

بسته خدمت سلامت جوانان

ویژه پزشك

بهمن ۱۳۹۳



مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

پزشک

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت جوانان

تهیه کنندگان : دکتر محمد اسماعیل مطلق ، دکتر گلایل اردلان ، نسرین کیانپور

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدری ، دکتر ناصر کلاتری ، دکتر محمد مهدی گویا ، دکتر محمد اسلامی ، دکتر تقی یمانی ، دکتر مینوالسادات محمود عربی ، دکتر مجذوبه طاهری ، دکتر منوچهر زینلی ، طاهره امینایی ، مرضیه دشتی ، لیلا رجائی ، دکتر طاهره سماوات ، عالیه حجت زاده ، دکتر فروزان صالحی ، مینا مینایی ، دکتر پریسا ترابی ، خدیجه فریدون محصلی ، دکتر محسن زهرایی ، دکتر نسرین محمودی ، دکتر مهشید ناصحی ، دکتر مهدی نجمی ، معصومه افسری ، دکتر محمود نبوی ، دکتر عباس صداقت ، دکتر کیانوش کمالی ، دکتر حمیرا فلاحی ، دکتر ناهید جعفری ، دکتر حسین کاظمینی ، دکتر سیدعلیرضا مظهري ، دکتر محمد رضا رهبر ، دکتر شهرام رفیعی فر ، دکتر پژمان اقدک ، دکتر غلامرضا بهرامی ، راضیه امیدی ، دکتر رویا کلیشادی ، فرشته فقیهی ، مریم فراهانی ، دکتر ماهرخ کشوری ، دکتر شهین یاراحمدی ، دکتر معصومه علیزاده ، دکتر اشرف سماوات ، دکتر احمد حاجبی ، دکتر محمود نبوی ، دکتر مهدی نجمی ، دکتر حسین معصومی اصل ، دکتر مشیانه حدادی ، دکتر حسن نوری ساری ، مهندس آیتا رضایی ، دکتر

حسین خوشنویسان، دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر میترا حفاظی، سمیه یزدانی، مریم مهربابی، دکتر علیرضا نوروزی، مهر و محمد صادقی، طاهره زیادلو، علی اسدی که در تهیه و تدوین این مجموعه ما را یاری نمودند.

به نام خدا

مقدمه:

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

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

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

مفهوم رنگ ها

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

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

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

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

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

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

این مجموعه موارد ذیل را دربرمی گیرد:

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

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

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

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

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

فرآیند و اجرا

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

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

نمایه توده بدن	طبقه بندی
$< ۱۸/۵$	لاغر 
$۱۸/۵ - ۲۴/۹$	در محدوده وزن طبیعی 
$۲۵ - ۲۹/۹$	اضافه وزن 
$۳۰ - ۳۴/۹$	چاقی درجه ۱ 
$۳۵ - ۳۹/۹$	چاقی درجه ۲ 
> ۴۰	چاقی درجه ۳ 

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

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

۸. از صحت و دقت اندازه گیری های آنتروپومتریک و رسم نمودارهای رشد کودک و وزن گیری مادر باردار توسط مراقبین سلامت اطمینان کامل داشته باشد
۹. از تعداد مبتلایان به بیماریهای مرتبط با تغذیه (سوء تغذیه کودکان ، سوء تغذیه دانش آموزان ، کم خونی مادران باردار ، فشار خون بالا، دیابت ،، اضافه وزن و چاقی ، اطلاع داشته باشد
۱۰. اندیکاسیون های ارجاع به کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد
۱۱. آمار تعداد ارجاعات مستقیم پزشک به کارشناس تغذیه را در دسترس داشته باشد
۱۲. از تعداد موارد غربالگری تغذیه توسط مراقبین اطلاع کامل داشته باشد
۱۳. از تعداد کل موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه و تعداد پرونده های تشکیل شده اطلاع داشته باشد
۱۴. از عملکرد کارشناس تغذیه درخصوص نظارت بر عملکرد تغذیه ای مراقب سلامت آگاهی داشته باشد
۱۵. از عملکرد کارشناس تغذیه در خصوص مدیریت و اجرای برنامه های تغذیه نظیر آهن یاری مکمل یاری ویتامین د ، برنامه وزن گیری مادران باردار، مکمل یاری هفته بسیج آموزش تغذیه اطلاع داشته باشد.

ارزیابی وضعیت قلبی عروقی

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
۱- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید ۲- اگر فشارخون ۱۶۰ روی ۱۰ یا بیشتر باشد مرحله ۳ را انجام دهید ۳- فشار خون در ۳ نوبت جداگانه (در ۳ ویزیت جداگانه) اندازه گیری و ثبت شود و بر اساس میانگین اندازه گیری ها طبقه بندی و اقدام شود:	فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه	فشارخون بالا مرحله I	الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم ب- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست)
	در صورتی که فشار خون ۱۶۰ روی ۱۰ و بیشتر باشد	فشارخون بالا مرحله II	پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست) ارجاع فوری جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان ارجاع به متخصص قلب یا داخلی ، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه
	— یا ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه یا ۱۳۹/۸۹	پیش فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)	تشویق به مراقبت مداوم از سلامت — تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم ارجاع به سطح اول خدمات برای مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر
	فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰	فشار خون طبیعی	— تشویق به مراقبت مداوم از سلامت — آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم ، غربالگری سه سال بعد

اختلالات خونی

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی

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

کم خونی فقر آهن به دلایلی مانند کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه، ابتلا به بیماری های انگلی و عفونی، الگوهای غذایی نامناسب ایجاد می شود. دختران به علت خونریزی ماهیانه بیش تر در معرض خطر کم خونی قرار دارند. <u>راه های پیشگیری</u> مواد غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزیجات، جعفری و اسفناج، حبوبات، عدس و لوبیا منظور شود. مصرف سبزیجات مانند سالاد با غذا و مصرف مرکبات بعد از غذا به جذب آهن غذا کمک می کند. مصرف مواد غذایی خشکبار، توت خشک، برگه آلو، زردآلو، انجیر خشک، کشمش و خرما به عنوان میان وعده در برنامه غذایی گنجانده شود. افزودن مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی و یا سویا به جذب بهتر آهن کمک می کند. بهداشت فردی به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری های عفونی و انگلی رعایت شود. زباله ها به طریق بهداشتی دفع شود. آب آشامیدنی سالم و توالیت بهداشتی استفاده شود. مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزایش جذب آهن کمک می کند. از جوش شیرین در تهیه نان استفاده نشود. از تنقلات غذایی کم ارزش مانند پفک و چیپس حتی المقدور استفاده نشود.	بهتر است دختران هر هفته یک عدد قرص آهن به مدت ۱۶ تا ۲۰ هفته در طول یک سال مصرف کنند. برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است قرص با معده خالی مصرف نشود و پس از غذا و یا شب، قبل از خواب مصرف شود.
--	--

