

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 18 سال

(ویژه پزشک)

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

فهرست	
صفحه	عنوان
4	 آشنایی با مجموعه
	مراقبت های رده سنی 6 تا 18 سال
6	 مراقبت از نظر وضعیت قد 6 تا 18 سالگی
7	 مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی 6 تا 18 سالگی
9	 بررسی مخاط از نظر اختلالات خونی و هیپاتیت 6 تا 18 سال
11	 معاینه چشم 6 تا 18 سالگی
11	 معاینه گوش 6 تا 18 سالگی
12	 معاینه و ارزیابی غده تیروئید 6 تا 18 سال
13	 مراقبت از نظر ابتلا به سل 6 تا 18 سال
21- 14	 راهنمای بررسی از نظر ابتلا به سل و درمان سل 6 تا 18 سال
22	 مراقبت از نظر ابتلا به آسم 6 تا 18 سال
23	 راهنمای آسم
25	 معاینه قلب و عروق 6 تا 18 سال
26- 29	 راهنمای بررسی از نظر بیماری های قلبی عروقی
30	 معاینه پوست و مو 6 تا 18 سال
31	 مراقبت از نظر اختلالات اسکلتی - عضلانی و قامت 6 تا 18 سال
32- 37	 ارزیابی از نظر سلامت روان 6 تا 18 سال
38- 39	 ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی 6 تا 18 سال
40	 معاینه شکم 6 تا 18 سال
40	 ارزیابی از نظر مشکلات ادراری تناسلی 6 تا 18 سال
41	 مراقبت از روند بلوغ 6 تا 18 سال
42	 راهنمای روند بلوغ طبیعی
43	 مراقبت از نظر خطر ابتلا به فشار خون بالا 6 تا 18 سال
43- 45	 راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون
46	 مراقبت از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی 6 تا 18 سال
47	 راهنمای عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی
48- 54	 مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد 11 تا 18 سال
55	 مراقبت از نظر سایر رفتارهای پر خطر 11 تا 18 سال
56- 58	 مراقبت از نظر بیماری های آمیزشی STI از 11 تا 18 سال
59- 60	 جداول درمان بیماری های آمیزشی
61	 سوختگی
63- 66	 سایر آسیب های محیطی و گزش جانوران زهردار
	راهنماها
68- 81	 راهنمای ترک سیگار
82- 88	 راهنمای درمان سم زدایی
89	 راهنمای فعالیت بدنی
	ضمائم
92	 نمودار استاندارد قد به سن دختران 5 تا 19 سال
93	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران 5 تا 19 سال
94	 نمودار استاندارد قد به سن پسران 5 تا 19 سال
95	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران 5 تا 19 سال
96	 جدول طبقه بندی فشارخون در دختران 6 تا 17 سال
98	 جدول طبقه بندی فشارخون در پسران 6 تا 17 سال

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل 3 قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات غربالگری و فوریت ها در رده سنی 6 سال و 11 ماه و 29 روز تا 17 سال و 11 ماه و 29 روز است.

بخش راهنما: نحوه سنجش خدمت، آموزش ها و توصیه ها در این قسمت ذکر شده است.

بخش ضمایم: شامل جداول فشار خون و نمودارهای پایش رشد می باشد.

آ نحوه استفاده از چارت

۱ چارت از سمت راست و بالای صفحه شامل موارد زیر است:

خانه شماره 1- **نحوه ارزیابی** را مشخص می کند.

خانه شماره 2- با توجه به نتیجه ارزیابی، **نتیجه ارزیابی** گروه بندی می شود.

خانه شماره 3- با توجه به علایم و نشانه ها، **طبقه بندی** می شود.

خانه شماره 4- با توجه به تشخیص، **اقدام** می شود.

آ 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 سطح بالاتر درمانی است.

ب - **رنگ زرد** نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به سطح بالاتر درمانی طی 24 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 ارایه دهنده خدمت، بر اساس دستورالعمل اقداماتی انجام می دهد.

آ توالی ارایه خدمات

6 سالگی (بدو ورور به دبستان)، 9 سالگی (پایه چهارم دوره ابتدایی)، 12 سالگی (پایه اول دوره متوسطه اول)، 15 سالگی (پایه اول دوره متوسطه دوم) و 18 سالگی.

مراقبت های رده سنی 6 تا 18 سال

مراقبت از نظر وضعیت قد (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- اندازه گیری دقیق قد به صورت استاندارد 2- نقطه گذاری بر روی منحنی قد و مقایسه قد اندازه گیری شده با منحنی استاندارد	زیر z-score -3	کوتاه قدی شدید	1- در یک کودک کوتاه قد یا شدیداً کوتاه قد، احتمال ابتلاء به افزایش وزن وجود دارد. برای ارزیابی بیش تر به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. ¹ 2- پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه
	حد فاصل "مساوی z-score -3 و زیر z-score -2"	کوتاه قدی	- معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود علایم سیستمیک (تعیین سن شروع کوتاه قدی، وزن و قد تولد، سابقه ی بستری های قبلی کودک در بیمارستان، سابقه فوت نامعلوم در خواهر یا برادر کودک در سنین پایین، محاسبه متوسط قد والدین، توجه به قد خواهران و برادران، بررسی مسایل و مشکلات عاطفی و خانوادگی کودک، ضروری است) 1- در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی یا وجود نکته غیر طبیعی در هر یک از موارد فوق، به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه. 2- در صورت نبودن علایم سیستمیک و طبیعی بودن معاینه فیزیکی و موارد فوق: - ارجاع به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه - پیگیری هر 3 تا 6 ماه توسط مراقب سلامت بر اساس پسخوراند پزشک و کارشناس تغذیه • اگر پس از یک دوره پی گیری، سیر صعودی در منحنی مشاهده نشد (عدم افزایش قد) جهت بررسی کامل به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. • اگر پس از یک دوره پیگیری، سیر صعودی (افزایش قد) در منحنی مشاهده شد، توصیه ها و دستورات ادامه یافته و پیگیری کودک تا رفع کوتاه قدی (هر 3 تا 6 ماه) ادامه یابد.
	حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +3"	رشد قدی مطلوب	ادامه مراقبت های روتین
	بالای z-score +3	بلند قدی شدید	- قد بلند به ندرت مشکل تلقی می گردد مگر در موارد بسیار شدید که مشکلات غددی مانند تومور مترشحه ی هورمون رشد، اختلالات متابولیک یا برخی از سندرم ها را مطرح می کند. در صورت شک به این موارد، (به عنوان مثال اگر والدینی با قد طبیعی، کودکی با قد بسیار بلند برای سن دارند)، کودک را برای ارزیابی به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری دهید.

¹ شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی، (Ca,CBC,ESR,U/C,U/A,S/E x(3),Cr,BUN,TSH,T4<T3U,FBS,Na,K,P) و آلكالن فسفاتاز) و سن استخوانی. توجه: در تفسیر تمام منحنی ها اگر نقطه ی مورد نظر دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم تر خطیر قرار می گیرد. مثلاً اگر روی خط 3- باشد به جای کوتاه قدی شدید در گروه کوتاه قدی قرار می گیرد.

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- وزن و قد را اندازه گیری کرده و نمایه توده بدنی (BMI) را محاسبه کنید. 2- نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 3- شرح حال کامل، بویژه شرح حال تغذیه ای بگیرید. 4- در صورتی که فرد در طبقه بندی اضافه وزن قرار می گیرد عوامل خطر زیر را سوال کنید: • سابقه چاقی در فرد یا خانواده • اختلالات خوردن در فرد (مانند پر اشتهایی عصبی یا بولیمیا، بی اشتهایی عصبی یا آنورکسیا نروزا) • بیماری های قلبی عروقی در افراد خانواده اعم از آنژین/ سکته قلبی زودرس (مردان قبل از 65 سال و زنان قبل از 55 سال) و یا سکته مغزی • بالا بودن چربی خون در فرد و خانواده • بیماری های کیسه صفرا در فرد و خانواده • فشارخون بالا در فرد و خانواده • دیابت در فرد و خانواده • آپنه یا خرخر در فرد در هنگام خواب • میزان فعالیت فیزیکی، مدت زمان استفاده از تلویزیون، کامپیوتر و بازی های ویدیویی در روز • مصرف طولانی مدت داروها (مانند کورتیکو استروئیدها، ضد افسردگی ها و ...) و یا استفاده دوره های از آن ها - معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود بیماری را انجام دهید.	BMI زیر -3 z-score	لاغری شدید	1- پس از معاینه ی اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، فرد را برای تکمیل اقدامات تشخیصی و درمانی به بیمارستان ارجاع فوری دهید. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه
1- معاینه فیزیکی کامل فرد و بررسی از نظر وجود بیماری و در خواست آزمایش های اولیه: CBC diff, BUN, Cr, FBS, TSH, T4, T3U, U/A, U/C, S/E x3 - در صورت وجود بیماری، موارد غیر طبیعی در معاینه، غیر طبیعی بودن هر یک از آزمایش ها و یا عدم امکان تشخیص و درمان، به متخصص کودکان ارجاع غیر فوری دهید. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. - در صورت طبیعی بودن آزمایش ها: 1- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت ارایه آموزش های لازم و مشاوره تغذیه 2- پیگیری توسط مراقب سلامت هر 3 تا 6 ماه: - در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری، جهت ارزیابی بیش تر به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. - در صورت بهبود پس از یک دوره پیگیری، توصیه ها و دستورات داده شده ادامه یافته و پیگیری تا رفع مشکل لاغری (هر 3 تا 6 ماه) ادامه یابد.	BMI حد فاصل "مساوی z-score -2 و z-score +1"	لاغر	1- معاینه فیزیکی کامل: - در صورت وجود بیماری، یا موارد غیر طبیعی در معاینه فیزیکی و یا عدم امکان تشخیص و درمان، به متخصص کودکان ارجاع غیر فوری دهید. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. 2- پیگیری توسط مراقب سلامت هر 3 تا 6 ماه:
	BMI حد فاصل "مساوی z-score -2 و z-score +1"	وزن متناسب	ادامه مراقبت های روتین
1- معاینه فیزیکی کامل: - در صورت وجود بیماری، یا موارد غیر طبیعی در معاینه فیزیکی و یا عدم امکان تشخیص و درمان، به متخصص کودکان ارجاع غیر فوری دهید. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. 2- پیگیری توسط مراقب سلامت هر 3 تا 6 ماه:	BMI حد فاصل "بالای z-score +1 و z-score +2 مساوی + نبود عامل خطر"	اضافه وزن بدون عامل خطر	

- در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری، جهت ارزیابی بیش تر به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. - در صورت بهبود پس از یک دوره پیگیری، توصیه ها و دستورات داده شده ادامه یافته و پیگیری توسط مراقب سلامت تا رفع مشکل اضافه وزن (هر 3 تا 6 ماه) ادامه یابد.			
1- معاینه فیزیکی کامل فرد و بررسی از نظر وجود بیماری و درخواست آزمایش های اولیه: T4, T3U, LDL, HDL, Total chole, TG, ALKP, AST/ALT, FBS, TSH (در حالت ناشتایی) 2- اندازه گیری فشار خون و تعیین صدک فشار خون با استفاده از جداول آن در بخش ضمیمه ها و اقدام طبق بخش مراقبت فشار خون.	اضافه وزن با عامل خطر	BMI حد فاصل " بالای 1 z-score و مساوی " 2 z-score + + حداقل یک عامل خطر	
در صورت وجود بیماری، موارد غیر طبیعی در معاینه، غیر طبیعی بودن هر یک از آزمایش ها و یا عدم امکان تشخیص و درمان، به متخصص کودکان ارجاع غیر فوری دهید. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. - در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و آزمایش ها: 1- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت ارائه آموزش های لازم و مشاوره تغذیه 2- پیگیری توسط مراقب سلامت هر 3 تا 6 ماه: - در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری، جهت ارزیابی بیش تر به پزشک متخصص کودکان ارجاع غیر فوری داده شود. پس از طی روند ارجاع و دریافت پسخوراند، جهت دریافت آموزش های لازم و مشاوره تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع غیر فوری داده شود. - در صورت بهبود پس از یک دوره پیگیری، توصیه ها و دستورات داده شده ادامه یافته و پیگیری تا رفع مشکل لاغری (هر 3 تا 6 ماه) ادامه یابد.	چاق	BMI بالای 2 z-score +	

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- شرح حال بگیرید: حساسیت دارویی و مصرف باقلا، سابقه فامیلی کمبود G6PD و) - معاینه زبان، مخاط چشم، کف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پریدگی و زردی - درخواست آزمایش میزان هموگلوبین خون و فریتین سرم و الکتروفورز هموگلوبین	وجود رنگ پریدگی دایمی زبان و مخاط داخل لب و پلک 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 10 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	- تجویز آهن المنتال به میزان 4 تا 6 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا 8 هفته پس از طبیعی شدن اندکس های خونی - آموزش خانواده در مورد تغذیه - محدود کردن مصرف شیر روزانه به میزان 500 سی سی یا کم تر - درخواست آزمایش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گیری هموگلوبین خون پس از یک ماه درمان
			- در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص
			- در صورت هموگلوبین کم تر از 4 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص
		افزایش میزان هموگلوبین A2 و در بعضی شرایط هموگلوبین F در الکتروفورز هموگلوبین، طبیعی بودن سطح آهن سرم و TIBC، تغییر شکل گلبول قرمز به اشکال هیپوکروم میکروسیت و در لام خون محیطی	تالاسمی مینور
	- حساسیت به داروها: سولفونامیدها، کلرآمفنیکل، کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، نیتروفورانتوئین، ضد مالاریا، آسپرین، فناستین، آنالوگ های ویتامین K، پروبنسید، فنازوپریدین، فنیل هیدرازین، نفتالین بنزن که پس از مصرف این داروها و مصرف باقلای خام، افت شدید هموگلوبین و هماتوکریت خواهد بود. - سایر علایم: رنگ پریدگی، هماتوری، بی حالی، زردی مخاط یا صورت، افت فشارخون	فاویسم	- درخواست آزمایش خون برای بررسی میزان هموگلوبین، هماتوکریت و آزمایش ادرار از نظر هموگلوبینوری - درخواست لام خون محیطی برای بررسی Heinz bodies در گلبول های قرمز خون محیطی - تشخیص رتیکولوسیتوزیس - در صورت افت شدید فشار خون و بدحالی بیمار: باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین و ارجاع فوری به بیمارستان

- برون زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع - کاهش وزن خفیف 5- 2/5 کیلوگرم همراه با سایر علایم عمومی (علایم گوارشی؛ بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد) - بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود) - ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)	- هپاتیت ویروسی یا - هپاتیت دارویی یا - بیماری های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لپتوسپیروز)	- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید. - در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های: 1- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS /Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab /HBS Ag 2- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری: ارجاع فوری به متخصص 3- در صورت وجود علایم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت فولمینانت ارجاع فوری 4- گزارش موارد مثبت هپاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه 5- ارجاع به بهورز یا کارکنان بهداشتی جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هپاتیت B، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما
---	--	---

درمان هپاتیت (جهت آگاهی پزشک مرکز)

- درمان در هپاتیت B: در کسانی که HBe Ag^+ و یا HBe Ag^- هستند ولی HBV DNA (با تیترا بالا) مثبت هستند و آنزیم های کبدی بالا دارند، می بایست در نظر گرفته شود. (با هدف کاهش سطح DNA سرمی به کم تر از حدی که باعث آسیب کبدی می شود)
- انتخاب های درمانی: آنالوگ های نوکلئوزیدی (انترفرون آلفا، لامیوودین، آدفوویر، انتکاویر (هنوز در شبکه دارویی ایران به راحتی در دسترس نیست) (برای ملاحظه نحوه درمان با هر یک از این داروها و عوارض آن ها می بایست به کتب دارویی معتبر مراجعه شود).

آهن یاری 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. در سنین کودکی و نوجوانی (به علت جهش رشد) نیاز به آهن افزایش می یابد. دختران نوجوان به علت شروع خونریزی ماهیانه بیش تر در معرض خطر کم خونی قرار دارند.

راه های پیشگیری

مواد غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزیجات؛ جعفری و اسفناج، حبوبات؛ عدس و لوبیا منظور شود.

مصرف سبزیجات مانند سالاد با غذا و مصرف مرکبات بعد از غذا به جذب آهن غذا کمک می کند.

مصرف مواد غذایی خشکبار، توت خشک، برگه آلو، زردآلو، انجیر خشک، کشمش و خرما به عنوان میان وعده در برنامه غذایی کودکان و نوجوانان 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. از آب آشامیدنی سالم و توالی بهداشتی استفاده شود.

مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزایش جذب آهن کمک می کند.

از جوش شیرین در تهیه نان استفاده نشود.

از تنقلات غذایی کم ارزش مانند پفک و چیپس حتی المقدور استفاده نشود.

بهتر است دختران در سنین بلوغ هر هفته یک عدد قرص آهن به مدت 16 تا 20 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.

معاینه چشم و مراقبت از نظر بینایی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید و سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید: - آیا نتیجه تست اسنلن غیر طبیعی است؟ - آیا بیمار از ضعف بینایی شکایت دارد؟ - آیا خانواده بیمار از ضعف بینایی وی شکایت دارند؟	در صورت وجود هریک از نشانه های زیر: - نتیجه تست اسنلن غیر طبیعی است - بیمار از ضعف بینایی شکایت دارد - خانواده بیمار از ضعف بینایی وی شکایت دارد	اختلال بینایی دارد	ارجاع فوری به متخصص چشم
	در صورت وجود هریک از نشانه های زیر: - قرمزی - ترشحات چرکی	بیماری چشمی دارد	- در صورت تشخیص عفونت های سطحی و آلرژی فصلی: - درمان کنید و - پس از 2 روز پیگیری کنید: در صورت عدم درمان ارجاع غیر فوری به متخصص چشم

معاینه گوش و مراقبت از نظر شنوایی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتایج ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
- بررسی پرونده از نظر نتیجه تست سنجش شنوایی - گرفتن شرح حال از نظر وجود درد، کم شنوایی، تب و لرز و - معاینه گوش ها توسط اتوسکوپ از نظر التهاب مجرا، وجود سرومن، التهاب پرده، پارگی پرده، ترشح و	- غیر طبیعی بودن تست نجوا یا: - شکایت نوجوان یا خانواده اش از کم شنوایی وی	اختلال شنوایی	- در صورت وجود سرومن فشرده: تجویز قطره گلیسرین فنیکه به مدت 2-3 روز و سپس شستشوی گوش - در صورت نبود عفونت و سایر بیماری ها، ارجاع غیر فوری به ادیومتریست
	پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت	اوتیت مدیا	- تجویز شربت آموکسی سیلین به میزان 80 تا 90 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در کودکان تا 12 سال و کپسول در بزرگسالان طی 24 ساعت که در سه دوز تقسیم می شود. درمان تا 10 روز ادامه می یابد و پس از این مدت دوباره بیمار ملاقات می شود.
	خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم	اوتیت خارجی	- در صورت تشدید علایم بعد از 24 ساعت ارجاع فوری به متخصص گوش و حلق و بینی - در صورتی که مجرای خارجی متورم باشد و اتوسکوپ رد نشود تنظیفی را با قطره پلی میکسین یا کلستین روزی 4 بار آغشته کرده و داخل مجرا قرار دهید. بعد از 2 تا 3 روز که ادم مجرا برطرف شد می توان از پماد نئومایسین استفاده کرد. - در صورتی که پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی میکسین یا کلستین در مجرای گوش ریخته شود. - تجویز استامینوفن یا ایبوپروفن برای درد - توصیه کنید بیمار در فاز حاد شنا نکند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد.

معاینه و ارزیابی غده تیروئید (6 تا 18 سال)

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

* به راهنمای معاینه و ارزیابی تیروئید در بخش راهنما و توصیه ها مراجعه کنید.

راهنمای معاینه و ارزیابی غده تیروئید

برای 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 معمولاً از خط میانی به دو طرف گسترده شده است. این برآمدگی گاهی کوچک و به اندازه یک بادام است. ولی ممکن است بزرگ تر باشد و حتی آنچنان بزرگ که همه قسمت های گردن را بگیرد و به زیر چانه برسد. Lid lag: وضعیتی است که پلک فوقانی قادر به دنبال کردن چرخش چشم نیست و پلک فوقانی پشت لبه فوقانی عنبیه در حرکت چشم رو به پائین قرار می گیرد، این حالت معمولاً واضح است وقتی که پلک قادر به حرکت نیست یا وقتی که حرکت پلک فوقانی به طور قابل ملاحظه ای بعد از حرکت چشم است. یک پدیده مشابه در لبه تحتانی وقتی که چشم به سمت پایین حرکت می کند، اگر مشاهده این حرکت سریع باشد تشخیص ممکن است missed شود.
--

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

مراقبت از نظر ابتلا به سل (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- از فرد یا همراه وی سوال کنید: - سرفه طول کشیده بیش از دو هفته - اگر همراه حداقل یکی از این علائم باشد: تب، تعریق شبانه، کاهش وزن ناخواسته - سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته یا بدون سرفه 2- در صورت مثبت بودن سوالات: - تهیه 3 نمونه (اسمیر) خلط (در صورت وجود و امکان ارایه خلط) * و بررسی نتایج آن - درخواست رادیوگرافی قفسه سینه برای فرد دارای یک اسمیر مثبت	- 2 یا 3 اسمیر مثبت یا - یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا فرد قادر به ارایه خلط نیست ولی سه معیار از 5 معیار تشخیصی سل اطفال را دارا می باشد: 1- علائم بالینی، 2- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت 3- نشانه های رادیوگرافی سل در ریه، 4- تست پوستی توبرکولین مثبت، 5- باکتریولوژی مثبت	مسلول ریوی اسمیر خلط مثبت	• فرد را بر اساس سابقه قبلی بیماری سل بررسی و مطابق جدول طبقه بندی کرده، چنانچه مورد بیماری، جدید محسوب نمی شود برای وی آزمایش کشت و آنتی بیوگرام خلط در خواست کنید. • برای وی، پرونده بیمار مبتلا به سل را تکمیل، درمان را برای وی آغاز و اولین دوز دارو را به او بخورانید. به دلیل احتمال بالای وجود بیماری های همراه، توجه به تداخلات داروهای ضد سل با سایر داروهای مصرفی فرد و نیز انجام آزمایشات عملکرد کبدی در بدو درمان لازمست صورت پذیرد. تهیه گرافی قفسه سینه در بدو درمان نیز توصیه می شود. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که افراد در تماس نزدیک با وی را بر اساس دستورالعمل برنامه کنترل سل مورد بررسی قرار داده و کودکان و نیز بزرگسالان دارای ضعف سیستم ایمنی در تماس را برای بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع دهند. همچنین به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید فرد 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 فرد 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 (مطالب آموزشی در دو صفحه اول پرونده بیمار مسلول خلاصه شده است).
	- یک اسمیر مثبت و فاقد نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا - 3 اسمیر منفی	مشکوک به سل	• فرد را برای بررسی توسط فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید.
	- بدون نشانه و - بدون عامل خطر	فاقد مشکل	• فرد 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روزه بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. • او را دو هفته بعد پیگیری کنید. - فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

* در کودکان سنین 6 تا 10 سال ممکن است ارایه خلط میسر نباشد، لذا توجه به 5 معیار ذکر شده جهت شناسایی موارد مبتلا به سل حائز اهمیت می باشد.

بررسی از نظر ابتلا به سل ریوی

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

جدول ارزیابی از نظر ابتلا به سل ریوی

در صورتی که جواب حداقل 2 نمونه از 3 نمونه اسمیر از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است فرد تحت عنوان **سل ریوی اسمیر خلط مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که یک نمونه از 3 نمونه اسمیر خلط مثبت است و علائم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد فرد به عنوان **سل ریوی اسمیر خلط 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 3 مورد اسمیر خلط تهیه و آزمایش شده منفی است، برای فرد 10 تا 14 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 14 روز)، مجدداً یک نمونه خلط گرفته و همانند نوبت اول دو نمونه خلط بعدی را نیز اخذ نمایید. چنانچه از 3 مورد اسمیر مجدد، حداقل 2 مورد مثبت گزارش شود فرد تحت عنوان **سل ریوی اسمیر خلط مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد. چنانچه تنها یک نمونه مثبت گردد، انجام رادیوگرافی قفسه سینه ضرورت دارد: در این حالت وجود گرافی غیر طبیعی قفسه سینه به منزله طبقه بندی بیمار در گروه مبتلایان به سل ریوی خلط مثبت و آغاز فوری درمان ضد سل است و طبیعی بودن گرافی بیمار، ضرورت ارجاع به فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان را ایجاب می کند. همچنین در صورتی که هر سه مورد اسمیر مجدد خلط بیمار منفی باشد می بایست ضمن انجام گرافی قفسه سینه، فرد را جهت بررسی وجود یا رد سل ریوی اسمیر خلط منفی به فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع داد.

فرد را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

فرد را با توجه به نشانه ها، نتایج اسمیر خلط، رادیوگرافی قفسه سینه و سابقه ابتلا به سل در گذشته به شرح زیر طبقه بندی و تحت مراقبت قرار دهید:

- الف) طبقه بندی از نظر محل ابتلا:

الف - 1) سل ریوی: بیمار بر اساس نتیجه آزمایش اسمیر خلط و / یا رادیو گرافی قفسه سینه، درگیری پاراننشیم ریه را دارد. در این صورت بیمار در دسته "سل ریوی" که خود دارای زیر گروه های "اسمیر خلط مثبت" و "اسمیر خلط منفی" (به شرح زیر) است طبقه بندی می شود.

§ فرد دارای 2 یا 3 اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک اسمیر مثبت از خلط به همراه نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل در طبقه بندی "**فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت**" قرار می گیرد. فرد را مطابق با

جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که افراد در تماس نزدیک با فرد را بر اساس دستورالعمل برنامه کنترل سل مورد بررسی قرار داده، کودکان و نیز بزرگسالان

دارای ضعف سیستم ایمنی در تماس را برای بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع دهند. همچنین به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید. فرد مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و داروهایشان را

تحت نظارت مستقیم ناظر درمانی دریافت کرده و از نظر بروز عوارض دارویی مورد پرسش قرار می گیرند و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان،

ترجیحاً به صورت روزانه و در صورت عدم امکان، به صورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. تهیه دو نمونه خلط از بیمار برای انجام آزمایش خلط حین درمان برای موارد سل ریوی اسمیر

خلط مثبت، در پایان مرحله حمله ای و سپس پایان ماه دوم و پایانی مرحله نگهدارنده درمان از موارد دیگری است که باید به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید. به فرد 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 3 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. در این موارد نهایتاً یا تشخیص سل برای بیمار رد می شود و یا بیمار تحت عنوان **سل ریوی اسمیر خلط منفی** طبقه بندی و تحت درمان قرار می گیرد.

الف - 2) سل خارج ریوی: چنانچه بیماری ارگان دیگری بجز پاراننشیم ریه را در فرد مبتلا به سل درگیر کرده باشد، بیمار تحت عنوان سل خارج ریوی طبقه بندی و بجز موارد مشخص شده در کتاب راهنمای کشوری

مبارزه با سل (که نیازمند درمان طولانی مدت تری هستند). بقیه موارد سل خارج ریوی، مشابه موارد سل ریوی درمان می شوند. تنها تفاوت موجود، تمرکز بر روند وزن بیمار در حین درمان بجای انجام آزمایشات خلط حین درمان می باشد؛ هر چند که انجام یک بار آزمایش خلط در پایان دوره حمله ای موارد سل خارج ریوی نیز توصیه می شود. نکته: بیماری که به طور همزمان هم به "سل ریوی" و هم "سل خارج ریوی" مبتلا باشد به عنوان سل ریوی ثبت می شود.

• ب) طبقه بندی بر اساس سابقه درمان سل در گذشته

موارد مبتلا به سل (اعم از ریوی یا خارج ریوی) بر اساس سابقه دریافت درمان ضد سل در گذشته، در کی از گروه های زیر طبقه بندی می شوند. این طبقه بندی ملاک اصلی در تعیین گروه درمانی بیمار است.

ب - 1) مورد جدید سل: بیماری که در گذشته هیچگاه درمان ضد سل دریافت ننموده و یا سابقه مصرف داروهای ضد سل در او کمتر از 4 هفته باشد. برای این بیماران گروه یک درمانی مطابق جداول بعدی تجویز می شود.

