

مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

پزشک

ویرایش دوم

مرداد ۹۶

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت جوانان

تهیه کنندگان : دکتر محمد اسماعیل مطلق ، دکتر گلایل اردلان ، نسرين کيانپور

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدری ، دکتر ناصر کلانتری ، دکتر محمد مهدی گویا ، دکتر محمد اسلامی ، دکتر تقی یمانی ، دکتر مینوالسادات محمود عربی ، دکتر مجذوبه طاهری ، دکتر منوچهر زینلی ، طاهره امینایی ، مرضیه دشتی ، لیلا رجائی ، دکتر طاهره سماوات ، عالیہ حجت زاده ، دکتر فروزان صالحی ، مینا مینایی ، دکتر پریسا ترابی ، خدیجه فریدون محصلی ، دکتر محسن زهرایی ، دکتر نسرين محمودی ، دکتر مهشيد ناصحي ، دکتر مهدی نجمی ، معصومه افسری ، دکتر محمود نبوی ، دکتر عباس صداقت ، دکتر کیانوش کمالی ، دکتر حمیرا فلاحی ، دکتر ناهید جعفری ، دکتر حسین کاظمینی ، دکتر سیدعلیرضا مظهری ، دکتر محمدرضا رهبر ، دکتر شهرام رفیعی فر ، دکتر پژمان اقدک ، دکتر غلامرضا بهرامی ، راضیه امیدی ، دکتر رویا کلیشادی ، فرشته فقیهی ، مریم فراهانی ، دکتر ماهرخ کشوری ، دکتر شهین یاراحمدی ، دکتر معصومه علیزاده ، دکتر اشرف سماوات ، دکتر احمد حاجبی ، دکتر محمود نبوی ، دکتر مهدی نجمی ، دکتر حسین معصومی اصل ، دکتر مشیانه حدادی ، دکتر حسن نوری ساری ، مهندس آیتا رضایی ، دکتر حسین خوشنویسان ، دکتر نادره موسوی فاطمی ، دکتر انوشه صفرچراتی ، دکتر میترا حفاظی ، سمیه یزدانی ، مریم مهربانی ، دکتر علیرضا نوروزی ، مهر و محمد صادقی ، طاهره زیادللو ، علی اسدی که در تهیه و تدوین این مجموعه ما را یاری نمودند .

به نام خدا

مقدمه:

جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی ۱۸-۲۹ اطلاق می گردد. هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتاً از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می آید و در نتیجه ویژگیها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می کنند که تامین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است. این نیازها عبارتند از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این رو تامین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است.

این مهم در قانون نیز لحاظ گردیده است، بطوریکه مطابق اصول ۲۹، ۴۳ و بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برنامه ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم ترین وظایف دولت است. از این رو توجه خاص به نیازمندی های ویژه گروه های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند ۲ سیاست های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان محور و تک بعدی نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تئاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می شود، ایجاب می کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود ۲۴ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه سازی اهداف، سیاست ها، راهبردها و برنامه های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال را با اتخاذ رویکرد بین بخشی و کل نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می نماید.

بسته پیش رو، یکجای ارائه خدمت برای پزشکان می باشد. که شامل بخش های ارزیابی، طبقه بندی و اقدام می باشد. هر قسمت دربردارنده مفاهیمی است که در ذیل به پاره ای از آنها اشاره مختصری بدانها خواهد شد:

مفهوم رنگ ها

در چارت های بخش اقدام از چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و سفید استفاده شده است.

الف - رنگ قرمز نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی است.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی طی ۲۴ ساعت است.

پ - رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع است.

ت - رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و پزشک بر اساس دستورالعمل اقداماتی انجام می دهد.

در بخش توصیه ها : توصیه های آموزشی لازم برای ارائه به خانواده ها ، وجود دارد .

این مجموعه موارد ذیل را در بر می گیرد:

معاینات جسمی: بررسی وضعیت عمومی بینایی 'شنوایی' گوش و حلق و بینی، گردن، قلب، ریه، شکم، اندام ها، اعصاب و روان، پوست، تناسلی ادراری، کلیه ها، ستون مهره ها، مفاصل، Life style(تغذیه، فعالیت بدنی و سابقه مصرف مواد)، وضعیت ایمن سازی و گرفتن سابقه بیماری در هر یک از دستگاه های بدن، که توسط پزشک عمومی انجام شده و در صورت لزوم برای انجام آزمایش های پاراکلینیک یا درمان ، به آزمایشگاه یا مراکز تخصصی ارجاع می شود. ضمناً " پیگیری تا بهبودی یا حفظ شرایط موجود، ادامه خواهد یافت.

معاینات دهان و دندان : دهان و دندان فرد مراجعه کننده از نظر وضعیت عمومی، Oral hygiene و Gingiva توسط پزشک یا دندانپزشک مورد بررسی قرار می گیرد و در صورت لزوم برای انجام آزمایش های پاراکلینیک یا درمان ، به آزمایشگاه یا مراکز تخصصی ارجاع می شود. ضمناً " پیگیری تا بهبودی یا حفظ شرایط موجود، ادامه خواهد یافت.

سلامت روان: سلامت روان از طریق مصاحبه و مشاوره ، توسط روانپزشک یا روانشناس یا پزشک عمومی دوره دیده طبق بسته مربوطه بررسی و در صورت لزوم پیگیری ادامه خواهد یافت. ضمناً برای اولین بار این مجموعه شامل ابزار سنجش سلامت در بحث خود مراقبتی به صورت خود ارزیابی توسط فرد مراجعه کننده می باشد که ابعاد جسمانی و غیر جسمانی را شامل می شود . این مجموعه حاصل همکاری کارشناسان وزارت بهداشت (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و دفاتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد ، دفتر آموزش و ارتقا سلامت ، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ، دفتر بهبود تغذیه جامعه، مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر ، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی) می باشد و به منظور یکسان سازی فرمت جمع آوری داده ها در راستای مداخلات یکدست و تاثیر گذار طراحی شده است . به امید اینکه باتهییه این مجموعه گامی هرچند کوچک در تامین سلامت جوانان کشور برداشته، راهگشای پزشکان محترم این مرزوبوم بوده و رضای حق تعالی را جلب کرده باشیم.

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.	BMI کم تر ۱۸/۵	لاغر	بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	BMI بین ۲۹/۹ - ۲۵	اضافه وزن	- اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و <u>در صورت بالا بودن هر یک از آن ها</u> ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر یک ماه تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار
	BMI بالای ۳۰	چاق	- اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و <u>در صورت بالا بودن هر یک از آن ها</u> : ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص ارجاع به کارشناس تغذیه ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن و کنترل دوره ای، هر یک ماه یک بار تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار

فرآیند و اجرا

فرآیند	مسئول اجرا	محل اجرا	زمان اجرا	تجهیزات و ابزار	منبع
۱ معاینات بالینی	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	- ترازوی استاندارد - قدسنج- فشارسنج و گوشه	بسته خدمت سلامت
۲ تشخیص بیماری	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	- ترازوی استاندارد - قد سنج- فشار سنج و گوشه و آزمایشات پاراکلینیک	بسته خدمت سلامت
۸ تشخیص بیماری های همراه	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	- ترازوی استاندارد - قدسنج- فشارسنج و گوشه و آزمایشات پاراکلینیک	بسته خدمت سلامت
۹ درخواست آزمایشات مورد نیاز	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه در صورت لزوم	آزمایشگاه مجهز و در دسترس	- بسته خدمت سلامت استاندارد شناسنامه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیمارها
۱ تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک- مولتی ویتامین، آهن) در صورت لزوم یا مطابق برنامه کشوری برای گروه های خاص	پزشک / کارشناس تغذیه	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه در صورت لزوم	مکمل های غذایی (آهن- اسید فولیک- قطره A&D ، مولتی ویتامین ،مگادورز ویتامین D)	کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) دستورالعمل های مربوطه ، سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) دستورالعمل های مربوطه
۱ ارجاع به مشاور تغذیه در اندیکاسیون های تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	ارجاع از سوی پزشک	فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک	کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه)
۱ - پی گیری درمان بیمارهای مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی،فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدمی، هیپو تیروئیدی،و.....	پزشک/ کارشناس تغذیه	مرکز جامع خدمات سلامت	بر حسب زمانبندی اعلام شده قبلی	فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک	کتاب مرجع پزشکی / بین المللی مرجع تغذیه

طبقه بندی وزن بدن افراد بزرگسال بر اساس نمایه توده بدن (BMI)^۱

نمایه توده بدن	طبقه بندی
$< 18/5$	لاغر 
$18/5 - 24/9$	در محدوده وزن طبیعی 
$25 - 29/9$	اضافه وزن 
$30 - 34/9$	چاقی درجه ۱ 
$35 - 39/9$	چاقی درجه ۲ 
> 40	چاقی درجه ۳ 

شرح وظایف پزشک مرکز جامع خدمات سلامت در حوزه مراقبت های تغذیه ای:

۱. آزمایشات مورد نیاز در بیماریها را درخواست نماید.
۲. با اندیکاسیون های ارجاع به کارشناس تغذیه آشنایی داشته باشد.
۳. مکمل های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن) را مطابق برنامه کشوری برای گروه های خاص تجویز کند
۴. برای دریافت رژیم غذایی مناسب در بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا، دیابت و چاقی، موارد را به مشاور تغذیه ارجاع دهد.
۵. نتیجه مشاوره کارشناس تغذیه را در برگه پس خوراند جهت تکمیل خدمات درمانی مراجعه کننده بیمار کنترل نماید
۶. درمان بیماریهای مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند چاقی، لاغری و کم وزنی کودکان، فشار خون بالا و دیابت را پی گیری نماید
۷. از سالم و استاندارد بودن ابزار اندازه گیری و توزین (ترازو، قد سنج، فرمها و نمودارها و...) اطمینان کامل داشته باشد

۸- از صحت ودقت اندازه گیری های آنتر و پومتری و رسم نمودارهای رشد کودک و وزن گیری مادر باردار توسط مراقبین سلامت اطمینان کامل داشته باشد .

- ۹- از تعداد مبتلایان به بیماریهای مرتبط با تغذیه (سوءتغذیه کودکان ، سوء تغذیه دانش آموزان ، کم خونی مادران باردار ، فشارخون بالا ، دیابت ، اضافه وزن وچاقی ، اطلاع داشته باشد .
- ۱۰- از اندیکاسیون های ارجاع به کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد .
- ۱۱- آمار تعداد ارجاعات مستقیم پزشک به کارشناس تغذیه را در دسترس داشته باشد.
- ۱۲- از تعداد موارد غربالگری تغذیه ، توسط مراقبین اطلاع کامل داشته باشد.
- ۱۳- از تعداد کل موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه وتعداد پرونده های تشکیل شده اطلاع داشته باشد .
- ۱۴- از عملکرد کارشناس تغذیه در خصوص نظارت بر عملکرد تغذیه ای مراقب سلامت آگاهی داشته باشد.
- ۱۵- از عملکرد کارشناس تغذیه ای در خصوص مدیریت و اجرای برنامه های تغذیه نظیر آهن یاری ، مکمل یاری ویتامین د ، برنامه وزن گیری مادران باردار ،مکمل یاری هفته بسیج آموزش تغذیه ، آگاهی داشته باشد .

ارزیابی وضعیت قلبی عروقی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
اندازه گیری فشارخون دوبار به فاصله پنج دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مینا قراردادن فشارخون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گیری فشارخون پا (جهت		فشار سیستولیک ۱۵۹-۱۴۰ و دیاستولیک ۹۹-۹۰. فشارخون بالا مرحله I	الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم ب- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست)
ردکوارکتاسیون آئورت) در موارد اختلاف کیفیت نبض در اندام های فوقانی و تحتانی، بررسی وریدهای ژوگولر از نظر اتساع آن ها و موج های غیرطبیعی بررسی نبض های کاروتید، فمورال و نبض های محیطی دیگر، بررسی اندازه تیروئید و قوام آن، معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در rate، ریتم، وجود heave یبونی، click، سوفل، S3 , S4 معاینه ریه ها و بررسی وجود رال و برونکواسپاسم (ویز)، معاینه شکم، بررسی وجود bruit در شکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضربان آئورت شکمی، بررسی اندام ها و ضمائم پوستی اندام های تحتانی و وجود ادم، بررسی نورولوژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بر بیماری نورولوژیکی مانند فلج اندام ها		فشار سیستولیک ۱۶۰ و بیشتر و دیاستولیک ۱۰۰ و بیشتر، فشارخون بالا مرحله II	پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست) ارجاع فوری جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه
	ممکن است فرد علامت خاصی نداشته باشد و یا در بعضی موارد سردرد یا سرگیجه یا علامت سنگینی داشته باشد	پیش فشارخون بالا ۱۲۰-۱۳۹ سیستولیک و دیاستولیک ۸۹-۸۰ (پره هیپرتانسیون)	تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم ارجاع به سطح اول خدمات برای مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر
		فشار خون طبیعی (سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و دیاستولیک کمتر از ۸۰)	- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم : غربالگری سه سال بعد

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

- معاینه فیزیکی

معاینه فیزیکی فرد شامل موارد زیر می‌باشد:

- اندازه گیری فشارخون دوبار به فاصله پنج دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مینا قراردادن فشارخون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گیری فشارخون پا (جهت ردکوارکتاسیون آئورت) در موارد اختلاف کیفیت نبض در اندام‌های فوقانی و تحتانی
- اندازه‌گیری BMI، نسبت دورکمر به دورباسن
- بررسی وریدهای ژوگولر از نظر اتساع آن‌ها و موج‌های غیرطبیعی
- بررسی نبض‌های کاروتید، فمورال و نبض‌های محیطی دیگر
- بررسی اندازه تیروئید و قوام آن
- معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در rate، ریتم، وجود heave بطنی، click، سوفل، S3 , S4
- معاینه ریه‌ها و بررسی وجود رال و برونکواسپاسم (ویز)
- معاینه شکم، بررسی وجود bruit درشکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضریان آئورت شکمی
- بررسی اندام‌ها و ضمائم پوستی اندام‌های تحتانی و وجود ادم
- بررسی نورولوژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بر بیماری نورولوژیکی مانند فلج اندام‌ها

تعریف فشارخون

فشارخون به دو عامل مهم یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آئورت پمپ می‌شود (حدود ۶-۵ لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ‌ها وجود دارد، بستگی دارد. فشار خون حاصل ضرب برون ده قلب و مقاوت عروق محیطی است .

با تغییر برون ده قلب یا مقاومت رگ، مقدار فشارخون تغییر می‌کند. در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می‌گیرند فشارخون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان‌ها ایجاد می‌شود

طبق آخرین گزارش موسسه ملی قلب و ریه و خون (NHLBI) و هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا (JNC7) و طبقه بندی جدید برای افراد ۱۸ سال

و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا ۱۳۹-۱۲۰/۸۰-۸۹، فشارخون بالای درجه یک ۱۵۹-۱۴۰/۹۰-۹۹ و فشارخون بالای درجه دو ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است.

در این طبقه بندی آستانه فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری‌های همراه تعیین شده است:

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7

فشارخون	فشارخون طبیعی	پیش فشارخون بالا	فشارخون بالای درجه ۱	فشارخون بالای درجه ۲
فشارخون سیستول (mm Hg)	کمتر از ۱۲۰	۱۳۹-۱۲۰	۱۵۹-۱۴۰	۱۶۰ و بیشتر
فشارخون دیاستول (mm Hg)	کمتر از ۸۰	۸۹-۸۰	۹۹-۹۰	۱۰۰ و بیشتر

اگر فشارخون بطور دائمی و در طی چندین اندازه گیری و در چند موقعیت مختلف بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا می‌گویند. فشارخون یک پدیده همودینامیک است که تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد. تاثیر این عوامل و شرایط بر فشارخون مهم است و اغلب سبب افزایش فشارخون بیش از ۲۰ میلی‌متر جیوه می‌شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی، تحریکات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الکل، قهوه و دارو تغییر می‌کند. در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیر گذار بر فشارخون به دقت مورد توجه قرار گیرد.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد. در نوع اولیه که ۹۵٪ بیماران فشارخونی را شامل می‌شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا، جنس مرد، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی در بروز آن د خالت دارند. در نوع ثانویه تقریباً " علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون‌ها و یا کارکرد کلیه‌ها است. بیماری‌های زمینه ای مانند بیماری‌های پارانشیمی کلیه، آلدوسترون‌یسم اولیه، فئوکروموسیتوم، کوارکتاسیون آئورت و سندروم کوشینگ مهمترین عامل بروز فشارخون بالای ثانویه هستند. این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری‌های زمینه ای، به مقدار طبیعی قابل برگشت است.

البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل متعددی مانند وراثت، محیط، حساسیت به نمک، سطح رنین پلاسما، میزان حساسیت به انسولین و یون‌هایی مثل سدیم، کلسیم و عواملی مثل نژاد، اختلال چربی خون، سیگار و الکل نیز می‌توانند بر فشارخون تاثیر به سزایی داشته باشند.

درمان

هدف از درمان کاهش فشارخون به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه در افراد زیر ۸۰ سال و کمتر از ۱۵۰/۹۰ میلی متر جیوه در افراد بالاتر از ۸۰ سال است. هدف در افراد مبتلا به دیابت یا CAD (بیماری عروق کرونر)، آترواسکروز محیطی و آنوریسم آئورت کاهش فشارخون به کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه است.

توصیه‌های غیرداروئی (اصلاح شیوه زندگی) شامل موارد زیر می‌باشد:

- کاهش وزن: اگر اضافه وزن وجود دارد ($BMI \geq 25$)
 - قطع مصرف الکل: اگر الکل مصرف می‌کند
 - کاهش میزان نمک مصرفی رژیم غذایی: کمتر از ۵ گرم نمک در روز یا ۲۳۰۰ میلی گرم سدیم
 - مصرف سبزیجات و میوه‌ها حداقل ۵ وعده در روز به دلیل پتاسیم و منیزیم قابل ملاحظه
 - مصرف حبوبات و غلات و لبنیات کم چربی (کمتر از ۱/۵٪)
 - افزایش میزان پتاسیم مصرفی رژیم غذایی (استفاده از سبزیجات و میوه‌های تازه و یخ زده)
 - ترک دخانیات (در مورد مصرف)
 - کنترل استرس: به نظر می‌رسد که استرس نقش بسیار مهمی در افزایش فشار خون دارد
 - فعالیت بدنی منظم و با شدت متوسط و حداقل روزی نیم ساعت در اکثر روزهای هفته (یا ۱۵۰ دقیقه در هفته)
 - سازگاری با استرس‌ها
- * مدت زمان درمان غیر داروئی به تنهایی باید کوتاه باشد (۳ ماه) در صورت عدم کنترل فشار خون با این روش، باید درمان داروئی را علاوه بر توصیه‌های غیر داروئی برای بیمار آغاز نمود.

درمان‌های دارویی:

- برای درمان افرادی که فشارخون سیستول آن‌ها ۱۵۹-۱۴۰ یا دیاستول ۹۹-۹۰ میلی متر جیوه است، از داروهای خط اول انتخاب می‌شود (بتابلوکر، ACELI, ARB, CCB و تیاژیدها)
- در افراد ۶۰ سال و بالاتر بتابلوکر انتخاب اول نیست.
- اگر فشارخون سیستول ۲۰ میلی جیوه و فشارخون دیاستول ۱۰ میلی جیوه از فشارخون هدف بیشتر باشد، از ترکیب دو دارو از خط اول درمان انتخاب می‌شود.

- در فشارخون بارداری استفاده از ACEI , ARB ممنوع است.

درمان فشارخون بالای سیستولیک و دیاستولیک بدون عامل خطر و بیماری‌های همراه که به تک درمانی پاسخ نداده اند.

- داروی دوم اضافه می‌شود
- اگر علیرغم اضافه کردن دارو به داروهای دیگر هم چنان فشارخون هدف بدست نیاید، ضمن بررسی علل زیر:
 - (۱) بیمار دستور دارویی را اجراء نمی‌کند
 - (۲) فشارخون بالا علل ثانویه دارد
 - (۳) شیوه زندگی را رعایت نمی‌کند
 - (۴) فشارخون بالا ناشی از سندرم رو پوش سفید است.
- داروی سوم و یا چهارم اضافه می‌شود.
- اگر فشار خون بالا هنوز هم کنترل نشده است یا عوارض دارویی وجود دارد، گروه‌های دیگر داروهای کاهش دهنده فشارخون اضافه شود. مثل آلفا بلوکرها یا عواملی که روی مرکز عصبی تاثیر می‌گذارند.

درمان دارویی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا همراه با سکته قلبی و سکته مغزی حاد که شروع آن در ۷۲ ساعت اخیر بوده است:

سکته مغزی حاد از نوع ایسکمیک: فشار خون سیستولیک بالای ۲۲۰ میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای ۱۲۰ میلی متر جیوه بود، ظرف ۲۴ ساعت این فشارخون را کاهش می‌دهیم (۲۰٪) از کاهش فشار خون ظرف ۲ ساعت و ۸۰٪ ظرف شش ساعت به فشارخون هدف ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه برسد).

از پایین آوردن سریع فشار خون اجتناب کنید.

ایسکمی مغزی گذرا TIA: هدف رساندن فشار خون به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است و برای کاهش فشار خون بالا در این افراد ترکیبی از مهار کننده‌های آنزیم آنژیوتانسین و دیورتیک استفاده می‌شود.

درمان فشار خون بالا در بیماران با STEMI یا NSTEMI:

- در این بیماران از بتا بلوکر و ACEI و ARB استفاده می‌شود، اگر منع مصرف بتابلوکر داشتند و نارسایی قلب نداشته باشند، از کلسیم بلوکر طولانی اثر دی هیدروپیریدونی استفاده می‌شود، ولی اگر نارسایی قلب داشت از کلسیم بلوکرهای طولانی اثر استفاده می‌شود.

درمان فشار خون بالای سسیتولیک ایزوله بدون عامل خطر و بیماری‌های همراه:

هدف فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه در افراد کمتر از ۸۰ سال و کمتر از ۱۵۰/۹۰ در افراد بالاتر از ۸۰ سال است. در درمان علاوه بر اصلاح شیوه زندگی می‌توان از تیازیدها، ARB و دی هیدروپی‌ریدین کلسیم طولانی اثر مثل آملودیپین استفاده کرد.

- اگر فشار خون با دو یا سه دارو کنترل نشد و یا عوارض دارویی وجود داشت از گروه‌های دارویی دیگر مثل ACEI یا آلفا بلوکرها یا داروهایی که روی سیستم مرکزی اثر می‌گذارند یا کلسیم بلوکرهای غیر دی هیدروپی‌ریدین استفاده می‌شود.
- عدم پیروی از دستورات دارویی
- فشار خون بالای ثانویه
- تداخل دارویی و شیوه زندگی نامناسب
- فشار خون بالا به علت سندروم روپوش سفید

مراقبت و پیشگیری از فشارخون بالا

- افزایش آگاهی مردم درمورد پیشگیری از فشارخون بالا و عوارض آن
- تشویق به اندازه‌گیری فشارخون و اجرای پیشنهادهای اعضای تیم سلامت
- آموزش خودمراقبتی و گسترش آن برای پیشگیری از فشارخون بالا ازجمله آموزش نحوه اندازه‌گیری فشارخون در منزل)
- فراهم کردن محیط برای رفتارهای سالم
- کاهش مصرف نمک
- متعادل کردن رژیم غذایی و مصرف میوه و سبزیجات حداقل ۵ وعده
- ترک مصرف الکل
- مصرف نکردن دخانیات
- فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط حداقل نیم ساعت در اکثر روزهای هفته (یا ۱۵۰ دقیقه در هفته)
- کنترل وزن
- تشخیص زود رس از طریق غربالگری (پیدا کردن افراد مبتلا و پیگیری و درمان آن)
- سازگاری با فشارهای روحی – روانی relaxation
- از تجویز مکمل‌ها مانند کلسیم، منیزیم یا پتاسیم خودداری شود

آموزش

آموزش در تمام سطوح ۱ و ۲ به‌طور مستقیم زیر نظر پزشک انجام می‌شود. در صورت دسترسی به خدمات پرستاری و تغذیه، خدمات آموزشی توسط تیم متشکل از پزشک، پرستار و کارشناس در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. نظارت بر آموزش و حسن اجرای آن به عهده پزشک است؛ نظارت پیوسته بر سطح معلومات پرسنل از اجزای مهم آموزش است. آموزش چهره‌به‌چهره به بیماران، با وجود وقت‌گیر بودن بسیار مؤثر است. کلاس‌های آموزشی با تعدادی از بیماران، برای بیماران و خانواده‌ی آنها بسیار مفید است. در صورتی که پرستار و کارشناس تغذیه بتوانند مطالب آموزشی را به‌نحو مطلوبی در اختیار بیماران و خانواده‌ی آنان، افراد در معرض خطر و دیگر افراد جامعه قرار دهند، پزشک فرصت بیشتری برای بررسی بیماران خواهد داشت. به‌طور کلی نظارت بر امر آموزش به عهده‌ی پزشک است.

ارجاع بیماران به سطح ۲

در صورت بروز هر یک از موارد زیر با توجه به احتمال آسیب اعضا حیاتی بیمار به سطح بالاتر ارجاع گردد

آسیب اعضاء حیاتی در موارد زیر مشخص می شود:

- هیپرتروفی بطن چپ (که در الکتروکاردیوگرافی مشخص می شود) یا نارسائی قلبی
- تاریخچه یا علائم درد قفسه صدری
- تاریخچه یا مدرک الکتروکاردیوگرافی از انفارکتوس میوکارد
- تاریخچه یا علائم Claudication (درد اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)
- بالا بودن کراتینین سرم خون
- علائم و نشانه های TIA (ایسکمی گذرای مغزی)
- علائم و نشانه های آسیب چشم

اقدامات لازم برای ارزیابی آسیب ارگان های حیاتی:

آزمایش خون برای بررسی:

Total cholesterol, TG , HDL ,LDL,HCT , Hb , uricacid CBC(eGFR) و (کراتینین) Cr-p-ca,k,Na,FBS

- در صورت نیاز آزمایشات دیگر بر اساس تاریخچه بیمار، معاینات بالینی ونتایج آزمایشات اولیه درخواست می گردد.

