجارب شخصی یا حرفه‌ای در مورد سرطان ایجاد شد. تشکیل این مؤسسه به جهت فقدان حمایت کافی از بیماران مبتلا به سرطان تا آن زمان بود. خدمات مؤسسه شامل موارد زیر می‌باشد:

« سرویس اطلاعاتی: اطلاعاتی در مورد تمام جنبه‌های سرطان فراهم می‌سازد. ارتباط از طریق تماس‌های تلفنی و نامه از هر نقطه انگلستان با مؤسسه برقرار می‌شود. خدمات این مرکز در اختیار بیماران سرطانی، خانواده‌های آنها، دوستانشان و افرادی که به طور حرفه‌ای با آنها سر و کار دارند، قرار می‌گیرد. کادر آموزش دیده سرویس اطلاعاتی، حمایت‌ها، اطلاعات و کمک‌هایی ارائه می‌دهند تا استفاده‌کنندگان قادر باشند تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرند.

اطلاعات تلفنی به سه زبان انگلیسی، هندی و بنگالی در اختیار افراد قرار می‌گیرد.

« سرویس‌های کمکی و حمایتی: به عنوان

مرجعی برای گروه‌های حمایت از بیماران سرطانی و برای تمام افراد در سر تاسر انگلستان به کار می‌روند. بیش از ۵۰۰ گروه با تعداد جدیدی که بتدریج شروع به فعالیت می‌کنند، موجودند. این گروه‌ها راه‌های مختلف حمایت از بیماران مبتلا به سرطان را توسعه می‌دهند و به مردم کمک می‌کنند تا گروه‌های جدیدی تشکیل دهند و از همدیگر حمایت کنند. پیشرفت و توسعه مداوم این خدمات از طریق تبادل اطلاعات، آموزش و حمایت صورت می‌گیرد.

« انتشارات: طیفی از محتویات آموزشی در مورد مسایل عاطفی و عملی را در مورد سرطان تهیه می‌کنند که شامل جزو‌ها، خبرنامه و نوار است. سیاست اصلی این مؤسسه ایجاد فرصت‌های یکسان برای کلیه بیماران است و بر همین اساس نیز استراتژی خود را تعیین می‌کند. همچنین برای ایجاد خدمات در پاسخ به نیازهای مردم بر اساس سن، طبقه، جنسیت، ریشه فرهنگی و میزان توانایی بدنی تلاش می‌کند.

مرکز کمک به بیماران

سرطانی بریستول

هدف این مرکز بازبینی نیازهای بیماران سرطانی و خانواده آنها در زمینه مشکلات جسمی، عاطفی و روحی است.

این مرکز حمایت و راهنمایی در زمینه راه‌هایی که بیماران و خانواده‌یشان می‌توانند نقش فعالی در مراقبت و بهبود خود ایفا کنند، ارائه می‌دهد. بیماران تشویق می‌شوند که تعداد متغیری از درمان‌های تکمیلی را که در حال حاضر شامل مشاوره، راهنمای پزشکی، Meditation (تفکر و عبادت)، تمدد اعصاب، راهنمای تغذیه‌ای، مشاهده و خلاقیت تصویری، بهبود، هنردرمانی، تظاهرات خلاق از طریق حرکت، صدا و ماساژ می‌باشد، انتخاب کنند.

آموزش مراقبت و درمان پا در بیماران مبتلا به دیابت

برای شکستن این زنجیره

- بر مراقبت خوب از پاها تاکید کنید.
- بیمار آن در معرض خطر شناسایی کنید.



برای شکستن این زنجیره

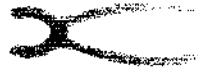
- زخمها را شناسایی کرده و سریعاً درمان کنید.
- وضعیت عروقی بیمار را ارزیابی کنید.
- بر تغذیه خوب تاکید کنید.
- بیمار را به ترک سیگار ترغیب نمایید.
- فشار خون بالای بیمار را کنترل کنید.

برای شکستن این زنجیره

- زخم را دبرید کنید.
- آنتی بیوتیک تجویز کنید.
- بیمار را به استراحت در بستر تشویق کنید.
- به جریان خون شریانی بهبود بخشید.
- بر تغذیه خوب تاکید کنید.
- از زورم پیشگیری کنید.

برای شکستن این زنجیره

- جهت مشخص شدن درگیری استخوانی سی تی اسکن انجام شود.
- زخم را دبرید کنید.
- درمان طولانی مدت با آنتی بیوتیک تجویز کنید.
- بر تغذیه خوب تاکید کنید.



زخمی شدن

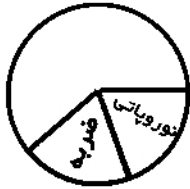
اختلال در ترمیم



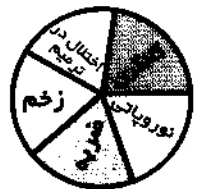
گانگرن

اختلال عروقی
و اختلال عصبی

ترومای
خفیف



نحوه شکستن زنجیره وقایعی که منجر به قطع عضو در بیماران دیابتی پرخطر می شود. بیماران دیابتی پرخطر شامل: مبتلایان به نورویاتمی، اختلالات عروقی، دفورمیتی های استخوانی، راه رفتن غیرطبیعی، سابقه ای از قطع عضو یا زخم دیابتی وجود دارد. که این بیماران نیاز به مراقبت های فوری تیم بهداشتی دارند.



روابط خودی سلامت: آموزش بیمار در زمان حاضر

مستوی سنی: ۱۳۹۹

بهبود و تنظیم مرکز تحقیقات عدم متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی، خدمات بهداشتی و درمانی تهران



**کلید آسایش فردا
امروز در اختیار شماست**

IRI
گسترده

است؟

کبد انجام دهیم.

اولین پیوند کلیه در سال ۱۳۴۷ در شیراز انجام گرفت، این مسأله مدتی متوقف ماند تا در سال ۶۷-۶۵ دوباره فعالیت خود را آغاز کرد. از سال ۶۷ پیوند کلیه در دیگر مراکز از جمله ارومیه، شیراز و... به طور فعال انجام می‌گرفت. طی این چند سال حدود ۶۰۰ مورد پیوند کلیه انجام شده که پیوند از جسد نیز بوده است. در حال حاضر پیوند از جسد مدت زمانی است که رونق پیدا کرده اما متأسفانه به دلیل اینکه کارشناسی نشده بود، در مجلس به تصویب نرسید. به این دلیل گرایشی که مردم به این مسأله داشتند، متأسفانه کم شده است.

مهمترین منبع پیوند اعضا، از جسد است. یعنی از مرگ مغزی گرفته می‌شود؛ مرگ واقعی. در این صورت می‌توان اعضا را تا چند ساعت زنده نگاه داشت که این مسأله با زندگی نباتی بسیار متفاوت است. در دنیا بیش از ۸۵٪ پیوند کلیه از جسد است و تعداد کمی که از افراد زنده گرفته می‌شود، از قوم و خویش و بستگان فرد است.

بنیاد امور بیماریهای خاص نباید به اهداکنندگان عضو پاداش دهند زیرا با این عمل خریدوفروش عضو را ترویج می‌کنند. باید قانونی تهیه کنند که فقط به بستگان فرد پاداش دهند و این زمینه را برای دیگر افراد مهیا نکنند.

برای مثال پیوند قلب را نمی‌توان از جسد گرفت. یک درصد کمی از پیوند کبد را می‌توان از جسد گرفت. به همین دلیل بنیاد امور بیماریهای خاص باید تلاش کند تا قانون مرگ مغزی را به تصویب رساند. وقتی این امکان درمان وجود دارد، باید از این طریق بیماران را به زندگی عادی خود بازگرداند زیرا هزینه آن بسیار سنگین و گران است.

اولین پیوند کبد در تیرماه سال ۱۳۷۲ در شیراز انجام شد. ما به علت وجود همین مشکل تاکنون توانسته‌ایم فقط ۶ مورد پیوند

مشکلات پیوند

در ایران

گفتگویی با

دکتر سیدعلی ملک حسینی

ابتدا خود را معرفی کنید و بگویید تاکنون چه فعالیتهایی داشتید؟

بنده سال ۱۳۶۰ از دانشگاه تهران در رشته پزشکی عمومی فارغ‌التحصیل شدم. آنگاه به یاسوج برگشتم و در شهر شیراز در رشته جراحی عمومی ادامه تحصیل دادم. من از ابتدا به کارهای سخت و سنگین بسیار علاقه داشتم، در علم پزشکی هم همین طور. به همین دلیل کار پیوند اعضا و جراحی را برگزیدم. از این رو بسیار بدان علاقه‌مندم زیرا در دنیا یکی از مشکل‌ترین اعمال جراحی مسأله پیوند اعضاست.

این بخش بیمارستان از لحاظ اعمال جراحی، بیهوشی و تیم منسجم جراحی بسیار مجهز است. در این کاری که انجام می‌دهیم، فرد مطرح نیست بلکه تیم نقش مهمی ایفا می‌کند.

به نظر شما وضعیت پیوند در ایران چگونه

در زمینه پیوند اعضا موانع اصلی را چه

می‌دانید؟ موانع قانونی، شرعی...؟

از نظر شرعی این مشکل حل شده است، زیرا فتاوی لازم در این زمینه را داریم حال باید از نظر قانونی به تصویب برسد.

در تمام دنیا مقررات و قوانینی تدوین کرده‌اند تا این مشکل را حل کنند تا پس از تشخیص مرگ مغزی، پیوند اعضا بخوبی صورت گیرد. در این بین وزارت بهداشت نیز مسئول سلامتی مردم‌اند. باید آگاهی و شناخت مردم را در مورد مرگ مغزی بالا ببرند و این از ضروریات است. زیرا بسیاری از مردم فرق میان زندگی نباتی و مرگ مغزی را نمی‌دانند.

آیا خود راضی به اهدای عضو هستید؟

بله. البته نه به عنوان یک شعار. بلکه با تمام وجود حاضر به انجام این کار هستم. در درجه اول از خدا می‌خواهم که تمامی بیماران شفا یابند. دیگر اینکه سابقه درخشان علمی و پزشکی کشور اسلامی ایران هرچه بیشتر سربلند و سرفراز گردد و طب ایرانی و طب اسلامی ما هرچه بیشتر مطرح شود.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز



THALASSAEMIA INTERNATIONAL FEDERATION

فدراسیون بین‌المللی تالاسمی سازمانی است غیر دولتی که در سال ۱۹۸۶ تأسیس گردید. این سازمان از پیشگامان مبارزه با تالاسمی (آمی کولی، آمی مدیترانه‌ای) می‌باشد. در حال حاضر بیش از ۸۱ کشور در سراسر جهان به عضویت این سازمان درآمده‌اند. دفتر مرکزی فدراسیون در نیکوزیا قبرس مستقر است. این دفتر دارای یک مرکز اطلاعاتی است که کتب، بروشور، نوارهای ویدئویی آموزشی در رابطه با تالاسمی و سازمانهای عضو فدراسیون را تهیه و در اختیار اعضا قرار می‌دهد. اهداف اصلی فدراسیون را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱- هماهنگی و مبارزه با تالاسمی در سطح بین‌المللی به منظور کمک به وضعیت بیماران تالاسمی و پیشگیری از این بیماری.

۲- تشویق در جهت ارتقای تحقیقات در این زمینه به منظور بهبود کیفیت درمان

۳- کمک به آشنایی هر چه بیشتر مردم با بیماری تالاسمی و سعی در اجتماعی کردن بیماران تالاسمی با استفاده از روان‌درمانی به روش گروه‌درمانی و ...

TIF تاکنون موفق شده به بسیاری از این اهداف دست یابد و ارتباطی نزدیک با اتحادیه‌های ملی تالاسمی و مراکز تحقیقاتی دولتی و سازمان بهداشت جهانی برقرار نماید. از برنامه‌های مهم TIF برقراری کنفرانسهای بین‌المللی برای دانشمندان و بیماران است که هر ۶ ماه یکبار در یکی از کشورهای عضو تشکیل می‌شود و این امر به‌طور قابل ملاحظه‌ای در موفقیت TIF در نیل به اهداف اصلی خود مؤثر بوده است. نقش TIF در تهیه و دستیابی به جدیدترین اطلاعات اثر ارزشمندی بر برنامه جهانی پیشگیری از تالاسمی داشته است. به‌طور کلی فدراسیون بین‌المللی تالاسمی توسط یک هیئت مدیره اداره می‌شود که اعضای آن را نمایندگان سازمانهای عضو تشکیل می‌دهند. اعضای مورد توجه به ارائه گزارش کار و فعالیت‌هایی که در زمینه پیشگیری، درمان و کمک به بیماران تالاسمی در کشور خود و یا در سطح جهان انجام می‌دهند، انتخاب می‌شوند. از کشور ما سرکار خانم فاطمه هاشمی و خانم پاکباز عضو هیئت مدیره فدراسیون بین‌المللی تالاسمی هستند.

همان‌گونه که قبلاً توضیح داده شد، هیئت مدیره TIF هر ۶ ماه یکبار گردمایی خود را در یکی از کشورهای عضو برقرار می‌کنند. بدین صورت که یک کنفرانس یا سمینار بین‌المللی در این کشور برگزار می‌شود و در کنار آن کارگاه‌های آموزشی نیز برای متخصصین، پرستاران و دست‌اندرکاران تدارک دیده شده است. این بار گردمایی هیئت مدیره طبق برنامه قبلی از تاریخ ۲۲-۱۹ مهرماه ۱۳۷۷ در تهران برگزار شد که عملکرد این گردمایی در ادامه آمده است:



گردهمایی هیئت

مدیره فدراسیون

بین‌المللی تالاسمی

(TIF)

(Thalassaemia International Federation)

تاریخ ۲۲ - ۱۹ مهرماه ۱۳۷۷ - تهران
برگزارکننده: بنیاد امور بیماریهای خاص

تهیه و تنظیم:

امور بین الملل بنیاد امور بیماری‌های خاص



Head Quarters • P.O. Box 5807 • Nicosia • Cyprus • Tel. +357 2 319129 • Fax. +357 2 314552
 Email: thalassaemia@hoityaui.com.cy

عملکرد هیئت مدیره تالاسمی در تهران

گردهمایی هیئت مدیره تالاسمی روز یکشنبه ۱۹ مهرماه ۷۷ با انجام مراسم افتتاحیه همراه با تلاوت آیاتی از قرآن مجید آغاز به کار کرد. ابتدا سرکار خانم هاشمی ضمن خیرمقدم اظهار امیدواری کردند که تلاش در جهت بهبود وضعیت بیماران تالاسمی و کنترل آن در کشور ثمربخش باشد. ایشان در ادامه سخنان خود گفتند:

بر این باور هستیم که حضور اعضای فدراسیون جهانی تالاسمی در کشور جمهوری اسلامی ایران زمینه را برای همکاری مشترک، اتخاذ تصمیمات هماهنگ، ترسیم وضعیت آینده و تعیین خطمشی و راهکارهای اجرایی فراهم آورد. در کنار آموزش عمومی، تلاش برای قانونمند کردن فرهنگ پیشگیری از تولد نوزاد دچار تالاسمی پس از قطع شدن تشخیص امری ضروری است که خوشبختانه با پیشرفت علم و تکنولوژی این امر میسر گردیده است. در عین حال نباید از نظر دور داشت که این اقدام بسیار مشکل‌تر از اقدامات پیشگیری ساده‌ای است که با آزمایشهای معمولی متحقق می‌گردد. از این رو باید روش‌های روشن و ساده عمومی گسترش یابد تا ناقلین بیماری شناسایی و به سهولت از تولد بیمار جدید تالاسمی پیشگیری شود.

خانم هاشمی در مورد وضعیت ایران گفتند: موقعیت جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران در این منطقه با جمعیتی حدود ۶۰ میلیون نفر و پراکندگی و استقرار جمعیت، همچنین با حضور ۲۰ هزار بیمار تالاسمی ماژور که در اقصا نقاط کشور زندگی می‌نمایند، شرایطی را برای کشور ما به وجود آورده که نیازمند تلاش وسیع همراهِ با استفاده بیشتر از تجارب بین‌المللی و منطقه‌ای برای تدارک

یک برنامه اقدام ملی پیشگیری و درمان این بیماری خاص است.

ایشان در مورد اقدامات و فعالیت‌های انجام شده در کشور فرمودند: در سالهای اخیر با هماهنگی و همکاریهای بیشتر وزارت بهداشت و درمان، سازمانها و مؤسسات دولتی و غیردولتی مرتبط با بنیاد امور بیماریهای خاص که اینجانب مسئولیت اداره آن را بر عهده دارم و همچنین انجمن تالاسمی در سطح ملی به پیشرفتهای قابل توجهی در زمینه درمان و پیشگیری دست یافته‌ایم که خلاصه آن را به شرح زیر توضیح دادند:

- اجرای طرح ملی پیشگیری از گسترش بیماری تالاسمی از سال ۱۳۷۵ که تاکنون پیشرفت قابل قبول و روبه رشدی در کنترل این بیماری داشته است.
- اقدامات فراگیر فرهنگی و تبلیغاتی با همکاری رسانه‌های گروهی
- برقراری گردهمایی‌ها، سمینارها و

کارگاه‌های آموزشی برای گروه‌های مختلف اجتماعی از جمله مسئولین آموزش و بهداشت مدارس، گروه ناقلین شناسایی شده و گروه‌های در معرض خطر ابتلا

● تهیه، تدوین و انتشار گسترده جزوه‌ها و بروشورهای آموزشی و توزیع آن در سراسر کشور

در کنار آموزش عمومی، تلاش برای قانونمند کردن فرهنگ پیشگیری از تولد نوزاد دچار تالاسمی پس از قطع شدن تشخیص امری ضروری است که خوشبختانه با پیشرفت علم و تکنولوژی این امر میسر گردیده است. در عین حال نباید از نظر دور داشت که این اقدام بسیار مشکل‌تر از اقدامات پیشگیری ساده‌ای است که با آزمایشهای معمولی متحقق می‌گردد.



بیماری کار بسیار ارزشمندی است. در حال حاضر این بیماری به صورت نگران‌کننده‌ای در سطح جهان وجود دارد و با آمار و اطلاعات موجود به زودی ریشه‌کن نخواهد شد. این بیماری از زمانی که پروفیسور کولی آن را تشخیص داد تا به امروز تعداد زیادی را از بین برده است. کشور ما نیز که در مرکز کمربند تالاسمی دنیاست، تعداد قابل توجهی مبتلا به این بیماری را در بر دارد. امیدواریم با اقدامات مناسبی که از زمان تشکیل انجمن تالاسمی ایران و بعد از آن بنیاد امور بیماریهای خاص صورت گرفته است، با برنامه‌ریزی‌های جامع، شاهد پیشرفت‌های چشمگیری در جهت پیشگیری و حتی توقف این بیماری باشیم. با عرض سلام و ادب خدمت کلیه

بیماران تالاسمی حاضر در جلسه و خانواده‌های آنان که همه این فعالیت‌ها به‌خاطر آن عزیزان است، امیدواریم با تلاش‌های انجام شده و افق‌های جدید، بیماری تالاسمی نیز مغلوب دانش بشر شود و با برنامه‌های پیشگیری از تعداد بیماران تالاسمی کاسته گردد. آمار فعالیت‌های انجام شده در ایران توسط افراد ذیصلاح ارائه و سخنرانی‌ها توسط استادان گرامی ایراد می‌شود.

سپس آقای انگلزوس رئیس TIF سخنرانی ایراد نمودند:

سخنان خانم هاشمی ما را بسیار تحت تأثیر قرار داده است و جای بسی خوشوقتی است که دولت و مردم ایران فعالیت گسترده‌ای در زمینه پیشگیری و درمان این بیماری انجام داده‌اند. در واقع این هدفی است که TIF دنبال می‌کند.

سپس ایشان به معرفی TIF پرداختند و متذکر شدند TIF سازمانی است که هدف اصلی آن هماهنگی بین دولت‌ها و ملت‌ها در جهت پیشگیری و درمان تالاسمی در سطح

هماهنگی و همکاری بیشتر با همه کشورهای منطقه و فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (TIF) و استفاده از توان علمی و اجرایی آن بیش از پیش احساس می‌گردد. به‌همین دلیل هرچند زمان کوتاهی از عضویت جمهوری اسلامی ایران در این فدراسیون نمی‌گذرد، اما در همین مدت کوتاه همکاری جمهوری اسلامی ایران با این فدراسیون پیام خوبی به بار آورده که برگزاری این گردهمایی یکی از آنها به شمار می‌رود.

سپس آقای دکتر فاضل رئیس محترم فرهنگستان علوم پزشکی با اشاره به وضعیت تالاسمی در ایران و جهان، در مورد اهمیت و نقش پیشگیری بیماری تالاسمی در منطقه سخنرانی ایراد کردند و پس از تبریک ولادت حضرت فاطمه زهرا (س) و خیرمقدم به میهمانان فرمودند:

اینجانب به دلیل تخصص خود در رشته جراحی با عوارض این بیماری خانمانسوز و خانواده‌های رنج‌دیده این بیماران تماس داشته‌ام و می‌دانم تلاش برای کمک به این بیماران و ریشه‌کنی این

ایجاد ارتباط با مراکز آموزش عالی و مراکز پژوهشی تحقیقات پزشکی جهت توسعه فعالیت‌های علمی در زمینه شناخت و معرفی روش‌های پیشگیری و درمان منطبق با پیشرفت‌های علمی جهان علاوه بر فعالیت‌های ذکر شده در امور پیشگیری، اقداماتی هم در ارتباط با درمان بیماران ماژور، همچنین فراهم نمودن خدمات درمانی و رفاهی برای اینگونه بیماران در سطح کشور انجام شده که گسترش مراکز درمانی در ۲۸ مرکز استان، ۵۰ مرکز در شهرستانها و بخش‌های ویژه، منظور نمودن توسعه مراکز خدماتی در برنامه‌های توسعه کشور و نیز ایجاد تسهیلات رایگان تأمین و توزیع دارو و خدمات بیمارستانی برای بیماران تالاسمی از جمله این فعالیت‌هاست.

خانم هاشمی در خاتمه گفتند: اعتقاد ما بر این است که اقدامات مطرح شده در سطح ملی هر چند شامل دست‌آوردهای مثبتی در امور پیشگیری و درمان بیماری تالاسمی است ولی نیاز به

جهان است. این سازمان همکاری نزدیکی با سازمان بهداشت جهانی و سازمانهای مشابه دارد و در زمینه کاهش و از بین بردن تالاسمی طرحها و خطمشی‌هایی به کلیه کشورها ارائه می‌دهد. در حال حاضر ۲۵۰ میلیون ناقل تالاسمی در سطح جهان وجود دارد و ۴/۵٪ جمعیت جهان یک زنجیره معیوب دارند. در گذشته تصور می‌شد تالاسمی نوعی بیماری است که به کشورهای اطراف دریای مدیترانه محدود می‌شود، اما اکنون می‌دانیم این بیماری ژنتیکی در بسیاری از مناطق دنیا پراکنده است. بنابراین TIF سعی دارد با هماهنگی کشورها و دولتها با اقدامات آموزشی، سطح اطلاعات مردم را در مورد این بیماری افزایش دهد و آنها را تشویق به ایجاد مراکز درمان و تحقیق در مورد تالاسمی کند.

آقای انگلرئوس در خاتمه افزودند: ما خوشحالم که ۲ عضو فعال در کشور ایران داریم. سرکار خانم هاشمی با ایجاد بنیاد امور بیماریهای خاص نه تنها بر روی بیماریهای مختلف کار می‌کنند بلکه تأکید زیادی بر امر پیشگیری از تالاسمی دارند و با تهیه جزوه و کتابچه‌های آموزشی، سعی در افزایش آگاهی مردم در جهت کاهش و نابودی این بیماری دارند. به نظر بنده این بنیاد باید برای هر یک از این بیماریها برنامه خاصی را به‌طور جداگانه جهت گسترش فعالیت‌ها طراحی کند. با توجه به حضور فعالانه دانشمندان و استادان ایرانی در این جلسه که نشانگر علاقه‌مندی آنهاست، امیدواریم دست در راه بهبود وضع این بیماران برداریم.

جلسه رسمی هیئت مدیره با دستور جلسه‌ای که با تصویب اعضای آن تهیه می‌شود، کار خود را شروع کرد. مسایل مورد طرح در این گردهمایی طبق دستور جلسه پیش رفت و شامل موارد زیر بود:

● خیرمقدم رئیس TIF به اعضای هیئت مدیره و سخنرانی ایشان در مورد وضعیت

تالاسمی در سطح بین‌المللی

- بازنگری پیش‌نویس صورتجلسه گردهمایی ناپل و تصویب آن
- بازنگری هزینه‌های TIF با توجه به اقدام‌های انجام شده توسط هیئت مدیره
- پیش‌بینی بودجه سال ۱۹۹۹ TIF
- کارگاه‌های TIF
- کنفرانس‌های بین‌المللی TIF در سال ۱۹۹۹

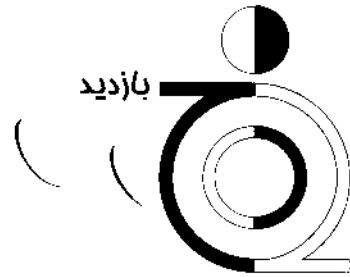
- موضوع جلسه‌های آتی
- بررسی اولین کارگاه تالاسمی در هند
- ژن درمانی
- بازدیدهای نمایندگان TIF
- تهیه بودجه و تصمیم‌گیری
- کیت خون
- پروژه مشترک TIF و سازمان بهداشت جهانی
- موضوع جلسه‌های آتی
- وضعیت بازدیدکنندگان و اعضای جدید
- L1 (deferiprone)
- موضوعات مالی و بیمه
- اهدای فیلتر به فلسطین و پمپ به هند
- سایر موضوعات
- سه‌شنبه: عزیمت به اصفهان
- چهارشنبه:

- بازدید از مرکز تصفیه خون و درمانگاه تالاسمی
- بازدید از مرکز درمانی سوده
- ملاقات با آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، رئیس شورای تشخیص مصلحت نظام
- ملاقات با خانواده‌های بیماران تالاسمیک در روز پایانی سمینار اعضای TIF با آیت‌الله هاشمی رفسنجانی ریاست عالی مجمع تشخیص مصلحت نظام ملاقات کردند. در این ملاقات آیت‌الله هاشمی رفسنجانی ضمن تشریح ضرورت تأسیس مراکز درمانی، بخصوص بنیاد امور بیماریهای خاص سؤالاتی در مورد نحوه کمک TIF به کشورهایی که در کمربند تالاسمی قرار دارند، مطرح فرمودند و رهنمودهایی در زمینه آموزش مردم جهت پیشگیری از بیماری

فوق بیان داشتند. ایشان در ادامه سخنان خود فرمودند، TIF به‌عنوان یک سازمان بین‌المللی باید از طریق دیگر سازمانها بخصوص سازمان بهداشت جهانی بخواهد که کشورهای درگیر بیماری تالاسمی را یاری دهند. آنگاه مطالب مبسوطی در ارتباط با اهمیت پیشگیری بیان فرمودند و اظهار داشتند معالجه و درمان بیماران تالاسمی که اکثریت از طبقه بی‌بضاعت جامعه هستند، معضل بزرگی است که با همکاری کشورهای عضو TIF و کمک‌های مردمی قابل حل می‌باشد. ایشان ضمن اظهار تشکر از عملکرد TIF و همچنین بنیاد امور بیماریهای خاص که مجدانه در جهت کمک و آموزش به بیماران و ناقلین قدمهای مؤثری برداشته‌اند، برای ایشان آرزوی موفقیت نمودند.

