

در این شماره می خوانیم:

گفتگو با رئیس اداره
کنترل ایدز

پروفیلاکسی در کودکان
مبتلا به هموفیلی A

اخبار بنیاد

معرفی مرکز
درمانی سوده

گفتگو با
دکتر رامین حشمت:
متخصص اپیدمیولوژی

درمان تالاسمی بتا
بوسیله ژن درمانی

تست سریع
تشخیص HIV

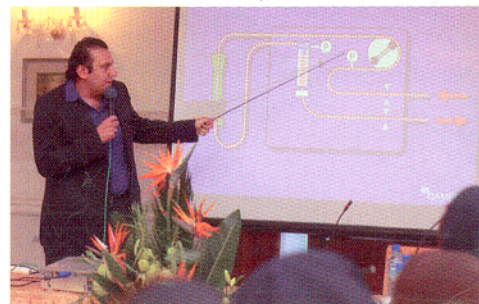
کارگاه آموزشی
پرستاران شاغل
در بخش دیالیز



دیابت،
آموزش،
پیشگیری



همگام . برای مبارزه با ایدز





خاص

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

فهرست

- ۴
- ۵
- ۷
- ۱۰
- ۱۲
- ۱۶
- ۱۷
- ۱۹
- ۲۱
- ۲۵
- ۲۶
- ۲۸
- ۳۰
- ۳۱
- ۳۲
- ۳۳
- ۳۴
- ۳۵
- ۳۶

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی
دبیر تحریریه: نسرين 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، دکتر سمیرا ایرانی، دکتر علی رضا فروتن، دکتر پیام کشاورز، سید مجتبی صحتی، افسانه حسینی، زهرا رضائیان قرایی، مینا میربهاء، مریم حسین مردی، فهیمه اورنگی، سمانه عسگری، سعیده سعیدی و فائزه امین پویا

همکاران اجرایی: علی اصغر بور، امید طلوع، آزاده طلوع، حمیده مستعدی و ترگل منطقیان

امور فنی و هنری: مؤسسه فرهنگی هنری طاهر طراح و گرافیس: 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: ۳۳۳۳/ ۱۵۸۱۵
تلفن: ۸۸۷۲۹۹۱۶ دورنگار: ۸۸۷۱۰۷۹۶

سرمقاله



عصر حاضر و قرن بیست و یکم دوران تغییر در الگوی بیماری های مختلف است. دورانی که روند صنعتی شدن و زندگی شهری با تغییر در ترکیب رژیم غذایی و کاهش فعالیت فیزیکی پس از عبور از کشورهای توسعه یافته گریبانگیر جوامع در حال توسعه شد. این امر بروز فزاینده بیماری های غیر واگیر به خصوص بیماری هایی نظیر دیابت، بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها و ... را به دنبال داشت.

در این بین گسترش بیماری دیابت از طریق ایجاد مقاومت به انسولین در بدن، افزایش وزن، پرفشاری خون و نیز اختلالات چربی، آن چنان خزنده و خاموش است که بسیاری از بیماران پس از ایجاد عوارض مزمن و برگشت ناپذیر آن پی به وجود بیماری می برند. به همین مناسبت روز ۱۴ نوامبر برابر با ۲۳ آبان هر سال روز جهانی دیابت نام گرفته و شعار فدراسیون جهانی دیابت در طی چند سال اخیر مبتنی بر آشنایی بیشتر مردم با این بیماری، علائم و نیز راه های پیشگیری از آن بوده است.

اما آن روی سکه، بروز و گسترش بیماری های نوپدید و بازپدید واگیر است که نمودی دیگر از تغییر در الگوی بیماری ها در عصر کنونی است و سر دسته این بیماریها ابتلا به ویروس HIV و سندروم ایدز می باشد که تفاوتی بین فقیر و غنی، توسعه یافته و نیافتة نمی گذارد و با استفاده از جهل ناشی از خاموشی علائم و دوره نهفتگی طولانی و در سایه رفتارهای پرخطر به طور نگران کننده ای در حال گسترش در جهان می باشد. روز اول دسامبر مطابق با ۱۰ آذر هر سال نیز روز جهانی ایدز نام گرفته که یادآور ضرورت آگاهی همگانی از این بیماری و تعهدات جهانی در قبال کنترل آن و نیز حمایت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز است.

یقیناً چنین روزهایی فرصت های مغتنمی هستند برای تأمل بیشتر، شناخت دقیق تر و تعهد کارآمدتر به منظور افزایش آگاهی مردم و آحاد جامعه، ارتقاء ارائه خدمات توسط تلاش گران عرصه سلامت و بهبود برنامه ریزی ها و مدیریت های کلان توسط سیاستگذاران و مدیران بخش سلامت هر کشور که در سایه همفکری، همراهی و تلاش بتوانند در کاهش آلام بیماران و ارتقاء سطح سلامت عمومی و داشتن جامعه ای تندرست موفق و مؤثر باشند.

سردبیر



اجتماعی



عید رمضان آمد ماه رمضان رفت صد شکر که این آمد و صد حیف که آن رفت



طبیعت با بهار طراوت می یابد و معنویت با بهار رمضان اوج می گیرد . سردی طبیعت با شکوفه های بهاری و سرود بلبلان رخت می بندد و یخ های عصیان و نافرمانی ، بازمزمه های نیمه شب رمضان و ترنم دعای رمضانیان آب می شود ، در رمضان است که می توان هفت شهر عشق را پیمود و دیو نفس را بر زمین افکند و در عید فطر پیروزی فطرت بر شهوت را چنین گرفت .

رمضان دعوتی است به بازیافتن (خود گم شده) ، ندایی است برای توجه به خدای فراموش شده ، ضیافتی است برای تناول از مائده تقوا و پایان این مهمانی خدایی عید فطر است .

عید توفیق بر طاعت و اطاعت ، عید توبه

و تهذیب نفس ، عید ذکر و یاد محرومان و گرسنگان . فطر چیدن میوه هایی است که از فطرت می جوشد و فطر ، سپاس نعمتی است که در رمضان نازل شده است .

پیروزی بر خصم درون ، جشنی روحانی دارد به نام عید فطر که میثاق بستن با فطرت را زاسوی روزه داران مجاهده گر اعلام می دارد . عید فطر پاداش افطارهای خالصانه و به جاست . مهر قبولی انفاق های با قصد و قربت و پایان نامه دوره ایثار و گذشت در مادیات است . عید خداجویی ، خدا ترسی و در نهایت خدا پرستی است .

تازه چه خبر؟

متنوع بنیاد از قبیل کتاب، کتابچه، بروشور و دفترک در زمینه بیماری های خاص آشنا کرده و کارشناسان بنیاد تا آخرین روز برپایی نمایشگاه، پاسخگوی سؤالات افراد بازدید کننده در مورد انواع بیماری های خاص، نحوه درمان آنها و همچنین معرفی مراکز درمانی تحت پوشش بنیاد بودند. همچنین گفتنی است اندازه گیری رایگان قند خون در سه روز متناوب در طول زمان برگزاری نمایشگاه در غرفه بنیاد از بازدیدکنندگان به عمل آمد.

برگزاری کلاس های آموزشی " دیابت و روزه داری" در مرکز دیابت

به دلیل تمایل افراد دیابتی به گرفتن روزه در ماه مبارک رمضان، مرکز دیابت و بیماری های متابولیک بنیاد دو ماه پیش از آغاز این ماه از این افراد ثبت نام به عمل آورده و آموزش های لازم به افراد واجد شرایط را

پیوند کلیه بودند که جمعاً کمک بنیاد به این بیماران در سه ماهه گذشته، مبلغی بیش از ۵۴۳ میلیون تومان بوده است.

کمک ۲۰ میلیون تومانی به بنیاد امید
بنیاد امور بیماری های خاص با نگاه همدردی و تسکین بخشی از آلام بیماران سرطانی، مبلغ ۲۰۰ میلیون ریال به بنیاد امید استان فارس اهداء کرد که به واسطه این کمک، بخشی از هزینه های درمانی بیماران تحت پوشش قرار گرفته و مشکلات آنها مرتفع شود.

حضور بنیاد در نمایشگاه قرآن
بنیاد امسال در نمایشگاه قرآن، حضوری پر رنگ داشت. روابط عمومی بنیاد، با برپایی غرفه ای در نوزدهمین نمایشگاه بین المللی قرآن کریم، بازدیدکنندگان را با انتشارات

بهره برداری از چندین مرکز بهداشتی، آموزشی، درمانی و پژوهشی در کرمان
مؤسسه خیریه ثامن الحجج (ع)، با کمک خیرین و مردم نیک اندیش استان کرمان چندین مرکز درمانی، آموزشی را در این استان راه اندازی کردند. مرکز بهداشتی درمانی روستای الله آباد در زمینی با وسعت ۱۲۵۰ متر مربع، مرکز آموزشی - درمانی یاما در بم و مراکز تحقیقات زیست فن آوری، مرکز ناباروری و مرکز نگهداری بند ناف در محل خیریه ثامن الحجج در حال بهره برداری و استفاده هم وطنان کرمانی می باشد.

اهداء ۱۵ دستگاه دیالیز برای مراکز درمانی محروم

در پی بازدیدهای کارشناسان بنیاد از شهرستان های یاسوج، گلبایگان، تربت حیدریه، مشهد و قزوین و بررسی وضعیت مراکز درمانی استان های مربوطه، بنیاد امور بیماری های خاص به صلاحدید، ۱۵ دستگاه دیالیز را در اختیار برخی مراکز درمانی شهرستان های مذکور قرار داد. گفتنی است از دیگر کمک های بنیاد به مراکز درمانی اهدا تجهیزاتی از قبیل ویلچیر، ترالی اورژانس، ترالی دارو، تخت بیمار و ... به خیریه شهرستان های ورامین، رامهرمز و اهواز می باشد.

یاری سبز به بیماران خاص

واحد مددکاری بنیاد بیماری های خاص، در سه ماهه گذشته پاسخگوی بیش از ۴۳۳۲ بیمار خاص بوده است. این بیماران اعم از دیابت، دیالیز، سرطان، نارسایی کلیه، هموفیلی، تالاسمی، ام اس، پیوند ریه و



دادند. همچنین کارگاه های آموزشی تحت عنوان " دیابت و روزه داری " را برای عموم مردم برگزار کرده تا افراد، آگاهیهای لازم را در طول ایام ماه مبارک برای گرفتن روزه کسب نمایند.

توزیع ۵۰ پمپ دسفرال به بیماران تالاسمی

بنیاد بیماری های خاص در سه ماهه اخیر ۵۰ پمپ دسفرال را در بین بیماران تالاسمی توزیع کرد. این کمک بنیاد بر طبق بررسی های کارشناسانه و ارزیابی نیاز بیماران مبتلا به تالاسمی در مناطق محروم صورت گرفت.

اهم نتایج نوید بخش کمیته های استانی

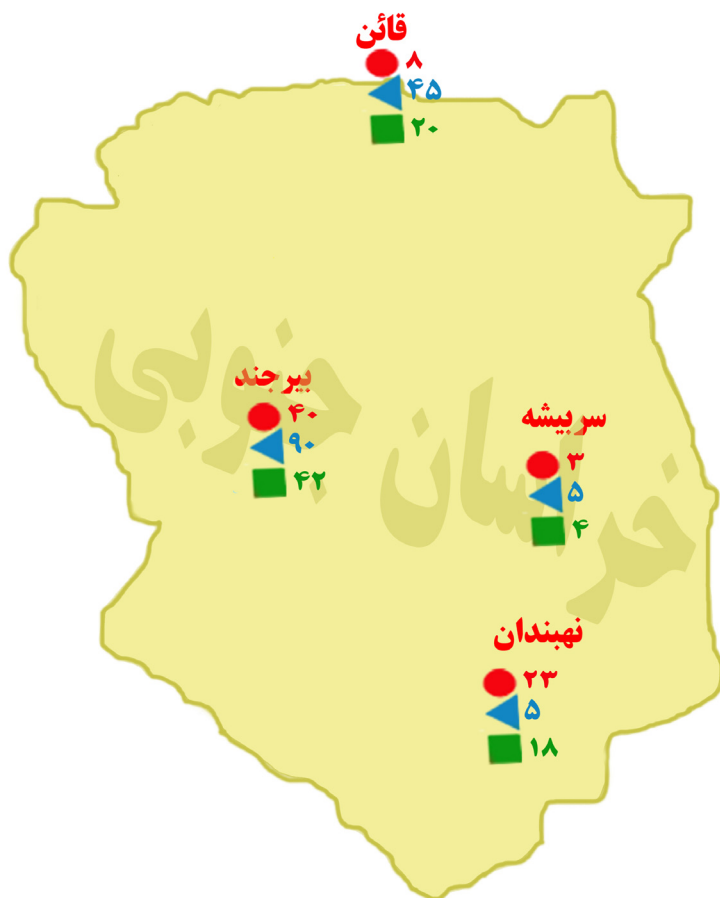
- ۱- استان خراسان شمالی
 - قرار گرفتن اسامی بیماران خاص فارغ التحصیل استان خراسان شمالی در اختیار اداره کار و امور اجتماعی، جهت تأمین وضعیت اشتغال این افراد؛
- ۲- استان آذربایجان شرقی
 - در اختیار قرار دادن مبالغی به صورت تنخواه به استانداری آذربایجان شرقی برای رفاه حال اهداء کنندگان کلیه جهت دریافت هدیه ایثار
 - اعلام آمادگی دانشگاه علوم پزشکی برای واگذاری زمین و تأمین اعتبار برای احداث انجمن های بیماران خاص؛
 - هماهنگی های لازم با درمانگاه بیمارستان امام رضا (ع)، برای پذیرش بیماران خاص به ویژه تالاسمی و هموفیلی
- ۱- خراسان جنوبی
 - معرفی بیماران خاص فاقد مسکن به بنیاد مسکن و سازمان مسکن و شهرسازی جهت تأمین مسکن؛
- ۲- استان تهران
 - افزایش ۲۲ درصدی ظرفیت بخش های دیالیز در سطح استان؛
 - اختصاص مبلغ ۱۷۰۰۰۰۰۰ میلیون ریال توسط هیئت نظارت سازمانهای

- مردم نهاد استانداری به انجمن هموفیلی و تالاسمی جهت اجرای طرح های پیشگیری
- ۳- استان آذربایجان غربی
 - اشاعه فرهنگ پیشگیری از ابتلا به بیماری های خاص با همکاری رسانه ملی
 - اقدام جهت توزیع داروهای بیماران خاص از طریق شبکه بهداشت و درمان تابعه و داروخانه هلال احمر در شمال و جنوب استان توسط معاونت غذا و دارو
- ۴- استان چهار محال و بختیاری
 - افزایش سقف تسهیلات درمان تا میزان ۳۰ میلیون ریال و همکاری با بیماران خاص برای دریافت این تسهیلات
 - معرفی بیماران خاص به اداره کار و امور اجتماعی جهت مرتفع ساختن مشکل اشتغال این افراد
- ۵- کردستان
 - عقد تفاهم نامه بین سازمان کار و امور اجتماعی استان و صندوق مهر امام رضا(ع) در خصوص معرفی بیماران جهت استفاده از وام خود اشتغالی و معرفی بیماران خاص توسط دفتر امور اجتماعی تا سقف تفاهم نامه
 - شناسایی و اعلام اسامی ۵۰ نفر از بیماران خاص دیالیزی مستحق و نیازمند که تحت هیچ نوع پوشش حمایتی نیستند به اداره کمیته امداد امام خمینی استان برای دریافت مبلغ ۳۰۰ هزار ریال برای دو ماهه آخر سال
- ۶- استان مرکزی
 - رسیدگی به مشکلات بیماران سرطانی در روستا
 - تأمین مکان مناسب برای احداث انجمن تالاسمی توسط دانشگاه علوم پزشکی اراک
- ۷- استان سمنان
 - ارتقاء فرهنگ جامعه در خصوص بحث اهداء عضو طی برگزاری سمینار تحت عنوان " اهداء عضو، استمرار زندگی "
- ۸- استان کرمانشاه
 - اهداء مبلغ ۱۵۰ میلیون ریال از طرف

- دفتر امور اجتماعی استانداری به حساب شورای هماهنگی بیماران خاص و صعب العلاج جهت کمک به انجمن های بیماران خاص و بیماران نیازمند
- کمک مالی به انجمن های دارای شماره حساب بانکی نظیر انجمن های تالاسمی، کلیوی، هموفیلی، دیابت، ام اس، روانی و مرکز بیماران مبتلا به ویروس HIV
- مکاتبه با سازمان مسکن و شهر سازی استان با هماهنگی اداره کل امور اجتماعی استانداری بمنظور درخواست جهت احداث مکان مناسب برای بیماران خاص
- ۹- استان یزد
 - پرداخت وام های اشتغال زایی به بیماران خاص از طریق صندوق مهر امام رضا (ع)
 - اختصاص وام ۸۰ میلیون ریالی به ۵۰ نفر از بیماران خاص متقاضی اشتغال از طریق معرفی آنان به کمیته امداد استان
 - معرفی بیماران به دوره های آموزشی فنی و حرفه ای، جهت اخذ جواز کسب، موسسات کاریابی، کمیته امداد، بانک های عامل، صندوق مهر امام رضا(ع)، سازمان صنایع و معادن، و سایر ادارات دولتی جهت اخذ تسهیلات اشتغال زایی
 - پیگیریهای لازم از طریق کارشناس دفتر ارتباطات مردمی استانداری در زمینه تأمین مکان مشترک برای انجمن های تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
 - اختصاص مکان ورزشی مناسب به بیماران خاص از طریق اداره کل تربیت بدنی

استان خراسان جنوبی

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



● تعداد بیمار تالاسمی = ۷۴
 ▲ تعداد بیمار هموفیلی = ۱۴۵
 ■ تعداد بیمار دیالیزی = ۸۴

۰/۰۴ درصد جمعیت استان را بیماران خاص تشکیل می دهند.

وضعیت بیماران خاص استان:

تعداد ۱۴۵ بیمار دیالیزی، ۶۴ بیمار تالاسمی و

این استان جمعیتی بالغ بر ۶۴۰ هزار نفر دارد که عمده این جمعیت در روستاها ساکن می باشند، ۵۶ درصد مردم استان خراسان جنوبی در روستا و ۴۴ درصد در شهر زندگی می کنند.

از جمله رسالت های بنیاد امور بیماری های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در شهرستان های کشور است. به این منظور معاونت هم آهنگی و امور استان ها در بنیاد، بازدید های استانی را در دستور کار خود قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان خراسان جنوبی است. این استان کشور برای پیشرفت و ارتقای وضعیت بهداشت و درمان توجه مدیران را می طلبد. توجهی که چند صباحی مبذول شده و شرح آن در این گزارش می آید.

موقعیت جغرافیایی و تاریخی :

استان خراسان جنوبی در گستره پهناوری در شرق ایران واقع شده این استان از شرق حدود ۴۳۰ کیلومتر مرز مشترک با کشور افغانستان دارد. از شمال به استان خراسان رضوی، از غرب به استانهای یزد و کرمان و از جنوب با استان سیستان و بلوچستان همسایه است .

این استان مشتمل به ۸ شهرستان به نام های بشرویه، فردوس، سرایان، درمیان، قائن، نهبندان، بیرجند و سربیشه است. مرکز استان خراسان جنوبی شهرستان بیرجند است.

به دلیل کمبود نزولات جوی کشاورزی در این استان گسترده نیست. اما با این وصف محصولات سازگار با طبیعت منطقه (زعفران و زرشک) از مرغوبیت بالایی برخوردار است.

طبیعت خاص استان خراسان جنوبی در دشت بزرگ لوت و چشم اندازهای زیبای آن در جنوب استان در کنار ییلاق های کوهستانی شمال شرقی استان، از جمله مهمترین مناطق توریستی - طبیعی خاص به شمار می رود.

استان خراسان جنوبی از مناطق تاریخی و بناهای معماری قابل توجهی برخوردار است. بیرجند، سربیشه و نهبندان هریک در برگیرنده جاذبه های معماری و تاریخی با اهمیتی هستند که به این لحاظ ، استان خراسان جنوبی را غنی و پربار ساخته است.

۱۱۰ بیمار هموفیلی در استان خراسان جنوبی ساکنند. در ۳ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز، تالاسمی و هموفیلی وجود دارد و پایگاه انتقال خون استان در شهرستان های بیرجند و قائن مستقر می باشد.

مراکز درمانی در یک نگاه:

نهبندان: بیمارستان شهید آتشدست، که در سال ۱۳۷۸ تاسیس شده و تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران دیالیزی در شهرستان نهبندان است که به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش با ۵ دستگاه دیالیز و کادر درمانی متشکل از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار به ۱۷ بیمار دیالیزی خدمات درمانی ارائه می کند.

قائن: بیمارستان شهدای قائن، که در سال ۱۳۷۰ تاسیس شده و تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان قائن است، که به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می دهد. بخش دیالیز این بیمارستان دارای ۶ دستگاه دیالیز و کادر درمانی متشکل از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار که به ۲۰ بیمار دیالیزی در دو شیفت کاری خدمات درمانی ارائه می کند.

فردوس: بیمارستان چمران که در سال ۱۳۷۳ تاسیس شده و تنها مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان فردوس است که به دو گروه از بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی)

خدمات درمانی ارائه می دهد. در حال حاضر تعداد ۱۷ بیمار دیالیزی، ۳ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند. بخش دیالیز این بیمارستان دارای ۵ دستگاه دیالیز و کادر درمانی متشکل از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار که به بیماران دیالیزی در دو شیفت کاری فعال خدمات درمانی ارائه می کند و در بخش تالاسمی دارای یک تخت فعال است.

بیرجند: بیمارستان ولیعصر، که در سال ۱۳۷۹ تاسیس شده و تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بیرجند است. در حال حاضر تعداد ۸۵ بیمار دیالیزی، ۶۴ بیمار تالاسمی، ۱۱۰ بیمار هموفیلی و ۴۵۰ بیمار دیابتی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز این بیمارستان دارای ۱۱ دستگاه دیالیز و با کادر درمانی متشکل از ۱ پزشک فوق تخصص نفرولوژی و ۳ پرستار و ۲ بهیار در ۳ شیفت کاری به بیماران خدمات درمانی می کند.

بخش تالاسمی و هموفیلی این بخش نیز دارای ۶ تخت فعال می باشد که تعداد ۶۴ بیمار تالاسمی و ۱۱۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. از کل بیماران تالاسمی این بخش، تنها ۶ بیمار مربوط به خود بیرجند می باشند، ۲۵ بیمار از شهرستان نهبندان و ۸ بیمار از شهرستان قائن و توابع آن هستند. از ۱۰۲ بیمار هموفیلی ۶ بیمار مربوط به شهرستان

تعداد بیماران دیالیزی و نسبت بیمار به دستگاه

نام مرکز	بیمار تعداد	دستگاه فعال تعداد	دستگاه بیمار به نسبت	مورد نیاز دستگاه تعداد
بیرجند	۸۲	۱۰	۲/۸	۴
بشرویه	۶	۳	۲	-
قائن	۲۰	۶	۳/۳	-
فردوس	۱۶	۴	۴	-
نهبندان	۱۶	۴	۴	-

مشکلات و کمبودها:

شهرستان های سریشیه، سرایان و درمیان فاقد مرکز دیالیز هستند و ۱۴ بیمار دیالیزی این شهرستان ها، برای دیالیز به شهرستانهای مجاور مراجعه می کنند که به علت کویری بودن و فاصله بین شهرستان ها مشکلات عدیده ای برای بیماران ایجاد کرده است.

