

■ احساس نیاز، محرک
جامعه به سوی
پیشرفت است

■ گفتگو با متخصص
کلیه

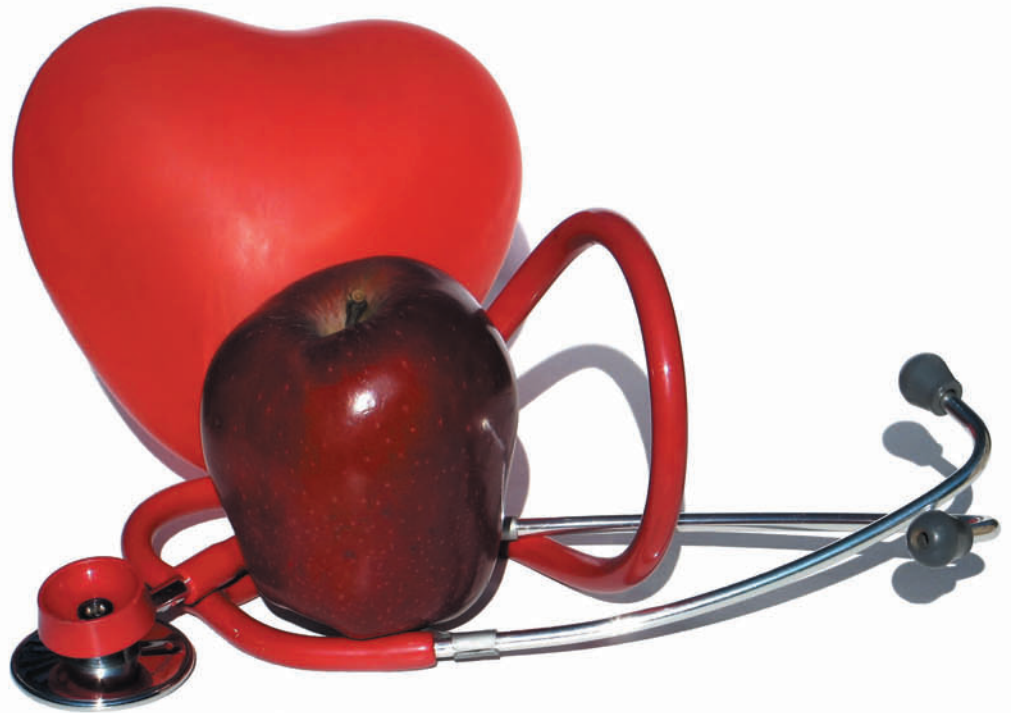
■ یافته های جدید در
مورد انعقاد خون

■ روز جهانی تالاسمی

■ اخبار جدید پزشکی

■ یاوران بنیاد

■ رژیم افراد تالاسمی



سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماری های خاص اردیبهشت ۸۹

Charity Foundation For Special Diseases

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سردبیر: دکتر باقر لاریجانی
دبیر تحریریه: نسرین آقاملا

هیات علمی

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

هیات تحریریه این شماره

فریبا لاهوتی، مریم اسدی، مینا میربهاء، زهرا رضائیان، قرایی، دکتر رضا ملایری، دکتر سید محمد ابوترابی، دکتر سمیرا ایرانی، سید مجتبی صحتی، افسانه حسنی، مریم حسین مردی، سارا خلج، ویدا نوری زاده، آزاده طلوع، سعیده سعیدی و پروین زاده طهماسبی
امور فنی و هنری: مؤسسه فرهنگی هنری طاهر
طراح و گرافیک: الهه ابراهیمی شادمان
حروفچینی: محبوبه حقیقت جو



بنیاد امور بیماری های خاص

پست الکترونیک

Email: r. cffsd@yahoo.com

نشانی نشریه

تهران، تقاطع خیابان ولی عصر و خیابان شهید بهشتی

خیابان شهید اکبری، خیابان ۱/ ۱۵/ پلاک ۱۲

صندوق پستی: ۱۵۸۱۵/ ۳۳۳۳

دورنگار: ۸۸۷۱۰۷۹۶

تلفن: ۸۸۷۲۴۳۱۰

۴	امام خمینی
۵	حضور بنیاد در میان مردم
۶	استان هرمزگان
۹	احساس نیاز، محرک جامعه به سوی پیشرفت است
۱۰	کمک به هم نوع
۱۱	گفتگو با دهنده کلیه
۱۲	گفتگو با گیرنده کلیه
۱۳	اخبار بنیاد
۱۵	مرکز دیابت و بیماری های متابولیک
۱۸	رژیم افراد تالاسمی
۲۰	هیاتیت B و C در واحدهای دیالیز در ایران
۲۲	اخبار جدید پزشکی
۲۴	یافته های جدید در مورد انعقاد خون
۲۵	انجمن ملی ام اس
۲۶	روز جهانی تالاسمی
۲۷	عواملی که در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش دارند
۲۹	گفتگو با متخصص کلیه
۳۲	انتشارات بنیاد
۳۳	ایثار زندگی، یاری سبز روزگار
۳۴	یاری سبز یاوران بنیاد
۳۵	لحظه ای با دل
۳۶	جدول
۳۷	مقالات انگلیسی

سرمقاله



بشر در سایه دانش پزشکی توانسته تعدادی از بیماری‌ها را ریشه کن کرده و برخی از آنها را مهار نماید و از این رهگذر گوشه‌ای از نگرانی‌ها و آلام جسمی و روانی را برطرف سازد اما رنجی که پاره‌ای از انسان‌ها از ناحیه بیماری‌های مزمن و مادام‌العمر تحمل می‌کنند دل هر انسان پاک سرشتی را می‌فشرد. این درد و غم زمانی طاقت فرسا می‌شود که معضلاتی چون فقر اقتصادی، فقر فرهنگی و عدم اشتغال مزید بر علت شود.

بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی، کلیوی، از جمله بیماری‌هایی است که همه جوامع انسانی کم و بیش با آن دست به گریبان است. گرچه پیشرفت دانش پزشکی این امکان را می‌دهد تا با استفاده از پیوند مغز استخوان بیماری تالاسمی و لوسمی درمان شود، همچنین بیماران دیالیزی با استفاده از پیوند کلیه به زندگی عادی باز گردند اما هنوز بیماران فراوانی در جامعه وجود دارند که رنج بیماری را تحمل می‌کنند و در جستجوی امکانات درمان هستند. مسئله‌ای که باید به آن توجه کرد آموزش پزشکی است، نخستین تصویری که با شنیدن لفظ «آموزش پزشکی» به ذهن متبادر می‌شود مراکز عالی آموزش پزشکی و دانشگاه‌ها است اما این واقعیت را باید مد نظر داشت که برای ارتقاء سطح سلامت در جامعه، علاوه بر لزوم آموزش کادر درمانی، لازم است مردم نیز مستقیماً با اصول کلی بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های مختلف آشنا شوند.

آموزش مردمی جایگاه ویژه‌ای در ترویج اعتماد به نفس فردی، اجتماعی و گسترش توانایی‌های مردم به منظور مشارکت تام در ارتقای سلامت دارد.

بنیاد امور بیماری‌های خاص به عنوان یک نهاد مردمی با درک این رنج و نیاز هزاران انسان مبتلا، تلاش می‌کند با افزایش آگاهی سطح جامعه، پیشگیری از بیماری، درمان و ورزش در برنامه مدون درمانی؛ آگاه‌سازی متناسبی را به وجود آورد.

اکنون در آستانه چهاردهمین سالگرد تاسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص قرار داریم. امید است تا با کمک همه انسان‌های نیک سرشت و آگاه در سال جدید گام‌های مؤثرتری در زمینه پیشگیری، آموزش، تحقیق و توسعه مراکز درمانی حمایت از بیماران خاص، برداشته شود تا آینده روشنی را برای بیماران رقم زنیم.

سردبیر

- ◆ امام خمینی
- ◆ حضور بنیاد در میان مردم
- ◆ استان هرمزگان
- ◆ احساس نیاز، محرک جامعه به سوی پیشرفت است
- ◆ گفتگو با دهنده کلیه
- ◆ کمک به هم نوع
- ◆ گفتگو با گیرنده کلیه
- ◆ اخبار بنیاد
- ◆ مرکز دیابت و بیماری های متابولیک

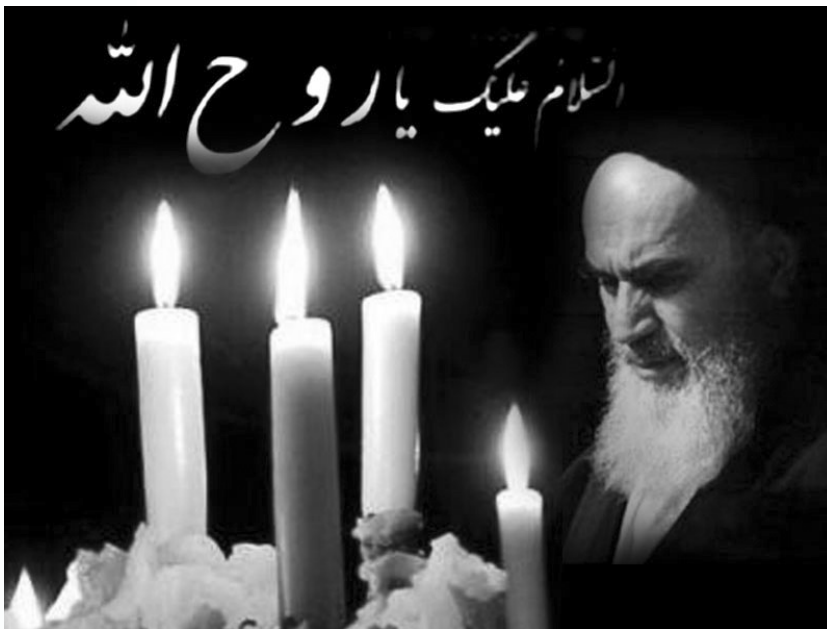
اجتماعی



امام خمینی

امام خمینی هدف ها، آرمان ها و هر آنچه را که می بایست ابلاغ کند، گفته بود و در عمل نیز تمام هستیش را برای تحقق همان هدف ها بکار گرفته بود. در نیمه خرداد سال ۱۳۶۸ خود را آماده ملاقات با عزیزی کرد که تمام عمرش را برای جلب رضای او صرف کرده بود و قامتش جز در برابر او، در مقابل هیچ قدرتی خم نشده و چشمانش جز برای او گریه نکرده بود.

سعیده سعیدی



عاشقا این قصه ای بی منتهاست وصف پیر عشق را کی منتهاست

حضرت امام خمینی (ره) در اول مهر ۱۲۸۱ شمسی/۲۰ جمادی الثانی ۱۳۲۰ مصادف با میلاد حضرت فاطمه (س) در خمین در یک خانواده روحانی و مبارز به دنیا آمد. ایشان در چهار ماهگی پدرشان، آیت الله سید مصطفی را از دست داد. امام (ره) دوران کودکی را در خمین سپری کرد و در سن ۱۹ سالگی برای ادامه تحصیل به اراک سفر کرد. به دنبال هجرت آیت الله حائری یزدی، از اراک و انتقال حوزه به قم امام به قم مهاجرت کرد با پشتکار و هوش فراوان ایشان در سن کم به مقام مرجعیت نائل شد.

نخستین گام علیه سیاست رضا خانی

دشمنی رضا شاه نسبت به امور دینی هر روز آشکارتر می گردید و به حکم او تمام مجالس سوگواری و ارشاد به شدت منع گردید در آن زمان امام یکی از بزرگترین اساتید حوزه بودند نخستین قدم ایشان بیدار ساختن ملت از جریانات تلخی بود که بر آنان می گذشت پس درس عمومی و همگانی را شروع نمودند تا مطالبی را که لازم می دیدند برای روشن ساختن و حفظ روحیه ملت و طلاب گوشزد فرمایند و بعد ها موضع گیری های ایشان در وقایعی مانند: خرداد ۴۲، انقلاب سفید، مدرسه فیضیه، کاپیتولاسیون باعث خروش مردم و زمینه را برای انقلاب فراهم کرد. ایمان راسخ، بینش عمیق سیاسی، بیان نافذ، پرورش شاگردان انقلابی، مرجعیت، مردمداری و استقامت در راه هدف را می توان از رموز موفقیت امام در انقلاب اسلامی ذکر کرد.

اما عامل اصلی در موفقیت های حضرت امام (ره) معنویت و ارتباط با خدا، کار

امام در وصیتنامه اش نوشته است:
با دلی آرام و قلبی مطمئن و روحی شاد و ضمیری امیدوار به فضل خدا از خدمت خواهران و برادران مرخص و به سوی جایگاه ابدی سفر می کنم و به دعای خیر شما احتیاج میرم دارم و از خدای رحمن و رحیم می خواهم که عذرم را در کوتاهی خدمت و قصور و تقصیر بپذیرد و امیدوارم ملت ایران عذرم را در کوتاهی ها و قصور و تقصیرها بپذیرند و با قدرت، تصمیم و اراده به پیش بروند.

گر چه جسم مطهر امام در کنار شهیدان آرمیده اما روح بلند و تعالیم اساسی و اندیشه های والای او در میان نسل های آینده تا جهان هست زنده خواهد ماند.

برای خدا کردن و حتی کار را برای نتیجه ظاهریش انجام ندادن است. ایشان می فرمودند: ما کار را برای نتیجه نمی کنیم بلکه کار را برای تکلیف می کنیم. توکل، پیوند با معصومین، رعایت احترام و ادب، مهرورزی، فروتنی، ساده زیستی، همسایه داری، زهد، دوری از غیبت، توجه به فقرا، نظم در زندگی، صبر، شجاعت و بسیاری خصلت های عالی و پسندیده که هر کدامش به تنهایی کافی بود از یک فرد دارای آن خصلت ها یک انسان بزرگ بسازد. ایشان نمونه کامل و بارز مسلمان واقعی و شیعه اهل بیت (ع) بودند، عشق به خدا در تمام رفتار ایشان موج می زد. روح پر فتوح رهبر آزادگان ساعت ۲۲:۲۵ سیزدهم خرداد ۱۳۶۸ با شنیدن ندای ملکوتی (یا ایها النفس المطمئنه) به ملکوت اعلی پیوست.

حضور بنیاد در میان مردم

نمایشگاه های بنیاد امور بیماری های خاص یکی از ابزارهای معرفی و ارائه خدمات بنیاد است که فراخور مناسبت های مختلف از کنگره های علمی گرفته تا نمایشگاه های عمومی برگزار می شود و در این شماره از نشریه هم بنیاد در چندین نمایشگاه شرکت کرده و توانسته بار دیگر حضور سبزی را در اجتماع به ثبت برساند.

مریم حسین مردی

حضور بنیاد در پارک ملت:

به مناسبت هفته سلامت، نمایشگاهی برای ارائه خدمات انجمن ها و مؤسسات غیردولتی توسط شهرداری منطقه ۳ تهران از تاریخ ۱۸ تا ۲۳ فروردین ماه ۸۹ در پارک ملت برگزار شد. در این نمایشگاه غرفه ای به بنیاد امور بیماری های خاص اختصاص یافت. بنیاد با توزیع رایگان انتشارات خود در مورد بیماری های خاص، معرفی عملکرد بنیاد و مراکز وابسته، معرفی مراکز بنیاد به بیماران مراجعه کننده و ارتباط با نمایندگان خانه سلامت ناحیه های مختلف شهرداری منطقه ۳ تهران جهت همکاری های بیشتر در حوزه سلامت حضور پر رنگی داشت.

برپایی غرفه در دومین کنگره بین المللی سردرد:

دومین کنگره بین المللی سردرد از تاریخ ۲۱ تا ۲۴ اردیبهشت ماه ۸۹ توسط انجمن متخصصین مغز و اعصاب ایران، دانشگاه های علوم پزشکی کشور و انجمن ام اس در تالار امام، بیمارستان امام خمینی برگزار شد. در این کنگره نیز با همکاری برگزار کنندگان غرفه ای جهت ارائه فعالیت های بنیاد در اختیار این مرکز قرار داده شد.

کنگره ملاحظات دندانپزشکی در بیماران خاص:

کنگره ملاحظات دندانپزشکی در بیماران خاص به همت بنیاد امور بیماری های خاص و با همکاری دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از تاریخ ۱ تا ۳ اردیبهشت ماه ۸۹ در مرکز همایش های بین المللی کیش برگزار شد در حاشیه این کنگره، نمایشگاهی نیز جهت ارائه انتشارات بنیاد با موضوع بیماری های خاص جهت

آشنایی شرکت کنندگان این کنگره با فعالیت های بنیاد برپا شد.

اولین همایش سلامت شهری:

اولین همایش سلامت شهری در تاریخ ۴ و ۵ اردیبهشت ماه ۸۹ توسط معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی ایران در سالن همایش های رازی برگزار شد. با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران غرفه ای به بنیاد اختصاص یافت که در آن به ارائه انتشارات بنیاد و اطلاعات کاملی راجع به عملکرد و فعالیت های بنیاد امور بیماری های خاص در اختیار مراجعه کنندگان از جمله نمایندگان اداره سلامت مناطق مختلف شهرداری و نمایندگان دانشگاه های علوم پزشکی ایران در استان ها، قرار گرفت. در حاشیه برگزاری این همایش بازارچه سلامت شهری در جوار ساختمان مرکز همایش ها با حضور نمایندگان اداره سلامت ۲۲ منطقه برپا شد که طی حضور کارشناس روابط عمومی بنیاد در کلیه غرفه ها هماهنگی های لازم جهت برگزاری کارگاه های آموزشی رایگان برای عموم مردم با نمایندگان خانه های سلامت ۲۲ منطقه تهران انجام شد.

اجرای مراسم دعای دانش آموزی:

به مناسبت سالگرد تأسیس بنیاد که همزمان با روز جهانی تالاسمی است، نمایندگان بنیاد جهت اجرای مراسم دعای دانش آموزی و آموزش پیشگیری از بیماری تالاسمی در دبیرستان دخترانه رضوان حضور یافتند همزمان با مدرسه مذکور متن دعا در تعدادی از مدارس تهران قرائت شد و همه برای شفای بیماران دعا کردند.

سمینار باز آموزی کاربرد بالینی خون و فرآورده های آن:

این سمینار در تاریخ ۲۸ و ۲۹ فروردین ماه ۸۹ به مناسبت روز جهانی هموفیلی در تالار امام بیمارستان امام خمینی توسط سازمان انتقال خون برگزار شد در این سمینار با همکاری سازمان انتقال خون غرفه ای نیز برای معرفی انتشارات بنیاد در زمینه بیماری های خونی و هموفیلی در اختیار این مرکز قرار داده شد.

بیست و سومین نمایشگاه بین المللی کتاب:

بیست و سومین نمایشگاه بین المللی کتاب از ۱۵ تا ۲۵ اردیبهشت ماه ۸۹ توسط وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی در محل مصلی تهران برگزار شد. انجام تست قندخون به صورت رایگان توسط پزشک بنیاد به مدت ۳ روز، ارائه انتشارات بنیاد، توزیع فرم های اهدای عضو، از جمله فعالیت های غرفه بنیاد در این نمایشگاه بود.

اردوی آموزشی تفریحی ویژه بیماران مبتلا به تالاسمی:

به مناسبت روز جهانی تالاسمی، اردوی آموزشی- تفریحی ویژه بیماران مبتلا به تالاسمی در ۲۱ اردیبهشت ماه ۸۹ در مرکز پزشکی خاص شرق برگزار شد. این اردو با حضور ۳۵ نفر از بیماران مرکز پزشکی خاص شرق به منظور ارتقاء سطح آگاهی بیماران برگزار شد. سخنرانی متخصص خون و آنکولوژی و بررسی مشکلات این بیماران، آموزش حرکات ورزشی مناسب توسط مربی ایروبیک و حضور مبتکر ورزش برایتونیک و ارائه اطلاعات لازم در مورد این ورزش از جمله برنامه های برگزار شده در این اردو بود.

استان هرمزگان

در بازدیدهای استانی کارشناسان بنیاد امور بیماری های خاص، این بار نوبت استان هرمزگان بود که در سال ۸۸ توسط دکتر سید محمد ابوترابی انجام گرفت. این استان کویری کشور برای پیشرفت و ارتقای وضعیت بهداشت و درمان توجه مدیران را می طلبد. توجهی که چند صباحی است مبذول شده و شرح آن در این گزارش می آید.

دکتر سید محمد ابوترابی

وضعیت استان هرمزگان:

استان هرمزگان در جنوب ایران و در شمال تنگه هرمز قرار دارد. مساحت این استان حدود ۶۸ هزار کیلومتر مربع است که از این نظر هشتمین استان کشور می باشد. هرمزگان از جهت شمال و شمال شرقی با استان کرمان، غرب و شمال غربی با استان های فارس و بوشهر از شرق با سیستان و بلوچستان همسایه بوده و جنوب آن را آب های گرم خلیج فارس و دریای عمان در نواری به طول تقریبی ۹۰۰ کیلومتر دربر گرفته است. این استان ۱ میلیون ۴۰۴ هزار نفر جمعیت دارد که عمده این جمعیت در روستا ساکن می باشند ۵۸ درصد مردم هرمزگان در روستا و ۴۱ درصد در شهر زندگی می کنند.

