

مجله سیمرغ طبرستان

شماره ۴ - ویژه نامه تابستان و پاییز
نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی ساری



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



این نشریه به منظور آشنایی پزشکان و دانشجویان با آخرین دستاوردهای علمی و پزشکی در زمینه تخصص خود و همچنین به منظور آشنایی عموم مردم با خدمات پزشکی و بهداشتی در دسترس آنان منتشر می‌گردد.



02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

SIMORGH MAGAZINE OF TABARISTAN

The official publication of Sari Medical System Organization

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



بیانات رهبر معظم انقلاب اسلامی

در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده‌اند و روابط فرهنگی جامعه بشری نیز از پوشش کتاب و مبادلات فرهنگی تقویت شده است.



فهرست

- مطلب حقوقی ۷
- همایش بین المللی گردشگری مازندران ۸
- تاریخچه بیمارستان بوعلی ساری ۱۰
- نکات اخلاق حرفه‌ای پزشکی ۱۲
- جشن فارغ التحصیلی دانشجویان پزشکی ۱۴
- نقدی گذرا به برنامه هفتم توسعه ارتقاء سلامت ۱۸
- آیا میدانید..... ۲۴
- گفتگوی صمیمانه با دکتر ورداسبی ۲۶
- اسکولیوزیس ۲۸
- مکان های دیدنی در قلب ساری..... ۳۲
- آشنایی مختصر با تریاژ و اهمیت آن در اورژانس ۳۴
- تقویم سلامت..... ۳۸
- جنبه های روانشناسی در جراحی پلاستیک و زیبایی..... ۴۰
- تب و تشنج در کودکان..... ۴۴
- تب شالیزار..... ۴۸
- چالش قابل پیشگیری چاقی..... ۵۰
- سندروم پا های بی قرار ۵۴
- پیچ خوردگی پیچ پا ۵۸
- وب گردی..... ۶۱

مجله سیمرغ طبستان

شماره ۴ - ویژه نامه تابستان و پاییز
نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی ساری



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی ساری
مدیر مسئول: دکتر محمد ابراهیمی ساروی
سر دبیر: دکتر محمد رئیسیان
کارشناس مسئول: فروغ سادات برهانی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر فرهنگ بابا محمودی - خانم فروغ سادات برهانی -
دکتر شهریار نامدار - آقای امیر حسین پورمحمد - دکتر
محمد حسین حسامی رستمی - دکتر کاوه حدادی - دکتر
علیرضا خاکساریان - دکتر حامد خدابخش - دکتر محمد
خورشیدی - دکتر حامد روحانی زاده - دکتر فاطمه روزبه -
آقای سید احمد ربیع - دکتر شاهین رسولی - دکتر مسعود
عمادیان - خانم سوگل کارنده - دکتر مختار گنجی - خانم
طاهره مطلق



گروه مشاورین کسب و کار ویرا دایموند خاورمیانه

مشاورین برندینگ و تبلیغات:

مژده وندادی
مجید مقصودلو

سخن مدیر مسئول



دکتر محمد ابراهیمی ساروی

مدیر مسئول

خداوند را سپاسگزارم که توفیق انتشار چهارمین فصلنامه "سیمرغ طبرستان" را به ما عنایت فرمود. انتشار نشریه‌ای که بتواند علاوه بر مقالات حوزه پزشکی، بستری برای جمع آوری آراء و نظرات همکاران رشته‌های مختلف فراهم کند.

شماره پیش رو درحالی منتشر می شود که یکم شهریور "روز پزشک" و پنجم شهریور "روز داروساز" را پشت سر گذاشتیم. بی شک توان بالا و عزم و اراده پولادین جامعه پزشکی تلاشی ست ستودنی برای پیشرفت و ترقی این مرز و بوم.

برخود می دانم باردیگر از مقام شامخ پزشک و داروساز در اینجا تشکر و قدردانی کنم. قصدمان هر لحظه پربارتر شدن است و دراین راه از تمام دوستان می‌خواهیم که کاستی‌ها و نقایصمان را گوشزد کنند و همراه ما باشند.

دکتر محمد ابراهیمی ساروی

مدیر مسئول و ریاست سازمان نظام پزشکی

یادداشت سردبیر



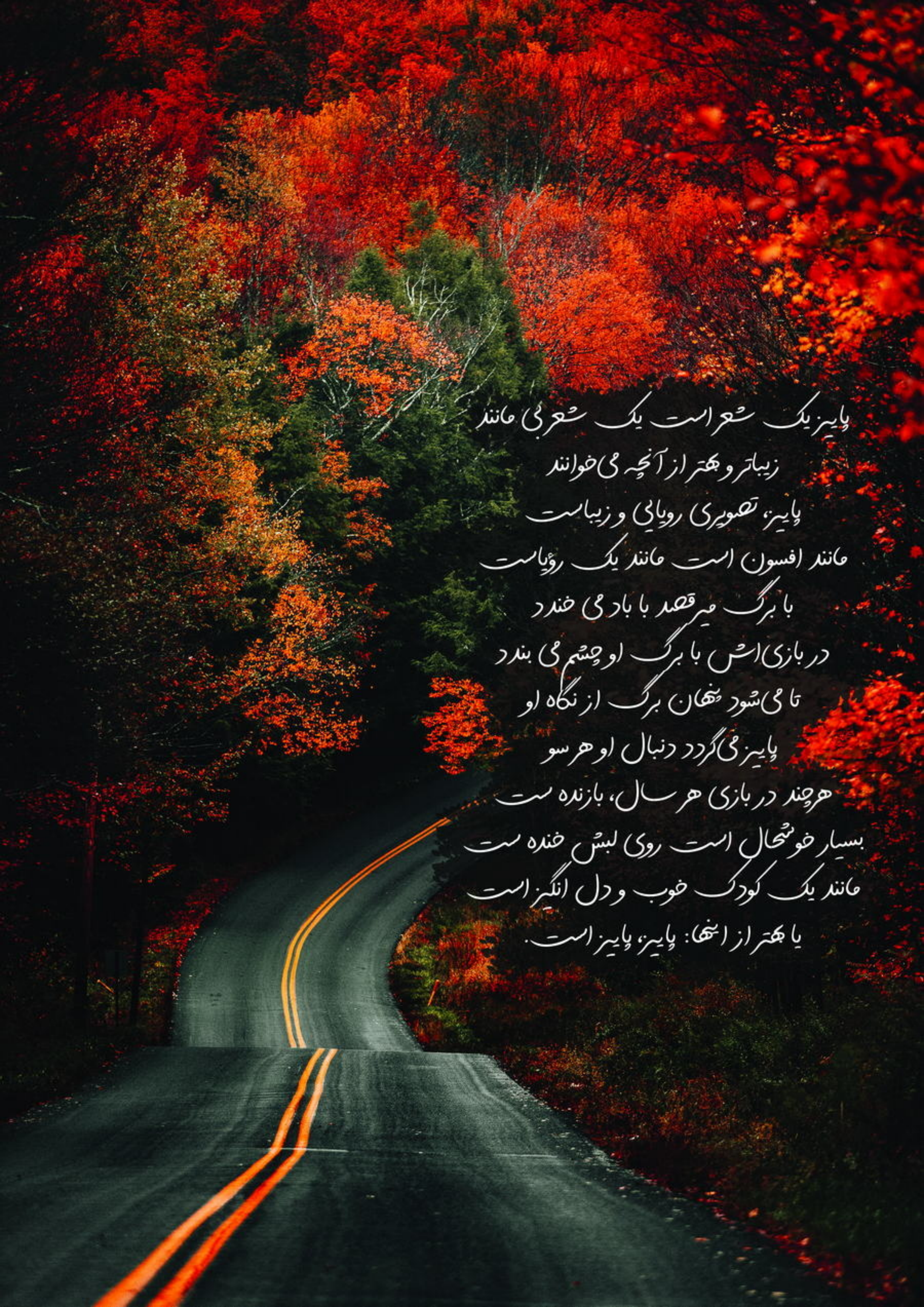
دکتر محمد رئیسیان

سردبیر

فرصتی دوباره دست داد تا به بهانه انتشار مجدد نشریه با خوانندگان گرانمایه به گفتگو پردازم. در این شماره برخی از مسائل روز پزشکی نظیر چاقی و عمل‌های زیبایی و اورژانس‌های پزشکی، استرس‌های ناشی از اسکولیوز و آسیب‌های ارتوپدی و تب شالیزار و تب و تشنج در کودکان پرداختیم. هم چنین گفت و گویی صمیمانه با آقای دکتر هیبت الله ورداسبی پزشک متعهد و چهره ماندگار شهرستان جویبار و استان مازندران داشته‌ایم. انتظار داریم مثل همیشه با ارسال مقالاتی که حاصل فعالیت‌های پژوهشی شماست بر غنای علمی مجله بیافزائید. لازم می دانم از همکاران عزیزم که در تهیه مطالب نشریه تلاش نمودند قدردانی نمایم.

ای دوست به دوستی قرینیم تو را

هر جا که قدم نهی زمینیم تو را



پاییز یک شعر است یک شعر بی مانند
زیباتر و بهتر از آنچه می خوانند
پاییز، تصویری رویایی و زیباست
مانند افسون است مانند یک رؤیاست
با برگ میرقصد با بادی خندد
در بازی اش با برگ او چشم می بندد
تا می شود پنهان برگ از نگاه او
پاییز می گردد دنبال او هر سو
هر چند در بازی هر سال، بازنده است
بسیار خوشحال است روی لبش خنده است
مانند یک کودک خوب و دل انگیز است
یا بهتر از اینها: پاییز، پاییز است.

مطلب حقوقی

شماره ۴



دکتر علیرضا خاکساریان

نایب رئیس اول و معاونت انتظامی سازمان

به دنبال توضیحات بسیط در خصوص روند رسیدگی پرونده های شکایتی در دادسرای نظام پزشکی در شماره قبل مجله سیمرغ طب‌رستان در این قسمت از فصل نامه به مراحل رسیدگی و ورود پرونده ها به هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی می پردازیم:

الف) هیئت بدوی نظام پزشکی متشکل از ۱۰ نفر که ۵ نفر از آنان پزشکان شهرستان مربوطه و یک نفر دندانپزشک و یک نفر قاضی به معرفی رییس قوه قضاییه و مسئول پزشکی قانونی شهرستان مربوطه و یا نماینده وی و یک نفر از دکترهای داروساز شهرستان مربوطه و یک نفر متخصص علوم آزمایشگاهی و یا دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان مربوطه و یک نفر از کارشناسان پروانه دارگروه پزشکی بالاتراز شهرستان مربوطه و یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری و یک نفر از لیسانسه های گروه مامایی و بالاتر شهرستان مربوطه می باشد.

ب) پرونده ها در این هیئت از دو طریق ارجاع می گردند:

- ۱- پرونده هایی که با صدور کیفر خواست دادستان دادسرای انتظامی به این هیئت ورود می یابند.
- ۲- پرونده هایی که بدنبال اعتراض بیمار به قرارهای قابل اعتراض صادره از دادسرای نظام پزشکی ظرف ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ به این هیئت ورود می یابند.
- ۳- پرونده هایی که از مراجع قضایی (مطابق ماده ۶۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران) به این هیئت جهت اعلام نظر کارشناسی و تخصصی ارجاع میگردند.

ج) نحوه رسیدگی هیئت بدوی:

به طور خلاصه و با وام گیری از قانون نظام پزشکی قابل ذکر است، که هیئت پس از بررسی پرونده های ارجاعی (به طرق مختلفی چون دعوت از شاکیان و متشاکیان پرونده و یا ارجاع پرونده جهت کارشناسی به کمیسیون های تخصصی و یا کارشناسان انفرادی در مطبها با معاینه بیماران و تحقیقات شفاهی اعضا و رویت مستندات کتبی پرونده ها) انهاییه به یک اجماع مشترک رسیده و با رای گیری اکثریت اعضا درخصوص قصور یا عدم قصور پرونده تصمیم نهایی را اتخاذ می نمایند. نتیجتاً برآنیم در فصلنامه آتی به چگونگی و نحوه صدور آراء هیئت بدوی و سایر هیئت ها وسیع تر پردازیم.....



همایش بین المللی گردشگری مازندران



دکتر شاهین رسولی

پزشک عمومی

محورهای همایش:

- _ گردشگری سلامت
- _ گردشگری روستایی و بومگردی
- _ فرصت های سرمایه گذاری در استان
- _ صنایع دستی فاخر
- _ گردشگری فرهنگی و تاریخی
- _ گردشگری خلاق و ماجراجویانه
- _ گردشگری کشاورزی و طبیعت گردی



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

پنجم الی هشتم مهرماه ۱۴۰۲
همزمان با روز جهانی گردشگری،
همایش بین المللی گردشگری در
هتل میزبان شهرستان بابلسر و
با حضور نمایندگانی از روسیه و
کشورهای حوزه CIS همراه با
نمایشگاه تخصصی و صنایع
وابسته برگزار شد.



حوزه گردشگری استان و با بهره مندی از توانمندیهای بخش خصوصی فعال و علاقمند استان در این حوزه، درچه جدیدی را در جهت جذب گردشگر داخلی و خارجی، بویژه در زمینه گردشگری سلامت باز نماید و امید است آثار مثبت این اقدام، متعاقبا، توسعه هرچه بیشتر ارائه خدمات بویژه در بخش خصوصی، اقتصاد درمانی پویا و افزایش ضریب ماندگاری متخصصین حوزه سلامت در استان را به ارمغان بیاورد.

* سازمان نظام پزشکی شهرستان ساری، شورای هماهنگی نظام پزشکی مازندران در راستای رسالت صنفی خود و بمنظور حمایت از توانمندیهای حوزه سلامت بویژه در بخش خصوصی، ضمن برگزاری نشست های تخصصی با سازمان میراث فرهنگی و گردشگری خصوصا در زمینه گردشگری سلامت، با تشکیل کمیته Health Tourism در سازمان، نسبت به برپایی غرفه تخصصی اقدام نمود.

* دربرپایی این غرفه تخصصی مدیریت:

— بیمارستان شفا ساری

— بیمارستان شهید فکوری جویبار

— مرکز ناباروری حضرت مریم

— آزمایشگاه تخصصی فجر

— مرکز تصویر برداری نگین

— واستارت آپ دکتر فم در حوزه سلامت

ضمن تهیه محتوی مربوطه، توانمندیهای تخصصی خود را در قالب کلیپ، بروشور و عکس به نمایش گذاشتند و در جلسات Be to Be با گردشگران خارجی و بازدید کنندگان همایش و همچنین مدیران کشوری و استانی حوزه گردشگری به گفتگو پرداختند.

* مازندران درحوزه Health Tourism واجد ظرفیتهای ارزشمند قابل رقابت کشوری است که سازمان نظام پزشکی درنظر دارد با برقراری تعاملات سازنده با مدیران دست اندرکار



تاریخچه بیمارستان بوعلی سینا ساری



دکتر مسعود عمادیان
جراح عمومی

زیر بنا ۸۵۰۰ متر شامل ۱۵۰ تخت بیمارستانی، خانه پزشکان مقیم بخش اورژانس با ده تخت در تاریخ ۵ اسفند ۱۳۵۳ شروع به کار نمود. کلیه متخصصین از دانشگاه های معتبر ایران و خارج بوده اند.

شهر ساری مرکز استان مازندران فاقد بیمارستان خصوصی بود. در سال ۱۳۴۸ جمعی از پزشکان مقیم استان با تجارب و صلاحیت علمی در راه خدمت به مردم و نیز بر اساس ماده ۱۹۰ قانون برنامه عمرانی چهارم (خدمات درمانی) شرکت گروه پزشکی ساری با مسوولیت محدود تشکیل گردید. زمین ۳۲۰۰۰ متر بوسیله سهامداران خریداری گردید. پس از ساختن ۲۰٪ ساختمان بیمارستان از وام جهت ساخت قسمتی از بیمارستان استفاده شد.



در این مدت کوتاه فعالیت بیمارستان بوعلی بطور خصوصی، مرکزی فوق العاده توانا با پزشکی نوین در سطح استان بوده است. و بسیار مورد توجه اهالی مازندران بوده است.

در دنباله اقدامات گروه پزشکی ساری از مجاری قانونی و قضائی و پرداخت وام با سود و دیرکرد بیمارستان آزاد گردید. و با آخرین حکم قطعی و اجرائیه می بایستی بیمارستان به گروه پزشکی ساری مسترد می گردید؛ لکن سهامداران از پزشکان خوشنام و دلسوز و مورد احترام مردم شهر بودند. از وضعیت بیمارستان آگاهی داشتند و بیمارستان بهترین مکان جهت آموزش دانشجویان رشته پزشکی بود. و محل مراجعه خانواده های کم درآمد شهرستان بود. همچنین تعدادی از سهامداران از بنیانگذاران دانشگاه علوم پزشکی مازندران بودند.

بیمارستان بوعلی که برای ساخت آن تلاشها و مبارزات حقوقی زیادی صورت گرفته بود در نهایت افتخاری به دانشگاه علوم پزشکی تقدیم گردید.

لازم بذکر است مرحوم دکتر شهیدی به عنوان مدیر عامل هم در ساخت بیمارستان و هم در مسائل حقوقی زحمات زیادی متقبل شدند.

بخشهای بیمارستان:

بخش داخلی، دکتر مشکوری متخصص داخلی و فلوشیپ قلب، دکتر سعیدی، دکتر مرتضوی، دکتر نورانی، بخش اطفال: دکتر پیشنمازی، دکتر شهابی، بخش چشم: دکتر شهیدی، دکتر جوهرچی، بخش جراحی: دکتر عمادیان، دکتر ابوالقاسم اخوتیان که بعداً سهم به دکتر فشارکی زاده فروخته شد. بخش گوش و حلق و بینی: دکتر طالشی، آزمایشگاه: دکتر طبری پور، بخش رادیولوژی: دکتر اسکندری، بخش بیهوشی: دکتر سلیمانی، بخش زنان: دکتر رحمانی

پزشکان آزاد شهر ساری و قائمشهر در سال ۱۳۵۴ قرارداد ۹۰ تخت با بیمه ها انجام دادند. با دوسوم تعرفه روز. در سال ۱۳۵۶ به علت مشکلات زیاد با عدم پرداخت بیمه ها، دخالت و درگیری با دکتر خاقانی مدیر عامل بهداری وقت تصرف عدوانی گردید.

تا سال ۱۳۶۱ بیمارستان بطور نیمه خصوصی با شرکت کلیه پزشکان شهر و مدیریت گروه پزشکی ساری با حل مسائل فی مابین ادامه فعالیت داد. در تاریخ فوق رسماً به واحد بهداری تبدیل گردید و از ورود پزشکان آزاد شهر جلوگیری گردید و بیمارستان دولتی شد.

اخلاق پزشکی



دکتر فرهنگ بابا محمودی

متخصص بیماریهای عفونی
عضو هیئت علمی دانشگاه

در این مقال نکاتی در مورد اخلاق حرفه مقدس پزشکی که سراسر حکمت و علم و مهارت اخلاق

است را مرور کنیم. گرچه لیاقت و بضاعت لازم را در بیان ارزشهای والای سیره و روش و منش

این حافظان سلامت را ندارم. منطبق با دیدگاه لسان ال غیب حافظ شیرازی شروع می کنم.

صلاح کار کجا و من خراب کجا بین تفاوت ره از کجاست تا به کجا

سلسله بحث های اخلاق پزشکی:

با حمد و سپاس به درگاه حضرت پروردگار که در بین همه موجودات هستی ما را انسان آفرید زیرا هدف از ایجاد دیگر مخلوقات خلقت ما بوده است. شکر دیگر اینکه توفیق انجام خدمت در حرفه ای را به ما عطا کرده است که حامی و حافظ سلامت و جان این گلهای سر سبد آفرینش باشیم و در حالیکه خداوند متعال خود شفا بخش همه دردهاست (هو الشافی) ما را نیز در این امر مهم سهمی عنایت فرمود.

