



مجله علمی-خبری بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی تبریز



پیام مدیر مسئول و موسس مجله
دکتر مسعود فقیه دینوری
استادیار بیماری های غواش و کبد بالغین
(ریاست مرکز)

نگاهی اجمالی به پیوند اعضا

روزانه حدود هفت الی ده نفر به علت عدم دسترسی به عضو پیوندی فوت می کنند و این در حالیست که تقریباً از یک چهارم افراد دچار مرگ مغزی در کشور جهت پیوند اعضا استفاده می شود و متأسفانه بیش از ۷۵ درصد افراد دچار مرگ مغزی بدون اهدای عضو فوت می کنند. اولین پیوند عضو در ایران به معنای آکادمیک آن با انجام پیوند قریه در سال ۱۳۱۴ توسط دانشمند نامی ایران پروفیسور شمس انجام گرفته است. در این نوشتار جا دارد از انجام اولین عمل پیوند کامل قلب در ایران، در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۳۶۹) توسط مرحوم پروفیسور عباسقلی دانشور، پدر جراحی نوین قلب ایران، یاد نماییم. جمله معروف و ماندگار پروفیسور دانشور در اذهان باقیست و استاد چه زیبا فرمودند "هر انسانی یک DNA (دی.ان.ای) دارد، نه یک ستاره در آسمان. اگر در قرن ۱۷ و ۱۸، علوم وجود داشت و ۱۹ و ۲۰ علم و عمل؛ این قرن که ما زندگی می کنیم قرن است که باید انسان در جستجوی علم، عمل و فضیلت باشد." خوشبختانه با تلاشهای مستمر اعضا محترم هیئت علمی و هیئت رئیسه دانشگاه، اکنون به جرات می توانیم اعلام نماییم که پیوند اعضا در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز نهادینه شده است و در این شماره نشریه علمی-خبری بیمارستان که چهارمین شماره آن نیز می باشد به مقوله مهم پیوند و تبیین دستاوردهای آن در این مرکز می پردازیم. اینجانب به عنوان رئیس بیمارستان، وظیفه خود می دانم که از تلاشهای وافر تمامی پزشکان، پرستاران و کادر محترم درمان این مرکز که حتی در دوران کرونا نیز به فعالیتهای حیاتی بخش خود ادامه داده اند نهایت سپاس و قدردانی خود را اعلام نمایم.

مروری بر عملکرد یکساله معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز

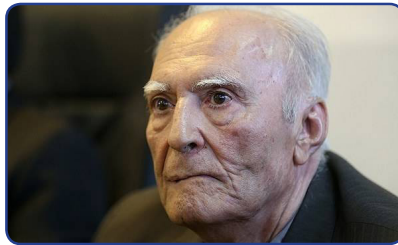


دکتر حسن سلیمان پور
سرمدبر
استاد مراقبت های ویژه پزشکی
(معاون آموزشی و پژوهشی مرکز)

بسیار خرسندیم که طی یک سال گذشته در خدمت شما بزرگواران بودیم و خداوند را شاکریم که توانستیم با حمایت های همه جانبه ریاست محترم بیمارستان، جناب آقای دکتر مسعود فقیه دینوری و عنایات ریاست محترم دانشگاه جناب آقای دکتر محمد حسین صومی و همچنین معاونین محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه، جناب آقایان دکتر علی تقی زاده و دکتر محمد سمیعی خدماتی را در حوزه آموزش و پژوهش ارائه نماییم. اگرچه معتقدیم این خدمات هیچوقت درخور شأن یک بیمارستان بزرگ جنرال نمی باشد ولی برای این که مورد قضاوت واقع شویم به ناچار به اهم کارهای انجام شده می پردازیم:

الف) حیطه آموزش

۱. تأسیس بخش مهارت های بالینی بیمارستان امام رضا (ع)
۲. برگزاری مستمر کارگاه های آموزش آدراری راه هوایی، احیای قلبی-ریوی-مغزی، تهیه مکانیکی و تعبیه کانتینر وید مرکزی از آبان سال ۱۳۹۹ تاکنون ادامه دارد (برای دستیاران و پرستاران مرکز).
۳. برگزاری مستمر کلاس های آموزشی هموزیالاتس از شهریور ماه ۱۴۰۰ برای دستیاران مرکز.
۴. راه اندازی استودیو کووید مرکز (قابل ذکر است برای اولین بار در سطح بیمارستان های آموزشی کشور، (ادامه در صفحه دوم)



پروفیسور عباسقلی دانشور؛ پدر جراحی نوین قلب ایران و استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز، اولین عمل پیوند کامل قلب در ایران را در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۶۹ به انجام رساند. یاد و خاطره این دانشمند نامی همیشگی مانا باد.

بازدید از شرکت داروسازی زهراوی ۲۳ مرداد ماه ۱۴۰۰



معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع)، مراتب قدردانی و تشکر خود را از مدیر عامل محترم شرکت داروسازی زهراوی، جناب آقای دکتر فرهادکیافر و پرسنل محترم شرکت، در برگزاری تور علمی یک روزه از دستاوردهای آن شرکت برای استاتید، ریذینت ها و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز اعلام می دارد.



معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز برگزار می نماید:

سلسله وبینارهای مراقبت های ویژه پزشکی	
معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز	
بیماری های استدادی ریه	تجویه مکانیکی
روز اول: ۲۱ مهر ماه ۱۴۰۰ روز دوم: ۲۲ مهر ماه ۱۴۰۰	روز اول: ۲۸ مهر ماه ۱۴۰۰ روز دوم: ۲۹ مهر ماه ۱۴۰۰
زمان بخش زنده از استودیو کووید مرکز: ساعت ۹-۱۱ صبح	
"دلاوری، استقامت، پایداری، مسئولیت پذیری، خردورزی، هوشمندی"	

در این شماره می خوانیم:

دکتر افشار زمردی
مدیر گروه و استاد گروه ارولوژی - رئیس بخش پیوند اعضا



پیوند کلیه از آغاز تاکنون (صفحه ۱)

دکتر فرزاد کاکایی
دانشیار جراحی - پیوند اعضا



پیوند جراحی کبد، معرفی عملکرد تیم پیوند (صفحه ۲)

دکتر بابک نجاتی
دانشیار هماتولوژی و انکولوژی



معرفی بخش پیوند مغزاستخوان، آخرین دستاوردها (صفحه ۲)

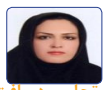
دکتر فرید رشیدی
دانشیار داخلی - ریه



کزارش درمانگاه فشار خون ریوی و بیماری های

عروقی ریوی (صفحه ۳)

دکتر زهرا شیخ علیپور
استادیار پرستاری



تجارب دریافت کنندگان پیوند عضو از دریافت های حسی پس از پیوند (صفحه ۴)

دکتر افشار زمردی

مدیر گروه و استاد گروه ارولوژی



پیوند کلیه از آغاز تاکنون

اولین پیوند کلیه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز توسط دکتر توکلی و مرحوم دکتر پورزند در سال ۱۳۶۰ انجام شده است، که طی آن کلیه آلوگرافت مربوط به اهدا کننده فامیلی بوده است. اولین پیوند کلیه در مرکز پیوند کلیه در دانشگاه تبریز از طرف اهدا کننده کلیه غیر فامیلی بود که در سال ۱۹۸۹ توسط مرحوم دکتر بهلولی، دکتر سیم فروش، دکتر نوری زاده، و دکتر زمردی در اتاق عمل جراحی قلب با اجازه از دکتر مرحوم دانشور انجام شد. مرحوم دکتر بهلولی تا سال ۲۰۰۹ اولین رئیس بخش پیوند کلیه بود پس از آن پروفیسور دکتر زمردی دومین رئیس بخش پیوند کلیه است، از سال ۲۰۱۷ استاد دکتر زمردی اولین رئیس بخش پیوند اعضا در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. در سال ۲۰۱۵ جشن و کنگره هزارمین پیوند کلیه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با حضور و سخنرانی دکتر صومی و دکتر سیم فروش و دکتر پورمند و رئیس کنگره استاد زمردی برگزار شد. بخش پیوند کلیه در حال حاضر دارای ۷ متخصص نفرولوژیست و ۳ جراح و ۳۱ تخت است. اکنون مرکز پیوند کلیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز یکی از برترین مراکز در ایران است. به طور کلی بیش از صد مقاله در مورد پیوند کلیه در این بخش منتشر شده است.

سلسله وبینارهای مدیریت بیماران ترومایی در اورژانس	
معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز	
آموزش اولیه ی مدیریت بیماران ترومایی	آموزش تخصصی مدیریت بیماران ترومایی
روز اول: ۱۴ مهر ماه ۱۴۰۰ روز دوم: ۱۵ مهر ماه ۱۴۰۰	روز اول: ۲۸ مهر ماه ۱۴۰۰ روز دوم: ۲۹ مهر ماه ۱۴۰۰
زمان بخش زنده از استودیو کووید مرکز: ساعت ۹-۱۱ صبح	
"دارای امتیاز باز آموزشی مستقل برای هر روز وبینار"	

دکتر حسن سلیمان پور

(ادامه از صفحه اول)

مروری بر عملکرد یک ساله

معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز

چنین امکانی برای ارائه ی خدمات آموزش مجازی در این بیمارستان ایجاد شده است.

۵. ارائه ۱۷ برنامه ی مرتبط با بیماری های کووید با همکاری اساتید مرکز به صورت هفتگی از طریق شبکه های مجازی (شبکه آپارات، به صورت هفتگی طی شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹). استقبال بی نظیر از این برنامه ها توسط کادر درمان به گونه ای بود که بیش از ۱۵۰۰ بیننده ی آنلاین داشت. لازم به ذکر است برنامه های استودیو کوید در شبکه آپارات ذخیره گردیده و قابل دسترسی برای مخاطبین می باشد. ۶. ارائه سلسله وبینارهای تازه های کووید در طی اردیبهشت و خرداد سال ۱۴۰۰ در طی ۵ روز (دارای مجوز بازآموزی).

۷. برگزاری سلسله وبینارهای مراقبت های ویژه با ۸ برنامه ی دارای امتیاز بازآموزی در مهر و آبان ماه سال ۱۴۰۰ (برنامه آتی مرکز).

۸. برگزاری سلسله وبینارهای مدیریت بیماران ترومایی در اورژانس با ۳ برنامه ی دارای امتیاز بازآموزی در مهر ماه سال ۱۴۰۰ (برنامه آتی مرکز).

۹. اختصاص اکانت برای ارائه ی مجازی کلاس های اساتید محترم مرکز در دوران کرونا

۱۰. سامان دهی پلویون های مرکز

۱۱. ارتقای امکانات واحد سمعی و بصری حوزه معاونت آموزشی و پژوهشی مرکز

۱۲. ارزیابی عملکرد مستمر بخش های ویژه مرکز از آذر ۱۳۹۹ (ادامه دارد).

۱۳. ارائه برنامه استودیو کوید به عنوان یک برنامه آموزشی منتخب در قالب سخنرانی در چهاردهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری (اردیبهشت ۱۴۰۰)

۲- حیطه پژوهش

۱. اخذ مجوز واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز از وزارت بهداشت و شروع فعالیت های این واحد

۲. اخذ مجوز دفتر نوآوری مرکز از معاونت پژوهشی دانشگاه و شروع فعالیت های این واحد

۳. ارائه ی مشاوره های پژوهشی به صورت روزانه از ساعت ۱۴-۸ توسط اساتید مجرب مرکز در حیطه های جستجوی منابع الکترونیکی، مقاله نویسی، طراحی پروپوزال، مقالات مروری نظام مند و متاآنالیز، سامیت مقالات و پیگیری چاپ مقالات، ویرایش مقالات انگلیسی، اخلاقی در پژوهش، آمار و اپیدمیولوژی، اخذ کد اخلاق برای طرح های تحقیقاتی.