پیشنهاد می شود از سوی مسئولین ذی ربط وزارت بهداشت در خصوص رفع مشکل این بیماران تدابیری اتخاذ شود.

در حال حاضر غیر از مرکز ولیعصر بیرجند و مرکز شفا محل مشخصی در مراکز شهرستان ها برای بیماران هموفیلی و تالاسمی وجود ندارد و بیماران معمولاً در بخش اورژانس درمان می شوند.

کمک های بنیاد:

بنیاد امور بیماری های خاص در راستای رسالت و اهداف خدایسندانه خود تاکنون به این استان دستگاه دیالیز و سایر تجهیزات بیمارستانی لازم از قبیل هود شیمی درمانی، تخت سه شکن، میز غذا خوری بیمار، کمد کنار تخت، پله پای تخت، تراسی اورژانس، برانکارد، یخچال، پاراوان و... اهدا و علاوه بر آن تاکنون ۵۱۸ میلیون ریال کمک نقدی به این استان پرداخته است.

انجمن حمایت از بیماران خاص شهرستان تکاب (المهدی (عج))

ثبت است بر جریده عالم دوام ما

هرگز نمیرد آنکه دلش زنده شد به عشق

بار دیگر اندیشه های خداپسندانه و خیرخواهانه جمعی از هم وطنان عزیزمان در استان آذربایجان غربی، شهرستان تکاب، سبب شد تا دریچه توفیق خدمت به بیماران خاص در این منطقه گشوده شود.

انجمن المهدی (عج)، با سابقه بیش از ۸ سال، موسسه ای کاملاً خیریه بوده که در جهت خدمت به بیماران خاص شهرستان تکاب مشغول فعالیت است.

در حال حاضر این انجمن ۳۸ بیمار خاص (هموفیلی، تالاسمی، دیالیز) و ۸ بیمار پیوند کلیه را تحت پوشش قرار داده و بیماران ام اس، شیمی درمانی و دیالیزی نیز به صورت موردی خدمات مالی و با معرفی به مراکز درمانی شهرستان های مختلف در زمینه درمان نیز حمایت می شوند.

احداث کلینیک زنده یاد نیکخواه با زیر بنای ۱۰۰۰ متر مربع و صرف هزینه ای در حدود ۱۵۹ میلیون تومان، نشان زرینی از اهداف خیرخواهانه و همت والای اعضای خیریه المهدی (عج) است.

این بنا شامل قسمت های اورژانس شبانه روزی، سونوگرافی، چشم پزشکی، دندان پزشکی، داروخانه، سالن کنفرانس و واحدهایی با تجهیزات کامل برای اقامت پزشکان است.

درآمدهای حاصله از کلینیک، در جهت حل مشکلات مالی بیماران متقاضی پیوند کلیه و حمایت از هزینه درمان بیماران خاص و خانواده های آنان می شود.

تلاش این انجمن تنها به بیماران خاص خلاصه نشده بلکه در خدمت کلیه کسانی است که به نحوی با ناراحتی های جسمی مواجه هستند.

این انجمن علاوه بر خدمات ماهیانه به بیماران خاص شهرستان به سایر بیماران از قبیل دریافت کنندگان کلیه نیز خدمات درمانی و مبالغی جهت کمک، ارائه می نماید.

تلاش بی وقفه آقایان سید علی خالیدیان در جایگاه رییس انجمن و حاج محمد رنجی به عنوان نایب رییس انجمن و همچنین تلاش های خالصانه زنده یاد احمد نیکخواه و دکتر ذبیح اله رنجیری، و همت یاورانی چون حسن صدیق و همسرشان خانم قدیری، مهندس زهرا ذاکر و همه و همه دست به دست هم داد تا انجمن المهدی (عج) بنا شده و بخشی از آلام بیماران را بکاهد.

انجمن حمایت از بیماران خاص شهرستان تکاب، المهدی (عج)، همواره چشم امید بر یاری همراهان صمیمی در جهت تکمیل و تجهیز کلینیک تخصصی زنده یاد نیکخواه داشته است.

انجمن حمایت از بیماران خاص، المهدی (عج)، در خیابان انقلاب، کوچه شهید رحمانی شهرستان تکاب واقع شده است. هموطنان می توانند کمک های نقدی خود را به حساب های زیر واریز نمایند:

شماره حساب ۱۲۵۸۱۰۱۲۹۰ و ۱۲۵۸۰۸۷۵۰ بانک تجارت

شماره حساب ۰۱۰۱۹۸۹۳۰۹۰۰۷ بانک صادرات

شماره تماس: ۵۲۲۹۶۶۶

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

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

سمانه عسگری

حمید ناحی خامنه، حمیدرضا واعظی، سامیه ضعیفی، علی جعفری، فائزه جعفری، فریبا رحمتی، کامروز کبودوند، محمد ابراهیم جعفری، محمدرضا جعفری، محمود فریدنژاد، مریم جعفری، میثم روستایی، هاجر مهری، هما ضعیفی، ذکریا محمدرحیمی، زهرا ارسلاتی، زهرا پورعبداله، سکینه اینانلو شویکلو، سمانه مافی، سودابه آقامحمدی، سیده نجمه دهقانی، عبدالرضا پورفلاح، عزیزاله کاشانی، علیرضا منفرد پیربستی، کبری صداقتی، مریم نصیری طهران، معصومه محمدی، مهدی منفرد پیربستی، میثم صادقی بلوچی، هاجر گیلوری، بنفشه یارمحمدی، جیران شکیبایی، زهرا شکری، زینب زمانی بغراجرد، سودابه شکیبایی، عصمت شکری، مسعود درویش توانگر، مصطفی کوشکی، مهدی جان بزرگی، مهدیه سادات تولایی، مهری بیات، نیلوفر شکیبایی، هانیه براتعلی، احمد مسلمی، اعظم شیرازی پور، امیرحسین اردستانی، بتول شعبانی، بهنام طاهری نوا، حجت اله ابراهیمی دهجی، راضیه صادقی، رحیم اکبرکندی، سید سعید طباطبایی، سیداحمد نائینی، سیدمهدی اصغرسلطانی، عاطفه بخشائی، عذرا اکبرکندی، علیرضا کربلایی فیروز، فرشته خزائی، فهیمه اردهالی، کبری ملایی، محسن بخشائی، محمد معینی کربکندی، محمدحسین ذوالفقاری، مصطفی ساعی، اسماعیل حسینی، اکرم عبدالرحیمی، اکرم سادات حسینی شیده، ثریا طالبی، جمیله عرب سلمانی، زهره صابری مقصد، سعید رضوانی، سمیرا عبدل مرادی، سید حسن شمس زاده واقفی، شهلا فعله گری، شیرین مهدی زاده، عطیه فخاری، کامران تخش، مارال جعفریان، محمد ابوفاضلی زارع، محمد ذوالفقاری، محمد رنگ آمیز، محمدرضا فدوی، مریم امیری، معصومه امیری، طویه امیری، اکرم سادات حسینی شیده، جمیله عرب سلمانی، ثریا طالبی، محمد رنگ آمیز، محمد ابوفاضلی زارع، منصوره علوی رضوی راوری، ساناز شریفی، فریبا صادقی پور جوپاری، امیر مومنی، زهرا قنبری غفوری، حمید ارچنگی، مجید فتحی پیش استا، محمد میرزائی علی آبادی، معصومه عرب نژاد خانوکی، نسرین حسن زاده سرتختی، محمدحسین ابراهیمی فرسنگی، میلاد ثمره حسینی نجار، انیس حسن زاده سرتختی، نجمه فدائی، اکبر چاوشیان، امین احمدی سبروئی، ماریه خاتون برآهویی، محمدرضا ممدوحی، مهرداد جلیلی کیا، معصومه کاملی، سپیده سهرابی، مهدیس جهانی، مهین جعفری، محبوبه حقیقت جو، فاطمه رئیسسی، مرتضی کاویانی، معصومه بادیار، داود شریفی فرد، علی اکبر فلاح، مهناز مهدی پور، مهشید نجیمی، محسن شجاعی ارانی، خلیل اسماعیلی، حمیدرضا رجائی فر، سمیه طاهری، زهره فلاح فر، علی اکبر حسین نیای سلیمی، لیلا حمیدی، کامران صفاپور، عصمت عرب النجری، زهرا عرب النجری، مریم عرب النجری، علی اکبر محمد یارلو، احمد بهرامی، مریم الماسی، زهرا پیری، ندا خسروی، ناصر سلطانی، معصومه ملکی، ندا طهماسبعلی، رقیه لوانی بختیاری، سکینه خاتون درزی، محبوبه درزی، مهناز نوروزی لاکسار، پرستو صادقی، کمال قیاسوند، صفیه فعله گری، لیلی شرفلویی، زینب شرفلویی، سمیه نوروزی، حسین شعبانی، پرویز صاحب، نسرین بخشائی، امیدمحمدی، پیمان اسمعیل یزدی، محمدرضا صادقیان، صدیقه ایوبی فر، محمدحسین فاضلی وادقانی، سکینه حیدری، زهرا مهابادی، معصومه آماشکی، مریم علی محمدی، مهتاب محمدی، اکرم دولتی سیاب، ابراهیم صادقی، زهرا عبدالحسینی، سمیه محمدی قزلبلاغ، حسن رحمن نژاد، فاطمه آزادبخت، ریحانه عزیزی، مریم عزیزی، طلیعه منفرد فتیده، فاطمه منفرد فتیده، جواد رجبی، اسمعیل حاج محمدی، سیدرضا مرتضوی، جواد افتخاری منش، یوسف عبدی پور، مرتضی شفیع زاده، حسین همتی، نبی اله رضائی، محمدجواد موحدی فر، علیرضا مشهدی فراهانی، رضا تقی پور، امیرمیشمققی، جواد ناطقی مزینان

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

علاقمندان جهت تکمیل فرم اهدای عضو می توانند به آدرس اینترنتی : <http://php.ozv/forms/fa/org.cffsd/> مراجعه و فرم اهدای عضو را با خط خوانا تکمیل و به شماره ۲۲۷۶۵۴۲۳ فکس یا جهت کسب اطلاعات بیشتر با خانم قلی پور به شماره ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی ۱۴۲ تماس حاصل نمایند.

اسامی یاوران بنیاد

محمد قادر عطفی، نیک انجام، پویان
فرد، محمد جمالی، فرهنگ فلاح،
میثاقی، نیک نقش، حمیده سرمست،
محمدرضا شکری، هادی چنگی، زمانی، علی
حیدر نیا، کریم حکمی زاده، زهرا قربانی، فلورا
نویخت مقدم، نیلوفر سادات علی زاده،
رجبی، شکیب، صادق زاده، حسن سیماری،
فریبا قمری، سمیه علی، مرتضی محرابی،
حسنی پور، مصطفی امانی، فاطمه
مظلومی، مهدیه خسروشاهی، فاطمه طرزی،
فروغ ابهری، دهقان، لطفی، عرب، علی
پیکان حیرتی، حسین صفوی، نعمت پور،
قمر صفوی بیات، فرزادی، اکرم کنجکاو،
تربتی، نصرت مظاهری، مقصود عالیقدری،
محمد علی نقی بیگی، صادقی پناه، محمود
تراب پور، عزیز عالی نژاد، رضا بابابیگلو، امیر
شقایق، زهرا اسماعیلی

آقای کلاته ملائی
آقای محمد حسن حیدری کاخکی
آقای محمد خیاط کاخکی
آقای علیرضا شکبیا
آقای محمدرضا صباغیان کاخکی
آقای هادی عطائی
آقای محمد فرهنگ
آقای علیرضا قربانپور
آقای جلال کاظمیان کاخکی
آقای احمد نظام زاده
آقای غلامرضا نوروزی کاخکی
آقای محمدرضا نوروزیان
خانم سمیه محمد علی نائینی
خانم لیلا جعفری
خانم زهرا اردستانی

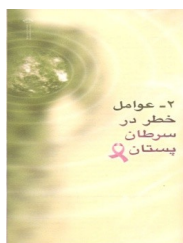
این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک
بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار
کنیم که هم میهنانی چون شما داریم.
یاوران بنیاد امور بیماری های خاص در این
فصل عبارتند از:
روشن شیمی؛ آقای هدایتی
مواد غذایی گلها؛ آقای مهندس کریمی
آلب؛ آقای مهندس تقوی
شن و ماسه؛ آقای دلربائی
لوله پولیکا؛ آقای زارعان
کلوچه نادری؛ آقای نادری
آب میوه تکدانه؛ آقای برهانی
ماست کاله؛ آقای سلیمانی
می ماس، آقای مهندس ظهیر
ایران طب مهر؛ آقای کاظم نیا
تره بار؛ آقای جلیل زاده
ترخینه؛ آقای تاجیک
سیمرغ؛ آقای مهندس مرادی
اتحادیه تخم مرغ داران، آقای صنیع خانی
کابل ابهر؛ آقای مهندس شرافت
چای گلستان؛ آقای احمد گرامی
چای گلستان؛ آقای علی گرامی
اشل؛ آقای شهریار شهید
سامان کاشی؛ آقای مهندس محسنی
آقای جهانگیر بخشیان کاشانی
آقای حسین افتاده
آقای حسین جمعگی

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

انتشارات بنیاد

بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی در راستای آموزش عمومی و ارتقای آگاهی بیماران، اعضای خانواده های آنها و نیز عموم مردم در خصوص پیشگیری، درمان و نیز نحوه مواجهه با آن بیماری، اقدام به انتشار بروشور، ۲۰ جلدی بیماری های پستان از زوایای مختلف کرده است جدیدترین این انتشارات عبارتند از:



- عوامل خطر در سرطان پستان
- سابقه فامیلی ابتلا به سرطان
- قاعدگی زودرس
- وضعیت بارداری
- درمان های هورمونی بعد از یائسگی



- اهمیت خودآزمایی پستان
- نحوه و زمان انجام خودآزمایی
- روش های مختلف معاینه پستان
- نکات مشکوک در معاینه برای مراجعه به پزشک



- اهمیت جراحی در سرطان پستان
- انواع جراحی در سرطان های پستان
- مراقبت های پس از جراحی
- مشکلات ناشی از انواع جراحی



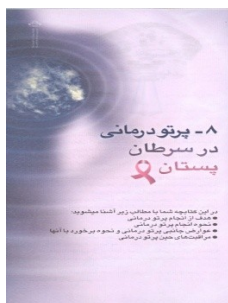
- بافت شناسی، وضعیت تشریحی و عملکرد پستان
- تعریف سرطان پستان
- وضعیت بیماری در ایران و جهان
- علائم سرطان پستان
- چگونگی برخورد با موارد مشکوک به بیماری



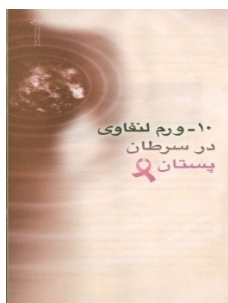
- مفهوم تشخیص زودرس در سرطان پستان
- فواید تشخیص زودرس در سرطان پستان
- انواع روش های تشخیص زودرس، نحوه انجام و فواید آنها
- خودآزمایی پستان
- معاینه توسط پزشک
- ماموگرافی



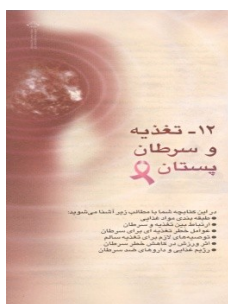
- ماموگرافی چیست؟
- ماموگرافی چگونه و در چه کسانی انجام می شود؟
- سونوگرافی چیست و در چه مواردی انجام می شود؟
- داکتوگرافی چیست و چرا انجام می شود؟



- هدف از انجام پروتودرمانی
- نحوه انجام پروتو درمانی
- عوارض جانبی پروتو درمانی و نحوه برخورد با آنها
- مراقبت های حین پروتو درمانی



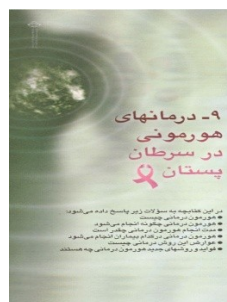
- لنف ادم چیست؟
- ماساژ و درمان فیزیکی



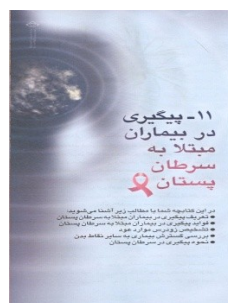
- طبقه بندی مواد غذایی
- ارتباط بین تغذیه و سرطان
- توصیه های لازم برای تغذیه سالم
- اثر ورزش در کاهش خطر سرطان
- رژیم غذایی و داروهای ضد سرطان



- شیمی درمانی چیست؟
- عوارض شیمی درمانی و نحوه مقابله با آنها



- هورمون درمانی چیست؟
- هورمون درمانی چگونه باید انجام شود؟
- مدت درمان هورمون درمانی چقدر است؟
- عوارض این شیمی درمانی چیست؟
- فواید و روش های جدید هورمون درمانی چه هستند؟



- تعریف پیگیری در بیماران مبتلا به سرطان
- فواید پیگیری در بیماران مبتلا به سرطان پستان
- تشخیص زود رس موارد عود
- بررسی گسترش بیماری به سایر نقاط بدن
- نحوه پیگیری در سرطان پستان



- کیست هاس پستان
- آبسه های پستانی
- التهابات مجاری پستان
- نکروز چربی
- توده های بد خیم پستان



- عفونت پستان در دوران شیر دهی
- روش های پیشگیری از بروز عفونت و آبسه های پستانی
- عفونت و التهاب های پستان



- مفهوم بازسازی پستان
- زمان مناسب برای انجام بازسازی
- معایب و فواید هریک از روش های بازسازی



- سرطان پستان در مردان
- تشخیص سرطان پستان در مردان
- درمان



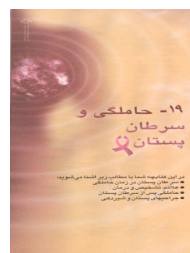
- درد پستان
- علل درد پستان
- توصیه های غذایی و دستورات لازم



- انواع ترشحات نوک پستان
- مواردی که نیاز بررسی های دقیق تر دارند
- مواردی که نیاز به درمان دارند



- ژنتیک در سرطان پستان
- مشاوره و آزمایش های ژنتیکی



- سرطان پستان در زمان حاملگی
- حاملگی پس از سرطان پستان
- جراحی های پستان و شیر دهی



سلامت



اثر فرادرمانی در بهبود وضعیت بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه

عملکردی تکرار گردید. بیماران گروه شاهد تحت مداخله ای مشابه اما توسط یک نفر غیر فرادمانگر قرار گرفتند. در انتها احساس رضایت بیمار از این روش سوال شد.

یافته ها: میانگین سن و مدت زمان بیماری بیماران به ترتیب ۳۱ سال و ۱۶ سال بود. ۲۵ بیمار (۷۴ درصد) مرد بودند. بیماران گروه فرادرمانی افزایش معنی داری در مسافت طی شده حین تست پیاده روی شش دقیقه، کاهش میزان خلط و بهتر شدن کلاس عملکردی را نشان دادند که در گروه شاهد مشاهده نشد. نیازمندی به اکسیژن حین انجام تست نیز در بیماران گروه فرادرمانی کاهش یافته بود. همچنین بیماران پس از انجام فرادرمانی احساس رضایت و راحتی بیشتری نسبت به گروه شاهد داشتند. با این وجود تغییر معنی داری در FEV₁ بیماران نسبت به مرحله اول حاصل نشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرادرمانی در بیماران برونشکتازی کاندید پیوند ریه اثرات مفیدی در کاهش شدت بیماری داشت بطوریکه باعث افزایش مسافت طی شده در تست پیاده روی شش دقیقه، کاهش نیازمندی به اکسیژن در طی تست، کاهش میزان خلط بیماران و نیز بهبود کلاس عملکردی بیماران نسبت به گروه شاهد که از درمان طبی مشابهی اما بدون مداخله فرادرمانی برخوردار بودند، گردید. همچنین

معتقد است ارتباط بین شعور اجزا و شعور کل (هوشمندی حاکم بر جهان هستی) قادر به بهبود بیماری ها است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر این نوع درمان کمکی در بیماران مبتلا به برونشکتازی بود.

روش کار: این کار آزمایی بالینی تصادفی در ۳۴ بیمار برونشکتازی کاندید پیوند ریه در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تهران در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۸ انجام شد (۱۱ بیمار در گروه شاهد و ۲۳ بیمار در گروه فرادرمانی). از هر بیمار میزان تقریبی خلط روزانه و کلاس عملکردی وی سوال شده و اسپرومتری و تست پیاده روی شش دقیقه انجام شد. در گروه فرادرمانی علاوه بر درمان معمول بیماری، بیماران پس از دریافت توضیحاتی در مورد کلیات فرادرمانی، تحت این نوع درمان قرار گرفتند. فرادرمانی برگرفتن ارتباط تحت نظر فرادمانگر استوار است که با بستن چشمها به مدت ۱۵ دقیقه و شاهد شدن یعنی تحت نظر گرفتن اتفاقات ایجاد شده بر روی خود حاصل می شود و پس از آن بیمار می تواند احساس و موارد پیش آمده را بازگو نماید. از بیماران خواسته شد روزه حداقل یکبار این کار را تکرار نمایند. فرادمانگران هفته ای یکبار با استفاده از تماس تلفنی علاوه بر پرسش در مورد انجام ارتباطات و احساسات ایجاد شده برای بیماران، بیمار را به داشتن ارتباط روزانه تشویق می کردند. در ماه سوم نیز ارتباط در حضور فرادمانگر انجام شده و تست های

امروزه طب مکمل و جایگزین (Complementary and Alternative Medicine) یا CAM بعنوان یک روش درمانی مکمل از سوی سازمانها و نهادهای بین المللی پذیرفته شده و تعداد زیادی از افراد در سرتاسر دنیا از انواع مختلف آن استفاده می کنند. همچنین سرمایه گذاری در امر تحقیقات در زمینه طب جایگزین افزایش چشمگیری داشته است به گونه ای که در آمریکا از ۲ میلیون دلار در سال ۱۹۹۲ به بیش از ۶۸ میلیون دلار در سال ۲۰۰۰ رسیده است. از اینرو امروزه طب مکمل و جایگزین جایگاه ویژه و منحصر بفردی در درمان بیماری ها یافته است (۱) و در کشورهای پیشرفته نیز از محبوبیت خوبی برخوردار است.

