

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سال پنجم - شماره ۵۲
آبان ۱۳۹۳

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

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

رئیس شورای سردبیری:
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.
<http://hkj.sums.ac.ir>



صفحه

عنوان

۵

نارسایی کلیه خبر نمی دهد

۷

نارسایی کلیه در کودکان

۹

تغذیه در بیماریهای کلیوی

۱۴

اخبار پزشکی

نارسایی کلیه خبر نمی‌دهد

یکی از مهم‌ترین بیماری‌های کلیوی، نارسایی کلیه است. این بیماری اغلب بی‌سروصدا بروز کرده و به آرامی پیشرفت می‌کند و زمانی بیمار دچار علائم آن می‌شود که دیگر کار از کار گذشته و عملکرد کلیه‌ها تا حد زیادی مختل شده است. در آستانه هفته حمایت از بیماران کلیوی با محمد افشاریان، جراح و متخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری و تناسلی گفت‌وگو کرده‌ایم تا شرایطی که کلیه از کار افتاده برای بدن ایجاد می‌کند مورد بررسی قرار داده و نیز ضمن کسب اطلاعات بیشتر، با اقداماتی ساده از ابتلا به این بیماری پیشگیری کنیم.

نارسایی کلیه چیست و به چه علت رخ می‌دهد؟

به کاهش شدید عملکرد کلیه، نارسایی کلیه می‌گویند. این نارسایی به دو نوع مزمن و حاد تقسیم می‌شود. اگر کلیه‌ها به صورت ناگهانی از کار بیفتند، مثلاً فردی در اثر تصادف یا حادثه، خون زیادی از دست بدهد، به نارسایی حاد مبتلا می‌شود. از دست دادن خون، میزان کارکرد خون کلیه را که عضوی پر خون است، به خطر می‌اندازد و باعث می‌شود در مدت کوتاهی از کار بیفتد و نارسایی حاد ایجاد شود، اما اگر عملکرد طبیعی کلیه‌ها بتدریج با اشکال مواجه شود، نارسایی مزمن ایجاد می‌شود. شایع‌ترین علت نارسایی مزمن، ابتلا به بیماری دیابت است. بیماری دیابت به رگ‌های متوسط خون در افراد مبتلا آسیب می‌رساند و باعث ایجاد نارسایی در عضوهایی مانند کلیه و چشم می‌شود. پس از آن پرفشاری خون، دومین علت نارسایی مزمن کلیه محسوب می‌شود. از دیگر بیماری‌های ایجادکننده این نارسایی، بزرگی پروستات است. این عارضه می‌تواند جلوی ادرار را بگیرد. چنانچه فردی متوجه بیماری شود، می‌تواند از ایجاد این نارسایی جلوگیری کند، اما اگر از بیماری اطلاعی نداشته باشد، نارسایی ماندگار خواهد شد. همچنین گاهی یکی از کلیه‌های بیمار بر اثر عفونت از بین می‌رود و کلیه دوم او نیز مبتلا به سنگ می‌شود، اما فرد متوجه بیماری نمی‌شود و به همین دلیل هر دو کلیه از کار می‌افتد. گاهی نیز نارسایی کلیه بر اثر بیماری‌های مادرزادی مانند دو نوع کیست کلیه به وجود می‌آید. یکی از این نوع کیست‌ها در سن کودکی و دیگری در بزرگسالی ایجاد و منجر به نارسایی کلیه می‌شود.

مصرف دارو هم می‌تواند باعث ایجاد نارسایی کلیه شود؟

مصرف دارو در دو حالت عوارض به همراه دارد؛ نخست آن که باعث نارسایی حاد کلیه می‌شود. در این حالت ایجاد نفرتیک یا التهاب سلول‌های بینابینی باعث نارسایی حاد کلیه می‌شود. این عارضه با مصرف دارو و درمان‌های نگهدارنده قابل برگشت است. همچنین مصرف برخی داروها در درازمدت باعث می‌شود کلیه‌ها کارکرد خود را از دست بدهند و به نارسایی برسند. مشهورترین این داروها، داروهای ضد درد است. بنابراین توصیه می‌شود از مصرف خودسرانه این داروها جدا خودداری کنید.

آیا بیماری نارسایی کلیه علامت مشخصی دارد؟

کم‌خونی از علائم اولیه و شایع نارسایی کلیه است. معمولاً این بیماران دچار درد نمی‌شوند و پس از مراجعه به آزمایشگاه و انجام آزمایش، متوجه بیماری می‌شوند. اگر فردی متوجه بیماری‌اش نشود و در موارد شدید به پزشک مراجعه کند، دچار علائم نارسایی مزمن کلیه مانند کاهش وزن، ورم دست و پا، بی‌اشتهایی، خستگی مفرط و ساطع شدن بوی بددهان خواهد شد. اکثر بیمارانی که مبتلا به نارسایی کلیه هستند، احساس خارش آزاردهنده‌ای را در بعضی مراحل پیشرفت بیماری تجربه می‌کنند.

خونریزی‌های کوچک روی پوست یا تیره شدن رنگ ناخن‌ها و پوست از دیگر علائم دیررس این بیماری است و باید فرد تحت دیالیز قرار بگیرد.

نارسایی کلیه در کودکان با چه علائمی همراه است؟

یکی از مهم‌ترین علت‌های شیوع ابتلای کودکان به نارسایی کلیه، عفونت ادراری و برگشت ادرار به کلیه‌ها (ریفلاکس ادراری) است. این بیماری بین دختران شایع‌تر از پسران است. در این حالت، ادرار از مثانه به کلیه بازمی‌گردد. اگر این عامل در کودک شناسایی نشود، کودک به نارسایی کلیه مبتلا خواهد شد. بنابراین اگر بچه‌ای بیش از یک بار به عفونت ادراری مبتلا شود، باید حتماً تحت بررسی قرار گیرد. یکی دیگر از علت‌های شیوع بیماری، تنگی ابتدا یا انتهای حالب است. این بیماری مادرزادی ممکن است با عوارضی همچون دل‌درد، دل‌پیچه، گریه و بی‌قراری، بی‌اشتهایی و کاهش وزن همراه باشد. کنترل قند خون در افراد دیابتی و کنترل فشار خون در افراد مبتلا به پرفشاری خون، مهم‌ترین اقدام برای پیشگیری از ابتلا به نارسایی کلیه است.

رژیم غذایی مناسب برای این گروه از افراد چیست؟

افرادی که نارسایی کلیه مزمن دارند، باید از رژیم غذایی خاصی پیروی کنند. مصرف نمک در این شرایط باید محدود شود و غذاهای کم‌پروتئین و کم‌چرب مورد استفاده قرار گیرد. غذای مصرفی این افراد باید بیشتر گیاهی باشد. گفتنی است، در افرادی که نارسایی شدید کلیه دارند، اختلالات الکترولیتی ایجاد می‌شود و عملکرد الکترولیت‌های خونی آنها مختل می‌شود که منجر به بالا رفتن پتاسیم خون خواهد شد و بسیار خطرناک است. به همین دلیل این افراد باید از خوردن سبزی و میوه حاوی مقدار زیاد پتاسیم مانند موز و سیب‌زمینی اجتناب کنند.

آیا برای خوردن مایعات در مبتلایان به نارسایی کلیه محدودیتی وجود دارد؟

بیمارانی که نارسایی کلیه شدید دارند، در خوردن مایعات محدودیت دارند، اما افرادی که در مرحله اول بیماری قرار دارند، محدودیتی ندارند.

بیماری نارسایی کلیه چگونه درمان می‌شود؟

مهم‌ترین اقدام برای درمان بیماری، برطرف کردن عامل بیماری مثلاً دیابت و فشارخون است تا باقیمانده بافت سالم کلیه حفظ شود و کلیه‌ها بتوانند کار خود را بخوبی انجام دهند. در مراحل اولیه نارسایی کلیه ممکن است به روش‌های مصنوعی تصفیه خون مانند دیالیز نیازی نباشد و بیمار با مصرف دارو بیماری‌اش را کنترل کند، اما اگر نارسایی کلیه در مراحل پیشرفته باشد، کلیه قادر نخواهد بود عمل تصفیه خون را بخوبی انجام دهد و سموم را از بدن خارج کند. بنابراین افراد مبتلا باید با روش مصنوعی دیالیز و در نهایت، پیوند کلیه درمان شوند. افراد بسته به شدت بیماری، هفته‌ای دو تا سه مرتبه دیالیز صفاقی یا خونی می‌شوند. برای انجام پیوند هم باید گیرنده‌ای از بستگان یا اهداکنندگان یا فردی که دچار مرگ مغزی شده، وجود داشته باشد که با کلیه بیمار سازگار باشد. همچنین بهترین زمان برای انجام پیوند کلیه، هنگامی است که بیمار به حد دیالیز رسیده و چند ماهی دیالیز کرده باشد، چون انجام عمل دیالیز احتمال پیوند را بالا می‌برد. با این وصف، نارسایی کلیه با مصرف دارو درمان نمی‌شود. چنانچه نارسایی حاد باشد با رفع عامل نارسایی برطرف می‌شود، اما اگر مزمن باشد، با مصرف دارو از بین نمی‌رود. داروهای نگهدارنده کمک می‌کند بیمار به زندگی ادامه دهد، اما نارسایی باقی خواهد ماند.

آیا پیوند کلیه در هر سنی امکان‌پذیر است؟

پیوند کلیه محدودیت‌هایی دارد و در هر سنی انجام نمی‌شود. این عمل برای افراد مسن بیش از ۶۰ سال و کودکان زیر ۱۰ سال نتایج خوبی ندارد.

