

مراقبت‌های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال پزشک

ویرایش دوم

بهمن ۹۴

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت جوانان

به نام خداوند بخشنده مهربان

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای	۸
مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)	۹
طبقه‌بندی وزن بدن افراد بزرگسال براساس نمایه توده بدنی (BMI)	۱۱
ارزیابی وضعیت قلبی عروقی	۱۳
مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون	۱۴
اختلالات خونی	۱۵
بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی	۱۶
بیماری‌های عفونی	۱۷
ارزیابی از لحاظ هپاتیت	۱۸
مراقبت از نظر شک به سل	۱۹
ارزیابی وضعیت رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز و بیماری‌های آمیزشی در گروه سنی ۱۸-۲۹ سال	۲۰
ارزیابی بیماری منتقله از راه جنسی	۲۱
گنوکوک و کلامیدیا:	۲۱
عفونت لگنی:	۲۲
زخم ژنیتال:	۲۲
تورم اسکروتوم:	۲۳
خیارک اینگوینال:	۲۳
ترشح، سوزش یا خارش واژن:	۲۴
بیماری‌های غیرواگیر ریوی (آسم)	۲۵
مراقبت از نظر ابتلاء به آسم	۲۶

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
اختلالات و بیماری‌های تیروئید.....	۲۷
ارزیابی اختلالات و بیماری‌های تیروئید.....	۲۸
اختلالات و بیماری‌های ژنتیک.....	۲۹
بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری‌های ژنتیک.....	۳۰
ارزیابی اختلالات و بیماری‌های روانشناختی.....	۳۱
ارزیابی اختلالات روانپزشکی.....	۳۲
ارزیابی سوء مصرف مواد.....	۳۵
ارزیابی سوء مصرف مواد.....	۳۶
سلامت اجتماعی.....	۴۲
ارزیابی سلامت اجتماعی.....	۴۳
ارزیابی مصرف دخانیات.....	۴۴
مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی.....	۴۵
عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم).....	۴۶
راهنمای ترک سیگار.....	۴۷
ضمیمه و نکات آموزشی.....	۵۳
فعالیت فیزیکی.....	۵۴
اهمیت فشارخون بالا.....	۵۷
نکات آموزشی در خصوص سل ریوی:.....	۶۴
نکات آموزشی در خصوص ایدز و بیماری‌های آمیزشی:.....	۷۱

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

با تشکر از همکاری :

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

به نام خدا

مقدمه:

جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی ۱۸-۲۹ اطلاق می‌گردد. هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتاً از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می‌شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می‌آید و در نتیجه ویژگی‌ها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می‌کنند که تأمین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است. این نیازها عبارتند از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که تأمین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تأثیر مهمی دارد از این‌رو تأمین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است.

این مهم در قانون نیز لحاظ گردیده است، بطوریکه مطابق اصول ۲۹، ۴۳ و بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برنامه‌ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم‌ترین وظایف دولت است. از این‌رو توجه خاص به نیازمندی‌های ویژه گروه‌های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می‌باشد. به علاوه تأکید مقام معظم رهبری در بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان‌محور و تک‌بعدی‌نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تَوَاضُع ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تأکید می‌شود، ایجاب می‌کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود ۲۴ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدید کننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه‌سازی اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال را با اتخاذ رویکرد بین‌بخشی و کل‌نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می‌نماید.

بسته پیش رو، پکیج ارائه خدمت برای پزشکان می‌باشد. که شامل بخش‌های ارزیابی، طبقه‌بندی و اقدام می‌باشد. هر قسمت دربردارنده مفاهیمی است که در ذیل به پاره‌ای از آنها اشاره مختصری بدانها خواهد شد :

مفهوم رنگ‌ها

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

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

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی طی ۲۴ ساعت است.

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

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

در بخش توصیه‌ها: توصیه‌های آموزشی لازم برای ارائه به خانواده‌ها، وجود دارد.