طبق برنامه اعضای هیئت مدیره TIF با خانواده‌های بیماران تالاسمی ملاقات کردند تا از نزدیک با مشکلات و نیازهای آنان آشنا شوند. اکثر بیماران و خانواده‌هایشان اظهار می‌کردند که علی‌رغم مشکلات دسترسی به دارو و مراکز درمانی ویژه در سالیان اخیر گامهای مؤثری در زمینه پیشگیری و درمان این بیماری برداشته شده است ولی کاستی‌هایی نیز موجود است که جهت رفع آنها باید تلاش شود.

به‌طور کلی حضور هیئت مدیره انجمن بین‌المللی تالاسمی و تشکیل این گردهمایی در ایران را می‌توان موفقیتی برای برگزارکننده و همچنین بیماران مبتلا به این بیماری خانمانسوز دانست؛ چرا که هدف اصلی این انجمن، شناخت مشکلات، کمبودها و سعی در رفع آنهاست که در این زمینه با توجه به آشنایی اعضای TIF با وضعیت بیماران، نحوه پیشگیری و اقدامات انجام شده در ایران، امید است که در آینده بتوان با همکاری TIF به پیشرفت‌های بیشتری در جهت آموزش، پیشگیری و درمان این بیماری نایل شد.



مراکز درمانی بیماریهای خاص

استان فارس

تهیه و تنظیم:

معاونت اجرایی بنیاد امور بیماریهای خاص

هیئتی از بنیاد امور بیماریهای خاص در آبان ماه جهت بازدید از مراکز بیماریهای خاص استان فارس وارد شیراز گردید. این هیئت در یک برنامه زمانبندی شده در مدت سه روز اقامت خود در این استان از مراکز بیماریهای خاص یازده شهر استان بازدید به عمل آورد.

مراکز دیالیز استان فارس

در مجموع ۸ مرکز دیالیز در شهرهای

استان فارس در جنوب کشورمان واقع شده و یکی از مهمترین استانهای ایران به شمار می آید. آثار تاریخی بسیار مهم و با ارزشی از سلسله های مختلف در این استان باقی مانده که می توان تخت جمشید، پاسارگاد، نقش رستم، کعبه زرتشت، کاخ سروستان، غارشاپور، شهر شاپور (بیشاپور)، بند امیر، بازار و مسجد ارگ وکیل را نام برد.

در حال حاضر استان فارس دارای مساحتی بالغ بر ۱۲۶/۴۸۹ کیلومتر مربع می باشد و از نظر صنعت، کشاورزی و صنایع دستی بخصوص خاتم کاری از استانهای مهم و بنام ایران به شمار می رود. به طوری که در سال ۱۳۷۰ بیش از ۲۳۳ کارخانه بزرگ صنعتی در آن فعالیت داشته اند.

جمعیت این استان در سال ۱۳۷۰ بالغ بر ۳۶۱۸۶۵۳ نفر بوده که از این لحاظ رتبه پنجم را در بین استانهای ایران به خود اختصاص داده است.

ارائه ویزیت منظم و مشخص به بیمار در مصاحبه های که با پرسنل و بیماران بخشهای دیالیز به عمل آمد، مسایل زیر مطرح گردید:

الف) مشکل تهیه داروی اریتروپوئینتین
ب) مشکل ایاب و ذهاب بیماران
ج) کمبود نیروی انسانی ماهر و آموزش دیده در بخشها
د) در دسترس نبودن تکنسین های سرویس دهنده دستگاهها
ه) علی رغم وسعت و مجهز بودن بیمارستان، حین احداث آن بخش دیالیز در نظر گرفته نشده و پس از پایان کار مکانی را هر چند نامناسب برای این منظور انتخاب می کنند.

با توجه به مطالب فوق راهکارهای زیر جهت بهبود وضعیت بخشهای دیالیز استان فارس به نظر می رسد:

الف) توزیع مناسب دستگاه های دیالیز
ب) احداث مکانهای مناسب بخش

۱- در صورتی که یک دستگاه در سه شیفت فعال باشد و بیمار بر هفته ای سه روز نیاز به دیالیز داشته باشد، نسبت فوق ۱/۰۶ می باشد. بدین معنی که هر دستگاه توانایی سرویس دهی به شش بیمار را دارد.

شیراز، جهرم، فسا، آباده و کازرون وجود دارد که از این میان چهار مرکز در شیراز با ۳۱ تخت فعال دیالیز و در شهرهای جهرم، فسا و آباده هر کدام یک مرکز فعال با سه تخت و در کازرون یک مرکز در حال راه اندازی با سه تخت مشغول به کار می باشند.

این مراکز در مجموع به ۳۰۱ بیمار دیالیزی سرویس می دهند که بر این اساس نسبت تعداد بیماران به دستگاه دیالیز ۷ به ۱ می باشد. چنانچه چهار دستگاه قابل تعمیر بیمارستان شهید بهشتی شیراز به دستگاه های موجود افزون گردد، این نسبت به ۶/۴ تقلیل می یابد.^(۱)

در شهر فسا ۳۵ بیمار دیالیزی با سه تخت دیالیز سرویس دهی می شوند که این تعداد بیمار به هیچ وجه متناسب با تعداد دستگاهها نیست. در شهرستان نورآباد علی رغم وجود ۱۷ بیمار دیالیزی، بخش دیالیز وجود ندارد.

در اکثر بخشهای مورد بازدید مشکلات زیر مشهود می باشد:

الف) کمبود فضای اختصاص داده شده به بخش دیالیز

ب) نامناسب بودن وضعیت بهداشتی بخش

ج) فقدان پزشک مقیم در بخش و عدم

دیالیز در مراکز درمانی و در نظر گرفتن بخش دیالیز هنگام عملیات احداث بیمارستانها به عنوان یک بخش ضروری و خاص (ج) تخصیص بودجه‌ای به عنوان حق ایاب و ذهاب برای بیماران بخشهای دیالیز متناسب با محل زندگی و وضعیت بیمار (د) تسریع در امر تهیه و توزیع داروی اریترپوئیتین

(ه) پرورش و به کار گرفتن نیروی ماهر آموزش پرستاران شاغل در بخشهای دیالیز (و) در اختیار گذاشتن جزوه‌ها، نشریات و مجله‌های آموزشی برای بالابردن سطح عمومی پرسنل و اطلاعات بیماران (ز) شهرستان‌های نورآباد و فیروزآباد هر کدام به ترتیب دارای ۱۷ و ۱۳ بیمار دیالیزی نیازمند بخش دیالیز می‌باشند.

تالاسمی و هموفیلی در استان فارس

بیماری تالاسمی و هموفیلی در استان فارس نیازمند توجه بیشتری می‌باشد. در کل استان ده مرکز تالاسمی و هموفیلی با ۲۱۷۹ بیمار تالاسمی و ۱۵۰ بیمار هموفیلی وجود دارد. در بررسی‌های به عمل آمده اهم مشکلات بخشهای تالاسمی - هموفیلی به شرح زیر می‌باشد:

۱- نامناسب بودن مکان بخشهای تالاسمی - هموفیلی: در بیشتر مراکز، بخش تالاسمی (کولیز)^(۱) در ساختمان اولیه در نظر گرفته نشده و در مقطع زمانی با نظر مسئولین بیمارستان و با توجه به امکانات ساختمان، اتاق، سالن و راهرویی به این بخش اختصاص یافته است. بجز بیمارستان شهید دستغیب و بیمارستان جهرم در دیگر مراکز فضای فیزیکی بخشها کم، امکانات رفاهی ناقص و یا فاقد وضعیت بهداشتی مناسب است.

تعداد پرسنل و شیفت فعال بخش با تعداد بیماران متناسب نبوده و اغلب پرسنل از حجم بالای کاری و تک شیفته بودن بخش

ناراضی بودند.

مشکل بیمه و گرانی آن معضل تمامی مسئولین بیمارستانها بود، به طوری که آنها خارج از حیطه اختیارات قانونی خود مجبور به سرویس دهی رایگان به بیماران شده و با توجه به وضعیت بد اقتصادی اکثر بیماران و نیاز مبرم آنها به خون چاره‌ای جز این ندارند.

کمبود خون تازه، خون شسته، فاکتور هشت از دیگر مشکلات بخشها می‌باشد. در شهرستانهای کازرون، نورآباد، فسا، سل کانتر موجود نبوده و دستگاه سل کانتر استهبان خراب می‌باشد.

بجز در بخشهای تالاسمی بیمارستان

شهید دستغیب شیراز و جهرم، این مراکز فاقد امکانات رفاهی بوده و یا امکانات بسیار محدود و ناقص می‌باشد.

در شهرستان آباده والدین کودکان تالاسمی، به علت هزینه بالای عمل پیوند مغز استخوان و عدم توانایی آنها در تأمین کل آن، خواستار پرداخت بخشی از هزینه پیوند به صورت وام بلندمدت بودند. شایان ذکر است در بیمارستان نمازی شیراز عمل پیوند با هزینه تقریبی سه میلیون تومان انجام می‌شود.

۱- در استان فارس بخشهای تالاسمی - هموفیلی در کولیز شهرت دارد.



من و دیابت (۲)

«زندگی جوانان دیابتی»
یا مشکلات ایجاد شده در زندگی
جوانان مبتلا به دیابت از زبان
خودشان

ترجمه و بازنویسی: سیدعلیرضا موسوی نژاد
DIABETES: A YOUNG PERSON'S GUIDE
ROWAN HILSON, 1988

مشکل علی افزایش وزن بود، او دوست داشت فقط غذا بخورد. شلوارش را دو ماه پیش خریده بود ولی حالا در پوشیدن آن دچار مشکل شده بود.

حسن و علی هر دو ۳۰ ساله هستند، آنها دانشجوی بوده و در یک آپارتمان زندگی می‌کنند. علی ۱۰ سال است که مبتلا به دیابت می‌باشد و دو بار در روز دو نوع انسولین کوتاه اثر و بلند اثر دریافت می‌کند. علی سالی یکبار به درمانگاه دیابت می‌رود. مقدار زیادی چربی و فرورفتگیهای غیرعادی در محل تزریق روی ران او وجود دارد که

قبل از این به آن توجه نکرده بود.

علی در سالن انتظار درمانگاه نشسته و با افسردگی پوستره‌های روی دیوار را نگاه می‌کرد. در هنگام تزریق خود شگفت زده شده بود. ۱۰۴ کیلوگرم. پزشک درمانگاه به خاطر اینکه علی توصیه‌هایش را سرسری گرفته بود، افسوس می‌خورد. او می‌گفت: «از وقتی مبتلا به دیابت شدید، وزن شما به طور دایم افزایش می‌یابد. علی با ناراحتی گفته‌های او را تصدیق کرد.

علی تصمیم گرفته بود که روند زندگی خود را عوض کند و به پزشک خود گفت: من سیگار کشیدن را قطع می‌کنم. پزشک پاسخ داد: خیلی مهم است، آفرین قطع سیگار مهمترین گام است.

هنگام معاینه پزشک متوجه تغییرات پوستی محل‌های تزریق انسولین گردید و برای علی توضیح داد که این تغییرات پوستی آتروفی، تحلیل رفتن، ناشی از تزریق انسولین است. سپس از او پرسید: آیا از محل‌های دیگر برای تزریق انسولین استفاده نمی‌کنید؟

علی گفت: آن قسمت از رانهایم بی‌حس است و بیشتر دوست دارم از این قسمت استفاده کنم. پزشک به علی توصیه کرد که محل‌های تزریق را به صورت چرخشی تعویض کند. همچنین به علی توصیه کرد که وزن خود را کم کند و او را نزد متخصص تغذیه معرفی کرد.

علی طبق دستورات متخصص تغذیه شروع به عمل نمود و سیگار را قطع کرد. چند هفته بعد وزن و قند خونسش پایین افتاده بود. رژیم غذایی جدید دیگر برای او آزار دهنده نبود. حال احساس بهتری داشت و راضی به نظر می‌رسید.

پاسخ به سؤالات

۱- چرا باید خود را وزن کنید؟
آشکار است که وزن علی بیش از حد

معمول است. اگر در زمان رشد قند خون بالا باشد، ممکن است مانع رشد گردد، بنابراین کنترل دیابت تا رسیدن به حداکثر میزان رشد بسیار با اهمیت است. همچنین افزایش وزن و بافت چربی باعث مقاومت سلولها نسبت به انسولین می‌گردد و عملکرد انسولین تزریقی در بدن به این ترتیب مختل می‌شود.

۲- چه غذاهایی باید بخورید؟

- کربوهیدراتها؛ شامل غذاهای نشاسته‌ای یا قندی می‌باشد. مانند نان، لوبیا، عدس، ماکارونی، سیب‌زمینی، کیک و ... که همگی در دستگاه گوارش تبدیل به گلوکز و قندهای ساده می‌شوند. اغلب غذاهای شیرین سریعتر هضم شده و به گلوکز تبدیل می‌شوند.

اگر مبتلا به دیابت هستید، عمل گلوکز زیاد و ورود ناگهانی آن به جریان خون برای بدن شما مشکل است زیرا مدتی طول می‌کشد تا انسولین از محل تزریق جذب شود. به همین دلیل مصرف شکلات، شکر و ... ایده خوبی نیست، مگر در هنگام ورزش یا درمان حملات افت قند خون که بالارفتن سریع قندخون بسیار مهم است.

غذاهای کربوهیدراتی با فیبر بالا مانند لوبیا و نان سیوس‌دار آهسته‌تر جذب می‌شود بنابراین باید از این نوع مواد کربوهیدرات مصرف نمود.

- چربیها: نباید مقدار زیادی چربی مصرف کنید. در بیماری دیابت سوخت و ساز چربی‌ها مختل می‌شود. از این گذشته مصرف مقادیر بالای چربی، خطر حمله قلبی و تنگی شریانها را افزایش می‌دهد.

- پروتئینها: گوشت، ماهی، تخم‌مرغ، شیر، پنیر، نان، لوبیا و بسیاری از غذاهای نشاسته‌ای حاوی پروتئین می‌باشند. در سنین رشد نیاز به پروتئین برای ساخت سلولهای جدید زیاد است. سعی کنید غذاهای پروتئین‌دار با چربی کم مصرف کنید.

کاهش قندخون

اگر دچار کاهش قندخون شدید، به اندازه کافی غذا بخورید، با پزشک خود سریع تماس بگیرید. داشتن اعتماد به نفس در درمان بسیار با اهمیت می‌باشد.

خلاصه اینکه

- تصلب شرایین عبارت است از سخت شدن و تشکیل رسوب در شریانها
 - در دیابت خطر تصلب شرایین افزایش می‌یابد.
 - عوامل خطر تصلب شرایین عبارتند از: استعمال سیگار، بالا بودن سطح کلسترول خون، اضافه وزن.
 - افراد دیابتی نباید سیگار بکشند. رژیم آنها باید کم‌چربی باشد. نباید خیلی چاق یا خیلی لاغر شوند.
 - با افزایش وزن نیاز به انسولین بالا می‌رود و با کاهش وزن نیاز به انسولین کاهش می‌یابد.
 - نوجوانان که هنوز در سنین رشد خود هستند، نیاز به غذای سالم و کافی دارند.
- تزریق انسولین در یک محل موجب فرورفتگی و برآمدگی در بافت چربی زیر پوست می‌شود. تا حتی امکان از محل‌های متفاوت جهت تزریق استفاده کنید.

شاید شما مبتلا به بیماری قند باشید:

- سابقه خانوادگی

و

- علائم هشدار دهنده:

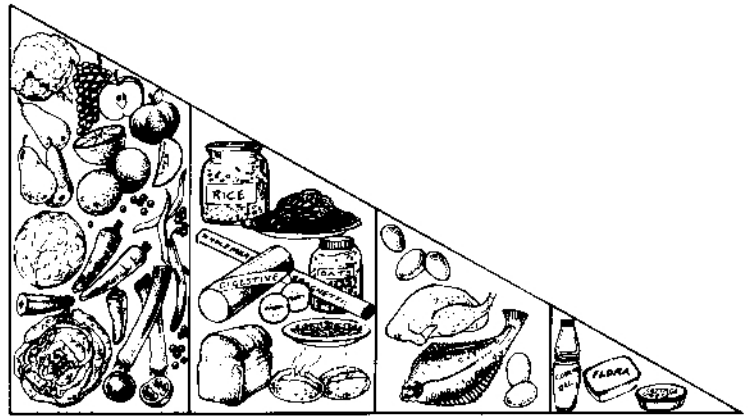
۱- نوشیدن آب فراوان

۲- دفع ادرار مکرر

۳- پرخوری

۴- دفع ادرار شبانه

۵- کاهش ناگهانی وزن



انسولین و وزن

افراد چاق به انسولین بیشتری نیاز دارند زیرا انسولین باید بر سلول‌های بیشتری اثر کند. بنابراین رفع چاقی یک عامل مهم کاهش نیاز بدن به انسولین است.

هیپرتروفی و آتروفی ناشی از تزریق انسولین

تزریق مکرر انسولین در یک محل موجب فرورفتگی و برآمدگی بافت چربی زیر پوست می‌شود. فرورفتگی‌ها، آتروفی و برآمدگی‌ها هیپرتروفی نامیده می‌شود. همچنین تزریق در یک محل جذب انسولین را مختل می‌کند. کشیدن سیگار نیز موجب اختلال جذب انسولین می‌گردد.

انواع انسولین

امروزه اکثر مردم انسولین انسانی مصرف می‌کنند. انسولین خوکی در یک جزء شیمیایی و انسولین گاوی در دو جزء با انسولین انسانی متفاوت است. ممکن است بدن علیه انسولین‌های حیوانی پادتن تولید کند که تأثیر آن را کاهش می‌دهد و موجب بروز مشکلاتی در محل تزریق می‌شود. این موضوع بندرت در مورد انسولین انسانی اتفاق می‌افتد.

استعمال سیگار

بی‌شک مصرف سیگار خطرناک است. سیگار موجب تصلب شرایین در پاها شده و عضلات خون کافی دریافت نمی‌کنند که موجب درد و گرفتگی عضلات ساق پا می‌شود. وقتی شریان‌های قلب و کرونر دچار آترواسکلروز شوند، عضله قلب خون کافی دریافت نخواهد کرد و اگر خون رسانی قلب مختل شود، حمله قلبی رخ می‌دهد. همچنین سیگار موجب تخریب ریه‌ها و در نتیجه سرطان ریه می‌شود. بنابراین ترک سیگار بسیار مهم است.

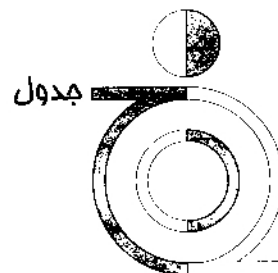
تصلب شرایین در دیابت

علی با استعمال سیگار خود را به خطر بزرگی می‌انداخت، چرا که دیابت احتمال پیشرفت تصلب شرایین را افزایش می‌دهد. از آنجا که افراد دیابتی در معرض خطر ابتلا به حمله قلبی و اختلال گردش خون ناشی از تصلب شرایین هستند، بنابراین باید کمتر در معرض عوامل خطر ساز بیماری قلبی قرار گیرند.

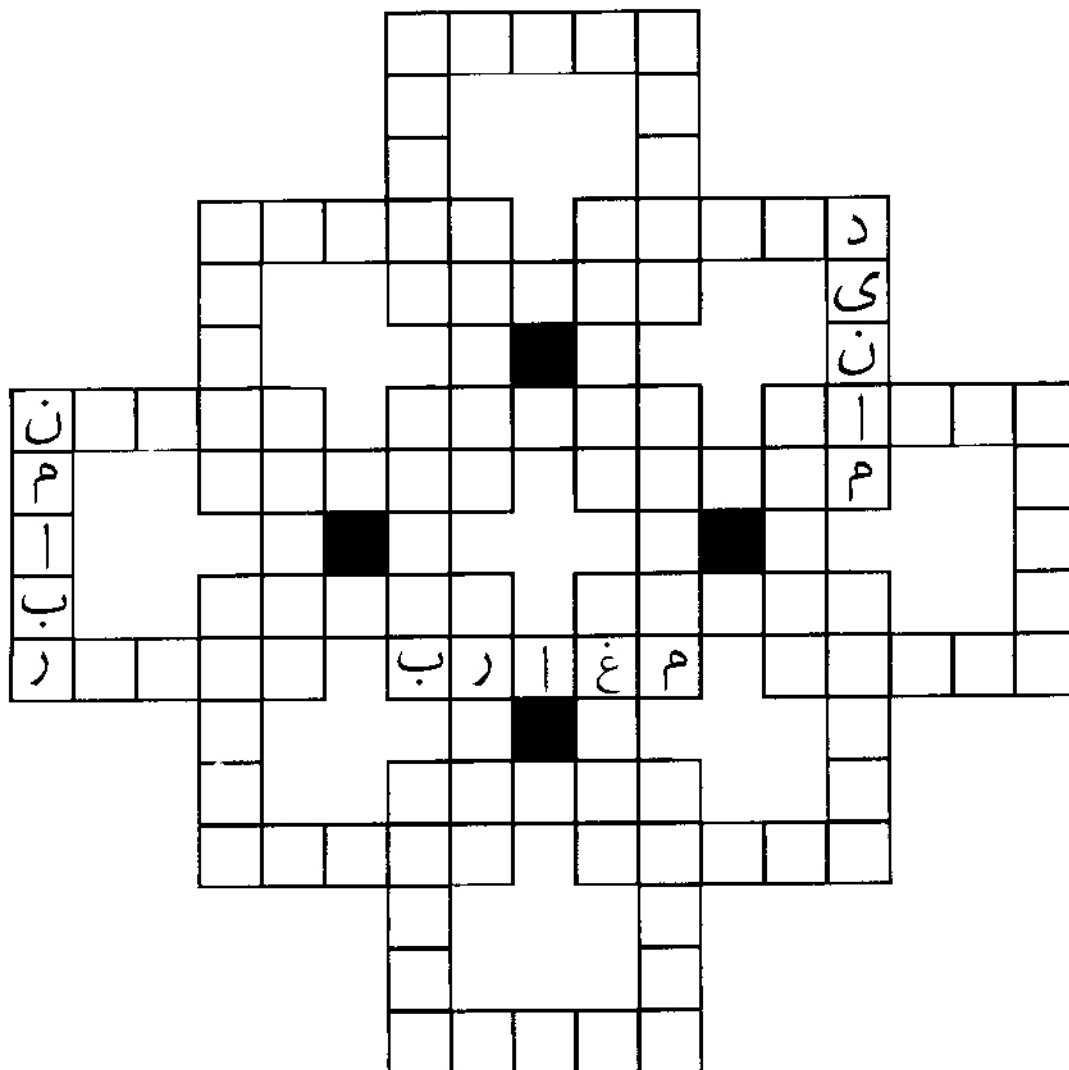
عامل خطر دیگر سطح بالای کلسترول خون است به همین دلیل باید مصرف رژیم کم چربی را رعایت نمود. چربی‌های مصرفی نیز باید بیشتر حاوی چربی‌های غیراشباع گیاهی و مقادیر کمتری چربی‌های اشباع شده باشد. موارد فوق فشارخون بالا و وزن زیاد است.

جای گذاری کلمات

توضیح: واژه‌های زیر را که همگی پنج حرفی بوده در جای مناسب خود در جدول قرار دهید. بعد از کامل شدن جدول یک واژه اضافی باقی میماند که جایی در این جدول ندارد. این واژه را به عنوان پاسخ جدول برای ما ارسال نمایید. جهت راهنمایی شما چند کلمه را در جدول قرار داده‌ایم. برای پاسخهای صحیح جوایزی در نظر گرفته شده است.



یاقوت، درمان، اپرکس، بنیاد، سیگار، سرطان، نانوا، پدیا، م، دادار، مفاخر، اسلام، دیانت، سنتور، بوشهر، دوشاب، مغرور، مرتبت، مختوم، مرارت، دکارت، دینام، ماشین، روستا، موساد، بنادر، مغارب، نماير، مختار، تضمین، موعود، سمیرم، سیاست، ترسیم، دوستم، میناب، داشتیم.
تضرب



۶۲





آیا می‌دانید که شما هم می‌توانید دیابت داشته باشید ولی خودتان ندانید؟

- * خود را آزمون کنید
- * نمره خود را بدانید

نزدیک به ۲ میلیون نفر از مردم ایران مبتلا به بیماری دیابت هستند و نیمی از آنها حتی خودشان نمی‌دانند! شما با پاسخ به سئوالات زیر می‌توانید تشخیص دهید که آیا در معرض ابتلا یا مبتلا به بیماری دیابت هستید یا خیر. اگر جواب سئوال مثبت بود نمره ثبت شده را به خودتان بدهید و اگر جواب منفی بود نمره صفر بدهید.

۱- وزن من معادل یا بالاتر از وزن نوشته شده در جدول است

آری ۵ نمره

۲- سن من کمتر از ۶۵ سال است و فعالیت محدود یا عدم فعالیت روزانه دارم.

- ۳- سن من بین ۶۴ - ۴۵ می‌باشد. آری ۵ نمره
- ۴- سن من ۶۵ یا بیشتر از آن است. آری ۹ نمره
- ۵- زنی هستم که وزن فرزندم هنگام تولد بیش از ۴ کیلوگرم بوده‌است. آری ۱ نمره
- ۶- خواهر یا برادرم مبتلا به دیابت هستند. آری ۱ نمره
- ۷- یکی از والدینم مبتلا به دیابت است. آری ۱ نمره

مجموع

نمره‌گذاری: نمرات ۳-۹

چنانچه نمره کسب شده بین ۳-۹ باشد برای شما در حال حاضر احتمال کمی وجود دارد که مبتلا به دیابت شوید اما نباید آنرا فراموش کنید. شما ممکن است در آینده در معرض خطر بیشتری باشید. حفظ وزن مطلوب و ورزش منظم و مستمر خطر ابتلا به دیابت را در شما کاهش می‌دهد.

نمره‌گذاری: نمره ۱۰ و بیشتر از آن

اگر نمره ۱۰ یا بیشتر کسب کرده‌اید شما در معرض خطر جدی‌تری جهت ابتلا به دیابت خواهید بود. اگر شما دیابت داشته باشید فقط پزشک می‌تواند تشخیص دهد. حتماً پزشک شما را ببیند تا اطمینان خاطر داشته باشید.

حقایق مربوط به دیابت که ضروری است شما راجع به آن بدانید

شما باید بدانید دیابت یک بیماری جدی است که می‌تواند منجر به کوری، حمله قلبی، سکته مغزی، نارسائی کلیه و قطع پا شود.

دیابت چهارمین علت مرگ و میر در دنیا می‌باشد. که سالیانه تعداد زیادی از این بیماری می‌میرند. اگر شما این علائم را دارید به پزشک مراجعه کنید.