وضعیت بیماران استان : مراکز درمانی

بیماران خاص در ۹ شهرستان استان واقع می باشد که این مراکز تعداد ۲۴۹ بیمار دیالیزی (۱۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۱۵۷۶ بیمار تالاسمی (۱۱۳ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۱۲۰ بیمار هموفیلی (۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) را تحت پوشش قرار می دهند. در ۹ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز، تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. ضمناً پایگاه انتقال خون استان فقط در شهرستان های بندرعباس، بندر لنگه و میناب مستقر می باشد.

بستک: بیمارستان فکری، تنها بیمارستان

و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بستک می باشد. در حال حاضر تعداد ۱۸ بیمار دیالیزی و ۳۲ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. این بیمارستان به ۲ گروه از بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات

درمانی ارائه می نماید. این بیمارستان مجهز به ۴ دستگاه دیالیز می باشد بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۶ تخت فعال می باشد.

بندرعباس: بیمارستان شهید محمدی

بندرعباس تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بندرعباس می باشد. در حال حاضر ۱۲۳ بیمار دیالیزی، ۷۳۰ بیمار تالاسمی و ۹۸ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان می باشند.

این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) و بیماران دیابتی خدمات درمانی ارائه می نماید. این بیمارستان مجهز به ۱۶ دستگاه دیالیز می باشد. بخش تالاسمی و هموفیلی داری ۶۴ تخت فعال است.

بخش دیابت این بیمارستان تعداد ۵۰۰ بیمار دیابتی را تحت پوشش قرار داده است و به طور ماهانه تقریباً ۶۰۰ نفر مراجعه کننده دارد.

بندر لنگه: بیمارستان شهید بهشتی، تنها

بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بندر لنگه می باشد. در حال حاضر تعداد ۲۴ بیمار دیالیزی و ۵۴ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می نماید. بخش دیالیز این بیمارستان مجهز به ۴ دستگاه دیالیز می باشد بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۱۰ تخت فعال است.

جاسک: بیمارستان خاتم الانبیا، تنها

بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان جاسک می باشد.

در حال حاضر تعداد ۵ بیمار دیالیزی و ۳۷ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می نماید. این بیمارستان مجهز به ۲ دستگاه دیالیز می باشد بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۵ تخت فعال است.

حاجی آباد: بیمارستان فاطمه الزهرا،

مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان حاجی آباد می باشد. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می نماید. بخش دیالیز این بیمارستان در حال راه اندازی است و بخش تالاسمی آن ۳۷ بیمار تالاسمی را تحت پوشش دارد. بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۵ تخت فعال است.

بندر خمیر: بیمارستان مرحوم عبدالباقی

نیاپور، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان خمیر می باشد. در حال حاضر تعداد ۴ بیمار دیالیزی و ۳۳ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیز و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می نماید. بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۶ تخت فعال است.

رودان: بیمارستان علی ابن ابیطالب تنها

بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان رودان می باشد. در حال حاضر تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی و ۷۵ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. این بیمارستان مجهز به ۵ دستگاه دیالیز می باشد بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۱۰ تخت فعال است.

دراکثر بخش های تالاسمی و هموفیلی، بیمارستان های استان با کمبود امکانات آموزشی نظیر بروشور، پوستر کتاب و فیلم روبرو هستند. بدلیل زیاد بودن بیماران تالاسمی در استان هرمزگان، همه شهرستان های این استان واجد مرکز درمانی بیماران تالاسمی می باشند.

کمک های بنیاد:

بنیاد امور بیماری های خاص در راستای رسالت و اهداف خدایانه خود، تا کنون به این استان چندین دستگاه گلوکومتر، دستگاه دیالیز، دستگاه سل کانتر، الکتروفورز، یخچال بانک خون و پمپ دسفرال به همراه سایر تجهیزات بیمارستانی لازم اهداء کرده و علاوه بر آن تا کنون ۶۲۶ میلیون ۵۱۶ هزارریال کمک نقدی نیز به این استان پرداخته است.

نیازمندی های استان به تفیک شهرستان و تعداد بیماران دیالیزی و نسبت بیمار به دستگاه در جدول ذیل آمده است.

حال حاضر تعداد ۵۰ بیمار دیالیزی و ۲۶۷ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارایه می نماید. بخش دیالیز این بیمارستان مجهز به ۱۲ دستگاه دیالیز می باشد و بخش تالاسمی و هموفیلی آن دارای ۱۱ تخت فعال است.

کیش: بیمارستان کیش، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در جزیره کیش می باشد. در حال حاضر تعداد ۱۱ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند. در بخش هموفیلی و تالاسمی دارای ۲ تخت فعال است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (تالاسمی) خدمات درمانی ارایه می نماید.

مشکلات و کمبودها:

شهرستان حاجی آباد که در حدود ۱۵۰ کیلومتری بندر عباس واقع شده است فاقد بخش دیالیز مستقل می باشد و بیماران این شهر جهت دیالیز به بندر عباس و سیرجان مراجعه می نمایند.

قشم: بیمارستان فاطمه الزهرا و بیمارستان خلیج فارس ۲ بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان قشم می باشند. بیمارستان فاطمه الزهرا به ۸۴ بیمار تالاسمی خدمات درمانی ارایه می کند و در بخش تالاسمی و هموفیلی دارای ۱۴ تخت فعال است. بیمارستان خلیج فارس به یک گروه از خاص (دیالیز) خدمات درمانی ارایه می کند بخش دیالیز این بیمارستان مجهز به ۷ دستگاه دیالیز می باشد.

پارسیان: بیمارستان رستمی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان پارسیان می باشد. در حال حاضر این شهرستان به ۱۱ بیمار دیالیزی و ۱۳ بیمار تالاسمی خدمات درمانی ارایه می کند. بخش دیالیز این بیمارستان مجهز به ۲ دستگاه دیالیز می باشد که در بخش تالاسمی و هموفیلی دارای ۴ تخت فعال است.

میناب: بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهر میناب می باشد. در

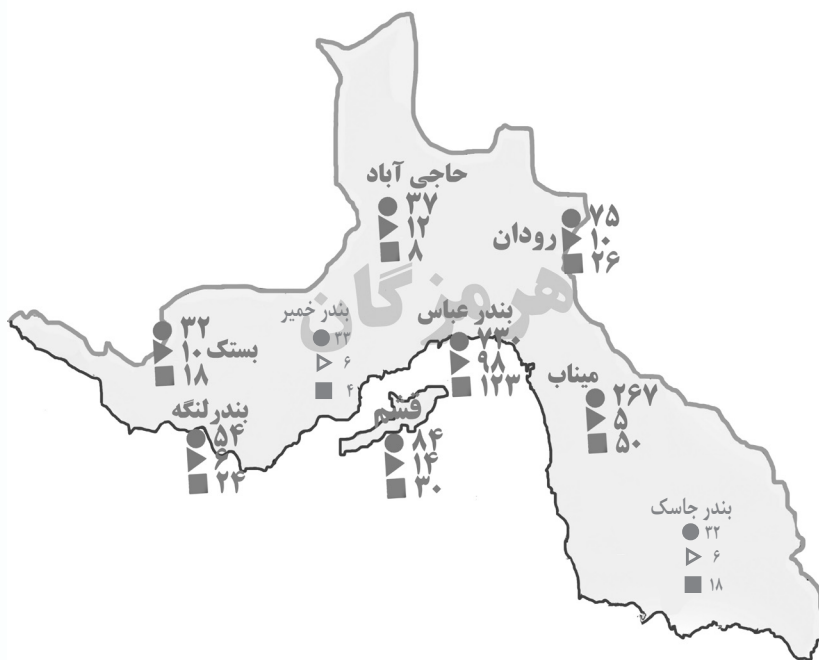
جدول ۱- نیازمندی های استان به تفیک شهرستان و تعداد بیماران دیالیزی و نسبت بیمار به دستگاه در جدول ذیل آمده است.

نام شهرستان	نام مرکز درمانی	تعداد بیماران	تعداد دستگاه فعال	نسبت بیمار به دستگاه	تعداد نیاز
بستک	فکری	۱۸	۱۴	۴/۵	-
بندرلنگه	شهید بهشتی	۲۴	۴	۶	۱
جاسک	خاتم الانبیا	۵	۲	۲/۵	-
رودان	علی ابن ابیطالب (ع)	۲۶	۵	۵/۲	-
قشم	خلیج فارس	۳۰	۷	۴/۳	-
میناب	شهید بهشتی	۵۰	۱۲	۲/۸	-
پارسیان	رستمی	۱۱	۲	۵/۵	۱
حاجی آباد	فاطمه الزهرا	۸	۱	۸	۱
بندر خمیر	نیاپور	۴	۱	۴	۱
کیش	بیمارستان کیش	۱	۱	۱	-
جمع کل	-	۲۹۹	۵۶	۵/۳	۱۰

جدول ۲- تجهیزات اهدایی به استان هرمزگان

تعداد	بیمارستان	کالا	تعداد
۳	بستک	تخت اطفال	۳
۱	بستک	کولر گازی	۱
۱		یخچال	۱
۱		ویدیو	۱
۱		تلوویزیون	۱
۱	بستک	دستگاه دیالیز گامبرو	۱
۱		تخت ۳ شکن	۱
۱		پایه سرم	۱
۱		کمد کنار تخت	۱
۱	بندرعباس	مرکز درمانی بیماریهای خونی	۱
۲	بندرلنگه	بیمارستان شهید بهشتی	۲
۲	جاسک	شبکه بهداشت و درمان	۲
۲	حاجی آباد	کولر گازی	۲
۱		تلوویزیون	۱
۱		ویدیو	۱
۱		ترالی دارو	۱
۴	حاجی آباد	کمد کنار تخت	۴
۴		پله پای تخت	۴
۲		تخت اطفال	۲
۱		آب سردکن	۱
۱	حاجی آباد	تخت معاینه	۱
۱		ترالی اورژانس	۱
۱		ویلچر	۱
۲		تخت ۳ شکن	۲
۲	حاجی آباد	تشک	۲
۱		آب سردکن	۱
۱		ترازو قد و وزن	۱
۳	رودان	پایه سرم	۳
۱		کولر گازی	۱
۳		تخت اطفال	۳
۲		کمد کنار تخت	۲
۱	رودان	ویدیو	۱
۱		تلوویزیون	۱
۴		تخت ۲ شکن	۴
۴		پایه سرم	۴
۴	رودان	کمد کنار تخت	۴
۲		کولر گازی	۲
۱		آب سردکن	۱
۱		یخچال	۱
۱	رودان	تلوویزیون	۱
۱		ویدیو سی دی	۱
۱		ترالی اورژانس	۱
۱		ویدیو	۱
۱	رودان	بیمارستان علی ابن ابیطالب	۱
۳		دستگاه دیالیز	۳
۱		تلوویزیون	۱
۱		ویدیو	۱
۱	قشم	دستگاه دیالیز فرزنپوس	۱
۱		تخت ۲ شکن	۱
۱		میز غذا خوری بیمار	۱
۱		کمد کنار تخت	۱
۱	قشم	پایه سرم	۱
۱		کولر گازی	۱
۱		یخچال	۱
۱		تلوویزیون	۱

شهرستان	بیمارستان	کالا	تعداد
قشم	بیمارستان فاطمه زهرا	بمب دسفرال	۶۰
پارسیان	بیمارستان رستمی	ویدیو	۱
پارسیان	بیمارستان رستمی	تلوویزیون	۱
پارسیان	بیمارستان رستمی	دستگاه دیالیز گامبرو	۲
پارسیان	بیمارستان رستمی	دستگاه RO	۱
میناب	بیمارستان شهید بهشتی	کولر گازی	۱
میناب	کلینیک شفا	کولر گازی	۲
میناب	کلینیک شفا	تلوویزیون	۱
میناب	کلینیک شفا	تخت ۳ شکن	۲
میناب	کلینیک شفا	پایه سرم	۵
میناب	کلینیک شفا	کمد کنار تخت	۲
میناب	کلینیک شفا	تخت بزرگسال ۱ شکن	۳



احساس نیاز، محرک جامعه به سوی پیشرفت است

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام تاکید کرد: از دیدگاه الهی، کسانی قابل ستایش هستند که بر خود سخت می‌گیرند تا دیگران را از رنج و درد رهایی دهند و این‌گونه افراد انسان‌هایی شایسته و محبوب در نزد خداوند هستند.

نسرین آقاملا

تحصیلات تکمیلی انتقال یافته در پی پاسخ به این نیاز هستیم. وی افزود: برای مقابله با بیماری‌های خاص و سرطان‌ها کشور نیازمند ایجاد یک مرکز تحقیقات پیشرفته است که در منطقه حرف نخست را بزند و بتواند با شناخت بهتر با این بیماری‌های مبارزه کند.

در ابتدای این دیدار دکتر ایرج فاضل، عضو هیات امنای بنیاد بیماری‌های خاص در سخنانی به ارائه گزارش و بیان اقدامات این بنیاد پرداخت. وی رایگان شدن درمان بیماران خاص، بیمه شدن آنها و همچنین گسترش مراکز درمانی ویژه بیماران خاص را از اهم این اقدامات عنوان کرد.

همچنین در این دیدار با ارائه لوح تقدیری از خدمات برخی مدیران و کارکنان بنیاد بیماری‌های خاص توسط آیت‌الله هاشمی رفسنجانی تقدیر و تشکر به عمل آمد.



این‌گونه خدمات است. رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، احساس نیاز را محرک جامعه به سوی پیشرفت خواند و به عنوان مثال رشد کنونی دانشگاه آزاد اسلامی را مرهون نیاز جوانان جامعه به فراگیری علم و دانش عنوان کرد و گفت: علی‌رغم توسعه دانشگاه‌های دولتی؛ شاهد رشد و گسترش دانشگاه آزاد اسلامی در زمینه‌های کمی و کیفی هستیم و اکنون که نیاز به تحصیلات دانشگاهی به حوزه

آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در دیدار اعضای هیات امناء، کارکنان بنیاد امور بیماری‌های خاص و جمعی از نیکوکاران که به مناسبت سالگرد تاسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد، با قدردانی از فعالان در امور بیماران خاص؛ تاکید کرد: خدمت به نیازمندان و مستمندان مانند بیماران خاص از مهمترین عبادات اسلامی محسوب می‌شود.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت، رشد اقدامات آموزشی، ساخت و تجهیزات مراکز درمانی و تسهیل امور بیماران خاص را قابل توجه و نمونه‌ای موفق از فعالیت درمانی یک واحد غیردولتی عنوان کرد و گفت: غفلت کشور در زمینه پیشگیری، باعث شده بود که آمار بیماران خاص بالا رود که طی سالیان اخیر با اقداماتی که انجام گرفت، شاهد کاهش این بیماران در کشور هستیم. هاشمی رفسنجانی خدمت به بیماران خاص را یک خواست عمومی در کشور عنوان کرد و افزود: کمک‌ها بسیار فراگیرتر از برخی بی‌مهری‌ها نسبت به این بنیاد است و رشد این بنیاد و موفقیت‌های آن مرهون نیاز جامعه به



کمک به هم نوع

چه نیک فرجامند انسان هایی که هم در این دنیا (خرسند) هستند، و هم با عرضه خدمت ونیکوکاری، خرسندی پروردگار را نیز برای خود رقم می زنند و در این میان دیگران را نیز خرسند می سازند از این رو با یکی از یاوران بنیاد به گفتگو نشستیم.

ارزشمند و مؤثر است و خداوند مهربان که پشتیبان ما و اعمال ماست حمایتان خواهد کرد تا بتوانیم بزودی بر میزان کمک های خود بیفزاییم همانگونه که می فرماید «بخشش کنید به شما داده خواهد شد» و چه خوشبخت آن کسی که تنها برای عطا و عده داده شده پرودگارش نبخشد بلکه به واسطه عشق و مهر و علاقه ای که به دوستی و رضای او دارد از آنچه دارد بگذرد.

در صورت کمک به صورت نقدی برای واریز پول به شماره حساب بنیاد آیا با مشکلی روبرو هستید؟

در سالهای اول بانک ها به ویژه در شهرستان هنوز آشنایی چندانی با نحوه دریافت چنین کمک هایی نداشتند و معمولاً همراه پیش از پرداخت باید به طور مختصر در خصوص این حساب خبریه، عدم لزوم پرداخت به صورت حواله یا پرداخت کارمزد و حتی نوع سرفصل و کد ویژه حساب دریافت کننده توضیحاتی می دادم و پس از بررسی همه جوانب از سوی کارکنان بانک مربوطه موفق به واریز می شدم که خوشبختانه با تکرار و پیگیری این فرایند به میزان زیادی تسهیل شده است؛ ضمن اینکه این موضوع را از طریق غرفه بنیاد در نمایشگاه بین المللی کتاب تهران با مسئولان در میان گذاشتم که خوشبختانه با پیگیری های اخیرشان اطلاع رسانی مناسبی در سایر شهرها نیز صورت پذیرفته است.

۸- یک آرزو برای بیماران خاص!

امیدوارم و نیایشم این است که ایرانیان در سلامت کامل باشند که این امر مستلزم بهبود شرایط سلامت عمومی و اجتماعی، کاهش استرس و آلودگی های محیطی است. به امید آن روز



کنار می گذارم که با افزایش آن میزان پرداختی را نیز افزایش می دهم.

از نظر معنوی چه تاثیری در زندگی شما داشته است؟

به نظرم بزرگترین و مهمترین تاثیر چنین کمک هایی ایجاد آرامش درونی و رضایت خاطر برای فرد یاری گر است به طوری که شخصاً بارها این احساس لذت بخش درونی را تجربه کرده ام که بر جنبه های گوناگون زندگی ام مؤثر بوده است. تسهیل در امور زندگی، پیشرفت در کارها، سربلندی در مسئولیت های فردی و اجتماعی و فراتر از همه بهبود از بیماری، ناشی از توجهات و عنایات بی شمار خدا به من بوده است.

افراد دیگر را نیز برای کمک ترغیب کرده اید؟

بسیاری از دوستان، همکاران و بستگان را به این کار ترغیب کرده ام. برای من یکی از شیرین ترین لحظات زمانی است که بعد از رسیدن نوبتم در بانک مخصوصاً زمانی که به شعبه جدید مراجعه کرده باشم با نگاه های کنجکاو و سرشار از تعجب کارمندان بانک و سایر مراجعه کنندگان مواجه می شوم. خوشبختانه عموماً مردم پس از چند سؤال و آگاهی از موضوع علاقمند شده و انشالله... به جمع همیاران خواهند پیوست اگرچه تعدادی هنوز معتقدند باید درآمد سرشاری داشت تا به چنین کارهایی اقدام کرد و یا آن را وظیفه مسئولین می دانند اما بسیاری با من هم عقیده اند که هر تلاشی به هر میزان

لطفا خودتان را معرفی کنید؟

اینجانب دل آرام گل مروی کارشناس ارشد محیط طبیعی و تنوع زیستی اداره کل حفاظت محیط زیست گیلان هستم.

با بنیاد چگونه آشنا شدید؟

با بنیاد امور بیماری های خاص از طریق تبلیغات تلویزیونی و سایر همیاران در خانواده آشنا شدم.

چه انگیزه ای سبب شد که شما در این کار خیر شرکت کنید؟

خشنودی و رضای خدا و یاری به هموعان و بیماران خاص که نیاز به دریافت کمک جهت تهیه دارو و تامین هزینه های درمان با ارزش ریالی بسیار بالا دارند مهمترین انگیزه من بوده است؛ زیرا نبود توانایی مالی یا توان مالی اندک، استرس و نگرانی های فراوانی برای آنها که باید در طی دوره های درمان و رسیدن به سلامتی مجدد کاملاً دور از تنش و استرس باشند ایجاد می کند. ضمن اینکه تعداد زیادی از این افراد را متأسفانه کودکان و گروه های سنی جوان جامعه تشکیل می دهند که امیدهای آینده خانواده و کشورمان محسوب می شوند و باید توجه داشت که ابتلای هر فرد به چنین بیماری هایی چه تاثیرات روحی و روانی مخربی بر فرد، خانواده و متعاقباً محیط پیرامونش خواهد گذاشت و سیر طبیعی زندگی و فعالیت هایش را دگرگون خواهد نمود در چنین شرایطی هر انسانی نیازمند حمایت دیگران برای بازایی توان روحی و جسمی جهت غلبه بر بیماری و سلامتی دوباره است.

کمک های شما به چه شکل است؟

کمک های من از زمان استخدام به صورت پرداخت های منظم ماهانه می باشد به طوری که از حقوق دریافتی ماهانه مبلغی را جهت پرداخت

گفتگو با دهنده کلیه

اهدای کلیه اهدای زندگی است، از این رو با یکی از هموطنانمان که کلیه خود را اهداء کرده است به گفتگو نشستیم.

انجمن ساری و تهران به من قیمت ۴ میلیون را دادند ولی خانمی که درکنار من بستری شده بود می گفت ۸ میلیون فروختم.

با چه مشکلاتی بعد از اهداء مواجه شدید؟

درد کلیه دارم چه دردی بالاتر از این که هیچ وقت مادر نمی شوم واین مسئله برایم سخت است در حال حاضر بیمه ما نیز قطع شده و این دردآور است من پولی ندارم که هر ماه هزینه چکاپ دهم اگر پول داشتم هیچ وقت کلیه خود را نمی فروختم.

از مسئولین ذی صلاح چه انتظاری دارید؟

شاید روزی من هم گیرنده شوم اگر پول ندارم باید بمیرم؟ در حال حاضر بازار سیاه در این مورد وجود دارد اگر کلیه دادن ثواب است چه بهتر که مسئولین حمایت کنند.

