

دستور العمل اجرای ارائه خدمات

سلامت عمومی میانسالان

(ویژه پزشک)

۴	پیشگفتار
۶	مقدمه
	بخش اول : اصول و اهداف برنامه
۸	• اصول و اهداف کشوری برنامه
۱۱	• گروه هدف برنامه
	بخش دوم : راهنمای بالینی
۱۳	• ضرورت و چگونگی تدوین راهنما
۱۴	• آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما
۱۵	• نمادها و رنگها
	∅ فصل اول : ارزیابی بیماری قلبی و عروقی
۱۷	• ارزیابی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی
۲۲	• ارزیابی فشارخون
۲۶	• ارزیابی چربی های خون
۳۰	• ارزیابی از نظر دیابت
۳۴	• ارزیابی چاقی
۴۰	• ارزیابی مصرف دخانیات
	∅ فصل دوم : ارزیابی اختلالات روان
۴۵	• افسردگی و اضطراب
	∅ فصل سوم : بیماری های استخوان و مفاصل
۵۰	• استنوارترور
۵۵	• کمردرد
۶۵	• استنوپروز
	∅ فصل چهارم : ارزیابی بیماری های تنفسی
۷۰	• آسم
	بخش سوم : پیوست ها
۸۲	• فرم مراقبت دوره ای
۸۶	• راهنمای فرم مراقبت دوره ای

Ø مسئول طراحی و اجرای برنامه :

- اداره سلامت میانسالان - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- Ø تالیف و تدوین :
- دکتر مطهره علامه ، دکتر عالیہ فراهانی
- با همکاری : دکتر محمد اسماعیل مطلق ، دکتر سید خلیل پسته ای ، مینا طباطبایی
- زیر نظر : دکتر علیرضا مصداقی نیا
- Ø مشاورین علمی برنامه :

دکتر مهدی امام ، دکتر علی خلوت ، دکتر شهذخت سمنگویی ، دکتر فرهاد شہرام ، دکتر حسن عابدی یکتا
دکتر گیتی ستوده ، دکتر محمد رضا وفا دکتر جزایری دکتر فرزانه ترکان
دکتر گودرز عکاشه، دکتر صابری زفرقندی ، دکتر اسماعیل حاجبی
دکتر مهدی نجمی ، دکتر فخرالسادات امامی نایینی، دکتر شہین یار احمدی، دکتر مهدی گویا، دکتر طاہرہ سماوات

گذر آید میو لوزیک و تغییر سیمای خطرات تهدید کننده سلامتی در عصر حاضر که به دلایل متفاوتی اتفاق افتاده است، نیازهای سلامت را تغییر داده و پاسخگویی به این نیازهای دائما در حال تغییر را به یکی از چالشهای مهم نظام سلامت در همه جوامع تبدیل کرده است. این امر چه در تعریف گروههای پرخطر برای دریافت خدمات سلامتی و چه ابعاد مختلف سلامت مشهود است و به عبارت دیگر نگرش و رویکرد نوینی را برای حل معضلات سلامت پیش روی سیاستگذاران فرار داده است. یکی از گروههای سنی مهم در این تغییر رویکرد نظام سلامت، گروه سنی میانسالان است. این گروه نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهند و بطور روز افزونی جمعیت آنان در حال افزایش است؛ بویژه در کشورهای در حال توسعه رشدی سریعتر از رشد کل جمعیت در این گروه اتفاق می افتد و بر عکس جمعیت کودکان که رشد آن رو به کاهش دارد؛ سرعت رشد جمعیت بزرگسال تا چند دهه آینده نیز ادامه خواهد داشت.

میانسالی سنی است که در آن فرد با تجاربی بسیار متنوع و گهگاه ضد و نقیض مواجه می شود. از یک سو، زندگی در این دوران بحرانی و پرتلاطم است و از سوی دیگر، از آرامش نسبی برخوردار است.

از زمان جوانی تا میانسالی تغییرات جسمانی آهنگی تدریجی دارد و به همین دلیل بسیاری از افراد این تغییرات را به وضوح احساس نمی کنند. گاهی انجام فعالیت های روزمره زندگی افراد میانسال را از واقعیت این تغییرات آگاه می کند. مثلا مردی ۴۵ ساله که در گذشته مشکلی در خواندن اعداد و ارقام نداشته است، برای خواندن یک شماره تلفن نیاز به عینک پیدا می کند، و یا خانمی ۵۵ ساله که همیشه کارهای روزانه را به راحتی انجام داده است، عملا احساس می کند که از لحاظ جسمی توانایی های گذشته را ندارد.

هر اندازه که فرد میانسال از تحرک کمتری برخوردار باشد، از لحاظ جسمی ناتوانی بیشتری احساس خواهد کرد. به همین دلیل میانسالانی که زندگی بی تحرکی دارند، از لحاظ جسمی ضعیف تر بوده و خطر بروز بیماریهای نظیر حمله قلبی آنها را بیشتر تهدید می کند. همراه با ضعف بسیار تدریجی در هماهنگی حرکتی در فاصله ۲۵ تا ۶۰ سالگی، زمان واکنش نیز حدود ۲۰ درصد کاهش می یابد و به همین علت از کارایی مهارتهای پیچیده حرکتی، مانند رانندگی کاسته می شود. با وجود این رانندگی افراد میانسال از افراد جوان بهتر است، زیرا داشتن تجربه بیشتر در این مورد به آنها کمک می کند.

شاید متداولترین تغییرات فیزیولوژیکی در دوران میانسالی کاهش کارکرد قلب، کلیه ها، ترشح کمتر آنزیم های معده - روده ای، ضعف دیافراگم و رشد غده پروستات (که ویژه مردان است) باشد. پاره ای از این تغییرات ناشی از افزایش سن و پاره ای دیگر مربوط به سبک زندگی است. تفاوتهای فردی از لحاظ کارکرد فیزیولوژیکی با افزایش سن، دامنه وسیع تری می یابد. در مجموع باید گفت که سرعت پیرشدن در افراد یکسان نیست.

با توجه به آنچه گذشت، بدون توجه به سلامت این فشرعظیم اجتماع که کانون سلامت در خانواده نیز هست، رسالت سازمان مسئول سلامت خانواده، امکان تحقق نخواهد یافت. از طرف دیگر نیازهای سریعا در حال تغییر سلامتی و انتظارات گروههای هدف برای برآورده شدن این نیازها، لزوم پویایی سازمان و انطباق آن با جمعیت تحت پوشش و زیر گروههای مختلف را گوشزد می آند، در واقع این امر کلید بقا و ماندگاری سازمان ماست. گرچه کاملا بدیهی است، ولی بک نگاه اجمالی به سیر تکاملی برنامه سلامت کودکان از پایش رشد و واکسیناسیون به بررسی ادغام یافته همه ناخوشیها و خوشیهای اطفال مثال گویایی از لزوم تغییر و تکامل برنامه هاست. برنامه ارائه خدمات میانسالان نیز در مجموعه برنامه های نوینی قرار می گیرد که برای

پاسخگویی به يك نیاز تازه در گروه سنی و جنسی خاص توسط همکاران اداره سلامت میانسالان دفتر سلامت جمعیت و خانواده تدوین شده است .
ضمن تشکر از آنان و اعضای محترم کمیته علمی و مشاورین محترم اجرایی امیدوارم نقائص برنامه در اجرای پایلوت روشن و برطرف شده ونخستین
گامهای برداشته شده به گسترش هرچه کاملتر خدمات ادغام یافته در سایر گروههای جنسی و سنی بزرگسالان منتهی گردد.

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما را میانسالان (سنین ۲۵ - ۶۰) تشکیل می دهند. جمعیت این گروه به طور روزافزون در حال افزایش است و تا چند دهه آینده با سرعت بیشتری نسبت به سایر گروه های سنی ادامه خواهد داشت. این گروه کثیر و مولد جامعه که تاکنون به دلیل تمرکز بر گروههای پرخطر دیگر مانند کودکان از بسیاری خدمات محروم مانده اند، نیازمند حمایت جدی برای ارتقای همه جانبه کیفیت زندگی هستند. ارائه خدمات سلامتی به این گروه سنی به دلیل کثرت جمعیت، مولد بودن این گروه سنی، تاثیر رفتارهای سلامتی این گروه بر ابعاد مختلف سلامت خانواده، تاثیر مخاطرات سلامت، مرگ و میر و ناتوانی های این گروه سنی بر حیات، پویایی و سلامت سایر افراد خانواده، همچنین نیازهای افزایش یابنده و در حال تغییر جامعه به لحاظ گذر اپیدمیولوژیک و تغییر چهره سلامت و بیماری اهمیت ویژه ای دارد.

همه دلایل فوق توجه به سلامت این قشر عظیم اجتماع که کانون سلامت در خانواده نیز هست، از وظایف سازمانها بوده و لزوم پاسخگویی به نیازهای این گروه کاملاً روشن است. حتی اگر به مسولیت سیستم دولتی در ارائه خدمات ولزوم بازاریابی و رقابت آن با سایر سیستم ها قائل نباشیم، وظیفه مهم و انحصاری سیاستگذاری در عرصه سلامت حکم می کند که به این نیازها پاسخ دهیم.

با توجه به مبانی ذکر شده برنامه خدمات جامع سلامت میانسالان در کنار برنامه های سلامت سایر گروههای سنی برای اولین بار در کشور توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا می شود.

با این امید که با گام های کوچک کنونی در جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت این گروه در آینده قدمهای بلند تری برداشته شود.

دکتر محمد اسماعیل مطلق
مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

بخش اول :



اصول و اهداف كشوري برنامه خدمات جامع سلامت ميانسالان

سيماي اپيدميولوژيك بيماريها، بر مخاطرات تهديد كننده سلامتي در عصر حاضر به دليل گذار جمعيتي، كنترل بيماريهاي عفوني و ريشه كني، حذف و كنترل بسياري از بيماريهاي كشنده، تغيير الگوي مصرف غذا و الكل و دخانيات، کاهش فعاليت فزيكي و آسيب هاي ناشي از حوادث و عوامل ناشي از استفاده روزافزون بشر از مظاهر تكنولوژي مواجه با تغييرات مهمي شده است و بيماريهاي غير واگير مسئول مهم بار بيماريها در كشورهاي مختلف به شمار مي آيند.

طبق تقسيم بندي سازمان بهداشت جهاني، جمهوري اسلامي ايران در رده كشورهاي در حال توسعه با مرگ و مير پايين است كه در ده عامل عمده خطر در اين كشور بار بيماريهاي عفوني و واگير جايگاه مهمي ندارند.

بديهي است كه خطرات تهديد كننده سلامتي بي شمارند اما حتي در ميان عمده ترين خطرات، تعداد معدودي از آنها مسئوليت بخش عظيمي از بار بيماري در جوامع را به عهده دارند.

اصول برنامه : اصول زير توسط مجريان برنامه و ارائه دهندگان خدمت در اجرائ برنامه بايد مورد توجه قرار گيرد:

۱- رويکرد مبتني بر سن:

گروه هدف برنامه بزرگسالان مرد و زن از ۲۵ تا ۶۰ سالگي مي باشند. بر اساس سرشماري ۱۳۸۵ جمعيت اين گروه سني نزديك به سي ميليون نفر مي باشد. با توجه به تشابه مسائل و مشكلات سلامتي و رويکرد مذکور، بزرگسالان به دو گروه ۲۵-۴۴ سال و ۴۵-۶۰ سال تقسيم شده اند. كه به دو گروه early Adulthood ۲۴-۲۵ سال و Late Adulthood ۴۵-۶۰ سال تقسيم مي شوند.

۲- رويکرد مبتني بر ادغام:

بررسي امكانات و نتايج موجود براي ارائه خدمات سلامتي به اين گروه سني حاكي از آن است كه ادغام اين خدمات جديد در سيستم ارائه خدمت تنها راه استقرار آن است. اين ادغام با هدف افزايش كارآيي با بكارگيري امكانات و پتانسيل هاي بالقوه در وجوه زير انجام مي گيرد:

- ادغام در سطح گيرنده خدمت با هدف افزايش اثر بخشي برنامه و استفاده از زمان هاي طلائي ارائه خدمات براي افزايش پوشش برنامه و صرفه جويي در زمان ارائه خدمات و عدم تحميل هزينه هاي گزاف به بيماران
- ادغام در حيطه بيماري: با توجه به ريسك فاكورهاي مشترك بسياري از بيماريها در اين گروه سني از جمله بيماري قلبي عروقي، مزمن ريوي، سرطانها، ديابت و ... با يك استراتژي ادغام يافته مي توان به كنترل اين عوامل خطر دست يافت.
- ادغام در سطح پايش و ارزشيابي با هدف تقويت نظام پايش و ارزشيابي و صرف منابع و وقت كمتر با حذف تعدد اهرمهاي نظات و رهبري و سيستم هاي پايش

۳- رويکرد پيشگيرانه و سلامت محور:

محور برنامه سلامت بزرگسالان ارتقاي شيوه سالم زندگي و كنترل عوامل خطر و تشخيص زود هنگام بيماريهاي شايع است. بدین ترتيب سطح اول پيشگيري (Primary prevention, primordial Prevention) در جدا کردن موارد پرخطر مورد تاكيد قرار مي گيرد و در حد امكان به سطح دوم پيشگيري توجه مي شود.

۴- رویکرد جامعه نگر Population based

با توجه به رویکرد جامعه نگر در برنامه سلامت بزرگسالان ، تغییرات کوچک در سطح وسیع بر اقدامات کامل مبتنی بر بیماری در سطح محدود ترجیح داده می شود، تا دستیابی به نتایج برنامه در کل جامعه با صرف زمان کمتری اتفاق بیفتد. بر این اساس در فرآیند طراحی برنامه منابع و امکانات و اولویت های جامعه با تاکید بر کنترل ریسک فاکتورهای مهم مورد توجه قرار گرفته است. بی تردید این رویکرد ، اهمیت خدمات Individual based برای گیرندگان خدمات را مخدوش نخواهد کرد .

۵- رویکرد مشتری محور Client based:

رویکرد جامعه نگر در طراحی برنامه و تشخیص نیازها و اولویت های گروه سنی هدف مانع از رویکرد مشتری محور در ارائه خدمات نبوده و توجه به نیاز هر يك از گیرندگان خدمات در حین ارائه خدمت، مد نظر قرار می‌گیرد.

در طراحی ارائه خدمت بویژه جمع آوری اطلاعات، طراحی فرمها، پرونده خانوار و تامین نیازهای گیرندگان خدمت اصل مهمی است که مورد توجه قرار گرفته است. همه ابزارها در جهت تامین نیازهای واقعی گیرندگان خدمت مورد استفاده قرار می‌گیرد و بار کاری اضافه بر دوش سیستم ارائه خدمات قرار نخواهد گرفت. ثبت داده ها به گونه ای است که در هر لحظه دسترسی به سیر بیماری در هر يك از افراد گروه هدف قابل دسترسی باشد، در واقع نظام ثبت و گزارش اطلاعات و پایش و ارزشیابی بر اساس محتوای پروتکل ها و نظام ارائه خدمات طراحی شده است بگونه ای که نیازهای گیرندگان خدمات بیشتر از هر چیز دیگر مورد توجه قرار گرفته و هیچ داده ای بدون آنکه ضرورت ثبت آن در جهت منافع گیرنده خدمت روشن باشد ثبت نگردد.

۶- توجه به اولویت های سلامت بزرگسالان

با توجه به محدودیت منابع و امکانات، در برنامه سلامت بزرگسالان مهمترین عوامل خطر و بیماریهای قابل مداخله برای ادغام در سیستم ارائه خدمات تعیین شده و برای این اولویت ها برنامه مداخله تعریف شده است. رعایت این اصل ضمن هدایت سیستم ارائه خدمات به سمت حرکت در مسیر کاهش مهمترین عوامل خطر و مخاطرات سلامت در این گروه سنی از صرف بیهوده منابع و امکانات جلوگیری خواهد کرد.

هدف کلی اداره سلامت میانسالان :

کاهش باربیماریها و اختلالات اولویت دار و ارتقاء سطح سلامت میانسالان

اهداف اختصاصی اداره سلامت میانسالان :

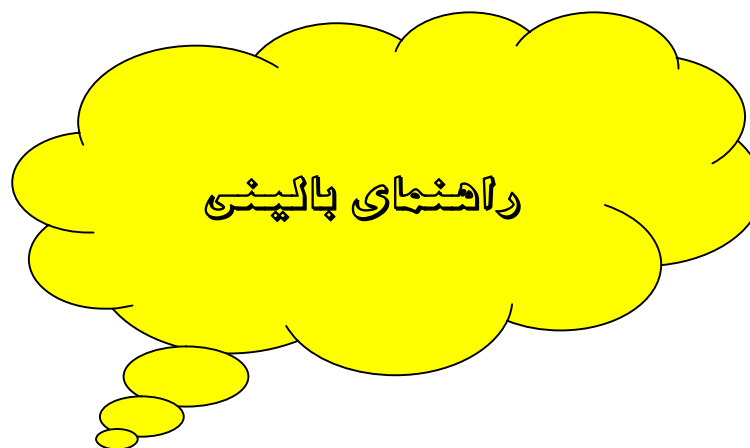
- 01- کاهش بار بیماریها و مشکلات شایع دوران میانسالی (بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای سرطانی، بیماریهای عضلانی اسکلتی، بیماریهای غدد متابولیک و تغذیه ای، بیماریهای ریوی، بیماریهای گوارشی، حوادث، بیماریهای ادراری تناسلی و اختلالات روانی)
- 02- افزایش آگاهی میانسالان در خصوص شیوه زندگی بهتر و استفاده از تکنولوژی نوین برای انتقال مفاهیم
- 03- بهبود ساختار ارائه خدمات برای میانسالان متناسب با گروههای سنی شغلی و جنسی
- 04- ادغام برنامه های میانسالی در سیستم شبکه خدمات سلامت

گروه هدف برنامه:

میان‌سالی فصلی از زندگی است که در محدوده سنی ۲۵-۶۰ سال قرار دارد. در این دوره از زندگی افراد با تغییرات مختلف فیزیولوژیکی و جسمانی، شناختی و اجتماعی مواجه می‌شوند.

زمان مواجهه و طول مدت تماس با مخاطرات مختلف بیولوژیک، محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت بر عوامل بهبود دهنده یا خطر آفرین همراه آن و شیوه تاثیر این عوامل سبب می‌شود که بتوان زنجیره ای از عوامل مختلف موثر بر سلامت را شناسایی و آن را در یک نقطه حساس سنی با انجام مداخلات موثر قطع کرد. گروه هدف برنامه بزرگسالان مرد و زن از ۲۵ تا ۶۰ سالگی می‌باشند. بر اساس سرشماری ۱۳۸۵ جمعیت این گروه سنی نزدیک به سی میلیون نفر می‌باشد. با توجه به تشابه مسائل و مشکلات سلامتی و رویکرد مذکور، بزرگسالان به دو گروه ۲۵-۴۴ سال و ۴۵-۶۰ سال تقسیم شده‌اند. که به دو گروه early Adulthood ۲۵-۴۴ سال و Late Adulthood ۴۵-۶۰ سال تقسیم می‌شوند.

بخش دوم :



- ضرورت و چگونگی تدوین راهنما
- آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما
- ابزار و متون ضمیمه راهنما

ضرورت و چگونگی تدوین راهنما

با اینکه کتب مرجع پزشکی بهترین راهنماهای بالینی برای اتخاذ تصمیم بالینی در مورد مراجعه کنندگان به کلینیکها را ارائه می دهند ، اما بقدری کلی نوشته می شوند که تطبیق با آنها برای اتخاذ تصمیم در یک جامعه یا یک Setting خاص ارائه خدمات یا برای یک بیمار خاص در اکثر موارد غیر ممکن است . در اکثر جوامع با تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد ملی یا منطقه ای و یا حتی بیمارستانی به نیاز مهم فوق پاسخ داده می شود . بدین ترتیب راهنماهای بالینی امکاناتی فراهم می کنند تا بتوان به اهداف زیر دست یافت:

- ۱- استاندارد شدن خدمات و بهبود کیفیت خدمات
- ۲- فراهم نمودن امکان نظارت
- ۳- وجود مرجعی برای پرداخت حق الزحمه به ارائه دهندگان خدمات
- ۴- ایجاد تناسب بین نوع خدمات با امکانات و تجهیزات موجود
- ۵- پیشگیری از تنوع در کیفیت مراقبتها و سردرگمی ارائه دهندگان خدمات و گیرندگان خدمات با ایجاد همسویی ، همسانی و هماهنگی ارائه دهندگان خدمات در اتخاذ تصمیم برای اقدامات تشخیصی و درمانی از طریق:
 - پیشگیری از اعمال نظریات شخصی غیر مبتنی بر شواهد علمی
 - ایجاد توانایی برای اتخاذ تصمیم درست از میان اختلاف نظرهای موجود بین منابع و شواهد مختلف علمی

اداره سلامت میانسالان با توجه به این ضرورت مراحل زیر را برای تدوین و تالیف راهنمای بالینی و اجرایی به مرحله عمل رساند:

- انجام مطالعه مرور نظام مند مطالعات داخل کشور در رابطه با سلامت میانسالان
 - تهیه سوالات کلیدی
 - انتخاب کتب مرجع
 - انتخاب گاید لاینهای معتبر
 - انتخاب منابع و شواهد علمی موجود و خلاصه کردن آنها
 - تهیه پیش نویس اولیه با اقتباس از کتب مرجع و گاید لاینهای معتبر و شواهد موجود
 - Expert panel انتخاب تخصصهای مختلف زنان ، روماتولوژی ، غدد ، تغذیه ، طب فیزیکی و توانبخشی برای تشکیل
 - تشکیل کمیته و ساب کمیته های علمی
 - (consensus) بحث پیرامون پیش نویس راهنمای بالینی در بیش از ۱۵ جلسه کمیته و ساب کمیته های علمی با هدف دستیابی به توافق در سطح ملی با توجه به شرایط موجود
 - تکمیل توافقها و نهایی شدن راهنمای علمی بالینی
- راهنمای اجرایی نیز طی مراحل زیر تدوین و تصویب شد:
- تدوین پیش نویس راهنمای اجرایی
 - تشکیل کمیته اجرایی برای کسب توافق جمعی در خصوص راهنمای اجرایی
 - تدوین و تصویب راهنمای اجرای

آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما

مجموعه حاضر برای سطح دوم ارائه خدمات بویژه پزشکان عمومی تهیه شده است. با توجه به اینکه در تیمهای سلامت، پزشکان عمومی مسئولیت اصلی را به عهده دارند، تدوین راهنما و تعیین استانداردهای خدمات به گونه ای است که پزشک عمومی بتواند از سایر اعضای تیم بویژه ماما، کاردان و بهورز در موارد لزوم استفاده نموده و مسئولیت انجام برخی خدمات را به آنان واگذار نماید.

بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته و رعایت شده است:

- استفاده آسان از راهنما توسط ارائه دهنده خدمت میسر باشد،
- مطالب به طور خلاصه و به دور از زیاده گویی و ارائه مطالب سردرگم کننده باشد،
- راهنما دارای جنبه کاربردی بوده، مهمترین نکات مورد نیاز برای ارائه خدمت را شامل گردد و حاوی مهمترین نکات لازم برای تصمیم گیری بالینی باشد،
- اجرای راهنما در اکثریت مناطق کشور امکان پذیر باشد،
- ادغام خدمات سلامت در گروه هدف مورد توجه قرار گیرد،
- متون ضمیمه بر ای ارائه آموزش به گیرنده خدمت نیز در نظر گرفته شود،
- محتوای راهنما در چارچوب شکلی مشابه سایر خدمات دفتر سلامت خانواده پیاده شود.

نمادها و رنگها:

نمادها شامل چارتهای مجزای یک صفحه ای دارای باکس و فلش برای هریک از مشکلات میانسالانی است که شامل ستون های ارزیابی ، نتایج ارزیابی ، طبقه بندی ، توصیه و پیگیری است.

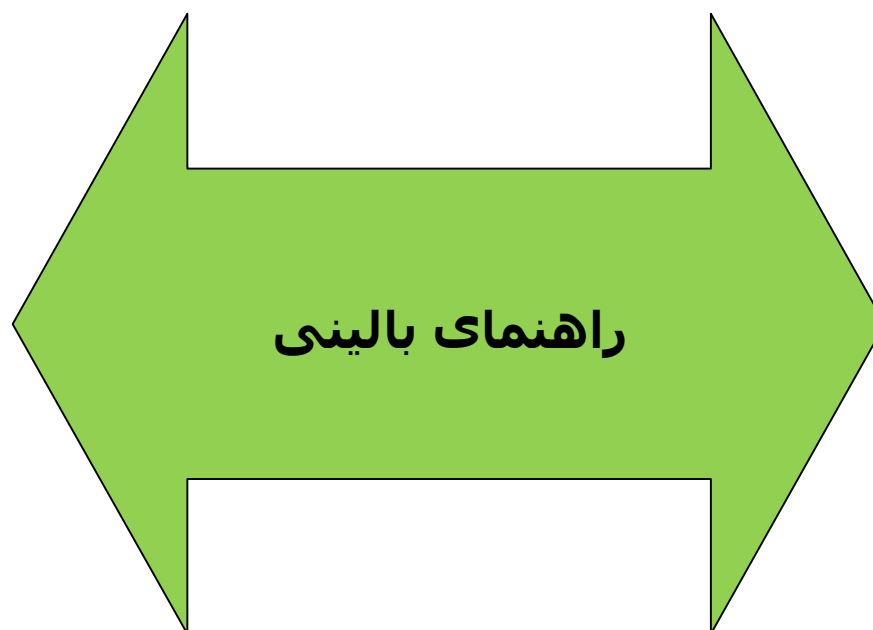
رنگها شامل رنگ قرمز برای اقدامات فوری و ارجاعی ، رنگ صورتی برای ارجاعات غیر فوری در افراد پرخطر و بیمار، رنگ زرد برای اقدامات غیر فوری در افراد در معرض خطر یا بیمار و رنگ سبز برای اقدامات غیر فوری در افراد سالم می باشد.

اجزای راهنما:

اجزای راهنمای بالینی شامل موارد زیر است :

- شیوه زندگی شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی ، استعمال دخانیات
- بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن (فشارخون بالا، دیس لیپیدمی، دیابت ، استعمال دخانیات، چاقی)
- ارزیابی سلامت روان
- ارزیابی بیماری های مفاصل و استخوان(استئوآرتریت، استئوپروز، کمردرد)
- بیماری های تنفسی
- سلامت باروری

بخش دوم



فصل اول : ارزیابی بیماری های قلبی و عروقی

الف : ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی

از هر سه نفر در کشور دو نفر يك يا بيش از يك عامل خطر بيماري هاي قلبي و عروقي مانند: مصرف دخانيات، فشار خون بالا و کلسترول خون بالا دارند. بيش از يك سوم بالغين سبك زندگي كم تحرک دارند. و نيمي از افراد دچار اضافه وزن يا چاقی هستند.

با پيشگيري اوليه مي توان به ميزان زيادي ابتلا به بيماري قلبي و عروقي يا حتي ديگر بيماريهاي مزمن را کاهش داد. بسياري از روشهاي زندگي اتخاذ شده كنوني سلامت قلب وعروق مردم را تهديد می کند و زمينه ابتلا به سرطان و بيماريهاي ريوي را فراهم می سازد. در مراقبت اوليه، يك پزشك نقش مهمی در كمك به اين دسته از بيماران دارد و مي تواند تغييرات موثر و مثبتی در سبك زندگي افراد بوجود بياورد و خطر ابتلا به بيماري قلبي و عروقي را کاهش دهد. **توصيه هاي پزشك محرک بسيار قوي براي ترك سيگار، کاهش وزن و افزايش فعاليت بدني است.**

عوامل خطر بيماري قلبي عروقي عبارتند از : ديابت ، سبك زندگي كم تحرک ، اضافه وزن/چاقی ، کلسترول بالا ،فشار خون بالا ، مصرف دخانيات

ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام	پیگیری
<p>شرح حال بگیرد: ۱۰</p> <ul style="list-style-type: none"> سابقه ابتلا به بیماری عروقی محیطی، سابقه ابتلا به بیماری عروقی کرونر و مغز ، سابقه ابتلا به بیماری کلیوی ، دیابت ، چربی خون در فرد یا بستگان ، سابقه بیماری فشارخون در فرد یا بستگان سابقه مصرف دارو های ایجاد کننده فشار خون پروژستین،استروئیدهای آنابولیک،کورتیکواستروئیدها،داروهای دیابت وجود استرس اجتماعی و خانوادگی بیماری های اثر واسکولوتیک مانند بیماری شریان های محیطی، آنوریسم آئورت شکمی،بیماری علامت دار شریان کاروتید پرنوشی،پرادراری،پرخوری وجود حاملگی سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ Kg، مرده زایی و سقط در صورت سیگاری بودن : نوع مصرفی نیکوتین ،طول مدت مصرف ،تعداد مصرفی روزانه ،علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده(عادت ، لذت، خود درمانی)،علائم همراه (سرفه ،تنگی نفس،درد قفسه سینه، بیماری همراه ، سابقه بیماری در بستگان درجه یک(سرطانها ، تنفسی مزمن ،قلبی عروقی)،بررسی سابقه ترك سیگار و چگونگی ان <p>بررسی عوامل خطر شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> چاقی(شکمی) ،دخانیات ، کم تحرکی و سایر عوامل خطر <p>تعیین میزان خطر ابتلا به بیماری قلبی و عروقی:</p> <p>سیستم امتیاز دهی فرامینگاهام</p> <p>معاینه کنید :</p> <ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری قد و وزن و BMI اندازه گیری نسبت دورکمر به باسن اندازه گیری فشارخون در وضعیت نشسته بررسی سلامت لثه ،دهان ، دندان ،لب ، زبان بررسی وجوداریتم یا زخم ،تاول ،برندگی و خراش در پاها ،بررسی پاها از نظر نوروپاتی بررسی زخم از نظر بو،ترشح ،اریتم ،درد ،حرارت ،گانگرن بررسی وضع عمومی از نظر بهداشت شخصی ارزیابی تغذیه ای ،فعالیت بدنی* علائم آسیب اندام های حیاتی: <p>مغز و چشم : سردرد،سرگیجه،اختلالات بینایی،حملات گذرای ایسکمی مغزی اختلالات حسی و حرکتی،</p> <p>قلب: طپش قلب،درد قفسه سینه،تورم مچ پا ،بزرگی ابعاد قلب،آریتمی،سمع گلوپ،کراکل روی،ادم اندام تحتانی، انتهاهای سرد، ضایعات ایسکمیک</p> <p>کلیه: تشنگی،پلی اوری،شب ادراری،هماچوری</p> <p>شریانهای محیطی: انتهاهای سرد</p> <p>سمع سوپل بر روی شریانهای گردن</p> <p>رتین: باریک شدن قطر شریان چشمی،ادم پایی</p> <p>آزمایش کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> کامل ادرار (آلومین و قند ادرار میکروآلبومینوری) ، FBS یا OGTT، GTT، 2hpp در زن باردار، GCT در زن باردار CBC ،uric acid ،Cr،Na،KT 24hourly urinary albumin ، CHOL total، TG، HDL ،LDL بررسی علائم فشار خون ثانویه (سردرد ،تعیق ،طپش قلب حمله ای وهیپر آلدوسترونیسم:ضعف و کرامپ عضلانی) 	<p>فشارخون بالا یا بدون تاریخچه وعلائم زیر:</p> <p>سوابق بیماری های عروقی،سابقه مصرف دارو ، چاقی،کم تحرکی، مصرف دخانیات وجود عوارض فشارخون بالا ،علائم فشارخون ثانویه</p> <p>کلیسترو ل بالا،LDL،HDL پایین ،تری گلیسرید بالا یا بدون سابقه وعلائم زیر :</p> <p>سوابق بیماری های عروقی،سابقه مصرف دارو ، چاقی،کم تحرکی، مصرف دخانیات ،فشار خون بالا،دیابت ،چاقی شکمی</p> <p>قند خون ناشتا بیشتر یا مساوی ۱۲۶ یا 2hp بیشتر از ۱۴۰ یا قند خون در هر زمان بیش از ۲۰۰ یا بدون سابقه و علائم زیر :</p> <p>پرنوشی ،پرادراری ،پرخوری ، مصرف سیگار ،وجود حاملگی ، سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ Kg، مرده زایی و سقط</p> <p>چاقی ،فشارخون بالا ،سابقه بیماری های عروقی ، وجود عوارض دیابت ،</p>	اختلالات فشارخون	آموزش شیوه زندگی سالم شامل تغذیه و تمرینات بدنی، درمان دارویی در صورت لزوم ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم	اندازه گیری ماهانه فشارخون ،آموزش ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم
	<p>قند خون ناشتا بیشتر یا مساوی ۱۲۶ یا 2hp بیشتر از ۱۴۰ یا قند خون در هر زمان بیش از ۲۰۰ یا بدون سابقه و علائم زیر :</p> <p>پرنوشی ،پرادراری ،پرخوری ، مصرف سیگار ،وجود حاملگی ، سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ Kg، مرده زایی و سقط</p> <p>چاقی ،فشارخون بالا ،سابقه بیماری های عروقی ، وجود عوارض دیابت ،</p>	اختلالات قند خون	آموزش شیوه زندگی سالم شامل تغذیه و تمرینات بدنی، درمان دارویی در صورت لزوم ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم	اندازه گیری ماهانه قند خون تا رسیدن به هدف درمانی ،آموزش ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم
	<p>نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۰ با یا بدون موارد زیر :</p> <p>چاقی(شکمی) ،دخانیات ، کم تحرکی،سابقه بیماری های عروقی ، دیابت، فشارخون</p>	چاقی	آموزش شیوه زندگی سالم شامل تغذیه و تمرینات بدنی، درمان دارویی در صورت لزوم ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم	اندازه گیری ماهانه نمایه توده بدنی تا رسیدن به هدف درمانی ،آموزش ،ارجاع به متخصص در صورت لزوم
	<p>عدم رضایت برای ترك همه انواع و علل کشیدن سیگار و رضایت به ترك سیگار</p> <p>سیگار کشیدن بر حسب عادت و رضایت به ترك</p> <p>سیگار کشیدن متعاقب فعالیتهاي روزمره</p> <p>سیگار کشیدن متعاقب احساس لنت یا برایاجاد لنت</p> <p>سیگار کشیدن با هدف خودرمانی(کاهش استرس و خشم یا کاهش علائم ترك)</p>	مصرف دخانیات	آموزش مزایا ي ترك براي خود و اطرافیان كملك براي برنامه ریزی ترك آموزش رفتارهاي جایگزین مناسب	ملاقات اول ۲-۱ هفته بعد ملاقات دوم ۲-۱ ماه بعد ملاقات سوم ۴ماه بعد یکسال بعد برای ارزشیابی

ب: ارزیابی فشار خون

شرح حال بگیریید: ۱:

- سابقه ابتلا به بیماری عروق محیطی، سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر و مغز، سابقه ابتلا به بیماری کلیوی، دیابت، چربی خون در فرد یا بستگان، سابقه بیماری فشارخون در بستگان
- سابقه مصرف دارو های ایجاد کننده فشار خون وجود استرس اجتماعی و خانوادگی
- بررسی عوامل خطر شامل: چاقی (شکمی)، بدخوابی، کم تحرکی و سایر عوامل خطر

معاینه کنید: اندازه گیری قد و وزن و BMI اندازه گیری دور کمر اندازه گیری فشارخون در وضعیت نشسته

در صورت وجود فشار خون بالا و یا سابقه آن و یا مصرف داروی فشار خون:

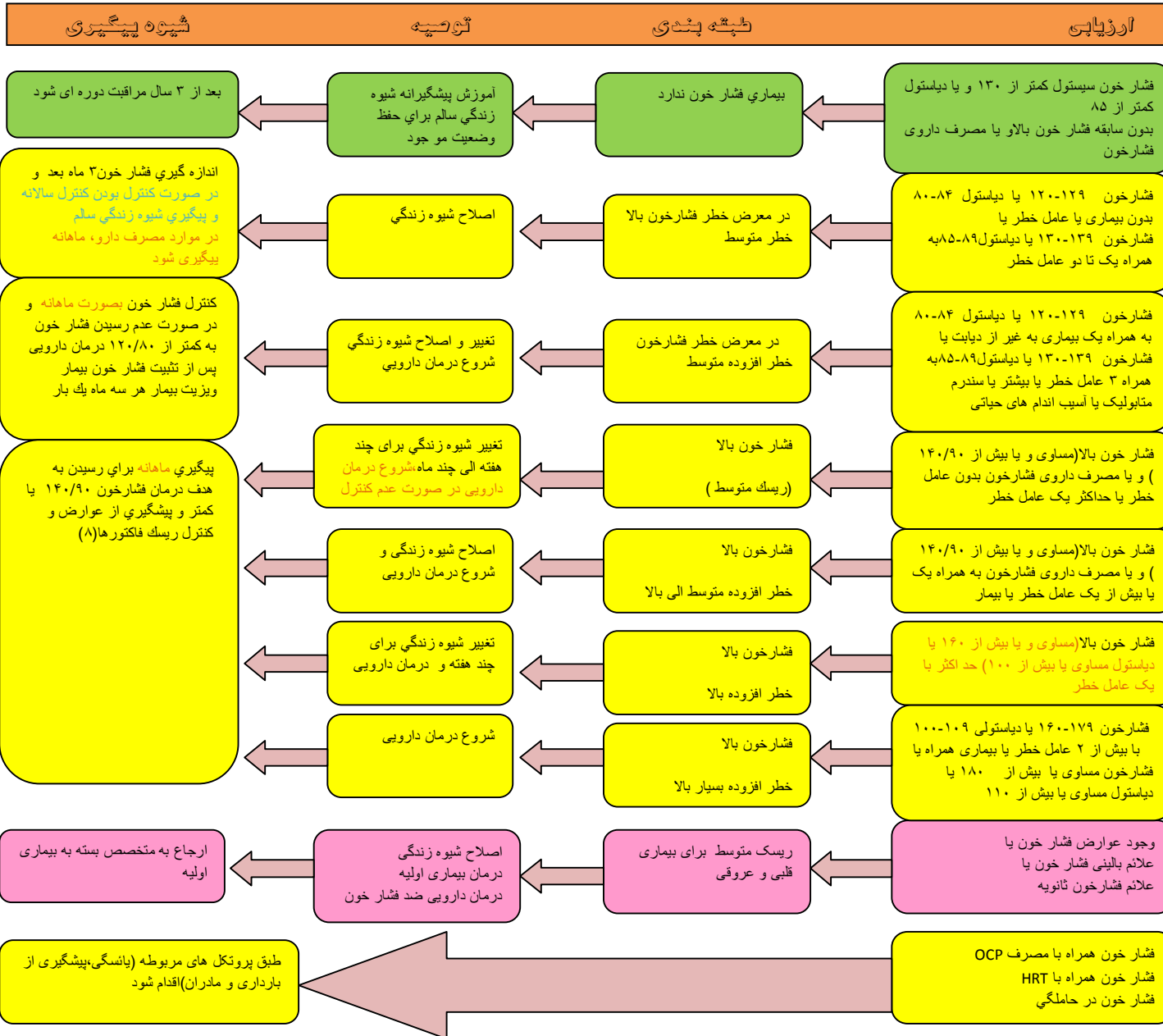
ارزیابی تغذیه ای، فعالیت بدنی*
علائم آسیب اندام های حیاتی:

مغز و چشم: سردرد، سرگیجه، اختلالات بینایی، حملات گذرای ایسکمی مغزی اختلالات حسی و حرکتی، قلب: طپش قلب، درد قفسه سینه، تورم مچ پا، کلیه: تشنگی، پلی اوری، شب ادراری، هماجوری شریانهای محیطی: انتهای سرد، سمع سوفل بر روی شریانهای گردن، رتین: باریک شدن قطر شریان چشمی، ادم پایی، قلب: بزرگی ابعاد قلب، آریتمی، سمع گالوپ، کراکل ریوی، ادم اندام تحتانی، انتهای سرد، ضایعات ایسکمیک

در صورت وجود فشار خون بالا و یا سابقه آن: آزمایش کنید:

کامل ادرار (آلبومین و قند ادرار میکروآلبومینوری) ، CBC ، uric acid ، FBS ، Cr, Na, K ، CHOL total, TG, HDL ,LDL و رادیوگرافی قلب

• بررسی علائم فشار خون ثانویه (سردرد، تعریق، طپش قلب حمله ای و هیپر آلدوسترونیزم: ضعف و کرامپ عضلانی)



۱ - در شرح حال بیمار از نظر ابتلا به فشار خون به نکات زیر توجه کنید :

- در شرح حال بیمار ریسک فاکتورهای مازور فشار خون شامل سیگار، دیس لیپیدمی، دیابت یا اختلال تحمل گلوکز، جنسیت مرد، زنان بعد از یائسگی، سابقه فامیلی بیماری قلبی عروقی، سن بالای ۶۵ برای زنان و سن بالای ۵۵ برای مردان، چاقی ($BMI > 30$)، عدم تحرک فیزیکی را مورد توجه قرار دهید.
- همچنین سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر، نارسایی قلب، بیماری عروق مغز، بیماری عروق محیطی، بیماری کلیوی، دیابت، اختلالات چربی، را مورد بررسی قرار دهید.
- سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، فشار خون بالا، سکنه های مغزی، دیابت، اختلالات چربی خون و بیماری کلیوی را مورد توجه قرار دهید.
- مصرف داروهای ضد فشار خون و عوارض این داروها را در فرد بررسی کنید. همچنین به مصرف سایر داروهای گیاهی یا شیمیایی با یا بدون نسخه توجه کنید.
- به وجود علائم مربوط به علل فشار خون بالای ثانویه از قبیل سر درد، طپش قلب حمله ای در فئو کرومو سیتوم، ضعف و کرامپ عضلانی ناگهانی در هیپر آلدوسترونیزم توجه کنید.
- الگوی رژیم غذایی از جمله مصرف الکل، نمک، چربی اشباع و کافئین و میزان فعالیت فیزیکی را مورد بررسی قرار دهید. همچنین وضعیت مصرف دخانیات، نوع و میزان مصرف روزانه و تعداد سالهای مصرف را مشخص کنید.