این مجموعه موارد ذیل را دربر می‌گیرد:

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

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

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

ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.	BMI کم تر ۱۸/۵	لاغر	بررسی از نظر بیماری زمینه‌ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
	BMI بین ۲۹/۹ - ۲۵	اضافه وزن	- اندازه‌گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آنها ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه‌های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره‌ای، هر یک ماه تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار
	BMI بالای ۳۰	چاقی	- اندازه‌گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آنها: ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - ارجاع به کارشناس تغذیه ارائه توصیه‌های تغذیه ای برای کاهش وزن و کنترل دوره‌ای، هر یک ماه یک بار تا حصول وزن متناسب و سپس سالی یک بار

فرآیند و اجرا

ردیف	فرآیند	مسئول اجرا	محل اجرا	زمان اجرا	تجهیزات و ابزار	منبع
۱	معاینات بالینی	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	-ترازوی استاندارد -قدسنج- فشارسنج و گوشی	بسته خدمت سلامت
۲	تشخیص بیماری	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	- ترازوی استاندارد - قد سنج- فشارسنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک	بسته خدمت سلامت
۸	تشخیص بیماری‌های همراه	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه	- ترازوی استاندارد - قدسنج- فشارسنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک	بسته خدمت سلامت
۹	درخواست آزمایشات مورد نیاز	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه در صورت لزوم	آزمایشگاه مجهز و در دسترس	- بسته خدمت سلامت استاندارد شناسنامه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیماری‌ها
۱۰	تجویز مکمل‌های غذایی (اسید فولیک- مولتی ویتامین، آهن) در صورت لزوم یا مطابق برنامه کشوری برای گروه‌های خاص	پزشک / کارشناس تغذیه	مرکز جامع خدمات سلامت	بدو مراجعه در صورت لزوم	مکمل‌های غذایی (آهن- اسید فولیک- قطره A&D مولتی ویتامین، مکادورز ویتامین D)	کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) دستورالعمل‌های مربوطه، سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) دستورالعمل‌های مربوطه
۱۱	ارجاع به مشاور تغذیه در اندیکاسیون‌های تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری	پزشک	مرکز جامع خدمات سلامت	ارجاع از سوی پزشک	فرم‌های ارجاع / سیستم‌های الکترونیک	کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه)
۱۲	- پیگیری درمان بیماری‌های مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی، فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدی، هیپو تیروئیدی، و	پزشک / کارشناس تغذیه	مرکز جامع خدمات سلامت	بر حسب زمانبندی اعلام شده قبلی	فرم‌های ارجاع / سیستم‌های الکترونیک	کتاب مرجع پزشکی / بین المللی مرجع تغذیه

طبقه‌بندی وزن بدن افراد بزرگسال براساس نمایه توده بدنی (BMI)

<u>نمایه توده بدنی</u>	<u>طبقه بندی</u>
$< 18/5$	○ لاغر
$18/5 - 24/9$	○ در محدوده وزن طبیعی
$25 - 29/9$	○ اضافه وزن
$30 - 34/9$	○ چاقی درجه ۱
$35 - 39/9$	○ چاقی درجه ۲
> 40	○ چاقی درجه ۳

شرح وظایف پزشک مرکز جامع خدمات سلامت در حوزه مراقبت‌های تغذیه‌ای :