چه پیشنهادی به کسانی که می خواهند کلیه خود را اهداء کنند دارید؟

اگر می خواهید کلیه خود را اهداء کنید بدانید که مشکلات مالی حل نخواهد شد و پس از اهداء هیچ خدمات درمانی ارائه نمی شود حتی بیمه ای نیز وجود ندارد پس فقط به بعد معنوی آن توجه کنید.

اجازه دارم از مصاحبه شما در مجله خاص استفاده کنم؟ بله



گفتند: یک پسر بچه در گرگان به کلیه با گروه خونی شما نیاز دارد که برای دومین بار پیوند می شود. برای آزمایش به آزمایشگاه ساری مراجعه کردم هزینه آزمایشات را فرد گیرنده داد زمانی که آزمایشات انجام شد به جهت پیوند به بیمارستان شریعتی تهران آمدم و به مدت یک هفته در منزل یکی از بستگان گیرنده ماندیم؛ آزمایشات ساری را نپذیرفتند و گفتند باید دوباره آزمایشات انجام شود که فرد گیرنده مجبور شد دوباره هزینه کند.

آیا انجمن مکانی را برای اقامت بیماران شهرستانی دارد؟
خیر- انجمن هیچ امکاناتی ندارد.

آیا شما آماری از قیمت اهداء کلیه دارید؟

سرکار خانم رضایی چه انگیزه ای سبب شد که شما کلیه خود را اهداء کنید؟
من مشکل مالی داشتم کمی از تصمیمم گذشته بود که پشیمان شدم ولی زمانی پشیمان شده بودم که با گیرنده آشنا شده و از نظر احساسی دچار تردید شده و تصمیم خود را برای اهداء گرفتم.

مبلغی که برای اهداء کلیه دریافت کردید مشکلی از زندگی شما را حل کرد؟
خیر واقعاً کم بود.

برای اهداء به کجا مراجعه و چگونه با گیرنده آشنا شدید؟

خود را به انجمن ساری معرفی کردم. بعد از سه ماه از طرف انجمن تماس گرفتند

گفتگو با گیرنده کلیه

گیرندگان کلیه علاوه بر تحمل رنج های جسمی جهت دریافت کلیه و ادامه زندگی با مشکلات بسیاری رو برو هستند از این رو با یک گیرنده کلیه به گفتگو نشستیم.

ویدا نوری زاده

مشکلات جانبی شما بعد از مشکل بیماری چیست؟

هر ۲۴ ساعت ۵ سوند و دستکش استریل لازم دارم که هزینه تهیه آن برایم بسیار مشکل است. از لحاظ خوراک باید ماهیچه و غذاهای مقوی استفاده کنم که این امکان را ندارم.

از مسئولین ذی صلاح چه انتظاری دارید؟

از مسئولین خواهش می کنم قیمت داروها را کاهش دهند، هزینه تجهیزات پزشکی نیز بیهه شود. به فکر کسانی که چون من بیمار هستند و پول هم ندارند باشند.

از مراکز پزشکی خاص راضی هستید؟
بله - چون دفترچه خاص دارم هزینه دیالیز رایگان است. خدا به خانم هاشمی خیر دهد که ما بیماران بعد از خدا امیدمان به ایشان است.

اجازه دارم از مصاحبه و عکس شما در مجله خاص استفاده کنم؟
بله

برای دریافت کلیه با چه مسائلی روبرو شده اید؟

مهمترین مشکل مسئله مالی است که از کمیت امداد دو میلیون وام گرفته ام دو میلیون نیز قرض کردم که نمی دانم به چه صورت باید برگردانم؟ نه توان کار دارم نه پدری ثروتمند.

انجمن کلیه به شما چه خدماتی ارائه می دهد؟

هیچ. فقط یک واسطه برای دریافت کلیه

آیا قیمت دریافت کلیه همه جا شش میلیون است؟

متغیر است از ۳ میلیون که تا ۱۲ میلیون نیز رسیده است که جزء دریافت فوری و بدون نوبت است.

لطفا خودتان را معرفی کنید؟

جلیل مینایی، ۲۰ سال سن دارم ساکن سقز می باشم ۳ خواهر و ۱ برادر دارم پدرم یک کارگر ساده است و خودم در حال حاضر بیکار هستم.

چند سال درگیر این بیماری هستید؟
من از ۱۴ سالگی پیوند مثانه شده و در حال حاضر دیالیز می شوم.

عمل پیوند چه زمانی انجام می شود؟
روز ۱۵ اردیبهشت ماه ۸۹

برای دریافت کلیه چه مقدار پول داده اید؟

۶ میلیون چهار میلیون به حساب انجام نفرولوژی و دو میلیون نیز قرار است بعد از عمل به دهنده بدهم.



اخبار بنیاد

سازمانی، بسته آموزشی با عنوان «در باره سرطان چه می دانیم» که شامل ۶ عدد لوح فشرده با مضامین متنوع در باب این موضوع از این مرکز دریافت شد تا ضمن بررسی این لوح های فشرده، مطالب آن در اختیار بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی قرار گیرد.

مرکز درمانی سوده:

عملکرد بخش همودیالیز در سه ماه گذشته:

بخش همودیالیز مرکز سوده از دی ۸۸ تا فرودین ۸۹ به ۱۱ هزار و ۲۶۲ هزار نفر خدمات درمانی ارائه کرده است.

ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از طریق واکسیناسیون، مراقبت های دوران بارداری، پایش رشد اطفال، تنظیم خانواده، آموزش بهداشت خانواده، بهداشت مدارس و بیماریابی و جذب رابطین بهداشتی، تشکیل کلاسهای آموزشی، مشاوره تغذیه، آموزش تزریق انسولین و مراقبتهای بهداشتی از جمله خدمات ارائه شده در مرکز درمانی سوده است.

گزارش کمیته های استانی واحد اجرایی:

استان مرکزی:

در استان مرکزی ۱۵۶۹ نفر بیمار خاص ثبت شده وجود دارد که از این تعداد ۶۵۵ نفر بیمار مبتلا به ام اس، ۳۳۶ نفر بیمار دیالیزی، ۳۲۷ نفر بیمار پیوندی، ۱۳۰ نفر بیمار مبتلا به هموفیلی و ۱۲۱ نفر بیمار مبتلا به تالاسمی هستند. همچنین تخمین زده می شود که در استان تقریباً ۴۰۰۰

سراسر کشور، شهرداری های کشور به ویژه خانه های سلامت شهرداری تهران، روزنامه ها و جراید ملی و استانی، انجمن علمی نفرولوژی ایران، سازمان مترو تهران و سازمان زیباسازی شهرداری تهران، اقدامات گسترده علمی، فرهنگی و تبلیغی در روز جهانی کلیه سال جاری داشته است.

در روز جهانی کلیه، تمرکز فدراسیون بین المللی بنیادهای کلیه (IFKF)، فدراسیون بین المللی دیابت و انجمن بین المللی نفرولوژی که مهم ترین نهادهای بین المللی در زمینه بیماری های کلیوی و دیابت محسوب می شوند، بر روی محور موضوعی « کلیه سالم با پیشگیری و کنترل بیماری دیابت» بوده است. از این رو در بسیاری از مراکز درمانی کشور با ترغیب بنیاد امور بیماری های خاص، غربالگری رایگان آزمون های کلیوی در بیماران دیابتی در روز جهانی کلیه انجام شده است.

در یازدهمین اجلاس سالیانه فدراسیون بین المللی بنیادهای کلیه (IFKF)، نمایندگانی از بنیادهای کلیوی ۲۹ کشور حضور داشتند که دکتر رسنا بنت حاج عبدالرشید معاون وزارت بهداشت کشورمالزی به هنگام بازدید از نمایشگاه عملکرد کشورها در روز جهانی کلیه از اقدامات بنیاد امور بیماری های خاص در ارائه اقدامات مطلوب به بیماران کلیوی در ایران تقدیر کرد.

ارتباط با مرکز مشاوره و خدمات

پرستاری نگرین سلامت

پیرو مکاتبه مرکز مشاوره و خدمات پرستاری نگرین سلامت در استان خراسان رضوی، با بنیاد امور بیماری های خاص در فروردین ماه ۸۹ در راستای ارتباط با مراکز برون



واحد آموزش و پژوهش:

بنیاد امور بیماری های خاص برنده جایزه اول روز جهانی کلیه شد.

در یازدهمین اجلاس سالیانه فدراسیون بین المللی بنیادهای کلیه (IFKF) که از ۱۹ اردیبهشت لغایت ۲۳ اردیبهشت ماه ۸۹ در شهر کوالالامپور کشور مالزی برگزار شد، در ارزیابی هیئت داوران این فدراسیون جهانی، پوستر نمایشگر اقدامات بنیاد امور بیماری های خاص در روز جهانی کلیه امسال رتبه نخست را در میان بنیادهای کلیوی کشورهای شرکت کننده در این اجلاس کسب کرد.

یکی از مهم ترین علل برگزیده شدن این بنیاد در میان بنیادهای کلیوی کشورهای دنیا، تعامل دو و چندسویه آن با نهادها و دستگاه های مختلف کشور در پیشبرد اهداف اعاده سلامت به بیماران کلیوی و توانمندسازی همه جانبه آنها و نیز ارتقای آگاهی عمومی جامعه برای پیشگیری از بروز بیماری های مزمن کلیوی بوده است.

بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

بیمار مبتلا به سرطان وجود داشته باشند. تلاش هایی جهت تحت پوشش قرار دادن بیماران مبتلا به دمانس، سرطان و دیابت جزء بیماری های خاص در حال انجام است.

مشکلات انجمن های بیماران خاص استان:

- * عدم آموزش کافی پرسنل درمانی مراکز بهداشتی و درمانی در نحوه تزریق آمپول اینترفرون و عوارض این دارو
- * عدم وجود بانک اطلاعاتی بیماران خاص در استان
- * عدم انجام جراحی پیوند کلیه در استان
- * بالا بودن شاخص تخت دیالیز نسبت به بیمار
- * توزیع نامناسب داروهای بیماران هموفیلی در سطح استان

مصوبات:

- تعیین محل برخی از انجمن های خاص توسط فرمانداری استان
- ایجاد بانک اطلاعات بیماران و ارائه گزارش ماهانه انجمن های استان به دبیرخانه استان

آذربایجان شرقی:

مشکلات انجمن های بیماران خاص استان:

- * کمبود داروهای مورد نیاز بیماران خاص در سطح استان
- * محدودیت تعداد داروخانه های توزیع کننده داروهای بیماران خاص و عدم معین بودن شهرستان توزیع کننده دارو
- * عدم وجود محلی مشخص برای انجمن های بیماران خاص در استان

پیشنهادهای:

- * ایجاد درمانگاه ویژه برای بیماران خاص استان
- * صدور دفترچه از محل طرح بیمه ایرانیان و هزینه ۵۰ درصدی سهم بیماران
- * تهیه گزارش از وضعیت بیماران خاص استان
- * تعیین شهرستانی معین جهت توزیع

داروها

* ضرورت ایجاد بانک اطلاعاتی بیماران خاص استان

مصوبات:

- دانشگاه علوم پزشکی استان متعهد شد تا سرنگ مورد نیاز بیماران تالاسمی (حداکثر ۳۰ عدد در ماه) را تامین کرده و به آنها تحویل دهد.
- انجام رایگان آزمایشات بیماران خاص استان توسط سازمان انتقال خون استان
- شهرستان های میانه، مراغه و اهر جهت توزیع داروهای مورد نیاز بیماران مشخص شد.
- هماهنگی لازم با داروخانه پایلوت در مرکز استان جهت عقد قرارداد با تمامی شرکت های بیمه برای رفع مشکلات بیمه های تکمیلی

عملکرد چهار ماهه مرکز پزشکی خاص

دی ماه ۱۳۸۸

- برگزاری سمینار استرس و دیابت هر هفته برای بیماران دیابتی با همکاری شهرداری منطقه ۶ و خانه سلامت مستقر در مرکز
- برگزاری طرح تحقیقاتی پای دیابتی هر هفته برای بیماران دیابتی

- برگزاری سمینار رو در رو با بیماران سرطانی جهت بررسی مشکلات و ایجاد راهکاری مناسب جهت ادامه درمان آنان
- برگزاری تست قند خون پرسنل سازمان ترافیک شهرداری طی ۳ هفته با همکاری شهرداری منطقه ۶

بهمن ماه ۱۳۸۸

- انجام طرح غربالگری دوره دوازدهم و سیزدهم سرطان های شایع زنان
- اجرای طرح چکاپ پرسنل مرکز پزشکی خاص

- برگزاری کلاس آموزشی « معرفی دیابت » برای مجتمع آموزشی امام صادق (علیه السلام)
- برقراری دوره های آموزشی آنفولانزا ، دیابت، فشار خون، غربالگری قند، بیمار های

قلبی - عروقی و بیماریهای کلیوی در خانه سلامت شهرداری

اسفند ماه ۱۳۸۸

- برگزاری طرح غربالگری بیماری های کلیوی در بیماران دیابتی به مدت یک هفته به مناسبت روز جهانی کلیه
- برگزاری همایش آموزشی استرس و دیابت برای بیماران دیابتی
- برگزاری همایش آموزشی بیماریهای شایع زنان برای بیماران دیابتی
- برگزاری همایش آموزشی استئوپروز برای بیماران دیابتی
- همکاری با شهرداری تهران جهت ارسال پزشک به مراکز سلامت شهرداری جهت برگزاری روز سلامت مردان
- برگزاری اردوی آموزشی - تفریحی جهت ۴۰ نفر از بانوان دیابتی مرکز در پارک بهشت مادران

- برگزاری سمینار دیابت و کلیه برای بیماران دیابتی
- اجرای طرح چکاپ پرسنل بنیاد امور بیماریهای خاص
- هماهنگی در اجرای برگزاری سمینار کارگاه کشوری مدیریت بهداشت معاونت بهداشتی دانشگاه ایران
- برگزاری دوره های آموزشی جهت آموزش تغذیه و بیمارهای کودک برای مربیان کودک اداره کل آموزش و پرورش

فروردین ماه ۱۳۸۹

- برگزاری طرح غربالگری سرطانهای شایع زنان توسط مرکز پزشکی خاص و انجمن تنظیم خانواده
- حضور فعال مرکز در مراسم اختتامیه هفته سلامت در سالن آمفی تاتر خانه هنرمندان برگزار شده توسط اداره سلامت شهرداری منطقه ۶

مرکز دیابت و بیماری های متابولیک

مرکز دیابت و بیماریهای متابولیک در خیابان کارگر شمالی تهران با زیربنای تقریبی ۱۳۳۷ متر مربع با سرمایه گذاری بنیاد امور بیماریهای خاص و با استفاده از مشارکتهای مردمی در تاریخ ۱۶ آذر ۱۳۸۸ کار خود را آغاز کرده است. از آن زمان تاکنون افتخار این را دارد که به بیش از ۷۰۰۰ مراجعه کننده، خدمات درمانی ارائه کرده است.

پروین زاده طهماسبی

واحد محققین
واحد BMD
سایت کامپیوتری
داروخانه

خلاصه های از اقدامات بخشها :

● واحد ویزیت عمومی:

در این واحد از بیماران دیابتی توسط پزشک عمومی دوره دیده شرح حال بیماری گرفته می شود و بیمار معاینه شده و سپس با نظر پزشک فوق تخصص غدد درمان بیمار شروع می شود. وقت دهی بیماران به صورت تلفنی و یا حضوری امکان پذیر می باشد.

● واحد آموزش

واحد آموزش شامل :

دو بخش فردی و گروهی می باشد. تمام بیماران دیابتی برای آشنایی با بیماری خود، کنترل بیماری و همچنین زندگی با دیابت

کلینیک ژنتیک
کلینیک اختلالات جنسی
کلینیک چاقی

واحد آموزش:

فردی

گروهی

واحد مشاور تغذیه:

سالمندان

زنان باردار

کودکان و نوجوانان

بیماران دچار عوارض مزمن دیابت

واحد آزمایشگاه:

آزمایشگاه بیماران دیابتی

آزمایشگاه تحقیقات دیابت

واحد سلول درمانی

تعرفه های جاری کلیه خدمات ارائه شده به مراجعین این مرکز، دولتی بوده است و هدف از راه اندازی آن، خدمات رسانی جامع و با کیفیت بالا به بیماران دیابتی است.

این مرکز شامل بخش های تخصصی زیر است:

کلینیک های عمومی دیابت

کلینیک های فوق تخصصی شامل :

غدد و بیماریهای متابولیک

نفروولوژی

قلب

چشم

روانپزشکی

زخم پای دیابتی

نرولوژی

دیابت کودکان

استئوپروز





هزینه بیماران صرفه جویی نماید. این بخش شامل دو واحد آزمایشگاه مخصوص بیماران دیابتی و واحد آزمایشگاهی تحقیقات دیابت می باشد.

● واحد پژوهشگران:

در این واحد پژوهشگران محترم در پی به دست آوردن دانش روز و ارتقاء سطح علمی مرکز می باشند و امکان ارتباط با سایر مراکز تحقیقاتی و آموزشی در داخل و خارج از کشور را دارا می باشند. مطالب روز و جدید دنیا فراخور نیازهای پرسنل مرکز در اختیار آنان قرار می گیرد و در جهت ارتقاء سطح آموزش و عملی ساختن آموزش با زندگی واقعی بیماران تلاش می شود.

● واحد سلول درمانی:

سلول های بنیادی از سال ها قبل به عنوان روش درمانی بیماری های صعب العلاج و حتی در مواردی لاعلاج مورد استفاده بالینی قرار گرفته است. اگر چه بحث استفاده از این سلول ها در چند سال اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، لیکن در چند کشور از چند دهه قبل این شیوه درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. واحد سلول درمانی از سلول های بنیادی به جهت داشتن توانایی تقسیم شدن، تمایز به سلول های تخصصی و ترشح مواد شبه انسولینی در درمان دیابت نوع یک استفاده می کند. البته باید توجه کرد که اثر بخشی درمان به صورت مطلق نمی باشد و در بیماران درجات مختلفی از بهبودی دیده می شود.

آدرس مرکز دیابت: خیابان کارگر شمالی، کوچه شهرپور غربی، چهارراه هیئت، مرکز دیابت و بیماری های متابولیک
تلفن: ۵-۸۸۳۳۴۱۹۲

عمده و مزمن دیابت می باشد که به میزان ۱۵ درصد در بین دیابتی ها شیوع دارد. واحد زخم پا تحت نظر پزشک فوق تخصص غدد با ارائه جدیدترین روش ها به درمان زخم پای دیابتی می پردازد. در این واحد انواع طرح های پژوهشی در درمان زخم پای دیابتی به مرحله اجرا درمی آید.

● واحد BMD:

واحد اندازه گیری تراکم استخوان با همکاری پزشک و کارشناس رادیولوژی از بیماران بالای ۶۵ سال و یا بیماران نیازمند به بررسی پوکی استخوان، سنجش تراکم استخوان انجام می شود و توصیه های لازم جهت درمان و یا پیشگیری از پوکی استخوان را به بیماران می دهد و بیماران نیازمند به درمان به درمانگاه استئوپوروز ارجاع داده می شوند.

● واحد تست:

واحد تست مرکز مجهز به دستگاه های آنژیوگرافی چشم، دستگاه عکس برداری از شبکیه چشم، تست ورزش و نوار قلب می باشد و تحت نظر پزشک متخصص و کارشناس پرستاری دوره دیده در خدمت بیماران می باشد.

● بخش آزمایشگاه:

بخش آزمایشگاه مرکز می تواند نیاز کامل بیماران دیابتی را رفع نموده و در وقت و

در واحد آموزش فردی حضور می یابند. برای ارائه کیفیت بالاتر آموزش و همچنین نیازهای اجتماعی بیماران از آنها جهت شرکت در کارگاه های گروهی دعوت به عمل می آید و می توانند با ثبت نام در این دوره ها ضمن گرفتن آموزش با مشاور خود و یا بیماران دیگر تبادل نظر داشته باشند. کارگاه های آموزشی شامل کلیات دیابت، ورزش و دیابت، تغذیه در دیابت، مراقبت از پا در دیابت، مدیریت استرس، غلبه بر موارد خود کنترلی، داروهای کنترل کننده دیابت و پایش قند خون است که بیماران در مدت یکسال بایستی ۱۵ ساعت آموزشی را بگذرانند. در این واحد کتاب و کتابچه های آموزشی تهیه شده که به بیماران ارائه می شود.

● واحد مشاوره تغذیه:

تمام بیماران دیابتی از خدمات واحد تغذیه بهره می برند. این واحد به عنوان یک واحد مکمل درمانی به بیماران اهمیت تغذیه را در کنترل دیابت یادآوری و نحوه صحیح مصرف غذا را آموزش می دهد و بیماران رژیم غذایی مناسب دریافت می کنند. بیماران پس از ۶-۴ هفته بعد مجدداً ویزیت می شوند و سپس ویزیت های ۳ ماهه و ۶ ماهه و یک ساله دارند.