* آزمایش ادرار برای بررسی وجود پروتئین انجام می‌شود. اما در مطالعات اخیر نشان داده است، این آزمایش در پیگیری بیمار تاثیر چندانی ندارد (Canada Hypertension)

- بررسی ته چشم (فوندوسکوپی) از نظر وجود رتینوپاتی
 - الکتروکاردیوگرافی برای بررسی وجود هیپرتروفی بطن چپ یا ایسکمی قلب
- * شروع ناگهانی فشارخون بالا در افراد زیر ۳۰ سال که فشارخون **stage I** دارند از نظر علل ثانویه فشارخون بالا بررسی شوند

ترویج فعالیت بدنی در مراکز سلامت

فعالیت بدنی بخش مهمی در دستیابی به سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری می‌باشد. از سوی دیگر، کم تحرکی سهم بالایی در مرگ‌های زودرس در سرتاسر جهان دارد. شما به عنوان متخصص مراقب سلامت، جایگاه ویژه و مهمی برای کمک به توسعه سبک زندگی سالم بیماران و مراجعین خود از طریق مشاوره فعالیت بدنی خواهید داشت. فعال بودن خود مراقبین سلامت و پزشکان، اولین مرحله برای توسعه فعالیت بدنی در مرکز درمانی و بهداشتی برای ارائه مشاوره موثر فعالیت بدنی می‌باشد. بنابراین باید با رفتار فعالانه به مراجعین و بیماران القاء شود که فعال بودن برای شما خیلی اهمیت دارد. در مرحله بعدی نیازمند توسعه سبک زندگی پرتحرک در بین کارکنان بخش سلامت مرکز خود هستید. برای این امر برخی از کارهای زیر را می‌توانید انجام دهید:

- اجرای برنامه‌ها و چالش‌های ارتقاء سلامتی در مرکز
 - پیشنهاد کلاس‌های فعالیت بدنی (مانند یوگا و...) و جلسات آموزشی برای کارکنان بخش
 - استفاده کارکنان بخش از پله برای جابجایی بین طبقات و جذاب کردن راهروها برای تشویق بیماران و مراجعین در استفاده از پله.
 - اجرای استراحت فعال برای جلسات طولانی‌تر از یک ساعت.
 - ارائه تخفیف برای کسانی که در باشگاه‌های ورزشی عضو هستند.
- در نهایت شما را به توسعه فعالیت بدنی در بخش درمانی‌تان تشویق می‌کنیم. امکان دارد که شما همیشه زمان کافی برای صحبت با بیمارستان در مورد سطح فعالیت بدنی وی را نداشته باشید، اما مراحل ساده‌ای وجود دارد که شما می‌توانید مراجعین را به سوی اجرای برنامه‌های فعالیت بدنی سوق دهید. ارائه پیام‌های فعالیت بدنی در مرکز درمانی می‌تواند خیلی در این زمینه موثر باشد و پیام فعالیت بدنی باید ساده و روشن باشد. برای مثال می‌توانید این پیام "**ورزش بهترین دارو**" را در بخش‌های مختلف مرکز درمانی نصب کنید.

افزایش فعالیت بدنی روزانه از ایجاد تغییرات کوچک در زندگی روزمره ناشی می‌شود و برای عادت به افزایش آن می‌توانید کارهای کوچک ولی مفید زیر را انجام دهید

- ❖ به جای استفاده از آسانسور یا پله برقی از راه پله استفاده نمایید.
- ❖ اتومبیل تان را کمی دور از مقصد پارک نموده و بقیه راه را پیاده روی نمایید.
- ❖ برای سفرهای کوتاه به جای استفاده از ماشین پیاده روی یا دوچرخه سواری نمایید.
- ❖ برای پیاده روی کودکانتان را همراه خود ببرید.
- ❖ از اتوبوس / مترو / تاکسی دو ایستگاه زودتر پیاده شوید و بقیه مسافت را پیاده روی نمایید.
- ❖ در باغچه منزلتان به امور باغبانی بپردازید.
- ❖ با بچه هایتان به طور فعالانه بازی کنید.
- ❖ به جای رفتن به رستوران و قهوه خانه با دوستانتان قرار بگذارید و قدم بزنید.
- ❖ ورزش جدیدی را شروع یا به ورزشی که قبلاً بازی می‌کردید برگردید.
- ❖ هنگامی که منتظر جوش آمدن کتری هستید یا غذایتان را برای گرم کردن در ماکرو ویو قرار داده اید تمرینات ساده (مانند دویدن آهسته) انجام دهید.

ارزیابی سطح فعالیت بدنی بیمار(مراجعه کننده)

تلفیق فعالیت بدنی در برنامه‌های سبک زندگی سالم بیماران یکی از مهم‌ترین تصمیمات اتخاذی برای بیماران می‌باشد. تفسیر بحث شما از سطح فعالیت بدنی بیماران می‌تواند نقش خیلی موثری بر تصمیم وی در ارتباط با فعالیت بدنی داشته باشد. ارزیابی سطح فعالیت بدنی اولین مرحله از این بحث و تفسیر است و اهمیت فعالیت بدنی برای پیشگیری و کنترل بیماری را برجسته می‌کند و موجب توانمندسازی تیم مراقب سلامت برای پایش تغییرات سطح فعالیت بدنی بیماران در طول مراجعات بعدی می‌باشد. با وجود اینکه ابزارها و روشهای متعددی برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی وجود دارد اما با توجه به اهمیت زمان در بخش درمان ما به شما استفاده از فرم دو سوالی " نشانه حیاتی فعالیت بدنی " را برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی بیماران توصیه می‌کنیم.

با توجه به استاندارد توصیه شده فعالیت بدنی (۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته یا ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید در هفته) با پرسش ۲ سوال زیر باید ابتدا رعایت دستورالعمل مذکور از سوی مراجعه کنند ارزیابی شود.

۱. حداقل چند روز در هفته شما فعالیت متوسط تا شدید (مانند دویدن یا پیاده روی خیلی تند) دارید؟

۲. به طور متوسط چند دقیقه فعالیت بدنی در سطح متوسط تا شدید در هفته دارید؟

در صورتی که مجموع فعالیت بدنی فرد ۱۵۰ دقیقه در هفته برآورد شود یعنی وی دستورالعمل فعالیت بدنی برای افراد بزرگسال را انجام می‌دهد و در غیر این صورت وی سطح لازم فعالیت بدنی را ندارد و بر اساس مراحل که در ادامه ذکر خواهد شد باید بیمار را به انجام فعالیت بدنی تشویق کنید و در صورت لازم برنامه فعالیت ورزشی را تجویز و وی را مراکز ورزشی تخصصی ارجاع دهید. با این ۲ تا سوال شما در هر ملاقات می‌توانید روند تغییرات سطح فعالیت بدنی بیمارتان را پیگیری کنید و در صورت نیاز تغییراتی را در برنامه وی ایجاد کنید.

تجویز فعالیت بدنی(ورزشی)

تجویز فعالیت بدنی برای بیمار مرحله بعدی است که شما باید دنبال کنید. علاوه بر اثرات پیشگیرانه فعالیت بدنی، با توجه به شواهد در حال رشد در زمینه اثر درمانی فعالیت بدنی در کنترل تعدادی از بیماری‌ها مانند دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و فشارخون بالا، تجویز فعالیت بدنی(ورزشی) می‌تواند در قالب یک دارویی باشد که به تنهایی قادر است بخش زیادی از مشکلات بیماران شما را حل کند، لذا تاکید می‌شود که پزشکان و متخصصان حوزه سلامت از این داروی بدون عوارض غافل نشوند. تشویق‌ها و راهنمایی شما در زمینه انجام فعالیت ورزشی می‌تواند از هر نوع، تاثیر بیش‌تری برای ترغیب فعالیت بدنی نسبت به مشوق‌های دیگر در بیماران شما داشته باشد، زیرا بر اساس شواهد موجود تجویز فعالیت بدنی از سوی پزشکان خیلی موثرتر از روش‌های دیگر بوده است.

مراحل‌ی که در ادامه ارایه می‌شود، شما را برای ارزیابی بیماران و نیازهای آن‌ها برای فعالیت بیش‌تر راهنمایی می‌کند. در این مرحله، شما قبلاً سطح فعالیت بدنی بیمار را ارزیابی کرده‌اید (با استفاده از ۲ پرسش "نشانه حیاتی فعالیت بدنی"). در مرحله بعد شما وضعیت سلامتی بیماران برای انجام فعالیت بدنی به صورت مستقل را تعیین خواهید کرد. در آخر شما با استفاده از مدل مراحل تغییر، مرحله ای که بیمار شما در آن قرار دارد را تعیین خواهید کرد زیرا تجویز و پیشنهاد فعالیت بدنی برای مراحل مختلف یکسان نیست.

مرحله اول:

غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی

هر فردی که به مراکز سلامت مراجعه می‌کند بعد از ارزیابی سطح فعالیت بدنی، به منظور شروع یا ادامه برنامه ورزشی باید مورد غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی قرار گیرد. غربالگری پیش از شرکت در برنامه‌های فعالیت بدنی (ورزشی)

غربالگری سلامتی در پیش از شروع یک برنامه فعالیت بدنی یا فعالیت ورزشی فرایندی چند مرحله ای است که می‌تواند شامل موارد زیر باشد.

۱. روش‌های خود هدایتی مانند پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q).

۲. ارزیابی و طبقه بندی عوامل خطر بیماری قلبی-عروقی توسط متخصصان مراقبت سلامتی یا متخصصان فعالیت ورزشی بالینی واجد شرایط.

۳. معاینه پزشکی از جمله معاینات بدنی و آزمون استرس توسط یک مراقب سلامت واجد شرایط.

روش خود هدایت

استفاده از پیشینه پزشکی خودگزارشی یا ارزیابی خطر سلامتی در همه افرادی که قصد شروع یک برنامه فعالیت بدنی یا ورزشی را دارند، برای غربالگری سلامتی پیش از شرکت در فعالیت ورزشی ضروری است. با استفاده از پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q) (پرسشنامه ۱) می‌تواند این غربالگری را انجام داد، یا نوع تعدیل شده پرسشنامه غربالگری پیش از شرکت در مرکز سلامتی/ آمادگی انجمن قلب آمریکا/ کالج آمریکایی پزشکی ورزشی راحت تر انجام شود (شکل ۲). بیماران مبتلا به علائم قلبی اغلب به جای درد، در ناحیه سینه احساس ناراحتی می‌کنند. در این مواقع استفاده از پرسشنامه غربالگری سلامتی در پیش از شرکت در مرکز سلامتی/ آمادگی انجمن قلب آمریکا/ کالج آمریکایی پزشکی ورزشی می‌تواند بسیار مفیدتر باشد، زیرا حاوی پرسش‌هایی درباره ناراحتی قفسه سینه نیز می‌باشد در حالی که سوالات موجود در پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q) درد قفسه سینه را بررسی می‌کند.

پرسشنامه تکمیل شده آمادگی آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q) یا پرسشنامه غربالگری پیش از شرکت در مرکز سلامتی/ آمادگی انجمن قلب آمریکا/ کالج آمریکایی پزشکی ورزشی باید توسط متخصص واجد شرایط سلامتی آمادگی، فعالیت ورزشی بالینی یا متخصص مراقبت‌های سلامتی بررسی شود تا معلوم شود آیا فرد کدام یک از معیارهای عوامل خطر قلبی-عروقی مثبت موجود در جدول ۱، را دارد. همانطور که در انتهای جدول ۱، ذکر شده، ملاک پیش دیابت باید به عنوان عامل خطر در نظر گرفته شود. سپس تعداد عوامل خطر زای مثبت محاسبه شود. ارزیابی عوامل خطر قلبی-عروقی اطلاعات مهمی را در اختیار متخصصین سلامت/ ورزشی برای تجویز سالم‌تر و مناسب فعالیت بدنی قرار می‌دهد. ترکیب ارزیابی عوامل خطر بیماری قلبی-عروقی و تعیین وجود بیماری‌های گوناگون قلبی-عروقی، ریوی، کلیوی و متابولیک، برای تصمیم‌گیری صحیح در موارد زیر اهمیت دارد، (الف) سطح تاییدیه پزشکی، (ب) ضرورت آزمون ورزشی پیش از شروع فعالیت (ج) میزان نظارت مورد نظارت مورد نیاز برای آزمون ورزشی و شرکت در برنامه فعالیت ورزشی. شیوه استفاده از پرسشنامه‌های مذکور در شکل‌های شماره ۱ و ۲ مشخص شده است.

شکل ۱، پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q) (افراد ۱۵ تا ۶۹ سال)

فعالیت جسمانی منظم مفرح و سالم بوده و به طور فزاینده هر روزه افراد بیشتری شروع به فعالیت می‌کنند. فعال‌تر بودن در بیشتر افراد بسیار ایمن است. با وجود این، برخی افراد باید پیش از شروع به فعالیت جسمانی بیشتر با پزشک خود مشورت کنند. در صورتی که برای فعال‌تر بودن به میزان بسیار بیشتری از میزان فعلی تان برنامه‌ریزی می‌کنید یا پاسخ دادن به ۷ سوال کادر زیر شروع کنید. در صورتی که سن شما بین ۱۵ تا ۶۹ سال است این پرسشنامه به شما خواهد گفت که آیا باید قبل از شروع فعالیت با پزشک خود مشورت کنید یا خیر. اگر سن‌تان بیش از ۶۹ سال است و قبلاً خیلی فعال نبوده‌اید با پزشک خود مشورت کنید. عقل سلیم بهترین راهنمای شما هنگام پاسخ دادن به سوالات است. لطفاً سوالات را بخوانید و با دقت و صداقت به هر کدام از سوالات پاسخ دهید: بلی یا خیر را علامت بزنید.

۱. آیا تا کنون پزشکتان به شما گفته است که مشکل قلبی دارید و باید تنها فعالیت‌های جسمانی توصیه شده توسط پزشک را انجام دهید؟ **بلی** **خیر**
۲. آیا هنگامی که فعالیت جسمانی انجام می‌دهید در ناحیه سینه احساس درد می‌کنید؟ **بلی** **خیر**
۳. آیا در ماه گذشته هنگامی که فعالیت جسمانی انجام نمی‌دادید در سینه خود درد داشته‌اید؟ **بلی** **خیر**
۴. آیا تعادل خود را به دلیل سرگیجه از دست می‌دهید یا آیا تاکنون هشیاری خود را از دست داده‌اید؟ **بلی** **خیر**
۵. آیا مشکل استخوانی یا مفصلی‌ای دارید (برای مثال، کمر، زانو یا لگن) که می‌تواند با تغییر میزان فعالیت جسمانی‌تان تشدید شود؟ **بلی** **خیر**
۶. آیا در حال حاضر پزشکتان برای مشکل قلبی یا فشار خون برایتان دارو (برای مثال، قرص Water) تجویز می‌کند؟ **بلی** **خیر**
۷. آیا علت دیگری وجود دارد که نباید فعالیت جسمانی انجام دهید؟ **بلی** **خیر**

در صورتی که پاسخ شما به یک یا بیش از یکی از سوالات بلی است: پیش از شروع به انجام فعالیت جسمانی بیشتر یا پیش از ارزیابی میزان آمادگی از طریق تلفن یا به صورت حضوری با پزشکی خود مشورت کنید. با پزشکتان در مورد PAR-Q و سوالاتی که به آن‌ها پاسخ بلی داده‌اید صحبت کنید.

- ممکن است بتوانید هر فعالیتی را که می‌خواهید انجام دهید- مشروط بر اینکه به آرامی شروع کنید و تدریجاً میزان فعالیت را افزایش دهید. یا، ممکن است نیاز داشته باشید که فعالیت‌هایتان را تنها به فعالیت‌هایی که برایتان ایمن هستند محدود کنید.

- آگاهی یابید که چه برنامه‌های اجتماعی‌ای برایتان مفید و ایمن هستند

در صورتی که پاسخ شما به کلیه سوالات خیر است: در صورتی که پاسخ صادقانه شما به همه سوالات PAR-Q خیر است، متوقفاً می‌توانید مطمئن باشید که می‌توانید:

- شروع به انجام فعالیت جسمانی بسیار بیشتری نمایید- به آرامی شروع کنید و تدریجاً میزان فعالیت را افزایش دهید. این روش ایمن‌ترین و ساده‌ترین روش برای شروع است.
- در ارزیابی میزان آمادگی شرکت کنید- این روش بهترین راه برای تعیین میزان آمادگی پایه است سپس شما می‌توانید بهترین روش را برای زندگی فعال‌تر برنامه‌ریزی کنید. قویا توصیه شده است که میزان فشار خون‌تان را اندازه‌گیری کنید. در صورتی که فشار خون‌تان بیش از ۱۴۴ روی ۹۴ است پیش از شروع به انجام فعالیت جسمانی بیشتر با پزشک خود مشورت کنید.

شروع فعالیت را به تاخیر بیاندازید:

- اگر به دلیل بیماری‌ای موقت مانند سرماخوردگی یا تب احساس سلامتی نمی‌کنید – تا زمانی که حس بهتری داشته باشد صبر کنید؛ یا
- در صورتی که باردار هستید یا احتمال دارد که باردار باشید – پیش از شروع به فعال‌تر بودن با پزشک خود مشورت کنید

لطفاً توجه داشته باشید: در صورتی که وضعیت سلامتی‌تان تغییر یافته و پاسخ شما به هر یک از سوالات بلی است، متخصص سلامتی یا آمادگی خود را مطلع کنید. از او بپرسید که چگونه می‌توانید برنامه فعالیت جسمانی‌تان را تغییر دهید.

استفاده آگاهانه از PAR-Q: انجمن کانادایی فیزیولوژی فعالیت ورزشی، سلامت کانادا و نمایندگان آن‌ها مسئولیتی در قبال افرادی که فعالیت جسمانی انجام می‌دهند ندارند و در صورت داشتن هرگونه شک و تردید پس از تکمیل پرسشنامه، پیش از فعالیت جسمانی با پزشک خود مشورت کنید.

هر گونه تغییر در پرسشنامه ممنوع است. در صورت استفاده که از کل پرسشنامه می‌توانید از PAR-Q کپی‌برداری کنید.

توجه: در صورتی که PAR-Q پیش از شرکت فرد در برنامه فعالیت جسمانی یا ارزیابی آمادگی به وی ارائه شود، این بخش می‌تواند به منظور اهداف قانونی و اداری مورد استفاده قرار گیرد.

" من این پرسشنامه را مطالعه کرده، متوجه شده و تکمیل کرده‌ام. به هر سوالی که داشته‌ام به طور کامل پاسخ داده شده است "

نام:

تاریخ:

امضاء:

شاهد:

امضاء والدین یا سرپرست:

(برای شرکت کنندگانی که زیر سن قانونی هستند)

توجه: این گواهی فعالیت جسمانی از تاریخ تکمیل تا حداکثر ۱۲ ماه معتبر است و در صورت تغییر وضعیت سلامتی‌تان به طوری که پاسخ شما به هر یک از این ۷ سوال بلی باشد اعتبار ندارد.

ادامه در صفحه بعد..

فرم پرسشنامه آمادگی برای فعالیت جسمانی (PAR-Q).

با علامت‌گذاری موارد صحیح وضعیت سلامتی خود را ارزیابی کنید

پیشینه:

آیا هر یک از موارد زیر را داشته‌اید:

----- حمله قلبی

----- جراحی قلب

----- کاتتریزاسیون قلب

----- آنژیوپلاستی کرونری (PTCA)

----- کاشت ضربان‌ساز دفیبریلاتور / اختلال ریتم قلبی

----- بیماری دریچه‌ای قلب

----- نارسایی قلبی

----- پیوند قلب

----- بیماری احتقانی قلب

علائم:

----- با اعمال تلاش دچار ناراحتی قفسه سینه می‌شوید.

----- دچار تنگی نفس بدون دلیل می‌شوید

----- دچار سرگیجه، بیهوشی، سیاهی رفتن چشم‌ها می‌شوید

----- دچار ورم مچ پا می‌شوید

----- دچار آگاهی ناخوشایند از ضربان قلب سریع یا قوی می‌شوید

----- داروی قلبی مصرف می‌کنید

سایر مشکلات سلامتی:

----- مبتلا به دیابت هستید

----- آسم یا بیماری ریوی دیگری دارید

----- هنگام پیاده‌روی مسافت‌های کوتاه حس گرفتگی یا سوزش در پاهایتان دارید

----- مشکلات عضلانی اسکلتی‌ای دارید که فعالیت جسمانی‌تان را محدود می‌کند

----- در مورد ایمنی فعالیت ورزشی نگرانی‌ای دارید

----- داروی تجویزی مصرف می‌کنید

در صورتی که پاسخ شما به دو یا بیش از دو مورد از سوالات این بخش مثبت است پیش از شرکت در فعالیت

ورزشی با پزشکتان یا یک مراقب بهداشت مجرب مشورت کنید و در برنامه فعالیت ورزشی خود به تدریج

پیش بروید. ممکن است نیازمند استفاده از یک مرکز دارای پرسنل مجرب متخصص فعالیت ورزشی باشید

----- باردار هستيد

عوامل خطر قلبی عروقی:

----- سيگار مصرف می‌کنيد يا مصرف سيگار را در ۶ ماه گذشته ترک کرده‌ايد

----- فشار خونتان مساوی يا بیش از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی متر جیوه است.

----- میزان فشار خونتان را نمی‌دانيد

----- داروی فشار خون مصرف می‌کنيد

----- کلسترول خونتان مساوی يا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است

----- میزان کلسترول خونتان را نمی‌دانيد

----- بستگان خونی نزدیکی دارید که قبل از سن ۵۵ سالگی (برادر يا پدر)

يا سن ۶۵ سالگی (خواهر يا مادر) حمله قلبی يا جراحی قلب داشته است.

----- به لحاظ جسمانی غير فعال هستيد (يعنی، کمتر از ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی

در دست کم ۳ روز هفته انجام می‌دهيد)

----- شاخص توده بدنی‌تان مساوی يا بیش از ۳۰ کیلوگرم در متر مربع است

----- مبتلا به پيش‌ديابت هستيد

----- اطلاع نداريد که آیا به پيش‌ديابت مبتلا هستيد يا خير.

----- هيچ کدام از موارد فوق

در صورتی که پاسخ شما به دو يا بیش از دو مورد از سوالات اين بخش مثبت است بايد به عنوان بخشی از

مراقبت پزشکی صحيح با پزشکتان يا یک مراقب بهداشت مجرب مشورت کنید و در برنامه فعالیت ورزشی

خود به تدریج پيش برويد. ممکن است از استفاده از یک مرکز دارای پرسنل مجرب متخصص فعالیت ورزشی

برای هدايت برنامه فعالیت ورزشی‌تان سود ببريد.

شما می‌توانيد به صورت ایمن و بدون مشورت با پزشک يا مراقب بهداشت در یک برنامه خود هدايت شرکت

کنيد يا تقریباً از مرکزی که نیازهای فعالیت ورزشی شما را برآورد می‌کند استفاده کنید.

نشانه‌های عمده وعلائم دال بر بیماریهای قلبی ریوی یا متابولیک

- درد یا ناراحتی در قفسه سینه، گردن، فک، بازوها یا سایر قسمتهایی که می‌توانند درد ناشی از کاهش جریان خون به عضله قلب را نشان دهند.
- احساس تنگی نفس در هنگام استراحت و کار سبک
- خستگی غیرعادی یا تنگی نفس در کار عادی
- سرگیجه یا سنکوپ
- ارتوپنه یا حمله ناگهانی تنگی نفس شبانه
- ورم قوزک پا
- تپش قلب یا تاکیکاردی
- احساس درد در اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود آن در استراحت به طوریکه بیمار چند قدم راه برود احساس درد کند بایستد درد برطرف شود مجدداً براه بیفتد (Intermittent claudication)
- سوفلهای قلبی شناخته شده
- وجود آریتمی و تاکیکاردی
- اختلال در نبض‌های محیطی

* این علائم / نشانه‌ها باید در شرایط بالینی که اتفاق می‌افتند تفسیر شوند زیرا تمام آنها مختص بیماریهای قلبی ریوی متابولیک نیستند.

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- - معاینه زبان، مخاط چشم، کف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پریدگی و زردی	وجود رنگ پریدگی دانمی زبان و مخاط داخل لب و پلك چشم، سیاهی رفتن چشم، سرگیجه، سردرد، بی اشتهایی، حالت تهوع، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست و پاها، احساس خستگی و نداشتن تمرکز حواس، بی تفاوتی، میزان هموگلوبین کم تر از ۱۰ میلی گرم در دسی لیتر در موارد پیشرفته: گود شدن یا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزك پا	کم خونی فقر آهن	-درخواست آزمایش CBCdiff , در صورتي كه هموگلوبین کمتر از ۱۰ یا مساوي ۱۰ میلی گرم دردسي لیتر باشد: تجویز آهن المنتال به میزان ۴ تا ۶ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا ۸ هفته پس از طبیعی شدن اندکس های خونی - آموزش خانواده در مورد تغذیه - محدود کردن مصرف شیر روزانه به میزان ۵۰۰ سی سی یا کم تر - درخواست آزمایش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گیری هموگلوبین خون پس از يك ماه درمان - در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص - در صورت کمتر از ۸ گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به پزشك متخصص

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی

کم خونی فقر آهن به دلایلی مانند کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه، ابتلا به بیماری های انگلی و عفونی، الگوهای غذایی نامناسب ایجاد می شود. دختران به علت خونریزی ماهیانه بیش تر در معرض خطر کم خونی قرار دارند.

