

بسته خدمت سلامت جوانان

ویژه پزشك

بهمن ۱۳۹۳



مراقبت های رده سنی 18 تا 29 سال

پزشک

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت جوانان

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

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدری ، دکتر ناصر کلانتری، دکتر محمد مهدی گویا، دکتر محمد اسلامی، دکتر تقی یمانی، دکتر مینوالسادات محمود عربی ، دکتر مجذوبه طاهری، دکتر منوچهر زینلی، طاهره امینایی ، مرضیه دشتی، لیلا رجائی، دکتر طاهره سماوات ،عالیه حجت زاده ، دکتر فروزان صالحی، مینا مینایی ، دکتر پریسا ترابی، خدیجه فریدون محصلی ، دکتر محسن زهرایی ، دکتر نسرین محمودی ، دکتر مهشید ناصحی، دکتر مهدی نجمی ، معصومه افسری ، دکتر محمود نبوی ، دکتر عباس صداقت ، دکتر کیانوش کمالی ، دکتر حمیرا فلاحی ، دکتر ناهید جعفری ، دکتر حسین کاظمینی ، دکتر سیدعلیرضا مظهری ، دکتر محمدرضا رهبر ، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر پژمان اقدک، دکتر غلامرضا بهرامی، راضیه امیدی، دکتر رویا کلیشادی، فرشته فقیهی، مریم فراهانی، دکتر ماهرخ کشوری، دکتر شهین یار احمدی، دکتر معصومه علیزاده ، دکتر اشرف سماوات، دکتر احمد حاجبی، دکتر محمود نبوی ، دکتر مهدی نجمی ، دکتر حسین معصومی اصل، دکتر مشیانه حدادی، دکتر حسن نوری ساری، مهندس آئینا رضایی، دکتر حسین خوشنویسان، دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر انوشه صفرچراتی ، دکتر میترا حفاظی ، سمیه یزدانی، مهربابی، دکتر نوروزی، صادقی، زیادلو، علی اسدی که در تهیه و تدوین این مجموعه ما را یاری نمودند .

اعضاء هیئت علمی اداره سلامت جوانان (به ترتیب حروف الفبا):

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

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

دکتر فرزانه ترکان: متخصص طب فیزیکی و توان بخشی، مدیر مرکز طب فیزیکی بیمارستان میلاد

دکتر مهراں حیدری سراج: متخصص پوست، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهد

دکتر غلامرضا خاتمی: فوق تخصص گوارش کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر صفیه شهریاری افشار: متخصص جراح زنان و زایمان

دکتر الهام طلاچیان: فوق تخصص گوارش کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر رویا کلیشادی: متخصص کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

دکتر محمدرضا محمدی: فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، رئیس مرکز تحقیقات روانپزشکی

دکتر سید ضیاء الدین مظهری: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و واحد علوم و تحقیقات

دکتر محمود معتمدی: متخصص ارتوپدی، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر ستاره ممیشی: فوق تخصص عفونی کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

به نام خدا

مقدمه:

جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی **18-29** اطلاق می‌گردد. هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتاً 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 نیازها عبارتند از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این رو 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.

این مهم در قانون نیز لحاظ گردیده است، بطوریکه 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 این رو 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 تئوآملاً 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 پیش رو ، پکیج ارائه خدمت برای پزشکان می باشد .که شامل بخش های ارزیابی ، طبقه بندی و اقدام می باشد .هرقسمت دربردارنده مفاهیمی است که درذیل به پاره ای از آنها اشاره مختصری بدانها خواهد شد :

مفهوم رنگ ها

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

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

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی طی 24 ساعت است.

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

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

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

این مجموعه موارد ذیل را دربرمی گیرد:

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

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

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

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<p>وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید.</p> <p>نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.</p>	BMI کم تر 18/5	لاغر	<p>بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص</p> <p>- در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه</p>
	BMI بین 25 - 29/9	اضافه وزن	<p>- اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص</p> <p>- بررسی علل ارگانیک چاقی</p> <p>- توصیه به افزایش تحرک بدنی</p> <p>- ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن</p> <p>- کنترل دوره ای، هر یک ماه تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار</p>
	BMI بالای 30	چاق	<p>- اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها : ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص</p> <p>- بررسی علل ارگانیک چاقی</p> <p>- توصیه به افزایش تحرک بدنی</p> <p>- ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن</p> <p>- کنترل دوره ای، هر یک ماه یک بار تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار</p>
	BMI بین 18/5 - 24/9	وزن متناسب	<p>- تشویق به حفظ وضع موجود و آموزش تغذیه صحیح با تاکید بر تداوم آن</p> <p>- ادامه غربالگری چاقی 3 سال بعد</p>

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها		ارزیابی
<p>الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <p>ب- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست)</p>	فشارخون بالا مرحله I	- فشارخون فشارخون 140/90 میلی متر جیوه تا 159/99 میلی متر جیوه	فشارخون بالای 140/90 میلی متر جیوه	<p>1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید</p> <p>2- اگر فشارخون 160 روی 10 یا بیشتر باشد مرحله 3 را انجام دهید</p>
<p>پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست)</p> <p>ارجاع فوری جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب های اعضای حیاتی و درمان ارجاع به متخصص قلب یا داخلی ، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</p>	فشارخون بالا مرحله II	در صورتی که فشار خون 160 روی 10 و بیشتر باشد		<p>3- فشار خون در 3 نوبت جداگانه (در 3 ویزیت جداگانه) اندازه گیری و ثبت شود و بر اساس میانگین اندازه گیری ها طبقه بندی و اقدام شود:</p>
<p>تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم</p> <p>ارجاع به سطح اول خدمات برای مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر</p>	پیش فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)		-- یا 120/80 میلی متر جیوه یا 139/89	
<p>- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت</p> <p>- آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم ، غربالگری سه سال بعد</p>	فشار خون طبیعی		فشارخون کمتر از 120/80	

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی و هیاتیت

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
	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	کم خونی فقر آهن	- تجویز آهن المنتال به میزان 4 تا 6 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا 8 هفته پس از طبیعی شدن اندکس های خونی - آموزش خانواده در مورد تغذیه - محدود کردن مصرف شیر روزانه به میزان 500 سی سی یا کم تر - درخواست آزمایش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گیری هموگلوبین خون پس از یک ماه درمان - در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص
	در موارد پیشرفته: گود شدن یا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزک پا		- در صورت هموگلوبین 8 و کمتر از 8 گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص
	افزایش میزان هموگلوبین A2 و در بعضی شرایط هموگلوبین F در الکتروفورز هموگلوبین، طبیعی بودن سطح آهن سرم و TIBC، تغییر شکل گلبول قرمز به اشکال هیپوکروم میکروسیتر و در لام خون محیطی	تالاسمی مینور	- توصیه به مراجعه، پیش از ازدواج - ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص برای مشاوره
	- حساسیت به داروها: سولفونامیدها، کلرآمفنیکل، کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، نیتروفورانئونین، ضد مالاریا، اسپرین، فناستین، آنالوگ های ویتامین K، پروبنسید، فنازوپریدین، فنیل هیدرازین، نفتالین بتزن که پس از مصرف این داروها و مصرف باقلای خام، افت شدید هموگلوبین و هماتوکریت خواهد بود. - سایر علائم: رنگ پریدگی، هماتوری، بی حالی، زردی مخاط یا صورت، افت فشارخون	فاویسم	- درخواست آزمایش خون برای بررسی میزان هموگلوبین، هماتوکریت و آزمایش ادرار از نظر هموگلوبینوری - درخواست لام خون محیطی برای بررسی Heinz bodies در گلبول های قرمز خون محیطی - تشخیص رتیکولوسیتوزیس - در صورت افت شدید فشار خون و بدحالی بیمار: باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین و ارجاع فوری به بیمارستان
- شرح حال بگیرید: حساسیت دارویی و مصرف باقلا، سابقه فامیلی کمبود G6PD و - معاینه زبان، مخاط چشم، کف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پریدگی و زردی	- بروز زردی/ پیرنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع - 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) - بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غده لنفاوی گردن نیز ترجیحاً توجه شود) - ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)	- هیاتیت ویروسی یا - هیاتیت دارویی یا - بیماری های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لپتوسپیروز)	- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید. - در صورت شک به هیاتیت ویروسی، درخواست آزمایش های: 1- تست های کبدی/ انعقادی و Anti HBS / Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab / HBS Ag 2- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری: ارجاع فوری به متخصص 3- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هیاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری 4- گزارش موارد مثبت هیاتیت B، C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه 5- ارجاع به بهورز یا کارکنان بهداشتی جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هیاتیت B، C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما

معاینه چشم و مراقبت از نظر بینایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیریید - آیا خانواده بیمار از ضعف بینایی وی شکایت دارند؟	- بیمار از ضعف بینایی شکایت دارد یا چارت اسنلن در معاینه بهورن مشکل داشته است - خانواده بیمار از ضعف بینایی وی شکایت دارد	اختلال بینایی دارد	ارجاع غیر فوری به متخصص چشم
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - قرمزی - ترشحات چرکی	بیماری چشمی دارد	- در صورت تشخیص عفونت های سطحی و آلرژی فصلی: - درمان کنید و - پس از 2 روز پیگیری کنید: در صورت عدم درمان ارجاع غیر فوری به متخصص چشم

معاینه گوش: مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- بررسی پرونده از نظر نتیجه تست سنجش شنوایی	یا - شکایت جوان یا خانواده اش از کم شنوایی وی	اختلال شنوایی	- در صورت وجود سرومن فشرده: تجویز قطره گلیسرین فنیکه به مدت 2-3 روز و سپس شستشوی گوش
- گرفتن شرح حال از نظر وجود درد، کم شنوایی، تب و لرز و	پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت	اوتیت میا	- در صورت نبود عفونت و سایر بیماری ها، ارجاع غیر فوری به ادیومتریست
- معاینه گوش ها توسط اتوسکوپ از نظر التهاب مجرا، وجود سرومن، التهاب پرده، پارگی پرده، ترشح و	خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم	اوتیت خارجی	- در صورتی که مجرای خارجی متورم باشد و اتوسکوپ رد نشود تنظیفی را با قطره پلی میکسین یا کلستین روزی 4 بار آغشته کرده و داخل مجرا قرار دهید. بعد از 2 تا 3 روز که ادم مجرا برطرف شد می توان از پماد نئومایسین استفاده کرد. - در صورتی که پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی میکسین یا کلستین در مجرای گوش ریخته شود. - تجویز استامینوفن 325 هر 6 ساعت یا ایبوپروفن 200 میلی گرمی هر 8 ساعت برای کاهش درد - توصیه کنید بیمار در فاز حاد شنا نکند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد.

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر شک به سل

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • فرد را بر اساس جدول رژیم درمانی سل گروه بندی و درمان کنید و اولین دوز دارو را به فرد بخورانید. • برای گروه درمانی یک* در صورت امکان آزمون های کبیدی 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 فرد را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و فرد مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، در صورت دریافت درمان سل روزانه و در غیر این صورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. • به فرد و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید. 	<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 فرد با یک اسمیر مثبت، 3 نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرهای فرد را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. • فرد با 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

طبقه بندی کنید

جمع بندی و بررسی کنید	اقدام کنید
<p>نشانه های شک قوی بالینی را سؤال کنید:</p> <p>- سرفه طول کشیده بیش از دو هفته (بخصوص اگر با یک یا چند مورد از این علائم همراه باشد: تب، تعریق شبانه، کاهش وزن ناخواسته)</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در یک سال اخیر به همراه سرفه به هر مدت 	<ul style="list-style-type: none"> • درخواست تهیه سه نمونه خلط برای انجام اسمیر • رادیوگرافی قفسه سینه از فرد دارای یک اسمیر مثبت

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

معاینه ریه ها: مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

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

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

مراقبت از نظر اندازه غده تیروئید

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

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

مراقبت از نظر مشکلات ادراری تناسلی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بگیرید و - معاینه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن - 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 - احساس دفع ناقص ادرار یا بی اختیاری ادرار در در طی روز 	عفونت ادراری	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست آزمایش کامل ادرار و آزمایش شمارش گلبول خون - در صورت نتیجه غیر طبیعی آزمایش کامل ادرار: • درخواست کشت ادرار • ارجاع غیر فوری به متخصص
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	سالم	ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- آیا تا کنون افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته است؟	افکار خودکشی، اقدام به خودکشی	خودکشی	- ارجاع فوری به روانپزشک - پیگیری
2- آیا در جایگاه های اجتماعی بیش از اندازه خجالتی است (از صحبت کردن در جمع پرهیز می کند)؟ 3- آیا 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)؟ 4- آیا احساس دل گرفتگی، غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت یا پوچی دارد؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)	خجالتی بودن در محیط های اجتماعی، پرهیز از صحبت کردن در جمع و.....	اختلال اضطرابی	- در حالت خفیف درمان دارویی با فلوکستین 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 - 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
5- آیا تحریک پذیری، پرخاشگری و بدخلقی نشان می دهد و زود از کوره در می رود؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت) 6- آیا گستاخ شده و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته نشان می دهد؟ (منظور از گاهی اوقات: دست کم 3 بار در هفته به مدت 3 ساعت)	احساس دل گرفتگی و غم، بی حوصلگی، گریه، کسالت، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته	افسردگی	در صورت تشخیص افسردگی اساسی: - در حالت خفیف درمان دارویی فلوکستین 10 میلی گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی گرم روزانه از هفته دوم تا 6 ماه - 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 در صورت تشخیص اختلال دو قطبی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری طبق کتابچه راهنمای اختلالات روانپزشکی اداره سلامت روان
7- آیا بی قرار و مدام در حال وول خوردن است	دعوا کردن و زد و خورد با دیگران	پرخاشگری	تمام موارد جدید، موارد پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، مصرف مواد، فرار از منزل که پذیرش درمان دارویی ندارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص
	رفتار آشفته، تکلم آشفته، توهم، هذیان، صحبت کردن با خود، خندیدن با خود	سایکوتیک	- ارزیابی احتمال خودکشی و پرخاشگری - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد: تجویز یک داروی ضد سایکوز آنتیپیک مثل ریسپریدون و یا تیپیک مثل هالوپریدول به میزان 0/5 تا 16 میلی گرم در روز و ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی - در صورت شروع نشانه های توهم و هذیان 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

