مراقبت های رده سنی 18 تا 29 سال

**پزشك**

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعيت، خانواده ومدارس

اداره سلامت جوانان

تهيه كنندگان : دكتر محمد اسماعيل مطلق ، دكتر گلايل اردلان ، نسرين كيانپور

با تشكر از همكاري :

دكترغلامحسين صدري ،دكترناصركلانتري، دكتر محمد مهدي گويا، دكتر محمداسلامي،دكترتقي يماني، دكتر مينوالسادات محمود عربي ، دكترمجذوبه طاهري،دكترمنوچهرزينلي، طاهره امينايي ، مرضيه دشتي،ليلارجائي، دكتر طاهره سماوات ،عاليه حجت زاده ، دكتر فروزان صالحي، مينا مينايي ، دكتر پريسا ترابي، خديجه فريدون محصلي ،دكترمحسن زهرايي ، دكتر نسرين محمودي ، دكتر مهشيد ناصحي، دكتر مهدي نجمي ، معصومه افسري ، دكترمحمود نبوي ، دكتر عباس صداقت ،دكتر كيانوش كمالي ، دكترحميرا فلاحي ، دكتر ناهيد جعفري ، دكتر حسين كاظميني ، دكترسيدعليرضا مظهري ،دكتر محمدرضا رهبر، دكترشهرام رفيعي فر،دكتر پژمان اقدك،دكترغلامرضا بهرامي، راضيه اميدي، دكتررويا كليشادي،فرشته فقيهي،مريم فراهاني، دكترماهرخ كشوري،دكترشهين ياراحمدي،دكتر معصومه عليزاده ،دكتراشرف سماوات، دكتراحمدحاجبي، دكترمحمود نبوي ، دكترمهدي نجمي ، دكترحسين معصومي اصل، دكترمشيانه حدادي، دكترحسن نوري ساري،مهندس آنيتا رضايي، دكتر حسين خوشنويسان، دكترنادره موسوي فاطمي، دكترانوشه صفرچراتي ،دكترميتراحفاظي ،سميه يزداني،مريم مهرابي،دكترعليرضانوروزي،مهرومحمدصادقي،طاهره زيادلو،علي اسدي كه در تهيه وتدوين اين مجموعه مارا ياري نمودند .

**به نام خدا**

**مقدمه:**

**جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی 29-18 اطلاق می گردد.  هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتا از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می‌شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می‌آید و در نتیجه ویژگیها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می‌کنند که تامین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است.این نیاز ها عبارتند از جسمی ، روانی ، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این‌رو تامین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین ، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است .**

**اين مهم درقانون نيز لحاظ گرديده است، بطوريكه** مطابق اصول 29، 43 و بند 12 اصل 3 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران *برنامه­ریزی برای سلامت همه افراد جامعه* یکی از مهم­ترین وظایف دولت است. از اینرو توجه خاص به نیازمندی­های ویژه گروه­های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می­باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند 2 سیاست­های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه­جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان­محور و تک­بعدی­نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تؤاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می­شود، ایجاب می­کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که **حدود 24 درصد جمعیت کشور** را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه­سازی اهداف، سیاست­ها، راهبردها و برنامه­های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی 18 تا 29 سال را با اتخاذ رویکرد بین­بخشی و کل­نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می­نماید.

بسته پيش رو ، پكيج ارائه خدمت براي پزشكان مي باشد .كه شامل بخش هاي ارزيابي ، طبقه بندي واقدام مي باشد .هرقسمت دربردارنده مفاهيمي است كه درذيل به پاره اي از آنها اشاره مختصري بدانها خواهد شد :

**مفهوم رنگ ها**

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

**الف ـ رنگ قرمز نشان دهنده نياز به ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درماني است.**

**ب ـ رنگ زرد نشان دهنده نياز به ارجاع غير فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درماني طی24 ساعت است.**

**پ ـ رنگ سبز نشان دهنده امكان ارايه كامل خدمت بدون نياز به ارجاع است.**

**ت ـ رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و پزشك بر اساس دستورالعمل اقداماتي انجام می دهد.**

در بخش توصيه ها : توصيه هاي اموزشي لازم براي ارائه به خانواده ها ، وجود دارد .

**اين مجموعه مواردذيل رادربرمي گيرد:**

معاينات جسمي: بررسي وضعيت عمومي بينايي ‘شنوايي ‘گوش وحلق و بيني، گردن، قلب، ريه، شكم، اندام ها، اعصاب وروان، پوست، تناسلي ادراري، كليه ها، ستون مهره ها، مفاصل،  Life style(تغذيه، فعاليت بدني وسابقه مصرف مواد)، وضعيت ايمن سازي وگرفتن سابقه بيماري درهريك ازدستگاههاي بدن، كه توسط پزشك عمومي انجام شده و درصورت لزوم براي  انجام آزمايش هاي پاراكلينيك يا درمان ، به آزمايشگاه يا مراكزتخصصي ارجاع  مي شود. ضمنا" پيگيري تا بهبودي يا حفظ شرايط موجود، ادامه خواهديافت.

معاينات دهان ودندان : دهان ودندان فرد مراجعه كننده ازنظر وضعيت عمومي، Oral hygiene و Gingiva   توسط پزشك يا دندانپزشك مورد بررسي قرارمي گيرد و درصورت لزوم براي  انجام آزمايش هاي پاراكلينيك يا درمان ، **به آزمايشگاه يا مراكزتخصصي ارجاع  مي شود. ضمنا" پيگيري تا بهبودي يا حفظ شرايط موجود، ادامه خواهديافت.**

سلامت روان: سلامت روان از طريق مصاحبه ومشاوره ، توسط روانپزشك يا روانشناس يا پزشك عمومي دوره ديده   طبق بسته مربوطه بررسي ودرصورت لزوم پيگيري ادامه خواهديافت.ضمنا براي اولين بار اين مجموعه شامل ابزار سنجش سلامت در بحث خود مراقبتي به صورت خود ارزيابي توسط فرد مراجعه كننده مي باشد كه ابعاد جسماني وغير جسماني را شامل مي شود .اين مجموعه حاصل همكاري كارشناسان وزارت بهداشت (مركز توسعه شبكه وارتقاء سلامت ودفاتر سلامت رواني اجتماعي وپيشگيري از سوء مصرف مواد ،‌ دفتر آموزش وارتقا سلامت ، مركز مديريت بيماريهاي واگير ، دفتر بهبود تغذيه جامعه، مركز مديريت بيماريهاي غير واگير ، مركز سلامت محيط وكارومركز مديريت حوادث وفوريت هاي پزشكي) مي باشد وبه منظور يكسان سازي فرمت جمع آوري داده ها در راستاي مداخلات يكدست وتاثير گذار طراحي شده است  . به اميداينكه باتهيه اين مجموعه گامي هرچند كوچك درتامين سلامت جوانان كشوربرداشته، راهگشاي پزشكان محترم اين مرزوبوم بوده ورضاي حق تعالي راجلب كرده باشيم.

ارزيابي وضعيت تغذيه اي

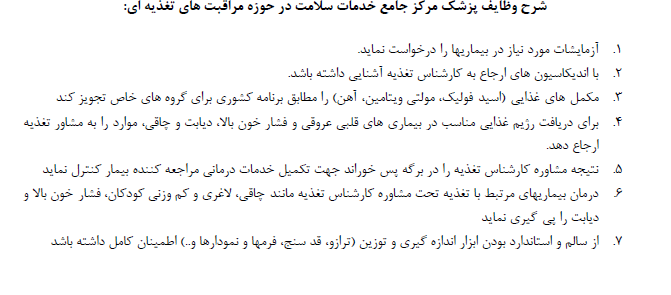
مراقبت از نظر وضعيت نمايه توده بدنی (BMI)

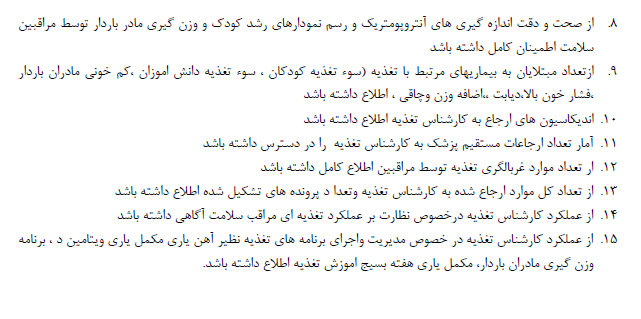
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **وزن و نمايه توده بدنی (BMI) را اندازه گيری كنيد.**  **- نمايه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقايسه كنيد.** | **BMI کم تر5/18** | **لاغر** | **بررسی از نظر بيماری زمينه ای و در صورتی كه بيماری وجود دارد ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **- در صورتی كه بيماری وجود ندارد و علت تغذيه ای است ارجاع به كارشناس تغذيه** |
| **BMI بين 9/29- 25** | **اضافه وزن** | **- اندازه گيری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر يك از آن ها ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **- بررسی علل ارگانيك چاقی**  **- توصيه به افزايش تحرك بدنی**  **- ارائه توصيه های تغذيه ای برای كاهش وزن**  **- كنترل دوره ای، هر یک ماه تا حصول وزن متناسب وسپس سالی یک بار** |
| **BMI بالاي30** | **چاق** | **- اندازه گيری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر يك از آن ها : ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **ارجاع به كارشناس تغذيه ارائه توصيه های تغذيه ای برای كاهش وزن و كنترل دوره ای، هر یک ماه يك بار تا حصول وزن متناسب وسپس سالی یک بار** |

فرآيند واجرا

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | فرآيند | مسئول اجرا | محل اجرا | زمان اجرا | تجهيزات وابزار | منبع |
| 1 | معاینات بالینی | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قدسنج- فشارسنج و گوشی | بسته خدمت سلامت |
| 2 | تشخیص بیماری | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قد سنج- فشار سنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک | بسته خدمت سلامت |
| 8 | تشخیص بیماری های همراه | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قدسنج- فشارسنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک | بسته خدمت سلامت |
| 9 | درخواست آزمایشات مورد نیاز | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه در صورت لزوم | آزمایشگاه مجهز و در دسترس | * بسته خدمت سلامت استاندارد شناسنامه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیماریها |
| 10 | تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک- مولتی ویتامین، آهن) در صورت لزوم یا مطابق برنامه كشوری برای گروه های خاص | پزشک / کارشناس تغذیه | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه در صورت لزوم | مکمل های غذایی ( آهن- اسید فولیک- قطره A&D ، مولتی ویتامین ،مگادورز ویتامین D ) | کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه ) دستورالعمل های مربوطه ، سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه ) دستورالعمل های مربوطه |
| 11 | ارجاع به مشاور تغذیه در اندیکاسیون های تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | ارجاع از سوی پزشک | فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک | کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) |
| 12 | * پی گیری درمان بیماریهای مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی،فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدمی، هیپو تیروئیدی،و..... | پزشک/ کارشناس تغذیه | مرکز جامع خدمات سلامت | بر حسب زمانبندی اعلام شده قبلی | فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک | کتب مرجع پزشکی / بین المللی مرجع تغذیه |







**.**

ارزيابي وضعيت قلبي عروقي

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزيابی وضعيت فشار خون اندازه گيری كنيد**  **2- اگر فشارخون 160 روی 10 یا بیشتر باشد مرحله 3 را انجام دهید**  **3- فشار خون در 3 نوبت جداگانه (در 3 ويزيت جداگانه) اندازه گيري و ثبت شود و بر اساس ميانگين اندازه گيري ها طبقه بندی و اقدام شود:** | فشارخون بالاي 90/140 ميلي متر جيوه | - فشارخون فشارخون 09/140 ميلي متر جيوه تا 99/159 ميلي متر جيوه | **فشارخون بالا**  **مرحله І** | **الف- تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **ب-** پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا، بررسی آسيب های اعضای حياتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص( قلب يا داخلي يا نفرولوژيست) |
| در صورتي كه فشار خون 160 روی 10 وبیشتر باشد | **فشارخون بالا**  **مرحله ІІ** | **پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا، بررسی آسيب های اعضای حياتی و** شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص(قلب يا داخلي يا نفرولوژيست)  **ارجاع فوری جهت پيگيری تشخيصی و بررسی آسيب های اعضای حياتی ودرمان**  ارجاع به متخصص قلب يا داخلي ، چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه |
| **- - يا80/120 ميلي متر جيوه يا 89/139** | | **پيش فشارخون بالا**  **(پره هيپرتانسيون)** | تشويق به مراقبت **مداوم از سلامت**  **- تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش برای داشتن شيوه زندگی سالم**  **ارجاع به سطح اول خدمات براي مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر** |
| **فشارخون كمتر از 80/120** | | **فشار خون طبيعی** | **- تشويق به مراقبت مداوم از سلامت**  **- آموزش برای داشتن شيوه زندگی سالم ، غربالگری سه سال بعد** |