● واحد زخم پای دیابتی:

همانطور که می دانید زخم پا یکی از عوارض



- ◆ رژیم افراد تالاسمی
- ◆ همپاتیت B و C در واحدهای دیالیز در ایران
- ◆ اخبار جدید پزشکی
- ◆ یافته های جدید در مورد انعقاد خون
- ◆ انجمن ملی ام اس
- ◆ روز جهانی تالاسمی
- ◆ عواملی که در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش دارند
- ◆ گفتگو با متخصص کلیه

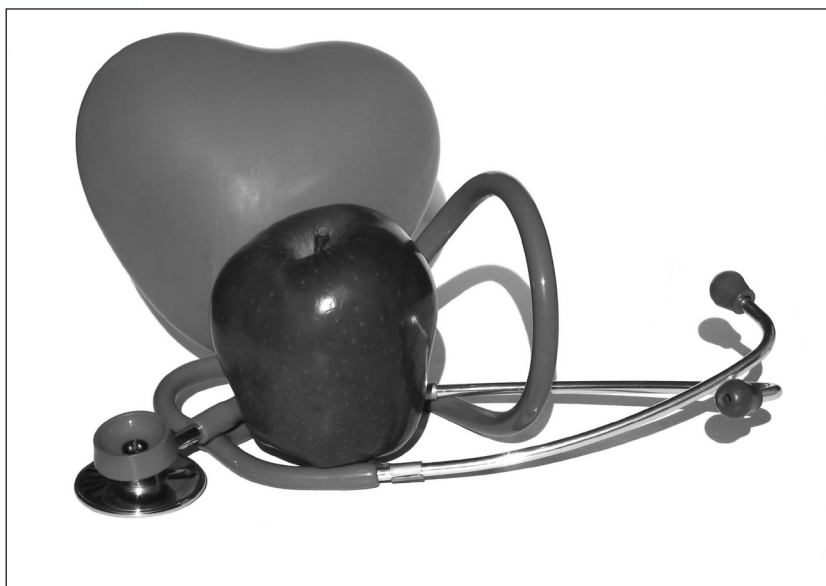
سلامت



رژیم افراد تالاسمی

رژیم غذایی منحصرراً برای کاهش وزن نیست بلکه درواقع، انتخاب راهی برای مصرف موادی است که به بهبود سلامتی افراد کمک کند و قطعاً این مسئله در بین افراد و سنین مختلف، متفاوت خواهد بود. در مورد افراد مبتلا به تالاسمی، به دلیل شرایط ویژه آنها، فاکتورهای متعددی باید در رژیم غذایی آن‌ها در نظر گرفته شود.

ترجمه: افسانه حسینی



قسمت اول: کاهش آهن جذب شده از خون

در تالاسمی اگرچه میزان آهن به دلیل تزریق خون، زیادتر از حد طبیعی می شود اما آهنی که از طریق رژیم غذایی به بدن وارد می شود نیز باید مورد توجه قرار گیرد. تنها بخش کوچکی از آهن غذا در بدن جذب می شود اما هنگامیکه میزان هموگلوبین در خون کم باشد آهن جذب شده بیشتر است. افراد مبتلا به تالاسمی ماژور برای پیشگیری از مشکلات احتمالی با هموگلوبین پایین در خلال انتقال خون، می توانند میزان آهن موجود در رژیم غذایی خود را تنظیم کنند. به طوریکه علاوه بر کنترل میزان پایین آهن رژیم غذایی آنها، میزان آهن جذب شده به بدنشان هم کم باشد. در مجموع، دو نوع آهن در رژیم غذایی وجود دارد؛ آهنی که در گوشت موجود است و آهنی که به طور وسیع در غذاهای غیر گوشتی یافت می شود.

آهن گوشت:

نوعی آهن در گوشت قرمز از قبیل گوشت گوسفند، گوساله و یا گوشتی که در غذای دریایی مثل ساردین یافت می شود، وجود دارد. جگر سیاه یک منبع غنی از آهن گوشتی است اما در مصرف آن باید کاملاً دقت شود، البته جایگزین مناسبی برای گوشت قرمز محسوب نمی شود. قسمت سفید مرغ به نسبت گوشت قرمز به دلیل آهن کمتر، مناسب تر است به طور متوسط، بعد از غذای حاوی گوشت قرمز حدود ۳۵ درصد آهن جذب بدن می شود، اگرچه این درصد بسته به اینکه غذا حاوی شیر و محصولات لبنی باشد یا خیر بین ۱۰ تا ۴۰ درصد متفاوت است. کلسیمی که در شیر، پنیر و دسرها وجود دارد میزان جذب آهن گوشت را کاهش می دهد. استفاده

از یک لیوان شیر به همراه غذایی که حاوی گوشت است و استفاده از شیر مثل سس های پنیردار در لازانیا، پاستا، موساکا و مقدار بسیار زیادی پنیر در اسپاگتی در کاهش جذب آهن غذا مفید و مؤثر است. میزان شیری که می بایست به طور روزانه مصرف شود، حداقل حدود نیم لیتر است که این میزان از پوکی استخوان نیز جلوگیری می کند.

آهن با منبع غیر حیوانی

آهن با منبع غیر حیوانی به طور وسیعی در رژیم غذایی موجود است. این ماده در تخم مرغ، شکلات، سبزیجات و میوه هایی از قبیل سیب زمینی، هویج زردک، لوبیا و عدس یافت می شود. در برخی از کشورها، بسیاری غذاها شامل غلات، آرد گندم و نان با آهن غنی شده اند اگرچه این موضوع در همه کشورها عمومیت ندارد. جذب آهن غیرحیوانی از غذا بسیار کمتر از آهن با منشأ حیوانی است اما این میزان جذب بستگی بسیاری به ترکیب غذا دارد. غلات و

محصولات لبنی میزان جذب آهن را کاهش داده اما با مصرف میوه و سبزیجات غنی از ویتامین C، گوشت ماهی، صدف و مرغ، مواد غذایی نمک سود مثل خیارشور، کلم رنده شده و آب پز با سرکه و سویا سس میزان جذب آهن در افراد افزایش می یابد. مصرف نکردن آهن غیرحیوانی بسیار مشکل است به این دلیل که این دسته از مواد در غالب رژیم غذایی روزانه ما وجود دارد. به طور کلی یک رژیم صحیح مصرف غذاهایی که باعث افزایش جذب آهن می شوند باید کاهش یافته و مواد غذایی که مصرف آهن را کاهش می دهند در رژیم این افراد گنجانده شوند.

مواد غذایی که جذب آهن غیرحیوانی را کاهش می دهند:

۱- غلات: دانه گندم، ذرت، جو دوسر، برنج و سیوس ژاپنی جذب آهن در بدن را کاهش داده و اثر ویتامین C را کم رنگ می کند. غذاهای غنی از ویتامین C جذب آهن را افزایش می دهند. استفاده از مقادیر زیاد غلات بسیار برای کاهش جذب آهن،

شده آن استفاده نمایید. سایر منابع ویتامین E، لبنیات، غلات، خشکبار، تخم مرغ و گوشت می باشد. برای بیماران تالاسمی لبنیات، بهترین منبع تامین ویتامین E است به این دلیل که علاوه بر کلسیم فراوان محصولات لبنی که برای سلامت استخوان ها بسیار مفید است، میزان جذب آن به واسطه مصرف این قبیل محصولات کاهش می یابد.

ویتامین C

اگرچه ویتامین C یک آنتی اکسیدان بسیار قوی است اما از آنجائیکه با مصرف ویتامین C میزان جذب آهن افزایش می یابد مصرف انواع خوراکی هایی که محتوی مقادیر متناهی از ویتامین C، هستند به بیماران مبتلا به تالاسمی توصیه نمی شود. به طور کلی از نظر متخصصان امور تغذیه مصرف یک لیوان آب میوه یا میوه هایی از قبیل موز، گلابی، سیب، پرتقال، یک دوم گریپ فروت، یک گوجه فرنگی و یا سبزیجاتی از قبیل هویج، کدو و یا لوبیا در یک روز ضروری است.

کاروتنوئیدها

این نوع از آنتی اکسیدان ها در مواد غذایی از قبیل هویج، کدوی زرد، ذرت، سیب زمینی، پاپایا، سبزیجات با برگ های سبز پررنگ یافت می شوند. این مواد غذایی علاوه بر دارا بودن کاروتنوئیدها، ویتامین C نیز دارند به همین دلیل افراد مبتلا به تالاسمی باید در میزان مصرف آن ها دقت کنند. لازم به ذکر است که جذب این آنتی اکسیدان با افزودن روغن به غذای حاوی آن افزایش می یابد و مواد غذایی حاوی آنتی اکسیدان ها، در حرارت بالا از بین می روند پس برای حفظ خاصیت آن باید غذا با حرارت کم و کوتاه پخته شود.

فلاونوئیدها

این دسته از آنتی اکسیدان ها در مواد غذایی از قبیل چای، میوه و سبزیجات یافت می شود. چای از آنجا که میزان جذب آهن را نیز در بدن کاهش می دهند از این رو به افراد مبتلا به تالاسمی توصیه می شود در روز چند فنجان چای بنوشند.

منبع:

UK. Thalassaemia Society matters.
September 2008/Issue Number 112

شامل غلات و میوه هایی مثل سیب زمینی و هویج به همراه مقداری ویتامین C و گوشت می باشد.

قسمت دوم: آنتی اکسیدان ها

اکسیژن ضمن اینکه برای حیات بسیار مفید است کشنده نیز است. مولکول های اکسیژن توانایی تبدیل به رادیکال های آزاد را دارند. این رادیکال ها زمانی که به صورت کنترل شده وارد بدن شوند کاربردهای موثر و مفیدی برای بدن دارند اما اشکال غیر کنترل شده آن به بدن آسیب زده و منجر به بیماری می شوند. حضور آنتی اکسیدان ها در رژیم غذایی بسیار مفید است و همانطور که از نامشان پیداست، آنها از آسیب های اکسیده شدن در بدن جلوگیری می کنند. آنتی اکسیدان ها نقش بسیار مهمی در جلوگیری از برخی بیماری ها از قبیل بیماری های عروق کرونری قلب و سرطان دارند. در این مقاله به ۴ نوع آنتی اکسیدان اصلی اشاره می شود. ویتامین E، ویتامین C، کاروتنوئیدها و فلاونوئید

ویتامین E: این ویتامین یکی از مهمترین آنتی اکسیدان موجود در رژیم غذایی است. تحقیقات نشان داده که میزان ویتامین E در خون افراد مبتلا به تالاسمی نسبت به افراد سالم کمتر است. این مسئله ممکن است به این دلیل باشد که افراد مبتلا به تالاسمی ویتامین E کمتری دریافت می کند و یا نیازهای آنها بیشتر است. تحقیقات نشان می دهد زمانی که ویتامین E به عنوان مکمل تجویز می شود میزان آن در خون افزایش می یابد و بهترین نوع دریافت ویتامین E از راه غذا است. این ویتامین از نوع محلول در چربی بوده و در غذاهایی یافت می شود که سرشار از چربی است. بهترین منابع ویتامین E روغن های گیاهی و به خصوص روغن زیتون به دلیل داشتن قابلیت پیشگیری از بیماری های قلبی است. در کشورهای مدیترانه ای از قبیل یونان، پرتغال، اسپانیا و ایتالیا درصد ابتلا به بیماری های قلبی به دلیل مصرف بالای روغن زیتون بسیار کمتر از سایر کشورها است. از آنجائیکه ویتامین به تدریج با حرارت دادن از بین می رود بنابراین بهترین شیوه مصرف، افزودن روغن زیتون به سس غذا در هنگام سرو آن می باشد. اگر مایل به استفاده از روغن زیتون در هنگام پخت غذا هستید، از انواع تصفیه

مؤثر است. به شرطی که همراه با غذاها و نوشیدنیهای غنی از ویتامین C مصرف نشود. بهتر است غلات با مخلوطی از شیر و غذاهایی مثل ساندویچ پنیر، تست فرانسوی، ماکارونی با پنیر استفاده شود. در انگلیس انواع آرد گندم، با آهن غنی می شوند اما غنی سازی غلات صبحانه ها داوطلبانه است. در هنگام تهیه چنین غذاهایی بهتر است به برچسب آن جهت اطمینان از تهیه موادغنی نشده با آهن دقت کرد. در برخی از کشورها آرد و غلات صبحانه غنی شده نیستند. پروتئین سبوس هم میزان آهن جذب شده را کاهش می دهد. سبوس در بسیاری از غذاها مثل اسپاگتی، برخی سس ها، با افزودن ادویه قابل استفاده است.

۲- چای، قهوه و ادویه ها

چای، قهوه و برخی از ادویه ها مثل ارگانو، آهن جذب شده را کاهش می دهد. مصرف روزانه مقادیر زیادی چای خصوصاً هنگام غذا برای کاهش جذب آهن مفید است. خوردن چای با شیر هم به این مسئله کمک می نماید. چای همچنین آنتی اکسیدان خوبی نیز است.

۳- محصولات لبنی

شیر، پنیر و ماست نیز آهن جذب شده را کاهش می دهد.

مواد غذایی که جذب آهن غیر حیوانی را افزایش می دهند:

ویتامین C: مصرف ویتامین C از قبیل آب میوه و سبزیجات به همراه غذا به جای قهوه و یا چای، اگرچه آنتی اکسیدان های بسیار مناسبی هستند اما میزان جذب آهن را افزایش می دهند. این مواد غذایی چنانچه به صورت آب پز مصرف شوند از میزان ویتامین C آنها کاسته شده و بالطبع میزان آهن جذب شده آنها نیز کاهش می یابد.

گوشت قرمز، ماهی و صدف دریایی:

این دسته از مواد، نه تنها شامل مقادیر زیادی از آهن هستند بلکه به جذب آهن با منشاء غیر حیوانی نیز کمک می کنند. ترشیجات، سرکه و سویا سس جذب آهن با منشاء غیر حیوانی را افزایش می دهند و میزان جذب زمانی بیشتر می شود که میوه های نمک سود شده با نان مصرف شود. در مجموع یک رژیم با میزان آهن متعادل،

هیپاتیت B و C در واحدهای دیالیز در ایران

از مهم ترین علل عفونت های انتقال یافته از طریق خون یا داخل وریدی در بیماران تحت همودیالیز HBV و HCV می باشد. ویروس هیپاتیت C علت اصلی بیماری کبدی در کشورهای صنعتی و توسعه یافته است، که می تواند منجر به نارسایی کبد یا سرطان کبد (Hepatocellular carcinoma) شود.

ترجمه: دکتر سمیرا ایرانی

داده شده اند و تحت دیالیز خونی قرار دارند، ۴۷/۵ درصد از بیماران تحت عمل پیوند قرار گرفته و ۲/۵ درصد تحت دیالیز صفاقی هستند. تعداد مراکز دیالیز از ۲۲۷ عدد در سال ۱۳۷۹ به ۳۱۶ عدد در پایان سال ۱۳۸۵ افزایش داشته است. میزان شیوع بیماران HBS Ag مثبتی که همودیالیز را شروع کرده اند از ۰/۲۸ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۰/۱۷ درصد در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. در حالیکه شیوع بیماران HBS Ag و HCV Abs مثبت که تحت همودیالیز بوده اند به ترتیب از ۳/۸ درصد و ۱۴/۴ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۲/۶ درصد و ۴/۵ درصد در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است، هیچ تفاوت معنی داری در نسبت جنس و میانگین سن بیماران HBS Ag مثبت و منفی در طی این هفت سال دیده نشده است، صافی های دیالیز دو بار استفاده نمی شوند و بیماران HBS Ag بادرستگاه های مجزا دیالیز می شوند و بیماران با عفونت HCV با دستگاه های مجزا دیالیز نمی شوند.

بحث:

میزان بروز و شیوع:

شیوع عفونت با ویروس هیپاتیت C در واحدهای همودیالیز از ۴ درصد تا بیش از ۷۰ درصد در کشورهای مختلف متفاوت است، حتی تفاوت فاحشی در میزان شیوع در بین مراکز دیالیز در یک کشور وجود دارد. شیوع در کشور سودان ۲۳/۷ درصد و در عربستان سعودی در سال ۲۰۰۵ به ۲۹ درصد کاهش داشت. در اروپا، این امر بسیار متنوع است در نواحی شمالی (انگلستان: ۲درصد، سوئد ۸/۸ درصد) کمتر، در حالی که این میزان در جنوب (اسپانیا: ۲۵درصد، ایتالیا: ۲۷درصد، و ترکیه ۲۰درصد) بیشتر است. در فرانسه بسته به واحدهای دیالیز

عفونت های HCV و HBV در میان بیماران تحت دیالیز در نظر گرفته شده است. هدف از این مطالعه مروری بر تأثیر این استراتژی ها و روند نتایج بدست آمده در سراسر کشور می باشد. از سال ۱۳۵۴ وزارت بهداشت، برنامه درمانی برای بیماران ESRD را شروع کرد، در سراسر ایران به صورت روزمره تمام نمونه های خون بیماران تحت همودیالیز هر شش ماه یک بار جهت اندازه گیری سطح سرمی HBS Abs، HBS Ag، و HCV Abs به شیوه (ELISA) مورد بررسی قرار می گیرد و کلیه اطلاعات از سراسر کشور در واحد مربوط به این کار در وزارت بهداشت جمع آوری شود.

نتایج:

افزایشی درنسبت میزان شیوع به میزان بروز ESRD در ایران وجود دارد، (از ۲۳۸/۴۹،۹ pmp در سال ۱۳۷۹ تا ۳۵۷/۶۳،۸ pmp در سال ۱۳۸۵) این افزایش در تعداد بیماران پذیرش شده برای درمان جایگزین عملکرد کلیه توسط افزایش در تعداد مراکز همودیالیز، ماشین های همودیالیز، مراکز پیوند کلیه و حتی مراکز دیالیز صفاقی به خوبی منعکس شده بود. در سال ۱۳۸۵ نسبت بیماران به تعداد دستگاه های همودیالیز ۴/۷ بوده در حالی که در سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ به ترتیب ۵/۲ و ۵ بوده است. اطلاعات موجود در سیستم ثبت نام بیماران ما نشان داده است که میانگین سنی بیماران تحت همودیالیز ۴۹/۵ در سال ۱۳۷۹ و ۵۴/۵ در سال ۱۳۸۵ بوده؛ نسبت مرد به زن ۱/۳۳ می باشد که تغییرات قابل ملاحظه ای بین سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ در مورد اخیر نشان داده نشده است. در حال حاضر در ایران ۵۰ درصد از جمعیت بیمارانی که به عنوان ESRD تشخیص

شیوع عفونت با ویروس هیپاتیت C و B در بیماران تحت همودیالیز از کشوری به کشور دیگر به طور مشخص متفاوت می باشد، این تفاوت شامل طیفی از موارد اندکی از عفونت با ویروس هیپاتیت B در کشورهای توسعه یافته تا شیوع بالایی از آلودگی با ویروس هیپاتیت C در بعضی کشورهای در حال توسعه است.

در ایران گزارش های فراوانی در خصوص موضوع شیوع آلودگی به HCV و HBV در میان اهداء کنندگان خون، افرادی که بنا به دلایل مختلف پزشکی به طور موقت و یا دائمی موانعی برای اهدا خون دارند، بیماران مبتلا به هموفیلی و تالاسمی، مصرف کنندگان تزریقی مواد، بیماران تحت همودیالیز و عموم مردم وجود دارد. ثابت شده است که دقت در انتخاب افراد مناسب برای اهداء خون، ارتقاء درجه حساسیت آزمایش های انجام شده و عدم پذیرش گروه های پر خطر برای اهداء خون، علل اصلی برای کاهش میزان انتقال HCV و هیپاتیت HBV از طریق خون می باشند. اگر چه، آلودگی به ویروس هیپاتیت C به دنبال افزایش تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد افزایش یافته است، اما میزان شیوع آن در بیماران خاصی که تحت همودیالیز و یا مبتلا به تالاسمی هستند، در حال کاهش است.

جهت تسهیل در برنامه ریزی مؤثر در آینده توسط برنامه ریزان حوزه سلامت، وجود اطلاعات جدید و قابل اعتماد در مورد تعداد بیماران، روند پیشرفت و نتایج به دست آمده ضروری است.

چنین گزارش هایی زمینه مناسبی برای مقایسه بین جمعیت های خاصی از بیماران و دست یافتن به سیاست های نوین سلامت را ایجاد خواهد کرد. بر اساس مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده، تدابیر مؤثری برای کاهش میزان شیوع و بروز

تهران از ۲۶۳۰ بیمار فقط ۵۵٪ واکسینه شده و ۳۰٪ از انجام عمل واکسیناسیون امتناع کرده اند.

نتیجه گیری:

استراتژی بعدی ما در خصوص میزان شیوع آلودگی با HBV که از ۳/۴ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۲/۸ درصد در زمان انجام این مطالعه کاهش داشته است، باید کاهش عدم پذیرش واکسیناسیون در افراد باشد. به نظر می رسد که لازم است واکسیناسیون به صورت اجباری در مراکز دیالیز انجام شود و در دوره ESRD-Pre نیز افراد را ترغیب به انجام واکسیناسیون کرد.

در خصوص پیشگیری از عفونت با ویروس هپاتیت C، دو روش پیشنهاد می شود:

ابتدا می توان با کاهش طول مدت همودیالیز و در صورت امکان انجام پیوند زود هنگام از ابتلا به عفونت ویروس C پیشگیری کرد. تأثیر پیوند کلیه در مسیر عفونت هپاتیت C و تأثیر ابتلا به عفونت هپاتیت C قبل از انجام پیوند بر روی میزان بقا در میان بیماران ESRD که تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفته اند، کماکان مورد بحث است.

به نظر می رسد، پیوند کلیه در بیماران واجد شرایطی که آلوده به ویروس هپاتیت C هستند نه تنها زندگی با کیفیت بهتر (بدون عوارض جدی بر روی بیماران و بقا پیوند) را در این بیماران ایجاد می کند بلکه احتمالاً باعث کاهش بار ویروس هپاتیت C، عوارض آن، و میزان بروز در دستگاه های دیالیز نیز می شود.