- ارجاع غیر فوری به مرکز تخصصی		افکار مرگ و بی حوصلگی	و برایش دشوار است که برای انجام تکالیفش مدت طولانی بنشیند؟
ارجاع فوری به مرکز تخصصی		افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی	8- آیا 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؟
چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود دارد: ارجاع فوری به مراکز تخصصی		اقدام به خودکشی	9- آیا حرکات تکرار شونده در پلک، ابرو، صورت، گردن یا شانه دارد یا صداهای ناخواسته و ناگهانی از گلویش خارج می شود؟
در صورتیکه توهم یا هذیان وجود دارد یا قصد آسیب جدی به خود یا دیگران را دارد ارجاع فوری به مراکز تخصصی	اختلال دو قطبی	سرخوشی بیش از حد \ عصبانیت ، پرخاشگری ، فعالیت وانژی زیاد ، بیخوابی	10- آیا با دیگران دعوا و زدو خورد می کند؟
ادامه مراقبت هاو ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت آموزش مهارت های زندگی و خود مراقبتی درج گردد .	اختلال روانپزشکی ندارد	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد.	11- آیا رفتار و تکلم او آشفته است و واقعیت سنجی وی مختل شده است و توهم و هذیان دارد، با خود صحبت می کند، با خود می خندد؟ 12- سرخوشی بیش از حد \ عصبانیت ، پرخاشگری ، فعالیت وانژی زیاد ، بیخوابی

* انواع هذیان در قسمت تعاریف توضیح داده شده 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، ارتباط با کارشناسان بهداشت روان وفید بک به سطوح پایین تر توصیه میشود. در موارد ارجاع به روانپزشک، بیماران را به روانپزشک حاضر در مراکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC) ارجاع دهید. برای درمان بیمارانی که نیاز به ارجاع فوری یا غیر فوری ندارند می توانید در صورت نیاز از روانپزشک حاضر در مراکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC) مشورت تلفنی بگیرید. در مواردی که جوان مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنیا یا اختلال خلقی دو قطبی) است، و به این دلیل بستری شده است، برای پیگیری می توان از خدمات پیگیری تلفنی یا ویزیت در منزل تحت پوشش مراکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC) استفاده کرد. در این صورت آموزش به خانواده و بیمار نیز می تواند در غالب همین مراقبتها ارائه گردد. در جدول صفحه 18 در صورتی که مراجع اختلال روانپزشکی ندارد، ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت آموزش مهارت های زندگی و خود مراقبتی درج گردد. از جمله اقدامات پزشک در این خصوص می توان به: بازاریابی، اطلاع رسانی و ارجاع اشاره نمود.

مراقبت از نظر رفتارهای پر خطر

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

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

مداخلات روانی اجتماعی در حوادث و بلایا برای افراد آسیب دیده

بسته پزشک::

مقدمه : ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. حوادثی مانند سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی های گسترده از رویدادهایی هستند که هر ساله منجر به مرگ و میر و آسیب های

جسمی و روانی هزاران انسان می شوند. این حوادث می توانند تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد کنند و عوارض روانی جدی و دیرپایی را باقی گذارند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر می شوند ولی تاثیری که بر روی زندگی افراد می گذارند طولانی مدت خواهد بود. به منظور پیشگیری از عوارض حاد و مزمن روانی مداخلات روانی اجتماعی ضرورت دارد، بر همین اساس با هدف پیشگیری از عوارض روانی فوق و مداخلات روانی اجتماعی لازم است کارکنان بهداشتی درمانی در این حیطه توانمند شوند.

اهداف آموزشی :

از پزشکان عمومی انتظار می رود پس از طی دوره آموزشی یا مطالعه منبع زیر:

منبع: کتاب حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه برای پزشکان عمومی

(چاپ وزارت بهداشت اداره سلامت روان)

1. اطلاعات لازم در مورد انواع بلایا و سایر مفاهیم مربوط به آن را داشته باشند.
2. اصول حمایت های روانی - اجتماعی از آسیب دیدگان را بشناسند.
3. واکنش ها و نشانه های روانی آسیب دیدگان در بحران را بشناسند.
4. بتوانند گروه های آسیب پذیر را شناسائی کرده و در موارد لازم ارجاع دهند.
5. واکنش های طبیعی سوگ را بشناسند و سوگ پیچیده را تشخیص دهند.
6. بتوانند حمایت های روانی - اجتماعی اولیه را هنگام مواجهه با آسیب دیدگان ارائه کنند.

7. بتوانند برنامه پیشگیری از خودکشی را در منطقه آسیب دیده پیاده کنند.
8. درمانهای دارویی در اختلالات شایع پس از بلایا را بشناسند.
9. با پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در منطقه آسیب دیده آشنا باشند.
10. نحوه اطلاع رسانی صحیح را بدانند.
11. با فرسودگی شغلی آشنا گردد.

« بلا عبارت است از درهم ریختگی شدید زیست محیطی و روانی اجتماعی، که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه مبتلا است.»

(سازمان جهانی بهداشت - 1992)

• مهمترین وظیفه پزشک در شرایط بحران عبارت است از:

- آموزش جمعیت عمومی و آسیب دیده ، غربالگری ، تشخیص ، درمان ، ارجاع به روانشناس و متخصص

برای افرادی که دارای علائم و نشانه های زیر هستند مطابق جدول زیر عمل کنید:

کمکهای اولیه روانشناختی در موقعیتهای بحرانی

واکنش	علائم و نشانه ها	بایدها	نبایدها
1 - طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • لرزش • تنش عضلانی • تعریق • تهوع 	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان بدهید - گروههای مشابهی به راه اندازید - انگیزه بدهید - با آنها صحبت کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - خشم خود را نشان ندهید - بیش از حد همدردی نکنید

	<ul style="list-style-type: none"> • اسهال خفیف • تپش قلب • اضطراب 	<ul style="list-style-type: none"> - به افراد در رسیدن به آرامش کمک کنید
2- هراس (واکنش فرار)	<ul style="list-style-type: none"> • تلاش برای فرار کردن • ازدست دادن قضاوت • گریه‌های غیرقابل کنترل 	<ul style="list-style-type: none"> - تلاش کنید تا با مهربانی فرد به ثبات و آرامش برسد - دیگران را تشویق کنید که صحبت کنند - در صورت لزوم کمک کنید تا فرد را ایزوله کنید - از محدودیت‌های خودتان آگاه باشید - نوشیدنی گرمی به فرد بدهید تا آنرا بخورد
3 افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان ابراز هیجانات • ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن یا صحبت کردن 	<ul style="list-style-type: none"> - به سرعت کنترل را بدست آورید - راپورت امنی با فرد برقرار کنید - به نیازهای پایه فرد توجه کنید: غذا-آب و.. - همدلی کنید - شرایطی را فراهم کنید که آنها در مورد اتفاق پیش آمده با شما صحبت کنند
		<ul style="list-style-type: none"> - از مهارت‌های فیزیکی خشن کمک نگیرید - با افراد برخورد فیزیکی نکنید - به روی آنها آب نپاشید. - از مواد خواب آور استفاده نکنید - به آنها نگویند که خسته شده اند و کم آورده اند - بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید - آرامبخش و خواب آور به آنها ندهید - خشمگین رفتار نکنید

	<p>4</p> <p>بیش فعال شدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • جدال کننده و بحث کننده • صحبت کردن با سرعت زیاد • جک گفتن نامناسب • مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد • افزایش فعالیتها 	<ul style="list-style-type: none"> - به افراد اجازه دهید درمورد آن صحبت کنند - فرد را وادار به انجام فعالیتها بی خطر کنید. - به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید - خشم و احساس ناکافی ذر فرد را نظارت کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - خواب آور ندهید - با افراد بحث و مجادله نکنید - به افراد تلقین نکنید که فعالیتهای آنها غیرطبیعی است 	<ul style="list-style-type: none"> - احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید
<p>5</p> <p>واکنشهای تبدیلی (ناشایع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهوع و استفراغ شدید • علائم حسی و حرکتی در فرد مثلا فلج شدن 	<ul style="list-style-type: none"> - علاقه و توجه نشان دهید - آنها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید - یک فعالیت جهت پرت کردن حواسشان به آنها بدهید - از احساسهای خودتان درمورد آنها آگاه باشید(خشم-ناکامی- خنده دار 	<ul style="list-style-type: none"> - به ناتوانی افراد را بی توجه ای نکنید - آنها را شرمنده نکنید - آنها را مورد تمسخر قرار ندهید - با دیگران درمورد آنها شوخی نکنید - به آنها نگوید که چیز اشتباه و نادرستی وجود 		

دارد

(وعجیب)

در صورت وجود علائم و تکرار واکنش های روانی به شرح زیر اقدام کنید:

- افراد آسیب دیده را برای مداخلات روانشناختی به تیم حمایت های روانی اجتماعی یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- در صورت عدم کنترل علائم و اختلال در عملکرد فرد (پس از مداخلات روانشناختی) با نظر و تشخیص خودتان مداخله درمانی انجام دهید یا به متخصص ارجاع دهید.
- در صورت نیاز به مداخلات دارویی برای مادران باردار به عوارض دارویی در این دوره توجه لازم را داشته باشید.
- به منظور انگ زدائی از بیماری های روانی در شرایط بحران، جمعیت عمومی را آموزش دهید **(با استفاده از منبع آموزشی معرفی شده در بالا)**

توجه داشته باشید: افرادی که در جریان بلایا دچار واکنش های روانی شده اند بیماریا مبتلا به بیماری روانی تلقی نکنید. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرمعمول است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین می رود.

دستورالعمل نحوه تکمیل جدول وضعیت سلامت دهان و دندان

در صورتی که جواب سوالات مثبت میباشد در مربع روبه روی هر سوال علامت (+) و در صورتی که جواب منفی باشد، علامت (-) گذاشته شود.

وضعیت بهداشت دهان

1. در صورتی که کم تر از دو بار در روز و یا کم تر مسواک بزند، علامت (-) گذاشته شود.
2. در خصوص سوال مربوط به "نخ دندان"، حداقل یک بار در روز، پاسخ مثبت تلقی می شود.

وضعیت پوسیدگی

1. منظور از دندان پوسیده دندانی است که دارای تغییر رنگ در سطح مینای دندان بوده، یا دارای حفره قابل رویت باشد. به دندانی که پر شده باشد، و در کنار پر کردگی و یا بر روی سایر سطوح آن دندان، پوسیدگی مشاهده شود، این دندان نیز پوسیده محسوب می شود.
2. ریشه باقیمانده از یک دندان به نحوی که تاج آن کاملاً تخریب شده و قابل نگهداری نباشد. یا در صورتی که فرد اظهار می دارد که دندان یا دندان های خود را به عللی کشیده اعم از این که ناحیه بی دندانی باقیمانده توسط هر نوع دندان مصنوعی جایگزین نشده است و نیاز به درمان پروتز داشته باشد، دندان کشیده محسوب می شود.
3. در صورتی که فرد اظهار می کند در زمان خوردن آب سرد، گرم، شیرینی، هنگام فشار دادن دندان ها بر روی هم یا در زمان غذا خوردن، یا به هر دلیل دیگر دچار درد دندان می گردد، فرد دارای دندان درد است.

وضعیت نسج نرم

1. با توجه به این که ضایعات و زخم های دهان و دندان علاوه بر مشکلاتی که در دهان ایجاد می کنند، در مواردی هم می توانند نشانه هایی از بیماری های سیستمیک، ضایعات پیش سرطانی، سرطانی دهان باشند. لذا هر گونه ضایعه (سفید، قرمز رنگ یا خونچکان) یا هر زخمی که بیش از دو هفته در دهان باقی مانده باشد، پاسخ سوال مثبت محسوب می شود.

وضعیت لثه

1. از فرد پرسیده می شود که آیا در حین مسواک زدن و یا خوردن میوه یا غذای سفت ویا به صورت خود به خود دچار خونریزی از لثه می گردد.
2. در هنگام معاینه دهان و دندان، در صورتیکه فرد دارای جرم دندان بر روی هر یک از دندان ها بخصوص در دندان های پیشین فک پایین باشد، دارای جرم دندانی می باشد. تعریف جرم دندان: لایه سخت و زرد یا قهوه ای رنگ است که با مسواک زدن پاک نمی شود و مانند یک لایه سیمانی سخت بر روی دندان چسبیده و سطح زبر و خشنی دارد.
3. در زمانی که پوسیدگی به مرکز دندان می رسد، این حالت معمولاً با دردهای شبانه، مداوم و خود به خودی همراه می باشد، که به دلیل عدم درمان در انتهای ریشه دندان، عفونت ایجاد می شود و منجر به ایجاد تورم بر روی لثه و یا گاه تورم در روی صورت می گردد، که همان آبسه دندانی می باشد. گاهی بر روی آبسه ها سوراخی مشاهده می شود که از آن چرک و عفونت خارج می شود که آن را به عنوان فیستول محسوب می نماییم.

نیاز به ارجاع

در صورتی که پاسخ هر یک از 2 سوال مربوط به وضعیت بهداشت دهان منفی و یا پاسخ هر یک از سوالات دیگر مثبت باشد، فرد نیاز به ارجاع به دندانپزشک دارد و در مربع روبه رو علامت مثبت زده می شود.

وضعیت دسترسی به خدمات دندانپزشکی

در صورتی که فرد دارای دفترچه بیمه باشد نوع آن را تعیین نموده و در مقابل آن علامت گذاری می شود. همچنین تاریخ آخرین مراجعه و علت آن به هر شکلی که اظهار می شود در محل تعیین شده ثبت می گردد.

بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک			
اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)
ارجاع غیرفوری به تیم مشاوره ژنتیک	زوجین مشکوک به خطر تالاسمی هستند (بر اساس دستورالعمل)	آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی)	بررسی کم خونی در زوجینی ارجاع شده توسط مراقب سلامت به دلیل عدم انجام آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی)
	زوجین مشکوک به خطر تالاسمی نیستند (بر اساس دستورالعمل)		

راهنماها و توصیه ها

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 عنیبه 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.

راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون

توصیه شده است فشارخون هر بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی اندازه گیری شود ولی در کشور ما توصیه می شود فشارخون بچه هایی که عوامل خطر فشارخون بالا دارند، اندازه گیری شود. این عوامل خطر عبارتند از:

1- افرادی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند.

2 افرادی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند.

1- افرادی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند.

2- افرادی که والدین آن ها بیماری عروق کرونر زودرس دارند (در زن ها قبل از 65 سالگی و در مرد 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 فردنشسته و بازوی راست وی بر روی یک سطح سفت در حدود قلب قرار دارد صورت گیرد. در نظر داشتن اندازه کاف هنگام اندازه گیری فشارخون حائز اهمیت است. با استفاده از کاف خیلی کوچک، فشارخون به صورت کاذب بالا نشان داده می شود. کاف دارای اندازه مناسب (عرض کاف 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 مطرح شده است. ابزارهای الکترونیک مناسبند، اما ممکن است اندازه هایی را نشان دهند که با فشارسنج جیوه ای سازگار نیست..