اختلالا ت خوني

بررسی مخاط: بررسي از نظر اختلال خونی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **- - معاينه زبان، مخاط چشم، كف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پريدگی و زردی** | **وجود رنگ پريدگی دائمی زبان و مخاط داخل لب و پلك چشم، سياهی رفتن چشم، سرگيجه، سردرد، بی اشتهايی، حالت تهوع، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست و پاها، احساس خستگی و نداشتن تمركز حواس، بی تفاوتی، ميزان هموگلوبين كم تر از 10 ميلی گرم در دسی ليتر**  **در موارد پيشرفته: گود شدن يا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزك پا** | **كم خونی فقر آهن** | **-درخواست آزمايش CBCdiff ,**  **در صورتي كه هموگلوبين كمتر از 10 يا مساوي 10 ميلي گرم دردسي ليتر باشد:**  **تجويز آهن المنتال به ميزان 4 تا 6 ميلي گرم به ازای هر كيلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا 8 هفته پس از طبيعی شدن اندكس های خونی**  **- آموزش خانواده در مورد تغذيه**  **- محدود كردن مصرف شير روزانه به ميزان 500 سی سی يا كم تر**  **- درخواست آزمايش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گيری هموگلوبين خون پس از يك ماه درمان** |
| **- در صورت عدم تغيير در ميزان هموگلوبين پس از درمان: ارجاع غير فوری بيمار به متخصص** |
| **- در صورت هموگلوبين 8 وکمتراز 8 گرم در دسی ليتر: ارجاع فوری بيمار به پزشك متخصص** |

|  |  |
| --- | --- |
| كم خونی فقر آهن به دلايلی مانند كمبود آهن در رژيم غذايی روزانه، ابتلا به بيماری های انگلی و عفونی، الگوهای غذايی نامناسب ايجاد می شود. دختران به علت خونريزی ماهيانه بيش تر در معرض خطر كم خونی قرار دارند.  راه های پيشگيری  مواد غذايی حاوی آهن در برنامه غذايی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزيجات; جعفری و اسفناج، حبوبات; عدس و لوبيا منظور شود. مصرف سبزيجات مانند سالاد با غذا و مصرف مركبات بعد از غذا به جذب آهن غذا كمك می كند. مصرف مواد غذايی خشكبار، توت خشك، برگه آلو، زردآلو، انجير خشك، كشمش و خرما به عنوان ميان وعده در برنامه غذايی گنجانده شود.   |  | | --- | | بهتر است دختران هر هفته يك عدد قرص آهن به مدت 16 تا 20 هفته در طول يك سال مصرف كنند.  برای كاهش عوارض گوارشی بهتر است قرص با معده خالی مصرف نشود و پس از غذا و يا شب، قبل از خواب مصرف شود. |   افزودن مقدار كمی گوشت به غذاهای گياهی و يا سويا به جذب بهتر آهن كمك می كند. بهداشت فردی به منظور جلوگيری از ابتلا به بيماری های عفونی و انگلی رعايت شود.  زباله ها به طريق بهداشتی دفع شود. آب آشاميدنی سالم و توالت بهداشتی استفاده شود.مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزايش جذب آهن كمك می كند. از جوش شيرين در تهيه نان استفاده نشود.از تنقلات غذايی كم ارزش مانند پفك و چيپس حتي المقدور استفاده نشود. |

بيماري عفوني

ارزيابي ازلحاظ هپاتيت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| معاينه فيزيكي | **- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و كم رنگ شدن مدفوع**  **- كاهش وزن خفيف 5- 5/2 كيلوگرم همراه با ساير علائم عمومی (علائم گوارشی; بی اشتهايی، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، كوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد)**  **- بزرگی كبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نيز ترجيحاً توجه شود)**  **- ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)** | **- هپاتيت ويروسی**  **يا**  **- هپاتيت دارويی**  **يا**  **- بيماری های متابوليك و عفونی همراه با ايكتر (نظير لپتوسپيروز)** | **- درباره واكسيناسيون، سابقه بيماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال كنيد.**  **- در صورت شك به هپاتيت ويروسی، درخواست آزمايش های:**  **1- تست های كبدی/ انعقادی و Anti HBS/ Igm Anti HBC و توتال/**  **HBS** Ag / **HCV Ab**  **2- بررسی ازمان و سير پيشرونده بيماری و در صورت نياز به بستری:**  **ارجاع فوري به متخصص**  **3- در صورت وجود علائم بالينی و آزمايشگاهی هپاتيت فولمينانت و يا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری**  **4- گزارش موارد مثبت هپاتيت B، C وD به معاونت بهداشتی دانشگاه**  **5- ارجاع به بهورز جهت آموزش نحوه پيشگيری از سرايت هپاتيت B، C وD / مشاوره خانواده بر اساس راهنما** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **بررسي** | **طبقه بندي** |
| * شرح حال بگيريد ومعاينه بفرماييد | * سرفه طول كشيده بيش از دو هفته   سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوي يا کمتر از دو هفته يا بدون سرفه | * نتايج 3 اسمير خلط * درخواست راديوگرافي قفسه سينه از فردداراي يك اسمير مثبت | * 2یا 3 اسمير مثبت **يا**   یک اسمير مثبت **به همراه** نشانه هاي راديوگرافيك سل در ريه=جوان مسلول اسمير مثبت   * یک اسمير مثبت و **فاقد** نشانه هاي راديوگرافيك سل در ريه **يا**   3 اسمير منفي =مشكوك به سل |

مراقبت از نظر شك به سل

|  |
| --- |
| **اقدام** |
| * جوان را بر اساس جدول درمان كنيد و اولين دوز دارو را به جوانبخورانيد. * به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه همراهان زندگي با جوان را بر اساس جدول ارزيابي مورد بررسي قرار دهد و جوان مبتلا را تا پايان مرحله حاد درمان روزانه پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگي پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد. به جوان و همراهان وي در خصوص درمان پذيري بيماري، طول مدت درمان، كنترل راه هاي سرايت و طول مدت سرايت پذيري بيماري و چگونگي برخورد با عوارض دارويي را آموزش دهيد. |
| * فردرا برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید |
| * جوان3 اسمير منفي را تحت درمان غير اختصاصي 10 تا 14 روز بر طبق برنامه كشوري سل قرار دهيد.   + فردرا دو هفته بعد پيگيري كنيد. |

**\***

**به جدول رژيم درماني افراد مبتلا به سل ريوي بر حسب گروه درماني در بخش راهنما مراجعه كنيد.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | | **بررسي** |
| * **سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، محرك ،سابقه يا وجود ارتباط جنسي خارج از چارچوب ، سابقه/ ابتلا به بيماري‌هاي ‌آميزشي ، سابقه زندان در فرد، شريك جنسي/ همسر،سابقه انجام خالوبي، تاتو و حجامت** | * **وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان** * **وجود فرد مصرف كننده تفنني مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان** * **خريد مواد مخدر و يا محرك و الكل، براي ديگري** * **حضور در مهمانی های با امکان مصرف موادمخدر، محرك و الكل** * **سابقه مصرف مواد مخدرمحرك‌در‌شريك‌جنسي/ همسر** | * **سابقه ارتباط جنسي محافظت نشده و بدون كاندوم ، ابتلاي شريك جنسي /همسر به ايدز يا بيماري هاي آميزشي،سابقه مصرف مواد مخدر ، محرك قبل از ارتباط جنسي** * **سابقه ارتباط جنسي با شركاي جنسي متعدد** * **سابقه ارتباط جنسي با افراد تن فروش** * **سابقه رفتارهاي جنسي پرخطر در شريك جنسي/همسر** * **وجود رفتارهاي جنسي پرخطر در اعضاي خانواده و دوستان** | * **انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه منفي** * **انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه مثبت** |

|  |  |
| --- | --- |
| طبقه بندي | **اقدام** |
| حداقل يك نشانه (سوابق فردي /عوامل خطر/آزمايش با نتيجه منفي) مشكل (سوء مصرف مواد) | * **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت مشاوره و آزمايش اچ‌آي‌وي يا ارجاع به مراكز بهداشتي درماني (پيوست 1) در صورت اعتياد به مواد مخدر، توصيه به مراجعه جهت درمان سوء مصرف مواد** * **آموزش/ توصيه به مطالعه محتواي آموزشي(2)** |
| حداقل يك نشانه (سوابق فردي /عوامل خطر/آزمايش با نتيجه منفي)مشكل (رفتارهاي جنسي پرخطر) | * **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت مشاوره و آزمايش اچ‌آي‌وي يا ارجاع به مراكز بهداشتي درماني(1)آموزش/ توصيه به مطالعه محتواي آموزشي (3)** |
| انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه مثبت فرد مبتلا | * **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت دريافت خدمات (1) ،آموزش و توصيه به استفاده از كاندوم، ارجاع شريك جنسي/همسرجهت بررسي ابتلا** |
| فاقد مشكل | * **تشويق به ادامه شيوه زندگي سالم** * **توصيه به مراجعه در صورت بروز نشانه** * **آموزش/توصيه به مطالعه محتواي آموزشي(4)** |

## ارزيابي وضعیت رفتارهاي پرخطر مرتبط با ايدز و بيماري‌هاي آميزشي در گروه سنی 29-18 سال

**بيماري منتقله ازراه جنسي**

**گنوكوك وكلاميديا :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| **معاينه ودوشيدن مجرا** | **ترشح از مجرا** | **ترشح وزخم دارد** | **درمان گنوكوك وكلاميديا ، آموزش ومشاره ، آموزش استفاده از كاندوم ،ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي، درمان شريك جنسي ،توصيه به مراجعه مجدد بعد از 7 روز** |
| **ترشح و زخم ژنيتال ندارد** | **آموزش ومشاره ، آموزش استفاده از كاندوم ،ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي، درمان شريك جنسي ،توصيه به مراجعه مجدددر صورت وجود علائم** |
| **زخم ژنيتال دارد** | **اقدام طبق فلو چارت** |

**عفونت لگني :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام معاينه شكم وواژن | فقدان يا افزايش پريود ، سقط ، حاملگي يا اختلال حاملگي اخير ، گاردينگ يا ريباند تندرنس ، خونريزي واژينال غير نرمال ، توده شكمي ، تب ، تاكي كاردي وعلائم شوك | **داراي علامت است** | **ارجاع فوري به متخصص وبررسي از نظر نياز به گرفتن رگ باز ووسايل احيا** |
|  | **وجودحساسيت درحركات سرويكس ، يا زير شكم وترشح واژن** | **علامت دارد** | **درمان PID، درمان شريك جنسي ، ارزيابي مجدد پس ازسه روز** |
| **علامت ندارد** | **بررسي بيماريهاي ديگر ودرمان انها** |

**توجه :درصورتيكه PIDTدرمان شده وبعد از سه روز بيمار بهبود پيدا كرد درمان را ادامه دهيد .اموزش ومشاوره داشته باشيد ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم را به بيمار بدهيد وهمچنين بيمار را براي مشاوره مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ اي وي ارجاع دهيد.**

**زخم ژنيتال :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | وجود وزيكول در ناحيه دستگاه تناسلي ووزخم وجراحت | **داراي وزيكول است** | درمان تب خال وسيفليس در صورت نيازوهمينطور انجام مشاوره واموزش استفاده از كاندوم وارجاع براي ازمايش داوطلبانه اچ اي وي وعاينه بعد از 7 روز |
| **وزيكول و زخم وجراحت دارد** | درمان سيفليس وشانكروئيد وتب خال در صورت نياز وهمينطور انجام مشاوره واموزش استفاده از كاندوم وارجاع براي ازمايش داوطلبانه اچ اي وي وعاينه بعد از 7 روزدر صورتيكه زخم بهبود پيدا كرده باشد آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده ازكاندوم ، درمان شريك جنسي وانجام آزمايش داوطلبانه اچ اي وي اگر زخم بهبود نسبي داشت 7 روز ديگر درمان را ادامه دهيد .واگر بهبود نيافت به متخصص ارجاع دهيد |
| **وزيكول وزخم وجراحت ندارد** | آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وانجام ازمايش داوطلبانه |