راه های پیشگیری

مواد غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزیجات؛ جعفری و اسفناج، حبوبات؛ عدس و لوبیا منظور شود. مصرف سبزیجات مانند سالاد با غذا و مصرف مرکبات بعد از غذا به جذب آهن غذا کمک می کند. مصرف مواد غذایی خشکبار، توت خشک، برگه آلو، زردآلو، انجیر خشک، کشمش و خرما به عنوان میان وعده در برنامه غذایی گنجانده شود. افزودن مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی و یا سویا به جذب بهتر آهن کمک می کند. بهداشت فردی به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری های عفونی و انگلی رعایت شود. زباله ها به طریق بهداشتی دفع شود. آب آشامیدنی سالم و توالی بهداشتی استفاده شود. مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزایش جذب آهن کمک می کند. از جوش شیرین در تهیه نان استفاده نشود. از تنقلات غذایی کم ارزش مانند پفک و چیپس حتی المقدور استفاده نشود.

بهتر است دختران هر هفته یک عدد قرص آهن به مدت ۱۶ تا ۲۰ هفته در طول یک سال مصرف کنند.
برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است قرص با معده خالی مصرف نشود و پس از غذا و یا شب، قبل از خواب مصرف شود.

ارزیابی از لحاظ هپاتیت

زیادی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
عاینه فیزیکی	- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع - کاهش وزن خفیف ۵-۲/۵ کیلوگرم همراه با سایر علائم عمومی (علائم گوارشی: بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد) - بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود) - ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)	- هپاتیت ویروسی - یا - هپاتیت دارویی - یا - بیماری های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لپتوسپیروز)	- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید. - در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های: ۱- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS /Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab /HBS Ag ۲- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری: ارجاع فوری به متخصص ۳- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری ۴- گزارش موارد مثبت هپاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه ۵- ارجاع به مراقب سلامت جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هپاتیت B، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما

ارزیابی	نشانه	بررسی	طبقه بندی
---------	-------	-------	-----------

مراقبت از نظر شک به سل

اقدام
• جوان را بر اساس جدول درمان کنید و اولین دوز دارو را به جوان بخورانید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با جوان را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و جوان مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به جوان و همراهان وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.
• فرد را برای بررسی توسط فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید
• جوان ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روز بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. • فرد را دو هفته بعد پیگیری کنید.

• شرح حال بگیرید و معاینه بفرمایید	• سرفه طول کشیده بیش از دو هفته سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته یا بدون سرفه	• نتایج ۳ اسمیر خلط • درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از فرد دارای یک اسمیر مثبت	• ۲ یا ۳ اسمیر مثبت یا یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه =جوان مسلول اسمیر مثبت • یک اسمیر مثبت و فاقد نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا ۳ اسمیر منفی =مشکوک به سل
--	---	--	---

به جدول رژیم درمانی افراد مبتلا به سل ریوی بر حسب گروه درمانی در بخش راهنما مراجعه کنید.

ارزیابی وضعیت رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز و بیماری‌های آمیزشی در گروه سنی ۱۸-۲۹ سال

ارزیابی	نشانه	بررسی	طبقه بندی	اقدام
• سابقه / سوء مصرف مواد مخدر، محرک ،سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب ، سابقه / ابتلا به بیماری‌های آمیزشی ، سابقه زندان در فرد، شریک جنسی/ همسر،سابقه انجام خالکوبی، تاتو و حجامت	• وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفننی مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • خرید مواد مخدر و یا محرک و الکل، برای دیگری • حضور در مهمانی های با امکان مصرف مواد مخدر، محرک و الکل • سابقه مصرف مواد مخدرمحرک در شریک جنسی/ همسر	• سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم ، ابتلای شریک جنسی /همسر به ایدز یا بیماری های آمیزشی،سابقه مصرف مواد مخدر ، محرک قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با افراد تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی/همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان	حداقل یک نشانه (سوابق فردی /عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی) مشکل (سوء مصرف مواد)	- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی (پیوست ۱) در صورت اعتیاد به مواد مخدر، توصیه به مراجعه جهت درمان سوء مصرف مواد - آموزش/ توصیه به مطالعه ضمیمه نکات آموزشی(۲)
			حداقل یک نشانه (سوابق فردی /عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی)مشکل (رفتارهای جنسی پرخطر)	- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی(۱)آموزش/ توصیه به مطالعه محتوای آموزشی (۳)
			انجام آزمایش اچ‌آی‌وی: نتیجه مثبت فرد مبتلا	ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت دریافت خدمات (۱) ،آموزش و توصیه به استفاده از کاندوم، ارجاع شریک جنسی/همسر جهت بررسی ابتلا
			فاقد مشکل	- تشویق به ادامه شیوه زندگی سالم - توصیه به مراجعه در صورت بروز نشانه - آموزش/توصیه به مطالعه محتوای آموزشی(۴)

ارزیابی بیماری منتقله از راه جنسی
گنوکوک و کلامیدیا :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
معاینه و دوشیدن مجرا	ترشح از مجرا	ترشح و زخم دارد	درمان گنوکوک و کلامیدیا ، آموزش و مشاوره ، آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی ،توصیه به مراجعه مجدد بعد از ۷ روز
		ترشح و زخم ژنیتال ندارد	آموزش و مشاوره ، آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی ،توصیه به مراجعه مجدد در صورت وجود علائم
		زخم ژنیتال دارد	اقدام طبق فلو چارت

عقوننت لگنی :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه شکم وواژن	فقدان یا افزایش پریود ، سقط ، حاملگی یا اختلال حاملگی اخیر ، گاردینگ یا ریباند تندرئس ، خونریزی واژینال غیر نرمال ، توده شکمی ، تب ، تاکی کاردی وعلائم شوک	دارای علامت است	ارجاع فوری به متخصص و بررسی از نظر نیاز به گرفتن رگ باز و وسایل احیا
	وجود حساسیت در حرکات سرویکس ، یا زیر شکم و ترشح واژن	علامت دارد	درمان PID، درمان شریک جنسی ، ارزیابی مجدد پس از سه روز
		علامت ندارد	بررسی بیماریهای دیگر و درمان آنها

توجه: در صورتیکه PIDT درمان شده و بعد از سه روز بیمار بهبود پیدا کرد درمان را ادامه دهید. آموزش و مشاوره داشته باشید ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم را به بیمار بدهید و همچنین بیمار را برای مشاوره مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ ای وی ارجاع دهید.

زخم ژنیتال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	وجود وژیکول در ناحیه دستگاه تناسلی و وژخم و جراحات	دارای وژیکول است	درمان تب خال و سیفلیس در صورت نیاز و همینطور انجام مشاوره و آموزش استفاده از کاندوم و ارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی و عاینه بعد از ۷ روز
		وژیکول و زخم و جراحات دارد	درمان سیفلیس و شانکروئید و تب خال در صورت نیاز و همینطور انجام مشاوره و آموزش استفاده از کاندوم و ارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی و عاینه بعد از ۷ روز در صورتیکه زخم بهبود پیدا کرده باشد آموزش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، درمان شریک جنسی و انجام آزمایش داوطلبانه اچ ای وی اگر زخم بهبود نسبی داشت ۷ روز دیگر درمان را ادامه دهید . و اگر بهبود نیافت به متخصص ارجاع دهید
		وژیکول و زخم و جراحات ندارد	آموزش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و انجام آزمایش داوطلبانه

تورم اسکروتوم :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش ، بلا بردن بیضه دارد و سابقه ضربه مثبت است	دارای علامت است	ارجاع فوری
	تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش ، بلا بردن بیضه ندارد	سن کمتر از ۳۵ سال ، بیشتر از ۵ گلبول سفید در نمونه ترشح مجرا یا بیش از ۱۰ گلبول سفید	ارزیابی سایر علل
		درادرار صبحگاهی	آموزش و مشاوره ، توصیه آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، درمان شریک جنسی ، ارزیابی مجدد پس از ۷ روز یا دیرتر در صورت نیاز

خیارک اینگوینال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام

گرفتن شرح حال انجام معاینه	وجود خیارک در اینگوینال و فمورال و زخم		دارای علامت است		استفاده از فلوچارت زخم تناسلی
	وجود خیارک در اینگوینال و فمورال بدون زخم		وجود شواهد سایر بیماریهای آمیزشی		استفاده از فلوچارت مربوطه
			بلی		آزمایش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، درمان لنفوگرانولوم و نروم و شانکروئید، آسپیراسیون در صورت نیاز ، آموزش و مشاوره برای پذیرش درمان ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، درمان شریک جنسی ، معاینه مجدد پس از ۷ روز و ادامه درمان ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، ارجاع در صورت نیاز

ترشح ، سوزش یا خارش واژن:

ارزیابی	نشانه		طبقه بندی		اقدام
گرفتن شرح حال			بلی	استفاده از فلوچارت مربوطه	استفاده از فلوچارت زخم تناسلی

انجام معاینه خارجی، (استفاده از اسپکولوم نمونه مرطوب برای تریکومونا (در صورت امکان) ارزیابی خطر	حساسیت زیر شکم یا درد در حرکات سرویکس	خیر	ترشح موکوپرو لانت وزخم شیوع بالای گنوکوک وکلامیدیا وجود شرایط خطر	بلی	درمان گنوکوک وکلامیدیا ، باکتریال واژینوز و تریکومونا
				خیر	درمان باکتریال واژینوز و تریکومونا در صورت وجود ترشح پنیری یا ادم ، قرمزی یا خراشیدگی ولو یا قارچ در اسمیردرمان کاندیدا آلیکانس ، آموزش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، درمان شریک جنسی در صورت ترشحات چرکی ، درمان شریک جنسی در صورت مشاهده تریکومونا با میکروسکوپ در صورتی ترشح پنیری یا ادم ، قرمزی یا خراشیدگی ولو یا قارچ در اسمیر وجود ندارد ، آموزش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی
	وجود خیارک در اینگوینال و فمورال بدون زخم		وجود شواهد سایر بیماریهای آمیزشی	بلی	استفاده از فلوچارت مربوطه
				خیر	آموزش و مشاوره ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، درمان لنفوگرانولوم و نروم و شانکروئید، آسپیراسیون در صورت نیاز ، آموزش و مشاوره برای پذیرش درمان ، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ، درمان شریک جنسی ، معاینه مجدد پس از ۷ روز و ادامه درمان ، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی ، ارجاع در صورت نیاز

بیماری غیرواگیرریوی (آسم)

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید:	- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. - تا کنون تشخیص آسم را برای وی مطرح شده است.	احتمال ابتلاء به آسم	- ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*

- اقدام بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*	ابتلاء به آسم	یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	
- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد - ادامه مراقبت ها	عدم ابتلاء به آسم	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	

* جهت کسب اطلاعات بیش تر و انجام اقدامات به کتاب راهنمای ملی آسم (دستورالعمل پیشگیری، تشخیص و درمان) ویژه پزشکان مراجعه کنید.

راهنمای بالینی ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری آسم

بیماریابی افراد غربالگری شده

کلیه افرادی که به عنوان فرد مشکوک به آسم توسط مراقب سلامت/ بهورز به پزشک ارجاع می‌شوند مورد ارزیابی قرار گرفته و سپس بر اساس شواهد بالینی و معاینات و با توجه به تشخیص‌های افتراقی تشخیص آسم صورت می‌گیرد.

تشخیص آسم

الف) ارزیابی بالینی و پاراکلینیکی

به طور کلی برای تشخیص آسم ابتدا باید ارزیابی بالینی از شواهد صورت گیرد و سپس با توجه به تست‌های عملکرد ریوی و تشخیص‌های افتراقی احتمال تشخیص آسم را تعیین نمود.

شواهد بالینی یا پاراکلینیکی که احتمال ابتلا به آسم را افزایش می‌دهند.

- وجود بیش از یکی از علائم خس‌خس سینه، سرفه، تنگی نفس، احساس فشار در قفسه سینه به ویژه اگر این علائم با شرایط زیر همراه باشند:
 - مکرر و عودکننده باشند.
 - در شب و اوایل صبح بدتر شوند.
 - متعاقب ورزش یا آغازگرهای دیگر نظیر سرما، حیوانات خانگی، هوای مرطوب، دود، بوی تند، هیجانات، خنده، ... ایجاد و یا بدتر شوند.
 - در شرایط غیر از سرماخوردگی نیز رخ دهند.
 - با مصرف بعضی از داروها نظیر آسپرین یا بتابلوکرها ایجاد و یا بدتر شوند.
- سابقه فردی آتوپی
- سابقه خانوادگی آتوپی یا آسم
- وجود ویزینگ منتشر در سمع ریوی
- سابقه کاهش غیرقابل توجیه FEV1 یا PEF

- وجود ائوزینوفیلی غیرقابل توجیه در خون محیطی
- سابقه بهبود علائم بالینی یا شاخص‌های عملکرد ریوی پس از درمان مناسب

شواهد بالینی یا پاراکلینیکی که احتمال آسم را کاهش می‌دهند.

- بیمار دارای سرگیجه‌ی اشکار، سیاهی رفتن چشم یا پarestزی در اندام‌ها باشد.
- بیمار فقط دارای سرفه خلط دار، بدون خس‌خس سینه یا تنگی نفس باشد.
- زمانی که بیمار علامت‌دار است، در معاینه‌ی فیزیکی به طور مکرر نکته‌ای یافت نشود.
- علائم فقط در زمان سرماخوردگی وجود داشته باشد.
- سابقه طولانی مدت مصرف سیگار
- شواهد بالینی غیر معمول نظیر رال، سیانوز، کلابینگ، بیماری قلبی
- استریدور یا خس‌خس مونوفونیک
- تظاهرات بارز سیستمیک (تب، کاهش وزن، درد عضلات، ...)
- تنگی نفس مداوم و غیر متغیر (Persistent non-variable breathlessness)
- زمانی که بیمار علامت‌دار است، اسپیرومتری یا پیک فلومتری طبیعی باشد. (البته اسپیرومتری طبیعی ردکننده آسم نیست).
- اختلال صدا (Voice Disturbance)
- به درمان آزمایشی آسم (Trial) پاسخ ندهد.
- دارای شواهد بالینی به نفع تشخیص‌های افتراقی باشد.

همچنین از هر فردی که با علائم آسم مراجعه می‌کند باید در مورد بروز هر گونه علائم جدید یا تشدید علائم در محیط کار سؤال شود و اینکه آیا با خارج شدن از محیط کار علائم وی بهبود

می‌یابد یا خیر. شایع‌ترین عوامل ایجاد کننده آسم شغلی عبارتند از:

ایزوسیانات (چسب، عایق، کف‌پوش و...)، آرد غلات (حبوبات، گندم، سویا و...)، لاتکس (دستکش‌های استریل و غیراستریل، عروسک سازی، بادکنک و...)، حیوانات (پروتئین‌های حیوانی، تخم مرغ و...)، آلدئیدها (عایق سازی)، ذرات چوب

توصیه می‌شود کلیه بیماران مبتلا به آسم شغلی پس از اقدامات اولیه درمانی جهت بررسی‌های تکمیلی و پیگیری امور حقوقی به سطوح بالاتر ارجاع شوند.

ب) تعیین احتمال تشخیصی آسم

بر اساس شواهد و معاینات بالینی و با توجه به تشخیص‌های افتراقی می‌توان تشخیص آسم را بر حسب میزان احتمال ابتلا به دو گروه تقسیم نمود:

۱) آسم با احتمال بالا (High Probability Asthma): تشخیص آسم محتمل است.

۲) آسم با احتمال پایین (Low Probability Asthma): احتمال تشخیص آسم کم بوده و تشخیص‌های افتراقی مطرح است.

آسم با احتمال بالا

در این گروه از بیماران لازم است به منظور تایید تشخیص آسم بررسی عملکرد ریوی شامل اسپرومتری قبل و پس از مصرف برونکودیلاتور (جهت ارزیابی برگشت‌پذیری راه‌های هوایی) و در صورت نیاز استفاده از چالش ورزش یا متاکولین جهت ارزیابی پاسخ‌دهی راه‌های هوایی (قابل انجام در سطوح تخصصی یا فوق تخصصی) انجام شود که در صورت تایید تشخیص، درمان دارویی آغاز می‌گردد. در صورت نبود شواهد تشخیصی آسم در اسپرومتری، باید ضمن ارزیابی مجدد و در نظر داشتن تشخیص‌های افتراقی درمان آزمایشی (Trial) آسم صورت گیرد. (البته تکرار ارزیابی عملکرد ریوی در ویزیت‌های بعدی باید مد نظر باشد) همچنین در مواردی که امکان انجام اسپرومتری وجود ندارد (به دلیل عدم توانایی بیمار یا فقدان تجهیزات لازم) یا در شرایط اورژانس و بد بودن حال عمومی بیمار درمان آزمایشی توصیه می‌شود. چنانچه پاسخ به درمان آزمایشی مثبت باشد با تشخیص قطعی آسم درمان ادامه یافته و در صورت عدم پاسخ به درمان آزمایشی لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع شود.

آسم با احتمال پایین

هنگامی که در بررسی‌های اولیه شواهد کافی به نفع تشخیص آسم وجود نداشته باشد و تشخیص‌های افتراقی محتمل باشند، احتمال ابتلا به آسم کم بوده و بررسی جهت تشخیص‌های افتراقی و یا در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر باید انجام گیرد.

درمان آسم

داروهای آسم بطور کلی به دو دسته اصلی تقسیم می‌گردند:

۱- کنترل کننده یا پیشگیری کننده‌های آسم (Controllers):

این گروه داروها بطور روزانه و منظم و با هدف درمان دراز مدت مورد استفاده قرار می‌گیرند. سردسته این گروه استروئیدها (استنشاقی یا سیستمیک) هستند. استروئیدها به خاطر خاصیت ضدالتهابی سبب مهار و کاهش علائم التهاب ریوی و نیز کاهش پاسخ دهی راههای هوایی می‌گردند و در نتیجه با مصرف طولانی مدت سبب کنترل علائم و پیشگیری از حمله و افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شوند. از سایر داروهای این گروه می‌توان به تتوفیلین‌های طولانی اثر، ترکیب بتا آگونیست‌های طولانی اثر با استروئیدهای استنشاقی، کرومولین سدیم و داروهای ضد لکوترینی اشاره کرد.

۲- داروهای زود اثر (نجات بخش) (Relievers):

داروهای زود اثر شامل بتا آگونیست‌های زود اثر، آنتی کلی نرژیک‌های استنشاقی، استروئیدهای سیستمیک و ترکیبات تتوفیلین (آمینوفیلین) می‌باشند.

درمان آزمایشی (Trial) در بالغین

برای درمان آزمایشی (Trial) کورتیکوستروئید استنشاقی به مدت یک ماه و با دوز متوسط تجویز می‌گردد. در مواردی که انسداد قابل ملاحظه‌ای راه‌های هوایی وجود دارد، درمان آزمایشی با پردنیزولون خوراکی ۳۰ mg روزانه (یک بار در روز) برای دو هفته توصیه می‌گردد.

درمان نگهدارنده آسم (درمان پلکانی - Stepwise treatment)

برای درمان آسم در ابتدا باید براساس شدت بیماری (Asthma Severity) و توجه به فاکتورهای خطر، درمان را آغاز کرد و سپس طبق سطح کنترل بیماری Asthma Control ادامه درمان را تنظیم کرد. تعیین برنامه درمانی در اولین ویزیت بر حسب آنکه بیمار قبلاً تحت درمان داروئی مناسب قرار داشته یا خیر متفاوت است:

الف) چنانچه بیماری برای اولین بار تشخیص داده شده و یا بیمار تحت درمان داروئی مناسب نبوده است باید با توجه به شدت علائم بالینی بر اساس دستورالعمل زیر درمان انجام گیرد:

در صورتی که علائم بیماری خفیف و متناوب باشد (علائم روزانه ۲ بار یا کمتر در هفته و شبها یک بار یا کمتر در ماه) بیمار نیاز به درمان منظم نگهدارنده نداشته و بر حسب نیاز می‌توان از داروهای زود اثر نظیر سالبوتامول استفاده نمود. (پله اول یا step I)

در بیشتر بیماران باید درمان از پله دوم (Step II) آغاز شود. در این مرحله مطابق جدول شماره ۹ درمان انتخابی نگهدارنده، استروئید استنشاقی با دوز کم است.

در مواردیکه شدت علائم بالینی بیمار بیشتر است (علائم بیماری هر روز وجود داشته و یا شبها بیش از یک بار در هفته به دلیل بیماری از خواب بیدار می‌شود) درمان از مرحله سوم و یا بالاتر

باید آغاز شود.

نکته مهم: باید توجه داشت که در هر مرحله، چنانچه به دلیل اقدامات تشخیصی یا درمانی اندیکاسیون ارجاع وجود داشته باشد باید بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

ب) در مورد بیماران شناخته شده قبلی که تحت درمان داروئی مناسب قرار دارند انتخاب درمان، بر اساس سطح کنترل بیماری است که در مبحث پیگیری و مراقبت بیماران به تفصیل آمده است.

درمان نگهدارنده (پلکانی) توصیه شده برای بزرگسالان

پله اول Step I	لازم نیست	-----
پله دوم Step II	استروئید استنشاقی با دوز کم	Leukotriene Modifiers کرومولین سدیم**
پله سوم Step III	استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه بتاآگونیست استنشاقی طولانی اثر*	استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه Modifiers Leukotriene یا استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه تئوفیلین پیوسته رهش
پله چهارم Step IV	استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا زیاد به اضافه بتاآگونیست استنشاقی طولانی اثر* به اضافه یکی از موارد زیر اگر نیاز باشد: - تئوفیلین پیوسته رهش - Leukotriene Modifiers	
پله پنجم Step V	یکی از موارد زیر را به درمان های قبلی اضافه کنید: - استروئید خوراکی (کمترین دوز) - درمان با Anti-IgE*	

* تجویز این داروها محدود به سطوح تخصصی و بالاتر می‌باشد.

** این دارو به صورت تک دارویی (مونوتراپی) نباید مورد استفاده قرار گیرد.

نکته: علاوه بر درمان‌های کنترل کننده فوق، درمان با بتا آگونیست استنشاقی کوتاه اثر برای کاستن علائم و درمان حمله آسم باید در همه مراحل در دسترس باشد.

مراقبت بیماران

کلیه بیماران باید یک ماه پس از شروع درمان مجدداً توسط پزشک ویزیت شده و سطح کنترل بیماری توسط پزشک تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری (کنترل کامل، نسبی یا کنترل نشده) و وجود عوامل خطر همراه تصمیم گیری شود. همچنین در بیماران شناخته شده قبلی که تحت درمان دارویی می‌باشند نیز در خصوص ادامه درمان بر همین اساس تصمیم گیری می‌شود. بنابراین در کلیه بیماران ادامه روند درمان به شرح زیر است:

الف) چنانچه آسم کنترل نشده باشد علاوه بر توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر باید افزایش پلکانی مقدار مصرف داروها نیز صورت گیرد و جهت درمان داروهای دیگر نظیر بتا آگونیست‌های استنشاقی طولانی اثر مورد نیاز است که در این موارد لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع شود.

ب) اگر آسم بیمار تا حدی کنترل شده باشد (کنترل نسبی) ضمن توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر، با توجه به در دسترس بودن امکانات درمانی و هزینه درمان می‌توان افزایش پلکانی درمان را انجام داد و برای درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود و یا درمان را بر اساس مرحله قبل ادامه داد. در هر صورت باید بیمار یک ماه بعد مجدداً توسط پزشک ویزیت گردد.

ج) اگر بیماری به طور کامل کنترل شده باشد درمان را مطابق گذشته ادامه داده و بیمار باید دو ماه بعد مجدداً توسط پزشک ویزیت گردد.

اسپیرومتری علاوه بر شروع درمان هر ۳ تا ۶ ماه یک بار به صورت دوره ای اندازه گیری می‌شود. فاکتورهای خطر باید در موقع تشخیص و سپس بطور دوره ای ارزیابی گردد، به ویژه اگر بیمار سابقه حمله آسم داشته باشد. در صورت وجود هر یک از فاکتورهای خطر ریسک حملات حتی در وضعیت کنترل کامل افزایش می‌یابد و باید افزایش مرحله درمانی را مد نظر داشت.

نکته: طبق تعریف با بروز حمله آسم، بیماری در آن هفته در وضعیت کنترل نشده قرار می‌گیرد و ممکن است نیاز به درمان نگهدارنده باشد، لذا در صورتی که حملات نیازمند به درمان با

استروئید خوراکی دو بار یا بیشتر در سال رخ دهد بیمار در وضعیت کنترل نسبی یا کنترل نشده بوده و نیازمند به درمان متناسب با آن می‌باشد.

پس از آن که کنترل کامل بیماری حاصل شد و برای حداقل ۳ ماه متوالی پایدار ماند، کاهش پلکانی (Step Down) برای رسیدن به حداقل داروی مصرفی باید انجام گیرد. هدف از درمان کنترل کامل بیماری با حداقل دوز دارویی است. در مورد کاهش مراحل درمان باید توجه داشت اگر کنترل با دوز متوسط به بالای استروئید استنشاقی صورت گرفته باشد هر ۳ ماه یک بار ۲۵ تا ۵۰ درصد از دوز دارو کاسته می‌شود. ولی اگر کنترل با دوز کم حاصل شده، در بیشتر بیماران می‌توان دوز دارو را به یک بار در روز تغییر داد.

در مواردی که بیمار تحت درمان با بتاآگونیست استنشاقی طولانی اثر می‌باشد (پله سوم و بالاتر) و کنترل کامل بیماری حداقل به مدت ۳ ماه تداوم یافته است، جهت کاهش پلکانی درمان (Step Down) باید بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

داروهای کنترل‌کننده را زمانی می‌توان قطع کرد که بیمار با دوز کم هیچ عودی در علائم در مدت یک سال نداشته باشد.

