

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

متن آموزشی پزشک در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

تهیه کنندگان: دکتر طاهره سموات ، دکتر مهدی نجمی ، دکتر علی گل محمدی ، علیہ حجت زاده
زیر نظر: دکتر محمد مهدی گویا ، دکتر رشید رضانی دریاسری

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست

شماره صفحه	عنوان
۶	مقدمه
۶	راهنمای پزشکان
۶	بسته آموزشی قلب سالم چیست؟
۸	عملیات پیشگیرانه شناخت بیماری های قلبی و عروقی در مراقبت اولیه
۸	مراحل ادغام عوامل ضروری
۹	تغییر رفتارها بر اساس اولویت بندی آنها
۱۰	چگونه از آموزش اطلاعات فرد مراجعه کننده بهترین نتیجه را بگیریم؟
۱۰	زمان اجرائی مناسب پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در مراقبت اولیه
۱۲	تعیین هدف با توجه به مراقبت پیشگیرانه (Goals)
۱۲	ارزیابی از مراقبت پیشگیرانه کنونی / دستیابی به اهداف (Assessment)
۱۲	برنامه ریزی بمنظور اصلاح فعالیتهای روزانه موجود که مراقبت پیشگیرانه را حمایت می کنند (Planning)
۱۲	شروع و ادامه بهبود نظام دفتر کار در مراقبت پیشگیرانه
۱۳	جدول پیش بینی عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب
۱۶	جدول پیش بینی عوامل خطر بیماری سکته مغزی
۱۹	جدول نمایه توده بدنی (BMI)
۲۰	جدول نمایه توده بدنی (BMI) در افراد بالای ۱۸ سال
۲۲	جدول ۱-۵: طبقه بندی نمایه توده بدنی پسران ۱۸-۲ سال
۲۳	جدول ۲-۵: طبقه بندی نمایه توده بدنی دختران ۱۸-۲ سال
۲۴	رویکرد، بالینی پیشنهاد شده به منظور کنترل مصرف کنندگان سیگار
۲۵	فرآیند بررسی افراد از نظر مصرف دخانیات

۲۶	فرآیند بررسی آگاهی، نگرش و مهارت در مورد دخانیات
۲۷	فرآیند اقدام به ترک سیگار در افراد سیگاری
۲۸	فرآیند باقی ماندن در ترک افراد سیگاری
۲۹	پرسشنامه ارزیابی مصرف دخانیات
۳۱	پرسشنامه ارزیابی آگاهی در مورد مصرف دخانیات
۳۲	پرسشنامه ارزیابی نگرش در مورد مصرف دخانیات
۳۴	پرسشنامه ارزیابی مهارت
۳۹	پرسشنامه ارزیابی اقدام به ترک سیگار
۴۰	پرسشنامه پیگیری افراد ترک کرده
۴۱	پاورقی: مصرف سیگار
۴۵	حل مشکلات ترک سیگار
۴۸	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل فشار خون بالا
۴۹	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل فشار خون بال در افراد ۱۸-۶ سال
۵۱	پاورقی: فشار خون بالا
۵۵	نکاتی در مورد فشار خون کودکان و نوجوانان (۱۸-۶ سال)
۵۵	نکاتی در مورد فشار خون افراد مسن (بالای ۶۰ سال)
۵۷	حل مشکلات در کنترل فشار خون بالا
۶۰	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل کلسترول بالای خون
۶۱	رویکرد بالینی پیشنهاد شده برای پیشگیری و کنترل اختلالات چربی خون در افراد ۲ تا ۱۸
۶۲	رویکرد بالینی پیشنهاد شده و کنترل اختلالات چربی خون در افراد بالای ۱۸ سال
۶۴	پاورقی : کلسترول بالای خون
۶۷	حل مشکلات بیماری که تحت درمان داروهای کاهنده کلسترول خون قرار دارند
۷۰	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل چاقی / اضافه وزن

۷۱	رویکرد بالینی پیشنهاد شده برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در افراد کمتر از ۱۸ سال
۷۳	پاورقی : چاقی / اضافه وزن
۷۶	حل مشکلات مرتبط با کنترل وزن
۷۹	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور کنترل افراد غیر فعال / کم تحرک
۸۰	رویکرد بالینی پیشنهاد شده برای افزایش فعالیت بدنی افراد کم تحرک بالای ۱۸ سال
۸۱	رویکرد بالینی پیشنهادی برای افزایش فعالیت بدنی افراد کم تحرک ۲ تا ۱۸ سال
۸۲	پاورقی: سبک زندگی کم تحرک
۸۷	مشکلات در تشویق و تجویز فعالیت بدنی
۹۱	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل دیابت شیرین
۹۲	رویکرد بالینی پیشنهادی بمنظور تشخیص و کنترل دیابت (DM)
۹۴	پاورقی: دیابت
۹۸	حل مشکلات در کنترل دیابت
۱۰۱	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل نارسائی قلب
۱۰۲	الگوریتم تشخیص نارسائی قلب
۱۰۳	پاورقی: نارسائی قلب
۱۰۵	الگوریتم درمان نارسائی قلب
۱۰۶	پاورقی : درمان نارسائی قلبی
۱۰۷	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل درد قفسه صدی
۱۰۸	درد قفسه صدی
۱۰۹	الگوریتم تشخیص درد قفسه صدی
۱۱۰	پاورقی: درد قفسه صدی
۱۱۲	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل آنژین صدی

- ۱۱۳ رویکرد بالینی به آنژین صدری
- ۱۱۴ پاورقی: آنژین صدری
- ۱۱۵ رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل سکته مغزی
- ۱۱۶ رویکرد بالینی پیشنهادی برای تشخیص و کنترل سکته مغزی
- ۱۱۷ پاورقی: سکته مغزی

مقدمه

هدف از این مجموعه گسترش پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی از طریق آموزش مراقبت اولیه به پزشکان است: اداره قلب و عروق مرکز مدیریت بیماریها، تهیه "بسته آموزشی قلب سالم" را از چهار سال پیش با همکاری تعدادی از کارشناسان آغاز کرده است و نتیجه این تلاش بسته خدمتی است که دارای دو بخش و بر پایه پیشگیری از عوامل خطر ساز بیماریهای غیر واگیر (به خصوص بیماری قلب و عروق) و راهکارهای ارتقاء سلامت و نحوه برخورد با مبتلایان به بیماریهای ایسکمیک قلبی عروقی است و هم اکنون در پیش روی شما است.

راهنمای پزشکان

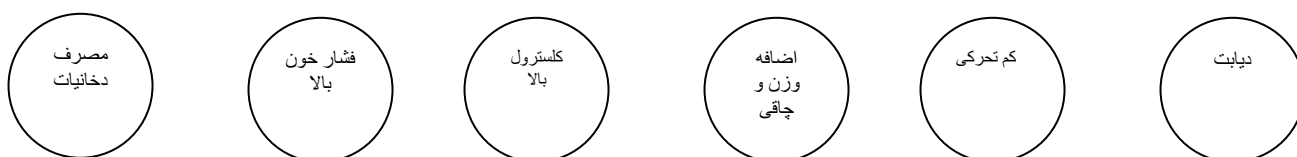
به چه دلیل بر پیشگیری اولیه از بیماری قلبی و عروقی تاکید می کنیم؟

از هر سه نفر در کشور دو نفر یک یا بیش از یک عامل خطر بیماری های قلبی و عروقی مانند: مصرف دخانیات، فشار خون بالا و کلسترول خون بالا دارند. بیش از یک سوم بالغین سبک زندگی کم تحرک دارند. و نیمی از افراد دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

با پیشگیری اولیه می توان به میزان زیادی ابتلا به بیماری قلبی و عروقی یا حتی دیگر بیماریهای مزمن را کاهش داد. بسیاری از روشهای زندگی اتخاذ شده کنونی سلامت قلب و عروق مردم را تهدید می کند و زمینه ابتلاء به سرطان و بیماریهای ریوی را فراهم می سازد. در مراقبت اولیه، یک پزشک نقش مهمی در کمک به این دسته از بیماران دارد و می تواند تغییرات موثر و مثبتی در سبک زندگی افراد بوجود بیاورد و خطر ابتلاء به بیماری قلبی و عروقی را کاهش دهد. توصیه های پزشک محرک بسیار قوی برای ترک سیگار، کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی است.

بسته آموزشی قلب سالم چیست؟

بسته آموزشی قلب سالم یک مدیریت خطر به منظور پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی، افزایش سلامت قلب و عروق و درمان مبتلایان به بیماریهای ایسکمیک قلبی عروقی است. رویکرد این بسته در درجه اول بصورت درمانهای غیر دارویی است. بسته تهیه شده راهنمای مراقبت اولیه پزشکان از افرادی است که یک یا بیش از یک عامل خطر بیماری قلبی و عروقی را دارند و یا مبتلایان به بیماریهای ایسکمیک قلبی عروقی هستند. عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در زیر نشان داده شده است.



بسته آموزشی قلب سالم وسیله کاربردی است و می تواند فعالیت ادغام پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی را در عملیات پزشکی آسان کند، و شامل ابزارهایی برای ارزیابی و کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است. در مدت کوتاهی با استفاده از این وسیله فرد می تواند با بسته آموزشی قلب سالم آشنا شود و از آن استفاده کند و ضمن اینکه مدت زمانی که صرف مراجعین می شود افزایش نمی یابد. عملیات سازماندهی شده پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی، زمانی بسیار موفق است که بصورت یک کار تیمی مشارکتی با پزشک، کارمندان بهداشتی و افراد مراجعه کننده انجام پذیرد. جداول زیر که به تفصیل در این بسته ارائه شده است می تواند اهداف فوق را محقق گرداند.

درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی

شامل یک جدول پیش بینی عامل خطر بیماری قلبی و عروقی و یک جدول پیش بینی عوامل خطر سسکته مغزی است.

جدول نمایه بدنی (BMI)

توده بدنی را مشخص می کند و کمک می کند تا بتوانید کاهش وزن ماهیانه را ارزشیابی کنید.

الگوریتم ها

پیشنهاد رویکرد بالینی برای کنترل فرد با در نظر گرفتن عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی و یا علائم بیماریهای ایسکمیک قلبی عروقی است

- ❖ دخانیات
- ❖ فشار خون
- ❖ اختلالات چربی خون
- ❖ چاقی / اضافه وزن
- ❖ سبک زندگی کم تحرک
- ❖ دیابت شیرین
- ❖ درد قفسه صدی
- ❖ علائم ایسکمی مغزی

حل مشکلات

خطوط اصلی مشکلات و راه حل های مرتبط در کنترل بالینی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی را نشان می دهد.

عملیات پیشگیرانه شناخت بیماریهای قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

مراحل ادغام عوامل ضروری

مرحله اول

تشخیص / ارزیابی

- ❖ سنجش سلامتی و خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ تاریخچه فرد
- ❖ معاینه فیزیکی
- ❖ تست آزمایشگاهی (اگر لازم بود)
- ❖ درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ الگوریتمها
- ❖ جدول BMI (نمایه بدنی)

مرحله دوم

درمان / مداخله

- ❖ اولویت بندی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ راهنمای پزشکان (در صفحه بعد)
- ❖ تعیین مدیریت بالینی
- ❖ الگوریتمها

توصیه برای تغییر رفتار به بیمار (با آموزش بهداشت همگام شویم)

مرحله سوم

برنامه ریزی برای تغییر رفتار

- اطلاعات عمومی در مورد عوامل خطر - اطلاعات در مورد عامل خطری که در فرد وجود دارد.
- ❖ مطالب آموزشی برای فرد مراجعه کننده که شامل دستورات شخصی غیر دارویی است.
 - ❖ کمک کردن به مراجعین برای ایجاد و تقویت، درک موانع ، برخورد با موانع و مشکلات
 - ❖ حل مشکلات

مرحله چهارم

پایش / پیگیری

جدول پیگیری مراجعه بعدی بمنظور ارزیابی مجدد تغییرات رفتاری و خطر بیماری قلبی و عروقی بطور مرتب

❖ توصیه غیر دارویی

❖ درجه بندی ارزیابی

تغییر رفتارها بر اساس اولویت بندی آنها

عوامل خطر قابل اصلاح بیماری قلبی و عروقی ریشه در رفتار افراد دارند. مصرف دخانیات، فعالیت بدنی کم، استفاده از رژیم غذایی پرچرب، نمک و الکل مهمترین عوامل در این زمینه می باشند. یک عامل خطر بیش از یک رفتار تاثیر می پذیرد، و گاهی لازم است چند رفتار مرتبط با عوامل خطر تغییر یابد. تعدد تغییرات ممکن است موانعی بر سر راه اصلاح شیوه های زندگی بوجود آورد و یا بر عکس انگیزه فرد را برای تغییر رفتار افزایش دهد. برای مثال افرادی که سیگار را ترک می کنند نسبت به اشخاصی که سیگار کشیدن را ادامه می دهند، برای پذیرش رفتارهای سالم بعدی مستعد هستند و می توانند بهتر کلسترول و فشارخون خود را پایین بیاورند. همچنین تغییرات رفتاری مانند افزایش فعالیت بدنی به مردم کمک می کند تا روشهای دیگر زندگیشان مانند مصرف سیگار و مقدار غذای مصرفی را نیز تغییر بدهند.

رویکرد و راهنماییهای عملی	راهکارهای مناسب
۱- ابتدا با تغییر یک رفتار شروع کنید بعد از کنترل رفتار اول تغییر، رفتار بعدی را آغاز کنید.	تغییر رفتاری شروع شود که بیمار بسیار مایل است تا آنرا تغییر دهد. / موارد قابل تغییر را باید بررسی کنید (رویکرد روانی _ اجتماعی) رفتار خاصی را مشخص کنید که بطور قابل ملاحظه ای بر سلامت فرد تاثیر می گذارد اگر چه ممکن است فرد رفتار دیگری را تعیین نماید. (مثل : کشیدن ۴۰ سیگار در روز بجای ۱۰ کیلوگرم وزن اضافه). (رویکرد اپیدمیولوژیک) برسر عامل خطری که ابتدا به آن می پردازید با فرد به توافق برسید .
۲- بریک رفتار متمرکز شوید : در همان زمان، تغییرات کوچکی در رفتارهای دیگر	این مورد برای افرادی استفاده می شود که در ضمن داشتن وزن بالا ، سیگار را باید ترک کند و درعین حال الگوی تغذیه خود را برای رسیدن به وزن مناسب باید تغییر دهد. امکان دارد فرد علاوه بر اینکه غذای مصرفی خود را کنترل می

ایجاد کنید.	کند و تمرینهای ورزشی را نیز انجام می دهد سیگار را نیز ترک کند . اما تمرکز برروی ترک سیگار باقی می ماند نه برروی کاهش وزن .
۳- هم زمان برروی تمام رفتارها کار شود.	این روش را تنها برروی افرادی با انگیزه بالا انجام دهید که خود مایل به این کار هستند و از امکانات و حمایت خوبی برخوردارند.

چگونه از آموزش اطلاعات به فرد مراجعه کننده بهترین نتیجه را بگیریم؟

در اولویت بندی آموزش بیمار به پزشکان پیشنهاد شده سعی شود الگوریتمها روی سه عملکرد ضروری متمرکز باشد: پرسشگری / ارزیابی، توصیه و کمک به فرد. پرسشگری / ارزیابی به پزشک کمک می کند تا میزان عوامل خطر فرد را تخمین بزند و تمایل او را برای تغییر رفتارهای خاص مشخص کند، و عواملی را که امکان دارد در انتخاب درمانها موثر باشد تعیین نماید. (برای مثال: مصرف اولین سیگار در ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن نشانه اعتیاد است و نشانه نیاز بیشتر برای استفاده از داروی ترک سیگار).

پزشک ضمن دادن اطلاعات، به فرد توصیه های مختصری نیز می کند و این ممکن است باعث تاثیر برروی رفتار او شود و به تغییر در دانش، طرز فکر و مهارتهایی که برای پیشرفت در سلامتی لازم است بیانجامد. به این ترتیب زمینه تغییر فرهنگ محیطی فرد مراجعه کننده فراهم می شود. اگر میخواهید بیشترین تغییر در فرد مراجعه کننده به شما، اتفاق بیافتد لازم است که به محیطهای فرهنگی و اجتماعی، میزان آمادگی فرد برای تغییر و ارتقاء شخصیتی او اهمیت داده شود.

برای فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، چاقی / اضافه وزن، و دیابت، نسخه غیردارویی شامل اندازه گیری عاداتی است که در پایین آوردن این عوامل خطر موثر می باشند. برای اینکه در یک زمان با توصیه های بسیار زیاد افراد مراجعه کننده را خسته نکنید، پیشنهاد می شود مهمترین تغییر یا تغییرات را مشخص کنید، در مورد آن تغییر با فرد صحبت کنید و به توافق برسید که ابتدا تلاش کند تا در رفتار مورد نظر تغییر(تغییراتی) بدهد.

• برای سیگار کشیدن و سبک زندگی کم تحرک نسخه غیردارویی با یک رویکرد مرحله بندی برای فرد بکار برده میشود. این رویکرد را می توان در تهیه الگوریتم مصرف سیگار و زندگی کم تحرک استفاده کرد. مناسب ترین توصیه (توصیه ها) را، مطابق با آمادگی فرد برای تغییر او پیدا کنید .

اگر پمفلت هایی را در اختیار فرد قرار می دهید او را تشویق کنید بخش های مرتبط پمفلت را بخواند. هنگامیکه به مرحله بعدی رفت، می توانید او را تشویق کنید تا بخش بعدی توصیه (توصیه های) مرتبط را در پمفلت بخواند. در توصیه افراد سیگاری پیشنهاد مبارزه با اعتیاد نیز می بایست مطرح شود.

نسخه غیردارویی می تواند بعنوان یک ابزار پیگیری برای ملاقاتهای بعدی باشد. شما می توانید بعنوان یک مشوق عمل کنید تا تغییرات یک رفتار به حد ایده آل برسد و بتوانید در زمان مناسب تغییر رفتار دیگری را در فرد ترغیب نمایید. از یک جدول مستند خوب غیر دارویی، برای پیگیری ها استفاده کنید.

سازمان اجرایی مناسب پیگیری از بیماری قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

در دفتر کار می توان اقدامات موثری برای پیگیری از رفتارهای پر خطر انجام داد. از جنبه های عملی سازماندهی، ادغام عملیات پیشگیرانه را آسان کرد به طور مثال، در هر ملاقات ضمن شناسایی منظم نیازهای پیگیری افراد، میتوانیم از برچسب ها یا اطلاع دهنده ها استفاده کنیم و در نهایت عوامل خطر نهایی را به او نشان دهیم ضمن تذکر برای فرد مراجعه کننده از کارکنان بهداشتی نیز می خواهیم تا برای پیگیری های لازم بعدی فرد را تشویق نمایند.

اگر میخواهید بر روی بیماری قلبی و عروقی مداخله بیشتری داشته باشید ، با انجام اعمال زیر استفاده از بسته قلب سالم را کامل کنید:

- به فرد مراجعه کننده نشان بدهید که تشخیص و کنترل عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی یکی از قسمتهای مهم برنامه روزانه دفترکار شما می باشد. به دفتر کارتان علامتهای سیگار کشیدن ممنوع و یا پوستره های حاوی پیامهای قلب سالم بچسبانید.

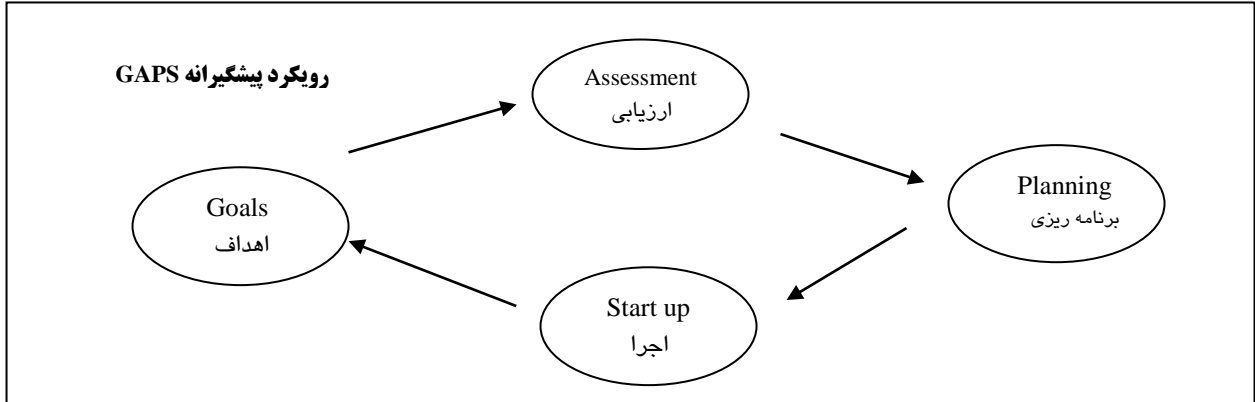
- از دستیار خود بخواهید وسایلی که برای تشخیص بیماری قلبی و عروقی لازم است تهیه کند و در دسترس قرار دهد مانند پمفلتها، پوسترها، از او بخواهید که مسئول آموزش کامل به بیماران باشد.

- کارکنان بهداشتی را ملزم به پیگیری کنید. برای مثال اگر بیماری که فشارخون بالا یا اختلال چربی خون دارد و قرار ملاقاتش را از دست داد، برای قرار ملاقات بعدی با او تماس بگیرند. هنگامیکه یک بیمار سیگارش را ترک کرده مستعد به سیگار کشیدن مجدد است بعد از ۱-۳ هفته به منظور حمایت و پیگیری با او تماس گرفته شود.

پزشکانی که علاقمندند مداخله های خود را بر روی بیماری قلبی و عروقی افزایش دهند می توانند از رویکرد پیشگیرانه GAPS استفاده کنند. این رویکرد شامل یک الگوی چرخه ای مشارکت، خود آزمایی، و اصلاح فعالیتهای دفترکار بطور مستمر است.

Goals assessment planning star up

(Start-up – Planning – Assessment – Goals: GAPS)



۱- تعیین هدف با توجه به مراقبت پیشگیرانه (Goals)

اقدامات، منتج از هدفهای مراقبت پیشگیرانه شفاف است. هدفهای روشن به پزشک بالینی در مورد ارائه خدمات کمک میکند. این اهداف یک وسیله کمکی برای رسیدن به هدفهای مراقبت پیشگیرانه هستند اقدامات لازم در راستای این اهداف عبارتند از: (۱) تمام سیگارها را شناسایی و سعی کند به آنها کمک کند.

(۲) قد و وزن تمام افراد را اندازه گیری کند و BMI (نمایه بدنی) را بصورتی که نشان داده شده مشخص نماید. (۳) در تمام افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی، دیابت و یا افراد دارای عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی سطح چربی خون را مشخص کند. پزشک، می بایست بوسیله انتقال این اهداف به کارکنان بهداشتی یک کار مشترک و گروهی بین افراد ایجاد کند.

۲- ارزیابی از مراقبت پیشگیرانه کنونی / دستیابی به اهداف (Assessment)

در یک زمان کوتاه، می توانید عملیات کنونی خود را ارزیابی کنید و در همان زمان تغییراتی در آن بدهید از راههای مختلفی می توان عملکرد کنونی را مشخص کرد. برای مثال، از طریق پرسش از تعدادی از افراد که تازه دیده شده اند و یا جدولهایی که بعنوان نمونه انتخاب می شوند استفاده کرد. امکان دارد شیوه های مشاوره برای ثبت نقاط ضعف کمتر در دسترس باشند. بهتر است ارزیابی از طریق تعدادی از افراد حاضر که بوسیله پرستار یا دستیار پزشک راهنمایی می شوند، انجام شود. میتوانید از یک سری بیماران (یکی از سه نفر) که بمنظور معاینات دوره ای سلامتی بررسی میشوند، سوال کنید در چه زمانی پزشک راجع به وضعیت فعالیت بدنی یا سیگار کشیدن آنها صحبت کرده و یا بر روی کدام یک از خدمات عملیاتی انتخاب شده تاکید شده است. با ثبت منظم تر فعالیتهای مشاوره ای، تغییرات در عادت بسیار سریع و واضح اتفاق می افتد.

۳- برنامه ریزی بمنظور اصلاح فعالیتهای روزانه موجود که مراقبت پیشگیرانه را حمایت می کنند (Planning) نظام کاری دفترکار می تواند در تقویت رفتارهای مثبت افراد مراجعه کننده موثر باشد و از طریق مطالب آموزشی منتخب برای آنها و نصب پوسترها در محل های مناسب در دفترکار یعنی جایی که راحتی در دسترس افراد مراجعه کننده است به این هدف خود برسد و بسته های خدماتی قلب سالم نیز می تواند تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

۴- شروع و ادامه بهبود نظام دفترکار در مراقبت پیشگیرانه

با آنکه کارگروهی در اجرای نظام دفتر و مراقبت پیشگیرانه بسیار مهم است اما باید پزشک بر فعالیت دیگر کارکنان بهداشتی نظارت نموده و آنها را در اجرای فرایند هدایت نماید.

قابل توجه

- در این متن تنها بیانات رسمی، مکانها و گزارشهای عمومی که بعنوان راهنما برای رویکرد بالینی پیشنهاد شده است، بمنظور کنترل عوامل خطر هدف استفاده شده است و الگوریتمها در بسته قلب سالم جای تشخیص بالینی پزشک را نمی گیرد.

**جدول پیش بینی عوامل خطر
بیماری کرونر قلب**

جدول پیش بینی عوامل خطر بیماری کرونر قلب

امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید											
		فشارخون سیستولیک		کلسترول تام		HDL - کلسترول		سن (برای مردان)		سن (برای زنان)	
امتیاز	موارد دیگر	امتیاز	فشارخون سیستولیک	امتیاز	کلسترول تام	امتیاز	HDL - کلسترول	امتیاز	سن	امتیاز	سن
۴	سیگار	-۲	۹۸-۱۰۴	-۳	۳/۶۰-۳/۹۲	۷	۰/۶۴-۰/۶۸	-۲	۳۰	-۱۲	۳۰
۳	دیابت مردان	-۱	۱۰۵-۱۱۲	-۲	۳/۹۳-۴/۳۱	۶	۰/۶۹-۰/۷۵	-۱	۳۱	-۱۱	۳۱
۶	دیابت زنان	۰	۱۱۳-۱۲۰	-۱	۴/۳۲-۴/۷۳	۵	۰/۷۶-۰/۸۳	۰	۳۲-۳۳	-۹	۳۲
		۱	۱۲۱-۱۲۹	۰	۴/۷۴-۵/۱۷	۴	۰/۸۴-۰/۹۱	۱	۳۴	-۸	۳۳
۹	هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکترو کار دیوگرافی	۲	۱۳۰-۱۳۹	۱	۵/۱۸-۵/۶۸	۳	۰/۹۲-۰/۹۹	۲	۳۵-۳۶	-۶	۳۴
۰	اگر هر کدام منفی باشد	۳	۱۴۰-۱۴۹	۲	۵/۶۹-۶/۲۱	۲	۱/۰۰-۱/۰۹	۳	۳۷-۳۸	-۵	۳۵
		۴	۱۵۰-۱۶۰	۳	۶/۲۲-۶/۸۰	۱	۱/۱۰-۱/۲۰	۴	۳۹	-۴	۳۶
		۵	۱۶۱-۱۷۲	۴	۶/۸۱-۷/۴۸	۰	۱/۲۱-۱/۳۰	۵	۴۰-۴۱	-۳	۳۷
		۶	۱۷۳-۱۸۵	۵	۷/۴۹-۸/۱۸	-۱	۱/۳۱-۱/۴۳	۶	۴۲-۴۳	-۲	۳۸
				۶	۸/۱۹-۸/۵۸	-۲	۱/۴۴-۱/۵۶	۷	۴۴-۴۵	-۱	۳۹
						-۳	۱/۵۷-۱/۷۲	۸	۴۶-۴۷	۰	۴۰
						-۴	۱/۷۳-۱/۹۰	۹	۴۸-۴۹	۱	۴۱
						-۵	۱/۹۱-۲/۰۸	۱۰	۵۰-۵۱	۲	۴۲-۴۳
						-۶	۲/۰۹-۲/۲۶	۱۱	۵۲-۵۴	۳	۴۴
						-۷	۲/۲۷-۲/۵۰	۱۲	۵۵-۵۶	۴	۴۵-۴۶
								۱۳	۷۹-۵۹	۵	۴۷-۴۸
								۱۴	۶۰-۶۱	۶	۴۹-۵۰
								۱۵	۶۲-۶۴	۷	۵۱-۵۲
								۱۶	۶۵-۶۷	۸	۵۳-۵۵
								۱۷	۶۸-۷۰	۹	۵۶-۶۰
								۱۸	۷۱-۷۳	۱۰	۶۱-۶۷
								۱۹	۷۴	۱۱	۶۸-۷۴

۲- جمع امتیازات تمام عوامل خطر

$$\frac{\text{سن}}{\text{سن}} + \frac{\text{HDL-کلسترول}}{\text{HDL-کلسترول}} + \frac{\text{کلسترول تام}}{\text{کلسترول تام}} + \frac{\text{فشارخون سیستولیک}}{\text{فشارخون سیستولیک}} + \frac{\text{مصرف سیگار}}{\text{مصرف سیگار}} + \frac{\text{دیابت}}{\text{دیابت}} + \frac{\text{هایپر تروفی بطن چپ}}{\text{هایپر تروفی بطن چپ}} = \frac{\text{جمع امتیاز}}{\text{جمع امتیاز}}$$

۴- مقایسه میانگین خطر ۱۰ ساله

سن	زنان	مردان
۳۰-۳۴	<۱٪	۲٪
۳۵-۳۹	<۱٪	۵٪
۴۰-۴۴	۲٪	۶٪

۳- خطر معادل بر اساس جمع امتیازات

امتیازات			امتیازات			امتیازات		
۱۰ سال	۵ سال	امتیازات	۱۰ سال	۵ سال	امتیازات	۱۰ سال	۵ سال	امتیازات
۲۷٪	۱۴٪	۲۵	۸٪	۳٪	۱۳	<۲٪	<۱٪	<۱
۲۹٪	۱۶٪	۲۶	۹٪	۴٪	۱۴	۲٪	۱٪	۲
۳۱٪	۱۷٪	۲۷	۱۰٪	۵٪	۱۵	۲٪	۱٪	۳

۴۹-۴۵	%۵	%۱۰	%۳۳	%۱۹	۲۸	%۱۲	%۵	۱۶	%۲	%۱	۴
۵۴-۵۰	%۸	%۱۴	%۳۶	%۲۰	۲۹	%۱۳	%۶	۱۷	%۳	%۱	۵
۵۹-۵۵	%۱۲	%۱۶	%۳۸	%۲۲	۳۰	%۱۴	%۷	۱۸	%۴	%۱	۶
۶۴-۶۰	%۱۳	%۲۱	%۴۰	%۲۴	۳۱	%۱۶	%۸	۱۹	%۴	%۱	۷
۶۹-۶۵	%۹	%۳۰	%۴۲	%۲۵	۳۲	%۱۸	%۸	۲۰	%۴	%۲	۸
۷۴-۷۰	%۱۲	%۲۴				%۱۹	%۹	۲۱	%۵	%۲	۹
						%۲۱	%۱۱	۲۲	%۶	%۲	۱۰
						%۲۳	%۱۲	۲۳	%۶	%۳	۱۱
						%۲۵	%۱۳	۲۴	%۷	%۳	۱۲

- ۱- این جدول لزوماً به پیشگیری اولیه می پردازد.
- ۲- امتیازات خطر که در این جدول نشان داده شده، در زمان وجود عوامل خطر شدید صدق نمی کند. بنابراین افرادی که به میزان زیاد سیگار می کشند، (Heavy smoker) فشارخون بالای بر جسته دارند و یا کلسترول خونشان بسیار بالاست، نسبت به درصد خطری که در جدول نشان داده شده برای ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی در معرض خطر بسیار بالاتری هستند.
- ۳- چاقی و سبک زندگی کم تحرک از عواملی مهمی هستند که اگر آنها را هم اضافه کنیم خطر برآورد شده بسیار بالا می رود. بهتر است این افراد به یک کلینیک تشخیصی برای ارزیابی بیشتر و گسترده تر ارجاع شوند.