طبيب از فرط شادی مست گردد
که دستی با خدا همدست گردد

چو بیمار از شفا سرمست گردد
خدا شافی و این خود افتخاری است

لذا علم اخلاق دارای دو جنبه نظری و عملی است. در حقیقت اخلاق شاخه ای از حکمت عملی است و درباره افعالی که انجام آن در اختیار انسان است به بحث می پردازد. سید جمال الدین اسد آبادی می گوید مشکل انسان ها در عصر حاضر این نیست که مطالبی را نمیدانند، بلکه مشکل این است که به دانسته های خود عمل نمی کنند. سوال این است چرا بسیاری از افراد که بر مبنای دانش و آگاهی فطری و عقلی خودسره را از ناسره و خوب را از بد تشخیص می دهند در عمل به آن غافلند؟

بار درخت علم ندانم مگر عمل

با علم اگر عمل نکفی شاخ بی بری

هر علم را که کار نبندی چه فایده

چشم از برای آن بود آخر که بنگری

(سعدی)

یا حافظ نیز گفته است:

نه من ز بی عملی در جهان ملولم و بس

ملالت علما هم ز علم بی عمل است

در میان بسیاری از ویژگیهای که ما را از دیگر جانداران و حیوانات متمایز می کند و ما را انسان می سازد اخلاق و رفتار ما و مشخص بودن دایره وظایف ما در تمامی حالات که نسبت به خالق و محیط و هم نوعان و خود داریم و یا عبارتی دیگر با اختیاری که به ما داده شده و باید در برابر آن پاسخگو باشیم در سه حق و حقوق خلاصه شده است: حق الله، حق الناس و حق النفس. اگر ما حدود و مرز الهی را بشناسیم خداشناس باشیم و به آن عمل کنیم وظیفه خود را نسبت به دیگران و خویش به خوبی تشخیص داده و از جاده و راه مستقیم آن منحرف نشویم یعنی وظیفه شناس باشیم. در مسیر اخلاق قرار گرفتیم. برای پی بردن به این امر مهم خداوند متعال دو راهنما و حجت در ما قرار داده است که یکی در بیرون (وحی) است که رادار یا گیرندگان فرامین غیبی و کاربردی کردن و به شهود مبدل نمودن آن که پیام آوران الهی می باشند و در مهمترین ویژگی کاملترین و آخرین آنها به صفت، عظمت اخلاق او اشاره می کند (وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ سوره قلم آیه ۴) و در این رمز و رازی است که انسانها در زندگی اجتماعی خود در صورتی به فلاح و رستگاری و موفقیت می رسند که در مدار اخلاق حرکت کننده جان مایه اصلی همه مشاغل که جنبه اجتماعی دارد رعایت اخلاق و حقوق یکدیگر است و پیش نیاز آن آگاهی و دانستن و بدنبال آن عمل کردن به آنها است که رسالت حجت یا راهنمایی درونی (عقل) است.

پاسخ به این سوال قطعا "حل معمای بسیاری از گرفتاریهای امور زندگی ما انسانهاست که روزمره با آن افراد سرکار داریم شامل علما، امرا، حکما، مدرسين، قضات و اطبا و بطور کلی شهرياران و شهروندان. که همانا سست بودن يا قطع رابطه بين دو راهنمای برون و درون است. و عدم توجه به نهايت و نتيجه آن که کار به کجا ختم خواهد شد به اعتقاد و يقين قلبی به مبدا و معاد تضمینی اصلی ارتباط بين وحی و عقل است، بر این مبنا که پرونده و سوابق اجرا و يا عدم اجرای فرامین الهی روزی که شکی در آن نیست بازخوانی خواهد شد و انسانها به پاداش يا جزا و عقاب آن خواهند رسید. بزرگترین پشتوانه برای دقت وصحت اعمال روزمره ما وهمه مشاغل خواهد بود.

مراکز آموزشی از دوران کودکی و نوجوانی و جوانی در مدارس و دبیرستان و دانشگاهها علاوه بر آموزش مهارت جهت پرداختن به انواع حرف بسته به جایگاه تعریف شده رسالت آنها باید برای توسعه و تقویت ارزشها و انگیزه ها و نگرشها و هنجارهای اخلاقی احساس مسئولیت جدی داشته باشند و از سه روش انتقال مطالب علمی به فراگیران از شنیدن و خواندن و دیدن واضح است که آموزش دیداری اثربخش ترین و ماندگارترین در ذهن آموزش گیرندگان خواهد بود. مولانا در مثنوی معنوی در دفتر سوم به آن اشاره کرده است:

آنک یک دیدن کند ادراک آن

سالها نتوان نمودن از زبان

آنک یک دم بیندش ادراک هوش

سالها نتوان شنودن آن بگوش

یا در ضرب المثل:

زلیخا گفتن و یوسف شنیدن

شنیدن کی بود مانند دیدن

(عطار)

در پایان این مقدمه که امیدوارم در شماره های بعدی بتوانم با نقدی که همکاران محترم خواهند فرمود به ادامه مطلب این بحث پردازم و از نظرات ارزشمند و سازنده آنها در معرفی جایگاه رفیع و منیع حرفه مندان حوزه سلامت و اثرات عملی رفتار آنها در آموزش به مراجعین و بیماران و جامعه ادا ی دین نمایم.

جشن فارغ التحصیلی دانشجویان پزشکی ورودی ۸۴



دکتر سید مختار اسمعیل نژادگنجی

متخصص ارتوپدی
عضو هیئت علمی دانشگاه

یک مراسم بسیار زیبا، باشکوه و بیاد ماندنی ۶ ساعته که با حضور نوپزشکان و خانواده های آنها و تعدادی از اساتید، در تالار بیمارستان روحانی واقع در پردیس دانشگاه علوم پزشکی بابل با شادی و شور وصف ناپذیری، برگزار شد.

صحنه تحلیف (سوگند خوردن) را یکی از مدرسین با سابقه دانشگاه اداره کرد و چنین گفت:

ای نام تو بهترین نظر ساز طرح نویی در نگاهم انداز
ای یاد تو درس هر کلاسم از نون و قلم بده خلاصم
ای ناز تو بهترین بر انداز یک جلوه از آن به جانم انداز
یک چشمه که دیده ام بدوزد جانم ببرد مرا بسوزد
ای مهر تو ختم هر نوازش دریاب مرا در این نیایش

بنام خداوند علم و بیان خداوند درمانگر جسم و جان
خدای عیان و خدای نهان خداوند بخشنده مهربان

فارغ التحصیل نباشید

ای که به تن جامه نمودی چو حور درد و بلا زدست به دور
فارغ التحصیل مبادا ترا جام نو از نو بزی تا به صور

به مناسبت مصادف شدن جشن با ایام حج و شب عید قربان...
ای قد و بالای تو تعبیر عشق دست توانای تو تقدیر عشق
ای که به تن کرده ای رخت عفاف با لب لبیک و به ذکر طواف
دوره هفت گانه سر آورده ای زمزم شافیه بر آورده ای
سعی و صفا کرده ای در بارگاه نقش طبابت زدی در کارگاه
مشعر و راه عرفات دیده ای توشه درمانی جان چیده ای
دفع بلا کرده ای بادست خویش وقت اجابت سرودست ها به پیش
ای که به تقصیر خود آگاه شدی خلق نمودی و پناهگاه شدی

حال کنون وقت طبابت رسید زمزمه شوق اجابت رسید
در طلب اصل شفا و سرور هرچه به جز او همه از خود به دور
با قسم نام خدا با ندا ثبت کنیم عهد خود و با خدا
.....باده هفت ساله

به که چه خوش منظره ای نقش بست جمع طبیبان بنشستند مست
دست مسیحائی به بار آمده بسکه زدم باده هفت ساله دست
.....

تبریک به خودم، به خانواده دسته گلهای خودم به همکارانم و
به شما وجود دیگری از خودم که اکنون در لباس فرشتگان
نجات در این محفل می درخشید.

من و همکارانم هر آنچه که لایق ما و به تعبیری لایق شما بود
عرضه کردیم. در این کلاس آخری تذکر مرا بشنوید، تا اگر عمری
برایم باقی بود قرار ما سر کلاس درس دیگری باشد که شما
بگویند و من بشنوم تا رونقی به دانسته ها و معلوماتم بدهم.
کلاس درس ما همواره زیباست کلاس الفت جمع فریاست
الهی نمره ای در شان ما ده که هرچی گفته ام راز القیاست

۱- پیشگیری کنید که درمان از جنس درماندگی است. پیشگیری
خیر است. و درمان شر، که در مقابل یک "شرتر" انتخاب می شود.
هر عمل شر است در درمان تن لیک شرتر علت عصیان تن
هان نپندار خیر در درماندگی است دفع شرتر با شرور دیگری است
پس چنان کن تا به نفع مبتلا انتخاب شر به ارزد بر بلا
خیر خواهی در نهاد اندیشه کن علم طب پیشگیری پیشه کن
وظیفه اصلی ما و شما کارروی سالمین جامعه است نه

۱۰- مدرک تحصیلی که هم اکنون به شما داده شده است، در واقع گواهی گذراندن دوره ایست که به موجب آن مجوز ورود به "خلوتگه راز" خدا را دریافت کرده اید. اجازه ورود به حریم کسی را پیدا کرده اید. بنام "انسان" که (جهان صغیرش) می خوانند. همانطوریکه جهان، مفتخر به لقب (انسان کبیر) است....

حال چه می خواهید بکنید با این مجوز ورود؟... چقدر می خواهید لیاقت نشان بدهید؟... در این خلوتگه راز... با آدم خدا... با این مایه مباهات و بالندگی خدا... با این جناب اشرف مخلوقات....

بیماران، این را هر عقل سلیم و فهم قدیم می پذیرد. به بخشنامه ها و دستورات آن چنانی نگاه نکنید و منتظر نباشید. چرا که حالا، می فهمید. و خداوند از دانایان پیمان گرفته است و نه گروه دیگر.....

هرکه در این وادی مفسرتر است بر سر نادانی مقصرتر است
هرکه در این می کده هشیارتر بر قدح ریخته گنه کارتر

۲- بیمار را باید درمان کردنه بیماری را... که بیمار یک انسان است و بیماری یک حالت... انسان ابعاد و حواشی گوناگونی دارد که حتما باید لحاظ شود.

۳- معلومات ماو شما در مقابل مجهولات، قطره ایست در مقابل دریا... نص صریح و مطلب معتبر، بیمار و گفته ها و نمودهای اوست، نه دانش ما و شما... معلوم از ماده علم و آگاهی است و مجهول از ماده جهل و ناآگاهی... پس دقت کنیم که بیمار را در دریای جهل خود غرق نکنیم....
معلومات خودتان را بر یافته ها و گفته های بیمار هماهنگ کنید... و بیمار را بر وفق مراد دانش خویش کانالیزه نکنید.

۴- اتکا به معلومات پسندیده است، ولی اکتفا به آن به هیچ وجه قابل قبول نیست.

۵- مطالب را از مراجع و منبع گوناگون بخوانید و دریابید تا موضوع از جنبه های مختلف برایتان روشن شود. به قول انیشتن، کسی می تواند ادعای فهمیدن مطلبی را داشته باشد که بتواند آن را به خوبی و به راحتی به مادر بزرگش هم بفهماند.

۶- اعتبار معاینات بالینی، قابل مقایسه با یافته های پاراکلینیک نیست. اصل کلینیک است و فرع و کمک پاراکلینیک. هیچ دستگاهی ساخته نشده است که جایگزین دست و چشم و عقل انسان است.

۷- از مشاوره کردن غافل نباشید که هیچکس، جز خدا، بی نیاز از مشاوره نیست. همه چیز را حق همه کس هم نمی داند تا چه رسد به یک نفر.

۸- مطالعه مستمر یک ضرورت حتمی است. بطوریکه نبی اکرم (ص) فرمود کسی اگر امشب مطالعه نکند، فردا فرد آگاه محسوب نمی شود. یعنی هیچ کس فارغ التحصیل نمی شود.

۹- دانشنامه ها مجوز فراغت و سکون نیست. یک ابلاغیه و حکم "حرکتی دیگر" و رفتنی دیگر "به جلوتر است... مقاطع تحصیلی سکوی پرتاب به مراتب و مدارج بالاتر است... عبارت فارغ التحصیل برای یک آدم زنده یک نامسمی عجیب بلکه یک مغالطه اهانت آمیز است... فارغ التحصیل واقعی به کسی گفته می شود که پای مدرکش را، و خودش را، عزرائیل امضا کرده باشد.



از این پس این انسان در شرایط خاصی خود را تسلیم شما خواهد کرد... سفره دل او فقط برای شما پهن می شود... و ای بسا نکاتی را باشما درمیان بگذارد که به نزدیکترین کس خویش... به همسرش به مادرش به پدرش نگفته است. نمی تواند بگوید.

و حالا شما نیز و این انسان که عبارات بکر و دسته اولی را از ته دل خود، برای شما می گوید. از درونش از بیرونش، از گذشته و حالش و... چقدر حالش را دارید تا با این چالش روبرو شوید؟ چقدر به او توجه می کنید.. چقدر از او می خواهید بشنوید.. چقدر به او بها می دهید.. او را در کدام مراتب عشقی و عطوفت خودتان قرار می دهید؟.. شما حالا لایق شناخته شده اید که به این اندرونی راه پیدا کنید..

شرط آداب و معاشرت را بر سر این سفره چگونه بجا می آورید؟... از محتوای مدرک شما می گویم که مسئولیت دیگری است، تک و یکتا، و شبیه هیچ نوع مسئولیتی نیست... چقدر خطای بی ادبی ممکن است شما را خدای ناکرده در این رویارویی تهدید کند.

شما انسان جایز الخطا... چگونه می خواهید از پشش برآئید؟ به هشدار لسان الغیب توجه کنید...

پدرم روضه رضوان به دو گندم بفروخت

ناخلف باشم اگر من به جوئی نفروشم

پس می گوئیم خدایا... نمیدانم که می توانم یا نه... ولی حتما می خواهم از درگاهت... با تمام وجودم و در همه رکوع و سجودم... که راهنمایم باشی... خدایا کمک و نگهداری از تو و اطاعت از من. عهد از من و یاری از تو... و من هم اکنون با تو این پیمان را می بندم... که اطاعت کنم... و تو اجابت... که هم دل مرا خوش کنی و هم بیمار را به سلامتی اش برگردانی.

قسم به یاد و نام تو که در تمام زندگی... خدمت بندگان کنم فقط به نام و یاد تو

ناطق پس از آن بندگان قسمنامه را قرائت کرد و پزشکان جوان در حالیکه قرآن مجید در دست داشتند آنها را تا پایان تکرار کردند و با آمین و یارب العالمین همه شرکت کنندگان مراسم سوگند، به پایان رسید.

نفیس

بزرگترین

رستوران سلف سرویس ساری

سرای سنتی باییش از ۳۵ آلاچیق لوکس به همراه موسیقی زنده

- میزبان همایش ها
- سالن اختصاصی مراسمات
- اتاق VIP

📍 Nafis_restaurant_sari

📍 ساری، کیلومتر ۲ جاده فرح آباد

☎ ۰۹۳۹ ۱۵۱ ۱۱۷۷
| ۰۱۱-۳۳۰۳۴۴۴۴
| ۰۱۱-۳۳۰۳۴۴۰۰



— نقدی گذرا —

به برنامه هفتم توسعه

فصل ۱۴

ارتقاء نظام سلامت

۱۴۰۶-۱۴۰۲

هر فردی که عضو نظام سلامت باشد باید در جریان برنامه نظام سلامت باشد، که دولتها اولویت‌های نظام سلامت را چه چیزی تعریف کرده اند و ارتقاء سلامت را براساس چه معیار و ضوابطی قرار است انجام دهند. و در جریان برنامه عملیاتی دولتها قرار گیرند. براین اساس برآن شدیم برنامه هفتم توسعه نظام سلامت که در مجلس در حال بررسی می‌باشد خیلی خلاصه و گذرا معرفی نماییم.

فصل ۱۴ برنامه هفتم از ۶ ماده (از ماده ۶۸ تا ۷۳) تشکیل شده است که شامل ماده ۶۸ درخصوص پوشش کامل بیمه ای آحاد جمعیت ایران اشاره می‌کند و همچنین سرانه تربیت پزشک به جمعیت ماده ۶۹ درخصوص ارتقای کیفیت خدمات درمانی، کاهش هزینه و افزایش رضایتمندی بیماران صحبت می‌کند.



دکتر محمد خورشیدی

پزشک عمومی



بند ۷۰- اشاره به ارتقا بهره‌وری و ایجاد فضای رقابتی بین واحدهای ارائه‌دهنده خدمات با هدف رضایتمندی خدمت‌گیرندگان دارد.



بند ۷۱- درخصوص دارو و تجهیزات پزشکی با هدف تامین پایدار ذخایر راهبردی و باکیفیت دارو و پیش‌بینی و پیشگیری از کمبود دارو و کاهش سهم واردات بحث می‌کند.

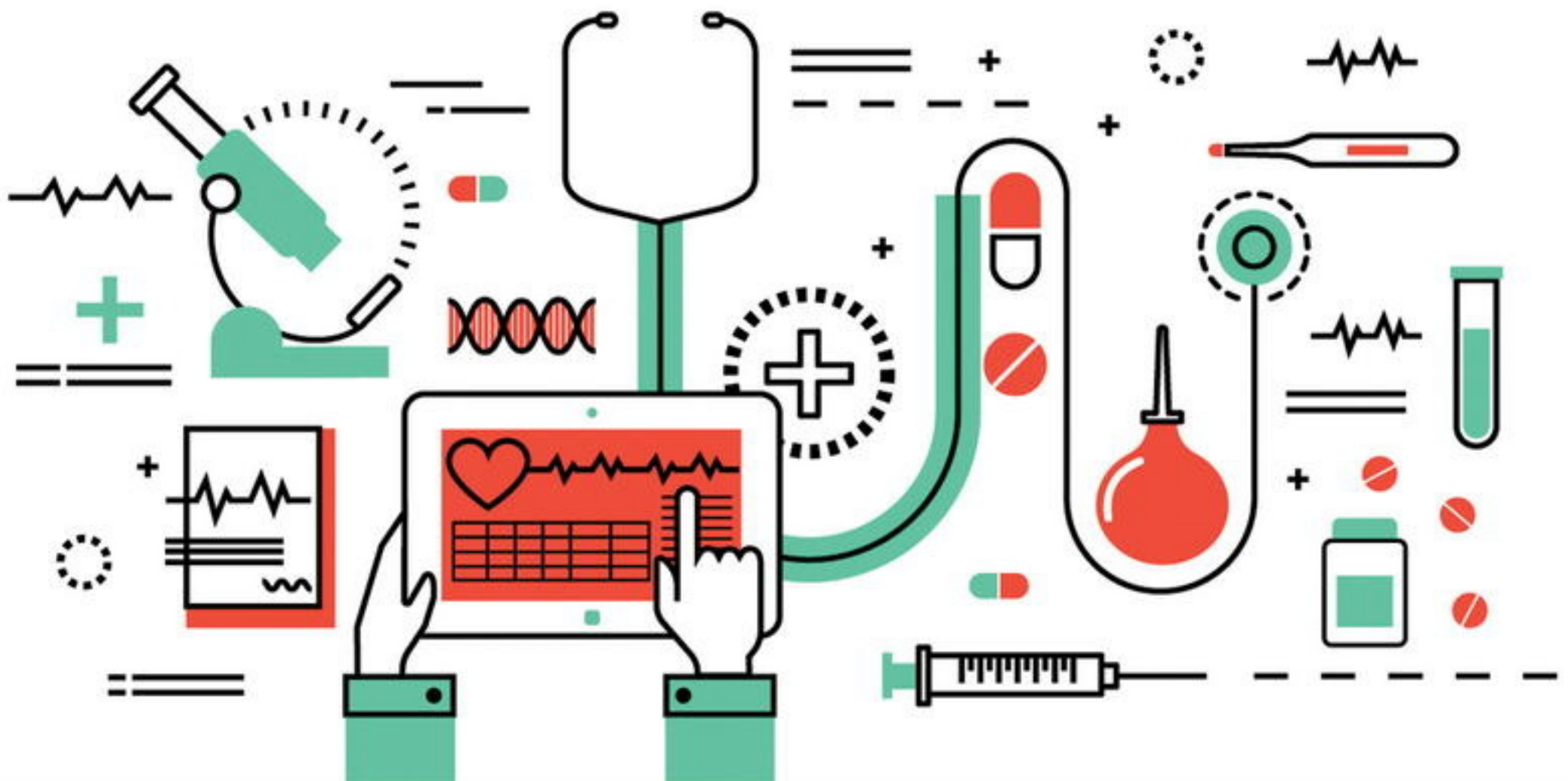


بند ۷۲- اشاره به تبدیل جمهوری اسلامی ایران به قطب تامین سلامت منطقه جنوب غرب آسیا و دستیابی بر صادرات واکسن و تجهیزات پزشکی و افزایش درآمد سالانه کشور از طریق گردشگری سلامت و جذب دانشجویان خارجی در رشته علوم پزشکی دارد.