۲-در معاینات

- بیماری زمینه ای، علل فشار خون بالای ثانویه و عوارض فشار خون را مورد توجه قرار دهید.
 - به تغییرات وزن و سایر اندازه های آنتروپومتریک بیمار توجه کنید. قد و وزن و نمایه توده بدنی را اندازه گیری کنید.
 - برای سهولت در حالت نشسته فشار خون را در دست راست اندازه گیری نمایید. در صورتی که میانگین دو فشار خون مساوی یا بیش از $140/90$ بود، مجدداً پس از ۲ دقیقه در همان دست راست اندازه گیری کنید. در صورتی که میانگین دو فشار خون مساوی یا بیش از $140/90$ بود به عنوان فشار خون بالا ثبت کنید. چنانچه فرد از قبل داروی فشار خون مصرف می کرده است و اکنون فشار خون وی کمتر از $140/90$ است نیز او را به عنوان یک مورد فشار خون ثبت کنید. ضمناً به وجود هیپو تانسیون ارتواستاتیک بویژه در مبتلایان به عوارض قلبی عروقی توجه شود.
- ۳-توجه کنید که هدف از انجام آزمایشها بررسی ریسک CVD، بررسی عوارض و تعیین آسیب به ارگانهای هدف و غربالگری مواردی از فشار خون است که بیماری زمینه ای و سندرم متابولیک در آنها مطرح میباشد.

- آزمایش کامل ادرار از نظر قند برای اسکرین دیابت و از نظر آلبومین برای بیماری کلیوی ضروری است. در صورت مثبت بودن آزمایش ریسک بیماری قلبی عروقی افزایش می یابد و فشار خون هدف باید در سطح پایین تری تنظیم گردد. در صورت وجود آلبو مینوری استفاده از ACEI که يك داروي آنتي پروتئينوريك است اندیکاسیون پیدا می کند.
- پتاسیم سرم به دلیل عارضه هیپو کالمی ناشی از تجویز دیورتیکها ی لوپ از جمله تیازید ها ضروری است و توجه به آن از نظر پیشگیری از ایست قلبی ناشی از هیپوکالمی مهم می باشد.
- اندازه گیری سدیم سرم در بیمار با فشار خون بالا بویژه مبتلایان به CHF ضروری است و پایین بودن آن نشان دهنده پروگنوز بد بوده و با توجه به حساسیت بیشتر به ACEI لازم است آنرا با دوز پایین تر شروع نمود.
- به هیپو گلیسمی از نظر علل فشار خون ثانویه از جمله سندرم کوشینگ، فئو کروموسیتوم، و آلدوسترونیزم اولیه باید توجه کرد. افزایش قند خون ناشتا نیز از نظر وجود دیابت مهم است.
- BUN و کراتینین سرم برای کنترل بیماری کلیوی زمینه ای و تعیین فشار خون هدف ضروری است.
- کلسیم و فسفر از نظر بررسی هیپر پاراتیروئید یسم به عنوان علت فشار خون ثانویه با ارزش است. در صورت لزوم این آزمایش را اضافه کنید.
- تعیین میزان اسید اوریک پایه و توجه به افزایش آن به دنبال مصرف دیورتیک لازم است.
- گرافی سینه از نظر اندازه قلب، دیلاتاسیون آئورت صعودی (علامت 3) و عروق کلاترال باید بررسی شود.

۴-فشار خون میانگین مساوی یا کمتر از $120/80$ است.

منظور از فشار خون بالا فشار خون سیستولیک 140 و بالاتر از آن و دیاستولیک 90 و بالاتر از آن می باشد.

۵-بیمار PREHYPERTENSIVE با فشار خون سیستولیک $140-120$ و دیاستولیک $90-80$

توصیه ها

۶- شیوه زندگی در فشار خون

- هر ۴/۵ کیلو گرم کاهش وزن در افرادی که ۱۰٪ اضافه وزن دارند، می تواند فشار خون را در گروه کثیری از آنان کاهش دهد. در بین تمام مشخصات قابل اندازه گیری به جز سن، وزن بیشترین و دائمی ترین ارتباط را با فشار خون دارد. به ازای هر کیلو گرم کاهش وزن به طور متوسط فشار خون سیستولیک ۲/۵ میلیمتر جیوه و فشار خون سیستولیک ۱/۵ میلیمتر جیوه کاهش می یابد. افرادی که فشار خون اولیه خود را با کاهش وزن درمان می کنند، حتی احتمال بازگشت هایپرتروفی بطن چپ به وضعیت نرمال هم ممکن است و ضخامت دیواره بطن چپ کاهش می یابد. هنگام استفاده از بتا بلوکرها امکان دارد کاهش وزن و حفظ وزن فعلی بسیار سخت باشد.
 - قطع دریافت الکل فشار خون سیستولی و دیاستولی را در بسیاری افراد و نیاز به مصرف دارو را کاهش می دهد. آب معدنی کم سدیم، انواع آب میوه و مشروبات غیر الکلی می تواند جایگزین مصرف الکل گردد.
 - کاهش مصرف سدیم به کمتر از ۱۰۰ میلی مول روزانه (کمتر از ۲/۴ گرم سدیم یا حد اکثر ۶ گرم نمک (کلراید سدیم) یعنی یک فاشق چای خوری نمک بخصوص در افراد مسن از افزایش فشار خون مرتبط با سن جلوگیری، فشارخون اثبات شده را کاهش و نیاز به مصرف دارو ی ضد فشار خون و مصرف دیورتیکهای کاهنده پتاسیم را در بسیاری از افراد کاهش می دهد. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی می تواند بعد از چند هفته بطور متوسط ۵ میلیمتر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. برای این منظور کاهش مصرف نمک هنگام طبخ غذا، عدم استفاده از نمک هنگام صرف غذا و سر سفره، محدود کردن مصرف کنسرو و غذای آماده و شور شده (ماهی دودی، آجیل شور، چیپس، پفک، انواع شور و سوسیس و کالباس) کمک کننده است، استفاده از چاشنی های مفید مانند لیموترش و آب نارنج، آویشن و سیر شوید بجای نمک مفید است.
 - حفظ سطح خاصی از دریافت پتاسیم، کلسیم، و منیزیم. برای بالغین ۳۵۰۰ میلی گرم پتاسیم (۹۰ میلی اکی والان) روزانه، ۸۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم کلسیم روزانه، ۲۵۰-۲۸۰ میلی گرم منیزیم روزانه
 - کاهش چربی اشباع و کلسترول رژیم غذایی برای حفظ سلامت کلی قلب و عروق. گرچه ژنوتیپ، رژیم غذایی، و پاسخ سطح لیپید افراد متفاوت است، اما دریافت چربی کل باید کمتر از ۳۰٪ و چربی اشباع باید کمتر از ۱۰٪ دریافت کالری روزانه باشد و دریافت کلسترول باید کمتر از ۳۰۰ میلیگرم روزانه باشد. محدودیت مصرف گوشت قرمز و امعا و احشا، سوسیس و کالباس، زرده تخم مرغ، چیپس، لبنیات پر چرب، سس چرب و روغن جامد و حیوانی توصیه شود. از سبزی و میوه و غلات و حبوبات به اندازه کافی استفاده شود.
 - قطع سیگار
 - افزایش فعالیت فیزیکی آنروبیك به مدت ۳۵ تا ۴۵ دقیقه در اکثر روز های هفته
- در کسانی که سابقه فامیلی فشار خون دارند یا شرایط پیش زمینه ای برای ابتلا به فشار خون دارند یا بیماری مرتبط با رژیم غذایی دارند، اصلاح شیوه زندگی در اولین فرصت پس از شناخت عوامل فوق باید آغاز شود. اصلاح شیوه زندگی به عنوان راهکار درمانی بدون استفاده از دارو حد اکثر تا سه ماه می تواند ادامه پیدا کند و در صورت عدم موفقیت باید علاوه بر اصلاح شیوه زندگی درمان دارویی نیز باید صورت گیرد.

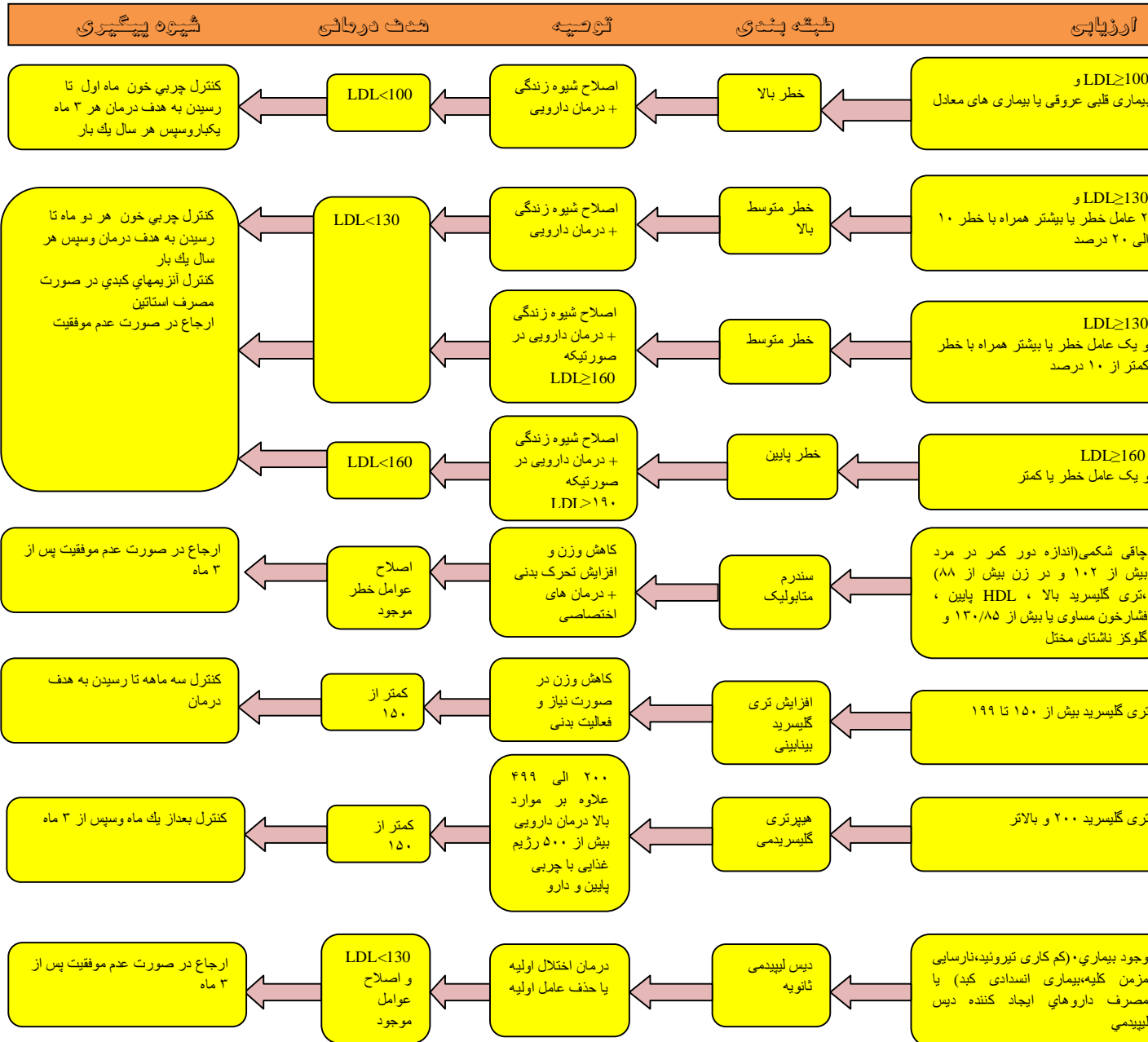
۷- درمان دو دارویی شامل یک دیورتیک تیازیدی + یک دارو از گروههای ACEI,ARB,BB,CCB است. توجه کنید در افراد دارای چربی خون بالا مقدار بالایی مصرف دارویی دیورتیک تیازیدی یا بتا بلوکر سبب افزایش سطح چربی خون می شود.

- ۸- درمان دارویی: برای افزایش مشارکت بیمار در مراقبت از خود اقدامات زیر را انجام دهید:
 - برای در مان دارویی فشار خون لزوم درمان و فواید آن را گوشزد کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که بیمار درمان دارویی را به خوبی درک کرده است.
 - در حد امکان از دارویی استفاده کنید که فقط یک دوز روزانه آن کافی است.

برای ایجاد تمایل در پذیرش درمان توسط بیمار همکاری خانواده بیمار را جلب کنید .
در هر ملاقات برای سطح فشار خون هدف با بیمار به توافق برسید .
در هر ملاقات در باره عوارض جانبی احتمالی دارو و سایر مسائل مورد توجه بیمار بحث کنید .
برنامه تغییر شیوه زندگی را با کمک و توافق بیمار اولویت بندی کنید .
در مان اولیه فشار خون را با مقدار کم دیورتیک تیازیدی یا یک بتا بلوکر آغاز می کنیم .
در اکثریت بیماران یک دیورتیک تیازیدی کافی است . اگر واکنش مناسب نبود یا تاثیرات نامطلوب وجود داشت ، می توان یک دارو از گروههای زیر به آن اضافه کرد
(ACEI,ARB,BB,CCB)* و اگر واکنش ناقص بود در مان چند دارویی انجام داد.
۹-هدف در مان در این گروه از بیماران فشارخون ۱۳۰/۸۰ میباشد و درمان دودارویی یا چند دارویی که یکی از آنها دیورتیک تیازیدی است .
۱۰-عوارض فشار خون عبارتند از : بیماری قلبی ، بیماری عروق مغز ، نفروپاتی ، رتینوپاتی
آسیب عضو هدف در موارد زیر مشخص می شود :
هیپر تروفی بطن چپ در الکترو کاردیو گرام یا نارسایی قلبی
تاریخچه یا علائم درد قفسه صدري
تاریخچه یا مدرک الکترو کاردیو گرافی از انفارکتوس میو کارد
تاریخچه یا علائم درد اندام تحتانی هنگام راه رفتن و بهبود بعد از استراحت (claudication)
بالا بودن کراتینین سرم
علائم و نشانه های TIA
علائم و نشانه های آسیب چشم

-کنترل اندیکاسیونها و احتیاطات لازم در درمان دارویی فشار خون :
تیازید و فوروزماید را در هیپر اورسمی و آلدوسترونیزم اولیه تجویز نکنید.
در افراد دارای چربی خون بالا مقدار بالای مصرف داروی دیورتیک تیازیدی یا بتا بلوکرسبب افزایش سطح چربی خون می شود .
تیازید را در دیابت تجویز نکنید .
به عارضه هیپو کالمی تیازید و فوروزماید توجه کنید .
اسپیرونولاکتون ، تریامترن و آمیلوراید را در نارسایی کلیه تجویز نکنید و مراقب عارضه هیپر کالمی این داروها باشید .
داروهای دسته ACEI نظیر کاپتوپریل و انالپریل را در نارسایی کلیه تجویز نکنید .
داروهای دسته CCA نظیر آدالات و وراپامیل در نارسایی قلبی و بلوکهای قلبی درجه ۲ و ۳ کنترل اندیکه است .
مقدار بالای مصرف دیورتیک تیازیدی و بتا بلوکر بدون فعالیت محرک سمپاتیک داخلی ممکن است سطح چربیها را بیشتر افزایش دهد این عوامل برای این نوع بیماران توصیه نمی شود .

ج: ارزیابی چربی های خون



عوامل خطر اصلی تعیین کننده سطح LDL مطلوب:
 مصرف دخانیات، فشار خون بالا، HDL پایین
 مردان ۴۵ سال و بیشتر، زنان ۵۵ سال و بیشتر، سابقه خانوادگی CHD زود رس
سوال در خصوص:
 بیماری های اترواسکلروتیک مانند بیماری شریان های محیطی، آنوریسم آنورت شکمی، بیماری علامت دار شریان کاروتید
 دیابت
 شیوه زندگی، وضعیت تغذیه و تحرک
 کم کاری تیروئید، نارسایی مزمن کلیه، بیماری انسدادی کبد
 داروهای پروژستین، استروئیدهای آنابولیک، کورتیکواستروئیدها
تعیین میزان خطر ابتلا به بیماری قلبی و عروقی:
 - سیستم امتیاز دهی فرامینگهام
تعیین میزان چربی های خون:
 CHOL total, LDL, HDL, TG, FBS
 TFT در صورت شک به بیماری تیروئید
 LFT در صورت لزوم تجویز استاتین
 BUN, Cr, Na, K

الف) کنترل موفق کلسترول بالای خون، به يك ارزیابی بالینی وسیع قلبی و عروقی نیازمند است. الگوریتم، مراحل تصمیم گیری بالینی را آسان می کند. ارزیابی بالینی شامل تاریخچه ، معاینه فیزیکی و تستهای آزمایشگاهی است و هدف، تشخیص اختلالات ثانویه و فامیلی لیپوپروتئین ها و انجام يك ارزیابی کامل قلبی و عروقی است.

تاریخچه: شامل تاریخچه فردی بیماری قلبی و عروقی (سن شروع ابتلا مهم است، سابقه انفارکتوس و اختلال عملکرد قلبی و CABG یا PTCA)، تاریخچه خانوادگی بیماری عروق کرونر یا دیگر موارد آترواسکلروز (به میزان نزدیکی خویشاوندان مبتلا و سن شروع بیماری در آنها توجه شود)، تاریخچه دیابت در خانواده ، مصرف سیگار (تعداد سیگارها و مدت زمان مصرف)، دیابت، فشار خون بالا، ارزیابی عاداتهای غذایی (مصرف چربی، فیبر و ویتامینها)، ارزیابی عاداتهای ورزشی (مقدار، شدت، نوع و زمان)، یائسگی و استفاده از هورمونها، و دارو.

معاینه بدنی: باید شامل اندازه گیری قد و وزن و ارزیابی چاقی شکمی، اندازه گیری فشار خون (بعد از گذشت ۵ دقیقه از نشستن)، معاینه و بررسی از نظر وجود گزانتماي تاندون یا دیگر گزانتماها، Corneal arcus وجود بیماری عروق کاروتید و عروق محیطی یا نارسایی قلبی.

تستهای آزمایشگاهی: در صورت وجود عوامل خطرآزمایشات موردنیاز شامل اندازه گیری ناشتای چربی های خونی (به الگوریتم مراجعه شود) و گلوکز سرم است. اگر به بیماریهای غده تیروئید مشکوک بودید آزمایش TFT (Thyroid function test) کمک کننده است. (زیرنویس b را ببینید) از الگوریتم "پیشنهاد رویکرد بالینی تشخیص و کنترل چاقی/اضافه وزن" برای ارزیابی جزئیات پراکنندگی چاقی استفاده کنید.

ب) آزمایش چربی در کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا افراد دارای یکی از عوامل خطر مرتبط شامل دیابت ، فشارخون بالا ، اختلال چربی خون ، چاقی یا اضافه وزن ، استعمال دخانیات و یا دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی ، فشارخون بالا ، دیابت و اختلالات چربی خون باید انجام گیرد. بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و دیابتی ها باید هرسال آزمایش چربی خون را تکرار کند.

ج) بیماری قلبی و عروقی (CVD) به معنای بیماری عروق کرونر قلب یا دیگر بیماریهای آترواسکلروتیک (مثل بیماری شریانهای محیطی) است.

د) برای تعیین سطح مطلوب LDL و TG باید احتمال ۱۰ ساله وقوع بیماری عروق کرونر بر اساس معادلات امتیاز دهی فرامینگهام (مطابق جدول زیر) محاسبه شود.

خطر	بالا	متوسط	پایین
احتمال ۱۰ ساله خطر CVS	≥ ۲۰%	۱۹-۱۰%	< ۱۰
تعداد عوامل خطر	> ۲	۲	≤ ۱

عوامل خطر زیر بایستی مورد بررسی قرار بگیرد:

- سن (مردان ≥ ۴۵ سال ، زنان ≥ ۵۵ سال یا زنان یائسه ای که تحت درمان هورمون جایگزین HRT نیستند)

- سابقه فامیلی بیماری عروق کرونر (انفارکتوس میوکارد یا مرگ ناگهانی در فامیل درجه یک مذکر ≤ 55 سال و یا مونث ≤ 65 سال)
- مصرف سیگار در حال حاضر (≥ 1 سیگار در روز)
- فشار خون بالا: فشار خون $\geq 140/90$ میلیمتر جیوه (حداقل دو بار اندازه گیری شده) یا استفاده از داروی ضد فشار خون
- دیابت شیرین

با توجه به اینکه چاقی و سبک زندگی کم تحرک از عوامل خطر مهم زمینه ساز بیماریهای قلبی هستند اما اضافه کردن آنها به معادله بر آورد خطر موجب افزایش تخمین بر آورد خطر می شود پس باید فقط در بررسیهای بالینی شخص مورد توجه قرار بگیرد. تمام بیمارانی که بیماری عروق کرونر شناخته شده دارند و یا علائم بیماری عروقی محیطی را دارند، جزء افراد با خطر بالا قرار می گیرند.

ه) علت‌های ثانویه که موجب اختلال چربیهای خون می شوند شامل: دیابت، کم کاری غده تیروئید، بعضی از انواع داروها (مثل دیورتیکها و بتا بلوکرها) زیاده روی در مصرف الکل، بیماری کلیوی، چاقی شکمی و سبک زندگی کم تحرک بررسی شوند.

و) بجز در موارد پیشگیری ثانویه، رژیم غذایی باید بدون دارو برای اغلب بیماران بمدت ۳ ماه توصیه شود. اگر بعد از این دوره زمانی، علیرغم رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب کلسترول تام و LDL بالا باقی بماند، درمان دارویی آغاز می شود. برای بیمارانی که سابقه فامیلی کلسترول بالای خون دارند، بلافاصله داروهمزمان با رژیم غذایی شروع می شود. در پیشگیری ثانویه، می تواند از همان ابتدا درمان دارویی را شروع کرد و یا رژیم غذایی به مدت ۶-۱۲ هفته به بیمار پیشنهاد کرد.

ز) براساس مطالعات جدید HRT در زنانی که بیماری عروق کرونر دارند و یا احتمال خطر بیماری عروق کرونر در آنها بالاست نمی تواند مفید باشد. HRT در زنانی که هتروزیگوت FH هستند استفاده می شود. HRT، در افرادی که سابقه ترمبوز، سرطان پستان و یا یک سابقه قوی خانوادگی ابتلاء به سرطان پستان دارند کنتراندیکه است. از تزریق زیر جلدی استروژن زمانی استفاده می شود که TG کمتر از ۳ باشد.

ح) انتخاب داروها

Lipid Profile			
HDL ↓ و TG ↑	TG ↑↑ و LDL ↑	TG ↑ و LDL ↑↑	LDL ↑↑
فیبرات یا نیاسین	فیبرات یا نیاسین	استاتین ها	استاتین ها
درمان ترکیبی	درمان ترکیبی	نیاسین یا فیبرات	رزین ها
			اول
			دوم

- استاتین ها در پایین آوردن LDL بسیار موثرند و در پایین آوردن TG کمتر مؤثر هستند.
- فیبرات ها در پایین آوردن TG و همچنین پایین آوردن LDL و بالا بردن HDL بسیار مؤثر هستند. این داروها در درمان سطح بسیار بالای TG و چربیهای ترکیبی بالا بسیار مفید هستند.
- اسید نیکوتینیک (Nicotinic) در درمان سطح بسیار بالای کلسترول که توأم با سطح پائین HDL کلسترول یا TG بالا است، بسیار مفید است. اما این دارو در افراد مبتلا به دیابت شیرین با احتیاط تجویز شود.
- درمان ترکیبی معمولاً استاتین یا رزین با نیاسین یا فیبرات است.

در طول درمان، آزمایش چربی را هر ۶-۱۲ هفته تکرار کنید هر چند تأثیرات یک داروی جدید زودتر از ۶ هفته می تواند ارزشیابی شود. درمان دارویی بمنظور کاهش LDL، نسبت TG و TG/HDL به پایینتر از میزان هدف بکار گرفته می شود. اگر درمان دارویی موثر نبود با پزشک متخصص در اختلالات چربیهای خون مشورت کنید.

حل مشکلات بیماری که تحت درمان داروهای کاهنده کلسترول خون قرار دارند

تنها هنگامی ممکن است که کلسترول بالای خون را کنترل کرد که بیمار درمانهای تجویز شده را منظم مصرف کند. برای بهبود بخشیدن پذیرش بیمار برای دریافت دارو، قوانینی که در حل مشکلات فشارخون بالا پیشنهاد شده برای عموم درمانهایی که از طرف بیمار پذیرفته نمی شود، مورد توجه قرار دهید. _ و در مورد بیماران با کلسترول خون بالا نیز بکار ببرید.

برخی بیماران ممکن است که احساس کنند در برخورد با مشکلاتشان تنها هستند و فکر کنند که شانسشان برای موفقیت کم است. برای حمایت این افراد، پزشک آنها را تشویق کند که کارهای زیر را انجام دهد:

- با دعوت همسر او در ملاقات بعدی، اعضاء خانواده درگیر شوند یا اینکه از آنها خواسته شود مطالب آموزشی بیمار را بخوانند و به او کمک کنند.
 - طرز تهیه غذاهای جدید کم چرب به اعضاء خانواده آموزش داده شود.
 - سعی شود مشکلات بیمار با اعضاء خانواده و دوستان او مطرح شود و از طریق گفتگو آنها برای حمایت بیمار آماده شوند.
 - همه افراد خانواده با یکدیگر به ورزش بپردازند و سعی شود غذای همه افراد خانواده مشابه باشد تا بیمار احساس نکند که به علت بیماری مجبور است غذای خاصی میل کند.
- اغلب بیماران به چربی، بعنوان یک منبع انرژی توأم با ایجاد احساس سیری نگاه می کنند. بعنوان یک قاعده غذاهایی با انرژی فراوان مانند غذاهایی که پر از چربی هستند لذت می باشند اما سیر نمی کنند. علاوه مصرف چربی بالا بر خلاف غذاهای سرشار از کربوهیدراتها و پروتئینها، باعث بروز علامت سیری موثر نمی شود. عوامل دیگری مانند رژیم غنی از فیبر، نشان داده شده که احساس سیری را افزایش می دهد. بیماران باید بدانند به این دلایل با عاداتی غذایی جدید نباید احساس گرسنگی بیشتری بکنند، پس چربیها را کاهش دهند و مقدار فیبر مصرفی را افزایش بدهند. بیماران بایستی تشویق بشوند که مقدار بیشتری سبزی، میوه، بنشن و غلات بخورند.

اغلب اوقات بیماران به اهمیت تاثیر تغییر و بهبود الگوهای رژیمی را در کنترل کلسترول خون خود قبول ندارند. اغلب آنها شنیده اند یا خوانده اند که ۷۵-۸۰٪ کلسترول خون " ساخته بدن آنها " (سنتز درون زا) است اگر چه ۲۰ - ۲۵٪ از کلسترول خون ما از موادی است که می خوریم (**تاثیر مستقیم** غذا بر روی کلسترول خون)، چربیهای اشباع شده و کلسترول رژیم غذایی، موجب افزایش کلسترول تولید شده توسط بدن ما می شود و بهمین دلیل افرادی که کلسترول خونشان بالا است اگر چربیهای اشباع شده، چربیهای با منشأ حیوانی و منابع غذایی حاوی کلسترول مصرف نمایند سطح کلسترول خونشان افزایش می یابد.

پزشک می تواند مراحل درمان کاهش کلسترول را چندین بار توضیح دهد (الگوریتم را ببینید). در اغلب بیماران یک رژیم غذایی بدون دارو به مدت ۶ ماه توصیه می شود (زیرنویس g را ببینید) اگر بعد از این دوره، کلسترول کل و LDL بالا باقی بماند، دارو درمانی همراه با ادامه رژیم غذایی شروع می شود برای بیماران با کلسترول خون بالا و سابقه فامیلی، همزمان با رژیم غذایی دارو تجویز می شود.

- ۱- در گرفتن شرح حال به علائم بیماری ، عوامل خطر ، نشانه های همراه ، سوابق بیماریها در فرد و بستگان او ، داروهای مصرفی ، شرایط باروری و شیوه زندگی که در فرم ارزیابی اولیه ثبت شده یا در فرم ویژه دیابت ثبت میشود توجه فرمایید .
 - علائم کلاسیک (پر نوشی ، پر خوری و پر ادراری) در دیابت نوع ۲ شیوع زیادی ندارد و گرچه در شرح حال پرسیده میشود اما شاخص خوبی برای تشخیص دیابت نیست .
 - بررسی مصرف سیگار ، فعالیت فیزیکی و وضعیت تغذیه برای انجام مداخلات لازم در شیوه زندگی ضروری است .
 - مصرف داروی ضد دیابت و داروی مخدر و سایر داروهای مصرفی بیمار از نظر بررسی بیماریهای همراه ، تنظیم دوز داروها ، تداخل دارویی احتمالی ، عوارض دارو و ضرورت دارد .
- ۲- در معاینات به نشانه های بیماری ، مشکلات مصرف داروها و نشانه های عوارض بیماری توجه فرمایید.
 - برخی معاینات تخصصی نیاز به ارجاع دارد از جمله معاینه رتین با توجه به لزوم دیلاتاسیون مردمک و معاینه افتالموسکوپیک به متخصص چشم ارجاع گردد.
- ۳- آزمایشها برای تشخیص بیماری دیابت یا بررسی تاثیر درمان و کنترل بیماری و تشخیص عوارض بیماری در فواصل زمانی مشخص در خواست می گردد .

تشخیص دیابت بر پایه اندازه گیری های آزمایشگاهی از قند پلاسمای خون وریدی است. برای تأیید تشخیص در غیاب هیپرگلیسمی واضح همراه با وضعیت متابولیکی حاد تست تأکیدی در تمام موارد در روز دیگر انجام شود.

 - علائم دیابت بعلاوه گلوکز پلاسمای اتفاقی مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا
 - گلوکز پلاسمای ناشتا (FPG) مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر در دو نوبت اندازه گیری یا
 - گلوکز پلاسمای مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر در نمونه دو ساعته (۲ hpg) از تست تحمل گلوکز خوراکی
 - انجام آزمایش کامل ادرار در ارزیابی بیمار دیابتی از نظر دفع گلوکز ، وجود پروتئین ، وجود عفونت و ... ضروری است .
 - سایر تستهای تشخیصی که برای تأیید تشخیص یا تشخیص دیابت حاملگی مورد استفاده قرار می گیرد شامل قند ۲ ساعت بعد از مصرف صبحانه معمولی ، تست تحمل گلوکز (قند خون بعد از مصرف ۵۰ گرم گلوکز) ، تست تحمل گلوکز استاندارد (قند خون بعد از یک ساعت از مصرف ۱۰۰ گرم گلوکز) می باشد.
 - برای کنترل دیابت یا روند درمانی و تاثیر درمان بهترین آزمایش بررسی هموگلوبین گلیکوزیله (Hb A1C) است که در فواصل سه تا چهار ماهه در بیمار دیابتی انجام می شود . در افراد بدون دیابت ۶-۴ درصد در دیابتی کنترل شده سطح کمتر از ۷ درصد آن قابل قبول است و در سطوح بالاتر نیاز به اقدام وجود دارد . در افراد دیابتی که خوب کنترل شوند سطح گلوکز ناشتا به ۱۴۰ و کمتر و سطح گلوکز ۲ ساعت بعد از غذا به ۱۶۰ و کمتر می رسد . درغیر اینصورت نیاز به برنامه ریزی مجدد وجود دارد .
 - کنترل سطح لیپید های خون به دلیل بررسی عامل خطر همراه دیابت و لزوم مداخله برای کنترل آن در بیمار دیابتی ضروری است . در صورت طبیعی بودن کنترل سالیانه کافی است .
 - آزمایش ادرار ۲۴ ساعته از نظر آلبومین برای بررسی عارضه نفروپاتی هر سال یک بار ضروری است .
 - آزمایش ESR , CBC از نظر بررسی وجود عارضه ابتلا به عفونتهای مختلف هر سال انجام می گیرد .

GCT (glucose Challenge test) آزمایش تشخیص دیابت حاملگی است که برای انجام آن ۵۰ گرم گلوکز با شرایط غیر ناشتا خورده و بعد از یک ساعت قند خون اندازه گیری می شود . اگر قند خون کمتر از ۱۲۰ بود دیابت حاملگی منتفی و اگر بیشتر از ۱۲۰ بود آزمایش OGTT استاندارد با مصرف ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی و اندازه گیری قند خون بعد از ۳ ساعت انجام می شود .
- ۴- در صورت اختلال گلوکز ناشتا یا اختلال تست تحمل گلوکز فرد را پره دیابتی می نامند .
- ۵- این آزمایش بر حسب آنکه به چه روشی انجام شود ، محدوده طبیعی متفاوتی دارد . بنا بر این نتیجه آزمایش را بسته به روش آزمایش بر اساس محدوده طبیعی همان روش تفسیر کنید.

۶- در خواست انجام آزمایش در هر بار ویزیت برای سه ماه بعد انجام شود.

۷- دیابت نوع ۱، دیابت قبل از حاملگی، دیابت حاملگی، عدم موفقیت درمان خوراکی، کنتراندیکاسیون درمان خوراکی، موقعیت های استرس آور مانند وجود عفونت، بیماریهای حاد مثل سکنه قلبی و جراحیها از انسولین استفاده می شود.
دو نوع انسولین NPH(اثر متوسط) و انسولین کریستال در ایران بیشتر استفاده میشود. این دونوع باید در يك سرنگ با هم ترکیب شوند. انسولین کریستال باید حتما قبل از غذا (نیم ساعت) تزریق شود ولی انسولین ان پی اچ را موقع خواب نیز می توان تزریق کرد. ترکیب این دو باید حتما قبل از غذا (صبحانه و شام) تزریق شود.
مناسبتین محل تزریق اطراف ناف است ولی در بازو و ران نیز می توان تزریق کرد.
هنگام تنظیم دوز انسولین اندازه گیری قند خون قبل از صبحانه و شام و ۲ ساعت بعداز آن باید انجام شود و از دوز پایین انسولین شروع و روزانه حد اکثر ۱۰-۵ واحد اضافه گردد.

۸- سولفونیل اوره ها مانند گلی بن کلامید آزاد شدن انسولین از سلولهای بتا را تحریک می کند. این دارو خط اول درمان دیابت نوع ۲ بویژه در افراد دارای وزن طبیعی می باشد. در افراد مسن و مبتلایان به نفروپاتی باید با احتیاط مصرف شود. داروی مناسبی برای افراد چاق بشمار نمی رود. حد اکثر دوز مصرفی آن ۲۰ میلی گرم (۴ قرص) است که ۵ دقیقه قبل از غذا در دو دوز منقسم توام با غذا می توان تجویز کرد.

۹- بیگوانیدین ها که تنها فراورده موجود در ایران متفورمین است. این گروه داروها سبب افزایش حساسیت به انسولین میشوند. ممکن است کاهش وزن مختصری ایجاد نماید و برای افراد دیابتی چاق مناسب تر است. اسیدوز لاکتیک مهمترین عارضه این دارو است به همین جهت در نفروپاتی، افراد مسن، نارسایی قلبی نارسایی کبدی کنتراندیکاسیون دارد.

حد اکثر دوز مصرفی دارو ۳۰۰ میلی گرم روزانه است که با دوز منقسم دو تا سه بار در روز از قرصهای ۵۰۰ میلی گرمی آن می توان استفاده کرد. در صورتی که به عنوان داروی دوم استفاده میشود باید پس از رساندن دوز داروی اول به حداکثر آن و عدم تاثیر کافی این دارو را به درمان اضافه کنیم.