برای پیشگیری از ابتلا به بیماری نارسایی کلیه چه توصیه‌ای دارید؟

کنترل قند خون در افراد دیابتی و کنترل فشار خون در افراد مبتلا به پرفشاری خون، مهم‌ترین اقدام برای پیشگیری از ابتلا به نارسایی کلیه است. بنابراین اگر مبتلا به فشارخون یا قند خون هستید، با پزشک خود مشورت کنید. همچنین سنگ‌ها و عفونت‌های ادراری را جدی بگیرید. اگر کلیه شما سنگ‌ساز است یا سابقه بیماری مادرزادی دارید، با در نظر گرفتن یک شیوه زندگی درست و همچنین به‌کار بردن رژیم مناسب غذایی، از ابتلا به این بیماری پیشگیری کنید.

نارسایی کلیه در کودکان

بیماری های کلیوی بی سر و صدا می آیند و تا مراحل پیشرفته خاموش بوده و علامت خاصی ندارند. به گفته متخصصان ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی های کلیوی، زمانی به پزشک مراجعه می کنند که دیگر وقت دیالیز آن ها است؛ یعنی زمانی که دیگر هیچ راهی برای درمان قطعی وجود ندارد.

علت اصلی ابتلا به نارسایی های کلیوی در کودکان و بزرگسالان متفاوت است.

در کودکان علت اصلی ابتلا به نارسایی کلیه، اشکالات مادرزادی در سیستم ادراری آن هاست؛ مثلاً کودکی که با یک مثانه معیوب به دنیا می آید، یا دچار برگشت ادرار از مثانه به کلیه می شود و یا این که سیستم مثانه او دچار تنگی شده است. تمامی این عوامل بر کلیه فشار می آورند و کلیه را دچار نارسایی می کنند. برای همین والدین باید به علائم ادراری کودک توجه کافی داشته باشند. علامت دیگری که بعد از تولد در کودکان بیشتر دیده می شود، عفونت ادراری است. علائمی که می توانند به والدین هشدار دهند که کودک در معرض نارسایی کلیه است، چطور خودشان را نشان می دهند؟

یکی از علائمی که والدین باید به آن توجه کافی داشته باشند، چگونگی ادرار کردن کودک شان است. احتمال بروز مشکل در سیستم ادراری پسرها بیشتر از دخترها است؛ مثلاً گاهی به دنبال یک ختنه ی ساده، ممکن است مجرای ادرار تنگ شود. این تنگی مجرا باعث می شود که ادرار کودک باریک باشد، یا این که برای ادرار کردن به خودش فشار بیاورد.

بنابراین توجه والدین به توصیه های پزشک بعد از ختنه کردن کودک، برای جلوگیری از تنگی مجرای ادرار بسیار مهم است، چون در غیر این صورت خطر برگشت ادرار از مثانه به کلیه نیز وجود دارد. همچنین در کودکانی که ادرارشان به صورت قطره قطره می آید، به طوری که با دست باید روی مثانه فشار آورند تا ادرارشان خارج شود، نشان می دهد که مثانه انقباض ندارد. عفونت ادراری و وجود یبوست نیز اغلب از سوی والدین نادیده گرفته می شود، در حالی که مکانیسم های کنترل کننده ادرار و مدفوع تقریباً منشأ مشترکی دارند.

در کشور ما نارسایی کلیه بیشتر در اثر چه عواملی شایع می شود؟

بیماری های ارثی در کشور ما بیشترین نقش را در ایجاد این نارسایی ها دارند، مثلاً بیماری آلپورت یک بیماری ارثی است که به طرق مختلف منتقل می شود، ولی رایج ترین نوع آن انتقال از طریق کروموزوم X از مادر به پسر است. این بیماری در استان هایی که ازدواج فامیلی بیشتر است، شیوع بیشتری دارد و در کشور ما سومین علت ابتلای کودکان به نارسایی کلیوی همین بیماری است. در ادرار این کودکان خون وجود دارد و به طور مداوم، پروتئین از ادرار دفع می شود و معمولاً در دهه دوم و سوم زندگی این کودکان، علائم نارسایی کلیه هم ظاهر می شوند.

این نارسایی ها تا چه حد، قابل درمان یا پیشگیری هستند؟

متأسفانه از این نارسایی ها نمی توان پیشگیری کرد و هیچ دارویی نیز برای درمان آن مؤثر نیست. فقط می توان بیماری را کنترل کرد که کودک دیرتر به مرحله نارسایی کلیه برسد.

به نظر می رسد در فرهنگ عام ما کنترل ادرار در بچه ها یک امر پسندیده است. این اتفاق تا چه حد می تواند برای کلیه ها خطرناک باشد؟

این اتفاق مخصوصاً در مورد دختران بسیار خطرناک است. بسیار دیده شده که دختران به خصوص در مدرسه و اماکن عمومی، ادرار خود را کنترل می کنند. پُر شدن مثانه باعث می شود به تدریج رفلکس های مثانه در این افراد مهار شود و فرد دیگر احساس ادرار را نداشته باشد. همین امر باعث ایجاد یبوست در کودک و برگشت ادرار از مثانه به حالب ها می شود و اگر این مشکل ادامه پیدا کند، آثار زخم روی کلیه و عفونت های مکرر کلیه پدیدار می گردند.

بیماران بیشتر با کدام یک از علائم نارسایی کلیه مراجعه می کنند؟

بیشترین افرادی که به ما مراجعه می کنند، کسانی هستند که مبتلا به عفونت های ادراری هستند. این اختلال در واقع هشدار از وجود مشکل در کلیه هاست، ولی اغلب خانواده ها بعد از این که عفونت ادراری درمان شد، دیگر این هشدار را جدی نمی گیرند.

یکی از بررسی هایی که در این هنگام باید انجام گیرد، گذاشتن سوند ادراری در مثانه و تزریق داروی رنگی به داخل مثانه است. وقتی مثانه پُر شد، سوند را بیرون می کشند تا فرد ادرار کند. در این هنگام در عکسبرداری مشخص می شود که برگشت ادرار از مثانه به کلیه ها وجود دارد یا نه.

متأسفانه اکثر خانواده ها از گذاشتن سوند مخصوصاً برای دختران پفهره می روند. ما موارد بسیاری را داشتیم که خانواده ها شدیداً با انجام این کار مخالفت می کردند و بعد از مدتی بیمار را مجدداً با نارسایی های شدید کلیوی، به بیمارستان ارجاع می دادند، در حالی که اگر با نخستین عفونت ادراری از مثانه ی بیمار عکس گرفته می شد، با دارو یا یک جراحی ساده، به راحتی قابل درمان بود.

تغذیه در بیماریهای کلیوی

« رژیم غذایی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه ها « CRF » رژیم غذایی در بیماران بر اساس ناتوانی انجام کار کلیه ها تنظیم می شود. اعمال طبیعی کلیه ها عبارتند از:

- ۱- دفع مواد زائد . ازته

- ۲- تنظیم حجم قوام مایعات بدن « آب و الکترولیت »

- ۳- ساخت و پرداخت بعضی از مواد اساسی بدن از جمله ویتامین ها بنابراین صرف نظر از علت اولیه نارسایی کلیه مثلا فشارخون، دیابت گلو مرو نفریت مزمن که بعضا رژیم غذایی خاص خود را نیز لازم دارند در این دسته بیماران دفع آب- سدیم- کلسیم- فسفر- تعدادی از اسیدهای آلی و غیر آلی - پایانه مواد پروتئینی . ازته مختل می شود.

از طرف دیگر جذب موادی چون ویتامین D - کلسیم - اسید فولیک - ریبوفلاوین - آهن دو ظرفیتی مختل می شود و همچنین بعضی از مواد از جمله پیریدوکسین « ویتامین B₆ » - اسید فولیک - ویتامین C افزایش دفع پیدا می کند و نیز موادی مثل ویتامین D₃ فعال ساخته نمی شود و نکته آخر اینکه این بیماران دچار هیپر لیپیدی خصوصا افزایش تری گلیسیرید خون می شوند که نه به جهت زیادتیر ساخته شدن بلکه به علت عدم دفع کافی آن است.

بعضی از این اختلالات با دیالیز قابل اصلاح است ولی بیمارانی تحت درمان با دیالیز قرار می گیرند که دفع خیلی پایین تری دارند که بدون دیالیز قادر به زیست نیستند لذا بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه ها به دودسته بیماران دیالیزی و غیر دیالیزی « بیماران فونکسیون بهتر کلیه ها » تقسیم می شوند.

تغذیه در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه های غیر دیالیزی

آب - یکی از مشکلات اولیه در بیماران دچار نارسایی کلیه عدم توانایی در تغلیظ ادرار است بنابراین ممکن است بیماران مقدار زیادی آب از دست بدهند. لذا تا زمانی که فیلتراسیون (CFR) به کمتر از ۲۰ ml / min نرسیده است بیماران محدودیتی در مصرف آب ندارند جز در موارد فشار خون و بهترین روش اندازه گیری آب مصرفی اندازه گیری سدیم خون است ولی می توان مقدار ادرار و مایعات از دست رفته در یک ۲۴ ساعت را با مقدار مایعات از دست رفته ناپیدا « از راه مدفوع، تنفس، پوست و غیره » که حدودا ۶۰۰ سی سی می شود جمع نمود مقدار مایعات مصرفی روزهای بعد بیمار را تعیین نمود.