را بیش تر مطرح می کند:

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

تست های آزمایشگاهی ضروری برای فشارخون بالا		
برای شناخت علت فشارخون بالا	FBS. CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid سونوگرافی کلیه ها کامل ادرار - کشت ادرار	برای رد آنمی (معمولاً با بیماری مزمن کلیه همراه است) بیماری کلیوی، سنگ های کلیوی، پیلونفریت مزمن، اسکار کلیه، ناهنجاری های مادرزادی کلیوی، نامساوی بودن اندازه کلیه ها
برای شناخت بیماری های همراه	اندازه گیری چربی های خون، قند خون، پلی سومنوگرافی	هیپرلیپیدمی، سندرم متابولیک، دیابت، اختلال در خواب (آپنه خواب)
برای تعیین آسیب های اعضاء حیاتی	اکوکاردیوگرافی معاینه رتین	هیپرتروفی بطن چپ تغییرات عروقی شبکیه
آزمایشات اضافه اگر از نظر کلینیکی ضروری است	ادرار 24 ساعته برای اندازه گیری پروتئین و کراتینین و کلیرنس کراتینین اسکن کلیه MRI، داپلر شریان کلیوی هولتر مانیتورینگ 24 ساعته فشارخون	برای رد بیماری مزمن کلیوی برای رد فشارخون ناشی از بیماری نفرو واسکولر رد فشارخون بالای روپوش سفید

اندازه گیری سطح هورمون ها (تیرویید، آدرنال)	رد بیماری تیروئید و فوق کلیه
اندازه گیری سطح رنین پلاسما	رد بیماری های مینرالوکورتیکوئید
اندازه گیری کاتکول آمین های خون و ادرار	رد بیماری فئوکروموسیتوم

درمان دارویی فشار خون بالا

درمان دارویی را برای کسانی شروع می کنیم که فشار خون علامت دار یا آسیب اعضای حیاتی (مثل هیپرتروفی بطن چپ، رتینوپاتی، پروتئینوری) دارند، فشار خون ثانویه، فشار خون بالای مرحله یک که به اصلاح شیوه زندگی پاسخ نداده است و فشار خون بالای مرحله دو دارند. هدف از درمان فشار خون بالا در کسانی که بیماری همراه یا آسیب اعضای حیاتی را دارند، رسیدن فشار خون به کم تر از 140/90 است.

ACEI (مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین)	مثل انالاپریل	دوز شروع 0/58 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 5 میلی گرم در روز حداکثر دوز 0/6 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 40 میلی گرم در روز
بلوک کننده های آنژیوتانسین	مثل لوزارتان	دوز شروع 0/7 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 3 تا 5 میلی گرم در روز حداکثر دوز 1/4 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 100 میلی گرم در روز
بتابلوکرها	مثل پروپرانولول	دوز شروع 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز حداکثر دوز 4 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز (640 میلی گرم در روز)
بلوک کننده های کانال کلسیم	مثل آمیلودیپین	دوز شروع در 6 تا 12 ساله ها 2/5 تا 5 میلی گرم در روز - حداکثر دوز 10 میلی گرم
دیورتیک ها* * تمام بیمارانی 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 تا 50 میلی گرم در روز
آلفا بلوکر مثل پرازوسین		شروع دارو با یک میلی گرم روزانه 2 تا 3 بار در روز و دوز نگهدارنده

اهمیت فشار خون بالا



تعریف فشار خون

خون در داخل شریان ها دارای نیرویی است که **فشار خون** نامیده می شود و مولد آن قلب است. فشارخون به دو عامل مهم یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آئورت پمپ می شود (حدود 5-6 لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ ها وجود دارد، بستگی دارد. فشارخون دارای دو سطح حداکثر و حداقل است. در زمانی که قلب منقبض می شود، خون وارد شریان ها می شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می رسد که به آن **فشارخون سیستول** می گویند و در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان نمی شود، با خروج تدریجی خون از این شریان ها و جریان آن به سوی مویرگ ها فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود می رسد، که به آن **فشارخون دیاستول** می گویند.

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می گیرند. اعداد این دو سطح به صورت کسر بر حسب میلی متر جیوه (mmHg) نشان داده می شود. مقدار فشارخون سیستول یا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دیاستول یا عدد کوچکتر را در منفرج کسر می نویسند. مانند: $138/86$ میلی متر جیوه

طبق هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا 8 اینچ در طبقه بندی جدید برای افراد 18 سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از $120/80$ میلی متر جیوه، پیش فشارخون

بالا 89-80 / 139-120، فشارخون بالای 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 این طبقه بندی مقدار فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری های همراه تعیین شده است.

- در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (140 میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون 82 / 148 میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای سیستولی تنها** می گویند، فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود و یا
- فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (90 میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون 96 / 134 میلیمتر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند.
- افرادی که فشارخون آن ها در محدوده پیش فشارخون بالاست، بیشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بیماری هستند .
- در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکته مغزی و دیابت فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است، اگر فشارخون این افراد در محدوده پیش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می شود و باید تحت درمان قرار گیرند.
- بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
- در افرادی که فشارخون طبیعی و کمتر از 90/140 میلی متر جیوه دارند، حداکثر 2 سال یک بار لازم است فشارخون آن ها اندازه گیری شود.

جدول 1: طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7

فشارخون طبیعی	فشارخون پیش فشارخون بالا	فشارخون بالای درجه 1	فشارخون بالای درجه 2	فشارخون
کمتر از 120	120-139	140-159	160 و بیشتر	فشارخون سیستول بر حسب میلی متر جیوه (mm Hg)
کمتر از 80	80-89	90-99	100 و بیشتر	فشارخون دیاستول بر حسب میلی متر جیوه (mm Hg)

تعریف فشارخون بالا

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

علت فشارخون بالا

فشارخون تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد که گاهی سبب افزایش فشارخون بیش از 20 میلیمتر جیوه می شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی، تحریکات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الکل، قهوه و دارو تغییر می کند.

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

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

آیا می دانید؟

- امروزه، فشار خون بالا یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا می باشد. این مسئله بعلا افزایش طول عمر و شیوع عوامل موثر مانند چاقی، کم تحرکی و تغذیه ناصحیح یک مشکل بهداشتی شایع و فزاینده در دنیا شده است.
- داده های جهانی در سال 2000 نشان می دهد در کل 26/4٪ افراد بزرگسال در دنیا (26/6٪ مردان و 26/1٪ زنان) فشارخون بالا داشتند و پیش بینی می شود در سال 2025 به 29/2٪ (28/8٪ مردان و 29/7٪ زنان) برسد.
- در سال 2004 برآورد شد، تقریباً " 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 میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت می کنند.
- پیش بینی می شود تا سال 2025 شیوع فشارخون بالا 60٪ افزایش یابد و به 1/56 میلیارد نفر برسد.
- سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که فشارخون بالا سبب یک مرگ از هر 8 مرگ می شود و سومین عامل کشنده در دنیا است.
- فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکته های قلبی و مغزی است. در دنیا حدود 62٪ بیماری عروقی مغزی و 49٪ بیماری ایسکمیک قلبی ناشی از فشارخون در محدوده مطلوب است (فشارخون سیستول بیشتر از 115 میلی متر جیوه).
- در صورتی که فشارخون بالا کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. معمولاً مبتلایان به فشارخون بالا زودتر 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 بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور در سال 1388، حدود 16٪ افراد 15 تا 64 سال دارای فشارخون بالا بودند.
- فشارخون بالا یکی از مهمترین عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی و غیرواگیر است که قابل کنترل و تعدیل است.
- غربالگری، تشخیص زودرس و کنترل فشارخون بالا جزء ضروری برنامه های پیشگیری از بیماری های غیرواگیر مهم است.
- فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود غالباً بی علامت و بسیار شایع است. بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است.
- درمان فشارخون سیستولی و دیاستولی تا رسیدن به حد فشارخون هدف، با کاهش عوارض قلبی عروقی شامل 35-40٪ کاهش متوسط در سکته مغزی، 25-20٪ کاهش در سکته قلبی و بیش از 50٪ کاهش در نارسایی قلبی همراه است. گرچه نشان داده شده است که درمان فشارخون بالا از بروز بیماری قلبی عروقی نیز پیشگیری می کند و طول عمر را افزایش می دهد
- آمار کشورهای متعدد نشان داده است که در میان افراد مبتلا به فشارخون بالا کمتر از 60٪ تحت درمان هستند.

- اطلاع بیماران از بیماری فشارخون بالای خود از 25/2% تا 75% و پوشش درمان از 10/7% تا 66%.
- میزان کنترل فشارخون در بیماران از 45/5 تا 58% در متفاوت است.

عوارض شایع فشارخون بالا

- فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکنه مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد. از دیگر عوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی، بیماری عروق محیطی، خونریزی ته چشم است. درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از 140/90 میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.
- افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتاً "شدید (فشارخون 140-180/90-105 میلی متر جیوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند. تقریباً 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 کاهش کارایی عضله قلب، نارسایی احتقانی قلب، رتینوپاتی و نارسایی کلیه می گردند.
- فشارخون بالای خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است.
- خطر بیماری قلبی عروقی از 115/75 میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون 20/10 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 سیستمی منجر به 15% کاهش در مرگ مرتبط با دیابت، 12% کاهش عوارض دیابت و 11% کاهش بروز سکنه قلبی می شود.
- در افراد فشارخونی که دخانیات مصرف می کنند بروز سکنه قلبی و بیماری کرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بیشتر است. ترک دخانیات به سرعت خطر را کاهش می دهد. ترک سیگار بخش مهمی از پیشگیری اولیه از بیماری قلبی عروقی است.
- در دنیا حدود 62% بیماری عروق مغزی و 49% بیماری ایسکمیک قلبی منتسب به فشارخون در محدوده مطلوب است (بیشتر از 115 میلی متر جیوه).

راه های کاهش فشارخون

تصمیمات درباره مدیریت بیماران مبتلا به فشار خون بالا نباید فقط بر مبنای مقادیر فشارخون باشد، بلکه باید حضور سایر عوامل خطر قلبی عروقی، آسیب اعضای هدف و شرایط بالینی همراه نیز در نظر گرفته شود مدیریت بیماری فشارخون بالا نه تنها بستگی به درمان دارویی بلکه به تغییر شیوه زندگی نا مناسب از جمله کم تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، ترک 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 بیماری و هم در کنترل فشارخون در بیماران نقش مهمی دارد. بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شیوه زندگی پاسخ نمی دهند، برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارویی فشارخون بالا داشته باشیم.

درمان فشار خون بالا

فشار خون بالا بیماری است که معمولاً در تمام مدت عمر نیاز به درمان دارد و لازم است بیمار و خانواده او تحت آموزش قرار بگیرند تا نسبت به بیماری فشار خون و عوارض آن آگاهی کامل پیدا کنند. برای درمان، مراقبت و پی گیری بیماری، مشارکت فرد مبتلا به فشار خون بالا و خانواده وی اهمیت بسزایی دارد. درمان فشارخون بالا باید متناسب با هر بیمار در نظر گرفته شود و پرونده درمانی او دقیقاً کنترل گردد. به طور کلی درمان بیماران مبتلا به فشار خون بالا معمولاً به صورت ترکیبی از درمان غیر دارویی و درمان دارویی می باشد.

روز جهانی فشارخون بالا

هرسال روز 17 می (27 اردیبهشت) به عنوان روز جهانی فشارخون بالا تعیین شده است تا در این روز مردم نسبت به این بیماری و عوارض مهم و خطرناک آن شامل سکته مغزی و بیماری های قلبی و کلیوی حساس شوند و بدانند که بیماری فشارخون بالا و عوارض آن قابل پیشگیری است. در این روز اطلاعات عمومی در خصوص پیشگیری، تشخیص و درمان فشارخون بالا در اختیار عموم قرار می گیرد و افراد جامعه می توانند با اندازه گیری فشارخون از میزان آن مطلع شوند و در صورت ابتلاء به فشارخون بالا به موقع شناسایی و تحت درمان قرار گیرند. این روز با همکاری انجمن بین المللی فشارخون بالا (ISH)، روز جهانی کلیه (WKD)، اقدام جهانی بر روی نمک و سلامتی (WASH) و فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) تعیین شده است. تمام این سازمان ها برای افزایش آگاهی جهانی در خصوص فشارخون بالا به عنوان یک علت شایع و عارضه تمام بیماری های قلبی عروقی، کلیوی، چاقی و دیابت با یکدیگر همکاری می کنند.

پیام های مهم

- 1- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گیری کنید. در صورتی که مقدار آن از حد طبیعی بالاتر است به پزشک مراجعه کنید.
- 2- در هر ملاقات با کارکنان بهداشتی و یا پزشک از آن ها درخواست کنید، فشارخون شما را اندازه گیری کنند.
- 3- از مقدار فشارخون خود مطلع شوید.
- 4- در صورتی که شیوه زندگی نا مناسب دارید، با کاهش مصرف سدیم یا نمک در رژیم غذایی، ترک مصرف دخانیات، کاهش چاقی بخصوص چاقی شکمی، حفظ وزن مطلوب، افزایش فعالیت بدنی، کنترل قند خون و کنترل اختلالات چربی خون آن را اصلاح کنید.
- 5- با اصلاح شیوه زندگی نامناسب، فشارخون خود را کمتر از $140/90$ میلی متر جیوه و در حد طبیعی حفظ کنید.



اداره پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی
واحد بیماری های غیرواگیر-معاونت بهداشت-وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی

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:

آنالوگ های نوکلئوزیدی

انتروفون آلفا

لامیوودین

آدفوویر

انتکاویر (هنوز در شبکه دارویی ایران به راحتی در دسترس نیست)

(برای ملاحظه نحوه درمان با هر یک از این داروها و عوارض آن ها می بایست به کتب دارویی معتبر مراجعه شود.)

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. دختران به علت 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 گنجانده شود.

افزودن مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی و یا سویا به جذب بهتر آهن کمک می کند.

بهداشت فردی به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری های عفونی و انگلی رعایت شود.

زباله ها به طریق بهداشتی دفع شود.

آب آشامیدنی سالم و توالیت بهداشتی استفاده شود.

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

از جوش شیرین در تهیه نان استفاده نشود.

