



مجله علمی-خبری بیمارستان امام رضا (ع)

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال چهارم | شماره چهارم | اسفند ۱۴۰۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

در این شماره می‌خوانیم:

**مروری بر رویدادهای مرکز
و مقالات اساتید محترم**



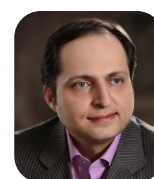
پیام مدیر مسئول
دکتر مجتبی محمدزاده
استادیار مراقبت‌های ویژه پزشکی
رئیس بیمارستان امام رضا (ع) تبریز

**سرخوش آن عیدی که آن بانی نور
از کنار کعبه بنماید ظهور
قلب‌ها را مهر هم عهدی زند
از حرم بانك انا المهدی زند**

بهار، فصل تسبیح آفرینش است و قنوت درختان به تمنای آسمان؛ و نوروز، پیام‌آور مهر و محبت و شعری است که پایان رؤیاهای ناتمام را تفسیر می‌کند. سالی که گذشت سالی سرشار از موفقیت بیمارستان و کسب افتخار در عرصه‌های آموزش، پژوهش، درمان و همچنین فعالیتهای چشمگیر در عرصه بین‌المللی بود. امید است در سال ۱۴۰۳ نیز شاهد استمرار این حرکت پویا در عرصه‌های مذکور و به ویژه حضور موثر و مفید بیمارستان در منطقه باشیم. اینجانب فرا رسیدن سال نو و بهار پرطراوت را که به خواست ایزد منان موجب تجدید حیات طبیعت و دل‌های انسان‌های آزاده می‌باشد را به شما اساتید، دانشجویان و همکاران محترم بیمارستان امام رضا (ع) تبریز تبریک و تهنیت عرض نموده و سالی سرشار از شادکامی، برکت و معنویت را از درگاه خداوند متعال و سبحان برای شما بزرگواران مسئلت دارم.



آغاز ضبط برنامه های آموزشی بین‌المللی بیمارستان امام رضا (ع) تبریز



پیام سردبیری
دکتر حسن سلیمان‌پور
استاد مراقبت‌های ویژه پزشکی
معاون آموزشی و پژوهشی مرکز

بسیار خوشوقت هستیم که بعد از جلسات متعددی که طی یکسال با مدیران محترم گروه‌های آموزشی بیمارستان و همچنین اساتید همکار بیمارستان داشتیم، تهیه و تدوین دوره‌های آموزشی بین‌المللی کوتاه و بلند مدت بیمارستان امام رضا (ع) تبریز به اتمام رسید و ضبط برنامه‌های مذکور نیز از سیزدهم اسفند ماه سال ۱۴۰۲ به زبان انگلیسی آغاز شده است. ما امیدوار هستیم که این برنامه‌ها تحول بزرگی در جهت حضور بیمارستان امام رضا (ع) و دانشگاه علوم پزشکی تبریز در عرصه بین‌الملل ایجاد نماید. گفتنی است که تعداد این برنامه‌ها حدود صد برنامه خواهد بود و دانشجویان بیمارستان نیز در تهیه این برنامه‌ها مشارکت فعال خواهند داشت. لازم به ذکر است این نوید را خدمت مخاطبان محترم اعلام نمایم که همکاری سیستماتیک با دانشگاه جراح پاشای استانبول شروع شده است و به زودی شاهد الحاق بیمارستان امام رضا (ع) تبریز به سازمان جهانی بهداشت خواهیم بود. در پایان وظیفه خود میدانم از همکاری صمیمانه ریاست محترم دانشگاه، معاون محترم آموزشی دانشگاه و مدیر محترم روابط بین‌الملل دانشگاه تقدیر و تشکر نمایم.

فهرست

اهداء عضو از فرد فوت شده و نگرش پرسنل اورژانس نسبت به آن
دکتر زهرا شیخ‌علیپور
استادیار آموزش پرستاری



۲

تغذیه درمانی در دیابت نوع ۲
دکتر مریم ثقفی
دانشیار علوم تغذیه



۲

تشخیص و درمان استئوپروز
دکتر سپیده تحسینی تکانته
متخصص داخلی - فلوی روماتولوژی



۳

در حین درمان سرطان چه غذاهایی مصرف کنیم؟
دکتر زهره قریشی
دانشیار علوم تغذیه



۳

معرفی نشریه دانشجویی الایزا
پویا یاری
دانشجوی ارشد بیوتکنولوژی پزشکی



۴

معرفی بخش پیوند سلول‌های بنیادی طبق استانداردهای جهانی
دکتر بابک نجاتی
دانشیار داخلی-خون و سرطان بالغین