تشنگی بیش از حد، تاری دید متناوب، دفع ادرار مکرر، خستگی غیرمعمول یا خواب‌آلودگی، کاهش وزن غیرقابل توجیه، خانمهای حامله بین ماههای ۵ و ۶ حاملگی از نظر وجود دیابت باید مورد بررسی قرار گیرند.

نمودار وزن افراد در معرض خطر دیابت

وزن (کیلوگرم)	قد (سانتی‌متر)	(بدون کفش)	(بدون لباس)
خانمها	آقایان		
۱۴۴	۶۰/۹		
۱۴۷	۶۲/۲		
۱۴۹	۶۳/۳		
۱۵۲	۶۵		
۱۵۴	۶۶/۳۶		۷۱/۳
۱۵۷	۶۸/۱۸		۷۲/۷
۱۶۰	۷۰		۷۳/۶
۱۶۲	۷۱/۳		۷۵
۱۶۵	۷۳/۱		۷۶/۳
۱۶۷	۷۴/۵		۷۸/۱
۱۷۰	۷۹/۵		۷۹/۳
۱۷۲	۷۸/۱		۸۱/۳
۱۷۵	۷۹/۵		۸۲/۷
۱۷۷	۸۰/۹		۸۴/۵
۱۸۰	۸۲/۷		۸۶/۳
۱۸۲	۸۸/۱		۸۸/۱
۱۸۵	۹۰/۴		۹۰/۴
۱۸۷	۹۲/۹		۹۲/۹
۱۹۳	۹۵		۹۵

نمودار بالا ۲۰٪ وزنی بالاتر از مقدار توصیه شده برای خانمها و آقایان با یک جثه متوسط می‌باشد چنانچه وزن شما در همان میزان یا بالاتر از مقدار توصیه شده باتوجه به قد افراد باشد شما ممکن است در معرض خطر ابتلا به دیابت باشید.



فوائدنیها

استفاده از بزاق دهان برای تشخیص سرطان در مراحل اولیه

دانشمندان بزودی ابزار جدیدی برای شناسایی سرطانهای دهان و گلو در مراحل اولیه در اختیار خواهند داشت.

به گزارش خبرگزاری یونایتدپرس، دکتر «دیوید سیدرانسکی» از دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز در بالتیمور اعلام کرد: در این آزمایش از نمونه‌های بزاق برای یافتن علائم ژنتیکی اولیه سلول‌های سرطانی سر و گردن، بیماریهای مرتبط با استعمال دخانیات که عامل سه درصد بروز سرطانها در آمریکاست، استفاده می‌شود.

سیدرانسکی می‌گوید: این یک نوع غذای است که هیچ روش آزمایشی برای تشخیص آن در دسترس نیست. در حال حاضر افراد باید منتظر بروز علائم بیماری شوند و قبل از آن متوجه بیماری خود نخواهند بود. اما این آزمایش جدید می‌تواند تغییرات خطرناک در ژنهای سلول‌های نمونه بزاق را مدتها پیش از ظاهر شدن علائم بیماری مشخص سازد.

تشخیص زود هنگام بیماری تالاسمی امکان پذیر شد

پزشکان یک مرکز علمی در ایتالیا اعلام کردند که موفق به تشخیص زودهنگام بیماری تالاسمی شده‌اند. به گزارش ایرنا از رم، براساس آزمایشهایی که این متخصصان انجام داده‌اند، بیماری تالاسمی را می‌توان در همان سه تا پنج روز پس از انعقاد نطفه (باروری) تشخیص داد.

این آزمایش موفق در آزمایشگاه اروپایی شهر کالیاری مرکز جزیره ساردنی ایتالیا انجام شد.

«جوآنی مونی» مسؤول مرکز تشخیص بیماریهای اطفال مؤسسه میکروبیوتکنیک بدون پرداختن به جزئیات روش تشخیص زودهنگام بیمار تالاسمی گفت: با کمک این روش می‌توان تغییرات کروموزومی را نیز مشخص کرد.

به گزارش نشریه فوکوس یک دختر بچه ۱۱ ساله اهل کشور آذربایجان، پس از چند ساعت کار در مزرعه و خستگی بیش از حد به خواب رفت و پس از مدت کوتاهی با سر و صدای فراوان از خواب برخاست. سپس خانواده این دختر به سرعت او را به بیمارستان انتقال دادند. گفتنی است وقتی پزشکان به او ۱/۵ لیتر آب نمک خوراندند، بی‌درنگ یک مار سمی ۶۰ سانتی‌متری از گلویش خارج شد.

مجله خانواده ۷۷/۶/۱۵

خاکستری شدن موها به دنبال شنا کردن مکرر در استخر

سه بیمار در آلمان با شکایت تغییر رنگ اکتسابی موهای سرشان به رنگ خاکستری، تحت بررسی قرار گرفتند. شرح حال هر سه

نفر آشکار ساخت که آنها همگی به طور مرتب در استخرهای خصوصی شنا می‌کردند. بررسی موهای آنها با اسپکتروسکوپی با پرتوی اتمی نشان داد که تغییر رنگ خاکستری موهای آنها ناشی از مقدار بسیار زیاد محتوای مس موهاست. به طور بسیار شاخص این تغییر رنگ با منشأ خارجی، مرتبط با جذب مس در مواز استخرهای شنای خصوصی است.

REF: Biel -K; et al. Hautarzt. 1997 Aug; 48(8): 568 -71

با مصرف منظم چای می‌توان از اثر مواد سرطان‌زا جلوگیری نمود (شواهدی از چند مطالعه تجربی)

چای در انواع مختلف، یکی از رایج‌ترین نوشیدنی‌ها در جهان است. تعیین اجزای شیمیایی چای آشکار ساخته است که این نوشیدنی یک مسنوع غسنی از آنتی‌اکسیدانهاست. در میان این اجزا می‌توان به پلی‌فنولها اشاره نمود که میزان آن در چای سبز زیاد است، البته پلی‌فنولها همراه پلی‌مرهای اکسید شده در چای سیاه نیز یافت می‌شوند که این پلی‌مرهای اکسید شده تا حدودی مسئول تیره‌تر شدن رنگ چای هستند. مصرف منظم چای توأم با کاهش خطر انواع مختلف سرطان در جمعیت انسانی بوده است. قویترین شواهد موجود، مصرف چای سبز را به کاهش احتمال بروز سرطان در برخی نواحی آسیا مرتبط می‌سازند. برای فهم اینکه چگونه مصرف چای از بروز بیماری سرطان جلوگیری می‌کند، مطالعاتی در زمینه الگوهای ایجاد سرطان در حیوانات انجام شده است که نتایج تشویق‌کننده‌ای دربر داشته است.

REF: Drcosti - IE. et. al. Crit - Rev - Food - sci - Nutr. 1997 Dec; 37(8), 761-70

یاوران بنیاد



آذر ناز نصیری
 آرش فرمدی
 آرش وثوقی
 ابو الفضل گدابی
 احمد رضا علی محمدی
 احمد کریمی
 احمد گلبر
 آرش سپهری فرد
 آریتا ناصح
 اسدالله نبوی
 اسدالله نیکخواه
 اسماعیل حسینی
 اسماعیل شاکر
 اسماعیل مرادی
 اسماعیل پاکفرد
 اصغر دهقان
 اعظم شهبازی
 افسانه شهاب الدین
 امیرالله عضدی
 امیر حسین جابر انصاری
 امیر حسین قاسمی سورمی
 امیر صادقی
 امیر هوشنگ جامی
 امیر حسین قاسمی
 امیر کریمی
 امیر مسعود کاکاوند
 امین قربانی
 ایران روح الهی

ایرج احمدی
 ایران فتحی
 اصغر احمدی
 بتول لاری
 بهجت شهبندی
 بهنام ضیاوی
 پرویز سیمیان
 جواد کتیاورز
 حاج ناصر عطاشی
 حسن حاجی اکبر
 حسن دهقان
 حسن سلیمی
 حسن شهبانی
 حسن گلچین
 حسن گودرزوند
 حسن میرچی
 حسین موسوی
 حسین یزدانی نژاد
 حسینعلی نیکروان
 حمید رضا حاجی امیری
 حمید رضا نادری
 حمید صالحی
 حمید ایزد
 حمیرا شهبازی
 حیدر اعتمادی
 لیلا انوری
 خدیجه دانائی
 خدیجه سیاح زاده

داریوش آراسته پور
 داریوش شهرزاد
 داریوش مهرداد امیری
 داود فرج خانی
 داود مرندی
 دکتر شیرین مشایخی
 راضیه گل چهر
 رحیم برومند
 رحیم بنی زمانی
 رضا بروجردیان
 رضا جوادی
 رضا حسینی
 رضا عباسی
 رضا عظیمی
 رضا معین
 رضا عظیمیان
 رقیه ابراهیمی
 رقیه اکبری
 روح ... توکل
 زاهد کریمی
 زهرا ثقفی
 زهرا حاتم زاده
 زهرا داوری
 زهرا روحانی
 زهرا کرد
 زهرا مرسائی افضلی
 زهره البرزی فر
 سارا خلیلی
 سازمان زنان زرتشتی
 سعید تاجیک
 سهراب رجبی
 سید ابوالفضل طاهری
 سید احمد فاطمی بو شهبازی
 سید محسن حسینی خواه
 سید محمود ولیعهدی
 سید مرتضی مونس
 سید محمد علویزاده
 سید محمود علویان
 سیده مهناز احمدی
 سیروس اسفندیاری
 سیمین قائم
 سیمیندخت سید خوی
 شایسته آذر
 شکوه احسانی
 شهاب لواسانی
 شهرام بیدی
 شهرام عضدی
 شهرام گلپریان
 شهنواز عادل
 شهیندخت نجفی
 شرکت آسیا خودرو
 شرکت کلهری

اداره مرکزی شرکت واحد
 شرکت وصولی پی
 شرکت کاوه
 شرکت هاتل
 شرکت ایران کشمیر
 شرکت انفورماتیک
 شرکت عامل
 شرکت گنو
 شرکت سروچمان
 شرکت آریا
 بیمه البرز
 کاشی ساوه
 آسیا خودرو
 شرکت فراحین
 شرکت تعاونی پسته رفسنجان
 شرکت سادیر
 شرکت باستان
 فرش مهان
 شرکت فاریاب
 شرکت تولیدی لیزرو
 شرکت گلدیس بتن
 شرکت حمل و نقل شمیرین بار
 شرکت کشت و صنعت جاوید
 شرکت پارس مرمر
 شرکت کاریاب
 شرکت ریزنگاه
 شرکت عمران سوله
 شرکت خدمات بازرگانی
 شرکت آفتاب
 شرکت تونل سازان ایران
 شرکت پاکنام
 شرکت کایش
 شرکت اجر سا
 شرکت ملی گاز
 شرکت آذرنز
 شرکت بیمه دانا
 شرکت صانیر
 شرکت نوریلوله اهواز
 شرکت ایران گاز
 شرکت فرش ایران
 شرکت الکتریکی البرز
 شرکت بین المللی محصولات پارس
 شرکت سرمایه گذاری
 مجتمع کامپیوتر پایتخت
 نمایشگاه بین المللی بندرانزلی
 نمایشگاه بین المللی کیش
 نمایشگاه بین المللی تهران
 دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 شرکت چینی زرین
 شرکت اسپیدار
 شرکت چینی مقصود
 سازمان منطقه آزاد کیش

دیابت و ماه رمضان

ترجمهٔ دکتر شیوا حسینی

برای بسیاری از بیماران دیابتی در کشورهای مسلمان این سؤال مطرح است که آیا با رعایت رژیم غذایی خاص و شرایط ویژه می‌توانند در ماه مبارک رمضان روزه بگیرند یا خیر. آنچه در زیر می‌خوانید اشاره‌ای است به پارهای از جدیدترین تحقیقاتی که در این رابطه از شبکه اینترنت به دست آمده است. لازم به ذکر است که چاپ نتایج اینگونه تحقیقات جهت اطلاع‌رسانی به بیماران و صاحب‌نظران در مورد جدیدترین یافته‌های علمی است و بهتر است بیماران دیابتی کشور ما بر اساس شرایط جسمانی و مشورت‌های لازم با پزشک خود در این رابطه تصمیم بگیرند.

۱- دیابت ملیتوس و روزه گرفتن در ماه رمضان

بسیاری از مسلمانان مبتلا به دیابت مشتاقند تا در ماه رمضان روزه بگیرند، با این

وجود بنا بر دلایلی که به وضع سلامت آنها مربوط است، برخی از آنان نمی‌توانند روزه بگیرند و از این مسأله معاف هستند. پزشکان و دانشجویان پزشکی با مسایل پیچیده‌ای در این زمینه مواجهند، از جمله اینکه:

(۱) اگر بیمار دیابتیک تصمیم بگیرد، آیا می‌توان به او اجازه روزه گرفتن داد یا خیر؟
(۲) آیا بیمار دیابتیک می‌تواند به سلامت روزه بگیرد؟

(۳) آیا می‌توان به او کمک کرد تا روزه بگیرد؟
(۴) آیا می‌توان بیمار را در منزل تحت نظر قرار داد؟

(۵) آیا روزه برای سلامت بیمار دیابتیک مفید است یا مضر؟

روزه گرفتن در ماه مبارک رمضان بر بیمار مبتلا به دیابت شرعاً واجب نیست اما در شرایطی ویژه شامل درخواست بیمار، شناخت خطرات موجود، پذیرفتن مسئولیت کامل در پذیرش رژیم غذایی و کنترل قند و ارتباط مؤثر و کافی بین پزشک و بیمار، پزشک می‌تواند به بیمار اجازه روزه گرفتن دهد.

وضعیت روانی بیماران دیابتی در ماه رمضان

دیابت ملیتوس بیماری است که با تغییر در متابولیسم گلوکز، اسمولالیت خون و CSF، نیاز به رعایت و نظم دستورات خاص، ترس از عوارض دراز مدت، تهدید به حملات هیپوگلیسمیک، احتمال دهیدراتاسیون و کوما ممکن است اثرات روانی منفی در بیمار ایجاد کند.

روزه گرفتن در ماه رمضان اثر آرامبخشی بر ذهن بیمار دارد که با ایجاد آرامش درونی سبب کاهش عصبانیت و خشونت در افراد می‌شود زیرا مسلمانان روزه‌دار معتقدند که تظاهرات خشونت بار می‌تواند از ثوابهای روزه بکاهد یا آنها را خنثی کند.

روزه گرفتن در ماه رمضان اثر آرامبخشی بر ذهن بیمار دارد که با ایجاد آرامش درونی سبب کاهش عصبانیت و خشونت در افراد می‌شود زیرا مسلمانان روزه‌دار معتقدند که تظاهرات خشونت بار می‌تواند از ثوابهای روزه بکاهد یا آنها را خنثی کند.

بیماران دیابتی می‌دانند که استرس مسیزان قند خون را با افزایش سطح کاتکولامینها بالا می‌برد و هر عاملی که از میزان استرس بکاهد به عنوان مثال بیوفیدبک و تمدد اعصاب، منجر به بهبود کنترل دیابت می‌شود. بنابراین روزه گرفتن در ماه مبارک رمضان اثر مفیدی در رابطه با کنترل قند خون دارد.

● تأکید برنامه آموزشی بیماران دیابتیک در طول ماه مبارک رمضان بر موارد زیر می‌باشد:

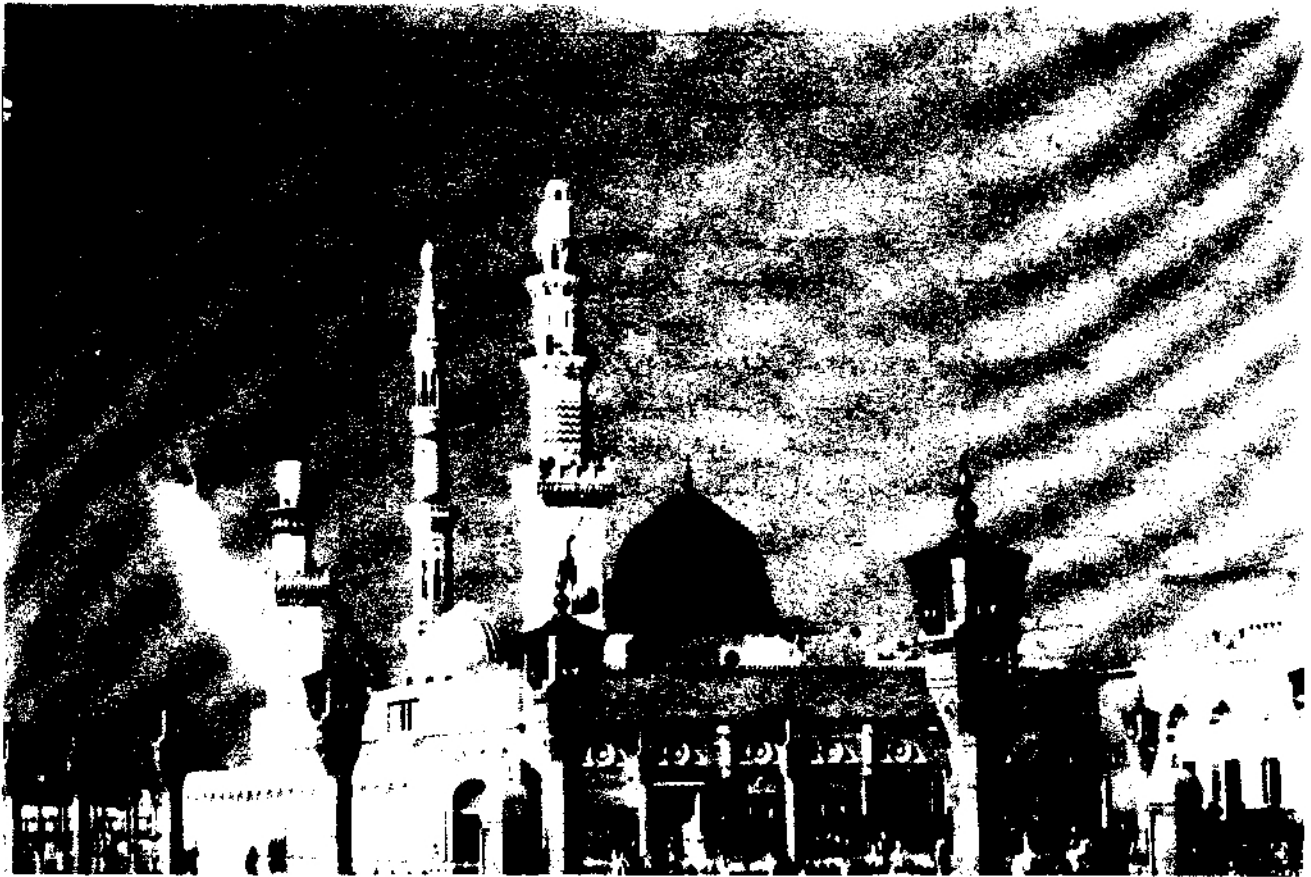
الف - خود تدبیری دیابت در منزل

ب - آماده سازی بیماران برای ماه رمضان

ج - شناخت علائم هشداردهنده شامل نشانه‌های دهیدراتاسیون، هیپوگلیسمی و سایر عوارض احتمالی.

به بیماران باید کنترل قند خون در منزل، سنجش استون در ادرار، توزین روزانه، رژیم غذایی دیابتی با کنترل کالری، نیاز بیشتر به خواب و ورزش آموزش داده شود. آنها باید بتوانند نبض و درجه حرارت خود را اندازه بگیرند و مراقب عفونت‌های پوستی و تغییر در حواس (هوشیاری) خود باشند. بویژه اینکه باید در مورد هر درد کولیکی که می‌تواند نشانهٔ کولیک کلیوی باشد یا هیپرونتیلیاسیون که می‌تواند نشانه‌ای از دهیدراتاسیون، باشد آگاه باشند و به کمکهای پزشکی نیز دسترسی داشته باشند. ● برخی مشخصاتی که بر اساس آنها می‌توان به بیماران دیابتی اجازه داد تا در طول ماه رمضان روزه بگیرند، عبارتند از:

الف - بیماران مرد دیابتی که بالای ۲۰ سال



لیپوپروتئین با دانسیته بالا (HDL) افزایش داشت که این امر تأییدکننده گزارش‌های اولیه در مورد افزایش HDL در ماه رمضان بود. با افزایش HDL که "کلسترول خوب" نامیده می‌شود ریسک حمله قلبی کاهش می‌یابد. IIDL تا سه هفته پس از پایان روزه همچنان بالا باقی ماند.

محققان نتیجه گرفتند که روزه گرفتن برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم در طول ماه رمضان می‌تواند مفید باشد.

میانگین ۱۳ ساعت در روز، برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم خطرناک است یا خیر؛ تحقیق کرده‌اند. آنها ۴۱ بیمار مبتلا به دیابت نوع دوم (۳۰ زن و ۱۱ مرد با میانگین سنی ۵۵ سال در محدوده سنی ۳۸-۷۰ سال) را در طول ماه رمضان تحت نظر گرفتند. شرکت کنندگان از ۲ هفته قبل از روزه تحت نظر قرار داشتند و از آنها خواسته شد تا از زمان شروع تحقیق تا پایان ماه رمضان اگر متوجه هر یک از علائم هیپوگلیسمی شدند، آن را گزارش کنند.

در مقایسه با موارد بروز نشانه‌های هیپوگلیسمیک قبل از ماه رمضان، تعداد موارد بروز این علائم در ۳۳ بیمار تغییری در طول ماه رمضان نشان نداد ولی در ۲۰٪ بیماران یعنی هشت نفر بروز علائم افزایش داشت، ولی هیچیک دچار هیپوگلیسمی شدید نشدند.

در تمام شرکت کنندگان سطح

سن دارند.

ب- بیماران زن دیابتی که بالای ۲۰ سال سن دارند به شرطی که باردار، در حال شیردهی یا بیمار نباشند.

ج- وزن بدن طبیعی یا بالاتر از وزن ایده‌آل باشد.

د- فقدان عفونت و شرایط بیماری نظیر بیماری عروق کرونر، فشارخون بالا (۲۰۰/۱۲۰)، سنگ کلیه، بیماری ریوی انسدادی مزمن یا آمفیزم.

۲- برای بیمارانی که به دیابت نوع دوم مبتلا هستند، روزه گرفتن در ماه رمضان مشکل را نیست.

هر ساله میلیونها مسلمان در سرتاسر جهان از سحر تا غروب در طی ماه رمضان روزه می‌گیرند. محققان کشور ترکیه بر روی این امر که آیا یک ماه روزه گرفتن، به طور

1) <http://www. Islam usa. com>

Shahid Athar, M.D - Health concerns for believers contemporary Issue.

2) <http://www. Diabetes. com>

Diabetes type 2 Muslims: Ramadan fast No problem - Dec. 8,1998.

درمان با استروئید

دکتر محمدحسن باستان حق*
مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

استروئید درمانی

۶۸

استروئید تراپی: عبارت است از مصرف کورتیکو استروئیدها به عنوان درمان جایگزینی در نارسایی آدرنال. این نوع درمان اثر ضدالتهابی، کنترل واکنش‌های حساسیتی در بعضی از موارد شوک و همچنین کاهش خطر رد پیوند دارد. مصرف استروئیدها می‌تواند به طور موقت و کوتاه مدت یا برای سالهای طولانی و شاید مادام‌العمر باشد.

کورتیکو استروئیدها براساس فعالیت‌های بیولوژیک خود طبقه‌بندی می‌شوند:

- گلوکوکورتیکوئیدها (سوخت و ساز قندها و پروتئین‌ها)

- مینرالوکورتیکوئیدها (سوخت و ساز آب و الکترولیت‌ها)

- آندروژن‌ها

مصرف استروئیدها به صورت خوراکی - تزریقی و موضعی باشد.

موارد احتیاط

● افراد با سابقه دیابت و افزایش فشارخون شریانی.

● در خصوص زخم‌های پپتیک، ترومبوفلیت و افسردگی شدید عفونت‌های همزمان پوشانده می‌شوند.

● درمان در افراد مستعد به زخم‌های گوارشی، ترومبو فلیت و افسردگی شدید بایستی با احتیاط تجویز شود.

● جهت پیشگیری از نارسایی آدرنال، قطع کورتیکواستروئید بایستی بتدریج صورت گیرد.

عوارض احتمالی مصرف کورتیکواستروئیدها

- دیابت
- افزایش فشارخون شریانی
- استئوپروز
- زخم‌های پپتیک
- ترومبوآمبولی
- هیپوکالمی
- تومور کاذب مغزی
- افسردگی شدید

مراقبت در منزل

● اطلاعات عمومی:

- موارد زیر را به بیمار تحت درمان با استروئید باید یادآوری کنید:

- نیاز به استروئید، نوع استروئید، مقدار مصرف، زمان مصرف، عوارض و اهمیت رعایت برنامه درمانی.

● علایم هشداردهنده

در صورت بروز هر یک از علایم زیر با پزشک مشورت کنید:

- ضعف عضلات

- درد ناحیه اپی‌گاستر

- اکیموز

- درد و تورم در ناحیه ساق پا

- هیپرتانسیون شریانی

- ظاهر کوشینگی (صورت گرد)

- آکنه

- هیرسوتیسم

- دردهای استخوانی یا درد موضعی در ستون فقرات

- اختلالات رفتاری و خلق و خو

- تب، سرفه و هرگونه علایم بیماری‌های عفونی

● آموزش‌های خاص

- داروها را در دمای مناسب قرار دهید.

- علایم و تظاهرات بیماری‌های عفونی مختلف را به خاطر داشته باشید.

- جهت کاهش تحریک معده، استروئیدهای خوراکی را با شیر یا آنتی‌اسید میل کنید.

- برای بیمار باید توضیح داده شود که دارو حتماً مصرف شود.

- برای بیمار لزوم و نحوه قطع تدریجی دارو را شرح دهید. به بیمار آموزش دهید که علایم اولیه بیماری در طول کاهش مصرف تدریجی دارو ممکن است برگشت نماید.

- اگر دارو به صورت موضعی مصرف می‌شود، مقدار و نحوه مصرف مؤثر دارو را شرح دهید.

● فعالیت‌های بدنی

- به دلیل جلوگیری از استئوپروز از بیمار بخواهید تا آنجا که ممکن است فعالیت بدنی داشته باشد.

● برنامه غذایی

- به بیمار آموزش دهید جهت مقابله با ایجاد استئوپروز، مواد پروتئینی را به میزان لازم مصرف نماید و از خوردن نمک پرهیز کند.

پیگیری

- بر لزوم و اهمیت پیگیری مرتب تأکید کنید. این بیمار بهتر است کارت شناسایی حاوی مشخصات بیمار، نام داروی مصرفی و نوع داروی مورد نیاز در موارد اورژانس همراه داشته باشد.

فوریت‌های پزشکی

برای عموم (۲)

دکتر سیدمؤید علویان

سرمازدگی

هرگاه حرارت داخلی بدن به کمتر از ۳۵ درجه سانتیگراد برسد، شخص دچار سرمازدگی می‌شود. هنگام سرمای زیاد محیط، عروق محیطی و انتهای بدن (مثل انگشتان پاها و دستها، بینی و گوشها) منقبض می‌شوند (پدیده جبران‌سازی) تا درجه حرارت مرکزی بدن ثابت بماند. در صورت شدت یافتن سرمای محیطی امکان جبران وجود ندارد و درجه حرارت بدن کاهش می‌یابد. تأثیر سرما در بدن عبارت است از: رنگ پریدگی (به علت کاهش جریان خون پوست)، لرزش (به علت تلاش عضلات جهت تولید گرمای بیشتر، اثر تخدیرکننده (فرد احتیاج شدید به خواب پیدا می‌کند = حالت شبیه بیهوشی).

