

**راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت
برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 25 سال**

**(ویژه سطح دوم ارائه خدمات)
پزشک**

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 25 سال

تالیف و تدوین:

دکتر محمد اسماعیل مطلق

دکتر مجذوبه طاهری

دکتر گلایل اردلان

دکتر حسن ضیاءالدینی

زیر نظر: دکتر علیرضا مصداقی نیا

تقدیم به:

نوجوانان و جوانان عزیز کشور جمهوری اسلامی ایران

و

اساتید و همکارانی که ما را در این راه رهنمون بودند

صفحه

عنوان

7	تهیه کنندگان مجموعه
10	پیشگفتار
11	مقدمه
14	آشنایی با مجموعه
	بخش یک - مراقبت و غربالگری
16	مراقبت رده سنی 6 تا 10 سال
47	مراقبت رده سنی 11 تا 18 سال
80	مراقبت رده سنی 19 تا 25 سال
	بخش دو - راهنماها و توصیه ها
112	راهنمای ارزیابی و درمان فشار خون
117	راهنمای معاینه جهت تشخیص افتلال سافتاری
117	راهنمای درمان هیپاتیت
118	توصیه های آهن یاری
119	راهنمای سل ریوی

128	راهنمای افتلالات ارثی و ناهنجاری های مادرزادی
135	راهنمای استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک سیگار
136	راهنمای درمان سم زدایی
139	راهنمای پیشگیری از عود
143	راهنمای درمان نکه دارنده، درمان بیش مصرف
145	راهنمای داروهای کمکی مین سم زدایی با کلونیدین
147	راهنمای بررسی از نظر بیماری قلبی
152	راهنما و توصیه های فعالیت بدنی
155	راهنمای روند بلوغ طبیعی
156	راهنمای بررسی و درمان بیماری های آمیزشی
161	راهنمای افتلالات روانپزشکی
167	توصیه های افتلالات روانپزشکی
173	سوفتگی
176	سایر آسیب های محیطی
	ضمائم
185	تعاریف
188	لیست مراکز مشاوره ژنتیک استان تهران
193	جداول مقادیر فشارفون بر حسب جنس، سن و صدک قد
200	نمودار استاندارد قد به سن و نمایه توده بدنی (BMI) پسران
202	نمودار استاندارد قد به سن و نمایه توده بدنی (BMI) دختران

تهیه کنندگان مجموعه

مسئول طراحی و اجرای برنامه:

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تالیف و تدوین: دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر مجذوبه طاهری، دکتر گلایل اردلان، دکتر مسن ضیاءالدینی

با همکاری: دکتر محمد مهدی ریاضی، صدیقه وزیری، شهرزاد والا فر، طاهره امینایی، مرضیه دشتی، دکتر صفیه شهریاری افشار، دکتر مینوسادات

محمود عربی، نسرین کیانپور

زیر نظر: دکتر علیرضا مصداقی نیا

مشاورین علمی برنامه:

ادارات فنی وزارت بهداشت

همکار ممتزج اداره آسم و آلرژی: دکتر مهدی نجمی

- همکاران ممتزج اداره بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی، دکتر فروزان صالحی مازندرانی
- همکار ممتزج اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن: جناب آقای دکتر مسین محصومی اصل
- همکار ممتزج اداره بیماری های منتقله از آب و مواد غذایی: دکتر سید ممسن زهرایی
- همکاران ممتزج اداره پیشگیری از حوادث و فوریت ها: دکتر غلامرضا محصومی، دکتر مشیانه مدادی، دکتر ریمانه ابوالقاسمی
- همکاران ممتزج اداره ژنتیک: دکتر اشرف سماوات، طاهره زیادلو
- همکار ممتزج اداره سلامت دهان و دندان: دکتر مسین مصاری، دکتر نادره موسوی فاطمی

- همکاران ممتز اداره سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد: دکتر محمد باقر صابری زفرقندی، دکتر محمد علی ادیب فر، افسری، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر میترا مفاظی
 - همکاران ممتز اداره غدد و متابولیک: دکتر شهین یار امدی
 - همکار ممتز اداره قلب و عروق: دکتر طاهره سماوات
 - همکاران ممتز اداره مبارزه با سل و میزما: دکتر مهشید ناصمی، مریم فراهانی
 - همکار ممتز اداره هیپاتیت: دکتر مسن نوری
 - همکار ممتز اداره سیگار: دکتر مرجان قطبی، فدیمه فریدون ممصلی
 - همکاران ممتز مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت: دکتر شریعتی، دکتر ناهید جعفری، مهندس محمد جواد کییر، فرشته فقیهی، فرج بابایی
 - همکاران ممتز دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس: دکتر فلیل پسته ای، دکتر سهیلا فوش بین
 - همکاران ممتز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران: دکتر محمد امیر امیرفانی، دکتر جلیل دوروزی
 - همکاران ممتز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی: دکتر شهرام یزدانی، دکتر شریف ترکمن نژاد
 - همکار ممتز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز: وهاب اصل رمیمی
 - ریاست ممتز مرکز مدیریت بیماری ها: دکتر محمد مهدی گویا ،
 - اداره پیشگیری از ایدز: دکتر مجتبی صداقت، دکتر کیانوش کمالی
- اعضاء هیئت علمی اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس (به ترتیب الفبا):

v دکتر محمود رضا اشرفی: فوق تخصص اعصاب اطفال، معاون آموزشی مرکز طبی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

v دکتر شهره بهاصدری: متخصص زنان و زایمان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

- ۷ دکتر فرزانه ترکان: متخصص طب فیزیکی و توان بخشی مدیر مرکز طب فیزیکی بیمارستان میلاد
- ۷ دکتر مهران میدری سراج: متخصص پوست، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهد
- ۷ دکتر غلامرضا فاتمی: فوق تخصص گوارش کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۷ دکتر الهام طلاپیان: فوق تخصص گوارش کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ۷ دکتر رویا کلیشادی: متخصص کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ۷ دکتر مامدرضا محمدی: فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، رئیس مرکز تحقیقات روانپزشکی
- ۷ دکتر سید ضیاءالدین مظهري: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و واعد علوم و تحقیقات
- ۷ دکتر محمود معتمدی: متخصص ارتوپدی، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۷ دکتر ستاره ممیشتی: فوق تخصص عفونی کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- با تشکر از همکاران صندوق جمعیت سازمان ملل متحد:**

- دکتر علیرضا وثیق
- فهیمه سوهانی

پیشگفتار

امروزه سرمایه گذاری بر روی سلامت نوجوانان و جوانان در محیط های آموزشی به عنوان یکی از مهم ترین مداخلات نظام های سلامت مطرح بوده به طوری که توسط سازمان جهانی بهداشت نیز این مهم در قالب یک برنامه فراگیر به نام "مدارس مروج سلامت" در حوزه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان توصیه شده است. بررسی شاخص های ارتقای سلامت در مدارس ابزار بسیار مناسبی برای سنجش اثربخشی مداخلات سلامت در حوزه سلامت نوجوانان و جوانان در کشور محسوب شده و می توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در این گروه سنی، ابزارهای پیشگیری از آن ها را طراحی و با سرمایه گذاری لازم موجبات کاهش بار بیماری ها را فراهم نمود. ابتدا در سال 2001 سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین المللی ذینفع، برنامه مراقبت مدرسه محور را آغاز نمود. هدف عمده این نظام مراقبت، روزآمد نمودن اطلاعات سلامت در دانش آموزان مدرسه ، والدین و پرسنل مدارس بود. یکی از مهم رین ابعادی که مورد بحث قرار می گیرد، آموزش سلامت در مدارس می باشد، چرا که یکی از شاخص های مهم مداخلات سلامت در محیط های آموزشی بوده و از آنجایی که مدارس تاثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل کودکان دارند و بسیاری از رفتارهای خطر آفرین نیز در سنین مدرسه شکل می گیرد بسیاری از متخصصین علوم رفتاری توصیه می نمایند بر اساس دیدگاه "تربیت از سنین کودکی" (Early child development) آموزش را باید از سنین پیش از مدرسه و مدرسه آغاز کرد. این مقوله در راستای کاهش بار بیماری ها در سنین میانسالی و سالمندی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

در تمامی کشورهای دنیا بیماری های مزمن غیرواکیر به ویژه بیماری های قلبی عروقی رتبه اول در مرگ و میر در تمامی سنین را به خود اختصاص داده اند این بیماری ها عوامل خطر شناخته شده قابل تغییری دارند که پیشگیری از آن ها نیاز به فرهنگ خاص و آموزش هایی در رابطه با شیوه سالم زندگی را می طلبد که باید از سنین کودکی و نوجوانی در نظر گرفته شوند بنابراین تغییر در عوامل خطر آن از جمله مصرف دخانیات، رفتارهای تغذیه ای نامطلوب و بی تحرکی از مهم ترین اقدامات در پیشگیری اولیه در این رده سنی می باشد که در بسته خدمات سلامت نوجوانان و جوانان به آن پرداخته شده است و خدمات در دو سطح پزشکی و غیر پزشکی همراه با راهنمایی های آموزشی تدوین شده است. در این راستا و با تشکر از تمام اساتیدی که ما را در این مسیر یاری نمودند بسته خدمات سلامت نوجوانان جوانان و مدارس برای حضور در عرصه انجام مراقبت های تعریف شده تقدیم می گردد. به امید ارتقا سلامت در تمام گروه های سنی به ویژه نوجوانان و جوانان که آینده سازان میهن عزیزمان ایران می باشند.

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشتی

مقدمه

امروزه رویکرد ارتقای سلامت و عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت رویکرد غالب در امر سلامت است که در این رویکرد، مشارکت مموریت اصلی آن را تشکیل می دهد. عوامل تأثیر گذار بر سلامت بسیار متعدد و متنوع هستند. ناآگاهی، فقر، ناهمگونی و بی عدالتی از عوامل بسیار مهم و تأثیر گذار بر سلامت هستند. به عبارت دیگر عدالت اجتماعی پیش نیازی مهم برای ارتقای سلامت است و برای دستیابی به عدالت منجمله عدالت در سلامت، مشارکت آماد جامعه راه کار اساسی به شمار می آید. رویکرد عوامل اجتماعی جایگزینی است برای رویکرد های درمان گرا و پزشک ممور.

در رویکرد عوامل اجتماعی تأکید بر توانمندسازی جوامع برای تأثیرگذاری بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است. فراهم آوردن فرصت ها و زمینه مشارکت در فرایندهای برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی فدمات سلامت که برای خود آن ها طراحی شده است. مشارکت مردم از مهم ترین راه کارهای توانمندسازی است تا عوامل تأثیر گذار بر سلامت خود را شناسایی نموده و برای آن ها برنامه های مداخله ای طراحی نموده و برای اجرای آن کوشش نمایند.

از طرف دیگر در تعاریفی که از «کیفیت زندگی» ارائه می شود، پیچونگی اساس عمومی و رضایت از وضع زندگی و محیط اطراف، از علل مهم کیفیت زندگی به شمار می آیند. مشارکت در امور اجتماعی به دلیل اساس کنترل فرد بر امور فردی و اجتماعی خود، عامل مهمی است که در اساس رضایتمندی و نهایتاً افزایش کیفیت زندگی تأثیر به سزایی دارد. مطابق قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت، مشارکت فعال و اظهار نظرهای توأم با آگاهی جامعه، در ارتقای سلامت مردم بسیار مهم است.

با در نظر گرفتن تعریف سلامت در می یابیم که سلامت فقط نقطه مقابل بیماری نیست و در تعاریف و مفاهیم بهداشتی واژه ای وجود دارد به نام "سلامتی بیمارگونه ill health effects" که نشان می دهد فقدان سلامت علاوه بر اینکه تبعاتی مانند مرگ و میر، درد و ناراحتی، ناتوانی و اثرات اقتصادی برای فرد دارد و موجب اختلال در فعالیت های اجتماعی و تعاملات بین فردی نیز می شود. به عبارت دیگر سلامتی و مشارکت اجتماعی اثرات متقابلی بر هم دارند.

موضوع مشارکت مسئله ای است که هم در کنفرانس آما آتا، که از اصول مراقبت های اولیه است و هم در کنفرانس اوتاوا مورد تأکید قرار گرفت .

باید اذعان نمود که یکی از دلایل این که جهان نتوانست به شعار Health for all یا «بهداشت برای همه تا سال 2000» آنگونه که انتظار می رفت دست یابد، همین موضوع است. چرا که این شعار متکی بر سه اصل رفع نابرابری، گسترش همکاری های بین بخشی و سرانجام ارتقای مشارکت همگانی بود.

نظام ارائه خدمات سلامت دارای اجزایی است که مردم یا گیرندگان خدمت مهمترین جزء آن به شمار می آیند. زیرا خدمات برای آنان طراحی شده و آنان هستند که باید این خدمات را دریافت نمایند و به کار بندند. و در مورد کمیت و کیفیت آن اظهار نظر نموده و آن را ارزشیابی نمایند. اما نباید فراموش نمود که دریافت کنندگان خدمات سلامت دارای نیازها، اولویت ها و دغدغه هایی گوناگونی هستند که غفلت از آن ها می تواند موجب بی استفاده ماندن از خدمات شود. ممکن است برای دریافت و دسترسی به خدمات مواعی وجود داشته باشد و یا این که برای استفاده از خدمات، نیاز به آگاهی و مهارت هایی داشته باشند که مشارکت آنان می تواند این گونه مواعی را بر طرف نماید و از به هدر رفتن منابع جلوگیری نموده و به استفاده حداکثری از منابع کمک کند، و دستاوردهای دیگری که همه مستلزم مشارکت مردم است.

اما جلب مشارکت در فلا بوجود نمی آید، نیاز به فرهنگ دارد، نیاز به انگیزه و بستر دارد. ما باید از کودکی آن را بیاموزیم، آن را تمرین کنیم و در باورمان بنشیند و به صورت ملکه و عادت در آید. اگر دست اندرکاران فوآهان کارمندان، مدیران و برنامه ریزانی مشارکت جو هستند باید نظام تربیتی و پرورشی ما، در خانواده و مدرسه نیز محیطی مشارکتی باشد. باید این دور باطل را در جایی قطع نمود. پاره کار در این است که برنامه های مشارکت جویانه در مدارس طراحی و اجرا شوند و دانش آموزان عملاً یاد بگیرند که در امور مربوط به خود سهیم باشند. و چه امری مهمتر از سلامتی شان. باید به دانش آموزان انگیزه داد و فرصت را برایشان فراهم ساخت تا در حل مشکلات و مسایل مؤثر بر سلامت خود مدافله نمایند.

زمینه مشارکت دانش آموزان چه در زمینه سلامت و چه در سایر زمینه ها از سالیان دور در قالب برنامه های مختلف فراهم آمده، اما کافی نبوده است و اینک اساس می شود باید برنامه های مشارکتی به ویژه در موضوعات سلامت پر رنگ تر و گسترده تر و با یاری بیشتر سازمان های مرتبط مورد باز نگری قرار گیرد. و با توجه به گذر اپیدمیولوژیک و تغییر چهره بیماری ها از بیماری های واگیر به بیماری های غیر واگیر که نظام سلامت را از ارائه مراقبت های بهداشتی مؤثر باز داشته، چرا که بیماری های غیر واگیر در حقیقت بیماری های رفتاری هستند و تنها با ارائه مراقبت های سلامت قابل کنترل نیستند و مدافله برای کاهش آن ها نیازمند مشارکت همه افراد و نهادهای اجتماعی می باشد. دانش آموزان می توانند با مشارکت خود و با آموزش همتایان خود (peer education) به ارتقای سلامت دانش آموزان که حدود 25 درصد جمعیت کشور را شامل می شوند، کمک نمایند.

در دیدگاه های ارتقای سلامت که از مدود دو دهه پیش تا کنون در حال گسترش می باشد، طرایی و ارائه برنامه ها و مداخلات سلامت جمعیت تمت پوشش، در چهار ممیط توصیه می گردد. ممیط های ارائه خدمات بهداشتی درمانی، ممیط های آموزشی، ممیط های کار و ممیط های عمومی، چهار ممیط اصلی است که به نوعی دسترسی به تمامی گروه های جامعه را فراهم می کند و در این میان ممیط های آموزشی که غالباً گروه هدف نوجوانان و جوانان را در فود جای داده است مهم ترین ممل اجرای مداخلات ارتقای سلامت می باشد. از طرفی مدارس ممل مناسبی برای سنمیدن اثربفشی برنامه های آموزش سلامت ممسوب می شود. در این راستا می توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در گروه سنی نوجوانان و جوانان، ابزارهایی برای پیشگیری از آن ها یافت و عملا سلامت این گروه را مدیریت نمود. **سلامت کودکان و نوجوانان و جوانان راه دستیابی به توسعه پایدار است.**

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و غیر واگیر، اداره پیشگیری از حوادث مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، مرکز سلامت ممیط و کار، دفتر ارتباطات و آموزش سلامت، اداره بهبود تغذیه جامعه دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و کرمانشاه اقدام به تدوین بسته خدمتی رده سنی 6 تا 25 سال نموده است.

به امید پویایی و سلامت گروه سنی نوجوانان و جوانان در تمامی ابعاد در راستای اعتلای سیاسی، فرهنگی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران .

دکتر محمد اسماعیل مطلق

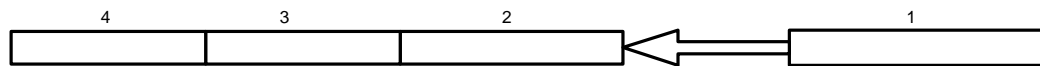
مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل 2 قسمت کلی است:

قسمت یک (بفش مراقبت و غربالگری): مشتمل بر خدماتی است که ابتدا فوریت ها را در بر دارد و سپس براساس آن کودک 6 تا 10 سال، نوجوان 11 تا 18 سال و جوان 19 تا 25 سال به طور معمول ارزیابی می شود. سپس براساس نتیجه ارزیابی، گروه بندی و متناسب با آن، اقدام مورد نیاز انجام می شود.

قسمت دو (بفش راهنما): با توجه به نوع خدمت،



آموزش ها، توصیه ها و یا نمونه سنجش خدمت در این قسمت متذکر شده است.

آ نحوه استفاده از چارت

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

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

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

خانه شماره 3- با توجه به علائم و نشانه ها، **تشخیص احتمالی** مطرح می شود.

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

آ مفهوم رنگ ها

در چارت های بفش درمان از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف - رنگ قرمز نشان دهنده نیاز به مراجعه فوری بیمار به مراکز بالاتر و یا پزشک است.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز به مراجعه بیمار به مراکز بالاتر و یا پزشک طی 24 ساعت است.

پ - رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر و یا پزشک است،

آ اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

1- خدمات برای سه گروه سنی (کودکان 6 تا 10 سال - نوجوانان 11 تا 18 سال - جوانان 19 تا 25 سال) تفکیک شده است.

2- توالی ارایه خدمات به صورت زیر است:

- رده سنی 6 تا 10 سال

- رده سنی 11 تا 18 سال

- رده سنی 19 تا 25 سال

یک بار مراقبت در بدو ورود به دبستان است.

یک بار مراقبت در بدو ورود به مقطع راهنمایی است

یک بار مراقبت در بدو ورود به مقطع متوسطه است

مراقبت های رده سنی 6 تا 10 سال

مراقبت از نظر وضعیت قد

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - قد را اندازه گیری کنید - قد را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد زیر صدک 3 یا - نمودار قد بالای صدک 97 	<ul style="list-style-type: none"> غیر طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی نامطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد روی صدک 3 و 97 یا - بین صدک 3 و 97 	<ul style="list-style-type: none"> طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی مطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن - ادامه مراقبت ها 	

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	BMI زیر صدک 5	لاغر	<ul style="list-style-type: none"> بررسی از نظر بیماری زمینه ای و - در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	BMI بین صدک 85 و 95	اضافه وزن	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : ارجاع غیر فوری به متخصص - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (2 بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب
	BMI صدک 95 یا بالاتر	چاق	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : ارجاع غیر فوری به متخصص

<ul style="list-style-type: none"> - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (..... بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب 			
<ul style="list-style-type: none"> - تشویق به حفظ وضع موجود و آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن - ادامه مراقبت ها 	وزن متناسب	BMI بین صدک 5 و 85	

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>- شرح حال بگیریید:</p> <p>حساسیت دارویی و مصرف باقلا، سابقه فامیلی کمبود G6PD و)</p> <p>- معاینه زبان، مخاط چشم، کف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پریدگی و زردی</p> <p>- درخواست آزمایش میزان هموگلوبین خون و فریتین سرم و الکتروفورز هموگلوبین</p>	<p>وجود رنگ پریدگی دائمی 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</p> <p>در موارد پیشرفته: گود شدن یا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزک پا</p>	کم خونی فقر آهن	<p>- تجویز آهن المنتال به میزان 4 تا 6 کیلوگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا 8 هفته پس از طبیعی شدن اندکس های خونی</p> <p>- آموزش خانواده در مورد تغذیه</p> <p>- محدود کردن مصرف شیر روزانه به میزان 500 سی سی یا کم تر</p> <p>- درخواست آزمایش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گیری هموگلوبین خون پس از یک ماه درمان</p>
			<p>- در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص</p>
			<p>- در صورت هموگلوبین کم تر از 4 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به متخصص</p>
	<p>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</p>	تالاسمی میئور	<p>- توصیه به مراجعه، پیش از ازدواج</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص برای مشاوره</p>

		اشکال هیپوکروم میکروسیت و در لام خون محیطی
<p>- درخواست آزمایش خون برای بررسی میزان هموگلوبین، هماتوکریت و آزمایش ادرار از نظر هموگلوبینوری</p> <p>- درخواست لام خون محیطی برای بررسی Heinz bodies در گلبول های قرمز خون محیطی</p> <p>- تشخیص رتیکولوسیتوزیس</p>	فاویسم	<p>- حساسیت به داروها: سولفونامیدها، کلرآمفنیکل، کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، یتروفورانتوئین، 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.</p> <p>- سایر علائم: رنگ پریدگی، هماتوری، بی حالی، زردی مخاط یا صورت، افت فشارخون</p>
<p>- در صورت افت شدید فشار خون و بدحالی بیمار: باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین و ارجاع فوری به بیمارستان</p>		
<p>- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید.</p> <p>- در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های:</p> <p>1- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS /Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab /HBS Ag</p> <p>2- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری:</p>	<p>- هپاتیت ویروسی</p> <p>یا</p> <p>- هپاتیت دارویی</p> <p>یا</p> <p>- بیماری های متابولیک و عفونی</p>	<p>- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع</p> <p>- کاهش وزن خفیف 5- 2/5 کیلوگرم همراه با سایر علائم عمومی (علائم گوارشی؛ بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد)</p> <p>- بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود)</p>

<p>ارجاع فوری به متخصص</p> <p>3- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری</p> <p>4- گزارش موارد مثبت هپاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه</p> <p>5- ارجاع به بهورز جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هپاتیت B ، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما</p>	<p>(نظیر لپتوسپیروز)</p> <p>همراه با ایکتر</p>	<p>- ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)</p>	
--	--	---	--

معاینه چشم: مراقبت از نظر بینایی

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

معاینه گوش: مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - غیر طبیعی بودن تست نجوا یا - شکایت نوجوان یا خانواده اش از کم شنوایی وی 	اختلال شنوایی	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود سرومن فشرده: تجویز قطره گلیسرین فنیکه به مدت 2-3 روز و سپس شستشوی گوش
			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت نبود عفونت و سایر بیماری ها، ارجاع غیر فوری به ادیومتریست
	پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت	اوتیت مدیا	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

<p>- در صورت تشدید علائم بعد از 24 ساعت ارجاع فوری به متخصص</p>			
<p>- 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.</p> <p>- در صورتی که پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی میکسین یا کلستین در مجرای گوش ریخته شود.</p> <p>- تجویز استامینوفن یا ایبوپروفن برای درد</p> <p>- توصیه کنید بیمار در فاز حاد شنا نکند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد.</p>	<p>اونتیت خارجی</p>	<p>خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم</p>	

مراقبت از نظر اندازه غده تیروئید

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید. - معاینه بالینی کنید. (به راهنمای معاینه و ارزیابی تیروئید در صفحه بعد مراجعه کنید) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	گواتر دارد	<p>Û آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3, T4, TSH)</p> <p>Û اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید</p> <p>Û در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>
		گواتر ندارد	<p>Û آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3, T4, TSH)</p> <p>Û در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>
	نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد	تیروئید سالم است	<p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>

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 عنبریه در حرکت چشم رو به پائین قرار می گیرد. این حالت معمولاً واضح است وقتی که پلک قادر به حرکت نیست یا وقتی که حرکت پلک فوقانی به طور قابل ملاحظه ای بعد از حرکت چشم است. یک پدیده مشابه در لبه تحتانی وقتی که چشم به سمت پایین حرکت می کند، اگر مشاهده این حرکت سریع باشد تشخیص ممکن است **missed** شود.