مراقبتهای بالینی روتین

- ویزیت روتین ۲ ماه یکبار با توجه به سابقه بیماری دیابت
- مشاوره برای تغذیه و فعالیت بدنی
- ترک سیگار
- اندازه گیری دور کمر و وزن
- پایش گلوکز خون توسط خود فرد
- فشار خون : درمان فشار خون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر و کاهش فشار خون به کمتر از ۱۳۰/۸۵
- معاینه پا و چشم در هر ویزیت
- ارزیابی پیشرفت در جهت کاهش خطرها
- تنظیم برنامه درمان
- بررسی HbA1C هر ۳ ماه
- تست ناشتای قند خون در صورت نیاز

- تجزیه ادرار از نظر بررسی وجود پروتئین در ادرار هر 6 تا 12 ماه
- غربالگری نوروباتی محیطی: بصورت ارزشیابی سالانه لمس سبک (g - ۱۰ مونوفیلانمنت) و ارتعاش حسی انگشت بزرگ پا و عکس العمل زانو

۵ : ارزیابی وزن

اندازه گیری کنید:

قد

وزن BMI

- دور کمر (در صورتی که دور کمر در مردان ۴۰ ساله و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۱۰۲ سانتی متر و در زنان ۲۵ سال و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۸۸ سانتی متر باشد عامل خطر محسوب می شود)

سوال کنید:

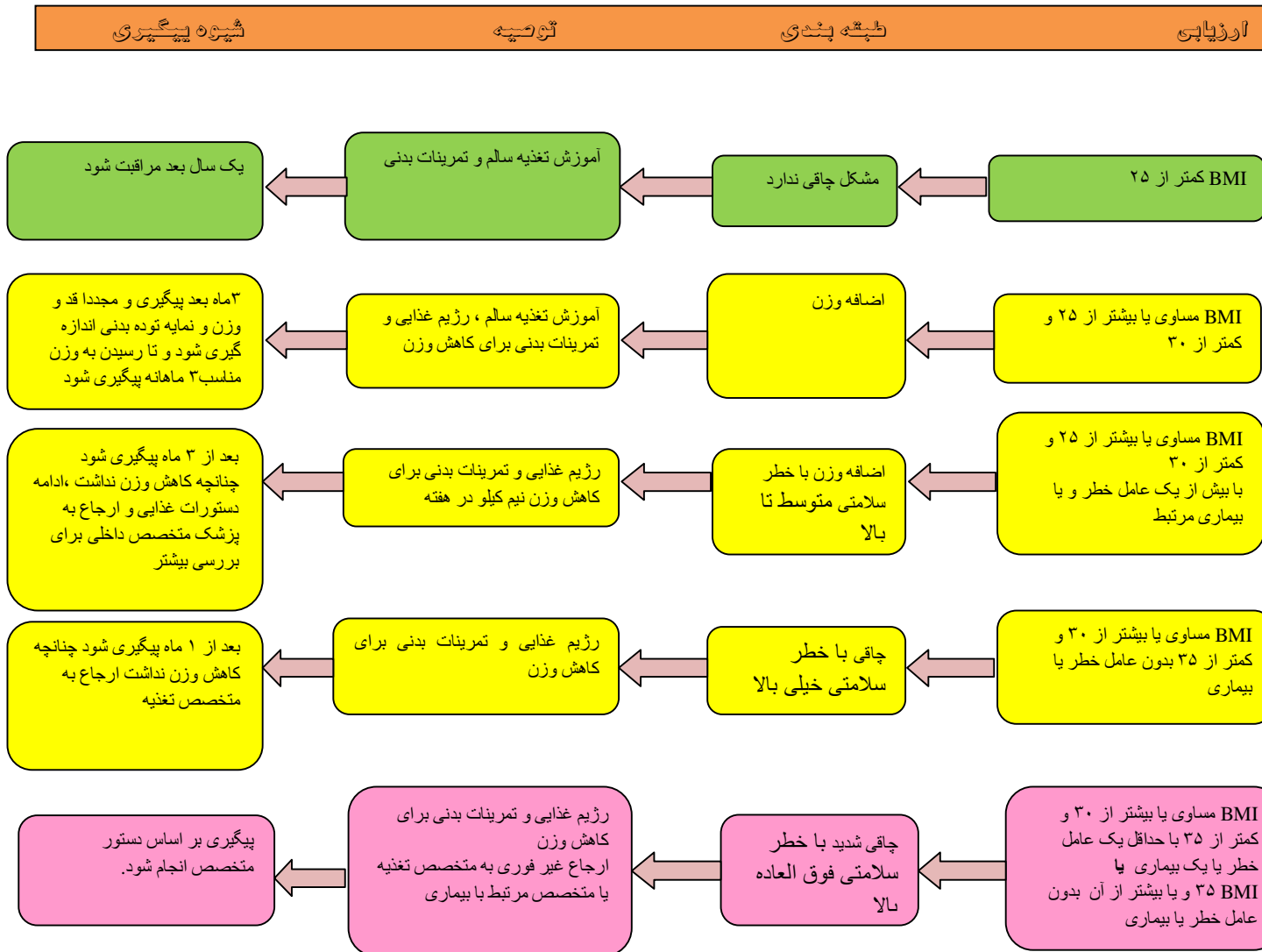
عوامل خطر: مصرف دخانیات، سابقه فشارخون بالا، سابقه چربی خون بالا، چاقی شکمی

بیماری ها: سابقه سکته قلبی، سابقه سکته مغزی، سابقه دیابت، نفرو پاتی

آزمایشات پاراکلینیک:

در صورت نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۰ درخواست نمایید:

کراتینین، BUN



الف) BMI اندازه گیری غیر مستقیم چاقی بدن بر اساس قد و وزن است . BMI خطر نسبی سلامتی بیمار را نشان می دهد. برای تعیین BMI از جدول BMI استفاده کنید. جدول BMI بعنوان پایه برای ارزیابی درمان در موارد زیر نباید استفاده شود: کشتی گیران و افرادی که زیبایی اندام کار می کنند ، زنانی که در دوران بارداری یا شیردهی هستند، و بیماران زیر ۱۸ سال و بالاتر از ۶۵ سال .

BMI ۲۵ تا ۲۹/۹ اضافه وزن ، BMI ≥ 30 چاقی ، BMI ≥ 40 چاقی شدید گفته می شود.

از BMI برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی و پایش تغییرات در وزن بدن استفاده می شود.

ب) همراهی بسیاری از خطرات سلامتی با چاقی زمانی اتفاق می افتد که چربی در شکم بیش از با سن تجمع بیابد. معمولاً ارزیابی بصری برای وجود چاقی شکمی کافی است.

دو روش دیگر برای ارزیابی توزیع چاقی وجود دارد:

- نسبت کمر به باسن (WHR) (اگر این نسبت در مردان بزرگتر از ۱/۰ و در زنان بزرگتر از ۰/۸ باشد) .
- دور کمر (دور کمر در مردان ۴۰ ساله و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۱۰۲ سانتی متر و در زنان ۳۵ سال و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۸۸ سانتی متر)

اندازه دور کمر معمولاً بصورت زیر انجام می شود: آخرین دنده را پیدا کنید و آنرا با یک ماژیک علامت بزنید. خط لگن خاصره را لمس کنید و علامت بزنید. یک نوار غیر استرچ (بدون کشش) بصورت افقی در میان دو علامت محکم ببندید. این نوار دور شکم - حدود سطح ناف باقی می ماند.

اندازه کمر در بیماران با BMI بزرگتر یا مساوی ۳۵ لازم نیست . زیرا اندازه دور کمر این افراد از نقطه مرزی تعیین شده بیشتر است.

ب) **بیماریهای زیر :** فشار خون بالا، بیماری قلبی و عروقی، اختلالات چربی های خون ، دیابت نوع ۲، آپنه و سندرم هیپرونتیلیاسیون، استنو آرتری، ناباروری یا دیگر حالاتی از قبیل کندی جریان خون در وریدهای اندام انتهایی، بیماری ریفلاکس ، بی اختیاری استرسی ادرار و افزایش ایدیوپاتیک فشار داخل جمجمه ای در افراد چاق شایع است و باید در پی تشخیص آنها بود افراد چاق مبتلا به بیماری قلبی و عروقی، دیابت نوع دوم و آپنه هنگام خواب بیشتر در معرض خطر بروز عوارض و مرگ هستند. معمولاً هنگامیکه میزان چاقی افزایش پیدا می کند حالات فوق بیشتر دیده می شود و زمانیکه وزن کاهش می یابد این حالات نیز کمتر بوجود می آیند. وجود یکی یا بیش از یکی از این عوامل خطر همراه با BMI خطر تهدید سلامتی را افزایش می دهند.

ت) عوامل دیگری که برای ارزیابی خطر سلامتی می بایست مورد توجه قرار بگیرند : افزایش پیشرونده وزن از سنین نوجوانی، تاریخچه چاقی فردی یا خانوادگی، پرخوری عصبی (Bulimia nervosa) ، Binge eating disorder (شرابخواری) ، افسردگی، اضطراب، استرس، شرایط پزشکی و جسمانی مرتبط مانند: سرطانهای پستان ، کولون یا اندومتريال، پائسگی و ... ، کیفیت زندگی ، مصرف سیگار و کم تحرکی .

ح) در حاملگی، شیردهی، بیماری بی ثباتی روانی و بی ثباتی وضعیت دارویی درمان کاهش وزن انجام نمی شود. برخی شرایط مانند التهاب روده ای و پوکی استخوان ممکن است موانعی را بوجود بیاورند زیرا این بیماریها بوسیله کاهش وزن تشدید می شوند. در بیماری بی اشتهاهی عصبی (anorexia nervosa) و بیماران مختصر کاهش وزن اصلاً توصیه نمی شود.

خ) بعضی از منابع هدف ابتدایی درمان را کاهش ۱۰٪ از وزن اولیه بدن عنوان کرده است یا پیشنهاد شده است که کاهش وزن بیماران دارای BMI = 25-29.9 نیم کیلوگرم و برای بیماران دارای BMI ≥ 30 نیم تا یک کیلوگرم در هفته باشد. هنگامیکه این هدف بدست آمد، اگر در ارزیابی بعدی لازم بود که کاهش وزن ادامه یابد، میتوان برای کم کردن وزن اقدام کرد. برای اکثر بیماران زمان مناسب برای کاهش ۱۰٪ از وزن بدن، ۶ ماه از زمان شروع درمان است. در برخی مواقع - در بیمارانی که مدت طولانی BMI مساوی و یا بیشتر از ۳۰ دارند کاهش وزن، بیش از ۱ تا ۲ واحد BMI، پایین تر از BMI معمول آنها نه واقعی و نه عملی خواهد بود. از نظر پزشکی کاهش وزن مفید بطور متوسط ۵٪ وزن اولیه بدن است. تعداد زیادی از بیماران با BMI مساوی و بیشتر از ۳۰ نباید پیش از ۱۰ تا ۱۲٪ وزن اولیه بدن خود را از دست بدهند.

د) کاهش وزن تنها بوسیله کاهش انرژی بر اساس محدودیت مصرف انرژی، افزایش صرف انرژی و یا هر دو اینها، امکانپذیر است. محدودیت مصرف انرژی با انتخاب غذاهای سالمتر آسان است (انتخاب غذاها کم چرب، افزایش مصرف سبزیجات و میوه ها، روش های پخت غذا با روغن کمتر) در دراز مدت کل کالری مصرفی نیز باید کاهش پیدا کند.

برای افزایش پذیرش طولانی مدت، کاهش مقدار متوسط انرژی (500 kcal) را می توان تثبیت کرد. (یک رژیم با کاهش انرژی متوسط برابر است با: ۱۵۰۰-۱۲۰۰ کیلوکالری در روز برای زنان و ۲۰۰۰-۱۴۰۰ کیلوکالری برای مردان در روز). در برخی مواقع، رژیم بسیار سخت لازم است (رژیم کم کالری: ۱۲۰۰-۸۰۰ کیلوکالری در روز یا رژیم بسیار کم کالری کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) (بوسیله متخصصین تغذیه و رژیم درمانی نحوه دریافت مقدار کالری مشخص می شود)

اولین روش برای صرف انرژی، فعالیت بدنی است. بیمارانی که بسیار چاق هستند ممکن است در انجام دادن فعالیت های بدنی معمول مشکل داشته باشند اما می توانند فعالیت های مانند پیاده روی آرام و طولانی مدت، ورزش های آبی، شنا، را انجام دهند. برای اغلب بیماران چاق، تمرین باید به آرامی شروع شود و شدت آن بتدریج افزایش یابد.

ذ) حمایت از راهکارهای تغییر سبک زندگی، مصرف غذا را کاهش می دهد و فعالیت بدنی را با استفاده از توصیه های کاهش انرژی افزایش می دهد. برنامه های رفتاری جاری با استفاده از آموزش تغذیه به تغییر راهکارهای سبک زندگی منجر می شود ۱- بیماران با خود پایشی مصرف غذا و فعالیت بدنی - بطور منظم مقدار غذا و فعالیت بدنی خود را یادداشت میکنند، ۲- کنترل استرس با روش هایی مانند ریلکسیشن و مدیتیشن، ۳- محرک های کنترلی به بیمار کمک می کند نشانه هایی را که همراه با کم تحرکی و غذاهای ناسالم است بشناسند، ۴- تقویت تغییرات مثبت با استفاده از نظام پاداش دهی یا حمایت اجتماعی. این راهکارها می توانند به بیماران کمک کنند تا کاهش وزن خود را بدنبال درمان کاهش انرژی نگه دارند.

ر) پایش پیشرفت بیمار بصورت منظم، یکی از مهمترین ابزار درمان کاهش وزن بوده که شامل موارد زیر است:

- کوششهایی که بیمار برای کنترل وزن انجام می دهد تشخیص داده و حمایت شود (مشخص شود کدام بیماران درست پیش می روند، مشکلات و درگیریهایی بیمار چیست؟، و منابع حمایتی کدامند؟)
 - پایش شرایط دارویی (مانند: تنظیم داروهای خاص برای کاهش وزن بدن).
- به مسائل و مشکلات اشاره شود با وجود نارضایتی از کاهش وزن می بایست حمایت و درک از وضعیت او نشان داده شود. آمادگی بیمار مجدداً ارزیابی و راه دیگر کاهش وزن بررسی شود، برای حل مشکلات اجتماعی یا روحی روانی فرد از حامیان بیشتری استفاده شود. بمنظور پیشگیری از افزایش وزن راهکارهایی مناسب بررسی شوند.

حل مشکلات مرتبط با کنترل وزن

افرادی که اضافه وزن دارند اغلب چندین بار برای کاهش وزن سعی می کنند. باتفاق بیماران - تلاشهایی که قبلاً برای کاهش وزن انجام شده است بررسی شود. اکثر این کوششها؛ با رژیمهایی آغاز شده اند که بر تغییرات اساسی در غذای مصرفی تکیه می کنند. به بیماران توضیح داده شود که کنترل وزن فعلی به تغییرات طولانی در عادات غذایی آنها، مثل مصرف غذای سالمتر، و تنظیم فعالیت بدنی منظم احتیاج دارد.

بسیاری از بیماران می بایستی که مقدار زیادی وزن از دست بدهند، اما کاهش یکباره وزن به مقدار زیاد معمولاً کار بسیار بزرگی است و ممکن است نتوان به آن دست یافت. هدف اولیه کاهش وزن در زمان کوتاه ۴/۵ - ۲ کیلو گرم (۱۰ پوند) است و همین مقدار کاهش وزن، تأثیرات مهمی در پایین آوردن فشار خون و چربی خون دارد. تأثیر کاهش وزن بیشتر، بر روی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی است، بنابراین هدف بلند مدت کاهش وزن بیشتر در آینده است. **بیماران که بایستی وزن خود را کاهش دهند و آنرا حفظ کنند برای رسیدن به این هدف باید کاهش وزن به آرامی صورت گیرد یعنی کمتر از یک کیلوگرم در هفته.**

قبل از شروع برنامه تغییر رفتار، به بیماران تأکید شود که اندازه گیری کاهش وزن بوسیله ترازو تنها مشخصه پیشرفت وضعیت سلامت نیست. شاخصهای دیگر موفقیت مانند بهبود عادات غذایی، کاهش اندازه دور کمر، گشاد شدن لباس، بهبود استقامت در طول فعالیت، احساس بهتر بودن، افزایش سطح انرژی، کاهش استرس، بهبود تحمل گلوکز، کاهش فشار خون و آرام شدن تپش قلب. به طور منظم به آنها یاد آوری شود.

علاوه بر این، به بیماران توضیح داده شود وقتیکه آنها شروع به تغییر عادات غذایی و فعالیتی خود می کنند، کاهش وزن به آرامی مشخص می شود. در بسیاری موارد، فعالیت بدنی منظم تغییراتی در ترکیب بدن ایجاد می کند. - کاهش بافت چربی و افزایش بافت ماهیچه ای (سنگین تر از بافت چربی) - که گاهی اوقات بطور موفقی سبب عدم کاهش وزن واقعی می شود.

به بیماران اطمینان داده شود برای پایین آوردن وزن لزومی به فعالیت بدنی سخت نیست حتی افزایش متوسط فعالیت بدنی باعث پایین آمدن وزن می شود. فعالیتهای بدنی با شدت متوسط مانند پیاده روی، برای کاهش وزن و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی مفید است.

بیماران باید يك هدف واقعي براي فعاليت بدني تنظيم کنند و توجه داشته باشند که مقدار کل فعالیت بدنی آنها تأثیر عمده ای بر میزان کاهش وزن خواهد داشت. افزایش مصرف انرژی ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری در هفته نقطه شروع خوبی است، که این مقدار با نیم ساعت پیاده روی با شدت متوسط ۲ بار در هفته بدست می آید. بیماران غذا و فعالیت خود را (مطالب بیمار را ببینید) ثبت کنند تا سیر فعالیت بدنی را پی گیری کنند. در هر ملاقات تأکید شود که افزایش فعالیت بدنی کلید کنترل وزن است و دفعات و مدت زمان فعالیت بیش از شدت فعالیت برای کاهش وزن اهمیت دارد.

فقدان حمایت خانواده و دوستان

کاهش وزن سیر سختی دارد و به آرامی انجام می شود. برای موفقیت، بیماران به حمایت خانواده، دوستان و دیگران (مانند همکاران) احتیاج دارند. بیماران، افراد حامی خود را معرفی کنند. افراد خانواده به همکاری تشویق شوند. علاوه برای حمایت از نظر احساسی، خانواده و دوستان می توانند در تمرینات با بیمار همراه باشند و یا هنگامیکه بیمار در حال تمرین است بچه اش را نگه دارند. پذیرفتن خوردن غذای سالم و فعالیت بدنی منظم برای تمام افراد خانواده (بچه ها با پدر یا مادر چاق به احتمال ۴۰% در سن بزرگسالی چاق می شوند) مهم است و تغییر رفتار را آسانتر می کند. اگر حمایت از طرف خانواده و دوستان ممکن نبود، گروههای اجتماعی که ساختار حمایتی گسترده ای دارد و می تواند راهکارهای تغییر شیوه زندگی را ارائه دهند معرفی کنید با یاد آوری اینکه آنها بهترین حامی برای خودشان هستند. به آنها اعتماد به نفس بدهید به آنها کمک کنید تا برای

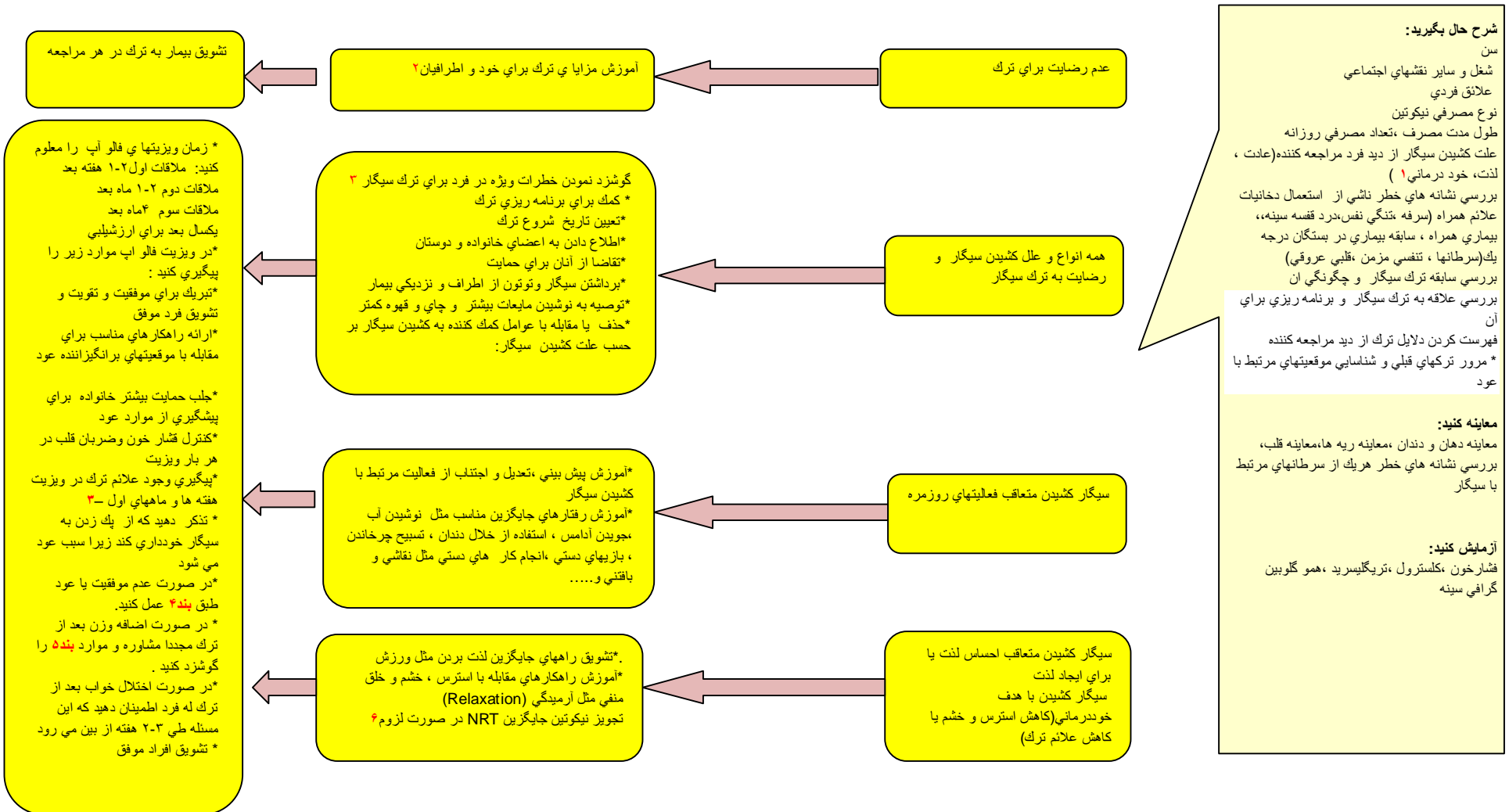
توانمندی خود برنامه ریزی کنند که شامل صحبتهای ذهنی شادی آفرین، دید مثبت نسبت به رفتارهای جدید یا دستیابی به هدف و جوایز غیر غذایی برای تغییر رفتار یا کاهش وزن می تواند باشد.

و : ارزیابی مصرف دخانیات

طیقه بندی برنامه‌های اجزای آمیخته و ارتباط پائینی

توصیه

شیوه پیگیری



۱ - در شرح حال مراجعه کننده از نظر مصرف دخانیات به نکات زیر توجه کنید :
 سن شروع مصرف دخانیات ، طول مدت مصرف ، تعداد مصرفی روزانه ، علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده (عادت ، لذت، خود درمانی) (۱)
 بررسی نشانه های خطر ناشی از استعمال دخانیات ، علائم همراه (سرفه ، تنگی نفس، درد قفسه سینه،، بیماری همراه ، سابقه بیماری در بستگان درجه یک (سرطانها ، تنفسی مزمن ، قلبی عروقی)
 بررسی سابقه ترك سیگار و چگونگی آن ، بررسی علاقه به ترك سیگار و برنامه ریزی برای آن ، فهرست کردن دلایل ترك از دید مراجعه کننده
 * مرور تركهای قبلی و شناسایی موقعیتهای مرتبط با عود

الف) فواید نکشیدن سیگار : مدارک بسیار قوی وجود دارند که فایده های ترك سیگار را نشان می دهد. حتی برای افراد مسن و افرادی که در حال حاضر بیماریهای مزمن مربوط به سیگار در آنها پیشرفت کرده است.

افرادی که در روز دویسته سیگار می کشند، اگر سیگار را ترك کنند، بطور متوسط میزان مرگشان از بیماری قلبی و عروقی و سرطان ریه ۴ سال به تعویق می افتد.

یکسال پس از ترك، فراوانی خطر بیماری کرونر قلب (CHD)، ۵۰٪ کاهش می یابد.

ترك سیگار موجب:

- کاهش سریع سطح منوکسید کربن (CO) در خون
- کاهش تولید خلط، سرفه و تنگی نفس
- کاهش تحریک گلو
- و افزایش توانایی حس بویایی و چشایی فرد می شود.

برای برخی افراد، ترك سیگار يك راه مهم برای افزایش اعتماد به نفس است به خصوص در افراد سیگاری که اعتماد بنفیس شان (SES) پایین است. ترك سیگار والدین می تواند تاثیر مثبتی بر روی فرزندان بگذارد (برای مثال: ترك سیگار والدین مثال خوبی برای فرزندان است که می خواهند کاری را انجام دهند که به نظر آسان نمی رسد و نقش پیشگیری در فرزندان را دارد که در معرض ابتلا به مصرف دخانیات هستند)

فایده های مهم دیگر برای فرد:

- چین و چروک صورت کمتر می شود
- تنفس بهتر می شود
- امکان یادگیری جدید برای پس انداز کردن پول فراهم می شود و ...

(ب) اعتیاد: ثابت شده است که نیکوتین موجود در سیگار همانند دارویی است که اعتیاد آور است.

علائم بارز نشاندهنده وابستگی:

- تعداد سیگاری که در هر روز کشیده میشود (بیش از ۱۰ سیگار در روز).
 - زمانی که اولین سیگار در صبح بعد از بیدار شدن کشیده میشود (کمتر از ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن).
 - وجود علامتهای ترک که، در طول تلاش برای ترک قبلی وجود داشته است.
- {اگر یکی از علائم وجود داشته باشد درمان دارویی باید بسیار مورد توجه قرار بگیرد بدلیل اینکه احتمال اعتیاد به نیکوتین وجود دارد و امکان بروز نشانه های ترک (سندرم Withdrawal) نیکوتین و بالا رفتن میزان عود وجود دارد}.

(ج) **ترک کردن** : نشانه های ترک کردن موقتی هستند و زمانی اتفاق می افتند که نیکوتین خون پایین می آید بسته به فرد سیگاری نشانه های مختلفی وجود دارد:

- میل شدید به سیگار کشیدن
- اشکال در تمرکز فکر
- سردرد
- سرگیجه تند خویی ، اضطراب
- اختلال در خواب
- سوء هاضمه
- لرزش و عرق کردن

این علائم معمولاً بعد از هفت روز سرعت کاهش می یابند، ولی گاهی هفته ها پس از ترک هنوز کاملاً از بین نرفته اند فرد سیگاری که تصمیم به ترک گرفته است باید به علائم ترک و راههای مقابله با آن آشنا باشد و بداند که دو هفته اول ترک بسیار مهم است. اگر چه فرد بعد از گذشت چند هفته نمی تواند ادعای موفقیت کند. ولی ممکن است میل سیگار کشیدن چند ماه بعد از ترک تکرار شود. افراد خصوصاً آنهایی که برای ترک سیگار تحت درمان نیستند باید بدانند که این علائم عادی هستند و معمولاً زمانشان محدود است و در واقع نشانه های حذف ماده مضر نیکوتین از بدن هستند، به این ترتیب افراد تشویق می شوند که این علائم را بهتر تحمل کنند.

(د) **درمان جایگزین نیکوتین (NRT)**: این روش مخصوصاً در بیماران معتاد به نیکوتین بکار می رود. ولی نایبستی در موارد زیر استفاده شود:

- بیمارانی که در ۴ هفته اول دوره بعد از انفارکتوس میوکارد هستند.
- آریتمی های بد خیم (تهدید کننده زندگی) دارند.
- افرادی که درد شدید قفسه صدري ناشی از ایسکمی میوکارد دارند
- افرادی که در معرض بیماری عروق مغزی قرار دارند.

در افراد زیر نیز استفاده از نیکوتین پیشنهاد نمی شود:

- افرادی که اختلالات عمومی پوست یا حساسیت زیاد به نیکوتین دارند.
- در دوران بارداری یا در دوره مراقبت‌های بارداری و در کودکان.
- بیماران در دوره (NRT) بایستی از نظر علائم ترک نیکوتین، موارد مسمومیت نیکوتین، واکنش‌های متقابل با داروهای دیگر و وضعیت‌های پزشکی مورد بررسی قرار گیرند. (قسمت زیرنویس را برای کمک‌های جدید بدون نیکوتین و ترک سیگار ببینید).

توجه: میزان مصرف نیکوتینی که بوسیله سیگارهای مصرفی روزانه بدست می‌آید نسبت به زمانیکه این ماده بمقدار کم از طریق پوست یا آدامس نیکوتین جذب می‌شود، اثرات قلبی و عروقی بارزتری دارد. آزمایش‌های بالینی (NRT) در افراد با CHD ثابت مشخص می‌کند که نیکوتین خطر بیماری قلبی را افزایش نمی‌دهد.

دارو	مقدار مصرف	فایده‌ها	مضرات
آدامس نیکوتین (پولاکر یلکس) نیکورت : ۲mg	بطور معمول : با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می‌شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته. سپس به یک قطعه در روز، هر هفته کم می‌کنیم. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر میشود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	عملکرد سریع. میزان دریافتی توسط بیمار کنترل میشود. میتواند با جدول زمانی بیمار تنظیم شود.	پذیرش بالایی احتیاج دارد. اغلب اوقات اشتباه مصرف می‌شود (جویده میشود اما نگهداری نمی‌شود). منجر به عوارض جانبی می‌شود مانند (سکسه، درد معده، سوزش گلو، تهوع) همچنین درد فک، بلعیدن مقدار زیاد هوا دادن، چسبیدن به دندان مصنوعی. تعداد کمی از افراد ممکن است به آن معتاد شوند.
آدامس نیکوتین) پولاکریلکس) نیکورت : ۴mg	بطور معمول با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می‌شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته سپس به یک قطعه در هر روز، هر هفته کم می‌شود. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر می‌شود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	یک محصول بسیار موثر نیکوتین برای بیمارانی که سیگار زیادی می‌کشند. به بیمارانی که ترک قبلی آنها با ۲ میلی گرم دچار مشکل شده و افرادی که می‌خواهند استفاده از آدامس را ادامه بدهند، پیشنهاد کنید ۲mg استفاده کنند.	تمام موارد بالا به میزان بیشتر، میزان اعتیاد و میزان عود افزایش می‌یابد.
برجسب نیکوتین) روی پوستی) هبتیترول ، نیکودرم ، نیکوتول	مقدار پیشنهاد شده برای مصرف برجسب نیکوتین را ببینید.	استفاده راحت، قابل قبول تر افرادی که تصمیم به ترک دارند، دریافت نیکوتین دائم و احتمال اعتیاد کمتر ۳۹	برای برخی بیماران سطح نیکوتین کافی را تأمین نمی‌کند عوارض جانبی مانند: تحریک پوست، خواب ناراحت خوابیدن میزان عود بالا

حل مشکلات ترک سیگار

برخی حوادث، فعالیتها یا حالتهاي دروني هستند که باعث افزایش خطر روی آوردن به سیگار یا عود مصرف مي شوند. این شرایط شامل: همنشیني با سیگاریها ، تحت فشار قرار گرفتن، جروبحث کردن، تجربه مصرف سیگار در زمانهای حساس یا حالتهاي روحي منفي، خوردن الکل یا قهوه. فرد مي بایستی راجع به این عوامل خطر آموزش ببیند و مهارتهای سازش با این شرایط را بیاموزد.

این مهارتها شامل

- پیش بینی شرایط خطر را بیاموزند و از آنها اجتناب کنند.
- راهکارهایی را که شرایط روحي منفي را کاهش مي دهد، بیاموزند.
- با تغییراتی در سبک زندگی استرس را کم کنند و کیفیت زندگی را با ایجاد لذت بالا ببرند. (مثل : فعالیت بدني)
- فعالیتهاي رفتاري و شناختي که توجه آنها را از میل سیگار کشیدن منحرف مي کند بشناسند. (مثل: پیاده روی بجای قهوه خوردن در زمانهاي استراحت)

کمتر از ۲۵٪ از افراد سیگاری موفق مي شوند در اولین بار سیگار را ترک کنند. اغلب افراد مي بایستی ۳ یا ۴ بار برای ترک کوشش کنند. ترک عادت سیگار کشیدن يك مهارت جدید است و مانند هر مهارت جدیدی یادگیری اش زمان مي برد. به مراجعین بگویید که ترک کردن سیگار مانند سوار شدن دوچرخه است. چه تعداد از افراد در نخستین سعی خود مي توانند دوچرخه سوار بشوند؟ ترک کردن سیگار نیز مانند یادگیری دوچرخه سواری است. افراد مي بایستی مشاوره بشوند تا از نظر بدني فعالیت زیادی داشته باشند زیرا مطالعات نشان داده که فعالیت بدني مي تواند به فرد در ترک سیگار کمک کند. اصرار پزشك و خوشبینی او در مورد موفقیت بعدی برای بالا بردن روحیه بیمار بسیار قابل استفاده است.

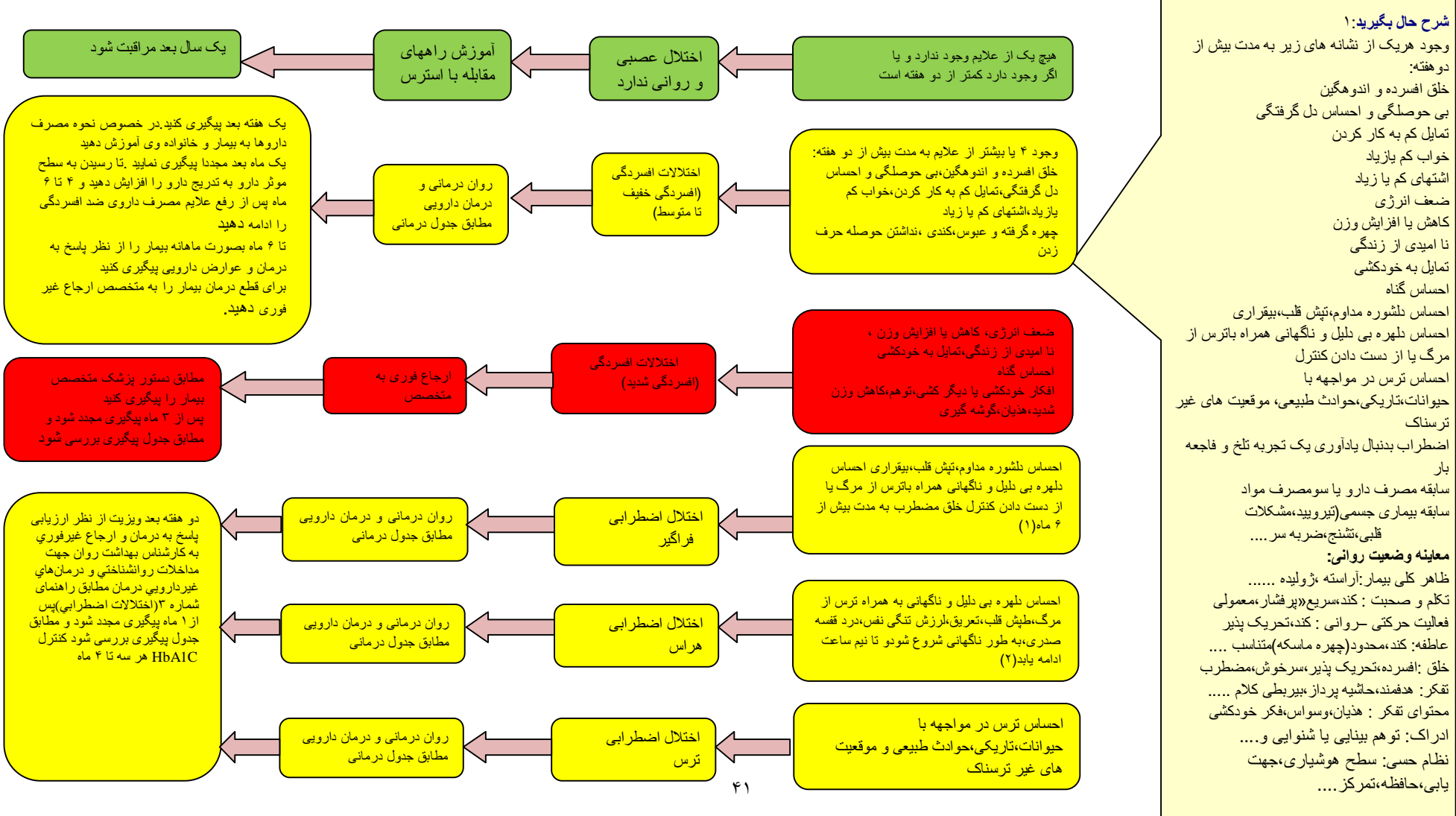
میل زیاد سیگار کشیدن حداکثر ۲۰ دقیقه و برای برخی از افراد کمتر از ۵ دقیقه طول مي کشد، بنظر مي رسد برخی از افراد به موقعیت خاصی مانند نوشیدن يك فنجان قهوه یا خوردن الکل وابسته هستند. به بیماران توصیه مي شود که برای مشغول نگه داشتن خودشان برنامه ای داشته باشند تا میل به سیگار کشیدن از بین برود و موقعیتهای را بوجود بیاورند که بنظر مي رسد آنها را از سیگار کشیدن دورنگه مي دارد.

در حضور افراد سیگاری دیگر در منزل مخصوصاً " همسر، موفقیت ترک کمتر مي شود. افراد باید برای ترک دلایل قوی برای خود مطرح کنند تا ترک را حتي با وجود افراد سیگاری در منزل آسان کند. پزشکان باید از وجود افراد سیگاری در خانواده مطلع باشند و پیشنهاد ترک را برای آنها نیز مطرح نمایند. افراد مي توانند فردی را بعنوان يك حامی (مثل: همکار، دوست) معرفی کنند که آنها را بعد از ترک حمایت کند.

توصیه های زیر کمک مي کند تا فرد بتواند بر مشکل خواب که علامت خاص ترک است غلبه کند. تنها زمانیکه خسته است به رختخواب برود؛ در طول روز نخوابد؛ از خوردن کافئین در آخر روز خودداری کند؛ اگر در طول ۳۰ دقیقه نتوانست بخوابد از رختخواب خارج شود به مطالعه یا کار دیگری که او را برای خواب آماده مي کند بپردازد در طول روز ورزش کند.