**تورم اسكروتوم :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | تورم ودرد در هنگام معاينه در چرخش ، بلا بردن بيضه دارد وسابقه ضربه مثبت است | **داراي علامت است** | | ارجاع فوري |
| تورم ودرد در هنگام معاينه در چرخش ، بلا بردن بيضه ندارد | **سن كمتر از 35 سال ، بيشتر از 5 گلبول سفيد در نمونه ترشح مجرا يا بيش از 10 گلبول سفيد** | **خير** | ارزيابي ساير علل |
| **درادرار صبحگاهي** | **بلي** | آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان شريك جنسي ، ارزيابي مجدد پس از 7 روز يا ديرتر در صورت نياز |

**خيارك اينگوينال :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | وجود خيارك در اينگوينال وفمورال وزخم | **داراي علامت است** | | استفاده از فلوچارت زخم تناسلي |
| وجود خيارك در اينگوينال وفمورال بدون زخم | **وجود شواهد ساير بيماريهاي آميزشي** | **بلي** | استفاده از فلوچارت مربوطه |
|  | **خير** | آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان لنفوگرانولوم ونروم وشانكروئيد، آسپيراسيون درصورت نياز ، آموزش ومشاوره براي پذيرش درمان ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، درمان شريك جنسي ، معاينه مجدد پس از 7 روز وادامه درمان ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، ارجاع در صورت نياز |

**ترشح ،سوزش يا خارش واژن:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | | **طبقه بندي** | | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه خارجي ،(استفاده از اسپكولوم نمونه مرطوب براي تريكومونا (در صورت امكان)**  **ارزيابي خطر** | حساسيت زير شكم يا درد در حركات سرويكس | بلي | **استفاده از فلوچارت مربوطه** | | | استفاده از فلوچارت زخم تناسلي |
| خير | **ترشح موكوپرولانت وزخم**  **شيوع بالاي گنوكوك وكلاميديا**  **وجود شرايط خطر** | **بلي** | | درمان گنوكوك وكلاميديا ، باكتريال واژينوز وتريكومونا |
| **خير** | | درمان باكتريال واژينوز وتريكومونا در صورت وجود ترشح پنيري يا ادم ، قرمزي يا خراشيدگي ولو يا قارچ در اسميردرمان كانديدا آلبيكانس ، آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان شريك جنسي در صورت ترشحات چركي ، درمان شريك جنسي در صورت مشاهده تريكومونا با ميكروسكوپ  در صورتي ترشح پنيري يا ادم ، قرمزي يا خراشيدگي ولو يا قارچ در اسمير وجوندارد ،آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي |
| وجود خيارك در اينگوينال وفمورال بدون زخم | | **وجود شواهد ساير بيماريهاي آميزشي** | | **بلي** | استفاده از فلوچارت مربوطه |
|  | | **خير** | آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان لنفوگرانولوم ونروم وشانكروئيد، آسپيراسيون درصورت نياز ، آموزش ومشاوره براي پذيرش درمان ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، درمان شريك جنسي ، معاينه مجدد پس از 7 روز وادامه درمان ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، ارجاع در صورت نياز |

بيماري غيرواگيرريوي (آسم)

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

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

**\* جهت کسب طلاعات بيش تر و انجام اقدامات به كتاب راهنماي ملي آسم (دستورالعمل پيشگيري، تشخيص و درمان) ويژه پزشكان مراجعه كنيد.**

اختلالات وبيماريهاي تيروئيد

ارزيابي اختلالات وبيماريهاي تيروئيد

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **شرح حال بگيريد و معاینه \* كنيد:**   * **سابقه فامیلی** * **وضعیت اشتها** * **خستگی و ضعف عضلانی** * **تاکی کاردی** * **تعریق** * **علایم پوستی** * **علایم چشمی بررسي اندازه تیروئید و قوام تیروئید** * **ترمور** | **در صورت مثبت بودن هر يك از علائم ذكر شده:**  **به همراه بزرگي اندازه تیروئید** | **گواتر دارد** | * **آزمايش هاي هورموني تيروئيد (TSH ،T4،T3، T3RU)** * **اقدامات تصويربرداري (در صورت لزوم) شامل سونوگرافي و يا اسكن تيروئيد** * **در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد** * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |
| **در صورت مثبت بودن هر يك از علائم ذكر شده:**  **بدون بزرگي اندازه تیروئید** | **وجود مشكل بدون گواتر** | * **آزمايش هاي هورموني تيروئيد (TSH ،T4،T3، T3RU)** * **در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد** * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |
| **نشانه و علامتي غير طبيعي ندارد** | **تيروئيد سالم است** | * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |

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

**ترمور: براي ارزيابي ترمور، بايد فرد مورد معاينه در حال نشسته و يا ايستاده، دست هاي خود را جلو آورده و انگشتان دست هاي خود را باز كند. وجود لرزش هاي ظريف در انگشتان بيانگر ترمور است.**

اختلالات وبيماريهاي ژنتيك

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک** | | | |
| **ارزيابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **آزمايشات غربالگري زمان ازدواج** | آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی) | **زوجین مشکوک به خطر تالاسمی هستند (بر اساس دستورالعمل)** | ارجاع غیرفوری به تیم مشاوره ژنتیک |
| **زوجین مشکوک به خطر تالاسمی نیستند (بر اساس دستورالعمل)** | **-** |

ارزيابي اختلالات وبيماريهاي روانپزشكي

ارزيابی از نظر اختلالات روانپزشكی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام و ارجاع** |
| **سوال كنيد:**   1. **آیا در حال حاضر احساس می‌كنید از زندگی سیر شده‌‌اید؟** 2. **آیا در حال حاضر آرزو می‌كنید كه كاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟** 3. **آیا به این فكر می‌كنید كه خود را از بین ببرید؟** 4. **(در صورت پاسخ مثبت به سوال 3) فكر كرده‌ايد كه چطور اين كار را انجام دهيد؟** 5. **آيا تا كنون اقدامي نيز كرده ايد؟** | **افكار خودكشي**  **طرح وبرنامه خودكشي**  **اقدام به خودكشي** | **اورژانس روانپزشکی**  **(خودكشي)** | **- ارجاع فوری به روانپزشک یا مراکز اورژانس**  **- به خانواده جهت حمایت و نظارت نزدیك اطلاع دهید**  **- پیگیری بيمار پس از بازگشت از ارجاع** |
| 1. **آيا نگراني زياد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگي داريد؟** 2. **آيا صحبت در جمع شما را نگران مي كند و از آن اجتناب مي كنيد؟** 3. **- آيا خود را وادار به انجام كارهايي مي كنيد و نمي توانيد جلوي انجام آن ها را بگيريد (شستن چند باره دست ها، وارسي چند باره چيزها)؟** 4. **آيا تا كنون براي شما يا اطرافيانتان حادثه بسيار بدي افتاده است كه مكررا آن را به خاطر بياوريد و دچار استرس شويد؟** 5. **(درصورت پاسخ مثبت به سوال 9) آيا از هر نشانه اي كه باعث يادآوري آن حادثه شود، اجتناب مي كنيد؟** | **خجالتي بودن در محيط هاي اجتماعي، پرهيز از صحبت كردن در جمع، نگراني درباره مسائل متعدد كه با وجود آگاهي به نامتناسب بودن قادر به كنترل آن نيست، تجربه علائم جسماني مثل تپش قلب و تنگي نفس...**  **اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند.**  **تجربه مجددضربه، اجتناب ار عوامل یادآورکننده حادثه، خلق پایین، خلق پایین ، برانگیختگی، گوش به زنگی** | **گروه اختلالات اضطرابي**  **اختلال وسواسی-اجباری**  **اختلال استرس پس از سانحه** | * **در حالت خفيف تا متوسطُدرمان دارويی با فلوكسيتين 10 ميلی گرم روزانه در هفته اول و 20 ميلی گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40 ميلی گرم از هفته سوم در اختلال وسواس) همراه با كلرديازپوكسايد 5-10 ميلی گرم روزانه در دو دوز منقسم** * **پيگيری پاسخ دارويی پس از 4 هفته** * **در حالت شدید: ارجاع غیرفوری به روانپزشک** * **ارجاع غیرفوری به روانپزشک در صورت تشخیص اختلال پانیک، اختلال استرس پس از سانحه و عدم پاسخ پس از يك دوره درمان** |
| 1. **آيا زود عصباني مي شويد و با ديگران مكررا دعوا و زدو خورد مي كنيد؟ (پرسش از خود فرد يا اطرافيان)** | **دعوا كردن و زد و خورد مكرر با ديگران**  **تحريك پذيري** | **اورژانس روانپزشکی**  **(پرخاشگري)** | * **ارجاع فوري تمام موارد جديد، موارد پرخاشگری شديد، احتمال آسيب به ديگران، و پرخاشگري ناشي از مصرف مواد؛ ضمن ارجاع درصورت ناتواني در كنترل بيمار: تزريق آمپول هالوپريدول 5 ميليگرمي و آمپول بيپريدين 5 ميليگرمي به صورت عضلاني** * **ساير موارد قابل مديريت توسط پزشك يا خانواده: ارجاع غير فوری به روانپزشك پيگيری بر اساس نوع داروهای دريافتی و توصيه های متخصص** |
| 1. **آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غصه دارید؟** 2. **آیا در دو هفته اخیر احساس بی­حوصلگی می‌کنید به شکلی که حوصله انجام دادن کارها را نداشته باشید ؟**   **موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (درصورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مديريت سلامت روان براي پزشکان" پرسیده شود)** | **احساس دل گرفتگي و غم، بي حوصلگي، گريه، كسالت، احساس پوچي،تحريك پذيري، پرخاشگري، بدخلقي، رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته**  **تغيير در خواب و اشتها**  **اختلال در تمركز**  **آرزوي مرگ، افكار خودكشي يا قدام به آن** | **افسردگي** | **در صورت تشخیص افسردگی اساسي:**   * **در حالت خفيف درمان دارويی فلوكستين 10 ميلی گرم روزانه در هفته اول و 20 ميلی گرم روزانه از هفته دوم تا 9 ماه** * **پيگيری پاسخ دارويی پس از 4 هفته** * **امتناع از خوردن آب و غذا ، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت، فکر (ایده) خودکشی ارجاع فوری به روانپزشک** * **وجود طرح یا برنامه جدی برای خودکشی،احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید ارجاع فوري به مراكز تخصصي**   **در صورت دارا بودن سابقه­ دوره­های مانیا یا هیپومانیا،علایم­پسیکوتیک، عدم پاسخ به فلوکستین و نورتریپتیلین و اقدامات غیرداویی کارشناس­سلامت­روان يا عوارض دارویی، ارجاع غیرفوری به روانپزشک** |
| 1. **آيا رفتار و تكلم او آشفته[[1]](#footnote-1) است؟** 2. **آيا واقعيت سنجي وي مختل**[[2]](#footnote-2) **شده است و توهم و هذيان دارد ؟**   **(سوالات تکمیلی بر اساس پروتکل کتاب "مديريت سلامت روان براي پزشکان" پرسیده شود)**   1. **آيا گستاخ شده و رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته نشان مي دهد؟** 2. **آيا دچار سرخوشي زياد، پرحرفي و پرفعاليتي شده است؟** 3. **آيا عصبانيت و تحريك پذيري شديد كه مكررا باعث آغاز مشاجره و دعوا شود وجود دارد؟**   **.** | **هذیان، توهم ، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، كاهش ارتباط‌های اجتماعی، كم حرفي، كاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)** | **سايكوز** | * **ارجاع فوري در صورت وجود احتمال خودكشي، پرخاشگري و يا بيقراري شديد، امتناع از خوردن آب و غذا ، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک، عدم صحبت،** * **چنانچه علائم خودكشي و پرخاشگري وجود ندارد و بيمار تاكنون توسط روانپزشك مورد ارزيابي قرار نگرفته است: ارجاع غير فوري به سطح تخصصي** * **چنانچه علائم خودكشي و پرخاشگري وجود ندارد و قبلا توسط روانپزشك تشخيص مطرح ودرمان آغاز شده است: (تشديد اپيزود قبلي): ارزيابي داروي تجويز شده و نحوه مصرف آن و چنانچه دوز دارو ناكافي است افزايش آن** * **آموزش به خانواده بیمار** * **آموزش به بیمار** * **در صورت امتناع از خوردن دارو و ياعوارض دارويي كه به اقدامات اوليه پاسخ نداده اند: ارجاع غير فوري به سطح تخصصي** |
| **سرخوشي يا تحريك پذيري بيش از حد، پرخاشگري ، فعاليت وانژي زياد ، بيخوابي، پرحرفي، اعتماد به نفس بالا، تمايل به كارهاي هيجان‌آور با پيامدهاي بالقوه خطرناك[[3]](#footnote-3)** | **اختلال دو قطبي** |
| 1. **آيا نشانه‌هاي جسمي (مثل درد، مشكلات گوارشي، بي حسي اندام) وجود دارد كه در بررسي‌هاي انجام شده هيچ علت عضوي براي آن پيدا نشده است؟** | **بروز علایم بیماری علی‌رغم وجود شواهد پزشکی به عبارتی گزارش علایم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد.** | **اختلالات شبه‌جسمی** | * **همدلي كردن با بيمار، گوش كردن به شكايات و اطمينان بخشي غير قضاوتمندانه** * **انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علایم جدید و به صورت مختصر** * **ارجاع به سطح تخصصي در صورت پايداري علائم در اختلال تبديلي** |
| 1. **آيا دچار حملاتي به مدت چند دقيقه به صورت از بين رفتن هوشياري، حركات تونيك-كلونيك اندامها، و خروج كف از دهان شده است؟** 2. **آيا پيش از اين توسط پزشك تشخيص صرع مطرح شده است؟** | **حملات دوره اي از بين رفتن هوشياري، حركات تونيك كلونيك اندامها، خروج كف از دهان، بالا رفتن چشمها؛ به خاطر نياوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادي** | **صرع** | * **اقدام بر اساس الگوریتم درمان کتاب "مديريت سلامت روان براي پزشکان"** * **در صورت مواجهه باحمله‌ هايی که بیشتر از ده دقیقه طول مي كشد، عدم هوشیاری کامل بین تشنج ها، وجود آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی، ..... که حین حمله بوجود آمده است: ارجاع فوري به مراكز تخصصي** |

**ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت مداخلات مختصر در تکمیل روند درمان و يا روانپزشك بر اساس فلوچارت ارجاع ارائه خدمات سلامت روان توسط پزشک صورت می­گیرد.**

**ارزيابي مصرف مواددخاني**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **سوال کنید:**   * **آیا مواد دخاني مصرف می كند؟** | **- سيگار كشيدن همراه با فعاليت ها و محرك هايی كه اضطرار ايجاد می كند.**  **- عود مصرف سيگار هنگامی كه فرد فعاليت مرتبط با سيگار كشيدن را انجام می دهد مانند مكالمه با تلفن و .......**  **- احساس لذت مانند مصرف سيگار، قليان، پيپ و چپق بعد از غذا خوردن در مهمانی**  **- خلق منفی ناشی از استرس يا علائم ترك كه به سرعت با مصرف سيگار بهبود می يابد.**  **- افزايش استرس به دليل استرس يا علائم ترك**  **- عود مصرف سيگار به دليل افزايش وزن و يا وقتی كه فرد غمگين، عصبانی يا مضطرب است.** | **گرايش به مواد دخاني** | **مطابق متن راهنماي كشوري كنترل دخانيات پزشك:**   * **آموزش مضرات استعمال دخانيات** * **بررسي و ارزيابي فردبراي سنجش ميزان آمادگي ترك مواد دخاني** * **شروع مشاوره براي دوره ترك مواد دخاني (در صورت تمايل فردبه ترك مواد دخاني)** * **آموزش به فردبه منظور اطلاع رساني به خانواده (در صورت تمايل) در خصوص قصد جوان براي ترك (با هدف دريافت حمايت هاي خانوادگي بيشتر)** * **آموزش پيش بينی تعديل و اجتناب از فعاليت های مرتبط با مصرف مواد دخاني** * **آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای كاهش اضطرار و ولع** * **انتخاب رفتارهای جايگزين مثل جويدن آدامس، خلال كردن دندان يا نوشيدن آب** * **تعيين و تشويق راه های جايگزين برای لذت بردن، مانند ورزش** * **پيش بينی و آمادگی برای موفقيت های لذت بخش و مخاطره آميز** * **استفاده از نيكوتين جايگزين برای كاهش علائم ترك طبق جدول راهنما** * **آموزش مهارت هاي زندگي از جمله « مهارت نه گفتن» ، « توانايي برقراري ارتباط» ، « توانايي مقابله با هيجانات» ، توانايي تصميم گيري» ، « مقابله با استرس»** * **توصيه رژيم غذايی 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 پايان بردن دوره ترك و پيشگيري از لغزش و عود مصرف** * **توصيه لازم و برقراري ارتباط صحيح با فرد به منظور ادامه ارتباط با پزشك و پيگيري فرد بعد از ترك تا يك سال** * **توجه: ضروري است، درمان هاي دارويي و جايگزين هاي نيكوتيني بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهاي جايگزين انجام نشود.** |

**ضميمه ونكات آموزشي**

**فعاليت فيزيكي**

**توصيه هاي فعاليت بدني :**

**(اين اطلاعات توسط پزشك در اختيار اطرافيان قرار مي گيرد)**

**فعاليت بدني منظم سبب مي گردد كه فرد كم تر دچار بيماري هاي مزمن مثل بيماري قلبي، هيپرتانسيون، ديابت نوع 2، استئوپروز و....... شود. جوانان با انجام فعاليت بدني متوسط تا شديد به مدت سي تا 60 دقيقه يا بيش تر در روز، سالم مي مانند. اين فعاليت ها بايد شامل فعاليت هاي آئروبيك و فعاليت هايي كه موجب استحكام و تقويت عضله و استخوان مي شوند، باشد.**

**نكته مهم: مقدار كلي فعاليت بدني در به دست آوردن مزاياي سلامتي مهم تر از شدت و مدت و تكرار فعاليت بدني يا تركيبي از فعاليت ها (آئروبيك- قدرتي- عضلاني و قدرتي- استخواني) است.**

* **. فعاليت بدني با شدت زياد 3 روز در هفته بايد انجام شود. براي انجام فعاليت بدني ايمن بايد:**
* **خطرات همراه با فعاليت بدني شناخته شودو اطمينان داشته باشيم كه انجام فعاليت بدني عليرغم احتمال اين خطرات براي اغلب افراد ايمن است.**
* **انواعي از فعاليت هاي بدني انتخاب شود كه براي افراد با سطوح آمادگي جسماني مختلف و اهداف سلامت مناسب باشد زيرا بعضي از فعاليت هاي بدني ايمن تر از بقيه هستند.**
* **مقدار فعاليت بدني، تدريجاً افزايش داده شود تا آن مقدار كه براي نيل به اهداف سلامت لازم است برسند. افراد كم تحرك بايد آهسته شروع كنند و آهسته پيش بروند.**
* **از لباس هاي محافظ و وسايل ورزشي مناسب استفاده شود و محيط ايمن براي فعاليت بدني انتخاب شود.**
* **اگر فرد، مبتلا به بيماري است حتماً با پزشك مشورت شود تا نوع و مقدار فعاليت بدني مناسب براي آن ها تعيين شود.**
* **افراد براي فعاليت هاي پايه اي تشويق شوند تا يك فرهنگ فعاليت بدني در جامعه به صورت هنجار (norm) در آيد (مثل استفاده از پدها، رفتن پياده رفتن و پارك اتومبيل چند ايستگاه قبل از مقصد و بقيه راه را پياده طي كردن)**

**بايد اين نكته يادآور شود كه فعاليت بدني تنها براي سلامت مفيد نيست بلكه مي تواند سرگرمي باشد و فرد از آن لذت ببرد.**

**نكات كليدي راهنماي فعاليت بدني**

* **بايد در روز نيم تايك ساعت (60 دقيقه) يا بيش تر فعاليت بدني داشته باشند.**
* **آيروبيك: بيش تر اين 60 دقيقه بايد شامل فعاليت هاي بدني متوسط تا شديد آيروبيك باشد و بايد شامل ورزش هاي با شدت زياد، حداقل به مدت 3 روز در هفته باشد.**
* **فعاليت هاي بدني قدرتي- عضلاني: يك بخش از 60 دقيقه فعاليت بدني را اين گروه از فعاليت هاي بدني تشكيل مي دهد و حد اقل 3 روز در هفته بايد انجام شود.**
* **فعاليت هاي بدني قدرتي- استخواني: اين نوع از فعاليت نيز بخشي از 60 دقيقه فعاليت روزانه را تشكيل مي دهد و حداقل بايد 3 روز در هفته انجام شود.**
* **اين مهم است كه جوانان ترغيب شوند تا در فعاليت هاي بدني كه مناسب سن آن ها است و از آن لذت مي برند و تنوع دارند شركت كنند.**

**فعاليت هاي آئروبيك: فعاليت هايي هستند كه عضلات بزرگ به طور ريتميك حركت داده مي شوند. مثل دو، لي لي، بالا و پايين پريدن، طناب بازي، شنا، دوچرخه سواري.**

**فعاليت هاي بدني آئروبيك قابليت هاي قلبي- ريوي را افزايش مي دهند.**

**فعاليت هاي قدرتي- عضلاني: موجب افزايش كار عضلات پيش از فعاليت آن ها (عضلات) در كارهاي روزانه مي شوند مثل وزنه برداري يا طناب كشي.فعاليت هاي قدرتي- استخواني: اين فعاليت ها موجب افزايش نيرو بر استخوان ها مي شوند و باعث رشد و افزايش قدرت استخوان ها مي گردند. اين نيروها بيش تر از طريق فشار بر روي زمين ايجاد مي شود. دويدن، پريدن،بسكتبال و تنيس مثال هايي از اين فعاليت ها است.**

**فعالیت فیزیکی**

**- فعاليت جسمي به حركاتي از بدن گفته مي شود كه به وسيله انقباض عضلات اسكلتي ايجاد و باعث مي شود مصرف انرژي به بالاتر از سطح پايه برسد. همچنين فعاليت فيزيكي به هر فعاليت بدني كه با استفاده از يك گروه يا چند گروه عضلات بزرگ ايجاد و باعث افزايش ضربان قلب و افزايش ميزان مصرف انرژي مي شود اتلاق مي گردد كه در عين حال يك عامل مهم در تعادل انرژي نيز هست. برخي منابع ديگر، هر حالتي از حركت را فعاليت فيزيكي مي نامند.❖ فعاليت جسمي از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET يا معادل متابليكي تقسيم مي شود. MET واحدي است كه براي تخمين خرج متابوليكي (مصرف اكسيژن) هر فعاليت فيزيكي به كار برده مي شود. يك MET برابر است با انرژي پايه در زمان استراحت براي مصرف 5/3 سي سي اكسيژن به ازاي هر كيلوگرم وزن بدن در دقيقه كه بيانگر ميزان تقريبي مصرف اكسيژن يك فرد بزرگسال در حالت نشسته است.❖ فعاليت با شدت كم به فعاليت جسمي با شدت كم تر از METs 3 از قبيل نشستن، تماشاي تلويزيون و كار با رايانه اطلاق مي شود.❖ فعاليت جسمي با شدت متوسط شامل فعاليتي است كه شدت آن معادل METs 6-3 باشد. دوچرخه سواري تفريحي، شنا با سرعت متوسط، پياده روي كند، نظافت عمومي در خانه يا چمن زدن جزء فعاليت هاي فيزيكي با شدت متوسط است.❖ فعاليت شديد از قبيل دو، تمرين در كلاس ورزش، شدتي بيش از METs 6 دارد.**

**ورزش نوعي فعاليت جسمي برنامه ريزي و سازمان دهي شده است كه حركات تكراري و هدف داري آن به منظور بهبود يا نگه داري يك يا چند جزء از تناسب فيزيكي انجام مي شود.**

**تناسب فيزيكي عبارت است از توانايي انجام دادن فعاليت هاي روزانه با نيرومندي و انرژي كافي و بدون احساس خستگي، توام با انرژي فراوان و اوقات فراغت لذت بخش.**

**اهميت فشارخون بالا**

****

**تعريف فشارخون**

خون در داخل شريان ها داراي نيرويي است كه **فشارخون** ناميده مي شود و مولد آن قلب است. فشارخون به دو عامل مهم يكي برون ده قلب يعني مقدار خوني كه در هر دقيقه به وسيله قلب به درون شريان آئورت پمپ مي شود (حدود 6-5 ليتر) و عامل ديگر مقاومت رگ،يعني مقاومتي كه بر سر راه خروج خون از قلب در رگ ها وجود دارد،بستگي دارد.فشارخون داراي دو سطح حداكثر و حداقل است. در زماني كه قلب منقبض مي شود ،خون وارد شريان ها مي شود و فشارخون به حداكثر مقدار خود مي رسد كه به آن **فشارخون سيستول** مي گويند و در زمان استراحت قلب كه خون وارد شريان نمي شود ،با خروج تدريجي خون از اين شريان ها و جريان آن به سوي مويرگ ها فشارخون كاهش يافته و به حداقل مقدار خود مي رسد،كه به آن **فشارخون دياستول** مي گويند.