- ۱ - آزمایشات مورد نیاز در بیماری‌ها را درخواست نماید.
- ۲ - با اندیکاسیون‌های ارجاع به کارشناس تغذیه آشنایی داشته باشد.
- ۳ - مکمل‌های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن) را مطابق برنامه کشوری برای گروه‌های خاص تجویز کند.
- ۴ - برای دریافت رژیم غذایی مناسب در بیماری‌های قلبی عروقی و فشار خون بالا، دیابت و چاقی موارد را به مشاور تغذیه ارجاع دهد.
- ۵ - نتیجه مشاوره کارشناس تغذیه را در برگه پس‌خوراند جهت تکمیل خدمات درمانی مراجعه کننده بیمار کنترل نماید.
- ۶ - درمان بیماری‌های مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند چاقی، لاغری و کم وزن کودکان، فشار خون بالا و دیابت را پیگیری نماید.
- ۷ - از سالم و استاندارد بودن ابزار اندازه‌گیری و توزین (ترازو، قدسنج، فرم‌ها و نمودارها و...) اطمینان کامل داشته باشد.
- ۸ - از صحت و دقت اندازه‌گیری‌های آنتروپومتریک و رسم نمودارهای رشد کودک و وزن‌گیری مادر باردار توسط مراقبین سلامت اطمینان کامل داشته باشد.
- ۹ - از تعداد مبتلایان به بیماری‌های مرتبط با تغذیه سوء تغذیه کودکان، سوء تغذیه دانش آموزان، کم خونی مادران باردار، فشارخون بالا، دیابت، اضافه وزن و چاقی، اطلاع داشته باشد.
- ۱۰ - از اندیکاسیون‌های ارجاع به کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد.
- ۱۱ - آمار تعداد ارجاعات مستقیم پزشک به کارشناس تغذیه را در دسترس داشته باشد.
- ۱۲ - از تعداد موارد غربالگری تغذیه، توسط مراقبین اطلاع کامل داشته باشد.
- ۱۳ - از تعداد کل موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه و تعداد پرونده‌های تشکیل شده اطلاع داشته باشد.
- ۱۴ - از عملکرد کارشناس تغذیه در خصوص نظارت بر عملکرد تغذیه‌ای مراقب سلامت آگاهی داشته باشد.
- ۱۵ - از عملکرد کارشناس تغذیه‌ای در خصوص مدیریت و اجرای برنامه‌های تغذیه نظیر آهن یاری، مکمل یاری ویتامین د، برنامه وزن‌گیری مادران باردار، مکمل یاری و هفته بسیج آموزش تغذیه، آگاهی داشته باشد.

ارزیابی وضعیت قلبی عروقی

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
۱- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزیابی وضعیت فشار خون اندازه گیری کنید ۲- اگر فشارخون ۱۶۰ روی ۱۰ یا بیشتر باشد مرحله ۳ را انجام دهید ۳- فشار خون در ۳ نوبت جداگانه (در ۳ ویزیت جداگانه) اندازه‌گیری و ثبت شود و بر اساس میانگین اندازه‌گیری‌ها طبقه بندی و اقدام شود:	فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه	فشارخون بالا مرحله I	الف- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم ب- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب‌های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست)
		فشارخون بالا مرحله II	پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا، بررسی آسیب‌های اعضای حیاتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص (قلب یا داخلی یا نفرولوژیست) ارجاع فوری جهت پیگیری تشخیصی و بررسی آسیب‌های اعضای حیاتی و درمان ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی‌های دوره‌ای سالانه
	یا ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه یا ۱۳۹/۸۹	پیش فشارخون بالا (پره هیپرتانسیون)	تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم ارجاع به سطح اول خدمات برای مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر
- فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰	فشار خون طبیعی		- تشویق به مراقبت مداوم از سلامت - آموزش برای داشتن شیوه زندگی سالم، غربالگری سه سال بعد

اختلالات خونی

بررسی مخاط: بررسی از نظر اختلال خونی

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
- معاینه زبان، مخاط چشم، کف دست و ناخن‌ها و بررسی از نظر رنگ پریدگی و زردی	وجود رنگ پریدگی دائمی زبان و مخاط داخل لب و پلک چشم، سیاهی رفتن چشم، سرگیجه، سردرد، بی اشتها، حالت تهوع، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست و پاها، احساس خستگی و نداشتن تمرکز حواس، بی تفاوتی، میزان هموگلوبین کم تر از ۱۰ میلی گرم در دسی لیتر در موارد پیشرفته: گود شدن یا قاشقی شدن ناخن‌ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزک پا	کم خونی فقر آهن	- درخواست آزمایش CBCdiff , در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۱۰ یا مساوی ۱۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد: تجویز آهن المنتال به میزان ۴ تا ۶ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا ۸ هفته پس از طبیعی شدن اندکس‌های خونی - آموزش خانواده در مورد تغذیه - محدود کردن مصرف شیر روزانه به میزان ۵۰۰ سی سی یا کم تر - درخواست آزمایش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گیری هموگلوبین خون پس از یک ماه درمان
			- در صورت عدم تغییر در میزان هموگلوبین پس از درمان: ارجاع غیر فوری بیمار به متخصص
			- در صورت هموگلوبین ۸ و کمتر از ۸ گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص

کم خونی فقر آهن به دلایلی مانند کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه، ابتلا به بیماری‌های انگلی و عفونی، الگوهای غذایی نامناسب ایجاد می‌شود. دختران به علت خونریزی ماهیانه پیش تر در معرض خطر کم خونی قرار دارند.