کاهش درجه حرارت بدن تهدیدکننده زندگی است و میزان مرگ و میر ناشی از آن به ۸۰ درصد می‌رسد.

علل سرمازدگی

گیرافتادن در برف و بوران (برای مثال در کوهنوردان، شکارچیان، رزمندگان و ...)، افتادن در درون دریاچه یخ‌زده و غوطه‌ور شدن در آن، خستگی مفرط، پوشش نامناسب در هوای سرد و حوادث ناشی از اسکی روی یخ.

عوامل مستعد سرمازدگی

- سن کم یا خیلی زیاد
- مبتلایان به بیماریهای مغزی، قلبی - عروقی و بیماری قند
- کسانی که زخمی شده و خون زیادی از دست داده‌اند (سرباز زخمی در میان برفها)، مصرف همزمان الکل یا استعمال دخانیات، افراد لاغر، بی‌حرکتی، سرمای شدید همراه با وزش باد.

علائم و نشانه‌های سرمازدگی

لرزش بدن، سردی و کمرختی دستها، بیحالی و ضعف، کاهش ادراکات محیطی، تکلم آرام و مبهم، اختلال حافظه، اختلال در قضاوت، اختلال در راه رفتن، کاهش درجه حرارت داخلی بدن، سرگیجه وضعیتی، سفتی عضلات (در مراحل دیررس)، کیبودی، حواس پرتی، تورم صورت، افزایش فشارخون و تعداد تنفس در مراحل ابتدایی و کاهش آنها در مراحل بعدی و خستگی واضح. در صورت شدت یافتن سرمازدگی مردمکها گشادشده و فرد سمت کوما (بیهوشی) می‌رود.

مراحل سرمازدگی از نظر بالینی عبارتند از:

۱- لرزش (بدن برای بالا بردن دمای خود

با لرزیدن تولید گرما می‌نماید).

۲- حالت خواب‌آلودگی، بی‌تفاوتی و

بیحالی

۳- کاهش سطح هوشیاری همراه با

یخ‌زدگی اندامها

۴- کاهش علایم حیاتی (تعداد نبض و

تنفس کاهش می‌یابد)

۵- مرگ

نکته ۱: فرد سرمازده میل شدید به خواب

دارد و در صورت خوابیدن ممکن است هرگز

بیدار نشود.

در صورت تداوم سرمازدگی ممکن است

در اندامهای محیطی و قسمتهای بدون

پوشش مثل گوشها، بینی، چانه، انگشتان

دستها و پاها یخ‌زدگی عارض شود و در

صورت شدت یافتن یخ‌زدگی، قانقاریا یا

سیاه‌شدن و در نتیجه مرگ اعضا بروز

می‌کند.

یخ‌زدگی

• یخ‌زدگی یعنی منجمد شدن بافتهای بدن

که نیاز به مراقبت‌های خاص خود دارد.

در یخ‌زدگی مثل سرمازدگی علایم و

نشانه‌ها به صورت کاهش درجه حرارت

داخلی بدن، اختلال در فعالیت‌های بدنی،

کندی نبض و تنفس، اختلال در تکلم، کاهش

قدرت قضاوت، احساس سفتی پوست و ...

مشاهده می‌شوند.

یخ‌زدگی بیشتر از همه در گوشها، بینی،

انگشتان دستها و پاها و گونه‌ها رخ می‌دهد.

در واقع کریستالهای یخ در بینابین

سلولهای پوست تشکیل می‌شوند و گردش

خون آن عضو مختل می‌شود. عوامل زیر

خطر یخ‌زدگی را افزایش می‌دهند: ضربه،

کهولت، نوزادی، پوشیدن جورابهای با کش

تنگ، مصرف الکل، ارتفاع بالا (کوهستان) و

- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه...

قابل ذکر است که احتمال یخ‌زدگی در افراد سیاهپوست بیشتر است.

• فردی که مستعد یخ‌زدگی می‌باشد، سربازی است که پس از مدت زیادی کوهنوردی در کوهستان پیربرف با گلوله زخمی شده و خون زیاد از او خارج شده است.

انواع یخ‌زدگی

درجه اول: پوست به علت تنگ شدن عروق خونی سفید و بی‌حس است. این مرحله بدون درد است و بیشتر نوک‌بینی، گوشها، گونه و انگشتان دست و پا درگیر هستند. این نوع سرمازدگی در صورت درمان سریع، بدون برجا گذاشتن عارضه‌ای بهبود می‌یابد.

درجه دوم: بعد از مرحله فوق، تاولهای ریزی حاوی مایعی شفاف ایجاد می‌شود. به دنبال گرم‌شدن مجدد، تاولها به رنگ بنفش - آبی در می‌آیند. این مرحله دردناک است.

درجه سوم: در این مرحله پوست کاملاً تغییر رنگ می‌دهد و تاولهای عمیق با مایع تیره تشکیل می‌شوند. در صورت گرم‌شدن مجدد مایع درون تاولها خونی خواهد شد. در این مرحله درد و تورم شدید ایجاد می‌شود. **درجه چهارم:** تمام ضخامت پوست دچار آسیب می‌شود و حتی ممکن است استخوانها و عضلات نیز درگیر شوند. در این مرحله درد وجود ندارد و در واقع عضو یخ‌زده مرده به حساب می‌آید.

نکته ۲: درجه یخ‌زدگی به عمق نفوذ سرما و مدت انقباض عروق خونی بستگی دارد.

نخستین اقدامهای ضروری در سرمازدگی

• جلوگیری از اتلاف گرما و گرم‌کردن تدریجی بدن، جلوگیری از بروز عوارض سرمازدگی و انتقال سریع فرد سرمازده به بیمارستان جزو مهمترین مراقبت‌های اولیه است.

• فرد سرمازده را به محل گرم منتقل نمایید (داخل کلبه، پناهگاه، ماشین و ...). بخاری و یا هر دستگاه گرم‌کننده دیگر را روشن کنید. تجربیات علمی نشان داده که افراد سرمازده را باید آهسته گرم نمود و تغییر ناگهانی درجه حرارت وضع بافت‌های زنده و آسیب دیده را وخیم‌تر می‌نماید.

• مصدوم را در وضعیت درازکش قرار داده و با پتوی گرم او را بپوشانید.

• در صورت هوشیاری به مصدوم مایعات گرم (مثل چای گرم) بدهید.

• در مراحل اولیه سرمازدگی که عضو فقط بی‌حس و بی‌رنگ است، با ماساژ و مالش ملایم جریان خون را سریع نمایید ولی در مراحل بعدی به دلیل اثرات منفی از دادن ماساژ خودداری کنید.

• از تماس عضو سرمازده با یخ یا برف اجتناب کنید.

• لباسهای مرطوب مصدوم را از بدنش خارج کنید و لباس گرم و خشک به او بپوشانید.

• عضو یخ‌زده را به طور مستقیم در مقابل آتش یا آب داغ قرار ندهید.

• علائم حیاتی را ارزیابی کنید و در صورت ایست قلبی یا تنفسی اقدامات احیای قلبی عروقی (CPR) را انجام دهید.

• هرگز به مصدوم الکل ندهید.

• عضو یخ‌زده را هر چه سریعتر گرم نمایید. عضو مربوطه را در آب ۲۸ درجه سانتیگراد قرار دهید (نه آب داغ).

• در صورت امکان و دسترسی به کیسه آب گرم آن را روی سینه و شکم مصدوم قرار دهید و از قرار دادن کیسه آب داغ روی اندام‌های یخ‌زده خودداری کنید.

• به مصدوم اجازه راه رفتن ندهید و او را با برانکارد به نزدیکترین مرکز درمانی منتقل کنید.

• عضو سرمازده را جهت کاهش درد و تورم بالاتر قرار دهید.

• به تاولهای مصدوم دست نزنید و فقط با گاز استریل آنها را بپوشانید. مراقب عفونت آنها باشید.

• انگشتر، حلقه و ... را از انگشتان وی خارج کنید.

• دستها را با پوشاندن دستکش گرم نمایید.

توجه: هرگز یک فرد سرمازده را مرده نپندارید حتی اگر ضربان قلب و تنفس وجود نداشته باشد.

نکته ۳: ظاهر شدن درد در عضو یخ‌زده علامت خوبی است که بازگشت حیات به عضو را خبر می‌دهد. اعضایی که با گذشت ۲۴ ساعت از یخ‌زدگی بی‌حس بمانند، دیگر بهبود نخواهند یافت.

حفاظت در برابر سرما

برای پیشگیری از سرمازدگی اقدامات زیر را انجام دهید:

• هنگام رفتن به مکانهای سرد از پوشش مناسب استفاده کنید و غذای کافی و پرکالری و همچنین مایعات داغ بخورید و خود را بیش از حد خسته نکنید.

• از نوشیدن الکل و استعمال دخانیات خودداری کنید.

• لباس مرطوب خود را تعویض کنید.

• هنگام رفتن به کوهستان لباسهای ذخیره با خود ببرید.

• از پوشیدن لباسهایی که به بدن می‌چسبند، خودداری کنید.

• اگر کوله‌بار مخصوص کوهنوردان میله آهنی نداشته باشد، سبب عرق‌کردن پشت انسان می‌شود و به محض برداشتن آن، فرد دچار احساس سرما و لرز می‌شود.

• از کفشهای مناسب چرمی که درون آنهاست، استفاده کنید. قبل از عزیمت به محل بسیار سرد مقدار کمی نفت به روی کفش بمالید.

• از پناهگاه مناسب برای استراحت استفاده کنید.

• شبها هنگام خوابیدن با کفش داخل کیسه خواب بروید.

• هنگام شروع علائم سرمازدگی با آشامیدن مایعات داغ، حرف زدن با دوستان و ... خود را بیدار نگه دارید.



مصاحبه

بیت

مصاحبه با ورزشکار پیوندی

ابتدا خودتان را معرفی کنید؟

من علی حسین رحیمی هستم. متولد ۱۳۵۳ از قائمشهر مازندران.

چند سال است پیوند شده‌اید؟
حدود ۶ سال.

از چه زمانی دیالیز شده‌اید؟
از سال ۷۱.

چطور متوجه شدید که کلیه‌هایتان از کار افتاده‌اند؟

از دو سالگی ناراحتی کلیه‌ام شروع شد. ابتدا در اثر سرماخوردگی به پزشک مراجعه کردم. بعد از یک سال متوجه شدم کلیه‌هایم چرکی شده است. مدت ۱۵ سال ناراحتی کلیه داشتم. بعد از ۱۵ سال کلیه‌هایم از کار افتاد. بعد از دو سال در ۲۷ بهمن ۷۱ پیوند شدم.

زمانی که دیالیز می‌شدید چه مشکلاتی داشتید؟

در اوایل که امکانات دیالیز کم بود مشکل رفت‌وآمد داشتم. چون ساکن مازندران بودم. مدت یک سال در بیمارستان هاشمی‌نژاد تهران دیالیز می‌شدم. بعد از آن در قائمشهر دیالیز شدم که بحمدالله در حال حاضر مشکلات دیالیز تا حدی حل شده و در اکثر شهرها دستگاه دیالیز هست و بیماران مجبور به آمدن به تهران نیستند. مشکلات دیگر کمبود اریتروپویتین است.

چه کسی به شما کلیه داد؟

در ابتدا قرار بود از مادرم بگیرم. آزمایش‌های اولیه انجام شد، اما نتایج آزمایش نهایی مثبت نبود به این دلیل از یک فرد غریبه گرفتم.

از آن به بعد مشکل خاصی نداشتید؟

در طول ۶ سال گذشته که پیوند شده‌ام مشکل خاصی نداشتم.

داروهایی که باید بعد از پیوند استفاده کنید
براحتی فراهم می‌شود؟

تقریباً مشکلی ندارم ولی گاهی کمبودهایی وجود دارد.

شما بیمه هستید؟

بیمه خدمات درمانی هستم.

مشکلی با بیمه ندارید؟

خیر، فقط باید هزینه بدهیم که هزینه آزمایش‌ها بسیار سنگین است.

چه مدت درس خوانده‌ای؟

من دیپلم دارم. همان وقتی که دیالیز می‌شدم و پیوند زدم، درس هم می‌خواندم تا دیپلم گرفتم. اگر خدا بخواهد از بهمن‌ماه در دانشگاه مشغول خواهم شد.

در چه رشته‌ای؟

تربیت‌بدنی

شما ورزش هم می‌کنید؟ مقداری راجع به این موضوع و فعالیت‌های ورزشی خود صحبت کنید؟

چون خانواده‌ام اهل ورزش بودند و چهار نفر از خانواده‌ام لیسانس تربیت‌بدنی دارند من هم به ورزش روی آوردم. ورزش برای سلامتی خوب است. حتی زمانی که دیالیز می‌شدم ورزش می‌کردم و در این میان مقام سوم تنیس روی میز شهرم را کسب کردم و هیچ وقت ورزش را کنار نگذاشتم تا اینکه بعد از عمل پیوند هم ورزش را ادامه دادم.

در سال ۷۴ مقام سوم در رشته تیراندازی تفنگ بادی جوانان در سطح کشور و مقام اول در استان مازندران را به دست آوردم. در حال حاضر در رشته تنیس روی میز و تیراندازی و دوچرخه‌سواری هم فعالیت می‌کنم.

شما از مردم و مسئولین چه انتظاری دارید؟

از مردم عزیز به خاطر کمک‌هایشان تشکر می‌کنم و می‌خواهم توجه بیشتری به این بیماران داشته باشند.

از مسئولین می‌خواهم برای جوانانی که پیوند می‌کنند با توجه به هزینه‌های سنگین دارو و آزمایش‌ها فکری بکنند. چون بعد از پیوند نیاز به حمایت و اشتغال دارند و برای بیماران بزرگسال هم داروها فراهم شود.

شما در مسابقات خارج از کشور هم شرکت داشتید؟

چهار سال پیش مطلع شدم برای کسانی که پیوند می‌شوند مسابقاتی به نام مسابقات جهانی پیوند در نظر گرفته‌اند که چهار سال پیش این مسابقات در کانادا و دو سال پیش در انگلستان برگزار شد که متأسفانه من نتوانستم در این مسابقات شرکت کنم. اما در

یازدهمین دوره این بازیها که در سیدنی استرالیا بود شرکت کردم و افتخار داشتم که به عنوان تنها ورزشکار ایرانی پرچم پرافتخار جمهوری اسلامی ایران را در بین ۵۳ کشور جهان به اهتزاز در آورم و در رشته تنیس روی میز مقام ششم را در بین ۵۳ کشور به دست آوردم.

این مسابقات در سطحی بالا و باشکوه خاصی انجام شد، مسابقات یک پیام داشت: «دوستی و آگاهی دادن مردم نسبت به این مطلب که بیماران پیوندی توان انجام امور خود را دارند». شایان ذکر است که مسئولین سازمان تربیتبدنی نیز کمک و حمایت زیادی در این جهت نمودند.

نظر تان راجع به بنیاد چیست؟

من تا ۵-۶ ماه پیش از تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص خیر نداشتم تا اینکه خبری در مورد آن در روزنامه همشهری خواندم. تنها مسأله‌ای که هم برای من و هم برای خانواده‌ام و مردم بسیار جالب است و از این فعالیت بنیاد بسیار خوشحال شدیم، این بود که در سال ۷۶ بیش از ۱۲۰۰ پیوند کلیه انجام شده که همگی با کمک بنیاد توانسته بودند عمل پیوند را به راحتی انجام دهند. در شمال کشور تعدادی از جوانان با کمک بنیاد توانستند پیوند شوند و به زندگی عادی خود برگردند و همگی از این مسئله خوشحال هستند. من به سهم خودم از این اقدام انسانی بنیاد امور بیماریهای خاص تقدیر و تشکر می‌کنم و امیدوارم این کار انسانی ادامه پیدا کند تا همه جوانان دیالیزی بتوانند پیوند شوند.

از کارهای دیگر این بنیاد تهیه دستگاه‌های دیالیز برای نقاط مختلف کشور است که در واقع اقدامات خوبی انجام شده است. در اکثر شهرها مرکز دیالیز راه‌اندازی شده و دیگر بیماران مجبور به عزیمت به تهران یا مرکز استان نیستند که این امر هم قابل تقدیر است.

دقت‌رچه بیمه خدمات درمانی بیماران خاص هم اقدام خوبی بود که بیماران می‌توانند از تسهیلات آن استفاده کنند.

چه پیامی برای بیماران دیالیزی و پیوندی دارید؟

بیماران دیالیزی باید دستگاه دیالیز را دوست خودشان بدانند مانند یک ورزشکار که توپ را دوست خودش می‌داند و هفته‌ای دو سه بار برای تمرین به ورزشگاه می‌رود. بیماران دیالیزی باید روحیه خوبی داشته باشند و سعی کنند همیشه در اجتماع حضور داشته باشند.

بیماران دیابتی از مشکلات سخن می‌گویند.

خانم مطلق به عنوان مادر یک بیمار دیابتی می‌گوید:

مدتی است نوار تست قند خون نایاب شده و علیرغم داشتن دستگاه اندازه‌گیری قندخون بیماران دیابتی برای کنترل قند خون دچار مشکل شده‌ایم. پسر من ۹ ساله است و در طی روزهای گذشته به دلیل تحت کنترل نبودن قند خون دچار هیپوگلیسمی شده که مجبور به تزریق آمپول گلوکاگن شده‌ایم که خرید این آمپول هم هزینه زیادی در بردارد.

در گذشته نوارهای اندازه‌گیری قندخون از طریق شرکت دانش‌افزار توزیع می‌شد اما در حال حاضر به علت مشکلات ارزی و گمرکی نتوانسته‌اند نوار قند خون وارد کنند.

• بیمار دیابتی دیگری می‌گوید: من مدت ۲۳ سال است به بیماری دیابت مبتلا می‌باشم یعنی از سن ۳ سالگی. در اوایل کسی درباره این بیماری چیزی زیادی نمی‌دانست اما خوشبختانه در حال حاضر اطلاعات بیشتری نسبت به این

خوب است پوستری چاپ شود و در مراکز مختلف توزیع و نصب شود که مردم بدانند با یک بیمار دیابتی باید چگونه رفتار کنند و اگر قند خون یک بیمار پایین آمد چه اقداماتی انجام دهند.

بیماری وجود دارد.

خانم هاشمی در سمینار روز جهانی دیابت گفتند تهیه انسولین بیماران به ما ارتباطی ندارد و بر عهده وزارت بهداشت است. من می‌خواهم به مسئولین وزارت بهداشت بگویم برای درمان دیابت اولین گام تهیه انسولین است و برای بیماران جنبه حیاتی دارد.

از خانم هاشمی می‌خواهیم به عنوان نماینده بیماران دیابتی مسایل و مشکلات ما را به مسئولین منتقل کنند.

• یک خانم دیابتی کارمند وزارت علوم نیز درباره مشکلات خود چنین گفته است: من سالهاست مبتلا به دیابت هستم.

قبل از انقلاب سرنگ و انسولین و آزمایش‌های مورد نیاز بیماران دیابتی رایگان بود و تا سال ۷۵ هر سرنگ ۱۰ ریال و انسولین ۳۰۰ ریال بود. در حال حاضر تست سرنگ به ۳۰ تومان افزایش یافته و برای کلیه آزمایش‌ها باید پول زیادی پرداخت کنیم که همه بیماران توان پرداخت این هزینه‌های سنگین را ندارند.

باید ترتیبی اتخاذ شود تا بیماران دیابتی هم بتوانند مانند بیماران تالاسمی و هموفیلی از درمان رایگان بهره‌مند شوند.

خوب است پوستری چاپ شود و در مراکز مختلف توزیع و نصب شود که مردم بدانند با یک بیمار دیابتی باید چگونه رفتار کنند و اگر قند خون یک بیمار پایین آمد چه اقداماتی انجام دهند.

نمایشگاه‌ها و سمینارها در پاییز سال جاری است به شرح زیر می‌باشد:

نمایشگاه بین‌المللی تهران

بنیاد امور بیماریهای خاص یکی از شرکت‌کنندگان بیست و چهارمین نمایشگاه بین‌المللی تهران در تاریخ ۱۷-۹ مهرماه سال جاری بود که غرفه‌ای در محل سالن شماره ۱۷ به آن اختصاص دادند. همکاران بنیاد در طول برگزاری نمایشگاه علاوه بر آشنا کردن مراجعین با فعالیت‌های مختلف بنیاد و پاسخگویی به سؤالات آنها در ارتباط با بیماری‌های خاص بروشورها و کتابچه‌های آموزشی را در بین بازدیدکنندگان توزیع کردند. از دیگر فعالیت‌های بنیاد در این نمایشگاه توزیع برگه‌های علایم هشداردهنده سرطان در روز جهانی سرطان، توزیع برگه‌های همیاری با بنیاد در طول نمایشگاه، فروش پیک خاص، پخش تیزر معرفی بنیاد در داخل غرفه و جلب حمایت‌های مردمی و شرکتهای غرفه‌دار در نمایشگاه بود.

تعداد بازدیدکنندگان غرفه به طور متوسط روزانه هزار نفر بودند.

نمایشگاه در سمینار جهانی تالاسمی (TIF)

بنیاد امور بیماریهای خاص در سمینار جهانی تالاسمی "TIF" که از تاریخ ۲۲-۱۹ مهر ماه در هتل آزادی برگزار گردید دارای غرفه‌ای بود که با استقبال جمعی از پزشکان مواجه گردید.

نمایشگاه سمینار قلب و عروق تهران

بنیاد امور بیماریهای خاص در یازدهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران که از تاریخ ۳۰ مهرماه به مدت چهار روز در

ساختمان اجلاس سران برگزار گردید، غرفه‌ای به خود اختصاص داده بود. بازدیدکنندگان این غرفه پزشکان متخصص قلب و عروق کشور، پزشکان متخصص دیگر رشته‌ها، پزشکان عمومی، دانشجویان پزشکی، سوپروایزرهای بیمارستانهای کشور، پرستاران و همچنین تولیدکننده‌ها و واردکننده‌های لوازم پزشکی و دارویی بودند.

استقبال از غرفه بنیاد بسیار عالی بود و فعالیت‌های آموزشی بنیاد توجه بسیاری از مراجعین را به خود جلب کرده بود. قابل ذکر است که حضور بنیاد در این نمایشگاه بسیار مؤثر بود.

نمایشگاه سمینار پزشکی جغرافیایی شیراز

به بنیاد امور بیماریهای خاص در یازدهمین همایش بین‌المللی پزشکی جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اولین همایش طب سرپایی ایران از تاریخ ۱۲-۹ غرفه‌ای اختصاص یافته بود. پزشکان و پرستاران بازدیدکنندگان این غرفه بودند که همکاران بنیاد با معرفی بنیاد و فعالیت‌های آن و همچنین ارائه نمونه‌هایی از کارهای آموزشی توجه بازدیدکنندگان را به خود جلب نمودند.

نمایشگاه روز جهانی دیابت

بنیاد امور بیماریهای خاص یکی از شرکت‌کنندگان حاضر در سمینار روز جهانی دیابت بود که در تاریخ ۲۱ آبان ماه در مکان دانشگاه تهران برگزار گردید. کارهای آموزشی بنیاد امور بیماریهای خاص از جمله کتابچه‌ها، جزوه‌ها، بروشورها و فیلم‌های آموزشی در رابطه با بیماری دیابت در این سمینار مورد توجه بسیاری از بازدیدکنندگان قرار گرفت.



حضور بنیاد امور بیماریهای خاص در نمایشگاه‌ها و سمینارها

بنیاد امور بیماریهای خاص به منظور تحقق برخی از اهداف خود از جمله ارتقای سطح آگاهی و آموزش بیماران خاص، خانواده آنان و کل افراد جامعه و همچنین ایجاد ارتباط با مردم بویژه بیماران خاص و اشخاص مرتبط با آنها از جمله پزشکان، پرستاران، پرسنل بیمارستانها و درمانگاه‌ها و خانواده این بیماران و نیز جلب حمایت‌های مردمی برای کمک به تجهیز و راهاندازی مراکز درمانی خاص در کشور سعی دارد با شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارها و ارائه کارهای آموزشی بنیاد ارتباطات خود را با مردم جامعه هر چه بیشتر تحکیم بخشد. از جمله این فعالیتها حضور بنیاد در

نمایشگاه و سمینار مادر و کودک در کشور دُبی (۲۶-۲۳ آبان ماه)

بنیاد امور بیماریهای خاص با حضور فعال خود در نمایشگاه و سمینار مادر و کودک و ارائه بروشورهای آشنایی با بنیاد به زبان انگلیسی، عربی و فارسی و همچنین ارائه کارهای آموزشی بنیاد برای ایرانیان مقیم دُبی، توجه بازدیدکنندگان را به خود جلب نموده بود.

همچنین در گردهمایی که در هتل اینترکننتینانتال دُبی توسط ایرانیان مقیم آن کشور ترتیب داده شده بود، بنیاد با ارائه کارهای آموزشی و پخش تیزر تلویزیونی آشنایی با بنیاد جلب حمایتهای آنان را خواستار شد.

نمایشگاه سمینار مرگ مغزی و نمایشگاه سمینار پرستاری و سرطان

بنیاد امور بیماریهای خاص غرفه‌ای در تاریخ ۳۰ آبان ماه در سمینار مرگ مغزی و همچنین غرفه‌ای در تاریخ ۴-۳ آذرماه در سمینار پرستاری و سرطان در محل بیمارستان شرکت نفت به خود اختصاص داده بود که با استقبال پزشکان، پرستاران، پرسنل بیمارستانها و عامه مردم روبرو گشت.

نمایشگاه سمینار داوطلبین

بنیاد امور بیماریهای خاص در سمینار داوطلبین که برای اولین بار در کشور توسط انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۱۹ آذرماه در محل ساختمان فرهنگی، ورزشی وزارت کار برگزار گردید، شرکت نمود که مورد استقبال جمعی از

پزشکان، ماماها، دانشجویان و عامه مردم قرار گرفت.

نمایشگاه بین‌المللی کیش

بنیاد امور بیماریهای خاص در اولین نمایشگاه بین‌المللی کیش از تاریخ ۲۰-۱۳ آذر ماه شرکت نمود. در این راستا جلب حمایت‌های مردمی در این نمایشگاه هدف عمده غرفه بنیاد بود.