۴. ارائه ی مشاوره در حوزه نوآوری و ایده پردازی به صورت روزانه از ساعت ۱۴-۸ در دفتر نوآوری مرکز با همکاری اساتید مجرب مرکز در حیطه نوآوری.

۵. برگزاری اولین کنگره ملی مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی دارای امتیاز بازآموزی طی ۴ روز (۸-۵ خرداد ۱۴۰۰) که در آن بیش از ۱۰۰ مقاله دریافت و ۳۵ سخنرانی برگزار گردید. (فایل الکترونیکی کتابچه کنگره در وبسایت مرکز قابل دسترسی می باشد) ۶. انتشار ۴ شماره نشریه ی علمی-خبری دو زبانه ی فارسی و انگلیسی مرکز (نیوزلتر)

۷. برگزاری کارگاه های پژوهشی در حیطه های مقاله نویسی، جست و جوی منابع الکترونیکی، متاآنالیز و سیستماتیک ریویو، راهنمای اخلاق حرفه ای شاغلین حرفه پزشکی و مفاهیم نوآوری در کسب و کار.

۸. سامان دهی وبسایت انگلیسی مرکز به گونه ای که یکی از بهترین وب سایت های طراحی شده انگلیسی بیمارستانی در سطح کشور می باشد.

۹. برگزاری تور علمی یک روزه جهت بازدید از دستاوردهای شرکت داروسازی زهرای (۲۳ مرداد ۱۴۰۰)

دکتر فرزاد کاکایی

دانشیار جراحی-پیوند اعضا

پیوند جراحی کبد، معرفی عملکرد تیم پیوند



تیم پیوند کبد بیمارستان امام رضا(ع) تبریز

نارسایی حاد یا مزمن کبد با اختلال در بسیاری از کارکردهای کبد شامل تولید پروتئین، تولید مواد ضدانعقاد و دفع مواد سمی از بدن و بروز علائم ناشی از آن شامل خستگی، آسیب باکتر، ضعف عضلانی، واریس مری و بروز درجات مختلف انسفالوپاتی مشخص شده و تنها راه درمان آن جایگزینی کبد بیمار با یک کبد کامل یا حداقل بخشی از کبد است که باید از دهنده مرگ مغزی یا دهنده زنده تامین شود. علل متعددی شامل بیماری های ویروسی، بیماری های مادرزادی، کبد چرب، الکلی، مسمومیت با داروهای گیاهی یا سایر داروها و یا بیماری های خود ایمنی یا ناشناخته می توانند به طور حاد یا مزمن باعث نارسایی کبد شوند. اولین جراحی پیوند کبد موفق در سال ۱۹۶۹ توسط توماس استارزل انجام شد و در حال حاضر این روش به صورت روتین در بسیاری از کشورهای جهان قابل انجام است و پیشرفت های قابل توجه در تکنیک های جراحی و استفاده از داروهای قویتر تضعیف کننده سیستم ایمنی میزان بقا و کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی را به طور قابل توجه افزایش داده است. برنامه پیوند کبد ایران بیش از ۲۵ سال قبل در بیمارستان نمازی شیراز توسط استاد سید علی ملک حسینی آغاز شد و به همت تیم ایشان در حال حاضر مرکز پیوند اعضا شیراز با انجام بیش از ۴۰۰۰ هزار پیوند از دهنده مرگ مغزی یا زنده به یکی از بزرگترین و پرکارترین مراکز پیوند دنیا تبدیل شده است. ده سال بعد از شروع پیوند در شیراز، دانشگاه علوم پزشکی تهران هم برنامه پیوند کبد خود را به عنوان دومین مرکز آغاز کرد و به همت شاگردان تربیت شده استاد ملک حسینی مراکز دیگری در تهران، مشهد، کرمان، اصفهان، رشت، تبریز و اهواز هم به این مراکز اضافه شد. اولین تلاش ها برای شروع برنامه پیوند کبد در تبریز به همت جناب آقای دکتر محمد حسین صومی در سال ۱۳۸۶ با تدوین برنامه درازمدت پیوند اعضا و فرستادن دکتر فرزاد کاکایی (نویسنده متن) جهت گذراندن دوره پیوند کبد به شیراز آغاز شد. متأسفانه فرستادن سایر اعضای تیم شامل متخصص بیهوشی و پرستاران و سایر کادر لازم ناموفق بود و علیرغم تامین وسایل عمل جراحی و انجام اولین پیوند کبد موفق در سال ۱۳۸۹ (با آوردن کبد اهدایی از ارومیه) برنامه پیوند تبریز به مدت ۸ سال متوقف شد. مجدداً در سال ۱۳۹۷ و در زمان ریاست دکتر صومی بر دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با کمک خیرین بزرگترین مرکز دیالیز شمال غرب کشور همراه با بخش ها و اتاق عمل های اختصاصی پیوند اعضا افتتاح شد و مجدداً در طول یک سال، ۱۰ پیوند کبد موفق در این دانشگاه انجام شد. این موفقیت بدون کمک

داوطلبانه و دوستانه همکاران و تخصص بیهوشی پیوند اعضا جناب آقای دکتر اشکان تقی زاده ازفارغ التحصیلان دیگر مرکز پیوند اعضا شیراز که برای هر عمل به صورت پروازی به تبریز می آمدند امکان پذیر نبود. در این مدت یکی از کمک های بسیار بزرگ و بدون چشم داشت دکتر تقی زاده، تربیت یکی از همکاران متخصص بیهوشی جوان و بسیار فعال ما خانم دکتر مرجان دهدیانی در مدت این یک سال بود که با اضافه شدن ایشان به تیم پیوند یکی از بزرگترین مشکلات ما در زمینه نیروی انسانی یعنی تامین متخصص بیهوشی اختصاصی برای عمل های پیوند کبد حل شد. با تلاش دکتر صومی در اضافه کردن جناب آقای دکتر علی شریفی از جراحان پیوند فارغ التحصیل دانشگاه تهران، تیم پیوند دانشگاه علوم پزشکی تبریز به حدی کامل شد که در عرض یک سال گذشته تعداد پیوند کبد انجام شده در دانشگاه تقریباً دو و نیم برابر شده و به ۲۴ پیوند در یک سال افزایش پیدا کرد.

