

کتاب آمار بیماری های شایع

تنظیم کننده

رضا پوردست گردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

مقدمه

آمار در شناخت شیوع و گسترش بیماری ها به پزشکان کمک زیادی می نماید با شناخت آمار شیوع و گستردگی بیماری ها و میزان بهبودی و میزان مرگ و میر میتوان درمورد درمان و اهمیت آن تصمیم گیری نمود و بوسیله آمار میتوان گسترش بیماری در مناطق مختلف را درک نمود در این کتاب تلاش شده آماری از بیماریهای گوناگون شایع در ایران ثبت و ارایه گردد.

آمار شیوع دیابت

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

مطالعات اخیر نشان می‌دهد شمار مبتلایان به بیماری دیابت نوع یک و دو در سال ۲۰۱۲ با پنج میلیون نفر افزایش به ۲۲.۳ میلیون نفر رسیده است.

این رقم در سال ۲۰۰۷ حدود ۱۷.۵ میلیون نفر بود. رشد تعداد مبتلایان به این بیماری دلایل مختلفی دارد. یکی از عوامل مهم در شیوع این بیماری افزایش سن است. عامل دیگری که نقش بسیار مهمی در شیوع دیابت ایفا می‌کند چاقی مفرط است چرا که افزایش وزن و چاقی مفرط خطر ابتلا به بیماری دیابت نوع دوم را افزایش می‌دهد. متأسفانه بسیاری از عوامل خطرزای ابتلا به دیابت قابل کنترل نیستند.

بنا به گفته دکتر پترسن مدیر مرکز دیابت و اطلاعات پزشکی در آمریکا، نژادهای آفریقایی - آمریکایی بیش از نژادهای سفید پوست در معرض ابتلا به این بیماری هستند و این نشان از دخالت عوامل ژنتیک در شیوع دیابت است.

دکتر پترسن یادآور شد مردم اساساً نمی‌توانند در مقابل داشتن استعداد ژنتیکی به بیماری دیابت کاری از پیش ببرند. بیماری دیابت منجر به بسیاری از مشکلات جسمانی نظیر بیماریهای قلبی، کبد و حتی نابینایی می‌شود و در صورتی که تحت کنترل درنیاید می‌تواند باعث فلجی شود

آمار دیابت در تهران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

مدیرکل سلامت شهرداری تهران از ابتلا به دیابت بیش از یک میلیون تهرانی خبر داد و افزود: آموزش و پیشگیری از دیابت در دستور کار کانون و اداره کل سلامت شهرداری قرار دارد.

محمد مهدی گل‌مکانی روز شنبه در حاشیه برگزاری نخستین جشنواره سلامن پیشگیری از دیابت در گفتگو با مهر در مورد آمار افراد مبتلا به دیابت در تهران گفت: ۱۲ تا ۱۳ درصد تهرانی ها بر اساس آخرین مطالعات مبتلا به دیابت هستند که حدود یک میلیون تا یک میلیون و ۳۰۰ هزار نفر است.

وی در پاسخ به اینکه تبلیغات دستگاههای سنجش قند خون و .. بسیار زیاد شده و حتی دستگاههای چینی هم وارد بازار شده است گفت: مرجع تشخیص وزارت بهداشت است و باید این وزارتخانه تأیید کند دستگاه استاندارد است یا خیر ولی شهروندان قبل از خرید دستگاه ابتدا باید آزمایش کلی داشته باشند.

از گل‌مکانی در مورد آمار ارائه شده توسط محمد هادی حیدر زاده مدیرکل توسعه محیط زیست شهرداری تهران مبنی بر اینکه ۴۵ هزار نفر بر اثر آلودگی هوا جان داده اند گفت: هر چند آمار اینگونه مرگها قابل سنجش دقیق نیست ولی می توان آمار تطبیقی گرفت که این آمار صحیح است.

وی گفت: تمام تلاش شهرداری ارتقای سلامت شهروندان است ولی متأسفانه شهروندان به حقوق خود آشنا نیستند. مردم حتی از دستگاههای متولی و کارخانجات تولید کننده مواد آلاینده شکایت نمی کنند. در این سالها حمل و نقل عمومی، سوخت و بسیاری از موارد دلیل آلودگی هوای تهران بوده ولی آیا شهروندی مطالبه کرده؟ شهروندی شکایت کرده و تا حق سلامتی خود را مطالبه کند؟ این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته سلامت در اولویت هر صنعت و جامعه ای است

دانشگاه علوم پزشکی قم مجله

قم دانشگاه علوم پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان مجله

بهداشتی-درمانی کرمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

آمار شیوع وبا در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

مهم ترین دوره های شیوع وبا در ایران قرن نوزده و بیست

در ادبیات پزشکی سنتی ایران، لفظ "وبا" اصولاً برای هر نوع بیماری همه گیری مورد استفاده قرار می گرفته، هرچند برای برخی موارد غیرمعمول وبا، کلمات "وباء پاییزی" و "ثقل سرد" هم کاربرد داشته است.

به خاطر نرخ بالای مرگ و میر ناشی از وبا، کاربرد لفظ "مرگامرگی" یا "مرض الموت" هم در ایران معمول بوده است. وضعیت بهداشت عمومی ایران در طول دوره قاجاریه (۱۷۹۶ تا ۱۹۲۵) به شدت ضعیف بود. به عنوان نمونه، نرخ مرگ و میر کودکان در ایران طی قرن نوزدهم بالغ بر ۵۰ درصد می شد، در حالی که هم زمان همین نرخ در فرانسه و آلمان به ۲۰ درصد می رسید.

بین سال های ۱۸۲۰ تا ۱۹۰۳، هفت دوره شیوع بیماری وبا با نرخ های بالای تلفات- به ویژه میان کودکان- در ایران رخ داد که البته این خود جزئی از اپیدمی وبا در جهان بود. شیوع این بیماری در ایران، اساساً به فقدان نهاد بهداشتی مؤثر تا سال ۱۹۰۴ به منظور نظارت بر شیوع بیماری های مسری کودکان و بنابراین عدم بکارگیری ابزارهای مؤثر پیشگیری و قرنطینه بازمی گشت. به علاوه، موقعیت جغرافیایی خاص ایران و روابط نزدیک آن با افغانستان، بلاد الرافدین (عراق)، روابط تجاری بنادر خلیج فارس با هند و رابطه اقتصادی شهرهای شمالی ایران با روسیه مهم ترین عوامل تسهیل کننده گسترش و شیوع بیماری های مسری بود. بنابراین ایران به طور بالقوه در خطر سرایت بیماری مسری وبا از کشورهای همسایه خود قرار داشت.

طی دوره های شیوع بیماری های مسری، زائرین مکه و شهرهای مذهبی عراق هم نقشی مهم در گسترش بیماری میان زوآر ایرانی داشتند

شرایط عمومی غیربهداشتی، کمبود جدی ذخایر آب آشامیدنی سالم، فقر و نبود دانش هم همگی نقشی مهمی در ظهور و شیوع بیماری های عفونی مسری در ایران قرن نوزده و دهه نخست قرن بیست ایفا می کردند. نخستین دوره شیوع وبا، در سال ۱۸۲۱ به و از بوشهر آغاز شد؛ سپس در خوزستان، شیراز، آبادیه (استان فارس)، اصفهان و نواحی مرکزی ایران ظاهر شد و پس از دو سال، از طریق دریای خزر به روسیه نیز رسید.

اپیدمی دوم از هند آغاز شد، به افغانستان رسید و از این طریق در سال ۱۸۲۹ در ایران نیز شیوع پیدا کرد. سپس وبا از دریای خزر به سن پترزبورگ روسیه انتقال یافت و در سال ۱۸۳۲ در کشورهای آلمان، انگلستان و فرانسه پدیدار شد.

اپیدمی سوم، در سال ۱۸۴۶ رخ داد. کانون اصلی آن کشور هند بود و به واسطه افغانستان به شهر مشهد در استان خراسان گسترش یافت و متعاقباً به اصفهان نیز رسید. نهایتاً این بیماری به قسطنطنیه (ترکیه)، روسیه و سایر نواحی اروپایی راه یافت.

به گفته دکتر ارنست کلوکه، طبیب فرانسوی ناصرالدین شاه قاجار، در طول این دوره شیوع وبا، قریب به ۱۰ درصد از جمعیت تهران (یعنی ۱۲ هزار نفر) جان باختند و تلفات روزانه در تبریز به حدود ۱۲۰ نفر رسید.

اپیدمی چهارم وبا در سال ۱۸۵۱ آغاز شد و بین سال های ۱۸۵۱-۱۸۵۲، خود را به شکلی وحشتناک در تهران نشان داد. دوره شیوع وبا در تهران، به مدت ۴۶ روز به طول انجامید و تخمین زده شد که مرگ و میر روزانه، به ۶۰ تا ۷۰ نفر می رسید.

اپیدمی پنجم وبا در ایران، طی سال ۱۸۶۹ رخ داد. در این مرحله، بیماری وبا اساساً از طریق زائرین هندی به مکه رسید و سپس به سراسر عراق گسترش یافت. به همین جهت، زائرین ایرانی در شهرهای مذهبی عراق نیز این بیماری را با خود به ایران انتقال دادند. در این دوره، شهرهای تهران، کاشان، بوشهر، کازرون و شیراز مورد تهاجم این بیماری قرار گرفتند. همزمان قحطی نیز خود را با تلفات بسیار آشکار ساخت. این قحطی تا سال ۱۸۷۱ ادامه یافت. مرگ و میرهای روزانه در تهران، به حدوداً ۵۰ نفر رسید و تخمین زده شد که تقریباً ۵،۰۰۰ نفر جان خود را در شیراز از دست دادند.

اپیدمی ششم در سال ۱۸۹۱ به وقوع پیوست. بیماری وبا از روسیه به شهر رشت در استان گیلان رسید. سپس این بیماری در دامغان (استان سمنان) رایج گشت و در سال ۱۸۹۲ به تهران رسید. در شهر کوچک شوشتر، واقع در استان خوزستان، نزدیک به ۲ هزار نفر جان باختند.

نهایتاً اپیدمی هفتم، در سال ۱۹۰۳ آشکار شد و از بصره به خلیج فارس و سپس استان های شیراز، اصفهان و تهران گسترش یافت. استان غربی کرمانشاه نیز از طریق قصر شیرین، واقع در نزدیکی مرز ایران و عراق، از گسترش بیماری در امان نماند. سپس سایر شهرها، من جمله مشهد و تبریز آلوده شدند. بیماری تا مرزهای روسیه گسترش یافت و نهایتاً در سال ۱۹۰۵ به آلمان و اتریش رسید. تخمین زده می شود که نزدیک به ۲۰،۰۰۰ نفر از مردم- به خصوص فقرا و افراد ضعیف- جان خود را در نتیجه وبا در تهران از دست دادند. مجلس حفظ الصحة پیشتر در سال ۱۸۸۱ دایر شده بود، اما با این حال فعال نبود.

این مجلس در سال ۱۹۰۴ مجدداً دایر شد و فعالیت های آن تا سال ۱۹۲۰ ادامه یافت. هدف اصلی این مجلس پس از تأسیس مجدد، ایجاد یک کمپین ملی علیه شیوع بیماری های عفونی مهلک من جمله وبا و طاعون در ایران بود تصویر ۳: نامه مجلس حفظ الصحة به وزارت مالیه به منظور تخصیص بودجه سالانه ۱۵۰۰۰ تومانی برای بهداشت عمومی و ابزارهای قرنطینه، سال ۱۹۱۶.

شیوع بیماری وبا در ایران قرن بیستم

در طول قرن بیستم، شیوع وبا در ایران هم چنان ادامه یافت؛ در سال ۱۹۱۷، در طول جنگ جهانی اول، بیماری وبا در استان های مازنداران و خراسان ظاهر شد. از ۳۴۴ بیمار در مازندران، ۱۸۸ نفر جان باختند. در خراسان نیز، از ۳۱۱ بیمار مبتلا به وبا، ۳۰۸ نفر مردند. بار دیگر در سال ۱۹۲۳، وبا در عراق ظاهر شد، اما با استفاده از ابزارهای پیشگیری در مرکز قرنطینه قصر شیرین و ممنوعیت ورود زائرین به شهرهای مذهبی عراق از سوی مجلس حفظ الصحة، روند این بیماری متوقف شد. در طی این دوره از شیوع بیماری، شهر آبادان مورد تهاجم وبا قرار گرفت، به طوری که از ۹۶۱ بیمار، ۹۱۱ نفر جان باختند. به علاوه، در روستای کوچکی در مجاورت قصر شیرین شش فرد مبتلا به وبا جان خود را از دست دادند. در سال ۱۹۴۱ نیز بیماری وبا در افغانستان شیوع پیدا کرد و به همین خاطر وزارت بهداشتی از روش های قرنطینه برای جلوگیری از شیوع آن در ایران استفاده نمود.

تصویر ۴: شیوع بیماری وبا در افغانستان در سال ۱۹۴۱ و اعمال ابزارهای پیشگیری، من جمله قرنطینه، از سوی وزارت بهداشتی ایران برای جلوگیری از گسترش این بیماری در ایران

مجدداً در سال ۱۹۶۰، بیماری وبا در پاکستان و افغانستان شایع شد. در این مقطع، انیستیتو پاستور ایران (که در سال ۱۹۲۱ و اواخر دوره قاجاریه تأسیس شده بود) برای حمایت از مردم نواحی شرقی ایران در برابر وبا، ۹.۵ میلیون واکسن وبا تولید کرد. در اوایل قرن ۲۱ نیز ایران شاهد شیوع محدود وبا در تابستان سال ۲۰۰۵ بود که در آن از ۱۱۵۰ بیمار مبتلا، ۱۱ نفر جان باختند

منبع:

(1) Azizi, M.H; Azizi, F. "History of Cholera Outbreaks in Iran during the 19th and 20th Centuries", Middle East Journal of Digestive Diseases, Vol. 2, No. 1, January 2011, pp. 52-54

آمار سوءتغذیه در کودکان ایرانی

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

رئیس انجمن پزشکان کودکان ایران گفته است که با وجود کاهش سوءتغذیه در ایران و جهان هنوز هم يك سوم کودکان ایرانی دچار آن هستند.

به گزارش خبرگزاری مهر، دکتر غلامرضا خاتمی که در نشست خبری سی و دومین کنگره بزرگداشت دکتر محمد قریب سخن می‌گفت با اعلام این خبر به تفاوت میزان سوء تغذیه در مناطق مختلف ایران اشاره کرد و گفت که در يك استان ممکن است این نرخ پنج تا شش درصد و در برخی استان‌ها تا ۲۰ درصد هم باشد.

دکتر خاتمی در اردیبهشت ماه سال گذشته از شیوع شش تا هفت درصدی سوءتغذیه کودکان ایرانی خبر داده و نیز افزوده بود که در استان‌های محروم این میزان به ۱۱ درصد نیز افزایش یافته است.

دکتر زهرا عبداللہی کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت نیز در تیرماه سال گذشته با تکذیب گفته نماینده یونسف در تهران مبنی بر افزایش سوءتغذیه کودکان گفت که «سوء تغذیه کودکان ایرانی از ۱۵ به هشت درصد کاهش داشته که نشان‌دهنده کاهش ۴۰ درصدی آن است».

آمار جدید رئیس انجمن پزشکان کودک مبنی بر وجود سوءتغذیه در يك سوم کودکان کشور با توجه به آمار کاهشی سال‌های گذشته، کاملاً متفاوت به نظر می‌رسد.

اداره بهبود تغذیه وزارت بهداشت ایران از سال ۸۶ شروع به تهیه نقشه آسیب‌پذیری سوءتغذیه کودکان ایرانی در ۳۵۰ شهرستان کرده که هدف آن شناخت دقیق میزان شیوع سوء تغذیه در کودکان ایرانی بود تا بتوان با دستیابی به اطلاعات لازم در مسیر کنترل و کاهش آن برنامه‌ریزی کرد.

در این نقشه آسیب‌پذیری، سوءتغذیه کودکان از طریق اندازه‌گیری قد، وزن، دور سر و نسبت‌هایی که از این سه اندازه بدست می‌آید معلوم می‌شود.

سوءتغذیه حاد معمولاً منجر به کم‌وزنی بدن و لاغری می‌شود، نوع مزمن سوءتغذیه ممکن است با کم‌وزنی، و کوتاه‌قدی همراه باشد و سوءتغذیه بسیار شدید با دو شاخص پیشین به علاوه اندازه دور سر کمتر از حد استاندارد همراه می‌شود.

سوءتغذیه در ایران و دنیا و علل آن

دکتر خاتمی عمده‌ترین انواع سوءتغذیه در ایران را کمبود ریزمغذی‌ها (آهن، ید، منیزیم، ویتامین‌های آ، ای، ب شش، سی و دی، روی و ...) و املاح دانست.

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در آخرین نشست خود در ماه گذشته در ژنو برآورد کردند که حدود ۴۰ درصد کودکان مدرسه‌رو در کشورهای درحال توسعه آهن کم دارند.

ضمناً برآورد جهانی نشان می‌دهد که سالانه ۱۳ میلیون کودک در دنیا با وزن کم متولد می‌شوند که حدود ۲.۵ میلیون آن‌ها به دلیل عدم دریافت کافی آهن از سوی مادر در دوران بارداری دچار این مشکل شده‌اند.

بیش از یک سوم کودکان پیش از سن مدرسه جهان دچار کمبود ویتامین آ هستند و حدود دو میلیارد نفر از جمعیت دنیا از کمبود ید رنج می‌برند.

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت کمبود ویتامین آ، روی، آهن و ید مهم‌ترین نگرانی اولیه بهداشتی جهان است.

یکی از نشانگرهای کلیدی سوءتغذیه مزمن، کوتاه‌قدی است که کودک در مقایسه با استانداردهای رشد سازمان جهانی بهداشت کوتاه‌تر از گروه سنی خود است.

آمار مربوط به سال ۲۰۱۰ نشان می‌دهد که ۴۳ میلیون کودک زیر پنج سال چاقی بیش از حد دارند که خود نوعی سوءتغذیه محسوب می‌شود و باعث افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و برخی دیگر بیماری‌ها می‌شود.

سازمان جهانی بهداشت عدم دسترسی به مواد غذایی به خصوص با توجه به افزایش کنونی قیمت‌ها در دنیا را عامل اصلی و مشترک سوءتغذیه در سراسر جهان می‌داند که عمدتاً گریبان کشورهای با درآمد کم یا متوسط را گرفته است.

شیرن دادن کودک از سوی مادر در مدت زمان مناسب، ارائه غذای نامناسب به کودک و نرسیدن مواد مغذی کافی به کودک از جمله عوامل اصلی دیگر سوءتغذیه کودکان به شمار می‌آیند.

انواع عفونت‌ها مانند اسهال مکرر، ذات‌الریه، سرخک و مالاریا نیز سوءتغذیه را تشدید کرده‌اند.

• مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

• مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد

شهید صدوقی یزد

آمار شیوع حاملگی های پرخطر

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

فشار خون حدود ۶ تا ۷ درصد حاملگی ها را حتی در برخی آمار ها تا ۱۰ درصد درگیر می کند و یکی از علل مرگ و میر مادران محسوب می شود

دکتر صدیقه حنطوش زاده دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران در گفتگو با باشگاه خبرنگاران با بیان اینکه گروهی از زنان در خوشبختانه پلاکت پایینی که ناشی : دوران بارداری به علت درگیری پلاکت ها در جفت و یا بارداری دچار افت پلاکت می شوند گفت . از خود بارداری باشد شدید نبوده و معمولاً مشکل برای مادر ایجاد نمیکند

وی تصریح کرد : در صورتی که پلاکت پائین به دلیل بیماریهای ناشی از بارداری باشد مشکل آفرین خواهد بود

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان اینکه یکسری از بیماریهای مانند مسمومیت بارداری خاص دوره بارداری هستند که به جز در چنین موقعیتی افراد مبتلا نمی شوند اظهار داشت: مسمومیت بارداری به صورت فشار خون ، دفع پروتئیناز ادرار و در مواردی ورم شدید ظهور می یابد

این جراح زنان تصریح کرد : در صورتی که فشار خون خفیف باشد و پروتئین زیادی دفع نشود مشکل ساز نخواهد بود ولی اگر فشارخون افزایش یابد رشد جنین کاهش یافته و مادر دچار سردرد یا اختلال دید باشد ، پلاکت افت کرده و گاهی با درگیری کبد و مسمومیت شدید بارداری همراه خواهد بود که منجر به ختم بارداری شده و در صورت اقدام دیر هنگام منجر به مرگ مادر می شود

وی با بیان اینکه در برخی از موارد مسمومیت شدید بارداری که در سنین پایین و در ۲۵ هفته ایجاد می شوند ، جنین نادیده گرفته می شود ، افزود : در چنین حالتی نجات جان مادر از اهمیت بیشتری برخوردار است اما اگر نزدیک زایمان باشد و بتوان یک تا دو روز صبر کرد و به کودک را حفظ کرد ، (بالای ۳۴ هفته) در صورتیکه حال مادر وخیم نباشد ، می توان ۴۸ ساعت صبر کرده و سپس کودک را از رحم خارج نمود

مسمومیت بارداری حدود ۶ تا ۱۰ درصد حاملگی ها را در بر می گیرد اما مسمومیت شدید : این فوق تخصص خاطرنشان کرد بارداری حدود ۱ درصد می باشد که علت اصلی آن به خوبی مشخص نمی باشد

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی

آمار زایمان زودرس

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

زایمان زودرس

به تولد بین هفته های (۲۲-۳۷) زایمان زودرس گفته می شود. بهترین راه برای پیشگیری از زایمان زودرس شناخت علائم آن است. زایمان زودرس در حدود ۸٪ از بارداریها اتفاق می افتد و ۷۰٪ مرگ و میرهای نوزادی در این نوزادان دیده می شود

علل زایمان زودرس

اگرچه علت آن دقیقاً مشخص نیست ولی عوامل زیر نقش اساسی دارند

عفونتهای واژینال به خصوص باکتریال: مواد ترشح شده از باکتریها باعث پاره شدن کیسه آب می شود و گاهی ورود باکتری به مایع آمنیوتیک باعث زایمان زودرس می شود

ناهنجاریهای رحم

مشکلات جفت مانند جفت سر راهی و کندگی جفت

بیماریهای روده، عفونت کلیوی، عفونت ریوی، هیپاتیت، اسم شدید، لویس، برخی بیماریها مانند: دیابت، ژنژویت عفونت لثه شدید ضربه به شکم، جراحی شکم مانند آپاندیس در بارداری

تعدادی از عوامل زایمان زودرس در مادران

سن کمتر از ۱۸ یا بیشتر از ۳۵ سال

قد کوتاه

سابقه قبلی از زایمان زودرس

حاملگی دوقلو یا چندقلو

وزن کم قبل از حاملگی

مصرف سیگار، الکل، کوکائین در حاملگی

خونریزی واژینال بیش از یک دوره سه ماهه

فاکتورهای ژنتیکی

کار سخت و طولانی مدت

استرس: برخی مطالعات نشان داده که استرس زیاد باعث تولید هورمونهایی می شود که انقباضات رحم را بیشتر کرده و منجر به زایمان زودرس می شود.