نکته مهم: در هر مرحله از درمان که اندیکاسیون ارجاع وجود داشته باشد باید بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

آموزش بیماران

الف) آموزش مداوم بیماران برای ایجاد مشارکت فعال در درمان آسم

آموزش بیماران کلید ایجاد یک ارتباط موفق بین بیمار و پزشک مسئول مراقبت‌های بهداشتی است. در زمینه آموزش در هر ویزیت باید درمان دارویی و تفاوت داروهای سریع‌الاث‌ر و کنترل‌کننده، نحوه استفاده از وسایل کمک درمانی و تکنیک‌های استنشاقی، اصول پیشگیری و پایش سطح کنترل آسم با بیانی مناسب برای بیمار توضیح داده شود. همچنین ارائه راهنما و دستورالعمل مکتوب در زمینه چگونگی مصرف داروها، نحوه اقدام در زمان حمله آسم و پرهیز از عوامل آلرژی‌زا و محرک توصیه می‌شود.

ب) پرهیز از تماس با مواد آلرژن و حساسیت‌زا، آلاینده‌ها و بویژه دود سیگار (پیشگیری نوع اول، دوم و سوم):

پیشگیری از آسم هدف بسیار مهمی است. با پیشرفت‌های اخیر در فهم عوامل خطر در آسم، تلاش‌های زیادی برای عمل به استراتژی مرتبط در این زمینه شده است. این فعالیت‌ها را می‌توان در سه سطح پیشگیری نوع اول، دوم و سوم طبقه‌بندی کرد.

پیشگیری نوع اول

- پرهیز از سیگار کشیدن و تماس با هرگونه دود سیگار و سایر مواد دخانی نظیر قلیان، پیپ، ... به ویژه در دوران بارداری، عدم استفاده از هرگونه دخانیات در محیط‌های شغلی و فضای سر بسته
- پرهیز از قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا در فضاهای باز و بسته

- پرهیز از خانه‌های مرطوب و کاهش هر نوع آلاینده در محیط‌های مسکونی
- کاهش تماس افراد مستعد آلرژی و آسم با مواد حساسیت زای (آلرژن) استنشاقی مانند هیپره‌های گرد و غبار، سوسک و حیوانات خانگی
- پرهیز از مواد حساسیت زا و محرک در محیط‌های شغلی به وسیله خارج کردن آنها از محیط و یا با استفاده از وسایل و روش‌های محافظت کننده
- توصیه به کاهش وزن در افراد چاق
- نبود شواهد کافی برای مصرف مکمل‌های حاوی روغن ماهی (نظیر امگا۳) و فرآورده‌های پروبیوتیک در حاملگی به منظور پیشگیری از آسم

پیشگیری نوع دوم

- درمان درماتیت آتوپیک (اگزمای حساسیتی) به منظور پیشگیری از بروز آلرژی‌های تنفسی و آسم
- درمان آلرژی‌های تنفسی فوقانی (آلرژی بینی، چشم: رینوکونژکتیویت و رینو سینوزیت) به منظور کاهش خطر بروز آسم
- کاهش تماس با مایت (هیره‌ها)، سوسک‌ها و حیوانات خانگی در افرادی که قبلاً به این مواد حساس شده‌اند، به منظور پیشگیری از شروع بیماری آسم و سایر آلرژی‌ها
- خارج کردن افراد شاغل از محیط‌های کار آلوده، در صورت بروز علائم حساسیت به آلاینده‌های محیط کار

پیشگیری نوع سوم

- کاهش تماس یا خارج کردن بیماران مبتلا به آسم، رینیت و اگزمای حساس به هیپره‌ها، سوسک‌ها و حیوانات خانگی، از محیط‌های آلوده به این عوامل حساسیت زا، به منظور کنترل بهتر علائم و پیشگیری از عود بیماری
- استفاده از دارو درمانی متناسب با شدت آسم در بیمار
- پرهیز اکید از آسپیرین یا سایر انواع NSAID در بیماران حساس به آنها
- پرهیز از داروهای بتابلوکر (مگر در مواردی که نجات دهنده جان بیمار است)
- احتیاط در مصرف ACEI
- درمان بیماری‌های همزمان مانند آلرژی بینی، سینوزیت، ریفلاکس معده جهت پیشگیری و کنترل بهتر آسم

حمله آسم

حمله آسم با بروز یا تشدید سرفه، تنگی نفس، خس خس سینه، احساس فشار در قفسه سینه و یا مجموعه‌ای از این علائم مشخص می‌گردد. بیش‌ترین علل بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر در حملات آسم، ناشی از عدم شناسایی عوامل خطرزا و پرهیز از آن‌ها، عدم تخمین صحیح شدت حملات، توجه ناکافی برای یافتن روش درمانی مناسب در موارد اورژانس و درمان ناقص می‌باشد. پیشگیری از حملات آسم بسیار مهم بوده و لازمه آن شناختن بیماران در معرض خطر (High Risk) است.

افراد در معرض خطر عبارتند از:

(۱) بیماری که سابقه حمله آسم مرگبار (Near Fatal or Fatal Asthma) که نیاز به لوله گذاری (Intubation) و یا تهویه مکانیکی داشته باشد. این امر احتمال نیاز به لوله گذاری مجدد را در حمله‌های بعدی بسیار بالا می‌برد.

(۲) بیماری که سابقه بستری در بیمارستان یا بخش اورژانس در طی سال گذشته به دلیل آسم داشته باشد.

(۳) بیماری که در حال مصرف استروئید خوراکی بوده و یا اخیراً مصرف آن را متوقف کرده است.

(۴) بیماری که اخیراً استروئید استنشاقی را قطع کرده است.

(۵) بیماری که به طور مکرر وابسته به مصرف بتا‌آگونیست استنشاقی زود اثر می‌باشد. به‌خصوص کسانی که مصرف این دارو در آنها بیش از یک افشانه سالبوتامول در ماه است.

(۶) بیماران مبتلا به چاقی

(۷) بیماری که سابقه بیماری روانی یا مشکلات خانوادگی و اقتصادی-اجتماعی و یا استفاده از آرام‌بخش‌ها را داشته باشد.

(۷) سابقه عدم همکاری در اجرای توصیه‌های درمانی (Low Compliance) وجود داشته باشد.

(۸) بیمارانی که سابقه اعتیاد به مواد مخدر و الکل دارند.

اندیکاسیون‌های ارجاع فوری در حمله آسم

(۱) بیماری که سابقه حمله آسم مرگبار (Near Fatal or Fatal Asthma) که نیاز به لوله گذاری (Intubation) و یا تهویه مکانیکی داشته باشد. این امر احتمال نیاز به لوله گذاری مجدد را در حمله‌های بعدی بسیار بالا می‌برد.

(۲) شدت حمله در وضعیت نزدیک به نارسایی تنفسی باشد.

(۳) حمله آسم از نوع شدید و مقاوم به درمان باشد، یعنی پس از درمان اولیه با بتا آگونیست، همچنان علائم شدید بوده

۴) پاسخ فوری به برونکودیلاتور نداشته و/یا زودتر از ۳ ساعت علائم عود کند.

۵) پس از ۲ تا ۶ ساعت از شروع استروئید بهبودی حاصل نشود.

۶) حال عمومی بیمار علی‌رغم درمان کافی رو به بدتر شدن باشد.

۷) بروز حمله شدید آسم در بارداری

درمان حمله آسم

پس از ارزیابی شدت حمله آسم توسط پزشک، درمان حمله آسم مطابق الگوریتم درمان حمله آسم پس از ارزیابی اولیه و تعیین شدت بیماری صورت می‌گیرد. همان طور که در این الگوریتم ملاحظه می‌گردد در حملات آسم، تجویز مکرر بتاآگونیست استنشاقی زود اثر (۲ تا ۴ پاف هر ۲۰ دقیقه در ساعت اول) بهترین درمان است. پس از ساعت اول مجدداً علائم بیمار و پاسخ به درمان ارزیابی می‌گردد. اگر پس از تجویز بتا آگونیست، پاسخ مناسب و یا نزدیک به آن حاصل شود و این پاسخ برای حداقل ۳ تا ۴ ساعت پایدار بماند، احتیاج به داروی دیگری وجود ندارد. البته داروی بتاآگونیست را می‌توان تا ۴۸ ساعت هر ۴ ساعت برحسب لزوم ادامه داد.

در صورتی که پاسخ مناسبی به بتاآگونیست استنشاقی زود اثر مشاهده نشد یا بهبود علائم ادامه نیافت) علاوه بر بتاآگونیست استنشاقی، استفاده از استروئیدخوراکی پردنیزولون به میزان ۱ mg/kg/day (حداکثر ۶۰ میلی گرم روزانه برای بزرگسالان و ۴۰ میلی گرم برای کودکان) برای ۳ تا ۵ روز توصیه می‌گردد. مجدداً پس از ۱ تا ۳ ساعت بیمار مورد ارزیابی قرار گرفته و برحسب پاسخ درمانی (ضعیف، ناکامل، مطلوب) توصیه به بستری یا ترخیص بیمار با دستورات دارویی لازم مطابق الگوریتم درمان حمله آسم پس از ارزیابی اولیه و تعیین شدت بیماری می‌شود. بهبودی کامل از حملات اغلب تدریجی است و احتیاج به چندین روز مراقبت دارد.

به دنبال یک حمله آسم درمان نگهدارنده معمولاً با همان دوز دارویی قبل از شروع حمله ادامه می‌یابد مگر آنکه پس از حمله به تدریج با کاهش سطح کنترل بیماری مواجه باشیم که در این موارد افزایش مرحله درمان (Step Up) اندیکاسیون دارد. لذا پس از حمله، بیمار باید ۲ هفته بعد مجدداً توسط پزشک ویزیت و ارزیابی سطح کنترل بیماری صورت گیرد و درمان بر اساس سطح کنترل ادامه یابد.

باید توجه داشت طی ارزیابی اولیه و دیگر مراحل درمانی حمله آسم به اندیکاسیون‌های ارجاع فوری توجه لازم صورت گیرد و در هر مرحله در صورت وجود اندیکاسیون ارجاع، لازم است بیمار

بلافاصله به سطح بالاتر ارجاع گردد. در این شرایط توصیه می‌گردد تا رسیدن بیمار به مرکز درمانی مجهزتر، علاوه بر شروع درمان با استروئید، به بیمار هر ۲۰ دقیقه ۴-۲ پاف سالبوتامول با محفظه مخصوص در ساعت اول داده شود.

اختلالات ویماریهای تیروئید

ارزیابی اختلالات و بیماریهای تیروئید

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید و معاینه * کنید: - سابقه فAMILIAL - وضعیت اشتها - خستگی و ضعف عضلانی - تآکی کاردی - تعریق - علایم پوستی - علایم چشمی بررسی اندازه تیروئید و قوام تیروئید - ترمور	در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده: به همراه بزرگی اندازه تیروئید	گواتر دارد	✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3.T4, TSH) ✓ اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید ✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد ✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار
	در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده: بدون بزرگی اندازه تیروئید	وجود مشکل بدون گواتر	✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3.T4, TSH) ✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد ✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار
	نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد	تیروئید سالم است	✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار
در هنگام معاینه تیروئید فرد از او بخواهید در مقابل شما بایستد و چانه را در وضعیت عادی قرار دهد، در حالت عادی در قسمت پایین کردن برآمدگی مشاهده نمی شود و خالی است. در آن هایی که گواتر دارند، بالای فرورفتگی جناغ برآمدگی دیده می شود که معمولاً از خط میانی به دو طرف گسترده شده است. این برآمدگی گاهی کوچک و به اندازه یک بادام است. ولی ممکن است بزرگ تر باشد و حتی آنچنان بزرگ که همه قسمت های گردن را بگیرد و به زیر چانه برسد. Lid lag: وضعیتی است که پلک فوقانی قادر به دنبال کردن چرخش چشم نیست و پلک فوقانی پشت لبه فوقانی عنبریه در حرکت چشم رو به پائین قرار می گیرد، این حالت معمولاً واضح است وقتی که پلک قادر به حرکت نیست یا وقتی که حرکت پلک فوقانی به طور قابل ملاحظه ای بعد از حرکت چشم است. یک پدیده مشابه در لبه تحتانی وقتی که چشم به سمت پایین حرکت می کند، اگر مشاهده این حرکت سریع باشد تشخیص ممکن است missed شود.			

ترمور: برای ارزیابی ترمور، باید فرد مورد معاینه در حال نشسته و یا ایستاده، دست های خود را جلو آورده و انگشتان دست های خود را باز کند. وجود لرزش های ظریف در انگشتان بیانگر ترمور است.

اختلالات و بیماریهای ژنتیک

ارزیابی ژنتیک – ویژه پزشک (ویژه مناطق مجری ژنتیک اجتماعی):

ردیف	ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
۱	آیا در فرد یا در بستگان درجه ۱ و یا ۲ هر یک از افراد خانواده، بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد؟ شامل هموفیلی، دوشن، تالاسمی ماژور، بیماری های متابولیک ارثی (فنیل کتونوری، گالاکتزومی و ...)، ناشنوایی و نابینایی اولیه و ...	در فرد یا در بستگان درجه ۱ و ۲ هر یک از افراد خانواده، بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد.	ارجاع غیر فوری به پزشک مشاور ژنتیک
۲	آیا یک اختلال در خانواده تکرار شده است؟ در خانواده یا در بستگان درجه ۱ و یا ۲ هر یک از افراد خانواده حداقل دو مورد بیماری مشابه با شروع در کودکی وجود دارد.	یک اختلال در خانواده تکرار شده است.	ارجاع غیر فوری به پزشک مشاور ژنتیک
۳	آیا علاوه بر نسبت فامیلی نزدیک با همسر، هر دو یا یکی از زوجین یکی از شرایط زیر را هم دارد؟ (در صورت تاهل سوال شود). وجود فردی در خانواده و فامیل که از زمان کودکی مبتلا به اختلال بینایی بوده است. وجود فردی در خانواده و فامیل که از زمان کودکی مبتلا به اختلال شنوایی بوده است. کودکی که می بایست رژیم غذایی خاصی داشته باشد.	عامل خطر فامیلی در صورت نسبت فامیلی زوج وجود دارد.	ارجاع غیر فوری به پزشک مشاور ژنتیک
۴	آیا عامل خطر فامیلی بیماری ایسکمیک قلب یا کنسر وجود دارد؟ در بستگان درجه ۱ و یا ۲ هر یک از افراد خانواده سابقه بیماری زودرس عروق کرونر قلب وجود دارد. در بستگان درجه ۱ و یا ۲ هر یک از افراد خانواده سابقه سرطان ارثی فامیلی برست یا کولون وجود دارد.	عامل خطر فامیلی بیماری ایسکمیک قلب یا کنسر وجود دارد.	ارجاع غیر فوری به پزشک مشاور ژنتیک

راهنمای پزشک در ارزیابی عامل خطر ژنتیک:

آیا فرد نیاز به مشاوره ژنتیک دارد:

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد زیر نیاز به مشاوره ژنتیک وجود دارد (تشریح اختلالات در ذیل آمده است):

- حداقل ۱ نوع ناهنجاری مادرزادی ژنتیکی مهم وجود دارد.
- تکرار اختلال در بستگان: در بستگان درجه ۱ یا ۲ حداقل یک نفر دیگر با ناهنجاری مادرزادی مشابه، اختلال عملکردی مشابه یا بیماری شناخته شده مشابه از زمان کودکی، وجود دارد.
- در یکی از اعضای خانواده علاوه بر اختلال عملکردی یک ناهنجاری غیراکتسابی نیز وجود دارد.
- علاوه بر اختلال عملکردی، حداقل ۲ مورد از موارد ذیل را دارد:
 - الف- سابقه سقط مکرر (۲ سقط یا بیشتر)، مرده زایی یا نازایی طولانی مدت (>۲ سال بدون جلوگیری) در مادر فرد
 - ب- سابقه فوت در برادر یا خواهر فرد بدلیل بیماری
 - ج- نسبت فامیلی والدین
 - د- زمان شروع اختلال قبل از ۲ سالگی
- اختلال باروری
- بیماری عروق کرونر زودرس (از معیار های Simon Broome استفاده می کنیم)
- کنسر های ارثی فامیلی

الف- بررسی اختلالات فیزیکی / ظاهری

در شرح حال: آیا فرد یک اختلال مادرزادی غیر اکتسابی مهم از نظر ژنتیکی دارد ؟ (یکی از موارد زیر)

سر و گردن:

صورت: فرد چهره ای غیر معمول (با اختلال محل قرار گیری یا ظاهر گوش و یا چشم) دارد

دهان: شکاف لب، شکاف کام، یا اختلال در رویش یا مینای دندانها داشته است

جمعده: کرانیوسینوستوز، آنسفالوسل، Z-score دور سر کمتر از ۳- یا بیشتر از ۳ داشته است

تنه:

ستون فقرات: اسپاینا بیفیدا داشته است

جدار شکم: امفالوسل، گاستروچزی داشته است

ژنیتالیا: ابهام تناسلی داشته است

اندامها:

سین داکتیلی، اکتروداکتیلی و پلی داکتیلی در اندام فوقانی یا تحتانی داشته است

پوست:

پوسته ریزی منتشر، تاول متشر، اریتم منتشر، تغییر پیگمانتاسیون منتشر داشته است

ارگانهای داخلی:

آنومالی مادرزادی قلبی، انسدادهای گوارشی (آنوس بسته، هیرشپرونک، آترزی ها)، آنومالی کلیه (کلیه پلی کیستیک یا مولتی کیستیک) داشته است

ب- بررسی اختلالات عملکردی

در شرح حال:

- ۱- اختلال رشد داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
 - زیر ۱۵ سالگی: کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر داشته است.
 - بیماری شناخته شده ای دارد که باعث کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر شده است
- ۲- اختلال روانی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
 - سابقه افسردگی شدید، گوشه گیری شدید، اضطراب یا وسواس شدید در حدی که باعث اختلال در فعالیت روزانه شود داشته است
 - بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ضعف روحی-روانی شده است
- ۳- اختلال بینایی دارد
- ۴- اختلال بلوغ داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
 - مرد بالای ۱۶ سال: علائم بلوغ و رویش موی صورت تا ۱۶ سالگی شروع نشده است.
 - خانم بالای ۱۴ سال: علائم بلوغ و عادت ماهیانه تا ۱۴ سالگی شروع نشده است.
 - بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات بلوغ شده است.

ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

ارزیابی اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
سوال کنید: ۱- آیا در حال حاضر احساس می کنید از زندگی سیر شده اید؟ ۲- آیا در حال حاضر آرزو می کنید که کاش زندگی شما به پایان می رسید؟ ۳- آیا به این فکر می کنید که خود را از بین ببرید؟ ۴- (در صورت پاسخ مثبت به سوال ۳) فکر کرده اید که چطور این کار را انجام دهید؟ ۵- آیا تا کنون اقدامی کرده اید؟ وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- دیسترس حاد هیجانی ۲- ناامیدی ۳- بی قراری شدید ۴- خشونت ۵- عدم برقراری ارتباط ۶- انزوای اجتماعی	افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی، اقدام به خودکشی	اورژانس روانپزشکی (خودکشی)	• چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحی یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود. • در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک • در صورتی که خطر جدی آسیب به خود وجود ندارد، ولی سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید) • احتیاط های زیر را انجام دهید: • وسایل خطرناک را که ممکن است با آن ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. • در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید. • فرد را تنها نگذارید. • برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید. - پیگیری منظم انجام دهید.

• درمان دارویی با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) و در صورت نیاز، به صورت کوتاه مدت، بنزودیازپین نیز همراه آن می تواند تجویز گردد. (مراجعه به کتاب پشتیبان) • نکته: دارو با دوز کم شروع شود و به آهستگی افزایش یابد. • نکته: در درمان اختلال وسواسی جبری معمولا به دوزهای بالاتری نسبت به اختلالات دیگر نیاز هست • پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته • نکته: در درمان اختلال وسواسی جبری معمولا به مدت زمان بیشتری برای پاسخ نیاز هست • برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان • در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و در مورد سایر اختلالات عدم پاسخ پس از یک دوره درمان: ارجاع غیرفوری به روانپزشک	اختلال اضطراب منتشر/ اختلال پانیک/اختلال اضطراب اجتماعی	خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیطهای اجتماعی، نگرانی درباره مسائل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی	سوال کنید: ۱- آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگی دارید؟ ۲- آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علائم جسمی و ترس از مرگ می شوید؟ ۳- آیا خود را وادار به انجام کارهایی می دانید و نمی توانید جلوی انجام آن ها را بگیرید (شستن چند باره دست ها، واریسی چند باره چیزها)؟ ۴- آیا تا کنون برای شما یا اطرافیانتان حادثه بسیار بدی اتفاق افتاده است که مکررا آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟ ۵- (در صورت پاسخ مثبت به سوال بالا) آیا از هر نشانه ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می کنید؟
• در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک • نکته: ضمن ارجاع در صورت ناتوانی در کنترل بیمار: تزریق آمپول هالوپریدول ۵ میلیگرمی و آمپول بیپریدین ۵ میلیگرمی به صورت عضلانی قابل انجام است • در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص	اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک پذیری و پرخاشگری	سوال کنید: ۱- آیا زود یا شدید عصبانی می شوید و با دیگران مکررا دعوا و زدوخورد می کنید؟ (پرسش از خود فرد یا اطرافیان)

در صورت تشخیص افسردگی اساسی: • در حالت متوسط تا شدید: درمان دارویی با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) یا ضدافسردگی سه حلقه ای (مطابق کتاب پشتیبان) • پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته • برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان • در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک • در صورت دارا بودن سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، عدم پاسخ به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان‌درمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک • شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان های بی اثر (مانند ویتامین ها) مدیریت نکنید. • در صورت وجود سابقه داغدیدگی: توصیه های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا روان‌درمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید. • پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پایش کنید، چون افسردگی می تواند همکاری در مصرف دارو را کاهش دهد.	افسردگی	خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علاقه، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز، آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن	سوال کنید: ۱- آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غم و غصه دارید؟ ۲- آیا در دو هفته اخیر احساس می کنید مثل قبل از فعالیتهای سرگرم کننده لذت نمی برید؟ موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)
---	---------	---	--

• در صورت وجود احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک • چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و بیمار تاکنون توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار نگرفته است: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و قبلا توسط روانپزشک تشخیص مطرح و درمان آغاز شده است (تشدید یا عود بیماری قبلی): • به فرد و مراقبین وی آموزش دهید • وضعیت درمان را مرور کرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمینان حاصل کنید. • اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی دهد، افزایش دوز دارو یا تغییر آن را در نظر داشته باشید • امیدواری واقع بینانه و خوش بینی ایجاد کنید. • برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان • در صورت امتناع از خوردن دارو و یاعوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • پیگیری منظم انجام دهید.	سایکوز	هذیان، توهم ، رفتار یا گفتار آشفته، علائم منفی (گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)	وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صحبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) ۲- واقعیت سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلا صداهایی می شنود یا چیزهایی می بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) ۳- رانندگی بی مهبا، رفتارهای جنسی نسنجیده و مهارگسیخته، ولخرجی شدید ۴- تحریک پذیری و پرخاشگری شدید و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته ۵- سرخوشی زیاد، پر حرفی و پر فعالیتی (سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)
	اختلال دوقطبی	سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری ، فعالیت وانرژی زیاد ، کاهش نیاز به خواب، پر حرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی مهبا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)	

• در صورتی که اختلال افسردگی یا اضطرابی وجود دارد مطابق راهنما درمان گردد (بخشهای قبلی) • همدلی کردن با بیمار، گوش کردن به شکایات و اطمینان بخشی غیر قضاوت‌مندانه و توجه به استرس‌ورهای اخیر • انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر • برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان • برای کنترل علائم از تزریقات یا درمان‌های بی اثر مانند ویتامین استفاده نشود. • در صورت پایداری علائم و عدم کنترل آن: ارجاع غیرفوری به روانپزشک • نکته: در موارد سوگ از سوگواری و رفتار انطباقی متناسب با فرهنگ حمایت کنید و شبکه اجتماعی فرد را درگیر نمایید. • نکته: در موارد استرس حاد به دنبال واقعه تروماتیک، حمایت روانی اولیه را پیشنهاد دهید (کمک‌های اولیه روانشناختی) که شامل گوش کردن بدون فشار بر فرد برای صحبت کردن، ارزیابی نیازها و نگرانی‌ها، فراهم کردن حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب بیشتر می باشد.	اختلالات شبه جسمی	بروز علائم بیماری جسمی به رغم وجود شواهد پزشکی و گزارش علائم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجه نمی‌باشد	وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- نشانه‌های جسمی (مثل درد، مشکلات گوارشی، بی حسی اندام) وجود دارد که در بررسی‌های انجام شده هیچ علت عضوی برای آن پیدا نشده است؟
• در صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس (پیش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس کتاب پشتیبان انجام گیرد) • در صورتی که تشخیص صرع پیش از این مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزایش دوز دارو، تغییر دارو یا درمان ترکیبی (مطابق کتاب پشتیبان) • برای آموزش روانی: ارجاع به کارشناس سلامت روان • در صورتی که برای اولین بار تشنج اتفاق افتاده یا به رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسی تشخیصی و درمان: ارجاع غیر فوری به روانپزشک	صرع	حملات دوره ای تشنج به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چشمها، به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی	وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندامها، و خروج کف از دهان ۲- مطرح شدن تشخیص صرع پیش از این توسط پزشک
• برای کلیه موارد جدید، جهت تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • در صورت بروز علائم جدید در بیماران قبلی، مثل اضطراب، تغییرات خلقی، یا اختلال رفتاری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان	معلولیت ذهنی	ناتوانی از درک صحیح صحبت‌های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای	وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱- ناتوانی در یادگیری یا انجام کارهای شخصی ۲- ارتباطات اجتماعی کم و نامتناسب با سن

• مشکلات طبی همراه شامل اختلال بینایی و شنوایی را درمان و مراقبت کنید. • نکته: در تجویز داروهای روانپزشکی به بیمارانی که اختلالات تکاملی و ناتوانی ذهنی دارند احتیاط کنید چون این افراد اغلب به عوارض این داروها حساس ترند.		شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن	
--	--	----------------------------------	--

ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت مداخلات مختصر در تکمیل روند درمان و یا روانپزشک بر اساس فلوچارت ارجاع ارائه خدمات سلامت روان توسط پزشک صورت می گیرد.