فصل دوم: ارزیابی اختلالات روان

ارزیابی روان



در گرفتن شرح حال به نکات زیر توجه کنید:

۱. مصاحبه تکمیلی : برای تشخیص دقیق تر در هر مورد سری سوالات تکمیلی از بیمار یا همراه وی پرسیده می شود
 اختلالات افسردگی : سوالات تکمیلی عبارتند از : خلق افسرده یا پائین فقدان علاقه ، لذت ، تغییرات اشتها و وزن ، کاهش یا افزایش خواب، کاهش انرژی، احساس گناه، ناامیدی، اشتغال خاطر با مرگ یا فکر خودکشی، منفی بافی و ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس، مشکل در تمرکز (فراموشی کاذب)

اختلالات اضطرابی : احساس تنش و نگرانی مفرط و اغلب بی دلیل در مورد مسائل روزمره، بی قراری، مشکل تمرکز، تحریک پذیری، علائم جسمانی اضطراب از قبیل طپش قلب، دل پیچه، تکرر ادرار، خستگی زودرس، تنش عضلانی، سردرد، اشکال در خواب، حداقل به مدت ۶ ماه (اضطراب فراگیر) ، اضطراب بارز که ناگهان شروع می شود همراه با طپش قلب تعریق، لرزش، تنگی نفس، درد قفسه صدري و گاهی تهوع همراه با ترس از مردن ، از دست دادن کنترل و دیوانه شدن که ناگهان شروع شده و بتدریج اوج می گیرد و ممکن است تا نیم ساعت طول بکشد. (اضطراب پانیک)، اضطراب تنش روانی، فرار از موقعیت و یا شیئی هراس آور، طپش قلب و تعریق در معده، خشکی دهان، گیجی (فوبیا)

وسواس : شستشوی مکرر، حمام رفتن های طولانی و تکراری وارسی و کنترل های فراوان (مثلاً کنترل اینکه درب بسته است یا گاز خاموش است یا شمارش چندین باره پول و تردید در مورد درست بودن آن، شکستن مکرر نماز) تفکرات مزاحم و تکرار شونده که فرد آنها را مسخره و گاه بچگانه می داند و برغیرواقعی بودن آنها واقف است ولی قادر به مقاومت در مقابل آنها نیست.

درمان :
۱ - افسردگی

ویژگیهای متداولترین سه حلقه ای و دیگر ضد افسردگی های مصرفی

نام ژنریک	نام تجارتي	گروه شیمیایی	نورآدرنژیکی یا سروتونرژیکی	اندازه مصرف روزانه	سفارش ها
آمی تریپتیلین نور تریپتیلین پرو تریپتیلین		سه حلقه ای سه حلقه ای سه حلقه ای	بیشتر سروتونرژیکی هر دو هر دو	75-300 40-100 15-60	آرام بخش ها متابولیت آمی تریپتیلین سه حلقه ای با حداقل آرام بخشی
ایمی پرامین دسی پرامین		سه حلقه ای سه حلقه ای	بیشتر نورآدرنژیکی نورآدرنژیکی	75-300 75-300	قدیمی ترین گونه که مورد پژوهش وسیع قرار گرفته است متابولیت ایمی پرامین با حداقل آنتی کلینرژیک
مهارکننده های انتخابی باز جذب سروتونین از جمله (فلوتستین)	سیتالوپرین	SRIs	سروتونرژیکی	200-80	اثرات آنتی کلینرژیک کم، نیمه عمر طولانی تا حدی اثرات ضد اضطرابی و ضد وسواسی اثرات جانبی کم

نکات درمان دارویی در افسردگی

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده دوباره از همان دارو استفاده کنید.
- تا رسیدن به سطح مؤثر دارو به تدریج دوز دارو را افزایش دهید.
- در هر بار ویزیت حداقل مقدار دارو تجویز شود.
- بنا به صلاحدید پزشک به نظر بیمار در مورد انتخاب دارو توجه شود.
- شایع‌ترین عارضه فلوکستین در افراد مسن بی‌قراری و اضطراب است که در اکثر موارد با کاهش دوز دارو برطرف می‌شود.
- موارد کنتراندیکاسیون مصرف داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای برای پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه (مثل نورتیپ‌تیلین، آمی‌تریپتیلین، ایمپ‌پرامین، دزیپرامین و تریمی‌پرامین): وجود آریتمی قلبی، داشتن سابقه یا علائم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری‌های عروقی مغز
- انتخاب داروی همراه داروی ضدافسردگی در برخی موارد شایع
- افسردگی + دلشوره و اضطراب و یا مشکل خواب : کلردیازپوکساید ۱۰-۵ میلی‌گرم یک یا دو بار در روز یا لورازپام ۱-۰/۵ میلی‌گرم یک ساعت قبل از خواب

۲ - اختلالات اضطرابی

تجویز فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم یک روز در میان (یک هفته بعد ۲۰ میلی‌گرم هر روز) بعد از صبحانه، به همراه کلردیازپوکساید ۱۰-۵ میلی‌گرم روزانه، دو هفته بعد ویزیت از نظر ارزیابی پاسخ به درمان و ارجاع غیرفوری به کارشناس بهداشت روان جهت مداخلات روانشناختی و درمان‌های غیردارویی درمان مطابق راهنمای شماره ۳(اختلالات اضطرابی)

بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس میوکارد، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرتیروئیدی با علائم اضطرابی بروز می‌کنند که در این صورت با توجه به هر تشخیص اقدام برای تثبیت وضعیت بیمار به عمل آید

مشاوره و آموزش

نکاتی که باید توسط پزشک به بیمار افسرده و خانواده وی آموزش داده شود

افسردگی شایع می‌باشد و درمان‌های مؤثر و در دسترس وجود دارد.

افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نمی‌باشد و صرفاً با توصیه‌های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی‌شود.

پزشک باید در حد امکان به سؤالات بیمار و خانواده‌اش پاسخ دهد.

افسردگی توانایی انطباق بیمار را تضعیف می‌کند.

بهبودی در طی ۴-۳ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.

ممکن است اثرات جانبی تا حدی ظاهر شوند که اغلب به تدریج از میان خواهند رفت.

قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.

اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.

لازم است دارو را برای دست کم يك دوره شش ماهه مصرف نمود.

دارو باید هر روز استفاده شود و حتي الامكان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.

پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

در مورد افکار خودکشی از بیمار سؤال کنید. آیا بیمار می تواند مطمئن باشد که افکار مربوط به خودکشی خود را عملی نخواهد کرد؟ نظارت دقیق و نزدیک از طرف خانواده یا دوستان مورد نیاز است.

اقدام به طرح فعالیتهای کوتاه مدتی کنید که برای بیمار لذتبخش بوده و یا اعتماد به نفس وی را تقویت کنند.

به بیمار توصیه کنید از بدبینی و انتقاد از خود دوری کند. مطابق عقاید بدبینانه عمل نکند (نظیر طلاق، رها کردن شغل و ذهن خود را روی افکار منفی یا گناه متمرکز نکند).

مشکلات فعلی زندگی بیمار یا فشارهای اجتماعی حاضر را شناسایی کنید. این موارد عوامل تسریع کننده بیماری را شامل می شوند. می توانید تمرکز روی قدمهای مشخص ولی هر چند کوچک کنید که بیمار ممکن است به کاستن از شدت این مشکلات یا حل آنها بپردازد.

پس از بهبودی، به بحث در مورد نشانه های عود مجدد بپردازید، با بیمار برنامه ریزی کنید که در صورت عود علائم چه کار کند.

توصیه های تکمیلی در مورد بیمار با افکار خودکشی

افسردگی یکی از شایعترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند (به الگوریتم تشخیص و درمان افسردگی مراجعه کنید).

این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی کنند نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد.

به بیمار و مراقبین وی بگویید گاه افکار خودکشی دوباره برمی گردد. تأکید کنید که در صورت برگشت افکار خودکشی سریعاً به شما مراجعه نمایند.

پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی شود و در مواردی که فرد در معرض خطر است حتماً باید از نظر خودکشی ارزیابی شود.

از طریق خانواده، دوستان و همکاران بیمار را مورد حمایت قرار دهید. به بیمار فرصت دهید تا در مورد رنجها و ناراحتیهای خود حرف بزند، بیمار را حمایت کنید و از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید. موقعیتهای مثبت زندگی بیمار را به وی نشان دهید، به بیمار کمک کنید تا ارزش زندگی را برای خود و دیگران دریابد برای مثال اینکه فرزندان وی تا چه حد به وی نیازمندند. بر موقتی بودن احساس غیرقابل تحمل بیمار تأکید کنید؛ به خصوص اگر در گذشته دوره های مشابهی داشته که بهبود یافته است. از جمله عواملی که می تواند میزان خودکشی را افزایش دهد، پخش خبر مربوط به خودکشی یک نفر در بین مردم آن محل یا منطقه می باشد. پخش خبر خودکشی و نحوه اقدام به آن موجب می شود کسانی که دچار افسردگی هستند و در معرض خطر خودکشی قرار دارند، ترغیب شوند که خودشان را از بین ببرند. بنابراین به عنوان یک اقدام پیشگیرانه هم خودتان خبر خودکشی را پخش نکنید و هم به دیگران توصیه کنید از پخش این خبر خودداری کنند.

اختلالات اضطرابی

نکاتی که پزشک باید به بیمار و خانواده وی آموزش دهد:

بنزودیازپین ها بیشتر از ۲ هفته مداوم مصرف نشود.

عوارض شایع داروها برای بیمار و خانواده توضیح داده شود (عوارض در پیوست داروها موجود است).

قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.

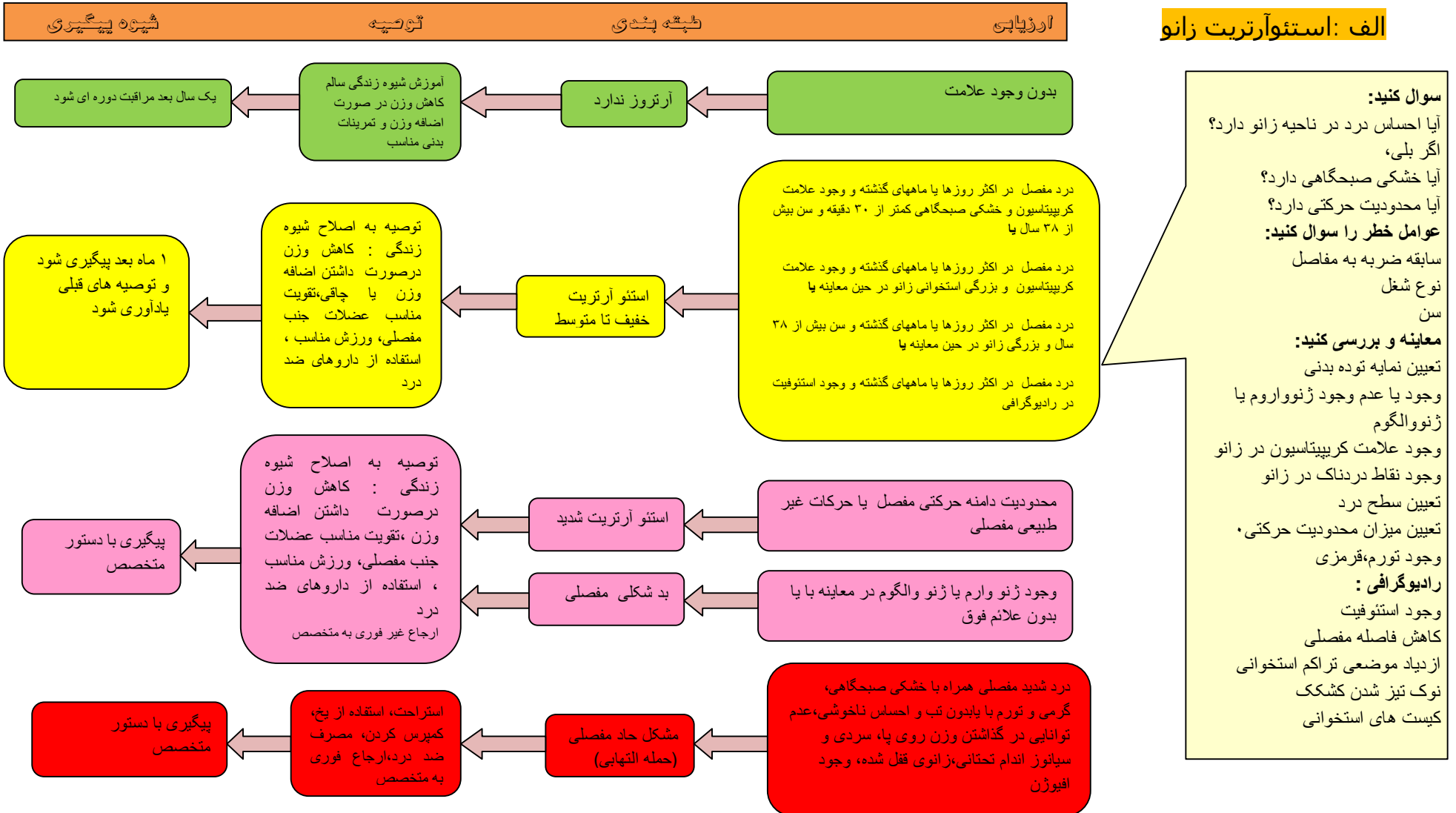
دارو باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی شود.

استرس و نگرانی هم اثرات جسمانی و هم روانی دارد.

کاهش مصرف کافئین یا اجتناب از مصرف الکل و دخانیات ضروری است. حمایت خانواده از بیمار ضروری است. سعی شود بیمار رابطه بین نشانه‌های بیماری و مشکلات را بفهمد و راه‌حلهایی که به نظرش می‌رسد ارائه دهد. یادگیری مهارتهایی جهت کاهش تأثیرات استرس مؤثرترین درمان می‌باشد. جهت کاستن از شکایات جسمانی از روشهای آرام‌سازی (relaxation) به صورت روزانه استفاده کنید. اقدام به طرح فعالیتهای کوتاه مدتی کنید که آرام‌کننده بوده یا ذهن بیمار را از اضطراب و منحرف می‌کنند. فعالیتهایی را که در گذشته مؤثر بوده اند مدنظر قرار دهید. روشهای شناخته شده‌ای که چارچوب معین دارند برای حل مسأله به بیمار کمک می‌کنند با استرسهایی که منجر به نگرانی می‌شوند کنار بیاید. توجه خود را به موضوع خاصی معطوف کنید. از بیمار بخواهید که راه‌حلهای بالقوه را یادداشت کند و اقدامات خاصی را که در این جهت ممکن است انجام دهد، مشخص کنید. ورزش به طور منظم اغلب مفید می‌باشد. کاهش مصرف کافئین را توصیه کنید. از مصرف الکل یا استعمال دخانیات برای کاهش اضطراب خودداری کنید.

فصل سوم : ارزیابی بیماری های استخوان و مفاصل

الف : استئوآرتریت زانو



در گرفتن شرح حال از مراجعه کننده به نکات زیر توجه فرمایید:

نوع شغل

کسانی که در شغلشان نیاز به استفاده مکرر از مفاصل خود دارند جمله مشاغل کارگرانی که با منته دستی سرو کار دارند، و کارگران معادن ذغال سنگ، می توانند موجب بروز آرتروز در مفاصلی شود که در معرض استفاده شغلی مکرر هستند. در مردانی که شغل آن ها خم کردن زانو و حد اقل، انجام کارهای فیزیکی متوسط را ایجاب می کند، میزان شواهد رادیو گرافیک مبنی بر آرتروز و نیز شدت این تغییرات رادیو گرافیک، بیش از مردان فاقد شرایط کاری فوق بوده است. در نتیجه چنین اشخاصی باید یاد بگیرند که چگونه می توان از بروز صدمات بی مورد به مفاصل و بروز این بیماری می توان جلوگیری نمود. در نتیجه فعالیتهای این افراد باید به نحوی تعدیل شود. در ضمن به خاطر داشته باشید که تعدیل فعالیتهای به معنای عدم انجام آنها بطور کامل نمی باشد.

سابقه ضربه به مفاصل:

ضربه های شدید و استفاده مکرر از مفصل نیز از عوامل خطر ساز مهم جهت آرتروز هستند بی کفایتی رباط متقاطع قدامی و آسیب منیسک منجر به استئوآرتریت زانو می شود. اگرچه آسیب غضروف مفصل ممکن است در هر زمان طی آسیب یا بعد از آن بوجود آید، در صورت استفاده از مفصل مبتلا (مثلا از قبل شکسته) حتی غضروف طبیعی نیز در صورت ناپایدار بودن مفصل از بین می رود.

چاقی

وزن تاثیر زیادی در شیوع آرتروز دارد. ۵۰٪ رزهای مسن چاق آرتروز زانو دارند. طبق محاسبات felson اگر افراد چاق لاغر می شدند، شیوع آرتروز نصف می شد.

یائسگی:

زنان میانسال به علت توقف ترشح هورمونهای زنانه در سنین یائسگی بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری آرتروز هستند به طوریکه زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان دچار این بیماری می شوند.

علائم بالینی آرتروز

- درد مکانیکی: دردی است که پس از مدتی حرکت و فعالیت مفصلی بوجود می آید و با استراحت از بین می رود
- درد شروع حرکت: شبیه درد التهابی است ولی زود از بین می رود. درد با حرکت شروع می شود و در اندام تحتانی باعث لنگیدن بیمار می گردد و پس از چند قدم از بین می رود (اصطلاحاً ژلینگ گفته می شود که با خشکی صبحگاهی نباید اشتباه گرفته شود)
- تورم استخوانی یا تورم بدلیل افیوژن
- محدودیت دامنه حرکتی: در آرتروز خیلی دیر بوجود می آید، بر عکس آرتریت که از همان ابتدا وجود دارد.
- حرکات غیر طبیعی: حرکاتی هستند که در یک مفصل طبیعی وجود ندارند و دارای علل مختلفی از جمله شل شدن یا آسیب رباطهای مفصلی، تضعیف عضلات دور مفصلی، کم شدن ارتفاع غضروف مفصلی می باشد.
- حمله التهابی: درد از حالت مکانیکی در می آید و خاصیت التهابی به خود می گیرد در معاینه مفصل ملتهب، متورم بوده و قوام مایع دارد

در انجام یک معاینه کامل تمام موارد زیر را باید در نظر گرفت:

- مشاهده از نظر وجود دفرمیتی و سایر اختلالات آناتومیک بویژه در وضعیتی که مفصل در حال تحمل وزن است. (بررسی و مشاهده وجود یا عدم وجود ژنوواروم، ژنووالگوم)

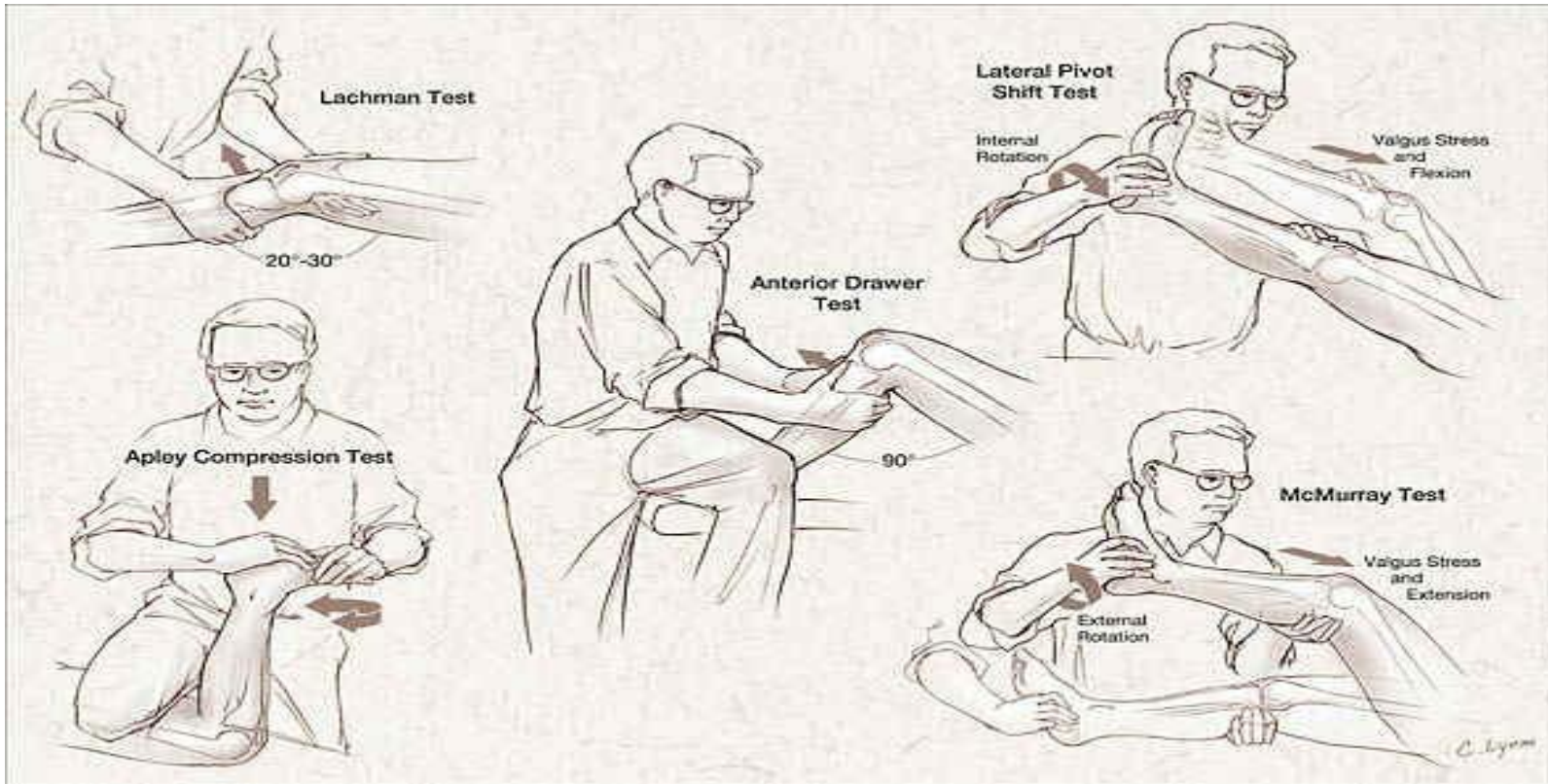
- نبض های اندام تحتانی
- تندرینس زانو
- وجود گرمی و اریتم و محل آن
- وجود تورم یا افیوژن و محل آن، هرگاه اندازه مفصل بزرگتر از حالت طبیعی به نظر برسد و یا حداکثر فلکسیون محدود شده باشد، به افیوژن مفصل شک کنید. گاهی اوقات حجیم بودن مفصل ناشی از ازدیاد حجم استخوانی یا هیپرتروفی اپی فیز می باشد. در لمس قوام این مفصل سفت بوده و بوضوح از افیوژن افتراق داده می شود. در بورسیت زانو نیز تورم دیده می شود که از نظر محل تورم با التهاب زانو افتراق داده می شود.
- لمس خط مفصلی، معاینه و لمس خط مفصلی برای ارزیابی کمپارتمان های داخلی و خارجی زانو انجام می شود. تندرینس در خط مفصلی در بیشتر موارد ناشی از تحریک غشا سینوویال است لیکن ضایعات منیسک و لیگامان ها می تواند تندرینس ایجاد کند.
- ارزیابی دامنه حرکات فعال و غیر فعال
- ارزیابی پاتلا (کشکک زانو): برای انجام تست فشار پاتلا، استخوان پاتلا را با انگشت شست و اشاره هر دو دست محکم گرفته و همزمان با وارد کردن فشار به سمت استخوان فمور پاتلا به طرف بالا و پایین حرکت بدهید. وجود درد و کریپیتوس در این تست نشانه اختلال عملکرد پاتلا است.
- ارزیابی پایداری مفاصل از طریق:
 - تست واروس: برای انجام این تست، یک دست را بالای زانو در قسمت داخلی ران و دست دیگر را در سطح خارجی عضله گاستروکمیوس قرار دهید، دست بالایی برای ثابت نگه داشتن ران استفاده می شود و دست پایین ساق پا را به سمت داخل فشار می دهد. در انجام این تست به میزان درد، حرکت و کشیدگی لیگامانها توجه کنید.

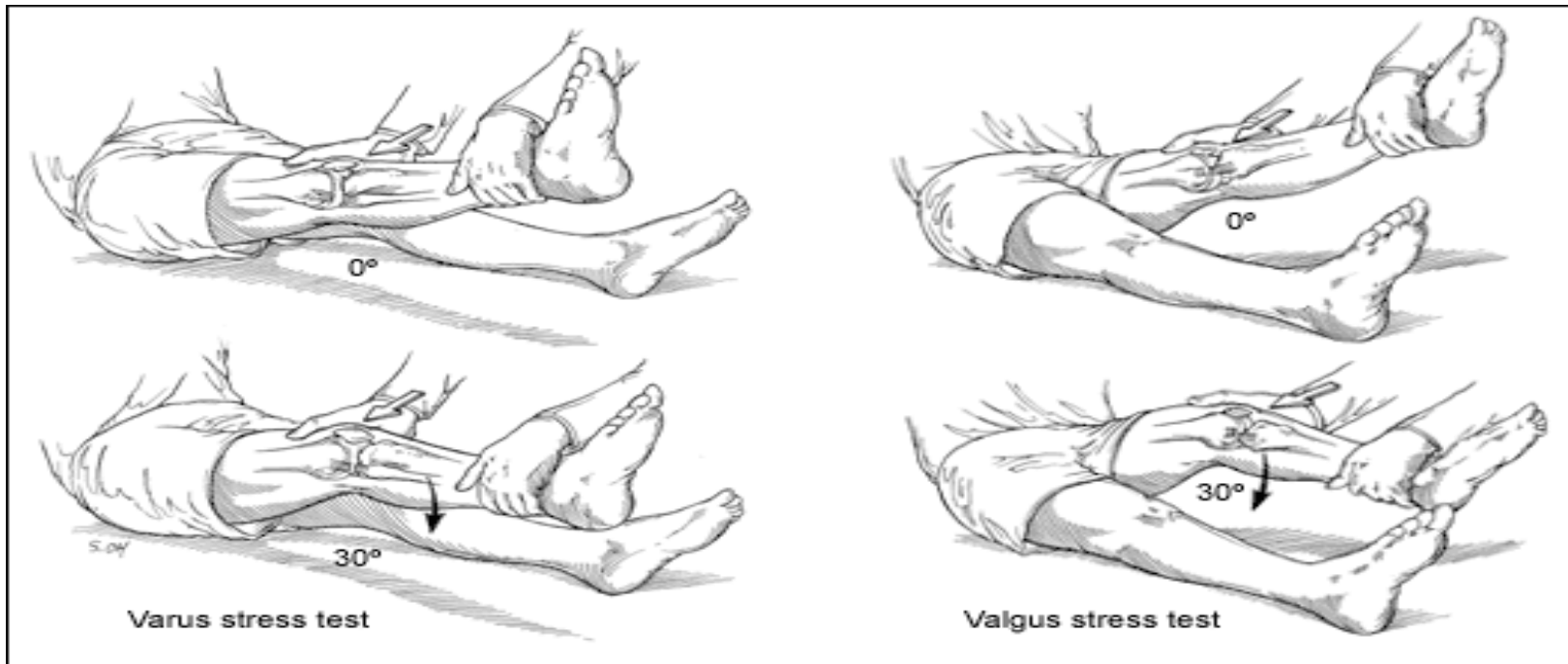
- تست والگوس: یک دست را بالای زانو در قسمت خارجی و دست دیگر را در سطح داخلی عضله گاستروکمیوس قرار دهید، سپس در حالی که قسمت پایین ران را ثابت نگه داشته اید، ساق پا را به سمت خارج فشار دهید.
- تست دراور قدامی: برای ارزیابی ACL انجام می شود.
- تست دراور خلفی: برای ارزیابی لیگامان صلیبی خلفی PCL انجام می شود.
- ارزیابی منیسک ها (تست مک موری): خم کردن و باز کردن غیر فعال زانو به منظور ارزیابی نرمی حرکات مفصل و وضعیت منیسک ها
- ارزیابی راه رفتن بیمار: به منزله ابزار غربالگری برای بیماری های حاد و شدیدی است که می تواند مفصل زانو را درگیر کند. راه رفتن از اجزای مهم معاینه فیزیکی زانو به شمار می رود. پزشک باید همیشه راه رفتن بیمار و توانایی تحمل وزن را مورد ارزیابی قرار دهد زیرا این یافته ها می تواند به افتراق پاتالوژی زانو از درد ارجاعی از هیپ بکمر یا پا کمک کند. راستای زانو ها هم باید مورد ارزیابی قرار گیرد بدین صورت که بیمار پاها را جفت کرده، بایستد. بد شکلی واروس (پای پرانتزی) یا والگوس (زانوی کج) باید بررسی گردد. این بد شکلی ها می توانند بیمار را مستعد استئوآرتریت کنند یا این که نشانگر وجود استئوآرتریت قابل ملاحظه باشند.

یافته های تیپیک استئوآرتریت زانو در معاینه بالینی عبارتند از:

- ۱- لمس استئوفیت به صورت برجستگی های استخوانی در اطراف مفصل
- ۲- آتروفی عضلات مجاور
- ۳- محدود شدن دامنه حرکات فعال و غیر فعال
- ۴- کریپیتوس
- ۵- تورم ناشی از افیوژن

- ۶- دفرمیتی مفصل (بصورت واروس)
- ۷- درد و اسپاسم عضله در انتهای دامنه حرکت مفصل
- ۸- قرمزی و گرمی مفصل





علائم رادیوگرافی آرتروز

- کاهش فاصله مفصلی: در اثر ساییدگی غضروف و کم شدن ارتفاع آن بوجود می آید. (اگر unicompartmant نباشد دلالت بر بیماری التهابی دارد)
- استئوفیت: یک زائده استخوانی منقار شکل است که از کنار مفصل خارج می شود و معمولاً اولین علامتی است که دیده می شود. در بعضی مفاصل در مراحل اولیه بصورت نوک تیز شدنیک برجستگی طبیعی مفصل خود نمایی می کند.
- اسکروز ساب کورتیکال

درمان

اهداف کلی درمان عبارتند از :

۱. آشنا کردن بیمار با استئوآرتریت و نحوه کمک بیمار به درمان خود
۲. کاهش درد
۳. آموزش ورزشهایی که سلامت مفصل را ارتقا دهد

تدابیر غیر دارویی :

پایه اصلی درمان ضد درد در استئوآرتریت درمان غیر دارویی است. تدابیر غیردارویی عمدتاً شامل موارد زیر است :

الف) آموزش- باید روشهای محافظت از مفصل و مکانیک مناسب بدن به بیمار آموزش داده شود. بیمار باید با تغییر محیط اطراف و اصلاح شیوه زندگی خود از وارد آمدن صدمات شدید و مکرر به مفصل جلوگیری کند و در صورت اضافه وزن، توصیه به کاهش وزن ضروری است

ب) محافظت از مفصل

- اجتناب از کارهایی چون ایستادن طولانی، زانو زدن، چمباتمه زدن و بالا و پایین رفتن از پله، راه رفتن در سربالایی و یا سر پایینی، پوشیدن کفش مناسب، برای محافظت از مفصل زانو
- اجتناب از کارهایی که درد را افزایش می دهند
- کاهش بار مفصل: آرتروز ممکن است به علت وضعیت نادرست بدن بوجود آمده یا تشدید یابد. اصلاح وضعیت غلط بدن و تصحیح انحنای بیش از حد کمر (لوردوز) ، ممکن است مفید باشد. باید
- کاهش وزن به منظور خودداری از تحمیل بار اضافی به مفصل مبتلا
- بیماران مبتلا به آرتروز زانو یا مفصل ران ، باید از ایستادن طولانی ، زانو زدن و چمباتمه زدن خودداری کنند. بیماران چاق باید وزن خود را کاهش دهند.
- استفاده از کف گوه‌ای در بعضی انواع آرتروز زانو ممکن است درد را کاهش دهد. رعایت دوره‌هایی از استراحت در طول روز ممکن است مفید باشد. اما بی‌حرکت کردن کامل مفصل دردناک لازم نیست.
- در بیماران مبتلا به آرتروز یک طرفه مفصل زانو گرفتن عصا در دست طرف مقابل کمک کننده است .

ج) فیزیوتراپی و ورزش: گرم کردن مفصل ممکن است درد و سفتی را کاهش دهد. در بیماران باید برنامه ورزشی در جهت حفظ دامنه حرکت مفصل ، تقویت عضلات دور مفصل و بهبود وضعیت فیزیکی باید طراحی گردد. استفاده نادرست از مفصل مبتلا به علت ترس از ایجاد درد منجر به آنروفی (از بین رفتن و تحلیل) عضله می‌شود. چون عضلات اطراف مفصل نقش مهمی در حفاظت از غضروف مفصلی در برابر استرس فیزیکی دارند، تقویت مناسب آنها حائز اهمیت است .

در افراد مبتلا به آرتروز زانو ، تقویت مناسب عضلات دور مفصل در عرض چند هفته ، ممکن است به اندازه داروهای مسکن منجر به کاهش درد شود. ناتوانی در افراد مبتلا به آرتروز زانو با ضعف عضله چهار سر ران ارتباط خیلی زیادی دارد و افراد فعال درد خیلی کمتری نسبت به افراد غیر فعال دارند .

بطور خلاصه اقدامات غیر دارویی که زیر بنای درمان آرتروز هستند عبارتند از: آموزش اصول مراقبت از مفاصل ، روشهای حرارتی ، تمرینهایی برای تقویت عضلات اطراف مفاصل ، کاهش وزن در افراد دارای اضافه وزن ، پرهیز از اعمال بار اضافی به مفاصل زانو با استفاده از کفهایی که بالشک دارند و نیز با کمک عصا .

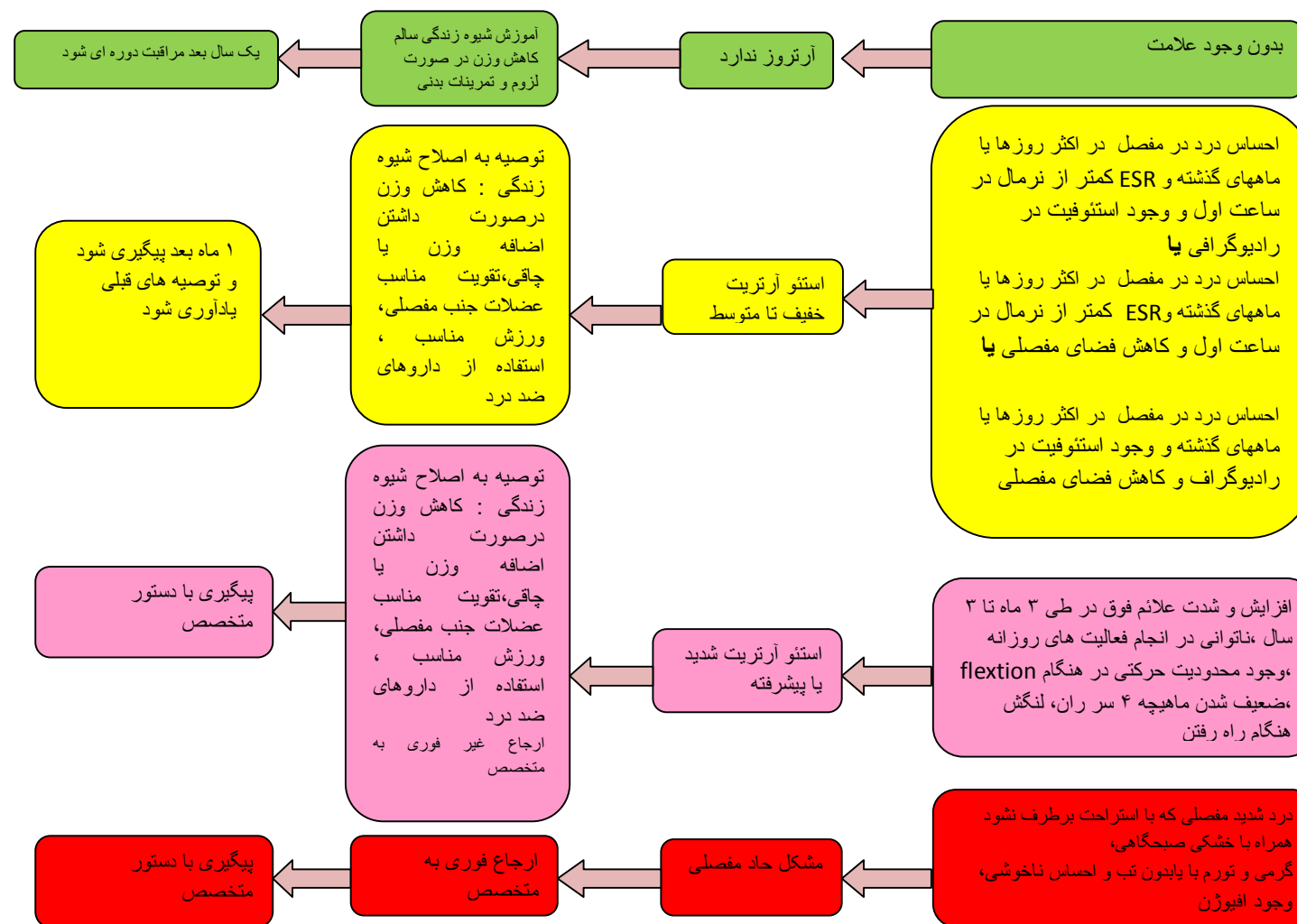
د) همچنین عوامل روانی- اجتماعی به عنوان تعیین کننده‌های درد از اهمیت زیادی برخوردار هستند. بطوری که در افراد مبتلا که حمایت اجتماعی اندکی دارند، مشاوره دوره‌ای توسط مصاحبه‌گران ماهر به اندازه داروهای مسکن ضد التهابی در کاهش درد مفاصل موثر است .

درمان دارویی

- انواع داروهای ضد التهابی : استروئیدی و غیر استروئیدی ، اندیکاسیون مصرف این داروها حمله التهابی آرتروز می باشد.مصرف آنها باید همراه استراحت کامل مفصلی باشد
در درمان دردهای مزمن مکانیکی مضر است زیرا با مهار حس درد فشار روی مفاصل بیشتر می شود. همچنین با مهار پروستا گلندین موجب تضعیف سازندگی غضروف می شود و دلیل دیگر عوارض دارویی ناشی از مصرف داروها است.

فصل سوم : ارزیابی بیماری های استخوان و مفاصل

الف : استئوآرتریت مفصل لگن



سوال کنید:
 آیا احساس درد در ناحیه کپل ها یا کشاله ران در هنگام ایستادن دارد؟ اگر بلی،
 آیا محدودیت حرکتی دارد؟
 آیا درد شبانه و خشکی صبحگاهی دارد معاینه و بررسی کنید:
 وجود نقطه دردناک به نام نقطه درد قدامی تعیین میزان محدودیت حرکتی در حالات flexion , extention , abduction , adduction
 تعیین ضعف ماهیچه چهار سر ران
 بررسی توانایی انجام فعالیت های روزانه *
 بررسی راه رفتن برای مشاهده لنگش رادیوگرافی :
 وجود استئوفیت
 کاهش فاصله مفصلی
 آزمایش :
 ESR

در گرفتن شرح حال از مراجعه کننده به نکات زیر توجه فرمایید:

چنانچه فرد دچار درد در ناحیه کپل یا کشاله ران است درخصوص نوع درد و مدت زمان آن از وی سوال شود. اولین علائم استئوآرتریت لگن احساس خشکی و ناراحتی گنگی در ناحیه کشاله ران و باسن و یا حتی ناحیه ران است. این مشکلات بخصوص در صبح وقتی بیمار از خواب بیدار میشود بیشتر است و ممکن است بتدریج در طول روز کمتر شود. بتدریج با شدت یافتن بیماری، درد در هنگام فعالیت های بدنی شدید تر شده و با کمی استراحت بهتر میشود. با شدیدتر شدن بیماری، درد حتی با استراحت هم دیگر خوب نشده و حرکت مفصل بشدت کم میشود به عبارت دیگر مفصل خشک میشود. بتدریج ممکن است بیماری آنقدر شدید شود که لایه غضروفی کاملا از بین رفته و در سطح مفصل، استخوان روی استخوان حرکت کند. در این وضعیت حرکت مفصل بطور طاققت فرسایي دردناک بوده و توانایی خم و راست شدن ران و یا چرخش ران بشدت کم میشود. بیمار برای کاهش شدت درد مجبور میشود اندامش را کمتر حرکت بدهد و کمتر راه برود و همین امر موجب میشود بتدریج عضلات اطراف ران و باسن ضعیف شده که نتیجه آن ایجاد لنگش در حین راه رفتن است.