روش دوم پیشنهادی اجراء سیاستی جدی برای ایزوله اجباری بیماران آلوده به ویروس هپاتیت C می باشد، که نقش اساسی در محدود کردن انتقال ویروس هپاتیت C در واحدهای همودیالیز بازی می کند و همچنین اجرای اقدامات محافظتی انجام شده بر روی واحد های همودیالیز باید همراه با نظارت شدید و دائمی باشد.

منبع:

International Society for Hemodialysis
2008; 12:378382

مثال: وسایلی که برای نظافت استفاده می شود (swabs)، بطری های حاوی محلول های ضد عفونی کننده، سینی های مربوط به غذا و غیره منتقل شود.

جداسازی محل نگهداری بیماران آلوده و اختصاص دادن پرستارهای شخصی برای هر یک از آنها ممکن است نقش مهمی در کاهش گسترش ویروس هپاتیت C در سال های آتی داشته باشد. چنین سیاست دقیقی برای ایزوله اجباری، به شدت انتقال ویروس هپاتیت B را در شرایطی یکسان، کاهش داده است.

در خصوص ویروس هپاتیت B، یکسان بودن سن و جنس بیماران تحت همودیالیز که از نظر HBS Ag مثبت یا منفی بوده اند نشان داده است که عوامل خطر برای عفونت ویروس هپاتیت B در بیماران تحت همودیالیز از جمعیت عمومی متفاوت است.

سیاست ایزوله اجباری ماشین های همودیالیز که حتی در شرایط کمبود ماشین های دیالیز که منجر به تردد بیماران به مراکز دور علی رغم وجود مراکز نزدیک به آنها می شود، غیر قابل اجتناب بوده است.

در بعضی از شهرها، مراکز مخصوصی برای بیماران HBS Ag مثبت (بخصوص شهر های بزرگ) در نظر گرفته شده است. این رویکرد، متولیان حوزه سلامت را واداشت تا بودجه بیشتری را برای موارد پیشگیری در این زمینه در نظر بگیرند که البته اجرای این امر منوط بر نظارت جدی از جانب مسئولین حوزه سلامت می باشد.

ارتقاء اطلاعات و آگاهی مردم در مورد عوامل خطر در انتقال ویروس هپاتیت B، برنامه ملی واکسیناسیون، که به دنبال انجام آن پوشش ۶۲ درصدی در سال ۱۳۷۹ به ۹۴ درصد در سال ۱۳۸۴ رسید و واکسیناسیون گروه های پر خطر، کاهش شیوع موارد مثبت HBS Ag را در جمعیت عمومی و افرادی که همودیالیز را شروع کرده اند، توضیح می دهد.

قدم بعدی تشویق بیماران و حمایت مالی از تزریق ۴ دوز واکسن هپاتیت B به میزان ۲۰ میکرو گرم یا ۳ دوز واکسن با میزان ۴۰ میکروگرم در عضله دلتوئید در مراکز مختلف از سال ۱۳۷۹ بوده است، اگر چه هنوز این مسئله واکسیناسیون اجباری نشده است. طبق آمار به دست آمده، در استان

از ۱۵ تا ۴۲ درصد این میزان متفاوت است. طی مطالعه ای در پوزیل این میزان ۱۶/۴ درصد بوده که تقریباً ۱۲ مرتبه بیش از میزان دیده شده در اهداء کنندگان خون در همان منطقه می باشد. در ایران میزان شیوع بیماران آنتی بادی مثبت برای HCV در سال ۱۳۸۵ به ۴/۵ درصد کاهش یافت.

راه های عفونت در واحدهای دیالیز:

سالهاست تزریق خون منبع اصلی عفونت ویروس هپاتیت C در جمعیت این بیماران بوده است. قبل از سال ۱۳۸۵ سابقه تزریق خون در ایران علت اصلی آلوده شدن به ویروس هپاتیت C بوده است.

۲۱ درصد از بیماران تحت دیالیز خونی در تهران در سال ۱۳۸۲ از لحاظ ویروس هپاتیت C سرپوزیتو بودند.

با استفاده از آزمایشات تکمیلی RIBA 2، مسجل شد که ۱۳/۲ درصد از بیماران برای ویروس هپاتیت C مثبت هستند. میزان عفونت به ویروس هپاتیت C بطور مشخص در بیماران با سابقه تزریق خون، بالاتر بود. ظاهراً، یک همبستگی معنی دار بین تعداد واحدهای تزریق شده خون و میزان عفونت با ویروس هپاتیت C وجود دارد.

نتایج مشابهی از استان گیلان نیز گزارش شده است.

در سال ۱۳۸۴، در استان تهران شیوع افراد سرپوزیتو برای هپاتیت C به ۸/۴ درصد کاهش یافت، به نظر می رسد که اجراء اجباری طرح غربالگری در اهداء کنندگان خون در ایران از سال ۱۳۷۴ و کاهش تعداد تزریق خون به علت اجراء منظم استفاده از اریتروپوئتین منجر به کاهش آلودگی با HCV و HBV در بیماران مبتلا به تالاسمی و افراد تحت همودیالیز شده است.

در سال های اخیر اصلی ترین راه انتقال، انتقال بیمارستانی بوده است. ثابت شده که مدت زمان همودیالیز، صرف نظر از تعداد دفعات تزریق خون و تاریخیچه ی پیوند قبلی کلیه، به تنهایی عامل خطری برای آلوده شدن به HCV بوده است. ویروس هپاتیت C می تواند از طریق دست های آلوده کارکنان تیم پزشکی، ماشین همودیالیز، سایر تجهیزات پزشکی، یا اشیاء که بین بیماران مختلف مورد استفاده قرار می گیرد انتقال یابد. به عنوان

اخبار جدید پزشکی

رژیم DASH: تغذیه سالم جهت کنترل فشار خون

رژیم DASH چیست؟

اصطلاح DASH به معنی « رویکردهای تغذیه ای جهت توقف فشارخون بالا » است. این یک روش تغذیه ای متعادل است که ممکن است پزشک خانوادگی شما آن را برای کاهش فشارخون شما توصیه کند.

رژیم DASH شامل موارد زیر است:

- مصرف پایین نمک، چربی اشباع شده، کلسترول و چربی
 - تأکید در مصرف میوه جات، سبزیجات و شیر بدون چربی یا کم چربی و محصولات لبنی
 - مصرف تمامی حبوبات، ماهی، مرغ (ماکیان) و آجیل
 - محدودیت در مصرف گوشت قرمز، شیرینی جات، نوشابه، شکر اضافی و یا شیرین کننده در رژیم غذایی
 - مصرف زیاد پتاسیم، منیزیم و کلسیم
- فیر

چگونه رژیم DASH به سالم ماندن کمک می کند؟

مصرف بیش از حد سدیم (نمک) در رژیم غذایی به افزایش فشارخون دامن می زند. نمک به طور طبیعی در غذاها وجود دارد، همچنین مقداری نمک در حین آماده کردن و پختن غذا به آن اضافه می شود. رژیم DASH، با استفاده از کاهش مقدار سدیم در رژیم غذایی شما به کمتر از ۲۳۰۰ میلی گرم در روز، کمک می کند فشارخون شما پائین بماند و یا از بالا رفتن فشارخون جلوگیری می کند.

میوه جات، سبزیجات و تمام حبوبات توصیه شده در رژیم DASH، تمامی عناصر مورد

استخوان سیستم ایمنی دهنده جایگزین سیستم ایمنی گیرنده می شود. او می گوید، در صورتیکه بافت ها با یکدیگر سازگار نباشند، ممکن است سیستم ایمنی جدید، بدن گیرنده را به عنوان جسم خارجی تلقی کند و به بافت ها و اندامهای آنها حمله کند.

در مورد هلنا، HLA سلول های او با خواهر و برادرش، سازگاری نداشت ولی این سازگاری در بافت او با مادر خود دیده شد.

هلنا از اولین سال های زندگی با مشکلات این بیماری مواجه شد و به تدریج مشکلاتش وسیع تر گردید.

به توصیه پزشکان او همراه نیازمند تزریق خون بود ولی شرایطش رو به وخامت نهاد و مجبور به ترک مدرسه شد بنابراین پیوند مغز استخوان به عنوان آخرین راه درمان به والدین او پیشنهاد شد و آنها نیز برای رهایی یافتن فرزند خویش، این درمان را پذیرفتند.

منبع: INDIA TODAY

Neetu Chandra April 17, 2010



پیوند موفق مغز استخوان

هلنا، بیمار ۲ ساله مبتلا به تالاسمی ماژور، اولین فرد گیرنده موفق پیوند مغز استخوان از مادر به دختر است. پیوند در بیمارستان و مرکز تحقیقات سرطان راجیوگانندی (RGCHRC) در ۱۰ فوریه انجام شده است و پزشکان عوارضی که بعد از دو ماه از عمل حادث شده بود را به حساب نیاوردند. هلنا در ابتدا دچار مشکلات همیشگی شد، اما هیچ گونه عوارضی در حال حاضر ندارد و بیماری تالاسمی او درمان شده است.

به گفته دکتر Dinesh bhurani، مشاور ارشد بخش هماتولوژی در مرکز RGCHRC، کسی که عمل پیوند را انجام داده است:

پیوند مغز استخوان بدلیل عدم تطابق بافتی بین فرد گیرنده و دهنده یک روش درمانی نادر است و پیوند والد و فرزند به دلیل احتمال تطابق کم بافتی که در چنین مواردی کمتر از ۳٪ می باشد، نیز نادر است. تنها پیوند بین خواهر و برادر که سازگاری بافتی بیشتر دارند با احتمال ۲۵٪ شانس موفقیت دارد.

دکتر J.S.Arora، مدیر جامعه رفاه ملی تالاسمی و رئیس فدراسیون تالاسمی هند می گوید: برای انجام پیوند مغز استخوان باید آنتی ژن های پروتئین HLA، در سلول های دهنده تطابق زیادی با سلول های گیرنده داشته باشند. HLA، پروتئین های سطحی سلول می باشد که سیستم ایمنی بر اساس این پروتئین، سلول ها را به عنوان خودی یا بیگانه می شناسد.

دکتر G.Kapoor، مشاور ارشد خون شناسی و متخصص سرطان کودکان در RGCHRC، کنتراهای دکتر Arora را اینگونه تأیید می کند، در پیوند مغز



مصرف این دسته غذاها عادت نماید . بیشتر ورزش کنید فعالیت فیزیکی به پایین بودن فشارخون و کاهش وزن کمک می کند.

چاشنی های بدون نمک استفاده نمایید و نمک را در دستور غذایی کم و یا حذف نمایید .

تا جایی که ممکن است از غذای تازه و غیرفرآوری شده استفاده نمایید . از غذاهای یخ زده ، مخلوطهای بسته بندی شده ، سوپهای کنسرو شده و چاشنی های سالاد قوطی شده که اغلب دارای سدیم بالایی هستند اجتناب کنید .

زمانی که غذاهای کنسرو شده منجمد و یا فرآوری شده تهیه می کنید ، حتماً برچسب غذایی آن را در مورد میزان سدیم ، شکر و چربی اشباع شده چک کنید . به دنبال عباراتی مانند « نمک افزوده نشده » « بدون نمک » ، « کم نمک » و یا « خیلی کم نمک » باشید . غذاهایی با چربی غیراشباع یک گانه و چندگانه را برای مصرف انتخاب کنید .

از غذاهایی که به روش بخارپز ، سوخاری ، آب پز ، کباب پز و stir-fry آماده می شوند ، استفاده کنید . از آبگوشت کم نمک و یا از آب به جای کره یا روغن استفاده کنید .

وقتی در رستوران غذا می خورید ، چگونگی روش طبخ غذا را بپرسید . از آنها بخواهید در صورت امکان غذای شما را با نمک کمتری تهیه کنند . چاشنی های نمکی ، مانند کچاپ ، خردل ، ترشی یا سس را به غذایتان اضافه نکنید .

ترجمه: سارا خلج

منبع:

www.FamilyDoctor.org

- شیرکم چرب یا بدون چربی و محصولات لبنی (۲ تا ۳ بار در روز)
- گوشت های کم چرب و ماکیان و ماهی (۶ وعده یا کمتر در روز)
- دانه های خوراکی (خشکبار) (۴ تا ۵ وعده در هفته)

- چربی و روغن (۲ تا ۳ وعده در روز)
- شیرینیجات ، ترجیحاً کم چربی یا بدون چرب (۵ وعده یا کمتر در هفته)
سدیم (کمتر از ۲۳۰۰ میلی گرم در روز) به طور مثال یک قاشق غذاخوری نمک ، حاوی حدود ۲۳۰۰ میلی گرم سدیم است . شما می توانید رژیم DASH را با آنچه نیازمندید تطبیق دهید . برای مثال :
برای کاهش فشارخون ، برخی از کربوهیدراتها را با پروتئین کم چرب و یا چربی های غیراشباع جایگزین نمایید .

اگر شما نیاز به کاهش وزن دارید ، میزان کالری غذای مصرفیتان را به حدود ۱۶۰۰ کالری در روز کاهش دهید .
اگر شما ۴۰ سال یا بیشتر دارید و دچار فشارخون بالا هستید ، از انواع رژیم غذایی کم نمک تر استفاده کنید (کمتر از ۱۵۰۰ میلی گرم در روز)

چگونه عادت غذاییان را تغییر دهیم ؟

- توجه کردن به عادت غذایی روزانه : برای ۲ یا ۳ روز فهرستی از مواد خوراکی که در طول روز مصرف می کنید را تهیه نمایید و سپس فهرست را با مواد غذایی و میزان پیشنهاد شده آن در رژیم DASH مقایسه و تغییرات لازم در خوراکی های روزانه خود ایجاد کنید .

- تغییرات را یکی یکی اعمال کنید برای مثال از مواد مورد علاقه شروع کنید .

باید وعده های غذایی مربوط به هر نوع را بدانید . برای مثال یک وعده معادل ۱ تکه نان یا ۸ اونس از شیر یا یک فنجان سبزیجات خام و یا نصف فنجان سبزیجات پخته شده است .

اگر مصرف بیش از حد میوه و سبزیجات باعث نفخ یا اسهال می شود ، میزان مصرف این نوع غذاها را باید به تدریج افزایش دهید . همچنین می توانید با پزشک در مورد تجویز داروهایی برای کاهش این علائم صحبت نمایید تا زمانیکه بدنتان نسبت به

نیاز در یک رژیم سالم غذایی مانند لیکوپن ، بتاکاروتن ، ایزوفلاوین را تأمین می کند . این موارد به شما کمک می کند تا بدنتان را در مقابل بیماریهای شایع مانند سرطان ، پوکی استخوان ، سکته مغزی و دیابت محافظت نمایند .

پس از شروع رژیم DASH ، به علت کاهش لیپوپروتئین با چگالی پایین LDL (یا چربی بد) و سطح کلسترول ریسک ابتلا به بیماریهای قلبی کاهش می یابد . اگر در ابتدا دنبال کردن رژیم DASH سخت بود ، اشتیاقان را از دست ندهید . در ابتدا با اهداف کوچک و قابل دسترس شروع کنید . پیروی از این ایده به تغییراتی در روند سلامتی شما کمک می کند .

پیروی کردن از رژیم DASH ممکن است فشارخون شما را طی مدت زمان کوتاهی حدود ۲ هفته تا چند درجه پایین آورد . اما در هرصورت شما نباید بدون صحبت با پزشک داروهای فشارخون و یا سایر نسخه های دارویی خود را قطع کنید .

چه نوع غذاهایی در رژیم DASH

مصرف می شوند ؟

رژیم DASH یک روش تغذیه ای متعادل برای سلامتی است . پیروی کردن از رژیم DASH نیازی به خریدن غذاها ، قرص های خاص و یا پختن غذاه روشی خاصی ندارد . اگر شما از رژیم DASH ، پیروی کنید ، روزانه حدود ۲۰۰۰ کالری غذا مصرف می کنید . این کالری از غذاهای مختلفی حاصل می شود .

رژیم DASH :

- تمامی حبوبات (۶ تا ۸ وعده در روز)
- سبزیجات (۴ تا ۵ وعده در روز)
- میوه ها (۴ تا ۵ وعده در روز)



یافته های جدید در مورد انعقاد خون

هموفیلی یک اختلال خونریزی دهنده مادرزادی است که در آن فرد مبتلا، فاکتور شماره ۸ را ندارد یا دچار کمبود آن می باشد. نقش این فاکتور کمک به انعقاد خون است و در غیاب آن خون دیرتر منعقد شده و زمان خونریزی طولانی تر می شود. تحقیقات اخیر پزشکان را به افق های جدیدتری در این خصوص رهنمون ساخته است.

ترجمه: دکتر سمیرا ایرانی

اهداء شده بود و در بانک بافت بیمارستان Hammersmith مورد بررسی قرار گرفتند.

گروه مذکور دریافتند که فاکتور هشت در بافت ریوی و در سطح سلول های عروقی خون حضور دارد. همچنین آنها متوجه شدند که فاکتور ۸ در ریه ها توسط پروتئینی به نام Von Will brand Factor، که فاکتور ۸ را از تخریب محافظت می کند تجمع می یابند.

این مطالعه همچنین نشان داد که چگونه ژن فاکتور ۸ خیلی پیچیده تر از آنچه که قبلاً تصویری شده ممکن است رمزگشایی شود. این مطلب می تواند بصورت بالقوه رویکرد محققین را در درمان بسیاری از شرایطی که عامل آن انعقاد خون است دگرگون کند.

محققین امیدوارند که سرانجام نسل جدیدی از داروها می تواند ایجاد شود که هدفشان تولید فاکتور هشت در ریه ها باشد. با هدف قراردادن ریه ها، محققین تصور می کنند که این امکان برای تولید بیشتر داروهای مؤثری که عوارض جانبی کمتری ایجاد می کنند در مقایسه با درمان های معمول، وجود دارد.

منبع:

Imperial College London (2010, February 11)



روی این که چگونه ریه ها قادر هستند که روند انعقاد خون را اصلاح کنند، می تواند شیوه های جدیدی برای درمان را مطرح کند.

در سال ۲۰۰۶، محققین دانشگاه Leuven در بلژیک مطالعه ای را در مجله ای به چاپ رساندند. محققین مایعی را از بافت ریه عبور دادند در سه ریه از چهار ریه مورد مطالعه، مشاهده شد که سطح فاکتور ۸ در مایع بعد



از عبور از ریه ها افزایش یافته است. و عروق خونی ریه قادر به تولید فاکتور هشت در محیط کشت سلولی هستند. پژوهش های محققین در تحقیقات بعدی این موضوع که عروق خونی در ریه ها محل مهمی برای تنظیم میزان انعقاد خون، هم در خود ریه ها و همچنین بصورت بالقوه در سایر قسمت های بدن هستند، نیز به اثبات رسیده است. آنها از تکنیک های متفاوت میکروسکوپی و بیوشیمی برای بررسی نمونه های بدست آمده از بافت ریه و نمونه های خون برای ثبت مشروح جزئیات، استفاده کردند.

نمونه های خونی و بافتی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند از طرف بیماران Imperial College Healthcare NHS Trust

دانشمندان در یافته های جدید خود، به درمان های بهتری در مورد بیماری هایی که در آن مشکل انعقاد خون وجود دارد دست یافتند. این بیماری ها از قبیل ترمبوز ورید عمقی (مناطق که لخته های خونی خطرناک در داخل بدن شکل می گیرند) و هموفیلی نوع A (جایی که خون به قدر کفایت و بدون اشکال نمی تواند لخته شود) است. فاکتور هشت عامل شناخته شده ایست که نقش کلیدی در لخته شدن خون بازی می کند. بالا بودن میزان فاکتور هشت، فرد را در معرض خطر ناشی از لخته های اضافی قرار می دهد. سطح پایین فاکتور هشت باعث ایجاد خونریزی در افراد مبتلا به هموفیلی نوع A شده که راه درمانی آن جایگزین کردن فاکتور هشت است.

قبل از انجام این تحقیق باورها بر این بوده است که بیشتر فاکتور هشت توسط کبد تولید می شود. گزینه های درمانی برای بیماران مبتلا به هموفیلی شامل جایگزینی سلول های کبدی بوده که به طور مثال از طریق پیوند کبد میسر می شود.

دکتر Claire Shovlin، مسئول این مطالعه از انستیتو ملی قلب و ریه در کالج سلطنتی لندن می گوید: «مطالعات نشان می دهد که عروق خونی ریه نقش تعیین کننده ای در فرایند لخته شدن خون در بدن دارند. در ریه تعداد بسیار زیادی از این عروق وجود دارند که مساحتی معادل سائز یک محوطه بازی اسکواش را می پوشانند، که به طور مؤثر ۲۰ برابر مساحت اشغال شده توسط مجموع سایر عروق خونی بدن است.

دکتر شولین می افزاید: «درک چگونگی رفتار عروق خونی ریه بر روی بیماری هایی که انعقاد خون یکی از عوامل بروز آنها است، اهمیت بسزایی دارد. مطالعات بیشتر بر

انجمن ملی ام اس

مطالعات اخیر حاکی از آن است که تعامل «سیگار» و ویروس «Epstein-Barr» از خانواده ویروس های Herpes در یکدیگر، فاکتورهای خطر ابتلا به بیماری ام اس را افزایش می دهد.