علائم زایمان زودرس

انقباضات منظم رحمی (۴ بار یا بیشتر در ساعت). گاهی این انقباضات بدون درد می باشد و فقط سفتی و فشردگی در عضلات رحم ایجاد می شود

دردهای شکمی مانند دردهای دوران پرئود

افزایش و یا تغییر واضح در ترشحات واژینال و یا خونریزی واژینال

پارگی کیسه آب و دفع مایع روشن از واژن

درد و فشار در قسمت انتهایی کمر: کمر درد شایع ترین مشکل دوران بارداری است زیرا مادر در حال افزایش وزن است. کمردردهای شدید در ماههای آخر می تواند علامتی برای زایمان زودرس باشد

احساس اینکه جنین در حال فشار به سمت پائین است

تورم ناگهانی و شدید در پا، دست و صورت

تغییر واضح در حرکت جنین

تب، لرز، استفراغ و سردرد شدید

درد معده: گاهی درد معده که به هیچ وجه برطرف نمی شود و گاهی همراه با اسهال می باشد

روشهای تشخیص زایمان زودرس

دو روش تشخیص برای کسانی که در معرض خطر بیشتری از نظر زایمان زودرس هستند وجود دارد

مهبانه و اندازه گیری طول دهانه رحم توسط پزشک

اندازه گیری پروتئین فیبرونکتین در ترشحات رحم و واژن. (پروتئین فیبرونکتین پروتئینی است که توسط غشای جنین ترشح می شود

عوارض زایمان زودرس

طبق مطالعات جدید مشخص شده کودکانی که يك تا سه هفته زودتر از موعد به دنیا می آیند، در هفته اول تولد، شش برابر و در سال اول تولد سه برابر بیشتر از نوزادانی که در زمان مقرر به دنیا می آیند در معرض خطر مرگ قرار می گیرند. طرف نظر از میزان مرگ و میر، این گروه از نوزادان نسبت به بقیه آسیب پذیرترند.

زمان تولد نوزاد طبیعی، هفته ۳۷ بارداری به بعد است. نوزادان زودرس که در هفته ۳۴ تا ۳۶ بارداری متولد می شوند، ۷۱٪ نوزادان را شامل می شوند. در مطالعات زیادی مشخص شده است که این کودکان بیش از بقیه در معرض مشکلات تنفسی و تغذیه ای قرار می گیرند، در تنظیم دمای بدن خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند و احتمال ابتلا به زردی هم در آنها بیشتر است، همچنین این کودکان در فرآیند رشد مغز نیز با مشکلاتی مواجه می شوند.

مادران در معرض خطر زایمان زودرس

در مواردی به دلیل ناهنجاریهای رحمی، مادر قدرت نگهداری جنین را تا زمان معمول ندارد. در حال حاضر نیر با توجه به روشهای باروری مصنوعی به دلال مختلف، مادران قدرت کمتری در نگهداری جنین تا پایان ۹ ماه دارند در نتیجه شیوع نارسی نوزاد بالا می رود.

پرستاران شیفت شب علاوه بر اینکه از نظر جسمی و روحی دچار ضربه می شوند، متأسفانه نسبت به سایر زنان شاغل، بیشتر در معرض خطر بروز زایمانهای زودرس و سقط جنین هستند. عواملی همچون شب کاری، استرس شغلی و تماس با داروها، علاوه بر تأثیرات منفی بر جنین، احتمال زایمان زود هنگام را در پرستاران افزایش می دهد.

به تازگی با بررسی حدود ۱۸۰۰ زن باردار مشخص شد، خطر زایمان پیش از موعد در افرادی که نگرانی آنها درباره بارداریشان زیاد است، تا سه برابر افزایش می یابد. از علل دیگر، ابتلای مادر به افسردگی است. مادران باردار افسرده، بیشتر در معرض خطر زایمان زودرس قرار دارند. هورمون استرس در مادران افسرده به طور قابل توجهی بیشتر است که منجر به زایمان زودرس

می شود. به طور متوسط مادران مبتلا به افسردگی دو روز زودتر از معمول زایمان می کنند، اما مادری که دچار افسردگی شدید

عفونتهای دهان و دندان در زنان، احتمال زایمان زودرس را تا ۷ برابر بیشتر می کند که تحقیقات نشان داده است انتقال سریع عفونتهای دهان و دندان به جنین باعث زایمان زودرس می شود. قرار گرفتن زنان غیر سیگاری در معرض دود دخانیات و به ویژه دود سیگار در دوران حاملگی، باعث کاهش وزن نوزاد و زایمان زودرس می شود. همچنین مواجهه با دود دخانیات در دوران حاملگی می تواند باعث تأخیر در رشد دوران رحمی و سقط ناگهانی جنین می شود.

زایمان زودرس در حاملگی اول احتمال آن را در حاملگی های بعدی دو برابر می کند و زایمان زودرس در ۲ حاملگی اول شانس آن را در حاملگی سوم ۳ برابر می کند. برعکس، ختم موفق بارداری احتمال زایمان زودرس، در بارداریهای بعدی را کاهش می دهد. تنها ۱۶٪ تولدهای زود هنگام در کسانی رخ می دهد که سابقه این حالت را داشته اند؛ درحالیکه یکی از ثابت ترین و پذیرفته شده ترین عوامل خطر می باشد. نقش سقط جنین به عنوان عامل خطر چندان مشخص نیست.

وجود باکتری در ادرار بدون علامت، خطر زایمان زودرس را ۲ برابر می کند. اگر کسی عفونت کلیوی درمان نشده داشته باشد ۳۰٪ خطر زایمان زودرس و عفونت ریه ۲۵٪ خطر زایمان زودرس را بالا می برد. مالاریا و تب تیفوئید هم با ۵۰٪ افزایش زایمان زودرس همراه هستند.

پارگی زودرس پرده های پوشاننده جنین نیز احتمال زایمان زودرس را زیاد می کند. اندازه رحم عاملی تعیین کننده در شروع زایمان و زمان آن است. رحم می تواند به دلیل حاملگی چند قلوئی یا افزایش مایع آمنیوتیک حجیم شود. حاملگی دوقلو در ۵۰٪ موارد با زایمان زودرس همراه است.

راههای مقابله و پیشگیری

با کنترل بیماریهای مادر و کنترل تغذیه و تأمین شرایط مناسب برای حاملگی می توان از تولد نوزاد نارس جلوگیری کرد، اما بعد از تولد نیز می توان نوزادان نارس را با بهترین کیفیت نگهداری کرد و در نتیجه از مرگ و میر آنها جلوگیری کرد

برای کاهش خطر زایمان نوزاد نارس نیز باید مواردی را رعایت کرد، مثلاً در مورد مادران افسرده و مضطرب، اگر پزشک متخصص با این افراد گفتگو کند می تواند ترس و اضطراب آنها را به حداقل برساند. حمایت و نقش پدر نیز در کاهش این اضطراب ها و نگرانیها بسیار تأثیر گذار است

برای پیشگیری از ابتلا به مسمومیت بارداری، کنترل دقیق موارد این بیماری و پرهیز از تصمیمگیری شتاب زده برای ختم بارداری ضروری است

برای درمان عفونتهای دهان و دندان، به دلیل وجود حساسیتهای ویژه در سه ماهه اول بارداری و عدم امکان عکسبرداری و بی-حسی، همچنین عدم امکان بی-حسی در ماههای بعدی، بهتر است زنان قبل از باردار شدن، توجه بیشتری به بهداشت دهان و دندان خود داشته باشند. و هرگونه درمانی را که لازم است، انجام دهند

زنان در معرض خطر باید تحریک جنسی را کاهش دهند. از کار سنگین پرهیز کنند و زمان استراحت خود را افزایش دهند. هر يك تا ۲ هفته ویزیت و بررسی های معمول باید انجام شود. این بررسیها شامل وزن، فشار خون، مقدار گلوکز و آلبومین ادرار و ارتفاع رحم و همینطور میزان ضربان قلب جنین می باشد. برای ارزیابی و تشخیص، وجود همزمان انقباضات منظم رحمی و تغییرات دهانه رحم در هفته ۲۰ تا ۳۷ ضروری است

اگر جنین مرده باشد یا ناهنجاریهای ناسازگار با حیات داشته باشد یا مادر به مشکلات طبی مثل فشار خون بالای حاملگی مبتلا باشد و جنین قادر به زندگی باشد، آنگاه زایمان انجام شده و نوزاد به دنیا آورده می شود. اگر منعی برای ادامه حاملگی وجود نداشته باشد، تلاش برای توقف زایمان زودرس صورت می گیرد

شما مادران حتما در مورد انجام زایمان فکر کرده اید. در مورد اینکه کدام روش زایمان مناسب تر است؟ کدامیک عوارض کمتری دارند؟ ما در اینجا به طور خلاصه در مورد مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین صحبت می کنیم. سزارین روشی است که نوزاد از طریق يك برش جراحی که بر روی شکم و رحم مادر داده می شود، متولد می گردد و در موارد معدودی پزشک تصمیم می گیرد زایمان را به طریق سزارین انجام دهد. در این موارد سزارین جهت نجات جان مادر و نوزاد انجام می شود و باید خطرات آن را پذیرفت. اما در موارد غیر ضروری به عنوان يك عمل جراحی بزرگ خطراتی را برای مادر و نوزاد به همراه دارد. مشخص شده RDS ست که نوزادانی که به دلیل انتخاب زمان نادرست سزارین به دنیا می آیند به میزان چشمگیری در معرض خطر ابتلا به هستند [\(سندروم دیسترس تنفسی\)](#)

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تنها ۵ تا ۱۵ درصد زایمانها باید به طریق سزارین انجام شوند در حالیکه طبق آمار رسمی در ایران حدود ۲۵ تا ۳۵ درصد زایمانها به صورت سزارین صورت می گیرند و براساس آمار غیر رسمی سزارین در ایران پنج برابر سایر نقاط جهان است. امروزه در برخی از بیمارستانهای ایران این آمار حتی ۱۰۰٪ نیز گزارش شده است. برخی متخصصین علت افزایش گرایش زنان به انتخاب سزارین را فرار از درد زایمان می دانند اما عمل سزارین خود با درد فراوان همراه است و عواقب منفی متعددی نیز به همراه دارد

آمارسزارین در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

داشتن فرزند آرزوی هر پدر و مادری است. کودک نعمتی است که شادی و نشاط را با وجود کودکانه خود برای والدین به ارمغان می‌آورد.

دوران بارداری برای هر مادری سخت، اما مقدس و شیرین است. دغدغه همه مادران به‌ویژه مادران جوان و آنانی که تولد اولین کودک خود را تجربه می‌کنند، در ماه‌های آخر بارداری فرایند زایمان و وضع حمل است. برخی از مادران جوان ماه‌های آخر بارداری خود را با ترس بی‌مورد از زایمان و با ناراحتی و کابوس سپری می‌کنند.

دیری نمی‌پایید که رویای شیرین مادر شدن جای خود را به ترس‌های ناشی از خرافات و تلقین‌های بعضا غلط اطرافیان می‌دهد و دیگر زایمان نه آن ارتباط نزدیک و معنوی با خدا، بلکه رویدادی دلهره‌آور است که ترجیح می‌دهند در بی‌هوشی سپری شود. آمارها نشان می‌دهد که میزان کلی سزارین در غرب که در سال ۱۹۸۰ به ۲۵ درصد رسیده بود، با راهکارهای دولت‌ها بسیار کاهش یافته و هم اکنون در بعضی کشورها به کمتر از ۱۰ درصد رسیده است. میانگین این آمار در غرب، هم اکنون چیزی نزدیک به ۲۰ درصد است، حال آنکه در ایران این رقم به ۳۵ درصد (۶۰ درصد در شهرها و نزدیک به ۱۰۰ درصد در بعضی از بیمارستان‌های خصوصی تهران) رسیده است. ۷۵ درصد سزارین‌هایی که در کشور ایران انجام شده، غیرضروری و به‌صورت انتخابی بوده است.

میزان سزارین در ایران بیش از ۳ برابر نرخ جهانی است. آمار بالای سزارین‌های غیرضروری در کشور ایران زنگ خطری برای متولیان بهداشت و درمان است و نشان می‌دهد که مادران، به‌ویژه مادران جوان به انجام مشاوره‌های دقیق برای آگاهی از عوارض زایمان سزارین نیاز دارند. به گفته محققان، افزایش نرخ زایمان سزارین به‌ویژه در سال‌های اخیر به عوامل گوناگونی بستگی داشته که ناآگاهی بیماران، محرک‌های مالی، ترجیح پزشکان و فلسفه آموزش و تمرین در پزشکی با نگرش پاتولوژیک نسبت به زایمان برخی از دلایل آن است.

ترس از زایمان

مینا دهلوی تولد اولین کودکش را انتظار می‌کشد. وی به قدری از زایمان می‌ترسد که ترجیح می‌دهد چند هفته زودتر زایمان سزارین کند. او از جمله کسانی است که زایمان سزارین انتخاب خود اوست، نه تجویز و پیشنهاد پزشک. استفاده از تجربه فردی که از انجام زایمان طبیعی رضایت نداشته باشد، می‌تواند عده بسیاری را به زایمان طبیعی بدبین کند. این یکی از بزرگ‌ترین دلایل کاهش آمار زایمان طبیعی در ایران است.

دکتر بدران لویی، متخصص زنان و زایمان در این باره می‌گوید: «ممکن است ترس از زایمان دلیل گرایش برخی از مادران جوان به زایمان سزارین باشد، اما این مسئله‌ای است که با آموزش و مشاوره پیش از وضع حمل، قابل حل است.» وی همچنین نقش رسانه‌ها را در فرهنگ‌سازی مهم دانسته و معتقد است: «رسانه‌های جمعی با آموزش صحیح و درست می‌توانند در گرایش مادران به زایمان طبیعی که سالم‌تر از زایمان سزارین بوده و نسبت به آن از عوارض کمتری برخوردار است، نقش مثبت و سازنده‌ای را ایفا کنند.

کاهش درد

حوریه صیدی، مادری است که هر ۲ نوع زایمان را تجربه کرده است. وی به خاطر درد زایمان طبیعی، زایمان سزارین را انتخاب کرده است. وی درباره انتخابش می‌گوید: «از زایمان طبیعی فقط صحنه‌های جیغ و فریاد و دردی که می‌کشی در خاطرم هست. واقعاً زایمان طبیعی مثل شکنجه است. با سزارین نه خودم آذین می‌شوم و درد می‌کشم و نه اطرافیانم به زحمت می‌افتند.

با پای خودم به بیمارستان می‌روم و مثل زایمان طبیعی به بچه هم فشار نمی‌آید.» اما به نظر می‌رسد کاهش درد زایمان دلیلی منطقی برای انتخاب زایمان سزارین نیست. دکتر پیروزبخت در این باره می‌گوید: «آنچه این زنان جوان امروز به آن بی‌توجهند این است که هر دو زایمان سزارین و طبیعی با درد همراه است. در زایمان طبیعی این درد قبل از وضع حمل است و در سزارین درد بعد از زایمان به وجود می‌آید که بسیار شدیدتر از درد زایمان طبیعی است. ضمن اینکه درد زایمان طبیعی چون متناوب است بین فواصل درد برای فرد امکان استراحت هست، اما درد زایمان سزارین این طور نیست و زمان زیادی باید بگذرد که اثر داروهای بیهوشی، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و... که روی شیردهی نیز مؤثر است، از بدن مادر خارج شود. در زایمان طبیعی خونریزی کمتر است.

احتمال عفونت و آمبولی کاهش می‌یابد و نیاز نیست بیمار آنتی بیوتیک زیادی مصرف کند. بازگشت سریع عضلات بدن به فرم طبیعی، بازگشت سریع‌تر به محیط خانواده و شروع زندگی عادی و کاهش هزینه درمان از دیگر محاسن زایمان طبیعی است. زایمان طبیعی به نوزاد فرصت می‌دهد خود را با محیط خارج از رحم تطبیق دهد.

در واقع انقباض‌های طبیعی رحم هنگام زایمان، سبب کنار آمدن تدریجی نوزاد با محیط خارج از رحم می‌شود. می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین دلایل روی آوردن زنان باردار به سزارین، عدم استفاده از روش‌های بی‌دردی زایمان و همچنین برخورد بد با زنان باردار است. متأسفانه در بیمارستان با مادران باردار رابطه خوبی برقرار نمی‌شود و زنان باردار ممکن است ساعت‌ها درد را تحمل کنند. در حالی که مادر طی عمل سزارین بیهوش است و دردی حس نمی‌کند و پس از زایمان هم مادرانی که نوزاد خود را به صورت سزارین به دنیا آورده‌اند، حس بهتری دارند.

تجویز پزشک

زهره سرمدی مادری است که زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهد. وی می‌گوید: «زایمان طبیعی انتخاب اول من است. اما با وجود مشکلاتی که برایم پیش آمد و دستور پزشکم، مجبور شدم سزارین را انتخاب کنم.» دکتر پدران لویی نیز معتقد است زایمان سزارین اگر درست و بجا استفاده شود، می‌تواند سلامت مادر و نوزاد را تضمین کند. اما متأسفانه مسائل مالی نیز در افزایش آمار سزارین بی‌تأثیر نبوده است. بالا رفتن آمار عمل سزارین، نشان‌دهنده دو واقعیت تلخ در جامعه ایران است؛ نخست اینکه عده‌ای برای منافع مالی خود، حاضر هستند جان مادر و نوزادش را به خطر بیندازند و دوم اینکه سطح آگاهی جامعه در مسائل پزشکی، هنوز در حدی قرار نگرفته که بتواند معایب و مزایای شیوه علم نوین پزشکی را از یکدیگر تشخیص دهد.

افزایش آمار سزارین در جامعه توجه بیشتری را می‌طلبد. این در حالی است که در بیشتر کشورهای پیشرفته دنیا، مادران را به زایمان طبیعی تشویق و ترغیب می‌کنند. زایمان طبیعی راحت‌تر، ارزان‌تر و بی‌خطرتر از سزارین است. درصد ابتلا به عفونت در بین مادران سزارین شده بیشتر از مادرانی است که زایمان طبیعی کرده‌اند.

ترویج زایمان طبیعی به جای سزارین فقط با بخشنامه و درگیری و زور و تنبیه حل نمی‌شود، بلکه باید موانع مختلف بر سر راه کاهش سزارین در کشور نظیر رفتارها و باورهای غلط، نبود امکانات برای انتخاب بهتر افراد و... برداشته شوند تا با ایجاد تسهیلات و امکانات مناسب برای همه زنان، تمامی مادران باردار بتوانند از زایمان‌های ایمن بدون درد استفاده کنند. نهادینه کردن روش‌های زایمان بدون درد، حضور همسر حین زایمان، تمرینات ریلکسیشن، انجام حرکات عضلانی و تنفسی خاص، صوت درمانی، عطر درمانی، هیپنوتیزم، استفاده از گاز «انتونکس»، زایمان در آب و انواع ماساژها می‌تواند بسیار مؤثر باشد. تولد کودک مهم‌ترین و زیباترین رویداد زندگی هر مادری است و زایمان، مقدس‌ترین فصل آن است. به‌راستی چگونه می‌توان آگاهانه خود را از چنین موهبتی محروم کرد.

تهران دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی

علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی فصلنامه

آمار مرگ نوزادان زودرس

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سراسر جهان به دلیل تولد زودرس جان خود را از دست می‌دهند. پژوهش تازه‌ی هر سال یک میلیون و یک صد هزار نوزاد در کوچک جلوگیری کرد بهداشت جهانی حاکی از آن است که با روش‌هایی ساده می‌توان از مرگ این انسان‌های سازمان

دوپیچه وله ، سالانه به طور متوسط ۱۳۰ میلیون کودک در سراسر جهان به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز به نقل از نقل از سازمان بهداشت جهانی از این تعداد ۱۵ میلیون نوزاد زود هنگام متولد می‌شوند. این سازمان با همکاری متولد می‌شوند. به تازه‌ای در مورد آمار مرگ این نوزدان در نقاط مختلف جهان تهیه بیش از ۱۰۰ پژوهشگر و دانشگاه‌هایی از سراسر جهان گزارش کرده است.