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

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به سل

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • دانش آموز را بر اساس جدول رژیم درمانی سل گروه بندی و درمان کنید و اولین دوز دارو را به دانش آموز بخورانید. • برای گروه درمانی یک در صورت امکان آزمون های کبدي را درخواست کنید. • برای گروه درمانی 2 کشت و تعیین هویت مایکوباکتریوم، تست حساسیت دارویی و آزمون های کلیه درخواست شود. • کارت درمان و کارت همراه را تکمیل کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با دانش آموز را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و دانش آموز مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، در صورت دریافت درمان سل روزانه و در غیر این صورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. • به دانش آموز 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. 	<p>در معرض ابتلا به سل با عارضه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 یا 3 اسمیر مثبت یا • یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافی سل در ریه
<ul style="list-style-type: none"> • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که از دانش آموز با یک اسمیر مثبت 3 نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرها دانش آموز را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. • دانش آموز 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روز بر طبق برنامه کشوری مبارزه با سل قرار دهید و وی را دو هفته بعد پیگیری کنید. 	<p>در معرض ابتلا به سل</p>	<ul style="list-style-type: none"> • یک اسمیر مثبت بدون نشانه های رادیوگرافی سل یا • 3 اسمیر منفی

<p>از دانش آموز با 3 اسمیر منفی نشانه های شک قوی بالینی را سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تب • تعریق شبانه • کاهش وزن ناخواسته 	<p>از دانش آموز با 3 اسمیر مثبت یا نشانه های شک قوی بالینی را سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تب • تعریق شبانه • کاهش وزن ناخواسته 	<p>جمع بندی و بررسی کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • سرفه طول کشیده بیش از دو هفته • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در یک سال اخیر به همراه سرفه حداکثر دو هفته • نتایج اسمیر برداری ها از خلط

<p>طبقه بندی کنید</p>	<p>ابتلا به سل</p>	<p>اقدام کنید</p>
	<p>تحت درمان سل</p>	

<p>درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از دانش آموز دارای یک اسمیر مثبت</p>	<p>درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از دانش آموز مثبت</p>
--	---

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>1- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>2- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>3- آیا تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p> <p>تنفسی) داشته اید؟</p> <p>2- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟</p> <p>3- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟</p>	<p>- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p> <p>هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.</p>	<p>احتمال ابتلاء به آسم</p> <p>عدم ابتلاء به آسم</p>	<p>- ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*</p> <p>- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>

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

معاینه قلب و عروق: مراقبت از نظر بیماری قلبی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید و - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> بیماری قلبی عروقی دارد 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت و حالت استراحت: ارجاع فوری به متخصص قلب
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه بالینی طبیعی و 	<ul style="list-style-type: none"> احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت نبود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت : ارجاع غیر فوری به متخصص قلب 	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش قند خون ناشتا و چربی خون (کلسترول تام، LDLکلسترول، آپولیپوپروتئین B و هموسیستئین) و بررسی نتایج: 1) در صورت غیر طبیعی بودن نتایج: ارجاع غیر فوری به

<p style="text-align: center;">متخصص</p> <p>(2) در صورت طبیعی بودن نتایج: - آموزش شیوه زندگی سالم - بررسی مجدد یک سال بعد</p>		<p>- شرح حال فامیلی بیماری های قلبی عروقی زودرس در سن کم تر از 55 سال</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p>- شرح حال فامیلی کلسترول بیش از 240</p>	
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها</p>	<p>بیماری قلبی عروقی ندارد</p>	<p>هیچ کدام از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	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 زوائد کوچک سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شود)	ابتلاء به شپش	1- تجویز کرم شستشو یا شامپو پرمترین 1% در دو نوبت به فاصله 7 تا 10 روز 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- ارائه توصیه های بهداشتی
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 مبتلاء به ویژه در شب و در افراد ایمونوساپرس، پاپول های قرمز یک تا دو میلی متری در کف دست و پا و صورت و	گال	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 تا	

<p>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)</p> <p>4- تکرار درمان یک هفته بعد</p> <p>5- درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)</p>		<p>سر به ویژه در قسمت چین های قدامی مچ دست، بازو، مچ پا، باسن، ناف، کشاله ران، ژنیتال مردان و آرنج پستان زنان، خط کمر بند</p>	
<p>1- ارائه توصیه های بهداشتی</p> <p>2- ادامه مراقبت ها</p>	<p>عدم ابتلاء به موارد فوق</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها: مراقبت از نظر اختلالات اسکلتی - عضلانی و قامت

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص	اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت حرکت در عضو یا - آتروفی عضلات یا - غیر طبیعی بودن شکل و طول و تقارن قدرت عضلانی یا - اسکولیوز یا کیفوز یا لوردوز یا کمر صاف یا - سر کج یا سر به جلو یا - پشت گرد و گود یا پشت صاف یا - افتادن شانه ها یا - شست کج یا پای طاقدیس یا - زانوی ضربدری یا زانوی پرانتزی یا زانوی عقب رفته 	معاینه اسکلتی و عضلانی هر عضو به تفکیک (اندام فوقانی، اندام تحتانی، گردن، کمر) برطبق راهنمای ارزیابی اختلالات اسکلتی
ادامه مراقبت ها	بدون اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	

معاینه شکم

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع فوری به متخصص	ارگانومگالی دارد	هیپاتومگالی دارد	- شرح حال بگیرید
ادامه مراقبت ها	ارگانومگالی ندارد	هیپاتومگالی ندارد	و - معاینه کنید

مراقبت از نظر مشکلات ادراری تناسلی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 پهلو 	عفونت ادراری	<p>در صورت امکان ادرار برای انجام کشت گرفته شده و سپس اقدامات زیر انجام شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<ul style="list-style-type: none"> - احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن یا - بروز شب ادراری در کودکی که قبلاً هیچ مشکلی نداشته است یا 	عفونت ادراری	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش کامل ادرار و آزمایش گلیکول شمارش خون - در صورت نتیجه غیر طبیعی آزمایش کامل ادرار: • درخواست کشت ادرار • ارجاع غیر فوری به متخصص

		<p>- احساس دفع ناقص ادرار یا</p> <p>- بی اختیاری ادرار در در طی روز</p> <p>بدون</p> <p>حال عمومی بد (تب بالای 38 درجه سانتی گراد از راه دهان)، تهوع، استفراغ، اسهال و درد پهلو</p>	
ارجاع غیر فوری به جراح	عدم نزول بیضه	بیضه در داخل اسکروتوم لمس نمی شود	
ادامه مراقبت ها	سالم	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>1- آیا دانش آموز در زمان جدایی از والدین یا مراقبین، به شدت دچار اضطراب می شود و از رفتن به مدرسه یا ماندن در محیط های دور از آنان اجتناب می کند؟</p> <p>2- آیا دانش آموز تحریک پذیر است و یا احساس بی حوصلگی و کسالت دارد؟</p>	<p>کودک در زمان جدایی از مراقبین به شدت دچار اضطراب و بی قراری می شود، مرتباً نگران آن است که به دلیل وقوع اتفاق ناگواری برای خودش نظیر تصادف یا دزدیده شدن و نتواند والدینش را ببیند، نگران وقوع اتفاق ناگواری برای والدینش است که منجر به این شود که دیگر نتواند آن ها را ببیند، کودک به دلیل وابستگی زیاد به والدینش از رفتن به مدرسه یا ماندن در محیط های دور از حضور مادر اجتناب می کند و از خوابیدن در اطاق خودش، جدای از والدین اجتناب می کند.</p>	<p>کد 1</p> <p>اختلال اضطراب جدایی</p>	<p>- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 8 هفته در اختلال پانیک، و پس از 6 هفته در سایر اختلالات و</p> <p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>
<p>3- آیا دانش آموز مرتباً در حال وول خوردن است، حواسش به محرک های مختلف پرت می شود و یا اشتباهات ناشی از بی دقتی دارد؟</p> <p>4- آیا دانش آموز هر چند وقت یک</p>	<p>کودک احساس غم، بی حوصلگی، کسالت و پوچی دارد، اغلب دل گرفته و گریان است، تحریک پذیر، خشمگین و بد خلق است، نسبت به فعالیت های تفریحی و سرگرم کننده بی علاقه شده است، افکار ناامیدی دارد به نحوی که نسبت به آینده نا امید است یا آرزوی مردن دارد و افکار خودکشی یا اقدام اخیر خودکشی داشته است.</p>	<p>کد 2</p> <p>اختلال خلقی</p>	<p>در صورت تشخیص افسردگی:</p> <p>- در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 2 هفته و در صورت عدم بهبود:</p>

<p>ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت تشخیص مانیا:</p> <p>ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای</p> <p>اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>			<p>بار دچار حمله غش می شود به طوری که بیهوش شده، به زمین می افتد، دست و پا می زند و کف از دهانش خارج می شود؟</p> <p>5- آیا دانش آموز مرتباً با دیگران دعوا و ضرب و شتم می کند و رفتارهای خرابکارانه تعمدی دارد؟</p>
<p>- در حالت خفیف، درمان دارویی طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- در حالت متوسط و شدید: ارجاع به روانپزشک و پیگیری</p>	<p>کد 3</p> <p>اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز</p>	<p>کودک مرتباً در حال وول خوردن است، در موقعیت هایی که باید بنشینند مثل کلاس درس یا محفل های رسمی نمی نشینند، مرتباً بالا و پایین می پرد، بیش از حد صحبت می کند، تحمل انتظار کشیدن یا در صف ایستادن را ندارد، مدام وسط حرف دیگران می پرد، مرتباً حواسش به محرک های مختلف پرت می شود و نمی تواند روی یک موضوع خاص متمرکز شود، کودک اشتباهات ناشی از بی دقتی دارد و برایش دشوار است برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشینند.</p>	<p>6- آیا دانش آموز، افکار و تصاویر ذهنی تکرار شونده و مزاحم دارد و یا خودش را مجبور به انجام کارهایی می داند که نمی تواند مانع انجام آن ها شود؟</p>
<p>- ارجاع فوری به متخصص (در صورت وقوع حمله اقدام بر اساس کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و سپس ارجاع)</p>	<p>کد 4</p> <p>اختلال صرع</p>	<p>دانش آموز هر چند وقت یک بار دچار حمله غش می شود به طوری که بیهوش شده، به زمین می افتد، دست و پا می زند و کف از دهانش خارج می شود.</p>	

<p>تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل یا مدرسه که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	<p>کد 5 اختلال سلوک</p>	<p>کودک زور گویی می کند، کودک فرار از مدرسه یا منزل داشته است، دزدی می کند، مرتباً با دیگران دعوا و ضرب و شتم می کند و رفتارهای خرابکارانه تعمدی دارد.</p>	
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی و یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان و - <u>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</u> <u>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</u></p>	<p>کد 6 اختلال وسواس</p>	<p>کودک خودش را مجبور به انجام کارهایی می داند که نمی تواند مانع انجام آن ها شود مثل شستن مکرر دست ها، مرتب کردن اشیاء، نظم و ترتیب بیش از حد، کنترل کردن مکرر چیزها قبل از خواب یا قبل از رفتن به مدرسه (چک کردن)، پاک کردن بیش از حد و نوشتن مجدد تکالیف، کودک افکار و تصاویر ذهنی ناراحت کننده و مزاحم دارد که نمی تواند فکر کردن به آن ها خودداری کند.</p>	
<p>ادامه مراقبت ها</p>	<p>اختلال روانپزشکی ندارد</p>	<p>دانش آموز هیچ یک از علائم فوق را ندارد</p>	

اختلالات روان

اختلال دفعی و زبان در کودکان 6 تا 10 ساله

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
حداقل 6 نشانه از نشانه های بیش فعالی و کم توجهی* که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه ها قبل از 7 سالگی شروع شده باشد	اختلال دفعی (شب ادراری)	- بررسی اختلالات روانپزشکی همراه (عقب ماندگی ذهنی و) - بررسی نوع اولیه یا ثانویه بیماری - استفاده از روش های شرطی سازی نظیر تشکجه، زنگ و جدول رفتاری به عنوان درمان غیر دارویی - تجویز ایمی پرامین به میزان 25 تا 75 میلی گرم به صورت تک دوز شبانه. به تدریج هر 3 ماه یک بار دوز دارو را کم نمایید و در صورت عود بیماری دوز دارو را افزایش دهید. - تجویز دسموپرسین (در اشکال اسپری، قطره بینی و قرص) - توصیه به محدودیت دریافت مایعات در ساعات آخر شب قبل از خواب
افکار و تجسمات تکراری و مزاحم مانند آلودگی و شستن، نظم و ترتیب، چک کردن، تقارن شک و تردید که حذف آن ها نیازمند انجام رفتارهای اجباری است	اختلال دفعی (بی اختیاری مدفوع)	- بررسی اختلالات روانپزشکی همراه (عقب ماندگی ذهنی و) - بررسی نوع اولیه یا ثانویه بیماری - استفاده از روش های شرطی سازی و جدول رفتاری به عنوان درمان غیر دارویی - تجویز ایمی پرامین به میزان 25 تا 75 میلی گرم به صورت تک دوز شبانه. به تدریج هر 3 ماه یک بار دوز دارو را کم نمایید و در صورت عود بیماری دوز دارو را افزایش دهید.
تاخیر تکلم و اختلالات (گفتار لکنت)	اختلالات زبان	ارجاع غیر فوری برای انجام گفتار درمانی

شب ادراری

نوع اولیه: هیچ کنترلی روی ادرار به دست نیاورده است.

نوع ثانویه: کودک مدت زمان قابل توجهی توانایی کنترل ادرار داشته است.

بی اختیاری مدفوع

نوع اولیه: هیچ کنترلی به دست نیاورده است.

نوع ثانویه: کودک حداقل یک سال کنترل داشته است.

نکته: برای کسب اطلاع بیش تر و دقیق تر از مباحث اختلالات روان، به کتابچه راهنمای این اختلالات که توسط اداره سلامت روان تهیه گردیده است، رجوع کنید.

مراقبت از نظر روند بلوغ

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
روند بلوغ را بر اساس راهنمای روند بلوغ بررسی کنید: بررسی از نظر ظاهر شدن صفات ثانویه جنسی که از سن 9-12 سالگی آغاز و در حوالی 16 سالگی به پایان می رسد. این پدیده در پسران با دو سال تاخیر نسبت به دختران اتفاق می افتد.	ظهور علائم ثانویه جنسی قبل از 8 سالگی در دختران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ زودرس)*	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به متخصص
هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد (روند بلوغ طبیعی است)	ظهور علائم ثانویه جنسی قبل از 9 سالگی در پسران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ زودرس)*	- ارائه 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 اختلالات ارثی و ناهنجاری های مادرزادی (ماژور)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بر اساس پرسشنامه طرح جامع ژنتیک سوال کنید:	دانش آموز دارای اختلال یا بیماری ارثی * شناخته شده ذهنی و یا جسمی و یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** است	وجود اختلال و یا بیماری	1- ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت 2- مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک
	- اختلال یا بیماری ارثی شناخته شده یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** در خانواده دانش آموز و یا فامیل نزدیک ** او وجود دارد	وجود عامل خطر	1- ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت 2- مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک

* تعریف به پیوست در ذیل مواردی که نیاز به مشاوره ژنتیک دارند در راهنمای سولات آمده است.

** منظور از " فامیل نزدیک " خواهر و برادر و فرزندان ایشان، پدر و مادر و مادر بزرگ و پدر بزرگ (هر دو سو)، عمو، عمه، خاله و دایی و نوادگان (فرزندان و نوه ها) ایشان

*** مواردی است که در راهنمای سولات، قسمت پزشک ذکر شده است.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید</p> <p>2- فشار خون اندازه گیری شده را با جداول استاندارد موجود در بخش ضمیمه ها مقایسه کنید:</p> <p>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 آن طبقه بندی و</p>	<p>فشار خون بالای صدک 95</p> <p>فشارخون سیستول یا دیاستول از 95% تا 99% پرستایل + 5 میلی متر جیوه</p>	<p>فشارخون بالا مرحله I</p>	<p>1- در صورتی که به طور دائم بالای صدک 95 باشد:</p> <p>الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>ب- ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>2- در صورتی که فشارخون بین صدک 90 تا 95 یا 120/80 باشد: همانند فشارخون پره هیپرتانسیون اقدام شود</p>
<p>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 آن طبقه بندی و</p>	<p>فشارخون سیستول یا دیاستول بیش تر از 99% پرستایل + 5 میلی متر جیوه</p>	<p>فشارخون بالا مرحله II</p>	<p>ارجاع فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p>
<p>فشار خون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 90% اما کم تر از 95%</p>	<p>فشار خون قبل از فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)</p>	<p>1- توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]</p> <p>2- اندازه گیری فشارخون 6 ماه بعد:</p> <p>الف- در صورتی که فشارخون پایین تر از صدک 90 باشد همانند خانه سبز اقدام شود</p> <p>ب- در صورتی که فشارخون بین 90 تا 95 باشد: 1- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی</p>	

<p>۲- اندازه گیری فشارخون ۶ ماه بعد:</p> <p>- در صورتی که فشارخون همچنان بین صدك ۹۰ تا ۹۵ باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>- در صورتی که فشارخون زیر صدك ۹۰ باشد: همانند خانه سبز اقدام شود</p>			اقدام شود:
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم</p>	فشار خون طبیعی	فشار خون زیر صدك 90	

مراقبت های رده سنی 11 تا 18 سال

مراقبت از نظر وضعیت قد

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - قد را اندازه گیری کنید - قد را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد زیر صدک 3 یا - نمودار قد بالای صدک 97 	<ul style="list-style-type: none"> غیر طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی نامطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد روی صدک 3 یا 97 یا - بین صدک 3 و 97 	<ul style="list-style-type: none"> طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی مطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	BMI زیر صدک 5	لاغر	<ul style="list-style-type: none"> بررسی از نظر بیماری زمینه ای و - در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	BMI بین صدک 85 و 95	اضافه وزن	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : درمان مربوط به هر یک از آن ها - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (2 بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب
	BMI صدک 95 یا بالاتر	چاق	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : درمان مربوط به هر یک از آن ها

<ul style="list-style-type: none"> - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (2 بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب 			
<ul style="list-style-type: none"> - تشویق به حفظ وضع موجود و آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن - ادامه مراقبت ها 	وزن متناسب	BMI بین صدک 5 و 85	

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیریید: 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 	<p>وجود رنگ پریدگی دائمی 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</p> <p>در موارد پیشرفته: گود شدن یا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزک پا</p>	<p>کم خونی فقر آهن</p>	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز آهن المنتال به میزان 4 تا 6 کیلوگرم 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
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص 			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت هموگلوبین کم تر از 4 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به متخصص 			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت هموگلوبین کم تر از 4 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به متخصص
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>تالاسمی میئور</p>	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مراجعه، پیش از ازدواج - ارجاع غیر فوری به متخصص برای مشاوره 	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مراجعه، پیش از ازدواج - ارجاع غیر فوری به متخصص برای مشاوره

		اشکال هیپوکروم میکروسیترو و در لام خون محیطی
<p>- درخواست آزمایش خون برای بررسی میزان هموگلوبین، هماتوکریت و آزمایش ادرار از نظر هموگلوبینوری</p> <p>- درخواست لام خون محیطی برای بررسی Heinz bodies در گلبول های قرمز خون محیطی</p> <p>- تشخیص رتیکولوسیتوزیس</p>	فاویسم	<p>- حساسیت به داروها: سولفونامیدها، کلرآمفنیکل، کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، یتروفورانئوتین، 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.</p> <p>- سایر علائم: رنگ پریدگی، هماتوری، بی حالی، زردی مخاط یا صورت، افت فشارخون</p>
<p>- در صورت افت شدید فشار خون و بدحالی بیمار: باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین و ارجاع فوری به بیمارستان</p>		
<p>- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید.</p> <p>- در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های:</p> <p>1- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS /Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab /HBS Ag</p> <p>2- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری:</p>	<p>- هپاتیت ویروسی</p> <p>یا</p> <p>- هپاتیت دارویی</p> <p>یا</p> <p>- بیماری های متابولیک و عفونی</p>	<p>- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع</p> <p>- کاهش وزن خفیف 5- 2/5 کیلوگرم همراه با سایر علائم عمومی (علائم گوارشی؛ بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد)</p> <p>- بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود)</p>

<p>ارجاع فوری به متخصص</p> <p>3- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هیپاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری به متخصص</p> <p>4- گزارش موارد مثبت هیپاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه</p> <p>5- ارجاع به بهورز جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هیپاتیت B ، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما</p>	<p>(نظیر لپتوسپیروز)</p> <p>همراه با ایکتر</p>	<p>- ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)</p>	
--	--	---	--

معاینه چشم: مراقبت از نظر بینایی

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

معاینه گوش: مراقبت از نظر شنوایی

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<p>- در صورت وجود سرومن فشرده: تجویز قطره گلیسرین فنیکه به مدت 2-3 روز و شستشوی گوش</p>	اختلال شنوایی	<p>- غیر طبیعی بودن تست نجوا</p> <p>یا</p> <p>- شکایت نوجوان یا خانواده اش از کم شنوایی وی</p>	<p>- بررسی پرونده از نظر نتیجه تست سنجش شنوایی</p> <p>- گرفتن شرح حال از نظر وجود درد، کم شنوایی، تب و لرز و</p> <p>- معاینه گوش ها توسط اتوسکوپ از نظر التهاب مجرا، وجود سرومن، التهاب پرده، پارگی پرده، ترشح و</p>
<p>- در صورت نبود عفونت و سایر بیماری ها، ارجاع غیر فوری به ادیومتریست</p>			<p>پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت</p>
<p>- 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.</p>	اوتیت مدیا		<p>- در صورت تشدید علائم بعد از 24 ساعت ارجاع غیر فوری به متخصص مربوطه</p>
<p>- در صورت تشدید علائم بعد از 24 ساعت ارجاع غیر فوری به متخصص مربوطه</p>			

<p>- 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.</p> <p>- در صورتی که پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی میکسین یا کلستین در مجرای گوش ریخته شود.</p> <p>- تجویز استامینوفن یا ایبوپروفن برای درد</p> <p>- توصیه کنید بیمار در فاز حاد شنا نکند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد.</p>	<p>اوتیت خارجی</p>	<p>خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم</p>	
--	--------------------	---	--

مراقبت از نظر اندازه غده تیروئید

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید. - معاینه بالینی کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه فامیلی • وضعیت اشتها • خستگی و ضعف عضلانی • تاکی کاردی • تعریق • علایم پوستی 	<p>گواتر دارد</p>	<p>ن⁺ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3, T4, TSH)</p> <p>ن⁺ اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید</p> <p>ن⁺ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>ن⁺ توصیه کردن به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>ن⁺ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>
<ul style="list-style-type: none"> • علایم چشمی (اگزوفتالمی و Lid lag) • بررسی اندازه تیروئید و قوام تیروئید • ترمور 	<p>گواتر ندارد</p>	<p>ن⁺ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU, T3, T4, TSH)</p> <p>ن⁺ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>ن⁺ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>ن⁺ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>	
<p>نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد</p>	<p>تیروئید سالم است</p>	<p>ن⁺ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>ن⁺ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>	

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.

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>4- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p>	<p>طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p>	احتمال ابتلاء به آسم	<p>- ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*</p>
<p>تنفسی) داشته اید؟</p> <p>5- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟</p> <p>6- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟</p>	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	عدم ابتلاء به آسم	<p>- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>

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

معاینه قلب و عروق: مراقبت از نظر بیماری قلبی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید و - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> بیماری قلبی عروقی دارد 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت و حالت استراحت: ارجاع فوری به متخصص قلب
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه بالینی طبیعی و 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت نبود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت : ارجاع غیر فوری به متخصص قلب 	<ul style="list-style-type: none"> احتمال ابتلاء به بیماری 	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش قند خون ناشتا و چربی خون (کلسترول تام، LDLکلسترول، آپولیپوپروتئین B و هموسیستئین) و بررسی نتایج:

<p>1) در صورت غیر طبیعی بودن نتایج: ارجاع غیر فوری به متخصص</p> <p>2) در صورت طبیعی بودن نتایج: - آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>- بررسی مجدد یک سال بعد</p>	<p>قلبی عروقی زودرس</p>	<p>- شرح حال فامیلی بیماری های قلبی عروقی زودرس در سن کم تر از 55 سال</p> <p>یا</p> <p>- شرح حال فامیلی کلسترول بیش از 240</p>	
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>	<p>بیماری قلبی عروقی ندارد</p>	<p>هیچ کدام از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	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 زوائد کوچک سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شود)	ابتلاء به شپش	5- تجویز کرم شستشو یا شامپو پرمترین 1% در دو نوبت به فاصله 7 تا 10 روز 6- درمان ضایعات جلدی ایجاد شده با آنتی بیوتیک (زرد زخم) 7- در صورت ابتلاء به شپش عانه، موهای آن زدوده شده و سپس درمان انجام شود. 8- ارائه توصیه های بهداشتی
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	5- درخواست تست قارچ (اسمیر مستقیم) 6- 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 7- تجویز شامپو سلنیوم سولفید 2/5 درصد یا شامپو کتوکونازول 8- درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)	
خارش ناحیه مبتلاء به ویژه در شب و در افراد ایمونوساپرس، پاپول های قرمز یک تا دو میلی متری در کف دست و پا و صورت و	گال	6- تشخیص بالینی (در صورت امکان تشخیص قطعی) از طریق مشاهده مایت و تخم آن در زیر میکروسکوپ 7- تجویز کرم پرمترین به مدت یک هفته 8- آموزش نحوه مصرف (تمام بدن از گردن تا پایین به ویژه در نواحی آلوده باید با کرم آغشته شده و تا	

<p>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)</p> <p>9- تکرار درمان یک هفته بعد</p> <p>10- درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)</p>		<p>سر به ویژه در قسمت چین های قدامی مچ دست، بازو، مچ پا، باسن، ناف، کشاله ران، ژنیتال مردان و آرنج پستان زنان، خط کمربند</p>	
<p>3- ارائه توصیه های بهداشتی</p> <p>4- ادامه مراقبت ها</p>	<p>عدم ابتلاء به موارد فوق</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها: مراقبت از نظر اختلالات اسکلتی - عضلانی و قامت

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص	اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت حرکت در عضو یا - آتروفی عضلات یا - غیر طبیعی بودن شکل و طول و تقارن قدرت عضلانی یا - اسکولیوز یا کیفوز یا لوردوز یا کمر صاف یا - سر کج یا سر به جلو یا - پشت گرد و گود یا پشت صاف یا - افتادن شانه ها یا - شست کج یا پای طاقدیس یا - زانوی ضربدری یا زانوی پرانتزی یا زانوی عقب رفته 	<p>معاینه اسکلتی و عضلانی هر عضو به تفکیک (اندام فوقانی، اندام تحتانی، گردن، کمر) برطبق راهنمای ارزیابی اختلالات اسکلتی</p>

معاینه شکم

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع فوری به متخصص	ارگانومگالی دارد	هیپاتومگالی دارد	- شرح حال بگیرید
ادامه مراقبت ها	ارگانومگالی ندارد	هیپاتومگالی ندارد	و - معاینه کنید

مراقبت از نظر مشکلات ادراری تناسلی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 پهلو 	عفونت ادراری	<p>در صورت امکان ادرار برای انجام کشت گرفته شده و سپس اقدامات زیر انجام شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 به متخصص
	<ul style="list-style-type: none"> - احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن یا - بروز شب ادراری در کودکی که قبلاً هیچ مشکلی نداشته است یا 	عفونت ادراری	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش کامل ادرار و آزمایش گلبول شمارش خون - در صورت نتیجه غیر طبیعی آزمایش کامل ادرار: • درخواست کشت ادرار • ارجاع فوری به متخصص

		<p>- احساس دفع ناقص ادرار یا</p> <p>- بی اختیاری ادرار در در طی روز</p> <p>بدون حال عمومی بد (تب بالای 38 درجه سانتی گراد از راه دهان)، تهوع، استفراغ، اسهال و درد پهلو</p>	
ادامه مراقبت ها	سالم	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی (اول راهنمایی)

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 8 هفته در اختلال پانیک و پس از 6 هفته در سایر اختلالات و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	<p>کد 1</p> <p>اختلال اضطرابی</p>	<p>- نگران است که رویداد ناگواراری برای والدینش رخ دهد که دیگر نتواند آن ها را ببیند، یا از ماندن در جاهایی که دور از والدین است پرهیز می کند. یا</p> <p>- در جایگاه های اجتماعی بیش از اندازه خجالتی است (از صحبت کردن در جمع، پاسخ به پرسش های درسی در کلاس یا دیدار همسالان نا آشنا پرهیز می کند)</p>	<p>بر اساس دستورالعمل و سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی سوال کنید:</p>
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی و یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان و</p> <p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	<p>کد 2</p> <p>اختلال وسواس</p>	<p>خودش را وادار به انجام کارهایی می کند و نمی تواند جلوی انجام آن ها را بگیرد (شستن چند باره دست ها، چیدن اشیاء، نظم و ترتیب بیش از اندازه، و ارسی چند باره چیزها، پاک کردن بیش از اندازه نوشته ها و دوباره نوشتن آن ها)</p>	

<p>در صورت تشخیص افسردگی:</p> <p>- در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 2 هفته و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت تشخیص مانیا:</p> <p>ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای</p> <p>اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 3</p> <p>اختلال خلقی</p>	<p>- احساس دل گرفتگی، غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت یا پوچی دارد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>یا</p> <p>- تحریک پذیری، پرخاشگری و بدخلقی نشان می دهد و زود از کوره در می رود؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>- پررو شده و رفتارهای ناشایست و مهارکسیخته نشان می دهد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p>	
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان و</p> <p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	<p>کد 4</p> <p>اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه</p>	<p>- بی قرار و مدام در حال وول خوردن است و برایش دشوار است که برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشیند؟ یا</p> <p>- حواسش با محرک های گوناگون پرت می شود و نمی تواند روی یک موضوع خاص تمرکز کند و اشتباهاتش بیشتر به دنبال بی دقتی است؟</p>	