در حال حاضر مهمترین مشکل پیش روی ما کمبود اهدا عضو است. متأسفانه میزان اهدا عضو در آذربایجان شرقی بسیار کمتر از متوسط کشوری است که علت اصلی آن ضعف تیم هماهنگ کننده و رضایت گیر و سطح پایین فرهنگ سازی در این زمینه به خصوص در جامعه پزشکی است. در طول یک سال گذشته اکثر اعضا مورد استفاده ما یا توسط دکتر شریفی از ارومیه آورده شد یا از تهران توسط سایر همکاران به تبریز فرستاده شد. تنها راه بهبود شرایط نامساعد فعلی افزایش تبلیغات، فرهنگ سازی و آموزش بیشتر به گروه پزشکی در جهت نگهداری بیشتر از بیماران اهدا کننده بالقوه و جلوگیری از دخالت افراد فاقد صلاحیت و اکثراً ناآگاه در ایجاد باورهای غلط در ذهن خانواده بیماران است. در آینده نزدیک ما مجبور به شروع برنامه پیوند از دهنده زنده خواهیم بود ولی این امر مستلزم افزایش امکانات اتاق عمل و اضافه شدن نیروهای جدید به تیم جراحی است که خود به برنامه ریزی درازمدت و هزینه های بیشتر نیاز خواهد داشت.

دکتر بابک نجاتی

دانشیار هماتولوژی و انکولوژی

معرفی بخش پیوند مغز استخوان، آخرین دستاورد ها



پیوند سلول های بنیادی خونساز (HSCT) در حال حاضر یک روش استاندارد مراقبت از بیماران به منظور جایگزینی مغز استخوان می باشد. منابع سلول های بنیادی خونساز می توانند شامل سلول های جمع آوری شده از بیمار (اتولوگ) یا از شخص اهداکننده (آلوژنیک) باشند. منابع سلول های بنیادی خونساز آلوژنیک شامل محصولات می تواند مربوط به خویشاوندان یا غیر خویشاوندان بیمار به طور مستقیم از اهدا کنندگان سالم یا محصولات سلول بنیادی منجمد خون بند ناف باشند. در شرایط پیوند آلوژنیک، سلول های بنیادی خونساز اهدا کننده باید از نظر آنتی ژن های لکوسیت انسانی (HLA) در کمپلکس سازگاری بافتی اصلی (MHC) کلاس I و II واقع در کروموزوم ۶، که واکنش های ایمنولوژیک را هدایت می کنند با سلول های گیرنده پیوند آلوژنیک سازگار و همسان باشند. پیشرفت در ایمنولوژیک و ایمنولوژی، رژیم های آماده سازی قبل از پیوند سلول های بنیادی خونساز، طبقه بندی بیماری و ریسک انجام پیوند، رژیم های دارویی سرکوب سیستم ایمنی، داروهای آنتی بیوتیک و آنتی ویرال و سایر مراقبت های حمایتی در افزایش موفقیت پیوند سلول های بنیادی خونساز تأثیر بسزایی داشته است و منجر به افزایش قابل توجهی در تعداد پیوند های انجام شده سالانه در سراسر جهان گردیده است و حاکی از آن است که موفقیت پیوند مستلزم همکاری تیم های پزشکی، پرستاری، داروسازی، آزمایشگاهی و نیاز به همکاری تیم پزشکی، شامل (ادامه در صفحه سوم)

دکتر بابک نجاتی

(ادامه از صفحه دوم)

روانپزشک و پزشک اختلالات خواب و ... برای تشخیص به موقع و درمان برای موفقیت پیوند ضروری است، و نیاز به فراهم بودن امکانات تخصصی و منابع فنی دارد.

پیوند سلول های بنیادی خونساز اتولوگ:

در پیوند سلول های بنیادی خونساز اتولوگ از سلول های بنیادی خونساز خود بیمار برای پیوند استفاده می شود. سلول های بنیادی از قبل از بیمار جمع آوری و نگهداری می شوند. بعد از اینکه بیمار درمان های شیمی درمانی یا پرتو درمانی را انجام داد سلولهای بنیادی به بدن بازگردانده می شوند. این نوع پیوند اغلب برای درمان سرطان های خون مانند لنفوم هوچکین، لنفوم غیر هوچکین، مالتیپل میلوما، بیماری های شدید خودایمنی و تومورهای توپور استفاده می شود.

پیوند سلول های بنیادی خونساز آلون:

در پیوند سلول های بنیادی خونساز آلون سلول های بنیادی خونساز از یک فرد سالم (هدا کننده) به بدن بیمار پس از شیمی درمانی یا پرتودرمانی با شدت بالا انجام می شود. در پیوند آلونیک نیاز به رعایت سازگاری HLA های بیمار و هدا کننده می باشد. سلول های بنیادی اهدایی می توانند هدا کننده سینیژیک (دوقولوی همسان)، هداکننده خویشاوند (MRD) یا غیر خویشاوند (MUD) باشند. هدا کننده خویشاوند می تواند از نظر سازگاری HLA کاملاً سازگار یا نیمه سازگار اصطلاحاً هاپلواپدنتیکال باشد. رژیم شیمی درمانی و گاهی اوقات پرتودرمانی برای از بین بردن سلولهای سرطانی باقی مانده و تضعیف سیستم ایمنی بیمار به منظور جلوگیری از رد پیوند می باشد. یکی مزایای پیوند سلول های بنیادی خونساز آلونیک این است که سلول های اهدایی پس از پیوند به بیمار، سیستم ایمنی جدیدی ایجاد می کنند. سلولهای اهدایی گلبولهای سفید جدیدی تولید می کنند که به سلول های سرطانی باقی مانده در بدن بیمار حمله می کنند. این "اثر پیوند در برابر تومور (GVT)" نامیده می شود.