ناگفته نماند وضعیت و شرایط بیمار و محیط او در محاسبه مقدار مایعات مصرفی یک شرط است. در موارد تب- تعریق زیاد- محیط گرم و خشک- اختلالات تنفسی و گوارشی لازم است. مقداری مایع افزون تر محاسبه شود ولی از طرفی در محاسبه مقدار مایعات غذایی باید به مواد خشک هم دقت کرد. مثلا نانها به طور متوسط ۱۰٪ - گوشتها ۶۰٪ و میوه ها تا ۹۰٪ آب دارند. شاید بهترین روش محاسبه مقدار نیاز مایعات بدن اینگونه باشد که بیمار آن مقدار مایعات مصرف نماید که در اندام تحتانی در وضعیت ایستاده به شرط عدم ضایعه و اختلال عمومی و موضعی ادم مختصری پیدا شود، نه به طور محسوس و واضح، ولی علمی ترین روش محاسبه وابستگی آب به کلرور سدیم است که با محدودیت کلرور سدیم آب بدن تنظیم شود.

الکترولیت ها :

سدیم : (NA)

می دانیم در نارسایی کلیه سدیم نمی تواند از لوله های ادراری کلیه خارج شود که موجب افزایش حجم- ادم- فشار خون می شود. بیمارانی با نارسایی مزمن کلیه ها هستند که به علت دفع زیاده از حد سدیم نیاز به نمک کافی و حتی افزون بر حد معمول دارند مثلا بیمارانی که دچار اسهال مزمن هستند و یا تعریق شدیدی دارند و یا بیمار این که دچار سندرم فانکونی و یا بیماری کیستیک مدولاری کلیه باشند و یا هیپر کلسمی دارند که باید کلرور سدیم مصرفی روزانه آنها ۱۰۰-۱۲۰ میلی اکوی والان یعنی ۸-۶ گرم باشد ولی به طور معمول در بیمارانی که دچار نارسایی مزمن کلیه ها بوده ولی دچار ادم، فشار

منیزیوم : Mg

بر خلاف نوشته های قبلی در مورد منیزیوم هیچگونه رژیم خاصی برای محدود کردن منیزیوم رژیم غذایی نیاز نیست و در فیلتراسیون (GFR) پایین تر از ۱۵ میلی لیتر در دقیقه بدن می تواند مصرف زیاده از حد منیزیوم را متعادل نماید و حتی در نارسایی شدید کلیه ها (ESRD) و هیپرپاراتیروئید یسم شدید که منیزیوم خون به علت استئودیسستروپی حداکثر میزان است. نیاز به محدودیت مصرف منیزیوم نیست ولی از مصرف زیاد و ناگهانی منیزیوم باید پرهیز نمود.

منیزیوم در گوشت- سبزیجات و لبنیات بیشترین مقدار موجود را دارد و نیز ساخت آنتی اسیدها به کار می رود.

فسفر : P

کلیه ها تا فیلتراسیون (GFR) کمتر از ۳۰ ml قادرند فسفر را دفع نمایند و سطح خونی فسفر نرمال است ولی پس از آن به همراه عدم جذب کافی کلسیم از روده ها در نارسایی کلیه و عدم ساخت ویتامین D فعال و هیپرپاراتیروئید یسم ثانوی موجب عوارض و اختلالاتی می شوند اینکه آیا محدود کردن فسفر رژیم غذایی کمکی در به تاخیر انداختن هیپرپاراتیروئید یسم می کند نامشخص است. اعتقاد بر این است که چنانچه مقدار مصرف روزانه فسفر ۳۰۰-۵۰۰ میلی گرم باشد فسفات کلسیم کمتر در بافتهای نرم- جداره عروق و سایر بافتهای غیر استخوانی می نشیند و نیز کم بودن فسفر غذا موجب تحریک و ساخت بیشتر $D^3(OH)_2$ (ویتامین D) می شود. غذاهایی که دارای فسفر بیشتری هستند، عبارتند از پروتئین ها خصوصا پنیر- حبوبات- زرده تخم مرغ- جوانه گندم- نان های سبوس دار- کله پاچه- ماهی ها خصوصا ماهی سفید .

پروتئین:

در محدودیت مصرف پروتئین مباحث ضد و نقیض بسیار زیاد است. طرفداران این نظریه معتقدند که طول عمر بیشتر به کلیه ها می دهد و مخالفین معتقدند که موجب سوء تغذیه و اختلالات کلی در سیستم بدن می شود ولی به هر صورت امروزه محدودیت گرم بر حسب هر کیلو وزن در حدود $1g / kg / day$ در بیماران نارسایی مزمن کلیه غیر دیالیزی توصیه می شود. با چند شرط مهم= اول اینکه نوع پروتئین از اسید آمینه های اصلی ساخته شده باشد که مسلما پروتئین های حیوانی ارجح تر به پروتئین های گیاهی هستند.

دوم اینکه در کنار این محدودیت غذایی، کنترل فشار خون، هیپرلیپیدمی هیپرکلسترولمی و نیز محدودیت مصرف فسفر و کلسیم باشد و در مرحله بعدی کالری کافی ۱۵ - $Kcal / kg$ در روز به بیمار برسد که از خودسوزی جلوگیری شود.

شرط پایانی اینکه گروه ویتامین های B خصوصا B_6 ، اسید فولیک و موادی مثل Zn ، Fe در غذاها گنجانده شود. تغذیه در بیماران ESRD « نارسایی تحت درمان با دیالیز»

خون هستند می توان ۸۰-۱۰۰ میلی اکی والان کلرورسدیم (۳-۵) گرم نمک داد ولی اگر بیمار اولیگوریک شده و یا عوارض بالا را داشت محدودیت مصرف نمک یعنی ۶۰-۸۰ میلی اکی والان برابر ۳-۲ گرم ضروری است. ناگفته نماند که نباید فقط نمک به صورت پودر و افزودنی را محاسبه نمود چون مواد غذایی می توانند کم و بیش نمک داشته باشند و بعضی از مواد غذایی مقدار نمک زیادی دارند اگر چه نا محسوس است مثلا کیک ها که در ساخت آنها جوش شیرین به کار برده شده و یا غذاهای کنسروی و نیز دسته غذاهایی مثل کالباس- سوسیسی - ژامبون- سس های تجاری و ترشی های ساختگی غنی از کلرور سدیم می باشند لذا در جدول غذایی باید محاسبه شوند به طوری که در یک بیمار دچار نارسایی کلیه که قرار است غذای کم نمک در رژیم داده شود مقدار مصرف نمک ظاهری ۲-۱ گرم بیشتر نباید باشد.

پتاسیم : K

پتاسیم کاتیون اصلی داخل سلولی بدن است ولی در خارج سلول کم است اما انباشته شدن آن در خارج سلول با توجه به ضایعات قلبی خطرناک ترین سم در نارسایی کلیه محسوب می شود.

اگر بیماری دارای رژیم محدودیت پروتئین باشد که صحبت خواهد شد با توجه به اینکه هر گرم از پروتئین دارای یک میلی اکی والان پتاسیم است نیاز بدن برای این که کاتیون تامین می شود زیرا مقدار ۱-۱/۲ میلی اکی والان پتاسیم برای هر کیلو وزن بدن در شبانه روز کفایت.

البته تا زمانیکه کراتینین سرم به حد $3 mg / dl$ نرسیده باشد یعنی فیلتراسیون (GFR) کمتر از ۱۵ ml نباشد محدودیت پتاسیم نیازی نیست و این یون از توبول ها دفع می شوند زیرا هیپوکالمی هم با آریتمی های کشنده ای که می سازد مانند هیپرکالمی مضر است و در تعدادی از بیماران و داروها در زمینه نارسایی مزمن کلیه ایجاد هیپرکالمی می کند مثل هیپوآلدیترونسیم به هر علت و نیز بیماران تحت درمان با هپارین - بتابلوکر- بازدارنده های ACE، سیکلوسپورین و از طرفی بیمارانی که داروی دفع ادرار و هیدروکورتیزون می گیرند و یا دچار RTA تیپ I هستند دچار هیپوکالمی می شوند.

از نظر پتاسیم همان رژیم با پروتئین محدود مقدار پتاسیم کافی به بدن می دهد ولی چون اکثر غذاها دارای مقداری پتاسیم هستند شناختن غذاهای غنی از پتاسیم لازم است. تا در صورت امکان حداقل مصرف را داشته باشند و اگر مصرف زیاده از حد شد درمان سریع هیپرکالمی بشود.

بیشترین پتاسیم در آب میوه- آب کمپوت و آبگوشت است. از میوه ها : موز- کی وی- آلوژرد- شلیل- خربزه- طالبی- غنی از پتاسیم هستند.

سیب زمینی- جگر- بستنی- لبنیات- گوشت های قرمز- بوقلمون- آجیل و خرما- خشکبار مقدار زیادی پتاسیم دارند.

گوجه فرنگی- قارچ- آرد نخودچی- جو و از سبزیجات اسفناج- جعفری- ترخون- سیر- فلفل- کنگر- دارای پتاسیم زیادی هستند.

آب و الکترولیت ها :

زمانی بیمار نیاز به دیالیز دارد که دفع مواد (GFR) به حداقل میزان می رسد و پس از چند ماه اولیه دیالیز به کمترین حد می رسد و بیماران کم ادرار و حتی بی ادرار می شوند لذا مصرف مایعات بیشتر موجب ادم - فشار خون - نارسایی قلب گردیده و در هنگام دیالیز نیز با کم کردن حجم اضافی افت شدید فشار خون - ایسکمی قلب - آریتمی های مختلفه و کرامپ های عضلانی شدیدی اتفاق می افتد که موجب مرگ و میر بیشتر بیماران می گردد.

توصیه می شود با توجه به مایعات توصیه شده به جهت سوخت و ساز بدن و نیز مقدار آب موجود در غذاهای خشک و با احتساب مایعات هدر شونده ناپیدا حداکثر ۱۰۰۰ سی سی مایعات در ۲۴ ساعت مصرف شود و به زبان ساده تر در فاصله دو دیالیز اضافه وزن بیمار بیش از یک و نیم کیلو تا دو کیلو نباشد.