<p>- بررسی از نظر اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات یادگیری، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز، اختلال وسواسی جبری طبق راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- بررسی نوع تیک و اختلال روانپزشکی همراه:</p> <p>- در صورت تیک گذرا (زیر 12 ماه): نیاز به درمان دارویی وجود ندارد و خود به خود بهبود می یابد و باید والدین را طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان آموزش داد.</p> <p>در صورت تیک بالای 12 ماه (اختلال تورت یا تیک مزمن): تجویز دوز کم هالوپریدول و رسپریدون طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 5 اختلال تیک</p>	<p>حرکات تکرار شونده در پلک، ابرو، صورت، گردن یا شانه دارد یا صداهای ناخواسته و ناگهانی از گلویش خارج می شود؟</p>	
<p>تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل یا مدرسه که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	<p>کد 6 اختلال سلوک</p>	<p>با دیگران دعوا و زدو خورد می کند.</p>	
<p>ادامه مراقبت ها</p>	<p>اختلال روانپزشکی ندارد</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد.</p>	

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی (اول متوسطه)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بر اساس دستورالعمل و سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی سوال کنید:	تا کنون افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته است.	کد 1 خودکشی	- ارجاع فوری به روانپزشک - پیگیری
	در جایگاه های اجتماعی بیش از اندازه خجالتی است (از صحبت کردن در جمع، پاسخ به پرسش های درسی در کلاس یا دیدار همسالان نا آشنا پرهیز می کند)	کد 2 اختلال اضطرابی	- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت و ارجاع به کارشناس بهداشت روان - پیگیری پاسخ دارویی پس از 8 هفته در اختلال پانیک و پس از 6 هفته در سایر اختلالات و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
	خودش را وادار به انجام کارهایی می کند و نمی تواند جلوی انجام آن ها را بگیرد (شستن چند باره دست ها، چیدن اشیاء، نظم و ترتیب بیش از اندازه، واریسی چند باره چیزها، پاک کردن بیش از اندازه نوشته ها و دوباره نوشتن آن ها)	کد 3 اختلال وسواس	- در حالت خفیف درمان دارویی و یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک

<p>در صورت تشخیص افسردگی:</p> <p>- در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 2 هفته و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت تشخیص مانیا:</p> <p>ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 4</p> <p>اختلال خلقی</p>	<p>- احساس دل گرفتگی، غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت یا پوچی دارد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>یا</p> <p>- تحریک پذیری، پرخاشگری و بدخلقی نشان می دهد و زود از کوره در می رود؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>- پررو شده و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته نشان می دهد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p>	
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان و</p> <p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	<p>کد 5</p> <p>اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه</p>	<p>- بی قرار و مدام در حال وول خوردن است و برایش دشوار است که برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشیند؟</p> <p>یا</p> <p>- حواسش با محرک های گوناگون پرت می شود و نمی تواند روی یک موضوع خاص تمرکز کند و اشتباهاتش بیشتر به دنبال بی دقتی است؟</p>	

<p>- بررسی از نظر اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات یادگیری، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز، اختلال وسواسی جبری طبق راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- بررسی نوع تیک و اختلال روانپزشکی همراه:</p> <p>- در صورت تیک گذرا (زیر 12 ماه): نیاز به درمان دارویی وجود ندارد و خود به خود بهبود می یابد و باید والدین را طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان آموزش داد.</p> <p>در صورت تیک بالای 12 ماه (اختلال تورت یا تیک مزمن): تجویز دوز کم هالوپریدول و رسپریدون طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 6 اختلال تیک</p>	<p>حرکات تکرار شونده در پلک، ابرو، صورت، گردن یا شانه دارد یا صداهای ناخواسته و ناگهانی از گلویش خارج می شود؟</p>	
<p>تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل یا مدرسه که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	<p>کد 7 اختلال سلوک</p>	<p>با دیگران دعوا و زدو خورد می کند.</p>	
<p>ادامه مراقبت ها</p>	<p>اختلال روانپزشکی ندارد</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد.</p>	

مراقبت از نظر روند بلوغ

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال و بررسی روند بلوغ بر اساس راهنما	ظهور علائم بلوغ بعد از 13 سالگی در دختران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)*	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به متخصص
	تاخیر قاعدگی تا 16 سالگی در دختران		
	ظهور علائم بلوغ بعد از 15 سالگی در پسران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)*	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به متخصص
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	روند بلوغ طبیعی است	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره بر اساس جنس - ادامه مراقبت ها

* شروع علائم 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.

مراقبت از نظر اختلالات ارثی و ناهنجاری های مادرزادی (ماژور)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بر اساس پرسشنامه طرح جامع ژنتیک سوال کنید:	دانش آموز دارای اختلال یا بیماری ارثی * شناخته شده ذهنی و یا جسمی و یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** است	وجود اختلال و یا بیماری	3- ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت 4- مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک
	- اختلال یا بیماری ارثی شناخته شده یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** در خانواده دانش آموز و یا فامیل نزدیک ** او وجود دارد	وجود عامل خطر	3- ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت 4- مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک

* تعریف به پیوست در ذیل مواردی که نیاز به مشاوره ژنتیک دارند در راهنمای سولات آمده است.

** منظور از " فامیل نزدیک " خواهر و برادر و فرزندان ایشان، پدر و مادر و مادر بزرگ و پدر بزرگ (هر دو سو)، عمو، عمه، خاله و دایی و نوادگان (فرزندان و نوه ها) ایشان

*** مواردی است که در راهنمای سولات، قسمت پزشک ذکر شده است.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید</p> <p>2- فشار خون اندازه گیری شده را با جداول استاندارد موجود در بخش ضمیمه ها مقایسه کنید:</p> <p>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 آن طبقه بندی و اقدام شود:</p>	<p>فشار خون بالای صدک 95</p>	<p>فشارخون بالا مرحله I</p>	<p>1- در صورتی که به طور دائم بالای صدک 95 باشد:</p> <p>الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>ب- ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>2- در صورتی که فشارخون بین صدک 90 تا 95 یا 120/80 باشد: همانند فشارخون پره هیپرتانسیون اقدام شود</p>
	<p>فشارخون سیستول یا دیاستول از 95% تا 99% پرستایل + 5 میلی متر جیوه</p>	<p>فشارخون بالا مرحله II</p>	<p>ارجاع فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p>
	<p>فشار خون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 90% اما کم تر از 95%</p>	<p>فشار خون قبل از فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)</p>	<p>1- توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]</p> <p>2- اندازه گیری فشارخون 6 ماه بعد:</p> <p>الف- در صورتی که فشارخون پایین تر از صدک 90 باشد همانند خانه سبز اقدام شود</p> <p>ب- در صورتی که فشارخون بین 90 تا 95 باشد: 1- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی</p>

<p>۲- اندازه گیری فشارخون ۶ ماه بعد:</p> <p>- در صورتی که فشارخون همچنان بین صدك ۹۰ تا ۹۵ باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>- در صورتی که فشارخون زیر صدك ۹۰ باشد: همانند خانه سبز اقدام شود</p>			
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم</p>	<p>فشار خون طبیعی</p>	<p>فشار خون زیر صدك 90</p>	

مراقبت از نظر رفتارهای پر خطر

اقدام مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - 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 دانش آموز به ترک مواد دخانی) - آموزش به دانش آموز 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 سیگار - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع - انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب - تعیین و تشویق راه های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش - پیش بینی و آمادگی برای موفقیت های لذت بخش و مخاطره آمیز - استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما - آموزش مهارت های زندگی از جمله «مهارت نه گفتن»، «توانایی برقراری ارتباط»، «توانایی مقابله با هیجانات»، توانایی تصمیم گیری»، «مقابله با استرس» 	<p>گرایش به سیگار</p>	<ul style="list-style-type: none"> - سیگار کشیدن همراه با فعالیت ها و محرک هایی که اضطراب ایجاد می کند. - عود مصرف سیگار هنگامی که فرد فعالیت مرتبط با سیگار کشیدن را انجام می دهد مانند مکالمه با تلفن، رانندگی و - احساس لذت مانند مصرف سیگار بعد از غذا خوردن در مهمانی - خلق منفی ناشی از استرس یا علائم ترک که به سرعت با مصرف سیگار بهبود می یابد. - افزایش استرس به دلیل استرس یا علائم ترک - عود مصرف سیگار به دلیل افزایش وزن و یا وقتی که فرد غمگین، عصبانی یا مضطرب است. 	<p>دانش آموزی که سیگار می کشد:</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 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 دانش آموز به منظور ادامه ارتباط با پزشک - پیگیری دانش آموز 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. 			
<ul style="list-style-type: none"> - بر اساس راهنمای درمان سم زدایی عمل کنید. - پیگیری بیمار و انجام اقدامات لازم جهت پیشگیری از عود طبق راهنما 	رفتار پر خطر	سوء مصرف مواد	
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه کامل و بررسی از نظر STD - در صورت وجود بیماری، درمان بر اساس راهنمای بیماری های آمیزشی و آموزش بیمار - پیگیری بیمار 	رفتار پر خطر	رفتارهای جنسی نا ایمن	

مراقبت های رده سنی 19 تا 25 سال

مراقبت از نظر وضعیت قد

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - قد را اندازه گیری کنید - قد را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد زیر صدک 3 یا - نمودار قد بالای صدک 97 	<ul style="list-style-type: none"> غیر طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی نامطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
<ul style="list-style-type: none"> - نمودار قد روی صدک 3 و 97 یا - بین صدک 3 و 97 	<ul style="list-style-type: none"> طبیعی بودن نمودار استاندارد قد به سن (رشد قدی مطلوب) 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن - ادامه مراقبت ها 	

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید. 	BMI زیر صدک 5	لاغر	<ul style="list-style-type: none"> بررسی از نظر بیماری زمینه ای و - در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	BMI بین صدک 85 و 95	اضافه وزن	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : ارجاع غیر فوری به متخصص - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (2 بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب
	BMI صدک 95 یا بالاتر	چاق	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : ارجاع غیر فوری به متخصص

<ul style="list-style-type: none"> - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر 3 ماه یک بار (2 بار) و سپس هر 6 ماه تا حصول وزن متناسب 			
<ul style="list-style-type: none"> - تشویق به حفظ وضع موجود و آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن - ادامه مراقبت ها 	وزن متناسب	BMI بین صدک 5 و 85	

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیریید: 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 	<ul style="list-style-type: none"> وجود رنگ پریدگی دائمی 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	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز آهن المنتال به میزان 4 تا 6 کیلوگرم 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
			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص
			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت هموگلوبین کم تر از 4 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به متخصص
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	تالاسمی میئور	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مراجعه، پیش از ازدواج - ارجاع غیر فوری به متخصص برای مشاوره

		اشکال هیپوکروم میکروسیترو و در لام خون محیطی
<p>- درخواست آزمایش خون برای بررسی میزان هموگلوبین، هماتوکریت و آزمایش ادرار از نظر هموگلوبینوری</p> <p>- درخواست لام خون محیطی برای بررسی Heinz bodies در گلبول های قرمز خون محیطی</p> <p>- تشخیص رتیکولوسیتوزیس</p>	فاویسم	<p>- حساسیت به داروها: سولفونامیدها، کلرآمفنیکل، کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، یتروفورانئوتین، 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.</p> <p>- سایر علائم: رنگ پریدگی، هماتوری، بی حالی، زردی مخاط یا صورت، افت فشارخون</p>
<p>- در صورت افت شدید فشار خون و بدحالی بیمار: باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین و ارجاع فوری به بیمارستان</p>		
<p>- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید.</p> <p>- در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های:</p> <p>1- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS /Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab /HBS Ag</p> <p>2- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری:</p>	<p>- هپاتیت ویروسی</p> <p>یا</p> <p>- هپاتیت دارویی</p> <p>یا</p> <p>- بیماری های متابولیک و عفونی</p>	<p>- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع</p> <p>- کاهش وزن خفیف 5- 2/5 کیلوگرم همراه با سایر علائم عمومی (علائم گوارشی؛ بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد)</p> <p>- بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود)</p>

<p style="text-align: center;">ارجاع فوری به متخصص</p> <p>3- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هیپاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری</p> <p>4- گزارش موارد مثبت هیپاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه</p> <p>5- ارجاع به بهورز جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هیپاتیت B ، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما</p>	<p>(نظیر لپتوسپیروز)</p> <p>همراه با ایکتر</p>	<p>- ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)</p>	
---	--	---	--

معاینه چشم: مراقبت از نظر بینایی

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

معاینه گوش: مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - غیر طبیعی بودن تست نجوا یا - شکایت نوجوان یا خانواده اش از کم شنوایی وی 	اختلال شنوایی	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود سرومن فشرده: تجویز قطره گلیسرین فنیکه به مدت 2-3 روز و سپس شستشوی گوش
			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت نبود عفونت و سایر بیماری ها، ارجاع غیر فوری به ادیومتریست
	پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت	اوتیت مدیا	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

<p>- در صورت تشدید علائم بعد از 24 ساعت ارجاع فوری به متخصص</p>			
<p>- 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 نئوماکسین استفاده کرد.</p> <p>- در صورتی که پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی میکسین یا کلستین در مجرای گوش ریخته شود.</p> <p>- تجویز استامینوفن یا ایبوپروفن برای درد</p> <p>- توصیه کنید بیمار در فاز حاد شنا نکند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد.</p>	<p>اونتیت خارجی</p>	<p>خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم</p>	

مراقبت از نظر اندازه غده تیروئید

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید. - معاینه بالینی کنید. (به راهنمای معاینه و ارزیابی تیروئید در صفحه بعد مراجعه کنید) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	گواتر دارد	<p>Û آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU، T3، T4، TSH)</p> <p>Û اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید</p> <p>Û در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>
		گواتر ندارد	<p>Û آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU، T3، T4، TSH)</p> <p>Û در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع به متخصص داخلی یا غدد</p> <p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>
	نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد	تیروئید سالم است	<p>Û توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</p> <p>Û توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</p>

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.

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به سل

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • دانش آموز را بر اساس جدول رژیم درمانی سل گروه بندی و درمان کنید و اولین دوز دارو را به دانش آموز بخورانید. • برای گروه درمانی یک در صورت امکان آزمون های کبدي را درخواست کنید. • برای گروه درمانی 2 کشت و تعیین هویت مایکوباکتریوم، تست حساسیت دارویی و آزمون های کلیه درخواست شود. • کارت درمان و کارت همراه را تکمیل کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با دانش آموز را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و دانش آموز مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، در صورت دریافت درمان سل روزانه و در غیر این صورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. • به دانش آموز 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. 	<p>در معرض ابتلا به سل با عارضه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 یا 3 اسمیر مثبت یا • یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافی سل در ریه
<ul style="list-style-type: none"> • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که از دانش آموز با یک اسمیر مثبت 3 نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرها دانش آموز را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. • دانش آموز 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روز بر طبق برنامه کشوری مبارزه با سل قرار دهید و وی را دو هفته بعد پیگیری کنید. 	<p>در معرض ابتلا به سل</p>	<ul style="list-style-type: none"> • یک اسمیر مثبت بدون نشانه های رادیوگرافی سل یا • 3 اسمیر منفی

<p>از دانش آموز با 3 اسمیر منفی نشانه های شک قوی بالینی را سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تب • تعریق شبانه • کاهش وزن ناخواسته 	<p>از دانش آموز با 3 اسمیر مثبت نشانه های شک قوی بالینی را سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تب • تعریق شبانه • کاهش وزن ناخواسته 	<p>جمع بندی و بررسی کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • سرفه طول کشیده بیش از دو هفته • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در یک سال اخیر به همراه سرفه حداکثر دو هفته • نتایج اسمیر برداری ها از خلط
<p>از دانش آموز مبتلا به سل (در معرض ابتلا به سل با عارضه) سؤال کنید</p>	<p>ابتلا به سل</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحت درمان سل • زمان شروع درمان • قطع درمان 	<p>اقدام کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از دانش آموز دارای یک اسمیر مثبت

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>7- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>8- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>9- آیا تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p> <p>تنفسی) داشته اید؟</p> <p>8- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟</p> <p>9- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟</p>	<p>- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است.</p> <p>یا</p> <p>- تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.</p> <p>هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.</p>	<p>احتمال ابتلاء به آسم</p> <p>عدم ابتلاء به آسم</p>	<p>- ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*</p> <p>- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>

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

معاینه قلب و عروق: مراقبت از نظر بیماری قلبی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید و - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> بیماری قلبی عروقی دارد 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت و حالت استراحت: ارجاع فوری به متخصص قلب
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه بالینی طبیعی و 	<ul style="list-style-type: none"> احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت نبود اختلال تنفسی، خستگی زودرس در فعالیت : ارجاع غیر فوری به متخصص قلب 	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش قند خون ناشتا و چربی خون (کلسترول تام، LDLکلسترول، آپولیپوپروتئین B و هموسیستئین) و بررسی نتایج: 1) در صورت غیر طبیعی بودن نتایج: ارجاع غیر فوری به

<p style="text-align: center;">متخصص</p> <p>(2) در صورت طبیعی بودن نتایج: - آموزش شیوه زندگی سالم - بررسی مجدد یک سال بعد</p>		<p>- شرح حال فامیلی بیماری های قلبی عروقی زودرس در سن کم تر از 55 سال</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p>- شرح حال فامیلی کلسترول بیش از 240</p>	
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها</p>	<p>بیماری قلبی عروقی ندارد</p>	<p>هیچ کدام از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	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 زوائد کوچک سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شود)	ابتلاء به شپش	1. تجویز کرم شستشو یا شامپو پرمترین 1% در دو نوبت به فاصله 7 تا 10 روز 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. ارائه توصیه های بهداشتی
	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 گریزوفولوین 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 مبتلاء به ویژه در شب و در افراد ایمونوساپرس، پاپول های قرمز یک تا دو میلی متری در کف دست و پا و صورت و	گال	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

<p>3. آموزش نحوه مصرف (تمام بدن از گردن تا پایین به ویژه در نواحی آلوده باید با کرممآغشته شده و تا 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)</p> <p>4. تکرار درمان یک هفته بعد</p> <p>5. درمان کسانی که با بیمار ارتباط نزدیک دارند (اعضای خانواده)</p>		<p>سر به ویژه در قسمت چین های قدامی مچ دست، بازو، مچ پا، باسن، ناف، کشاله ران، ژنیتال مردان و آرنج پستان زنان، خط کمر بند</p>	
<p>1. ارائه توصیه های بهداشتی</p> <p>2. ادامه مراقبت ها</p>	<p>عدم ابتلاء به موارد فوق</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد</p>	

معاینه ستون فقرات، قفسه سینه و اندام ها: مراقبت از نظر اختلالات اسکلتی - عضلانی و قامت

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص	اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت حرکت در عضو یا - آتروفی عضلات یا - غیر طبیعی بودن شکل و طول و تقارن قدرت عضلانی یا - اسکولیوز یا کیفوز یا لوردوز یا کمر صاف یا - سر کج یا سر به جلو یا - پشت گرد و گود یا پشت صاف یا - افتادن شانه ها یا - شست کج یا پای طاقدیس یا - زانوی ضربدری یا زانوی پرانتزی یا زانوی عقب رفته 	معاینه اسکلتی و عضلانی هر عضو به تفکیک (اندام فوقانی، اندام تحتانی، گردن، کمر) برطبق راهنمای ارزیابی اختلالات اسکلتی
ادامه مراقبت ها	بدون اختلال اسکلتی - عضلانی و قامت	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	

معاینه شکم

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
ارجاع فوری به متخصص	ارگانومگالی دارد	هیپاتومگالی دارد	- شرح حال بگیرید
ادامه مراقبت ها	ارگانومگالی ندارد	هیپاتومگالی ندارد	و - معاینه کنید

مراقبت از نظر مشکلات ادراری تناسلی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 پهلو 	عفونت ادراری	<p>در صورت امکان ادرار برای انجام کشت گرفته شده و سپس اقدامات زیر انجام شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<ul style="list-style-type: none"> - احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن یا - بروز شب ادراری در کودکی که قبلاً هیچ مشکلی نداشته است یا 	عفونت ادراری	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش کامل ادرار و آزمایش گلیکول شمارش خون - در صورت نتیجه غیر طبیعی آزمایش کامل ادرار: • درخواست کشت ادرار • ارجاع غیر فوری به متخصص

		<p>- احساس دفع ناقص ادرار یا</p> <p>- بی اختیاری ادرار در در طی روز</p> <p>بدون</p> <p>حال عمومی بد (تب بالای 38 درجه سانتی گراد از راه دهان)، تهوع، استفراغ، اسهال و درد پهلو</p>
ارجاع غیر فوری به جراح	عدم نزول بیضه	بیضه در داخل اسکروتوم لمس نمی شود
ادامه مراقبت ها	سالم	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی (اول متوسطه)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بر اساس دستورالعمل و سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی سوال کنید:	تا کنون افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته است.	کد 1 خودکشی	- ارجاع فوری به روانپزشک - پیگیری
	در جایگاه های اجتماعی بیش از اندازه خجالتی است (از صحبت کردن در جمع، پاسخ به پرسش های درسی در کلاس یا دیدار همسالان نا آشنا پرهیز می کند)	کد 2 اختلال اضطرابی	- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت و ارجاع به کارشناس بهداشت روان - پیگیری پاسخ دارویی پس از 8 هفته در اختلال پانیک و پس از 6 هفته در سایر اختلالات و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
	خودش را وادار به انجام کارهایی می کند و نمی تواند جلوی انجام آن ها را بگیرد (شستن چند باره دست ها، چیدن اشیاء، نظم و ترتیب بیش از اندازه، واریسی چند باره چیزها، پاک کردن بیش از اندازه نوشته ها و دوباره نوشتن آن ها)	کد 3 اختلال وسواس	- در حالت خفیف درمان دارویی و یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک

<p>در صورت تشخیص افسردگی:</p> <p>- در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه و ارجاع به کارشناس بهداشت روان</p> <p>- پیگیری پاسخ دارویی پس از 2 هفته و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت تشخیص مانیا:</p> <p>ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 4</p> <p>اختلال خلقی</p>	<p>- احساس دل گرفتگی، غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت یا پوچی دارد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>یا</p> <p>- تحریک پذیری، پرخاشگری و بدخلقی نشان می دهد و زود از کوره در می رود؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p> <p>- پررو شده و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته نشان می دهد؟</p> <p>(منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)</p>	
<p>- در حالت خفیف درمان دارویی طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان و</p> <p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	<p>کد 5</p> <p>اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه</p>	<p>- بی قرار و مدام در حال وول خوردن است و برایش دشوار است که برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشیند؟</p> <p>یا</p> <p>- حواسش با محرک های گوناگون پرت می شود و نمی تواند روی یک موضوع خاص تمرکز کند و اشتباهاتش بیشتر به دنبال بی دقتی است؟</p>	

<p>- بررسی از نظر اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات یادگیری، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز، اختلال وسواسی جبری طبق راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- بررسی نوع تیک و اختلال روانپزشکی همراه:</p> <p>- در صورت تیک گذرا (زیر 12 ماه): نیاز به درمان دارویی وجود ندارد و خود به خود بهبود می یابد و باید والدین را طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان آموزش داد.</p> <p>در صورت تیک بالای 12 ماه (اختلال تورت یا تیک مزمن): تجویز دوز کم هالوپریدول و رسپریدون طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>	<p>کد 6 اختلال تیک</p>	<p>حرکات تکرار شونده در پلک، ابرو، صورت، گردن یا شانه دارد یا صداهای ناخواسته و ناگهانی از گلویش خارج می شود؟</p>	
<p>تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل یا مدرسه که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	<p>کد 7 اختلال سلوک</p>	<p>با دیگران دعوا و زدو خورد می کند.</p>	
<p>ادامه مراقبت ها</p>	<p>اختلال روانپزشکی ندارد</p>	<p>هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد.</p>	

مراقبت از نظر روند بلوغ

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال و بررسی روند بلوغ بر اساس راهنما	ظهور علائم بلوغ بعد از 13 سالگی در دختران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)*	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به متخصص
	تاخیر قاعدگی تا 16 سالگی در دختران		
گرفتن شرح حال و بررسی روند بلوغ بر اساس راهنما	ظهور علائم بلوغ بعد از 15 سالگی در پسران	اختلال در روند بلوغ (بلوغ دیررس)*	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره - ارجاع غیر فوری به متخصص
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد		
		روند بلوغ طبیعی است	- ارائه آموزش های مرتبط با این دوره بر اساس جنس - ادامه مراقبت ها

* شروع علائم 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.

مراقبت از نظر اختلالات ارثی و ناهنجاری های مادرزادی (ماژور)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بر اساس پرسشنامه طرح جامع ژنتیک سوال کنید:	دانش آموز دارای اختلال یا بیماری ارثی * شناخته شده ذهنی و یا جسمی و یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** است	وجود اختلال و یا بیماری	۱. ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت **** ۲. مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک
	- اختلال یا بیماری ارثی شناخته شده یا ناهنجاری مادرزادی ماژور *** در خانواده دانش آموز و یا فامیل نزدیک ** او وجود دارد	وجود عامل خطر	۱. ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت ۲. مراقبت در مدرسه بر اساس دستورات مشاور ژنتیک

* تعریف به پیوست در ذیل مواردی که نیاز به مشاوره ژنتیک دارند در راهنمای سولات آمده است.