ترجمه: مینا میر بهاء

افرادی که به میزان زیادی آنتی بادی های سرم EBV داشتند با خطر بیشتر «ام اس» مواجه بودند. افراد سیگاری معمولی فعلی یا سابق که سطح EBV آنان بالا نیست با خطر فزاینده ابتلا به «ام اس» مواجه نیستند و این در حالی است که افراد سیگاری فعلی یا پیشین ۷۰٪ بیش از دیگرانی که فاقد این فاکتورهای خطرند در معرض ابتلا به «ام اس» می باشند. حضور متغییر ژن HLA-DR15 تعدیلی در هیچیک از این اثرات ایجاد نکرد.

نظریه: در سال ۲۰۰۷ گروه کار اپیدمیولوژی ام اس و انجمن ملی ام اس گرد هم آمدند تا اولویت های پژوهشی مربوط به مطالعه نموده های اپیدمیولوژی در افرادی که به «ام اس» مبتلا می شوند رابه منظور دستیابی به دلایل ابتلا به این بیماری جستجو کنند.

در این بررسی، تعامل ژن ها و فاکتورهای زیست محیطی به عنوان ابزار پژوهشی مهم مورد شناسائی قرار گرفت. این رویکرد که به جای بررسی تک تک فاکتورهای خطر، به بررسی تعامل احتمالی این فاکتورها در یکدیگر می پردازد در نوع خود یک رویکرد تازه است و در صورتی که مورد تصویب قرار گیرد ممکن است نتایج حاصل به تشریح بعضی از پیچیدگی های بیماری «ام اس» کمک کرده و راه های نوینی برای کاوش و یافتن علل بروز این بیماری و پیشگیری از آن در پیش روی بگذارد.

منبع:

National Multiple Sclerosis Society. Apr 27, 2010

حاوی میزان بالایی از آنتی بادی های ضد ویروس Epstein-Barr است، ۹ بار بیش از افرادی که این شرایط را ندارند در معرض ابتلا به «ام اس» هستند. توجه به تعامل بین ژن ها و محیط زیست می تواند در درک اینکه چه عواملی موجب بروز «ام اس» می شود و اینکه چگونه می توان با بروز این بیماری مقابله کرد کمک کند.

پژوهش های تازه: در پژوهش های تازه منتشر شده تیم دانشگاه هاروارد ارتباط پیچیده تری از ژن های «ام اس» با فاکتورهای خطر را مورد بررسی قرار گرفته است.

این تیم، تحت بررسی های بهداشتی پرستاران زن که طی یک جدول زمانی مشخص به ردیابی فاکتورهای خطر در بیماری های مزمن می پرداختند اطلاعاتی در خصوص بیماران «ام اس» در تاسمانی و سوئد جمع آوری نمودند.

دکتر «سیمون» و همکاران وی سوابق سیگار کشیدن و وجود آنتی بادی EBV در سرم خون، ژن های HLA-DR15 و ارتباط این عوامل با خطر ابتلا به «ام اس» را در ۴۴۲ نفر بیمار «ام اس» و ۸۶۵ نفر افراد تحت کنترل غیر بیمار مورد توجه قرار دادند. پژوهشگران با بدست آوردن نتایج هریک از این بررسی ها نشان دادند که هریک از فاکتورهای مورد نظر، خطر ابتلا به «ام اس» را در راستای همان بررسی های پیشین ثابت می کنند.

افرادی با ژن های HLA-DR15، سه برابر افرادی که فاقد این ژن ها بودند، آنانی که آنتی بادی های EBV در سرم خونی داشتند، بیش از دو برابر نیم و افراد سیگاری حدوداً یک برابر نیم بیش از آنانی که فاقد این ویژگی ها بودند در معرض ابتلا به «ام اس» قرار دارند.

مطالعات جدید پژوهشگران نشان می دهد دو عامل مجزا (ویروس Epstein-Barr و کشیدن سیگار) که پیش از این به عنوان فاکتورهای خطر ابتلا به بیماری «ام اس» محسوب می شد، ممکن است در تعامل با یکدیگر، در افرادی که هر دو عامل را در خود دارند منجر به افزایش خطر ابتلا به بیماری ام اس را فراهم آورد.

دکتر «کلر سیمون» و دکتر «آلبرتو آشریو» از دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هاروارد، و همکاران آنان در استرالیا و سوئد یافته های خود را در نشریه «آن لاین» نورولوژی مورخ ۷ آوریل ۲۰۱۰ منعکس کرده اند.

سوابق:

گفته می شود بیماری «ام اس» هنگامی رخ می دهد که فردی ژن هایش نسبت به وجود عاملی در محیط زندگی اش آسیب پذیر شده و این امر موجب بروز این بیماری مستقر بر سیستم ایمنی عصبی می شود. اگرچه احتمالاً بسیاری از ژن ها در آسیب - پذیری انسان موثرند، ولی نوع ویژه ای از ژن که آسیب پذیری بیشتری نسبت به «ام اس» دارد، HLA-DR15 نام دارد که کمک به یافتن هدف های تخریب سیستم ایمنی بدن می کند. هر چند طی این سال ها عناصر عفونی متعددی به عنوان عوامل بروز این بیماری مورد بررسی قرار گرفته اما مطالعات پیشین نشان داده که خطر بیماری «ام اس» در فردی که سابقه عفونت خونی ناشی از ویروس «Epstein-Barr» یا (EBV) داشته و یا در خون خود سرم آنتی بادی زیادی علیه بیماری (EBV) دارند بیشتر است. کشیدن سیگار نیز با افزایش خطر ابتلا به «ام اس» و نیز شتاب گرفتن بیشتر این بیماری توأم است.

تیم دانشگاه هاروارد در سال ۲۰۰۸ به این نتیجه رسید، افرادی که هم دارای ژن HLA-DR15 هستند و هم سرم خونشان

روز جهانی تالاسمی

«جان لاک» فیلسوف بزرگ انگلیسی قرن هجدهم می گوید: «افزایش دانش و آگاهی به دو منظور صورت می گیرد: اول آنکه دانائی های خود را بیشتر می کنیم و دوم آنکه برای انتقال این دانائی ها به دیگران تواناتر می شویم.

ترجمه: فریبا لاهوتی

ما واقعاً می توانیم نه تنها برای خود بلکه برای دیگران نیز بسیار اثرگذار باشیم. هدف ما از شعار سال ۲۰۱۰ تشویق تک تک بیماران به آموزش است و درعین حال شناخت بیشتر آگاهی های فعلی که دارند، به کاربردن این آگاهی ها، و انتقال آن به دیگران است. شما می توانید مفهوم توانمند سازی که در بطن پروژه های جدید «تیف» نهفته و اکنون به معرض اجرا گذارده شده اند را با مراجعه به صفحه ۸ مجله اینترنتی «تیف» در این آدرس: www.thalassaemia.org.cy دریابید.

منبع:

TIF magazine . Noveber2009.Issue -56

خود برای مراقبت های بهداشتی و ارتقاء کیفی زندگی وی می تواند بسیار سودمند باشد و این مسئله روزه روزدردنیای پزشکی بیشتر مورد توجه قرار می گیرد. امروزه بیماران آگاه می توانند درخصوص نحوه درمان خود تصمیم گیری کنند و با پزشکان خود در این مورد همکاری نمایند، تا آنکه صرفاً مجری دستورات باشند. ولی بدین منظور بیمار نیاز به توانمندی دارد که در نتیجه آموزش و اطلاعات به این توانمندی دست می یابد. این یکی از اهداف آموزشی و اصلی «تیف» بوده و هست. همانگونه که جان لاک بیان نموده، جنبه دوم سهیم کردن دیگران در این آگاهی ها می باشد. بیماران که با یکدیگر در ارتباط هستند، بیمارانی که داوطلب هستند، متخصصین بهداشتی که تشکیل انجمن می دهند و در سیاست گذاری های بهداشتی محلی، ملی و حتی بین المللی تأثیری گذارند.

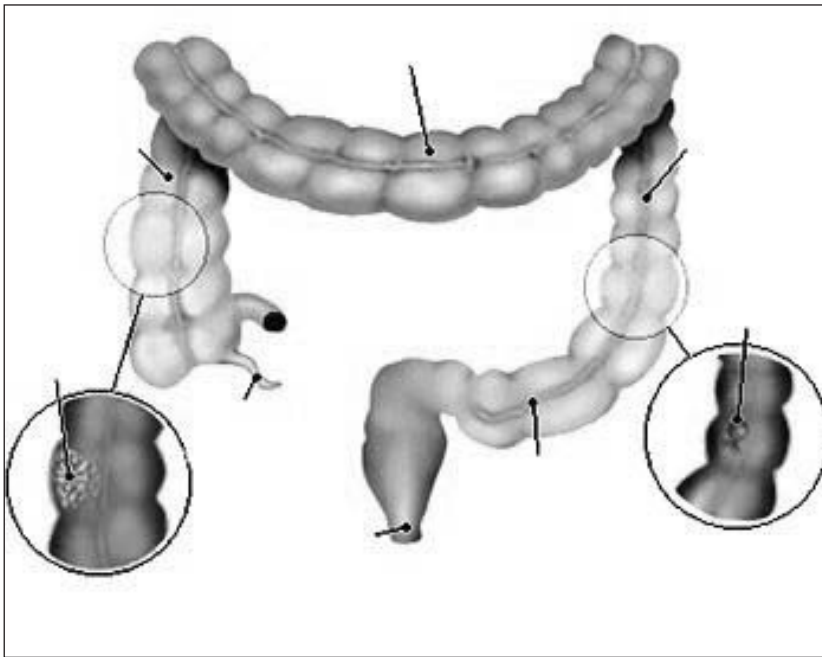
موضوع روز جهانی تالاسمی سال جاری، ۸ ماه مه (۱۸ اردیبهشت) دارای دو جنبه است. بخش اول آگاهی و اطلاع رسانی به بیماران: ما در فدراسیون بین المللی تالاسمی (تیف) معتقدیم یک بیمار آگاه، بیمار توانائی نیز هست. هر چه انسان بیشتر بداند بهتری تواند شرایط و زندگی خود را تنظیم نماید. هر چه آگاهی های فرد بیمار بیشتر باشد بهتر می تواند با پزشکان و دیگر مراقبین خود به تعامل پردازد و هنگامی که تعداد افراد بیشتری از آگاهان و توانمندان دور هم جمع شوند و تلاش هایشان راهم هنگ کنند، صدای جمعی آنان قوی تر نیز خواهد بود. بارها شنیده ایم که پزشک، پرستار و متخصصین بهداشتی در مورد بیماران خود بویژه بیمارانی که شرایط حادی دارند گفته اند «بیمار من در مورد بیماریش بیشتر از من می داند» تجربه و آگاهی بیمار نسبت به وضعیت بیماری



عواملی که در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش دارند

سرطان روده بزرگ سومین سرطان شایع در مردان و دومین سرطان شایع در زنان می باشد و عمدتاً در سنین ۵۰ به بالا رخ می دهد. این سرطان دومین علت مرگ ناشی از سرطان است.

دکتر رضا ملایری



افزایش می یابد که پس از ۱۰ سال نخست بیماری، هر سال ۱٪ تا ۵٪ خطر آن افزایش می یابد و در کولیت اولسروز شایع تر است. ۶. مصرف تنباکو: با تشکیل آدنومهای کولورکتال مرتبط است، بویژه اگر فرد بیش از ۳۵ سال تنباکو مصرف کرده باشد.

پیشگیری:

تصور می شود آسپرین و سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی با مهار سنتز پروستاگلاندین ها، تکثیر سلولی را سرکوب می کنند. در مطالعات کنترل شده مکمل اسید فولیک و کلسیم خوراکی باعث کاهش خطر پولیپهای آدنوماتو و سرطان های کولورکتال شده اند.

علائم:

نشانه ها به محل آناتومیک تومور بستگی دارند. اکثر ضایعات کولون راست زخمی شده، باعث از دست دادن مزمن و تدریجی

– سرطان کولون ارثی غیر پولیپوز HNPCC یا سندرم لینچ (Lynch Syn):

مشخصه آن وجود ۳ مورد یا بیشتر سرطان کولورکتال تأیید شده (از نظر بافت شناختی) در افراد فامیل است که یکی از آنها از بستگان درجه اول یکی ازدو فرد دیگر می باشد. یک یا چند مورد سرطان کولورکتال در افراد فامیل قبل از ۵۰ سالگی تشخیص داده شده باشد و سرطان کولورکتال حداقل در دونسل وجود داشته باشد.

۴. پولیپ ها: از انواع پولیپ ها، تنها آدنوم ها ضایعات پیش بدخیم بوده و کمتر از ۱٪ بدخیم می شوند درحالی که در بیش از ۳۰٪ افراد میانسال و مسن یافت می شوند و شایع ترین منشاء سرطانی کولورکتال می باشند.

۵. بیماری التهابی روده: میزان بروز در مبتلایان به بیماری التهابی مزمن روده

عواملی که در ایجاد این سرطان نقش دارند عبارتند از:

۱. طرز زندگی: عدم وجود تحرک زیاد و استرس ریسک ابتلا به این سرطان را افزایش می دهد.

۲. رژیم غذایی: میزان مرگ و میر ارتباط مستقیمی با مصرف سرانه کالری، پروتئین گوشت، چربی های غذایی و همچنین افزایش غلظت کلسترول و مرگ و میر ناشی از بیماری شراین کرونر دارد.

فرضیه هایی که ارتباط غذا با سرطان کولون را مشخص می کند عبارتند از:

الف) مصرف چربی های حیوانی منجر به افزایش نسبت بی هوازیها در فلور میکروبی روده و در نتیجه تبدیل اسیدهای صفراوی طبیعی به مواد سرطان زا می شود.

ب) شیوع بیشتر سرطان کولورکتال در جوامع غربی ناشی از کمبود فیبر در رژیم غذایی می باشد. فیبر با تسریع زمان تخلیه روده باعث کاهش زمان تماس مخاط کولون با سرطان زاها و بالقوه و کاهش غلظت این مواد به دلیل افزایش حجم مدفوع می شود.

۳. سندرم های ارثی: در ۲۵٪ بیماران، یک سابقه خانوادگی وجود دارد که مطرح کننده استعداد ارثی است.

سندرم های ارثی دو دسته هستند و بصورت اتوزومال غالب منتقل می شوند:

– پولیپوز خانوادگی کولون FAP:

بیماری نادر است که با ظهور هزاران پولیپ آدنوماتوز در سراسر روده بزرگ مشخص می گردد. پولیپ ها به ندرت پیش از بلوغ دیده می شوند ولی تا سن ۲۵ سالگی بوجود می آیند و بدون درمان جراحی تقریباً در تمامی موارد تا ۴۰ سالگی سرطان کولون بروز خواهد کرد با تأیید تشخیص کولکتومی کامل ضروری می باشد.

خون بدون تغییر ظاهری مدفوع می شوند، در نتیجه بیماران واجد تومورهای کولون صعودی اغلب با نشانه های نظیر ضعف، تپش قلب و حتی آنژین صدری مراجعه می کنند و به کم خونی هیپوکروم میکروسیتیک به دلیل خونریزی و فقر آهن دچار می شوند. تومورهای کولون عرضی و نزولی باعث اشکال در عبور مدفوع و در نتیجه، کرامپ شکمی، گاه انسداد و حتی سوراخ شدگی می شوند.

تشخیص:

دراکثر برنامه های طراحی شده برای ردیابی مراحل اولیه سرطانهای کولورکتال، به معاینات انگشتی رکتوم و بررسی خون مخفی در مدفوع تاکید شده است. افراد واجد خون مخفی در مدفوع تحت ارزیابی های بیشتر، از جمله سیگموئیدوسکوپی، تنقیه باریوم و یا کولونوسکوپی قرار گیرند. مشاهده کم خونی و فقر آهن در هر فرد بزرگسال (احتمالاً به استثنای زنان پیش از یائسگی و با سابقه زایمان های متعدد) بررسی کل روده بزرگ بوسیله آندوسکوپی و یا رادیوگرافی الزامی خواهد بود.

درمان

مانند سایر سرطان ها اقدامات درمانی و پیش آگهی این بیماری بستگی به مرحله بیماری دارد.

Dukes مرحله بندی سرطان روده

بزرگ:

سرطان محدود به مخاط و زیر مخاط A، سرطان گسترش یافته به آستر عضلانی B۱ سرطان گسترش یافته به سرو B۲، سرطان گسترش یافته به گره های لنفی منطقه ای C، متاستاز دوردست (کبد، ریه، غیره) D.

کبد شایعترین محل احشائی انتشار متاستاتیک است. سرطان کولورکتال به ندرت پیش از انتشار به کبد به ریه ها، گره های لنفی فوق ترقوه ای، استخوان یا مغز متاستاز می دهد.

خارج کردن کل تومور به کمک جراحی معمولاً با عمل همی کولکتومی، مناسب ترین درمان خواهد بود. پیش از اقدام به جراحی، ارزیابی بیمار از نظر وجود متاستاز، مشتمل بر معاینه فیزیکی کامل، رادیوگرافی قفسه سینه، بررسی بیوشیمیائی

کارکرد کبد و اندازه گیری سطح CEA پلاسما الزامی است.

در مرحله متاستاتیک در صورتی که بیمار علائم انسداد روده و یا خونریزی شدید نداشته باشد انجام عمل جراحی توصیه نمی شود و تاثیر در پیش آگهی بیمار ندارد و بیمار باید جهت انجام شیمی درمانی معرفی گردد.

نقش شیمی درمانی در سرطان روده

بزرگ:

شیمی درمانی به صورت کمکی در بسیاری از موارد بستگی به مرحله تومور اولیه پس از عمل جراحی (stage B۱&C) با هدف کاهش امکان عود مجدد و هم چنین در مراحل پیشرفته و متاستاتیک استفاده می شود. داروهای شیمی درمانی جدید به دلیل اثربخشی بسیار خوب و عوارض کم بیماری سرطان روده بزرگ متاستاتیک را به یک بیماری مزمن با مدت بقای عمر بالای دو سال تبدیل کرده است.

داروهای موثر در این سرطان:

5-FU

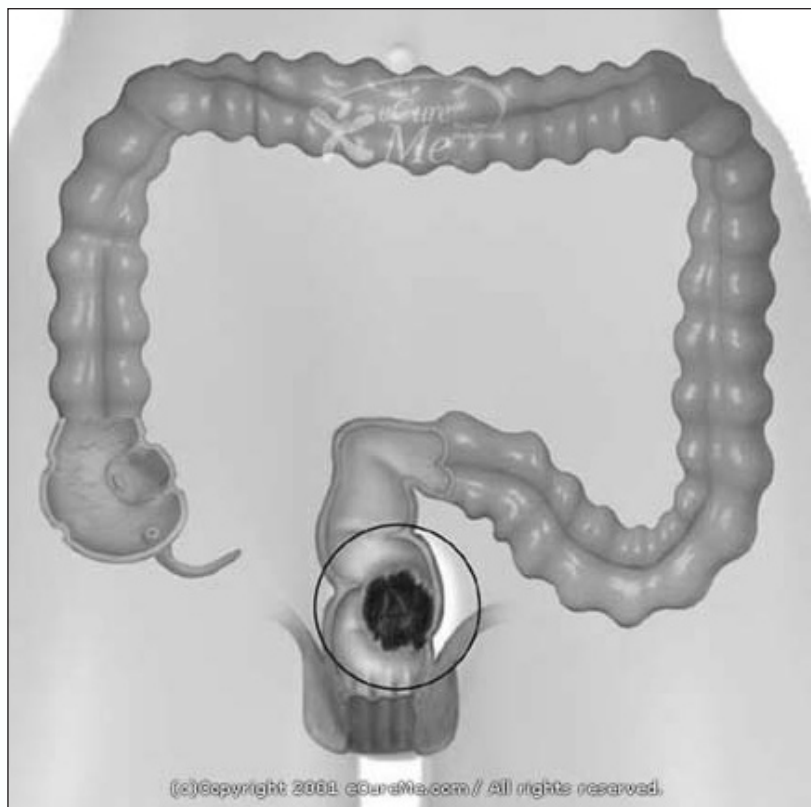
داروی قدیمی است که در ترکیب با داروهای جدید مانند اگزالیپلاتین و ایرینوتکان اثربخشی خوبی نشان داده است. تجویز همزمان اسید فولینیک (لوکورین) کارائی را در مبتلایان تا ۳ برابر افزایش می دهد. این دارو را می توان با داروهای خوراکی زلودا یا یو اف تی جایگزین کرد.

Xeloda, UFT

اخیراً دو داروی دیگر که پادتن مهار کننده فاکتور رشد (ستوکسیماب) و پادتن مهار کننده آنژیوژنز (بواسیزوماب) هستند نیز در بسیاری از موارد همراه با شیمی درمانی استفاده می شوند.

نقش رادیوتراپی

در سرطان روده بزرگ معمولاً کمتر از رادیوتراپی استفاده می شود. فقط در سرطان روده راست (رکتوم) برنامه رادیوتراپی به همراه شیمی درمانی یا قبل یا بعد از عمل جراحی توصیه می شود.



(c) Copyright 2001 eCure-Me.com / All rights reserved.

گفتگو با متخصص کلیه

بیماری های کلیوی گاهی به صورت پنهان کیفیت زندگی ما را تحت تاثیر قرار داده و سلامت ما را به طور جدی به مخاطره می اندازد از این رو با هدف آگاهی دادن به عموم برای پیشگیری از بیماری های کلیوی با دکتر مژگان جلال زاده فوق تخصص کلیه و فشارخون از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به گفتگو نشسته ایم مشروح این گفتگو را بخوانید.