بیماری عفونی

ارزیابی از لحاظ هپاتیت

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

مراقبت از نظر شک به سل

ارزیابی	نشانه	بررسی	طبقه بندی
شرح حال بگیرید و معاینه بفرمایید	- سرفه طول کشیده - بیش از دو هفته - سابقه تماس با فرد مبتلا - به سل به همراه سرفه - مساوی یا کمتر از دو هفته یا بدون سرفه	- نتایج ۳ اسمیر خلط - درخواست - رادیوگرافی قفسه - سینه از فرد دارای - یک اسمیر مثبت	۲ یا ۳ اسمیر مثبت یا یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه=جوان مسلول اسمیر مثبت - یک اسمیر مثبت و فاقد نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا ۳ اسمیر منفی =مشکوک به سل
• جوان را بر اساس جدول درمان کنید و اولین دوز دارو را به جوان بخورانید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با جوان را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و جوان مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به جوان و همراهان وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.			
• فرد را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید			
• جوان ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روز بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. • فرد را دو هفته بعد پیگیری کنید.			

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

ارزیابی	نشانه	بررسی
---------	-------	-------

ارزیابی وضعیت رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز و بیماری‌های آمیزشی در گروه سنی ۲۹-۱۸ سال			
اقدام	طبقه بندی	انجام آزمایش اچ‌آی‌وی: نتیجه منفی انجام آزمایش اچ‌آی‌وی: نتیجه مثبت	• سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم ، ابتلای شریک جنسی /همسر به ایدز یا بیماری های آمیزشی، سابقه مصرف مواد مخدر ، محرک قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با افراد تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی/همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان
- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی (پیوست ۱) در صورت اعتیاد به مواد مخدر، توصیه به مراجعه جهت درمان سوء مصرف مواد - آموزش/توصیه به مطالعه محتوای آموزشی(۲)	حداقل یک نشانه (سوابق فردی /عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی) مشکل (سوء مصرف مواد)		• وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفننی مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، محرک ،سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب ، سابقه/ ابتلا به بیماری‌های آمیزشی ، سابقه زندان در فرد، شریک جنسی/ همسر، سابقه انجام خالوبی، تاتو و حجامت
- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی(۱)آموزش/ توصیه به مطالعه محتوای آموزشی (۳)	حداقل یک نشانه (سوابق فردی /عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی)مشکل (رفتارهای جنسی پرخطر)		• خرید مواد مخدر و یا محرک و الکل، برای دیگری • حضور در مهمانی های با امکان مصرف مواد مخدر، محرک و الکل • سابقه مصرف مواد مخدرمحرک درشریک جنسی/ همسر
- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری جهت دریافت خدمات (۱) ،آموزش و توصیه به استفاده از کاندوم، ارجاع شریک جنسی/همسرجهت بررسی ابتلا	انجام آزمایش اچ‌آی‌وی: نتیجه مثبت فرد مبتلا		
- تشویق به ادامه شیوه زندگی سالم - توصیه به مراجعه در صورت بروز نشانه - آموزش/توصیه به مطالعه محتوای آموزشی(۴)	فاقد مشکل		

ارزیابی بیماری منتقله از راه جنسی
گنوکوک وکلامیدیا :

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

عفونت لگنی :

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

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

زخم ژنیتال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	وجود وژیکول در ناحیه دستگاه تناسلی ووزخم وجراحت	دارای وژیکول است	درمان تب خال وسیفلیس در صورت نیازوهمینطور انجام مشاوره واموزش استفاده از کاندوم وارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی وعاینه بعد از ۷ روز
		وژیکول و زخم وجراحت دارد	درمان سیفلیس وشانکروئید وتب خال در صورت نیاز وهمینطور انجام مشاوره واموزش استفاده از کاندوم وارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی وعاینه بعد از ۷ روزدر صورتیکه زخم بهبود پیدا کرده باشد آموزش ومشاوره ، توصیه واموزش استفاده ازکاندوم ، درمان شریک جنسی وانجام آزمایش داوطلبانه اچ ای وی اگر زخم بهبود نسبی داشت ۷ روز دیگر درمان را ادامه دهید .واگر بهبود نیافت به متخصص ارجاع دهید
		وژیکول وزخم وجراحت ندارد	آموزش ومشاوره ، توصیه واموزش استفاده از کاندوم ، ارجاع برای مشاوره وانجام آزمایش داوطلبانه

تورم اسکروتوم :

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

خیارک اینگوینال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام

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

ترشح ،سوزش یا خارش واژن:

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
			۲۷

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

بیماری غیرواگیرریوی (آسم)

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

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

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

اختلالات و بیماریهای تیروئید

ارزیابی اختلالات و بیماریهای تیروئید

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
---------	----------	-----------	-------

✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (TSH، T₃، T₄، T₃RU) ✓ اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید ✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد ✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار	گواتر دارد	در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده: به همراه بزرگی اندازه تیروئید	شرح حال بگیرید و معاینه * کنید: - سابقه فامیلی - وضعیت اشتها - خستگی و ضعف عضلانی - تاکی کاردی - تعریق - علایم پوستی - علایم چشمی بررسی اندازه تیروئید و قوام تیروئید - ترمور
✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (TSH، T₃، T₄، T₃RU) ✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد ✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار	وجود مشکل بدون گواتر	در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده: بدون بزرگی اندازه تیروئید	
✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب ✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار	تیروئید سالم است	نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد	