**جدول پیش بینی عوامل خطر
سکته مغزی**

جدول پیش بینی عوامل خطر بروز سگته مغزی

۱- امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید

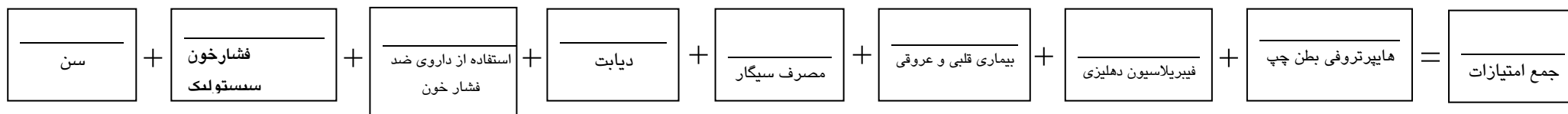
مردان

				امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید	
				سن	فشار خون سیستولیک
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> ابتلاء به بیماری قلبی و عروقی خیر = ۰ بله = ۳ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> مصرف سیگار خیر = ۰ بله = ۳ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> ابتلاء به دیابت خیر = ۰ بله = ۲ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> استفاده از داروی ضد فشار خون خیر = ۰ بله = ۲ </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکتروکاردیوگرافی خیر = ۰ بله = ۶ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> فیبریلاسیون دهلیزی خیر = ۰ بله = ۴ </div>		۰ = ۵۴-۵۶	۰ = ۹۵-۱۰۵
				۱ = ۵۷-۵۹	۱ = ۱۰۶-۱۱۶
				۲ = ۶۰-۶۲	۲ = ۱۱۷-۱۲۶
				۳ = ۶۳-۶۵	۳ = ۱۲۷-۱۳۷
				۴ = ۶۶-۶۸	۴ = ۱۳۸-۱۴۸
				۵ = ۶۹-۷۱	۵ = ۱۴۹-۱۵۹
				۶ = ۷۲-۷۴	۶ = ۱۶۰-۱۷۰
				۷ = ۷۵-۷۷	۷ = ۱۷۱-۱۸۱
				۸ = ۷۸-۸۰	۸ = ۱۸۲-۱۹۱
				۹ = ۸۰-۸۳	۹ = ۱۹۲-۲۰۲
۱۰ = ۸۴-۸۶	۱۰ = ۲۰۳-۲۱۳				

زنان

					سن		فشار خون سیستولیک																										
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکتروکاردیوگرافی خیر = ۰ بله = ۴ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> فیبریلاسیون دهلیزی خیر = ۰ بله = ۶ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> ابتلاء به بیمار قلبی و عروقی خیر = ۰ بله = ۲ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> ابتلاء به دیابت خیر = ۰ بله = ۳ </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> استفاده از داروی ضد فشار خون خیر = ۰ اگر جواب مثبت است قسمت پایین را ببینید </div>	<p>اگر در حال حاضر داروی ضد فشار خون مصرف می کند امتیازات زیر را براساس سطح فشار خون سیستولیک اضافه کنید.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>فشارخون سیستولیک</td> <td>۹۵-۱۰۴</td> <td>۱۰۵-۱۱۴</td> <td>۱۱۵-۱۲۴</td> <td>۱۲۵-۱۳۴</td> <td>۱۳۵-۱۴۴</td> <td>۱۴۵-۱۵۴</td> </tr> <tr> <td>امتیاز</td> <td>۰</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۳</td> <td>۴</td> <td>۵</td> </tr> <tr> <td>فشار خون سیستولیک</td> <td>۱۵۵-۱۶۴</td> <td>۱۶۵-۱۷۴</td> <td>۱۷۵-۱۸۴</td> <td>۱۸۵-۱۹۴</td> <td>۱۹۵-۲۰۴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>امتیاز</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۳</td> <td>۴</td> <td>۵</td> <td></td> </tr> </table>	فشارخون سیستولیک	۹۵-۱۰۴	۱۰۵-۱۱۴	۱۱۵-۱۲۴	۱۲۵-۱۳۴	۱۳۵-۱۴۴	۱۴۵-۱۵۴	امتیاز	۰	۱	۲	۳	۴	۵	فشار خون سیستولیک	۱۵۵-۱۶۴	۱۶۵-۱۷۴	۱۷۵-۱۸۴	۱۸۵-۱۹۴	۱۹۵-۲۰۴		امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵			۰ = ۵۴-۵۶	۰ = ۹۵-۱۰۴
			فشارخون سیستولیک	۹۵-۱۰۴	۱۰۵-۱۱۴	۱۱۵-۱۲۴	۱۲۵-۱۳۴	۱۳۵-۱۴۴	۱۴۵-۱۵۴																								
			امتیاز	۰	۱	۲	۳	۴	۵																								
			فشار خون سیستولیک	۱۵۵-۱۶۴	۱۶۵-۱۷۴	۱۷۵-۱۸۴	۱۸۵-۱۹۴	۱۹۵-۲۰۴																									
			امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵																									
			۱ = ۵۷-۵۹	۱ = ۱۰۵-۱۱۴																													
			۲ = ۶۰-۶۲	۲ = ۱۱۵-۱۲۴																													
			۳ = ۶۳-۶۵	۳ = ۱۲۵-۱۳۴																													
			۴ = ۶۶-۶۸	۴ = ۱۳۵-۱۴۴																													
			۵ = ۶۹-۷۱	۵ = ۱۴۵-۱۵۴																													
۶ = ۷۲-۷۴	۶ = ۱۵۵-۱۶۴																																
۷ = ۷۵-۷۷	۷ = ۱۶۵-۱۷۴																																
۸ = ۷۸-۸۰	۸ = ۱۷۵-۱۸۴																																
۹ = ۸۱-۸۳	۹ = ۱۸۵-۱۹۴																																
۱۰ = ۸۴-۸۶	۱۰ = ۱۹۵-۲۰۴																																

۲- جمع امتیازات تمام عوامل خطر



۳- خطر معادل بر اساس جمع امتیازات را ببینید

زنان ۱۰ سال						مردان ۱۰ سال					
احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز
%۴۳/۴	۲۱	%۷/۶	۱۱	%۱/۱	۱	%۴۱/۷	۲۱	%۱۱/۲	۱۱	%۲/۶	۱
%۵۰/۰	۲۲	%۹/۲	۱۲	%۱/۳	۲	%۴۶/۶	۲۲	%۱۲/۹	۱۲	%۳/۰	۲
%۵۷/۰	۲۳	%۱۱/۱	۱۳	%۱/۶	۳	%۵۱/۸	۲۳	%۱۴/۸	۱۳	%۳/۵	۳
%۶۴/۲	۲۴	%۱۳/۳	۱۴	%۲/۰	۴	%۵۷/۳	۲۴	%۱۷/۰	۱۴	%۴/۰	۴
%۷۱/۴	۲۵	%۱۶/۰	۱۵	%۲/۴	۵	%۶۲/۸	۲۵	%۱۹/۵	۱۵	%۴/۷	۵
%۷۸/۲	۲۶	%۱۹/۱	۱۶	%۲/۹	۶	%۶۸/۴	۲۶	%۲۲/۴	۱۶	%۵/۴	۶
%۸۴/۴	۲۷	%۲۲/۸	۱۷	%۳/۵	۷	%۷۳/۸	۲۷	%۲۵/۵	۱۷	%۶/۳	۷
		%۲۷/۰	۱۸	%۴/۳	۸	%۷۹/۰	۲۸	%۲۹/۰	۱۸	%۷/۳	۸
		%۳۱/۹	۱۹	%۵/۲	۹	%۸۳/۷	۲۹	%۳۲/۹	۱۹	%۸/۴	۹
		%۳۷/۳	۲۰	%۶/۳	۱۰	%۸۷/۹	۳۰	%۳۷/۱	۲۰	%۹/۷	۱۰

۴- مقایسه میانگین خطر ۱۰ ساله

میانگین ۱۰ ساله احتمال بر اساس سن

سن	مردان	زنان
۵۵-۵۹	%۵/۹	%۳/۰
۶۰-۶۴	%۷/۸	%۴/۷
۶۵-۶۹	%۱۱/۰	%۷/۲
۷۰-۷۴	%۱۳/۷	%۱۰/۹
۷۵-۷۹	%۱۸/۰	%۱۵/۵
۸۰-۷۴	%۲۲/۳	%۲۳/۹

جدول
(BMI) نمایه توده بدنی

جدول نمایه توده بدنی (BMI) در افراد بالای ۱۸ سال

قد (متر)

۱/۹۳	۱/۹۱	۱/۸۸	۱/۸۵	۱/۸۳	۱/۸۰	۱/۷۸	۱/۷۵	۱/۷۳	۱/۷۰	۱/۶۸	۱/۶۵	۱/۶۳	۱۶۰	۱/۵۷	۱/۵۵	۱/۵۲	
۱۲	۱۲	۱۳	۱۳	۱۴	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۴۵/۵
۱۳	۱۳	۱۳	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۴۷/۷
۱۳	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۵۰
۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۵۲/۳
۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۳	۵۴/۵
۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۵۶/۸
۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۵	۵۹/۱
۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۶۱/۴
۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۶۳/۶
۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۶۵/۹
۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۶۸/۲
۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۷۰/۵
۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۷۲/۷
۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۷۵

وزن (کیلوگرم)

۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳
۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۴	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴

۷۷/۳۰

۷۹/۵

قد (متر)

۱/۹۳	۱/۹۱	۱/۸۸	۱/۸۵	۱/۸۳	۱/۸۰	۱/۷۸	۱/۷۵	۱/۷۳	۱/۷۰	۱/۶۸	۱/۶۵	۱/۶۳	۱/۶۰	۱/۵۷	۱/۵۵	۱/۵۲
۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵
۲۳	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶
۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷
۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷
۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸
۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۹	۴۰
۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۴۰	۴۱
۲۶	۲۷	۲۸	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۱	۴۲
۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۲	۳۳	۳۴	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳
۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۹	۴۰	۴۱	۴۳	۴۴
۲۸	۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۱	۴۲	۴۳	۴۵
۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳	۴۴	۴۶
۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۴۳	۴۴	۴۵	۴۷
۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۴۰	۴۱	۴۲	۴۳	۴۵	۴۶	۴۸
۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳	۴۴	۴۶	۴۷	۴۹

۸۱/۸

۸۴/۱

۸۶/۴

۸۸/۶

۹۰/۹

۹۳/۲

۹۵/۵

۹۷/۷.۰

۱۰۰

۱۰۲/۳

۱۰۴/۵

۱۰۶/۸

۱۰۹/۱

۱۱۱/۴

۱۱۳/۶

وزن (کیلوگرم)

این جدول برای افراد خاص نیست، BMI (نمایه بدنی) از طریق معادله وزن (به کیلوگرم) بر روی قد (به متر) به توان دو (kg/m^2) محاسبه شده است. از این جدول برای تعیین BMI و ارزیابی وزن اضافه می‌توانید استفاده کنید. برای مثال یک شخص با قد ۱/۷۰ متر و وزن ۷۷/۳ کیلوگرم دارای BMI ۲۷ می‌باشد برای اینکه این شخص به BMI ۲۵ برسد باید ۴/۵ کیلوگرم وزن خود را کم کند.

جدول ۱-۵: طبقه بندی نمایه توده بدنی پسران ۱۸-۲ سال

سن (سال)	کمتر از طبیعی	محدوده طبیعی	اضافه وزن	چاقی
۲	< ۱۴/۷	۱۴/۷-۱۸/۱	۱۸/۲-۱۹/۳	> ۱۹/۳
۲/۵	< ۱۴/۵	۱۴/۵-۱۷/۶	۱۷/۷-۱۸/۷	> ۱۸/۷
۳	< ۱۴/۳	۱۴/۳-۱۷/۲	۱۷/۳-۱۸/۲	> ۱۸/۲
۳/۵	< ۱۴/۲	۱۴/۲-۱۷	۱۷/۱-۱۸	> ۱۸
۴	< ۱۴	۱۴-۱۶/۸	۱۶/۹-۱۷/۸	> ۱۷/۸
۴/۵	< ۱۳/۹	۱۳/۹-۱۶/۷	۱۶/۸-۱۷/۸	> ۱۷/۸
۵	< ۱۳/۸	۱۳/۸-۱۶/۷	۱۶/۸-۱۷/۹	> ۱۷/۹
۵/۵	< ۱۳/۸	۱۳/۸-۱۶/۸	۱۶/۹-۱۸/۱	> ۱۸/۱
۶	< ۱۳/۷	۱۳/۷-۱۶/۹	۱۷-۱۸/۴	> ۱۸/۴
۶/۵	< ۱۳/۷	۱۳/۷-۱۷/۱	۱۷/۲-۱۸/۸	> ۱۸/۸
۷	< ۱۳/۷	۱۳-۷-۱۷/۳	۱۷/۴-۱۹/۲	> ۱۹/۲
۷/۵	< ۱۳/۷	۱۳/۷-۱۷/۶	۱۷/۷-۱۹/۶	> ۱۹/۶
۸	< ۱۳/۸	۱۳/۸-۱۷/۹	۱۸-۲۰/۱	> ۲۰/۱
۸/۵	< ۱۳/۹	۱۳/۹-۱۸/۲	۱۸/۳-۲۰/۶	> ۲۰/۶
۹	< ۱۴	۱۴-۱۸/۵	۱۸/۶-۲۱/۱	> ۲۱/۱
۹/۵	< ۱۴/۱	۱۴/۱-۱۸/۹	۱۹-۲۱/۶	> ۲۱/۶
۱۰	< ۱۴/۲	۱۴/۲-۱۹/۳	۱۹/۴-۲۲/۲	> ۲۲/۲
۱۰/۵	< ۱۴/۴	۱۴/۴-۱۹/۷	۱۹/۸-۲۲/۷	> ۲۲/۷
۱۱	< ۱۴/۶	۱۴/۶-۲۰/۱	۲۰/۲-۲۲/۲	> ۲۲/۲
۱۱/۵	< ۱۴/۸	۱۴/۸-۲۰/۵	۲۰/۶-۲۲/۷	> ۲۲/۷
۱۲	< ۱۵	۱۵-۲۰/۹	۲۱-۲۴/۲	> ۲۴/۲
۱۲/۵	< ۱۵/۲	۱۵/۲-۲۱/۳	۲۱/۴-۲۴/۷	> ۲۴/۷
۱۳	< ۱۵/۵	۱۵/۵-۲۱/۸	۲۱/۹-۲۵/۲	> ۲۵/۲
۱۳/۵	< ۱۵/۷	۱۵/۷-۲۲/۲	۲۲/۳-۲۵/۶	> ۲۵/۶
۱۴	< ۱۶	۱۶-۲۲/۶	۲۲/۷-۲۶	> ۲۶
۱۴/۵	< ۱۶/۳	۱۶/۳-۲۳	۲۳/۱-۲۶/۵	> ۲۶/۵
۱۵	< ۱۶/۶	۱۶/۶-۲۳/۴	۲۳/۵-۲۶/۸	> ۲۶/۸
۱۵/۵	< ۱۶/۸	۱۶/۸-۲۳/۷	۲۳/۸-۲۷/۲	> ۲۷/۲
۱۶	< ۱۷/۱	۱۷/۱-۲۴/۱	۲۴/۲-۲۷/۶	> ۲۷/۶
۱۶/۵	< ۱۷/۴	۱۷/۴-۲۴/۵	۲۴/۶-۲۷/۹	> ۲۷/۹
۱۷	< ۱۷/۷	۱۷/۷-۲۴/۸	۲۴/۹-۲۸/۳	> ۲۸/۳

> ۲۸/۶	۲۵/۳-۲۸/۶	۱۸-۲۵/۲	< ۱۸	۱۷/۵
> ۲۹	۲۵/۷-۲۹	۱۸/۲-۲۵/۶	< ۱۸/۲	۱۸

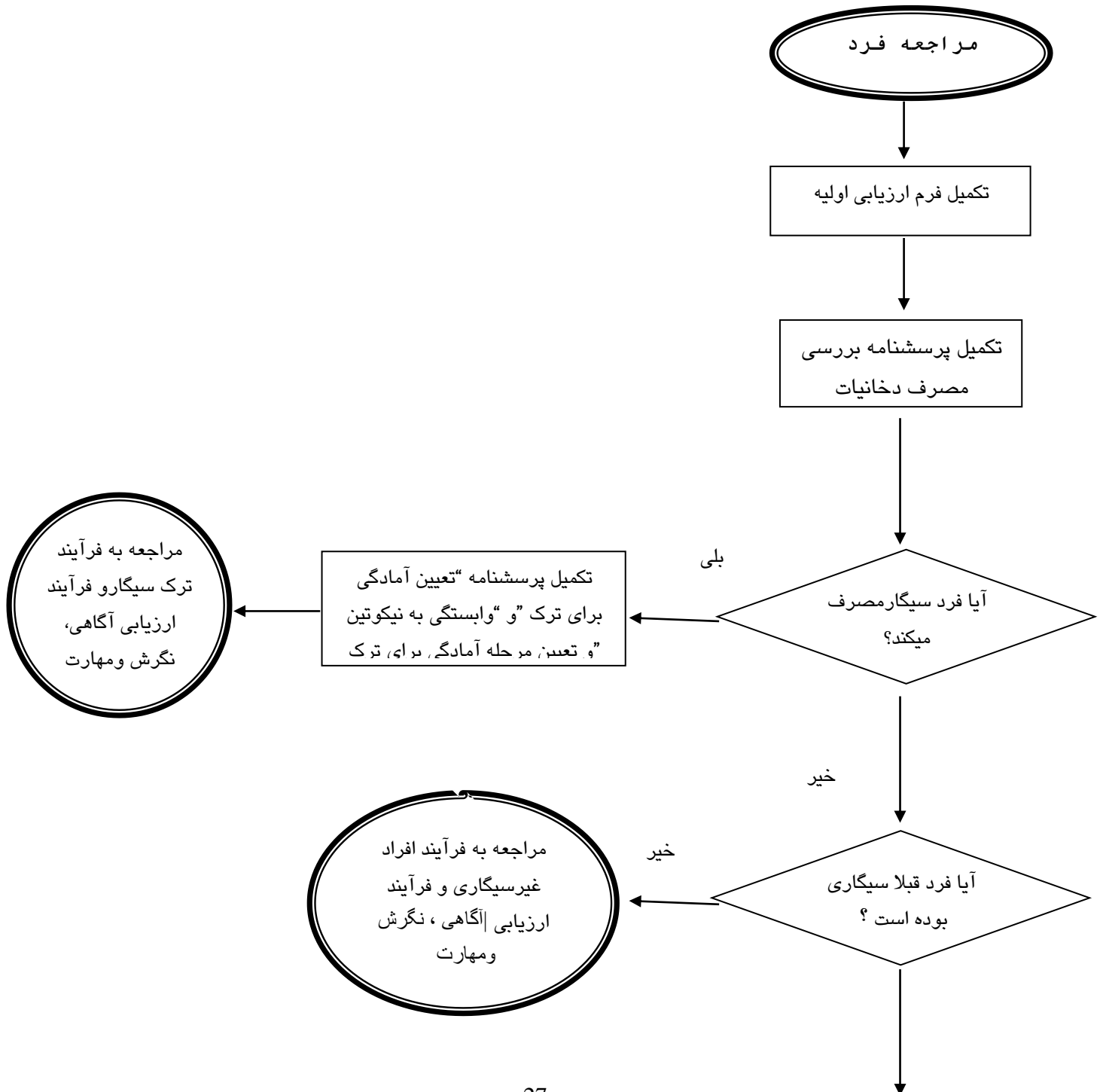
جدول ۲-۵: طبقه بندی نمایه توده بدنی دختران ۱۸-۲ سال

چاقی	اضافه وزن	محدوده طبیعی	کمتر از طبیعی	سن (سال)
> ۱۹/۱	۱۸-۱۹/۱	۱۴/۹-۱۷/۹	< ۱۴/۴	۲
> ۱۸/۶	۱۷/۵-۱۸/۶	۱۴/۲-۱۷/۴	< ۱۴/۲	۲/۵
> ۱۸/۳	۱۷/۲-۱۸/۳	۱۴-۱۷/۱	< ۱۴/۱۴	۳
> ۱۸/۱	۱۶/۹-۱۸/۱	۱۳/۸-۱۶/۸	< ۱۳/۸	۳/۵
> ۱۸	۱۶/۸-۱۸	۱۳/۷-۱۶/۷	< ۱۳/۷	۴
> ۱۸/۱	۱۶/۸-۱۸/۱	۱۳/۶-۱۶/۷	< ۱۳/۶	۴/۵
> ۱۸/۳	۱۶/۸-۱۸/۳	۱۳/۵-۱۶/۷	< ۱۳/۵	۵
> ۱۸/۵	۱۶/۹-۱۸/۵	۱۳/۵-۱۶/۸	< ۱۳/۵	۵/۵
> ۱۸/۸	۱۷/۱-۱۸/۸	۱۳/۴-۱۷	< ۱۳/۴	۶
> ۱۹/۲	۱۷/۳-۱۹/۲	۱۳/۴-۱۷/۲	< ۱۳/۴	۶/۵
> ۱۹/۷	۱۷/۶-۱۹/۷	۱۳/۴-۱۷/۵	< ۱۳/۴	۷
> ۲۰/۲	۱۸-۲۰/۲	۱۳/۵-۱۷/۹	< ۱۳/۵	۷/۵
> ۲۰/۷	۱۸/۳-۲۰/۷	۱۳/۵-۱۸/۲	< ۱۳/۵	۸
> ۲۱/۲	۱۸/۷-۲۱/۲	۱۳/۶-۱۸/۶	< ۱۳/۴	۸/۵
> ۲۱/۸	۱۹/۱-۲۱/۸	۱۳/۷-۱۹/۰	< ۱۳/۷	۹
> ۲۲/۴	۱۹/۵-۲۲/۴	۱۳/۹-۱۹/۴	< ۱۳/۹	۹/۵
> ۲۳	۲۰-۲۳	۱۴-۱۹/۹	< ۱۴	۱۰
> ۲۳/۶	۲۰/۴-۲۳/۶	۱۴/۲-۲۰/۳	< ۱۴/۲	۱۰/۵
> ۲۴/۱	۲۰/۹-۲۴/۱	۱۴/۴-۲۰/۸	< ۱۴/۴	۱۱
> ۲۴/۷	۲۱/۳-۲۴/۷	۱۴/۶-۲۱/۲	< ۱۴/۶	۱۱/۵
> ۲۵/۳	۲۱/۷-۲۵/۳	۱۴/۸-۲۱/۶	< ۱۴/۸	۱۲
> ۲۵/۸	۲۲/۲-۲۵/۸	۱۵/۱-۲۲/۱	< ۱۵/۱	۱۲/۵
> ۲۶/۳	۲۲/۶-۲۶/۳	۱۵/۳-۲۲/۵	< ۱۵/۳	۱۳
> ۲۶/۸	۲۳-۲۶/۸	۱۵/۶-۲۲/۹	< ۱۵/۶	۱۳/۵
> ۲۷/۳	۲۳/۳-۲۷/۳	۱۵/۸-۲۳/۲۱	< ۱۵/۸	۱۴
> ۲۷/۷	۲۳/۷-۲۷/۷	۱۶/۱-۲۳/۶	< ۱۶/۱	۱۴/۵
> ۲۸/۱	۲۴-۲۸/۱	۱۶/۳-۲۳/۹	< ۱۶/۳	۱۵
> ۲۸/۵	۲۴/۴-۲۸/۵	۱۶/۶-۲۴/۳	< ۱۶/۶	۱۵/۵
> ۲۸/۹	۲۴/۷-۲۸/۹	۱۶/۸-۲۴/۶	< ۱۶/۸	۱۶

>۲۹/۳	۲۴/۹-۲۹/۳	۱۷-۲۴/۸	< ۱۷	۱۶/۵
>۲۹/۶	۲۵/۲-۲۹/۶	۱۷/۲-۲۵/۱	< ۱۷/۲	۱۷
> ۳۰	۲۵/۴-۳۰	۱۷/۴-۲۵/۳	< ۱۷/۴	۱۷/۵
>۳۰/۳	۲۵/۷-۳۰/۳	۱۷/۶-۲۵/۶	< ۱۷/۶	۱۸

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
کنترل مصرف کنندگان سیگار**

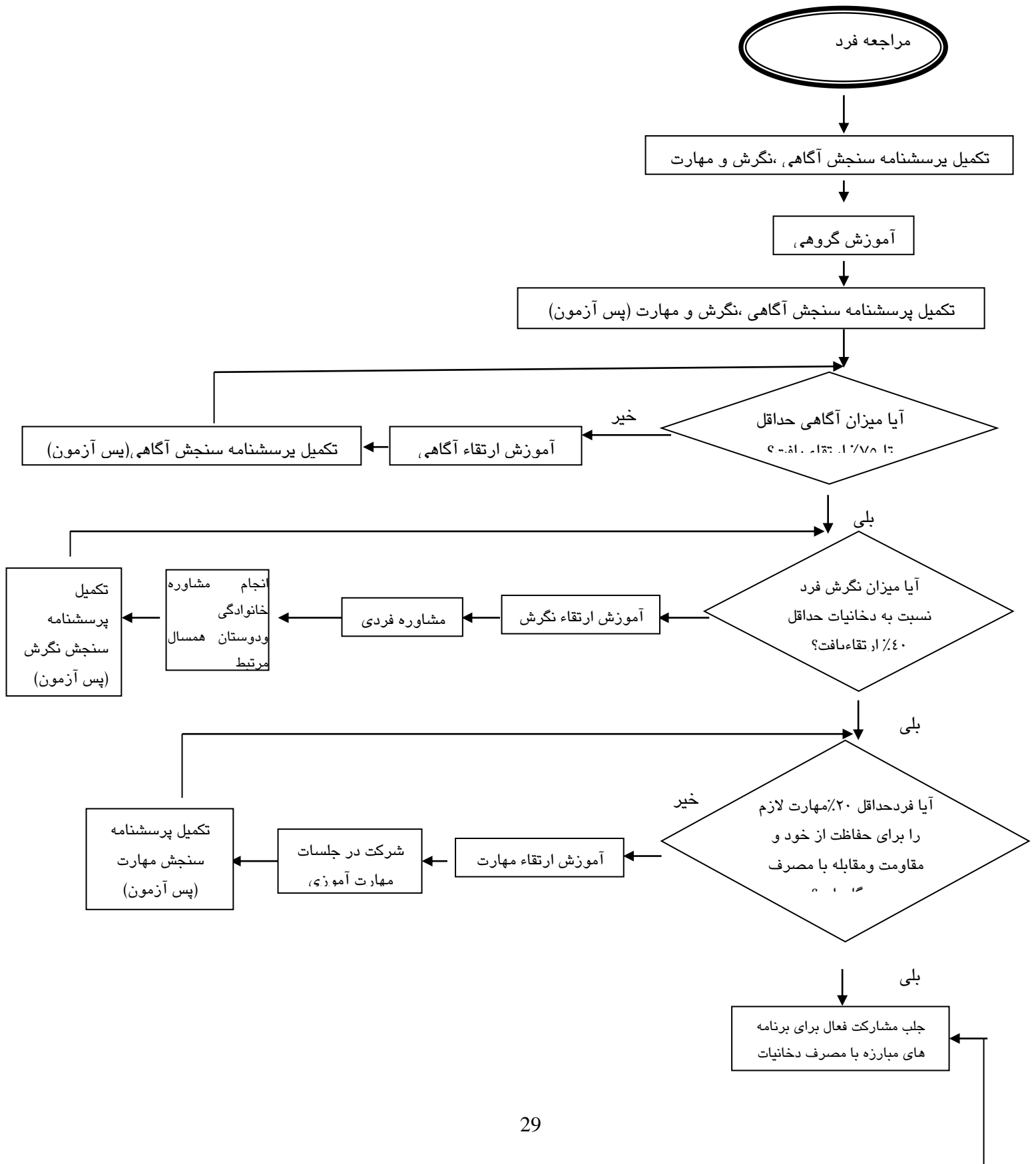
فرآیند بررسی افراد از نظر مصرف دخانیات

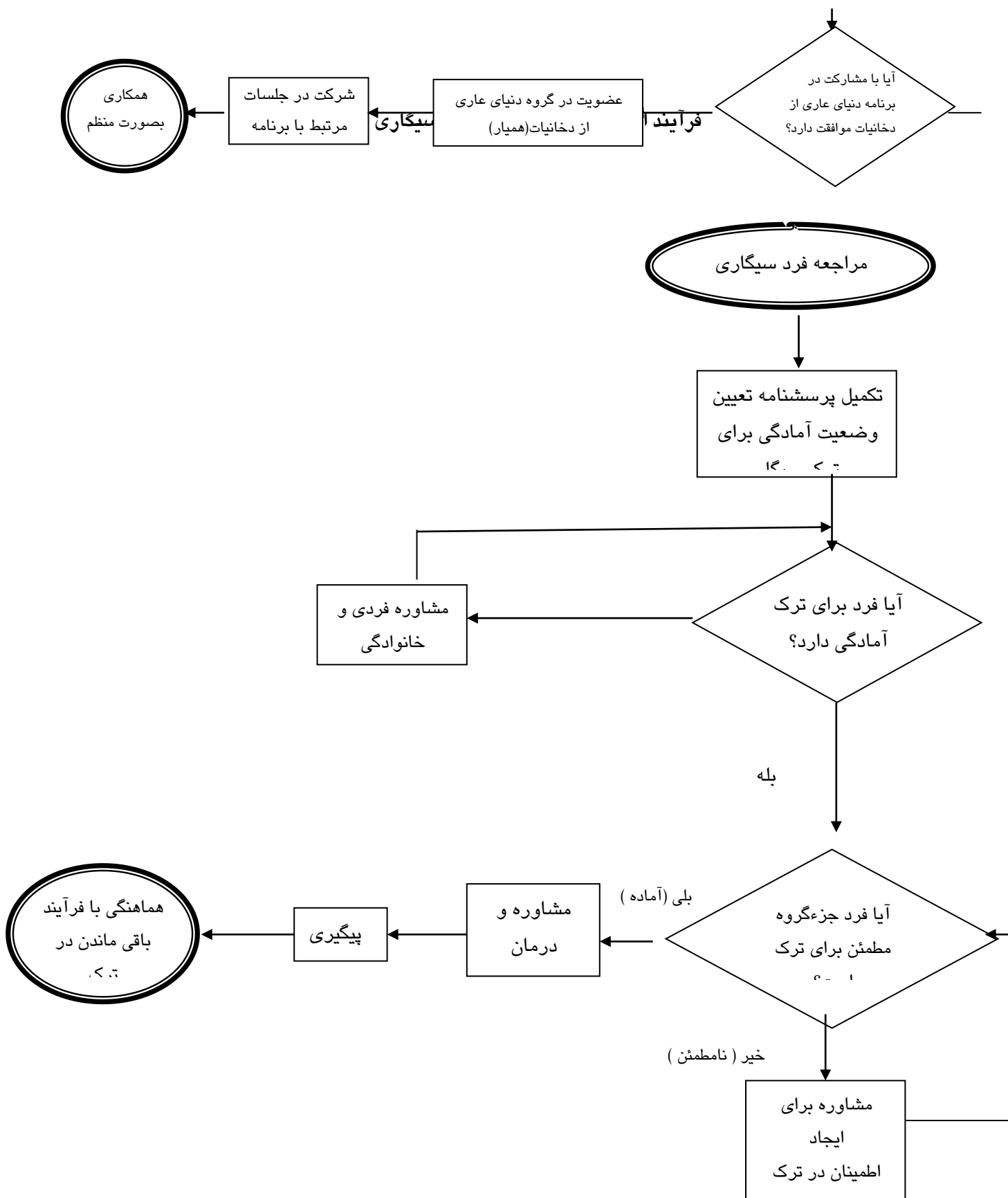


بلی

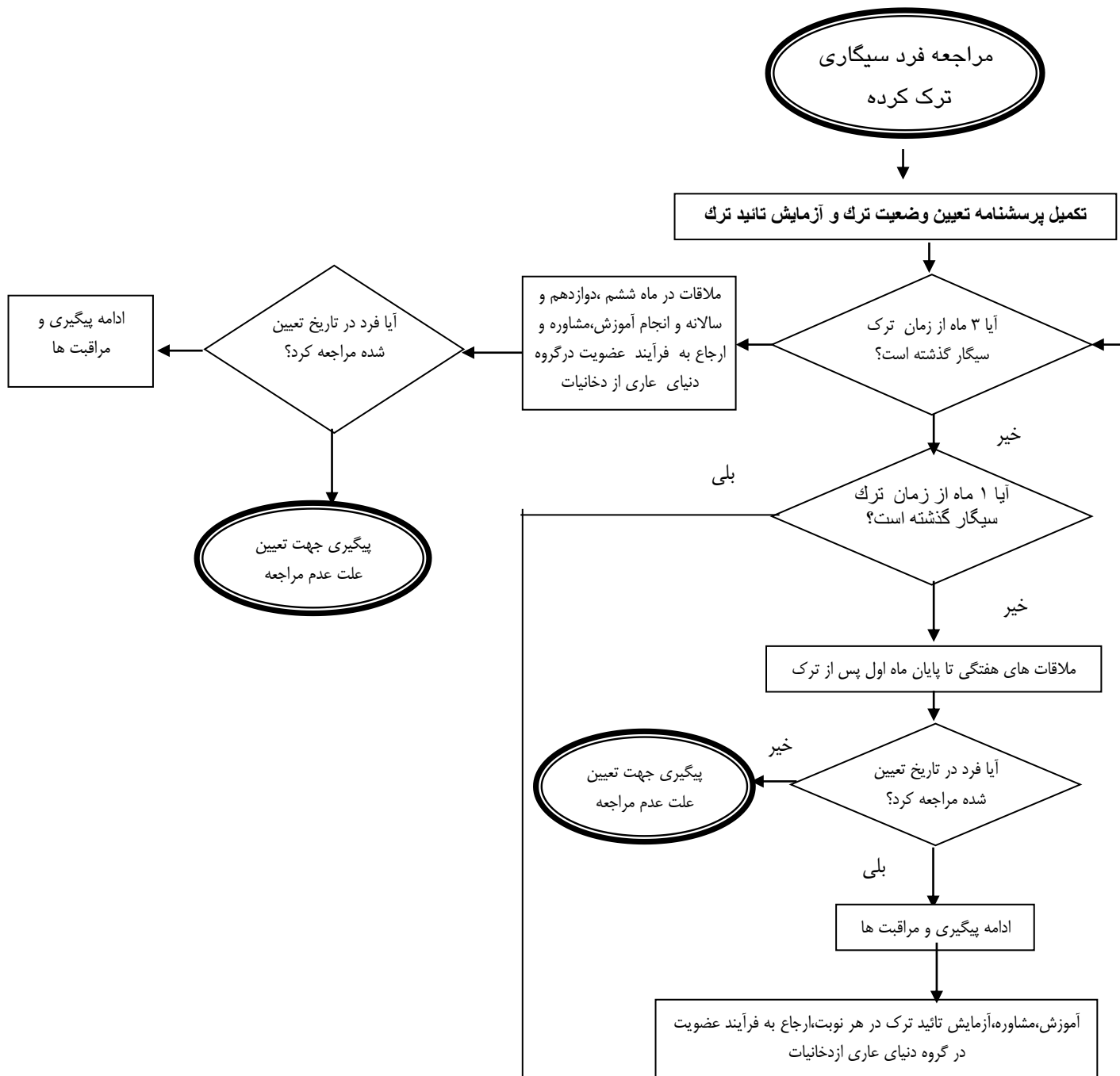
مراجعه به فرآیند افرادی
که سیگار را ترک کرده اند
و فرآیند ارزیابی آگاهی
،نگرش و مهارت