برگزاری نمایشگاه و بازار نیکوکاری

اولین نمایشگاه و بازار نیکوکاری گروه حمایت از بیماران سرطانی برگزار شد. در این نمایشگاه که با هدف کمک به بیماران سرطانی و با همت جمعی از افراد خیر از ۲۵ الی ۲۷ آذر در مجتمع کامپیوتر پایتخت برپا شده بود کالاهای مختلف شامل کالاهای فرهنگی صنایع دستی و تزئینی، صنایع بهداشتی و آرایشی، پوشاک و مواد غذایی در بیش از ۵۰ غرفه به معرض فروش گذاشته شد. در مراسم افتتاح این نمایشگاه که با حضور میهمانان داخلی و خارجی انجام شد دکتر باقر لاریجانی دبیرکل بنیاد امور بیماریهای خاص با اشاره به مشکلات عدیده بیماران سرطانی و ضرورت کمک افراد خیر به این بیماران گفت: بیماری سرطان دومین علت مرگ و میر در جهان است که در کشور ما نیز تعداد بسیاری از هموطنانمان به این بیماری مبتلا هستند که برای درمان این بیماران سالانه میلیاردها ریال هزینه می‌شود. درمان هر بیمار سرطانی به طور متوسط در کشور ما حدود ۵-۲ میلیون تومان هزینه دارد.

وی افزود: تاکنون ۸۰۰ ماده سرطانزا شناخته شده است که توجه به مسایل

بهداشتی و پیشگیری از سرطان را ضروری می‌سازد. دکتر لاریجانی گفت: گروه حمایت از بیماران سرطانی در قالب واحد مشارکتهای مردمی بنیاد امور بیماریهای خاص شکل گرفته و سعی دارد تا با جمع‌آوری کمک‌های مردمی زمینه کمک‌رسانی افراد خیر به بیماران را به‌طور مستقیم فراهم سازد.

دکتر انصاری - رئیس سازمان بهزیستی نیز در بازدید از این نمایشگاه با اشاره به ریشه‌دار بودن فرهنگ کمک و نودوستی در کشور گفت: انسانهای نیازمند به ما نیاز ندارند بلکه این ما هستیم که نیازمند ایشان هستیم تا دین خود را به آنها ادا نماییم و امور خیر را سرلوحه زندگی خود قرار دهیم.

دکتر انصاری افزود:

ر حال حاضر بخش مهمی از مشکلات بیماران صعب‌العلاج و نیازمندان در دنیا با مشارکت مردم و توسط سازمانهای غیردولتی حل می‌شود که حضور در چنین سازمانها و فعالیتهایی نیاز به عشق و علاقه و همبستگی دارد که این روحیه در افراد نیکوکار و مردم کشور ما وجود دارد.

مریم مرعشی - دبیر گروه حمایت از بیماران سرطانی نیز با اشاره به هدف این گروه که مشارکت افراد خیر و نیکوکار برای کمک‌رسانی به بیماران به‌طور مستقیم می‌باشد، از همه مردم نیکوکار و افراد خیر دعوت کرد تا به شکرانه سلامت خود با همکاری با این گروه گامی در جهت همیاری به بیماران سرطانی و نیازمند بردارند.

وی افزود:

افراد علاقه‌مند برای حضور در نمایشگاه‌های دیگری که به‌طور مستمر توسط این گروه برگزار می‌شود می‌توانند با بنیاد امور بیماریهای خاص تماس حاصل نمایند.

دیابت می‌شود. از این رو به عنوان یکی از ارکان اساسی درمان دیابت محسوب می‌گردد.

۶- تغذیه و دیابت:

یکی از ارکان اساسی آموزش، رعایت اصول تغذیه صحیح است، به این دلیل بیماران دیابتی باید با نحوه تغذیه و انواع آن آشنایی کامل داشته باشند. در این کتاب اصول تغذیه در بیماران دیابتی به اجمال آورده شده است.

۷- یک دیابتی چه باید بکند؟

در این کتاب کلیاتی راجع به دیابت آورده شده است. یکی از مطالب مهم و مورد توجه در این جزوه آموزش بیماران دیابتی نوع دوم می‌باشد.

۸- دیابت سالمندان:

سالمندان دیابتی نیاز به مراقبت‌های خاصی دارند. این مراقبت‌ها به منظور پیشگیری از بروز عوارض احتمالی و همچنین کنترل آن می‌باشد. در این کتابچه به کلیه مراقبت‌ها در این زمینه اشاره می‌گردد.

۹- آموزش والدین کودک مبتلا به دیابت:

والدین کودکان مبتلا به دیابت باید در این رابطه آموزش‌هایی فراگیرند. در این کتاب آموزش‌های لازم در خصوص پیشگیری، کنترل و همچنین درمان این بیماری به تفصیل آورده شده است.

۱۰- رتینوپاتی و دیابت:

مشکلات چشمی در بیماران دیابتی باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد تا به مسایل جدی‌تر و در نهایت به نابینایی منجر نگردد.

۲- سفر و دیابت:

هنگام مسافرت به علت تغییر در برنامه‌های روزانه، کسب آمادگی برای پیشگیری از بروز مشکلات احتمالی ضروری است. در این کتاب مطالبی در خصوص تنظیم انسولین و مراقبت‌های ویژه در مسافرت‌های طولانی آورده شده است.

۳- قرصهای خوراکی پایین‌آورنده قندخون:

قرصهای ضد دیابت با تحریک سلولهای تولیدکننده انسولین در لوزالمعده سبب کاهش قندخون می‌شوند. در این کتاب کلیه آموزش‌های لازم در خصوص افراد دیابتی نوع دوم که قرص خوراکی دریافت می‌کنند، آورده شده است.

۴- دیابت حاملگی:

در طی حاملگی بدن دستخوش تغییرات خاصی می‌شود. یکی از این مشکلات دیابت حاملگی است. در این مجموعه اطلاعات عمومی پیرامون دیابت، دیابت حاملگی آورده شده که به صورت پرسش و پاسخ مطرح گردیده است.

۵- خودآموز تزریق انسولین:

مطالعات نشان می‌دهد که تزریق صحیح انسولین در کنترل دیابت بسیار مؤثر می‌باشد. در این مجموعه کلیه آموزش‌های لازم پیرامون تزریق انسولین و نگهداری انسولین آورده شده است. لازم به ذکر است که این مطالب به صورت پوستره‌های دیواری



انتشارات بنیاد امور بیماریهای خاص

دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی جهان محسوب می‌شود که حدود ۱۵۰ میلیون نفر در دنیا و بیش از ۵٪ جمعیت کشورمان بدان مبتلا می‌باشند.

هدف از درمان بیماران دیابتی کنترل بیماری می‌باشد و این هدف جز در صورت وجود یک تیم و برنامه آموزشی مدون و انجام تمام سطوح پیشگیری تأمین نخواهد شد. از این رو بنیاد امور بیماریهای خاص به منظور افزایش سطح آگاهی و عملکرد مبتلایان به دیابت، مجموعه کتابهای آموزشی دیابت را به چاپ رسانیده است.

۱- دیابت، ورزش، کنترل قند:

انجام فعالیت‌های ورزشی به کنترل وزن بیماران دیابتی کمک بسزایی می‌کند. انجام ورزش همراه با رژیم غذایی باعث کنترل بهتر



در این کتاب مجموعه آموزشهای لازم در این زمینه آورده شده است.

۱۱- دیابت و قلب:

بیماریهای قلب و عروق یکی از علل مرگ و میر در بیماران دیابتی به شمار می رود. در این کتاب عوامل خطر در بیماریهای قلب و عروق به تفصیل آورده شده و همچنین مراقبت های لازم در این زمینه شرح داده شده است.

۱۲- بروشور دیابت و کلیه ها:

بیماران دیابتی باید به دقت از کلیه های خود مواظبت کنند. در این بروشور مطالب

آموزشی در این زمینه آورده شده است.

۱۳- کتو اطلاعات دیابت:

در این کتو کلیه اطلاعات لازم در زمینه بیماری دیابت از درمان تا مراقبت مطرح گردیده است.

کلیه انتشارات بنیاد همراه با فیلم آموزش مراقبت از خود در جعبه آموزشی جمع آوری شده است و به صورت سیستم آموزش جعبه ای توزیع می گردد. همچنین دو پوستر آموزشی با عناوین:

۱- آموزش مراقبت از پا در مبتلایان به

دیابت

۲- آموزش تزریق انسولین

نیز به چاپ رسیده است.

مرگ مغزی:

در هفته حمایت از بیماران کلیوی بنیاد امور بیماریهای خاص سمیناری تحت عنوان مرگ مغزی و پیوند اعضا برگزار نمود.

به همین مناسبت کتابچه آموزشی ای تحت عنوان «مرگ مغزی چیست؟» به چاپ رسید در این کتابچه مقدمه ای در خصوص آناتومی مغز و تعریف مرگ مغزی آورده شده است، سپس فتاوی مراجع تقلید در این رابطه نیز ذکر گردیده است. در پایان پیشنهادهای جهت استفاده از اعضای مرگ مغزی آورده شده است.

گزارشی از سمینار بزرگداشت روز جهانی دیابت

آموزش شرط فایق آمدن بر دیابت است

به مناسبت فرارسیدن سالروز جهانی دیابت، به همت انجمن دیابت ایران و کمیته کشوری دیابت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پنجشنبه ۲۱ آبان «سمینار بزرگداشت روز جهانی دیابت» در دانشگاه تهران برگزار شد.

دکتر علی اکبر سیاری معاون بهداشتی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این سمینار ضمن تجلیل از خدمات مرحومه مهندس فاطمه حمزه‌ای طالقانی محقق، نویسنده و یکی از بنیانگذاران انجمن دیابت ایران طی سخنانی گفت: طرح ملی دیابت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است و در صورت تخصیص بودجه و همچنین امکانات لازم برای این طرح می‌توان آن را در کشور اجرا نمود. طرح ملی دیابت در سال ۷۰ طراحی شده بود و مدتی نیز در سه استان کشور اجرا شد؛ ولی این طرح در سالهای ۷۱ و ۷۲ به دلیل کمبود دارو، سرنگ، آزمایشگاه، وسایل آزمایشگاهی و همچنین کمبود اعتبار اجرای این طرح متوقف شد.

ایشان چنین ادامه داد: در حال حاضر قصد داریم این طرح را در آذر ماه سال جاری در تعدادی از دانشگاه‌های کشور اجرا کنیم. اما برای اجرای این طرح به اعتبارات لازم، سرنگ و انسولین برای دیابتی‌هایی که شناسایی شده‌اند، تجهیزات آزمایشگاهی برای ۲۲۰۰ مرکز بهداشت و درمانی روستایی نیاز است. ضمن اینکه طرح ملی دیابت

طی سالهای ۷۶ و ۷۷ تکمیل‌تر شده و متون آموزشی آن نیز آماده است.

معاون بهداشتی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اشاره به این نکته که اجرای طرح ملی دیابت از نظر اقتصادی به نفع مردم کشور است، گفت: پیش‌بینی شده است که حدود ۲۳ میلیارد تومان در سال صرف درمان بیماری دیابت شود. به طور قطع در مدتی که این طرح اجرا نشده، تعداد زیادی از دیابتی‌ها دچار عوارض قلبی و عروقی، کلیوی، چشمی، عصبی و... شده‌اند. به همین دلیل عوارضی که دیابتی‌ها به آن مبتلا شده‌اند، از نظر اقتصادی هزینه بسیار زیادی برای مردم و دولت دربرداشته است، اما متأسفانه تا به امروز نتوانستیم امکانات مادی و تجهیزات لازم برای اجرای این طرح را فراهم کنیم.

دکتر سیاری در بخش دیگری از سخنان خود به مشکلاتی که عوارض تغذیه و سوتغذیه برای مردم ایجاد می‌کند، اشاره کرده و افزودند: «صد سال پیش مردم بیشتر دچار سوتغذیه می‌شدند. اکنون در غرب نیز شاهد عوارض تغذیه یا شهرنشینی هستیم. مادر حال حاضر در کشورمان با هر دو مشکل مواجه شده‌ایم. یعنی گروهی از مردم از یک طرف دچار سوتغذیه هستند و از طرف دیگر گروهی نیز به عوارض تغذیه یا شهرنشینی دچار شده‌اند. یعنی هم مشکل حال حاضر غرب و هم مشکل صد سال پیش را در کشور مشاهده می‌کنیم. از این رو تلاش

ما باید دو جنبه داشته باشد.»

وی تصریح کرد: در حال حاضر ۱۶ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار سوتغذیه هستند. همچنین ۵۰ درصد خانم‌هایی که بین ۱۵ تا ۴۰ سال سن دارند، دچار کمبود آهن هستند و از طرفی نیز دچار مسئله افزایش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عروقی و همچنین افزایش دیابت هستیم که به دلیل عدم تحرک، عوارض ناشی از شهرنشینی و نوع تغذیه صورت می‌گیرد.

وی اظهار امیدواری کرد که با تلاش متخصصان و سرمایه‌گذاری دولت و خواست و اراده مردم طرح ملی کنترل دیابت اجرا شود و افزود: به طور قطع با اجرا این طرح و ارائه آموزش‌های لازم که در راس آن قرار دارد، می‌توان بسیاری از عوارض دیابت را کاهش داد و طول عمر مبتلایان را بیشتر کرد. می‌دانیم که طول عمر افرادی که در سن ۴۰ سال به بالا مبتلا به دیابت می‌شوند، حدود ۱۰ سال کم می‌شود. بنابراین می‌توان کاهش طول عمر افراد دیابتی را کنترل نمود. از این رو گروه‌های پزشکی دو وظیفه عمده و خطیر را برعهده دارند. یکی اینکه طول عمر مردم را بیشتر کنند. دیگر اینکه توان جسمی و روحی آنها را افزایش دهند. ماموریت پزشکان با اجرای این طرح در زمینه دیابت تحقق می‌یابد.

در ادامه این سمینار آیت‌الله عباسعلی عمید زنجانی با اشاره به این نکته که پزشکی در ایران هنوز جایگاه خود را پیدا نکرده است، گفت: ما امروز در زمینه پزشکی شاهد وضعیتی هستیم که از نظر اعتقادی و مبانی اسلامی وضعیت مطلوبی نیست. پزشکی ما هنوز جایگاه خود را نیافته است و ما به پزشکی همان‌طور نگاه می‌کنیم که در غرب به آن نگاه می‌کنند. پزشکی در غرب یک حرفه و وسیله درآمد و زندگی کسانی است که این رشته را آموخته‌اند. یعنی در غرب به یک پزشک به عنوان کسی که درس خوانده است تازندگی کند، نگرسته می‌شود اما در اسلام پزشکی یکی از ارکان مهم کشور تلقی می‌شود.

وی ادامه داد: تا زمانی که پزشکی در کشور اسلامی ما جایگاه واقعی خود را پیدا نکند، در همه فعالیت‌هایی که در زمینه پزشکی شامل پیشگیری و درمان صورت می‌گیرد، دنباله‌رو غرب خواهیم بود. آیت‌الله زنجانی با استناد به حدیثی از پیامبر اکرم (ص) تأکید کرد.

رسول اکرم (ص) فرموده اند جامعه به سه طیف نیاز مبرم دارد. اگر این سه طیف یا نهاد در جامعه جایگاه خودش را پیدا نکند، جامعه به هدف خود نمی رسد. این سه طیف عبارتند از فقهای که عاقل باشند، امرایی که مطاع باشند و پزشکانی که بصیر باشند. یعنی پزشکی در ردیف صنعت و وزارت و زراعت و حرفه های دیگر نیست بلکه پزشکی در ردیف دولت و ققاهت است. اگر جامعه نیاز به نهاد دولت دارد، به نهاد دیگری که رکن اصلی سلامت است نیز نیاز دارد. بنابراین پزشکی در جامعه ما نباید در حد وزارتخانه باشد. ما علم را از غرب با همه فرهنگ آن پذیرفته ایم که نباید اینگونه باشد.

وی در ادامه سخنانش در مورد فقه طبابت اظهار داشت: فقه طبابت شامل احکام و مقرراتی درباره بیماران و پزشکان است. همچنین شامل وظایفی است که دولت در قبال مسئله پزشکی برعهده دارد. این موارد در مجموع فقه طبابت را شامل می شود. امروز در جامعه اقتصاد جایگاه خودش را پیدا کرده از این رو فقه اقتصاد ما مشخص است. در زمینه سیاست هم همین طور است. کتاب های بسیار زیادی درباره فقه سیاست نوشته شده است. ولی در بخش فقه طبابت تنها جزواتی ۱۰۰ صفحه ای مشاهده می شود. در زمینه اخلاق پزشکی نیز به مسائلی خیلی کوچک اشاره شده است. به عنوان مثال، اینکه رابطه پزشک مرد با بیمار زن و یا پزشک زن با بیمار مرد چگونه باید باشد. در حالی که فقه طبابت وسیع تر و گسترده تر از این

مسائل است.

وی تصریح کرد: زمانی که جامعه خود را نهادینه کردیم، نهادهای آن را از جای دیگر اقتباس کردیم. ولی اگر نهادهای ما برگرفته از قوانین اسلامی بود به جایگاه رفیع تری دست پیدا می کردیم. بنابراین چون سلامت حرف اول را می زند، در دین اسلام پزشکی نیز رکن سوم جامعه تلقی می شود. در دستورات جزایی اسلام نیز دو جرم بزرگ وجود دارد. براساس این دستورات دولت موظف است فقهای فاسد را حبس کند و طبیعی را که کاردان نیست و به طبابت می پردازد، زندانی کند. این دو جرم بزرگ است که جامعه را بیمار می کند.

سپس خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص ضمن قدردانی از تلاش دست اندرکاران برگزاری سمینار بزرگداشت روز جهانی دیابت طی سخنانی اظهار داشت: در حال حاضر در کشور ما وقتی شخصی مبتلا به بیماری دیابت می شود، نمی تواند در زمینه درمان و کنترل بیماری خود کاری صورت دهد. درمان و کنترل بیماری دیابت نیاز به یک تیم درمانی کامل شامل پزشک، پرستار، اعضای خانواده، مددکار اجتماعی، انجمن های حمایت و گروه های مختلفی دارد که به فرد دیابتی در همه زمینه ها کمک کند.

خانم هاشمی در ادامه سخنانش با تأکید بر این نکته که شعار اتحادیه بین المللی دیابت این جمله است که «وقتی همه با هم کار کنیم، توانا تر می شویم

و بهتر می توانیم کار کنیم» چنین گفت:

بنابراین باید شعار اتحادیه بین المللی دیابت را منشا کار خود قرار دهیم و آن را دنبال کنیم.

رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص افزود: براساس گزارش اتحادیه بین المللی دیابت در حال حاضر در سراسر جهان بیش از ۱۴۰ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند. همچنین پیش بینی شده است که این تعداد در سال ۲۰۲۵ به حدود ۳۰۰ میلیون نفر می رسد. باتوجه به اینکه دیابت دارای عوارض گوناگونی بوده و تعداد مبتلایان به دیابت نیز در کشور ما در حال افزایش است، می بایست در زمینه پیشگیری دیابت، کنترل آن و ارائه آموزش های لازم در این زمینه کارهای فراوانی صورت پذیرد. در حال حاضر در کشور ما حدود ۷ درصد افراد زیر ۲۰ سال، بین ۴-۳ درصد افراد زیر ۴۰ سال مبتلا به دیابت هستند. از طرفی بین ۵۰-۳۰ درصد بیماران مبتلا به دیابت، اصولاً نمی دانند که دچار این بیماری هستند. بنابراین برای کنترل بیماری دیابت نیاز به عزم ملی و مشارکت ملی داریم که البته می بایست این کار از مجرای دولت صورت پذیرد.

خانم هاشمی با اشاره بر تأکید بنیاد امور بیماریهای خاص بر درمان و پیشگیری این بیماری گفت، بیماران مبتلا به دیابت برای درمان خود با مشکلات فراوان روبرو هستند. ما معتقدیم که باید با راحتی امکانات درمانی در اختیار مبتلایان دیابت قرار گیرد و این امکانات در سراسر کشور وجود داشته



انجمن زیرمجموعه فدراسیون بازیهای همگانی است. امیدواریم ظرف یک یا دو ماه آینده از طریق بخشنامه‌هایی که از سوی سازمان تربیت بدنی صادر می‌شود، بتوانیم محیطی مناسب برای ورزش این بیماران آماده کنیم.

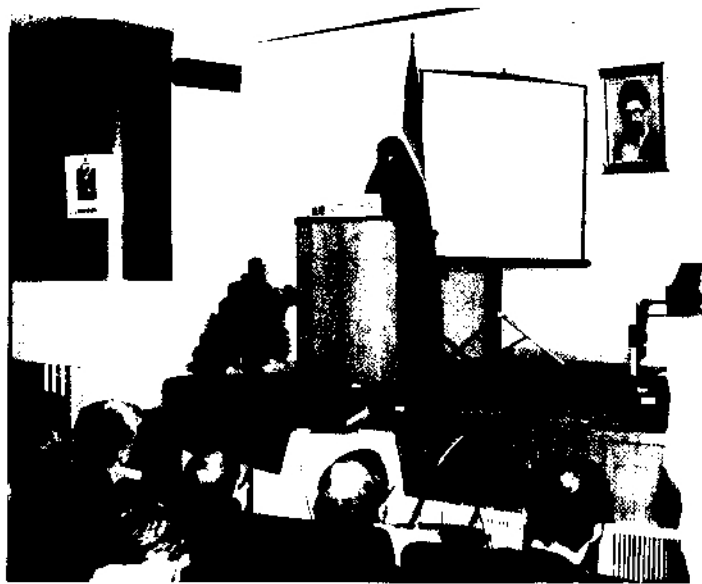
ایشان در بخش دیگری از سخنان خود یادآور شدند:

بنیاد امور بیماریهای خاص می‌تواند از نظر مادی و معنوی و همچنین ارائه آموزش‌های لازم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری کنند. البته همان‌طور که می‌دانیم مشکلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زیاد است ولی دلیل نمی‌شود که کارها را نیمه تمام بگذاریم. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند هماهنگی‌های لازم میان انجمن‌ها و سازمان‌های غیردولتی را که در این زمینه فعالیت می‌کنند، به عمل آورد و سیاست‌ها و خطمشی‌های خود را برای آنها بازگو کند تا کارهای موازی صورت نگیرد.

خانم هاشمی اساسی‌ترین مشکل موجود را مسئله تامین دارو برای بیماران دیابتی ذکر کرد و گفت:

نامه‌های فراوانی به دست ما رسیده که در همه این نامه‌ها از کمبود انسولین و دارو شکایت شده است. فکر می‌کنم که باید سیاست صحیحی را برای تامین دارو و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیماران دیابتی دنبال کنیم تا در سال آینده شاهد چنین مشکلاتی نباشیم.

لازم به ذکر است سمینار بزرگداشت روز جهانی دیابت پنج شنبه ۲۱ آبان ماه به کار خود پایان داد. در این سمینار دکتر فریدون عزیزی درباره کلیات و اپیدمیولوژی دیابت، دکتر محمد باقر لاریجانی درباره دیابت و حاملگی و چگونگی درمان صحیح آن و دکتر منوچهر نخجوانی درباره انسولین درمانی صحبت کردند. همچنین دکتر اسدالله رجب درباره دیابت و اثرات اقتصادی آن، دکتر سیامک معینی در رابطه با نحوه صحیح کنترل متابولیک دیابت، دکتر علی ربانی درباره تازه‌های دیابت، خاتم زهرا خاتمی درباره کمک آزمایشگاه و درمان دیابت و دکتر عیسی جلالی درخصوص روانشناسی دیابت به سخنرانی پرداختند. سمینار بزرگداشت روز جهانی دیابت با حضور گروه کثیری از دانشجویان، استادان دانشگاه، مبتلایان به دیابت و همچنین مسئولان برگزار شد.



۷۵ درصد بیماران تهرانی به هیچ عنوان با بیماری خود آشنا نیستند و نحوه مراقبت از خود را نمی‌دانند. در حالی که در شهرستانها وضعیت به مراتب بدتر از تهران است. به همین دلیل بنیاد امور بیماریهای خاص تاکید زیادی بر آموزش بیماران دیابتی و خانواده‌های آنها و پرستارانی که با آنها کار می‌کنند، دارد. در این صورت می‌توان کاری کرد تا بیماران دیابتی به ضایعات بیشتری دچار نشوند.

وی تصریح کرد: به همین دلیل بنیاد امور بیماریهای خاص برای روز جهانی دیابت ۱۵ بروشور و کتابچه تهیه کرده است تا از طریق مراکز درمانی توزیع شود و در اختیار بیماران مبتلا به دیابت، خانواده‌های آنها و همچنین پرستاران و پزشکان قرار گیرد. همچنین باتوجه به اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت اطلاعات چندانی درباره وضعیت بیماری خودشان ندارند، یک فیلم آموزشی کوتاه تهیه شده تا با مشاهده این فیلم بتوانند به آموزش‌های مورد نیاز خود دست پیدا کنند.

خانم هاشمی در ادامه سخنانش با تاکید بر اهمیت ورزش در افراد مبتلا به بیماری‌های خاص بزرگ مبتلایان دیابت گفت:

براساس هماهنگی‌های صورت گرفته با سازمان تربیت بدنی، انجمنی تحت عنوان «انجمن ورزشی» برای این بیماران تأسیس شده است. در حال حاضر اساسنامه انجمن ورزشی بیماران خاص نوشته شده و به تصویب نیز رسیده است. این

باشد. یعنی باید شرایطی فراهم شود که دیابتی‌ها در رابطه با درمان خود از نظر تامین دارو، تجهیزات مورد نیاز و کارهایی که می‌بایست برای آنها صورت گیرد، دغدغه خاطر نداشته باشند.

وی ادامه داد: در این زمینه اقدام‌هایی در سال‌های اخیر صورت گرفته است. به عنوان نمونه در سال ۷۶ بنیاد امور بیماریهای خاص با کمک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵۰ مرکز دیابت را آماده راه‌اندازی کرد، اما متأسفانه به دلیل مشکلاتی که برای دولت پیش آمد، بسیاری از این مراکز تعطیل شد.

ایشان همچنین به مسئله پیشگیری بیماری دیابت اشاره کرد و افزود: براحتی می‌توان با تبلیغ در زمینه دیابت از طریق رسانه‌ها و همچنین واحدهای بهداشتی که در سراسر کشور وجود دارد، مردم را با این بیماری آشنا کرد و نحوه کنترل و پیشگیری بیماری دیابت را برای آنها توضیح داد.

خانم هاشمی اضافه کرد: بنیاد امور بیماریهای خاص گزارشی در مورد آزمایش پرستاران و دیابتی‌ها در سطح شهر تهران تهیه کرده است. در این گزارش با پرستاران دیابتی و همچنین پرستارانی که در بخش‌های دیابتی هستند، گفت‌وگوهایی صورت گرفته است. آماری که از گزارش تهیه شده به دست می‌آید، این است که حدود ۵۰ درصد پرستاران در زمینه دیابت آموزش کافی ندیده‌اند و ۵۰ درصد دیگر در حد متوسطی آموزش دیده‌اند. همچنین حدود

کتواسیدوز دیابتی

مقدمه

کتواسیدوز دیابتی (DKA) یک اختلال متابولیک است متشکل از افزایش قند و کتون در خون، و اسیدوز متابولیک به طور همزمان، هرکدام از اختلالات فوق به تنهایی در بیماریهای متعدد دیگر دیده می شوند (شکل ۱). تظاهرات آزمایشگاهی DKA در مقایسه با اغمای هیپرگلیسمیک هیپراسمولار نان کتوتیک (HHNS) در جدول ۱ نشان داده شده است. ۱ بیماران DKA با حالت هیپراسمولار مراجعه می کنند.