** منظور از " فامیل نزدیک " خواهر و برادر و فرزندان ایشان، پدر و مادر و مادر بزرگ و پدر بزرگ (هر دو سو)، عمو، عمه، خاله و دایی و نوادگان (فرزندان و نوه ها) ایشان

*** مواردی است که در راهنمای سولات، قسمت پزشک ذکر شده است.

**** لیست مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک در انتهای بسته خدمت قید شده است.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید</p> <p>2- فشار خون اندازه گیری شده را با جداول استاندارد موجود در بخش ضمیمه ها مقایسه کنید:</p> <p>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 آن طبقه بندی و</p>	<p>فشار خون بالای صدک 95</p> <p>فشارخون سیستول یا دیاستول از 95% تا 99% پرستایل + 5 میلی متر جیوه</p>	<p>فشارخون بالا مرحله I</p>	<p>1- در صورتی که به طور دائم بالای صدک 95 باشد:</p> <p>الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>ب- ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>2- در صورتی که فشارخون بین صدک 90 تا 95 یا 120/80 باشد: همانند فشارخون پره هیپرتانسیون اقدام شود</p>
	<p>فشارخون سیستول یا دیاستول بیش تر از 99% پرستایل + 5 میلی متر جیوه</p>	<p>فشارخون بالا مرحله II</p>	<p>ارجاع فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p>
<p>فشار خون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 90% اما کم تر از 95%</p>	<p>فشار خون قبل از فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)</p>	<p>1- توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]</p> <p>2- اندازه گیری فشارخون 6 ماه بعد:</p> <p>الف- در صورتی که فشارخون پایین تر از صدک 90 باشد همانند خانه سبز اقدام شود</p> <p>ب- در صورتی که فشارخون بین 90 تا 95 باشد: 1- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی</p>	

<p>۲- اندازه گیری فشارخون ۶ ماه بعد:</p> <p>- در صورتی که فشارخون همچنان بین صدك ۹۰ تا ۹۵ باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان</p> <p>- در صورتی که فشارخون زیر صدك ۹۰ باشد: همانند خانه سبز اقدام شود</p>			اقدام شود:
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم</p>	فشار خون طبیعی	فشار خون زیر صدك 90	

مراقبت از نظر رفتارهای پر خطر

اقدام مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - 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 دانش آموز به ترک مواد دخانی) - آموزش به دانش آموز 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 سیگار - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع - انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب - تعیین و تشویق راه های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش - پیش بینی و آمادگی برای موفقیت های لذت بخش و مخاطره آمیز - استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما - آموزش مهارت های زندگی از جمله «مهارت نه گفتن»، «توانایی برقراری ارتباط»، «توانایی مقابله با هیجانات»، «توانایی تصمیم گیری»، «مقابله با استرس» 	<p>گرایش به سیگار</p>	<ul style="list-style-type: none"> - سیگار کشیدن همراه با فعالیت ها و محرک هایی که اضطراب ایجاد می کند. - عود مصرف سیگار هنگامی که فرد فعالیت مرتبط با سیگار کشیدن را انجام می دهد مانند مکالمه با تلفن، رانندگی و - احساس لذت مانند مصرف سیگار بعد از غذا خوردن در مهمانی - خلق منفی ناشی از استرس یا علائم ترک که به سرعت با مصرف سیگار بهبود می یابد. - افزایش استرس به دلیل استرس یا علائم ترک - عود مصرف سیگار به دلیل افزایش وزن و یا وقتی که فرد غمگین، عصبانی یا مضطرب است. 	<p>دانش آموزی که سیگار می کشد:</p>

<ul style="list-style-type: none"> - 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 دانش آموز به منظور ادامه ارتباط با پزشک - پیگیری دانش آموز بعد از ترک تا یک سال <p>توجه: ضروری است، درمان های دارویی و جایگزین های نیکوتینی بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهای جایگزین انجام نشود.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - بر اساس راهنمای درمان سم زدایی عمل کنید. - پیگیری بیمار و انجام اقدامات لازم جهت پیشگیری از عود طبق راهنما 	رفتار پر خطر	سوء مصرف مواد	
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه کامل و بررسی از نظر STD - در صورت وجود بیماری، درمان بر اساس راهنمای بیماری های آمیزشی و آموزش بیمار - پیگیری بیمار 	رفتار پر خطر	رفتارهای جنسی نا ایمن	

راهنماها و توصیه ها

راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون

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 آینه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند.
- 5- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند.
- 6- 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 فشرده 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 هممتیان 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:

$$\text{الف) فشارخون سیستولیک در سنین 1 تا 17 سالگی} = (\text{سن بر حسب سال} \times 2) + 100$$

$$\text{ب) فشارخون دیاستولیک در سنین 1 تا 10 سالگی} = (\text{سن بر حسب سال} \times 2) + 60$$

$$\text{ج) فشارخون سیستولیک در سنین 11 تا 17 سالگی} = (\text{سن بر حسب سال}) + 70$$

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% پرسیستایل است.
- فشارخون قبل از فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون) فشارخون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 90% اما کم تر از 95% پرسیستایل است.
- فشارخون بالا: فشارخون سیستول یا دیاستول مساوی یا بیش تر از 95% پرسیستایل است.

- فشارخون مرحله I: فشارخون سیستول یا دیاستول از 95% تا 99% پرسیستایل + 5 میلی متر جیوه

- فشارخون مرحله II: فشارخون سیستول یا دیاستول بیش تر از 99% پرسیستایل + 5 میلی متر جیوه

تست های آزمایشگاهی ضروری برای فشار خون بالا

<p>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</p>	<p>CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid سونوگرافی کلیه ها کامل ادرار - کشت ادرار</p>	<p>برای شناخت علت فشارخون بالا</p>
<p>هیپرلیپیدمی، سندرم متابولیک، دیابت، اختلال در خواب (آپنه خواب)</p>	<p>اندازه گیری چربی های خون، قند خون، پلی سومنوگرافی</p>	<p>برای شناخت بیماری های همراه</p>
<p>هیپرتروفی بطن چپ تغییرات عروقی شبکه</p>	<p>اکوکاردیوگرافی معاینه رتین</p>	<p>برای تعیین آسیب های اعضاء حیاتی</p>
<p>برای رد بیماری مزمن کلیوی برای رد فشارخون ناشی از بیماری نفرو واسکولر رد فشارخون بالای روپوش سفید رد بیماری تیروئید و فوق کلیه رد بیماری های مینرالوکورتیکوئید رد بیماری فنوکروموسیتوم</p>	<p>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</p>	<p>آزمایشات اضافه اگر از نظر کلینیکی ضروری است</p>

درمان دارویی فشار خون بالا

<p>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</p>		
<p>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</p>	<p>مثل انالاپریل</p>	<p>ACEI (مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین)</p>
<p>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</p>	<p>مثل لوزارتان</p>	<p>بلوک کننده های آنژیوتانسین</p>
<p>دوز شروع 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز 4 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز (640 میلی گرم در روز)</p>	<p>مثل پروپرانولول</p>	<p>بتابلوکرها</p>
<p>دوز شروع در 6 تا 12 ساله ها 2/5 تا 5 میلی گرم در روز - حداکثر دوز 10 میلی گرم</p>	<p>مثل آمیلودیپین</p>	<p>بلوک کننده های کانال کلسیم</p>
<p>دوز شروع 1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 50 میلی گرم در روز حداکثر دوز 3 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 50 میلی گرم در روز</p>	<p>مثل هیدروکلروتیازید</p>	<p>دیورتیک ها*</p>

* تمام بیماران که با دیورتیک درمان می شوند باید از نظر الکترولیت ها بررسی شوند.

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.

درمان هیپاتیت (جهت آگاهی پزشک مرکز)

- درمان در هیپاتیت 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:

انتروفون آلفا	} آنالوگ های نوکلئوزیدی
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.)

توصیه های 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.

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.

سل ریوی

بررسی دانش آموز از نظر ابتلا به سل ریوی

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

جدول ارزیابی دانش آموز از نظر ابتلا به سل ریوی

در صورتی که جواب 2 نمونه از 3 نمونه اسمیر برداری از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است دانش آموز تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد. در صورتی که یک نمونه از 3 نمونه اسمیر برداری خلط مثبت است و علانم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد دانش آموز به عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

اگر نمونه های خلط، کلاً منفی باشد برای بیمار یک دوره درمان غیر اختصاصی با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف **باستثنای** (ریفامپین، استرپتومایسین و سایر آمینوگلیکوزیدها و فلوروکینولون ها) - با اولویت ماکرولیدها - به مدت 10 تا 14 روز تجویز می گردد و پس از آن چنانچه بهبودی حاصل نشده باشد و علایم بالینی پایدار باقی بماند، سه نمونه مجدد خلط، همانند نوبت اول تکرار می شود که در صورت دریافت جواب مثبت (یعنی حداقل در دو تا از نمونه ها)، بیمار به عنوان سل ریوی با اسمیر خلط مثبت معالجه و پیگیری می گردد؛ مگر آن که فقط یکی از نمونه ها مثبت شده باشد که در صورت همراهی آن با رادیوگرافی منطبق با سل ریه باز بیمار تحت عنوان **سل ریوی با اسمیر خلط مثبت** تحت درمان قرار می گیرد. اما اگر جواب هر سه نمونه خلط سری دوم نیز منفی باشد و نشانه های رادیولوژیک با بیماری سل مطابقت داشته باشد بیمار برای تعیین تکلیف نهایی (**تشخیص سل ریوی خلط منفی یا رد تشخیص سل**) باید به پزشک متخصص تعیین شده در سطح شهرستان یا کمیته سل شهرستان ارجاع شود.

دانش آموز را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

دانش آموز را با توجه به نشانه ها، نتایج اسمیر برداری ها و رادیوگرافی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

• دانش آموز 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 "**در معرض ابتلا به سل با عارضه**" قرار می گیرد. دانش آموز را مطابق با جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با دانش آموز را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و دانش آموز 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 دانش آموز 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.

دانش آموز دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل یا 3 اسمیر منفی از خلط در طبقه بندی "در معرض ابتلا به سل" قرار می گیرد. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که از دانش آموز با یک اسمیر مثبت، 3 نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرها دانش آموز را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. دانش آموز با 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روزه بر اساس جدول درمان راهنمای کشوری پیشگیری و مبارزه با سل چاپ دوم 1388 قرار دهید و وی را دو هفته بعد پیگیری کنید.

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

بی اشتهاپی، تهوع و درد شکم: دوز دارو ها را کنترل کنید. درمان را ادامه دهید. از دانش آموز 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.

درمان

در حال حاضر داروهای اصلی ضد سل که کاربرد اساسی در درمان و کنترل بیماری دارند عبارتند از:

ایزونیازید (H)؛ ریفامپین (R)؛ پیرازینامید (Z)؛ اتامبوتول (E)؛ استرپتومايسين (S)

اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

دارو	مقدار روزانه mg/kg	فرآورده های ژنریک ایران
ایزونیازید (H)	5 (4-6)	قرص های 100-300 میلی گرم
ریفامپین (R)	10(8-12)	کپسول های 150-300 میلی گرم قطره 153 میلی گرم در هر قطره
پیرازینامید (Z)	25 (20-30)	قرص 500 میلی گرم
اتامبوتول (E)	15(15-20)	قرص 400 میلی گرم
استرپتومايسين (S)	15 (12-18) حداکثر 500 میلی گرم	ویال یک گرمی

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد که **به جز موارد مشکوک یا قطعی مقاومت دارویی**، هر یک از مبتلایان به سل در یکی از این دو گروه (1 یا 2) دسته بندی می شوند.

دقت کنید در شرایط خاصی نظیر همراهی بیماری های کبدی و کلیوی رژیم های درمانی تغییر می کند که در کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل چاپ دوم 1388 به آن پرداخته شده است.

در راهبرد DOTS، بیماران جدید با رژیم کوتاه مدت شش ماهه (گروه اول درمانی = Cat I) و بیماران تحت درمان مجدد با رژیم کوتاه مدت هشت ماهه (گروه دوم درمانی = Cat II) درمان می شوند؛ که هر دوی این رژیم های درمانی مشتمل بر دو مرحله هستند:

در مرحله ی اول یا مرحله ی حمله ای درمان) در "گروه اول درمانی" به مدت 2 ماه از 4 داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول و در "گروه دوم درمانی" ابتدا به مدت 2 ماه از 5 داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید، اتامبوتول و استرپتومايسين و سپس به مدت یک ماه از 4 داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول درمان به صورت روزانه استفاده می گردد. در این مرحله اکثر باسیل ها کشته می شوند.

درمان در مرحله ی دوم یا مرحله ی نگهدارنده در "گروه اول درمانی" به مدت 4 ماه با استفاده از 2 داروی ایزونیازید و ریفامپین و در "گروه دوم درمانی" به مدت 5 ماه با استفاده از 3 داروی ایزونیازید، ریفامپین و اتامبوتول به طور روزانه ادامه می یابد. در این مرحله باکتری های باقیمانده و باکتری های فاز نهفته نابود خواهند شد.

رژیم درمانی دانش آموزان مبتلا به سل ریوی بر حسب گروه درمانی

مرحله نگهدارنده		مرحله حمله ای		بیمار تحت درمان	گروه درمانی
مدت (ماه)	دارو	مدت (ماه)	دارو		
4	HR	2	HRZE	بیماران جدید با: • اسمیرخلط مثبت • اسمیرخلط منفی	1
5	HRE	2	HRZES	موارد عود موارد شکست درمان سایر موارد سل ریوی	2
		1	و سپس HRZE		

* توجه آن که، تعریف مورد جدید بیماری، عود، شکست درمان و که مبنای تعیین گروه و رژیم درمانی بیمار است در کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل 1388 آمده است. از هر بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت که قرار است طبق تعاریف استاندارد تحت گروه دوم درمانی قرار بگیرد باید ابتدا نمونه خلط جهت انجام کشت، تعیین هویت میکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی اخذ و به آزمایشگاه ارسال شود.

پس از تشخیص بیماری و تعیین گروه و رژیم درمانی، باید کارت همراه بیمار، پرونده و کارت درمان به طور کامل تکمیل شود. اولین دوز دارو زیر نظارت مستقیم و در محل به بیمار خوراندن شود. توضیحات کامل در مورد بیماری، راه های سرایت، احتیاطات لازم الاجرا، ضرورت درمان کامل و منظم، مراجعه در صورت بروز هر نوع مشکل یا عارضه، طول مدت سرایت پذیری، طول مدت درمان، تعداد و نوع داروهای تجویزی، زمان مصرف دارو، ضرورت دریافت درمان تحت نظارت مستقیم روزانه کارمند بهداشتی و یا فرد مطمئن که ایشان تعیین می کنند (حداقل در طول دوره حمله ای در بیماران جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت و در تمام طول درمان برای بیماران تحت گروه دوم درمانی)، زمان انجام ویزیت ها و انجام آزمایشات حین درمان و به بیمار و همراه وی ارائه گردد. مطابق با کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل نسبت به بررسی اطرافیان در تماس با دانش آموز مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت اقدام شود. در صورت امکان

از بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت رادیوگرافی قفسه سینه در بدو درمان تهیه شود. در طول مرحله حمله ای درمان حداقل هر دو هفته یک بار و در دوره نگهدارنده نیز ماهی یک بار باید بیمار تحت معاینه، بررسی و آموزش های تکمیلی/ تکراری قرار گیرد. واضح است که در صورت مشاهده عوارض خفیف و شدید دارو های ضد سل می بایست مطابق با راهنمای کشوری مبارزه با سل که کمی بعد به طور مختصر به آن اشاره شده است عمل نمود.

لازمست در کشور ما نیز مطابق با توصیه های بین المللی و سازمان جهانی بهداشت حداقل در بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت، مادام که ریفامپین در ترکیب دارویی بیمار مسلول قرار دارد، داروها تحت نظارت مستقیم روزانه¹ یک ناظر مطمئن و آموزش دیده مصرف شوند. این بدین معناست که هر دو مرحله ی حمله ای و نگهدارنده رژیم درمانی بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت (اعم از آن که تحت گروه 1 یا 2 درمانی قرار داشته باشند) باید به طور روزانه و تحت نظارت مستقیم یک نفر از کارکنان بهداشتی و یا فردی آموزش دیده و مطمئن دریافت شود. البته واضح است که این نظارت مستقیم روزانه در طول دوره ی حمله ای بیشتر از دوره ی نگهدارنده درمان دارای ارزش است و همچنین اهمیت آن در طول مرحله ی نگهدارنده درمان بیماران گروه 2 درمانی بیشتر از بیماران گروه 1 درمانی است.

در فواصل زمانی معینی بنا به گروه درمانی، از دانش آموز مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت (مطابق توضیحات زیر) هر بار دو نمونه خلط تهیه و جهت انجام آزمایش مستقیم به آزمایشگاه ارسال می گردد. (البته روند درمان مبتلایان به سل ریوی با اسمیر خلط منفی نیز در پایان مرحله درمان حمله ای، توسط انجام آزمایش اسمیر خلط مورد بررسی قرار داده می شود.) این فواصل زمانی در گروه درمانی 1 « پایان ماه دوم، دو ماه بعد از شروع درمان نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان (ماه ششم) » و در گروه درمانی 2 « پایان ماه سوم، دو ماه بعد از شروع درمان نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان (ماه هشتم) » می باشد.

نکته قابل توجه آنکه مثبت شدن یکی از دو نمونه خلطی که در هر مرحله از پایش درمان بیماران تهیه می شود، جهت اعلام مثبت بودن نتیجه آزمایش در آن مرحله کافی است. اگرچه مرحله ی حمله ای در مورد گروه درمانی 1، دو ماه است ولی اگر آزمایش اسمیر خلط بیمار جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت در پایان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقی مانده باشد، درمان حمله ای را تا پایان ماه سوم نیز ادامه داده و در هفته پایانی ماه سوم آزمایش اسمیر خلط را مجدداً تکرار می کنیم؛ اگر نتیجه اسمیر از نظر باسیل اسید فاست منفی بود، درمان **نگهدارنده** را آغاز می کنیم. اما چنانچه اسمیر خلط هنوز مثبت باقی مانده باشد باید نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت خلط، تعیین هویت مایکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی ارسال و همزمان درمان **نگهدارنده** را نیز آغاز کنیم. بدیهی است که پاسخ آزمایشات فوق که مبنای تصمیم گیری برای تغییر رژیم درمانی بیمار هستند باید به موقع پیگیری شود. بر اساس نتیجه آزمایش حساسیت دارویی، یکی از سه تصمیم زیر باید برای بیمار گرفته شود:

1. پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از حساسیت باسیل به تمامی داروهای خط اول ضدسل باشد: در این حالت درمان نگهدارنده بیمار را ادامه داده و فقط در زمان های مشخص شده نسبت به انجام آزمایش اسمیر خلط برای بیمار اقدام می شود. مثبت بودن پاسخ هر یک از دو نوبت آزمایش اسمیر بعدی بیمار سبب طبقه بندی نتیجه درمان تحت عنوان **شکست درمان** شده و ما را نیازمند تکرار درخواست برای انجام آزمایشات کشت خلط، تعیین هویت مایکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی خواهد کرد.

¹ Directly Observed Treatment (=DOT)

2. چنانچه پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از مقاومت باسیل به حداقل دو داروی ایزونیازید و ریفامپین (یعنی MDR-TB) باشد. در این حالت، باید بیمار از طریق پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان و دانشگاه متبوع، برای بستری و شروع درمان با داروهای خط دوم ضدسل به مرکز ارجاع کشوری یا منطقه ای سل ارجاع فوری شود.
3. چنانچه پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از مقاومت باسیل به حداقل یکی از داروهای خط اول ضد سل است، اما در عین حال مقاومت آن از نوع MDR-TB نیست. در این حالت، باید ادامه رژیم درمانی بیمار از طریق پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان و دانشگاه متبوع طی مشاوره ای فوری از فوکل پوینت علمی مرکز ارجاع کشوری/ منطقه ای سل استعلام شود. در پایان درمان از دانش آموز مبتلا به سل ریوی، به منظور کمک به تشخیص و تعیین سیر بهبود ضایعات رادیوگرافی قفسه سینه به عمل آورید.

جدول عوارض داروهای ضد سل و نحوه برخورد با آن ها در یک نگاه

عوارض دارویی	داروهای احتمالی	اقدامات لازم
عوارض خفیف		
بی اشتهاهی - تهوع - درد شکم	ریفامپین، پیرازینامید	دوز داروها کنترل شود و درمان ادامه یابد؛ داروها همراه با یک غذای بسیار سبک یا شب قبل از خواب مصرف شود. این علائم ممکن است علایم اولیه بروز یک هیپاتیت دارویی باشند، به همین دلیل بیماری باید به دقت از نظر بالینی پیگیری شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	از بالا نبودن دوز مصرفی پیرازینامید اطمینان حاصل شود و آسپیرین تجویز و مصرف شود. (این عارضه معمولاً در اواخر دوره حمله ای درمان اتفاق می افتد)
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین به مقدار 40 میلی گرم روزانه تجویز و مصرف شود.
عوارض شدید		
لک های پوستی (همراه یا بدون وجود تب، ادم، زخم مخاطی و شوک)	استرپتومایسین، ایزونیازید، ریفامپین و گاهی پیرازینامید	مصرف تمام داروها متوقف و بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود؛ داروی آنتی هیستامین و در صورت شدت عوارض کورتیکواستروئید به همراه مایعات داخل وریدی تجویز شود.
خارش	استرپتومایسین	درمان ضد سل را بدون استرپتومایسین ادامه دهید و با استفاده از تجویز آنتی هیستامین ها خارش را درمان

علامتی کنید؛ به بیمار اطمینان خاطر داده و از خشک شدن پوست جلوگیری کنید.		
چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی (واکس) وجود ندارد استرپتومایسین حذف و اتامبوتول جایگزین آن شود. این عارضه اغلب وابسته به دوز است، به همین دلیل باید ابتدا مطمئن شوید که دوز تجویزی متناسب با وزن و سن بیمار است.	استرپتومایسین	کاهش شنوایی یا کری
استرپتومایسین حذف و اتامبوتول جایگزین شود.	استرپتومایسین	سرگیجه و نیستاگموس
مصرف تمام داروها متوقف و تست های کبدی و PT به طور اورژانس کنترل شود؛ بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود .	ایزونیازید، پیرازینامید، ریفامپین	زردی، هپاتیت (علت های دیگر رد شده باشد)
مصرف اتامبوتول متوقف و بیمار برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع شود . نکته آن که در صورت بروز اختلال بینایی، اتامبوتول نباید مجددا تجویز شود.	اتامبوتول	اختلال بینایی (اختلال دید رنگ سبز و قرمز)
مصرف تمام داروها متوقف و تست های کبدی و PT به طور اورژانس کنترل شود؛ بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود .	ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید	گیجی (احتمال نارسایی حاد کبدی)
مصرف ریفامپین متوقف شود. دوز اتامبوتول و استرپتومایسین (در صورت مصرف) زیر نظر متخصص و با توجه به عملکرد باقیمانده کلیه تعدیل شود	ریفامپین	شوک، پورپورا، ترومبوسیتوپنی و نارسایی حاد کلیوی

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل:

توصیه های کلی

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

پیگیری

دانش آموز در معرض ابتلا به سل با عارضه را دو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد به شرح زیر پیگیری کنید:

• از دانش آموز در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که دانش آموز 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 و درمان را با همان دوز اولیه ادامه دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که دانش آموز 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.

در پایان دوره درمانی برای دانش آموز مبتلا به سل ریوی رادیوگرافی سینه درخواست کنید و در پایان ماه دوم، چهارم و ششم هر بار دو نمونه اسمیر از خلط دانش آموز بگیرید و چنانچه یکی از 2 نمونه خلطی که در پایان مرحله حاد یعنی 2 ماه پس از شروع درمان، از دانش آموز تهیه می شود مثبت باشد درمان مرحله حاد را بدون استرپتومايسين تا پایان ماه 4 ادامه دهید و در پایان 4 ماه آزمایش خلط را تکرار کرده و اگر نتیجه هنوز مثبت باقی مانده باشد دانش آموز را به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه دانش آموز به مدت کم تر از 2 هفته قطع دارو داشته درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که دانش آموز دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه دانش آموز بین 2 تا 8 هفته قطع دارو داشته از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از دانش آموز باید نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد رژیم درمانی قبلی از نو آغاز می شود و اگر اسمیر خلط منفی باشد درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که دانش آموز دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه دانش آموز بیش از 8 هفته قطع دارو داشته باشد از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از دانش آموز بر اساس برنامه کشوری نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد این دانش آموز در گروه درمان پس از غیبت قرار گرفته و رژیم درمانی پس از غیبت برای وی آغاز می شود و در صورتی که مشکوک به مقاومت دارویی هستید دانش آموز را به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید

دانش آموز در معرض ابتلا به سل (یک اسمیر مثبت) را پس از دو هفته به شرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید دانش آموز پیگیری شده دارای یک نمونه اسمیر مثبت از خلط است و فاقد نشانه های رادیو گرافیک در قفسه سینه است. از دانش آموز 3 نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و وی را بر اساس نتایج اسمیر برداری به شرح زیر پیگیری کنید:

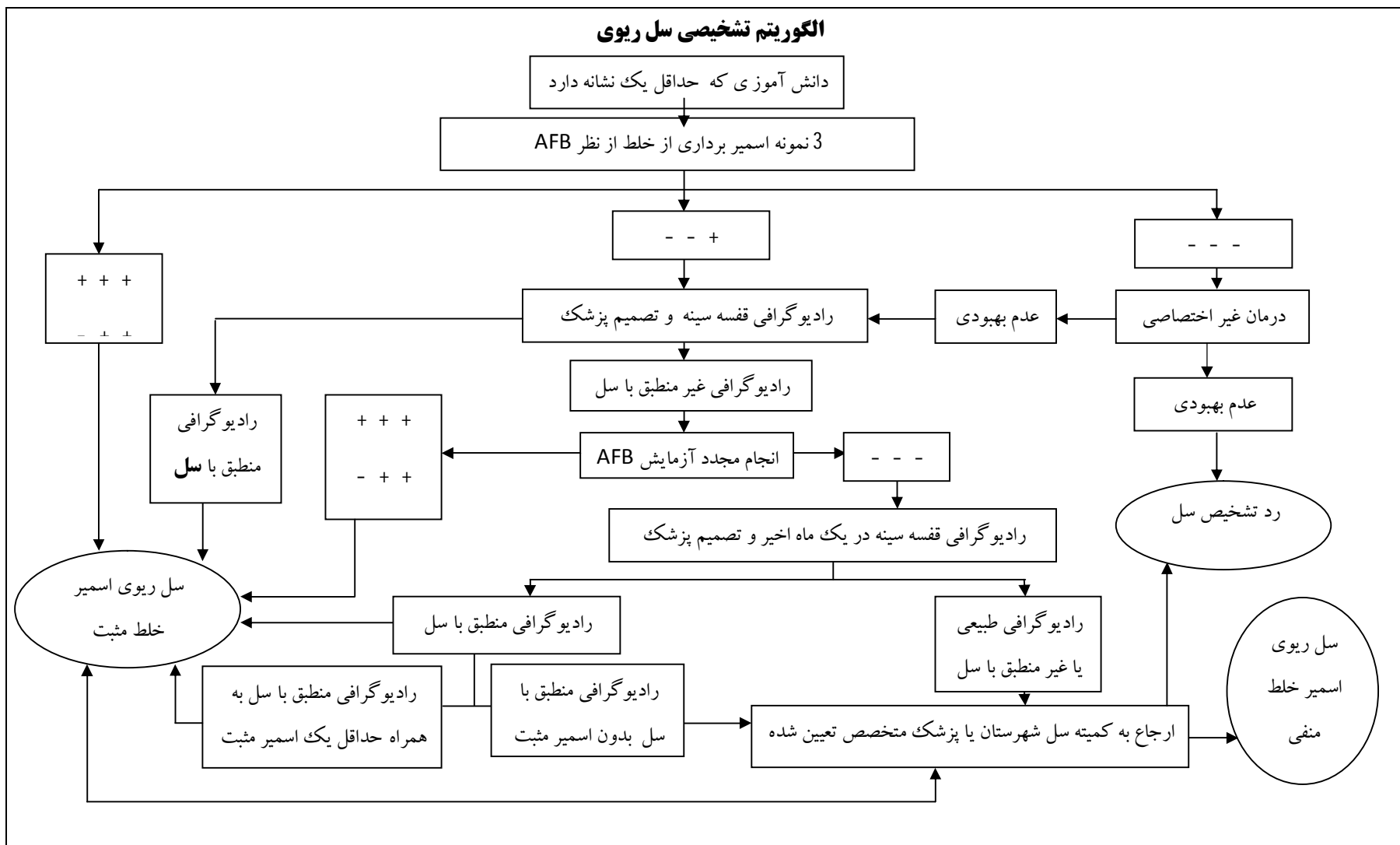
- چنانچه دانش آموز دارای 3 نمونه اسمیر منفی است برای دانش آموز رادیوگرافی از قفسه سینه درخواست کنید. در صورتی که دانش آموز دارای رادیوگرافی طبیعی یا فاقد نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است دانش آموز را برای رد تشخیص سل و یا تشخیص سل اسمیر به کمیته سل شهرستان یا پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- چنانچه دانش آموز دارای 3 نمونه اسمیر منفی است به همراه نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است این دانش آموز مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت است. دانش آموز را مطابق جدول رژیم درمانی سل تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس دانش آموز در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.
- چنانچه دانش آموز حداقل یک نمونه اسمیر مثبت دارد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت است. دانش آموز را مطابق جدول رژیم درمانی سل، تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس دانش آموز در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.