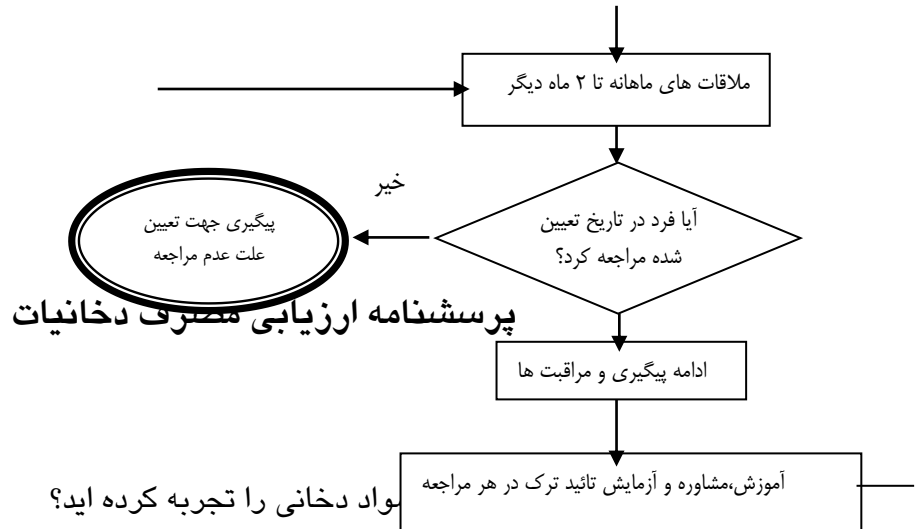
فرآیند بررسی آگاهی، نگرش و مهارت در مورد دخانیات





فرآیند باقی ماندن در ترک در افراد سیگاری





مواد دخانی را تجربه کرده اید؟

۱-بلی (به سؤالات ارزیابی "در معرض دود سیگار قرار گرفتن" مراجعه کنید) ۲- خیر

۲- اگر جواب بلی است، در چه سنی اولین تجربه مصرف دخانیات را داشتید؟ سالگی

۳- آیا در طول زندگی خود تا کنون، حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن از سایر انواع دخانیات مصرف

کرده اید؟

۱-بلی ۲-خیر

۴- آیا در حال حاضر سیگار یا سایر مواد دخانی مصرف می کنید؟

۱-بلی ۲-خیر (به پرسشنامه بررسی سابقه ترک مراجعه شود)

۵- در چه سنی مصرف دخانیات را شروع کردید؟ (روزانه/گاه گاهی) سالگی

۶- در حال حاضر کدامیک از فرآورده های دخانی زیر را مصرف میکنید؟ عادت مصرف شما چگونه

است؟ چه تعداد یا مقدار مصرف میکنید؟

تعداد/مقدار مصرف

عادت مصرف

نوع مواد دخانی

		۱-مصرف نمی‌کنم ۲-گاه گاهی ۳-همیشه		
<input type="checkbox"/> در هفته/درماه	<input type="checkbox"/> درروز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سیگار
<input type="checkbox"/> در هفته/درماه	<input type="checkbox"/> درروز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قلیان
<input type="checkbox"/> در هفته/درماه	<input type="checkbox"/> درروز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیپ یا چپق
<input type="checkbox"/> در هفته/درماه	<input type="checkbox"/> درروز	<input type="checkbox"/>	سایر فرآورده های دخانی

ارزیابی سابقه ترک دخانیات (در افراد سیگاری و ترک کرده)

۷- تاکنون چند بار اقدام به ترک کرده اید؟

۰-۱ بار ۱-۲ بار ۳-۴-۲ بار ۴-۵ بار و بیشتر

۸- حداکثر مدتی که ترک کردید، چه مدت بوده است؟

۱- روز ۲- هفته ۳- ماه ۴- سال

۹- چه مدت از آخرین باری که ترک کردید، میگذرد؟

۱- روز ۲- هفته ۳- ماه ۴- سال

ارزیابی سطح وابستگی به نیکوتین سیگار (در افراد سیگاری)

۱۰- صبح ها بعد از بیدار شدن از خواب، اولین سیگار خود را در چه زمانی روشن می کنید؟

۱- تا ۵ دقیقه ۲- بین ۶ تا ۳۰ دقیقه ۳- بین ۳۱ تا ۶۰ دقیقه ۴- بعد از ۶۰ دقیقه

۱۱- آیا بهترین سیگاری که مصرف می کنید، اولین سیگار صبح است؟ ۱- بلی ۲- خیر

۱۲- آیا در طول اولین ساعت بعد از بیدار شدن در روز به شکل پشت هم سیگار مصرف می کنید؟

۱- بلی ۲- خیر

۱۳- آیا هنگامی که بیمار هستید نیز تمایل به مصرف سیگار دارید؟ ۱- بلی ۲- خیر

۱۴- آیا در محل هایی که مصرف سیگار ممنوع است با مشکل مواجه می شوید؟ ۱- بلی ۲- خیر

ارزیابی آمادگی برای ترک

۱۵- در مورد ترک سیگار چه نظری دارید؟

۱- نمی خواهم ترک کنم ۲- برای ترک مطمئن نیستم ۳- برای ترک آماده هستم

ارزیابی "در معرض دود سیگار قرار گرفتن" (سیگاری غیر فعال)

۱۶- آیا در مجاورت دود سیگار اطرافیان قرار دارید(در منزل و محل کار)؟ ۱- بلی ۲- خیر

۱۷- چند نفر (در منزل و محل کار) در مجاورت شما دخانیات مصرف می کنند؟ نفر

پرسشنامه ارزیابی آگاهی در مورد مصرف دخانیات

بخش بهداشتی

۱- در دود سیگار چند ماده سمی وجود دارد؟

۲- در دود سیگار چند نوع ماده سرطانزا وجود دارد؟

۳- مواد سمی سیگار در بدن انسان چه اثری دارند؟

۴- نیکوتین سیگار در بدن انسان چه اثری دارد؟

۵- مصرف سیگار چه بیماری هایی را بوجود می آورد؟

۶- مصرف سیگار چه اثری بر اطرافیان غیر سیگاری دارد؟

۷- مصرف سیگار چه اثری بر زنان باردار و جنین آنها دارد؟

۸- مصرف هر نخ سیگار چقدر از عمر فرد می کاهد؟

۹- سالانه در ایران چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟

۱۰- سالانه در دنیا چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟

۱۱- ترک سیگار چه فایده ای برای خود دارد؟

۱۲- ترک سیگار چه فایده ای برای اطرافیان و دیگران دارد؟

۱۳- کسی که مدت زیادی است دخانیات مصرف میکند و تا کنون به بیماری خاص مرتبط با دخانیات مبتلا نشده

است، احتمال دارد بعداً "به آن بیماری ها مبتلا شود؟

بخش اقتصادی

۱۳- روزانه در کشور چه هزینه ای صرف مصرف سیگار می شود؟

۱۴- ضررهای اقتصادی سیگار چیست؟

بخش اجتماعی

۱۵- ضررهای اجتماعی سیگار چیست؟

۱۶- مصرف سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟

۱۷- تولید و توزیع سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟

پرسشنامه ارزیابی نگرش در مورد مصرف دخانیات

بر اساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

۱- به نظر من مصرف دخانیات برای سلامتی زیان آور است.

۲- فکرمی کنم عادت مصرف دخانیات من در ۵ سال آینده:

۱- مطمئناً هر روز سیگار می کشم ۲- مطمئناً سیگاری نخواهم بود

۳- احتمالاً هر روز سیگار می کشم ۴- احتمالاً سیگاری نخواهم بود

۵- نمی دانم

بر اساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه های زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

۳- متقاعد کردن مردم جهت ترک دخانیات از وظایف کارکنان بهداشتی است.

۴- اکثر سیگاری ها و مصرف کنندگان سایر محصولات دخانی در صورتی که بخواهند می توانند ترک کنند.

۵- غیر سیگاری که با سیگاری زندگی می کند خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان ریه دارد.

۶- مصرف دخانیات توسط والدین خطر ذات الریه (سینه پهلو) و سایر بیماری های تنفسی مثل آسم را در

کودکان افزایش می دهد.

- ۷-والدین باید نمونه مناسبی از یک فرد غیر سیگاری باشند.
- ۸-اکثر مردم تا زمانی که پزشک به آنها نگوید، سیگار را ترک نمی کنند.
- ۹-باید یک هشدار بهداشتی روی بسته های سیگار وجود داشته باشد.
- ۱۰-باید ممنوعیت کامل در تبلیغات دخانیات اعمال گردد.
- ۱۱-مصرف دخانیات در مکان های عمومی سر بسته باید ممنوع گردد.
- ۱۲-قیمت محصولات دخانی باید شدیداً افزایش یابد.
- ۱۳-فروش دخانیات به کودکان باید کاملاً ممنوع شود.
- ۱۴-مصرف دخانیات در بیمارستان ها باید به ممنوع شود.
- ۱۵-بر اساس شماره گذاری از ۱ تا ۱۰، برای مصرف دخانیات چه جایگاهی قائلید:

خطرناک	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-ایمن
غیر قابل کنترل	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-ارادی
تحت تاثیر محیط	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-بر اساس تصمیم شخصی
معمولاً لذت بخش	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-معمولاً نامطبوع
کمکی نمی کند	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-کمکی برای مقابله با مشکلات
آرامبخش	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-محرک
باعث افزایش جذابیت	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-باعث کاهش جذابیت
احمق بنظر رسیدن	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-باهوش بنظر رسیدن
نشانه شکست	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-نشانه موفقیت

پرسشنامه ارزیابی مهارت

۱- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر اشتباهی کردم:

- خود را سرزنش می کنم

- عمل خود را سرزنش می کنم

(ب) وقتی که در مورد اعمال خود فکر می کنم:

- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظرمی گیرم اما به جنبه های مثبت خود، بیشتر توجه می کنم

- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظرمی گیرم اما به جنبه های منفی خود بیشتر توجه می کنم

(ج) در محاسبه اعمال خود:

- می پذیرم که غیر از کارهای اشتباه قطعاً کارهای مثبتی هم انجام می دهم.

- کارهای خوبم را کوچک و بی ارزش و غیر قابل محاسبه می دانم

۲- کدامیک از حالات زیر علامت اعتماد بنفس در شماست :

- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم اما برای اتمام آن منتظر کمک دیگران باشم

- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم و بکوشم تا آن را به اتمام برسانم

۳- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر نتوانم کاری را انجام دهم ، می گویم:

- نمی توانم

- سعی خواهم کرد

(ب) اگر نتوانم از عهده کاری برآیم، آنرا:

- یک شکست می دانم

- یک تجربه جدید میدانم

(ج) اگر منتظر اعلام نتیجه امتحان یا آزمونی باشم ، می گویم:

- فکر نمی کنم قبول شوم

- انشاء... قبول می شود

(د) اگر اشتباهی کردم ، می گویم:

- هرگز خود را بخاطر آن اشتباه نمی بخشم

- اشتباه خود را جبران می کنم

۴- کدامیک از کارهای زیر در افزایش اعتماد بنفس شما موثر است؟

(الف) بیان احساس واقعی ، بدون توجه به موافقت یا دیگران

(ب) کشیدن نفس عمیق برای رسیدن اکسیژن بیشتری به مغز

(ج) جدی نگرفتن صحبت های دیگران در مورد نقاط ضعفتان

(د) افزایش وابستگی به دیگران

(ه) همه موارد

(و) هیچکدام

۵- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) حرفهای خود را به دیگران:

- صریح ، مستقیم و بدون واسطه می گویم

- از طعنه یا کنایه استفاده می کنم

ب) در ارتباط با دیگران:

- احساس خود را شناسایی و بخوبی توصیف می کنم

- احساس خود را مخفی واز بیان آن امتناع می کنم

ج) در روابط با دیگران:

- به آنها توهین کرده و برچسب می زنم

- از توهین به آنها و برچسب زدن خودداری می کنم

د) بعد از بیان نظراتم:

-از مخاطبم باز خورد می گیرم تا بدانم منظورم را درست فهمیده است یا نه

- برایم مهم نیست که مخاطبم، منظور مرا فهمیده باشد یا نه

۶- در برابر فشار گروه همسال خود چه می کنید؟

- بخاطر احساس خجالت یا ترس از تحقیر یا رانده شدن از جمع دوستان، هرچه گروه بخواهد، می پذیریم

- از حقوق خود حتی در گروه همسال دفاع می کنم و اجازه تجاوز به حقوقم را نمیدهم

- در جمع دوستان همسالم : برای افزایش رضایت گروه از من، اعمال واحساسات خود را توجیه می کنم

- در جمع دوستان همسالم: عقاید ، ارزشها، باورها و عواطف خود را مخفی می کنم

۷- وقتی که با مشکلی عاطفی روبرو می شوید برای تامین آرامش روانی خود چه می کنید؟

- با دوستان ،والدین ،خواهر یا برادر ،مشاور یا معلم ،صحبت و درددل می کنم

- قرآن می خوانم، دعا می کنم، نماز می خوانم ، به زیارت می روم

- فال می گیرم و آرزوی معجزه می کنم

- عصبانی می شوم ،گریه وزاری می کنم ،پرخاشگری می کنم

- از مواد مخدر یا داروهای آرامبخش یا سایر موارد استفاده می کنم

۸- برای مقابله عملی با مشکلی که برای شما پیش می آید ، چه می کنید؟

- برنامه ریزی می کنم

- با افراد معتمد و آگاه مشورت می کنم

- از روش های غیر قانونی استفاده می کنم (تقلب ، کارهای خلاف قانون)

- از روش های غیر اخلاقی استفاده می کنم (تهدید ، زورگویی)

۹- در موارد زیر چه می کنید؟

الف) اگر کسی تقاضای بد یا خواسته نادرستی از من داشته باشد:

- بلافاصله مخالفت یا موافقت می کنم

- ابتدا کمی فکر کردم و پس از اطمینان از مواضع خود، می گویم بلی یا خیر

ب) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:

می گویم : نه

- می گویم: خوب، من اینطور فکر نمی کنم،.....

ج) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:

- مخالفت خود را بسیار کوتاه و موجز با او در میان می گذارم

- مخالفت خود را بطور مفصل و با توضیح کامل با او در میان می گذارم

د) اگر کسی با وجود مخالفت من، بارها تقاضا یا خواسته نادرست خود را تکرار کند:

- هر بار برایش توضیح جدیدی داده و درخواستش را رد می کنم

- فقط دلیل اصلی مخالفتم را برای او تکرار می کنم

۱۰- کدام یک از حالات زیر موجب تقویت « ابراز وجود» در شما می شود؟

الف) برقراری تماس چشمی مستقیم با مخاطبم

ب) انتخاب حالت چهره متناسب با صحبتی که با مخاطبم دارم

ج) انتخاب سطح و آهنگ مناسب صدا در هنگام صحبت با مخاطبم

د) همه موارد فوق (ه) هیچکدام

۱۱- اگر دچار مشکلی شوید، برای حل مشکل چه می کنید؟ در عبارات زیر مراحل اقدام خود را شماره

گذاری کنید. (کدام کار را اول انجام می دهید الی آخر)

احساسات و عواطف خود را مرور می کنم تا مشکل را تشخیص دهم.

در مورد هدف تصمیم گیری می کنم.

مدتی روی مشکل تمرکز می کنم تا ابعاد آن مشخص شود.

در مورد نتایج احتمالی راه حل ها فکر می کنم.

راه حل های واقعی و مطلوب را انتخاب می کنم.

راه حل انتخاب شده، برنامه ریزی می کنم.

در مورد راه حل های مختلف فکر می کنم.

پرسشنامه ارزیابی اقدام برای ترک سیگار

- ۱- در حال حاضر اهمیت ترک سیگار برای شما چقدر است؟
- ۱- خیلی زیاد ۲- زیاد ۳- تا حدودی ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۲- در حال حاضر تصمیم شما برای ترک سیگار چقدر جدی است؟
- ۱- خیلی زیاد ۲- زیاد ۳- تا حدودی ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۳- به چه علت می خواهید سیگار را ترک کنید؟
- ۱- بیماری ۲- سلامتی در آینده ۳- هزینه ها ۴- توصیه دیگران ۵- سلامتی خانواده ۶- سایر
- ۴- فکر می کنید موفقیت شما در ترک سیگار چقدر است؟
- ۱- کاملاً (صد در صد) ۲- خیلی زیاد ۳- زیاد ۴- تا حدودی ۵- کم ۶- خیلی کم
- ۵- آیا برای مقابله با فشارهای عصبی سیگار می کشید؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۶- آیا سیگار کشیدن به رفتار و شخصیت اجتماعی شما کمک می کند؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۷- آیا هنگامی که خسته و بی‌کار هستید، سیگار روشن می کنید؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۸- آیا سیگار کشیدن در شما تمرکز و هوشیاری بوجود می آورد؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۹- اگر سیگار مصرف نکنید دچار مشکل و احساس ناراحتی می شوید؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۱۰- آیا برای کنترل وزن سیگار می کشید؟
- ۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت

۱۱- آیا از مصرف سیگار لذت می برید؟

۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت

پرسشنامه پیگیری افراد ترک کرده

خواهشمنداست خود را در رابطه با موارد زیر از نظر اینکه در روزهای گذشته چه احساسی داشته اید، درجه

بندی کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	بیشتر اوقات	همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	غم و اندوه
۱	۲	۳	۴	۵	اضطراب و دلشوره
۱	۲	۳	۴	۵	تحریک پذیری یا زود از کوره در رفتن
۱	۲	۳	۴	۵	پرانرژی و احساس توانائی زیاد
۱	۲	۳	۴	۵	عدم آرامش یا بیقراری
۱	۲	۳	۴	۵	گرسنگی
۱	۲	۳	۴	۵	نداشتن تمرکز فکری و حواس پرتی

۱- نکشیدن سیگار در هفته گذشته، برای شما چقدر دشوار بود؟

۰- اصلاً" دشوار نبود ۱- کمی دشوار بود ۲- تا حدی دشوار بود

۳- دشوار بود ۴- بسیار دشوار بود ۵- خیلی زیاد دشوار بود

۲- آیا در هفته گذشته هوس کردید سیگار بکشید؟

۰- هرگز ۱- خیلی کم ۲- بعضی مواقع ۳- اکثر مواقع ۴- تقریباً" همیشه ۵- همه مواقع

۳- این هوس تا چه اندازه قوی بود؟

۰- هیچ ۱- کمی ۲- تا حدی ۳- قوی ۴- بسیار قوی ۵- فوق العاده قوی

۴- آیا در روزهای گذشته سیگار کشیدید؟

۰- هرگز ۱- چند پک ۲- بیشتر از یک سیگار (ساعت مصرف:.....)

۵- در حال حاضر چه نوع و چه مقدار داروی ترک سیگار مصرف می کنید؟

۶- آیا در مصرف داروها مشکلی داشته اید؟

۷- آیا نکات دیگری هست که بخواهید به آنها اشاره کنید؟ لطفاً ذکر کنید.

پاورقی:

مصرف سیگار

الف) فواید نکشیدن سیگار: مدارک بسیار قوی وجود دارند که فایده های ترک سیگار را نشان می دهد، حتی برای افراد مسن و افرادی که درحال حاضر بیماریهای مزمن مربوط به سیگار در آنها پیشرفت کرده است.

افرادی که در روز دویسته سیگار می کشند، اگر سیگار را ترک کنند، بطور متوسط میزان مرگشان از بیماری قلبی و عروقی و سرطان ریه ۴ سال به تعویق می افتد.

یکسال پس از ترک، فراوانی خطر بیماری کرونر قلب (CHD)، ۵۰٪ کاهش می یابد.

ترک سیگار موجب:

- کاهش سریع سطح منوکسید کربن (CO) در خون
- کاهش تولید خلط، سرفه و تنگی نفس
- کاهش تحریک گلو
- و افزایش توانایی حس بویایی و چشایی فرد می شود.

برای برخی افراد، ترک سیگار یک راه مهم برای افزایش اعتماد به نفس است به خصوص در افراد سیگاری که اعتماد بنفس شان (SES) پایین است. ترک سیگار والدین می تواند تاثیر مثبتی بر روی فرزندان بگذارد (برای مثال: ترک سیگار والدین مثال خوبی برای فرزندان است که می خواهند کاری را انجام دهند که به نظر آسان نمی رسد و نقش پیشگیری در فرزندان را دارد که در معرض ابتلا به مصرف دخانیات هستند)

فایده های مهم دیگر برای فرد:

- چین و چروک صورت کمتر می شود
- تنفس بهتر می شود
- امکان یادگیری جدید برای پس انداز کردن پول فراهم می شود و ...

ب) اعتیاد: ثابت شده است که نیکوتین موجود در سیگار همانند دارویی است که اعتیاد آور است.

علائم بارز نشاندهنده وابستگی:

- تعداد سیگاری که درهروز کشیده میشود (بیش از ۱۰ سیگار در روز).
 - زمانی که اولین سیگار در صبح بعد از بیدار شدن کشیده میشود (کمتر از ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن).
 - وجود علامتهای ترک که، در طول تلاش برای ترک قبلی وجود داشته است.
- {اگر یکی از علائم وجود داشته باشد درمان دارویی باید بسیار مورد توجه قرار بگیرد بدلیل اینکه احتمال اعتیاد به نیکوتین وجود دارد و امکان بروز نشانه های ترک (سندرم Withdrawal) نیکوتین و بالا رفتن میزان عود وجود دارد}.

بسته به فرد سیجاری نشانه های محسسی وجود دارد.

<ul style="list-style-type: none">• تند خویی ، اضطراب• اختلال در خواب• سوء هاضمه• لرزش و عرق کردن	<ul style="list-style-type: none">• میل شدید به سیگار کشیدن• اشکال در تمرکز فکر• سردرد• سرگیجه
--	---

این علائم معمولاً " بعد از هفت روز بسرعت کاهش می یابند، ولی گاهی هفته ها پس از ترک هنوز کاملاً" از بین نرفته اند فرد سیگاری که تصمیم به ترک گرفته است باید به علائم ترک و راههای مقابله با آن آشنا باشد و بداند که دو هفته اول ترک بسیار مهم است. اگر چه فرد بعد از گذشت چند هفته نمی تواند ادعای موفقیت کند. ولی ممکن است میل سیگار کشیدن چند ماه بعد از ترک تکرار شود. افراد خصوصاً آنهایی که برای ترک سیگار تحت درمان نیستند باید بدانند که این علائم عادی هستند و معمولاً" زمانشان محدود است و در واقع نشانه های حذف ماده مضر نیکوتین از بدن هستند، به این ترتیب افراد تشویق می شوند که این علائم را بهتر تحمل کنند.

د) درمان جایگزین نیکوتین (NRT): این روش مخصوصاً" در بیماران معتاد به نیکوتین بکار می رود. ولی نبایستی در موارد زیر استفاده شود:

- بیماران که در ۴ هفته اول دوره بعد از انفارکتوس میوکارد هستند.
- آریتمی های بد خیم (تهدید کننده زندگی) دارند.
- افرادی که درد شدید قفسه صدري ناشی از ایسکمی میوکارد دارند
- افرادی که در معرض بیماری عروق مغزی قرار دارند.

در افراد زیر نیز استفاده از نیکوتین پیشنهاد نمی شود:

- افرادی که اختلالات عمومی پوست یا حساسیت زیاد به نیکوتین دارند.
- در دوران بارداری یا در دوره مراقبتهای بارداری و در کودکان.

بیماران در دوره (NRT) بایستی از نظر علائم ترک نیکوتین، موارد مسمومیت نیکوتین، واکنشهای متقابل با داروهای دیگر و وضعیتهای پزشکی مورد بررسی قرار گیرند. (قسمت زیرنویس را برای کمکهای جدید بدون نیکوتین و ترک سیگار ببینید).

توجه: میزان مصرف نیکوتینی که بوسیله سیگارهای مصرفی روزانه بدست می آید نسبت به زمانیکه این ماده بمقدار کم از طریق پوست یا آدامس نیکوتین جذب می شود، اثرات قلبی و عروقی بارزتری دارد. آزمایشهای بالینی (NRT) در افراد با CHD ثابت مشخص می کند که نیکوتین خطر بیماری قلبی را افزایش نمی دهد.

دارو	مقدار مصرف	فایده ها	مضرات
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت : ۲mg	بطور معمول : با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته. سپس به یک قطعه در روز، هر هفته کم می کنیم. درطول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر میشود. روش صحیح استفاده: جویدن ونگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	عملکرد سریع. میزان دریافتی توسط بیمار کنترل میشود. میتواند با جدول زمانی بیمار تنظیم شود.	پذیرش بالایی احتیاج دارد. اغلب اوقات اشتباه مصرف می شود (جویده میشود اما نگهداری نمی شود). منجر به عوارض جانبی می شود مانند (سکسه، درد معده، سوزش گلو، تهوع) همچنین درد فک، بلعیدن مقدار زیاد هوا دادن، چسبیدن به دندان مصنوعی. تعداد کمی از افراد ممکن است به آن معتاد شوند.
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت : ۴mg	بطور معمول با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته سپس به یک قطعه در هر روز، هر هفته کم می شود. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر می شود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	یک محصول بسیار موثر نیکوتین برای بیمارانی که سیگار زیادی می کشند. به بیمارانی که ترک قبلی آنها با ۲ میلی گرم دچار مشکل شده و افرادی که می خواهند استفاده از آدامس را ادامه بدهند، پیشنهاد کنید ۲mg استفاده کنند.	تمام موارد بالا به میزان بیشتر، میزان اعتیاد و میزان عود افزایش می یابد.
برچسب نیکوتین (روی پوستی) هیپترو، نیکودرم، نیکوترول	مقدار پیشنهاد شده برای مصرف برچسب نیکوتین را ببینید.	استفاده راحت، قابل قبول تر افرادی که تصمیم به ترک دارند، دریافت نیکوتین دائم و احتمال اعتیاد کمتر	برای برخی بیماران سطح نیکوتین کافی را تأمین نمی کند عوارض جانبی مانند: تحریک پوست، خواب ناراحت خوابیدن میزان عود بالا

مقادیر پیشنهادی مصرف بر حسب نیکوتین		
نیکوترول	نیکودرم	هبتترول
۱۶/۱۵Mg ساعت * ۴ هفته	۲۴/۲۱ Mg ساعت * ۴ هفته	۲۴/۲۱ Mg ساعت * ۴ هفته
۱۶/۱۰Mg ساعت * ۲ هفته	۲۴/۱۴Mg ساعت * ۲ هفته	۲۴/۱۴Mg ساعت * ۲ هفته
۱۶/۵ Mg ساعت * ۲ هفته	۲۴/۷ Mg ساعت * ۲ هفته	۲۴/۷ Mg ساعت * ۲ هفته

• مقادیر باید برای افراد زیر ۴۵ کیلوگرم و یا افرادی که بیماری قلبی و عروقی دارند و مصرف این داروها در آنها قدغن نیست تنظیم گردد.

• اگر بیمار درطول درمان با برچسب نیکوتین بیشتر از ۲ تا ۳ سیگار بکشد، درمان نباید ادامه پیدا کند و برای ۶-۱۲ ماه دیگر پیشنهاد شود.

• طول درمان برای هر فرد باید جداگانه در نظر گرفته شود و افراد می بایست جداگانه در مورد علائم ترک مورد بررسی قرار بگیرند.

حل مشکلات ترک سیگار

شرایط مساعد کننده عود

برخی حوادث، فعالیتها یا حالت‌های درونی هستند که باعث افزایش خطر روی آوردن به سیگار یا عود مصرف می شوند. این شرایط شامل: همنشینی با سیگاریها، تحت فشار قرار گرفتن، جروبخت کردن، تجربه مصرف سیگار در زمانهای حساس یا حالت‌های روحی منفی، خوردن الکل یا قهوه. فرد می بایستی راجع به این عوامل خطر آموزش ببیند و مهارت‌های سازش با این شرایط را بیاموزد.

این مهارتها شامل

- پیش بینی شرایط خطر را بیاموزند و از آنها اجتناب کنند.
- راهکارهایی را که شرایط روحی منفی را کاهش می دهد، بیاموزند.
- با تغییراتی در سبک زندگی استرس را کم کنند و کیفیت زندگی را با ایجاد لذت بالا ببرند. (مثل : فعالیت بدنی)
- فعالیت‌های رفتاری و شناختی که توجه آنها را از میل سیگار کشیدن منحرف می کند بشناسند. (مثل: پیاده روی بجای قهوه خوردن در زمانهای استراحت)

مشکلات ترک در حین حاملگی

سیگار کشیدن مادر با سقط‌های خود بخودی، عوارض در طول حاملگی مانند جفت سرراهی، بچه نارس و بچه با وزن تولد پایین ارتباط دارد. اگر مادر در سه ماهه اول بارداری سیگار را ترک کند خطر سلامتی جنین منتفی می شود ترک در اواخر حاملگی (تا سی امین هفته حاملگی) خطر عوارض هنگام تولد را کاهش می دهد. برآوردهای کنونی نشان می دهد که ۲۰٪ تا ۴۰٪ زنان حامله سعی می کنند در دروه حاملگی سیگار را ترک کنند. پزشکان می بایست زنان حامله سیگاری و همسرانشان را درمورد خطرهای سلامتی ناشی از مصرف سیگار در طول حاملگی و بعد از زایمان آگاهی دهند و راهکار ترک سیگار را به آنان پیشنهاد کنند. درمان اختصاصی در طول حاملگی میزان ترک را بالا می برد. درمان دارویی درطول حاملگی و شیردهی توصیه نمی شود.

ترس از شکست

کمتر از ۲۵٪ از افراد سیگاری موفق می شوند در اولین بار سیگار را ترک کنند. اغلب افراد می بایستی ۳ یا ۴ بار برای ترک کوشش کنند. ترک عادت سیگار کشیدن یک مهارت جدید است و مانند هر مهارت جدیدی یادگیری اش زمان می برد. به مراجعین بگویید که ترک کردن سیگار مانند سوار شدن دوچرخه است. چه تعداد از افراد در نخستین سعی خود می توانند دوچرخه سوار بشوند؟ ترک کردن سیگار نیز مانند یادگیری دوچرخه سواری است. افراد می بایستی مشاوره بشوند تا از نظر بدنی فعالیت زیادی داشته باشند زیرا مطالعات نشان داده که فعالیت بدنی

می تواند به فرد در ترک سیگار کمک کند. اصرار پزشک و خوشبینی او در مورد موفقیت بعدی برای بالا بردن روحیه بیمار بسیار قابل استفاده است.

میل بسیار قوی به سیگار کشیدن

میل زیاد سیگار کشیدن حداکثر ۲۰ دقیقه و برای برخی از افراد کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد، بنظر می رسد برخی از افراد به موقعیت خاصی مانند نوشیدن یک فنجان قهوه یا خوردن الکل وابسته هستند. به بیماران توصیه می شود که برای مشغول نگه داشتن خودشان برنامه ای داشته باشند تا میل به سیگار کشیدن از بین برود و موقعیتهای را بوجود بیاورند که بنظر می رسد آنها را از سیگار کشیدن دورنگه می دارد.

سیگار کشیدن افراد دیگر خانواده

در حضور افراد سیگاری دیگر در منزل مخصوصاً "همسر، موفقیت ترک کمتر می شود. افراد باید برای ترک دلایل قوی برای خود مطرح کنند تا ترک را حتی با وجود افراد سیگاری در خانواده مطلع باشند و پیشنهاد ترک را برای آنها نیز مطرح نمایند. افراد می توانند فردی را بعنوان یک حامی (مثل: همکار، دوست) معرفی کنند که آنها را بعد از ترک حمایت کند.

مشکل آدامس نیکوتین

آدامس نیکوتین، در طول ۱۲ ماه مصرف میزان ترک سیگار را حدود ۶۰٪ - ۴۰٪ ارتقاء می دهد. هر چند مشکلاتی هم مانند تمایل فرد به استفاده، مصرف راحت، پذیرش آن از طرف جامعه و طعم نامطبوع نیز وجود دارد اما درمان با برچسب نیکوتین از طرف بیمار قابل قبول تر است و همین باعث استفاده موثر و آسان آن شده است. بنابراین برچسب برای استفاده معمول بالینی بهتر است هر چند استفاده از آدامس نیکوتین ممکن است در برخی افراد بدلیل زیر مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

- ۱- بدلیل اینکه خود فرد ترجیح می دهد آدامس نیکوتین استفاده کند.
- ۲- شکست قبلی بیمار با برچسب نیکوتین
- ۳- مواردی که نباید از برچسب نیکوتین استفاده شود (مانند واکنش شدید پوست).

عوارض جانبی آدامس نسبتاً ملایم و گذرا است و بسیاری از افراد میتوانند بوسیله استفاده صحیح در تکنیک جویدن مشکل خود را حل کنند. آدامس را باید به آرامی بجوند تا زمانی که یک طعم تند ظاهر شود سپس بین گونه نگهدارند تا جذب نیکوتین آدامس صورت بگیرد. آدامس باید به آرامی و متناوب در دوره ای حدود ۳۰ دقیقه جویده و نگهداری شود. جویدن آدامس در جدول زمانبندی از پیش تعیین شده (حداقل یک قطعه در هر ۱-۲ ساعت حداقل بمدت ۳ ماه) بسیار سودمندتر از استفاده آزادانه آدامس می باشد. هنگامیکه فرد می خواهد آدامس را برای مدت

زمان طولانی تر از زمان توصیه شده ادامه دهد پزشک ضمن تشویق فرد به قطع مصرف نیکوتین باید به این موضوع توجه کند که ادامه استفاده از آدامس نیکوتین بسیار بهتر از برگشت به سیگار کشیدن میباشد.

مشکل برچسب نیکوتین

درمقایسه با یک دارو نما نیکوتین پوستی تقریباً در طول ۶-۱۲ ماه میزان ترک را دو برابر می کند. افراد بیشتر از آموزشهای برچسب پیروی می کنند، تا ۵۰٪ افراد مصرف کننده بر چسبهای ممکن است واکنش پوستی موضعی داشته باشند. معمولاً واکنشهای پوستی خفیف و محدود هستند اما امکان دارد در طول درمان شدیدتر بشوند. درمان موضعی با کرم هیدروکورتیزون (۵٪) یا کرم تریامسینولون (۵٪) و نوبتی کردن محل برچسبها ممکن است واکنشها را بهبود بخشد. فقط در کمتر از ۵٪ بیماران با این واکنشها قطع درمان برچسب نیکوتین لازم است.

مشکل خواب

توصیه های زیر کمک می کند تا فرد بتواند بر مشکل خواب که علامت خاص ترک است غلبه کند. تنها زمانیکه خسته است به رختخواب برود؛ در طول روز نخوابد؛ از خوردن کافئین در آخر روز خوداری کند؛ اگر در طول ۳۰ دقیقه نتوانست بخوابد از رختخواب خارج شود به مطالعه یا کار دیگری که او را برای خواب آماده می کند بپردازد در طول روز ورزش کند.

افزایش وزن (یا ترس از ...)

تنها ۱۰٪ از افرادی که وزن می گیرند آنرا حفظ می کنند. تعداد بسیار کمی از افرادی که قبلاً سیگار می کشیدند بیش از ۲ تا ۴/۵ کیلو (۵ تا ۱۰ پوند) وزن اضافه کرده اند. زنان نسبت به مردان مایلند که وزن کمتری داشته باشند. بنظر می رسد افزایش غذای دریافتی و تغییر سوخت ساز بدن باعث افزایش وزن بعد از ترک می شود. افرادی که سیگار را ترک میکنند اگر کالری مصرفی خود را به همان میزان نگه دارند، و ورزش نکنند وزنشان افزایش می یابد. بسیاری از سیگاریها (بخصوص زنان) به وزن خود یا ترس از افزایش وزن خود توجه می کنند، این موضوع برای ادامه دادن مصرف یا دوباره شروع کردن سیگار یک انگیزه قوی است. پزشک باتوصیه های زیر می تواند به فرد کمک کنند تا خطر افزایش وزن به حداقل برسد:

- غذای روزانه خود را بنویسند تا بدانند که چه چیز می خورند.
- از مصرف شکر و چربی تا آنجا که امکان دارد پرهیز کنند و اندازه پروتئین را کاهش دهند.
- اگر میل خوردن دارند از مواد زیر استفاده کنند:
- یک لیوان آب بخورند.
- آدامس کم شکر بجوند.
- یک غذای سبک از سبزیجات مانند هویج، قطعات کرفس و میوه ها بخورند.
- یک برنامه مناسب فعالیت بدنی را برای از بین بردن کالری اضافی شروع کنند.

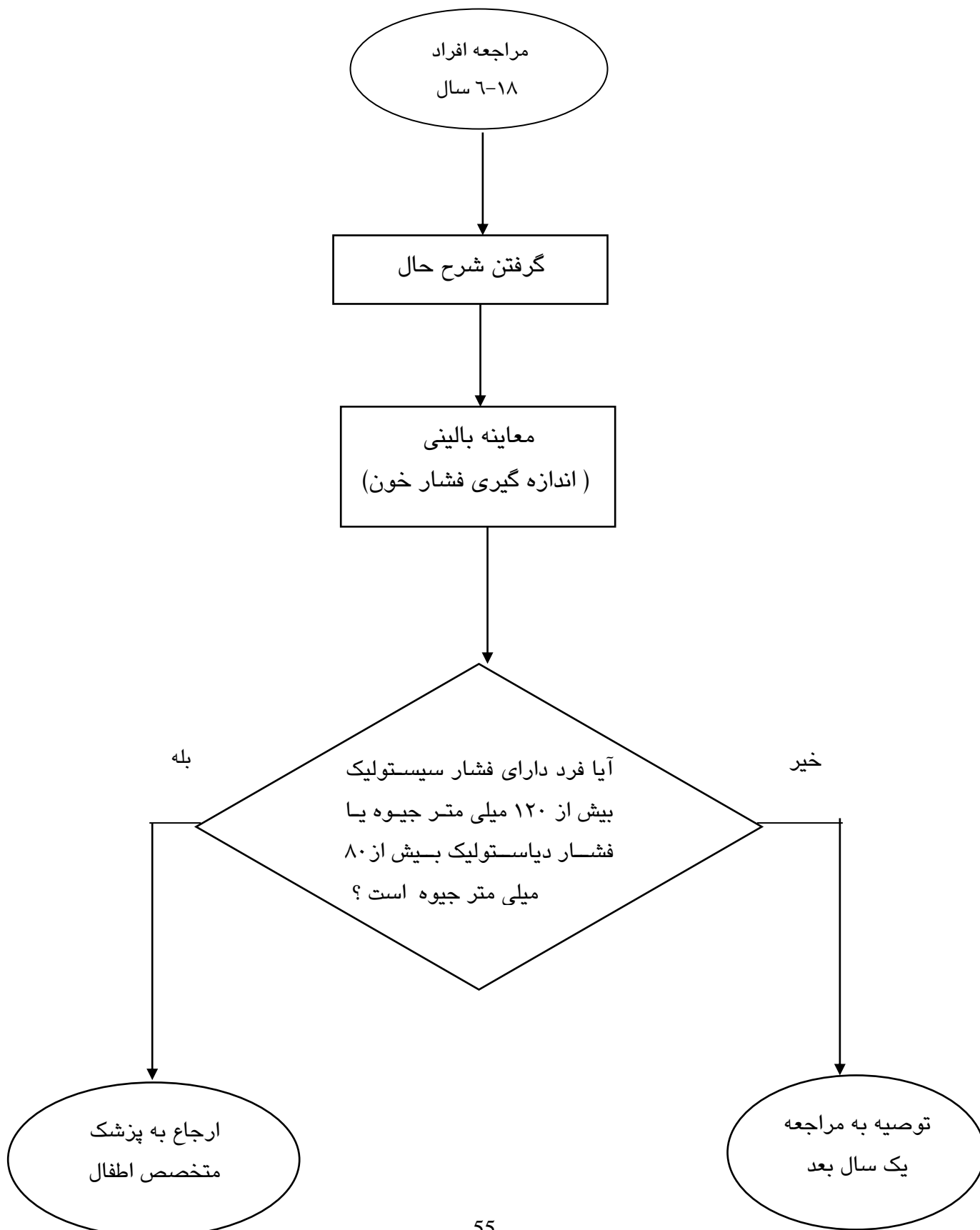
پزشکان باید بدانند که مطالعات اخیر نشان داده در جوامع جوان کنترل وزن از سیگار کشیدن مهم تر است.

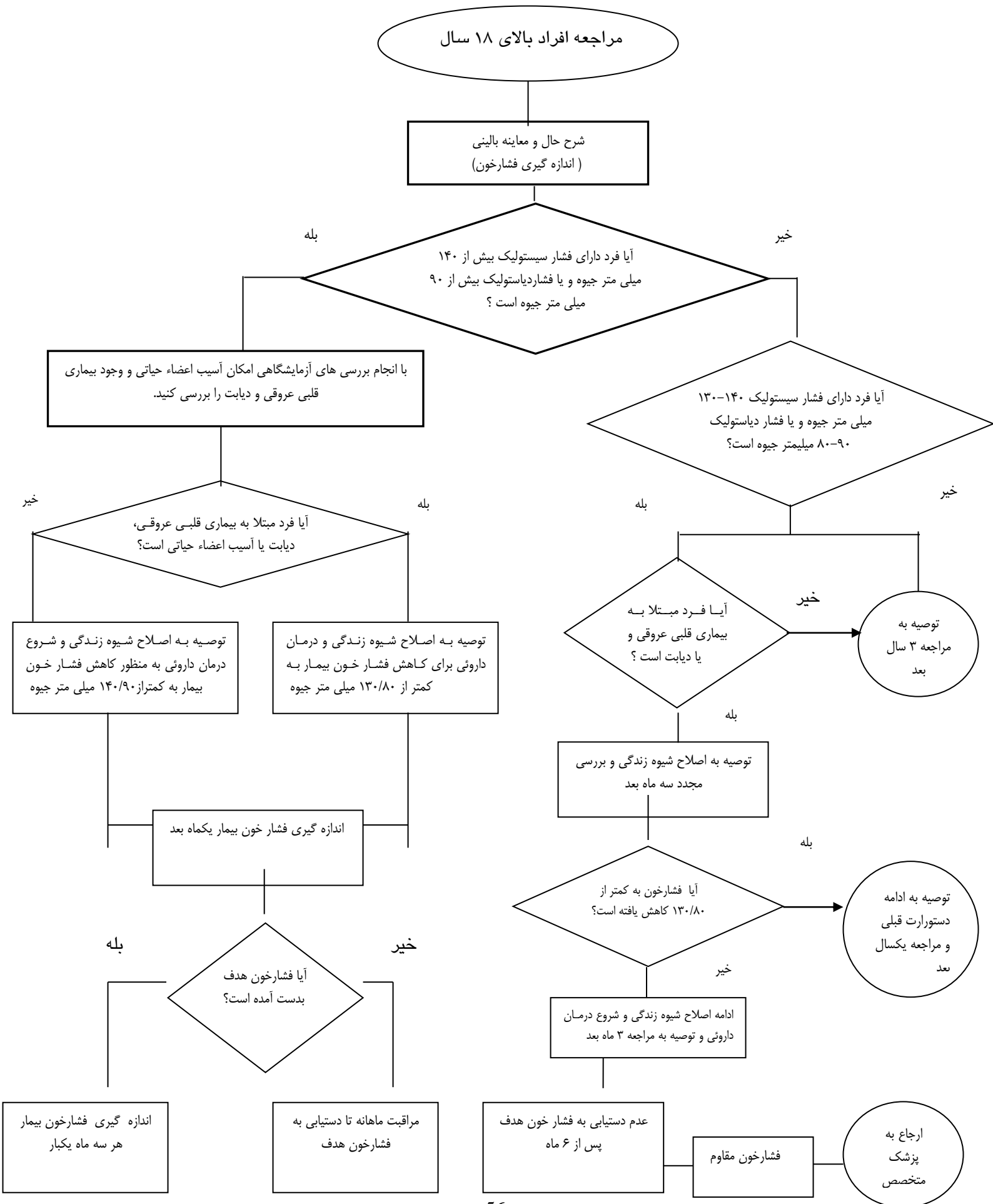
تحقیقات نشان داده که NRT، افزایش وزن بعد از ترک سیگار را کاهش می دهد یا به تاخیر می اندازد.

مداخلات ترک سیگار بزرگترین فرصت برای پزشکان در جهت بهبود سلامت حال و آینده جامعه است .

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل فشار خون بالا**

رویکرد بالینی پیشنهادی برای پیشگیری و کنترل فشار خون بالا در افراد ۶-۱۸ سال





پا ورقی فشارخون بالا

الف) در اخذ شرح حال از فرد باید به نکات زیر توجه داشت :

- سابقه فشارخون بالا
 - سابقه مصرف داروهای ضد فشارخون و سؤال از عوارض جانبی این داروها
 - سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر، نارسائی قلب، بیماری عروق مغز، بیماری عروق محیطی، بیماری کلیوی، دیابت، اختلالات چربی، نقرس، اختلالات جنسی
 - سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، فشارخون بالا، سکته های مغزی، دیابت، اختلالات چربی و بیماری کلیوی
 - بررسی علائم مربوط به علل فشارخون بالای ثانویه (سردرد، تعریق، طپش قلب حمله ای در فئوکروموسیتوم و ضعف و کرامپ عضلانی به طور ناگهانی در هیپیرآلدوسترونیزم)
 - بررسی تغییر وزن، میزان فعالیت بدنی، مصرف دخانیات
 - تاریخچه مصرف داروهای گیاهی یا شیمیایی با نسخه یا بدون نسخه
 - بررسی الگوی رژیم غذایی (الکل، نمک، چربی اشباع شده و کافئین)
 - تجزیه و تحلیل عوامل محیطی، اجتماعی، روانی مانند موقعیت خانوادگی و شغلی و سطح تحصیلات
- ب) معاینه فیزیکی فرد شامل موارد زیر می باشد :
- اندازه گیری فشارخون دوبار به فاصله دو دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مبنا قراردادن فشارخون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گیری فشارخون پا (جهت رد کوآرکتاسیون آئورت)

- اندازه گیری BMI، نسبت دورکمر به دورباسن

- انجام فوندوسکوپی برای بررسی رتینوپاتی فشارخون

- بررسی ورید های ژوگولر از نظر اتساع آنها و موجهای غیرطبیعی
- بررسی نبضهای کاروتید، فمورال و نبضهای محیطی دیگر
- بررسی اندازه تیروئید و قوام آن
- معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در rate، ریتم، وجود heave بطنی، click، سوفل، S3، S4
- معاینه ریه ها و بررسی وجود رال و برونکواسپاسم (ویز)
- معاینه شکم، بررسی وجود bruit در شکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضربان آئورت شکمی
- بررسی اندامها و ضمامت پوستی اندامهای تحتانی و وجود ادم
- بررسی نورولوژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بر بیماری نورولوژیکی مانند فلج اندامها
- * در اندازه گیری فشارخون نکات زیر باید مورد توجه گیرد :
- آرامش کامل بیمار (بیمار حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون در یک اتاق آرام استراحت کرده باشد)
- انتخاب بازوبند متناسب با اندازه بازوی خود (حداقل طول و عرض کیسه لاستیکی درون بازوبند به ترتیب ۸۰ درصد و ۴۰ درصد قسمت میانی بازو باشد).
- عدم مصرف قهوه، سیگار و غذا و عدم انجام فعالیت بدنی شدید و تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون بیمار
- افراد سالخورده یا مبتلا به دیابت ممکن است کاهش فشارخون وضعیتی (ارتواستاتیک هیپوتانسیون) داشته باشند. وجود این حالت در انتخاب داروهای ضد فشارخون کمک کننده است. به طور طبیعی فشار دیاستول و سیستول افراد در حالت ایستاده به ترتیب افزایش و کاهش مختصری می یابد کاهش فشارخون سیستولیک به میزان بیش از ۲۰ میلی مترجیوه نشانگر ارتواستاتیک هیپوتانسیون است این حالت معمولاً

درافرادی که بدلیل فشارخون بالا دچار آسیب های عضوی نظیر کاردیو مگالی ، CHF و یا بیماری عروقی شده اند بیشتر مشاهده می شود.

ج) بررسی های آزمایشگاهی مورد نیاز عبارتند از :

- U/A , TG ,HDL,LDL,Totalcholesterol,uric,Acid,FBS,Cr,K,Na,CBC در صورت نیاز

آزمایشات دیگر بر اساس تاریخچه بیمار ، معاینات بالینی و نتایج آزمایشات اولیه درخواست می گردد.

د) آسیب اعضاء حیاتی در موارد زیر مشخص می شود:

- هیپرتروفی بطن چپ (که در الکتروکاردیوگرافی مشخص می شود) یا نارسائی قلبی

- تاریخچه یا علائم درد قفسه صدی

- تاریخچه یا مدرک الکتروکاردیوگرافی از انفارکتوس میوکارد

- تاریخچه یا علائم Claudication (درد اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)

- بالا بودن کراتینین سرم خون

- علائم و نشانه های TIA (ایسکمی گذرای مغزی)

- علائم و نشانه های آسیب چشم

ه) فشارخون بالا در افراد بالای ۱۸ سال عبارتست از فشارخون سیستولیک ۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر

و یا فشاردیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر ، فشارخون سیستولیک ۱۴۰-۱۲۰ میلی متر جیوه و یا

فشار دیاستولیک ۹۰-۸۰ میلی متر جیوه به عنوان فشارخون قبل از هیپرتانسیون prehypertensive

شناخته

می شود.

و) توصیه های غیرداروئی (اصلاح شیوه زندگی) شامل موارد زیر می باشد:

- کاهش وزن : اگر اضافه وزن وجود دارد (BMI > 25)

- کاهش میزان الکل مصرفی: اگر الکل مصرف می کند

- کاهش میزان نمک مصرفی رژیم غذایی

- افزایش میزان پتاسیم مصرفی رژیم غذایی (استفاده از سبزیجات و میوه های تازه و یخ زده)

- ترک دخانیات (در مورد مصرف)

- فعالیت بدنی: به طور متوسط ۳۰-۴۵ دقیقه سه بار در هفته

- کنترل استرس: به نظر می رسد که استرس نقش بسیار مهمی در افزایش فشار خون دارد

ز) مدت زمان درمان غیر دارویی به تنهایی باید کوتاه باشد (۳ ماه) در صورت عدم کنترل فشار خون با این

روش ، باید درمان دارویی را علاوه بر توصیه های غیر دارویی برای بیمار آغاز نمود.

ح) درمان دارویی

• اگر فشار خون اولیه همراه با بیماریهای دیگر و یا آسیب عضو هدف نباشد:

۱- درمان اولیه: با مقدار کم دیورتیک تیازیدی یا یک بتابلوکر درمان را آغاز می کنیم.

۲- اگر واکنش مناسب نبود یا تاثیرات نامطلوب وجود داشت داروهای توصیه شده در قسمت اول را جایگزین می کنیم.

۳- اگر واکنش بصورت ناقص وجود داشت می توان دو داروی دیورتیک و بتابلوکر یا یک دارو از گروه مهار کننده های ACE یا آنژیوتانسین II، آنتاگونیست های کانال کلسیم و را اضافه کرد.

توجه: اگر مواردی وجود دارد که دیورتیک و بتا بلوکر نایبستی استفاده شود یا اینکه این داروها تاثیرات نامطلوبی دارند، درمان با یکی از داروهای گروه دیگر را تجویز کنید.

۴- اگر فشار خون هنوز کنترل نشده، ترکیب مقدار کم دیورتیک با یک مهار کننده ACE یا آنژیوتانسین II ، آنتاگونیست کانال کلسیم، داروی آگونیست سمپاتیک مرکزی و یا یک آلفا بلوکر را تجویز کنید.

۵- فشار خون بالای مقاوم ممکن است به ترکیب سه یا چند گروه دارویی احتیاج داشته باشد.

• اگر فشار خون همراه با بیماریهای دیگر آسیب عضو هدف بود: بمنظور بدست آوردن بیشترین فایده و کمترین خطر، می بایستی درمان دارویی برحسب شرایط فرد مشخص شود. فایده و تأثیرات نامطلوب داروهای خاص وابسته به عوامل خطر نیز باید مورد توجه قرار بگیرد.

• اگر فشار خون با سطح غیر طبیعی چربیهای خون همراه باشد:

مقدار بالای مصرف دیورتیک تیازیدی و بتا بلوکرها بدون فعالیت محرک سمپاتیک داخلی ممکن است سطح چربیها را بیشتر افزایش دهد. این عوامل برای این نوع بیماران توصیه نمی شود.

مدارک موثقی وجود دارد که نشان می دهد درمان ضد فشار خون برای بیماران تا سن ۸۰ سالگی که فقط فشار خون سیستولیک بالا دارند سودمند است.

نکاتی در مورد فشارخون کودکان و نوجوانان (۱۸-۶ سال)

فشارخون همه کودکان بالای ۶ سال باید اندازه گیری شود اندازه گیری در دو نوبت و به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه انجام می گیرد در صورتی که اختلاف اندازه گیری شده در دو نوبت بیش از ۵ میلیمتر جیوه باشد باید اندازه گیری فشارخون ادامه یابد تا به حد متعادل و به تفاوت کمتر از ۵ میلیمتر جیوه برسد میانگین دو نوبت اندازه گیری به عنوان فشارخون ثبت می گردد.

اگر در دو نوبت اندازه گیری فشارخون توسط بهورز و پزشک (که در هر نوبت دست کم دو بار فشارخون اندازه گیری شده باشد) میانگین فشارخون سیستولیک و یا دیاستولیک بالاتر از صدک ۹۵ برای سن و جنس و قد باشد میتوان گفت کودک مبتلا به فشارخون بالاست. بر اساس یک تعریف بسیار ساده در صورتی که فشارخون کودکان و نوجوانان از مقادیر زیر (فشار خون دیاستولیک / فشارخون سیستولیک) بالاتر باشد در معرض خطر ابتلا به بیماری فشارخون بالا خواهند بود.

۳ تا ۵ سالگی ۱۱۶/۷۶

۶ تا ۹ سالگی ۱۲۲/۷۸

۱۰ تا ۱۲ سالگی ۱۲۶/۸۲

۱۳ تا ۱۵ سالگی ۱۳۶/۸۶

اگر میانگین فشارخون سیستولیک یا دیاستولیک بین صدک ۹۵-۹۰ برای سن و جنس و قد باشد فشارخون فرد در مرحله قبل از هیپر تانسیون (prehypertensive) است.

در یک قاعده کلی افرادی که در این سنین دارای فشارخون بیش از ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه باشند جهت رد علل هیپرتانسیون ثانویه به متخصص ارجاع می شوند.

نکاتی در مورد فشارخون افراد مسن (بالای ۶۰ سال)

- باتوجه به اینکه در افراد مسن کلیرانس کراتینین و فیلتراسیون گلومرولی کاهش می یابد باید دوز داروها در افراد مسن به گونه ای تنظیم گردد که مسمومیت دارویی رخ ندهد.

- تیازیدها به عنوان خط اول درمان فشارخون در افراد مسن توصیه می شوند ولی در افرادی که دارای علائم ادراری نظیر بی اختیاری ادرار، تکرر ادرار، می باشند (مثلا مردان مبتلا به هیپرتروفی خوش خیم پروستات) استفاده از دیورتیکها به عنوان خط اول درمان توصیه نمی شود.

- باتوجه به شیوع هیپرتانسیون ارتوستاتیک درافراد مسن باید از تجویز داروهایی که این وضعیت را تشدید می کنند خودداری شود (نظیر داروهای آنتی سایکوتیک ، ضد افسردگیهای سه حلقه ای ، داروهای ضد پارکینسون و بعضی از داروهای کاهنده فشارخون)
 - هیپرتانسیون ارتوستاتیک عبارتست از : کاهش فشار خون سیستولیک به میزان بیش از ۲۰ میلی متر جیوه و یا ۲۰٪ فشارخون سیستولیک اولیه طی دو دقیقه ایستادن نسبت به وضعیت خوابیده یا نشسته.
 - باتوجه به اینکه درافراد مسن فشارخون پس از صرف غذا کاهش می یابد و حدوداً ۴-۳ ساعت بعداز غذا به حد ناشتا برمی گردد ضروری است که فشارخون افراد مسن چهار ساعت پس از صرف غذا اندازه گیری شود .
 - در افراد مسن توجه به عوارض و تداخلات دارویی خصوصاً موارد زیر اهمیت دارد :
 - ۱- کاهش حجم داخل عروقی درموارد مصرف دیورتیک
 - ۲- هیپرکالمی درموارد مصرف ACE.Inhibitor ، بلوک کننده های آنژیوتانسین II و آنتاگونیستهای آلدوسترون
- نظیر اسپیرینولاکتون
- ۳- عملکرد کلیه

حل مشکلات در کنترل فشار خون بالا

تمایل بیمار برای شروع درمان و ادامه آن

عدم تمایل بیمار برای استفاده از دارو و درمان زمانی بارز می شود که می بایست بیماران تغییرات مهمی در سبک زندگی خود بدهند یا مقدار زیادی دارو در روز مصرف کنند. در بسیاری از مطالعات، ارتباط بین پزشک و بیمار متغیری است که همواره با تمایل قبول درمان مرتبط بوده است.

در هر ویزیت، پزشکان بایستی تمایل بیماران را برای ادامه درمان با سئوالات مستقیم ارزیابی کنند. در صورتی به ادامه درمان توسط بیمار مطمئن باشد که در مورد موارد زیر متقاعد شده باشد.

- لزوم درمان
 - فایده های درمان
 - امکان فهم درست درمان
 - احتمال قوی در انجام موفق تغییرات لازم
 - توجه پزشک به حمایت از کوشش بیمار برای تغییر شیوه های زندگی
- برای ایجاد تمایل در بیمار برای پذیرش درمان (دارویی - غیر دارویی) همکاری خانواده بیمار در امر مراقبت از بیمار و رعایت رژیم تجویز شده به بیمار مورد نیاز است.
- هنگامیکه بیمار مایل به ادامه درمان تجویز شده نیست، پزشک می تواند با توجه به موارد فوق علتی را که موجب بروز مشکل شده است بیابد و در نتیجه آموزش بیمار را بر اساس همین مشکلات شناسایی شده متمرکز کند.
- در صورت بروز مشکل برای بیمارانی که درمان کاهش فشار خون را پیگیری می کنند باید تلاش همه جانبه برای افزایش مشارکت بیمار در مراقبت از خود، انجام گیرد.

برخی راهکارها بمنظور افزایش تمایل بیمار به پذیرش دارو و درمان

- توصیه ها را هماهنگ کنید طوری که آنها با وضعیت بیمار سازگار باشد.
- بدانید که نقش بیمار در تصمیم گیری بسیار مهم است.
- رژیم را ساده کنید.
- پیگیری مناسب داشته باشید.
- از دستورات نوشته شده و مطالب آموزشی برای بیمار استفاده کنید.
- حمایت اجتماعی برای بیماران را در نظر بگیرید.
- بمنظور حمایت از تغییر رفتار بیمار، او را به گروه های جمعی ارجاع دهید.
- اگر بتوانید از دارو هایی استفاده کنید که فقط یک دوز روزانه آنها کافی است تمایل بیمار برای همکاری در درمان بیشتر می شود.

محدودیت ناکافی سدیم

کاهش مصرف نمک (سدیم) باعث کاهش فشار خون می شود، بخصوص در بیماران بالای ۴۰ سال مبتلا به فشار خون بالا با استفاده از این

رژیم مقدار مصرف داروی ضد فشار خون، دیورتیک هایی که باعث دفع پتاسیم می شوند را می توان کاهش داد و احتمال بازگشت هایپرتروفی بطن چپ به سمت نرمال را زیاد می کند. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی، میتواند بعد از چند هفته بطور متوسط ۵ میلیمتر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. لطفاً توجه کنید مقدار متوسط نمک مصرفی روزانه ۱۰ گرم است لذا در افراد با فشار خون بالا توصیه می شود. سدیم مصرفی ۲-۳ گرم در روز باشد. دوست داشتن مزه شور یک عادت اکتسابی است و چند ماه بعد از محدود کردن مقدار نمک مصرفی این عادت از بین می رود. بیمار می بایستی ۶-۳ ماه وقت صرف کند تا به آرامی مقدار نمک مصرفی خود را کاهش دهد. موارد زیر را به بیمار پیشنهاد دهید:

- ۱- از اضافه کردن نمک به غذای سرو شده بپرهیزد.
- ۲- مقدار نمکی را که هنگام پخت به غذا اضافه می کند کاهش دهد.
- ۳- غذاهای تازه یا فریز شده بجای کنسروها و غذاهای فرآوری شده بخرد.
- ۴- به برچسب غذاها توجه کند، به مقدار سدیم در ترکیب اولیه غذاها دقت کند اگر محصول تولید شده ۳ یا بیش از ۳ منبع سدیم را داشته باشد، از خرید آن غذاها پرهیز کند.

اضافه وزن / رژیم کاهش وزن

مطالعات جهانی نشان داده که، در بین تمام مشخصات قابل اندازه گیری بجز سن، وزن بیشترین و دائمی ترین ارتباط را با فشار خون دارد. به ازاء هر کیلو گرم کاهش وزن بطور متوسط فشار خون سیستولیک ۲/۵ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۱/۵ میلیمتر جیوه کاهش می یابد. مشخص شده در افرادی که فشار خون اولیه خود را با کاهش وزن معالجه می کنند، احتمال بازگشت هایپرتروفی بطن چپ به وضعیت نرمال هم ممکن است و ضخامت دیواره بطن چپ کاهش می یابد. توجه کنید هنگام استفاده از بتا بلوکرها امکان دارد کاهش وزن و حفظ وزن فعلی بسیار سخت باشد.

محدود کردن الکل

مصرف الکل باعث می شود فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بالا برود و همچنین می تواند باعث مقاومت در برابر درمان داروی ضد فشار خون شود. پیشنهاد می شود که روزانه یا در مواقع خاص، بیش از دو بار الکل ننوشند، روی

هم رفته اگر مصرف الكل را ترك كنند، بهتر است اگر بيمار در موقعيتهاى اجتماعى مانند مهمانيها و ... قرار مى گيرد مى تواند موارد زير را به جاي الكل جايگزين نمايد: آب معدنى كم سدئيم، انواع آب ميوه، و مشروبات غير الكلى .

عدم تمایل برای رعایت قرارهای ملاقات

وقتی بیماری تمایل به رعایت قرارهای ملاقات را ندارد، پزشک می تواند:

- قبل از اینکه بیمار دفتر را ترک کند، قرار ملاقات بعدی را مشخص و بر آن تاکید کند.
- بر پیشرفتهای مهم بیمار توجه خاص بنماید و آنرا متذکر شود.
- در هر بار ملاقات اهمیت بیماری را گوشزد کند.
- با بیمارانی که سر موقع برای قرار ملاقاتشان حاضر نمی شوند تماس بگیرد.

بخصوص در مواردی که بیمار فشار خون بالای بدون علامت دارد، به موارد زیر باید توجه دقیق بشود: بیمار را نباید برای ساعتها منتظر گذاشت. قرار ملاقاتها منظم باشد و به تاخیر و تعویق نیفتد و روابط شخصی خوبی باید با بیمار ایجاد شود زیرا عامل مهمی برای ایجاد میل به رعایت قرارهای ملاقات مناسب است.