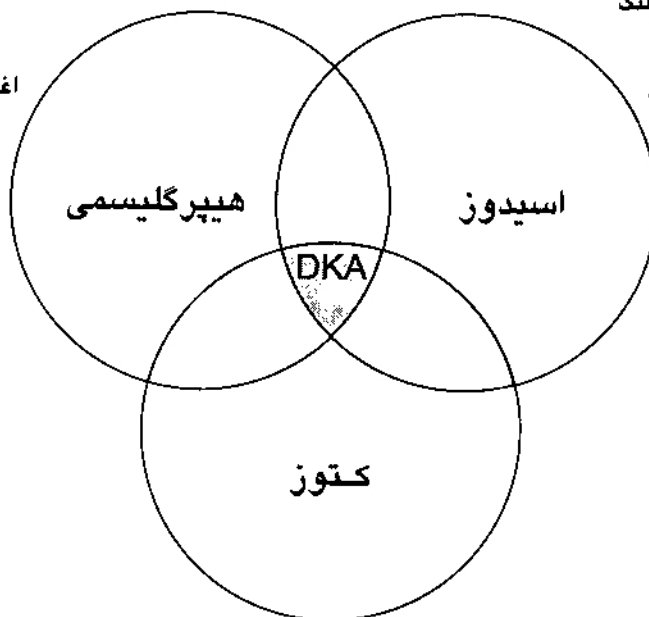
DKA بیماری شایعی است که میزان بروز آن ۱۳/۴ نفر در ۱۰۰۰ بیمار دیابتی تخمین زده شده است (۱) و مرگ و میر ناشی از DKA تا سال ۱۹۹۲ که انسولین کشف شد ۱۰۰٪ بود. تا سال ۱۹۳۲ مرگ و میر به ۲۹٪ و در سال ۱۹۸۳ به ۱۰٪ کاهش یافت در حال حاضر مرگ و میر ناشی از DKA به کمتر از ۵٪ رسیده است در حالی که مرگ و میر ناشی از HHNS همچنان بالا می باشد (۵).

DKA اکثراً در بیماران دیابتی وابسته به انسولین (IDDM) بروز می کند ولی بیماران NIDDM در شرایط خاص نیز مستعد به DKA می باشند.

- دکتر باقر لاریجانی (۱)
دکتر محسن خوش نیت نیکو (۲)
دکتر رضا برادر جلیلی (۳)
دکتر ژیلا نقیبی (۴)

موارد دیگر هیپرگلیسمی

دیابت قندی
اغمای هیپراسمولار غیر کتونی
اختلال تحمل گلوکز
افزایش قند خون ناشی



موارد دیگر اسیدوز متابولیک

اسیدوز لاکتیک
اسیدوز هیپرکلریمیک
سالیسیلیسم
اسیدوز اورمیک
اسیدوز به علت دارو

سایر موارد کتوز

افت قند خون کتوزی
کتوز الکلی
کتوز گرسنگی طولانی مدت

شکل ۱. سایر مواردی که در آنها سه پایه تشخیصی کتواسیدوز دیابتی (یعنی هیپرگلیسمی، کتوز و اسیدوز) می تواند وجود داشته باشد

Kitabchi AE, Fisher JN: Diabetes mellitus, In Glew RA, Peters SP. (eds) Clinical studies in Medical Biochemistry. New York. Oxford University press, 19987, pp 102-117

- ۱- فوق تخصص غدد درون ریز دانشیار و رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- فوق تخصص غدد درون ریز، استادیار دانشگاه شاهد
۳- محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم
۴- محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

کتواسیدوز دیابتی	HHNS	
گلوکز پلاسما (میلی گرم در دسی لیتر)	$250 <$	$600 <$
PH	$7.3 >$	$7.3 <$
HCO ₃ سرم (میلی اکی والان در لیتر)	$15 >$	$20 <$
کتون ادرار (به روش نیتروپروساید)	$3 \leq$	$1 \geq$
کتون سرم	مثبت در رقت ۱:۲	منفی در رقت ۱:۲
اسمولالیتی سرم (میلی اسمول در کیلوگرم)	متغیر	$330 mosm/kg \leq$
سدیم سرم (میلی اکی والان در لیتر)	۱۳۰-۱۴۰	۱۴۵-۱۵۵
پتاسیم سرم (میلی اکی والان در لیتر)	۵-۶	۴-۵
BUN (میلی گرم در دسی لیتر)	۱۸-۲۵	۲۰-۴۰
پپتید C* (نانومول)	۰/۲۱	۱/۱۴
اسید چرب (نانومول)	۱/۶	۱/۵

جدول ۱- مقایسه خصوصیات آزمایشگاهی کتواسیدوز دیابتی با حالت هیپرگلیسمی - هیپراسمولار غیر کتوزی در هنگام مراجعه بیماران اطلاعات برگرفته از:

Chapin M, Charbonnel B, Chupin F: C-peptide blood level in ketoacidosis and in hyperosmolar nonketotic, iabetic coma: Acta diabet Lat 18: 123, 1981

علل زمینه‌ای

معمولاً بیمار دیابتی که تحت درمان با انسولین است به علل مختلف ممکن است از حالت کنترل متابولیک خارج شود و مستعد ابتلا به DKA گردد. در یک مطالعه روی ۵۰۶ بیمار در طی ۱۵ سال توسط Krents و همکاران عفونت در ۲۸٪، مورد جدید بیماری دیابت در ۱۰٪، اشکالات کنترل قند در ۱۳٪، انفارکت میوکارد ۱٪، علل متفرقه در ۵٪ علت DKA بوده است و در ۴۳٪ موارد هیچ علت مشخصی برای ابتلا به DKA یافت نشده است (۲) در یک مطالعه دیگر در دانمارک بر روی ۱۰۶ مورد از DKA عفونت در ۳۷٪، اشکالات درمانی در ۲۱٪، داروها و الکل ۱۰٪، علل اندوکراین و علل متفرقه در ۸٪، پانکراتیت و اختلالات گوارشی ۵٪ و علل ناشناخته در ۱۴٪ موارد DKA را باعث شده بودند. (۷)

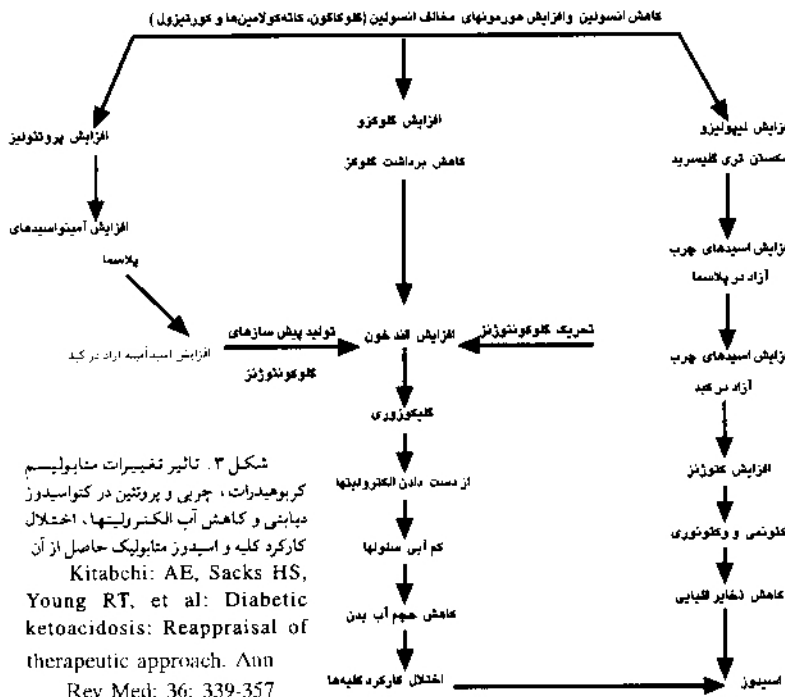
عوامل مستعد کننده به DKA به ترتیب شیوع عبارتند از (۱) عفونت که بیشتر در دستگاه ادراری و تنفسی است (۲) حذف تزریق انسولین یا مصرف مقادیر کمتر از نیاز بدن؛ (۳) دیابت تازه تشخیص داده شده؛ (۴) علل متفرقه شامل انفارکتوس قلبی، کوله سیستیت، ایسکمی روده‌ها، دیورتیکولیت،

سوراخ‌شدگی احشا، سینوزیت، آبسه دندان و عوارض پیرامون زایمان (پری‌ناتال)، پادتن‌های ضد انسولین.

پاتوفیزیولوژی DKA

۵ عنصر در ایجاد DKA نقش دارند که ابتدا به تفکیک آنها را بررسی می‌کنیم و بعد تداخل عمل این عناصر را در مجموعه بدن ذکر خواهیم کرد:

۱. انسولین: در DKA کمبود انسولین می‌تواند مطلق یا نسبی باشد، یعنی نسبت به افزایش هورمونهای تنظیم کننده نامتقابل counter regulatory کم باشد کمبود انسولین به طور مؤثر بر سلولهای چربی، کبد و عضلات تاثیر می‌گذارد.
۲. گلوکاگون: از هورمونهایی که متضاد انسولین عمل می‌کنند گلوکاگون مهمترین نقش را در ایجاد DKA دارد. با قطع انسولین به مقدار زیادی افزایش می‌یابد. گلوکاگون در سلولهای چربی و کبدی کاملاً متضاد انسولین عمل می‌کند.
۳. سایر هورمونهای متضاد: اپی نفرین و کورتیزول نیز در بروز DKA نقش دارند. هورمون رشد گاهی در ابتدای DKA بالاست ولی اغلب با شروع انسولین تراپی بسیار بالا می‌رود. تنش سطح این هورمونها را افزایش می‌دهد که متعاقباً باعث تولید بیشتر اجسام کتون و تشدید گلوکونئوز می‌شود. بروز DKA خود تنش زاست و دور باطلی را تشکیل می‌دهد که یکی دیگری را تشدید می‌کند.
۴. اسید چرب آزاد (FFA): در حضور انسولین FFA در سلول چربی به دام می‌افتد و ذخیره می‌شود ولی با کاهش سطح انسولین در DKA



مقادیر زیادی از FFA وارد خون و به البومین متصل می‌شود. در کبد و در حضور مقادیر زیاد گلوکواگون و عدم حضور انسولین به عنوان ماده اولیه اجسام کتونیه مصرف می‌شود و علاوه بر این متابولیسم کبد را به سمت گلوکونئوژنز پیش می‌برد.

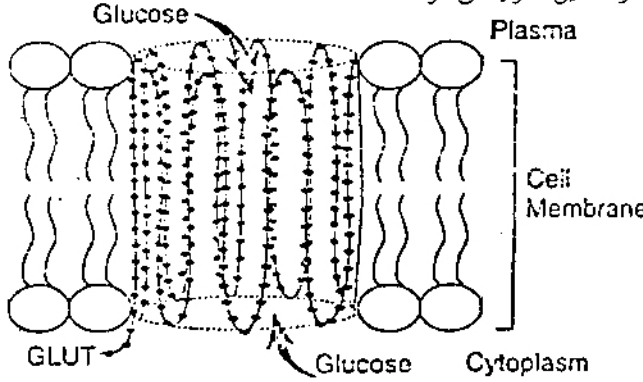
۵. ناقلین گلوکز GLUT (۵): ناقلین گلوکز در بافت‌های مختلف وجود دارند که از شماره ۱ تا ۵ علامت گذاری شده‌اند. ساختمان مشابهی متشکل از یک زنجیر بلند و منفرد دارند که مرتباً از غشا عبور می‌کند است و گذرگاهی برای تسهیل عبور گلوکز مهیا می‌کند (شکل ۲). دو تا از این ناقلین بسیار مهم هستند (۱) GLUT2 در سلولهای کبدی که با کاهش انسولین تعداد آن کاهش می‌یابد (down regulation) و بر خلاف بقیه GLUTها با افزایش سطح گلوکواگون زیاد می‌شود (up regulation) ساخت گلوکز توسط کبد در حالت ناشتا ۱-۲ mg/kg است که در DKA دو برابر می‌شود.

۱- تغییرات متابولیسم واسطه‌ای

کاتاکل آمین‌ها در غیاب انسولین باعث پیشبرد لیپولیز و ایجاد اسید چرب آزاد (FFA) و گلیسرول می‌شوند که اولی اسکلت کربنی و دومی مواد احیا کننده برای گلوکونئوژنز را تشکیل می‌دهد. گلوکونئوژنز با افزایش گلوکواگون و کاهش سطح انسولین - که باعث افزایش آنزیم تنظیم کننده مسیر گلوکونئوژنز یعنی فسفوانول پیرووات کربوکسی کیناز (PEPCK) می‌شوند - تحریک و منجر به هیپرگلیسمی می‌شود. البته گلیکونئولیز و مصرف نشدن گلوکز در بافت محیطی به علت انسولینونی و افزایش کاتاکل آمین‌ها نیز در ایجاد هیپرگلیسمی دخالت دارد. بتااکسیداسیون اسیدهای چرب آزاد منجر به تشکیل اجسام کتونیه و تبدیل FFA به VLDL در کبد می‌شود. هیپرتری گلیسریدمی شدید ممکن است حتی بصورت Lipema retinalis مشهود باشد (۱۱) از سوی دیگر میزان HDL و LDL در DKA کاهش یافته است. انسولین تراپی تحت یک مکانیسم ناشناخته سطح HDL را بالا می‌برد ولی در سطح IDL و LDL تغییری حاصل نمی‌شود (۹) وایدمن Weidman و همکاران در ۱۴ بیمار با DKA شدید، جدول شاخص چربی‌ها (لیپید پروفایل) را مشخص کردند و اثرات دوز فیزیولوژیک انسولین را بر آن سنجیدند و مشاهده کردند که در طول درمان در بیشتر بیماران در فاصله ۲۴ ساعت، با کاهش VLDL و کیلومیکرون، هیپرتری گلیسریدمی نیز بهبود می‌یابد. سطح آپوپروتئین A نیز کم می‌شود و نسبت ApoA1 به HDL نیز کاهش می‌یابد (۱۲).

کتوز به علت کاهش تولید مالونیل کوآنزیم A که خود نتیجه افزایش نسبت سطح گلوکواگون به انسولین در DKA است بیشتر تشدید میشود مالونیل کوآنزیم A، آنزیم کاربنتین پالمیتیل استیل ترانسفراز (CPT1) که آنزیم تنظیم کننده کتوز است را مهار می‌کند و از اینرو کاهش مالونیل کوآنزیم A باعث تحریک CPT1 و افزایش کتوز می‌شود. در کل بافت‌های حساس به انسولین متابولیسم واسطه‌ای خود را از سیستم سوزاندن

GLUT2 کبد را قادر می‌سازد تا مقادیر اضافه از قند ساخته شده وارد جریان خون شود و در نتیجه هیپرگلیسمی را باعث می‌شود (۲) GLUT4 که در عضلات و سلول چربی قرار دارد و عامل اصلی مصرف محیطی گلوکز است وقتی انسولین نباشد کاهش می‌یابد و مانع از مصرف محیطی قند توسط این سلولها می‌شود (۸).

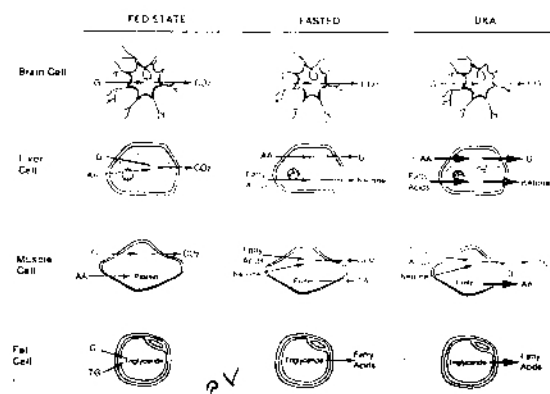


شکل ۲- ناقلین گلوکز در غشای سلولی مجراهای عبور گلوکز را ایجاد می‌کند. عبور مکرر یک مولکول دراز حمل کننده گلوکز (GLUT) از غشا سلول، یک گذرگاه ایجاد می‌کند که در شکل با خطوط نقطه چین نمایش داده شده است. این گذرگاه معبری است که مولکول گلوکز از طریق آن در جهت اختلاف شیب غلظتی بین سلول و محیط اطراف آن جایجا می‌شود.

مجموعه عوامل فوق‌الذکر بدو شکل در بیماریزایی DKA نقش بازی می‌کنند:

- تغییر متابولیسم واسطه‌ای به علت کاهش اثر انسولین و افزایش هورمونهای تنظیم کننده متقابل
- اختلال در مایعات، الکترولیتها و تعادل اسید و باز بدن (۱۱). تغییرات متابولیسم واسطه‌ای در شکل ۳ نشان داده شده است.

کربوهیدرات (حالت عادی) به سیستم سوزاندن چربی تغییر می دهند (۱۱) (شکل ۴).



شکل ۴. سوسترهایی که توسط سلولهای بی نیاز از انسولین (سلول عصبی مغز) و سلولهای نیازمند انسولین (کبد، عضله و چربی) در طی حالات مختلف متابولیک یعنی وجود مواد غذایی کافی در بدن، گرمسنگی، و کتواسیدوز دیابتی مورد استفاده قرار می گیرد
 Cahill GF: pathophysiology of diabetes. In Hamwi GJ, Danowski: TS (eds): Diabetes Mellitus: Diagnosis and treatment. New York, American Diabetes Association, 1967 (pp 1-6)

توازن منفی نیتروژن علامت مشخصه دیگر در DKA است (۹). قطع انسولین باعث از دست رفتن روزانه ۲ تا ۶ گرم نیتروژن می شود که در طول درمان به آهستگی بهبود می یابد (۱۴ و ۱۳) به علاوه سطح اسیدهای آمینه گلوکونئوزن (گلوتامین، آلانین، ترئونین، سرین، گلوتامات و گلیسین) کم و سطح اسیدهای آمینه کتوزن (لوسین، ایزولوسین، والین) زیاد میشود (۱۶ و ۱۵) که هر دو نتیجه افزایش پروتئولیز و کاهش سنتز پروتئین میباشد.

در کل هیپرگلیسمی منجر به گلیکوزوری و پلی اوری بعلت دیورز اسموتیک، پرنوشی و پرخوری و از دست رفتن مقادیر زیادی مایع و الکترولیت می شود و کتواسیدها که در محیط بدن بافر میشوند باعث ایجاد اسیدوز متابولیک می شوند و وضعیت بیمار را بدتر می کنند. (۹)

۲- اختلال در مایعات، الکترولیتها و تعادل اسید- باز بدن:

دیورز ایجاد شده به علت هیپرگلیسمی باعث دفع مقادیر زیادی کلرید سدیم و پتاسیم در ادرار می شود که دزیدراتاسیونی معادل ۱۰٪ را برای بیمار ایجاد می کند. در ابتدای DKA گلوکز محدود به فضای خارج سلولی است و به عنوان یک اسمول مؤثر باعث انتقال آب از داخل سلول به خارج می شود که باعث کاهش حجم سلولی و خروج پتاسیم از سلول می شود سپس با ایجاد دیورز، آب و املاح دفع می شوند و نهایتاً از دست رفتن آب داخل و خارج سلول یکسان می شود و در نتیجه سطح پلاسمایی Na همیشه به هنجار یا پایین گزارش خواهد شد. از اینرو در محاسبات باید به ازای هر ۱۰۰ گرم افزایش قند خون ۱/۶ mEq به غلظت سدیم پلازما اضافه کرد. به طور کلی ۷ تا ۱۰ میلی اکی والان سدیم و ۷-۵ میلی اکی والان کلر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از دست می رود.

هیپرلیپیدمی شدید نیز ممکن است به طور کاذب Na را پایین تر از به هنجار نشان دهد که رنگ سرم در این حالت کاملاً همپرلیپیدمی را مشخص می سازد. (۹)

مقدار کل پتاسیم بدن در DKA بسیار کاهش می یابد. میزان کمبود حدود ۵ meq/kg می باشد. که حتی تا ۱۰ meq/kg نیز گزارش شده است. اما سطح خونی پتاسیم معمولاً به هنجار یا بالا گزارش میشود. وجود هیپراسمولاریته در مایع خارج سلولی ثانویه به هیپرگلیسمی باعث انتقال آب و پتاسیم از داخل به خارج سلول می شود. این انتقال پتاسیم به علت اسیدوز و شکسته شدن پروتئین های داخلی سلولی تشدید خواهد شد. علاوه بر این ورود پتاسیم به سلولها به علت انسولینوپنی کاهش می یابد و مجموع این عوامل چندگانه باعث بر هم خوردن تعادل پتاسیم و ورود پتاسیم به فضای خارج سلولی می شود (۱۷) دفع زیاد پتاسیم در ادرار علت کاهش پتاسیم کلی بدن است که خود ناشی از اثرات دیورز اسموتیک می باشد. هیپرالدوسترونیسم ثانویه به کاهش سدیم و وجود کتونمی با شارژ منفی در مایع لوله های کلیوی دفع پتاسیم را تشدید می کند. (۱۸)

کتونها در خون با ایجاد یون H⁺ و تغییر شکاف آبیونی در سیستم بافر اختلال ایجاد می کند و از سوی دیگر چون توسط کلیه باید دفع شوند هر چه بیمار آب و NaCl بهتری در طول ایجاد DKA دریافت کرده باشد وضعیت بهتری خواهد داشت و علائم کلینیکی و آزمایشگاهی کاهش حجم کمتر است ولی شدت اسیدوز متابولیک هیپرکرمیک بیشتر است (۱۱) اسیدوز اثر اینوتروپسم منفی بر قلب دارد و نیز با ایجاد اتساع عروق محیطی باعث کاهش فشار خون سیستمیک میشود و خطر آریتمی را بالا می برد. اسیدوز شدید (PH > ۷) باعث رکود تنفس هم می گردد. (۲)

به طور خلاصه می توان مجموع DKA را بر چهار واقعه که در چهار گروه از سلولهای بدن رخ می دهد خلاصه کرد.

- ۱) لیپولیز در سلول چربی به علت کمبود انسولین و افزایش کاتکل آمین ها
- ۲) گلوکونئوزن و کتوزن در کبد و افزایش نسبت گنوآگون به انسولین
- ۳) دیورز اسموتیک توسط کلیه و دزیدراتاسیون
- ۴) خروج پتاسیم از سلول عضلانی

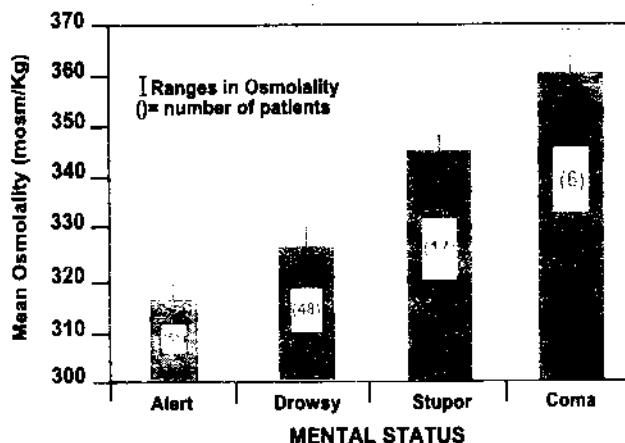
* علائم بالینی و نشانه ها

DKA در بیمار با پرادراری و پرنوشی افزایش یابنده، کاهش وزن، ضعف عمومی و خواب آلودگی شروع می شود. علائم اغلب در طی چند روز تشدید می شوند و معمولاً بروز تهوع و استفراغ بیمار را به پزشک میکشاند. بیمار دزیدراته است و کاهش فشار خون و تاکیکاردی دارد. بوی استن یا میوه گندیده از دهان وی استشمام می شود (۲). تاکی پنه یا تنفس عمیق و تند (Kussmaul) دارد که به علت جبران اسیدوز متابولیک ایجاد شده است و در ۶۲٪ از بیماران با بیکربنات کمتر از ۱۰ mEq/l دیده می شود. (۱۹)

بیمار ممکن است به علت اسیدوز وازودیلاتاسیون و هیپوترمی داشته باشد و از این جهت که ممکن است تب ناشی از عفونت با بروز این حالت مخفی بماند، حائز اهمیت است. (۲) سطح هوشیاری در بیماران DKA

از حالت به هنجار در ۲۰٪ موارد تا اغمای حقیقی در ۱۰٪ بیماران متغیر است (۲۰). شدت اختلال هوشیاری با مقدار اسمولالیتیه نسبت مستقیم دارد ولی به شدت اسیدوز ربطی ندارد (نمودار ۱) (۲۱).

از حالت به هنجار در ۲۰٪ موارد تا اغمای حقیقی در ۱۰٪ بیماران متغیر است (۲۰). شدت اختلال هوشیاری با مقدار اسمولالیتیه نسبت مستقیم دارد ولی به شدت اسیدوز ربطی ندارد (نمودار ۱) (۲۱).