تشخیص آرتروز یا سائیدگی مفصل لگن

گرفتن تاریخچه :

- گرفتن تاریخچه درد و شدت و زمان شروع و دیگر خصوصیات آن، در ابتدا فرد علامتی از درد ندارد مگر انجام فعالیت های شدید و سنگین. خشکی صبحگاهی شکایت شایعی است. در صورتی که درد لگن حتی با استراحت بر طرف نشود، یک زمینه التهابی یا عفونی باید در نظر گرفته شود. در تشخیص افتراقی درد لگن باید فیبرومیالژیا، اختلالات نوروماسکولار، سیگاری بودن و الکلی بودن نیز باید در نظر گرفته شود.

انجام معاینات:

- ارزیابی عمومی ستون فقرات از نظر انحرافات محوری، اندازه گیری پاها، تعادل و دفرمیتی
- اقدام به معاینه مفصل ران بصورت خم و راست کردن و چرخاندن آن کرده تا مقدار حرکت مفصل و شدت درد مشخص شود. کاهش حرکت یا محدودیت حرکتی در چرخش داخلی و خارجی در ابتدای بیماری
- مشاهده راه رفتن جهت مشاهده لنگش جهت تشخیص افتراقی (خفیف، متوسط و شدید).

رادیوگرافی:

- روش های تصویر برداری مثل رادیوگرافی به تشخیص بیماری کمک میکند. در تصویر رادیوگرافی از مفصل، چون غضروف نازک شده است فاصله مفصلی یا فاصله بین دو استخوانی که مفصل را تشکیل داده اند و در حد چند میلیمتر است کاهش پیدا میکند و در کناره های استخوان های تشکیل دهنده مفصل استخوان اضافی دیده میشود.

درمان استئوآرتروز یا ساییدگی مفصل لگن (ران)

روند استئوآرتروز قابل برگشت نیست ولی میتوان تا حدی مانع از پیشرفت آن شد. به بیان دیگر وقتی یک مفصل سائیده شده است به وضعیت قبلی خود برنمیگردد.

هدف از درمان :

هدف درمان کاهش درد و دیگر مشکلات بیمار و کند کردن روند پیشرفت بیماری است. برای این کار پزشک ممکن است از اقدامات غیر جراحی استفاده کرده یا اقدام به عمل جراحی کند.

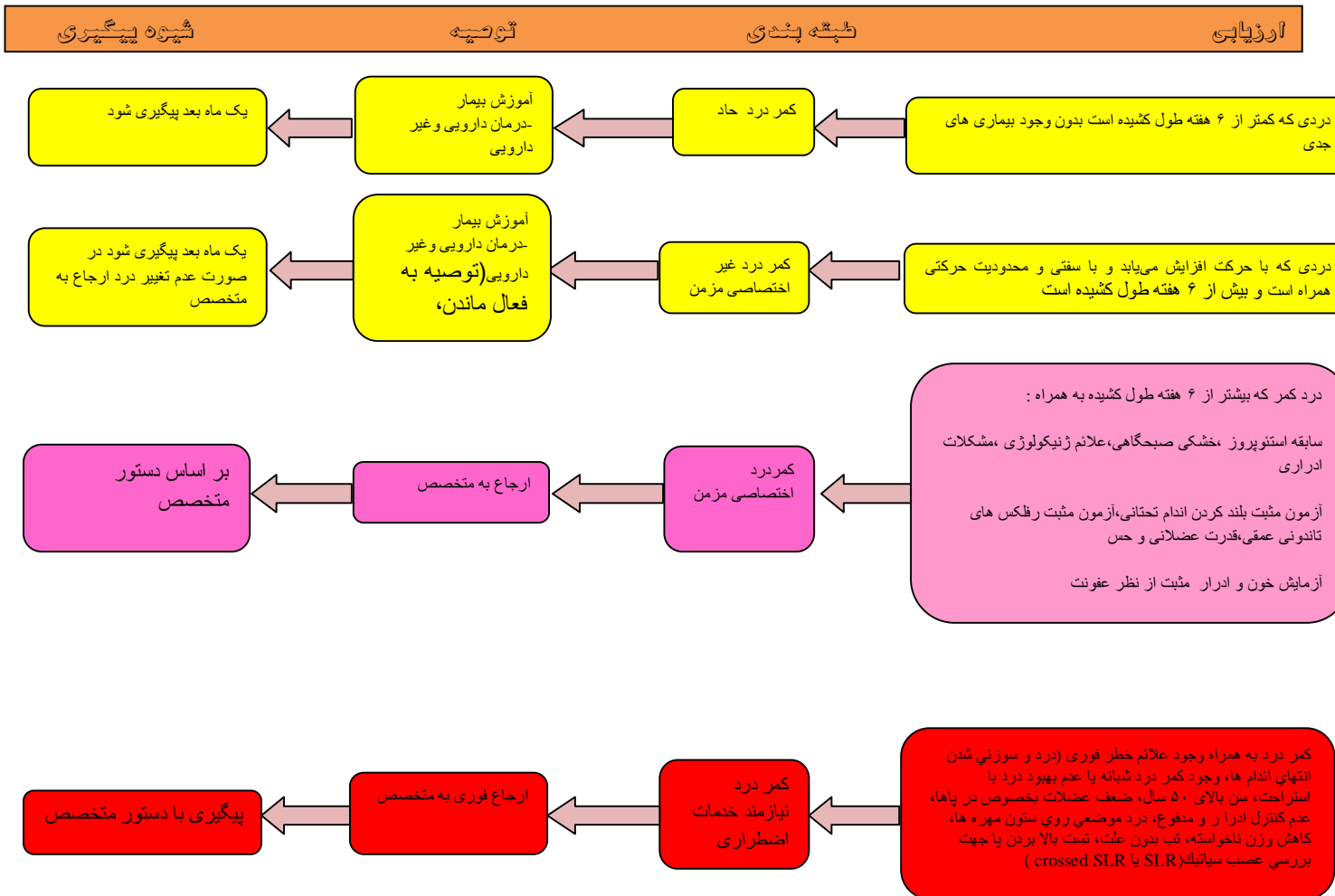
درمان غیر جراحی : در مراحل اولیه آرتروز درمان های غیر جراحی مفیدند این اقدامات عبارتند از:

- پرهیز از فشارهای زیاد به مفصل ران. کارهایی مثل نشستن و برخاستن زیاد بخصوص روی زمین، استفاده زیاد از پله، راه رفتن زیاد روی زمین های شیب دار، استفاده از توالت های سنتی و بلند کردن اشیاء سنگین مضر بوده و درد را تشدید کرده و سرعت پیشرفت بیماری را هم بیشتر میکند.
 - ورزشهای ملایم مانند شنا کردن و راه رفتن در استخر و دوچرخه سواری برای تقویت عضلات ران و بهتر کردن حرکات مفصل مفیدند.
 - استفاده از داروهای ضد درد و ضد التهاب
 - استراحت مناسب
 - کاهش وزن، هم شدت درد را کم کرده و هم مانع از پیشرفت بیماری میشود.
 - استفاده از عصا در صورت نیاز در موقع راه رفتن
- درمان جراحی استئوآرتروز مفصل ران :** در حالات شدید، پزشک معالج اقدام به تعویض مفصل کرده و یک مفصل مصنوعی را جایگزین مفصل هیپ میکند.

ب : ارزیابی کمر درد

از مراجعه کننده در صورتی که کمر درد دارد موارد زیر را سوال کنید:

- ۱. وجود علائم خطر:**
درد و سوزنی شدن انتهای اندام ها
درد تیر کشنده به ساق
وجود کمر درد شبانه یا عدم بهبود درد با استراحت
سن بالای ۵۰ سال
ضعف عضلات بخصوص در پاها
عدم کنترل ادرار و مدفوع
درد موضعی روی ستون مهره ها
کاهش وزن ناخواسته
تب بدون علت
وجود سرطان یا سایر ناخوشیهای جدی در جای دیگر بدن
- ۲. مدت دردترا سوال کنید:**
کمر درد حاد به کمتر از ۶ هفته و مزمن بیش از ۶ هفته تقسیم می شود
- ۳. عوامل خطر را سوال کنید:**
- سابقه حادثه
- سابقه یوکی استخوان و یا مصرف طولانی منت استروئید
- سابقه پرکاری تیروئید
- سابقه عفونی که اخیرا اتفاق افتاده باشد
- ضعف یا کرختی قسمتی از پا
۴. الگوی درد را سوال کنید:
- کمر درد با انتشار درد به پاها
- کمر دردی که با ایستادن افزایش می یابد و با نشستن برطرف می شود.
- ۵. معاینه کنید:**
۱) بررسی قدرت عضلانی اندام تحتانی و قریبه
۲) بررسی حس اندام تحتانی
۳) رفلکس آشیل، و زانو
۴) معاینه عروق دورسالیس پدیس، فمورال
۵) اندازه گیری دامنه حرکتی هیپ، زانو و مچ پا
۶) معاینه اینترنال و اکسترنال روتاسیون هیپ،
۷) تست بالا بردن پا جهت بررسی عصب سیاتیک (SLR یا crossed SLR)
۸) بررسی اینکه تشدید درد در فلکسیون یا اکستنسین ایجاد می گردد
۹) معاینه شکم از نظر توده و یا ارگانو مگالی
- ۶. در صورت لزوم درخواست آزمایش کنید:**
آزمایش خون و ادرار در موارد مشکوک به بدخیمی یا عفونت انجام می شود.



۱ - در شرح حال بیمار از نظر ابتلا به کمر درد به نکات زیر توجه کنید :

- **مدت درد** را در نظر بگیرید : درد کمتر از ۶ هفته نشان دهنده کمردرد حاد می باشد و مساوی یا بیشتر از ۶ هفته بیان کننده مزمن بودن درد خواهد بود
 - در خصوص **علائم خطر** از مراجعه کننده سوال شود :
- درد و سوزنی شدن انتهای اندام ها، درد تیر کشنده به ساق، وجود کمر درد شبانه یا عدم بهبود درد با استراحت، سن بالای ۵۰ سال، ضعف عضلات بخصوص در پاها، عدم کنترل ادرار و مدفوع، درد موضعی روی ستون مهره ها، کاهش وزن ناخواسته، تب بدون علت، وجود سرطان یا سایر ناخوشیهای جدی در جای دیگر بدن
- **شدت و الگوی درد** را در توجه کنید: درد کمربا حرکات بدن و یا با عطسه و سرفه بوجود می آید. ممکن است همراه با بی حسی در پاها نیز باشد. در صورت وجود هر یک از علائم زیر نیاز به مراجعه فوری به پزشک می باشد:

دردی که به شدت تشدید یابد.

دردی که باعث اختلال در فعالیت های روزمره است .

وجود علائم بالینی شدید

ضعف یابی جسمی در ناحیه پاها

اختلال در کنترل ادرار و مدفوع

- ۲- **عوامل خطر کمر درد** سوال شود : سابقه وجود یک **حادثه** مانند کشیدگی یا پارگی : دنبال یک سقوط ناگهانی - تصادف اتومبیل یا آسیب ورزش ممکن است اتفاق بیفتد . حتی در مواردی با بلند کردن یک جسم خیلی سنگین . در این موارد رباط ها ، تاندون ها یا عضلات ممکن است بیش از حد کشیده شوند یا پاره شوند . التهاب نسجی باعث ایجاد درد یا حساسیت به لمس و خشکی می شود ، که به دنبال بی حرکتی مثلا موقع بیدار شدن از خواب شدید تر است.
- چاقی** : ستون مهره مسئول حمل قسمت زیادی از وزن بدن است . وزن زیاد باعث ایجاد فشار و استرس بر کمر بخصوص قسمت پایین کمر می شود . علاوه بر این چاقی باعث تشدید مواردی چون ساییدگی مفصل و سایر بیماری های موجود در ستون مهره نیز می تواند بشود .
- افزایش سن** : باعث ضخامت رباط ها و کم آب شدن دیسک می شود . این تغییرات می تواند باعث اختلالاتی شود که فشار بر اعصاب ستون مهره وارد کند و علائمی چون درد ، بی حسی یا ضعف ایجاد نماید.
- بیماری استحال ای دیسک بین مهره ای** مثالی از تغییرات وابسته به سن در ستون مهره است . با مرور زمان ممکن است دیسک ساختمان و عملکرد طبیعی خود را از دست بدهد . سایش و پارگی در قسمت محیطی دیسک می تواند باعث بیرون زدگی دیسک و درد شود . در مواردی با وجود پارگی دیسک آزاد شدن مواد شیمیایی باعث تحریک ریشه عصبی و درد در سرتاسر یک پا می شود .

۳-در معاینات

- بررسی قدرت عضلانی اندام تحتانی و قرینه
- بررسی حس اندام تحتانی
- رفلکس آشیل، پروئال و زانو
- معاینه عروق دورسالپس پدیس، فمورال
- اندازه گیری دامنه حرکتی هیپ، زانو و مچ پا
- معاینه اینترنال و اکسترنال روتاسیون هیپ،
- تست بالا بردن پا جهت بررسی عصب سیاتیک
- بررسی اینکه تشدید درد در فلکسیون یا اکستاسیون ایجاد می گردد

۴- آزمایشات پاراکلینیک :

گرافی یا آزمایش بعد از ۶ هفته توصیه می‌شود. قبل از این مدت در صورت وجود علائم خطر گرافی یا آزمایش توصیه می‌شود. انجام MRI یا گرافی بدون وجود اندیکاسیون منجر به تشخیص‌های اشتباه می‌گردد که این امر روند درمان را مختل می‌کند.

همه کمر دردها نیاز به عکس برداری ندارند. در مواردی که شک به صدمات استخوانی مثل سرطان وجود دارد، عکس برداری می‌تواند مفید باشد. ولی عکس‌ها صدمه به مهره‌ها در اثر ضربه، پوکی استخوان، صدمه به بافت‌های نرم عضله و رباط‌ها و دیسک‌ها را نشان می‌دهند زمانی که تصمیم به جراحی است و یا در تشخیص علت دردهای بهبود ناپذیر، انجام "ام.آر.آی" توصیه می‌شود. زیرا بر اساس آن درمان را تغییر خواهند داد.

۵- درمانهای رایج کمر درد:

استراحت در بیماران دارای کمردرد حداکثر ۴۸ ساعت توصیه شده و بعد از آن استراحت فعال بصورت حرکت در دامنه بدون درد توصیه می‌گردد

• درمانهای دارویی :

درمانهای دارویی شامل داروی اختصاصی برای نوع بیماری و در صورت لزوم تجویز مسکن جهت درمان علامتی درد است. همانطور که گفته شد، هدف اصلی در درمانهای دارویی، درمان علت بیماری است و چنانچه علت بیماری قابل درمان نبوده و یا جزو علل مکانیکی کمردرد باشد، دارو را می‌توان به صورت مسکن تجویز نمود که بهتر است غیر استروئیدی و بدون کورتون باشد. بدیهی است در چنین مواردی استفاده از مسکن می‌تواند به طور موقتی باشد و انجام روشهای فیزیکی مانند فیزیوتراپی و تمرینات درمانی حتماً ضروری است.

۶- تمرینات درمانی :

جهت ارائه نسخه ورزشی به بیماران در فاز حاد درد می‌بایست ارزیابی اولیه انجام گیرد. به اینصورت که درد در فلکسیون یا اکتانسیون تشدید می‌گردد. در هر مورد می‌بایست ورزش در جهت مخالف که بیمار درد ندارد شروع شود و پس از طی دوره درد حاد در سمت مخالف هم ادامه یابد. بنابراین ورزش جهت این بیماران بصورت انفرادی و مخصوص همان فرد طراحی می‌گردد.

در صورت استمرار بطور موثری از عود کمر درد نیز جلوگیری می‌کند. تمرینات درمانی انواع مختلفی دارند و بسته به محل درد علت درد و وضعیت ستون فقرات (از جمله میزان انحنای آن) نوعی از تمرین قابل توصیه است.

• فواید ورزش درمانی در درمان کمردرد:

ورزش درمانی باعث درمان انواع مختلف کمردرد می‌شود ورزش تاثیرات مختلفی روی اعضاء بدن می‌گذارد که این تاثیرات دارای فواید درمانی زیادی هستند و به این شکل باعث درمان علتهای اصلی کمردرد می‌گردد

۱- ورزش منظم، باعث کاهش وزن افراد چاق و رسیدن به وزن متناسب می‌شود این موضوع فشار وارد بر کمر را کم کرده و باعث درمان کمردردهایی میشود که به خاطر اضافه وزن ایجاد شده اند

۲- ورزش باعث بیشتر شدن انعطاف بدنی می‌گردد انعطاف بدنی، توانایی حرکات در جهات مختلف را افزایش می‌دهد و کمردرد های حاصل از خشکی کمر را درمان می‌کند

۳- به وسیله ی ورزشهای مخصوص می‌توان عضلات شکم و کمر را تقویت کرد عضلات قوی از ستون فقرات محافظت می‌کنند و از آسیب دیدگی آن جلوگیری می‌نمایند عظلات نیرومند می‌توانند از دیسکهای آسیبدیده حفاظت کنند و کمردردهای حاصل از صدمات دیسک را درمان نمایند

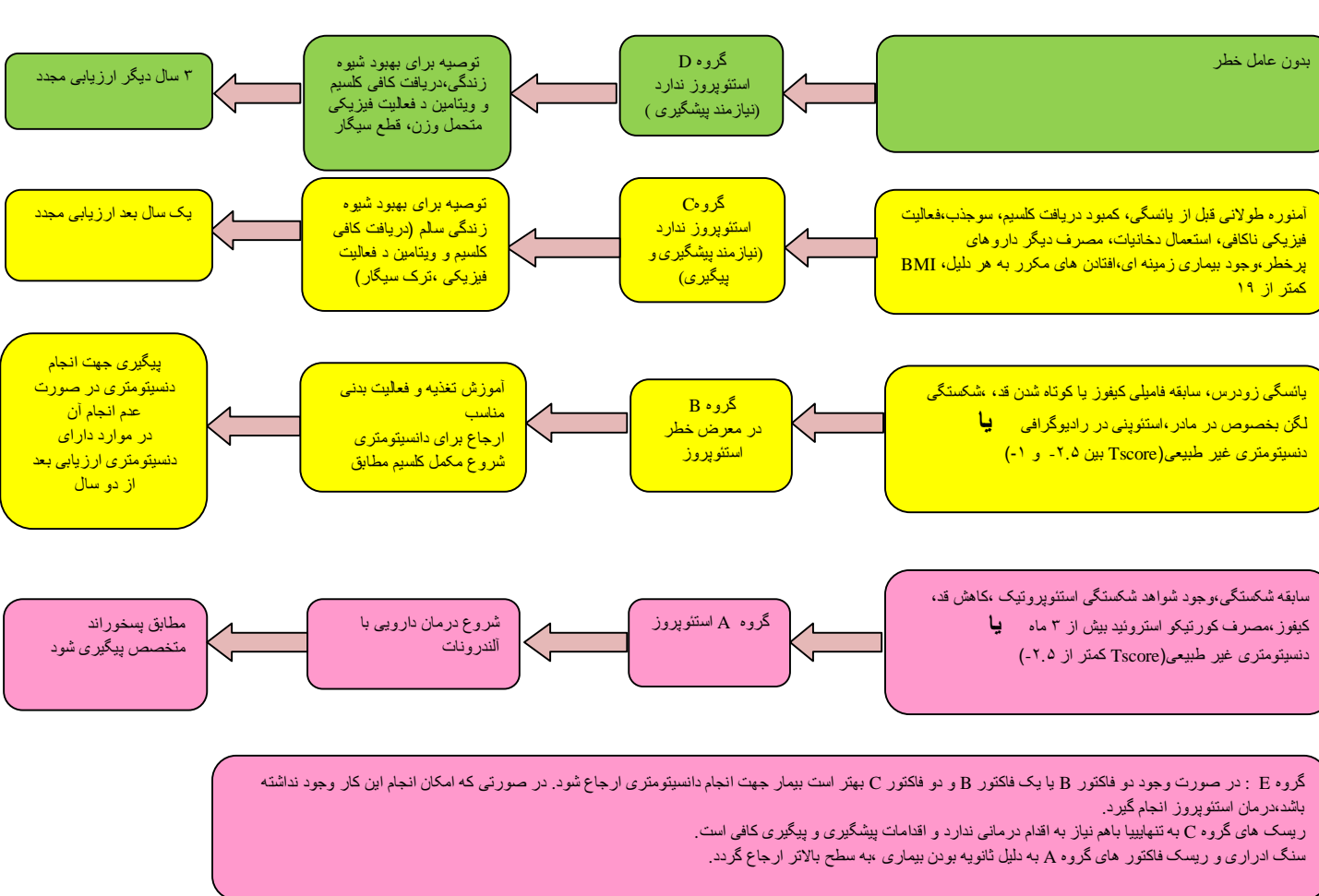
۴- انجام ورزشهای هوازی به مدت یست دقیقه در روز به بهبود خورسانی اسکلت مرکزی و کاهش بروز کمر درد کمک خواهد کرد.

• **آموزش روش صحیح نرمشها جهت درمان کمردرد**
ورزش به سه فاز تقسیم می‌شود:

- (۱) فاز حاد درد: در این فاز ورزش طبق معاینه انجام شده تجویز می‌شود
- (۲) فاز تحت حاد: در این مرحله درد فروکش کرده و فقط در انتهای دامنه حرکتی مختصری درد وجود دارد. در این مرحله حرکت‌های مخالف فاز یک توصیه می‌شود
- (۳) بعد از بهبود کامل درد توصیه به ورزش maintenance و هوازی بمدت بیست دقیقه در روز

پیاده روی و دویدن آرام: پیاده روی باعث کاهش وزن می‌شود و میتوان گفت بهترین ورزش جهت کم کردن وزن، پیاده روی یا دویدن آرام می باشد پیاده روی علاوه بر کاهش وزن باعث پیشگیری از گسترش پوکی استخوان می شود
پیاده روی در فضای باز و محیطی آرام و نشاط بخش باعث درمان افسردگی و ناراحتی روانی و کمردرد های حاصل از این ناراحتی می شود
روش انجام: پیاده روی را از مقدار کم (پنج دقیقه در روز) شروع کرده و اندک اندک آن را زیاد کنید و به نیم ساعت در روز برسانید
مقدار پیاده روی برای کاهش وزن باید از ۲۰ دقیقه بیشتر باشد
پیاده روی باید با سرعتی متوسط انجام گیرد برای بدست آوردن سرعت پیاده روی باید از ضربان قلب استفاده کنید برای این کار نبض خود را در حین پیاده روی بشمارید
سپس با استفاده از فرمول زیر سرعت پیاده روی را بدست آورید (تعداد نبض در یک دقیقه در حالت پیاده روی = $60 * \%$ (سن _ ۲۲۰)
اگر نبض شما کمتر می زند، سرعت خود را بالا ببرید و اگر نبض شما سریعتر می زند، باید سرعت پیاده روی را کمتر کنید
شنا و انجام حرکات در آب: شنا یکی از ورزشهای مفید برای بسیاری از کمدردها می باشد فشار آب روی عضلات بدن باعث قوی و مستحکم شدن آنها می شود آب باعث کاهش وزن بدن می گردد و فشار وارد بر ستون فقرات کم می شود از طرفی آب در برابر حرکات بدن مقاومت می کند و انجام حرکات نیاز به قدرت بیشتری دارند
روش انجام: ابتدا به طور آرام وارد قسمت کم عمق استخر شوید و از شیرجه زدن و جهش در آب خودداری کنید سپس به طور آرام در آب قدم بزنید بعد به طرف پشت و از سمت چپ و راست در آب قدم بزنید و بعد از آن سعی کنید از جلو و سپس از پشت روی آب دراز بکشید

ج: استئوپروز



در مورد عوامل خطر سوال کنید:

سن، سابقه شکستگی استخوان بعد از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک، سابقه کوتاه شدن قد در فرد، کیفوز در افراد خانواده، سنگ ادراری، مصرف سیگار، آمنوره،

بررسی کنید:

میزان دریافت کلسیم

میزان فعالیت فیزیکی

نوع داروهای مصرفی (کورتون)

سو جذب

سایر بیماری های زمینه ای

اندازه گیری کنید:

قد، وزن محاسبه نمایه توده بدنی

در صورت لزوم یا شک به استئوپروز آزمایشات زیر را درخواست کنید:

دنسیتومتری برای منوپوز زودرس، آمنوره ثانویه بیش از یک سال، هیپوگنادیسم اولیه، مصرف استروئید بیش از ۳ ماه، سابقه شکستگی هیپ در مادر، BMI کمتر از ۱۹، رادیوگرافی غیر طبیعی، سابقه شکستگی قبلی در مچ یا فقرات، کوتاهی قد، کیفوز

کلسیم ادرار

استئو پروزیس يك بیماری شایع استخوانی است که در آن توده استخوانی بتدریج از بین میرود و فراژیلیتی استخوانها و بدنبال آن خطر شکستگی بخصوص در استخوانهای مهره ، لگن ، و مچ افزایش می یابدو بدون آنکه علامت خاصی ایجاد کند ، معمولا با ایجاد این شکستگی ها فرد را از بیماری خود مطلع می سازد . شکستگی ها ممکن است بدنبال سقوط یا حتی بطور خودبخود با حرکات ساده ای مانند سرفه و عطسه ایجاد شود.

پیشگیری از استئو پروزیس با هدف حفظ ساختار اسکلتی و توده استخوانی ، پیشگیری از کاهش توده استخوانی ناشی از افزایش سن و عوامل ثانویه پیشگیری از شکستگی صورت می گیرد.

اصول کلی پیشگیری از استئوپروزیس: رژیم غذایی با کلسیم کافی ، تغذیه صحیح ، دریافت کافی ویتامین د ، تمرینات ورزشی متحمل وزن بطور منظم ، ترك مصرف سیگار و الكل

در شرایط ویژه مداخلات دارویی پیشگیری کننده مانند مکمل کلسیم و ویتا مین د ، هورمون در مانی جایگزین و بیسفسفوناتها به کار گرفته می شود.

عوامل خطر برای ابتلا به استئو پروزیس و شکستگی ناشی از آن :

- جنس: استئو پروزیس بطور کلی در زنان بیشتر از مردان اتفاق می افتد. بطوری که در زنان ۵۰ ساله ۲ برابر افزایش می یابد
- سن : در سن بالا تر از ۶۰ سال بیشتر و با گذشت هر دهه از عمر بعد از ۵۰ سالگی ریسک نسبی ابتلا به استئو پروزیس ۲ - ۳ برابر افزایش می یابد بطوری که در زنان ۵۰ ساله با انحراف معیار ۲ و بالاتر از میانگین بالغین بدون هیچ ریسک فاکتور دیگر خطر شکستگی کمتر از ۵ % و برای زنان ۶۵ سال به بالا بدون هیچ ریسک فاکتور دیگر با انحراف معیار ۲ / ۵ BMD و بالاتر از میانگین بالغین به بیشتر از ۲۰ درصد می رسد.
- سایر عوامل خطر و پیش بینی کننده شامل موارد زیر است:
- یائسگی و کمبود استروژن
- یائسگی زودرس
- آموره طولانی مدت (بیش از یک سال) قبل از یائسگی : منظور از آموره طولانی قبل از یائسگی مواردی از آموره غیر طبیعی است که با نقص عملکرد تخمدان همراه باشد)
- هیپو گونادیسیم ، تخمدان پلی آیستیک و(.....)
- منارك دير هنگام (بعد از ۱۵ سالگی)
- کمبود دریافت کلسیم در رژیم غذایی به هر دلیل
- الکلیسم
- افتادنهای مکرر به هر دلیل (اختلال بینایی ، اختلال موسکولو اسکلتال ، مصرف دارو و
- مصرف استروئید بیش از ۳ ماه
- سابقه شکستگی هیپ در مادر
- BMI کمتر از ۱۹ ، یا کاهش وزن اخیر به میزان بیش از ۵ کیلوگرم یا بیش از ۵ درصد وزن پایه
- سابقه استئو پروز و شکستگی با ضربه پایین ، در فرد ریسک شکستگی را ۸ برابر می کند و در دو سال اول بعد از شکستگی این ریسک بالاتر است . حدود ۵۰ درصد موارد این شکستگی ها در گروه استئوپنیک اتفاق می افتد . وجود شکستگی های خاموش و بدون علامت در رادیوگرافی مهره افرادی که کاهش قد به میزان ۲ سانتی متر داشته اند ، نیز خطر شکستگی را افزایش می دهد.
- هر گونه شکستگی در زنان بعد از منوپوز، حتی شکستگی تروماتیک نیز باید از نظر بوکی استخوان مورد توجه قرار گیرد.
- مصرف زیاد کافئین
- فعالیت فیزیکی متحمل وزن ناکافی ، زندگی کم تحرک و بیماریهایی که منجر به بیحرکتی طولانی مدت می شوند.
- وضعیت بد اجتماعی اقتصادی

• افراد سفید پوست و نژاد آسیایی
 • مصرف دارو هایی که تاثیر منفی بر دانسیته استخوان دارند. مانند : کورتیکو استروئید به مدت بیشتر از سه ماه ، داروی ضد انعقاد (هیپارین) به مدت طولانی ، داروی ضد
 صرع (فنی توتین و فنو باریتال) به دلیل تاثیر بر هموستازیس ویتامین د ، سیکلوسپورین به مدت طولانی
 • وجود بیماری زمینه ای : وجود اختلالات هورمونی مانند هیپر پاراتیروئیدیسم ، هیپر تیروئیدیسم ، هیپو گونادیسیم ناشی از دارو یا بیماری ، سندرم کوشینگ ، بیماریهای اتو
 ایمون و آرتريت روماتوئید، سندرم سوء جذب و....
گروه بندی عوامل خطر استئوپروز و شکستگی ناشی از آن

• **گروه A** : پر خطر و نیاز مند شروع درمان با یا بدون انجام دانسیتو متری

- ۱ - سابقه شکستگی با ضربه پایین
 - ۲ - وجودشواهدشکستگی استئو پوروتیک بدون علامت به صورت (شکستگی بدون علامت مهره ، کاهش قد ، پیدایش کیفوزیس)
 - ۳ - مصرف کورتیکواستروئید بیش از سه ماه متوالی
- **گروه B** : پر خطر نیازمند تشخیص قطعی با انجام دانسیتو متری

- ۱ - یائسگی زود رس
- ۲ - سابقه فامیلی کیفوز یا کوتاه شدن قد وشکستگی بویژه شکستگی لگن در یکی از والدین بخصوص در مادر
- ۳ - استئو پنی در X-Ray
- ۴ - افتادن مکرر به هر دلیل

• **گروه C** : نیازمند پیشگیری و پیگیری

- ۱ - آمنوره طولانی قبل از یائسگی
 - ۲ - آمبود دریافت کلسیم در رژیم غذایی
 - ۳ - فعالیت فیزیکی نا کافی
 - ۴ - استعمال دخانیات ، الکلیسم
 - ۵ - مصرف داروهای پر خطر بجز کورتیکو استروئیدها
 - ۶ - وجود بیماری زمینه ای مرتبط با استئو پورزیس
 - ۷ - افتادن مکرر به هر دلیل
 - ۸ - پایین بودن BMI (اندکس توده بدنی کمتر از ۱۹)
- **گروه D** : نیازمند پیشگیری : بدون ریسک فکتور
- **گروه E** : ریسک فاکتورهای متعدد

در صورت وجود دو فاکتور بهتر است بیمار جهت انجام دانسیتومتري ارجاع شود . در صورتی که امکان انجام این کار وجود نداشته باشد ، درمان استئوپورزیس انجام گیرد
 دو فآتور B+ یا يك فآتورB

ریسکهای گروه C به تنهایی یا با هم نیاز به اقدام درمانی ندارد و اقدامات پیشگیری و پیگیری کافی است C .
 در مورد سنگ ادراری + ریسک فآتورهای گروه A : به دلیل احتمال ثانویه بودن بیماری ، بیمار به سطح بالا تر ارجاع گردد

اقدامات لازم در افراد در معرض خطر و مبتلا به استئو پروزیس :

اقدام برای شروع درمان دارویی در گروه و در گروهی که ریسک فاکتورهای متعدد دارند، با یا بدون انجام دانسیتومتري

در صورتی که بیمار دارای ریسک فاکتور گروه A دارای سابقه سنگ ادراری باشد، بهتر است جهت بررسی از نظر نوع ثانویه استئوپوروزیس و اتخاذ تصمیم دقیق درمانی ارجاع شود

پیگیری انجام درمان پیشنهادی متخصص و تحت نظر گرفتن بیمار اقدام برای انجام دانسیتومتری در صورت امکان در گروه B پیگیری انجام درمان پیشنهادی متخصص و تحت نظر گرفتن بیمار در صورت وجود دو فاکتور B یا یک فاکتور B + دو فاکتور C بهتر است بیمار جهت انجام دانسیتومتری ارجاع شود. در صورتی که امکان انجام این کار وجود نداشته باشد، درمان استئوپوروزیس انجام گیرد ریسکهای گروه C به تنهایی یا با هم نیاز به اقدامات درمانی ندارد و اقدامات پیشگیری و پیگیری کافی است

پیشگیری از استئوپروز و شکستگی ناشی از آن در همه گروهها شامل اقدامات زیر است: تامین کلسیم مورد نیاز ۱۲۰۰ میلیگرم روزانه و ویتامین D تکمیلی به میزان روزانه ۴۰۰IU ترجیحا از منابع غذایی، در صورت لزوم تجویز مکمل کلسیم کربنات ۵۰۰ میلی گرم روزانه با کنترل دفع کلسیم از ادرار* و یکبار کنترل سطح کلسیم سرم، فعالیت فیزیکی مناسب، اجتناب از آسیب فیزیکی اندامها و مفاصل و رفع علل افتادن مکرر، ایمنی محیط کار و زندگی، اجتناب از مصرف سیگار و الکل لازم است.

تشخیص استئوپوروز

در حال حاضر بهترین راه تشخیص دا نسیتومتری استخوان تر جیحا از دو سایت مهره و لگن می باشد در هر سیستمی T-score cutoff (T-score) تعداد انحراف از میانگین نرمال BMD در جوانان است) برای دانسیتومتری تفاوت دارد.

استاندارد WHO برای تشخیص استئوپوروزیس بر مبنای اندازه گیری توده استخوانی به شرح زیر است:

۱ - T-score بزرگتر از ۱ - : دانسیته استخوانی نرمال (بالتر از ۱ SD - از میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان

۲ - T-score - بین ۱ و -۲/۵ - : استئوپنی (بین ۱ و -۲/۵ SD زیر میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان)

۳ - T-score کمتر از -۲/۵ - : استئوپوروزیس (حداقل -۲/۵ زیر میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان)

اسکرینینگ با استفاده از دانسیتومتری تقریبا در هیچ جا توصیه نشده است. انجام دانسیتومتری استخوان با تکنیک گلد استاندارد (DXA Dual Energy X-ray Absorptiometry)

در زنان گروه سنی ۴۵-۶۰ سال در ایران در شرایط زیر توصیه می شود:

- تصمیم گیری برای شروع درمان در افراد گروه B (پائستگی زود رس، سابقه فامیلی کیفوز یا کوتاه شدن قد و شکستگی بخصوص در مادر، استئوپنی در X-Ray)
- در صورت وجود امکانات انجام دانسیتومتری برای تصمیم گیری درمانی در افراد گروه A و افرادی که دو ریسک فاکتور از گروه B یا یک ریسک فاکتور B و دو ریسک فاکتور C را دارا هستند، می توان دانسیتومتری انجام داد. در غیر این صورت شروع درمان حتی بدون انجام دانسیتومتری ضروری است.
- در صورتی که امکانات برای دانسیتومتری وجود داشته باشد، پیگیری تاثیر درمان در گروههای مختلف را میتوان با انجام دانسیتومتری کنترل کرد. اما در هر حال فواصل انجام آن حتی در افراد استئوپنیک در حال درمان نباید کمتر از دو سال باشد، مگر در افراد مصرف کننده استروئید.
- در صورتی که امکانات برای دانسیتومتری وجود داشته باشد، پیگیری تاثیر درمان در گروههای مختلف را میتوان با انجام دانسیتومتری کنترل کرد. اما در هر حال فواصل انجام آن حتی در افراد استئوپنیک در حال درمان نباید کمتر از دو سال باشد، مگر در افراد مصرف کننده استروئید.

عوارض استئوپوروز

شکستگی مهمترین عارضه استئوپوروزیس است که به دو دسته تقسیم می شود: ۱- macrofracture شکستگی واضح در رادیوگرافی بدنال ضربه خفیف (low threshold fracture ضریانی کمتر از افتادن فرد به زمین از فاصله قد خود فرد) که منجر به درد حاد و ناگهانی لوکالیزه در اندام یا مهره می شود.

2-Microfracture بدون شکستگی واضح در رادیوگرافی با دردهای پراکنده و مبهم در ستون مهره ها و پروکزیمال اندامها و تغییر شکل تدریجی استخوانها

*هیپر کلسیوری : کلسیم ادرار بیشتر از ۲۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت که با داروی تiazید قابل کنترل نباشد را هیپر کلسیوری می گویند . هیپر کلسیوری در دوز کمتر از ۲ گرم کلسیم در روز غیر معمول است و اگر وجود داشته باشد کنتراندیکاسیون تجویز کلسیم به شمار می آید . همچنین دریافت بالای کلسیم ، احتمال جذب آهن و روی را از منابع غذایی کاهش می دهد . عارضه دیگر کریبات آلسیم بیوست و نفخ روده است که در صورت جایگزین کردن سیترات کلسیم قابل رفع می باشد . طول مدت مکمل درمانی کلسیم در صورتی که منعی برای مصرف وجود نداشته باشد ، محدودیتی ندارد .

درمان استئوپورزیس

۱ - در زنان در دوره منوپوز و پس از آن با سابقه شکستگی یا سابقه استئوپورزیس بدون سابقه شکستگی ، برای پیشگیری از شکستگی در همه سایتها ی بدن ، (بیفسوناتها+ کلسیم+ ویتامین د) به صورت آلدرونیت ۱۰ میلیگرم روزانه یا ۷۰ میلیگرم هفتگی + ۵۰۰ میلیگرم کلسیم روزانه + ۴۰۰ واحد ویتامین د روزانه اساس درمان می باشد .
بیفسوناتها(آلدرونیت) ریسک شکستگی را بخصوص در مهره ها در افراد استئوپروتیک به علت پیشگیری از تخریب ساختار تراپکولار استخوان کاهش می دهند و BMD را افزایش میدهند . این دارو در پیشگیری از کاهش توده استخوانی در زنانی که اخیرا به منوپوز رسیده اند ، درمان بیماران مبتلا به استئوپورز قطعی در دوره بعد از منوپوزودرمان استئوپورز ناشی از مصرف گلوآورتیکوئید ها موثر است .