در مورد سدیم می دانیم کلیه ها فیلتراسیون (GFR) ۱۵ میلی متر در دقیقه با افزودن Sodum = « * » FENA Fraction Excretion سدیم اضافی را هر چه بیشتر از دیستال خارج می کند. این قانون در مورد پتاسیم هم صدق می کند و از فیلتراسیون (GFR) پایین تر کلیه ها قادر به دفع سدیم و پتاسیم نیستند که همراه عدم دفع ادرار موجب مشکلات ذکر شده می شوند توصیه شده است مقدار مصرف نمک در بیماران دیالیزی چه همودیالیزی چه دیالیزی صفاقی ۱-۱/۵ گرم در روز باشد. ۸۰-۹۰ در صد پتاسیم از راه ادرار دفع می شود و ۸-۱۰ میلی اکسی والین نیز از راه مدفوع خارج می گردد در نارسایی کلیه دفع گوارشی تا سه برابر افزوده می شود به شرط آنکه این بیماران بیوسست نداشته باشند.

بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه ها در مقایسه با بیماران دچار نارسایی حاد کلیه مقدار بیشتری پتاسیم در خون تحمل می کنند و از طرفی به علت نارسایی انسولین - اسیدوز متابولیک - مصرف بتابلوکر - هیپوآلسترولنسیم و هر بار هیپرکاتابولیک شدن در سیر بیماری، پتاسیم بالاتری دارند و اگر چه با دیالیز و یا مصرف رزین های تبادل کننده سدیم - پتاسیم (Kayexalate) می توان سطح سرمی پتاسیم را پایین آورد ولی توصیه می شود حداکثر مصرف روزانه پتاسیم ۷۰ میلی اکسی والان باشد. در مورد مقدار منیزیوم غذاها مشکلی ایجاد نمی شود ولی توصیه شده است روزانه ۲۰۰-۳۰۰ میلی گرم منیزیوم در غذاها مصرف شود.

با هر بار همودیالیز می توان ۲۵۰ میلی گرم فسفر را از خون جدا ساخت ولی این مقدار در مقابل مصرف فسفر که در غذاها خصوصا در مواد پروتئینی وجود دارد و با علم به اینکه ۷۰-۶۰ درصد فسفر خورده شده که سریعا جذب بدن می شود بسیار ناچیز است لذا توصیه می شود با توجه به اینکه بیشترین منابع غذایی فسفر گوشت - لبنیات و کولاها می باشد روزانه حد اکثر ۸۰۰ میلی گرم فسفر مصرف شود که غیر ممکن است لذا رژیم غذایی باید با داروهای لازم باند شونده فسفر همراه باشد.

پروتئین - کالری و چربی در رژیم غذایی بیماران تحت دیالیز (ESRD)

سوء تغذیه موجب کوتاهی عمر بیماران دیالیزی است. متاسفانه ۸-۶٪ بیماران دیالیزی دچار سوء تغذیه شدید می شود ۳۵-۳۰٪ بیماران سوء تغذیه متوسط دارند. عوامل متعددی چون بی اشتهاهی - توکسی اوری - افسردگی و اختلالات عصبی روانی دیگر که در بیماریهای مزمن شایع است بیماران دچار نارسایی کلیه در دسته بیماران کاتابولیک قرار می گیرند.

و از طرفی با هر بار درمان مقداری از اسید کربنه های آزاد « حدود ۸ گرم »

از دست می رود که در دیالیزهای جدید و دیالیز صفاقی مقدار بیشتری از اسید آمینه از دست می رود و از طرفی با نارسایی کلیه ساخت بعضی از پروتئین ها مانند کارنتین « Carnetene که امروزه نقش بزرگی را برای کاتابولیک شدن آن نسبت می دهند » مختل می شود و به دلایل متعدد دیگر باید پروتئین از نوع مرغوب به این بیماران داد البته پروتئین افزون تر خود عوارضی چون نیاز به درمان بیشتر و افزایش پتاسیم و فسفر را به همراه دارد. توصیه می شود روزانه ۱-۱/۲ گرم پروتئین بر حسب هر کیلو وزن به بیماران داده شود « برای یک انسان ۶۰ کیلویی حدود ۱۵۰-۱۳۰ گرم گوشت پخته بدون چربی و استخوان نیاز است » علت مرگ در ۵۰٪ بیماران دیالیزی عوارض قلبی عروقی متأثر هیپرلیپیدی است.

این بیماران دچار هیپرلیپیدی نوع IV منتشر یعنی تری گلیسرید ، CDLVDLDL هستند برای پایین آوردن لیپید خون این بیماران رژیم غذایی توصیه می شود زیرا داروهای موجود ضد لیپید ایجاد عوارض کبدی شدیدی در این بیماران می کند و فقط در تری گلیسرید بالاتر از ۱۰۰۰ mg / dl می توان دارو داد آن هم با دز بسیار کم اما مهم ترین مسئله در تغذیه این دسته از بیماران کالری کافی روزانه یعنی ۳۵-۳۰ کیلوکالری بر حسب وزن بدن است.

علاوه بر مسائل ویتامین ها که گفته شد ناگفته نماند که درمان با دیالیز ویتامین ها و املاح محلول در آب را با خود می برد لذا طبق جدول زیر رژیم غذایی روزانه این بیماران تعیین می گردد.

جدول غذایی روزانه بیماران تحت درمان، همودیالیز ۱۲ ساعت در هفته و تحت درمان، با درمان صفاقی CAPD کالری ۳۵ کیلو کالری برای هر کیلو وزن شرط عدم چاقی

پروتئین ۱-۱/۲ گرم برای هر کیلو وزن از شروع دیالیز نگهدارنده

چربی ۴۰-۳۰ درصد کالری بدن از چربی های اشباع و غیر اشباع مصرف شود.

کربوهیدرات ۷۰-۶۰ درصد کالری بدن

فیبر ۲۵-۲۰ گرم

کلروسدیم افزودنی ۱-۱/۵ گرم

پتاسیم ۷۰-۶۰ میلی اکی والان
فسفر ۱۰-۱۵ میلی گرم برای هر کیلو وزن بدن
کلسیم ۲۰-۳۰ میلی گرم برای هر کیلو وزن بدن
منیزیوم ۲۰۰-۳۰۰ میلی گرم
آهن- روی ۱۰-۱۵ میلی گرم (هر کدام)
آب ۱۵۰۰-۱۰۰۰ سی سی
ویتامین ها در حد مجاز « ویتامین های محلول در چربی ضروری نیستند.»
رژیم غذایی در نارسایی حاد کلیه
بیماران دچار نارسایی حاد کلیه به سه دسته تقسیم می شوند.

- بیماران غیر الیگوریک
- الیگوریک غیر کاتابولیک
- بیماران کاتابولیک

با توجه به وضعیت عمومی بیمار تغذیه از راه دهان و یا از راه لوله و یا تزریقی خواهد بود به طور کلی بیماران دچار نارسایی حاد کلیه به دلایل مختلفی می توانند دچار سوء تغذیه شوند. عدم تغذیه کافی، عدم جذب کافی، خرابی پروتئین به دلایل متعدد، عدم ساخت و پرداخت پروتئین ها و نیز وجود مواد کاتابولیکی زیادی از جمله PTH - گلوکاگن - کورتیزول و کاهش موادی مثل انسولین و (IGF Insulin Growth Factor) موجب می شوند که بیمار دچار نارسایی حاد کلیه بیمار کاتابولیک (سوخت زیاد) باشد و مانند همه بیماران کاتابولیکی نیاز به کالری و پروتئین بیشتر دارند و حتی عده ای معتقدند که این روش تغذیه در سیر و بهبودی بیماران نقش بسزا و خیلی مفیدی دارد. در این خلاصه ابتدا از آب و الکترولیت پس از آن، پروتئین و کالری صحبت خواهد شد اولین اقدام درمانی بجا و منطقی رسانیدن حجم کافی به بیمار است که این حجم با محاسبه حجم های از دست رفته پیدا « ادرار - مدفوع - ترشح معدی - ترشحات زخم و سوختگی - با اضافه حجم ناپیدای از دست رفته روزانه « تنفس - پوست و ... » با در نظر گرفتن وضعیت بیمار و محیط مثلا تعریق - تب - استفاده از ماشین تنفس مصنوعی و با احتساب مقدار مایع غذاهای خنک و آب ایجاد شده از سوخت و ساز مواد در بدن که حساب سرانگشتی روزانه حداکثر ۴۰۰-۳۰۰ گرم وزن بیمار کم می شود و نیز محاسبه مقدار مایعات با در نظر گرفتن هیپوهیپوناترمی در بیمار. دادن الکترولیت ها مثل سدیم - پتاسیم - فسفر - منیزیوم - بی کربنات - ویتامین ها و مواد مورد نیاز بدن که در نارسایی مزمن کلیه گفته شد. اقدام بعدی رساندن کالری کافی است. در دسته بعدی بیماران دچار نارسایی حاد کلیه در گروه اول که معولا در دو هفته به مرحله رکاوری (بازگشت سلامتی) می رسند نیاز چندانی به کالری و پروتئین افزون ندارند البته بیمارانی هستند که نیازمند دیالیز نیستند و به شرط آنکه یک هفته قبل از شروع نارسایی حاد کلیه دچار سوء تغذیه نباشند می توان در روزهای اولیه کالری کمتر حدود ۴۰۰ کیلوکالری به بیمار رساند. البته اتفاق نظری نیست و بعضی معتقدند که تا ۱۵۰۰ کیلوکالری می توان داد و این کالری از قند تامین می شود و پس از ۲-۳ روز اول ضمن دادن پروتئین مورد نیاز طبق جدول از کالری بیشتری در محاسبه رژیم غذایی برخوردار خواهد بود.