راه‌های پیشگیری

مواد غذایی حاوی آهن در برنامه غذایی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزیجات؛ جعفری و اسفناج، حبوبات؛ عدس و لوبیا منظور شود. مصرف سبزیجات مانند سالاد یا غذا و مصرف مرکبات بعد از غذا به جذب آهن غذا کمک می‌کند. مصرف مواد غذایی خشکبار، توت خشک، برگه آلو، زردآلو، انجیر خشک، کشمش و خرما به عنوان میان وعده در برنامه غذایی گنجانده شود.

افزودن مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی و یا سویا به جذب بهتر آهن کمک می‌کند. بهداشت فردی به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های عفونی و انگلی رعایت شود.

زباله‌ها به طریق بهداشتی دفع شود. آب آشامیدنی سالم و توالی بهداشتی استفاده شود. مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزایش جذب آهن کمک می‌کند. از جوش شیرین در تهیه نان استفاده نشود. از تنقلات غذایی کم ارزش مانند پفک و چیپس حتی المقدور استفاده نشود.

بهتر است دختران هر هفته یک عدد قرص آهن به مدت ۱۶ تا ۲۰ هفته در طول یک سال مصرف کنند.

برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است قرص با معده خالی مصرف نشود و پس از غذا و یا شب، قبل از خواب مصرف شود.

بیماری‌های عفونی

ارزیابی از لحاظ هپاتیت

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
معاینه فیزیکی	- بروز زردی / پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع - کاهش وزن خفیف ۵- ۲/۵ کیلوگرم همراه با سایر علائم عمومی (علائم گوارشی؛ بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، کوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد) - بزرگی کبد (به بزرگی طحال و غده لنفاوی گردن نیز ترجیحا توجه شود) - ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)	- هپاتیت ویروسی - یا - هپاتیت دارویی - یا - بیماری‌های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لپتوسپیروز)	- درباره واکسیناسیون، سابقه بیماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال کنید. - در صورت شک به هپاتیت ویروسی، درخواست آزمایش‌های: ۱- تست‌های کبدی/ انعقادی و Anti HBS / Anti HBC Igm و توتال / HCV Ab / HBS Ag
			۲- بررسی ازمان و سیر پیشرونده بیماری و در صورت نیاز به بستری: ارجاع فوری به متخصص
			۳- در صورت وجود علائم بالینی و آزمایشگاهی هپاتیت فولمینانت و یا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری
			۴- گزارش موارد مثبت هپاتیت B, C و D به معاونت بهداشتی دانشگاه
			۵- ارجاع به مراقب سلامت جهت آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هپاتیت B, C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما

مراقبت از نظر شک به سل

ارزیابی	نشانه	بررسی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید و معاینه بفرمایید	- سرفه طول کشیده بیش از دو هفته - سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته یا بدون سرفه	- نتایج ۳ اسمیر خلط - درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از فرد دارای یک اسمیر مثبت	۲ یا ۳ اسمیر مثبت یا یک اسمیر مثبت به همراه نشانه‌های رادیوگرافیک سل در ریه-جوان مسلول اسمیر مثبت - یک اسمیر مثبت و فاقد نشانه‌های رادیوگرافیک سل در ریه ۳ اسمیر منفی - مشکوک به سل	- جوان را بر اساس جدول درمان کنید و اولین دوز دارو را به جوان بخورانید. - به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با جوان را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و جوان مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به جوان و همراهان وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه‌های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید. - فرد را برای بررسی توسط فوکل پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید - جوان ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روز بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. - فرد را دو هفته بعد پیگیری کنید.