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

بهتر است دختران هر هفته یک عدد قرص آهن به مدت 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 فرد از نظر ابتلا به سل ریوی

دقت کنید فردی 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. فرد با احتمال ابتلا به سل ریوی را به شرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی فرد 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 فرد 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 علائم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد فرد 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 علائم 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 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.

فرد را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

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

• فرد دارای 2 یا 3 اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک اسمیر مثبت از خلط به همراه نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل در طبقه بندی "در معرض ابتلا به سل با عارضه" قرار می گیرد. فرد را مطابق با جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با فرد را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و فرد مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به فرد و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.

فرد 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 فرد 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 فرد را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. فرد 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

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

درد مفاصل: از آسپیرین استفاده کنید.

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

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)؛ استرپتومایسین (S)

اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

دارو	مقدار روزانه برای بزرگسالان mg/kg	فرآورده های ژنریک ایران
ایزونیازید (H)	5 (4-6) حداکثر 300 میلی گرم	قرص های 100-300 میلی گرم
ریفامپین (R)	10 (8-12) حداکثر 600 میلی گرم	کپسول های 150-300 میلی گرم شربت 200 میلی لیتر 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
استرپتومایسین (S)	15 (12-18)	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 استرپتومایسین 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 افراد مبتلا به سل ریوی بر حسب گروه درمانی

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

راهنمای ترک سیگار

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

از هر بیمار در هر بار ویزیت ، در مورد شواهدی از وضعیت مصرف دخانیات، سووال کنید.	Ask در مورد مصرف دخانیات سووال کنید
به روشی روشن و واضح ، قوی و مستدل و مناسب برای هر فرد ، او را برای ترک ترغیب کنید.	Advise برای ترک دخانیات راهنمایی کنید
برای سیگاری های فعلی: آیا در این لحظه مایل به ترک است؟ برای سیگاری های قبلی: چند وقت است که ترک کرده‌اید؟ و آیا مشکلی برای باقی ماندن در ترک دارید؟	Assess ارزیابی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • برای بیماری که مایل به ترک است درمان دارویی و مشاوره و رفتار درمانی برای کمک به ترک، فراهم نمایید. • برای بیمارانی که در لحظه مشاوره مایل به ترک نیستند مداخلات انگیزشی برای ایجاد افزایش انگیزه و تلاش در آینده، طراحی کنید. • برای کسانی که به تازگی ترک کرده اندو یا مشکلاتی در زمینه باقی ماندن در ترک دارند، پیشگیری از عود را فراهم نمایید. 	Assist کمک کنید
لازم است برای تمام کسانی که A`S را دریافت کرده اند یک برنامه پیگیری، برنامه ریزی کنید و آنان را تحت پیگیری قرار دهید.	Arrange برای پیگیری برنامه ریزی کنید

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن هستند.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

راه کار اجرایی	فعالیت
<p>مراحل آماده شدن فرد برای ترک دخانیات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تاریخ ترک را مشخص نماید (ارجح است که در طول دو هفته آینده باشد) • به خانواده، دوستان و همکاران خود در مورد ترک دخانیات اطلاع دهد و از آنان در خصوص درک موقعیت و نیازمندی خود به حمایت ، طلب کمک نماید. • مشکلات حین ترک از جمله علائم پس از ترک را پیش بینی کند. به خصوص در هفته های اول بعد از ترک که بسیار حیاتی است. • کلیه مواد دخانی را از اطرف خود دور سازد. قبل از اقدام به ترک، از کشیدن سیگار در محل هایی که مدت زمان زیادی را در آن جا می گذرانده (مثل محل کار، خانه، ماشین) اجتناب کند. 	<p>1- کمک به بیمار با استفاده از یک برنامه ترک دخانیات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در خصوص آن که این درمان ها می توانند شانس موفقیت در ترک را افزایش داده و از بروز علائم سندرم ترک بکاهند، توضیح دهید. (مگر در موارد منع مصرف و یا در گروه های خاص مثل زنان باردار، مصرف کنندگان سبک سیگار یعنی کمتر از 10 نخ در روز و مصرف کنندگان مواد دخانی بدون دود مانند انقیه و تنباکوی جویدنی) که شواهد اثر بخشی آن ها، ناکافی است. 	<p>2- مصرف دارو های تایید شده برای ترک دخانیات را توصیه کنید</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1- خودداری از مصرف: خودداری کامل امر مهمی است. بعد از تاریخ ترک، حتی یک پک نیز نباید زده شود. 2- تجربه ترک قبلی: شناسایی آن چه به او کمک کرده و آن چه در دوره ترک قبلی به او صدمه زده است. 3- عوامل تحریک کننده و یا مشکلاتی که با آن مواجه خواهد شد را پیش بینی کند. در خصوص این عوامل و راه هایی که بیمار می تواند بر آن ها غلبه کند بحث کنید (اجتناب از عوامل شعله ورکننده و تغییر روزمره گی). 4- مصرف الکل: به علت آن که مصرف الکل می تواند باعث عود مصرف دخانیات شود، در طول ترک باید از مصرف آن خودداری شود. (توجه در افراد وابسته به الکل، علائم ترک بعد از الکل نیز بروز می کند) 5- وجود بقیه سیگاری ها در منزل: ترک دخانیات زمانی که یک فرد سیگاری دیگر در منزل است مشکل تر است. بیماران باید هم اتاقی های خود را تشویق به ترک هم زمان با خودشان نمایند و یا گوشزد نمایند که هم اتاقی ها نباید در زمان حضور آنان، مبادرت به مصرف دخانیات نمایند. 	<p>3- فراهم نمودن مشاوره عملی (توانایی حل مسئله توسط خود بیمار)</p>
<p>- در زمانی که بیمار را در دوران تلاشش برای ترک تشویق می نمایید، یک محیط حمایت کننده در مرکز مشاوره خود، برای بیمار فراهم نمایید. (من و پرسنل این مرکز آماده کمک به شما هستیم) (من پیشنهاد درمانی را به شما می کنم که حمایت های بعدی را برایتان به دنبال دارد)</p>	<p>4- فراهم نمودن حمایت اجتماعی حین درمان</p>

فعالیت	راه کار اجرایی
5- حمایت های اضافی شامل دادن اطلاعات و یا خطوط مشاوره تلفنی را برایش فراهم کنید.	- سازمان های غیرانتفاعی، سازمان های مردم نهاد، و یا هر گونه ارگانی که در این رابطه می تواند به آنان کمک نماید.

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

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

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

آموزش مشاوره عملی (توانایی حل مسئله توسط خود بیمار) اجزای درمانی	مثال ها
1- تشخیص موقعیت های خطر ناک (بتواند موقعیت های خطرناک، مکان ها، حالت های درونی و یا فعالیت هایی که می تواند خطر مصرف دخانیات و یا امکان عود را افزایش دهد، را شناسایی کند	<ul style="list-style-type: none"> - خلق منفی و افسرده - بودن در اطراف افراد سیگاری - مصرف الکل - در معرض اصرار و فشار دیگران بودن - تعرف به مصرف دخانیات و در دسترس بودن سیگار
2- بهبود مهارت های انطباقی (بتواند مهارت های انطباقی خود را بهبود بخشد به طوری که مهارت هایی که به تطابق فرد با شرایط خطرناک کمک می کند، شناسایی و تقویت شود)	<ul style="list-style-type: none"> - یادگیری پیش بینی وسوسه و هوس مصرف و اجتناب از آن - یادگیری مهارت های شناختی که احتمال بروز خلق افسرده و منفی را کم می کند. - تغییر در شیوه زندگی به طوری که منجر به کاهش استرس، بهبود کیفیت زندگی، و ایجاد اوقات شاد شده و مواجهه با تعارضات سیگار را کم کند.. - یادگیری رفتار های انطباقی برای مقابله با ولع سیگار (مثل منحرف کردن ذهن، تغییر در برنامه های روزمره)
3- فراهم نمودن اطلاعات پایه (اطلاعات پایه در خصوص مصرف دخانیات و ترک های موفق را برای بیمار فراهم کنیم)	<ul style="list-style-type: none"> - اطلاعاتی از قبیل موارد زیر را، در اختیار بیمار قرار دهیم: - بعد از ترک دخانیات، هر گونه مصرف سیگار حتی یک پک نیز احتمال عود را افزایش می دهد. - علائم ترک سیگار در 1 تا 2 هفته اول بعد از ترک به اوج خود می رسد ولی می تواند تا چند ماه باقی بماند. - علائم ترک شامل خلق پایین و افسرده، میل به سیگار، و اختلال در تمرکز است.

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

مثال	اجزای اساسی درمان های حمایتی
<ul style="list-style-type: none"> - توجه بیمار را به این نکته جلب کنید که درمان های ترک دخانیات موجود و قابل دسترس است. - به این نکته توجه کنید که یک دوم تمام بیمارانی که سیگار کشیده اند، در حال حاضر ترک کرده اند. - بر اعتقاد خود به توانایی های بیمار برای ترک ، تاکید کنید. - توانایی بیمار را برای ترک مورد تشویق قرار دهید. 	<p>تشویق بیمار در طی دوره ترک دخانیات</p>
<ul style="list-style-type: none"> - از او در خصوص آن که چه احساسی در مورد ترک دخانیات دارد، سووال کنید. - به طور مستقیم توجه و تمایل خود را برای کمک به او در هر زمان که نیاز داشت، اعلام کنید. - در خصوص ترس ها، تجربیات تلخ و احساسات دوگانه اش در دوران ترک صحبت سووال نمایید 	<p>برقراری ارتباط موثر و توجه به بیمار</p>
<p>در مورد مطالب زیر از او سووال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دلایل بیمار برای ترک - دلواپسی و نگرانی های بیمار در مورد ترک - مشکلاتی که در حین ترک با آن مواجه شده - موفقیت هایی که در حین ترک به دست آورده 	<p>تشویق و ترغیب بیمار به صحبت کردن در مورد مراحل ترک دخانیات</p>

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

<p>به این نکته دقت کنید که درمان دارویی همراه با مشاوره بهتر اثر می کند تا درمان دارویی به تنهایی. برایش توضیح دهید که مشاوره و یا در واقع هدایت و مربی گری، مهارت های عملی را که میزان موفقیت در ترک را افزایش می دهد، فراهم میکند. از مداخله انگیزشی مربوط به کسانی که مایل به ترک نیستند، برای تشویق بیمار به قبول مشاوره استفاده کنید. اگر بیمار باز هم از دریافت مشاوره امتناع کرد، فقط دارو درمانی را ارائه دهید زیرا دارو به تنهایی می تواند موثر باشد. در طول پیگیری، به تلاش خود برای فراهم نمودن اجزای مشاوره مانند مهارت حل مسئله، مهارت های عملی و جلب حمایت، ادامه دهید.</p>	<p>1- بیمار من فقط دارو می خواهد و مایل به دریافت مشاوره نیست. چه کار باید بکنم؟</p>
<p>از بیمار بخواهید که افزایش احتمال موفقیت در ترک را با توجه به بکار گیری مجموع روش های مشاوره و دارو درمانی که براساس شواهد بالینی منجر به ترک موفق شده اند، در نظر بگیرد. هر گونه تلاش بیمار برای ترک را نادیده نگرفته و انکار نکنید. ولی به بیمار بگویید که این روش ها ممکن است موثر نباشد و بهتر است روش های مبتنی بر شواهد بالینی (دارو درمانی و مشاوره) را در آینده مد نظر داشته باشد</p>	<p>2- بیمار من می خواهد از درمان هایی که اثر بخشی آن شناخته شده نیست مانند طب سوزنی، هیپوتیزم، و یا لیزر استفاده کند. چه کار کنم؟</p>
<p>به بیمار توصیه کنید که میزان فعالیت بدنی خود را افزایش دهد. به طور مثال در ساعات استراحت به پیاده روی بپردازد به جای آن که مبادرت به مصرف سیگار کند. هم چنین می توان از داروهایی که در این زمینه وجود دارد کمک جست.</p>	<p>بیمار من دلواپس افزایش وزن خود است.</p>
<p>توضیح دهید که نیکوتین با مصرف دارویی، نسبتاً ایمن است و تاکید کنید که سیگار حاوی 4000 ماده شمیایی و حدود 40 ماده سرطان زا است که مسبب بروز عوارض مصرف دخانیات می شود. ضمناً تاثیر نیکوتین با مصرف دارویی بر کاهش بروز علائم سندرم ترک به اثبات رسیده است.</p>	<p>بیمار من نگران مصرف جانشین های نیکوتین است زیرا عقیده دارد که نیکوتین یکی از مواد خطرناک محصولات دخانی است.</p>
<p>توجه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ورود نیکوتین از آدامس و یا برچسب به بدن مانند سیگار نیست. و وابستگی به نیکوتین از طریق این دارو ها ناشیاع است. • وقتی که این دارو ها مصرف شود، احتمال ترک موفق بسیار بالا می رود. • مشاوران ترک دخانیات به طور روتین از این دارو ها برای کمک به ترک، استفاده می کنند. 	<p>بیمار من به علت ترس از اعتیاد آوری داروها، شک به اثر بخشی داروها، شک به این که این داروها حاوی نیکوتین است و می تواند کارساز باشد و از یک اعتیاد به اعتیاد دیگری تبدیل نشود، مایل به مصرف دارو نیست.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • هدف نهایی از درمان، عدم مصرف دخانیات و عدم مصرف داروهای جانشین نیکوتین است و استفاده از این دارو ها فقط به عنوان مرحله انتقالی به سمت آن هدف استفاده می شود. • یک داروی بدون نیکوتین برای بیمار در نظر بگیرید. 	
<p>برای بسیاری از مردم سیگار کشیدن راهی برای کاهش استرس است. اما تنها راه نیست. مشاوره به فرد کمک می کند که بتواند راه های جدیدی برای تطابق با شرایط بیابد. این مسئله زمان می برد. در ابتدا به نظر می رسد که این راه ها موثر نیستند ولی هر چه مدت زمان دوری بیمار از سیگار کشیدن بیشتر شود، مدیریت استرس، بدون مصرف سیگار آسان تر می شود. به اضافه آن که سلامت فرد نیز بهبود می یابد.</p>	<p>بیمار من می گوید که او بیش از حد دچار استرس است که بخواهد سیگار را ترک کند و کشیدن سیگار به کاهش استرس او کمک می کند.</p>
<p>جمالتی از این قبیل را در نظر بگیرید:</p> <p>«البته تعداد زیادی از افراد هستند که بدون هیچ عارضه ای سال ها است که سیگار می کشند ولی نیمی از افرادی که سیگار می کشند بر اثر عوارض آن می میرند. متوسط طول عمر افراد سیگاری 10 سال کم تر از افراد غیر سیگاری است. می دانم که ترک سخت است ولی آیا دلیلی دارد که بر روی سلامت خود شرط بندی کنید در حالی که می دانید که 50٪ شانس مردن بر اثر عوارض سیگار دارید؟»</p>	<p>بیمار من می گوید که سال ها است که بدون هیچ مشکلی سیگار می کشد و پدر بزرگش نیز روزی دو بسته سیگار می کشیده و 105 سال زندگی کرد.</p>