بند ۷۳- درخصوص بیمه سلامت و تامین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای با محوریت وزارت بهداشت.





نگاه اجمالی و کل به بندهای برنامه هفتم سلامت نشان می دهد که متاسفانه این برنامه بدون هدف و بدون داشتن یک ساختار محکم و قوی از یک قوام برنامه محور برخوردار نیست. هیچگونه همگرایی و هدفمندی در بندهای این برنامه وجود ندارد، ضمن اینکه بسترهای اجرایی، توانمندی ها و بررسی نقاط ضعف و قوت اجرایی در این برنامه مشهود نیست. به نظر می رسد یک برنامه تنوری و شعارگونه بدون پشتوانه کارشناسی قوی تنظیم شده است.

دوستان همانگونه که می دانید این برنامه با تاخیر معنا دار به مجلس رسید و انتظار می رفت تاخیر در ارائه برنامه باعث شود که برنامه دقیق تر، هوشمندتر و با در نظر گرفتن زوایای مختلف از جمله هدفمندی، عقلانیت و مشروعیت ارائه شود. ولی متاسفانه اینگونه نشد که هیچ بلکه برنامه ای ضعیف ارائه شده است.





عزیزان می دانند که برنامه توسعه فعلی دربهترین حالت بین ۳۰ تا ۲۰ درصد موفقیت داشته است.

این برنامه که اصلا هیچ گونه هدف و مسیری مشخص راتعریف نکرده است چگونه می تواند دستاوردی داشته باشد....خدا داند.

مطالعه شش برنامه توسعه قبلی و مقایسه آن با این برنامه کاملا مشهود هست که بااین برنامه هیچ موضوع جدی و جدیدی برای ابقا سلامت ندارد.و هیچ راهکار مشخص، شفاف و عملی در جهت حل مشکلات سلامت کشور نداده است بلکه فقط در حد یک نوشتار و رفع مسئولیت ارائه شده است.

ازنمایندگان محترم مجلس حداقل انتظار می رود در بررسی برنامه دقیق تر و جدی تر عمل کنند.سلامت کشور نیاز به تحول ، نگاه نو و ویژه ای دارد.

که اگر نیاز باشد مشارکت بخش های خصوصی و نمایندگان آنها در ارائه پیشنهادات و رفع نواقص اساسی برنامه توسعه هفتم ضروری می باشد.و انتظار می رود حداقل از کارشناسان نظام پزشکی دراین خصوص استفاده حداکتری شود.



مهم نیست چقدر تخصص داری

مهم اینه که چند نفر از تخصصت اطلاع دارن

☎ ۰۹۱۱۲۵۳۹۳۶۵

مجید مقصودلو

☎ ۰۹۱۱۳۵۹۰۰۷۹

مژده وندادی

گروه مشاورین کسب و کار

ویرا دایموند خاورمیانه





ARCHIDOOOR

آرشی‌دور



- درب ضد سرقت
- درب ضد حریق
- درب اتاقی
- چارچوب

شرایط فروش ویژه

خانواده محترم نظام پزشکی استان مازندران

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



Archidoor.company

۰۹۳۰ ۲۴۶۶۹۰۰ / ۰۹۱۱۵۳۰۴۷۷

۰۹۰۳۴۹۱۰۴۷۷

ساری، جنب دوربرگردان هولا

* با مدیریت مهندس جلیلوند *

آیا می‌دانید گیر کردن اعصاب
بین استخوانها، باعث خواب
رفتن دست و پا می‌شود.

آیا می‌دانید هرچروک ایجاد
شده در ابرو نتیجه 200000
اخم است.

آیا می‌دانید یکی از عوامل بسیار
مهم بی‌خوابی، استفاده بیش
از حد قند و شکر می‌باشد.

آیا می‌دانید سیب بیشتر از
کافئین، در بیدار کردن شما
موثر است.

آیا میدانید؟



آیا می دانید پروتئین تخم مرغ
بیشتر از شیر و گوشت است.

آیا می دانید بی خوابی
سریعتر از بی غذایی موجب
مرگ آدمی می شود.

آیا می دانید استرس تا پنج
برابر، قدرت سیستم ایمنی
بدن را پایین می آورد؟

آیا می دانید 65% وزن انسان
را اکسیژن تشکیل می دهد؟

آیا می دانید خواب کوتاه
روزانه سبب بهبود قدرت
حافظه و یادگیری می شود.

آیا می دانید استرس مادر
دردوران بارداری موجب کم
وزنی جنین می شود.



گفتگوی صمیمانه دکتر ورداسبی

دکتر هیبت الله ورداسبی در دی ماه ۱۳۱۲ در باغبان محله جویبار بدنیا آمد. به گفته خودش تولدش مصادف با ماه مبارک رمضان بود و به رسم قدیمیان هم وزن نوزاد گندم خیرات کرده بودند. ۳ خواهر داشت و تک پسر و دردانه خانواده بود.

دوران ابتدایی را در جویبار سپری کرد و ۵ سال متوسطه را در دبیرستان پهلوی ساری گذراند. به خواست خودش و تشویق پدر روحانی و روشنفکرش به تهران رفت. ثبت نام دارالفنون تمام شده بود، اما رئیس وقت دارالفنون (دکتر حسینی)

وقتی نمراتش را دید اجازه داد تا هیبت الله یکسال آخر تحصیل را در آنجا بگذراند. (حوالی شهریور ۱۳۲۶) بعد از آن در رشته پزشکی دانشگاه تهران پذیرفته شد. دوران پزشکی عمومی تمام شد. علاقه شخصی خودشان جراحی قلب بود که آن زمان فقط در فرانسه و آمریکا می توانست دنبال کند.

با وجود دو فرزند و به دور از همسر و خانواده دوست داشت آرزوهایش را در خارج از کشور دنبال کند، اما اشک و التماس مادر مانع رفتن او به فرانسه شد و ترجیح داد در تهران رشته جراحی عمومی را بگذراند. زمانی که درسش تمام شد به جویبار برگشت و خدمتگزار همشهریان خود شد. دکتر ورداسی به این بسنده نکرد، پیشرفت و آبادانی شهر و استان دغدغه روزمره اش بود. به همین خاطر با همکاری چند تن از پزشکان وقت از جمله دکتر یزدانیان، دکتر چهرودی و دکتر محلو جیان در سال ۱۳۳۸ با مبلغ چهارصد هزار تومان سرمایه، بیمارستان مازیار بابل را راه اندازی کردند و بعد در سال ۱۳۴۵ که نظام پزشکی تاسیس شد، ایشان جزء اولین های هیئت مدیره نظام پزشکی بابل در دهه چهل بودند. در دهه ۹۰ نظام پزشکی جویبار را تاسیس نمود و ریاستش را شخصا به عهده گرفت. بیش از ۶۰ سال است که دکتر ورداسی در مطبش فعالیت دارد و هنوز در دهه ۹۰ زندگی، هر روز صبح و عصر به بیماران در مطب خود خدمت می‌کند. شاید کهولت سن و جراحی چشم مانع شده دکتر چند سالی دست به جراحی نزنند، اما هنوز بیماران از شهرهای دور و نزدیک به مطبش سرازیر می‌شوند.

تهیه و تنظیم: فروغ سادات برهانی





اسکولیوزیس: آنچه باید بدانیم

تکنولوژی نحوه زندگی کردن کنونی بشر را دچار تغییرات کرده و بیشترین افرادی که از این مساله رنج می‌برند کودکان هستند. امروزه به دلیل صنعتی شدن زندگی و مشغولیت‌های زیاد پدر و مادر، تمایل کودکان به فضای مجازی، انجام بازی‌های فردی و عدم شرکت در بازی‌ها و ورزش‌های جمعی و تغییرات شگرف در عادات روزمره و سبک زندگی مدرن که امروزه در جامعه ما به شکلی غیراستاندارد مرسوم شده، افراد از دوران کودکی ناراحتی‌ها و دردهای متنوعی را در سیستم عضلانی - اسکلتی خود تجربه می‌کنند و به تبع آن باعث دل‌نگرانی‌های والدین در افزایش پیگیری‌های مربوطه و مراجعه به مراکز پزشکی می‌گردد.



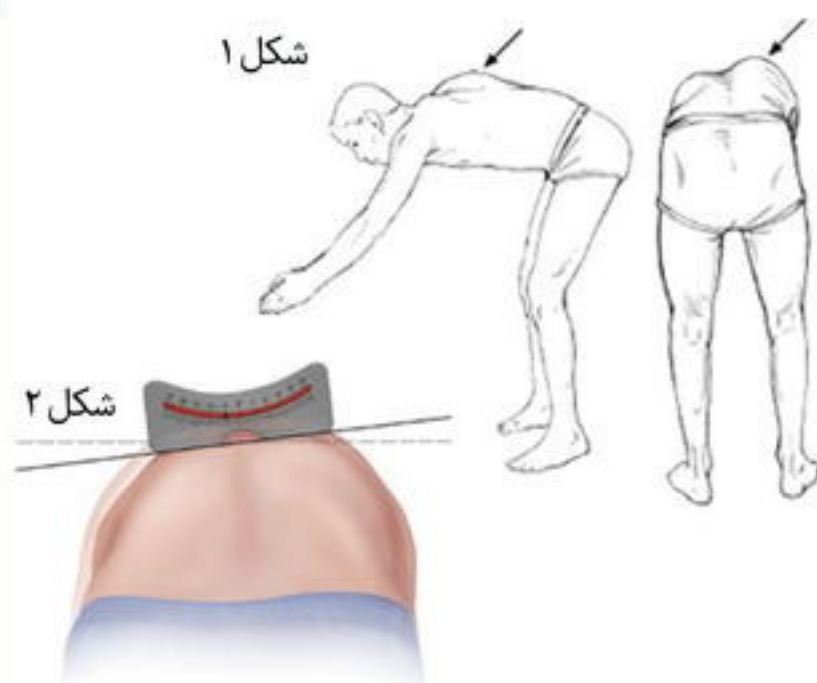
دکتر کاوه حدادی

متخصص جراحی مفصل و اعصاب
فلوشیپ جراحی ستون فقرات
عضو هیات علمی دانشگاه

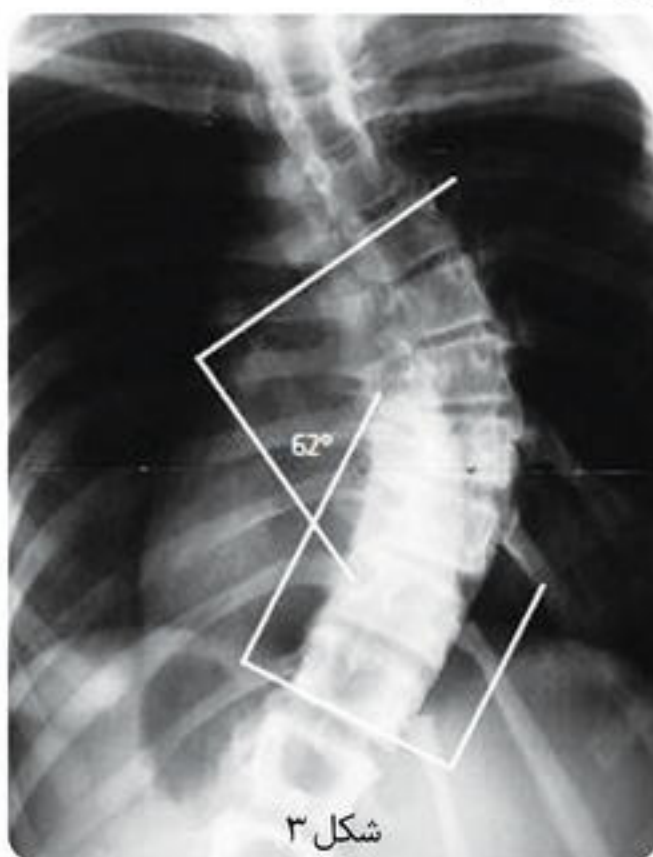
یکی از شایع‌ترین این معضلات اختلالات گوناگون در ناحیه ستون فقرات در کودکان است که شامل گردن درد، کمردرد، اسکولیوز یا انحراف طرفی ستون فقرات، کیفوز یا افزایش قوز پشت، لوردوز یا افزایش قوس ناحیه کمر می‌شوند. همراه با این اختلالات ساختاری، عضلات ناحیه ستون فقرات نیز درگیر می‌شود و نقاط دردناک بسیاری در آنها شکل می‌گیرد. طبق آمارهای جهانی و بر اساس مطالعات انجام شده در ایران نیز، این اختلالات در کشور نسبتاً بالا و رو به افزایش است و در این میان میزان مراجعه والدین بخاطر تشویش در تغییر ظاهری شکل ستون فقرات (از جمله اسکولیوز) فرزندانشان بویژه در سنین نوجوانی به مراکز درمانی و درمانگران ستون فقرات بطور قابل توجهی افزایش یافته است. اسکولیوز یا انحراف ستون فقرات عارضه‌ای است که معمولاً در مراقبت‌های اولیه تشخیص داده می‌شود و تقریباً ۲ تا ۴ درصد از نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اسکولیوز به عنوان یک انحنای جانبی ستون فقرات که بیشتر از ۱۰ درجه با چرخش مهره‌ها همراه است، تعریف می‌شود. می‌توان آن را به عناوین مادرزادی، عصبی عضلانی یا ایدیوپاتیک طبقه بندی کرد. البته تقریباً ۸۵ درصد موارد ایدیوپاتیک هستند.

اسکولیوز ایدیوپاتیک را می‌توان بر اساس سن شروع طبقه بندی کرد: نوزادی (تولد تا دو سالگی)، نوجوانی (سه تا نه سالگی) و نوجوانی (۱۰ سال و بالاتر). اسکولیوز ایدیوپاتیک نوجوانان شایع‌ترین شکل آن است. اسکولیوز معمولاً مشکلی ایجاد نمی‌کند، اما گاهی اوقات منجر به تغییر شکل قابل مشاهده، ناراحتی عاطفی و اختلال تنفسی ناشی از تغییر شکل دنده می‌شود.

احتمال ابتلا به اسکولیوز در حدود تقریباً ۱۰ درجه، در مردان و زنان تقریباً برابر است، اما زنان پنج تا ۱۰ برابر بیشتر احتمال دارد که به بیماری شدیدتر پیشرفت کنند و احتمالاً نیاز به درمان داشته باشند. هدف پزشکان مراقبت‌های اولیه این است که ابتدا مشخص کنند کدام بیماران انحنای ستون فقرات قابل توجهی دارند، سپس تصمیم بگیرند که کدام یک از این بیماران ممکن است نیاز به تصویربرداری یا ارجاع برای درمان داشته باشند.



زاویه شیب اندازه‌گیری شده توسط اسکولیومتر به تشخیص اینکه کدام بیماران ممکن است به رادیوگرافی نیاز داشته باشند کمک می‌کند. به طور کلی، زاویه چرخش تخمینی تنه که کمتر از ۵ درجه است، ناچیز است و ممکن است نیاز به پیگیری نداشته باشد. اندازه‌گیری ۵ تا ۹ درجه حداقل نیاز به بررسی مجدد در شش ماه دارد. اندازه‌گیری ۱۰ درجه یا بیشتر نیاز به ارزیابی رادیولوژیک برای اندازه‌گیری زاویه کاب (Cobb angle measurement) نشان داده شده در شکل ۳ دارد.



با این حال، اندازه‌گیری زاویه کاب با استفاده از رادیوگرافی استاندارد ایستاده رخ برای تشخیص رسمی اسکولیوز مورد نیاز است. گرافی ترجیحاً باید بصورت ایستاده و در یک کلیشه ۳۶ اینچ مخصوص از گردن تا سر هردو فمور انجام گیرد.

Red Flags

گرچه اسکولیوز معمولاً خوش خیم است و به ندرت نیاز به درمان دارد، ویژگی‌های متعددی وجود دارد که نشان دهنده مشکلات جدی‌تر و تشخیص اسکولیوز غیردیوپاتیک است. تقریباً ۸۵٪ تا

اتیولوژی

مکانیسم پاتوفیزیولوژیک دقیق اسکولیوز ناشناخته است. یک عامل ژنتیکی در ایجاد و پیشرفت اسکولیوز نقش دارد. اگر پدر و مادر هر دو مبتلا به اسکولیوز ایدیوپاتیک باشند، احتمال نیاز به درمان اسکولیوز در فرزندان ۵۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. اعتقاد بر این است که اسکولیوز یک اختلال چند ژنی با الگوهای وراثتی متعدد است. با این حال، مطالعات بیشتری مورد نیاز است و آزمایش ژنتیکی در حال حاضر توصیه نمی‌شود.

غربالگری

برای چندین دهه، غربالگری اسکولیوز بخشی از معاینات فیزیکی مدرسه در نوجوانان بود. انجمن تحقیقات اسکولیوز (The Scoliosis Research Society) استدلال می‌کند که هزینه غربالگری اسکولیوز نسبتاً پایین است و از طرفی قرار گرفتن در معرض تابش با تکنیک‌های رادیوگرافی فعلی به طور قابل توجهی کمتر از گذشته است. مهمترین چالش پیش روی پزشک مراقبت‌های اولیه، تمایز نوجوانان مبتلا به اسکولیوز پرخطر که نیاز به ارجاع یا مداخله دارند از انانی که فقط باید پیگیری مکرر شوند می‌باشد.

علامت بالینی

رایج‌ترین علائم مشاهده‌ای که والدین را نگران و در نتیجه پزشک غربالگر را به کنکاش بیشتر برای اسکولیوزیس سوق می‌دهند عبارت‌اند از:

۱. قرار نداشتن سر و بدن در یک راستا.
۲. نمایان بودن انحراف ستون فقرات از ناحیه پشت بدن.
۳. عدم هم‌ترازی و هم‌ارتفاع بودن مفصل ران‌ها.
۴. جلوتر قرار گرفتن مفصل ران از مفاصل دیگر بدن.
۵. عدم هم‌ترازی و هم‌ارتفاع بودن شانه‌ها.
۶. برجستگی دنده‌ها در یک سمت بدن.
۷. خم بودن بدن بیمار به یک سمت.
۸. کوتاه بودن یک پا نسبت به پای دیگر.
۹. انحراف و کج شدن خط دیده‌۱۰. برجستگی یک سمت باسن نسبت به سمت دیگر.
۱۱. قرارگیری سر در وضعیت نامناسب (سر جلوتر از بدن قرار می‌گیرد).
۱۲. در صورتی که میزان انحراف ستون فقرات شدید تر باشد، علائمی از جمله درد، مشکلات تنفسی، محدودیت‌های حرکتی، کاهش عملکرد، افسردگی و... نیز در بیمار بروز خواهد یافت.