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

ارزیابی وضعیت رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز و بیماری‌های آمیزشی در گروه سنی ۱۸-۲۹ سال

ارزیابی	نشانه	بررسی	طبقه بندی	اقدام
• سابقه / سوء مصرف مواد مخدر، محرک، سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب، سابقه / ابتلا به بیماری‌های آمیزشی، سابقه زندان در فرد، شریک جنسی / همسر، سابقه انجام خالکوبی، تاتو و حجامت	• وجود فرد معتاد به مواد مخدر، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفننی مواد مخدر، محرک در خانواده و دوستان • خرید مواد مخدر و یا محرک و الکل، برای دیگری • حضور در مهمانی‌های با امکان مصرف مواد مخدر، محرک و الکل • سابقه مصرف مواد مخدر/محرک در شریک جنسی / همسر	• سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم، ابتلای شریک جنسی / همسر به ایدز یا بیماری‌های آمیزشی، سابقه مصرف مواد مخدر، محرک قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با افراد تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی / همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان	• حداقل یک نشانه (سوابق فردی / عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی) مشکل (سوء مصرف مواد)	- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی (پیوست ۱) در صورت اعتیاد به مواد مخدر، توصیه به مراجعه جهت درمان سوء مصرف مواد - آموزش/ توصیه به مطالعه ضمیمه نکات آموزشی (۲)
			• حداقل یک نشانه (سوابق فردی / عوامل خطر/آزمایش با نتیجه منفی) مشکل (رفتارهای جنسی پرخطر)	- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری جهت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی یا ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی (۱) آموزش/ توصیه به مطالعه محتوای آموزشی (۳)
			• انجام آزمایش اچ‌آی‌وی: نتیجه مثبت	- ارجاع به مراکز/پایگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری جهت دریافت خدمات (۱)، آموزش و توصیه به استفاده از کاندوم، ارجاع شریک جنسی/همسر جهت بررسی ابتلا
		• فاقد مشکل		- تشویق به ادامه شیوه زندگی سالم - توصیه به مراجعه در صورت بروز نشانه - آموزش/توصیه به مطالعه محتوای آموزشی (۴)

ارزیابی بیماری منتقله از راه جنسی

گنوکوک وکلامیدیا :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
معاینه ودوشیدن مجرا	ترشح از مجرا	ترشح وزخم دارد	درمان گنوکوک وکلامیدیا، آموزش و مشاوره، آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی، توصیه به مراجعه مجدد بعد از ۷ روز
		ترشح و زخم ژنیفال ندارد	آموزش و مشاوره، آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی، توصیه به مراجعه مجدد در صورت وجود علائم
		زخم ژنیفال دارد	اقدام طبق فلو چارت

عفونت لگنی :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه شکم وواژن	فقدان یا افزایش پرپود، سقط، حاملگی یا اختلال حاملگی اخیر، کاردینگ یا ریپاند تندرینس، خونریزی واژینال غیر نرمال، توده شکمی، تب، تاکی کاردی و علائم شوک	دارای علامت است	ارجاع فوری به متخصص و بررسی از نظر نیاز به گرفتن رگ باز و وسایل احیا
	وجود حساسیت در حرکات سرویکس، یا زیر شکم و ترشح واژن	علامت دارد	درمان PID، درمان شریک جنسی، ارزیابی مجدد پس از سه روز
		علامت ندارد	بررسی بیماری‌های دیگر و درمان آنها

توجه: در صورتیکه PIDT درمان شده و بعد از سه روز بیمار بهبود پیدا کرد درمان را ادامه دهید. آموزش و مشاوره داشته باشید، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم را به بیمار بدهید و همچنین بیمار را برای مشاوره مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ ای وی ارجاع دهید.

زخم ژنیتال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	وجود و زیکول در ناحیه دستگاه تناسلی و زخم و جراحات	دارای و زیکول است	درمان تب خال و سیفلیس در صورت نیاز و همچنین انجام مشاوره و آموزش استفاده از کاندوم و ارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی و عاینه بعد از ۷ روز
		و زیکول و زخم و جراحات دارد	درمان سیفلیس و شانکروئید و تب خال در صورت نیاز و همچنین انجام مشاوره و آموزش استفاده از کاندوم و ارجاع برای آزمایش داوطلبانه اچ ای وی و عاینه بعد از ۷ روز در صورتیکه زخم بهبود پیدا کرده باشد آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، درمان شریک جنسی و انجام آزمایش داوطلبانه اچ ای وی اگر زخم بهبود نسبی داشت ۷ روز دیگر درمان را ادامه دهید. و اگر بهبود نیافت به متخصص ارجاع دهید
		و زیکول و زخم و جراحات ندارد	آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و انجام آزمایش داوطلبانه