در هنگام معاینه تیروئید فرد از او بخواهید در مقابل شما بایستد و چانه را در وضعیت عادی قرار دهد، در حالت عادی در قسمت پایین گردن برآمدگی مشاهده نمی شود و خالی است. در آن هایی که گواتر دارند، بالای فرورفتگی جناغ برآمدگی دیده می شود که معمولا از خط میانی به دو طرف گسترده شده است. این برآمدگی گاهی کوچک و به اندازه یک بادام است. ولی ممکن است بزرگ تر باشد و حتی آنچنان بزرگ که همه قسمت های گردن را بگیرد و به زیر چانه برسد. Lid lag: وضعیتی است که پلک فوقانی قادر به دنبال کردن چرخش چشم نیست و پلک فوقانی پشت لبه فوقانی عنبیه در حرکت چشم رو به پائین قرار می گیرد، این حالت معمولا واضح است وقتی که پلک قادر به حرکت نیست یا وقتی که حرکت پلک فوقانی به طور قابل ملاحظه ای بعد از حرکت چشم است. یک پدیده مشابه در لبه تحتانی وقتی که چشم به سمت پایین حرکت می کند، اگر مشاهده این حرکت سریع باشد تشخیص ممکن است missed شود.

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

بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک

اختلالات و بیماریهای ژنتیک

ارزیابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
آزمایشات غربالگری زمان ازدواج	آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی)	زوجین مشکوک به خطر تالاسمی هستند (بر اساس دستورالعمل)	ارجاع غیرفوری به تیم مشاوره ژنتیک
		زوجین مشکوک به خطر تالاسمی نیستند (بر اساس دستورالعمل)	—

ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
سوال کنید: ۱- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟ ۲- آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟ ۳- آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟ ۴- (در صورت پاسخ مثبت به سوال ۳) فکر کرده‌اید که چطور این کار را انجام دهید؟ ۵- آیا تا کنون اقدامی نیز کرده اید؟	افکار خودکشی طرح و برنامه خودکشی اقدام به خودکشی	اورژانس روانپزشکی (خودکشی)	- ارجاع فوری به روانپزشک یا مراکز اورژانس - به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیک اطلاع دهید - پیگیری بیمار پس از بازگشت از ارجاع
۶- آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگی دارید؟ ۷- آیا صحبت در جمع شما را نگران می‌کند و از آن اجتناب می‌کنید؟ ۸- آیا خود را وادار به انجام کارهایی می‌کنید و نمی‌توانید جلوی انجام آن‌ها را بگیرید (شستن چند باره دست‌ها، واریسی چند باره چیزها)؟ ۹- آیا تا کنون برای شما با اطرافیان حادثه بسیار بدی افتاده است که مکرراً آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟ ۱۰- (در صورت پاسخ مثبت به سوال ۹) آیا از هر نشانه‌ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می‌کنید؟	خجالتی بودن در محیط‌های اجتماعی، پرهیز از صحبت کردن در جمع، نگرانی درباره مسائل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس... اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت‌های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند. تجربه مجددضربه، اجتناب از عوامل یادآورکننده حادثه، خلق پایین، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی	گروه اختلالات اضطرابی اختلال وسواسی-اجباری اختلال استرس پس از سانحه	- در حالت خفیف تا متوسط درمان دارویی با فلوکسیتین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته اول و ۲۰ میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (۴۰ میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلردیازپوکساید ۵-۱۰ میلی گرم روزانه در دو دوز منقسم - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته - در حالت شدید: ارجاع غیرفوری به روانپزشک - ارجاع غیرفوری به روانپزشک در صورت تشخیص اختلال پانیک، اختلال استرس پس از سانحه و عدم پاسخ پس از یک دوره درمان
۱۱- آیا زود عصبانی می‌شوید و با دیگران مکرراً دعوا و زدو خورد می‌کنید؟ (پرسش از خود فرد یا اطرافیان)	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران تحریک پذیری	اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)	- ارجاع فوری تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد؛ ضمن ارجاع در صورت ناتوانی در کنترل بیمار: تزریق آمپول هالوپریدول ۵ میلیگرمی و آمپول بیپریدين ۵ میلیگرمی به صورت عضلانی - سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص

در صورت تشخیص افسردگی اساسی: - در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته اول و ۲۰ میلی گرم روزانه از هفته دوم تا ۹ ماه - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته - امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت، فکر (ایده) خودکشی ارجاع فوری به روانپزشک - وجود طرح یا برنامه جدی برای خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید ارجاع فوری به مراکز تخصصی - در صورت دارا بودن سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، علائم پسیکوتیک، عدم پاسخ به فلوکستین و نورتریپتیلین و اقدامات غیردارویی کارشناس سلامت روان یا عوارض دارویی، ارجاع غیرفوری به روانپزشک	افسردگی	احساس دل گرفتگی و غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارکسیخته تغییر در خواب و اشتها اختلال در تمرکز آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن	۱۲- آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟ ۱۳- آیا در دو هفته اخیر احساس بی‌حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید؟ موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" پرسیده شود)
- ارجاع فوری در صورت وجود احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت. - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و بیمار تاکنون توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار نگرفته است: ارجاع غیر فوری به سطح تخصصی - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و قبلاً توسط روانپزشک تشخیص مطرح و درمان آغاز شده است: (تشدید اپیزود قبلی): ارزیابی داروی تجویز شده و نحوه مصرف آن و چنانچه دوز دارو ناکافی است افزایش آن - آموزش به خانواده بیمار - آموزش به بیمار - در صورت امتناع از خوردن دارو و یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند: ارجاع غیر فوری به سطح تخصصی	سایکوز	هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علائم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)	۱۴- آیا رفتار و تکلم او آشفته^۱ است؟ ۱۵- آیا واقعیت‌سنجی وی مختل^۲ شده است و توهم و هذیان دارد؟ (سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" پرسیده شود) ۱۶- آیا گستاخ شده و رفتارهای ناشایست و مهارکسیخته نشان می‌دهد؟ ۱۷- آیا دچار سرخوشی زیاد، پر حرفی و پرفعالیتی شده است؟ ۱۸- آیا عصبانیت و تحریک‌پذیری شدید که مکرراً باعث آغاز مشاجره و دعوا شود وجود دارد؟