در دادن قند مشکل مقاومت به اثر انسولین در این بیماران است که با وجود سطح بالای انسولین مصرف قند عضلات کم می شود و اسید آمینه ها می سوزند که کانابولیسیم پروتئین سطح اوره خون را بالا می برد و بیمار نیاز به دیالیز پیدا می کند و معتقدند که محاسبه کالری اگر مصرف قند بیش از ۵ گرم برای هر کیلو وزن باشد قند اکسیده نشده و به لیپولیز افزوده می گردد که خود موجب انفیلتراسیون چربی در کبد هیپرکالمی خواهد شد لذا توصیه می شود پس از ۴۸ ساعت از امولوسیون چربی همراه قند داده شود.

ناگفته نماند که توصیه می شود با توجه به سوء جذی کافی در بیماران اورمیک بهتر است مقداری از تغذیه تزریقی باشد. در تزریق مشکل اولیه دادن حجم بیشتر است. با توجه به اسمولاریته مواد تزریقی حداکثر ۶۰ میلی اسمول را می توان داد و آن هم باید از عروق محیطی دور باشد.

امروزه از محلولهای چربی ۱۰٪ و ۲۰٪ می توان استفاده کرد و ۴۰٪ کالری مورد نیاز را می توان از آنها به دست آورد. منتهی اگر بیمار تری گلسیرید بالای ۴۰۰ mg / dl باشند و یا دچار اختلال انعقادی باشد و اسیدوز مقاوم به درمان، PH کمتر از ۷/۲ داشته باشد و بیمارانی که اختلال عروقی دارند باید در مصرف آن احتیاط نمود.

و اما اساسی ترین مساله در تغذیه بیماران دچار نارسایی حاد کلیه برنامه ریزی جهت پروتئین هاست. در نارسایی حاد کلیه در مراحل اولیه مصرف و مقدار اکسیژن در ناحیه پروگزیمال خیلی کم است و نیاز به اکسیژن ناحیه را بیشتر می کند در نتیجه موجب اختلال بیشتر توبول می شود. شاخص دیگر نارسایی حاد کلیه کاتابولیسیم بیش از حد پروتئین ها، در نتیجه ایجاد تعادل منفی ازت است و مانند هر حالت هیپرکابولیسیم دیگری اسید آمینه از عضلات آزاد می شود ولی ساخت اسید آمینه جایگزین آن ناقص است. در نارسایی کلیه ساخت پروتئین های اصلی و مهم مختل می شود و دادن اسید آمینه های مختلف جایگزین نخواهد بود و با شکستن سریع تر، نیاز به دیالیز را می افزاید از طرفی خود توکسمی اورمی و دیالیز ترانسپورت اسید آمینه را هم مختل می کند و مقاومت به انسولین که پروتئین سازی عضلات بستگی مستقیم به آن دارد. همه در اختلال متابولیسیم پروتئینها نقش دارند.

محلولهای امینو اسید تزریقی و خوراکی مختلفی در بازار است که قابل مصرف با محاسبه طبق جدول هستند ولی حتما محلولهای اسید آمینه باید با محلولهای غلیظ قندی مصرف شوند تا بدن اسید آمینه را برای تامین کالری نسوزاند. در مورد مصرف هورمون های رشد انسولین کارنتین و ... صحبت زیاد است ولی نقش قطعی هیچکدام تعیین نشده در نتیجه فعلا جای رسمی در تغذیه ندارند. توصیه می شود از روز چهارم و پنجم نارسایی حاد کلیه با احتساب مایعات در حد نیاز به بیمار کالری و پروتئین داده و در اولین فرصت مناسب تغذیه از راه دهان نیز آغاز گردد.

دسته اول - « بیماریهای غیر کاتابولیک»

« مسمومیت های دارویی - پره رنال - کنتراست مدیا - تزریق خون و ...»

دیگر اعتقاد عمیقی بر رعایت و ممنوعیت غذا نیست و مهم تر از آن مصرف مایعات کافی و کالری مناسب مطرح می شود.

خوردن مایعات با توجه به اینکه غلظت ادراری را کم می کنند در نتیجه املاح و میکروبها موجود نیز رقیق شده و کار آبی خود را از دست می دهند و از طرفی با تغییر در فیزیولوژی مدولای کلیه و نیز با افزایش حرکات در سیستم ادراری می تواند مؤثر باشد.

مقدار مصرف مایعات روزانه باید ۲-۳ لیتر باشد که این مقدار باید به طور متناسب در طول مدت روز تقسیم شود حتی توصیه می شود در این گونه بیماران در نیمه خواب نیز مایعات خورده شود و به طوری که وزن مخصوص ادرار در طی شبانه روز هر زمانی در حد ۱۰۲۰-۱۰۱۸ باشد بنابراین بیماران می کنند و یا در شرایط گرم تری به سر می برند و کار آنها با فعالیت سنگین بدنی همراه است و یا اختلال گوارشی دارند باید آب بیشتری بخورند که حجم کافی ادرار با وزن مخصوص فوق داشته باشند. مسئله مهم دیگر مصرف انواعی از غذاهاست که در اسید و یا بازی کردن ادرار نقش دارند می دانیم بعضی از املاح در محیط اسیدی کریستالیزه می شوند و بعضی در محیط قلیایی مثلا برای سنگ اسید اوریک قلیایی کردن ادرار توصیه می شود و یا برای سنگهای سیستینی هم همین طور، زیرا در محیط اسیدی کریستالیزه می شوند و حتی گاهی با درمان ادرار را قلیایی و اسیدی می کنند به هر جهت مهمترین غذاهای اسیدی کننده مواد پروتئینی است و قلیایی کننده ها سبزیجات و میوه جات هستند که لیمو نقش شاخصی در این میان دارد.

رژیم غذایی در سنگ ها «پرهیز»

اعتقاد بر این است که شاید تنها جایگاه رژیم در جلوگیری از سنگ های کلسیمی است که چنانچه بررسی علتی اولیه و رفع آن موفقیتی نداشت محدودیت مصرف کلسیم زیاد است و نیز باید با کمتر نمودن مصرف کلسیم مصرف کلورسدیم را هم کم نمود. مهمترین مواد غذایی دارای کلسیم پنیر و پروتئین های حیوانی است. اما گاهی اعتقاد بر این است که به جهت عدم جذب کلسیم از روده موادی که علاقه زیادی به باند با کلسیم دارند می دهند. مثلا غذاهای دارای اگزالات زیاد. در نتیجه در نوشتن رژیم غذایی تفاوت های زیادی به چشم خواهد خورد که ممکن است بیما را دلسرد نماید در مورد سنگ های با منشاء اسید اوریک که محدودیت غذایی چندان مفید نیست ولی بعضی مطالعات اثرات خوبی را در رعایت رژیم غذایی تایید می کنند ولی به طور کلی محدودیت رژیم غذایی به مصرف پروتئین حدود ۱۰۰-۹۰ گرم در روز یعنی ایجاد حداقل پورین و نیز قلیایی کردن ادرار با غذا و چنانچه نیاز باشد مصرف موادی چون جوش شیرین.

در سنگ های سیستینی بهترین رژیم غذایی آب درمانی است و قلیایی نمودن ادرار مع الوصف پرهیز از غذاها مثل حبوبات آجیل، مرغ و تخم مرغ توصیه می شود. در مواردی که نوع سنگ نتوان به طور دقیق تعیین نمود. رژیم غذایی با پورین کم و اگزالات کم توصیه می شود ولی به طور کلی مصرف مایعات در کلیه ها سنگ ساز مفید است.

مقدار کالری روزانه ۲۵-۲۰ کیلوکالری برای هر کیلو وزن مقدار پروتئین روزانه ۰/۶-۰/۵ گرم بر حسب وزن بدن از اسید آمینه های اصلی و غیر اصلی.

بیماران کاتابولیک

«سپتی سمی- صدمات بدن- پریتونیت- جراحی های سبک»

مقدار کالری روزانه ۳۰-۳۵ کیلو کالری بر حسب هر کیلو وزن

مقدار پروتئین روزانه ۱-۰/۷ گرم بر حسب وزن بدن بیماران کاتابولیک شدید «که روزانه ۴-۳ میلی گرم در دسی لیتر کراتین خون افزوده می شود.» «تروماهای شدید - سوختگی وسیع - سپتی سمی های شدید- جراحی های سنگین» مقدار کالری روزانه ۵۰-۳۵ کیلوکالری بر حسب هر کیلو وزن بدن مقدار پروتئین روزانه ۱/۵-۱/۲ گرم بر حسب وزن بدن.

تغذیه در سندرم نفروتیک

می دانیم در این سندرم مقدار زیادی از پروتئین های بدن از طریق ادرار از دست می رود ولی با رژیم غذایی پرپروتئین این کمبود جبران نمی شود و بر عکس هر وقت پروتئین افزوده داده شود مقدار پروتئین وری بیشتر و در نتیجه عوارض دفع کلیوی پروتئین برتوبولها و نسج کلیه افزون تر خواهد بود و این نتیجه بر اثر مطالعه تغذیه بیماران با محلولهای پروتئین های صفاقی که در این موارد مصرف می شد به دست آمده است. از طرفی می دانیم این بیماران دچار هیپرلیپیدمی می شوند که لازم است در رژیم غذایی آنها منظور شود و یعنی قبل از اینکه علائم کلینیکی و پاراکلینیکی هیپرلیپیدمی ایجاد شود چون در صورت هیپرلیپیدمی نیاز است درمان دارویی بگیرند توصیه می شود طبق جدول زیر رژیم غذایی این بیماران تنظیم شود.