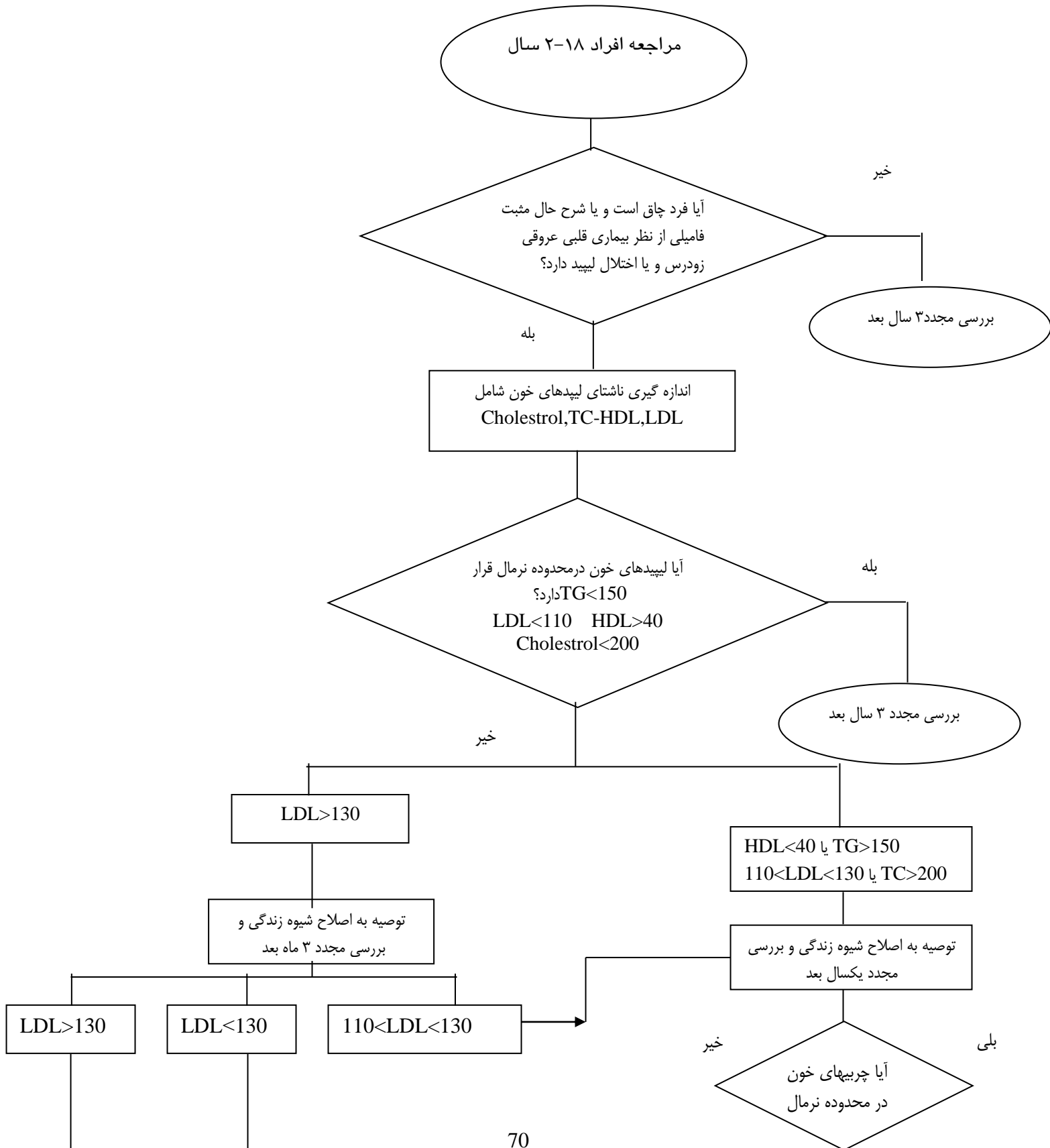
مایل نبودن به ادامه درمان دارویی

راهکارهای زیر بمنظور الویت بندی ایجاد تمایل مصرف دارو توسط بسیاری از متخصصان پیشنهاد شده است:

- در هر ویزیت بر روی سطح فضا رخن هدف با بیمار به توافق برسید.
- اهمیت درمان را تکرار کنید و به بیمار این حقیقت را بگویید که او نمی تواند پیش بینی کند که فشار خونش بالا رفته یا معمولی است.
- رژیم درمانی را تا آنجا که می توانید ساده کنید.
- پیشنهاد کنید که بیمار تمام قرص یک هفته را در اولین روز هفته در محل مخصوص قرص قرار دهد.
- سفارش کنید که بیمار قبل از اینکه دارو تمام شود مجدداً نسخه را تکرار کند.
- در هر ملاقات راجع به امکان عوارض جانبی دارو و مواردی که مورد توجه بیمار است بحث شود.
- هزینه درمان را کاهش دهید.
- نشان دهید که پیگیری درمان، در ملاقات بعدی ارزشیابی می شود.
- در صورت ضرورت تعداد ملاقاتها را افزایش دهید.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل کلسترول بالای خون**

رویکرد بالینی پیشنهادی برای پیشگیری و کنترل اختلالات چربی خون در افراد ۲ تا ۱۸ سال



برای پیشگیری و کنترل اختلالات چربی خون در افراد بالای ۱۸ سال

ارجاع به متخصص

مراجعه ۳ سال بعد

افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به بیماری قلبی
عروقی یا دارای عوامل خطر مرتبط
۳ سال بعد

شرح حال، معاینه فیزیکی، ارزیابی خطر بیماری قلبی عروقی

اندازه گیری ناشتای TG, LDL, HDL, TC

مطلوب CHD خطر	مطلوب LDL	مطلوب TC
بالا	<100	<150
متوسط	<130	<200
پایین	<160	<200

آیا سطح چربیهای خون از سطوح هدف پیشنهادی در برآورد میزان خطر بیماری کرونر قلب بالاتر است؟

خیر

بله

تکرار آزمایشات چربی ۳ سال بعد و در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا افراد دیابتی تکرار آزمایشات به طور سالانه

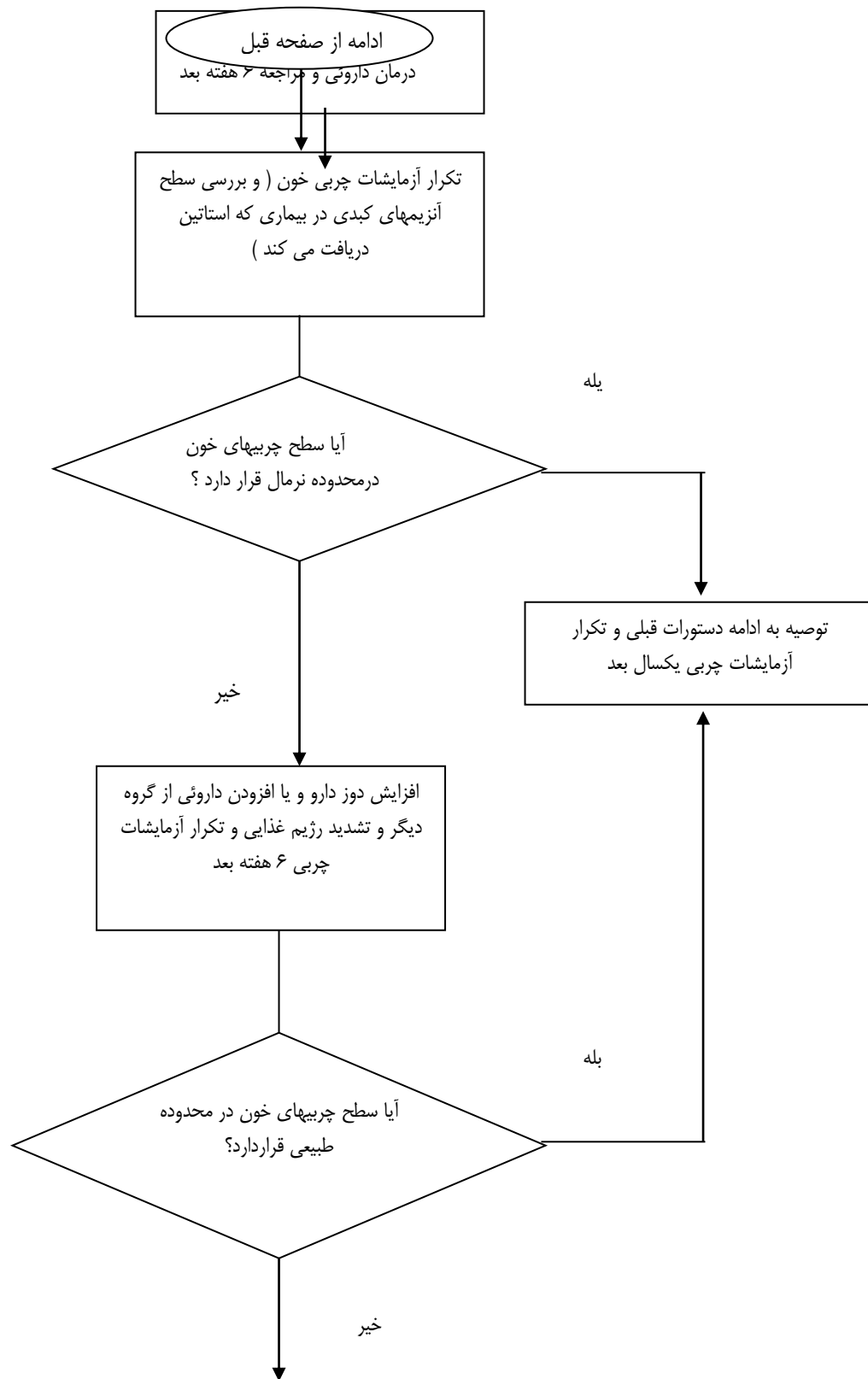
شناسایی عوامل ثانویه در ایجاد اختلالات چربی خون و درمان آنها، توصیه به اصلاح شیوه زندگی و تکرار آزمایشات چربی ۳ ماه بعد

آیا هنوز سطح چربیهای خون از سطوح هدف بالاتر است؟

خیر

بله

توصیه به ادامه دستورات قبلی و تکرار آزمایشات چربی به طور سالانه



پاورقی: کلسترول بالای خون

الف) کنترل موفق کلسترول بالای خون، به یک ارزیابی بالینی وسیع قلبی و عروقی نیازمند است. الگوریتم، مراحل تصمیم گیری بالینی را آسان می کند. ارزیابی بالینی شامل تاریخچه، معاینه فیزیکی و تستهای آزمایشگاهی است و هدف، تشخیص اختلالات ثانویه و فامیلی لیپوپروتئین ها و انجام یک ارزیابی کامل قلبی و عروقی است.

تاریخچه: شامل تاریخچه فردی بیماری قلبی و عروقی (سن شروع ابتلا مهم است، سابقه انفارکتوس و اختلال عملکرد قلبی و CABG یا PTCA)، تاریخچه خانوادگی بیماری عروق کرونر یا دیگر موارد آترواسکلروز (به میزان نزدیکی خویشاوندان مبتلا و سن شروع بیماری در آنها توجه شود)، تاریخچه دیابت در خانواده، مصرف سیگار (تعداد سیگارها و مدت زمان مصرف)، دیابت، فشار خون بالا، ارزیابی عاداتهای غذایی (مصرف چربی، فیبر و ویتامینها)، ارزیابی عاداتهای ورزشی (مقدار، شدت، نوع و زمان)، یائسگی و استفاده از هورمونها، و دارو.

معاینه بدنی: باید شامل اندازه گیری قد و وزن و ارزیابی چاقی شکمی، اندازه گیری فشار خون (بعد از گذشت ۵ دقیقه از نشستن)، معاینه و بررسی از نظر وجود گزانتمای تاندون یا دیگر گزانتماها، Corneal arcus وجود بیماری عروق کاروتید و عروق محیطی یا نارسایی قلبی.

تستهای آزمایشگاهی: در صورت وجود عوامل خطرآزمایشات موردنیاز شامل اندازه گیری ناشتای چربی های خونی (به الگوریتم مراجعه شود) و گلوکز سرم است. اگر به بیماریهای غده تیروئید مشکوک بودید آزمایش TFT (Thyroid function test) کمک کننده است. (زیرنویس b را ببینید) از الگوریتم "پیشنهاد رویکرد بالینی تشخیص و کنترل چاقی/اضافه وزن" برای ارزیابی جزئیات پراکندگی چاقی استفاده کنید.

ب) آزمایش چربی در کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا افراد دارای یکی از عوامل خطر مرتبط شامل دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی یا اضافه وزن، استعمال دخانیات و یا دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و اختلالات چربی خون باید انجام گیرد. بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و دیابتی ها باید هر سال آزمایش چربی خون را تکرار کند.

ج) بیماری قلبی و عروقی (CVD) به معنای بیماری عروق کرونر قلب یا دیگر بیماریهای آترواسکلروتیک (مثل بیماری شریانهای محیطی) است.

د) برای تعیین سطح مطلوب LDL و TG باید احتمال ۱۰ ساله وقوع بیماری عروق کرونر بر اساس معادلات امتیاز دهی فرامینگهام (مطابق جدول زیر) محاسبه شود.

خطر	بالا	متوسط	پایین
احتمال ۱۰ ساله خطر CVS	$\geq 20\%$	۱۹-۱۰٪	< 10
تعداد عوامل خطر	> 2	۲	≤ 1

عوامل خطر زیر بایستی مورد بررسی قرار بگیرد:

- سن (مردان ≥ 45 سال، زنان ≥ 55 سال یا زنان یائسه ای که تحت درمان هورمون جایگزین HRT نیستند)
- سابقه فامیلی بیماری عروق کرونر (انفارکتوس میوکارد یا مرگ ناگهانی در فامیل درجه یک مذکر ≤ 55 سال و یا مونث ≤ 65 سال)
- مصرف سیگار در حال حاضر (≥ 1 سیگار در روز)
- فشار خون بالا: فشار خون $\geq 140/90$ میلیمتر جیوه (حداقل دو بار اندازه گیری شده) یا استفاده از داروی ضد فشار خون
- دیابت شیرین

با توجه به اینکه چاقی و سبک زندگی کم تحرک از عوامل خطر مهم زمین ساز بیماریهای قلبی هستند اما اضافه کردن آنها به معادله بر آورد خطر موجب افزایش تخمین بر آورد خطر می شود پس باید فقط در بررسیهای بالینی شخص مورد توجه قرار بگیرد. تمام بیمارانی که بیماری عروق کرونر شناخته شده دارند و یا علائم بیماری عروقی محیطی را دارند، جزء افراد با خطر بالا قرار می گیرند.

(ه) علت‌های ثانویه که موجب اختلال چربیهای خون می شوند شامل: دیابت، کم کاری غده تیروئید، بعضی از انواع داروها (مثل دیورتیکها و بتا بلوکرها) زیاده روی در مصرف الکل، بیماری کلیوی، چاقی شکمی و سبک زندگی کم تحرک بررسی شوند.

(و) بجز در موارد پیشگیری ثانویه، رژیم غذایی باید بدون دارو برای اغلب بیماران بمدت ۳ماه توصیه شود. اگر بعد از این دوره زمانی، علیرغم رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب کلسترول تام و LDL بالا باقی بماند، درمان دارویی آغاز می شود. برای بیمارانی که سابقه فامیلی کلسترول بالای خون دارند، بلافاصله داروهمزمان با رژیم غذایی شروع می شود. در پیشگیری ثانویه، می تواند از همان ابتدا درمان دارویی را شروع کرد و یا رژیم غذایی به مدت ۶-۱۲ هفته به بیمار پیشنهاد کرد.

(ز) براساس مطالعات جدید HRT در زنانی که بیماری عروق کرونر دارند و یا احتمال خطر بیماری عروق کرونر در آنها بالاست نمی تواند مفید باشد. HRT در زنانی که هتروزیگوت FH هستند استفاده می شود. HRT، در افرادی که سابقه

ترمبوز، سرطان پستان و یا یک سابقه قوی خانوادگی ابتلاء به سرطان پستان دارند کنتراندیکه است. از تزریق زیر جلدی استروژن زمانی استفاده می شود که TG کمتر از ۳ باشد .

ح) انتخاب داروها

Lipid Profile				
HDL ↓ و TG ↑	LDL ↑ و TG ↑↑	TG ↑ و LDL ↑↑	LDL ↑↑	
فیبرات یا نیاسین	فیبرات یا نیاسین	استاتین ها	استاتین ها	اول
درمان ترکیبی	درمان ترکیبی	نیاسین یا فیبرات	رزین ها	دوم

- استاتین ها در پایین آوردن LDL بسیار موثرند و در پایین آوردن TG کمتر مؤثر هستند.
 - فیبرات ها در پایین آوردن TG و همچنین پایین آوردن LDL و بالا بردن HDL بسیار مؤثر هستند. این داروها در درمان سطح بسیار بالای TG و چربیهای ترکیبی بالا بسیار مفید هستند.
 - اسید نیکوتینیک (Nicotinic) در درمان سطح بسیار بالای کلسترول که توام با سطح پائین HDL کلسترول یا TG بالا است، بسیار مفید است. اما این دارو در افراد مبتلا به دیابت شیرین با احتیاط تجویز شود.
 - درمان ترکیبی معمولاً استاتین یا رزین با نیاسین یا فیبرات است.
- در طول درمان، آزمایش چربی را هر ۶-۱۲ ماه تکرار کنید هر چند تاثیرات یک داروی جدید زودتر از ۶ هفته می تواند ارزشیابی شود. درمان دارویی بمنظور کاهش LDL، نسبت TG/HDL و TG به پایتتر از میزان هدف بکار گرفته می شود. اگر درمان دارویی مؤثر نبود با پزشک متخصص در اختلالات چربیهای خون مشورت کنید.

حل مشکلات بیماری که تحت درمان داروهای کاهنده کلسترول خون قرار دارند

تمایل بیمار برای دریافت بیمار

تنها هنگامی ممکن است که کلسترول بالای خون را کنترل کرد که بیمار درمانهای تجویز شده را منظم مصرف کند. برای بهبود بخشیدن پذیرش بیمار برای دریافت دارو، قوانینی که در حل مشکلات فشارخون بالا پیشنهاد شده برای عموم درمانهایی که از طرف بیمار پذیرفته نمی شود، مورد توجه قرار دهید. _ و در مورد بیماران با کلسترول خون بالا نیز بکار ببرید.

تمایل بیمار برای پذیرش رژیم غذایی

بیماران باید تشویق بشوند که کارهای زیر را انجام دهند:

- **مقدار مناسب فیبر، ویتامینها، مواد معدنی و آنتی اکسیدانها** با مصرف انواع مختلف سبزیها، میوه ها ، غلات، بنشنها، مغزها و دانه ها تأمین می شود. درطول توصیه های تغذیه ای برروی اجزای غذاها (مانند: پروتئینها، اسیدهای چرب ضروری، کربوهیدراتها، ویتامینها، مواد معدنی) تاکید کنید. بهتر است برای بدست آوردن این اجزاء از تمام غذاها که در معرض فرآوری کمتری قرار می گیرند استفاده شود.
- **ماهی، طیور بدون پوست، گوشتهای قرمز بی چربی، یا غذاهای حاوی بنشن و بدون گوشت را انتخاب کنید.** طیور و گوشت قرمز بی چربی را به کمتر از ۱۸۰ گرم در روز محدود کنید.
- **مصرف شیر کم چربی ، پنیر با چربی ۱٪ و ماست با چربی کمتر از ۱٪ افزایش دهید و میزان مصرف پنیر پر چرب و کره را کاهش دهید.**
- **غذاها را کبابی یا آب پز کنید از فر می توان استفاده کرد تا جایی که امکان دارد از سرخ کردن غذا بپرهیزید.**
- **برای تأمین کردن اسیدهای چرب مقدار کمی از مغزها ، دانه ها و دانه های روغنی استفاده کنید.**
- **مصرف چربیهای اشباع شده، برخی روغنهای گیاهی هیدروژنه، غذاهای سرخ شده ، غذاهای پرچرب دیگر، کربوهیدراتهای تصفیه شده را محدود کنید و زرده تخم مرغ را هفته ای یک عدد تا دو عدد مصرف کنید.**

مطمئن شوید که بیمار شما بین مقدار اسیدهای چرب امگا ۶ و امگا ۳ با استفاده از منابع رژیمی حاوی اسیدهای چرب امگا ۳ ماهی پرچرب آبهای سرد (ماهی آزاد، ماهی خال مخالی، و ساردین) دانه های کتان، سبزیجات با برگهای سبز ، دانه های سویا و گردو. تعادل برقرار کرده است.

فقدان حمایت خانواده ودوستان از بیمار

برخی بیماران ممکن است که احساس کنند در برخورد با مشکلاتشان تنها هستند و فکر کنند که شانسشان برای موفقیت کم است. برای حمایت این افراد، پزشک آنها را تشویق کند که کارهای زیر را انجام دهد:

- با دعوت همسر او در ملاقات بعدی، اعضاء خانواده درگیر شوند یا اینکه از آنها خواسته شود مطالب آموزشی بیمار را بخوانند و به او کمک کنند.

- طرز تهیه غذاهای جدید کم چرب به اعضاء خانواده آموزش داده شود.
- سعی شود مشکلات بیمار با اعضاء خانواده و دوستان او مطرح شود و از طریق گفتگو آنها برای حمایت بیمار آماده شوند.
- همه افراد خانواده با یکدیگر به ورزش بپردازند و سعی شود غذای همه افراد خانواده مشابه باشد تا بیمار احساس نکند که به علت بیماری مجبور است غذای خاصی میل کند.

مصرف غذا بیرون از خانه

هنگامیکه بیمار برای تفریح یا کار به بیرون از خانه دعوت می شود، ممکن است در معرض مصرف غذاهای چرب قرار گیرد. برای بیماران مهم است که راههایی را برای برخورد با این موقعیتهای سخت بالقوه پیش بینی کنند. **چند پیشنهاد برای این مواقع:**

رستوران

- بنا به درخواست او سسها و سس سالاد جداگانه سرو شود.
- بجای غذاهایی که در روغن فراوان یا در ماهیتابه سرخ شده اند غذاهایی را انتخاب شود که بصورت کبابی یا بخارپز یا آب پز باشند.
- بجای شیرینیها و دسرهای کرمدار، میوه های تازه و شربت انتخاب شود.
- در نوشیدنیهای گرم از شیر بدون چربی بجای خامه یا لبنیات غیر رژیمی استفاده شود.

در منزل دوستان و آشنایان

- از قبل وضعیت خود را به میزبان اطلاع دهد.
- از خوردن مواد اشتها آور قبل از غذا اجتناب کند.
- اندازه پروتئین را محدود کند.
- از میزبان درخواست شود سسها و سس سالاد جداگانه سرو شود.

اشتها (میل)

اغلب بیماران به چربی، بعنوان یک منبع انرژی توام با ایجاد احساس سیری نگاه می کنند. بعنوان یک قاعده غذاهایی با انرژی فراوان مانند غذاهایی که پراز چربی هستند لذیذ می باشند اما سیر نمی کنند. بعلاوه مصرف چربی بالا بر خلاف غذاهای سرشار از کربوهیدراتها و پروتئینها، باعث بروز علامت سیری موثر نمی شود. عوامل دیگری مانند رژیم غنی از فیبر، نشان داده شده که احساس سیری را افزایش می دهد. بیماران باید بدانند به این دلایل با عاداتهای غذایی جدید نباید احساس گرسنگی بیشتری بکنند، پس چربیها را کاهش دهند و مقدار فیبر مصرفی را افزایش بدهند. بیماران بایستی تشویق بشوند که مقدار بیشتری سبزی، میوه، بنشن و غلات بخورند.

فقدان اعتقاد به رژیم غذایی

اغلب اوقات بیماران به اهمیت تاثیر تغيير و بهبود الگوهای رژیمی را در کنترل کلسترول خون خود قبول ندارند. اغلب آنها شنیده اند یا خوانده اند که ۷۵-۸۰٪ کلسترول خون " ساخته بدن آنها " (سنتز درون زا) است اگر چه ۲۰ - ۲۵٪ از کلسترول خون ما از موادی است که می خوریم (تاثیر مستقیم غذا بر روی کلسترول خون)، چربیهای اشباع شده و کلسترول رژیم غذایی، موجب افزایش کلسترول تولید شده توسط بدن ما می شود و بهمین دلیل افرادی که کلسترول خونشان بالا است اگر چربیهای اشباع شده، چربیهای با منشأ حیوانی و منابع غذایی حاوی کلسترول مصرف نمایند سطح کلسترول خونشان افزایش می یابد.

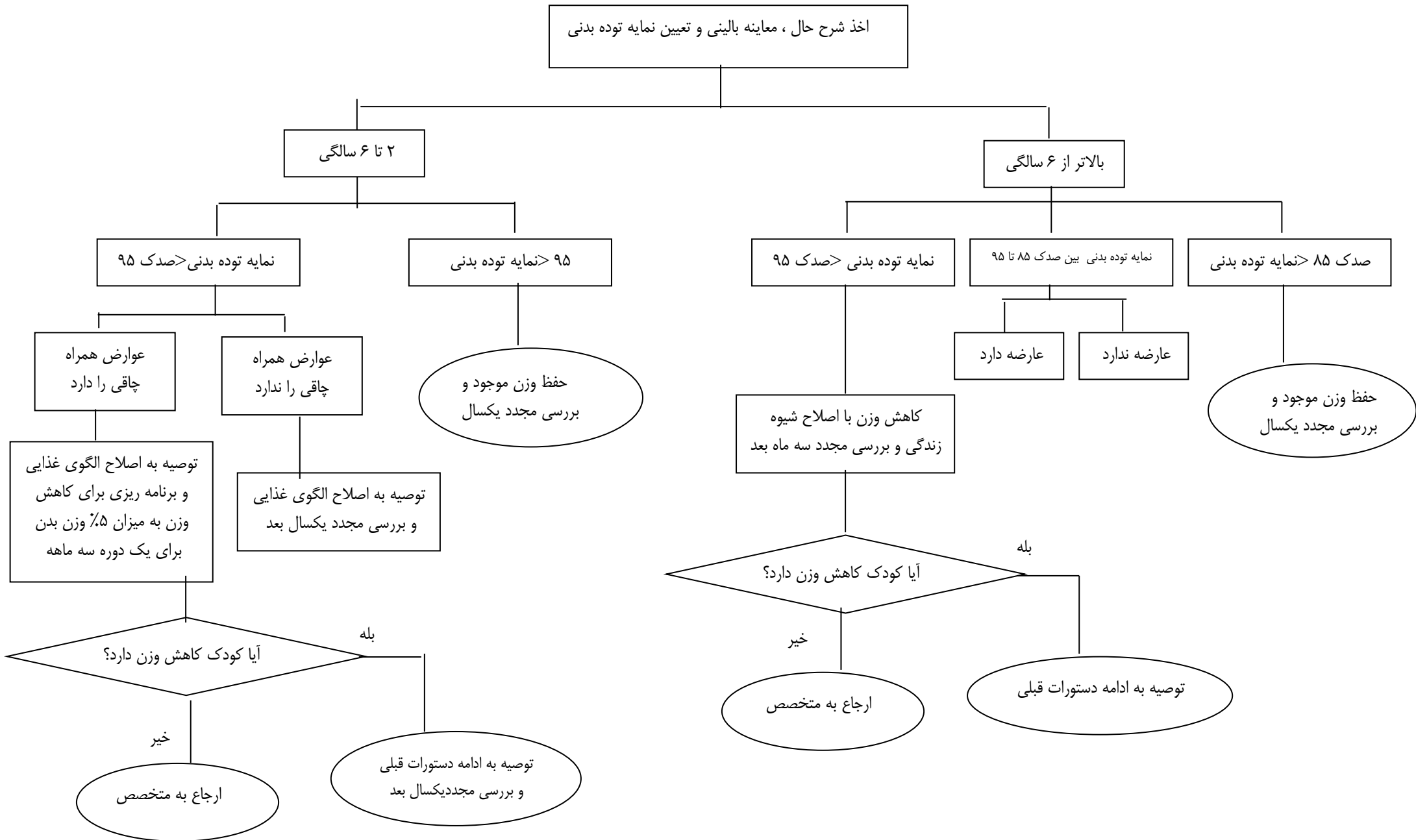
پزشک می تواند مراحل درمان کاهش کلسترول را چندین بار توضیح دهد (الگوریتم را ببینید). در اغلب بیماران یک رژیم غذایی بدون دارو به مدت ۶ ماه توصیه می شود (زیرنویس g را ببینید) اگر بعد از این دوره، کلسترول کل و LDL بالا باقی بماند، دارو درمانی همراه با ادامه رژیم غذایی شروع می شود برای بیماران با کلسترول خون بالا و سابقه فامیلی، همزمان با رژیم غذایی دارو تجویز می شود.

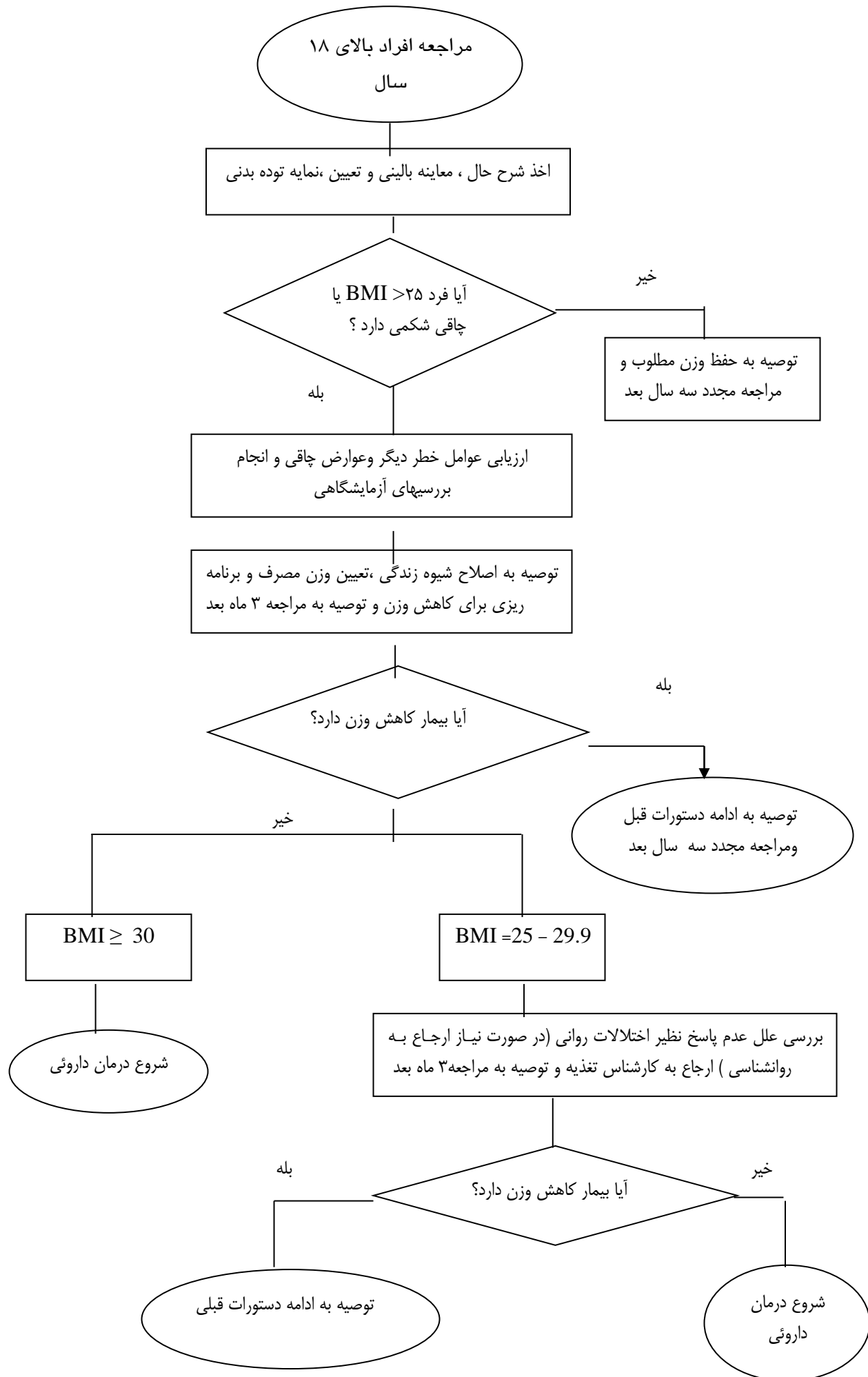
نسبت HDL / LDL در مقابل نسبت کلسترول تام به HDL کمتر اهمیت دارد. اما استفاده بالینی بهتری دارد اگر چه نسبت کلسترول تام به HDL بهترین پیش بینی کننده حوادث عروق کرونر در آینده است.

متخصص تغذیه برای کنترل چربی خون بیماران نقش مهمی دارد، خصوصا " زمانی که رژیم غذایی سخت و فشرده برای بیمار ضروری است.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل چاقی / اضافه وزن**

رویکرد بالینی پیشنهادی برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در افراد کمتر از ۱۸ سال





پاورقی:

چاقی / اضافه وزن

الف) BMI اندازه گیری غیر مستقیم چاقی بدن بر اساس قد و وزن است. BMI خطر نسبی سلامتی بیمار را نشان می دهد. برای تعیین BMI از جدول BMI استفاده کنید. جدول BMI بعنوان پایه برای ارزیابی درمان در موارد زیر نباید استفاده شود: کشتی گیران و افرادی که زیبایی اندام کار می کنند، زنانی که در دوران بارداری یا شیردهی هستند، و بیماران زیر ۱۸ سال و بالاتر از ۶۵ سال.

BMI ۲۵ تا ۲۹/۹ اضافه وزن، BMI ≥ 30 چاقی، BMI ≥ 40 چاقی شدید گفته می شود.

از BMI برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی و پایش تغییرات در وزن بدن استفاده می شود.

ب) همراهی بسیاری از خطرات سلامتی با چاقی زمانی اتفاق می افتد که چربی در شکم بیش از با سن تجمع بیابد. معمولاً ارزیابی بصری برای وجود چاقی شکمی کافی است.

دو روش دیگر برای ارزیابی توزیع چاقی وجود دارد:

- نسبت کمر به باسن (WHR) (اگر این نسبت در مردان بزرگتر از ۱/۰ و در زنان بزرگتر از ۰/۸ باشد).
- دور کمر (دور کمر در مردان ۴۰ ساله و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۱۰۲ سانتی متر و در زنان ۳۵ سال و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۸۸ سانتی متر)

اندازه دور کمر معمولاً بصورت زیر انجام می شود: آخرین دنده را پیدا کنید و آنرا با یک ماژیک علامت بزنید. خط لگن خاصره را لمس کنید و علامت بزنید. یک نوار غیر استرچ (بدون کشش) بصورت افقی در میان دو علامت محکم ببندید. این نوار دور شکم - حدود سطح ناف باقی می ماند.

اندازه کمر در بیماران با BMI بزرگتر یا مساوی ۳۵ لازم نیست. زیرا اندازه دور کمر این افراد از نقطه مرزی تعیین شده بیشتر است.

پ) بیماریهای زیر: فشار خون بالا، بیماری قلبی و عروقی، اختلالات چربی های خون، دیابت نوع ۲، آپنه و سندرم هیپرونتیلیاسیون، استئو آرتروز، ناباروری یا دیگر حالاتی از قبیل کندی جریان خون در وریدهای اندام انتهایی، بیماری ریفلاکس، بی اختیاری استرسی ادرار و افزایش ایدیوپاتیک فشار داخل جمجمه ای در افراد چاق شایع است و باید در پی

تشخیص آنها بود افراد چاق مبتلا به بیماری قلبی و عروقی، دیابت نوع دوم و آپنه هنگام خواب بیشتر در معرض خطر بروز عوارض و مرگ هستند. معمولاً هنگامیکه میزان چاقی افزایش پیدا می کند حالات فوق بیشتر دیده می شود و زمانیکه وزن کاهش می یابد این حالات نیز کمتر بوجود می آیند. وجود یکی یا بیش از یکی از این عوامل خطر همراه با BMI خطر تهدید سلامتی را افزایش می دهند.

ت) عوامل دیگری که برای ارزیابی خطر سلامتی می بایست مورد توجه قرار بگیرند : افزایش پیشرونده وزن از سنین نوجوانی، تاریخچه چاقی فردی یا خانوادگی، پرخوری عصبی (Bulimia nervosa) ، Binge eating disorder ، (شرابخواری) ، افسردگی، اضطراب، استرس، شرایط پزشکی و جسمانی مرتبط مانند: سرطانهای پستان ، کولون یا اندومتریال، یائسگی و ... ، کیفیت زندگی ، مصرف سیگار و کم تحرکی .

ج) BMI مرتبط با خطر سلامتی

خطرهای سازگار شده با وجود بیماریهای همراه و یا دیگر عوامل خطر	خطر سلامتی بر اساس BMI	طبقه بندی BMI
پایین	حداقل	< ۲۵
متوسط	پایین	۲۵ - < ۲۷
بالا	متوسط	۲۷ - < ۳۰
خیلی بالا	بالا	۳۰ - < ۳۵
فوق العاده بالا	خیلی بالا	۳۵ - < ۴۰
فوق العاده بالا	فوق العاده بالا	≥ ۴۰

ح) در حاملگی ، شیردهی ، بیماری بی ثباتی روانی و بی ثباتی وضعیت دارویی درمان کاهش وزن انجام نمی شود. برخی شرایط مانند التهاب روده ای و پوکی استخوان ممکن است موانعی را بوجود بیاورند زیرا این بیماریها بوسیله کاهش وزن تشدید می شوند . در بیماری بی اشتهاهی عصبی (anorexia nervosa) و بیماران محتضر کاهش وزن اصلاً توصیه نمی شود.

خ) بعضی از منابع هدف ابتدایی درمان را کاهش ۱۰٪ از وزن اولیه بدن عنوان کرده است یا پیشنهاد شده است که کاهش وزن بیماران دارای BMI=25-29.9 نیم کیلوگرم و برای بیماران دارای BMI ≥30 نیم تا یک کیلو گرم در هفته باشد . هنگامیکه این هدف بدست آمد، اگر در ارزیابی بعدی لازم بود که کاهش وزن ادامه یابد ، میتوان برای کم کردن وزن اقدام کرد. برای اکثر بیماران زمان مناسب برای کاهش ۱۰٪ از وزن بدن، ۶ ماه از زمان شروع درمان است.

در برخی مواقع - در بیمارانی که مدت طولانی BMI مساوی و یا بیشتر از ۳۰ دارند کاهش وزن ، بیش از ۱ تا ۲ واحد BMI ، پایین تر از BMI معمول آنها نه واقعی و نه عملی خواهد بود. از نظر پزشکی کاهش وزن مفید بطور متوسط ۵٪ وزن اولیه بدن است. تعداد زیادی از بیماران با BMI مساوی و بیشتر از ۳۰ نباید پیش از ۱۰ تا ۱۲٪ وزن اولیه بدن خود را از دست بدهند.

د) کاهش وزن تنها بوسیله کاهش انرژی بر اساس محدودیت مصرف انرژی، افزایش صرف انرژی و یا هر دو اینها، امکانپذیر است. محدودیت مصرف انرژی با انتخاب غذاهای سالمتر آسان است (انتخاب غذاها کم چرب ، افزایش مصرف سبزیجات و میوه ها ، روش های پخت غذا با روغن کمتر) در دراز مدت کل کالری مصرفی نیز باید کاهش پیدا کند.

برای افزایش پذیرش طولانی مدت ، کاهش مقدار متوسط انرژی (500 kcal) را می توان تثبیت کرد. (یک رژیم با کاهش انرژی متوسط برابر است با : ۱۵۰۰-۱۲۰۰ کیلوکالری در روز برای زنان و ۲۰۰۰-۱۴۰۰ کیلوکالری برای مردان در روز). در برخی مواقع ، رژیم بسیار سخت لازم است (رژیم کم کالری: ۱۲۰۰-۸۰۰ کیلوکالری در روز یا رژیم بسیار کم کالری کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) (بوسیله متخصصین تغذیه و رژیم درمانی نحوه دریافت مقدار کالری مشخص می شود)

اولین روش برای صرف انرژی ، فعالیت بدنی است. بیمارانی که بسیار چاق هستند ممکن است در انجام دادن فعالیت‌های بدنی معمول مشکل داشته باشند اما می توانند فعالیت‌های مانند پیاده روی آرام و طولانی مدت، ورزش‌های آبرویک آبی، شنا، را انجام دهند . برای اغلب بیماران چاق، تمرین باید به آرامی شروع شود و شدت آن بتدریج افزایش یابد.

ذ) حمایت از راهکارهای تغییر سبک زندگی ، مصرف غذا را کاهش می دهد و فعالیت بدنی را با استفاده از توصیه های کاهش انرژی افزایش می دهد. برنامه های رفتاری جاری با استفاده از آموزش تغذیه به تغییر راهکارهای سبک زندگی منجر می شود ۱- بیماران با خود پایشی مصرف غذا و فعالیت بدنی - بطور منظم مقدار غذا و فعالیت بدنی خود را یادداشت میکنند، ۲- کنترل استرس با روش هایی مانند ریلکسیشن و مدیتیشن ، ۳- محرک‌های کنترلی به بیمار کمک می کند نشانه هایی را که همراه با کم تحرکی و غذاهای ناسالم است بشناسند ، ۴- تقویت تغییرات مثبت با استفاده از نظام پاداش دهی یا حمایت اجتماعی . این راهکارها می توانند به بیماران کمک کنند تا کاهش وزن خود را بدنبال درمان کاهش انرژی نگه دارند.

ر) پایش پیشرفت بیمار بصورت منظم ، یکی از مهمترین ابزار درمان کاهش وزن بوده که شامل موارد زیر است :

- کوششهایی که بیمار برای کنترل وزن انجام می دهد تشخیص داده و حمایت شود (مشخص شود کدام بیماران درست پیش می روند، مشکلات و درگیریهای بیماران چیست؟، و منابع حمایتی کدامند؟)

- پایش شرایط دارویی (مانند: تنظیم داروهای خاص برای کاهش وزن بدن).
- به مسائل و مشکلات اشاره شود با وجود نارضایتی از کاهش وزن می بایست حمایت و درک از وضعیت او نشان داده شود. آمادگی بیمار مجدداً ارزیابی و راه دیگر کاهش وزن بررسی شود، برای حل مشکلات اجتماعی یا روحی روانی فرد از حامیان بیشتری استفاده شود. بمنظور پیشگیری از افزایش وزن راهکارهایی مناسب بررسی شوند.

حل مشکلات مرتبط با کنترل وزن

ناکامی قبلی در کاهش وزن

افرادی که اضافه وزن دارند اغلب چندین بار برای کاهش وزن سعی می کنند. باتفاق بیماران - تلاشهایی که قبلاً برای کاهش وزن انجام شده است بررسی شود. اکثر این کوششها؛ با رژیمهایی آغاز شده اند که بر تغییرات اساسی در غذای مصرفی تکیه می کنند. به بیماران توضیح داده شود که کنترل وزن فعلی به تغییرات طولانی در عادات غذایی آنها، مثل مصرف غذای سالمتر، و تنظیم فعالیت بدنی منظم احتیاج دارد.

انتخاب هدف غیر قابل دستیابی برای کاهش وزن

بسیاری از افراد هدفی را برای کاهش وزن انتخاب می کنند که دستیافتنی نیست. در بررسی که باتفاق بیماران انجام می شود می توان گفت احساس می کنند هدف منطقی خواهد بود. BMI یا وزنی که می خواهید برسید در نظر گرفته و با این دو سوال آن را ارزیابی کنید.

۱- آیا این هدف واقعی است؟

۲- آیا این هدف بطور دائم می تواند باقی بماند؟

برای جواب دادن به این سئوالات، بیمار باید به موارد زیر توجه کند:

- آیا تاکنون در دوران بزرگسالی وزن من در حد این BMI که به عنوان هدف در نظر گرفته ام بوده است؟
- اگر بله چند سال پیش؟
- برای چه اکنون باید به آن برسم؟
- آیا می توانم این وزن هدف را برای دراز مدت حفظ کنم.

بسیاری از بیماران می بایستی که مقدار زیادی وزن از دست بدهند، اما کاهش یکباره وزن به مقدار زیاد معمولاً کار بسیار بزرگی است و ممکن است نتوان به آن دست یافت. هدف اولیه کاهش وزن در زمان کوتاه ۴/۵ - ۲ کیلو گرم (۱۰ پوند) است و همین مقدار کاهش وزن، تأثیرات مهمی در پایین آوردن فشار خون و چربی خون دارد.

تاثیر کاهش وزن بیشتر، بر روی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی است، بنابراین هدف بلند مدت کاهش وزن بیشتر در آینده است. بیماران که بایستی وزن خود را کاهش دهند و آنرا حفظ کنند برای رسیدن به این هدف باید کاهش وزن به آرامی صورت گیرد یعنی کمتر از یک کیلوگرم در هفته.

عدم کاهش وزن علیرغم خوردن غذای سالم و مناسب و فعالیت بدنی منظم

قبل از شروع برنامه تغییر رفتار، به بیماران تأکید شود که اندازه گیری کاهش وزن بوسیله ترازو تنها مشخصه پیشرفت وضعیت سلامت نیست. شاخصهای دیگر موفقیت مانند بهبود عاداتهای غذایی، کاهش اندازه دور کمر، گشاد شدن لباس، بهبود استقامت در طول فعالیت، احساس بهتر بودن، افزایش سطح انرژی، کاهش استرس، بهبود تحمل گلوکز، کاهش فشار خون و آرام شدن تپش قلب. به طور منظم به آنها یاد آوری شود.

علاوه بر این، به بیماران توضیح داده شود وقتیکه آنها شروع به تغییر عاداتهای غذایی و فعالیتی خود می کنند، کاهش وزن به آرامی مشخص می شود. در بسیاری موارد، فعالیت بدنی منظم تغییراتی در ترکیب بدن ایجاد می کند. - کاهش بافت چربی و افزایش بافت ماهیچه ای (سنگین تر از بافت چربی) - که گاهی اوقات بطور موقتی سبب عدم کاهش وزن واقعی می شود.

"رسیدن به وضع ثابت"

"رسیدن به وضع ثابت" جمله ای است که اغلب افرادی که سعی می کنند وزنشان را پایین بیاورند، استفاده می کنند. کاهش وزن بصورت یک الگوی منظم نزولی اتفاق نمی افتد. اغلب افراد ممکن است در چند هفته وزنشان کاهش یابد و بعد یک دوره دو تا سه هفته ای وزنشان ثابت بماند. فقدان کاهش وزن در این دوره موجب ناامیدی و یاس افراد می شود. آنها باید بدانند که "رسیدن به وضع ثابت" یک اتفاق عادی و معمولی است و باید شاخصه های دیگر موفقیت یاد آوری شود. با فعالیت بدنی منظم و ادامه اجرای دستورالعملها دوباره کاهش وزن شروع خواهد شد. اندازه گیری وزن هفته ای یک یا دو بار انجام شود و نیازی به توزین روزانه نیست.

"رسیدن به وضع ثابت" معمولاً در زنان پیش از پریود و بدلائل احتباس مایع بدن دیده می شود.

خطاها

برای بیماران توضیح داده شود که خطا و اشتباه جزئی از سیر تغییر رفتار است. این رویدادها نباید شکست در نظر گرفته شوند و بعنوان بهانه ای برای به تأخیر انداختن شروع دوباره برنامه کاهش وزن مورد استفاده قرار گیرند. به بیان دیگر خطا و اشتباه فرصتهایی برای یادگیری هستند. به بیماران کمک شود که علل خطاها را بشناسند و از این تجربیات برای جلوگیری از خطاهای آینده استفاده کنند.

فقدان تمایل برای انجام فعالیت بدنی

به بیماران اطمینان داده شود برای پایین آوردن وزن لزومی به فعالیت بدنی سخت نیست حتی افزایش متوسط فعالیت بدنی باعث پایین آمدن وزن می شود. فعالیتهای بدنی با شدت متوسط مانند پیاده روی، برای کاهش وزن و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی مفید است.

بیماران باید یک هدف واقعی برای فعالیت بدنی تنظیم کنند و توجه داشته باشند که مقدار کل فعالیت بدنی آنها تأثیر عمده ای بر میزان کاهش وزن خواهد داشت. افزایش مصرف انرژی ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری در هفته نقطه شروع خوبی است ، که این مقدار با نیم ساعت پیاده روی با شدت متوسط ۳ بار در هفته بدست می آید. بیماران غذا و فعالیت خود را (مطالب بیمار را ببینید) ثبت کنند تا سیر فعالیت بدنی را پی گیری کنند. در هر ملاقات تاکید شود که افزایش فعالیت بدنی کلید کنترل وزن است و دفعات و مدت زمان فعالیت بیش از شدت فعالیت برای کاهش وزن اهمیت دارد.

فقدان حمایت خانواده و دوستان

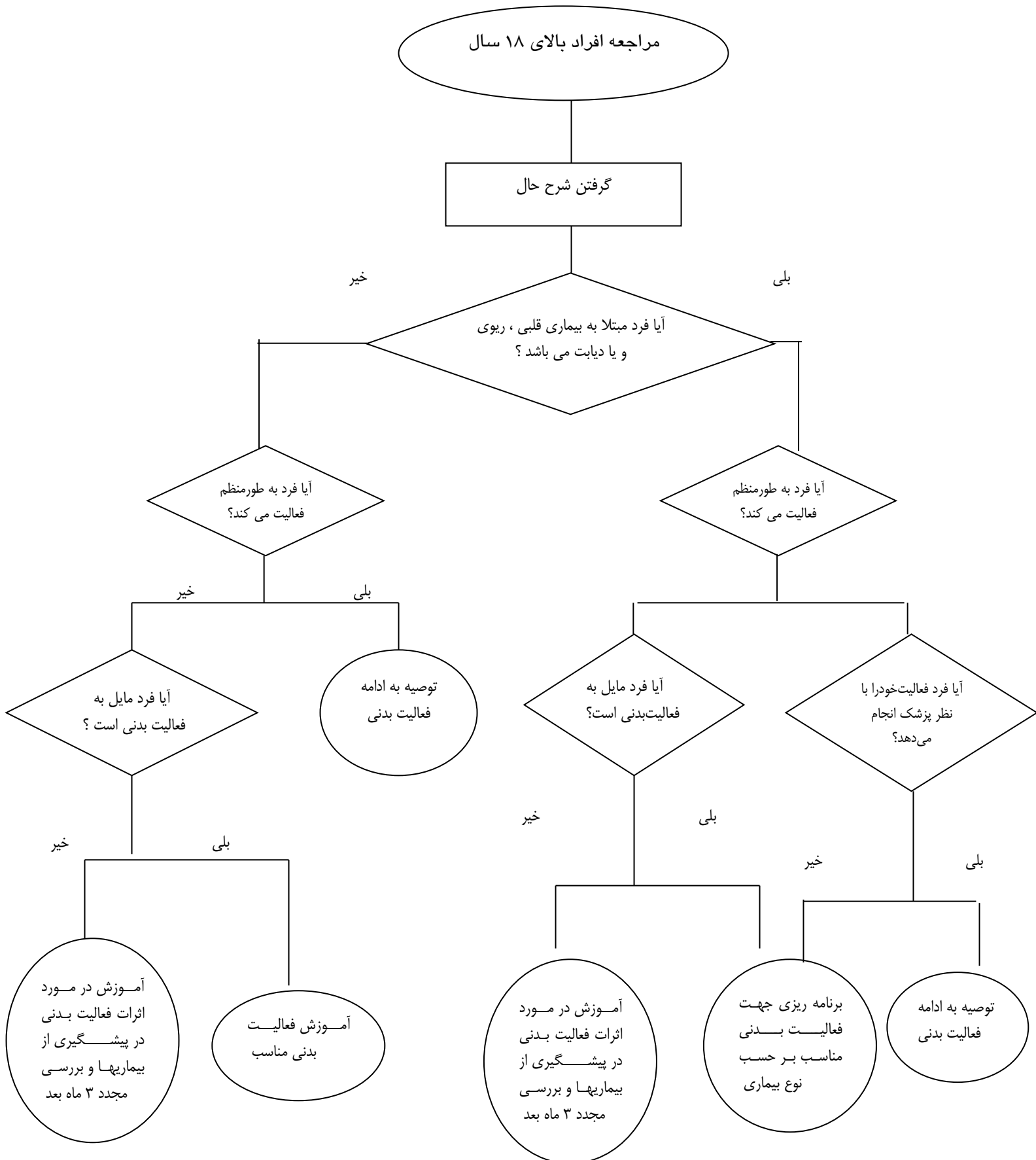
کاهش وزن سیر سختی دارد و به آرامی انجام می شود. برای موفقیت، بیماران به حمایت خانواده، دوستان و دیگران (مانند همکاران) احتیاج دارند. بیماران، افراد حامی خود را معرفی کنند. افراد خانواده به همکاری تشویق شوند. بعلاوه برای حمایت از نظر احساسی، خانواده و دوستان می توانند در تمرینات با بیمار همراه باشند و یا هنگامیکه بیمار در حال تمرین است بچه اش را نگه دارند. پذیرفتن خوردن غذای سالم و فعالیت بدنی منظم برای تمام افراد خانواده (بچه ها با پدر یا مادر چاق به احتمال ۴۰٪ در سن بزرگسالی چاق می شوند) مهم است و تغییر رفتار را آسانتر می کند.

اگر حمایت از طرف خانواده و دوستان ممکن نبود، گروههای اجتماعی که ساختار حمایتی گسترده ای دارد و می تواند راهکارهای تغییر شیوه زندگی را ارائه دهند معرفی کنید با یاد آوری اینکه آنها بهترین حامی برای خودشان هستند. به آنها اعتماد به نفس بدهید به آنها کمک کنید تا برای توانمندی خود برنامه ریزی کنند که شامل صحبتهای ذهنی شادی آفرین، دید مثبت نسبت به رفتارهای جدید یا دستیابی به هدف و جوایز غیر غذایی برای تغییر رفتار یا کاهش وزن می تواند باشد.

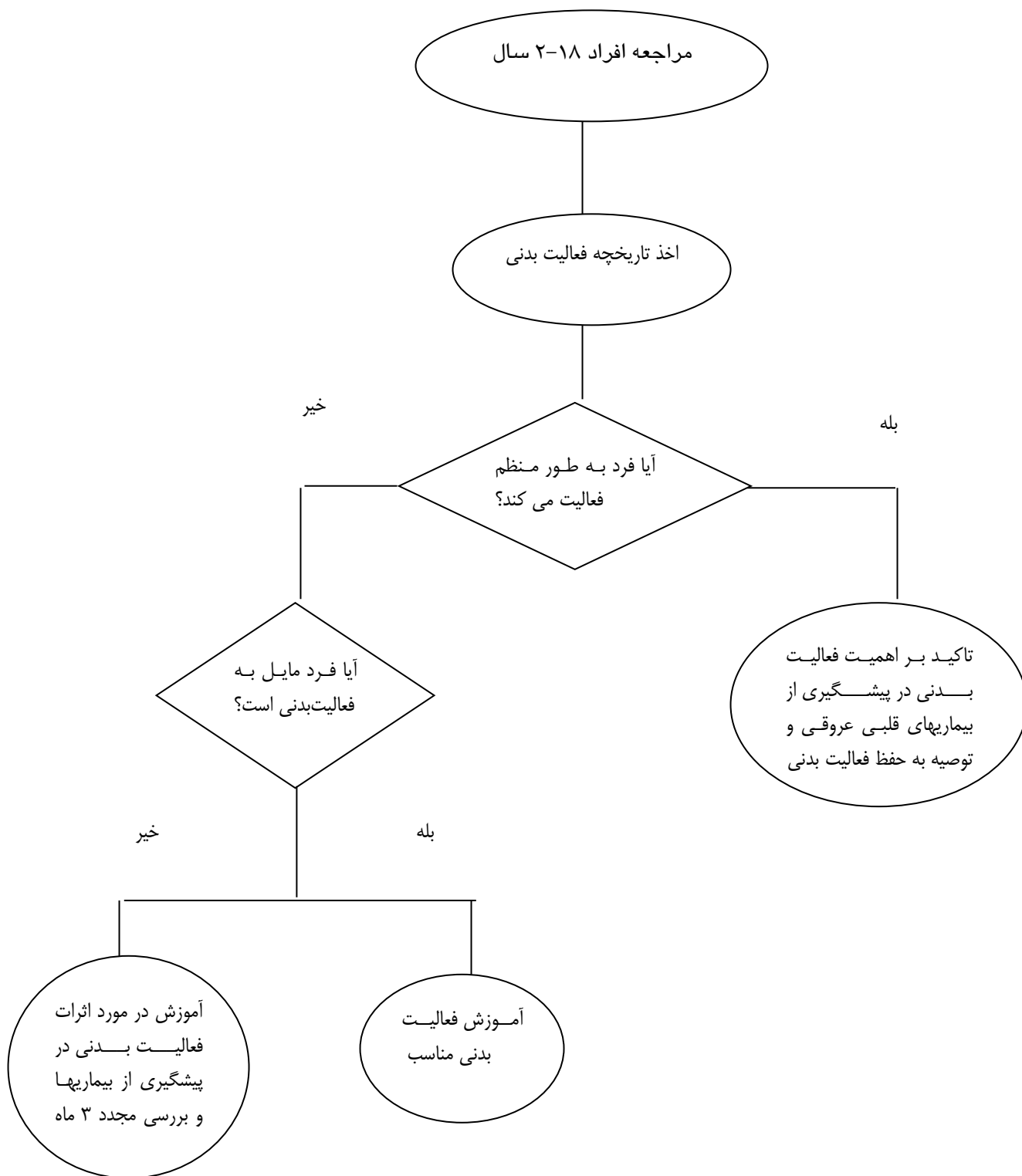
توصیه به کاهش وزن در افرادی که اضافه وزن دارند قبل از اینکه چاق شوند و قبل از اینکه فشار خون بالا و اختلال چربی خون در آنها پیشرفت کند باید جزء استاندارد عملیات پزشکی باشد.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
کنترل افراد غیر فعال / کم تحرک**

رویکرد بالینی پیشنهادی برای افزایش فعالیت بدنی افراد کم تحرک بالای ۱۸ سال



رویکرد بالینی پیشنهادی برای افزایش فعالیت بدنی افراد کم تحرک ۲ تا ۱۸ سال



پاورقی : سبک زندگی کم تحرک

الف) سبک زندگی کم تحرک به این مفهوم است که فرد در زندگی روزانه خود برنامه، فعالیت بدنی منظم ندارد. بر طبق بسیاری از نظرات جدید، هر فرد می بایست روزانه، ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشد.

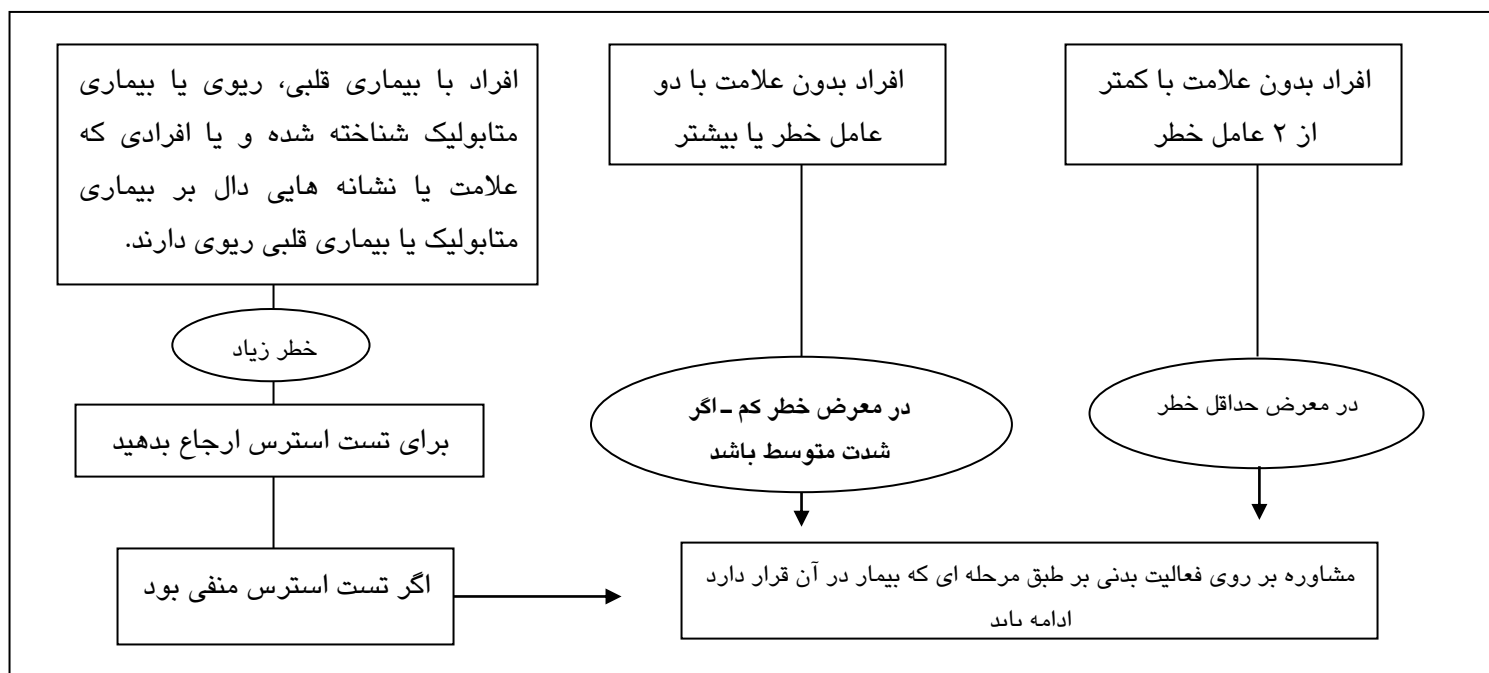
این نظریه بر فواید فعالیت بدنی ۳۰ دقیقه در روز با شدت متوسط که می توانند در دوره های ۱۰ دقیقه ای نیز انجام شوند تأکید می کند.

فعالیت‌هایی که در طول ۳۰ دقیقه انجام می شوند و می توانند مؤثر باشند شامل فعالیت‌های روزانه (پیاده روی برای خرید، بالا رفتن از پله ها، باغبانی و ...) می شود.

ب) فعالیت بدنی منظم در اینجا فعالیت ۳ بار یا بیشتر در هفته، هر بار حداقل ۲۰ دقیقه تعریف شده است.

پ) فعالیت بدنی غیر منظم فعالیت‌های بدنی بدون سازماندهی و برنامه ریزی هستند.

ت) سطح خطر همراه با فعالیت بدنی با شدت متوسط



منظور از افراد بدون علامت ، کسانی هستند که علامتی از بیماری فشار خون بالا، دیابت، ریوی و ... ندارند.

ج) شدت : فعالیت فیزیکی از لحاظ شدت به سه درجه تقسیم می شود: ۱- کم ۲- متوسط ۳- شدید
 که این تقسیم بندی براساس واحد MET یا معادل متابولیکی می باشد MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیت فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف ۳/۵ سی سی اکسیژن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه
 (۳/۵ ccO₂/kg/min) که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است.

فعالیت جسمی با شدت کمتر از 3 METs از قبیل نشستن ، تماشای تلویزیون ، کار با رایانه ، فعالیت با شدت کم گفته می شود.

فعالیت فیزیکی 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 هستند.

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

برای ارتقاء سلامتی نیازی به فعالیت بدنی شدید نیست فعالیت بدنی با شدت متوسط مطابق با رسیدن ضربان قلب به ۷۰-۵۰٪ حداکثر ضربان قلب (با محاسبه از فرمول سن- ۲۲۰ = حداکثر ضربان قلب) کافی است. در جدول زیر میزان هدف اختصاصی ضربان تعیین شده است .

هدف میزان ضربان قلب با شدت متوسط					
سن	حداکثر میزان ضربان قلب	شدت متوسط (ضربان در هر دقیقه) از (۷۰-۵۰٪ حداکثر ضربان قلب)	سن	حداکثر میزان ضربان قلب	شدت متوسط (ضربان در هر دقیقه) از (۷۰-۵۰٪ حداکثر ضربان قلب)
۳۰	۱۹۰	۹۵-۱۳۳	۵۰	۱۷۰	۸۵-۱۱۹
۳۵	۱۸۵	۹۳-۱۲۹	۵۵	۱۶۵	۸۳-۱۱۵
۴۰	۱۸۰	۹۰-۱۲۶	۶۰	۱۶۰	۸۰-۱۱۲
۴۵	۱۷۵	۸۸-۱۲۲	۶۵	۱۵۵	۷۸-۱۰۸

فعالیت با شدت بسیار زیاد زمانیست که ضربان قلب از ۷۰٪ حداکثر ضربان قلب بیشتر شود یا زمانی که فرد نتواند در حین فعالیت صحبت کند. افراد بایستی شدت اینگونه فعالیتها را کاهش دهند تا بتوانند سطح خطر را پائین بیاورند.

اگر هدف از فعالیت بدنی بدست آوردن اندام مناسب است می توان فعالیت های بدنی با شدت بسیار زیاد را تمرین کرد ولی افراد زیر قبل از شروع تمرینات، می بایست تست ورزش انجام دهند:

- در افراد بدون علامت با دو یا بیش از دو عامل خطر بیماری قلبی و عروقی
- در مردان بزرگتر از ۴۰ سال زنان بزرگتر از ۵۰ سال که یک یا بیش از یک عامل خطر بیماری های قلبی عروقی دارند.

ج) فایده های فعالیت بدنی : فعالیت بدنی طول عمر را افزایش می دهد و در مقابل گسترش عمده بیماری های عروق کرونری، فشار خون بالا، دیابت نوع ۲، پوکی استخوان، سرطان کولون و شاید سرطان سینه انسان را محافظت می کند . همچنین در برخی از مطالعات مشخص شده که نداشتن فعالیت بدنی خطر افسردگی بالینی را افزایش می دهد . در قسمت پایین فایده های دیگر فعالیت بدنی را می بینید

- روحیه با نشاط
- مقاومت بهتر در حوادث، بیماری یا تصادف
- افزایش احساس استقلال
- بهبود کیفیت زندگی
- افزایش اعتماد به نفس

چ) عوامل خطر شامل

- سن مردان بالاتر از ۴۵ سال و زنان بالا تر از ۵۵ سال یا یائسگی زودرس بدون استفاده از HRT
- تاریخچه خانوادگی : MI یا مرگ ناگهانی در پدر یا مردان درجه یک خانواده در سن کمتر از ۵۵ سال یا در مادر یا زنان درجه یک خانواده در سن کمتر از ۶۵ سال.
- مصرف سیگار در حال حاضر
- فشارخون بالا : فشارخون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه (حداقل دوبار) یا تحت درمان با داروهای ضد فشار خون
- اختلالات چربی خون : کلسترول کل سرم بیشتر و مساوی ۵/۲ (یا مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) (اگر سابقه لیپوپروتئین در دسترس نباشد) یا HDL کمتر از ۰/۹ mmol/L (یا کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر)
- دیابت شیرین : افراد با دیابت نوع یک بزرگتر از ۳۰ سال یا با بیش از ۱۵ سال ابتلاء و افراد با دیابت نوع ۲ بزرگتر از ۳۵ سال
- سبک زندگی کم تحرک / فعالیت بدنی کم
- توجه : اگر HDL بیشتر یا مساوی ۱/۶ mmol/L (بیشتر از ۴۵ میلی گرم / دسی لیتر) باشد. یک عامل خطر بیماریهای قلبی عروقی کم می شود.

ح) بیماریهای متابولیک

- دیابت شیرین همانطور که در قسمت چ گفته شد .
- بیماری تیروئید
- بیماری هیپاتیت / کلیه
- بیماریهای دیگر متابولیک که خیلی شایع نیستند .

خ (نشانه های عمده و علائم دال بر بیماریهای قلبی ریوی یا متابولیک *)

- درد یا ناراحتی در قفسه سینه ، گردن ، فک ، بازوها یا سایر قسمت‌هایی که می توانند درد ناشی از کاهش جریان خون قلب را نشان دهند.
- احساس تنگی نفس در هنگام استراحت و کار سبک
- خستگی غیرعادی یا تنگی نفس در کار عادی
- سرگیجه یا سنکوپ
- ارتوپنه یا حمله ناگهانی تنگی نفس شبانه
- ورم فوزک پا
- تپش قلب یا تاکیکاردی
- احساس درد در اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود آن در استراحت به طوریکه بیمار چند قدم راه برود احساس درد کند بایستد درد برطرف شود مجدداً براه بیفتد (Intermittent claudication)
- سوفلهای قلبی شناخته شده

* این علائم / نشانه ها باید در شرایط بالینی که اتفاق می افتند تفسیر شوند زیرا تمام آنها مختص بیماریهای قلبی ریوی متابولیک نیستند.

نکاتی در مورد فعالیت فیزیکی اطفال

- در هفت سال اول زندگی ورزش باید جنبه بازی داشته باشد نه رقابتی . در این سن ورزشهای آماده سازی پیشنهاد می شوند که موارد زیر را در برمی گیرد :
 - تعادل و هماهنگی
 - شناخت محرکها و موقعیتها
 - درک فضایی
- بعد از شش سالگی کودک کم کم می تواند وارد بازیهای مانند بازیهای گروهی و بازیهای هدف دار شود و می توان او را با قانون این بازیها آشنا کرد.
- میزان فعالیت جسمی کودکان و نوجوانان باید از اصول زیر پیروی نماید :
 - پس از سن دوسالگی همه کودکان باید روزانه دست کم ۳۰ دقیقه فعالیت جسمی لذت بخش و با شدت متوسط داشته باشند.
 - همه نوجوانان باید هر روز دست کم ۵ روز در هفته و هر بار ۶۰ دقیقه فعالیت جسمی با شدت زیاد داشته باشد.