**دکتر حمیدرضا خدای ویشته^۱،
دکتر کتابون نجفی زاده^۲، محمد علی
طاهری^۳، دکتر ویدا پیرزاده^۴، دکتر
شیلا میرزاده^۴، دکتر فریبا قربانی،
دکتر لاله زرگر**

مقدمه: امروزه طب مکمل به عنوان یک روش درمانی پذیرفته شده برای درمان بسیاری از بیماری ها خصوصاً بیماری های پیشرفته که علی رغم درمان های معمول بهبودی چندانی ایجاد نمی شود، در نظر گرفته می شود. چند سالی است که در کشور ما شیوه جدیدی از طب مکمل تحت عنوان فرادرمانی مورد توجه قرار گرفته است. این شیوه بر پایه عرفان کیهانی (حلقه) بوده،

۱- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات پیوند ریه، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- استادیار ریه و مراقبت های ویژه، مرکز تحقیقات پیوند ریه، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- بنیانگذار فرادرمانی
۴- فرادمانگر، پزشک، عضو کمیته تحقیقات فرادرمانی



گزارش مرکز مدیریت بیماری ها و مرکز ملی پیشگیری امریکا، در سال ۲۰۰۲ دعا و نیایش جزء شایعترین انواع CAM مورد استفاده بوده است بطوری که دعا و نیایش برای سلامتی خود (specifically prayer for health own s'one)، ۴۳ درصد، دعا و نیایش دیگران برای سلامتی فرد (own s'one for others by prayer)، ۲۴/۴ درصد، و شرکت در گروه های دعا و نیایش برای سلامتی خود (group prayer in participation)، ۹/۶ درصد موارد استفاده از CAM را تشکیل می داده است. همچنین اکثریت آمریکایی ها در حال حاضر بر قدرت درمان دعا و نیایش اذعان دارند. در یک گزارش از CNN/Time، ۸۲ درصد آمریکایی ها اعتقاد داشتند دعا و نیایش می تواند بیماریهای جدی را بهبود دهد، ۷۳ درصد معتقد بودند دعا و نیایش برای سایرین باعث بهبود بیماری آنها می شود و ۶۴ درصد نیز از پزشک خود می خواستند برایشان دعا کنند. در کشور ما نیز پس از درمان با گیاهان دارویی، استفاده از دعا درمانی بیشترین طب مکمل و جایگزین مورد استفاده در شهروندان تهرانی بوده است.

اثرات مفید و متعددی از دعا و نیایش نیز در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. نشان داده شده است که تغییرات معنوی در بیماران بطور مؤثری با افزایش رفاه در زندگی، شادی بیشتر، اعتماد به نفس

بیماران از انجام فرادرمانی احساس رضایت و راحتی خوبی داشتند.

هدف از درمان بیماریهای جسمی از طریق ذهن (Mind-Body Interventions) بالا بردن ظرفیت ذهن به منظور تاثیرگذاری بر عملکرد جسم و در نهایت درمان بیماری ها است. از نمونه های این روش می توان به مدیتیشن (Meditation)، دعا (prayer)، درمان ذهنی (Mental Healing)، استفاده از هنر و موسیقی برای درمان و... اشاره کرد. امروزه درمانهای معنوی و روحانی (healing Spiritual) از جمله درمان های محبوب CAM است.

فرادرمانی را می توان یکی از انواع درمان های معنوی و روحانی در نظر گرفت. در این نوع درمان که بر پایه عرفان ایرانی است، توجه به کل وجود انسان اساس درمان را تشکیل می دهد. از اینرو فرادرمانی نیز به مانند بسیاری از شیوه های درمانی - Mind-Body Interventions نوعی درمان کل نگر است.

اگرچه استفاده از درمان های روحانی و معنوی در بسیاری از کشورها خصوصاً کشورهای شرقی سابقه ای طولانی دارد، اما پیشرفتهای علمی در داروها، جراحی و سایر شیوه های درمانی برای بیماری ها باعث شد نگرش پزشکی نوین به اهمیت ذهن، روان یا معنویات به عنوان یک شیوه مهم درمان که پیش از آن استفاده می شد، تغییر کند و تا زمانی که با استفاده از این شیوه های نوین بیمار درمان می شد، دعا و نیایش به فراموشی سپرده شد. این وضعیت تا اواسط دهه ۱۹۵۰ وجود داشت. در این زمان علاقه جدید به درمان بیماری ها از طریق ذهن (medicine body-mind) ایجاد شد به گونه ای که امروزه درمانهای معنوی و روحانی (healing Spiritual) از جمله دعا و نیایش یک جزء اصلی و مهم در درمان بیماری ها و حفظ سلامتی آمریکایی ها به حساب می آید و تحقیقات وسیعی در مورد آن ها در حال انجام است. بر اساس

بالاتر در حل مشکلات و کاهش تنش ها و عصبانیت ها همراه است. در برخی مطالعات نیز اثر شفاگران در کاهش رشد سلولهای سرطانی، تسریع ترمیم زخم، کاهش درد از راه دور، اثر بر درد و محدودیت گردن و ... نشان داده شده است. اثرات دعا و نیایش در ناباروری، درد، بی خوابی و تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی، کاهش شدت نارسایی قلبی و کاهش استرس و در نتیجه کاهش شدت بیماری پسوریازیس نیز گزارش شده است. همچنین مطالعه در مورد دعا از راه دور برای بیماران ایدزی نشان داد که نیاز به ویزیت بیماران توسط پزشک، تعداد بستری در بیمارستان و نیز روزهای بستری به میزان قابل توجهی کاهش یافت. در واقع امروزه اعتقاد بر این است که وارد عصری شده ایم که در آن پزشکی و علم بصورت غیر موضعی درآمده است یعنی عصری که در آن فعالیتهای ذهنی شامل دعا و نیایش دارای اثرات دوردست قابل مشاهده است، درست به مانند فیزیک جدید که به ما در تعریف مجدد رابطه ماده، زمان و فضا کمک کرده است، پزشکی جدید نیز می تواند به ما در ارتباطات بین فردی و حوادث در ورای مرزهای سنتی تعریف شده کمک نماید.

از این رو امروزه اعتقاد بر این است که سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است، لذا ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی ممکن است یکی از راه های مناسب برای پیشگیری از بیماری ها و یا سازگاری با آنها باشد. در واقع سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه هماهنگی بین نیروهای درونی فرد فراهم کرده و با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک به خدا، خود، جامعه و محیط که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند، مشخص می شود (۲۳). از این حیث می توان گفت که بسیاری از Body-Mind Interventions ها از جمله فرادرمانی به شیوه های مختلف درصدد ارتقای سطح

سلامت معنوی به منظور درک بهتر جهان هستی و در نتیجه فرآیند بیماری ها و درمان آن ها می باشند. با این حال باید اذعان کرد که اگرچه نظریات و تئوریهای درمان های مکمل از نظر علم مدرن پزشکی چندان پذیرفته شده نیست، اما بسیاری از مردم خصوصاً در کشورهای غربی از این نوع درمانها استفاده می کنند. از این رو بنظر می رسد کارآیی این نوع درمان ها است که کلید این تناقض است و امروزه نگاه کل گرایانه به طب در درمان بیماریها در حال پذیرش عمومی است به گونه ای که در یک مطالعه در امریکا عنوان شده است که نارضایتی از درمان های پزشکی معمول عامل استفاده از طب مکمل نیست بلکه نگاه کل گرایانه (holistic) به پزشکی، نگهداری سلامتی با استفاده از مواد طبیعی و نگاه فلسفی به زندگی است که دلیل اصلی اقبال به این شیوه های درمان است. در آن مطالعه چند تئوری در مورد استفاده از طب مکمل مورد بررسی قرار گرفت. از جمله آنها نارضایتی از طب معمول و هماهنگی طب مکمل با باورها، اعتقادات، مذهب و نگاه افراد به زندگی بود. نتایج نشان داد که تنها ۴/۴ درصد افراد به دلیل عدم رضایت از طب معمول از طب مکمل استفاده کرده اند و اکثر افراد طب مکمل را با ارزش های مورد نظر خودشان، باورهایشان و نگاه فلسفی به زندگی همسو و هم جهت دیده بودند. همچنین یک مطالعه در پزشکان با تخصص های مختلف در مناطق مختلف امریکا نشان داد که ۶۰ درصد آنها در سال گذشته و ۳۸ درصد آنها در ماه گذشته توصیه هایی به بیماران خود در مورد استفاده از طب مکمل داشتند، پزشکان در ۴۰ درصد موارد در مورد خودشان از درمانهای مکمل استفاده کرده بودند و در ۲۳ درصد موارد نیز این درمان ها را برای بیماران خود استفاده می کردند. به طور کلی امروزه نه تنها بیماران تمایل بیشتری به استفاده از انواع طب مکمل دارند، بلکه در بسیاری از دانشگاههای پزشکی

معتبر دنیا در امریکا، کانادا و انگلستان نیز آموزش انواع طب مکمل و جایگزین جزء کوریکولوم درسی آنها قرار گرفته است. با وجود استفاده روز افزون از انواع مختلف درمان های مکمل و جایگزین، مواردی نظیر هزینه بالا، انجام در محل های خاص یا توسط افراد خاص، نیاز به تجویز دارو در برخی انواع درمانها، نیاز به فرد آموزش دیده در تمام موارد درمان و ... را می توان از جمله موانع فراگیر شدن بیشتر این نوع درمانها دانست. مزیت فرادرمانی بر سایر درمانهای مکمل در این است که درمانی ساده و قابل استفاده در هر مکان و زمان است و نیازی به تجویز دارو و در نتیجه هزینه ای برای بیمار ندارد. فرادرمانی با طب رایج نیز تداخلی نداشته و این دو می توانند بصورت همزمان انجام شوند. با این همه، شاید بتوان بزرگترین مزیت فرادرمانی را عدم وجود خطای تشخیصی و درمانی دانست زیرا در فرادرمانی هوشمندی کل با تشخیص بیماریها و اولویت بندی آنها به درمان می پردازد و فرادرمانگر تنها وظیفه برقراری ارتباط بیمار با هوشمندی کل را دارد. احساس رضایت و راحتی بیماران را نیز می توان یکی از مزیت های دیگر این شیوه درمانی جدید دانست. همچنین تمام افراد قادرند با گذراندن دوره های کوتاه مدت این شیوه درمانی، قادر به درمان سایرین باشند. یکی از مشکلات فراروی تحقیقات در مورد Interventions Body-Mind ها، از جمله فرادرمانی، نبود شیوه استاندارد این نوع درمانها است. از اینرو در مطالعه حاضر تمام تلاش بر این بود که یک شیوه یکسان برای تمام افراد مورد مداخله چه در گروه مورد و چه در گروه شاهد در نظر گرفته شود. از دیگر مشکلات این مطالعه اطمینان از انجام کارهای درخواست شده (برقراری ارتباط در طول شبانه روز) توسط بیماران هر دو گروه بود که سعی شد با تماس های تلفنی بیماران تشویق به انجام منظم این اعمال گردند. با وجود این مشکلات می

توان گفت که این مطالعه اولین مطالعه دو سوکور با متدولوژی استاندارد تحقیقات پزشکی در زمینه بررسی اثر فرادرمانی بر یکی از بیماریهای مزمن است و امید است با استفاده از مطالعات وسیع تر آتی در مورد سایر بیماریها، کارآیی این شیوه ساده درمان مورد اثبات قرار گیرد. همچنین وجود گروه شاهد در این مطالعه را می توان از نقاط قوت آن برشمرد زیرا وجود گروه شاهد می تواند بزرگترین عاملی را که اثرات روش های درمانهای طب مکمل را زیر سوال می برد، حذف نماید.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرادرمانی تاثیر معنی داری بر کاهش میزان خلط بیماران برونشکتازی، افزایش مسافت طی شده در تست پیاده روی و نیز کلاس عملکردی این بیماران دارد که پیش از آن تحت درمان حداکثر دارویی بودند. در نتیجه فرادرمانی می تواند به عنوان یکی از درمان های مکمل در بیماران برونشکتازی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود وضعیت بالینی بیمار و نیز شیوه و کیفیت زندگی آنها منجر شود. از سوی دیگر فرادرمانی در تقسیم بندی انواع درمان های مکمل و جایگزین در گروه Interventions Body-Mind قرار می گیرد و لازم است مطالعات گسترده تری به منظور اثبات بیشتر اثرات آن و نیز مدت زمان ماندگاری اثرات آن در سایر بیماری ها صورت گیرد.

منابع

1. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2297e/>
2. Goldbeck-Wood S, Dorozynski A, Lie LG, et al.; Complementary medicine is booming worldwide. ; BMJ. 1996; 313:131-133.
3. National Center for Complementary and Alternative Medicine Accessed at <http://nccam.nih.gov/> on Jan 2010

اختلالات روانی شایع در بیماران سرطانی

برای سلامت یک انسان توجه به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی لازم است. این ابعاد با یکدیگر ارتباط متقابل دارند، در نتیجه بروز هر عارضه و اختلالی در جسم، روان و مسایل معنوی و اجتماعی یک انسان می تواند بقیه ابعاد وجودی او را تحت تأثیر قرار دهد. در این نوشته بیشتر بر روی ارتباط جسم و روان با موضوع سرطان تمرکز شده است.

حسین مددی اردکانی؛ کارشناس روانشناسی

لازم به ذکر است که نفوذ در یک بیمار سرطانی و کنترل ترس ها و اضطرابش بسیار دشوار است و نیاز به روش و ابزار قدرتمندی دارد. تحقیقات وسیعی در این مورد انجام شده و عموماً همه محققین و متخصصین متفق القول، معنویت و مراقبتهای معنوی را در کنار مراقبتهای روانی، یکی از قدرتمند ترین روشهای کنترل استرس و اضطراب در بیماران سرطانی معرفی کرده اند.

از آنجا که این بیماری سالیان درازی است در عموم مردم به عنوان یک بیماری لاعلاج یا صعب العلاج شناخته شده، عموماً مردم سرطان را مساوی مرگ می دانند و این باور قدرتمند در مردم ریشه عمیق و مستحکمی پیدا کرده است. بر این اساس هنگامی که به بیمار خبر ابتلا به سرطان داده می شود دقیقاً مانند این است که به شخصی خبر فوت خودش را بدهید. به همین دلیل شوک و ضربه شدیدی از لحاظ روانی به فرد وارد می شود که کنار آمدن با آن برای بیمار به تنهایی بسیار دشوار و گاهی غیر ممکن است. عکس العمل بیمار پس از باخبر شدن از بیماری، دارای نوسانات شدیدی است که با توجه و بررسی این نوسانات شدید روانی در بیماران می توانیم در یاری نمودن آنها موثرتر عمل کنیم.

عکس العملی که بیماران پس از شنیدن خبر ابتلا به سرطان از خود نشان می دهند، کم و بیش در قالب مراحل زیر بروز می کند:

مرحله انکار:

در هنگام شنیدن خبر بیماری عکس العمل

شود. این روند تبدیل به یک سیکل بسته منفی و مرگبار می شود به این شکل که استرس و اضطراب (که یکی از عوامل مهم بروز سرطان است) باعث بروز بیماری روانی سرطانی شده و بیماری سرطانی خود باعث افزایش شدید استرس و اضطراب می شود و استرس و اضطراب خود باعث ایجاد اختلالات جسمانی (روان تنی) دیگر نظیر اختلالات قلبی، عروقی، ریوی، گوارشی و در بیمار مبتلا به سرطان می شود و همین طور تخریب بدن و روان به صورت متوالی تا از پا درآمدن بیمار ادامه خواهد یافت و از طرفی شرایط محیطی بیمار نظیر وضعیت خانوادگی و موقعیت شغلی بیمار را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و دچار مشکل می سازد و در نهایت باعث تحمیل هزینه های سنگین درمانی بیشتری برای بیمار می شود. نمودار زیر این چرخه را بصورت ساده نشان می دهد.

از این رو کنترل استرس و اضطراب در بیماران سرطانی بسیار مهم و حیاتی است. کنترل استرس و اضطراب باعث بالا رفتن کیفیت زندگی بیمار شده و از بروز بیماری های دیگر در بیمار سرطانی جلوگیری می کند، همین طور در سرعت و کیفیت روند درمانی و بهبود بیمار هم بسیار موثر است.

بر اساس تعریف فوق ذهن و بدن انسان یک رابطه بسیار نزدیک، پنهان و دوسویه با یکدیگر دارند. در یک تعریف ساده می توان گفت که هرگاه بدن دچار اختلال شود، روان که بخشی از ذهن ماست تحت تأثیر قرار می گیرد و همچنین هرگاه روان دچار اختلال شود، بدن را تحت تأثیر قرار می دهد.

در بیماری سرطانی این رابطه دوسویه، بسیار پیچیده می شود. سرطان را در گروه، بیماری های روان تنی دسته بندی می کنند به این معنی که سرطان ریشه روانی داشته و حاصل تأثیر روان بر جسم است. اضطراب و استرس که یک اختلال روانی به حساب می آید بر سیستم هورمونی و سیستم اعصاب خودمختار بدن تأثیر می گذارد که این سیستم ها مستقیماً با کلیه اعضاء بدن ارتباط دارند و فعالیت های آنها را کنترل می کنند. استرس و اضطراب به دو شکل مستقیم و غیر مستقیم می تواند یکی از عوامل بسیار مهم بروز سرطان باشد. مکانیزم استرس با سرکوب سیستم ایمنی بدن و کم کاری کبد و افزایش سموم خون (رادیکالهای آزاد) و نهایتاً با بالا رفتن احتمال عفونت به دلیل سرکوب سیستم ایمنی می تواند یک عامل مستقیم و مهم در بروز سرطان باشد. سرطان و استرس در بیماران سرطانی تبدیل به یک کلاف در هم پیچیده می شود به این صورت که استرس و اضطراب می تواند یکی از عوامل مهم و اصلی بروز سرطان باشد و از طرفی خود بیماری سرطانی می تواند عامل بسیار قوی برای بروز استرس و اضطراب

فرد، بهت و ناباوری همراه با ترس شدید است. در بعضی حتی شدیدتر و با حالتی از شوک روانی همراه است. در این مرحله حتی ممکن است فرد بدون کمک همراهانش نتواند از جایش برخاسته و راه برود، در این شرایط استرس شدید تمام مکانیزم های فیزیکی فرد را مختل می کند. بعضی از بیماران، بیماری را انکار نموده و بعضی به نتیجه آزمایشات و معاینات خود مشکوک می شوند و نمی توانند باور کنند که مبتلا به چنین بیماری شده اند و بعضی ها هم اصرار به تکرار معاینات و آزمایشات دارند.

مرحله خشم:

پس از اینکه بیمار متقاعد شد که مبتلا به سرطان است وارد مرحله خشم و عصبانیت می شود، حتی بعضی شروع به پرخاشگری می کنند و مدام از خود و دیگران می پرسند، چرا من؟ یا با شکایت و گله از خداوند می پرسند، مگر من چه گناهی کردم؟ در این مرحله بطور کلی بیماران به روان درمانی و یا مشاوره مطلقاً جواب نمی دهند و مدام سوال خود را (چرا من؟) تکرار می کنند بدون اینکه منتظر پاسخ سوال خود باشند. در این مرحله تنها باید صبور بود و با بیمار همدردی نمود تا این مرحله را هم پشت سر بگذارد.

مرحله غم و پذیرش:

پس از گذر از مرحله خشم، بیمار به مرور زمان آرام می گیرد و بیماری خود را می پذیرد و خود را در مقابل بیماری ناتوان احساس می کند، و دچار یأس و ناامیدی، همراه با اضطراب و افسردگی می شود. اینجاست که بیماران نیاز مبرمی به مراقبت های روانی و معنوی دارند و به آن خیلی خوب پاسخ می دهند. در این مرحله است که بیماران به معنویات و متافیزیک بیشتر رو می آورند و احتمال سواستفاده از بیماران

هم بسیار افزایش می یابد، از آنجا که بر اساس شنیده هایشان به این باور رسیده اند که علم تا حد زیادی در درمان این بیماری ناتوان است، آنها نهایت سعی خود را می کنند که از هر راه ممکن، فکری برای درمان بیماری خود بکنند. بیماران از سر ناامیدی، ترس و ناتوانی به هر راه و روشی، وسیله یا شخصی، برای شفای خود متوسل می شوند و به راحتی می توان آنها را مورد سواستفاده قرار داد. بسیار ضروری است که در این باره آنها را به شکل درستی راهنمایی کرد. از طرفی وضعیت روانی خانواده بیمار نیز به این مسئله دامن می زند. خانواده بیمار به دو دلیل عمده هر کاری که در توانشان باشد برای بیمار انجام می دهند بدون اینکه به عواقب آن کوچکترین توجهی داشته باشند، اول اینکه نهایت تلاششان را می کنند تا بیمارشان بهبود یابد و از طرفی می گویند نمی خواهند چنانچه بیمارشان درگذشت، هیچگونه احساس قصور و ندامتی کنند. بهترین راه برخورد با چنین مسئله ای این است که هرگز آنها را منع نکنید بلکه آنها را به مسیر درست راهنمایی کنید و اجازه بدهید که تمام تلاششان را انجام دهند چراکه این تلاش در احساس آرامش و

بهداشت روانی خانواده بیماران بسیار موثر خواهد بود.

در این مرحله بیمار بیشترین تأثیر پذیری را دارد و پذیرش در آنها به بالاترین حد خود می رسد و بهترین شرایط برای درمانگر است. اصولاً وقتی انسانها خود را به مرگ نزدیک می بینند تحولات ذهنی و روانی عمیقی در آنها رخ می دهد. معمولاً هوشیارتر، عمیق تر، متمرکزتر و حساس تر می شوند. گاهی این بیماری در بعضی از افراد که زمینه مساعدی از آگاهی و دانش را در خود دارند، تحولات عمیق و شگفت انگیز معنوی بوجود می آورد، آنها به مرتبه ای می رسند که دیگر بیماری خود را فراموش می کنند و متوجه سطوح عمیق تر جهان هستی می شوند. بعضاً حتی این بیماری را واسطه و وسیله ای برای تغییر نگرش و شناخت حقایق ژرف وجود خود و جهان پیرامون خود می دانند، شناختی که باعث می شود نگاه آنها به زندگی کلاً تغییر کند. این بهترین جایگاهی است که می توان یک بیمار مبتلا به سرطان را به آن هدایت نمود. اینجا دیگر طول عمر اهمیت خود را از دست می دهد و عرض و عمق زندگی است که اهمیت می یابد. می توان بیماری را در ذهن بیمار به عنوان

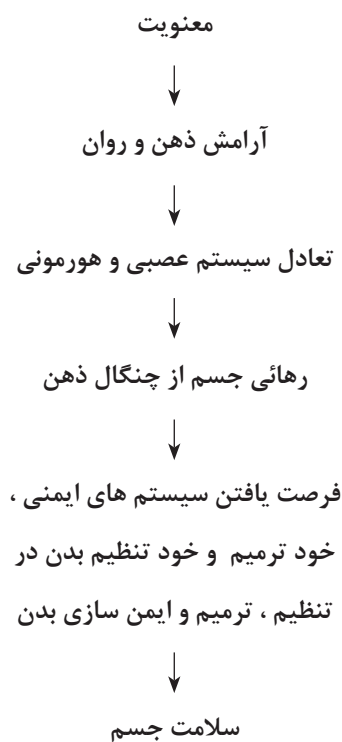


دهنده و گاهی غیر قابل تحمل است. این اختلال باعث می شود که بیمار بطور مداوم و برای هر مورد ناچیزی تقاضای مراجعه به پزشک و متخصص را داشته باشد.

این اختلالات (استرس و اضطراب، ترس از عود بیماری و وسواس فکری) می تواند هزینه های غیر ضروری و سنگینی را به بیمار مبتلا به سرطان و خانواده بیمار تحمیل کند. در پایان این مطلب لازم است گفته شود که بیماری سرطان یک بیماری بسیار پرحاشیه و پرتنشی است که با تمام سطوح زندگی فرد درگیر شده و به مرور زمان شرایط را سخت تر و پیچیده تر می کند. بر اساس تجربه و تحقیق، شاید بتوان به جرأت گفت که کنترل اختلالات روانی (استرس، ترس و وسواس) حاصل از بیماری سرطان، کم اهمیت تر از درمان خود بیماری سرطان نیست و به همان اندازه اهمیت دارد.



ارتباط معنویت با سلامت



توجه در بیماران مبتلا به سرطان که به صورت پنهان و آشکار مشاهده می شود، فوبیای عود (ترس مرضی از برگشت بیماری) است که خود باعث ایجاد اختلال وسواس فکری در بیماران مبتلا به سرطان می شود. ترس از عود بیماری عمده ترین و رایج ترین نوع اختلال در بیماران سرطانی حتی پس از گذراندن دوره درمانی و بهبود کامل است. عموماً بیشتر بیماران بهبود یافته با ترس از برگشت بیماری زندگی می کنند، این ترس خود باعث وسواس فکری می شود. این بیماران حتی مدتها پس از بهبود با کوچکترین درد یا علامتی در بدنشان دچار وسواس شده و هر مشکل جسمی غیر مربوطی را به برگشت سرطان ارتباط می دهند، آنها بطور مداوم و بیش از حد معمول و نرمال در بدن خود دقت و جستجو می کنند و به دنبال علائمی از برگشت بیماری می گردند. اختلال وسواس فکری هم برای بیمار و هم برای خانواده بیمار بسیار آزار

یک هشدار به بیمار با این عنوان که زندگی ابدی نیست و به عنوان یک فرصت برای یک بازنگری اساسی به زندگی مطرح کرد، البته این جهت دهی باید خیلی محتاطانه و کاملاً صادقانه باشد، به شکلی که بیمار تصور نکند که این تنها یک ترفند است برای آرام کردن او است. با این رویکرد می توان ذهن و روان بیمار را هدفمند، فعال و پویا کرد و طی یک دوره شناختی تحولات عمیقی در ذهن، شخصیت و حتی رفتار بیماران بوجود آورد.

بدون استثناء کلیه تحقیقات علمی در این زمینه نشان می دهد که مراقبت های روانی و معنوی تأثیر بسیار مثبت و موثری در کیفیت زندگی و فرایند کنار آمدن بیمار با شرایط خود و بیماری دارد، از طرفی همین تحقیقات نشان می دهد که تقویت قوای معنوی فرد می تواند در روند درمان و بهبود بیمار، تأثیر معجزه آسایی داشته باشد. یکی دیگر از اختلالات روانی شایع و قابل

تغذیه و شیمی درمانی

شیمی درمانی می تواند عادات غذایی شما را به هم بریزد. معمولاً کم اشتها و بی میلی به غذا از عوارض شیمی درمانی است. شما با تغذیه مناسب بهترین فرصت ممکن را برای بدنتان فراهم می آورید که با بیماری دست و پنجه نرم کند. نظر متخصصان تغذیه این است که تغذیه متعادل و مناسب به قدرت بیمار در افزایش تحمل جانبی می افزاید. از این رو با دانشجوی دکتری در زمینه تغذیه در شیمی درمانی و رژیم درمانی در بیماران سرطانی، احسان حجاری به گفتگو نشسته ایم.

نسرین آقاملا

استفاده نکنند بهتر از یک روز بعد از شیمی درمانی و یک روز قبل از آن از غذاهای مورد علاقه استفاده نکنند زیرا سبب یک نوع عارضه به عنوان بیزاری از غذا می شود. تا یک ساعت پس از صرف غذا نباید دراز کشید و از استفاده کردن عطرها تند خودداری شود.

۳- آیا داروهای جدید شیمی درمانی هم که وارد بازار شده همین اثر را بر اشتها فرد خواهد گذاشت؟

داروهای شیمی درمانی چند دسته هستند برخی از این داروها اثرات جانبی دارند وقتی نسل جدیدی از این داروها معرفی می شود یعنی اینکه می تواند در مقابل سرطان بهتر مقابله کند اما آن اثرات جانبی را که داروهای نسل قدیم داشتند این داروها نیز تا حدودی دارند و کارایی داروهای جدید در

مایعاتی که بیمار دوست دارد و خوش طعم است در طول روز جرعه جرعه خورده شود. غذاها را هیچ وقت به صورت داغ مصرف نکنند به این علت که بیماران غذاهای سرد را بهتر می توانند بپذیرند بعضی از این داروهای شیمی درمانی سبب می شود دهان حالت التهاب پیدا کند که به آن اصطلاحاً موزکوزیت می گویند. بهتر است از غذاهای سرد و خنک شده در دمای اطاق یا سرد شده در یخچال استفاده کنند.

غذاهای نشاسته ای خشک و نمکی مثل غلات پخته شده، سیب زمینی یا چوب شور یا نان تست این نوع مواد نشاسته ای خیلی بهتر از موادی مثل پیراشکی، دونات یا انواع کیکهای خامه ای یا برنج پر چرب تحمل می شوند.

پیشنهاد می شود غذاهای مورد علاقه خود را در زمانی که حالت تهوع شدید دارند

۱- آیا شیمی درمانی اثری بر اشتها فرد بیمار خواهد داشت؟

شیمی درمانی یک سری عوارض دارد که سبب می شود روی وضعیت تغذیه فرد اثر بگذارد از جمله این عوارض می توان به تهوع، استفراغ، التهاب مخاط دهان، اختلال در بلع و مشکلات گوارشی مثل یبوست و اسهال اشاره کرد.

۲- چگونه می توان اشتها فرد بیمار را تقویت کرد؟

زمانی که ما بتوانیم عوارض ذکر شده را کنترل کنیم و آنها را بهبود بخشیم سبب می شود که دریافت غذایی بیمار بیشتر شود روی کلیه عوارض که در دریافت غذایی فرد اثر دارد صحبت می کنیم. برای هر کدام از این عوارض که گفته شد یک سری راه کارهای تغذیه وجود دارد که سبب می شود تا حدودی آن عارضه اثر جانبی شیمی درمانی کنترل شود به عنوان مثال حالت تهوع یکی از شایع ترین عوارض شیمی درمانی در بیماران است و حدود ۵۰ درصد از بیماران تحت شیمی درمانی قرار می گیرند حالتی از این تهوع را تجربه می کنند. شدید و ضعیف بودن آن بستگی به بیمار و دوز دارویی دارد.

«در مورد تهوع بیمار نکات زیر را توصیه می کنیم»

غذاها را در وعده های کوچک و متعدد استفاده کنند زیرا غذای کم حجم به رفع یا کاهش حالت تهوع کمک می کند.

از خوردن مایعات به همراه غذا خودداری شود.

مایعات در بین فواصل برنامه های غذایی خورده شود.



بهبود بیماری سرطان بهتر است .

۴- بطور کلی چه گروه از مواد غذایی را می توان در رژیم بیماران شیمی درمانی لحاظ کرد ؟

بیماران همه گروه های غذایی را می توانند استفاده کنند اما با شرایط خاص به عنوان مثال برای گروه گوشت و جانشین آن توصیه نمی شود که بیماران گوشت های پر چرب ، سرخ کرده مصرف کنند بلکه بهتر است از گوشت های کم چرب ، بخارپز ، کباب شده یا از تخم مرغ آب پز استفاده کنند . برای گروه سبزیجات بیماران به هیچ وجه نباید در حین شیمی درمانی از سبزیجات خام استفاده کنند زیرا بار میکروبی این سبزی ها زیاد است و باید سبزیجات به صورت پخته شده مصرف شود استفاده از گروه های غذایی بستگی به عوارض شیمی درمانی نیز دارد .

۵- برای کاهش خشکی دهان و زخم های دهان بیماران سرطانی در طول مداوا با شیمی درمانی از چه الگوی غذایی می توان پیروی کرد ؟

بیمار باید روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات بنوشد و همیشه همراه خود یک بطری آب داشته باشد زیرا مصرف مایعات فراوان سبب کاهش چسبندگی ترشحات دهان می شود . بهتر است از غذاهای نرم با طعم ملایم که در دمای اتاق خنک شده باشد و همین طور از میوه جات ، سبزیجات و انواع گوشت مرغ و ماهی و گوشت قرمز پخته که در دستگاه آسیاب خرد و ریز شده استفاده شود . غلات را نیز قبل از مصرف به اندازه کافی آسیاب کنند و می توانند به غذاهای خودشان آب گوشت ، انواع سس ، کره یا روغن گیاهی اضافه کنند تا غذا به صورت خشک نباشد و مرطوب باشد و همچنین غذاهای خود را به همراه چیزی که می نوشند بخیسانند مثل یک بیسکویت به همراه چای .

به طور مثال برای درست کردن یک سوپ رقیق بهتر است گوشت و سبزیجات را ابتدا

خوب پخته و آن را در آسیاب خرد کنند و به آن مقداری کره یا روغن گیاهی اضافه کنند آن سوپ خنک شود و سپس میل کنند . استفاده از آدامس و آبنبات بدون قند سبب تحریک ترشح بزاق می شود بهترین طعم آبنبات طعم لیمویی است .

چیزی که خیلی مهم است خوردن نوشیدنی های حاوی کافئین مثل قهوه ، چای ، نوشابه های سیاه و نوشابه های انرژی زا که باید مصرف شود مخصوصاً مصرف الکل و سیگار باید قطع شود و از دهان شویه های که حاوی الکل هستند نباید استفاده شود .

۶- جایگاه ویتامین ها و مواد معدنی در رژیم افراد در حین شیمی درمانی کجاست ؟ و حد مجاز مصرف ویتامین ها به چه میزان است ؟

این سؤال سؤالی بحث برانگیز است و در حال حاضر بین موافقان و مخالفان آن اختلاف وجود دارد علت اختلاف آن است که برخی از داروهای شیمی درمانی از طریق ایجاد موادی به نام اکسیدان ها سبب از بین بردن سلول های سرطانی می شود اما برخی از ویتامین ها و املاح سبب افزایش موادی به نام آنتی اکسیدان در بدن می شوند که می توانند اکسیدان ها را از بین ببرند به همین علت است که برخی از متخصصین معتقدند که نباید در حین استفاده از برخی از این نوع از داروهای شیمی درمانی که اکسیدان ایجاد می کنند نباید مکمل املاح و ویتامین به میزان زیاد داده شود اما برخی از تحقیقات نشان می دهد که دادن مکمل املاح ویتامین تداخلی با شیمی درمانی ندارد . در کل توصیه می شود که بیماران از خوردن خودسرانه دوزهای بالای انواع ویتامین ها و املاح خودداری کنند و تحت نظر متخصص تغذیه آن مکمل ها مصرف کنند .

۷- افراد تحت شیمی درمانی باید از مصرف چه غذاهایی پرهیز کنند ؟ همانطور که قبلاً گفته شد این بسته به نوع

عوارضی که شیمی درمانی در هر بیمار ایجاد می کند و با توجه به آن عوارض ، بیماران باید از خوردن برخی از غذاها پرهیز کنند اما در کل بیماران در حین شیمی درمانی بهتر است میوه جات را به صورت پخته شده مصرف کنند و تنها از میوه هایی به صورت خام استفاده کنند که دارای پوست ضخیم باشند به طور مثال موز ، هندوانه ، مرکبات که قبل از مصرف باید پوست ضخیم آن برداشته شود اما خوردن میوه جاتی که دارای بافت محافظتی ضخیم نیستند به صورت خام استفاده نشود زیرا دارای بار میکروبی زیادی هستند . نکته قابل ذکر این است که میوه جاتی که بافت پوستی آنها برداشته می شود مثل هندوانه باید به سرعت استفاده شود و در یخچال نگهداری نشود برای سبزیجات نیز همین است و باید از سبزیجات پخته شده استفاده کرد . در حین شیمی درمانی ممکن است سطح سلول های خونی بیمار خصوصاً پلاکت ها پایین آید به همین علت بیماران از خوردن غذاهای زبر و خشن خودداری کنند زیرا ممکن است سبب خونریزی در دستگاه گوارشی شده و به علت پایین بودن پلاکت عمل انعقاد خون در آنها به خوبی انجام نمی شود درحین شیمی درمانی باید به سلامت و بهداشت غذا بسیار توجه شود و غذا به صورت تازه مصرف شود ، از خوردن باقیمانده غذاهای روز قبل خودداری شود و رعایت بهداشت فردی و شستن دستها به صورت رقیق قبل از غذا نیز باید رعایت شود .

۸- به عنوان آخرین سؤال نکات باقیمانده از رژیم غذایی بیماران شیمی درمانی را متذکر شویم ؟

بروشوری توسط متخصصین تغذیه در بیماران سرطانی در گروه بالینی انستیتوی تحقیقات و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهیه شده که اطلاعات جامع تر در مورد تغذیه در حین درمان بیماران سرطانی ذکر شده است که مطالعه آن را به بیماران پیشنهاد می کنم .

اخبار پزشکی

که در بافت مجاور نفوذ می کند قرار دارند و اجازه می دهند سلول سرطانی از سلول های محافظی بافت های مجاور بگذرد. سلول های طبیعی هم می توانند در بافت طبیعی مجاور خود به عنوان یک پروسه فیزیولوژیک طبیعی نفوذ کنند.

در هنگام پخش شدن سلول های سرطانی این مکانیسم های طبیعی توسط سلول های سرطانی انتخاب می شوند و اجازه می دهند تا این سلول ها از سدهای بافت های اطراف خود وارد بافت هایی متمرکز شوند که از محل تومور اولیه فاصله دارند. این شیوه پخش شدن سرطان را تحت عنوان متاستاز نام گذاری کرده اند و غالباً این اتفاق همراه با مرگ به دنبال ابتلاء به سرطان می باشد.

Science daily , may2011

آنزیم مهاجمی که در سطح سلول های سرطانی قرار گرفته ؛ جلوگیری می کند. این آنزیم با تغییر شکل در بافت های اطراف تومور اولیه ، و پخش شدن سلول های سرطانی را در در سراسر بدن تسهیل می کند.

امید است که اطلاعات بدست آمده منجر به ایجاد درمان های هدفمند که بطور اختصاصی از فعالیت این آنزیم جلوگیری می کنند ؛ شود.

درمان های قدیمی که برای خنثی کردن طبیعت مهاجم این آنزیم بخصوص استفاده می شده باعث تخریب سایر آنزیم هایی که بطور طبیعی برای فعالیت های بیولوژیک بدن لازم هستند می شود.

شبکه ای از پروتئین هایی که مسئول کنترل شکل سلول های سرطانی هستند توسط محققین مورد بررسی قرار گرفته است آنان بطور مشخص بر روی قسمت هایی از سلول



محققین در زمینه سرطان توانستند یک استراتژی درمانی جدید را طراحی کنند که در آن پروتئینی مخصوصی از مرحله متاستاز یا پخش شدن سلول های سرطانی جلوگیری می کند.

بیماران مبتلا به سرطان شانس زنده ماندن بیشتری خواهند داشت اگر تومور اولیه تنها توموری باشد که نیاز به درمان دارد. توسط پژوهشگران یک پروتئین تنظیم کننده شناسایی شده که از پخش شدن سلول های سرطانی به وسیله برداشتن و خورد کردن



۲- شیر مادر باعث می شود تا نوزاد سیستم ایمنی مناسب داشته باشد. شیر مادر حاوی آنتی بادی هایی است که در مقابل ویروس و باکتری های مضر از بدن نوزاد محافظت می کنند و مقاومت بدن نوزاد را در مقابل عفونت های تنفسی، برفک دهان و سایر بیماری هایی رایج در نوزادان، افزایش می دهد.

۳- شیر مادر بهترین پیشگیری کننده از بروز آلرژی ها (حساسیت ها) در نوزاد می باشد.

شیر مادر حاوی مقادیر فراوانی ایمونوگلوبین A (IgA) می باشد. این آنتی بادی در سطح داخلی روده ها وجود دارد و کارش جلوگیری از جذب مواد آلرژی زا به درون خون می باشد و در واقع کودک را از بروز حساسیت محافظت می کند.

۴- بعلت وجود فاکتورهای رشد در شیر مادر در رشد طبیعی نوزاد کمک می کند. شیرطبیعی باعث افزایش سرعت بلوغ اعضا مختلف بدن مانند سیستم تنفسی، گوارش و سیستم هورمونی می شود. به علت همین خاصیت است که نوزاد خود را با محیط اطراف تطبیق می دهد.

۵- شیر مادر غنی از انواع آمینو اسیدها است که برای رشد پروتئین های بدن ضروری می باشد. آمینو اسیدها در ساختمان پروتئین هایی که برای نوزادان بسیار اهمیت دارد مانند آمینو اسید، تورین، وجود این آمینو اسید بسیار ضروری است چون بدن نوزاد قادر به ساختن این آمینو اسید نمی باشد. تورین آمینو اسید مسوول رشد مغز و اعصاب بدن می باشد به همین دلیل است که شیرمادر از اهمیت خاصی در تغذیه نوزادان برخوردار است.

۶- مکیدن نوزاد در حین خوردن شیر مادر منجر به استحکام داندان های نوزاد، کام، فک ها و عضلات صورت می شود.

درمان پیدا کرده اند.

هم اکنون در ۱۸ کشور دنیا و ۱۵۰ مرکز فوق تخصصی سرطان دنیا دستگاه سایبرنایف نصب و راه اندازی شده و تاکنون بیش از ۴۰ هزار بیمار سرطانی در شش سال گذشته با سایبر نایف درمان شده اند.

سایبرنایف به وسیله بازوی روباتیک خود پرتوهای انرژی پرقدرت را از مسیرهای چندگانه به محل دقیق تومور حمله و موجب نابودی آن می شود. به وسیله این روش درمان میزان عوارض جانبی تا نزدیک صفر کاهش پیدا می کند. زیرا این دستگاه پرتوهای تابشی را به محل دقیق تومور می تاباند و از درگیر کردن بافت های سالم خوداری می شود.

تکنولوژی جدید سایبر نایف می تواند هدف های متحرک مانند سرطان ریه را هم به آسانی نابود کند. بدون هیچ برش و نابودی در طول درمان اکثر بیماران می توانند پس از پایان جلسه رادیو سرجری به زندگی عادی خود برگشته و به فعالیت روزانه خود بپردازند.

منبع:

www.cKsociety.org



نقش تغییرات سلول های ستاره شکل مغز در افسردگی

تغییرات در برخی از سلول های ستاره شکل مغز مرسوم به آستروسیت ها ممکن است نقش مهمی در افسردگی ایفا کند.

به گزارش محققان این یافته ها مبتنی بر آزمایشات کالبد شکافی مغز افراد افسرده ای است که دست به خودکشی زده بودند. محققان به تمرکز بر بخشی از مغز موسوم به قشر سینگویت قدامی که در تنظیم حالت و تصمیم گیری دخالت دارد، پرداختند.

به گفته محققان، برخی از سلول های آستروسیت در افراد افسرده بزرگتر و منعش تر از افراد بدون سابقه بیماری روحی بود که به طور ناگهانی مرده بودند.

این تفاوت ها، تنها در ناحیه سفید مغز و نه در بخش خاکستری وجود داشتند. ماده سفید که در بخش عمقی مغز وجود دارد.

بیشتر از کابل هایی تشکیل شده که ارتباط بین بخش های مختلف مغز را میسر می کند.



سایبرنایف تکنولوژی روباتیک درمان تومورهای سرطانی

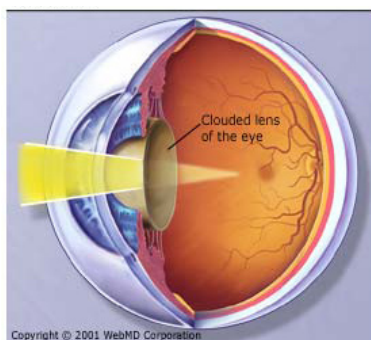
هم اکنون با وجود تکنولوژی سایبر نایف از تومورهای سرطانی قابل درمان خواهند بود.

سایبرنایف جدیدترین تکنولوژی جراحی رادیویی در دنیاست که می تواند بسیاری از تومورهای سرطانی که در نقاطی از بدن قرار دارند که دست جراحان به آن نمی رسد و یا در مناطق بسیار حساس همانند ساقه مغز، نخاع، پانکراس، ریه و... قرار دارند قابلیت

رتینوپاتی دیابتی

بیماری چشمی ناشی از دیابت به گروهی از مشکلات چشم گفته می شود که در بیمار مبتلا به دیابت به عنوان یکی از عوارض ابتلا به دیابت شناخته شده است. کلیه ی این عوارض و یا مشکلات چشمی که به دنبال دیابت رخ می دهند می توانند منجر به از دست رفتن بینایی بیمار شوند.

ترجمه: دکتر سمیرا ایرانی



تاری دید می شود که همان مرحله ۴ یا مرحله پیشرفته این بیمار می باشد. تراوش مایع به درون مرکز ماکولا (قسمت حساس به نور در شبکیه که مسؤول دید دقیق و واضح است) منجر به تورم ماکولا می شود و به دنبال آن تاری دید رخ می دهد. این اتفاق را ادم ماکولا می نامند. اگر چه این اتفاق در بیماری دیابت پیشرفته اتفاق می افتد ولی می تواند در هریک از مراحل رتینوپاتی نیز روی می دهد. چه کسی در معرض خطر رتینوپاتی دیابتی می باشد؟

تمام بیماران دیابتی (دیابت نوع یک و دو) در معرض خطر هستند. به همین علت است که حداقل سالی یک مرتبه برای معاینه چشم باید به متخصص چشم مراجعه کنند. هرچه ابتلا به دیابت قدیمی تر باشد، در بیمار مبتلا احتمال بیشتری برای ابتلا به رتینوپاتی دیابتی وجود دارد. در صورت ابتلا به رتینوپاتی دیابتی پزشک معالج شما با درمان مناسب می تواند از بروز آن پیشگیری و یا از پیشرفت آن جلوگیری کند.

در دوره بارداری رتینوپاتی می تواند مشکلاتی را برای خانم باردار مبتلا به دیابت ایجاد کند. برای محافظت چشم، هر خانم باردار مبتلا به دیابت باید سریعاً مورد معاینه

بر روی عروق خونی شبکیه نقاط متورم بسیار ظریف ایجاد می شود، با پیشرفت بیماری در تعدادی از عروق خونی که مسؤول تغذیه شبکیه هستند، انسدادهایی ایجاد می شود. عروق بیشتری در شبکیه دچار انسداد شده و به نقاط متعددی از شبکیه خون رسانی انجام نمی گیرد. این مناطق محروم بر روی شبکیه پیام هایی را به قسمتهایی از بدن ارسال می کنند تا با ایجاد عروق خونی اضافه خون رسانی در مناطق ذکر شده انجام گیرد.

همانطور که در مرحله سه گفته شد به علت عدم وجود مواد مغذی از شبکیه پیام هایی برای رشد عروق خونی جدید جهت تغذیه شبکیه ارسال می شود. این عروق خونی جدید غیرطبیعی و شکننده هستند و در طول زجاجیه چشم که از یک ماده ژله مانند تشکیل شده و درون کره چشم را پر می کند؛ رشد می کنند.

با وجود دیواره های نازک و شکننده، این عروق خونی نمی توانند به تنهایی هیچ گونه شکایت و یا از دست دادن بینایی را برای بیمار ایجاد کنند. در صورتی که تراوش خون از این عروق روی دهد منجر به کاهش بینایی و یا از دست دادن بینایی خواهد شد.

علت و عوامل خطر چگونه رتینوپاتی دیابتی منجر به از دست دادن بینایی می شود؟ عروق خونی آسیب دیده به دنبال رتینوپاتی دیابتی به دو روش زیر باعث از دست دادن بینایی می شوند:

شکندگی دیواره عروق منجر به تراوش خون به درون مرکز کره چشم شده و باعث

بیماری های چشمی ناشی از دیابت شامل: رتینوپاتی دیابتی که به علت آسیب عروق خونی شبکیه ی چشم روی می دهد. کاتاراکت (آب مروارید) که باعث تیرگی عدسی چشم می شود. کاتاراکت معمولاً در همان سال های ابتدایی ابتلا به دیابت رخ می دهد.

گلوکوما (آب سیاه) در این بیماری فشار داخل چشم افزایش می یابد و منجر به آسیب عصب بینایی شده و به دنبال آن نابینایی رخ می دهد. افراد مبتلا به دیابت دو برابر افراد غیر دیابتی شانس ابتلا به گلوکوم دارند.

رتینوپاتی دیابتی چیست؟ رتینوپاتی شایع ترین بیماری چشمی در افراد دیابتی می باشد که منجر به نابینایی می شود، این عارضه به دنبال آسیب عروق شبکیه چشم در فرد مبتلا به دیابت رخ می دهد. در بعضی از بیماران با رتینوپاتی دیابتی، عروق خونی ممکن است برجسته شده و باعث نشت مایع از این عروق می شود. گاهی امکان دارد در بعضی از این بیماران، عروق خونی جدید و غیر طبیعی در سطح شبکیه رشد کنند. شبکیه ی چشم بسیار حساس به نور است و در پشت کره چشم قرار گرفته است، برای داشتن دید خوب باید این بافت سالم باشد.

در ابتدا امکان دارد بیمار هیچ گونه تغییری را در بینایی خود احساس نکند اما با گذشت زمان رتینوپاتی دیابتی می تواند وخیم تر شده و منجر به از دست دادن بینایی شود. رتینوپاتی معمولاً هر دو چشم را درگیر می کند.

مراحل رتینوپاتی دیابتی چیست؟ این بیماری ۴ مرحله دارد:

چشم قرار گیرد.

چگونه می توان بینایی را محافظت کرد؟ بیمار دیابتی حداقل سالی یک بار باید مورد معاینه چشم پزشکی قرار گیرد. رتینوپاتی پیشرونده می تواند بدون هیچ شکایتی از جانب بیمار روی دهد. در مراحل پیشرفته خطر از دست دادن بینایی وجود دارد. ادم ماکولا بدون بروز هیچگونه نشانه ای در هریک از مراحل رتینوپاتی می تواند روی دهد. امکان بروز رتینوپاتی پیشرونده همزمان با ادم ماکولا وجود دارد و بیمار می تواند شکایتی نداشته باشد اما وی در معرض خطر از دست دادن بینایی است.

بیمار چه دچار علائم کاهش بینایی شده باشد یا نشده باشد، متخصص چشم می تواند به او بگوید که آیا دچار ادم ماکولا یا هریک از مراحل رتینوپاتی دیابتی شده است یا خیر. تشخیص به موقع و زودهنگام بیماری می تواند از نابینایی جلوگیری کند. اگر بیمار به رتینوپاتی دیابتی مبتلا باشد نیاز به معاینات مکرر چشم پزشکی دارد. بیماران با رتینوپاتی پیشرونده، می توانند خطر از دست دادن بینایی را تا ۹۵ درصد با درمان ها و پیگیری های به موقع و منظم کاهش دهند.

مطالعات نشان داده اند که کنترل سطح قند خون نزدیک به میزان طبیعی آن به شدت از پیشرفت رتینوپاتی و به میزان کمتر از بروز بیماری های عصبی و کلیوی جلوگیری می کند. البته این میزان از قند می تواند در افراد متفاوت باشد به طور مثال در بیماران مسن، کودکان زیر ۱۳ سال و یا بیماران مبتلا به بیماری های قلبی. مطالعات دیگری ثابت کرده اند که کنترل فشار خون بالا و کلسترول می توانند شانس بروز نابینایی را کاهش دهند.

نشانه ها و تشخیص:

نشانه های رتینوپاتی چیست؟

اغلب بیمار هیچگونه شکایتی در مراحل اولیه این بیماری ندارد. "هیچ گاه منتظر بروز نشانه ها نباشید و به چشم پزشک

مراجعه کنید."

تاری دید در تورم ماکولا به علت افزایش تراوش خون به بیرون از عروق رخ می دهد. عروق خونی جدیدی که در سطح شبکیه ایجاد شده اند می توانند باعث خونریزی داخلی چشم شوند و دید بیمار کاملاً از بین برود.

نشانه های خونریزی در رتینوپاتی پیشرونده چیست؟

در ابتدا چند نقطه یا لکه خونریزی در دید بیمار ایجاد می شود. اگر این لکه ها ایجاد شد باید در اسرع وقت به متخصص چشم مراجعه کرد و یا امکان دارد که نیاز به شروع درمان قبل از آن که خونریزی جدی رخ دهد، باشد.

البته گاهی بدون درمان این لکه ها از بین می روند و دید بیمار بهتر می شود. به خاطر داشته باشید خونریزی مجدداً می تواند رخ دهد و باعث تاری دید شدید شود. در صورت بروز تاری دید بلافاصله به چشم پزشک خود مراجعه کنید چون احتمال بروز خونریزی شدید نیز وجود دارد. و در صورت عدم درمان این خونریزی منجر به کاهش دید و نابینایی می شود.

ادم ماکولا و رتینوپاتی دیابتی چگونه تشخیص داده می شود؟

جدول سنجش حدت بینایی (Visual acuity test):

توسط یک تابلو که بر روی آن جدول اسنلن قرار دارد حدت بینایی بیمار را می سنجند

بررسی چشم دیلاته: قطره مخصوصی در چشم ریخته می شود که منجر به باز شدن مردمک چشم می شود و اجازه می دهد چشم پزشک خیلی بهتر داخل چشم را معاینه کند. جهت بررسی وجود علائمی از بیماری، چشم پزشک می تواند با استفاده از عدسی های مخصوصی با بزرگنمایی ایجاد شده شبکیه و عصب بینایی را برای وجود علائم و آسیب احتمالی بررسی کند. بعد از این معاینه برای چند ساعتی تاری دید ایجاد می شود.

تونومتري (Tonometry): وسیله ای است که برای اندازه گیری فشار داخل چشم از آن استفاده می شود

متخصص چشم، شبکیه را برای علائم زودرس بیماری بررسی می کند این علائم شامل موارد زیر می باشند:

تراوش خون از عروق خونی

تورم شبکیه (ادم ماکولا)

تجمع لکه های کم رنگ مانند چربی که علامت تراوش خون از عروق می باشد.

آسیب بافت عصبی

هرگونه تغییر در عروق خونی

اگر متخصص چشم تشخیص است، که برای ادم ماکولا باید درمان را شروع کرد احتمالاً پیشنهاد انجام آنژیوگرافی با فلورسین را خواهد داد.

دراین بررسی، رنگ به خصوصی از طریق سیاهرگ های بازو تزریق می شود درحین عبور این رنگ از درون عروق خونی شبکیه



می توان تصاویر متعددی گرفت. به این وسیله هرگونه تراوش خون از عروق خونی قابل تشخیص و درمان مؤثر پیشنهاد می شود.

چگونه رتینوپاتی دیابتی را می توان درمان کرد؟

سه مرحله اول رتینوپاتی دیابتی، هیچگونه درمانی نیاز ندارند مگر آن که بیمار دچار تورم ماکولا شده باشد. جهت جلوگیری از پیشرفت رتینوپاتی دیابتی بیمار دیابتی باید میزان قند خون، فشارخون و کلسترول خود را کنترل کند. با جراحی توسط لیزر می توان رتینوپاتی را درمان کرد. با شیوه لیزر پراکنده (scatter) درمان با لیزر عروق خونی غیرطبیعی را کوچک می کند. به این صورت که ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ سوختگی کوچک توسط لیزر در ناحیه شبکیه دور از ماکولا ایجاد شده و باعث کوچک شدن عروق خونی می شود. نواحی بسیاری باید توسط لیزر سوزانده شوند و برای تکمیل درمان از دو تا چندین جلسه درمان با لیزر نیاز است. ممکن است بیمار متوجه شود که مقداری از میدان دید خود را از دست داده است. درمان با لیزر پراکنده می تواند مانع، از دست رفتن باقی مانده میدان بینایی بیمار شود. درمان با لیزر پراکنده امکان دارد به طور خفیف میدان دید، توانایی دید در شب و دید رنگ را کاهش دهد. بهتر آن است که درمان با لیزر قبل از بروز خونریزی در عروق خونی شکننده انجام گیرد.

به همین منظور باید به طور منظم معاینات چشم از راه مردمک گشاد شده انجام گیرد. حتی اگر عروق خونی شروع به خونریزی کرده باشند، کماکان می توان از لیزر پراکنده البته بسته به تعداد این عروق، استفاده کرد.

اگر خونریزی شدید باشد باید توسط شیوه خاصی از جراحی بنام ویتراکتومی استفاده کرد درحین ویتراکتومی خون از مرکز چشم تخلیه می شود.

چگونه ادم ماکولا را می توان درمان کرد؟
پزشک متخصص با ایجاد سوختگی در

صدها نقطه بسیار کوچک خونریزی دهنده در اطراف ماکولا که توسط لیزر انجام می شود میزان تراوش مایع در شبکیه را کاهش می دهد. جراحی اغلب در یک جلسه انجام می شود. گاه درمان های بیشتری مورد نیاز است.



در بعضی موارد یک بیمار به درمان جراحی لیزر نقطه ای بیش از یک بار برای کنترل ترشح مایع احتیاج دارد. اگر بیمار دچار ادم ماکولا در هر دو چشم خود شود و نیاز به جراحی لیزری داشته باشد، عموماً در جلسه اول فقط یک چشم تحت درمان قرار می گیرد معمولاً چند هفته بعد از درمان نقطه ای با لیزر دید بیمار تثبیت می شود. در حقیقت با این شیوه درمانی شانس از دست دادن بینایی به ۵۰ درصد می رسد. در مقدار کمی از موارد، اگر بینایی از دست رفته باشد، با این شیوه جراحی وضعیت بینایی بیمار بهتر می شود.

چه اتفاقی در زمان درمان با لیزر رخ می دهد؟

درمان با لیزر به صورت پراکنده یا نقطه ای در مطب پزشک متخصص یا در کلینیک چشم انجام می گیرد. قبل از جراحی به شیوه لیزر ابتدا متخصص چشم از داروی به خصوصی برای بازشدن مردمک چشم استفاده می کند. نور محل معاینه باید کم و یا تاریک باشد بیمار روبه روی دستگاه لیزر می نشیند پزشک لنز مخصوصی جلوی چشم وی قرار می دهد. در حین عمل جراحی با لیزر امکان دارد جرقه های از نور دیده شود این جرقه ها ممکن است

باعث حس درد و سوزش شوند پس از عمل کماکان مردمک چشم برای چند ساعت باز شده باقی می ماند و فراموش نکنید در این حالت بیمار باید از عینک آفتابی استفاده کند. در روز اول عمل دید بیمار اندکی تار باقی می ماند. عمل جراحی با لیزر و پیگیری های مناسب شانس کاهش شدید بینایی را ۹۰ درصد کاهش می دهد. گرچه، جراحی لیزر نمی تواند دیدی را که قبلاً از بین رفته است بازگرداند. به همین علت تشخیص زود هنگام رتینوپاتی دیابتی بهترین شیوه برای پیشگیری از کاهش شدید بینایی می باشد. ویتراکتومی چیست؟

اگر مقدار فراوانی خون در مرکز کره چشم (ژل زجاجیه) تجمع کند و پس از گذشت چند ماه از میزان این خون کم نشود و یا عروق خونی جدید ایجاد شده سبب کشش روی شبکیه و جدا شدن آن گردند نیاز به عمل ویتراکتومی جهت حفظ باقی مانده دید نیاز می شود. اگر نیاز به ویتراکتومی هر دو چشم باشد این عمل با فاصله چند هفته بر روی هر دو چشم انجام می شود. برای این جراحی از بی حسی موضعی یا بیهوشی کامل استفاده می شود. یک برش کوچک در چشم توسط جراح ایجاد می شود سپس با استفاده از ابزار بسیار کوچکی میتوان ماده ژل زجاجیه چشم که به دنبال خونریزی شفافیت خود را از دست داده است تخلیه کرد و ژل زجاجیه را با سرم نمکی یا بطور شایع تر روغن سیلیکون جایگزین نمود. به علت این که ژل زجاجیه مقدار زیادی آب است، بیمار هیچ تغییری را احساس نمی کند (این که در مرکز چشم ژل اصل زجاجیه باشد یا سرم نمکی و سیلیکون) بعد از عمل ویتراکتومی قادر خواهید بود به خانه برگردید، گاه بیماران شب را نیز در بیمارستان سپری می کنند. چشم های بیمار قرمز و حساس می شود به طوری که نیاز است برای چندین روز یا هفته از پانسمان مخصوص چشم و همچنین استفاده از قطره های مخصوص چشمی برای جلوگیری از عفونت استفاده شود.

دندانپزشکی و تالاسمی

دوازدهمین کنفرانس بین المللی در خصوص موضوع تالاسمی و هموگلوبینوپاتی (بیماری های مربوط به هموگلوبین) و چهاردهمین کنفرانس بین المللی برای بیماران تالاسمی و خانواده های آنها از ۱۱ تا ۱۴ ماه مه (۲۱ لغایت ۲۴ اردیبهشت ماه سال جاری) با محوریت موضوعی اختلالات هموگلوبین در نسل های آینده در آنتالیای ترکیه برگزار شد . از جمله مقالات ارایه شده مقاله دندانپزشکی در بیماران تالاسمیک است که توسط دکتر عبدالرضا معادی ارایه شد که خلاصه آن در زیر عنوان شده است.

دکتر عبدالرضا معادی

بایستی در برنامه آموزش دندانپزشکان در مقاطع دانشگاه ها ، دوره های تکمیلی و مدون ،مبحث چگونگی مدیریت درمان این بیماران در مطب های دندانپزشکی و ناراحتی های دندانپزشکی آنان مورد توجه

در پروتکل های درمانی بیماران و ایجاد همکاری بین بخشی پزشکان و دندانپزشکان وبلا بردن آگاهی بیماران در زمینه سلامتی دهان و دندان نقش مهمی در ارتقا و رسیدن به شاخص مطلوب دارد . به همین منظور

از اوایل سال ۱۳۸۶ در حین بررسی پروتکل درمانی بیماران تالاسمی و تنظیم جدول زمان بندی ۱۵۰ بیمار تالاسمی مرکز پزشکی خاص در مورد ویزیت های دوره ای قلب ، غدد ، شنوایی سنجی ، سنجش تراکم استخوان و... و همچنین ارزیابی و نیاز سنجی بیماران با دو نکته بسیار مهم مواجه شدیم . مشکلات روحی و مشاوره ای بیماران و مشکلات دندان پزشکی و دغدغه های آن برای دندان و محیط دهان سه وظیفه اصلی عنوان می نمایند. تکلم ، جویدن و زیبایی واین سه کار محیط دهان و دندانها به عنوان اصلی در توجه بیشتر به سلامت و حفظ آنها است . از طرف دیگر صورت و دهان بعنوان اولین نقطه برخورد فرد بیمار یا سالم با محیط اطراف است و همین موضوع در خیلی از اوقات می تواند نشانه ای از وجود بیماری و یا سلامتی و در نهایت ایجاد ارتباط اجتماعی باشد .

با توجه به این که سلامت دهان و دندان بخشی از سلامت عمومی بدن محسوب می شود رسیدگی به امر درمان دندانپزشکی در کلیه مقاطع سنی ، اجتماعی ، اقتصادی و حتی در شرایط بیماری امری اجتناب ناپذیر است . به همین منظور لازم است توجه بیشتری به این امر اختصاص یابد . در بیماران تالاسمی به علت :

مصرف مداوم دارو ، کم بودن قدرت تحمل ، عدم توجه به بهداشت دهان و دندان ، ناراحتی ها و نگرانی های روحی ، هزینه درمان و عدم الویت به تامین سلامتی دهان و دندان نیازمند توجه بیشتری هستند . لحاظ نمودن سلامتی دهان و دندان





بیشتری قرار گیرد. از طرف دیگر با توجه به درمان دندانپزشکی این بیماران از سنین پایین، آموزش بهداشت به بیمار و خانواده های آنان، توصیه های علمی و تغییر رژیم غذایی و ترغیب بیماران به انجام معاینات دوره ای سه ماهه و شش ماهه دندانپزشکی از سوی پزشکان معالج در رسیدن به اهداف مذکور موثر است.

در حالت شدید بیماری یا بتا تالاسمی ماژور دلیل ماهیت ژنتیکی همولیز شدید سبب کم خونی شدید در این بیماران شده که خود سبب افزایش فعالیت مغز استخوان بین ۶-۳۰ برابر طبیعی گردد و یک خون سازی غیر موثر و کم خونی شدید در بیماران تالاسمی ماژور سبب بزرگی شدید فضاهای مغز استخوان در این بیماران نهایتاً دفورمیت های اسکلتی در این بیماران می گردد. لذا دفورمیت های اسکلتی بخصوص در صورت، گونه ها و فک بیماران بخصوص در بیمارانی که تشخیص درست و درمان به موقع برای آنها داده نشده است رخ می دهد و این بخصوص در فک باعث برخی ناهنجاری ها و در دندان ها و بزرگی یافت در محل لثه ها می شود که فیزیولوژی طبیعی محیط دندان را بهم زده و فرد را علاوه بر ظاهر غیر طبیعی دچار عدم فیکس شدن دندان ها بر روی هم و مستعد به انواع عفونت دندان و لثه می نماید بطوریکه در برخی موارد برای اصلاح دندان ها و نیاز به مشاوره گروه پزشکی و احتمال چند جراحی برای بیمار گذاشته می شود.

از طرفی بیماران برای ادامه حیات نیاز به تزریق خون دارند که همین باعث در معرض قرار گرفتن آنها به عفونت های منتقله از راه خون نظیر هیپاتیت B یا C یا HIV می شود که البته با کنترل کیفی دقیقی که امروزه سازمان انتقال خون برای خون ها انجام می دهد این مقدار کاهش پیدا کرده است اما از نظر اماراتی هیچگاه به صفر نمی رسد. این عامل اغلب باعث هراس پزشکان محترم دندانپزشک شده و مشاهده می شود

که برخی همکاران تمایل به درمان اینگونه بیماران ندارند و ترجیح می دهند که به سایر مراکز دولتی معرفی شوند.

اغلب همکاران دندانپزشک به علت عدم آگاهی از ماهیت بیماری آنرا با یک بیماری خونریزی دهنده اشتباه می نمایند لذا باید تذکر داد که این بیماری اصلاً اختلال خونریزی دهنده ندارد و در کارهای دندانپزشکی مشکل خاصی برای بیماران رخ نخواهد داد. این بیماران باید از نظر اختلالات دندانپزشکی بصورت دوره ای تحت مراقبت دندانپزشک باشند.

از جمله ضایعات مخاط دهان این بیماران، درد زبان (Glossodynia)، سوزش سطح زبان Dorsal از بین رفتن پاپیهای فیلی شکل ناحیه Dorsal (Rhomboid median glossitis) التهاب و پتشی روی کام و کاندیدا آلبیکانس.

بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در طول حیات خود احتیاج به تزریق مکرر خون دارند که باعث افزایش بار آهن و هموسیدروز می گرد. آهن در بافت های بدن رسوب می کند و بیماران ممکن است دچار اختلال در عملکرد قلب، غدد اندوکرین، کبد گردند. قبل از هرگونه عمل دندانپزشکی دانستن میزان هموگلوبین و هموتوکریت بسیار با اهمیت است. اقدامات دندانپزشکی باید در هفته اول و دوم بعد از تزریق خون وبا توجه

به فواصل تزریق خون، ترجیحاً در روزهای اول که به تازگی خون دریافت کرده اند، انجام گیرد. هموگلوبین بیمار باید حداقل ۱۰ dl/gr باشد. درمانهای دندانپزشکی باید تا حد امکان در وقت های کوتاه انجام شود که بیمار خسته نگردد.

این بیماران را به رعایت بهداشت دهان تشویق نمائیم اگرچه والدین آنها اکثراً همکاری خوبی دارند ولی خود کودکان به علت بی حالی و خستگی معمولاً مقدار زیادی شیرینی مصرف می کنند، به همین دلیل توجه بیشتر برای رعایت بهداشت دهان در این بچه ها لازم به نظر می رسد، همچنین مشاوره غذایی و انجام فلوراید تراپی و فیشور سیلانت برای آنها توصیه می شود.

ملاحظات خاص دندانپزشکی نیز در این بیماران به علت استعداد زیاد به عفونت و کاهش هموگلوبین از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. از آنجا که عوارض این بیماری برسر و صورت، دندانها و مخاط دهان تأثیر می گذارد، به بررسی آن می پردازیم به این امید که نحوه ارائه درمان دندانپزشکی و نحوه برخورد با این بیماران برای دندانپزشکان مشخص گردد و گامی در جهت بهینه کردن زندگی آنها پیش رویم.

مطالعه سلامت دهان و دندان در ۲۰۰ بیمار

تالاسمی

بررسی حاضر یک مطالعه مقطعی به روش توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۰۰ بیمار تالاسمی ماژور ۱۲-۳۰ ساله مراجعه کننده به مرکز تالاسمی امیر کلا (بزرگترین مرکز به بیشترین مراجعه بیماران تالاسمی در مازندران) که بیماری سیستمیک نداشتند ، صورت گرفت . شیوع ضایعات مخاط دهان به ترتیب زیر بود .

افت (۴۱/۴٪) پالپ پولیت (۵/۲٪) هایپرپلازی التهابی (۵/۱٪) زبان مودار (۱٪) زبان جغرافیایی (۴/۴٪) رنگ پریدگی مخاط (۴/۸۲٪) بود .

۱/۹۶٪ بیماران دسفرال تزریق می کنند و ۴۳٪ طحال برداری کرده بودند . S_OHI در ۴/۲۹٪ خوب و در ۸/۵۸٪ متوسط و در ۸/۱۱٪ بد بود . میزان شیوع تغییرات اسکلتی و سن بیماران ارتباط معنی داری وجود دارد ، بطوریکه با افزایش سن بیماران میزان تغییرات اسکلتی نیز بیشتر می شود . ۹/۳۱٪ بیماران زیر ۱ سالگی شروع به خونگیری کرده اند . شیوع تغییرات اسکلتی نیز به ترتیب زیر می باشد :

بیرون زدگی ماگزایلا ۷۷٪ ، برآمدگی گونه ۵/۷۵٪ ، برگشتگی لب بالا ۷۵٪ ، صورت شبیه جوندگان ۶۹/۹٪ بینی زینی شکل ۶/۶۷٪ .

ضایعات مخاط دهان ، به جز آفت که بیشتر از جمعیت نرمال بود ، با بیماری ارتباط ندارد ، اما ارتباط تغییرات اسکلتی با بیماری بطور واضح مشخص است ، چرا که تغییرات اسکلتی با بالا رفتن سن بیمار افزایش می یابد که ناشی از پیشرفت بیماری و شروع درمان در سنین بالاتر می باشد .

بیشتر بیماران در دهه دوم زندگی بودند (۲۰-۱۲) که این نشان دهنده پایین بودن امید زندگی در بیماران است . در مطالعه ما ۶/۷٪ پدران و ۵/۱٪ مادران تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند که با سایر مطالعات مطابقت دارد و می توان نتیجه گرفت که

شیوع بیماری در خانواده های تحصیل کرده کمتر است .

هر چه سن شروع درمان و تزریق دسفرال کمتر بود ، میزان فراوانی تغییرات اسکلتی نیز کمتر بود ، زیرا عوارض ناشی از کم خونی زمان کمتری برای ایجاد تغییرات پیدا می کنند . در مطالعه حاضر مشخص شد که بیماران مرکز تالاسمی امیر کلا بدلیل شروع دیرتر درمان ، تغییرات اسکلتی بیشتری نسبت به بیماران دیگر مراکز تالاسمی ایران دارند .

در مورد ارتباط پوسیدگی با طحال برداری ، این نتیجه حاصل شد که برداشت طحال با تعداد کلی بیماران که بیش از ۵ پوسیدگی داشتند ، مرتبط بود و در گروهی که طحال برداری نکرده بودند تعداد بیماران به بیش از ۵ پوسیدگی کمتر بود . در نتیجه از نظر آماری احتمال دارد برداشتن طحال در مبتلایان به تالاسمی با بالا رفتن تعداد پوسیدگی مرتبط باشد .

رعایت نکات مهم ذیل جهت پیشگیری و کاهش عوارض دهانی - فکی و جلوگیری از خطرات احتمالی در حین درمانهای دندانپزشکی توصیه می گردد . آموزش بهداشت دهان ، مراجعات منظم دندانپزشکی ، انجام به موقع درمانهای ارتدنسی ، پیشگیری از ابتلا پرسنل دندانپزشکی به هپاتیت ، مشاوره پزشکی بیماران جهت جلوگیری از خونریزی ناشی از اختلال در سنتز فاکتورهای انعقادی توسط کبد و پروفیلاکسی آنتی بیوتیک در کودکان اسپلنکتومی شده جهت کنترل عفونت قبل از انجام اعمال دندانپزشکی .

در نمای رادیوگرافی ، فکین رادیولوسنت به نظر می رسند و استخوانهای کورتیکال نازک شده و فضای مغز استخوانی بزرگ شده اند . ترابکولهای استخوانی بلند ضخیم شده ، لامینادورای دندانها نازک وریشه دندان کوتاه شده است .

هیپرپلازی شدید فضاهای مغز استخوانی سبب عدم پنوماتیزاسیون کامل سینوسهای

چارانازال خصوصا سینوس ماگزایلاری شده و بزرگی ماگزایلا راسبب می شود که خود مال اکلوزن کلاس اسکلتال ۲ را بوجود می آورد . در اسکال ، فضاهای دیپلوئیک خصوصا در ناحیه فرونتال به صورت بارزی ضخیم شده و اسکال یک نمای گرانولر را نشان می دهد . گاهی نمای end on Hair نیز مشاهده می شود . بیماران مبتلا به تالاسمی در تکامل دندانی خود تاخیر دارند و این تاخیر با افزایش سن بیمار بشتر می شود شیوع پوسیدگی های دندانی در مبتلایان تالاسمی نسبت به افراد نرمال بیشتر است .

اندازه تاج دندانی و طول دندان در بیماران تالاسمی کاهش می یابد . رادیوگرافی های پانورامیک و داخل دهانی هم ممکن است نشان دهنده از دست رفتن تراکم استخوانی و کورتکس نازک در مندیل باشد . تراکوبل های فکی با الگوی خشن و فضای هغز استخوانی بزرگ مشهود است . قبل از سال ۱۹۶۹ اصلاح دفوریتی صورتی در بیماران تالاسمی تنها به کمک ارتودنسی صورت می گرفت . امکان حرکات ارتودنتیک در بیماران تالاسمی وجود دارد ، اما دفورمیتی شدید عمودی و جانبی ماگزایلا با استئوپنی قابل اصلاح نیست . موارد متعددی از جراحی ارتوگناتیک بیماران تالاسمیک در مقالات ذکر شده است . آماده سازی این بیماران به منظور درمان جراحی نیازمند یک سری تمهیدات از قبیل هماهنگی با هماتولوژیست ، متخصص بیهوشی و... می باشد

نقش ورزش در سلامت بیماران کلیوی

انجام منظم حرکات ورزش بری تمام افراد مبتلا به بیماری های کلیوی مهم و ضروری است. ورزش منظم باعث تقویت عضلات، افزایش میزان انرژی و خلاصه اثرات مثبتی در زندگی بروی تمامی توانایی های بیمار دارد.

ورزش منظم برای بیماران از جمله، بیماران کلیوی فوایدی بسیاری دارد از قبیل:

- ۱- ارتقاء و بهبود عمل کرد قلب
 - ۲- کنترل مناسب فشار خون
 - ۳- کاهش شانس ابتلا به دیابت
 - ۴- کنترل میزان قند خون در بیماران دیابتی
 - ۵- درمان استرس و افسردگی
- به علاوه انجام مستمر ورزش کمک می کند تا وزن بیمار در محدوده طبیعی خود قرار گیرد.

آن دسته از بیماران تحت دیالیز که به طور منظم ورزش می کنند اظهار داشته اند که وضعیت خوابشان بهتر شده، انرژی بیشتری دارند، عضلات قوی تر داشته و خیلی بهتر قادر به انجام فعالیت های روزانه خود می باشند. انجام حرکات ورزشی منظم برای بیمارانی که به تازگی بیماری کلیوی برایش تشخیص داده شده، کسانی که تحت دیالیز هستند و کسانی که پیوند کلیه شده اند بسیار ضروری است.

قبل از شروع ورزش

توجه داشته باشید که با پزشک معالج تان برای شروع ورزش مشورت کنید بخصوص اگر در گذشته مشکلات قلبی مانند سکت قلبی، عمل بای پس قلب، آنژیوپلاستی یا تجربه درد قفسه سینه و کوتاهی تنفس داشته اید.

انتخاب نوع ورزش

افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیوی سود بیشتری از انجام منظم فعالیت های ورزشی خواهند برد،

انواع مختلفی از فعالیت های ورزشی:

- ۱- ورزش های کششی وضعیت حرکت مفاصل را بهتر می کند و سفتی عضلانی را کاهش می دهد.
- ۲- ورزش های قدرتی به قوی تر شدن عضلات کمک می کند.
- ۳- ورزش های استقامتی که ورزش های هوازی نیز خوانده می شوند، ورزش هایی هستند که روی سیستم قلب، عروق تأثیر می گذارند، مانند پیاده روی، دوچرخه سواری، که باعث بهتر شدن عملکرد قلب و عروق شده و به دنبال آن منجر به افزایش استقامت و سطح انرژی می شود.

ورزش های کششی:

ایجاد کشش در عضلات بسیار مهم است، باید به آهستگی این کار را انجام داد، زمانی که احساس کشیده گی در اندام های مربوطه ایجاد شد در این موقعیت به مدت ۱۰ ثانیه باقی بمانید. این کار باید ۳ تا ۵ مرتبه برای هر یک از حرکات انجام شود. خیلی مهم است که در حالتی که کشش را به مدت ۱۰ ثانیه نگه داشته اید به طور منظم تنفس کنید. ایجاد کشش در عضلات گردن و شانه ها نیز بسیار مهم است. انجام این گونه ورزش ها باید ۴ تا ۷ روز در هفته باشد.

تقویت عضلات:

این امکان وجود دارد که برای تقویت قدرت عضلات بدن از ورزش هایی استفاده کرد که وزن بدن در جهت جاذبه زمین حرکت دهد نمونه ای از این نوع ورزش ها شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- بلند شدن و نشستن بر روی یک صندلی که چندین بار باید انجام شود.

- ۲- بالا بردن و پایین آوردن انگشتان پا

- ۳- بالا و پایین رفتن از پله

- ۴- بالا رفتن از پله ها

تمامی این حرکات، ورزش های ساده ای هستند که به قدرت عضلات در ناحیه پاها می افزایند و کمک می کنند تا خیلی از فعالیت های روزانه به راحتی انجام شود.

همچنین می توان از وزنه های مخصوص برای افزایش قدرت عضلات استفاده کرد. در این نوع ورزش هدف آن است که از وزنه ای استفاده شود که قادر باشید ۱۲ تا ۱۵ مرتبه در هر یک از حرکت ها، از وزنه ها استفاده کنید.

استفاده از وزنه:

در ۳ مرحله و هر مرتبه ۱۵ تا ۱۲ بار دو حرکت انجام شود تا زمانی که بتوان به راحتی این حرکات را انجام داد در این حالت می توان نیم تا یک کیلو به وزنه ها افزود. وقتی از وزنه استفاده می شود باید به آرامی و به تدریج حرکات را به درستی انجام داد. برای محافظت بیشتر خودتان و اینکه می خواهید حرکات ورزشی را به درستی انجام دهید وزنه ها را بسیار آرام حرکت دهید در هر مرتبه در زمان بالابردن و پایین آوردن وزنه ها منظم، تنفس کنید. این حرکات را به طور پیوسته و آرام انجام دهید و زمانی که اطمینان حاصل کردید که عضلات شما با وزن و حرکات با این وزنه ها خود را وفق داده است می توانید وزن وزنه ها را به آرامی افزایش دهید.

ورزش های قلبی عروقی:

در این گروه از ورزش ها دسته ای از عضلات بزرگ استفاده می شود این عضلات، عضلاتی

مواردی که در حین ورزش باید در نظر داشته باشید.

- مهمترین مسأله گوش فرا دادن به بدن در حین ورزش می باشد. باید سرعت فعالیت ورزشی خود را کاهش دهید اگر:

- احساس کنید که ورزش انجام شده سخت یا بسیار سخت می باشد.

- ورزش کردن باعث احساس ناراحتی یا درد عضلات و مفاصل شود.

- در زمانی که با فردی دیگر صحبت می کنید تنفس شما سخت شود.

- بالا رفتن میزان ضربان قلب

در چه مواردی باید حرکات ورزشی را قطع کرد و با مرکزی که به شما خدمات می دهد تماس بگیرید:

- افزایش کوتاهی تنفس

- احساس فشار یا درد بر روی قفسه سینه، گردن و فک

- ضربان های نامنظم و یا شدید

- حالت تهوع

- احساس خستگی فراوان در حین انجام ورزش که در تمام روز آن را احساس می کنید

- تاری دید

- تداوم انجام حرکات ورزشی با کاهش زمان های استراحت تا رسیدن به زمان ۳۰ تا ۴۰ اگر ورزش را به آرامی شروع کرده اید می توان ۲ مرتبه در یک روز این ورزش ها را انجام داد به همین منوال ادامه دهید تا جایی که ۲۰ دقیقه یا بیشتر در هر مرحله افزایش داشته باشید.

چه زمانی برای ورزش کردن مناسب است: اگر بیمار تحت همودایلیز هستید احساس بهتری در حین ورزش در روزهایی که نوبت دیالیز نیست یا قبل از درمان خواهید داشت. ورزش بعد از انجام همودایلیز خیلی مناسب نیست چون فشار خون بیمار ممکن است خیلی پایین باشد. اگر یک جلسه دیالیز را انجام نداده اید ورزش نکنید زیرا مایعات فراوانی در بدن تجمع پیدا کرده اند، اگر تحت دیالیز صفاقی هستید در زمانی که شکم خالی از مایعات است بهترین زمان برای انجام حرکات ورزشی می باشد.

به طور منظم ورزش کنید و خیلی بهتر است که برنامه ریزی کنید هر روز در ساعتی مشخص حرکات ورزشی را انجام دهید این شیوه کمک می کند به انجام حرکات ورزشی عادت کرده و آن را قسمتی از فعالیت های روزانه خود قرار دهید.

هستند که باعث می شوند قلب شما با شدت کار کند مانند: پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، راه رفتن تند و غیره. انجام این گونه ورزش ها را در صورت امکان ۷ روز هفته انجام دهید وقتی این ورزش ها را انجام می دهید باید به صورتی باشد که سطح تنفس و یا ضربان قلب افزایش یافته اما نه به اندازه ای که نتوانید در حین ورزش هوای با فرد دیگری حرف بزنید (تست حرف زدن)

افراد مختلف برای شروع ورزش در سطوح مختلف بسته به میزان توانایی و احساس راحتی خود حرکات را انجام می دهند. به طور مثال برای شروع پیاده روی با ده دقیقه در روز آغاز می کنند، به مدت یک هفته، سپس آن را به ۱۵-۱۲ دقیقه در هر نوبت می رسانند به بیمار فشار نیاورند.

ورزش های قلبی عروقی که به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه در بیشتر روزهای هفته انجام می گیرند دارای بالاترین میزان اثر گذاری می باشند و لزوم توجه نکات ذیل سبب بهره وری بیشتر این دسته از حرکات ورزشی خواهد شد

- عدم انجام کلیه حرکات در یک جلسه
- انجام حرکات در زمان های کوتاه همراه با استراحت مناسب در فواصل حرکات



بیماری آلزایمر: معضل پزشکی در قرن بیست و یکم

بیماری آلزایمر یکی از شایع ترین علل از دست دادن عملکرد ذهنی می باشد که تقریباً ۵/۶ میلیون نفر را در کشورهای توسعه یافته درگیر می کند و مسبب مرگ بیش از یکصد هزار نفر در سال در آمریکا می باشد. بیماری آلزایمر معمولاً بین دهه های ششم و نهم رخ می دهد و روند تخریبی آن شامل اختلال تدریجی حافظه، قضاوت و مهارت های زبانی علاوه تغییرات رفتاری می باشد. متن کامل مقاله زیر را می توانید در بخش انگلیسی مطالعه کنید.

دکتر ناصر پارسا

زندگی برای این بیماران ۷ سال است . ۱۰٪ موارد آلزایمر خانوادگی و ۹۰٪ موارد آن تک گیر هستند . سن یک فاکتور مهم در ایجاد آلزایمر و دمانس در جمعیت های انسانی است . در سال ۲۰۰۹ حدود ۳۰ میلیون مبتلا به آلزایمر در سراسر جهان ثبت شدند.

پاتوفیزیولوژی

مکانیسم بیولوژیکی آلزایمر ناشناخته است. شواهدی وجود دارند که ریسک فاکتور مانند : افزایش سن ، ژنوتیپ لیپوپروتئین E۴ ، چاقی ، مقاومت به انسولین ، فاکتور های عروقی ، دیس لیپوپروتئین ، فشار خون و مارکرهای التهابی در پاتوفیزیولوژی آلزایمر و اختلالات دمانس شرکت دارند . این بیماری دارای سه فاز علامتدار می باشد:

- ۱-علایم خفیف : گیجی واز دست دادن حافظه ،عدم جهت یابی ، مشکل با وظایف عادی و تغییرات در شخصیت و قضاوت .
- ۲-علایم متوسط : اختلال خواب ، به سختی

تحقیق و بررسی قرار گرفته اند همانند سرطان و ایدزاین مسئله ضروری است که برای درمان بیماران آلزایمری نیز چندین دارو مورد استفاده قرار بگیرد. بعضی از پزشکان استفاده از رژیم غذاییمناسب به همراه تمرینات ذهنی وجسمی را به عنوان اقدامات پیشگیری کننده توصیه می کنند . اپیدمیولوژی :

خطر بروز بیماری آلزایمر در طول زندگی به ترتیب ۱۵٪ برای افراد بالای ۶۵ سال و ۴۰٪ برای افراد بالای ۸۰ سال می باشد . میانگین هزینه سالانه برای سلامت و نگهداری بلند مدت هر بیمار آلزایمری حدود چهار هزار دلار در سال ۲۰۰۹ بود. شیوع بیماری آلزایمر و دیگر انواع دمانس در افراد پیر بیشتر از افراد جوان می باشد. میزان بروز آلزایمر حدود ۳در هزار در سن ۶۵ سالگی در مقایسه با ۷۰ در هزار در افراد ۹۰ ساله می باشد . بروز آن در زنان بیشتر از مردان است که دلیل طول عمر بیشتر در آنها میباشد(۳،۴) میانگین زمان

مغز انسان مجموعه و ارگانی است که تمام اطلاعات ضروری را ذخیره، یادآوری و پردازش می کند تخریب آن به وسیله بیماری آلزایمر شباهت زیادی به حافظه کامپیوتری دارد که اطلاعاتش را از دست داده است . بیماری آلزایمر یکی از مهمترین دلایل ایجاد دمانس (شرایطی که در آن توانایی تفکر، درک کردن، و به یاد آوردن کاهش یافته است) می باشد.بیماری آلزایمر یک مشکل بزرگ برای سلامت جامعه محسوب می شود که به روابط بین فردی و اجتماعی نیز اثر دارد.

بیماری چند سال قبل از شروع علائم تشخیصی شروع می شود. با کمک های تصویر برداری عصبی و مارکر های بیولوژیکی تشخیص نهایی صورت می گیرد و یک روش درمانی مناسب برای تاخیر در پیشرفت این بیماری انتخاب می شود.

اخیراً بیش از صد داروی جدید برای هدف قرار دادن مسیر بتا آمیلوئید، شامل جلوگیری از تشکیل پروتئین های تائو مورد



تشخیص زود رس این اختلال کلید درمان این بیماری و بهبود بیمار است. دیگر درمان های جایگزین مانند رژیم مخصوص به همراه تمرینات ذهنی و جسمی به وسیله بیشتر محققان پزشکی توصیه شده اند.

افراد دارای پیش زمینه ژنتیکی آلزایمر و آنهایی که از نظر پروتئین های بتا آمیلوئید و تائو مثبت می باشند، باید زودتر مداخلات پزشکی را دنبال نمایند.

در صورتی که بیماران وجود داشته باشند با توجه مناسب و سریع پزشکی برای این بیماران صورت پذیرد. این تحقیق علمی در آئینده نزدیک درمان هایی بهتری را برای بیماری آلزایمر فراهم خواهد آورد.

منابع :

1. Stix G. Alzheimer's: forestalling the darkness. Sci Am. 2010 Jun;302(6):50-57.
2. Wolfe M. Shutting down Alzheimer's. SciAm. 2006 May;294(5):72-79.
3. Association As. 2010 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2010 Mar; 6(2): 158-194.



نتیجه گیری

بروز آلزایمر با افزایش سن جمعیت افزایش می یابد. علایم با گذشت زمان با مقادیر و الگوهای مختلف افزایش می یابند. ما هنوز درمان موثری برای آن نداریم.

بعضی داروها مانند دانپزیل، گلاتامیل و ممانتین تنها علائم شناختی را برای چند ماه تا چند سال کاهش می دهند اما بیماری زمینه ای را درمان نمی کنند. این امر به خوبی دریافته شده است که پروتئین های بتا آمیلوئید و تائو در بیماری آلزایمر باعث

تخریب سلول های مغزی می شوند. چندین دارو وجود دارند که می توانند باعث مهار سنتز بتا آمیلوئید و همچنین جلوگیری از تجمع مولکولهای تائو شوند. اخیراً تحقیقات علمی یشرفت بزرگی در جهت یافتن وقایع مولکولی که باعث شروع این علائم بیماری می شوند پیدا کرده اند.

بنابراین چند استراتژی جدید برای کاهش پیشرفت این بیماری پدید آمده است. محققان در تلاش هستند تا مارکر بیولوژیکی را کشف کنند که آنها را در تشخیص آلزایمر در مراحل اولیه یاری دهد.

تشخیص دادن خانواده و دوستان ، عصبانیت وخشم ، مشکل در فعالیت های روزانه ۳- علایم شدید : از دست دادن قدرت تکلم و اختیار مثانه و روده ها - کاهش اشتها و وزن - وابستگی کامل به یک پرستار راهکارهایی برای تشخیص :

تشخیص افتراقی ، تست های آزمایشگاهی و تصویر برداری، MRI مغزی - اندازه گیری پروتئین های تائو و آمیلوئید مغزی - نخاعی

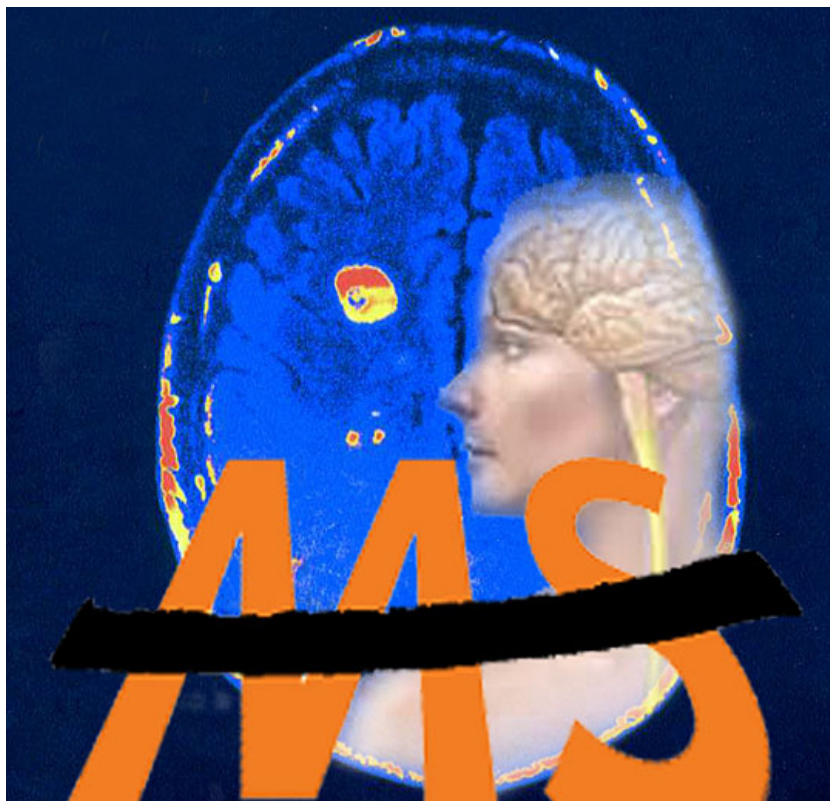
درمان :

بیماران آلزایمری بوسیله درمان های علامتی و تغییردهنده بیماری درمان خواهند شد. تمام داروهای تأیید شده برای درمان بیماری آلزایمر - نوروترانسمیترهایی مانند استیل کولین و گلوتمات را تعدیل می کنند. درمان های تغییر دهنده بیماری باعث تأخیر در شروع بیماری شده و پیشرفت آن را نیز کند می کنند. درمان های دارویی استاندارد برای بیماری آلزایمر شامل مهارکننده های استیل، کولین استرازو آنتاگونیست های NMBA می باشد. داروهای سایکوتروپیک برای درمان ثانویه آلزایمر مانند اختلال خواب، عصبیت و افسردگی می باشند .

مرور مختصری بر بیماری MS یا مولتیپل اسکلروزیس

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

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



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

علت MS:

علت مولتیپل اسکلروزیس هنوز دقیقا شناخته نشده است، اما تحقیقات زیادی در این زمینه انجام شده است. آسیب به میلین در MS ممکن است در اثر پاسخ غیر طبیعی سیستم ایمنی به یک ویروس یا باکتری (شایعترین موارد مورد بحث Clamidia, HSV, EBV, CMV می باشند) باشد و پاسخ به این عوامل به عنوان، ممکن است به عنوان یک ماشه برای MS عمل کند. این ماشه سلولهای گلبول سفید به ویژه TH۴ را به سمت سد خونی مغزی هدایت و بدلیل شباهت ساختاری این عوامل با میلین سبب تخریب آن می گردد.

انواع MS:

MS Benign: خوش خیم که در این نوع فقط تعداد کمی حمله رخ می دهد که این حملات نیز معمولا با بهبودی کامل همراه

ها غیر فعال شود. حدود ۸۵٪ از افراد در ابتدا با عود فروکش کننده MS تشخیص داده می شود.

Primary Progressive MS (اولیه پیشرونده) تقریبا ۱۰٪ از افراد با این شکل از MS روبرو هستند، که توسط فقدان حملات مجزا شناخته می شود، اما به صورت آهسته و پیوسته علائم بدتر می شود.

Secondary Progressive MS

است. این نوع MS در طی زمان بدتر نمی شود و معمولا موجب هیچ ناتوانی ماندگاری نخواهد شد

Relapsing-Remitting MS (عودکننده) در این شکل از MS عود بیماری غیر قابل پیش بینی (تشدید، حملات) رخ می دهد که در طی آن علائم جدید ظاهر می شود و یا علائم موجود شدیدتر می شود. این عود در زمرتهای مختلف رخ می دهد و بعد از حمله بهبودی جزئی یا کلی رخ می دهد. این بیماری ممکن است برای ماه ها یا سال

۱- دانشگاه شاهد، MS واحد تحقیقات

۲- دانشگاه شاهد، MS مدیر واحد تحقیقات

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

جلوگیری از عود در بیماری

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

درمان علایم اختصاصی

برای بسیاری از علایمی که در MS رخ می دهد بیش از ۳۰ داروی مختلف به این منظور به کار می روند، مثلاً از آمانتادین برای کم کردن اختلالات حرکتی و از باکلوفن برای مقابله با سفتی عضلانی (اسپاسم) استفاده می شود. برای بهبود عملکرد از دست رفته مبتلایان باید توانبخشی انجام شود. همچنین در طول دوره بهبودی افراد برنامه نگهداری برای دستیابی و حفظ شرایط مطلوب برگزار گردد که شامل فیزیوتراپی، تمرینات کششی، تمرینات هماهنگی گفتار و حتی شاید نیاز به تغییر در شیوه زندگی (چه اجتماعی و چه شغلی) باشد.

توجه داشته باشید که برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیماری MS و آخرین یافته های آن، سایتهای معتبر فراوانی وجود دارد که معتبر ترین آنها سایت فدراسیون جهانی MS به آدرس www.MSIF.Org می باشد.

اختلالات شناختی و عاطفی: از دست دادن حافظه کوتاه مدت، از دست دادن تمرکز، قضاوت یا استدلال در حالیکه برخی از این نشانه ها بلافاصله آشکار هستند، دیگران از جمله احساس خستگی، تغییر، حافظه اغلب نشانه های پنهان هستند.

تشخیص MS:

بر خلاف بسیاری از بیماری های دیگر، هیچ تست آزمایشگاهی برای تشخیص قطعی MS وجود ندارد. این بدین معنی است که در نهایت یک پزشک توسط ترکیبی از مشاهده علایم، و رد کردن سایر تشخیص ها، به تشخیص MS می رسد. معیار تشخیصی جدید MS معیار تشخیص بیماری براساس معیار جدید مک دونالد ۲۰۱۰ می باشد.

تشخیص بالینی

اوایل MS ممکن است خود را به صورت علایم مبهم، که ممکن است به صورت پراکنده که در طی یک دوره طولانی مدت رخ می دهد و اغلب نیز می تواند به برخی دیگر از تشخیص های پزشکی آن را نسبت داد، خود را نشان می دهد. حتی زمانی که یک فرد را الگوی کلاسیک > از علایم MS را نشان می دهد، علایم باید به صورت زیر و مورد توافق متخصصین مغز و اعصاب باشد: دو منطقه مختلف سیستم عصبی مرکزی تحت تأثیر قرار گیرد، که این اثرات حداقل در دو نوبت جداگانه که حداقل یکماه با هم فاصله زمانی دارند تشخیص داده شده باشند، و بیمار در محدوده سنی رایج برای شروع MS باشد.

درمان MS:

هنوز هیچ درمان قطعی برای MS وجود ندارد، اما درمانهای علامتی موجود بسیار موثر هستند: درمان در زمان تشدید بیماری درمان استاندارد برای زمان تشدید بیماری

(پیشرونده ثانویه)

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

Progressive relapsing MS

(پیشرونده عودکننده)

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

علایم MS:

یک بیماری بسیار متغیر است و علایم موجود بستگی به محل درگیر در سیستم عصبی مرکزی دارد. هیچ الگوی تعیین شده ای برای MS وجود ندارد و هر کس که مبتلا به MS است از مجموعه متفاوتی از نشانه ها، که در زمانهای مختلف متفاوت است و شدت و ضعف آن نیز تغییر می کند، رنج می برد. علایم رایج MS به شرح زیر است: مشکلات بینایی: تاری دید، دوبینی انحراف و حرکت سریع غیر ارادی چشم و به ندرت از دست دادن کل دید. مشکلات تعادل و هماهنگی: از دست دادن تعادل، لرزش، راه رفتن بی ثبات (آتاکسی)، سرگیجه، ضعف اندامها، اسپاسم اختلال حس: بی حسی، سوزش درد: دردهای عضلانی، درد صورت (مانند درد عصب سه قلو)

اختلال تکلم: کاهش بیان، تغییر در ریتم بیان، اشکال در بلع (دیسفاژی) خستگی: نوع ناتوان کننده خستگی عمومی است که غیر قابل پیش بینی و یا نسبت به فعالیت است. خستگی یکی از شایع ترین (و یکی از شدیدترین) علایم MS است. مشکلات مثانه و روده: مشکلات مثانه عبارتند از: نیاز به دفع ادرار به طور مکرر و / یا فوری، تخلیه ناقص یا تخلیه در زمان نامناسب. مشکلات روده عبارتند از: یبوست و به ندرت از دست دادن کنترل روده. مشکلات جنسی: لاغری، کاهش انگیختگی حساسیت به گرما: این علامت بسیار گذرا است و معمولاً باعث بدتر شدن علایم می شود

اورژانس در هموفیلی

قسمت اول

مقاله زیر تعدادی از وقایع همراه با خونریزی را توضیح می دهد که تأکید آن بیشتر روی استراتژی درمانی است که علاقمندان می توانند قسمت دوم این مقاله را در شماره بعد مجله خاص مطالعه کنند.

دکتر سمیرا مجیدیان

جای بگذارند . خونریزی داخل کرانیال در نوزادان بیشتر بر اثر تروما است . زایمان واژینال سخت با فورسپس و وکیوم، فاکتورهای مستعد کننده خونریزی در نوزادان می باشند . میزان بروز خونریزی داخل کرانیال ۳/۵۸ درصد است .

۱/۳ موارد جدید هموفیلی A بر اثر موتاسیون است و بیماران سابقه خانوادگی مثبت ندارند . بنابراین تمام نوزادان پسر که دچار خونریزی اینترا کرانیال می شوند، باید از نظر سطح ptt و فاکتور ۹و۸ بررسی شوند .

هماتوم نخاعی

در مواقعی که همتوم باعث فشار روی طناب نخاعی می شود لامینکتومی لازم است . در صورتیکه تشخیص اولیه همتوم صورت گیرد ، می توان از نیاز به جراحی جلوگیری کرد و درمان ۱۰ تا ۱۴ روز باید ادامه یابد . زمانی که علائم وجود ندارد ، در صورتیکه تصویربرداری خونریزی مغزی را تأیید کند،

کمتر از ۵ سال می باشند. در افرادی که هموفیلی خفیف دارند ، خونریزی داخل کرانیال حداقل ۵۰٪ کمتر از مواردی است که بیماری شدید است .

خونریزی داخلی کرانیال خونریزی داخل کرانیال بسیار خطرناک است و به بافت ها آسیب می رساند . بدلیل آنکه سیستمی برای جبران خونریزی وجود ندارد ، حتی مقدار کم خونریزی نیز می تواند باعث آسیب شود . بنابراین باید سریعاً سطح فاکتور انعقادی را بالا برد ، حتی پیش از آنکه خونریزی توسط روشهای تصویربرداری تأیید شود. محل خونریزی می تواند ساب دورال ، اپی دورال یا داخل پارانشیم باشد . خونریزی می تواند همراه با تورم مغز یا فتق مغزی باشد .

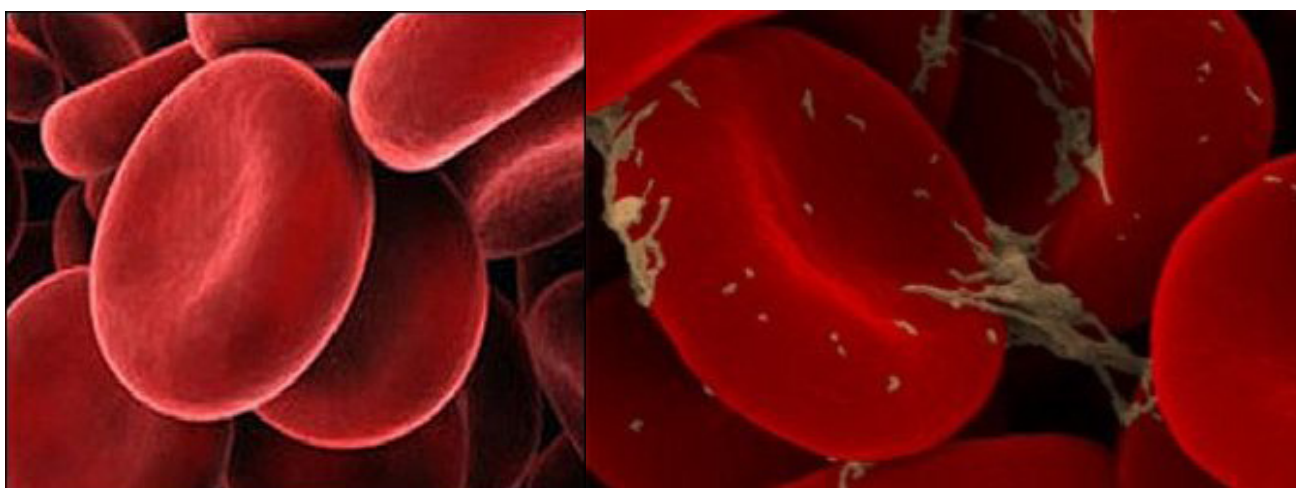
اگر فاکتور انعقادی به سرعت جایگزین شود می تواند از عوارض جلوگیری کند . در صورتیکه خونریزی داخل پارانشیم اتفاق بیفتد، حتی خونریزی های کوچک می توانند آسیب نورولوژیک یا ساختمانی بر

مقدمه : خونریزی ناشی از هموفیلی در صورتیکه جایگزینی فاکتورهای انعقادی در سطح فیزیولوژیک صورت گیرد ، قابل پیشگیری است . اگر چه معمولاً این درمان بجز موارد پیش از عمل اجرا نمی شود. گرچه تزریق پیشگیرانه فاکتورهای ۹و۸ گاهی از همه ی خونریزی های ناشی از ضربه در بیماران هموفیلی جلوگیری نمی کند، تمام بیماران هموفیلی در معرض خونریزی شدید و گاهی تهدید کننده حیات می باشند و گاه نیاز به اقدامات اورژانسی دارند.

این متن تعدادی از وقایع همراه با خونریزی را توضیح می دهد که تأکید آن بیشتر روی استراتژی درمانی است .

خونریزی مغزی :

بیشترین خونریزی اورژانس در بیماران هموفیلی خونریزی CNS است که عموماً بر اثر ضربه به سر اتفاق می افتد. خونریزی خود بخودی کمتر اتفاق می افتد و فاکتورهای مستعد کننده آن عفونت HIV و سن



نتیجه گیری :

حوادث خونریزی دهنده اورژانس اگر چه غیر شایع هستند ولی نیاز به توجه و مداخله سریع با دوز بالای CFC دارند . اقدامات دیگر مانند جراحی ممکن است گاهی به صورت اورژانسی لازم شود .

درمان جایگزینی فاکتور ۸ یا ۹ باید در ابتدا یا همزمان با هر مداخله در بیماران هموفیلی که به صورت بحرانی بدحال هستند ، صورت گیرد . تنها رفع عامل آسیب رسان و یا احیای قلبی ریوی پیش از جایگزینی فاکتورها صورت می گیرد.

نه تنها نیاز به درمان کافی CFC در ابتدای تشخیص وجود دارد، گاهی بعد ازان تا زمان بهبود آسیب ، ادامه درمان مورد نیاز است. و ایده آل تر اینکه اندازه گیری مکرر سطح فاکتورها جهت اطمینان از میزان دلخواه آنها صورت گیرد .

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



واحد به ازای هر کیلوگرم لازم است. زمانیکه فاکتور ۹ موجود نمی باشد، مجموعه پروترومبین مشتق از پلاسما با دوز ۱۰۰ واحد به ازای هر کیلوگرم استفاده می شود. بدلیل ریسک ترومبوز حاد و انعقاد منتشر ، دوزهای بعدی باید کمتر باشند. در ادامه مشاهده و بررسی تأثیر هموستاتیک فاکتورها و وضعیت فاکتورهای مهوری باید صورت گیرد .

دوره درمان :

دوره درمان جایگزین، نسبت به مقدار دوز تجویزی ، کمتر مورد بحث قرار گرفته است. ریسک خونریزی مجدد در روزها یا هفته های بعد از خونریزی بالا است. خصوصاً وقتی مقدار کمتر فاکتور ۸ و فاکتور ۹ به بیمار تزریق شده باشد. بسیاری از پزشکان معتقدند باید سطح فاکتورها را تا سه هفته بعد خونریزی بالای ۵۰٪ نگه دارند تا از ریسک خونریزی مجدد جلوگیری شود .

دوره درمان طولانی تر زمانی که جراحی نوروسرجری وسیع صورت گرفته، لازم است و زمانی که فاکتورها به مدت طولانی در سطح نرمال می باشند، درمان آرام آرام قطع می گردد .

بستری شدن در بیمارستان برای بیمار لازم است .

استراتژی درمانی در موارد خونریزی مغزی استراتژی CFC (تغلیظ فاکتور انعقادی) برای درمان خونریزی مغزی در هموفیلی A و B بر اساس ۳ قانون مهم است .

- ۱_ به میزان کافی فاکتور تزریق کنید تا سطح فاکتور به مقدار نرمال فیزیولوژیک حداقل ۱۰۰٪ برسد .
- ۲_ مکرراً تزریق صورت گیرد تا سطح فاکتور ۸ و ۹ پایین نیفتد .
- ۳_ مکرراً سطح فاکتورها را اندازه گیری کنید تا در سطح فیزیولوژیک بماند .

میزان تجویز فاکتورها :

در هموفیلی A ، ۵۰ واحد به ازای هر کیلوگرم فاکتور ۸ هر ۸ تا ۱۲ ساعت تکرار شود و اگر جراحی مغز و اعصاب لازم باشد دوز بعدی زودتر مورد نیاز است .

میزان فاکتور ۹ برای هموفیلی B باید نوع تولیدی اختصاصی باشد. برای فاکتور ۹ نوترکیب دوز اولیه حداقل ۱۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم همراه با تزریق مکرر هر ۱۸ تا ۲۴ ساعت همراه با اندازه گیری فاکتور ۹ لازم است . درمورد فاکتور ۹ مشتق از پلاسما با خلوص بالای ۱۰۰

اثرات معجزه آسای چای سبز

سلول‌ها هستند

۸. چای سبز فعالیت سلول‌های مغز به ویژه بخش‌های مربوط به حافظه را تقویت و تحریک می‌کند. از طرفی چای سبز باعث کاهش میزان استیل کولین در سلول‌های مغز شده و با این عمل مانع از تخریب سلول‌های مغز و بروز بیماری می‌شود

نحوه استفاده و میزان مصرف

برای هر نفر یک قاشق مرباخوری چای سبز را در قوری ریخته و به ازای هر یک قاشق، یک لیوان آب داغ با دمای ۸۰ تا ۸۵ درجه به آن اضافه کرده و درب قوری را به مدت هفت تا هشت دقیقه بگذارید سپس آن را بنوشید

چای سبز مانند چای سیاه لزومی به دم کردن ندارد

نوشیدن روزانه سه لیوان چای سبز مفید است

در نشریه پیشگیری از سرطان در سال موجود در چای سبز به EGCG، ۲۰۱۰ عنوان متوقف کننده رشد سلول‌های سرطان ریه معرفی شد

۶. از رسیدن هر نوع آسیب به پوست پیشگیری می‌کند. آنتی اکسیدان‌های موجود در چای سبز سلول‌های پوست را در مقابل آسیب‌ها به ویژه رادیکال‌های آزاد که یکی از عوامل ایجاد سرطان و افتادگی و آسیب به پوست‌اند، محافظت می‌کند

۷. چای سبز را به عنوان (Anti - Aging) داروی ضد پیری می‌شناسند. دلیل اصلی آن وجود میزان قابل توجهی آنتی اکسیدان در چای سبز به ویژه آنتی اکسیدان‌های موثر در حفظ شادابی و جوانی است. آنتی اکسیدان‌ها یکی از شاخص‌ترین عوامل برای حفظ سلامتی و شادابی سلول‌های بدن‌اند که باعث به تعویق انداختن شروع روند پیری

اثرات معجزه آسای چای سبز مربوط به وجود پلی فنول‌های کاتچین به خصوص است. (EGCG) پی گالو کاتچین گالات ولی قرار نیست برای بهره‌مندی از خواص مفید این نوشیدنی سبز، این نام سخت و طولانی را به خاطر بسپارید

۱. از بین برنده فوق‌العاده چربی‌های اضافی کل بدن است. این نوشیدنی به خاطر وجود سرعت EGCG ترکیبی در خود به نام سوخت چربی در بدن را افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد نوشیدن روزانه سه فنجان چای سبز می‌تواند تا ۷۰ کالری انرژی ناشی از سوخت چربی‌ها ایجاد کند

۲. چربی‌های اضافی شکم را از بین می‌برد. طی نتایج حاصله از تحقیقات محققان در چای سبز EGCG، دانشگاه توفتر مانند دیگر کاتچین‌ها، ژن‌های سوخت چربی را در شکم فعال می‌کند و سرعت کاهش وزن را تا ۷۷ درصد افزایش می‌دهد

۳. معمولاً با افزایش سن، قندخون هم کم کم بالا می‌رود، خصوصاً اگر به رژیم غذایی خود توجه کافی نداشته باشیم. وزن به مرور زمان بالا رفته و به دنبال آن احتمال بروز دیابت نوع دو افزایش می‌یابد اما چای سبز چطور قادر به کاهش قندخون است؟ به نظر می‌رسد اصلی‌ترین مکانیسم، مهار کردن فعالیت آنزیم آمیلاز بزاق و روده (آنزیم مسوول هضم نشاسته) است. با مهار شدن فعالیت این آنزیم، نشاسته با سرعت بسیار آهسته‌ای می‌شکند و در نتیجه قندخون با سرعت کمی بالا می‌رود

مصرف روزانه پنج فنجان چای سبز می‌تواند از بروز دیابت جلوگیری کند. چای سبز قادر است از ۴. بیماری‌هایی همچون بیماری‌های کلیوی به طرز معجزه آسایی جلوگیری کند

۵. مصرف این نوشیدنی در درمان سرطان ریه مفید است. طی نتایج تحقیقات منتشره



فرہنگی



قورباغه ات را قورت بده

برای پرورش عادت تمرکز به سه ویژگی نیاز دارید که آنها عبارتند از انضباط، تصمیم گیری و اراده است. اول باید عادت انجام رساندن کار را در خود پیروانید. دوم: خودتان را منضبط کنید تا اصولی را که باید یاد بگیرید آنقدر تمرین کنید تا بر آن تسلط یابید و در پایان همه چیز را با نیروی اراده تان تقویت کنید تا عادت تثبیت شده جزء جدانشدنی شخصیت شما گردد.

۲۱ روش عالی غلبه بر تنبلی :

۱- میز را بچینید: قبل از آغاز کار اهداف و پروژه های خود را روی کاغذ بنویسید. شما می توانید تا آخر عمر از یک روش قوی و مؤثر برای مشخص کردن اهداف تان و رسیدن به آنها برخوردار شوید که شامل هفت مرحله ی ساده می باشد:

دقیقاً مشخص کنید که چه می خواهید.

هدفتان را بر روی کاغذ بیاورید.

برای هدف خود مهلت یا وقت تعیین کنید.

برای همه کارهایی که می خواهید به هدفتان برسید فهرستی تهیه کنید.

فهرست را به یک برنامه تبدیل کنید. یعنی کارهایی که در لیست خود آورده اید را الویت بندی کنید.

بلافاصله طرح خود را به مرحله اجرا بگذارید.

در راه رسیدن به هدفتان هر روز قدمی بردارید.

۲- برای هر روز از قبل برنامه ریزی کنید: برنامه ریزی قبل مناسب مانع از عملکرد ضعیف می شود. از همان روزی که کار کردن از روی لیست را آغاز کنید ۲۵٪ یا بیشتر میزان کارایی و بازدهی تان افزایش می یابد.

۳- قانون ۲۰٪ را در همه امور به کار بگیرید: از انجام کارهایی که جزء ۸۰ درصد

کم ارزش هستند خودداری کنید آنهم در حالیکه ۲۰ درصد از کار های با ارزشی را که در صدر قرار دارند هنوز انجام نداده اید.

۴- نتایج کار را در نظر داشته باشید: نشانه تفکر برتر یک انسان این است که بتواند پیش بینی درست نسبت به نتیجه انجام دادن یا انجام ندادن یک کار داشته باشد.

۵- روش الف ب پ ت ث را مدام به کار بگیرید: اولین قانون موفقیت تمرکز است. تمام انرژی خود را روی یک نقطه متمرکز نمایید و مستقیماً به سمت آن حرکت کنید و به راست و چپ منحرف نشوید.

۶- روی اهداف کلیدی تمرکز کنید: یک هدف کلیدی هدفی است که برای موفقیت در کارهایتان باید به آن دست پیدا کنید.

۷- از قانون تشخیص ضرورت پیروی کنید: قانون تشخیص ضرورت می گوید: "هرگز برای انجام همه کارها وقت کافی وجود ندارد، اما همیشه برای انجام بهترین کارها وقت هست.

۸- قبل از شروع کار ملزومات را کاملاً فراهم کنید:

۹- همواره به یادگیری ادامه دهید: تنها ابزار ویژه موفقیت این است که عملکردتان بیشتر و بهتر از چیزی باشد که از شما انتظار می رود.

۱۰- استعدادهای خاص خود را تقویت کنید:

۱۱- محدودیت های اصلی خود را مشخص کنید

۱۲- هر بار یک بشکه جلو بروید: یکی از بهترین راه های غلبه بر تنبلی این است که به جای فکر کردن به کل کاری که پیش رو دارید ذهن خود را روی قسمتی از آن که در حال حاضر می توانید انجام دهید متمرکز نمایید.

۱۳- خودتان را تحت فشار بگذارید: اولین شرط لازم برای موفقیت این است که تمامی

نیروهای جسمی و ذهنی خود را به طور پیوسته و خستگی ناپذیر روی یک مسئله متمرکز کنید. اگر در زندگی خود مسئولیت به عهده نگیرید و خود را تحت فشار قرار ندهید ممکن است تا ابد در انتظار بمانید.

۱۴- نیروی فردی خود را به حداکثر برسانید

۱۵- خودتان را به فعالیت ترغیب کنید: برای داشتن بهترین عملکرد باید مشوق اصلی خودتان باشید و خودمان را به بازی کردن و بهترین نحو ممکن تشویق کنیم. هر قدر خوشبین تر باشید و انگیزه بیشتری داشته باشید برای آغاز کار مشتاق تر و برای ادامه آن مهم تر خواهید بود.

۱۶- روش تنبلی سازنده را تمرین کنید: مؤثرترین شیوه ی بالا بردن کارایی فردی تکنیک تنبلی سازنده می باشد. شما اصلاً برای تمام کارهایتان وقت کافی ندارید. پس باید بعضی کارها را به تعویق بیندازید. فعالیت های شغلی خود را مورد بررسی قرار دهید تا کارهایی را که می توانید به دیگران محول کنید و یا آن ها را به طور کل حذف نمایید مشخص کنید تا برای انجام کارهایی که واقعاً می توانند تأثیرگذار باشند وقت بیشتری داشته باشید.

۱۷- اول سخت ترین کارها را انجام دهید:

۱۸- کار را به قسمت های کوچکتر تبدیل کنید

۱۹- وقت بیشتر ایجاد کنید

۲۰- ایجاد اضطراب را در خود ایجاد کنید:

۲۱- هر بار یک کار مهم را انجام دهید:

منبع: کتاب قورباغه ات را قورت بده
نوشته بریان تراسی

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف : اشخاص حقیقی

نام : نام خانوادگی :

میزان تحصیلات : رشته تحصیلی :

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : تلفن همراه :

پست الکترونیک :

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز / مؤسسه :

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : پست الکترونیک :

حق اشتراک سالانه:

هزینه اشتراک سالانه (۴ شماره) به انضمام هزینه پستی ۵۰,۰۰۰ ریال می باشد خواهشمند است مبلغ فوق را به حساب ملی- سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ (قابل واریز در تمام شعب به نام بنیاد امور بیماری های خاص) واریز و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده با پست سفارشی به نشانی تهران، صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳ فصلنامه خاص ارسال فرمایید.

- یاوران بنیاد و دانشجویان می توانند با ارسال کپی کارت شناسایی از ۵۰ درصد تخفیف بهره مند شوند.

- بیماران خاص با ارسال کپی کارت شناسایی صادره از این بنیاد و تکمیل فرم اشتراک می توانند به صورت رایگان فصلنامه را دریافت نمایند.

فاکس: ۸۸۷۱۰۷۹۶

شماره پیگیری: ۸۸۷۲۹۹۱۶، ۸۸۷۱۳۱۳۷

ایمیل روابط عمومی : r.cffsd@yahoo.com

روز جهانی اهداء خون

جدول سمینار ها و کنفرانس های بین المللی در سال ۲۰۱۱

مکان	زمان	نام کنفرانس	محور کنفرانس
Las Vegas Nevada USA	August ۱۷-۱۵ Vegas Nevada USA	International Conference and Exhibition on Cancer Science & Therapy کنفرانس و نمایشگاه بین المللی علم و درمان سرطان	سرطان
Milan - Italy	September ۱۴-۱۱	۱۷th International Meeting of the European Society of Gynecological Oncology (ESGO) همفهمین نشست بین المللی انجمن اروپایی انکولوژی زنان	
Stockholm - Sweden	September ۱۷-۱۴	۳۱th congress of the European Society for Medical Oncology (ESMO) سی و ششمین کنگره انجمن اروپایی سرطان شناسی پزشکی	
Seoul Korea ((South	October ۸-۶	Global Breast Cancer Conference ۲۰۱۱ کنفرانس جهانی سرطان پستان	
Buenos Aires Argentina	October ۷-۶	Current Status and Future of Anti-Cancer Targeted Therapies شرایط کنونی و آینده درمان سرطان	
Pune - India	October ۱۸-۱۵	۲nd International Conference on Stem cells and Cance (ICSCC) ۲۰۱۱ دومین کنفرانس بین المللی سلولهای بنیادی و سرطان	
Seoul - South Korea	November ۵-۴	۲nd Biennial Meeting of Asian of Gynecologic Oncology دومین نشست دوسالانه آسیایی در ارتباط با انکولوژی زنان	
Liverpool United Kingdom	November ۹-۶	NCRI Cancer Conference کنفرانس سرطان NCRI	
Kuala Lumpur Malaysia	November ۱۲-۱۰	۲۱st Asia Pacific Cancer Conference (APCC) ۲۰۱۱ بیست و یکمین کنفرانس آسیایی سرطان	
London United Kingdom	November ۳۰-۲۹	Breast Cancer ۲۰۱۱ Controversies سرطان سینه	
Dubai - Dubai	December ۸-۴	The World Diabetes Congress کنگره جهانی دیابت	دیابت

روزی برای تجلیل و تشکر از اهداء کنندگان خون کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت "WHO"، در ۲۰۰۴ طی پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت که در ژوهانسبورگ، آفریقای جنوبی برگزار شد به طور یکپارچه و براساس قطعنامه WHA۵۸.۱۳ تعهد و حمایت خود درقبال اهداء رایگان خون را ابراز، و ۱۴ ژوئن را "روز جهانی اهداء خون" نامگذاری کردند. "روز جهانی اهداء خون" براساس موفقیت روز جهانی بهداشت سال ۲۰۰۰، که موضوع آن "خون، نجات زندگی" است، "خون سالم با من آغاز می شود" بود، به وجود آمد. شوق و شور و انرژی که با اختصاص این روز جهانی ایجاد شد پاسخ قدرتمند و مثبتی بود برای قدردانی از میلیون ها انسانی که همه ساله هدیه گراند زندگی را با اهداء خون خود به دیگران می بخشند. همچنین این روز موجب تقویت روز بین المللی اهداء خون که از ۱۹۵۵ تا کنون هر سال توسط "سازمان های فدراسیون بین المللی اهداء خون" برگزار شده گردیده است.

هدف از انتخاب سالانه این روز و پیوند آن با تجلیل همه ساله جهانی از اهداء کنندگان داوطلبانه خون در سراسر جهان ارتقاء این اقدام بشردوستانه است. با اختصاص یک روز خاص برای تجلیل از نقش اهداء داوطلبانه خون در سراسر جهان امید می رود نسل های جدید اهداء کننده خون از پیشینیان پیروی کنند، و خون سالم کافی در هر کجای جهان و در هر زمان که لازم باشد در دسترس قرار گیرد.

امروزه هدف عمده دیگر از انتخاب روز جهانی اهداء خون، تمرکز بیشتر بر تلاش های سالم سازی خون و تهیه کافی آن در سطح ملی، و نیز افزایش تعداد اهداء کنندگان داوطلبانه ای که به طور مستمر به این کار به پردازند می باشد.

کشورهای جهان در روز جهانی اهداء خون در سال جاری با برگزاری رویدادهای گوناگون در مورد نیاز به تامین خون سالم و فرآورده های خونی اطلاع رسانی نموده و از اهداء کنندگان مستمر و داوطلبانه قدردانی کردند.

موضوع روز جهانی اهداء خون در سال ۲۰۱۱ "خون بیشتر، زندگی بیشتر" است. تعداد اهداء کنندگان خون در سراسر جهان در حال حاضر به ۹۲ میلیون نفر بالغ می شود. این اهداء کنندگان همه نوع خون، حداکثر ۲۵ سال سن دارند ۴۵٪ از کل خون های جمع آوری شده، در کشورهای کم درآمد و با درآمدهای متوسط صورت می گیرد و بیش از ۴۰٪ خون دهندگان در ۲۵ کشور جهان را زنان تشکیل می دهند.

Etiology, Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease

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

Email: NZPARSA@YAHOO.COM

INTRODUCTION

Human brain is a complex and intriguing organic entity which stores, recall and process all the necessary information. Its destruction by Alzheimer's disease (AD), is similar to hard drive of a computer with lost information, starting with the most recent ones and going backward. AD is one of the most common cause of dementia (a condition in which the ability of thinking, perceiving and remembering are declined) which has an impact on cognitive and behavioral impairment. This type of dementia proceeds in different stages, gradually destroying memory, reason, judgment, language and ability to perform independently. AD is a major public health problem which has an effect on our individual and social interactions. This disease begins years prior to the onset of its diagnostic symptoms. With the help of neuro-imaging and biological markers, final diagnosis is made and an appropriate therapeutic methodology are chosen to delay the progression of AD. Over 100 new drugs are currently being investigated for targeting the Beta-amyloid pathway as well as blocking Tau proteins formation. As with cancer and HIV, it might be necessary to use multiple drugs for treating AD-patients. Some of the clinicians, recommend suitable diet combined with mental and physical exercise as preventive measures.

DISCUSSION

1. EPIDEMIOLOGY

The lifetime risk of AD is 15% for people older than 65 and 40% for people older than 80 years old, respectively. The prevalence of AD in United States is similar to industrialized nations as the elderly population approaching over 80 years of age. In the United States, the cost of caring for dementia patients has been estimated over \$145 billion per year in 2009. The average yearly cost for healthcare and long-term care services per patient was about \$40,000 in 2009. AD affects over 5.3 million people in the United States. It is also estimated that 14 million Americans aged 65 will have AD by year 2050.¹ In 2006, Alzheimer disease was the seventh leading cause of death in the United States.² AD and other dementias are more common in African-Americans compared to whites (21% of African-Americans versus 11% Whites). Hispanic populations have 20% AD and other dementias. The prevalence of Alzheimer disease and other dementias is higher in older versus younger age groups.³ The incidence rate of AD is 3/1000 at age of 65 compare to 70/1000 individuals at age of 90. It is higher in women than in men, primarily due to the higher life expectancy in women.⁴ The mean life expectancy is 7 years for these patients. AD comprises 10% familial and 90% sporadic cases. Age is an important factor in causation of AD and dementia in human population.⁵ Over 30 millions Alzheimer's cases worldwide have been documented in 2009

2. PATHOPHYSIOLOGY

The mechanism of biological cause of AD is unknown. There are evidences that several risk factors, such as; advanced age, lipoprotein-E4 genotype, obesity, insulin resistance, vascular factors, dyslipidemia, hypertension, and inflammatory markers^{6,7,8,9} contribute to the pathophysiology of the Alzheimer and dementia disorders. Genetic mutations in three genes encoding three proteins [for amyloid precursor protein APP, on chromosome 21], [for presenilin I on chromosome 14] and [for presenilin II on chromosome 1] with stickier 42-amino acid form of the beta-amyloid peptide over the less sticky 40-amino acid form. The presenilin I gene plays important role in lysosomal functions. This beta-pleated peptide have neurotoxic properties leading to neuronal death, synapse loss, and the formation of neurofibrillary tangles (NFTs) and senile plaques (SPs) (Figures 1,2). Half of the AD cases have shown genetic mutations. ApoE4-gene (which occurs more often in AD patients and its protein products carry cholesterol molecule in blood) is the only one to be associated with late-onset this disease. SPs show a starchlike substance (amyloid) which is surrounded by a layer of degenerating neuritis, astrocytes and microglia. The genetic and amino acid sequences of amyloid protein have been well characterized. These advances have provided a wealth of information about the mechanisms underlying amyloid deposition in the brain including the familial forms of AD. Other interesting hypotheses have been proposed, including the mitochondrial cascade hypothesis.^{10,11} NFTs, the main constituent of microtubule-associated protein Tau that is hyper-phosphorylated and accumulates in pyramidal neurons. The Tau proteins maintain the microtubules structures which play an important role in proper functioning of neurons. But if phosphate molecules attaches to Tau protein, it will separate the Tau proteins from Microtubules leading to disintegration of tubules. The Tau molecules then will aggregate, forming tangles that interfere with cellular functions. The NFTs and SPs are seen at the pathological microscopy level along with the cerebrocortical atrophy which predominantly involves the medial region of temporal lobe. NFTs and SPs were described in brain biopsy by German psychiatrist, Alois Alzheimer in 1906. These two areas are considered as the hallmark of the disease. NFTs are

found in several other neurodegenerative disorders, including progressive supranuclear palsy and dementia pugilistica. SPs may happen in normal aging. These lesions must be present in sufficient numbers to fulfill the current histopathologic criteria for AD. In addition to NFTs and SPs, many other lesions of AD have been recognized since the discovery of AD. These include (1) the granulovacuolar degeneration of Shimkowitz; (2) the neuropil threads of Braak et al; and (3) neuronal loss and synaptic degeneration which contribute to the manifestation of cognitive and behavioral disorder.¹²

¹³There is evidence that the presence of NFTs in the cerebral neocortex with concomitant SPs is characteristic of AD. Granulovacuolar degeneration occurs almost exclusively in the hippocampus. Neuropil threads are dystrophic neurites which diffusely distributed in the cortical neuropil. NFTs are densely distributed in the medial aspect and in temporal lobe of the brain. NFTs affect the entorhinal cortex and hippocampus very severely. As AD progresses, NFTs accumulate in many other cortical regions and SPs accumulate primarily in association cortices and in the hippocampus.¹⁴

3. CLINICAL and PHYSICAL HISTORY

AD patients usually present with chronic and progressive memory loss, followed by language disorders, and impairment in their visuospatial skills and executive functions. Early stage of AD is difficult to diagnose, by the time the correct diagnosis is made, the entire cognitive functions is impaired. Toxic metabolic conditions and neoplasms must also be excluded as potential causes of the patient's dementia. The other possible causes for dementia (eg, cerebrovascular disease, cobalamin deficiency, syphilis, thyroid disease) are ruled out with a combination of clinical examination and ancillary radiologic and laboratory tests. As the disease advances, nerve cells will die and brain continue to shrink in hippocampus and cortex of the brain. This degeneration occurs in temporal, parietal, frontal lobes and cingulate gyrus of the brain. These changes can be measured by magnetic resonance imaging (MRI). These are important not only for routine management but also for selecting and registering patients in therapeutic trials. Depression, AD and other dementias have an association that is likely to be complex and depression may be misdiagnosed in the realm of dementia. Recent Framingham data have helped bolster the epidemiological association. The study showed a 50% increase in AD and dementia in those who were depressed at baseline.¹⁵ Initial mental status testing should include evaluation of attention and concentration, recent and remote memory, language, praxis, executive function, and visuospatial function. A complete neurologic exam is performed for signs of other diseases that could cause dementia such as Parkinson disease or multiple strokes. This disease has the following three symptomatic phases:

I. Mild Symptoms: Confusion and memory loss, Disorientation, Problems with routine tasks, changes in personality and judgment.

II. Moderate Symptoms: Sleep disturbances, Wandering and pacing, difficulty recognizing family and friends, Anxiety and agitation. Difficulty with daily activities.

III. Severe Symptoms: Loss of speech, Loss of bladder and bowel control, Loss of appetite, Weight loss, Total dependence on caregiver.

4. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Aphasia

Cortical Basal Ganglionic Degeneration

Dementia in Motor Neuron Disease

Dementia With Lewy Bodies

Frontal and Temporal Lobe Dementia

Lyme Disease

Neurosyphilis

Parkinson Disease

Parkinson-Plus Syndromes

Prion-Related Diseases

Thyroid Disease

Wilson Disease

5. LABORATORY and IMAGING Tests

The following laboratory workups can be performed to rule out other conditions that may cause cognitive impairment.

A. Complete blood cell count and vitamin B-12 levels to rule out hematologic disease.

B. Screening of liver enzyme levels to rule out hepatic disease.

C. Analysis of Thyroid Stimulating Hormone (TSH) levels to rule out thyroid disease.

D. Rapid Plasma Reagent (RPR) test to rule out syphilis.

E. Screening of vitamin D deficiency and its linkage to cognitive impairment.

F. MRI of brain can show diffuse cortical and cerebral atrophy. Atrophy of the hippocampus (structure for memory processes) is considered a valid neuro-marker of AD. Structural neuroimaging is important to detect lesions that may result in cognitive impairment (stroke, small vessel disease, tumor, etc). PET scan is only used in atypical cases or when some form of fronto-temporal dementia is diagnosed. EEG is valuable when Creutzfeldt-Jakob disease is diagnosed and useful if pseudo-dementia is considered.¹⁶

G. Measurement of CSF -Tau and amyloid proteins: Tau and phosphorylated Tau are increased in AD and amyloid is usually low. Perform lumbar puncture in select cases to rule out conditions such as normal-pressure hydrocephalus, neurosyphilis, neuroborreliosis, and coccidioidosis. Genetic testing for APP and presenilin mutations are appropriate in early onset of AD cases.

6.TREATMENT

AD cases will be treated by both symptomatic and disease-modifying therapies. All approved drugs for the treatment of AD modulate neurotransmitters either acetylcholine or glutamate. Disease-modifying therapies would delay the onset and slow the disease progression. The standard medical treatment for AD includes AChE- inhibitors and NMDA antagonists. Psychotropic medications are often used to treat secondary symptoms of AD, such as sleep disorders, agitation and depression.

A. Cholinesterase inhibitors:

It is known that cholinergic systems that modulate information processing in the hippocampus and neocortex, are impaired in AD which is due to the loss of cholinergic innervation into cerebral cortex. Patients on ChEIs decline slower on cognitive and functional measures. Centrally acting anticholinergic medications should be avoided. Patients occasionally receive both ChEIs and anticholinergic agents, which counteract each other. Medications with anticholinergic effects such as ; Benadryl, amitriptyline and nortriptyline can cause cognitive dysfunction.

B. Psychotropic medications and behavioral interventions

Clinical manifestations of AD, such as anxiety, agitation, depression, and psychotic behavior can be improved by psychotropic medication. Behavioral interventions along with psychotropic medications can be employed to manage cognitive and behavioral manifestations of AD. Presently, the US Food and Drug Administration has not approved any psychotropic agent for the treatment of AD. Also, the usage of the following medication is inhibited; such as: haloperidol, prochlorperazine, thioridazine, and chlorpromazine. Results of several studies indicate that anticonvulsants (eg, gabapentin, valproic acid) may have a role in the treatment of behavioral problems in patients with Alzheimer disease. Studies have shown that intense inflammation occurs in the brains of patients with Alzheimer disease. Epidemiologic studies suggest that some patients on chronic anti-inflammatory therapy have a decreased risk of developing Alzheimer disease. Also, increased level of free radicals in the brain could be neurotoxic. Numerous scientific investigations have been reported. None of these approaches has shown an acceptable combination of efficacy and acceptable side effects. There is scientific evidence that show the prevention Tau phosphorylation and therefore reduce the formation of neurofibrillary tangles. AD-brain alterations probably start years before clinical dementia is apparent. Many scientists believe that disease-modifying therapies are more effective if they are applied in a pre-symptomatic stage. Mental and physical activities, such as: crossword puzzle, brainteasers and exercise may reduce the risk in AD cases. The mental activities should be involved with patient interaction and allow patient to recognize and correct mistakes. Avoid excessive frustration and motivates to patient to engage different activities.¹⁷ Increased cardio-respiratory fitness may modify AD-related brain atrophy. The therapy of AD cases, is the use of centrally acting cholinesterase inhibitors to compensate for the depletion of ACh in the cerebral cortex and hippocampus. Four ChEIs have been approved by the FDA in the United States for the treatment of AD—tacrine (Cognex), donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon), and galantamine (Razadyne, formerly Reminyl). All 4 drugs inhibit acetylcholinesterase at the synapse. The drugs tacrine and rivastigmine also inhibit butyrylcholinesterase. Galantamine has a different second mechanism of action; it is also a presynaptic nicotinic modulator.^{17 18} All ChEIs have modest benefit of cognitive function and activities. The side effects of ChEIs are: nausea, vomiting, diarrhea, and dizziness.

C. NMDA antagonists:

Memantine was approved on July 2008 which can be used alone or with AChE inhibitors. Donepezil and Memantine have an effect only on cognition in moderate to severe AD. Coadministration with amantadine, ketamine, dextromethorphan may increase toxicity. Adverse effects are dizziness and headache.

D. Rivastigmine:

Competitive and reversible AChE-inhibitor. May reversibly inhibit cholinesterase which can increase acetylcholine concentration at synaptic transmission.

E. Galantamine:

A central cholinergic AChE- inhibitors with side effects of vomiting, diarrhea, anorexia, and weight loss.

CONCLUSION

The incidence of AD continues to increase as the population ages. The symptoms growing worse with time at different rates and patterns. Currently, we do not still have an effective therapy for it. Some drugs (i.e. donepezil, Galantamine, Memantine), only reduce the cognitive symptoms for several months to years but not curing the underlying disease. It is well known that the Beta –amyloid and Tau proteins cause brain cell destruction in AD-cases. Several therapeutic drugs have been developed that can inhibit the Beta-amyloid synthesis as well as prevent the aggregation of Tau molecules. Recently, scientific research has made tremendous progress toward understanding the molecular events that appear to initiate this disease. Therefore, several new strategies have been explored to slow down the progression of AD.^{19 20} Researchers are attempting to find a disease tracking biological marker associated with AD to help with early staging the diagnosis. Early stage recognition of this disorder is the key of disease treatment into remission. Other alternative treatment, such as; proper dieting in parallel with mental and physical exercise have been suggested by most medical scientists. People with genetic predisposition to AD and those who are positive for Beta-amyloid and Tau proteins, should seek earlier medical intervention. If early biomarkers exist, then, an appropriate and prompt medical attention should be directed to these patients. The current ongoing scientific research shall provide a better medical treatment to AD patients in the near future.

(Endnotes)

1 REFERENCES

1. Stix G. Alzheimer's: forestalling the darkness. *Sci Am.* 2010 Jun;302(6):50-57.
2. Wolfe M. Shutting down Alzheimer's. *SciAm.* 2006 May;294(5):72-79.
3. Association As. 2010 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2010 Mar; 6(2): 158-194.
4. Hebert L, Scherr P, Bienias J, Bennett D, Evans D. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol.* 2003 Aug;60(8):1119-1122.
5. Plassman B, Langa K, Fisher G, Heeringa S, Weir D, Ofstedal M, et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology.* 2007;29(1-2):125-132.
6. Savva G, Wharton S, Ince P, Forster G, Matthews F, Brayne C, et al. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med.* 2009 May;360(22):2302-2309.
7. Saczynski J, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf P, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology.* 2010 Jul;75(1):35-41.
8. S Roriz-Filho J, Sá-Roriz T, Rosset I, Camozzato A, Santos A, Chaves M, et al. diabetes, brain aging, and cognition. *Biochim Biophys Acta.* 2009 May;1792(5):432-443.
9. Saint George-Hyslop. PH. The molecular genetics of Alzheimer's disease. In Terry, RD., Katzman, R., Bick, KL. "Text book". Alzheimer's disease. New York: Raven Press, 1994. Pages 345-352.
10. Parsa N, Gaidano G, Mukherjee A, Hauptschein R, Lenoir G, Dalla-Favera R, et al. Cytogenetic and molecular analysis of 6q deletions in Burkitt's lymphoma cell lines. *Genes Chromosomes Cancer.* 1994 Jan;9(1):13-18.