۴





های مختلف در افزایش قند خون در مقایسه با یک غذای مرجع مورد استفاده قرار می گیرد. غذاهای با نمایه گلیسمی پایین اثرات سودمندی بر کنترل قند خون در بیماران دیابتی دارند. عوامل متعددی از جمله نوع قند (گلوکز، فروکتوز و ...)، طبیعت نشاسته (آمیلاز، آمیلوپکتین)، اندازه ذرات غذا، نشاسته مقاوم، فرایند و زمان پخت غذا و حضور سایر اجزای غذایی (فیبر، چربی و پروتئین) براین شاخص تاثیرگذار هستند. از این رو، مصرف کربوهیدرات ها به همراه منابع غذایی حاوی فیبر به صورت غلات سبوس دار شامل نان های سبوس دار، برنج قهوه ای، رشته سبوس دار، جوی سبوس دار و غیره توصیه می شود. به علاوه، پیشنهاد می شود از سبزیجات مختلف و پروتئین در کنار غذاها جهت تعدیل شاخص گلیسمی کربوهیدراتهای مصرفی استفاده شود. بایستی زمان پخت غذاها طولانی نبوده و از خرد کردن بیش از حد اجزای غذا اجتناب نمود. از سوی دیگر، مصرف غلات فرآوری شده، آرد سفید و سیب زمینی باید در مقادیر خیلی محدود استفاده شود. جهت تامین فیبر غذایی روزانه، مصرف حداقل ۲۵-۱۵ گرم به ازای هر ۱۰۰۰ کیلوکالری انرژی دریافتی توصیه می شود. در بیماران دیابتی توزیع درست کربوهیدراتها در بین وعده ها و میان وعده های غذایی از اهمیت بالایی برخوردار است. بیشتر زنان حدود ۴-۳ واحد کربوهیدرات (۶۰-۴۵ گرم) در هر وعده نیاز دارند و مردان به طور عمومی به ۵-۴ واحد (۷۵-۶۰ گرم) کربوهیدرات در هر وعده نیاز دارند. توصیه می شود ۲-۱ واحد کربوهیدرات (۳۰-۱۵ گرم) برای میان وعده ها در نظر گرفته شود. در آن دسته از بیماران که انسولین دریافت می کنند در نظر گرفتن نسبت انسولین به کربوهیدرات بسیار مهم است که معمولاً به ازای هر ۱-۱/۵ واحد انسولین، ۱۵-۱۰ گرم کربوهیدرات غذا پوشش داده می شود. جهت کنترل بهتر گلیسمی بیمار بهتر است نوع و دوز انسولین دریافتی بیمار پس از مشخص شدن نیازهای انرژی و کربوهیدرات وی تنظیم شود.

چربی ها: کل چربی دریافتی در رژیم غذایی حدود ۳۵-۲۵ درصد از کل کالری مصرفی می باشد. مصرف چربی های اشباع نشده تک ظرفیتی مثل روغن زیتون و روغن کانولا و اشباع نشده چند ظرفیتی شامل روغن کنجد، دانه های روغنی و ماهی به ویژه انواع غنی از اسیدهای چرب امگا ۳ توصیه می شود. همچنین غذاهای با اسید چرب اشباع زیاد شامل گوشت قرمز و لبنیات پرچرب، خامه، شیر پرچرب، پنیر پرچرب و محلی و ماست پرچرب باید در مقادیر بسیار اندک مصرف شود. غذاهای با چربی ترانس بالا مانند غذاهای سرخ شده باید ممنوع گردد. زرده تخم مرغ به ۲ تا ۳ بار در هفته محدود شود.

پروتئین: هیپرگلیسمی باعث افزایش کاتابولیسم پروتئین ها می شود. بنابراین دریافت کافی پروتئین بین ۲۰-۱۵ درصد از کل کالری الزامی است. البته در صورت وجود نفروپاتی، دریافت پروتئین باید به کمتر از ۰/۸ گرم به ازای وزن بدن با حدود ۱۰٪ کالری دریافتی کاهش یابد. گوشت ماهی، ماکیان بدون پوست (مرغ و بوقلمون) و لبنیات کم چرب دارای پروتئین مطلوب بوده (فاقد درصد چربی اشباع بالا می باشند) و توصیه می شوند. حبوبات نیز منبع خوب پروتئین های گیاهی بوده و در صورت عدم وجود نفروپاتی، قابل توصیه هستند.

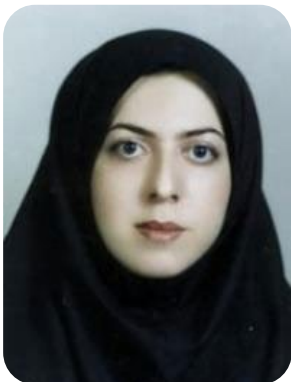
فعالیت بدنی: یک برنامه منظم با شدت متوسط برای ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در روز، حداقل پنج روز در هفته توصیه می شود. نکات کلیدی در خصوص انجام فعالیت های بدنی شامل موارد زیر است: ۱) بیماران باید ابتدا در خصوص منع انجام فعالیت ها و یا محدودیت آن ها ارزیابی شوند. ۲) برنامه ورزشی هر بیمار باید بر اساس اهداف و محدودیت های او تنظیم شود. ۳) هرگونه فعالیت فیزیکی جدید باید به آرامی شروع شده و به تدریج افزایش یابد.

توصیه های تغذیه ای برای پیشگیری از کتواسیدوز دیابتی (DKA): عدم وجود انسولین کافی برای استفاده گلوکز و در نتیجه هیپرگلیسمی طولانی مدت منجر به وابستگی بدن به چربی برای تولید انرژی گشته و در نتیجه کتون بادی ها تولید می شوند. اسیدوز ناشی از افزایش تولید و کاهش استفاده از کتون بادی و دفع آن در ادرار باعث ایجاد DKA می شود. در این شرایط، گلوکز خون بیشتر از ۲۵۰ mg/dl ولی کمتر از ۱۰۰ mg/dl می باشد. برای جلوگیری از ایجاد DKA به دلیل بیماری های حاد (سرماخوردگی و غیره)، مصرف خوراکی کربوهیدراتها در حدود ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم در روز همراه با تعدیل داروهای مصرفی یا انسولین برای حفظ گلوکز خون توصیه می شود.