نسرین آقاملا

می دهد برا اساس شغلش (دونده و ورزشکار، کارگر ساختمان، راننده ماشین) باید مصرف آب خود را افزایش دهد. از طرفی هر بیماری که بیش از یک بار در عمرش سنگ تشکیل دهد باید تا آخر عمر برا اساس جنس سنگ دارو دریافت کند. چون سنگ خود علاوه بر انسداد و عفونت سبب آسیب به کلیه می شود و می تواند دلیل نارسایی کلیه باشد.

۷- آیا در رابطه با سنگ های کلیه صحیح است که لبنیات و شیر مصرف نشود؟

به هیچ وجه، مشاهده شده است بیمارانی که محدودیت مصرف کلسیم و ویتامین D برای خود ایجاد کرده اند پوکی استخوان در آنها خیلی زود رس ایجاد شده است. در رابطه با سنگ ها، مصرف آب بیشتر از نیاز است و اینکه مصرف نمک را کم نمایند و در خوردن پروتئین ها پر خوری نمایند. در ضمن اگر فرضاً سنگ از آلات کلسیم است مصرف کاکائو و چای پر رنگ را کم نماید. و همچنین دارو بر اساس نوع سنگ دریافت دارند.

۸- در صورت از کار افتادن کلیه چه اقدامات جایگزینی وجود دارد؟

دیالیز و پیوند دو گزینه ای هستند که بیمار در پیش رو دارد.

۹- پیوند و دیالیز را چگونه می شود با هم مقایسه نمود؟

در پیوند طول عمر بیمار بالاتر می رود و کیفیت زندگی بیمار هم بهتر می شود ولی امکان انجام پیوند همواره در زمانی که بیمار نیاز به درمان جایگزین دارد نمی باشد و دیالیز به صورت دیالیز خونی یا دیالیز شکمی اقدامات در دسترس دیگری هستند که حیات بیمار را می توانند حفظ کنند.

نوع حاد: چند ساعت تا چند روز اختلال عملکرد ایجاد می شود و اگر به موقع پزشک مراجعه کند قابلیت برگشت دارد. (مثلاً به دنبال اسهال و استفراغ شدید).

نوع تحت حاد: در طول هفته تا ماه تظاهر می کند و نیاز به مداخله پزشکی دارد (درگیری های واحد بافت کلیه یعنی گلودرولی).

نوع مزمن: اگر درگیری کلیه بیش از ۳-۶ ماه طول بکشد نوع مزمن به آن گفته می شود.

۴- بیماری های مزمن کلیه در اثر چه عواملی ایجاد می شود؟

شایع ترین علت آن دیابت سلیتوس (مرض قند)، فشار خون بالا، بیماری های گلودرولی (واحد بافت کلیه)، مسائل اورولوژیک (عفونت، سنگ، انسداد) کیست های کلیوی و مسائل ارثی می باشند.

۵- جهت پیشگیری از رویارویی با بیماری مزمن کلیه چه باید کرد؟

همواره پیشگیری بهتر از درمان است. با کنترل فشار، قند و چربی خون می توان از پیشرفت بیماری جلوگیری کرد. درمان به موقع از پیشرفت بیماری جلوگیری می کند و تنها با دریافت چند قرص از عوارض قلبی - عروقی (جراحی قلب و عروق قلب) چشمی، سکنه مغزی، نارسایی کلیه، قطع اندام در دیابتی ها و غیره می توان پیشگیری نمود.

۶- در رابطه با سنگ های کلیوی آیا آب درمانی سبب حل مشکل خواهد شد؟

بله، سنگ های کلیوی در شرایط تغلیظ ادرار ایجاد می شوند و یکی از توصیه های لازم به این گروه مصرف آب بیشتر است. بیمار به میزان تعریق و آبی که از دست

۱- عملکرد کلیه چه می باشد؟
کلیه مسئول تبادل آب، نمک، اسید و باز بدن است و دفع مواد سمی حاصل از سوخت و ساز مواد غذایی را به عهده دارد. همچنین در دفع متابولیت داروها هم دخیل می باشد.

۲- اگر کلیه عملکرد مناسب نداشته باشد چه واقعه ای رخ می دهد؟
عدم عملکرد مناسب کلیه تقریباً بر تمام ارگان ها اثر می گذارد مثلاً:

در اثر بر مغز: بیمار به تدریج اختلال هوشیاری، کما و تشنج پیدا می کند.

در اثر بر قلب: به دنبال عدم تعادل پتاسیم و کلسیم دچار بی نظمی و ایست ناگهانی قلب می شود.

در دستگاه گوارش: به دلیل اختلال انعقادی، خونریزی رخ می دهد.

در استخوان: به دلیل اختلال اسید و باز بیمار دچار درگیری استخوان می شود که حتی با یک عطسه و جابه جا شدن در رختخواب استخوان هایش قابلیت شکستن دارند.

در پوست: رسوب کلسیم و فسفر می تواند سبب زخم های پوستی و خارش شود.

در مفاصل و تاندون ها: می تواند سبب پارگی تاندون ها و از کار افتادگی عضو شود.

غدد: اختلال در حاملگی، پریدهای ماهانه، کاهش سطح هورمون های مردانه و کاهش باروری می شود.

کم خونی: به جهت عدم ساخت هورمون سازنده خون کم خونی و مشکلات حاصل از آن درگیری قلبی عروقی، ایجاد می شود.

۳- بیماری کلیوی به چند نوع می تواند تظاهر کند؟

بیماری کلیوی به صورت حاد و مزمن رخ می دهد.

۱۰- چند نوع پیوند داریم ؟

پیوند از دهنده زنده و پیوند از جسد . که پیوند از دهنده زنده از دو گروه می تواند باشد دهنده فامیل و دهنده غیر فامیل و پیوند از جسد که بیمار مرگ مغزی به هر علت (تصادف رانندگی و غیره)

۱۱- چه بیماری با نارسایی کلیه کاندید پیوند می شود آیا بیمار حتماً به دیا لیز باید برسد تا کاندید شود؟

سوال خوبی می باشد بیمارانی وقتی تنها ۲۰٪ از عملکرد کلیه شان باقی است می توانند جهت کاندید شدن پیوند به فوق تخصص کلیه مراجعه کنند. و لزومی ندارد که بیمار حتماً ابتدا دیالیز شود و بعد پیوند گردد. ولی یک مسئله مهم این است که بیمار باید با پزشک همکاری داشته باشد هر گونه سهل انگاری می تواند با جان بیمار بازی کند. برای همین بهتر است بیمارانی قبل از پیوند مشاوران پزشکی داشته باشند و از جهت سطح تحصیلات و میزان درآمد ارزیابی گردند.

۱۲- آیا بیمار پیوند کلیه بعد از پیوند به زندگی طبیعی بر می گردد؟

بله بیمار بقاء و کیفیت زندگی اش بهتر می شود ولی نباید فراموش کند طبیعی شدن زندگی وابسته به کلیه ای است که جهت حفظ آن نیاز به دریافت دارو دارد. و این کلیه عضو خارجی است و تنها در صورتی باقی می ماند که داروها ادامه یابند و گر نه پس می زند و دیالیز مجدد شروع خواهد شد.

۱۳- چه اقداماتی را گیرنده قبل از پیوند باید انجام دهد؟

یک مجموعه آزمایشات خون و ادرار است و یک سری گرافی و سونو گرافی و مشاوره های فوق تخصصی قسمت های مختلف جهت اطمینان کامل از سلامت بیمار قبل از انجام پیوند لازم است.

۱۴- دهنده چه خصوصیتی باید داشته باشد و چه اقداماتی را قبل از پیوند انجام دهد؟

دهنده نیز از جهت عفونت های ایدز و هپاتیت و سایر عفونت ها چک می شود و آزمایشات خون و ادرار را انجام دهد. مهمترین قسمت در مورد دهنده این است که معتاد نباشد و

مصرف سیگار هم نداشته باشد.

دهنده از نظر یک سری بیماری ها چک می شود سابقه فشار خون بالا، دیابت و سابقه بیماری کلیوی در خانواده، هر کدام از این مشکلات می تواند زمینه بیماری کلیه در خود دهنده باشد و در آینده دهنده را ابتلا به نارسایی کلیه کند.

۱۵- چه بیمارانی نمی توانند پیوند شوند و بهتر است در دیالیز بمانند؟

بیماری که عمل جراحی را نمی تواند تحمل کند مشکل قلب، عروق و ریوی شدید دارد. اگر بیماری درگیری کبد دارد قبل از پیوند باید درمان شود. بیماری که کمتر از دو سال عمر خواهد داشت.

بیماران با عفونت بدخیمی و عدم ظرفیت جهت دنبال کردن دستورات پزشک در دیالیز باقی خواهد ماند.

۱۶- چه عفونت هایی را قبل از پیوند باید چک کرد؟

قبل از پیوند واکسیناسیون آنفولانزا، پنوموکوک، آبله مرغان (در صورت نیاز) هپاتیت B، هموفیلوس آنفولانزا و مننگوکوک باید انجام شود واکسن پنوموکوک هر ۵ سال تکرار می شود و واکسن آنفولانزا سالانه زده می شود.

۱۷- اگر بیمار قبلاً بدخیمی داشته باشد و ۲ سال از بدخیمی اش گذشته باشد می تواند پیوند کلیه شود؟

بله اکثر سرطان ها بعد از ۲ سال عاری از بیماری بودن می توانند پیوند شوند تنها سرطان (مقعد، روده بزرگ، پستان و خال بدخیم) نیاز به گذشت ۵ سال بعد از درمان دارد.

۱۸- عمده ترین مشکلات بیمارانی پیوندی چه عواملی می باشد ؟

بیماران با هر گونه تغییر شرایط در بدن باید به پزشک مراجعه کنند به عنوان مثال : الف) بیماران باید به هر گونه کاهش حجم توجه کنند. هر گونه اسهال استفراغ و تعریق شدید می تواند عملکرد کلیه ها را به خطر اندازد.

ب) هر گونه تب و عفونت در این بیماران جدی است.

ج) در سال اول شاید بستری های بیمارستانی به دلیل افزایش کراتی تین داشته باشند ؛ که

نیاز به دریافت داروی وریدی می باشد.

د) بد خیمی ها یکی از مشکلات است که در این بیماران می تواند رخ بدهد به ویژه سرطان های پوست به این دلیل باید از کرم های ضد آفتاب استفاده نمایند. در این بیماران بررسی های دوره ای از جهت بدخیمی در صورت هر گونه کاهش وزن لازم است.

به هر حال سیستم ایمنی بیماران جهت حفظ کلیه خارجی توسط داروها ضعیف می شود و این بیماران در خطر عفونت های متفاوت و بد خیمی ها هستند.

۱۹- در چه صورت بیماران دچار رد پیوند می شوند ؟

رد پیوند ایمونولوژیک و غیر ایمونولوژیک داریم . در مورد علل ایمونولوژیک لازم است بستری شوند و داروی وریدی دریافت دارند. در مورد پس زدن های مزمن غیر ایمن، جهت پیشگیری لازم است فشار خون، چربی خون و قند خون دقیقاً کنترل شود .

۲۰- کسی که کلیه خود را اهدا می کند در آینده با چه مشکلاتی مواجه است و چه کارهایی برای سلامت خود باید انجام دهد؟

در عرض یک هفته کار کلیه باقی مانده تا حد ۹۰٪ افزایش می یابد تا جبران نیاز بدن بیمار را نماید.

در مطالعات انجام شده بر روی بیماران دهنده از ۳۰ سال قبل متوجه شده اند که بعد از ۱۲ سال احتمال افزایش فشار خون، افزایش دفع پروتئین و کاهش عملکرد کلیه برای دهنده وجود دارد.

بیماران باید سالانه ویزیت شوند و فشار خون کنترل شود و آزمایشات روتین اولیه داده شود و از جهت دفع پروتئین در ادرار چک گردند و سونوگرافی دوره ای از کلیه خود داشته باشند و افراد جامعه باید هر گونه مشکلات کلیوی را جدی بگیرند .

- ◆ انتشارات بنیاد
- ◆ ایثار زندگی، یاری سبز روزگار
- ◆ یاری سبز یاوران بنیاد
- ◆ لحظه ای با دل
- ◆ جدول

فرهنگی



انتشارات بنیاد

بنیاد امور بیماری های خاص در راستای آموزش عمومی و ارتقای آگاهی بیماران، اعضای خانواده های آنها و نیز عموم مردم در خصوص پیشگیری، درمان و بازتوانی بیماری های خاص و نیز نحوه مواجهه با آنها، اقدام به انتشار کتاب، بروشور و کتابچه های مرتبط با بیماری های خاص می کند جدیدترین انتشارات بنیاد عبارتند از:

مریم حسین مردی



دیابت و بیماری مزمن کلیه

این بروشور به مناسبت روز جهانی کلیه در اسفند ماه ۱۳۸۸ توسط بنیاد به چاپ رسیده است که حاوی مطالبی آموزنده برای بیماران دیابتی جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری های کلیوی است. در مقدمه این بروشور آموزشی به معرفی بیماری دیابت و انواع آن و نیز تأثیرات این بیماری بر اعضای مختلف بدن اشاره شده است. با توجه به اهمیت این موضوع به مطالبی چون : تعریف بیماری مزمن کلیوی، خطر ابتلا به بیماران دیابتی به بیماری مزمن کلیوی، موارد شانس احتمال بیشتر به این بیماری پرداخته است.

در این مجموعه راهنمایی های لازم برای افراد مبتلا به دیابت جهت پیشگیری از بیماری کلیوی ذکر شده و اینکه بیماری دیابت تا چه میزان می تواند برای کلیه ها خطرناک باشد و اگر فرد دیابتی دچار شد چه اقداماتی باید انجام دهد. بیان نکاتی درباره کلسترول و لیپیدها و سایر مواردی که باعث آسیب کلیوی و تأثیر بر روی عملکرد کلیه ها می شود نیز از جمله مباحث عنوان شده در این بروشور است. در پایان نیز مراکز درمانی بنیاد همراه با تصویر و نشانی آنها که برای افراد مبتلا به دیابت و نارسایی کلیه خدماتی ارائه می کند جهت آشنایی بیماران معرفی شده است.

آزمایش های پیشگیری و تشخیص بیماری های مردان آزمایش های پیشگیری و تشخیص بیماری های زنان

این بروشور پیشنهاداتی برای آزمایش های شخصی شماست. مجموعه ذکر شده که توسط مرکز پزشکی خاص گردآوری شده در ابتدا به معرفی مرکز و فعالیت های آن پرداخته سپس به بهترین زمان برای انجام آزمایش ها اشاره کرده است.

توصیه به انجام آزمایش های گوناگون بر اساس گروه سنی ۴۹-۴۵ سال، ۵۴-۵۰ سال، ۵۹-۵۵ سال، ۶۴-۶۰ سال، ۶۹-۶۵ سال و در پایان برای گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر به صورت تفکیکی و در جداول گوناگون آمده است و در انتها علائم هشدار دهنده سرطان برای شناخت بیشتر مخاطبین مطرح شده است و نیز برای زنان هم مطابق همان بروشور و به تفکیک سن اطلاعاتی برای انجام آزمایش ارائه شده است.

ویژه بیماران وعلاقمدان به پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان کولون و رکتوم

این بروشور توسط مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد گردآوری شده است در ابتدا به معرفی سرطان کولون

و رکتوم در زمینه پیشگیری و تشخیص زودرس پرداخته و در ادامه راهنمایی های لازم برای حفظ و تداوم سلامت عنوان شده و هر شخص با آگاهی از اطلاعات بیان شده می تواند دریابد که در معرض خطر ابتلا به سرطان کولون و رکتوم قرار دارد یا خیر. علائم سرطان کولون و رکتوم و معرفی کولونوسکوپی (روش غربالگری و تشخیص زودرس برای افراد در معرض خطر سرطان روده بزرگ) از مباحثی پایانی این مجموعه می باشد.

برنامه مبارزه با سرطان کولون و رکتوم، پیشگیری و تشخیص زودرس (ویژه پزشکان)

در ابتدا به ارائه آمار و ارقامی در خصوص مبتلایان در ایران اشاره کرده، علائم سرطان کولون و رکتوم و پاتوژنیز از دیگر مباحث مطرح شده است.

اقداماتی که می تواند به منظور پیشگیری از سرطان کولون و رکتوم انجام شود و مهمترین روش های غربالگری و تشخیص زودرس نیز بیان شده است و در پایان دو سوال عنوان شده یکی اینکه چرا اقدامات پیشگیری موفقیت آمیز نبوده و دیگری به نظر شما چه کسانی در معرض خطر هستند.

ایشان زندگی، یاری سبز روزگار

بوستان اهدای عضو هم در بهار ۸۹ به بار نشست و بار دیگر ده ها نفر از هم میهنانمان به یاری هموطنان بیمار خود شتافتند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند.

آزاده طلوع

محمود شیرزادی، سیدعلی مقیمی، نفیسه غلام رضا برکاتی، مراد پاهکیده، سمیه مظفری، محمدرضا رسول طائمه، سمانه صداقت نیازآبادی، فوزیه زمانیان، راحله آبنیکی، خدیجه حق وردی، مینوعبدالملکی، مریم حسینی، ذکریاحسینی، فرزانه حسینی، حمیده حسینی، عادل حسینی، پروین حسینی، سیدعلی روح الامین، زهرا شجرکار، آذرباجلان، فاطمه علیمردان، دانیال عبدالرحیم، سعید هداوند، علیرضا ابراهیمی، آرزو سخنران، سعید خانملکی، ملیحه شاهسون، زهراسادات صاحب زمانی، زینب کربلائی، رحیم نایینی، سیدکمال حسینی، ام البنین ابوالقاسمی، معصومه ذوالفقاری، فاطمه مهری، فاطمه طاهری، فاطمه یگانگی ابرقویی، فاطمه باقری، سیدمهدی داور، حامد عباسی، عطیه غلام جمشیدی، بهزاد حیدری، مهناز شگری، فریده کلبی، بهناز مشهدی، الهام شمس علی، فاطمه عبدالمنافی، مینا ملا احمدی دهقی، وحید اتفاقی، مهدی مالیر، حسین قاسمی، صفورهای، علیرضانجیب، میثم محمودوند، اعظم دستوری، شهلا ذوالفقاری، فاطمه قیاخلو، مریم بهرامپور، سامان بیاتی، سپیده بیاتی، فاطمه پورمهران، مرضیه امین لسانی، زهرا گنجی بابارود، عالیہ راسخی فر، ملیحه زندوکیلی، نرجس اسدی خانوکی، فاطمه سیاوشی، مهدی سیاوشی کرد، سهیلا تقی زاده، محمدرضا سیاوشی، احسان سعید، روح اله عرب، آمنه ایلاقی، امجد اسدی فر، محمدعلی وحیدزاده، لقمان عباس رودباری، مهدیه نژادمحمودی، مرجان عباس پور، صغری سلجوقی رسا، زهرا پنجهلی زاده، کوکب شمس کوشکی، زهرا دهقان کهنسال، محمدرضا اخلاقی نسب، نجمه قنبرزاده، فریبا صبوری نژاد، فاطمه السادات حسینی، حکمیه مهدی زاده، جمیله مرادی، سمیه بحرینی، محمود کیهانی، جلیل نظام اسلامی، شیرین شعبانی، نوید راستی، میثم سیفی، افشین قنبری، انیس بیات، طاهر آروسته، سیدجوهرقادر، غلام افراز، احمدکریمی، نسترن نظری، جهان بخش نظری، پروانه اسدی، شکوه اسدیان، محمدرضا همتی، زهره صالحی، شهین مجنون تحجری، علی سربازی، حمید مهدیان، حسین عرب میش مست، عاطفه جواد، سمیه حبیبی، زهرا صیادی، زهرا زود، اختر حقیقت کناره، صابرہ بختیاری، طیبہ مقدسی، زهره ترک دهنو، لیلا تر کاشوند، محمدرضا تویی، اصغر حسن، شمسی خورلی، سیده صدیقه حسینی، فریده فصیحی، فاطمه روشنی، کلثوم نورزاده، محمد چوبینی، سمیرا نوروزیان، علی نوروزیان، هاجر نوروزیان، زینب خادمی، حمیده دستی، لطیف نیکنام حسنجانی، حمیدرضا محمدمنش، شهروز اسدزاده، محمدرضا ناصری، سارا نوروزیان، سامره نوروزیان، محمدفقیهی، محبوبه نظری، محمدعلی حسنی، ناهید امیرمحمودی، اقای، فیروزه اسدی، مینا آماره، طیبہ کیانی، فاطمه کیانی، عبدالکریم نیکوهیان، زینب پورجهان محمدی، سیده رزا آزادی، ژینوس وکیل الرعایایی، لیلا احمدی، مریم مصطفی، محمدرضا جهانشاهلو، میثم باقری وناشی، سارا محبی فر، تاجمان ملکی، مینا صالحی، شهربانو قاصدی، رقیه بهبودی فرح بخش، فرزانه جهانبخشی، مریم نقره، فروغ شریفی، فاطمه ارمانی، فاطمه اعتماد پاکدمی، اکرم شاهقلوبی، فاطمه رجبی، محمد مفتخر ممتازی نژاد، محمدرضا حسن پور، شهلا ذوالفقاری، سکینه پوره راز، احمد مافی، نادر شادان، مجتبی زار عدار، اکرم میرزائی، رضا گل مرادی، مهناز طیبی، مهلا حسینی، مهدیه حسینی، احمد مولوی، پریسا پاشاپور، نازلی فتحی، زهرا قربانی، اله مراد قاسمی، سیده اعظم حسینی درکی، فاطمه مرادی، نسرين علیدوستی، زینب سلیم، روح اله عزیزی، فاطمه بهبودی، الهام قهرمانی، مرتضی نظری، مهدی عابدین، راحله عیدی، محسن کشمیری، شقایق سرگلزایی، مهدی خمری، طیبہ آذری، مریم شیرازی، مرضیه پودینه، محمود پودینه، سمیرا راهدار، محموداسماعیل نژاد، زیبا عربی، حکیمه دانایی، حسین نجارباشی، سعید حسن پور، عباسعلی زرا عسگری، جمال طارقی، مهدی حیاتی، مهدی تاجیان، محدثه رخشانی، فریبا مرشدی، مرضیه صابری، هاجر حسن پور، سمیرا حیدرزاده، حکیمه ابراهیمیان میمند، اسما جشان پور، آریتا صفری نژاد، انسیه صناعیان، مهرداد مبین، شکوفه شکاری محمد، سهیلا اشتراک، مجید جوشن پند، مهدیه عربی، نرگس خاکسفیدی، ابوالقاسم حداد، ام النبی خزایی، فهیمه حیدریان، ماندانا کلانتری بنجار، مهناز ابراهیم زاده، علی اکبرقاسمی، نجمه رضانی پور، آرمین کمالی کشکویه، محمد کخا، آزاده بشارتی، مانده نخعی مقدم، سعید سنجولی، محمد راهداری، امین پودینه، محمدحسین نصرتی مطلق، مطهره رضایی، میترا جباری نژاد کرمانی، معصومه لشکری، شمسیه حسینی، عاطفه صالحی نجار، کیوان سلامی، نسرين رفاداران، حمید احمری، معصومه تقوی مقدم، مریم عراقی، مسعود عین بهشتی، علی زمردی فرد، سیامک بیاتی، علی زمردی، اکبر حقیقی پور، فاطمه قباخلو، فریده مقدم .