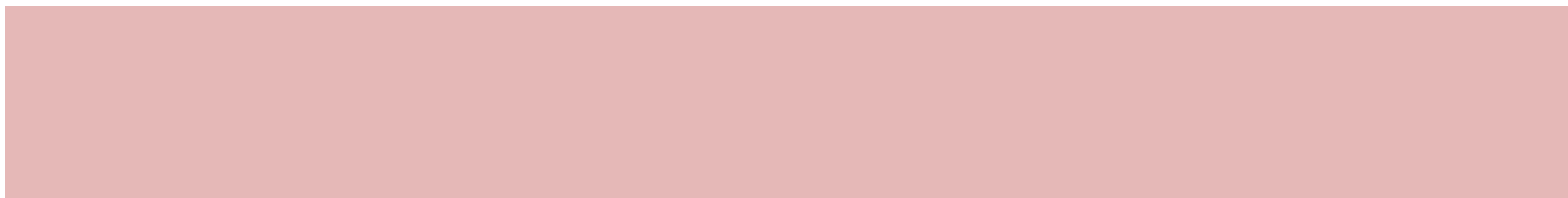
^۱ رفتارهای نامتناسب با شرایط مثل پوشیدن چند لایه لباس در هوای گرم، جمع‌آوری آشغال، در آوردن لباس در محل‌های غیرمعتارف؛ تغییر در جریان فکر بیمار به نحوی که درک کلام او برای مخاطب دشوار می‌شود.

^۲ دشواری درک اینکه چه چیزی واقعی و چه چیزی غیر واقعیست. مثل احساس احاطه شدن توسط صداها و تصاویر یا باور به عقاب‌دی که واقعیت ندارد.

	اختلال دو قطبی	سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پر خاشگری ، فعالیت و انرژی زیاد ، بیخوابی، پر حرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان آور با پیامدهای بالقوه خطرناک^۲	
۱۹- آیا نشانه‌های جسمی (مثل درد، مشکلات گوارشی، بی حسی اندام) وجود دارد که در بررسی‌های انجام شده هیچ علت عضوی برای آن پیدا نشده است؟	اختلالات شبه جسمی	بروز علائم بیماری علی‌رغم وجود شواهد پزشکی به عبارتی گزارش علائم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد.	- همدلی کردن با بیمار، گوش کردن به شکایات و اطمینان بخشی غیر قضاوت‌مندانه - انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر - ارجاع به سطح تخصصی در صورت پایداری علائم در اختلال تبدیلی
۲۰- آیا دچار حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندامها، و خروج کف از دهان، بالا رفتن چشمها؛ به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی ۲۱- آیا پیش از این توسط پزشک تشخیص صرع مطرح شده است؟	صرع	حملات دوره ای از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چشمها؛ به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی	- اقدام بر اساس الگوریتم درمان کتاب "مدیریت سلامت روان برای پزشکان" - در صورت مواجهه با حمله هایی که بیشتر از ده دقیقه طول می کشد، عدم هوشیاری کامل بین تشنج ها، وجود آسیب های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، که حین حمله بوجود آمده است: ارجاع فوری به مراکز تخصصی

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

^۲ رانندگی بی مه‌بابا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی



ارزیابی	تثانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا مواد دخانی مصرف می کند؟	- سیگار کشیدن همراه با فعالیت ها و محرک هایی که اضطراب ایجاد می کند. - عود مصرف سیگار هنگامی که فرد فعالیت مرتبط با سیگار کشیدن را انجام می دهد مانند مکالمه با تلفن و - احساس لذت مانند مصرف سیگار، قلیان، پیپ و چپق بعد از غذا خوردن در مهمانی - خلق منفی ناشی از استرس یا علائم ترک که به سرعت با مصرف سیگار بهبود می یابد. - افزایش استرس به دلیل استرس یا علائم ترک - عود مصرف سیگار به دلیل افزایش وزن و یا وقتی که فرد غمگین، عصبانی یا مضطرب است.	گرایش به مواد دخانی	مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک: - آموزش مضرات استعمال دخانیات - بررسی و ارزیابی فرد برای سنجش میزان آمادگی ترک مواد دخانی - شروع مشاوره برای دوره ترک مواد دخانی (در صورت تمایل فرد به ترک مواد دخانی) - آموزش به فرد به منظور اطلاع رسانی به خانواده (در صورت تمایل) در خصوص قصد جوان برای ترک (با هدف دریافت حمایت های خانوادگی بیشتر) - آموزش پیش بینی تعدیل و اجتناب از فعالیت های مرتبط با مصرف مواد دخانی - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع - انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب - تعیین و تشویق راه های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش - پیش بینی و آمادگی برای موفقیت های لذت بخش و مخاطره آمیز - استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما - آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن»، « توانایی برقراری ارتباط»، « توانایی مقابله با هیجانات»، « توانایی تصمیم گیری»، « مقابله با استرس» - توصیه رژیم غذایی مناسب و ورزش - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای مقابله با خلق منفی مانند روش های تن آرامی - آموزش نحوه مقابله با ولع مصرف بعد از پایان بردن دوره ترک و پیشگیری از لغزش و عود مصرف - توصیه لازم و برقراری ارتباط صحیح با فرد به منظور ادامه ارتباط با پزشک و پیگیری فرد بعد از ترک تا یک سال - توجه: ضروری است، درمان های دارویی و جایگزین های نیکوتینی بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهای جایگزین انجام نشود.

ارزیابی مصرف مواد دخانی

ضمیمه نکات آموزشی

فعالیت فیزیکی

توصیه های فعالیت بدنی :

(این اطلاعات توسط پزشک در اختیار اطرافیان قرار می گیرد)

فعالیت بدنی منظم سبب می گردد که فرد کم تر دچار بیماری های مزمن مثل بیماری قلبی، هیپرتانسیون، دیابت نوع ۲، استئوپروز و..... شود. جوانان با انجام فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت سی تا ۶۰ دقیقه یا بیش تر در روز، سالم می مانند. این فعالیت ها باید شامل فعالیت های آئروبیک و فعالیت هایی که موجب استحکام و تقویت عضله و استخوان می شوند، باشد.