تورم اسکروتوم :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش، بلا بردن بیضه دارد و سابقه ضربه مثبت است	دارای علامت است	
	تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش، بلا بردن بیضه ندارد	سن کمتر از ۳۵ سال، بیشتر از ۵ گلبول سفید در نمونه ترشح مجرا یا بیش از ۱۰ گلبول سفید	ارزیابی سایر علل
		در ادرار صبحگاهی	آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی، ارزیابی مجدد پس از ۷ روز یا دیرتر در صورت نیاز

خیارک اینگوینال :

ارزیابی	نشانه	طبقه بندی	اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه	وجود خیارک در اینگوینال و فمورال و زخم	دارای علامت است	
	وجود خیارک در اینگوینال و فمورال بدون زخم	وجود شواهد سایر بیماری‌های آمیزشی	استفاده از فلوچارت زخم تناسلی
		بلی	استفاده از فلوچارت مربوطه
		خیر	آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان لنفوگرانولوم و نروم و شانکروئید، آسپیراسیون در صورت نیاز، آموزش و مشاوره برای پذیرش درمان، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، درمان شریک جنسی، معاینه مجدد پس از ۷ روز و ادامه درمان، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، ارجاع در صورت نیاز

ترشح، سوزش یا خارش واژن:

ارزیابی	نشانه		طبقه بندی		اقدام
گرفتن شرح حال انجام معاینه خارجی (استفاده از اسپکولوم نمونه مرطوب برای تریکومونا (در صورت امکان)	حساسیت زیر شکم یا درد در حرکات سرویکس	بلی	استفاده از فلوجارت مربوطه		استفاده از فلوجارت زخم تناسلی
		خیر	ترشح موکوپروولانت وزخم شیوع بالای گنوکوک وکلامیدیا وجود شرایط خطر	بلی	درمان گنوکوک وکلامیدیا، باکتریال واژینوز و تریکومونا
	ارزیابی خطر	وجود شواهد سایر بیماری‌های آمیزشی		بلی	درمان باکتریال واژینوز و تریکومونا در صورت وجود ترشح پنیتری یا ادم، قرمزی یا خراشیدگی ولو یا قارچ در اسمیردرمان کاندیدا آلبیکانس، آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان شریک جنسی در صورت ترشحات چرکی، درمان شریک جنسی در صورت مشاهده تریکومونا با میکروسکوپ
وجود خیارک در اینگوینال و فمورال بدون زخم			خیر	استفاده از فلوجارت مربوطه	
				آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، درمان لنفوگرانولوم ونروم و شانکروئید، آسپیراسیون در صورت نیاز، آموزش و مشاوره برای پذیرش درمان، توصیه و آموزش استفاده از کاندوم، درمان شریک جنسی، معاینه مجدد پس از ۷ روز و ادامه درمان، ارجاع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، ارجاع در صورت نیاز	

بیماری‌های غیرواگیر ریوی (آسم)

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید:	- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت‌های تنفسی) داشته است.	احتمال ابتلاء به آسم	- ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*
	یا - تا کنون تشخیص آسم را برای وی مطرح شده است.	ابتلاء به آسم	- اقدام بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم*
	یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	عدم ابتلاء به آسم	- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد - ادامه مراقبت‌ها
هیچ یک از نشانه‌های فوق وجود ندارد.			

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

اختلالات و بیماری های تیروئید

ارزیابی اختلالات بیماری‌های تیروئید

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

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

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

اختلالات و بیماری های ژنتیک

بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری‌های ژنتیک

ارزیابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
آزمایشات غربالگری زمان ازدواج	آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی)	زوجین مشکوک به خطر تالاسمی هستند (براساس دستورالعمل)	ارجاع غیرفوری به تیم مشاوره ژنتیک
		زوجین مشکوک به خطر تالاسمی نیستند (براساس دستورالعمل)	-