- فعالیت جسمی روزانه را می توان به دو جلسه ۳۰ دقیقه ای تقسیم کرد تا کودکان و نوجوانان بتوانند در فعالیتهای مناسب برای سن و جنس و مرحله تکامل جسمی و روحی خود شرکت نمایند.
- حداکثر مدت زمان توصیه شده برای فعالیتهای نشسته از قبیل تماشای تلویزیون و بازیهای رایانه ای در کودکان ۲ تا ۶ ساله به مدت ۲ ساعت در شبانه روز است.
- چند راهکار ساده برای افزایش فعالیت جسمی کودکان و نوجوانان :
 - زمان اختصاص یافته به فعالیتهای کم تحرک از قبیل تماشای تلویزیون ، ویدئو و بازیهای رایانه ای کاهش یابد.
 - فعالیت جسمی برای کودک و نوجوان باید سرگرم کننده باشد .
 - والدین باید شیوه زندگی فعال داشته و الگوی مناسبی برای فرزندان خود باشند.

حل مشکلات در تشویق و تجویز فعالیت بدنی

موانع بالقوه برای یک سبک زندگی فعال از لحاظ جسمی

افرادی که از نظر بدنی فعال نیستند، آنهایی که بصورت نامنظم فعالیت می کنند و افرادی که فعالیت خود را مدتی قطع می کنند و مجدداً به فعالیت روی می آورند، ممکن است دلایل زیادی برای فعالیت نکردنشان بیابورند. این دلایل بایستی جدی گرفته شود. نداشتن وقت، نداشتن انرژی و کمبود انگیزه و / یا علاقه، سه مورد از موانعی هستند که اغلب برای فعالیت بدنی گفته می شوند. که باید این افراد متقاعد شوند که بهانه ها نباید مانع فعالیت بدنی که برای سلامت آنها ضروری است، بشود.

- برای افراد ۲۵-۴۴ ساله کمبود وقت می تواند یک مانع مهم و خاص باشد.
- برای مادران که بچه در منزل دارند، نگهداری از بچه نیز می تواند علت بازدارنده فعالیت بدنی باشد.
- برای زنان، نداشتن مهارت، علاقه، و ترس از آسیب می تواند بعنوان مانع عمل کند.
- افراد مسن تر به علت بیماری، یا ترس از آسیب، محدودیت فعالیت بدنی برای خودشان ایجاد می کنند.

برای گرفتن نتیجه مثبت از تغییر رفتار، به راهکارهایی برای غلبه بر این موانع احتیاج است. و باید تعداد زیادی از این راهکارها در حل مشکلات مورد استفاده قرار گیرد.

کمبود وقت

اولین و مهمترین قدم بررسی کردن تصور فرد راجع به فعالیت بدنی و تاثیر آن بر سلامتی است. اغلب فعالیت بدنی را حضور یافتن در کلاسهای تمرین و استفاده از تجهیزات و وسایل خاص می دانند که مستلزم برنامه ریزی مجدد فعالیت‌های دیگر روزانه مانند یادگیری مهارت‌ها و دانش خاص، صرف زمان و پول است.

به افراد مراجعه کننده یادآوری شود که فایده های سلامت جسم و روان از هرگونه فعالیت در سطح متوسط، که بصورت منظم، برای ۳۰ دقیقه کامل (یا بیشتر) در اکثر روزها و ترجیحاً " تمام روزهای هفته انجام شود، نتیجه می شود. مانند پیاده روی در اطراف فروشگاهها، بالارفتن از پله ها بجای استفاده از آسانسور، باغبانی، رقص و بازی پر جنب و جوش با بچه ها، آئروبیک، کلاسهای ژیمناستیک می توانند مفید باشند، اما این برنامه ها ممکن است توسط بسیاری از افراد انتخاب نشود.

تاکید شود که لازم نیست تمام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی روزانه در یک جلسه انجام شود بلکه می تواند در سه دوره کوتاه ۱۰ دقیقه ای انجام شود.

به افراد پیشنهاد شود که اولویتهای خود را تغییر دهند و فعالیت بدنی را نزدیک بالای لیستشان قرار دهند. به افراد پیشنهاد شود که به آرامی با ۱ یا ۲ جلسه ۱۰-۵ دقیقه ای در هفته آغاز کنند. بمنظور افزایش فایده های فعالیت بدنی، بیماران تعداد جلساتشان را به تدریج حداقل به ۵ بار در هفته افزایش دهند.

کمبود انرژی

افراد اغلب می گویند که احساس خستگی بسیار زیادی در زمان فعالیت بدنی می کنند. خسته شدن می تواند به استرس مرتبط باشد. به اطلاع افراد رسانده شود که فعالیت بدنی درحقیقت انرژی را افزایش می دهد و نیرو می بخشد و احساس خستگی را کاهش میدهد. فعالیت بدنی باعث میشود که افراد احساس آرامش بیشتر و استرس کمتری بکنند. بعلاوه افراد فعال اغلب احساس بهتری راجع به خودشان و تواناییهایشان در برابر نیازهای بدنی و نیازهای دیگر روزانه دارند. این افراد باید بدانند اگر تجربه سرگیجه، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا تنفس سخت در طول فعالیت داشتند بلافاصله آن فعالیت را قطع کنند و برای ارزیابی های بیشتر مراجعه کنند.

کمبود علاقه و / یا انگیزه

نداشتن علاقه و / یا انگیزه اغلب با درک فعالیت بدنی بعنوان "کار" مرتبط است (دردناک، ناراحت کننده، همراه با عرق، شدت بیش از اندازه و غیره). این درک برای شروع و یا ادامه همکاری در فعالیت بدنی مناسب نیست. محققان نشان داده اند افرادی که دوست دارند در فعالیت بدنی شرکت کنند:

- آنرا لذت بخش می دانند.
- احساس می کنند که مهارتها و تواناییهای انجام آنرا دارند.
- از لحاظ مالی قابل پرداخت است.
- مناسب است، زمانبندی قابل تغییر دارد.

به افراد توصیه شود که فعالیتهای مختلفی انجام دهند و امتحان کنند که کدامیک از آنها می تواند برای آنها مناسب و لذت بخش باشد. پیشنهاد شود که، هر کدام از فعالیتهایی را که دوست ندارند دنبال نکنند. به آنها یادآوری شود که راهها و فرصتهای زیادی برای فعال بودن وجود دارد. تنوع، برای باقی ماندن انگیزه و علاقه در فعالیت بدنی بسیار مهم است.

کعبود مهارت

زنان و افراد مسن بیش از مردان و جوانان، نداشتن مهارت را بعنوان یک مانع بیان می کنند. برای افزایش مهارت‌های فعالیت بدنی و باور آنها از توانایی خودشان، انجام فعالیت‌های بدنی مختلف می تواند ابزاری موثر برای کمک به آنها باشد تا یک سبک زندگی فعال را ایجاد و حفظ کنند.

باید به مسائل مورد علاقه افراد گوش و به آنها یادآوری کرد که فعالیت بدنی برای افزایش لذت، سلامتی و کیفیت زندگی آنها ضروری است. افراد را به گروه‌های تخصصی مناسب مثل کارشناسان تغذیه و تربیت بدنی ارجاع شوند تا آنها را در فعالیت‌هایی که انتخاب می کنند تمرین و / یا تعلیم بدهند. فعالیت‌های بدنی که لذت بخش هستند و برای سلامتی نیز مفید میباشند، و به دانش یا مهارت‌های تخصصی احتیاج ندارند (پیاده روی ، توپ بازی با بچه ها / باغبانی ...) معرفی کنید

ترس از آسیب های بدنی

بیماران مسن تر اغلب به آسیب‌های احتمالی فعالیت بدنی توجه می کنند. ممکن است این افراد دچار بیماری عروق کرونر باشند که فعالیت‌های آنها را محدود می کند. به بیماران احتمال خطر را گوشزد و راه‌هایی که بتوان خطرهای بالقوه را کاهش داد و معرفی کنید بدین ترتیب مشارکت آنها نیز افزایش می یابد. به بیماران یاد داده شود در طول فعالیت چگونه ضربان قلبشان را کنترل کنند یا چگونه از " تست صحبت کردن " استفاده کنند (بیماران باید مطمئن شوند که هنوز می توانند یک گفتگو را در حالیکه تمرین می کنند ادامه دهند).

ایمنی شخصی

زنان و افراد مسن بیشتر از دیگر گروه‌ها بر پیشگیری از آسیب‌های بدنی حین فعالیت اهمیت می دهند. در مورد آسیب‌های احتمالی در حین ورزش و راه‌هایی که می تواند ایمنی را افزایش دهد با آنها صحبت شود از جمله فعالیت‌های بدنی ایمن پیاده روی، دوچرخه سواری یا دوی آهسته با همراه است.

هزینه فعالیت بدنی

به افراد مراجعه کننده گفته شود. احتیاجی نیست که پولی برای فعالیت بدنی صرف شود. بسیاری از فعالیت‌ها نیازی به وسایل خاص ندارند. افراد می توانند فعالیت‌های کم هزینه را انتخاب کنند مثل دو همگانی که از طرف شهرداریها نیز به اجرا گذاشته می شود. به آنها پیشنهاد شود که با مراکز اجتماعی در همسایگی خود تماس بگیرند یا به راحتی با همسایه ها و دوستان برنامه های فعالیت بدنی مثل راهپیمایی ترتیب دهند و باتفاق به پیاده روی بروند.

حمایت ناکافی

تشویق و حمایت افرادی که می خواهند فعالیت بدنی داشته باشند، بخصوص زنان و افراد مسن بسیار مهم است. تأکید بر کارهایی که فرد می تواند انجام دهد و کارهایی که نباید انجام دهد، ضروری است.

خانواده، دوستان و همسایه ها می توانند در طول فعالیت بدنی همراه یکدیگر باشند. پیاده روی های گروهی محلی، باغبانی میتوانند مؤثر باشند و به افراد کمک کنند که فعالیت بدنی را آغاز و ادامه دهند.

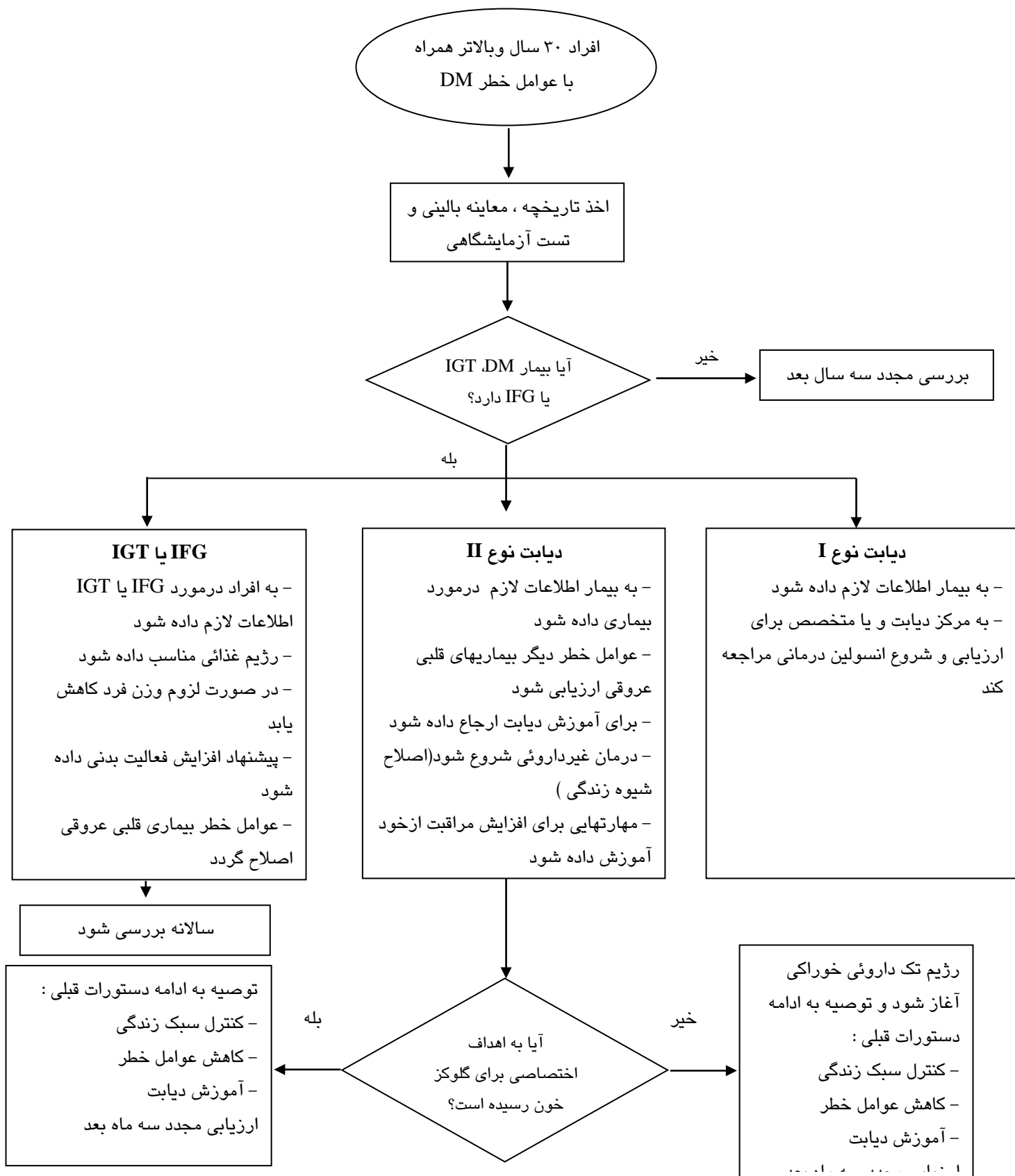
نداشتن اطلاعات در مورد منابع اجتماعی

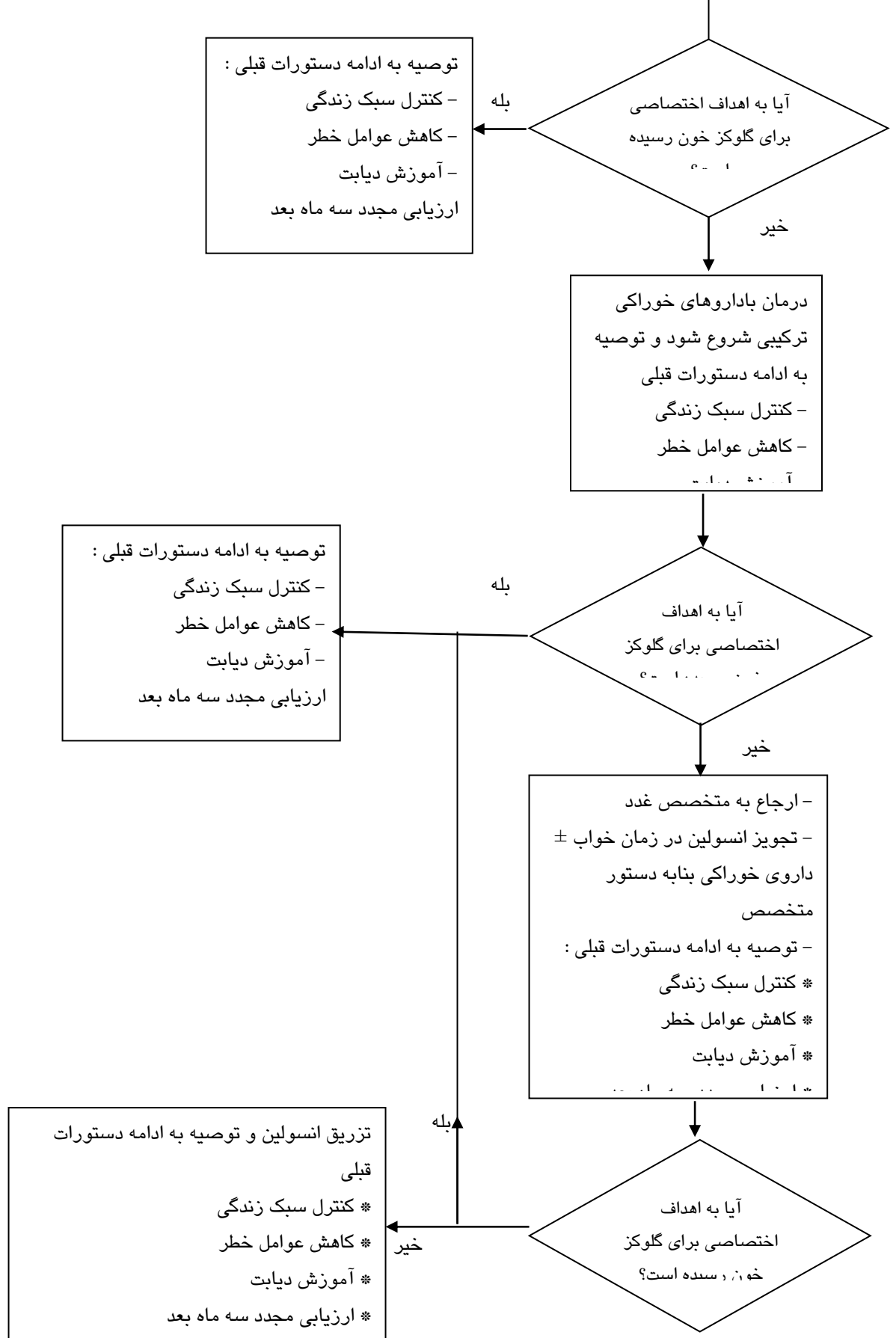
مراکز اجتماعی، شهرداریها و برنامه های تفریحی دانشگاه ها و / یا مراکز ورزشی، باشگاههای خصوصی، ورزش های همگانی تنها تعداد کمی از مثالهای منابع در دسترس هستند.

افراد در هر سنی می توانند با انجام مقدار متوسط فعالیت بدنی در زندگی روزانه ، سلامتی و کیفیت زندگی خود را بطور اساسی بهبود بخشند.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل دیابت شیرین**

رویکرد بالینی پیشنهادی بمنظور تشخیص و کنترل دیابت شیرین (DM)





*** اگر در هر نقطه بیمار از نظر وضعیتهای متابولیک دچار اختلال شد (مانند افزایش قند خون که با علامت همراه باشد و یا در صورت وجود کتوزیس) انسولین را فوراً شروع کنید.**

پاورقی : دیابت

الف) تشخیص دیابت بر پایه اندازه گیری های آزمایشگاهی از قند پلاسمای خون وریدی است. برای تأیید تشخیص در غیاب هیپرگلیسمی واضح همراه با وضعیت متابولیکی حاد تست تأکیدی در تمام موارد در روز دیگر انجام شود.

• علائم دیابت بعلاوه گلوکز پلاسمای اتفاقی مساوی یا بیشتر ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر

یا

• گلوکز پلاسمای ناشتا (FPG) مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر در دو نوبت اندازه گیری

یا

• گلوکز پلاسمای مساوی و یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر در نمونه دو ساعته (2 hpg) از تست تحمل

گلوکز خوراکی

ب) بیماران با عوامل خطر پیش بینی کننده DM: افرادی که فامیل درجه یک آنها دیابت داشته باشد، تاریخچه IGT یا IFG، تاریخچه دیابت دوران بارداری، سابقه دو بار سقط خود به خودی، سابقه مرده زایی، تولد بچه با وزن بیش از ۴ کیلو گرم، وجود فشار خون بالا، وجود بیماریهای عروق کرونر، افراد چاق، افراد با سطح پایین HDL کلسترول کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر افراد با سطح بالای تری گلیسیرید ناشتا بیش از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

پ) سطوح گلوکز برای تشخیص

طبقه	ناشتا (mg/DL)	PG دو ساعت بعد از خوردن ۷۵ گرم قند (mg/DL)
گلوکز ناشتا (IFG)	۱۱۰ - ۱۲۶	
تست تحمل گلوکز (IGT)		۱۴۰-۲۰۰
دیابت شیرین	≥ 126	≥ 200

ت) دیابت نوع یک معمولاً در بچه ها و افراد زیر ۳۰ سال دیده می شود اما امکان دارد در افراد بزرگسال نیز دیده شود. دیابت نوع یک همراه با فقدان کامل انسولین است و با شرایط متابولیکی حاد (کاهش وزن غیر عادی، کتوزیس) تظاهر مییابد. این گروه باید با انسولین درمان شوند و باید به مراکز ویژه برای دریافت سرویس های خاص مراجعه کنند.

ث) آموزش دیابت، اصلاح سبک زندگی و مهارتهایی برای افزایش طول عمر با کیفیت: مراقبت دیابت به مشارکت فرد مبتلا به دیابت برای کنترل بیماری، انتخابهای سبک زندگی مناسب و درمان دارویی بستگی دارد. برای رسیدن به این موارد، حمایت یک تیم سلامت و متخصصان که در تمام مراقبتهای دیابت تجربه داشته باشند، لازم است. آموزش

مقدماتی و مستمر فرد مبتلا به دیابت صرفاً یک موضوع فرعی و کمکی برای درمان نیست بلکه بخش لازم و مهم کنترل دیابت است. تمام افراد مبتلا به دیابت می بایستی توصیه های تغذیه ای فردی را از متخصص تغذیه در هر زمان که ممکن است دریافت کنند.

ممکن است پزشک قبل از شرکت بیمار در برنامه های آموزشی یا ملاقات با کارشناس تغذیه برخی آموزشهای مقدماتی را در اختیار بیمار قرار دهد. این اطلاعات شامل اطلاعات پایه تغذیه ای (محدود کردن کالری بصورت مناسب؛ اهمیت خوردن سه وعده غذا در روز؛ اجتناب از خوردن تنقلات و غذاهای چرب و نوشابه های گاز دار)، و سایر اطلاعات آموزشی است. بدلیل اینکه با فعالیت بدنی کنترل قند خون بهتر انجام می گیرد و به کاهش وزن کمک می کند، بیماران می بایستی برای انجام فعالیتهای بدنی با شدت متوسط بمدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر در روز تشویق بشوند. برای بیمارانی با بیماری انسدادی عروق (یا در بیماران پر خطر ساب کلینیکال)، پلی نوروپاتی حسی یا بیماری پیشرفته عروق کوچک، فعالیت بدنی بایستی با تعدیل برای بیمار تجویز شود. قبل از شروع برنامه شدید فعالیت بدنی در بیماران بالای ۳۵ سال، یک تست ورزش انجام شود. ترک سیگار باید جزء توصیه های پزشک باشد (بخش قبلی را برای دیگر عوامل خطر ببینید).

ج) پیگیری ویزیت‌های بالینی

مراقبت‌های بالینی روتین

- ویزیت روتین ۳ ماه یکبار با توجه به سابقه بیماری دیابت
- مشاوره برای تغذیه و فعالیت بدنی
- ترک سیگار
- اندازه‌گیری دور کمر و وزن
- پایش گلوکز خون توسط خود فرد
- فشار خون: درمان فشار خون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر و کاهش فشار خون به کمتر از ۱۳۰/۸۵
- معاینه پا و چشم در هر ویزیت
- ارزیابی پیشرفت در جهت کاهش خطرها
- تنظیم برنامه درمان

کنترل قند خون

- بررسی HbA1C هر ۳ ماه
- تست ناشتای قند خون در صورت نیاز
- موارد روتین سالانه (مشکلات و ارزیابی خطر)

- اگر با دستگاه گلوکومتر هم قند خون اندازه‌گیری می‌شود سالی یکبار دستگاه را کالیبره کنید.
- اگر سن فرد بالاتر از ۳۵ سال است تست ورزش و الکتروکاردیو گرام انجام شود.
- آزمایش سالیانه کلسترول تام خون، HDL، LDL و تری‌گلیسیرید بصورت ناشتا
- تجزیه ادرار از نظر بررسی وجود پروتئین در ادرار
- اگر آزمایش فوق منفی بود غربالگری میکرو آلبومینوری انجام می‌شود برای این کار به طور تصادفی نسبت آلبومین ادرار به کراتنین ادرار سالانه در بیماران دیابت نوع ۲ و ۵ سال بعد از بروز دیابت نوع یک اندازه‌گیری شود.
- اگر مثبت باشد تجزیه ۲۴ ساعته ادرار برای تعیین کلیرانس کراتنین داخلی (آندوژن) و تعیین میکروآلبومین در ادرار هر ۶ تا ۱۲ ماه
- غربالگری نوروپاتی محیطی: بصورت ارزشیابی سالانه لمس سبک (g - ۱۰ مونوفیلانمنت) و ارتعاش حسی انگشت بزرگ پا و عکس العمل زانو
- غربالگری رتینوپاتی: بیماران زیر را به یک متخصص با تجربه ارجاع دهید:
- بصورت سالانه در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ که ۵ سال از بروز بیماری آنها گذشته است.
- در زمان تشخیص دیابت نوع دوم

چ) سطوح کنترل قند خون

پایین تر از سطح قابل قبول (اقدام لازم است)	سطح قابل قبول (هدف نهایی)	ایده آل (نرمال بدون دیابت)	
۱۱۶-۱۴۰ (۰/۰۷ - ۰/۰۸۴)	≤۱۱۵ (<۰/۰۷)	≤۱۰۰ (۰/۰۴ - ۰/۰۶)	هموگلوبین گلیکوزیله (محدود حداکثر٪): HbA _{1c}
> ۱۴۰	≤۱۴۰	< ۷۰-۱۲۰	سطح گلوکز ناشتا یا قبل از غذا (mg/DL)
≥۱۸۰	≤۱۶۰	۹۰-۱۴۰	سطح گلوکز ۱-۲ ساعت بعد از غذا (mg/DL)

- ۱- افرادی که قند خون آنها در سطوح قابل قبول است در دراز مدت کمتر دچار عوارض دیابت می شوند اما مبتلایان به دیابت نوع یک کمتر به این سطوح مطلوب می رسند.
- ۲- سطوح پایین تر از سطح قابل قبول برای بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت دستیافتنی است اما برای پیشگیری از عوارض دیابت کافی نیست.
- ۳- سطوح نامناسب خطر عوارض دیابت را در طولانی مدت افزایش می دهد، برای درمان این افراد به یک ارزیابی و برنامه ریزی مجدد احتیاج است.

ح) داروهای خوراکی کاهنده (کاهش دهنده) قند خون (OHA)

برای انتخاب داروی خوراکی برای یک فرد باید موارد زیر در نظر گرفته شود:

- برای قند خون بسیار بالا (FPG > ۱۸۰ mg/DL)، متفورمین یا سولفونیل اوره می تواند بعنوان اولین دارو انتخاب شود. (درمان تک دارویی افراد با BMI ≥ 30 ترجیحا بامتفورمین و برای افراد با BMI = 20-30 با سولفونیل اوره آغاز می شود).
- متفورمین نسبت به سولفونیل اوره وزن و قند خون را کمتر پایین می آورد.
- در افراد مسن، دارو با مقدار کم شروع می شود و انتخاب دارو ممکن است نسبت به افراد کم سال تر متفاوت باشد.

حل مشکلات در کنترل دیابت

چگونه می توان به بیشترین خود پایشی رسید؟

خود پایشی برای افراد با دیابت نوع ۱، تمام زنان باردار مبتلا به دیابت یا دیابت دوران بارداری و افراد با دیابت نوع ۲ که با انسولین درمان می شوند ضروری است. خود پایشی مبتلایان به دیابت نوع ۲ که از داروهای خوراکی، و یا تنها با رژیم غذایی برای کنترل بیماری خود استفاده می کنند نیز مفید است.

اگر چه انجام آزمایش بعد از صبحانه یا بعد از غذا در اغلب افراد قابل قبول است، اما موارد آزمایشات بر حسب شرایط فرد تعیین می شود در افرادی که انسولین دریافت می کنند، آزمایشهای قبل از غذا و موقع خواب مفید تر خواهند بود، آزمایشهای متناوب قبل از غذا برای تنظیم میزان مصرف انسولین انجام می شود.

برای کمک به بیمارتان که بیشترین خود پایشی قند خون را بدست بیاورند، می توانید:

- جدول زمانی و حدود قند خون هدف را تعیین کنید.
- در هر ویزیت آزمایش قند خون را با بیمار مرور کنید.
- از آزمایش قند خون به عنوان یک ابزار آموزشی برای ارزیابی کنترل قند خون استفاده کنید و رژیم غذایی، فعالیت بدنی، و دارو (داروها) را برای بدست آوردن و حفظ کنترل خوب قند خون تنظیم کنید.
- از آزمایش قند خون برای شناختن الگوهای قند خون بالا، نرمال و پایین استفاده کنید.
- از خود پایشی قند خون برای شناختن مواقع اضطراری (قند خون بالا یا قند خون پایین) استفاده کنید.
- صحت آزمایشاتی که فرد انجام می دهد سالانه با آزمایشگاه تایید کنید.

چگونه انگیزه پی گیری درمان را در فرد مبتلا به دیابت افزایش دهیم

یک فرد مبتلا به دیابت نقش مهمی در کنترل بیماری خود دارد. عوامل زیادی بر روی توانایی شخص برای رسیدن به سطوح هدف درمان تاثیر می گذارد و برای ارزیابی منظم مهم است. این عوامل شامل: حمایت خانواده و دوستان، مسایل مرتبط کاری، تواناییهای مالی، بیمه درمانی، تاثیرات قومی و فرهنگی، سطح فعالیت بدنی، وجود بیماریهای دیگر و تاثیر متقابل داروها.

برای افزایش تمایل بیمار برای ادامه درمان، شما می توانید:

- نیازهای بیمارتان و منابع در دسترس برای برآورده کردن نیازهایش را بشناسید.
- هدفها را الویت بندی کنید، در یک زمان بر روی یک هدف تاکید کنید و با مهمترین آنها شروع کنید. متناسب با آن پیشرفت را مشخص کنید.
- بیمارتان را برای یادگیری دانش و مهارتهای رسیدن به هدف آموزش دهید .
- با در نظر گرفتن فعالیتهای روزانه بیمار و الویتهای شخصی او، برنامه فردی برای بیمار داشته باشید.
- هنگامیکه بیمار به هدف مورد نظر رسید او را تقویت کنید و به او پاداش دهید.
- هنگامیکه بیمار به هدف مورد نظر نرسید ، موانع را شناسایی و سعی کنید آنها را حل کنید.
- به بیمارتان برای مراقبت از خودش اجازه و اختیار بدهید.
- پایش منظم داشته باشید و از اطلاعات قبلی برای تقویت تمام رفتارهای مثبت و اصلاح تمام موارد منفی استفاده کنید .

نارسایی کنترل دیابت نوع ۲

پزشک بایستی به دلایل زیر توجه کند و سعی کند آنها را اصلاح کند

- بی علائگی در پیگیری رژیم غذایی
- بیماریهای همراه مداخله کننده
- فعالیت بدنی نامنظم
- عوامل روحی روانی
- مصرف نکردن یا نامنظم مصرف کردن داروها و یا انسولین تجویز شده
- خوردن داروهایی که قند خون را افزایش می دهد (مانند : گلوکوکورتیکوئیدها و تiazیدها)
- رژیمهای نامناسب انسولین
- تغییر در جذب مواد غذایی
- تغییر در جذب زیرپوستی انسولین که به محل های تزریق انسولین بستگی دارد
- مقاومت به انسولین

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که داروی خوراکی مصرف می کنند اگر قند خون کنترل نشود به انسولین احتیاج دارند (الگوریتم را ببینید)

کنترل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در روزهای بیماری

برخی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ احساس می کنند بدلیل خوردن غذا به انسولین احتیاج دارند پس هنگامیکه مریض هستند، انسولین را حذف می کنند. این کار می تواند در افراد مبتلا به دیابت باعث بوجود آمدن کتواسیدوزیس شود. مهم است که آنها بدانند در روزهای مریضی چه کاری انجام دهند:

- مقدار انسولین معمول را استفاده کنند و هر ۴ ساعت گلوکز خون را با مقدار انسولین تنظیم کنند.
- اگر اسهال یا استفراغ داشتند نگذارند آب بدنشان از دست برود. در هر ساعت ۱ لیوان آب بخورند. اگر قند خون پایین بود، از نوشیدنی شیرین استفاده کنند اگر پایین نبود آب معمولی بخورند.
- هر ۴ ساعت قند خون را تست کنند. برای نگهداری قند خون کمتر از ۲۲۵ میلی گرم در دسی لیتر ممکن است لازم باشد انسولین بیشتری نسبت به انسولین عادی خود استفاده کنند .
- کتون های ادرار را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنند.
- اگر چنانچه میزان کتون ادراری بیشتر از میزان trace بود و استفراغ ادامه داشت، میزان قند خون بیشتر از ۲۵۲ میلی گرم در دسی لیتر و یا یا تب یا عفونتی ظاهر شده باشد به پزشک اطلاع دهند.
- به بیماران نشانه ها و علائم دیابت کتواسیدوزیس آموخته شود.

چگونه کاهش قند خون را می توان تشخیص داد و درمان کرد

علائم کاهش قند خون دو نوع هستند :

- آدرنرژیک : تعریق، تپش قلب (تاکی کاردی)، لرزش، ضعف، رنگ پریدگی، تهوع، سردرد.
- مغزی : بی حسی لبها یا زبان، تاری دید، تغییر درحالت یا رفتار، گیجی، کما.

