



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

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

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 بانک 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 پرتراوت 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.



**حلول ماه مبارک رمضان و
عید نوروز بر همگان مبارکباد**

آغاز ضبط برنامه‌های 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 الیزا
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



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 مسئله‌ای است که همه کشورها با آن روبرو هستند و کشور ایران نیز جزء کشورهای است که با کمبود عضو پیوندی مواجه می‌باشد. بر اساس آمار موجود میزان تصادفات و به دنبال آن مرگ در ایران از آمار بالایی برخوردار است که از هر ده تصادف یک نفر کشته می‌شود. لذا استفاده از آن‌ها در پیوند عضو می‌تواند 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 می‌شود. در هر ۱۲ ساعت یک نفر موفق به دریافت عضو حیاتی شده و به زندگی بازمی‌گردد اما روزانه ۸-۱۰ نفر بیمار نیازمند پیوند عضو به دلیل کمبود اهدای عضو جان خود را از دست می‌دهند. پیوند عضو را به دریافت عضو از فرد مرگ مغزی، فرد فوت شده و فرد زنده طبقه‌بندی کرده‌اند. اما یکی از راههایی که در سالهای اخیر برای تامین عضو پیوندی استفاده می‌گردد، استفاده از اعضای فرد فوت شده در صورت رضایت خانواده متوفی است. اهدای 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 اهدای 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 اهدای عضو قرار می‌گیرد و از کلیه‌ها، کبد و گاهی ریه‌ها فوراً اهدا انجام می‌شود.

اهدای 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 اهدای عضو پس از مرگ قلبی (DCD) را معرفی کرده‌اند، پروتکلی که در آن پزشکان و پرستاران اورژانس در شناسایی برای اهدای عضو پس از مرگ قلبی نقش مهمی ایفا می‌کنند. اهدای عضو پس از مرگ قلبی در ۱۵ سال گذشته به یک عمل پزشکی پذیرفته شده تبدیل شده است. اما مطالعات نشان می‌دهند که اغلب پزشکان و پرستاران از پروتکل یا روش‌های مربوط به اهدای 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 اهدای عضو به ویژه در بین کارکنان سیستم سلامت، باعث از دست دادن تقریباً ۲۰ درصد موارد قابل اهدا و پیوند اعضا می‌شود و همچنین بر اساس نتایج مطالعات، نگرش مثبت کارکنان سیستم سلامت نسبت به اهدای عضو در فرآیند اهدای 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 فرآهم‌آوری و پیوند عضو معرفی کرده است. به نظر می‌رسد که نگرش و آگاهی پرسنل و خصوصاً پزشکان می‌تواند نقش مؤثری در هدایت افراد و خانواده‌ها برای اهدای عضو از فرد فوت شده داشته باشد. اما تعداد مطالعات اندکی در خصوص دانش و نگرش پرسنل اورژانس در خصوص اهدای عضو از فرد فوت شده انجام شده لذا بر آن شدیم تا پژوهشی با هدف بررسی آگاهی و نگرش پرستاران و پزشکان شاغل در اورژانس‌های مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نسبت به اهدای عضو پس از مرگ قلبی انجام دهیم. در این مطالعه‌ی توصیفی که بر روی ۵۴ پزشک و ۱۶۲ پرستار شاغل در اورژانس مراکز آموزشی درمانی تبریز انجام گرفت از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های سنجش آگاهی و نگرش نسبت به اهدای عضو پس از مرگ قلبی استفاده گردید. برای آنالیز داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار و ارتباط میان متغیرها با ضریب همبستگی پیرسون و برای کنترل متغیرهای زمینه‌ای در بررسی

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) (۲/۳۶) از حداکثر نمره ۲۰ و میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی پزشکان (SD=۲/۳۴) (۲/۴۲) بود. بررسی نگرش پرستاران و پزشکان نشان داد که آنها نگرش نسبتاً مثبتی به اهدای عضو پس از مرگ قلبی دارند، به طوری که میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش بدست آمده پرستاران (SD=۹/۸۸) (۱۰/۸۴) از حداکثر نمره ۱۷۰ و پزشکان (SD=۱۱/۷۷) (۱۰/۷۵) از حداکثر نمره ۱۷۰ بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین نمرات آگاهی پرستاران با نگرش آنان رابطه مستقیم و ضعیف ولی معنی‌دار (P>۰/۰۰۱) (۲=۰/۳۸) وجود دارد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که اهدای عضو پس از مرگ قلبی علاوه بر نیاز به اخذ رضایت از خانواده فرد فوت‌شده، نیاز به زیرساخت‌ها از جمله وجود پروتکل و گایدلاین‌های لازم برای پیوند عضو از افراد فوت‌شده، 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 فراهم‌سازی زیرساخت‌های آن می‌تواند کمک بزرگی در رفع نیاز به عضو پیوندی باشد.