نکته مهم: مقدار کلی فعالیت بدنی در به دست آوردن مزایای سلامتی مهم تر از شدت و مدت و تکرار فعالیت بدنی یا ترکیبی از فعالیت ها (آئروبیک- قدرتی- عضلانی و قدرتی- استخوانی) است.

- . فعالیت بدنی با شدت زیاد ۳ روز در هفته باید انجام شود. برای انجام فعالیت بدنی ایمن باید:
 - خطرات همراه با فعالیت بدنی شناخته شود و اطمینان داشته باشیم که انجام فعالیت بدنی علیرغم احتمال این خطرات برای اغلب افراد ایمن است.
 - انواعی از فعالیت های بدنی انتخاب شود که برای افراد با سطوح آمادگی جسمانی مختلف و اهداف سلامت مناسب باشد زیرا بعضی از فعالیت های بدنی ایمن تر از بقیه هستند.
 - مقدار فعالیت بدنی، تدریجاً افزایش داده شود تا آن مقدار که برای نیل به اهداف سلامت لازم است برسند. افراد کم تحرک باید آهسته شروع کنند و آهسته پیش بروند.
 - از لباس های محافظ و وسایل ورزشی مناسب استفاده شود و محیط ایمن برای فعالیت بدنی انتخاب شود.
 - اگر فرد، مبتلا به بیماری است حتماً با پزشک مشورت شود تا نوع و مقدار فعالیت بدنی مناسب برای آن ها تعیین شود.
 - افراد برای فعالیت های پایه ای تشویق شوند تا یک فرهنگ فعالیت بدنی در جامعه به صورت هنجار (norm) در آید (مثل استفاده از پدها، رفتن پیاده رفتن و پارک اتومبیل چند ایستگاه قبل از مقصد و بقیه راه را پیاده طی کردن)

باید این نکته یادآور شود که فعالیت بدنی تنها برای سلامت مفید نیست بلکه می تواند سرگرمی باشد و فرد از آن لذت ببرد.

نکات کلیدی راهنمای فعالیت بدنی

- باید در روز نیم تایک ساعت (۶۰ دقیقه) یا بیش تر فعالیت بدنی داشته باشند.

- آیروبیک: بیش تر این ۶۰ دقیقه باید شامل فعالیت های بدنی متوسط تا شدید آیروبیک باشد و باید شامل ورزش های با شدت زیاد، حداقل به مدت ۳ روز در هفته باشد.
- فعالیت های بدنی قدرتی- عضلانی: یک بخش از ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی را این گروه از فعالیت های بدنی تشکیل می دهد و حداقل ۳ روز در هفته باید انجام شود.
- فعالیت های بدنی قدرتی- استخوانی: این نوع از فعالیت نیز بخشی از ۶۰ دقیقه فعالیت روزانه را تشکیل می دهد و حداقل باید ۳ روز در هفته انجام شود.
- این مهم است که جوانان ترغیب شوند تا در فعالیت های بدنی که مناسب سن آن ها است و از آن لذت می برند و تنوع دارند شرکت کنند.

فعالیت های آثروبیکی: فعالیت هایی هستند که عضلات بزرگ به طور ریتمیک حرکت داده می شوند. مثل دو، لی لی، بالا و پایین پریدن، طناب بازی، شنا، دوچرخه سواری.

فعالیت های بدنی آثروبیکی قابلیت های قلبی- ریوی را افزایش می دهند.

فعالیت های قدرتی- عضلانی: موجب افزایش کار عضلات پیش از فعالیت آن ها (عضلات) در کارهای روزانه می شوند مثل وزنه برداری یا طناب کشی. فعالیت های قدرتی- استخوانی: این فعالیت ها موجب افزایش نیرو بر استخوان ها می شوند و باعث رشد و افزایش قدرت استخوان ها می گردند. این نیروها بیش تر از طریق فشار بر روی زمین ایجاد می شود. دویدن، پریدن، بسکتبال و تنیس مثال هایی از این فعالیت ها است.

فعالیت فیزیکی

- فعالیت جسمی به حرکاتی از بدن گفته می شود که به وسیله انقباض عضلات اسکلتی ایجاد و باعث می شود مصرف انرژی به بالاتر از سطح پایه برسد. همچنین فعالیت فیزیکی به هر فعالیت بدنی که با استفاده از یک گروه یا چند گروه عضلات بزرگ ایجاد و باعث افزایش ضربان قلب و افزایش میزان مصرف انرژی می شود اطلاق می گردد که در عین حال یک عامل مهم در تعادل انرژی نیز هست. برخی منابع دیگر، هر حالتی از حرکت را فعالیت فیزیکی می نامند. ♦ فعالیت جسمی از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET یا معادل متابلیکی تقسیم می شود. MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیت فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف ۳/۵ سی سی اکسیژن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است. ♦ فعالیت با شدت کم به فعالیت جسمی با شدت کم تر از ۳ METs از قبیل نشستن، تماشای تلویزیون و کار با رایانه اطلاق می شود. ♦ فعالیت جسمی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل ۳-۶ METs باشد. دوچرخه سواری تفریحی، شنا با سرعت متوسط، پیاده روی کند، نظافت عمومی در خانه یا چمن زدن جزء فعالیت های فیزیکی با شدت متوسط است. ♦ فعالیت شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از ۶ METs دارد.

ورزش نوعی فعالیت جسمی برنامه ریزی و سازمان دهی شده است که حرکات تکراری و هدف داری آن به منظور بهبود یا نگه داری یک یا چند جزء از تناسب فیزیکی انجام می شود.

تناسب فیزیکی عبارت است از توانایی انجام دادن فعالیت های روزانه با نیرومندی و انرژی کافی و بدون احساس خستگی، توام با انرژی فراوان و اوقات فراغت لذت بخش.