دانش آموز در معرض ابتلا به سل (3 اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه به شرح زیر پیگیری کنید:

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

- چنانچه دانش آموز دارای علائم بهبودی است این دانش آموز مبتلا به سل نیست. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه دانش آموز فاقد علائم بهبودی است برای دانش آموز رادیوگرافی قفسه سینه درخواست کنید و چنانچه نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است دانش آموز را مطابق جدول رژیم درمانی سل، تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس دانش آموز در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید. چنانچه دانش آموز فاقد نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است از خلط دانش آموز مجدداً 3 نمونه اسمیر تهیه شود و وی را مشابه دانش آموز دارای یک نمونه اسمیر خلط مثبت پیگیری کنید.

الگوریتم تشخیصی سل ریوی



اختلالات ارثی و ناهنجاری های مادرزادی

پرسشنامه پزشک

همکار پزشک بعد از تایید ناهنجاری در ارگان مربوطه، احتمال ژنتیکی بودن و لزوم ارجاع به مشاور ژنتیک را تعیین می کند.

- 5- آیا ناهنجاری مطرح شده، غیر اکتسابی است؟
- 6- آیا فرد یک اختلال مادرزادی مهم از نظر ژنتیکی داشته است؟ (یکی از موارد زیر)

سر و گردن:

صورت: فرد چهره ای غیر معمول (با اختلال محل قرار گیری یا ظاهر گوش و یا چشم) دارد
دهان: شکاف لب، شکاف کام، یا اختلال در رویش یا مینای دندان ها داشته است
جمجمه: کرانیوسینوستوز، آنسفالوسل، Z-score دور سر کم تر از 3- یا بیشتر از 3 داشته است

تنه:

ستون فقرات: اسپاینا بیفیدا داشته است
جدار شکم: امفالوسل، گاستروچزی داشته است
ژنیتالیا: ابهام تناسلی داشته است

اندام ها:

سین داکتیلی، اکتروداکتیلی و پلی داکتیلی در اندام فوقانی یا تحتانی داشته است
Z-score قد کم تر از 3- یا بیشتر از 3 می باشد

پوست:

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

ارگان های داخلی:

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

7- آیا فرد نیاز به مشاوره ژنتیک دارد؟ (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد زیر)

- حداقل 1 نوع ناهنجاری مادرزادی ژنتیکی مهم دارد
- در صورت وجود بدخیمی:
 - فرد بیش از 1 نوع بدخیمی دارد
 - در فامیل، فرد دیگری با بدخیمی مشابه وجود داشته است
 - در سنین بزرگسالی: شروع بدخیمی قبل از 50 سالگی بوده است
- در فامیل فرد دیگری با ناهنجاری مادرزادی مشابه، اختلال عملکردی مشابه یا بیماری شناخته شده مشابه، وجود داشته است
- علاوه بر اختلال عملکردی یک ناهنجاری غیراکتسابی نیز دارد.
- علاوه بر اختلال عملکردی، حداقل 2 مورد از موارد ذیل را دارد:
 - الف- مادر فرد مراجعه کننده سابقه سقط مکرر (2 سقط یا بیشتر)، مرده زایی یا نازایی طولانی مدت (>2 سال بدون جلوگیری) داشته است
 - ب- سابقه فوت در برادر یا خواهر فرد به دلیل بیماری وجود دارد
 - ج- والدین فرد مراجعه کننده نسبت فامیلی دارند
 - د- زمان شروع اختلال قبل از 2 سالگی بوده است
- اختلال باروری دارد

بررسی اختلالات فیزیکی / ظاهری در شرح حال

- 1- اختلال فیزیکی/ظاهری در کدامیک از اعضای بدن وجود داشته است؟
 - 1-1: در صورت (لب، کام، چشم، گوش)، جمجمه یا گردن
 - 1-2: در قفسه سینه، ستون فقرات، جدار شکم، مقعد یا اندام تناسلی
 - 1-3: در دست، ساعد، بازو، کف پا، ساق پا، ران
 - 1-4: در پوست نواحی مختلف بدن، مو یا ناخن
 - 1-5: بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناهنجاری در پوست یا اعضای بدن می شود
 - 1-6: تومور خوش خیم یا بدخیمی شناخته شده ای داشته است.
 - 1-7: سابقه عمل جراحی در اعضای بدن داشته است

بررسی اختلالات عملکردی در شرح حال

- 2- اختلال عملکردی در کدامیک از سیستم های بدن دارد؟
 - 2-1 اختلال رشد داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

زیر 15 سالگی: کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر داشته است

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر شده است
 - 2-2: اختلال تکاملی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد): زیر 4 سال:
 - 3-48 ماهگی: به موقع گردن نگرفته است
 - 8-48 ماهگی: به موقع ننشسته است یا در حال حاضر نمی تواند بنشیند
 - 15-48 ماهگی: به موقع راه نیافتاده است یا در حال حاضر راه نمی رود
 - 15-48 ماهگی: به موقع شروع به حرف زدن نکرده است یا در حال حاضر حرف نمی زند

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلال تکاملی شده است
 - 2-3: ناتوانی ذهنی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد): بالای 4 سال:

در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد
قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد
نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند
توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است

2-4: اختلال روانی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

سابقه افسردگی شدید، گوشه گیری شدید، اضطراب یا وسواس شدید در حدی که باعث اختلال در فعالیت روزانه شود داشته است
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ضعف روحی - روانی شده است

2-5: اختلال بینایی دارد (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

از 3 ماهگی: نابینایی یا کاهش بینایی پیشرونده (که با عینک اصلاح نمی شود) دارد
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث نابینایی یا کاهش بینایی پیشرونده شده است

2-6: اختلال شنوایی دارد (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

از 2 ماهگی: در برابر صداهای محیط عکس العمل نشان نمی دهد
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناشنوایی شده است

2-7: اختلال حرکتی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد):

بعد از 15 ماهگی: نمی تواند به خوبی با حفظ تعادل راه برود

بعد از 24 ماهگی: نمی تواند براحتی از جایش بلند شده و از پله ها بالا رود

تمام سنین: سابقه لرزش یا حرکات غیرارادی در استراحت یا شروع فعالیت در اندام ها یا سابقه تشنج مکرر (<1 بار) دارد
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ضعف یا اختلالات حرکتی یا تشنج مکرر شده است

2-8: اختلال انعقادی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

سابقه خونریزی طول کشیده یا کبود شدگی و خونمردگی متعدد و مکرر در زیر پوست دارد
اختلال انعقادی شناخته شده ای دارد

2-9: اختلال ایمنی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

- زیر 2 سال: سابقه بستری حداقل 2 بار به دلیل بیماری تب دار طول کشیده (بیش از 1 هفته) در بیمارستان داشته است
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث نقص ایمنی یا عفونت مکرر شده است
- 2-10: اختلال قلبی عروقی مادرزادی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
زیر 2 سال: حملات کبود یا سیاه شدن منتشر در لب، ناخن و زبان، یا تعریق زیاد در حین شیر خوردن به همراه خستگی زودرس داشته است
بیماری قلبی عروقی مادرزادی شناخته شده ای دارد.
- 2-11: اختلال کبدی داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
زیر 2 سال: سابقه زردی طولانی مدت (بیش از یک ماه) داشته است
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات گوارشی یا کبدی یا زردی شده است
- 2-12: اختلال بلوغ داشته است (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
مرد بالای 16 سال: علائم بلوغ و رویش موی صورت تا 16 سالگی شروع نشده است
خانم بالای 14 سال: علائم بلوغ و عادت ماهیانه تا 14 سالگی شروع نشده است
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات بلوغ شده است
- 3- در صورت ازدواج آیا اختلال باروری داشته است؟ (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)
خانم: سابقه سقط مکرر (2 سقط یا بیشتر)، مرده زایی، فوت نوزاد زیر 1 ماه یا سابقه نازایی طولانی (>2 سال بدون پیشگیری از بارداری) داشته است
آقا: سابقه طولانی ناباروری (>2 سال بدون بدون پیشگیری از بارداری) داشته است
بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات باروری شده است
 - 4- سابقه بیماری شناخته شده دیگری داشته است؟ (در صورت مثبت بودن نام بیماری و شکایت اصلی ذکر شود)

مراقبت از کودک مبتلا یا در معرض خطر بیماری های ژنتیک و مادرزادی توسط مراقب بهداشت مدارس

الف) در برنامه کشوری PKU:

- 1- ملاحظات تغذیه (شیر و غذای مخصوص) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس و والدین بیماران انجام شود (پیوست است).
- 2- انجام دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب PKU (دستورات ویژه بالینی به هر دانش آموز بیمار) پیگیری، بررسی و مراقبت از انجام آن در طول حضور بیمار در مدرسه صورت گیرد.
- 3- مشاوره ژنتیک (در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت) به والدین توصیه و ایشان برای انجام امر ترغیب گردند.

ب) در برنامه کشوری G6PD

- 1- مراقبت برای پرهیز از محرک های لیز گلبولی (شامل مواد غذایی نظیر باقالا، داردها، تب) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس صورت گیرد؟ (پیوست است).
- 2- در صورت بروز علائم لیز گلبولی (رنگ پریدگی، تغییر رنگ ادرار) دانش آموز به اورژانس بیمارستانی انتقال یابد.
- 3- نظارت مجدد بر نصب برگه اطلاعات دارویی (پیوست است) در دفترچه بیمه دانش آموز

ج) مراقبت در برنامه هموفیلی:

- 1- ملاحظات تغذیه ای : ندارد
- 2- ملاحظات دارویی : از مصرف آسپرین خودداری شود.
- 3- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب هموفیلی کودکان (در تهران، بیمارستان مفید)
- 4- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه:
 - عدم شرکت در ورزشهای همراه با ضربه مانند دو میدانی
 - توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار
- 5- انجام مراقبت های اولیه در صورت بروز خونریزی و تماس با والدین بیمار
- 6- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت

د) مراقبت در برنامه تالاسمی:

- 1- ملاحظات تغذیه ای: عدم مصرف زیاد غذا یا داروهای افزایش دهنده آهن خون
- 2- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب تالاسمی
- 3- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه :
 - تماس با والدین در صورت بروز علایم کم خونی
 - توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار در صورت نیاز به تزریق خون
- 4- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

جدول راهنمای استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک سیگار

نوع دارو	روش مصرف	فواید	مضرات
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت: 2 میلی گرم	به طور معمول: با 10 تا 12 قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به 20 قطعه در روز برسد، به مدت 12 هفته. سپس یک قطعه در هر روز هفته کم کنید. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر می شود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه به مدت 30 دقیقه است.	عملکرد سریع، میزان دریافتی توسط بیمار کنترل می شود. می تواند با جدول زمانی بیمار تنظیم شود.	پذیرش بالایی احتیاج دارد. اغلب اوقات اشتباه مصرف می شود (جویده شده اما نگه داری نمی شود)، منجر به عوارض جانبی می شود مانند (سکسکه، دل درد، سوزش گلو، تهوع)، درد فک، قورت دادن، چسبیدن به دندان مصنوعی. تعداد کمی از افراد به آن معتاد می شوند.
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت: 4 میلی گرم	به طور معمول: با 10 تا 12 قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به 20 قطعه در روز برسد، به مدت 12 هفته. سپس یک قطعه در هر روز هفته کم کنید. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر می شود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه به مدت 30 دقیقه است.	یک محصول بسیار موثر نیکوتین برای بیمارانی که سیگار زیادی می کشند. به بیمارانی که ترک قبلی آن ها دچار مشکل شده و افرادی که می خواهند آدامس را ادامه بدهند، پیشنهاد کنید 2 میلی گرم استفاده کنند.	تمام موارد مربوط به آدامس 2 میلی گرمی اما به میزان بیش تر، میزان اعتیاد بالا می رود، میزان برگشت نیز افزایش می یابد.
برچسب نیکوتین (روی پوستی) هیبیترو، نیکودرم، نیکوترو	مقدار پیشنهاد شده برای مصرف در روی برچسب نیکوتین	استفاده راحت، همچنین احتیاج به پذیرش کم تر دارد. دریافت نیکوتین دائم و همچنین اعتیاد آور نیست.	برای برخی از بیماران، سطح نیکوتین کافی را تامین نمی کند. عوارض جانبی مانند: خارش پوست، سخت خوابیدن، میزان برگشت بالا.

راهنمای درمان سم زدایی

ارزیابی	معیارهای درمان سم زدایی	نوع دارو	اقدام
<p>1- شرح حال بگیرید:</p> <p>اطلاعات شخصی، سابقه دقیق و سیر سوء مصرف مواد، ارتباط های خانوادگی، رفتارهای پر خطر سابقه بیماری های روانی و جسمی، اختلالات خلقی</p> <p>2- مصاحبه انگیزشی انجام دهید*</p> <p>3- کنترل علائم حیاتی و معاینه فیزیکی با تاکید بر علائم بیماری کبدی، بیماری قلبی و رو شواهد عفونت HIV</p>	<p>- بیمارانی که مدت کوتاهی (کم تر از یک سال) است که به مواد مخدر وابستگی پیدا کرده اند.</p> <p>- کسانی که به مصرف تریاک به مقدار کم (حدود نیم مثقال یا کم تر در روز) به صورت کشیدنی اعتیاد دارند.</p> <p>- کسانی که برای بار اول اقدام به ترک نموده اند.</p> <p>- افراد جوان و سالم</p> <p>- کلیه کسانی که همکاری و پذیرش سم زدایی با نیکوتین را دارند.</p>	کلونیدین*	<p>1- در صورت عدم وجود مشکلات قلبی، ریوی، کلیوی، کبدی و وجود فشار خون بالای 85/55، سم زدایی بلامانع است.</p> <p>2- تداخل دارویی و دادن آگاهی در مورد احتیاط در رانندگی در زمان مصرف این دارو را مد نظر قرار دهید.</p> <p>3- با بیمار بر 7 تا 10 روزه بودن دوره درمان موافقت کنید.</p> <p>4- دوز آزمایشی را به میزان 0/1 میلی گرم (نصف قرص) تجویز کنید.</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>7- درمان با دوز مناسب برای 10 روز همراه با کنترل فشارخون ادامه یابد. (کنترل فشار خون برای مصرف کنندگان هرئوئین روزانه و برای سایر مواد یک روز در میان انجام گیرد)</p> <p>8- ظرف 2 تا 4 روز پس از پایان دوره 10 روزه، کلونیدین را تدریجاً کاهش داده و قطع کنید.</p> <p>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</p>

<p>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</p>			<p>4- در خواست آزمایش عملکرد کبد، -HIV</p>
<p>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</p> <p>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.</p> <p>9- درمان تزریقی با این دارو ممنوع است.</p>	<p>بوپرنورفین*</p>	<p>- 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. - عدم موفقیت سم زدایی با سایر روش ها - عدم رضایت بیمار در درمان با سایر روش ها - بیماران معتاد به هروئین</p>	<p>PPD-PRP- HCVAAb- HBSAg</p>
<p>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 علائم محرومیت اضافه کنید. (حداکثر دوز مصرفی روزانه 60 میلی گرم است و در اغلب موارد میزان 30 تا 40 میلی گرم کافی است)</p>	<p>متادون*</p>	<p>- زنان باردار - ختم درمان نگه دارنده با متادون</p>	

<p>3- دوز درمانی را به میزان 3 تا 10 درصد در روز کاهش دهید.</p> <p>4- پس از رسیدن به دوز 10 میلی گرم، این دوز را به مدت 3 تا 4 روز حفظ کنید.</p> <p>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.</p>			
---	--	--	--

* 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

اقدامات 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 یادآورها 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 نشئگی 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، سسکسه، عطسه و مشکلات دستگاه گوارش به صورت اسهال و استفراغ خواهد شد.

باید برای بیمار مشکوک 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.

5- 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، درمان بیش مصرف

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 بوپروئفرین 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 اپیوئیدهای 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 ایبuprofen می باشد که داروی اخیر متداول ترین آن ها است. حداکثر دوز ایبوبروفن 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 بپیریدین (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.

بررسی از نظر بیماری قلبی

معاینه قلب:

- 1- سماع 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 علائمی 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 منشاء می گیرد و در نتیجه خون غنی از اکسیژن توسط شریان پولمونر دوباره به ریه باز می گردد و خون کم اسیژن 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 بدنیشان 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 ورزش های رقابتی حتی در افراد سالم توصیه نمی شود).
 - اختلال ریتم به صورت برادیکاردی یا تاکیکاردی 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 تاکیکاردی 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 می شود.

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، علائم 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، علائم 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.
- کوآرکتاسیون آئورت
- در فرم کلاسیک تنگی در آئورت نزولی بعد از جدا شدن شریان ساب کلارین 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 کوآرکتاسیون 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 کوآرکتاسیون 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 گهگیر پایدار، نارسایی نسبتاً شدید میترال و همراه با سندرم مارفان دارند ورزش های رقابتی توصیه نمی شود.

- معاینات دوره ای جهت بررسی دریاچه و پیشرفت نارسایی دریاچه 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. اگر 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.

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 آئروبیک و فعالیت هایی که موجب استحکام و تقویت عضله و استخوان می شوند، باشد. نکته مهم: مقدار کلی فعالیت بدنی در به دست آوردن مزایای سلامتی مهم تر از شدت و مدت و تکرار فعالیت بدنی یا ترکیبی از فعالیت ها (آئروبیک - قدرتی - عضلانی و قدرتی - استخوانی) است.

- فعالیت 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 آئروبیک 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.
 - آثروبیکی: بیش تر این 60 دقیقه باید شامل فعالیت های بدنی متوسط تا شدید آثروبیکی 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 حداقل 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 آثروبیکی: فعالیت هایی هستند که عضلات بزرگ به طور ریتمیک حرکت داده می شوند. مثل دو، لی لی، بالا و پایین پریدن، طناب بازی، شنا، دوچرخه سواری.
- فعالیت های بدنی آثروبیکی قابلیت های قلبی - ریوی را افزایش می دهند.
- فعالیت های قدرتی - عضلانی: موجب افزایش کار عضلات پیش از فعالیت آن ها (عضلات) در کارهای روزانه می شوند مثل وزنه برداری یا طناب کشی.
- فعالیت های قدرتی - استخوانی: این فعالیت ها موجب افزایش نیرو بر استخوان ها می شوند و باعث رشد و افزایش قدرت استخوان ها می گردند. این نیروها بیش تر از طریق فشار بر روی زمین ایجاد می شود. دویدن، پریدن، بسکتبال و تنیس مثال هایی از این فعالیت ها است.
- ن** 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 ناکهانی 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 صدی 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 اتلاق می گردد که در عین حال یک عامل مهم در تعادل انرژی نیز هست. برخی منابع دیگر، هر حالتی از حرکت را فعالیت فیزیکی می نامند.

✓ فعالیت جسمی از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET یا معادل متابلیکی تقسیم می شود.

MET واحدی است که برای تخمین خرج 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.

✓ فعالیت با شدت کم به فعالیت جسمی با شدت کم تر از 3 METs از قبیل نشستن، تماشای تلویزیون و کار با رایانه اتلاق می شود.

✓ 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.

✓ 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.

راهنمای روند بلوغ طبیعی

طبقه بندی مراحل بلوغ جنسی در پسران			
بیضه ها	پنیس	موهای زهار	مرحله SMR
قبل از بلوغ	قبل از بلوغ	وجود ندارد	1
بزرگی اسکروتوم، رنگ صورتی، تغییر طرح پوست، بزرگ تر	بزرگی مختصر	کم پشت، دراز، کم رنگ	2
بزرگ تر	طول بزرگ تر	رنگ تیره تر، شروع به حلقوی شدن، مقدار موها کم	3
بزرگ تر، اسکروتوم تیره رنگ	بزرگ تر، افزایش اندازه گلنس و عرض پنیس	شبیه بزرگسالان ولی کم مقدار، خشن، مجعد	4
اندازه بالغین	اندازه بالغین	توزیع مثل بزرگسالان، گسترش به سطح داخلی ران	5

طبقه بندی مراحل بلوغ جنسی در دختران		
پستان	موهای زهار	مرحله SMR
قبل از بلوغ	قبل از بلوغ	1
پستان و پاپیلا به صورت گوی کوچک برآمده می شوند، افزایش قطر آرئول	کم پشت، کم رنگ، لبه داخلی لایبیا صاف	2
بزرگ شدن پستان و آرئول، بدون واضح شدن حدود پستان	رنگ تیره، شروع به	3
آرئول و پاپیلا جوانه ثانویه را تشکیل می دهند	حلقوی شدن افزایش مقدار موها خشن، مجعد، فراوان ولی کم تر از بالغین	4
به فرم کامل رسیدن، برآمده شدن نیپل، آرئول بخشی از ته پستان می شود	مثلث زنانه به فرم بالغین و گسترش به طرف سطوح داخلی ران	5

بیماری آمیزشی

علائم	اقدام
<p>ترشح واژینال، سوزش و خارش ناحیه تناسلی،</p> <p>در صورت وجود زخم یا ترشح موکوپرولانیت یا شیوع بالای گنوکوک/کلامیدیا، وجود clue cell، وجود تریکومونای متحرک در نمونه مرطوب، تست مثبت PH <math>KOH</math> بالاتر از ۵/۴؛ درمان گنوکوک کلامیدیا واژینوز باکتریال و تریکوموناس طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت وجود ترشح پنی، ادم و قرمزی، خراشیدگی ولو یا قارچ در اسمیر: درمان کانیدیا آلبیکنس طبق جدول دارویی</p> <p>آموزش و مشاوره، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT</p> <p>درمان شریک جنسی</p> <p>پیگیری ۳ روز بعد</p> <p>در صورت عدم بهبودی و یا فقدان/افزایش قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، احتمال سقط یا حاملگی، بارداری یا ریپاند تدریس، تب، تکی کاردی، توده شکم: ارجاع به متخصص با توجه به نیاز بیمار به باز کردن رگ و احیاء</p>	<p>در صورت ترشح: درمان گنوره و کلامیدیا تریکوموناس طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت ترشح پایدار یا عود ترشح: بررسی از نظر بیماریهای آمیزشی و در صورت سابقه عفونت یا سابقه درمان: تکرار درمان و در صورت وجود بیماری آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی</p> <p>آموزش و مشاوره، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT</p> <p>درمان شریک جنسی</p> <p>پیگیری ۷ روز بعد</p> <p>در صورت عدم بهبودی ارجاع به متخصص</p>
<p>ترشح مجرا</p>	<p>در صورت زخم تاولی: درمان هرپس طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت وجود زخم: درمان سیفلیس و شانکروید طبق جدول دارویی</p> <p>آموزش و مشاوره، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT</p> <p>درمان شریک جنسی</p> <p>پیگیری ۷ روز بعد</p> <p>در صورت عدم بهبودی ارجاع به متخصص</p>
<p>زخم ژنیتال</p>	<p>در صورت چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه بیضه: ارجاع قوری</p>
<p>تورم اسکروتوم،</p>	<p>در صورت بیماریهای آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی</p> <p>در صورت نبود چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه بیضه: بررسی فرد از نظر سن کمتر از ۲۵ سال، علائم کمتر از ۳ ماه، وجود بیش از ۵ گلبول سفید در نمونه مجرا یا بیش از ۱۰ گلبول سفید در نمونه ادرار صبحگاهی و در صورت تأیید هر یک: درمان کلامیدیا و گنوکوک</p> <p>آموزش بیمار برای پذیرش درمان و مشاوره برای کاهش خطر، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT</p> <p>درمان شریک جنسی</p> <p>پیگیری ۷ روز بعد</p> <p>در صورت عدم بهبودی ارجاع به متخصص</p>

ارزیابی

شرح حال
معاینه
درخواست آزمایش نمونه مرطوب
برای تریکوموناه، رنگ آمیزی
میکروسکوپی گرم

گروه بندی و
اقدام

نکته: برای آگاهی بیشتر به کتاب راهنمای تدابیر بالینی در عفونت های آمیزشی رجوع کنید

بیماری آمیزشی

اقدام	تشخیص	
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت عدم بهبودی، گاردینگ یا ریپاند تندرینس، تب، تاکی کاردی، توده شکم: ارجاع فوری به متخصص و با توجه به نیاز بیمار به باز کردن رگ و احیاء 		
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت حساسیت زیر شکم و درد حرکات سرویکس: درمان PID طبق جدول دارویی - آموزش و مشاوره، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT - درمان شریک جنسی - پیگیری ۳ روز بعد 	درد شکم	
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت بیماریهای آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی - در صورت وجود خیارک اینگوینال یا فمورال: درمان لنفوگرانولوم ونروم و شانکروئید طبق جدول دارویی و در صورت موج بودن خیارک: آسپیره کردن از طریق پوست سالم - آموزش بیمار برای پذیرش درمان و مشاوره برای کاهش خطر، توصیه به استفاده از کاندوم، مشاوره و درخواست آزمایش HIV، انجام VCT - درمان شریک جنسی - پیگیری ۷ روز بعد - در صورت عدم بهبودی ارجاع به متخصص 	تورم اینگوینال	<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <p>شرح حال معاینه درخواست آزمایش نمونه مرطوب برای تریکومونا، رنگ آمیزی میکروسکوپی گرم</p> <p style="text-align: center;">گروه بندی و اقدام</p>

نکته: برای آگاهی بیشتر به کتاب راهنمای تدابیر بالینی در عفونت های آمیزشی رجوع کنید.

جدول دارویی بیماریهای آمیزشی

درمان سندرمیک خیارک اینگوینال

- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۲ روز یا
- داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز یا
- اریترومايسين ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز

درمان سندرمیک تورم اسکروتوم

- درمان گنوره با سفتریاکسون ۲۵۰-۱۲۵ میلی گرم عضلانی تک دُز همراه با درمان کلامیدیا (داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز) خواهد بود.
در موارد حساسیت به سفالوسپورینها و یا موارد عفونت با Ecoli
- اوفلوکساسین ۲۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۱۰ روز یا
- لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز

درمان سندرمیک PID

- درمان تک دُز گنوره بدون عارضه به همراه داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، یا تتراسایکلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز به همراه مترونیدازول ۵۰۰-۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

درمان سندرمیک جایگزین در موارد عدم امکان درمان تک دُز گنوره

- تری متوپریم (۸۰mg) _ سولفا متوکسازول (۴۰۰mg)، ۱۰ بار در روز، خوراکی، برای ۲ روز و سپس ۲ قرص، ۲ بار در روز، برای ۱۰ روز به همراه داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز و یا تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز به همراه مترونیدازول ۵۰۰-۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

نکته:

بیماران تحت درمان با مترونیدازول، باید از مصرف الکل خودداری کنند.
تتراسایکلین در بارداری منع مصرف دارد.