تغذیه درمانی در دیابت نوع ۲



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

مقدمه: دیابت نوع ۲ (T2DM) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های 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 نمی‌کند یا به انسولینی که می‌سازد خوب پاسخ نمی‌دهد. افراد مبتلا به پیش‌دیابت، اضافه وزن یا چاقی، فشارخون بالا، تخمدان پلی‌کیستیک 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 می‌باشند. در دیابت، سرعت و توانایی بدن در استفاده و سوخت و ساز کامل گلوکز کاهش می‌یابد. از این‌رو، میزان قند خون افزایش می‌یابد که به آن هیپرگلیسمی می‌گویند. وقتی این افزایش قند در دراز مدت در بدن وجود داشته باشد، سبب تخریب عروق بسیار ریز بدن می‌شود که می‌تواند اعضای مختلف بدن همچون کلیه، چشم و اعصاب را درگیر کند. همچنین دیابت با افزایش خطر بروز بیماری‌های قلبی - عروقی ارتباط مستقیمی دارد؛ از این‌رو، غربالگری و تشخیص زودرس این بیماری در افراد با خطر بالا می‌تواند در پیشگیری از این عوارض مؤثر باشد. اصلاح سبک زندگی و افزایش فعالیت بدنی به همراه کاهش وزن اضافی می‌تواند در پیشگیری از بروز دیابت نوع دو مؤثر باشد. خود نظارتی بیمار، تعیین هدف‌های واقعی و گام به گام، کنترل محرک‌ها، راهبردهای شناختی، حمایت‌های اجتماعی و تقویت انگیزه احتمال موفقیت در کنترل دیابت را افزایش می‌دهند. برای بیمارانی که پس از ۳ تا ۶ ماه با تغییر سبک زندگی بهبود پیدا نمی‌کنند، 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 توصیه‌های تغذیه‌ای در پیشگیری و درمان آن مشخص می‌شود. 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 تری‌گلیسرید)، بهبود فشار خون، ایجاد تعادل بین درصد کربوهیدرات، چربی و پروتئین در وعده‌های 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 می‌باشد.

کربوهیدرات‌ها: 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 طبقه‌بندی توانایی کربوهیدرات

های مختلف در افزایش قند خون در مقایسه با یک غذای مرجع مورد استفاده قرار می‌گیرد. 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 (آمیلوز، آمیلوپکتین)، اندازه ذرات غذا، نشاسته مقاوم، فرابند و زمان پخت غذا و حضور سایر اجزای غذایی (فیبر، چربی و پروتئین) بر این شاخص تأثیرگذار هستند. از این‌رو، مصرف کربوهیدرات‌ها به همراه منابع غذایی حاوی فیبر به صورت غلات سبوس دار شامل نان‌های سبوس دار، برنج قهوه‌ای، رشته سبوس دار، جوی سبوس دار و غیره توصیه می‌شود. به علاوه، پیشنهاد می‌شود 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 می‌شود. در بیماران دیابتی توزیع درست کربوهیدرات‌ها در بین وعده‌ها و میان وعده‌های 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 می‌شود ۲-۱ واحد کربوهیدرات (۳۰-۱۵ گرم) برای میان وعده‌ها در نظر گرفته شود. در آن دسته از بیماران که انسولین دریافت می‌کنند در نظر گرفتن نسبت انسولین به کربوهیدرات بسیار مهم است که معمولاً به ازای هر ۱-۱/۵ واحد انسولین، ۱۰-۱۵ گرم کربوهیدرات غذا پوشش داده می‌شود. جهت کنترل بهتر گلیسمی بیمار بهتر است نوع و دوز انسولین دریافتی بیمار پس از مشخص شدن نیازهای انرژی و کربوهیدرات وی تنظیم شود.