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سيستول و دياستول اندازه مي گيرند.اعداد اين دو سطح به صورت كسر بر حسب ميلي متر جيوه (mmHg) نشان داده مي شود. مقدار فشارخون سيستول يا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دياستول يا عدد كوچكتر را در مخرج كسر مي نويسند.مانند:**86**/**138** ميلي متر جيوه

طبق هفتمین گزارش کمیته ملي مشترک برای پیشگیری،شناسایی،ارزشیابی و درمان فشارخون بالا 8اينچ در طبقه بندی جدید براي افراد 18 سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از **80**/**120** میلی متر جیوه ، پیش فشارخون بالا **89-80**/ **139- 120**،فشارخون بالاي درجه یک**99-90**/**159-140**و فشارخون بالای درجه دو **100**/**160** میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است(جدول 1).

در اين طبقه بندي مقدار فشار خون بدون در نظر گرفتن ساير عوامل خطر و بيماري هاي همراه تعيين شده است.

* در بعضي افراد ممكن است فقط فشارخون سيستولي بالاتر از حد طبيعي باشد(140 ميليمتر جيوه يا بيشتر) مانند فشارخون **82**/ **148** ميلي متر جيوه كه به آن **فشارخون بالاي سيستولي تنها** مي گويند، فشارخون بالاي سيستولي بيشتر در افراد سالمند ديده مي شود
* فقط فشارخون دياستولي بالاتر از حد طبيعي باشد (90 ميليمتر جيوه يا بيشتر) مانند فشارخون96/ 134ميليمتر جيوه كه به آن **فشارخون بالاي دياستولي** **تنها** مي گويند.
* افرادي كه فشارخون آن ها در محدوده پيش فشارخون بالاست ،بيشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بيماري هستند .
* در افراد مبتلا به بيماري قلبي، كليوي، سكته مغزي و ديابت فشارخون طبيعي کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است،اگر فشارخون اين افراد در محدوده پيش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب مي شود و بايد تحت درمان قرار گيرند.
* بهترين راه براي پي بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گيري منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
* در افرادي كه فشارخون طبيعي و كمتر از **90**/**140** ميلي متر جيوه دارند ،حداكثر 2 سال يك بار لازم است فشارخون آن ها اندازه گيري شود.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **فشارخون** | **فشارخون طبیعی** | **پیش فشارخون بالا** | **فشارخون بالاي درجه 1** | **فشارخون بالاي درجه 2** |
| **فشارخون سیستول**  بر حسب ميلي متر جيوه (mm Hg) | **كمتر از 120** | **139-120** | **159-140** | **160 و بيشتر** |
| **فشارخون دیاستول**  بر حسب ميلي متر جيوه (mm Hg) | **كمتر از80** | **89-80** | **99-90** | **100 و بيشتر** |

**جدول 1:طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7**

**تعريف فشارخون بالا**

فشارخون بالا در نتيجه افزايش فشار بيش از حد طبيعي جريان خون بر ديواره شريان ها ايجاد مي شود. مقدار فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره زماني اندازه گیری شده است، تعيين شود. اگر فشارخون بطور دائمي بالاتر از حد طبيعي باشد، به آن فشارخون بالا مي گويند.

**علت فشارخون بالا**

فشارخون تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد كه گاهي سبب افزایش فشارخون بیش از 20 میلیمتر جیوه می شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثير عوامل مختلفي از جمله وضعيت بدن،فعاليت مغز،فعاليت گوارشي،فعاليت عضلاني،تحريكات عصبي،تحريكات دردناك،مثانه پر،عوامل محيطي مثل دماي هوا و ميزان صدا، مصرف دخانيات ،الكل ،قهوه و دارو تغيير مي كند.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد.در نوع اولیه که 95% بیماران فشارخونی را شامل می شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا،جنس مرد، مصرف زياد نمک،چاقی ،ديابت و سابقه خانوادگی در بروز آن دخالت دارند.در نوع ثانویه تقریبا" علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون ها و یا کارکرد کلیه ها است.این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری های زمینه ای ،به مقدار طبيعي قابل برگشت است.

البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل متعددی مانند وراثت،محیط،حساسیت به نمک ،سطح رنین پلاسما، میزان حساسیت به انسولین و یون هایی مثل سدیم،کلر،کلسیم و عواملی مثل نژاد،اختلال چربی خون، سیگار و الکل نيز می توانند بر فشارخون تاثیر به سزایی داشته باشند

**آيا مي دانيد؟**

* امروزه، فشار خون بالا یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا مي باشد. اين مسئله بعلت افزايش طول عمر و شيوع عوامل موثر مانند چاقي ، كم تحركي و تغذيه ناصحيح يك مشكل بهداشتي شايع و فزاينده در دنيا شده است . داده های جهانی در سال 2000 نشان می دهد در کل 4/26% افراد بزرگسال در دنیا (6/26% مردان و 1/26% زنان) فشارخون بالا داشتند و پیش بینی می شود در سال 2025 به 2/29% (8/28% مردان و 7/29% زنان) برسد. در سال 2004 برآورد شد ،تقریبا" یک میلیارد نفر بزرگسال در دنیا (333 میلیون نفر در کشورهای اقتصادی توسعه یافته و 639 میلیون نفر در کشورهای اقتصادی در حال توسعه ) فشارخون بالا دارند و 4 ميليون نفر در سال در نتيجه مستقيم فشارخون بالا فوت مي كنند.پیش بینی می شود تا سال 2025 شیوع فشارخون بالا 60% افزایش یابد و به 56/1 میلیارد نفر برسد.سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که فشارخون بالاسبب يك مرگ از هر 8 مرگ مي شود و سومين عامل كشنده در دنيا است.فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکته های قلبی و مغزی است. در دنيا حدود 62 % بيماري عروق مغزي و 49% بيماري ایسكميك قلبی ناشي از فشارخون در محدوده مطلوب است (فشارخون سيستول بيشتر از 115 ميلي متر جيوه).در صورتی که فشارخون بالا کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. معمولاً مبتلایان به فشار خون بالازودتر فوت می کنند و شایعترین علت مرگ در آنها بیماری های قلبی است. سکته مغزی و نارسایی کلیه نیز در رده های بعدی این فهرست قرار دارند.در بررسي عوامل خطر بيماري هاي غيرواگير در كشور در سال 1388،حدود 16% افراد 15 تا 64 سال دارای فشارخون بالا بودند.فشارخون بالا یکی از مهمترین عوامل خطرساز بیماری های قلبی عروقی و غیرواگیراست که قابل کنترل و تعدیل است.غربالگري ،تشخيص زودرس و كنترل فشارخون بالا جزء ضروري برنامه هاي پيشگيري از بيماري هاي غيرواگير مهم است.فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود غالباً بی علامت و بسیار شايع است .بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است.درمان فشارخون سيستولي و دياستولي تا رسيدن به حد فشارخون هدف ، با كاهش عوارض قلبي عروقي شامل 40-35% كاهش متوسط در سكته مغزي ،25-20% كاهش در سكته قلبي و بيش از 50% كاهش در نارسايي قلبي همراه است. . گرچه نشان داده شده است كه درمان فشارخون بالا از بروز بيماري قلبي عروقي نیز پيشگيري مي كند و طول عمر را افزايش مي دهد
* آمار کشورهای متعدد نشان داده است که در ميان افراد مبتلا به فشارخون بالا کمتر از 60% تحت درمان هستند. اطلاع بيماران از بيماري فشارخون بالاي خود از 2/25% تا 75% و پوشش درمان از 7/10% تا 66% میزان کنترل فشارخون در بيماران از 5/45 تا 58% در متفاوت است.

**عوارض شايع فشارخون بالا**

* فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکته مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد.از دیگرعوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی،بیماری عروق محیطی،خونریزی ته چشم است.درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از 90/140 میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.
* افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتا" شدید(فشارخون 105-90/180-140 ميلي متر جيوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند.تقریبا" 30% آن ها عوارض آترواسکلروز را بروز داده و بیش از 50% دچار آسیب نهایی عضوی مربوط به افزایش فشارخون نظیر بزرگ شدن قلب و كاهش كارآيي عضله قلب،نارسایی احتقانی قلب،رتینوپاتی و نارسایی کلیه می گردند.
* فشارخون بالاي خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است.خطر بیماری قلبی عروقی از 75/115 میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون 10/20 میلی متر جیوه ، خطر دو برابر می شود.
* افراد دیابتی که بیماری فشارخون بالا هم دارند دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی هستند. درمان فشارخون اثر مفیدی بر این عوارض دارد و هر 10 میلی متر جیوه کاهش در فشارخون سیستولی منجر به 15% کاهش در مرگ مرتبط با دیابت ،12% کاهش عوارض دیابت و 11% کاهش بروز سکته قلبی می شود. در افراد فشارخوني كه دخانيات مصرف مي كنند بروز سكته قلبي و بيماري كرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بيشتر است.ترك دخانيات به سرعت خطر را كاهش مي دهد.ترك سيگار بخش مهمي از پيشگيري اوليه از بيماري قلبي عروقي است. در دنيا حدود 62 % بيماري عروق مغزي و 49% بيماري ایسكميك قلبی منتسب به فشارخون در محدوده مطلوب است ( بيشتر از 115 ميلي متر جيوه).

**راه هاي كاهش فشارخون**

تصميمات درباره مديريت بيماران مبتلا به فشار خون بالا نبايد فقط بر مبناي مقادير فشارخون باشد، بلکه بايد حضور ساير عوامل خطر قلبي عروقي ،آسيب اعضای هدف و شرايط بالیني همراه نيز در نظر گرفته شود

مدیریت بیماری فشارخون بالا نه تنها بستگی به درمان دارویی بلکه به تغییر شیوه زندگی نا مناسب از جمله کم تحرکی،رژیم غذایی نامناسب ،ترک دخانیات و سایر تغییرات وابسته دارد.چندین مطالعه تایید کرده اند که عوارض فشارخون بالا با کنترل صحیح فشارخون بالا و درک بیماران از بیماری با اطلاعات مفید و عملی که توسط کارکنان بهداشتی فراهم می شود، بهبود می یابد.

از علل اصلی ناکامی در درمان فشارخون بالا بی علامت بودن بیماری و آگاهی ناکافی جامعه و به ویژه بیماران نسبت به بیماری و عوارض آن می توان ذکر کرد.

تغییرات شیوه زندگی هم در پیشگیری اولیه از بيماري و هم در كنترل فشارخون در بيماران نقش مهمي دارد.

بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شيوه زندگي پاسخ نمی دهند،برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارويي فشارخون بالا داشته باشیم.

**راهنمای ارزيابی وضعيت فشارخون**

توصيه شده است فشارخون هر بار مراجعه به مراكز بهداشتي درماني اندازه گيري شود ولي در كشور ما توصيه مي شود فشارخون بچه هايي كه عوامل خطر فشارخون بالا دارند، اندازه گيري شود. اين عوامل خطر عبارتند از: 1- افرادي كه اضافه وزن دارند يا چاق هستند. ، 2افرادي كه آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. ،افرادي كه والدين آن ها فشارخون بالا دارند. ، افرادي كه والدين آن ها بيماري عروق كرونر زودرس دارند (در زن ها قبل از 65 سالگي و در مرد ها قبل از 55 سالگي)

\* فردي كه مشكوك به فشارخون بالا است و توسط بهورز به پزشك ارجاع مي شود، پزشك بايد در سه نوبت جداگانه فشارخون فرد مشكوك به فشارخون بالا را اندازه گيري كند.