مصرف بیس فسفونیتها ی خوراکی میتواند موجب عوارض گوارشی از قبیل ورم مری ، گاستریت و اسهال شود و بیمارانی که دچار مشکلات گوارشی مانند آشالازی ، تنگی مری ،

مری بارت ، ریفلاکس و اسکلرودرمی هستند باید از مصرف بیس فسفونیت خوراکی اجتناب کنند . در کسانیکه با مصرف دارو دچار مشکلات گوارشی می شوند ، باید فوراً مصرف

دارو را قطع کرد . سایر کنتراندیکاسیونها ی مصرف آلدرونیت شامل موارد زیر است : حساسیت به الیگرونها ، هیپوکلسمی تا وقتی اصلاح نشده است ، وجود ناهنجاری های مری که عبور دارو را دچار مشکل کند . همچنین باید در صورت وجود مشکلات گوارشی حاد و نارسایی شدید کلیه در مصرف داروی فوق احتیاط کرد .
برای کاهش عوارض گوارشی آلدرونیت بیمار باید آن را به صورت ناشتا میل کند و تا نیم ساعت بعد نیز ناشتا بماند ، همچنین دارو با یک لیوان آب و در حالت ایستاده مصرف گردد . بنابر این در افرادی که توانایی ایستادن ندارند مصرف دارو توصیه نمیشود

طول مدت درمان : تاثیر در مان و بی ضرری آن تا ۱۰ سال اثبات شده است . پس از قطع درمان ممکن است بطور خفیفی توده استخوانی کاهش یابد . این درمان در مصرف کنندگان استروئیدها تا زمانی که استروئید دریافت می آند باید ادامه داشته باشد و برای سایر افراد گروه A حد اقل به مدت ۵ سال تجویز شود . در شروع درمان با مکمل کلسیم ، کلسیم ادرار و سرم و سپس سالی یک بار کلسیم ادرار کنترل شود .

۲ - رالوکسیفن ۶۰ میلیگرم روزانه + کلسیم ۵۰۰ میلیگرم روزانه + ویتامین د ۴۰۰ واحد روزانه

SERM= Selective Estrogen Receptor Modulator مانند رالوکسیفن داروی انتخابی دیگری است که سبب افزایش توده استخوانی و کاهش شکستگی می شود و بطور اختصاصی برای کاهش شکستگی مهره توصیه شده است . این دارو علاوه بر پیشگیری و درمان استئوپورزیس از ابتلا به سرطان پستان نیز پیشگیری می کند .

۳ - کلسیتونین اینترا نازال ۲۰۰ واحد روزانه + ۵۰۰ میلیگرم کلسیم روزانه + ۴۰۰ واحد ویتامین د روزانه

کلسیتونین داروی دیگری است که در مطالعات مختلف بر پیشگیری از شکستگی مهره ها موثر بوده است . میزان مصرف آن ۲۰۰ واحد روزانه به صورت اینترانازال می باشد . این دارو در سالهای اولیه بعد از یائسگی که زنان در وضعیت fast looser هستند ، هیچ تاثیری ندارد .

HRT - 4

در مطالعه (WHI (Women's Health Initiative تاثیر HRT (Hormon Replacement Therapy) بر افزایش BMD (Bone Mass Density) به میزان (۵ %) و کاهش

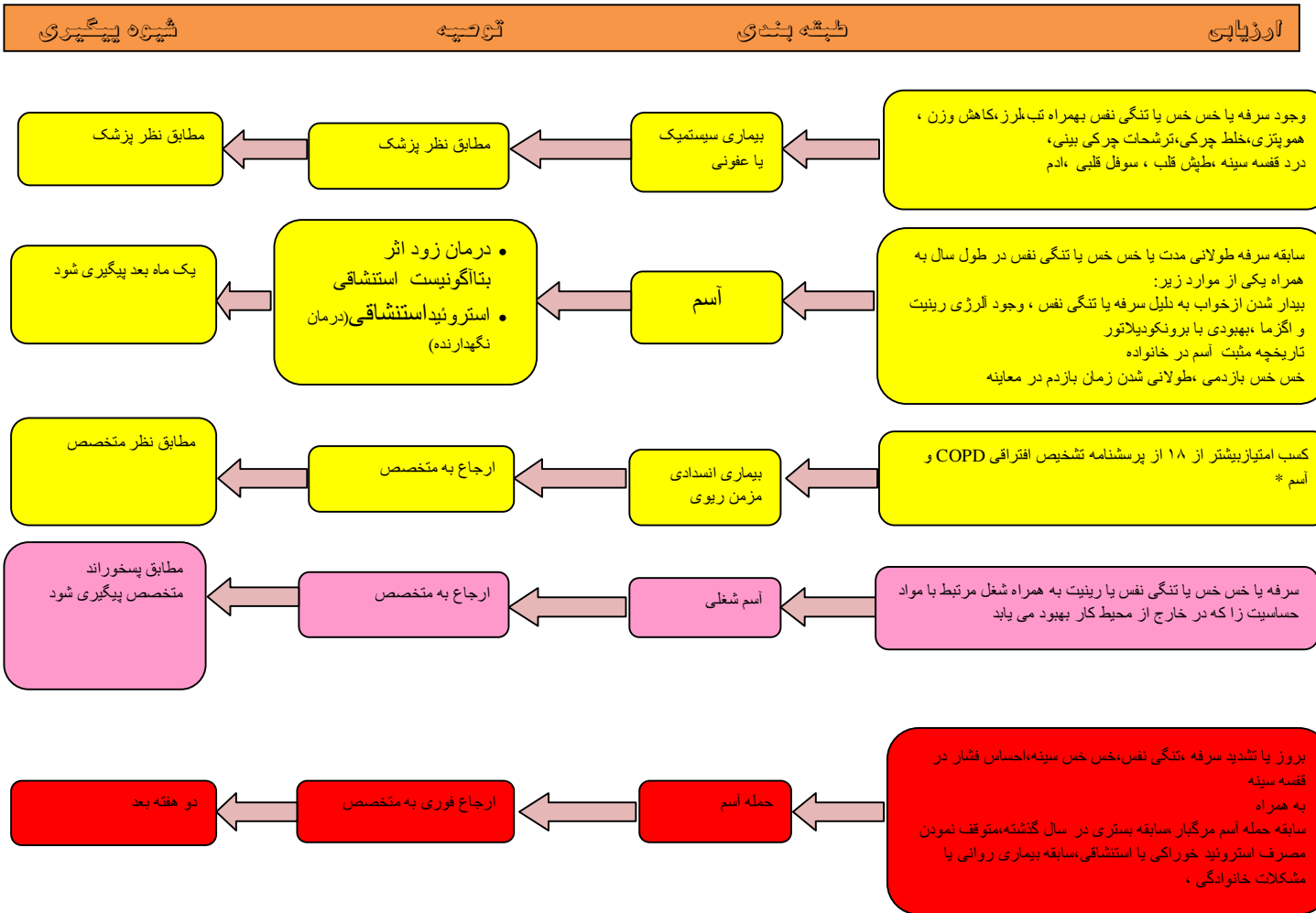
خطر شکستگی مهره و لگن به میزان (۳۴ %) روشن شده است ، اما باتوجه به اثرات دیگر آن که در همین تحقیق مشخص شده است هورمون درمانی به عنوان درمان اولیه

استئوپورزیس توصیه نمی شود و سایر داروها ترجیح داده می شوند مگر آنکه دلیل دیگری بجز استئوپورزیس برای تجویز استروژن وجود داشته باشد . در صورتی که بیمار به هر دلیل از هورمون درمانی استفاده می کند ، نباید آلدرونیت تجویز گردد .

فصل چهارم : بیماری های دستگاه تنفسی

ارزیابی از نظر آسم

سوال کنید:
 سرفه بیش از ۴ هفته
 خس خس سینه مکرر
 تنگی نفس بویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت تنفسی
 سابقه تشخیص آسم توسط پزشک استفاده از اسپری استنشاقی توسط دستور پزشک
در صورتی که پاسخ به هریک از سوالات مثبت بود:
 تکرار علائم یاد شده در روزهای مختلف ماه فصل یا سال
 سن وجود تب و لرز، کاهش وزن، خلط چرکی ترشحات چرکی از بینی
 درد قفسه سینه، طپش قلب، ادم، آنمی، کاهش وزن، همویتری
 نوع شغل (مرتبط با چسب عایق، کف پوش، آرد غلات، لاتکس، حیوانات، آلدئیدها، ذرات چوب)
 مصرف دخانیات (مدت و تعداد) وجود آلرژی، رینیت، آگزما
 سابقه آسم در خانواده
 بیدار شدن از خواب به دلیل حمله سرفه یا تنگی نفس
 بهبود علائم یاد شده در خارج از محل کار
 معاینه کنید:
 وجود خس خس بازدمی در سمع طولانی شدن زمان بازدم اندازه گیری دمای بدن بررسی ادم
 سمع قلب (طپش قلب، سوفل قلبی)



تشخیص آسم

تشخیص آسم اساساً بالینی است و بر اساس شرح حال، معاینه فیزیکی و با کمک گرفتن از ابزارهای سنجش عملکرد ریوی صورت میگیرد. با توجه به اینکه علائم آسم (سرفه، خسخس مکرر، تنگی نفس و احساس فشار در قفسه سینه (دردیگر بیماریهای ریوی نیز دیده می شود، توجه به تشخیص های افتراقی به خصوص در سنین کمتر از 5 سال و افراد بیشتر از 40 سال حائز اهمیت است. علائم آسم عموماً متناوب و متغیر بوده) یعنی وجود دوره های عود و بهبودی در علائم (و اغلب در شب بدتر میشوند. این علائم به ویژه در هنگام ورزش، برخورد با دود سیگار، هوای سرد، عفونتهای ویروسی دستگاه تنفس و نیز مواد حساسیت زا تشدید می گردند. تشخیص آسم همیشه آسان نیست بطور کلی در برخورد با یک بیمار که با یکی از شکایات شایع تنفسی (سرفه، خسخس سینه، تنگی نفس، احساس گرفتگی در قفسه سینه گرفتگی بینی، خارش یا آبریزش بینی، اختلال در خواب و محدودیتهای ورزشی و فعالیتهای معمول (مراجعه می کند باید در ابتدا:

1- مشکل را مشخص کنید:

الف) بیماری عفونی را رد کنید.

وجود تب، لرز، کاهش وزن، خلط چرکی یا ترشحات چرکی از بینی به نفع بیماری عفونی است.

ب) علل غیرراههای هوایی را رد کنید.

بطور مثال درد قفسه سینه، طپش قلب، سوفل قلبی، ادم به نفع بیماری قلبی است. و آنمی، کاهش وزن، همویتری از شواهد بیماری سیستمیک می باشند.

ج) سیر مزمن بودن بیماری را مشخص کنید.

تکرار علائم در روزهای مختلف ماه یا سال و یا در برخی فصول نشانگر مزمن بودن بیماری است

بررسی تشخیصی در بزرگسالان 39-15

در این گروه سنی ابتدا سوالات مندرج زیر را از فرد سوال و سپس با توجه به نتایج شرح حال و نکات مندرج در راهنمای تشخیص آسم را در فرد قطعی نموده و یا در صورت نیاز به سطوح بالاتر ارجاع نمایید. چنانچه در شرح حال بیمار یافته هایی به نفع آسم شغلی و یا تشخیص های افتراقی آسم وجود داشت بررسی این موارد استفاده کنید.

سئوالات مهم در تاریخچه آسم بزرگسالان

۱- آیا در طی یکسال گذشته سابقه سرفه طولانی، خس خس یا تنگی نفس داشته اید؟

۲- آیا در طی یکسال گذشته به دلیل حمله سرفه در شب از خواب بیدار شده اید؟

۳- آیا در طی یکسال گذشته به دلیل حالت تنگی نفس در شب از خواب بیدار شده اید؟

۴- آیا در طی یکسال گذشته به دلیل گرفتگی و درد قفسه سینه در شب از خواب بیدار شده اید؟

۵- آیا در هر زمان ممکن است به دنبال فعالیت دچار تنگی نفس شوید؟

۶- آیا در زمان استراحت روزانه دچار تنگی نفس می شوید؟

۷- آیا علائم در روزهایی که از محل کار دور هستید کمتر می شود یا از بین می رود؟

در صورت جواب مثبت، از وضعیت شغلی وی سئوال کنید و ثبت پیک فلومتری 4 ساعته را در محل کار و خارج از آن انجام دهید. سپس بیمار را به متخصص مربوط جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید

راهنمای تشخیصی آسم بزرگسالان

تاریخچه

وجود یافته های زیر احتمال ابتلا به آسم را افزایش می دهد:

- زمان شروع علائم از اوایل زندگی است (اغلب سنین کودکی)

- علائم در روزهای مختلف، متفاوت هستند.

- علائم در اواخر شب و اوایل صبح بیشتر بروز می کند.

- آلرژی، رینیت و یا آگزما معمولاً وجود دارد.

-تاریخچه خانوادگی آسم مثبت است.
 معاینه بالینی
 -خس خس بازدمی درسمع ۱
 -طولانی شدن زمان بازدم ۱
 پاسخ به درمان - بهبودی با برونکودیلانور یا با درمان استروئیدی 2
 برگشت پذیری آزمون های اسپیرومتری یا پیک فلومتری
 چالش ورزش با اسپیرومتری یا پیک فلومتری
 نوسانات PEF در منزل

پرسشنامه تشخیص افتراقی COPD و آسم

سوال	پاسخ	نمره	سوال	پاسخ	نمره
چند سال دارید؟	۴۰ تا ۴۹ سال ۵۰ تا ۵۹ سال ۶۰ سال و بیشتر	۰ ۵ ۹	آیا در چند سال اخیر تنگی نفس شما بیشتر شده است؟	بلی خیر	۱ ۰
چند پاکت سیگار در سال تا حال کشیده اید؟ تعداد سیگار در روز = <u>تعداد پاکت در روز</u> * ۲۰ پاکت در سال = پاکت در روز * تعداد سال های مصرف سیگار	۰ تا ۱۴ پاکت در سال ۱۵ تا ۲۴ پاکت در سال ۲۴ تا ۴۹ پاکت در سال ۵۰ پاکت و بیشتر	۰ ۳ ۷ ۹	به طور متوسط بیشتر روزها چقدر خلط دفع می کنید؟	هیچ یا کمتر از یک قاشق غذا خوری بیشتر از یک قاشق غذا خوری	۰ ۴
آیا در سال های اخیر سرفه هایتان بیشتر شده است؟	بلی خیر	۰ ۱	آیا وقتی سرما می خورید علائم تنفسی شما بدتر می شود؟	بلی خیر	۴ ۰
آیا در طی ۳ سال گذشته، مشکل تنفسی داشته اید که به خاطر آن سرکار نرفته و در منزل استراحت کرده باشید؟	بلی خیر	۰ ۳	آیا به خاطر علائم تنفسی دارو مصرف کرده اید؟	بلی خیر	۵ ۰
آیا تا به حال به خاطر مشکل تنفسی در بیمارستان بستری شده اید؟	بلی خیر	۴ ۰			
نمره ۱۸ یا کمتر به نفع تشخیص آسم بوده و نمره بیش از ۱۸ COPD را مطرح می سازد.					

جدول 10: تشخیص افتراقی آسم در بزرگسالان

شایع	کمتر شایع	نادر
بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) اختلال عملکرد طناب های صوتی (Vocal cord dysfunction) ریفلاکس گاسترو ازوفازیا (GERD)	نارسایی احتقانی قلب (آسم قلبی) آمبولی ریوی فیروز سیستیک برونشبولیت ابلیرانت برونشکتازی انسداد راههای هوایی مرکزی (جسم خارجی، تومور و...) انسداد راههای هوایی خارج قفسه سینه پنومونی از دیاد حساسیت	سندرم لوفلر پنومونی ائوزینوفیلی مزمن کارسینوم مناسناتیک آلرژیک برونکوپولمونری اسپرژیلوسیس (ABPA)

توصیه ها و درمان :

هدف از درمان آسم، کنترل آن است. که بر پایه اصول زیر صورت می گیرد:

- آموزش مداوم بیماران برای مشارکت فعال در درمان آسم
- پرهیز از برخورد با مواد آلرژن و حساسیت زا، آلاینده ها و به ویژه دود سیگار
- تعیین برنامه درمانی برای دراز مدت
- تعیین برنامه درمانی برای مواقع حاد بیماری
- پایش منظم شدت بیماری از طریق ارزیابی علائم، میزان استفاده از داروها، اندازه گیری عملکرد ریوی و فراهم آوردن برنامه پیگیری بیماری

آموزش مداوم بیماران برای مشارکت فعال در درمان آسم

- از بیمار بخواهید در هر ویزیت داروهای خود را همراه داشته باشد تا اگر لازم شد نسبت به اصلاح روش استفاده هر دارو اقدام شود.

Spacer (محفظه مخصوص):

این وسیله برای مصرف درست و دریافت دوز کافی دارو در تمام سنین و نیز در شرایط حمله آسم مفید می باشد و از رشد قارچ در دهان و گلو به هنگام استفاده از استروئیدها جلوگیری می کند. **استفاده صحیح از spacer به شرح زیر است :**

1- افشانه (MDI) را از طریق برداشتن در پوش آن ، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده بکنید

2- افشانه را به پایین فشاردهید و يك پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید.

۳- برای کودکان بزرگتر از ۵ سال و بزرگسالان توصیه می شود قبل از مرحله ۲ ، با بازدم ریه هایش را خالی کند.

۴- اگر بیمار نیازمند بیش از يك پاف دارو است ، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید بعد مراحل ۲ و ۳ را تکرار کنید . بخاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.



افشانه یا (MDI) Metered dose inhaler

استفاده از MDI با محفظه مخصوص در کلیه سنین ارجح است ولی چنانچه دسترسی به spacer (محفظه مخصوص) وجود نداشت مانند موارد زیر باید عمل گردد:

- ۱- مطمئن شوید که محفظه فلزی درون پوشش پلاستیکی محکم قرار گرفته است.
- ۲- درپوش را بردارید و MDI را به خوبی تکان دهید.
- ۳- از بیمار بخواهید با بازدم عمیق ریه هایش را تخلیه کند.
- ۴- قسمت دهانی MDI را در فاصله ای حدود ۳ سانتی متری جلوی دهان باز قرار داده شود.
- ۵- ضمن آنکه بیمار شروع به تنفس آرام و عمیق می کند محفظه فلزی را فشار داده تا دارو آزاد شود و تا حد امکان عمل دم ادامه یابد. سپس ۵ تا ۱۰ ثانیه یا هر چقدر که می تواند تنفسش را نگه دارد.
- ۶- نفس خود را به آرامی خارج سازد .
- ۷- اگر نیاز به پاف دوم بود ، پس از ۳۰ ثانیه مراحل فوق را تکرار کند.

باید توجه داشت باوجود رعایت دقیق نکات استفاده از MDI به تنهایی ، میزان دارویی که وارد ریه می شود حدود ۱۰% دوز تجویز شده است استفاده MDI با spacer (محفظه مخصوص) این میزان را ۲ تا ۴ برابر افزایش میدهد.

پرهیز از تماس با مواد آلرژن و حساسیت زا ، آلاینده ها ، و بویژه دود سیگار

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 طبقه بندی کرد:

پیشگیری نوع اول

- پرهیز از سیگار کشیدن و تماس با هرگونه دود سیگار و سایر دخانیات به ویژه در دوران بارداری و سنین خردسالی. عدم استفاده از هرگونه دخانیات در محیط‌های شغلی و فضای سر بسته
- پرهیز از خانه‌های مرطوب و کاهش هر نوع آلاینده در محیط‌های مسکونی
- تغذیه انحصاری شیرخواران با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی و ادامه تغذیه با شیر مادر پس از شروع غذای کمکی
- کاهش تماس کودکان خردسال مستعد آلرژی و آسم با مواد حساسیت زای (آلرژن) استنشاقی مانند هیسه‌های گرد و غبار، سوسک و حیوانات خانگی
- پرهیز از مواد حساسیت‌زا و محرک در محیط‌های شغلی به وسیله خارج کردن آنها از محیط و یا با استفاده از وسایل و روش‌های محافظت‌کننده

پیشگیری نوع دوم

- درمان آلرژی‌های تنفسی فوقانی (آلرژی بینی، چشم: رینوکونژکتیویت) به منظور کاهش خطر بروز آسم
- 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 اگزما حساس به هیسه‌ها، سوسک‌ها و حیوانات خانگی، از محیط‌های آلوده به این عوامل حساسیت‌زا، 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

درمان بیماری آسم (طولانی مدت)

جدول ۱۵: درمان نگهدارنده توصیه شده برای بزرگسالان و کودکان بزرگتر از ۵ سال بر اساس شدت علائم و سطوح کنترل آسم

علاوه بر درمان های کنترل کننده زیر، درمان سریع الاثر بتاآگونست استنشاقی (سالیتامول استنشاقی) برای کاستن علائم و درمان حمله آسم باید در همه مراحل در دسترس باشد.

شدت بیماری	درمان انتخابی نگهدارنده	درمان جایگزین
پله اول	متناوب بروز علائم روزانه : کمتر یا مساوی ۲ بار در هفته بیداری شبانه : کمتر از ۲ بار در ماه	لازم نیست*
پله دوم	پایدار خفیف بروز علائم روزانه : بیشتر از ۲ بار در هفته بیداری شبانه : ۲ تا ۴ بار در ماه	استروئید استنشاقی با دوز کم *Leukotriene modifiers

نکات مهم :

(۱) موثرترین داروی ضد التهابی برای درمان آسم و نیز موثرترین درمان پیشگیری کننده این بیماری، **کورتیکواستروئیدهای استنشاقی** هستند .

(۲) در نظام ارائه مراقبتهای سلامت (Primary health care) استروئید استنشاقی ارجح در کلیه سنین **یکلومتازون** است

(۴) تفویلین جزء داروهای خط اول درمان آسم نبوده و جایگاه آن بعنوان یک داروی مکمل برونکودیلاتوری در آسم می باشد.

(۵) وقتی بیماری آسم تحت کنترل باشد، نه تنها نباید بیمار را از انجام ورزش منع کرد بلکه باید به ورزش نیز تشویق نمود. بیمار دچار آسم قادر به انجام همه نوع ورزش است اما ورزش هایی چون شنا، پیاده روی و دوچرخه سواری ارجح هستند. ورزش های هوای سرد و خشک مثل اسکی باید با رعایت شرایط خاصی و با احتیاط انجام شوند. البته باید توجه داشت که فعالیت بدنی و ورزش در بعضی افراد می تواند باعث شروع حمله آسم شود. بنابراین باید نکات زیر در مورد این افراد رعایت گردد :

- فرد دچار آسم در صورتی که هنگام ورزش دچار علائم گردد باید نیم ساعت قبل از ورزش داروی پیشگیری کننده (سالیتامول یا بعضی موارد بتاآگونستهای طولانی اثر) را دریافت نماید .
 - هوای سرد و خشک یک عامل قوی در شروع حمله آسم است. قبل از شروع ورزش بیماران باید چند دقیقه بدن خود را بانرمش گرم کنند. این دوره سبب کم نمودن تغییرات سریع حرارتی در ریه می گردد.
- (۶) سیر طبیعی **آسم در حاملگی** به خاطر تغییرات فیزیولوژیکی که رخ می دهد کاملاً متغیر است آسم کنترل نشده ممکن است سبب عوارض زیادی برای مادر و جنین وی گردد. بنابراین رعایت نکات زیر در این بیماران حائز اهمیت است:

- بیماران مبتلا به آسم در صورت باردار شدن و یا موارد بروز جدید آسم در طی بارداری در مرحله اول تشخیص، ارجاع گردند.
- مشاوره مداوم در طی بارداری و پایش مداوم این بیماران ضروری است. به طوری که در صورت بروز هرگونه تغییر در سیر بیماری تغییرات مناسب در درمان آن ها انجام گردد.
- مادر باید از مصرف دخانیات خودداری کرده و در معرض دود سیگار و سایر دخانیات قرار نگیرد

- عدم درمان آسم بارداری خطرات جدی برای مادر و جنین وی به دنبال دارد، داروهای توصیه شده در این دستورالعمل برای مادر و جنین عارضه مهمی را سبب نمی شود. پس از زایمان نیز باید مادر به شیردهی (Breastfeeding) تشویق گردد و استفاده از داروهای رایج آسم در بارداری و نیز این دوره در این دوره بلا مانع است.
- آسم حاد شدید در بارداری يك وضعیت اورژانس است و باید به طور جدی در بیمارستان درمان گردد.

تعیین برنامه درمانی برای حمله های حاد آسم

- حمله آسم با بروز یا تشدید سرفه، تنگی نفس، خس خس سینه، احساس فشار در قفسه سینه ویا مجموعه ای از این علائم مشخص می گردد. بیشترین علل بیماریزایی و مرگ و میر در حملات آسم ناشی از عدم شناسایی عوامل خطرزا و پرهیز از آنها، عدم تخمین صحیح شدت حملات، توجه ناکافی برای یافتن روش درمانی اورژانس مناسب و درمان ناقص می باشد. 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- سابقه حمله آسم مرگبار (fatal- near fatal) که نیازمند به لوله گذاری (intubation) و یا تهویه مکانیکی شده باشد. این امراحتمال نیاز به لوله گذاری مجدد را در حمله های بعدی بسیار بالایی برد.
 - ۲- سابقه بستری در بیمارستان یا بخش اورژانس در طی سال گذشته بخاطر این بیماری داشته باشد.
 - ۳- کسیکه در حال مصرف استروئید خوراکی بوده و یا اخیراً مصرف آن را متوقف کرده است.
 - ۴- کسیکه اخیراً استروئید استنشاقی را قطع کرده است.
 - ۵- کسیکه بسیار وابسته به مصرف بتاآگونیست استنشاقی کوتاه اثر بطور منظم می باشد. بخصوص کسانیکه مصرف این دارو در آنها بیش از يك افزاشه سالبوتامول در ماه است.
 - ۶- سابقه بیماری روانی یا مشکلات خانوادگی و اجتماعی در فرد، شامل استفاده از آرام بخش ها
 - ۷- سابقه عدم همکاری در اجرای توصیه های درمانی (low compliance)
- شروع درمان سریع و مناسب، در زمان بروز اولین علائم تشدید آسم، از اهمیت زیادی برخوردار است. بطور ایده آل همه بیماران باید از قبل يك **دستورالعمل مکتوب** (راهنمای شماره ۱) (Written action plan) براساس علائم و نیز PEF داشته باشند که براساس آن قادر باشند تا هنگام حمله آسم، درمان صحیح را انجام دهند.
- این دستورالعمل باید شامل موارد زیر باشد:
- ۱- شناسایی علت ها و عوامل تشدید بیماری
 - ۲- نحوه تغییر یا افزایش مصرف دارو
 - ۳- نحوه ارزیابی شدت حمله آسم
 - ۴- نحوه دستیابی به درمان های تخصصی تر (آدرس، تلفن پزشك معالج و مراکز درمانی و..)

ارزیابی شدت حملات آسم

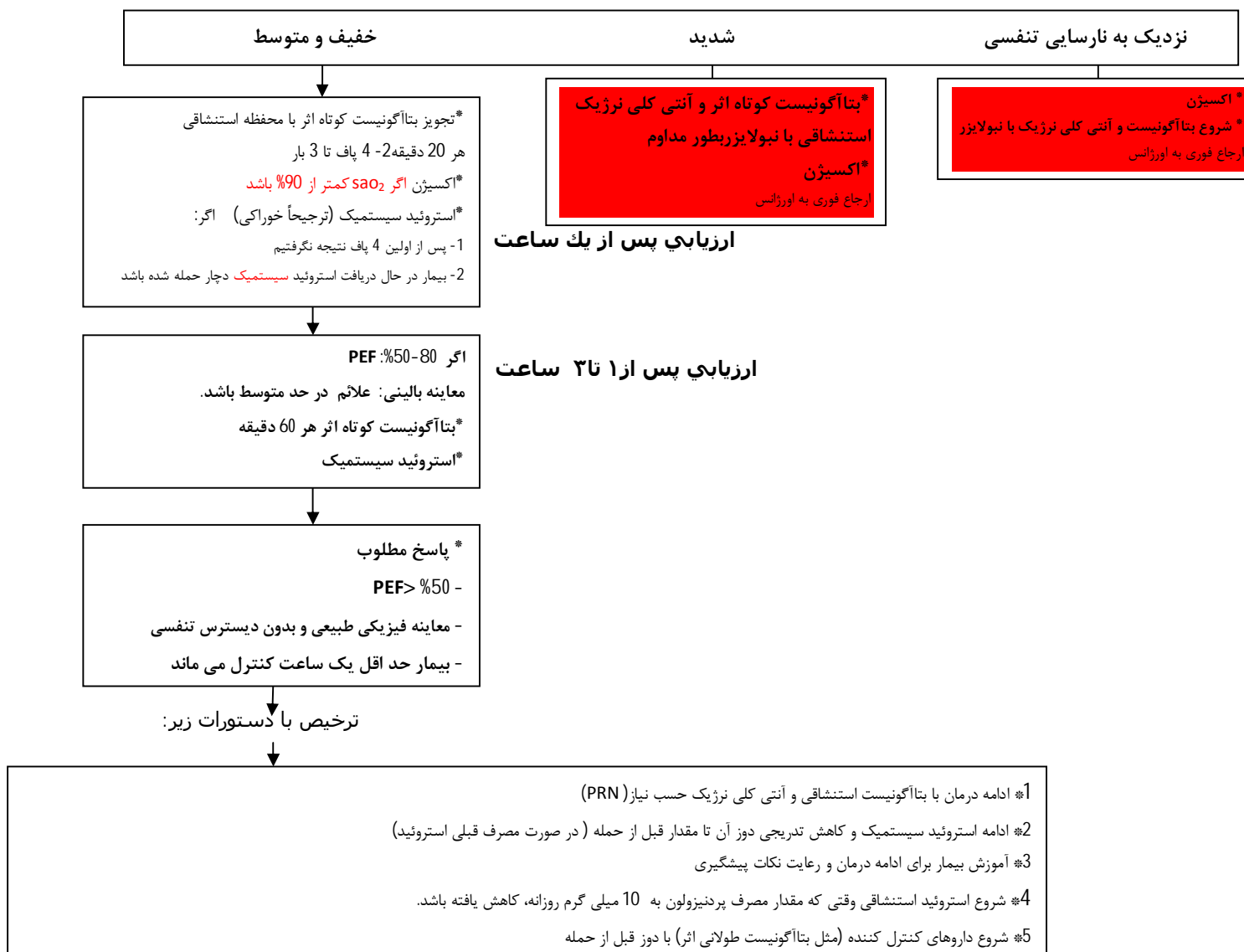
وقتی بیماری با سابقه آسم و با علائم حمله حاد مراجعه می کند، در اکثر موارد همان حمله آسم علت تنگی نفس بیماری است اما باید به فکر سایر تشخیص های افتراقی مربوط نظیر آمبولی ریه و مشکلات قلبی بویژه در بزرگسالان، عفونتهای ریوی و یا عوارض ناشی از آسم از قبیل پنوموتوراکس

نیز بود. پس از رد کردن سایر تشخیص های افتراقی باید برای درمان حمله حاد آسم، ابتدا شدت بیماری را بر اساس یافته های کلینیک و پاراکلینیک مطابق جدول تعیین کرد. شدت حملات آسم با ارزیابی سریع شرح حال ، علائم بالینی و به ویژه اندازه گیری PEF تخمین زده می شود و بر این اساس بیماران در چهار مرحله (stage) قرار میگیرند. تشخیص درست شدت بیماری بسیار مهم است و باید توجه داشت **وجود حتی یکی از علائم در هر مرحله، بیمار را در مرحله مربوط (خفیف ،متوسط، شدید، نزدیک به نارسایی تنفسی) قرار میدهد.** (جدول-۱۶)

معیارهای شدت حمله آسم

علائم	خفیف	متوسط	شدید	نزدیک به نارسایی تنفسی
تکلم تنگی نفس	قادر به بیان جمله کامل می باشد بروز علائم هنگام فعالیت	جمله منقطع می گوید بروز علائم هنگام تکلم	در حد کلمه می تواند صحبت کند بروز علائم در استراحت	
هوشیاری	کامل	هوشیار و آژیته	هوشیار و آژیته	خواب آلود
تعداد تنفس*	< ۲۰	< ۲۰	> ۲۰	
استفاده از عضلات فرعی	خیر	±	+	حرکات پارادوکس سینه و شکم برادی کارد
تعداد نبض*	< ۱۰۰	۱۰۰-۱۲۰	> ۱۲۰	
پالس پارادوکس	ندارد	± < ۲۵	+ > ۲۵	به دلیل ضعف عضلات تنفسی ممکن است نباشد
PEF	> ۸۰%	۸۰-۶۰%	< ۶۰%	
SaO ₂ در هوای اتاق	> ۹۵%	۹۵-۹۱%	< ۹۰%	

جدول: ۱۷ الگوریتم درمان حمله حاد آسم پس از تعیین شدت بیماری در مرکز



پایش منظم شدت بیماری

بیماران دچار آسم بخصوص آنهایی که نیاز مکرر به برونکودیلاتور دارند، باید مجدداً ارزیابی شوند و برای بیمارانی که در آنها اهداف درمانی حاصل نشده، بسیار مهم است که دلیل آن جستجو گردد. این پایش باید بطور کلی شامل موارد زیر باشد:

- ارزیابی علائم بالینی آسم (شب و روز)
 - وضعیت فعالیت های روزمره (خواب، ورزش، تحصیل، کار روزانه) و توجه به هر گونه محدودیت
 - نیاز مکرر به داروهای سریع الاثر
 - دوری از مواد محرک (آلرژن و غیر آلرژن)
 - ارزیابی عوارض داروهای تجویز شده
 - کاهش دوز استروئید استنشاقی پس از کنترل بیماری
 - ارزیابی نحوه استفاده از افشانه ها و به کار بردن محافظه مخصوص
 - اندازه گیری جریان حداکثر هوای بازدمی (PEF) با پیک فلو متر و اسپرومتری:
- در بیشتر بیماران اندازه گیری های بعدی PEF با پیک فلو متر بعنوان حداقل پارامتر ارزیابی کننده شدت علائم کافی می باشد. پایش PEF يك ابزار کلینیکی مهم درمطب، مراکز اورژانس و بیمارستان می باشد و علاوه بر این در خانه و یا محل کار نیز مفید است.

پیگیری بیمار:

پس از شروع درمان، معاینات دوره ای در فواصل ۲-۱ ماه برای آسم کنترل نشده، هر ۲-۳ ماه یکبار برای آسم با کنترل نسبی و هر ۳ تا ۶ ماه در آسم کنترل شده توصیه می شود. اگر در طول درمان نگهدارنده بیمار دچار حمله گردد ویزیت بعد از حمله ۲ هفته بعد باید باشد.

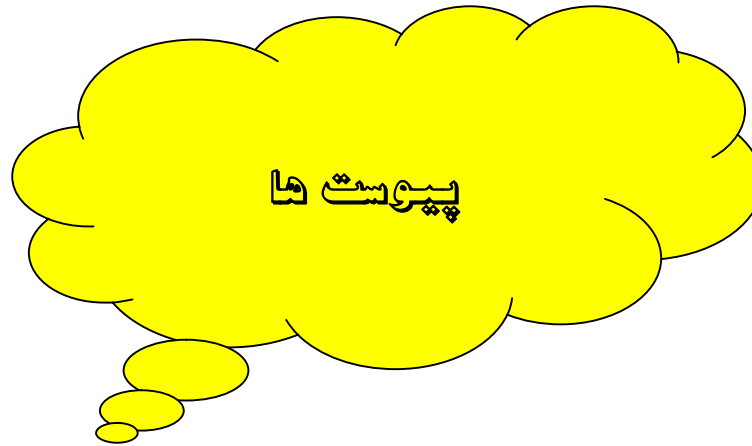
ارجاع بیمار:

در موارد زیر بیمار باید به متخصص جهت بررسی بیشتر ارجاع گردد:

- ۱- بیمار يك حمله آسم نزدیک به مرگ را تجربه کرده باشد.

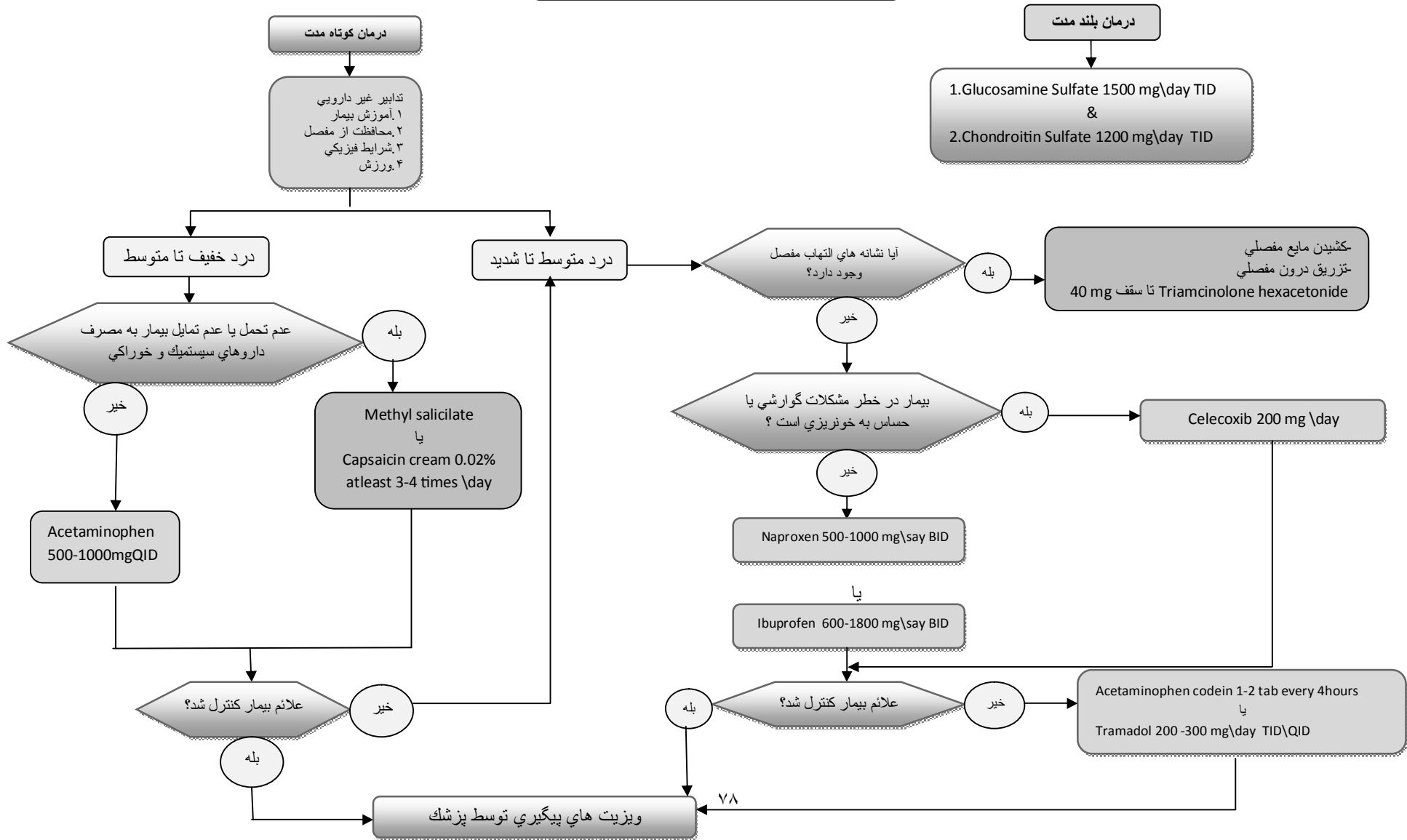
- ۲- علائم و نشانه های آسم غیرمعمول بوده و یا در تشخیص افتراقی مشکل وجود داشته باشد.
- ۳- در مواردیکه تستهای تشخیصی اضافی موردنیاز باشد، مثل تست پوستی و...
- ۴- بیمار در مرحله (پله) ۳ یا بالاتر کنترل آسم باشد.
- ۵- در مواردیکه پس از ۳ ماه درمان مناسب اهداف درمانی بدست نیاید.
- ۶- بیمار سابقه استفاده بیش از ۲ بار استروئید خوراکی کوتاه مدت برای درمان حمله آسم در سال را داشته باشد.
- ۷- کودکان کمتر از ۶ سال که شك در تشخیص و احتمال تشخیص های دیگر برای آنها وجود دارد.
- ۸- کلیه بیماران مبتلا به آسم شغلی

بخش سوم :



- آموزش
- فرم ها

درمان استئوآرتریت زانو
توجه: هر دو مسیر همزمان آغاز می شود.