نمودار ۱- اسمولالیتی سرم در ۱۲۲ بیمار کتواسیدوزی و رابطه آن با وضعیت هوشیاری آنان در زمان مراجعه

* تشخیص و تشخیص افتراقی

گرفتن شرح حال دقیق و سریع از بیمار یا اطرافیان وی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۹). بیمار باید سریع معاینه شود. در حین معاینه باید به موارد زیر دقت کرد: (۱) باز بودن راههای هوایی؛ (۲) وضعیت هوشیاری؛ (۳) دستگاه قلبی عروقی و کلیوی؛ (۴) مقدار دزیدراتاسیون (۵) محل عفونت (۹). قند خون، الکترولیتها، Cr, BUN, CBC بررسی، کشت خون و کشت ادرار انجام شود. گازهای خون شریانی و ECG انجام گیرد (۱۹). وجود هیپرکلسمی بیش از ۲۵۰ mg/dl، بیکربنات کمتر از ۱۵ meq/l، PH کمتر از ۷/۳، کتونمی مثبت یا رفت $p < 7$ و کتونوزی متوسط مشخص کننده وجود DKA است. در ۱۵٪ موارد قند بیمار کمتر از ۳۰۰ mg/dl است که این حالت مخصوصاً در بیماران الکلیک و زنان حامله مشاهده می شود (۲۳). در یک مطالعه توسط کولن (Cullen) در طی ۱۰ سال ۱۱ بیمار حامله با DKA شناخته شد که ۴ نفر (۳۶٪) قند

درد شکم علامت دیگری است که بیشتر در بیماران جوان با اسیدوز شدید دیده می شود و به علت کشیدگی کپسول گلیسون کبد (۹) و یا رکود

جدول ۲: ارزیابی آزمایشگاهی علت اسیدوز متابولیک و اغما

متفرقه	اسید اوریک	اسمولالیتی	آنیون گپ	مجموع کتونهای پلاسما	گلوکزوری	گلوکز پلاسما		
گرستگی یا معرف زیاد چربی	طبیعی	طبیعی	↑ مختصر	↑ مختصر	-	طبیعی	↓	طبیعی
اسیدوز لاکتیک	↑	↑	↑	↑ ↓	++	↑	↓	↓
اسیدوز اوریک	↑	↑	↑ مختصر	طبیعی	-	طبیعی	↓ خفیف	↓
کتوز الکلی (گرستگی)	↑	طبیعی	↑	↑ مختصر یا متوسط	-	↓**	↑**	↑*
مسمومیت با سالیسیلات	طبیعی	طبیعی	↑	طبیعی	-	↓	↑	↓
مسمومیت با متانول یا اتیل گلیکول	طبیعی	طبیعی	↑	طبیعی	-	طبیعی	↓	↓
اغمای هیپراسمولار	طبیعی	طبیعی	↑	طبیعی یا مختصر	++	↑	↑	طبیعی
اغمای هیپوکلسمیک	طبیعی	طبیعی	طبیعی	طبیعی	-	↓	↓	طبیعی
رابدو میولیز	↑	طبیعی یا مختصر	↑	طبیعی	-	طبیعی	↓ خفیف شاید	↓

آزمونهای ketostix و Acetest نقطه استواسیتیک اسید را اندازه گیری می کنند. بنابراین، ممکن است به اشتباه میزان کمی گزارش شود چرا که اکثر اجسام کتون را (دهیدروکسی بوتیرات تشکیل می دهد. الکلوز تنفسی / اسیدوز متابولیک ممکن است موارد مثبت کاذب یا منفی کاذب گلوکز ادراری ناشی از حضور سالیسیلات ها یا متابولیت های آنها مشاهده شود

کمتر از 200 mg/dl داشتند و 90% با تهوع و استفراغ و کاهش دریافت مواد غذایی مراجعه کرده بودند تحت بررسی قرار گرفتند. لذا در افراد حامله باید به تهوع و استفراغ و کاهش دریافت مواد غذایی که علامت مهم DKA در زنان حامله محسوب می شود توجه کرد (۲۴). تهوع زیاد حاملگی و یا مصرف داروهای بتاآدرنژیک فرونشاندنده انقباضات رحمی (توکولیتیک) می تواند خود علت DKA نیز باشد (۲۵). اسیدوز متابولیک شدید در غیاب هیپرگلیسمی شک به سایر علل اسیدوز مثل نارسایی کلیه، اسیدوز لاکتیک یا الکلیک را بر می انگیزد (۲۶). تعداد گویچه های سفید ممکن است بعلت تنش تا $25/000$ بالا رود. مقادیر بیشتر نشاندهنده عفونت زمینه ای در بیمار است (۹) Cr نیز می تواند گاهی به طور کاذب بالا رود و نباید با نارسایی کلیه اشتباه شود (۲۷). آزمون های کارکرد کبد در ۱۳ بیمار به علت بزرگی کبد و هیپرلیپیدمی بالا است. طبیعی بودن کاذب قند خون (سودوزموگلیسمی) نیز ممکن است به علت هیپرتری گلیسریدمی مشاهده شود (۹). ممکن است در یک بیمار DKA و کومای هیپراسمولار توام دیده شود که از روی تغییر میزان دزیدراتاسیون و شدت اسیدوز مشخص می گردد (۲۸). در بیماران غیرهوشیار باید وجود مننژیت با بررسی علائم، انجام LP و CT Scan یا MRI در صورت نیاز، حتماً رد شود. باید دقت داشت که در بیماران مسن دیابتی انفارکتوس قلبی بدون درد شایع است و از این رو حتماً ECG انجام شود (۲۵). کلاً در هر بیمار غیرهوشیار و یا بیمار با دچار فزونی تهوی به باید به DKA شک کرد (۲۹). سایر مواردی را که باید در نظر داشت عبارت اند از: اسیدوز لاکتیک، کتوز الکلیک، مسمومیت با سالیسیلات ها، متانول و اتیلن گلیکول، رابدومیولیز، هیپوگلیسمی و اغمای غیرکتونی هیپرگلیسمیک هیپراسمولار HHNC (۹) اورمی و کتوز گرسنگی (۱۹). افتراق علل در جدول ۲ نشان داده شده است.

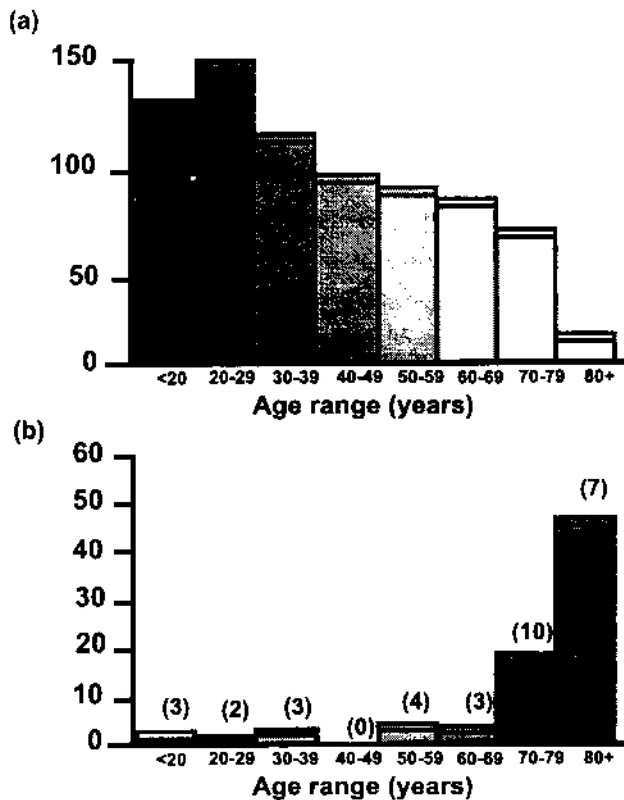
۱- DKA با قند طبیعی یا افزایش خفیف گلوکز: این پدیده معلول مصرف مایعات زیاد، افزایش میزان پالایش گلومرولی (GFR) و دفع گلوکز و تاثیر انسولین است. این قبیل بیماران جوانند، خوب هیدراته شده اند، روی انسولین کافی بوده اند و دچار یک عفونت تداخل کننده شده اند، در بارداری نیز می تواند این حالت دیده شود.

۲- DKA آنکالمیک: که سه خصوصیات عمده دارد: اسیدوز متابولیک اولیه، الکالوز متابولیک و شکاف آنیونی بالا. این حالت به دنبال مصرف مدرها، مواد قلیایی و یا استفراغ شدید عارض می شود که به علت دفع زیاد کلر PH افزایش می یابد و در واقع اسیدوز بیمار را مخفی می کند.

۳- DKA بدون کتونمی: در شرایط طبیعی در مقابل یک مولکول استواسات تقریباً ۵-۴ مولکول بتا هیدروکسی بوتیرات تولید می شود حفظ این تعادل نیاز به NAD^+ دارد که از منشا NADH میتوکندری و نیازمند اکسیژن است. در شرایط هیپوکسمی این تبدیل صورت نمی گیرد و میزان بتا هیدروکسی بوتیرات افزایش می یابد که با مصرف نیتروپروپوساید شناسایی نمی شود و DKA را از نظر مخفی می دارد. این حالت بیشتر در اسیدوز لاکتیک همراه با اسیدوز دیابتیک دیده می شود و تشخیص آن با اندازه گیری لاکتات سرم و بالا بودن شکاف آنیونی است. (۵۳)

بیماران خاص DKA

۱. DKA در افراد مسن: میزان مرگ و میر در بیماران مسن با DKA بسیار بیشتر از بیماران جوان و میانسال است (نمودار ۲) از اینرو باید به بیماران مسن توجه ویژه ای معطوف داشت. این بیماران بیشتر در معرض حوادث قلبی، ریوی، و گوارشی DKA قرار دارند و در ساعات شروع درمان نیاز به مراقبت شدید دارند.



نمودار ۲- الف. توزیع سنی ۷۴۶ وقوع کتواسیدوز دیابتی که در سال های ۸۵ تا ۱۹۷۱ در بیرمنگام رخ داده است. (موارد اطفال در این نمودار وارد نشده است). ب. توزیع سنی مرگهای ناشی از کتواسیدوز دیابتی (دوازده مورد) که در بین موارد فوق پیش آمده است. تعداد مرگها نشان داده شده است.

۲. DKA در بیماران قلبی: بیمارانی که عیوب دریچه ای یا میوکاردی و بیماریهای ریوی دارند در هنگام مایع درمانی در DKA بیشتر در خطر خیز ریوی و فرونی مایع هستند. این بیماران حتماً باید در ICU بستری شوند و فشار ورید مرکزی از طریق کاتتر ورید مرکزی سنجیده شود.

۳- DKA در نارسایی کلیه: در نارسایی کلیه کتواسیدها در بدن تجمع می یابند و بیکربنات بیشتری تولید می شود و دفع پتاسیم و مایعات نیز رخ نمی دهد. در این بیماران تعیین دوز انسولین باید به دقت انجام گیرد.

برای جلوگیری از هیپرکالمی کشنده این بیماران به دیالیز نیاز پیدا می کنند و مایع درمانی با مقادیر بسیار کم مایع باید صورت گیرد. 10 ml/min مایع به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه برای این بیماران کافی است و از نظر

فرونی حجم مایع باید به دقت کنترل شوند. (۸)

* درمان

اهداف درمانی در DKA مشتمل است بر (۱) بهبود وضعیت گردش

خون و جریان خون بافت

(۲) کاهش قند خون

(۳) اصلاح الکترولیتها

(۴) پاکسازی خون و ادرار از کتواسیدها

(۵) درمان عامل شروع کننده DKA

۱- هیدراته کردن بیمار

اولین اقدام درمانی است که باید در بیمار DKA انجام گیرد. در شروع مایع درمانی از نرمال سالین استفاده می شود تا کاهش حجم زودتر جبران شود (۱۱). از محلول رینگر لاکتات نیز می توان استفاده کرد (۲۵). اگر بیمار در شوک هیپوولمیک بود باید از محلولهای کلونیدی هم استفاده شود. باید دقت داشت که به هنگام محاسبه دزیدراتاسیون مقدار سدیم واقعی محاسبه گردد و به اعداد آزمایشگاهی گزارش شده تکیه نشود (۱۱) از فرمول زیر میتوان مقدار سدیم واقعی را محاسبه کرد (۵۳).

$$\frac{(100 - \text{قند گزارش شده}) \times 1/6}{100} + \text{سدیم گزارش شده} = \text{سدیم واقعی}$$

سدیم بیشتر از 140 meq/l و با اسمولالیتیه بیش از $300 \text{ mosm/kgH}_2\text{O}$ (از فرمول اسمولالریته $= 2Na + BUN/2.8 + 1.8/1$ قند + دلالیت بر از دست رفتن مقادیر زیادی مایع دارد. همچنین افزایش اسمولالیتیه نسبت عکس با میزان هوشیاری دارد. منگی (استوپور) و اغما در اسمولالیتیه بالای $340 \text{ mosm/kgH}_2\text{O}$ دیده می شود و بیماران اغلب در شوک هیپوولمیک نیز هستند (۱۱).

با توجه به میزان دزیدراتاسیون بیمار در DKA، ۱ تا ۲ لیتر نرمال سالین در طی یک ساعت اول و یک لیتر در ساعت در ۴ ساعت بعدی و 250 ml/h از محلول نیم نرمال در ۴ ساعت بعد و 250 ml/h از محلول گلوکز ۵٪ یا ۱۰٪ یا محلول نیم نرمال سالین در دکستروز ۵٪ در صورت قند 250 mg/dL در ادامه درمان بیمار به کار رود (۸) اگر در هنگامی که دزیدراتاسیون شدید نیست نصف مقادیر فوق استفاده شود بهبودی سریعتر و اختلال الکترولیتی و اسید و باز هم کمتر است (۳۰).

در صورت هیپوناترمی بیش از 150 meq/L از محلول نیم نرمال سالین یا گلوکز ۵٪ با مقدار مناسبی از انسولین، استفاده شود. اگر به عللی نتوان از مایعات داخل وریدی استفاده کرد و بیمار هوشیار باشد و استفراغ نکند استفاده از محلولهای خوراکی نمکی WHO به میزان 1 Lit/h نیز می تواند مؤثر باشد (۲۵).

در افراد مسن و بیماران قلبی باید با دقت و احتیاط بیشتری عمل کرد و در صورت لزوم از کاتر ورید مرکزی (CVPLINE) استفاده کرد (۲). جدی ترین عارضه مایع درمانی عدم موفقیت در برقراری حجم مناسب گردش خون است. دادن مایع زیاد هم باعث عوارضی چون نشانگان مضیقه

تنفسی بزرگسالان (ARDS)، ادم مغز و اسیدوز متابولیک هیپرکلرمیک میشود. (۱۱) فایده اساسی هیدراتاسیون برقراری حجم در گردش خون می باشد. فواید دیگر کاهش غلظت هورمونهای تنظیم کننده متقابل، کاهش غلظت قند و برقراری دیورز مناسب است.

۲. انسولین تراپی

با توجه به اینکه نیم عمر انسولین رگولار در خون ۵ دقیقه است و بیشینه انتقال K به داخل سلولها در غلظت فیزیولوژیک انسولین برقرار می شود پس بهتر است از انفوزیون انسولین کریستال با دوز کم استفاده شود تا عوارضی چون هیپوگلیسمی و هیپوکالمی کمتر رخ دهد (۲). ابتدا انسولین کریستال $0.3-0.4 \text{ U/kg}$ به صورت نیمی IV و نیمی عضلانی یا زیر جلدی تزریق می شود.

و سپس انفوزیون انسولین کریستال 0.1 U/kg/h یا $5-10 \text{ U/h}$ و مقدار مناسبی است که بهتر است با نرمال سالین رقیق شده و با میکروست به بیمار تزریق شود. قند خون هر ۱ ساعت کنترل شود و وقتی به 14 mmol/d (250mg/d) و کمتر رسید انسولین به میزان $2-4 \text{ U/h}$ تقلیل یابد و قند خون در حدود $5-10 \text{ mmol}$ ($90-180 \text{ mg/dl}$) حفظ شود.

اگر امکان تزریق IV وجود نداشته باشد تزریق عضلانی یا زیر جلدی یک باره 20 U در ساعت اول و $5-10 \text{ U}$ هر ساعت انجام می شود تا اینکه قند به 250 mg/dL برسد و در این زمان سرم قندی ۵٪ برای بیمار شروع شود (۳۱). میزان افت قند در هر دو نوع مصرف انسولین باید $70-110 \text{ mg/dL}$ در ساعت باشد. شایعترین علت عدم افت قند خرابی در میکروست تزریق انسولین است. عدم هیدراتاسیون کافی نیز باعث عدم جذب انسولین داخل عضلانی یا زیر جلدی می شود و در افت قند اختلال ایجاد می کند. اگر قند خون بعد از ۲ ساعت از تزریق عضلانی انسولین افت نداشت باید در توازن مایعات تجدید نظر کرد و از انسولین وریدی استفاده شود (۲).

اگر میزان افت قند خون در ساعت $50-100 \text{ mg/dl}$ نبود دوز انسولین را هر ساعت باید دو برابر کرد. وقتی که مقادیر بالای 100 واحد در ساعت انسولین لازم است تجویز استروئید برای شکستن مقاومت به انسولین توصیه می شود. مطالعات جدید نشان داده اند که استفاده کردن از عامل رشد مشابه انسولین ILGF به جای انسولین یا آنالوگ صناعی سوماتوستاتین یعنی اکتروتید (octreotide) که ترشح آنتاگونیست انسولین را کم می کند در موارد مقاوم به درمان به کار رود (۲۵). باید به خاطر داشت که در سالمندان سرعت تزریق به نصف تقلیل یابد (۵۳).

۳- جایگزینی الکترولیت ها

الف) پتاسیم درمانی

بررغم آنکه پتاسیم کل بدن به میزان $3-5 \text{ meq/kg}$ کاسته شده است ولی پتاسیم خون اغلب بالا گزارش می شود (۹) که علت آن قبلاً توضیح داده شد.

با شروع درمان مایعات و انسولین، پتاسیم بدلائیل زیر دچارافت سریع می شود: (۱) انتقال پتاسیم به سلولها به علت اثر انسولین (۲) افزایش حجم مایعات داخل عروقی (۳) بهبود اسیدوز (۴) تشدید دیورز و بالانس منفی

Na. وقوع هیپوکالمی شدید می تواند وخیم ترین عارضه بالقوه در درمان DKA باشد. بسته به میزان کاهش پتاسیم کل بدن اقدامات زیر باید صورت گیرد: پتاسیم به لیتر اول نرمال سالین که برای برقراری حجم در گردش داده می شود اضافه نشود چون بدون انسولین باعث ایجاد هیپوکالمی می شود و آریتمی های خطرناک شدید ایجاد می گردد. بعد از ساعت اول اگر پتاسیم سرم کمتر از $5/5 \text{ meq/kg}$ بود و بیمار آدرار کرده بود 20 meq پتاسیم در لیتر در صورت پتاسیم کمتر از 3.4 میلی اکی والان در ساعت و اگر کمتر از 3 بود 40 meq/h پتاسیم بصورت وریدی داده شود. پتاسیم پلاسما ابتدا هر 1 تا 2 ساعت کنترل شود و بعد هر 4 تا 6 ساعت کنترل شود (۵۳ و ۱۱)

باید توجه داشت که غلظت کلرید پتاسیم تا حد 40 meq/L توسط رگهای محیطی تحمل می شود. تجویز بیکربنات نیز نیاز به پتاسیم را زیاد می کند (بعلاً توضیح داده خواهد شد).

تا بهبود کامل DKA نباید به پتاسیم های خوراکی اطمینان کرد و درمان را باید داخل وریدی انجام داد در شروع از کلرید پتاسیم و در ادامه درمان از فسفات پتاسیم استفاده شود به خاطر داشته باشید که هر میلی مول فسفات پتاسیم $1/5 \text{ meq}$ پتاسیم فراهم می کند (۲۵).

باید به خاطر داشت که وقتی هنگام بستری شدن بیمار پتاسیم طبیعی یا پایین داشته باشد در واقع بسیار هیپوکالمیک است و انسولین تریپی بدون دادن پتاسیم باعث آریتمی های خطرناک و ضعف عضلات تنفسی و نقص کارکرد قلبی عروقی می شود. این افراد باید پتاسیم بیشتری دریافت کنند یعنی در ساعت اول هم پتاسیم به آنها داده شود. ولی کل پتاسیم دریافتی نباید از 40 meq/kg تجاوز کند (۱۱).

در نارسایی کلیوی، هیپوکالمی در ECG و الیگوری نباید بدون مقدمه از پتاسیم استفاده کرد (۵۳).

با استفاده از ECG سریال نیز می توان افزایش یا کاهش K را مشخص کرد (۹).

ب) فسفر درمانی: فسفر عنصر داخل سلولی است که در جریان DKA از داخل به خارج سلول انتقال پیدا می کند، از اینرو سطح سرمی فسفر در جریان DKA اغلب طبیعی یا بالا گزارش میشود (۳۲) بعلاوه افزایش دفع ادراری فسفر که ناشی از دیورز اسموتیک است در مجموع از کل فسفر بدن به میزان 1 mmol/kg در بیماران DKA کاسته شده است. فسفات، عملاً آنالوگ پتاسیم و گلوکز است و در هنگام انسولین تراپی وارد فضای بین سلولی می شود که باعث کاهش سطح سرمی فسفات می گردد. پس از حیث نظری جایگزین کردن فسفات برای جلوگیری از هیپوفسفاتمی و عوارضی چون رکود تنفسی و ضعف عضلات اسکلتی، کم خونی همولیتیک اختلال کارکرد قلبی ضروری به نظر میرسد. علاوه براین فسفات درمانی باعث افزایش سطح دو و سه دی فسفوگلیسرات (DPG ۳ و ۲) که در بیماران DKA کاهش یافته است نیز می شود و اکسیژن رسانی به بافتها را بهتر می کند. و از طرفی افزودن فسفات زیاد باعث عوارضی چون هیپوکالمی، تثنای، وکلسیفیکاسیون بافت نرم میشود (۱۱) همچنین دیده شده که دادن فسفر باعث تسریع در ایجاد وضعیت به هنگام هوشیاری و کاهش مرگ و میر می شود (۹). ولی در بین محققان

اختلاف نظر زیادی درباره لزوم تجویز فسفات در درمان DKA وجود دارد. عده ای معتقدند که دادن فسفر باعث ایجاد تسریع در برگشت وضعیت طبیعی هوشیاری و کاهش مرگ و میر می شود (۹) در حالیکه در مطالعات کنترل شده از افزودن فسفر به رژیم درمانی بیمار سودی حاصل نشده است (۳۳ و ۳۴) به طور به نظر می رسد بجز چند استثنا مثل بیماران هیپوکسیک، آتمیک، نارسایی احتقانی قلب، نارسایی عضلات تنفسی، همولیز، رابدومیولیز و بدتر شدن وضعیت هوشیاری که هیپوفسفاتمی و متعاقباً کاهش DPG ۲ و ۳ می تواند خطر ساز باشد دادن فسفر ضروری ندارد مورد تجویز دیگر حالتی است که بعد از $6-4$ ساعت از شروع درمان غلظت فسفر خون کمتر از 1 mg/dL باشد (۲۵). برای جایگزین سازی فسفر به میزان 60 mmol فسفات به فرم نمکی می توان آنرا همراه با پتاسیم داد یعنی که $2/3$ پتاسیم مورد نیاز به فرم KCl و $1/3$ به فرم K_3PO_4 تجویز شود (۱۱). البته باید کلسیم سرم را مرتباً بررسی کرد تا هیپوکلسمی عارض نشود. باید به خاطر داشت که مصرف فسفر در نارسایی کلیه ممنوع است (۵۳).

ج) منیزیم درمانی

کاهش منیزیم نیز در DKA وجود دارد که با انسولین درمانی نیز بیشتر افت پیدا می کند ولی جایگزین سازی آن به شکل وریدی در حالت عادی توصیه نمی شود اگر در ECG علائمی از تحریک پذیری بطنی ناشی از هیپومنیزیمی مشاهده شد و پتاسیم سرم هم طبیعی بود باید $20-10 \text{ meq}$ سولفات منیزیم در عرض $60-30$ دقیقه با پاش (مونیتورینگ) ECG استفاده شود و در صورت لزوم نیز تکرار گردد. (۲۵)

۴- بیکربنات درمانی

درمان با انسولین به تنهایی، با کاهش لیپولیز و کتوژنز از شدت اسیدوز می کاهد و انتظار می رود که در فاصله $24-12$ ساعت PH خون به هنجار شود (۲۵) و از آنجایی که بیکربنات تراپی عوارضی چون ایجاد اسیدوز متناقض در دستگاه عصبی مرکزی و بدتر کردن اسیدوز داخل سلولی به علت تولید بیشتر دی اکسید کربن، آلکالوز ناشی از مصرف زیاد، و بالاخره طولانی تر کردن متابولیسم کتوآبونها دارد به طور معمول در درمان DKA جای ندارد (۳۵). ولی در موارد خاص استفاده از بیکربنات مورد پنداری می کند:

۱) هیپوکالمی شدید با تغییرات واضح در ECG (T بلند و

QRS پهن) در هنگام بستری

۲) هیپوتانسیون که به انفوزیون مقادیر زیاد نرمال سالین یا سایر محلولها جواب ندهد ممکن است به علت مهار پاسخ عروق در اثر کاتکول آمین ها و ناشی از اسیدوز باشد.

این بیماران ممکن است در شوک گرم (Warm shock) باشند و تنوس شریانی و فشارخون ممکن است با افزایش PH بهبود یابد (۳) نارسایی بطن چپ که ناشی از اسیدوز شدید است ممکن است با بیکربنات بهتر شود

۴) PH کمتر از ۷ یا بیکربنات کمتر از 5 meq/L که زنگ خطری است و نشان می دهد سیستم بافری دیگر قدرت ندارد و با کوچکترین افزایش کتواسیدز یا تولید اسید لاکتیک و یا وقفه در فزونی تهویه PH شدیداً به زیر ۷ سقوط می کند. با بیکربنات تراپی باید PH به بالای ۷ و بیکربنات به بالای ۵ برسد.

آمده اضافه کرد تا PH خون شریانی شود.

۵) باید دقت کرد که در سنجش کتون خون و ادرار از معرف نیتروپروپوساید استفاده می شود که فقط استواسات (AA) و استون را محاسبه و بتا هیدروکسی بوتیرات خون را اندازه نمی گیرد. در DKA میزان بتا هیدروکسی بوتیرات سه برابر میزان استواسات است. استون نیز فرار است و با خروج از بدن در مقدار کتون گزارش شده با معرف نیتروپروپوساید تاثیر می گذارد. و از سوی دیگر در طی بهبود DKA، بتا هیدروکسی بوتیرات به استواسات تبدیل می شود و در حالی که کتون رو به بهبود است آزمایش مقدار کتون را به طور متناقص بیشتر نشان می دهد (۲) پس بهتر است اولاً از معرف نیتروپروپوساید استفاده نشود و ثانیاً برای برآورد بهبود DKA از میزان افت قند و افزایش PH به جای کاهش کتون استفاده شود تا اشتباهی رخ ندهد. سنجش میزان کتون ها فقط برای تشخیص DKA و در انتها برای کنترل DKA ارزش دارد.

۶) افزایش کتون ها می تواند باعث افزایش کاذب میزان کوه آنتین به سبب تداخل در آزمایش های سنجش کوه آنتین شود. که با هیدراسیون بیمار بهبود می یابد. شدت از تمی معیار بهتری برای سنجش اختلال کارکرد کلیه است.

۷) مقدار قند خون ممکن است در بیمارانی که شدیداً هیپرلیپیدمی دارند به طور کاذب طبیعی گزارش شود که نتیجه عدم تشخیص و درمان به موقع خواهد بود (۳۵).

۸) وضعیت بالینی و آزمایشگاهی بیمار به طور مرتب روی نمودار رسم شود تا ارزیابی بهتر و راحت تر باشد (شکل ۶).

تاریخ	ساعت	گلوکز	پتاسیم	بیقریبان	آنتیون پی	کتونها	کازای خون	انسولین	مایعات	ادرار

۹) بیماران ناهوشیار باید لوله معده و سوند فولی ادرار داشته باشند. اکسیژن تراپی برای PO_2 کمتر از 80 mmHg و آنتی بیوتیک تراپی در صورت لزوم باید انجام شود.

۱۰) آموزش بیمار از نظر تغذیه، ورزش، دوز انسولین، کنترل قند، نیازهای اورژانس و پیگیری مربی آموزش دیابت قبل از مرخص شدن بیمار از بیمارستان ضرورت دارد تا بیمار مجدداً دچار این بیماری نگردد. (۹)

پیگیری بیماران بعد از فاز حاد

چون انسولین کریستال با دوز پایین برای بیمار استفاده می شود نیمه عمر آن در خون نیز فقط ۱۰-۵ دقیقه است با قطع یک دوره مصرف انسولین

بلافاصله قند افزایش می یابد و DKA عود می کند. عود DKA حتی در حین انتقال بیمار از بخش ICU به بخش عادی که انسولین در این فاصله قطع شده، دیده شده است. (۳۶).