موبیلاسیون (رهاسازی): به منظور افزایش حرکت سلول های بنیادی خونساز در گردش خون از روش موبیلاسیون استفاده می شود. در این روش به مدت ۳-۵ روز از داروی محرک رهاسازی (G-CSF) استفاده می شود که منجر به افزایش این سلول ها به میزان چند هزار برار در جریان خون می گردد.

پیوند سلول های بنیادی خونساز با آماده سازی میلوآبلاسیون:

در پیوند سلول های بنیادی خونساز میلوآبلازی (با شدت بالا) از دوزهای بالای شیمی درمانی (اکثراً داروهای آلکیل کننده) استفاده می گردد و ممکن است از پرتودرمانی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده شود. در این فرآیند، سلولهای بنیادی مغز استخوان نیز از بین می روند. بیماران تزریق سلول های بنیادی جدید را برای بازسازی سیستم خونساز و سیستم ایمنی بدن دریافت می کنند.

پیوند آلونیک با شدت کاهش یافته:

این پیوند (که گاهی اوقات "پیوند مینی" یا "پیوند غیر میلوآبلاسیون" نامیده می شود) از دوزهای شیمی درمانی و پرتودرمانی کمتر و سعی نسبت به رژیم های استاندارد استفاده می شود. این نوع پیوند برای برخی از بیماران مسن تر، که دارای عوارض عضوی هستند و یا از نظر سلامتی یا قدرت کافی برای پیوند آلونیک استاندارد برخوردار نیستند کاربرد دارد.

بیماری پیوند علیه میزبان (GVHD):

یک عارضه بالقوه جدی در پیوند سلول های بنیادی آلونیک و پیوند سلول های بنیادی آلونیک با شدت کاهش یافته است. در حین پیوند سلولهای بنیادی آلونیک، بیمار سلول های بنیادی را از هدا کننده یا خون بدن هدا می کند. GVHD زمانی اتفاق می افتد که سلولهای T هدا کننده (پیوند) سلول های سالم بیمار (میزبان) را مورد حمله قرار داده و آسیب می زند. بیماری پیوند در مقابل میزبان می تواند خفیف، متوسط یا شدید باشد. در بعضی می موارد می تواند زندگی را تهدید کند. هیچ رژیم استاندارد برای پیشگیری از GVHD وجود ندارد و رژیم های مختلفی از داروها تجویز می شود و از علل مهم مرگ و میر بیماران همراه با عفونت ها هستند.

اندیکاسیون های پیوند اتولوگ:

۱. بیماری های لنفوپرولیفراتیو ۲. میلوم مولتیپل ۳. آمیلویدوز ۴. بیماری های اتوایمنی ۵. تومورهای ژرم سل ۶. نوروپلاستوم

۷. تومور ویلمز ۸. سارکوم یوینتیک

اندیکاسیون های پیوند آلونیک:

۱. لوسمی های حاد ۲. لوسمی های مزمن ۳. بیماری های میلوپرولیفراتیو ۴. بیماری های با نارسایی مغزاستخوان ۵. میلودیسپلازی ۶. نقص ایمنی

بخش پیوند بیمارستان امام رضا (ع) تبریز تاریخچه بخش پیوند

تا کنون حدود ۲۴۰ بیمار در این مرکز تحت پیوند سلول های بنیادی خونساز قرار گرفته اند که در مجموع ۲۰ درصد مورتالیتته داشته است. در راستای فعالیت های بخش پیوند مغز استخوان پذیره نویسی از بیماران شروع شد. در سال ۱۳۹۸ اولین بار به شبکه پذیره نویسی کشوری پیوست که امکان جستجو را فراهم کرد.

امکانات بخش

موقعیت قرارگیری بخش در طبقه سوم ساختمان شهید قاضی می باشد. شامل ۶ تخت فعال می باشد. ایستگاه پرستاری در مرکز بخش قرار دارد. تمام اتاق ها دارای سیستم مرکزی اکسیژن و ساکشن مرکزی می باشد. کلیه بخش و اتاق ها وصل به سیستم هواساز با فشار منفی می باشد. هر اتاق مجزا بوده و دارای کلیه تجهیزات مراقبت از بیماران بدحال می باشد. بخش دارای انبار دارو و تجهیزات، اتاق استراحت پرسنل، اتاق کثیف، اتاق البسه (تمیز)، سرویس بهداشتی، آبدارخانه پرسنل، اتاق کار و اتاق پزشک می باشد.

این بخش دارای شش تخت فعال می باشد.

پروسیجرهای شایع بخش:

پیوند مغز استخوان-تعبیه کاتتر ورید مرکزی-سلول گیری-

پیوند مغز استخوان

تجهیزات اختصاصی بخش پیوند مغز استخوان

دستگاه جداسازی ۱ عدد

دستگاه یخچال نگهداری خون و کیسه سلول ۱ عدد

دستگاه شیکر جهت نگهداری پلاکت ۱ عدد

آسپیراسیون مغز استخوان در اتاق عمل که فعلاً در دسترس نیست.

قوانین اختصاصی بخش:

بیماران در بخش پیوند مغز استخوان ایزوله معکوس می باشند. ملاقات حضوری و داشتن همراه ممنوع می باشد. ویزیت بیماران توسط اتند بخش و در شیفت عصر و شب توسط فلولی خون انجام می شود. استحمام روزانه برای بیماران انجام می شود. استفاده از تلفن همراه برای کادر ممنوع می باشد.



دکتر فرید رشیدی

دانشیار داخلی-ریه

گزارش درمانگاه فشار خون ریوی و بیماری های عروقی-ریوی



بیماری های عروق ریوی طیف گسترده ای از بیماری ها در حوزه های مختلف ریه، قلب، روماتولوژی و چندین رشته تخصصی و فوق تخصصی را در بر می گیرد که در طی سال های اخیر به دلیل در دسترس قرار گرفتن درمان های جدید به طور جدی تر مورد توجه قرار گرفته است.