سلامت بانوان ایرانی (سبا)

فرم شماره 1- ارزیابی دوره ای سلامت زنان 60-25 سال

1- مشخصات فردی									
نام خانوادگی		نام		تاریخ تولد		محل تولد		کد ملی	
شغل		وضعیت تاهل: متاهل		مجرد		جدا از همسر		تعداد فرزندان زنده	
آدرس محل سکونت									
آدرس محل کار									
نوع بیمه									
2- تن سنجی									
اندازه گیری	اندازه	شاخص	اندازه	طبیعی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	چاقی شدید	چاقی شکمی
قد (سانتی متر)		نمایه توده بدنی (BMI)							
وزن (کیلوگرم)		دور کمر (سانتی متر)							

3- شیوه زندگی و عادات رفتاری									
3-1 تغذیه									
رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته		بلی		خیر		علت رژیم غذایی			
مصرف مکمل در حال حاضر		بلی		خیر		نوع مکمل مصرفی			
رفتار تغذیه ای	مصرفی	تعداد	مطلوب	مطلوب	نا مطلوب	رفتار تغذیه ای	مصرفی	تعداد	مطلوب
مصرف روزانه لبنیات بطور معمول		2-3				مصرف هفتگی ماهی بطور معمول			
مصرف روزانه سبزیها بطور معمول		3-5				مصرف سایر گوشت های سفید بطور معمول			
مصرف روزانه میوه ها بطور معمول		2-4				مصرف روغن جامد			
						استفاده از نمکدان سر سفره			

5- سلامت باروری

5-1) سوابق و شرح حال

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی تعداد بارداری استفاده از روش پیشگیری از بارداری: بلی خیر نوع روش

سوابق و شرح حال باروری	بلی (نوع)	خیر	نمی داند	علائم کنونی	بلی (نوع)	خیر	نمی داند	علائم کنونی	بلی (نوع)	خیر
تمایل به بارداری				ترشح واژینال غیر طبیعی				امنوره		
احتمال بارداری				ترشح مجرا در همسر				گر گرفتگی، تعریق شبانه و تپش قلب		
شیر دهی				زخم تناسلی در فرد						
ناباروری اولیه/ ثانویه				زخم تناسلی همسر				احساس خشکی واژن		
مشکل در رابطه زناشویی				خونریزی غیر طبیعی رحم				بی اختیاری ادراری		
سایر				سایر				سایر		

5-2) معاینات

معاینات ژنیکولوژی	بلی (نوع)	خیر	معاینات پستان	بلی (نوع)	خیر
زخم تناسلی / نمای غیر طبیعی سرویکس			تغییرات پوستی و نمای ظاهری غیر طبیعی		
ترشح واژینال غیر طبیعی			ترشح از پستان		
ضایعات خونریزی دهنده			توده پستان		
آتروفی واژن			توده زیر بغل / فوق ترقوه		
شلی عضلات کف لگن			سایر		

5-3) پاراکلینیک

نوع آزمایش	تاریخ انجام آخرین آزمایش	نتیجه آخرین آزمایش	تاریخ درخواست آزمایش جدید در صورت لزوم	تاریخ انجام	نتیجه
پاپ اسمیر					
ماموگرافی					
سونوگرافی (رحم/ پستانها/ دستگاه ادراری)					

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده سمت تاریخ تکمیل

6- شرح حال و سوابق پزشکی

6-1) شکایت /بیماری فعلی

6-2) سوابق بیماری ها و عوامل خطر در فرد یا بستگان / نوع داروی مصرفی

نام بیماری /عامل خطر	فرد	نوع داروی مصرفی	بستگان *	نام بیماری /عامل خطر	فرد	نوع داروی مصرفی	بستگان *
قلبی عروقی				کلیه و مجاری ادراری			
دیابت				بیماری های غدد			
فشار خون بالا				بیماری تنفسی			
دیس لیپیدمی				اعصاب و روان			
اختلالات انعقادی				بیماری مزمن عفونی			
آنمی فقر آهن				انواع سرطانها			
کیفوز، کوتاه شدن قده شکستگی بدون تروما				سابقه جراحی، بیپوشی			
				سابقه بستری			
استخوان و مفاصل				سایر			

* کد بستگان: پدر ، مادر ، خواهر یا برادر= 1بستگان درجه دو =2، بیشتر از یک مورد =3

7- علائم بیماری های جسمی و روانی

علامت	ندارد	دارد	علامت	ندارد	دارد
درد قفسه سینه			تب ، لرز ، بی اشتها		
تنگی نفس (در فعالیت/استراحت)			ضعف، بیحالی، خستگی زود رس یا مداوم		
سرفه دو هفته و بیشتر			شکایات جسمی متعدد بدون علت واضح		
خلط مداوم			اختلال خواب		
خس خس مکرر و عود کننده سینه			بی حوصلگی ،احساس غم و اندوه، عدم لذت (دوهفته و بیشتر)		
تغییر رنگ یا شکل ضایعات پوستی با ایجاد ضایعات جدید بدون بهبودی			دلشوره ،نگرانی و بیقراری یا حملات ناگهانی ترس (6 ماه یا بیشتر)		
شکایت ادراری (تکرر،سوزش،بی اختیاری ادراری ،تغییر رنگ ادرار)			رفتار و افکار وسواسی در اکثر اوقات روز و بیشتر روزها		
کمر درد			سایر علائم جسمی		
درد مفاصل و استخوانها			سایر علائم روانی		

8- معاینات جسمی و روانی								
فشار خون (BP) = تعداد نبض (PR) =								
نوع معاینه	طبیعی	غیر طبیعی	نوع معاینه	طبیعی	غیر طبیعی	نوع معاینه	طبیعی	غیر طبیعی
وضعیت ظاهری روانی			سمع قلب			وضعیت ظاهری روانی		
وضعیت ظاهری جسمی			سمع ریه			وضعیت ظاهری جسمی		
معاینه اسکلتی عضلانی			تیروئید			معاینه اسکلتی عضلانی		
			غدد لنفاوی					
			شکم					
			سایر					

9- آزمایشات								
1-9) آزمایشات عمومی (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود)								
نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی
Hb/Hct			LDL			کلیسترول کل		
FBS			HDL			تری گلیسرید		
9-2) پاراکلینیک تکمیلی در صورت لزوم (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود)								
آزمایش خون	طبیعی	غیر طبیعی	تصویر برداری	طبیعی	غیر طبیعی	آزمایش ادرار	طبیعی	غیر طبیعی

10- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت:									
وضعیت اقتصادی	قومی، جغرافیایی	فرهنگی، رفتاری	محیط زندگی و کار	مراقبت بهداشتی و درمانی	شغلی	خانوادگی	حقوقی	حمایت اجتماعی	سایر
عوامل اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت مراجعه کننده									

11- تشخیص / طبقه بندی / توصیه ها

ارجاع			اقدامات (آموزشی، درمان دارویی و غیر دارویی، پاراکلینیک)	ق = قدیم / ج = جدید	نوع	تشخیص و طبقه بندی
نتیجه	علت	محل				
						شیوه زندگی نامطلوب: 1. تغذیه 2. فعالیت بدنی 3. دخانیات 4. سایر
						بیماریهای زمینه ای غیر واگیر : 1. دیابت 2. فشار خون 3. دیس لیپیدی 4. چاقی
						بیماری قلبی و عروقی: 1. آنزیم صدری و بیماری عروقی قلب 2. سکته مغزی 3. سایر بیماریهای عروقی
						بیماری اعصاب و روان: 1. افسردگی 2. اضطراب و وسواس 3. خواب 4. سایر
						ماسکولواسکلئال: 1. استئوپروز 2. استئو آرتروز 3. کمر درد 4. سایر
						سرطان یا در معرض خطر ابتلا به آن: 1. پوست 2. پستان 3. سرویکس 4. کولورکتال 5. سایر
						بیماری دستگاه ادراری تناسلی: 1. خونریزی غیر طبیعی 2. عفونتهای آمیزی 3. بیماری دستگاه ادراری
						مشکلات باروری: 1. اختلال عملکرد جنسی 2. ناباروری 3. ممنوعیت موقت، نسبی یا مطلق حاملگی 4. نیاز به مشاوره تنظیم خانواده 5- سایر
						مشکلات یائسگی: 1. اختلال وازوموتور 2. واژینیت اتروفیک 3. شلی عضلات کف لگن یا بی اختیاری ادراری 4- سایر
						بیماری تنفسی: 1. آسم COPD 2. 3. سایر
						مبتلا یا در معرض خطر بیماریهای شغلی: 1. فیزیکی 2. شیمیایی 3. بیولوژیک 4. ارگونومیک
						سایر

نام و نام خانوادگی پزشک مهر و امضا پزشک تاریخ تکمیل.....

بخش های مختلف فرم بررسی گردید:

کامل است ناقص در قسمت/ قسمتهای: مشخصات فردی تن سنجی شیوه زندگی و عادات رفتاری سوابق ایمنسازی، آرزو سلامت سوابق بیماری ها

علامت بیماری معاینات آزمایشات

تاریخ مراجعه بعدی پزشک تایید کننده نهایی تاریخ تکمیل

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی دوره ای سلامت زنان 25-60 سال (برنامه سبا)

فرم ارزیابی دوره ای سبا برای زنان 25-60 سال مراجعه کننده، تکمیل می شود. این فرم دارای 11 قسمت است. در همه قسمتهای فرم عناوین موضوعات مورد سوال نوشته شده و بدیهی است که برای رسیدن به نتیجه درست در خصوص هر یک از موضوعات مورد پرسش لازم است به وضعیت فرهنگی، سواد و سایر اصول برقراری ارتباط دوطرفه توجه کافی معطوف شده و عنوان مربوطه به سوال مناسب و قابل فهم تبدیل شود. بخشهای مختلف و نحوه تکمیل فرم به شرح زیر می باشد:

1- مشخصات فردی: تکمیل این قسمت به معنی تشکیل پرونده است. این قسمت توسط بهورز، کاردان و یا کارشناس بهداشت خانواده تکمیل می شود. نام و نام خانوادگی، محل تولد، نوع شغل، تعداد فرزندان زنده، نوع بیمه و تحصیلات مراجعه کننده بر مبنای گفته مراجعه کننده در محل مربوطه ثبت می شود. همچنین وضعیت مجرد یا تاهل مراجعه کننده مورد پرسش قرار گرفته و پاسخ وی به تفکیک "مجرد" (هرگز ازدواج نکرده)، "متاهل" (دارای همسر و در حال زندگی با وی زندگی) و "جدا از همسر" (دارای همسر است اما به هر دلیلی اعم از فوت، سفر طولانی مدت، طلاق و غیره جدا از همسر خود زندگی می کند) علامت زده شده و علت جدایی از همسر ثبت می شود. آدرس محل زندگی و محل کار مراجعه کننده، همچنین شماره تلفن وی در محل مربوطه ثبت و نوع بیمه (بیمه روستایی، تامین اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و...) نیز در محل مخصوص ثبت گردد.

2- تن سنجی: در این قسمت قد، وزن، دور کمر و BMI توسط کاردان یا کارشناس دوره دیده اندازه گیری و محاسبه شده و در بخش تن سنجی فرم ارزیابی ثبت می گردد. اندازه قد فرد به وسیله قدسنج یا متر اندازه گیری شده و عدد حاصل بدون اعشار بر حسب سانتی متر ثبت می شود. اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم بدون اعشار، در این قسمت ثبت می گردد. نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول

$$BMI = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد}^2 \text{ (متر)}} .$$

محاسبه شده و عدد حاصل در محل مربوطه ثبت و بر اساس جدول زیر وضعیت مراجعه کننده تعیین و در خانه مربوطه علامت زده می شود.

طبقه بندی	مقدار BMI
لاغری	کمتر از 18/5
طبیعی	18/5 – 24/9
اضافه وزن	25/0 – 29/9

چاقی	30 و بیشتر
چاقی شدید	40 و بیشتر

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه 30-25 سانتی متر از هم باز است، قرار می گیرد. سپس متر نواری را در ناحیه نقطه میانی حد فاصل قسمت پائینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن قرار داده و بدون وارد کردن فشار بر بافت‌های نرم اندازه دور کمر مشخص و در خانه مربوطه ثبت می شود. در مردان اندازه دور کمر 102 سانتی متر و بیشتر و در زنان اندازه دور کمر 88 سانتی متر و بیشتر چاقی شکمی محسوب می شود. اندازه گیری دور کمر در افراد با BMI=35 و بیشتر لازم نیست؛ زیرا اندازه دور کمر این افراد از نقطه مرزی تعیین شده بیشتر است.

3- شیوه زندگی و عادات رفتاری: این قسمت توسط کاردان یا کارشناس دوره دیده تکمیل می شود.

1-3 ابتدا دو سوال از فرد پرسیده می شود.

- چنانچه مراجعه کننده دارای رژیم غذایی خاصی در طی یک سال گذشته بوده است با ذکر علت درج گردد.

- در سوال بعدی، از مراجعه کننده پرسیده شود که در **حال حاضر**، مکمل را مصرف می کند یا خیر. در صورت پاسخ مثبت، نوع یا انواع آن مقابل نوع مکمل مصرفی درج گردد. در صورتی که نوع مکمل را نمی داند، در این قسمت "نمی داند" ثبت شود. انواع مکمل مورد نظر که فرد ممکن است تحت عنوان داروی تقویتی یا عناوین دیگر مصرف کند، عبارتند از: انواع ویتامین ها و املاح با عناوین ژنریک یا تجاری مختلف به صورت خوراکی یا تزریقی) و سایر مکمل ها مانند انواع مکملهای ورزشی، مکملهای لاغر یا چاق کننده، پودرهای پروتئینی، گلوکز آمین، کندروئیتین سولفات، جنسینگ و ...

در ارزیابی تغذیه ای، مصرف معمول مهم‌ترین گروه های غذایی بر اساس هرم مواد غذایی مورد پرسش قرار می گیرد. در ستون اول میزان مصرف لبنیات، سبزیها و میوه ها به صورت تعداد سهم مصرفی معمول فرد در یک روز پرسیده شده و نتیجه در خانه مقابل هریک از آنها ثبت شده و بر اساس سهم استاندارد مطلوب مصرفی، مطلوب یا نامطلوب بودن میزان مصرف این گروهها در خانه مربوطه علامت زده می شود.

میزان مطلوب مصرف روزانه لبنیات 3-2 سهم است. هر سهم از گروه لبنیات برابر است با: یک لیوان شیر یا ماست= 45 تا 60 گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت = یک چهارم لیوان کشک = 2 لیوان دوغ = یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه.

میزان مطلوب مصرف روزانه سبزیها 5-3 سهم است. هر سهم از گروه سبزیها برابر است با: یک لیوان سبزیهای خام برگ دار = نصف لیوان سبزی های پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده = یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط.

میزان مطلوب مصرف روزانه میوه ها 4-2 سهم است. هر سهم از گروه میوه ها برابر است با: یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل) = نصف گریپ فروت = نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور، انار = 12 عدد گیلاس، 2 عدد آلو یا خرما یا انجیر تازه = یک برش 300 گرمی خربزه یا طالبی یا هندوانه = 4 عدد زرد آلو متوسط - نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه = یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار = سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی (توصیه شود تا حد امکان از میوه های تازه به جای آبمیوه استفاده گردد).

در ستون دوم ارزیابی تغذیه ای میزان مصرف معمول ماهی، گوشتهای سفید (مرغ و ماکیان) و گوشت قرمز به صورت سهم مصرفی معمول در یک هفته بطور جداگانه سوال شده و در خانه مربوطه ثبت می شود. هر سهم از گروه گوشت قرمز و سفید معادل 60 گرم (دو قوطی کبریت) گوشت سفید یا قرمز یا نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) است. توصیه شود ماهی حد اقل دو بار در هفته تر جیحا به صورت بخار پز، تنوری یا کبابی مصرف گردد. همچنین در صورت مصرف زیاد گوشت قرمز (بنا به تشخیص پزشک) به استفاده کمتر از گوشت قرمز و مصرف بیشتر گوشتهای سفید توصیه شده و بر مصرف گوشت قرمز کم چربی یا جایگزین کردن مصرف تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته) تاکید می شود.

در ستون سوم، عادات تغذیه ای فرد سوال شده و ثبت می شود. در هر یک از موارد، چنانچه ماده غذایی مصرف نمی شود، در خانه مقابل آن عدد صفر ثبت گردد.

عادات غذایی مورد سوال شامل دفعات مصرف نوشابه گازدار، همچنین دفعات مصرف سوسیس؛ کالباس؛ گوشتهای نمک سود، دودی و کنسروی در هفته به طور معمول می باشد. در صورت مصرف زیاد آنها، بر حذف یا استفاده کمتر از مواد فوق و جایگزین نمودن نوشیدنیها و تنقلات مفید تاکید می شود. در سوال از مصرف روغن جامد و نمکدان سر سفره، آموزش برای تشویق به حذف مصرف این مواد مد نظر می باشد. در سایر توصیه ها طعم دادن به غذاها، با استفاده از از چاشنی هایی مانند سرکه، آبلیمو، سیر، پیاز، سبزیهای معطر و سایر ادویه ها و مصرف روزانه 8-6 لیوان آب، محدود کردن مصرف قندهای ساده مانند قند، شکر، شکلات و شیرینی، نوشابه و آبمیوه های صنعتی مورد تاکید قرار می گیرد.

3-2) **فعالیت جسمانی:** در این قسمت، در خصوص انجام فعالیت جسمانی در هفته از مراجعه کننده سوال گردد. در صورت پاسخ مثبت، نوع، مدت، شدت و تعداد دفعات آن در هفته پرسیده شود.

نوع: فعالیت های روزمره زندگی مانند پیاده طی کردن مسیر کاری روزانه، استفاده از پله به جای آسانسور، شستن ماشین، شستن پنجره ها و کف اتاق و ... در سطح 1 هرم فعالیت فیزیکی قرار می گیرند که باعث آمادگی متابولیک بدن می شوند. فعالیت های هوازی فعال و ورزش های تفریحی مانند دوچرخه سواری، شنا، تیس، بسکتبال، کوهنوردی، ورزش های آئروبیک، دویدن آهسته در سطح 2 هرم قرار می گیرند که باعث آمادگی سیستم قلبی عروقی می شوند. فعالیت های آمادگی عضلانی مانند حرکات کششی، انعطاف پذیری، تمرینات با وزنه و ورزش های قدرتی در سطح 3 هستند که باعث استقامت عضلانی می گردند.

مدت فعالیت در روز: در این خانه، مدت زمانی که به طور میانگین برای هر فعالیت جسمانی در روز صرف می شود، پرسیده و بر حسب دقیقه ثبت می شود.

شدت: برای تعیین شدت فعالیت، از روش تست صحبت کردن در حین انجام فعالیت جسمانی استفاده گردد. از فرد پرسیده شود آیا زمانی که فعالیت جسمانی انجام می دهد، قادر به صحبت کردن می باشد یا خیر. در صورتی که بتواند به راحتی صحبت نماید یا آواز بخواند، شدت فعالیت وی خفیف است. اگر در هنگام صحبت کردن به نفس نفس زدن می افتد و نمی تواند آواز بخواند، شدت فعالیت فرد متوسط است و اگر قادر به صحبت کردن نمی باشد، شدت فعالیت جسمانی، شدید می باشد.

اگر فرد از تردمیل استفاده می کند که تعداد ضربان قلب وی در حین فعالیت نشان داده می شود، یا توانایی اندازه گیری نبض در حین انجام فعالیت بدنی را دارد، برای تعیین شدت فعالیت می توان از روش حداکثر ضربان قلب استفاده کرد. در این روش، ابتدا از فرمول (سن - 220 = حداکثر ضربان قلب) حداکثر ضربان قلب فرد تعیین می شود. اگر تعداد ضربان قلب وی در هنگام استفاده از تردمیل، 55 درصد و بالاتر حداکثر ضربان قلب محاسبه شده باشد، شدت فعالیت متوسط تا شدید است.

به عنوان مثال، اگر سن فردی 35 سال باشد، حداکثر ضربان قلب وی $220 - 35 = 185$ می باشد. این فرد اگر در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان قلبش 102 بار و بیشتر باشد، شدت فعالیت متوسط رو به بالا است.

تعداد دفعات در هفته: در این قسمت، از فرد پرسیده شود که هر نوع فعالیت جسمانی را چند بار در هفته انجام می دهد و در خانه مربوطه ثبت شود.

به منظور تعیین **مطلوب یا نامطلوب** بودن میزان فعالیت جسمانی، چنانچه فرد 5-3 روز در هفته و حداقل 30 دقیقه در روز، فعالیت جسمانی با شدت متوسط و بالاتر داشته باشد، در خانه مطلوب علامت زده شود و در صورت کمتر بودن، نامطلوب ثبت گردد. افرادی که 3 روز در هفته و هر روز 30 دقیقه فعالیت جسمانی با شدت متوسط و بالاتر دارند، توصیه به افزایش تعداد روز انجام فعالیت به 5 بار و بیشتر شود.

به عنوان مثال، برای فردی که 4 بار در هفته و هر بار 30 دقیقه پیاده روی با شدت متوسط دارد و فعالیت دیگری انجام نمی دهد، جدول به این صورت تکمیل می شود: **نوع:** پیاده روی، **مدت در روز:** 30 دقیقه، **شدت:** متوسط، **دفعات در هفته:** 4 بار، مطلوب.

3-3) **استعمال دخانیات و مواد اعتیاد آور:** در خصوص مصرف انواع دخانیات نظیر سیگار، قلیان، چپق و سایر مواد از مراجعه کننده سوال شود. در صورت پاسخ بلی، نوع، دفعات استعمال در روز و مدت زمانی را که در حال مصرف ماده مذکور است (ماه یا سال)، در خانه های مربوطه ثبت گردد. همچنین در خصوص مصرف الکل و مواد مخدر با رعایت احترام و حریم خصوصی مشابه دخانیات عمل شود.

4- **سوابق ایمنسازی، آرزوی و مواجهه با مواد زیان آور شغلی:** این قسمت توسط کاردان و یا کارشناس دوره دیده تکمیل می شود.

4-1: سابقه واکسیناسیون: در صورت وجود سابقه واکسیناسیون به صورت کارت واکسن، نوع واکسنهای کامل دریافت شده در خانه مربوطه ثبت می شود. در صورت نیاز به تزریق واکسن با توجه به برنامه های ایمنسازی در سطح کشور، مراجعه کننده جهت انجام واکسیناسیون ارجاع می گردد.

تشخیص نیاز به واکسن: در برنامه کشوری، آخرین واکسن یادآور دوگانه در سنین 14 الی 16 سالگی تزریق می گردد. سپس هر 10 سال یکبار این واکسن باید تزریق گردد. برای تکمیل خانه مربوط به واکسنهای دریافت شده در صورتی که کارت واکسن مستند موجود نمی باشد، زمانهای عمومی یا معمول واکسیناسیون توام مانند واکسیناسیون در دبیرستان، هنگام ازدواج و حین حاملگی به مراجعه کننده یادآوری می شود تا دریافت واکسن توام و زمان آن را به خاطر بیاورد در صورتی که سابقه مشخصی دریافت نشد، جهت انجام واکسیناسیون ارجاع می گردد. همچنین آن دسته از افرادی که در معرض خطر هپاتیت "ب" خطر هستند و تاکنون واکسن هپاتیت ب دریافت نکرده اند، برای تزریق واکسن هپاتیت ارجاع می شوند. گروههای پرخطر برای ایمن سازی هپاتیت «ب» به شرح زیر می باشد:

الف - کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافتچیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامائی،

ب - بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که بطور مکرر خون یا فرآورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی، هموفیلی و ...).

ج - اعضاء خانواده، فرد HBsAg⁺ ساکن در یک واحد مسکونی.

د - کودکانی که در کانونهای اصلاح و تربیت نگهداری می شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی.

ه - آتش نشانها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم.

و - افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند.

ز - افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.

ح - زندانیانی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و دارای محکومیت بیش از 6 ماه هستند.

ط - رفتگران شهرداری ها.

در خصوص دریافت سایر واکسن ها مانند پنوموکوک، آنفلوانزا، HPV، و سوال شود در صورت انجام آن در قسمت سایر نوع آن نوشته شود. واکسن آنفلوانزا برای افراد سنین بالا و یا بیماران ریوی و قلبی و عروقی و یا افرادی که دارای مشکلات ایمنی هستند و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بصورت سالیانه تزریق می گردد. تزریق واکسن آنفلوانزا قبل از فصل سرما توصیه شده و پس از آن توصیه نمی شود. در حال حاضر تامین واکسن به عهده فرد است. از آنجا که زمان مطلوب برای تلقیح واکسن از شهریور ماه آغاز می گردد، واکسن های جدید از این تاریخ توزیع می گردد و باید به مراجعه کننده تاکید کرد که برای تهیه واکسن جدید از مهر ماه اقدام کند.

4-2: سابقه آرژی دارویی یا غذایی: از مراجعه کننده در خصوص وجود حساسیت های غذایی و یا دارویی و نوع حساسیت (پوستی، تنفسی، عمومی) آن سوال شود و نوع آن در قسمت مربوطه درج گردد.

4-3: سابقه مواجهه یا تماس با عوامل زیان آور شغلی: به شغل و وظیفه شغلی مراجعه کننده توجه نموده و در صورت احتمال این مواجهات بر اساس نوع مواجهه علامت زده شود.

فاکتورهای زیان آور در محیط کار افراد به چهار گروه عمده تقسیم می شوند که عبارتند از: عوامل زیان آور فیزیکی، عوامل زیان آور شیمیایی، عوامل زیان آور بیولوژیکی و عوامل زیان آور ارگونومیک در رابطه با هر شغلی باید بررسی شود که کدام گروه از این عوامل در آن شغل وجود دارند.

در خصوص عوامل فیزیکی زیان آور در محیط کار عمده فاکتورهایی که وجود دارند گرما، سرما، سروصدا، افزایش و کاهش فشار و ارتعاش در محیط کار و اشعه های یونیزان و غیر یونیزان است.

در خصوص عوامل شیمیایی نیز معمولاً این مواد در محیط کار وجود دارند و تعدادشان بسیار زیاد است و هر روز هم به تعدادشان اضافه می شود که بسیاری از این مواد حتی اثراتشان شناخته شده نیست اما یک سری از موادی که پرمصرف تر هستند مانند گروه هایی از فلزات و حلال ها اثراتشان شناخته شده است.

عوامل بیولوژیکی زیان آور در محیط کار در این قسمت فاکتورهایی وجود دارند مانند قارچ ها، باکتری ها و ویروس ها که در بعضی مشاغل و عمدتاً مشاغلی که افراد در آن با انسانها، حیوانات یا با گیاهان سرو کار دارند بیشتر دیده می شود.

گروه بعدی عوامل ارگونومیک هستند که در رابطه با عوامل ارگونومیک می توان به طراحی محیط کار و وسایل اشاره کرد، یعنی باید طراحی محیط کار به گونه ای باشد که متناسب با فرد باشد و شخص دچار اختلالات مختلف از جمله ناراحتی های اسکلتی عضلانی نشود.

(5) سلامت باروری: این قسمت توسط کارشناس مامایی تکمیل می گردد:

5-1- سوابق و شرح حال: در قسمت شرح حال تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی زن سوال شود و در قسمت مخصوص درج شود. چنانچه تاریخ دقیق را نمی داند بصورت " نمی داند" درج شود. و سپس در صورتی که متاهل است و یا حداقل یک بار ازدواج نموده است، تعداد بارداری نیز در محل مخصوص درج شود. در صورتی که جهت جلوگیری از بارداری از روش خاصی استفاده می شود (روش ها

عبارتند از: قرص های پیشگیری از بارداری، کاندوم، روشهای تزریقی، آی یو دی، بستن لوله در زنان و مردان، روش منقطع) در قسمت مخصوص درج گردد. چنانچه از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کند و واجد شرایط استفاده از روش پیشگیری از بارداری است، برای مشاوره ارجاع گردد.

سپس آنچه که مرتبط با سلامت باروری است اعم از حاملگی، یائسگی، رفتارهای جنسی، بیماری های مرتبط با دستگاه تناسلی از فرد سوال شده و بر اساس جواب دریافتی به پروتکل اختصاصی آن مورد می پردازیم در این سیر ممکن است فرد نیاز به ارجاع، آموزش و یا مشاوره و یا مراقبت خاص داشته باشد.

تمایل به بارداری در حال حاضر: از زنان متاهل سوال گردد

در صورتی که زن مراجعه کننده تمایل به بارداری دارد، در خانه مخصوص علامت زده و جهت مشاوره و تکمیل فرم اختصاصی مراقبت پیش از بارداری ارجاع داده شود. بویژه اگر فرد در معرض حاملگی پر خطر است یا منع موقت، مطلق یا نسبی برای حاملگی وجود دارد.

احتمال بارداری در حال حاضر: چنانچه در مورد حاملگی مشکوک است از تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی سوال شود و در صورتی که بیش از یک ماه از این تاریخ گذشته باشد برای تشخیص قطعی اقدام شود.

شیر دهی: از مراجعه کننده در خصوص شیر دهی در حال حاضر سوال گردد. چنانچه پاسخ مثبت بود در خصوص روش تنظیم خانواده دقت بیشتری شود.

سابقه ناباروری اولیه / ثانویه: از زن مراجعه کننده متاهل چنانچه هیچ بارداری نداشته است در خصوص ناباروری سوال شود:

به طور کلی منظور از ناباروری این است که یک زوج به مدت یک سال نزدیکی "محافظت نشده" داشته باشد و حاملگی حاصل نشود که شامل ناباروری اولیه (بیماران بدون سابقه حاملگی) و ناباروری ثانویه (زوج هایی که ناباروری را پس از حاملگی های قبلی تجربه می نمایند) می باشد. در صورت وجود ناباروری اولیه یا ثانویه بودن آن در خانه مربوطه ثبت می شود و آموزشهای لازم ارائه می گردد.

مشکل در روابط زناشویی: با رعایت حریم خصوصی و احترام به مراجعه کننده از وی در خصوص رضایت از روابط زناشویی و جنسی سوال شده و در صورت وجود مشکل در ستون بلی نوع مشکل ثبت شود.

اختلال عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل روانی، فیزیولوژیک و اجتماعی بوده و به 4 گروه تقسیم می شود: اختلال در چرخه جنسی (اختلال میل جنسی *desire*، اختلال برانگیختگی، *arousal* اختلال *orgasm*) و مقاربت دردناک یا *dysparonia* ناشی از خشکی واژن. در صورت پاسخ مثبت نوع آن درج گردد.

سایر: در صورتی که مورد دیگری از سوابق باروری توسط مراجعه کننده گفته شود مانند سقط، مرده زایی و یا هر مورد دیگر که در سلامت باروری اهمیت دارد، ثبت گردد.

ترشح و زخم:

از مراجعه کننده در خصوص وجود ترشح غیر طبیعی از واژن و زخم دستگاه تناسلی سوال شود. نوع ترشح از نظر بو، رنگ و .. سوال شده و در صورت غیر طبیعی بودن در قسمت بلی ثبت گردد.

در خصوص وجود ترشحات غیر طبیعی مجرا در همسر و یا وجود زخم تناسلی از وی سوال گردد و در صورت وجود آن در خانه غیر طبیعی درج گردد.

خونریزی غیر طبیعی رحمی: در خصوص وجود خونریزی های غیر طبیعی در سیکل های ماهانه سوال گردد:

خونریزی غیر طبیعی زمانی است که:

- 1- سیکل قاعدگی کمتر از 25 روز باشد (پلی منوره)
- 2- سیکل قاعدگی بیشتر از 35 روز باشد (اولیگو منوره)
- 3- حجم خونریزی بیشتر از 80 CC باشد (منوراژی)
- 4- خونریزی نامنظم باشد (متروراژی)
- 5- خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومتروراژی)
- 6- لکه بینی در طول سیکل یا بعد از مقاربت وجود داشته باشد

چنانچه پاسخ بلی بود نوع آن در خانه مربوطه نوشته شده و بر اساس راهنما اقدام لازم یا ارجاع صورت گیرد.

آمنوره:

در صورتی که قاعدگی به مدت 3 دوره قطع شده است، فرد، مبتلا به آمنوره تلقی می شود. آمنوره به علت حاملگی، استفاده از بعضی از روشهای پیشگیری از بارداری، اختلال عملکرد تخمدان مانند تخمدان پلی کیستیک، منوپوز طبیعی، منوپوز زودرس، هیستریکتومی و اوارکتومی اتفاق می افتد. در صورت وجود آمنوره در ستون بلی علت آن ثبت گردد.

گر گرفتگی:

از زنان در دوران یائسگی (45 الی 60 سال) در خصوص احساس گر گرفتگی سوال شود. اختلال وازوموتور به صورت احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن (سر و صورت و گردن و قفسه سینه) می باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و مانع خواب و استراحت فرد می شود گر گرفتگی پس از 4-5 دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود. دفعات گر گرفتگی در افراد مختلف متفاوت است و در بعضی از زنان اصلا اتفاق نمی افتد. چنانچه این علامت وجود داشت در خانه بلی علامت زده شود.

احساس خشکی واژن:

اغلب در خانم های سنین یائسگی و حین مقاربت دردناک احساس می شود. از زنان در سنین یائسگی این سوال پرسیده شود و در خصوص پاسخ بلی در قسمت مخصوص درج گردد.

بی اختیاری ادراری:

بی اختیاری ادراری به صورت حاد یا مزمن دیده می شود. در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت ، عفونت ، مشکلات نورولوژیکال و آناتومیکی موثرند . نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می شود. از میان انواع مختلف بی اختیاری ادراری نوع **stress incontinenc** ممکن است به کمبود استروژن دوره یائسگی مرتبط باشد. در اینحالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه ، عطسه ، و ... وجود دارد. در صورت وجود بی اختیاری ادراری در قسمت مخصوص ثبت شود.

سایر: سایر علائم و نشانه هایی که مراجعه کننده اظهار می دارد در خانه مربوطه در ستون بلی ثبت شود.

5-2- **معاینات ژنیکولوژی:** معاینه ژنیکولوژی برای زنان متاهل (همسر دار) حداقل یکبار ازدواج کرده 60-25 سال انجام می شود. در معاینه ژنیکولوژی موارد زیر مورد نظر است:

- 1- واژینیت ها و عفونتهای تناسلی که بصورت یکی از موارد ترشح کاندیدیایی، تریکومونایی، باکتریال ، تبخال، زگیل تناسلی، و یا سایر زخم های تناسلی تظاهر می نماید.
 - 2- ضایعات سرویکس که بصورت سرویسیت یا زخم دهانه رحم ، پولیپ دهانه رحم و یا توده مشکوک دهانه رحم تظاهر می نماید.
 - 3- ضایعات خونریزی دهنده مانند پولیپ دهانه رحم یا خونریزی پس از گذاشتن اسپکولوم یا تماس با اسپاچولا و بزرگی رحم (مشکوک به فیبروم) در خانه مربوطه ثبت گردد.
- آتروفی واژن و خشکی و فراژیل بودن آن بویژه در خانمهای دوران یائسگی مورد توجه قرار گرفته و در خانه مربوطه علامت زده شود.
- 4- شلی عضلات کت لگن به صورت وجود یا عدم وجود سیستوسل و گرید آن، وجود یا عدم وجود رکتوسل و گرید آن، وجود یا عدم وجود پرولاپس رحم و گرید آن در معاینه مشخص شده و در صورت وجود شلی عضلات گف لگن، نوع و درجه آن در خانه مربوطه ثبت گردد.
- 7- سایر موارد مانند ضایعات آدنکس شامل: توده آدنکس، تندرنس آدنکس، عدم تحرک آدنکس و علائم التهاب لگن و هر نکته غیر طبیعی دیگر در معاینه در خانه مربوطه "سایر" ثبت گردد.

معاینه پستان: این معاینه برای کلیه زنان متاهل یا مجرد 25 تا 60 سال در اولین ویزیت انجام می شود.

معاینه دو طرفه پستان پس از قاعدگی و قبل از تخمک گذاری انجام می شود. در مرحله اول معاینه کشیده شدن پستان به داخل و تغییرات مبهم در پوست و نوک پستان، در صورتی که بیمار تنها در یک وضعیت معاینه شود، ممکن است از دیده پنهان بماند. معاینه باید با قرارگیری دست ها در دو سمت، بالا بردن دست ها روی سر و در نهایت در حالت دست به کمر انجام گیرد . لمس انگشتی زیر عضلات پکتورال جانبی به داخل حفره زیر بغل انجام می گیرد.

مرحله دوم، معاینه پستان در حالتی که بیمار به پشت خوابیده است اجرا می شود. لمس با انگشت با استفاده از انگشت اشاره و انگشت میانی و وارد کردن فشار متفاوت با کف دست یا بند انگشتان انجام می گیرد. یک معاینه کامل به طور سیستماتیک تمام ناحیه پستان ها و قفسه سینه را در بر می گیرد. معاینه را می توان در جهت عقربه ای ساعت یا به صورت نواری انجام داد. معاینه داخل حفره زیر بغل و مجموعه زیر نوک پستان - آرنول با اهمیت است. ظاهر التهابی پستان باید شک به وجود کارسینوم التهابی را برانگیزد. ظاهر کلاسیک یک سرطان التهابی پستان شامل پستان قرمز متورم با ادم پوستی (نمای پوست پرتقال) است.

هر تغییر غیر قرینه پوستی با تغییر مجموعه نوک پستان باید شک برانگیز باشد. در معاینه پستان ها موارد زیر مد نظر است: وجود توده، زخم، ترشح غیر طبیعی از نوک پستان، دفورمیتی نوک پستان، پستان برداشته شده در هر دو پستان در نظر گرفته شود. در صورت وجود هر یک از موارد یاد شده در قسمت "غیر طبیعی" درج گردد.