اهمیت فشار خون بالا



تعریف فشارخون

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

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می گیرند. اعداد این دو سطح به صورت کسر بر حسب میلی متر جیوه (mmHg) نشان داده می شود. مقدار فشارخون سیستول یا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دیاستول یا عدد کوچکتر را در مخرج کسر می نویسند. مانند: $138/80$ میلی متر جیوه

طبق هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا ۸ اینچ در طبقه بندی جدید برای افراد ۱۸ سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از $120/80$ میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا $139/80$ - $120/90$ ، فشارخون بالای درجه یک $140/90$ - $159/90$ و فشارخون بالای درجه دو $160/100$ میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است (جدول ۱).

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

- در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $148/82$ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای سیستولی تنها** می گویند، فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود
- فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $134/96$ میلیمتر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند.
- افرادی که فشارخون آن ها در محدوده پیش فشارخون بالاست، بیشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بیماری هستند .

- در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکنه مغزی و دیابت فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است، اگر فشارخون این افراد در محدوده پیش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می شود و باید تحت درمان قرار گیرند.
- بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
- در افرادی که فشارخون طبیعی و کمتر از ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه دارند، حداکثر ۲ سال یک بار لازم است فشارخون آن ها اندازه گیری شود.

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNCV

تعریف فشارخون بالا

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

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

علت فشارخون بالا

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

آیا می دانید؟

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

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

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

عوارض شایع فشارخون بالا

- فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکتة مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد. از دیگر عوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی، بیماری عروق محیطی، خونریزی ته چشم است. درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.
- افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتاً "شدید (فشارخون ۱۸۰-۱۴۰/۹۰-۱۰۵) میلی متر جیوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند. تقریباً ۳۰٪ آن ها عوارض آترواسکلروز را بروز داده و بیش از ۵۰٪ دچار آسیب نهایی عضوی مربوط به افزایش فشارخون نظیر بزرگ شدن قلب و کاهش کارایی عضله قلب، نارسایی احتقانی قلب، رتینوپاتی و نارسایی کلیه می گردند.
- فشارخون بالای خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است. خطر بیماری قلبی عروقی از ۱۱۵/۷۵ میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون ۱۰/۴۰ میلی متر جیوه، خطر دو برابر می شود.
- افراد دیابتی که بیماری فشارخون بالا هم دارند دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی هستند. درمان فشارخون اثر مفیدی بر این عوارض دارد و هر ۱۰ میلی متر جیوه کاهش در فشارخون سیستولی منجر به ۱۵٪ کاهش در مرگ مرتبط با دیابت، ۱۲٪ کاهش عوارض دیابت و ۱۱٪ کاهش بروز سکتة قلبی می شود. در افراد فشارخونی که دخیالت مصرف می کنند بروز سکتة قلبی و بیماری کرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بیشتر است. ترک دخیالت به سرعت خطر را کاهش می دهد. ترک سیگار بخش مهمی از پیشگیری اولیه از بیماری قلبی عروقی است. **در دنیا حدود ۶۲٪ بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی متناسب به فشارخون در محدوده مطلوب است (بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه).**

راه های کاهش فشارخون

تصمیمات درباره مدیریت بیماران مبتلا به فشار خون بالا نباید فقط بر مبنای مقادیر فشارخون باشد، بلکه باید حضور سایر عوامل خطر قلبی عروقی، آسیب اعضای هدف و شرایط بالینی همراه نیز در نظر گرفته شود مدیریت بیماری فشارخون بالا نه تنها بستگی به درمان دارویی بلکه به تغییر شیوه زندگی نا مناسب از جمله کم تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، ترک دخیالت و سایر تغییرات وابسته دارد. چندین مطالعه تایید کرده اند که عوارض فشارخون بالا با کنترل صحیح

فشارخون بالا و درک بیماران از بیماری با اطلاعات مفید و عملی که توسط کارکنان بهداشتی فراهم می شود، بهبود می یابد. از علل اصلی ناکامی در درمان فشارخون بالا بی علامت بودن بیماری و آگاهی ناکافی جامعه و به ویژه بیماران نسبت به بیماری و عوارض آن می توان ذکر کرد. تغییرات شیوه زندگی هم در پیشگیری اولیه از بیماری و هم در کنترل فشارخون در بیماران نقش مهمی دارد. بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شیوه زندگی پاسخ نمی دهند، برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارویی فشارخون بالا داشته باشیم.

راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون

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

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

نحوه اندازه گیری فشارخون

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

علل زمینه ای پر فشاری خون ثانویه

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

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

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

درمان دارویی فشار خون بالا

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

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

پیام های مهم آموزشی

۱- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گیری کنید. در صورتی که مقدار آن از حد طبیعی بالاتر است به پزشک مراجعه کنید.

۲- در هر ملاقات با کارکنان بهداشتی و یا پزشک از آن ها درخواست کنید، فشارخون شما را اندازه گیری کنند.

۳- از مقدار فشارخون خود مطلع شوید.

۴- در صورتی که شیوه زندگی نا مناسب دارید، با کاهش مصرف سدیم یا نمک در رژیم غذایی، ترک مصرف دخانیات، کاهش چاقی بخصوص چاقی شکمی، حفظ وزن مطلوب، افزایش فعالیت بدنی، کنترل قند خون و کنترل اختلالات چربی خون آن را اصلاح کنید.

۵- با اصلاح شیوه زندگی نامناسب، فشارخون خود را کمتر از $140/90$ میلی متر جیوه و در حد طبیعی حفظ کنید.