یاری سبز یاوران بنیاد

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

سید مجتبی صحتی

انجمن صنفی فخار؛ آقای منبع چی، آریا پویان آسان؛ آقای پور صرامی، پارس پرور؛ آقای نطنزبان، فراز اقتصاد بهاران؛ آقای مهدی مسعودی، آفرین نگار نوین؛ آقای پروین، تکنیک کارتن؛ آقای عبد اللهی، سازمان بازرگانی استان؛ آقای موسوی، ترخینه؛ آقای کاووسی، آنام؛ آقای زندیا، محصولات غذایی گلها؛ آقای کریمی تفرشی، آرمان فراز؛ آقای ناصری، ارسباران؛ آقای آزادی، شهرداری منطقه ۵، الکتریکی روشنایی شرفی؛ آقای شرفی، مهرام؛ آقای سعید جاجرودی، فروشگاه سودمند؛ آقای حسین سودمند، شرکت مک؛ آقای کرلو رویال پن، آچیپان؛ آقای شمس، ایز نگار؛ مهندس بهنام، فروشگاه مروارید؛ آقای پدرام، فروشگاه دوستان؛ آقای حیدری، شرکت بانو طیف نگار؛ آقای مدنی، روشن شیمی؛ آقای هدایتی، فروشگاه امیری؛ آقای امیری، شرکت نویدفر؛ آقای زریباف، فروشگاه کانون؛ آقای خلیلی، زکریای جهرم؛ آقای جعفر زاده، چاپ نگارستان؛ آقای قاسملو، شرکت پاکان، عایق تفلون زنجان؛ آقای ولی بیگی، بانیان الکترونیک؛ آقای درزی، شرکت پارس؛ آقای سراج القوم، چاپ گلبهار؛ آقای مهدی عزیز آبادی، فرمهای پیوسته؛ آقای محمدی، فروشگاه فعلی؛ آقای فعلی، رایانه نگار؛ آقای ناظری، چاپ رفاه؛ آقای مهدیزاده، ایمن تک؛ آقای منصوری، کاسپین پارت؛ خانم هاشمی، پاکت کبیر؛ آقای خطیب، چاپخانه حیدری؛ آقای حیدری، رنگینه؛ آقای جعفری، چاپخانه سردی؛ آقای سردی، فروشگاه همای؛ آقای همای، ایمن بهرپرور؛ خانم حسینی، لیتو گرافی آبرنگ؛ آقای ابو الحسنی، چای بلدرچین؛ آقای رزاقی، مادیران؛ آقای صادقی، ماکارونی جهای؛ آقای کریمی، ریز موج؛ آقای بهنام، سپیدان شیمی گستر؛ آقای نکویی، رویا پلاستیک؛ آقای صمدی، چای طلا؛ آقای مبین، گلبهار؛ آقای عزیز آبادی، چاپ خزر؛ آقای قنبر زاده، آجر پارک نو؛ آقای تیروند، آریا پلاک؛ آقای کاشانی، آریان طب خراسانی؛ آقای مهدی خراسانی، آرتیمیس؛ آقای میر جانی، آجر مرغوب؛ آقای کشمیری، آبان نو؛ آقای ذکریایی، آبسال؛ آقای مهندس حکیمی نژاد، طیطو؛ آقای نیلقاز، آجر رضا؛ آقای پور رضا، آجر وحدت؛ آقای خان احمد.

یاوران عزیز:

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

صندوق پستی بنیاد امور بیماری های خاص: ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

لحظه ای با دل

الهی آب عنایت تو به سنگ رسید، سنگ بار گرفت، سنگ درخت رویانید، درخت میوه و بار گرفت، درختی که بارش همه شادی، طعمش همه انس، بویش همه آزادی، درختی که بیخ آن در زمین وفا، شاخ آن بر هوای رضا میوه آن معرفت و صفا، حاصل آن دیدار و لقا .

خواجه عبد ... انصاری

زندگی گرمی دل های به هم پیوسته ست
تا در آن دوست نباشد همه درها بسته ست
در ضمیرت اگر این گل ندمیده ست هنوز ،
عطر جان پرور عشق
گر به صحرای نهادت نورزیده ست هنوز
دانه ها را باید از نو کاشت
آب و خورشید و نسیمش را از مایه جان
خرج می باید کرد
رنج می باید برد
دوست می باید داشت

فریدون مشیری

بس بگردید و بگردد روزگار

بس بگردید و بگردد روزگار	دل به دنیا در نبندد هوشیار
ای که دستت می رسد کاربکن	پیش از آن کز تو نیاید هیچ کار
این که در شه نامه ها آورده اند	رستم و روئینه تن اسفندیار
تا بدانند این خداوندان ملک	کز بسی خلق است دنیا یادگار
صورت زیبای ظاهر هیچ نیست	ای برادر سیرت زیبا بیار
سال دیگر را که می داند حیات	یا کجا رفت آن که با ما بود یار
آدمی را عقل باید در بدن	ور نه جان در کالبد دارد حمار
گر زبردستیت بخشید آسمان	زیر دستان را همیشه نیک دار

سعدی

جدول

افقی:

- ۱- افراد ساکن در یک شهر یا کشور - گنبد نیلگون - ناپخته، تصفیه نشده
- ۲- عارف بزرگ آذربایجانی که منظومه «گلشن راز» و آثاری دیگر از او بر جای مانده است - ضربه ای به توپ فوتبال
- ۳- اثر چربی بر لباس - وسیله ی حمل بار - حاشیه صفحه کتاب - طاقچه
- ۴- در صدر اسلام به حافظ قرآن اطلاق می شد - خطای ورزشی - صدای خنده
- ۵- مظهر شیرینی - ماده دارویی سفید رنگ با بوی بسیار نافذ - سرشیر
- ۶- زینت مساجد قدیمی - اسم - ناسپاسی در برابر نعمت الهی
- ۷- بارشی از ابر - دایره ای در بانک ها - از اجزای خورشت قیمه
- ۸- صد متر مربع - شهری در جوار دریاچه هامون - زبان عرب - پیشوند شب و روز
- ۹- منقار - درجه ای نظامی - آهسته خواندن شعر و سرود
- ۱۰- سوره ای در کلام الله مجید - سرپرست دیوانه - فلزی در فولاد ضد زنگ
- ۱۱- هم قصه فرهاد - درک کردن - گاه از فرط تعجب آن را میخورند
- ۱۲- ستاره - اندام تنفس - فتنه گر
- ۱۳- مخفف کلمه مشهدی - بالکن وسیع - بین و وسط - ضرورت دوخت و دوز
- ۱۴- شریک زندگی مادر - کنایه از شخص بسیار مهم
- ۱۵- صدای نوزاد - مداخله - مساوی و برابر

عمودی:

- ۱- جنگ امیرالمومنین (ع) با یاران عایشه - از رشته های مهندسی - شوینده ای پر مصرف
- ۲- سنگ عیار نما - شرمساری در میان دیگران معنی این ترکیب فارسی است
- ۳- از اقوام همخون - وسیله ماهیگیری - ورقه مقوایی یا پلاستیکی - مجرای خون
- ۴- نرمش مرتاضان هندی - مطلب سر به مهر - خلق و خو
- ۵- آماده سازی - نمایشنامه نویس معاصر مولیر و خالق اثر «مهرداد» - جوانمرد و سخی
- ۶- سرخرگ اصلی - پایتخت کشور ساخت ساعت سازان - استوار و پا برجا
- ۷- رنگ آرامش - مسافت بین دو نقطه - راکد و متوقف
- ۸- چاشنی سالاد - از توابع گیلان - شهری در آذربایجان غربی - کم عقل
- ۹- شجاع و بی پروا - غمگین و مایوس - مرگ و میر
- ۱۰- دریاچه ای خشکیده در آسیای میانه - طبل و بزرگ - سازمان تبهکاران ایتالیایی
- ۱۱- نصف - کوهستانی بلند بین دریای خزر و دریای سیاه - جنس کفش ورزشی
- ۱۲- پر آوازه - بالا برنده فشار خون - قلیل و کم
- ۱۳- خط روی شیشه - فالگیر - طلایی - خاک آجر سازی
- ۱۴- نویسنده نوبل برده ترکیه ای در سال ۲۰۰۶ - کاشتن جوانه گیاه
- ۱۵- پراکنده - سر و صدای نا مفهوم جمعیت - شهر مشک خیز در غرب چین

(کلید جدول در شماره بعدی نشریه قابل دسترسی است.)

۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	
														۱
														۲
														۳
														۴
														۵
														۶
														۷
														۸
														۹
														۱۰
														۱۱
														۱۲
														۱۳
														۱۴
														۱۵

Theme for International Thalassaemia Day 2010 The informed patient: Knowledge is power!

"The improvement of understanding is for two ends: first, our own increase of knowledge; secondly, to enable us to deliver that knowledge to others."
- John Locke (1632–1704)

This year's theme for 8th May has two aspects. The first is the **patient's knowledge and information**. At TIF we believe that an informed patient is an empowered patient: the more you know, the better you can manage your condition and your life. The more you know, the better you can interact with your doctors and other carers. And when a lot of knowledgeable, strong individuals come together and join efforts, their collective voice will be even stronger.

How often have doctors, nurses and other health professionals said about their patients, particularly those with chronic conditions: "My patients understand their disease better than I do!" The experience and knowledge held by the patient can greatly benefit patient care and quality of life, something which gradually is becoming more recognised by the medical world.

Today's knowledgeable patients can make decisions regarding their treatment and work in partnership with their doctors, rather than simply being passive recipients of instructions. But in order to do this, the patient needs the power that comes through education and

information. This has long been, and still is, one of TIF's main educational aims.

The second aspect, as so wisely expressed by the great Enlightenment philosopher, is **sharing the knowledge**. Patients working together with other patients, parents, volunteers and health professionals – creating associations, getting involved in health policy formulation at a local, then national and even international level. We can really make a difference, not just for ourselves, but for others, too!

The idea of the 2010 slogan is to encourage every patient to become educated, but also to recognise her/his already-existing knowledge, to use it and share it. We have lots of ideas for 8th May activities, which we will share with you soon. In the meantime, you can see how the concept of empowerment lies at the heart of TIF's new projects which are starting now (see page 8):

- Preparation of new age-specific educational materials for children and young people
- Expert Patient programme
- Survey to find out what patients expect from "expert" treatment centres (in the context of the ENERCA project)
- Regional patients' and doctors' networks, "piloting" in Europe and moving to other regions of the world
- And more...

Feeling inspired?
Share your ideas for 8th May 2010 activities with TIF!

in Iran was the primary HCV infection risk factor. In 2003, 21% of hemodialysis patients of Tehran were found to be HCV seropositive. By using the RIBA 2 complementary assay, 13.2% (95% CI: 11.3–15.1%) of patients were confirmed as being HCV-positive. HCV infection rate was significantly higher in patients with a history of blood transfusion (odd ratio=1.9, 95% CI: 1.1–3.6%). Apparently, there was a significant correlation between the number of blood units transfused and the HCV infection rate.⁴

The results were similar in Guilan province (24.8%, range: 9%–40%; 95% CI: 19.9–29.7%).⁶ In 2005, in the Tehran province the prevalence of HCV seropositivity decreased to 8.4%. It seems that implementation of compulsory thorough blood donor screening in Iran since 1995 and reduction of transfusion number due to common erythropoietin administration led to decreasing occurrence of HCV and HBV infection in hemodialysis and thalassemic patients. In recent years, an increasing role has been assigned to hospital-transmitted infections (nosocomial). It has been shown that duration of hemodialysis, irrespective of the number of blood transfusions, and a history of previous renal transplantation was an independent risk factor for the acquisition of HCV infection. Hepatitis C virus can be transmitted by infected hands of the medical staff, hemodialysis machines,^{29,30} other medical equipment, or objects circulating between patients, e.g., swabs, plaster rolls, disinfection fluid bottles, dish trays, etc.^{1,2,21} The separation of stands for infected patients and assigning them individual nurses may play an important role in reducing the spread of HCV further in coming years. Such a strictly enforced isolation policy drastically reduced HBV transmission in similar settings.^{6,21}

Regarding HBV infection, the similarity of age and sex of HBSAg-positive and negative hemodialysis patients highlights that the risk factors of HBV infection in hemodialysis patients are different from the general population. Apparently, the strict isolation of machines was the insistent policy of the country even under circumstances of shortage of machines, which made patients' commute between farther centers and their own neighborhoods unavoidable. In some cities, special centers were provided for HBSAg-positive patients (especially in large cities).

This approach helped health authorities to support these centers with higher budgets for more strict universal precautions and serious surveillance.

Improvement of the people's knowledge about HBV transmission risk factors, national vaccination program, which has achieved coverage from 62% in 1993 to 94% in 2005, and vaccination of high risk groups justifies the decreased HBSAg-positive incidence in the general population and who started hemodialysis also.

Next step was persuading and supporting the charge of 4 dose vaccinations of 20 micrograms or 3 dose vaccinations of 40 micrograms injections intramuscularly in the deltoid muscle in different centers from 2000, although it is not yet obligatory. It has been disclosed in the Tehran province (2630 patients) that only 55% of patients were vaccinated for hepatitis B and 30% refused vaccination.¹⁸

Genotypes of HCV

HCV is characterized by a high degree of genomic heterogeneity, whose evolutionary consequence led to the appearance of genetically different groups, genotypes, and quasispecies in the long-term. Sequence analysis has revealed at least 6 major types, each type being divided further into subtypes. The distribution of genotypes may vary according to geographical regions. Some genotypes may be associated more frequently with progression of liver disease and poorer responses to therapy.

In addition, the serum HCV viral load, the route of transmission, and the accomplishment of interferon therapy seem to be associated with subtypes.³⁴ Consequently, it is crucial to identify the HCV subtypes in different high-risk groups for both epidemiological objectives and patient management.

Regarding the genotype distribution in Iran, none of these patients were found to be infected with genotype 2. This finding is in contrast with global HCV genotypes distribution and the high frequency of genotype 4 in patients on hemodialysis and nonuremic patients living in Saudi Arabia,²¹ and genotype 2 in Argentina.

CONCLUSION

On the subject of HBV infection prevalence, which decreased from 4.3% in 2002 to 2.8% at the time of the present study, our next strategy should be reduction of the risk of noncompliance and failure to respond to vaccination. It seems that vaccination should be mandatory in dialysis centers and should be encouraged in the pre-ESRD period. Concerning HCV infection prevention, 2 approaches are recommended: the first could be decrease of duration of the hemodialysis period by possible early transplant. Alavian et al. The impact of renal transplantation on the course of HCV infection and the effect of pretransplant HCV infection on survival among ESRD patients who have undergone renal transplantation is controversial. It seems, nevertheless, that transplantation of suitable HCV-positive patients not only offers better quality of life to them without serious adverse effects on patient and graft survival, but may probably lead to decrease of burden of HCV, its complications, and incidence rate in dialysis units. The next may be strictly enforced isolation policy for HCV-positive patients, which may play a significant role in limiting HCV transmission in HD units, and universal precaution in dialysis units should be under constant close surveillance.

Reference:

International Society for Hemodialysis
2008; 12:378382

Hepatitis B and C in dialysis units in Iran: Changing the epidemiology

INTRODUCTION

Hepatitis B (HBV) and C (HCV) viruses are the most important causes of transmitted infections by the parenteral route in patients on maintenance hemodialysis. Hepatitis C virus (HCV) is also the major cause of their liver disease in both industrialized and developing countries, which may lead to liver failure or hepatocellular carcinoma.

The prevalence of HCV and HBV infection in hemodialysis patients varies markedly from country to country, ranging from negligible for HBV in developed countries to very high regarding HCV in some developing countries. There are many reports on the subject of the prevalence of HCV and HBV infections in blood donors, deferred blood donors, hemophiliacs, thalassemic patients, intravenous drug users (IVDs), patients on hemodialysis, and the general population in Iran. It has been emphasized that better donor selection, improvement of sensitivity of tests and rejection of high-risk groups to donate blood are the main causes of reduced rate of transmission of HCV and HBV infections by blood. Although, HCV infection is an emerging disease due to increase in number of IVDs patients, but the prevalence in special patients on hemodialysis or with thalassemia is decreasing.¹⁷

In order to facilitate effective future planning by healthcare authorities, reliable and up-to-date information on patient numbers, development trends and outcomes are indispensable. Such reports provide a valuable base for comparisons between specified patient populations, and aid to find innovative policies. In the meanwhile, such information regarding demographic and epidemiologic transformation is not available from large parts of the developing world.⁵

According to different studies in Iran, some effective strategies developed to reduce the prevalence and incidence of HCV and HBV infections among the dialysis patients. The aim of this study is to review the efficacy of these strategies and the trend of results in the whole country.

MATERIALS AND METHODS

Since 1975, Ministry of Health (MOH) introduced a treatment program for ESRD patients. As a routine, all hemodialysis patients in Iran have biannual blood samples for assessment of serum HBSAg, HBS Abs, and HCV Abs [enzyme-linked immunosorbant assay (ELISA)]. The national data is collected in the related office in MOH.¹⁸

RESULTS

There is an increasing prevalence/incidence of ESRD in Iran, from 238/49.9 pmp in 2000 to 357/63.8 pmp in 2006. The increase in the number of admitted patients to Renal Replacement Therapy was mirrored by an increase in the number of hemodialysis centers, machines, transplantation centers, and even peritoneal dialysis centers.¹⁸

Yet, the patient/machine ratio is 4.7 in 2006 (it was 5 and 5.2 in 2003 and 2004, respectively). The data of our registration system has shown that the mean age of dialysis patients was 49.5 years in 2000 and 54.5 years in 2006; the male to female ratio is 1.33, which has not shown significant changes during this period.

Currently, 50% of the identified ESRD population in Iran is on hemodialysis, 47.5% are transplanted and 2.5% are on peritoneal dialysis. The number of dialysis centers increased from 227 in 2000 to 316 by the end of 2006.^{18,19} The prevalence of HBSAg-positive patients who started hemodialysis decreased from 0.028 in 2001 to 0.017 in 2006, while the prevalence of positive HBS Ag and HCV Abs in patients on hemodialysis decreased from 3.8% and 14.4% in 1999 to 2.6% and 4.5% in 2006, respectively (Figure 1). The sex ratio and mean age of HBSAg-positive and negative patients did not show any significant difference from 2001 to 2006.

Reprocessing of hemodialyzers for reuse is not practiced in this country at all and all HBS Ag and none of HCV-positive patients are on separate machines. MOH recommended the appropriate anti-infective universal precautions to all centers but it is not supervised officially.

DISCUSSION

Incidence and prevalence

Hepatitis C virus infection prevalence in hemodialysis units varies from 4% to more than 70% in different countries, and there is also a wide variation among dialysis centers even in a single country. The prevalence in Sudan was 23.7%²⁰ and in Saudi Arabia in 2005 decreased to 29%. In Europe, it is diversified and is lower in the northern areas (U.K.: 2%, Sweden: 8.8%), while it is higher in the South (Spain: 25%, Italy: 27%, and Turkey: 20%). In France, the relevant figures vary from 15% to 42%, depending on the dialysis units.^{22,23} The prevalence of HCV infection in the Carneiro et al.²⁴ study in Brazil was 16.4% (CI 95%: 14.3–18.7), almost 12 times greater than that observed in local blood donors from the same region. Otherwise, it was in accordance with other Brazilian investigations, in which the prevalence has varied from 8.4% to 65%. The prevalence of seropositive HCV Ab in Iran decreased to 4.5% in 2006.

Infection routes in dialysis units

For many years, blood transfusions have been the main source of HCV infection in this patient population. A history of transfusion before the year 1996

Contents

Subject	page
International Thalassaemia Day 2010.....	37
Hepatitis B and C in dialysis units in Iran	39