ب - 2) مورد تحت درمان مجدد: بیماری که در گذشته حداقل یکماه درمان ضد سل دریافت کرده باشد؛ که خود می تواند به زیر گروه هایی نظیر عود، شکست و یاغیبت از درمان تقسیم شود. برای این بیماران ضمن تهیه نمونه خلط و ارسال جهت انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام، گروه دو درمانی مطابق جداول بعدی بعنوان درمان موقت تجویز و نتیجه آنتی بیوگرام برای تعیین رژیم دارویی نهایی بیمار مورد پیگیری فعال قرار می گیرد.

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

توصیه های اختصاصی (مطالب آموزشی در دو صفحه اول پرونده بیمار مسلول خلاصه شده است)

- مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله ای و نگهدارنده). تعداد و نوع داروهای 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، نحوه پایش های حین درمان

درمان

یکی از نکات بسیار مهم در درمان فردان مبتلا به سل انجام آزمایشات عملکرد کبدی بدو درمان و تجویز همزمان قرص پیریدوکسین در طول دوره درمانی بیمار است.

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد.

بیماران جدید در گروه درمانی یک قرار گرفته و از برنامه درمانی کوتاه مدت 6 ماهه که از دو مرحله حمله ای و نگهدارنده تشکیل شده بهره می گیرند؛ به این ترتیب که:

- در مرحله حمله ای از 4 داروی ایزونیازید، ریفامپیسین، پیرازینامید و اتامبوتول به مدت 2 ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه به صورت روزانه استفاده می شود.
- در مرحله نگهدارنده از 2 داروی ایزونیازید و ریفامپیسین به مدت 4 ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه (که باید ترجیحاً به صورت روزانه و در صورت عدم امکان بصورت هفتگی ارایه شود) استفاده می شود.

موارد غیر جدید بیماران مسلول قبل از آغاز گروه 2 درمانی (که درمانی موقتی محسوب می شود)، نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت و حساسیت دارویی تهیه و ارسال و سپس درمان بیمار مطابق جدول برنامه درمانی شروع می شود.

برنامه درمانی فرد مبتلا به سل

مرحله نگاهدارنده درمان		مرحله حمله ای درمان		گروه درمانی
مدت درمان (ماه)	دارو	مدت درمان (ماه)	دارو	
4	HR ایزونیازید+ ریفامپین	2	HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	1
5	HRE ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول	2	HRZES ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومایسین	2
		1	و سپس HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

جدول اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

دارو	علامت اختصاری	مقدار روزانه برای بزرگسالان mg/kg	مقدار روزانه برای کودکان ¹ mg/kg	فرآورده های ژنریک ایران
ایزونیازید	H	5 (4 - 6) حداکثر 300mg	10 (10 - 15) حداکثر 300mg	Double Scored Tablets: 100.300 mg
ریفامپین	R	10 (8 - 12) حداکثر 600mg	15 (10 - 20) حداکثر 600mg	Capsules:150.300mg Drop:153mg/ml Suspension: 200mg/ml
پیرازینامید	Z	25 (20 - 30)	35 (30 - 40)	Scored Tablet: 500mg
اتامبوتول	E	15 (15 - 20)	20 (15 - 25)	Double Scored Tablet: 400mg
استرپتومایسین ²	S	15 (12 - 18)	15 (12 - 18)	For Injection:1g/vial
چهار ترکیبی	4FDC	رجوع به جدول بعدی		H75 R150 E275 Z400
سه ترکیبی	3FDC			H75 R150 E275
دو ترکیبی	2FDC			H 75 R150 H150 R300

1- در کشور ما، فعلا برای کودکان حداقل دوزهای مندرج در دامنه دوزهای تعیین شده برای داروهای ضد سل، آن هم با تاکید بر دقت در شناسایی عوارض دارویی توصیه می شود.

2- در بیماران با وزن کم تر از 50 کیلوگرم، دوز روزانه توصیه شده استریتوماپسین 10mg/kg می باشد.

جدول مقدار تجویز روزانه داروهای ضد سل ترکیبی

دوره حمله ای (در هر دو گروه درمانی 1 و 2)				
تعداد قرص دو ترکیبی در روز (H75R150) ***		تعداد قرص چهار ترکیبی در روز (H75R150 E275 Z400)		گروه وزنی
		2		Kg 30-35
1		2		Kg 36-39
		3		Kg 40-49
1		3		Kg 50-52
		4		Kg 53-70
		4		(ویژه فردان)>Kg70
دوره نگهدارنده				
گروه درمانی 2			گروه درمانی 1	
تعداد قرص دو ترکیبی در روز (H75R150) ***	تعداد قرص سه ترکیبی در روز (H75R150 E275)	گروه وزنی	تعداد قرص دو ترکیبی در روز (H75R150)***	گروه وزنی
	2	Kg 30-35	2	Kg 30-35
1	3	Kg 36-39	3	Kg 36-39
	3	Kg 40-49	4	Kg 50-70
1	3	Kg 50-52		(ویژه فردان)>Kg 70
	4	Kg 53-70		
	4	(ویژه فردان)>Kg 70		

*** چنانچه دوز قرص دو ترکیبی در دسترس (H150 R300) باشد، مقدار داروی روزانه فوق الذکر باید نصف شود.

پیگیری

فرد مسلول را دو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد به شرح زیر پیگیری کنید:

- از فرد 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. برای بیمار به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که فرد 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 به صورت روزانه و در صورت عدم امکان، به صورت هفتگی توسط غیر پزشک پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد.
- این پیگیری ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته ی بار و سپس به صورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.

چنانچه فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت بوده و در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده (و یا کم تر از یک ماه 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 2 نمونه خلطی که 2 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 یک ماه 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 فرد شروع کنید. برای فردان مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط منفی، علاوه بر توزین بیمار در هر بار مراجعه، در پایان ماه دوم درمان یعنی قبل از آغاز مرحله نگهدارنده درمان، آزمایش خلط دو نمونه ای انجام دهید تا از منفی باقی ماندن آن اطمینان حاصل کنید. بدیهی است در صورت مثبت بودن حداقل یکی از این نمونه ها، بیمار به عنوان مورد شکست درمان تلقی و آزمایش کشت و حساسیت دارویی درخواست می شود و سپس برای او مانند یک مورد تحت درمان مجدد اقدامات لازم صورت می پذیرد.

برای فردان مبتلا به سل خارج ریوی، اگر چه در پایان ماه دوم آزمایش خلط دو نمونه ای انجام می شود؛ ولی تمرکز اصلی پایش درمان بر روند تغییرات وزنی بیمار می باشد. چنانچه فرد به مدت کم تر از 4 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 فرد بین 4 تا 8 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 دریافتی بیمار قبل از بروز غیبت، کم تر از 5 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 دریافتی بیمار قبل از بروز غیبت، بیشتر از 5 ماه باشد بیمار را مجدداً ثبت نمایند 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 فرد دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه فرد بیش از 8 هفته قطع دارو داشته باشد از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از فرد بر اساس برنامه کشوری نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد این فرد در گروه "درمان پس از غیبت" قرار گرفته، برایش آزمایش کشت و آنتی بیوگرام درخواست می شود و گروه درمانی 2 آغاز می شود.

نظر به اهمیت تشخیص بموقع مقاومت دارویی، دقت کنید چنانچه اسمیر خلط فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط 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 فرد شروع کنید. چنانچه در فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگهدارنده یا در ماه پایانی درمان، اسمیر خلط 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 شده باشد، برای این فرد آزمایش کشت خلط و حساسیت دارویی انجام دهید. فرد را تحت عنوان شکست درمان طبقه بندی و برای وی گروه 2 درمانی را آغاز کنید. به خاطر داشته باشید که بیشترین احتمال مقاومت دارویی مربوط به این گروه از بیماران می باشد.

دوره درمانی مرحله حمله ای در مورد گروه 2 درمانی 3 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 ضمن ادامه درمان مرحله حمله ای بدون استرپتومایسین، بیمار را هر چه سریع تر با هماهنگی کارشناس سل شهرستان به مرکز بستری معرفی شده برای آغاز درمان بیماران مبتلا به سل مقاومت به دارو ارجاع دهید. در پایان درمان از فرد مبتلا به سل ریوی، به منظور اطلاع از سیر بهبود ضایعات رادیوگرافیک CXR بعمل آورید.

عوارض دارویی سل

عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف		
بی اشتها، تهوع و درد شکم	ریفامپین	دوز دارو کنترل شود. درمان ادامه یابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	آسپیرین
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین 40 میلی گرم
عوارض دارویی شدید		
عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
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.
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 به جای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
سرگیجه و یا نیستاگموس	استرپتومایسین	استرپتومایسین حذف و به جای 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. فرد را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.. در موارد سل پیشرفته که قطع درمان سل ممکن نیست تا طبیعی شدن تست ها کبدی از استرپتومایسین و اتامبوتول استفاده کنید.
شوک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک و نارسایی حاد کبد	ریفامپین	ریفامپین را حذف کنید.

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

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

درد مفاصل: از آسپیرین استفاده کنید.

احساس سوزش در پاها: پیریدوکسین 40 میلی گرم روزانه تجویز کنید.

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

فرد مشکوک به سل (3 اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه به شرح زیر پیگیری کنید:

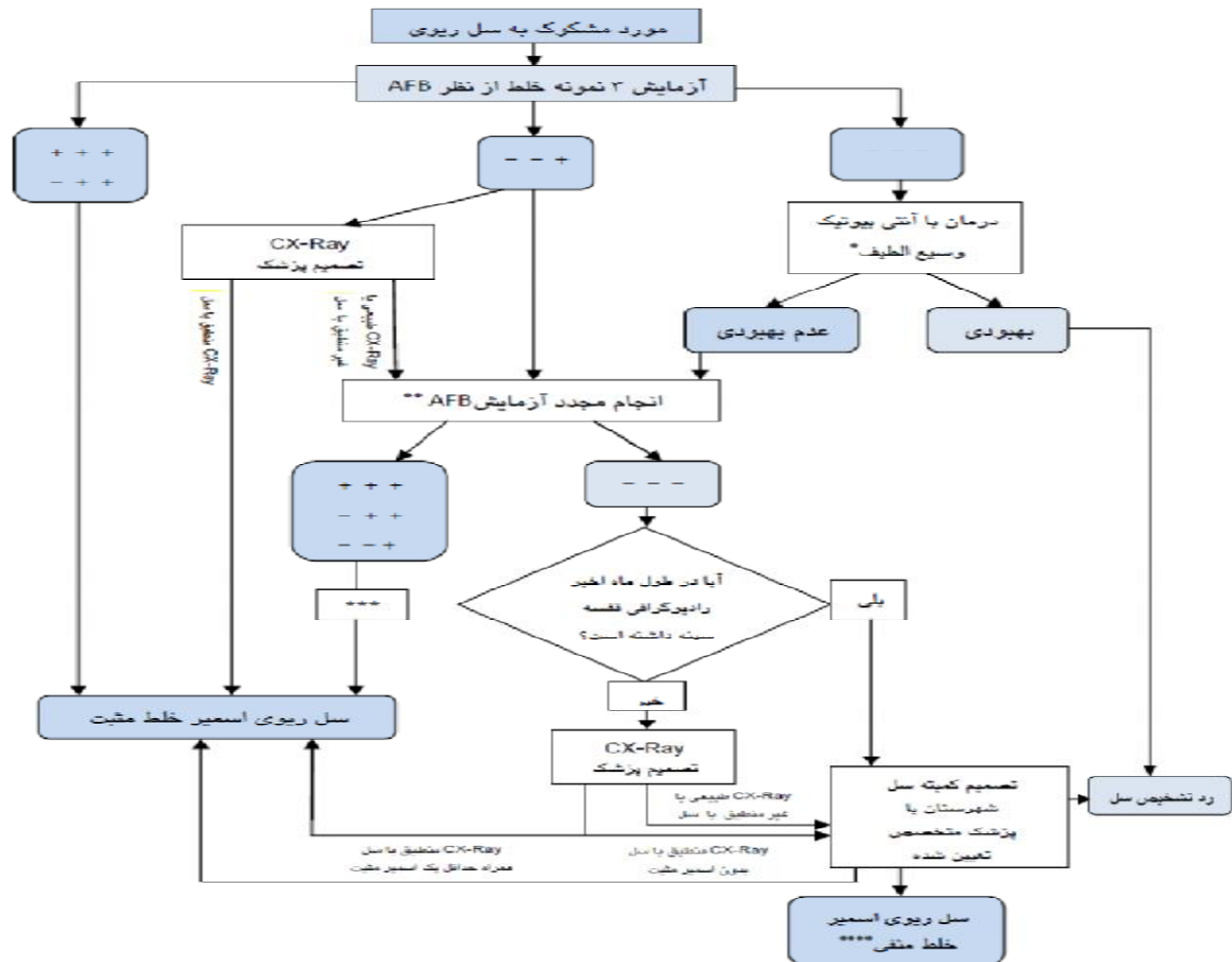
دقت کنید فرد پیگیری شده دارای 3 نمونه اسمیر منفی از خلط است و 14-10 روز تحت درمان غیر اختصاصی قرار گرفته است. از فرد در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید:

- چنانچه فرد دارای علایم بهبودی است این فرد مبتلا به سل نیست. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه فرد فاقد علایم بهبودی است از فرد 3 نمونه اسمیر خلط مجدد تهیه شود. چنانچه از 3 نمونه اسمیر مجدد حداقل 2 مورد مثبت گزارش شود، فرد تحت عنوان سل ریوی اسمیر مثبت تحت درمان سل قرار می گیرد. چنانچه تنها یک نمونه مثبت گردد، انجام رادیوگرافی قفسه سینه ضرورت دارد؛ در این حالت وجودگرافی غیر طبیعی قفسه سینه به منزله طبقه بندی بیمار در گروه مبتلایان به سل ریوی خلط مثبت و آغاز فوری درمان ضد سل است و طبیعی بودن گرافی بیمار، ضرورت ارجاع به فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان را ایجاب می کند. همچنین در صورتی که هر سه مورد اسمیر مجدد خلط بیمار منفی باشد می بایست ضمن انجام گرافی قفسه سینه، فرد را جهت بررسی وجود یا رد سل ریوی اسمیر خلط منفی به فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع داد .

توجه:

1. بیماریابی سل در آسایشگاه های نگهداری از فردان باید به صورت ادواری و به شکل فعال انجام گیرد.
2. بررسی از نظر ابتلای همزمان سل و دیابت و همچنین پایش عملکرد کبدی فردان در روند درمان سل از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

نحوه برخورد با مورد مشکوک به سل ریوی



* حداقل به مدت ۱۴-۱۰ روز، آنتی بیوتیک های وسیع الطیف غیر اختصاصی (به استثنای ریفاپیمین، استرپتومایسین و سایر آمینوگلیکوزیدها و فلوروکینولون ها) تجویز می شود.

** معمولاً (اما نه همیشه) دو هفته پس از اولین سری آزمایش خلط انجام می شود.

*** چنانچه بیماری در ابتدا سه اسمیر خلط منفی داشته و پس از تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف بهبود نیافته و در آزمایش مجدد خلط از سه نمونه اسمیر وی فقط یک نمونه مثبت شده باشد جهت ثبت به عنوان اسمیر مثبت نیازمند CX-Ray منطبق با سل ریوی است.

**** برای تشخیص سل ریوی خلط متفی، نظریه کمیت سل شهرستان یا پزشک متخصص تعیین شده مورد نیاز است.

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به آسم (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام*
سوال کنید: 1. دارا بودن علایم خس خس سینه، سرفه، تنگی نفس، احساس فشار در قفسه سینه 2. داشتن علایم مکرر و عود کننده 3. بدتر شدن علایم در شب و اوایل صبح 4. ایجاد و یا بدتر شدن علایم متعاقب ورزش سرما، حیوانات خانگی، هوای مرطوب، دود، بوی تند، هیجانات، خنده ... 5. رخ دادن علایم در شرایط غیر سرماخوردگی 6. انجام ارزیابی عملکرد ریوی شامل اسپیرومتری و یا پیک فلومتری قبل و بعد از مصرف سالبوتامول استنشاقی	- شرح حال و نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم است - نتایج ارزیابی عملکرد ریه به نفع بیماری آسم نبوده ولی شرح حال قویا به نفع بیماری آسم است	تشخیص آسم قطعی است	شروع درمان آسم و بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل
		احتمال بالای بیماری آسم	شروع درمان آزمایشی (trial) و بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل
	نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم نیست	رد بیماری آسم	بررسی تشخیص های افتراقی و در صورت نیاز ارجاع بیمار به سطوح بالاتر

* جهت مطالعات تکمیلی به کتاب راهنمای ملی آسم (دستورالعمل پیشگیری، تشخیص و درمان) ویژه پزشکان مراجعه کنید.

پیگیری و مراقبت بیماران

اگر فرد مبتلا به بیماری آسم است، آموزش و پیگیری بیمار توسط مراقب سلامت/ بهورز انجام می شود. پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، دو ماه بعد در ویزیت مجدد، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می کند. چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یک بار توسط پزشک مراقبت می گردد. در موارد آسم کنترل نشده یا کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یک بار توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد و پس از آن پیگیری و مراقبت بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یک بار توسط پزشک ادامه می یابد.

درمان آسم

برای درمان آسم در ابتدا باید براساس شدت بیماری (**Asthma Severity**) و توجه به فاکتورهای خطر، درمان را آغاز کرد و سپس طبق سطح کنترل بیماری **Asthma Control** ادامه درمان را تنظیم کرد. در صورتی که علائم بیماری خفیف و متناوب باشد (علائم روزانه 2 بار یا کمتر در هفته و شبها یک بار یا کمتر در ماه) بیمار نیاز به درمان منظم نگهدارنده نداشته و بر حسب نیاز می توان از داروهای زود اثر نظیر سالبوتامول استفاده نمود. در بیشتر بیماران درمان انتخابی نگهدارنده، استروئید استنشاقی نظیر بکلومتازون یا فلوتیکازون با دوز کم است. در مواردی که شدت علائم بالینی بیمار بیشتر است (علائم بیماری هر روز وجود داشته و یا شبها بیش از یک بار در هفته به دلیل بیماری از خواب بیدار می شود) باید برای درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود. در صورتی که علائم بیمار شدید است (علاوه بر علائم مداوم روزانه، اختلال خواب هر شب وجود دارد) جهت درمان داروهای دیگر نظیر بتا آگونیست های استنشاقی طولانی اثر مورد نیاز است که در این موارد لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع شود. باید توجه داشت که در هر مرحله، چنانچه به دلیل اقدامات تشخیصی یا درمانی اندیکاسیون ارجاع وجود داشته باشد باید بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد. بدیهی است در بیمارانی که با تشخیص قبلی آسم تحت درمان می باشند ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری انجام می گیرد.

درمان آزمایشی

در کودکان درمان آزمایشی با استفاده از دوز متوسط کورتیکواستروئیدهای استنشاقی (بکلومتازون یا فلوتیکازون) بر اساس سن و به مدت دو ماه صورت می گیرد. در بزرگسالان برای درمان آزمایشی (Trial) کورتیکواستروئید استنشاقی به مدت دو ماه و با دوز 200 mcg بکلومتازون یا معادل آن از فلوتیکازون دو بار در روز تجویز می گردد. در مواردی که انسداد قابل ملاحظه ای راه های هوایی وجود دارد، درمان آزمایشی با پردنیزولون خوراکی 30 mg روزانه (یک بار در روز) برای دو هفته توصیه می گردد. در کلیه بیماران علاوه بر داروهای کنترل کننده نظیر بکلومتازون یا فلوتیکازون، بتا آگونیست استنشاقی زوداثر مانند سالبوتامول نیز تجویز می گردد.

تعیین سطح کنترل

کلیه بیماران باید یک ماه پس از شروع درمان مجدداً توسط پزشک ویزیت شده و سطح کنترل بیماری توسط پزشک تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری (کنترل کامل، نسبی یا کنترل نشده) و وجود عوامل خطر همراه تصمیم گیری شود:

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

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

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

اسپیرومتری علاوه بر شروع درمان هر 3 تا 6 ماه یک بار به صورت دوره ای اندازه گیری می شود. فاکتورهای خطر باید در موقع تشخیص و سپس به طور دوره ای ارزیابی گردد، به ویژه اگر بیمار سابقه حمله آسم داشته باشد. در صورت وجود هر یک از فاکتورهای خطر، ریسک حملات حتی در وضعیت کنترل کامل افزایش می یابد و باید افزایش مرحله درمانی را مد نظر داشت. بدیهی است که باید به بیمار توصیه گردد در صورت عدم کنترل بیماری یا بدتر شدن علائم زودتر از زمان تعیین شده مراجعه نماید.

اندیکاسیون های ارجاع به سطوح بالاتر عبارتند از:

- ابهام یا شک در تشخیص
- بروز آسم در سنین کم تر از یک سال و بالای 65 سال
- پاسخ ضعیف یا عدم پاسخ به درمان های معمول (به ویژه نیاز به بتاآگونیست طولانی اثر یا مصرف مکرر استروئیدهای خوراکی)
- در مواردی که تست های تشخیصی اضافی مورد نیاز باشد، مثل تست پوستی و
- انوزینوفیلی شدید خون محیطی (مقدار مطلق بیش از 1000)
- کاهش مرحله درمانی (Step Down) در بیماری که بتاآگونیست طولانی اثر مصرف می کند. (از مرحله 3 و بالاتر جهت تصمیم گیری برای قطع بتا آگونیست های طولانی اثر)
- اضطراب شدید والدین یا نیاز به اطمینان بخشی، عدم همکاری بیمار و خانواده وی در درمان علیرغم آموزش توسط پزشک
- پولیپ بینی
- آسم در بارداری
- آسم همراه با دیابت، بیماری قلبی، گلوکوم، وجود شواهد واسکولیت
- بیماران مشکوک به آسم شغلی
- حساسیت به داروهای مسکن (NSAIDs)

معاینه قلب و عروق: مراقبت از نظر بیماری قلبی عروقی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- شرح حال بگیرید و - معاینه کنید	- غیر طبیعی بودن صدای قلب - آریتمی - سیانوز بستر ناخن ها، لب ها، زبان و مخاط - تریل قلبی - غیر طبیعی بودن نبض - قرینه نبودن نبض ها در دو طرف بدن و عدم لمس نبض فمورال - سوفل های غیر عملکردی - ادم اندام ها و صورت	بیماری قلبی عروقی دارد	- در صورت وجود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت و حالت استراحت: ارجاع فوری به متخصص قلب
			- در صورت نبود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت: ارجاع غیر فوری به متخصص قلب
- معاینه بالینی طبیعی و - شرح حال فامیلی بیماری های قلبی عروقی زودرس در سن کم تر از 55 سال یا - شرح حال فامیلی کلسترول بیش از 240	- احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس	- درخواست آزمایش قند خون ناشتا و چربی خون (کلسترول تام، LDL کلسترول، آپولیپوپروتئین B و هموسیستئین) و بررسی نتایج: 1) در صورت غیر طبیعی بودن نتایج: ارجاع غیر فوری به متخصص 2) در صورت طبیعی بودن نتایج: - آموزش شیوه زندگی سالم - بررسی مجدد یک سال بعد	- درخواست آزمایش قند خون ناشتا و چربی خون (کلسترول تام، LDL کلسترول، آپولیپوپروتئین B و هموسیستئین) و بررسی نتایج: 1) در صورت غیر طبیعی بودن نتایج: ارجاع غیر فوری به متخصص 2) در صورت طبیعی بودن نتایج: - آموزش شیوه زندگی سالم - بررسی مجدد یک سال بعد
			- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها
هیچ کدام از علایم فوق وجود ندارد	بیماری قلبی عروقی ندارد		

بررسی از نظر بیماری قلبی

معاینه قلب:

1- سمع قلب غیر طبیعی است، سوفل و صدای اضافی دارد یا ناهنجاری در شکل قفسه سینه دارد:

- این بیمار به پزشک متخصص قلب ارجاع می شود تا بیماری قلب و نوع آن مشخص شود و برای این افراد توصیه های لازم بر طبق مواردی که در ذیل آمده است انجام می شود.
- 2- بیمار سابقه بیماری های قلبی دارد:

الف - ترمیم نشده است: ارجاع به پزشک متخصص برای درمان

ب - ترمیم شده است: توصیه های مناسب بر طبق آنچه در ذیل آمده است، انجام می شود.

بیماری های قلبی عروقی در کودکان و نوجوانان

بیماری های قلبی مادرزادی سیانوتیک

تترالوژی فالو

تترالوژی فالو چهار مشخصه دارد:

1. یک سوراخ بین دیواره بطنی (نقص دیواره بین بطنی)
2. تنگی شریان پولمونر
3. شریان آئورت به جای این که از بطن چپ منشأ بگیرد به نظر می رسد از هر دو بطن منشأ گرفته است. طوری قرار گرفته است که کاملاً مشرف به نقص دیواره بین دو بطن است.
4. هیپرتروفی بطن راست

به دلیل این که آئورت مشرف به هر دو بطن است و تنگی شریان پولمونر نیز وجود دارد، خون از هر دو بطن (خونی که غنی از اکسیژن است و خونی که کم اکسیژن است) به سراسر بدن پمپ می شود و به همین دلیل این بیماران سیانوز دارند.

این نقص در اوایل زندگی ترمیم می شود. اگر درمان جراحی انجام نشود این بیماران غالباً قبل از 20 سالگی فوت می کنند. موارد زیر را باید در مورد بیماران درمان شده رعایت کرد:

1. فعالیت بدنی در کودکان با این شرایط محدود است.
2. شرکت در ورزش های رقابتی ممنوع است.
- احتمال اختلال ریتم (آریتمی) در این افراد وجود دارد که می تواند منجر به سرگیجه یا سنکوپ شود. باید در صورت وجود چنین علایمی به پزشک متخصص قلب ارجاع شود تا دارو یا مداخلات مورد نیاز برای پیشگیری از این رخدادها تجویز شود.
- پی گیری معاینات دوره ای و مصرف داروها (توسط والدین) گوشزد شود.

جابجایی شریان های بزرگ

در جابجایی شریان های بزرگ، شریان آئورت از بطن راست و شریان پولمونر از بطن چپ منشأ می گیرد و در نتیجه خون غنی از اکسیژن توسط شریان پولمونر دوباره به ریه باز می گردد و خون کم اکسیژن به سراسر بدن منتقل می شود.

این بیماران در ابتدای زندگی درمان جراحی می شوند.

موارد زیر در مورد این بیماران توصیه می شود:

- این بیماران فعالیت بدنی شان محدود به ورزش های استقامتی است. زمان **endurance** در این بیماران پایین تر است پس شدت ورزش ها باید کم تر باشد و ورزش های رقابتی برای دانش آموزان دبیرستان ممنوع است (در کودکان اساساً تَرْزش های رقابتی حتی در افراد سالم توصیه نمی شود).
- اختلال ریتم به صورت برادیکاری یا تاکیکاری مشاهده می شود. هر دو این اختلال می تواند منجر به سنکوپ شود.
- پی گیری معاینات دوره ای و مصرف داروها (توسط والدین) گوشزد شود.

ترانکوس شریانی

این بیماری با نقص بزرگ دیواره بین بطنی که در بالای آن یک تنه شریانی قرار گرفته است مشخص می شود. ترمیم در اوایل زندگی انجام می شود.

- فعالیت های بدنی محدود است (به دلیل عملکرد پایین قلب و بی کفایتی نسبی کرونوتروپیک قلب و افزایش دیس ریتمی با انجام فعالیت) این موارد در سایر بیماری های سیانوتیک نیز دیده می شود.
- احتمال اختلال ریتم در این بیمار و سنکوپ (که با افزایش فعالیت بدنی احتمال آن زیاد می شود) وجود دارد.
- فشارخون شریان ریوی بالا است و منجر به سرگیجه و سنکوپ می شود.