می‌کشد. به طور متوسط از ده نوزاد یکی آمار جمع‌آوری شده در این گزارش وضعیت نگران‌کننده‌ی نوزادان زودرس را به تصویر پیش از موعد متولد می‌شود. بیش از ۸۵ درصد از تولدهای پیش هنگام، در پیش از پایان هفته ۳۸ بارداری و با این حساب حال توسعه رخ می‌دهد کشورهای در

دومین دلیل مرگ نوزادان زودرس

میلیون و ۱۱۹ هزار نوزاد یا ۹ / ۱۱ درصد از ۱۵ میلیون نوزاد زودرسی که سالانه در جهان متولد می‌شوند، به طور متوسط یک را از دست را می‌دهند. جوی لون، یکی از نویسندگان این گزارش به خبرگزاری آلمان قادر به ادامه‌ی زندگی نیستند و جان خود «می‌گوید: «تولد زودرس پس از عفونت ریه دومین علت متداول مرگ نوزدان است

کشور از هر ۱۰۰ نوزاد زودرس ۱۸ نوزاد زنده نگران‌کننده‌ترین آمار مربوط به مالاوی، کشوری در جنوب شرق آفریقا است. در این متوسط ۴ / ۱ درصد کاهش پیدا می‌کند نمی‌مانند. در روسیه سفید این رقم به

این کشور در گزارش سازمان بهداشت جهانی از این نظر در بهترین موقعیت قرار دارد. در این گزارش به آمار مرگ نوزدان زودرس در ایران اشاره‌ای نشده است

این حساب کمتر از رقمی است که سازمان وزارت بهداشت ایران مدعی است که آمار تولد نوزادان زودرس در ایران ۱۰ درصد و با بهداشت جهانی اعلام کرده است

پرناتولوژی و نوزادان ایران، تولد اما به گفته دکتر صدیقه حنطوش‌زاده، دبیر چهارمین همایش سراسری مشترک انجمن علمی است. صدیقه حنطوش‌زاده در این همایش که تابستان سال ۱۳۹۰ برگزار شد آمار زود هنگام شایع‌ترین علت مرگ نوزدان در ایران نوزادان زودرس در ایران را ۲۰ تا ۲۵ نوزاد در ۱۰۰۰ تولد زنده عنوان کرد مرگ و

توصیه‌های برای مادران باردار

هرچند پایین‌تر از میانگین متوسط سازمان در آلمان از ۱۰۰ کودک به طور متوسط ۹ نوزاد زود هنگام متولد می‌شوند. این رقم کشورهای پیشرفته رقم بالایی به شمار می‌رود بهداشت جهانی است اما با توجه به آمار

یا سیگاری بودن مادر اغلب دلیل تولد پیش از موعد بالا بودن سن مادر یا بیماری‌های ناشی از رفاه اجتماعی از جمله فشار خون بالا نوزدان زودرس در آلمان است

افزایش داده‌اند. پروفسور اولریش گمبروخ از کلینیک افزایش آمار بارداری‌های چند قلو در این کشور نیز خطر تولد پیش از هنگام را «دانشگاه بن در این مورد می‌گوید: «لقاح مصنوعی دلیل افزایش آمار تولد نوزادان چند قلو در آلمان است

توضیح می‌دهد: «از آنجا که خانم‌ها با پروفسور گمبروخ که عضو هیئت مدیره جامعه پزشکان زنان در زمینه داروهای پزشکی است «می‌شوند این آمار افزایش یافته است سن بالا اغلب با کمک لقاح مصنوعی باردار

کم هزینه می‌توان آمار مرگ نوزادان زودرس پژوهشگرانی با سازمان بهداشت جهانی همکاری کردند معتقدند که با روش‌های موثر و به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد

زودرس است. روش دیگر تزریق آمپولی در یکی از این روش‌ها آموزش مادران در مورد شیوه‌های مناسب گرم نگهداشتن نوزاد احتمال عفونت ریه نوزادان زودرس را کاهش می‌دهد دوران بارداری است که تنها یک دلار قیمت دارد و

توجه بیشتری به سلامت خود داشته باشند، در کشورهای پیشرفته و در صورت بارداری در سنین بالا نیز به مادران توصیه می‌شود فشار خون بالا با رژیم غذایی مناسب خطر تولد پیش از هنگام نوزاد را کاهش دهند از سیگار کشیدن پرهیز کند و در صورت داشتن

بزشکی پژوهش در

پزشکی شهیدبهشتی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

علوم پزشکی پژوهش در

بهداشتی-درماتی استان اصفهان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

آمار پیوند کبد در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

جام جم آنلاین: مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران چند سالی است که به عنوان موسسه همکار سازمان بهداشت جهانی در تحقیقات سرطان در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا فعالیت می‌کند؛ این مرکز از ۱۰ سال پیش تحقیقات وسیعی را در رابطه با سرطان‌های فوقانی دستگاه گوارش - که بخصوص در شمال ایران شایع است - انجام داده که نتایج این تحقیقات در قالب بیشتر از ۵۰ مقاله علمی در معتبرترین مجلات علمی دنیا به چاپ رسیده است.

در همین راستا يك برنامه پژوهشی در رابطه با چگونگی پیشگیری از سرطان مری در منطقه گنبدکاووس و سرطان معده در منطقه اردبیل از سال آینده به اجرا درمی‌آید.

با دکتر ملک‌زاده، رئیس این مرکز به گفت‌وگو نشستیم تا از این برنامه و سایر برنامه‌های مرکز بیماری‌های گوارش و کبد مطلع شده و پیشرفت‌های به دست آمده در درمان بیماری گوارش و کبد بخصوص دستاوردهای محققان ایران در پیوند کبد را برای شما خوانندگان بازگو کنیم.

اجرای برنامه پیشگیری از سرطان‌ها با همکاری چه مراکزی انجام می‌شود و به طور کلی چرا این دو منطقه برای مراکز بین‌المللی اهمیت دارد؟

این طرح با همکاری سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه کمبریج انگلستان و سازمان ملی تحقیقات سرطان آمریکا و چند دانشگاه معتبر دیگر دنیا به صورت يك پروژه بین‌المللی بزرگ اجرا خواهد شد. دلیل اهمیت مناطق گنبد کاووس و اردبیل برای مراکز علمی و تحقیقاتی دنیا این است که سرطان‌های معده و مری در این دو نقطه کشور، بالاترین شیوع را دارند؛ بنابراین چنانچه این احتمال وجود داشته باشد که بتوانیم علل این بیماری‌ها را پیدا کنیم یکی از نقاط خوب دنیا، این مناطق هستند.

دلایل بروز این بیماری‌ها در این دو منطقه چیست؟

بخشی از دلایل بروز این بیماری مربوط به اکولوژی، جغرافیا، آب و خاک است و بخشی دیگر نیز به آداب و فرهنگ مردم منطقه در روش تغذیه، نوع استفاده از سوخت، روش زندگی و فرهنگ میزان استفاده از مسواک برمی‌گردد؛ البته تاکنون بیش از ۷ علت را در تحقیقات به‌دست آورده‌ایم که باعث افزایش این سرطان‌ها می‌شود. همچنین جنبه ژنتیکی و نژادی، مصرف چای بسیار داغ (در ابتلا به سرطان مری) استفاده از گوشت سوخته (در ابتلا به سرطان معده)، نبود بهداشت کافی دهان، استفاده کمتر از سبزیجات و میوه تازه و زندگی در شرایط نامناسب از جمله دلایل ابتلا به سرطان‌های مری و معده در این مناطق محسوب می‌شود. معمولاً سرطان در نقاط مختلف دنیا، علل گوناگونی دارد؛ به همین دلیل اگر می‌خواهیم از سرطان پیشگیری کنیم باید ابتدا تحقیقات وسیعی را انجام دهیم چرا که ما حداقل ۱۰ سال تحقیق کردیم تا به این دلایل برسیم و حداقل ۱۰ سال دیگر هم نیاز داریم تا این تحقیقات به نتیجه مطلوب برسد.

مراکز معتبر علمي براي اجراي اين برنامه حمايت‌هايي هم انجام داده‌اند؟

خوشبختانه با آمادگي مركز تحقيقات بيماري‌هاي گوارش و كبد و ساير مراكز علمي بين‌المللي در حال حاضر يك تيم پژوهشي بسيار قوي در زمينه اين بيماري‌ها در سطح دنيا ايجاد شده كه جزو گروه‌هاي بسيار فعال در سطح بين‌المللي به شمار مي‌رود.

برنامه تحقيقاتي اين دو سرطان در مركز تحقيقات گوارش و كبد دانشگاه علوم پزشكي تهران از سال ۲۰۰۰ ميلادي آغاز و طي ۳ سال، برنامه‌ها تدوين شد. سپس مطالعات پايوت شروع شد و در حال حاضر حدود ۷ سال است كه مطالعات اصلي آغاز شده و هم‌اکنون به نقطه‌اي رسيده‌ايم كه بايد نتايج را به كار ببريم تا سرطان‌ها را تشخيص داده و پيشگيري كنيم.

توصيه‌هاي شما به هموطنانمان در اين مناطق چيست؟

به ساكنان اين مناطق توصيه مي‌شود سبزيجات و ميوه‌جات تازه مصرف کرده و هر روز مسواك بزنند و چاي را ولرم و در حجم كم مصرف كنند، هميشه سعي كنند آب‌آشاميدني سالم بنوشند و رژيم غذايي متعادل داشته باشند؛ چرا كه هم لاغري عوارض داشته و هم چاقی عارضه‌هاي بسياري دارد. البته اين موضوعات كه چگونه در عمل بتوانيم فرد در معرض ابتلا را قبل از ابتلا به سرطان تشخيص دهيم يا پس از ابتلا در مرحله مناسب، سريع شناسايي و درمان كنيم، در ادامه اين مطالعات مورد بررسي قرار مي‌گيرند.

با توجه به نياز فراوان بيماران ايراني به پيوند كبد، درحال حاضر وضعيت اين پيوند در کشور را چگونه ارزيابي مي‌كنيد؟

ملك‌زاده: مهم‌ترين علت پيوند در ايران هپاتيت ب است كه واكسيناسيون عليه آن در کشور آغاز شده و اميدواريم در ۵۰ سال آینده در ايران از بين برود B هپاتيت

سالانه حداقل هزار نفر بيمار وجود دارند كه نيازمند پيوند كبد هستند. در اين راستا برنامه بسيار خوبي در بيمارستان شهيد نمازي شيراز وجود دارد. البته در شيراز با پيگيري‌هاي دكتر ملك‌حسيني، يك تيم بسيار قوي براي پيوند كبد در اين بيمارستان تشكيل شد كه شيراز را به عنوان يكي از فعال‌ترين مراكز پيوند كبد تبديل کرده است. سالانه بيش از ۲۵۰ مورد پيوند با نتايج بسيار خوب در اين بيمارستان انجام مي‌شود. پيوند كبد، هم از جسد (كاداور) و هم از فاميل‌هاي درجه اول صورت مي‌گيرد چرا كه كبد قابل رشد بوده و امكان جدا كردن تكه‌هايي از آن وجود دارد.

در چه زماني پيوند كبد براي بيماران ضرورت دارد؟

زماني كه به هر دليلي عملکرد كبد دچار اختلال شود و اين اختلال برگشت‌پذير نباشد، پيوند كبد مطرح مي‌شود. در اغلب موارد كبد پيوندي از شخصي كه دچار مرگ مغزي شده و بستگان وي با اهداي اعضا موافقت كردند، تأمين مي‌شود اما كودكاني كه دچار نارسايي مزمن كبدي مي‌شوند و نياز به پيوند كبد دارند، مي‌توانند از والدين خود يا فاميل درجه‌يك كبد دريافت كنند.

در چنين شرايطي بعد از تعيين گروه خوني والدين و كودك سازگاري آنها با هم از نظر عروقي، والدين بررسي بيشتري مي‌شوند و قسمتي از كبد والد به كودك پيوند زده مي‌شود. بعد از گذشت مدتي كبد اهداكننده به اندازه طبيعي برمي‌گردد و اين به دليل خاصيت دوباره بازسازي شدن بافت كبد است.

پيشرفت پيوند كبد در ايران قابل مقايسه با ساير مراكز بين‌المللي هست؟

برنامه پيوند كبد ايران در دنيا موجب افتخار است؛ چون كه در تمام منطقه خاورميانه و شمال آفريقا برنامه ايران برجسته است. البته مراكزي هم در بيمارستان طالقاني مشهد و كرمان وجود دارند كه در آینده مي‌توانند به مراكز مهمي تبديل شوند. مركز پيوند كبد شيراز در روز ۲ تا ۳ پيوند همزمان انجام مي‌دهد و يك مركز پيوند اعضاي ديگر با ظرفيت ۴۰۰ تختخواب در شيراز در حال احداث است كه فكر مي‌كنم شيراز در آینده قطب بي‌نظير پيوند اعضا در سطح منطقه خواهد شد.

چرا بیماران نیازمند پیوند کبد می‌شوند؟

مهم‌ترین علت پیوند در ایران ،

هپاتیت ب است که واکسیناسیون علیه آن در کشور آغاز شده و امیدواریم در ۵۰ سال آینده هپاتیت ب در ایران از بین برود. البته حدود ۲ میلیون نفر از قبل مبتلا به هپاتیت ب شده‌اند و در هر سال درصدی از آنها دچار نارسایی کبد شده و نیازمند پیوند می‌شوند.

بیماری‌های مزمن، خود ایمن، سرطان‌های کبد و کبدچرب منجر به پیوند کبد می‌شوند که در صورت ریشه‌کنی هپاتیت ب ، این بیماری‌ها جای آن را خواهند گرفت. البته مهم‌ترین و نوظهورترین عامل پیوند کبد، چاقی و کبد چرب هستند چرا که یکی از علل نارسایی کبد، چاق‌شدن و افزایش قندخون است که باعث کبد چرب می‌شوند و رسوب چربی در کبد مانند این‌که چربی در خون رسوخ کند سکنه قلبی ایجاد می‌کند.

با توجه به پیشرفت‌های علمی ایران در عرصه پیوند کبد در حال حاضر باز هم نیاز اعزام بیماران به خارج از کشور وجود دارد؟

نه! اصلاً نیاز به اعزام بیماران جهت درمان به خارج از کشور نیست، اما نکته قابل توجه این است که در خارج از کشور به دلیل کمبود کبد قابل اهدا، به بیماران کبد نخواهند داد. از سویی دیگر، هزینه یک پیوند کبد در خارج از کشور ۲۵۰ هزار پوند یا ۴۰۰ هزار دلار است که اکثر ایرانی‌ها قادر به پرداخت آن نیستند. خوشبختانه ظرفیت و توانایی درمان این بیماری در کشور وجود دارد.

در حال حاضر با توجه به بروز دلایل جدید پیوند کبد، توصیه‌هایتان به مردم چیست؟

باتوجه به ظهور عوامل جدید بیماری نارسایی کبد، افراد جامعه باید وزن خود را متعادل نگه دارند و نباید پرخوری کنند. همچنین باید برنج، نان، شیرینی‌جات، سیب‌زمینی و چربی کمتر استفاده کنند، هر هفته ۵ روز و هر روز نیم ساعت ورزش کنند به نحوی که در حین ورزش عرق کنند. البته اگر مردم دچار برخی بیماری‌ها مانند چربی خون بالا می‌شوند باید هر چه زودتر به پزشک مراجعه کنند.

طب و تزکیه

پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش

بهداشت طلوع

بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

آمار پیوند ریه در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

به دلیل استفاده از تجهیزات پیشرفته و داروهای گران قیمت، پیوند ریه در خارج از کشور با هزینه ۲۰۰ هزار دلار انجام می‌شود که در ایران با صرفه‌جویی‌هایی که صورت می‌پذیرد این رقم به ۷۰ میلیون تومان کاهش می‌یابد که بیمه این فعالیت‌ها را تحت پوشش قرار نمی‌دهد ولی از آنجایی که اکثر افرادی که برای پیوند ریه مراجعه می‌کنند از توان مالی خوبی برخوردار نیستند این هزینه‌ها در مسیح دانشوری به صورت رایگان برای آنان صورت می‌پذیرد.

رئیس بیمارستان مسیح دانشوری گفت: پیوند ریه در ایران به صورت رایگان صورت می‌پذیرد ولی هزینه این پیوند در خارج از کشور در حدود ۲۰۰ هزار دلار است و برآورد این هزینه در ایران در حدود ۷ میلیون تومان می‌باشد.

به گزارش فارس؛ علی‌اکبر ولایتی صبح امروز در حاشیه برگزاری پنجمین کنگره بیماری‌های ریه، مراقبت‌های ویژه و سل در جمع خبرنگاران اظهار داشت: برگزاری این کنگره می‌تواند در تبادل تجربیات و اطلاعات بین متخصصان بین‌المللی ریه دنیا و ایران تأثیر بسزایی داشته باشد.

وی با بیان اینکه در حال حاضر متخصصان ریه در کشورمان به خصوص در بیمارستان مسیح دانشوری به دستاوردهای بسیار خوبی رسیده‌اند افزود: در این راستا سعی می‌کنیم بتوانیم در برگزاری این کنگره اطلاعات و دانش بین متخصصان کشورمان و متخصصان بین‌المللی ریه و سل که از حدود بیش از ۲۰ کشور دنیا در این کنگره حضور یافته‌اند بهره‌مند شویم.

ولایتی در پاسخ به پرسش خبرنگاران مبنی بر اینکه آیا مباحث بیماران شیمیایی نیز مورد بررسی متخصصان حضور یافته در این کنگره می‌شود اظهار داشت: متخصصان کشورمان در معالجه بیماران شیمیایی که در پی استفاده سلاح‌های شیمیایی توسط صدام علیه ایران صورت پذیرفته است به تجربیات ارزشمندی نائل شده‌اند.

رئیس بیمارستان مسیح دانشوری ادامه داد: عارضه‌های بیماران شیمیایی تقریباً با بیماری‌های تنفسی و ریه تشابهات زیادی دارد و ما می‌توانیم با تبادلات اطلاعات و تجربیات و دانش خود با متخصصان بین‌المللی ریه در این زمینه برای درمان هر چه بهتر آنها اقدام کنیم.

ولایتی در پاسخ به پرسش خبرنگاران مبنی بر هزینه پیوند ریه در ایران نیز گفت: پیوند ریه در حال حاضر در کشورمان به صورت رایگان صورت می‌پذیرد و در حال حاضر نیز بیش از ۴۰ پیوند ریه و ۸۰ پیوند قلب در بیمارستان مسیح دانشوری صورت پذیرفته است که از هیچ کدام از این بیماران هزینه‌ای دریافت نشده است.

ولایتی ادامه داد: به دلیل استفاده از تجهیزات پیشرفته و داروهای گران قیمت، پیوند ریه در خارج از کشور با هزینه ۲۰۰ هزار دلار انجام می‌شود که در ایران با صرفه‌جویی‌هایی که صورت می‌پذیرد این رقم به ۷۰ میلیون تومان کاهش می‌یابد که بیمه این فعالیت‌ها را تحت پوشش قرار نمی‌دهد ولی از آنجایی که اکثر افرادی که برای پیوند ریه مراجعه می‌کنند از توان مالی خوبی برخوردار نیستند این هزینه‌ها در مسیح دانشوری به صورت رایگان برای آنان صورت می‌پذیرد.

رئیس بیمارستان مسیح دانشوری با بیان اینکه نیاز به کمک هزینه در راستای پیوند ریه و جمع‌آوری کمک‌های مالی از جمله جذب کمک‌های مردم بسیار تأثیرگذار است گفت: در حال حاضر نیز کمک‌های مردمی نیز در تأمین هزینه‌ها نقش اساسی دارد البته ما امیدواریم دولت و وزارت بهداشت نیز بودجه‌ای به این امر اختصاص دهند.

ولایتی خاطر نشان کرد: در حال حاضر دولت بودجه‌ای را برای کمک به پیوند کبد از جمله در بیمارستان نمازی شیراز برای اختصاص می‌دهند و افراد بی‌بضاعت می‌توانند از این کمک هزینه استفاده کنند که این مسئله باید در زمینه پیوند ریه نیز صورت پذیرد.

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مجله

ارومیه دانشگاه علوم پزشکی

کوش مجله پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی بقیه (اله

آمار پیوند کلیه در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

یک متخصص نفرولوژی گفت: در حال حاضر میزان پیوند کلیه در ایران به طور متوسط ۲۵ مورد به ازای هر یک میلیون نفر است که این میزان در مقایسه با اغلب کشورهای دنیا بالاتر است.

مهدی روستایی، متخصص نفرولوژی در گفتگو با [خبرنگار بهداشت](#) و درمان [باشگاه خبرنگاران](#) گفت: افراد مبتلا به بیماری ها و نارسایی های مزمن و شدید کلیوی برای ادامه زندگی خود به ناچار باید تحت دیالیز قرار گیرند و یا اینکه پیوند کلیوی برای آنها صورت گیرد.

وی با بیان اینکه هم دیالیز و هم پیوند کلیه با مشکلات و هزینه های زیادی همراه است تصریح کرد: اگرچه با انجام پیوند کلیه بسیاری از مشکلات فرد بیمار که کیفیت زندگی را به شدت کاهش داده برطرف می شود اما یک پیوند کلیه در مجموع هزینه زیادی برای فرد بیمار و خانواده او دارد.

روستایی یادآور شد: بسیاری از افراد نیازمند پیوند کلیه توان پرداخت هزینه های پیوند را ندارند و مجبورند که برای فراهم کردن این هزینه سنگین تا مدت ها منتظر بمانند تا شاید این هزینه را فراهم و پرداخت کنند.

این متخصص نفرولوژی گفت: براساس بررسی های صورت گرفته آمار پیوند کلیه در ایران از متوسط جهانی بالاتر است که این موضوع می تواند دلایل مختلفی داشته باشد.

وی تأکید کرد: در حال حاضر میزان پیوند کلیه در ایران به طور متوسط حدود ۲۵ مورد به ازای هر یک میلیون نفر است که این میزان در مقایسه با اغلب کشورهای دنیا است.

روستایی یادآور شد: در بسیاری از کشورها، انجام پیوند کلیه از فرد زنده ممنوع است و در واقع پیوند کلیه فقط از فرد مرده که دچار مرگ مغزی شده است صورت می گیرد.

وی خاطرنشان کرد: برخلاف بسیاری از کشورها پیوند کلیه در ایران هم از فرد زنده و هم از فرد مرده صورت می گیرد که این موضوع عامل بسیار مهمی در خصوص آمار بالای پیوند کلیه در ایران در مقایسه با اغلب کشورها است.

****نیمی از بیماران کلیوی شرایط انجام پیوند کلیه را دارند**

این متخصص نفرولوژی در ادامه به خبرنگار [باشگاه خبرنگاران](#) گفت: شرایط فرد گیرنده پیوند، در انجام پیوند کلیه بسیار مهم است و اگر فرد بیمار شرایط لازم را نداشته باشد پیوند کلیه یا صورت نمی گیرد و یا در صورت انجام با موفقیت چندانی همراه نخواهد بود.

وی تأکید کرد: براساس بررسی های صورت گرفته نزدیک به نیمی از بیماران کلیوی شرایط انجام پیوند کلیه را دارند و انجام پیوند در آنها می تواند با موفقیت نسبتاً بالایی همراه باشد.

روستایی تصریح کرد: بر طبق شواهد موجود و آمارهای مربوط به سالهای اخیر اغلب موارد پیوند کلیه با موفقیت همراه بوده و در واقع تعداد بسیار کمی از موارد پیوند کلیه با شکست مواجه شده است

دانشگاه علوم پزشکی قم مجله

قم دانشگاه علوم پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان مجله

بهداشتی-درمانی کرمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه مجله
دانشگاه)

مازندران دانشگاه علوم پزشکی

آمار پیوند قلب در ایران

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران: جوان ترین پیوند قلب در ایران روز پنج شنبه بر روی بیمار ۳ سال و نیمه در بخش قلب مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) انجام شد و تا کنون از شرایط رضایت بخشی برخوردار است.

بنا بر این گزارش دکتر رادمهر، سرپرست تیم جراحی گفت: دختر بچه ای که از حدود ۶ ماه قبل به دلیل کاردیومیوپاتی دچار نارسایی قلبی پیشرفته شده بود و به درمان های دارویی پاسخ نمی داد، از سوی پزشک معالج برای پیوند قلب به این بیمارستان معرفی و در لیست انتظار قرار گرفت. در روز پنج شنبه با بررسی های لازم بر روی پسر بچه ۷ ساله ای که به دلیل سقوط از بلندی دچار مرگ مغزی شده بود، کارهای مقدماتی برای برداشتن قلب، کبد، کلیه و اعضای دیگر او انجام شد و به دلیل آنکه در این بخش گیرنده مناسبی وجود داشت، پیوند انجام شد.

دکتر رادمهر با اشاره به موفقیت آمیز بودن این پیوند گفت: بیمار در ۲۴ ساعت پس از جراحی توانست بدون استفاده از دستگاه، تنفس عادی داشته باشد و امروز که سومین روز پس از جراحی است، از لحاظ قلب و ریه از شرایط رضایت بخش و قابل قبولی برخوردار است.

وی این پیوند را جوان ترین پیوند قلب در ایران دانست و گفت: کوچک ترین بیماری که تا کنون عمل پیوند قلب بر روی او انجام شده، بیماری ۴ ساله در بیمارستان شریعتی بوده و ایشان با ۳/۵ سال سن و ۱۲ کیلو وزن، جوان ترین بیمار پیوند قلب محسوب می شوند.

دکتر رادمهر گفت: تا کنون ۷۲ پیوند قلب در این مرکز انجام شده که از لحاظ تعداد پس از بیمارستان دکتر شریعتی دومین مرکز پیوند قلب در ایران هستیم.

وی با اشاره به آمار بالای مرگ مغزی ناشی از حوادث و تصادفات جاده ای در ایران گفت: علی رغم تلاشهای فراوان وزارت بهداشت، متأسفانه سازماندهی مناسبی در این زمینه وجود ندارد و در برخی موارد نمی توانیم از این بیماران برای پیوند استفاده نماییم. لازم است تا مسئولین اهمیت بیشتری به این مسئله داده و هماهنگی بیشتری میان سازمانها و مراکز ایجاد شود.

وی نقش رسانه ها را در راستای فرهنگ سازی مهم ارزیابی کرد و گفت: رسانه ها می توانند با فرهنگ سازی درست و ساخت فیلم و درج مطالبی علمی، نقش به سزایی در عمومیت بخشی فرهنگ اهداء عضو ایفا نمایند.

[پرستاری ایران نشریه](#)

بهداشتی درمانی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

آمار پیوند کبد

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

هنگامی که به هر دلیلی فعالیت کبد دچار ناهماهنگی و اختلال شود و این اختلال برگشتناپذیر باشد پیوند کبد صورت می‌گیرد. در ولی در مورد. بیشتر موارد کبد پیوندی از فرد مرگ مغزی شده که خویشاوندان وی با اهداء عضو وی موافقت کردند، تامین می‌شود. کودکانی که دچار نارسائی مزمن کبدی می‌شوند و نیاز به پیوند کبد دارند می‌توانند از والدین خود یا فامیل درجه یک کبد دریافت کنند. در این موقعیت پس از تعیین گروه خونی والدین و کودک سازگاری آنها با هم از نظر عروقی، والدین بررسی بیشتری می‌شوند و بخشی از کبد والد به کودک پیوند زده می‌شود. پس از گذشت مدتی کبد اهدا کننده به اندازه طبیعی بر می‌گردد و این به دلیل خاصیت دوباره بازسازی شدن بافت کبد است.

در سال ۱۹۶۷ اولین پیوند کبد در دنیا انجام شد و در دهه ۸۰ پیشرفت‌هایی درباره پیوند کبد صورت گرفت. همچنین در دهه ۹۰ بحث استفاده از پیوندهای زنده مطرح شد که در دهه اخیر هیچ طرح نوینی در این زمینه مشاهده نشده است. وجود انواع تجهیزات در بیمارستان‌ها به منظور تقویت کبد افراد بیمار و مانع شدن از پیشرفت این بیماری، منجر به عدم فوت بیماران لیست انتظار قبل از انجام عمل پیوند می‌شود. هم اکنون پیوند اعضا در ایران از طریق اعضای زنده افراد دهنده عضو انجام می‌پذیرد. محققان به نتیجه رسیده اند که سالانه نزدیک به ۱۵ هزار مرگ ناشی از تصادف در کشور رخ می‌دهد و افرادی که در این تصادفات کشته می‌شوند، عموماً در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار دارند.

آمار نشان می‌دهد قربانیان تصادفات، بزرگترین منشأ برای پیوند اعضا هستند. در ایران تنها از ۱۵۰۰ عضو زنده این قربانیان مانند کلیه، قلب، پانکراس، کبد، ریه و تاحدودی قرنیه استفاده می‌شود و پیوند سایر اعضای این افراد مستلزم برخورداری از مراکز پزشکی مجهز و متعدد است که در حال حاضر در ایران تنها ۲ بیمارستان امام خمینی (ره) و طالقانی در تهران و دانشگاه شیراز برای اجرای عمل پیوند کبد مجهز هستند.

جهت پیوند اعضا، رضایت خویشان بیمار حتی در صورت داشتن کارت اهدای عضو داوطلبانه از سوی فرد فوت شده، مهمترین مسئله‌ای است که در قدم اول اجرای این پیوند باید گرفته شود. نیازمند ۲ مدیر بخش پیوند کبد بیمارستان امام خمینی، در مورد یک راه درمانی جدید که به واسطه آن بتوان با استفاده از یک کبد بیمار را نجات داد، سخن گفت. این شیوه درمانی جدید در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به وقوع پیوسته ولی هنوز تجهیزات مورد نیاز برای انجام چنین جراحی در بیمارستان امام خمینی ایجاد نشده است. در مورد کبد مصنوعی نیز توضیح داد که این دستگاه بسیار پر هزینه است و مشابه دستگاه دیالیز است که نوع ایرانی آن هنوز تولید نشده است. عملکرد کبد مصنوعی کوتاه مدت و موقت (نهایتاً ۱ تا ۲ هفته) است، و معمولاً برای بیماران کبدی که حال عمومی خوبی ندارند کاربرد دارد که کاندیدای هرچه سریع‌تر پیوند کبد هستند.

تا ۱۰۰ پیوند کبد صورت می‌پذیرد. هرچند ایران از نظر تئوری ۵۰ تحقیقات نشان داده است که در مراکز پیشرفته دنیا سالیانه بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ پیوند کبد صورت می‌گیرد. در مورد عمل پیوند کبد با کشورهای پیشرفته دنیا فاصله چندانی ندارد ولی از لحاظ علمی اختلاف فراوان دارد. از آنجایی که در پیوند کبد از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی بدن استفاده می‌شود، افرادی که پیوند کبد انجام می‌دهند، در معرض ابتلا به عفونت و برخی از بدخیمی‌ها هستند و همچنین ممکن است بافت پیوندی دچار پس زدگی شود. برای جلوگیری از بروز عوارض مطرح شده، آزمایشات کامل فیزیکی برای تشخیص و درمان آنچه می‌تواند بعد از جراحی و پیوند، بعد از عمل پیوند، تغییراتی که در آزمایش‌های کبدی و انعقادی خون صورت. باعث ایجاد مشکلاتی در بیمار شود، انجام می‌پذیرد. می‌گیرد و نشان داده می‌شود و همچنین نمونه‌برداری از کبد پیوندی، پس زدگی کبد را اثبات می‌کند.

فردی که پیوند کبد را انجام داده است، باید بداند پیوند یک درمان حمایتی است و جهت حفظ شرایط خوب بعد از پیوند، رعایت توصیه‌های تیم درمان بسیار با اهمیت می‌باشد. دانستن روش صحیح مصرف داروها و اهمیت مصرف همیشگی آنها، پیگیری درمان در ویزیت‌های منظم، رعایت کردن بهداشت فردی و بهداشت محیط و تلاش برای بازگشت به سطح طبیعی کار و فعالیت روزانه باید مدنظر قرار گیرد.

با توجه به این نکته که در کشور ما پیوند کبد تنها در شهر شیراز انجام می‌شود و بیمارانی که باید عمل پیوند کبد بر روی آنها انجام شود، برای قرار گرفتن در لیست پیوند کبد از سراسر کشور به شیراز مراجعه می‌کنند. لذا برای سهولت در کار و جلوگیری از سرگردانی بیماران باید نکاتی کلیدی توجه کرد که از ضروری ترین اقدامات قبل از پیوند کبد می باشد که عبارتند از تشکیل لیست انتظار منظم برای پیوند کبد -

انجام آزمایشات و برگزاری جلسات مشاوره -

آموزش بیماران -

انجام اقدامات اساسی و کلیدی قبل از پیوند کبد -

(انتخاب گیرنده مناسب (مهمترین گام -

مختص گوارش و کبد باید بررسی‌های تشخیصی و اقدامات درمانی اولیه جهت بیماران کاندید را انجام دهد و نهایتاً تشخیص دهد که پیوند کبد ضروری است یا خیر

به منظور جلوگیری از اتلاف وقت و دوباره کاری و عدم تکرار کارهایی که بیماران انجام داده‌اند، بیماران باید در هنگام مراجعه جواب نمونه برداری کبد- سونوگرافی- اندسکوپی- (کلیه مدارک پزشکی اعم از بستری و سرپایی خود را همراه داشته باشند). آزمایشات- خلاصه پرونده بیمارستانی و در صورت انجام عمل جراحی شرح عمل جراحی- گرافیهای انجام شده و ... را داشته باشند کسانی که علاقه مند به دریافت کارت اهداء عضو می باشند، می‌توانند در تهران به بیمارستان مسیح دانشوری و بیمارستان سینا مراجعه کرده و کارت اهداء عضو را دریافت نمود

بیماران با توجه به انتظار طولانی در لیست پیوند کبد لازم است به طور منظم با هماهنگ کنندگان پیوند اعضاء در ارتباط باشند و آزمایشات و اقدامات انجام شده را به صورت منظم برای تیم ارسال کنند تا در صورتی که اولویت پیوند کبد آنها تغییر کرده باشد در پرونده آنها قید شود. پیوند کبد به عنوان تنها راه درمان بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کبد است

روش‌ها: در مطالعه هم گروهی صوت گرفته، تمام بیمارانی که در سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ در مرکز پیوند بیمارستان نمازی شیراز، عمل جراحی پیوند کبد از جسد بر روی آنها انجام شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه بقای یک ساله، سه ساله و پنج و شش ساله بیماران ارزیابی گردید. همچنین اثر فاکتورهای در ارتباط با گیرنده، دهنده و فرآیند عمل و ارتباط آن با بقای بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت

یافته‌ها: با توجه به این بررسی، بقای یک ساله بیماران ۸۴ درصد و بقای سه ساله و شش ساله ۸۲ درصد بود. در مدل بقای تک ، نیاز به عمل مجدد و وزن MELD متغیره، از بین متغیرهای زمان عمل طولانی، سن کسی که کبد را اهدا کرده بود، نمره بالتر تنها سن دهنده پیوند زیر ۴۰ سال و بالای ۲۰ COX کمتر از ۶۰ کیلوگرم بیمار، ارتباط بیشتری با کاهش بقای بیماران داشتند. در مدل سال اثر محافظتی در مدل نشان داد

نتیجه گیری: مقایسه بقای بیماران پیوند شده در مرکز پیوند بیمارستان نمازی قابل مقایسه با مراکز با سابقه دنیا است. ضمن این که بقای بیماران در سال های آخر بهتر بررسی شده است

علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان مجله

بهداشتی درمانی استان زنجان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان مجله

رسانی پزشکی مدیریت امور تحقیقات و اطلاع

علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان مجله

گرگان دانشگاه علوم پزشکی

آمار شیوع صرع در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

۸۴ درصد علل تشنج‌ها در میان جوانان ناشناخته است

ضایعات عروق مغزی (سکته مغزی)، بیماری‌های تحلیل برنده مغزی مانند زوال عقل (آلزایمر)، ضربه‌های مغزی، تومورهای مغزی، عفونت‌های مغزی و موارد مادرزادی از عمده‌ترین علل بروز صرع در سالمندان است.

دکتر پروین پور ظاهریان متخصص مغز و اعصاب در گفت‌وگو با خبرنگار «بهداشت و درمان» ایسنا واحد علوم پزشکی ایران، در خصوص بروز صرع در دوران سالمندی گفت: منحنی شیوع صرع در دوران کودکی به اوج خود رسیده و در سالهای بزرگسالی پایین آمده و ثابت می‌ماند؛ سپس مجدداً در سنین بالای ۶۵ سال عود می‌کند.

وی با اشاره به بروز شیوع تشنج‌ها در این افراد از سن ۵۰ سالگی و روند افزایشی آن تا سن ۸۰ سالگی ادامه داد: صرع در میان افراد مصروع با اشکال بسیار متفاوتی از جمله اختلال هوشیاری، حملات تشنجی و لرزش اندامها نمایان می‌شود که معمولاً حملات، طولانی مدت نبوده و به طور معمول یک یا دو دقیقه طول کشیده سپس قطع می‌شود.

عضو انجمن صرع ایران با اشاره به این که ۸۴ درصد از علل تشنج‌ها در جوانان ناشناخته است، افزود: در میان ۵۲ درصد از سالمندان علل اصلی این عارضه قابل تشخیص بوده و ۴۸ درصد دیگر که به علل ناشناخته‌ای به صرع دچار هستند؛ احتمال می‌رود به علت تغییرات وابسته به سن در مغز که به پایین آمدن آستانه تحریک پذیری آن می‌شود، دچار تشنج می‌شوند.

منبع این پژوهش

[فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران](#)

انجمن متخصصین مغز و اعصاب ایران

آمار شیوع فشار خون در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

بیمارستان فیروزآبادی تهران

یک فوق تخصص کلیه با اشاره به اینکه در ۸۵ تا ۹۰ درصد موارد علت مشخصی برای بیماری فشار خون وجود ندارد، بهترین راه مقابله با این بیماری را پیشگیری عنوان کرد.

دکتر داریوش ریسی در گفت وگو با (ایسنا)، فشار خون طبیعی بدن را ۱۲ روی ۸ عنوان کرد و اظهار داشت: با بالا رفتن فشار خون از ۱۴ روی ۹ فرد به بیماری فشار خون مبتلا است.

به گفته ریسی با داشتن فشار خون ۱۲ روی ۸ تا ۱۴ روی ۹ فرد مستعد بیماری فشار خون می‌باشد و در صورت پیشگیری نکردن فرد به بیماری فشار خون مبتلا خواهد شد.

این فوق تخصص کلیه کشیدن سیگار، چاقی، عدم تحرک، بالا بودن چربی خون (کلسترول) و مصرف نمک را از جمله عوامل زمینه ساز ابتلا به بیماری فشار خون بیان کرد.

ریسی کشیدن سیگار را موجب ایجاد تنگی عروق و در نتیجه بالا رفتن فشار خون عنوان کرد.

وی معتقد است: رژیم غذایی پرکالری فشار خون را در فرد بالا خواهد برد.

این فوق تخصص کلیه راه مبارزه با فشار خون را کم کردن مصرف نمک در وعده‌های غذایی روزمره عنوان کرد.

به گفته ریسی نمک باید روزانه به میزان ۱.۵ تا ۵ گرم مصرف شود و مصرف بیش از این مقدار فرد را مستعد ابتلا به بیماری فشار خون خواهد کرد.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه افزایش فعالیت‌های فیزیکی، کاهش مصرف نمک و چربی، مصرف سیر، سبزیجات و چربی‌های گیاهی مانند زیتون را از جمله راه‌های پیشگیری از این بیماری عنوان کرد.

ریسی مصرف داروهای کنترل فشار را با مراجعه به پزشک در افرادی که به بیماری فشار خون مبتلا هستند ضروری دانست و اظهار داشت: با رعایت رژیم غذایی و افزایش تحرکات بدنی می‌توان به مرحله‌ای رسید که مصرف دارو را متوقف کرد.

ریسی بیماری فشار خون را در بسیاری از موارد بدون علامت بالینی مشخص بیان کرد و اظهار داشت: در بعضی موارد که فشار خون بالا می‌رود، فرد دچار علائم مغزی مانند سرگیجه و یا افزایش ضربان قلب خواهد شد.

وی فشار خون را زمینه ساز بیماری‌های قلبی عنوان کرد و اظهار داشت: بالا رفتن فشار خون موجب ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی از جمله سکته قلبی می‌شود که این مسئله اهمیت کنترل این بیماری را دو چندان می‌کند.

ریبسی، بیماریهای کلیوی، دیابت و نارسایی کلیه را از جمله بیماریهای ایجاد کننده فشار خون بیان کرد و اظهار داشت: در صورتی که فشار خون در یک فرد بر اثر بیماری‌هایی که گفته شده بالا رود، این بیماری فشار خون ثانویه نامیده شده که در صورت برطرف کردن عامل ایجاد کننده آن فشار خون نیز قابل درمان است.

وی در پایان توصیه کرد: افراد بصورت ماهیانه فشار خون خود را اندازه بگیرند تا در صورت بالا بودن سریعاً نسبت به درمان آن اقدام شود.

حکیم

پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش

حیات

پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده

خون

ایران مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون

آمار شیوع بیماری گواتر در ایران

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سلامت نیوز: سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت از کاهش ۷۰ الی ۸۰ درصدی شیوع بیماری گواتر در کشور خبر داد.

زهره عبداللهی سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت در گفت‌وگو با برنا اظهار داشت: وزارت بهداشت طی ۲۰ سال گذشته توانست با اضافه کردن ید به نمک خوراکی، ید مورد نیاز افراد را به صورت روزانه تامین کند، به طوری که در حال حاضر با اجرای این برنامه، شیوع بیماری گواتر در کشور ۷۰ الی ۸۰ درصد کاهش یافته است.

سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت با اشاره به این مطلب که ایران از جمله کشورهای منطقه‌ای است که توانسته مشکل کمبود ید و بیماری‌های ناشی از آن را پیشگیری کند، ادامه داد: مهمترین اهداف وزارت بهداشت در یددار کردن نمک خوراکی، رساندن ید به بدن افراد جامعه است، چرا که نیاز بدن به سایر املاح از طریق مواد غذایی قابل تامین می‌شود.

عبداللهی با تاکید بر استفاده صحیح نمک در وعده‌های غذایی افزود: دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، ترویج استفاده از نمک یددار تصفیه شده را در دستور کار قرار داد.

علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان مجله

بهداشتی درمانی استان زنجان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان مجله

رسائی پزشکی مدیریت امور تحقیقات و اطلاع

آمار شیوع کمکاری مادرزادی غده تیروئید نوزادان ایرانی

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سلامت نیوز: قائم مقام پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی درباره شیوع بیماری مادرزادی کمکاری غده تیروئید گفت: از هر ۹۰۰ تا هزار نوزادی که زنده به دنیا می‌آید یک نوزاد مبتلا به این بیماری مادرزادی است که این موضوع نگران کننده است.

حسین دلشاد در گفت‌وگو با فارس اختلالات آنزیمی درون غده تیروئید را ناشی از کمبود ید در مادران و یکی از دلایل مهم کمکاری مادرزادی غده تیروئید دانست و گفت: اختلال کارکرد غده تیروئید از دوران جنینی، علت کمکاری مادرزادی غده تیروئید است، این بیماری ناشی از اختلالات این غده از جمله عدم شکل‌گیری کامل یا ناقص غده تیروئید و وجود غده تیروئید نابه‌جاست که در محل اصلی خود قرار نمی‌گیرد.

وی درباره شیوع این بیماری نیز اظهار داشت: در کشورهای اروپایی و آمریکایی از هر ۳ هزار و ۵۰۰ نوزادی که زنده به دنیا می‌آیند، یک نوزاد مبتلا به این بیماری مادرزادی است که در ایران این رقم یک نوزاد از هر ۹۰۰ تا هزار نوزاد است؛ این آمار بیانگر شیوع بیشتر این بیماری در ایران است که شاید بتوان از دلایل آن به ازدواج‌های فامیلی و اختلالات ژنتیکی اشاره کرد که این موضوع نگران کننده است.

قائم مقام پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیان کرد: با توجه به اینکه شکل‌گیری ارگان‌های جنینی به خصوص سیستم اعصاب مرکزی در ۳ ماهه نخست بارداری حادث می‌شود و رشد و تکامل سیستم اعصاب مرکزی وابسته به هورمون تیروئید است بنابراین تأمین کافی هورمون تیروئید جنین نقش حیاتی در شکل‌گیری و تکامل سیستم اعصاب مرکزی جنینی دارد.

وی افزود: تا حدود هفته ۱۲ بارداری غده تیروئید جنین فعال نیست و فعالیت این غده از ۳ ماهه نخست به بعد شکل می‌گیرد، در ۳ ماهه نخست جنین وابسته به هورمون تیروئید مادر است بنابراین اگر مادری کمکاری تیروئید داشته باشد و درمان مناسب دریافت نکند، علی‌رغم سلامت غده تیروئید جنین، ممکن است جنین در ۳ ماهه نخست تولد دچار مشکلات عصبی شود.

این فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسم، بیماری مادرزادی کمکاری غده تیروئید را فاقد علائم خاصی دانست و گفت: معمولاً این بیماری علائم اختصاصی ندارد، به همین دلیل احتمال دارد نوزادی که با کمکاری مادرزادی تیروئید به دنیا می‌آید، بیماریش تشخیص داده نشود اما یکسری علائم و نشانه‌هایی در نوزاد مانند فتخ ناف، زبان بزرگ که از دهان خارج باشد، پوست خشک و گریه‌های خشن است که تا حدودی برای تشخیص اختلال و کمکاری مادرزادی تیروئید به پزشک کمک می‌کند.

وی در ادامه تأکید کرد: با توجه به شکل‌گیری اعصاب مرکزی در دوران جنینی که تا ۲ سال بعد از تولد ادامه پیدا می‌کند چنانچه بعد از تولد نیز کم‌کاری غده تیروئید تشخیص داده نشود، کودک دچار عقب‌ماندگی ذهنی و هوشی خواهد شد بنابراین تشخیص به‌موقع کم‌کاری مادرزادی غده تیروئید برای جلوگیری از بروز عوارضی مانند عدم رشد فیزیکی و به تأخیر انداختن عامل‌های رشدی بسیار حیاتی است.

دلشاد تصریح کرد: از چند دهه قبل تاکنون در کشورهای اروپایی و آمریکایی غربالگری نوزادان برای کم‌کاری مادرزادی غده تیروئید انجام می‌شود، در کشور ما نیز از چند سال قبل برنامه غربالگری مورد اجرا قرار گرفته است؛ در این برنامه از پاشنه پای نوزاد بعد از تولد یک قطره خون گرفته شده و روی کاغذهای مخصوصی ثبت می‌شود، سپس این نمونه‌ها به آزمایشگاه‌های مرجع فرستاده و از نظر مقادیر هورمون تیروتروپین مورد آزمایش قرار می‌گیرد، چنانچه مقادیر این هورمون از حد طبیعی بالاتر باشد این نوزادان در هفته دوم زندگی فراخوان شده و آزمون‌های عملکرد غده تیروئید انجام می‌شود.

وی این کم‌کاری‌ها و اختلالات را به دو دسته دائمی و گذرا تقسیم کرد و افزود: چنانچه این آزمون‌ها مؤید کم‌کاری مادرزادی غده تیروئید باشد بلافاصله قرص تیروئید برای این نوزادان تجویز می‌شود؛ در بسیاری از موارد کم‌کاری مادرزادی غده تیروئید دائمی است بنابراین این بیماران برای تمام عمر نیاز به استفاده از هورمون تیروئید دارند.

قائم مقام پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با تأکید بر ضروری بودن غربالگری نوزادان بلافاصله بعد از تولد گفت: مهم‌ترین مشکلی که این بیماران با آن دست به‌گریبان هستند عقب‌ماندگی ذهنی، کاهش ضریب هوشی، تأخیر در رشد فیزیکی و کوتاهی قد است؛ چنانچه این بیماری بعد از ۲ سالگی مورد تشخیص قرار گیرد، ممکن است این عوارض حتی با درمان نیز برگشت‌پذیر نباشد.

منبع: فارس

آمارشیوع کم کاری تیروئید در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

کم کاری تیروئید در نوزادان از آن دسته بیماری ها است که برای خانواده ها بسیار نگران کننده است، از آن جهت که بر خلاف دیگر بیماری ها علامت بالینی مشخصی ندارد. همچنین با توجه به آمار بالای ابتلاء به این بیماری در بین نوزادان استان اصفهان، خبرنگار سامانه خبری سلامت نیوز گفتگوی اختصاصی زیر را با سرکار خاتم دکتر مهین هاشمی پور -فوق تخصص غدد و تغذیه و رشد کودکان- انجام داده است.

کم کاری تیروئید در نوزادان چگونه است و در صورت عدم پیگیری عوارض آن چیست؟ کم کاری مادرزادی تیروئید تنها بیماری است که در صورت درمان زودرس از عقب ماندگی ذهنی جلوگیری می کند و در صورت عدم درمان آن عوارضی مانند عقب ماندگی ذهنی، کری غیر قابل برگشت، کوتاهی قد و به تاخیر در بلوغ منجر می شود.

این بیماری در دوره نوزادی هیچ گونه علامت بالینی ندارد و نوزاد به ظاهر سالم است و فقط با گرفتن یک قطره خون از کف پای نوزاد می توان بیماری را تشخیص داد اما حتما باید تا سن سه سالگی درمان کودک را ادامه داد.

در این سن با قطع موقت دارو و بررسی آزمایش تیروئید می توان متوجه شد که بیماری موقتی است یا دائمی، البته این بیماری فقط مخصوص نوزادان نیست و در هر سنی ممکن است بروز نماید. با توجه به اینکه نوزاد از شیرمادر تغذیه می کند چه راههای جهت پیشگیری و کنترل آن وجود دارد؟ تنها راه کنترل بیماری انجام تست غربال گری در دوره نوزادی است و هر چند تغذیه با شیر مادر از بیماری نمی تواند جلوگیری کند ولی تغذیه با شیر مادر در همه نوزادان توصیه می شود.

همچنین کودکان مبتلا به کم کاری تیروئید نیاز به رژیم غذایی خاصی ندارند. این بیماری زمینه ارثی دارد؟ این بیماری در اکثریت مواقع ارثی است و بیشتر به طور مغلوب به ارث می رسد.

شیوع این بیماری در دختران بیشتر مشاهده شده است یا در پسران، آیا سطح اجتماعی بیمار در ابتلاء به بیماری تاثیر دارد؟ در همه دنیا این بیماری در جنس دختر بیشتر است ولی در ۲۰۰ هزار نوزادی که تاکنون در شهر اصفهان مورد غربال گری قرار گرفته اند تفاوتی از نظر جنسی وجود نداشته است. همچنین وضعیت اقتصادی در ایجاد بیماری نقش ندارد ولی ازدواج فامیلی طبق بررسی های انجام شده در کودکان هیپوتیروئید نقش مهمی داشته است.

رابطه ی این بیماری با مادر چگونه است، آیا تغذیه مادر در دوران بارداری موثر است؟ بیماری ارتباطی به مادر ندارد و تغذیه مادر در دوران بارداری نیز نقشی در این بیماری ندارد. ولی استفاده از بتادین به میزان زیاد در زمان زایمان در مادر و نوزاد به خصوص اگر نوزاد نارس باشد می تواند باعث کم کاری موقت تیروئید شود. کم کاری تیروئید در نوزادان از چند سالگی بروز می کند؟ همان طور که گفته شد کم کاری در نوزادان هیچ گونه علامت مشخصی ندارد، بر طبق آمار ۳۰٪ شیرخوران درمان نشده در سن ۳ ماهگی و ۷۰٪ در سن یک سالگی علامت بالینی دارند و فقط ۱۰٪ نوزادان مبتلا در دوره نوزادی علامت بالینی دارند

، لذا نباید منتظر ایجاد علانم بالینی در نوزاد باشیم . که تاکنون با همکاری مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم و مرکز بهداشت استان حدود ۲۰۰ هزار نوزاد مورد غربالگری قرار گرفته اند که در این میان نوزادان با کم کاری تیروئید مشکلات قلبی و شنوایی بیشتر بوده است. همچنین اختلالات ساختمانی غده تیروئید در خانواده های این کودکان بیشتر بوده است . متاسفانه آمار اصفهان از نظر شیوع ۴ تا ۵ برابر بیشتر از دنیا است به نظر می رسد که با توجه به این که ازدواج فامیلی در اصفهان رایج تر است بروز این بیماری نیز با توجه به ارث مغلوب در اصفهان بیشتر باشد.

علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام مجله

بهداشتی درمانی استان ایلام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان مجله

بهداشتی درمانی استان زنجان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

آمار شیوع بیماری قلبی در ایران

تنظیم کننده

دکتر مهشید فروزش رزیدنت روانپزشکی

دکتر رضا پوردستگردان رزیدنت بالینی

بیمارستان فیروزآبادی تهران

سلامت نیوز : یک متخصص قلب و عروق، با بیان اینکه بیش از ۹۰ درصد بیماری‌های مادرزادی قلب در دوران جنینی قابل تشخیص است، گفت: لازم است مادرانی که سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی و عروقی دارند قبل از تصمیم به بارداری و همچنین در دوران بارداری جهت پیشگیری از ابتلای نوزاد به این بیماری به متخصصان قلب و عروق مراجعه کنند.

دکتر نیلوفر سمیعی در گفت و گو با ایسنا ، با بیان اینکه بسیاری از بیماری‌های مادرزادی دریچه قلب در نوزادان از همان هفته‌ها و یا ماه‌های اول قابل درمان هستند، اظهار کرد: در گذشته به دلیل نبود علم تشخیصی در دوران جنینی، درصد بسیاری از این بیماران در سنین کودکی از بین می رفتند در حالی که بسیاری از این بیماران اگر بیماری آنها تشخیص داده شود در همان دوران کودکی قابل درمان هستند.

این متخصص قلب و عروق یادآور شد: خوشبختانه نیاز جامعه ما مانند جوامع پیشرفته به سمتی پیش رفته است که بسیاری از بیماران دریچه مادرزادی به سنین باروری برسند و بتوانند بچه دار شوند ولی متأسفانه دانش همه ما در مورد اینکه چه برخوردی با این بیماران داشته باشیم کافی نیست.

وی همچنین افزود: متأسفانه در بسیاری از مواقع پزشکان ما به یک جواب ساده اکتفا می کنند و به بیمار توصیه می‌کنند شما بهتر است بچه دار نشوید و خانواده‌ها را از بچه دار شدن محروم می‌کنیم و یا حتی در برخی اوقات، بیمار را به یک حاملگی پرخطر سوق می دهند.

دکتر سمیعی در پایان مراقبت‌ها و درمان های بیماری مادرزادی دریچه ی قلب را یک کار جمعی از متخصصین مختلف خواند و گفت: توصیه می‌شود مادرانی که سابقه خانوادگی در بیماری‌های قلبی و عروقی دارند قبل از تصمیم به بارداری و همچنین در دوران بارداری متخصصین زنان، متخصصین بیهوشی و قلب مشاوره های لازم را به عمل آورند.

دانشکده دندانپزشکی مشهد مجله

پزشکی مشهد دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم

دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش مجله

بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

دانشگاه علوم پزشکی جهرم (مجله دانشکده مجله

جهرم دانشگاه علوم پزشکی

(علوم پزشکی جهرم

آمار شیوع ایدز در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

رحیم سروری زنجانی امروز در گفت‌وگو با فارس در زنجان آمار مبتلایان به ایدز را در جهان ۳۴ میلیون نفر اعلام کرد و اظهار داشت: با توجه به گسترش شتابنده این بیماری، سازمان بهداشت جهانی شعار سال جاری در مورد ایدز را «با مشاوره و آزمایش بیشتر بدانیم، بهتر زندگی کنیم»، انتخاب کرده است.

وی تصریح کرد: توجه جدی به بیماری ایدز و مواجهه منطقی و معقولانه و سنجیده برای مهار و کنترل آن از تأکیدات مراجع ذیصلاح بهداشتی است.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان بیش از ۹۰ درصد از موارد ابتلا به ویروس ایدز را در ایران مربوط به آقایان اعلام کرد و افزود: ۹۰۲ از آمار مبتلایان به ایدز کشور ما خاتمه‌ها هستند.

وی آمار مبتلایان به ویروس بیماری ایدز را در ایران ۲۴ هزار و ۲۹۰ نفر عنوان کرد و ادامه داد: چهار هزار و ۷۲۲ نفر از این تعداد با وارد شدن به مرحله نهایی بیماری فوت کرده‌اند.

بیشترین آمار مبتلایان به ایدز در رنج سنی ۲۵ تا ۳۴ سال هستند

سروری بیشترین رنج سنی مبتلایان به ایدز را در ایران بین ۲۵ تا ۳۴ سال اعلام کرد و گفت: آمار سال گذشته، بیانگر ابتلای ۶۲۰۵ درصد از بیماران از طریق استفاده از سرنگ‌های مشترک یا همان معتادان تزریقی بوده است.

وی از ابتلای ۲۱۰۲ درصد از بیماران از طریق تماس جنسی به ویروس ایدز اشاره کرد و گفت: دلیل ابتلای ۱۲۰۴ درصد از بیماران مشخص نیست، ضمن اینکه ۳۰۹ درصد از بیماران از طریق انتقال ویروس از مادر به کودک مبتلا شده‌اند.

گزارشی از ابتلا به ایدز از طریق فرآورده‌های خونی وجود ندارد

رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان تأکید کرد: در سال ۹۰ هیچ موردی از ابتلای بیماران مبتلا به ایدز از طریق فرآورده‌های خونی در کشور گزارش نشده است.

وی آمار بیماران مبتلا به ویروس ایدز در استان زنجان را ۱۴۸ نفر اعلام کرد و گفت: ۱۳ درصد از این آمار بانوان و ۸۷ درصد آقایان هستند.

سروری از فوت ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به ایدز به دلیل وارد شدن به مرحله بیماری در استان زنجان خبر داد و افزود: در حال حاضر ۲۵ نفر وارد فاز بیماری شده‌اند.

وی زنجان را با ۷۲ مورد بیمار آلوده به ویروس ایدز، دارای بیشترین آمار بیماری در سطح استان عنوان کرد و گفت: طارم با دو نفر، کمترین مورد ابتلا به این بیماری را دارد.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان درصد مبتلایان به بیماری ایدز را از طریق استفاده از سرنگ مشترک توسط معتادان ۷۳ درصد اعلام کرد و ادامه داد: ۴۱ درصد از بیماران از طریق تماس جنسی به این ویروس آلوده شده‌اند.

وی ابتلای دو درصد از کودکان را از طریق انتقال ویروس از مادر بیمار دانست و ادامه داد: دلیل ابتلای ۱۱ درصد از بیماران مشخص نیست.

سروری افزایش آلودگی از طریق تماس جنسی را هشدار را به متصدیان امور فرهنگی کشور برشمرد و تصریح کرد: مراجع بهداشت و درمان و از همه مهم‌تر خانواده‌ها باید بیشتر مراقب کنند.

وی تأکید کرد: خانواده و مراجع فرهنگی باید فرزندان خود را از عواقب اقدامات پرخطر خارج از خانواده آگاه کنند.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان اهتمام ارتقای شاخص‌های فرهنگی و توجه جدی به آگاهی‌دادن به جوانان را در کاهش آسیب‌های پیش رو مؤثر عنوان کرد.

فسا دانشگاه علوم پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی فسا مجله

قم دانشگاه علوم پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی قم مجله

شیوع آسم و آلرژی در تهران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

اگر تا حالا برای آلودگی هوا نگران سالمندان، کودکان، زنان باردار و یا بیماران قلبی بودید، یک تهدید دیگر را هم اضافه کنید، آلرژی و آسم.

شیوع آسم در جوامع معمولاً با آمار ۵ تا ۱۰ درصد ثبت می‌شود، اما در تهران که آلودگی هوای آن حتی منجر به تعطیلی مدارس هم می‌شود، این آمار در برخی مناطق به ۳۰ درصد می‌رسد.

رئیس اداره آسم و آلرژی وزارت بهداشت با تایید این آمار می‌گوید: در برخی مناطق تهران میزان شیوع علائم آسم به ۳۰ درصد می‌رسد و در واقع با توسعه صنعتی و افزایش آلودگی‌ها میزان مواد آلرژی‌زا در محیط روبه افزایش است.

دکتر حسن نوری در گفتگو با جامجم ادامه می‌دهد: بیشترین تمرکز ما در اداره آسم و آلرژی وزارت بهداشت بر روی آسم است.

وی با متفاوت خواندن فاکتورهای ابتلا به آسم می‌گوید: یکی از انواع آلرژی‌های ناشی از آلودگی هوا که در حال حاضر شایع هم شده، آسم است. از طرفی آلودگی هوا حتی باعث شیوع آلرژی‌های نهفته در فرد می‌شود.

وی با متفاوت خواندن آلرژی‌های فصلی از آلرژی‌های ناشی از آلودگی‌های تهران توصیه می‌کند: افراد مبتلا به آلرژی باید به طور مرتب از داروهای تجویز شده نظیر آنتی‌هیستامین استفاده کنند در غیر این صورت زندگی فرد مبتلا به آلرژی به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

نوری توصیه عوض کردن محل زندگی و یا از خانه خارج نشدن افراد مبتلا به آسم یا آلرژی را موقت دانسته و معتقد است: با ادامه پیدا کردن روند افزایش آلودگی در تهران امکان زندگی عادی از مردم سلب خواهد شد.

وی آلودگی هوا را یک معضل ملی می‌داند و می‌گوید: تمام نهادها و سازمان‌های مرتبط باید برای رفع این مشکل اقدام کنند چرا که آلودگی هوا یک معضل بین بخشی محسوب می‌شود.

آلرژی فصلی

گرده‌افشانی درختانی مانند نارون، گردو، افرا و چنار در اسفند ماه شروع می‌شود و تا اواسط بهار ادامه می‌یابد ولی علوفه‌ها از ماه‌های اردیبهشت و خرداد گرده‌افشانی می‌کنند و تا اواسط مردادماه ادامه می‌یابد و علف‌های هرز در اواخر تابستان تا اوایل پاییز گرده‌افشانی می‌کنند در این میان گل‌ها و گیاهانی مثل شمعدانی و گل سرخ حساسیت‌زا هستند.

علایم اصلی این بیماری حملات مکرر عطسه، آبریزش بینی، خارش و آبریزش چشم‌ها، احساس خارش در گلو، سقف دهان و گوش‌ها، کاهش تمرکز و احساس ناخوشی کلی است.

تحقیقات نشان می‌دهد التهاب مخاط بینی ناشی از آلرژی‌های فصلی می‌تواند در طول همه ماه‌های سال ایجاد شود و افراد را با مشکل مواجه کند.

آمارها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ فرد مبتلا به آسم ۸ نفر از آلرژی‌های فصلی رنج می‌برند.

دکتر مسعود موحدی، فوق‌تخصص آسم و آلرژی در این مورد معتقد است: برای درمان علائم این بیماری بهتر است از قرص‌های آنتی‌هیستامین و اسپری‌های ضدالتهابی بینی استفاده شود، زیرا اسپری‌ها یا قطره‌های بینی ضدالتهاب با کاهش تورم، گرفتگی بینی را برطرف می‌کنند.

وی ادامه می‌دهد: اسپری‌ها یا قطره‌های بینی ضدآلرژی مانع اثر عامل آلرژی‌زا می‌شود، همچنین در موارد مقاوم از اسپری‌های بینی کرومولین سدیم استفاده می‌شود که با جلوگیری از آزاد شدن هیستامین در بدن از بروز علائم آلرژی ممانعت می‌کند. اگر گرفتگی بینی باعث ناراحتی چندانی نشود، قرص یا اسپری‌ها خیلی مفید نیستند.

به گفته موحدی، اگر به‌رغم درمان‌های دارویی، علائم شدید حساسیت در فرد باقی بماند، باید به روش خاصی نسبت به گرده گیاهی عامل بیماری، حساسیت‌زدایی انجام شود.

موحدی با بیان این که زمان گرده‌افشانی معمولاً اوایل صبح و نزدیک غروب است، توصیه می‌کند: گرده گیاهان در همه ساعات شبانه‌روز به سطح زمین نزدیک نیستند، در ابتدای صبح و نزدیک غروب این گرده‌ها به سطح زمین نزدیکتر می‌شوند و با گرم شدن هوا به ارتفاع بالاتری از سطح زمین می‌روند و کمتر افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

[یزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مجله](#)

ارومیه دانشگاه علوم پزشکی

[کوثر مجله پزشکی](#)

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله عج

آمار بیماری سلیاک در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

در طول دو دهه اخیر میزان تشخیص بیماری سلیاک یا انتروپاتی حساس به گلوتن در اغلب کشورهای غربی و همینطور در کشور ما سیر صعودی قابل توجهی داشته است. پیش از این دوره اغلب پزشکان تصور می‌کردند که بیماری سلیاک در کشور ما بسیار نادر است و این بیماری را در تشخیص افتراقی بیمارانی که علائمی از سوء جذب داشتند قرار نمی‌دادند.

با ظهور طیف جدیدی از تستهای سرولوژیک که برای بررسیهای تشخیصی اولیه بیماری سلیاک استفاده می‌شوند امکان تشخیص این بیماری بهتر شد. مطالعات فراوانی با استفاده از این تست‌ها جهت بررسی شیوع بیماری سلیاک در اغلب کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی و جنوبی، هند و خاورمیانه انجام شد، نتایج آنها حاکی از این بود که شیوع سلیاک در اغلب این مناطق بالا است.

این یافته بر خلاف تصورات قبلی است که بیماری سلیاک را مخصوص کشورهای اروپایی، خصوصاً اسکاتلندی، می‌پنداشتند. در کشور ما نیز اولین مطالعات غربالگری توسط مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد و معلوم شد که شیوع این بیماری در ایران نیز بالا می‌باشد.

نکته قابل توجه در مورد نتایج این مطالعات تظاهرات این بیماری است که محدود به دستگاه گوارش نمی‌شود و شامل یک طیف وسیع از بی‌علامتی یا علایم خفیف گوارشی یا عصبی تا سوء تغذیه شدید می‌باشد.

در این نوشتار سعی کرده‌ایم که با معرفی کارهای علمی که در زمینه بیماری سلیاک در ایران شده اهمیت توجه پزشکان و متخصصین محترم را به در نظر گرفتن این بیماری در تشخیصهای افتراقی علایم مرتبط با این بیماری خاطرنشان کرده و از طرف دیگر توجه مسئولین محترم سلامت را جهت فراهم آوردن تسهیلات لازم برای دسترسی این بیماران به رژیم غذایی فاقد گلوتن جلب نماییم

سلامت نیوز

آمار شیوع هلیکوباکتر پیلوری در ایران تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

حدود ۸۰٪ از بالغین ایرانی دچار عفونت با هلیکوباکتر پیلوری هستند که عامل شیوع بالای بیماری های معده در ایران است. مطالعه بر روی اپیدمیولوژی عفونت با هلیکوباکتر در مناطق مختلف کشور ما و شناسایی عوامل خطر آن بخشی از اولویت های پژوهشی ما را به خود اختصاص داده است.

شناسایی شایع ترین گونه های عامل بیماری نیز برای ما دارای اهمیت است. ما همچنین در حال پژوهش بر روی شیوع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری در ۵-۷ استان در کشور هستیم. حدود ۵۰۰۰ نفر در این مطالعه شرکت خواهند کرد و اپیدمیولوژی گونه های مختلف هلیکوباکتر پیلوری در بیماران مبتلا به بیماری های معده و افراد سالم نیز مورد مطالعه قرار خواهد گرفت.

گاستریت منتشر با سرطان معده ارتباط دارد و در نتیجه، مطالعه بر روی شیوع این عفونت در مناطقی از ایران که شیوع سرطان معده در آنها بالا است (نظیر آذربایجان و خراسان) و در مناطقی که شیوع این سرطان در آنها پایین است (نظیر یزد و کرمان) از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد.

به منظور ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به بهترین نحو، کارآزمایی های بالینی مختلفی انجام داده ایم که از جمله آنها، کارآزمایی های متعددی است که به منظور ارزیابی کارایی فورازولیدون در کاهش مدت درمان است. مطالعه ای نیز در مورد شیوع گاستریت منتشر و ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بستگان درجه اول بیماران مبتلا به سرطان معده در این مرکز به انجام رسیده است. در این مطالعه حدود ۱۰۰۰ نفر از بستگان مورد مطالعه قرار گرفته و درمان به هدف ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در ۴۰۰ نفر از آنان انجام شده پیگیری به مدت ۴ سال ادامه یافته است.

در آزمایشگاه میکروبیولوژی، تلاش ما بر این بوده است که هلیکوباکتر پیلوری را در منابع بالینی و محیطی ردیابی کرده و مسیر انتقال احتمالی این باکتری را شناسایی کنیم. ما دریافته ایم که هلیکوباکتر پیلوری در واکوئول های قارچ هایی نظیر کاندیدا لاته گزینی می کند و از استرس های محیطی نظیر آنتی بیوتیک ها در امان می ماند. این اطلاعات از مطالعات میکروسکوپی و بیولوژی مولکولار به دست آمده است. ما به این نتیجه رسیده ایم که ممکن است

قارچ ها مهمترین مسیر انتقال هلیکوباکتر پیلوری از محیط به دستگاه گوارش فوقانی انسان باشند. مطالعه اخیر ۳ ساله ما بر روی مقاومت هلیکوباکتر پیلوری به آنتی بیوتیک نشان داده است که مقاومت به مترونیدازول و کلاریترومایسین به ترتیب ۳۶/۳٪ و ۳/۷٪ است. میزان مقاومت در شیره معده بالغین و کودکان و همچنین در شیره معده زنان و مردان مشابه بوده و در طول زمان تغییر نکرده است.

جهاد دانشگاهی

[پایش](#)

آمار شیوع سنگ کیسه صفرا در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سنگ کیسه صفرا می‌تواند علل مختلفی داشته باشد عدم تعادل بین کلسترول و نمک‌های صفرايي می‌تواند یکی از دلایل تشکیل این سنگ‌ها باشد.

دکتر ماهرخ دائمی در گفت و گو با ایسنا، با اشاره به علل تشکیل سنگ کیسه صفرا گفت: کلسترول بالا یا نمک پایین باعث می‌شود که محتویات کیسه صفرا حالت بلوري پیدا کند و این مواد در داخل آن رسوب کند البته اگر عفونت وارد کیسه صفرا شود سنگ کیسه صفرا ایجاد می‌شود.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران اظهار کرد: مصرف چربی به تنهایی موجب بهم خوردن تعادل مواد در داخل کیسه صفرا نمی‌شود ولی مصرف زیاد چربی می‌تواند زمینه ساز این بیماری شود.

وی در خصوص عوامل زمینه ساز سنگ کیسه صفرا تصریح کرد: چاقی، کلسترول بالای خون و کم تحرکی از عوامل زمینه ساز این بیماری محسوب می‌شود.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد عوامل مستعد کننده تشکیل سنگ کیسه صفرا گفت: بیشترین عوامل مستعد کننده شامل چاقی، افزایش کلسترول خون، مصرف بعضی از داروها و هورمون‌ها، عفونت‌های خاص که بخصوص سبب درگیری مجاری صفراوی می‌شوند

و بعضی بیماری‌های خونی است. این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران پیرامون تأثیر سبک زندگی مردم بر میزان شیوع این بیماری گفت: نحوه زندگی افراد در این بیماری نقش موثری دارد و مصرف میوه و سبزیجات، رعایت تعادل میان قد و وزن، ورزش و تحرک می‌تواند احتمال شیوع این بیماری را کاهش دهد.

دکتر دائمی با اشاره به شیوع این بیماری در زنان اظهار کرد: این بیماری در زنان جوان شایع نیست اما در زنان بالای ۴۰ سال، چاق، زایمان‌های متعدد و کم تحرک این بیماری بسیار شایع است. با اینکه آمار دقیقی در خصوص درصد شیوع سنگ کیسه صفرا در ایران وجود ندارد ولی تعداد مراجعین به بیمارستان‌ها برای درمان این بیماری بسیار بالاست.

وی در خصوص تشخیص این بیماری اظهار کرد: در حقیقت بیماری سنگ کیسه صفرا بدون علامت است و تشخیص این بیماری، اتفاقی و با استفاده از سونوگرافی است. شایع‌ترین علامت این بیماری درد در قسمت فوقانی است که بخصوص بعد از خوردن غذای سنگین و چرب ایجاد می‌شود و در اغلب موارد بعد از مدتی خود به خود بهبود پیدا می‌کند.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با اشاره به ضرورت انجام عمل جراحی در این بیماران گفت: عمل جراحی در بیماران که سنگ کیسه صفرا دارند ضرورتی ندارد و فقط در صورتی جراحی صورت می‌گیرد که بیمار دچار عوارض شده باشد یعنی دردهای زیاد و بی وقفه داشته باشد به نحوی که زندگی عادی فرد مختل شود. وی پیرامون استفاده از داروهای گیاهی در درمان این بیماری گفت: سنگ کیسه صفرا زمانی ایجاد می‌شود که جریان حرکت ترکیبات خاص صفرا کند شود و داروهای شیمیایی و گیاهی نمی‌توانند تأثیری در درمان این بیماری داشته باشند.

این متخصص جراحی عمومی در ادامه افزود: سنگ شکنی و خارج کردن سنگ‌ها به تنهایی کمکی به درمان این بیماری نمی‌کند و جراحی و خارج کردن کل کیسه صفرا تنها راه درمان است که معمولاً به روش لاپاراسکوپی انجام می‌شود. در مواردی که نتوان از لاپاراسکوپی برای خارج کردن سنگ استفاده کرد از روش جراحی باز استفاده می‌شود.

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مجله

ارومیه دانشگاه علوم پزشکی

کوثر مجله پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله

هرمزگان مجله پزشکی

بهداشتی درمانی هرمزگان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مجله

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز- معاونت

آمار کبد چرب در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

افزایش نگران کننده آمار کبد چرب در کشور

دکتر رضا ملکزاده رییس مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران هشدار داد
افزایش آمار کبد چرب در کشور

زندگی شهرنشینی ارمغان‌های زیادی را با خود به همراه می‌آورد؛ چاقی، بی‌تحرکی، افزایش بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، فشارخون و... که با روند روبه‌رشد شهرنشینی در حال افزایش نیز هستند و پیش‌بینی می‌شود سال آینده بالاترین بار بیماری‌ها مربوط به بیماری‌های غیرواگیر باشد

کبد چرب یکی از همین بیماری‌هاست که به گفته دکتر ملکزاده، ۳۰ درصد مردم کشورمان به آن دچارند. آمارها نشان می‌دهد که انواع هپاتیت‌های غیرویروسی نیز در ایران در حال افزایش است

سومین کنگره بین‌المللی هپاتیت تهران بهانه‌ای بود تا با کارشناسان نظام سلامت، وضعیت هپاتیت‌های ویروسی و غیرویروسی را در کشور بررسی کنیم

رییس سومین کنگره بین‌المللی هپاتیت تهران نسبت به افزایش شیوع هپاتیت‌های غیرویروسی در کشور هشدار داد. دکتر سیدمؤید علویان با اشاره به گسترش پدیده شهرنشینی گفت: «کبد چرب از عوارض چاقی و بیماری دیابت است و هم‌اکنون شیوع هپاتیت‌های غیرویروسی (التهاب کبد) به دلیل ابتلا به کبدچرب در کشور افزایش یافته است. رییس مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد تاکید کرد: «در شرایط کنونی با رشد هپاتیت‌های ناشی از کبد چرب شاهد سیر کاهنده انواع هپاتیت‌های ویروسی نسبت به ۱۸ سال پیش هستیم. دکتر علویان شایع‌ترین علت کبد چرب را چاقی و اختلال در چربی‌های خون بیان کرد و اظهار داشت: «امروزه با صنعتی‌شدن شهرها و کم‌تحرکی، استفاده از تغذیه نامناسب نظیر فست‌فودها، روغن‌های غیراستاندارد، کاهش مصرف میوه و سبزیجات، افزایش مصرف شکر، قند، شیرینی و نوشابه‌های گازدار سبب رشد فزاینده چاقی در کشور شده است

وی با اشاره به اینکه یکی از فعالیت‌های مهم کبد، ذخیره‌سازی و سوخت‌وساز چربی‌ها در بدن است، گفت: «کبد طبیعی حاوی حدود ۵ گرم چربی در ۱۰۰ گرم وزن خود است و هرگاه مقدار چربی بیش از ۵ درصد وزن آن شود، به این حالت کبدچرب اطلاق می‌شود.

وی عوامل مهمی که سبب بروز کبد چرب می‌شود را این‌گونه برشمرد: «بیماری دیابت، مصرف مشروبات الکلی، چاقی و اختلال در چربی‌های خون، بد غذایی و سوءتغذیه، مصرف برخی از داروهای کورتون‌دار مثل پردنیزولون، داروهای ضدتشنج نظیر (اسیدوالپروئیک)، بیماری‌های مزمنی نظیر نارسایی عضلات قلبی، هپاتیت مزمن (هپاتیت سی)

به گفته دکتر علویان، بیماری کبدچرب معمولاً علامت خاصی ندارد و به دنبال انجام آزمایش‌های دوره‌ای، اختلال در آنزیم‌های آن مشخص می‌شود.

رشد دیابت و چاقی در کشور

شایع‌ترین انواع هپاتیت در کشور، هپاتیت‌های غیرویروسی است. دکتر رضا ملک‌زاده، فوق‌تخصص گوارش و کبد، رییس مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان این مطلب تاکید کرده‌هپاتیت‌های غیرویروسی خصوصاً هپاتیت‌های ناشی از رسوب چربی در کبد افزایش داشته است. دکتر ملک‌زاده مهم‌ترین علت افزایش هپاتیت‌های غیرویروسی را دیابت و چاقی عنوان کرد و گفت: اپیدمی چاقی و پرخوری در کشور ما به وقوع پیوسته است و علاوه بر آن افزایش بیماری دیابت نیز سبب بروز هپاتیت‌های غیرویروسی مانند کبد چرب در کشور شده است. این فوق‌تخصص گوارش و کبد به افزایش هپاتیت‌های خود ایمن اشاره کرد و تاکید کرد: افزایش آمار هپاتیت‌های خودایمن نیز در کشور قابل‌توجه است. وی خاطرنشان کرد: «زمانی که وضعیت اقتصادی، اجتماعی مردم بهبود پیدا می‌کند این نوع هپاتیت‌ها نیز بیشتر دیده می‌شود. با بالا رفتن استانداردهای بهداشتی مثل آب آشامیدنی میزان بروز هپاتیت‌های خود ایمن هم افزایش می‌یابد.

همان‌طور که می‌دانید هپاتیت‌های غیرویروسی قابل پیشگیری هستند و مهم‌ترین راه برای پیشگیری از آن‌ها، کنترل وزن است. دکتر ملک‌زاده در این‌باره می‌گوید برای کنترل وزن و پیشگیری از ابتلا به کبدچرب، افراد می‌توانند مصرف غذاهای حاوی نشاسته مانند نان، سیب‌زمینی، برنج و شیرینی‌جات و فست‌فودها و نوشابه را به حداقل برسانند. دکتر ملک‌زاده توصیه کرد: به جای مصرف غذاهای پرچرب، مصرف میوه‌جات و سبزیجات تازه را در اولویت قرار دهید و روزی نیم‌ساعت تا یک ساعت ورزش کنید. وی با بیان اینکه ۳۰ درصد افراد بالای ۴۰ سال در کشور مبتلا به کبد چرب هستند، ادامه داد معمولاً بیماری کبدچرب از سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود و در تمامی افراد از سن ۳۵ سالگی به بعد اوج می‌گیرد. همچنین ۲ تا ۳ درصد از کسانی که کبد چرب دارند به هپاتیت ناشی از رسوب چربی دچار می‌شوند. دکتر ملک‌زاده با اشاره به اینکه معمولاً زنان و مردان بعد از ازدواج دچار اضافه‌وزن می‌شوند، توصیه کرد: «رژیم غذایی مناسب باید در خانواده‌ها مورد توجه قرار بگیرد و عادت به نخوردن نمک و چربی زیاد از دوران کودکی در فرد کنترل شده است.

در کشور رو به کاهش است و در سال ۷۳ از حدود ۳ تا ۴ درصد به حدود ۲ درصد رسیده. آمارها نشان می‌دهد شیوع هپاتیت ب است که این میزان در استان تهران زیر ۱/۲ درصد است.

در کشور به زیر ۲ درصد خواهد رسید و این دکتر سیدمید علویان با بیان این مطلب گفت طی ۱۰ سال آینده، شیوع هپاتیت ب مساله به دلیل بالا رفتن آگاهی مردم و انجام واکسیناسیون همگانی است.

عنوان می‌کند و می‌گوید: «۷۰ درصد هپاتیت‌های ویروسی شایع در دکتر ملک‌زاده خطرناک‌ترین هپاتیت در کشور را هپاتیت ب است که در مدت زمان کوتاهی (۵ سال) باعث نارسایی کبد می‌شود کشور، هپاتیت ب را در کشور به گفته این فوق‌تخصص گوارش و کبد با اجرای برنامه پیشگیری پیش‌بینی می‌شود تا ۴۰ سال آینده بیماری هپاتیت ب نداشته باشیم.

معتادان تزریقی، بیشترین مبتلایان به هپاتیت سی

در دنیا شناسایی می‌شود این در حالی است که در سال ۸ تا ۱۰ هزار نفر جان سالیانه ۱۷۰ هزار مورد ابتلای جدید به هپاتیت سی خود را بر اثر ابتلا به این بیماری از دست می‌دهند.

در کشور را کمتر از یک درصد حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار رییس سومین کنگره بین‌المللی هپاتیت تهران، میزان شیوع هپاتیت سی نفر می‌داند و می‌گوید مهم‌ترین راه انتقال آن از راه خون شامل تزریق خون آلوده، تزریق مشترک بین معتادان تزریقی و خالکوبی است.

پیش از این اعتیاد تزریقی بوده است، ادامه داد: هم‌اکنون با اجرای دکتر علویان با بیان اینکه عمده‌ترین راه انتقال هپاتیت سی از اعتیاد تزریقی به انتقال جنسی تغییر کرده است برنامه کاهش آسیب و درمان معتادان پرخطر راه انتقال هپاتیت سی

نیز افزایش پیدا رییس مرکز تحقیقات گوارش و کبد تصریح کرد: «طی ۱۰ سال گذشته با افزایش تعداد معتادان، شیوع هپاتیت سی کرده است

رییس سومین کنگره بین‌المللی هپاتیت با بیان اینکه شیوع این بیماری در میان مصرف‌کنندگان دایمی خون بیشتر است، افزود: «با وجود پیشرفت‌های علمی در خالص‌سازی و غربالگری خون، بیماران هموفیلی، تالاسمی و دیالیزی به علت نیاز دایمی به دریافت خون، از این دسته به‌شمار می‌آیند

بهداشتی-درمانی شاهرود دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

و تندرستی مجله دانش

بهداشتی-دانشگاه علوم پزشکی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات
تهران

دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی مجله

آمار شیوع سکته قلبی در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت اعلام کرد: از شهریورماه سامانه ثبت سکته‌های قلبی راه‌اندازی شده است و تا به امروز ۱۰ هزار مورد را ثبت کرده اما با این وجود، این آمار همه موارد سکته قلبی نیست.

کروشه اعتماد در گفت‌وگو با فارس افزود: سامانه ثبت سکته‌های قلبی در شهریورماه راه‌اندازی شده و ۱۰ هزار مورد را نشان می‌دهد که احتمال می‌رود تا همین لحظه به ۱۱ هزار مورد نیز رسیده باشد.

وی ادامه داد: سامانه ثبت سکته‌های قلبی در ۸۳ درصد بیمارستان‌های کشور مستقر شده اما هنوز ارزیابی مناسبی از اینکه چند درصد بیماران در این سامانه ثبت شده‌اند، وجود ندارد.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت تصریح کرد: به عنوان مثال بیمارستانی در شهرستان تعدادی از سکته‌های قلبی را ثبت می‌کند اما دقیقاً نمی‌دانیم که این آمار از میان چند بیمار سکته قلبی برآورد شده است.

اعتماد افزود: بنابراین علی‌رغم راه‌اندازی این سامانه پوشش ۱۰۰ درصدی بیماران نشان داده نمی‌شود و این در حالی است که قطعاً کم شماری‌هایی وجود دارد و آمار ارائه شده کمتر از واقعیت است.

وی در مورد ثبت موارد سکته قلبی در ارتباط با تشدید آلودگی هوا گفت: نمی‌توانیم به این زودی‌ها در این مورد قضاوت کنیم چراکه این موضوع نیازمند بررسی دقیق در یک دوره زمانی است.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت اضافه کرد: باید حداقل یک سال از زمان ثبت سکته‌های قلبی در ارتباط با آلودگی هوا بگذرد تا اگر کم‌شماری هم داشته باشیم تمامی موارد دقیقاً ثبت شود.

اعتماد اظهار کرد: در اکثر نظام‌های مراقبتی کم‌شماری وجود دارد و هم‌اکنون ثبت سامانه سرطان با ۱۵ سال قدمت ۷ درصد کم‌شماری دارد.

وی گفت: بنابراین با توجه به کم‌شماری‌های موجود، نیازمند یک سال زمان هستیم تا موارد ثبت شده از سکنه‌های قلبی در پاییز، زمستان و بهار را با توجه به آلودگی هوا بررسی کنیم.

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت در رابطه با سامانه ثبت سرطان نیز گفت: هیچ نرم‌افزاری ثبت پوشش صد درصدی را ندارد چراکه ممکن است بیماری در منزل فوت کند و یا بیماری‌اش تشخیص داده نشود بنابراین ثبت دقیق با مشکلاتی مواجه می‌شود. با این وجود سامانه ثبت سرطان کشورمان در خاورمیانه بی‌رقیب است و در بهترین نظام‌های ثبت حداقل ۵ درصد کم‌شماری وجود دارد.

نظامی مجله طب

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله

پزشکی مجله علمی

اهواز دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

آمار شیوع سرطان سینه در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

محمدرضا میر در آستانه برپایی «هشتمین همایش سالانه انجمن سرطان ایران» که ۳۰ آذرماه تا اول دیماه در تهران برپا می‌شود، با اعلام این خبر افزود: متأسفانه سرطان‌هایی که در سنین پایین فرد را درگیر می‌کنند اغلب از نوع مهاجم‌تر هستند.

به گزارش سلامت نیوز به نقل از فارس؛ دبیر انجمن سرطان ایران گفت: در حالیکه آمار ابتلا به سرطان پستان در سنین کمتر از ۳۰ سال در دنیا ۲ تا ۲/۵ درصد است، بر اساس یافته‌های چند پژوهش انجام شده در کشور این میزان در ایران ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است.

وی با اشاره به اینکه در حال حاضر سرطان پستان در دنیا و از جمله ایران رو به افزایش است، خاطرنشان کرد: بر اساس آمار وزارت بهداشت که در کتاب ثبت سرطان نیز ارایه شده سن متوسط مراجعه کنندگانی که در سال ۸۷ برای درمان سرطان پستان مراجعه کردند حدود ۱۰ سال کمتر از دیگر کشورهاست.

میر افزود: ۴۰ درصد سرطان پستان مربوط به سنین بالای ۶۰ سال است که این امر با افزایش امید به زندگی و افزایش طول عمر افراد مرتبط است.

وی گفت: هنوز دلیل مشخصی برای کاهش سن ابتلا به سرطان پستان در کشور مشخص نشده است.

دبیر انجمن سرطان ایران با ابراز خرسندی از تنوع درمان سرطان پستان اظهار داشت: طی ۲۰ سال اخیر درمان سرطان پستان تحول بسیاری یافته و از سمت درمان‌های تهاجمی که در بیشتر موارد منجر به برداشتن کامل پستان می‌شد به جراحی‌های کوچک با حفظ پستان بیمار و افزایش طول عمر وی همراه بوده است.

وی گفت: با توجه به موضوع سرطان‌ها و روش‌های نوین درمانی اعم از جراحی و غیر جراحی، هشتمین همایش سالانه انجمن سرطان ایران ۳۰ آذرماه تا اول دیماه امسال با حضور چهره‌های سرشناس داخل و خارج کشور در مرکز همایش‌های رایزن تهران برپا می‌شود.

میر با اشاره به اینکه معاینه بالینی از سوی پزشک معالج یکی از ارکان اصلی تشخیص سرطان به شمار می‌رود، تصریح کرد: به کمک معاینه و ابزارهای تشخیصی از قبیل سونوگرافی، ماموگرافی و ام. آر. آی می‌توان به تشخیص زودرس این بیماری رسید و برای درمان به موقع آن اقدام کرد.

وی گفت: در حال حاضر جای مشاوره ژنتیک برای بررسی ژن‌های عامل سرطان پستان

در مراکز پژوهشی - درمانی ما بسیار خالی است این در حالی است که با شناسایی افرادی که اقوام درجه یک آنان BRCA1 , brca2 مبتلا به سرطان پستان هستند و انجام معاینات دقیق از آنان می‌توان در تشخیص زودرس و نجات جان بیماران گام‌های مثبتی برداشت

میر ادامه داد: هشتمین همایش سالانه انجمن سرطان ایران با حضور برخی مسئولان وزارت بهداشت و اعضای انجمن سرطان و دیگر انجمن‌های علمی مرتبط با درمان سرطان و با حمایت سازمان صدا و سیما و شهرداری تهران برپا می‌شود. وی گفت: هدف از برپایی این همایش، ارتقای سطح علمی دانش متخصصان شاغل در بخش سرطان و آرایه آخرین روش‌های درمانی و پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه تشخیص و درمان بیماری سرطان است.

طب جانباز

جانبازان پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی

طب جنوب

و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

آمار شیوع سرطان مثانه در ایران بیش از میانگین جهانی است

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

در حالی که در کتب مرجع پزشکی، سن بروز سرطان مثانه ۶۰ تا ۷۰ سالگی ذکر شده است، متخصصان هشدار می‌دهند که شیوع سرطان مثانه در ایران بیش از شیوع جهانی آن شده است

و سن شروع این بیماری هم از دهه ششم و هفتم به دهه سوم کاهش پیدا کرده است.

دکتر سید جلیل حسینی، متخصص اورولوژی و رئیس انجمن اورولوژی ایران معتقد است: با توجه به افزایش شیوع [سرطان](#) مثانه در کل کشور، بیمارانی که تومور مثانه دارند عمدتاً با علائم پیشرفته به ما مراجعه می‌کنند، یعنی موقعی که تومور بزرگ شده یا از دیواره مثانه فراتر رفته و به غده‌های لنفاوی و نقاط دیگری از بدن سرایت کرده است.

وی در ادامه با اشاره به مهم‌ترین علت ابتلا به این سرطان می‌افزاید: تومور مثانه جزو تومورهای شایع دستگاه ادراری است. یکی از علل مهم ابتلا به سرطان مثانه و در واقع مهم‌ترین علت آن که در همه منابع علمی به آن اشاره شده، کشیدن سیگار است و اکثریت کسانی که با این تومور به ما مراجعه می‌کنند سابقه مصرف سیگار در درجات بالا در آنها مشاهده می‌شود.

رئیس انجمن اورولوژی ایران ادامه می‌دهد: سیگاری‌ها ۴ تا ۷ برابر افراد غیرسیگاری به این نوع سرطان دچار می‌شوند. چون مواد سمی تولید شده به واسطه کشیدن سیگار باید از راه ادرار دفع شود، بنابراین، این مواد سمی برای مدت زیادی در ادرار جمع می‌شود که میزان غلظت آن هزار برابر خون است و با تحلیل جداره مثانه باعث ایجاد سرطان مثانه می‌شود.

وی معتقد است: می‌توان گفت افزایش مصرف سیگار در ایران به‌خصوص در سنین پایین باعث کاهش سن ابتلا به تومور مثانه شده است.

همراهی سیگار و مادمخدر

برخی دیگر از متخصصان، بر مصرف توأمان سیگار و تریاک به عنوان علت افزایش شیوع این سرطان تأکید می‌کنند. دکتر ناصر سیم‌فروش، اورولوژیست و عضو هیأت علمی [دانشگاه شهید بهشتی تهران](#) با اشاره به این موضوع می‌گوید: مطالعات در بین بعضی مشاغل مثل رانندگان کامیون نشان داده که این افراد به علت اینکه سیگار و تریاک را با هم مصرف می‌کنند، شانس بیشتری برای ابتلا به تومور مثانه دارند خصوصاً چون سیگار ۱۵ سال بعد عوارض خود را نشان می‌دهد

بعد از گذشت این زمان ترک سیگار فایده ندارد و سرطان مثانه هم در این افراد از نوع سرطان مهاجم خواهد بود.

۳ دهه جلوتریم!

دکتر علی رازی دانشیار اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران در رابطه با پایین آمدن سن شیوع این تومور به خصوص در ایران می‌گوید: سن شایع این سرطان در کل دنیا دهه ششم و هفتم زندگی است، یعنی بین سنین ۶۰ تا ۷۰ سال.

در حالی که در ایران ما متأسفانه چندین سال است با بیمارانی مواجه می‌شویم که در سنین پایین‌تر به سرطان مثانه مبتلا می‌شوند و متأسفانه در سابقه این بیماران مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک به کرات دیده شده است.

البته به گفته وی رابطه سرطان مثانه با مصرف تریاک و تأثیر آن روی سن بیمار نیازمند یک کار تحقیقاتی است. متأسفانه ما در کلینیک‌ها با بیماران ۲۵ سال به بالا نیز مواجه هستیم که تعداد آنها کم نیست البته تریاک جزء ریسک فاکتورهای شناخته شده جهانی نیست ولی در کشور ما به وفور افراد مبتلا به تومور مثانه با سابقه مصرف تریاک دیده شده است.

وی ادامه می‌دهد: این بیماری در واقع در محیط‌های صنعتی، کشورها و شهرهای صنعتی شیوع بالاتری را دارد. اگر چه امروز ثابت شده که سیگار عامل سرطان‌زایی مثانه است ولی قرار گرفتن در معرض انگل «شیتوزوما هماتوبیوم» در محیط‌های صنعتی که با لانه‌گزینی در بافت مثانه سبب افزایش احتمال بروز سرطان مثانه می‌شود، نیز بسیار حائز اهمیت است.

دکتر رازی با بیان این مطالب با اشاره به عوامل خطرناک دیگر تومور مثانه ادامه می‌دهد: به‌طور کلی قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی از قبیل مواد شیمیایی موجود در پارچه، لاستیک، رنگ و نقاشی و همچنین مواد شیمیایی موسوم به آمین‌های آروماتیک ریسک ابتلا به این نوع سرطان را بالاتر می‌برد.

همچنین قرار گرفتن در معرض داروی شیمیایی «سیکلو فسفامید» که در شیمی‌درمانی از آن استفاده می‌شود از عوامل ابتلا به این بیماری به شمار می‌رود.

افزایش شیوع در زنان

دکتر محمد علی زرگر، نایب رئیس انجمن اورولوژی ایران با اشاره به اینکه تا چند سال قبل آمار زنان سیگاری خیلی کمتر از مردان بود و تعداد مردان مبتلا ۵ تا ۶ برابر زنان گزارش می‌شد ولی اکنون با بالا رفتن تعداد زنان سیگاری بروز این سرطان در آنها نیز افزایش یافته است، می‌گوید: حدود یک پنجم بیماران مبتلا به این بیماری جان خود را از دست می‌دهند.

همچنین افرادی که یک بار به این سرطان دچار شده‌اند شانس بیشتری برای ابتلای دوباره به آن را دارند. وی در ادامه با اشاره به انواع سرطان مثانه عنوان می‌کند: سرطان‌های مثانه به سطحی، مهاجم و متاستاتیک تقسیم می‌شوند.

خوشبختانه اغلب سرطان‌های مثانه سطحی هستند یعنی در سطح مثانه رشد می‌کنند و معمولاً به درمان‌های تراش و سوزاندن جواب می‌دهند ولی متأسفانه ۵۰ درصد از این سرطان‌ها در سال اول پس از تراشیدن یا سوزاندن مجدداً رشد می‌کنند، همچنین ۱۵ درصد از این تومورهای سطحی بعد از عود عمیق می‌شوند و به داخل مثانه فرو می‌روند.

وی ادامه می‌دهد: برای ایجاد سرطان مثانه ۲ تنوری وجود دارد. اگر ما فکر کنیم موادی در ادرار وجود دارد که این مواد به هر علتی سرطان‌زا هستند چون با تمام سطح مثانه سر و کار دارند بنابراین تمام قسمت‌های مثانه را گرفتار می‌کنند، ولی به‌تدریج سرطان نفوذ پیدا کردند و آن قسمت توسط جراح تراشیده شد تومور در مرحله بعد دیگر آن A را در مثانه پخش می‌کنند، یعنی وقتی به قسمت قسمت را گرفتار نمی‌کند و به سراغ سطوح دیگر مثانه می‌رود

این یک تنوری بود و تنوری دیگر این است که یک سلول سرطانی ممکن است از نقطه سرطانی مثانه کنده شده و به قسمت سالم آن برود و در آنجا هم رشد کند.

همین یک علامت کافی است

مشاهده خون در ادرار می‌تواند نخستین علامت سرطان باشد. دکتر سید جلیل حسینی در مورد تنها علامت این بیماری تأکید می‌کند: علامت تومور مثانه خونریزی است و بیمار هیچ درد و ناراحتی را احساس نمی‌کند.

فقط در مواردی ممکن است تکرر ادرار نیز دیده شود. این خونریزی چون با ادرار ترکیب می‌شود کمی تغییر رنگ می‌دهد که ممکن است فرد به این مسئله توجه نکند چون در طول زندگی با مصرف آب یا عدم مصرف آن رنگ ادرار ممکن است تغییر کند.

وی اضافه می‌کند: در مراحل اولیه این خونریزی کم است و با ادرار رقیق می‌شود ولی این بیماری واقعاً علامت دیگری ندارد. رئیس انجمن اورولوژی ایران با اشاره به اینکه اگر بیمار با دیدن نخستین علامت خون در ادرار به پزشک مراجعه کند، تومور در مرحله اولیه تشخیص داده می‌شود و اقدامات درمانی روی بیمار صورت می‌گیرد، می‌گوید: در این صورت بیمار می‌تواند طول عمر کاملاً طبیعی داشته باشد.

ما برای درمان تومورهای سطحی با یک آندوسکوپی یعنی با فرستادن دستگاهی داخل مثانه تومور را کاملاً درمان می‌کنیم ولی در مراحل پیشرفته در اغلب اوقات یا باید کل مثانه را برداریم یا مجرای ادراری را. گاهی نیز باید از روده، مثانه بسازیم که این برای بیمار بسیار مشکل خواهد بود.

چهارمین سرطان شایع در مردان

سرطان مثانه چهارمین سرطان شایع در میان مردان و هشتمین سرطان شایع در میان زنان است. تخمین زده شده در کشوری که ۲۵۰ میلیون جمعیت دارد سالانه حدود ۶۵ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان مثانه گزارش می‌شود که ۱۳ هزار نفر از آنها به علت ابتلا به این تومور جان خود را از دست می‌دهند.

این سرطان تقریباً در مردان ۲/۵ برابر بیشتر از زنان گزارش شده است ولی زنان بیشتر در اثر این بیماری می‌میرند. متخصصان اورولوژی تأکید می‌کنند که تاکنون در منابع علمی در مورد ریسک فاکتورهای ابتلا به این تومور عوامل متعددی ذکر شده است که هنوز تأثیر آنها در ابتلا به سرطان مثانه به اثبات نرسیده است

منبع این پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

آمار شیوع افزایش سرطان روده بزرگ در افراد زیر ۵۰ سال

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سرطان روده بزرگ در افراد زیر ۵۰ سال در کشور در حال افزایش است و رژیم غذایی نامناسب و بیبوست از عوامل اصلی ایجاد این بیماری به‌شمار می‌روند.

رژیم غذایی نامناسب، بیبوست و نشستن طولانی مدت در دستشویی از علل اصلی ایجاد بیماری کولون و رکتوم است.

بیماری‌هایی چون بواسیر، شقاق مقعد، افتادگی‌ها و بی‌اختیاری‌ها از جمله بیماری‌های شایع کولون و رکتوم محسوب می‌شوند که از این میان بواسیر از نظر تشخیصی به کرات با سرطان‌ها اشتباه گرفته می‌شود و اغلب بیمار با خروج توده و خونریزی مراجعه می‌کند که توجه به معاینه دقیق بیمار و گرفتن شرح حال کامل ضروری است تا در صورت سرطانی بودن، بیماری تشخیص داده شده و درمان حاصل شود.

رژیم غذایی نامناسب، بیبوست و نشستن طولانی مدت در دستشویی می‌تواند از علل اصلی ایجاد این بیماری باشد، تاکید کرد: تنها درصد کمی از سرطان‌ها بدخیم بوده، نیاز به جراحی دارند و اغلب آنها تنها با دارو، لیزر (اگر بیماری به درستی تشخیص داده شود و کار با لیزر با دقت انجام گیرد)، کولونوسکوپی و به‌طور کلی ۹۹ درصد درمان بیماری‌های مقعد که در کشورهای پیشرفته به‌کار می‌رود، در ایران نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد و یک درصد هم به‌دلیل کمبود ابزارها و دستگاه‌های گرانیگیمی است که برای درمان بیماران (از جمله بی‌اختیاری ادرار و مدفوع) در دسترس نیست.

در شمال کشور شیوع سرطان مری جزء بالاترین درصد شیوع سرطان است. از این نظر، مورد توجه جوامع بین‌المللی است و به همین منظور مرکز تحقیقات کبد و گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲ طرح بزرگ و فعال را به نام‌های «اترک» در گنبد و «ارس» در اردبیل در دست اجرا دارد که در حوزه تحقیق سرطان‌های مری و معده هستند. وی تصریح کرد: هر سال ۴۱۲ هزار نفر مورد جدید سرطان مری و ۸۷۰ هزار نفر مورد جدید سرطان معده در دنیا گزارش می‌شود.

به‌علت پالابودن آمار سرطان مری در ایران از قرار گرفتن کشور در کمربند سرطان خبر داد. نوعی از سرطان معده که حدود یک‌چهارم از سرطان‌های معده را به‌خود اختصاص داده است، سرطان ناحیه کاردیاست، کاردیا قسمتی کوچک از قسمت فوقانی معده است که تغییر عادات غذایی در پیشگیری از این سرطان نقش مهمی دارد.

برای سرطان مری و معده عوامل ایجاد کننده‌ای ثابت شده است، می‌توان عواملی چون سطح بهداشت عمومی، بعضی ویروس‌ها، مسائل محیطی، نوع تغذیه و سیگار را دخیل دانست و در مورد سرطان معده، چاقی، مصرف غذای پرچرب و پروتئین دار را می‌توان نام برد.

علائم این نوع سرطان‌ها نیز مانند سایر سرطان‌ها مشخص نیست ولی می‌توان کاهش اشتها و کاهش وزن را برای سرطان مری و معده نام برد. البته سرطان‌های مری و معده در سنین بالای ۶۰ الی ۷۰ سال دیده شده است. در مورد سرطان کولون، کم خونی، یبوست، دل درد، آلودگی شکم و خونریزی را می‌توان نام برد که این نوع سرطان‌ها در مراحل اولیه علائمی ندارند.

برای درمان در مراحل اولیه جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی ولی در مراحل انتهایی که سرطان پیشرفت کرده است جراحی فقط برای تسکین درد و یا زنده نگهداشتن بیمار برای ۲ الی ۳ ماه انجام می‌شود و این نوع سرطان در خانم‌ها کمی بیشتر از آقایان است.

عود بیماری به دلیل ترس و شرم!

کولونوسکوپ دستگاهی است که از یک لوله قابل انعطاف با قطری به اندازه یک انگشت و طول حدود ۱/۵ متر تشکیل شده و به یک منبع نوری برای دیدن درون کولون و یک دوربین بسیار کوچک ویدئویی که برای تصویربرداری از روده مورد استفاده قرار می‌گیرد، مجهز است.

از روش کولونوسکوپی برای بررسی جدار داخلی رکتوم (مقعد) و کولون (روده بزرگ) استفاده می‌شود. متأسفانه برخی از افراد که مبتلا به این بیماری هستند به دلیل ترس و یا شرم از ابراز علائم بیماری از مراجعه به متخصص و شروع درمان امتناع می‌ورزند که این امر مشکل را دوچندان می‌کند.

کولونوسکوپی توسط پزشک متخصص گوارش و کبد در مطب یا در بیمارستان انجام می‌شود و امکان تشخیص پولیپ‌ها، تومورها، نقاط دچار خونریزی و التهاب را به پزشک معالج می‌دهد.

در افرادی که دچار خونریزی بدون علت مشخص، خون یا چرک مخفی در مدفوع با درد قسمت تحتانی شکم و اسهال یا یبوست طول کشیده هستند، کولونوسکوپی انجام می‌شود.

همچنین در مواردی از قبیل پیگیری بیماری التهابی روده، تشخیص بدخیمی‌ها و پولیپ‌های کولون، برداشتن بیوپسی از بافت کولون مورد استفاده قرار می‌گیرد. کولونوسکوپی می‌تواند نسبتاً بدون درد باشد.

در اغلب موارد به شما یک مسکن خفیف به تنهایی یا همراه با داروی مخدر تسکین‌دهنده (خواب آور) از طریق وریدی داده خواهد شد تا احساس ناراحتی کمتری حین معاینه داشته باشید. حین کولونوسکوپی ممکن است شما دچار دل درد یا احساس دفع گاز شوید که این یک مسئله عادی است.

اگر پولیپ یا بافت ناهنجار دیده شد پزشک شما ممکن است آن را بردارد، با کوتر کردن آن را تخریب و از آن نمونه برداری کند و یا جهت عمل جراحی به پزشک جراح ارجاع دهد. مدت کولونوسکوپی معمولاً ۳۰-۲۰ دقیقه طول خواهد کشید و می‌تواند براساس یافته‌ها یا اعمالی که انجام می‌شود کمی طولانی‌تر شود.

۲۴ ساعت قبل از انجام کولونوسکوپی، مصرف قرص آهن و داروهای حاوی آهن را قطع کنید زیرا آهن می‌تواند رنگ پوشش داخلی کولون را تغییر دهد و مایعات قرمز رنگ مصرف نکنید زیرا می‌تواند ترشحات روده را قرمز کند و با خون اشتباه شود.

وی افزود: قبل از انجام کولونوسکوپی پزشک معالج خود را در مورد داروهای مصرفی، حساسیت دارویی، سابقه بیماری خصوصاً بیماری قلبی، اختلال انعقادی خون، مصرف داروهای رقیق‌کننده خون یا داروهای حاوی آسپرین و حاملگی (در صورت مونث بودن بیمار) مطلع کنید.

چهارمین سرطان شایع در ایران

سرطان روده بزرگ، سومین سرطان شایع در کشورهای غربی و چهارمین سرطان شایع در ایران و جهان است. در کشورهای صنعتی نیز بعد از سرطان ریه، این سرطان دومین عامل مرگومیر ناشی از سرطان‌هاست.

سالانه ۱/۵ میلیون نفر در جهان دچار سرطان کولون و رکتوم می‌شوند. زنان و مردان تقریباً به‌طور مساوی گرفتار این بیماری می‌شوند و شیوع آن نیز از سن ۴۰ تا ۵۰ سالگی به‌تدریج افزایش می‌یابد. حداکثر بروز این سرطان بعد از سن ۵۰ سالگی است.

متأسفانه در ایران، شیوع این سرطان رو به افزایش است و طبق آمار موجود، در حال حاضر چهارمین سرطان شایع در بین مردان (۵ درصد) و زنان (۵/۵ درصد) محسوب می‌شود. درصد ابتلا به سرطان کولون و رکتوم در افراد زیر ۵۰ سال در ایران قابل توجه است.

خوشبختانه بیشتر موارد مرگومیر ناشی از سرطان‌های کولون و رکتوم قابل پیشگیری است. در گذشته، تصور می‌شد که سرطان کولون چپ شایع‌تر از سرطان کولون راست است ولی طی ۲۰ سال گذشته، شیوع سرطان در کولون چپ به وضوح کاهش یافته است.

باتوجه به زندگی صنعتی امروزه و افزایش میزان شهرنشینی و بروز تغییرات واضح در رژیم غذایی، می‌توان گفت که محیط، نقش بسزایی در بروز سرطان روده بزرگ دارد.

منبع این پژوهش

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آمار شیوع سرطان کلیه در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

با سه علامت مهم سرطان کلیه، نکاتی لازم در این رابطه، درمان آن و توصیه هایی در این رابطه آشنا شوید.

سرطان کلیه یکی از سرطان هایی است که میزان شیوع آن نسبت به سرطان مثانه و پروستات کمتر بود. اما میزان مرگ و میر این سرطان نسبت به دو سرطان (مثانه و پروستات) بیشتر است یعنی در واقع سرطان کلیه کشنده ترین سرطان دستگاه ادراری است.

سن شیوع و شروع سرطان کلیه بعد از سن ۵۰ سالگی و بخصوص پس از ۶۰ سالگی است اما در سالهای اخیر بروز این نوع سرطان در جوانان مشاهده شده است که علل آن ممکن است تماس با مواد صنعتی، شیمیایی، آلودگی هوا، مواد مخدر و استعمال سیگار است که احتمال دارد این عوامل در ایجاد این سرطان ها در سنین جوانی تاثیر بگذارد.

سرطان کلیه دارای سه علامت مهم است که باید به آن توجه شود که درد پهلو، خون ریزی در ادرار و احساس ایجاد یک توده در طرفین شکم و ناحیه کلیه از علائم آن است.

در ۳۷ درصد موارد این سه تا علامت با هم ایجاد نمی شود و در اکثر مواقع یعنی ۶۳ درصد موارد این سه تا علامت با هم بروز نمی کند.

دردهایی که بعلت سرطان کلیه ایجاد می شود ممتد بوده اما گاهی اوقات که در این سرطان خونریزی اتفاق می افتد به علت خونریزی و دفع لخته خون دردهای شبیه دفع سنگ یعنی دردهای کولیکی ایجاد می شود یعنی دردهایی که ناگهان ایجاد و شروع می شود و شدید شده که حالت تهوع و استفراغ هم ایجاد می کند سپس با دفع لخته این دردها از بین می رود.

در صورت بروز این سه نوع علامت ذکر شده سریع به پزشک مراجعه کنند تا با انجام سونوگرافی و آزمایش ادرار مورد بررسی قرار گرفته شود.

درمان سرطان کلیه مراحل مختلف دارد که به مرحله بندی بالینی شناخته می شود

در مرحله اول سرطان محدود در داخل کلیه بوده

و در حالت ۲ سرطان به نواحی و چربی دور کلیه رسیده

و در حالت ۳ سرطان به عناصر اطراف کلیه و یا غدد لنفاوی را فرا گرفته

و در حالت ۴ سرطان داخل کبد، طحال و روده را هم گرفته است.

نوع درمان بستگی به مرحله این است که سرطان درجه مرحله ایی است و آیا سرطان به جاهای دیگر متاستاز داده یا نه.

وی گفت: در صورتیکه سرطان در داخل کلیه باشد عمل جراحی بین ۹۰ تا ۹۵ درصد

و در مرحله دو یعنی در عمل جراحی ۷۵ تا ۸۵ درصد درمان خواهد کرد.

اما در مرحله ۳ جراحی فقط کارساز نیست و پیشرفته شده و درمان های تکمیلی شیمی درمانی نیاز است

و در مرحله ۴ بستگی به نظر متخصص دارد.

چون این سرطان در مراحل ۱ و ۲ بسیار درمان پذیر است و نتایج درمانی آن بسیار بالاتر و بهتر از نوع ۳ و ۴ آن است لذا توصیه می شود بیمارانی که یکی از سه علامت مهم سرطان کلیه را دارند سریع به پزشک مراجعه کنند.

منبع این پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله

سرطان هاي شايع براساس جمع كل

تنظيم كننده

دكتور رضا پوردستگردان فوق ليسانس ميكروبيولوژي

شايع ترين سرطان هاي ايران شامل موارد زير مي باشد:

پوست ۸۸۷۷ مورد (۱۴/۶٪)

معهده ۶۰۶۵ مورد (۱۰/۴٪)

پستان ۶۵۰۱ مورد (۱۰/۷٪)

روده بزرگ ۴۵۵۱ مرد (۷/۵٪)

مثانه ۴۰۷۷ مورد (۶/۷٪)

دستگاه خونساز ۳۳۹۹ مورد (۵/۶٪)

مري ۳۱۴۴ مورد (۵/۲٪)

ساير ۳۹/۶۶٪

منبع اين پژوهش

<http://cancer.ncii.ir/default.aspx>

آمار شیوع سرطان بیضه در مردان

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

پژوهشگران از وجود ارتباط بین مصرف حشیش و ابتلا به سرطان خبر می دهند

بین مصرف حشیش و ابتلا به سرطان بیضه در مردان ارتباط وجود دارد.

فرد نشان می دهد: شیوع سرطان بیضه در مردانی که به مدت ۳۶۹ بررسی محققان مرکز تحقیقات سرطان فردهاچینسون درباره به مراتب بیش از دیگر مردان است بر پایه یافته های این پژوهش ، مصرف طولانی از ماری جوانا یا حشیش استفاده می کنند .بیضه به ویژه در مردان جوان در ارتباط است حشیش با افزایش شیوع بدخیم ترین نوع سرطان

گفتنی است : سرطان بیضه یکی از شایع ترین انواع سرطان در مردان جوان است

منبع این پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی همدان

آمار شیوع لوسمی حاد در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

با توجه به آمارهای مختلف، لوسمی حاد از جمله لوسمی لنفوسیتی، غیر لنفوسیتی و میلوسیتی حاد، شایع ترین نوع سرطان در کودکان بوده و شیوع آن در پسران شایع تر از دختران است

لوسمی شامل سرطان هایی است که از سلول های تشکیل دهنده خون و سلول های ایمنی منشا می گیرد و بروز و شیوع آن در تمام گروه های سنی و در هر دو جنس دیده می شود
لوسمی حاد از جمله موارد شایع لوسمی به خصوص در سنین پایین است، تصریح کرد: لوسمی حاد یکی از سرطان های مربوط به سلول های سفید خون در مغز استخوان، بافت های مربوط به دستگاه لنفاوی است که در داخل بافت و جریان خون تجمع یافته و می تواند سایر بافت های بدن را نیز درگیر کند

با توجه به آمارهای مختلف، لوسمی حاد از جمله لوسمی لنفوسیتی، غیر لنفوسیتی و میلوسیتی حاد شایع ترین نوع سرطان در کودکان بوده و شیوع آن در پسران شایع تر از دختران است

از علائم شایع لوسمی حاد تب، خستگی، رنگ پریدگی، احساس ناخوشی، کبودی پوست، خونریزی از بینی و لثه، درد شکم، بزرگی طحال، بروز عفونت های مختلف به خصوص در ناحیه دهان، پنومونی، سردرد، خواب آلودگی و زخم های غیر عادی در قسمت هایی از بدن است

علت دقیق لوسمی حاد مانند سایر موارد سرطان تقریباً معلوم نیست، تصریح کرد: عوامل ژنتیکی و سابقه خانوادگی، مواجهه با عوامل شیمیایی و اشعه های خطرناک مانند اشعه ایکس مصرف برخی از داروها، ضعف دستگاه ایمنی، مصرف الکل و سیگار و ابتلا به برخی از بیماری های زمینه ای از جمله دلایل مرتبط با لوسمی حاد و عوامل افزایش دهنده خطر این نوع سرطان است
پرهیز از عوامل افزایش دهنده خطر ابتلا به لوسمی حاد می تواند خطر بروز این نوع سرطان را تا حد زیادی به خصوص در کودکان کاهش دهد

منبع این پژوهش

<http://www.iran.pezeshk.us/>

شیوع سرطان تیروئید در زنان ایرانی

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

سرطان تیروئید در زنان و سرطان حنجره در مردان از جمله ده سرطان شایع در ایران است که ریشه در فرهنگ و ساختار جامعه دارد. دکتر سید عباس صفوی نایینی، متخصص گوش، حلق و بینی به خبرنگار باشگاه خبرنگاران گفت: از نظر بار ایجاد شده ناشی از سرطان های سر و گردن به جز در مورد سرطان حنجره و حفره دهانی آمار سایر سرطان های سر و گردن در دست نیست.

وی ادامه داد: پیشرفت های حاصله در زمینه های مختلف علوم پایه و تخصص های جراحی و غیر جراحی در سرطان های این بخش از بدن ضرورت برنامه ریزی دقیق تر و جامع تر برای آموزش های تخصصی را ایجاب می کند.

این متخصص گوش، حلق و بینی خاطرنشان کرد: بروز سرطان، ریشه در ساختارهای فرهنگی و اجتماعی جامعه دارد که در این مورد مجموعه نظام سلامت و افراد جامعه باید مشارکت جدی داشته باشند.

وی تصریح کرد: در صورتی که هر یک از سرطان های سر و گردن را به تنهایی در نظر بگیریم شاید بتوان سرطان تیروئید را در زنان و سرطان حنجره را در مردان در زمره ده سرطان شایع در ایران در نظر گرفت.

وی تاکید کرد: با نگاهی واقع بینانه و لحاظ کردن همه سرطان های این ناحیه در یک مجموعه می توان گفت که این دسته از سرطان ها در مجموع شاید جزو پنج سرطان شایع در ایران باشند

منبع این پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

شیوع سرطان مثانه در ایران

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

درحالی که در کتب مرجع پزشکی، سن بروز سرطان مثانه ۶۰ تا ۷۰ سالگی ذکر شده است، متخصصان هشدار می دهند که شیوع سرطان مثانه در ایران بیش از شیوع جهانی آن شده است و سن شروع این بیماری هم از دهه ششم و هفتم به دهه سوم کاهش پیدا کرده است

با توجه به افزایش شیوع سرطان مثانه در کل کشور، بیمارانی که تومور مثانه دارند عمدتاً با علائم پیشرفته به ما مراجعه می کنند، یعنی موقعی که تومور بزرگ شده یا از دیواره مثانه فراتر رفته و به غده های لنفاوی و نقاط دیگری از بدن سرایت کرده است

تومور مثانه جزو تومورهای شایع دستگاه ادراری است. یکی از علل مهم ابتلا به سرطان مثانه و در واقع مهم ترین علت آن که در همه منابع علمی به آن اشاره شده، کشیدن سیگار است و اکثریت کسانی که با این تومور به ما مراجعه می کنند سابقه مصرف سیگار در درجات بالا در آنها مشاهده می شود

سیگاری ها ۴ تا ۷ برابر افراد غیرسیگاری به این نوع سرطان دچار می شوند. چون مواد سمی تولید شده به واسطه کشیدن سیگار باید از راه ادرار دفع شود، بنابراین، این مواد سمی برای مدت زیادی در ادرار جمع می شود که میزان غلظت آن هزار برابر خون است و با تحلیل جداره مثانه باعث ایجاد سرطان مثانه می شود

می توان گفت افزایش مصرف سیگار در ایران به خصوص در سنین پایین باعث کاهش سن ابتلا به تومور مثانه شده است

همراهی سیگار و موادمخدر

برخی دیگر از متخصصان، بر مصرف توأمان سیگار و تریاک به عنوان علت افزایش شیوع این سرطان تأکید می کنند. دکتر ناصر سیم فروش، اورولوژیست و عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران با اشاره به این موضوع می گوید: مطالعات در بین بعضی مشاغل مثل رانندگان کامیون نشان داده که این افراد به علت اینکه سیگار و تریاک را با هم مصرف می کنند، شانس بیشتری برای ابتلا به تومور مثانه دارند خصوصاً چون سیگار ۱۵ سال بعد عوارض خود را نشان می دهد،

بعد از گذشت این زمان ترک سیگار فایده ندارد و سرطان مثانه هم در این افراد از نوع سرطان مهاجم خواهد بود

سن شایع این سرطان در کل دنیا دهه ششم و هفتم زندگی است، یعنی بین سنین ۶۰ تا ۷۰ سال

درحالی که در ایران ما متأسفانه چندین سال است با بیمارانی مواجه می شویم که در سنین پایین تر به سرطان مثانه مبتلا می شوند و متأسفانه در سابقه این بیماران مصرف موادمخدر به خصوص تریاک به کرات دیده شده است

البته رابطه سرطان مثانه با مصرف ترياك و تأثير آن روى سن بيمار نيازمند يك كار تحقيقاتى است. متأسفانه ما در كلينيك‌ها با بيماران ۲۵ سال به بالا نيز مواجه هستيم كه تعداد آنها كم نيست البته ترياك جزء ريسك فاكترهاى شناخته شده جهاني نيست ولى در كشور ما به وفور افراد مبتلا به تومور مثانه با سابقه مصرف ترياك ديده شده است

اين بيمارى در واقع در محيط‌هاى صنعتى، كشورها و شهرهاى صنعتى شيوع بالاترى را دارد. اگر چه امروز ثابت شده كه سيگار عامل سرطان‌زاى مثانه است ولى قرار گرفتن در معرض انگل «شيستوزوما هماتوبيوم» در محيط‌هاى صنعتى كه با لانه‌گزى در بافت مثانه سبب افزايش احتمال بروز سرطان مثانه مى‌شود، نيز بسيار حائز اهميت است

به‌طور كلى قرار گرفتن در معرض مواد شيميايى از قبيل مواد شيميايى موجود در پارچه، لاستيك، رنگ و نقاشى و همچنين مواد شيميايى موسوم به آمين‌هاى آروماتيك ريسك ابتلا به اين نوع سرطان را بالاتر مى‌برد

همچنين قرار گرفتن در معرض داروى شيميايى «سيكلوفسفاميد» كه در شيمي‌درمانى از آن استفاده مى‌شود از عوامل ابتلا به اين بيمارى به شمار مى‌رود

افزايش شيوع در زنان

تا چند سال قبل آمار زنان سيگارى خيلى كمتر از مردان بود و تعداد مردان مبتلا ۵ تا ۶ برابر زنان گزارش مى‌شد ولى اكنون با بالا رفتن تعداد زنان سيگارى بروز اين سرطان در آنها نيز افزايش يافته است، مى‌گويد: حدود يك پنجم بيماران مبتلا به اين بيمارى جان خود را از دست مى‌دهند

همچنين افرادى كه يك بار به اين سرطان دچار شده‌اند شانس بيشترى براى ابتلاى دوباره به آن را دارند. وى در ادامه با اشاره به انواع سرطان مثانه عنوان مى‌كند: سرطان‌هاى مثانه به سطحى، مهاجم و متاستاتيك تقسيم مى‌شوند

خوشبختانه اغلب سرطان‌هاى مثانه سطحى هستند يعنى در سطح مثانه رشد مى‌كنند و معمولاً به درمان‌هاى تراش و سوزاندن جواب مى‌دهند ولى متأسفانه ۵۰ درصد از اين سرطان‌ها در سال اول پس از تراشيدن يا سوزاندن مجدداً رشد مى‌كنند، همچنين ۱۵ درصد از اين تومورهاى سطحى بعد از عود عميق مى‌شوند و به داخل مثانه فرو مى‌روند

براى ايجاد سرطان مثانه ۲ تنورى وجود دارد. اگر ما فكر كنيم موادى در ادرار وجود دارد كه اين مواد به هر علتى سرطان‌زا هستند چون با تمام سطح مثانه سر و كار دارند بنا بر اين تمام قسمت‌هاى مثانه را گرفتار مى‌كنند، ولى به تدريج سرطان را در مثانه نفوذ پيدا كردند و آن قسمت توسط جراح تراشيده شد تومور در مرحله بعد ديگر آن قسمت را A پخش مى‌كنند، يعنى وقتى به قسمت گرفتار نمى‌كند و به سراغ سطوح ديگر مثانه مى‌رود

اين يك تنورى بود و تنورى ديگر اين است كه يك سلول سرطاني ممكن است از نقطه سرطاني مثانه كنده شده و به قسمت سالم آن برود و در آنجا هم رشد كند

همين يك علامت كافى است

مشاهده خون در ادرار مى‌تواند نخستين علامت سرطان باشد. دكتور سيد جليل حسيني در مورد تنها علامت اين بيمارى تأكيد مى‌كند: علامت تومور مثانه خونريزى است و بيمار هيچ درد و ناراحتى را احساس نمى‌كند

فقط در مواردی ممکن است تکرر ادرار نیز دیده شود. این خونریزی چون با ادرار ترکیب می‌شود کمی تغییر رنگ می‌دهد که ممکن است فرد به این مسئله توجه نکند چون در طول زندگی با مصرف آب یا عدم مصرف آن رنگ ادرار ممکن است تغییر کند.

در مراحل اولیه این خونریزی کم است و با ادرار رقیق می‌شود ولی این بیماری واقعاً علامت دیگری ندارد. رئیس انجمن اورولوژی ایران با اشاره به اینکه اگر بیمار با دیدن نخستین علامت خون در ادرار به پزشک مراجعه کند، تومور در مرحله اولیه تشخیص داده می‌شود و اقدامات درمانی روی بیمار صورت می‌گیرد، می‌گوید: در این صورت بیمار می‌تواند طول عمر کاملاً طبیعی داشته باشد.

ما برای درمان تومورهای سطحی با یک آندوسکوپی یعنی با فرستادن دستگاهی داخل مثانه تومور را کاملاً درمان می‌کنیم ولی در مراحل پیشرفته در اغلب اوقات یا باید کل مثانه را برداریم یا مجرای ادراری را. گاهی نیز باید از روده، مثانه بسازیم که این برای بیمار بسیار مشکل خواهد بود.

چهارمین سرطان شایع در مردان

سرطان مثانه چهارمین سرطان شایع در میان مردان و هشتمین سرطان شایع در میان زنان است. تخمین زده شده در کشوری که ۲۵۰ میلیون جمعیت دارد سالانه حدود ۶۵ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان مثانه گزارش می‌شود که ۱۳ هزار نفر از آنها به علت ابتلا به این تومور جان خود را از دست می‌دهند.

این سرطان تقریباً در مردان ۲/۵ برابر بیشتر از زنان گزارش شده است ولی زنان بیشتر در اثر این بیماری می‌میرند. متخصصان اورولوژی تأکید می‌کنند که تاکنون در منابع علمی در مورد ریسک فاکتورهای ابتلا به این تومور عوامل متعددی ذکر شده است که هنوز تأثیر آنها در ابتلا به سرطان مثانه به اثبات نرسیده است.

منبع این پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی خراسان

آمار شیوع پوکی استخوان

تنظیم کننده

دکتر رضا پوردستگردان فوق لیسانس میکروبیولوژی

تحقیق منتشر شده در نشریه سازمان بهداشت جهانی می گوید حدود ۴۰ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان در طول زندگی خود با خطر ابتلا به پوکی استخوان مواجهند.

پوکی استخوان یا " استئوپروز " بیماری خاموش، نامیده می شود، چرا که در آن، استخوان ها بدون هیچ علامتی پوک می شوند و وقتی علائم درد و شکستگی بروز پیدا می کند که بیماری در مرحله پیشرفته است. حتی اگر شکستگی در استخوانهای اندامها رخ ندهد، پس از گذشت سالیان، علائمی چون درد کمر و خمیدگی قامت ایجاد می شود که ناشی از شکستگی یا بهتر است بگوییم خردشدگی استخوان مهره های کمری است.

پوکی استخوان در واقع خالی شدن استخوان از مواد سازنده آن است. در این بیماری گاهی فرد در تمام استخوان های خود احساس درد و سوزش می کند و گاهی حتی فرد متوجه شکستن استخوان هم نمی شود، چنان که گاهی فشارهای کوچک مثل خم شدن یا بلند کردن یک وسیله سنگین یا حتی سرفه می تواند موجب شکستگی استخوان شود.

طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی، این بیماری در سرتاسر دنیا در حال افزایش است، این در حالی است که تا ۲۰ سال پیش نادیده گرفته می شد که بعلت نداشتن راهی برای اندازه گیری دانسیته استخوان و درمان بیماری بود.

آمارها می گویند در ایران در طول یک سال، شاهد از دست دادن ۳۶ هزار و ۷۶۱ سال از عمر کل جامعه به علت این بیماری هستیم.

پوکی استخوان در کشور ما:

اطلاعات در مورد شیوع پوکی استخوان در مناطق مختلف دنیا هنوز محدود است، به خصوص در کشورهای در حال توسعه ، آمار دقیقی وجود ندارد. شیوع این بیماری از کشوری به کشور دیگر یا حتی در مناطق مختل داخل یک کشور متفاوت است و بستگی به نژاد، وضعیت تغذیه ، فعالیت بدنی، سبک زندگی، بیماری ها و مصرف داروها و سابقه ابتلا در خانواده به این بیماری و مصرف دخانیات دارد.

با این حال، بعضی مطالعات در سطح محدود انجام شده است که می تواند تا حدودی وضعیت کشور ما را در مقایسه با کشورهای دیگر روشن کند. مطابق آمار موجود، متوسط تراکم استخوان افراد سالم کشور ما در مقایسه با افراد ژاپنی حدود سه و نه دهم درصد بالاتر و چهار و شش دهم از آمریکا کمتر است. این در حالی است که آمارها در کشور آمریکا نشان می دهد حدود ۵۵ درصد آمریکایی ها به خصوص زنان، در معرض خطر شکستگی و پوکی استخوان هستند خطر شکستگی و پوکی استخوان هستند و حدود ۸ میلیون زن و ۲ میلیون مرد در آمریکا پوکی استخوان دارند.

مطالعه ای که چندی پیش توسط وزارت بهداشت انجام شده نشان میدهد ۷۴ درصد زنان و ۴۴ درصد مردان بالای ۵۰ سال در ایران دچار کمبود تراکم استخوان هستند و چهار و شش دهم درصد افراد ۲۰ تا ۷۰ سال در ایران به پوکی استخوان در ستون فقرات مبتلا هستند. همچنین از هر ۴ زن ایرانی بالای ۵۰ سال، یک نفر به پوکی استخوان مبتلاست. این در حالی است که آمارهای جهانی، فاصله معنی داری با آمار کشور ما دارد. در سرتاسر دنیا از هر ۳ زن، یک زن و از هر ۵ مرد یک مرد بالای ۵۰ سال دچار پوکی استخوان هستند.

مطالعه دیگری در ایران نشان داده است نیمی از زنان بالای ۴۵ سال و ۹۰ درصد زنان بالای ۷۵ سال در ایران به پوکی استخوان مبتلا هستند.

تفاوت زنان و مردان :

میزان پوکی استخوان در زنان، ۴ برابر مردان ذکر شده است و شکستگی ناشی از آن در زنان، تقریباً دو برابر مردان شایع است. البته از ۷۵ سالگی به بعد، پوکی استخوان در زنان و مردان به یک اندازه شایع است ولی این بیماری، اغلب بیماری زنان شناخته می شود. زنانی که زودتر دچار عادت ماهانه و دیرتر یائسه شوند، احتمال بروز بیماری در آنها کمتر است. تحقیق منتشر شده در نشریه سازمان بهداشت جهانی می گوید حدود ۴۰ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان در طول زندگی خود با خطر ابتلا به این بیماری مواجهند.

آمار شکستگی استخوانها :

مهم ترین عارضه پوکی استخوان، شکستگی است. بیشترین شکستگی در این بیماری، در ناحیه مفصل ران در محل اتصال به لگن و در ستون فقرات که معمولاً وزن بدن را تحمل می کنند رخ می دهد. شکستگی در ناحیه مچ دست نیز شایع است. در ناحیه لگن در اثر زمین خوردگی شکستگی ایجاد می شود. که سبب ناتوانی شدید و حتی مرگ پس از جراحی می شود.

آمارها در ایران می گویند ۵۰ درصد افراد مبتلا به پوکی استخوان شکستگی ران داشته اند که پس از این اتفاق، ۲۰ درصد از نظر زندگی وابسته به دیگران شدند و ۲۰ درصد دیگر زندگی شان به خطر افتاد. طبق این آمار، در یک سال، ۵ هزار شکستگی در استخوان ران در زنان و ۵۰۰ مورد شکستگی در ستون فقرات و ۲ هزار شکستگی در ناحیه مچ اتفاق می افتد.

این در حالی است که مطابق آمار سال ۲۰۰۳ در آمریکا هر ساله حدود یک و نیم میلیون نفر یعنی ۴ نفر از هر ۱۰ زن دچار شکستگی استخوان شده و حدود ۲۰ درصد در سال فوت می کنند. در آمریکا، موارد شکستگی ناشی از پوکی استخوان از بیماری هایی مثل سرطان و بیماری قلبی در افراد بالای ۶۵ سال شایع تر است. در آمریکای شمالی، اروپا، اقیانوسیه، استرالیا و نیوزیلند عمدتاً شکستگی در مفصل ران شایع است.

آینده پوکی استخوان :

بر اساس تغییرات سالهای اخیر در میزان این بیماری در نقاط مختلف دنیا پیش بینی می شود این بیماری در ۶۰ سال آینده در بعضی مناطق که این بیماری شیوع کمتری داشته رو به افزایش خواهد بود و بر عکس، مثلاً " امروزه آمریکای شمالی و اروپا نیمی از موارد شکستگی مفصل ران را در افراد مسن شامل می شوند ولی با اقدامات پیشگیرانه ای که در حال حاضر روی دختران جوان متمرکز شده است، تا سال ۲۰۵۰ این میزان به یک چهارم خواهد رسید. این درحالی است که پیش بینی می شود در آسیا و آمریکای لاتین، شیوع پوکی استخوان همچنان رو به افزایش باشد.

مصرف بالای جوش شیرین در ایران :

دو ماده مغذی لازم برای استحکام استخوانها هستند و جوش شیرین مصرف شده در نانها، یک عامل کمبود Dکلسیم و ویتامین کلسیم و زمینه ساز پوکی استخوان است. مطابق اظهارات دکتر صفوی مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت - جوش شیرین در نان، عامل اصلی کمبود کلسیم در ایران است و ۵۸ میلیون نفر در کشور از کمبود کلسیم رنج می برند. بیشترین مصرف جوش شیرین، اول در تهران و سپس در گیلان، مازندران ، قم و مرکزی است.

این در حالی است که نان یکی از مهمترین منابع تغذیه مردم کشورمان است، بطوری که ۴۳ تا ۵۸ درصد انرژی و ۵۶ درصد پروتئین مورد نیاز افراد جامعه را تامین می کند. از طرفی مصرف مواد لبنی در کشور ما بسیار محدود است، بنابراین نیاز به آموزش اصلاح عادات غذایی در زمینه مصرف لبنیات در خانواده ها از طریق متخصصین و پزشکان احساس می شود.

این اصلاح عادات غذایی باید از دوران کودکی شروع شود و طرح توزیع شیر رایگان در مدارس نیز بر همین اساس است. آمار مصرف کنند. نکته قابل توجه برای دختران جوان Dنشان می دهد ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد جامعه ما از کمبود شدید یا خفیف ویتامین این است که بیشترین رشد استخوان در سنین بین ۱۱ تا ۱۷ سالگی است و تا ۳۰ سالگی بر دانسیته استخوانهای بدن افزوده می شود، بنابراین در سنین جوانی باید برای پوکی استخوان فکری کرد و نباید فراموش کرد الگوهای مدرن امروزی برای زیبایی اندام مانند ماینک ها و نیز پیروی از شیوه های جدید لاغری، میتواند به استخوانهای دختران آسیب بزند و زمینه ای برای خطر پوکی استخوان در سالهای بعد باشد.

منبع: مقاله : " نگاهی به شیوع بیماری پوکی استخوان در دنیا و ایران