نکات آموزشی در خصوص سل ریوی :

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

جدول ارزیابی جوان از نظر ابتلا به سل ریوی

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

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

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

جوان را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

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

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

فرد دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل یا دارای هر ۳ اسمیر منفی از خلط است در طبقه بندی "**مشکوک به سل**" قرار می گیرد. پیگیری و بررسی در این زمینه در قسمت ارزیابی عنوان شده است.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل:

توصیه های کلی

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

درمان:

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

برنامه درمانی جوان مبتلا به سل :

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

۲	مورد تحت درمان مجدد (شکست درمان، عود یا غیبت از درمان)	HRZES ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومايسين	۲	HRE ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول	۵
		و سپس HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	۱		

منبع: برنامه کشوري پيشگيري و مبارزه با سل
جدول اشکال دارويي و مقدار تجويز روزانه داروهاي خط اول ضد سل

دارو	دوز روزانه (mg/kg)	فرآورده هاي ژنريك ايران
ایزونیازید (H)	۵ (۴-۶)	قرص هاي ۱۰۰-۳۰۰ ميلي گرم
ریفامپيسين (R)	۱۰ (۸-۱۲)	کپسول هاي ۱۵۰-۳۰۰ ميلي گرم
پیرازینامید (Z)	۲۵ (۲۰-۳۰)	قرص ۵۰۰ ميلي گرم
اتامبوتول (E)	۱۵ (۱۵-۲۰)	قرص ۴۰۰ ميلي گرم
استرپتومايسين (S)	۱۵ (۱۲-۱۸) حداکثر ۷۵۰ ميلي گرم	ويال يك گرمي

پیگیری

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

• از جوان در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که فرد عملکرد صحیحی داشته است به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید. در صورت بروز عوارض شدید دارویی مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شدید دارویی (ارجاع فوری یا غیر فوری، تغییر دارو و...) عمل کنید. در صورت بروز عوارض خفیف دارویی، درمان علامتی را برای عوارض دارویی مطابق برنامه کشوری سل شروع کنید. درمان را با همان دوز اولیه ادامه دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که جوان مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه **توسط غیر پزشک** پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحاً بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگی توسط غیر پزشک پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد.

• این پیگیری ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته یکبار و سپس بصورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.

چنانچه جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده (و یا کمتر از یکماه درمان گرفته است)، وی را مورد جدید سل محسوب کرده و برای وی در پایان ماه دوم، چهارم و ششم درمان، هر بار دو نمونه اسمیر خلط تهیه کنید .چنانچه حداقل یکی از ۲ نمونه خلطی که ۲ ماه پس از شروع درمان (یعنی پایان مرحله حمله ای)، از فرد تهیه می شود مثبت باشد، نمونه خلط برای انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام ارسال و همزمان درمان مرحله حمله ای درمان را یکماه ادامه داده و سپس آزمایش اسمیر خلط برای بیمار را تکرار کنید. و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگهدارنده را برای جوان شروع کنید.

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

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

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

عوارض دارویی سل

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

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

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

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

درد مفاصل: از آسپرین استفاده کنید.

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

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

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

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

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

نکات آموزشی درمورد اختلالات و بیماریهای روان:

توصیه های اختلالات روانپزشکی

توصیه های اختلالات دو قطبی

علاوه بر توصیه های مربوط به اختلال سایکوز، موارد زیر نیز آموزش داده شود:

- خیلی از مواقع استرس ها و فشارهای زندگی (مثل قبول یا مردود شدن در دانشگاه، ازدواج، مرگ عزیزان، از دست دادن شغل و) می تواند باعث شروع حمله بیماری گردد. به خانواده باید آگاهی لازم داده شود تا پس از مشاهد هاولین نشانه های عود به دنبال وقایع فوق، بیمار خود را به پزشک معالج ارجاع دهند.
- بهبودی و بیرون آمدن از حمله حاد بیماری نشانه قطع درمان دارویی نیست و در فواصل بهبودی بین حملات نیز جهت پیشگیری از عود، آن ها نیاز به مصرف دارو دارند، گرچه میزان داروهای مصرفی ممکن است مشابه مرحله حاد بیماری نباشد.
- در مورد بعضی از داروهای مصرفی نیاز است تا هر از چند گاهی یک بار توسط پزشک، عوارض بررسی گشته و یا اقدامات آزمایشگاهی خاصی انجام گیرد این موارد باید به اطلاع بیمار و خانواده اش رسانده شود. (به طور مثال در مصرف لیتیوم باید هر ۳ ماه یک بار آزمایش سطح سرمی لیتیوم انجام شود)
- در مورد عوارض شایع و خطرناک داروها باید به بیمار و خانواده او اطلاع رسانی شود (لرزش متعاقب مصرف لیتیوم، عوارض ناشی از مسمومیت با لیتیوم) و توضیح داده شود در صورت بروز هر گونه عوارض دارویی با پزشک معالج خود تماس بگیرند.
- برخی از بیماران ممکن است با قصد خودکشی اقدام به مصرف بیش از حد داروهای خود نمایند. در صورتی که بیمار در معرض خودکشی است، باید به خانواده تذکرات و آگاهی های لازم در مورد چگونگی مراقبت از بیمار و نگر داشتن داروها دور از دسترس بیمار داده شود.

توصیه های اختلالات اضطرابی

علاوه بر توجه به توصیه های مربوط به ترس های مرضی و اجتماعی، موارد زیر نیز آموزش داده شود:

- ممکن است ترس و اضطراب این بیماران از دید اطرافیان و خانواده غیر منطقی و بی اهمیت باشد ولی باید توجه داشت که این ترس و اضطراب برای خود بیمار بسیار واقعی و ملموس است و نیاز به درک و همراهی اطرافیان دارد.
- خانواده باید اجازه دهد بیمار به طور باز و آشکار راجع به احساسات و افکارش صحبت کند و با آرامش به صحبت های او گوش دهد.
- شیوه صحیح زندگی و تنظیم یک برنامه روزانه سالم مثل تغذیه مناسب، استراحت کافی، ورزش، اجتناب از مصرف سیگار و الکل می تواند تاثیر خوبی در بهبودی داشته باشد.
- درمان اکثراً نیاز به زمان دارد و بیمار و خانواده باید بیاموزند که صبور باشند.
- برخی از بیماران نیاز به درمان دارویی دارند (آرام بخش ها و ضد افسردگی ها) و برخی نیز نیاز به درمان های غیر دارویی (شناخت درمانی، رفتار درمانی و) دارند و برخی نیز نیاز به هر دو درمان دارند که این درمان باید با نظر پزشک معالج و مشاور انجام شود.