توصیه های تغذیه ای در هیپوگلیسمی: هیپوگلیسمی به افت قند خون به کمتر از ۷۰ mg/dl۰۰۰ اطلاق می شود و علائم گسترده ای از جمله احساس گرما یا ضعف، خستگی و خواب آلودگی، تاری دید، تعریق، تپش قلب و غیره دارد. درمان فوری هیپوگلیسمی با کربوهیدرات ضروری است. در صورت افت قند خون به محدوده ۷۰ mg/dl۰۰۰-۵۵، مصرف ۱۵ گرم کربوهیدرات که شامل ۵ حبه قند متوسط یا ۱ قاشق غذاخوری شکر یا عسل یا شیر مربا است در یک لیوان آب حل و میل شود یا نصف لیوان آمپوه توصیه می شود. در صورت **(ادامه در صفحه بعد)**

این ارتباط از رگرسیون چند متغیره استفاده شد. بررسی نمره کل آگاهی پرستاران و پزشکان نشان داد که میانگین (انحراف معیار) آگاهی پرستاران در خصوص اهدا عضو (SD=۲/۷۸) ۱۲/۳۶ از حداکثر نمره ۲۰ و میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی پزشکان (SD=۲/۳۴) ۱۲/۴۲ بود. بررسی نگرش پرستاران و پزشکان نشان داد که آنها نگرش نسبتاً مثبتی به اهدا عضو پس از مرگ قلبی دارند، به طوری که میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش بدست آمده پرستاران (SD=۱۱/۸۴) ۱۰/۸۴ از حداکثر نمره ۱۷۰ و پزشکان (SD=۱۱/۷۷) ۱۰/۷۵۳ از حداکثر نمره ۱۷۰ بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین نمرات آگاهی پرستاران با نگرش آنان رابطه مستقیم و ضعیف ولی معنی دار (P>۰/۰۰۱ و r=۰/۳۸) وجود دارد.

براساس یافته های این مطالعه می توان نتیجه گرفت که اهدا عضو پس از مرگ قلبی علاوه بر نیاز به اخذ رضایت از خانواده فرد فوت شده، نیاز به زیرساخت ها از جمله وجود پروتکل و گایدلاینهای لازم برای پیوند عضو از افراد فوت شده، و نیز تجهیزات پزشکی برای نگهداری و بازیابی اعضاء بدن فرد دارد، که پرسنل اورژانس آشنایی کمتری با آن دارند. آگاهی از این روش و فراهم سازی زیرساخت های آن می تواند کمک بزرگی در رفع نیاز به عضو پیوندی باشد.



تغذیه درمانی در دیابت نوع ۲

دکتر مریم ثقفی اصل
دانشیار تغذیه بالینی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
saghafiaslm@gmail.com

مقدمه: دیابت نوع ۲ (T2DM) یکی از شایع ترین بیماری های مزمن متابولیکی است که بروز آن ناشی از مقاومت به انسولین و یا نقص در ترشح انسولین بوده و در هر بیمار یکی از این اختلالات غالب است. در واقع، در این بیماری بدن انسولین کافی تولید نمی کند یا به انسولینی که می سازد خوب پاسخ نمی دهد. افراد مبتلا به پیش دیابت، اضافه وزن یا چاقی، فشارخون بالا، تخمدان پلی کیستیک و چاقی شکمی، دارای HDL زیر ۳۵ mg/dl و TG بالای ۱۵۰ mg/dl، سن بالای ۴۰ سال، سابقه دیابت در خانواده یا سابقه دیابت بارداری، نداشتن فعالیت بدنی کافی بیشتر در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ می باشند. در دیابت، سرعت و توانایی بدن در استفاده و سوخت و ساز کامل گلوکز کاهش می یابد. از این رو، میزان قند خون افزایش می یابد که به آن هیپرگلیسمی می گویند. وقتی این افزایش قند در دراز مدت در بدن وجود داشته باشد، سبب تخریب عروق بسیار ریز بدن می شود که می تواند اعضای مختلف بدن همچون کلیه، چشم و اعصاب را درگیر کند. همچنین دیابت با افزایش خطر بروز بیماری های قلبی - عروقی ارتباط مستقیمی دارد؛ از این رو، غربالگری و تشخیص زودرس این بیماری در افراد با خطر بالا می تواند در پیشگیری از این عوارض مؤثر باشد. اصلاح سبک زندگی و افزایش فعالیت بدنی به همراه کاهش وزن اضافی می تواند در پیشگیری از بروز دیابت نوع دو مؤثر باشد. خود نظارتی بیمار، تعیین هدف های واقعی و گام به گام، کنترل محرک ها، راهبردهای شناختی، حمایت های اجتماعی و تقویت انگیزه احتمال موفقیت در کنترل دیابت را افزایش می دهند. برای بیمارانی که پس از ۳ تا ۶ ماه با تغییر سبک زندگی بهبود پیدا نمی کنند، ممکن است مداخله دارویی لازم باشد.

رژیم درمانی: با توجه به شیوع روزافزون T2DM و نقش تغذیه به عنوان گام اول در پیشگیری و درمان دیابت، اهمیت رژیم درمانی و رعایت توصیه های تغذیه ای در پیشگیری و درمان آن مشخص می شود. هدف از رژیم درمانی در بیماران T2DM، بهبود کنترل قند خون از طریق کاهش تدریجی وزن، بهبود پروفایل لیپیدی (افزایش HDL و کاهش LDL و تری گلیسرید)، بهبود فشار خون، ایجاد تعادل بین درصد کربوهیدرات، چربی و پروتئین در وعده های غذایی و بهبود کلی سطح سلامت از طریق افزایش فعالیت بدنی است. در رژیم درمانی برای این بیماران، بررسی کربوهیدرات (از لحاظ کیفیت و کمیت)، چربی و پروتئین رژیم غذایی بیمار توصیه شده است. بایستی به خاطر داشت اولین گام در کنترل دیابت کنترل انرژی مصرفی و مدیریت وزن، سپس کنترل میزان کربوهیدرات دریافتی و بعد کنترل نوع کربوهیدرات مصرفی می باشد.