جدول شماره 9- پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:

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

جدول شماره 9- پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:

نام دارو	احتیاط های دارویی/منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
	<ul style="list-style-type: none"> • هر بار یک عدد • حداکثر 20 عدد در روز 	سوزش سر دل	<ul style="list-style-type: none"> • اگر اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، 4 میلی گرم • 1 تا 6 هفته اول هر 1 تا 2 ساعت • 7 تا 9 هفته بعد: هر 2 تا 4 ساعت • 10 تا 12 هفته بعد: هر 4 تا 8 ساعت 		
اسپری بیینی نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> • برای بیماران آسمی نیست • احتمال خارش و سوزش بیینی (با مصرف بهتر می شود) • احتمال بروز وابستگی 	سوزش بیینی	<ul style="list-style-type: none"> • یک دوز معادل یک پاف در بیینی • 1 تا 2 دوز هر ساعت • 8 تا 40 دوز هر روز • آن را استنشاق نکنید 	<p>3 تا 6 ماه</p> <p>در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (Tapering 0)</p>	اسپری نیکوتروپول Nicotrol NS (فقط با نسخه پزشک)
برچسب نیکوتین	در موارد ابتلا به به اگزمای شدید و پسوریازیس مصرف نشود	<ul style="list-style-type: none"> • واکنش پوستی موضعی • بی خوابی 	<ul style="list-style-type: none"> • یک برچسب در روز • اگر 10 سیگار در روز مصرف دارد = برچسب 21 میلی گرم به مدت 4 هفته، سپس 14 میلی گرم تا 2 تا 4 هفته، سپس 7 میلی گرم تا 4 هفته • اگر کمتر از 10 سیگار در روز مصرف دارد = برچسب 14 میلی گرم 4 هفته، سپس 7 میلی گرم 4 هفته 	8 تا 12 هفته	<ul style="list-style-type: none"> • نوع ژنریک • نیکودرم (بدون نسخه پزشک) • نیکوتروپول (بدون نسخه پزشک)
وارنیکلین Varenicline	در بیماران زیر با احتیاط مصرف شود: <ul style="list-style-type: none"> • نارسایی کلیه • بیماری روانی شدید • تحت دیالیز • احتیاط در مصرف: مواردی از خلق لفسرده، بی قراری، تغییرات رفتاری، افکار 	<ul style="list-style-type: none"> • تهوع • بی خوابی • خواب های روشن، و واضح و عجیب 	<ul style="list-style-type: none"> • روز های اول تا سوم: 0/5 میلی گرم هر صبح • روز های 4 تا 7: 0/5 میلی گرم دوبار در روز • از روز هشتم تا پایان درمان: 1 میلی گرم دوبار در روز 	یک هفته قبل از تاریخ ترک شروع شود. 3 تا 6 ماه درمان	فقط با نسخه پزشک Chantix

جدول شماره 9- پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:

نام دارو	احتیاط های دارویی/منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
	خودکشی و خودکشی گزارش شده است.				
درمان ترکیبی: برچسب + بوپروپیون برچسب + آدامس برچسب + آبنبات + فشانه نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> • در حال حاضر فقط ترکیب برچسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است. • به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود. 	عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.

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

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

استفاده قرار گیرد؟	افشانه نیکوتین یا ترکیب برچسب با بوپروپیون، میزان باقی ماندن در ترک را نسبت به مصرف دارونما، افزایش دهد
21- بیمار من قادر به خرید این دارو ها نیست و نمی تواند تحت پوشش بیمه هم قرار گیرد. چه کار می توانم بکنم؟	به بیمار بگویید که زمانی که می خواهد شروع به ترک کند، کل پولی را که برای ترک دخانیات صرف کرده است را کنار بگذارد. در نتیجه بعد از شروع مصرف داروها، قادر به تهیه آن ها خواهد بود.

برای پیگیری برنامه ریزی کنید- ARRANGE

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

جدول شماره 11- از برقراری ارتباط برای پیگیری مطمئن شوید:

فعالیت	راه کار اجرایی
برای پیگیری بیمار چه به صورت ملاقات حضوری و یا ارتباط تلفنی، برنامه ای ترتیب دهید.	<p>زمان پیگیری:</p> <ul style="list-style-type: none"> - پیگیری باید بلافاصله بعد از ترک انجام شود. (ترجیحاً در عرض یک هفته بعد از ترک) - پیگیری دوم در عرض یک ماه بعد از ترک برنامه ریزی شده و ادامه پیگیری براساس نیاز تنظیم شود. <p>فعالیت های مورد نظر در طول پیگیری:</p> <ul style="list-style-type: none"> - برای تمام بیماران مشکلاتی را که ممکن است با آن مواجه شوند و یا چالش هایی که در پیش رو خواهند داشت را شناسایی کنید. - مصرف داروها و مشکلات آن را مورد ارزیابی قرار دهید. - امکان تماس با خط تلفن مشاوره را به آنان یادآوری کنید. - در هر بار ویزیت بر وضعیت مصرف دخانیات تاکید کند (مصرف دخانیات را مانند یک بیماری مزمن درمان کنید) - برای بیماری که هنوز در ترک باقی مانده، تبریک بگویید.

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن نیستند:

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

به آنان کمک کنید:

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

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

<p>به بیمار، در خصوص آن که ترک دخانیات یک مسئله کاملاً شخصی است، تاکید نمایید. اطلاعات انگیزشی، زمانی بیشترین تاثیر خود را خواهد گذاشت که در ارتباط مستقیم با وضعیت فعلی بیماری فرد و عوامل خطر موثر بر آن، موقعیت خانوادگی و اجتماعی او (مانند وجود فرزندان در منزل، یا خواهر و برادر کوچکتر)، وجود نگرانی در خصوص سلامت شخصی، سن، جنس، و سایر خصوصیات مهم بیمار (مانند تجربه قبلی ترک و موانع فردی برای ترک) باشد.</p>	<p>1- ارتباط (Relevance)</p>
<p>پزشک باید از بیمار بخواهد تا خطرات ناشی از مصرف سیگار را برشمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می شود برجسته نماید. تیم مشاوره باید بر این نکته تاکید داشته باشد که مصرف سیگار های کم نیکوتین، سبک و یا بدون دود و یا پیپ و یا سیگار برگ از خطرات آن کم نمی کند.</p> <p>مثال هایی از عوارض مصرف دخانیات :</p> <p>عوارض حاد: کوتاه شدن نفس- شعله ور شدن حملات آسم- خطر برای بارداری- ناتوانی جنسی، عقیم شدن</p> <p>عوارض دراز مدت: سکتة های قلبی و مغزی- سرطان های ریه و دیگر اندام ها (حجره، دهان، حلق، مری، لوزالمعده، معده، کلیه، مثانه، دهانه رحم و لوسمی حاد میلوستیک AML)- بیماری های انسدادی ریه (برونشیت مزمن و آمفیژم)، پوکی استخوان، ناتوانی و نیاز به مراقبت های اضافی.</p> <p>خطرات برای محیط اطراف: افزایش خطر بروز سرطان ریه و بیماری قلبی در همسر، افزایش احتمال وزن کم موقع تولد در نوزاد، مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS)، آسم، عفونت گوش میانی و عفونت های تنفسی در فرزندان یا خواهر و برادر کوچکتر افراد سیگاری</p>	<p>2- خطر (Risk)</p>

<p>تیم مشاوره باید از بیمار بخواهد تا فواید ترک دخانیات را بر شمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می شود برجسته نماید. مثال هایی از منافع ترک دخانیات:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارتقای سلامت - بهتر شدن مزه غذاها - بهبود حس بویایی - از بین نرفتن پول و سرمایه - احساس رضایت از خود - بهتر شدن بوی خانه، ماشین، لباس و نفس بیمار - پایان یافتن نگرانی ها در خصوص ترس از ترک دخانیات - نمونه خوبی برای فرزندان بودن (چنانچه دارای فرزند باشد) و کاهش احتمال سیگاری شدن فرزندان در آینده - داشتن نوزاد و بچه های سالم تر - ناراحت نبودن برای این که دیگران در معرض دود هستند - احساس خوبی داشتن - انجام بهتر فعالیت های بدنی - بهتر شدن ظاهر شامل کم شدن چروک های پوستی، پیری پوست و وجود دندان های سفیدتر 	<p>3-پاداشها (Rewards)</p>
<p>پزشک باید در مورد موانعی که در ذهن بیمار است از او سووال نموده و درمان را (توانایی حل مسئله و دارو درمانی) برای او فراهم نماید. موانع شایع می تواند شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - علائم سندرم پس از ترک - ترس از شکست - افزایش وزن - نداشتن حمایت - افسردگی - لذت از مصرف دخانیات - وجود افراد سیگاری در اطراف بیمار 	<p>4- موانع (Roadblocks)</p>

- اطلاعات ناکافی از روش های مختلف موثر در درمان	
مداخلات انگیزشی باید در هر بار ویزیت بیمارانی که انگیزه کافی برای ترک ندارند، تکرار شود. باید برای کسانی که در دوره ترک قبلی خود، شکست خورده اند، بگوییم که اکثر افراد بعد از چندین بار تلاش برای ترک، بالاخره موفق به ترک کامل شده اند.	5- تکرار و بازگویی (Repetition):

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

جدول 13- راه کار های مصاحبه انگیزشی

<p>1- استفاده از سوالات باز برای کشف:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اهمیت مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی برای فرد (به نظر تو ترک سیگار چقدر اهمیت دارد؟) • نگرانی ها و فواید ترک از دیدگاه فرد (اگر ترک کنی چه اتفاقی می افتد؟) <p>2- کوش دادن فعالانه برای پیدا کردن نقاط مشترک:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تکرار کلمات و یا معانی (پس فکر می کنی که مصرف سیگار به تو کمک می کند که وزن خود را ثابت نگه داری؟) 	بیان همدلی
---	------------

<ul style="list-style-type: none"> • خلاصه کردن صحبت های گفته شده (آن چه که من شنیدم این است که سیگار کشیدن برای تو یک تفریح است ولی دوستت از سیگار کشیدن تو متنفر است و تو می ترسی که به بیماری جدی مبتلا شوی). <p>3- طبیعی دانستن احساسات و دل واپسی ها (خیلی از مردم نگران دوران بدون سیگار خود هستند)</p> <p>4- حمایت از اختیار و حق فرد برای انتخاب و یا رد کردن هر گونه تغییر در رفتار (من می فهمم که در حال حاضر آماده برای ترک دخانیات نیستی. من اینجا هستم تا هر زمان که کمک خواستی ، به تو کمک کنم).</p>	
<p>1- برجسته کردن تفاوت های بین رفتار فعلی فرد با اولویت ها ، ارزش ها و اهدافش (به نظر می آید که خودت را وقف خانواده ات کرده ای. به نظرت سیگار کشیدن تو، چه تاثیری بر فرزندان و اطرافیانت دارد؟)</p> <p>2- تغییر زبان مکالمه در صورت لزوم (پس تشخیص دادی که سیگار چطور بر روی تنفست تاثیر می گذارد و بازی کردن با بچه هایت را مشکل می کند.) یا (این خیلی مهم است که با وجودی که این همه کار داری و سرت شلوغ است، تصمیم گرفتی که ترک کنی)</p> <p>3- محکم کردن توافق برای تغییر رفتار (درمان های موثری که ناراحتی ناشی از ترک را آسان می کند وجود دارد و شامل مشاوره و دارو درمانی است) یا (ما مایل به ارائه کمک به شما هستیم تا از بروز یک سگته مغزی مثل آنچه که پدرتان تجربه کرد، جلوگیری کنیم)</p>	<p>بسط اختلافات و تفاوت ها</p>
<p>1- عقب نشینی کردن در صورت مقاومت بیمار (به نظر می رسد که به علت مصرف سیگار تحت فشار قرار داری؟)</p> <p>2- بیان همدلی (تو از این که چگونه علایم سندرم ترک را مدیریت کنی، نگران هستی.)</p> <p>3- اجازه گرفتن برای دادن اطلاعات به بیمار (دوست داری در مورد راه هایی که می تواند در زمان ترک به تو کمک کند، بشنوی؟)</p>	<p>کنار آمدن با مقاومت بیمار</p>
<p>1- کمک به بیمار برای شناسایی و بنیان گذاشتن بر موفقیت های قبلی (پس تو دفعه آخری که ترک کردی، موفق بودی)</p> <p>2- ارائه گزینه هایی برای برداشتن قدم های کوچک و موفق به سمت تغییر رفتار (تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مطالعه در خصوص فواید و شیوه های ترک، تغییر شیوه سیگار کشیدن به طور مثال سیگار نکشیدن در منزل، به اشتراک گذاشتن افکار و عقاید با دیگران در مورد ترک دخانیات)</p>	<p>حمایت از توانایی های فردی</p>

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

راهنمای درمان سم زدایی

ارزیابی	معیارهای درمان سم زدایی	نوع دارو	اقدام
<p>1- شرح حال بگیرد:</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>4- در خواست آزمایش عملکرد کبد، PPD-PRP-HIV- HCVAb- HBSAg</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 هروئین 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 کرده و سپس دارو را تا رفع عوارض، با سرعت کم تری کاهش و سپس قطع کنید.</p> <p>10- استفاده از سایر داروهای کمکی حین سم زدایی طبق راهنما</p>
	<p>- افراد سالخورده</p> <p>- مبتلایان به اختلالات قلبی عروقی</p> <p>- بیماران جوانی که موفق به ترک با</p>	بوپرنورفین*	<p>1- تجویز 6 میلی گرم در روز اول (محدوده قابل قبول 4 تا 8 میلی گرم) به صورت زیر زبانی</p> <p>2- تجویز 8 میلی گرم در روز دوم (محدوده قابل قبول 4 تا 12 میلی گرم) به صورت زیر زبانی</p> <p>3- تجویز 10 میلی گرم در روز سوم (محدوده قابل قبول 4 تا 16 میلی گرم) به صورت زیر زبانی</p>

<p>4- تجویز 6 میلی گرم در روز چهارم (محدوده قابل قبول 4 تا 12 میلی گرم) به صورت زیر زبانی</p> <p>5- تجویز 6 میلی گرم در روز پنجم (محدوده قابل قبول 0 تا 8 میلی گرم) به صورت زیر زبانی</p> <p>6- در روز ششم تجویز در محدوده قابل قبول 0 تا 4 میلی گرم به صورت زیر زبانی</p> <p>7- در روز هفتم تجویز در محدوده قابل قبول 0 تا 2 میلی گرم به صورت زیر زبانی</p> <p>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>کلونیدین نبوده اند.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>1- درمان را با 10 و حداکثر 30 میلی گرم در 24 ساعت اول (بسته به نوع و میزان ماده مصرفی) آغاز کنید.</p> <p>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>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>	<p>متادون*</p>	<ul style="list-style-type: none"> - زنان باردار - ختم درمان نگه دارنده با متادون 	

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

راهنمای پیشگیری از عود

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 نشنگی نخواهد شد. چنانچه بیمار به طور کامل سم زدایی نشده باشد و یا پس از سم زدایی مجدداً مصرف کرده باشد، استفاده از نالتروکسون موجب بروز علائم ترک شدیدی همچون بی قراری، تحریک پذیری، گرفتگی عضلانی و درد استخوان، آبریزش از چشم و بینی، خمیازه، سسکه، عطسه و مشکلات دستگاه گوارش به صورت اسهال و استفراغ خواهد شد.