عفونت های کلامیدیا تراکوماتیس (به جز LGV)

عفونت آنوزینتال بدون عارضه

رژیم پیشنهادی: داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز یا آزیترومایسین ۱g تک دُز

رژیم های جایگزین

- اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز یا

- اوفلوکساسین ۲۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷ روز

نکته: داکسی سایکلین (و سایر تتراسایکلینها) در بارداری و شیردهی منع مصرف دارد.

عفونت لنفوگرانولوم ونروم

رژیم پیشنهادی: داکسیسایکلین ۱۰۰mg، ۲ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز یا اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز

رژیم جایگزین: تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز

نکته: تتراسایکلین ها در بارداری منع مصرف دارند.

زگیل تناسلی

رژیم پیشنهادی

۱- شیمیایی: الف) روشهایی که توسط بیمار به کار می رود:

- استفاده از محلول پودوفیلوکس ۵/۰ درصد یا ژل، ۲ بار در روز به مدت ۳ روز، و سپس ۴ روز بدون درمان که تا ۴ بار تکرار شود (حجم کلی پودوفیلوکس نباید از ۵/۰ سی سی در روز بیشتر شود).

- استعمال کرم ایمی کوپمود ۵ درصد توسط انگشت، ۲ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته، شبها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود. (محل تماس باید با آب و صابون، ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از مصرف شسته شود).

ب) روشهایی که توسط کادر درمانی اجرامی شود:

- پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵ درصد در محلولی از بنزوتین، برای درمان زگیل با دقت روی ضایعات، بدون تماس با نسج سالم اطراف به کار می رود. زگیلهای تناسلی خارجی و اطراف مقعد باید ۱ تا ۴ ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شود. قبل از کاربرد اسپیکولوم یا آنوسکوپ، باید پودوفیلین مصرفی برای درمان زگیلهای سطوح اپیتلیایی ژنیتال و آنال خشک شود. درمان باید هر هفته تکرار شود.

پودوفیلوتوکسین ۵/۰ درصد که یکی از اجزای فعال رزین پودوفیلین است، در صورت امکان توصیه می شود. اثربخشی آن معادل پودوفیلین است؛ اما کمتر سمی بوده، تمایل به ایجاد زخم در آن کمتر است.

عدهای از کارشناسان، با کاربرد پودوفیلین برای درمان زگیلهای مقعد مخالفند. پودوفیلین را نباید با مقادیر زیاد استفاده کرد؛ زیرا سمی است و به آسانی جذب میشود. این دارو در بارداری و شیردهی نیز منع مصرف دارد.

تری کلرواستیک اسید TCA (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد) باید به دقت و بدون تماس با نسج، روی زگیلهای مالیده شود؛ سپس روی نواحی درمان شده، پودر تالک یا بیکرینات سدیم پاشیده شود تا اسید فعال نشده، جدا گردد. این روش هفته ای یکبار تکرار شود.

۲- فیزیکی

- کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، هر کدام تا ۲ هفته تکرار شوند.

- جراحی الکتریکی

- برداشتن به روش جراحی

زگیلهای واژن

- کرایوتراپی (با نیتروژن مایع)

- پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد (قبل از خارج کردن اسپیکولوم، خشک شود)

- تری کلرواستیک اسید TCA (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیلهای سرویکس

تدابیر درمانی باید شامل مشاوره با یک فرد مجرب باشد. زگیلهای سرویکس نباید تا زمان مشخص شدن نتایج پاپ اسمیر درمان شوند، اکثر صاحب نظران با مصرف پودوفیلین یا TCA برای زگیلهای سرویکس مخالفند بنابراین یکی از درمانهای جایگزین بالا باید به کار رود.

زگیلهای داخل ما و مجرا

- کرایوتراپی

- پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد- زگیلهای در دسترس داخل ما ممکن است با استفاده از پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد در ترکیب با بنزوتین یا پودوفیلوتوکسین ۵/۰ درصد درمان شود. در این مورد، مراقبت شدید شامل خشک کردن محلهای درمان شده قبل از تماس سطوح اپیتلیایی ضروری است. براساس گزارشها، درصد موفقیت با پودوفیلین کم بوده است.

- اورتوسکپی برای تشخیص زگیلهای داخل مجرا ضروری است و در مردان دارای زگیلهای راجعه ما باید آن را مدنظر داشت. بعضی افراد باتجربه، برداشتن زگیلهای از طریق جراحی الکتریکی را ترجیح میدهند. به کاربردن کرم ۵ درصد فلورواوراسیل یا تیوتها ممکن است مؤثر باشد، اما ارزیابی کافی نشده است. پودوفیلین نباید به کار رود.

جدول دارویی بیماریهای آمیزشی

سیفلیس

درمان در سیفلیس زودرس (اولیه: ثانویه، نهفته کمتر از یکسال)
رژیم پیشنهادی: پنی سیلین بنزاتین ۴/۲ میلیون واحد عضلانی، در یک نوبت. این حجم دارو، معمولاً به تجویز دو تزریق عضلانی همزمان در دو محل مختلف نیاز دارد.

رژیم جایگزین: پنی سیلین پروکابین ۲/۱ میلیون واحد عضلانی، به مدت ۱۰ روز متوالی
رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی سیلین:
- داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۵ روز یا
- تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۵ روز

سیفلیس نهفته دیررس

رژیم پیشنهادی: بنزاتین پنی سیلین، ۴/۲ میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی
رژیم جایگزین: پنی سیلین پروکابین ۲/۱ میلیون واحد عضلانی ۱ بار در روز، برای ۱۰ روز متوالی
رژیم جایگزین برای بیماران غیرباردار حساس به پنی سیلین:
- داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۵ روز یا
- تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۵ روز

سیفلیس عصبی (نوروسیفلیس)

رژیم پیشنهادی: بنزیل پنی سیلین مایع، ۱۲ تا ۲۴ میلیون واحد وریدی، روزانه در دُزهای ۲ تا ۴ میلیون هر ۴ ساعت برای ۱۴ روز

رژیم جایگزین: پنسیلین پروکابین ۴/۲ میلیون واحد عضلانی، ۱ بار در روز همراه با پروبنسید ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، هر دو برای ۱۰ تا ۱۴ روز. این رژیم باید فقط در بیمارانی که پذیرش درمان سرپایی دارند به کار رود.
نکته: بنزاتین پنی سیلین ۴/۲ میلیون واحد عضلانی، سطح درمانی کافی را در مایع مغزی نخاعی ایجاد نمی کند.
رژیم جایگزین برای موارد حساس به پنی سیلین: داکسی سایکلین ۲۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳۰ روز

تب خال تناسلی (هرپس)

درمان در نخستین آپیژود بالینی

رژیم پیشنهادی:

- آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷ تا ۱۰ روز یا
- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷ تا ۱۰ روز

درمان آپیژودیک

رژیم پیشنهادی:

- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز یا
- آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۵ روز یا
- آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۲ روز

درمان نگهدارنده

- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، به طور مداوم

درمان موارد شدید (عفونت منتشر)

- آسیکلوویر ۱۰-۱۰ mg/kg - ۵ وریدی، هر ۸ ساعت برای ۵ تا ۷ روز یا تا زمان بهبود بالینی و ادامه درمان بصورت خوراکی تا تکمیل ۱۰ روز

گنوکوک

عفونت آنورژیتال بدون عارضه

رژیم انتخابی: سفتریاکسون ۱۲۰mg عضلانی، تک دُز
سایر رژیمهای پیشنهادی
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، تک دُز یا
- اوفلوکساسین ۴۰۰mg خوراکی تک دُز یا
- سفیکسیم ۴۰۰mg خوراکی، تک دُز یا
- اسپکتینوماپسین ۲ گرم عضلانی، تک دُز

عفونت بدون عارضه حلق

- سفتریاکسون ۱۲۰mg عضلانی، تک دُز یا
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، تک دُز
نکته: سیپروفلوکساسین و اوفلوکساسین در بارداری منع مصرف دارد و برای کودکان و نوجوانان نیز توصیه نشده است.

عفونت منتشر

- سفتریاکسون ۱gr عضلانی یا وریدی، روزانه برای ۷ روز (ممکن است در صورت عدم دسترسی به سفتریاکسون، سفالوسپورینهای نسل سوم دیگری جایگزین آن شوند؛ اما باید در دفعات بیشتر تجویزگردند) یا
- سفتری زوکسیم ۱ گرم وریدی هر ۸ ساعت تا ۷ روز
- برای منژیت گنوکوکی و اندوکاردیت، همان دُزها به کار میروند؛ اما طول درمان باید در اندوکاردیت تا ۴ هفته افزایش یابد.

عفونت چشمی گنوکوکی

- درمان سیستمیک شامل سفتریاکسون ۱ گرم عضلانی در دُز واحد همراه با شستشوی موضعی با محلول نمکی یا سایر محلولهای مناسب و ارجاع به چشم پزشک

شانکروید

رژیم پیشنهادی:

- آزیترومایسین ۱ gr خوراکی، یک دُز واحد یا
- سفتریاکسون ۲۵۰mg عضلانی، یک دُز واحد یا
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز یا
- اریتروماپسین خالص ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۷ روز

گرانولوم اینگوینال (دونوآنوزیس)

رژیم پیشنهادی: داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز بمدت ۳ هفته و تا بهبودی کامل
رژیم جایگزین:

- آزیترومایسین، ۱gr خوراکی، یک بار در هفته برای ۳ هفته و تا زمان بهبودی کامل یا
- سیپروفلوکساسین ۷۵۰ mg خوراکی دو بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل یا
- اریتروماپسین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل یا
- کوتریموکسازول (۸۰۰-۴۰۰ mg) ۲ قرص خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل

جدول دارویی بیماریهای آمیزشی

عفونت های تریکوموناس واژینالیس

رژیم پیشنهادی:

مترونیدازول ۲gr خوراکی در یک دُز واحد یا

تینیدازول ۲gr خوراکی در یک دُز واحد

رژیم جایگزین

مترونیدازول ۴۰۰mg یا ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

سایر ۵_ نیتروایمیدازولها نیز مؤثرند، هر دو روش تک دُز و دُزهای مکرر به کار می روند.

نکته: باید به بیماران تحت درمان با مترونیدازول یا سایر ایمیدازولها درخصوص عدم مصرف الکل تا ۲۴ ساعت پس از مصرف آخرین دُز دارو هشدار داد. زنان بدون علامت مبتلا به تریکومونیاژیس باید با همان رژیم زنان علامت دار درمان شوند.

بیمارانی که به درمان مجدد با مترونیدازول پاسخ نمی دهند، باید با رژیم مترونیدازول ۲gr روزانه همراه با ۵۰۰mg داخل واژن، هر شب برای ۳ تا ۷ روز، درمان شوند.

واژینوز باکتریایی

رژیم پیشنهادی

مترونیدازول ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

رژیم جایگزین

مترونیدازول ۲gr خوراکی، در یک دُز واحد یا

کرم واژینال ۰٫۰۳ درصد کلیندامایسین، ۵gr داخل واژن، هر شب وقت خواب، برای ۷ روز یا

ژل مترونیدازول ۰٫۷۵ درصد، ۵gr داخل واژن، ۲ بار در روز، برای ۵ روز یا

کلیندامایسین ۳۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

کاندیدیاژیس ولوواژینال

رژیم های پیشنهادی در موارد ساده

کرم واژینال میکونازول ۲٪ برای ۷ روز یا

کرم کلوتریمازول، ۱٪ داخل واژن، روزانه برای ۱۴-۷ روز یا

کلوتریمازول ۵۰۰mg داخل واژن، در یک دُز واحد یا

میکونازول یا کلوتریمازول ۲۰۰ میلیگرم واژینال برای ۳ روز یا

فلوکونازول ۱۵۰mg خوراکی، در یک دُز واحد

رژیم جایگزین

قرص واژینال نیستاتین ۱۰۰ هزار واحد داخل واژن، ۱ بار در روز، برای ۱۴ روز

التهاب سر آلت

کلوتریمازول ۱٪ دویار در روز برای ۷ روز یا

مایکونازول ۲٪ دویار در روز برای ۷ روز

کال

رژیم پیشنهادی برای بالغین، نوجوانان و کودکان بزرگتر:

- مالیدن محلول یا کرم لیندان ۱ درصد، یک لایه نازک روی سطوح بدن از گردن به پایین و شستشوی بدن پس از ۸ ساعت یا مالیدن کرم پرمترین ۵ درصد یا

- مالیدن لوسیون بنزیل بنزوات ۲۵درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، هر شب به مدت ۲ شبه. بیماران باید قبل از مصرف مجدد دارو و ۲۴ ساعت بعد از آخرین بار استعمال دارو استحمام کنند. یا

- مالیدن لوسیون کروتامیتون ۱۰ درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، هر شب به مدت دو شب و شستشوی کامل بدن ۲۴ ساعت بعد از دومین مصرف، ادامه درمان تا ۵ شب در بعضی مناطق جغرافیایی ضروری است(کروتامیتون ضد خارش نیز هست) یا

- مالیدن محلول نفتی گوگرد ۶ درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، برای ۳ شبه. بیماران می توانند قبل از هر بار مصرف و ۲۴ ساعت بعد از آخرین استعمال حمام نمایند.

نکته: لیندان در دوران بارداری و شیردهی ممنوعیت مصرف دارد.

شپش ناحیه تناسلی

رژیم های توصیه شده:

- مالیدن کرم یا لوسیون لیندان ۱ درصد، در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف آن و شستشو پس از ۸ ساعت و استفاده از شامپوی لیندان ۱ درصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از ۴ دقیقه یا

- مالیدن پیرترین به علاوه پپرونیل بوتوکسید در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف و شستشو پس از ۱۰ دقیقه، اگر بعد از ۷ روز شپش یا تخمهای آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود، درمان مجدد ضروری است. لباس یا وسایل خواب بیمار طی ۲ روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشکشویی نمود. یا

- پرمترین ۱درصد مطابق روش مزبور

ملاحظات خاص: شپش چشمها را باید با استفاده از یک پماد چشمی در مرز میان پلکها، روزانه به مدت ۱۰ روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می شود، پماد نباید در چشمها نفوذ کند.

شک به آلودگی با ویروس HIV

به دلیل احتمال خطر بالا به آلودگی با ویروس HIV در مبتلایان به انواع عفونت های آمیزشی در صورت هر گونه شک به آلودگی این افراد به HIV به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود.

اختلالات روانپزشکی

اختلالات روان

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>پرخاشگری کلامی کوتاه و گذرا، پرخاشگری فیزیکی به صورت کتک زدن خفیف دیگران بدون آسیب جدی، پرخاشگری فیزیکی گهگاهی با پرت کردن اشیاء بدون تخریب وسایل یا آسیب به دیگران</p>	<p>پرخاشگری غیر آسیب رسان</p>	<p>- بررسی از نظر نشانه های افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، اختلال رفتاری و سلوک، اختلال سایکوتیک، سوء مصرف مواد و اقدام به شرح زیر:</p> <p>- در صورت وجود هر یک از اختلالات فوق: درمان مناسب بر حسب مورد طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- در صورت نبود اختلالات فوق و احتمال وجود اختلالات روانپزشکی: ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی</p> <p>- در صورت نبود اختلالات فوق و اختلالات روانپزشکی: ارزیابی وضعیت ارتباطی محیط اجتماعی و تربیتی و آموزش های لازم و همچنین ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان برای دریافت آموزش روش های رفتاری کنترل خشم</p>
<p>پرخاشگری کلامی شدید و مکرر همراه با توهین و ناسزا، پرخاشگر فیزیکی به صورت کتک کاری شدید با دیگران، پرخاشگری فیزیکی با پرت کردن اشیاء همراه با تخریب وسایل یا آسیب به دیگران</p>	<p>پرخاشگری آسیب رسان</p>	<p>- افزایش میزان مراقبت محیطی</p> <p>- آموزش به خانواده برای مراقبت های لازم</p> <p>- تجویز داروهای سداتیو برای کنترل پرخاشگری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی</p>

<p>- ارزیابی نوع آسیب، نحوه انجام، دلیل و انگیزه و سابقه رفتار مشابه و احتمال اقدام به خودکشی</p> <p>- ارزیابی وضعیت محیطی و میزان برخورداری از حمایت های اجتماعی و احتمال تکرار رفتار</p> <p>- بررسی از نظر نشانه های افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، اختلال رفتاری و سلوک، اختلال سایکوتیک، سوء مصرف مواد و در صورت وجود هر یک از اختلالات فوق: درمان مناسب بر حسب مورد طبق کتابچه اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- در صورت وجود اختلالات فوق و احتمال وجود اختلالات روانپزشکی: ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی</p> <p>- در صورت وجود خطر خودکشی: اقدام طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p>- در صورت وجود نشانه های مسمومیت، آسیب های جسمی، علائم ترک یا مسمومیت مواد مخدر: اقدام طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p> <p><u>در صورت احتمال قوی تکرار رفتار:</u></p> <p>- افزایش اقدامات مراقبتی و امکان دسترسی به خدمات پزشکی</p> <p>- افزایش میزان برخورداری از حمایت های خانوادگی از طریق پیدا کردن افراد قابل اعتماد و آگاه در خانواده و فامیل</p> <p>- ارجاع غیر فوری به مرکز تخصصی در صورت نیاز</p>	<p>آسیب رساندن به خود</p>	<p>مشت زدن یا کوبیدن سر به دیوار ایجاد جراحت در بدن مانند خط انداختن و زخمی کردن خود با تیغ یا اشیاء تیز</p>
---	---------------------------	--

اختلالات روان

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
حداقل 6 نشانه از نشانه های بیش فعالی و کم توجهی* که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه ها قبل از 7 سالگی شروع شده باشد	اختلال بیش فعالی	- در حالت خفیف درمان دارویی طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان و ارجاع غیر فوری به کارشناس بهداشت روان و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
افکار و تجسمات تکراری و مزاحم مانند آلودگی و شستن، نظم و ترتیب، چک کردن، تقارن شک و تردید که حذف آن ها نیازمند انجام رفتارهای اجباری است	اختلال وسواسی - جبری	- در حالت خفیف درمان دارویی و یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان و در صورت عدم بهبود: ارجاع به روانپزشک - در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
حرکت یا صداهای ناگهانی، بی هدف، تکرار شونده، ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی	اختلال تیک	- بررسی از نظر اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات یادگیری، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز، اختلال وسواسی جبری طبق راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان - بررسی نوع تیک و اختلال روانپزشکی همراه: - در صورت تیک گذرا (زیر 12 ماه): نیاز به درمان دارویی وجود ندارد و خود به خود بهبود می یابد و باید والدین را طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان آموزش داد. - در صورت تیک بالای 12 ماه (اختلال تورنت یا تیک مزمن): تجویز دوز کم هالوپریدول

<p>و رسپريدون طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان</p>		
<p>- تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل یا مدرسه که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	<p>اختلال سلوک</p>	<p>لجبازی و مقابله جویی، بی اعتنایی، پرخاشگری، نقض قوانین، آزار دیگران، آزار حیوانات، فریبکاری، گردن کلفتی و قلدری، دروغ گویی، دزدی، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران، مصرف و مواد</p>

اختلالات روان

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
حداقل 6 نشانه از نشانه های بیش فعالی و کم توجهی [*] که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه ها قبل از 7 سالگی شروع شده باشد	افسردگی	- در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه و ارجاع به کارشناس بهداشت روان - پیگیری پاسخ دارویی پس از 2 هفته و در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
احساس خیلی خوب و نشاط انگیز و سرخوشی بیش از حد طبیعی و بدون دلیل مشخص به مدت حداقل یک هفته، احساس انرژی بیش از حد و بدون علت که فرد تا دیر وقت بیدار بماند، فعال بودن بسیار زیاد و احساس تمایل بیش از حد طبیعی برای تفریح و بیرون رفتن، تمایل زیاد به جنس مخالف	مانیا	- ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان
احساس نگرانی بدون دلیل نسبت به وقوع حادثه نامشخصی در آینده، ابتلاء به علائمی مانند تپش قلب، تنگی نفس، لرزش و تعریق بدون علت مشخص، نگرانی در مورد قضاوت دیگران	اختلال اضطرابی	- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکسیتین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 میلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی گرم روزانه مقسم در دو نوبت و ارجاع به کارشناس بهداشت روان - پیگیری پاسخ دارویی پس از 8 هفته در اختلال پانیک و پس از 6 هفته در سایر اختلالات و

<p>در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- در حالت متوسط و شدید: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>		
<p>- ارزیابی احتمال خودکشی و پرخاشگری</p> <p>- چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد: تجویز یک داروی ضد سایکوز آتیپیک، رسپیریدون، هالوپریدول به میزان 0/5 تا 16 میلی گرم در روز و ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی</p> <p>- در صورت شروع نشانه های توهم به دنبال دوره بهبودی (تشدید اپیزود قبلی): ارزیابی داروی تجویز شده و نحوه مصرف آن و چنانچه دوز دارو ناکافی است: افزودن دوز دارو و در صورت عدم پاسخ به درمان: ارجاع غیر فوری به مرکز تخصصی</p>	<p>اختلال سایکوتیک</p>	<p>اختلالی که طی آن واقعیت سنجی بیمار مختل شده و علائم شایع آن: توهمات شنوایی، بینایی، بویایی و لمسی، هذیان های گزند، بزرگ منشی و انتساب*</p>
<p>- چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود دارد: ارجاع فوری به مراکز تخصصی</p>		

* انواع هذیان در قسمت تعاریف توضیح داده شده است.

نکته: برای کسب اطلاع بیش تر و دقیق تر از مباحث اختلال روان، به کتابچه راهنمای این اختلالات که توسط اداره سلامت روان تهیه گردیده است، رجوع کنید.

توصیه های اختلالات روانپزشکی

توصیه های اختلالات دو قطبی

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

- خیلی از مواقع استرس ها و فشارهای زندگی (مثل قبول یا مردود شدن در دانشگاه، ازدواج، مرگ عزیزان، از دست دادن شغل و ...) می تواند باعث شروع حمله بیماری گردد. به خانواده باید آگاهی لازم داده شود تا پس از مشاهد اولین نشانه های عود به دنبال وقایع فوق، بیمار خود را به پزشک معالج ارجاع دهند.
- بهبودی و بیرون آمدن از حمله حاد بیماری نشانه قطع درمان دارویی نیست و در فواصل بهبودی بین حملات نیز جهت پیشگیری از عود، آن ها نیاز به مصرف دارو دارند، گرچه میزان داروهای مصرفی ممکن است مشابه مرحله حاد بیماری نباشد.
- در مورد بعضی از داروهای مصرفی نیاز است تا هر از چند گاهی یک بار توسط پزشک، عوارض بررسی گشته و یا اقدامات آزمایشگاهی خاصی انجام گیرد این موارد باید به اطلاع بیمار و خانواده اش رسانده شود. (به طور مثال در مصرف لیتیوم باید هر 3 ماه یک بار آزمایش سطح سرمی لیتیوم انجام شود)
- در مورد عوارض شایع و خطرناک داروها باید به بیمار و خانواده او اطلاع رسانی شود (لرزش متعاقب مصرف لیتیوم، عوارض ناشی از مسمومیت با لیتیوم) و توضیح داده شود در صورت بروز هر گونه عوارض دارویی با پزشک معالج خود تماس بگیرند.
- برخی از بیماران ممکن است با قصد خودکشی اقدام به مصرف بیش از حد داروهای خود نمایند. در صورتی که بیمار در معرض خودکشی است، باید به خانواده تذکرات و آگاهی های لازم در مورد چگونگی مراقبت از بیمار و نگه داشتن داروها دور از دسترس بیمار داده شود.

توصیه های اختلالات افسردگی

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

توصیه های ترس های مرضی و اجتماعی

- اغلب ممکن است این ترس ها باعث احساس یاس، جدافتادگی، افسردگی و در بیمار گردد و تاثیر منفی روی اعتماد به نفس به خصوص در نوجوان بگذارد. باید از احساسات مختلف بیمار آگاه شد و او را درک کرد.
- ممکن است خانواده نپذیرد که چرا این افراد این قدر ناراحت هستند و حتی نمی توانند برخی از اعمال روزمره را انجام دهند و آن ها را سرزنش می کنند. در این خصوص باید به خانواده ها آموزش و آگاهی کافی داده شود که آن ها بیش تر نیاز به حمایت و همراهی دارند، زیرا سرزنش، تحقیر، یاس و ناامیدی وضع بیماران را بدتر می کند و آن ها را به طرف افسردگی، افکار خودکشی و احساس ناراحتی و شرم خواهد برد. این ترس ها برای خود آن ها واقعی و ملموس است.
- باید خانواده و اطرافیان به این بیماران فرصت هایی را بدهند تا آن ها درباره احساساتشان، ترس ها و نگرانی هایشان صحبت کنند.
- معمولاً در ترس های مرضی و اجتماعی، دوری گزیدن و اجتناب از محرک ترس آور مشکل را حل نمی کند و منجر به تشدید اختلال می گردد. با کمک پزشک و مشاور باید شرایطی

فراهم آید که آن‌ها به تدریج با محرک ترس آور رو به رو شوند مثلاً برای نوجوانی که از ارائه کنفرانس در کلاس می‌ترسد، ابتدا باید در حضور فرد آشنایی صحبت کند، سپس در حضور چند تن از دوستان و و تا به تدریج بتواند در حضور عده زیادی نا آشنا صحبت کند. این روش را رفتار درمانی گویند.

- بسیاری از این بیماران طی مواجهه و حمله هراس، افکار منفی و گفتگوی منفی با خود دارند (الان می‌میرم، نمی‌توانم بر ترسم غلبه کنم، من چقدر بدبختم، الان همه دارند من را مسخره می‌کنند، حتی مثل یک بچه چهار ساله نمی‌توانم حرف بزنم، همه متوجه رنگ و روی من شدند و) با کمک بیمار باید این خود گویی‌های منفی شناخته شده و تبدیل به گفتگوی مثبت بت خود شود (می‌توانم از پشش برآیم، تا به حال اینطور شده بودم ولی مشکلی پیش نیامد، این لحظه می‌گذرد و تمام می‌شود و)

ممکن است در مواردی نیاز به تجویز داروهای آرامبخش یا ضد افسردگی وجود داشته باشد تا برخی از نشانه‌ها را تخفیف دهد.

- از روش‌های تن آرامی و تنفس عمیق کمک بگیرید تا هراس و اضطراب بیمار هنگام مواجهه با محرک‌های ترس آور کاهش یابد.

توصیه‌های اختلالات اضطرابی

علاوه بر توجه به توصیه‌های مربوط به ترس‌های مرضی و اجتماعی، موارد زیر نیز آموزش داده شود:

- ممکن است ترس و اضطراب این بیماران از دید اطرافیان و والدین غیر منطقی و بی‌اهمیت باشد ولی باید توجه داشت که این ترس و اضطراب برای خود بیمار بسیار واقعی و ملموس است و نیاز به درک و همراهی اطرافیان دارد.

- خانواده باید اجازه دهد بیمار به طور باز و آشکار راجع به احساسات و افکارش صحبت کند و با آرامش به صحبت‌های او گوش دهد.

- شیوه صحیح زندگی و تنظیم یک برنامه روزانه سالم مثل تغذیه مناسب، استراحت کافی، ورزش، اجتناب از مصرف سیگار و الکل می‌تواند تاثیر خوبی در بهبودی داشته باشد.