5-3- پارا کلینیک باروری :

پاپ اسمیر: برای کلیه زنان سنین 20 الی 65 سال که حداقل یکبار ازدواج کرده باشند. تا سه سال هر سال یک بار و پس از آن هر سه سال یک بار انجام می شود. در صورتی که آزمایش فوق به موقع انجام شده و نیازی به تکرار ندارد نتیجه آزمایش در محل مربوطه ثبت و در صورتی که نیاز به انجام آزمایش وجود دارد، در صورت وجود شرایط لازم پاپ اسمیر انجام و نتیجه آن با ذکر نوع ضایعه در محل مخصوص ثبت می شود.

ماموگرافی :

برای کلیه زنان مجرد و متاهل بالای 40 سال ماموگرافی درخواست و نتیجه آن در محل مخصوص درج گردد. در حال حاضر در صورت وجود شرایط لازم، انجام یک ماموگرافی پایه در سن 40 سالگی توصیه می شود که حداقل هر سه سال یک بار تکرار گردد. سایر موارد پاراکلینیک در صورت وجود مشکل خاص در خواست می گردد. در صورتی که سن مراجعه کننده کمتر از 40 سال است و سابقه فامیلی مثبت برای سرطان پستان دارد نیز ماموگرافی درخواست می شود. چنانچه در معاینه بالینی زن زیر 40 سال توده ای احساس شود در ابتدا برای وی سونوگرافی درخواست می شود.

6- نحوه ارزیابی سوابق بیماری ها و عوامل خطر در فرد یا بستگان/نوع داروی مصرفی: این قسمت توسط پزشک تکمیل می شود.

ابتدا در خصوص شکایت یا بیماری فعلی مراجعه کننده از وی سوال شود. چنانچه بیماری و یا مشکل خاصی در حال حاضر دارد هنگام سوال و جواب و معاینات توجه ویژه ای به این موضوع شده و اقدام لازم برای درمان یا ارجاع مناسب صورت گیرد.

در قسمت بعدی سوابق بیماری ها و یا عوامل خطر مهم در فرد مراجعه کننده و یا افراد فامیل وی سوال می شود. ترجیحا برای ثبت سوابق فردی بر اساس مستندات (پرونده پزشکی، آزمایشات، یا داروی مصرفی و...) عمل شده و اظهارات فرد به تنهایی ملاک تشخیص قرار نمی گیرد. چنانچه فرد دارای سابقه بیماری مورد سوال بود در ستون قرمز رنگ نوع بیماری وی نوشته می شود و در صورتی که سابقه بیماری در افراد فامیل فرد مراجعه کننده وجود داشت کد مورد نظر مربوط به بستگان را در ستون قرمز وارد نموده و در غیر این صورت ستون سبز علامت زده می شود. (به بستگان در جه یک شامل: پدر، مادر، خواهر برادر و فرزندان کد 1، پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمه، خاله، عمو، دایی کد 2 و بیش از یک نفر از فامیل در جه 1 و 2 کد 3 تعلق می گیرد)

بیماری قلبی عروقی: از فرد در خصوص سابقه سکته قلبی، آنژین صدری یا درد قفسه سینه در خودش یا بستگان درجه یک، سابقه ترومبومبولی در هنگام بارداری، انواع بیماری های دریچه ای و ماهیچه ای قلبی سوال شود. چنانچه پاسخ مراجعه کننده مثبت و مستند بود یعنی مدرکی دال بر وجود بیماری و یا سابقه آن ارائه داد، در خانه " دارد " نوع آن درج گردد.

دیابت و عوارض آن: از مراجعه کننده در خصوص سابقه ابتلا به دیابت در فرد و بستگان درجه یک سوال شود. چنانچه پاسخ مثبت و مستند بود در محل مربوطه درج شود.

فشارخون بالا، دیس لیپیدمی: از مراجعه کننده در خصوص سابقه ابتلا به فشار خون بالا، اختلال چربی های خون در خود و بستگان درجه یک سوال نمایید. دقت شود که این سوابق که به نوعی عوامل خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی می باشند تایید شده باشد. یعنی مراجعه کننده بر اساس مستندات مانند در دست داشتن آزمایشات، داروها و یا تشخیص پزشک اظهار نماید.

اختلالات انعقادی: اختلالات خونریزی دهنده. از مراجعه کننده در خصوص داشتن اختلال انعقادی سوال شود و در صورت پاسخ مثبت ثبت گردد.

آنمی فقر آهن: شایع ترین کمبود تغذیه ای که در زنان 25-60 سال به شکل بیماری بروز می نماید، آنمی فقر آهن است. از مراجعه کننده در خصوص سابقه کم خونی و نوع آن سوال شود چنانچه پاسخ بلی بود در خانه مربوطه نوع آن نوشته شود. سایر کمبود های تغذیه ای نیز در صورت اظهار نظر فرد و بر اساس مستندات موجود در قسمت "سایر" درج گردد.

کیفوز، کوتاهی قد، شکستگی بدون تروما: برخی عوامل خطر ابتلا به پوکی استخوان مانند سابقه شکستگی بدون تروما، کوتاه شدن قد و کیفوز را در فرد و بستگان وی سوال و پاسخ را ثبت نمایید. همچنین مصرف دارو هایی که تاثیر منفی بر دانسیته استخوان دارند. مانند: مصرف کورتیکو استروئید به مدت بیشتر از سه ماه، داروی ضد انعقاد (هپارین) به مدت طولانی، داروی ضدصرع (فنی توئین و فنو باربیتال) به عنوان عوامل خطر ابتلا به پوکی استخوان توجه نموده و ثبت نمایید. سایر عوامل خطر در بخشهای دیگر فرم، ثبت می شود. مانند یائسگی و آمنوره (کمبود استروژن، یائسگی زودرس، آمنوره طولانی مدت (بیش از یک سال) قبل از یائسگی در بخش سلامت باروری، کمبود دریافت کلسیم و ویتامین د و فعالیت جسمانی ناکافی در بخش شیوه زندگی ثبت می شود.

بیماری های استخوان و مفاصل: در باره بیماری های استخوان و مفاصل و سابقه آن بویژه استئو پروز، آرتروز و کمردرد در مراجعه کننده سوال و نتیجه را ثبت نمایید.

بیماری های کلیه و مجاری ادراری و تناسلی: سابقه وجود یا عدم وجود بیماریهای کلیوی و مجاری ادرار مانند بی اختیاری ادراری، عفونت ادراری، انواع سنگهای کلیه، نارسایی مزمن یا حاد در فرد یا بستگان وی سوال و نتیجه ثبت شود..

بیماری های غدد (تیروئید و....): درخصوص سابقه بیماری های غدد از جمله بیماری تیروئید در مراجعه کننده سوال شده و در صورت وجود بیماری غده تیروئید (کم کاری تیروئید ، پرکاری تیروئید ، گواتر ، توده های تیروئید) یا سایر بیماریهای هورمونی بر اساس مستندات موجود در قسمت مربوطه نوع آن ثبت شود .

بیماری های تنفسی: در خصوص ابتلا به بیماری های ریوی اعم از آسم، آلرژی و COPD (برونشیت مزمن و آمفیزم) در فرد یا بستگان درجه یک سوال و نتیجه ثبت شود.

بیماری های اعصاب و روان: در خصوص سابقه بیماری های اعصاب و روان (افسردگی ، اضطراب ، صرع ، توده فضا گیر در سیستم عصبی) در فرد یا بستگان وی سوال شود.

بیماری های مزمن عفونی: در خصوص بیماری های واگیر دار و مزمن مانند ایدز، هپاتیت ، سل ، تب مالت در فرد یا بستگان سوال و نتیجه ثبت شود.

سرطان ها: در باره سابقه یا ابتلا به انواع سرطان ها در فرد یا بستگان درجه یک سوال شود و در صورتی که این سابقه وجود دارد نوع آن در خانه مربوطه درج گردد: انواع سرطان های شایع در زنان 25-60 سال عبارتند از : سرطان پوست ، سرطان ریه ، سرطان معده، سرطان روده بزرگ ، سرطان پستان و سرطان دهانه رحم

سابقه جراحی و بیهوشی: در صورتی که مراجعه کننده به هر دلیل تحت عمل جراحی قرار گرفته است و یا بیهوشی گرفته است نوع و علت آن در ستون مربوط به فرد نوشته شود. وجود سابقه جراحی رحم یا تخمدانها از جهت ایجاد یائسگی مصنوعی بسیار مهم است و در پرسش از مراجعه کننده به این مسئله اهمیت ویژه داده شود. همچنین درمان جراحی انواع سرطانها مد نظر قرار گیرد.

سابقه بستری: چنانچه سابقه بستری به هر دلیل در بیمارستان داشته است در محل مخصوص درج شود.

سایر: چنانچه مراجعه کننده به غیر از موارد یاد شده در این جدول مورد دیگری را مانند سوابق بیماری های ژنتیک (تالاسمی، هموفیلی و سندرم داون)، گوارشی ، پوستی ، مشکلات بینایی و شنوایی ورا ذکر نمود در محل مربوطه با ذکر نوع درج گردد.

7- علائم بیماری های جسمی و روانی: این قسمت با مسئولیت پزشک تیم تکمیل می شود و جهت ارزیابی علائم کلیدی یا غربال کننده بیماری هاست که از مراجعه کننده سوال می شود. چنانچه پاسخ برای علامت پرسش شده بلی بود در ستون "دارد" و در غیر اینصورت در ستون "ندارد" علامت زده می شود. بدیهی است در صورتی که فرد یکی از این علائم کلیدی را دارا بود، جهت بررسی بیشتر سایر علائم یا نشانه ها بر اساس پروتکلهای مربوطه اقدام خواهد شد.

درد قفسه سینه: درد قفسه صدی یک شکایت شایع است که در غالب موارد غیر قلبی و در یک سوم موارد ناشی از بیماری ایسکمیک قلب می باشد. اگر پاسخ به وجود درد در قفسه صدی مثبت بود سوالات دیگر برای رد کردن درد قلبی پرسیده می شود. این سوالات شامل نوع درد، محل دقیق درد، محل انتشار درد و همراهی درد با فعالیت یا استراحت است. درد ایسکمی میو کارد معمولاً به صورت فشار، سنگینی و گرفتگی و گاهی سوزش و درد مبهم در قسمت مرکزی قفسه سینه احساس می شود. محل معمول درد پشت جناغ سینه است و ممکن است به گردن، فک، دندانها، شانه ها و بازوها انتشار یابد. بعضی بیماران از درد ناحیه اپیگاستر نیز شکایت دارند.

درد ایسکمی میو کارد بیش از 2 دقیقه (10-2 دقیقه) طول می کشد. وجود علائم همراه مانند تهوع، تعریق، ضربان نامنظم قلب، افت هوشیاری و سبکی سر احتمال منشا ایسکمی قلب را بیشتر می کند. درد معمولاً به دنبال فعالیت، تماس با سرما، فشار روحی و روانی و یا پس از مصرف غذای سنگین ایجاد و با استراحت یا مصرف TNG بهبود می یابد.

تنگی نفس: در خصوص وجود تنگی نفس و نوع آن (در فعالیت یا در استراحت) از فرد سوال شود. تنگی نفس نیز از علامات شایع بیماری های قلبی و ریوی می تواند باشد و در صورت وجود این علامت باید بررسی لازم یا ارجاع صورت گیرد.

سرفه: از مراجعه کننده سوال می شود که آیا در حال حاضر سرفه می کند. اگر سرفه بیش از دوهفته داشت در ستون آری علامت زده و برای بررسی سل و انواع بیماریهای ریوی مورد توجه قرار می گیرد. سرفه از علائم بیماری هایی مثل آسم، عفونت ریوی، بیماری مزمن انسدادی ریوی، بیماری های قلبی، آلرژی ها می تواند باشد.

خلط: وجود خلط همراه سرفه طولانی احتمال بیماریهای مزمن ریوی را افزایش می دهد.

خس خس: وجود خس خس مکرر و عود کننده سینه همراه سرفه احتمال وجود آسم و آلرژی را افزایش می دهد.

ضایعات پوستی: با در نظر گرفتن سرطان های پوستی به عنوان یکی از شایع ترین سرطان ها در سنین بزرگسالی، از مراجعه کننده در خصوص وجود هر گونه ضایعات پوستی تغییر یافته از نظر شکل و رنگ یا ضایعات جدید پوستی بدون بهبودی سوال شده و در صورت پاسخ مثبت در محل مربوطه ثبت می گردد.

مشکلات ادراری: از مراجعه کننده در خصوص داشتن نشانه هایی مانند تکرر ادرار، سوزش ادرار، بی اختیاری ادراری، احتباس ادرار، و یا هر شکایت دیگر ادراری که دارد سوال شود و در صورت وجود یکی از این علائم در قسمت مربوطه ثبت شود

علائم ماسکولواسکتال در صورت وجود کمردرد، درد مفاصل یا تورم آنها، همچنین محدودیت حرکت از مراجعه کننده سوال شده و در صورتی که پاسخ مثبت بود در قسمت مربوطه علامت زده شود و برای بررسی اختصاصی تر اقدام شود.

تب و لرز و بی اشتهایی: این علائم میتواند از نشانه های بیماری های عفونی مزمن و یا حاد باشد. در صورتی که پاسخ مثبت بود با توجه به سایر علامات تشخیص نهایی مشخص و اقدامات لازم انجام شود.

ضعف، بیحالی، خستگی زود رس یا مداوم: علائم یاد شده از مراجعه کننده سوال شود. این علائم می تواند از علائم همراه بسیاری از بیماری ها باشد مانند بیماری های قلبی و عروقی (نارسایی قلبی)، کم خونی ها، بیماری های روان، سرطان ها و ... لذا چنانچه پاسخ مثبت بود، با توجه به سایر علامات و یا معاینات تشخیص نهایی در نظر گرفته و سایر اقدامات انجام شود.

شکایات جسمی متعدد بدون علت واضح: شکایات و علائمی از قبیل عدم احساس خوب بودن همراه با علائم جسمانی خاصی از قبیل سردردهای مبهم، دردهای عضلانی پراکنده و دردنامها، احساس مداوم خستگی و... در این گروه قرار می گیرند که ممکن است ناشی از یک مشکل جسمی یا روانی باشد.

اختلال خواب: در اختلال خواب که به صورت بی خوابی یا پر خوابی بروز می کند، گاهی فرد دیر به خواب می رود. گاه می نشیند و گاه راه می رود. گاهی در رختخواب دراز می کشد، چشمانش باز است. نگران است چرا خواب به چشمانش نمی آید، گاه ساعت ها به خود می غلتد ولی خوابش گسسته است. مثلا ساعت 3/5 بیدار می شود و دیگر خوابش نمی برد؛ صبح هم اصلا سرحال نیست خسته و کوفته است حوصله اش کم است. گاهی به صورت پر خوابی خود را نشان می دهد به طوریکه علاوه بر حداقل 8 ساعت در طول شبانه روز، باز هم اگر کسی مزاحمش نشود، خواهد خوابید. هر یک از اختلالات فوق به عنوان اختلال خواب در ستون بلی علامت زده می شود.

افسردگی: افسردگی عبارت است از احساس غم و اندوه و دل گرفتگی، بی حوصلگی، عدم لذت از زندگی، دل سردی و ناامیدی به مدت حداقل 2 هفته در اغلب روزها و اغلب ساعات روز، به علاوه علائم همراه. علائم این بیماری عبارتند از: خلق افسرده، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، کاهش تمرکز، از دست دادن اشتها، افکار خود کشی یا مرگ و مشکلات خواب و ... در صورت وجود علائم کلیدی احساس غم و انوّه و بی حوصلگی به مدت دو هفته یا بیشتر باید سایر علائم برای تشخیص افسردگی مورد بررسی قرار گیرد.

اضطراب (دلشوره مداوم، بیقراری، وسواس): عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم **هراس** و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. از علائم اضطراب می توان موارد زیر را نام برد: احساس خستگی، عصبی بودن و بی قراری، ترس و نگرانی، **بی خوابی** یا بد خوابی، **تپش قلب** و تنفس نامنظم و سریع، عرق کردن، سردرد و **سرگیجه**، مشکل در تمرکز و حافظه، لرزش یا پرش عضلات، **تکرر ادرار**. در صورت مثبت بودن علائم، نگرانی دلشوره و بیقراری یا حملات ترس و اضطراب یا افکار و اعمال تکرار شونده و وسواسی به مدت بیش از 6 ماه باید وجود اختلال اضطرابی مورد توجه قرار گیرد.

سایر علائم جسمی و روانی: پس از پرسیدن سوالات بالا از مراجعه کننده در خصوص وجود علائم دیگری که در این سوالات نیامده است، پرسش شود و مورد اعلام شده در محل نوشته شود.

8- معاینات: معاینات توسط پزشک انجام می شود. این معاینات شامل موارد زیر می باشند:

فشار خون مراجعه کننده اندازه گیری شود و در محل مخصوص درج شود: برای سهولت در حالت نشسته فشار خون در دست راست اندازه گیری شود. چنانچه فشارخون مساوی یا بیش از 140/90 بود، مجدداً پس از 2 تا 5 دقیقه در همان دست راست اندازه گیری گردد. در صورتی که میانگین دو فشارخون مساوی یا بیش از 140/90 بود به عنوان فشارخون بالا (غیر طبیعی) ثبت شود.

نبض: به تعداد ضربان و ریتم نبض توجه شده و در صورت وجود نکته غیر طبیعی بررسی لازم صورت می گیرد.

وضعیت ظاهری فرد از نظر روانپزشکی: آراستگی یا ژولیده بودن، برقراری ارتباط چشمی و کلامی، سرعت یا کندی فعالیت حرکتی - روانی و وجود حرکات غیر طبیعی مورد توجه قرار گیرد. تحریک پذیری، عاطفه، خلق افسرده، تحریک پذیر، سرخوش، مضطرب، فرم تفکر (هدفمند، حاشیه پردازی، بیربطی کلام و ...) و محتوای آن (هدیان، وسواس، فکر خودکشی)، ادراک (انواع توهم) نظام حسی (سطح هوشیاری، جهت یابی، تمرکز و...) در حد امکان بررسی و به صورت طبیعی یا غیر طبیعی ثبت شود.

وضعیت جسمی ظاهری فرد: آنچه را که در نظر اول از ظاهر عمومی مراجعه کننده می توان بدست آورد، شاید کلید و راهنمای تشخیصی بسیاری از بیماری ها باشد. در ظاهر عمومی فرد به موارد زیر توجه شود: رنگ پوست، برافروختگی صورت، هیرسوتیسم، معلولیت، دفور میتی و... در قسمت وضعیت عمومی با ذکر نوع ثبت شود.

سمع قلب و ریه: این قسمت پس از معاینه پزشک تکمیل می گردد: اگر معاینه قلب از نظر وجود صدای اضافی یا غیر طبیعی بررسی گردید و مورد غیر طبیعی وجود داشت درج گردد.

غده تیروئید: از نظر بزرگی و وجود یا عدم وجود ندول بررسی گردد و نتیجه آن در محل مخصوص درج شود.

معاینه غدد لنفاوی: برای بررسی لنف نود باید به مکان لنف نود، اندازه، تعداد، متحرک یا غیر متحرک بودن، قوام، تورم و قرمزی توجه نمود. از نظر قوام (سفت یا نرم)، لنف نود (متحرک یا دارای چسبندگی به بافت های زیری) در صورت وجود لنف نود در معاینه موارد اشاره شده مورد بررسی قرار رفته و در قسمت مخصوص نوع و محل آن ذکر شود.

شکم: در معاینه شکم به اندازه اعضای شکمی مانند کبد و طحال، همچنین وجود توده در شکم توجه شود و در صورت وجود علامت غیر طبیعی در خانه مخصوص نوع آن را درج نمایید

اسکلتی عضلانی: وجود یا عدم وجود کیفوز، وضعیت راه رفتن مراجعه کننده و انحراف محوری بدن معلولیت و دفور میتی، شلی و یا هر گونه لنگش بررسی و در محل مخصوص نتیجه آن ثبت گردد. همچنین در صورت وجود نکته مثبت در سوالات غربالگری معاینه مفاصل مربوطه از نظر تورم، قرمزی و دردناکی و کریپیتاسیون محدودیت دامنه حرکتی بررسی گردد و در صورت وجود مورد غیر طبیعی در محل مخصوص درج شود

سایر علائم جسمی و روانی: چنانچه معاینات دیگری برای مراجعه کننده ضروری بود از جمله معاینه ضایعه پوستی در صورت اظهار به وجود ضایعه از نظر تغییرات ظاهری، نامتقارن بودن لبه های ضایعه، رنگ، قطر و برآمدگی ضایعات انجام گردد. همچنین هر نوع معاینه لازم دیگر به صلاح دید پزشک انجام و نتیجه آن در ستون "دارد" یا "با ذکر نوع ثبت گردد".

سرخوشی و شادی بیش از حد، پرخاشگری و تحریک پذیری، وضعیت تکلم (تند، کند، نامفهوم، پرفشار)، توهم بینایی یا شنوایی، هذیانهای شایع (هذیان گزند و آسیب، هذیان بزرگ منشی)، افکار خودکشی یا اقدام به آن، وضعیت تفکر (پرش افکار، بی ربطی کلام)، وضعیت جهت یابی، وضعیت تمرکز در صورت لزوم مورد توجه قرار گرفت و در صورت وجود مورد مثبت در خانه مربوطه با ذکر علامت ثبت گردد.

9- آزمایشات:

آزمایش های عمومی: برای کلیه زنان مراجعه کننده آزمایش های روتین شامل Hb، Hct، قند ناشتا، کلسترول، تری گلیسرید، LDL، HDL در خواست گردد. پس از ارائه پاسخ در محل مخصوص در فرم درج گردد. چنانچه مقدار FBS مساوی یا بیشتر از 126، مقدار کلسترول مساوی یا بیش از 200، مقدار تری گلیسرید مساوی یا بیش از 150، مقدار LDL مساوی یا بیش از 100، مقدار HDL کمتر از 40 باشد در قسمت غیر طبیعی با ذکر مقدار علامت زده شود. و در غیر این صورت در ستون طبیعی مقدار ثبت شود. در صورتی که مراجعه کننده مشکل خاصی ندارد، و در طول سه سال قبل آزمایش های فوق برای او انجام شده، پاسخ آن مورد تایید بوده و می توان بدون انجام مجدد آزمایش نتایج آزمایش های مذکور را در محل مربوطه ثبت کرد.

پارا کلینیک تکمیلی و اختصاصی: چنانچه در سیر ارزیابی پزشکی، مراجعه کننده به بررسی پاراکلینیک خاصی مانند تست حاملگی، آزمایش ادرار (ساده، کشت ادرار)، خون (TFT، LFT و...)، انواع تصویر برداری (سونوگرافی ها، انجام دانسیتومتری استخوان، گرافی قفسه سینه یا شکم و...) و یا سایر موارد، نیاز داشت، درخواست لازم صورت گرفته و پس از دریافت پاسخ در محل مخصوص ثبت گردد.

عوامل اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت مراجعه کننده:

با توجه به نقش مهم عوامل اجتماعی و خانوادگی بر سلامت آحاد جامعه، در این بخش هدف آن است که ارائه دهندگان خدمات به این عوامل توجه ویژه ای معطوف نمایند و در حد امکان در تصمیم گیری برای مداخلات سلامت در سطح فرد نیز مد نظر قرار دهند از آنجا که هدف طرح سوالات روشن از مراجعه کنندگان نیست، سوال خاصی در فرم گذاشته نشده است. اما انتظار می رود موارد زیر در رابطه بین ارائه دهنده خدمات و گیرنده خدمات مورد توجه قرار گرفته و در صورت وجود نکته مثبت از دسته بندی زیر، موارد در خانه مربوطه ثبت گردد:

- وضعیت اقتصادی: درآمد کم، مسکن نامناسب با شرایط رفاهی بد، حاشیه نشینی، سوء تغذیه یا شرایط بد تغذیه ای
- وضعیت فرهنگی: سواد کم، نوع مذهب، نژاد یا قومیت خاص (قرار داشتن در شرایط اقلیت)
- رفتارهای متأثر از شرایط اجتماعی و خانوادگی: وجود رفتارهای پرخطر، بی توجهی به بهداشت فردی، اعتیاد، رعایت ایمنی در محیط زندگی و کار، عادات تغذیه ای نامناسب، بی توجهی به دریافت مراقبتهای پزشکی و بهداشتی، عدم مراجعه بموقع برای درمان، مصرف خود سرانه دارو، بی اعتنایی به توصیه های پزشکی

- وضعیت محیط کار و زندگی: محیط کار نامناسب، آلودگی هوا، آلودگی آب، وضعیت دفع مواد زائد (زباله)، آلودگی خاک، شرایط ایمنی کار
- نیازهای شغلی: حقوق و دستمزد ناکافی، عدم امنیت شغلی، نارضایتی شغلی
- وضعیت حقوقی و خانوادگی: سابقه زندانی بودن، طلاق، خشونت ها، بزهکاری ها، خانواده نابسامان و ناهنجار، چند همسری، مشکلات خانواده گسترده، عدم حمایت خانوادگی، وجود بیماری صعب العلاج در یکی از افراد خانواده مانند همسر، فرزند یا والدین
- وضعیت خدمات سلامتی: عدم دسترسی به مراقبت های اولیه سلامت، عدم دسترسی به خدمات پزشکی مناسب، وضعیت بیمه و بیمه های تکمیلی
- وضعیت حمایت های اجتماعی: تحت پوشش کمیته امداد، بهزیستی

11- تشخیص و طبقه بندی و اقدامات :

پس از تکمیل فرم برای تعیین تکلیف سلامت مراجعه کننده، پزشک تشخیص خود و اقدامات لازم را در جدول ثبت کرده و آن را مبنای پیگیری قرار می دهد. ابتدا با توجه به شرح حال و معاینات و آزمایشات انجام شده و با توجه به راهنمای آموزشی مشکل فرد طبقه بندی می شود. موارد زیر بر اساس اولویتهای سلامت گروه هدف در تشخیص و طبقه بندی مورد توجه خاص قرار گرفته اند. هر تشخیص دیگری به غیر از موارد موجود در جدول بنا بر تشخیص پزشک در ردیف سایر ثبت و پیگیری می شود. در هر ردیف و برای هر یک از موارد تشخیص و طبقه بندی، با توجه به اینکه کدام مورد مشکل داشته است کد نوع، در ستون نوع، ثبت و اگر موردی وجود ندارد خط تیره گذاشته می شود. در ستون قدیم و جدید، ابتلای از قبل با حرف "ق" و ابتلایا اطلاع جدید از بیماری با حرف "ج" درج می شود. "سپس اقدامات لازم شامل مشاوره، آموزش، درمان غیر دارویی، درمان دارویی، در خواست پاراکلینیک در ستون بعدی با ذکر مورد به اختصار ثبت می شود. چنانچه نیاز به ارجاع وجود داشته باشد، محل ارجاع به تفکیک مطب خصوصی، بیمارستان عمومی و یا مرکز بهداشتی درمانی و با ذکر نام محل ارجاع ثبت می شود. در ستون بعدی علت ارجاع مشخص و ثبت می شود. و در ستون آخر نتیجه ارجاع پس از اقدام ثبت خواهد شد.

مواردی که در طبقه بندی به عنوان اولویتهای سلامتی گروه سنی هدف مورد توجه قرار گرفته اند شامل 11 گروه مشخص و اولی از مشکلات سلامتی و یک گروه تحت عنوان "سایر" برای مواردی است که در 11 گروه دیگر مد نظر قرار نگرفته اند. هر یک از 11 گروه دارای زیر مجموعه ای از تشخیص و طبقه بندی با کد مشخص به شرح زیر می باشد:

شیوه زندگی نامطلوب: کد 1- تغذیه نامطلوب در بخش شیوه زندگی، کد 2- فعالیت جسمانی نامطلوب در بخش شیوه زندگی، کد 3- استعمال دخانیات در بخش شیوه زندگی کد 4- سایر عادات رفتاری نامطلوب در

بخش شیوه زندگی

بیماریهای زمینه ای غیر واگیر: کد 1- دیابت: در بخش آزمایشات دارای FBS بالاتر از طبیعی یا در بخش سوابق بیماری ها دارای سابقه بیماری و یا عوارض آن، کد 2- فشار خون: در بخش معاینات دارای فشار خون بالا (مساوی یا بیش از 140/90) یا در بخش سوابق بیماری ها دارای سابقه بیماری، کد 3- دیس لیپیدمی: در بخش آزمایشات دارای تری گلیسرید یا کلسترول، LDL و HDL غیر طبیعی یا در بخش سوابق بیماری ها دارای سابقه بیماری، کد 4- چاقی و اضافه وزن: نمایه توده بدنی یا دور کمر بالاتر از طبیعی در قسمت تن سنجی

بیماری قلبی عروقی: کد 1- آئزین صدری یا بیماری عروقی قلب: دارای سوابق بیماری عروقی قلب یا دارای علامت درد قلبی، تنگی نفس، ضعف و بیحالی و خستگی یا نبض غیر عادی یا سمع قلب غیر طبیعی در بخش معاینات، کد 2- سکته مغزی در بخش سوابق بیماری ها دارای سابقه بیماری کد 3- سایر بیماریهای عروقی مانند ترومبو امبولی و بیماری عروق محیطی

بیماری اعصاب و روان: کد 1- افسردگی: دارای یکی از علائم بی حوصلگی، دلگرفتگی، ناامیدی از زندگی، تمایل به خودکشی کد 2- اضطراب: دارای یکی از علائم دلشوره مداوم، بیقراری، وسواس به مدت بیشتر از 6 هفته 3- اختلال خواب: دارای هر گونه اختلال خواب که به بیماری زمینه ای جسمی مربوط نبوده و بیش از دو هفته طول کشیده است، کد 4- سایر بیماریهای اعصاب و روان مانند صرع، سایکوز و..

بیماری اسکلتی عضلانی: کد 1- استئوپروز یا در معرض خطر آن به آن دسته از مراجعه کنندگانی اختصاص دارد که در بخش سوابق، سابقه بیماری های استخوان و مفاصل و یا عوامل خطر بیماری استئوپروز (کیفوز، کوتاه شدن قد، شکستگی بدون ضربه) بطور مستند در خود یا بستگانشان وجود داشته است یا سابقه مصرف دارو هایی که تاثیر منفی بر دانسیته استخوان دارند. مانند: مصرف کورتیکو استروئید به مدت بیشتر از سه ماه، داروی ضد انعقاد (هپارین) به مدت طولانی، داروی ضد صرع (فنی توئین و فنو باریتال) را داشته، یا در قسمت تن سنجی و شیوه زندگی لاغری مفرط، دریافت ناکافی لبنیات، فعالیت فیزیکی نامطلوب، مصرف دخانیات و الکل دارد. یا در بخش باروری، یائسگی و آمنوره (کمبود استروژن، یائسگی زودرس، آمنوره طولانی مدت) را داشته اند.

کد 2- استئو آرتروز: به آن دسته از مراجعه کنندگانی اختصاص دارد که در بخش علائم به درد مفاصل زانو یا لگن و در بخش معاینه تورم و محدودیت حرکت در این مفاصل دارند کد 3- مربوط به کسانی است که دچار کمر درد هستند

سرطان یا در معرض خطر ابتلا به آن: کد 1- سرطان پوست: سابقه مثبت به نفع سرطان پوست در بستگان درجه یک، مشاغل در معرض تابش مستقیم آفتاب، یا تغییرات در ضایعات پوستی و یا عدم بهبودی ضایعه

پوستی جدید

کد 2- سرطان پستان: سابقه مثبت به نفع سرطان پستان در بستگان درجه یک، علامت ترشح غیر عادی، زخم و تغییرات شکل ظاهری و توده در پستان و لمس غدد لنفاوی در ناحیه آگزیلا و فوق ترقوه، کد 3- سرطان سرویکس: دارای پاپ اسمیر غیر طبیعی، کد 4- سرطان کولورکتال: سابقه خانوادگی مثبت، کد 5- سایر انواع سرطان در بخش سوابق، سابقه یکی از انواع سرطان های شایع بطور مستند در خود یا بستگانشان وجود داشته است و یا در بخش علائم دارای یکی از علائم هشدار دهنده سرطان که در قسمت سایر ثبت گردیده است و یا در بخش معاینه دارای غدد لنفاوی غیر طبیعی مشکوک به نوع سرطانی و یا توده در معاینه

شکم

بیماری دستگاه ادراری تناسلی: کد 1- خونریزی غیر طبیعی در شرح حال باروری، یا ضایعه خونریزی دهنده در معاینه ژنیکولوژی یا در نتیجه پاراکلینیک دستگاه ژنیتال، کد 2- عفونتهای آمیزشی: وجود ترشح غیر طبیعی واژینال یا زخم در ناحیه تناسلی، کد 3- بیماری دستگاه ادراری: دارای یکی از علائم تکرر ادرار، سوزش و یا بی اختیاری ادراری و یا سایر علائم مرتبط که در قسمت سایر ثبت گردیده یا آزمایش ادراری غیرطبیعی

مشکلات باروری: کد 1- اختلال عملکرد جنسی یا زناشویی: عدم رضایت از رابطه زناشویی در شرح حال باروری، کد 2- ناباروری اولیه یا ثانویه به علت زنانه یا مردانه در شرح حال باروری، کد 3- ممنوعیت مطلق یا نسبی یا موقت حاملگی: زن واجد شرایط دارای تمایل به بارداری با تاریخچه فاصله بین دو حاملگی کمتر از 3 سال، نمایه توده بدنی کمتر از 18/5 یا بیشتر از 25 (بند 2)، سن زیر 18 و بالای 35 (بند 1)، سوءتغذیه (بند 3)، مصرف دخانیات (بند 3)، اعتیاد به مواد مخدر (بند 3)، سابقه ناهنجاری های دستگاه تناسلی، بارداری 5 و بالاتر، نسبت خویشاوندی با همسر، انواع اختلالات ژنتیکی، سابقه یا ابتلا به بیماری ها (دیابت، قلبی، اتوایمیون، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آئمی،) که باید برای مشاوره پیش از بارداری ارجاع شود. کد 4- نیازمند مشاوره تنظیم خانواده: عدم تمایل به بارداری در حال حاضر و نیاز به روش پیشگیری از بارداری

یائسگی: کد 1- اختلال وازو موقوت: زنان 45-60 ساله مبتلا به گر گرفتگی، تعریق و تپش قلب به صورت حمله ای، کد 2- واژینیت آتروفیک: زنان 45-60 ساله دارای علامت احساس خشکی واژن و مشکل در مقاربت یا وجود آتروفی واژن در معاینه، کد 3- شلی عضلات کف لگن: زنان 45-60 ساله دارای علامت بی اختیاری استرسی ادراری در شرح حال و یا وجود سیستوسل، رکتوسل یا پرولاپس رحمی به درجات مختلف در معاینه

بیماری تنفسی: کد 1- آسم: سابقه بیماری های تنفسی بطور مستند در فرد یا بستگان یا دارای یکی از علائم سرفه دوهفته یا بیشتر، یا تنگی نفس و خس خس مکرر و مستمر یا دارای سمع ریه غیر طبیعی کد 2- COPD سرفه و تنگی نفس همراه با دفع خلط به صورت مکرر

مبتلا و یا در معرض بیماری های شغلی: سابقه مثبت مواجهه یا تماس با عوامل عمده زیان آور شغلی در شرح حال یا وظایف شغلی یا وجود علائم یا نتایج پاراکلینیک مرتبط با بیماری ناشی از عامل زیان آور شغلی به تفکیک: کد 1- عامل شیمیایی و بیماری احتمالی ناشی از آن کد 2- عامل فیزیکی و بیماری احتمالی ناشی از آن، کد 3- عامل بیولوژیک و بیماری احتمالی ناشی از آن، کد 4- عامل ارگو نومیک و بیماری شغلی ناشی از آن "

درانتهای فرم بررسی پرونده توسط پزشک صورت گرفته و نقایص آن برای تکمیل توسط تیم سلامت ثبت می شود. و تاریخ مراجعه بعدی به مراجعه کننده اعلام و توسط پزشک مهر و امضا انجام می شود

درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی

SYS.BP		کلسترول تام		HDL-کلسترول		سن (مرد)		سن (زن)	
امتیاز	BP	امتیاز	کلسترول تام	امتیاز	HDL-کلسترول	امتیاز	سن	امتیاز	سن
-2	98-104	-3	3/60-3/92	7	0/64-0/68	-2	30	-12	30
-1	105-112	-2	3/93-4/31	6	0/69-0/75	-1	31	-11	31
0	113-120	-1	4/32-4/73	5	0/76-0/83	0	32-33	-9	32
1	121-129	0	4/74-5/17	4	0/84-0/91	1	34	-8	33
2	130-139	1	5/18-5/68	3	0/92-0/99	2	35-36	-6	34
3	140-149	2	5/69-6/21	2	1/00-1/09	3	37-38	-5	35
4	150-160	3	6/22-6/80	1	1/10-1/20	4	39	-4	36
5	161-172	4	6/81-7/48	0	1/21-1/30	5	40-41	-3	37
6	173-185	5	7/49-8/18	-1	1/31-1/43	6	42-43	-2	38
		6	8/19-8/58	-2	1/44-1/56	7	44-45	-1	39
موارد دیگر				-3	1/57-1/72	8	46-47	0	40
4		سیگار		-4	1/73-1/90	9	48-49	1	41
3		دیابت مردان		-5	1/91-2/08	10	50-51	2	42-43
6		دیابت زنان		-6	2/09-2/26	11	52-54	3	44
9		هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکتروکار دیوگرافی		-7	2/27-2/50	12	55-56	4	45-46
0		اگر هر کدام منفی باشد				13	79-59	5	47-48
امتیاز عوامل خطر = جمع امتیازات موارد بالا: سن + HDL-کلسترول + کلسترول تام + SYS.BP + سیگار + دیابت + هایپرتروفی بطن چپ = جمع امتیاز						14	60-61	6	49-50
						15	62-64	7	51-52
						16	65-67	8	53-55
						17	68-70	9	56-60
						18	71-73	10	61-67
						19	74	11	68-74

خطر معادل بر اساس جمع امتیازات

احتمالات

10سال	5 سال	امتیازات	10سال	5سال	امتیازات	10سال	5 سال	امتیازات
%27	%14	25	%8	%3	13	<%2	<%1	<1
%29	%16	26	%9	%4	14	%2	%1	2
%31	%17	27	%10	%5	15	%2	%1	3
%33	%19	28	%12	%5	16	%2	%1	4
%36	%20	29	%13	%6	17	%3	%1	5
%38	%22	30	%14	%7	18	%4	%1	6
%40	%24	31	%16	%8	19	%4	%1	7
%42	%25	32	%18	%8	20	%4	%2	8
			%19	%9	21	%5	%2	9
			%21	%11	22	%6	%2	10
			%23	%12	23	%6	%3	11
			%25	%13	24	%7	%3	12

BMI مرتبط با خطر سلامتی

خطرهای سازگار شده با وجود بیماریهای همراه و یا دیگر عوامل خطر	خطر سلامتی بر اساس BMI	طبقه بندی BMI
پایین	حداقل	< ۲۵
متوسط	پایین	۲۵ - < ۲۷
بالا	متوسط	۲۷ - < ۳۰
خیلی بالا	بالا	۳۰ - < ۳۵
فوق العاده بالا	خیلی بالا	۳۵ - < ۴۰
فوق العاده بالا	فوق العاده بالا	≥ ۴۰

منابع :