نحوه اندازه گيری فشارخون

اين اندازه گيری بايد به وسيله فشارسنج جيوه ای يا يك دستگاه بادی تنظيم شده، در حالتی كه فردنشسته و بازوی راست وی بر روی يك سطح سفت در حدود قلب قرار دارد صورت گيرد. در نظر داشتن اندازه كاف هنگام اندازه گيری فشارخون حائز اهميت است. با استفاده از كاف خيلی كوچك، فشارخون به صورت كاذب بالا نشان داده می شود. كاف دارای اندازه مناسب (عرض كاف40% محيط وسط بازو به صورتی است كه محفظه آن 80 تا 100% محيط بازو و تقريباً دو سوم طول قسمت فوقانی بازو را می پوشاند) را بايد تا فشار 20 تا 30 ميلی متر جيوه بالاتر از فشارخون سيستولی فشرد و خالی كردن كاف با **سرعت 2 تا 3 ميلی متر جيوه در ثانيه انجام شود. شروع مرحله پنجم كروتكف به عنوان شاخص فشارخون دياستولی مطرح شده است. ابزارهای الكترونيك مناسبند، اما ممكن است اندازه هايی را نشان دهند كه با فشارسنج جيوه ای سازگار نيست..**

**علل زمينه ای پر فشاری خون ثانويه**

**- بيماری های كليوی، غدد مترشحه داخلی، علل عصبی، علل روحی و روانی، علل دارويی، علل سمپاتومیمتیک**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تست های آزمايشگاهي ضروری براي فشارخون بالا | | |
| براي شناخت علت فشارخون بالا | CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid، FBS  سونوگرافی كليه ها  كامل ادرار- كشت ادرار | برای رد آنمی (معمولاً با بيماری مزمن كليه همراه است)  بيماری كليوی، سنگ های كليوی، پيلونفريت مزمن، اسكار كليه، ناهنجاری های مادرزادی كليوی، نامساوی‌بودن اندازه كليه ها |
| برای شناخت بيماری های همراه | اندازه گيری چربی های خون، قند خون، پلی سومنوگرافی | هيپرليپيدمی، سندرم متابوليك، ديابت، اختلال در خواب (آپنه خواب) |
| برای تعيين آسيب های اعضاء حياتی | اكوكارديوگرافی  معاينه رتين | هيپرتروفی بطن چپ  تغييرات عروقی شبكيه |
| آزمايشات اضافه اگر از نظر كلينيكی ضروری است | ادرار 24 ساعته برای اندازه گيری پروتئين و كراتینين و كليرنس كراتينين  اسكن كليه MRI، داپلر شريان كليوی  هولتر مانيتورينگ 24 ساعته فشارخون  اندازه گيری سطح هورمون ها (تيروييد، آدرنال)  اندازه گيری سطح رنين پلاسما  اندازه گيری كاتكول آمين های خون و ادرار | برای رد بيماری مزمن كليوی  برای رد فشارخون ناشی از بيماری نفرو واسكولر  رد فشارخون بالای روپوش سفيد  رد بيماری تيروييد و فوق كليه  رد بيماری های مينرالوكورتيكوييد  رد بيماری فئوكروموسيتوم |

درمان دارويي فشار خون بالا

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| درمان دارويي را برای كسانی شروع مي كنيم كه فشار خون علامت دار يا آسيب اعضای حياتی (مثل هيپرتروفی بطن چپ، رتينوپاتی، پروتئينوری) دارند، فشار خون ثانويه، فشار خون بالای مرحله يك كه به اصلاح شيوه زندگی پاسخ نداده است و فشار خون بالای مرحله دو دارند. هدف از درمان فشار خون بالا در كسانی كه بيماری همراه يا آسيب اعضای حياتی را دارند، رسيدن فشار خون به كم تر از 90/140است. | | |
| ACEI ( مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین) | مثل انالاپریل | دوز شروع 58/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 5 میلی گرم در روز  حداکثر دوز 6/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 40 میلی گرم در روز |
| بلوک کننده های آنژیوتانسین | مثل لوزارتان | دوز شروع 7/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 3 تا 5 میلی گرم در روز  حداکثر دوز 4/1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 100 میلی گرم در روز |
| بتابلوکرها | مثل پروپرانولول | دوز شروع 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز  حداکثر دوز 4 میلی گرم / کیلوگرم/ در روز (640 میلی گرم در روز) |
| بلوک کننده های کانال کلسیم | مثل آمیلودیپین | دوز شروع در 6 تا 12 ساله ها 5/2 تا 5 میلی گرم در روز -حداکثر دوز 10 میلی گرم |
| دیورتیک ها\*  \* تمام بیماراني که با دیورتیک درمان می شوند باید از نظر الکترولیت ها بررسی شوند. | مثل هیدروکلروتیازید | دوز شروع 1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز  حداکثر دوز 3 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا50 میلی گرم در روز |
| آلفا بلوكر مثل پرازوسين |  | شروع دارو با يك ميلي گرم روزانه 2تا 3 بار درروز ودوز نگهدارنده |

**پيام هاي مهم آموزشي**

**1- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گيري كنيد. در صورتي كه مقدار آن از حد طبيعي بالاتر است به پزشك مراجعه كنيد.**

**2-در هر ملاقات با كاركنان بهداشتي و يا پزشك از آن ها درخواست كنيد، فشارخون شما را اندازه گيري كنند.**

**3-از مقدار فشارخون خود مطلع شويد.**

**4- در صورتي كه شيوه زندگي نا مناسب داريد، با كاهش مصرف سديم يا نمك در رژيم غذايي،ترك مصرف دخانيات،كاهش چاقي بخصوص چاقي شكمي،حفظ وزن مطلوب،افزايش فعاليت بدني ،كنترل قند خون و كنترل اختلالات چربي خون آن را اصلاح كنيد.**

**5- با اصلاح شيوه زندگي نامناسب ،فشارخون خود را كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه و در حد طبيعي حفظ كنيد.**

**نكات آموزشي در خصوص سل ريوي :**

دقت كنيد جواني كه به شما مراجعه كرده است حداقل يكي از نشانه هاي سل ريوي (سرفه طول كشيده بيش از دو هفته، سرفه مساوي يا كمتر از دو هفته بهمراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ) را دارد. فردبا احتمال ابتلا به سل ريوي را بشرح زير ارزيابي كنيد:

**جدول ارزيابي جوان از نظر ابتلا به سل ريوي**

در صورتي كه جواب حداقل 2 نمونه از 3 نمونه اسمير از خلط ارسالي در آزمايش مستقيم مثبت است فردتحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد.

در صورتي كه يك نمونه از 3 نمونه اسمير خلط مثبت است و علانم راديوگرافيك مؤيد سل نيز وجود داردجوان به عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. فردداراي يك اسمير مثبت از خلط **بدون** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید

در صورتي كه هر 3 مورد اسمير برداري از خلط منفي است براي جوان 10 تا 14 روز درمان غير اختصاصي را طبق برنامه كشوري مبارزه با سل (استفاده نكردن از ريفامپيسين، آمينوگليكوزيد ها و كينولون ها) تجويز كنيد پس از آن در صورتي كه نشانه هاي بهبودي ظاهر نشود و نشانه هاي باليني پايدار باقي بمانند از خلط فرددر همان زمان مراجعه ( بعد از 14 روز)، مجددا 3 نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمير تهيه شود. چنانچه از 3 مورد اسمير مجدد حتي يك مورد اسمير خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. چنانچه هر سه مورد اسمير مجدد خلط منفي است در صورت وجود نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل،فرد جهت بررسی وجود **سل ريوي اسمير منفي** به مركز تخصصي/ كميته فني سل ارجاع مي شود .

**جوان را از نظر ابتلا به سل طبقه بندي کنيد**

جوان را با توجه به نشانه ها، نتايج اسمير برداري ها و راديوگرافي بشرح زير طبقه بندي کنيد:

* فرد داراي 2 **يا** 3 اسمير مثبت از خلط يا داراي يك اسمير مثبت از خلط **به همراه** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل در طبقه بندي **"** جوان مسلول اسمير مثبت **"** قرار مي گيرد. فرد را مطابق با جدول (برنامه كشوري مبارزه با سل) درمان كنيد. به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه همراهان زندگي با جوان را بر اساس جدول ارزيابي مورد بررسي قرار دهد و فرد مبتلا را تا پايان مرحله حمله ای درمان روزانه پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگي پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد. به جوان و همراه وي در خصوص درمان پذيري بيماري، طول مدت درمان، كنترل راه هاي سرايت و طول مدت سرايت پذيري بيماري و چگونگي برخورد با عوارض دارويي را آموزش دهيد.

فردداراي يك اسمير مثبت از خلط **بدون** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل **يا** داراي هر 3 اسمير منفي از خلط است در طبقه بندي **"** مشكوك به سل **"** قرار مي گيرد.پيگيري و بررسي در اين زمينه در قسمت ارزيابي عنوان شده است.

**مداخلات آموزشي به منظور مراقبت از بيماري سل:**

توصيه هاي كلي

* + برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار) ، تغذيه مناسب ، مصرف صحيح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله اي و نگاهدارنده)، تعداد و نوع دارو هاي تجويزي، زمان مصرف دارو، عوارض دارويي و راه هاي مقابله با آن، اهميت مصرف مرتب و مستمر و صحيح دارو،كنترل راه هاي سرايت بيماري، طول مدت سرايت پذيري بيماري

**درمان:**

در درمان سل دو گروه درماني وجود دارد. بيماران جديد در گروه درماني يك قرار گرفته و از برنامه درماني كوتاه مدت 6 ماهه كه از دو مرحله حمله ای و نگهدارنده تشكيل شده بهره مي گيرند؛ به این ترتیب که:در مرحله حمله اي از 4 داروي ايزونيازيد، ريفامپيسين، پيرازيناميد و اتامبوتول به مدت 2 ماه با نظارت مستقيم كارمند بهداشتي مربوطه بصورت روزانه استفاده مي شود.

در مرحله نگهدارنده از 2 داروي ايزونيازيد و ريفامپيسين به مدت 4 ماه با نظارت مستقيم كارمند بهداشتي مربوطه (که باید ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان بصورت هفتگي ارائه شود) استفاده مي شود.در گروه 2 درمانی، قبل از آغاز درمان، نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت و حساسیت دارویی ارسال و سپس درمان بیمار مطابق جدول برنامه درمانی شروع می شود.

**برنامه درماني جوان مبتلا به سل :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه درمانی | | مرحله حمله اي درمان | | مرحله نگاهدارنده درمان | |
| دارو | مدت درمان (ماه) | دارو | مدت درمان (ماه) |
| 1 | مورد جدید سل ریوی اسمير مثبت و اسمير منفي (جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده ) و یا (کمتر از یکماه درمان گرفته است) | HRZE  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول | 2 | HR  ایزونیازید+ ریفامپین | 4 |
| 2 | مورد تحت درمان مجدد (شكست درمان، عود یا غیبت از درمان) | HRZES  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومایسین | 2 | HRE  ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول | 5 |
| و سپس HRZE  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول | 1 |

منبع: برنامه كشوري پيشگيري و مبارزه با سل

جدول اشكال دارويي و مقدار تجويز روزانه داروهاي خط اول ضد سل

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دارو | دوز روزانه (mg/kg) | فراورده هاي ژنريك ايران |
| ايزونيازيد (H) | (6-4) 5 | قرص هاي 100-300 ميلي گرم |
| ريفامپيسين (R) | (12-8)10 | كپسول هاي 150-300 ميلي گرم |
| پيرازيناميد (Z) | (30-20) 25 | قرص 500 ميلي گرم |
| اتامبوتول (E) | (20-15) 15 | قرص 400 ميلي گرم |
| استرپتومايسين (S) | (18-12) 15 حداكثر 750 ميلي گرم | ويال يك گرمي |

**پيگيري**

جوان مسلول اسمير مثبت **رادو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد بشرح زير پيگيري كنيد:**

* از جوان در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشي از آن و عمل به توصيه ها سؤال كنيد در صورتي كه فرد عملكرد صحيحي داشته است به ادامه عمل تشويق كنيد در غير اين صورت وي را مجددا آموزش دهيد. در صورت بروز عوارض شديد دارويي مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شديد دارويي (ارجاع فوري يا غير فوري، تغيير دارو و...) عمل كنيد. در صورت بروز عوارض خفيف دارويي، درمان علامتي را براي عوارض دارويي مطابق برنامه كشوري سل شروع كنيد. درمان را با همان دوز اوليه ادامه دهيد. به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه جوان مبتلا را تا پايان مرحله حمله ای درمان روزانه توسط غير پزشك پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگي توسط غير پزشك پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد.
* این پیگیری ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته یکبار و سپس بصورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.