اگر بیمار NPO است باید از مایعات قندی استفاده شود و هر ۴ ساعت با توجه به ساعت تزریق انسولین زیر جلدی که هر ۴ ساعت یکبار است قند خون بررسی شود. به مجرد اینکه قادر به غذا خوردن شد مایع قندی قطع شود و رژیم متداول دیابتی شامل سه وعده غذا و یک میان غذا (Snack) موقع خواب گذاشته شود. انسولین رگولار بصورت Sliding قبل از هر غذا به بیمار داده شود. علاوه بر این انسولین NPH نیز قبل از صبحانه و شام یا یک دوز از انسولین انسانی دراز اثر (اولترالنته) قبل از صبحانه یا شام دریافت کند تا سطح خونی قند ثابت بماند (۱۱).

باید دانست که در صورتی که بیمار اطلاعات کافی داشته باشد و آموزش ببیند قادر به کنترل DKA حتی در منزل خود می باشد. اگر بیمار بتواند مایعات دهانی به مقدار زیاد مصرف کند، توسط گلوکومتر قند خون و توسط سنجه آغشته (dipstick) کتون ادرار را مرتباً کنترل کند و در فواصل مرتب انسولین رگولار تزریق کند، نیازی به بستری شدن در اورژانس ندارد. البته در این حالت نمی توان عامل های ایجاد کننده DKA را شناسایی و درمان کرد و از اینرو بهتر است بیمار در بیمارستان بستری شود (۱۸).

یک نکته قابل ذکر دقت سنجه آغشته (dipstick) در تعیین کتون ادرار است. در یک مطالعه به همین منظور توسط هندی (Hendey) و همکاران در ۱۴۸ بیماری که ۲۲۳ حملاتی از DKA داشتند آزمایش سنجه آغشته (dipstick) به عمل آمد و حساسیت ۹۷٪ داشت. پس می توان از آن برای غربالگری کتون در ادرار مبتلایان استفاده کرد (۳۷).

عوارض

خیز مغزی: از عوارضی است که بیشتر در بیماران خردسال دیده می شود و به خصوص در موارد دیابت تازه تشخیص داده شده بیشتر است (۳۸ و ۳۹) گرچه این اتفاق در بیماران بزرگسال یافته نادری است ولی از آنجایی که کشنده است و یا عوارض نورولوژیک به جا می گذارد مهم است (۳۲). اکوانسفالوگرام و CT Scan سریال وقوع خیز مغزی تحت بالینی (ساب کلینیکی) را در بزرگسالان و بچه ها در ۲۴ ساعت اول درمان DKA نشان داده است (۴۵) درمان DKA با چند علت خیز مغز ایجاد می کند و یک عامل خاص برای ایجاد این حالت یافت نشده است. در واقع بعلت انتقال آب از مایع داخل سلولی به خارج سلولی و از دست رفتن آب و $NaCl$ متعاقب دیورز اسموتیک، بیماران DKA در وضعیت هیپراسمولار هستند. سلولهای مغز حجم خود را در وضعیت هیپراسمولار با کمک اسمول های از خود برخاسته (idiogenic osmol) حفظ می کنند و چر و کیده نمی شوند. پاک شدن این اسمول ها از داخل سلولها سریع نیست و از اینرو اگر اسمولالیه خارج سلولی سریعاً افت کند انتقال آب به داخل سلول باعث تورم آن می شود. در طول درمان DKA، بهبود هیپرگلیسمی باعث افت پیش رونده اسمولالیه پلاسما می شود و انتقال آب به داخل سلولها را باعث می شود. انسولین تراپی نیز باعث تسریع ورود ذرات اسمول فعال به داخل فضای سلولی می شود. مایع درمانی نیز به این حالت کمک می کند و باعث تشدید خیز مغزی می شود.

تصحیح سریع سدیم نیز مکانیسم دیگری است که در ایجاد خیز مغزی دخالت دارد ولی به اسمولالیه ربطی ندارد مکانیسم اثر سدیم از طریق افزایش فشار هیدروستاتیک مویرگ‌ها و کاهش فشار انکوتیک است که با تغییر نیروهای استارلینگ باعث خروج بیشتر آب فضای خارج سلولی می‌شود. استفاده از مقادیر زیاد بیکربنات نیز از دیگر علل ایجاد کننده خیز مغز به شمار می‌رود. پیشگیری از این حالت با آهسته جایگزین کردن کمبود آب و سدیم و جلوگیری از افت سریع قند می‌باشد (۹ و ۳۲). در یک مدل حیوانی تجربی بعد از ایجاد DKA در موش‌ها، تغییرات آب مغز، اسمولالیه سرم و اسمولالیه عضوی قبل و بعد از درمان سنجیده شد. این مطالعه نشان داد که اسیدوز نقش مهمی در بیماری‌زایی خیز مغزی بعد از درمان DKA ایفا نمی‌کند و افت سریع قند و اسمولالیه عامل اصلی خیز مغز می‌روند (۴۱).

در DKA خیز مغز علائم بالینی آشکاری ندارد. فشار مایع مغزی - نخاعی (CSF) نیز افزایش می‌یابد. علائم شامل سردرد بی‌اختیاری ادرار، تغییر در رفتار، تغییر مردمک، تغییر فشارخون، تشنج، برادیکاردی و اختلال دما می‌باشد (۳۸) با دیدن علائم و شک به وجود خیز مغزی سریعاً درمان با مانیتول به مقدار 2 gr/kg شروع می‌شود. در بیمارانی که در حالت اغما هستند لوله‌گذاری (intubation) و تهویه بیش از حد عادی (hyperventilation) به منظور کاهش فشار داخل مغز ضرورت دارد (۹).

ARDS نشانگان مضیقۀ تنفسی بزرگ سالان (ARDS): خیز ریه در حین درمان DKA بروز می‌کند و در واقع عارضه درمان است و نه عارضه بیماری (۴۲) در DKA، فشار اکسیژن شریانی (Pao_2) بیمار و شیب (گرادیان) اکسیژن حبابچه‌ای به شریانی طبیعی است. و بیمار هیپرپنه یا تنفس kussmaul دارد که ثانویه به اسیدوز متابولیک می‌باشد (۹). بعثت کاهش آب و $NaCl$ فشار اسموتیک کلویدهای پلاسما افزایش می‌یابد و با مایع و الکترولیت درمانی رو به کاهش می‌گذارد تا حدی که از حالت طبیعی نیز کمتر می‌شود همزمان Pao_2 نیز کاهش می‌یابد و گرادیان اکسیژن حبابچه‌ای به شریانی افزایش می‌یابد. در اکثر بیماران این تغییرات ایجاد شده کم است و علائم بالینی برای بیمار ایجاد نمی‌کند و پرتونگاری نیز به هنگام می‌ماند ولی در عده کمی این تغییرات به سمت نشانگان مضیقۀ تنفسی بزرگسالان پیشرفت می‌کند (۳۲ و ۹ و ۱۱).

جریان مایع بدرون مویرگ وابسته به فشارهای کلوییدی و هیدروستاتیک در طرف غشای مویرگ است انفوزیون سریع مایعات کلوییدی باعث افزایش فشار دهلیز چپ و کاهش فشار اسمزی کلوییدی می‌شود و هر دوی این تغییرات حتی در حضور کارکرد به هنگام قلب باعث ایجاد خیز در ریه می‌شود. در بیمارانی که اطلاعات همودینامیک آنها موجود بود، پیدایش ARDS در جریان درمان DKA همراه با افزایش یا طبیعی بودن فشار پر شدن قلب، برون‌ده طبیعی قلب و کاهش فشار اسمولالیه کلویید بود (۴۲ و ۴۳) در بیماران DKA که شیب (گرادیان) اکسیژن حبابچه‌ای به شریانی افزایش یافته است و یا در سمع ریه رال وجود دارد، خطر پیدایش ARDS افزایش می‌یابد. کنترل Pao_2 و اکسیژن‌سنجی نبض (Pulse oxymetry) و کنترل گرادیان اکسیژن حبابچه‌ای به شریانی در تعیین بیمارانی که در خطر ARDS قرار دارند کمک کننده است (۹) از آنجا که یک عامل مهم در ایجاد ARDS استفاده

از محلولهای کریستالوئیدی است توصیه می‌شود در بیماران پرخطر به میزان کمتری از آن استفاده شود (۴۳ و ۴۲). میکروآتزیوپاتی عروق ریه نیز که باعث تغییر نفوذپذیری مویرگهای حبابچه‌ای است نیز در بیماری‌زایی ARDS دخیل است (۱۱).

اسیدوز کلرمیک: از آنجا که مقادیر زیادی از کتوآنیونها در جریان DKA از ادرار دفع می‌شوند در حین درمان با انسولین، کتوآنیون برای اصلاح اسیدوز ناکافی است (۴۴). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که اسیدوز متابولیک با شکاف آنیونی گپ طبیعی و هیپرکلرمی نسبی و کمبود بافر در حدود $400-300\text{ meq}$ بعد از برطرف شدن کتونمی دیده می‌شود (۴۵ و ۴۶) مقدار کمبود بافر تقریباً معادل کتوآنیون از دست رفته است که همراه با از دست دادن هیدروژن نیست و اسیدوزی ایجاد می‌کند که اثرات مضر بالینی ندارد و کم‌کم در طی ۴۸-۲۴ ساعت توسط کلیه جبران می‌شود (۴۵). مکانیسم‌های دیگر ایجاد اسیدوز هیپرکلرمیک تزریق مایعات حاوی کلر به مقدار بیشتر از کلر پلاسما، افزایش حجم مایعات بدن با محلولهای بدون بیکربنات (۴۵)، محدود بودن بیکربنات در لوله‌های پیش‌سینه (توبول‌های پروگزیمال) کلیه که باعث باز جذب بیشتر کلر می‌شود (۹) و انتقال داخل سلولی بیکربنات سدیم در حین اصلاح DKA است (۱۱).

نسبت تغییرات شکاف آنیونی گپ (AG) به تغییرات بیکربنات $\Delta AG/\Delta HCO_3$ که در واقع میزان کمبود بیکربنات ناشی از احتباس آنیون‌ها را نشان می‌دهد برای تعیین نوع اختلال اسید و باز در DKA به کار می‌رود شکاف آنیونی برابر با تفاضل جبری آنیونها از کاتیونهاست و از فرمول زیر محاسبه می‌شود $AG = (\text{بیکربنات} + \text{کلر}) - (\text{پتاسیم} + \text{سدیم})$ که طبیعی آن ۱۲-۸ می‌باشد. اگر این نسبت $0/8$ باشد نشاندهنده افزایش شکاف آنیونی و اسیدوز متابولیک است و نسبت $0/4-0/8$ یک اسیدوز مختلط را نشان می‌دهد و نسبت $0/4 >$ یعنی اسیدوز هیپرکلرمیک متابولیک ایجاد شده است با استفاده از این معیار آدروگ (Adroque) و همکاران گزارش کردند که ۴۶٪ از بیماران در شروع DKA اسیدوز با شکاف آنیونی افزایش یافته دارند و ۴۳٪ از نوع مختلط و ۱۱٪ اسیدوز هیپرکلرمیک دارند (۴۸). در مطالعه دیگر روی ۴۰ بیمار DKA مشاهده شد که اکثر بیماران اختلال مختلط دارند که به شدت هیدراسیون بیمار بستگی داشته است (۴۹). نسبت $\Delta AG/\Delta HCO_3$ با شدت هیپولمی مطابقت دارد چون هر چه هیپولمی بیشتر باشد احتباس کتوآنیون‌ها بیشتر و اسیدوز هیپرکلرمیک کمتر است. ۸ ساعت بعد از درمان ۹۱٪ بیماران اسیدوز مختلط یا هیپرکلرمیک خواهند داشت (۴۸).

افتراق این اسیدوز ناشی از کمبود بیکربنات از کتواسیدوز ناقص درمان شده مهم است چون در صورت دوم انسولین تراپی باید ادامه پیدا کند. وقتی قند پلاسما کنترل شد و $PH \geq 7.30$ رسید و بیمار از نظر بالینی بهبود پیدا کرد میتوان از راه دهان به بیمار غذا داد و میزان انسولین مصرفی را کم کرد. بهبود اسیدوز هیپرکلریک تا چند روز که توسط کلیه جبران شود طول می‌کشد (۹).

* دیگر عوارض

هیپوکالمی و هیپوگلیسمی: چه در بزرگسالان و چه در بالغین ناشی از تجویز مقادیر زیاد انسولین می‌باشد و در انسولین تراپی با دوز کم دیده

5 -Gale HAM, Dornan TL, Tattersall RB 1981 severely uncontrolled diabetes in the. Diabetologica. 21: 25-8. overfifties

6 -Westphal-SH 1996. The occurrence of diabetic ketoacidosis in non-insulin-dependent diabetes and newly. diagnosed diabetic adults. Am-J-Med; 101(1): 19-24

7 -Snorgaard o, Eskildsen PC, Vadstrup S: 1989 Diabetic ketoacidosis in denmark: Epidemiology, incidence. rate, precipitating factors and mortality rates. J-intern-Med 226: 223-228

8 -Fleckman AD. 1993. Diabetic ketoacidosis Endocrin-Metab Clinic-North-Am. 22(2): 181-205

9 -Kitabchi A, Fisher JN, Murphy MB, Rumbak MJ. Diabetic ketoacidosis and the hyperosmolar nonketotic state. chap 41 in Joslin's Diabetes 10 Hyperosmotic

10 Nicolino-M. 1996. Ketoacidosis in children. Rev-prat. 46(5): 587-92

11 -Kitabchi AE, Wall BM. 1995 Diabetic ketoacidosis. Med-Clin-North-Am. 79(1): 9-37

12 -Weidman SW, Ragland JB, Fisher JN, 1985. Effects of insulin on plasma Lipoproteins in ketoacidosis: evidence for a change in high density lipoprotein composition during treatment. Jdiabetic 23 : 171-82. Lipid Res

13 -Butler Am, Talbot NB, Burnett CH. 1947. Metabolic studies in diabetic come trans Assue Am physicians. 60 : 102-9

۲۰: 14 -Nabarro JDN, Spencer AG, Stowers JM. 1952. Metabolic studies in sever diabetic ketosis. Q J Med. 225-48

ketoacidosis.15- Felig P, Marliss E, ohman JL, cahill GF Jr. 1970. Plasma aminoacid level in diabetic. Diabetes 19: 727-9

16 -Blackshear PJ, Alberti KGMM. 1975 Sequential amino acide measurments during experimental diabetic. ketoacidosis. Am-J-Physiol. 228: 205-11

17 -Adroque HJ; Lederer ED; Suki WN: 1984 Determinats of plasma potassium levels in Ketoacidosis. Medicine 65: 163-171.diabetic

18 -Wright FS; Giebisch G: 1985. Regulation of potassium excretion In seldin DW; Giebisch G (eds): The. kidney: Physiology and Palhophysiology. New York, Raven Press, PP: 1223-49

19 -Israel RS. 1989. Diabeytic ketoacidosis. Emergenle-Med-Clin-North-Am 7(4): 859-69

20 -Alberti KGMM, Hackaday TDR: Diabetic coma: A reappraisal after five year Clin-Endocrinol-Metab 6. 421-455

21 -Fulop M; Tanrenbaum H; Deyer N: 1973. Ketotic hyperosmolar coma. Lancetii ۶۳۵-۹

22 -Vinicor F, Lehrner LM, Karn RC: 1980. Hyperamylasemia in dia-

نمی شود (۱۱) اسپیراسیون محتویات معدی در بیماران ناهوشیار نیز منجر به پنومونی و یا ایست تنفسی و یا قلبی می شود استفاده از لوله معده مانع این عارضه می شود.

انفارکت مغز نیز عارضه دیگر DKA است که در بچه ها دیده می شود و برای بیمار عوارض نورولوژیک ماندگار ایجاد می کند. در CT Scan نواحی منفرد و انفارکت ممکن است مشاهده شود و ممکن است خیز مغزی وجود نداشته باشد (۵۰).

اینفارکت قلبی علاوه بر علت، معلول DKA نیز می تواند باشد و به خصوص در افراد مسن شایعترین علت مرگ در اثر DKA است. نهوع، درد شکم و اضطراب در بیمار علائم ایسکمی قلبی محسوب می شوند (۸) هیپرلیپیدمی که در جریان DKA ایجاد می شود با درمان در ۷۰٪ بیماران بهبود می یابد و حتی در عده ای منجر به پانکراتیت می شود که نیاز به توجه و دقت خاص دارد (۸).

* پیشگیری

باید به همه دیابتیک ها توصیه شود که اگر به هر بیماری مبتلا شدند حتماً کتون ادرار و قندخون را مرتباً کنترل کند. علاوه بر این از آنجایی که DKA یک بیماری عود کننده است در افرادی که مرتباً به DKA دچار می شوند باید عامل را شناسایی و از آن جلوگیری کرد (۸).

جلوگیری از وقوع DKA گذشته از حفظ سلامت بیمار و جلوگیری از اتلاف ساعات کار، از نظر هزینه نیز بسیار مقرون به صرفه است. در واقع در یک مطالعه دیده شده که از هر ۴ دلار هزینه که در سال برای بیمار دیابتی تیپ I در بخش داخلی صرف می شود بیش از ۱ دلار مربوط به DKA است که با توجه به تعداد بیماران دیابتی در مجموع رقم قابل ملاحظه ای خواهد شد (۵۱).

با توجه به مطالعات انجام شده در مورد عوارض حاد دیابت از جمله DKA و هیپرگلیسمی نشان داده شده است که میزان آگاهی بیماران از بیماری دیابت و عوارض آن اندک است و این عامل همراه با عفونتها مهمترین عامل در بیمار شدگی بیماران دیابتی محسوب می شود (۵۲) این مسئله در مورد بیماران کشور ما به نحو بارزتری وجود دارد از این رو آموزش به بیماران دیابتی باید افزایش یابد تا از عوارض دیابت از جمله DKA جلوگیری شود.

REF

1 -Johnson DD, Palumbo PJ, Chu C: 1980, Diabetic ketoacidosis in a 5 community based population. Mayo. Clin- Proc 55: 83-8

2 -Krents AJ, Natrass M, 1991 Diabetic Ketoacidosis. chap 49 In text book of Diabetes. Vol 1. Blackwell. scientific publications 479-89

3 -Tunbridge WMG 1981. Factors contributing to deaths of diabetics under fifty years of age. Lancet, : 569-72. i

4 -Fishbein HA: Diabetic ketoacidosis, hyperosmolar nonketotic coma, Lactic acidosis and hypoglycemia. In+Harris MI, Hamman RF(eds): Diabetecs in America (National Diabetes Growep) whashington,+Depatment of Health and Human Services. 1985, PP: 1-

Diabetic ketoacidosis. *Diabetic care* . 13:22-33

39 -Duck SC, Wyatt DT 1988: Factors associated with brain herniation in the treatment of ketoacidosis. *J Pediatr*. 113: 10-14.diabetic

40 -Krane EJ, Rockoff MA, Wallman JK 1985. Subclinical brain Swelling in children during treatment of . diabetic ketoacidosis. *N-Engl-J-Med* 312: 1147-51

41 -Silver SM; Clark EC; Schroeder BM; starns RH. 1997 Pathogenesis of cerebraal edema after treatment . of diabetic ketoacidosis. *Kidney-Int*; 51(4). 1237-44

42 -Carrol P, Matz R 1982: Adult respiratory distress syndom complicating severely uncontrolled diabetes . mellitus: Report of nine care and a review of literature. *Diabetic care* 5: 574-80

43 -Spung CL, Rackow EC, Fein IA 1980. Pulmonary. Ebema: A complication diabetic ketoacidosis. *Chest* . 77 : 687-8

44 -Barnes HV, Chen RD, kitabchi AE, Murphy MB. When is bicarbonate appropriate in treating metabolic+inacidosis including diabetic ketoacidosis.? IN: Gitni ck G Baenes HV, Duffy ES (eds): *Debates . medicine*. Chicago: Yearbool medical publishers . 1990

45 -oh MS, Carroll HJ, Uribarri J 1990: Mechanism of normochloremic and hyperchloremic acidosis+diabetic ketoacidosis: *Nephron* 54: 1-6.in

46 -Adrogue HJ, Eknoyan G, Barreto J. Sglutary 1989 Effects of mod-est fluid replacement in the treatment . of adults with diabetic ketoacidosis. *JAMA* 262: 2108-13

47 -Brun-Buisson CJL, Bonner F, Bergeret S 1985: Recurrent high-Permeability pulmonary edema associated . with diabetic ketoacidosis. *crit-care-Med*; 13: 55-6

48 -Adrogue HJ, Wilson H, Boyd AE. et all 1982. Plasma acide-base pattern in diabetic . N-Engl-J-Med 307: 1603-10.ketoacidosis

49 -Eliseaf MS; Tsatsoulis A1; Katopodiskp, Siamopoulos KS. 1996 Acide-base and electrolyte disturbances . in patients with diabetic ketoacidosis. *Diabetis-Res-Clin-Pract*; 34(1): 23-7

50 -Roe TF; Craw ford to; Huff KR; Costin G; Kaufman FR; Nelsun MD Jr 1996. Brain in faction children with diabetic ketoacidosis. *J-Dia-betes-Complications*; 10(2): 100-8.in

51 - Javor KA; kotsanos JG; MC Donald RC; Baron AD; kesterson JG; Tierney WM 1997 ketoacidosis charges relative to medical charges of adult patients with type I diabetes. *DiabeticDiabetic . care* 20(3):349-54

52 -Levetan BN; Levitt NS; Bonnici F. 1997. Hyperglycemic emer-gencies are a common problem. 5-*Atr-Med-J*; 87: 368-70

۵۳- جزایری م، باستان حق م ح، پژوهی م، لاریجانی ب، اصفهانیان ف، لنکرانی م. ۱۳۷۴ برخورد علمی با تواسیدوز دیابتیک . مجله نبض . شماره نهم . سال چهارم . صفحه ۱۱ تا ۱۳ .

betic ketoacidosis sources +significance. *Ann-Intern-Med*. 91: 200-204.and

23 -Narins RG, Jones ER, Stom MC. 1982. Diagnostic strategies in disorders of fluid electrolyte acid-base homeostusis. *Am-J-Med* 72: 495-520.and

24 -Cullen MT; Reece EA; Homko CJ; sivan E. 1996. The changing presentations of diabetic ketoacidosis . pregnancy. *Am-J-Perinatol*. 13(7): 449-51

25 -Genuth SM. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar coma. in Bardin (ed). *Current . therapy in endocrinology and metabolism*. First edition 1994- Mosby

26 -Thompson CJ, Johnston DG, Baylis PH, Anderson J. 1986 Alco-holic ketoacidosis: an underdiagnosed . condition. *Br-Med. J* 292: 493-5

27 -Watkins PJ. 1967. The effect pof ketonbodies in the determina-tion of creatinin *Clin-Chim-Acta*: 191-6. 18

28 -Gonzales-Campoy JM; Robertson PR. 1996. Diabetic ketoacidosis and hyperosmular nonketotic state . gaining control over extreme hyperglycemic complications. *Postgrad-Med*; 99(6): 143-52

as29- Treasure RAR, Fowler PBS, Millington HT, wise PH. 1987. Misdiagnosis of diabetic ketoacidosis. hyperventilation. *Br-Med-J* 294-630

30 -Berger W, Keller V. treatment of diabetic ketacidosis and nonketotic hyperosmular diabetic Coma 1992. *Clin - Endocrinol-Metab*. 1, 1-22

31 -Butkiewicz EK, Leibson CL; o'Brien PC; Palumbo PJ, Rizza RA. 1995 Insulin therapy for+ketoacidosis. Bolus insulin injection versus con-tinuous insulin fusion. *Diabetic care*; 18(8):diabetic . 1187-90

32 -Kerisberg RA 1990 Diabetic ketoacidosis. In Rifkin M. Porte D (eds): *Diabetes Mellitus: Theory and . practice*, ed 4. New York, Elseveier science. PP: 591-603

33 -Wilson HK, keuer SP, Lea AS. 1982 Phosphate therapy in dia-betic ketoacidosis *Arch Intein Med* . 142 -517-20

34 -Fisher JN, kitabchi AE. 1983 A randomized study of phusphate thrapy in the treatment of+ketoacidosis. *J-Clin-Endocrinol-Metab*. 57: 177-80.diabetic

35 -Rumbak MJ, Hughes TA, kitabchi AE 1991. Pseudonormoglycemia in diabetic ketoacidosis in a patient . with hypertriglycesdemia *Am-J-Emerg-Med*. 9: 61-3

36 -Kitabchi AE, Rumbak MJ 1989: The managment of diabetic emer-gencies. *Hosp-Pract*. 24: 129-33

37 -Hendey GW; schwab T, solizt. 1997. Urine ketone dip test as a screen for ketonemia in+ketoacidosis and ketosis in emergency depart-ment. *Ann-Emerg-Med*; 29(6): 735-8.diabetic

38 -Rosenbloom AL 1990: Intracerebral crises during treatment of

مجموعه آموزشی دیابت

بنیاد امور بیماریهای خاص

به مناسبت روز جهانی دیابت

مراکز درمانی، بیماران دیابتی و خانواده ها می توانند برای دریافت انتشارات با روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص تماس حاصل نمایند.



روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص
 صندوق پستی: ۳۳۳۳-۱۵۸۱۵
 تلفن: ۰۲۹-۸۷۱۱۰۷۹۶ فاکس: ۰۷۹۶-۸۷۱۰۷۹۶



پیگ خاص

برای سلامتی و تندرستی جامعه باجوایز ارزنده



تلف: ۰۲۱-۸۸۰۰۰۰۰۰

۱- دیابت قندی

الف- افزایش در قندخون به صورت غیر طبیعی

ب- افزایش اوره خون ج- افزایش چربی خون

۲- نقص در کدامیک از عوامل اصلی در ایجاد دیابت است

الف- انسولین ب- گور تیزول ج- گاسترین

۳- کدامیک از علائم زیر در افراد مبتلابه دیابت به طور شایع دیده می شود

الف- خواب آلودگی

ب- پر ادراری ج- خوردن زیاد قند

دیابت قندی

دیابت قندی دیابت قندی یک بیماری مزمن است و در این بیماری غلظت گلوکز خون به صورت غیر طبیعی بالا خواهد رفت. در خون ماده ای به نام انسولین از غده اوزالعه ترشح می شود. انسولین مسئول تنظیم مصرف قندخون توسط سلول ها است. اگر این ماده به خوبی عمل نکند موجب می شود قند قادر به ورود سلول ها نبوده و سطح آن در خون باقی بماند. افزایش قندخون در صورت تداوم می تواند باعث عوارض چشمی، کلیوی، عصبی و عروقی خون شود.

علائم دیابت قندی در بیمار آن مختلف فرقی می کند. بیمار آن اغلب به علت پر ادراری، پر خوری ویرتوشی به پزشک مراجعه می کند ولی گاهی اختلالات عصبی و داخلی از دست رفتن هوشیاری ناشی از بیماری قندی باشد.

شماره حساب ۱۱۱

بانک ملت شعبه پاسنور برای همپاری و مشارکت های مردمی

پنجمین شماره پیگ خاص را از شعب بانک ملت تهیه نمایید.




بنیاد امور بیماری های خاص

فرستنده:

محل الصاق
تمبر

کد پستی:

نام و نام خانوادگی:

گیرنده: بنیاد امور بیماری های خاص
تهران - صندوق پستی: ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

باپیگ خاص

علاوه بر آشنایی با بیماری های خاص در گسترش مراکز درمانی بیماری های خاص نیز سهیم خواهید شد.



روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص