

● علمی، فرهنگی و اجتماعی

● شماره نهم

● بهار ۱۳۸۰

● قیمت: ۳۰۰ تومان



نشریه بنیاد امور بیماری‌های خاص

خاص

ویژه پنجمین سالگرد تأسیس بنیاد



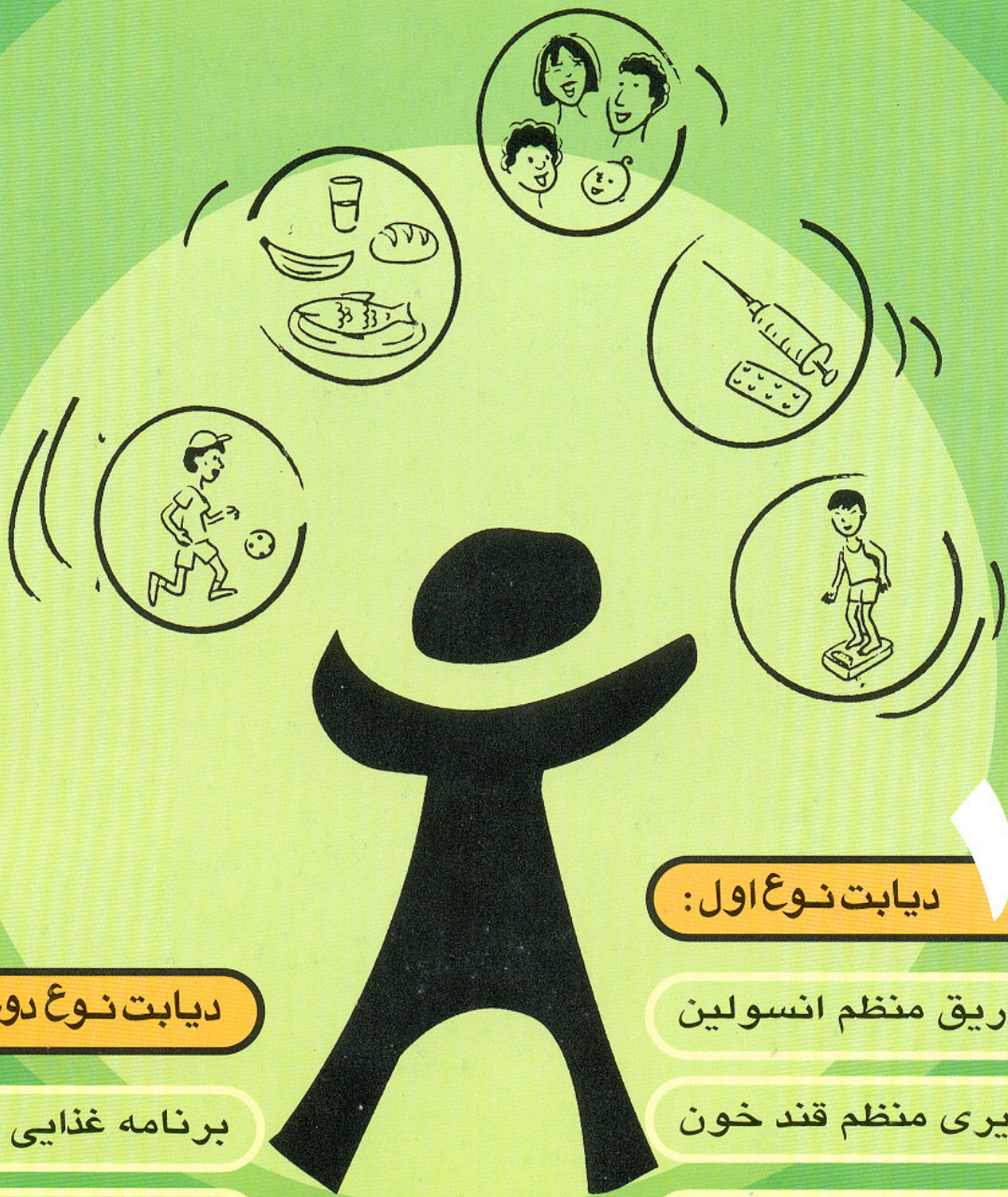
ایران بدون هیپاتیت را جشن بگیریم

- رو در رو با رئیس بنیاد
- مرگ مغزی و پیوند اعضا
- اصول توانبخشی سرطان
- فدراسیون بازیهای جهانی افراد پیوندی
- نحوه برخورد صحیح با افزایش گلسترول
- سیگار، مهمترین عامل ایجاد سرطان ریه
- کلیه و دیالیز
- جان بی‌قرار
- نمایشگاه بنیاد

کمیته‌های استانی، بازوان اصلی بنیاد

با حمایت مجلس شورای اسلامی بنیاد می‌تواند پرتوان‌تر از گذشته به امور بیماران خاص رسیدگی کند

به منظور جلوگیری از بروز عوارض بیماری قند یا دیابت نکات زیر را به خاطر بسپارید!



دیابت نوع اول:

تزریق منظم انسولین

اندازه گیری منظم قند خون

برنامه غذایی صحیح

فعالیت بدنی منظم

دیابت نوع دوم:

برنامه غذایی صحیح

فعالیت بدنی منظم

مصرف منظم قرص های خوراکی

و در صورت نیاز انسولین طبق تجویز پزشک معالج





خاص

نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
 علمی فرهنگی و اجتماعی
 شماره نهم
 (بهار ۸۰)

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
 مدیر مسئول: فاطمه هاشمی
 سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

هیات علمی:

- دکتر حسن ابو القاسمی
- دکتر کامران باقری لنگرانی
- دکتر احمد رضا جمشیدی
- دکتر سید هاشم جنت پور
- دکتر سید محسن خوش نیت
- دکتر احمد رضا سروش
- دکتر شمس شریعت تربقان
- دکتر رمضانعلی شریفیان
- دکتر سید محمود طباطبایی
- دکتر سید مؤید علویان
- دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی
- دکتر محمد فرهادی لنگرودی
- دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر مصطفی قانع
- دکتر باقر لاریجانی، دکتر علی رضا مرندی
- دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد علی محقق
- دکتر علی اکبر ولایتی

هیات اجرایی:

- مهندس امیر هادی انصاری، مهندس امیر علی آقا یاری
- مریم اسدی، مسعود بزرگ مقام، دکتر محمود پرهام
- دکتر جواد سعید تهرانی، علیرضا دژدار
- شادمهر راستین، دکتر سعید شاه بیگی
- فاصله شریفی، دکتر علیرضا شمشیر ساز
- دکتر اقبال طاهری، دکتر سید محمود طباطبایی
- دکتر محمد کامکار، زهرا کمیلیان، وفاملکزاده
- ویراستار و گزارشگر: محسن احمدی
- عکس: محسن وفایی شانددیز

امور فنی:

- مؤسسه فرهنگی هنری طاهر
- صفحه آرایی: گیتا یاقوتی
- طراحی روی جلد و گرافیک: بی تا پروین
- حروفچین: علی نقی دلدار
- اسکن: فرهاد شمس

چاپ: چاپخانه وزارت کشاورزی

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۲۳۳۳
 تلفن: ۸۷۱۰۷۹۶ فاکس: ۸۷۱۱۰۲۹
 پست الکترونیکی بنیاد امور بیماریهای خاص:
 Email: cffsd @ majlis. ir
 cffsd @ yahoo. com

۲..... سر مقاله

۳..... نیایش عارفان

۴..... اخبار

۹..... ایران بدون هیاتیت را جشن بگیریم

۱۱..... استقبال مردم از فعالیت های نمایشگاهی

گزارش ویژه

۱۲..... کمیته های استانی، بازوان اصلی بنیاد

۲۲..... رودررو با رئیس بنیاد

مقالات آموزشی

۲۵..... مرگ مغزی و پیوند اعضا

۲۹..... درمان هیاتیت C مزمن

۳۵..... نحوه برخورد صحیح با افزایش کلسترول خون

۳۹..... سیگار، مهم ترین عامل ایجاد سرطان ریه

۴۲..... کلیه و دیالیز

۴۸..... اصول برخورد با دردهای سرطانی

۵۰..... حوادث عروقی مغز (C.V.A)

۵۲..... اصول توانبخشی سرطان (۱)

فرهنگ و هنر

۵۷..... به نام تو ناتانائیل

۵۸..... دری به سوی باغ بسیار درخت

۵۹..... جان بی قرار

۶۱..... حکایتی چند از گلستان

۶۲..... انتشارات بنیاد

بین الملل

۶۳..... اینجا یک سازمان خیریه و ملی است

۶۶..... فدراسیون بازیهای جهانی افراد پیوندی (WTGF)

۶۸..... کوبه، از صمیم قلب به شما خوش آمد می گوید

۶۹..... برگزاری اولین مسابقه ورزشی بیماران پیوندی در پاکستان

۷۰..... خیلی خوش بین نباشید

یا مخاطبهای استثنا

۷۱..... صدای مهر

۷۲..... اهداکنندگان عضو

۷۳..... یاوران بنیاد

۷۴..... جدول و سرگرمی

خواندنی ها

۷۶..... فعالیتهای معاونت آموزشی و پژوهشی بنیاد

۸۰..... فارس محبت، ایثار

۸۲..... ورزش اساس درمان دیابت

۸۴..... شما هم می توانید مانند دیگران زندگی کنید

۸۵..... با ورزش بهتر بیندیشید

آثار، نوشته ها، نظریات و انتقادات خود را می توانید به نشانی مجله ارسال کنید.
 استفاده از مطالب مجله با ذکر کامل منبع بلامانع است.

سر مقاله



مشارکت ملی در کمک به هموعان بیش از آنکه به نفع دردمندان باشد، به نفع اصلاح جامعه و تلطیف روان انسانهای آن جامعه است. در برخی از رسانه های غربی مشاهده می کنید که در یک موضوع به ظاهر کوچک در امور اجتماعی آنچنان موضوع روز می شود که همه مردم متوجه آن موضوع می گردند. از یک بعد مشکل آن فرد یا آن جمع حل می گردد و از طرف دیگر ارزش افزونتری هم دارد و آن ارتقا، معنوی جامعه و افزایش روح جمعی در آن جامعه است. پروژه مرگ مغزی در کشور ما در کنار نجات هزاران انسان دردمند بوسیله پیوند اعضا، از این بعد هم می تواند مورد توجه قرار گیرد. جامعه ای که در زمان حیات خویش به یاری دردمندان می شتابد و پس از مرگ خویش با روح ایثارگری اعضای بدن خویش را به دیگران اهدا می نمایند جامعه زنده و متعالی است.

با تصویب مجلس شورای اسلامی و نظرات شورای محترم نگهبان راه برای گسترش امر پیوند در کشور ما هموارتر از گذشته شده است. بنابراین مشارکت وسیع مردمی در این امر پسندیده می تواند ضمن تضمین سلامت تعداد زیادی از هموعان روح و روان جامعه ما را به طرف روح جمعی انسانی به پیش ببرد. در سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص، نهادی که توانسته است با تشکیل خود توجه عمومی و مسئولان را به طرف بیماریهای خاص جلب بیشتری از گذشته نماید به نظر می رسد همه باید با همکاری وسیع و سازمان یافته از کمک های مردمی و یاری مسئولان برای حل مشکلات بیماران خاص گام های اساسی تری بردارند. گام هایی که هر انسانی اگر در وضعیت آنها قرار می داشت آرزو می کرد این چنین بود. ما اگر خواهان آرامش خود و نزدیکان و دوستان خویش هستیم باید بدانیم که این آرامش تأمین شدنی نیست مگر دل های دردمندان و کسانی که به یاری ما نیاز دارند را شاد کنیم. بر جامعه انسانی روح جمعی استوار است تلطیف این روح جمعی منجر به آرامش همه انسانهای آن جامعه می شود. نمی توان در جامعه ای که هنوز هزاران بیمار آن تالاسمی، تعداد قابل توجهی بیمار با نارسایی کلیه و محتاج دیالیز و پیوند کلیه و هزاران بیمار هیپاتیتی، دیابتی و سرطانی که به زحمت دارو و درمان مناسب را می توانند برای خود تأمین نمایند انتظار داشت که ...



نیایش عارفان

هستی، وجود جمیع موجودات در ید قدرت
توست و قلوب بندگان در تحت نفوذ اراده
تامه تو. ما مالک خود و نفع و ضرر و موت
و حیات خویشتن نیستیم، تو قلوب مظلمه
و دل‌های با کدورت ما را به نور افاضه خود
روشن فرما، و مفساد ما را به فضل و
عنایت خود اصلاح فرما و دستگیری از
این ضعفای بیچاره بنما.

خداوندا! ما عاجزیم از شکر نعم تو. لسان
ما و همه موجودات الکن است از حمد و ثنای
تو. جز آن که سر خجلت به پیش افکنیم و از
بی‌حیایی‌های خویش عذر بخواهیم، چاره
نداریم. ما چه هستیم که لایق رحمت‌های
تو باشیم؟ ولی مع رحمت و عموم نعمت تو
بیش از آن که در حوصله تقریر آید، «انت کما
اثبت علی نفسک.»

خداوندا! آینه دل را به نور اخلاص
روشنی بخش، و زنگار شرک و دویینی را
از لوح دل پاک گردان و شاهراه سعادت و
نجات را به این بیچارگان بیابان حیرت و
ضاللت بنما و ما را به اخلاق کریمانه
متخلق فرما و از نفحات و جلوه‌های
خاص خود که مختص اولیای درگاه است،
ما را نصیبی ده و لشکر شیطان و جهل را از
مملکت قلوب ما خارج فرما و جنود علم و
حکمت و رحمان را به جای آن جایگزین
کن و ما را با حبّ خود و خاصان درگاهت
از این سرای درگذران، و در وقت مرگ و
بعد از آن با ما با رحمت خود رفتار فرما و
عاقبت کار ما را با سعادت قرین کن
«بحق محمد و آلّه الطاهرین صلوات الله
علیهم اجمعین.»

«برگرفته از کتاب مناجات نامه امام

خمینی (س)»

بارالها! تو از سریره بندگان آگاهی و
قصور و تقصیر ما را مطلعی و ضعف و
ناتوانی ما را می‌دانی، تو ما را به رحمت خود
غرق کردی پیش از آنکه از تو سؤالی
بکنیم، نعمتهای تو ابتدایی و تفضلهای تو
بی سابقه سؤال و استمداد است، ما اکنون
معترف به تقصیر خود هستیم، کفران نعم
غیر متناهی تو کردیم و خود را مستحق
عذاب الیم و دخول جحیم می‌دانیم و پیش
خود چیزی سراغ نداریم و وسیله‌ای در
دست نداریم جز آنکه تو خود را معرفی
کردی به لسان انبیاء و ترحم وسعه وجود و
رحمت و ما تو را بدین صفت شناختیم به
قدر استمداد خود، تو با مشتی خاک چه
می‌کنی، جز رحمت و تفضل؟ «این
رحمتک الواسعة؟ این ایادیک الشاملة؟
این فضلک العمیم؟ این کرمک یا کریم؟»
بارالها! ما معترف به تقصیر و مقرر به
گناهیم، نه یک قدمی در راه رضای تو
برداشتیم و نه یک عبادتی و اطاعتی از
روی اخلاص به جا آوردیم. تو خود با لطف
عمیم و رحمت واسعه با ما رفتار فرما و
چنانچه در این دنیا ستر عیوب ما فرمودی،
در آن عالم نیز بفرما که در آنجا نیازمندتریم
به ستر و غفران.

خداوندا! تو مصلح عباد و دارای قلوب

بار خدایا! که قلوب اولیا را به نور
محبت منور فرمودی و لسان عشاق جمال
را از ما و من فرو بست و دست فرومایگان
خودخواه را از دامن کبریای کوتاه کردی،
ما را از مستی غرور دنیا هشیار فرما و از
خواب سنگین طبیعت بیدار و حجابهای
غلیظ و پرده‌های ضخیم خودپسندی را با
اشارتی پاره کن و ما را به محافل پاکان
درگاه مجلس قدس مخلصان خدا خواه بار
ده و این دیو سیرتی و زشتخویی و
درشتگویی و خودآرایی و کج‌نمایی را از
ما برکنار فرما و حرکات و سکانات و افعال
و اعمال و اول و آخر و ظاهر و باطن ما را
به اخلاص و ارادت مقرون نما.

بارالها! نعم تو ابتدایی است «داد حق
را قابلیت شرط نیست» و نوال تو غیر
متناهی، باب رحمت و عنایتت مفتوح است
و خوان نعمت بی‌پایانت مبسوط. دلی
شوریده و حالی آشفته، قلبی داغدار و
چشمی اشکبار، سری سودایی بی‌قرار، و
سینه‌ای شرحه شرحه آتش بار مرحمت فرما
و خاتمه ما را به اخلاص به خودت و ارادت
به خاصان درگاهت یعنی دیباچه دفتر وجود
و خاتمه طومار غیب و شهود، محمد و آل و
اهل بیت مطهرش (ع) به انجام رسان.
«والحمد لله اولاً و آخراً و ظاهراً و باطناً.»



بازدید کمیسیون بهداری مجلس شورای اسلامی از مرکز درمانی سوده حمایت مجلس روند رسیدگی به بیماران خاص را تقویت می کند

کنیم تا برنامه های وزارت بهداشت صرف امور کلی و سیاست گذاری شود و این امر باید به خصوص در زمینه درمان نیز در وزارت بهداشت اجرا گردد.

وی افزود: کار بنیاد امور بیماری های خاص در جهت کمک به وزارت بهداشت است و مجلس هم باید کمک کند و از این نظر با بنیاد همفکر است.

کارگاه آموزش به بیماران در بیماری های خاص

اولین کارگاه اصول آموزش به بیمار در بیماریهای خاص از چهارم لغایت ششم آذرماه در بنیاد امور بیماری های خاص برگزار شد.

در این کارگاه که با همکاری مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی برگزار شد پرستاران مراکز بیماری های خاص بیمارستانهای شهر تهران با اصول آموزش بیماران خاص آشنا شدند.

دکتر باقر لاریجانی دبیر کل بنیاد امور بیماری های خاص در این کارگاه آموزشی با اشاره به نقش آموزش به بیماران خاص برای ارتقای درمان آنان گفت: بنیاد امور

تشکر از مسئولان بنیاد امور بیماری های خاص با تاکید بر ضرورت تمرکز زدایی ارائه خدمات به بیماران خاص و گسترش این فعالیت ها در سطح نقاط مختلف کشور گفت: در سطح دنیا ارایه خدمات به، انجمن ها و بخش خصوصی واگذار می شود و وزارت بهداشت در زمینه سیاست گذاری و نظارت بر فعالیت ها تلاش می کند و توان وزارتخانه نباید صرف امور جزئی روزمره شود به طوری که بخش مربوط به آموزش و پژوهش به فراموشی سپرده شود.

دکتر نوری افزود: اگر بخواهیم به وزارت بهداشت کمک کنیم باید اموری را که نهادها و افراد دیگری مانند خیریه ها و انجمن ها ... می توانند در آن مؤثر باشند از وزارتخانه جدا

به دعوت بنیاد امور بیماری های خاص اعضای کمیسیون بهداری مجلس شورای اسلامی از مرکز درمانی سوده بازدید کردند و از نزدیک با فعالیت های این مرکز آشنا شدند.

در ابتدای این مراسم دکتر باقر لاریجانی دبیر کل بنیاد امور بیماری های خاص با تشریح فعالیت ها و اهداف بنیاد، مرکز درمانی سوده را از مراکز فعال و نمونه بیماری های خاص در کشور ذکر کرد و گفت: این مرکز نمونه خوبی از بهره گیری مشارکت های مردمی برای گسترش مراکز درمانی و کمک به بیماران خاص می باشد که می تواند در تمامی کشور تعمیم و گسترش یابد.

دکتر علیرضا نوری رئیس کمیسیون بهداری مجلس شورای اسلامی نیز ضمن





بیماری‌های خاص از مدتی پیش تلاش گسترده‌ای را برای ارتقای سطح آموزش در بیماری‌های خاص در سطح بیماران، کادر درمانی و عموم جامعه آغاز کرده است و این برنامه از ارزشمندترین اقدامات بنیاد محسوب می‌شود.

دبیر کل بنیاد امور بیماری‌های خاص افزود: آموزش در زمینه بیماری‌های خاص مهم است اما نکته اساسی آموزش بیماران است و ضرورت دارد در این زمینه بازنگری و توجه بیشتری صورت گیرد.

دکتر لاریجانی با اشاره به نکات مهم در آموزش بیماران دیابتی گفت: آموزش بیماران دیابتی در مراحل سه گانه پیشگیری اولیه، ثانویه و همچنین پیشگیری از افزایش عوارض ناشی از دیابت بسیار مهم است و می‌تواند نقش مؤثری در بهبود درمان بیمار داشته باشد. وی گفت: حدود ۸ درصد مردم مبتلا به دیابت هستند که در برخی نقاط کشور این رقم بیشتر است و بر اساس مطالعه‌ای که توسط مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در بوشهر انجام شده است ۱۳ درصد مردم در بوشهر مبتلا به دیابت می‌باشند.

با همکاری مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی، مردم با بیماری هیپاتیت آشنا شدند.

مرکز اطلاع‌رسانی هیپاتیت بنیاد امور بیماری‌های خاص با همکاری مرکز تحقیقات گوارش و بیمارهای کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران در روزهای ۲۸ الی ۳۰ مهرماه امسال طی اقدامات گسترده‌ای، مردم را با بیماری

هیپاتیت آشنا نمود.

در این برنامه تعداد یکصد هزار پوستر آموزشی منتشره توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص در سطح کشور توزیع شد که همزمان همین پوستر به صورت بوم‌های ۱۵ متری در نقاط پرجمعیت شهر تهران نصب گردید و پیام «هیپاتیت قابل پیشگیری و درمان است» نیز به صورت تبلیغ تلویزیونی به طور مکرر از شبکه‌های مختلف سیما پخش شد.

همچنین صدای مشاور هیپاتیت نیز همزمان با اجرای طرح اطلاع‌رسانی طی روزهای ۲۸ الی ۳۰ آبان ماه پاسخگوی سئوالات شهروندان بود.

از بین تماس‌های تلفنی بیشترین سئوالات مردم در مورد لزوم تزریق، زمان تزریق، قیمت واکسن هیپاتیت و همچنین علایم بیماری هیپاتیت بوده است.

اندازه‌گیری قند خون عابران

به مناسبت روز جهانی دیابت، قند خون عابران بطور رایگان اندازه‌گیری شد. در این برنامه که در میادین ولی عصر و ونک در روز

چهارشنبه ۲۵ آبان انجام شد بیش از یک هزار نفر به جاده‌های نصب شده در میادین مذکور مراجعه کردند و از میزان قند خون خود آگاه شدند. همچنین برگه آموزش اطلاعات اولیه و مشاوره ژنتیک پیرامون دیابت نیز بین عابران توزیع و ارائه شد.

همایش بین‌المللی یافته‌های جدید در تشخیص و درمان عوارض تالاسمی

سمینار بین‌المللی یافته‌های جدید در تشخیص مونوکونی و درمان عوارض تالاسمی در روزهای ۱۴ و ۱۵ آبان در دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی وزارت امور خارجه برگزار شد.

در این همایش که با همکاری بنیاد امور بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انجمن همتولوژی - انکولوژی برگزار شد یافته‌های جدید در تشخیص و درمان بیماری تالاسمی به بحث و تبادل نظر گذاشته شد. از جمله مباحث این همایش پیشرفت‌ها در تشخیص پیش از تولد تالاسمی و ژنتیکی مونوکولی



تالاسمی در ایران، برنامه پیشگیری از تالاسمی بتا و استقرار شبکه، تأثیر روش های مختلف برخورد با بیماری، اختلالات غدد درون ریز در تالاسمی، پیوند خون و مغز استخوان و مباحث دیگر بود.

سومین دوره مسابقات ورزشی پیوند اعضا برگزار شد

سومین دوره مسابقات سراسری ورزشکاران پیوند اعضا با نام سال مولا امیرالمؤمنین حضرت علی (ع) در چهار رشته تیراندازی، تنیس روی میز، دو و میدانی و شنا در تاریخ پاییز ۷۹ به مدت ۳ روز توسط فدراسیون ورزشهای همگانی در مجموعه ورزشی یکصد هزار نفری آزادی و شهید درفسی فر با شکوه خاصی در حضور محمد علیپور ریاست محترم فدراسیون ورزشهای همگانی، سردار سعادت‌نی نایب رئیس محترم فدراسیون و آقای جهانگیری دبیر محترم فدراسیون برگزار گردید. اسامی نفرات برتر این مسابقات به شرح زیر می آید. در ضمن برنده جام اخلاق این مسابقات تیم

کرمانشاه بود.

رشته دو و میدانی:

۱۰۰ متر:

نفر اول: منوچهر نریمانی

نفر دوم: بهرام فرزانه

نفر سوم: علیرضا رنوفی

۵۰۰ متر:

نفر اول: حسن کیانپور

نفر دوم: علی اصغر اسکندری

نفر سوم: علیرضا رنوفی

۴۰۰ متر:

نفر اول: بهرام فرزانه

تهران

آذربایجان غربی

مرکزی

تهران

مازندران

مرکزی

آذربایجان غربی

نفر دوم: منوچهر نریمانی

نفر سوم: حسن کیانپور

تیراندازی:

نفر اول: علی حسین رجیبی

نفر دوم: سعید احمدی

نفر سوم: علیرضا رنوفی

شنا:

۵۰ متر قورباغه:

نفر اول: محسن محمد خانی

نفر دوم: حسن کیانپور

نفر سوم: کیوان جعفرمنش

۵۰ متر آزاد:

نفر اول: سپر سپاسی

نفر دوم: محسن محمد خانی

نفر سوم: نجات الله محمودی

پینگ پنگ:

نفر اول: نادر محمودزاده

نفر دوم: علی حسین رجیبی

نفر سوم: صمد ولی زادگان

در مجموع رشته ها:

تیم اول: استان تهران

تیم دوم: استان آذربایجان غربی

تیم سوم: استان مازندران



ملاقات خانواده‌های بیماران دیابتی با رئیس بنیاد

جمعی از خانواده‌های بیماران دیابتی به منظور بررسی مسایل و مشکلات کودکان دیابتی با خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص، ملاقات کردند. در این جلسه خانم با برشمردن اهداف و برنامه‌های بنیاد بر ضرورت توجه بیشتر به بیماران دیابتی تأکید کرد و گفت چنانچه یک بیمار دیابتی به نحو درست و مطلوب تحت کنترل مستمر قرار داشته باشد از عوارض جدی و خطرناک بیماری در امان خواهد بود و مشکلی پیدا نخواهد کرد. خانواده‌های بیماران دیابتی نیز با تشکر از فرصت فراهم شده به بیان مشکلات و مسایل خود پرداختند که کمبود و بی‌کیفیتی انسولین و تجهیزات همانند دستگاه اندازه‌گیری قند خون و نوارهای مربوطه، سرنگ، نوار اندازه‌گیری قند ادرار و مشکلات اجتماعی بیماران دیابتی، ناآگاهی جامعه نسبت به بیماری دیابتی، مشکلات کودکان دیابتی مدرسه از عمده‌ترین مسایلی بود که توسط خانواده‌های بیماران مطرح گردید.



شهر و شهرک واوان انجام گرفت دکتر باقر لاریجانی دبیر کل بنیاد امور بیماری‌های خاص با تشریح اهداف و برنامه‌های این بنیاد ارتقای کیفیت خدمات به بیماران خاص از برنامه‌هایی است که با جدیت دنبال می‌شود و تأسیس داروخانه مرکز درمانی سوده خدمت مؤثری به بیماران خاص و مردم شهرک واوان می‌باشد و آنان را از مراجعه به مراکز اطراف شهرک بی‌نیاز می‌سازد.

امام جمعه اسلام شهر نیز طی سخنانی با برشمردن اهمیت خدمت به محرومان و بیماران مرکز درمانی سوده را مرکز خوبی برای خدمت به بیماران و نیازمندان ذکر کرد.

افتتاح مؤسسه خیریه قرچک ورامین

مؤسسه خیریه قرچک ورامین با حضور رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص و فرماندار شهرستان ورامین فعالیت خود را برای کمک‌رسانی به بیماران خاص آغاز کرد. مؤسسه خیریه قرچک ورامین با تلاش جان‌محمدی، فرماندار شهرستان ورامین شروع به کار نموده است که در قالب شرکت تعاونی، ضمن ارائه خدمات آموزشی در زمینه تولید صنایع دستی به بیماران و دیگر افراد علاقمند، بخشی از عواید حاصل از فروش تولیدات را صرف کمک‌رسانی به بیماران خاص شهرستان قرچک می‌نماید.

افتتاح داروخانه مرکز درمانی سوده

داروخانه و مرکز اطلاع‌رسانی دارویی مرکز درمانی سوده همزمان با عید سعید غدیر خم به بهره‌برداری رسید.

در مراسم افتتاح این داروخانه که با حضور امام جمعه، فرماندار، مسئولان و مردم اسلام



سفیر کبیر ژاپن و رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص قرارداد همکاری امضاء کردند

نموده است به بهره‌برداری رسیده است. در این مرکز کلیه خدمات مورد نیاز به بیماران تالاسمی، هموفیلی، دیابتی و همچنین مشاوره پزشکی به بیماران ارائه می‌شود.

در پایان این بازدید، جلسه کمیته بیماری‌های خاص استان نیز با حضور مهندس سعادت، استاندار قم و مسئولان استان تشکیل شد که ضمن بررسی مسائل و مشکلات موجود، راهکارهای اجرایی برای ارائه خدمات مطلوب‌تر به بیماران مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت.

مسابقه تنیس روی میز در کرمان

به مناسبت هفته حمایت از بیماران کلیوی یک دوره مسابقه تنیس روی میز بیماران خاص در استان کرمان برگزار گردید.

در نتیجه امیر مصطفائی، علیرضا سلطانی، زهرا سلطانی، مسعود هرمزی، رامین پور و جلالی به ترتیب نفرات اول تا پنجم این مسابقات شدند که توسط کمیته بیماران خاص جوایزی به آنان اهداء گردید.

بیماری‌های خاص سیاستگذاری نمود و ابراز امیدواری کرد این جلسه سرآغاز همکاری‌های بیشتر و جدی‌تر باشد.

در پایان تندیس بنیاد امور بیماری‌های خاص به آقای ماگوساکی سفیر کبیر ژاپن اهدا شد.

بازدید رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص از مرکز درمانی شهرستان قم

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص و هیأت همراه در مهرماه امسال از مرکز درمانی بیماری‌های خاص شهر قم بازدید کردند. مرکز درمانی بیماری‌های خاص با کمک یکی از افراد خیر به نام جیلوند که ساختمان مرکز را تأمین

آقای ماگوساکی سفیر کبیر ژاپن با حضور در بنیاد امور بیماری‌های خاص در مراسم امضاء قرارداد همکاری ضمن تشکر از ایجاد این فرصت به نمایندگی از طرف دولت ژاپن اظهار داشت: این بنیاد یکی از پرکارترین سازمانهای غیردولتی در زمینه کارهای مربوط به بیماری‌های خاص در ایران می‌باشد و من بسیار خوشحال هستم که با این بنیاد در زمینه طرح کمک‌های اقتصادی بلاعوض دولت ژاپن با نهادهای مردمی همکاری می‌کنیم.

وی با اشاره به تلاش و علاقمندی خود برای گسترش کمک‌های انسان دوستانه دولت ژاپن گفت: شاید همکاری ما در این طرح در مقایسه با کارهای صادقانه بنیاد در این زمینه محدود باشد اما انتظار دارم از راه کمک‌های انسان دوستانه تعداد بیشتری از بیماران از مزایای این کمک استفاده نمایند.

در پایان سفیر کبیر ژاپن ابراز امیدواری کرد روابط بین دو کشور با توجه به اهتمام دولت ژاپن که قصد دارد همراه با ملت ایران همکاری متقابل را گسترش دهد بیش از پیش بهبود و توسعه یابد.

خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز اهداف و برنامه‌های این بنیاد را تشریح کرد و از سفیر و دوست ژاپن به دلیل توجه جدی به فعالیت بنیاد امور



ایران بدون هپاتیت را جشن بگیریم

آیا روزی فرا خواهد رسید که

اشاره

هپاتیت B از شایع ترین بیماریهای عفونی در جهان و یک بیماری بالقوه کشنده است. سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری و عوارض آن جان خود را از دست می دهند. در کشور ایران نیز سالانه ۵۰۰۰ نفر بر اثر این بیماری مرگ را تجربه می کنند. علاوه بر آن شایعترین علت سیروز کبدی و هپاتوسلولار کارسینوما در ایران هپاتیت B می باشد. با توجه به پیشرفت هایی که اخیراً در پیشگیری و درمان این بیماری حاصل شده است لزوم اطلاع رسانی به پزشکان و عموم مردم جهت درمان و پیشگیری از اهمیت خاصی برخوردار است.

براین اساس همایش یکروزه‌ای توسط مرکز تحقیقات بیماریهای گوارشی و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری بنیاد بیماری های خاص، در خرداد ماه امسال در بیمارستان شریعتی جهت اطلاع رسانی به پزشکان تشکیل شد. در این کنفرانس - که از ۸ صبح الی ۵ بعدازظهر به طول انجامید- اساتید و پزشکان صاحب نظر داخلی و خارجی درباره بیماران مبتلا به هپاتیت B سخنرانی کردند.

گزارش این همایش در دو قسمت تهیه و تنظیم شده که بخش اول در حال حاضر پیش رو است و بخش آخر آن تحت عنوان امیدهای تازه در بیماری هپاتیت B در شماره های بعدی تقدیم می گردد. به امید روزی که ایران بدون هپاتیت را جشن بگیریم.

دکتر علیرضا شمشیر ساز
پزشک عمومی

در این کنفرانس که با حضور دهها پزشک متخصص، بیماران و جمع انبوهی از خبرنگاران تشکیل شد، ابتدا دکتر سید مؤید علویان در مورد اپیدمیولوژی هپاتیت B در ایران و جهان سخنرانی کرد. وی گفت: هپاتیت B نهمین بیماری شایع عفونی در دنیاست و بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۵ درصد تمام مردم دنیا دارای آنتی ژن (HBS Ag) هستند و پیش بینی می شود که بر این تعداد تا سال ۲۰۰۰ بالغ بر ۴۰۰ میلیون نفر افزوده شود. در ایران این آمار از ۲/۵ درصد

تا ۳/۶ درصد متغیر است و حدوداً ۳۷ درصد از کل جمعیت با ویروس هپاتیت B در تماس اند. همچنین در ایران شایع ترین علت بیماری کبدی، آلودگی با ویروس هپاتیت B می باشد. هپاتیت نوع B علت بیش از ۵۰ درصد از هپاتیت های حاد و نزدیک به ۷۰ درصد از هپاتیت های مزمن و ۸۰ درصد از سیروز کبدی و سرطان سلولهای کبدی در ایران محسوب می شود. انتقال از طریق مادر به فرزند (انتقال عمومی) و از طریق خون شایعترین حالات انتقال بیماری در ایران است. راههای دیگر انتقال از طریق ارایه خدمات بهداشتی مثل انواع تزریقات، خدمات دندانپزشکی،

حجامت، تماسهای نزدیک خانواده فرد مبتلا به هپاتیت، تماسهای جنسی و خالکوبی می باشد.

وی پیشنهاد کرد که افراد زیر از نظر وجود هپاتیت B مورد بررسی قرار گیرند:

۱- افرادی که در خانواده، یک بیمار مبتلا به هپاتیت B دارند.

۲- افراد با سابقه مثبت بیماری کبدی

۳- افرادی که تماس جنسی با فرد ناقل هپاتیت B داشته اند.

۴- کسانی که سوزن آلوده در بدنشان فرو رفته است.

۵- بیماران مبتلا به هموفیلی

۶- بیمارانی که همودپالیز می شوند.

۷- کارکنان واحدهای بهداشتی که با خون و محصولات خونی تماس دارند.

۸- افرادی که خالکوبی شده اند.

۹- افرادی که بدون علت میزان آنزیمهای کبدی خونشان بالا رفته است.

۱۰- بیماران با علائم و نشانه های هپاتیت.

همچنین در این سمینار دکتر ستوده (پاتولوژیست) نیز درباره هیستوپاتولوژی هپاتیت B گفت: «ویروس هپاتیت B قادر است بافت کبد فرد مبتلا را به صورت حاد یا مزمن تحت تأثیر قرار دهد. تغییرات مورفولوژیک ایجاد شده در بافت کبد بیمار با توجه به مراحل مختلف بیماری و شدت و ضعف آن در یک طیف وسیع قرار گرفته و اکثراً غیراختصاصی اند. سایر عوامل ویروس مقصر در ایجاد هپاتیت و برخی داروها نیز می توانند تصویری کاملاً مشابه هپاتیت B در کبد ایجاد نمایند. تنها تغییری که از خصوصیات مورفولوژیک هپاتیت B می باشد، بوجود آمدن هپاتوسیتهایی با

سیتوپلاسم شبیه شیشه مات (Ground gland) در فرم مزمن بیماری است که این حالت با افزایش حجم سلول کبدی و تجمع دانه های بسیار ریز صورتی رنگ بصورت یکنواخت در سراسر یا بخش بزرگی از سیتوپلاسم آن مشخص می شود که به منظره شیشه مات تشبیه شده است، این وضعیت در اثر تجمع آنتی ژن سطحی ویروس و شبکه آندوپلاسمی در سیتوپلاسم سلول پدید می آید.»

از مباحث دیگر سخنرانی موضوع ناقلین مزمن ویروس هپاتیت B بود که توسط دکتر رحیم آقازاده ایراد شد.

وی گفت: طبق آمار WHO یک سوم افراد بشر در طول عمر خود یکبار به ویروس هپاتیت B آلوده می شوند. در حال حاضر ۳۵۰ میلیون ناقل مزمن این ویروس در جهان وجود دارد که در درازمدت ۲۵ درصد آنها بعلت عوارض حاصل از این ابتلا فوت می کنند که این تعداد سالانه بالغ بر یک میلیون نفر می شوند. این بیماری درحال حاضر نهمین علت مرگ و میر را در جهان تشکیل می دهد. ۷۵ درصد ناقلین مزمن این ویروس در ناحیه آسیا شرقی و هند زندگی می کنند که اغلب آنها در نوزادی عفونت را گرفته اند.

بعلت اختلاف در دستگاه ایمنی افراد در پاسخ بدنبال برخورد با این ویروس، سرنوشت بیماران تفاوت می کند. اگر دستگاه ایمنی در بدو ورود ویروس بطور قاطع برخورد کند، بدنبال یک هپاتیت حاد ۹۰ درصد بدن از ویروس پاک خواهد شد ولی در ۵ تا ۸ درصد افراد بالغی که به ویروس مبتلا می شوند، دستگاه ایمنی توانایی حذف

کامل ویروس از بدن را ندارد و اینها هپاتیت مزمن با و یا بدون علامت را پیدا خواهند کرد. ۱۰ درصد بیماران که هپاتیت مزمن پیدا می کنند با یا بدون علامت بطرف سیروز رفته و عده ای هپاتوسلولارکارسینوما خواهند گرفت.

در حال حاضر درمان هپاتیت های مزمن یکی از راه های اصلی کنترل بیماران است. ایشان در آخر اظهار امیدواری کرد که بتوان در آینده نزدیک ناقلین مزمن را هم با داروهای ضدویروس موثر و یا از طریق DNA Vaccin درمان کرد.

انتقال از طریق مادر به فرزند (انتقال عمودی) و از طریق خون شایع ترین حالات انتقال بیماری هپاتیت در ایران است.

دکتر مرتضی خطیبیان سخنران بعدی بود که درباره هپاتیت مزمن B سخنرانی کرد. وی گفت: «هپاتیت B بیشترین علت بیماری مزمن کبدی، نارسایی کبدی و سرطان اولیه کبد در تمام جهان و همچنین ایران است.» دکتر خطیبیان افزود: پس از تماس با این ویروس ۳ حالت ایجاد می شود:

۱- در هپاتیت حاد که در ۹۰ درصد بالغین ایجاد می شود و در ۱۰ درصد ایجاد بیماری مزمن می نماید. البته در کودکان عکس این قضیه است و فقط در ۱۰ درصد ایجاد هپاتیت حاد می نماید و در ۸۰ تا ۹۰ درصد بصورت مزمن ویروس در خون کودکان باقی می ماند و در زمانی که سیستم ایمنی کودک کامل می شود و در صدد دفع ویروس برمی آید، ایجاد التهاب و بیماری مزمن کبدی می نماید.

۲- هپاتیت فولمینانت: که در ۱ درصد بیماران ایجاد می شود و هپاتیت B شایعترین علت هپاتیت فولمینانت است که بین هفته دوم تا هشتم اتفاق می افتد.

۳- هپاتیت مزمن B معمولاً بدون علامت است. در ۵۰ درصد افراد اولین بار علت مراجعه آنها آسیت، خونریزی از واریس و یا طحال بزرگ مراجعه می کنند و هیچگونه سابقه ای از بیماری قلبی یا یرقان را نمی دهد. مبتلایان این حالت اغلب ویروس را در کودکی گرفته اند و بعلت ضعف سیستم ایمنی ویروس را تحمل نموده اند و سپس در بزرگسالی سیستم ایمنی در صدد از بین بردن ویروس برمی آید و در صورتی که نتواند ویروس را کاملاً از بین ببرد، دچار حالت مزمن بیماری شده که سیری بدون علامت تا ایجاد عوارض نارسایی کبدی و یا هیپرتانسیون پورت می نماید.

تشخیص بیماری گاهی بصورت اتفاقی و در حین آزمایشاتی که بعلت دیگر انجام گرفته و یا اهدای خون صورت می گیرد. ویرولوژی و مولکولاریبولوژی هپاتیت B موضوع سخنرانی دکتر شاهین مرآت بود. در این سخنرانی درباره ساختمان ویروس، چرخه تکثیر ویروس، انواع موتانت های ویروس و اهمیت این موتاسیونها بحث بعمل آمد.

دکتر جرج وبستر، دکتر رضا ملک زاده و دکتر قدرت الله منتظری از دیگر سخنرانان این سمینار بودند که درباره درمانهای جدید بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن به بحث و بررسی پرداختند.

۱۸ آبان

۵- مراسم روز جهانی دیابت (دانشگاه

تهران) ۲۶ آبان

۶- سمینار تازه‌های اطفال (دفتر مطالعات

سیاسی و بین‌المللی وزارت امور خارجه) ۲

لغایت ۶ دی‌ماه

۷- سمینار همایش پزشکان عمومی (سالن

اجلاس سران) ۱۰ لغایت ۱۴ دی‌ماه

۸- نمایشگاه تخصصی تجهیزات پزشکی،

دندانپزشکی، آزمایشگاهی، مواد شیمیایی و

داروئی استان اصفهان ۱۲ لغایت ۲۸ دی‌ماه

۱۰- نمایشگاه در کنار کنسرت حسین‌زمان

(سالن میلاد نمایشگاه) ۲۲ لغایت ۲۴ دی‌ماه

۱۱- همایش حقوق کودکان استثنائی در

ایران (دانشگاه علوم بهزیستی) ۲۷ و ۲۸ دی

ماه

۱۲- نمایشگاه اکسپو ۲۰۰۱ کیش ۴

لغایت ۹ اسفندماه

استقبال مردم

از برگزاری نمایشگاه‌های بنیاد

۱- بیست و ششمین نمایشگاه بین‌المللی

بازرگانی تهران دهم لغایت هفدهم مهرماه

۲- دوازدهمین همایش بین‌المللی

بیماری‌های کودکان (دانشگاه تهران) ۲۳

لغایت ۲۸ مهرماه

۳- همایش بین‌المللی تالاسمی (دفتر

مطالعات سیاسی و بین‌المللی وزارت

امور خارجه) ۱۴ و ۱۵ آبان

۴- دومین کنگره توانبخشی حرفه‌ای ایران

(دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) ۱۶ الی

بنیاد امور بیماری‌های خاص به منظور

تحقق بخشی از اهداف خود من جمله ارتقای

سطح آگاهی جامعه نسبت به بیماری‌های

خاص، آموزش بیماران خاص و خانواده آنان،

ایجاد ارتباط با اقشار مختلف مردم جهت

حمایت‌های مختلف مردمی فعالیت

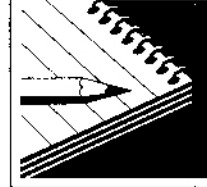
گسترده‌ای در برگزاری نمایشگاه‌های مختلف

دارد که با استقبال بسیار خوب اقشار مختلف

مردم مواجه می‌گردد.

حضور غرفه بنیاد در نیمه دوم سال ۷۹





گزارشی از همایش سراسری کمیته های استانی بیماری های خاص کمیته های استانی، بازوان اصلی بنیاد

اشاره

همایش سراسری کمیته های استانی بیماران خاص به همت «بنیاد امور بیماری های خاص» و با حضور استاندار تهران، مسئولان سازمان انتقال خون، نمایندگان وزارت بهداشت و کمیته امداد امام خمینی (س)، رؤسا و دبیران کمیته های استانی بیماران خاص سراسر کشور و جمع زیادی از خبرنگاران در مرداد ماه سال جاری در تهران برگزار شد.

در این سمینار به نقش کمیته های استانی، برای رفع مشکلات دارو، درمان و بیمه بیماران خاص، توسعه مراکز دیالیز، بررسی مسائل اجتماعی و رفاهی بیماران، تشکیل کمیته های فرعی در شهرستانها و مسئله اشتغال این نوع از بیماران پرداخته شد. در آخر نیز توصیه ها و پیشنهادهای بصورت «قطعنامه همایش» مطرح گردید که امیدواریم هر چه سریعتر به جامه عمل درآید. گزارشی زیر حاصل این همایش چند ساعته است.

گزارش از:

محسن احمدی

۱۲

مشکلات درمانی قادر به ادامه درمان خود نیست و بدتر آنکه نه مردم از پس این هزینه ها برمی آیند و نه دولت. هزینه بعضی از سرطانها برای هر دوره شیمی درمانی صدها هزار تومان محاسبه می شود. با این وضعیت، حال یک بیمار هموفیلی را تصور کنید که مشکل هپاتیت نیز پیدا کند. اینها از مسائلی است که بایستی در کمیته های استانی به هر میزان که امکان دارد سروسامان بگیرد.

آموزش عمومی مهمترین مسئله بیماران خاص

وی سپس به تلاش های ویژه بنیاد درباره «لایحه پیوند اعضا» اشاره کرد و گفت: خوشبختانه اخیراً تلاش های ویژه ای در ستاد بنیاد در این خصوص در حال انجام است. واقعاً تلاش بنیاد برای ساماندهی آن در مجلس دوره پنجم خیلی کارگشا بود. البته نمایندگان ریاست مجلس دوره قبل نیز کمک شایان توجهی کردند و امیدواریم قدم های بسیار اساسی برای بیماران که راه درمان دیگری غیر از پیوند ندارند برداشته شود.

وی ضمن قدردانی از تلاشهای دولت، دانشگاه علوم پزشکی، سازمان برنامه و بودجه و کمک های مردمی ادامه داد: از ابتدا

می شود از طریق همین کمیته های استانی است. اگر چه همه و بخصوص بنیاد هم در این کمک های انسان دوستانه دستی دارند. لااقل می توان گفت بنیاد توانسته توفان فکری را در میان مسئولین بالای کشور و استان ها ایجاد کند. زیرا آنها توانستند این ذهنیت را در خود بوجود بیاورند که برای ارائه خدمات به این بیماران - که کسی را جز خدا ندارند - راهی جز همکاری و همدلی با این عزیزان نیست.

دکتر لاریجانی، در ادامه صحبت هایش، ضمن برشمردن هزینه های سرسام آور درمانی و صرف نظر کردن بیماران از ادامه درمان، وظیفه کمیته های استانی را هماهنگ کردن ارائه خدمات به بیماران در استانها و مختلف داشت و گفت: واقعیت این است که یک بیمار خاص به دلیل

این همایش با سخنرانی دکتر لاریجانی در ساعت ۹/۳۰ آغاز به کار کرد دبیر کل بنیاد پس از خیرمقدم به حاضرین، اظهار امیدواری کرد سمینار کمیته های استانی بیماری های خاص تفاوت زیادی با سمینارهای سال قبل بنیاد و معمول و متداول کشور داشته باشد.

دکتر باقر لاریجانی از اینکه بنیاد، توانسته توفان فکری عظیمی را در میان مسئولان ایجاد کند اظهار خشنودی کرد و گفت: خوشبختانه تشکیل کمیته بیماری های خاص در استانها بر اساس مصوبه دولت تشکیل شده است. که این مهم کمک بسیار بزرگی به ارتقای کیفی بیماری های خاص کرد. واقعیت این است که خیلی از کمک هایی که به بنیاد

اجرای طرح پیوند کلیه تا کنون ۸ هزار نفر پیوند کلیه شده‌اند. تعداد کسانی که در سه سال گذشته پیوند دریافت کردند فقط ۳۶۰۰ نفر بود در حالیکه سال گذشته فقط ۱۴۰۰ نفر بیمار پیوندی داشتیم و این نشان دهنده رشد کیفی و کمی مراکز دیالیزی است. تا کنون نیز ۷۵۰۰ نفر بطور رسمی بیمار دیالیزی شناخته شده‌اند. دکتر باقر لاریجانی اضافه کرد: یکی از مراکز دیالیز که بنیاد نیز حمایت ویژه‌ای از آن می‌کند و بالغ بر صد بیمار در آنجا دیالیز می‌شود «مرکز دیالیز سوده» است. همچنین احداث درمانگاه تخصصی بیماران خاص واقع در خیابان استاد نجات‌اللهمی در حال پایان گرفتن است و قرار است به زودی افتتاح شود. البته طرح‌های زیادی چه در تهران و چه در استانها در حال اجراست که الگوی مناسبی برای ارائه خدمات به این بیماران است. سردبیر مجله خاص با مهم خواندن مسئله آموزش عمومی بیماران گفت: تا کنون توانسته‌ایم دهها عنوان بروشور آموزشی به چاپ برسانیم. اما تا زمانی که بتوانیم در دست

هر بیمار خاص یک کتاب آموزشی قرار دهیم فاصله زیادی داریم.

مطمئناً در این راه، تشکیل سمینارهای بین‌المللی و ساماندهی طرح‌های تحقیقاتی و درمانی برای رشد و افزایش آگاهی پرسنل اعم از پزشک و... بسیار مفید خواهد بود.

دبیر کل بنیاد امور بیماری‌های خاص در پایان خطاب به کمیته‌های استانی از مجموعه اعتباراتی که به بنیاد اختصاص داده شده سخن گفت و افزود: اساس بودجه بنیاد بر پایه هدیه ایثار، کمک‌های مردمی و بودجه در نظر گرفته شده توسط دولت است.

از این میان حدود ۱۰۰ میلیون تومان به صورت مستقیم به استانهای کشور اختصاص یافته که بر حسب تعداد بیماران و نسبت به توانمندیهای هر استان از محل ردیف ۱۲۹۱۰۰ سال ۱۳۷۹ این بنیاد به استانداری‌های سراسر کشور پرداخت خواهد شد. وی یادآوری کرد اعتبار یاد شده در زمینه ایجاد پوشش بیمه درمانی خویش فرما برای آن دسته از بیمارانی که فاقد پوشش بیمه درمانی هستند، کمک به تجهیزات

مراکز درمانی دولتی بیماری‌های خاص استان، رفع نیازهای ضروری مراکز ارائه‌دهنده خدمات به این بیماران و کمک به بیماران خاص نیازمند منطقه قابل مصرف خواهد بود.

محور توسعه، انسان است

سخنران بعدی مراسم، استاندار تهران بود.

دکتر آیت‌اللهمی، با محور دانستن انسان در امر توسعه گفت: توسعه، همه‌جانبه و پایدار است. با برداشت صحیح از تعالیم عالیه اسلام متوجه می‌شویم که تکیه روی محوریت انسان است. محور توسعه، انسان است و هر تلاشی که در جهت تأمین رفاه و آسایش او و حفظ ارتقای سلامت آحاد جامعه صورت گیرد، حرکتی در جهت توسعه پایدار است. از این نظر بنیاد امور بیماری‌های خاص به انسان‌هایی کمک می‌کند که توانایی خدمت دارند اما به دلیل عارضه طبیعی و احتیاج به درمان از چرخه خدمات‌رسانی به جامعه محروم می‌شوند. یک نقص عضو یا عملکرد یک انسان نه تنها آن فرد را در معرض سختی‌ها قرار می‌دهد بلکه خانواده و محیط پیرامون آن را نیز درگیر می‌کند. این انسانها علاوه بر افت عملکرد اجتماعی محسوس دچار تبعات عاطفی، روانی و اجتماعی نیز می‌شوند و از همه مهمتر دچار مشکلات شدید مالی نیز می‌گردند. اکثر محتاجان به این امر (بیماران خاص) از تبعات مالی معالجه هم رنج می‌برند.

وی ضمن مهم توصیف خواندن فرهنگ‌سازی و عمومی کردن مسئله پیوند اعضا گفت، در بخش پیوند اعضا همیشه کسانی چشم انتظار اهدا عضو هستند. مسئله



فرهنگی جامعه ما نیز مقدماتی برای حل این مسئله بود که بحمدالله حل شد و در این بخش کار زیادی صورت گرفت. کسب تکلیف از مراجع عظام، فتاوی حضرت امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری در بسترسازی این امر راه را برای حل معضل این عزیزان باز کرده است.

تنها نکته مهم، فرهنگ سازی و همگانی کردن مسئله پیوند اعضا است. بدان حد که مردم داوطلبانه برای پیوند اعضای بدن خود بعد از مرگشان به بیمار واجد شرایط پیوند ثبت نام کنند و رضایت از ورثه خیلی نگران کننده نباشد.

رفع مشکلات دارو و درمان بیماران خاص

بعد از سخنرانی استاندار تهران، دکتر جواد سعید تهرانی، اولین شخصی بود که به ایراد سخنرانی پرداخت. وی محور بحث خود را حول سه نکته مهم بر شمرد و گفت: بحث درمان و دارو، بحث های حمایتی و اشتغال از جمله مسائلی است که باید مورد دقت و توجه قرار گیرد.

دکتر آیت اللهی، استاندار تهران:
کسب تکلیف از مراجع عظام، فتاوی حضرت امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری، در بسترسازی این امر (جایز بودن پیوند اعضا) راه را برای حل این معضل باز کرده است.

قائم مقام دبیرکل بنیاد امور بیماری های خاص، ضمن ارزشمند دانستن تلاشهای دست اندرکاران بنیاد در سراسر کشور گفت:

اگر مقایسه ای بین وضعیت بیماران خاص در چند سال گذشته با سالهای اخیر صورت گیرد حکایت از این دارد که تلاشهای سازنده ای خارج از حد تکلیف اداری شروع شده است. وی در تشریح محورهای اصلی مورد بحث خود، مسئله دارو و درمان را از مهمترین مسائل بیماران دانست و گفت: مسائل مربوط به درمان، تجهیزات مصرفی بیماران، انتقال خون و بحث توسعه مراکز دیالیز از جمله مباحثی است که باید بررسی شود و هدف ما در این سمینار این است که این بحث ها را از زبان کارشناسان و سیاستگذاران اصلی بحث درمان و دارو بشنویم.

دکتر سعید تهرانی، در بخش درمان، خطاب به دکتر شفیعی جندقی و دکتر نفر، نمایندگان وزارت بهداشت و درمان، از مشکلات بیماران برای تهیه دارو و عدم دسترسی کافی به تجهیزات سخن گفت و افزود: تجهیزات مصرفی و پمپ دسفرال بیماران تالاسمی به اندازه کافی در کشور موجود نیست. بیماران درخواست پمپ می کنند. لوازم مصرفی تزریق دسفرال هنوز بیمه نشده است و معلوم نیست که این لوازم را بیمار با بضاعت کم چگونه باید تهیه کند. درباره تهیه دارو بخصوص داروهای سرطانی هنوز مشکل وجود دارد. هر چند پس از درخواست از معاونت محترم دارو مبنی بر رفع کمبود، جایگاه داروهای تک نسخه ای، به نتیجه رسید و الآن این نوع از داروها ولو به قیمت گران اما به وفور یافت می شوند.

مسئله بعدی در این بخش استفاده کردن از یارانه های دولتی است که هنوز چشم انتظاریم تا به ثمر برسد.

وی ضمن امیدواری به مسئولان کمیته های استانی حاضر در سمینار جهت رفع مشکلات دارو و درمان البته پس از شنیدن سخنان نمایندگان وزارت بهداشت اضافه نمود: نکته سوم درباره دارو و توزیع یکسان دارو در سراسر کشور است و اضافه کرد: باید کاری کنیم تا بیمار مجبور نباشد برای تهیه دارو به تهران بیاید و در محل سکونت خود با آرامش خاطر داروهای مورد نیاز را دریافت کند.

دکتر جواد سعید تهرانی: بحث درمان دارو، بحث های حمایتی و اشتغال بیماران خاص از جمله مباحثی است که باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

دکتر تهرانی، در دنباله مبحث دارو و درمان، از نماینده خاص سازمان انتقال خون در سمینار پرسید: وضعیت فرآورده های خونی و دسترسی بیماران به خون چگونه است؟ و در آینده چه طور خواهد بود. آیا در حال حاضر با استانی کردن بودجه پایگاههای انتقال خون، مسئله شستشوی خون و سالم سازی آن به عهده شماست؟ و بالاخره چه سیاستهایی برای تهیه فرآورده های خونی و شستشوی آن در پیش گرفته اید؟ قائم مقام دبیرکل بنیاد، هدف از تشکیل چنین سمینارهایی را رفع گرفتاری های بیماران، همفکری، همدلی و هماهنگی همه سیاستگذاران امر بهداشت، دارو و درمان دانست و گفت باید تا آنجا که توان داریم تلاش کنیم تا زحمات همه عزیزانی که در راه بهبود وضعیت بیماران کوشش می کنند پایمال نشود.

دکتر تهرانی، با درخواست از کمیته های استانی برای مطرح کردن

مشکلات و سئوالات خود از نمایندگان وزارت بهداشت، مرکز دیالیز و پیوند اعضا، کمیته امداد و... درباره محورهای دیگر بحث خود گفت: در بحث های حمایتی، طرف صحبت، با کمیته امداد، هلال احمر و سازمان بهزیستی است. سیاستهایی که این ارگانهای کشوری برای امور حمایتی بیماران دارند مسلماً در ارتقای آگاهی های بنیاد مؤثر خواهد بود. در بحث اشتغال بیماران نیز امیدواریم با سیاستهایی که وزارت کار و امور اجتماعی در پیش گرفته و با توجه به ویژگیهای خاصی که این نوع از بیماران دارند شاهد جذب آنان در بازار کار و کارخانه ها باشیم.

دکتر سعید تهرانی، در پایان صحبت هایش، با پیش کشیدن بحث کمیته های فرعی گفت: در سال گذشته با همکاری استانداری های سراسر کشور و با مسئولیت فرمانداران، کمیته های فرعی را در فرمانداریهای تابعه فعال کردیم. که امیدواریم در فرصت های بعدی عملکرد آنها را از زبان

خودشان بشنویم. برآوردی نیز از عملکرد کمیته های استانی انجام شد که در نهایت ۳ استان به خاطر کسب بالاترین امتیاز از جهت موفقیت در اجرای سیاستهای بنیاد و بهبود وضعیت بیماران تحت مسئولیت شان معرفی می شوند.

در فرصتی که به دست آمد نظرات چند تن از شرکت کنندگان را جویا شدیم:

دکتر گل فشان، مشاور بهداشت و درمان استانداری قم، به سه مرکز بعنوان مراکز سرویس دهی به بیماران خاص در شهرستان قم اشاره می کند و می گوید: بیماران خاص ما در سه مرکز بصورت متمرکز سرویس می گیرند. درمانگاه خاص به بیماران هموفیلی و تالاسمی سرویس می دهد، بیمارستان شهید بهشتی مخصوص بیماران خانم دیالیزی است و بیمارستان کامکار برای ارائه خدمات به بقیه بیماران دیالیزی است. همچنین از معدود استانهایی هستیم که انجمن دیابت داریم.

وی مشکلات حوزه تحت مسئولیت خود

را، عدم حمایت مالی، بالابودن هزینه های درمان برای بیماران، کمبود فاکتورهای خونی برای بیماران هموفیلی و کمبود سرنگ دانست.

خدادادی، دبیر کمیته بیماری های خاص استان گیلان نیز اکثر بیماران خاص استان را اهالی کوهپایه های اطراف شهرستان رضوانشهر، شفت، ماسال و سیاهکل دانست و گفت: حدود ۱۲ هزار نفر بیمار دیابتی و ۲۲۵۰ بیمار خاص در استان وجود دارد که مشکل قریب به اتفاق همه آنها، بیمه است.

اداره بیمه در صورتی یک بیمار خاص را به صورت رایگان تحت پوشش خود قرار می دهد که خانواده آن بیمار نیز تحت پوشش بیمه قرار بگیرند. حالا شما خودتان محاسبه کنید هزینه بیمه یک خانواده پرجمعیت و اغلب کم درآمد چقدر می شود؟ مسلماً اگر بیمار خاص به صورت خویش فرما خود را بیمه کند هزینه اش کمتر از آن چیزی است که بیمه از خانواده بیمار می خواهد دریافت کند.

وی در باره اقدامات انجام شده در این استان گفت: تا کنون ۱۰ نفر در بیمارستان رازی رشت تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفتند که این رقم نسبت به آمار بالای بیماران کلیوی بسیار پایین است. همچنین از طرف افراد خیر استان ساختمانی در اختیار بیماران تالاسمی و هموفیلی قرار گرفته است. انجمن کلیوی استان نیز ماهانه مستمری برای بیماران بی بضاعت در نظر گرفته است که امیدواریم روز به روز مردم خیر استان در انجام اینگونه امور خداپسندانه همت بیشتری بگذارند.



با انجام آزمایش قبل از ازدواج از تولد یک بیمار جلوگیری کنیم

دکتر شفیعی جندقی در ابتدای سخنانش آماری از تعداد بیماران تالاسمی در کشور ارائه کرد و گفت: در حال حاضر ۲۲ هزار و ۵۰۰ نفر بیمار تالاسمی در کشور بصورت پراکنده وجود دارد که در استانهای مختلف از جمله تهران، فارس، خوزستان، گیلان، مازندران، کرمان، سیستان و بلوچستان، بندرعباس و بوشهر با توجه به تعداد جمعیت آنها بیشترین تعداد را از این رقم دارند.

از نظر وزارت بهداشت، پیشگیری از متولدین جدید تالاسمی با استفاده از آموزش همگانی و انجام آزمایش های قبل از ازدواج جهت جلوگیری از افزایش تولد بیماران بخصوص در استانهایی مانند ایلام و خوزستان بسیار موثر است. طبق آمار ۱۲۰ متولد تالاسمی که در سال ۷۸ در زاهدان داشتیم اکنون به ۱۲ نفر رسیده و این بسیار امیدوار کننده است مطلب دیگر، خودداری از ازدواج افراد مبتلا به تالاسمی مینور است که در اکثر مواقع این مهم مورد توجه قرار نمی گیرد، زیرا خانواده ها بعد از برگزاری اکثر مراسم قبل از ازدواج از جمله نامزدی و تهیه جهیزیه و... اقدام به آزمایش می کنند در صورتیکه این آزمایش باید قبل از هرگونه صحبت و گذاشتن قول و قرار صورت گیرد. آمارها نیز نشان می دهد مثلاً در شهر شیراز فقط ۳۹/۴ درصد از افراد پس از آگاهی از بیماری شان از ازدواج خودداری کردند و در بقیه موارد بدون توجه به توصیه پزشکان ازدواج صورت گرفته است.

دکتر شفیعی: در فرهنگ ما ایرانیان آزمایش قبل از ازدواج بعد از برگزاری چندین مراسم رسمی و غیررسمی صورت می گیرد در حالیکه از نظر بهداشت تنها راه پیشگیری از متولدین جدید تالاسمی انجام آزمایشهای قبل از ازدواج است

وی از رسانه های رسمی و محلی درخواست کرد که از طریق هشدار به خانواده ها در امر آموزش این نوع بیماری، یاری دهند.

دکتر شفیعی افزود: چنانچه ازدواج صورت گرفت با توجه به فتاوی امام خمینی (س) و مقام معظم رهبری اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی مازور جایز است.

وی در بخش درمان، با دادن اطمینان خاطر مبنی بر فراوانی آمپول دسفرال گفت: بعلت عدم اطلاع مردم از چگونگی تهیه، نگهداری و تزریق آمپول دسفرال این دارو مصرف نمی شود. استانهایی مانند سیستان و بلوچستان، ایلام، خوزستان، بخصوص عشایر از این دارو استفاده نمی کنند. ما جلسات متعددی را با نمایندگان بیمه ها در حضور دبیر شورای عالی بیمه ها داشتیم و پیشنهاد کردیم مواد مصرفی دسفرال را که حدود ۵ هزار تومان برای مصرف یکماه بیمار می شود در اختیار استانها قرار بدهیم. بدین ترتیب که بیماران بعد از مراجعه وسایل مصرفی یک ماه خود را تهیه کنند. در اینجا از زبان شورای بیمه ها اعلام می کنیم تا چند مدت دیگر مشکل وسایل مصرفی بیماران حل شود. فقط خواهش من این است که با اطلاع رسانی درست از طریق مطبوعات و

رسانه های محلی مردم را به طرز استفاده درست از این وسایل آشنا سازید. ما آمادگی کامل داریم و کمبودی در این میان نیست منتها باز هم تکرار می کنیم این وسایل توسط بیماران مصرف نمی شود.

دکتر شفیعی جندقی، در باره خون شسته شده و تزریق آن گفت: با هماهنگی سازمان انتقال خون، قرار شد شستن خون شسته شده از سه ماهه سوم سال جاری با دانشگاه علوم پزشکی باشد و خود دانشگاه سرم را تهیه کند.

هم اکنون فقط ۱۰ درصد بیماران دیالیزی خون شسته شده استفاده می کنند. امیدواریم بتوانیم در سطح کشور همیشه خون سالم در اختیار بیماران بگذاریم. سازمان برنامه و بودجه نیز با توجه به آماری که می دهیم و با آمدن وسایل جدید، هر سال تغییراتی در بودجه تخصیصی وزارت بهداشت می دهد. امسال هم با توجه به بالا رفتن تعداد بیماران دیالیزی و وسایل مورد نیاز این بیماران، افزایش بودجه به ۱/۶ میلیارد ریال رسیده ولی هنوز دست ما دراز است.

راجع به برنامه پیشگیری جدید باید عرض کنم، استانهایی که آمارهای بیشتر از لحاظ تعداد بیماران دارند اگر به ما جهت رفع نیازهایشان چه از نظر پزشک متخصص و چه از لحاظ وسایل مورد نیاز مراجعه کنند حتماً برای راه اندازی برنامه هایشان کمک می کنیم.

دکتر شفیعی جندقی در آخر سخنرانی خود به آماری از تعداد بیماران هموفیلی در کشور اشاره کرد و گفت: حدود ۶ هزار و ۵۰۰ نفر بیمار هموفیلی داریم. از این تعداد ۵ هزار و ۲۰۰ نفر به فاکتورهای ۷، ۸ و ۹ نیاز دارند و عده زیادی هم کرایو مصرف می کنند. مشکل

ما در این بخش کمیود فاکتورهاست. ما مجبور هستیم به تدریج فاکتورهایی را که وارد می شود اول به آزمایشگاه و بعد با مقدار خیلی کم به بیمار عرضه کنیم. ولی با توجه به سفارشهایی که سازمان انتقال خون درباره توزیع سالم این فاکتورها داده است، امیدواریم بتوانیم در جهت کمک به این بیماران موفق باشیم.

۱۳۰ نفر به ازای یک میلیون نفر نارسایی کلیه دارند.

پس از سخنرانی دکتر شفیعی، نوبت به بحث بیماران دیالیزی رسید. دکتر «نفر» بعنوان نماینده وزارت بهداشت و رئیس مرکز دیالیز کشور ضمن تشریح سیاستهای این بخش گفت: در بررسی های انجام شده در سالهای اخیر شاهد رشد ۱۴ درصدی افزایش بیماران دیالیزی هستیم. طبق آمارهای جهانی میزان بیماری که به مرحله نهایی نارسایی کلیه می رسند در کشورهای مختلف متفاوت است. بطور میانگین هزار نفر به ازای یک میلیون نفر. اما این میزان در کشوری مثل ژاپن حدود ۲۰۰۰ نفر به ازای یک میلیون نفر است. یعنی ژاپن چیزی در حدود ۲۲۰ هزار نفر بیمار دارد و ترکیه حدود ۴۰۰ نفر به ازای هر یک میلیون نفر. در کشور ما نیز این نسبت ۱۳۰ نفر به ازای یک میلیون نفر است. یعنی ما چیزی در حدود ۸ هزار بیمار دیالیزی داریم که نسبت به آمار جهانی خیلی کمتر است. اما این بدان معنا نیست که کم بیمار می شویم. ۱۴ درصد رشد، رشد خیلی زیادی نیست. هر چقدر کیفیت درمان بیماری دیالیز بهتر باشد آمار بیماران بیشتر می شود. یعنی طول عمر بیماران بیشتر می شود. اگر تعداد بار دیالیز از ۳ بار در هفته

کمتر شود مرگ و میر زیادتر می شود. در سال ۸۳ تعداد بیماران دیالیزی به دو برابر میزان فعلی می رسد یعنی با بهتر و کاملتر شدن تجهیزات، رشد دیالیز نیز بیشتر می شود. باید به سمتی پیش برویم که تعداد بیماران تا سال ۸۳ به دو برابر برسد. بعد از بررسی این مسئله با معاونین درمان دانشگاههای علوم پزشکی، قرار شد ابتدا یک برنامه ۵ ساله و بعد از آن یک برنامه سالیانه طرح ریزی کنیم. البته همه دوستان و مسئولان نیز می توانند کمک کنند.

دکتر شفیعی جندقی: آمارها نشان می دهد در شهری مثل شیراز، فقط ۳۹/۴ درصد افراد پس از آگاهی از بیماری شان از ازدواج خودداری کردند و در بقیه موارد بدون توجه به توصیه پزشکان ازدواج صورت گرفته است.

وی سپس به نقش و تأثیر حمایت های اجتماعی پرداخت و افزود: از کوچکترین کارها برای بیماران توسعه بخشی است. (از پزشک و پرستار گرفته تا محل مداوای این بیماران و فضای مناسب جهت نصب اینگونه تجهیزات از قبیل لوله کشی و تخت.) متأسفانه ما شاهد بودیم که در سالهای قبل بعضی از مراکز بدون تهیه و تدارک جای مناسب تجهیزات و دستگاههای مورد نیاز دیالیز را دریافت می کردند اما بخاطر عدم وجود مکانی مناسب این دستگاهها تا چند سال بدون استفاده باقی می ماند. توصیه ما این است که دوستان ابتدا امکانات توسعه بخشی دیالیز را فراهم بکنند سپس تقاضای دستگاه نمایند. دکتر نفر، تعداد دستگاههایی را که سالیانه به کشور وارد می شود، ۴۰۰ دستگاه عنوان کرد

و گفت: از لحاظ ارزی برای وارد کردن این دستگاهها مسئله ای نداریم اما از لحاظ ریالی با مشکل مواجه هستیم.

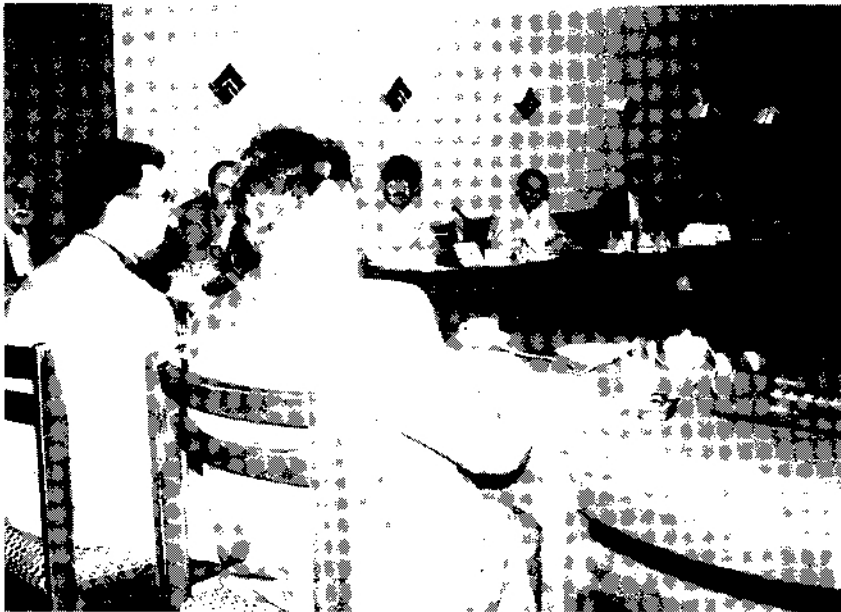
رئیس مرکز دیالیز در آخر مشکلات برطرف نشده بخش دیالیز را، حل مسئله سوزنهای بیستولها و تجهیزات و صافی های دیالیز نام برد.

آموزش باید عامه پسند باشد

نماینده استانداری همدان در امر کمیته های استانی، خطاب به دبیرکل بنیاد و حاضرین در سمینار گفت: دوستان نقض غرض است اگر تصور کنیم که بنیاد امور بیماری های خاص، متولی محض این بیماران است. این بنیاد بوجود آمده تا یک موجی را جهت ارائه خدمات به این بیماران در دیگر سازمان ها و نهادهای وابسته و ذیربط بوجود بیاورد.

وی سپس به کارهای انجام شده و در دست اقدام حوزه تحت مسئولیت خویش پرداخت و گفت: تا کون توانستیم بخش دیالیز رزن و اسدآباد را از طریق منابع استانی و غیر استانی که ۱۰ میلیون تومان بود راه اندازی کنیم. با تشکیل جلسه در سال قبل ۴ مرکز درمانی ملایر و همدان تجهیز شد. با دریافت ۳ میلیون تومان از بنیاد و همین مبلغ از بخش های دولتی و مردمی بخش دیابت دانشگاه علوم پزشکی را تجهیز کردیم. الحمدلله کمیته های شهرستانی را نیز تشکیل دادیم و انتخابات انجمن تالاسمی را هم برگزار کردیم. اکنون نیز در حال خرید زمینی به نام بنیاد بیماری های خاص هستیم و امیدواریم ساختمانی به همین نام بسازیم.

مسئول کمیته استانی همدان، ضمن



انتقاد از مسئولین بنیاد گفت: خواهش من این است که بیشتر به مراکز استانها سفر کنید. استانها را حساس کنید، در تشکیل کمیته های استانی اصرار بورزید. همان مسائلی را که در مراکز استانها داریم در شهرستانهای تابعه نیز داریم. پس چرا نشستهای بیشتری جهت رسیدگی به مشکلات بیماران با مسئولین و دانشگاه های پزشکی سراسر کشور برگزار نمی کنید.

وی در ادامه افزود: اگر قرار است برای بیماران مبتلا به هیپاتیت و سرطان کاری انجام شود پس چرا آنها را در لیست بیماران خاص قرار نمی دهید. این همه خیر در کشور وجود دارد که همه می خواهند مدرسه بسازند. اگر چه مدرسه هم نیاز داریم اما تحقیقاً موضوع بیماران خاص خیلی بیشتر می تواند احساسات این عزیزان را تحریک کند. پیشنهادم این است که اسامی خیرین جمع آوری شود و نشستی با این انسانهای خیر داشته باشیم.

وی حل مشکل بیمه بیماران را از ضروری ترین کارهای در دست انجام بنیاد دانست و گفت: بیماران ما علاوه بر بیماری با فقر نیز دست و پنجه نرم می کنند. مقررات دست و پاگیر بیمه نیز مزید بر علت است. بالاخره چه کسی مسئول پرداخت هزینه بیمه بیماران است؟ بنیاد، دولت، استانها و.....

در تهیه دارو نیز بیماران با مشکل مواجه هستند. یک بیمار برای تهیه یک دارو باید کلی پول برای هزینه سفر خود به پایتخت بپردازد.

وی آموزش از طریق چاپ بروشور را کافی ندانست و افزود: آموزش موجود ۱۰ درصد از آن چیزی است که جامعه می خواهد. آموزش باید عمومی و حضوری باشد. ما تا

درستی از بیماران خاص داشته باشیم. وی ضمن گله از بعضی مسئولان استان ها به جهت عدم آگاهی آنان از وضعیت مسائل بیماران خاص منطقه مسئولیت شان گفت: استدعای من از دوستان شرکت کننده در این همایش این است که خود را در توزیع دارو در استانها سهیم بدانند. یادم می آید دوستی از یکی از استانها به من تلفن کرد و درخواست نمود تا مشکلی را که برای او پیش آمده حل کنیم، اما وقتی تحقیق کردیم دیدیم به اندازه کافی داروی مورد نیاز در آن شهر موجود است. بنابراین آگاهی از امکانات و مشکلات استانها وظیفه اصلی مسئولان کمیته هاست.

فرانشیز بیماران تحت حمایت کمیته امداد صددرصد پرداخت می شود.

دکتر لاریجانی بعد از اتمام صحبت های دکتر کبریایی زاده از نمایندگان سازمان تأمین اجتماعی، هلال احمر و کمیته امداد خواست

سال های ۷۴ و ۷۵ از اینکه بگوییم در کشور معتاد داریم ابا داشتیم، کتمان می کردیم. حالا متوجه شدیم که اشتباه کردیم. بنابراین آموزش ما نیز باید در سطح جامعه و عامه پسند باشد نه تخصصی و پزشکی پسند.

پس از صحبت های رئیس کمیته استانی همدان، دکتر کبریایی زاده مدیر کل امور دارویی وزارت بهداشت، با تفکیک کردن بیماران خاص و عادی از هم، گفت: یکی از ظلم هایی که در بخش بهداشت و درمان می شود وارد کردن بیماران خاص در سرجمع اعتبارات کلی کشور است. در حالی که در این جا باید بیماران خاص را از نرمال جدا کرد. در حال حاضر از ۴۳۰ میلیون دلار اعتبارات ارز شناسی که به بخش دارو اختصاص داده می شود، ۱۰۰ میلیون دلار آن صرف بیماران خاص می شود. یعنی ۴۰ میلیون دلار به بیماران هموفیلی، ۲۵ میلیون به بیماران تالاسمی و ۳۵ میلیون دلار باقی مانده به بیماران سرطانی می رسد. البته بنا داریم در سال ۱۳۸۰ سیستم اعتبارات بیماران خاص را از بیماران عام جدا کنیم. بشرط آنکه تعریف

با توجه به مسائل مطرح شده در همایش، نتیجه تلاشهای خود را در جهت یاری رساندن به بیماران خاص در بخش حمایتی و اشتغال آنان بیان کنند. ابتدا «مقدم» معاون درمان کمیته امداد در این خصوص گفت: در حال حاضر ۳ هزار و پانصد نفر از این بیماران تحت پوشش کمیته امداد هستند البته این افراد فقط بخاطر بیماری شان نیست که زیر چتر حمایتی امداد قرار گرفته اند بلکه بخاطر گرفتاری مالی و مادی آنها نیز هست که امداد به آنها امکانات می دهد. از مستمری و تحصیل رایگان گرفته تا تجهیزیه، وسایل درمانی و خدمات مشاوره ای.

از جمله امکانات کمیته امداد، کارتهای امداد و پزشک خانواده است که کار جدیدی است که با هماهنگی وزارت بهداشت انجام شده و تنها هم برای بیماران خاص نیست. از نظر دفترچه خدمات درمانی نیز با هماهنگی این سازمان قرار شد همین تعداد بیماران خاص که تحت پوشش کمیته امداد هستند از این امکان نیز برخوردار گردند.

«مقدم» در پاسخ به این سؤال که اگر بیمار خاصی بیماری غیر از بیماری خاص گرفت، چه کمک هایی توسط کمیته امداد برای تأمین هزینه های او می شود، گفت: فرانشیز بیماران تحت حمایت امداد صد در صد پرداخت می شود. با این حساب مسلماً بیماران خاص هم در دل این حمایت قرار دارند. اگر خانواده این افراد نیز دچار بیماری شوند بخشی از درآمدهای مردمی با عنوان «افراد موردی» مورد حمایت امدادی قرار می گیرند و این اعتبار هم اکنون در امداد هست و اجرا می شود.

نماینده کمیته امداد، در پایان با دعوت از همه اقدار مردم در یاری رساندن هر چه بیشتر به کمیته امداد اظهار کرد: اگر کسی بخواهد برای درمان

به خارج اعزام شود باید ارز دولتی به آن اختصاص دهند و پیشنهاد می کنیم هر کدام از نهادها کمک کنند و بنیاد نیز از همه ارگانها که به نوعی در ارتباط با بیماری خاص هستند دعوت کند و کمک بخواهد که حتماً رقم قابل توجهی می شود. اگر بیماری نیز بی بضاعت بود چه در تهران و چه در استانها از طریق کمیته های استانی به امداد ارجاع شود و دیگران را نیز صدا کنند تا راه حلی پیدا شود. اگر در ارتباط با بیماری خاص بود کمیته استانی هماهنگ کند و اگر غیر بیماری خاص بود امداد مشکل را حل کند.

نماینده استانداری همدان: نقض غرض است اگر تصور کنیم که بنیاد امور بیماران خاص، متولی محض این بیماران است.

«موهبتی» نماینده جمعیت هلال احمر، سخنران بعدی همایش بود. وی گفت: جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران جزئی از مجموعه حمایت های ملی و بین المللی دنیاست که فقط یک بار بین المللی هم بر او سوار است در حالیکه اعتبارات این جمعیت محدود است.

جذب آرایه خدمات نیروی انسانی داوطلب از اهداف ماست.

موهبتی، با بزرگداشت یاد مرحوم دکتر «وحید» گفت: مرحوم دکتر وحید، اعتقاد داشتند حمایت ها طوری ارائه شود که با حال و هوای مردم مغایر نباشد، تبلیغات نیز بدون سرو صدا عنوان شود. خدمات به اقدار آسیب پذیر نیز توأم با شأن و منزلت و آبرو و حیثیت آنان باشد. وی از جمله اقدامات جمعیت بعد از ریاست آقای نوربالا را ادغام دو معاونت خدمات

اجتماعی و اداره کل داوطلبان به سازمانی به نام سازمان داوطلبان ذکر کرد و افزود: این سازمان وظیفه اش جذب نیروی انسانی و مشارکتهای مردمی برای حمایت از آنان (مردم) است. کوچکترین باری هم برای دولت ندارند. ما نیز در جمعیت از سال گذشته با حساب شروع کردیم و بسیار در تمرین و تست اولیه هم موفق بودیم. سراغ افراد توانمند و ماهر رفتیم و بنا داریم از این توانمندی ها به نحو احسن استفاده کنیم. جذب و ارائه خدمات نیروی انسانی داوطلب با تخصص های مختلف از اهداف ماست. بیماران خاص نیز از این خدمات بهره مند می شوند و اصلاً اولویت خدمات با بیماران خاص است.

نماینده جمعیت هلال احمر با ذکر این مطلب که مراجعه کنندگان به ما عموماً دست خالی بر نمی گردند گفت: بخشی از اعتبارات و بودجه سنواتی جمعیت نیز در خدمت ارائه کمک به مردم است و معمولاً مردمی که به ما مراجعه می کنند دست خالی بر نمی گردند.

بالاخره می خواهیم به بیماران خاص خدمات دهیم یا خیر؟!

وضعیت بیماران خاص در حال تغییر است، اگر زمانی عامل عفونی باعث مرگ و میر بیماران بود اکنون پیشرفت علم بشر با بیماری های جدید و جدی تری دست به گریبان است.

اینها بخشی از متن آماده سخنرانی «دکتر طباطبایی» رئیس دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود. وی با اعلام این مطلب افزود: تکلیف ما چیست؟ بالاخره می خواهیم به بیماران خاص خدمات دهیم

یا خیر؟ بیماری های هیپاتیت، روانی مزمن سرطانه‌ها، ایدز و... جزو بیماری های خاص است. زیرا هم صعب‌العلاج‌اند و هم هزینه سنگینی را می‌طلبند. اما متأسفانه در کشور ما برخورد با بیماران خاص بصورت بینابین قرار گرفته است. از طرفی نه مثل کشورهایمانند بنگلادش، هندوستان و... نمی‌خواهیم بیماران خاص را به حال خود رها کنیم و نه مثل کشورهای پیشرفته در حال ریشه کن کردن مشکلات بیماران هستیم. ما در وسط قرار داریم. یعنی اگر بیمار مبتلا به بیماری خاص قرار است در سن ۵ سالگی بمیرد در سن ۱۸ سالگی می‌میرد. یعنی زمانی که جوان شده و آرزوها و دل‌بستگی‌هایی پیدا کرده است.

بنابراین باید اعتباراتی بیشتر از این چند صد میلیارد ریال مطالبه کرد. به نظر من بنیاد باید خود را درگیر مسائل درمانی کند و در جهت پیشگیری و تشخیص این نوع بیماری‌ها گام‌های مؤثر بردارد.

تعیین مراکز مشاوره و تشخیص در مراکز بنیاد، آموزش وسیع و همه‌جانبه مردم، کمک جهت تأسیس کمیته‌های دقیق تشخیص و نه ارزان قیمت، کمک به تأسیس مراکز مشاوره ژنتیک قبل از تولد، تأسیس یک سایت اینترنتی که با بیماران خاص از سراسر کشور ارتباط برقرار کند از جمله پیشنهادهای ایشان بود.

وی همچنین پیشنهاد کرد، بنیاد جایی برای مسئله ایدز و اعتیاد در برنامه‌های خود باز کند. در مقوله درمان نیز کمک به تأمین تجهیزات درمانی مانند رادیوتراپی و...، کمک به تأمین لوازم مصرفی بیماران مانند پمپ دسفرال، تعیین رژیم حقوقی مناسب

برای واحدهایی که خدمات ارائه می‌دهند و... را از جمله مسائل ضروری در این بخش دانست که باید مورد توجه مسئولان قرار گیرد.

بعد از صرف ناهار و گفت و گو با مسئولان کمیته‌ها، به طبقه دوم ساختمان، محل برگزاری همایش برمی‌گردم. قرار است قطعنامه همایش خوانده شود. اما قبل از آن خواندن بخش‌هایی از کتابچه «گزارش عملکرد کمیته بیماران خاص استان کرمان» که مسئول آن سعی دارد یک نسخه از آن را به همه مسئولان و خبرنگاران هدیه دهد خالی از لطف نیست.

در این همایش مبلغ ۱۰۰ میلیون تومان، برای حل مشکلات بیماران خاص به کمیته‌های استانی سراسر کشور پرداخت شد

در این کتابچه ضمن معرفی شهرستانهای تابعه استان از لحاظ جغرافیایی و اقدامات انجام شده در زمینه بیماری‌های خاص توسط مسئولان مربوطه آمده است: عدم پایگاه انتقال خون در شهرستان بافت، مشارکت در تأمین هزینه نصب دستگاه RO و خرید یک دستگاه الکتروفورز در شهرستان بم و عدم دستگاه RO و ایزوله نبودن بخش آنتی‌ژن مثبت در رفسنجان، نیاز مبرم بیماران خاص شهرستان زرنند به یک دستگاه یخچال سانتریفیوژ، کمبود دستگاه دیالیز و داروی اپرکس جهت بیماران دیالیزی در جیرفت و مشکلات اقتصادی بیماران خاص و... از جمله مسائلی است که باید مورد بررسی مسئولان بنیاد در مرکز قرار گیرد.

نگاهی به ساعت می‌اندازم. موقع خواندن

قطعنامه همایش و جمع‌بندی مطالب فرا می‌رسد. با دقت گوش می‌دهم.

سخنران قطعنامه به نمایندگی از رؤسا و دبیران کمیته‌های استانی بیماری‌های خاص سراسر کشور ضمن تقدیر و تشکر از کسانی که با احساس مسئولیت هسته اولیه بنیاد امور بیماری‌های خاص را پایه‌گذاری کرده و در این مدت کوتاه موفق شدند بیماری‌ها را در سطحی وسیع به مردم بشناسانند، حمایت خود را از تداوم تلاش این عزیزان در جهت ساماندهی تشکل‌های مردمی و آموزش بیشتر مردم و پیشگیری برای جلوگیری و یا کاهش موارد جدید بیماری اعلام کرد و موارد زیر را جهت پیشنهاد و اقدام لازم مطرح کرد.

۱- توصیه می‌شود که بنیاد امور بیماری‌های خاص قسمت عمده تلاش‌های خود را صرف تقویت راه‌های پیشگیری و تشخیص موارد خفیف بیماری نماید تا باعث کاهش تولد موارد جدید شود. برای این کار علاوه بر تأسیس مراکز جهت آموزش و مشاوره صحیح مردم لازم است از رسانه‌های محلی و صدا و سیما استانی خواسته شود در این زمینه همکاری فعال نمایند و تلاش لازم در جهت راه‌اندازی مراکز تشخیص قبل از تولد بیماری‌ها بعمل آید.

۲- تأکید می‌شود کمیته‌های استانی بطور جدی با کمک دانشگاه‌های علوم پزشکی و افراد خیر نسبت به گسترش و ارتقای کیفیت مراکز درمانی بیماران خاص اقدام نمایند.

۳- توصیه می‌شود کمیته‌های استانی جهت حل قطعی مشکل بیمه بیماران چه به لحاظ درمانی و یا به لحاظ معیشتی از طریق ظرفیت‌های موجود سازمان‌های حمایتی (سازمان بهزیستی، هلال احمر و کمیته



۹- به منظور ساماندهی و جذب کمک های مردمی و شناخت افراد خیر در جهت گسترش مراکز آموزشی، مشاوره، پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری های خاص، بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری کمیته های استانی اولین گردهمایی خیرین و نیکوکاران سراسر کشور را برگزار نماید.

۱۰- در راستای ایجاد هماهنگی بیشتر بین دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و کمیته های استانی پیشنهاد می شود بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به برگزاری جلسه ای مشترک با حضور وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونین محترم ایشان و رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی و همچنین رؤسا و دبیران کمیته های استانی اقدام نماید.

۱۱- با توجه به افزایش متوسط عمر بیماران خاص طی سال های اخیر از مجلس محترم و دولت محترم خواستار برنامه ریزی در جهت اشتغال مناسب بیماران می باشیم.

۱۲- با توجه به افزایش تعداد بیماران خاص تحت درمان تأکید می شود که کمیته های شهرستانی با ریاست فرمانداران محترم تشکیل و نسبت به رفع مشکلات بیماران در شهرستان ها با استفاده از امکانات محلی و ملی اقدام شود.

۱۳- ضروری است برنامه جامع بنیاد امور بیماری های خاص جهت بیماران خاص به صورت کوتاه مدت، میان مدت و دراز مدت تدوین شود.

۷- بیماری های ژنتیک و ارثی که تعدادی از بیماری های خاص نیز شامل این گروه هستند از علل عمده مرگ و میر در کشور ما به حساب می آیند که در صورت ارائه خدمات درمانی مناسب، تعداد بیشتری از این بیماران به حیات خود ادامه خواهند داد. از سوی دیگر احتمال افزایش تعداد این بیماران در کشور طی سال های آتی محسوس می باشد لذا از دولت محترم جمهوری اسلامی درخواست می شود، پیش بینی های لازم در جهت افزایش مناسب اعتبارات را بنمایند.

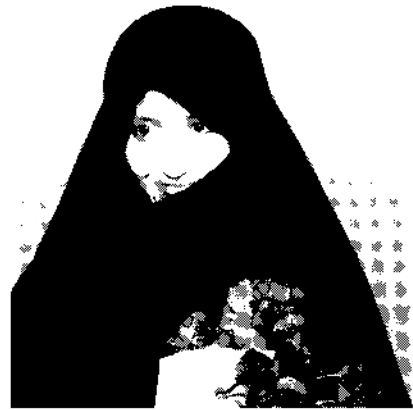
۸- با توجه به محدودیت بودجه مورد نیاز بیماران خاص، از نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی درخواست می شود تا در جهت حل این مشکل اقدام شایسته بعمل آورند و همچنین استانداران محترم بعنوان رؤسای کمیته های برنامه ریزی استانها امکان تأمین بودجه لازم از محل اعتبارات استانی و تبصره ۴۵ جهت ساخت و ساز مراکز مربوط به بیماران خاص را فراهم نمایند.

خدادادی، دبیر کمیته بیماران خاص استان گیلان: مشکل بیمه بیماران خاص و شرط های اداره بیمه، بزرگترین مشکل این نوع از بیماران است.

امداد حضرت امام (ره) اقدام جدی بعمل آورند. ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بطور جدی تأمین مناسب داروهای مورد نیاز (دسفرال، اپرکس، سیکلوسپورین، فاکتورهای انعقادی، فاکتورهای مورد نیاز در بیماران مقاوم، داروهای ضد ویروسی ریپاورین و اینترفرون و...) و نیز لوازم مصرفی مورد نیاز (فیلتر تزریق خون، پمپ تزریق دسفرال، لوازم تزریق و...) بیماران خاص و توزیع عادلانه آن در سطح کشور را پیگیری نماید.

۵- نظر به اینکه سازمان انتقال خون از مراکز اصلی ارایه خدمات به بیماران خاص است کمک به تأمین تجهیزات جدید مورد نیاز، کیت های تشخیصی لازم، راه اندازی فیلتر سانترال و تجهیز سازمان به سیستم Irradiation جهت جلوگیری از ایجاد حساسیت در دریافت کننده های خون ضروری می باشد.

۶- با توجه به گسترش سایتهای اینترنتی در سراسر کشور لازم است بنیاد امور بیماری های خاص برای سهولت دسترسی بیماران و بخش های تشخیصی و درمانی و نیز مردم علاقمند اقدام به تأسیس سایت ویژه بنیاد امور بیماری های خاص نماید.



رودررو با رئیس بنیاد

اشاره

خانم فاطمه هاشمی چهره آشنایی برای درمندان خاص کشور است او متولد سال ۱۳۳۹، صاحب دو فرزند دختر و پسر و همسری دندانپزشک می باشد. او دارای لیسانس زیست شناسی و فوق لیسانس علوم سیاسی بوده و دانشجوی دکترای علوم سیاسی می باشد. ساعتی را با او به مصاحبه نشستیم وقتی پاسخهایش را می شنیدیم از خود پرسیدیم که آیا او از پیش سوالها را می دانسته و برای جوابها فکر کرده است! اما این تسلط نشان از وقوف او نسبت به حوزه مسئولیتش بود:

تهیه و تنظیم:

امیرهادی انصاری

۲۲

- خانم هاشمی لطفاً بنیاد بیماری های خاص را تعریف کرده، هدف از تأسیس بنیاد را چه می دانید؟

• با توجه به ارتباطاتی که سالهای گذشته با بیماران خاص داشتیم به این نتیجه رسیدم که بالاخره برای این بیماران شرایط خوبی در ایران وجود ندارد هر چند که در دوران جنگ و سازندگی دولت کمک های خودش را قطع نکرد اما به طور مناسب در کشور به امور بیماران رسیدگی نمی شد و من احساس کردم که حقی از این عزیزان ضایع می شود مخصوصاً که اکثریت از قشر آسیب پذیر جامعه هستند و این مشکل بر مشکلات دیگرشان اضافه می شد لذا در آن زمان با مشورت پدرم که رئیس جمهور بودند و من گزارشات سفرهای در ارتباط با این بیماران را به ریاست جمهوری می دادم و با مشورت

• خیر در تمام دنیا سازمان های غیردولتی تشکیل می شوند و این به این معنا نیست که همه آنها تمامی بودجه خود را به صورت غیردولتی تأمین می کنند. این سازمانها به صورت یک پل ارتباطی بین مردم و مراکز دولتی ارتباط برقرار می کنند، مسایل را مطرح می کنند، مشکلات را حل کنند، سیاست گذاری می کنند و حتی در جاهایی شنیده ام که تمام بودجه را دولت می دهد و فقط دولت نظارت می کند و این اشتباه در ایران که دولت می خواهد در همه جا مجری باشد در آنجا وجود ندارد. چون اگر بخواهند مجری و ناظر یکی باشند کار به خوبی انجام نمی شود.

- یکی از ایرادهایی که به شما می گیرند این است که شما با وزارت بهداشت کار موازی انجام می دهید، چه پاسخی دارید؟

• ما هیچ کار موازی با وزارت بهداشت انجام نمی دهیم بلکه کارهای ما در رابطه با وزارت بهداشت است و مراکز درمانی که باید گسترش پیدا کند در راستای همان نیازی است که دولت اعلام کرده است یعنی ما در سفرهایی که به شهرستانها می رویم خود دانشگاهها و استانداری نسبت به چنین مراکزی اعلام نیاز می کنند و وقتی که از وزارت بهداشت مجوز گرفتند ما به ساخت مراکز کمک می کنیم در نتیجه هیچ کار موازی انجام نمی شود.

پزشکان و صاحب نظران دیگر به این نتیجه رسیدیم یک سازمان غیردولتی قوی که بتواند ارتباط خوبی با دیگر سازمانهای دولتی و غیردولتی برقرار بکند و در جهت کیفیت درمان این بیماریها و اضافه شدن امکانات این بیماران و گسترش مراکز درمانی این بیماران در سراسر کشور و همچنین مسئله مهمتر از همه پیشگیری و آموزش فعالیت هایی بکند، لازم است و به همین منظور ما این بنیاد را تشکیل دادیم و سه هدف عمده را دنبال می کنیم پیشگیری، درمان، آموزش در این مدت ۴ سال و اندی این اهداف را دنبال کرده ایم.

- خانم هاشمی شما به غیر دولتی بودن اشاره کردید در صورتی که شما از دولت بودجه می گیرید آیا این تناقض نیست؟

ما در بنیاد سه هدف پیشگیری، درمان و آموزش را دنبال می کنیم.

هر چه کمکهای مردم به ما بیشتر باشد کارهای ما وسیعتر می شود.

- چطور شد که دختر رئیس جمهور وارد این کار شد آیا از کار خانه خسته شده بودید یا؟!...

• من اولاً به عنوان دختر رئیس جمهور وارد این کار نشدم روحیه من طوری بود که قبل از انقلاب هم در فعالیتهای اجتماعی مدرسه شرکت می کردم یا اگر نظاراتی برپا می شد من حضور داشتم و در بعد از انقلاب اولین فعالیت خودم را در حزب جمهوری شروع کردم. بعد در وزارت خارجه به کار تحقیقاتی و بعد از آن مشاور وزیر خارجه و رئیس اداره اجتماعی و بین الملل زنان بودم، مدتی هم در سازمان تبلیغات مشغول بودم که در آنجا با خانم حبیبی دفتر امور زنان را راه اندازی کردیم معاون بین الملل در آنجا بودم در کنار این نامه های زیادی نیز از مردم می رسید که از طریق مجلس یا ریاست جمهوری پیگیری می کردم و به تدریج با بیماران هموفیلی و تالاسمی و به طور کلی بیماران خاص آشنا شدم و به دنبال این کار آمدم و معتقدم که زن علاوه بر اینکه می تواند در خانه حضور داشته باشد و به تربیت فرزندان خود و حفظ کیان خانواده بپردازد از وقت اضافی هم که مطمئناً دارد باید بر حسب علاقه ای که دارد در جامعه نیز حضور پیدا کند بنابراین این روحیه خودم بود و همیشه به یاد دارم که در انشاء دوران مدرسه در مورد اینکه می خواهید در آینده چه کاره شوید می نوشتم دوست دارم شغلی را انتخاب کنم که در آن به مردم خدمت کنم و خوشبختانه خداوند موقعیتی را برای من فراهم کرد که با توجه به امکاناتی که دارم بتوانم به مردم خدمت کنم.

- آیا راهکارهایی پیش بینی کرده اید که بنیاد از این بیشتر به مردم نزدیک شود؟

• ببینید بنیاد بر اساس کمک های مردمی اداره می شود و هر چه کمکهای مردم به ما بیشتر باشد کارهای ما وسیعتر می شود البته ما برنامه های زیادی در آینده داریم که از جمله مهمترین آنها پلی کلینیک بیماری های خاص در تهران است که امیدواریم امسال راه اندازی شود و به عنوان یک نمونه و الگو برای سراسر کشور باشد که البته با کمکهای خیرین در حال ساخت می باشد و اگر مردم باز هم به ما کمک کنند مراکز دیگری در غرب و شرق تهران و همچنین سایر استانهای کشور راه اندازی می نمایم.

افرادی که در اینجا جمع شده و فعالیت می کنند نیت خیر دارند.

- آیا بر دیدگاههایی که از بیرون نسبت به شما وجود دارد تحولات سیاسی تأثیر داشته اند با توجه به اینکه شما یک بنیاد خیریه هستید؟

• در ابتدای انتخاب شدن آقای خاتمی بعضی از گروهها خواستند که با ما مبارزه کنند و در بعضی روزنامه ها بر علیه ما چیزهایی نوشته شد اما به نتیجه نرسیدند زیرا ما خودمان سیاسی نبودیم و افرادی که در اینجا جمع شده اند نیت خیر دارند و تا آنجا که توانسته اند فعالیت کرده اند و بنیاد را پیش برده اند ولی ما کمکهای زیادی را از خود آقای خاتمی دریافت کردیم و ایشان بعد از اینکه من فعالیت های بنیاد را در جلسه ای برایشان بازگو کردم بسیار استقبال کردند و در پیامی در سالگرد تأسیس بنیاد تمامی کمیته های استانی را

به همکاری و همیاری با ما دعوت کردند و هر زمان از ایشان کمکی درخواست کردیم دریغ نکرده اند اما نکته ای که وجود دارد این است که در زمان ریاست جمهوری پدرم، من راحت تر می توانستم مشکلات موجود را با ایشان در میان بگذارم و ایشان از نزدیک با مشکلات آشنا شده و این مشکلات را لمس می کردند و لذا کمکهای زیادی به ما کردند و خودشان مشوق ما در این امر بودند.

- آیا با سازمان های بین المللی ارتباطاتی دارید؟

• بله با سازمان های بین المللی ارتباط داریم و الان به دنبال آن هستیم که در سازمان ملل ثبت شویم با فدراسیون جهانی تالاسمی، انجمن دیابت در انگلیس، بعضی سازمانها در اسپانیا، آلمان، سوئیس نیز ارتباط داریم و بیشتر این ارتباطات اطلاعاتی هستند و از این اطلاعات بیشتر در زمینه های آموزشی استفاده می کنیم.

- آیا در این مورد فکر کرده اید که شما به عنوان یک سازمان مرکزی عمل کنید و شعبی در شهرستانها داشته باشید؟

• با توجه به اینکه، اگر بخواهیم جایی را راه اندازی نماییم نیاز به مکان و پرسنل داریم و این مسائل نیاز مالی را بوجود می آورد. در نتیجه نه ما پولی برای ساخت این مراکز داریم و نه مردم علاقه دارند پولی را که برای درمان مستقیم بیماران هدیه می کنند در این امور صرف شود.

الآن به دنبال آن هستیم که در سازمان ملل ثبت شویم.



- چه برنامه هایی برای سال ۸۰ دارید؟

• برنامه ما در مرحله اول ادامه برنامه های سالهای گذشته می باشد چون ما هنوز به آن هدف ایده آل نرسیده ایم، همچنین یکی از اهداف مهم ما گسترش مراکز درمانی است که هنوز نیاز زیادی به گسترش این نوع مراکز داریم.

و در مرحله بعد بحث پیشگیری و آموزش می باشد که هر روز باید با زبان و طرحی نو ادامه پیدا کند. اما مسئله مهمی که روی آن تأکید داریم راه اندازی پلی کلینیک های تخصصی می باشد.

- در پایان برای مردم و مسئولین چه

سخنی دارید؟

• ما حرفهای زیادی برای گفتن داریم اولاً من باید در اینجا از مردم تشکر کنم چون اگر مردم نبودند ما هرگز نمی توانستیم فعالیت های خود را ادامه دهیم یعنی ما با حمایت و پشتیبانی مردم مشغول به کار هستیم و از آنها می خواهیم که مانند همیشه کمک های خود را به ما ادامه دهند. همچنین از مسئولین بالاخص رئیس جمهور محترم، نمایندگان محترم مجلس و وزیر محترم بهداشت و درمان می خواهیم که واقعاً نسبت به بیماران خاص و وضعیت موجود آنها در کشور یک بررسی و بازنگری دقیق داشته باشند. ما نیز پیشنهادهای خود را تدوین کرده که برای بحث و بررسی خدمت ایشان ارائه خواهیم نمود.

- از شما تشکر می کنیم.

• من نیز متشکرم.

یکی از اهداف مهم ما گسترش مراکز درمانی تخصصی است.

پرسند چه می گویند؟

• علاوه بر مشکلات مالی موجود، به نظر من مشکل اساسی نبود هماهنگی در کشور می باشد یعنی وقتی در کشور تصمیمی گرفته می شود باید هماهنگی سازمانی وجود داشته باشد یعنی الان تصمیم خوب است، قانون نیز خوب است اما در اجرا مشکل داریم به عنوان مثال بحث پیوند اعضاء که واقعاً چهار پنج سال زحمت کشیده شد تا در مجلس به تصویب رسید و شورای نگهبان تأیید نمود و الان حدود یکسال است که از تصویب این طرح می گذرد و وزارت بهداشت موظف بوده طی سه ماه آیین نامه اجرایی آن را تهیه کند اما تاکنون این امر مهم انجام نگرفته است.

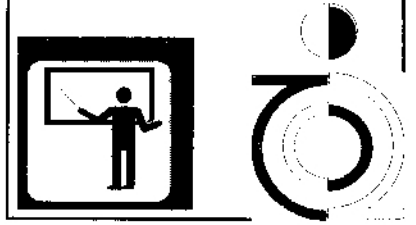
- به عنوان رئیس بنیاد یا مجموعه افرادی که در بنیاد مشغول به کارند چه ارتباطی دارید؟

• ارتباطات من با افراد مجموعه بنیاد دوستانه می باشد زیرا همه این افراد به نیت خیر در اینجا جمع شده اند ضمن اینکه هر شخص باید در جای خود مسئولیتش را انجام دهد.

به نظر من مشکل اساسی نبود هماهنگی در کشور می باشد.

لذا با مشورت هایی که با سازمان برنامه و بودجه و مسئولین دولتی و غیردولتی داشتیم کمیته های استانی را راه اندازی کردیم که در آنها معاون سیاسی استانداری رئیس کمیته می باشد و مسئولیت بررسی امور بیماران در استان را به عهده می گیرند و این به معنای این نیست که کار خاصی را انجام دهند زیرا این کار به عهده دانشگاه علوم پزشکی می باشد بلکه این کمیته ها باید مشکلات را بررسی کرده و در مراکز استان حل نموده و آنها را قابل حل نیستند جهت پیگیری به مراکز تهران ارجاع دهند. که این امر مستلزم تشکیل جلسات ماهانه کمیته های استانی و سالانه کلیه کمیته ها با مسئولین بنیاد می باشد. البته برای بررسی مشکلات خود من یا معاونین بنیاد سفرهای متعددی را به استانها انجام می دهیم و با توجه به نیاز آنها بودجه ای را در آنجا هزینه می کنیم.

- اگر از شما بزرگترین مشکل تان را



دکتر سید محمود طباطبایی

جراح مغزو اعصاب-استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سعید شاه بیگی

نورولوژیست

اشاره

احساس یک بیمار نیازمند به پیوند را نمی توان توصیف کرد. بیمار نیازمند پیوند قلب، کبد، کلیه و... بیماری در انتظار مرگ است و تمام امید او برای نجات به دستان اهداگر خانواده بیمار مبتلا به مرگ مغزی و انجام عمل جراحی پیوند است. مقاله زیر تلاشی در جهت شناساندن بیمار مبتلا به مرگ مغزی، اهمیت تشخیص این بیماری و دیدگاه اسلام در استفاده از اعضای بیمار مرگ مغزی است.

به طور ساده می توان گفت مغز از دو قسمت تشکیل شده است: الف) کورتکس مغز، ب) ساقه مغز.

قشر مغز

قشر، بزرگترین قسمت تشکیل دهنده مغز است. کورتکس از دو نیمکره چپ و راست تشکیل شده است. این نیمکره ها مسئول یکسری فعالیت های اختصاصی هستند. از جمله، نیمکره چپ مسئول اصلی تکلم فرد است (در اغلب موارد) و در انجام فعالیت های

مرگ مغزی و پیوند اعضا

تحت عنوان فعالیت های عالی انسانی هستند، مختل می شود و اصطلاحاً گفته می شود که بیمار دچار مرگ قشر مغزی شده است. در این حالت بیمار قادر به تکلم، حرکت، شنوایی، بینایی، شناخت محیط اطراف و عکس العمل به محرکات خارجی نیست.

ساقه مغز

ساقه مغز از چند قسمت مهم تشکیل شده است که عبارتند از: مغز میانی، پل و بصل النخاع.

انجام بسیاری از اعمال خاص کنترلی بدن از جمله موارد ذیل برعهده ساقه مغز است: کنترل تنفس، کنترل دستگاه قلبی-عروقی، کنترل اعمال گوارشی، کنترل بسیاری از حرکات کلیشه ای بدن، کنترل تعادل و کنترل حرکات چشم. ساقه مغز همچنین بعنوان ایستگاهی برای پیام های دستوری مراکز کورتکس مغز عمل می کند. این پیام ها که برای هدایت اعمال خاص کنترلی در سراسر بدن ارسال می شوند به ایستگاه ساقه مغز منتقل شده و از آنجا به سراسر بدن گسیل می شوند.

برای بررسی سالم بودن ساختمانهای ساقه مغز از تست های خاصی استفاده می شود که از جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد.

فکری-منطقی و محاسبه ای، نسبت به نیمکره راست غالب است در صورتی که نیمکره راست، در درک فضایی اشیاء، عواطف و تفکر غیرمحاسبه ای نقش بیشتری را ایفاء می کند. هر کدام از نیمکره های مغز، با توجه به محل قرارگرفتن آنها و فعالیت اختصاصی خود، به چهار قسمت تقسیم می شوند. به هر کدام از این قسمتها «لوب» اطلاق می شود. لوب های مغزی عبارتند از: لوب پیشانی، لوب گیجگاهی، لوب آهیانه و لوب پس سری.

از جمله فعالیت های لوب پیشانی، دخالت مستقیم آن در حرکت کردن است. بطوری که آسیب این لوب موجب ضعف حرکتی فرد می شود. لوب گیجگاهی با شنوایی، حافظه، آموزش و تکلم در ارتباط است. قدرت تشخیص دقیق حس های مختلف نیز به کمک لوب آهیانه است و قدرت بینایی و منطقه اصلی آن در ناحیه لوب پس سری واقع است.

در آسیب به قشر مغز، بسته به محل آسیب دیدگی که کدام لوب مغزی درگیر شود، علائم مختلفی نیز ایجاد می شود. بطوری که در آسیب به منطقه حرکتی لوب پیشانی فرد دچار فلجی اندام ها و بالعکس در آسیب به منطقه بینایی لوب پس سری، بیمار دچار کوری می شود. در آسیب دو طرفه و گسترده به قشر مغز، عملاً تمام فعالیت های گفته شده، که

الف) بررسی رفلکس مردمک (Pupillary Reflex)

بطور معمول اندازه مردمک های هر دو چشم مساوی هستند و قطری در حدود ۳ تا ۵ میلی متر دارند. در صورت تاباندن نور مستقیم به مردمکها، قطر آنها کوچک و بالعکس در تاریکی و نور کم، قطر مردمکها بزرگ می شود. این خاصیت رفلکس مردمکها بوسیله هسته هایی که در ساقه مغز قرار دارند، تنظیم می شوند. در اثر آسیب به این هسته ها، عملاً تمام فعالیت های گفته شده مردمکها از بین می روند.

ب) بررسی رفلکس قرنیه (Corneal Reflex)

در تماس با یک تکه پنبه و هر جسم دیگری به قرنیه، چشم های شخص شروع به پلک زدن می کنند. به این حالت، رفلکس قرنیه می گویند.

ج) چشم عروسکی (Doll's Eye)

وقتی که سر بیمار را به طرفین می چرخانیم، بطور طبیعی چشم های بیمار به سمت مقابل حرکت می کنند به این وضعیت چشم عروسکی گفته می شود. در ضایعات ساقه مغز، این حرکات از بین می روند.

د) رفلکس گاغ (Gag Reflex)

در صورتی که جسمی را به ته حلق بیمار بزنییم، بیمار دچار حالت عوق زدن می شود به این وضعیت، رفلکس گاغ گفته می شود. در ضایعه

ساقه مغز این رفلکس نیز از بین می رود. در صورتی که ضایعه ای گسترده و منتشر در ساقه مغز داشته باشیم، بیمار دچار اختلال در حرکات چشم ها، اختلال در تنفس و اختلال در تمام رفلکس های صورتی می شود.

مرگ مغزی

در صورتی که بیماری دچار آسیب غیرقابل برگشت به مغز و همزمان ساقه مغز شود، در اصطلاح پزشکی گفته می شود که بیمار دچار مرگ مغزی شده است. این بیمار در واقع شخصی است که به علت آسیب گسترده به مغز، هرگز قادر به ایجاد ارتباط با محیط پیرامونش نیست. هرگز نمی تواند صحبت کند، حس کند، حرکتی انجام دهد، ببیند، چشم هایش را باز کند و یا حرکت دهد و در نهایت نفس بکشد. این بیماری علیرغم آنکه ضریان قلب دارد، وقتی

امواج مغزی وی را ثبت می کنیم، هیچ موج قابل ثبتی بدست نمی آید. در سالهای اخیر، با توجه به پیشرفتهای حاصله، بطور موقت به وسیله دستگاه تنفس مصنوعی، می توان برای وی تنفس ایجاد کرد ولی به محض قطع از دستگاه، تنفس بیمار نیز قطع شده است و قلب وی نیز از کار می افتد. از اینرو در علم پزشکی به بیمار مرگ مغزی مرده اطلاق می شود. توجه کنید وقتی اثبات شود بیماری دچار مرگ مغزی شده است، یعنی اینکه این بیمار هرگز زنده نخواهد شد.

اهمیت تشخیص مرگ مغزی در چیست؟

از سال ۱۹۵۰ میلادی، وقتی که پزشکان مغز و اعصاب (نورولوژیست) متوجه غیرقابل برگشت بودن بیماران مبتلا به مرگ



مغزی شدند، مباحث مهمی در عرصه اخلاق پزشکی بوجود آمد.

مهمترین جایگاه این مباحث، وجود بیمارانی بود که علیرغم آسیب منتشر به مغز و علیرغم برگشت ناپذیر بودن وضعیت مغزی آنها، ارگانهای بدن آنها (به استثنای مغز) کاملاً قابل استفاده بود. یعنی پزشکان با بیمارانی روبرو شدند که مغز نداشتند ولی در عین حال قلب، کلیه، کبد، پوست، استخوان و... داشتند. از طرفی در طی همین سالها، اعمال جراحی تحت عنوان پیوند اعضا رفته رفته جای خودش را در عرصه پزشکی بخوبی باز کرد.

بنابراین پزشکان به اهمیت استفاده از ارگانهای حیاتی بیمار مبتلا به مرگ مغزی پی بردند که می توان از اعضای مختلف بیمار مبتلا به مرگ مغزی جهت زنده ماندن افراد دیگر بخوبی استفاده کرد. بطوریکه با استفاده از اعضای یک بیمار مبتلا به مرگ مغزی، حیات را به چند بیمار دیگر اهداء نمود.

از اینرو در سال ۱۹۷۰ میلادی در آمریکا قانون استفاده از اعضای بدن بیمار مرگ مغزی تصویب شد و بطور عملی و با اتخاذ تدابیر حقوقی - اخلاقی و پزشکی ویژه ای این اقدامات آغاز گردید. در این خصوص کمیته های تشخیص دقیق مرگ مغزی تشکیل شد و جهت آموزش همگانی در زمینه مرگ مغزی و ترغیب آنها به عضو شدن و گرفتن کارت اهداء عضو در صورت مبتلا شدن به مرگ مغزی اقدامات زیادی انجام گرفت. بطوری که هر ساله آمار استفاده از اعضای بیماران مرگ مغزی در کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه در حال افزایش است.

در علم پزشکی به بیمار مرگ مغزی مرده اطلاق می شود. توجه کلید وقتی اثبات شود بیماری دچار مرگ مغزی شده است، یعنی اینکه این بیمار هرگز زنده نخواهد شد.

مرگ مغزی و استفاده از اعضای بیمار از دیدگاه اسلام

دین مبین اسلام، اهمیت فوق العاده ای برای نجات جان انسانها قائل است. تا آنجا که به فرموده قرآن کریم هرگاه کسی باعث بقای نفسی شود مانند آن است که باعث نجات جان تمام انسانها شده است و ثواب چنین کاری برای اوست. مستفاد آیه شریفه آن است که حمایت از نفوس، از بزرگترین عبادات است. مرحوم علامه طباطبایی در ذیل آیه فوق می فرماید: هر که یکی را زنده نگه دارد چنان است که همه مردم را زنده داشته است و این موضوع دریچه ای را به روی مسأله پیوند اعضای انسان می گشاید.

در این باب، دو اصل مهم اسلامی وجود دارد که بسیار راه گشایند.

۱- اصل اهم و مهم. این اصل به ما می گوید: هنگامیکه میان دو هدف مختلف اسلامی و انسانی تعارضی واقع شود باید مهمتر را برگزینید و غیرمهم را فدای مهمتر کنید.

۲- حفظ حرمت مرده مسلمان واجب و مهم است و حفظ جان مسلمانان واجب مهمتر.

در صورتی که بین حفظ حرمت جسد مسلمان و حفظ جان مسلمانان امر دائر شود، مسلم حفظ جان مسلمانان مهمتر خواهد بود و باید مقدم داشته شود. به عبارت دیگر، در صورت تعارض بین واجب، باید واجب اهم را

گرفت و مصلحت فرد زنده را بر مصلحت مرده مقدم داشت.

امام خمینی (ره) ضمن تأکید بر حرمت قطع اعضای جسد مسلمانان درباره پیوند اعضا می نویسد: مگر در صورتی که حیات فرد متوقف بر پیوند باشد.

بی شک قطع اعضای مردگان در روزگار گذشته نه تنها بی احترامی، بلکه بزرگترین اهانت به حساب می آمد. آنان که به چنین عمل شنیعی دست می زدند، قصدشان جز این نبوده اما اکنون تلقی جامعه از قطع اجزا در مراکز علمی و درمانی به خاطر منافعی که این کار برای معالجه بیماران و مصدومان دارد دگرگون شده است و این حرکت را حرکتی انسانی می داند. امروزه جداسازی اعضای جسد و پیوند به نیازمندان به هیچ وجه توهین به مرده به حساب نمی آید بلکه ایثار و حرکتی انسانی است.

بنابه ضرورت های اجتماعی در تاریخ ۵ مهرماه ۱۳۷۲ لایحه استفاده از اعضای جسد و افراد مرگ مغزی به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد که توسط نمایندگان رد شد. روند روبه تزیاد عمل جراحی پیوند اعضا مخصوصاً در چند سال اخیر و کمبود منابع موجود و هزینه گزاف و عارضه زا بودن پیوند از راه دهنده های زنده و آمار بیماران مرگ مغزی لزوم قانونی کردن این گونه جراحی ها و تدوین آئین نامه اجرای آن را بیش از پیش مشخص می کند، لذا بنا به ضرورت، گروهی کار پزشکان متخصص را در مورد استفاده از اعضای بیماران مرگ مسلم مغزی جهت پیوند و به استحضار امام خمینی (ره) می رسانند که نظر ایشان همانطور که گفته شد، مساعد بود. بعد از رحلت امام نیز عده ای از متخصصین نزد مقام معظم رهبری رفته و موافقت ایشان را در این باره

دریافت داشتند.

سرانجام با توجه به اهمیت مرگ مغزی، مجلس پنجم شورای اسلامی پس از تصویب کلیات طرح مرگ مغزی، استفاده از ارگانهای فرد مبتلا به مرگ مغزی را در سال ۱۳۷۹ تصویب نمود.

بانک اطلاعاتی مرگ مغزی

کارشناسان بنیاد بیماریهای خاص از دو سال پیش شروع به تهیه طرحی جامع در خصوص بررسی و مطالعه شاخص های همه گیرشناسی مرگ مغزی در تهران نمودند. این طرح با عنوان بررسی شاخص های همه گیرشناسی مرگ مغزی در مراکز انتخابی شهر تهران در سال ۱۳۷۸ تصویب و با همکاری اساتید مغز و اعصاب دانشگاههای علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران و ایران پس از چندین جلسه در سطح ۸ بیمارستان دانشگاهی اجرا می شود. در این طرح هر بیماری که دارای خصوصیات خاصی از جمله عدم کارکرد کورتکس و ساقه مغز باشد مورد مطالعه قرار می گیرد. به این شکل که در هر بیمارستان دو نفر از دستیاران رشته های داخلی مغز و اعصاب و جراحی مغز و اعصاب این بیماران را معاینه دقیق می کنند و در صورتی که مرگ مغزی آنها توسط اساتید این دو رشته تأیید

شود به بنیاد امور بیماریهای خاص اطلاع داده می شود. این اطلاعات پس از بازبینی در سیستم کامپیوتری بانک مرگ مغزی بنیاد وارد می شود.

از دی ماه ۱۳۷۸ لغایت نیمه اول اسفند ۱۳۷۸ در بیمارستانهای مورد مطالعه (جدول ۱) تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به مرگ مغزی گزارش شده است. بیمارستان شهدای تجریش با گزارش ۱۷ مورد مرگ مغزی در صدر بیمارستانهای نامبرده قرار داشت.

میانگین سنی بیماران مبتلا به مرگ مغزی ۴۵ سال بود.

شایع ترین علل منجر شده به مرگ مغزی ضایعات عروقی مغز (۲۸ درصد) و ضربه های مغزی (۳۵ درصد) بود.

تمام بیماران پس از چند ساعت تا چند روز بطور کامل فوت شدند.

با توجه به اعداد فوق به خوبی متوجه می شویم که در این ۶۰ بیمار مبتلا به مرگ مغزی از ارگانهای هیچکدام از این بیماران جهت پیوند اعضا استفاده نشده است یعنی به زبانی ساده اگر صرفاً می توانستیم از ۵۰ درصد کلیه های این بیماران استفاده کنیم در حدود ۶۰ کلیه را از دست داده ایم! و اگر قلب های این بیماران را نیز بحساب بیاوریم ۳۰ قلب قابل پیوند را از دست داده ایم و به همین ترتیب ۳۰ کبد قابل پیوند... از اینرو، به خوبی متوجه

| نام بیمارستان | نام دانشگاه |
|------------------------------|--|
| شهدا - لقمان - امام حسین (ع) | علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی |
| شریعتی - امام خمینی - سینا | علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران |
| حضرت رسول (ص) - فیروزگر | علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران |

جدول ۱- اسامی بیمارستانهای انتخابی در طرح بررسی شاخص های مرگ مغزی در شهر تهران

امام خمینی (ره) ضمن تأکید بر حرمت قطع اعضای جسد مسلمانان در باره پیوند اعضا می نویسد: مگر در صورتی که حیات فرد متوقف بر پیوند باشد.

می شویم که در طی انجام فقط ۲ ماه بررسی بیماران مبتلا به مرگ مغزی آن هم فقط در ۸ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران، می توانستیم ۵۰ بیمار دیالیزی را به زندگی راحت برگردانیم، ۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی و مشکلات قلبی را نجات دهیم و به ۳۰ بیمار مبتلا به سیروز کبدی و مشکلات شدید کبدی کمک کنیم. تازه در این میان از پیوندهای قرنیه، استخوان و... نیز اصلاً سخنی به میان نیاورده ایم.

در اینجا لازم است که با همکاری های بعمل آمده در فکر طراحی بانک مرگ مغزی باشیم که بتوانیم به سرعت اطلاعات مربوط به بیماران مرگ مغزی را وارد شبکه کامپیوتری نماییم تا در صورت رخداد مرگ مغزی در یک بیمارستان، جراحان و متخصصان تمام بیمارستانهای این شبکه بتوانند از اطلاعات آن بیمار مطلع شوند.

در پایان امیدواریم با اطلاع یافتن هرچه بیشتر مردم ما در خصوص اهمیت و جایگاه مرگ مغزی و پیوند اعضا گامی بلند در جهت سلامتی بیماران از جمله قلبی، کلیوی و... برداشته شود.

شما نیز با تکمیل فرم پیوند اعضا در این حرکت بزرگ ما را یاری کنید

درمان هپاتیت C مزمن

اشاره

درمان هپاتیت ویروسی نوع C (HCV) به سرعت در حال پیشرفت می باشد. درمان تک دارویی با اینترفرون که تا سالهای اخیر به عنوان استاندارد درمانی پذیرفته شده بود، تنها در ۱۵ درصد بیماران سبب پاسخ و ویروسی (Sustained virological response) می شود. درمان ترکیبی با اینترفرون آلفا-۲b و ریباویرین میزان پاسخ ویروسی پایدار در بیمارانی که هرگز با اینترفرون درمان نشده اند، به ۴۰ درصد و در بیمارانی که دچار عود بیماری متعاقب درمان تک دارویی با اینترفرون شده اند، به ۵۰ درصد افزایش داده است. عوارض جانبی باعث قطع درمان ترکیبی در درصد قابل توجهی از بیماران می شود، در حال حاضر درمان با اینترفرون آلفا-۲b و ریباویرین در کانادا مورد تأیید می باشد. در درمان ترکیبی انتخاب بیمار و مراقبت مناسب از وی نیازمند مهارت و تجربه و ویژه ای است. اگرچه در حال حاضر با کاستن از فاصله تجویز داروها یا افزودن دوز داروها و یا با استفاده از اشکال طولانی اثر اینترفرون همراه با ریباویرین می توان وضعیت درمان را بهبود بخشید، میزان کم پاسخ یا (کمتر از ۳۰٪) در بیماران مبتلا به هپاتیت ویروسی C با ژنوتیپ، لزوم استفاده از درمانهای ضد ویروسی جدید را که جایگاههای عملکرد مختلفی را روی ژنوم HCV هدف قرار می دهند، مشخص می سازد. هپاتیت ویروس C شایع ترین هپاتیت ویروسی مزمن شناخته شده در کانادا و ایالات متحده و یکی از علل عمده سیروز و کارسینوم هپاتوسولوز می باشد. بیماری اغلب برای دوره طولانی مدت بدون علامت باقی می ماند ولی در ۳۰-۲۰ درصد افرادی که به طور مزمن آلوده هستند، تدریجاً و در طی مدت ۲۰ تا ۳۰ سال به طرف سیروز پیشرفت می کند.

دکتر علیرضا شمشیر ساز
پزشک عمومی

شمالی یافت می شود. در حال حاضر داروهای ضد ویروسی جدید که جایگاههای

عملکرد HCV را هدف قرار می دهند در دست مطالعه می باشند. این مقاله درمانهای در دسترس جدید را که باعث متحول شدن درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C شده اند را مورد بررسی قرار می دهد.

در گذشته، درمان هپاتیت به درمان تک دارویی با انواع مختلف اینترفرون (به طور مثال اینترفرون آلفا-۲a و اینترفرون آلفا-۲b محدود بود. این داروها دارای اثرات ضد ویروسی و تنظیم کننده ایمنی مشابهی هستند. درمان تک دارویی تنها در ۲۰-۱۵ درصد موارد منجر به پاکسازی ویروس می شود. اخیراً ترکیب یک آنالوگ نوکلئوزیدی (ریباویرین) به همراه اینترفرون آلفا-۲b مورد ارزیابی قرار گرفته است و ترکیب این عوامل ضد ویروسی میزان پاسخ ویروسی پایا را به طور چشمگیری بهبود بخشیده است. پاسخ های ممکن به درمانهای ضد ویروسی در (جدول ۱) آمده است. در تمام این مقاله از این اصطلاحات استفاده می شود. ریباویرین به تنهایی باعث تقویت پاسخ ایمنی نوع ۱ با واسطه سیتوکین می شود ولی ویرمی را کاهش نمی دهد. در حالیکه تلفیق این دارو با اینترفرون سبب بروز اثرات ضد ویروسی هم افزا می شود.

ویروس هپاتیت C یک ویروس دارای RNA تک زنجیره ای است که به خانواده فلاویویریده (flaviridae) تعلق دارد. ساختمان و عملکرد پروتئین های ژنوم HCV در عرض ۱۰ سال گذشته به خوبی مشخص شده است. از میان ۶ ژنوتیپ اصلی HCV، ژنوتیپ ۱ شایعترین می باشد و ژنوتیپ ۲ و ۳ تقریباً در ۲۰-۱۰ درصد از بیماران مبتلا به هپاتیت C در آمریکای

| تعریف | نوع پاسخ |
|---|-------------------|
| طبیعی شدن سطح آلانین ترانس آمینازها | پاسخ بیوشیمیایی |
| غیر قابل اندازه گیری شدن HCV RNA سرم توسط آزمون کیفی PCR | پاسخ ویروس شناخته |
| ادامه یافتن پاسخ درمانی برای مدت بیش از ۶ ماه پس از قطع درمان | پاسخ پایا |
| عدم بازگشت سطوح آلانین ترانس آمینازها به مقادیر طبیعی و یا پاک شدن سرم از HCV RNA در طی دوره درمان. | عدم پاسخ |
| بازگشت ویرمی HCV بعد از درمان | عود |

جدول ۱ - توضیح انواع پاسخها به درمان ضد ویروسی

تشخیص هیپاتیت ویروسی C مزمن

کاربردی ترین آزمون غربالگری برای آنتی بادیهای هیپاتیت ویروسی C، نسل دوم و سوم روشهای سنجش ایمنی با استفاده از آنزیم (Enzyme immunoassays) می باشد (جدول ۲). در صورت مثبت بودن آزمون غربالگری، وجود آنتی بادی های HCV معمولا توسط روش اختصاصی تر سنجش ایمونوبلات نو ترکیب (recombinant Immunoblot assay) اثبات می شود. تمام بیمارانی که سنجش ایمنی با استفاده از آنزیم در آنها مثبت بوده و سنجش ایمونوبلات نو ترکیب در آنها مثبت یا مشکوک می باشد، باید جهت اثبات عفونت مزمن، توسط آزمون کیفی واکنش زنجیره ای پلی مرارز (Qualitative polymerase chain reaction) از نظر HCVRNA مورد ارزیابی قرار بگیرند. عدم موفقیت در بدست آوردن HCVRNA در این مرحله، ممکن است مربوط به حساسیت سنجش (منفی کاذب) ویرمی متناوب یا از بین رفتن HCVRNA پس از نمونه گیری باشد و یا ممکن است به معنای منفی و واقعی بودن آزمون باشد. تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به هیپاتیت C حاد نهایتا از HCV پاک می شوند. بنابراین آزمون واکنش زنجیره ای پلی مرارز در صورت منفی بودن، خصوصا در حضور آنزیمهای کبدی غیرطبیعی، تکرار گردد. در حدود ۱۰ درصد از بیماران مبتلا به نقص ایمنی ممکن است علیرغم وجود ویرمی آنتی بادی ضد HCV توسط روش سنجش ایمنی با استفاده از آنزیم ها منفی باشد، و در صورت شک بالینی به عفونت HCV، این بیماران باید از ابتدا توسط روش واکنش زنجیره ای پلی مرارز مورد بررسی قرار گیرند.

ارزیابی بیماران مبتلا به هیپاتیت ویروسی C مزمن

بیماران با عفونت HCV باید جهت تعیین شدت بیماری مزمن کبدی و وجود همزمان سایر مشکلات طبی مورد ارزیابی قرار گیرند. علائم و نشانه های بیماری مزمن کبدی، به خصوص علائم نارسایی بارز کبد (یعنی زردی، آسیت، آنسفالوپاتی و یا خونریزی از واریس های مری یا معده) باید مورد تجسس قرار گیرند. پیشنهاد می شود از بیماران مشکوک به بیماری پیشرفته کبد جهت غربالگری واریس مری، گاستروسکوپی انجام گردد. در صورت وجود واریس های کوچک، بیماران باید مورد ارزیابی سالانه قرار

در بیمارانی که قرار است تحت درمان ترکیبی ضد ویروسی قرار بگیرند، باید ژنوتیپ ویروسی تعیین گردد، زیرا درمان بیماران با ژنوتیپ ۲ و ۳ را می توان از ۱۲ ماه به ۶ ماه تقلیل داد. فایده اندازه گیری کمی HCVRNA برای تعیین طول مدت درمان، به خوبی مشخص نشده است و بنابراین، این تست بطور اولیه در همه بیماران توصیه نمی شود، البته دانستن بار ویروس می تواند در پیش بینی احتمال پاسخ به درمان کمک کننده باشد. در بیمارانی که بار ویروسی مساوی یا بیشتر از 2×10^6 نسخه در میلی لیتر (Copies/ml) است، احتمال پاسخ درمانی مناسب، بخصوص در بیماران با ژنوتیپ ۱ کاهش می یابد.

| هدف | ELISA | RIBA | *اندازه گیری کیفی PCR | +اندازه گیری کمی HCV RNA | تعیین ژنوتیپ |
|----------------------------------|-------|------|-----------------------|--------------------------|--------------|
| غربالگری برای پادتن های HCV | + | - | - | - | - |
| اثبات وجود پادتن های HCV | - | + | - | - | - |
| اثبات وجود عفونت HCV | - | - | + | ± | - |
| ارزیابی شانس پاسخ به درمان | - | - | - | + | + |
| ارزیابی پاسخ ویروسی در طی درمان | - | - | + | ± | - |
| ارزیابی پاسخ ویروسی بعد از درمان | - | - | + | - | - |
| تعیین طول دوره درمان | - | - | - | ± | + |

جدول ۲- ارزیابی تشخیص عفونت هیپاتیت ویروسی C

RIBA: recombinant Immunoblot assay

PCR: واکنش زنجیره ای پلی مرارز

+ : توصیه می شود

- : توصیه نمی شود

± : منفعت آن محدود می باشد و یا در حال حاضر توصیه نمی شود

*: آزمون کیفی PCR با دقت تشخیص ۱۰۰ نسخه HCVRNA در میلی لیتر سرم

±: اندازه گیری کمی HCVRNA توسط PCR یا DNA زنجیره ای شاخه دار (Branched-chain DNA)

گیرند و در صورت وجود واریس های درجه ۲ یا ۳ جهت پیشگیری از خونریزی باید برای بیمار یک داروی مسدودکننده گیرنده بتا شروع شود.

بیماران مبتلا به سیروز باید از نظر کارسینوم هیپاتوسلولار مورد ارزیابی قرار گیرند. برای این منظور روشهای غربالگری متداول یعنی تعیین آلفا - فیتوپروتئین و اولتراسونوگرافی با فواصل ۶ ماهه، تنها به ترتیب ۵۰ درصد، ۷۰ درصد حساسیت دارند و درمان قطعی از طریق برداشتن یا پیوند کبد فقط در تعداد کمی از بیماران ممکن می باشد.

بیماران با نارسایی شدید کبدی باید جهت ارزیابی برای پیوند کبدی ارجاع داده شوند. هیپاتیت C تقریباً همیشه بعد از پیوند کبد عود کرده و ممکن است باعث سیروز و از دست رفتن آلوگرافت کبدی شود، با وجود این بقای کوتاه مدت (۵ ساله) و میان مدت (۸ساله) در آنها مشابه بیماری است که به دلایل دیگر پیوند کبد دریافت کرده اند.

عوامل خطرزای مربوط به شیوه زندگی همانند مصرف الکل و مصرف مواد مخدر داخل وریدی باید ممنوع گردد. بخصوص لزوم پرهیز از الکل باید مورد تأیید قرار گیرد. چرا که الکل از عوامل خطرزای مهم در پیشرفت هیپاتیت ویروسی C مزمن می باشد.

باید در نظر داشت که بیماران معتاد قبل از شروع درمان ضدویروسی جهت ترک الکل یا مواد مخدر در مراکز بازپروری ثبت نام کنند. وجود همزمان بیماری کبدی ویروسی خود ایمنی، متابولیک ناشی از دارو باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین بیماران باید از تظاهرات خارج کبدی هیپاتیت C (به طور مثال پورفیری

جلدی تأخیری و یا کرایوگلوبولینی اولیه مختلط) مورد بررسی قرار گیرند.

در اکثر بیماران با آنزیمهای کبدی بالا یا شواهد بالینی سیروز زودرس، نمونه برداری بافتی از کبد توصیه می شود. بیوشیمی کمک می کند تا بیماری که در معرض خطر بیشتری از نظر پیشرفت بیماری هستند، شناسایی و درمان گردند و همچنین بیماران که بیماری کبدی آنها تا آن زمان مشخص نشده است، شناسایی شوند.

در بیماران که سطح آلانین آمینو ترانسفراز در آنها طبیعی است، آنزیم های کبدی باید حداقل ۳ بار در طی ۶ ماه و پس از آن حداقل به صورت سالانه تکرار گردد تا از طبیعی بودن آنها اطمینان حاصل شود.

درمان بیماران مبتلا به هیپاتیت C

تمامی بیماران باید از علائم پیشرفت بیماری، روشهای جلوگیری از انتقال ویروس و روشهای درمانی مختلف از جمله منافع و خطرات درمان ضدویروسی، اطلاع یابند. توصیه می شود بیماران علیه هیپاتیت A و هیپاتیت B ایمن شوند. چرا که مبتلایان به بیماری مزمن کبدی ممکن است در معرض خطر بیشتری از نظر هیپاتیت A و B برق آسا باشند و در صورت عفونت همزمان با هیپاتیت B خطر پیشرفت بیماری و کارسینوم هیپاتوسلولار نیز بیشتر می شود.

عوامل بسیاری مانند شدت بیماری، احتمال پاسخ به درمان، مشکلات طبی همراه، سن بیمار و موارد منع مصرف

اینترفرون یا ریباویرین بر روی تصمیم گیری درمانی تأثیر می گذارند (جدول ۳).

در بیماران که عفونت HCV در آنها اثبات شده است و پس از یک ارزیابی بالینی و مرور موارد معاینه انتظار می رود که درمان ضدویروسی برای آنها سودبخش باشد، رژیم درمانی اینترفرون و ریباویرین توصیه می شود. درمان ترکیبی برای بیماران که آزمونهای عملکرد کبدی در آنها افزایش یافته و تاکنون توسط اینترفرون درمان نشده اند (Interferon naive) و همچنین برای بیماران که پس از پاسخ اولیه به تک درمانی با اینترفرون دچار عود شده اند، در نظر گرفته می شود. بیماران که خطر پیشرفت بیماری در آنها بیشتر است (مانند بیماران که شواهدی از التهاب متوسط یا فیروز نمونه برداری کبدی آنها مشاهده شده است) باید در اولویت درمانی قرار گیرند. در بیماران که آنزیم های کبدی طبیعی دارند یا در آنهایی که سطح آمینوترانسفراز به محدوده طبیعی بازگشت نکرده است و یا در طی تک درمانی با اینترفرون از HCV RNA، پاک نشده اند (nonresponders)، درمان بطور معمول توصیه نمی شود (مگر آنکه درمان در قالب کار آزمایشی های بالینی جدید صورت گیرد). در بیماران که به درمان پاسخ نداده اند (nonresponders)، تک درمانی مجدد با اینترفرون در کمتر از ۱۵ درصد موارد منجر به پاسخ درمانی می شود و به نظر می رسد درمان ترکیبی با اینترفرون آلفا - ۲b و ریباویرین برای ۶ ماه میزان پاسخ پایا در آنها را بهبود نمی بخشد.

| موارد توصیه به درمان توأم | موارد منع درمان توأم |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - اثبات وجود HCV RNA توسط واکنش زنجیره‌ای پلی مرز - بالابودن مداوم آزمون‌های عملکرد کبد (برای بیش از ۳ ماه) - سابقه عدم پاسخ به درمان با اینترفرون و یا بازگشت HCV پس از پاسخ اولیه به اینترفرون - در نظر گرفتن نفع حاصل از درمان یا تخمین امید به زندگی براساس سن و سایر توانایی‌های بیمار | <ul style="list-style-type: none"> - نارسایی شدید کبد - مصرف الکل یا مصرف مواد مخدر داخل وریدی - بارداری یا عدم پذیرش روش‌های جلوگیری از بارداری - عدم پذیرش درمان و مراقبت در حین درمان - وجود مشکلات پزشکی همراه شامل: <ul style="list-style-type: none"> کم خون، نوتروپنی یا ترومبوسیتوپنی بیماری‌های ایسکمیک قلبی شدید نارسایی احتقانی قلب، آریتمی بیماری عروق مغز پر فشاری خون کنترل نشده نارسایی کلیه دیابت همراه با رتینوپاتی اختلالات تشنجی بیماری عمده و کنترل نشده روانپزشکی بیماری خودایمنی فعال |

جدول ۳- موارد توصیه و موارد منع درمان با اینترفرون آلفا - 2b و ریباویرین

شود. تعیین دوز و فواصل تجویز اینترفرون‌ها و اینترفرون pegylated طولانی اثر به تنهایی و توأم با ریباویرین و یا سایر عوامل ضدویروسی، هنوز در دست بررسی می‌باشد و مصرف این ترکیبات تنها در قالب کارآزمایی‌های بالینی و یا در مراکز تخصصی ویژه توصیه می‌گردد.

بیماران دارای سطح طبیعی آلانین، آمینوترانسفراز

سطح آلانین ترانسفراز سرم در حدود ۲۵ درصد بیماران دچار عفونت مزمن با HCV به طور پایدار در حد طبیعی باقی می‌ماند. نمونه‌برداری بافتی از کبد در اکثر این بیماران، درجاتی از هپاتیت مزمن را شکل می‌دهد اما فیبروز یا سیروز کمتر شایع است. سیفاتی scfaty و همکارانش گزارش کرده‌اند که بیمارانی که سطح آنزیمهای کبدی آنها در حد طبیعی باقی می‌ماند، نسبت

درمان با اینترفرون در بیماران مبتلا به سیروز پیشرفته با عوارض جانبی شدیدی همراه بوده و در بیماران مبتلا به سیروز جبران نشده ممنوع می‌باشد. با توجه به عوارض جانبی اینترفرون و ریباویرین (جدول ۴) مصرف این داروها در صورت وجود بعضی از بیماریهای همراه ممنوع می‌باشد. از آن جا که ریباویرین در تعدادی از گونه‌های حیوانی اثرات سمی قابل ملاحظه‌ای بر روی جنین داشته embryotoxic و یا تراژوژنیک بوده است و زمان پاک شدن فضاها Compartments داخل سلولی از این دارو طولانی می‌باشد (Prolonged washout period)، در همه بیماران در حین درمان و در طی ۶ ماه پس از آن باید از یک روش جلوگیری از بارداری مطمئن استفاده شود.

تک درمانی در اینترفرون آلفا - 2b یا سایر اینترفرون‌ها باید در بیمارانی که ریباویرین را تحمل نمی‌کنند در نظر گرفته

به بیمارانی که در آنها سطح این آنزیمها افزایش می‌یابد، میزان پاسخ پایا به تک درمانی با اینترفرون پایین تر است. همچنین مشاهده شده است که در صورت برهم خوردن تعادل میان میزان تکثیر ویروس و پاسخ ایمنی میزبان، ممکن است سطوح آنزیمی کبدی به دنبال درمان افزایش یابد و بسیاری زمینه‌ای کبد نیز بدتر شود. بنابراین درمان با اینترفرون در این دسته از بیماران توصیه نمی‌شود. درمان ترکیبی با اینترفرون و ریباویرین در این بیماران هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است.

بیماران بدون علامتی که علائم مشخصه Stigmata بیماری مزمن کبدی را ندارند، باید به طور ادواری تحت بررسی قرار گیرند چرا که ممکن است در آینده با پیداشدن داروهای ضدویروسی مؤثرتر و با آثار جانبی کمتر راهبردهای درمانی دستخوش تغییر شوند.

بیمارانی که تاکنون اینترفرون دریافت نکرده‌اند، سطح آلانین آمینوترانسفراز در آنها افزایش می‌یابد

تا این اواخر تک درمانی با ۳ میلیون واحد اینترفرون به صورت ۳ بار در هفته به مدت ۱۲ ماه، درمان پذیرفته شده استاندارد برای بیمارانی بود که سطح آنزیمهای کبدی آنها افزایش یافته بود و در نمونه‌برداری بافتی از کبد فیبروز یا دست کم فعالیت التهابی در حد متوسطی از خود نشان می‌دادند. طبیعی شدن سطوح آمینوترانسفرازها و ناپدید شدن HCV RNA سرم در حدود

۴۰ درصد این بیماران در پایان دوره درمانی گزارش شده است و با این حال پاسخ ویروسی پایا تنها در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماری به دست می آید. شواهد روز افزونی وجود دارد که نشان می دهد پاسخ ویروسی پایا در این بیماران در بسیاری از موارد به معنی درمان بیماری و توقف آسیب کبدی است.

درمان ضد ویروسی ترکیبی با اینترفرون آلفا - ۲b و ریباویرین در دو کارآزمایی بزرگ بالینی و تصادفی شده با شاهد دارونما مورد ارزیابی قرار گرفته است. تنها بیمارانی که سطح آنزیم هایشان در طی یک دوره ۶ ماهه افزایش یافته و عفونت HCV در آنها با کمک واکنش زنجیره ای پلی مرز یا نمونه برداری بافتی از کبد ثابت شده بود، در این کارآزمایی ها مورد بررسی قرار گرفتند. بیمارانی که بیماری مهم دیگری داشتند یا دچار سیروز نشده بودند از هر دو مطالعه کنار گذاشته شدند. اکثر بیماران ژنوتیپهای ۱ و ۲ و ۳ HCV را داشتند و در تعدادی از بیماران، نمونه برداری کبدی پیش از شروع درمان مؤید وجود سیروز بود. در کارآزمایی چند مرکز صورت گرفته بر روی ۹۱۲ بیمار در ایالت متحده، بیماران به طور تصادفی اینترفرون، آلفا - ۲b و ریباویرین یا اینترفرون آلفا - ۲b و دارونما به مدت ۲۴ یا ۴۸ هفته دریافت کردند. در یک کارآزمایی بین المللی نیز ۸۳۲ بیمار به همان صورت که در کارآزمایی ایالات متحده صورت گرفته بود به صورت تصادفی گروه بندی شدند. با این تفاوت که در این مطالعه گروه درمان شده توسط اینترفرون و دارونما به مدت ۲۴ هفته وجود نداشت. دوز اینترفرون آلفا - ۲b مورد استفاده ۳ میلیون واحد بود که به صورت زیرجلدی ۳ بار در هفته

مورد استفاده قرار می گرفت. ریباویرین از راه خوراکی و با توجه به وزن بیمار (یعنی ۱۰۰۰ میلی گرم برای بیماران کمتر از ۷۵ کیلوگرم و ۱۲۰۰ میلی گرم برای بیماران بیش از ۷۵ کیلوگرم) تجویز گردید.

متغیرهای وابسته اصلی (Main Outcome measures) در دو مطالعه مذکور عبارت بودند از میزان پاسخ ویروس پایا (یعنی غیرقابل کشت شدن HCV RNA ۶ ماه بعد از درمان)، بهبود بافت شناختی ۲۴ هفته بعد از درمان در مقایسه با نمونه بافتی کبدی پیش از شروع درمان.

بیماران براساس متغیرهایی که میزان پاسخ به اینترفرون را پیش بینی می کنند (از قبیل ژنوتیپ، بار ویروس و وجود یا عدم وجود سیروز) دسته بندی شدند. نتایج این کارآزمایی ها با نتایج کارآزمایی های کوچکتر پیشین همخوانی دارند و به تغییر راهبردهای درمانی فعلی منجر شده اند. هر دو مطالعه نشان دادند که میزان پاسخ ویروسی پایا در بیمارانی که درمان ترکیبی ریباویرین - اینترفرون آلفا - ۲b به مدت ۴۸ هفته دریافت کردند، از بیمارانی که تنها اینترفرون دریافت کردند، بیشتر بود. ژنوتیپ ۱ HCV، بار ویروسی پایه بیشتر یا برابر 2×10^6 نسخه در میلی لیتر، وجود سیروز، سن بالاتر از ۶۰ سال و جنسیت مذکر، عوامل پیش بینی کننده پاسخ درمانی ضعیف تر محسوب می شوند.

در ۶۴ تا ۶۹ درصد بیماران دارای ژنوتیپ ۲ و ۳ HCV بعد از ۲۴ هفته درمان ترکیبی، پاسخ ویروسی پایا مشاهده می شود. افزایش دوره درمان به ۴۸ هفته، میزان پاسخ را تغییر نمی دهد و این امر مستقل از بار ویروسی است. با این حال

درمان ۴۸ هفته ای در بیماران دارای ژنوتیپ ۱ HCV که تیترا بالای ویروسی با سیروز داشته اند، در مقایسه با درمان ۲۴ هفته ای بطور شایع تری سبب پاسخ ویروسی پایا می شود. در تمام گروه ها بهبود بافت شناختی مشاهده شد که این پاسخ در گروه درمان ترکیبی ۴۸ هفته ای نسبت به گروه های درمان ترکیبی ۲۴ هفته ای و اینترفرون تنها بیشتر بود. اگرچه ژنوتیپ ۱ ویروسی و بار ویروسی بالا پیش بینی کننده پاسخ ضعیف تر بودند، بیماران دارای این مشخصات نباید از درمان محروم شوند، چرا که در این گروه نیز پاسخ ویروسی پایا در ۲۸ درصد بیماران قابل انتظار است. درمان ترکیبی به علت بروز عوارض جانبی در ۸ و ۱۹ درصد بیماران گروه های درمانی ۲۴ و ۴۸ هفته ای نیمه تمام گذاشته شد.

کاهش دوز یا قطع درمان به علت عوارض جانبی در بیمارانی که درمان ترکیبی دریافت کرده بودند، شایع تر بود. شایع ترین علت کاهش دوز، بروز کم خونی و شایع ترین علت قطع درمان افسردگی بود. بنابراین پایش دقیق بالینی و آزمایشگاهی بیماران در حین درمان ضروری است و پزشکان باید با موارد توصیه، موارد منع استفاده و عوارض جانبی درمان ترکیبی آشنا باشند.

بیمارانی که قبلاً تک درمانی با اینترفرون دریافت کرده اند و دچار عود بیماری شده اند

تقریباً نصف بیمارانی که با موفقیت تحت تک درمانی با اینترفرون قرار گرفته اند، پس از

توقف درمان دچار بازگشت بیماری خواهند شد. اکثر این بیماران به دوره دوم درمان با اینترفرون پاسخ خواهند داد اما برای رسیدن به پاسخ ویروسی پایا در ۲۰ تا ۵۰ درصد این بیماران لازم است تا از دوز استاندارد اینترفرون استفاده شود و دوره درمانی طولانی تر از یک سال به کار گرفته شود. اخیراً نشان داده شده است که درمان ترکیبی با اینترفرون آلفا- ۲b و ریباویرین به مدت ۲۴ هفته در ۴۹ درصد بیماران دچار عود، پاسخ ویروسی پایا ایجاد می کند و این در حالی است که پاسخ ویروسی پایا در بیماران دچار عود که برای بار دوم با دوزهای استاندارد اینترفرون درمان می شوند تنها ۵ درصد است. میزان پاسخ ویروسی پایا بین ۱۰۰ درصد (برای بیماران با ژنوتیپ های غیر از ۱ و بار ویروسی پایه کمتر از ۱۰^۶ × ۲ نسخه در میلی متر) و ۲۵ درصد (برای ژنوتیپ ۱ و بار ویروسی پایه بیشتر یا مساوی ۱۰^۶ × ۲ نسخه در میلی متر) متفاوت می باشد. بنابراین برای بیمارانی که پس از تک درمانی با اینترفرون دچار عود شده اند، درمان ترکیبی توصیه می شود. هنوز مشخص نشده است که آیا درمان ترکیبی برای مدت بیش از ۶ ماه، میزان پاسخ ویروسی را در بیماران دچار عود که پیش بینی می شود، پاسخ خوبی به درمان نمی دهند افزایش می دهد یا خیر.

| | |
|------------------|---|
| سبسمتیک | خستگی، تب، بی اشتها، کاهش وزن، دردهای عضلانی، درد مفاصل، ریزش موی برگشت پذیر |
| خون شناسی | لکوپنی، ترومبوسیتوپنی |
| عصبی-روانشناختی | اضطراب، تحریک پذیر، افسردگی، افکار خودکشی، اختلالات در خواب، رفتار جستجوی دارو و Drug craving، اشکالات تمرکز، تغییرات شناختی، دیلیریوم، سایکوز، بارستزی، کاهش شنوایی، وزوز گوش، کاهش بینایی، تشنج، اغما |
| عفونی | افزایش استعداد به عفونت های باکتریایی، سیپس |
| دستگاه گوارش | تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپ شکمی |
| خود ایمنی | خودیاتن (بادتن ضد هسته ای، پادتن ضد تیروئید، فاکتور رمانوئید)، پرکاری و کم کاری غده تیروئید، آرتریت، واسکولیت، پسوریازیس، اریتم مولتی فرم، دیابت شیرین، هیپاتیت |
| و غیره | پروتئینوری، نفریت بینایی، نشانگان نفروتیک، آریتمی قلبی نارسایی احتقانی قلب، پنومونی، ردیوند |
| خون شناسی | کم خونی همولیتیک وابسته به دوز |
| دستگاه تولید مثل | اثرات ترانوژن |
| غیره | سرفه، تنگی نفس، گلودرد (فارینژیت)، تهوع، بثورات جلدی، خارش، بی خوابی |

جدول ۴ - عوارض جانبی اینترفرون آلفا- ۲b و ریباویرین اینترفرون آلفا- ۲b

و مطلوبتر می کند. مواد غذایی چرب زودتر باعث سیری شده و رضایت بیشتری در فرد ایجاد می کند.

انواع چربی

چربیها در مواد غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارند. چربیهای حیوانی عبارتند از: دنبه، گوشت قرمز، کره، خامه، شیر و پنیر که معمولاً در حرارت اتاق بصورت جامد می باشند. مصرف زیاد این چربیها برای سلامت مضر بوده و باعث افزایش چربی خون می شوند.

چربیهای گیاهی مایع (نباتی) نیز عبارتند از: دانه های روغنی مانند ذرت، زیتون، آفتابگردان، لوبیای سویا، پنبه دانه، گردو، بادام، پسته و ... در حرارت اتاق معمولاً بصورت مایع هستند (بجز روغن نارگیل که بصورت جامد است).

از آنجا که چربیهای گیاهی در افزایش چربی خون نقش ندارند، ضروری نیز برای سلامتی ندارند. ولی توجه داشته باشید که تمام انواع چربی ها (گیاهی و حیوانی) دارای کالری زیادی هستند و بیشتر از سایر مواد غذایی انرژی تولید می کنند.

چربیهای گیاهی جامد (روغن های نباتی): چربیهای گیاهی جامد که به روغن نباتی معروف هستند، روغنهای مایعی هستند که برای اینکه بهتر نگهداری شوند، بصورت جامد درمی آیند.

این چربیها نیز مانند چربیهای حیوانی برای سلامت مضر می باشند و باعث بالا رفتن چربیهای خون می شوند. بنابراین مصرف کمتر آنها توصیه می شود.

نحوه برخورد صحیح با افزایش کلسترول خون

چربی و انرژی

چربیها دارای انرژی بیشتری از سایر مواد غذایی هستند و بخش مهمی از انرژی مورد نیاز را تأمین می نمایند و در مقادیر مساوی با پروتئین و مواد نشاسته ای به میزان ۲ برابر آنها انرژی تولید می کنند.

چربی ها در نقاط مختلف بدن ذخیره شده و بعنوان ذخیره انرژی کالری مورد نیاز بدن را در مواقع ضروری تأمین می کنند. چربیها همچنین بعضی از مواد لازم برای بدن مثل برخی از ویتامین ها را نیز تأمین می کند و برای تشکیل و ساخته شدن بعضی هورمونها مثل هورمونهای جنسی لازم می باشند.

نقش چربی ها در ثابت نگه داشتن حرارت بدن

لایه ای از چربی در زیر پوست بدن قرار دارد که مانع از خروج حرارت بدن و ورود حرارت محیط به بدن می شود. در نتیجه حرارت بدن ثابت نگه داشته می شود. ضمناً زنان بیشتر از مردان در بدن خود چربی ذخیره می کنند. چربی در غذا باعث طعم بهتر و نرم شدن آن می شود. چربی غذا را خوشمزه

تهیه و تنظیم:

افسون طلایی

کارشناس ارشد تغذیه

زهرا کمیلیان

کارشناس ارشد آموزش پرستاری

لیپید چیست؟

لیپید نام علمی چربی هاست. لیپیدها موادی هستند که حالت گریسی داشته و در آب نامحلول هستند. این چربی ها در مواد غذایی مختلف به مقادیر متفاوت وجود دارند. بعضی از این چربی ها مانند کره، دنبه و ... در غذا قابل دیدن است. اما بعضی دیگر مانند چربی موجود در شیر یا دانه های روغنی در غذا دیده نمی شوند که به آنها چربی های مخفی یا غیرقابل رویت می گویند. مقدار چربی در مواد غذایی گوناگون متفاوت است. بعضی از مواد غذایی مانند سیب، گیلاس و ... اصلاً چربی ندارند. بعضی مانند نان و غلات کمی چربی دارند و بعضی دیگر مانند گوشت و دانه های روغنی انباشته از چربی اند.

نقش چربی در بدن

چربیها نقش مهمی در بدن انسان دارند و فعالیتهای مختلفی را انجام می دهند. ضمن آنکه بمقدار کم آن برای سلامت ضروری است.

مقدار انرژی تخصیص یافته به چربی‌ها در یک رژیم غذایی متعادل است که کمتر از یک سوم آن به چربی‌های پنهان در مواد غذایی نظیر گوشت، تخم‌مرغ و ... اختصاص یافته و دوسوم بقیه از طریق مصرف روغن نباتی مایع تأمین می‌شود. (تقریباً ۱-۲ قاشق مرباخوری).

چربی‌ها بعد از خورده شدن در روده تجزیه و به اجزای کوچکتری تبدیل می‌شوند. این مواد بعد از ورود به کبد (جگر) وارد گردش خون می‌شوند. برای آنکه چربی بتواند وارد گردش خون شود، لازم است ابتدا تغییر حالت دهد زیرا چربی در آب حل نمی‌شود.

بنابراین کبد چربی را در داخل بسته‌ای که اطراف آن ماده پروتئینی وجود دارد قرار می‌دهد که به این بسته لیوپروتئین می‌گویند.

چربی بصورت لیوپروتئین وارد خون شده و به این طریق داخل سلول‌های مختلف در نقاط مختلف بدن برای تولید انرژی و تأمین مواد مورد نیاز می‌شود.

دو نوع لیوپروتئین در بدن ما اهمیت دارند: - لیوپروتئین LDL یا کلسترول بد - لیوپروتئین HDL یا کلسترول خوب LDL دارای کلسترول بیشتری است. بنابراین بالا بودن آن در خون نشان‌دهنده خطر بیماری قلبی است در حالیکه HDL کلسترول کمتری دارد و بالا بودن آن نشانه خطر ابتلا کمتری به بیماری قلبی است.

رابطه مواد غذایی با یکدیگر کربوهیدرات

کربوهیدرات‌ها که در مواد قندی و نشاسته‌ای مانند قند و شکر، برنج، سیب‌زمینی و غیره وجود دارند، برای تولید انرژی لازم

هستند، ولی کمتر از چربی انرژی تولید می‌کنند. بنابراین برای حفظ وزن مناسب می‌توان از این منابع در مقادیر مورد نیاز و کافی برای بدن استفاده کرد. البته اگر این مواد را بیشتر از مقدار مورد نیاز میل نمایید، مقادیر اضافی در بدن تبدیل به چربی شده و در سلول‌های چربی در نقاط مختلف بدن ذخیره می‌شوند.

پروتئین

مواد پروتئینی مانند گوشت و شیر و تخم‌مرغ که معمولاً برای رشد و ترمیم و ساخت سلول لازم هستند نیز می‌توانند در صورت نیاز به انرژی تبدیل شوند. البته اگر این مواد بمیزان بیش از مقدار مورد نیاز بدن برای رشد و ترمیم و ساخت سلول مصرف شوند به چربی تبدیل شده و در سلول‌های چرب ذخیره می‌شوند. مقدار انرژی که این مواد تولید می‌کنند، مانند کربوهیدرات‌هاست و کمتر از مواد چربی است. بنابراین هر نوع ماده غذایی که بیشتر از مقدار مورد نیاز مصرف شود، به چربی تبدیل می‌شود و در بدن ذخیره می‌شود.

کلسترول چیست؟

کلسترول ماده سفیدرنگی است که به طور عمده توسط کبد تولید می‌شود. کلسترول نیز نوعی چربی است که در مواد غذایی حیوانی وجود دارد. حفظ و نگهداری میزان کلسترول خون در حد نرمال برای انجام اعمال طبیعی بدن ضروری است. کلسترول به مقدار کم برای سلامت لازم است. کلسترول در بسیاری از اعمال بدن نظیر تشکیل ویتامین D، برخی

از هورمون‌ها، شرکت در ساختمان سلول‌های بدن و اسیدهای صفراوی نقش دارد.

کلسترول اضافی خون در دیواره رگ‌ها رسوب می‌نماید و این رسوب باعث تنگ شدن رگ‌ها می‌گردد که بدین ترتیب خون کمتری در رگ جریان پیدا می‌کند و فشار خون افزایش می‌یابد.

افزایش میزان کلسترول در مقادیر کم همراه با آشکار شدن علائم خاص نیست، بهمین دلیل فقط با انجام آزمایش خون و توسط پزشک معالج می‌توان در مورد افزایش میزان کلسترول قضاوت نمود.

کلسترول در مغز، کله و پاچه، دل و جگر، زرده تخم‌مرغ و میگو به مقدار زیاد وجود دارد. مواد غذایی گیاهی کلسترول ندارند. میزان کلسترولی که در بدن ساخته می‌شود، بمقدار چربی حیوانی خورده شد، نحوه زندگی (میزان تحرک یا عدم تحرک) و وزن بدن بستگی دارد.

چربی و سلامت

چربی‌ها نقش مهمی در سلامت بدن دارند. به مقادیر کم و در حد نیاز بدن برای سلامت پوست، رشد و نمو، تأمین انرژی، ایجاد برخی بافتهای حفاظتی بدن، تأمین ویتامین‌های محلول در چربی، مورد نیاز هستند ولی مصرف زیاد آنها سلامت را به خطر می‌اندازد.

چربی‌ها بیشتر از مواد غذایی دیگر انرژی تولید می‌کنند بنابراین مصرف زیاد آن باعث چاقی می‌شود. افراد چاق بیشتر از افراد لاغر در معرض بیماری‌ها قرار دارند.

مصرف زیاد چربی بخصوص از نوع

حیوانی باعث بالا رفتن میزان چربی خون می شود. بالا بودن چربی خون برای مدت طولانی باعث رسوب چربی در دیواره رگها می شود و بتدریج آنها تنگ می کند.

تنگ شدن رگ باعث عبور خون کمتر می شود و در بعضی مواقع مانع از رسیدن خون کافی به اعضای مهم بدن مانند مغز و قلب می شود. در صورت نرسیدن خون کافی به مغز یا قلب سکتة مغزی یا قلبی ایجاد می شود.

مصرف زیاد چربی با بعضی از انواع سرطانها مانند سرطان پروستات در مردان و سرطان سینه در زنان و یا سرطان روده بزرگ ارتباط دارد، بنابراین افرادی که چربی بیشتری مصرف می کنند بیشتر در معرض ابتلا به این نوع سرطانها هستند.

خطر افزایش چربی خون، با افزایش سن بیشتر می شود، بنابراین افراد سالند بیشتر در معرض خطر افزایش چربی خون هستند، اما توجه داشته باشید که کودکان نیز می توانند دچار افزایش چربی خون شوند بخصوص کودکان چاق و یا کودکانی که در خانواده آنها سابقه بالا بودن چربی خون و یا بیماریهای قلبی و عروقی وجود دارد.

در مورد عوامل ژنتیکی چه می دانید؟

برخی از افراد از اینکه بعد از رعایت رژیم غذایی باز هم دارای کلسترول بالا هستند، نگرانند. در جواب باید گفت: در بسیاری از این موارد عامل ژنتیک مؤثر است. یعنی بدلیل وجود این عوامل ژنتیکی کلسترول بخوبی از خون حذف نمی شود و این نقص با مصرف مواد غذایی

پرکلسترول و چربی دار بطور معنی دار افزایش می یابد. اگر شما سابقه فامیلی افزایش کلسترول خون را داشته باشید، توجه به انجام ورزشی مناسب، پرهیز از اضافه وزن و مصرف مواد غذایی چرب و با کلسترول بالا، اجتناب از استعمال دخانیات و افزایش فشار خون برای شما اهمیت زیادی دارد.

هر نوع مواد غذایی که بیشتر از مقدار مورد نیاز مصرف شود به چربی تبدیل شده و در بدن ذخیره می شوند.

راهنمایی های رژیم غذایی برای کنترل چربی خون

- اگر شما دارای اضافه وزن می باشید، با اجرای یک رژیم غذایی مناسب از وزن خود بکاهید. سعی کنید در یک هفته نیم تا یک کیلوگرم کاهش وزن داشته باشید (جدول ۱).

- مصرف چربی را محدود کرده و حداقل برسانید و از مصرف غذاهای چرب و با کلسترول بالا نظیر مغز، جگر، دل، زبان، کله ویاچه، شیر پرچرب، نوشیدنی های حاوی شیر پرچرب، خامه، ماست چرب، پنیرهای محلی تهیه شده از شیر پرچرب، بستنی، زرده تخم مرغ، سس های حاوی زرده تخم مرغ و کرم دار، مایونز، کره، روغن نارگیل، روغن حیوانی، شکلات، بیسکویت، شیرینی های خامه دار، کیک، ماهی کنسرو شده با روغن، میگو، سیب زمینی سرخ کرده، چیپس، سوسیس و کالباس و ... پرهیز نمایید.

آیا مصرف گوشت را باید کاملاً حذف نمود؟

وقتی شما تحت رعایت رژیم غذایی محدود از چربی هستید نباستی که از خوردن غذاهای مورد دلخواه خود کاملاً چشم پوشی نمایید بلکه با تغییر در انتخاب مواد اولیه و بکارگیری روش پخت صحیح می توانید آنها را میل نمایید. کباب کردن گوشت نیز مورد قبول است. چربی های اضافی قابل رویت اطراف گوشت را قبل از پخت کاملاً جدا نمایید و بهنگام خرید گوشت از قصابی کم چرب ترین گوشت را خریداری نمایید. از مصرف غذاهای سرخ شده و غذاهای آماده اجتناب نمایید.

- تمام چربیهای قابل مشاهده در گوشت را قبل از مصرف از آن جدا کنید.

- مصرف گوشت بخصوص گوشت قرمز را تا حد ممکن کاهش دهید و از گوشت های سفید (مرغ و ماهی) بیشتر استفاده کنید. مصرف گوشت قرمز را به سه وعده ۱۰۰ گرمی در هفته محدود کنید.

- پوست ماکیان (مرغ و بوقلمون) را قبل از پخت جدا کنید.

- ماهیها بخصوص ماهیهای چرب دارای نوعی چربی هستند که می توانند باعث کاهش چربی خون شوند. بنابراین از ماهی بیشتری در برنامه غذایی خود استفاده کنید.

حداقل ۲ بار در هفته ماهی مصرف نمایید. از سرخ کردن ماهی خودداری کنید زیرا سرخ کردن خاصیت ماهی را در کاهش چربی خون از بین می برد و روغن افزوده شده به آن

جدول ۱- راهنمای غذاهای مناسب و نامناسب برای افراد دارای چربی خون

| مناسب | نامناسب | گروه غذایی |
|---|--|----------------------|
| نان سبوس دار، برنج، جو، ماکارونی، سیب زمینی، انواع حبوبات | کلیه فرآورده های غذایی این گروه که در تهیه آن از زرده تخم مرغ، کره، روغن و ... استفاده شده است نظیر نان های محلی، بیسکویت کره ای | نان و غلات |
| شیر کم چرب، ماست کم چرب و پنیر کم چرب | کلیه فرآورده های لبنی، پرچرب مثل شیر پرچرب، پنیر پرچرب، ماست پرچرب، خامه، سرشیر | شیر و لبنیات |
| انواع میوه ها و سبزیها | | میوه ها و سبزی ها |
| روغن مایع (ذرت، سویا، آفتابگردان، زیتون) آجیل (گردو، بادام و ...) | کره، دنبه، سس مایونز، روغن نباتی جامد، روغن حیوانی | روغن ها و چربی ها |
| گوشت بدون چربی و یا کم چرب، گوشت آب پز، ماهی آب پز، سفیده تخم مرغ | جگر، مغز، کتله، سوسیس، کالباس، گوشت سرخ شده، پوست ماکیان، زرده تخم مرغ | گوشت و مواد پروتئینی |

حداقل دو بار در هفته ماهی مصرف کنید

- برای تهیه غذاهای خود از عدس و لوبیا استفاده کنید. حبوبات منبع خوبی از نظر فیبرهای غذایی و چانشین خوبی برای گوشت هستند.

کنترل وزن

وزن خود را مرتباً کنترل نموده و از چاق شدن جلوگیری کنید. بمنظور کاهش وزن فعالیت بدنی خود را افزایش دهید. پیاده سر کار بروید، ۳ بار در هفته شنا کنید و ...
قند و شکر را بمیزان کم و محدود مصرف نمایید. از مصرف غذاهای شیرین که به آنها قند و شکر افزوده شده اجتناب نمایید.
از سس های کم چرب استفاده نمایید. مثلاً برای سالاد می توانید از ماست کم چرب استفاده کنید. سعی کنید که بخش عمده غذایی خود را به نان، برنج، میوه ها و سبزیها اختصاص دهید.

استفاده از مواد غذایی سرشار از فیبر موجب کاهش چربی خون می شود

فیبر، به آن قسمت از مواد غذایی مانند میوه، سبزی، حبوبات و ... که غیرقابل هضم است گفته می شود.

- میوه و سبزی بیشتری مصرف نمایید.
- مصرف سبزی خوردن و کاهو همراه با غذا نقش مهمی در کاهش چربی خون دارد.
- بهتر است که سبزیها و میوه ها را بصورت خام و با پوست میل نمایید.
- از غلات کامل (پوست نگرفته) و از نانهای سبوس دار مثل سنگک بیشتر استفاده کنید. مصرف نانهای سفید را کاهش دهید.

از مصرف غذاهای سرخ شده و غذاهای آماده اجتناب نمایید

دارای اثرات مضر است. بهتر است که ماهی را بصورت کبابی، آب پز یا بخارپز مصرف نمایید.

کاهش چربی غذا

غذا را سرخ نکنید. سرخ کردن باعث افزایش میزان چربی و کالری غذا می شود. برای مثال سیب زمینی سرخ نکرده چربی و کالری بیشتری از نوع آب پز آن دارد.
بنابراین بهتر است غذا را سرخ نکرده و از روشهای دیگر پخت غذا مانند آب پز، کبابی، بخارپز استفاده نمایید.
در صورتی که لازم است غذا سرخ شود، از سرخ کردن آن در روغن زیاد خودداری کرده و فقط بمقدار بسیار محدود یعنی به اندازه چرب شدن ته ظرف از روغن استفاده شود.

سلسله مباحث آموزش بیمار - سرطان ریه (۸)

سیگار

مهم ترین عامل ایجاد سرطان ریه

دکتر علی کاظمیان

متخصص رادیوتراپی - عضو هیات علمی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سرطان ریه یکی از شناخته شده ترین و خطرناک ترین سرطانهاست. علت این امر آنست که سالانه تعداد زیادی از مردم بدن مبتلا می گردند.

این سرطان با مصرف سیگار ارتباط دارد گرچه مواد دیگری مثل آزیست (پنبه کوهی) و قطران هم می توانند سرطان ریه ایجاد کنند ولی تقریباً ۸۵ درصد موارد بیماری با استعمال دخانیات ارتباط دارد. مواد سرطانزای استنشاقی دیگر، شانس ابتلا در سیگاریها را بیشتر می کنند.

سرطان ریه به مقدار زیادی قابل پیشگیری است به شرط آنکه از همین الان کشیدن سیگار را ترک کنید

استعمال دخانیات نه تنها باعث افزایش احتمال ابتلاء به سرطان ریه می گردد، بلکه سرطانهای دیگر مثل زبان، حنجره، مری، مثانه، کلیه، لوزالمعده، بیماریهای قلبی - عروقی و بیماریهای مزمن ریوی مثل آمفیزم نیز با مصرف دخانیات ارتباط دارند.

سرطان ریه به مقدار زیادی قابل پیشگیری است و راه پیشگیری آن عدم مصرف دخانیات می باشد. احتمال ایجاد سرطان ریه با طول مدت استعمال دخانیات ارتباط دارد.

یک فرد سیگاری هرچه زودتر سیگار را ترک کند، احتمال ابتلا به سرطان ریه را بیشتر کاهش خواهد داد. استنشاق دود سیگار دیگران نیز می تواند در افراد غیرسیگاری ایجاد سرطان نماید. امروزه سرطان ریه شایعترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در مردان و زنان می باشد.

سرطان ریه چیست؟

به علت آنکه سلولهای یک عضو پاسخ های گوناگونی به عوامل سرطانزا می دهند، بنابراین ممکن است انواع مختلف سرطان را در هر عضوی مشاهده کرد. این مسئله در سرطانهای اولیه ریه که در زیر شرح داده می شود، بخوبی روشن می گردد. سه سرطان اول از لایه پوشاننده مجاری هوایی در مناطقی که بیستترین تماس را با آلوده کننده های استنشاقی دارند، منشأ می گیرند.

سرطان سلولهای پوششی بیشترین

میزان را در سرطانهای ریه تشکیل می دهند (۴۵٪ - ۴۰٪) سرطان سلولهای بزرگ بدون تمایز در ۱۰٪ - ۵٪ بیماران دیده می شود.

سرطان سلولهای کوچک در ۲۰٪ - ۱۵٪ بیماران دیده می شود. در این نوع از سرطان به علت آنکه گسترش سلولهای سرطانی (متاستاز) زود صورت می گیرد، جراحی بندرت درمان مناسبی می باشد، با این وجود در این سرطان نتایج خوبی با استفاده از شیمی درمانی به دست آمده است.

تقریباً ۸۵ درصد موارد بیماری (سرطان ریه) با استعمال دخانیات ارتباط دارد

آدنوکارسینوم که معمولاً در قسمتهای محیطی ریه دیده می شود، ۳۰٪ - ۲۵٪ سرطانهای ریه را تشکیل می دهد، این سرطان ممکن است در افراد غیرسیگاری هم دیده شود.

کارسینوم برونکوالیولر در قسمتهای محیطی ریه دیده می شود و مسئول کمتر از ۵٪ سرطانهای ریه می باشد. این سرطان نیز ممکن است در غیرسیگاریها دیده شود.

انواع نادری از سرطانهای دیگر هم ممکن است دیده شود که کمتر از ۵٪ کل تعداد سرطانهای ریه را تشکیل می دهند.

علل سرطان ریه

چون سیگار مهمترین عامل ایجاد سرطان ریه است، بنابراین شناخت نحوه تأثیر سیگار در ایجاد سرطان اهمیت دارد. در مرحله اول، استنشاق دود به روشهای پاکسازی طبیعی که

به وسیله آن ریه خود را از صدمات در امان می‌دارد، صدمه می‌زند.

مجارى هوایی که هوای استنشاق شده را به ریه‌ها می‌رساند، توسط یک لایه از سلولها که بر روی آنها غشایی از مواد مخاطی قرار دارد، محافظت می‌گردد.

حرکات منظم مژکهای شبیه مو، بر روی

این سلولها باعث حرکت مخاط از ریه به سمت بالا می‌شوند. به این طریق ذرات استنشاق شده‌ای که به مخاط چسبیده‌اند، برداشته می‌شود.

میزان اثربخشی مکانیسم پاکسازی با استنشاق دود به سرعت کاهش می‌یابد که با از بین رفتن مژکها و ضخیم شدن لایه پوشاننده همراه خواهد بود. در این صورت دیگر ریه نمی‌تواند خود را پاک نگه دارد.

بنابراین مواد سرطانزای موجود در دود سیگار بر روی مخاط لایه پوشاننده به مدت طولانی‌تر باقی مانده از این رو زمان کافی برای نفوذ به داخل سلول را خواهند داشت. این مواد بتدریج ماهیت سلولها را تغییر می‌دهند تا تبدیل به سلولهای سرطانی شوند.

دود سیگار یکی از انواع آلودگی‌های استنشاقی است که نه تنها باعث تخریب سیستم پاکسازی می‌گردد، بلکه حاوی مواد شیمیایی سرطانزا نیز می‌باشد.

از این رو وقتی مواد سرطانزای استنشاقی همراه با دود سیگار وارد ریه می‌شوند، به علت فقدان خاصیت پاکسازی طبیعی می‌توانند اثر

سرطانزایی سیگار را تشدید کنند. ولی همین مواد اگر توسط فرد غیرسیگاری که پوشش راههای هوایی سالمی دارد استنشاق شوند، خطر سرطانزایی کمتری دارند.

فاکتورهای متعددی چون مدت سیگارکشیدن، مقدار سیگار مصرفی و شدت سیگارکشیدن بر روی احتمال بروز سرطان

سیگاری در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان ریه قرار دارند.

عوامل دیگری که می‌توانند در افراد سیگاری و غیرسیگاری سرطان ایجاد کنند، شامل آزبست، کروم، نیکل، قطران و محصولات آن و رادون (یک گاز رادیواکتیو) می‌باشند.

احتمال بروز سرطان ریه در کارگرانی که با آزبست سروکار دارند و سیگار می‌کشند، ۵۰ برابر افراد عادی جامعه می‌باشد. از طرفی یک کارگر آزبست کار که سیگار نمی‌کشد، فقط ۵ برابر افراد غیرسیگاری احتمال ابتلا به سرطان ریه را داراست.

زیان دود سیگار برای افراد غیر سیگاری

مطالعات نشان داده است که همسران غیرسیگاری افراد سیگاری، در معرض خطر افزایش احتمال ابتلا به سرطان ریه، به علت تماس طولانی مدت با دود سیگار همسرانشان می‌باشند. همسران افرادی که

بیش از ۲۰ سیگار در طی روز در خانه می‌کشند، دو برابر افراد طبیعی در معرض خطر ابتلا به سرطان ریه قرار دارند. تماس طولانی با دود سیگار افراد دیگر در محیط کار نیز احتمال سرطان را افزایش می‌دهد. کودکانی که والدین سیگاری دارند نیز در معرض خطر عفونت‌های تنفسی هستند، مطالعات نشان داده است مادرانی که در

ریه تأثیر می‌گذارد. به طوری که افرادی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان ریه قرار دارند که برای سالهای متمادی سیگار مصرف کرده‌اند (بیشتر از ۲۰ سال) و همچنین کسانی که به طور متوسط بیش از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند احتمال ابتلا در این افراد ۱۵-۳۰ برابر افراد غیرسیگاری است. زنان سیگاری نیز مشابه مردان

اگر نسبت به سلامتی خود مشکوک هستید این علائم را جدی بگیرید!

کشف زودرس سرطان در مراحل ابتدایی باعث می‌شود که بتوان آنرا به طور کامل درمان کرد، علائم زیر می‌توانند نشانه‌ای از وجود سرطان باشند. اگر هر یک از علائم زیر را در خود یافتید، حتماً با پزشکتان مشورت کنید:

- * تغییر در عادت دفع مدفوع یا ادرار یا پیداشدن خون در مدفوع یا ادرار.
- * زخمهای پوستی که بعد از دو هفته بهبود نیافته‌اند.
- * خونریزی یا ترشح غیرطبیعی از مجاری طبیعی بدن.
- * توده یا برآمدگی در پستان یا هر نقطه دیگر از بدن.
- * اشکال در بلع غذا.
- * هرگونه تغییر در زگیل یا خالهای موجود در بدن.
- * سرفه‌های مداوم همراه با خلط خون یا گرفتگی مزمن صدا.
- * به خاطر داشته باشید که این علائم در بیمارهای خوش خیم هم دیده می‌شوند، ولی برای تشخیص سرطان حتماً باید با پزشک خود مشورت کنید.

طول دوران بارداری در معرض دود سیگار دیگران قرار دارند، فرزندان کم وزن تری به دنیا می آورند.

تشخیص

علائمی که در بیمار تظاهر می کند، در تمام انواع سرطان ریه مشابه می باشد، چون تومور یک ماده خارجی در مسیر راههای هوایی است، سرفه های مکرر برای خارج کردن آن ایجاد می شود. این سرفه های مزمن ممکن است باعث صدمه تومور و پیداشدن خون در خلط شود. از طرف دیگر، غدد مترشحه مخاط نیز به دلیل تحریکات ناشی از دود سیگار، باعث ترشح مقادیر بیشتر مخاط می شود که باید با سرفه دفع گردد.

در مراحل پیشرفته تر، ممکن است تومور یک راه هوایی را به طور کامل مسدود نماید و باعث ایجاد عفونت در پشت محل انسداد شود.

معمولا بیماران مبتلا به سرطان ریه از علائمی مثل افزایش سرفه، تب و گاه درد قفسه سینه شکایت می کنند. چون انسداد مانع تخلیه مؤثر ترشحات ریه شده، بنابراین عفونت در پشت محل انسداد ایجاد می گردد، حتی در صورتی که با مصرف آنتی بیوتیک عفونت کنترل گردد، علائم آن باقی می ماند.

روشهای تشخیص

روشهای مختلفی جهت تشخیص و بررسی سرطان ریه وجود دارد. از جمله:

جمع آوری خلط و آزمایش میکروسکوپی آن ممکن است سلولهای بدخیمی را که از تومور جدا شده اند، نشان دهد.

بررسی برونکوسکوپی راههای هوایی: در این بررسی، پزشک لوله ای را از طریق دهان یا بینی به داخل راههای هوایی ریه می فرستد. وقتی که تومور انسداددهنده مشاهده شد، قطعه کوچکی از تومور از طریق برونکوسکوپ برداشته می شود و برای آزمایش زیر میکروسکوپ ارسال می گردد. شستشو و برس زدن نیز ممکن است در یک منطقه مشکوک کمک کننده باشد.

جمع آوری خلط و آزمایش میکروسکوپی آن موجب شناخت سلولهای بدخیمی که از تومور جدا شده اند، می شوند.

بیوپسی سوزنی (نمونه برداری با استفاده از سوزن): وقتی که تومور در منطقه ای است که در دسترس برونکوسکوپ نمی باشد و تشخیص نیز داده نشده است، زیر بی حسی موضعی، سوزن نازکی از طریق جداره قفسه صدری مستقیما یا با راهنمای اشعه X به سمت تومور رانده می شود، تکه کوچکی از بافت برداشته شده و جهت مطالعه میکروسکوپی ارسال می شود.

مدیاستینوسکوپی: اطلاعات بیشتر در مورد تومور با ایجاد یک شکاف کوچک درست بالای استخوان جناغ و عبور دادن یک لوله از آن به سمت پایین برای مشاهده غدد لنفاوی نزدیک ریه به دست می آید. این عمل مدیاستینوسکوپی خوانده می شود. اگر نکته غیرطبیعی مشاهده گردد، بیوپسی

(نمونه برداری) انجام خواهد گرفت.

سی تی اسکن: این روش به پزشک برای تشخیص وجود گسترش هر نوع سرطان در ریه کمک می کند.

اگر با تمامی راههای ذکر شده نتوان به تشخیص مناسبی رسید، با عمل جراحی نمونه برداری انجام خواهد شد.

درمان

بعد از تشخیص سرطان ریه و میزان گسترش آن تصمیم گیری نوع درمان براساس شرایط بیمار و بیماری انجام می شود، بنابراین ممکن است روش درمان در بیماران مختلف متفاوت باشد.

سرطانهای ریه همه شبیه هم نیستند و بیماران نیز بر حسب مقاومت نسبت به گسترش بیماری متفاوت می باشند.

اگر تومور کاملا محدود باشد به طوری که جراحی قابل انجام باشد، ۳۵-۳۰ درصد بیماران طول عمر پنج ساله خوبی بعد از عمل خواهند داشت.

رادیوتراپی در مواردی که تومور به طور کامل برداشته نشده یا شرایط سلامتی بیمار اجازه عمل را نمی دهد، درمان مناسبی خواهد بود.

در گذشته شیمی درمانی در صورتی استفاده می شد که شواهدی از گسترش تومور به سایر قسمتهای بدن دیده شده باشد ولی امروزه در موارد دیگری از سرطان ریه هم شیمی درمانی کاربرد دارد. شیمی درمانی، درمان انتخابی سرطان سلول کوچک ریه است.

همیشه به خاطر داشته باشید که عدم مصرف دخانیات عاقلانه ترین راه مبارزه و پیشگیری از سرطان ریه می باشد.

کلیه و دیالیز

تهیه و تنظیم:

علی شهیدی زندی
آزاده یزدان

دیالیز نامگذاری کرد.

به علت عدم دسترسی به جریان خون سریع در سیستم و از همه مهمتر نبودن داروی ضد انعقاد خون ساخت دستگاه دیالیز برای انسان با تأخیر مواجه شد.

اولین دیالیز در سال ۱۴۲۴ بوسیله جورج هاس در Gieszen آلمان انجام شد. که در آن از دستگاه دیالیز سلوئیدی با یک صفحه ۵/۱ تا ۱/۲ متر مربع استفاده کرد. و برای جلوگیری از انعقاد خون hirudin گرفته شده از انگل های زمینی را به کار برد. این دیالیز حدود ۱۵ دقیقه طول کشید و شبیه دیالیزهای بعدی بود.

همزمان با تلاش های هاس، در هلند نیز ویلم کالف اولین دستگاه دیالیز آزمایشی را برای استفاده مردم ساخت. با توسعه روشهای دستیابی مکرر به جریان خون دیالیز پیشرفت کرد.

آناتومی و فیزیولوژی کلیه

کلیه ها یک جفت اندام لوبیایی شکل می باشند که در دو طرف کمر بالای قسمت شکمی قرار دارند. هر کلیه انسان بالغ حدود ۱۵۰ gr وزن دارد و به اندازه یک دست مشت شده می باشد.

بیشتر مردم با عمل کلیه ها آشنا هستند. پاک کردن بدن از مواد زاید که یا خورده می شوند و یا توسط متابولیسم تولید می شوند عمل دیگر کلیه ها که جنبه حیاتی دارد کنترل حجم و ترکیب مایعات بدن است. زیرا تعادل آب و عملاً تمام الکترولیت ها در بدن بین مقدار ورودی (توسط خوردن یا تولید متابولیک) و مقدار خروجی (توسط دفع یا مصرف متابولیک) تا حدود زیادی توسط کلیه ها حفظ می شوند. این عمل تنظیمی کلیه ها محیط پایدار سلول ها را که برای آنها لازم است تا بتوانند فعالیت های خود را انجام دهند حفظ می کنند. کلیه ها مهمترین عمل خود را با فیلتره کردن پلاسما و حذف مواد از فیلتره به میزان متغیر بسته به نیازهای بدن انجام می دهند. در نهایت کلیه ها مواد ناخواسته را توسط دفع آنها از طریق ادرار پاک می کنند و مواد مورد نیاز را دوباره به خون باز می گردانند.

تاریخچه دیالیز

اولین بار در سال ۱۸۶۱ توماس گراهام مراحلی که بوسیله آن آب و مواد بنوری شکل از میان غشاء غیر تراوا عبور می کنند را کشف و

هر کلیه با آنورت و venacava بوسیله یک ورید کلیوی و شریان کلیوی کوچک و کوتاه و پهن ارتباط دارند. میزان جریان خون دو کلیه بطور طبیعی ۲۱ درصد برون ده قلبی یا حدود ۱۲۰۰ ml/min (0.02lit/s) است. که خون اندام هایی که وزن آنها روی هم ۳۰ gr $\frac{1}{50}$ یا وزن بدن است را فراهم می کند.

اگر کلیه از بالا به پایین به دو نیمه تقسیم شود دو ناحیه اصلی را که می توان مشاهده کرد عبارتند از: کورتکس یا قشر خارجی و ناحیه داخلی مرسوم به مدولا یا ناحیه مرکزی. ناحیه مرکزی کلیه به توده های بافتی مخروطی شکل متعدد موسوم به هرم های کلیوی تقسیم می شود. هر کلیه دارای تقریباً یک میلیون واحدهای کاری میکروسکوپی بنام نفرون است.

هر نفرون دو جزء اصلی دارد: ۱- گلومرول (مویرگهای گلومرولی) که از طریق آن مقادیر زیاد مایع از خون فیلتر می شود ۲- یک نوله یا توبول دراز که در آن مایع تصفیه شده در مسیر خود به سوی لگنچه کلیه به ادرار تبدیل می شود. در نهایت این نوله ها (توبول ها) به هم متصل می شوند تا مجرای جمع کننده ادرار را ایجاد کنند. تا نوک هرم نخاعی ادامه پیدا کرده و به داخل لگنچه کلیوی می ریزند.

توبول ها دوباره به گنومری که از آن منشعب شده اند بازمی گردند هر قوس هنله تا سر نزدیکترین هرم نخاعی ادامه می یابد و نی نقطه حلقه های هنله که از نفرون نزدیک نخاعی منشعب شده اند به اندازه کافی بلند هستند تا وارد عمق قسمت مرکزی شوند. قسمت مرکزی کلیه از ساختار زیر تشکیل شده است: ۱- حلقه های هنله ۲- مجرای جمع کننده ادرار ۳- مویرگهای مستقیم ۴- رگهای مستقیم

گلومر مانند یک فیلتر عالی عمل می کند و آب و بلورها را از پلاسماي خون جدا می کند. از مقادير زيادي خون که در کلیه ها جریان می یابد، در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از پلاسماي آن از درون فیلتر گلومرولی فیلتر می شود.

در انتهای مسیر مویرگ های گلومرولی، فشار هیدرواستاتیکی که به آب داخل مویرگ ها نیرو وارد می کنند با فشار کلویدی پروتئین های پلاسما به تعادل می رسند. و آب را از داخل ادرار موقتی به داخل خون باز می گردانند و این مفهوم تعادل فشار فیلتراسیون است و نشان می دهد که مهمترین عامل در میزان تصفیه گلومرولی (GFR) بستگی به میزان جریان خون کلیوی دارد. فشار مویرگ های گلومرولی و غلظت پروتئین پلاسما تا حدی بر GFR مؤثر است ولی در یک کلیه سالم میزان نفوذپذیری هیدرولیکی دیواره های مویرگ های گلومرولی تأثیری بر GFR ندارد.

فیلتراسیون غیر انتخابی گلومرولی با دوباره مکیدن انتخابی در لوله های کلیوی ادامه می یابد. از حدود ۱۸۰ لیتر آبی که هر روز فیلتر می شود تنها حدود ۱ یا ۲ لیتر آن به داخل مویرگ های درون توبولی جذب مجدد می شود. بنابراین تواماً تمام گلوکز-آمینواسیدها و مقدار کمی از پروتئینی که فیلتره می شود به همراه مقادیری از سدیم، کلراید، بی کربنات و کلسیم دوباره جذب می شود. یونهای بازجذب شده بلافاصله آماده می شود تا به بدن بازگردند. عمدتاً پایان متابولیسم ساخت پروتئین است بطور مثال اوره آزادانه از دیواره مویرگ گلومرولی عبور می کند و مقدار بسیار کمی از آن دستخوش بازجذب توبولی می شوند.

بیماریهای کلیوی

بیماریهای کلیه در میان مهمترین علل مرگ و معلولیت در بسیاری از کشورها در سراسر جهان هستند بعنوان مثال در سال ۱۹۹۴ بیش از ۱۵ میلیون نفر در ایالت متحده تخمین زده شده که بیماری کلیوی داشته اند. چندین بیماری کلیوی را می توان روی هم در دو دسته عمده قرار داد:

۱- نارسایی کلیوی حاد که در آن کلیه ها ناگهان بطور کامل یا تقریباً کامل از کار می افتند. اما ممکن است سرانجام عمل تقریباً طبیعی خود را باز یابند. ۲- نارسایی کلیوی مزمن که در آن از دست رفتن پیش رونده عمل نفرون های بیشتر و بیشتری وجود دارد که بتدریج عمل کلی کلیه را کاهش می دهند. در داخل این دو دسته عمومی دستجات وسیعی از بیماری کلیوی اختصاصی وجود دارد که می توانند رگ های خونی کلیه، گلومرول ها، توبول ها، فضای میان بافتی کلیوی و بخش هایی از مجاری ادراری در خارج از کلیه ها را مبتلا سازند.

هنگامیکه نارسایی کلیوی حاد از درجه متوسط است اثر فیزیولوژیک عمده: احتباس آب و فرآورده های زائد متابولیسم در خون و مایع خارج سلولی است. این امر می تواند منجر به زیادی آب و نمک در بدن شود که به نوبه خود منجر به هیپرتانسیون می شود اما احتباس بیش از حد پتاسیم غالباً یک تهدید جدی تر در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی حاد ایجاد می کند. زیرا افزایش غلظت پتاسیم پلاسما (هیپرکالمی) به بیش از حدود ۸ میلی اکی والان در لیتر (فقط دو برابر مقدار طبیعی) می تواند کشنده باشد. چون کلیه ها همچنین قادر نیستند مقدار کافی یون های هیدروژن را دفع کنند بیماران مبتلا به نارسایی حاد اسیدوز متابولیک پیدا می کنند که

به خودی خود می تواند کشنده باشد و یا می تواند هیپرکالمی را وخیم تر سازد. در بیشتر موارد شدید نارسایی کلیوی حاد بیمار در ظرف ۸ تا ۱۴ روز خواهد مرد مگر اینکه عمل کلیه مجدداً برقرار شود و یا یک کلیه مصنوعی مورد استفاده قرار گیرد تا بدن را از آب احتباس یافته بیش از حد الکترولیت ها و فرآورده های زائد متابولیسم رهایی بخشد.

نارسایی کلیوی مزمن از فقدان غیر قابل برگشت تعداد زیادی نفرون های عمل کننده ناشی می شود.

علائم بالینی جدی غالباً تا زمانی که تعداد نفرون های عمل کننده به لااقل ۷۰٪ در زیر حد طبیعی سقوط نکرده باشد وجود نمی آید در واقع غلظت های خونی نسبتاً طبیعی الکترولیت ها و حجم های طبیعی مایعات بدن می تواند تا زمانی که تعداد نفرون های عمل کننده به زیر ۲۰ تا ۳۰ درصد مقدار طبیعی سقوط نکرده است حفظ شود بطور کلی نارسایی کلیوی مزمن می تواند به علت بیماری های رگ های خونی، گلومرول ها، توبول ها، فضای میان بافتی کلیه و مجاری ادراری تحتانی بوجود آید.

اصول دیالیز

وقتی که یک غشاء نیمه تراوا دو محلول آبی را از هم جدا می کند هم آب و هم ماده حل شدنی از آب عبور می کند تا اختلاف غلظت به حداقل برسد. دیالیز در واقع عبارت است از حرکت و تبادل آب و ماده حل شدنی از میان غشاء نیمه تراوا که دو محلول را از هم جدا کرده است. ۳ مرحله که بطور همزمان در دیالیز صورت می گیرد عبارتند از: ۱- اسمز ۲- انتشار ۳- فیلتراسیون

اسمز عبارت است عبور آب از یک غشاء نیمه تراوا به طرف محلولی که دارای ذرات فعال اسمزی بیشتری در واحد حجم می باشد. انتشار: عبارت است از عبور ماده حل شدنی از غشاء نیمه تراوا به علت انرژی جنبشی و اتمی.

فیلتراسیون (ultrafiltration) عبارت است از عبور ذرات ریز در اثر فشار هیدرواستاتیکی از غشاء نیمه تراوا.

غشاء نیمه تراوا اجازه عبور آزاد به مولکولهای کوچک را می دهد تا جائیکه فقط مولکول های بزرگ باقی بماند. تمام ذرات در حرکت آزاد خود به موانعی برخورد می کنند. میزان این موانع بستگی به مقدار آب دارد که تحت عنوان ضریب گذردهی (S) بیان می شود.

$$S = C^f / C^w$$

که در آن C^f غلظت ماده حل شده در صافی و C^w غلظت محلول باقی مانده در همان طرف می باشد. ضریب ناگذردهی یا منع مطابق رابطه ذیل تعریف می شود.

$$(E = 1 - S)$$

سم های اوره ای

اورمی (uremia): اندوختگی موادی در خون که معمولاً باید از طریق ادرار دفع شوند که در نفریت ها مشاهده می شود و با چرکی شدن دستگاه ادراری همراه خواهد بود که همراه با استفراغ، سرگیجه و کما و... است که بر همه ارگانهای بدن اثر می گذارد.

مواد معینی که در اثر اورمی بوجود می آیند بطور واضح سمی هستند.

افزایش پتاسیم خون باعث تداخل ضربان قلب می شود. Acidemia روی وابستگی

هموگلوبین به اکسیژن اثر می گذارد و بر روی فعالیت قلب اثر مخربی دارد. که در زمان طولانی باعث حل شدن مواد معدنی استخوان می شود. آب و نمک بیش از حد باعث بوجود آمدن ورمهایی می شود با توجه به افزایش فشار خون و ورمهای ریوی سلامتی بخطر می افتند.

هورمونی که موجب بیشترین تغییر در اورمی می شود هورمون پاراتیروئید می باشد. بطور مشخص علائم گوناگون بیمار اورمی بوسیله دیالیز کنترل می شود و با یک پیوند موفقیت آمیز از بین می رود.

غشاء ها

از آغاز دیالیز بالینی ترکیب اصلی غشاء های دیالیز سلولز بوده است. کاپروفان هنوز بیشترین استفاده را در این مورد دارد ولی از استات سلولز و مواد جدیدتری مثل پلی اکریلینرال، پلی متاکریلیت و پلی کربنات نیز استفاده می شود. در طول دیالیز مولکولهای کوچکی که برای بدن لازم می باشند و در پلازما وجود دارند هم مانند سمها دیالیز می شوند به همین دلیل باید مکملهایی به بیماران تجویز شوند. اگر از غشاهایی استفاده شود که نسبت به مولکولهای بزرگتری نفوذپذیر باشند کاهش هورمونهای پلی پپتید باعث پدید آمدن واکنشهای میانی می شوند و بنابراین چنین راه حلهایی بی فایده می باشند.

دسترسی به صفاق (لایه سروزی حفره شکمی)

بدون وسائل مطمئن برای دسترسی به صفاق می توان دیالیز را شروع کرد. برای داخل

کردن مایع مشکل زیادی وجود ندارد ولی برای خارج کردن با مشکلاتی مواجه هستیم (مانع یکطرفه). ممکن است مجبور شویم عملیات را تکرار کنیم و یا جای کاتتر را عوض کنیم و یا امتهم را خارج کنیم. امتهم یک ورقه نازک از بافت مزوتلیان است که اطراف کاتتر را می پوشاند و اجازه می دهد مایع به راحتی وارد بدن شود ولی اگر به هر دلیلی مایع بخواند در جهت عکس حرکت کند مکش برخلاف جهت باعث بسته شدن سوراخها شده و از این حرکت جلوگیری می کند. اکثر کاتترهای جدید از سیلاتیک ساخته شده اند که انعطاف پذیر است و شکلش را حفظ می کند و نسبتاً با محیط بدن سازگار می باشد و می تواند مدت زیادی بدون خراب شدن و فرسایش باقی بماند. یک یا دو تکه داکرون پشمی کاتتر را محکم کرده و از حرکت باکتریها از پوست به کاتتر جلوگیری می کنند. یک نوار رادیوپک ممکن است برای نشان دادن موقعیت کاتتر در رادیوگرافها بکار رود.

دیالیز صفاقی:

در غشاء صفاقی فشار هیدرواستاتیکی محسوسی نمی تواند تولید شود پس برای جدا کردن آب از بدن باید از دیالیز صفاقی استفاده کنیم. در دیالیز آنیونهای ارگانیکی نقش یک منبع متابولیکی را برای تولید مجدد بیکربناتهای از بین رفته در داخل غشاء صفاقی و همچنین تأخیر انداختن در تولید اسید را بازی می کند. توجه کنید که در مورد پتاسیم این روش در دیالیز مرسوم نمی باشد و در مقایسه با همودیالیز (دیالیز خونی) یک روند آهسته است. ولی در عوض خطر افزایش پتاسیم در

پلازما اتفاق نمی افتد.

راحت ترین روش دیالیز، دیالیز CAPD می باشد که یک دیالیز بیوسسته آمبولاتوروی صفاقی می باشد و توسط پیویج در سال ۱۹۷۶ عرضه شده که در آن دیالیز هر روز در فاصله های ۶ تا ۸ ساعت انجام می شود. این مواد دفعی هر روز دفع می شوند که در این حالت زمان دیالیز کم است و بیمار می تواند بدون احتیاج به کمک حرکت کند. در این روش با یک لوله ۲ PVC یا ۳ بسته را (که به منظور ریختن مایع داخل غشاء از آنها استفاده می شود) به هم متصل می کنند. در این روش از وسایلی جهت بهینه کردن سیستم استفاده می شود. مانند یک کاتتر قابل انعطاف که در انتهای لوله به منظور جدا شدن راحت تر لوله ها از بسته ها و همچنین جهت استریل کردن محل اتصال لوله به بسته ها قرار می گیرد.

همودیالیز (دیالیز خونی)

یک دیالیز خونی مساعد به میزان سرعت خون در حدود ۲۰۰ ml/min (یا ترجیحاً ۳۰۰ ml/min) بستگی دارد. در این نوع دیالیز از Quinton-Scinbrer کمتر استفاده می شود زیرا باعث صدمه دیدن دیواره جانی سرخرگها می شود و همچنین دوام کمتری دارد. در همودیالیز حاد معمولاً یک لوله را به یکی از سیاهرگهای قسمت ران فرو می کنند که این لوله شامل یک یا دو سوراخ می باشد. بدیهی است که یک لوله دو سوراخه حفره بزرگتری را در داخل سیاهرگ ایجاد می کند. توجه کنید که یک لوله تک سوراخه نیاز به جریان خون سریعتری دارد.

امروز تولید لوله های بادوام برای همودیالیز

به منظور ناراحتیهای مزمن کلیوی ادامه دارد. این لوله های Cimono-Brescia باعث اتصال یک شریان (که بطور معمول از شریان radial در کمر استفاده می شود) به یک ورید می گردند در نتیجه مقداری خون به طور مستقیم (بدون ورود به بافت) وارد ورید می شود. در حالیکه دو سوزن بزرگ را می توان از طریق سوراخ این لوله ها وارد ورید کرد و خون را از این محل برای دیالیز آماده نمود. یک لوله خوب باید بتواند تا سالها در داخل بدن بیمار بماند زیرا بیمار به همودیالیز بطور مداوم نیاز دارد. اگر این لوله در اثر ضربه یا به مرور زمان آسیب بیند تنها راه تعویض آن عمل جراحی می باشد. یکی از مشکلات این شیوه این است که ممکن است رگ مناسب جهت قرار دادن لوله در آن بدست نیاید و یا بیمار نتواند ۴ تا ۶ هفته جهت بزرگ شدن سوراخ ایجاد شده صبر کند. در اینصورت باید محل دیگری را جهت عمل پیوند در بدن بیمار انتخاب کرد. از نظر شیمیایی موادی که در ساختمان این لوله ها بکار می روند به علت اینکه دائماً در معرض جریان خون در داخل سرخرگها یا سیاهرگها قرار دارند باید از ایفای مانند داکرون ساخته شوند و یا موادی که قابلیت انبساط زیادی داشته باشند مانند پلی تترافلوئورید اتیلن.

دیالیز کننده ها

برای مصارف پزشکی غشاءها معمولاً به صورت لایه هایی از صفحات موازی مرتب می شوند که بوسیله فیلمهای پشت سرهم از خون و دیالیزکننده صفحه ای جدا شده اند و یا به طور افزایشی مثل رشته های توخالی از میان آنها خون جریان می یابد و این در حالی است که از میان دیالیز شونده از بیرون بین رشته ها

جاری می باشد. در یک دیالیزکننده -Hollow fiber خون از یک رشته به هزاران لوله توخالی که بطور موازی برای جمع آوری در یک ورید اصلی مرتب شده اند جریان می یابد. بسته های لوله های آزاد در یک لوله استوانه ای محکم جا داده شده اند که از میان آنها سیال دیالیزشونده می گذرد. در هر انتها لوله ها با یک ترکیب سفالی که اغلب از پلی اورتان و یا اپوکسی رزین می باشد محاط شده اند. در هر دو دیالیزکننده صفحه ای و لوله ای جاری شدن خون و سیال دیالیزشونده در جهت عکس به منظور ماکزیم کردن بازده انتقال ماده حل شده امری معمولی است. پیچیدگیهای هیدرولیکی یک دیالیزکننده صفحه ای از یک دیالیزکننده لوله ای بیشتر است. این پیچیدگی برای بعضی از سدهای دیالیزکننده تک سوزنی ضروری تر است ولی بیشتر به عنوان یک بازگشت در نظر گرفته می شود.

دیالیز ماده جاذب

مواد معینی، بطور مشخص زغال چوب، قادر به جذب سطحی مولکولهای کوچکی هستند که بطور معمول توسط کلیه دفع می شوند. تلاشهای مختلفی به منظور باز تولید مواد حاصل از دیالیز از طریق عبور دادن آنها از طبقات زغال تلخیص شده به منظور کاهش مقدار مورد نیاز برای هر جلسه دیالیز صورت گرفته است.

بهترین مثال این تکنیک سیستم REDY است. (Drgan Technika.Co Oklahoma city) سیستم REDY تنها از ۵/۵ لیتر از دیالیزه (ماده باقیمانده از دیالیز) که بطور بیوسسته از طریق عبور دادن از یک کارتریج

جاذب پنج لایه باز تولید می شود، استفاده می کند. اولین لایه، کربن تلخیص شده، مواد آلاینده آب به ویژه یونهای فلزی که می توانند آنزیم یوریناز را غیر فعال کنند به صورت سطحی جذب می کند. آنزیم urease اوره را به یون آمونیوم، بی کربنات و دی اکسیدکربن تجزیه می کند. یون مثبت مبادله کننده هیدروفسفات زیر کنیم در لایه سرم، آمونیوم را دفع می کند. در ابتدا در دیالیز آب آزاد می شود و سپس سدیم، کلسیم، منیزیم و پتاسیم نیز در مبادله برای سدیم دفع می شوند. چهارمین لایه یک یون منفی مبادله کننده است، هیدروکسید زیر کنیم، در محیط استات یا کلری. این لایه مقداری فسفات و بی کربنات جذب می کند. زغال چوب تلخیص شده در لایه پنجم مولکولهای با ساختاری غیر یونی، کربتین دار و اسیداداری، گوانیدینها ((NHC (NH₂ (۲)، فنل ها، اندولها (ماده ای که هنگام تخریب پروتئین ایجاد می شود) و دیگر ترکیبات ناشناخته را جذب می کند. برای اینکه کارتریج کلسیم و منیزیم را به صورت مؤثر دور کند. این یونهای مثبت به صورت ثابت به وسیله یک پمپ تزریقی دوباره پمپ می شوند.

سیستم REDY برای دیالیزهای کوتاه مدت بسیار عالی کار می کند. هر نوع منبع آب آشامیدنی می تواند برای آماده کردن دیالیزه بدون پالایش بیشتر استفاده شود و دستگاه هم قابل حمل است.

دستگاههای همودیالیز

دستگاه همودیالیز سه کار پایه ای انجام می دهد:

خون را پمپ می کند، مواد حاصل از دیالیز را پمپ می کند و کار نظارت بر سلامت را انجام می دهد.

تناسب مواد حاصل از دیالیز و تحویل

بسته به تمایل شخص و تعداد مراکز بکار گرفته شده، آماده سازی مواد حاصل از دیالیز می تواند هم به صورت مرکزی یا در جایگاه دیالیز شخصی صورت گیرد. برای واحدهای بزرگ، تحویل مرکزی ساده تر و اقتصادی تر است اما همچنین اگر خطایی در آماده سازی صورت گیرد مصیبت همگانی به وجود می آید. تعدادی از بیماران به هنگام بد عمل کردن سیستمهای مرکزی تحویل مرده اند. خواه مواد حاصل از دیالیز به صورت مرکزی یا شخصی آماده شوند، کنستانتتره ای با حجم مناسب از آب درمانی مخلوط می شود. در ساده ترین سیستمها کنستانتتره رقیق شده و تا هنگام نیاز ذخیره می شود. در سیستمهای پیوسته، کنستانتتره و آب به طور پیوسته به وسیله یک یا چند پمپ تناسبی مخلوط می شوند. پمپ های تناسبی دو نوع هستند: آن دسته از پمپ ها که به صورت مکانیکی برای تحویل مقدار معینی از نسبت کنستانتتره به آب کار گذاشته می شوند و آنهایی که میزان انتشار مواد حاصل از دیالیز را اندازه گیری کرده و از فیدبک نسبت آب و کنسانتره را کنترل می کنند.

در وضعیت دیگری اندازه گیری های جداگانه به میزان هدایت مواد حاصل از دیالیز باید انجام شود تا اگر از محدوده ایمنی خارج شده است اخطار داده شود و

مواد حاصل از دیالیز منحرف می شود تا به بیمار نرسد. برای دیالیز بی کربنات دو کنستانتتره مجزا مورد نیاز است. در این پیشامد شاید میزان هدایت به تنهایی برای کنترل ترکیب مواد حاصل از دیالیز کافی نباشد و بعضی سیستم ها به عنوان یک روش اضافی اندازه گیری ایمنی PH را هم اضافه می کنند.

جریان مواد حاصل از دیالیز معمولاً بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر در دقیقه است. ابزارها معمولاً هم میزان جریان و هم فشار این مواد را نشان می دهند. این فشار معمولاً منفی است اما بطور معمول بین ۱۰۰ mmHg+ تا ۵۰۰ mmHg- است. این فشار در اثر کشیدن مواد دیالیزه در طول دیالیز و قرار دادن یک گرفتگی مناسب در قسمت بالای دیالیز بوجود می آید.

پمپ خون

خون بوسیله یک پمپ به میزان ۲۰۰-۳۰۰ میلی لیتر در دقیقه، در جهت مخالف جریان دیالیز در طول دیالیز به جلو رانده می شود. قسمتی از لوله سر پمپ از PVC یا لاستیک سیلیکن است. لاستیک سیلیکن دارای خواص الاستیک عالی است اما تنها عیب آن انتقال خورده ریزهای سطح درونی آن به ریه ها و جگر و طحال می باشد. میزان جریان استفاده شده برای همودیالیز ناچیز است که برآورد غیردقیقی از ولتاژ آرمیچر است. در بعضی وسایل یک تا کوژتراتور میزان دقیقی از حجم پمپ را به ما می دهد.

فشار سیاهرگی و فشار در زانوی پائین دیالیز همیشه بیان می شود. بعضی ماشینها

فشار شریانی را هم بیان می کنند. فشار بالای پمپ به طور نرمال به اندازه ۸۰-۵۰ میلی متر جیوه از فشار سیاهرگی بیشتر است.

نظارت بر اجرا و سلامت

حداقل استانداردها برای نظارت شامل

موارد زیر است:

- ۱- فشار سیاهرگی ۲- فشار دیالیزر
- ۳- قابلیت هدایت دیالیزر ۴- درجه حرارت دیالیزر ۵- نشست خون در دیالیزر ۶- هوا یا حباب در خط برگشت سیاهرگی. هر حالت هشدار دهنده باید علامتی قابل دیدن و شنیدن ایجاد کند و تا هنگامی که برطرف نشود ادامه دیالیز ممکن نیست. در هنگام مسدود شدن خط سیاهرگی ماشین با یک بای پس (by pass) به راه می افتد. منظور از بای پس حالتی است که ماده دیالیزه نمی تواند وارد دیالیز شود ولی به درین (لوله لاستیکی برای گذر چرکهای حفره یا زخم) وصل می شود.

کافی بودن دیالیز

هیچ معیاری برای تعیین دیالیز کافی وجود ندارد. اولین کوشش در تعیین مقدار دیالیز راهنمای دیالیز معرفی شده توسط باب و همکارانش در ۱۹۷۱ میلادی است که هیچ ربطی به قابلیت نفوذ غشاء شکل دیالیز یا میزان جریان دیالیز ندارد. سازمان مطالعات کلی دیالیز یک ارتباط غیرخطی ولی پیوسته را بین شدت دیالیز و بهبود بیماران نشان داد یعنی هر چه دیالیز بیشتر، بهتر.

همودیالیز خانگی

همودیالیز نگهدارنده می تواند در خانه بیمار به وسیله پرستار، تکنسین یا حتی همسر بیمار انجام شود که استقلال بیماران و انتخاب زمان دیالیز برای بیماران ممکن خواهد بود.

مشکلات درمان جایگزینی کلیوی

مشکلات اصلی شامل کاهش فشار در نتیجه اولترافیلتراسیون بیش از اندازه تماس غشایی و مشکلات تکنیکی می باشد. خونریزی مشکل همیشگی این بیماران است که به ندرت به کاسه سر و شکم سرایت می کند. التهاب پرده صفاق در بیماران PD مسئله ساز است که به شناسایی و درمان سریع خوب پاسخ می دهد ولی در صورت عدم درمان به آبسه و عفونت منجر می شود. نوروپاتی محیطی، هیپرلیپیدی و آرترئوپاسلروز (مسدود شریانی) در بیماران دیالیزی اتفاق می افتد.

آینده، کاهش زمان درمان

زمان صرف شده برای دیالیز تلف کننده زندگی بیماران ESRD می باشد با استفاده از دیالیزهای دارای سطح وسیع ۲/۵ تا ۵ مترمربع همراه با جریان ۴۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر در دقیقه و جریان دیالیزه تا ۱۰۰۰ ml/min ۶ ساعت در هفته کاهش می باشد. در آینده امیدوار به درمانهای کارا تر و بهتر هستیم.

کوچک سازی

تجهیزات دیالیزی فعلی بزرگ هستند و مزاحم بیماران که در خانه دیالیز می کنند می باشند. سالهای بسیاری از دانشگاه یوتا برنامه ای برای تهیه یک سیستم دیالیز کابل حمل ترتیب داده شد، ابتدائاً تحت عنوان WAK (کلیه مصنوعی قابل پوشیدن) نامیده می شد. امکان پذیری این سیستم تا به حال به وسیله صدها بیمار ثابت شده است. ماده جاذب حذف شده و دیالیز می تواند هم از طریق واحد جداگانه و هم از طریق دستگاههای مخلوط کننده دستی تهیه شود.

سیستم دیالیز کابل پوشش مداوم

یک دیالیز ایده آل از لحاظ تئوری کم کم جایگزین خواهد شد بدون اینکه فعالیتهای روزمره بیماران را قطع کند (مثل دیالیز صفاقی) ولی هیچ سیستم عملی تا به حال اختراع نشده است. موانع اصلی شامل دسترسی مداوم به گردش خون، نگه داشتن محصولات ادرار و یافتن مواد جاذب با ظرفیت کافی در حجم کوچک می باشد.

این مسائل بالقوه قابل حل هستند و بیماران ESRD می توانند باشند که در آینده نزدیک از کلیه قابل پوشش غیر مزاحم استفاده کنند.

منابع:

فیزیولوژی پزشکی گایتون - ترجمه دکتر روحانی

ENCYCLOPEDIA OF MEDICAL
DEVICES & INSTRUMENTATION
JOHN J WEBSTER

اصول برخورد با دردهای سرطانی

تهیه و تنظیم:

دکتر وحید حسینی جناب

مسئله تسکین درد به ویژه دردهای سرطانی و مراقبت از بیماران دردمند و درمان ناپذیر از موضوعات پراهمیتی است که برخورد صحیح با آن مستلزم داشتن آگاهی، انجام اقدامات خاص و دگرگونی در باورها و نگرش‌ها نسبت به مسئله مرگ و بیماران مشرف به موت است. مقاله حاضر به طور مختصر روشهای برخورد با این گونه بیماران و اقداماتی را که باید برای کاهش آلام آنها به عمل آید، مورد بررسی قرار داده است.

متأسفانه کارکنان حرفه‌ای خدمات بهداشتی در برخورد با دردهای سرطانی آموزش لازم را ندیده‌اند. بنابراین، برای ارائه صحیح خدمات در زمینه دردهای سرطانی، آموزش روشهای آن در اولویت قرار دارد. این آموزش درباره سه جنبه به هم پیوسته خدمات مربوط به تسکین درد می‌باشد که عبارتند از:

- تقویت ارزشها و اعتقادات فرهنگی و دینی - آموزش در زمینه فلسفه و اخلاق و جنبه ملی قانونی آن در خدمات مربوط به تسکین درد، تغییر نگرش فردی نسبت به سرطان، درد، مرگ و سوگ عزیزان.

- بالابردن سطح اطلاعات عمومی - مانند کار تیمی چند حرفه‌ای، استفاده از نیروی

خانگی (خانواده) به مثابه یک واحد خدماتی.

- ایجاد مهارت‌های عملی - مثل آموزش فیزیولوژی و شناخت آناتومی درد در سرطانهای پیشرفته و سنجش میزان درد.

آناتومی و فیزیولوژی درد

الف) اجزای حسی درد، درد با عواملی نظیر ضربه، ایسکمی (ناشی از نرسیدن خون کافی به نسوج)، هیپوکسی (افت اکسیژن نسوج) و اسیدوز (کاهش pH خون) آغاز می‌شود که اینها به نوبه خود آسیب آزادسازی مواد درونزای مولد درد از وزیکولها یا گرانول‌های انتهایی اعصاب محیطی می‌گردند.

این مواد عبارتند از: ماده P، سوماتوستاتین، کینین‌ها، پروستاگلاندین‌ها، هیستامین، SRS-A، و ترومبوسکان. آزاد شدن آنها «گیرنده‌های درد» را تحریک می‌کند. تحریکات مکرر این گیرنده‌ها ممکن است منجر به حساس شدن نسبت به درد شود. پس از این مرحله پاسخ گیرنده‌ها به محرکات دردناک ادامه می‌یابد و سرانجام درد ممکن است شدیدتر احساس گردد. تلاش در جهت رفع درد اغلب با به حداقل رساندن آزادسازی مواد درونزای مولد درد صورت می‌گیرد.

حس درد عمدتاً توسط مسیرهای نخاعی

تالاموسی طرفی آوران به مغز انتقال می‌یابد. فیبرهای A - دلتا احساس دردهای موضعی و واضح یا شارپ (ناشی از آسیب) و فیبرهای C احساس دردهای مبهم و منتشر را منتقل می‌نمایند.

ب) اجزای ادراکی درد، ادراک درد در تالاموس و نواحی ارتباطی قشری (کورتیکال) مغز صورت می‌گیرد. عواملی نظیر از بین رفتن هوشیاری و مهار انتقال ایمپالس درد توسط مخدرهای درونزا (اندورفین‌ها) یا مخدرهای خارجی (مورفین) می‌توانند با ادراک درد تداخل نموده و آنرا از بین ببرند.

تجربه درد یا پاسخ هر فرد به درد تحت تأثیر خاطرات، شخصیت، فرهنگ و ارزشهای آن فرد است. تحمل درد یک پدیده مربوط به قشر مغز است و در میان افراد مختلف یکسان نیست. پاسخ به درد، چه روانی و چه فیزیولوژیک، در سطح قشر مغز آغاز می‌شود. پاسخ‌های روانی به درد بر ترس، اضطراب، افسردگی و یا خشم مشتمل است. ایمپالس‌های عصبی که از طریق مسیرهای وایران هدایت می‌شوند آغازگر پاسخ‌های فیزیولوژیک هستند که عبارتند از: پاسخ‌های قلبی عروقی (افزایش ضربان قلب و فشار خون)، گوارشی (کاهش حرکات روده‌ها و ترشح بزاق)، اسکلتی عضلانی (افزایش کشش عضلات).

ج) ابزار سنجش درد، سنجش میزان درد برای برنامه‌ریزی در جهت تخفیف و رفع آن اهمیت خاصی دارد. ارزیابی پی‌درپی درد و خصوصیات آن با استفاده از روشهایی مانند پرسشنامه درد مک‌گیل کلزاک کمک‌کننده است. بدین منظور توجه به موارد زیر مفید خواهد بود.

محل درد، از جمله نقطه شروع و انتشار درد، شدت، کیفیت، زمان آغاز درد و خصوصیات زمانی آن، عوامل برطرف کننده و تشدیدکننده اثرات درد بر فعالیت های دیگر بیمار.

برای اندازه گیری شدت درد از بیمار بخواهید تا میزان آن را (از ۱ تا ۱۰) به شما بگوید. عدد ۱۰ نشاندهنده شدیدترین دردی است که او تابحال تجربه کرده است. این روش امتیازبندی آنالوگ بصری درد نامیده می شود.

(د) درد بیماران، بیماران دارای درد به دو گروه تقسیم می شوند:

۱- افرادی که دچار بیماریهای هستند که موجب کاهش طول عمر یا امید به زندگی شان می شود.

۲- بیمارانی که دارای عمر طبیعی می باشند (درد خوش خیم مزمن).

عملاً بیمارانی که امید به زندگی آنها کمتر از ۲ سال است در گروه اول قرار می گیرند. در صورت امکان باید منشأ درد مستقیماً درمان شود (مثل خارج کرده تومور اولیه) و در غیر اینصورت سعی بر تسکین و یا از بین بردن درد گردد.

در درمان دردهای بدخیم از مواد مخدر با دوز بالا، ضدافسردگی های سه حلقه ای (TCAS) و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDS) استفاده می شود. در صورتی که این داروها مفید نباشند، از جراحی برای تزریق اپیدورال یا اینتراتکال (داخل نخاعی) مرفین و یا قطع مسیرهای

انتقال حس درد استفاده می شود.

بیشترین اثر مرفین نخاعی بر روی دردهای خط وسط و دردهای چند کانونی است (مثل دردهای ساکرال در سرطان پروستات، درد لگنی ناشی از سرطان گردن رحم و درد چند کانونی استخوانی ناشی از متاستاز استخوانی).

در موارد دردهای بدخیم یکطرفه، می توان با انجام عمل جراحی به قسمتی از مسیر نخاعی تالاموسی منتقل کننده حس درد آسیب وارد نمود تا احساس درد از بین برود. مثل انواع قطع عصب (نوروکتومی)، قطع قسمتی از طناب نخاعی (کوردتومی)، کارگذاری الکترودها در کانال نخاعی برای تحریک ستونهای خلفی نخاع، کارگزاری الکترودها در نسج مغزی (تهاجمی ترین روش تعدیل عصبی) و تحریک تالاموس.

(ه) داروهای ضد درد، داروهای مسکن رایج برای کنترل دردهای سرطانی به انواع مخدر (نارکوتیک ها) و غیرمخدر تقسیم می شوند:

- ۱- غیرمخدرها: آسپرین، استامینوفن.
- ۲- مخدرها: کدئین، اکسی کدون، پروپوکسی فن، مرفین، متادون، میریدین، هیدرومورفن، لورفانول، اکسی مورفن، متانیل، پنتازوسین.

(و) مراحل کنترل موفقیت آمیز دردهای سرطانی

۱- جنبه های فیزیکی (احشایی)، روانی

(اضطراب، اندوه و افسردگی)، و اجتماعی (منزوی شدن، خشم و محرومیت) را ارزیابی نمایید.
۲- منشأ اختصاصی درد را مشخص نمایید (درگیری مستقیم توسط تومور، درد ناشی از درمان سرطان، درد غیرمرتبط با تومور یا درمان).

۳- شدت درد را بسنجید. برای این کار می توان از «امتیازبندی آنالوگ بصری درد» یا پرسشنامه مک گیل - ملزاک استفاده نمود.

۴- در صورت امکان از داروهای خوراکی استفاده کنید. بهتر است هر ۴ ساعت به طور منظم این داروها را تجویز نمود.

۵- همیشه برای رفع بیوست از مایعات و مسهل استفاده کنید.

۶- داروهای مورد نیاز بیمار را بر اساس شدت درد او تجویز نمایید.

۷- طی ۲-۱ هفته نخست درمان با مخدرها ممکن است نیاز به داروهای ضد استفراغ باشد.

منابع:

- 1- Health Assessment (2nd Ed.) J. Fuller / J.S Ayers, J.B. Lippincot Company: 1994.
- 2 - The Family practice (Desk Refrence): C.E. Driscoll. etal: Mosby Company: 1996.
- 3 - Cancer Pain Relief & Palliative Care: Who Expenrt Committe; Geneva; 1990.
- 4 - Current Surgical Diagnosis I..Treatment: 1994.
- 5 - Surgical Recall: L.H.Blackbourne: Williams L. Wilkins Company: 1994.
- 6 - Melzaek R: Pain 1:277 (Jun) 1985.
- ۷- تسکین دردهای سرطانی: مرکز بازاموزی و آموزشهای آزاد: معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

| درمان | شدت درد |
|---|---------|
| غیرمخدرها: آسپرین، استامینوفن، NSAID (به خصوص برای درد محیطی یا متاستازهای استخوانی) + درمان کمکی | خفیف |
| مخدر ضعیف: اکسی کدون، کدئین - درمان کمکی | متوسط |
| مخدرها: مرفین - هیدرومورفن - درمان کمکی | شدید |

اهداف درمانی

حفظ زندگی - حداقل رساندن تغییر شکل‌های باقیمانده - کاهش ICP - پیشگیری از برگشت مجدد.

داروها

دیورتیک‌ها، آنتی‌کوآگولولانتها O₂ ترایی، مسکنها و استروئیدها.

نیازهای آموزشی بیماران مبتلابه C.V.A

شامل عدم و یا کمبود آگاهی در مورد:

- ۱- تشریح شریانهای مغزی
- ۲- علل بروز سکته مغزی
- ۳- پیشگیری و درمان بیماری و برنامه های
نوتوانی

حوادث عروقی مغز (C.V.A)

تهیه و تنظیم:

زهرا پاشنگ

کارشناس ارشد پرستاری

زودگذر (TIAS) می‌باشد.

۴- خونریزی مغزی ناشی از پاره شدن عروق مغزی است.

تظاهرات بالینی

سردرد شدید، سرگیجه یا سنکوپ، استفراغ، کوما، تب، هایپرتانسیون، خونریزی از بینی و خونریزی از شکیه، سفتی گردن، اختشاش شعور، اختلال حسی یا حرکتی.



بیماریهای عروق مغزی بعنوان شایعترین علل ایجادکننده اختلالات نورولوژیک بشمار می‌آیند. سکته به از دست دادن ناگهانی عملکرد مغزی در اثر اختلال و یا قطع خونرسانی به قسمتی از مغز اطلاق می‌شود. سکته دشمن شماره ۳ سلامت عمومی و اولین دلیل معلولیت‌های مزمن و بزرگترین علت مرگ و میر بیماریهای عروق مغز است. میزان وقوع آن تا ۵ در هر ۱۰۰۰ نفر است و در بین مردان و زنان به نسبت مساوی دیده می‌شود و میزان وقوع آن بعد از سن ۷۵ سالگی افزایش می‌یابد.

علل بروز C.V.A

- ۱- ترومبوز که شایعترین علت است و معمولاً بواسطه آترواسکلروزیس ایجاد می‌شود.
- ۲- آمبولی مغزی، انسداد یکی از رگهای مغز بواسطه آمبولی «مثل قطعاتی از لخته خون، تومور، چربی، باکتری یا هوا»
- ۳- ایسکمی بعلت کاهش جریان خون به بخشی از مغز در اثر تنگی آتروماتوز شریانهای مغزی که شایع‌ترین تظاهر ایسکمی مغزی حملات ایسکمی مغزی حملات ایسکمی

۴- اصلاح حرکت و پیشگیری از دفورمیتی اندامها
۵- نقص عملکرد مربوط به ناتوانی ثانویه به کاهش حرکت یا انگیزه.

۶- پیشگیری از درد کتف ثانویه به همی پلزی
۷- برقراری ارتباط کلامی بدنال آفازی، دیس آرتری
۸- تغییرات حسی / درکی، تغییرات فیزیولوژیک بینایی

۹- مراقبت از خود
۱۰- آسیب احتمالی فیزیولوژیکی بعلت افزایش خطر سقوط و آسیب حرارتی و بریدگی
۱۱- اصلاح فرایندهای تفکر بدلیل کوتاه شدن توجه، اختلال در حافظه، گیجی و واکنشهای نامناسب

۱۲- تغذیه ناکافی بعلت عدم توانایی بلع ناشی از فلج ماهیچه ای
۱۳- احتمال خطر آسیب‌رسانی بدلیل از دست رفتن رفلکس بلع

۱۴- حفظ تمامیت پوست بدنال همی پلزی، همی پارزی و کاهش تحرک
۱۵- غفلت یکطرفه ثانویه به آسیب قسمتی از نیمکره راست

۱۶- تطابق موثر با تغییرات فیزیولوژیک
۱۷- دستیابی به کنترل شانه
۱۸- اختلالات روانی مانند اختلال در مفهوم خود و افسردگی
۱۹- مراقبت پیگیری کننده

اهداف اصلی بیمار و خانواده

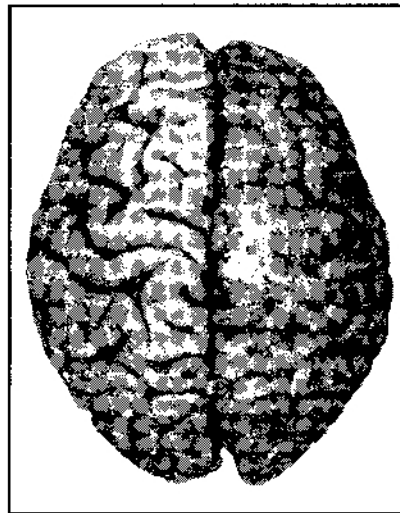
اصلاح حرکت، بهبود درد کتف، دستیابی به مراقبت از خود، دستیابی به کنترل شانه بهبود فرآیندهای ذهنی و تفکر، دستیابی به برخی اشکال ارتباط، حفظ

تمامیت پوست و بحداقل برگشتن عملکرد خانوادگی.

شاخصهای خطر در C.V.A

- هایپر تانسیون (شاخص اصلی بروز سکتة)

سکتة به از دست دادن ناگهانی عملکرد مغزی در اثر اختلال یا قطع خون رسانی به قسمتی از مغز اطلاق می شود.



- بیماریهای قلبی

- عروق

- میزان هماتوکریت بالا

- دیابت

- استفاده از داروهای ضد حاملگی خوراکی

- افت بیش از حد یا طولانی فشار خون

- متعاقب شوک، خونریزی، جراحی،

پرومیجرهای تشخیصی

- سوء استفاده دارویی بخصوص در نوجوانان و

جوانان

- تاریخچه خانوادگی استروک

- سن (وقوع آن با سال افزایش می یابد)

- مصرف الکل
- استرس هیجانی
- استعمال سیگار و دخانیات
- میزان بالای استروژن
- چاقی
- افزایش کلسترول

نقصانهای ویژه بعد از C.V.A

سکتة مغزی نقایص نورولوژیک وسیعی بوجود می آورد که به موضع ضایعه، وسعت ناحیه ای که پرفیوژن ناکافی دچار شده و میزان جریان خون جانبی، بستگی دارد و به طور کلی اختلالات شامل:

۱- از دست دادن قابلیت حرکتی «شایعترین همی پلزی».

۲- از دست دادن قابلیت ارتباط آفازی، آپراکسی، دیس آرتری.

۳- اختلالات درکی.

۴- اختلال در فعالیت ذهنی و روانی (کاهش میزان توجه، فراموشی، فقدان انگیزش، افسردگی، رفتار خصمانه).

۵- اختلال در عملکرد مثانه و روده ها.

۶- درد شانه و کتف (نیمه در رفتگی کتف، سندرم شانه و دست).

۷- سندرم هورنر بعلت فلج اعصاب سمپاتیک چشمها و فرورفتن کره چشم، پایین افتادن پلک فوقانی، فقدان اشکریزش.

۸- سایر نقصانها شامل: اشکال در برآورد اندازه یا فاصله اشیاء، پیدا کردن راه، مشکل در درک فضایی، ازدست دادن جهت یابی، گاه عدم توانایی شناسایی اعداد و...

اصول توانبخشی سرطان (۱)

مترجمان:

دکتر وحید حسینی جناب

پزشک عمومی

نغمه کوثری

کارشناس پرستاری

در حال حاضر، این طور برآورد شده است که تعداد افراد دارای سابقه سرطان که ۵ سال یا بیشتر زنده می‌مانند، حدود ۴ میلیون نفر باشد. از آنجایی که این تعداد در حال افزایش است، حرف پزشکی می‌بایست اصطلاح افراد بازمانده از سرطان را به منظور بذل توجه به موضوعات مختلف کیفیت زندگی که در دهه گذشته مطرح نبودند، مجدداً تعریف کنند.

معنای نیاز به توانبخشی سرطان

این حقیقت که بیماران سرطانی به نقایص عملی ناشی از بیماری و درمانشان مبتلا می‌شوند، سالها در متون پزشکی مورد بحث واقع شده است. اما اغلب بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند از ارزیابی و مداخلات توانبخشی بهره‌مند شوند. انکولوژیست‌ها و جراحان به خاطر این نیازها و نقش احتمالی خدمات

همچنین مشکلات عمده در ارتباط با فعالیتهای روزمره و شغل بیماران گزارش شده‌اند (شکل شماره ۲). تخمین زده شده است که ۵۰٪ افراد مبتلا به سرطان ممکن است معیارهای تشخیصی افسردگی بالینی را داشته باشند. شدت افسردگی اغلب به میزان اختلال جسمی بستگی دارد. با انجام مداخلات زودرس بوسیله یک تیم توانبخشی، می‌توان از ناتوانی طولانی مدت ناشی از سرطان و درمان آن پیشگیری نموده و آن را به حداقل رسانید. نمونه اعضای تیم توانبخشی سرطان در جدول (۱) آورده شده است.

انواع روشهای توانبخشی سرطان

اهداف عمومی توانبخشی بیماران سرطانی مشابه بیماران دیگر است. این اهداف شامل به حرکت درآوردن و عدم وابستگی بیماران در فعالیت‌های روزمره یا بدون وسایل کمکی می‌باشد.

توانبخشی در مراحل مختلف بیماری خیلی گسترده‌تر از آن چیزی است که در بالا به آن اشاره شد.

هدف از درمان از راه توانبخشی بازدارنده، کسب حداکثر عملکرد در بیمارانی است که قابل معالجه هستند و یا در حال بهبودی می‌باشند. اهداف درمان از راه توانبخشی حمایتی در بیمارانی که سرطان آنها در حال پیشرفت می‌باشد، شامل ارائه تجهیزات سازمانی مراقبت از خود در تلاش برای جبران کاهش مهارت‌های عملی بیمار می‌باشد. ورزشهای دامنه حرکت

توانبخشی، با افراد دیگر در ارتباط هستند. به استثنای تومورهای معده و گردن، شیوع همه سرطانهای مهم در ۴ دهه گذشته، در حال افزایش بوده است. پیشرفتهای انجام شده در تشخیص زودرس سرطان همراه با درمانهای تهاجمی و متعدد موجب می‌شوند که تعداد بیشتری از افراد مبتلا به سرطان برای مدت طولانی تری زندگی کنند.

اهداف عمومی توانبخشی بیماران سرطانی به حرکت درآوردن و عدم وابستگی بیماران در فعالیتهای روزمره با یا بدون وسایل کمکی است

افرادی که از سرطان جان سالم بدر برده‌اند، اغلب با مشکلات مهم جسمی و روانی که به طور مناسب کیفیت زندگی شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌شوند (شکل شماره ۱).

دکتر گانز ۵۰۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال، ریه و پروستات را که سالیان متمادی با سرطان دست و پنجه نرم می‌کردند را با دقت بررسی کرده و دریافت که بیش از ۸۰٪ مشکلات ثبت شده در ارتباط با طرز راه رفتن آنها می‌باشد و از این مقدار، ۵۰٪ موارد شدید بوده است.

| وظایف | عضو تیم توانبخشی سرطان |
|--|---|
| مسائل توانبخشی را ارزیابی کرده و در تشخیص و درمان کمک می کند مسائل توانبخشی می تواند شامل مثانه توروتیک، درمان روده ای، کنترل درد، مناسب بودن اعضای مصنوعی و کمربندهای ارتوپدی بکار رفته و درمان حالت اسپاسمی و ضعف باشد. فیزیاتریست ها مدیران ماهر بوجود آورند نظم داخل تیمی هستند ولی می توانند در برقراری ارتباط بین اقدامات توانبخشی و موضوعات طبی کمک کنند. | متخصص درمان بیماران به کمک روشهای فیزیکی (فیزیاتریست) |
| به بررسی مسائل مراقبت از بیمار کمک کرده و هماهنگی خدمات ارائه شده را تسهیل می کند. بیماران را با آموزش مربوط به سرطان آماده نموده و در برنامه ریزی ترخیص کمک می کند؛ توجهات بهداشتی موضوعات مانند مراقبت از پوست را کنترل می کند؛ به حمایت عاطفی از بیماران کمک می کند. | پرستار |
| به بررسی مسائل حرکتی بیمار، مانند انتقال و راه رفتن، کمک می کند؛ و از طریق ورزش ها توانایی های جسمی را باز می گرداند؛ برای کنترل درد از روش طبی استفاده می کند. | درمانگر فیزیکی |
| قابلیت های مراقبت از خود را بررسی کرده و در صورت نیاز، در حین استفاده مناسب از کمک های سازگارکننده، مجدداً آموزش می دهد. از فعالیتهای عملی جهت کمک به بازگرداندن توانایی به بیمار کمک می کند. به ارزیابی نیاز بیمار به تختة شکسته بندی و وضعیت دادن به اندامها کمک می نماید. به ارزیابی مناسب شغلی کمک کرده و مسائل عملکردی، شناختی و امنیتی را ارزیابی می کند. وضعیت دادن به اندامها کمک می نماید. به ارزیابی مناسب شغلی کمک کرده و مسائل عملکردی، شناختی و امنیتی را ارزیابی می کند. | درمانگر شغلی |
| به بازگشت مجدد بیمار به اجتماع، فعالیتهای سرگرمی، اعتماد به نفس و وظایف عملی کمک می نماید. | درمانگر تفریحات سالم |
| عوامل روانی - اجتماعی شامل حمایت خانوادگی، منابع مالی و انتظارات بیمار و خانواده را ارزیابی می کند. با مراکز اجتماعی روابط متقابل برقرار می کند. از بیمار و خانواده حمایت عاطفی به عمل می آورد. در برنامه ریزی ترخیص بیمار کمک می کند. | مددکار اجتماعی |
| اگر پزشک اولیه غیر از فیزیاتریست وجود داشته باشد، نه تنها درمان طبی را انجام می دهد بلکه از طریق ارتباط با بیمار و خانواده اش، از سایر افراد تیم مراقبت نیز حمایت می کند. وجود این فرد، جهت تمرکز بر روی موضوعات بحرانی طبی که بر ترخیص و مراقبت بیمارستان اثر می گذارد، ضروری است. | پزشک اولیه (پزشک بهداشتی اولیه) |
| به مسائل عدم تطابق بیمار و خانواده اش کمک می کند. در وضعیت های پراسترس، جهت پیشگیری از عصبانیت و دیگر پاسخهای نامناسب، به تیم مراقبت کمک می کند. در بیماران در معرض خطر، بررسی های شناختی سیستم عصبی مرکزی را انجام می دهد. | روانشناس / روانپزشک |
| در تیم مراقبت بهداشتی، داروی مناسب را انتخاب می کند. به آموزش بیمار و خانواده اش درباره عوارض جانبی داروها کمک می کند. | داروساز |
| به بررسی وضعیت تغذیه ای کمک کرده و رژیم غذایی مطلوب را انتخاب می کند. در وقت مناسب، به خانواده درباره اهداف رژیم غذایی آموزش می دهد. | متخصص رژیم غذایی |
| از بیمار حمایت عاطفی و مذهبی به عمل می آورد؛ به متمرکز شدن تیم بر روی مسائل کیفیت زندگی و نقش مناسب مداخلات طبی در بیمار مرحله انتهایی کمک می کند. | روحانی |
| به بررسی موضوعات برقراری ارتباط کمک کرده و بهترین انتخابها را برای برقراری ارتباط در بیماران دچار اختلال زبانی یا گفتاری توصیه می کند؛ در انتخاب وسایل افزایش دهنده ارتباط کمک می کند؛ به ارزیابی و درمان عمل بلع می پردازد. | آسیب شناس گفتاری - زبانی |

جدول ۱- اعضای ویژه تیم توانبخشی سرطان و شرح مختصر وظایف معمول آنها

(ROM) و روشهای ایجاد تحرک در بستر می تواند به منظور پیشگیری از پیامدهای نامطلوب عدم تحرک آموزش داده شوند. اهداف درمان از طریق توانبخشی تسکینی بهبود یا حفظ راحتی و عملکرد بیمار در طی مراحل انتهایی بیماری می باشد.

استفاده از اورتوز، مدالیتی ها و تجهیزات کمکی ممکن است علاوه بر درمان دارویی درد، مفید باشد.

علل و درمان اختلالات عملی در بیماران مبتلا به سرطان

موضوعات ویژه در بیمار مبتلا به سرطان می تواند شامل عوارض جانبی شیمی درمانی، به ویژه در اثر داروهای کاردیوتوکسیک، باشد. در صورت امکان، شروع برنامه ای جهت حفظ سلامتی قبل از درمان سرطان توصیه می شود که مشاوره پزشکی و متخصصین درگیر در برنامه های مراقبت این بیماران را طلب می کند.

نکات مربوط به رژیم غذایی بیماران سرطانی

عوامل رژیم غذایی اخیراً به عنوان یک عامل موثر محیطی، مورد تحقیق و توجه همگانی قرار گرفته است. ارزش و فایده تغذیه در درمان طبی و توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان مشخص شده است و بسیاری از بیماران سرطانی کیفیت اشتها و توانایی خوردن را در بالای فهرست موارد تعیین کننده احساس سلامتی شان قرار

استفاده از اشعه در ناحیه معده و روده ها می تواند به طور حاد منجر به تهوع، استفراغ و اسهال شود

می دهند. در برنامه های توانبخشی سرطان می بایست یک فرد متخصص در امور رژیم غذایی به عنوان عضوی از تیم بزرگ درمانی در نظر گرفته شود. متخصص تغذیه می تواند یک فرایند غربالگری را که در آن براساس نوع تومور و برنامه درمانی رژیم غذایی بیمار در نظر گرفته می شود، شروع نماید.

براساس اطلاعاتی که می توان نیازهای کالری و پروتئین افراد را از روی آن تخمین زد، برداشت می شود که جذب کالری در مبتلایان به سرطان باید بین ۱۳۰-۱۱۵٪ انرژی مصرف شده در هنگام استراحت باشد. دامنه نیازهای پروتئین از ۱/۵ تا ۲/۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز متغیر است. نیازهای کالری و پروتئین براساس نوع و گسترش تومور علاوه بر نوع درمان مورد استفاده تغییر می کند. تأثیر روشهای گوناگون جراحی بر روی وضع تغذیه ای بیماران مبتلا به سرطان در جدول (۲) خلاصه شده است.

اثرات استفاده از اشعه (رادیاسیون)

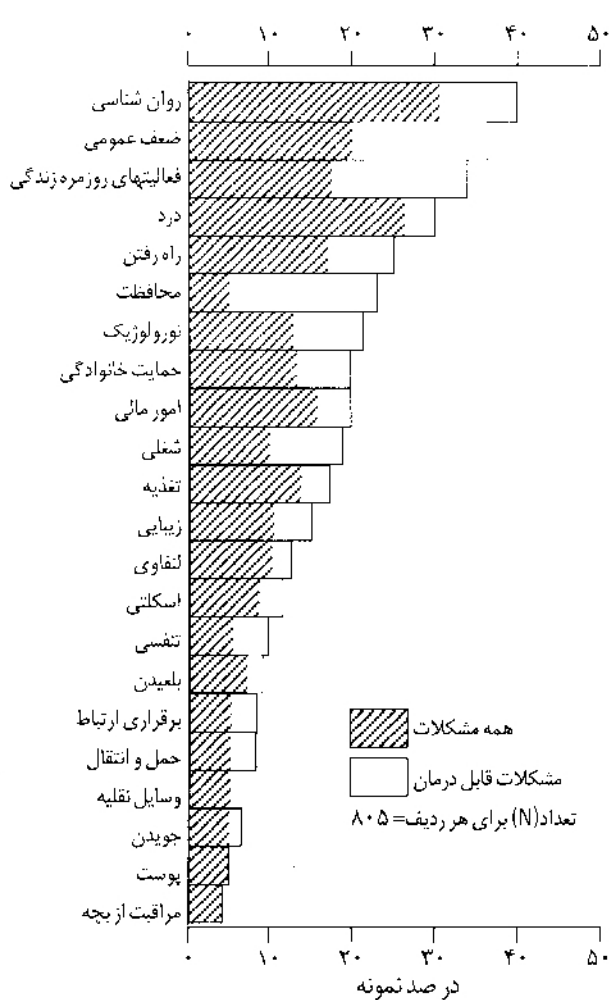
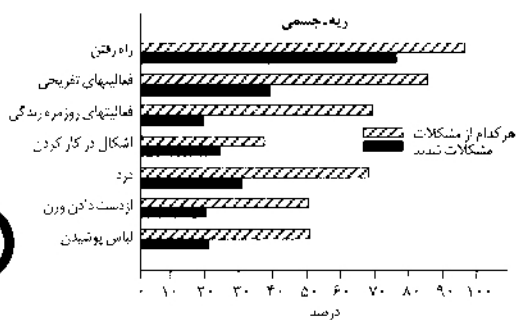
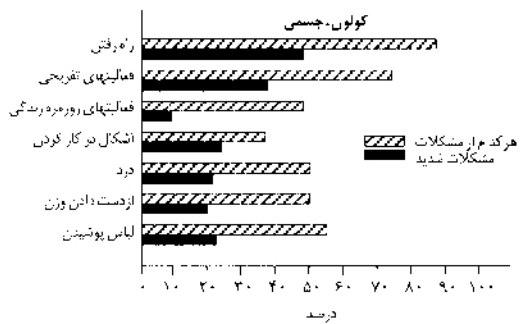
پرتودرمانی نیز می تواند بر روی انتخاب نوع رژیم غذایی اثر بگذارد. درمان با اشعه در ناحیه سر و گردن می تواند در ذائقه و تولید بزاق تغییر ایجاد کند. اختلال

در احساس گرمی، نرمی و زبری غذاها می تواند ناشی از تغییرات ایجاد شده در موکوس دهان توسط اشعه باشد. اشکالات بلع نیز می تواند ایجاد شود. استفاده از اشعه در ناحیه معده و روده ها می تواند به طور حاد منجر به تهوع، استفراغ، کراچپ شکم و اسهال شود. عوارض مزمن شامل انسداد نسبی یا کامل روده، پرفوراسیون روده، خونریزی معدی - روده ای، اختلال در جذب و فیستول داخلی می باشد.

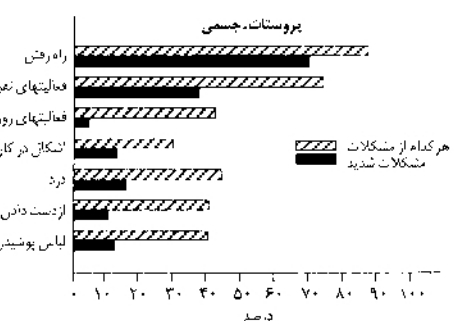
تغذیه بیماران مبتلا به صدمات روده ای ناشی از اشعه معمولاً با رژیم های عاری از لاکتوز و رژیم های غذایی با باقیمانده کم شروع شده و در موارد شدیدتر از گذارسانی داخلی (استفاده از لوله های معدی - روده ای) یا تغذیه تزریقی استفاده می شود. تغذیه تزریقی برای بیماران که ۲۰٪ یا مقدار بیشتری از وزن بدنشان را از دست داده اند، توصیه می شود.

اثرات شیمی درمانی

داروهای مورد استفاده در شیمی درمانی سرطان، فرایندهای سلولی تومورهای بدخیم را مورد هدف قرار می دهند. به علاوه سلولهای مغزاستخوان و مجرای گوارش به خاطر تولید مثل سریع، نسبت به اثرات شیمی درمانی آسیب پذیرترند. تهوع، استفراغ و بی اشتهایی، عوارض جانبی معمول و اولیه دستگاه گوارش هستند. استفراغ شدید و مکرر ممکن است موجب کمبود ویتامین B_{۱۲} و گاه بیماری بری بری شود. اثرات



شکل ۱- درصد افراد دارای ۱ یا تعداد بیشتری از مشکلات توانبخشی



شکل ۲- مشکلات قانونی و جسمی مبتلایان به سرطان کولون، ریه و پروستات

| عوارض جانبی | روش |
|--|-------------------------------------|
| اختلال در جویندن اختلال در بلع اختلال در حس چشایی اختلال در حس بویایی | گلوستومی / دیسکسیون گردن (قطع زبان) |
| استناز یا رگود معدی اسهال استنازوری (اسهال چرب) | رزکسیون مری همراه با واگوتومی |
| دیابت قندی اختلال در هضم | برداشتن پانکراس (پانکروتومی) |
| سوء جذب (سنورم روده کوتاه) کمبود ویتامین (A و D, B ₁₂) | برداشتن روده |
| اختلال در هضم سوء جذب آمی مگالوبلاستیک هیپوگلیسمی | معد برداری (گاسترکتومی) |

جدول ۲- تأثیر عوارض جانبی احتمالی روش‌های جراحی بر تغذیه بیماران سرطانی

کاهش وزن، سوء تغذیه دهیدراتاسیون و ضعف، تغذیه تکمیلی از راه لوله های معدی - روده ای و یا تزریقی، مفید است.

مقدار بسیار کم قبل از شروع هر نوبت درمان می باشد. حمایت تغذیه ای مناسب می تواند یک مسئله مهم در هر بار درمان سرطان باشد.

منبع:

مداخلات تهاجمی برای رفع کمبودهای غذایی و حفظ وضعیت مناسب می بایست از طریق فرایند توانبخشی ادامه یابد. در صورت نیاز، برای پیشگیری از

Physical medicine & Rehabilitation:
Randall L. Braddom: W.B.
Saunders: 1999.



این کلینیک به سئوالات بیماران در زمینه های مختلف بیماری MS از جمله درمانهای جدید، تغذیه مناسب، ورزش، مشکلات ادراری، بینایی و... پاسخ می دهد و جزوات آموزشی در زمینه بیماری MS اهدا می کند.

نشانی: میدان تجریش، بیمارستان شهداء، کلینیک MS

زمان: روزهای یکشنبه و پنجشنبه از ساعت ۹ الی ۱۲ صبح

تأخیری (دیررس) شیمی درمانی شامل استوماتیت (التهاب عمومی مخاط دهان)، زخم موکوسی، شیلوز (التهاب لب)، گلوستیت (التهاب زبان) و فارنژیت می باشد.

اختلالات متعدد تغذیه ای می تواند ناشی از استفاده از داروهای آنتی متابولیک، مانند متوترکسات، باشد. متابولسم اسیدفولیک که برای سنتز DNA ضروری است، توسط این دارو مهار می شود. این مهار، موجب کمبود اسیدفولیک می شود که به نوبه خود منجر به آنمی ماکروسیتیک، لکوپنی و استوماتیت زخمی می گردد. آنتی متابولیت های ۵-فلوئوراسیل ۶-مرکاپتوپورین از طریق تداخل با تیامین در سنتز DNA، مانع از ساخت اسیدنوکلئیک می شوند.

۵۶

عدم تمایل بیماران نسبت به غذاهای رژیمی

بیماران اغلب در طول دوره درمان سرطان، غذاهای ویژه یا مزه های مشخصی را نمی پذیرند. اگرچه مکانیسم دقیق عدم تمایل بیماران نسبت به غذا ناشناخته است، این حالت به صورت یک نوع وضعیت کلاسیک تعریف شده است. انواع غذاهایی که اغلب موجب این وضعیت می شوند، عبارتند از: گوشت ها، سبزیجات و نوشیدنی های کافئین دار. از روشهای مختلفی جهت پیشگیری از این حالت استفاده می شود. این روشها شامل توصیه به بیمار جهت غذا خوردن به



تهیه و تنظیم:
میثم رضی

بنام تو ناتانائیل «که همیشه آغاز یک جوانه‌ای»

مدهای زشت و تعصباتی دروغین قرار داده است. من در پای خدایی هستم که هر شب غصه‌دار موجوداتش است که چه می‌کند من عاشق خدایی هستم که از اشک یتیم دختر همسایه‌مان بی صدا می‌گرید و فریاد می‌زند، هلا ای زمینیان مغضوب بترسید از روزی که اشک یک مظلوم زمین را کن فیکون نمایم و از آفرینش پشیمان شوم.

آه ناتا، تو می‌دانی در درونم همیشه آتشی بوده است. اگر بر حق نیستم آنچنان بسوزانم که فرصت فریاد نباشد، اما اگر بر حقم آنچنان بسوزانم که فریادم، آبگینه غفلت بشر خسیبیده در تعصب را بکشند و زمین دگر باره عصیان کند.

«نمی‌دانم بعد از مرگم چه خواهد شد نمی‌خواهم بدانم بعد از مرگم چه خواهد شد اما بسیار مایلیم که کوزه‌گر از خاک اندامم، سوتکی سازد به دست طفل بازیگوش و او یک روز پی در پی دم گرمش را در من بدمد، تا خواب از این خفتگان بریاید.»

ناتا: خرابم نکن، نمی‌خواهم کوزه‌ای شکسته باشم که هر عاشق عربده‌کش مانده در خم گیسوی فلان سیه چشم‌ناز ریز بگوید «این کوزه چون من عاشق زاری بوده است» نه‌نه بگذار همیشه فریاد باشم، فریاد تو: ناتانائیل.

لازم به توضیح است که ناتانائیل الهه عشق و محبت در اسطوره‌های بابل است.

دل‌م می‌خواهد به سوی تک درخت کویر در تل ماسه‌های دور بشتابم و تن سردم بوسه‌های تب‌دار کویر را هیچ کند آسان که از من تنها خطی بجای ماند بی‌آب، خورشید کویر بخارم کند اما من تسلیم تو هم نمی‌شوم، بار دیگر خواهیم بارید و از شوق هله‌هله کویر سیلاب خواهیم شد و کویر را در خود غرق خواهیم کرد. ناتا آنقدر می‌آیم تا به پاهایت بیفتم ناتا تا پاهای تو خواهیم آمد. ناتا، زمین در تعصب دروغین در ویرانی همیشه بهارش فرو رفته است، از بهار متفرم چون یک دروغ ناآغاز است یک تکرار بی‌حرف، خشم‌نگیر بر من همیشه نباید یک گونه بود. می‌دانی ناتا، زمینیان در خواب و خیالشان خواب بهشت تو را می‌بینند که اشربه و اکمله با حوربان سیمین بدن به دست بوسان می‌آیند. مستخره نیست، تن پروران زمینی تو را صاحب بزرگترین تیل خانه دنیا می‌دانند آه ناتا ناتا ناتا جهنم تو بهشت من است از سوختن باکی ندارم زیرا عمری است که کارم سوختن است. من دل‌م دستانت تو را می‌خواهد، نگاه تو، فریاد تو، دیگر از ایهاالتاس خسته شده‌ام، ایهاالادم می‌خواهم این حسادت نیست که مطلوب را طلب کنم. زیرا علی از برای تو تا شبانگهان می‌گریست در عشق تو حسادت یک فعل نیک است. ناتا می‌دانم تو دیگر کافر نمی‌خوایی، من کافر بر بی‌خدایی‌ام من کافر بر خدایی هستم که مرا آفرید تا موش آزمایشگاهی‌اش باشم من کافر بر خدایی هستم که به جای رشد و تعقل بشری

سلام ناتانائیل. از هجوم اندیشه‌های سرد، از باور داشته‌های کهنه آدمی از سرمای سرد زمستان باز می‌آیم از فندیل واژه‌های یخ بر تن بر تب زمین، ناتا دشت در زمستان هم آرام آرام و پنهان در خیال گستردن بساط عیش سبز می‌شود، جوانه آرام سر از خاک بیرون کشیده است و به انسانهای رهگذر با فریاد تشرمی‌زند، هلا ای اشرف موجودات بنگر که من تروم و نرم اما تسلیم زمستان سردتان نمی‌شوم. می‌رویم حتی اگر بارها و بارها سیلی سرد زمستانتان گونه سوزم را بی‌رنگ کند و بادی فرمانبردار هر بار گیسوهایم را به سوی شانه‌ها بزند، من ایستاده‌ام در آستانه سبزی علف، تنها به تو می‌گویم سلام ای صمیمی همیشه نزدیک. ناتا چرا زمستانمان اینقدر متفاوت است. گاه زمستان صحرائی کویری پوشیده از لباس سفید است که پیش قراقلان مرگ با بوران و هزار واژه سرما برایت کنگره رفتن را مرور می‌کنند اما من عاشق سرمای کویرم، وقتی سرمای کویر در تمام بدنت می‌دود و خون در رگانت یخ می‌بندد، عاجز می‌شود به زانو درمی‌آیی، کوهی از غرور و هیبت در برابر دست سرما می‌ماند، نه مادیات به فریادت می‌رسد نه دعا، فقط صدای توست که گرم می‌کند. ناتا دل‌م می‌خواهد رودخانه باشم اما نه به سرنوشت همه رودخانه‌ها تکرار شوم و به دل آبی دریا فرو روم و هیچ شوم از هیچ بودن و هیچ شدن می‌ترسم،

دری به سوی باغ بسیار درخت

بهتر از همه

با دیگران مباش که تنها ببینمت
لبخند عشق زن که شکوفا ببینمت
جامی دگر بنوش که شیدا ببینمت
هر شب در این امید که فردا ببینمت
می خواستم که بهتر از اینها ببینمت

زیور به خود میند که زیبا ببینمت
در این بهار که گلها شکفته اند
یک جام نوش کردی و مشتاق دیدمت
بگذشت در فراق تو شبهای بی شمار
منت پذیر قهر و عتاب توام ولی

«شاعر شعر دیگران»

«از غربت زمین»

هزار آینه نذر غبار ما کردی
هزار پنجره بر چشم خاک وا کردی
سحر که چشم گشودم به باغ نیلوفر
مرا به آبی و آینه مبتلا کردی
هنوز تشنه آن واژه ام که در شب طور
به دستهای پریشان من عطا کردی
تو ای امانت ناامن لحظه ها و ازل
نگاه کن که چه با شانه های ما کردی
تو ای گناه معطر، جنون عاصی عشق
مرا مسافر اندوه دشتها کردی
مرا چو آینه از غربت زمین برگیر
به حق غیرت تلخی که نذر ما کردی

«احمد شاملو»

گر بدین سان زیست باید پست
من چه بی شرمم اگر فانوس عمرم را به رسوایی نیاویزم
بر بلند کاج خشک کوچه بن بست
گر بدین سان زیست باید پاک
من چه ناپاکم اگر نشانم از ایمان خود، چون کوه
یادگاری جاودانه برتر از بی بقای خاک!

«فریدون مشیری»

تو را می خواستم تا در جوانی

نمیرم از غم بی همزبانی

غم بی همزبانی سوخت جانم

چه می خواهم دگر زین زندگانی

«احمد عزیزی»

«بیا قدری به رنج واژه های خود ببندیشیم، به یاد لاله ها باشیم وقتی شعر
می گوئیم...»

بیا خود ببندیشیم، اگر روزی تمام جاده های عشق را بستند، اگر یک
سال چندین فصل برف بی کسی بارید، اگر یخ زد تمام واژه های مهربان
ما، اگر یک روز نرگس از کنار چشمه غیث زد، اگر یک شب شقایق مرد،
تکلیف نهایت چیست؟

«عینک آفتابی»

چشمهایت تحمل دیدن خورشید را ندارد؟ نمی دانم؛ و تو می دانی که تقصیر خورشید
نیست، تغییر آن مردمک چشمت است که نمی تواند تمام وسعت خورشید را «یک
جا» به تو نشان بدهد با همه این حرفها هنوز هم اصرار داری خورشید را ببینی.
خوب، چطور است یک عینک آفتابی برای خودت بخری. این طوری دیگه،
خیلی راحت، می توانی خورشید را ببینی بدون اینکه نگران چشمهایت باشی. اما
نه، انگار عینک آفتابی به دردت نمی خورد، یک بار از خودت شنیدم که: «عینک
آفتابی فقط اسمش «آفتابی!» است، ولی سیاه، تاریک تاریک!!!
راست گفتم، حرفت کاملاً درست است. اما می شود یک کاری کرد، کافی است
قرار بگذاریم که از عینک آفتابی «فقط» برای دیدن خورشید استفاده کنیم نه
چیزهای دیگر. این طوری تو هم می توانی خورشید را ببینی، هم بقیه چیزهای
دور و اطرافت را، هر چیزی را هم، دقیقاً همانطوری که هست می بینی نه طور
دیگر! مگه نه؟!
یک چتر آفتابی!!!.....»

جان بی قرار

تهیه و تنظیم:
مانا ندافیان

آن خطاط سه گونه خط نوشتی:
- یکی او خواندی، لاغیر!
- یکی را هم او خواندی، هم غیر!
- یکی نه او خواندی، نه غیر او!
آن [خط سوم]، «منم»
تهیه و تنظیم: مانا ندافیان

سخن بر سر محمد، شمس الدین تبریزی
است. شمس کیست؟
شخصیت شمس به شدت در هاله‌ای از
ابهام، با روایت‌هایی متضاد، با اغراق و با شعر
بههم در آمیخته است.
با این وصف، شمس به مناسبت رابطه
خلاقش با مولوی یکی از ابر چهره‌های
حیرت‌آفرین در نهضت عرفان جهانی به شمار
می‌رود. شاید اگر شمس نمی‌بود، در حیات
روانی مولوی، هرگز دستی استحاله و جهشی
آنچنانی که از وی ابر مردوالایی ساخت پدیدار
نمی‌گشت و مولوی هرگز آنچنان در عین
طمأنینه، به پایکوبی، به عصیان، به سرایش
مثنوی در عین غزلواره‌های سراپا تمکین، سراپا
عصیان نمی‌پرداخت.
اگر تولد دوباره مولانا، مرهون برخورد با
شمس است، جاودانگی شمس نیز حاصل
ملاقات او با مولانا است.

ما دیگر هرگز انگیزه‌ای به قدرت نفوذ
خدای گونه شمس و شور عرفانی مولانا در
تاریخ روابط انسانی نمی‌شناسیم. به راستی سر
شوریدگی مولانا چیست؟ شمس می‌گوید: «در
اندرون من بشارتی هست! عجب می‌آید از این
مردمان که بی آن بشارت، شادند». شادروان
بدیع الزمان فروزانفر حیرت کلیه تذکره نویسان
را در سرآغاز تولد دوم مولانا چنین خلاصه
می‌کند:

«مولانا که تا آنروز، خلق بی‌نیازش
می‌شمردند، نیازمندوار به دامن شمس در
آویخت و با وی به خلوت نشست و همچنانکه
در دل، بر چنان غیر دوست، بسته داشت، در
خانه بر آشنا و بیگانه بیست. و آتش استغنا در
محراب و منبر زد و با همه استادی نوآموز گشت
و مدت این خلوت به چهل روز یا سه ماه کشید.
شمس الدین به مولانا چه آموخت و چه
فسون ساخت که چندان فریفته گشت بر ما
مجهول است. ولی کتب مناقب و آثار بر این
متفق است که: مولانا، بعد از این خلوت، روش
خود را بدل ساخت و بجای اقامه نماز و مجلس
و عطا به سماع نشست و چرخیدن و رقص بنیاد
کرد. و بجای قیل و قال مدرسه و اهل بحث،
گوش به نغمه جانسوز نی و ترانه دلنواز ریاب
نهاد». سلطان ولد روایت کرده است که روزی
مولانا شمس الدین تبریزی با پدرم می‌گفت

که:

- مرا شیخی بود ابوبکر نام در شهر تبریز.
جمله ولایتها از او یافتیم. اما در من چیزی بود
که شیخ نمی‌دید و هیچ کس ندیده بود. آن
چیز را در این حال مولانا دید.

این آشنایی طوفانی عصیانگر و غوغایی
سنت شکن در روح آماده به انقلاب مولوی پدید
آورد که چه از نظر کیفیت و چه از نظر کمیت در
تاریخ ادبیات جهان بی‌نظیر است.

مولانا از ۳۸ سالگی شاعری را آغاز کرد و
بدین معنی می‌توان گفت که وی نابغه است.
یعنی ناگهان کسی که مقدمات شاعری
نداشته، شعر سروده است. و عجب این است
که چنین کسی بسیار شعر گفته و همه را زیبا
سروده است.

هر گاه مولانا را با ستارگان قدر اول ادبیات
فارسی مقایسه کنیم مقدار شعری که از مولانا
باقی مانده است به نسبت از همه بیشتر است.
حداکثر شاهنامه فردوسی ۵ هزار بیت است
لیکن مولانا بالغ بر هفتاد هزار بیت سروده
است. تنها غزلیات مولانا در حرف «ی» تقریباً
معادل غزلیات سعدی و دو برابر غزلیات حافظ
است. مولانا در ۵۵ بحر مختلف شعر ساخته
است. در زبان فارسی هیچیک از شعرای ما
نیستند که تا این اندازه توسعه در اوزان داده
باشند. حتی اوزان متروک شعر پارسی راوی
متداول کرده است و بهتر از اوزان معموله
ساخته است.

تمام اینها از شیفتگی بی‌پایان مولوی
حکایت می‌کند، ولی برای وصف عمق شیدایی
وی باید به سخنان وی در بالغ بر سه هزار و پانصد
غزلواره و دهها هزار بیت مثنوی گوش فرا داد.
مولانا در غزلی از دیوان شمس می‌فرماید:
دل من رای تو دارد، سرسودای تو دارد

رخ فرسوده زردم غم صفرای تو دارد
سر من مست جمالت، دل من دام خیالت
گهر دیده نثار کف دریای تو دارد
ز تو هر هدیه که بردم به خیال تو سپردم
که خیال شکر نیت نیست برو سیمای تو
دارد

غلطم، گرچه خیالت به خیالات نماند
همه خوبی و ملاحظت زعطاهای تو دارد
گل صد برگ به پیش تو فرو ریخت زخجلت
که گمان برد که او هم رخ رعناى تو دارد
جگر و جان عزیزان چو رخ زهره فروزان
همه چون ماه گدازان که تمنای تو دارد
هله چون دوست بدستی همه جا جای
نشستی

خنک آن بی خبری کو خبر از جای تو دارد
اگرم درنگشایی زره بام درآیم
که زهی جان لطیفی که تماشای تو دارد
به دو صد بام برآیم، به دو صد دام درآیم
چه کنم آهوی جانم سر صحرای تو دارد
خمش ای عاشق مجنون، بگو شعر و بخور
خون

که جهان ذره به ذره غم غوغای تو دارد
سوی تبریز شو ای دل بر شمس الحق
مقبل

چو خیالش به تو آید که تقاضای تو دارد.
اما این تنها مولوی نیست که با یک جهان
فصاحت و رسایی سخن از دیدار شمس
می خروشد و می توفد بلکه شمس نیز
دستخوش یک چنین التهاب بیکران و
بی سابقه ای گشته است.

شمس نخست ما را از عجز بیان خود در
برابر فصاحت و رسایی سخن مولوی آگاه
می سازد:

«من آن نیستم که بحث توانم کردن! اگر

تحت اللفظ فهم کنم آنرا نشاید که بحث کنم و اگر
به زبان خود بحث کنم، بخندند و تکفیر کنند!...»
شمس آنگاه به برتری علمی مولانا تصریح
می کند و می گوید:
«...مولانا؟!»

این ساعت در ربع مسکون مثل او نباشد
در همه فنون، خواه اصول، خواه فقه و خواه
نحو و در منطق!
با ارباب آن به قوت معنی سخن گوید به از
ایشان و با ذوق تر از ایشان و خوب تر از ایشان
- اگرش بیاید و دلش بخواهد و ملالتش مانع
نیاید!...

و آنرا [او] نا دانسته انگاشته است و چنان
می پندارد خود را پیش من، وقت استماع - که
شرم است نمی توانم گفتن - که بچه دو ساله
پیش پدر، یا همچو نو مسلمان که هیچ از
مسلمانی نشنیده باشد!

بیان شمس از حالت عادی آغاز می شود و
تا به اوج لطف شاعرانه عروج می کند:
«و بر سر گوری نبشته بود که:

عمر، این یک ساعت بود!
از آن ما، این ساعت، عمر است که به
خدمت مولانا آییم!»

به نظر می رسد که این بازگویی و برداشتی
شاعرانه از یک گفتگوی واقعی میان آندو پس
از مراجعت شمس از دمشق باشد:

«تو آنی که نیاز می نمایی! تو آن نبودی که
بی نیازی و بیگانگی می نمود! آن دشمن تو بود!
از بهر آن می رنجاندمش که تو نبودی
آخر من ترا چگونه رنجانم که اگر بر پای تو
بوسه دهم، ترسم که مژه من در خلد، پای ترا
خسته کند!».

در جای دیگر می فرماید: «تنهایت یافتم!»
هر یکی به چیزی مشغول و بدان خوشدل

و خرسند: بعضی، روحی بودند، به روح خود
مشغول بودند. بعضی به عقل خود، بعضی به
نفس خود! ترا بی کس یافتم! همه یاران رفتند
به سوی مطلوبان خود، تنهات رها کردند!
من یار بی یارانم!...»

شمس الدین خود را چنین توصیف می کند:
«من، گنگ خوابدیده
و خلقی
تمام کر
من، عاجزم زگفتن
و خلق از شنیدنش»
و نیز:

«خود حالی دلی،
بود پریشانتر از این
یا واقعه ای
بی سرو سامان تر از این؟
اندر عالم

که دید محنت زده ای
سرگشته روزگار
میزانتر از این؟!»

لیکن این آشنایی خجسته و لحظه های
سرشار دیری نمی پاید. شمس دیگر بار می رود
و مولانا را سوخته به جای می گذارد.

هیچ خبری از او در دست نیست جز روایاتی
متناقض و بی اساس.

مولانا هیچگاه شمس را فراموش نمی کند.
وی تا واپسین دم خاطره شمس را با همه
انصرافهای ظاهری به عمق ستایش و با
حسرت بیکران زنده می دارد و تصویر باشکوه
این پیروزی و شکست و این ناکامی و کامیابی
سترگ را برای همیشه در غزلیات خویش
غوغاگرانه در جریده عالم به ثبت استوار
می سازد. و این سؤال همچنان بی جواب مانده
است که برآستی شمس کیست؟

حکایتی چند از گلستان سعدی

نبیند مدعی جز خویشان را که دارد پرده پندار در پیش
گرت چشم خدا بینی ببخشند نبینی هیچ کس عاجزتر از خویش

حسن میمندی را گفتند: سلطان محمود چندین بنده صاحب جمال
دارد که هر یکی بدیع جهانی اند، چگونه افتاده است که با هیچ یک
ازیشان میل و محبتی ندارد چنانکه با آبیاز که حسنی زیادتى ندارد؟ گفت:
هرچه به دل فروآید در دیده نکو نماید.
هرکه سلطان مرید او باشد

گر همه بد کند نکو باشد
وانکه را پادشاه بیندازد
کسش از خیل خانه نوازد

یکی را از علما پرسیدند که یکی با ماه رویست در خلوت نشسته، و
درها بسته، و رقیبان خفته، و نفس طالب، و شهوت غالب، چنانکه عرب
گوید: *الْتَمُرُ يَانِعُ وَ النَّاطُورُ غَيْرُ مَانِعٍ*. هیچ باشد که به قوت پرهیزگاری
از او به سلامت بماند؟ گفت: اگر از مهرویان به سلامت بماند از بدگویان
نماند.

وَأِنَّ سَلِيمَ الْإِنْسَانُ مِنْ سُوءِ نَفْسِهِ
فَمِنْ سُوءِ ظَنِّ الْمُدْعَى لَيْسَ يَسْلَمُ
شاید پس کار خویشان بنشستن
لیکن نتوان زبان مردم بستن

توانگر زاده‌ای را دیدم بر سر گور پدر نشسته، و با درویش بچه‌ای
مناظره در پیوسته که صندوق تربت ما سنگین است، و کتابه رنگین، و
فرش رخام انداخته، و خشت پیروزه در و بکار برده؛ به گور پدرت چه ماند؟
خشتی دو، فراهم آورده و مشتی دو، خاک بر آن پاشیده. درویش پسر
این شنید و گفت: تا پدرت زیر آن سنگهای گران بر خود بجنیبیده باشد
پدر من به بهشت رسیده بود.
وانکه در نعمت و آسایش و آسانی زیست
مردنش زین همه شک نیست که دشخوار آید
به همه حال، اسیری که زبندی برهد
بهتر از حال امیری که گرفتار آید

کسی مزده پیش انوشیروان عادل آورد گفت: شنیدم که فلان
دشمن ترا خدای - عزوجل - برداشت. گفت: هیچ شنیدی که مرا
بگذاشت؟!
اگر بمرد عدو جای شادمانی نیست که زندگانی ما نیز جاودانی نیست

هارون الرشید را چون ملک دیار مصر مسلم شد گفت: به خلاف آن
طاغی که به غرور ملک مصر دعوی خدایی کرد نبخشم این مملکت را
مگر به خسیس ترین بندگان. سیاهی داشت نام او خصیب در غایت جهل.
ملک مصر به وی ارزانی داشت، و گویند: عقل و درایت او تا بجایی بود
که طایفه‌ای حراث مصر شکایت آوردندش که پنبه کاشته بودیم باران
بی قوت آمد و تلف شد. گفت: پشم بایستی کاشتن.

اگر دانش به روزی، درفزودی
زنادان تنگ روزی تر نبودی
به نادانان چنان روزی رساند
که دانا اندر آن عاجز بماند

زاهدی مهمان پادشاهی بود. چون به طعام بنشستند کمتر از آن خورد
که ارادت او بود و چون به نماز برخاستند بیش از آن کرد که عادت او، تا
ظن صلاحیت در حق او زیادت کنند.

ترسم نرسی به کعبه‌ای اعرابی کین ره که تو می روی به ترکستان است
چون به مقام خویش آمد سفره خواست تا تناولی کند.

پسری صاحب فراس است داشت گفت: ای پدر باری به مجلس سلطان
در، طعام نخوردی! گفت: در نظر ایشان چیزی نخوردم که به کار آید.
گفت: نماز را هم قضا کن که چیزی نکردی که به کار آید.

ای هنرها گرفته بر کف دست
عیبها بر گرفته زیر بغل
تا چه خواهی خریدن ای مغرور
روز درماندگی به سیم دغل

یاد دارم که در ایام طفولیت متعبد بودم و شب خیز و مولع زهد و
پرهیز. شبی در خدمت پدر - رحمة الله علیه - نشسته بودم، و همه شب
دیده برهم بسته، و مصحف عزیز بر کنار گرفته و طایفه‌ای گرد ما خفته.
پدر را گفتم: از اینان یکی سربر نمی دارد که دوگانه‌ای بگزارد! چنان غفلت
برده‌اند که گویی نخفته‌اند که مرده‌اند. گفت: جان پدر تو نیز اگر بخفتی
به از آن که در پوستین خلق افتی.

انتشارات بنیاد

اشاره

بنیاد بیماری های خاص جهت آشنایی مردم، بیماران، خانواده های بیماران و پزشکان هر سال کتابهایی را در ارتباط با بیماری های خاص منتشر و معرفی می نماید. در اینجا سری جدید انتشارات بنیاد را خدمت شما ارایه می دهیم. جهت تهیه این کتابها می توانید به بنیاد بیماری های خاص مراجعه فرمایید.





آشنایی با انجمن نفرولوژی کانادا اینجا یک سازمان خیریه و ملی است

کشور کانادا در شمال آمریکا واقع شده و وسعت آن ۹۹۷۶۱۳۹ کیلومتر مربع است. جمعیت کانادا ۲۹ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر و عمده ترین شهرهای آن کالگاری، ونکوور، مونترال، تورنتو و ادمونتون بوده و پایتخت آن اوتاوا است.

پرجمعیت ترین شهر کانادا در حدود بیش از یک میلیون نفر و کم جمعیت ترین آن کمتر از صد هزار نفر جمعیت دارد. نرخ رشد جمعیت در کانادا ۱/۱ درصد بوده و به این ترتیب ۶۳ سال طول می کشد تا جمعیت کانادا دوبرابر شود. تراکم جمعیت برای هر ۳ نفر یک کیلومتر مربع است. ۷۷ درصد مردم کانادا شهرنشین هستند. ۶۲ درصد مردم کانادا به زبان انگلیسی

و ۲۵ درصد به زبان فرانسه صحبت می کنند. امید به زندگی در مردان ۷۴ سال و در زنان ۸۱ سال می باشد.

انجمن نفرولوژی کانادا

اهداف این انجمن

- ۱- جمع آوری تسهیلات و بودجه لازم جهت مراقبت از بیماران کلیوی.
 - ۲- ارائه راهبردهای مؤثر و مفید جهت تداوم همکاری بین نفرولوژیست و سایر سازمانها.
 - ۳- تشویق و حمایت از امور آموزشی.
 - ۴- رساندن پیام همکاری نفرولوژیست ها به سایر مردمی که علاقمند به همکاری در زمینه بیماریهای کلیوی هستند.
 - ۵- حمایت قوی از نظر تسهیلات و بودجه در امر تحقیقات در زمینه فیزیولوژی کلیه، بیماریهای کلیوی و راهکارهای درمانی بیماران کلیوی.
- مراقبت صحیح و مناسب از بیماران کلیوی، با استفاده از استانداردهای بالای آموزشی و ارتقاء دانش و مهارت نفرولوژیست ها، تشویق به تحقیقات در زمینه بیماریهای کلیوی، افزایش کارایی کادر درمانی که در زمینه بیماریهای کلیوی فعالیت می کنند و تداوم مهارت شغلی نفرولوژیست هاست. به منظور رسیدن به این اهداف انجمن

| مراکز درمانی - متخصصان | تعداد | ظرفیت پذیرش (برحسب نفر) |
|------------------------|--------|-------------------------|
| بیمارستان | ۱۲۲۶ | ۲۱۸۸۸ |
| تخت های بیمارستانی | ۱۷۱۹۲۸ | ۱۵۶ |
| پزشک | ۵۵۲۷۵ | ۴۸۵ |
| دندانپزشک | ۱۳۵۰۳ | ۱۹۸۷ |
| داروساز | ۱۶۳۴۸ | ۱۶۴۱ |
| پرستار | ۲۴۱۹۹۵ | ۱۱۱ |

وضعیت بهداشت در کانادا



یا سرطان رنج می برند. ۲۰ سال پیش بیماران دیالیزی برای زنده ماندن بایستی تا ۳۶ ساعت در هفته به دستگاه وصل می شدند و تنها نیمی از موارد پیوند موفقیت آمیز بود. ۱۰ سال پیش، روش جدید دیالیز اختراع شد و مدت دیالیز به ۱۲ ساعت در هفته تقلیل یافت. امروز، ۸۵٪ از موارد پیوند کلیه موفقیت آمیز است و در مان انتخابی برای بسیاری از بیماران وجود دارد.

سنگ های کلیوی قابل درمان و قابل پیشگیری هستند. درمان سرطانها تا حدی موفقیت آمیز است. در آینده با پیشرفت علم ژنتیک ممکن است از مبتلا به برخی از بیماریهای ارثی کلیوی بتوان پیشگیری کرد. پیوند کلیه ممکن است تا ۱۰۰٪ موفقیت آمیز باشد.

بنیاد بیماریهای کلیوی کانادا

این بنیاد یک سازمان خیریه و ملی است که هدف آن ارتقا کیفیت زندگی در بیماران کلیوی است.

این بنیاد که با کمک مردم حمایت می شود، از این قرار است:

- ۱- تحقیق و آموزش بالینی.
- ۲- خدمات رسانی به نیازهای ویژه مبتلایان به بیماری های کلیوی.
- ۳- فعالیت در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی.
- ۴- فعالیت در جهت ترغیب مردم به اهداء عضو.

بنیاد بیماریهای کلیوی کانادا یک سازمان خیریه و ملی است که هدف آن ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران کلیوی است

تاریخچه بنیاد

در دهه ۱۹۶۰ وقتی یکی از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه که حدود ۲۶ سال داشت از دنیا رفت خانواده او تصمیم گرفتند تا سازمانی را تشکیل دهند که اگر کسی مبتلا به نارسایی کلیه شد، او حمایت نمایند تا از نظر مشکلات مالی و سایر مسائل در تنگنا نباشد. این خانواده با همکاری چند پزشک، این سازمان را تشکیل دادند.

در سال ۱۹۶۴ تعدادی افراد داوطلب با همکاری یکدیگر سازمانی را تشکیل دادند که اکنون به نام بنیاد بیماریهای کلیوی کانادا نامیده می شود و هدفشان پستوانه مالی تحقیقات در زمینه بیماریهای کلیوی بود زیرا تا آن زمان تحقیقات اندکی در این زمینه در کانادا صورت گرفته بود.

۳۰ سال پیش بیماران کلیوی امید کمی برای زنده ماندن داشتند، هزاران نفر از افراد کانادایی از مشکلات کلیوی مثل سنگ کلیه و

انجمن دیابت کانادا

در سال ۱۹۴۹ اولین انجمن دیابت در این کشور توسط فردی به نام چارلز در یکی از ایالت های کانادا تشکیل شد. او احساس می کرد بیماران مبتلا به دیابت احتیاج به سازمانی دارند تا نیازهایشان را تأمین کند. آنها به این نتیجه رسیدند که اگر تشکیلات جامعی داشته باشند، بیشتر می توانند به بیماران کمک نمایند و این مسئله باعث تشکیل انجمن دیابت کانادا شد. انجمن دیابت کانادا با ۱۷۰ شعبه در سراسر کشور یکی از بزرگترین مراکز غیردولتی حمایتی بیماران دیابتی در زمینه آموزش و تحقیق می باشد. این انجمن نقشی اساسی در زندگی روزانه بیش از ۵/۱ میلیون کانادایی مبتلا به دیابت دارد.

این انجمن شامل بخش های زیر می باشد:

الف) بخش علمی و بالینی:

بیش از ۱۵۰۰ نفر پزشک و متخصص در زمینه تحقیق، مراقبت های درمانی و آموزش

بیماران مبتلا به دیابت در انجمن فعالیت می کنند. انجمن علاوه بر آموزش بیماران یک مجله علمی مراقبت از بیماران دیابتی را نیز منتشر می کند.

ب) بخش آموزش دیابت

افراد مبتلا به دیابت، با مراجعه به تیم های مجرب در زمینه آموزش مطالب مهمی را در مورد این بیماری یاد می گیرند کسانی که در بخش آموزش دیابت فعالیت می کنند، آخرین اطلاعات علمی و روشهای درمانی را در اختیار بیماران قرار می دهند. در این بخش بیش از ۱۷۰۰ پرستار متخصص تغذیه، داروساز، پزشک و مددکار اجتماعی برای کمک به بیماران فعالیت می کنند.

تقویت انجمن

افزایش پشتوانه مالی یکی از رموز موفقیت این انجمن بوده است.

همه کسانی که به انجمن کمک می کنند، هدفشان کمک به آموزش و تحقیق در زمینه دیابت می باشد.

انجمن های مختلف به این انجمن کمک می کنند تا مشکلاتش را حل کند. از جمله آنها می توان موارد زیر را نام برد.

الف) انجمن حمایت ملی

دیابت بیماری ناتوان کننده نیست، اما بسیاری از کارفرمایان معتقد به این مسئله هستند. انجمن حمایت ملی تلاش می کند تا اطمینان دهد که افراد مبتلا به دیابت نیز می توانند همانند افراد عادی فعالیت نمایند.

ب) کمیته تغذیه ملی

بیماران مبتلا به دیابت دائما با مسئله تغذیه مناسب، مشکل دارند. این کمیته با

آموزش تغذیه و تحقیق در این زمینه به بیماران کمک می کند. این کمیته هم در زمینه تغذیه بیماران مبتلا به دیابت و هم تغذیه افراد سالم فعالیت دارد.

ج) کمیته انتشارات ملی

بیماران مبتلا به دیابت نیاز به کتابچه ها و مطالب آموزشی دارند تا در زمینه بیماریشان آموزش دیده و بتوانند بر مشکلاتشان فائق آیند. این کمیته نقش انتشار مطالب، گسترش و آموزش که به بیماران را ایفا می کند. کمیته در زمینه شناخت هرچه بیشتر نیازهای مبتلایان به دیابت، تحقیقات گسترده ای را انجام می دهد.

د) انجمن تحقیق ملی

انجمن تحقیق ملی بر برنامه های تحقیقاتی انجمن نظارت دارد، در صورتی که درمان های جدیدی در زمینه دیابت پیدا شود، این کمیته در جریان آن قرار می گیرد. سالانه مبالغ نسبتا زیادی صرف تحقیقات در مورد دیابت در کشور می شود.

در این انجمن بیش از ۱۵۰۰ نفر پزشک و متخصص در زمینه تحقیق، مراقبتهای درمانی و آموزش بیماران مبتلا به دیابت فعالیت می کنند

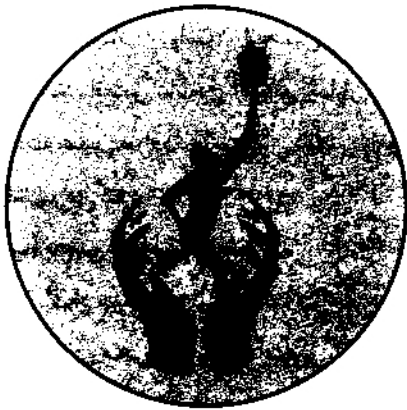
ه) انجمن خدمات ملی

بسیار مهم است که انجمن دیابت کانادا همگام با نیازهای جامعه اش باشد. انجمن خدمات ملی متشکل از تعدادی افراد داوطلب است که در جهت بهبود وضعیت اجتماعی، مالی و فیزیکی مبتلایان به دیابت به خصوص در مورد بیماران کم سن، فعالیت می کند.

و) انجمن توسعه شغلی

انجمن توسعه شغلی به منظور ایجاد و هماهنگی برنامه های آموزشی در مورد کادر درمانی که با دیابت سر و کار دارند، فعالیت می کند. این انجمن مجله ای را نیز منتشر می کند که حاوی اطلاعات کاملی در مورد دیابت برای پزشکان و سایر پرسنل کادر درمانی می باشد.





فدراسیون بازیهای جهانی افراد پیوندی (WTGF)

پیوند، گردهم آیی و جلسه عمومی متشکل از نمایندگان کشورهای عضو تشکیل می گردد. اداره کنندگان و مشاورین فعالیت هایشان را به انجمن عمومی گزارش می دهند و درباره موضوعات مختلف بحث و رأی گیری می شود و فقط نمایندگان کشورهای عضو حق رأی دارند و تنها یک رأی از هر کشور قابل قبول است. یک عضو کشوری شخصی است که حق اشتراک دوساله را که به مبلغ ۴۰۰ مارک است در شروع بازیهای جهانی پیوند به خزانه دار پرداخت کرده باشد. کشورهای عضو می توانند از طریق نمایندگانشان در انتخابات رأی بدهند و بنابر پیشنهاد می توانند کاندیدای دومی را نیز انتخاب نمایند. اداره کنندگان و مشاورین برای یک دوره چهارساله انتخاب می شوند، و اگر بخواهند کارشان را ادامه دهند، باید مجدداً در انتخابات شرکت نمایند که این طرز عمل در مؤسسه تعریف شده است. مشخصات و بیوگرافی هر کاندیدا باید همراه با نامه پذیرش ۵۶ روز قبل از انجمن عمومی برای منشی عمومی ارسال گردد. ورقه رأی ۲۸ روز قبل از انجمن عمومی برای تمام نمایندگان کشورهای عضو فرستاده می شود و نمایندگان رأی خود را ۷ روز قبل از انجمن عمومی برای منشی عمومی ارسال می کنند. نتیجه انتخابات در انجمن های عمومی اعلان می شود.

(World Transplant Games Federation) (WTGF) یا فدراسیون جهانی ورزش برای بیماران پیوندی درآمد. در سال ۱۹۹۷ در سیدنی بیش از ۱۰۰۰ رقابت کننده از ۵۰ کشور جهان در یازدهمین بازیهای جهانی پیوند شرکت کردند و در آن سال یک جشن فرهنگی همراه با نمایش های هنری توسط دریافت کنندگان پیوند برگزار گردید. از سال ۱۹۹۴ تاکنون هر دو سال یکبار بازیهای زمستانی نیز برگزار می شود.

WTGF و تشکیلات آن

فدراسیون جهانی ورزش برای بیماران خاص توسط یک شورا که پیکره آن را رئیس، یک منشی عمومی و یک خزانه دار و حداکثر ده مشاور تشکیل می دهد اداره می شود. این شورا در زمان بازیهای جهانی پیوند چنانچه سالانه برگزار شود، در هر سال و چنانچه بازیها هر دو سال یکبار برگزار شود در شهر میزبان تشکیل می گردد. کمیته اجرایی شامل رئیس، منشی عمومی و خزانه دار است. این کمیته درباره گزارشها و موضوعاتی که در نشست ها بحث می شود، مذاکره می کند. هر دو سال یکبار در زمان بازیهای جهانی

اولین برگزاری مسابقات ورزشکاران پیوند شده در یک روز گرم تابستانی سال ۱۹۷۸ در پورتسموت انگلستان برگزار شد، یکصد شرکت کننده از تیم های بیمارستانی انگلستان، اسکاتلند و ولز به تیمهایی از جمهوری ایرلند، فرانسه و آمریکا محلق شدند. تمامی شرکت کنندگان قبلاً کلیه پیوندی دریافت کرده بودند. برنامه های ورزشی شامل شنا، تنیس، اسکواش، گلف، دو صحرایی و ورزشهای میدانی بود که از سه مسیر مسابقه استفاده می شد. یک مسابقه نیز بطور همزمان با شرکت دکترها و پرستاران برگزار گردید.

مردم نظر بدبینانه ای داشتند و معتقد بودند که بیماران پیوندی قادر به رقابت در رشته های ورزشی نیستند. برخی خبرنگارها منتظر وقوع حادثه ای بودند که آنها را دوربین عکاسی ثبت کنند ولی در نهایت ناامید شدند، زیرا سه مسابقه اول با موفقیت همراه بود و روزنامه ها نوشتند: «یکصد معجزه مبارک». این بازیها در سالهای بعد نیز برگزار گردید.

از زمان اولین بازیها در پورتسموت تاکنون ۲۱ سال می گذرد، راهی طولانی طی شده است. فدراسیون بازیهای جهانی پیوند که قبلاً در سال ۱۹۸۷ بصورت یک تشکیلات با مشاورین برگزیده تأسیس شده بود، بصورت

نمایندگان کشوری و مدیران تیم

هر کشور عضو می‌بایست نماینده و مدیر تیم خود را معرفی نماید. اگر کشور متبوع کند. نماینده کشوری وظیفه انعکاس نظارت کشور و رأی دادن در انجمن عمومی را دارد. این نماینده کشوری با WTGF تبادل نظر داشته و مسئول انتقال اطلاعات مهم از WTGF به اعضای انجمن کشوری است. مدیران تیم، مسئول سازماندهی تیم کشوری در بازیها هستند و اطلاعات را درباره بازیها از کمیته برگزارکننده محلی دریافت می‌دارند.

ساختمان WTGF

در حال حاضر دفتر WTGF در شهر وینچستر آمریکا توسط دو منشی بصورت نیمه وقت اداره می‌شود. این دو نفر خدماتی را به اداره کنندگان و مشاورین ارائه می‌دهند. متقاضیان می‌توانند با اداره کنندگان و مشاورین ارتباط برقرار نمایند و اطلاعاتی را درباره انجمن کشور خود، نمایندگان و مدیر جدید تیم به آنها بدهند.

قوانین و مقررات فدراسیون

این قوانین رئوس وقایع ورزشی و اجتماعی، امکانات، تغییر مکان مسابقات و نظارت‌ها و شرایط پزشکی را منعکس می‌کند و برای کشورهایی که می‌خواهند میزبان بازیهای جهانی پیوند باشند، ضروری است. در ضمن این مقررات همه رقابت کنندگان را شامل می‌شود.

قوانینی که دولت‌ها در آن نقش ناچیزی داشته و برای تمامی رقابت کنندگان ثابت باقی مانده، شامل موارد زیر است:

مقررات پزشکی

هر رقابت کننده‌ای که در مسابقه شرکت می‌کند، می‌بایستی حداقل یکسال از دریافت عضو پیوند او گذشته باشد (که شامل پیوند مغز استخوان نیز می‌شود). اگر بیشتر از شش ماه و کمتر از یکسال از پیوند گذشته باشد و عملکرد عضو پیوندی نیز ثابت باشد، شخص در حال آموزش با اجازه پزشک، اجازه ورود در رقابت‌ها را از فدراسیون جهانی پیوند دریافت کند. عملکرد عضو پیوندی می‌بایست پایدار باشد و عوارض نارسایی مزمن عضو یا سرکوب ایمنی نبایستی وجود داشته باشد.

حداقل حدود پذیرفته شده برای یک رقابت کننده پیوندی بصورت زیر است:

- هموگلوبین بیشتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر

- کراتینین کمتر از ۳۰۰ میکرومول در لیتر

- فشار خون کمتر از ۱۵۰/۹۰

- تست های فونکسیون کبد کمتر از

۱۰ درصد افزایش در آنزیم‌ها یا بیلیروبین

مدارک پزشکی که موارد بالا را تأیید نماید،

می‌بایست بدرستی و به طور کامل ارائه شود و

یکماه قبل از مسابقه به امضاء یک پزشک

متخصص پیوند برسد.

تجهیزات ورزشی

هر رقابت کننده می‌بایست تجهیزات ورزشی را دریافت دارد، دوچرخه سوارها می‌بایست از کلاه خود ایمنی استفاده کنند.

شرایط سنی

سن در روز افتتاح بازیها اعلام می‌شود و معمولاً بصورت زیر است:

- گروه سنی بالغین ۱۸-۳۴ سال

- گروه سنی ارشد‌ها ۳۵-۴۴ سال

- گروه سنی ۵۵ سال به بالا

برای بازی گلف شرایط سنی وجود ندارد ولی آوانس می‌بایست در نظر گرفته شود.

اگر رقابت کننده‌ای در سن ۱۶ سالگی در میدانهای ورزشی کشورش بعنوان یک بالغ بطور موفقیت آمیزی رقابت کند، می‌تواند برای تیم بالغین کشورش انتخاب شود و دیگر نمی‌تواند در میداین ورزش بعنوان کودک رقابت نماید.

همچنین اگر در یک مسابقه ورزشی سه بار بیهوشی اتفاق افتد، مسابقه می‌بایست متوقف گردد.

والیبال

تمامی بازیکنان می‌بایست لباس مناسب تیم ملی را بپوشند.

نمی‌بایست از کفش های مشکلی در میداین ورزشی استفاده شود. هر تیم می‌بایست حداقل یک بازیکن زن در میدان ورزشی داشته باشد.

تعداد رشته های ورزشی

هر رقابت کننده می‌تواند حداکثر در ۵ رشته ورزشی شرکت کند. مسابقه دو امدادی شامل این ۵ رشته ورزش نمی‌شود.

برای سیزدهمین بازی های جهانی پیوند

کوبه

از صمیم قلب به شما خوش آمد می گوید

سیزدهمین بازی های جهانی پیوند امسال در کوبه - ژاپن برگزار خواهد شد. اولین دوره بازیها از ۲۵ آگوست الی ۲ سپتامبر سال ۲۰۰۱ در قرن ۲۱ و در کوبه - ژاپن خواهد بود. شهر کوبه شهری زیبا و دارای سواحل و کوههایی است که در حومه شهر آن را احاطه کرده است. کوبه پنجمین شهر بزرگ ژاپن است که نزدیک به دو میلیون نفر جمعیت دارد. این شهر نزدیک شهرهای بزرگی مثل اوزاکا، کیوتو و ناراست. هر دو از پایتختهای ژاپن قدیم در قرن هفتم بودند و دارای معابد و زیارتگاههای قدیمی و پارکها و باغهای نمونه ژاپنی هستند.

کمیته سازماندهی محلی در سیزدهمین بازیها طرح آزمایشی را در ده مرحله به اجرا می گذارد و انتظار دارد که تعداد افراد شرکت کننده پیوند گیرنده و دهنده که در جشن موفقیت پیوندیها شرکت می کنند زیاد باشد. در ادامه، یک کمیته سازماندهی محلی فشرده ای خواهد بود و بعد از طی مراحل از طرف ژاپنی ها و ارگانهای بین المللی، دولت محلی و رسانه های گروهی دیگر حمایت می شوند.

این بازیها در چند رشته از جمله دو و میدانی، شنا، تنیس، تنیس روی میز، بدمیتون، دوچرخه سواری، اتومبیلرانی، بولینگ ده میله ای، بولینگ روی چمن و گلف برگزار می شود.

قوانین پیوند عضو در ژاپن

قوانین پیوند عضو در اکتبر ۱۹۹۷ در ژاپن وضع گردید. این قوانین شامل تشخیص مرگ مغزی و اجازه انتقال عضو از دهندگان مرگ مغزی است. اولین پیوند اعضا تحت این قانون در اواخر فوریه سال ۱۹۹۹ در اوزاکا، ناگازاکی و شینسو ژاپن انجام شد.

قبل از وضع قانون جدید، تنها پیوند از دهندگان زنده (کلیه و کبد) در ژاپن ممکن بود. سالیانه حدود ۳۰۰۰ ژاپنی نیاز به پیوند کبد دارند. بیش از ۲۰۰ فرد ژاپنی برای دریافت کبد به کشورهای دیگر مسافرت می کنند و از سال ۱۹۸۹ تاکنون بیش از ۸۰۰ نفر پیوند کبد را از دهندگان زنده دریافت داشته اند.

هر سال حدود ۶۶۰ بیمار نیاز به پیوند در ژاپن وجود دارد و از این تعداد حدود ۴۰ نفر پیوند قلب شده اند. بیش از ۱۳۰۰۰ نفر نیز در انتظار پیوند کلیه هستند. تحت این قوانین، تنها تعداد محدودی از مراکز اجازه دریافت عضو پیوندی را از دهندگان مرگ مغزی دارند. قوانین جدید اکثر مردم را تشویق به دریافت کارت های اهدای عضو می کند.

تعیین مرگ مغزی در بچه های زیر ۶ سال مشکل است. به همین دلیل انجام پیوند قلب و ریه برای بچه های این سن غیرممکن است.

برگزاری چنین مسابقاتی به روند افزایش دهندگان عضو کمک خواهد کرد و امید به زندگی را در چنین بیمارانی به حداکثر می رساند.



برگزاری اولین مسابقه ورزشی بیماران پیوندی در پاکستان

ورزشکاران برای مسابقات به خوبی آماده بودند. پزشکان، متخصصین تغذیه و پزشکی اجتماعی نیز پیشرفت کار را تحت نظر داشتند. تمام بیماران در سلامت کامل بودند. این بیماران کسانی بودند که طی ۶ ماه تا ۱۲ سال گذشته از طریق یکی از بستگان خود پیوند دریافت کرده بودند.

بعد از مسابقات مراسم توزیع جوایز به نفرات اول، دوم و سوم هر رشته انجام شد، در ضمن یک مدال یادبود نیز به سایر شرکت کنندگان در مسابقات اهدا گردید. همچنین یکی از پزشکان نیز در مورد پیوند اعضا از جسد سخترانی و اظهار امیدواری کرد که پیوند از جسد در پاکستان هرچه سریع تر شروع شود.

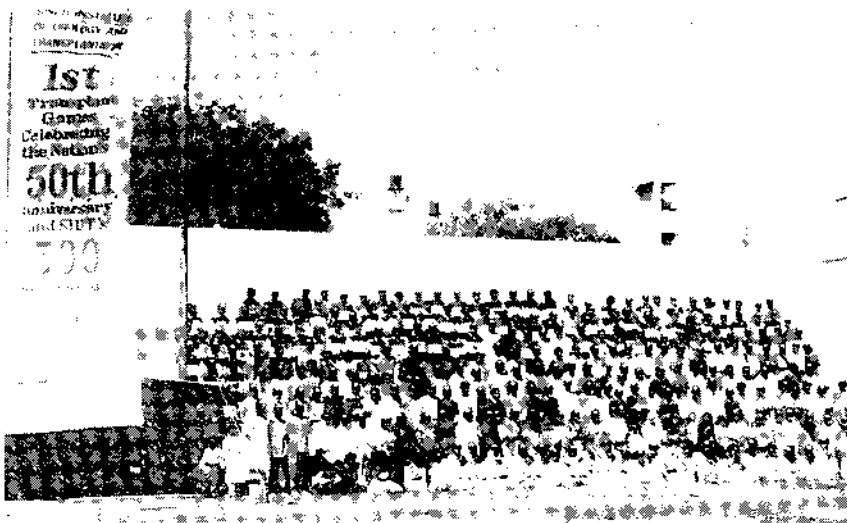
وی اظهار داشت هر ساله هزاران نفر به علت نارسایی اعضا در این کشور فوت می کند در حالی که با پیوند از جسد می توان زندگی آنها را نجات داد. وی گفت: تاکنون پیوند کلیه در پاکستان از دهند زنده انجام می شود. در حالی که در برخی از کشورهای مسلمان مثل عربستان سعودی، مالزی و عمان پیوند از جسد انجام می شود.



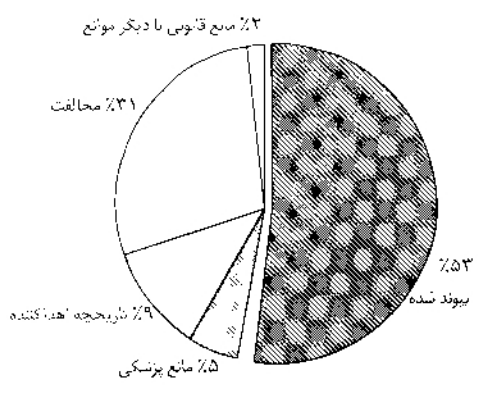
مسابقات، سنجش میزان توانایی بیماران گیرنده و دهنده کلیه بود. ۱۶۰ ورزشکار در این مسابقات شرکت داشتند.

اولین مسابقه بیماران پیوندی در پاکستان در چهارم اردیبهشت سال ۱۳۷۶ در کراچی پاکستان توسط انجمن اورولوژی و پیوند برگزار شد. این مسابقات در یکی از استادیوم های فوتبال کراچی انجام شد و مصادف با پنجاهمین سالگرد جشن ملی این کشور بود. در ابتدا پیام بعضی از شخصیت ها و بیماران توسط یکی از دانش آموزان مدرسه ای که در آن مسابقات برگزار می شد، قرائت گردید.

مسابقات دو و میدانی شامل دو ۵۰ و ۱۰۰ متر، دو سرعت، پرتاب وزنه و پرتاب نیزه بود. این مسابقات بین بیماران پیوندی و نیز بین اهداکنندگان برگزار شد. هدف از برگزاری این



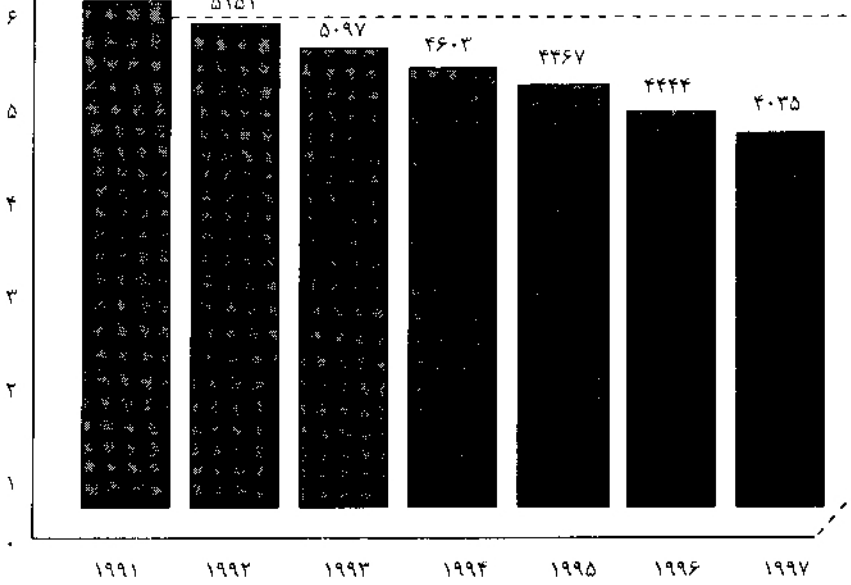
بررسی وضعیت اهدای عضو در کشورهای فرانسه، لوگزامبورگ و اسپانیا خیلی خوش بین نباشید



نمودار ۱- بررسی موارد مرگ مغزی در سال ۱۹۹۷

لیست های انتظار کلیه، به طور خاص از ۵۹۹۳ بیمار در پایان سال ۱۹۹۱ به ۴۰۳۴ بیمار در پایان سال ۱۹۹۷ کاهش یافت.

انتشار منظم نتایج خوب و شفافیت تمام برنامه های پیوند اسپانیایی مردم را برای اهداء تشویق می کند. نتایج خوب همانطور که بوسیله بازی های جهانی پیوند نشان داده شد، تأکید می کند که هدیه زندگی را دریافت کردن به چه معنی است. حساسیت جامعه اسپانیایی و هم اهدا عضو حرفه ای کلیدهای معجزه اسپانیایی در زمینه پیوند می باشند.



نمودار ۲- لیست انتظار پیوند کلیه در اسپانیا

۵ مورد بود بدین معنی که فقط ۱۰ مورد از کلیه های اهداکنندگان پیوندزده شده که میزان اهدا را به ۲۵ در میلیون رساند. این درصد کمی پایین تر از دیگر کشورهای اروپای غربی و خیلی پایین تر از میزان اهدا در اسپانیاست.

خیلی خوش بین نباشید

فعالیت های زیادی درباره استفاده از اعضای حیوانات برای پیوند به انسان وجود داشته است که این عمل برای نمودارهای پیوند اسپانیایی یک واژگونی سریع در لیست های انتظار را ممکن ساخت.

وضعیت اهدای عضو در فرانسه

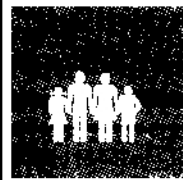
در سال ۱۹۹۷، ۵۰۳۰۲ نفر در فرانسه منتظر پیوند عضو وجود داشت که از این تعداد تقریباً ۴۵۰۰ نفر منتظر کلیه بودند. از سال ۱۹۹۴، لیست انتظار حقیقتاً تغییر زیادی نکرد. هر چند که متأسفانه بیش از ۵۰ درصد کسانی که در لیست انتظار برای قلب، ریه یا کبد بودند قبل از این که پیوندی انجام شود، فوت کردند. در مقابل، میزان پیوند کلیه به مقدار کمی از سال ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۷ افزایش یافت، در مجموع از ۲۸۰۰ مورد ۱۶۰۰ مورد پیوند کلیه بود که این در حدود ۳۰ در میلیون در هر سال است.

این نمودار تجزیه و تحلیل اهداکنندگانی را نشان می دهد که مرگ مغزی شده و اعضای آنها قابلیت پیوند را داشته اند.

در حقیقت تقریباً نیمی از کسانی که مرگ مغزی شده بودند بدلیل مخالفت خانواده هایشان عضوی از آنها اهدا نشد.

وضعیت اهدای عضو لوگزامبورگ

در لوگزامبورگ با جمعیت ۴۰۰ هزار نفر، میزان اهدای عضو در سال ۱۹۹۷،



صدای مهر

اشاره

در این صفحه نامه‌ها و تلفن‌های شما خوانندگان محترم نوشته شده و در صورت وجود مشکلات پیگیری شده و به مسئولین بنیاد ارائه می‌شود امید آنکه بتوانیم گامی هر چند کوچک در بوجود آوردن فضایی با صمیمیت و یکدلی و محبت بیشتر برداریم. در این شماره چند نامه وارده از فرزندان کوچک ایران زمین که در تیزر تلویزیونی بنیاد بازیگری کرده‌اند چاپ می‌کنیم:

نام و نام خانوادگی: نهال اخوت

احساسی که هنگام بازی در این تبلیغ تلویزیونی و در تمام طول فیلمبرداری داشتیم، این بود که حس کردم در یک کار خیر شرکت کرده‌ام و تصمیم گرفتم که تا جایی که می‌توانم به شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان کمک مالی کنم.

نام و نام خانوادگی: آرش حیار تیریزی

از اینکه مرا انتخاب کردند و توانستم در این کار خیر نقشی را ایفا کنم تا مردم مهربان ایران به کودکان بیمار کمک کنند و این دوستان خوب من هم همانند دیگر بچه‌ها زندگی خوبی داشته باشند و سلامتی خود را دوباره به دست آورند از صمیم قلب خوشحال هستم و آرزو دارم تا همه آنها در بهاری سبز و شیرین زندگی کنند.

نام و نام خانوادگی: سید امین یارندی

من وقتی برنامه بیماری‌های خاص را از تلویزیون دیدم بسیار خوشحال شدم و خودم هم تحت تأثیر قرار گرفتم و دعا کردم که هیچ

بیماری روی زمین نماند.

زمانی که فهمیدم برنامه ما باعث شده است پول زیادی جمع شود بسیار خوشحال شدم که توانسته‌ام سهم خود را درباره بیماران خاص ادا کنم.

نام و نام خانوادگی: سینا کربلایی محمد

متن صحبت‌های من این بود «دعا کنیم» که ما همه کودکان دست در دست هم دهیم و قلک‌های کوچک خودمان را برای درمان بیماران هدیه کنیم پس از ضبط برنامه به خانه رفتیم با خود فکر کردم من که به بچه‌ها و بزرگترها توصیه کردم که به بیماران کمک کنند. قلک خود را به پدرم دادم و ایشان مقداری هم از طرف خود و سایر افراد خانواده مان به حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران پرداخت کردند.

نام و نام خانوادگی: مهیار عبیدی

راستش را بخواهید من تا قبل از اینکه به برنامه تلویزیونی مربوط به بیماری‌های خاص دعوت شوم چیز زیادی از آن نمی‌دانستم. ولی

پس از چند روز متوجه شدم که مقصود از بیماری‌های خاص چیست، به همین جهت وقتی می‌خواستم برنامه تلویزیونی را اجرا کنم کودکان و نوجوانانی را به یاد آوردم که اکنون روی تخت بیمارستانها یا در خانه خود بیمار و با درد دست به گریبان می‌باشند و به کمک مردم خداجو محتاجند.

من از ته دل دعا کردم و گفتم: خدای من، خدای خوب و مهربان، دعا می‌کنم که هیچ بیماری روی زمین پنهانوری که برای زندگی خوش ما آفریده‌ای باقی نماند. بغض گلویم را یم فشرود و قطره اشکی در چشمانم حلقه زده بود و به بنیانگزاران بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز دعا کردم تا با هدف کمک به این بیماران باری از دوش آن عزیزان بردارند.

من نیز دوست دارم در آینده بتوانم مقداری از وقت خود را صرف کمک به بیماران خاص نمایم و سهم سبزی از شادی آنان داشته باشم.

با آرزوی سلامتی برای همه بیماران

اهدا کنندگان

اعضاء

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که با پرکردن کارت اهدای عضو و فرم مخصوص آن، آماده‌اند تا سهمی در نجات جان هممنوعانشان بعد از مرگ داشته باشند، تقدیر بعمل می‌آید.

ضمن خیرمقدم به این دوستان اهداکننده عضو، اسامی آنها در جدول زیر می‌آید.

| کدشناسایی | نام و نام خانوادگی | کدشناسایی | نام و نام خانوادگی |
|-----------|------------------------------|-----------|----------------------------|
| ۲۷۲۴ | ۱۵۰- مهرانگیز امامی | ۰۰۲۰۹۶ | ۱۲۵- آزاده ابرچی |
| ۲۷۲۵ | ۱۵۱- سهیلا اسدی خرمی | ۲۷۰۰ | ۱۲۶- فریده موسی نسب |
| ۲۷۲۶ | ۱۵۲- سیدمصطفی حجازی | ۲۷۰۱ | ۱۲۷- فاطمه طلوعی فر |
| ۲۷۲۷ | ۱۵۳- حمید حکیمی مطلق | ۲۷۰۲ | ۱۲۸- حسن واشقانی فراهانی |
| ۲۷۲۸ | ۱۵۴- فاطمه قره‌داغی ملاحاجلو | ۲۷۰۳ | ۱۲۹- نوشین سرابی |
| ۲۷۲۹ | ۱۵۵- سپیده ملکی | ۲۷۰۴ | ۱۳۰- پروانه احمدزاده |
| ۲۷۳۰ | ۱۵۶- سیامک ملکی | ۲۷۰۵ | ۱۳۱- مجید بازرگان لاری |
| ۲۷۳۱ | ۱۵۷- رامین عابد | ۲۷۰۶ | ۱۳۲- نازیلا افغانی |
| ۲۷۳۲ | ۱۵۸- راشین عابد | ۲۷۰۷ | ۱۳۳- مجید عرفانی مقدم |
| ۲۷۳۳ | ۱۵۹- سپیده نیوشا رشیدی | ۲۷۰۸ | ۱۳۴- بهمن پوراسمعیل |
| ۲۷۳۴ | ۱۶۰- نگین نوری | ۲۷۰۹ | ۱۳۵- جمیله میراخورلو |
| ۲۷۳۵ | ۱۶۱- میثم نوری | ۲۷۱۰ | ۱۳۶- سعید یادگاری |
| ۲۷۳۶ | ۱۶۲- عقیقه مهدوی | ۲۷۱۱ | ۱۳۷- علیرضا عرشی |
| ۲۷۳۷ | ۱۶۳- خلف توری | ۲۷۱۲ | ۱۳۸- شبنم قضایی |
| ۲۷۳۸ | ۱۶۴- رضا نوری | ۲۷۱۳ | ۱۳۹- سلمی مولوی |
| ۲۷۳۹ | ۱۶۵- الفت اسدی تاج آبادی | ۲۷۱۴ | ۱۴۰- حوری کریمی پور |
| ۲۷۴۰ | ۱۶۶- ایران امیریان فرد | ۲۷۱۵ | ۱۴۱- مجید دلاور |
| ۲۷۴۱ | ۱۶۷- لیلا | ۲۷۱۶ | ۱۴۲- فاطمه کامرانی مشهدی |
| ۲۷۴۲ | ۱۶۸- حامد تفرشی پور | ۲۷۱۷ | ۱۴۳- فرشته گرامی زاده |
| ۲۷۴۳ | ۱۶۹- تاجیه شمعونی مینایی | ۲۷۱۸ | ۱۴۴- فرزاد غفوریان |
| ۲۷۴۴ | ۱۷۰- فهیمه شمعونی مینایی | ۲۷۱۹ | ۱۴۵- محمدرضا خاکی |
| ۲۷۴۵ | ۱۷۱- مجید خسروجردی | ۲۷۲۰ | ۱۴۶- فاطمه خاکی |
| ۲۷۴۶ | ۱۷۲- معصومه نوری | ۲۷۲۱ | ۱۴۷- سیدعبدالحسین میرجعفری |
| ۲۷۴۷ | ۱۷۳- محترم مسلم خانی | ۲۷۲۲ | ۱۴۸- ناصر اسدی خرمی |
| ۲۷۴۸ | ۱۷۴- فاطمه لطفی نیا | ۲۷۲۳ | ۱۴۹- راشین اسدی خرمی |

یاوران بنیاد

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رسانده‌اند، تقدیر بعمل می‌آید.
ضمن خیرمقدم به این دوستان یاری کننده، اسامی آنها در جدول زیر می‌آید.

| نام و نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
|--------------------------|-------------------------|
| ۲۶- آرمین هاشمی | ۱- مریم مرعشی علی آبادی |
| ۲۷- حسن مقدم | ۲- دلارام مرادپور |
| ۲۸- قاسم رجبی | ۳- امیر حسین شمیرانی |
| ۲۹- رضا جناب | ۴- احسان مقدسی |
| ۳۰- فرزاد رجبی | ۵- علی تمام تن |
| ۳۱- سیمین عدالت جو | ۶- فرامرز تیموری |
| ۳۲- طباطبائی | ۷- لادن فردوسی |
| ۳۳- شرکت ضیع باف پارسا | ۸- بهنام عین الهی |
| ۳۴- نسیم نوروزی | ۹- مسیح مقدم |
| ۳۵- فرید رادفر | ۱۰- آذر ساعی |
| ۳۶- امیر حسین ابوالقاسمی | ۱۱- اعظم کفیلی |
| ۳۷- سعید کاظمیان | ۱۲- ارغوان |
| ۳۸- فریماه اکرمی | ۱۳- محمد حسین رحیمیان |
| ۳۹- عباس علیپور | ۱۴- رجبی |
| ۴۰- یاسمن رضایی | ۱۵- سهیلا صادقی |
| ۴۱- خشایار کاظمی وند | ۱۶- مازیار کریمی |
| ۴۲- سکینه سورکی | ۱۷- البرز بازغی |
| ۴۳- دکتر بهادری | ۱۸- سکینه ملاقاسمی |
| ۴۴- علیرضا نوید | ۱۹- نیوشا حمزه پور |
| ۴۵- مجتبی یارساپور | ۲۰- مهشید فرهاد شرابی |
| ۴۶- عفت السادات عطشانی | ۲۱- پروین مجیدزاده |
| ۴۷- زیلا حشمتی | ۲۲- فاطمه شعبانی |
| ۴۸- امیرمحمد مرادپور | ۲۳- الهام فرح ذری |
| ۴۹- خاطره جلیلی | ۲۴- سهیلا علی لو |
| ۵۰- همدم حشمتی | ۲۵- آزالیا |

جدول و سرگرمی

تهیه و تنظیم:
عطیه بهرامپور

معماهای نماز

کدام جمله در نماز است که هنگام ادا کردن آن لبهای انسان بهم نمی خورد.

در کدام مکان نمی توان نماز خواند.

کدام دعا در نماز است که اصلاً نقطه ندارد.

کدام نماز گذرنامه بهشت است.

بیشترین ذکری که در نمازهای یومیه به کار می بریم

۷۴

چیستان

کدام دانه غذایی است که اگر حرف اولش را برداریم نام چیزی می شود که مردم از آن خوششان نمی آید؟

آن چیست که روی آب بی پروا برود.

ماهی نبود دمی به دریا برود.

حسن پدر حسین و حسین پدر علی است، اگر تقی فرزند حسین باشد چه نسبتی با علی دارد.

جوابها و رمز جدول را به آدرس نشریه

بفرستید جایزه بگیرید

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ح | ل | ص | ی | ا | ا | ه | ا | خ | ه | ف | ر | د | ه |
| ن | ا | م | ت | ن | ش | ک | ر | ب | ت | پ | ک | ش | ش |
| ه | خ | د | ق | د | ج | ر | ت | ا | ز | ی | ی | ی | ی |
| ب | ت | ع | ط | ر | ب | ن | م | ث | ل | ش | س | ن | ن |
| ی | ر | ه | ن | و | ا | ز | م | ن | م | ش | و | ب | ب |
| ا | م | ا | ا | ا | ر | ن | ا | ر | ا | ت | ا | ا | ا |
| ا | ر | م | ت | ن | ر | ا | ه | د | ل | م | ی | ر | ر |
| ن | ی | ر | ف | ز | ا | ر | ل | ی | ش | ج | ی | ذ | ذ |
| ی | ا | ه | س | ه | ن | گ | و | و | ر | م | ی | ا | ا |
| ر | ن | و | ر | ش | م | ا | ن | خ | ه | م | ک | ز | ز |
| ی | ز | پ | م | ل | و | ر | ت | ن | ر | ا | ن | و | و |
| ا | ر | ا | ا | و | گ | ن | خ | ا | ن | ر | ا | گ | گ |
| ی | ت | م | ه | ر | د | ش | د | ر | ب | د | ی | د | د |
| ن | ه | و | چ | م | ه | م | س | د | ل | ا | ی | ا | ا |
| پ | ا | ت | ا | ز | ا | ر | د | ق | ا | ز | ر | ر | ب |
| ه | ن | ش | ی | ه | ن | ی | م | م | و | ه | ه | چ | چ |
| م | ب | ه | ر | و | ت | ب | ش | گ | ت | ا | ه | ت | ت |
| ی | ن | ا | ر | ا | ف | ا | س | م | ن | ر | ی | ن | ف |

*اسامی قیلماها:

ترکش های صلح (علی شاه حاتمی)، باران (مجید مجیدی)، پارتی (سامان مقدم)، سنگول و منگول (فرخنده ترابی)، هفت پرده (فرزاد مؤتمن)، دختران خورشید (مریم شهریار)، سگ کشی (بهرام بیضایی)، از کنار هم می گذریم (ایرج کریمی)، بهشت از آن تو (علیرضا داوودنژاد، موج مرده (ابراهیم حاتمی کیا)، آب و آتش (فریدون جیرانی)، دختری بهنام تندر (حمیدرضا آشتیانی پور)، آخر بازی (همایون اسعدیان)، تو آزادی (محمد علی طالبی)، سفره ایرانی (کیانوش عیاری)، رنگ شب (محمد علی سجادی)، قطعه ناتمام (مازیار میری)، مارال (مهدی صباغزاده)، مریم مقدس (شهریار بحرانی)، مسافری (داود میرباقری)، هزاران زن مثل من (رضا کریمی)، نیمه پنهان (تهمینه میلانی)، بچه های نفت (ابراهیم فروزش)، زیر نور ماه (رضا میرکریمی).

در جدولی که پیش رو دارید از اسامی فیلم های ایرانی شرکت کننده در نوزدهمین جشنواره بین المللی فیلم فجر استفاده کرده ایم. برای حل این جدول کافی است نام فیلم های ذیل را در جدول بالا یافته، بر روی حروف آنها خط بکشید. گفتمی است جدول فوق به طور مورب حل نمی شود و حروف کلمات به صورت «چپ» و «راست» و «بالا» و «پایین» در جدول قرار گرفته اند. در پایان از کنار هم قرار دادن حروف باقیمانده، رمز جدول به دست خواهد آمد. رمز این شماره، نام یکی از بخشهای نوزدهمین جشنواره بین المللی فیلم فجر است.

۱- نامهای داخل پرانتز، کارگردان و سازنده فیلم است و تنها جنبه سرگرمی دارد و برای افزایش معلومات شما، آنها را ذکر کرده ایم.

۲- هیچ یک از حروف الفبای فارسی در هیچ کدام از نامها به طور مشترک مورد استفاده قرار نگرفته اند.

سینما در مدرسه

| | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| اولین روز مدرسه: غریبانه | مبصر کلاس: کارگاه رکس | زنگ تفریح: حمله به اچ ۳ |
| مدرسه: پایگاه جهنمی | فریاد معلم: خشم ازدها | مسیر خانه تا مدرسه: از کرخه تا راین |
| در مدرسه: مجسمه | درگیری با ناظم: دیوانه وار | بوفه مدرسه: بی تو هرگز |
| مدیر مدرسه: مردی از جنس بلور | دفتر مدرسه: پرتگاه | برپا: انفجار در اتاق عمل |
| معلم ورزش: جهان پهلوان تختی | درگیری با مبصر: نهایت قدرت | بابای مدرسه: بهترین بابای دنیا |

به زور بخندیم

هذیان بیمار

پزشک: بیمار شما تبش خیلی شدید است آیا هذیان هم می گوید؟
پرستار: بلی، مخصوصاً چند دقیقه پیش از آنکه شما تشریف بیاورید می گفت: الان عزرائیل می آید!

پاسخ صحیح

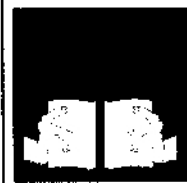
- شما که در دهکده خود طیب ندارید، پس چه می کنید؟
- هیچ به مرگ طبیعی می میریم!

بهلول و خواجه

خواجه ای مغرور افسار قاطری را در دست گرفته بود و در جاده ای می رفت، بهلول از راهی رسید و با صدای بلند گفت: بهای این الاغ چند است؟
خواجه گفت: ابله، این قاطر است نه الاغ!
بهلول گفت: از تو نپرسیدم، از قاطر پرسیدم!

عزرائیل

نصرالدین حسابی پیر شده بود می دانست که عزرائیل به زودی به سراغش خواهد آمد. اما او از یک طرف از مرگ می ترسید و از طرفی دیگر خیلی هم زرتنگ بود و به همین دلیل همیشه قاطی بچه ها بازی می کرد که عزرائیل را گول بزند. بالاخره یک روز عزرائیل به سراغ او آمد. البته این بار خودش را به شکل انسان درآورده بود. عزرائیل پیش نصرالدین آمد و گفت: «اینجا چه می کنی پسر جان؟» نصرالدین پیر، بچه ها را نشان داد و گفت: «دارم با هم سن و سالهای خودم بازی می کنم.» اما عزرائیل که زرتنگ تر از او بود، دست نصرالدین را گرفت و گفت: «پس آماده باش که می خواهیم تو را به گردش ببرم!»



فعالیت های معاونت آموزشی و پژوهشی بنیاد

(در سال ۱۳۷۹)

نموده است، که به چند مورد آن اشاره می شود.
- اولین دوره کارگاه کشوری مدیریت

فراهم آوری عضو پیوندی

زمان: ۲۸ و ۲۹ مهرماه ۱۳۷۹

مکان: بنیاد امور بیماریهای خاص

تعداد شرکت کننده: ۵۵ نفر

تعداد سخنرانان: ۲۰ نفر

برگزارکنندگان: بنیاد امور بیماریهای خاص
با همکاری اساتید دانشگاههای علوم پزشکی
سراسر کشور.

به نظر می رسد در کشور ما در راستای
تشکیل و تقویت تیم های پیوند اعضا
تیم های مدیریت فراهم آوری عضو یا به
اصطلاح TPM نیز شکل بگیرد تا دهنده های
مناسب به سرعت شناسایی و تشخیص داده
شود و پس از جلب رضایت نزدیکان و انجام
آزمایشات لازم و پیدا کردن گیرنده مناسب
جهت برداشت اعضا به تیم پیوند ارسال
گردد. همچنین بایستی مراکز TPM در کلیه
واحد های درمانی که مجهز به بخشهای
مراقبت ویژه هستند تشکیل گردد و این مراکز
باید یکدیگر و همچنین با بیمارستانهای مجهز
به مرکز پیوند اعضا در ارتباط مداوم باشند.

با توجه به تجارب کشورهای اروپایی و
آمریکایی، بنیاد امور بیماریهای خاص در
راستای اهداف خود در زمینه پیوند اعضا برای

تهیه پوستر اصول مراقبت های بهداشتی در
بخش های همودیالیز، تشکیل چهارمین
جلسه کمیته تخصصی بیماری های کلیوی،
تهیه متن آموزشی مراقبت از خود در بیماران
پیوند کلیه، تهیه متن آموزشی مراقبت از خود
در بیماران دیالیزی، برنامه ریزی کارگاه
کشوری مدیریت فراهم آوری عضو پیوندی،
پیگیری امتیاز بازآموزی کارگاه دیابت و
پیگیری امتیاز بازآموزی سمینار بین المللی
تالاسمی.

همچنین واحد آموزش معاونت آموزش و
پژوهش در ۳ ماهه سوم سال جاری اقدام به
برگزاری چند سمینار و کارگاههای آموزشی

معاونت آموزشی بنیاد امور بیماری های
خاص، جهت تحقق اهداف بنیاد در طول
سال جاری اقدام به اجرای برنامه هایی در دو
بخش آموزشی و پژوهشی نموده است. در زیر
بخشی از این اقدامات طبق معمول هر شماره
مجله می آید، که می خوانید.

بخش آموزش

این واحد در طول این سه ماه اقدام به
تهیه و چاپ کتابچه های ذیل نموده است:
بروشور راهنمای ورزش های مفید
کمردرد، تهیه پوستر نحوه مراقبت از فیستول.

۷۶





اولین بار در سطح کشور اقدام به برگزاری «اولین دوره کارگاه آموزشی مدیریت فراهم‌آوری عضو پیوندی» نمود. در این دوره که در تاریخ ۲۸ و ۲۹ مهرماه سال جاری در محل بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار گردید، اساتید پیوند اعضا و متخصصین بیماری‌های کلیوی، عفونی و گوارش و کبد به عنوان سخنران شرکت نمودند. در این دوره که به صورت کارگاه برگزار گردید ۵۰ شرکت کننده از ۷ مرکز پیوند اعضا شهر تهران که شامل بیمارستان شهدای تجریش، امام خمینی، شریعتی، سینا، فیروزگر، حضرت رسول و لقمان و همچنین اعضای تیم پیوند (سرپرستار بخش ICU، سرپرستار بخش پیوند نورولوژیست، جراح مغز و اعصاب، متخصص بیهوشی، نفرولوژیست، سرپرستار اتاق عمل، رئیس بخش ICU، رئیس بخش پیوند کلیه و...) حضور داشتند.

در روز اول این کارگاه ابتداریاست محترم بنیاد پیرامون اهداف بنیاد امور بیماری‌های خاص و فعالیت‌های انجام شده در زمینه پیوند اعضا توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص سخنرانی نمود. سپس دکتر طباطبایی معاون آموزش و پژوهش بنیاد و استاد جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ضمن تبیین اهداف سمینار پیرامون مرگ مغزی و نحوه تشخیص آن سخنرانی ایراد کرد. عناوین دیگر مورد بحث در این سمینار شامل کلیاتی پیرامون TPM، ساماندهی سیستم و نقش هماهنگ کنندگان، معیارهای یک ارگان با کفایت، تست‌های سروئوزیکی در ارگان دریافت اهداء شده، معیارهای انتخاب عضو با توجه به انتقال عفونت تشخیص مرگ مغزی خانواده و مددکاری،

متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص. نظر به برگزاری موفق کارگاه آموزشی دیابت در سال گذشته و همچنین به خاطر استقبال کم‌نظیر پزشکان جهت استفاده از این کارگاهها بنیاد امور بیماری‌های خاص با همکاری و از طریق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه اقدام به تخصیص امتیاز بازآموزی جهت شرکت کنندگان در کارگاه نمود. ۸ امتیاز بازآموزی نیز به شرکت کنندگان تعلق گرفت که پس از گذراندن پایان دوره تحویل داده شد.

شرکت کنندگان در کارگاه در گروه‌های ۱۲ نفری تقسیم شدند که کارگاه‌های آموزشی: لیپید و دیابت، دیابت و حاملگی، دیابت و تغذیه، پای دیابتی، نوروپاتی دیابتی، قرص‌های خوراکی پایین آورنده قند خون نوروپاتی دیابتی و انسولین درمانی را با حضور اساتید غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدت ۲ روز برگزار گردید. در ابتدای کارگاه جناب آقای دکتر لاریجانی رئیس مرکز

نگهداری فرد مبتلا به مرگ مغزی. استراتژی‌هایی جهت افزایش آگاهی جامعه، محلول‌های نگهداری عضو پیوندی، برداشتن کلیه از دهنده زنده و جسد، پیوند قلب، پیوند کبد، مسایل قانونی در اهدای عضو و بالاخره مسایل شرعی در اهداء بود که توسط اساتید مجرب دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور اجرا گردید.

در این کارگاه نحوه انتقال ارگان، نگهداری ارگان و چگونگی ساماندهی TPM در مراکز درمانی به صورت فیلم ویدئویی، CD به نمایش گذاشته شد. در پایان جلسه سخنرانی نیز بحث گروهی انجام پذیرفت.

- دومین دوره کارگاه آموزشی دیابت

ویژه پزشکان مراکز بهداشتی درمانی

زمان: ۱۲ و ۱۱ آبان ماه ۱۳۷۹

مکان: تالار امام مجتمع بیمارستانی امام خمینی (س)

تعداد شرکت کننده: ۴۸ نفر

تعداد سخنرانان: ۸ نفر

برگزار کنندگان: مرکز تحقیقات غدد و



تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران کلیاتی پیرامون روشهای تشخیصی و درمانی دیابت بیان نمود.

- سمینار بین المللی یافته های جدید در تشخیص مولکولی و درمان عوارض تالاسمی

زمان: ۱۴ و ۱۵ آبان ماه ۱۳۷۹

مکان: دفتر مطالعات سیاسی و بین المللی وزارت امور خارجه

تعداد شرکت کننده: ۱۷۳ نفر

تعداد سخنرانان: ۳۰ نفر

برگزار کنندگان: بنیاد امور بیماری های خاص - انجمن هماتولوژی و انکولوژی ایران و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

میهمانان خارجی: ۲ نفر

این سمینار به پیشنهاد بنیاد امور بیماری های خاص و مرکز تالاسمی کشور ایتالیا پایه گذاری گردید. امتیاز بازآموزی پیگیری شد و به شرکت کنندگان ۸ امتیاز بازآموزی تعلق گرفت.

این سمینار با سخنرانی دکتر لاریجانی، دکتر سیاری، دکتر طباطبایی و دکتر نجم آبادی افتتاح گردید.

در این سمینار پیرامون تشخیص مولکولی تالاسمی توسط متخصصین ژنتیک و درمان عوارض تالاسمی بحث و گفت و گو شد.

سرانجام سمینار با قرائت قطعنامه به کار خود پایان داد.

- دومین اردوی یک روزه آموزشی -

تفریحی کودکان دیابتی

زمان: ۲۷ آبان ماه ۱۳۷۹

مکان: دفتر مطالعات سیاسی و بین المللی

وزارت امور خارجه

تعداد شرکت کننده: ۴۲ نفر

تعداد سخنرانان: ۳۰ نفر

برگزار کنندگان: بنیاد امور بیماری های خاص، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه های علوم پزشکی تهران و انجمن دیابت ایران

با توجه به استقبال کم نظیر والدین و کودکان دیابتی این اردو برای دومین بار با حضور ۴۲ کودک مبتلا به دیابت بین سنین ۴-۱۰ سال برگزار گردید در شروع مراسم پس از معارفه کلیه شرکت کنندگان و برگزار کنندگان کودکان دیابتی با موارد مختلف آموزش دیابت آشنا شدند.

در این اردو کودکان دیابتی با برنامه های روزانه یک فرد دیابتی از لحاظ تغذیه آشنا شدند.

در پایان نیز به کلیه کودکان دیابتی کیف مدرسه کودک دیابتی که شامل آمپول گلوکاگون، سرنگ انسولین، دفترچه مراقبت یک فرد دیابتی و لوازم التحریر بود از طرف بنیاد امور بیماری های خاص داده شد.

- برگزاری ۴ دوره کارگاه آموزشی

«اصول صحیح مراقبتهای بهداشتی در

بخش های همودیالیز»

زمان: ۸ و ۱۸ و ۲۹ آبان و ۱۳۷۹/۹/۲

مکان: بنیاد امور بیماری های خاص

نظر به اجرای طرح تحقیقاتی «بررسی تأثیر جداسازی استفاده دیالیز مبتلایان به هیپاتیت C به میزان آلودگی سایر بیماران دیالیزی به هیپاتیت C» معاونت آموزش و پژوهش بنیاد ضمن تنظیم، طراحی و چاپ پوستر «اصول مراقبتهای بهداشتی در بخشهای همودیالیز» کارگاه مذکور را جهت استفاده پرسنل مراکز تحت مطالعه به صورت ۴ دوره متوالی در تاریخ های ۸ و ۱۸ و ۲۹ آبان و ۲۹/۹/۲ برگزار نمود این کارگاهها از ساعت ۷/۳۰ لغایت ۱۳ ادامه داشت که در پایان هر کارگاه به شرکت کنندگان گواهی اعطا می گردید.

بخش پژوهش

واحد پژوهش معاونت آموزش و پژوهش بنیاد طرحهای تحقیقاتی را در دست اجرا دارد

که در زیر بخشی از آن می‌آید.

- طرح تحقیقاتی مرگ مغزی:

تاکنون بیش از ۲۸۳ مورد مرگ مغزی در بیمارستانهای انتخابی شهر تهران شناسایی گردیده است و طرح همچنان در حال اجرا است فرم‌ها از کلیه مراکز به صورت منظم جمع‌آوری، کدبندی و وارد کامپیوتر گردید.

- طرح تحقیقاتی «بررسی تأثیر جداسازی دستگاه دیالیز مبتلایان به هیپاتیت C بر میزان آلودگی سایر بیماران»:

این طرح در مرحله اجرا می‌باشد. کلاسهای آموزشی برای کلیه پرستاران مراکز دیالیز تحت مطالعه در محل بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار گردید. نمونه‌گیری خون بیماران دیالیزی و ارسال آن نیز به انستیتو پاستور جهت انجام آزمایشات لازم در حال انجام است.

- طرح تحقیقاتی «بررسی میزان فراوانی استئوپروز و استئوپنی در بیماران تالاسمی ماژور در شهر تهران»:

این طرح در مرحله اجرا می‌باشد کلیه درمانگاههای تالاسمی مورد مطالعه بیماران را با فرم‌های مخصوص معاینه می‌نمایند و بیماران تالاسمی طبق برنامه زمانبندی شده جهت انجام آزمایشات و سنجش تراکم استخوان به بیمارستان شریعتی ارجاع داده می‌شوند.

- طرح تحقیقاتی «بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در مقایسه با سایر افراد جامعه»:

این طرح در حال اجرا است و تهیه نرم‌افزار کیفیت زندگی توسط دکتر مهربان و همکارانشان

در بیمارستان شریعتی جهت تکمیل اطلاعات مورد نیاز در این زمینه مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد.

- طرح تحقیقاتی «بررسی شاخص‌های اپیدمیولوژیک بیماری MS»:

در روند اجرای این طرح جهت استفاده بیماران مبتلا به MS تاکنون دو سمینار آموزشی در محل بیمارستان شهدای تجریش با حضور اساتید دانشگاه برگزار گردیده است.

- تهیه Proposal بررسی میزان کمبود روی در بیماران تالاسمی و تصویب آن

- انجام مراحل پایانی طرح تحقیقاتی فراوانی استئوپروز و استئوپنی در بیماران تالاسمی

- انجام کلیه مراحل طرح تحقیقاتی تهیه رفرانس BMD بین سنین ۱۰ تا ۲۰ سال و بررسی V:TD و IGF در این گروه سنی

- تصحیح بروشور کمردرد، دیالیز خونی، تالاسمی ویژه پزشکان - نوشتن مقاله استئوپروز و کمردرد

- برگزاری ۲ دوره کلاسهای اصول صحیح بهداشتی در بخشهای دیالیز برای پرسنل این بخشها

- هماهنگیهای لازم برای انجام نشست اولیه همایش گرمسار و توسعه پایدار

- تهیه کتابچه مربوط به اصول صحیح بهداشتی در بخشهای دیالیز

- اتمام جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بخشهای دیالیز در طرح تحقیقاتی تفکیک دستگاههای دیالیز برای بیماران هیپاتیت و... و وارد کردن کلیه اطلاعات

- همکاری در برگزاری سمینار ۲ روزه تحت عنوان هیپاتیت در بیماران خاص با همکاری بیمارستان بقیة... و مرکز دیالیز

- تهیه بروشور آموزش همگانی هیپاتیت C

- تهیه و جمع‌آوری مقالات آموزشی مجله خاص بر طبق آخرین صورت جلسه مجله



گزارشی از وضعیت بیماران خاص در استان فارس

فارس

محبت، ایثار

تهیه و تنظیم:
دکتر کامکار

استان فارس در جنوب کشورمان واقع شده و یکی از استانهای مشهور ایران به شمار می‌آید. آثار تاریخی بسیار مهم و باارزشی از سلسله‌های مختلف در این استان باقی مانده است که می‌توان تخت جمشید، پاسارگاد، نقش رستم، کعبه زرتشت، کاخ سردستان، غار شاپور، شهر شاپور، بازار و مسجد ارگ وکیل را نام برد.

در حال حاضر استان فارس دارای مساحتی بالغ بر ۴۸۹/۱۲۶ کیلومترمربع می‌باشد و از نظر صنعت، کشاورزی و صنایع دستی بخصوص خاتم کاری از استانهای مهم و بنام ایران به شمار می‌رود به طوری که در سال ۱۳۷۰ بیش از ۲۳۳ کارخانه بزرگ صنعتی در آن فعالیت داشته‌اند.

در این مجال قصد داریم گزارشی از وضعیت بیماران خاص و عملکرد کمیته استانی به استحضار شما عزیزان برسانیم.

در استان فارس، چیزی در حدود ۵ هزار نفر بیمار خاص وجود دارد. از این میان ۲۶۰۰ نفر مبتلا به تالاسمی، ۲۴۰ نفر دارای بیماری هموفیلی، ۴۳۰ نفر دیالیزی و هزار نفر مبتلا به سرطان هستند. بنابراین استان فارس، بیشترین

بیمار تالاسمی کشور را داراست و فعالیت‌های چشمگیری در زمینه ساماندهی بیماران خاص انجام داده است. گزارش زیر حاصل تلاش عزیزان ما در کمیته استانی فارس است.

عملکرد واحد امور بیماران خاص در سال ۱۳۷۸ در مجموع مبلغ یک میلیارد و ۹۴۴ میلیون و ۶۹ هزار ریال از محل ردیف ۱۲۹۰۰۲ - برناممه ۳۰۳۰۳ از وزارت بهداشت اخذ و بابت عملیات کمک به هزینه‌های درمانی بیماران تالاسمی، هموفیلی، کلیوی و سرطانی و عملیات راه‌اندازی مراکز بیماران خاص هزینه شده است.

تالاسمی و هموفیلی: در این بخش مبلغ ۹۳ میلیون و ۱۰۹ هزار ریال بابت فرانشیز هزینه‌های تزریق خون و دسفرال به بیمارستان شهید دستغیب و ۱۴ بیمارستان تابعه دانشگاه در سطح استان اختصاص و پرداخت شده است. همچنین مبلغ ۲۷۸ میلیون ریال بابت کمک به راه‌اندازی و تجهیز مراکز تالاسمی بیمارستانهای تابعه دانشگاه اختصاص و پرداخت شده است.

الف - آمپول دسفرال: تعداد ۵۰۰ هزار ویال آمپول دسفرال در سال ۱۳۷۸

تهیه و بطور رایگان در اختیار بیماران تالاسمی استان قرار گرفته است.

ب - فاکتورهای هموفیلی: تعداد بیش از ۱۵۰۰ ویال از فاکتورهای مختلف تهیه و بطور رایگان در اختیار بیماران هموفیلی استان قرار گرفته است.

ج - کمیته پیشگیری و درمان تالاسمی استان: در جهت همسو شدن سیاستهای پیشگیری و درمان کمیته مذکور تشکیل و مسئولیت سیاستگذاریهای کلان تالاسمی را در سطح استان بعهده دارد. همچنین برنامه نظارت این کمیته با حضور متخصصین هماتولوژی از شهرستانها انجام می‌شود.

دیالیز و پیوند: در این بخش مبلغ ۳۹۰ میلیون و ۹۷۰ هزار ریال بابت فرانشیز انجام همودیالیز به دو بیمارستان مرکز استان و ۶ مرکز دیالیز شهرستانها اختصاص و پرداخت شده است.

مبلغ ۸۹ میلیون ریال نیز جهت راه‌اندازی و تجهیز مراکز دیالیز در سایر شهرهای استان اختصاص داده شده است.

ماشینهای دیالیز: تحویل ۳ دستگاه ماشین دیالیز فرزنپوس همراه با یکدستگاه سخت گیر آر - او به بیمارستان حضرت قائم فیروزآباد و امام خمینی اقلید، تحویل ۲ دستگاه ماشین دیالیز گامبرو به بیمارستان شهید خلیلی داراب و ولیعصر (عج) لامرد از جمله اقدامات در بخش دیالیز است.

به طور کلی عمده‌ترین فعالیت کمیته بیماری‌های خاص استان فارس ظرف سال گذشته تلاش در جهت تأسیس و راه‌اندازی بخش‌های تالاسمی، هموفیلی

و دیالیز در اکثر بیمارستانهای شهرستانهای تابعه بوده که موجب گردیده مشکلات بیماران از لحاظ دریافت خون، فاکتورهای انعقادی و انجام عمل دیالیز و همچنین مراجعات سرپائی و بیمارستانی به حداقل کاهش یابد و تسهیلات بهتری از این نظر برای آنان فراهم گردد که این مهم با هر هم کاری بخش امور بیماران خاص دانشگاه علوم پزشکی استان فارس و انجمن های حمایتی صورت گرفته است از ظرف آمار به واسطه کمک های نقدی بنیاد امور بیماری های خاص و بهره گیری از کمک های مردمی عمده مشکلات بیماران در خصوص دریافت دفترچه های بیمه خدمات درمانی به صورت رایگان برای آندسته از بیماران فاقد بضاعت و توانائی های فراهم شده که امید است در سال جاری میزان کمک های بنیاد محترم به استان فارس با توجه به بالا بودن میزان بیماران خاص افزایش یابد تا شاهد رفع مشکلات بیشتری از بیماران در این زمینه

با شیم دادن کمک های جنسی به بیماران نیازمند و خانواده های آنان نیز از اقداماتی بوده است که از محل کسب درآمدهای مردمی تهیه و تدریجاً در طول سال تحویل گردیده است.

انجمن حمایت از بیماران کلیوی

این انجمن ۷ نمایندگی در شهرستانها دارد در ساختمان آن نیز امکاناتی مثل درمانگاه، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، دندانپزشکی، خوابگاه، دانشگاه وجود دارد که به بیماران کلیوی رایگان سرویس می دهد. در خدمات درمانی سال گذشته حدود ۴۷۱ میلیون تومان هزینه معالجه بیماران خاص شد به علاوه خدمات درمانی مبلغ ۲/۷ میلیون ریال سرانه از بیماران دریافت نکرده که ۲/۳ میلیون تومان آنرا کمیته بیماری های خاص پرداخت کرده است.

انجمن حمایت از بیماران تالاسمی

ریاست این انجمن به عهده دکتر کریمی است و عملکرد آن به شرح زیر می باشد:

۱- امکان استفاده کلیه بیماران تالاسمی از وام بدون بهره به مبلغ ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۲- تهیه و تأمین خواربار و اقلام غذایی از جمله روغن، برنج، تحویل به شکل رایگان به بیماران و خانواده های آنان

۳- هماهنگی با اداره کل آموزش و پرورش جهت ثبت نام دانش آموزان تالاسمی به شکل رایگان

۴- تأمین و پرداخت کمک هزینه تحصیلی برای دانشجویان تالاسمی

۵- برگزاری اردوهای تفریحی، فرهنگی به شکل رایگان

۶- توزیع عیدی اعطائی بنیاد بیماران خاص بین بیماران کم بضاعت و نیازمند استان

فرم اشتراک نشریه

خوانندگان محترم

نشریه خاص فصلنامه علمی آموزشی فرهنگی متعلق به بنیاد امور بیماری های خاص می باشد این نشریه تلاش دارد علاوه بر ارتباط نزدیک و مستمر با بیماران خاص و انعکاس نظرات و مشکلات آنان، سطح آگاهی عمومی جامعه نسبت به این بیماری ها و پیشگیری و درمان آنها را ارتقاء دهد. حال چنانچه تمایل دارید به عنوان عضوی از جامعه پر از عشق و محبت ایران مشترک نشریه شوید. فرم اشتراک را پر کرده و همراه فیش بانکی مبلغ مورد نظر به آدرس نشریه بفرستید.

شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی شعبه اسکان

نام:

نام خانوادگی:

آدرس دقیق پستی:

تلفن تماس:

همت عالی + ۱۲۰۰ تومان

اشتراک یکساله

ورزش اساس درمان دیابت

اشاره

دیابت بیماری متابولیک شایعی است که با کاهش انسولین مشخص می شود و به دنبال آن توانایی بدن در استفاده از گلوکز از بین می رود. همچنین تولید کلیکوزن توسط کبد و عضلات نیز مختل می شود.

نقص در تولید انسولین منجر به اختلال متابولیک می شود که بدنبال آن علائمی مثل خستگی، کاهش وزن، گرسنگی، پرخوری و افزایش میزان ادرار ظاهر می شود.

اگرچه بیماری می تواند از نظر کلینیکی برای سالها علامتی نداشته باشد، ولی می تواند باعث ایجاد عوارض جدی در اعضای مختلف مثل چشم، کلیه، اعصاب محیطی و عروق قلبی شود.

دو نوع دیابت وجود دارد: ۱- وابسته به انسولین ۲- غیروابسته به انسولین. دیابت وابسته به انسولین یک بیماری خود ایمن است که باعث از بین رفتن سلولهای تولیدکننده انسولین در لوزالمعده می شود.

علاوه بر این شواهدی وجود دارد دال بر اینکه ابتلا به عفونتهای ویروسی احتمالاً به دلیل شباهت ویروس با پروتئین سلولهای تولیدکننده انسولین باعث ایجاد واکنش خود ایمن می شود.

علت دیابت غیر وابسته به انسولین مقاومت بافتها به انسولین یا اختلال در ترشح آن می باشد. مقاومت به انسولین غالباً با فشارخون، اختلال در متابولیسم چربی و چاقی همراه است. علاوه بر این در برخی مطالعات مشاهده شده است که بی تحرکی می تواند باعث کاهش نسبی انسولین شود. بنابراین

این مقاله سعی دارد به تأثیر ورزش در پیشگیری و درمان این بیماری بپردازد. البته فراموش نکند که قبل از شروع به ورزش حتماً با پزشک معالج خود مشورت کنید. ورزش زمانی موثر است که به طور مداوم و منظم انجام شود.

دکتر محمود پرهام

پزشک عمومی

دکتر علی اکبر آرمند

پزشک عمومی

نقش ورزش در پیشگیری و درمان دیابت

ورزش باعث افزایش نفوذپذیری غشاء سلولها نسبت به قند می شود، همچنین ورزش حساسیت به انسولین را افزایش داده، باعث کاهش قند خون می شود. با

دیابت و ورزش

افرادی که به طور منظم ورزش می کنند، بهتر و شادابتر به نظر می رسند. امروزه تحقیقات نشان می دهد اشخاصی که علاوه بر کارهای روزمره ورزش هم می کنند، انعطاف پذیری مفاصل آنها افزایش می یابد، سیستم قلبی و ریوی آنها تقویت می شود و چاق نمی شوند.

کاهش وزن، خطر ابتلا به دیابت نوع دوم را کم می کند. در این بیماران کاهش وزن اولین اقدام درمانی است که پزشکان پیشنهاد می کنند. اگر شما به هر نوع دیابت مبتلا هستید باید از رژیم غذایی مناسب استفاده کنید. در این صورت شخص مبتلا به دیابت می تواند هر نوع ورزشی را انجام دهد. ورزش منظم باعث کنترل خوب دیابت و تقویت روحیه می شود.

توصیه های کلی:

۱-۲ ساعت بعد از غذا ورزش کنید.

- در زمان حداکثر اثر انسولین از انجام

ورزشهای سنگین خودداری کنید.

- قند خون را قبل از ورزش، در حین ورزش

و بعد از آن اندازه بگیرید.

- ۲۰-۱۵ دقیقه قبل از ورزش مقدار کمی

غذا یا مقداری آب میوه مصرف کنید.

- سعی کنید همراه با شخص دیگری ورزش

کنید و به او بگویید که مبتلا به دیابت هستید.

آنچه که بیمار مبتلا به دیابت وابسته به انسولین باید بداند

- ورزش باعث مصرف قند توسط سلولهای

عضلانی می شود، اگر قند به میزان کافی در

دسترس نباشد، سطح قند خون پائین می افتد

و این مسئله می تواند خطرناک باشد اما در

کاهش میزان قند خون، خطر ایجاد

عوارض دیابت کاهش می یابد. با ورزش

چربی بدن کاهش می یابد و کاهش چربی

باعث کاهش مقاومت به انسولین می شود.

ورزش می تواند باعث کاهش استرس شده،

احساس نشاط و طراوت در انسان ایجاد

کند و ضریب سلامت انسان را افزایش

دهد. در اوایل شروع به ورزش باید قند

خون اندازه گیری شود تا بر مبنای آن میزان

غذای مصرفی و همچنین انسولین تنظیم

شود.

صورتی که مراقبت کافی انجام شود، می توان از افت قند خون جلوگیری کرد.

- اشخاصی که انسولین استفاده می کنند خطر افت قند خون را در هنگام ورزش می توانند با خوردن کربوهیدرات (مثلا یک چیز شیرین) قبل و در طی ورزش، کاهش دهند.

- برای جلوگیری از افت قند خون، ممکن است نیاز باشد که فقط ۳۰ تا ۵۰ درصد از مقدار انسولینی که قبلا تزریق می کردید، تزریق شود. البته این مسئله باید تحت نظر پزشک انجام شود.

- در یک ورزش سخت ممکن است قندخون تا روزهای بعد افت کند.

آنچه شخص مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین باید بداند

- فعالیت بدنی باعث افزایش میزان اثر انسولین در این بیماران می شود.

- افرادی که داروهای پائین آورنده قند خون یا انسولین استفاده می کنند ممکن است دچار افت قند خون شوند، با کاهش میزان دارو می توان از این عارضه جلوگیری کرد، البته این مسئله باید تحت نظر پزشک باشد. - بسیاری از اشخاص مبتلا به این نوع

دیابت افزایش وزن دارند، یک رژیم غذایی مناسب، همراه با ورزش باعث کاهش خطرات قلبی عروقی و تقویت روحیه خواهد شد.

بهترین نوع ورزش برای یک بیمار دیابتی

فعالیت های هوازی مثل قدم زدن، دوچرخه سواری، دو و اسکی از ورزش هایی

هستند که می توان انجام داد. از آنجایی که بسیاری از بیماران دیابتی چاق هستند، ورزش هایی که وزن بدن آنها را تحمل نمی کند، مثل دوچرخه سواری و یا شنا بیشتر مورد پذیرش هستند.

علاوه بر ورزش، فعالیت های عادی روزانه نیز مفید می باشد. در گذشته ورزش های مقاومتی بدلیل خطر افزایش فشارخون، به خصوص در کسانی که سابقه بیماری قلبی عروقی داشتند، پیشنهاد



می گویند مثل پیاده روی، دو یا درجاگرم کردن، شنا و انواع ورزش های راکتی.

اکثر متخصصین معتقدند که ۳۰ دقیقه ورزش کردن آن هم ۴ الی ۶ بار در هفته مناسب است.

چه ورزش هایی برای یک بیمار دیابتی مضر است

بعضی از ورزشها ممکن است برای این بیماران خطرناک باشد.

مثل شیرجه (از ارتفاع زیاد)، کوهنوردی، قایق رانی (یک نفره) و مسابقه موتورسواری. این مسئله بخصوص در بیمارانی که انسولین دریافت می کنند بیشتر نمود پیدا می کند.

نکات عملی

- از آنجایی که ورزش باعث کاهش قند خون می شود، بیماران دیابتی باید میزان انسولین را (تا ۲۰٪) کاهش دهند. همچنین میان غذای دریافتی را قبل از شروع ورزش افزایش دهند.

- به منظور جلوگیری از افت قند خون می توان مقدار کربوهیدرات ۳۰ دقیقه قبل از ورزش مصرف کرد.

- بیماران دیابتی دقیقا مراقب پاهای خود باشند، زیرا به علت مشکلات عروق و اعصاب ناحیه پا ممکن است دچار جراحت در این ناحیه شوند.

کفش مناسب و رعایت بهداشت پا، مانع از ایجاد جراحت و تاول در پاها می شود.

نمی شد. اخیرا پیشنهاد شده است که انواع مناسب ورزش های مقاومتی را می توان انجام داد و این ورزشها می توانند اثر ورزش های هوازی را افزایش دهند. مدت ورزش بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه پیشنهاد شده است، اگر کمتر از ۲۰ دقیقه باشد، تأثیر آن کم است، و اگر بیشتر از ۶۰ دقیقه باشد، خطر افت قند خون را افزایش می دهد. اکثر ورزشها را بیماران مبتلا به دیابت می توانند انجام دهند. به طور کلی در همه افراد چه دیابتی و چه اشخاص طبیعی بهترین ورزشها، ورزش هایی هستند که فعالیت سیستم قلبی عروقی را افزایش دهند. به این ورزشها، ورزش های هوازی

نگران دیابت خود نباشید شما هم می‌توانید مانند دیگران زندگی کنید

- در اینبارها باز می‌شود و قند وارد اینبار می‌شود.
- اکنون میزان قند خون در یک حد طبیعی قرار می‌گیرد.

- تمام این مراحل هر روز اتفاق می‌افتد.
- و ما می‌توانیم فعالیت کنیم.
- اگر مبتلا به دیابت هستید باید بدانید که چه اتفاقی در بدن شما افتاده است.
- دیابت زمانی اتفاق می‌افتد که سلولهای بتا لوزالمعده از کار افتاده باشد.

- بنابراین قاصد (انسولین) پیمای به عضلات، چربی و کبد نمی‌برد.
- پس هنگام بسته‌بودن در اینبارها، قند داخل خون باقی می‌ماند.
- بنابراین چون انرژی در بدن شما تولید نشده احساس خستگی می‌کنید.

- چون بدن شما قاصدی به نام انسولین نمی‌سازد. بنابراین باید انسولین تزریق کنید.
- انسولین از طریق سرنگ باید تزریق شود.
- پرستاران به شما روش تزریق انسولین را می‌آموزد.
- اگر ابتدا نتوانستید به خودتان انسولین تزریق کنید، نگران نباشید. یکی از اعضای خانواده‌تان می‌تواند به شما کمک کند.

- در مناطق خاصی باید انسولین تزریق کرد یا انسولین را بصورت چرخشی تزریق کنید. یعنی جاهای تزریق انسولین را مرتب عوض کنید.
- شما با تزریق انسولین می‌توانید به خوبی فعالیت و ورزش کنید. اما از خود بیشتر مواظبت کنید.

- همیشه در کیف خود دو نوع ماده قندی (میوه، ساندویچ...) بگذارید. به طور مرتب به درمانگاه دیابت مراجعه کنید. در مورد دیابت تا آنجا که می‌توانید کتاب بخوانید. و بالاخره شما هم با کنترل قند خون و تزریق صحیح انسولین می‌توانید مانند دیگران زندگی کنید.

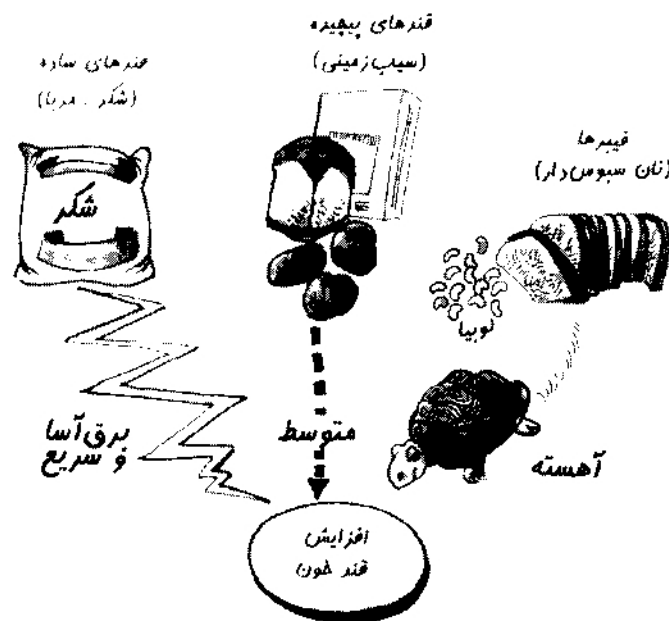
تبدیل به انرژی می‌شود.
- زمانی که ما غذا می‌خوریم، قند از معده وارد خون می‌شود.
- اما قند نباید داخل خون باقی بماند و باید وارد عضلات، چربی و کبد شود و ذخیره گردد تا در مواقع مورد نیاز استفاده شود.

- نزدیک معده عضوی به نام لوزالمعده وجود دارد. داخل لوزالمعده سلولهایی به نام بتا وجود دارد، که برای اندازه‌گیری میزان قند خون است.
- بعد از صرف غذا داخل خون از قند پر می‌شود.
- بنابراین سلولهای بتا یک قاصدی را به عضلات، چربی و کبد می‌فرستند و پیغام می‌دهند که درهای ورودی را باز کنند.

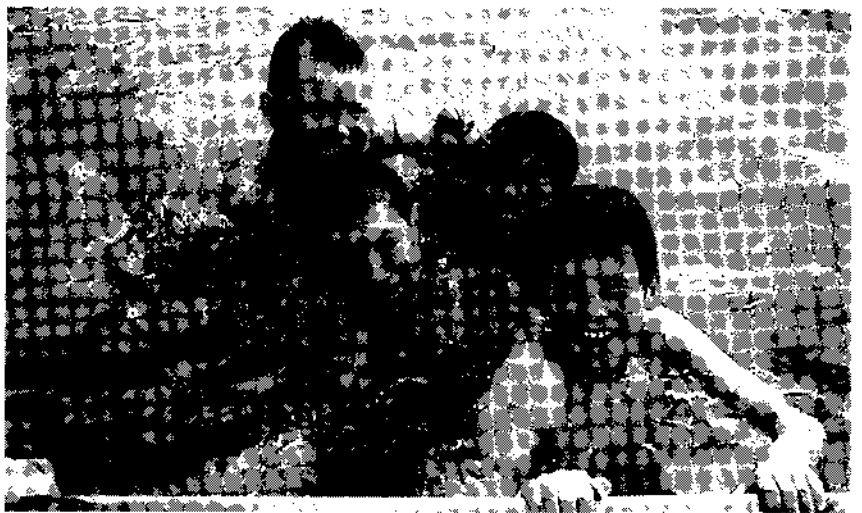
- توجه داشته باشید این قاصد همان انسولین است.

دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی جهان محسوب می‌شود که حدود ۲۰۰ میلیون نفر در دنیا و بیش از ۵٪ جمعیت کشورمان مبتلا به آن هستند. ابتلا به این بیماری مستلزم آن است که بیمار در تمام مدت زندگی تحت مراقبتهای بهداشتی قرار گیرد و جهت کنترل دیابت رژیم غذایی مناسب، روش تزریق صحیح انسولین و ورزش را آموزش دیده و در برنامه روزانه زندگی خود پیاده نماید. این مقاله شما را با گوشه‌هایی از این مراقبت‌های بهداشتی آشنا می‌سازد.

- ما برای راه رفتن، ورزش، رشد کردن و حتی خوابیدن نیاز به انرژی داریم.
- غذاهایی که می‌خوریم، تبدیل به قند می‌شود. بعضی از غذاهایی که می‌خوریم،



با ورزش بهتر بیندیشید



می یابد و همچنین فشارهای عصبی را بهتر تحمل می کند)، ورزش منظم باعث تمرکز حواس می شود و قدرت اندیشیدن را زیاد می کند. در هنگام ورزش، اندورفین ترشح می شود که باعث تضعیف درد و یک حالت آرامش روحی می شود و از بروز افسردگی جلوگیری می کند.

همچنین ورزش باعث خواب راحت می شود. بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی - عروقی و بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با فعالیت های ورزشی مناسب دیده می شود.

بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی باید از ورزشهایی مانند کشتی، فوتبال و ورزشهای پرتماس اجتناب ورزند

ورزش باعث افزایش اعتماد به نفس و افزایش عادات مثبت در زندگی می شود و قدرت برخورد با مشکلات را زیاد می کند. تمرینات ورزشی بایستی ابتدا براحتی شروع و تدریجا بر مدت زمان و شدت آن افزوده شود.

تحقیقات نشان داده اند که کاهش و یا افزایش فشارخون ناشی از ورزش، وابسته به تداوم یا قطع برنامه های ورزشی است. در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، فعالیت فیزیکی مکرر و مناسب نه تنها باعث بهبود عملکرد عضلات اسکلتی - دستگاه قلبی - عروقی و دستگاه تنفسی می شود، بلکه نشان داده است که در بیماران تحت همودیالیز، با فعالیت ورزشی مناسب و منظم، اعتماد به نفس آنها افزایش یافته است.

در این گروه بیماران، ورزش باعث بهبود متابولیسم پروتئین می شود و با سوتغذیه این

سیستمیک کاهش می یابد و این کاهش در افراد با فشار خون بالا، مشخص تر است. افزایش کارایی قلب بدنبال فعالیت های ورزشی هوازی، مقاومت عروق محیطی کاهش و تعدیل اکسیژن و مواد غذایی به بافت ها افزایش می یابد. کاهش وزن، افزایش قدرت عضلانی، افزایش تهویه تنفسی و افزایش جریان خون ریوی و کاهش تنگی نفس در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی، کاهش کلسترول توتال خون (چربی مضر) و افزایش HDL (چربی مفید)، افزایش توانایی بدن در مصرف اسیدهای چرب آزاد رخ می دهد و ذخایر گلیکوژن عضلات حفظ می شود. افزایش تحمل گلوکز، جلوگیری از یوکی استخوان، بهبود وضعیت روانی (اعتماد بنفس فرد افزایش

ورزش فعالیت فیزیکی هدفدار، مکرر و برنامه ریزی شده است که هدف از آن حفظ اجرا و فعالیت فیزیکی بدن در حد مناسب و مطلوب است. فعالیت فیزیکی مطلوب و مناسب، زمانی است که انرژی کافی مصرف شود، قدرت عضلات اسکلتی تقویت گردد و وضعیت قلبی - تنفسی مناسب باشد و خستگی مفرط ایجاد نشود.

ورزش منظم باعث تمرکز حواس شده و قدرت اندیشیدن را زیاد می کند

اثرات مثبت ورزش بر بدن

بدنیال تمرینهای هوازی که با مصرف اکسیژن توأم می باشد، فشار خون

بیماران مقابله می‌کند. با توجه به جثه، خصوصیات فرد و شرایط موجود می‌توان ورزش مناسب را انتخاب کرد.

فعالیت‌های ورزشی توصیه شده در بیماران مبتلا به افزایش فشار خون و نارسایی کلیه عبارتند از: پیاده‌روی - دویدن آرام - دوچرخه‌سواری - شنا و ...

معمولی‌ترین ورزش، پیاده‌روی است که انجام آن برای هر کس و در همه جا و همه وقت میسر می‌باشد. پیاده‌روی در حد ۳-۴ کیلومتر در روز در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، احتمال مرگ و میر این افراد را کم می‌نماید. یکی دیگر از ورزشهای مناسب در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، شنا است. بخصوص اگر بیماران بعلت دردهای

مفاصل پا قادر به پیاده‌روی نباشند. در واقع ورزش شنا، روش ایده‌آلی برای حفظ تندرستی این بیماران است.

بطور کلی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی باید از ورزشهایی مانند کشتی، دو و میدانی، فوتبال و ورزشهای پرتماس اجتناب ورزند.

اصول کلی

مشورت با پزشک معالج جهت انتخاب ورزش مناسب با توجه به وضعیت عمومی بیمار، بررسی وضعیت قلبی - عروقی، اصلاح کم‌خونی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، تحمل بیمار را در برابر تمرینات

ورزشی افزایش خواهد داد. خودداری جدی از فعالیت فیزیکی سنگین، فعالیت‌های فیزیکی شدید در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه می‌تواند باعث پیشرفت نارسایی کلیه و افزایش دفع ادراری پروتئین گردد. در بیماران تحت همودyalیز، در حین فعالیت‌های ورزشی بایستی از آسیب و کشش اندام دارای فیستول شریانی - وریدی ممانعت بعمل آید. همانطور که فعالیت فیزیکی سنگین و ناگهانی در افراد سالم می‌تواند مخاطره‌آمیز باشد، در بیماران با مشکلات زمینه‌ای مثل افزایش فشار خون و نارسایی کلیه نیز می‌تواند باعث عوارض قلبی - عروقی حاد و مرگ ناگهانی گردد.

دقت کنید

**هر شهروند ایرانی اگر تنها ۱۰ دقیقه یک روز از زندگی خود را بدهد
به زندگی هزاران هزار بیماری که از سرطان رنج می‌برند کمک خواهد کرد**

شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان برای واریز کمکهای مردمی



بنیاد امور بیماری‌های خاص

شما می‌توانید با تکمیل فرم آمادگی اهدای عضو، کارت ویژه اهدای عضو دریافت کنید

بسمه تعالی

شماره:

فرم آمادگی اهدای عضو



هر کس جان انسانی را نجات دهد
مانند آن است که جامعه را نجات داده است.

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: شغل: میزان تحصیلات:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل گروه خون:

آدرس محل سکونت:

تلفن محل سکونت:

آدرس محل کار:

تلفن محل کار:

اینجانب: تمایل دارم اعضاء بدن خود (قلب پانکراس کبد

چشم کلیه) را بعد از مرگ به انسانهای دیگری که نیازمند این اعضاء باشند، اهداء نمایم.

امضاء و تاریخ:

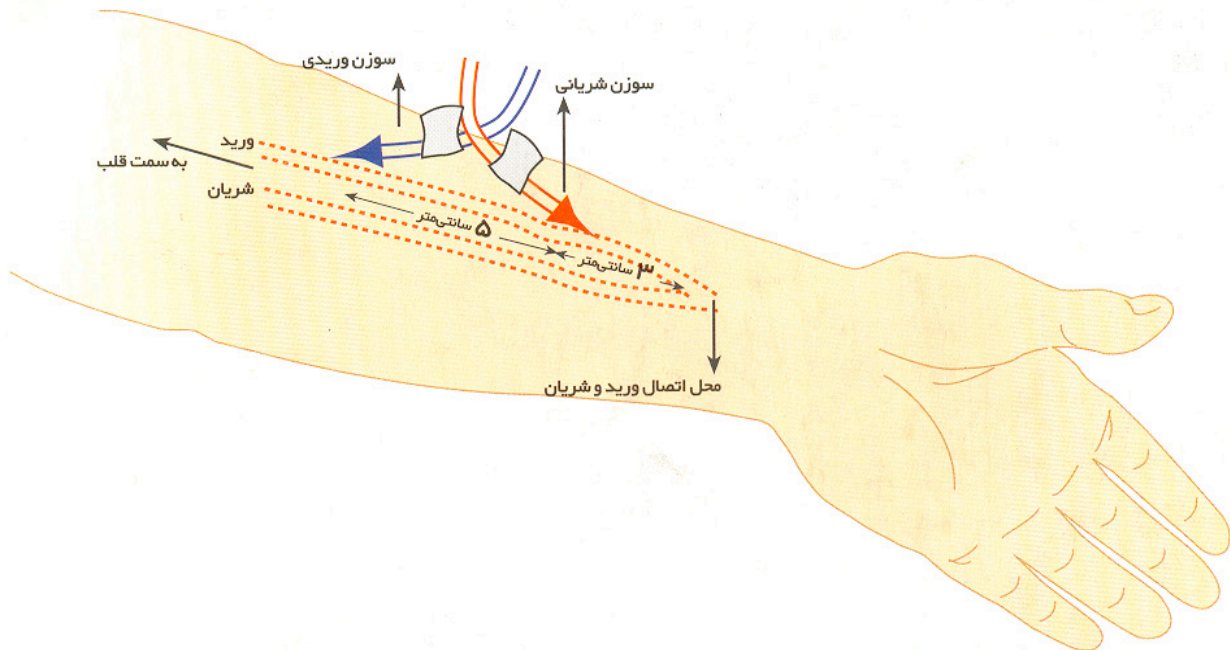
لطفاً این فرم را پس از تکمیل به مسئول مربوطه تحویل و یا به بنیاد امور بیماری‌های خاص ارسال فرمایید.

صندوق پستی ۳۳۳۳-۱۵۸۱۵ تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

بعد از مرگ، حیاتی تازه به هممنوع خود ببخشید

ما را در این مشارکت عظیم یاری دهید

مراقبت از فیستول



سوزن وریدی بالاتر از سوزن شریانی و نوک آن به سمت قلب قرار می‌گیرد.

نکات مهم! سوزن شریانی پایین‌تر از سوزن وریدی و نوک آن به سمت انگشتان دست قرار می‌گیرد.

حداقل فاصله بین سوزن‌ها ۵ سانتی‌متر و حداقل فاصله سوزن شریانی از محل فیستول بایستی ۳ سانتی‌متر باشد.



از بلند کردن اشیاء سنگین یا گشایش اندام دارای فیستول خودداری شود.



جهت پیشگیری از عفونت تا چند ساعت پس از دیالیز، از استحمام و شنا کردن خودداری گردد.



استریل کردن پوست با بتادین به مدت چند دقیقه قبل از تزریقات فراموش نگردد.



از اندام دارای فیستول برای خونگیری و اندازه‌گیری فشار خون استفاده نشود.



محل سوزن‌ها دائماً تعویض گردد.



محدوده تزریقات تمیز و خشک نگهداشته شود.

در صورت بروز هر یک از علائم هشدار دهنده زیر در موضع فیستول، لازم است آن را به پزشک معالج یا پرستار مربوطه اطلاع دهید:

