



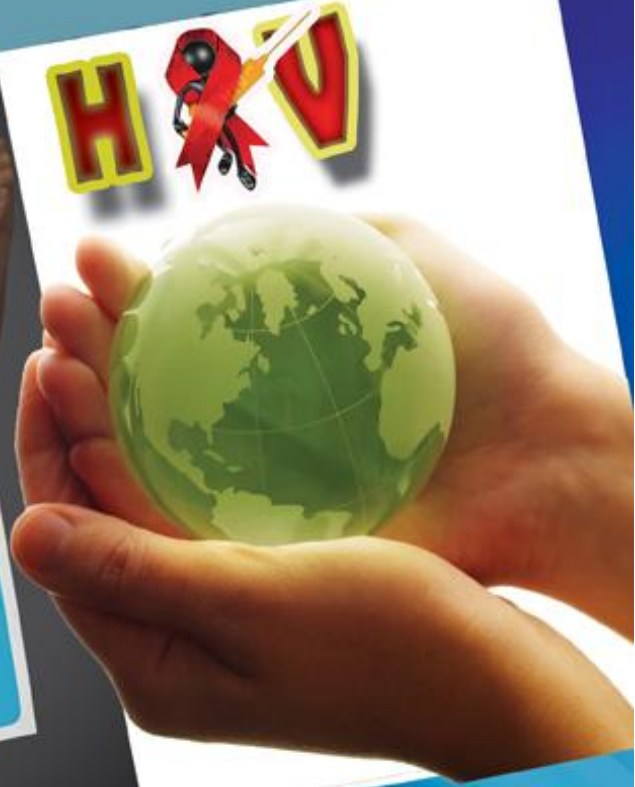
پاینامه علمی پژوهشی

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



سال دوم - شماره ۱۸ - آذر ۱۳۹۰

ISSN: 2251-6018



فهرست

صفحه	عنوان
۱	• اپیدمیولوژی HIV/AIDS در سال ۱۳۸۹
۴	• گزارش موارد علویت HIV/AIDS در سال ۱۳۸۹ در استان فارس • گزارش کلی هسته دانشپژوهی HIV/AIDS دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس
۷	• پروان فرمز چیست؟
۶۲	• مصرف شیشه (مت آمفتامین) و خطر ابتلا به علویت ای آی وی (ایدز)
۹	• اقدامات پیشگیرانه از HIV پس از تماس با فرد بیمار
۱۰	• چهارمین کنفرانس بین المللی هیاتیت

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلوئی

همکاران این شماره:
دکتر پیام پیمانیا، دکتر محبتی محمودی
سید مهدی احمدی، یاسر ساریخانی خرمی
دکتر مریم دهقان خلیلی

رئیس شورای سردبیری:
دکتر فریبرز غفار یسند

مدیر اجرایی:
محمد خوش سیما

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

سخن نخست

فستون مورد گزارش و ثبت شده ابتدا به ایدز در ایران مربوط به سال ۱۳۶۶ و در مورد یک کودک شش ساله مبتلا به بیماری هموفیلی بود که فرآورده‌های خون آلوده دریافت کرده بود. پیش از آن سال تا کنون نگذشته که براساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تا تاریخ اول فروردین ۱۳۹۰ در مجموع ۱۰۴ هزار و ۷۱۷ نفر مبتلا به ویروس ایدز شناسایی شده‌اند. این در حالیست که برآوردی پیش از آن ۸۰ تا ۱۰۰ هزار نفر برای این بیماری اعلام می‌شود. اگر چه میزان مبتلایان به ایدز در ایران کم است ولی بر اساس داده‌های گزارش شده نرخ رشد اپیدمی ایدز در ایران به‌سرت هشتاد هفتادای در حال افزایش است. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی عوامل اصلی انتقال ایدز را استفاده متناوب تزریقی از سرنگ مشترک (بهره از سرنگ)، و پس از آن از راه آموزش جنسی (ناخبرانه) می‌داند. خون و فرآورده‌های خون و انتقال از مادر به فرزند از دیگر عوامل اصلی گسترش این بیماری اند و عامل ابتلای عمده‌ای نیز نامشخص گزارش شده‌است. حدود ۴۰ درصد مبتلایان در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال قرار دارند و کمترین گسترش در میان گروه‌های سنی ۰ تا ۱۴ سال و بالای ۵۰ سال (مجموعاً ۱/۸ درصد) گزارش شده‌است. مطابق آمار قریب به ۹۵ درصد مبتلایان به ایدز در ایران را مردان تشکیل می‌دهند.

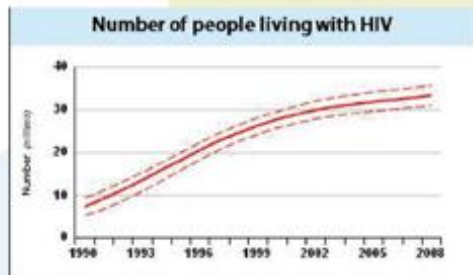
کشور ما در حال ورود به موج سوم انتشار ایدز می‌باشد. موج نخست ایدز از طریق دریافت خون و فرآورده‌های خون آلوده مشتقاً لاکتور ۸ آلوده، آغاز شد. متأسفانه سریع و به موقع اصلاح سیستم خونگیری و کنترل فاکتورهای وارداتی منب شد که اپیدمی نخست ایدز در کشور مهار شود. دوم ایدز هم برناسته از روش اعتیاد تزریقی و استفاده از وسایل مشترک تزریقی به ویژه در زندانها بود. در مواجهه با این موج نیز برنامه‌های اجراء شده در کشور ما (گروه کانی و متوقف کننده نمونه اما مؤثر بوده است. به عنوان نمونه انجام دیده‌وری در زندان‌ها و سایر مکانهای استقرار این گروه راه اندازی مراکز تزریق کلیدی در کنار گسترش مراکز مشاوره رفقاری و گسترش آگاهی عموم جامعه تاثر مهمی در کنترل گسترش بیماری از این طریق داشته است. موج سوم اپیدمی ایدز را می‌توان ناشی از شرکای جنسی و متعدد معنادار تزریقی برشمرد و یا بعباری روش انتقال جنسی دانست. حرکت کند و بطی، موج سوم یا اطمینان‌کنان در پوابع همراه است که به غالبگیری آنان منجر می‌شود. این روش انتقال برای جمعیت جوان کشور با رفتار پرخطر جنسی، نوعی تهدید متناسب می‌شود. اگر تعداد ۱۰۰ هزار مصرف کننده تزریقی مواد یا شیوع ۵ تا ۱۵ درصدی ایدز در آنان، همراه با این واقعیت که نیمی از آنان از نظر جنسی فعال هستند را در نظر بگیریم نگرانی از گسترش موج سوم اپیدمی ایدز بسیار جدی خواهد بود. تصور طرف بزرگی با حداقل ۱۰۰ هزار معنادار تزریقی با روابط جنسی متعدد حفاظت نشده و خارج از چارچوب خانواده و یک میلیون ۱۰۰ هزار معنادار منتظر و منت دسترس‌ن‌تابکی از عمق ناچیزه است. برین است اگر امروز برای مهار ایدز با برنامه دقیق و اعتبار مناسب اقدام نشود تاگزیر به صرف هزینه‌های میلیاردها در آینده نزدیک هستیم.

دکتر حسن جولایی
معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

اپیدمیولوژی HIV/AIDS در سال ۲۰۰۹

اپیدمیولوژی جهانی:

در سال ۱۹۸۵ با بوجود آمدن تست تشخیص آلودگی به روش الیزا، دید گسترده‌ای نسبت به عفونت HIV در بین مبتلایان ایالات متحده با رفتارهای با خطر بالای عفونت پیدا شد. علاوه بر این، ارزیابی شیوع بیماری با استفاده از روشهای آزمایشگاهی مشخص نمود که پاندمی بیماری به ویژه در کشورهای در حال توسعه از گستردگی زیادی برخوردار می باشد. در حالیکه سه دهه از شناخت این بیماری می گذرد علی‌رغم پیشرفت‌های خیلی مهم در زمینه های مختلف منجمله پیشگیری در این بیماری همچنان آمارهای آن رو به افزایش است (نمودار ۱).



در سال های مختلف HIV نمودار ۱. تعداد مبتلایان به عفونت

در حقیقت از سال ۱۹۹۹ که بالاترین رقم موارد جدید در یک روز در جهان بوده است، آمار روزانه ی اکثر کشورها بیش از ۲۵ در صد کاهش داشته است. در برخی از کشورها که اغلب در آفریقا هستند میزان مبتلایان در یک روز ثابت شده است. افزایش آمارهای کل در جهان بعلت بهبود در درمان، افزایش طول عمر مبتلایان و کاهش میزان مرگ و میر می باشد (نمودار ۲).



نمودار ۲ تغییرات بروز عفونت HIV بین سالهای ۲۰۰۱ و ۲۰۰۹ در جهان

■ بیشتر از ۲۵٪ افزایش ■ بیشتر از ۲۵٪ کاهش ■ ثابت □ نامشخص

تهیه و تنظیم: دکتر شهره بهشتی

عضو هیات علمی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

و عضو مرکز تحقیقات ایبر

مقدمه:

قرن بیستم، قرن تکنولوژی و تمدن بشری ثبت شده است. شاید وجود این همه دانش موجب شد تا بشر، اصول اولیه قانون بقا و سلامت خود را فراموش و یا حداقل دست کم بگیرد. علم پزشکی نیز همای سایر علوم تغییرات چشمگیری داشته است. طول عمر انسان افزایش پیدا کرد، و بسیاری از بیماری ها ریشه کن شد اما در همین قرن و در زمانی که انسان مغرور در رویایی عمر جاویدان بود با یک خطر جدی بیماری (HIV/AIDS) روبرو شد. تا بحال منشاء و شرایط فعال کننده عامل بیماری دقیقاً مشخص نشده است، اما بی تردید رفتارهای پر خطر از قبیل اعتیاد و داشتن شرکاء جنسی متعدد (داشتن چند شریک جنسی همزمان-تغییر شریک جنسی در فواصل کوتاه - تن فروشی ...) در روابط جنسی مرد با زن و یا مرد با مرد زمینه ساز گسترش این بیماری می باشد.

سیر تاریخی:

ایدز برای اولین بار در ایالات متحده و در تابستان ۱۹۸۱ تشخیص داده شد. در آن وقت مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) در ایالات متحده از وجود ذات‌الرئیه پنوموسیستیس کارینی غیر قابل توضیح در ۵ مورد هم‌جنس باز ساکن لوس آنجلس که قبلاً سالم بودند خبر داد. متعاقباً نیز ۲۶ مورد سارکوم کاپوزی در مردان همجنس باز که قبلاً سالم بودند، در نیویورک و لوس آنجلس گزارش شد و در طی چند ماه بعد این بیماری در مردان و زنان معناد تزریقی و کمی بعد از آن، در افراد دریافت کننده خون و در هموفیلی‌ها مشاهده گردید. مطالعات متعدد دیگر نشان می‌دهند که ویروس قبلاً به ندرت در مناطقی از آفریقا که هم اکنون «کمربند ایدز» نامیده می‌شود، نیز وجود داشته است.

تخمین آمار جهانی افراد زنده مبتلا به ویروس

تعداد کل	۳۳/۳ میلیون [۳۱/۴ میلیون - ۳۵/۳ میلیون]
تعداد بزرگسالان	۳۰/۸ میلیون [۲۹/۲ میلیون - ۳۲/۶ میلیون]
تعداد زنان	۱۵/۹ میلیون [۱۴/۸ میلیون - ۱۷/۲ میلیون]
تعداد کودکان < ۱۵	۲/۵ میلیون [۱/۶ میلیون - ۳/۴ میلیون]

همانگونه که ذکر شد میزان بروز موارد جدید در سال ۲۰۰۹ کاهش داشته است.

تخمین آمار جهانی افرادی که جدیداً مبتلا شده اند

تعداد کل	۲/۶ میلیون [۲/۳ میلیون - ۲/۸ میلیون]
تعداد بزرگسالان	۲/۲ میلیون [۲ میلیون - ۲/۴ میلیون]
تعداد کودکان < ۱۵	۳۷۰۰۰۰ [۲۳۰۰۰۰ - ۵۱۰۰۰۰]

همچنین میزان فوت بیماران حتی در کشورهای کم درآمد نیز بعلت پوشش بیشتر درمان در سال ۲۰۰۹ کاهش داشته است.

تخمین آمار جهانی مرگ به علت ایدز

تعداد کل	۱/۸ میلیون [۱/۶ میلیون - ۲/۱ میلیون]
تعداد بزرگسالان	۱/۶ میلیون [۱/۴ میلیون - ۱/۸ میلیون]
تعداد کودکان < ۱۵	۲۶۰۰۰۰ [۱۵۰۰۰۰ - ۳۶۰۰۰۰]

توزیع شیوع AIDS / HIV در سال ۲۰۰۹ در جهان



هر چند که آمار روزانه به حدود ۷۰۰۰ نفر کاهش پیدا کرده است، اما حدود ۹۷ درصد آن در کشورهای در حال توسعه می باشد که از این میان تعداد ۱۰۰۰ مورد آن مربوط به کودکان زیر ۱۵ سال می باشد. و از ۶۰۰۰ مورد افراد بزرگسال ۵۱ درصد را زنان تشکیل می دهند. سن ابتلا نیز پائین آمده و ۴۱ درصد آنها در محدوده ی سنی ۱۵-۲۴ قرار می گیرند.

با مقایسه آمار جهانی سالهای ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ مشاهده می شود که سه منطقه آمریکای شمالی و شرق آسیا و شمال آفریقا- خاورمیانه افزایش نشان داده اند که در این میان افزایش آماری منطقه شمال آفریقا- خاورمیانه بسیار بیشتر می باشد.

Regional HIV and AIDS statistics and features, 2008

Sub-Saharan Africa	22.4 million [20.8 – 24.1 million]	1.9 million [1.6 – 2.2 million]	5.2 [4.9 – 5.4]	1.4 million [1.1 – 1.7 million]
Middle East & North Africa	310 000 [250 000 – 360 000]	35 000 [24 000 – 46 000]	0.2 [+0.2 – 0.3]	20 000 [15 000 – 25 000]
South and South-East Asia	3.8 million [3.4 – 4.3 million]	280 000 [240 000 – 320 000]	0.3 [0.2 – 0.3]	270 000 [220 000 – 310 000]
East Asia	850 000 [700 000 – 1.0 million]	75 000 [59 000 – 88 000]	<0.1 [+0.1]	59 000 [46 000 – 71 000]
Latin America	2.0 million [1.6 – 2.2 million]	170 000 [150 000 – 200 000]	0.6 [0.5 – 0.6]	77 000 [66 000 – 89 000]
Caribbean	240 000 [220 000 – 260 000]	20 000 [16 000 – 24 000]	1.0 [0.9 – 1.1]	12 000 [9300 – 14 000]
Eastern Europe & Central Asia	1.5 million [1.4 – 1.7 million]	110 000 [100 000 – 130 000]	0.7 [0.6 – 0.8]	87 000 [72 000 – 110 000]
Western & Central Europe	850 000 [719 000 – 970 000]	30 000 [23 000 – 35 000]	0.3 [0.2 – 0.3]	13 000 [10 000 – 15 000]
North America	1.4 million [1.2 – 1.6 million]	55 000 [36 000 – 61 000]	0.6 [0.5 – 0.7]	23 000 [9100 – 55 000]
Oceania	59 000 [51 000 – 68 000]	3900 [2900 – 5100]	0.3 [+0.3 – 0.4]	2000 [1100 – 2100]
TOTAL	33.4 million [31.1 – 35.8 million]	2.7 million [2.4 – 3.0 million]	0.8 [+0.8 – 0.8]	2.0 million [1.7 – 2.4 million]

Regional HIV and AIDS statistics and features, 2009

Sub-Saharan Africa	22.5 million (20.9 - 24.2 million)	1.8 million (1.4 - 2.0 million)	5.0 (4.7 - 5.2)	1.3 million (1.1 - 1.5 million)
Middle East & North Africa	4610 000 (400 000 - 530 000)	75 000 (81 000 - 92 000)	0.2 (0.2 - 0.3)	24 000 (20 000 - 27 000)
South and South-East Asia	4.1 million (3.7 - 4.6 million)	270 000 (240 000 - 320 000)	0.3 (0.3 - 0.3)	260 000 (230 000 - 300 000)
East Asia	770 000 (560 000 - 1.0 million)	82 000 (48 000 - 110 000)	0.1 (0.1 - 0.1)	36 000 (25 000 - 50 000)
Latin America	2.0 million (1.8 - 2.2 million)	170 000 (150 000 - 200 000)	0.6 (0.5 - 0.6)	77 000 (66 000 - 89 000)
Caribbean	240 000 (220 000 - 270 000)	17 000 (13 000 - 21 000)	1.0 (0.9 - 1.1)	12 000 (9 500 - 15 000)
Eastern Europe & Central Asia	1.4 million (1.3 - 1.6 million)	130 000 (110 000 - 160 000)	0.8 (0.7 - 0.9)	76 000 (60 000 - 95 000)
Western & Central Europe	820 000 (710 000 - 950 000)	31 000 (23 000 - 40 000)	0.2 (0.2 - 0.2)	8500 (6400 - 19 000)
North America	1.5 million (1.2 - 2.0 million)		0.5 (0.4 - 0.7)	26 000 (22 000 - 44 000)
Oceania	57 000 (50 000 - 64 000)	4500 (3400 - 6000)	0.3 (0.2 - 0.34)	1400 (1100 - 2400)
TOTAL	33.3 million (31.4 - 35.3 million)	2.6 million (2.3 - 2.8 million)	0.8 (0.7 - 0.8)	1.8 million (1.6 - 2.1 million)

گزارش موارد عفونت با HIV/AIDS در سال ۱۳۸۹ در استان فارس

جنس	تشکیل پرونده	زن باردار	زن باردار تحت درمان	نحس درمان	شروع پروقیلاکسی سل	شروع درمان TB	درمان همزمان HIV و TB	درمان PCP	فوت
مرد	۱۷۷			۸۷	۹۴	۸	۶	۶۳	۵۱
زن	۵۸	۱۳	۱۰	۲۵	۷	۱	۱	۱۸	۴
جمع	۲۳۵	۱۳	۱۰	۱۱۲	۱۰۱	۹	۷	۸۱	۵۵

جدول ۱: آمار موارد جدید HIV/AIDS در سال ۱۳۸۹ در استان فارس

جدول ۲) آمار موارد جدید و تکراری سال ۱۳۸۹ در استان فارس

شماره	تشکیل پرونده	نقص درمان ARV	زن باردار	درمان پرونیلاکس	نقص درمان TB	درمان همزمان TB & HIV	خود دوم درمان
مرد	۱۴۰۶	۲۷۰		۳۵۶	۸۶	۴۹	۱۸
زن	۲۴۶	۸۳	۳۸	۳۰	۴	۳	۷
جمع	۱۶۵۲	۳۵۳	۳۸	۳۸۶	۹۰	۵۲	۲۵

جدول ۳) توزیع سنی و جنسی سال ۱۳۸۹ در استان فارس

گروه بندی سنی	مرد	زن	جمع
کمتر از ۱۰	۴	۸	۱۲
۱۰-۱۹	۱	۸	۹
۲۰-۲۹	۱۳۷	۴۶	۱۸۳
۳۰-۳۹	۶۶۴	۱۱۷	۷۸۱
۴۰-۴۹	۴۲۶	۳۷	۴۶۳
۵۰-۵۹	۱۵۳	۲۲	۱۷۵
۶۰-۶۹	۱۷	۶	۲۳
بالای ۷۰	۳	۲	۵
نامشخص	۱	۰	۱
جمع	۱۴۰۶	۲۴۶	۱۶۵۲

گزارش کلی هسته دانشجویی HIV/AIDS دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی درمانی فارس



آموزش و اطلاع رسانی در بلوار چمران ۱۳۹۰/۰۶/۲۲



آموزش و اطلاع رسانی در پاساژ آفتاب فارس ۱۳۹۰/۰۷/۲۱



آموزش و اطلاع رسانی در پیاده روی پاساژ حافظ ۱۳۹۰/۰۷/۲۸

در تمامی جوامع، جوانان یکی از آسیب پذیرترین گروه ها برای کنترل HIV/AIDS محسوب می شوند با توجه به جوان بودن جامعه ما و ریسک پذیری این قشر از جامعه و همچنین گسترش روز افزون روش هایی که جوانان را در معرض خطر انتقال HIV/AIDS قرار می دهد اجرای برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در مکان های تجمع جوانان یکی از موثرترین مداخلات آموزشی می باشد که جز برنامه های اولویت دار دانشگاه علوم پزشکی فارس قرار گرفته است. در این راستا هسته دانشجویی کنترل و پیشگیری از HIV/AIDS در چند ماه اخیر برنامه های متعددی داشته است که استقبال جوانان از برنامه های آموزشی اعضا را برای حضور بیشتر در مکان های عمومی ترغیب می کند.

این فعالیت ها عبارتند از:

- آموزش و اطلاع رسانی در پارک ولیعصر
- آموزش و اطلاع رسانی در بلوار چمران
- آموزش و اطلاع رسانی در پاساژ آفتاب فارس
- آموزش و اطلاع رسانی در پیاده روی پاساژ حافظ
- برگزاری کارگاه آموزشی که توسط چند تن از اعضا فعال هسته به ارائه مطالب با حضور آقای دکتر جهانگیری و آقای باقری (کارشناس کاهش آسیب) پرداختند به منظور آمادگی اعضا جهت آموزش و اطلاع رسانی در خوابگاه دانشجویی می باشد.
- نمایش فیلم بالهای سپید (بر اساس زندگی فرد HIV+) با حضور اعضای هسته، نقد و بررسی آن

روبان قرمز چیست؟

تهیه و تنظیم: دکتر شهره بهشتی

عضو هیات علمی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

و عضو مرکز تحقیقات ایدز

مصرف شیشه (مت آمفتامین)

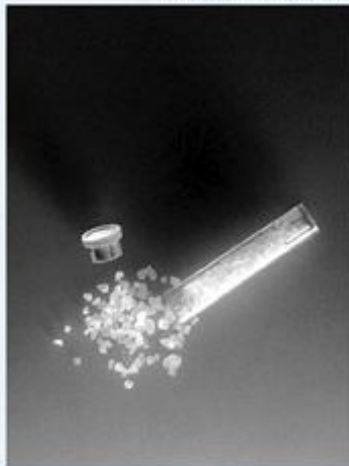
و خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی/ایدز

تهیه و تنظیم: دکتر پروین کارونی

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو مرکز تحقیقات ایدز

تعریف

شیشه یک داروی غیر قانونی به شکل پودر سفید رنگ کریستالی (ممکن است به رنگ قهوه ای، زرد متمایل به خاکستری، نارنجی و حتی صورتی رنگ باشد) بی بو، تلخ، محلول در آب و الکل و محرک سیستم عصبی مرکزی است. و در چند سال اخیر تقریباً در همه جای جهان یافت می شود. این دارو بخاطر افزایش نیرو به هنگام مصرف بر سر زبان ها افتاد. هرچند سالهاست که در بسیاری از کشورهای جهان، شهرت آن کاهش یافته، اما بنظر می رسد مصرف آن در بسیاری از نقاط جهان و به ویژه در برخی زیر گروه های جمعیتی خاص رو به افزایش است. در ایران نیز الگوی مصرف مواد در حال تغییر از مواد سنتی به مواد صنعتی و به خصوص شیشه می باشد. برای شیشه (مت آمفتامین) نام های عامیانه و خیابانی زیادی وجود دارد که برخی از آن نام ها در محدوده جغرافیایی وسیعی کاربرد دارند و برخی هم در بین گروه های خاص بکار می روند. رایج ترین این نام ها عبارتست از: مت، کریستال مت، تینا، اسپید (سرعت)، آیس (یخ)، شیشه، گچ، کرنگ (هندل)، هات آیس (یخ داغ).



روبان قرمز سمبل آگاهی از آلودگی به ویروس HIV و بیماری ایدز بین المللی است.

روبان قرمز یعنی:

مراقبت و توجه

امید

حمایت

مراقبت و توجه:

در سراسر دنیا روزانه افراد بیشتری توجه و مراقبت خودشان را به این بیماری منعکس می کنند. مراقبت و توجه برای انسانهایی که آلوده هستند، آنهایی که بیمار هستند، آنهایی که در اثر بیماری فوت کرده اند و آنهایی که به سرنوشت مبتلایان اهمیت می دهند و آنان را پشتیبانی می کنند.

امید:

حامیان روبان قرمز امید دارند با تکیه بر تحقیقات، کشف واکسن و درمان آن موفقیت امیز شود و بتواند کیفیت زندگی مبتلایان را بهبود بخشد.

حمایت:

روبان قرمز همچنین سمبل حمایت است.

حمایت برای آنهایی که مبتلا شده اند، برای ادامه آموزش افراد غیر آلوده، در جهت فراهم نمودن حداکثر تلاش در راه کشف درمان مؤثر، برای کسانی که فعالیت شبانه روزی برای پیدا کردن درمان قطعی و واکسن دارند و در نهایت برای آنهایی که دوستان، فامیل و عزیزان خود را بعلت این بیماری از دست داده اند.

این سمبل اولین بار در سال ۱۹۹۱ توسط سازمان بین المللی "Visual AIDS" در آمریکا طراحی شد و بصورت گسترده در سال ۱۹۹۲ در اروپا استفاده شد. در حال حاضر همه ی کشورها و گروههایی که در جهت کنترل بیماری ایدز و همزمان حمایت بیماران کوشا هستند از این سمبل استفاده می کنند. بعضی از گروهها براساس ذوق و سلیقه خود، با حفظ ماهیت روبان و رنگ قرمز آن تغییراتی در آن بوجود آورده اند.

خواص

شیشه یک محرک سیستم عصبی مرکزی قوی و خطرناک و به شدت اعتیاد آور است. بطوری که اعتیاد به شیشه یکی از ناب ترین اعتیادی است که تاکنون بشر به خود دیده است. هر چند مصرف این دارو ابتدا مانند یک محرک عمل می کند اما بعد از مدتی بطور سیستماتیک شروع به تخریب بدن می نماید. بنابراین مصرف این دارو همراه با عوارض جدی بهداشتی از جمله کاهش حافظه، پرخاشگری، رفتار جنون آمیز و آسیب به مغز، قلب و کلیه می باشد. شیشه با خاصیت اعتیاد آوری بسیار بالای آن، همه ی ذخیره های بدن را می سوزاند و یک وابستگی ویرانگر ایجاد می کند که فقط با مصرف بیشتر آن تسکین حاصل می شود.



اشکال مصرف

این دارو بصورت تدخین (کشیدن)، استنشاق کردن (دمافنی)، بلعیدن، شیاف، تزریق، و یا پاشیدن روی شکاف پوستی و یا ماهیچه ای مصرف می شود. چنانچه بصورت کشیدن مصرف شود بعد از ۳ دقیقه، تزریق ۵ تا ۱۰ دقیقه و بلعیدن ۱۵ تا ۲۰ دقیقه اثرات آن ظاهر می شود.

چرا بعضی افراد شیشه مصرف می کنند؟

تأمین انرژی، افزایش هوشیاری، تنظیم خواب، افزایش تحمل و بالا رفتن پایداری، کاهش اشتها، القای حس اعتماد به نفس و بهره وری، تمرکز فکر، افزایش دقت، تحریف درک زمان، فرار از گرفتاری های روزمره زندگی و افزایش برانگیختگی جنسی از جمله انگیزه های مصرف شیشه است.

پیامدهای مصرف شیشه روی بدن

شیشه به عنوان یک محرک سیستم عصبی مرکزی، مستقیماً روی مغز و نخاع تاثیر می گذارد. مصرف شیشه موجب آزاد شدن حجم بسیار زیاد ناقل های عصبی و به ویژه دوپامین می گردد.

ناقل های عصبی نیز به نوبه خود موجب افزایش ضربان قلب، بالا رفتن فشار خون و ایجاد حس لذت، اعتماد به نفس، نیرومندی و هوشیاری می شوند. مصرف شیشه همچنین تحریکات جنسی را بالا و اشتها را سرکوب می کند. مصرف کنندگان ممکن است بی خوابی، پرحرفی، دندان فروجه، افزایش دمای درونی بدن (گرگرفتگی) و رفتارهای اجباری مانند کندن پوست و ایجاد زخم روی آن را نیز تجربه نمایند. مصرف طولانی مدت آن می تواند باعث پوسیدگی دندان، کاهش وزن، ضایعات پوستی، سکنه یا حمله قلبی، عارضه کلیوی و همچنین علائم بیماری های روانی مانند توهم، هذیان، اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری، بدبینی و علائم رفتاری مانند پرخاشگری، خشونت و گوشه گیری گردد. نظر به اینکه استفاده طولانی مدت شیشه، منجر به کاهش سطح دوپامین و سایر ناقل های عصبی می شود، مصرف کننده به مصرف شیشه وابسته تر می شود تا بدینوسیله سطح ناقل های عصبی و به ویژه دوپامین را بالا نگه دارد. به خاطر زیاده روی در مصرف این ماده، تحلیل ذخیره های ناقل عصبی و تنزل بیش از حد معمول آن، اغلب برای مصرف کننده حالتی پیش می آورد که به آن «کراش» یا زیر آوار ماندن می گویند که شامل یک فاز شدید افسردگی است.

چرا افراد به شیشه معتاد می شوند؟

برای کاهش احساسات ناخوشایند ذکر شده در بالا، مصرف کننده ناچار به مصرف مقدار بیشتر در آن می شود. این چرخه می تواند منجر به اعتیادی گردد که دیگر غلبه بر آن بسیار مشکل خواهد بود.



چرا شیشه شانس ابتلا به

اچ آی وی را افزایش می دهد؟

یکی از انگیزه های اولیه و مهم مصرف شیشه برانگیختگی و تحریکات جنسی است. متأسفانه این برانگیختگی جنسی با سرکوب شدید مهارها همراه است که می تواند منجر به انواع رفتارهای پرخطر جنسی از جمله شرکای جنسی متعدد، زنا با محارم و تمایلات همجنس گرایانه که ابتدا بصورت فاعل و پس از مدتی مصرف بصورت مفعول بروز کند.

از طرف دیگر مصرف طولانی مدت شیشه می تواند موجب ناتوانی جنسی هم زمان همراه با افزایش میل جنسی (لبیدو) گردد. این موضوع به خصوص در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند، ممکن است به استفاده از داورهای اختلالات نعوظ روی آورند و سپس به انجام رابطه جنسی حفاظت نشده دست به زنند یا پذیرای رابطه جنسی مقعدی، تحت تاثیر این ماده قرار گیرند. در این صورت، مسلم است که احتمال انتقال اچ آی وی به او و یا از او به دیگران خیلی زیادتر خواهد شد. اینگونه رفتارها و انواع رفتارهای پرخطر دیگر که به دنبال مصرف شیشه رخ می دهند، سلامت عمومی را مورد تهدید جدی قرار داده بطوریکه مصرف کنندگان آن در معرض افزایش خطر اکتساب یا انتقال عفونت اچ آی وی و سایر بیماری های منتقله از راه تماس جنسی قرار دارند. البته مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند تنها گروه دارای رفتار پرخطر در رابطه با مصرف شیشه نیستند. شواهد نشان می دهند که بزرگسالان ناهمجنس خواه (هتروسکسوال) و جوانان و نوجوانان تحت تاثیر شیشه نیز ممکن است جذب فعالیت هایی شوند، (شرکای جنسی متعدد و رابطه جنسی مقعدی) که احتمال خطر عفونت اچ آی وی و سایر بیماری های منتقله از راه تماس جنسی در آنها افزایش یابد. از آنجا که مصرف شیشه با تخریب مخاط دهان همراه است، لذا در این گروه انتقال اچ آی وی از طریق بزاق نیز وجود دارد و بنابراین رابطه جنسی دهانی در مصرف کنندگان شیشه در مقایسه با افراد عادی به مراتب زیاد تر می باشد.

اقدامات پیشگیرانه از HIV

پس از تماس با فرد بیمار

تهیه و تعلیم: دکتر محسن مقدمی
معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو مرکز تحقیقات اینتر

الف (آسبهای پر خطر از نظر HIV

۱. آسب با سوزن کلفت و توخالی
۲. آسب های عمیق
۳. آسب با وسایل دارای خون واضح
۴. آسب با سوزن هایی که از داخل رگ بیمار خارج شده اند.
۵. فرد منشاء در مراحل اولیه HIV یا در مراحل پیشرفته بیماری و ایدز باشد.

ب (آسبهای کم خطر از نظر HIV

۱. آسب با سوزن نازک و توپر مثل سوزن بخیه
۲. تماسهای سطحی و زیر پوستی
۳. تماس با مایعات غیرخونی بدن
۴. تماس سطح وسیعی از پوست سالم با خون یا مایعات خونی - یا تماس سطح کوچکی از پوست سالم به مدت بیش از چند دقیقه

ج (آسب های بی خطر

۱. تماس با مایعات غیرخونی و بالقوه غیر عفونی مثل: ادرار و اشک
۲. تماس سطح کوچکی از پوست سالم یا تماس کوتاه مدت

اقدامات اولیه پس از تماس

۱. شستشوی محل آسیب دیده با آب و صابون به مدت حداقل ۵-۳ دقیقه (تیزی به کاربرد مواد ضدعفونی کننده مثل الکل یا بتادین نیست)
۲. شستشوی مخاط چشم با دهان با آب فراوان
۳. ارزیابی خطر انتقال HIV در اسرع وقت و ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول
 - در این مورد باید به خونی بودن و میزان آن و راه تماس آن دقت شود.
 - در مورد تماسهای مخاطی نیز باید به نوع ماده و خونی بودن آن و مدت زمان تماس دقت شود.
 - در تماسهای سطحی پوست باید به وضعیت پوست از جهت وجود خراش یا درماتیت دقت شود.

۴. ارزیابی وضعیت فرد منشاء تماس:

- الف - باید از نظر HIV ارزیابی شود.
- ب - در صورتیکه HIV مثبت باشد باید مرحله بیماری، تعداد T-Cell CD4، بار ویروسی و سابقه درمان مشخص شود.
- ج - علائم بالینی، نتایج آزمایشات، سابقه بیماریها و رفتارهای پر خطر در برآورد احتمال آلوده کنندگی فرد منشاء تماس مفید است.
- د - در صورت وجود احتمال خطر باید در اسرع وقت نمونه خون جهت تست HIV فرستاده شود.
- ه - در صورت منفی بودن تست ELISA - HIV در فرد منشاء تماس نیازی به پیگیری و شروع درمان پیشگیری فرد آسیب دیده نمی باشد.
- ح - در صورتیکه احتمال عفونت HIV در فرد منشاء تماس زیاد باشد شروع درمان پیشگیری ۲ دارویی تا زمانیکه نتایج آزمایشات مشخص شود توصیه می شود.
- خ - در صورتیکه فرد منشاء تماس نا مشخص باشد نیازی به درمان پیشگیری نیست مگر اینکه احتمال آلودگی به HIV بالا باشد.
- ذ - انجام آزمایش بر روی سوزن یا وسایل تیز آلوده خطرناک بوده و حساسیت کمی دارد و معمولاً توصیه نمی شود.

۵. شرایط لازم برای شروع درمان پیشگیری:

- الف (کلیه موارد تماس پرخطر در صورتیکه فرد منشاء تماس + HIV باشد
- ب (کلیه آسیب های نفوذی به زیر پوست یا تماس سطح وسیعی یا طولانی مدت پوست ناسالم یا مخاطات در صورتیکه فرد منشاء تماس + HIV باشد.
- ج (تماس مخاطی یا تماس سطح کوچک یا کوتاه مدت پوست ناسالم یا خون یا سایر مایعات خونی در صورتیکه فرد منشاء تماس + HIV علامت دار باشد یا تیتراژ بالایی از ویروس را در سرم داشته باشد.
- د (در صورتیکه وضعیت عفونت HIV در فرد منشاء تماس نا مشخص باشد باید بر اساس وجود رفتارهای پرخطر در وی ارزیابی صورت گرفته و تصمیم گیری در مورد شروع درمان پیشگیری در فرد تماس یافته صورت گیرد.

توجه:

- حتی بدون درمان پیشگیری در صورت تماس با ویروس ۹۹/۷٪ افراد دچار عفونت HIV نمی شوند.
- در صورت رد شدن عفونت HIV در فرد منشاء تماس درمان پیشگیری را در هر زمانی می توان متوقف کرد.

۶. زمان شروع درمان در صورت لزوم:

- باید در اسرع وقت صورت گیرد ولی بهترین زمان شروع درمان پیشگیری در ۲۴ ساعت اول است.
- در صورتیکه تماس قابل توجه باشد یا خطر انتقال HIV بالا باشد حتی بعد از ۲-۱ هفته هم می توان درمان پیشگیری را شروع کرد.
- مدت درمان پیشگیری:
(امروزه ۴ هفته کافی دانسته شده است).



پیگیری های بعد از تماس مشکوک:

- تست های پیگیری معمولاً ۶ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از تماس انجام می شود.
- در صورتیکه فرد منشاء تماس همزمان آلوده به HCV، HIV باشد و یا در صورتیکه تماس فرد منجر به انتقال HCV به فرد تماس یافته شده باشد، تکرار تست HIV تا یکسال بعد از تماس هم توصیه می شود.
- تا مشخص شدن وضعیت HIV در فرد تماس یافته بخصوص در طی ۶-۱۲ هفته اول بعد از تماس باید از تماس جنسی خودداری شود یا از کاندوم استفاده شود و از اهدای خون یا پلاسما یا ارگان خودداری شود مادر شیرده نیز از شیردهی خودداری کند.

رژیم های درمانی پیشگیری و پایش عوارض درمان

نوع تماس	HIV + کلاس ۱	HIV + کلاس ۲	وضعیت نامشخص	فرد با منشاء تماس نامشخص	فرد با منشاء تماس HIV -
غیر شدید	رژیم ۲ دارویی	رژیم ۳ دارویی	لازم نیست	لازم نیست	لازم نیست
شدید	رژیم ۳ دارویی	رژیم ۲ دارویی	لازم نیست	لازم نیست	لازم نیست

HIV - کلاس ۱: افراد + HIV بدون علامت با $CD4 - Teell$ با تعداد بیش از ۳۵۰ با تعداد ویروس زیر ۱۵۰۰
 HIV - کلاس ۲: افراد + HIV علامتدار یا در مرحله اپدنز یا با تعداد $CD4 - Teell$ زیر ۳۵۰ با تعداد ویروس بیش از ۱۵۰۰ یا عفونت اخیر HIV
 تماس غیرشده: آسیب با سوزن توپر و تماس سطحی زیر پوستی
 تماس شدید: آسیب با سوزن کلفت و توخالی مثل آزیوکت یا آسیب عمیق یا آسیب با وسایل که دارای خون واضح هستند یا آسیب با سوزنهایی که با عروق بیماران در تماس بوده اند.

رژیم های درمانی پیشگیری در تماس مخاطی یا پوست ناسالم

نوع تماس	VHI + کلاس ۱	HIV + کلاس ۲	وضعیت نامشخص HIV	فرد با منشاء تماس نامشخص	فرد با منشاء تماس HIV -
حجم کم	رژیم ۲ دارویی	رژیم ۲ دارویی	لازم نیست	لازم نیست	لازم نیست
حجم زیاد	رژیم ۲ دارویی	رژیم ۳ دارویی	لازم نیست	لازم نیست	لازم نیست

ه) منظور از حجم کم: چند قطره و منظور از حجم زیاد بیشتر از چند قطره است.

هشدار:

- در شروع درمان و در ۲ هفته بعد از شروع درمان بسته به نوع داروهای مصرفی و علائم و شکایات بیمار باید یک سری آزمایشات انجام شود که حداقل شامل BUN و Creatinine است.

- در صورت مصرف مهار کننده های پروتاز باید قندخون بیمار کنترل شود.

در صورت بروز علائمی مثل دل درد و یا کمردرد با سوزش اندراریا اندراخونی یا علائم افزایش قندخون یا بتورات پوستی یا تب باید فوراً مراجعه نماید.

تهوع و اسهال ناشی از مصرف داروها را میتوان با داروهای ضد تهوع و ضد اسهال معمول کنترل کرد.

در صورت بروز هرگونه بیماری حاد بخصوص اگر با تب یا بتورات جلدی یا میالژی یا لنفادنوباتی همراه باشد بایستی مراجعه به متخصص نماید

رژیم پایه ۲ دارویی

Zidovudine- Lamivudine

رژیم ۳ دارویی

Zidovudine- Lamivudine- (Efavirenze , protease inhibito) rNevirapine یا یک



چهارمین کنگره بین‌المللی هپاتیت

تهران - شیراز، ۵-۲ آبان ماه ۱۳۹۰

تهیه و تنظیم: دکتر فریبرز غفاریسند
پژوهشگر مرکز سیاست گذاری سلامت

ایشان اظهار داشتند با توجه به اینکه ژنوتیپ D ویروس هپاتیت B بیش از ۹۵٪ موارد در ایران را به خود اختصاص می‌دهد و با توجه به اینکه این ویروس ذاتاً به درمان اینترفرون مقاوم است، درمان‌های دیگری از جمله آنالوگ‌های نوکلئوتیدی خوراکی (NUC) در ایران توصیه می‌شود. با این حال شواهد حاکی از آن است که ریسک هپاتوسلولار کارسینوما در بیماران تحت درمان با لاموویدین و NUC کاهش نمی‌یابد.

واکسن جدید هپاتیت B که شامل پروتئین PreS1 می‌باشد و در افرادی که به واکسن معمول پاسخ نمی‌دهند مؤثر است، توسط پروفیسور روگندورف از آلمان ارائه گردید. این واکسن که نسل سوم واکسن هپاتیت B محسوب می‌گردد علاوه بر پروتئین S (که در نوع معمول واکسن موجود می‌باشد)، پروتئین‌های M و L را نیز شامل می‌شود. میزان پاسخ به این واکسن در افرادی که به نوع معمول پاسخ نداده‌اند تا ۸۸٪ گزارش شده است. دکتر کاریانیس از انگلستان در سخنرانی خود نشان داد که از سطح خونی آنتی ژن سطحی هپاتیت B (HBsAg) می‌توان به عنوان مارکر مناسبی جهت پاسخ به درمان آنتی ویرال استفاده کرد. در حقیقت بررسی کمی این آنتی ژن در بیماران مبتلا به هپاتیت B تحت درمان می‌تواند به تصمیم‌گیری برای ادامه یا قطع درمان کمک کند. در ادامه مباحث پروفیسور ریزتو از دانشگاه تورینو ایتالیا، کاشف ویروس هپاتیت D به ارائه یافته‌های جدید اپیدمیولوژیک، تشخیصی و درمانی این ویروس در جهان پرداخت و صحبت‌های وی ارائه گزارش‌هایی از این ویروس در ایران توسط دکتر علویان و دکتر جزایری ادامه یافت. همچنین پروفیسور روگندورف به ارائه طرح جدیدی برای تولید واکسن هپاتیت D پرداخت. در واکسن تولید شده از مدل Woodchuck استفاده شده که هم شامل پپتید سنتز شده Woodchuck می‌باشد و هم پروتئین ۲۸ ویروس هپاتیت D و قسمت P۲۸ ژنوم ویروس را شامل می‌شود. مطالعات جدید نشان می‌دهند که استفاده از DNA ویروس در واکسن، می‌تواند تکثیر ویروس را کاهش دهد. در حال حاضر آزمایش این واکسن وارد فاز پیش‌بالینی خود شده است چرا که در آزمایش‌های حیوانی بر روی موش و شامپانزه مؤثر بوده است.

چهارمین همایش بین‌المللی سالیانه هپاتیت همراه سال ۱۳۹۰ با همکاری مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه بقیه الله، مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز و دانشگاه اسن آلمان برگزار گردید. این کنگره از تاریخ ۹۰/۹/۲ لغایت ۹۰/۹/۴ در سالن غرضی بیمارستان میلاد و در تاریخ ۵ آذر ماه سال جاری در سالن صدرا و سینای دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد. در این کنگره بیش از ۲۵ دانشمند بزرگ و صاحب‌نظر در زمینه هپاتیت و گوارش و کبد از کشورهای انگلیس، آلمان، ایتالیا، بلژیک، کانادا و هلند حضور داشتند و متخصصان و کارشناسان داخلی و خارجی در باره تازه‌های تشخیصی و درمانی هپاتیت‌ها از جمله B و C سخن گفتند. در مراسم افتتاحیه دکتر وان رانسد از دانشگاه لوون کشور بلژیک ۲ مدال افتخار آن دانشگاه را به خاطر برگزاری سالانه کنگره هپاتیت به دکتر موبد علویان و دکتر کامران باقری لنگرانی اهدا نمود. همچنین چهارمین جایزه کوثر به پاس یک عمر تلاش علمی در زمینه هپاتیت به پروفیسور هووارد توماس در کالج سلطنتی انگلستان اهدا گردید.

در این کنگره تعداد ۲۳۰ مقاله به صورت پوستر و سخنرانی در زمینه‌های مختلف هپاتیت ارائه گردید. همچنین کارگاه‌های مرگ سلولی، نگارش علمی مقالات و برپایی نمایشگاه داروهای هپاتیت از جمله بخش‌های جانبی این کنگره است. در ابتدا دکتر لنگرانی به توصیف اپیدمیولوژی کنونی هپاتیت B در ایران پرداخت. وی بیان کرد که میزان شیوع هپاتیت B در ایران رو به کاهش می‌باشد به طوری که این میزان از ۷٪ به ۲٪ کاهش یافته است. بیشترین میزان کاهش شیوع هپاتیت در افراد زیر ۲۰ سال مشاهده می‌شود که دلیل آن برنامه‌های کشوری واکسیناسیون هپاتیت B می‌باشد. افزایش ضریب امنیت فرآورده‌های خونی و همچنین بهبود بهداشت و سطح زندگی در ایران از دیگر علل کاهش شیوع هپاتیت B در ایران می‌باشد. در ادامه دکتر ملک زاده درمان‌های جدید هپاتیت B را مورد بحث و بررسی قرار دادند.

وی اضافه کرد که ابتلا به هیپاتیت در طیف بیماران دیالیزی متأسفانه مشهود است و ۱۷٪ از بیماران دیالیزی به علت موارد خونی که داشته اند به هیپاتیت مبتلا شده اند. در ادامه دکتر ملک حسینی و دکتر نیک اقبالیان به ارائه نتایج پیوند کبد در شیراز پرداختند و اعلام کردند که در حال حاضر میزان موفقیت پیوند کبد و میزان بقای یکساله در شیراز ۹۲٪ بوده و میزان بقای ۵ سال بیشتر از ۷۵٪ است.

در پایان دکتر لنگرانی به موضوع کبد چرب و اهمیت آن پرداخت. وی خاطر نشان کرد که بر خلاف باورهای قبلی، امروزه نشان داده شده که کبد چرب در گروه های با شاخص توده بدنی (BMI) طبیعی و حتی پایین هم دیده می شود که این نشان دهنده این است که مکانیسم بیماری در این گروه های می تواند متفاوت باشد. وی همچنین به عوامل متعدد محیطی و ژنتیکی از جمله مصرف نوشیدنی های شیرین و گازدار و عدم تحرک و ورزش در ایجاد بیماری کبد چرب اشاره کرد. در حالیکه اهمیت این بیماری هر روز بیشتر می شود ولی هنوز اطلاعات ما در این زمینه بسیار اندک است. در پایان کنگره امسال چندین قرارداد همکاری بین دانشگاه های شیراز، بقیه الله، مانیتویا کانادا و اسن المان برای تحقیق بر روی درمان هیپاتیت های B و C منعقد گردید. در پایان دانشمندان و اساتید گرانقدر این رشته، شیراز را به مقصد مراکز علمی خود ترک کردند تا سال آینده با دستی پر و یافته های جدید مجدداً به این کنگره بین المللی بازگردند.



به طور کلی مباحث تشخیصی و درمانی هیپاتیت B در کنگره امسال بیشتر رنگ و بوی مولکولی و ژنتیک به خود گرفته بود. این مطلب نشان دهنده این است که افق های آینده درمانی هیپاتیت را باید در سطح مولکولی و ژنوم دنبال کرد. تولید مهار کننده های پروتئاز همچنین استفاده از نوکلئوتیدهای آنتی-استراند (Anti-Strand Nucleotides) گام مؤثری در درمان هیپاتیت B بوده که نیازمندی به رژیم های حاوی اینترفرون را کاهش داده است. همچنین پروفیسور مارک لوس از سوئد، دکتر قوامی از کانادا و پروفیسور فرانک تاکه از المان تحقیقات گسترده ای را برای تولید داروهایی که اتوفازی و مرگ سلولی برنامه ریزی شده را مهار کرده و از این طریق تکثیر ویروس را مهار می کنند انجام داده اند که در این همایش به ارائه نتایج مطالعات خود پرداختند. به نظر می رسد که اتوفازی و آپوپتوز در هیپاتیت B جایگاه ویژه ای در سال های اخیر پیدا کرده و امید آن می رود که این تحقیقات به تولید داروهای مؤثرتری برای درمان هیپاتیت B منجر شود. قسمت شیراز کنگره هیپاتیت امسال که در روز ۵ آذرماه برگزار گردید، بیشتر به بررسی هیپاتیت B و C در گروه های خاص شامل اطفال، بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، هموفیلی و افراد تحت همودیالیز اختصاص یافت. در این راستا دکتر لنگرانی اعلام کرد که میزان شیوع هیپاتیت B در استان فارس در حدود ۰.۲٪ است که پایین تر از میانگین کشوری می باشد. دکتر ایمانیه و دکتر حقیقت در صحبت های خود به این نکته اشاره کردند که عفونت هیپاتیت B در اطفال به علت ایجاد تحمل ایمنی بسیار خفیف تر از بالغین بوده و کمتر به نارسایی کبدی و پیوند کبد منجر می شود. همچنین درمان آن در اطفال آسان تر بوده و پاسخ به درمان به مراتب بهتر از بالغین است. دکتر ایمانیه افزود انتقال بیماری هیپاتیت از مادر مبتلا به کودک از جمله روش های شایع انتقال این بیماری است که توصیه می شود حساسیت بیشتری در پرهیز از رفتارهای پر خطر در مادران به وجود آید. دکتر علویان در صحبت های خود از طرح تشویقی مراکز همودیالیزی که فاقد موارد جدید هیپاتیت B در هر سال بوده اند خبر داد و اعلام کرد که این طرح به صورت مؤثری باعث کاهش انتقال هیپاتیت B در مراکز همودیالیز شده است.

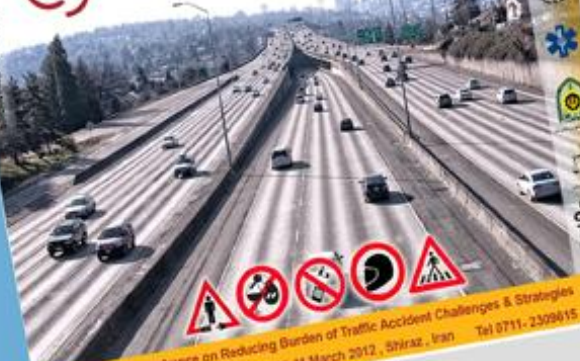
Together we can
Save millions
of lives.

2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies



دومین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

شیراز، سالن سینا و صدرا ۲۰ و ۲۱ اسفند ماه ۱۳۹۰
مهلت ارسال مقاله: ۳۰ دیماه ۱۳۹۰



2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies
10-11 March 2012, Shiraz, Iran Tel: 0711-2309615
www.health-policy.com

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)
می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸
مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