معاینه جسمی

معاینه فیزیکی برای اسکولیوز عمدتاً شامل تست خم شدن به جلو آدام است (Adam's forward bend test) (شکل ۱) که در آن بیمار می‌ایستد و از ناحیه کمر به جلو خم می‌شود و معاینه کننده تقارن کمر را از پشت و کنار بیمار ارزیابی می‌کند. بیماران مبتلا به اسکولیوز احتمالی دارای خمیدگی جانبی ستون فقرات خواهند بود، اما این انحنا باعث چرخش ستون فقرات و در نهایت قوز دنده می‌شود که در معاینه قابل مشاهده است. سپس معاینه کننده ممکن است سعی کند انحناي ستون فقرات و چرخش را با یک اسکولیومتر یا شیب سنج اندازه‌گیری کند (شکل ۲).

۹۰٪ موارد اسکولیوز ایدیوپاتیک نوجوانان شامل انحنای راست قفسه سینه (منحنی ستون فقرات به سمت راست محدب است)، انحنای قفسه سینه چپ (محدب به سمت چپ) به احتمال زیاد با آسیب شناسی اضافی، از جمله تومورهای نخاعی، اختلالات عصبی عضلانی، ناهنجاری های آرنولد-کیاری، یا سیرینکس مخفی مرتبط است. اسکولیوز به ندرت باعث درد قابل توجهی می شود. بنابراین، درد شدید باید باعث ارزیابی سایر علل احتمالی شود. اختلالات نورولوژیک باید در بیماران مبتلا به نقایص عصبی یا یافته هایی مانند لکه های مودار خط وسط و لکه های شیرقهوه ای (Cafe au lait spots) ای در نظر گرفته شود. در این شرایط خاص توصیه به انجام مطالعات تکمیلی مانند MRI ضروری است.

عوامل خطر برای پیشرفت بیماری

سه عامل اصلی که تعیین می کنند آیا اسکولیوز پیشرفت خواهد کرد یا خیر عبارتند از: جنسیت بیمار، میزان منحنی ظاهری و پتانسیل رشد. اندازه اولیه زاویه کاب مهمترین پیش بینی کننده پیشرفت منحنی بلند مدت و رفتار پس از بلوغ اسکلتی بود، در حالی که سن اولیه، جنس، سن قاعدگی و وضعیت بلوغ از عوامل پیش آگهی با اهمیت کمتر می باشند. بسیاری از نویسندگان یک زاویه کاب اولیه ۲۵ درجه را به عنوان یک مقدار آستانه مهم برای پیشرفت منحنی بلند مدت پیشنهاد کردند. پزشک ممکن است پتانسیل رشد را بر اساس سن و مرحله تانر تخمین بزند. با این حال، برای تعیین دقیق تر پتانسیل رشد، ممکن است نیاز به رادیوگرافی برای اندازه گیری درجه Risser باشد. درجه Risser همجوشی استخوانی آپوفیز ایلپاک را اندازه گیری می کند (شکل ۴)، با درجه های Risser بالاتر که نشان دهنده استخوان سازی بیشتر اسکلتی است، بنابراین پتانسیل کمتری برای رشد و پیشرفت منحنی دارد. پیشرفت منحنی معمول اسکولیوز به طور متوسط ۲/۰ درجه در ماه تا قبل از مرحله شتاب رشد منحنی است، اگرچه منحنی ها می توانند ۱ تا ۲ درجه در ماه در شروع این مرحله تغییر کنند. ارزیابی های Tanner-Whitehouse ۳ که بلوغ اسکلتی را بر اساس ارزیابی رادیوگرافیک اپیفیزهای دیستال رادیوس، دیستال اولنار و استخوان های کوچک دست ارزیابی می کند، ساده شده و در جهت ایجاد یک سیستم امتیازدهی اسکلتی برای تخمین رفتار اسکولیوز استفاده می شود. زاویه کاب و درجه Risser یا سن اسکلت دیجیتال را می توان برای پیش بینی احتمال پیشرفت منحنی مقایسه کرد. این اطلاعات می تواند به تصمیم گیری در مورد ارجاع و درمان کمک کند.

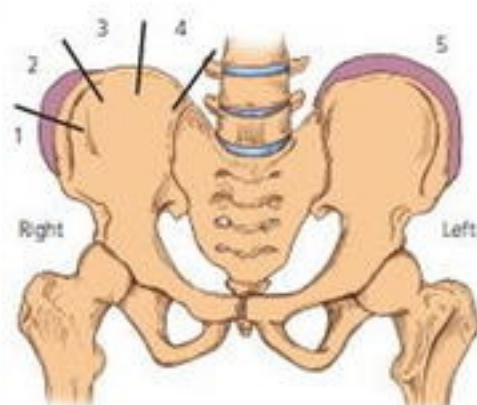
اصول درمان

تعیین اینکه کدام بیماران نیاز به ارجاع به درمانگر ستون فقرات دارند می تواند پیچیده باشد و نشانه های روشن همیشه در دسترس نیست. خطر پیشرفت منحنی ستون فقرات با زاویه کاب بالاتر و درجه ریسر کمتر افزایش می یابد. با این حال، روند صحیح در سال های اخیر برای غربالگری این است که بیماران کمتری نیاز به رادیوگرافی دارند و از طرفی در میان بیمارانی که تحت رادیوگرافی

قرار می گیرند تعداد کمتری نیاز به درمان دارند. روش های درمانی مانند فیزیوتراپی، مراقبت های کایروپراکتیک و تحریک الکتریکی مزایای غیر قطعی در جلوگیری از پیشرفت اسکولیوز دارند. بریس بندی یک گزینه در موارد انتخابی می باشد، اما شواهد برای کارایی آن هنوز محدود است. دستورالعمل های عمومی و مهم ارجاع و درمان اسکولیوز بطور خلاصه و کاربردی در جدول ۳ آمده است. شکل ۱. تست خم شدن به جلو آدام برای غربالگری اسکولیوز. بیمار می ایستد و از ناحیه کمر به جلو خم می شود معاینه گر پشت را ارزیابی می کند تقارن از پشت و کنار بیمار. هر قفسه پستی یا سینه ای ناهنجاری های مانند قوز دنده (فلش) ممکن است نشانه اسکولیوز باشد.

شکل ۲. اسکولیومتر. زاویه شیب اندازه گیری شده توسط اسکولیومتر به تعیین اینکه کدام بیماران ممکن است به رادیوگرافی نیاز داشته باشند کمک خواهد کرد.

زاویه کاب. این زاویه از تقاطع دو خط مماسی که از صفحه انتهایی فوقانی مهره فوقانی و صفحه انتهایی تحتانی مهره تحتانی رسم می شوند، ایجاد می گردد. (زاویه ۶۲ درجه در شکل ۳). یک زاویه کاب حداقل ۱۰ درجه برای تشخیص اسکولیوز لازم است.



شکل ۴

شکل ۴. درجه Risser برای اندازه گیری استخوان سازی آپوفیز ایلپاک استفاده می شود. درجه ۱ ۲۵٪ استخوان سازی، درجه ۲ ۵۰٪ استخوان سازی، درجه ۳ ۷۵٪ استخوان سازی، درجه ۴ ۱۰۰٪ استخوان سازی و درجه ۵ ادغام اپی فیز استخوانی شده به بال ایلپاک است.

درمان	رادیوگرافی/ارجاع	Risser grade (گراید رایسر)	Cobb angle (زاویه کاب به درجه)
فالو اپ	رادیوگرافی هر شش ماه بدون ارجاع	۱۵۰	۱۹.۵۱۰
فالو اپ	رادیوگرافی هر شش ماه بدون ارجاع	۴۵۲	۱۹.۵۱۰
بریس در بالای ۲۵ درجه	رادیوگرافی هر شش ماه و ارجاع	۱۵۰	۲۹.۵۲۰
فالو اپ یا بریس	رادیوگرافی هر شش ماه و ارجاع	۴۵۲	۲۹.۵۲۰
بریس	ارجاع	۱۵۰	۴۰.۵۳۹
بریس	ارجاع	۴۵۲	۴۰.۵۳۹
جراحی	ارجاع	۴۵۰	>۴۰

جدول ۱. گایدلاین های عمومی ارجاع و درمان بیماران اسکولیوز



دکتر امیرحسین عباسخانی دوانلو

متخصص رادیولوژی - دارای بورس تخصصی
فوق تخصص رادیولوژی مداخله ای و عروقی

کلینیک فوق تخصصی سونوگرافی و رادیولوژی مداخله ای

📍 Dr.ahadavanloo.ir

☎ ۰۱۱-۳۳۳ ۶۸۸۵۸ / ۰۹۱۱ ۹۲۰ ۹۲۲۶

📍 مازندران ساری خیابان امیر مازندرانی، ساختمان الف

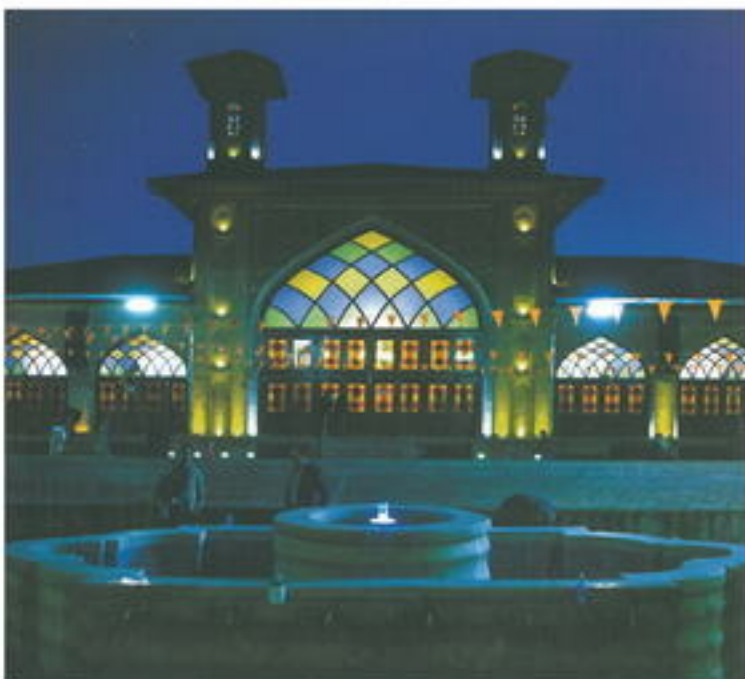
خدمات فوق تخصصی

انواع بیوپسی و FNA
نفروستومی و درناژ صفراوی
تعبیه پورت کموتراپی
RF و میکروویو ابلیشن انواع توده ها
درمان همانژیوم و خال های عروقی
آمبولیزاسیون فیبروم های رحمی
شیمی درمانی آنژیوگرافیک (TACE)
تخلیه آسیت و مایع پلورال
آمنیوسنتز و کوریوسنتز (CVS)

خدمات تخصصی

- سونوگرافی بارداری و ناهنجاری های
(آنومالی اسکن سه ماهه اول و دوم)
و سونوگرافی های کالر داپلر و بیوفیزیکال بارداری
- انواع سونوگرافی های شکم و لگن
ترانس واژینال و ترانس رکتال
- سونوگرافی تخصصی کودکان و نوزادان
(مغز، مفصل، هیپ و ریفلاکس)
- سونوگرافی های کالر داپلر (رنگی اندام ها و کاروتید و...)
- سونوگرافی نسوج سطحی (پستان، تیروئید و بیضه)
- انجام تمام رادیوگرافی های ساده و اختصاصی رنگی

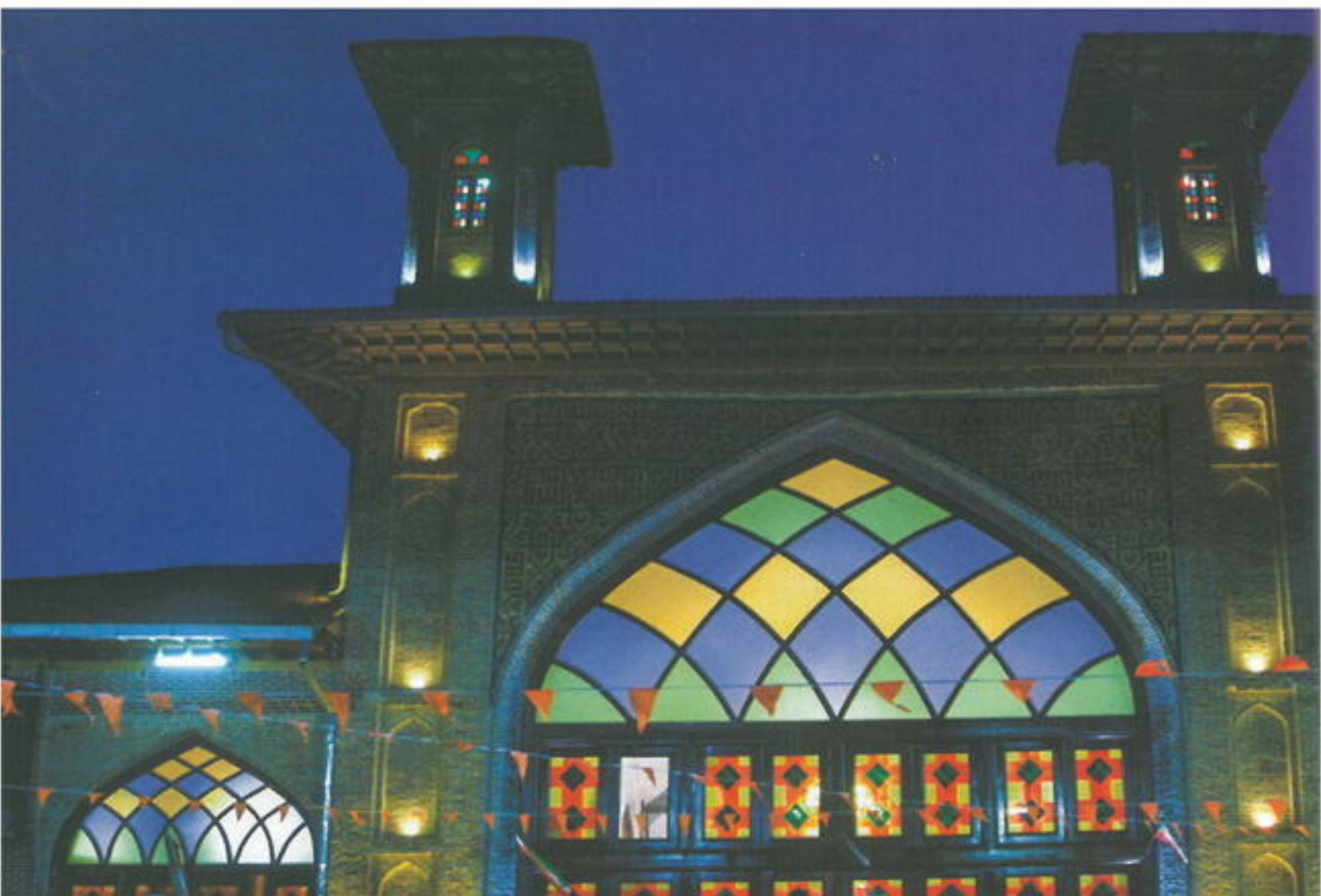
آرامش مساجد تاریخی



در سفر به ساری آرامش مساجد تاریخی را از دست ندهید. مساجدی کهن که در کنار بازار سنتی و مجاورت محله های قدیمی قرار دارد. مسجد جامع ساری نیز در محله قدیمی چنارین بنا شده است. دکتر منوچهر ستوده بر اساس آثار این اسفندیار و میر ظهیرالدین مرعشی معتقد است؛ یحیی بن یحیی مسجد جامع ساری را در خلافت هارون الرشید بنا کرد و مازیار بن قارن آن را به اتمام رساند. این مسجد دو ورودی یکی در شمال ورودی مردان و دیگری در غرب ورودی زنان دارد و هر دو ورودی به بازار سنتی منتهی میشود مسجدی با حیاطی زیبا دلربا و هشت شبستان با نامهای مختلف و دو گلدسته مسجد جامع ساری از ارزشهای معماری، هنری، تاریخی و مذهبی بالایی برخوردار است.

در مرکز شهر ساری در محله چهار راه برق، مسجدی واقع شده که معماری دلنشین آن هر بیننده ای را مجذوب خود میکند.

مسجد مصطفی خان سورتیج" جزو مساجد شاخص شهری بعد از مسجد جامع است که جایگاه ویژه ای نزد اهالی محله و شهر دارد حاج مصطفی خان از رجال پرهیزکار زمان محمد شاه و ناصرالدین شاه قاجار بود و تنها فردی است که در ایران پس از کریم خان زند دارای لقب وکیل الرعایاست. او علی رغم دارا بودن املاک فراوان قدرت سیاسی و ثروت، فردی متدین و مدافع تشیع بود



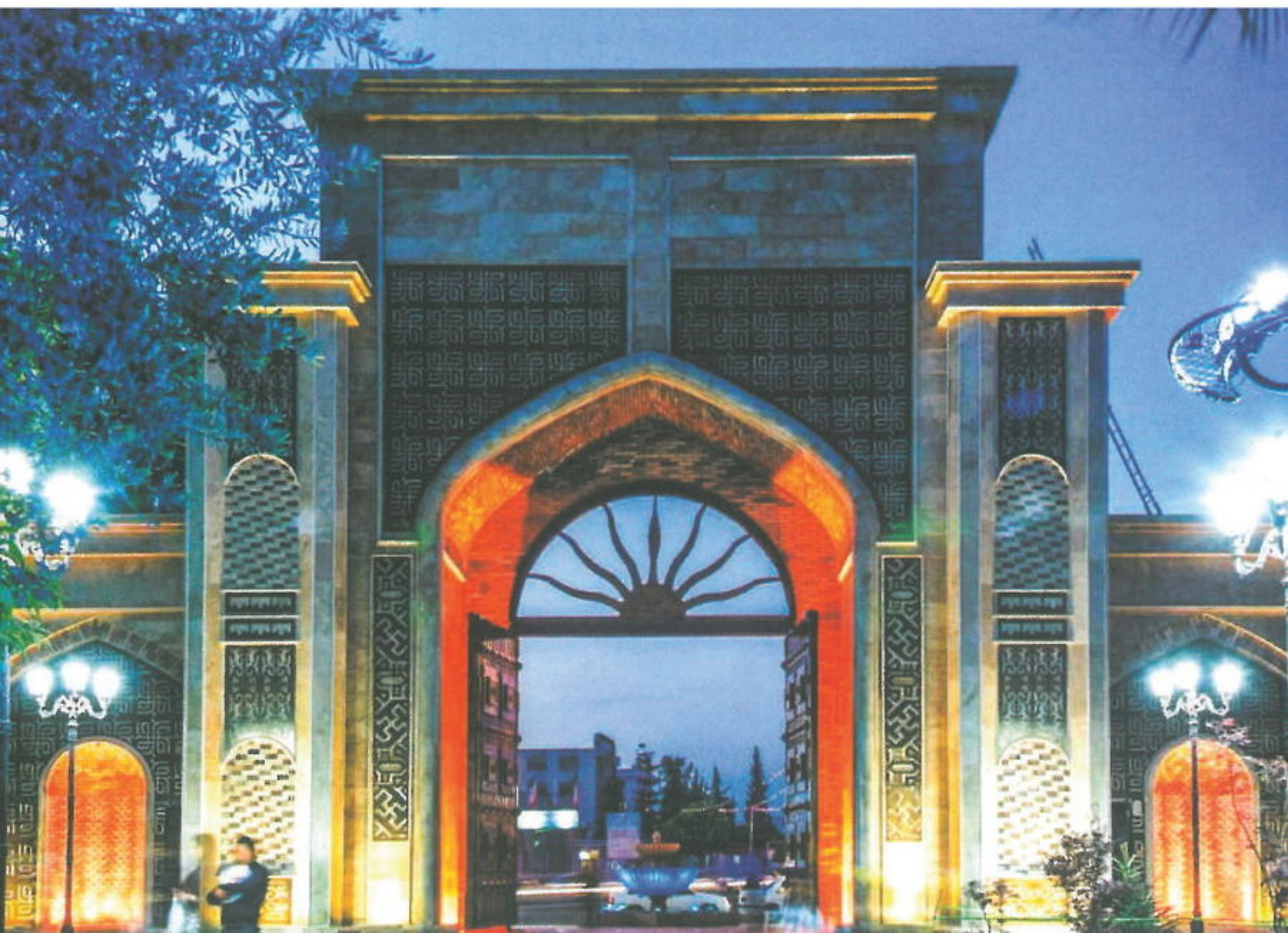
شکوه باغ تاریخی

باشکوه امکانات تفریحی برای کودکان و نوجوانان آمفی تئاتر روباز چهار هزار نفره و... را در خود جای داده است. احتمالاً شکوه باغ تاریخی ساری شما را مجذوب خود خواهد کرد بوستان ولایت از حیث معماری و بناهای تاریخی کم نظیر و دیدنی است و به جاذبه‌های شهری در شمال ایران مبدل شده.