چنانچه جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده ( و یا کمتر از یکماه درمان گرفته است)، وی را مورد جدید سل محسوب کرده و برای وی در پايان ماه دوم، چهارم و ششم درمان، هر بار دو نمونه اسمير خلط تهیه کنید .چنانچه حداقل يكي از 2 نمونه خلطي كه 2 ماه پس از شروع درمان (یعنی پايان مرحله حمله ای) ، از فرد تهيه مي شود مثبت باشد، نمونه خلط برای انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام ارسال و همزمان درمان مرحله حمله ای درمان را یکماه ادامه داده و سپس آزمایش اسمیر خلط برای بیمار را تکرار کنید. و بدون توجه به مثبت و يا منفي شدن نتيجه آزمايش، درمان نگهدارنده را براي جوان شروع كنيد.

* چنانچه جوان به مدت كمتر از 4 هفته قطع دارو داشته درمان قبلي را همچنان ادامه دهيد فقط به تعداد روز هايي كه فرد دارو مصرف نكرده به طول درمان وي اضافه كنيد. چنانچه جوان بين4 تا 8 هفته قطع دارو داشته از تيم غير پزشك (كارمند بهداشتي مربوطه) بخواهيد كه مجددا از فرد بايد نمونه خلط تهيه كند. چنانچه اسمير خلط مثبت باشد و طول مدت درمان بيمار كمتر از 5 ماه باشد ،رژيم درماني مربوطه را ادامه دهيد و به ازاي روزهايي كه مصرف نشده به مدت درمان اضافه كنيد و در صورتي كه طول مدت درمان بيشتر از 5 ماه باشد بيمار را مجددا ثبت نمائيد.و رژيم درماني قبلي را از نو شروع كنيد .و اگر اسمير خلط منفي باشد درمان قبلي را همچنان ادامه دهيد فقط به تعداد روز هايي كه جوان دارو مصرف نكرده به طول درمان وي اضافه كنيد. چنانچه فرد بيش از 8 هفته قطع دارو داشته باشد از تيم غير پزشك (كارمند بهداشتي مربوطه) بخواهيد كه مجددا از جوان بر اساس برنامه كشوري نمونه خلط تهيه كند . چنانچه اسمير خلط مثبت باشد اين فرد در گروه درمان پس از غيبت قرار گرفته و رژيم درماني پس از غيبت براي وي آغاز مي شود و در صورتي كه مشكوك به مقاومت دارويي هستيد فرد را به مركز تخصصي/ كمينه فني سل بر اساس برنامه كشوري ارجاع غير فوري دهيد
* دقت كنيد چنانچه اسمير خلط جوان مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت در پايان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقي مانده باشد، نمونه خلط را برای انجام آزمایش كشت و آزمايش حساسيت د ارويي ارسال و درمان حمله اي را تا پايان ماه سوم ادامه دهيد. و در پايان ماه سوم آزمايش خلط را تكرار كنيد و بدون توجه به مثبت و يا منفي شدن نتيجه آزمايش، درمان نگهدارنده را براي جوان شروع كنيد.
* چنانچه فرد مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگهدارنده يا در دو ماه پاياني درمان (پايان ماه پنجم و يا ششم درمان) اسمير خلط وي هنوز مثبت باقي مانده است و يا در طول دوره درمان، اسمير خلط فرد مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت پس از منفي شدن دوباره مثبت مي شود براي اين جوان كشت خلط و آزمايش حساسيت د ارويي انجام دهيد.جوان را تحت درمان دارويي گروه **"شكست درمان"** قرار دهيد.
* لازم است از بيماران مبتلا به سل ريوي اسمير منفي نيز در پايان ماه دوم اسمير بگيريد تا از منفي باقي ماندن آن اطمينان حاصل كنيد.
* دوره درماني مرحله حمله اي در مورد گروه 2 درماني 3 ماهه است. چنانچه در پايان ماه سوم هنوز خلط بيمار مثبت است، نمونه خلط را برای انجام آزمایش كشت و آزمايش حساسيت د ارويي ارسال و درمان مرحله حمله اي را تا پايان ماه چهارم بدون استرپتومايسين ادامه دهيد سپس در پايان ماه چهارم آزمايش خلط را براي جوان تكرار كنيد و اگر هنوز مثبت باقي مانده است كشت خلط و آزمايش حساسيت دارويي را برا ي فرد انجام دهيد و درمان نگاه دارنده را نيز براي فرد آغاز كنيد.
* در پايان درمان از فرد مبتلا به سل ريوي، به منظور كمك به تشخيص و تعيين سير بهبود ضايعات راديوگرافي قفسه سينه بعمل آوريد.

**عوارض دارويي سل**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عارضه دارويي** | | **داروي احتمالي ايجاد كننده** | **اقدامات لازم** |
| **عوارض دارويي خفيف** | | | |
| بي اشتهايي، تهوع و درد شكم | | ريفامپين | دوز دارو كنترل شود. درمان ادامه يابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود. |
| درد مفاصل | | پيرازيناميد | آسپيرين |
| احساس سوزش در پاها | | ايزونيازيد | پيريدوكسين 40 ميلي گرم |
| **عوارض دارويي شديد** | | | |
| لكه هاي پوستي به همراه ادم، زخم مخاطي و شوك | استرپتومايسين/ ايزونيازيد ريفامپين  پيرازيناميد | | * تمام داروها متوقف شود. * داروي آنتي هيستامين و در صورت شديد بودن كورتيكواستروئيد همراه مايعات داخل وريدي تجويز گردد. * از تجويز مجدد استرپتومايسين جداً خودداري كنيد. * بيمار را به بيمارستان ارجاع فوري دهيد. |
| **عارضه دارويي** | **داروي احتمالي ايجاد كننده** | | **اقدامات لازم** |
| خارش | استرپتومايسين | | مصرف استرپتومايسين را متوقف كنيد  ضمن تجويز داروي آنتي هيستامين درمان ضد سل ادامه يابد. |
| كاهش شنوايي ويا كري | استرپتومايسين | | چنانچه در معاينه با اتوسكوپ يافته غير طبيعي وجود ندارد استرپتومايسين حذف و بجاي آن اتامبوتول را جايگزين كنيد |
| سرگيجه و يا نيستاگموس | استرپتومايسين | | استرپتومايسين حذف و بجاي آن اتامبوتول را جايگزين كنيد |
| اختلال ديد رنگ (قرمز و سبز) | اتامبوتول | | مصرف اتامبوتول را متوقف كنيد.وبيمار را براي ادامه درمان به پرشك متخصص ارجاع غير فوري دهيد. |
| زردي، استفراغ و كنفوزيون به علت هپاتيت دارويي | ايزونيازيد ريفامپين  پيرازيناميد | | مصرف تمام داروها متوقف شود.وتست هاي كبدي و PT بطور اورژانس انجام شود.وبيمار را به بيمارستان ارجاع فوري دهيد.ودر صورتي كه هپاتيت دارويي شديد است ريفامپين و پيرازيناميد را بطور كامل از برنامه درماني حذف كنيد و برنامه درماني 3 دارويي استرپتومايسين و ايزونيازيد و اتامبوتول به مدت يك ماه و پس از آن ايزونيازيد و اتامبوتول به مدت ده ماه را جايگزين كنيد.ودر موارد سل پيشرفته كه قطع درمان سل ممكن نيست تا طبيعي شدن تست ها كبدي از استرپتومايسين و اتامبوتول استفاده كنيد. |
| شوك، پورپوراي ترومبوسيتوپنيك و نارسايي حاد كبد | ريفامپين | | ريفامپين را حذف كنيد. |

منبع: برنامه كشوري پيشگيري و مبارزه با سل

**درمان علامتي عوارض خفيف دارويي**

بي اشتهايي، تهوع و درد شكم: دوز دارو ها را كنترل كنيد. درمان را ادامه دهيد. از جوان بخواهيد دارو ها را هر شب قبل از خواب شب مصرف كند.

درد مفاصل: از آسپيرين استفاده كنيد.

احساس سوزش در پاها: پيريدوكسين 40 ميلي گرم روزانه تجويز كنيد.

**جوان مشكوك به سل( داراي يك اسمير مثبت از خلط بدون نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل) را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید**

**جوان مشكوك به سل (3 اسمير منفي) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زير پيگيري كنيد:**

دقت كنيد جوان پيگيري شده داراي 3 نمونه اسمير منفي از خلط است و 14-10 روز تحت درمان غير اختصاصي قرار گرفته است. از جوان در خصوص نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:

* چنانچه جوان داراي علايم بهبودي است اين فرد مبتلا به سل نيست. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مسلول تشويق كنيد.
* چنانچه جوان فاقد علايم بهبودي است از فرد 3 نمونه اسمير از خلط تهيه شود چنانچه از 3 مورد اسمير مجدد حتي يك مورد اسمير خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. چنانچه هر سه مورد اسمير مجدد خلط منفي است در صورت وجود نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل، فرد جهت بررسی وجود **سل ريوي اسمير منفي** به مركز تخصصي/ كميته فني سل ارجاع مي شود .

**نكات آموزشي درمورد اختلالات وبيماريهاي روان:**

توصیه های اختلالات روانپزشکی

|  |
| --- |
| توصيه های اختلالات دو قطبی  علاوه بر توصيه های مربوط به اختلال سايكوز، موارد زير نيز آموزش داده شود:  - خيلی از مواقع استرس ها و فشارهای زندگی (مثل قبول يا مردود شدن در دانشگاه، ازدواج، مرگ عزيزان، از دست دادن شغل و .....) می تواند باعث شروع حمله بيماری گردد. به خانواده بايد آگاهی لازم داده شود تا پس از مشاهدهاولين نشانه های عود به دنبال وقايع فوق، بيمار خود را به پزشك معالج ارجاع دهند.  - بهبودی و بيرون آمدن از حمله حاد بيماری نشانه قطع درمان دارويی نيست و در فواصل بهبودی بين حملات نيز جهت پيشگيری از عود، آن ها نياز به مصرف دارو دارند، گرچه ميزان داروهای مصرفی ممكن است مشابه مرحله حاد بيماری نباشد.  - در مورد بعضی از داروهای مصرفی نياز است تا هر از چند گاهی يك بار توسط پزشك، عوارض بررسی گشته و يا اقدامات آزمايشگاهی خاصی انجام گيرد اين موارد بايد به اطلاع بيمار و خانواده اش رسانده شود. (به طور مثال در مصرف ليتيوم بايد هر 3 ماه يك بار آزمايش سطح سرمی ليتيوم انجام شود)  - در مورد عوارض شايع و خطرناك داروها بايد به بيمار و خانواده او اطلاع رسانی شود (لرزش متعاقب مصرف ليتيوم، عوارض ناشی از مسموميت با ليتيوم) و توضيح داده شود در صورت بروز هر گونه عوارض دارويی با پزشك معالج خود تماس بگيرند.  - برخی از بيماران ممكن است با قصد خودكشی اقدام به مصرف بيش از حد داروهای خود نمايند. در صورتی كه بيمار در معرض خودكشی است، بايد به خانواده تذكرات و آگاهی های لازم در مورد چگونگی مراقبت از بيمار و نگه داشتن داروها دور از دسترس بيمار داده شود. |

|  |
| --- |
| توصيه های اختلالات اضطرابی  علاوه بر توجه به توصيه های مربوط به ترس های مرضی و اجتماعی، موارد زير نيز آموزش داده شود:  - ممكن است ترس و اضطراب اين بيماران از ديد اطرافيان و خانواده غير منطقی و بی اهميت باشد ولی بايد توجه داشت كه اين ترس و اضطراب برای خود بيمار بسيار واقعی و ملموس است و نياز به درك و همراهی اطرافيان دارد.  - خانواده بايد اجازه دهد بيمار به طور باز و آشكار راجع به احساسات و افكارش صحبت كند و با آرامش به صحبت های او گوش دهد.  - شيوه صحيح زندگی و تنظيم يك برنامه روزانه سالم مثل تغذيه مناسب، استراحت كافی، ورزش، اجتناب از مصرف سيگار و الكل می تواند تاثير خوبی در بهبودی داشته باشد.  - درمان اكثراً نياز به زمان دارد و بيمار و خانواده بايد بياموزند كه صبور باشند.  - برخی از بيماران نياز به درمان دارويی دارند (آرام بخش ها و ضد افسردگی ها) و برخی نيز نياز به درمان های غير دارويی (شناخت درمانی، رفتار درمانی و ......) دارند و برخی نيز نياز به هر دو درمان دارند كه اين درمان بايد با نظر پزشك معالج و مشاور انجام شود. |