روزانه ۳۰-۳۵ کیلوکالری برای هر کیلو وزن بیمار محاسبه شود. به شرط آنکه اضافه وزن نباشد و ادم بیمار اصلاح شده باشد که این کالری از چربی ها تامین شود و بقیه از کربوهیدرات و در تامین نوع چربی ها هم باید دقت شود. یعنی:

۴۰٪ چربی اشباع شده

۳۰٪ چربی از نوع غیر اشباع پلیاستاریک

۱۰٪ چربی از نوع غیر اشباع مونواستاریک

۲۰٪ چربی از نوع لینولئیک

مطلقا کلسترول داده نشود

کربوهیدرات انواع مختلفه به کار برده شود. در مورد پروتئین خیلی ها معتقدند که پروتئین های گیاهی «سویا» بهتر از پروتئین های حیوانی است ولی به طور کلی می توان از هر دو نوع پروتئین ۱-۰/۸ گرم بر حسب هر کیلو وزن بدن پروتئین به بیمار روزانه داد.

مقدار نمک مصرفی روزانه ۲-۱/۵ گرم بیشتر نباشد. مقدار مواد و املاح و ویتامین ها در رژیم غذایی تامین شود.

رژیم غذایی در بیماران دچار سنگ کلیه

امروزه ثابت شده است که سنگهای ادراری منشاء و انواع متعددی دارند و رژیم غذایی تا حدی بسیار قلیل کمک کننده در درمان سنگ سازی است و بر خلاف گذشته

آزمایش بزاق به تشخیص زودهنگام سرطان، دیابت و زوال عقل کمک خواهد کرد
 نتایج پژوهش صورت گرفته توسط محققان آمریکایی نشان می‌دهد، آزمایش نوع خاصی از مولکول‌ها در بزاق انسان می‌تواند به تشخیص زودهنگام سرطان، دیابت و برخی بیماری‌های خودایمن کمک کند.

محققان دانشگاه کالیفرنیا در جامع‌ترین پژوهش در خصوص وجود نوع خاصی از مولکول‌ها در بزاق انسان، در لس‌آنجلس ۱۶۵ میلیون توالی ژنتیکی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که برخی از آران‌ای‌ها در سلول‌های بدن انسان، در بزاق نیز وجود دارند؛ این ترکیبات در بزاق، شاخص‌های مهمی برای تشخیص بیماری محسوب می‌شوند.

به گفته دکتر «دیوید وانگ» سرپرست تیم تحقیقاتی، بزاق حاوی مولکول‌هایی مشخص‌کننده بیماری درست مشابه نمونه خون است و نتایج بدست آمده می‌تواند به توسعه دستگاه‌های خود تشخیص‌گر بیماری در آینده منجر شود با کمک یک آزمایش بزاق ساده می‌توان بیماری‌های مختلفی مانند سرطان دهان، پروستات، زوال عقل، دیابت نوع ۲ و بیماری‌های خودایمن را شناسایی و حتی سابقه پزشکی از بیمار بدست آورد.
 نتایج این پژوهش در مجله Clinical Chemistry منتشر شده است.

مصرف روزانه آسپرین در کاهش خطر ابتلا به سرطان تخمدان موثر است
 نتایج مطالعات متخصصان سلامت روی ۲۰ هزار زن نشان می‌دهد، مصرف روزانه آسپرین خطر ابتلا به سرطان تخمدان را به میزان ۲۰ درصد کاهش می‌دهد.
 متخصصان مرکز ملی سلامت آمریکا اعلام کردند، مصرف روزانه آسپرین احتمال ابتلا به سرطان تخمدان را در زنان تا یک پنجم کاهش می‌دهد.

این متخصصان با بررسی داده‌های دریافتی از ۱۲ مطالعه که در آنها حدود ۸۰۰۰ زن مبتلا به سرطان تخمدان و ۱۲ هزار زن سالم حضور داشتند به آزمایش تاثیر آسپرین و سایر داروهای غیر استروئیدی ضد التهاب (NSAIDs) و استامینوفن (Tylenol) بر سرطان تخمدان پرداختند. در این مطالعه ۱۸ درصد از زنان به طور منظم آسپرین، ۲۴ درصد داروهای غیر استروئیدی شامل ایبوپروفن و ناپروکسن و ۱۶ درصد نیز استامینوفن مصرف کردند. افرادی که به طور روزانه آسپرین مصرف کردند در مقایسه با زنانی که کمتر از یک قرص آسپرین در هفته مصرف کرده بودند، خطر ابتلا به سرطان تخمدان ۲۰ درصد پایین‌تر اعلام شده است.

در این مطالعه که نتایج آن در مجله انجمن ملی سرطان آمریکا منتشر شده همچنین نشان می‌دهد هیچ ارتباطی میان مصرف استامینوفن و خطر ابتلا به سرطان تخمدان وجود ندارد. با این حال متخصصان نسبت به اثرات جانبی مصرف آسپرین هشدار داده و گفتند از آنجا که مصرف مرتب آسپرین ممکن است سبب خونریزی در دستگاه گوارش شود، پیش از مصرف این دارو حتماً با پزشک مشورت کنید.

در ایالات متحده آمریکا، در سال جاری میلادی (۲۰۱۴) ۲۰ هزار زن مبتلا به سرطان تخمدان تشخیص داده شده‌اند که بیش از ۱۴ هزار نفر از آنها بر اثر این بیماری جان خود را از دست خواهند داد.

سروتونین موجود در پوست موز موجب بهبود حالت روحی و محافظت از شبکیه چشم می‌شود.

پژوهشگران علوم پزشکی در دانشکده پزشکی «چانگ شان» کشور تایوان می‌گویند نتایج تحقیقات آنان نشان می‌دهد که عصاره پوست موز موجب کاهش افسردگی و محافظت از شبکیه چشم می‌شود.

این تحقیق که توسط دانشکده پزشکی «چانگ شان» (Chung Shan) در تایوان (Taichung) واقع در تایوان انجام شد نشان داد که پوست موز سرشار از

”سروتونین“ است. سروتونین یک ماده شیمیایی است که برای توازن حالت روحی بسیار مهم و حیاتی است. تصور می شود که میزان کم سروتونین در مغز موجب ابتلا به افسردگی می شود. این گروه همچنین متوجه شدند که عصاره پوست موز با بازسازی سلول های شبکه، از این ناحیه در برابر آسیب ناشی از نور محافظت می کند.

محققان معتقدند که مصرف پوست موز از طریق مصرف آب ناشی از جوشاندن پوست موز و یا انداختن پوست موز در آب میوه گیری و نوشیدن آب آن به کاهش افسردگی کمک می کند. محققان ضمن توصیه مصرف روزانه یک عدد موز کامل اعلام کردند: با ادامه مصرف روزی یک عدد موز به مدت یک ماه می توان اثرات کاهش هر گونه ناراحتی ناشی از افسردگی را مشاهده کرد. محققان به افراد شاغل نیز توصیه می کنند که هر روز یک عدد موز با خود سر کار ببرند و در مواقع تنش و یا هر نوع فکر یا موضوع ناراحت کننده ای، برای مدت ۵ دقیقه استراحت کرده و یک عدد موز بخورند. پیش از این نیز بر طبق تحقیقات MIND (انجمن ملی سلامت روانی آمریکا) بر روی افرادی که دچار افسردگی بودند، بسیاری از آنان پس از خوردن یک موز، احساس خیلی بهتری پیدا کرده اند. دلیل این امر آن است که موز حاوی ”تریپتوفان“، نوعی پروتئین که بدن آن را به ”سروتونین“ تبدیل می کند و سروتونین نیز به نوبه خود، باعث آرامش و احساس خوشی بیشتر در انسان می گردد. محققیت می گویند موز در مقایسه با سیب، چهار برابر پروتئین بیشتر، دو برابر کربوهیدرات، سه برابر فسفر، پنج برابر ویتامین A و آهن، و دو برابر از سایر ویتامین ها و مواد معدنی دارد. از نظر پتاسیم نیز موز بسیار غنی می باشد.

”سیگار“، احتمال ابتلا به سرطان گردن رحم را افزایش میدهد

پژوهشگران علوم پزشکی در دانشگاه آکسفورد می گویند نتایج تحقیقات صورت گرفته نشان می دهد کشیدن سیگار به ویژه در سنین کم و به تعداد زیاد احتمال ابتلا به سرطان گردن رحم را در زنان افزایش می دهد. این محققین با بررسی ۲۳ تحقیق انجام شده در زمینه تاثیر سیگار در ابتلا به سرطان گردن رحم دریافتند که احتمال ابتلا به سرطان گردن رحم در زنان سیگاری بیشتر است. نتایج این تحقیق نشان داده است، احتمال ابتلا به سرطان گردن رحم در زنانی که در حال حاضر سیگاری هستند نسبت به زنانی که اصلا سیگار نکشیده اند، ۶۰ درصد بیشتر است. نتایج این تحقیق در آرشیو نشریه بین المللی سرطان موجود است.

سیگار در ساختار مغز افراد جوان تغییراتی را ایجاد می کند

پژوهشگران علوم پزشکی در دانشگاه یوسی.ال.ای در ایالات متحد آمریکا می گویند نتایج یک مطالعه نشان می دهد که کشیدن سیگار علاوه بر ابتلا به سرطان و بیماری های قلبی و عروقی موجب تغییر پوسته مغز انسان نیز می شود.