توصیه های اختلالات افسردگی

- این بیماران از درمان دارویی، روان درمانی و یا هر دو به طور قابل توجهی سود می برند، در نتیجه خانواده و بیمار را باید برای پذیرش درمان کمک کرد.
- در صورتی که جوانی افکار خودکشی دارد، تهدید به خودکشی می کند و یا اقدامی در این مورد داشته باشد، باید از طرف اطرافیان مهم و جدی تلقی شده و او را فوراً نزد پزشک ببرند. در موارد شدید ممکن است بیمار نیاز به بستری در بیمارستان و الکتروشوک درمانی داشته باشد. - والدین و اطرافیان باید کمک کنند تا بیمار فعالیت های روزانه خود را اعم از تغذیه، ورزش، استراحت، ارتباط با دوستان و اقوام تنظیم نماید. - محیط خانواده نباید پر از استرس، تنش و رفتارهای خشن باشد.

توصیه های اختلالات سایکوتیک

- اکثر افراد مبتلا نمی پذیرند که بیمارند و نیاز به درمان دارند، در نتیجه خانواده باید با حمایت خود و با یک ارتباط خوب و مناسب آن ها را در امر درمان همراهی کنند.
- ممکن است بسیاری از خانواده ها به علت ترس از وابستگی و عادت به دارو یا نگرانی از عوارض منفی این داروها روی بدن تمایل نداشته باشند بیمارشان دارو مصرف کند. باید این نکته برای آن ها روشن شود که دارو می تواند

کمک زیادی به این بیماران کند. در صورت عدم درمان ممکن است علائم بیماری، فرد و خانواده او را شدیداً تحت تأثیر قرار دهد. - گرچه ممکن است بعضی از عوارض داروها ناراحت کننده باشد ولی آن ها می توانند با مشورت پزشک معالج خود راه مناسبی را برای رفع، تعدیل و قابل تحمل کردن این عوارض پیدا کنند. - محیط خانواده و اجتماعی که این بیماران در آن زندگی می کنند نقش مهمی در درمان دارد. محیط خانواده باید آرام، بدون تنش و استرس باشد و آن ها از بحث و جدل و خشونت با بیمار خود بپرهیزند. - خانواده باید روی مصرف مرتب و منظم داروها نظارت داشته باشد. گاه لازم است چندین دارو با هم مصرف شود. - باید خانواده و اطرافیان بیمار کمک کنند تا وی برنامه روزانه اش را تعیین و تنظیم کند (مانند استحمام، رسیدگی به نظافت شخصی، برنامه غذایی و ورزشی مناسب و) و مسئولیت هایی متناسب با توان بیمار به او بسپارند و او را در انجام آن مسئولیت ها حمایت کنند. (مرتب کردن منزل، خرید لوازم، پرداخت قبوض و) - خانواده ها باید در مورد شایعات و نگرش های غلط آگاه شوند (اگر ازدواج کند خوب می شود، اگر صاحب فرزند شود خوب می شود، داروها اعتیاد آور است و باید قطع شود، او را باید پیش یک دعا نویس ببریم و) در مورد هر یک از این موارد حتماً با پزشک معالج مشورت شود. بعضی از این بیماران تا آخر عمر نیاز به حمایت و همراهی دارند. - باید نشانه ها و علائم عود برای خانواده کاملاً توضیح داده شود تا در صورت مشاهده بلافاصله پزشک را مطلع کنند.

- در مورد عوارض شایع و خطرناک دارو باید به خانواده بیمار اطلاع رسانی صحیح انجام شود. (دستونی حاد متعاقب مصرف آنتی سایکوزها و)

نکات آموزشی در خصوص ایدز و بیماریهای آمیزشی :

ارزیابی روشهای آزمایش تشخیص HIV :

۱. **آزمون الایزا (Elisa):** براساس سنجش آنتی بادی HIV بوده ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ حساسیت دارد. در صورت مثبت شدن الیزا باید آزمایش مجدد الیزا انجام شده و در صورت تکرار پاسخ مثبت، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد.
 ۲. **تست های تشخیص سریع (Rapid Test):** این روش نیز به سنجش آنتی بادی پرداخته از حساسیت مناسبی برخوردار است. انجام آزمایش با این روش ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنست از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت مثبت شدن تست سریع باید آزمایش مجدد با روش الیزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت الیزا، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد. نکته مهم این است که این آزمایش باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را داشته باشند. کیت های بکار برده شوند باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند.
 ۳. **آزمون وسترن بلات (Western blot):** این آزمون نیز بر روی آنتی بادی صورت میگیرد، نسبت به الایزا اختصاصی تر است و به عنوان آزمون تأییدی نهایی به کار می رود.
 ۴. **PCR:** در نوزادان از آنجا که آنتی بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده و تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می ماند، بنابراین آزمایشهای آنتی بادی مثبت (الیزا، وسترن بلات، تست تشخیص سریع) ارزش تشخیصی ندارد. لذا باید از روش PCR استفاده کرد که به جای آنتی بادی به جستجوی ژن های ویروس می پردازد. برای نوزادانی که با این روش تشخیص داده شده اند باید بعد از ۱۸ ماهگی سری آزمایشهای آنتی بادی انجام شود.
- درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. و نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود**
- خدمات سلامت باروری شامل آموزش، مشاوره، توصیه و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم به همسران بیماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بیمار و یا همسر وی باید فرد برای دریافت خدمات پیشگیری از انتقال به نوزاد شامل درمان دارویی ضدتروپوسی به مرکز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. برای تمام نوزادانی که از مادران در معرض خطر HIV به دنیا می آیند، باید وضعیت ابتلای به HIV با روش PCR حتی المقدور در چهار تا شش هفتگی بررسی گردد

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

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

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

الف- درمانی: اگرچه روش‌های درمانی موجود بدن را از ویروس پاک نمی‌کنند ولی تکثیر ویروس را مهار کرده، وضعیت بالینی بهتری را برای بیمار ایجاد می‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با کم کردن بار ویروسی افراد مبتلا از سرایت پذیر بیماری کاسته بر روی پیشگیری تاثیر خواهد داشت. اهداف درمان ضدتروویروسی عبارتند از دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از HIV. درمان این بیماری با حداقل سه داروی ضدتروویروسی (ARV^۴) انجام میشود. این درمان توسط مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بصورت رایگان ارائه می‌شود.

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

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

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

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

پیشگیری برای اطرافیان:

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

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

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

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

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