باید برای بیمار مشوک توضیح داد که ممکن است مصرف کمی از ماده افیونی توام با مصرف نالتروکسون حالت خاصی ایجاد نکند، اما چنانچه مصرف مخدر بیش تر شود منجر به کوما و یا مرگ خواهد شد.

به بیمار توضیح دهید 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 کپسول 25 میلی گرمی در 250 سی سی آب حل می شود. بنابراین هر 5 سی سی یعنی یک قاشق غذاخوری حاوی نیم میلی گرم نالتروکسون 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 نکه 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 نکه 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 نکه دارنده روزانه بین 2 تا 8 میلی گرم میزان کاهش مناسب 2 میلی گرم هر یک تا دو هفته می باشد.
- برای دوز نکه 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 نکه دارنده

- حداکثر دوز 32 میلی گرم است تجویز دوز منزل نسبت به درمان نکه دارنده با متادون انعطاف بیش تری دارد و می توان حتی ماهی یک بار در فاز نکه 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، مفنمیک اسید و ایبروفن 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 مفنمیک 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 بیپریدین (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 الكل

درمان دلیریوم

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

بنزودیازپین ها: استفاده از لورازپام خوراکی با دوز پایین

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

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

افزایش آگاهی از فواید فعالیت بدنی

(این اطلاعات توسط پزشک در اختیار اطرافیان 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. جوانان با انجام فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت سی تا 60 دقیقه یا بیش تر در روز، سالم می مانند. این فعالیت ها باید شامل فعالیت های آئروبیک و فعالیت هایی که موجب استحکام و تقویت عضله و استخوان می شوند، باشد. نکته مهم: مقدار کلی فعالیت بدنی در به دست آوردن مزایای سلامتی مهم تر از شدت و مدت و تکرار فعالیت بدنی یا ترکیبی از فعالیت ها (آئروبیک- قدرتی- عضلانی و قدرتی- استخوانی) است. فعالیت بدنی با شدت زیاد 3 روز در هفته باید انجام شود. برای انجام فعالیت بدنی ایمن باید:

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

نکات کلیدی راهنمای فعالیت بدنی

- باید در روز نیم تا یک ساعت (60 دقیقه) یا بیش تر فعالیت بدنی داشته باشند.
 - آئروبیک: بیش تر این 60 دقیقه باید شامل فعالیت های بدنی متوسط تا شدید آئروبیک باشد و باید شامل ورزش های با شدت زیاد، حداقل به مدت 3 روز در هفته باشد.
 - فعالیت های بدنی قدرتی- عضلانی: یک بخش از 60 دقیقه فعالیت بدنی را این گروه از فعالیت های بدنی تشکیل می دهد و حد اقل 3 روز در هفته باید انجام شود.
 - فعالیت های بدنی قدرتی- استخوانی: این نوع از فعالیت نیز بخشی از 60 دقیقه فعالیت روزانه را تشکیل می دهد و حداقل باید 3 روز در هفته انجام شود.
 - این مهم است که جوانان ترغیب شوند تا در فعالیت های بدنی که مناسب سن آن ها است و از آن لذت می برند و تنوع دارند شرکت کنند.
- فعالیت های آئروبیک: فعالیت هایی هستند که عضلات بزرگ به طور ریتمیک حرکت داده می شوند. مثل دو، لی، بالا و پایین پریدن، طناب بازی، شنا، دوچرخه سواری.
- فعالیت های بدنی آئروبیک قابلیت های قلبی- ریوی را افزایش می دهند.
- فعالیت های قدرتی- عضلانی: موجب افزایش کار عضلات پیش از فعالیت آن ها (عضلات) در کارهای روزانه می شوند مثل وزنه برداری یا طناب کشی.
- فعالیت های قدرتی- استخوانی: این فعالیت ها موجب افزایش نیرو بر استخوان ها می شوند و باعث رشد و افزایش قدرت استخوان ها می گردند. این نیروها بیش تر از طریق فشار بر روی زمین ایجاد

می شود. دویدن، پریدن، بسکتبال و تنیس مثال هایی از این فعالیت ها است.

فعالیت فیزیکی

- فعالیت جسمی به حرکتی 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 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 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.

بیماری آمیزشی

اقدام	علائم	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود زخم یا ترشح موکوپرولانت یا شیوع بالای گنوکوک/کلامیدیا، وجود clue cell، وجود تریکومونای متحرک در نمونه مرطوب، تست مثبت PH، KOH، بالاتر از ۴/۵؛ درمان گنوکوک کلامیدیا واژینوز باکتریال و تریکوموناس طبق جدول دارویی - در صورت وجود ترشح پنیری، ادم و قرمزی، خراشیدگی ولو یا قارچ در اسمیر: درمان کاندیدا آلبیکنس 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 - در صورت عدم بهبودی و یا فقدان/افزایش قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، احتمال سقط یا حاملگی، گاردینگ یا ریپاند تدرنس، تب، تاکی کاردی، توده شکم: ارجاع به متخصص با توجه به نیاز بیمار به باز کردن رگ و احیاء 	<p>ترشح واژینال، سوزش و خارش ناحیه تناسلی،</p>	<p>شرح حال معاینه درخواست آزمایش نمونه مرطوب برای تریکومونا، رنگ آمیزی میکروسکوپی گرم</p>
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت ترشح: درمان گنوره و کلامیدیا تریکوموناس طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی - 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 - آموزش و مشاوره، 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 	<p>ترشح مجرا</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت زخم تاولی: درمان هرپس طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان سیفلیس و شانکروید طبق جدول دارویی - آموزش و مشاوره، 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 	<p>زخم ژنیتال</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه بیضه: ارجاع فوری - در صورت بیماریهای آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی - در صورت نبود چرخش، بالا رفتن و یا سابقه ضربه بیضه: بررسی فرد از نظر سن کمتر از ۳۵ 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 - 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 	<p>تورم اسکروتوم،</p>	

گروه بندی و اقدام

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

بیماری آمیزشی

اقدام	تشخیص	
<p>- در صورت عدم بهبودی، گاردینگ یا ریباند تندرینس، تب، تاکی کاردی، توده شکم: ارجاع فوری به متخصص و با توجه به نیاز بیمار به باز کردن رگ و احیاء</p>		
<p>- 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</p>	درد شکم	
<p>- در صورت بیماریهای آمیزشی: درمان بیماری طبق جدول دارویی - در صورت وجود زخم: درمان زخم طبق جدول دارویی - در صورت وجود خیارک اینگوینال یا قمورال: درمان لنفوگرانولوم ونروم و شانکروید 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</p>	تورم اینگوینال	<p>ارزیابی</p> <p>شرح حال معاینه درخواست آزمایش نمونه مرطوب برای تریکومونا، رنگ آمیزی میکروسکوپی گرم</p> <p>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 سندرم میک خیارک اینگوینال

- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ 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 سندرم میک تورم اسکروتوم

- درمان گنوره یا سفتریاکسون ۲۵۰-۱۲۵ میلی گرم عضلانی تک دُز همراه با درمان کلامیدیا (داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز) خواهد بود.
در موارد حساسیت به سفالوسپورینها و یا موارد عفونت با Ecoli
- اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۱۰ روز یا
- لوفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز

درمان سندرم میک 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 ۵۰۰mg - ۴۰۰ خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

درمان سندرم میک جایگزین در موارد عدم امکان درمان تک دُز گنوره

- تری متوپریم (۸۰ mg) _ سولفا متوکسازول (۴۰۰mg)، ۱۰ بار در روز، خوراکی، برای ۳ 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 ۵۰۰mg - ۴۰۰ خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

نکته:

بیماران تحت درمان با مترونیدازول، باید از مصرف الکل خودداریکنند.

تتراسایکلین در بارداری منع مصرف دارد.

عفونت های کلامیدیا تراکوماتیس(به جز LGV)

عفونت آنورژیتال بدون عارضه

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

رژیم های جایگزین

- اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز یا
- اوفلوکساسین ۳۰۰mg 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 مصرفدارند.

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 کویمود 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 بنزوئین، 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 اسپکولوم 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 میشود. 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 زگیلها مالیده شود؛ سپس روی نواحی درمان شده، پودر تالک یا بیکرینات سدیم پاشیده شود تا اسید فعال نشده، جداگردد. 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 ۱۰درصد تا ۲۵درصد(قبل از خارج کردن اسپکولوم، 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 بنزوئین 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.

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

جدول دارویی بیماریهای آمیزشی

سیفلیس

درمان در سیفلیس زوردس (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 G، 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 G، 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: بنزیدیل 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 ۲۰ روز

تب خال تناسلی (هرپس)

درمان در نخستین اپیزود 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 اپیزودیک

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 (عقوت منتشر)

- آسیکلوویر ۱۰-۱۰۰ mg/kg وریدی، هر ۸ ساعت برای ۵ تا ۷ روز یا تا زمان بهبود بالینی و ادامه درمان بصورت خوراکی تا تکمیل ۱۰ روز

گنوکوک

عقوت 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

- اسپکتینومايسين ۲ گرم عضلانی، تک دُز

عقوت 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.

عقوت 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 تجویز گردند) یا

- سفتری زوکسیم ۱ گرم وریدی هر ۸ ساعت تا ۷ روز

- برای مننژیت گنوکوکی و اندوکاردیت، همان دُزها به کار میرود؛ اما طول درمان باید در اندوکاردیت تا ۴ هفته افزایش یابد.

عقوت 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

شانکر وید

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

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

گرانولوم اینگوینال (دونووانوزیس)

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 ۷۵۰mg خوراکی دو بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل یا

- اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل یا

- کوتریموکسازول (۸۰_۴۰۰ mg)، ۲ قرص خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل

جدول دارویی بیماریهای آمیزشی

عقونت 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 ۲ 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 ۲درصد کلیندامایسین، ۵gr داخل واژن، هر شب وقت خواب، برای ۷ روز یا

ژل مترونیدازول ۰/۷۵درصد، 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 روزیا

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٪ دوپار در روز برای ۷ روزیا

مایکونازول ۲٪ دوپار در روز برای ۷ روز

کال

رژیم پیشنهادی برای بالغین، نوجوانان و کودکان بزرگتر:

- مالیدن محلول یا کرم لیدان 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 شب. 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 شب. بیماران می توانند قبل از هر بار مصرف و ۲۴ ساعت بعد از آخرین استعمال حمام نمایند.

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

شپش ناحیه تناسلی

رژیم های توصیه شده :

- مالیدن کرم یا لوسیون لیدان ۱ درصد، در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف آن و شستشو پس از ۸ ساعت و استفاده از شامپوی لیدان 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.

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 مشاهده 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 ترس های مرضی و اجتماعی

- اغلب ممکن است این ترس ها باعث احساس یاس، جداافتادگی، افسردگی و در بیمار گردد و تاثیر منفی روی اعتماد به نفس بخصوص در جوانان 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 آن ها به تدریج با محرک ترس آور رو به رو شوند مثلاً برای فردیکه از ارائه کنفرانس در کلاس می ترسد، 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 می میرم، نمی توانم بر ترسم غلبه کنم، من چقدر بدبختم، الان همه دارند من را مسخره می کنند، حتی مثل یک بچه چهار ساله نمی توانم حرف بزنم، همه متوجه رنگ و روی من شدند و) با کمک بیمار باید این خود گویی های منفی شناخته شده و تبدیل به گفتگوی مثبت بت خود شود (می توانم از پیشش برآیم، تا به حال اینطور شده بودم ولی مشکلی پیش نیامد، این لحظه می گذرد و تمام می شود و)
- ممکن است در مواردی نیاز به تجویز داروهای آرامبخش یا ضد افسردگی وجود داشته باشد تا برخی از نشانه ها را تخفیف دهد.
- از روش های تن آرامی و تنفس عمیق کمک ممکن است این ترس ها باعث احساس یاس، جداافتادگی، افسردگی و در بیمار گردد و تاثیر منفی روی اعتماد به نفس به خصوص در جوان بگذارد. باید از احساسات مختلف بیمار آگاه شد و او را درک کرد.
- بسیاری از این بیماران طی مواجهه بگیریید تا هراس و اضطراب بیمار هنگام مواجهه با محرک های ترس آور کاهش یابد.

توصیه های اختلالات اضطرابی

- علاوه بر توجه به توصیه های مربوط به ترس های مرضی و اجتماعی، موارد زیر نیز آموزش داده شود:
- ممکن است ترس و اضطراب این بیماران از دید اطرافیان و والدین غیر منطقی و بی اهمیت باشد ولی باید توجه داشت که این ترس و اضطراب برای خود بیمار بسیار واقعی و ملموس است و نیاز به درک و همراهی اطرافیان دارد.
- خانواده باید اجازه دهد بیمار به طور باز و آشکار راجع به احساسات و افکارش صحبت کند و با آرامش به صحبت های او گوش دهد.
- شیوه صحیح زندگی و تنظیم یک برنامه روزانه سالم مثل تغذیه مناسب، استراحت کافی، ورزش، اجتناب از مصرف سیگار و الکل می تواند تاثیر خوبی در بهبودی داشته باشد.

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

توصیه های اختلالات افسردگی

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

توصیه های بیماری وسواس- اجبار

- وسواس یک بیماری مزمن است و ممکن است درمان برای طولانی مدت ادامه پیدا کند. 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.
- 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.
- 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

ببرهیزند.