محققان می گویند که استعمال سیگار در ساختار مغز افراد جوان تغییراتی را ایجاد می کند و این تغییرات می تواند در افرادی که حتی مدت کمتری سیگار می کشند، نیز بروز کند. دانشمندان دانشگاه یوسی.ال.ای در آمریکا در این مطالعه نوجوانان پانزده ساله سیگاری را مورد بررسی قرار دادند. این افراد روزی هفت نخ یا بیشتر سیگار می کشیدند. این مطالعه نشان داد که در ۱۰۰ درصد این نوجوانان تغییراتی در پوسته مغز رخ داده است که می تواند موجب زوال عقل شود. محققان می گویند: این عادت کشنده، منطقه تصمیم گیری را در مغز دچار اختلال می کند و به همین دلیل سیگاری ها امکان به کار گرفتن نیروی خود را به منظور ترک سیگار از دست می دهند. نتایج این مطالعه همچنین نشان می دهد که تغییرات عصبی زیستی که از نتایج سیگار کشیدن است علت وابستگی بزرگسالان سیگاری (که از دوره نوجوانی شروع به سیگار کشیدن کرده اند) به سیگار است. این مطالعه در شماره اخیر (ماه مارس) نشریه Neuropsychopharmacology منتشر شده است.

سیگارهای الکترونیکی نوجوانان را سیگاری می کند

یک مطالعه نشان می دهد، سیگارهای الکترونیکی (E Smok) مانع از سیگار کشیدن نوجوانان نمی شوند بنابراین هرنوع تبلیغاتی در این زمینه علمی و واقع بینانه نیست.

دکتر لورن دوترا و دکتر استانتون گلانتز از مرکز تحقیقات توتون دانشگاه کالیفرنیا در آمریکا گفت: سیگارهای الکترونیکی به تقلید از سیگارهای معمولی، یک افشانه گرم نیکوتن ارائه می دهند. با این وجود سیگارهای الکترونیکی با طعم های توت فرنگی، شیرین بیان و شکلات به نوجوانان عرضه می شود. در این مطالعه محققان با بررسی اطلاعات ۱۷ هزار و ۳۵۳ دانش آموز دوره راهنمایی و دبیرستان متوجه شدند: نوجوانانی که دست کم یک نخ سیگار الکترونیکی کشیده بودند و اکنون از این سیگارها می کشند خطر

کشیدن سیگارهای معمولی در آنها بیشتر است. این مطالعه نشان داد: نوجوانانی که سیگارهای الکترونیکی استعمال کرده بودند تمایل آنها برای کشیدن سیگار معمولی بیشتر است. محققان در مقاله خود نوشتند: در حالیکه ماهیت این مطالعه به ما اجازه نمی داد که بررسی کنیم آیا بیشتر جوانان سیگار کشیدن را با سیگارهای معمولی آغاز کرده اند و بعد به کشیدن سیگار الکترونیکی روی آوردند یا برعکس، اما نتیجه مطالعه نشان داد که سیگارهای الکترونیکی موجب دلسردی جوانان از کشیدن سیگارهای معمولی نمی شود. سیگار برقی یا سیگار الکترونیکی وسیله ای است الکترونیکی که استعمال دخانیات را شبیه سازی می کند. این سیگار بخارات خاصی تولید می کند که بو، طعم، مزه و احساس کشیدن سیگار واقعی را به مصرف کننده می دهد اما زیان های سیگار واقعی را نداشته یا این زیان ها را به حداقل می رساند. سیگار الکترونیکی اولین بار در سال ۲۰۰۳ و در کشور چین تولید شد اما امروزه در نقاط مختلف جهان فروخته می شود و میلیون ها مصرف کننده دارد. در کشورهای مختلف، قوانین متفاوتی در مورد فروش و استفاده از سیگارهای الکترونیکی وضع شده است. این سیگار الکترونیکی در حال حاضر به صورت اینترنتی و به قیمت های ۶۴ و ۱۴۹ دلار و در سه مدل شبیه به سیگار، سیگار برگ و پیپ عرضه می شود. این مطالعه در مجله JAMA Pediatrics منتشر شده است.

بریتانیا "پایتخت اعتیاد" در اروپا است

موسسه پژوهشی "مرکز عدالت اجتماعی" هشدار داده که بریتانیا به "پایتخت اعتیاد" به الکل و مواد مخدر در اروپا تبدیل شده است.

به نقل از بی بی سی، "مرکز عدالت اجتماعی" می گوید سوء مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر، سالانه ۳۶ میلیارد دلار برای بریتانیا هزینه دارد. این مرکز توسط وزیر کار و امور بازنشستگی بریتانیا تأسیس شده است. گزارش تازه این موسسه هشدار داده است که بریتانیا به مرکزی برای سایت های اینترنتی فروش "مواد مخدر مجاز" اما خطرناک تبدیل شده است.

'مواد مخدر مجاز' معمولاً با عنوان نمک حمام یا مواد شیمیایی آزمایشگاهی فروخته می شود.

مرکز عدالت اجتماعی از دولت بریتانیا به دلیل ناکامی در مقابله با اعتیاد به هروئین و در دسترس قرار دادن مشروبات الکلی ارزان قیمت انتقاد کرده است. یافته های این گزارش که با عنوان "راه چاره سریعی وجود ندارد" منتشر شده، نشان می دهد در سال گذشته میلادی ۵۲ نفر در انگلستان و ولز در اثر مصرف مواد مخدر قانونی جان خود را از دست داده اند که این تعداد ۲۸ نفر بیش از سال قبل از آن است.

توزیع کننده های بی خبر این گونه مواد مخدر معمولاً با عنوان نمک حمام یا مواد شیمیایی آزمایشگاهی در سایت ها فروخته می شود. اما این مواد در صورتی که برچسب "برای مصرف انسان نیست" داشته باشد، می تواند به صورت آزاد و علنی هم فروخته شود.

بر اساس گزارش مرکز عدالت اجتماعی در حال حاضر بیش از ۱۳۰ وبسایت در بریتانیا ثبت شده اند که این مواد را از طریق پست می فروشند و عملاً پستی ها را به توزیع کننده های بی خبر مواد مخدر تبدیل کرده اند. این موسسه پژوهشی می گوید از هر دوازده جوان بریتانیایی یک نفر به مصرف مواد مخدر مجاز اذعان می کند که این بالاترین آمار مصرف در قاره اروپاست. به گفته این مرکز، طی سه سال گذشته ۱۵۰ نوع جدید از این مواد وارد بازار شده، اما تنها مصرف ۱۵ نوع آن از سوی دولت بریتانیا ممنوع شده است.

گزارش مرکز عدالت اجتماعی می گوید در اروپای غربی، مردان بریتانیایی رتبه دوم در وابستگی به مصرف الکل را دارند و در کل قاره هم هفتم هستند. این در حالی است که وابستگی به الکل در میان زنان بریتانیایی از هر کشور دیگری در اروپا بیشتر است. این گزارش می گوید از هر چهار نفر در انگلستان، سطح مصرف الکل یک نفر در حد "زیان بار" است.

چه افرادی باید ویتامین D مصرف کنند؟

ویتامین D برای افراد مبتلا به آرتروز بسیار مهم می باشد. تحقیقات نشان می دهند که ویتامین D و کلسیم به همراه هم می توانند تراکم استخوان را در زنان پس از یائسگی افزایش دهد.

همچنین ویتامین D برای درمان بیماری های مرتبط با ضعف استخوان همچون نرمی استخوان مفید است.

افرادی که سطح ویتامین D بدنشان پایین است، برا جبران آن ممکن است به مکمل ها احتیاج دارند. کمبود ویتامین D در افراد زیر متداول تر است:

افرادی که بالای ۵۰ سال هستند.

افرادی که خیلی کم در برابر خورشید هستند.

افرادی که مشکلات کلیه و یا سایر بیماری ها جذب مواد معدنی را برای آنها سخت کرده است.

افرادی که پوست تیره ای دارند.

افرادی که با مصرف لاکتوز مشکل دارند.

افرادیکه گیاهخوار هستند.

کودکانیکه فقط شیرمادر دریافت می‌کنند.

ویتامین D برای بیماری‌های قلبی و عروقی، شامل فشارخون بالا و کلسترول خون بالا استفاده می‌شود. همچنین این ویتامین برای سایر بیماری‌ها همچون آرتریت روماتوئید، ضعف عضلانی، بیماری ام اس، آسم، برونشیت و بیماری‌های دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین ویتامین دی برای تقویت سیستم ایمنی بدن و پیشگیری از بیماری‌های خودایمنی و پیشگیری از سرطان استفاده می‌شود، هرچند که مدارک کافی برای تاثیر ویتامین دی در این بیماری‌ها وجود ندارد. کمبود ویتامین دی ممکن است بتواند باعث مشکلات هورمونی، ضعف و درد ماهیچه‌ها و سایر مشکلات شود. تحقیقات نشان می‌دهند که لوسیون‌های تجویز شده ویتامین D برای درمان پسوریازیس مفید می‌باشند.

نانو واکسنی برای حل مشکلات آلرژی

محققان با استفاده از کپسوله کردن آنتی‌ژن‌های ویژه‌ای، موفق به ساخت نانو واکسنی برای مقابله با آلرژی حاصل از بید شدند.

پژوهشگران دانشگاه آیوا موفق به ساخت واکسنی برای حل مشکلات آلرژی استفاده شدند. این واکسن به صورت طبیعی، سیستم ایمنی را برای مبارزه با آلرژی تحریک می‌کند. در آزمایش‌های انجام شده روی حیوانات، این واکسن موجب کاهش ۸۳ درصدی تورم ریه‌ها شده است. دلیل اصلی عملکرد این واکسن آن است که ترکیبات تحریک کننده سیستم ایمنی بدن در این واکسن وجود دارد.