ناهنجاری ابشتاین

در این آنومالی دریچه تریکوسپید طوری قرار می گیرد که مانند پرده ای بخشی از بطن راست را جدا کرده و ضمیمه دهلیز راست می کند (بطن راست کوچک می شود) لت های دریچه تریکوسپید غیر طبیعی است و دو تا از این لت ها به جای اتصال به نسج بین دهلیز و بطن راست به دیواره بطن راست اتصال می یابند و در نتیجه حرکات این لت ها محدود می شود و نارسایی دریچه تریکوسپید ایجاد می شود. سوراخ بیضی باز است. گاهی اوقات این آنومالی خفیف است و نیاز به جراحی ندارد. در صورت نارسایی شدید تریکوسپید باید جراحی شود.

- فعالیت ورزشی ایزومتریک در مبتلایان به این ناهنجاری اگر همراه به نارسایی خفیف دریچه تریکوسپید باشد و آریتمی نداشته باشد، محدودیت ندارد. ورزش های رقابتی شدید در این بیماران منع شده است. ورزش های ایزومتریک مانند وزنه برداری ممنوع است.
- این بیماران مستعد نارسایی قلبی و آریتمی هستند. لذا پی گیری و معاینات دوره ای توسط متخصص قلب و عروق ضروری است.
- این بیماران مستعد آریتمی مثل تاکیکاری فوق بطنی هستند که گاهی منجر به سرگیجه و سنکوپ می شود.

بیماری های قلبی مادرزادی غیر سیانوتیک

نقص بین دیواره دو بطن

- این نقص اگر بزرگ باشد موجب افزایش جریان خون شریان ریوی و افزایش فشارخون ریوی می شود (اگر ترمیم نشود).
- نقص های کوچک نیاز به جراحی ندارند و اغلب در سنین کودکی و نوجوانی بسته می شوند.
- اگر نقص بزرگ باشد و بیمار علامت داشته باشد، نقص باید در سن یک تا دو سالگی بسته شود.
- بیش تر این بیماران نیازی به محدودیت فعالیت بدنی ندارند. ولی اگر بیمار دچار فشارخون شریانی شده باشد، فعالیت بدنی به آن اندازه ای که فرد قادر است انجام دهد محدود میشود.

نقص بین دیواره دو دهلیز

اگر نقص بین دیواره دو دهلیز بزرگ باشد مقدار زیادی خون غنی از اکسیژن به سمت راست هدایت می شود و به ریه برمی گردد. این افزایش جریان می تواند به افزایش فشار شریان ریوی بیانجامد.

- محدودیت فعالیت بدنی ندارند.
- پی گیری ها در فواصل زمانی طولانی انجام می شود.

تنگی مادرزادی شریان آئورت

- غالباً دریچه آئورت سه لتی است اما در بعضی ممکن است دو لتی باشد. این دریچه ها غالباً بدون ایجاد تنگی، به طور نرمال فعالیت می کنند اما گاهی افزایش ضخامت پیدا کرده و تنگ می شوند. در مواردی که تنگی شدید است و گرادیان در سطح دریچه، 70 و بالاتر است اقدام به تعویض دریچه می شود.
- در افرادی که گرادیان در سطح دریچه شدید است، محدودیت فعالیت بدنی دارند. در این بیماران با فعالیت بدنی شدید احتمال سنکوپ و مرگ ناگهانی افزایش می یابد.
- احتمال دیس ریتمی به خصوص در بیمارانی که تنگی شدید دریچه آئورت دارند، زیاد است.
- در افرادی که A.S خفیف تا متوسط دارند گرادیان سطح دریچه 50-20 میلی متر جیوه است و ولتاژ QRS در ECG نرمال است، علایم قلبی ندارند، در ECG اختلال ریتم ندارند. می توانند در ورزش های رقابتی که شدت آن ها کم تر است مانند baseball، والیبال، تنیس شرکت کنند اما مجاز به بازی فوتبال، بسکتبال، شنا، ژیمناستیک، دو و میدانی و هاکی نیستند.
- اگر این بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته باشند بر حسب گرادیان سطح دریچه، علایم و یافته های آزمایشگاهی و در نظر گرفتن موارد فوق اجازه فعالیت بدنی داده می شود.

تنگی دریچه پولمونر

این بیماری به علت ناهنجاری لت های دریچه پولمونر به وجود می آید. این دریچه تنگ ممکن است با بالون یا در حین جراحی باز قلب، باز شود. (اگر همراه تنگی یک نارسایی قابل ملاحظه وجود داشته باشد، باید از طریق جراحی این عیوب برطرف شود یا دریچه را ترمیم و یا جایگزین کنند.)

- فعالیت بدنی در تنگی خفیف تا متوسط محدودیتی ندارد. اگر تنگی شدید باشد فعالیت بدنی شدید باید محدود شود به خصوص اگر آریتمی، بزرگی بطن و بار فشاری (strain) بر بطن راست مشاهده شود.

کوارکتاسیون آئورت

در فرم کلاسیک تنگی در آئورت نزولی بعد از جدا شدن شریان ساب کلوین چپ وجود دارد که موجب افزایش فشارخون در دست ها و کاهش فشارخون در پاها می شود.

- میزان فعالیت بدنی این بیماران با مقدار فشارخون آن ها در استراحت و در فعالیت مرتبط است. ورزش هایی همچون وزنه برداری (ایزومتریک) فشارخون را افزایش می دهد.
- اگر فشارخون دست و پا نرمال باشد نیاز به محدودیت ورزشی نیست.
- بعد از جراحی احتمال ری کوارکتاسیون وجود دارد به خصوص اگر فشار اندام فوقانی بیش از 200 میلی متر جیوه یا اختلاف فشارخون بین اندام فوقانی و تحتانی در استراحت بیش از 20-15 میلی متر جیوه باشد.
- در 40-20 درصد این بیماران که تحت عمل جراحی قرار گرفتند و کوارکتاسیون اصلاح شده است، فشارخون به طور غیر طبیعی با ورزش افزایش می یابد.
- باید معاینات دوره ای توسط متخصص قلب برای کنترل فشارخون داشته باشند.

پرولاپس دریچه میترال

پرولاپس لت خلفی یا قدامی دریچه میترال که همراه با سوفل نارسایی دریچه میترال که در آخر سیستول است.

عده ای معتقدند این ناهنجاری دریچه ای، مادرزادی است، عده ای آن را کاردیومیوپاتی ناحیه ای (focal) می دانند و عده ای منکر ناهنجاری های دریچه ای هستند.

به علت پرولاپس یک یا دو لت دریچه به داخل دهلیز چپ در زمان سیستول بطنی، انتهای لت ها کاملاً به هم نمی رسند و نارسایی ایجاد می شود. در این ناهنجاری صدای اضافه شبیه کلیک (click) و سوفل سیستولیک در انتهای سیستول شنیده می شود. بیش تر بچه ها فاقد علامت هستند.

- فرد بدون علامت که سابقه اختلال ریتم، تاکیکاردی غیر قابل توجه، طپش قلب، سرگیجه و سنکوپ ندارد محدودیت ورزشی ندارد. ورزش های ایزومتریک مثل وزنه برداری توصیه نمی شود.
- در افرادی که سابقه سنکوپ، سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی، درد قفسه صدی به هنگام ورزش، آریتمی بطنی از نوع PVC تکرار شونده و تاکیکاردی فوق بطنی کهگیر پایدار، نارسایی نسبتاً شدید میترال و همراه با سندرم مارفان دارند ورزش های رقابتی توصیه نمی شود.
- معاینات دوره ای جهت بررسی دریچه و پیشرفت نارسایی دریچه میترال باید انجام شود.

کاوازاکی

یک نوع بیماری التهابی است که به صورت واسکولیت حاد ظاهر می شود. بچه ها را در سنین پایین مبتلا می کند تب و کونژنکتیویت، راش، لنفادنوپاتی، اریتم دهانی، ادم دست و پا، پوسته پوسته شدن انگشتان دست و پا که ممکن است با التهاب ارگان های دیگر مثل منینژیتیس، آرتریت، پری میوکاردیت و هیدروپس کیسه صفرا همراه باشد. اهمیت این بیماری این است که عروق کرونر را مبتلا می کند و ایجاد آنوریسم های کوچک و بزرگ در طول این رگ ها و انسداد آن ها می شود.

- فعالیت بدنی در کسانی که اکتازی شریان کرونر داشته باشند 6-8 هفته بعد از مرحله حاد بیماری هیچ محدودیتی ندارد.
- اگر فرد مبتلا آنوریسم کوچک تا متوسط در عروق کرونر داشته باشد و زیر 10 سال باشد 6-8 هفته بعد از مرحله حاد، محدودیت فعالیت بدنی ندارد. اک بالای 10 سال باشد سالانه تست ورزش می شود. در این افراد ورزش های سنگین ممنوع است.
- اگر در طول عروق کرونر یک یا چند آنوریسم کوچک و متوسط یا چند آنوریسم بزرگ داشته باشد و زیر 10 سال باشد تست ورزش سالانه می شود و ورزش های سالانه ممنوع است.
- اگر کرونر انسداد داشته باشد از ورزش هایی نظیر کشتی (contact sports)، ایزومتریک مانند وزنه برداری ممنوع است. سایر ورزش ها بر اساس تست ورزش و اسکن میوکارد مشخص می شود.
- معاینات دوره ای توسط متخصص قلب باید انجام شود.

کاردیومیوپاتی اتساعی

این بیماری ایدیوپاتیک منجر به اتساع یک یا دو بطن قلبی می شود و اختلال در عملکرد سیستول به وجود می آورد. فرم اکتسابی آن به دنبال بعضی عفونت های ویروسی و استفاده از بعضی از داروهای کموتراپی مثل آنتراسیکلین ایجاد می شود.

- در این بیماران فعالیت ورزشی و ورزش های رقابتی توصیه نمی شود. فعالیت های بدنی در افرادی که تنگی نفس، درد قفسه صدی و آریتمی ندارند، با شدت متوسط می تواند انجام شود.

سندرم طولانی شدن قطعه Q-T

- در این بیماری ورزش های با شدت زیاد توصیه نمی شود. این بیماران نباید ورزش شنا انجام دهند زیرا موارد زیادی از سنکوپ در زمان انجام این ورزش دیده شده است.

معاینه پوست و مو (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه و بررسی از نظر وجود بیماری پوستی	خارش مداوم پشت سر و گردن وجود غدد لنفاوی متورم و دردناک در نواحی پشت سر و گردن دیدن رشک و شپش (مشاهده دانه های کوچک سفید رنگ و شفاف چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شود)	آلودگی به شپش	1- تجویز شامپو پرمترین 1% در دو نوبت به فاصله 7 تا 10 روز (بر اساس دستورالعمل) یا لوسیون دایمتیکون (بر اساس دستورالعمل) 2- درمان ضایعات جلدی ایجاد شده با آنتی بیوتیک (زرد زخم) 3- در صورت ابتلاء به شپش عانه، موهای آن زدوده شده و سپس درمان انجام شود. 4- ارایه توصیه های بهداشتی 5- درمان خانوادگی در صورت ابتلا افراد خانواده
	پلاک دایره ای شکل پوسته پوسته قرمز رنگ در محل رویش موهای سر به گونه ای که موهای ناحیه شکننده و نازک بوده و به اندازه های متفاوت شکسته است، تب، درد، خارش شدید، لنفادنوپاتی موضعی	کچلی	1- درخواست تست قارچ (اسمیر مستقیم) 2- تجویز گریزوفلووین به میزان 15 تا 20 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن تا حداکثر دوز 1000 میلی گرم در 24 ساعت به مدت 8 تا 12 هفته و تا زمان منفی شدن تست قارچ درمان ادامه دارد. 3- تجویز شامپو سلنیوم سولفید 2/5 درصد یا شامپو کتوکونازول 4- درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)
	خارش ناحیه مبتلا به ویژه در شب و در افرادایمونوساپرس، پاپول های قرمز یک تا دو میلی متری در کف دست و پا و صورت و سر به ویژه در قسمت چین های قدامی مچ دست، بازو، مچ پا، باسن، ناف، کشاله ران، ژنیتال مردان و آرئول پستان زنان، خط کمر بند	کال	1- تشخیص بالینی (در صورت امکان تشخیص قطعی) از طریق مشاهده مایت و تخم آن در زیر میکروسکوپ 2- تجویز کرم پرمترین به مدت یک هفته 3- آموزش نحوه مصرف (تمام بدن از گردن تا پایین به ویژه در نواحی آلوده باید با کرم آغشته شده و به مدت 8 تا 12 ساعت روی پوست بماند و بیمار باید بداند که خطر انتقال بیماری در 24 ساعت اولیه استفاده از کرم وجود دارد) 4- تکرار درمان یک هفته بعد 5- درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)
	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	عدم ابتلاء به موارد فوق	1- ارایه توصیه های بهداشتی 2- ادامه مراقبت ها

معاینه ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها: مراقبت از نظر اختلالات اسکلتی - عضلانی و قامت (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه و بررسی کنید از نظر: - محدودیت حرکت در عضو - آتروفی عضلات - غیر طبیعی بودن شکل و طول و تقارن قدرت عضلانی - اسکولیوز یا کیفوز یا لوردوز یا کمر صاف - سر کج یا سر به جلو - پشت گرد و گود یا پشت صاف - افتادن شانه ها - شست کج یا پای طاق‌دیس - زانوی ضربدری یا زانوی پرانتزی یا زانوی عقب رفته	وجود هر یک از موارد بررسی شده در معاینه	دارای اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	هیچ یک از موارد وجود ندارد	بدون اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	ادامه مراقبت ها

راهنمای معاینه جهت تشخیص اختلال ساختاری

با انجام تست ساده خم شدن به جلو بدون خم شدن زانو (Bending forward) و سپس نگاه از پشت و مشاهده امتداد ستون فقرات تا ناحیه خاجی و نیز عدم تقارن شانه ها و کتف ها و نگاه از پهلو و بالا بودن بیش از حد ستون فقرات پشتی نسبت به امتداد پشت سر و ناحیه باسن و لگن، به راحتی می توان موارد کیفوز و اسکولیوز و نیز در صورت وجود فاصله بیش از ضخامت یک کف دست در موقع ایستادن فرد در کنار دیوار در حالتی که پشت پاها، باسن، ستون فقرات پشتی و پشت سر به دیوار چسبیده باشد، لوردوز ستون فقرات کمری را تشخیص داد.

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟ 2- آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟ 3- آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟ 4- (در صورت پاسخ مثبت به سوال 3) فکر کرده‌اید که چطور این کار را انجام دهید؟ 5- آیا تا کنون اقدامی کرده اید؟ - وجود موارد زیر را بررسی نمایید: 1- دیسترس حاد هیجانی 2- ناامیدی 3- بی قراری شدید 4- خشونت 5- عدم برقراری ارتباط 6- انزوای اجتماعی	افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی، اقدام به خودکشی	اورژانس روانپزشکی (خودکشی)	- چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحی یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود. - در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورتی که خطر جدی آسیب به خود وجود ندارد، ولی سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید) - احتیاط های زیر را انجام دهید: • وسایل خطرناک را که ممکن است با آن ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. • در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید. • فرد را تنها نگذارید. • برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید. - پیگیری منظم انجام دهید.

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسایل مختلف زندگی دارید؟ 2- آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علایم جسمی و ترس از مرگ می‌شوید؟ 3- آیا خود را وادار به انجام کارهایی می‌دانید و نمی‌توانید جلوی انجام آن‌ها را بگیرید (شستن چند باره دست‌ها، واریسی چند باره چیزها)؟ 4- آیا تا کنون برای شما یا اطرافیان‌تان حادثه بسیار بدی اتفاق افتاده است که مکرراً آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟ 5- (در صورت پاسخ مثبت به سوال بالا) آیا از هر نشانه‌ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می‌کنید؟	خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیط‌های اجتماعی، نگرانی درباره مسایل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علایم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت‌های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند. تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی	اختلال اضطراب منتشر/ اختلال پانیک/ اختلال اضطراب اجتماعی اختلال وسواسی - جبری اختلال استرس پس از سانحه	- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی برای بیمار و والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالت‌های متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غیر دارویی و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک
سوال کنید: 1- آیا زود یا شدید عصبانی می‌شوید و با دیگران مکرراً دعوا و زدوخورد می‌کنید؟ (پرسش از خود فرد یا والدین و اطرافیان)	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک‌پذیری و پرخاشگری	اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)	- اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه‌ها

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غم و غصه دارید؟ 2- آیا در دو هفته اخیر احساس می کنید مثل قبل از فعالیتهای سرگرم کننده لذت نمی برید؟ موارد فوق را می توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)	خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز، آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن	افسردگی	در صورت تشخیص افسردگی اساسی: - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی برای بیمار و والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورت دارا بودن سابقه دوره های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، نیاز به درمان دارویی، نیاز یا مداخلات تخصصی غیردارویی و روان درمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک - شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان های بی اثر (مانند ویتامین ها) درمان نکنید. - در صورت وجود سابقه داغدیگی: توصیه های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا روان درمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید..

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: 1- رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صحبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) 2- واقعیت سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلا صداهایی می شنود یا چیزهایی می بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) (ممکن است نوجوان کم سن نتواند به درستی این علائم را توضیح دهد). 3- رانندگی بی‌مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده و مهارگسیخته، ولخرجی شدید 4- تحریک پذیری و پرخاشگری شدید و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته 5- سرخوشی زیاد، پرحرفی و پرفعالیتی (سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)	هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف) سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت وانرژی زیاد، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان‌آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی‌مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)	سایکوز اختلال دوقطبی	- اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - چنانچه مشکلی در عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه وجود دارد، با معلم در مورد چگونگی حمایت از او صحبت نمایید. - در صورت وجود احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیکراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک - چنانچه علایم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و بیمار تاکنون توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار نگرفته است: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - چنانچه علایم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و قبلاً توسط روانپزشک تشخیص مطرح و درمان آغاز شده است (تشدید یا عود بیماری قبلی): • به فرد و مراقبین وی آموزش دهید • وضعیت درمان را مرور کرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمینان حاصل کنید. • اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی‌دهد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک • امیدواری واقع بینانه و خوش بینی ایجاد کنید. - برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورت امتناع از خوردن دارو و یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علایم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری منظم انجام دهید.

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: 1- حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندام ها، و خروج کف از دهان 2- مطرح شدن تشخیص صرع پیش از این، توسط پزشک	حملات دوره ای تشنج به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندامها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چش مها، به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی	صرع	- در صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیب های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس (پیش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس کتاب پشتیبان انجام گیرد) - در صورتی که تشخیص صرع پیش از این مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزایش دوز دارو، تغییر دارو یا درمان ترکیبی (مطابق کتاب پشتیبان) - برای آموزش روانی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورتی که برای اولین بار تشنج اتفاق افتاده یا به رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسی تشخیصی و درمان: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: 1- ناتوانی در یادگیری یا انجام کارهای شخصی 2- ارتباطات اجتماعی کم و نامتناسب با سن	ناتوانی از درک صحیح صحبت های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن	معلولیت ذهنی	- برای کلیه موارد جدید، جهت تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در صورت بروز علایم جدید در بیماران قبلی، مثل اضطراب، تغییرات خلقی، یا اختلال رفتاری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - توجه به وجود مشکلات همراه مثل صرع، افسردگی و اختلال رفتاری و ارجاع غیرفوری به روانپزشک - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بدرفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - مشکلات طبی همراه شامل اختلال بینایی و شنوایی را درمان و مراقبت کنید. - نکته: در تجویز داروهای روانپزشکی به بیمارانی که اختلالات تکاملی و ناتوانی ذهنی دارند احتیاط کنید چون این افراد اغلب به عوارض این داروها حساس ترند.

ارزیابی از نظر سلامت روان (اختلالات روانپزشکی) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: 1- اشکال در توجه و تمرکز 1- رها کردن کارها و تکالیف به صورت نیمه کاره 2- فعالیت و تحرک بیش از حد 3- پرحرفی یا پر سروصدا بودن 4- بیقراری 5- درگیری یا قلدری 6- بی‌رحمی و خشونت نسبت به حیوانات یا سایر افراد 7- تخریب شدید اموال 8- آتش‌افروزی 9- دزدی 10- دروغ‌گویی مکرر 11- فرار از مدرسه یا خانه خانه، 12- حملات قشقرق شدید و مکرر 13- ستیزه جویی و بحث کردن، 14- نافرمانی شدید مداوم	نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری نامتناسب با میزان رشد کودک رفتارهای مکرر و مداوم ضد اجتماعی، رفتارهای خشونت‌آمیز یا سرکشی، مقابله جویی و نافرمانی نامتناسب با میزان رشد کودک	اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه اختلالات رفتاری - سلوک	- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی و آموزش مهارت های فرزندپرووری: ارجاع به کارشناس سلامت روان - با معلم کودک مدرسه- رو ارتباط برقرار کنید و آموزش های لازم را بدهید. - اختلالات روانپزشکی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد را در والدین ارزیابی و در صورت نیاز درمان کنید. - بد رفتاری، بزهکاری یا قلدری را ارزیابی و مداخلات لازم را مد نظر قرار دهید (از کودک یا نوجوان مستقیماً بپرسید). - در صورتی که این رفتارها ناشی از عوامل اجتماعی، مشکلات پزشکی، مصرف مواد یا سایر اختلالات روانپزشکی (بخش های بالا) است مداخلات اختصاصی این موارد را انجام دهید. - جهت انجام بررسی تشخیصی و مداخلات دارویی در موارد شک به اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه یا اختلالات شدید رفتاری- سلوک: ارجاع به روانپزشک - برای درمان اختلالات رفتاری کودک یا نوجوان از دارو استفاده نکنید مگر با تجویز روانپزشک - در صورتی که مشکل رفتاری کودک یا نوجوان پاسخی به ترس یا تروما (مانند آزارهای جسمی و جنسی) است: • با والدین کودک یا نوجوان مشورت کنید • مداخلات قانونی را در نظر داشته باشید برای مداخلات غیردارویی و آموزش: ارجاع به کارشناس سلامت روان

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (6 تا 18 سال)

ارزیابی کودک آزاری	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان* • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن • خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد. • کودکان و نوجوانانی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت در خانه، کودک آزاری و عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن ها مراجعه می کنند. • کودکان و نوجوانانی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند. • وجود سابقه آسیب از قبیل تاریخچه صدمات تکراری و یا سابقه مراجعات مکرر قبلی به بیمارستان • وجود گزارشات مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب • اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین • نحوه برخورد والدین از قبیل تأخیر در رساندن کودک جهت درمان، ترک مرکز درمانی قبل از کامل شدن ارزیابی ها، ابراز عدم تمایل به دادن اطلاعات، مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن، عدم همکاری با تیم درمان • کودکان و نوجوانانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غریبال مثبت شده اند.	لازم است که علایم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**	کودک آزاری	- انجام معاینات کامل بالینی** - اقدامات پاراکلینیکی** - اقدامات درمانی**
* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد: 1- وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال 2- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون 3- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار 4- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش 5- علایم گاز گرفتن 6- تورم و دررفتگی مفاصل 7- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها 8- آثار ضربات شلاق 9- پارگی لجام لب 10- کبودی چشمان 11- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود ** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود.			

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (6 تا 18 سال)

ارزیابی همسر آزاری	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- از مراجعین نوجوان زن و متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تا کنون همسر شما: 1. شما را کتک زده است؟ 2. به شما توهین کرده است؟ 3. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ 4. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز به دست آمده محاسبه می گردد *** دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علایم و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود ****	همسر آزاری	1- مصاحبه **** هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می فهمم"، ... ارتباط مناسب را برقرار کنید. 2- ارزیابی خطر **** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. 3- ثبت موارد در پرونده پزشک **** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت کننده و شاهدان ماجرا 4- ارایه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع ****
*** توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسر آزاری: در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتیم از 1 تا 5 امتیاز می گیرد "هیچ وقت (1)، به ندرت (2)، گاهی (3)، اغلب (4) و همیشه (5)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات 4 و حداکثر آن 20 می باشد. امتیاز بالا تر از 10 به عنوان مثبت تلقی می شود. **** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسر آزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود.			

معاینه شکم (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- شرح حال بگیرید و - معاینه کنید	هیپاتومگالی یا اسپلنومگالی	ارگانومگالی دارد	ارجاع فوری به پزشک متخصص
	توده شکمی لمس می شود	توده شکمی دارد	ارجاع فوری به پزشک متخصص
	هیپاتومگالی و اسپلنومگالی ندارد و توده شکمی لمس نمی شود.	ارگانومگالی و توده شکمی ندارد	ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر مشکلات ادراری تناسلی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- شرح حال بگیرید - معاینه کنید	- احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن یا - بروز شب ادراری در کودکی که قبلاً هیچ مشکلی نداشته است یا - احساس دفع ناقص ادرار یا - بی اختیاری ادرار در در طی روز همراه با حال عمومی بد (تب بالای 38 درجه سانتی گراد از راه دهان)، تهوع، استفراغ، اسهال و درد پهلوی	عفونت ادراری	در صورت امکان ادرار برای انجام آزمایش کامل ادرار و کشت گرفته شده و سپس اقدامات زیر انجام شود: • باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی • تزریق وریدی یک دوز آمپی سیلین از دوز 100 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در 24 ساعت که هر 6 ساعت باید تزریق گردد. • تزریق عضلانی یک دوز جنتامایسین از دوز 3 تا 5 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در 24 ساعت که به صورت یک تا سه دوز باید تزریق گردد. • ارجاع فوری بیمار
	- احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن یا - بروز شب ادراری در کودکی که قبلاً هیچ مشکلی نداشته است یا - احساس دفع ناقص ادرار یا - بی اختیاری ادرار در در طی روز بدون حال عمومی بد (تب بالای 38 درجه سانتی گراد از راه دهان)، تهوع، استفراغ، اسهال و درد پهلوی	عفونت ادراری	- درخواست آزمایش کامل ادرار و آزمایش شمارش گلبول خون - در صورت نتیجه غیر طبیعی آزمایش کامل ادرار: • درخواست کشت ادرار • ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	بیضه در داخل اسکروتوم لمس نمی شود	عدم نزول بیضه	ارجاع غیر فوری به جراح
	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	سالم	ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر روند بلوغ (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید و بر اساس راهنمای روند بلوغ، فرد را از نظر ظاهر شدن صفات ثانویه جنسی بررسی کنید. (که معمولاً از سن 12-9 سالگی آغاز و در حوالی 16 سالگی به پایان می رسد. این پدیده معمولاً در پسران با دو سال تاخیر نسبت به دختران اتفاق می افتد.	ظهور علایم ثانویه جنسی قبل از 8 سالگی در دختران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ زودرس)*	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	ظهور علایم ثانویه جنسی قبل از 9 سالگی در پسران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ زودرس)*	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد (روند بلوغ طبیعی است)	روند بلوغ طبیعی است	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره بر اساس جنس - ادامه مراقبت ها

* بلوغ زودرس به شروع صفات ثانویه جنسی پیش از 8 سالگی در دختران و پیش از 9 سالگی در پسران گفته می شود.

مراقبت از نظر روند بلوغ (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید و بر اساس راهنمای روند بلوغ، فرد را از نظر ظاهر شدن صفات ثانویه جنسی بررسی کنید. (که معمولاً از سن 12-9 سالگی آغاز و در حوالی 16 سالگی به پایان می رسد. این پدیده معمولاً در پسران با دو سال تاخیر نسبت به دختران اتفاق می افتد.	ظهور علایم بلوغ بعد از 13 سالگی در دختران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	تاخیر قاعدگی تا 16 سالگی در دختران		
	ظهور علایم بلوغ بعد از 15 سالگی در پسران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	روند بلوغ طبیعی است	- ارایه آموزش های مرتبط با این دوره بر اساس جنس - ادامه مراقبت ها

* شروع علایم بلوغ بعد از 13 سالگی و تاخیر قاعدگی تا 16 سالگی در دختران و شروع پروسه بلوغ بعد از 15 سالگی در پسران می باشد.