در همین راستا دانشگاه علوم پزشکی تبریز با در اختیار داشتن پزشکان متخصص و فوق تخصص از پیشگامان این حوزه در کشور بوده است. جهت ارتقا علمی هر چه بیشتر و بهره گیری از آخرین دست آوردهای بیماری های عروق ریه و فشار خون ریوی، فعالیت های صورت گرفته در این حوزه را میتوان در دو حوزه بیماران سرپایی و بستری خلاصه نمود. از آنجایی که بسیاری از این بیماران نیاز به خدمات بستری ندارند لذا در جهت ارائه خدمات فوق تخصصی و شناسایی این بیماران برای اولین بار از سال ۹۴ درمانگاه فوق تخصصی فشار خون ریوی و بیماری های عروق ریوی شروع بکار نمود. در حال حاضر و بعد از سپری شدن ۷ سال این درمانگاه که در بیمارستان فوق تخصصی امام رضا (ع) مشغول به فعالیت می باشد به یکی از مراکز مهم ارجاعی کشور در این حوزه تبدیل شده است و حدود ۳۰۰ بیمار فشار خون ریوی در این مرکز تحت مراقبت قرار دارند. این درمانگاه در طی چند سال گذشته علاوه بر استان های همجوار، پذیرای بیمارانی از استان های سیستان و بلوچستان، اصفهان، کرمانشاه، کرمان، بوشهر، زنجان، ایلام، یزد بوده است و جهت تسریع در امور تشخیصی و درمانی، کلیه امور مربوط به تشخیص در طی حداکثر ۲۴ ساعت صورت می پذیرد. یکی از ابزار ضروری تشخیصی برای این بیماران انجام کاتتریزم قلب راست می باشد که بعد از گذراندن دوره هایی در یکی از مراکز معتبر در آمریکا با ایجاد زیر ساخت لازم، بر طبق استانداردهای قابل قبول در سطح جهانی انجام می گیرد. در این روش تشخیصی که gold استاندارد برای ارزیابی همودینامیک بیماران فشار خون ریوی می باشد، وضعیت همودینامیک بیماران در وضعیت استراحت و در حین ورزش اندازه گیری می گردد. ارزیابی همودینامیک بیماران در حین ورزش که در مراکز محدودی انجام می گردد، کمک بسیار مهمی در ارزیابی بیماران مبتلا به آمبولی های مزمن جهت ارجاع برای انجام عمل جراحی ترومبو اندارتکتومی شریان ریوی می نماید. برای ارزیابی همودینامیک بیماران در طی فعالیت از وسیله ویژه ای استفاده می گردد که به ما این امکان را می دهد که به طور دقیقتر دلایل محدودیت فعالیتی بیمار بررسی گردد. یکی از نقاط قوت تیم فشار خون ریوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تمرکز ویژه بر درمان بیماران مبتلا به آمبولی های مزمن بوده است. مهمترین روش درمانی این بیماران پس از طی مراحل مختلف تشخیصی عمل جراحی ترومبو اندارتکتومی می باشد. بیماران ارجاعی در درمانگاه فشار خون ریوی بیمارستان امام رضا (ع) پس از طی مراحل مختلف تشخیصی جهت انجام جراحی آماده می گردند. درمان این بیماران در مراکز بسیار محدودی در دنیا صورت می گیرد و در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی تبریز جزو مراکز پیشستاز در این زمینه در میان کشورهای منطقه می باشد. در طی ۶ سال گذشته با کمک و همکاری تیم زنده جراحی، بیهوشی و پرستاری به ویژه جراح محترم قلب، جناب آقای دکتر پرویزی که از پیشستازان این حوزه در کشور و منطقه می باشند و تیم بیهوشی جناب آقایان دکتر بیلجانی و نگارگر، به موفقیت های چشمگیری دست یابیم. در شرایط فعلی جهت گسترش دامنه فعالیت ها و جذب بیماران از کشورهای همجوار، تلاش برای ایجاد پلاتفرم ویژه برای ارائه خدمات در این حوزه به بیماران از کشورهای آذربایجان، ارمنستان و عراق آغاز شده است که امیدواریم با حمایت های صورت گرفته به زودی محقق گردد. لازم به یادآوری می باشد که این درمانگاه هر هفته روزهای دوشنبه صبح ها در محل درمانگاه های بیمارستان امام رضا (ع) آماده ارائه خدمات به بیماران از سراسر کشور می باشد.