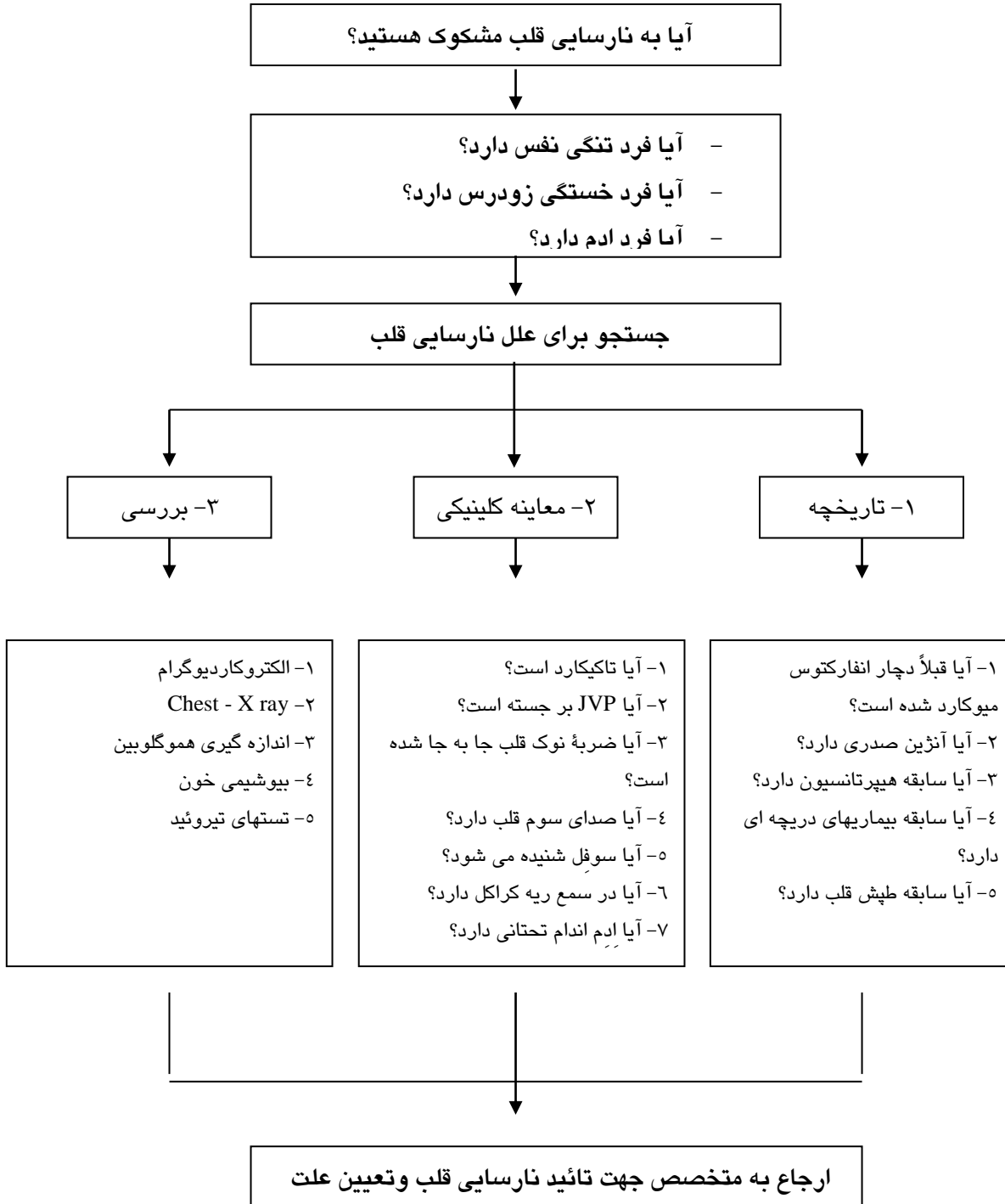
هنگامیکه کاهش قند خون اتفاق می افتد، در برخی از بیماران ممکن است علائم آدرنرژیک ناپدید شود و بیماران تنها علائم مغزی را تجربه کنند . کاهش قند خون شبانه ممکن است باعث ایجاد احساس ناخوشایند در صبح فردا بشود .

بیماران بایستی تشخیص و درمان واکنشهای کاهش قند خون را آموزش ببینند

هنگامیکه بیماران مشکوک به کاهش قند خون شدند، به آنها آموزش داده شود قند خون را تست کنند و ۱۵-۱۰ گرم کربوهیدرات ساده بخورند (مانند: دانه های ژله ای یا مقداری آب میوه یا نوشیدنیهای بدون الکل یا دوقاشق عسل، قند).

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل نارسائی قلب**

الگوریتم تشخیص نارسایی قلب



پاورقی نارسایی قلب

الف (هدف از بررسی نارسایی قلب

۱- تأیید تشخیص نارسایی قلب از طریق تعیین بیماریهای زمینه ای قلبی که منجر به نارسایی قلب شده است
نظیر:

- اختلال فانکشن در سیستول بطن چپ (شایعترین علت نارسایی قلب)

- اختلال فانکشن در دیاستول بطن چپ

- بیماریهای دریچه ای قلب

- بیماریهای مادرزادی قلب

- بیماریهای پریکارد

- بیماریهای اندوکارد

- اختلال ریتم و اختلال در سیستم هدایت قلب

۲- تعیین درمان مطلوب با تعیین علت واضح نارسایی قلب

۳- تعیین پیش آگهی

۴- ارزیابی تاثیرات درمان

ب (آزمایشهای خونی، آنمی، بیماریهای تیروئید، هیپاتیت و بیماریهای کلیوی را مشخص می کند.
ج) یافته های الکتروکاردیوگرافی در بیماران با نارسایی قلب:

نشان دهنده انفارکتوس قلبی، احتمال نارسایی سیستولیک بطن چپ	Poor Rwave proration, Qwave
ممکن است به علت هیپرتانسیون تنگی آئورت، کاردیو میوپاتی هیپرتروفیک یا dilated و یا ممکن است دیس فانکشن دیاستولیک یا سیستولیک بطن چپ باشد.	هیپرتروفی بطن چپ LVH
نشان دهنده یک بیماری در قلب است.	Left bundle branch block (LBBB)
این نوع بلوک ممکن است در افراد با قلب نرمال نیز دیده می شود. گاهی فرم ناکامل RBBB نشان دهنده A.SD است.	Right bundle branch block (RBBB)
گاهی در افراد مسن بدون هیچ علت زمینه وجود دارد. در تنگی متیرال، آمبولی پولمونر، پرکاری تیروئید و نارسایی قلب باشد. به خصوص اگر پاسخ بطنی خیلی تند باشد.	فیبریلاسیون دهلیزی
نارسایی قلب ممکن است به تعداد ضربان مرتبط باشد	برادی آریتمی

نارسایی قلب ممکن است به تعداد ضربان مرتبط باشد	بلوک دهلیزی بطنی
ممکن است به علت افیوژن یا کنستر یکشن پریکارد باشد.	Low voltage QPS Complexes

د) در Chest x-ray بیماران مبتلا به نارسایی قلب ممکن است موارد زیر مشاهده شود :

- Alveolar pulmonary edema
- Interstitial pulmonary edema
- Basal pleural effusion
- Cardio megaly

(ممکن است حتی با وجود دیس فانکشن قابل ملاحظه بطن چپ کاردیومگالی در CXR نداشته باشیم. مثلا در نارسایی دیاستولیک قلب)

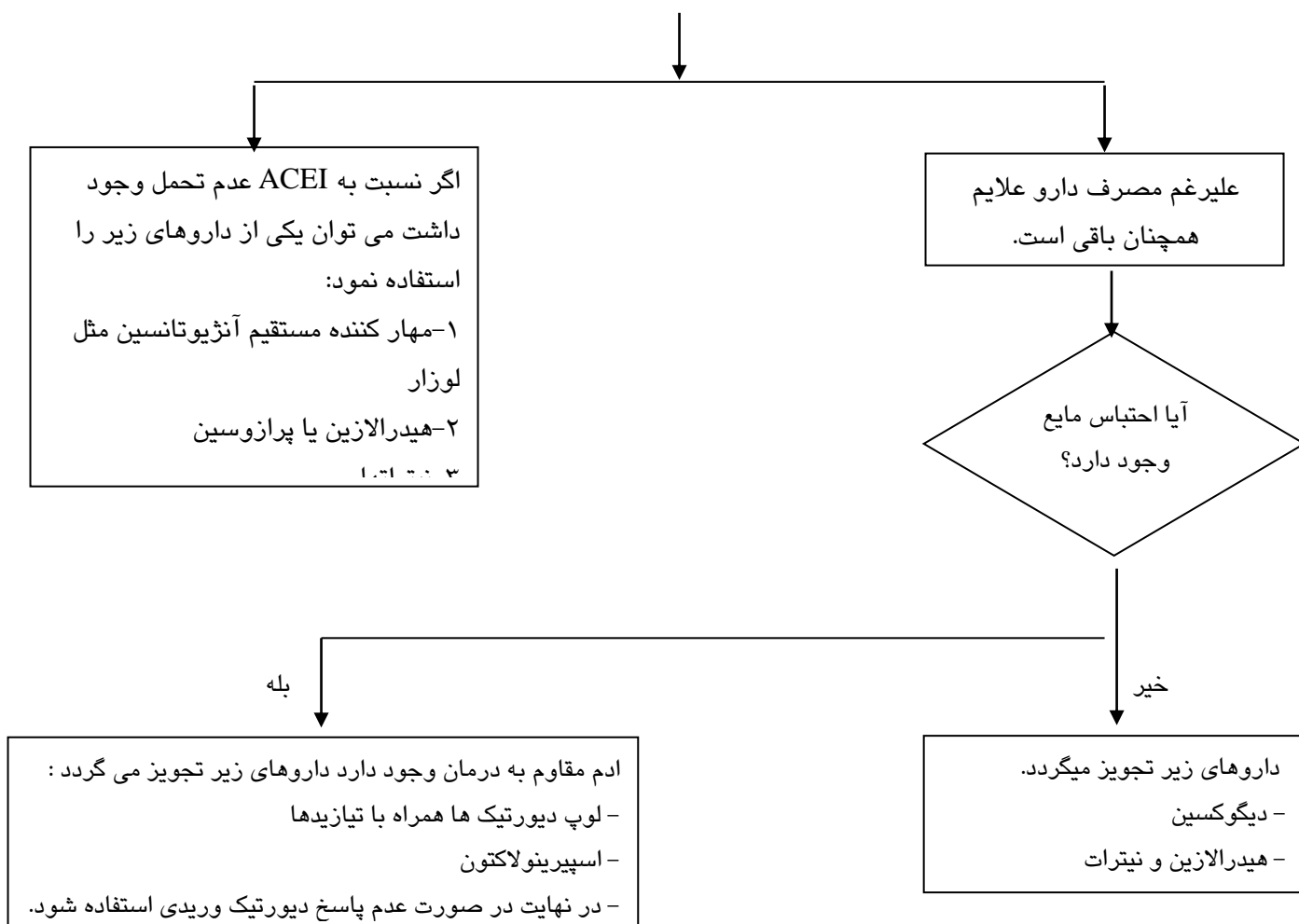
الگوریتم درمان نارسایی قلب

- درمان غیر دارویی

- رژیم کم نمک
- اجتناب از مصرف الکل
- اجتناب از مصرف سیگار
- فعالیت بدنی با شدت متوسط
- کاهش وزن اگر اضافه وزن دارد یا چاق است (با محدودیت دریافت انرژی و افزایش مصرف انرژی)

- درمان دارویی

- دیورتیک
- ACEI (مهار کننده آنزیمهای مبدل آنژیوتانسین II)
- دیگوسین



پاورقی درمان نارسایی قلبی :

در صورت عدم کنترل بستری در بیمارستان

الف) بیماران با نارسایی قلب اغلب تشنگی شدید دارند مقدار زیادی مایعات مصرف می کنند و با توجه به مصرف دیورتیک و مصرف مقدار زیاد آب هیپوناترمی تشدید می شود (dilutational Hyponatraemia) مقدار مصرف مایع در این بیماران باید به حدود یک ونیم تا حداکثر دو لیتر در روز محدود شود. در هوای گرم، تب، اسهال، استفراغ محدودیت آب و یا دوز دیورتیک کم می شود.

ب) اگر نارسایی قلبی حاد یا نارسایی قلبی Decompensated باشد استراحت نسبتاً مطلق قسمتی از درمان است.

در نارسایی قلبی مزمن و Compensated ورزش منظم روزانه با شدت متوسط توصیه می شود (پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، بولینگ، باغبانی)

ج) واکسیناسیون :

مبتلایان به نارسایی قلب مستعد ابتلا به عفونت های ریوی هستند و در صورت ابتلا به این نوع عفونت ها نارسایی قلب تشدید می شود و نیاز به بستری شدن افزایش می یابد. تزریق واکسن انفلوانزا و پنوموکوک در این بیماران توصیه می شود.

د) چند نکته اساسی در درمان با دیورتیک :

- به مقدار متوسط از این دارو استفاده شود.
- از چند نوع مختلف دیورتیک که بین آنها سیزیژی ایجاد می شود استفاده کنید به خصوص در کسانی که نسبت به دیورتیکها مقاوم هستند.
- بررسی بیوشیمی بیمار از نظر اورمی؛ هیپوکالمی و هیپوناترمی و افزایش اسید اوریک و ... ضروری است.
- با ACEI و دیگوکسین بکار برده شود (مگر اینکه برای بیمار قابل تحمل نباشد).

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل درد قفسه صدري**

درد قفسه صدري :

درد و ناراحتی قفسه سینه یکی از شایعترین شکایات بیماران مراجعه کننده به مطب ها و واحدهای فوریت‌های پزشکی است. درد قفسه سینه ممکن است نشان‌دهنده یک اختلال جدی نظیر ایسکمی حاد میوکارد باشد. ولی در غالب موارد از اختلالات کوچکی نظیر کشیدگی عضلات یا سوء هاضمه ناشی می شود تقریباً در ۱/۳ موارد درد قفسه سینه ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی است. درد ناشی از ایسکمی میوکارد معمولاً به صورت احساس سنگینی، فشار یا گرفتگی و گاهاً به صورت سوزش و درد مبهم در قسمت مرکزی قفسه سینه است. محل درد معمولاً در پشت جناغ سینه حس می شود و ممکن است به گردن، فک، دندانها، شانه ها و بازو ها انتشار یابد بعضی از بیماران از درد ناحیه اپی گاستر نیز شکایت دارند. وجود علائم همراه نظیر تهوع و تعریق، ضربان نامنظم قلب، افت هوشیاری و سبکی سر می تواند نشانه یک اختلال جدی قلبی و نیاز به یک اقدام اورژانسی داشته باشد. درد ایسکمیک قلبی بیش از ۲ دقیقه طول می کشد دردهای زودگذر (در حد چند ثانیه) به ندرت منشأ ایسکمیک دارد. برای افتراق علل درد قفسه سینه می توان از الگوریتم تشخیصی صفحه بعد استفاده نمود.

آیا بیمار درد را به صورت احساس سنگینی، فشار یا گرفتگی توصیف می کند و یا درد به گردن، فک، شانه یا بازوها انتشار می یابد؟

خیر

بله

آیا بیمار به طور ناگهانی دچار درد شدید شده که آن را به صورت احساس پاره شدن (Tearing) یا شکاف خوردن (Ripping) توصیف می کند؟

آیا اولین باری است که بیمار دچار چنین دردی شده یا درد بیمار با تهوع، تعریق، تنگی نفس و سبکی سر همراه است یا پس از چند دقیقه استراحت یا مصرف TNG زیر زبانی درد تغییری نکرده است؟

خیر

بله

خیر

بله

آیا بیمار دچار تنگی نفس و تاقی پنه می باشد؟

دیسکسیون آئورت^۲ در این بیمار مطرح است جهت بررسی بیشتر و تأیید یارد آن بیمار را سریعاً به ...

احتمالاً بیمار دچار آنژین صدری^۱ شده به بیمار TNG زیر زبانی بدهید و ECG به عمل آید و جهت بررسی بیشتر ...

احتمالاً بیمار دچار آنژین صدری ناپایدار یا انفارکتوس میوکارد^۲ شده است یک قرص آسپیرین ۱۰۰ mg به بیمار بدهید و جهت انجام ECG و اندازه گیری آنزیمهای قلبی بیمار را سریعاً ...

خیر

بله

آیا درد بیمار در قسمت مرکزی قفسه سینه بوده و با دراز کشیدن بدتر می شود؟

آیا بیمار اخیراً بی حرکتی طولانی به دلیل بیماری، مصدومیت، سفر طولانی داشته و یا طی دو هفته گذشته زایمان داشته است؟

خیر

بله

خیر

بله

آیا بیمار قبلاً نیز دچار چنین دردی شده و درد بعد از مصرف غذا ایجاد می شود؟

بیمار را از نظر رفلکس گاستروازوفاژیال^۳ بررسی کنید.

آیا بیمار دارای سرفه، تب، رال می باشد؟

احتمالاً بیمار دچار آمبولی ریوی^۴ شده بیمار را جهت تشخیص و انجام CXR و ABG و ECG و ... به بیمارستان اعزام کنید.

خیر

بله

خیر

بله

آیا درد بیمار با نفس کشیدن بدتر می شود؟

آیا درد بیمار به دنبال مصرف آنتی اسید بهبود می یابد؟

بیمار را از نظر پنوموتوراکس^۵ بررسی نمایید.

احتمالاً بیمار دچار پنومونی^۶ شده و نیاز به اقدامات تشخیصی نظیر CXR و نیز آنتی بیوتیک تراپی دارد در موارد شدید بیمار را به بیمارستان اعزام کنید.

خیر

بله

خیر

بله

آیا بیمار دچار درد، سوزشی یا Sharp در پوست قفسه سینه با توزیع درماتومی ...

آیا در معاینه قفسه سینه تندرئس وجود دارد؟

بیمار را از نظر کوله سیستیت یا پانکراتیت بررسی کنید.

بیمار را از نظر پپتیک اولسر^۷ بررسی کنید.

خیر

بله

خیر

بله

بیمار را از نظر دردی ناشی از حالات روانی نظیر پانیک، فوبیا، افسردگی و سایر اختلالات بررسی

بیمار را از نظر ابتلا به زونا بررسی کنید.^۸

بیمار را از نظر پلوریت^۹ پریکاردیت^{۱۰} و بررسی نمائید.

احتمالاً بیمار دچار آسیب و التهاب عضلات، لیگامانها، یا غضروفهای بین دنده ای^{۱۱} شده به بیمار توصیه به استراحت نموده و برای کنترل درد NSAID تجویز کنید و توصیه کنید که در صورت عدم بهبودی بعد از ۴۸ ساعت مجدداً مراجعه نماید.

پاورقی درد قفسه صدی :

- ۱- درد ناشی از آنژین صدی معمولاً بین ۲ تا ۱۰ دقیقه طول می کشد بیمار درد را به صورت احساس سنگینی، فشار، گرفتگی و سوزش توصیف می کند بعضی از بیماران فقط از تنگی نفس یا احساس اضطراب شکایت دارند محل درد معمولاً در پشت جناغ سینه و اغلب با انتشار به گردن، فک، شانه ها یا بازوها (بیشتر در سمت چپ) و یا به صورت جداگانه در محل های فوق الذکر می باشد بعضی از بیماران از درد ناحیه اپی گاستر شکایت دارند. درد معمولاً به دنبال فعالیت، تماس با سرما، فشار های روحی روانی و یا پس از مصرف غذای سنگین ایجاد می شود و با استراحت یا مصرف TNG زیر زبانی بر طرف می شود.
- ۲- بیماران مبتلا به آنژین صدی ناپایدار و انفارکتوس میوکارد دارای علائمی مشابه با آنژین صدی هستند فقط این علائم شدید تر و طولانی تر است درد به دنبال فعالیت مختصر و یا حتی در حین استراحت یا هنگام برخاستن از خواب ایجاد می شود و استراحت و مصرف TNG زیر زبانی معمولاً تأثیر چندانی بر درد ندارد این بیماران همراه درد علائمی نظیر تهوع، تنگی نفس، تعریق و سبکی سر دارند مدت درد در بیماران مبتلا به آنژین صدی ناپایدار معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه و در انفارکتوس حاد میوکارد اغلب بیش از ۳۰ دقیقه می باشد.
- ۳- دیسکسیون آئورت به صورت درد شدید قفسه سینه با شروع ناگهانی تظاهر می یابد که بر خلاف درد ناشی از بیماریهای ایسکمیک سریعاً به اوج شدت خود می رسد بیمار برای توصیف درد از کلماتی چون پاره شدن (Tearing) یا شکاف خوردن (Ripping) استفاده می کند محل درد معمولاً در قسمت قدامی قفسه سینه با انتشار به پشت و بین دو کتف می باشد دیسکسیون آئورت ممکن است موجب از بین رفتن نبض های محیطی، سوفل نارسائی آئورت، تامپوناد و یا حتی CVA گردد بیماران مبتلا معمولاً دارای هیپرتانسیون یا بیماری زمینه ای بافت همبند نظیر سندرم مارفان یا اهلرزدانلوس هستند.
- ۴- آمبولی ریوی موجب درد پلورتیک قفسه سینه با شروع ناگهانی می گردد که معمولاً چند دقیقه تا چند ساعت طول می کشد علائم همراه شامل تنگی نفس، تاکی پنه، تاکیکاردی، هیپوتانسیون و گاهی هموپتری است.
- ۵- پنومونی درد پلورتیک قفسه سینه که اغلب یک طرفه و لوکالیزه است ایجاد می کند و با علائمی چون تنگی نفس، سرفه تب، رال و گاهی Friction rub پلور همراه است.
- ۶- پنوموتوراکس با شروع ناگهانی درد پلورتیک قفسه سینه و دیسترس تنفسی تظاهر می یابد. در معاینه صداهای تنفسی در سمت پنوموتوراکس کاهش یافته است.
- ۷- رفلاکس گاستروازوفازیال موجب درد سوزشی در ناحیه اپی گاستروزیل جناغ می گردد و با مصرف الکل، آسپرین، بعضی از غذا ها تشدید می شود درد ناشی از رفلاکس با دراز کشیدن متعاقب مصرف غذا بد تر شده و با مصرف آنتی اسید بهبود می یابد.

- ۸- پپتیک اولسروبیاماری کیسه صفرا قادر به ایجاد درد در ناحیه اپی گاسترو زیر جناغ هستند بیمار معمولاً سابقه دردهای مشابه در گذشته را ذکر می کند درد پپتیک اولسر معمولاً به صورت یک درد سوزشی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه پس از مصرف غذا ایجاد می شود و با مصرف آنتی اسید بهبود می یابد.
- ۹- بیماریهای عضلانی اسکلتی نظیر کرامپی عضلات بین دنده ای و سندرم های کوستوکوندرال و کوندرواسترنال سبب ایجاد دردی مبهم در قسمت قدامی قفسه سینه می شوند گاهی علائم التهاب نظیر تورم، قرمزی و گرمی در ناحیه مبتلا وجود دارد درد بیمار با حرکت کردن، نفس کشیدن و اعمال فشار موضعی تشدید می شود.
- ۱۰- هرپس زوستر درد سوزشی با توزیع در ماتومی در ناحیه قفسه سینه ایجاد می کند ممکن است درد قبل از بروز بثورات و زیکولر در ناحیه گرفتار ایجاد گردد.
- ۱۱- پلوریت سبب ایجاد درد Sharp در قفسه سینه می گردد که اغلب یک طرفه و لوکالیزه بوده و با دم عمیق و سرفه کردن تشدید می شود.
- ۱۲- از دیگر علل ایجاد درد قفسه سینه پریکاردیت می باشد که معمولاً موجب درد Sharp در پشت جناغ شده و گاهی به شانه، گردن، شکم یا پشت انتشار می یابد و با سرفه، تنفس عمیق و یا در وضعیت خوابیده به پشت تشدید شده و با نشستن و خم شدن به جلو تسکین می یابد.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل آنژین صدری**

رویکرد بالینی به آنژین صدری

- آیا بیمار درد را به صورت احساس سنگینی، فشار یا گرفتگی در ناحیه قفسه سینه که گاهاً به فک، دندانها، بازوها، شانه ها، بین دو کتف و اپی گاستر انتشار می یابد توصیف می کند؟
 - آیا درد بیمار با فعالیت و هیجان، مصرف غذای سنگین و تماس با هوای سرد و یا خیلی گرم ایجاد و با استراحت یا مصرف TNG زیر زبانی بهبود می یابد؟
 - آیا بیمار سابقه دردهای مشابه را در گذشته ذکر می نماید؟
 - آیا بیمار سابقه بیماری های مزمن دارد؟

بله

بررسی پاراکلینیکی

معاینه فیزیکی

اخذ تاریخچه فردی و خانوادگی

ECG -
 - آزمایش کامل ادرار
 - آزمایش خون شامل چربیهای خون (TG و HDL و LDL و کلسترول تام)
 گلوکز، کراتینین، هماتوکریت
 CXR -

- بررسی شواهد آترواسکلروز (آنوریسم
 آنورت شکمی، برویی شریان کاروتید،
 کاهش نبض شریانی در اندام تحتانی)
 - وجود گزانتما و گزانتلاهما
 - معاینه ته چشم جهت بررسی تنگی ناحیه
 ای شریانی وریدی
 - وجود آکینزی یا دیس کینزی بطن چپ
 - سمع بروئی های شریانی، صدای سوم و

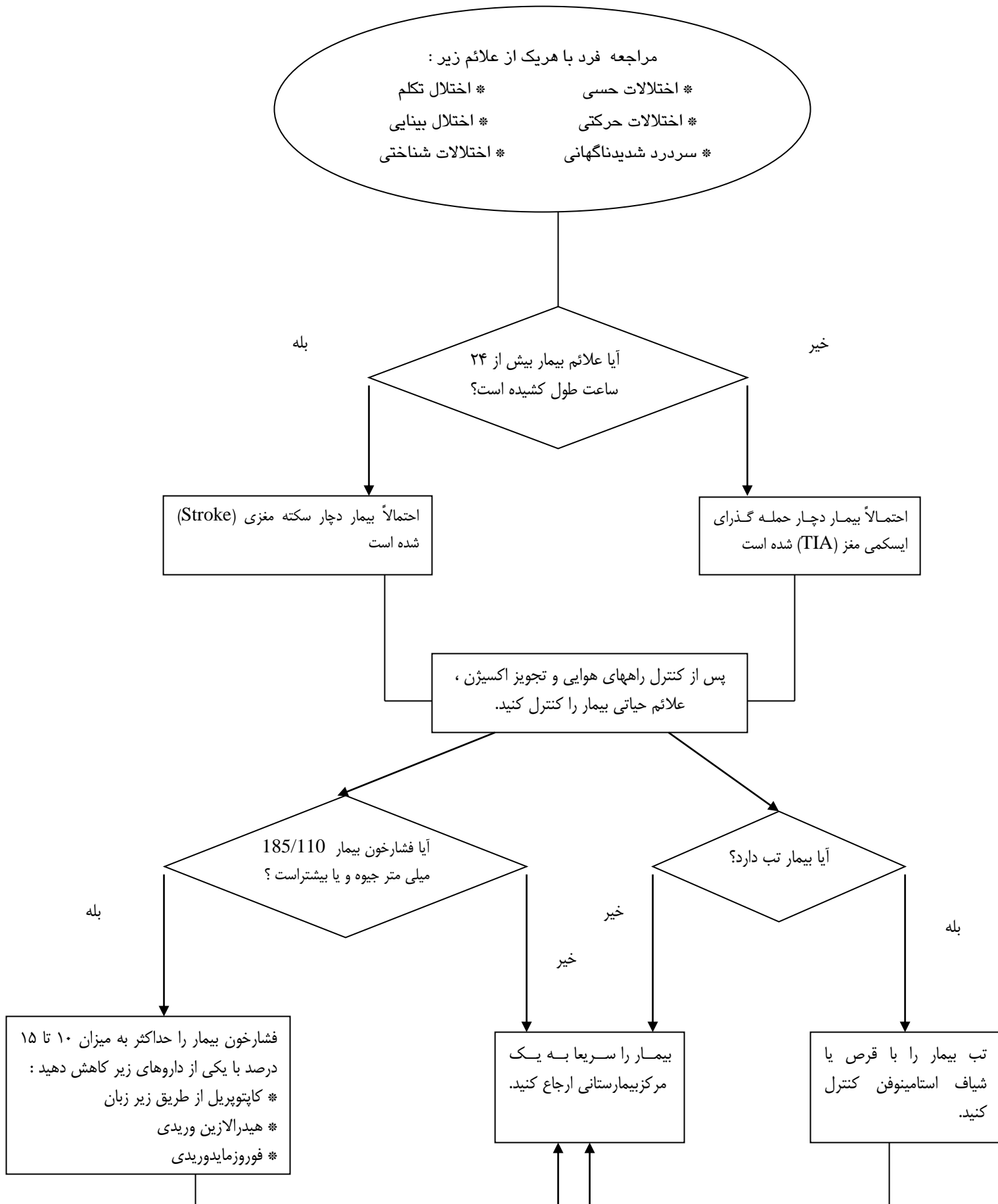
- وجود بیماری شریان محیطی
 (intermittent claudication)
 - سکنه مغزی یا حملات ایسکمی موقت
 - وجود دیابت ملیتوس
 - هیپرلیپیدمی
 - هیپرتانسیون
 - استعمال دخانیات
 - سابقه خانوادگی IHD زودرس

ارجاع به متخصص به منظور تأیید تشخیص و
 تعیین علت آنژین صدری

پاورقی آنژین صدری :

- ۱- هدف از بررسی آنژین صدری عبارتست از :
 - شناسایی و درمان عوامل تشدید کننده
 - برنامه ریزی و تنظیم فعالیت جسمانی بیمار
 - بررسی و درمان عوامل خطر قابل درمان
 - درمان داروئی
- ۲- بعضی از عوامل سبب تشدید یا تسریع آنژین صدری در مبتلایان به IHD می شوند نظیر بیماری دریچه آئورت، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک، چاقی، هیپرتانسیون، هیپرتیروئیدی، مصرف سیگار، آنمی
- ۳- در بیماران مبتلا به آنژین صدری به منظور پیشگیری از بروز حملات ایسکمی باید نیاز عضله قلب به اکسیژن متناسب با توانایی گردش خون در رفع این نیاز باشد. بدین منظور کافی است فعالیت هایی که ایجاد علائم آنژین صدری در بیمار می کند با سرعت کمتری انجام پذیرد. غذا با حجم کمتر و دفعات بیشتر صرف شود. از ایجاد تنش های روانی پرهیز گردد و در صورت نیاز به منظور پیشگیری از فشار جسمی یا روحی، نوع کار یا محل اقامت تغییر داده شود. همچنین انجام تمرینات ورزشی منظم روزانه تحت نظر پزشک می تواند توانایی فرد را در انجام فعالیت های روزمره افزایش دهد.
- ۴- عوامل خطر قابل درمان عبارتند از: چاقی، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون و دیابت شیرین، استعمال دخانیات.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل سگته مغزی**



پاورقی سگته مغزی

الف (قطع ناگهانی جریان خون مغز به علت پارگی یا انسداد شریان منجر به بروز ایسکمی مغزی و علائم نورولوژیکی می شود علائم ایسکمی مغزی شامل اختلالات حسی ، اختلالات حرکتی ، اختلالات بینایی ، اختلال تکلم ، اختلالات شناختی و سردرد شدید می باشد. چنانچه این علائم در مدت کمتر از ۲۴ ساعت برطرف شود ایسکمی گذرای مغزی (TIA) و در صورتی که بیش از ۲۴ ساعت ادامه یابد حمله مغزی (Stroke) نامیده می شود. سگته های مغزی به دو نوع ایسکمیک (۸۵٪ موارد) و هموراژیک (۱۵٪ موارد) تقسیم می شوند .

ب) باتوجه به اینکه نحوه برخورد با بیماران مبتلا به سگته های مغزی ایسکمیک و همواژیک کاملاً متفاوت است و افتراق این دو برپایه علائم بالینی چندان قابل اعتماد نمی باشد . لازمست از کلیه بیماران مبتلا به حمله مغزی ، CT – scan مغزی بدون کنتراست به عمل آید.

ج) در بیماران مبتلا به TIA معمولاً علائم بین ۵ تا ۱۵ دقیقه طول می کشد.

د) در خلال ایسکمی مغزی ، جریان خون ، عروق جانبی (Collateral) وابسته به فشارخون بیمار است و کاهش شدید فشارخون منجر به تشدید ایسکمی مغزی می شود . بنابراین باید از کاهش ناگهانی فشارخون بیمار اجتناب کرد و تنها در مواردی که فشارخون بیمار از 185/110 میلی متر جیوه بیشتر باشد می توان با استفاده از داروهایی نظیر کاپتوپریل ، هیدرالازین و یا فوروزماید وریدی فشارخون را حداکثر به میزان ۱۰ تا ۱۵ درصد کاهش داد(مصرف TNG زیر زبانی مورد بحث است)

ه) در سه ماهه اول پس از بروز TIA خطر ایجاد حمله مغزی حدوداً ۱۰٪ است که غالباً در ۲ روز اول پس از TIA رخ می دهد بنابراین بیماران مبتلا به TIA باید حتماً مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند و عوامل خطر زمینه ساز TIA پیشگیری و کنترل شود.

و) در بیماران مبتلا به بیماریهای دریچه قلب نظیر تنگی میترال، بیماریهای عروق کرونر نظیر سکته های قلبی که منجر به اختلال در حرکت دیوارهای بطن و یا آنوریسم بطنی شده است . مبتلایان به بعضی آریتمی ها نظیر فیبریلاسیون دهلیزی یا سندروم گره سینوسی بیمار (SSS) و مبتلایان به دیابت و آترواسکلروز عروق محیطی پیشگیری اولیه از بروز حمله های مغزی اهمیت فوق العاده ای دارد.

ز) بیمارانیکه از داروهای ضد انعقادی نظیر آسپرین ، وارفارین ، پلاویکس ... استفاده می کنند باید از نظرعارضه خونریزیهای غیر طبیعی (نظیر خونریزی غیرطبیعی لثه ، اکیموز ، تپش ،) کنترل شده و در صورت بروزچنین نشانه هایی دارو براساس آزمایشات مربوطه نظیر BT ، CT ، OPT تنظیم گردد.