|  |
| --- |
| توصيه های اختلالات افسردگی  - اين بيماران از درمان دارويی، روان درمانی و يا هر دو به طور قابل توجهی سود می برند، در نتيجه خانواده و بيمار را بايد برای پذيرش درمان كمك كرد.  - در صورتی كه جواني افكار خودكشی دارد، تهديد به خودكشی می كند و يا اقدامی در اين مورد داشته باشد، بايد از طرف اطرافيان مهم و جدی تلقی شده و او را فوراً نزد پزشك ببرند. در موارد شديد ممكن است بيمار نياز به بستری در بيمارستان و الكتروشوك درمانی داشته باشد.- والدين و اطرافيان بايد كمك كنند تا بيمار فعاليت های روزانه خود را اعم از تغذيه، ورزش، استراحت، ارتباط با دوستان و اقوام تنظيم نمايد.- محيط خانواده نبايد پر از استرس، تنش و رفتارهای خشن باشد. |
| توصيه های اختلالات سايكوتيك  - اكثر افراد مبتلا نمی پذيرند كه بيمارند و نياز به درمان دارند، در نتيجه خانواده بايد با حمايت خود و با يك ارتباط خوب و مناسب آن ها را در امر درمان همراهی كنند.  - ممكن است بسياری از خانواده ها به علت ترس از وابستگی و عادت به دارو يا نگرانی از عوارض منفی اين داروها روی بدن تمايل نداشته باشند بيمارشان دارو مصرف كند. بايد اين نكته برای آن ها روشن شود كه دارو می تواند كمك زيادی به اين بيماران كند. در صورت عدم درمان ممكن است علائم بيماری، فرد و خانواده او را شديداً تحت تاثير قرار دهد.- گرچه ممكن است بعضی از عوارض داروها ناراحت كننده باشد ولی آن ها می توانند با مشورت پزشك معالج خود راه مناسبی را برای رفع، تعديل و قابل تحمل كردن اين عوارض پيدا كنند.- محيط خانواده و اجتماعی كه اين بيماران در آن زندگی می كنند نقش مهمی در درمان دارد. محيط خانواده بايد آرام، بدون تنش و استرس باشد و آن ها از بحث و جدل و خشونت با بيمار خود بپرهيزند.- خانواده بايد روی مصرف مرتب و منظم داروها نظارت داشته باشد. گاه لازم است چندين دارو با هم مصرف شود.- بايد خانواده و اطرافيان بيمار كمك كنند تا وی برنامه روزانه اش را تعيين و تنظيم كند (مانند استحمام، رسيدگی به نظافت شخصی، برنامه غذايی و ورزشی مناسب و .....) و مسئوليت هايی متناسب با توان بيمار به او بسپارند و او را در انجام آن مسئوليت ها حمايت كنند. (مرتب كردن منزل، خريد لوازم، پرداخت قبوض و ....)- خانواده ها بايد در مورد شايعات و نگرش های غلط آگاه شوند (اگر ازدواج كند خوب می شود، اگر صاحب فرزند شود خوب می شود، داروها اعتياد آور است و بايد قطع شود، او را بايد پيش يك دعا نويس ببريم و .....) در مورد هر يك از اين موارد حتماً با پزشك معالج مشورت شود. بعضی از اين بيماران تا آخر عمر نياز به حمايت و همراهی دارند.- بايد نشانه ها و علائم عود برای خانواده كاملاً توضيح داده شود تا در صورت مشاهده بلافاصله پزشك را مطلع كنند.  - در مورد عوارض شايع و خطرناك دارو بايد به خانواده بيمار اطلاع رسانی صحيح انجام شود. (ديستونی حاد متعاقب مصرف آنتی سايكوزها و .....) |

نكات آموزشي در خصوص ايدز وبيماريهاي آميزشي :

ارزيابي **روشهاي آزمايش تشخيص HIV :**

1. **آزمون الايزا (Elisa):** براساس سنجش آنتي­بادي HIV بوده 93% تا 100% حساسيت دارد. در صورت مثبت شدن اليزا بايد آزمايش مجدد اليزا انجام شده و در صورت تكرار پاسخ مثبت، نتيجه با روش وسترن بلات مورد تائيد قرار گيرد.
2. **تست هاي تشخيص سريع(Rapid Test ):** اين روش نيز به سنجش آنتي­بادي پرداخته از حساسيت مناسبي برخوردار است. انجام آزمايش با اين روش ساده است و تنها با استفاده از يك قطره خون كه با لنست از سرانگشت گرفته ميشود امكان پذير است. در صورت مثبت شدن تست سريع بايد آزمايش مجدد با روش اليزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت اليزا، نتيجه با روش وسترن بلات مورد تائيد قرار گيرد. نكته مهم اين است كه اين آزمايش بايد تنها توسط افرادي انجام شود كه دوره هاي آموزشي لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمايش را داشته باشند. كيتهاي بكار برده شوند بايد توسط آزمايشگاه مرجع سلامت تائيد شده باشند.
3. **آزمون وسترن بلات ( (Western blot:** اين آزمون نيز برروي آنتي بادي صورت ميگيرد، نسبت به الايزا اختصاصي‌تر است و به­عنوان آزمون تأييدي نهايي به­كار­ مي‌رود.
4. **PCR:** در نوزادان از آنجا كه آنتي‌بادي مادر از طريق جفت وارد بدن جنين شده و تا 18 ماهگي در بدن باقي مي‌ماند، بنابراين آزمايشهاي آنتي بادي مثبت (اليزا، وسترن بلات، تست تشخيص سريع) ارزش تشخیصی ندارد. لذا بایداز روش PCR استفاده كرد كه به جاي آنتي بادي به جستجوي ژن‌هاي ويروس مي پردازد. براي نوزاداني كه با اين روش تشخيص داده شده‌اند بايد بعد از 18 ماهگي سري آزمايشهاي آنتي بادي انجام شود.

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

خدمات سلامت باروري شامل آموزش، مشاوره، توصيه و آموزش نحوه صحيح استفاده از كاندوم به همسران بيماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بيمار و يا همسر وي بايد فرد براي دريافت خدمات پيشگيري از انتقال به نوزاد شامل درمان دارويي ضدرترويروسي به مركز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا بايد تحت مشاوره و آزمايش داوطلبانه قرار گيرند. براي تمام نوزاداني که از مادران در معرض خطر HIV به دنيا مي‌آيند، بايد وضعيت ابتلاي به HIV با روش PCR حتي‌المقدور در چهار تا شش هفتگي بررسي گردد

|  |
| --- |
|  |
| **انديکاسيون هاي ارجاع به سطوح بالاتر:**   * كليه افراد داراي عوامل خطر بايد براي دريافت مشاوره و آزمايش HIV به مراكز/پايگاه‌هاي مشاوره بيماري‌هاي رفتاري ارجاع شوند. ممكن است تست بررسي اوليه يا تست سريع در منطقه محل فعاليت شما وجود داشته باشد. در اين حالت با معاونت بهداشتي دانشگاه محل فعاليت خود هماهنگ نماييد. * كليه موارد اثبات شده ابتلا به HIV بايد براي دريافت خدمات پيشگيري، مراقبت‌هاي دوره‌اي و درمان هاي لازم به مركز مشاوره بيماريهاي رفتاري ارجاع شوند. * زنان باردار مبتلا به HIV يا داراي عوامل خطر و موارد پيشگيري پس از تماس بايد هر چه سريعتر براي دريافت خدمات مراقبت و پيشگيري به مراكز مشاوره ارجاع شوند. ممكن است تست بررسي اوليه يا تست سريع در منطقه محل فعاليت شما وجود داشته باشد. در اين حالت با معاونت بهداشتي دانشگاه محل فعاليت خود هماهنگ نماييد. |
|  |
|  |

**تشخيص قطعی HIV با دو نوبت الیزای مثبت ( يا يك تست سريع و يك اليزا) و تائید آن با وسترن بلات صورت می‌گیرد.** با توجه به اين كه از بدو ورود ويروس به بدن تا رسيدن سطح آنتي­بادي به حد قابل تشخيص در آزمايش ممكن است بين دو هفته تا چند ماه طول بكشد، در افرادي كه رفتارهاي پرخطر دارند اما نتيجه تست منفي است. لازم است که هر سه ماه آزمايش تكرار شود. **اقدامات مورد نياز براي افراد مبتلا:**

**الف- درماني :** اگرچه روش‌هاي درماني موجود بدن را از ويروس پاک نمي­کنند ولي تکثير ويروس را مهار کرده، وضعيت باليني بهتري را براي بيمار ايجاد مي‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با كم كردن بار ويروسي افراد مبتلا از سرايت پذير بيماري كاسته بر روي پيشگيري تاثير خواهد داشت. اهداف درمان ضدرتروويروسي عبارتند از دستيابي به حداكثر سركوب پايدار ويروس، حفظ عملكرد ايمني يا به حال اول برگرداندن آن، بهبود كيفيت زندگي و كاهش موربيديتي و مورتاليتي ناشي از HIV. درمان اين بيماري با حداقل سه داروي ضدرترويروسي (ARV[[4]](#footnote-4)) انجام ميشود. اين درمان توسط مراكز مشاوره بيماريهاي رفتاري بصورت رايگان ارائه مي‌شود.

**ب- پيشگيري :**باوجود پيشرفت‌هاي زياد در اين زمينه هنوز واكسن و درمان قطعي براي HIV/AIDS وجود ندارد. راه‌هاي انتقال عمدتا با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به­منظور ترويج رفتار‌هاي سالم نقش اساسي دارد. بر حسب راه انتقال روش هاي پيشگيري را مي توان به صورت ذيل بيان كرد:

**پيشگيري در تماس جنسي:** به تعويق انداختن سن اولين رابطه جنسي، وفاداري به همسر يا شريک جنسي و داشتن تنها يک شريک جنسي، استفاده از کاندوم به طرز صحيح، درمان کامل بيماري آميزشي ، پرهيز از مصرف مواد مخدر يا محرک (مصرف اين مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصميم‌گيري براي برقراري روابط جنسي سالم را مخدوش مي‌کند).

پيشگيري در اعتياد تزريقي: پرهيز از مصرف مواد يا اقدام براي ترک، در صورتي که امکان پرهيز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهيز از تزريق مواد مخدر و استفاده از اشکال غيرتزريقي يا درمان با جايگزين‌هاي اوپيوئيدي مانند متادون، پرهيز از اشتراک در ابزار تزريق و استفاده از سرنگ و سوزن استريل.

به‌طور خلاصه اساسي‌ترين روش پيشگيري در انتقال ازطريق جنسي پرهيز از روابط جنسي نامطمئن و درصورت وجود این روابط، استفاده از كاندوم است

پيشگيري براي اطرافيان:

* افراد خانواده فرد مبتلا بايد در زمينه راههاي انتقال و پيشگيري، مراكز ارائه دهنده خدمات مراقبتي و چگونگي كمك به بيماران خود آموزشهاي لازم دريافت كنند.
* شركاء جنسي اين بيماران بايد تحت مشاوره و آزمايش داوطلبانه قرار گيرند. در صورت منفي بودن اين آزمايش بايد هر سه ماه يكبار تكرار شود.
* آموزش هاي لازم درخصوص روش هاي مناسب جلوگيري از بارداري با تاكيد بر اهميت پيشگيري دوگانه (استفاده از كاندوم به همراه يكي از روش هاي پيشگيري از بارداري)

****

****

****

****

1. **رفتارهاي نامتناسب با شرايط مثل پوشيدن چند لايه لباس در هواي گرم، جمع آوری آشغال، در آوردن لباس در محل های غیرمتعارف؛ تغيير در جريان فكر بيمار به نحوي كه درك كلام او براي مخاطب دشوار مي شود.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **دشواري درك اينكه چه چيزي واقعي و چه چيزي غير واقعيست. مثل احساس احاطه شدن توسط صداها و تصاوير يا باور به عقايدي كه واقعيت ندارد.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **رانندگي بي مهابا، رفتارهاي جنسي نسنجيده، ولخرجي** [↑](#footnote-ref-3)
4. Anti Retro Viral [↑](#footnote-ref-4)