راهنمای روند بلوغ طبیعی

مرحله SMR	طبقه بندی مراحل بلوغ جنسی در دختران		مرحله SMR	طبقه بندی مراحل بلوغ جنسی در پسران		
	موهای زهار	پستان		موهای زهار	پنیس	بیضه ها
1	قبل از بلوغ	قبل از بلوغ	1	وجود ندارد	قبل از بلوغ	قبل از بلوغ
2	کم پشت، کم رنگ، لبه داخلی لایبیا صاف	پستان و پاپیلا به صورت گوی کوچک برآمده می شوند، افزایش قطر آرئول	2	کم پشت، دراز، کم رنگ	بزرگی مختصر	بزرگ تر، بزرگی اسکروتوم، رنگ صورتی، تغییر طرح پوست،
3	رنگ تیره، شروع به حلقوی شدن، مقدار موها کم	بزرگ شدن پستان و آرئول، بدون واضح شدن حدود پستان	3	رنگ تیره تر، شروع به حلقوی شدن، مقدار موها کم	طول بزرگ تر	بزرگ تر
4	حلقوی شدن و افزایش مقدار، موها خشن، مجعد، فراوان ولی کم تر از بالغین	آرئول و پاپیلا جوانه ثانویه را تشکیل می دهند.	4	شبیه بزرگسالان ولی کم مقدار، خشن، مجعد	بزرگ تر، افزایش اندازه گلنس و عرض پنیس	بزرگ تر، اسکروتوم تیره رنگ
5	مثلث زنانه به فرم بالغین و گسترش به طرف سطوح داخلی ران	به فرم کامل رسیدن، برآمده شدن نیپل، آرئول بخشی از ته پستان می شود	5	توزیع مثل بزرگسالان، گسترش به سطح داخلی ران	اندازه بالغین	اندازه بالغین

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون بالا (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید 2- فشار خون اندازه گیری شده را با جداول استاندارد موجود در بخش ضمیمه ها مقایسه کنید: 3- در صورتی که فشار خون بالای صدک 90 باشد، فشار خون در 3 نوبت جداگانه (در 3 ویزیت جداگانه) اندازه گیری و ثبت شود و بر اساس میانگین اندازه گیری ها طبقه بندی و اقدام شود.	فشار خون بالای صدک 95	فشارخون بالا مرحله I	الف - تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم ب - ارجاع غیر فوری به متخصص کودکان جهت پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان
	فشارخون سیستول و یا دیاستول صدک 99 یا بیشتر باشد + 5 میلی متر جیوه	فشارخون بالا مرحله II	ارجاع فوری به متخصص کودکان جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان
	فشار خون سیستول و یا دیاستول از صدک 90 تا صدک 95 باشد یا 120/80 میلی متر جیوه یا بیشتر در هر سنی باشد فشار خون زیر صدک 90	پیش فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)	ارجاع به سطح اول خدمات برای مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر
		فشار خون طبیعی	- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم

راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون

توصیه شده است فشارخون در بچه های بالای 3 سال در 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:

- 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند.
- 2- دانش آموزانی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند.
- 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند.
- 4- بچه هایی که والدین آن ها بیماری عروق کرونر زودرس دارند (در مردها قبل از 65 سالگی و در زن ها قبل از 55 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 کودک نشسته 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 در کودکان و نوجوانان حائز اهمیت است. با استفاده از کاف خیلی کوچک، فشارخون به صورت کاذب بالا نشان داده می شود. کاف دارای اندازه مناسب (عرض کاف 40% محیط وسط بازو به صورتی است که محفظه آن 80 تا 100% محیط بازو و تقریباً دو سوم طول قسمت فوقانی بازو را می پوشاند) را باید تا فشار 20 تا 30 میلی متر جیوه بالاتر از فشارخون سیستولی فشرود و خالی کردن کاف با سرعت 2 تا 3 میلی متر جیوه در ثانیه انجام شود. شروع مرحله پنجم کروتکف به عنوان شاخص فشارخون دیاستولی در کودکان مطرح شده است. ابزارهای الکترونیک مناسبند، اما ممکن است اندازه هایی را نشان دهند که با فشارسنج جیوه ای سازگار نیست. اندازه گیری های فشارخون در کودکانی که همکاری نمی کنند و دچار اضطراب و ناآرامی هستند گمراه کننده است. تلاش باید در جهت اندازه گیری در حال استراحت صورت گیرد. چنانچه کودک ساکت و آرام نیست، وضعیت وی نیز باید همراه با فشارخون ثبت شود. برنامه ملی آموزش فشارخون بالا توصیه می کند که از استانداردهای فشارخون بر مبنای جنس، سن و قد در

جهت تعیین افزایش فشارخون در کودکان یک ساله یا بزرگ تر و نوجوانان استفاده شود. فشارخون افزایش یافته در کودکان به صورت فشار خون سیستولی یا دیاستولی دائمی بالای صدک 95 تعریف می شود. بنابر یک تعریف ساده تر فشارخون بیش از 120/80 میلی متر جیوه برای کودکان و نوجوانان غیر طبیعی تلقی می شود و در بالغین افزایش فشارخون سیستولی به اندازه افزایش فشارخون دیاستولی به عنوان عامل خطر زا حائز اهمیت است. جداول فشارخون تهیه شده بر مبنای جنس، سن و قد می تواند برای تغییر و پی گیری اندازه گیری فشارخون مورد استفاده قرار گیرد. مرور جداول فشارخون با کودک و والدین و اشاره به مقایسه فشارخون کودک با همتایان او کمک کننده خواهد بود. توجه به وزن و قد کودک مهم است چرا که فشارخون مستقیماً با هر دوی آن ها ارتباط دارد. احتمال پرفشاری خون در اطفال چاق نسبت به لاغرها بیش تر است. برای استفاده از جداول، پزشک باید ابتدا قد بیمار را اندازه گیری کرده و صدک قد را با استفاده از نمودارهای رشد استاندارد تعیین نماید. ردیف صحیح در جداول بر حسب سن کودک و ستون صحیح در آن به وسیله صدک قد کودک انتخاب می شود. محل تقاطع بین ردیف و ستون مربوط بیانگر صدک 95 برای کودک مشابه از نظر سن، جنس و قد است.

نکاتی در مورد تعیین وضعیت فشارخون

- در کودکان و نوجوانان سطح طبیعی و غیرطبیعی فشارخون بر اساس سن، جنس و قد متفاوت است.
 - در صورتی که فشارخون کودکان و نوجوانان از مقادیر موجود در جداول سطح فشارخون به تفکیک پسران، دختران، سن و صدک قد بالاتر باشد، در معرض خطر ابتلا به بیماری پرفشاری خون خواهند بود.
 - استفاده از چند فرمول زیر حداکثر میزان طبیعی فشارخون را یعنی فشارخون مطابق با صدک 95 را نشان می دهد:
- الف) فشارخون سیستولیک در سنین 1 تا 17 سالگی = (سن بر حسب سال $\times 2$) + 100
- ب) فشارخون دیاستولیک در سنین 1 تا 10 سالگی = (سن بر حسب سال $\times 2$) + 60
- ج) فشارخون سیستولیک در سنین 11 تا 17 سالگی = (سن بر حسب سال) + 70

البته فشارخون به دست آمده از فرمول های فوق زمانی معتبر است که قد کودک یا نوجوان مطابق با صدک 50 برای سن و جنس باشد. در صورتی که قد فرد کم تر از صدک 50 باشد، عدد به دست آمده بیش از میزان حداکثر طبیعی و اگر قد فرد بیش تر از صدک 50 باشد، عدد به دست آمده از فرمول های فوق کم تر از میزان حداکثر طبیعی خواهد بود.

بالا بودن اولیه و ثانویه فشارخون: به طور معمول، بالا بودن فشارخون در کودکان و نوجوانان ثانویه به بیماری اعضای مختلف بدن به ویژه کلیه ها می باشد. بنابراین لازم است ابتدا با شرح حال و معاینه فیزیکی و در صورت لزوم انجام آزمایش، علل ثانویه پرفشاری خون را رد کرد. وجود هر یک از موارد زیر، احتمال ثانویه بالا بودن فشارخون را بیش تر مطرح می کند:

در سنین قبل از بلوغ به ویژه قبل از 10 سالگی:

- بالا بودن فشارخون در حد متوسط تا شدید
- نبود اضافه وزن و شرح حال فامیلی پر فشاری خون
- افزایش ناگهانی فشار خون

علل زمینه ای پر فشاری خون ثانویه: بیماری های کلیوی، غدد مترشحه داخلی، علل عصبی، علل روحی و روانی، علل دارویی، علل سمپاتومیمتیک

طبقه بندی فشارخون در نوجوانان و جوانان

- فشارخون طبیعی: فشارخون سیستول و دیاستول کم تر از 90% پرسنتایل است.
- فشارخون قبل از فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون) فشارخون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 90% اما کم تر از 95% پرسنتایل است.
- فشارخون بالا: فشارخون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 95% پرسنتایل است.
- فشارخون مرحله I: فشارخون سیستول یا دیاستول از 95% تا 99% پرسنتایل + 5 میلی متر جیوه
- فشارخون مرحله II: فشارخون سیستول یا دیاستول بیش تر از 99% پرسنتایل + 5 میلی متر جیوه

تست های آزمایشگاهی ضروری برای فشار خون بالا		
برای شناخت علت فشارخون بالا	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 شیکیه
آزمایشات اضافه اگر از نظر کلینیکی ضروری است	ادرار 24 ساعته برای اندازه گیری پروتئین و کراتینین و کلیرنس کراتینین اسکن کلیه MRI، داپلر شریان کلیوی هولتر مانیتورینگ 24 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 فئوکروموسیتوم
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 90% پرسیستایل برای قد، جنس و سن است. در بقیه هدف درمانی رسیدن فشار خون به کم تر از 95% پرسیستایل برای قد، جنس و سن است. داروهایی که می توان تجویز کرد:		
ACEI (مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین)	مثل انالاپریل	دوز شروع 0/58 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 5 میلی گرم در روز حداکثر دوز 0/6 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 40 میلی گرم در روز
بلوک کننده های آنژیوتانسین	مثل لوزارتان	دوز شروع 0/7 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 3 تا 5 میلی گرم در روز حداکثر دوز 1/4 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 100 میلی گرم در روز
بتابلوکرها	مثل پروپرانولول	دوز شروع 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز 4 میلی گرم / کیلوگرم/ در روز (640 میلی گرم در روز)
بلوک کننده های کانال کلسیم	مثل آمیلودیپین	دوز شروع در 6 تا 12 ساله ها 2/5 تا 5 میلی گرم در روز -حداکثر دوز 10 میلی گرم
دیورتیک ها*	مثل هیدروکلروتیازید	دوز شروع 1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز 3 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 50 میلی گرم در روز
* تمام بیمارانی که با دیورتیک درمان می شوند باید از نظر الکترولیت ها بررسی شوند.		

مراقبت از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- آیا فرد مواد دخانی مصرف می‌کند؟ 2- آیا فرد در منزل یا اماکن عمومی در معرض مواجهه با دود مواد دخانی دیگران قرار دارد؟ 3- آیا دانش آموز ، دوستان سیگاری یا مصرف کننده مواد دخانی دارد؟ • در صورت مثبت بودن پاسخ سوال 1 یا 2، بررسی های زیر انجام شود: - مشکلات تنفسی به دلیل مصرف سیگار و قلیان و یا سایر مواد دخانی - افت فعالیت فیزیکی - زردی دندان ها و بوی بد دهان - کاهش وزن - سایر علایم مرتبط با مصرف سیگار، قلیان و سایر مواد دخانی	در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات و بررسی های انجام شده	- مصرف کننده مواد دخانی* - قرار داشتن در معرض خطرات ناشی از مصرف دخانیات - گرایش به مواد دخانی*	مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک: - آموزش مضرات استعمال دخانیات - بررسی و ارزیابی دانش آموز 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 دانش آموز 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 علایم 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 وی 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.
پاسخ سوالات منفی است	در معرض خطر شروع مصرف دخانیات	- آموزش مضرات استعمال دخانیات - آموزش مهارت های زندگی از جمله « مهارت نه گفتن» ، « توانایی برقراری ارتباط» ، « توانایی مقابله با هیجانات» ، « توانایی تصمیم گیری» ، « مقابله با استرس» - توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات	

* به جداول "راهنمای ترک سیگار" در بخش راهنماها، و متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات (ویژه پزشک) مراجعه کنید.

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

تمام ارگان‌های بدن تحت تاثیر مصرف دخانیات قرار می‌گیرند. از میان شایع‌ترین بیماری‌هایی که با استعمال دخانیات در ارتباط هستند، می‌توان سرطان ریه، بیماری‌های آترواسکلروتیک قلبی – عروقی، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه، حملات مغزی و سایر سرطان‌ها را نام برد. استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروقی قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می‌گردد که این مسئله منجر به علایم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می‌شود. نیکوتین موجود در دود سیگار موجب افزایش واضح در ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون می‌گردد، از سوی دیگر مونوکسیدکربن موجود در دود سیگار موجب کاهش اکسیژن رسانی خون به قلب می‌شود. نیکوتین و مونوکسیدکربن دیواره شرائین باز و طبیعی را تخریب می‌کنند و به مواد چربی اجازه تراوش به داخل دیواره را می‌دهند که سبب زخمی و ضخیم شدن دیواره شریان شده و تنگی آن شده و در نهایت تقریباً به طور کامل راه عبور خون را مسدود می‌کند. استعمال دخانیات همچنین عامل مهمی در بروز بیماری‌های تنفسی می‌باشد، به طوریکه عامل اصلی تشدید بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) و سرطان ریه بوده و در کنترل آسم نیز تاثیر منفی می‌گذارد. مصرف دخانیات منجر به طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیژم و برونشیت مزمن می‌گردد، که با التهاب، انسداد و تخریب مجاری هوایی همراه است. از سوی دیگر تمام مصرف کنندگان مواد دخانی در معرض خطر بیشتری برای حملات مغزی هستند. در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی فراوانی عوامل خطر بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک نشان داده شد که در سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک، هیپرتانسیون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلیپیدمی از شایع‌ترین عوامل خطر هستند، ولی مصرف سیگار در مبتلایان به سکته مغزی ایسکمیک بیشتر بود. استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‌ها پایین می‌آورد و باعث تضعیف معده در خنثی‌سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقی مانده اسید در معده و در نتیجه تخریب دیواره آن می‌شود. زخم معده افراد سیگاری به سختی درمان می‌شود و احتمال بهبودی آن تا زمانی که فرد سیگار می‌کشد، بسیار اندک است. پیری زودرس پوست و ابتلا به انواع سرطان‌های وخیم از دیگر آثار مصرف دخانیات می‌باشد. سازمان حفاظت محیط زیست آمریکا قرار گرفتن در معرض دود سیگار را در رده مواد سرطان‌زای گروه A قرار می‌دهد. مواد سرطان‌زای گروه A عوامل قطعی در ایجاد سرطان هستند. انواع سرطان‌های ایجاد شده توسط سیگار عبارتند از: سرطان ریه، 85-90 درصد تمام موارد سرطان ریه به علت سیگار می‌باشد. احتمال ابتلای سیگاری‌ها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری 30-20 برابر بیشتر است. خطر پیشرفت سرطان ریه تاثیر گرفته از مدت سال‌های مصرف سیگار و تعداد سیگارهای مصرفی (یا سیگار برگ و پیپ و قلیان) روزانه فرد می‌باشد. سرطان پستان در زنان؛ ترکیبات موجود در دود مواد دخانی شامل هیدروکربن‌های چند حلقه‌ای، آمین‌های معطر و نیتروزآمین‌ها هستند که می‌تواند آسیب‌های ژنتیکی قابل ملاحظه‌ای در سینه‌های زنان ایجاد کند. بررسی DNA افراد سیگاری جهش در ژن P53 و ارتباط بین سیگار کشیدن و بروز سرطان در پستان را تایید می‌کند. زمانی که افراد سیگاری اقدام به استفاده از درمان‌های جایگزین هورمونی در دوران یائسگی می‌کنند خطر ابتلا تا 110% افزایش می‌یابد و سایر سرطان‌ها؛ سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها احتمال بیشتری برای ابتلا به سرطان دهان، گلو و مری دارند. خطر این سرطان‌ها برای پیپ و سیگار برگ بیشتر از سیگارهای فیلتردار است. در مورد سرطان مثانه، به نظر می‌رسد تغلیظ مواد سرطان‌زا در ادرار فاکتور ایجاد کننده باشد. سرطان‌های معده و پانکراس با شیوع بیشتری در سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها رخ می‌دهد. بروز کلیه عوارض فوق الذکر برای افرادی که در معرض دود دست دوم (دود محیطی) و دست سوم (اثرات باقیمانده دود روی البسه و اشیای در دسترس) مواد دخانی هستند بسته به میزان مواجهه قابل پیش بینی است.

1 - مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد یا داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی را دارد؟ • مصرف بیش از حد مواد افیونی، داروهای آپئوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرام بخش و خواب آور یا سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف بیش از حد الکل در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • کاهش سطح هوشیاری در حد خواب- آلودگی عمیق، بدون پاسخ یا پاسخ اندک به تحریک دردناک • کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس • ضربان • فشار خوت • تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی)	تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل نرسیدن اکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی: 1- خواب آلودگی و اغماء 2- کلام جویده جویده 3- اختلال در توجه و حافظه	مسمومیت (بیش مصرفی) با مواد افیونی یا سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی	• علایم حیاتی را چک کنید. • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید. چنانچه میزان تنفس کمتر از 10 باشد: • نالوکسان 0/4 میلی گرم زیرجلدی، تزریق عضلانی یا وریدی (برای بیش مصرفی مواد افیونی). در صورت لزوم تکرار نمایید. • نالوکسان در درمان بیش مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش مصرفی سایر داروهای آرام بخش و خواب آور تأثیری ندارد. • نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود. • ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور تداوم دریافت نالوکسان چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد: • برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید • ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت دسترسی اورژانس مسمومیت ها) برای تمام موارد مسمومیت مواد: • بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده • توصیه به خانواده/همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان و رفتار پس از ترخیص از بیمارستان

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

2 - مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد محرک (مت‌آفتامین) دارد؟ در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • مردمک های متسع • برانگیختگی، افکار سریع، اختلالات تفکر، بدبینی (پارانویا) • مصرف اخیر مت‌آفتامین (شیشه)، قرص اکستازی یا سایر مواد محرک • افزایش فشار خون و ضربان قلب (در صورت امکان و پاسخ‌دهی بیمار به آرام-بخشی کلامی) • رفتارهای خشن، پرخاش‌گرانه یا ناگهانی	دو مورد (یا بیشتر) از علایم و نشانه‌های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد: 1- تاکیکاردی یا برادیکاردی 2- گشادی مردمک‌ها 3- فشار خون افزایش یا کاهش یافته 4- تعریق یا لرز 5- تهوع و استفراغ 6- شواهد کاهش وزن 7- بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی 8- ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدری یا آریتمی قلبی 9- تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء	مسمومیت مواد محرک	• ایمنی خود و کارکنان را در نظر بگیرید. • از نشان دادن واکنش‌های سریع و ناگهانی پرهیز کنید. • از فنون آرام‌بخشی کلامی استفاده کنید به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • دیازپام خوراکی را با دوز مشخص تا زمانی که فرد آرام و مختصر خواب آلوده گردد، تجویز نمایید. برای نحوه تجویز به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • چنانچه علایم مراجع به آرام‌بخشی کلامی و آرام‌بخشی دارویی با دیازپام خوراکی مؤثر واقع نشود، ارجاع فوری را در نظر بگیرید. • چنانچه بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد، چنانچه تاکی آریتمی وجود دارد یا بیمار تهاجمی و غیرقابل کنترل است، بیمار را به صورت فوری به بیمارستان ارجاع دهید. • در جریان فاز بعد از مسمومیت، در مورد افکار یا اقدام به خودکشی توجه داشته باشید. در این ارتباط به راهنماهای مربوطه اختلالات روان‌پزشکی مراجعه فرمایید.

3 - مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا فرد دچار محرومیت از مواد افیونی است؟ - قطع (یا کاهش) مصرف مواد افیونی در فردی با سابقه مصرف مستمر و طولانی مدت - دردهای عضلانی - کرامپ‌های شکمی - سر درد - تهوع، استفراغ - اسهال - گشادی مردمک‌ها - افزایش فشار خون و ضربان قلب - خمیازه کشیدن، - آبریزش از بینی - اشک ریزش - سیخ شدن موها - اضطراب - بی قراری سؤال کنید: - نوع ماده افیونی مصرفی، سایر مواد مصرفی، طریقه مصرف - نتایج سطح درگیری با مصرف مواد افیونی و سایر مواد را با استفاده از ابزار ASSIST مرور کنید.	وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف یا تجویز داروی آنتاگونیست اُپیوئیدی رخ دهد: 1- کج خلقی و خلق پایین 2- تهوع و استفراغ 3- دردهای عضلانی 4- اشک ریزش و آب ریزش بینی 5- گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن - یا تعریق 6- اسهال 7- خمیازه کشیدن 8- تب 9- بی خوابی	محرومیت از مواد افیونی	چنانچه دهیدراتاسیون وجود داشته باشد: - جایگزینی مایعات وریدی را انجام دهید چنانچه اورژانس‌های روان پزشکی همبود وجود داشته باشد (راهنمای مربوط به اختلالات روان پزشکی): - ارجاع فوری به بیمارستان روان پزشکی در سایر موارد: - ارجاع به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد واجد واحد درمان با داروهای آگونیست چنانچه دسترسی به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ممکن نباشد: - درمان علامتی با کلونیدین؛ داروی <i>آلفا-2</i> درنرژتیک مرکزی بر اساس کتاب پشتیبان - علایم اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی خوابی) - برای درمان درد از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی استفاده کنید. - استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی مثل استامینوفن کدئین و ترامادول برای درمان توصیه نمی‌شود. - برای درمان تهوع، استفراغ و بی خوابی از داروهای آنتی‌هیستامین استفاده کنید. - در صورت لزوم (مشاهده دهیدراتاسیون) مایعات خوراکی یا وریدی تجویز کنید.

4 - مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا فرد مصرف زیان بار سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) دارد؟ درباره مصرف اخیر سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) سؤال کنید. درباره میزان و الگوی مصرف مواد را سؤال بپرسید. درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. درباره آسیب های و مشکلات مرتبط با مصرف مواد سؤال بپرسید. نتایج غربالگری تکمیلی ASSIST انجام شده توسط کارشناس سلامت روان و رفتار را بررسی کنید. نمره خطر اختصاصی بر هر یک از مواد را ملاحظه کنید. آیا برای فرد احتمال تشخیص مصرف زیان بار (آسیب- رسان) مواد مطرح است؟ ملاک های مصرف زیان بار (آسیب رسان) مواد را بررسی کنید: شواهد روشنی وجود دارد که مصرف مواد باعث آسیب به سلامت جسمی و روان شناختی شده است. علائم برای حداقل یک ماه یا به صورت مکرر در 12 ماه گذشته وجود داشته است. در دوره زمانی مورد نظر ملاک های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد.	الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روان شناختی فرد می شود	مصرف زیان بار (آسیب رسان)	چنانچه اورژانس های روان پزشکی همبود وجود داشته باشد: - ارجاع فوری به بیمارستان روان پزشکی در سایر موارد: - بر اساس نتایج حاصل از غربالگری سطح درگیری با مصرف ماده/مواد مصرفی به فرد بازخورد دهید. - ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. - با استفاده از تکنیک های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید.* - درباره امکان پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. - به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. - برای دریافت مداخلات مختصر فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. - برای استفاده از کتابچه روش های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. - به میزان مورد نیاز و با فواصل لازم پیگیری نمایید.* چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: - در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت های اچ آی وی و هپاتیت سی نمی داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. - در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت های اچ آی وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. - در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ آی وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید.* - به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید.* - برای دریافت آموزش های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت های روان شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.

5 - مراقبت از نظر اختلالات مصرف مواد (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟ سؤال کنید: • درباره میزان و الگوی مصرف مواد سؤال بپرسید. • درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. • از فرد در مورد میزان آمادگی برای قطع مصرف مواد سؤال کنید. موارد زیر را جستجو نمایید: ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید. موارد زیر را جستجو نمایید: • تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد • دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد • وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است، که به صورت سندرم محرومیت مشخص تظاهر می یابد. • شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلاً در دوزهای کمتر ایجاد شده است. • بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذتها یا علایق به دلیل مصرف مواد، افزایش زمان برای به دست آوردن و تهیه یا بهبودی از علایم ناشی از مواد لازم است. • تداوم مصرف مواد علی رغم شواهد واضح مبنی بر عواقب آسیب رسان مصرف مواد نتیجه آزمون غربالگری مراجع با استفاده از غربالگری ASSIST را بررسی کنید. چنانچه 3 مورد یا بیشتر از ملاکهای بالا وجود داشته باشد، تشخیص	نقص کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تحمل و محرومیت	وابستگی به مواد	چنانچه اورژانس‌های روان پزشکی هم وجود داشته باشد: • ارجاع فوری به بیمارستان روان پزشکی چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد: • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید.* • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید.* • درباره امکان پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • علی رغم آماده نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف یا دریافت کمک حرفه‌ای به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • فرد را برای دریافت آموزش مبتنی بر مهارت های روان شناختی کاهش آسیب، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • فرد را برای دریافت وسایل کاهش آسیب به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع دهید. • در صورت سابقه مصرف تزریقی، به اقدامات مربوط به تزریق ارجاع دهید: - در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمی‌داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. - در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. - در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید.* - به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید.* - برای دریافت آموزش‌های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت های روان شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. به صفحات بعد مراجعه کنید.

چنانچه فرد وابسته به داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد غیرقانونی داشته باشد، تمایل به مراجعه نداشته باشد و خانواده فرد مراجعه ننموده باشند: • ارجاع خانواده به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برای دریافت مشاوره و نحوه برخورد با بیمار وابسته به موادی که از دریافت درمان طفره می‌رود.* • در سایر موارد، برای تمام انواع وابستگی به مواد:* • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. • درباره امکان پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • برای دریافت حمایت‌های اجتماعی مورد نظر همچون اسکان ایمن و اشتغال فرد را ارجاع دهید. • به خانواده بیمار درباره ماهیت اعتیاد و نحوه حمایت صحیح از درمان بیمار آموزش دهید. • بر حسب نوع ماده مصرفی فرد اقدامات بیشتر را در نظر بگیرید وابستگی به تنباکو • بر اساس راهنماهای کتاب پشتیبان درباره لزوم و نوع درمان دارویی شامل درمان جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون تصمیم‌گیری فرمایید. • برای دریافت مداخلات مختصر گسترش یافته فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف، فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به حشیش یا مواد محرک • برای دریافت درمان سرپایی جامع روان‌شناختی و رفتاری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید. چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • بر اساس راهنماهای کتاب پشتیبان در خصوص درمان علامتی محرومیت از مصرف حشیش یا مواد محرک تصمیم‌گیری نمایید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته		سندرم وابستگی به مواد برای فرد مطرح می‌گردد.
--	--	---

• برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به مواد افیونی • برای دریافت درمان وابستگی به مواد افیونی بر اساس پروتکل‌های کشوری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید. چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • بازگیری با کلونیدین را در نظر بگیرید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. وابستگی به بنزودیازپین ها • شدت وابستگی را بررسی کنید. • بر حسب شدت وابستگی به سطوح دو یا سه ارجاع دهید.* چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • کاهش تدریجی بنزودیازپین ها همراه با نظارت را در نظر بگیرید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: - در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمی‌داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را اجرا نمایید. - در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. - در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه ان اقدام متناسب را انجام دهید. - به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. - برای دریافت آموزش‌های مبتنی بر مهارت روان‌شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.			
---	--	--	--

مراقبت از نظر سایر رفتارهای پر خطر (11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا سابقه مصرف تزریقی مواد دارد؟ - آیا رفتارهای جنسی نا ایمن (خارج از چارچوب و محافظت نشده) دارد؟	- سوء مصرف مواد دارد - سابقه مصرف تزریقی مواد دارد رفتارهای جنسی نا ایمن دارد	رفتار پر خطر دارد	- آموزش بیمار (در خصوص اچ‌آی‌وی و ایدز و راه‌های پیشگیری)* - معاینه کامل و بررسی از نظر STI و بررسی HIV مطابق با جداول بیماری‌های آمیزشی* - در صورت وجود بیماری، درمان بر اساس جداول راهنمای درمان بیماری‌های آمیزشی* و آموزش بیمار* - پیگیری بیمار

* به راهنمای آموزشی HIV/AIDS و بیماری‌های آمیزشی ویژه پزشک مراجعه کنید.