است در ساری میتوانید در پارکی چشم نواز قدم بزنید و از هنر معماری و هویت بومی حظ ببرید.

باغ تاریخی ساری روزگاری پادگان نظامی بود و امروز بوستان ولایت نام دارد مکانی که این روزها مرکزی فرهنگی هنری و تفریحی شده است مجموعه ای که ظرف مدت کوتاهی ساخته شد و دارای امکاناتی با رویکرد فرهنگی و تاریخی است. بناهای تاریخی به جای مانده در پادگان، سابق در طراحی و ساخت مجموعه حفظ و بازسازی شد تا بازدیدکنندگان و گردشگران با جلوه هایی از معماری گذشته و تاریخی ساری آشنا شوند و از زیباییهای بصری آن لذت ببرند.

ساختمانهای جدید نیز بر مبنای معماری گذشته احداث شد تا بوستان ولایت مکانی باشد برای دیدن گذشته و حال ساری عمارت جذاب ورودی، بوستان شما را به دیدن مجموعه ای دعوت میکند که موزه خانه، دانشوران کتابخانه دیجیتال خانه هنرمندان نگارخانه مسجد



اولویت بندی بیماران در تریاز

مدت زمان انتظار	رنگ	نوع اورژانس	سطح تریاز
فوری وبدون وقفه	قرمز	آنی	۱
۱۵ دقیقه	نارنجی	فوری	۲
۶۰ دقیقه	زرد	اورژانس	۳
۲ ساعت	سبز	غیر اورژانس	۴
۴ ساعت	آبی	سرپایی	۵

تریاز

تریاز

آشنایی مختصر با تریاز

و اهمیت آن در اورژانس بیمارستانی

پاسخی برای مشکل دامپینگ (ماندگاری) در بخش اورژانس مطرح شود. هدف تریاز به اختصار اولویت بندی بیماران ورودی و شناسایی آن دسته از بیمارانی است که قادر به انتظار برای پذیرش نیستند. از طرفی دیگر علل پیدایش تریازهای بیمارستانی را به ۲ دسته کلی الف - تغییر سیستم بهداشت و درمان و ب - شلوغی بیش از حد اورژانس ها میتوان برشمرد و نیز در خصوص علل شلوغی اورژانس ها مواردی چون:

- ۱- عدم تناسب تعداد بیماران و بخش های اورژانس
- ۲- سن جوان جامعه در حال حاضر و افزایش سن جامعه طی چند دهه آینده
- ۳- افزایش مدت زمان انتظار بیمار
- ۴- عدم دسترسی به مراقبت های اولیه
- ۵- عدم توانایی تخلیه اورژانس بدلیل کمبود تخت های بستری
- ۶- کمبود پزشک، پرستار و کادر درمانی در بعضی مراکز را میتوان برشمرد.

در نهایت مزایای تریاز در اورژانس را میتوان در مواردی مانند:

- ۱/ هر بیمار توسط یک پرستار تریاز مجرب ملاقات میشود
- ۲/ شناسایی سریع بیماری که قادر به انتظار کشیدن نیست
- ۳/ به محض ورود بیمار به اورژانس مراقبت های اولیه تدارک دیده میشود
- ۴/ یک پرستار ثبت کننده اطلاعات برای برخورد با نیازهای عاطفی بیمار و خانواده اش در دسترس است، بیان نمود.



دکتر حامد خدابخش

متخصص طب اورژانس
فلوشیپ کلینیکال انفورماتیک

معرفی مفهوم، پیشینه و مزایای تریاز:

تریاز به مفهوم کلی دسته بندی، انتخاب یا اولویت بندی بکاررفته و برای اولین بار توسط یکی از پزشکان ارتش ناپلئون به نام دومینیک جان لری برای طبقه بندی سربازان مصدوم جنگ به کار برده شد. در دهه دوم قرن بیستم همزمان با بیمارستان مدارشدن خدمات درمانی مداوای بیماران به سمت تخصصی شدن پیش رفت. در دهه ۶۰ اتاقهای اورژانس بیمارستانها به بخشهای اورژانس تبدیل شد و لزوم طبقه بندی بیماران از اوایل دهه ۷۰ مورد بحث قرار گرفت و باعث شد واژه تریاز یک بار دیگر به عنوان

تقسیم بندی و انواع سیستمهای تریاژ:

عمومی ترین سیستم های تریاژ شامل (Traffic director) (هدایت کننده آمد و شد ، Spot check) (بررسی موضعی، Comprehensive) (تریاز جامع و فراگیر میباشد که در همین راستا سیستمهای سطح بندی تریاژ بیمارستانی در سطوح ۲ سطحی، ۳ سطحی، ۴ سطحی و ۵ سطحی ارائه گردید که در پی تحقیقات تریاژ در استرالیا که در دهه ۷۰ شروع شده بود با پایان نامه دکتر فیتز جرال و مطرح شدن تریاژ ۵ سطحی به اوج رسید و منجر به بکارگیری این سیستم از سال ۱۹۸۹ شد.

از آن پس سیستمهای ۵ سطحی دیگری از تریاژ مانند سیستم منچستر و سیستم کانادایی ابداع و بکار گرفته شد. از جمله عمده ترین سیستم های ۵ سطحی تریاژ میتوان از مواردی چون: مقیاس تریاژ استرالیا (ATS) (۱۹۹۳)، مقیاس تریاژ منچستر ۱۹۹۴، تریاژ و مقیاس دقت کانادا (CTAS) (۱۹۹۵) و معیار شدت اورژانس (ESI) (۱۹۹۹) نام برد. قابل ذکر است که اهمیت تریاژ به مواردی مانند: الف - در مدت زمان کوتاه انجام شود ب- در ورودی اورژانس قبل از پذیرش صورت گیرد ج- توسط پرستار با تجربه و آموزش دیده انجام شود د- بر اساس شرایط بیمار باشد ه - برای تمامی بیماران و در شرایط عادی و بحران قابل انجام باشد وابسته بوده و نیز اهمیت تریاژ به روش استاندارد شامل مواردی: ۱- غیر وابسته به فرد و بیمارستان ۲- تشخیص بیماران با احتمال بدتر شدن ۳- جلوگیری از over triage یا under triage و در نتیجه مصرف منابع موجود و اشغال غیر ضروری تخت اورژانس، است.

از جمله سیستمهای ۵ سطحی مورد اقبال در سطح جهانی میتوان از سیستم ESI که همان Emergency Severity Index و سیستم امریکایی تریاژ که در سال ۱۹۹۹ توسط ۲ نفر از متخصصین اورژانس به نامهای ریچارد ووئز و دیوید ایتل ابداع شد، نام برد که واجد خصوصاتی چون: تریاژ ۵ سطحی است، کاربرد آسان داشته، بیماران اورژانس را با بررسی همزمان شدت بیماری و راه حل آن دسته بندی میکند بوده و هدف کلی آن آرایه خدمات و سرویس دهی مناسب در زمان معین و مکان مشخص براساس وخامت بیمار است و در نهایت تفاوت ESI با سایر روشها عبارت است از: سهولت استفاده، عدم تعیین زمان انتظار، تعیین منابع تشخیصی-درمانی مورد نیاز برای بیماران، جدا کردن سریع بیماران با مشکلات مخاطره آمیز، قابلیت تکرار پذیری (اطمینان Reliability)، قابلیت اعتبار (تعمیم Validity) و بهبود جریان بیمار در اورژانس.

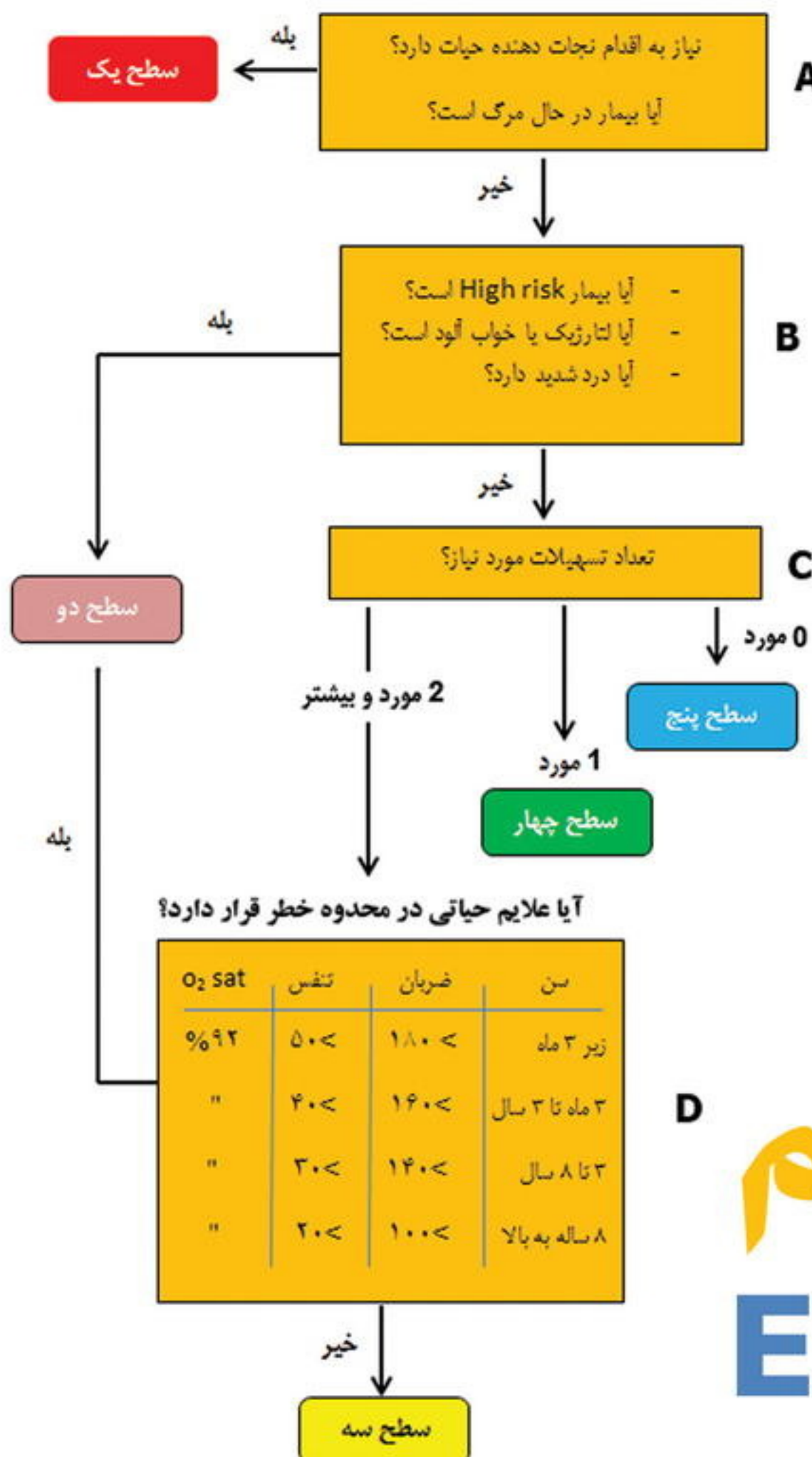


خلاصیه سیستم تریاژ ESI :

چهار سوال اساسی در این سیستم تریاژ بیمارستانی عبارت است از :

- الف / آیا بیمار در حال مرگ است؟
ب / آیا این بیماری است که نباید منتظر بماند؟
ج / این بیمار چه تعداد منابع نیاز خواهد داشت؟
د / علایم حیاتی بیمار در چه وضعی هستند؟

ساختار این سیستم تریاژ بر ۲ معیار حدت بیماری (resource) و تسهیلات مورد نیاز بیمار (acuity) بنا شده که اولی با وجود یا عدم وجود تهدید حیات یا عضو و وجود علائم خطر و همچنین علائم حیاتی تعیین شده و دومی بر اساس تجربه و مقایسه با موارد مشابه تعیین میگردد این سیستم یک سیستم تریاژ ۵ سطحی می باشد که بیماران را بر اساس شدت بیماری و تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس تقسیم بندی میکند.



سیستم
تریاز ESI

نقطه تصمیم‌گیری الف: آیا بیمار در حال مرگ است و یا نیاز به اقدامات فوری و نجات‌دهنده حیات دارد که در این صورت در سطح ۱ قرار می‌گیرد.

نقطه تصمیم‌گیری ب: آیا بیمار نباید منتظر بماند (شامل: ۱ = علائم پرخطر ۲ = اختلال هوشیاری ۳ = درد یا دیسترس شدید) که در این صورت در سطح ۲ قرار می‌گیرد.

نقطه تصمیم‌گیری ج: در صورت عدم وجود شرایط الف و ب باید تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس جهت تعیین تکلیف بیمار تخمین زده می‌گردد. نیاز بیمار به ۲ یا بیشتر از تسهیلات اورژانس در صورت عدم اختلال در علایم حیاتی بیمار رادر سطح ۳ قرار می‌دهد. نیاز بیمار به یکی از تسهیلات اورژانس بیمار رادر سطح ۴ قرار می‌دهد و بیماری که نیاز به استفاده از تسهیلات اورژانس ندارد در سطح ۵ قرار می‌گیرد.

نقطه تصمیم‌گیری د: در صورتی که تسهیلات مورد نیاز بیمار طبق تعریف ۲ و یا بیشتر باشد در این مرحله باید علایم حیاتی بیمار جهت طبقه‌بندی در نظر گرفته شود. در صورت وجود اختلال در علایم حیاتی بیمار مجدداً به سطح ۲ بر می‌گردد و در غیر این صورت بیمار در سطح ۳ تقسیم‌بندی می‌گردد.

در ابتدا مسؤل تریاژ بیمار را بر اساس شدت بیماری و وخامت حال بیمار ارزیابی می‌کند. اگر شدت بیماری زیاد نباشد (سطح ۱ و ۲ تریاژ نباشد) بعد از آن پرستار باید با تخمین تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس بیمار را سطح بندی کند. در نظر گرفتن تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس برای تعیین سطح بیمار خصوصیت ویژه سیستم ESI می‌باشد. مسؤل تریاژ بر اساس احتمال تهدید حیات یا اندام و ثبات بیمار تصمیم می‌گیرد.

در صورت عدم وجود شرایط تهدید حیات و یا اندام و یا شرایط پرخطر مسؤل تریاژ بر اساس تجربه ی قبلی که از سایر بیماران و آموزشهای سیستم تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس را ارزیابی می‌کند.



تقویم سلامت

پائیز ۱۴۰۲

مهر

- ۲- روز جهانی قلب
- ۶- روز جهانی مبارزه با هاری
- ۷- روز ایمنی و آتش نشانی
- ۸- روز جهانی ناشنوایان
- ۹- روز جهانی سالمندان
- ۱۴- روز دامپزشکی
- ۱۶- روز جهانی کودک
- ۲۰- روز جهانی کاهش بلایای طبیعی
- ۲۳- روز جهانی سل
- ۲۳- روز جهانی عصای سفید نابینایان
- ۲۴- روز جهانی غذا
- ۲۶- روز ورزش و تربیت بدنی
- ۲۵-۳۰- هفته بهداشت روان
- ۲۸- روز ملی سلامت زنان

آبان

- ۱۳- روز دانش آموز
- ۲۳- روز جهانی دیابت
- ۲۳-۳۰- هفته حمایت از بیماران کلیوی

آذر

- ۱- یادواره قربانیان حوادث ترافیکی
- ۱۰- روز جهانی ایدز
- ۱۰-۱۶- هفته اطلاع رسانی ایدز
- ۱۲- روز جهانی معلولین
- ۱۳- روز جهانی بیمه
- ۱۴- روز جهانی داوطلب
- ۱۶- روز دانشجو
- ۲۵- روز پژوهش

تابستان ۱۴۰۲

تیر

- ۵- روز جهانی مبارزه با مواد مخدر
- ۸- روز مبارزه با سلاحهای میکروبی و شیمیایی
- ۱۳- روز ملی مبارزه با بیماریهای مشترک انسان و حیوان
- ۲۰- روز جهانی جمعیت و تنظیم خانواده
- ۳۰- روز عقب ماندگی ذهنی
- ۳۱- روز معلولین جسمی و حرکتی

مرداد

- ۷-۱- هفته حمایت از بیماران هموفیلی
- ۷-۱۳- هفته انتقال خون
- ۹- روز اهداء خون
- ۱۰- روز جهانی شیر مادر

شهریور

- ۱- روز پزشک
- ۵- روز داروسازی
- ۱۲- روز بهورز
- ۳۰- روز جهانی آلزایمر



روز جهانی دیابت

۲۳ آبان مصادف با ۱۴ نوامبر سالگرد تولد فردریک بانتینگ کاشف انسولین، اولین باردردسال ۱۹۹۹ با همکاری بنیاد بین المللی دیابت و سازمان جهانی بهداشت، به عنوان روز جهانی دیابت نامگذاری شده است. افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با علل پیشگیری و درمان این پدیده از اهداف نامگذاری این روز است.



روز جهانی ایدز

از سال ۱۹۸۸ اول دسامبر (برابر با ۱۰ آذر) روز جهانی ایدز نامگذاری شده است. هدف عمده این کار این است که به عموم مردم یادآوری شود که HIV از بین نرفته است.



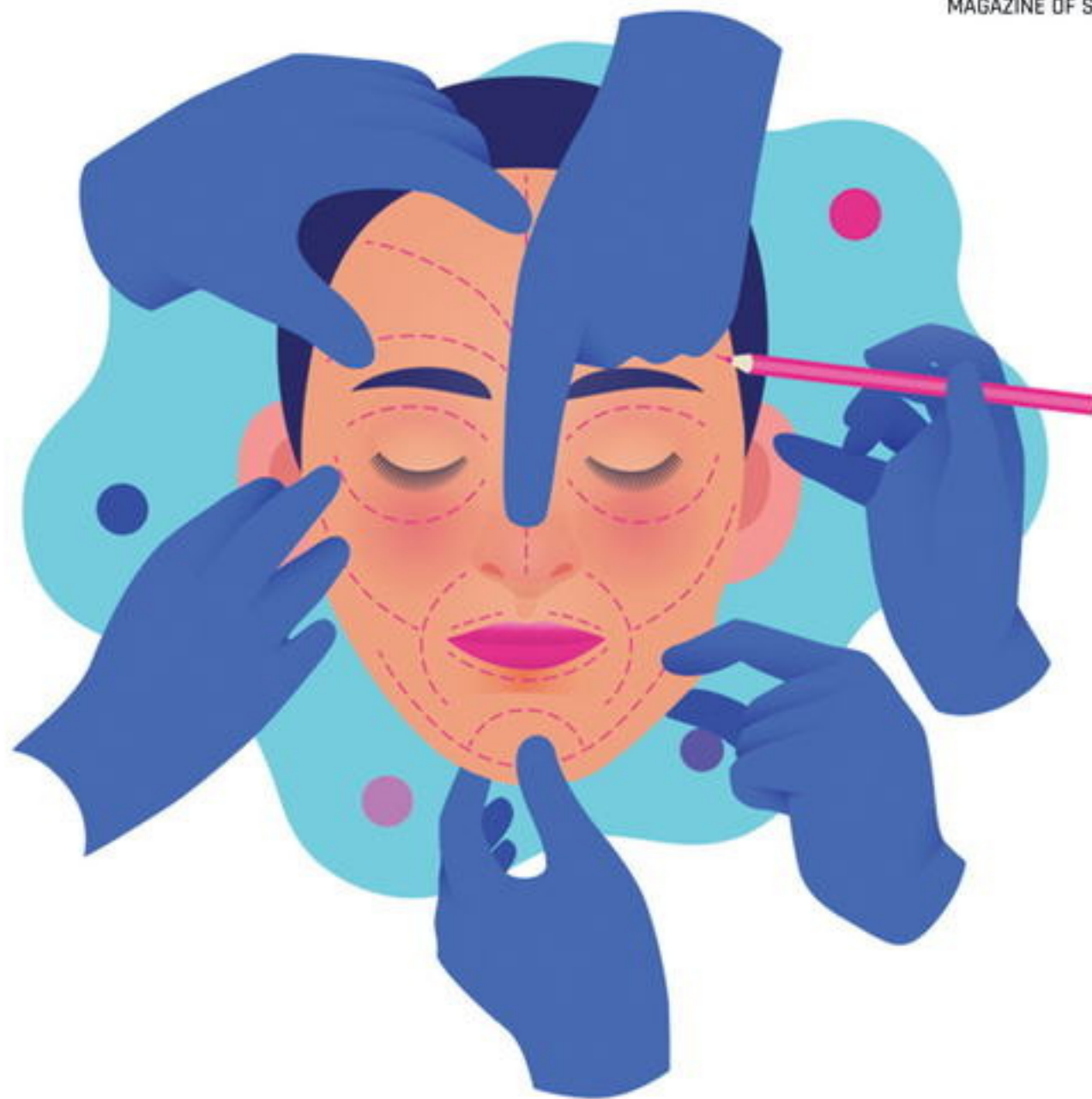
روز جهانی آلزایمر

بیماری آلزایمر رایج ترین شکل زوال عقل و نوعی اختلال در عملکرد مغز است. که موجب می شود به تدریج توانایی های ذهنی بیمار تحلیل پیدا کند. هر ساله ۲۱ سپتامبر روز جهانی آلزایمر است



روز جهانی قلب

اتحادیه جهانی قلب از سال ۲۰۰۵ روز ۲۹ سپتامبر را به عنوان روز جهانی قلب نامگذاری کرده تا آگاهی عمومی نسبت به تهدید بیماری قلبی و سکته مغزی و اهمیت شیوه زندگی قلب سالم را افزایش دهد. (مصادف با ۷ مهر)



جنبه های روانشناسی، اخلاق و سلامت بیماران در جراحی پلاستیک زیبایی

آمار گواهی می‌دهد که در دو دهه گذشته با سرعت فراوانی جراحی های زیبایی و همچنین اعمال کمتر تهاجمی رو به افزایش است. درمان‌ها کم خطر تر شده، دوره بهبودی کوتاه‌تر و همچنین جذابیت فیزیکی و جوان‌تر شدن چهره‌ها نسبت به گذشته بیشتر شده است.

تحقیقات اجتماعی - روانشناسی نشان داده که جذابیت شکل چهره و بدن بعنوان صفات شخصیتی مثبت در نظر گرفته می‌شود. در کنار این‌ها خوردن رژیم‌های سالم و ورزش مرتب اهمیت زیادی پیدا کرده است.

انگیزه‌های مراجعین جهت اقدامات زیبایی یا در خود فرد می‌باشد بمنظور افزایش اعتماد بنفس و یا خارج از فرد بوده، مثلا جراحی جهت یافتن یک شریک عاشقانه. نارضایتی از تصویر بدنی یعنی برداشتی که هر فرد از بدن خود در ذهن دارد، مهمترین انگیزه می‌باشد.



دکتر محمد حسین حسامی

فوق تخصص جراحی پلاستیک
عضو هیئت علمی دانشگاه

رعایت اخلاق در جراحی های پلاستیک و زیبایی

بنابراین بررسی انگیزه هر مراجعه کننده و روانشناسی درست بسیار مهم بوده و در تبیین یک برنامه درمانی مناسب و یا حتی عدم پذیرش جهت جراحی بسیار راهگشا خواهد بود. در این راستا جایگاه اخلاق در جراحی های پلاستیک بسیار مهم می شود. اخلاق ریشه در روان فرد داشته و پایبندی به اصول اخلاقی او را سزاوار شهرت در بین همکاران و عموم می نماید. در دوره های آموزشی آکادمیک و دانشگاهی جراحان پلاستیک کم کم توسط جراحان با تجربه تر و مسن تر آبدیده می شوند و آنان را با قانون های نوشته و نانوشته آشنا می سازند و به آنان کمک می کنند که اخلاق مدارانه در مسیر موفقیت گام بردارند و از اتخاذ تصمیم های اشتباه پرهیز کنند.

انجمن جراحان پلاستیک هر کشور و انجمن بین المللی جراحان پلاستیک و زیبایی (ISAPS) که فقط افراد با تحصیلات کافی دانشگاهی و پس از بررسی های مناسب می توانند عضو آن ها شوند، از جراحان پلاستیک و زیبایی اخلاق مدار انتظار دارد که برای بیماران در ارتباط با میزان نتیجه گیری از جراحی و همچنین احتمال عوارض نادر بدرستی توضیح دهد. همچنین رعایت اخلاق در تبلیغات جراحی پلاستیک و زیبایی بسیار مهم است و تبلیغات گمراه کننده و گول زننده و تصاویر فتوشاپ و دستکاری شده کاملاً غیر اخلاقی است.

متأسفانه بدلیل تبلیغات نادرست بسیاری از مردم جراحان پلاستیک و زیبایی با تحصیلات دانشگاهی کامل و صاحب برد این رشته را با افراد تجربی و خود آموخته و مدعی در یک رده قرار می دهند. همانگونه که در بالا ذکر شد در طی دوره آموزشی آکادمیک و دانشگاهی هر فرد تحت آموزش، با مطالعه کتاب های مرجع علمی و مقالات که چند هزار صفحه مطلب داشته و همچنین تحت راهنمایی استادان باتجربه این رشته به کسب علم و مهارت و تجربه اقدام می کنند. ضمن آنکه ورود به این رشته با آزمون ها و گزینش های علمی انجام و دانش آموختگی هم با امتحانات مورد فوق تخصصی سنجیده می شود. حال آنکه افراد خودآموخته و تجربی با آگهی های نادرست و سوء استفاده از کلمات کلیدی مثل "پلاستیک" و "زیبایی" در دیدگان عموم بخصوص در فضای مجازی خود را هم سنگ و برابر با جراحان واقعی پلاستیک نشان می دهند.

چهار دوره سنی در تکامل تصویر بدنی وجود دارد:

۱- دوره کودکی در محیط گرم خانواده: درمان ناهنجاری های مادرزادی مثل لب شکری، انگشتان به هم چسبیده، ناهنجاری های سر و صورت و جمجمه به بهتر شدن این تصویر بدنی بسیار کمک می کند.

۲- دوران ۵-۶ سالگی و ورود به مدرسه: نقش مهم کارکنان و هم شاگردی ها، درمان اشکالاتی مثل گوش برجسته و خال مودار و اسکارها کمک کننده است.

۳- دوران پرهیجان بلوغ مواردی مثل قوز بزرگ در بینی و یا ژنیکوماسی تاثیرگذار است. در ادامه افزایش سن اصلاح فرم بدن با روش های جراحی و غیر جراحی بسیار کمک کننده است. در بسیاری از موارد اصلاح فرم بدن به افزایش انگیزه بمنظور رعایت رژیم های غذایی و انجام فعالیت های ورزشی و حفظ هیکل اصلاح شده منتهی شده و در نتیجه به سلامت جسم و روان کمک شایانی می کند.

۴- سنین پیری: چروک و تصویر خسته ی چهره اثرات منفی به همراه داشته و جوان سازی به افزایش اعتماد بنفس کمک می کند.



سلامت بیماران در جراحی‌های پلاستیک

مهمترین و اصلی‌ترین خواسته جراحان پلاستیک و زیبایی در وهله اول حفظ سلامت بیماران می‌باشد و به هیچ قیمتی حاضر نخواهند شد که سلامت بیماران را خرج زیبایی آنان بنمایند. اگرچه در هر جراحی و مداخله‌ای احتمال اندک بروز عارضه ناخواسته وجود دارد که از قبل به بیماران توضیح داده می‌شود. خصوصیت بارز حرفه پزشکی در طولانی کردن و بهتر کردن زندگی بیماران است. با افزایش آگاهی‌ها در پزشکان و بیماران خواسته‌ها تغییر کرده و انتظارات بسیار بالا رفته است و پذیرش عوارض ناخواسته سخت تر شده است. بهر حال یک جراح این نکته را در نظر می‌گیرد که بهترین روش برای هر مورد جراحی چیست. بسیاری از جراحی‌ها در مراکز درمانی و جراحی با امکانات کمتر مثل مطب و کلینیک قابل انجام است و برخی جراحی‌ها و یا برای بعضی افراد با بیماری‌های زمینه‌ای خاص بیمارستان با امکانات بیشتر منطقی می‌باشد.

مقالات زیادی از طرف انجمن جراحان پلاستیک آمریکا در ارتباط با اینکه چه جراحی‌هایی بصورت سرپایی قابل انجام است، منتشر شده است. همچنین دستورالعمل‌هایی در سایت انجمن بین‌المللی جراحان پلاستیک و زیبایی (که بسیاری از جراحان پلاستیک ایرانی هم پس از طی مراحل عضو آن هستند) در این زمینه وجود دارد.

از طرفی انتخاب درست بیمار هم مسئله مهمی است که یک جراح پلاستیک دانش آموخته دانشگاهی با در نظر گرفتن اصول و دستورالعمل‌های ضروری به این امر اهتمام می‌ورزد و از ایجاد خطر جهت بیمار پیشگیری می‌کند. بیان نمونه‌ای می‌تواند روشن‌گر باشد. مراجعه‌کننده‌ای که شکم کاملاً جلو زده داشته و حالت افتادگی در شکم وجود ندارد و یا بسیار کم است، نسبت وزن به قد و یا همان توده بدنی (BMI) از عدد خاصی بالاتر است. این فرد مناسب عمل‌های جراحی ابدومینوپلاستی و پیکرتراشی نمی‌باشد و لازم است مراحل را طی نماید تا آماده جراحی شود. در حالی که فرد جراحی که مراحل درست آموزشی را طی نکرده اقدام به درمان‌های غیر مناسب کرده و عوارضی را برای بیمار رقم می‌زند که اصلاح آن بسیار سخت و گاه ناممکن می‌شود.

در پایان هدف از انجام جراحی‌های پلاستیک چه در بخش ترمیمی و چه در بخش زیبایی افزایش اعتماد بنفس و انگیزه بمنظور رعایت مواردی در جهت سلامت بیشتر جسم و روان می‌باشد. و در این راستا باید با آگاهی و بررسی مناسب انتخاب‌های درست داشته باشیم تا مطلوب‌ترین نتیجه را با کمترین عارضه احتمالی بدست بیاوریم.





مهندس ساناز کبیری

طراح و مجری تخصصی دکوراسیون داخلی و بازسازی
اجرای تخصصی دکوراسیون داخلی بیش از ۵۰ مطب در استان مازندران

مطب و ویلا ۰۹۱۱۵۵۹۹۰۶ ☎ Sanazkabiri.renov 📷

آدرس: خیابان فرهنگ ساختمان نیکان طبقه ۴ واحد ۱۸

تب و تشنج

Febrile Seizure

در کودکان



دکتر حامد روحانی زاده

فوق تخصص نورولوژی کودکان



دقیقه) یا فرم تشنج بصورت فوکال و یا طی ۲۴ ساعت اول مجدداً تکرار شود.

تب و تشنج استاتوس (status febrile seizure)

به یک تشنج تب دار که بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد لفظ تب و تشنج استاتوس اطلاق می گردد.

اکثر بیماران مبتلا به تب و تشنج ناشی از آن معمولاً در عرض چند دقیقه بعد از تشنج هوشیاری خود را بدست آورده و فاز پست ایکتال کوتاهی دارند. تشنج تب دار ساده خطر مرگ را افزایش نمی دهند هرچند بصورت خاص در اولین رخداد موجب ترس و نگرانی والدین می گردد. در تشنجات تب دار ساده که یک بار یا بیشتر اتفاق افتاده، اثرات بد طولانی مدت دیده نمی شود. بیماران با تشنجات تب دار هیچ افزایشی در بروز اختلالات رفتاری، عملکرد تحصیلی، عملکرد عصبی شناختی یا مشکلات توجه نداشته اند.

تشنجات ناشی از تب در کودکان، تشنجاتی هستند که مابین سن ۶ تا ۶۰ ماهگی (با سن اوج ۱۲ تا ۱۸ ماهگی) در درجه حرارت ۳۸ درجه سانتیگراد یا بیشتر در کودکان اتفاق می افتد. مشروط بر اینکه اولاً تاریخچه ای از تشنجات بدون تب قبلی وجود نداشته باشد و ثانیاً تشنج ناشی از عدم تعادل متابولیکی (مثل کاهش قندخون و یا اختلال الکترولیت های دیگر مثل سدیم، کلسیم، منیزیم و....) نبوده و رد پای عفونت CNS وجود نداشته باشد. تشنجات ناشی از تب در سن زیر ۳ ماهگی و بالای سن ۵ سالگی به آن تب و تشنج اطلاق نمی گردد.

تب و تشنج ساده "simple febrile seizure"

به یک تشنج جزالیزه اولیه (معمولاً تونیک-کلونیک) همراه تب که حداکثر ۱۵ دقیقه طول کشیده و طی ۲۴ ساعت تکرار نشود.

تب و تشنج کمپلکس (complex febrile seizure)

به تشنج ناشی از تب که مدت تشنج طولانی تر بوده (بیش از ۱۵

ارزیابی بیمار

به طور کلی هر کودک مبتلا به تب و تشنج نیازمند یک ارزیابی و شرح حال دقیق اولیه می باشد. همچنین در اولین ویزیت می بایست یک معاینه فیزیکی کامل جنرال و نورولوژیک از بیمار به عمل آید.

معمولا در زمینه بیماری های عفونی تب دار مثل اوتیت میا ، عفونت HHV۶، روزئولا، عفونت نورو ویروس ، انتر و ویروس، شیگلا و یا سایر عفونت های مشابه که منجر به تب می شوند می تواند این اتفاق حادث گردد. در صورت شک به علل دیگر که در کودکان منجر به تشنج می گردند مثل اختلالات الکترولیتی مثل قند، سدیم، کلسیم و می بایست تست های مربوطه انجام و بیمار مورد ارزیابی قرار گیرد.

همچنین با توجه به عفونت CNS (مننژیت....) می بایست کلیه کودکان مذکور از این بابت نیز مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و جهت همه کودکان زیر ۶ ماه با تظاهر تب و تشنج و همه کودکان بدحال (ill, Toxic) و کودکان با نشانه های نگران کننده در هر سنی LP انجام گیرد. انجام LP (بذل مایع نخاعی) در شیرخواران بین سن ۶-۱۲ ماهگی که بر علیه هموفیلوس آنفولانزای تیپ B و استرپتوکوک پنومونیه ایمن سازی نشده اند یک انتخاب است که براساس قضاوت پزشک معالج و حال عمومی بیمار تصمیم گیری می گردد. همچنین LP در کودکان که تشنج ناشی از تب داشته اند و قبلا بصورت ناقص با آنی بیوتیک درمان شده اند یک گزینه به حساب می آید.

عوامل خطر مربوط به تکرار تشنج تب دار - ریسک فاکتورهای مازور

۱	سن زیر یک سال
۲	طول مدت تب منتج به تشنج کمتر از ۲۴ ساعت
۳	تب بین ۳۸-۳۹ درجه سانتیگراد

ریسک فاکتورهای مازور

۱	سابقه خانوادگی تب و تشنج
۲	سابقه خانوادگی صرع
۳	تشنج از نوع کمپلکس

نقش ژنتیک در بروز تشنج های تب دار

نقش فاکتورهای ژنتیکی و خانوادگی در بروز بیماری تب و تشنج اثبات شده است.

در بسیاری موارد یک اختلال پلی ژنیک مطرح می باشد. در خصوص ژن های مرتبط با تشنج های تب دار می توان به SCN۱A - SCN۱B - SCN۹A - CPA۶ نام برد.



تصویر برداری مغز

در کودکان با اولین تشنج تب دار ساده CT یا MRI توصیه نمی‌گردد. در نوع کمپلکس نیز حسب مورد و نظر پزشک نورولوژیست کودکان تصمیم‌گیری می‌گردد.

EEG (الکتروآنسفالوگرام)

در کودکان با تشنج ساده تب دار که از سایر جهات در معاینه فیزیکی و نورولوژیک طبیعی هستند انجام EEG به عنوان ارزیابی روتین لازم نمی‌باشد. در مواردی که طبق وضعیت بیمار EEG اندیکاسیون داشته باشد بهتر است انجام آن حداقل ۲ هفته از زمان تشنج انجام شود. EEG در مورد تشنجات تب دار طولانی و status و تشنجات تبادری که فاز post-ictal طولانی داشته اند قویا توصیه می‌گردد.

درمان

بطور کلی درمان با داروهای ضد تشنج برای کودکان با یک بار حمله تب و تشنج توصیه نمی‌گردد. هرچند شروع درمان طولانی مدت براساس شرح حال و سوابق بیماری و وضعیت تکاملی عصبی و ریسک تکرار توسط نورولوژیست کودکان ارزیابی و تصمیم‌گیری خواهد شد.

در مواردی که بیمار از لحاظ تکامل عصبی نرمال و ریسک بالای تکرار تشنج وجود نداشته باشد می‌توان جهت پیشگیری از بروز تب و تشنج در هنگام بیماری تب دار از ترکیبات بنزودیازپین (دiazepam) به میزان ۰/۳ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن هر ۸ ساعت طی دوره بیماری تجویز نمود.

در مطالعات نشان داده شده است که کمبود آهن در کودکان با افزایش خطر ایجاد تشنج‌های ناشی از تب همراه بوده، بنابراین غربالگری و درمان آن جهت این منظور توصیه می‌گردد.





اوپہ

فست فود-کافہ-رستوران

☎ ۸۰۰ ۷۰۰ ۳۳۷ - ۱۱

🌐 Ope.restaurant

📍 ساری، بلوار فرح آباد، نبش شفا

📷 [Ope_Cafe_Restaurant](https://www.instagram.com/Ope_Cafe_Restaurant)



تب شالیزار

لپتوسپیروزیس یک بیماری مشترک بین انسان و دام می باشد که اغلب به اسم تب شالیزار در جامعه شناخته میشود. این بیماری از طریق حیوانات وحشی و دام های اهلی به انسان منتقل میشود. ناقل شایع این بیماری جوندگان می باشند. تب شالیزار معمولاً از طریق تماس انسان با آب یا خاک آلوده به ادرار حیوانات به فرد منتقل می شود. کشاورزان و یا افرادی که به نوعی در تماس با حیوانات هستند در معرض خطر بیشتری قرار دارند.



دکتر فاطمه روزبه

متخصص بیماریهای عفونی
عضو هیئت علمی دانشگاه





لپتوسپیروز واکسن جهت انسان ندارد و رعایت بهداشت فردی و دوری کردن از آب های آلوده بهترین اقدام می باشد. در افرادی که مجبور به تماس با آب های راکد با احتمال آلودگی هستند (مثل شالیکاران) توصیه به استفاده از تجهیزات محافظتی (مثل چکمه و دستکش) می شود. بخصوص در زمانی که پوست دست یا پا آسیب دیده باشد. در بعضی از موارد بخصوص ابتلای قبلی از دارو به عنوان پروفیلاکسی (جلوگیری از ابتلا) استفاده می شود.



تب شدید



قرمزی چشم



شکم درد



دردهای عضلانی



لرز



راش پوستی

شایع ترین راه انتقال:

تماس آب آلوده با پوست آسیب دیده یا مخاطات چشمی و دهانی فرد می باشد. تب شالیزار در بیشتر موارد یک بیماری بدون علامت یا با علائم خفیف غیر اختصاصی مثل تب خفیف، سردرد، درد شکم، درد عضلات می باشد.

می توان بر اساس علائم بالینی بیماری را به ۲ مرحله سیتی سمی و واکنش ایمنونولوژیک تقسیم بندی کرد.

بیماران بعد از مرحله سیتی سمی که همراه با تب و دردهای عضلانی بخصوص درگیری عضلات کمری و پاها، تهوع و درد شکم، اسهال، سرفه، التهاب ملتحمه چشمی می باشد ۲ تا ۳ روز بهبودی نسبی پیدا می کنند و بعد در بعضی از موارد وارد مرحله پاسخ ایمنی می شوند.

شایع ترین ارگان های درگیر در بیماری شدید کبد و کلیه می باشد که به صورت هپاتیت حاد، افزایش آنزیم های کبدی و اختلال عملکرد کلیه با بالا رفتن کراتین و اوره و اختلال الکترولیت ها مشخص می شود که به این درگیری همزمان سندرم weils می گویند. افت پلاکت و سلول های خونی و خون ریزی های ریوی از دیگر نشانه های شدت بیماری می باشد.

در هفته اول بیماری (مرحله سیتی سمی) می توان ارگانیزم را با روش های تخصصی از سرم جدا کرد. این روش فقط در آزمایشگاه های تحقیقاتی با میکروسکوپ زمینه سیاه انجام می شود. جدا کردن آنق بادی اختصاصی لپتوسپیروز با روش الایزا بعد از یک هفته از شروع علائم یکی از روش های تشخیصی در دسترس می باشد. در موارد خفیف بیماری می توان از داروهای خوراکی جهت درمان استفاده کرد. در صورتی که علائم بیمار شدید باشد یا وارد فاز ایمنی شده باشد بیمار باید بستری شده و درمان وریدی دریافت کند. بهترین اقدام پیش گیری از ابتلا به بیماری است.



چاقی

چالش قابل پیشگیری

چیزی که امروز چالش بزرگی برای جوامع مثل ایران شده تعریف دقیقی از چاقی فارغ از دنیای مد و زیبایی هست قطعا چاقی به عنوان یکی از مهم ترین شاخص های سلامت جامعه می باشد جالب تر اینکه بر خلاف تصور عموم جامعه مرگ و میر ناشی از چاقی بسیار بیشتر از مرگ ناشی از سوءتغذیه است که همین تناقض خود مهم ترین دلیل برای تعریف درست و برخورد درست و معقول با پدیده چاقی در جوامع بشری است، جالب است بدانیم که چاقی در جوامع فقیر نیز امری شایع است که خود نشان دهنده این مهم است که غذا خوردن بر اساس اصول تغذیه صحیح تنوع، تعادل و تناسب که همواره مشاورین تغذیه بر آن تاکید مضاعف دارند در عین سادگی و قابل فهم بودن تاثیر مهمی بر جلوگیری از چاقی در جامعه دارد، اهمیت اساسی کاهش رژیم غذایی ناسالم و عدم فعالیت بدنی را بر کسی پوشیده نیست اما چرا تا کنون هنوز این معضل جز یکی از بزرگترین چالش ها بالاختص در موارد مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر محسوب می شود، پرسش مهمی است که می بایست به جنبه های مختلف اجتماعی، بهداشتی آن توجه کرد.



سید احمد ربیعی

کارشناس ارشد تغذیه



از آنجا که رتبه اول اضافه وزن و چاقی را کشور داریم ۷۰ درصد جمعیت استان یا چاق هستند و یا اضافه وزن دارند که این میزان از میانگین کشوری ۱۱ درصد بالاتر است می بایست که با اصلاح الگوی زندگی و تغذیه مناسب، آسیب های ناشی از آن کاهش دهیم.

قطعا آسیب شناسی های می بایست در سطح استان در اینخصوص صورت بگیرد از نظر بنده مهم ترین دلیل تغییر سبک زندگی در استان است همچنین اینکه در خانواده ها همسر یا مادر خانواده خود دچار چاقی است قطعا از الگوی درستی برای تغذیه دیگر افراد خانواده نیز استفاده نمی شود.



البته که قابل پیشگیری بودن چاقی آن را از مسئله درمانی به مسئله بهداشتی نیز تبدیل کرده است در آخرین برنامه سازمان بهداشت جهانی همچنین "برنامه جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیردار" قصد دارد ۹ هدف بیماریهای غیرواگیردار تا سال ۲۰۲۵ مشارکت کاهش دهد، از جمله ۲۵ درصد کاهش نسبی در مرگ و میر زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیردار تا سال ۲۰۲۵ و توقف افزایش چاقی جهانی.

از طرفی شیوع چاقی و اضافه وزن در سال های اخیر در کشور یکی از معضلات مهم بهداشت و درمان کشور ما نیز محسوب می شود، مطالعات انجام شده نشان می دهد که استان های مازندران با ۶/۳۲ درصد، اردبیل ۸/۲۹ درصد و سمنان با ۴/۲۹ درصد بالاترین شیوع چاقی در کشور را دارند.

بله متأسفانه استان مازندران پرچمدار این معضل بهداشتی درمانی در سطح کشور است بخصوص وضعیت چاقی و اضافه وزن در میان دانش آموزان بسیار نگران کننده است همچنین این وضعیت در زنان مازندران در مقایسه با مردان وخیم تر است.



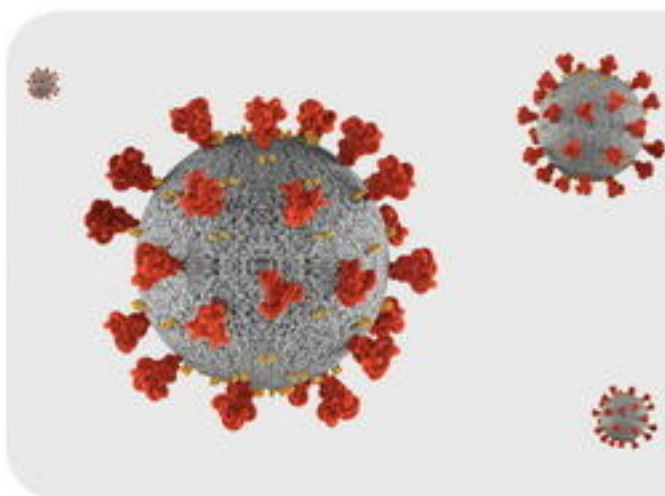
کبد چرب در بسیاری از کشورها از جمله ایران به دلیل سبک زندگی نادرست، مصرف غذاهای آماده و استرس‌های روزانه، کبد چرب به یکی از معضلات حوزه سلامت تبدیل شده است. چاقی شکمی یکی از مهم ترین فاکتورهای مستعد کننده فرد در ابتلا به کبد چرب است همچنین از مشکلات مهمی چون مشکلات اسکلتی عضلانی، افسردگی، ناباروری، مشکلات تنفسی، برخی از انواع سرطان ها می توان نام برد.



از آنجا که دلیل و علت اصلی چاقی و اضافه وزن عدم تعادل بین کالری دریافتی و کالری مصرفی است. قطعا مواردی چون افزایش مصرف غذاهای پرکالری که غنی از چربی هستند، افزایش عدم فعالیت فیزیکی به علت افزایش کارهایی که به صورت نشسته انجام می شوند، تغییر شکل حمل و نقل و افزایش شهرنشینی و در نهایت تغییر در رژیم غذایی و الگوی فعالیت فیزیکی، اغلب نتیجه تغییرات محیطی و اجتماعی وابسته به توسعه و کمبود سیاستهای حمایتی در بخشهایی همچون، سلامت، کشاورزی، حمل و نقل، برنامه ریزی شهری، محیط، فرآوری غذایی، توزیع، بازاریابی و آموزش است را می توان بعنوان آسیب شناسی چاقی برشمرد.

از راهکارهای مقابله با این پدیده نیز مهم ترین راهکار از نظر بنده آگاه سازی افراد جامعه نسبت به تغذیه درست همچنین اطلاع رسانی در خصوص عوارض چاقی اعم از بیماریهای قلبی و عروقی (عمدتا بیماری قلبی و سکت)، دیابت یکی از آشکارترین عوارض چاقی بروز دیابت نوع ۲ است و در لیست بلندبالای بیماری های مرتبط با چاقی، دیابت با اختلاف زیاد در صدر قرار دارد.





طبق آخرین گزارشات وب سایت **mayoclinic** در مورد عوارض چاقی و ارتباط آن با ویروس کرونا می گوید: به نقل از مرکز کنترل و پیش گیری از بیماری (CDC) افراد چاق در خطر بیشتری برای ابتلا به ویروس کرونا و ابتلا به نوع شدیدتر این بیماری هستند. چاقی یکی از ریسک فاکتورهای بیماری کووید ۱۹ است. علاوه بر این، بیماری دیابت که یکی از عوارض چاقی است یکی از ریسک فاکتورهای کرونا به شمار می رود.

در پایان بسیاری از عوارض چاقی خطرناک اند و سلامت فرد را تهدید می کنند. از طرفی کاهش وزن غیراصولی نیز با عوارض جدی همراه است و حتی خطر برخی از مشکلات چاقی را افزایش می دهد. ازاین روی توصیه می شود برای کاهش وزن از مشاور تغذیه کمک بگیرید خلاصه و حرف آخر:

سالمترین روش برای کنترل وزن و چاقی:

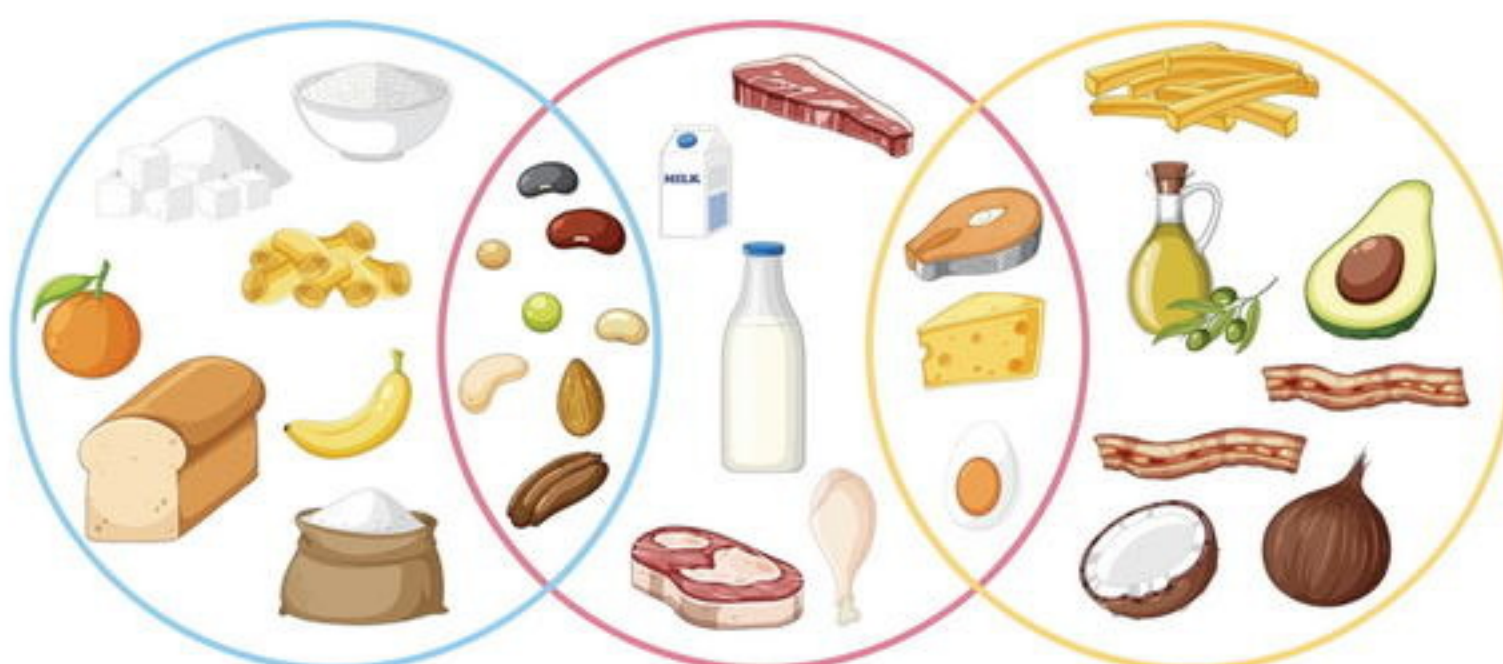
- ۱- درست خوردن ۲- تغییر رفتار ۳- فعالیت بدنی بیشتر
- باقی روشها تجارت است تا درمان.



بعد از دانستن پاسخ این سوال که عوارض چاقی چیست و آشنایی با مهم ترین عوارض چاقی بیشتر افراد به دنبال یافتن روشهایی برای کاهش وزن و به بیانی دیگر درمان چاقی خواهند بود که مهم ترین آن تغییر عادات غذایی است در بیشتر موارد ناآگاهی افراد از عادات غذایی صحیح سبب می شود تا اضافه وزن اتفاق بیفتد. توجه به نکات کوچک غذایی در نهایت سبب کاهش وزن می شود.

چون برنامه غذایی روزانه رابطه مستقیمی با چاقی دارد زیرا کالری دریافتی روزانه از طریق منابع غذایی وارد بدن می شوند. به عنوان مثال اگر برنامه غذایی شما سرشار از چربی و قند باشد به احتمال بسیار زیاد دچار اضافه وزن و چاقی خواهید شد. از جمله غذاهای حاوی نشاسته هم می توان به نان، برنج و ماکارونی که بعنوان پایه رژیم در استان مورد استفاده است. کمبود فیبر در برنامه غذایی روزانه خود از دیگر عوامل موثر بر روی بروز چاقی است.

وجود این فیبرها در برنامه غذایی سبب می شود تا جذب قند و چربی در بدن کاهش پیدا کرده و به این ترتیب از بروز اضافه وزن جلوگیری می شود. فیبرهای نا محلول هم در سبزی، سیوس گندم، نان و غلات وجود دارد. مصرف این دسته از فیبرها سبب عملکرد بهتر سیستم گوارشی و پیشگیری از بروز یبوست می شود.



کربوهیدرات

پروتئین

چربی

سندرم

پاهای بیقرار



دکتر شهریار نامدار

متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
عضو هیئت علمی دانشگاه

در بررسی خانواده این افراد نشان داده شده که ۴۰ تا ۵۰ درصد از اقوام درجه یک این افراد نیز مبتلا می باشند.

تظاهرات حسی RLS به صورت احساس های ناخوشایند سوزش، سوزن سوزن شدن، درد، خارش و حس اینکه چاقو در پا فرو می کنند می باشد. این حس ها اغلب بین زانو تا مچ پا می باشند که منجر به تکان دادن عضو جهت برطرف شدن این حس ها می شود. بعضی از وقتها با پیشرفت بیماری این احساسات در دستها و یا سایر قسمت های بدن نیز ایجاد می شوند. حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از بیماران RLS از یک درد واقعی در اندام تحتانی (نه فقط احساس ناخوشایند) شاکی می باشند. اکثر حرکات پاها، مخصوصا در اوایل بیماری، در شبها مخصوصا زمانی که بیماران در تخت خواب می باشند بوجود می آیند و در مواقعی که بیماری شدت می یابد این حرکات، روزانه، وقتیکه بیماران نشسته و یا خوابیده می باشند نیز بوجود می آیند.

حدودا ۸۰ درصد از بیماران RLS پاهای خود را هنگام خوابیدن نیز حرکت می دهند.

بیماری RLS می تواند اثرات عمیقی بر روی خواب این افراد بگذارد. این افراد اغلب به علت اختلالات خواب به کلینیک های خواب مراجعه می کنند، چه به علت اختلال در شروع به خواب رفتن (خود RLS) و چه به علت اختلال در تداوم خواب (به علت حرکات پای آنها حتی در SLEEP).

سندرم پاهای بیقرار شایعترین بیماری حرکتی است ولیکن برخلاف تعریف واضح از آن، به درستی تشخیص داده و درمان نمی شود. تشخیص براساس شرح حال و بالین می باشد. پنج شرط لازم جهت تشخیص این بیماری در جدول شماره یک توضیح داده شده است. که وجود همزمان همه ۵ شرط در تشخیص ضروری می باشند.

RLS (سندرم پای بی قرار) یک اختلال مادام العمری حسی- حرکتی می باشد که اغلب در سنین جوانی ایجاد می شود. لکن، تشخیص آن تا سنین میانسالی و یا پیری به تعویق می افتد. شیوع RLS با افزایش سن بالا می رود. شیوع کلی این بیماری حدود ۷/۲٪ می باشد. شیوع در آسیا کمتر می باشد که بیانگر تاثیر نژاد و شرایط اقلیمی در استعداد به ابتلای بیماری می باشد.

در اغلب مطالعات، شیوع در بانوان بیشتر از آقایان می باشد و بیماری به تدریج پیشرفت می کند.

استفاده از حمام آب گرم و ماساژ پاها در زمان خواب و ورزش خفیف تا متوسط نیز ممکن است در موارد خفیف موثر باشند.

درمانهای دارویی شامل چهار دسته دارویی می شوند:

- ۱- داروهای Dopaminergic < levodopa-carbidopa
- ۲- Dopamin agonist < pramipexole
- ۳- بنزودیازپین ها < clonazepam
- ۴- ضد تشنج ها < Gabapentin-Pregabalin
- ۵- opiates < methadone-codein-oxycodon

در بیماران خفیف می توان از اقدامات غیر دارویی با یا بدون گاباپنتین یا پره گابالین سود جست. و در بیمارانی که به درمان مقاوم می باشند از ترکیب ۲ یا ۳ دارو میتوان بهره جست. بهتر است درمان دارویی یک و نیم تا دو ساعت قبل زمان خواب داده شود.

در خیلی از بیماران Idiopathic RLS سطح خونی آهن و فریتین پایین می باشد و درمان ترکیبی آهن خوراکی + اسید اسکوربیک (که جذب آهن را بیشتر می کند) کمک کننده است.

دراکثر بیماران RLS، بیماری، به تنهایی با درمان دارویی قابل کنترل است. لکن وقتی که علائم خیلی شدید و ناتوان کننده باشند (علی رغم درمان دارویی)، تحریک عمقی مغز (گلوبوس پالیدوس) می تواند به درمان کمک کند.

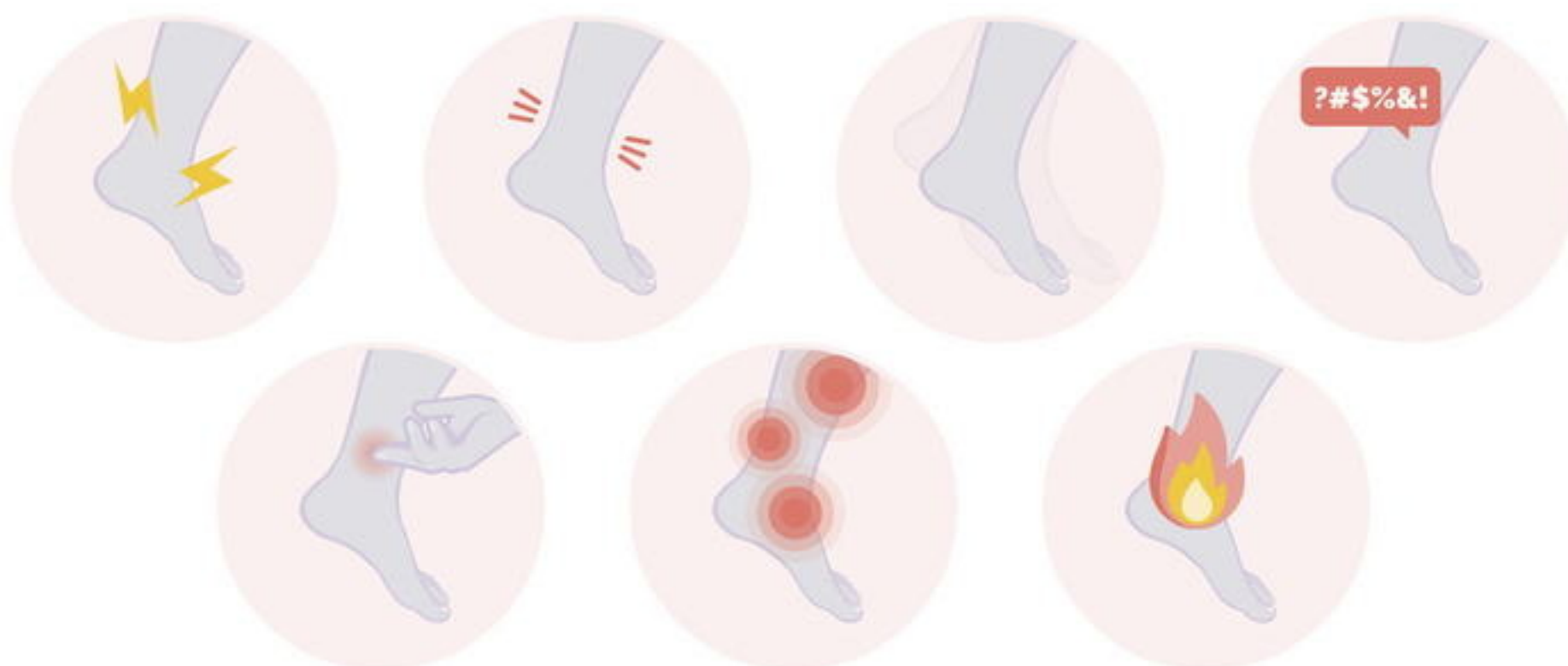
معاینات نورولوژیک در موارد ایدیوپاتیک این بیماری نرمال است.

جهت اینکه تشخیص بیمار را RLS بگذاریم باید RLS را از شرایطی که RLS را تقلید می کنند افتراق دهیم. آکاتیژیا موردی است که افتراق آن از RLS، سخت و مهم می باشد. شرح حالی که از این بیماران می گیریم باید شامل جزئیات شکایت اخیر بیمار، مدت و ماهیت اختلال حسی - حرکتی موجود و همچنین توجه به اختلالات مشابه در فامیل بیمار، مشکلات روانپزشکی بیمار و داروهای که مصرف می کند باشد. جهت تشخیص RLS باید پنج مورد کرایتیا، با یا بدون موارد Supportive وجود داشته باشند. (جدول یک و دو)

هم درمان های دارویی و هم اقدامات غیر دارویی در درمان RLS استفاده می گردند.

در موارد خفیف، اقدامات غیر دارویی به تنهایی کفایت می کنند و در موارد متوسط و شدید هم از درمانهای دارویی و هم اقدامات غیر دارویی استفاده می کنیم.

از جمله اقدامات غیر دارویی می توان به رعایت مسائل بهداشت خواب (خوابیدن در اتاق خنک، تاریک و بدون صدا، عدم استعمال سیگار و مشروبات الکلی در شب و ...)، پرهیز از کم خوابی و پرهیز از استعمال موادی که موجب شروع یا تشدید RLS می شوند (کافئین، الکل، سیگار، آنتی هیستامین ها، نورولپتیک ها، TCA ها، SSRI ها، داروهای ضد تهوع) اشاره نمود.





جدول شماره ۱

۵ کرایتریای ضروری جهت RLS	
۱	نیاز به تکان دادن پاها که اغلب (ولی نه همیشه) همراه است با احساس ناخوشایند در پاها (سوزن سوزن شدن، گزگز، ...)
۲	این نیاز به تکان دادن پاها در طی لحظات سکون و یا بی تحرکی مثل نشستن و یا دراز کشیدن، شروع و یا بدتر می شود.
۳	این نیاز به تکان دادن پاها به طور جزئی و یا کامل با حرکت دادن و یا کشیدن پاها (تا زمانی که حرکت ادامه پیدا می کند) برطرف می شود.
۴	این نیاز به تکان دادن پاها در طی شب نسبت به روز بدتر می باشد و یا فقط شب ها وجود دارد.
۵	این موارد بالا به علل بیماریهای دیگر (میالژی - آرتریت - استاز ویدی - کرامپ) بوجود نیامده باشند.

جدول شماره دو (یافته های حمایت کننده از RLS)

یافته های زیر از تشخیص RLS حمایت میکنند لکن جهت تشخیص ضروری نمی باشند و در بیمارانی که در مورد تشخیصشان شک بالینی داریم کمک کننده می باشند:	
۱	تکان دادن پاها در SLEEP و یا طی روز با فرکانس و شدتی فراتر از انتظار جهت سن بیمار.
۲	پاسخ به درمان دوپامینرژیک (حداقل در ابتدا)
۳	وجود RLS در بستگان درجه اول بیمار
۴	فقدان خواب آلودگی روزانه عمیق در بیمار



پدیده های معماری داخلی در ساری

آقا و خانم لیماک

مهندس حسین فغانی از سال ۱۳۸۸ بصورت حرفه ای فعالیت خود را در زمینه اجرای دکوراسیون آغاز نمود و پس از ازدواج با مهندس فاطمه حبیبی در سال ۱۳۹۶ که دانش آموخته و فعال در حوزه معماری بود، لیماک در سال ۱۳۹۸ متولد شد. لیماک با ایجاد طوفان فکری با حضور کارفرما ، ایده طراحی متناسب با نیازهایش را می یابد و با سه بعدی سازی پروژه ، ایده ها به واقعیت تبدیل می شوند و نتیجه دستاورد ما پروژه های موفق بسیاری است که همراه با رضایت مندی کارفرما در صفحه اینستاگرام مان به نمایش گذاشته شده است. باکارآفرینی و جذب متخصصین خلاق، هم اکنون لیماک، بزرگ ترین شوروم معماری داخلی شمال ایران می باشد.

با انعقاد تفاهم نامه همکاری لیماک با
نظام پزشکی ساری، تخفیف و شرایط ویژه
برای پزشکان عزیز در نظر گرفته شده است.

چرا لیماک؟!

۱. سلیقه و درک نیاز شما برای ما مهم است، چون قرار است شما در آن مکان زندگی کنید و حس خوب داشته باشید.
 ۲. استفاده بهینه از فضا و کاربردی بودن طراحی، خیالتان را بابت اینکه هیچ فضای پرتی نخواهید داشت، راحت میکند.
 ۳. خوش قولیم! پروژه شما، پروژه ماست و همیشه زودتر از موعد تحویل خواهید گرفت.
 ۴. تضمین ۹۵ درصدی تطابق طرح سه بعدی و اجرای نهایی
 ۵. فراتر از هزینه ، خدمات دریافت میکنید و رضایتتان همه جانبه جلب خواهد شد.
 ۶. یک پکیج طلایی در اختیار دارید. از ایده پردازی، طراحی، تامین تمام متریال و اجرای صفر تا صد پروژه فقط بایک نفر طرف هستید.
 ۷. تضمین کیفیت متریال با استفاده از بهترین برندهای موجود.
- آدرس لیماک:** ساری، خیابان شیخ طبرسی، نبش طبرسی ۹ و شماره های ارتباط با آن ۶۷۲۷ ۲۵۸ ۰۹۱۱ و ۶۷۰۴ ۲۶۹ ۰۹۱۱ و صفحه اینستاگرام آن limak.design می باشد.





امیرحسین پورمحمد

فیزیوتراپیست

پیچ خوردگی مچ پا

اپیدمیولوژی:

اسپرین مچ پا یک آسیب شایع است. بروز اسپرین مچ پا در جوامع ورزشی بیشتر است. توان بخشی ضعیف بعد از پیچ خوردگی اولیه احتمال وقوع این آسیب را افزایش می‌دهد.

در مطالعات مشابه دیده شده که افرادی بین سن نوجوانی و جوانی می‌باشند بیشترین میزان پیچ خوردگی مچ پا را داشته‌اند زیرا می‌تواند این ارتباط با فعال تر بودن آنها مرتبط باشد. از طرفی تحقیقات نشان داده است که بیش از ۵۰ درصد آسیب‌های پیچ خوردن مچ پا به علت صدمات ناشی از ورزش می‌باشد. و این می‌تواند نکته بسیار مهمی برای متخصصین علوم ورزش برای نقش پیشگیری از وسایل کمکی در میزان بروز آسیب را توجیه کند.

آسیب‌های لیگامان تقریباً ۵۳٪ از کل آسیب‌های مچ پا را شامل می‌شود. یک متا آنالیز نشان داد که ورزش‌های داخل سالن بیشترین ریسک اسپرین مچ پا را شامل می‌شوند. نرخ شیوع انکل اسپرین عموماً در رشته بسکتبال بیشتر می‌باشد. همچنین میزان وقوع مجدد این آسیب در این رشته بیشتر می‌باشد. ورزشکارانی که دارای بی ثباتی عملکردی مچ پا هستند، نیازمند مراقبت مداوم به منظور فعال ماندن و اجرای عملکرد بهینه می‌باشند.

کالبد شناسی:

در مجموعه لیگامان‌های مچ پا، بیش‌ترین آسیب مربوط به لیگامان (ATFL) می‌باشد. موقعیت آناتومیک آن‌ها و مکانیسم آسیب اسپرین مچ پا به این معنی است که لیگامان‌های (PTFL) و (CFL) مقدار کمتری از بارهای مخرب را تحمل می‌کنند و این امر احتمال آسیب رساندن به آن‌ها را کاهش می‌دهد. اسپرین مچ پا با دورسی فلکشن به همراه اینورژن (چرخش داخلی) و نیز با چرخش خارجی (اورژن) مچ پا به همراه دورسی فلکشن، رخ می‌دهد.

ریسک فاکتورهای ایجادکننده آسیب مچ پا

- فعالیت‌های ورزشی به خصوص مواردی که با برخوردهای شدید همراه باشد
- سطوح ناهموار فعالیت در سطوح نامنظم و لغزان
- آسیب‌های قبلی در مفصل مچ پا
- فیزیکی بدنی نامناسب
- کفش‌های نامناسب
- عوامل ایجاد کننده پیچ خوردن مچ پا شامل:
- پیچ خوردن مچ پا در سطوح ناهموار
- فرود ناصحیح و پیچ خوردن مچ پا
- برخورد با شخص مقابل و یا تروما

جلوگیری از آسیب پیچ خوردگی مچ پا:

- برای جلوگیری از آسیب پیچ خوردن در مچ پا لازم است که به نکات زیر توجه نمود
- گرم کردن صحیح در فعالیت‌های ورزشی
- توجه ویژه به فعالیت‌ها در سطوح ناهموار
- استفاده از بریس‌ها و ساینورت‌کننده‌های مچ پا در صورتی که آسیب قبلی در آن ایجاد شده باشد
- استفاده از کفش‌هایی که متناسب با پای شما باشد، نه بزرگ نه کوچک
- استفاده از کفش‌هایی با پاشنه کوتاه‌تر
- گنجانیدن برنامه‌های تقویت عضلات ناحیه مچ پا و تمرینات بالانس
- توجه به تمرینات انعطاف پذیری در عضلات
- پرهیز از انجام فعالیت‌های ورزشی که می‌تواند مخاطره آمیز باشد

مکانیزم وقوع آسیب:

جهت	مکانیزم آسیب	لیگامنت های تحت فشار
خارجی	چرخش رو به داخل / پشتاز فلکشن	anterior talofibular calcaneo-fibular posterior talofibular
داخلی	چرخش رو به خارج	posterior tibiotalar tibiocalcaneal tibionavicular anterior tibiotalar
پایین	چرخش خارجی / دورس فلکشن	anterior-inferior tibiofibular posterior-inferior tibiofibular transverse tibiofibular interosseous membrane interosseous inferior transverse

معاینه بالینی:

توسط پزشک (ارتوپد/ طب فیزیکی/متخصص آسیب ورزشی) و یا توسط فیزیوتراپیست انجام میشود طی معاینه تست های فیزیکی بیانگر وسعت آسیب هستند حتی پزشک یا فیزیوتراپیست شما ممکن است شما را برای انجام عکس برداری توسط اشعه ایکس یا ام آر ای معرفی کند.

نسبت جنس در پیچ خوردگی مچ پا

در مطالعات مختلف مشاهده گردیده است که در سنین نوجوانی و جوانی میزان پیچ خوردن مچ پا در آقایان نسبت به خانم ها بیشتر بوده در حالی که در سنین ۳۰ سال و بالاتر این نسبت در خانم ها نسبت به آقایان بیشتر می شود.

بعد از آسیب چیکار کنیم؟

۱- رژیم PRICE تا ۴۸ ساعت بعد از آسیب انجام شود
Protection-rest-ice-compression-elevation
این رژیم به ترتیب شامل کلمات محافظت از مفصل، استراحت، یخ، کامپرسن (تحت بانداژ فشاری)، بالا نگه داشتن مفصل از سطح قلب

مراجعه به پزشک برای عکس برداری و اقدامات مربوطه بسته به درجه آسیب بی حرکتی از ۲ تا ۶ هفته داده میشود

۳- مراجعه به فیزیوتراپیست برای بازتوانی و بازگشت به ورزش
***البته درمقالات جدید در درجه ۱ آسیب دیدگی توصیه به گچ گیری نمیشود زیرا میزان محدودیت حرکت وضعف عضلانی را افزایش میدهد و بازگشت به ورزش را به تعویق می اندازد.

کدام ورزش ها بیشتر در معرض این آسیب هستند:

۱: بسکتبال

۲: والیبال

۳: فوتبال

طبقه بندی آسیب

پیچ خوردگی مچ پا درجه یک: در این حالت کمتر از ۵۰ درصد فیبرهای رباط مفصل مچ پا به خصوص رباط تالوفیولار دچار کشیدگی و پارگی شده است.

پیچ خوردگی مچ پا درجه ۲: در این حالت بیش از ۵۰ درصد فیبرهای رباط مفصل مچ پا به خصوص رباط تالوفیولار دچار کشیدگی و پارگی شده است.

پیچ خوردگی مچ پا درجه ۳: در این حالت کاملاً فیبرهای رباط دچار پارگی کامل شده است



درجه بندی بر اساس observation

خفیف: تورم - درد - کبودی جزئی

متوسط: تورم بیشتر - درد بیشتر - کبودی دور قوزک و حتی کنار پا - حساس به لمس

شدید: تورم خیلی بیشتر - درد خیلی بیشتر - کبودی حتی تا کف پا و انگشتان - حساس به لمس

*** در نظر داشته باشید که این پایان درمان برای یک ورزشکار حرفه‌ای و نیمه حرفه‌ای نیست و اصلی‌ترین بخش برای این عزیزان بازتوانی برای بازگشت به ورزش می‌باشد در این مرحله تمرینات تعادلی، تمرینات چابکی، تمرینات بازگشت حس عمقی، تمرینات عصبی-عضلانی جزو ارکان اصلی تمرینات این بخش می‌باشد.



چرا فیزیوتراپیست؟

مهمترین رکن این آسیب بازتوانی می‌باشد که توسط فیزیوتراپیست‌ها انجام می‌شود مراحل انجام شامل: درمان غیر جراحی در پیچ خوردگی مچ پا شامل فیزیوتراپی و تکنیک‌های بستن آتل در مفصل مچ پا می‌باشد. همچنین جهت جلوگیری از وزن اندازی در مفصل مچ پا استفاده از کراچ و عصا توصیه می‌شود. برای کنترل درد و التهاب می‌توان از داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی نیز استفاده نمود. به طور کلی درمان پیچ خوردگی مفصل مچ پا در سه فاز خلاصه می‌شود:

فاز اول:

شامل استراحت، حمایت و استفاده از تکنیک‌های پرایس می‌باشد.

فاز دوم:

شامل بازگشت دامنه حرکتی در مفصل قدرت و انعطاف پذیری می‌باشد.

فاز سوم:

شامل تمرینات قدرتی و استقامتی و بازگشت به شرایط قبل از آسیب می‌باشد

فیزیوتراپی در پیچ خوردگی مچ پا

فیزیوتراپی به عنوان یکی از موثرترین روشهای درمان غیر جراحی در پیچ خوردگی‌های مچ پا محسوب می‌شود که می‌تواند منجمله:

- استفاده از گرما و الکتروتراپی در بهبود گرفتگی‌های عضلانی
- امواج صوتی یا اولتراسوند در بهبود ترمیم ناحیه
- استفاده از امواج شورت ویو دیاترمی
- تیپینگ و بریس‌های کمکی
- تقویت عضلات از طریق تمرینات طبی
- ماساژ و ریلکسیشن و مایوفاشیال ریلیز
- استفاده از لیزرهای کم توان و پرتوان در ترمیم ضایعات
- بهره‌مندی از خواص مثبت میدان‌های مغناطیسی یا مگنت در ترمیم ضایعات موجود
- ایجاد بازخوردهای کلامی و بینایی در تمرینات اصلاحی و تعادلی نیدلینگ و استفاده از الکتروتراپی همراه با آن در کاهش تنشهای عضلات درگیر که یکی از موثرترین روش‌ها در کاهش دردهای این گونه بیماران می‌باشد استفاده نمود.

وب گردی

علائم کمبود ویتامین B12

علائم کمبود ویتامین B12 در بدن شامل ضعف و خستگی، اختلالات شناختی، بی‌حسی دست و پاها، مشکلات بینایی، زخم‌های دهان، اختلال تعادل و رنگ‌پریدگی می‌شود.



تاثیر ویتامین D بر سلامت قلب

حفظ سطح مناسب ویتامین D و ورزش روزانه ممکن است اثرات ضدالتهابی داشته باشد که می‌تواند برای سلامت قلب مفید باشد.



آیا امواج موبایل باعث بروز تومور مغزی می‌شود؟

مطالعات انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) نشان می‌دهد که تشعشعات تلفن همراه به صورت قطعی باعث ایجاد تومورهای مغزی نمی‌شود.



مزایای مصرف گردو چیست؟

مصرف گردو به بهبود سلامت مغز، کاهش استرس و بهبود عملکرد روده کمک می‌کند.



عوارض جانبی خواب ناکافی چیست؟

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که نداشتن خواب کافی خطر بروز بیماری‌های قلبی و دیابت را افزایش می‌دهد.



دلیل پایین نیامدن سطح قند خون چیست؟

غذا خوردن آخر شب مانع کنترل سطح قند خون می‌شود، به طوری که مصرف میان‌وعده‌های پرکربوهیدرات یا شیرین نزدیک زمان خواب باعث افزایش قند خون می‌شود.



چگونه احتمال بروز افسردگی را کاهش دهیم؟

تنهایی و انزوا می‌تواند احساس افسردگی را تشدید کند، بنابراین سعی کنید صبح‌ها پس از بیدار شدن از خواب با عزیزان خود ارتباط برقرار کنید.



غذاهای مناسب برای سلامت قلب کدام است؟

گنجاندن غذاهای سرشار از آنتی‌اکسیدان در رژیم غذایی برای بهبود سلامت قلب بسیار مهم و حیاتی است.



اشتباهات رایج پس از غذا خوردن چیست؟

دراز کشیدن بلافاصله پس از غذا خوردن باعث بروز سوزش و رفلاکس اسید معده می‌شود.



آلودگی هوا باعث به دنیا آمدن نوزادان کم‌وزن می‌شود

اطلاعات ارائه شده نشان می‌دهد زنان بارداری که در معرض آلودگی هوا قرار می‌گیرند، احتمال بیشتری دارد که نوزادان کم‌وزن به دنیا بیاورند.



مجله سیمرغ طبرستان

SIMORGH MAGAZINE OF TABARISTAN



سازمان نظام پزشکی ساری

شورای هماهنگی نظام پزشکی مازندران



sarinezampezeshki@yahoo.com



ساری، خیابان پیروزی، نبش پیروزی ه،
سازمان نظام پزشکی ساری



www.mazimc.com



Nezampezeshki.sari



۳۳ - ۳۳۲۰۱۵۳۰ هـ