ارزیابی سو مصرف مواد

مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال (ویژه پزشک)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
---------	----------	-----------	---------------

آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد یا داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی را دارد؟ • مصرف بیش از حد مواد افیونی، داروهای اُپیوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرام بخش و خواب آور یا سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف بیش از حد الکل در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • کاهش سطح هوشیاری در حد خواب آلودگی عمیق، بدون پاسخ یا پاسخ اندک به تحریک دردناک • کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس • ضربان • فشار خوت • تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی)	تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل نرسیدن اُکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی: ۱- خواب آلودگی و اغماء ۲- کلام جویده جویده ۳- اختلال در توجه و حافظه	• علائم حیاتی را چک کنید. • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید. چنانچه میزان تنفس کمتر از ۱۰ باشد: • نالوکسان ۰/۴ میلی گرم زیرجلدی، تزریق عضلانی یا وریدی (برای بیش مصرفی مواد افیونی)، در صورت لزوم تکرار نمایید. • نالوکسان در درمان بیش مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش مصرفی سایر داروهای آرام بخش و خواب آور تأثیری ندارد. • نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود. • ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور تداوم دریافت نالوکسان چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد: • برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید • ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت دسترسی اورژانس مسمومیت ها) برای تمام موارد مسمومیت مواد: • بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده • توصیه به خانواده/همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان و رفتار پس از ترخیص از بیمارستان
--	---	--

آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد محرک (مت‌آفتامین) دارد؟ در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • مردمک های متسع • برانگیختگی، افکار سریع، اختلالات تفکر، بدبینی (پارانویا) • مصرف اخیر مت‌آفتامین (شیشه)، قرص اکستازی یا سایر مواد محرک • افزایش فشار خون و ضربان قلب (در صورت امکان و پاسخ‌دهی بیمار به آرام‌بخشی کلامی) • رفتارهای خشن، پرخاش‌گرانه یا ناگهانی	دو مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد: ۱- تاکیکاردی یا برادیکاردی ۲- گشادی مردمک‌ها ۳- فشار خون افزایش یا کاهش یافته ۴- تعریق یا لرز ۵- تهوع و استفراغ ۶- شواهد کاهش وزن ۷- بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی ۸- ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدری یا آریتمی قلبی ۹- تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء مسمومیت مواد محرک	• ایمنی خود و کارکنان را در نظر بگیرید. • از نشان دادن واکنش‌های سریع و ناگهانی پرهیزد کنید. • از فنون آرام‌بخشی کلامی استفاده کنید به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید.. • دیازپام خوراکی را با دوز مشخص تا زمانی که فرد آرام و مختصری خواب آلوده گردد، تجویز نمایید. برای نحوه تجویز به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • چنانچه علائم مراجع به آرام‌بخشی کلامی و آرام‌بخشی دارویی با دیازپام خوراکی مؤثر واقع نشود، ارجاع فوری را در نظر بگیرید. • چنانچه بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد، چنانچه تاکی آریتمی وجود دارد یا بیمار تهاجمی و غیرقابل کنترل است، بیمار را به صورت فوری به بیمارستان ارجاع دهید. • در جریان فاز بعد از مسمومیت، در مورد افکار یا اقدام به خودکشی توجه داشته باشید. در این ارتباط به راهنماهای مربوطه اختلالات روان- پزشکی مراجعه فرمایید.
---	---	---

آیا فرد دچار محرومیت از مواد افیونی است؟ • قطع (یا کاهش) مصرف مواد افیونی در فردی با سابقه مصرف مستمر و طولانی مدت، دردهای عضلانی، کرامپ‌های شکمی • سردرد، تهوع، استفراغ، اسهال، گشادی مردمک‌ها، افزایش فشار خون و ضربان قلب، خمیازه کشیدن، • آبریزش از بینی • اشک ریزش • سیخ شدن موها • اضطراب • بی‌قراری سؤال کنید: • نوع ماده افیونی مصرفی، سایر مواد مصرفی، طریقه مصرف • نتایج سطح درگیری با مصرف مواد افیونی و سایر مواد را با استفاده از ابزار ASSIST مرور کنید.	وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف یا تجویز داروی آنتاگونیست آپیوئیدی رخ دهد: ۱- کج‌خلقی و خلق پایین ۲- تهوع و استفراغ ۳- دردهای عضلانی ۴- اشک ریزش و آب ریزش بینی ۵- گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق ۶- اسهال ۷- خمیازه کشیدن ۸- تب ۹- بی‌خوابی	محرومیت از مواد افیونی	چنانچه دهیدراتاسیون وجود داشته باشد: • جایگزینی مایعات و ریدی را انجام دهید چنانچه اورژانس‌های روان‌پزشکی همبود وجود داشته باشد (راهنمای مربوط به اختلالات روان‌پزشکی): • ارجاع فوری به بیمارستان روان‌پزشکی در سایر موارد: • ارجاع به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد واجد واحد درمان با داروهای آگونیزست چنانچه دسترسی به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ممکن نباشد: • درمان علامتی با کلونیدین؛ داروی <i>آلفا-۲</i> <i>آدرنرژیک مرکزی</i> بر اساس کتاب پشتیبان • علائم اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی‌خوابی) • برای درمان درد از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی استفاده کنید. • استفاده از داروهای ضد درد آپیوئیدی مثل استامینوفن کدئین و ترامادول برای درمان توصیه نمی‌شود. • برای درمان تهوع، استفراغ و بی‌خوابی از داروهای آنتی‌هیستامین استفاده کنید. • در صورت لزوم (مشاهده دهیدراتاسیون) مایعات خوراکی یا ریدی تجویز کنید.
آیا فرد مصرف زیان‌بار سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) دارد؟ درباره مصرف اخیر سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) سؤال کنید. درباره میزان و الگوی مصرف مواد را سؤال بپرسید. درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. درباره آسیب‌های و مشکلات مرتبط با مصرف مواد سؤال بپرسید.	الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روان-شناختی فرد می‌شود	مصرف زیان‌بار (آسیب-رسان)	چنانچه اورژانس‌های روان‌پزشکی همبود وجود داشته باشد: • ارجاع فوری به بیمارستان روان‌پزشکی در سایر موارد: • بر اساس نتایج حاصل از غربال‌گری سطح درگیری با مصرف ماده/مواد مصرفی به فرد بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. *

نتایج غربال‌گری تکمیلی ASSIST انجام شده توسط کارشناس سلامت روان و رفتار را بررسی کنید. نمره خطر اختصاصی بر هر یک از مواد را ملاحظه کنید. آیا برای فرد احتمال تشخیص مصرف زیان‌بار (آسیب‌رسان) مواد مطرح است؟ ملاک‌های مصرف زیان‌بار (آسیب‌رسان) مواد را بررسی کنید: شواهد روشنی وجود دارد که مصرف مواد باعث آسیب به سلامت جسمی و روان‌شناختی شده است. علائم برای حداقل یک ماه یا به صورت مکرر در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته است. در دوره زمانی مورد نظر ملاک‌های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد.			• درباره امکان‌پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • برای دریافت مداخلات مختصر فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • به میزان مورد نیاز و با فواصل لازم پیگیری نمایید. * چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمی‌داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. * • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. * • برای دریافت آموزش‌های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت‌های روان‌شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.
آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟ سؤال کنید: • درباره میزان و الگوی مصرف مواد سؤال بپرسید. • درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. • از فرد در مورد میزان آمادگی برای قطع مصرف مواد سؤال کنید. موارد زیر را جستجو نمایید: ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید. موارد زیر را جستجو نمایید: • تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد	نقص کنترل مصرف، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تحمل و محرومیت	وابستگی به مواد	چنانچه اورژانس‌های روان‌پزشکی همبود وجود داشته باشد: • ارجاع فوری به بیمارستان روان‌پزشکی چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد: • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. * • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. * • درباره امکان‌پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • علی‌رغم آماد نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف یا دریافت کمک حرفه‌ای به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.

• دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد • وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است، که به صورت سندرم محرومیت مشخص ظاهر می یابد. • شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلاً در دوزهای کمتر ایجاد شده است. • بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذت ها یا علایق به دلیل مصرف مواد، افزایش زمان برای به دست آوردن و تهیه یا بهبودی از علائم ناشی از مواد لازم است. • تداوم مصرف مواد علی رغم شواهد واضح مبنی بر عواقب آسیب رسان مصرف مواد نتیجه آزمون غربالگری مراجع با استفاده از غربالگری ASSIST را بررسی کنید. چنانچه ۳ مورد یا بیشتر از ملاک های بالا وجود داشته باشد، تشخیص سندرم وابستگی به مواد برای فرد مطرح می گردد.		• فرد را برای دریافت آموزش مبتنی بر مهارت های روان شناختی کاهش آسیب، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • فرد را برای دریافت وسایل کاهش آسیب به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع دهید. • در صورت سابقه مصرف تزریقی، به اقدامات مربوط به تزریق ارجاع دهید: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت های اچ آی وی و هپاتیت سی نمی داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت های اچ آی وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ آی وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. * • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. * • برای دریافت آموزش های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت های روان شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • چنانچه فرد وابسته به داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد غیرقانونی داشته باشد، تمایل به مراجعه نداشته باشد و خانواده فرد مراجعه نموده باشند: • ارجاع خانواده به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برای دریافت مشاوره و نحوه برخورد با بیمار وابسته به موادی که از دریافت درمان طفره می رود. * در سایر موارد، برای تمام انواع وابستگی به مواد: * • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. • با استفاده از تکنیک های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. • درباره امکان پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید.
--	--	--

• برای دریافت حمایت‌های اجتماعی مورد نظر همچون اسکان ایمن و اشتغال فرد را ارجاع دهید. • به خانواده بیمار درباره ماهیت اعتیاد و نحوه حمایت صحیح از درمان بیمار آموزش دهید. • بر حسب نوع ماده مصرفی فرد اقدامات بیشتر را در نظر بگیرید. وابستگی به تنباکو • بر اساس راهنماهای کتاب پشتیبان درباره لزوم و نوع درمان دارویی شامل درمان جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون تصمیم‌گیری فرمایید. • برای دریافت مداخلات مختصر گسترش یافته فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف، فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به حشیش یا مواد محرک • برای دریافت درمان سرپایی جامع روان‌شناختی و رفتاری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید. چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • بر اساس راهنماهای کتاب پشتیبان در خصوص درمان علامتی محرومیت از مصرف حشیش یا مواد محرک تصمیم‌گیری نمایید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به مواد افیونی • برای دریافت درمان وابستگی به مواد افیونی بر اساس پروتکل‌های کشوری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید. چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • بازگیری با کلونیدین را در نظر بگیرید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته			
--	--	--	--

• برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به بنزودیازپین ها • شدت وابستگی را بررسی کنید. • بر حسب شدت وابستگی به سطوح دو یا سه ارجاع دهید. * چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • کاهش تدریجی بنزودیازپین ها همراه با نظارت را در نظر بگیرید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمی‌داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را اجرا نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. برای دریافت آموزش‌های مبتنی بر مهارت روان‌شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.			
---	--	--	--

*در این موارد لازم است که به کتاب پشتیبان پزشک برای مدیریت درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مراجعه شود.

سلامت اجتماعی

پزشک - گروه سنی جوانان (۲۹-۱۸ سالگی)

ارزیابی همسرآزاری	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
- از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ۴. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد*. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱- مصاحبه ** هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می فهمم"،... ارتباط مناسب را برقرارکنید. ۲- ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳- ثبت موارد در پرونده پزشک** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت کننده و شاهدان ماجرا ۴- ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع**

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری: در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود

ارزیابی مصرف دخانیات

مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال (ویژه پزشک)
مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی

روزیابی	نتیجه بررسی اولیه	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: یا فرد سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی، انفیه ای و کیدنی مصرف می کند؟ با در ماه اخیر مصرف دخانیات داشته ست؟ با در حال حاضر هر نوع ماده دخانی(دودزا بدون دود) مصرف میکنند؟(به صورت روزانه و غیر روزانه) – آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور انها اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟	فرد سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی دودزا و بدون دود مصرف می کند. دارای علائم: – مشکلات تنفسی بدلیل مصرف سیگار و قلیان و یا سایر مواد دخانی – افت فعالیت فیزیکی – زردی دندانها و بوی بد دهان – کاهش وزن – سایر علائم مرتبط با مصرف سیگار، قلیان و سایر مواد دخانی	مواد دخانی مصرف می کند و در معرض خطرات ناشی از مصرف دخانیات قرار دارد گرایش به مواد دخانی	مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک: ”مداخلات مختصر ۵۰” - آموزش مضرات استعمال دخانیات - بررسی و ارزیابی فرد برای سنجش میزان آمادگی ترک مواد دخانی - شروع مشاوره برای دوره ترک مواد دخانی (در صورت تمایل فرد به ترک مواد دخانی) - آموزش پیش بینی تعدیل و اجتناب از فعالیت های مرتبط با مصرف مواد دخانی - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع - انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب - تعیین و تشویق راه های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش - پیش بینی و آمادگی برای موفقیت های لذت بخش و مخاطره آمیز - استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما - آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن » ، « توانایی برقراری ارتباط » ، « توانایی مقابله با هیجانات » ، توانایی تصمیم گیری » ، « مقابله با استرس » - توصیه رژیم غذایی مناسب و ورزش - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای مقابله با خلق منفی مانند روش های تن آرامی - آموزش نحوه مقابله با ولع مصرف بعد از پایان بردن دوره ترک و پیشگیری از لغزش و عود مصرف - پیگیری بعد از ترک تا یک سال توجه: ضروری است، درمان های دارویی و جایگزین های نیکوتینی بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهای جایگزین انجام نشود.
	فرد مواد دخانی مصرف نمی کند.	فرد در معرض خطر شروع به مصرف دخانیات قرار دارد	- آموزش مضرات استعمال دخانیات - آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن » ، « توانایی برقراری ارتباط » ، « توانایی مقابله با هیجانات » ، توانایی تصمیم گیری » ، « مقابله با استرس » - توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات

راهنماها و توصیه ها

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

تمام ارگان‌های بدن تحت تاثیر مصرف دخانیات قرار می‌گیرند. از میان شایعترین بیماری‌هایی که با استعمال دخانیات در ارتباط هستند، می‌توان سرطان ریه، بیماری‌های آترواسکلروتییک قلبی – عروقی، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه، حملات مغزی و سایر سرطان‌ها را نام برد. استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروقی قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می‌گردد که این مسئله منجر به علائم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می‌شود. نیکوتین موجود در دود سیگار موجب افزایش واضح در ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون می‌گردد، از سوی دیگر مونو کسید کربن موجود در دود سیگار موجب کاهش اکسیژن رسانی خون به قلب می‌شود. نیکوتین و مونو کسید کربن دیواره شرائین باز و طبیعی را تخریب می‌کنند و به مواد چربی اجازه تراوش بداخل دیواره را می‌دهند که سبب زخمی و ضخیم شدن دیواره شریان شده و تنگی آن شده و در نهایت تقریباً به طور کامل راه عبور خون را مسدود می‌کند. استعمال دخانیات همچنین عامل مهمی در بروز بیماری‌های تنفسی می‌باشد، بطوریکه عامل اصلی تشدید بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) و سرطان ریه بوده و در کنترل آسم نیز تاثیر منفی می‌گذارد. مصرف دخانیات منجر به طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیزم و برونشیت مزمن می‌گردد، که با التهاب، انسداد و تخریب مجاری هوایی همراه است. از سوی دیگر تمام مصرف کنندگان مواد دخانی در معرض خطر بیشتری برای حملات مغزی هستند. در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی فراوانی عوامل خطر بیماران مبتلا به سکنه مغزی ایسکمیک و هموراژیک نشان داده شد که در سکنه مغزی ایسکمیک و هموراژیک، هیپرتانسیون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلیپیدمی از شایع ترین عوامل خطر هستند، ولی مصرف سیگار در مبتلایان به سکنه مغزی ایسکمیک بیشتر بود. استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‌ها پایین می‌آورد و باعث تضعیف معده در خنثی سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقی مانده اسید در معده و در نتیجه تخریب دیواره آن می‌شود. زخم معده افراد سیگاری به سختی درمان می‌شود و احتمال بهبودی آن تا زمانی که فرد سیگار می‌کشد، بسیار اندک است. پیری زودرس پوست و ابتلا به انواع سرطان‌های وخیم از دیگر آثار مصرف دخانیات می‌باشد. سازمان حفاظت محیط زیست آمریکا قرار گرفتن در معرض دود سیگار را در رده مواد سرطان‌زای گروه A قرار می‌دهد. مواد سرطان‌زای گروه A عوامل قطعی در ایجاد سرطان هستند. انواع سرطان‌های ایجاد شده توسط سیگار عبارتند از: **سرطان ریه**؛ ۹۰-۸۵ درصد تمام موارد سرطان ریه به علت سیگار می‌باشد. احتمال ابتلای سیگاری‌ها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری ۳۰-۲۰ برابر بیشتر است. خطر پیشرفت سرطان ریه تاثیر گرفته از مدت سال‌های مصرف سیگار و تعداد سیگارهای مصرفی (یا سیگار برگ و پیپ و قلیان) روزانه فرد می‌باشد. **سرطان پستان در زنان**؛ ترکیبات موجود در دود مواد دخانی شامل هیدروکربن‌های چند حلقه‌ای، آمین‌های معطر و نیتروز آمین‌ها هستند که می‌تواند آسیب‌های ژنتیکی قابل ملاحظه‌ای در سینه‌های زنان ایجاد کند. بررسی DNA افراد سیگاری جهش در ژن P53 و ارتباط بین سیگار کشیدن و بروز سرطان در پستان را تایید می‌کند. زمانی که افراد سیگاری اقدام به استفاده از درمان‌های جایگزین هورمونی در دوران یائسگی می‌کنند خطر ابتلا تا ۱۱۰٪ افزایش می‌یابد و **سایر سرطان‌ها**؛ سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها احتمال بیشتری برای ابتلا به سرطان دهان، گلو و مری دارند. خطر این سرطان‌ها برای پیپ و سیگار برگ بیشتر از سیگارهای فیلتردار است. در مورد سرطان مثانه، به نظر می‌رسد تغلیظ مواد سرطان‌زا در ادرار فاکتور ایجاد کننده باشد. سرطان‌های معده و پانکراس با شیوع بیشتری در سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها رخ می‌دهد. بروز کلیه عوارض فوق الذکر برای افرادی که در معرض دود دست دوم (دود محیطی) و دست سوم (اثرات باقیمانده دود روی البسه و اشیاء در دسترس) مواد دخانی هستند بسته به میزان مواجهه قابل پیش بینی است.

مثال	اجزای اساسی درمان های حمایتی
- توجه بیمار را به این نکته جلب کنید که درمان های ترک دخانیات موجود و قابل دسترس است. به این نکته توجه کنید که یک دوم تمام بیمارانی که سیگار کشیده اند، در حال حاضر ترک کرده اند. بر اعتقاد خود به توانایی های بیمار برای ترک ، تاکید کنید. - توانایی بیمار را برای ترک مورد تشویق قرار دهید.	تشویق بیمار در طی دوره ترک دخانیات
- از او در خصوص آن که چه احساسی در مورد ترک دخانیات دارد، سوال کنید. به طور مستقیم توجه و تمایل خود را برای کمک به او در هر زمان که نیاز داشت، اعلام کنید. در خصوص ترس ها، تجربیات تلخ و احساسات دوگانه اش در دوران ترک صحبت سوال نمایید	برقراری ارتباط موثر و توجه به بیمار
در مورد مطالب زیر از او سوال کنید: - دلایل بیمار برای ترک - دلواپسی و نگرانی های بیمار در مورد ترک - مشکلاتی که در حین ترک با آن مواجه شده ، موفقیت هایی که در حین ترک به دست آورده	تشویق و ترغیب بیمار به صحبت کردن در مورد مراحل ترک دخانیات

جدول شماره ۳ – پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:

نام دارو	احتیاط های دارویی/ منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
بوپروپیون اِهسته رهش ۱۵۰ Bupropion SR	در موارد زیر استفاده نشود: مصرف اخیر مونوآمین اکسیداز (MAO inhibitor) ، استفاده از بوپروپیون به هر شکل ، سابقه تشنج، سابقه اختلالات گوارشی، توجه به احتمال خودکشی و مصرف داروهای ضدافسردگی	بی خوابی خشکی دهان	۱۵۰ میلی گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز	یک تا دو هفته قبل از ترک شروع شود ۲ تا ۶ ماه استفاده شود	• نوع ژنریک • زیبان Zyban • ولبوترین Welbutrin (فقط با نسخه پزشک)
آدامس نیکوتین ۲ میلی گرم یا ۴ میلی گرم	• توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعی (چسبیدن به دندان مصنوعی) • اجتناب از خوردن و نوشیدن ۱۵ دقیقه قبل و یا حین مصرف • مصرف اشتباهی	• مزه ترش در دهان • سوء هاضمه • سسکه، دل درد، سوزش گلو، تهوع	• یک آدامس هر ۱ تا ۲ ساعت (۶ تا ۱۵ آدامس در روز) • در موارد مصرف ۱ تا ۲۴ سیگار در روز=آدامس ۲ میلی گرمی • در موارد مصرف بالای ۲۵ سیگار در روز و یا تنباکوی جویدنی=آدامس ۴ میلی گرمی	تا ۱۲ هفته یا تا هر زمان که لازم بود	• نوع ژنریک • نیکورِت Nicorette (بدون نسخه پزشک)
برچسب نیکوتین	در موارد ابتلا به به اگزمای شدید و پسوریازیس مصرف نشود	• واکنش پوستی موضعی • بی خوابی	• یک برچسب در روز • مصرف ۱۰ سیگار در روز = برچسب ۲۱ میلی گرم به مدت ۴ هفته، سپس ۱۴ میلی گرم ۲ تا ۴ هفته، سپس ۷ میلی گرم ۲ تا ۴ هفته	۸ تا ۱۲ هفته	• نوع ژنریک • نیکودرم (بدون نسخه پزشک)

• نیکوترول (بدون نسخه پزشک)		• مصرف کمتر از ۱۰ سیگار در روز = برچسب ۱۴ میلی گرم ۴ هفته، سپس ۷ میلی گرم ۴ هفته			
وارنیکلین varenicline	در بیماران زیر با احتیاط مصرف شود: نارسایی کلیه، بیماری روانی شدید، تحت دیالیز، احتیاط در مصرف: مواردی از خلق لفسرده، بی قراری، تغییرات رفتاری، گزارش افکار خودکشی و خودکشی	• تهوع • بی خوابی • خواب های روشن، و واضح و عجیب	• روز های اول تا سوم: ۰/۵ میلی گرم هر صبح • روز های ۴ تا ۷: ۰/۵ میلی گرم دوبار در روز • از روز هشتم تا پایان درمان: ۱ میلی گرم دوبار در روز	یک هفته قبل از تاریخ ترک شروع شود. ۳ تا ۶ ماه درمان	فقط با نسخه پزشک Chantix
افشانه نیکوتین	احتمال خارش دهان و گلو که با مصرف دارو بهتر می شود	خارش و سوزش دهان و حلق	• ۶ تا ۱۶ بار در روز • هر کارتریج برای ۸۰ بار استفاده • می توان یک کارتریج نصفه را برای روز بعد نیز استفاده کرد	تا ۶ ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (tapering)	افشانه نیکوترول Nicotrol inhaler (فقط با نسخه پزشک)
اسپری بینی نیکوتین	• برای بیماران آسمی نیست • احتمال خارش و سوزش بینی (با مصرف بهتر می شود)، احتمال بروز وابستگی	سوزش بینی	• یک دوز معادل یک پاف در بینی • ۱ تا ۲ دوز هر ساعت (۸ تا ۴۰ دوز هر روز) • آن را استنشاق نکنید	۳ تا ۶ ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (Tapering)	اسپری نیکوترول Nicotrol NS (فقط با نسخه پزشک)
آب نبات نیکوتین ۲ میلی گرم و ۴ میلی گرم	• اجتناب از خوردن و آشامیدن ۱۵ دقیقه قبل و حین مصرف • هر بار یک عدد • حداکثر ۲۰ عدد در روز	سکسکه سرفه سوزش سر دل	• مصرف اولین سیگار کمتر از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۲ میلی گرم - مصرف اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۴ میلی گرم ۱ تا ۶ هفته اول: هر ۱ تا ۲ ساعت - ۷ تا ۹ هفته بعد: هر ۲ تا ۴ ساعت - ۱۰ تا ۱۲ هفته بعد: هر ۴ تا ۸ ساعت	۳ تا ۶ ماه	بدون نسخه پزشک نام ژنریک commit
درمان ترکیبی: برچسب+بوپروپیون برچسب + آدامس برچسب + آبنبات+ فشانه نیکوتین	• در حال حاضر فقط ترکیب برچسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است. • به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.