راهنمای بیماری‌های آمیزشی	
<u>علامت بیماری‌های آمیزشی</u> - ترشحات مجاری ادراری - زخم‌های تناسلی و ترشحات مهبل (افزایش مقدار، تغییر بو، رنگ و قوام همراه با سوزش، خارش و درد در زمان تماس جنسی) - بیماری التهابی لگن (درد زیر شکم) - بزرگی غدد لنفاوی کشاله ران - تورم پوست بیضه <u>راه‌های انتقال بیماری‌های آمیزشی</u> - تماس جنسی با فرد آلوده - اشتراک در سوزن تزریقی آلوده در معتادان تزریقی و خالکوبی - از مادر آلوده به جنین و نوزاد - به ندرت از طریق انتقال خون - راه‌های ورود عامل بیماری، اندام‌های تناسلی، مجاری ادراری، مخاط دهان، چشم، مقعد و خون هستند.	<u>راه‌های پیشگیری از انتقال بیماری‌های آمیزشی</u> 1- خویشتن‌داری در دوران مجرد (عزت نفس) 2- وفاداری به همسر 3- استفاده از کاندوم به منظور کاهش احتمال خطر 4- جایگزینی رفتار کم‌خطر به جای پرخطر 5- اقدام برای درمان خود و شریک جنسی به منظور پیشگیری از عفونت مجدد <u>محورهای ارزیابی و اقدام از نظر STI ها</u> 1 - تشخیص بیماری و درمان 2 - آموزش حفاظت در رفتار جنسی و استفاده از کاندوم 3 - پیشگیری از بارداری 4 - ارزیابی از نظر سایر STI ها و بررسی HIV 5 - ترغیب به مراجعه مجدد 6 - بررسی از نظر اعتیاد 7 - مشاوره مناسب جهت رفتارهای خود مراقبتی، تحصیلات و ...

1 - مراقبت از نظر بیماری های آمیزشی STI (از 11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- شرح حال (بویژه ژنیکولوژی: وضعیت قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، وضعیت و روش ارتباط جنسی و ...) - ارزیابی خطر: • داشتن شریک جنسی علامت دار • وجود عوامل خطر زیر در بیمار یا شریک جنسی وی: • اعتیاد • داشتن بیش از یک شریک جنسی • داشتن شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر • اختلالات روانی (عقب ماندگی ذهنی و ...) - معاینه • فرم و رنگ ترشحات (سفید پنیری، کف آلود زرد، و ...) • زخم تناسلی • تورم اینگوینال یا فمورال • علایم همراه	ترشح غیر عادی، سوزش و خارش واژن	- در صورت وجود زخم یا ترشح موکوپرولانت یا در منطقه شیوع بالای گنوکوک/ کلامیدیا وجود دارد، تهیه اسمیر از ترشحات و انجام تست کلامیدیا و شروع درمان بر اساس جدول دارویی. وجود clue cell، وجود تریکومونای متحرک در نمونه مرطوب، تست مثبت KOH، PH بالاتر از 4/5، درمان گنوکوک، کلامیدیا، واژینوز باکتریال و تریکومونا طبق جدول دارویی - در صورت وجود ترشح پنیری، ادم و قرمزی، خراشیدگی ولو یا وجود قارچ در اسمیر: درمان کاندیدا آلبیکانس طبق جدول دارویی - آموزش و مشاوره - توصیه و آموزش استفاده از کاندوم - ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - درمان شریک جنسی - توصیه به مراجعه مجدد سه روز بعد - در صورت عدم بهبودی و یا فقدان/ افزایش قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، احتمال سقط یا حاملگی، گاردینگ یا ریباند تندرئس، تب، تاکی کاردی، توده شکم: ارجاع فوری به بیمارستان
	ترشح مجرا	- در صورت اثبات وجود ترشح (معاینه و دوشیدن مجرا): درمان گنوره و کلامیدیا طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان سیفیلیس و شانکروید طبق جدول دارویی - در صورت ترشح پایدار یا عود ترشح، بررسی از نظر بیماری های آمیزشی و در صورت وجود سابقه عفونت یا سابقه درمان، بررسی آزمایشگاهی ترشحات و تکرار درمان. در صورت وجود بیماری آمیزشی بر اساس نتایج، درمان بیماری طبق جدول دارویی - آموزش و مشاوره - توصیه و آموزش استفاده از کاندوم - ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - درمان شریک جنسی - توصیه به مراجعه مجدد 7 روز بعد جهت معاینه مجدد - در صورت عدم بهبودی، ارجاع به متخصص

2 - مراقبت از نظر بیماری های آمیزشی STI (از 11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- شرح حال (بویژه ژنیکولوژی: وضعیت قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، وضعیت و روش ارتباط جنسی و ...) - ارزیابی خطر: • داشتن شریک جنسی علامت دار • وجود عوامل خطر زیر در بیمار یا شریک جنسی وی: • اعتیاد • داشتن بیش از یک شریک جنسی • داشتن شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر • اختلالات روانی (عقب ماندگی ذهنی و ...) - معاینه • فرم و رنگ ترشحات (سفید پنیری، کف آلود زرد، و ...) • زخم تناسلی • تورم اینگوینال یا فمورال • علایم همراه	زخم ژنیتال	- در صورت وجود ضایعات هرپسی (وزیکول و ...): درمان هرپس و درمان سیفیلیس در صورت نیاز * - طبق جدول دارویی (RPR مثبت بدون سابقه درمان سیفیلیس) - در صورت وجود زخم یا جراحت: درمان سیفیلیس و شانکروید و تبخال در صورت نیاز **، طبق جدول دارویی (** شیوع تبخال بیش از 30% در منطقه) - آموزش و مشاوره - توصیه و آموزش استفاده از کاندوم - ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - درمان شریک جنسی - توصیه به مراجعه مجدد 7 روز بعد جهت معاینه مجدد - در صورت عدم بهبودی، ارجاع به متخصص
	درد و تورم بیضه	- با توجه به وجود Golden Time در تورشن بیضه ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه به بیضه این تشخیص بایستی بیش تر مد نظر باشد)
	تورم اسکروتوم	- در صورت بیماری های آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان سیفیلیس و شانکروید طبق جدول دارویی - در صورت نبود چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه به بیضه: درخواست آزمایش ادرار صبحگاهی و اسمیر ترشحات مجرا: علایم کم تر از 3 ماه، وجود بیش از 5 گلبول سفید در نمونه مجرا یا بیش از 10 گلبول سفید در نمونه ادرار صبحگاهی و در صورت تایید هر یک: درمان کلامیدیا و گنوکوک (در صورت عدم وجود موارد قید شده، ارزیابی سایر علل) - آموزش و مشاوره - توصیه و آموزش استفاده از کاندوم - ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - درمان شریک جنسی - توصیه به مراجعه مجدد 7 روز بعد یا زودتر (بسته به نیاز) - ارجاع به متخصص در صورت پیشرفت

3 - مراقبت از نظر بیماری های آمیزشی STI (از 11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- شرح حال (بویژه ژنیکولوژی: وضعیت قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، وضعیت و روش ارتباط جنسی و ...) - ارزیابی خطر: • داشتن شریک جنسی علامت دار • وجود عوامل خطر زیر در بیمار یا شریک جنسی وی: • اعتیاد • داشتن بیش از یک شریک جنسی • داشتن شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر • اختلالات روانی (عقب ماندگی ذهنی و ...) - معاینه • فرم و رنگ ترشحات (سفید پنیری، کف آلود زرد، و ...) • زخم تناسلی • تورم اینگوینال یا فمورال • علایم همراه	درد زیر شکم	- در صورت فقدان یا افزایش پریود، خونریزی واژینال غیر طبیعی، سقط، حاملگی یا اختلال حاملگی اخیر، وجود گاردینگ یا ریباند تندرئس، تب، تاکیکاردی، توده شکمی و علایم شوک: ارجاع فوری به بیمارستان - ارزیابی پیش از ارجاع از نظر نیاز به رگ باز و احیا
		- در صورت وجود حساسیت زیر شکم، ترشح واژن و درد حرکات سرویکس (در صورت امکان معاینه فرد با اسپکولوم، بررسی وجود ترشحات غیر عادی، سرویسیت و درد حرکات سرویکس): • درمان PID طبق جدول دارویی • درمان شریک جنسی • ارزیابی مجدد 3 روز بعد و در صورت بهبود: ▶ ادامه درمان ▶ آموزش و مشاوره ▶ توصیه و آموزش استفاده از کاندوم ▶ ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - در صورت عدم بهبود ارجاع به متخصص - در صورت عدم وجود حساسیت زیر شکم، ترشح واژن و ...، ارزیابی سایر علل
تورم اینگوینال	- در صورت وجود خیارک(های) اینگوینال یا فمورال + زخم تناسلی: درمان زخم تناسلی طبق جدول دارویی - در صورت وجود شواهد سایر بیماری های آمیزشی: درمان فرد با استفاده از جدول دارویی - در صورت وجود خیارک اینگوینال یا فمورال + عدم وجود زخم: درمان لنفوگرانولوم ونروم و شانکروید	- طبق جدول دارویی و در صورت مواج بودن خیارک، ارجاع به متخصص - آموزش و مشاوره برای پذیرش درمان - توصیه و آموزش استفاده از کاندوم - درمان شریک جنسی - معاینه مجدد پس از 7 روز و ادامه درمان - ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV - ارجاع در صورت نیاز و عدم بهبود

جدول درمان بیماری های آمیزشی (STI) - 1

بیماری	رژیم های درمانی انتخابی بیماری های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری	رژیم های درمانی انتخابی بیماری های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری		
گنوکوک بدون عارضه	سفتریاکسون 125 mg	تزریق عضلانی	تک دُز	شانکروئید	سفتریاکسون 250 mg	تزریقی	تک دُز
	سیپروفلوکساسین 500 mg	خوراکی	تک دُز		سیپروفلوکساسین 500 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 3 روز
	افلوکساسین 400 mg	خوراکی	تک دُز		آزیترومایسین 1 g	خوراکی	تک دُز
	سفیکسیم 400 mg	خوراکی	تک دُز	کلامیدیا در حاملگی	اریترومایسین 400 mg	خوراکی	هر 6 ساعت تا 7 روز
	آزیترومایسین 2g	خوراکی	تک دُز	سیفیلیس اولیه، ثانویه و نهفته کم تر از یک سال	بنزاتین پنی سیلین 2/4 MIU	تزریق عضلانی	تک دُز
	اسپکتینومایسین (غیرحلق) 2g	تزریق عضلانی	تک دُز	سیفیلیس اولیه و ثانویه (حساسیت به پنی سیلین)	داکسی سیلین 100 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 15 روز
کلامیدیا تناسلی بدون عارضه	داکسی سیلین 100 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 7 روز	سیفیلیس در بارداری (حساسیت به پنی سیلین)	حساسیت زدایی		
	افلوکساسین 400 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 7 روز	تبخال تناسلی عفونت اولیه	آسیکلوویر 400 mg	خوراکی	هر 8 ساعت تا 7 روز
	آزیترومایسین 1 g	خوراکی	تک دُز		آسیکلوویر 200 mg	خوراکی	هر 5 ساعت تا 7 روز
	داکسی سیلین 100 mg	خوراکی	هر 12 ساعت 14 تا 21 روز	تبخال تناسلی عفونت راجعه	آسیکلوویر 400 mg	خوراکی	هر 8 ساعت تا 5 روز
لنفوگرانولوم ونروم	اریترومایسین 400 mg	خوراکی	هر 6 ساعت 14 تا 21 روز		آسیکلوویر 200 mg	خوراکی	هر 5 ساعت تا 5 روز
	تتراسایکلین 500 mg	خوراکی	هر 6 ساعت 14 تا 21 روز				

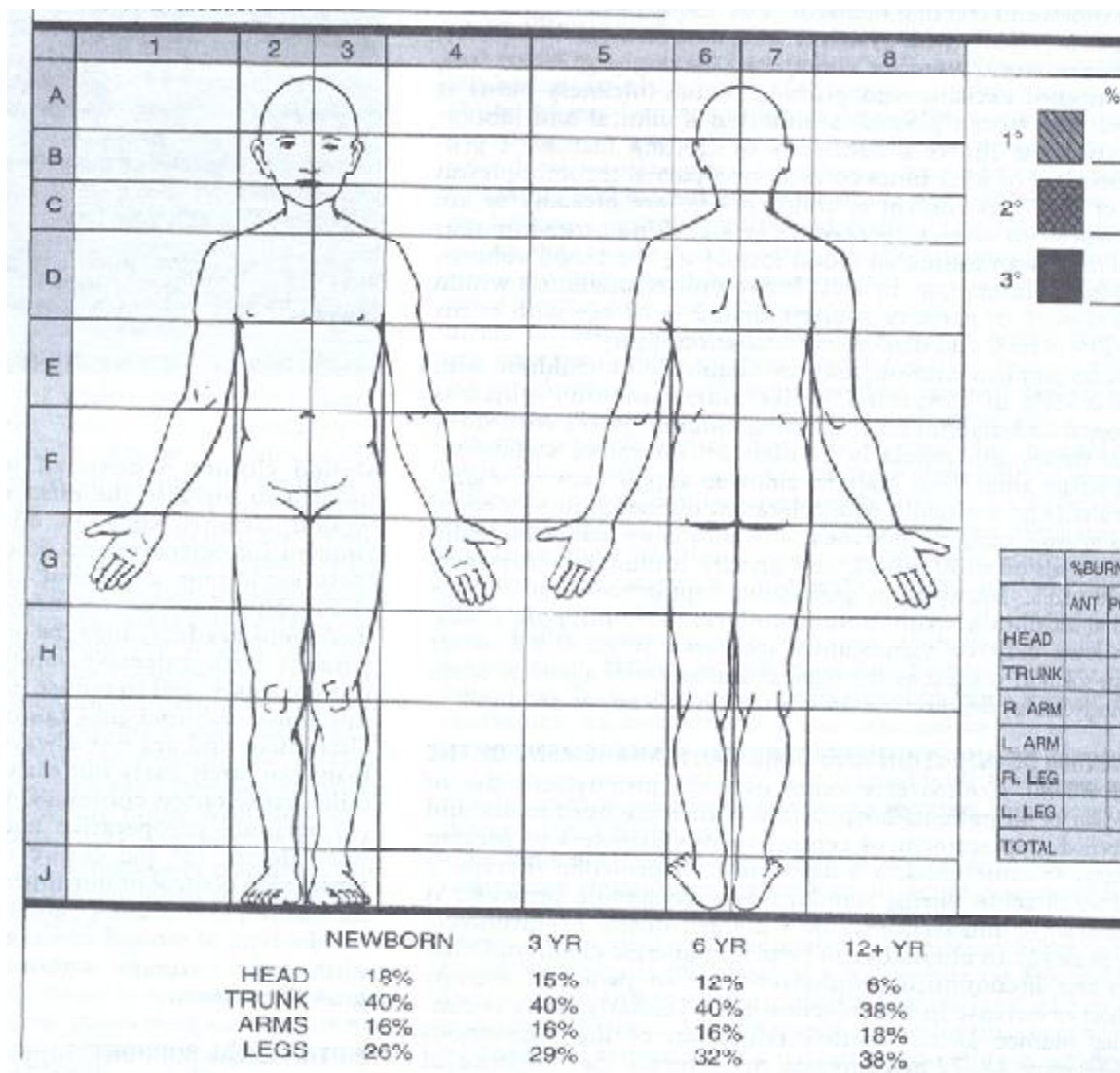
جدول درمان بیماری های آمیزشی (STI) - 2

بیماری	رژیم های درمانی انتخابی بیماری های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری	رژیم های درمانی انتخابی بیماری های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری		
تریکوموناس	مترونیدازول 2 g	خوراکی	تک دُز	کاندیدا آلبیکانُس	کرم میکونازول 2%	واژینال	هر شب تا 7 روز
	مترونیدازول 500 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 7 روز		کرم کلوتریما زول 1%	واژینال	هر شب 7 تا 14 روز
واژینوز باکتریال	مترونیدازول 2 g	خوراکی	تک دُز		میکونازول و کلوتریمازول 200 mg	واژینال	هر شب تا 3 روز
	مترونیدازول 500 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 7 روز		نیستاتین 100000 U	واژینال	هر شب تا 14 روز
	کلیندامایسین 300 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا 7 روز		فلوکانازول 150 mg	واژینال	تک دُز
سیفیلیس نهفته (مدت نامشخص)	کلیندامایسین 2%	واژینال	5 g هر شب تا 7 روز	زگیل تناسلی (نکته: در زگیل های سرویکس، پیش از شروع درمان باید از نتیجهٔ پاپ اسمیر آگاه بود و نباید از پودوفیلین و TCA استفاده کرد)	کرایوتراپی و درمان جراحی		
	بنزاتین پنی سیلین 2/4MIU	تزریق عضلانی	هر هفته تا 3 هفته		پودوفیلین 10 تا 25%		
	داکسی سیلین 100 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا بهبودی کامل		TCA 80 تا 90 %		
گرانولوم اینگوینال	سیپروفلوکساسین 750 mg	خوراکی	هر 12 ساعت تا بهبودی کامل	PID درمان سرپایی	درمان گنوکوک + کلامیدیا + بی هوازی با 500 mg مترونیدازول	خوراکی/ تزریقی	هر 12 ساعت تا 14 روز (نکته: درمان گنوکوک و کلامیدیا به روش و مدت معمول)

سوختگی

علائم	تشخیص احتمالی	اقدام
درگیری اپیدرم به صورت التهاب، قرمزی، درد (شبیه آفتاب سوختگی) آسیب پوستی حداقل است و تاول وجود ندارد. درد در عرض 48 تا 72 ساعت از بین می رود، اما اسکار برجا نمی ماند.	سوختگی درجه یک	- ناحیه سوخته را با سرم فیزیولوژی یا آب جوشیده ولرم و صابون شستشو دهید. - از کرم‌های مرطوب‌کننده مانند آلوورا استفاده کنید. - مسکن خوراکی تجویز کنید. - نیازی به پروفیلاکسی با پنی سیلین و تزریق کزاز نیست. - تنها ایمن سازی ناقص کودکان باید تکمیل شود.
آسیب به اپیدرم و بخشی از درم به صورت وزیکول و تاول، این سوختگی دردناک است و در عرض 7 تا 14 روز بهبود می یابد.	سوختگی درجه دوم	- محل سوختگی را زیر جریان آب تمیز و خنک تا زمان برطرف شدن درد قرار دهید. لباس های تنگ و سوخته و زیور آلات را از تن مصدوم خارج کنید. - در صورتی که لباس محل سوختگی چسبیده باشد، به جای سعی در کندن آن، اطراف آن را قیچی کنید - به علت خطر مسمومیت با گازهای سمی، مصدوم را در هوای آزاد قرار داده و به وضعیت تنفس وی توجه کنید. - در صورت سوختگی کم تر از 10 درصد: کنترل علائم حیاتی و بررسی دفع ادرار و ارزیابی مجدد نیم ساعت بعد - در صورت پایداری علائم حیاتی: پانسمان روزانه با کرم سولفادیازین نقره و تعویض روزانه آن. بهتر است قبل از پانسمان بعدی، ناحیه سوخته را با سرم فیزیولوژی یا آب جوشیده ولرم و صابون شستشو دهید. - پس از پانسمان، در اولین فرصت ممکن ناحیه آسیب دیده را آتل گیری نموده و بالاتر از سطح بدن قرار دهید. - بیمار باید دو بار در هفته از نظر عفونت بررسی شود. طول مدت درمان حداقل دو هفته است. - سوختگی روی صورت باید باز باشد. - در صورت پارگی تاول ها، دبریدمان لازم است. - ایمن سازی ناقص کودکان باید تکمیل شود. - برای کنترل درد و تب خفیف کم تر از 38 درجه سانتی گراد: تجویز استامینوفن کدئین و توصیه به مصرف آن یک ساعت قبل از تعویض پانسمان - در صورت خارش پوستی، تجویز آنتی هیستامین
تمام ضخامت پوست (اپیدرم و درم) درگیر است. رنگ پوست سفید یا قهوه‌ای شده و حالت چرمی پیدا می‌کند و معمولاً دردناک نیست. زخم ترمیم نمی‌شود و یا به سختی ترمیم می‌شود و معمولاً نیاز به گرافت پوستی دارد.	سوختگی درجه سوم	- علاوه بر اقدامات مربوط به سوختگی درجه دو، راه وریدی مناسب تعبیه کنید و 4 میلی لیتر رینگر لاکتات به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن به ازای درصد سوختگی سطح بدن در 24 ساعت تجویز نمایید، به طوری که نیمی از مایع در 8 ساعت اول داده شود. - درد بیمار را با تجویز مسکن به میزان کافی، تسکین دهید. - در صورت بروز علائمی مانند سختی تنفسی، استریدور و سختی بلع و ... سوختگی استنشاقی مورد نظر قرار گرفته و اقدامات اورژانس برای مدیریت راه هوایی صورت گیرد. - تمامی موارد را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.

جدول تعیین میزان سوختگی



سایر آسیب‌های محیطی

علائم	تشخیص احتمالی	اقدام
ضایعات سرمازده: آسیب سرمایی به اندام‌ها در اثر تماس طولانی- مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول بیشتر در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی ضایعات یخ زده: شدت علائم مشابه سوختگی از درد، اریتم و پرخونی بدون تاول آغاز و تا بروز تاول‌های پوستی، نکروز و اسکار متغیر است.	سرمازدگی و یخ زدگی	- مصدوم را از محیط سرد دور کنید. - لباس، جوراب و کفش‌های خیس را هر چه سریع تر خارج نمایید. - عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید. - آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. - از حرارت مستقیم و یا خشک برای گرم کردن عضو استفاده نکنید. - هرگز تاول‌های خونی را تخلیه نکنید. - برای گرم کردن عضو آسیب دیده در موارد سرمازده، با پوشاندن عضو، آن را گرم کنید و در موارد یخ زده، آن را در آب (ترجیحاً در جریان) 42- 40 درجه غوطه‌ور کنید. - برای کاهش درد از مسکن مناسب (بروفن، مرفین) با دز کافی استفاده کنید. - پروفیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید. - در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید. - از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید. - اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به بیمار ندهید. - از مالیدن برف روی ناحیه یخ زده و یا ماساژ اندام یخ زده جداً خودداری کنید. - ارجاع فوری دهید.
طیف علائم سرمازدگی از آسیب‌های خفیف مانند ادم اندام تحتانی، عرق سوز و کرامپ‌های عضلانی تا تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک‌پذیری، کنفوزیون، پرخاشگری، تشنج و کما بروز می‌کند.	گرمازدگی	- مصدوم را از محیط گرم به خنک ترین جای ممکن و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید. وی را در وضعیت نیم نشسته قرار دهید به طوری که پاهایش کمی بالاتر قرار گیرد. - مراقب راه هوایی و تنفس فرد بوده و در صورت عدم وجود خطر و با احتیاط به وی مایعات خنک (دوغ یا آب میوه و نمک) بنوشانید. - <u>در صورت ادم گرمایی:</u> درمان حمایتی است و باید عضو را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. - <u>در صورت عرق‌سوز:</u> از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. در مراحل حاد از محلول‌های ضد باکتری (کلرهگزیدین) یا آنتی‌هیستامین خوراکی استفاده کنید. - <u>در صورت کرامپ‌عضلانی:</u> از محلول‌های نمکی برای جایگزین آب و املاح از دست رفته استفاده کنید. - <u>در صورت بروز علائم سیستمیک:</u> استراحت، اصلاح آب و الکترولیت‌ها و روش‌های خنک سازی (اسپری کردن آب بر سطح بدن، غوطه‌ور سازی در آب تا 39 درجه، کیسه‌های یخ در نواحی کشاله ران و آگزیلا) توصیه می‌شود - ارجاع فوری دهید.

	غرق شدگی	- در اولین فرصت ممکن، عملیات احیا را آغاز کنید. - سعی در تخلیه آب وارد شده به معده یا ریه ها (مانند فشار روی شکم) نکنید. در این موارد نیازی به استفاده از مانور Heimlich نیست. - دادن اکسیژن در همه موارد ضروری است - همه مصدومان حتی موارد بی علامت را به بیمارستان ارجاع کنید. - در حین انتقال، بیمار را گرم نگه دارید و برای او راه وریدی مناسب تعبیه کنید.
از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی های عمیق	برق گرفتگی و صاعقه زدگی	جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید. اگر عامل برق گرفتگی، سقوط کابل فشار قوی بر روی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید. توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان های فشار قوی عایق نیستند. در موارد صاعقه زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید. ارجاع فوری دهید.
استفراغ یا اق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، تغییر وضعیت هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده	مسمومیت	پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده و اقدام به صورت زیر: در صورت ناشناخته بودن ماده مصرفی و یا سوزاننده بودن آن و یا نفتی بودن آن: از ایجاد استفراغ خودداری کنید. اگر مصدوم ماده سوزاننده خورده است در حد تحمل و تا جایی که استفراغ نمی کند، به او کمی شیر یا آب بخورانید. اگر مصدوم غذای آلوده، قارچ سمی و مواد غیرسوزاننده و غیر نفتی خورده است: با استفاده از شربت اپیکا یا تحریک ته حلق ایجاد استفراغ کنید. ارجاع فوری دهید.

گزش جانوران زهردار

علائم	تشخیص احتمالی	اقدام
علائم لوکال: مشاهده اثر یا نشانه های حاصل از دندان، نیش و درد و سوزش محل گزش، تخریب موضعی نسج، قرمزی پوست و بروز تاول، گانگرن، خون مردگی، لخته خون عروق سطحی، ادم پیشرونده. علائم سیستمیک: بی حسی اطراف لب ها و دهان، فاسیکولاسیون عضلانی، ضعف و فلج عضلانی، تاکیکاردی، تهوع و استفراغ، هیپوتانسیون و افت سطح هوشیاری، خونریزی های خودبه خودی، هماچوری، تشدید و وسعت یافتن تورم موضعی.	مارگزیدگی	- ABC را انجام دهید. - ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. - عضو را هم سطح قلب بی حرکت کنید. - در صورت گزش مار کبری یا کفچه مار می توان از بی حرکت سازی فشاری (باند کشی) استفاده نمود. - هرگز از تورنیکه یا گارو استفاده نشود. در صورتی که در این مورد از تورنیکه، گارو یا بانداز فشاری استفاده شده، پس از شروع انفوزیون پادزهر اقدام به باز کردن آن نمایید. - هرگز محل گزش را مک نزنید و برش ندهید. داغ نزنید و نسوزانید. - از سرمادرمانی یا کمپرس آب سرد در محل گزش خودداری شود. - مصدوم را NPO کنید. - در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید. - در صورت ورود سم به چشم باید آن را با آب ساده یا شیر شست. برای کنترل درد و سوزش می توانید یک قطره اپی نفرین یک در هزار، در چشم قربانی بچکانید. - پروفیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید. - مصدوم را به نزدیک ترین بیمارستان اعزام کنید.
علائم لوکال: درد و پارسیزی و به ندرت تورم و زخم در عضو گزیده شده علائم سیستمیک: بی قراری شدید، بی حالی، به ندرت آلرژی سیستمیک و آنافیلاکسی، افزایش تحریک پذیری عصبی، تاری دید یا دوبینی، تنگی نفس ناشی از فلج تنفسی یا ادم ریه، همولیز، خونریزی، انقباض شدید ماهیچه ای، ترشح شدید بزاق، افزایش یا کاهش فشارخون، افزایش و بی نظمی یا کاهش ضربان قلب، تشنج و حتی مرگ	عقرب گزیدگی	- ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. - از تکنیک بی حرکت سازی استفاده کنید. - علائم حیاتی مصدوم را کنترل کنید. - درمان حمایتی است. به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید (در صورتی که گزش عقرب گادیم یا عقرب دم باریک باشد) و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید. - در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید. - درد مصدوم را با ضد دردها کنترل کنید. - در موارد شدید (علائم سیستمیک) از سرم ضد عقرب وریدی استفاده کنید و درمان حمایتی و علامتی را ادامه دهید. - پروفیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید. - مصدوم را به نزدیک ترین بیمارستان اعزام کنید.

- ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت نگه دارید. - در صورت مشاهده نیش در محل، هرچه سریع تر نسبت به خارج کردن کیسه زهر (بدون فشردن آن) اقدام کنید. - عضو آسیب دیده را با آب فراوان و صابون، بدون اعمال فشار و انجام ماساژ، شستشو دهید. - عضو را بالاتر از سطح بدن نگه دارید. - از کمپرس سرد غیر مستقیم (کیسه یخ داخل حوله) در محل گزش استفاده کنید. - از آنتی هیستامین خوراکی برای کنترل خارش استفاده کنید. - ضد درد مناسب تجویز کنید. - در موارد آنافیلاکسی از اپی نفرین عضلانی استفاده کنید؛ جهت عوارض قلبی - عروقی و یا تنفسی از اپی نفرین عضلانی یا وریدی استفاده کنید.	زنبورگزیدگی	علائم لوکال: مشاهده سوراخ یا خود نیش در محل گزش، درد، اریتم، ادم، خارش، کهیر علائم سیستمیک: کهیر یا بثورات ژنرالیزه، گر گرفتگی، ادم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، اضطراب، درد قفسه سینه، درد کرامپی شکم، کاهش فشار خون، تشنج، اسپاسم عضلانی، تب، تنفس مشکل و صدادر، در موارد شدید کاهش هوشیاری، تنفس بسیار مشکل و یا مرگ در اثر شوک آنافیلاکتیک
--	--	---

راهنماها

راهنمای ترک سیگار

جدول شماره 1 - روش 5As برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات

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

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن هستند.

روش 5As شامل Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, (سوال کنید، راهنمایی کنید، ارزیابی کنید، کمک کنید، برای پیگیری برنامه ریزی کنید) برای افراد سیگاری که مایل به ترک آن هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جدول شماره 2 - سوال کنید (ASK) – در هر بار ملاقات با فرد مصرف کننده دخانیات، او را به طور منظم و ضابطه مند شناسایی کنید.

فعالیت	راه کار اجرایی
به کارگیری سیستمی که قابل اجرا برای تمام بیماران در هر مرکز مشاوره ترک دخانیات برای ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت مصرف دخانیات باشد*	ثبت علایم حیاتی را با گرفتن سابقه مصرف دخانیات همراه سازید**
علایم حیاتی: فشار خون..... تعداد نبض وزن..... درجه حرارت..... تعداد تنفس..... وضعیت مصرف دخانیات (دور یکی از جواب ها دایره بکشید): مصرف کننده فعلی مصرف کننده قبلی عدم مصرف در هیچ زمان	

* توجه: نیازی به تکرار ارزیابی در افرادی که سابقه مصرف دخانیات نداشته و یا مدارک پزشکی آنان قبلاً به طور کامل ثبت شده است، نیست.

** باید ثبت وضعیت مصرف دخانیات را به پرونده اطلاعات و سوابق پزشکی افراد اضافه نماییم و حتی وضعیت مصرف دخانیات را مانند یک برچسب ، بر روی پرونده های تکمیل شده قبلی نیز اضافه کنیم.

جدول شماره 3 - راهنمایی کنید (Advise). تمام مصرف کنندگان مواد دخانی را به طور قاطع به سمت ترک آن راهنمایی و ترغیب کنید

فعالیت	راه کار اجرایی
با روشی روشن، مستدل، قوی و مناسب برای هر فرد، او را برای ترک دخانیات راهنمایی و ترغیب کنید	توصیه باید: 1- روشن باشد (من فکر می کنم که در حال حاضر ترک سیگار برای شما مهم و ضروری است و من می توانم به شما کمک کنم). « کافی نیست که شما فقط زمانی که بیمار هستید، سیگار را کنار بگذارید » « مصرف گاه گاهی سیگار و یا مصرف کم آن نیز می تواند خطر ناک باشد » 2- مستدل و قوی باشد (به عنوان پزشک شما، می خواهم بدانید که ترک سیگار مهم ترین کاری است که می توانید برای حفظ سلامتی خود انجام دهید. من و پرسنل این مرکز برای ترک به شما کمک خواهیم کرد) 3- مناسب برای هر فرد باشد (ربط دادن مصرف دخانیات به بیماری فعلی فرد و یا بیان ضررهای اقتصادی و هزینه های اجتماعی آن و یا توجه به انگیزه های فرد برای ترک دخانیات و یا توجه به میزان آمادگی فرد برای ترک و یا بیان عواقب دراز مدت مصرف دخانیات بر فرزندان و دیگر افراد خانواده که با او زندگی می کنند) مثلاً « ادامه مصرف سیگار می تواند آسم شما را بدتر کرده و ترک آن می تواند به طور مشخصی سلامت شما را بهبود بخشد. ترک دخانیات می تواند در کاهش بروز عفونت های گوش در فرزندتان ، موثر باشد »

جدول شماره 4 - ارزیابی کنید (Assess). میزان آمادگی و اشتیاق فرد را برای ترک دخانیات ارزیابی کنید

فعالیت	راه کار اجرایی
از هر فرد مصرف کننده مواد دخانی در خصوص آن که آیا در این لحظه مایل به ترک دخانیات است، سووال کنید.	ارزیابی بیمارانی که مایل به ترک هستند « آیا مایل به هستید برای ترک سیگار امتحان کنید؟ » 1- اگر بیمار در حال حاضر مایل به ترک دخانیات است، روش های ترک را برای او فراهم کنید. یا او را برای دریافت این درمان، ارجاع دهید. 2- اگر بیمار جزو گروه های خاص است (مانند نوجوانان، زنان باردار، اقلیت های قومی و نژادی) اطلاعات اضافی مورد نیاز را به او عرضه نمایید. 3- اگر بیمار به طور شفاف عدم تمایل خود را برای ترک اعلام می کند، برای او روش های ترغیب انگیزه (5Rs) را فراهم کنید. 4- اگر بیمار جزو گروه های خاص (نوجوانان و جوانان، زنان باردار و) اطلاعات اضافی مورد نیاز را به او عرضه نمایید.

جدول شماره 5 - کمک کنید (Assisst) . برای ترک دخانیات به بیمار کمک کنید (فراهم کردن مشاوره و دارو درمانی)

فعالیت	راه کار اجرایی
1- کمک به بیمار با استفاده از یک برنامه ترک دخانیات	مراحل آماده شدن فرد برای ترک دخانیات: • تاریخ ترک را مشخص نماید (ارجح است که در طول دو هفته آینده باشد) • به خانواده، دوستان و همکاران خود در مورد ترک دخانیات اطلاع دهد و از آنان در خصوص درک موقعیت و نیازمندی خود به حمایت ، طلب کمک نماید. • مشکلات حین ترک از جمله علایم پس از ترک را پیش بینی کند. به خصوص در هفته های اول بعد از ترک که بسیار حیاتی است. • کلیه مواد دخانی را از اطرف خود دور سازد .قبل از اقدام به ترک، از کشیدن سیگار در محل هایی که مدت زمان زیادی را در آن جا می گذرانده (مثل محل کار، خانه، ماشین) اجتناب کند.
2- مصرف دارو های تایید شده برای ترک دخانیات را توصیه کنید	• در خصوص آن که این درمان ها می توانند شانس موفقیت در ترک را افزایش داده و از بروز علایم سندرم ترک بکاهند، توضیح دهید. (مگر در موارد منع مصرف و یا در گروه های خاص مثل نوجوانان، زنان باردار، مصرف کنندگان سبک سیگار یعنی کمتر از 10 نخ در روز و مصرف کنندگان مواد دخانی بدون دود مانند انقیه و تنباکوی جویدنی) که شواهد اثر بخشی آن ها، ناکافی است.
3- فراهم نمودن مشاوره عملی (توانایی حل مسئله توسط خود بیمار)	1- خودداری از مصرف: خودداری کامل امر مهمی است. بعد از تاریخ ترک، حتی یک پک نیز نباید زده شود. 2- تجربه ترک قبلی: شناسایی آن چه به او کمک کرده و آن چه در دوره ترک قبلی به او صدمه زده است. 3- عوامل تحریک کننده و یا مشکلاتی که با آن مواجه خواهد شد را پیش بینی کند. در خصوص این عوامل و راه هایی که بیمار می تواند بر آن ها غلبه کند بحث کنید (اجتناب از عوامل شعله ورکننده و تغییر روزمره گی). 4- مصرف الکل: به علت آن که مصرف الکل می تواند باعث عود مصرف دخانیات شود، در طول ترک باید از مصرف آن خودداری شود. (توجه در افراد وابسته به الکل، علایم ترک بعد از الکل نیز بروز می کند) 5- وجود بقیه سیگاری ها در منزل: ترک دخانیات زمانی که یک فرد سیگاری دیگر در منزل است مشکل تر است. بیماران باید هم اتاقی های خود را تشویق به ترک هم زمان با خودشان نمایند و یا گوشزد نمایند که هم اتاقی ها نباید در زمان حضور آنان، مبادرت به مصرف دخانیات نمایند.
4- فراهم نمودن حمایت اجتماعی حین درمان	- در زمانی که بیمار را در دوران تلاشش برای ترک تشویق می نمایید، یک محیط حمایت کننده در مرکز مشاوره خود، برای بیمار فراهم نمایید. (من و پرسنل این مرکز آماده کمک به شما هستیم) (من پیشنهاد درمانی را به شما می کنم که حمایت های بعدی را برایتان به دنبال دارد)
5- حمایت های اضافی شامل دادن اطلاعات و یا خطوط مشاوره تلفنی را برایش فراهم کنید.	- سازمان های غیرانتفاعی، سازمان های مردم نهاد، و یا هر گونه ارگانی که در این رابطه می تواند به آنان کمک نماید.

اجزای مرحله کمک (Assisst) به بیمار – فراهم نمودن مشاوره:

مشاوره می تواند شامل آموزش عملی مهارت حل مسئله و فراهم نمودن حمایت و تشویق باشد.

جدول شماره 6 - اصول مشترک و متداول برای آموزش مشاوره عملی به بیمار

آموزش مشاوره عملی (توانایی حل مسئله توسط خود بیمار) اجزای درمانی	مثال ها
1- تشخیص موقعیت های خطر ناک (بتواند موقعیت های خطرناک، مکان ها، حالت های درونی و یا فعالیت هایی که می تواند خطر مصرف دخانیات و یا امکان عود را افزایش دهد، را شناسایی کند	- خلق منفی و افسرده - بودن در اطراف افراد سیگاری - مصرف الکل - در معرض اصرار و فشار دیگران بودن - تعرف به مصرف دخانیات و در دسترس بودن سیگار
2- بهبود مهارت های انطباقی (بتواند مهارت های انطباقی خود را بهبود بخشد به طوری که مهارت هایی که به تطابق فرد با شرایط خطرناک کمک می کند، شناسایی و تقویت شود)	- یادگیری پیش بینی وسوسه و هوس مصرف و اجتناب از آن - یادگیری مهارت های شناختی که احتمال بروز خلق افسرده و منفی را کم می کند. - تغییر در شیوه زندگی به طوری که منجر به کاهش استرس، بهبود کیفیت زندگی، ایجاد اوقات شاد شده و مواجهه با تعارفات سیگار را کم کند. - یادگیری رفتار های انطباقی برای مقابله با ولع سیگار (مثل منحرف کردن ذهن، تغییر در برنامه های روزمره)
3- فراهم نمودن اطلاعات پایه (اطلاعات پایه در خصوص مصرف دخانیات و ترک های موفق را برای بیمار فراهم کنیم)	اطلاعاتی از قبیل موارد زیر را، در اختیار بیمار قرار دهیم: - بعد از ترک دخانیات، هر گونه مصرف سیگار حتی یک پک نیز احتمال عود را افزایش می دهد. - علائم ترک سیگار در 1 تا 2 هفته اول بعد از ترک به اوج خود می رسد ولی می تواند تا چند ماه باقی بماند. - علائم ترک شامل خلق پایین و افسرده، میل به سیگار، و اختلال در تمرکز است. - طبیعت اعتیاد آور دخانیات

جدول شماره 7 - اصول مشترک و رایج در مشاوره های حمایتی

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

جدول شماره 8 - فراهم نمودن مشاوره - پاسخ به سوالات رایج

به این نکته دقت کنید که درمان دارویی همراه با مشاوره بهتر اثر می کند تا درمان دارویی به تنهایی. برایش توضیح دهید که مشاوره و یا در واقع هدایت و مربی گری، مهارت های عملی را که میزان موفقیت در ترک را افزایش می دهد، فراهم میکند. از مداخله انگیزشی مربوط به کسانی که مایل به ترک نیستند، برای تشویق بیمار به قبول مشاوره استفاده کنید. اگر بیمار باز هم از دریافت مشاوره امتناع کرد، فقط دارو درمانی را ارائه دهید زیرا دارو به تنهایی می تواند موثر باشد. در طول پیگیری، به تلاش خود برای فراهم نمودن اجزای مشاوره مانند مهارت حل مسئله، مهارت های عملی و جلب حمایت، ادامه دهید.	1- بیمار من فقط دارو می خواهد و مایل به دریافت مشاوره نیست. چه کار باید بکنم؟
از بیمار بخواهید که افزایش احتمال موفقیت در ترک را با توجه به بکار گیری مجموع روش های مشاوره و دارو درمانی که براساس شواهد بالینی منجر به ترک موفق شده اند، در نظر بگیرد. هر گونه تلاش بیمار برای ترک را نادیده نگرفته و انکار نکنید. ولی به بیمار بگویید که این روش ها ممکن است موثر نباشد و بهتر است روش های مبتنی بر شواهد بالینی (دارو درمانی و مشاوره) را در آینده مد نظر داشته باشد	2- بیمار من می خواهد از درمان هایی که اثر بخشی آن شناخته شده نیست مانند طب سوزنی، هیپوتیزم، و یا لیزر استفاده کند. چه کار کنم؟
به بیمار توصیه کنید که میزان فعالیت بدنی خود را افزایش دهد. به طور مثال در ساعات استراحت به پیاده روی بپردازد به جای آن که مبادرت به مصرف سیگار کند. هم چنین می توان از داروهایی که در این زمینه وجود دارد کمک جست.	بیمار من دلواپس افزایش وزن خود است.
توضیح دهید که نیکوتین با مصرف دارویی، نسبتاً ایمن است و تاکید کنید که سیگار حاوی 4000 ماده شیمیایی و حدود 40 ماده سرطان زا است که مسبب بروز عوارض مصرف دخانیات می شود. ضمناً تاثیر نیکوتین با مصرف دارویی بر کاهش بروز علائم سندرم ترک به اثبات رسیده است.	بیمار من نگران مصرف جانشین های نیکوتین است زیرا عقیده دارد که نیکوتین یکی از مواد خطرناک محصولات دخانی است.
توجه کنید: • ورود نیکوتین از آدامس و یا برچسب به بدن مانند سیگار نیست و وابستگی به نیکوتین از طریق این دارو ها ناشایع است. • وقتی که این دارو ها مصرف شود، احتمال ترک موفق بسیار بالا می رود. • مشاوران ترک دخانیات به طور روتین از این دارو ها برای کمک به ترک، استفاده می کنند. • هدف نهایی از درمان، عدم مصرف دخانیات و عدم مصرف داروهای جانشین نیکوتین است و استفاده از این دارو ها فقط به عنوان مرحله انتقالی به سمت آن هدف استفاده می شود. • یک داروی بدون نیکوتین برای بیمار در نظر بگیرید.	بیمار من به علت ترس از اعتیاد آوری داروها، شک به اثر بخشی داروها، شک به این که این داروها حاوی نیکوتین است و می تواند کارساز باشد و از یک اعتیاد به اعتیاد دیگری تبدیل نشود، مایل به مصرف دارو نیست.
برای بسیاری از مردم سیگار کشیدن راهی برای کاهش استرس است. اما تنها راه نیست. مشاوره به فرد کمک می کند که بتواند راه های جدیدی برای تطابق با شرایط بیابد این مسئله زمان می برد در ابتدا به نظر می رسد که این راه ها موثر نیستند ولی هر چه مدت زمان دوری بیمار از سیگار کشیدن بیشتر شود، مدیریت استرس، بدون مصرف سیگار آسان تر می شود. به اضافه آن که سلامت فرد نیز بهبود می یابد.	بیمار من می گوید که او بیش از حد دچار استرس است که بخواهد سیگار را ترک کند و کشیدن سیگار به کاهش استرس او کمک می کند.
جمالاتی از این قبیل را در نظر بگیرید: «لبته تعداد زیادی از افراد هستند که بدون هیچ عارضه ای سال ها است که سیگار می کشند ولی نیمی از افرادی که سیگار می کشند بر اثر عوارض آن می میرند. متوسط طول عمر افراد سیگاری 10 سال کم تر از افراد غیر سیگاری است. می دانم که ترک سخت است ولی آیا دلیلی دارد که بر روی سلامت خود شرط بندی کنید در حالی که می دانید که 50% شانس مردن بر اثر عوارض سیگار دارید؟»	بیمار من می گوید که سال ها است که بدون هیچ مشکلی سیگار می کشد و پدریزرگش نیز روزی دو بسته سیگار می کشیده و 105 سال زندگی کرد.

جدول شماره 9 - پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:					
نام دارو	احتیاط های دارویی / منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
بوپروپیون اِهسته رهش 150 Bupropion SR	در موارد زیر استفاده نشود: • مصرف اخیر مونوآمین اکسیداز (MAO inhibitor) • استفاده از بوپروپیون به هر شکل • سابقه تشنج • سابقه اختلالات گوارشی • توجه به احتمال خودکشی و مصرف داروهای ضد افسردگی وقتی که برای نوجوانان و جوانان مصرف می شود	بی خوابی خشکی دهان	150 میلی گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس 150 میلی گرم دو بار در روز	یک تا دو هفته قبل از ترک شروع شود 2 تا 6 ماه استفاده شود	• نوع ژنریک • زیبان Zyban • ولبوترین Welbutrin (فقط با نسخه پزشک)
آدامس نیکوتین 2 میلی گرم یا 4 میلی گرم	• توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعی (چسبیدن به دندان مصنوعی) • اجتناب از خوردن و نوشیدن 15 دقیقه قبل و یا حین مصرف • مصرف اشتباهی	• مزه ترش در دهان • سوء هاضمه • سسکه، دل درد، سوزش گلو، تهوع	• یک آدامس هر 1 تا 2 ساعت • 6 تا 15 آدامس در روز • در موارد مصرف 1 تا 24 سیگار در روز = آدامس 2 میلی گرمی • در موارد مصرف بالای 25 سیگار در روز و یا تنباکوی جویدنی = آدامس 4 میلی گرمی	تا 12 هفته یا تا هر زمان که لازم بود	• نوع ژنریک • نیکورت Nicorette (بدون نسخه پزشک)
افشانه نیکوتین	احتمال خارش دهان و گلو که با مصرف بهتر می شود	خارش و سوزش دهان و حلق	• 6 تا 16 بار در روز • هر کارتریج برای 80 بار استفاده • می توان یک کارتریج نصفه را برای روز بعد نیز استفاده کرد	تا 6 ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (tapering)	افشانه نیکوترول Nicotrol inhaler (فقط با نسخه پزشک)
آب نبات نیکوتین 2 میلی گرم و 4 میلی گرم	• اجتناب از خوردن و آشامیدن 15 دقیقه قبل و حین مصرف • هر بار یک عدد • حداکثر 20 عدد در روز	سسکه سرفه سوزش سر دل	• اگر اولین سیگار کمتر از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، 2 میلی گرم • اگر اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، 4 میلی گرم • 1 تا 6 هفته اول هر 1 تا 2 ساعت • 7 تا 9 هفته بعد هر 2 تا 4 ساعت	3 تا 6 ماه	بدون نسخه پزشک نام ژنریک commit

جدول شماره 9 - پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:					
نام دارو	احتیاط های دارویی / منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
			• 10 تا 12 هفته بعد: هر 4 تا 8 ساعت		
اسپری بیینی نیکوتین	• برای بیماران آسمی نیست • احتمال خارش و سوزش بیینی (با مصرف بهتر می شود) • احتمال بروز وابستگی	سوزش بیینی	• یک دوز معادل یک پاف در بیینی • 1 تا 2 دوز هر ساعت • 8 تا 40 دوز هر روز • آن را استنشاق نکنید	3 تا 6 ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (Tapering)	اسپری نیکوترول Nicotrol NS (فقط با نسخه پزشک)
برچسب نیکوتین	در موارد ابتلا به به اگزمای شدید و پسوریازیس مصرف نشود	• واکنش پوستی موضعی • بی خوابی	• یک برچسب در روز • اگر 10 سیگار در روز مصرف دارد = برچسب 21 میلی گرم به مدت 4 هفته، سپس 14 میلی گرم 2 تا 4 هفته، سپس 7 میلی گرم 2 تا 4 هفته • اگر کمتر از 10 سیگار در روز مصرف دارد = برچسب 14 میلی گرم 4 هفته، سپس 7 میلی گرم 4 هفته	8 تا 12 هفته	• نوع ژنریک • نیکودرم (بدون نسخه پزشک) • نیکوترول (بدون نسخه پزشک)
وارنیکلین varenicline	در بیماران زیر با احتیاط مصرف شود: • نارسایی کلیه • بیماری روانی شدید • تحت دیالیز • احتیاط در مصرف: مواردی از خلق لفسرده، بی قراری، تغییرات رفتاری، افکار خودکشی و خودکشی گزارش شده است.	• تهوع • بی خوابی • خواب های روشن، و واضح و عجیب	• روز های اول تا سوم: 0/5 میلی گرم هر صبح • روز های 4 تا 7: 0/5 میلی گرم دوبار در روز • از روز هشتم تا پایان درمان: 1 میلی گرم دوبار در روز	یک هفته قبل از تاریخ ترک شروع شود. 3 تا 6 ماه درمان	فقط با نسخه پزشک Chantix
درمان ترکیبی: برچسب + بوپروپیون برچسب + آدامس برچسب + آبنبات + فشانه نیکوتین	• در حال حاضر فقط ترکیب برچسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است. • به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.

جدول شماره 10 - فراهم نمودن درمان های دارویی - پاسخ به سوالات رایج	
1- چه کسی باید درمان دارویی برای ترک دخانیات دریافت کند؟ آیا گروه هایی هستند که هنوز شواهدی مبنی بر موثر بودن دارو درمان برای آن ها، وجود نداشته باشد؟	- باید، این دارو ها برای تمام سیگاری هایی که برای ترک تلاش می کنند ارائه شود مگر افرادی که منع مصرف پزشکی دارند یا گروه هایی که هنوز شواهد کافی برای موثر بودن این داروها برایشان وجود ندارد مانند(سیگاری های سبک یعنی افراد با مصرف کم تر از 10 سیگار در روز، مصرف کنندگان تنباکوی جویدنی، زنان باردار و شیرده و نوجوانان).
2- خط اول دارو درمانی پیشنهادی چیست؟	تمام 7 دارو های تایید شده توسط FDA برای ترک دخانیات، شامل بوپروپیون، آدامس نیکوتین، افشانه نیکوتین، آب نبات نیکوتین، اسپری بینی نیکوتین، برچسب نیکوتین و وارنکلین توصیه می شود. متأسفانه هنوز الگوریتم قابل قبولی که راهنمای بهترین انتخاب در بین این داروها باشد، وجود ندارد.
3- آیا منع مصرف، احتیاطات دارویی، هشدار، عارضه جانبی در مورد داروهای خط اول وجود دارد؟	کلیه 7 داروی خط اول دارای منع مصرف، احتیاطات دارویی و عوارض جانبی هستند. باید به دستوراتی که در بروشور هر کدام آمده است توجه شود.
4- چه فاکتور های دیگری بر انتخاب دارو ها اثر می گذارد؟	عواملی هم چون تحت پوشش بیمه بودن دارو، قدرت خرید دارو توسط بیمار، در نظر گرفتن دندان مصنوعی در موقع تجویز آدامس و در نظر گرفتن بروز درماتیت در موقع تجویز برچسب نیکوتین.
5- آیا تجربه قبلی بیمار با انتخاب نوع دارو درمانی، ارتباط پیدا می کند؟	تجربه موفقیت آمیز قبلی بیمار (مانند باقی ماندن در ترک با مصرف یک نوع دارو) این مسئله را نشان می دهد که این دارو می تواند در تلاش بعدی برای ترک مفید باشد به خصوص اگر مصرف آن برای بیمار راحت بوده و یا برایش قابل تحمل باشد. بعضی شواهد نشان می دهد تکرار استفاده از یک دارو در درمان عود مصرف دخانیات، بی تاثیر و یا کم تاثیر است در حالی که شواهد دیگری نیز نشان می دهد که می تواند مفید باشد.
6- چه درمان دارویی برای افرادی که شدیداً وابسته به نیکوتین هستند مورد استفاده قرار می گیرد؟	دوز بالای آدامس، آب نبات و برچسب نیکوتین در این افراد مفید است. در عین حال نشان داده شده است که درمان ترکیبی برای کاهش علائم سندرم ترک موثر است. بنابراین برای این گونه افراد و یا برای افرادی که علائم سندرم ترک در آنان شدید است، درمان ترکیبی می تواند مفید باشد.
7- آیا جنسیت در انتخاب دارو باید مورد نظر قرار گیرد؟	شواهدی وجود دارد که نشان می دهد این دارو ها بر هر دو جنس موثر است در عین حال شواهدی هم هست که نشان می دهد در زنان کم تر از مردان موثر است. بنابراین پزشک بهتر است داروهای که جانشین نیکوتین نبوده مانند بوپروپیون و یا وارنکلین را در درمان زنان در نظر بگیرد.
8- آیا استفاده از دارو برای کسانی که سیگاری سبک (10 تا 15 سیگار در روز) هستند، مناسب است؟	شواهد موجود، موثر بودن این دارو ها بر روی این گروه را نشان نداده است. اما اگر دارو درمانی برای این گونه سیگاری ها مورد استفاده واقع شود، باید کاهش دوز این دارو ها مورد توجه قرار گیرد. در مورد مصرف بوپروپین نیازی به کاهش دوز نیست.
9- چه زمانی دارو های خط دوم درمان باید مورد استفاده قرار گیرند؟	این دارو ها (کلونیدین و نورترپیتیلین) به افرادی که در مورد داروهای خط اول، منع مصرف دارند و یا متعلق به گروهی هستند که شواهد، موثر بودن این داروها را بر روی آنان نشان نداده است، می تواند استفاده شود بیماران را از جهت بروز عوارض دارو های خط دوم مورد ارزیابی قرار دهید.
10- چه نوع دارو درمانی باید برای بیمارانی که به افزایش وزن خود حساس هستند، مورد استفاده قرار گیرد؟	مصرف بوپروپیون آهسته رهش و آدامس نیکوتین به خصوص آدامس 4 میلی گرمی و آب نبات نیکوتین 4 میلی گرمی، افزایش وزن را به تاخیر می اندازند هر چند که از آن پیشگیری نمی نمایند.
11- آیا دارو هایی به طور خاص وجود دارد که در مورد بیمارانی که سابقه افسردگی دارند، مورد استفاده قرار گیرد؟	- بوپروپیون آهسته رهش و نورترپیتیلین می تواند در این گونه بیماران مورد استفاده قرار گیرد. البته داروهای جانشین نیکوتین نیز در این گونه بیماران مفید هستند.
12- آیا باید از مصرف درمان های جانشین نیکوتین در مورد	خیر - مصرف برچسب نیکوتین در این موارد ایمن بوده و دیده شده که عوارض قلبی عروقی ندارد.