کربوهیدرات ها: حداقل ۴۰٪ کل کالری دریافتی روزانه باید از کربوهیدراتها (حداقل ۱۳۰ گرم در روز) باشد. کاهش مقدار کل کربوهیدرات و کاهش نمایه گلیسمی (Glycemic Index) غذاهای مصرفی برای کنترل بهینه قند خون لازم است. این نمایه برای طبقه بندی توانایی کربوهیدرات

اهداء عضو از فرد فوت شده و نگرش پرسنل اورژانس نسبت به آن



دکتر زهرا شیخ علیپور
استادیار آموزش پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
sheikhalipourz@tbzmed.ac.ir

کمبود عضو پیوندی مسئله ای است که همه کشورها با آن روبرو هستند و کشور ایران نیز جزء کشورهایی است که با کمبود عضو پیوندی مواجه می باشد. بر اساس آمار موجود میزان تصادفات و به دنبال آن مرگ در ایران از آمار بالائی برخوردار است که از هر ده تصادف یک نفر کشته می شود. لذا استفاده از آن ها در پیوند عضو می تواند کمبود عضو را در ایران برطرف نماید. بر اساس آخرین آمار در حال حاضر تعداد حدود ۲۷۰۰۰ نفر در لیست انتظار برای پیوند هستند که در هر ۱۰ دقیقه یک نفر به لیست اضافه می شود. در هر ۱۲ ساعت یک نفر موفق به دریافت عضو حیاتی شده و به زندگی بازمی گردد اما روزانه ۸-۱۰ نفر بیمار نیازمند پیوند عضو به دلیل کمبود اهدای عضو جان خود را از دست می دهند. پیوند عضو را به دریافت عضو از فرد مرگ مغزی، فرد فوت شده و فرد زنده طبقه بندی کرده اند. اما یکی از راههایی که در سالهای اخیر برای تامین عضو پیوندی استفاده می گردد، استفاده از اعضای فرد فوت شده در صورت رضایت خانواده متوفی است. اهدا عضو پس از مرگ قلبی (DCD= Donation after Circulatory Death) شامل برداشت و پیوند اعضا بدن پس از مرگ یک فرد است، که آن مرگ، بر اساس توقف دائمی گردش خون در بدن (مرگ ناشی از ایست قلبی) اتفاق افتاده است. این نوع از اهدا عضو به عنوان راهی برای افزایش اعضاء برای پیوند معرفی شده است که در آن پس از ۵ دقیقه از توقف دائمی گردش خون در بدن و بدون نبض بودن (مرگ قلبی)، فرد به عنوان کاندیدی برای اهدا عضو قرار می گیرد و از کلیه ها، کبد و گاهی ریه ها فوراً اهدا انجام می شود.

اهدا عضو پس از مرگ قلبی یک روش ثابت شده برای اهدای چند عضو در تعدادی از کشورها است. برای بهبود روند و اهداف اهدای عضو پس از سال ۲۰۱۰، پروتکل اهدا عضو پس از مرگ قلبی (DCD) را معرفی کرده اند، پروتکلی که در آن پزشکان و پرستاران اورژانس در شناسایی برای اهدا عضو پس از مرگ قلبی نقش مهمی ایفا می کنند. اهدای عضو پس از مرگ قلبی در ۱۵ سال گذشته به یک عمل پزشکی پذیرفته شده تبدیل شده است. اما مطالعات نشان می دهند که اغلب پزشکان و پرستاران از پروتکل یا روش های مربوط به اهدا عضو پس از مرگ قلبی اطلاع نداشته و نیازمند آموزش هستند. به طوری که یکی از موانع اصلی برای استفاده از این روش اطلاعات و آمادگی پرسنل اورژانس برای استفاده از این روش و معرفی افراد واجد شرایط برای پیوند است. برخی مطالعات نشان دادند که کمبود آگاهی در موارد اهدا عضو به ویژه در بین کارکنان سیستم سلامت، باعث از دست دادن تقریباً ۲۰ درصد موارد قابل اهدا و پیوند اعضا می شود و همچنین بر اساس نتایج مطالعات، نگرش مثبت کارکنان سیستم سلامت نسبت به اهدای عضو در فرآیند اهداء عضو الزامی است.

پتانسیل بالای بخش اورژانس در معرفی اهداکنندگان بالقوه پس از ایست قلبی به علت مراجعه افرادی که مرگ ناگهانی در صحنه، تصادفات و یا در اتاق احیاء اورژانس دارند، اورژانس را به محل مناسب برای فعال کردن و اعلام موارد مرگ ناشی از ایست قلبی به واحد فراهم آوری و پیوند عضو معرفی کرده است. به نظر می رسد که نگرش و آگاهی پرسنل و خصوصاً پزشکان می تواند نقش مؤثری در هدایت افراد و خانواده ها برای اهدا عضو از فرد فوت شده داشته باشد. اما تعداد مطالعات اندکی در خصوص دانش و نگرش پرسنل اورژانس در خصوص اهدا عضو از فرد فوت شده انجام شده لذا بر آن شدیم تا پژوهشی با هدف بررسی آگاهی و نگرش پرستاران و پزشکان شاغل در اورژانس های مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نسبت به اهدا عضو پس از مرگ قلبی انجام دهیم. در این مطالعه ی توصیفی که بر روی ۵۴ پزشک و ۱۶۲ پرستار شاغل در اورژانس مراکز آموزشی درمانی تبریز انجام گرفت از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده شد. در این مطالعه از پرسشنامه های سنجش آگاهی و نگرش نسبت به اهدا عضو پس از مرگ قلبی استفاده گردید. برای آنالیز داده های کمی از میانگین و انحراف معیار و ارتباط میان متغیرها با ضریب همبستگی پیرسون و برای کنترل متغیرهای زمینه ای در بررسی



یک رژیم غذایی متعادل و فعالیت بدنی منظم برای حفظ سلامت استخوان بهینه در طول عمر بسیار مهم است. افراد ۱۸ تا ۵۰ ساله باید روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم دریافت کنند که این میزان برای زنان بالای ۵۰ سال و مردان بالای ۷۰ سال به ۱۲۰۰ میلی گرم افزایش می یابد.