- درمان اکثراً نیاز به زمان دارد و بیمار و خانواده باید بیاموزند که صبور باشند.

- برخی از بیماران نیاز به درمان دارویی دارند (آرام بخش ها و ضد افسردگی ها) و برخی نیز نیاز به درمان های غیر دارویی (شناخت درمانی، رفتار درمانی و) دارند و برخی نیز نیاز به هر دو درمان دارند که این درمان باید با نظر پزشک معالج و مشاور انجام شود.

توصیه های اختلال بیش فعالی - کم توجهی

- بسیاری از علائم و نشانه های این بیماری ممکن است در حضور سایر بیماری ها (بیماری های خلقی یا اضطرابی یا سوء مصرف مواد و یا ...) نیز رخ دهد. چنانچه شک به اختلال دیگری وجود دارد، مشورت با پزشک الزامی است. این بیماری حتماً باید 7 سال شروع شود و اگر علائم آن جدید هستند، دقت بیش تری باید شود.
- این بیماری نیاز به درمان دارویی دارد و درمان های غیر دارویی برای مواردی چون اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری، رفتارهای مقابله ای و ... کاربرد دارد.
- خانواده و والدین باید این بیماری را به عنوان یک بیماری طول عمر برای بیمار بپذیرند و انتظارات خود را تعدیل کنند. در اکثر اوقات، این بیماران نیاز به حمایت نظارت و همراهی دارند و والدین انتظار نداشته باشند تا آن ها تکالیف و وظایفشان را به طور مستقل و خودکار انجام دهند.
- خانواده و والدین باید روی ضعف ها و ناتوانایی های آنان کم تر تمرکز کند و کوچک ترین رفتار مثبت و توانمندی در آنان را باید مورد تشویق قرار دهد.
- رفتار این بیماران ممکن است ناپخته بوده و متناسب با سن تقویمی آنان نباشد. والدین و خانواده نباید با افزایش سن، انتظار رفتار عاقلانه تری داشته باشند و باید بپذیرند که آنان نیاز به همراهی توجه و نظارت دارند.

توصیه های بیماری وسواس - اجبار

- وسواس یک بیماری مزمن است و ممکن است درمان برای طولانی مدت ادامه پیدا کند. والدین و خانواده باید در تمام مراحل درمان، بیمار را حمایت و همراهی کنند.
- بیماران مبتلا به ایت اختلال نیز همانند بیماران مبتلا به بیماری جسمی نیاز به درمان دارویی و غیر دارویی دارند.
- والدین و خانواده باید بدانند که بسیاری از رفتارهای بیمار ناشی از بیماری اوست و بیمار قصد اذیت و لجاجت ندارد.
- کوچک ترین تلاش بیمار برای مقابله با افکار و رفتار وسواسی باید از سوی والدین و خانواده مهم و با ارزش تلقی شده و مورد تشویق و پاداش قرار گیرد.
- والدین و خانواده باید از اعمال زور و خشونت، بحث و جدل با بیمار و از تنبیه کلامی و فیزیکی در مورد کارهای وسواسی بیمار پرهیز کنند.
- خانواده نباید بیمار را به خاطر وسواسش سرزنش کند.
- در بسیاری از مواقع که بیمار می خواهد خانواده را وادار به اعمال وسواسی خود کند، خانواده باید بدون مقابله مستقیم رفتار او را نادیده بگیرد و به آن توجه نکند.

توصیه های اختلالات سایکوتیک

- اکثر افراد مبتلا نمی پذیرند که بیمارند و نیاز به درمان دارند، در نتیجه خانواده باید با حمایت خود و با یک ارتباط خوب و مناسب آن ها را در امر درمان همراهی کنند.
- ممکن است بسیاری از خانواده ها به علت ترس از وابستگی و عادت به دارو یا نگرانی از عوارض منفی این داروها روی بدن تمایل نداشته باشند بیمارشان دارو مصرف کند. باید این نکته برای آن ها روشن شود که دارو می تواند کمک زیادی به این بیماران کند. در صورت عدم درمان ممکن است علائم بیماری، فرد و خانواده او را شدیداً تحت تاثیر قرار دهد.
- گرچه ممکن است بعضی از عوارض داروها ناراحت کننده باشد ولی آن ها می توانند با مشورت پزشک معالج خود راه مناسبی را برای رفع، تعدیل و قابل تحمل کردن این عوارض پیدا کنند.

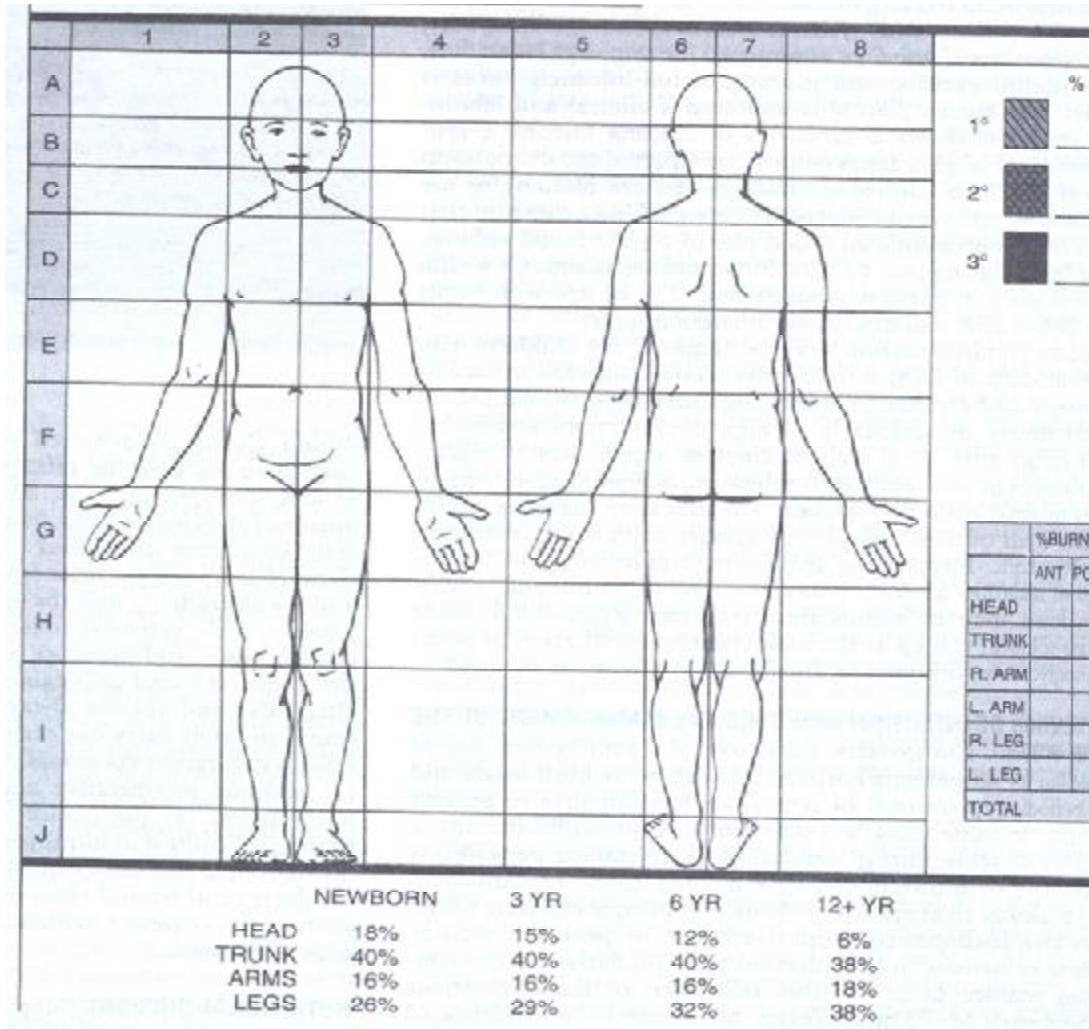
- محیط خانواده و اجتماعی که این بیماران در آن زندگی می کنند نقش مهمی در درمان دارد. محیط خانواده باید آرام، بدون تنش و استرس باشد و آن ها از بحث و جدل و خشونت با بیمار خود بپرهیزند.
- خانواده باید روی مصرف مرتب و منظم داروها نظارت داشته باشد. گاه لازم است چندین دارو با هم مصرف شود.
- باید خانواده و اطرافیان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

سوختگی

علائم	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>درگیری اپیدرم به صورت التهاب، قرمزی، درد (شبیه آفتاب سوختگی)</p> <p>آسیب پوستی حداقل است و تاول وجود ندارد، درد در عرض 48 تا 72 ساعت از بین می رود، اما اسکار برجا نمی ماند.</p>	سوختگی درجه یک	<p>ناحیه سوخته را با سرم فیزیولوژی با آب جوشیده ولرم و صابون شستشو دهید.</p> <p>از کرم‌های مرطوب‌کننده مانند آلوورا استفاده کنید.</p> <p>مسکن خوراکی تجویز کنید.</p> <p>نیازی به پروفیلاکسی با پنی سیلین و تزریق کزاز نیست.</p> <p>تنها ایمن سازی ناقص کودکان باید تکمیل شود.</p>
<p>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.</p>	سوختگی درجه دوم	<p>در صورت سوختگی کم تر از 10 درصد: کنترل علائم حیاتی و بررسی دفع ادرار و ارزیابی مجدد نیم ساعت بعد</p> <p>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.</p> <p>پس از پانسمان، در اولین فرصت ممکن ناحیه آسیب دیده را آتل گیری نموده و بالاتر از سطح بدن قرار دهید.</p> <p>بیمار باید دو بار در هفته از نظر عفونت بررسی شود. طول مدت درمان</p>

<p>حداقل دو هفته است.</p> <p>سوختگی روی صورت باید باز باشد.</p> <p>در صورت پارگی تاول ها، دبریدمان لازم است.</p> <p>ایمن سازی ناقص کودکان باید تکمیل شود.</p> <p>برای کنترل درد و تب خفیف کم تر از 38 درجه سانتیگراد: تجویز استامینوفن کدئین و توصیه به مصرف آن یک ساعت قبل از تعویض پانسمان</p> <p>در صورت خارش پوستی، تجویز آنتی هیستامین</p>		
<p>در صورت سوختگی عمیق، علائم حیاتی ناپایدار و عفونت ارجاع فوری به بیمارستان</p>		
<p>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 تجویز نمایید به طوری که نیمی از مایع در 8 ساعت اول داده شود.</p> <p>درد بیمار را با تجویز مسکن به میزان کافی، تسکین دهید.</p> <p>تمامی موارد را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.</p>	<p>سوختگی درجه سوم</p>	<p>تمام ضخامت پوست (اپیدرم و درم) درگیر است، رنگ پوست سفید یا قهوه‌ای شده و حالت چرمی پیدا می‌کند و معمولاً دردناک نیست.</p> <p>زخم ترمیم نمی‌شود و یا به سختی ترمیم می‌شود و معمولاً نیاز به گرافت پوستی دارد.</p>

جدول تعیین میزان سوختگی



سایر آسیب‌های محیطی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم
<p>مصدوم را از محیط سرد دور کنید.</p> <p>لباس، جوراب و کفش‌های خیس را هرچه سریع‌تر خارج نمایید.</p> <p>عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید.</p> <p>آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.</p> <p>از حرارت مستقیم و یا خشک برای گرم کردن عضو استفاده نکنید.</p> <p>هرگز تاول‌های خونی را تخلیه نکنید.</p> <p>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) 40-42 درجه غوطه‌ور کنید.</p> <p>برای کاهش درد از مسکن مناسب (بروفن، مرفین) با دز کافی استفاده کنید.</p> <p>پروفیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن‌سازی انجام دهید.</p> <p>در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید.</p> <p>از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید.</p> <p>اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به بیمار ندهید.</p> <p>از مالیدن برف روی ناحیه یخ زده جداً خودداری کنید.</p>	<p>سرمازدگی و یخ زدگی</p>	<p>ضایعات سرمازده:</p> <p>آسیب‌های سرمایی به اندام‌ها در اثر تماس طولانی‌مدت 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</p> <p>ضایعات یخ زده:</p> <p>شدت علائم مشابه سوختگی از درد، اریتم و پرخونی بدون تاول آغاز و تا بروز تاول‌های پوستی، نکروز و اسکار متغیر است.</p>

<p>مصدوم را به محیط خنک و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید.</p> <p>در صورت ادم گرمایی: درمان حمایتی است و باید عضو را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.</p> <p>در صورت عرق سوز: از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. در مراحل حاد از محلول های ضد باکتری (کلرهگزیدین) یا آنتی هیستامین خوراکی استفاده کنید.</p> <p>در صورت کرامپ عضلانی: از محلول های نمکی برای جایگزین آب و املاح از دست رفته استفاده کنید.</p> <p>در صورت بروز علائم سیستمیک: استراحت، اصلاح آب و الکترولیت ها و روش های خنک سازی (اسپری کردن آب بر سطح بدن، غوطه ور سازی در آب تا 39 درجه، کیسه های یخ در نواحی کشاله ران و آگزیلا) توصیه می شود.</p>	<p>گرمزدگی</p>	<p>طیف علائم گرمزدگی از آسیب های خفیف مانند ادم اندام تحتانی، عرق سوز، کرامپ های عضلانی تا یک تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک پذیری، کنفوزیون، پرخاشگری، تشنج و کما بروز می کند.</p>
<p>در اولین فرصت ممکن، عملیات احیا را آغاز کنید.</p> <p>در این موارد نیازی به استفاده از مانور Heimlich نیست.</p> <p>دادن اکسیژن در همه موارد ضروری است.</p> <p>همه مصدومان حتی موارد بی علامت را به بیمارستان ارجاع کنید.</p> <p>در حین انتقال بیمار را گرم نگه دارید و برای او راه وریدی مناسب تعبیه کنید.</p>	<p>غرق شدگی</p>	

<p>جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید .</p> <p>اگر عامل برق‌گرفتگی، سقوط کابل فشار قوی بر روی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید.</p> <p>توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان‌های فشار قوی عایق نیستند.</p> <p>در موارد صاعقه‌زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید.</p> <p>در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید.</p> <p>در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید.</p>	<p>برق گرفتگی و صاعقه زدگی</p>	<p>از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی‌های عمیق</p>
<p>پرسش از بیمار در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده و اقدام به صورت زیر:</p> <p>الف) در صورت ناشناخته بودن ماده مصرفی و یا سوزاننده بودن آن و یا نفتی بودن آن: از ایجاد استفراغ خودداری کنید.</p> <p>ب) اگر بیمار ماده سوزاننده خورده است: تا جایی که استفراغ نمی‌کند و تحمل می‌کند، به او کمی شیر یا آب بخورانید.</p> <p>ج) اگر بیمار غذای آلوده، قارچ سمی و مواد غیرسوزاننده و غیر نفتی خورده است: با استفاده از شربت اپیکا یا تحریک ته حلق ایجاد استفراغ کنید.</p> <p>د) ارجاع فوری دهید.</p>	<p>مسمومیت</p>	<p>استفراغ یا عرق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، عدم هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده</p>

گزش جانوران زهر دار

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم
<p>ABC را انجام دهید.</p> <p>ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت مطلق نگاه دارید.</p> <p>عضو را همسطح قلب بیحرکت کنید.</p> <p>در صورت گزش مار کبری یا کفچه مار می‌توان از بی‌حرکت سازی فشاری (باند کشی) استفاده نمود.</p> <p>هرگز از تورنیکه یا گارو استفاده نشود. در صورتی که در این مورد از تورنیکه، گارو یا بانداژ فشاری استفاده شده، پس از شروع انفوزیون پادزهر اقدام به باز کردن آن نمایید.</p> <p>هرگز محل گزش را مک نزنید و برش ندهید.</p> <p>از سرمادرمانی یا کمپرس آب سرد در محل گزش خودداری شود.</p> <p>مصدوم را NPO کنید.</p> <p>در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید.</p> <p>پروقیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید.</p> <p>بیمار را به نزدیک‌ترین بیمارستان اعزام کنید.</p>	<p>مارگزیدگی</p>	<p>علائم لوکال:</p> <p>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.</p> <p>علائم سیستمیک:</p> <p>بی حسی اطراف لبها و دهان، فاسیکولاسیون عضلانی، ضعف و فلج عضلانی، تاکیکاردی، تهوع و استفراغ، هیپوتانسیون و افت سطح هوشیاری، خونریزی‌های خودبه خودی، هماچوری، تشدید و وسعت یافتن تورم موضعی.</p>

<p>ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت مطلق نگه دارید.</p> <p>از تکنیک بی حرکت سازی استفاده کنید.</p> <p>علائم حیاتی مصدوم را کنترل کنید.</p> <p>درمان حمایتی است.</p> <p>در صورت نیاز برای او محلول کریستالوئید تجویز کنید.</p> <p>درد بیمار را با ضد دردها کنترل کنید.</p> <p>در موارد شدید (علائم سیستمیک) از سرم ضد عقرب وریدی استفاده کنید و درمان حمایتی و علامتی را ادامه دهید.</p> <p>پروپیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید.</p> <p>بیمار را به نزدیک ترین بیمارستان اعزام کنید.</p>	<p>عقرب گزیدگی</p>	<p>علائم لوکال:</p> <p>درد و پارستزی و به ندرت تورم و زخم در عضو گزیده شده</p> <p>علائم سیستمیک:</p> <p>بی قراری شدید، بی حالی، بندرت 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 ماهیچه‌ای، ترشح شدید بزاق، افزایش یا کاهش فشارخون، افزایش و بی-نظمی یا کاهش ضربان قلب، تشنج و حتی مرگ</p>
<p>ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، او را در حالت استراحت نگه دارید.</p> <p>در صورت مشاهده نیش در محل، هرچه سریع تر نسبت به</p>	<p>زنبورگزیدگی</p>	<p>علائم لوکال:</p> <p>مشاهده سوراخ یا خود نیش در محل گزش، درد، اریتم، ادم، خارش و کهیر</p>

<p>خارج کردن (بدون فشردن) آن اقدام کنید.</p> <p>عضو آسیب دیده را با آب فراوان و صابون شستشو دهید.</p> <p>عضو را بالاتر از سطح بدن نگه دارید.</p> <p>از کمپرس سرد غیر مستقیم (کیسه یخ داخل حوله) در محل گزش استفاده کنید.</p> <p>از آنتی هیستامین خوراکی برای کنترل خارش استفاده کنید.</p> <p>ضد درد مناسب تجویز کنید.</p> <p>در موارد آنافیلاکسی از اپی نفرین عضلانی استفاده کنید:</p> <p>جهت عوارض قلبی - عروقی و یا تنفسی از اپی نفرین عضلانی یا وریدی استفاده کنید.</p>		<p>علائم سیستمیک:</p> <p>ادم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، اضطراب، درد قفسه سینه، 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</p>
--	--	--

در مناطقی که احتمال گزش جانوران زهردار وجود دارد، نکات زیر را به افراد آموزش دهید:

کمک های اولیه عقرب گزیدگی

تا زمان رساندن سریع فرد به مرکز درمانی، اقدامات زیر را انجام دهید:

خونسردی خود را حفظ کنید.

به فرد آسیب دیده اطمینان دهید و او را آرام کنید.

از تکنیک بی حرکت سازی عضو آسیب دیده استفاده کنید.

باید از دستکاری محل گزش جدا خودداری شود.

به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید.

از تجویز درمانهای سنتی خودداری شود.

در صورت امکان و بدون اتلاف وقت عقرب زنده یا مرده در قوطی دردار برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده ارسال شود.

کمک های اولیه مارزدگی

تا زمان رساندن سریع فرد به مرکز درمانی، اقدامات زیر را انجام دهید:

خونسردی خود را حفظ کنید.

فرد آسیب دیده را آرام کنید و او را به پشت بخوابانید تا استراحت کند.

محل گزیدگی را با آب و صابون بشویید.

اشیاء زینتی و کفش عضو آسیب دیده را درآورید.

عضو آسیب دیده را توسط آتل بی حرکت کرده هم سطح قلب قرار دهید.

در صورت گزش مارکبری یا کفچه مار می توان از بی حرکت سازی فشاری (باند کشی) استفاده نمود.

هرگز از تورنیکه و گارو استفاده نشود.

در صورت ورود سم به چشم باید آن را با آب ساده یا شیر شست.

می‌توان برای تسکین درد از مسکن‌های ساده مانند استامینوفن استفاده کرد.
از سرمادرمانی یا کمپرس آب سرد در محل گزش خودداری شود.
در صورت کشته شدن مار، بدون اتلاف وقت لاشه آن برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده، ارسال کنید.

کمک‌های اولیه زنبورگزیدگی

توصیه می‌شود، نیش حشره را با لبه تیز کارت از محل گزش بیرون آورید.
پوست محل گزش را با آب و صابون بشویید و کمپرس سرد کنید.
از یک آنتی‌هیستامین مانند کلر فنیرامین برای رفع خارش و استامینوفن برای کاهش درد استفاده شود.
در صورت بروز علائم شدید و واکنش آنافیلاکتیک سریعاً به مرکز درمانی مراجعه شود.
به دلیل احتمال کاهش سطح هوشیاری، رانندگی فرد آسیب دیده برای مراجعه به مرکز درمانی مجاز نیست.

ضمان

تعاریف

- مواد: شامل همه ترکیباتی است که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بشود.

- وابستگی و اعتیاد: عبارت است از نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به همان تأثیرات و بروز علائم ترک در اثر قطع مصرف.

- سوء مصرف (Abuse): اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می کند به معنی:

استفاده از ماده ای که مصرف آن غیر قانونی است.

استفاده از ماده ای که مصرف آن باعث تغییرات روحی در فرد می شود.

استفاده از ماده ای که به خود فرد یا دیگران صدمه می زند.

- تحمل: حالتی است که فرد مجبور می شود، مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.

- کاهش آسیب: سیاست یا برنامه ای است که در جهت کاهش عوارض منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف کننده مواد طراحی شده باشد. هر چند که فرد مصرف کننده به مصرف مواد خود ادامه دهد.

- رفتار های پر خطر: رفتارهایی هستند که موجب:

انتقال بیماری های عفونی منتقل شونده از طریق خون مثل هپاتیت و ایدز

ابتلای بیمارهای منتقل شونده از طریق تماس جنسی

ابتلای عفونت های خطرناک مثل آندوکاردیت و آبسه

ایجاد عوارض دیگر ناشی از مصرف مثل مصرف بیش از حد (Overdose) گردد.

- تزریق ایمن: به معنی استفاده از وسایل تزریقی یک بار مصرف و استریل همراه با ضد عفونی کردن محل تزریق است.

- اقدامات کاهش تقاضا: عبارت است از اقداماتی که منجر به کاهش مقدار مصرف مواد گردیده، مثل پیشگیری و درمان معتادان.

نشانه های کم توجهی:

- فرد نمی تواند توجه کامل به جزئیات داشته باشد و یا اینکه در فعالیت های مدرسه اشتباهات ناشی از بی دقتی دارد.

- اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف یا بازی مشکل دارد.

- اغلب به نظر می رسد وقتی با او صحبت می کنند گوش نمی دهد.

- اغلب قادر نیست دستورالعمل ها را دنبال کند و نمی تواند تکالیفش را تمام کند.

- اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیت ها را سامان دهد.

- اغلب از شرکت در فعالیت هایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می کند.

- اغلب وسایلی که برای انجام تکالیف نیاز دارد را گم می کند.

- به راحتی از طریق عوامل محیطی حواسش پرت می شود.

- در فعالیت های روزانه دچار فراموشی است.

نشانه های بیش فعالی:

- اغلب فرد سر جاش وول می خورد و یا جابجا می شود.

- اغلب جایش در کلاس و یا هر جایی که انتظار نشستن می رود را ترک می کند.

- اغلب زیاد می دود و یا در مکان هایی که متناسب نیست بالا و پایین می پرد.

- اغلب مشکل است که در فعالیت های لذت بخش آرام و با صدای آهسته شرکت کند.

- اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می کند مثل این که موتورش او را هدایت می کند.

- اغلب خیلی صحبت می کند.

- نشانه های تکانشگری.

- اغلب قبل از آن که سوال تمام گردد پاسخ می دهد.

- اغلب در انتظار کشیدن مشکل دارد.

- اغلب صحبت یا فعالیت دیگران را قطع می کند.

نشانه های اختلال دو قطبی:

- افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت، تحریک پذیری.

انواع هذیان:

- هذیان گزند: شخص معتقد است دیگران قصد آسیب به او را دارند.

- هذیان بزرگ منشی: فرد معتقد است به دلیل داشتن استعداد یا توانایی خاص از دیگران برتر است.

- هذیان ارجاع: فرد معتقد است که اتفاقات بیرونی به او مرتبطند مثلاً تلویزیون یا مردم راجع به او صحبت می کنند.

بیماری های انسدادی ریه:

- انسداد خارج ریوی: هر نوع انسداد از بینی تا محل جدایی برونش ها که در این حالت دم طولانی تر از بازدم است و معمولاً استرایدوز شنیده می شود.
- انسداد داخل ریوی: هر نوع انسداد از محل دو شاخه شدن برونش ها تا قسمت های پایین تر ریه که در این حالت بازدم طولانی تر از دم است و بیمار اغلب از عضلات کمکی تنفس کمک می گیرد.
صداهای غیر طبیعی ریه:

- ویزینگ: صدای موزیکال ممتدی که معمولاً توسط توربولانس هوا در مجاری هوایی تنگ ایجاد می شود.
- کراکل: صدای بلند و نقطه که حین دم یافت می شود و معمولاً به ندرت در ابتدای بازدم شنیده می شود.
- استرایدور: صدای مونوفونیک غالب در هنگام دم که به ریه ها گسترش می یابد.

فعالیت فیزیکی

- فعالیت جسمی به حرکاتی از بدن گفته می شود که به وسیله انقباض عضلات اسکلتی ایجاد و باعث می شود مصرف انرژی به بالاتر از سطح پایه برسد. همچنین فعالیت فیزیکی به هر فعالیت بدنی که با استفاده از یک گروه یا چند گروه عضلات بزرگ ایجاد و باعث افزایش ضربان قلب و افزایش میزان مصرف انرژی می شود اطلاق می گردد که در عین حال یک عامل مهم در تعادل انرژی نیز هست. برخی منابع دیگر، هر حالتی از حرکت را فعالیت فیزیکی می نامند.

✓ فعالیت جسمی از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET یا معادل متابلیکی تقسیم می شود.

MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیت فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف 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.

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

✓ فعالیت جسمی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل 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.

✓ 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.

دخانیات

انواع مختلف مواد دخانی به معنی محصولاتی است که بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن ها یا تمام ماده خام تشکیل دهنده آن ها برگ توتون یا تنباکو است (سیگار - پیپ - قلیان - چپق) و به منظور دود کردن یا مکیدن یا جویدن یا استنشاق از راه بینی تولید می شود.