راهنمای ترک سیگار

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن هستند

روش ۵۰۰ شامل Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, (سوال کنید، راهنمایی کنید، ارزیابی کنید، کمک کنید، برای پیگیری برنامه ریزی کنید) برای افراد سیگاری که مایل به ترک آن هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۱- روش ۵۰۰ برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات:

Ask	در مورد مصرف دخانیات سوال کنید	از هر بیمار در هر بار ویزیت، در مورد شواهدی از وضعیت مصرف دخانیات، سوال کنید.
Advise	برای ترک دخانیات راهنمایی کنید	به روشی روشن و واضح، قوی و مستدل و مناسب برای هر فرد، او را برای ترک ترغیب کنید.
Assess	ارزیابی کنید	برای سیگاری های فعلی: آیا در این لحظه مایل به ترک است؟ برای سیگاری های قبلی: چند وقت است که ترک کرده‌اید؟ و آیا مشکلی برای باقی ماندن در ترک دارید؟
Assist	کمک کنید	• برای بیماری که مایل به ترک است درمان دارویی و مشاوره و رفتار درمانی برای کمک به ترک، فراهم نمایید. • برای بیمارانی که در لحظه مشاوره مایل به ترک نیستند مداخلات انگیزشی برای ایجاد افزایش انگیزه و تلاش در آینده، طراحی کنید. • برای کسانی که به تازگی ترک کرده اندو یا مشکلاتی در زمینه باقی ماندن در ترک دارند، پیشگیری از عود را فراهم نمایید.
Arrange	برای پیگیری برنامه ریزی کنید	لازم است برای تمام کسانی که A`S را دریافت کرده اند یک برنامه پیگیری، برنامه ریزی کنید و آنان را تحت پیگیری قرار دهید.

جدول شماره ۲- اصول مشترک و رایج در مشاوره های حمایتی:

برای پیگیری برنامه ریزی کنید- ARRANGE

وابستگی به دخانیات یک اعتیاد است. ترک دخانیات برای اکثریت مصرف کنندگان آن سخت است. برنامه ریزی برای پیگیری بیمارانی که برای ترک دخانیات تلاش می کنند حایز اهمیت است. این مسئله به خصوص در زمانی که یک تیم از کارشناسان بالینی به همراهی مشاوره تلفنی، این کار را انجام می دهند، اهمیت دارد.

جدول شماره ۴- از برقراری ارتباط برای پیگیری مطمئن شوید:

فعالیت	راه کار اجرایی
برای پیگیری بیمار چه به صورت ملاقات حضوری و یا ارتباط تلفنی، برنامه ای ترتیب دهید.	زمان پیگیری: - پیگیری باید بلافاصله بعد از ترک انجام شود. (ترجیحاً در عرض یک هفته بعد از ترک)- پیگیری دوم در عرض یک ماه بعد از ترک برنامه ریزی شده و ادامه پیگیری براساس نیاز تنظیم شود. فعالیت های مورد نظر در طول پیگیری:

- برای تمام بیماران مشکلاتی را که ممکن است با آن مواجه شوند و یا چالش هایی که در پیش رو خواهند داشت را شناسایی کنید. - مصرف داروها و مشکلات آن را مورد ارزیابی قرار دهید. - امکان تماس با خط تلفن مشاوره را به آنان یادآوری کنید. - در هر بار ویزیت بر وضعیت مصرف دخانیات تاکید کند (مصرف دخانیات را مانند یک بیماری مزمن درمان کنید) - برای بیماری که هنوز در ترک باقی مانده، تریک بگویید.	
---	--

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن نیستند:

برای مصرف کنندگان دخانیات که مایل به ترک نیستند، روشی باید فراهم شود تا انگیزه آنان برای ترک افزایش یابد. این مداخله به صورت ۵۰۰ که شامل ارتباط، خطر، پاداش ها، موانع، تکرار و بازگویی (Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition) است. در این نوع مداخله، پزشک سرفصل های ترک را بازگو می کند ولی مهم این است که بیمار این سرفصل ها را با زبان خودش بیان کند. در نتیجه پزشک می تواند بر اساس پاسخ های بیمار، به او کمک کرده و یا مطالبی به آن اضافه کند.

جدول شماره ۵- افزایش انگیزه برای ترک دخانیات - ۵۰۰

۱- ارتباط (Relevance)	به بیمار، در خصوص آن که ترک دخانیات یک مسئله کاملاً شخصی است، تاکید نمایید. اطلاعات انگیزشی، زمانی بیشترین تاثیر خود را خواهد گذاشت که در ارتباط مستقیم با وضعیت فعلی بیماری فرد و عوامل خطر موثر بر آن، موقعیت خانوادگی و اجتماعی او (مانند وجود فرزندان در منزل)، وجود نگرانی در خصوص سلامت شخصی، سن، جنس، و سایر خصوصیات مهم بیمار (مانند تجربه قبلی ترک و موانع فردی برای ترک) باشد.
۲- خطر (Risk)	پزشک باید از بیمار بخواهد تا خطرات ناشی از مصرف سیگار را برشمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می شود برجسته نماید. مثال هایی از عوارض مصرف دخانیات : عوارض حاد: کوتاه شدن نفس- شعله ور شدن حملات آسم- خطر برای بارداری- ناتوانی جنسی، عقیم شدن عوارض دراز مدت: سکت های قلبی و مغزی- سرطان های ریه و دیگر اندام ها (حنجره، دهان، حلق، مری، لوزالمعده، معده، کلیه، مثانه، دهانه رحم و لوئسمی حاد میلوسستیک AML)- بیماری های انسدادی ریه (برونشیت مزمن و آمفیزم)، پوکی استخوان، ناتوانی و نیاز به مراقبت های اضافی. خطرات برای محیط اطراف: افزایش خطر بروز سرطان ریه و بیماری قلبی در همسر، افزایش احتمال وزن کم موقع تولد در نوزاد، مرگ ناکهانی نوزاد (SIDS)، آسم، عفونت گوش میانی و عفونت های تنفسی در فرزندان افراد سیگاری
۳- پاداش ها (Rewards)	تیم مشاوره باید از بیمار بخواهد تا فواید ترک دخانیات را بر شمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می شود برجسته نماید. مثال هایی از منافع ترک دخانیات: ارتقای سلامت، بهتر شدن مزه غذاها، بهبود حس بویایی، از بین نرفتن پول و سرمایه، احساس رضایت از خود، بهتر شدن بوی خانه، ماشین، لباس و نفس بیمار، پایان یافتن نگرانی ها در خصوص ترس از ترک دخانیات، نمونه خوبی برای فرزندان بودن و کاهش احتمال سیگاری شدن فرزندان در آینده، داشتن نوزاد و بچه های سالم تر، ناراحت نبودن برای این که دیگران در معرض دود هستند، احساس خوبی داشتن، انجام بهتر فعالیت های بدنی، بهتر شدن ظاهر شامل کم شدن چروک های پوستی، پیری پوست و وجود دندان های سفیدتر

۴- موانع (Roadblocks):	پزشک باید در مورد موانعی که در ذهن بیمار است از او سووال نموده و درمان را (توانایی حل مسئله و دارو درمانی) برای او فراهم نماید: موانع شایع می تواند شامل موارد زیر باشد: علائم سندرم پس از ترک، ترس از شکست، افزایش وزن، نداشتن حمایت، افسردگی، لذت از مصرف دخانیات، وجود افراد سیگاری در اطراف بیمار، اطلاعات ناکافی از روش های مختلف موثر در درمان
۵- تکرار و بازگویی (Repetition):	مداخلات انگیزشی باید در هر بار ویزیت بیمارانی که انگیزه کافی برای ترک ندارند، تکرار شود. باید برای کسانی که در دوره ترک قبلی خود، شکست خورده اند، بگوییم که اکثر افراد بعد از چندین بار تلاش برای ترک، بالاخره موفق به ترک کامل شده اند.

مداخله لازم برای ایجاد تصمیم به ترک دخانیات، در فردی که تمایل به ترک ندارد، بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی است.

جدول ۶- راه کار های مصاحبه انگیزشی

بیان همدلی	۱- استفاده از سوالات باز برای کشف: • اهمیت مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی برای فرد (به نظر تو ترک سیگار چقدر اهمیت دارد؟) • نگرانی ها و فواید ترک از دیدگاه فرد (اگر ترک کنی چه اتفاقی می افتد؟) ۲- گوش دادن فعالانه برای پیدا کردن نقاط مشترک: • تکرار کلمات و یا معانی (پس فکر می کنی که مصرف سیگار به تو کمک می کند که وزن خود را ثابت نگه داری؟) • خلاصه کردن صحبت های گفته شده (آن چه که من شنیدم این است که سیگار کشیدن برای تو یک تفریح است ولی دوستت از سیگار کشیدن تو متنفر است و تو می ترسی که به بیماری جدی مبتلا شوی.) ۳- طبیعی دانستن احساسات و دل واپسی ها (خیلی از مردم نگران دوران بدون سیگار خود هستند) ۴- حمایت از اختیار و حق فرد برای انتخاب و یا رد کردن هر گونه تغییر در رفتار (من می فهمم که در حال حاضر آماده برای ترک دخانیات نیستی. من اینجا هستم تا هر زمان که کمک خواستی، به تو کمک کنم.)
بسط اختلافات و تفاوت ها	۱- برجسته کردن تفاوت های بین رفتار فعلی فرد با اولویت ها، ارزش ها و اهدافش (به نظر می آید که خود را وقف خانواده ات کرده ای. به نظرت سیگار کشیدن تو، چه تاثیری بر فرزندان و همسرت دارد؟) ۲- تغییر زبان مکالمه در صورت لزوم، (پس تشخیص دادی که سیگار چطور بر روی تنفست تاثیر می گذارد و بازی کردن با بچه هایت را مشکل می کند.) یا (این خیلی مهم است که با وجودی که این همه کار داری و سرت شلوغ است، تصمیم گرفتی که ترک کنی) ۳- محکم کردن توافق برای تغییر رفتار (درمان های موثری که ناراحتی ناشی از ترک را آسان می کند وجود دارد و شامل مشاوره و دارو درمانی است) یا (ما مایل به ارائه کمک به شما هستیم تا از بروز یک سکنه مغزی مثل آنچه که پدرتان تجربه کرد، جلوگیری کنیم)

کنار آمدن با مقاومت بیمار	۱- عقب نشینی کردن در صورت مقاومت بیمار (به نظر می رسد که به علت مصرف سیگار تحت فشار قرار داری؟) ۲- بیان همدلی (تو از این که چگونه علایم سندرم ترک را مدیریت کنی، نگران هستی.) ۳- اجازه گرفتن برای دادن اطلاعات به بیمار (دوست داری در مورد راه هایی که می تواند در زمان ترک به تو کمک کند، بشنوی؟)
حمایت از توانایی های فردی	۱- کمک به بیمار برای شناسایی و بنیان گذاشتن بر موفقیت های قبلی (پس تو دفعه آخری که ترک کردی، موفق بودی) ۲- ارائه گزینه هایی برای برداشتن قدم های کوچک و موفق به سمت تغییر رفتار (تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مطالعه در خصوص فواید و شیوه های ترک، تغییر شیوه سیگار کشیدن به طور مثال سیگار نکشیدن در منزل، به اشتراک گذاشتن افکار و عقاید با دیگران در مورد ترک دخانیات)

برای پیگیری برنامه ریزی کنید: ممکن است بیش از یک مداخله انگیزشی برای کسی که مایل به ترک سیگار نیست، لازم باشد تا به سمت ترک سیگار برود. این مسئله اهمیت دارد که برای بیماری که سعی بر ترک دارد، یک برنامه پیگیری تنظیم شود. در ویزیت بعدی برنامه پیگیری را تنظیم کنید و مداخلات اضافی و آموزش مهارت تصمیم گیری را برای بیماری که مایل به ترک نیست، فراهم کنید.

مشاوره ترک دخانیات پزشک

اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی:

سن:

تحصیلات:

شغل:

آدرس و تلفن:

وضعیت تاهل:

مجرد

متاهل

مطلقه

بیوه

☐

☐

☐

☐

سابقه

نوع دخانیات مصرفی: سیگار ☐ چپق ☐ قلیان ☐ محصولات دخانی بدون دود ☐

تعداد نخ سیگار مصرفی در روز/هفته/ماه..... تعداد دفعات استفاده از قلیان روز/هفته/ماه..... سن شروع مصرف دخانیات

دفعات ترک..... علت ترک..... مدت ترک..... روش ترک..... علت شکست.....

سابقه بیماری: سرطان ☐ قلبی و عروقی ☐ ریوی ☐ ندارد ☐ سایر ☐

نتیجه معاینات

یافته های بالینی: تنفسی ☐ قلبی عروقی ☐ دهان و دندان ☐ گوارشی ☐ سایر ☐

سطح مونو اکسید کربن تنفسی ☐ فشار خون ☐

آزمایشات مورد نیاز با تشخیص پزشک:

شیوه های ترک

شیوه های ترک پیشنهادی: استفاده از جایگزین نیکوتین ☐ جایگزین + رفتار درمانی ☐ تشکیل دوره های ترک ☐

gfhk دارو درمانی: جایگزین های نیکوتین ☐ بوپروپیون /ولبان ☐ وارنیکلین ☐

جایگزین های نیکوتین: آدامس ☐ برچسب پوستی ☐ قرص زیرزبانی ☐ آب نبات ☐

گزارش جلسات مشاوره

نتیجه

نتیجه ترک پایان دوره: موفقیت ☐ عدم موفقیت ☐

پیگیری

یک ماهه: ترک/عود

سه ماهه: ترک/عود

شش ماهه: ترک/عود

یک ساله: ترک/عود

تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی پزشک.....

مهر و امضا.....

دستورالعمل فرم مشاوره ترک دخانیات پزشکی

این فرم توسط پزشک جهت کلیه مصرف کنندگان مواد دخانی علاقمند به ترک تکمیل می گردد.

در قسمت اول :اطلاعات عمومی افراد تکمیل گردد.

در قسمت دوم :سابقه مصرف دخانیات از فرد سوال می شود و در صورت مصرف سیگار تعداد مصرفی در روز/هفته/ماه ذکر شود. و در صورت استفاده از قلیان تعداد دفعات مصرف نیز به صورانه روزانه یا هفتگی یا ماهانه ذکر شود . سن شروع مصرف دخانیات اعم از قلیان یا سیگار و سایر محصولات دخانی بدون دود (جویدنی، مکیدنی مانند ناس) و....در قسمت مربوطه ذکر شود .در صورت ترک قبلی توسط مراجعه کننده کلیه موارد ترک از تعداد دفعات ترک ، علت ترک اعم از : سلامت شخصی، اقتصادی ، توصیه اطرافیان و پزشکی درج گردد.طول مدت ترک اعم از چند روز،ماه و یا سال ذکر گردد.

روش ترک قبلی که ناموفق بوده اعم از یک باره ، تدریجی ، جایگزین نیکوتین و یا روان درمانی در قسمت مربوطه درج گردد. در قسمت بعد علت شکست اعم از ناراحتی ، میل شخصی ، معاشرت با افراد سیگاری ، تفنن و سایر موارد ذکر گردد

سابقه بیماری های قلبی و عروقی ، ریوی ، گوارشی ،سرطانها و سایر بیماریهای مرتبط در قسمت سابقه بیماری درج گردد..

در قسمت سوم :

نتیجه معاینات با توجه به وضعیت کنونی مصرف دخانیات از لحاظ بیماریهای قلبی و عروقی ،ریوی ،گوارشی ،سرطانها، فشار خون و سطح مونو اکسید کربن تنفسی باالسموک لایزر وسایر بیماریهای مرتبط معاینه و در قسمت یافته های بالینی درج گردد.

در صورت نیاز بنا به تشخیص پزشک آزمایشات مورد نیاز اعم از قند خون و چربی خون و.... درخواست و درج گردد.

در قسمت چهارم :

توصیه عمومی و بهداشتی ، آشنایی با روشهای ترک سیگار ، فیلم های آموزشی ، حرکات ورزشی ارائه می گردد و یک روز برای ترک سیگار افراد در نظر گرفته می شود . سپس برای افرادی که ضرورت دارد دوره های ترک تشکیل می شود. رفتاردرمانی و جایگزین نیکوتین شیوه دیگر برای ترک و در نهایت در صورت لزوم از جایگزین های نیکوتینی استفاده می شود. شیوه های ترک پیشنهادی توسط پزشک مشخص گردد.

داروی مصرفی اعم از ول بان/ بوپروپیون یا وارینکلین یا جایگزین های نیکوتین موجود در سمت مربوطه تیک زده شود.

در صورت استفاده از جایگزین های نیکوتین نوع آدامس ، برچسب یا قرص مشخص گردد.

در قسمت پنجم: گزارش جلسات مشاوره :تاریخ جلسات، طول مدت هر جلسه، تعداد جلسات، ساعت شروع جلسه یادداشت گردد.

در قسمت ششم: نتیجه موفقیت یا شکست پایان دوره ترک یک ماهه ثبت گردد.

در قسمت هفتم : در پیگیری یا مراجعه بعد از یکماه، ترک یا عود بررسی و در صورت ترک روی عود خط بکشید و در صورت عود روی ترک خط بکشید.

در قسمت انتهایی تاریخ تکمیل و نام و نام خانوادگی پزشک مهمور به مهر و امضاء گردد.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور
مرکز سلامت محیط و کار
دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات

فرم گزارش دهی پزشک

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان
خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی روستا
مرکز سلامت جامعه
سال فصل

پیگیری				نتیجه ترک										شیوه ترک پیشنهادی				مصرف کننده های مواد دخانی مراجعه کننده		گروه سنی
تعداد موارد موفق ترک پس از پیگیری				رفتار درمانی و دارو					مداخلات رفتاری					رفتار درمانی و دارو		مداخلات رفتاری				
																		یکساله	شش ماهه	
						مرد	زن	مرد	زن			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	جنس
																				<۱۴
																				۱۵-۲۴
																				۲۵-۳۴
																				۳۵-۴۴
																				۴۵-۵۴
																				۵۵-۶۴
																				۶۵<
																				جمع کل

امضاء :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :

تاریخ تکمیل :

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی پزشک

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشتی و درمانی /مرکز سلامت جامعه ،خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی درمانی و سال و فصل انجام گزارش دهی را در بالای فرم بنویسید . این فرم توسط پزشک به صورت شش ماهه تکمیل می گردد.

- (ستون ۱): گروه های سنی زیر ۱۴ سال تا بالای ۶۵ تعریف شده است.
- (ستون ۲): مراجعین مصرف کننده مواد دخانی با توجه به رده سنی، بنویسید.
- (ستون ۳): شیوه های ترک پیشنهادی توسط پزشک به تفکیک زن و مرد مشخص گردد.
- (ستون ۴) نتیجه ترک اعم از عود یا ترک با توجه به شیوه ترک پیشنهادی پزشک در ستون مربوطه درج گردد.
- (ستون ۵) پیگیری ترک :تعداد موارد موفق به ترک پس از آموزش و پیگیری های های دوره ای (۱ ،۳، ۶ و ۱۲ ماه) باتوجه به رده های سنی درج گردد.

در قسمت انتهایی تاریخ تکمیل و نام و نام خانوادگی پزشک ممهور به مهر و امضاء گردد

ضمیمه نکات آموزشی

فعالیت فیزیکی

ملاحظات کلی تجویز فعالیت ورزشی (بدنی)

در بیش تر افراد بزرگسال، برنامه فعالیت ورزشی باید شامل فعالیت های ورزشی متنوعی باشد که از فعالیت های زندگی روزمره فراتر رود. تجویز فعالیت ورزشی در صورتی مطلوب خواهد بود که اجزای آمادگی جسمانی وابسته به سلامتی مانند آمادگی قلبی تنفسی، قدرت، استقامت عضلانی، انعطاف پذیری، ترکیب بدنی و آمادگی عصبی حرکتی را در بر گیرد. در افراد سالمند و جوانان سلامت استخوان اهمیت دارد به ویژه برای خانم ها لذا برنامه فعالیت بدنی تجویزی باید به شکلی باشد که موجب افزایش چگالی استخوانی و حفظ سلامت استخوانی این گروه از افراد شود. لذا پزشکان باید این مراجعه کنندگان را به مراکز ورزشی تخصصی و معتبر برای انجام برنامه های ورزشی مناسب ارجاع دهند. اصول اساسی تمرین شامل شدت، مدت (زمان)، حجم (کمیت)، تواتر (تعداد دفعات انجام)، نوع (شیوه انجام فعالیت برای مثال برای تقویت آمادگی قلبی تنفسی از تمرینات هوازی و برای افزایش چگالی استخوانی از تمرینات قدرتی و تحمل وزن استفاده می- شود) باید رعایت شود.

برای افرادی که مشخص شده که می توانند به صورت مستقل فعالیت ورزشی داشته باشند و در مرحله آمادگی، عمل و یا تثبیت رفتار قرار دارند، مرحله بعد تجویز برنامه فعالیت بدنی برای آنها است. ساده ترین تجویزی که می توانید ارایه کنید، ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا شدید در هفته می باشد. هرچند برای تجویز دقیق تر فعالیت بدنی برای بیماری های مختلف می توانید به دستورالعمل های کالج طب ورزشی آمریکا (ACSM) مراجعه کنید.

سبک زندگی کم تحرک به این مفهوم است که فرد در زندگی روزانه خود تحرک و فعالیت بدنی منظم ندارد. بر اساس دستورالعمل های موجود، هر فرد باید ۳۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی با شدت متوسط و یا حداقل روزانه ۲۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید برای مدت ۳ روز در هفته داشته باشد.

این نظریه بر فواید فعالیت بدنی ۳۰ دقیقه در روز با شدت متوسط حتی به صورت دوره های ۱۰ دقیقه ای تأکید می کند

فعالتهایی که در طول ۳۰ دقیقه انجام می شوند و می توانند مؤثر باشند شامل فعالتهای روزانه (پیاده روی برای خرید، بالا رفتن از پله ها، باغبانی و...) و فعالیت های ورزشی و بدنی مانند پیاده روی تند به شکلی که ضربان قلب افزایش پیدا کند و تعریق صورت گیرد.

فعالیت بدنی (ورزشی) منظم با شدت متوسط، در اینجا فعالیت حداقل ۵ بار یا بیشتر در هفته، هر بار حداقل ۳۰ دقیقه تعریف شده است. یا حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت ورزشی شدید برای ۳ روز در هفته داشته باشد.

که این تقسیم بندی براساس واحد MET یا معادل متابولیکی می باشد MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیتی فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف ۳/۵ سی سی اکسیژن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه (۳/۵ ccO₂/kg/min) می باشد، که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است. فعالیت جسمی با شدت کمتر از ۳ METS از قبیل نشستن، تماشای تلویزیون، کار با رایانه، فعالیت با شدت کم گفته می شود.

فعالیت بدنی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل ۳-۶ METs باشد. دوچرخه سواری تفریحی، شنا با سرعت متوسط، پیاده روی کند، نظافت عمومی در خانه یا چمن زدن جزء فعالیتهای بدنی با شدت متوسط هستند.

فعالیتهای شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از ۶۰۰۰۰ دارد.

برای ارتقاء سلامتی نیازی به فعالیت بدنی شدید نیست فعالیت بدنی با شدت متوسط مطابق با رسیدن ضربان قلب به ۷۰-۵۰٪ حداکثر ضربان قلب (با محاسبه از فرمول سن - ۲۲۰ = حداکثر ضربان قلب) کافی است. در جدول زیر میزان هدف اختصاصی ضربان تعیین شده است.

طبقه‌بندی جدول ۳، طبقه‌بندی شدت فعالیت بدنی شدت فعالیت بدنی						
دامنه شدت مطلق (METs)، در محدوده سطح آمادگی					شدت نسبی	
شدت	VO ₂ R(٪)	تواتر قلب بیشینه (٪)	۱۲ METs VO ₂ max	۱۰ METs VO ₂ max	۸ METs VO ₂ max	۶ METs VO ₂ max
خیلی سبک	<۲۰	<۵۰	<۳/۲	<۲/۸	<۲/۴	<۲
سبک	۲۰-۴۰	۵۰-۶۴	۳/۲-۵/۴	۲/۸-۴/۶	۲/۴-۳/۸	۲-۳/۱
متوسط	۴۰-۶۰	۶۴-۷۷	۵/۴-۷/۶	۴/۶-۶/۴	۳/۸-۵/۲	۳/۱-۴/۱
شدید (سخت)	۶۰-۸۵	۷۷-۹۴	۷/۶-۱۰/۳	۶/۴-۸/۷	۵/۲-۷	۴/۱-۵/۳
شدید (خیلی سخت)	۸۵-۱۰۰	۹۴-۱۰۰	۱۰/۳-۱۲	۸/۷-۱۰	۷-۸	۵/۳-۶
بیشینه	۱۰۰	۱۰۰	۱۲	۱۰	۸	۶

فعالیت با شدت بسیار زیاد زمانی است که ضربان قلب از ۷۰٪ حداکثر ضربان قلب بیشتر شود یا زمانی که فرد نتواند در حین فعالیت صحبت کند. افراد بایستی شدت اینگونه فعالیتهای را کاهش دهند تا بتوانند سطح خطر را پائین بیاورند.

اگر هدف از فعالیت بدنی بدست آوردن اندام مناسب است می‌توان فعالیتهای بدنی با شدت بسیار زیاد را تمرین کرد ولی افراد زیر قبل از شروع تمرینات، می‌بایست تست ورزش انجام دهند:

- در افراد بدون علامت با دو یا بیش از دو عامل خطر بیماری قلبی و عروقی
- در مردان بزرگتر از ۴۰ سال زنان بزرگتر از ۵۰ سال که یک یا بیش از یک عامل خطر بیماریهای قلبی عروقی دارند.