بیماران قلبی عروقی اجتناب شود؟	
13- آیا دارو درمانی می تواند برای مدت طولانی مثلا تا 6 ماه مورد استفاده واقع شود؟	بلی - این حالت می تواند برای سیگاری هایی که دچار علائم سندرم ترک به صورت پایدار ، سابقه عود در تجربیات ترک قبلی و یا مایل به ادامه مصرف هستند ، اتفاق افتد. تعداد کمی از بیمارانی که موفق به ترک می شوند، نیاز به مصرف طولانی مدت این دارو ها (آدامس، اسپری بینی، و افشانه) پیدا می کنند. مصرف این دارو ها تا 6 ماه ، خطری برای سلامتی نداشته و وابستگی به آن شایع نیست. به علاوه FDA مصرف بوپروپیون، واریکلین و بعضی از جانشین های نیکوتین را تا 6 ماه تایید کرده است.
14- آیا پیگیری نزدیک بیمار در طول مدت درمان مهم است؟	بلی - بیماران معمولا دارو را مطابق دستور (به میزان لازم و یا به مدت لازم) مصرف نمی کنند و در نتیجه این مسئله می تواند منجر به کاهش اثر دارو شود.
15- آیا دارو درمانی می تواند به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد؟	بلی - شواهد نشان می دهد که ترکیب استفاده از برچسب نیکوتین (بالای 14 هفته) با آدامس یا اسپری بینی نیکوتین، ترکیب برچسب نیکوتین با افشانه نیکوتین یا ترکیب برچسب با بوپروپیون، میزان باقی ماندن در ترک را نسبت به مصرف دارونما ، افزایش دهد.
16- بیمار من قادر به خرید این دارو ها نیست و نمی تواند تحت پوشش بیمه هم قرار گیرد چه کار می توانم بکنم؟	به بیمار بگویید که زمانی که می خواهد شروع به ترک کند، کل پولی را که برای ترک دخانیات صرف کرده است را کنار بگذارد. در نتیجه بعد از شروع مصرف داروها، قادر به تهیه آن ها خواهد بود.
17- آیا باید از مصرف درمان های جانشین نیکوتین در مورد بیماران قلبی عروقی اجتناب شود؟	خیر - مصرف برچسب نیکوتین در این موارد ایمن بوده و دیده شده که عوارض قلبی عروقی ندارد.
18- آیا دارو درمانی می تواند برای مدت طولانی مثلا تا 6 ماه مورد استفاده واقع شود؟	بلی - این حالت می تواند برای سیگاری هایی که دچار علائم سندرم ترک به صورت پایدار ، سابقه عود در تجربیات ترک قبلی و یا مایل به ادامه مصرف هستند، اتفاق افتد. تعداد کمی از بیمارانی که موفق به ترک می شوند، نیاز به مصرف طولانی مدت این دارو ها (آدامس، اسپری بینی، و افشانه) پیدا می کنند. مصرف این دارو ها تا 6 ماه، خطری برای سلامتی نداشته و وابستگی به آن شایع نیست. به علاوه FDA مصرف بوپروپیون، واریکلین و بعضی از جانشین های نیکوتین را تا 6 ماه تایید کرده است.
19- آیا پیگیری نزدیک بیمار در طول مدت درمان مهم است؟	بلی - بیماران معمولا دارو را مطابق دستور (به میزان لازم و یا به مدت لازم) مصرف نمی کنند و در نتیجه این مسئله می تواند منجر به کاهش اثر دارو شود.
20- آیا دارو درمانی می تواند به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد؟	بلی - شواهد نشان می دهد که ترکیب استفاده از برچسب نیکوتین (بالای 14 هفته) با آدامس یا اسپری بینی نیکوتین، ترکیب برچسب نیکوتین با افشانه نیکوتین یا ترکیب برچسب با بوپروپیون، میزان باقی ماندن در ترک را نسبت به مصرف دارونما، افزایش دهد
21- بیمار من قادر به خرید این دارو ها نیست و نمی تواند تحت پوشش بیمه هم قرار گیرد چه کار می توانم بکنم؟	به بیمار بگویید که زمانی که می خواهد شروع به ترک کند، کل پولی را که برای ترک دخانیات صرف کرده است را کنار بگذارد. در نتیجه بعد از شروع مصرف داروها، قادر به تهیه آن ها خواهد بود.

برای پیگیری برنامه ریزی کنید - ARRANGE

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

جدول شماره 11 - از برقراری ارتباط برای پیگیری مطمئن شوید

فعالیت	راه کار اجرایی
برای پیگیری بیمار چه به صورت ملاقات حضوری و یا ارتباط تلفنی، برنامه ای ترتیب دهید.	زمان پیگیری: - پیگیری باید بلافاصله بعد از ترک انجام شود. (ترجیحاً در عرض یک هفته بعد از ترک) - پیگیری دوم در عرض یک ماه بعد از ترک برنامه ریزی شده و ادامه پیگیری براساس نیاز تنظیم شود. - فعالیت های مورد نظر در طول پیگیری: - برای تمام بیماران مشکلاتی را که ممکن است با آن مواجه شوند و یا چالش هایی که در پیش رو خواهند داشت را شناسایی کنید. - مصرف داروها و مشکلات آن را مورد ارزیابی قرار دهید. - امکان تماس با خط تلفن مشاوره را به آنان یادآوری کنید. - در هر بار ویزیت بر وضعیت مصرف دخانیات تاکید کند (مصرف دخانیات را مانند یک بیماری مزمن درمان کنید) - برای بیماری که هنوز در ترک باقی مانده، تبریک بگویید.

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن نیستند:

اگر بیمار شما مایل به ترک دخانیات نیست، از روش هایی انگیزشی که باعث افزایش احتمال ترک در آینده می شود، استفاده کنید.

به آنان کمک کنید:

برای مصرف کنندگان دخانیات که مایل به ترک نیستند، روشی باید فراهم شود تا انگیزه آنان برای ترک افزایش یابد. این مداخله به صورت 5Rs که شامل ارتباط، خطر، پاداش ها، موانع، تکرار و بازگویی (Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition) است. در این نوع مداخله، پزشک سرفصل های ترک را بازگو می کند ولی مهم این است که بیمار این سرفصل ها را با زبان خودش بیان کند. در نتیجه پزشک می تواند بر اساس پاسخ های بیمار، به او کمک کرده و یا مطالبی به آن اضافه کند.

جدول شماره 12 - افزایش انگیزه برای ترک دخانیات - 5RS

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

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

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

جدول 13 - راه کار های مصاحبه انگیزشی	
بیان همدلی	1- استفاده از سوالات باز برای کشف: • اهمیت مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی برای فرد (به نظر تو ترک سیگار چقدر اهمیت دارد؟) • نگرانی ها و فواید ترک از دیدگاه فرد (اگر ترک کنی چه اتفاقی می افتد؟) 2- گوش دادن فعالانه برای پیدا کردن نقاط مشترک: • تکرار کلمات و یا معانی (پس فکر می کنی که مصرف سیگار به تو کمک می کند که وزن خود را ثابت نگه داری؟) • خلاصه کردن صحبت های گفته شده (آن چه که من شنیدم این است که سیگار کشیدن برای تو یک تفریح است ولی دوستت از سیگار کشیدن تو متنفر است و تو می ترسی که به بیماری جدی مبتلا شوی.) 3- طبیعی دانستن احساسات و دل واپسی ها (خیلی از مردم نگران دوران بدون سیگار خود هستند) 4- حمایت از اختیار و حق فرد برای انتخاب و یا رد کردن هر گونه تغییر در رفتار (من می فهمم که در حال حاضر آماده برای ترک دخانیات نیستی. من اینجا هستم تا هر زمان که کمک خواستی ، به تو کمک کنم.)
بسط اختلافات و تفاوت ها	1- برجسته کردن تفاوت های بین رفتار فعلی فرد با اولویت ها ، ارزش ها و اهدافش (به نظر می آید که خودت را وقف خانواده ات کرده ای. به نظرت سیگار کشیدن تو، چه تاثیری بر فرزندان و همسرت دارد؟) 2- تغییر زبان مکالمه در صورت لزوم (پس تشخیص دادی که سیگار چطور بر روی تنفست تاثیر می گذارد و بازی کردن با بچه هایت را مشکل می کند.) یا (این خیلی مهم است که با وجودی که این همه کار داری و سرت شلوغ است، تصمیم گرفتی که ترک کنی) 3- محکم کردن توافق برای تغییر رفتار (درمان های موثری که ناراحتی ناشی از ترک را آسان می کند وجود دارد و شامل مشاوره و دارو درمانی است) یا (ما مایل به ارائه کمک به شما هستیم تا از بروز یک سبکته مغزی مثل آنچه که پدرتان تجربه کرد، جلوگیری کنیم)
کنار آمدن با مقاومت بیمار	1- عقب نشینی کردن در صورت مقاومت بیمار (به نظر می رسد که به علت مصرف سیگار تحت فشار قرار داری؟) 2- بیان همدلی (تو از این که چگونه علایم سندرم ترک را مدیریت کنی، نگران هستی.) 3- اجازه گرفتن برای دادن اطلاعات به بیمار (دوست داری در مورد راه هایی که می تواند در زمان ترک به تو کمک کند، بشنوی؟)
حمایت از توانایی های فردی	1- کمک به بیمار برای شناسایی و بنیان گذاشتن بر موفقیت های قبلی (پس تو دفعه آخری که ترک کردی، موفق بودی) 2- ارائه گزینه هایی برای برداشتن قدم های کوچک و موفق به سمت تغییر رفتار (تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مطالعه در خصوص فواید و شیوه های ترک، تغییر شیوه سیگار کشیدن به طور مثال سیگار نکشیدن در منزل، ، به اشتراک گذاشتن افکار و عقاید با دیگران در مورد ترک دخانیات)

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

راهنمای درمان سم زدایی

ارزیابی	معیارهای درمان سم زدایی	نوع دارو	اقدام
1- شرح حال بگیرید: اطلاعات شخصی، سابقه دقیق و سیر سوء مصرف مواد، ارتباط های خانوادگی، رفتارهای پر خطر سابقه بیماری های روانی و جسمی، اختلالات خلقی 2- مصاحبه انگیزشی انجام دهید* 3- کنترل علائم حیاتی و معاینه فیزیکی با تاکید بر علائم بیماری کبدی، بیماری قلبی و رو شواهد عفونت HIV 4- در خواست آزمایش عملکرد کبد، PPD-PRP- HIV- HCVAb- HBSAg	- بیمارانی که مدت کوتاهی (کم تر از یک سال) است که به مواد مخدر وابستگی پیدا کرده اند. - کسانی که به مصرف تریاک به مقدار کم (حدود نیم مثقال یا کم تر در روز) به صورت کشیدنی اعتیاد دارند. - کسانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده اند. - افراد جوان و سالم - کلیه کسانی که همکاری و پذیرش سم زدایی با نیکوتین را دارند.	کلونیدین*	1- در صورت عدم وجود مشکلات قلبی، ریوی، کلیوی، کبدی و وجود فشار خون بالای 85/55، سم زدایی بلامانع است. 2- تداخل دارویی و دادن آگاهی در مورد احتیاط در رانندگی در زمان مصرف این دارو را مد نظر قرار دهید. 3- با بیمار بر 7 تا 10 روزه بودن دوره درمان موافقت کنید. 4- دوز آزمایشی را به میزان 0/1 میلی گرم (نصف قرص) تجویز کنید. 5- فشار خون را یک ساعت بعد از دوز آزمایشی کنترل کنید. (در صورت عدم افت فشار خون به کم تر از 85/55، درمان ادامه و در غیر این صورت داروی دیگر مورد استفاده قرار گیرد) 6- دوز درمانی را با میزان 0/1 تا 0/2 میلی گرم به فاصله هر 6 ساعت و حداکثر تا 1/2 میلی گرم در روز بر حسب علائم و فشارخون بیمار تجویز کنید. 7- درمان با دوز مناسب برای 10 روز همراه با کنترل فشارخون ادامه یابد. (کنترل فشار خون برای مصرف کنندگان هروئین روزانه و برای سایر مواد یک روز در میان انجام گیرد) 8- ظرف 2 تا 4 روز پس از پایان دوره 10 روزه، کلونیدین را تدریجاً کاهش داده و قطع کنید. 9- قطع ناگهانی دارو سبب افزایش ناگهانی فشار خون (rebound hypertension) و تحریک پذیری، بی خوابی، تعریق، سر درد، درد شکم، دردهای عضلانی و افزایش ترشح بزاق می شود. در صورت بروز چنین عوارضی، درمان را با تجویز روزانه یک دوز کلونیدین شروع کرده و سپس دارو را تا رفع عوارض، با سرعت کم تری کاهش و سپس قطع کنید. ۱۰- استفاده از سایر داروهای کمکی حین سم زدایی طبق راهنما
	- افراد سالخورده - مبتلایان به اختلالات قلبی عروقی - بیماران جوانی که موفق به ترک با کلونیدین نبوده اند. - درمان بستری افراد مسن - کسانی که توماً دچار بیماری جسمی هستند.	بوپرنورفین*	1- تجویز 6 میلی گرم در روز اول (محدوده قابل قبول 4 تا 8 میلی گرم) به صورت زیر زبانی 2- تجویز 8 میلی گرم در روز دوم (محدوده قابل قبول 4 تا 12 میلی گرم) به صورت زیر زبانی 3- تجویز 10 میلی گرم در روز سوم (محدوده قابل قبول 4 تا 16 میلی گرم) به صورت زیر زبانی 4- تجویز 6 میلی گرم در روز چهارم (محدوده قابل قبول 4 تا 12 میلی گرم) به صورت زیر زبانی 5- تجویز 6 میلی گرم در روز پنجم (محدوده قابل قبول 0 تا 8 میلی گرم) به صورت زیر زبانی 6- در روز ششم تجویز در محدوده قابل قبول 0 تا 4 میلی گرم به صورت زیر زبانی 7- در روز هفتم تجویز در محدوده قابل قبول 0 تا 2 میلی گرم به صورت زیر زبانی

8- در روز هشتم تجویز در محدوده قابل قبول 0 تا 1 میلی گرم به صورت زیر زبانی نکته: از تجویز بنزودیازپین ها حین سم زدایی با این دارو پرهیز شود و در صورت نیاز به آرامبخشی شبانه، می توان آن ها را حداکثر برای دو یا سه شب تجویز نمود. 9- درمان تزریقی با این دارو ممنوع است.		- عدم موفقیت سم زدایی با سایر روش ها - عدم رضایت بیمار در درمان با سایر روش ها - بیماران معتاد به هروئین	
1- درمان را با 10 و حداکثر 30 میلی گرم در 24 ساعت اول (بسته به نوع و میزان ماده مصرفی) آغاز کنید. 2- روزانه 5 تا 10 میلی گرم به دوز مصرفی تا زمان رفع علایم محرومیت اضافه کنید. (حداکثر دوز مصرفی روزانه 60 میلی گرم است و در اغلب موارد میزان 30 تا 40 میلی گرم کافی است) 3- دوز درمانی را به میزان 3 تا 10 درصد در روز کاهش دهید. 4- پس از رسیدن به دوز 10 میلی گرم، این دوز را به مدت 3 تا 4 روز حفظ کنید. 5- دوز مصرفی را تا میزان 7/5 میلی گرم کاهش داده و به مدت 2 تا 3 روز حفظ کنید. سپس تا میزان 5 میلی گرم کاهش داده و به مدت 2 تا 3 روز حفظ کنید. در نهایت تا میزان 2/5 میلی گرم کاهش داده و به مدت 2 تا 3 روز حفظ و پس از آن دارو را قطع کنید.	متادون*	- زنان باردار - ختم درمان نگه دارنده با متادون	

* برای آگاهی از جزئیات مصاحبه انگیزشی به کتاب راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان و کارشناسان و برای آگاهی از جزئیات درمان و تداخل های دارویی به پروتکل های درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست متادون و بوپرنورفین و کتاب راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ویژه پزشکان رجوع کنید.

راهنمای پیشگیری از عود

در صورت اقدام جهت پیگیری بیماران سم زدایی شده جهت پیشگیری از عود در هر نوبت مراجعه بیمار موارد ذیل را مطرح نمایید:

- 1- عوامل خطر را در ارتباط با عود بیماری (از جمله افراد، مکان ها، اشیاء، تحریک حواس پنج گانه، تجدید خاطرات، افکار و عواطف در موقعیت های پر استرس، دردناک یا لذت بخش، رویارویی با حوادث ناگوار و) را شناسایی نموده و راهکارهایی برای مقابله با آن ها احیاناً با کمک گرفتن از خانواده اتخاذ نمایید.
- به بیمار در مورد این که عود یک فرآیند است و نه یک اتفاق، توضیح داده و لزوم حساسیت بیمار و خانواده اش را نسبت به تغییرات اولیه ای که می تواند آغازگر عود باشد (از جمله تغییر در نگرش ها، افکار، خلق و تغییرات رفتاری) را متذکر شوید.
- به بیمار لزوم پرهیز از یادآور ها و نشانه های اعتیاد (حداقل تا یک سال پس از سم زدایی) را اکیداً تذکر داده و چگونگی برخورد با ولع و نشانه های اعتیاد را آموزش دهید. (مثلاً افکار جایگزین جهت افکار همراه ولع و همچنین صبر و تحمل تا زمان کاهش ولع)
- تلاش نمایید زمینه ای برای به وجود آمدن و حفظ یک شبکه حمایتی اجتماعی غیر معتاد از افراد خانواده، دوستان و همکاران (به عنوان مدل هایی برای زندگی بدون مواد) برای بیمار فراهم شود.
- به بیماران کمک کنید تا راه هایی برای مقابله با وضعیت های هیجانی منفی (از جمله تنهایی، خلاء درونی، بی حوصلگی، کسالت، احساس طرد شدگی، خشم و غمگینی) بیابند. (مثلاً مراجعه به افراد خانواده یا دوستان و یا مراجعه قبل از وقت مشخص شده به پزشک در این گونه موارد)

نالتروکسون

- دارویی است که باعث مهار اثر مخدر می گردد. بدین ترتیب شخص معتاد در صورتی که قبل از مصرف مواد افیونی، این دارو را دریافت کرده باشد با مصرف مواد مخدر دچار حالت نشنگی نخواهد شد. چنانچه بیمار به طور کامل سم زدایی نشده باشد و یا پس از سم زدایی مجدداً مصرف کرده باشد، استفاده از نالتروکسون موجب بروز علائم ترک شدیدی همچون بی قراری، تحریک پذیری، گرفتگی عضلانی و درد استخوان، آبریزش از چشم و بینی، خمیازه، سسکه، عطسه و مشکلات دستگاه گوارش به صورت اسهال و استفراغ خواهد شد.
- باید برای بیمار مشوک توضیح داد که ممکن است مصرف کمی از ماده افیونی توام با مصرف نالتروکسون حالت خاصی ایجاد نکند، اما چنانچه مصرف مخدر بیش تر شود منجر به کوما و یا مرگ خواهد شد.
- به بیمار توضیح بدهید که حتی مقادیر کمی از مواد مخدر که در داروهای ضد اسهال (دیفنوکسیلات،) یا ضد سرفه موجود می باشد نیز در مصرف توام با نالتروکسون، عوارض یاد شده را ایجاد خواهد کرد.
- 1- شروع مصرف پس از سم زدایی کامل (حداقل 7 روز پس از آخرین وعده مصرف مواد شبه افیونی کوتاه مدت نظیر هروئین یا مرفین و یا لااقل 14 روز از آخرین وعده مصرف مواد شبه افیونی طولانی مدت نظیر متادون و تریاک یا منفی شدن آزمایش ادرار از نظر متابولیت های مواد شبه افیونی)
 - برای اطمینان از سم زدایی از آزمون چالش نالوکسان NCT استفاده می شود. برای این کار در ابتدا 0/8 میلی گرم نالوکسان به صورت زیر جلدی تزریق می شود. سپس بیمار به مدت 20 دقیقه از لحاظ نشانه ها و علائم ترک تحت نظر گرفته می شود. در صورت بروز هر یک از نشانه ها یا علائم نباید نالتروکسون تجویز شود و مصرف آن را باید به مدت 24 ساعت و مشروط به منفی شدن این تست به تعویق انداخت.
 - 2- در صورت منفی شدن نتیجه NCT: تجویز 5 تا 10 یا 12/5 یا 25 میلی گرم نالتروکسون به روش زیر:
- برای آماده کردن نالتروکسون، یک کیسول 25 میلی گرمی در 250 سی سی آب حل می شود. بنابراین هر 5 سی سی یعنی یک قاشق غذاخوری حاوی نیم میلی گرم نالتروکسان خواهد بود. در صورت عدم بروز علائم ترک با تحت نظر گرفتن بیمار محتوای لیوان به تدریج با فواصل نیم ساعته در چهار نوبت برای مصرف خوراکی به بیمار عرضه می شود. به این ترتیب که برای شروع دو قاشق غذاخوری یعنی یک میلی گرم نالتروکسون به بیمار داده شده و مدت نیم ساعت بیمار برای مشاهده علائم ترک تحت نظر گرفته می شود. در مرحله بعد، 4 میلی گرم یعنی 8 قاشق غذاخوری به وی عرضه می شود. سپس مابقی محتوای لیوان در دو نوبت (هر یک 10 میلی گرم) با فاصله نیم ساعت به بیمار عرضه می گردد.
- 3- افزایش دوز به 50 میلی گرم در طی 4 روز، ضمن پایش علائم ترک
 - 4- مصرف نالتروکسون برای مدت 6 ماه با دوز 50 میلی گرم روزانه یا 100 میلی گرم یک روز در میان یا 150 میلی گرم هر سه روز

۵- برای دستیابی به حداکثر موفقیت توصیه می شود که هر نوبت دارو تحت نظارت مستقیم یک مرکز طبی یا یکی از اعضای خانواده بیمار صورت گرفته و ادرار بیمار نیز گاهی به طور تصادفی از نظر وجود متابولیت های مواد شبه افیونی آزمایش شود.

درمان نگه دارنده با متادون

معیارهای ورود به درمان

- وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای DSM-IV
- وجود یکی از حالات: مصرف تزریقی، مصرف هروئین، مصرف کراک/ کریستال (فرم خالص هروئین). مصرف تریاک/ شیره. در صورت وجود سابقه حداقل سه بار عود پس از درمان یا حداقل 10 سال سابقه مصرف مواد، بیماران زن، بیماران دارای سابقه زندان، بیماران HIV مثبت.
- سن بالای 18 سال
- امضای فرم تعهد نامه درمان

دوره القا و پایدار سازی

- تجویز 15 تا 30 میلی گرم متادون برای بیماران وابسته به هروئین و 20 میلی گرم برای بیماران وابسته به تریاک (تجویز بیش از 40 میلی گرم متادون در روز اول توصیه نمی شود)
- ثابت نگه داشتن دوز مصرفی در 3 روز اول
- افزایش دوز به میزان 5 تا 10 میلی گرم یک روز در میان تا محدوده 60 تا 80 میلی گرم
- پس از رسیدن به این دوز، بر حسب افزایش دوز به میزان حداکثر 5 تا 10 میلی گرم در هفته. ممکن است برخی بیماران با 50 میلی گرم در روز پایدار شوند و برخی به ندرت تا 120 میلی گرم در روز نیاز داشته باشند.

دوره نگه دارنده

- در این مرحله بیمار باید از نظر تجربه علائم ترک در شرایط مطلوب بوده و وسوسه مصرف در حداقل میزان ممکن باشد.
- در زمان درمان نگه دارنده، بردن متادون به منزل در دو ماه اول ممنوع است، در ماه سوم و در صورت همکاری بیمار و منفی بودن تست ادراری، برای مصرف در منزل در روزهای آخر هفته می توان متادون را به بیمار تحویل داد. در ماه چهارم، دوز منزل یک روز در میان است. در ماه پنجم، بیمار باید هفته ای دو بار به درمانگاه مراجعه کند. از ماه ششم و بعد از آن بیمار هفته ای یک بار به مرکز بهداشتی مراجعه و متادون آن روز را در حضور مسئول مرکز مصرف می کند و دوز 6 روز آینده را همراه می برد.

قطع درمان نگه دارنده

درمان نگه دارنده با متادون ممکن است تا آخر عمر ادامه یابد، اما پیشنهاد می شود پس از 2 تا 5 سال قطع گردد. جهت قطع برنامه از روش زیر استفاده کنید:

برای دوز نگه دارنده روزانه بیش از 80 میلی گرم، میزان کاهش مناسب 10 میلی گرم در هفته می باشد.

برای دوز نگه دارنده روزانه بین 40 تا 80 میلی گرم میزان کاهش مناسب 5 میلی گرم در هفته می باشد.

برای دوز نگه دارنده روزانه کم تر از 40 میلی گرم میزان کاهش مناسب 2/5 میلی گرم در هفته می باشد.

درمان نگه دارنده با بوپرنورفین

اندیکاسیون های درمان

- بیمارانی که معیارهای معمول درمان نگه دارنده با متادون را ندارند.
- بیمارانی که امکان حضور هر روزه در درمانگاه را ندارند و به همین دلیل برای درمان نگه دارنده با متادون مناسب نیستند.
- بیمارانی که از درمان نگه دارنده با متادون نتیجه مطلوب نگرفته اند.
- بیمارانی که عوارض جانبی شدید یا غیر قابل کنترل با متادون دارند.
- بیمارانی که سابقاً شکست های متعدد درمانی دارند. (آن دسته از بیماران وابسته به مواد مخدر که آسیب های کم تری دارند)
- مصرف کنندگان تزریقی (به خصوص مصرف تزریقی بوپرنورفین)

قطع درمان نگه دارنده

قطع درمان باید تدریجی باشد. جهت قطع برنامه از روش زیر استفاده کنید:

- برای دوز نگه دارنده روزانه بیش از 16 میلی گرم میزان کاهش مناسب 4 میلی گرم هر یک تا دو هفته می باشد.
- برای دوز نگه دارنده روزانه بین 8 تا 16 میلی گرم میزان کاهش مناسب 2 تا 4 میلی گرم هر یک تا دو هفته می باشد.
- برای دوز نگه دارنده روزانه بین 2 تا 8 میلی گرم میزان کاهش مناسب 2 میلی گرم هر یک تا دو هفته می باشد.
- برای دوز نگه دارنده روزانه کم تر از 2 میلی گرم میزان کاهش مناسب 0/4 تا 0/8 میلی گرم هر یک تا دو هفته می باشد.

دوره القاء

- شروع بوپرنورفین با تجویز 2 تا 4 میلی گرم در زمان 6 تا 12 ساعت پس از آخرین دوز مصرف مواد افیونی کوتاه اثر یا 24 ساعت پس از مصرف اپیونیدهای طولانی اثر (در مورد متادون بهتر است ابتدا دوز تا 30 میلی گرم کاهش یابد و حداقل یک هفته در این دوز بماند. در صورت وجود علائم ترک، بعد از 4 ساعت می توان 2 تا 4 میلی گرم دیگر تجویز نمود)
- در روز دوم، در صورت عدم وجود علائم ترک، حداکثر دوز روز قبل تکرار شود و در غیر این صورت دوز مصرفی 2 تا 4 میلی گرم افزایش می یابد. در روزهای بعد نیز در صورت وجود علائم ترک می توان روزانه میزان دوز تجویزی را 2 تا 4 میلی گرم در روز افزایش داد. دوز مناسب در هفته اول حداکثر تا 16 میلی گرم است.

دوره تثبیت

- اغلب بیماران در دوز 12 تا 16 میلی گرم تثبیت می شوند اما ممکن است نیاز به افزایش دوز باشد. حداکثر دوز در این دوره 32 میلی گرم است.

دوره نگه دارنده

- حداکثر دوز 32 میلی گرم است تجویز دوز منزل نسبت به درمان نگه دارنده با متادون انعطاف بیش تری دارد و می توان حتی ماهی یک بار در فاز نگه دارنده به بیمار دوز منزل داد.

درمان بیش مصرف مواد شبه افیونی

بیش مصرف مواد شبه افیونی یک فوریت پزشکی است. بیمار ممکن است در حالت نیمه اغما، اغما یا شوک باشد. اقدامات زیر را باید به ترتیب انجام دهید:

- باز کردن راه هوایی و کنترل علائم حیاتی
- تجویز وریدی نالوکسان: 0/4 میلی گرم نالوکسان را به صورت وریدی تزریق نمایید. در صورت عدم بهبود بیمار، هر 5 تا 10 دقیقه یک بار، تزریق را تکرار کنید. می توانید این کار را 4 تا 5 بار تکرار نمایید. اغلب بیماران به درمان پاسخ می دهند و هوشیار می شوند. اما چون نیمه عمر نالوکسان کوتاه است، بیمار بعد از 4 تا 5 ساعت به حالت نیمه اغما بر می گردد لذا تحت نظر گرفتن دقیق بیمار ضروری است. بدیهی است سایر علل اغما نیز همیشه باید مد نظر باشد، به ویژه اگر بیمار به درمان با نالوکسان پاسخ ندهد. نالوکسان را باید با احتیاط به کار برد چون ممکن است واکنش محرومیت شدیدی به وجود آورد. به همین دلیل تزریق آن باید به آهستگی انجام گیرد.