دکتر زهرا شیخ علیپور

استادیار پرستاری

تجارب دریافت کنندگان پیوند عضو از دریافت‌های حسی پس از پیوند

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تجارب بیماران بعد از پیوند بسیار زیاد و متنوع است. دوره بعد از پیوند، دوره انتقال بزرگ از نظر فیزیکی و عاطفی می‌باشد. قبل، حین و بعد از پیوند، چالشی برای زنده بودن، قبول تغییرات و زندگی با این تغییرات است. در تمام این مدت بیمار برای زنده ماندن و زنده بودن در حال جنگ است. قبل از پیوند برای زنده ماندن جنگیده و بعد از پیوند برای حفظ آنچه بدست آورده در حال جنگ می‌باشد. یکی از مسائلی که بیماران قبل و بعد از پیوند با آن مواجه می‌شوند، مسائل روحی و روانی می‌باشد. مطالعه‌های اخیر نشان داده که دریافت کنندگان پیوند عضو به دلیل استرس‌های روانی، اضطراب و افسردگی از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نبوده و رد پیوند از نظر روانی با رد فیزیولوژیکی پیوند همراه است. اما واکنش‌های جسمی، روانی، عاطفی و سازگاری فرد با عضو پیوندی بستگی به احساسات و ادراکاتی دارد که از محیط داخل و خارج بدن خود در ارتباط با عضو پیوندی دریافت می‌کنند. شش تم اصلی این مطالعه عبارت بودند از: تجدید حیات تا بالندگی، بازگشت خزان، ارتباطات خانوادگی دگرگون شده، در برزخ پذیرش یا رد عضو، اتصال دو جان به هم و انعکاس حضور عضو در نهایت این شش تم ما را به الگوی ساختاری اوج و ضعیف روی مدار عضو پیوندی سوق دادند. در تجربه این مشارکت کنندگان، ادراکات و احساسات حول محور عضو پیوندی قرار گرفته بود و اکثر مشارکت کنندگان در لحظات مختلف زندگی خود تحت تأثیر این احساسات، گاهی اوقات تا بالندگی اوج می‌گرفتند و گاهی تا حسیض خزان زندگی خود عقب‌نشینی می‌کردند. تجارب آنها از پیوند گاه تلخ گاه شیرین بوده، گاهی عذاب آور و گاهی مایه نشاط بود. گاهی عضو بیگانه بوده و گاهی خودی بود. گاه وصله تن و گاه هم ذات بود. گاهی بخشی از فرد بوده و گاهی عامل جدایی و انزوا، گاهی عامل تغییر فرد و گاهی بی اثر و جسمی جایگزین شده بود. مشارکت کنندگان از مرگ حین عمل بسیار ترس داشته و خود را در یک قدمی مرگ می‌دیدند. بنابراین رفتن به اتاق عمل و زنده ماندن برای آن‌ها به منزله مرگ و زنده شدن بوده است. لذا وقتی بعد از عمل چشم باز کرده و خود را زنده دیدند احساس کردند که دوباره متولد شده و وارد دنیای جدیدی شده‌اند. احساس کردند بسیار جوان شده و زندگی تازه‌ای در جسم آن‌ها شروع شده است. پس از بازیابی توان از دست رفته، فعالیت‌های خود را افزایش داده و زندگی هدف مندی را شروع کردند. این دوره در واقع دوره شکوفایی و بهار زندگی دوباره دریافت کنندگان پیوند بوده است. اما با سپری شدن چندین

ماه و با شروع عوارض داروها تجارب آنها در قالب بازگشت خزان بوده است. با غالب شدن عوارض و مشکلات پس از پیوند احساس کردند که برای بدن خود کاری نکرده و همان شرایطی که در زمان بیماری داشتند را بعد پیوند هم دارند، یعنی باید دارو مصرف کرده و محدودیت داشته باشند. لذا این به منزله بازگشت به نقطه‌ی اول برای افراد بوده است. آن‌ها بیان کردند که با گذشت زمان توان انجام فعالیت‌ها را از دست داده و نیروی جوانی که در اوایل پیوند احساس می‌کردند، زایل گشته و احساس بی‌قدرتی و ضعف می‌کنند. از نظر آنها انجام پیوند سرایی بیش نبوده و دوره بعد از پیوند با قبل از پیوند فرقی برای آن‌ها نداشته است. به همین دلیل دریافت کنندگان عضو در یک حالتی از عدم تطابق با شرایط پس از پیوند به سر می‌بردند. آن‌ها یک دوره بیماری را گذرانده و با هزاران امید و برای بهبودی از بیماری تن به عمل بزرگ و ترسناک پیوند داده‌اند. لذا انتظار داشتند که بعد از پیوند بهبود یافته و از شر بیماری و دارو خلاص شوند. اما پس از پیوند دریافت‌اند که در این دوره جدید داروها و محدودیت‌های جدیدی برای آن‌ها تعریف شده و در کنار آن مسئولیت‌های دیگری از جمله نگهداری از عضو نیز اضافه شده است. لذا همین مساله افراد را با شرایطی روبرو کرده که کنار آمدن با آن برایشان سخت و دشوار بود. همچنین آنها تغییراتی را در زندگی خانوادگی خود تجربه کردند که به شکل ارتباطات خانوادگی دگرگون شده بوده است. آنها ترس و واژه در روابط خود با افراد خانواده داشتند چرا که از انتقال عفونت و در معرض خطر قرار گرفتن عضو پیوندی واژه داشتند. لذا حساری را دور خود کشیده و روابط خود را با همه محدود کردند. از طرفی چون خانواده انتظار داشته که پس از پیوند فرد یک زندگی عادی داشته باشد و وقتی با فردی مواجه شدند که باید محدودیت‌هایی را رعایت کرده و دارو مصرف کند لذا نتوانسته با آن کنار بیاد و همین منجر به طرد شدگی و منزوی شدن فرد پیوندی گردیده است. دریافت کنندگان عضو بیان داشتند که خانواده درگیر مشکلات پس از پیوند آنها بوده و باری بر دوش خانواده خود هستند. همچنین معتقد بودند که روابط جنسی آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار گرفته و پیوند باعث بدتر شدن روابط با همسر گردیده است. به عبارتی نقش‌های آنها به عنوان همسر، مادر یا پدر تحت تأثیر قرار گرفته و مختل شده است. اما در ارتباط با عضو پیوندی مشارکت کنندگان احساسات مختلفی را تجربه کردند. آنها در یکسال پس از پیوند درگیر جسم خود بوده و پس از ثابت شدن وضعیت جسمی، به عضو پیوندی در جسمشان توجه می‌کنند. آنها عضو را امانتی از طرف اهداکننده دانسته و سعی در حفظ عضو داشتند تا از این طریق از صاحب امانت قدردانی کرده باشند. آنها بیان کردند که با قبول عضو در وجود خود امکان ادامه حیات به اهدا کننده را داده‌اند و معتقد بودند تا زمانی که آنها زنده هستند اهدا

کننده نیز زنده هست. از طرفی با وجود عضو پیوندی در جسمشان، روح اهدا کننده هم در جسم آنها و در کنار روح آنها حضور داشته و با وی اجین می‌باشند. لذا روح اهداکننده را شریک جسم خود دانسته و وی را در ثواب و عقاب کارهای خود شریک میدانستند. خصوصا که این مساله در دریافت کنندگان قلب بسیار درک شده بود. بسیاری از مشارکت کنندگان که حضور اهداکننده را در جسمشان حس می‌کردند، با وی صحبت کرده و حتی اگر کار بدی انجام می‌دادند از وی عذرخواهی می‌کردند. همچنین آنها از نظر روانی در برزخ رد یا قبول عضو پیوندی در جسم خودشان به عنوان یک ارگان خودی بودند. حسی که از عضو پیوندی شده داشتند، این بود که این عضو در جسم آن‌ها بیگانه است و به زور به بدن آن‌ها دوخته شده و وصله زده شده است. همواره این احساس را داشتند که عضو مال دیگری است و در میان تمام اعضا آشنای بدن، ناآشنا بوده و تنها مانده است. لذا احساس عدم مالکیت به عضو داشته و از پیوند عضو فرد دیگر خصوصا جنس مخالف احساس ناراحتی می‌کردند. در این میان، ادارکات فرد نسبت به عضو که تحت تأثیر فرهنگ و مذهب افراد بود، احساس عدم مالکیت به عضو را تشدید می‌کرد. آن‌ها خصوصا عضو پیوندی که از جنس مخالف بود را نامحرم دانسته و بیشتر به آن احساس غریبی می‌کردند. لذا با پذیرش عضو دچار مشکل بودند. از طرفی چون عضو را متعلق به خود نمی‌دانستند هر لحظه امکان رد پیوند را داشتند و یکی از دغدغه‌های اصلی آنها نگرانی از رد پیوند بود. بنابراین برای اینکه عضو پیوندی را در جسم خودشان قبول کنند به دنبال شناخت اهداکننده و خصوصیات وی بودند. آنها سعی می‌کردند تا با خانواده اهداکننده ارتباط برقرار کرده آنها و در نتیجه اهداکننده را بشناسند. سپس خصوصیات خود را با خصوصیات اهداکننده تطبیق میدادند و اگر خصوصیات آن‌ها شبیه خصوصیات اهداکننده بود، بسیار خوشنود شده و در قبول عضو بسیار کمک کننده بود. البته در مورد دریافت کنندگان کلیه که امکان انتخاب نوع اهداکننده است، قبل از پیوند سعی داشتند کسی را انتخاب نمایند که خصوصیات شبیه خودشان را داشته باشد. اما در مورد دریافت کنندگان قلب و کبد که این امکان فراهم نبود، پس از پیوند به دنبال شناخت خصوصیات اهداکننده رفته و آن‌ها را با خصوصیات خود تطبیق می‌دادند. اگر مطابق بود، خود را با اهداکننده همذات می‌پنداشتند. در نهایت اینکه مشارکت کنندگان تغییراتی را در خلق و خو و رفتار خود پس از پیوند احساس می‌کردند. برخی بیان داشتند مهربان تر شده و برخی نیز زود رنج و حساس شده بودند. برخی معتقد بودند تغییراتی که در آن‌ها پس از پیوند اتفاق افتاده است مربوط به انتقال خصوصیات اهداکننده است. برخی بیان داشتند که پس از پیوند دچار تغییرات روحی گردیده‌اند و عضو پیوندی روح آن‌ها را دچار تغییر کرده است.

هیئت اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

کریم اکبرزاده
ایمیل: Karim.akbarzadeh@yahoo.comوحیده امجدی اسکویی
ایمیل: vahideh_amjadi@yahoo.comملیحه رشیدی
ایمیل: Maliheh.rashidi@yahoo.comاعظم عبداللهی
ایمیل: abdollahiazam97@yahoo.comصادق رنجبری
ایمیل: Ettelaat.tabriz@gmail.comمهدی محمدی
ایمیل: mahdi.mohammadi1360625@gmail.com

مشاوران IT (به ترتیب حروف الفبا)

مریم حسن خانی
ایمیل: maryamhasankhani1360@gmail.comعلی درخششی
ایمیل: Derakhshish9@gmail.com

ارتباط با ما

پست الکترونیکی: Imam_Reza_ER@bmed.ac.ir

تلفن: ۰۹۸-۴۱۳۳۳۷۳۹۰

آدرس لینک آپارات: @IMAMREZAHOSHPUB
آدرس صفحه اینستاگرام: @imam.rezahoshp

آدرس: معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان امام رضا(ع)، خیابان دانشگاه، خیابان گلگشت، تبریز، ایران

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر جلال اعتمادی
ایمیل: jalaletemadi@yahoo.comدکتر رضا جواد رشید
ایمیل: rjrashid@gmail.comدکتر صنم دولتی
ایمیل: sanam.dolati@gmail.comدکتر فرید رشیدی
ایمیل: fr2652@yahoo.comدکتر زهرا شیخ علیپور
ایمیل: sheikhaliapour@gmail.comدکتر مهدی عدالتی
ایمیل: edalatim@tbzmed.ac.irدکتر علیرضا علا
ایمیل: ala.alireza@gmail.comدکتر عطا محمودپور
ایمیل: mahmoodpoora@tbzmed.ac.irدکتر مجتبی وروشچی فرد
ایمیل: varshochim@tbzmed.ac.ir

طراحان گرافیک (به ترتیب حروف الفبا)

الهام احمدی
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.comفاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.comمؤسس و مدیرمسئول
دکتر مسعود فقیه دینوری
ایمیل: dinvarim@tbzmed.ac.irسرمدیر
دکتر حسن سلیمانپور
ایمیل: soleimanpourh@tbzmed.ac.irدبیر
دکتر هادی همیشه کار
ایمیل: hamishshekar@tbzmed.ac.ir

دستیاران سرمدیر (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر نسرين جعفری
ایمیل: jafarin95nasrin@gmail.comدکتر فاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.comدکتر احد فردوسی خسروشاهی
ایمیل: a.ferdosi.kh@gmail.com

مدیر داخلی و وب‌استار زبان انگلیسی

الهام احمدی
ایمیل: ahmadi4bio@gmail.com

هیئت تحریریه مهمان

دکتر افشار زمردی
ایمیل: Zomorrodi2017@gmail.comدکتر فراد کاکایی
ایمیل: fkakaei@tbzmed.ac.irدکتر بابک نجاتی
ایمیل: babaknejat88@gmail.com