علی اصغر سالم رهبر این گروه تحقیقاتی می‌گوید: این واکسن برای آلرژی‌های بید طراحی و ساخته شده است. بید یک جاندار میکروسکوپی است که در منسوجات، مبلمان و فرش‌ها زندگی می‌کند. این حشره در ۸۴ درصد خانه‌های ایالات متحده وجود دارد که منشأ آلرژی در افراد است. پژوهش‌های مختلف نشان داده است که ۴۵ درصد بیماران مبتلا به آسم در اثر مجاورت با بید دچار مشکلات تنفسی می‌شوند. تداوم این مشکلات می‌تواند آسیب‌های جدی به ریه بیمار وارد کند. روش‌های درمانی برای این آلرژی بسیار محدود است. پیترو تورن از محققان این پروژه می‌گوید: ما در این روش از راهبردی استفاده کردیم که در آن ذرات بسیار کوچکی حاوی دی‌ان‌ای یک باکتری به صورت کپسول در آمده است. این توالی دی‌ان‌ای می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تحریک کرده تا پاسخ‌دهی به آلرژی را کاهش دهد. این روش راهکاری برای بیماران مبتلا به آسم است که در معرض آلرژی بید قرار دارند.

در این واکسن از ماده‌ای به نام CpG استفاده شده است که پیش از این به عنوان واکسن ضدسرطان مورد استفاده قرار می‌گرفته و هیچ‌گاه برای کاهش آلرژی‌های بید از آن استفاده نشده است. با وارد شدن CpG به بدن، زنگ خطر سیستم ایمنی فعال شده و این ماده توسط سیستم ایمنی جذب می‌شود؛ با این کار آنتی‌ژن مورد نظر محققان نیز در کنار CpG جذب شده و سیستم ایمنی بدن وادار به کاهش عکس‌العمل در برابر آلرژی بید می‌شود. مجموع آنتی‌ژن-CpG ۳۰۰ نانومتر بوده که ۹۰ درصد آن توسط سلول‌های ایمنی جذب می‌شود.

نتایج این پروژه در قالب مقاله‌ای با عنوان در نشریه AAPS American Association of Pharmaceutical Scientists منتشر شده است.



سمینار بین المللی
نقشه راه سلامت
جمهوری اسلامی ایران

کارگاه ترجمان دانش

دکتر شهین شوشتری
دانشگاه مانیتوبا کانادا

زمان: جمعه ۷ آذرماه ۱۳۹۳
مکان: شیراز، مجتمع ولایت



<http://ihrm.sums.ac.ir>

به دلیل شناسایی کیفیت والای تحقیقاتشان- دکتر شوشتری چندین جایزه دریافت نموده اند از قبیل: جایزه ی پژوهشی از موسسه بین المللی تحقیق علمی بر روی ناتوانی فکری و جایزه ی لیاقت از دانشگاه مانی توبا. اهداف کارگاه:

- ۱) ارتقا ی سطح آگاهی حاضرین در کارگاه در باب مفهوم- مدلها و متدهای ترجمان دانش
- ۲) افزایش سطح آگاهی حاضرین در کارگاه در مورد اینکه چگونه می توان ترجمان دانش را در برنامه ها و تحقیقات بهداشت عمومی به کار برد
- ۳) تسهیل بحث و بررسی در مورد فاکتورهای آسان سازی و بازدارنده ی ترجمان دانش در برنامه ها و تحقیقات بهداشت عمومی

دکتر شاهین شوشتری پروفیسور مشاور در علوم بهداشت جامعه و علوم اجتماع خانواده از دانشگاه مانی توبا می باشند. موضوعات بنیادین تحقیقاتشان من باب ارتقائ سرمایه گذاری بر روی عنوان بهداشت و سلامت و دوران ساختاردهی سالم مخصوصا زمانی که مرتبط با جمعیت آسیب پذیر بوده می باشد .

دکتر شوشتری اصلی ترین محقق در چندین امتیاز گروهی در مورد موضوع ترجمان دانش بوده که توسط موسسات کانادایی پژوهش بر سلامت و بهداشت سرمایه گذاری شده- همچنین به عنوان دستیار محقق در چندین امتیاز گروه فدرال و ایالتی سرمایه گذاری شده درمورد موضوع سلامت و تندرستی فعال بوده و قابلیت دستیابی به سرویسهای بهداشتی برای افراد با ناتوانی رشدی را نیز داشته است.



مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

Health Policy Research Center

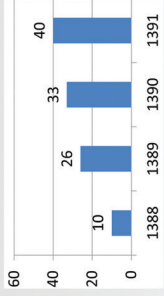
رتبه سوم مراکز تحقیقاتی بیومدیکال زیر ۳ سال کشور
در ارزشیابی سال ۱۳۹۱

آدرس وب سایت مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت:

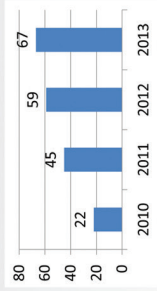
www.health-policy.ir www.health-policy.org

www.health-policy.sums.ac.ir

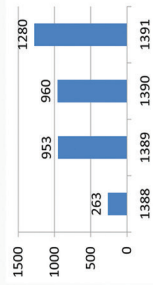
روند تعداد چاپ مقالات مرکز



روند تعداد ارتباط به مقالات مرکز



روند اعتبار ارزشیابی مرکز



H-Index of HPRC=11

شیراز، میدان امام حسین، دانشگاه پزشکی، ساختمان شماره ۲ طبقه ۸

ارتباط با ما:
شیراز- میدان امام حسین- دانشکده پزشکی- ساختمان شماره ۲-ه-۲
طبقه-۸ مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
تلفکس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵

مجلات مرکز

مجلات فعال:

مجله آموزشی کلید سلامت (انتشار ۴۸ شماره)

آدرس وب سایت مجله: <http://hkj.sums.ac.ir>

International Journal of School Health

Bulletin of Women's Health

Shiraz E Medical Journal

دوره های آموزشی

برگزاری دوره MPH مشترک با دانشگاه جکسون آمریکا

برگزاری دوره MPH مجازی سیاستگذاری سلامت

جذب ۲ دوره دانشجویی PhD پژوهشی

برگزاری بیش از ۴۰ دوره کارگاه توانمند سازی پژوهشی ویژه دانشجویی

سامانه های الکترونیک تخصصی

نرم افزار تحت وب تجمیع داده های سوانح ترافیکی استان فارس

نرم افزار مطالعات کوهپورت کبدچرب و پیوند کبد

وب سایت تخصصی مرور ساختارمند شاخص های سلامت در

ایران تحت عنوان کلید سلامت ایران (کسا)

آدرس وب سایت: <http://www.ihrs.ir>

سینارهای برگزار شده:

سینار بین المللی رسانه و سلامت

سینار بین المللی امید به زندگی

سینار بین المللی سلامت مدرسه (۱)

سینار بین المللی قلب الدین شیرازی

سینار بین المللی هیاتیت (۲ سینار)

سینار بین المللی سلامت زنان (۲۳ سینار)

سینار بین المللی کاهش بار سوانح ترافیکی (۴ دوره)

سینار بین المللی چشم انداز سلامت بعد از ۱۰ سال

سینار تغذیه جامعه نگر

سینار سالمندی سالم

سینارهای در حال برگزاری:

پنجمین سینار بین المللی کاهش بار سوانح ترافیکی

سینار بین المللی نشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران

کتاب های تألیفی مرکز

• عدالت در سلامت (۱۳۹۰)

• دستنامه مرور ساختارمند و متاآنالیز (۱۳۹۰)

• تحلیلی بر شاخص توسعه انسانی ایران از انقلاب اسلامی تا

(۱۳۹۱) (۱۳۹۱)

• تغذیه در بیماری های گوارش و کبد (۱۳۹۲)

وب سایتهای مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت:

www.health-policy.ir

www.health-policy.org

www.health-policy.sums.ac.ir

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



Shiraz E Medical Journal

SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>

مجله کلید سلامت

Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>

Women's Health Bulletin
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
pISSN: 2345-5136
eISSN: 2382-9990

<http://womenshealthbulletin.com>

International Journal of
School Health
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences

eISSN: 2383-1219
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>

Social Pharmacy Journal

<http://socialpharmacyjournal.com>

5th International Conference on:
Reducing Burden of Traffic Accidents: Challenges and Strategies
پنجمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

ایمپن پیاده عابرین پیاده Pedestrian Safety

شیراز ۶، ۷ اسفندماه ۱۳۹۳
25,26th February 2015
Shiraz, Iran



www.health-policy.org



Together we can
save millions
of lives.



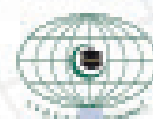
سمینار بین المللی

نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران

۵ و ۶ آذر ۱۳۹۳

محورها:

- سلامت و توسعه
- عدالت در سلامت
- رویکرد انسان سالم در همه قوانین
- پیشگیری یویا
- کیفیت و ایمنی در نظام سلامت
- توانیت در نظام سلامت
- پایش و ارزشیابی در نظام سلامت
- همبستگی نظام آموزشی و پژوهشی در نظام سلامت
- سلامت روان
- الزامات کاهش هزینه های درمانی
- مشارکت بخش خصوصی در نظام سلامت
- ارتقای کارکردهای بیمه ها



UNIVERSITY
OF MARAGHEH

Department of Family Social Sciences

مکان: شیراز، بلوار چمران، بلوار نیایش، مجتمع فرهنگی آموزشی ولایت

آدرس دبیرخانه سمینار: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
شماره تماس: ۰۷۱۱۲۳۰۹۶۱۵ پایگاه اینترنتی سمینار: <http://ihrm.sums.ac.ir>