چربی‌ها: کل چربی دریافتی در رژیم غذایی حدود ۳۵-۲۵ درصد از کل کالری مصرفی می‌باشد. مصرف چربی‌های اشباع نشده تک ظرفیتی مثل روغن زیتون و روغن کانولا و اشباع نشده چند ظرفیتی شامل روغن کنجد، دانه‌های روغنی و ماهی به ویژه انواع غنی از اسیدهای چرب امگا ۳ توصیه می‌شود. همچنین غذاهای با اسید چرب 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 پروتئین‌ها می‌شود. بنابراین دریافت کافی پروتئین بین ۲۰-۱۵ درصد از کل کالری الزامی است. البته در صورت وجود نقریویتی، دریافت پروتئین باید به کمتر از ۰/۸ گرم به ازای وزن بدن یا 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 می‌باشند) و توصیه می‌شوند. حبوبات نیز منبع خوب پروتئین‌های گیاهی بوده و در صورت عدم وجود نقریویتی، قابل توصیه هستند.

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

توصیه‌های تغذیه‌ای 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 بادی‌ها تولید می‌شوند. اسیدوز ناشی از افزایش تولید و کاهش استفاده از کتون بادی و دفع آن در ادرار باعث ایجاد DKA می‌شود. در این شرایط، گلوکز خون بیشتر از ۲۵۰ mg/dl ولی کمتر از ۱۰۰ mg/dl می‌باشد. برای جلوگیری از ایجاد DKA به دلیل بیماری‌های 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 می‌شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای در هیپرگلیسمی: هیپرگلیسمی به افت قند خون به کمتر از ۱۰۰ mg/dl می‌شود و علائم گسترده‌ای از جمله احساس گرما یا ضعف، خستگی و خواب‌آلودگی، تاری دید، تعریق، تپش قلب و غیره دارد. درمان فوری هیپرگلیسمی با کربوهیدرات ضروری است. در صورت افت قند خون به محدوده ۵۵-۱۰۰ mg/dl، مصرف ۱۵ گرم کربوهیدرات که شامل ۵ حبه قند متوسط یا ۱ قاشق غذاخوری شکر یا عسل یا شیر مریا است در یک لیوان آب حل و میل شود یا نصف لیوان آمیوه توصیه می‌شود. در صورت (ادامه در صفحه بعد)



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:

۱. لبنیات کم چرب
۲. سبزیجات برگ سبز تیره
۳. ماهی سالمون
۴. محصولات سویا
۵. 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 شرایطی، 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 مزمین عاملی مؤثر 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 سلولیک، 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:

۱. 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.
۲. مصرف زیاد الکل: مصرف مداوم بیش از دو نوشیدنی الکلی در روز می تواند خطر ابتلا به پوکی استخوان را افزایش دهد.
۳. 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 قبل)

افت قند به زیر $mg/dl100$ ، 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 $mg/dl 70$ 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 روغن های اضافی محدود شود.
- 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 روغن های 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 تگانهی
متخصص داخلی - فیزیوتراپیست
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 مؤثری 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.

معرفی بخش پیوند سلول های بنیادی طبق استانداردهای جهانی



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

در این قسمت به معرفی بخش پیوند سلول های بنیادی طبق استانداردهای جهانی و حداقل های لازم طبق شناسنامه پیوند ایران میپردازیم. پیوند سلولهای بنیادی یکی از مداخله های درمانی پیشرفته و موردنیاز برای طیفی از بیماریهای بدخیم و غیربدخیم 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 هرروز باید تعویض گردد. تعداد پرستاران نیز بسته به نوع و تعداد پیوندها در آن مرکز متغیر است. حداقل استانداردهای موردنیاز 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. مسوول بخش باید یک هماتولوژیست باشد و تعداد کافی پیوند آلوژن (نیمه سازگار و غیرفامیل) 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 مسوول 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 مسوول 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 موحد
ایمیل: movahhed1994@gmail.com

هیئت اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

کریم اکبرزاده
ایمیل: Karim.akbarzadeh@yahoo.com

فاطمه حدیدی
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 موحد
ایمیل: movahhed1994@gmail.com

مدیرمسئول
دکتر مجتبی محمدزاده
ایمیل: drmojtaba@yahoo.com

سردبیر
دکتر حسن سلیمان پور
ایمیل: soleimanpourh@tbzmed.ac.ir

دبیر
دکتر هادی همیشه کار
ایمیل: hamishehkar@tbzmed.ac.ir