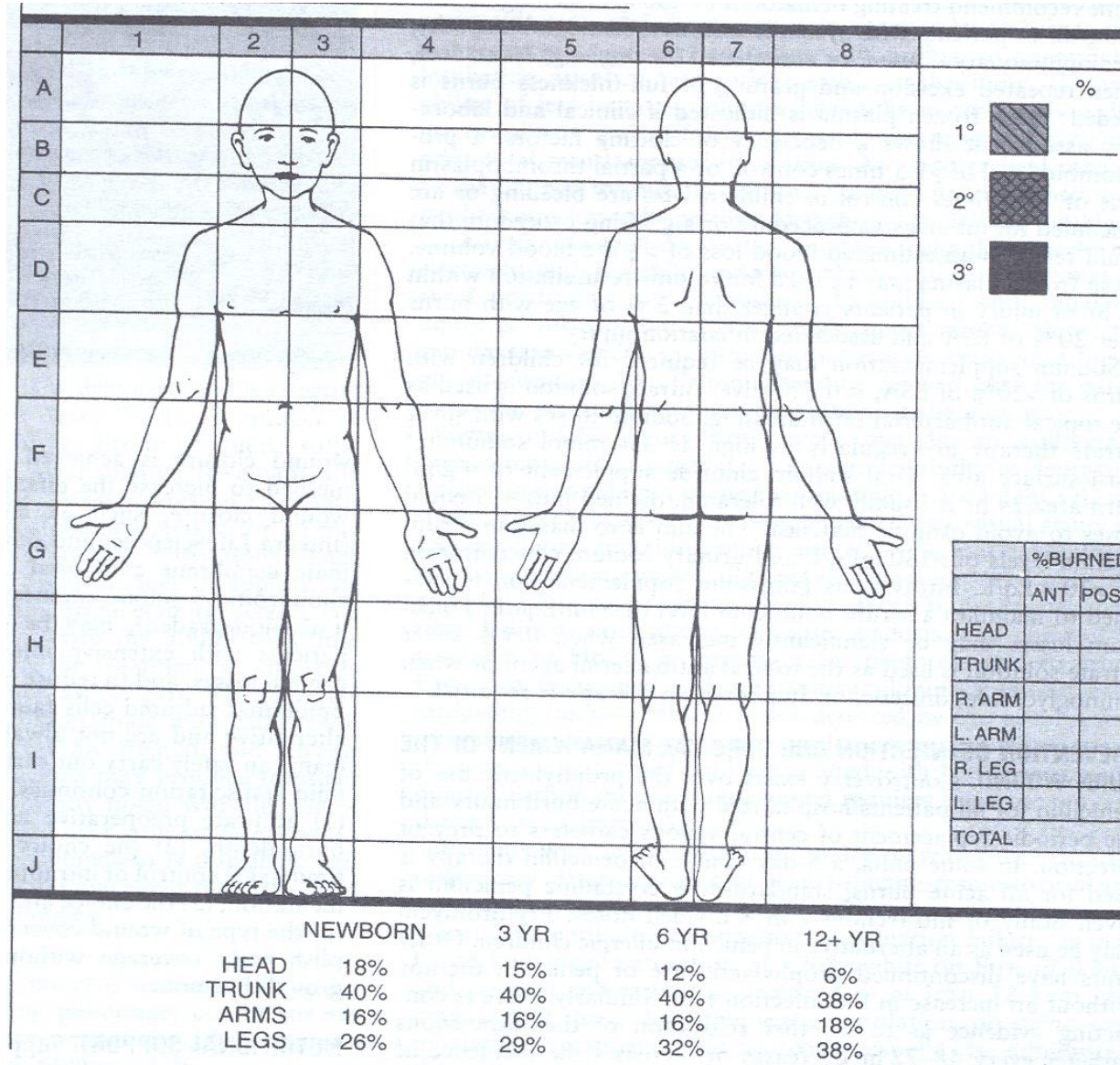
- خانواده باید روی مصرف مرتب و منظم داروها نظارت داشته باشد. گاه لازم است چندین دارو با هم مصرف شود.
- باید خانواده و اطرافیان بیمار کمک کنند تا وی برنامه روزانه اش را تعیین و تنظیم کند (مانند استحمام، رسیدگی به نظافت شخصی، برنامه غذایی و ورزشی مناسب و) و مسئولیت هایی متناسب با توان بیمار به او بسپارند 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
درگیری اپیدرم به صورت التهاب، قرمزی، درد (شبیه آفتاب سوختگی) آسیب پوستی حداقل است و تاول وجود ندارد، درد در عرض 48 تا 72 ساعت از بین می رود، اسکار برجانه نمی ماند.	سوختگی درجه یک	ناحیه سوخته را با آب تمیز قابل آشامیدن و صابون شستشو دهید. قراردادن در آب به کاهش درد کمک میکند. 15 دقیقه در آب سرد و سپس 15 دقیقه در آب گرم. از کرم های مرطوب کننده مانند آلوورا استفاده کنید. مسکن خوراکی تجویز کنید. نیازی به پروفیلاکسی با پنی سیلین و تزریق کزاز نیست. تنها ایمن سازی ناقص کودکان باید تکمیل شود.
آسیب به اپیدرم و بخشی از درم به صورت وزیکول و تاول، این سوختگی درجه دوم سطحی است و در عرض 7 تا 14 روز بهبود می یابد.	سوختگی درجه دوم	در صورت سوختگی کم تراز 10 تا 20 درصد در جوانان: کنترل علائم حیاتی و بررسی دفع ادرار و ارزیابی مجدد نیم ساعت بعد در صورت پایداری علائم حیاتی: پانسمان روزانه با پماد الفایا الوورا و تعویض روزانه آن. بهتر است قبل از پانسمان بعدی، ناحیه سوخته را با سرم فیزیولوژی یا آب جوشیده ولرم و صابون شستشو دهید. پس از پانسمان، در اولین فرصت ممکن ناحیه آسیب دیده را آتل گیری نموده و بالاتر از سطح بدن قرار دهید. بیمار باید دو بار در هفته از نظر عفونت بررسی شود. طول مدت درمان حداقل دو هفته است. سوختگی روی صورت باید باز باشد.

<p>در صورت پارگی تاول ها، دبریدمان لازم است. تاول ها اگر تغییر رنگ نداده و کدر نشده اند پاره نشوند چون مانند پانسمان عمل می کنند.</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>سوختگی های دور تا دور اندامها ، مفاصل بزرگ، سوختگی گردن و صورت و اندامهای تناسلی و دست و پا و سوختگی درجه سوم بیش از 5 درصد (سایر درجات بالا ذکر شده)، سوختگی ناشی از برق گرفتگی و شیمیایی ، سوختگی به همراه تروما، سوختگی استنشاقی باید اعزام شوند</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. این برای سوختگی درجه دو بیش از 10 درصد هم هست</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(درجه دو عمقی) 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) 42-40 درجه غوطه‌ور کنید.</p> <p>برای کاهش درد از مسکن مناسب (بروفن، مرفین) با دز کافی استفاده کنید.</p> <p>پروبیلاکسی 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 سرماییه به اندام‌ها در اثر تماس طولانی-مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول بیشتر در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی</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 عرق‌سوز: از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. در مراحل حاد از محلول‌های ضد باکتری (کلرهگزیدین) یا آنتی‌هیستامین خوراکی استفاده کنید.</p> <p>در صورت کرامپ عضلانی: از محلول‌های نمکی برای جایگزین آب و املاح از دست رفته استفاده کنید.</p>	<p>گرم‌زدگی</p>	<p>طیف علائم گرم‌زدگی از آسیب‌های خفیف مانند ادم اندام تحتانی، عرق‌سوز و کرامپ‌های عضلانی تا تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک‌پذیری، کنفوزیون، پرخاشگری، تشنج و کما بروز می-کند.</p>

<p>در صورت بروز علائم سیستمیک: استراحت، اصلاح آب و الکترولیت‌ها و روش‌های خنک‌سازی (اسپری کردن آب بر سطح بدن، غوطه‌ور سازی در آب تا 39 درجه، کیسه‌های یخ در نواحی کشاله ران و آگزیلا) توصیه می‌شود.</p>		<p>کند.</p>
<p>در اولین فرصت ممکن، عملیات احیا را آغاز کنید. در این موارد نیازی به استفاده از مانور Heimlich نیست. دادن اکسیژن در همه موارد ضروری است. همه مصدومان حتی موارد بی‌علامت را به بیمارستان ارجاع کنید. در حین انتقال، بیمار را گرم نگه‌دارید و برای او راه وریدی مناسب تعبیه کنید.</p>	<p>غرق‌شدگی</p>	
<p>جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید. اگر عامل برق‌گرفتگی، سقوط کابل فشار قوی بر روی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید. توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان‌های فشار قوی عایق نیستند. در موارد صاعقه‌زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید.</p>	<p>برق‌گرفتگی و صاعقه زدگی</p>	<p>از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی‌های عمیق</p>
<p><u>پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده و اقدام به صورت زیر:</u> الف) در صورت ناشناخته بودن ماده مصرفی و یا سوزاننده بودن آن و یا نفتی بودن آن: از ایجاد استفراغ خودداری کنید. ب) اگر مصدوم ماده سوزاننده خورده است در حد تحمل و تا جایی که استفراغ نمی‌کند، به او کمی شیر یا آب بخورانید. ج) اگر مصدوم غذای آلوده، قارچ سمی و مواد غیرسوزاننده و غیر نفتی خورده است: با استفاده از شربت اپیکا یا تحریک ته حلق ایجاد استفراغ کنید. د) ارجاع فوری دهید.</p>	<p>مسمومیت</p>	<p>استفراغ یا عق 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 زهردار

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 نگه دارید.</p> <p>عضو را هم سطح قلب بی حرکت 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>پروپیلکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید.</p> <p>مصدوم را به نزدیک‌ترین بیمارستان اعزام کنید.</p>	<p>مارگزیدگی</p>	<p>علائم لوکال:</p> <p>مشاهده اثر یا نشانه‌های حاصل از دندان، نیش و درد و سوزش محل گزش، تخریب موضعی نسج، قرمزی پوست و بروز تاول، گانگرن، خون‌مردگی، لخته خون عروق سطحی، ادم پیشرونده.</p> <p>علائم سیستمیک:</p> <p>بی‌حسی اطراف لب‌ها و دهان، فاسیکولاسیون عضلانی، ضعف و فلج عضلانی، تاکیکاردی، تهوع و استفراغ، هیپوتانسیون و افت سطح هوشیاری، خونریزی‌های خودبه‌خودی، 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 مصدوم 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>پروفیلاکسی کزاز طبق دستورالعمل کشوری ایمن سازی انجام دهید.</p> <p>مصدوم 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 بی‌نظمی 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 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؛ جهت عوارض قلبی-عروقی و یا تنفسی از اپی نفرین عضلانی یا وریدی استفاده کنید.</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>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 درمان های 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.

می توان برای تسکین درد از مسکن های 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.

کمک های اولیه زنبورگزیدگی

توصیه می شود، 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 آنتی هیستامین 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.

ضمائم

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 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 منقطع 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.

احیا قلبی ریوی

A- کلیات

۱. **زنجیره بقا (chain of survival)** به مجموعه اقداماتی از احیا گفته می شود که در همه شرایط و در ایستهای قلبی تنفسی با هر علتی رعایت آن باعث افزایش بقای قربانی می شود. این زنجیره ۵ جزء دارد که ۳ مورد اول آن همان اجزای تشکیل دهنده **Basic Life Support** هستند. با رعایت درست موارد این زنجیره، بقای بیماران قربانی VF در خارج از بیمارستان تا ۵۰٪ افزایش پیدا می کند (میزان بقا در این بیماران بین ۵ و ۵۰ درصد است).

- (a) شناسایی سریع ایست قلبی و فعال سازی سریع سیستم خدمات اورژانس (*immediate recognition and activation of response team*).
- (b) شروع بلافاصله CPR بعد از مرحله اول با تأکید بر اهمیت بیشتر ماساژ قفسه سینه (chest compression).
- (c) دفیبریلاسیون سریع اگر اندیکاسیون داشته باشد.
- (d) ارائه (Advanced Life Support) ALS مؤثر.
- (e) ادامه بدون وقفه مراقبتها با مراقبت بعد از احیا (*integrated post resuscitation care*).

شناسایی سریع SCA (Sudden Cardiac Arrest) بر پایه عدم وجود واکنش دهی بیمار و عدم وجود الگوی تنفس نرمال . افراد غیرحرفه ای ممکنست تنفسهای آگونال و یا gasping را به عنوان تنفس داشتن بیمار قلمداد کنند و این افتراق باید توسط اپراتور تلفن EMS انجام شود . اپراتور EMS باید برای هر بیمار غیرهوشیاری که تنفس طبیعی نداشته باشد دستور شروع CPR را برای شاهد حاضر در صحنه صادر کند و باید بداند که حتی یک تشنج کوتاه جنرالیزه هم ممکنست شاهدهی از یک ایست قلبی باشد .

رویکرد Look, Listen , and Feel برای ارزیابی تنفس از BLS حذف شده است .

تأکید بر مؤثر بودن ماساژ قفسه سینه به تنهایی (*hands only or compression only CPR*) برای امدادگر غیرحرفه ای . اپراتور تلفن EMS در تشریح نحوه انجام CPR برای یک امدادگر آموزش ندیده باید ماساژ قفسه سینه به تنهایی را برای یک فرد بالغ توصیه کند ، مگر اینکه بیمار کودک باشد یا بالغی اشد که احتمال وجود آسفیکسی به عنوان علت ایجاد SCA در وی بالاست . برداشته شدن تأکید بر لزوم چک نبض برای امدادگران حرفه ای .

لزوم انجام ماساژ قفسه سینه قبل از تنفس نجاتبخش (CAB به جای ABC هم در کودکان و هم در بالغین) .

تأکید بر روشهای بالابردن کیفیت CPR مثل کنترل سرعت و عمق ماساژ قفسه سینه ، بالا آمدن کامل قفسه سینه بین دو ماساژ ، حداقل وقفه بین ماساژها ، و اجتناب از هیپرونتیلیاسیون .