منابع کلیدی کلسیم عبارتند از:

- لبنیات کم چرب
- سبزیجات برگ سبز تیره
- ماهی سالمون
- محصولات سویا
- غلات غنی شده با کلسیم و آب پرتقال

اگر تامین نیازهای کلسیم خود به تنهایی از طریق رژیم غذایی چالش برانگیز است، ممکن است مکمل های کلسیم را در نظر بگیرید. با این حال، مصرف بیش از حد کلسیم با سنگ کلیه مرتبط است. در حالی که تأثیر آن به طور کامل شناخته نشده است، برخی از متخصصان پیشنهاد می کنند که کلسیم بیش از حد، به ویژه از مکمل ها، ممکن است خطر بیماری قلبی را افزایش دهد.

گزینه های غذایی غنی از ویتامین D شامل روغن کبد ماهی، ماهی قزل آلا و ماهی سالمون است. علاوه بر این، انواع شیر و محصولات غلات با این ویتامین ضروری غنی شده اند. مصرف روزانه توصیه شده ویتامین D برای اکثر افراد حداقل ۶۰۰ واحد بین المللی (IU) است که برای افراد بالای ۷۰ سال به ۸۰۰ واحد بین المللی افزایش می یابد. افرادی که در معرض نور خورشید محدود هستند و منابع غذایی ناکافی ویتامین D دارند ممکن است نیاز به مکمل داشته باشند. به طور معمول، مکمل های مولتی ویتامین حاوی بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ واحد بین المللی ویتامین D هستند. برای اکثر افراد، مصرف روزانه تا ۴۰۰۰ واحد ویتامین D بی خطر در نظر گرفته می شود.

ورزش می تواند به شما کمک کند استخوان های قوی بسازید و از بین رفتن استخوان را کند کنید. ورزش بدون توجه به زمانی که شروع کنید برای استخوان های شما مفید خواهد بود، اما اگر در جوانی ورزش منظم را شروع کنید و در طول زندگی خود به ورزش ادامه دهید، بیشترین فواید را به دست خواهید آورد.

در حین درمان سرطان چه غذاهایی مصرف کنیم؟



دکتر زهره قریشی
دانشیار علوم تغذیه
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
ghoreyshiz@tbzmed.ac.ir

تغذیه مناسب در بیماران مبتلا به سرطان اهمیت زیادی دارد. بیماری سرطان، شدت و مرحله آن، نوع درمان ها و عوارض تغذیه ای مرتبط با آن ها و نیز بیماری های همراه، بر وضعیت تغذیه ای افراد تأثیر دارد. ولی در هر شرایط، تغذیه نامناسب روند درمان بیماری و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد.

خبر بد این است که هیچ تغذیه جادویی در حین درمان های سرطان که بتواند بیماری را ریشه کن کند وجود ندارد ولی خبر خوب این است که تغذیه سالم نه تنها پاسخ به درمان را تقویت می بخشد، بلکه تحمل عوارض درمان ها را بالا می برد و خطر عود بیماری را کاهش داده و یا آن را به تعویق می اندازد. ولی تغذیه سالم چیست؟

تغذیه سالم چهار ویژگی اصلی دارد: ۱) متنوع است. یعنی همه ۵ گروه غذایی شامل نان و غلات، میوه ها، سبزیجات، پروتئین ها و لبنیات روزانه مصرف می شود. ۲) متعادل است. یعنی هر گروه غذایی به اندازه متناسب مصرف می شود و هیچ گروهی حذف نشده است. ۳) کافی است. یعنی به اندازه نیاز روزانه فرد است و کمتر یا بیشتر نیست. ۴) غلات تصفیه شده مثل نان و برنج سفید، مواد غذایی و نوشیدنی های شیرین شده، نمک و روغن ها کاهش یافته است.

تغذیه سالم در کنار فعالیت بدنی، نوشیدن مایعات به اندازه کافی، حفظ یا دستیابی به وزن مناسب و ترک رفتارهای پرخطر مثل استعمال دخانیات یا مصرف الکل که در مجموع سبک زندگی سالم را می سازند، نه تنها در حین درمان های سرطان، بلکه در پیشگیری اولیه و ثانویه از ابتلا به این بیماری یا عود آن نقش بسزایی دارد. بنابراین، سبک زندگی سالم را جدی بگیریم.

استخوان قدیمی است. در جوانی، سرعت تشکیل استخوان جدید بیشتر از شکستگی استخوان قدیمی است که منجر به افزایش توده استخوانی می شود. با این حال، این روند پس از اوایل دهه ۲۰ کاهش می یابد و بیشتر افراد در سن ۳۰ سالگی به حداکثر توده استخوانی خود می رسند. با افزایش سن، توده استخوانی سریعتر از تولید آن کاهش می یابد. عوامل مختلفی می توانند در احتمال ابتلا به پوکی استخوان نقش داشته باشند. اینها شامل سن، نژاد، انتخاب شیوه زندگی، و شرایط پزشکی و درمان است.

برخی از عوامل خطر پوکی استخوان قابل تغییر نیستند و خارج از کنترل شما هستند. این شامل:

-جنسیت: زنان به طور قابل توجهی در مقایسه با مردان مستعد ابتلا به پوکی استخوان هستند.

-سن: با افزایش سن خطر ابتلا به پوکی استخوان افزایش می یابد. -نژاد: افراد سفیدپوست یا آسیایی تبار بیشترین خطر ابتلا به پوکی استخوان را دارند.

-سابقه خانوادگی: داشتن والدین یا خواهر یا برادر مبتلا به پوکی استخوان خطر ابتلا را افزایش می دهد، به خصوص اگر شکستگی لگن را تجربه کرده باشند.

-اندازه قاب بدن: افراد با قالب بدن کوچکتر، چه مرد و چه زن، به دلیل داشتن توده استخوانی کمتر با افزایش سن، در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

پوکی استخوان اغلب در افرادی دیده می شود که در برخی از هورمون های بدنشان عدم تعادل دارند. به عنوان مثال، کاهش سطح هورمون های جنسی می تواند منجر به ضعیف شدن استخوان شود و کاهش سطح استروژن در دوران یائسگی یک عامل خطر مهم است. علاوه بر این، هورمون تیروئید بیش از حد می تواند منجر به از دست دادن استخوان شود، چه به دلیل پرکاری تیروئید یا مصرف بیش از حد دارو برای تیروئید کم کار. پرکاری پاراتیروئید و غدد فوق کلیوی نیز با پوکی استخوان مرتبط است.

پوکی استخوان در افراد مبتلا به:

-مصرف ناکافی کلسیم: مصرف کم کلسیم مزمن عاملی موثر در شروع پوکی استخوان است. دریافت کمبود کلسیم منجر به کاهش تراکم استخوان، از دست دادن زودرس استخوان و حساسیت بیشتر به شکستگی می شود.

-اختلالات خوردن: محدودیت شدید غذایی و کمبود وزن می تواند استحکام استخوان را در مردان و زنان به خطر بیندازد.

-جراحی دستگاه گوارش: عملیات برای کاهش اندازه معده یا برداشتن بخش هایی از روده، سطح موجود برای جذب مواد مغذی از جمله کلسیم را محدود می کند. چنین جراحی هایی برای اهداف کاهش وزن و سایر بیماری های دستگاه گوارش انجام می شود.

فرآیند بازسازی استخوان با استفاده طولانی مدت از داروهای کورتیکواستروئیدی خوراکی یا تزریقی مانند پردنیزون و کورتیزون مختل می شود. علاوه بر این، داروهای مورد استفاده برای درمان یا پیشگیری از تشنج، فلاکس معده، سرطان، رد پیوند و سایر مشکلات پزشکی نیز با پوکی استخوان مرتبط هستند. افراد مبتلا به بیماری های خاص مانند بیماری سلیاک، بیماری التهابی روده، بیماری کلیوی یا کبدی، سرطان، مولتیپل میلوما و آرتریت روماتوئید در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به پوکی استخوان هستند.

برخی از رفتارهای ناسالم می تواند احتمال ابتلا به پوکی استخوان را افزایش دهد. برای مثال:

- سبک زندگی کم تحرک: افرادی که دوره های طولانی را در حالت نشسته سپری می کنند در مقایسه با افرادی که فعالیت بدنی منظم دارند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به پوکی استخوان هستند. درگیر شدن در ورزش ها و فعالیت های تحمل وزن که تعادل و وضعیت بدن را افزایش می دهد می تواند برای سلامت استخوان ها مفید باشد. به طور خاص، فعالیت هایی مانند پیاده روی، دویدن، پریدن و وزنه برداری سودمند هستند.

- مصرف زیاد الکل: مصرف مداوم بیش از دو نوشیدنی الکلی در روز می تواند خطر ابتلا به پوکی استخوان را افزایش دهد.

- استفاده از تنباکو: اگرچه ارتباط دقیق بین تنباکو و پوکی استخوان به طور کامل شناخته نشده است، ثابت شده است که مصرف تنباکو به ضعیف شدن استخوان ها کمک می کند.

شکستگی در ستون فقرات یا لگن شدیدترین عوارض پوکی استخوان است. شکستگی لگن معمولاً در اثر زمین خوردن ایجاد می شود و می تواند منجر به ناتوانی و افزایش خطر مرگ در سال اولیه پس از آسیب شود.

در موارد خاص، شکستگی ستون فقرات می تواند بدون هیچ گونه افتادگی رخ دهد. مهره هایی که ستون فقرات را تشکیل می دهند، می توانند تا حد فروپاشی ضعیف شوند و باعث کمردرد، کاهش قد و حالت خمیده شوند.

(ادامه از صفحه ی قبل)

افت قند به زیر mg/dl۵۰، در صورت هوشیار بودن بیمار، دو برابر مقادیر فوق مصرف گردد. پانزده دقیقه بعد از مصرف مقادیر فوق، قند خون بایستی مجدداً تست شود. در صورتی که قند خون کمتر از mg/dl ۷۰ باشد، این عمل تا رسیدن به محدوده طبیعی و بهتر شدن حال بیمار تکرار شود.

توصیه های کلی

- مدیریت وزن و کاهش وزن در بیماران دارای اضافه وزن و چاقی اعمال شود.
- دریافت انرژی از منابع غیرمغذی محدود شود.
- مصرف چربی ها و روغنهای اضافی محدود شود.
- از گوشت های لخم و بدون چربی یا کم چربی و ترجیحاً سفید استفاده شود.
- از لبنیات کم چرب یا بدون چربی استفاده شود.
- از روش های پخت و پز با روغن کم استفاده شود.
- یک رژیم متعادل داشته و از ادغام کردن وعده ها اجتناب شود.
- استفاده از اسیدهای چرب اشباع، هیدروژنه و ترانس (به کمتر از ده درصد در روز) محدود شود.
- مصرف کلسترول غذایی (به کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز) محدود شود.
- بیشتر از روغنهای حاوی اسیدهای چرب امگا-۳ و امگا-۶ استفاده شود.
- دریافت فیبر غذایی به خصوص در وعده های غذایی افزایش یابد.
- مصرف سدیم محدود شود.
- از مصرف مشروبات الکلی اجتناب شود.
- فعالیت بدنی کافی به طور روزانه انجام شود.

تشخیص و درمان استئوپروز



سپیده تحسینی تگانتپه
متخصص داخلی - فیزیوتراپ
بیمارستان امام رضا
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
sepidetahsini@yahoo.com

پوکی استخوان منجر به شکننده و ضعیف شدن استخوان ها می شود، تا جایی که یک زمین خوردن ساده یا فشار جزئی مانند خم شدن یا سرفه می تواند منجر به شکستگی شود. شکستگی های مربوط به پوکی استخوان معمولاً در لگن، مچ دست یا ستون فقرات اتفاق می افتد. استخوان یک بافت پویا است که به طور مداوم در حال تجزیه و بازسازی است. پوکی استخوان زمانی ایجاد می شود که تشکیل استخوان جدید با سرعت تحلیل استخوان مطابقت نداشته باشد. پوکی استخوان بر افراد از هر نژاد، از جمله مردان و زنان تأثیر می گذارد. با این حال، بیشترین خطر در میان زنان مسن، به ویژه آنهایی که به یائسگی رسیده اند، و همچنین زنان سفیدپوست و آسیایی مشاهده می شود. برای مبارزه با این عارضه، ترکیبی از داروها، رژیم غذایی مغذی و ورزش های تحمل وزن می تواند به طور موثری از تحلیل استخوان جلوگیری کند یا استحکام استخوان های ضعیف شده را افزایش دهد.

در مراحل اولیه از دست دادن استخوان، علائم معمولاً وجود ندارد. با این حال، هنگامی که پوکی استخوان استخوان های شما را ضعیف می کند، ممکن است علائم و نشانه های مختلفی را تجربه کنید: ۱. کمردرد ناشی از شکستگی یا فروپاشی استخوان در ستون فقرات. ۲. کاهش تدریجی قد در طول زمان. ۳. ایجاد حالت خمیده. ۴. افزایش حساسیت به شکستگی استخوان فراتر از آنچه معمولاً انتظار می رود. اگر یائسگی زودرس را تجربه کرده اید یا برای مدت طولانی کورتیکواستروئید مصرف کرده اید، یا اگر یکی از والدین شما شکستگی لگن داشته اند، توصیه می شود در مورد پوکی استخوان با پزشک خود مشورت کنید.

نوسازی استخوان های شما یک فرآیند مداوم است - استخوان جدید در حالی که استخوان قدیمی شکسته می شود تشکیل می شود. در جوانی، ایجاد استخوان جدید از تجزیه استخوان قدیمی پیشی می گیرد و منجر به افزایش توده استخوانی می شود. با این حال، این روند پس از اوایل دهه ۲۰ کند می شود و اکثر افراد در سن ۳۰ سالگی به اوج توده استخوانی خود می رسند. با افزایش سن، توده استخوانی با سرعت بیشتری نسبت به تولید آن از بین می رود.

نوسازی مداوم استخوان های شما شامل ایجاد استخوان جدید و تجزیه

معرفی نشریه دانشجویی الیزا

نشریه الیزا نشریه‌ای است برای افرادی که به دنبال آخرین تحولات و دستاوردهای بیوتکنولوژی می‌باشند. این نشریه باهدف ارتقا دانش و اطلاعات در زمینه بیوتکنولوژی تاسیس شده است و مطالب علمی و پژوهشی از متخصصین و پژوهشگران برجسته در این حوزه ارائه می‌دهد.



پویا یاری
دانشجوی ارشد بیوتکنولوژی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
elisa.tbzmed@gmail.com

در این نشریه می‌توانید مقالات تازه و بروز، رویدادها و اخبار مرتبط با بیوتکنولوژی، معرفی فناوری‌های نوین و نظرات متخصصان را بیابید. همچنین، مصاحبه‌های اختصاصی با فعالان و پیشروان در عرصه بیوتکنولوژی نیز در این نشریه منتشر می‌شود.



نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی

فصلنامه شماره اول زمستان ۱۴۰۲

مصاحبه با دانشمندان جوان دو درصد برتر جهان

دنیای رنگارنگ بیوتک

چراغ سبز FDA به کریسپر

داروی منحصر به فرد خود را از بیوتکنولوژیست‌ها بخواهید

تازه‌های علوم و فناوری‌های نوین پزشکی



خانم دکتر رعنا جهانیان
استادیار و دانشیار بیوتکنولوژی پزشکی
رئیس هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی
عضو هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی
عضو هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی



خانم دکتر عفت علیرزاده
استادیار و دانشیار بیوتکنولوژی پزشکی
رئیس هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی
عضو هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی
عضو هیأت مدیره نشریه علمی بیوتکنولوژی پزشکی

معرفی بخش پیوند سلول های بنیادی طبق استانداردهای جهانی



دکتر بابک نجاتی
دانشیار داخلی-خون و سرطان
بالقین
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ایمیل:
babaknejati88@gmail.com

در این قسمت به معرفی بخش پیوند سلول های بنیادی طبق استانداردهای جهانی و حداقل های لازمه طبق شناسنامه پیوند ایران میپردازیم. پیوند سلولهای بنیادی یکی از مداخله های درمانی پیشرفته و مورد نیاز برای طیفی از بیماریهای بدخیم و غیر بدخیم است که در حال گسترش است. راه اندازی و توسعه و ادامه عملکرد یک بخش پیوند نیاز به افراد مجرب و مناسب آموزش دیده جهت کاربردی کردن و استفاده از روش های نوین و اجرای برنامه های مناسب برای بیماران دارد.

به طور واضح برای رسیدن به این هدف نیاز به حمایت های اقتصادی ، قانونی ، اخلاقی مراکز دیگر دارد. برای ادامه برنامه ها، حداقل نیازها باید برای بخش پیوند برآورده شود تا بعنوان یک مرکز ارجاع وامکان درمان های جدید و حفظ سلامت بیماران باشد. باید حداقل نیازها برای مراکز تاسیس شده بکار گرفته شود ، سازماندهی آن ها نیز برای برداشتن قدم های بعدی کمک میکند تا یک مرکز پیوند با سرویس دهی مناسب و مرکز ارجاع برای سایر مراکز گردد.

حدود بیست سال قبل مرکز استاندارد سازی و تایید بخش پیوند و سلول درمانی (JACIE) استانداردهای لازم را اشاره کرده است. با وجودی که اعتبار بخشی این مرکز در سراسر جهان یکسان نیست ولی رعایت استانداردهای اولیه الزامی و کمک کننده برای تهیه گایدلاین های بخش پیوند است. خلاصه حداقل نیازهای یک بخش پیوند در ادامه اشاره میگردد. بخش پیوند سلول های بنیادی ، باید برای هر بیمار یک اتاق منفرد با شرایط ایزولاسیون و امکانات کافی از نظر اکسیژن و سایر لوازم مورد نیاز و چرخش هوای مناسب برای حفظ وضعیت آنتی میکروبیال در فضای اتاق بیمار است.

تعداد و فضای اتاقها بستگی به نوع و تعداد پیوندهای انجام گرفته در آن مرکز دارد. بخش بعد از پیوند الزامی است و باید حداقل استانداردهای لازم را داشته باشد چون بیماران بعد پیوند که دچار عوارض می شوند در صورت عدم مراقبت دقیق مرگ و میر بالایی دارد و باید استانداردهای سلامت و مراقبت های سطح سوم را داشته باشد. باید یک اتاق کار برای پرستاران و یک فضا برای همفکری پزشکان وجود داشته باشد و پوشش و وسایل استریل هر روز باید تعویض گردد. تعداد پرستاران نیز بسته به نوع و تعداد پیوندها در آن مرکز متغیر است. حداقل استانداردهای مورد نیاز بخش پیوند: محل بستری بیماران، امکانات آی سی یو، اندوسکوپی ، کلینیک بیماران ترخیص شده، بانک خون، آزمایشات سرولوژی، میکروبیولوژی و cmv سطوح دارویی و HLA typing مرکز جداسازی سلول های بنیادی و اتاق عمل محل دستکاری سلول های بنیادی و فریز کردن آنها ، مرکز رادیولوژی، سی تی اسکن و اکوکاردیوگرافی و مکان تعبیه سی وی لاین و...

پزشکان و پرستاران مجرب و آموزش دیده برای ادامه کار بخش پیوند ضروری است. مسئول بخش باید یک هماتو انکولوژیست باشد و تعداد کافی پیوند آلوژن (نیمه سازگار و غیر فامیل) را انجام داده باشد که در شناسنامه پیوند نیز اشاره شده است.

دوره آموزشی ۶-۱۲ ماه پیشنهاد میگردد طبق استانداردهای JACIE رییس بخش پیوند حداقل دوسال سابقه انجام پیوند آلوژنیک را بعنوان پزشک مسئول بیمار با بررسی بالینی بیمار قبل و بعد از ترخیص داشته باشد و اساتید دیگر بخش پیوند در تنظیم برنامه ها و گایدلاین ها با مسئول بخش در ارتباط باشند.

مشاور IT

مریم حسن خانی
ایمیل: maryamhasankhani1360@gmail.com

ارتباط با ما

پست الکترونیکی:

Imam_Reza_ER@tbzmed.ac.ir

تلفن:

۰۴۱۳۳۳۷۳۹۶۰

آدرس لینک آپارات:

www.aparat.com/ImamrezaHospTABRIZ

آدرس صفحه اینستاگرام:

www.instagram.com/imamreza.tbzmed

آدرس کانال یوتیوب:

https://youtube.com/channel/UCIQJc2puPFSLMHm3GIH5A-A

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.com

دکتر رضا جواد رشید
ایمیل: rjrashid@gmail.com

دکتر صنم دولتی
ایمیل: sanam.dolati@gmail.com

دکتر مسعود فقیه دینوری
ایمیل: dinvarim@tbzmed.ac.ir

دکتر فرید رشیدی
ایمیل: fr2652@yahoo.com

دکتر زهرا شیخ علیپور
ایمیل: sheikhalipour@gmail.com

دکتر مهدی عدالتی
ایمیل: edalatim@tbzmed.ac.ir

دکتر علیرضا علا
ایمیل: ala.alireza@gmail.com

دکتر عطا محمودپور
ایمیل: mahmoodpoora@tbzmed.ac.ir

دکتر مجتبی وروشچی فرد
ایمیل: varshochim@tbzmed.ac.ir

طراحان گرافیک (به ترتیب حروف الفبا)

هادی پایدار
ایمیل: hadipaydar8497@gmail.com

فاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

پروانه موجد
ایمیل: movahhed1994@gmail.com

هیئت اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

کریم اکبرزاده
ایمیل: Karim.akbarzadeh@yahoo.com

فاطمه حیدری
ایمیل: fatemeh1999heidari@gmail.com

ملیحه رشیدی
ایمیل: Maliheh.rashidi@yahoo.com

اعظم عبدالهی
ایمیل: abdollahiazam97@yahoo.com

مهدی محمدی
ایمیل: mahdi.mohammadi1360625@gmail.com

دستیاران سردبیر (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر نسرین جعفری
ایمیل: jafarin95nasrin@gmail.com

دکتر فاطمه علیپور یگانه
ایمیل: dryeg20485@gmail.com

مدیر داخلی و ویراستار زبان انگلیسی

پروانه موجد
ایمیل: movahhed1994@gmail.com