داروهای کمکی حین سم زدایی با کلونیدین

- 1- داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای: در صورت تجویز این داروها می بایست نکات زیر را مورد توجه قرار داد:
 - با توجه به احتمال همراه بودن وابستگی به مواد یا سایر اختلالات روانی به ویژه افسردگی، امکان استفاده از این داروها به منظور خودکشی را باید مد نظر قرار داد.
 - این داروها در بیمارانی که سابقه اختلال خلقی دو قطبی دارند می تواند باعث بروز حمله مانیا شود.
 - تداخل دارویی با سایر داروها مانند تیوریدازین، پرفنازین، پروپرانولول و سایر داروهای ضد افسردگی را باید مورد توجه قرار داد.
 - داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای دارای خواص بارز آنتی کولینرژیک است و برای اجتناب از بروز دلیریوم آنتی کولینرژیک تجویز آن ها همراه با داروهای دیگر با همین خصوصیت باید با احتیاط انجام شود.
- 2- داروهای ضد درد غیر مخدر: این داروها شامل آسپرین، دیکلوفناک، مفنامیک اسید و ایبپروفن می باشد که داروی اخیر متداول ترین آن ها است. حداکثر دوز ایبپروفن تا روزی 2/4 گرم در روز، دیکلوفناک 150 میلی گرم در روز، آسپرین 4 گرم در روز و مفنامیک اسید 1/5 گرم در روز است.
- 3- بنزودیازپین ها: کلونازپام و لورازپام با دوز معمول حداکثر تا 6 میلی گرم در روز، فلورازپام برای بهبود تداوم خواب و آلپرازولام برای کاهش اضطراب و بهبود به خواب رفتن استفاده شده است. داروهای با نیمه عمر کوتاه تر مانند آلپرازولام و لورازپام بیش تر ایجاد وابستگی می کند و باید با احتیاط بیش تری تجویز شود.
- 4- داروهای آنتی هیستامینی: برای کاهش علائم بی قراری و بی خوابی می توان از داروهای آنتی هیستامینی استفاده کرد.
- 5- داروهای آنتی سایکوتیک: در صورت وجود بی قراری یا بی خوابی شدید طی دوره باز گیری و عدم تاثیر آنتی هیستامین ها، می توانید از فنوتیازین های گروه آلیفاتیک مثل کلروپرومازین به مقدار 50 تا 100 میلی گرم هر 6 ساعت به صورت خوراکی استفاده کنید. با توجه به تاثیر کلروپرومازین در کاهش فشار خون، در مورد کنترل فشار خون دقت بیش تری بنمایید. پس از رفع نیاز به مصرف این دارو، آن را تدریجاً و در مدت چند روز قطع نمایید. توجه نمایید که مصرف هم زمان نالتروکسان و فنوتیازین های گروه بیپیریدین (مانند تیوریدازین) می تواند سبب خواب آلودگی و لتارژی شدید در بیمار شود. لذا از تجویز هم زمان این دو دارو خودداری نمایید.
- 6- داروهای ضد تهوع و ضد اسپاسم: در صورت بروز استفراغ های شدید و مکرر در طی دوره بازگیری، از کلروپرومازین به مقدار 25 تا 100 میلی گرم هر 4 تا 6 ساعت (به صورت خوراکی و در صورت نیاز، تزریقی) یا متوکلوپرامید به مقدار 10 تا 15 میلی گرم خوراکی 4 بار در روز و 30 دقیقه قبل از غذا، یا هیوسین به میزان 20 میلی گرم خوراکی 4 بار در روز (5/22 – 7/5 میلی گرم به

صورت رکتال معادل 1 تا 3 شیاف در روز و یا 20 میلی گرم به صورت عضلانی و وریدی) استفاده نمایید. چنانچه بیمار در طی دوره بازگیری دچار کولیک های روده ای و اسهال شد، هیوسین (هیوسین به مقدار ذکر شده) تجویز نمایید.

نکته: حین سم زدایی به بروز دلیریوم و تشخیص افتراقی آن توجه کنید. تشخیص افتراقی دلیریوم شامل موارد زیر است:

- تجویز هم زمان بسیاری از داروهای کمکی که خاصیت آنتی کولینرژیک دارند.
- سوء مصرف هم زمان باربیتورات ها و بنزودیازپین ها و ترک آن ها
- دلیریوم ناشی از ترک الکل

درمان دلیریوم

هالوپریدول: 0/5 تا 1 میلی گرم خوراکی در صورت تجویز عضلانی نصف تا دو سوم دوز خوراکی

بنزودیازپین ها: استفاده از لورازپام خوراکی با دوز پایین

در صورت شک به دلیریوم ترک الکل (دلیریوم ترمنس)، بستری نمودن بیمار ضروری است. داروی انتخابی برای درمان کلردیازپوکساید با دوز 80 تا 120 میلی گرم در روز در 4 نوبت به مدت حداقل 4 روز است.

برای آگاهی بیش تر به پروتکل درمان سوء مصرف مواد، پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست در کتاب راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان و کارشناسان رجوع کنید.

افزایش آگاهی از فواید فعالیت بدنی

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

فعالیت بدنی منظم سبب می گردد که فرد کم تر دچار بیماری های مزمن مثل بیماری قلبی، هیپرتانسیون، دیابت نوع 2، استئوپروز و..... شود. عوامل خطر بیماری های مزمن که در سنین پایین پیشرفت می کنند در افراد فعال احتمال ایجاد این عوامل خطر کم است و این افراد در سنین بزرگسالی سالم باقی می مانند. جوانان با انجام فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت 60 دقیقه یا بیش تر در روز، بیش تر سالم می مانند. این فعالیت ها باید شامل فعالیت های آنروبیک 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 (آنروبیک - قدرتی - عضلانی و قدرتی - استخوانی) است.

- فعالیت هایی که به افزایش قدرت و استحکام استخوان ها منجر می شود برای کودکان و نوجوانان بسیار مهم است زیرا عمده توده استخوانی در طول سال های قبل و حین بلوغ به وجود می آید و قسمت اعظم توده استخوانی در انتهای بلوغ به دست می آید.
- نکته ای باید توجه کرد این است که وقتی کودکان به نوجوانی می رسند فعالیت بدنی آن ها کم می شود لذا باید به آن ها کمک کرد تا پایه ای قوی برای ارتقاء فعالیت بدنی برای دراز مدت بنیان گذاشته شود. کودکان و نوجوانان روزانه باید 60 دقیقه ورزش کنند و بیش تر این مدت را باید به ورزش های آنروبیک بپردازند. یک قسمت از این 60 دقیقه فعالیت روزانه کودکان و نوجوانان باید ورزش های قدرتی برای تقویت عضلات باشد و سه بار در هفته باید انجام شود. فعالیت های بدنی که به تقویت استخوان ها می انجامد نیز باید بخشی از فعالیت 60 دقیقه ای روزانه باشد و سه بار در هفته باید انجام شود. فعالیت بدنی با شدت زیاد 3 روز در هفته باید انجام شود. نوجوانان و کودکان باید تشویق به شرکت در ورزش هایی شوند که مناسب سن آن ها، متنوع و برایشان لذت بخش است.

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 به مدرسه 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.

به والدین توصیه شود محیط مناسب را برای فعالیت کودک فراهم کنند. با آن ها در این فعالیت های بدنی شرکت نمایند. وسایل ساده ورزشی مانند توپ، فریزی، حلقه در اتومبیل همراه داشته باشند.

نکات کلیدی راهنمای فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان

- کودکان و نوجوانان باید در روز یک ساعت (60 دقیقه) یا بیش تر فعالیت بدنی داشته باشند.
- آئروبیک: بیش تر این 60 دقیقه باید شامل فعالیت های بدنی متوسط تا شدید آئروبیک باشد و باید شامل ورزش های با شدت زیاد، حداقل به مدت 3 روز در هفته باشد.
- فعالیت های بدنی قدرتی - عضلانی: یک بخش از 60 دقیقه فعالیت بدنی را این گروه از فعالیت های بدنی تشکیل می دهد و حد اقل 3 روز در هفته باید انجام شود.
- فعالیت های بدنی قدرتی - استخوانی: این نوع از فعالیت نیز بخشی از 60 دقیقه فعالیت روزانه را تشکیل می دهد و حداقل باید 3 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 آئروبیک: 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 آئروبیک 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.

نکته مهمی که باید مربیان ورزشی و پزشکان در مورد توصیه فعالیت بدنی به افراد نرمال بدانند و در صورت لزوم گوشزد کنند اتفاقی است که ممکن است در کودکان و نوجوانان به دنبال ضربه به بخش قدامی قفسه سینه به وجود آید و آن هم کلاپس ناگهانی و مرگ است (مثل base ball و یا ضربه زانو به سینه در فوتبال یا کاراته). علت این که این اتفاق در نوجوانان و جوانان رخ می دهد این است که قفسه صدري آن ها در حال رشد است و به راحتی انرژی را به عضله قلب منتقل می کند.

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.

۷ 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 متابلیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیت فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف 3/5 سی سی اکسیژن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است.

۷ فعالیت با شدت کم به فعالیت جسمی با شدت کم تر از 3 METs از قبیل نشست، تماشای تلویزیون و کار با رایانه اطلاق می شود.

۷ فعالیت جسمی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل 3-6 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.

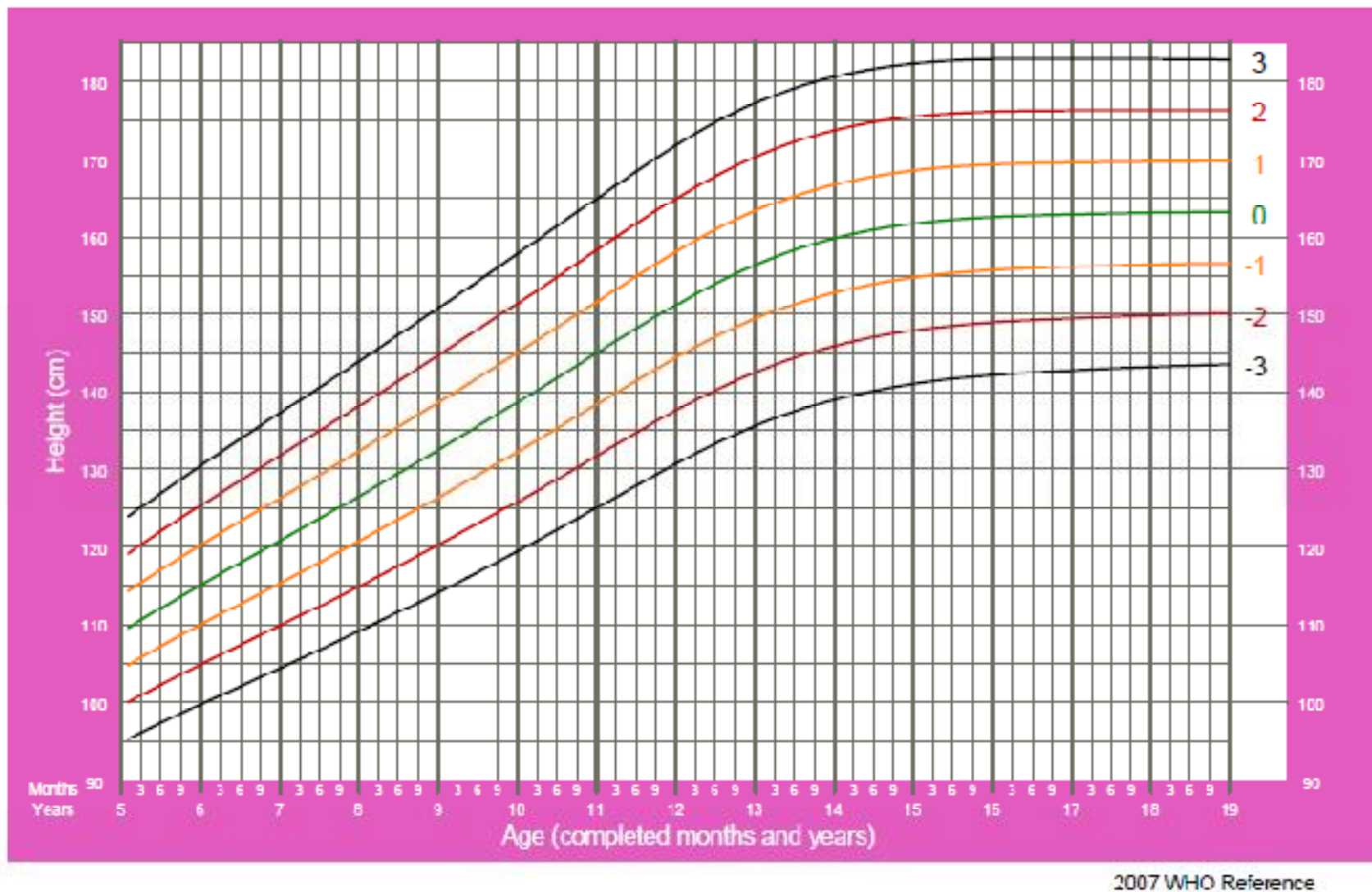
۷ فعالیت شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از 6 METs دارد.

- 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.

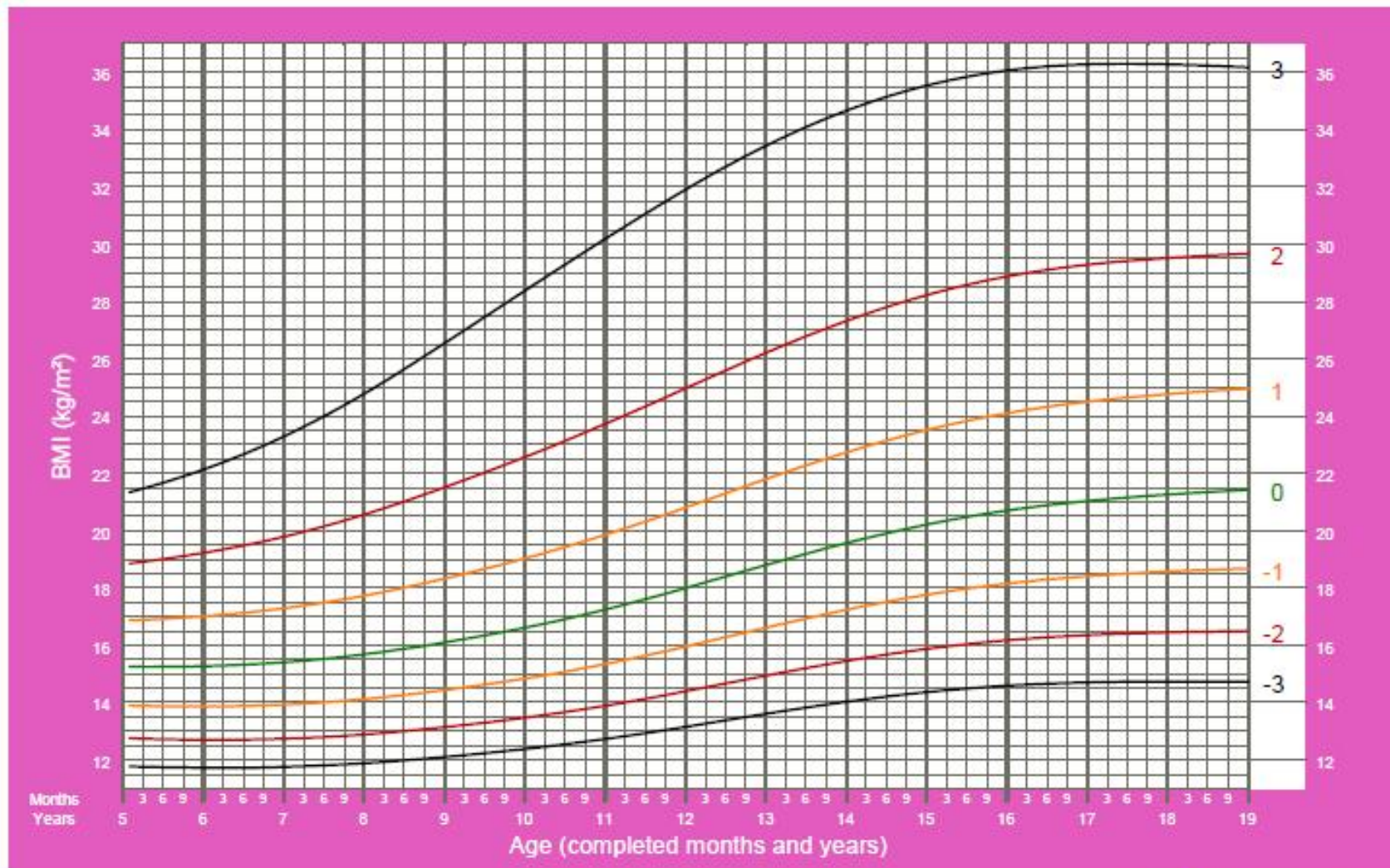
- تناسب فیزیکی عبارت است از توانایی انجام دادن فعالیت های روزانه با نیرومندی و انرژی کافی و بدون احساس خستگی، توام با انرژی فراوان و اوقات فراغت لذت بخش.

ضمائم

قد به سن - دختران (5 - 19 سال)

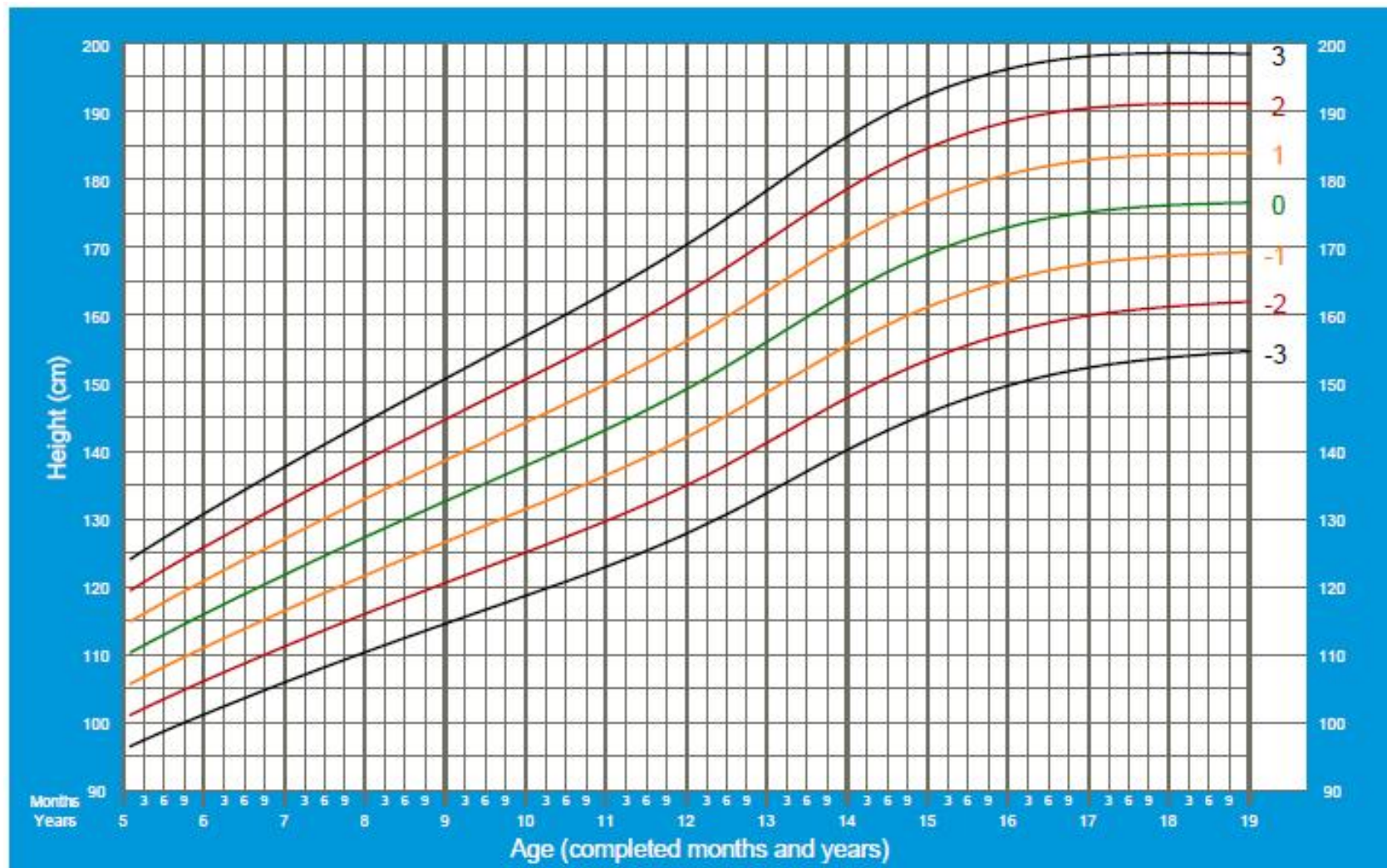


نمایه توده بدنی - دختران (5-19 سال)



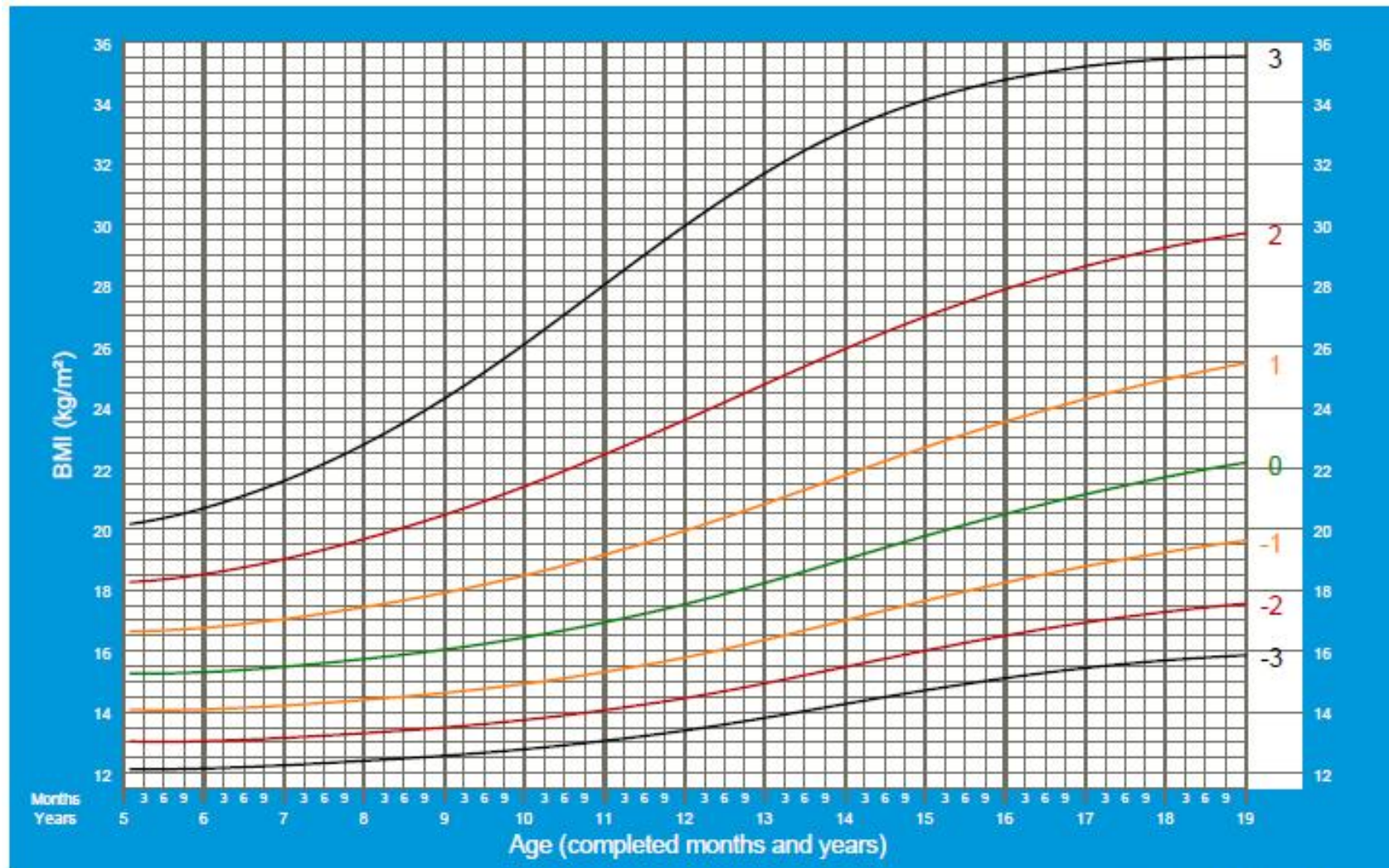
2007 WHO Reference

قد به سن-پسران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - پسران (5-19 سال)



2007 WHO Reference

جدول طبقه بندی فشار خون در دختران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
6	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	104 تا 107	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	68 تا 71
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	108 تا 119	فشار خون بالا (صدک 95)	72 تا 84
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	120 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	85 و بیشتر
7	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	106 تا 109	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	69 تا 72
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	110 تا 121	فشار خون بالا (صدک 95)	73 تا 85
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	122 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	86 و بیشتر
8	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	108 تا 111	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	71 تا 74
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	112 تا 123	فشار خون بالا (صدک 95)	75 تا 86
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	124 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	87 و بیشتر
9	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	110 تا 113	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	72 تا 75
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	114 تا 125	فشار خون بالا (صدک 95)	76 تا 87
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	126 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	88 و بیشتر
10	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	112 تا 115	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	73 تا 76
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	116 تا 127	فشار خون بالا (صدک 95)	77 تا 88
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	128 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	89 و بیشتر
11	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	114 تا 117	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	74 تا 77
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	118 تا 129	فشار خون بالا (صدک 95)	78 تا 89
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	130 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	90 و بیشتر
12	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	116 تا 118	پیش فشار خون بالا (صدک 90)	75 تا 78
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	119 تا 131	فشار خون بالا (صدک 95)	79 تا 90
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	132 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99)	91 و بیشتر

ادامه - جدول طبقه بندی فشار خون در دختران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
13	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	117 تا 120	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	76 تا 79
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	121 تا 132	فشار خون بالا(صدک 95)	80 تا 91
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	133 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	92 و بیشتر
14	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	119 تا 122	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	77 تا 80
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	123 تا 134	فشار خون بالا(صدک 95)	81 تا 92
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	135 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	93 و بیشتر
15	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	120 تا 123	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	124 تا 135	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 93
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	136 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	94 و بیشتر
16	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	121 تا 124	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	125 تا 136	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 94
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	137 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	95 و بیشتر
17	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	122 تا 124	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	125 تا 137	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 94
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	138 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	95 و بیشتر

جدول طبقه بندی فشار خون در **پسران** 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
6	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	105 تا 108	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	68 تا 71
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	109 تا 120	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	72 تا 84
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	121 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	85 و بیشتر
7	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	106 تا 109	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	70 تا 73
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	110 تا 121	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	74 تا 86
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	122 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	87 و بیشتر
8	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	107 تا 110	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	71 تا 74
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	111 تا 123	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	75 تا 87
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	124 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	88 و بیشتر
9	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	109 تا 112	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	72 تا 75
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	113 تا 124	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	76 تا 88
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	125 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	89 و بیشتر
10	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	111 تا 114	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	73 تا 76
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	115 تا 126	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	77 تا 89
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	127 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	90 و بیشتر
11	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	113 تا 116	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	74 تا 77
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	117 تا 128	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	78 تا 90
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	129 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	91 و بیشتر
12	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	115 تا 118	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	74 تا 77
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	119 تا 130	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	78 تا 90
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	131 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	91 و بیشتر

ادامه - جدول طبقه بندی فشار خون در پسران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
۱۳	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	117 تا 120	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	75 تا 78
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	121 تا 132	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	79 تا 91
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	133 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	92 و بیشتر
۱۴	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	120 تا 123	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	75 تا 79
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	124 تا 135	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	80 تا 91
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	136 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	92 و بیشتر
۱۵	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	122 تا 125	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	76 تا 80
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	126 تا 138	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	81 تا 92
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	139 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	93 و بیشتر
۱۶	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	125 تا 128	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	129 تا 140	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	82 تا 94
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	141 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	95 و بیشتر
۱۷	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	127 تا 130	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	80 تا 83
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	131 تا 143	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	84 تا 96
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	144 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	97 و بیشتر

مرجع:US-CDC. The fourth report on the diagnosis,evaluation,and treatment of high blood pressure in children and adolescents.