۲. شروع CPR با شروع ماساژ قفسه سینه همراه است . ماساژها باید با سرعت حداقل ۱۰۰ بار در دقیقه در بالغین و کودکان شروع شوند و نیز باید محکم و سریع اعمال شوند (push hard and push fast) و بین هر دو ماساژ باید به قفسه سینه اجازه داد تا به حالت عادی خود برگردد (complete recoil) . در خلال ماساژها نیز باید حداقل وقفه ایجاد شود ، خصوصاً در زمان بلافاصله قبل و بعد از شوک (یک تحقیق در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۵۷٪ - ۲۴ کل زمان ایست قلبی به وقفه در CPR سپری می شود) . {واژه ماساژ قلبی به معنی فشردن مستقیم قلب با دست حین انجام توراکتومی است و چیزی که ما از آن به عنوان ماساژ قفسه سینه نام می بریم در حقیقت chest compression است ولی معادل فارسی تلیثی برای آن وجود ندارد } . نسبت ماساژ به تهویه در بالغین و در کودکان حین امداد تکنفره در تمام شرایط قبل از کارگذاری راه هوایی پیشرفته ۲:۳۰ و برای کودکان حین امداد بیش از یک نفر ۲:۱۵ است .

۱. در مرحله شناسایی بیمار و درخواست کمک برای بیمار مبتلا به ایست قلبی ، امدادگر باید بعد از اطمینان از امن بودن صحنه حادثه ، به قربانی نزدیک شود و با دست به شانه وی ضربه زده ، با صدای بلند او را صدا کند . امدادگر حرفه ای باید در همین مرحله نرمال بودن تنفس بیمار را ارزیابی کند . امدادگران غیرحرفه ای نباید به دنبال نبض بیمار بگردند و حرفه ای ها نیز نباید بیش از ۱۰ ثانیه را برای این کار اختصاص دهند ؛ بنابراین در احیای بالغین برای غیرحرفه ای ها مشاهده بیمار ناهشیار بدون پاسخ باید منجر به تلفن شود و برای حرفه ای ها مشاهده بیمار ناهشیاری که تنفس نرمال ندارد به منزله ایست قلبی تلقی شده ، بعد از تلفن (یا فرستادن شخصی به این منظور) باید CPR را شروع نمود .

(a) بعد از انجام ۳۰ ماساژ ، امدادگران حرفه ای باید ۲ تنفس نجاتبخش (rescue breaths) انجام دهند . هر دم باید ظرف ۱ ثانیه (و نه کمتر) وارد گشته ، باعث بالا آمدن قفسه سینه شود ، و نسبت ۲:۳۰ نیز حفظ گردد . امدادگران غیرحرفه ای باید تا زمان رسیدن اورژانس یا AED به ماساژ تنها ادامه دهند .

(b) اگر امدادگر تنها باشد ، باید بعد از تلفن در صورتی که به AED دسترسی دارد ابتدا از آن استفاده کند و بعد CPR را بلافاصله بعد از شوک شروع کند . اگر دو امدادگر داریم ، یکی CPR را شروع می کند و دیگری به دنبال تلفن کردن و AED می رود . استفاده از AED باید هرچه سریعتر صورت گیرد و نیز CPR باید بلافاصله بعد از اتمام شوک ادامه پیدا کند .

(c) اگر یک امدادگر حرفه ای شاهد کلاپس یک بیمار به دلیل غرق شدگی یا مثلاً ورود جسم خارجی به مجرای هوایی(یعنی علت

آسفیکسیال برای ایست قلبی) باشد ، قبل از تلفن به اورژانس باید ۵ سیکل (حدود ۲ دقیقه) CPR انجام دهد . ا

۳. برای شروع CPR در بیماری که روی یک تخت بیمارستانی خوابیده است ، قرار دادن تخته (backboard) پشت بیمار به صورت سنتی توصیه شده است، هرچند شواهد بالینی برای رد یا تأیید این کار در دسترس نیست. در صورت استفاده از تخته باید مراقب بود تا در CPR وقفه ایجاد نشود ، همچنین اگر تشک تخت بادی باشد خالی کردن باد آن نیز کمک کننده است .

۴. محل فشردن قفسه سینه وسط استرنوم است و باید با هر فشار قفسه سینه یک فرد بالغ ۵ سانتی متر پایین رود . تحقیقات نشان داده است که اگر هنگام بالا آمدن قفسه سینه ، کف دست اندکی از آن جدا شود نتیجه همودینامیک بهتر خواهد بود چون بازگشت کاملتری به حالت اولیه قفسه سینه به وجود می آید .

(a) چرخه کار (*duty cycle*) به بخشی از زمان شروع یک ماساژ تا شروع ماساژ بعدی گفته می شود که به فشرده شدن قفسه سینه سپری می گردد . این درصد اگر بین ۲۰ تا ۵۰ باشد پرفیوژن کرونری و مغزی مناسبی ایجاد خواهد شد ، اما چرخه کار معمولاً در حد ۵۰٪ توصیه می شود چون رسیدن به آن عملی تر می باشد ؛ بنابراین باید **حداکثر** نصف زمان یک ماساژ تا ماساژ بعدی به فشرده شدن قفسه سینه بگذرد چون پرفیوژن کرونر و پر شدن قلب از خون در نیم دیگر این سیکل رخ خواهد داد .

(b) هر ۲ دقیقه باید جای ماساژ دهنده ها تعویض شود . مطالعات نشان می دهند که بعد از ۱ دقیقه اثرات خستگی در نحوه ماساژ دادن فرد دیده می شود هرچند ممکنست فرد تا ۵ دقیقه هم خودش خستگی را احساس نکند . بهتر است هر بار که وقفه ای اجتناب ناپذیر در ماساژ پیش می آید (مثل شوک) دو نفر جایشان را با هم عوض کنند . زمان تعویض جا باید تا حدی که ممکنست

به کمتر از ۵ ثانیه برسد . این مساله انقدر اهمیت دارد که اگر دو نفر ماساژ دهنده در دو طرف بیمار قرار گرفته اند نفر دوم باید انقدر آماده باشد تا بلافاصله بعد از برداشتن دست نفر قبلی ماساژ قفسه سینه را شروع نماید .

۵. اگر امدادگر آموزش دیده در صحنه حضور دارد و اطمینان دارد که می تواند ماساژ و تهویه را انجام دهد ، استفاده از مانور *head tilt chin lift* توصیه می شود ، اما برای یک **غیرحرفه ای** که می خواهد ماساژ به تنهایی انجام دهد استفاده از مانور برای برقراری راه هوایی (مثل هیپراکستانسیون گردن) جهت استفاده از مزیت تهویه غیرفعال *حین بالا و پایین رفتن قفسه سینه (passive ventilation)* هنوز پشتیبان علمی محکم پیدا نکرده است .

(a) پرسنل آموزش دیده اورژانسی در صورتی که نیاز باشد و شواهد آسیب نخاعی وجود نداشته باشد باید از مانور *head tilt chin lift* استفاده کنند . وجود ترومای کرانیوفاشیال و نیز GCS کمتر از ۸ احتمال وجود ترومای گردنی را افزایش می دهد ، و در صورت شک به ترومای گردنی باید از مانور *jaw thrust* استفاده گردد (که البته در صورت عدم اثر بخشی این مانور و بسته بودن راه هوایی بیمار باز هم باید مانور *head tilt chin lift* را به کار بست) .

(b) در صورت شک به ترومای گردن ، پرسنل آموزش دیده **ابتدا** باید گردن را با دست نگهدارند (دو دست در کنار گردن) چون استفاده اولیه از وسایل فیکس کننده ممکنست راه هوایی را مختل نماید ، البته در نهایت ممکنست برای انتقال بیمار از این وسایل استفاده شود .

۶. در بالغینی که تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته اند حجم جاری (Tidal Volume) حدود ۸-۶ میلی لیتر در کیلوگرم کفایت می کند ، اما برای افراد بالغی که تحت CPR قرار دارند برون ده قلب حدود یک چهارم تا یک سوم نرمال است و حجم جاری کمتر (۷-۶ میلی لیتر در کیلوگرم یعنی ۶۰۰-۵۰۰ میلی لیتر) و نیز ریت تنفسی پایینتر (یعنی در کل **minute ventilation کمتر**) می تواند برای اکسیژناسیون

بافتی در این شرایط کافی باشد. این در واقع همان حجم جاری است که قادر به ایجاد بالا آمدن قفسه سینه (visible chest rise) خواهد شد.

(a) گاهی اوقات بیماران به دلیل کمپلیانس ضعیف ریه یا وجود جسم خارجی برای بالا آمدن قفسه سینه به فشار بیشتری نیاز دارند، در این حالت دریچه اطمینان آمبوگ متصل به ماسک (pressure relief valve) نخواهد گذاشت تا حجم کافی با فشار مناسب برای بالا آمدن قفسه سینه به ریه های بیمار برسد و باید دریچه را از مدار خارج کرد تا ونتیلاسیون مؤثر صورت گیرد.

(b) یکبار دیگر تأکید می شود که در دقایق اول VF ماساژ قفسه سینه از ونتیلاسیون با اهمیت تر است چون ذخایر اکسیژن خون برای چند دقیقه اول کفایت می کند ولی با طولانی شدن زمان ایست قلبی این دو مقوله اهمیت مساوی پیدا می کنند. این در واقع پایه رویکرد CAB به جای ABC در AHA 2010 است (C در اینجا آکرونیم Chest compression است نه Circulation).

(c) **تنفس دهان به دهان** (با یا بدون وسیله حائل) در صورتی که نیاز شود باید با بازدم معمولی (نه عمیق) امدادگر انجام گیرد و هر نفس ظرف ۱ ثانیه داده شود. اگر نفس اول باعث بالا آمدن قابل مشاهده قفسه سینه نشد، نفس دوم باید بعد از حالت دهی مجدد سر بیمار جهت بازکردن راه هوایی داده شود. خطر انتقال بیماری از این طریق بسیار پایین است و نباید وقت را به خاطر رسیدن یک وسیله حائل (*barrier device*) از دست داد، و نیز اگر وسیله حائل در دسترس باشد نباید به خاطر آماده کردن آن ماساژ قفسه سینه به تعویق بیفتد (استفاده از ابزار حائل ریسک پایین انتقال عفونت از طریق تنفس مستقیم دهان به دهان را پایینتر نمی آورد). برای قربانیانی که آسیب شدید اطراف دهان دارند، نمی توان دهان را روی دهان آنها کیپ کرد، و یا در داخل آب باید به آنها نفس داده شود تنفس دهان به بینی مؤثر و ایمن می باشد. آنهایی که تراکتوستومی دارند هم باید از راه دهان به استوما (*mouth to stoma*) و یا از طریق یک ماسک کودکان که روی استوما قرار داده می شود نفس بگیرند.

(d) برای فرد بالنی که جریان خون خودبخودی (spontaneous circulation) دارد و نیازمند حمایت تنفسی است، تعداد نفس ۱۰-۱۲ در دقیقه مورد نیاز می باشد. این نفسها نیز صرفنظر از وجود یا عدم وجود راه هوایی پیشرفته (لوله تراشه، LMA، یا کامبیتوب) باید ظرف یک ثانیه (و نه کمتر) داده شود.

- (c) شروع ماساژ قفسه سینه باید در همان محلی باشد که بیمار پیدا شده است (البته اگر محیط خطرناک نباشد) ، و امدادگران در صحنه حادثه نباید برای چک نبض بیمار ماساژ را قطع کنند ؛ یعنی **ماساژ باید تا زمان رسیدن AED ، پرسنل اورژانس ، و یا بیدار شدن بیمار ادامه پیدا کند** . در بیمارستان نیز باید ایجاد وقفه برای چک نبض به حداقل میزان ممکن کاهش یابد . هر وقفه نیز نباید بیش از ۱۰ ثانیه طول بکشد .
- (d) در بالغین با علت ایست قلبی اولیه (نه ناشی از آسفیکسی) انجام CPR به صورت ماساژ به تنهایی با CPR سنتی (همراه با تنفس) در میزان بقای بیمار تفاوتی ایجاد نمی کند ، اما در **کودکان** (به جز نوجوانان با کلاپس ناگهانی و بدون مقدمه در مقابل چشمان یک شاهد) ، **بالغین با مکانیسم آسفیکسیال** (مثل سوء مصرف مواد ، غرق شدگی ، و یا گیرکردن جسم خارجی در راه هوایی) و نیز در **ایست قلبی طول کشیده** ، CPR سنتی نتایج بهتری به همراه دارد و انجام آن در این گروهها برای امدادگران حرفه ای توصیه می شود .
- (e) با کارگذاری یک راه هوایی پیشرفته ، ماساژ و ونتیلاسیون بدون ایجاد وقفه در ماساژ حین ونتیلاسیون باید با سرعت ۱۰۰ ماساژ و ۱۰-۸ نفس ادامه یابد .

(f) مطالعات نشان داده است که برای موارد VF همراه با وجود شاهد در صحنه (*witnessed VF*) استفاده از ونتیلیسیون غیرفعال (قرار دادن یک ماسک غیربازتنفسی یا *non re breathing mask* به همراه جریان اکسیژن و یک *airway* در دهان بیمار حین ماساژ بدون وقفه قفسه سینه) نسبت به ونتیلیسیون فعال به همراه ماساژ نتایج بهتری به دست می دهد ، اما برای امدادگران خارج از بیمارستان هنوز شواهد کافی برای استفاده از این روش توصیه نمی شود .

۷. **دفیبریلاسیون** اگر در ۵-۳ دقیقه اول ایجاد VF انجام شود بهترین نتیجه را خواهد داشت . با توجه به نتیجه مطالعات حیوانی ، برای مواردی که بیش از این میزان از وقوع VF گذشته باشد گفته شده است که یک دوره ۱/۵ تا ۳ دقیقه ای ماساژ قفسه سینه قبل از دفیبریلاسیون نتیجه را بهتر می کند ، اما براساس مطالعات اخیر شواهد کافی برای تأیید یا رد این گفته وجود ندارد ؛ چیزی که می توان توصیه کرد این است که اگر امدادگر شاهد کلاپس بیمار باشد فوراً دفیبریلاسیون انجام دهد و اگر دو امدادگر در صحنه حضور داشته باشند یکی شروع به ماساژ می کند در حالی که دیگری ابزار دفیبریلاسیون را آماده می کند .

۸. برای بالغینی که جریان خون و تنفس مؤثر دارند ولی هنوز ناهشیار هستند قرار دادن بیمار در وضعیت **recovery** باعث می شود تا احتمال بازماندن راه هوایی بیشتر شده ، خطر آسپیراسیون کمتر شود . این وضعیت در همه بیماران یکسان نیست ولی به طور کلی به صورت خوابیده به پهلو و قرار دادن بازو در جلوی بدن می باشد . برای بیمارانی که احتمال ترومای نخاعی دارند نیز اکستانسیون بازو به بالای سر و قرار دادن سر در داخل آن به همراه خم کردن هر دو زانو ظاهراً وضعیت بهتری ایجاد می کند . وضعیت **recovery** باید بیمار را به صورت پایدار نگهدارد .