ارزیابی اختلالات و بیماری‌های روانشناختی

ارزیابی اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
سوال کنید: - آیا در حال حاضر احساس می‌کنید از زندگی سیر شده‌اید؟ - آیا در حال حاضر آرزو می‌کنید که کاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟ - آیا به این فکر می‌کنید که خود را از بین ببرید؟ (در صورت پاسخ مثبت به سوال ۳) فکر کرده‌اید که چطور این کار را انجام دهید؟ - آیا تا کنون اقدامی کرده‌اید؟ وجود موارد زیر را بررسی نمایید: - دسترس حاد هیجانی - ناامیدی - بی‌قراری شدید - خشونت - عدم برقراری ارتباط - انزوای اجتماعی	افکار خودکشی، طرح و برنامه خودکشی، اقدام به خودکشی	اورژانس روانپزشکی (خودکشی)	- چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درمانی برای جراحی یا مسمویت انجام شده و بیمار ارجاع فوری به مرکز اورژانس شود. - در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کرده ولی مشکل جسمی ندارد و یا اقدامی نکرده ولی خطر جدی آسیب به خود وجود دارد: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورتی که خطر جدی آسیب به خود وجود ندارد، ولی سابقه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید) - احتیاط‌های زیر را انجام دهید: - وسایل خطرناک را که ممکن است با آن‌ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. - در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید. - فرد را تنها نگذارید. - برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید. - پیگیری منظم انجام دهید.
سوال کنید: - آیا نگرانی زیاد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگی دارید؟ - آیا دچار حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علائم جسمی و ترس از مرگ می‌شوید؟ - آیا خود را وادار به انجام کارهایی می‌دانید و نمی‌توانید جلوی انجام آن‌ها را بگیرید (شستن چند باره دست‌ها، واریسی چند باره چیزها)؟ - آیا تا کنون برای شما یا اطرافیان‌تان حادثه بسیار بدی اتفاق افتاده است که مکرراً آن را به خاطر بیاورید و دچار استرس شوید؟ (در صورت پاسخ مثبت به سوال بالا) آیا از هر نشانه‌ای که باعث یادآوری آن حادثه شود، اجتناب می‌کنید؟	خجالتی بودن در حد شدید و اضطراب در محیط‌های اجتماعی، نگرانی درباره مسائل متعدد که با وجود آگاهی به نامتناسب بودن قادر به کنترل آن نیست، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی	اختلال اضطراب منتشر/ اختلال پانیک/ اختلال اضطراب اجتماعی	- درمان دارویی با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) و در صورت نیاز، به صورت کوتاه مدت، بنزودیازپین نیز همراه آن می‌تواند تجویز گردد. (مراجعه به کتاب پشتیبان) - نکته: دارو با دوز کم شروع شود و به آهستگی افزایش یابد. - نکته: در درمان اختلال وسواسی جبری معمولاً به دوزهای بالاتری نسبت به اختلالات دیگر نیاز هست - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته - نکته: در درمان اختلال وسواسی جبری معمولاً به مدت زمان بیشتری برای پاسخ نیاز هست - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و در مورد سایر اختلالات عدم پاسخ پس از یک دوره درمان: ارجاع غیرفوری به روانپزشک
	تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، کوش به زنگی	اختلال وسواسی-جبری اختلال استرس پس از سانحه	