جدول ۴، مقدار معادل‌های متابولیک (METs) فعالیت‌های بدنی معمول طبقه‌بندی شده به صورت شدت سبک، متوسط و شدید

سبک (کمتر از ۳ مت)	متوسط (۳-۶ مت)	شدید (مساوی یا بیش‌تر از ۶ مت)
پیاده‌روی	پیاده‌روی	پیاده‌روی، جاگینگ، و دویدن
پیاده‌روی آرام اطراف منزل، مغازه یا دفتر کار = ۲	پیاده‌روی، ۳ مایل در ساعت = ۳	پیاده‌روی با آهنگ خیلی خیلی تند (۴/۵ مایل در ساعت) = ۶/۳
خانه‌داری و کار	پیاده‌روی با آهنگ خیلی تند (۴ مایل در ساعت) = ۵	پیاده‌روی/کوه‌پیمایی با آهنگ و شیب متوسط با یا بدون بار سبک (کم‌تر از ۱۰ پوند) = ۷
نشستن - استفاده از کامپیوتر، کار کردن پشت میز کار، استفاده از ابزارهای دستی سبک = ۱/۵	خانه‌داری و کار	کوه‌پیمایی در سراشیبی‌های تند با بار ۴۲-۱۰ پوند = ۷/۵-۹
ایستادن، انجام کارهای سبک، مانند مرتب کردن تخت‌خواب، شستن ظرف‌ها، اتو کردن، آماده کردن غذا یا منشی مغازه = ۲-۲/۵	شست و شو، پاک کردن شدید پنجره‌ها، ماشین یا نظافت گاراژ = ۳	جاگینگ با سرعت ۵ مایل در ساعت = ۸
اوقات فراغت و ورزش	ساییدن کف یا شستن فرش، جارو زدن، تی کشیدن = ۳	جاگینگ با سرعت ۶ مایل در ساعت = ۱۰
هنر و صنایع دستی، کارت بازی = ۱/۵	نجاری - عمومی = ۳/۶	دویدن با سرعت ۷ مایل در ساعت = ۱۱/۵
بازی بیلیارد = ۲/۵	حمل و پشته‌سازی چوب = ۵/۵	خانه‌داری و کار
قایقرانی - توانی = ۲/۵	کوتاه کردن چمن - هل دادن ماشین چمن زنی = ۵/۵	جا به جا کردن شن و ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل = ۷
بازی کروکت = ۲/۵	اوقات فراغت و ورزش	حمل بارهای سنگین، مانند آجر = ۷/۵
دارت = ۲/۵	بدمینتون = تفریحی = ۴/۵	کار کشاورزی سنگین، مانند جمع کردن علوفه
ماهی‌گیری - نشسته = ۲/۵	بسکتبال - شوت کردن به اطراف = ۴/۵	بیل زدن، حفر گودال = ۸/۵

نواختن بیش تر آلات موسیقی = ۲-۲/۵	اوقات فراغت و ورزش دوچرخه سواری روی سطح هموار- تلاش سبک (۱۰-۱۲ مایل در ساعت) = ۱۰
حرکات موزون آهسته- در سالن = ۳ حرکات موزون سریع- در سالن = ۴/۵	بازی بسکتبال = ۸
ماهی گیری از ساحل رودخانه همراه با پیاده روی = ۴	دوچرخه سواری روی سطح هموار- تلاش متوسط (۱۴-۱۲ مایل در ساعت) = ۸ سریع (۱۴-۱۶ مایل در ساعت) = ۱۰
بازی گلف= راه رفتن و حمل چوب گلف = ۳/۴	اسکی صحرانوردی - تلاش متوسط (۲/۵ مایل در ساعت) = ۷؛ سریع (۷/۹-۵ مایل در ساعت) = ۱۰
قایق بادبانی، موج سواری = ۳	فوتبال- غیر رقابتی = ۷ رقابتی = ۱۰
	شنای تفریحی = ۶ شنا- متوسط / شدید = ۱۱-۸
تنیس روی میز = ۴	تنیس تک نفره = ۸
تنیس دونفره = ۵	بازی والیبال- رقابتی در سالن یا ساحل = ۸
بازی والیبال- غیررقابتی = ۳-۴	

در افراد ۶۵ سال و بالاتر

این افراد به پیاده روی به عنوان تفریح بنگرند. این افراد (غیر از کسانی که مبتلا به دیابت، فشارخون بالا، بیماری های قلبی عروقی یا دیگر بیماری های غیر واگیر هستند) در هر فعالیت بدنی مثل پیاده روی، دوچرخه سواری، باغبانی، کارهای منزل، برداشتن وزنه ها، و ورزش هایی مثل شنا شرکت کنند.

- افراد ۶۵ سال و بالاتر هفته ای ۲/۵ ساعت یا ۱۵۰ دقیقه فعالیت کنند.
- این افراد هفته ای دو بار باید فعالیت های کششی داشته باشند که عضلاتشان قوی شود.
- زمان های نشستن کم شود.

- برای انجام فعالیت بدنی متوسط در افراد بالای ۶۵ سال ابتدا باید بدن گرم شود و راه رفتن نسبتاً تند طوری که بتوانند با همراه خود به راحتی صحبت کنند.
- در فعالیت‌های شدید مانند بالا رفتن از پله، دویدن طوری که مصاحبه با همراه به راحتی انجام نشود.
- در فعالیت‌های کششی باید تمام عضلات درگیر باشند مانند حمل بار.

در افراد ۱۸-۶۴ سال

- هدف این گروه سنی ۱۵۰ دقیقه یا ۲/۵ ساعت در هفته فعالیت بدنی متوسط می‌باشد.
- ۷۵ دقیقه فعالیت شدید در هفته یا تلفیقی از فعالیت ای شدید و متوسط
- باید فعالیت‌های کششی که موجب تقویت عضلات می‌شود بخشی از فعالیت بدنی در طول روز باشد.
- مدت زمان نشستن را کاهش دهند.
- فعالیت بدنی متوسط: بعد از گرم کردن بدن انجام می‌شود، تنفس سخت تر و کمی با مشکل صورت می‌گیرد، ضربان قلب افزایش می‌یابد. صحبت کردن با همراه کمی مشکل می‌شود اما می‌توان آن را انجام داد مثل راه رفتن تند و دوچرخه سواری
- فعالیت بدنی شدید: مثل دویدن و انواع ورزشهای شنا، فوتبال و والیبال
- فعالیت‌های کششی تمام عضلات بزرگ را درگیر می‌کند. مثل کارکردن با وزنه و بارهای سنگین را جابجا کردن
- این گروه و گروه سالمند بهتر است با خانواده خود به پیاده روی بروند.
- افراد بالای ۴۵ سال و کسانی که بیماری قلبی عروقی مانند فشارخون بالا، و کسانی که مرگ ناگهانی و مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در خانواده درجه ۱ (پدر، مادر، خواهر و برادر) دارند و افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ قبل از آغاز فعالیت بدنی ابتدا باید با پزشک مشورت نمایند.

حل مشکلات در تشویق و تجویز فعالیت بدنی

موانع بالقوه برای یک سبک زندگی فعال از لحاظ جسمی

افرادی که از نظر بدنی فعال نیستند، آنهایی که بصورت نامنظم فعالیت می‌کنند و افرادی که فعالیت خود را مدتی قطع می‌کنند و مجدداً به فعالیت روی می‌آورند، ممکن است دلایل زیادی برای فعالیت نکردنشان بیاورند. این دلایل بایستی جدی گرفته شود. **نداشتن وقت، نداشتن انرژی و کمبود انگیزه و / یا علاقه،** سه مورد از موانعی هستند که اغلب برای فعالیت بدنی گفته می‌شوند. که باید این افراد متقاعد شوند که بهانه‌ها نباید مانع فعالیت بدنی که برای سلامت آنها ضروری است، بشود.

- برای افراد ۴۴- ۲۵ ساله کمبود وقت می تواند یک مانع مهم و خاص باشد.
- برای مادران که بچه در منزل دارند، نگهداری از بچه نیز می تواند علت بازدارنده فعالیت بدنی باشد.
- برای زنان، نداشتن مهارت، علاقه، و ترس از آسیب می تواند بعنوان مانع عمل کند.
- افراد مسن تر به علت بیماری، یا ترس از آسیب، محدودیت فعالیت بدنی برای خودشان ایجاد می کنند.

برای گرفتن نتیجه مثبت از تغییر رفتار، به راهکارهایی برای غلبه بر این موانع احتیاج است. و باید تعداد زیادی از این راهکارها در حل مشکلات مورد استفاده قرار گیرد.

کمبود وقت:

اولین و مهمترین قدم بررسی کردن تصور فرد راجع به فعالیت بدنی و تاثیر آن بر سلامتی است. اغلب فعالیت بدنی را حضور یافتن در کلاسهای تمرین و استفاده از تجهیزات و وسایل خاص می دانند که مستلزم برنامه ریزی مجدد فعالیتهای دیگر روزانه مانند

یادگیری مهارتها و دانش خاص، صرف زمان و پول است.

به افراد مراجعه کننده یادآوری شود که فایده های سلامت جسم و روان از هرگونه فعالیت در سطح متوسط، که بصورت منظم، برای ۳۰ دقیقه کامل (یا بیشتر) در اکثر روزها و ترجیحا" تمام روزهای هفته انجام شود، نتیجه می شود. مانند پیاده روی در اطراف فروشگاهها، بالا رفتن از پله ها بجای استفاده از آسانسور، باغبانی، رقص و بازی پر جنب و جوش با بچه ها، ایروبیک، کلاسهای ژیمناستیک می توانند مفید باشند، اما این برنامه ها ممکن است توسط بسیاری از افراد انتخاب نشود.

تاکید شود که لازم نیست تمام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی روزانه در یک جلسه انجام شود بلکه می تواند در سه دوره کوتاه ۱۰ دقیقه ای انجام شود.

به افراد پیشنهاد شود که اولویتهای خود را تغییر دهند و فعالیت بدنی را نزدیک بالای لیستشان قرار دهند. به افراد پیشنهاد شود که به آرامی با ۱ یا ۲ جلسه ۱۰-۵ دقیقه ای در هفته آغاز کنند. بمنظور افزایش فایده های فعالیت بدنی، بیماران تعداد جلساتشان را به تدریج حداقل به ۵ بار در هفته افزایش دهند.

کمبود انرژی: افراد اغلب می‌گویند که احساس خستگی بسیار زیادی در زمان فعالیت بدنی می‌کنند. خسته شدن می‌تواند به استرس مرتبط باشد. به اطلاع افراد رسانده شود که فعالیت بدنی درحقیقت انرژی را افزایش می‌دهد و نیرو می‌بخشد و احساس خستگی را کاهش می‌دهد. فعالیت بدنی باعث می‌شود که افراد احساس آرامش بیشتر و استرس کمتری بکنند. بعلاوه افراد فعال اغلب احساس بهتری راجع به خودشان و تواناییهایشان در برابر نیازهای بدنی و نیازهای دیگر روزانه دارند. این افراد باید بدانند اگر تجربه سرگیجه، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا تنفس سخت در طول فعالیت داشتند بلافاصله آن فعالیت را قطع کنند و برای ارزیابی‌های بیشتر مراجعه کنند.

کمبود علاقه و / یا انگیزه:

نداشتن علاقه و / یا انگیزه اغلب با درک فعالیت بدنی بعنوان " کار " مرتبط است (دردناک، ناراحت کننده، همراه با عرق، شدت بیش از اندازه و غیره). این درک برای شروع و یا ادامه همکاری درفعالیت بدنی مناسب نیست. محققان نشان داده اند افرادی که دوست دارند در فعالیت بدنی شرکت کنند: آنرا لذت بخش می‌دانند.

احساس می‌کنند که مهارتها و تواناییهای انجام آنرا دارند.

از لحاظ مالی قابل پرداخت است. مناسب است، زمانبندی قابل تغییر دارد. به افراد توصیه شود که فعالیتهای مختلفی انجام دهند و امتحان کنند که کدامیک از آنها می‌تواند برای آنها مناسب و لذت بخش باشد. پیشنهاد شود که، هر کدام ازفعالیهایی را که دوست ندارند دنبال نکنند. به آنها یادآوری شود که راهها و فرصتهای زیادی برای فعال بودن وجود دارد. تنوع، برای باقی ماندن انگیزه و علاقه در فعالیت بدنی بسیار مهم است.

کمبود مهارت: زنان و افراد مسن بیش از مردان و جوانان، نداشتن مهارت را بعنوان یک مانع بیان می‌کنند. برای افزایش مهارتهای فعالیت بدنی و باور آنها از توانایی خودشان، انجام فعالیتهای بدنی مختلف می‌تواند ابزاری موثر برای کمک به آنها باشد تا یک سبک زندگی فعال را ایجاد و حفظ کنند. باید به مسائل مورد علاقه افراد گوش و به آنها یادآوری کرد که فعالیت بدنی برای افزایش لذت، سلامتی و کیفیت زندگی آنها ضروری است. افراد را به گروههای تخصصی مناسب مثل کارشناسان تغذیه و تربیت بدنی ارجاع شوند تا آنها را در فعالیتهایی که انتخاب می‌کنند تمرین و / یا تعلیم بدهند. فعالیتهای بدنی که لذت بخش هستند و برای سلامتی نیز مفید میباشند، و به دانش یا مهارتهای تخصصی احتیاج ندارند (پیاده روی، توپ بازی با بچه‌ها / باغبانی...)

معرفی کنید.

ترس از آسیب‌های بدنی:

بیماران مسن تر اغلب به آسیبهای احتمالی فعالیت بدنی توجه می‌کنند. ممکن است این افراد دچار بیماری عروق کرونر باشند که فعالیتهای آنها را محدود می‌کند. به بیماران احتمال خطر را گوشزد و راههایی که بتوان خطرهای بالقوه را کاهش داد و معرفی کنید بدین ترتیب مشارکت آنها نیز افزایش می‌یابد. به بیماران یاد داده شود در طول فعالیت چگونه ضربان قلبشان را کنترل کنند یا چگونه از " تست صحبت کردن " استفاده کنند (بیماران باید مطمئن شوند که هنوز می‌توانند یک گفتگو را در حالیکه تمرین می‌کنند ادامه دهند).

ایمنی شخصی:

زنان و افراد مسن بیشتر از دیگر گروهها بر پیشگیری از آسیبهای بدنی حین فعالیت اهمیت می‌دهند. در مورد آسیبهای احتمالی در حین ورزش و راههایی که می‌تواند ایمنی را افزایش دهد با آنها صحبت شود از جمله فعالیتهای بدنی ایمن پیاده روی، دوچرخه سواری یا دوی آهسته با همراه است.

هزینه فعالیت بدنی:

به افراد مراجعه کننده گفته شود. احتیاجی نیست که پولی برای فعالیت بدنی صرف شود. بسیاری از فعالیتهای نیازی به وسایل خاص ندارند. افراد می‌توانند فعالیتهای کم هزینه را انتخاب کنند مثل دو همگانی که از طرف شهرداریها نیز به اجرا گذاشته می‌شود. به آنها پیشنهاد شود که با مراکز اجتماعی در همسایگی خود تماس بگیرند یا به راحتی با همسایه‌ها و دوستان برنامه‌های فعالیت بدنی مثل راهپیمایی ترتیب دهند و باتفاق به پیاده روی بروند.

حمایت ناکافی:

تشویق و حمایت افرادی که می‌خواهند فعالیت بدنی داشته باشند، بخصوص زنان و افراد مسن بسیار مهم است. تأکید بر کارهایی که فرد می‌تواند انجام دهد و کارهایی که نباید انجام دهد، ضروری است. خانواده، دوستان و همسایه‌ها می‌توانند در طول فعالیت بدنی همراه یکدیگر باشند. پیاده روی‌های گروهی محلی، باغبانی می‌توانند مؤثر باشند و به افراد کمک کنند که فعالیت بدنی را آغاز و ادامه دهند.

منابع اجتماعی: مراکز اجتماعی، شهرداریها و برنامه‌های تفریحی دانشگاه‌ها و / یا مراکز ورزشی، باشگاههای خصوصی، ورزش‌های همگانی تنها تعداد کمی از مثالهای منابع در دسترس هستند.

اهمیت فشار خون بالا



تعریف فشارخون

خون در داخل شریان ها دارای نیرویی است که **فشارخون** نامیده می شود و مولد آن قلب است. فشارخون به دو عامل مهم یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آئورت پمپ می شود (حدود ۶-۵ لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ ها وجود دارد، بستگی دارد. فشارخون دارای دو سطح حداکثر و حداقل است. در زمانی که قلب منقبض می شود، خون وارد شریان ها می شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می رسد که به آن **فشارخون سیستول** می گویند و در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان نمی شود، با خروج تدریجی خون از این شریان ها و جریان آن به سوی مویرگ ها فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود می رسد، که به آن **فشارخون دیاستول** می گویند.

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می گیرند. اعداد این دو سطح به صورت کسر بر حسب میلی متر جیوه (mmHg) نشان داده می شود. مقدار فشارخون سیستول یا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دیاستول یا عدد کوچکتر را در مخرج کسر می نویسند. مانند: ۱۳۸/۸۶ میلی متر جیوه

طبق هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا ۸ اینچ در طبقه بندی جدید برای افراد ۱۸ سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا ۱۳۹-۸۹/۸۰-۱۳۹-۱۲۰، فشارخون بالای درجه یک ۹۰-۱۵۹/۹۰-۱۴۰ و فشارخون بالای درجه دو ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است (جدول ۱).

در این طبقه بندی مقدار فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری های همراه تعیین شده است.

- در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون ۱۴۸/۸۲ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای سیستولی تنها** می گویند، فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود
- فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون ۱۳۴/۹۶ میلیمتر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند.
- افرادی که فشارخون آن ها در محدوده پیش فشارخون بالاست، بیشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بیماری هستند .

- در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکنه مغزی و دیابت فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است، اگر فشارخون این افراد در محدوده پیش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می شود و باید تحت درمان قرار گیرند.
- بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
- در افرادی که فشارخون طبیعی و کمتر از ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه دارند، حداکثر ۲ سال یک بار لازم است فشارخون آن ها اندازه گیری شود.

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7

تعریف فشارخون بالا

فشارخون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان ها ایجاد می شود. مقدار فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره زمانی اندازه گیری شده است، تعیین شود. اگر فشارخون بطور دائمی بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا می گویند.

علت فشارخون بالا

فشارخون تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد که گاهی سبب افزایش فشارخون بیش از ۲۰ میلیمتر جیوه می شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی، تحریکات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الکل، قهوه و دارو تغییر می کند. فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد. در نوع اولیه که ۹۵٪ بیماران فشارخونی را شامل می شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا، جنس مرد، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی در بروز آن دخالت دارند. در نوع ثانویه تقریباً " علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون ها و یا کارکرد کلیه ها است. این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری های زمینه ای، به مقدار طبیعی قابل برگشت است. البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل متعددی مانند وراثت، محیط، حساسیت به نمک، سطح رنین پلاسما، میزان حساسیت به انسولین و یون هایی مثل سدیم، کلسیم و عواملی مثل نژاد، اختلال چربی خون، سیگار و الکل نیز می توانند بر فشارخون تاثیر به سزایی داشته باشند

آیا می دانید؟

- امروزه، فشار خون بالا یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا می باشد. این مسئله بعلا افزایش طول عمر و شیوع عوامل موثر مانند چاقی، کم تحرکی و تغذیه ناصحیح یک مشکل بهداشتی شایع و فزاینده در دنیا شده است. داده های جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می دهد در کل ۲۶/۴٪ افراد بزرگسال در دنیا (۶٪/۲۶ مردان و ۱/۲۶٪ زنان) فشارخون بالا داشتند و پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۵ به ۲۹/۲٪ (۸٪/۲۸ مردان و ۷٪/۲۹ زنان) برسد. در سال ۲۰۰۴ برآورد شد، تقریباً " یک میلیارد نفر بزرگسال در دنیا (۳۳۳ میلیون نفر در کشورهای اقتصادی توسعه یافته و ۶۳۹ میلیون نفر در کشورهای اقتصادی در حال توسعه) فشارخون بالا دارند و ۴ میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت می کنند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰٪ افزایش یابد و به ۵۶/۱ میلیارد نفر برسد. سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که فشارخون بالاسبب یک مرگ از هر ۸ مرگ می شود و سومین عامل کشنده در دنیا است. فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکنه های قلبی و مغزی است. در دنیا حدود ۶۲٪ بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی ناشی از فشارخون در محدوده

مطلوب است (فشارخون سیستول بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه). در صورتی که فشارخون بالا کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. معمولاً مبتلایان به فشار خون بالا زودتر فوت می کنند و شایعترین علت مرگ در آنها بیماری های قلبی است. سکتة مغزی و نارسایی کلیه نیز در رده های بعدی این فهرست قرار دارند. در بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور در سال ۱۳۸۸، حدود ۱۶٪ افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای فشارخون بالا بودند. فشارخون بالا یکی از مهمترین عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی و غیرواگیر است که قابل کنترل و تعدیل است. غربالگری، تشخیص زودرس و کنترل فشارخون بالا جزء ضروری برنامه های پیشگیری از بیماری های غیرواگیر مهم است. فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود غالباً بی علامت و بسیار شایع است. بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است. درمان فشارخون سیستولی و دیاستولی تا رسیدن به حد فشارخون هدف، با کاهش عوارض قلبی عروقی شامل ۴۰-۳۵٪ کاهش متوسط در سکتة مغزی، ۲۵-۲۰٪ کاهش در سکتة قلبی و بیش از ۵۰٪ کاهش در نارسایی قلبی همراه است. گرچه نشان داده شده است که درمان فشارخون بالا از بروز بیماری قلبی عروقی نیز پیشگیری می کند و طول عمر را افزایش می دهد

- آمار کشورهای متعدد نشان داده است که در میان افراد مبتلا به فشارخون بالا کمتر از ۶۰٪ تحت درمان هستند. اطلاع بیماران از بیماری فشارخون بالای خود از ۲/۲۵٪ تا ۷۵٪ و پوشش درمان از ۷/۱۰٪ تا ۶۶٪ میزان کنترل فشارخون در بیماران از ۵/۴۵ تا ۵۸٪ در متفاوت است.

عوارض شایع فشارخون بالا

- فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکتة مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد. از دیگر عوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی، بیماری عروق محیطی، خونریزی ته چشم است. درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.
- افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتاً "شدید (فشارخون ۱۰۵-۱۸۰/۹۰-۱۴۰ میلی متر جیوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند. تقریباً ۳۰٪ آن ها عوارض آترواسکلروز را بروز داده و بیش از ۵۰٪ دچار آسیب نهایی عضوی مربوط به افزایش فشارخون نظیر بزرگ شدن قلب و کاهش کارآیی عضله قلب، نارسایی احتقانی قلب، رتینوپاتی و نارسایی کلیه می گردند. فشارخون بالای خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است. خطر بیماری قلبی عروقی از ۷۵/۱۱۵ میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون ۱۰/۲۰ میلی متر جیوه، خطر دو برابر می شود. افراد دیابتی که بیماری فشارخون بالا هم دارند دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی هستند. درمان فشارخون اثر مفیدی بر این عوارض دارد و هر ۱۰ میلی متر جیوه کاهش در فشارخون سیستولی منجر به ۱۵٪ کاهش در مرگ مرتبط با دیابت، ۱۲٪ کاهش عوارض دیابت و ۱۱٪ کاهش بروز سکتة قلبی می شود. در افراد فشارخونی که دخیلیات مصرف می کنند بروز سکتة قلبی و بیماری کرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بیشتر است. ترک دخیلیات به سرعت خطر را کاهش می دهد. ترک سیگار بخش مهمی از پیشگیری اولیه از بیماری قلبی عروقی است. در دنیا حدود ۶۲٪ بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی متناسب به فشارخون در محدوده مطلوب است (بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه).

راه های کاهش فشارخون

تصمیمات درباره مدیریت بیماران مبتلا به فشار خون بالا نباید فقط بر مبنای مقادیر فشارخون باشد، بلکه باید حضور سایر عوامل خطر قلبی عروقی، آسیب اعضای هدف و شرایط بالینی همراه نیز در نظر گرفته شود مدیریت بیماری فشارخون بالا نه تنها بستگی به درمان دارویی بلکه به تغییر شیوه زندگی نامناسب از جمله کم تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، ترک دخیلیات و سایر تغییرات وابسته دارد. چندین مطالعه تایید کرده اند که عوارض فشارخون بالا با کنترل صحیح فشارخون بالا و درک بیماران از بیماری با اطلاعات مفید و عملی که توسط کارکنان بهداشتی فراهم می شود، بهبود می یابد. از علل اصلی ناکامی در درمان فشارخون بالا بی علامت بودن بیماری و آگاهی ناکافی جامعه و به ویژه بیماران نسبت به بیماری و عوارض آن می توان ذکر کرد.

تغییرات شیوه زندگی هم در پیشگیری اولیه از بیماری و هم در کنترل فشارخون در بیماران نقش مهمی دارد. بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شیوه زندگی پاسخ نمی دهند، برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارویی فشارخون بالا داشته باشیم.

راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون

توصیه شده است فشارخون هر بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی اندازه گیری شود ولی در کشور ما توصیه می شود فشارخون بچه هایی که عوامل خطر فشارخون بالا دارند، اندازه گیری شود. این عوامل خطر عبارتند از: ۱- افرادی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. ، ۲ افرادی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. ، افرادی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند. ، افرادی که والدین آن ها بیماری عروق کرونر زودرس دارند (در زن ها قبل از ۶۵ سالگی و در مرد ها قبل از ۵۵ سالگی)

* فردی که مشکوک به فشارخون بالا است و توسط بهورز به پزشک ارجاع می شود، پزشک باید در سه نوبت جداگانه فشارخون فرد مشکوک به فشارخون بالا را اندازه گیری کند.