لیست مراکز مشاوره ژنتیک استان تهران

مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی (ژنتیک) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ردیف	نام مرکز	نام مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره پیش از ازدواج	آدرس - شماره تلفن
1	مرکز بهداشت شمیرانات	مرکز بهداشتی درمانی طالقانی	مرکز بهداشتی درمانی طالقانی میدان قدس - ابتدای شریعتی - جنب داروخانه طالقانی 22235000
2	مرکز بهداشت شمال	مرکز بهداشتی درمانی دگمه چی	خ رسالت - کرمان جنوبی - کوچه زرین قبایی - پلاک 96 - 22526886
3		مرکز بهداشتی درمانی احمدی	خیابان دماوند - ابتدای خیابان شهید فتحنانی (خ کهن) 77543086 - 7774245
4	مرکز بهداشت شرق	مرکز بهداشتی درمانی تقوی	خ مجاهدین خ ایران کوچه پورزرگر 33564646 - 33440403
5		مرکز بهداشتی درمانی خواجه نوری	دروازه شمیران م ابن سینا اول نامجو 77507730 - 77509906

6	شبکه بهداشت و درمان ورامین	ستاد شبکه بهداشت	ورامین- خ شهید بهشتی جنب شهرداری روبروی فرمانداری- ستاد شبکه بهداشت 2254185 - 0291
7	شبکه بهداشت و درمان پاکدشت	مرکز بهداشتی درمانی اشرفی اصفهانی	میدان شهدای گمنام 0292-3023110
8	شبکه بهداشت و درمان دماوند	مرکز بهداشتی درمانی جیلارد	جیلارد- جنب هلال احمر 0221-5232869
9	شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه	مرکز بهداشتی درمانی هفتم تیر	فیروزکوه- میدان راه آهن 0221-6222130 - 6222627

مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی (ژنتیک) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران

ردیف	شهرستان	نام مرکز / شبکه	تلفن	آدرس
1	غرب تهران	شهید هاشمی نژاد	55708081 و 55703981	دو راهی قیان
2	غرب تهران	فاضل	88956888 و 88961247	بلوار کشاورز - خ دهکده - رو به روی سازمان آب
3	غرب تهران	ولیعصر	66224755 و 66202999	جاده ساوه - شهرک ولیعصر - خ شهید بهرامی
4	شهریار	شهید سهرابعلی بخشی	0262 - 3222911	خ انقلاب - جنب امامزاده اسماعیل
5	شهریار	شهید فهمیده ملارد	0262 - 3662021	بلوار اصلی ملارد - بعد از پمپ بنزین - رو به روی داروخانه شبانه روزی دکتر دشتی
6	شهریار	امام خمینی قدس	0262 - 3840490	شهر قدس - میدان ساعت - اول جاده سرخ حصار
7	ساوجبلاغ	شهید کلیم ا معدن‌دار	0262 - 4227482	ساوجبلاغ - هشتگرد - خ مصلی - خ امام
8	رباط کریم	گلستان	02294 - 322443	جاده ساوه - شهر گلستان - فلکه دوم
9	نظر آباد	شهید زارعی نژاد	0262 - 5357770	نظر آباد - رو به روی کارخانه مقدم

* با توجه به مستقل شدن دانشگده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرج از دانشگاه علوم پزشکی ایران از ابتدای سال جاری، مرکز مشاوره شهید راست روش (کرج، خیابان شهید بهشتی، بعد از چهار راه طالقانی، چهارصد دستگاه جنب استخر دانش، درمانگاه شهید راست روش 0261 - 2700011) در فهرست فوق ذکر نشده است.

مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی (ژنتیک) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران

ردیف	شهرستان	نام مرکز / شبکه	تلفن	آدرس
1	تهران	شهید آیت	55825272	پشت پادگان قلعه مرغی - شهرک شریعتی رو به روی پارک شریعتی
2	تهران	شهید نور سعادت	55624501	ضلع جنوبی پارک شهر خ بهشت
3	تهران	فرمانفرمایان	66928488	خ آذربایجان - بین باستان و گلشن
4	تهران	شخ کافی	55061138	خزانه بخارایی فلکه سوم جنب تره بار پشت بیمارستان آیت ا ... کاشانی
5	تهران	اکبر آباد	55714154	بزرگراه نواب خ محبوب مجاز جنب آموزش و پرورش منطقه 10
6	تهران	شهید احمدی	55824030	قلعه مرغی / خیابان زمزم - چهار راه صالح نیا کوچه باغ
7	اسلامشهر	چهار دانگه	55249478	چهار دانگه بلوار شهید فارسیان گلستان 15 - پلاک 75
8	اسلامشهر	قائمیه	02282462541	قائمیه - میدان اول
9	اسلامشهر	موسی آباد	02282246261	خیابان امام محمد باقر سبلان 4 رو به روی ورزشگاه 22 بهمن
10	شهر ری	شهید نیک نژاد	33751616	شهر ری - ابتدای خیابان فدائیان اسلام چهار راه دیلمان جنب کانون سمیه
11	شهر ری	باقر شهر (2)	52037275	جاده قدیم قم باقر شهر خ 24 متری طالقانی بلوار میدان فاتحی
12	شهر ری	امام رضا	33583882	جاده خاوران قیامدشت
13	شهر ری	شهید جمالی	33400648	سه را ورامین - ابتدای جاده امین آباد
14	شهر ری	بدر	33887275 - 7	بعد از پل بعثت خ شهید بروجردی (بلوار شهرزاد) کیان شهر بلوار مطهری خ شهید قاضی زاده

مشخصات مراکز آزمایشگاهی ژنتیک در تهران

شهرک غرب - میدان صنعت - مجتمع پزشکی تخصصی 1143 - کد پستی 14667	88363952	مرکز پاتولوژی و ژنتیک کریمی نژاد	تهران	1
خیابان طالقانی بین استاد نجات الهی و حافظ پلاک 98 طبقه دوم	88914329 - 88896868 نمابر 88968698	آزمایشگاه ژنتیک دکتر اکبری	تهران	2
خیابان ولیعصر - بالاتر از فاطمی - خیابان مجلسی مجتمع کوثر پلاک 18/3	88939140 نمابر 88939141	آزمایشگاه ژنتیک دکتر زینالی	تهران	3
میدان ولیعصر - اول بلوار کشاورز - پلاک 6 طبقه اول کلینیک دکتر فرهود	88914179 - 89097883 - 88908447	آزمایشگاه ژنتیک دکتر درخشنده	تهران	4

جدول صدک 95 مقادیر فشارخون برای کودکان برحسب جنس، سن و قد

دختران					پسران															
فشارخون دیاستولی					فشارخون سیستولی					فشارخون دیاستولی					فشارخون سیستولی					
95	75	50	25	5	95	75	50	25	5	95	75	50	25	5	95	75	50	25	5*	سن (سال)
76	75	74	73	73	116	114	113	112	110	78	77	76	75	74	119	116	115	113	110	7
79	78	77	76	75	120	118	117	115	114	81	80	79	78	76	121	119	117	116	113	9
81	80	79	79	78	124	122	121	119	118	83	81	80	79	78	125	123	121	119	116	11
84	82	82	81	80	128	126	125	123	121	84	83	82	81	79	130	128	126	124	121	13
86	84	83	83	82	131	129	128	126	124	86	84	83	83	81	135	133	131	129	127	15
86	85	84	83	83	132	130	129	127	126	89	88	87	86	85	140	138	136	135	132	17

• اعداد 5، 25، 50، 75، 95 نشان دهنده صدک قد مربوط هستند.

جدول سطح فشارخون پسران 6 تا 9 سال بر حسب سن و صدک قد

سن		فشارخون سیستولیک میلی متر														صدک
		فشارخون دیاستولیک میلی متر							فشارخون سیستولیک میلی متر							فشارخون
سن		جیوه							جیوه							فشارخون
		صدک قد							صدک قد							فشارخون
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5			
	57	57	56	55	54	53	53	100	99	98	96	94	92	91	50	
	72	72	71	70	69	68	68	113	113	111	110	108	106	105	90	
	76	76	75	74	73	72	72	117	117	115	114	112	110	109	95	
	84	84	83	82	81	80	80	125	124	123	121	119	117	116	99	
	59	59	58	57	56	55	55	101	100	99	97	95	94	92	50	
	74	74	73	72	71	70	70	115	114	113	111	109	107	106	90	
	78	78	77	76	75	74	74	119	118	117	115	113	111	110	95	
	86	86	85	84	83	82	82	126	125	124	122	120	118	117	99	
	61	60	60	59	58	57	56	102	102	100	99	97	95	94	50	
	76	75	74	73	72	72	71	116	115	114	112	110	109	107	90	
	80	79	79	78	77	76	75	120	119	118	116	114	112	111	95	
	88	87	87	86	85	84	83	127	127	125	123	122	120	119	99	
	62	61	61	60	59	58	57	104	103	102	100	98	96	95	50	
	77	76	76	75	74	73	72	118	117	115	114	112	110	109	90	
	81	81	80	79	78	77	76	121	121	119	118	116	114	113	95	
	89	88	88	87	86	85	84	129	128	127	125	123	121	120	99	

ادامه جدول سطح فشارخون پسران 10 تا 13 سال برحسب سن و صدک قد

فشارخون سیستولیک میلی متر														سن	
فشارخون دیاستولیک میلی متر							فشارخون سیستولیک میلی متر							صدک فشارخون	
جیوه							جیوه								
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
63	62	61	61	60	59	58	106	105	103	102	100	98	97	50	
78	77	76	75	74	73	73	119	119	117	115	114	112	111	90	10
82	81	81	80	79	78	77	123	122	121	119	117	116	113	95	
90	89	88	88	86	86	85	130	130	128	127	125	123	122	99	
63	63	62	61	60	59	59	107	107	105	104	102	100	99	50	11
78	78	77	76	75	74	74	121	120	119	117	115	114	113	90	
82	82	81	80	79	78	78	125	124	123	121	119	118	117	95	
90	90	89	88	87	86	86	132	132	130	129	127	125	124	99	
64	63	63	62	61	60	59	110	109	108	106	104	102	101	50	12
79	78	77	76	75	75	74	123	123	121	120	118	116	115	90	
83	82	82	81	80	79	78	127	127	125	123	122	120	119	95	
91	90	90	89	88	87	86	135	134	133	131	129	127	126	99	
64	64	63	62	61	60	60	112	111	110	108	106	105	104	50	13
79	79	78	77	76	75	75	126	125	124	122	120	118	117	90	
83	83	82	81	80	79	79	130	129	128	126	124	122	121	95	
91	91	90	89	88	87	87	137	136	135	133	131	130	128	99	

ادامه جدول سطح فشارخون پسران 14 تا 17 سال برحسب سن و صدک قد

سن صدک فشارخون		فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه								
		صدک قد							صدک قد								
		95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	66	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80	80	79
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81	80	80
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87	86	86
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70	69	69
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84	84	84
	95	131	132	134	136	138	140	140	84	85	86	87	87	88	89	88	88
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97	96	96

جدول سطح فشارخون دختران 6 تا 9 سال برحسب سن و صدک قد

سن		فشارخون سیستولیک میلی متر														صدک	سن
		فشارخون دیاستولیک میلی متر							فشارخون سیستولیک میلی متر							فشارخون	
سن		جیوه							جیوه							فشارخون	سن
		صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5				
58	57	56	56	55	54	54	98	97	96	94	93	92	91	50			
72	71	70	70	69	68	68	111	110	109	108	106	105	104	90	6		
76	75	74	74	73	72	72	115	114	113	111	110	109	108	95			
83	83	82	81	80	80	80	122	121	120	119	117	116	115	99			
59	58	58	57	56	56	55	99	99	97	96	95	93	93	50			
73	72	72	71	70	70	69	113	112	111	109	108	107	106	90	7		
77	76	76	75	74	74	73	116	116	115	113	112	111	110	95			
84	84	83	82	82	81	81	124	123	122	120	119	118	117	99			
60	60	59	58	57	57	57	101	100	99	98	96	95	95	50			
74	74	73	72	71	71	71	114	114	113	111	110	109	108	90	8		
78	78	77	76	75	75	75	118	118	116	115	114	112	112	95			
86	85	84	83	83	82	82	125	125	123	122	121	120	119	99			
61	61	60	59	58	58	58	103	102	101	100	98	97	96	50			
75	75	74	73	72	72	72	116	116	114	113	112	110	110	90	9		
79	79	78	77	76	76	76	120	119	118	117	115	114	114	95			
87	86	85	84	84	83	83	127	127	125	124	123	121	121	99			

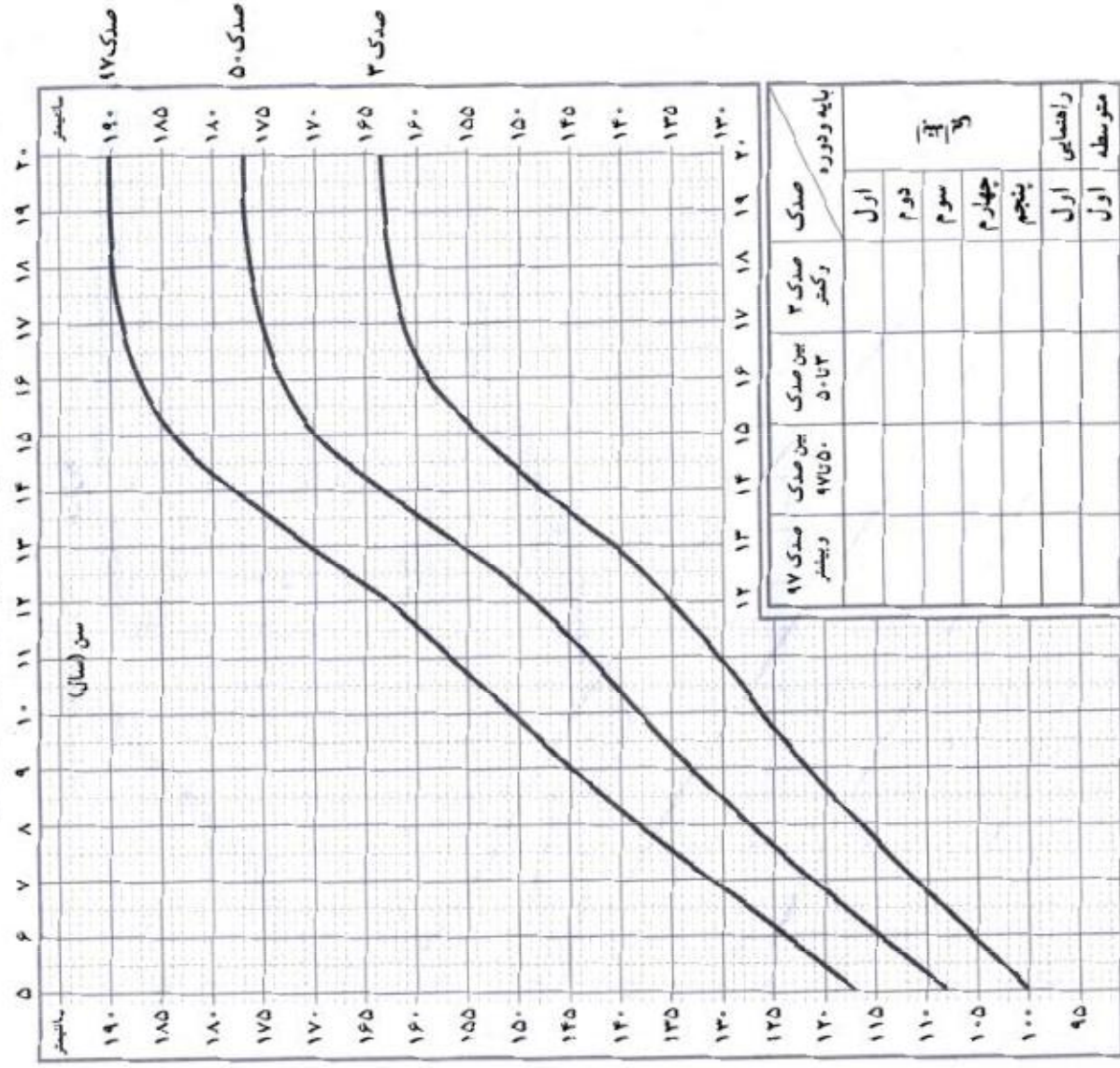
ادامه جدول سطح فشارخون دختران 10 تا 13 سال برحسب سن و صدک قد

سن		فشارخون دیاستولیک میلی متر							فشارخون سیستولیک میلی متر							صدک فشارخون
		جیوه							جیوه							
		صدک قد							صدک قد							
		95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5	
10	62	62	61	60	59	59	59	105	104	103	102	100	99	98	50	
	76	76	75	74	73	73	73	118	118	116	115	114	112	112	90	
	80	80	79	78	77	77	77	122	121	120	119	117	116	116	95	
	88	87	86	86	85	84	84	129	129	127	126	125	123	123	99	
11	63	63	62	61	60	60	60	107	106	105	103	102	101	100	50	
	77	77	76	75	74	74	74	120	119	118	117	116	114	114	90	
	81	81	80	79	78	78	78	124	123	122	121	119	118	118	95	
	89	88	87	87	86	85	85	131	130	129	128	126	125	125	99	
12	64	64	63	62	61	61	61	109	108	107	105	104	103	102	50	
	78	78	77	76	75	75	75	122	121	120	119	117	116	116	90	
	82	82	81	80	79	79	79	126	125	124	123	121	120	119	95	
	90	89	88	88	87	86	86	133	132	131	130	128	127	127	99	
13	65	65	64	63	62	62	62	110	110	109	107	106	105	104	50	
	79	79	78	77	76	76	76	124	123	122	121	119	118	117	90	
	83	83	82	81	80	80	80	128	127	126	124	123	122	121	95	
	91	90	89	89	88	87	87	135	134	133	132	130	129	128	99	

ادامه جدول سطح فشارخون دختران 14 تا 17 سال بر حسب سن و صدک قد

سن	صدک فشارخون	فشارخون سیستولیک میلی متر													فشارخون دیاستولیک میلی متر								
		جیوه													جیوه								
		صدک قد													صدک قد								
		95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5	
14	50	66	66	65	64	63	63	63	112	111	110	109	107	106	106								
	90	80	80	79	78	77	77	77	125	125	124	122	121	120	119								
	95	84	84	83	82	81	81	81	129	129	127	126	125	123	123								
	99	92	91	90	90	89	88	88	136	136	135	133	132	131	130								
15	50	67	67	66	65	64	64	64	113	113	111	110	109	108	107								
	90	81	81	80	79	78	78	78	127	126	125	123	122	121	120								
	95	85	85	84	83	82	82	82	131	130	129	127	126	125	125								
	99	93	92	91	91	90	89	89	138	137	136	134	133	132	131								
16	50	68	67	66	66	65	64	64	114	114	112	111	110	108	108								
	90	82	81	81	80	79	78	78	128	127	126	124	123	122	121								
	95	86	85	85	84	83	82	82	132	131	130	128	127	126	125								
	99	93	93	92	91	90	90	90	139	138	137	135	134	133	132								
17	50	68	67	67	66	65	65	64	115	114	113	111	110	109	108								
	90	82	81	81	80	79	79	78	128	127	126	125	123	122	122								
	95	86	85	85	84	83	83	82	132	131	130	129	127	126	125								
	99	93	93	92	91	91	90	90	139	138	137	136	134	133	133								

نمودار استاندارد قد به سن پسران از ۵ تا ۲۰ سالگی

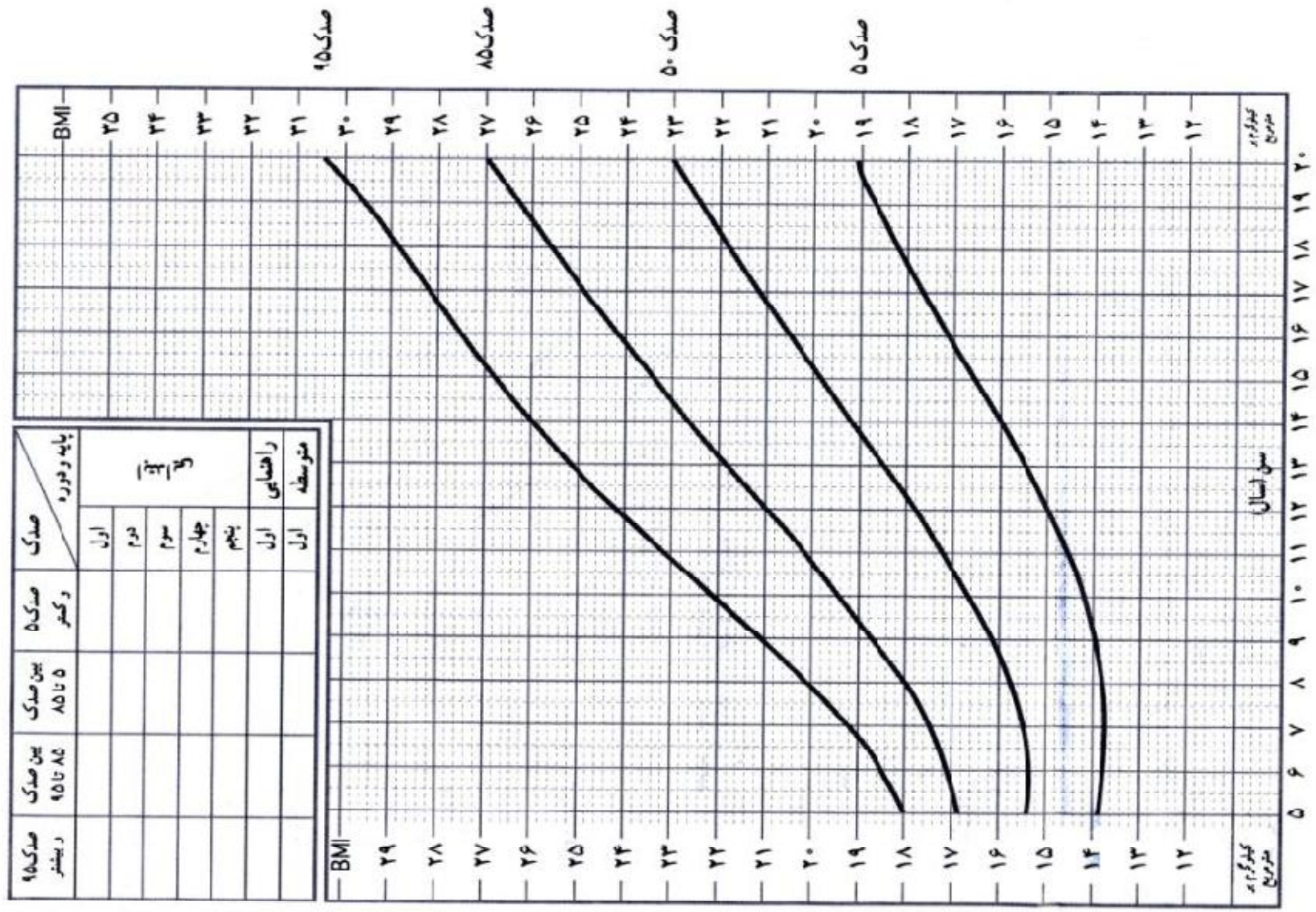


قد به سن (پسران)

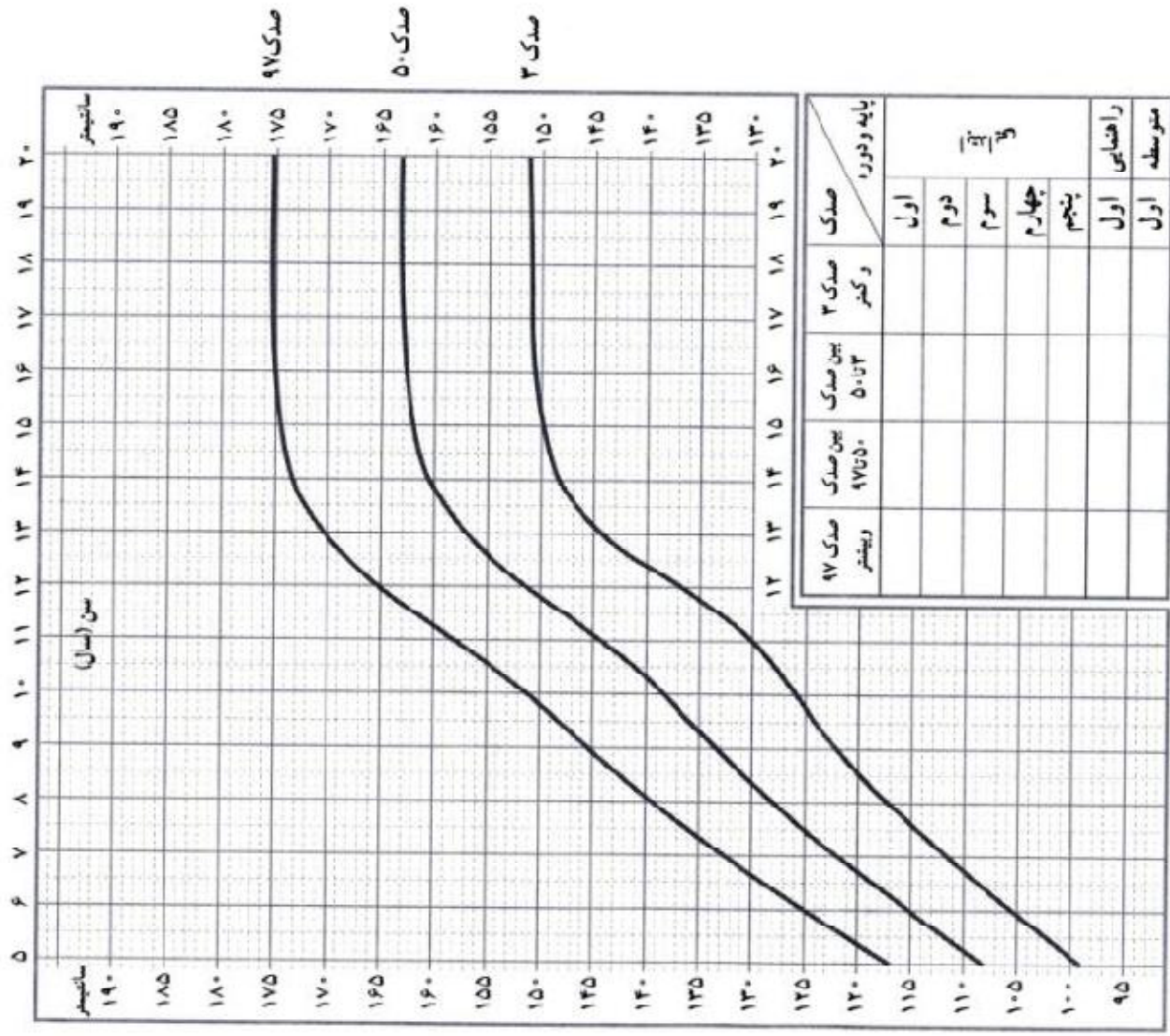
پایش رشد

دوره و پایه تحصیلی	اول ابتدایی	دوم ابتدایی	سوم ابتدایی	چهارم ابتدایی	پنجم ابتدایی	اول راهنمایی	اول متوسطه
سن (ماه/سال)							
وزن به کیلوگرم							
قد به سانتی متر							
BMI (کیلوگرم بر مترمربع)							

نمایه توده بدنی (BMI) پسران از ۵ تا ۲۰ سالگی



نمودار استاندارد قد به سن دختران از ۵ تا ۲۰ سالگی



قد به سن (دختران)

پایش رشد

دوره و پایه تحصیلی	اول ابتدایی	دوم ابتدایی	سوم ابتدایی	چهارم ابتدایی	پنجم ابتدایی	اول راهنمایی	اول متوسطه
سن (ماه/سال)							
وزن به کیلوگرم							
قد به سانتی متر							
BMI (کیلوگرم بر متر مربع)							

نمایه توده بدنی (BMI) دختران از ۵ تا ۱۹ سالگی