نحوه اندازه گیری فشارخون

این اندازه گیری باید به وسیله فشارسنج جیوه ای یا یک دستگاه بادی تنظیم شده، در حالتی که فردنشسته و بازوی راست وی بر روی یک سطح سفت در حدود قلب قرار دارد صورت گیرد. در نظر داشتن اندازه کاف هنگام اندازه گیری فشارخون حائز اهمیت است. با استفاده از کاف خیلی کوچک، فشارخون به صورت کاذب بالا نشان داده می شود. کاف دارای اندازه مناسب (عرض کاف ۴۰٪ محیط بازو به صورتی است که محفظه آن ۸۰ تا ۱۰۰٪ محیط بازو و تقریباً دو سوم طول قسمت فوقانی بازو را می پوشاند) را باید تا فشار ۲۰ تا ۳۰ میلی متر جیوه بالاتر از فشارخون سیستولی فشرود و خالی کردن کاف با سرعت ۲ تا ۳ میلی متر جیوه در ثانیه انجام شود. شروع مرحله پنجم کروتکف به عنوان شاخص فشارخون دیاستولی مطرح شده است. ابزارهای الکترونیک مناسبند، اما ممکن است اندازه هایی را نشان دهند که با فشارسنج جیوه ای سازگار نیست..

علل زمینه ای پر فشاری خون ثانویه

- بیماری های کلیوی، غدد مترشحه داخلی، علل عصبی، علل روحی و روانی، علل دارویی، علل سمپاتومیمتیک

تست های آزمایشگاهی ضروری برای فشارخون بالا		
برای شناخت علت فشارخون بالا	FBS, CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid سونوگرافی کلیه ها ، کامل ادرار- کشت ادرار	برای رد آنمی (معمولاً با بیماری مزمن کلیه همراه است) ، بیماری کلیوی، سنگ های کلیوی، پیلونفریت مزمن، اسکار کلیه، ناهنجاری های مادرزادی کلیوی، نامساوی بودن اندازه کلیه ها
برای شناخت بیماری های همراه	اندازه گیری چربی های خون، قند خون، پلی سونوگرافی	هیپرلیپیدمی، سندرم متابولیک، دیابت، اختلال در خواب (آپنه خواب)
برای تعیین آسیب های اعضاء حیاتی	اکوکاردیوگرافی ، معاینه رتین	هیپرتروفی بطن چپ ، تغییرات عروقی شبکیه

آزمایشات اضافه اگر از نظر کلینیکی ضروری است	ادرار ۲۴ ساعته برای اندازه گیری پروتئین و کراتینین و کلیرنس کراتینین، اسکن کلیه MRI، داپلر شریان کلیوی، هولتر مانیتورینگ ۲۴ ساعته فشارخون، اندازه گیری سطح هورمون ها (تیروئید، آدرنال)، اندازه گیری سطح رنین پلاسما، اندازه گیری کاتکول آمین های خون و ادرار	برای رد بیماری مزمن کلیوی، برای رد فشارخون ناشی از بیماری نفرو واسکولر، رد فشارخون بالای روپوش سفید، رد بیماری تیروئید و فوق کلیه رد بیماری های میز الوکورتیکوئید، رد بیماری فنوکروموسیتوم
---	--	--

درمان دارویی فشار خون بالا

درمان دارویی را برای کسانی شروع می کنیم که فشار خون علامت دار یا آسیب اعضای حیاتی (مثل هیپرتروفی بطن چپ، رتینوپاتی، پروتئینوری) دارند، فشار خون ثانویه، فشار خون بالای مرحله یک که به اصلاح شیوه زندگی پاسخ نداده است و فشار خون بالای مرحله دو دارند. هدف از درمان فشار خون بالا در کسانی که بیماری همراه یا آسیب اعضای حیاتی را دارند، رسیدن فشار خون به کم تر از ۱۴۰/۹۰ است.

ACEI (مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین)	مثل انالاپریل	دوز شروع ۵/۵۸ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا ۵ میلی گرم در روز حداکثر دوز ۶/۵۰ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا ۴۰ میلی گرم در روز
بلوک کننده های آنژیوتانسین	مثل لوزارتان	دوز شروع ۵/۷ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز ۳ تا ۵ میلی گرم در روز حداکثر دوز ۴/۱۰ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز ۱۰۰ میلی گرم در روز
بتابلوکرها	مثل پروپرانولول	دوز شروع ۱ تا ۲ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز ۴ میلی گرم / کیلوگرم/ در روز (۶۴۰ میلی گرم در روز)
بلوک کننده های کانال کلسیم	مثل آمیلودیپین	دوز شروع ۶ تا ۱۲ ساله ها ۵/۲ تا ۵ میلی گرم در روز - حداکثر دوز ۱۰ میلی گرم
دیورتیک ها* : * تمام بیمارانی که با دیورتیک درمان می شوند باید از نظر الکترولیت ها بررسی شوند.	مثل هیدروکلروتیازید	دوز شروع ۱ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز ۳ میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا ۵۰ میلی گرم در روز
آلفا بلوکر مثل پرازوسین		شروع دارو با یک میلی گرم روزانه ۲ تا ۳ بار در روز و دوز نگهدارنده

پیام های مهم آموزشی

- ۱- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گیری کنید. در صورتی که مقدار آن از حد طبیعی بالاتر است به پزشک مراجعه کنید.
- ۲- در هر ملاقات با کارکنان بهداشتی و یا پزشک از آن ها درخواست کنید، فشارخون شما را اندازه گیری کنند.
- ۳- از مقدار فشارخون خود مطلع شوید.
- ۴- در صورتی که شیوه زندگی نا مناسب دارید، با کاهش مصرف سدیم یا نمک در رژیم غذایی، ترک مصرف دخانیات، کاهش چاقی بخصوص چاقی شکمی، حفظ وزن مطلوب، افزایش فعالیت بدنی، کنترل قند خون و کنترل اختلالات چربی خون آن را اصلاح کنید.
- ۵- با اصلاح شیوه زندگی نامناسب، فشارخون خود را کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و در حد طبیعی حفظ کنید.

نکات آموزشی در خصوص سل ریوی :

دقت کنید جوانی که به شما مراجعه کرده است حداقل یکی از نشانه های سل ریوی (سرفه طول کشیده بیش از دو هفته، سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل) را دارد. فرد با احتمال ابتلا به سل ریوی را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی جوان از نظر ابتلا به سل ریوی

در صورتی که جواب حداقل ۲ نمونه از ۳ نمونه اسمیر از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است فرد تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که یک نمونه از ۳ نمونه اسمیر خلط مثبت است و علائم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد جوان به عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد. **فرد دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل را برای بررسی توسط فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید**

در صورتی که هر ۳ مورد اسمیر برداری از خلط منفی است برای جوان ۱۰ تا ۱۴ روز درمان غیر اختصاصی را طبق برنامه کشوری مبارزه با سل (استفاده نکردن از ریفامپیسین، آمینو گلیکوزید ها و کینولون ها) تجویز کنید پس از آن در صورتی که نشانه های بهبودی ظاهر نشود و نشانه های بالینی پایدار باقی بمانند از خلط فرد در همان زمان مراجعه (بعد از ۱۴ روز)، مجدداً ۳ نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمیر تهیه شود. چنانچه از ۳ مورد اسمیر مجدد حتی یک مورد اسمیر خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد. چنانچه هر سه مورد اسمیر مجدد خلط منفی است در صورت وجود نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل، فرد جهت بررسی وجود **سل ریوی اسمیر منفی** به مرکز تخصصی / کمیته فنی سل ارجاع می شود .

جوان را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

جوان را با توجه به نشانه ها، نتایج اسمیر برداری ها و رادیوگرافی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

- فرد دارای ۲ یا ۳ اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک اسمیر مثبت از خلط به همراه نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل در طبقه بندی "**جوان مسلول اسمیر مثبت**" قرار می گیرد. فرد را مطابق با جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با جوان را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و فرد مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، **ترجیحاً بصورت روزانه و در صورت عدم امکان**، بصورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به جوان و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.
- فرد دارای یک اسمیر مثبت از خلط **بدون** نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل یا دارای هر ۳ اسمیر منفی از خلط است در طبقه بندی "**مشکوک به سل**" قرار می گیرد. پیگیری و بررسی در این زمینه در قسمت ارزیابی عنوان شده است.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل:

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)، تغذیه مناسب، مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله ای و نگهدارنده)، تعداد و نوع دارو های تجویزی، زمان مصرف دارو، عوارض دارویی و راه های مقابله با آن، اهمیت مصرف مرتب و مستمر و صحیح دارو، کنترل راه های سرایت بیماری، طول مدت سرایت پذیری بیماری

درمان:

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد. بیماران جدید در گروه درمانی یک قرار گرفته و از برنامه درمانی کوتاه مدت ۶ ماهه که از دو مرحله حمله ای و نگهدارنده تشکیل شده بهره می گیرند؛ به این ترتیب که: در مرحله حمله ای از ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپسین، پیرازینامید و اتامبوتول به مدت ۲ ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه بصورت روزانه استفاده می شود. در مرحله نگهدارنده از ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپسین به مدت ۴ ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه (که باید ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان بصورت هفتگی ارائه شود) استفاده می شود. در گروه ۲ درمانی، قبل از آغاز درمان، نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت و حساسیت دارویی ارسال و سپس درمان بیمار مطابق جدول برنامه درمانی شروع می شود.

برنامه درمانی جوان مبتلا به سل :

گروه درمانی		مرحله حمله ای درمان		مرحله نگهدارنده درمان	
		دارو	مدت درمان (ماه)	دارو	مدت درمان (ماه)
۱	مورد جدید سل ریوی اسمیر مثبت و اسمیر منفی (جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده) و یا (کمتر از یکماه درمان گرفته است)	HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	۲	HR ایزونیازید+ ریفامپین	۴
۲		HRZES ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومایسین	۲	HRE ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول	۵

	مورد تحت درمان مجدد (شکست درمان، عود یا غیبت از درمان)	و سپس HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	۱		
--	---	---	---	--	--

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل
جدول اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

دارو	دوز روزانه (mg/kg)	فرآورده های ژنریک ایران
ایزونیازید (H)	۵ (۶-۴)	قرص های ۱۰۰-۳۰۰ میلی گرم
ریفامپین (R)	۱۰ (۱۲-۸)	کپسول های ۱۵۰-۳۰۰ میلی گرم
پیرازینامید (Z)	۲۵ (۳۰-۲۰)	قرص ۵۰۰ میلی گرم
اتامبوتول (E)	۱۵ (۲۰-۱۵)	قرص ۴۰۰ میلی گرم
استرپتومایسین (S)	۱۵ (۱۸-۱۲)	ویال یک گرمی

پیگیری

جوان مسلول اسمیر مثبت رادو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد بشرح زیر پیگیری کنید:

- از جوان در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که فرد عملکرد صحیحی داشته است به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. در صورت بروز عوارض شدید دارویی مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شدید دارویی (ارجاع فوری یا غیر فوری، تغییر دارو و...) عمل کنید. در صورت بروز عوارض خفیف دارویی، درمان علامتی را برای عوارض دارویی مطابق برنامه کشوری سل شروع کنید. درمان را با همان دوز اولیه ادامه دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که جوان مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه توسط غیر پزشک پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگی توسط غیر پزشک پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد.
 - این پیگیری ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته یکبار و سپس بصورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.
- چنانچه جوان مبتلا به سل ربوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده (و یا کمتر از یکماه درمان گرفته است)، وی را مورد جدید سل محسوب کرده و برای وی در پایان ماه دوم، چهارم و ششم درمان، هر بار دو نمونه اسمیر خلط تهیه کنید .چنانچه حداقل یکی از ۲ نمونه خلطی که ۲ ماه پس از شروع درمان (یعنی پایان مرحله حمله ای)، از فرد تهیه می شود مثبت باشد، نمونه خلط برای انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام ارسال و همزمان درمان مرحله حمله ای درمان را یکماه ادامه داده و سپس آزمایش اسمیر خلط برای بیمار را تکرار کنید. و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگهدارنده را برای جوان شروع کنید.

- چنانچه جوان به مدت کمتر از ۴ هفته قطع دارو داشته درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که فرد دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه جوان بین ۴ تا ۸ هفته قطع دارو داشته از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجددا از فرد باید نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد و طول مدت درمان بیمار کمتر از ۵ ماه باشد، رژیم درمانی مربوطه را ادامه دهید و به ازای روزهایی که مصرف نشده به مدت درمان اضافه کنید و در صورتی که طول مدت درمان بیشتر از ۵ ماه باشد بیمار را مجددا ثبت نمائید. و رژیم درمانی قبلی را از نو شروع کنید. و اگر اسمیر خلط منفی باشد درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که جوان دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه فرد بیش از ۸ هفته قطع دارو داشته باشد از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجددا از جوان بر اساس برنامه کشوری نمونه خلط تهیه کند . چنانچه اسمیر

خلط مثبت باشد این فرد در گروه درمان پس از غیبت قرار گرفته و رژیم درمانی پس از غیبت برای وی آغاز می شود و در صورتی که مشکوک به مقاومت دارویی هستید فرد را به مرکز تخصصی / کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید

- دقت کنید چنانچه اسمیر خلط جوان مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت در پایان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقی مانده باشد، نمونه خلط را برای انجام آزمایش کشت و آزمایش حساسیت دارویی ارسال و درمان حمله ای را تا پایان ماه سوم ادامه دهید. و در پایان ماه سوم آزمایش خلط را تکرار کنید و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگهدارنده را برای جوان شروع کنید.
- چنانچه فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگهدارنده یا در دو ماه پایانی درمان (پایان ماه پنجم و یا ششم درمان) اسمیر خلط وی هنوز مثبت باقی مانده است و یا در طول دوره درمان، اسمیر خلط فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت پس از منفی شدن دوباره مثبت می شود برای این جوان کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی انجام دهید. جوان را تحت درمان دارویی گروه "**شکست درمان**" قرار دهید.
- لازم است از بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر منفی نیز در پایان ماه دوم اسمیر بگیری تا از منفی باقی ماندن آن اطمینان حاصل کنید.
- دوره درمانی مرحله حمله ای در مورد گروه ۲ درمانی ۳ ماهه است. چنانچه در پایان ماه سوم هنوز خلط بیمار مثبت است، نمونه خلط را برای انجام آزمایش کشت و آزمایش حساسیت دارویی ارسال و درمان مرحله حمله ای را تا پایان ماه چهارم بدون استرپتومایسین ادامه دهید سپس در پایان ماه چهارم آزمایش خلط را برای جوان تکرار کنید و اگر هنوز مثبت باقی مانده است کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی را برای فرد انجام دهید و درمان نگاه دارنده را نیز برای فرد آغاز کنید.
- در پایان درمان از فرد مبتلا به سل ریوی، به منظور کمک به تشخیص و تعیین سیر بهبود ضایعات رادیوگرافی قفسه سینه بعمل آورید.

عوارض دارویی سل

عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف		
بی اشتها، تهوع و درد شکم	ریفامپین	دوز دارو کنترل شود. درمان ادامه یابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	آسپیرین
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم
عوارض دارویی شدید		
لکه های پوستی به همراه ادم، زخم مخاطی و شوک	استرپتومایسین / ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	• تمام داروها متوقف شود. • داروی آنتی هیستامین و در صورت شدید بودن کورتیکواستروئید همراه مایعات داخل وریدی تجویز گردد. • از تجویز مجدد استرپتومایسین جداً خودداری کنید. • بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
خارش	استرپتومایسین	مصرف استرپتومایسین را متوقف کنید ضمن تجویز داروی آنتی هیستامین درمان ضد سل ادامه یابد.

کاهش شنوایی و یا کری	استرپتومایسین	چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی وجود ندارد استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
سرگیجه و یا نیستگموس	استرپتومایسین	استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)	اتامبوتول	مصرف اتامبوتول را متوقف کنید. و بیمار را برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
زردی، استفراغ و کنفوزیون به علت هپاتیت دارویی	ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	مصرف تمام داروها متوقف شود. و تست های کبدی و PT بطور اورژانس انجام شود. و بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. و در صورتی که هپاتیت دارویی شدید است ریفامپین و پیرازینامید را بطور کامل از برنامه درمانی حذف کنید و برنامه درمانی ۳ دارویی استرپتومایسین و ایزونیازید و اتامبوتول به مدت یک ماه و پس از آن ایزونیازید و اتامبوتول به مدت ده ماه را جایگزین کنید. و در موارد سل پیشرفته که قطع درمان سل ممکن نیست تا طبیعی شدن تست ها کبدی از استرپتومایسین و اتامبوتول استفاده کنید.
شوک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک و نارسایی حاد کبد	ریفامپین	ریفامپین را حذف کنید.

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

بی اشتها، تهوع و درد شکم: دوز دارو ها را کنترل کنید. درمان را ادامه دهید. از جوان بخواهید دارو ها را هر شب قبل از خواب شب مصرف کند.

درد مفاصل: از آسپرین استفاده کنید.

احساس سوزش در پاها: پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم روزانه تجویز کنید.

جوان مشکوک به سل (دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل) را برای بررسی توسط فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید

جوان مشکوک به سل (۳ اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید جوان پیگیری شده دارای ۳ نمونه اسمیر منفی از خلط است و ۱۴-۱۰ روز تحت درمان غیر اختصاصی قرار گرفته است. از جوان در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید:

- چنانچه جوان دارای علایم بهبودی است این فرد مبتلا به سل نیست. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
 - چنانچه جوان فاقد علایم بهبودی است از فرد ۳ نمونه اسمیر از خلط تهیه شود چنانچه از ۳ مورد اسمیر مجدد حتی یک مورد اسمیر خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.
- چنانچه هر سه مورد اسمیر مجدد خلط منفی است در صورت وجود نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل، فرد جهت بررسی وجود **سل ریوی اسمیر منفی** به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل ارجاع می شود .

نکات آموزشی در خصوص ایدز و بیماریهای آمیزشی :

ارزیابی روشهای آزمایش تشخیص HIV:

۱. **آزمون الیزا (Elisa):** براساس سنجش آنتی‌بادی HIV بوده ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ حساسیت دارد. در صورت مثبت شدن الیزا باید آزمایش مجدد الیزا انجام شده و در صورت تکرار پاسخ مثبت، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد.
۲. **تست های تشخیص سریع (Rapid Test):** این روش نیز به سنجش آنتی‌بادی پرداخته از حساسیت مناسبی برخوردار است. انجام آزمایش با این روش ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنست از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت مثبت شدن تست سریع باید آزمایش مجدد با روش الیزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت الیزا، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد. نکته مهم این است که این آزمایش باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را داشته باشند. کیت های بکار برده شوند باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند.
۳. **آزمون وسترن بلات (Western blot):** این آزمون نیز بر روی آنتی بادی صورت میگیرد، نسبت به الیزا اختصاصی تر است و به عنوان آزمون تأییدی نهایی به کار می‌رود.
۴. **PCR:** در نوزادان از آنجا که آنتی‌بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده و تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می‌ماند، بنابراین آزمایشهای آنتی بادی مثبت (الیزا، وسترن بلات، تست تشخیص سریع) ارزش تشخیصی ندارد. لذا باید از روش PCR استفاده کرد که به جای آنتی بادی به جستجوی ژن های ویروس می پردازد. برای نوزادانی که با این روش تشخیص داده شده‌اند باید بعد از ۱۸ ماهگی سری آزمایشهای آنتی بادی انجام شود.

•

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر:

- کلیه افراد دارای عوامل خطر باید برای دریافت مشاوره و آزمایش HIV به مراکز/پایگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.
- کلیه موارد اثبات شده ابتلا به HIV باید برای دریافت خدمات پیشگیری، مراقبت‌های دوره‌ای و درمان های لازم به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند.
- زنان باردار مبتلا به HIV یا دارای عوامل خطر و موارد پیشگیری پس از تماس باید هر چه سریعتر برای دریافت خدمات مراقبت و پیشگیری به مراکز مشاوره ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.

درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. و نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود

خدمات سلامت باروری شامل آموزش، مشاوره، توصیه و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم به همسران بیماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بیمار و یا همسر وی باید فرد برای دریافت خدمات پیشگیری از انتقال به نوزاد شامل درمان دارویی ضد رترو ویروسی به مرکز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. برای تمام نوزادانی که از مادران در معرض خطر HIV به دنیا می‌آیند، باید وضعیت ابتلای به HIV با روش PCR حتی‌المقدور در چهار تا شش هفته‌گی بررسی گردد

تشخیص قطعی HIV با دو نوبت الیزای مثبت (یا یک تست سریع و یک الیزا) و تأیید آن با وسترن بلات صورت می‌گیرد. با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی‌بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش

ممکن است بین دو هفته تا چند ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است. لازم است که هر سه ماه آزمایش تکرار شود. **اقدامات مورد نیاز برای افراد مبتلا:**

الف- درمانی: اگرچه روش‌های درمانی موجود بدن را از ویروس پاک نمی‌کنند ولی تکثیر ویروس را مهار کرده، وضعیت بالینی بهتری را برای بیمار ایجاد می‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با کم کردن بار ویروسی افراد مبتلا از سرایت پذیر بیماری کاسته بر روی پیشگیری تاثیر خواهد داشت. اهداف درمان ضدتروویروسی عبارتند از دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش مورییدی و مورتالیتی ناشی از HIV. درمان این بیماری با حداقل سه داروی ضدتروویروسی (ARV) انجام میشود. این درمان توسط مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری بصورت رایگان ارائه می‌شود.

ب- پیشگیری: باوجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای HIV/AIDS وجود ندارد. راه‌های انتقال عمدتاً با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به‌منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی دارد. بر حسب راه انتقال روش های پیشگیری را می توان به صورت ذیل بیان کرد:

پیشگیری در تماس جنسی: به تعویق انداختن سن اولین رابطه جنسی، وفاداری به همسر یا شریک جنسی و داشتن تنها یک شریک جنسی، استفاده از کاندوم به طرز صحیح، درمان کامل بیماری آمیزشی، پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک (مصرف این مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصمیم‌گیری برای برقراری روابط جنسی سالم را مخدوش می‌کند).

پیشگیری در اعتیاد تزریقی: پرهیز از مصرف مواد یا اقدام برای ترک، در صورتی که امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیرتزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوپیویدی مانند متادون، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق و استفاده از سرنگ و سوزن استریل.

به‌طور خلاصه اساسی‌ترین روش پیشگیری در انتقال ازطریق جنسی پرهیز از روابط جنسی نامطمئن و درصورت وجود این روابط، استفاده از کاندوم است

پیشگیری برای اطرافیان:

- افراد خانواده فرد مبتلا باید در زمینه راههای انتقال و پیشگیری، مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی و چگونگی کمک به بیماران خود آموزشهای لازم دریافت کنند.
- شرکاء جنسی این بیماران باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. در صورت منفی بودن این آزمایش باید هر سه ماه یکبار تکرار شود.
- آموزش های لازم درخصوص روش های مناسب جلوگیری از بارداری با تاکید بر اهمیت پیشگیری دوگانه (استفاده از کاندوم به همراه یکی از روش های پیشگیری از بارداری)

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	تزریق عضلانی	سفتریاکسون ۲۵۰mg	شانکروئید
هر ۱۲ ساعت تا ۳ روز	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۱g	
هر ۶ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	اریترومایسین ۴۰۰mg	کلامیدیا در حاملگی
تک‌دُز	تزریق عضلانی	بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴MIU	سیفیلیس اولیه، ثانویه و نهفته کمتر از یک سال
هر ۱۲ ساعت تا ۱۵ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	سیفیلیس اولیه و ثانویه (حساسیت به پنی‌سیلین)
حساسیت‌زدایی			سیفیلیس در بارداری (حساسیت به پنی‌سیلین)
هر ۸ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۴۰۰mg	تبخال تناسلی عفونت اولیه
هر ۵ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۲۰۰mg	
هر ۸ ساعت تا ۵ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۴۰۰mg	تبخال تناسلی عفونت راجعه
هر ۵ ساعت تا ۵ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۲۰۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	تزریق عضلانی	سفت‌ریاکسون ۱۲۵mg	گنوکوک بدون عارضه
تک‌دُز	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	سفیکسیم ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۲g	
تک‌دُز	تزریق عضلانی	اسپکتینومایسین (غیرحلق) ۲g	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	کلامیدیا تناسلی بدون عارضه
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۱g	
هر ۱۲ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	لنفوگرانولوم ونروم
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	اریترومایسین ۴۰۰mg	
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	تتراسایکلین ۵۰۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	تریکوموناس
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	واژینوز باکتریال
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	کلیندامایسین ۳۰۰mg	
۵g هر شب تا ۷ روز	واژینال	کلیندامایسین ۲٪	
هر هفته تا ۳ هفته	تزریق عضلانی	بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴MIU	سیفیلیس نهفته (مدت نامشخص)
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	گرانولوم اینگوینال
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۷۵۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
هر شب تا ۷ روز	واژینال	کرم میکونازول ۲٪	کاندیدا آلبیکانس
هر شب ۷ تا ۱۴ روز	واژینال	کرم کلتریما زول ۱٪	
هر شب تا ۳ روز	واژینال	میکونازول و کلتریمازول ۲۰۰mg	
هر شب تا ۱۴ روز	واژینال	نیستاتین ۱۰۰,۰۰۰U	
تک‌دُز	واژینال	فلوکانازول ۱۵۰mg	
کرایوتراپی و درمان جراحی			زگیل تناسلی (نکته: در زگیل‌های سرویکس، پیش از شروع درمان باید از نتیجه پاپ اسمیر آگاه‌بود و نباید از پودوفیلین و TCA استفاده‌کرد)
پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵٪			
TCA ۸۰ تا ۹۰٪			
هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز (نکته: درمان گنوکوک و کلامیدیا به روش و مدت معمول)	خوراکی	درمان گنوکوک + کلامیدیا + بی‌هوازی با ۵۰۰mg مترونیدازول	PID درمان سرپایی