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
سوال کنید: ۱. آیا زود یا شدید عصبانی می‌شوید و با دیگران مکرراً دعوا و زودخورد می‌کنید؟ (پرسش از خود فرد یا اطرافیان)	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک پذیری و پرخاشگری	اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)	- در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک - نکته: ضمن ارجاع در صورت ناتوانی در کنترل بیمار: تزریق آمپول هالوپریدول ۵ میلی‌گرمی و آمپول بپریدين ۵ میلی‌گرمی به صورت عضلانی قابل انجام است - در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه‌های متخصص
سوال کنید: ۱. آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غم و غصه دارید؟ ۲. آیا در دو هفته اخیر احساس می‌کنید مثل قبل از فعالیت‌های سرگرم کننده لذت نمی‌برید؟ موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (در صورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)	خلق افسرده، بی‌حوصلگی و کاهش علائق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز، آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن	افسردگی	در صورت تشخیص افسردگی اساسی: - در حالت متوسط تا شدید: درمان دارویی با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) یا ضدافسردگی سه حلقه ای (مطابق کتاب پشتیبان) - پیگیری پاسخ دارویی پس از ۴ هفته - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک - در صورت دارا بودن سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، علائم پسیکوتیک، عدم پاسخ به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان‌رمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک - شکایات فرد را با تئریقات یا دیگر درمان‌های بی اثر (مانند ویتامین‌ها) مدیریت نکنید. - در صورت وجود سابقه داغیدگی: توصیه‌های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا روان‌رمانی را به کار نبرید. شیوه‌های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید. - پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پیش کنید چون افسردگی می‌تواند همکاری در مصرف دارو را کاهش دهد.
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱. رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صبحتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) ۲. واقعیت‌سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلاً صداهایی می‌شنود یا چیزهایی می‌بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) ۳. رانندگی بی‌مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده و مهارگسیخته، ولخرجی شدید ۴. تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید و رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته ۵. سرخوشی زیاد، پرحرفی و پرفعالیتی (سوالات تکمیلی بر اساس کتاب پشتیبان پرسیده شود)	هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علائم منفی (کوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم‌حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)	سایکوز	- در صورت وجود احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و بیمار تاکنون توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار نگرفته است: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - چنانچه علائم خودکشی و پرخاشگری وجود ندارد و قبلاً توسط روانپزشک تشخیص مطرح و درمان آغاز شده است (تشدید یا عود بیماری قبلی): - به فرد و مراقبین وی آموزش دهید - وضعیت درمان را مرور کرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمینان حاصل کنید. - اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی‌دهد، افزایش دوز دارو یا تغییر آن را در نظر داشته باشید - امیدواری واقع بینانه و خوش بینی ایجاد کنید. - برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورت امتناع از خوردن دارو و یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - پیگیری منظم انجام دهید.
	سرخوشی یا تحریک‌پذیری بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت‌های و انرژی زیاد، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان‌آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی‌مهابا، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)	اختلال دو قطبی	

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱. نشانه‌های جسمی (مثل درد، مشکلات گوارشی، بی حسی اندام) وجود دارد که در بررسی‌های انجام شده هیچ علت عضوی برای آن پیدا نشده است؟	بروز علائم بیماری جسمی به‌رغم وجود شواهد پزشکی و گزارش علائم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجه نمی‌باشد	اختلالات شبه‌جسمی	- در صورتی که اختلال افسردگی یا اضطرابی وجود دارد مطابق راهنما درمان گردد (بخش‌های قبلی) - همدلی کردن با بیمار، گوش کردن به شکایات و اطمینان بخشی غیر قضاوت‌مندان و توجه به استرس‌ورهای اخیر - انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علائم جدید و به صورت مختصر - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - برای کنترل علائم از تزریقات یا درمان‌های بی اثر مانند ویتامین استفاده نشود. - در صورت پایداری علائم و عدم کنترل آن: ارجاع غیرفوری به روانپزشک - نکته: در موارد سوگ از سوگواری و رفتار انطباقی متناسب با فرهنگ حمایت کنید و شبکه اجتماعی فرد را درگیر نمایید. - نکته: در موارد استرس حاد به دنبال واقعه تروماتیک، حمایت روانی اولیه را پیشنهاد دهید (کمک‌های اولیه روانشناختی) که شامل گوش کردن بدون فشار بر فرد برای صحبت کردن، ارزیابی نیازها و نگرانی‌ها، فراهم کردن حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب بیشتر می‌باشد.
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱. حملاتی به مدت چند دقیقه به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک-کلونیک اندام‌ها، و خروج کف از دهان ۲. مطرح شدن تشخیص صرع پیش از این توسط پزشک	حملات دوره‌ای تشنج به صورت از بین رفتن هوشیاری، حرکات تونیک کلونیک اندام‌ها، خروج کف از دهان، بالا رفتن چشم‌ها، به خاطر نیاوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادی	صرع	- در صورت مواجهه با صرع استاتوس یا وجود آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و... که حین حمله به‌وجود آمده است: ارجاع فوری به مرکز اورژانس (پیش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس کتاب پشتیبان انجام گیرد) - در صورتی که تشخیص صرع پیش از این مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزایش دوز دارو، تغییر دارو یا درمان ترکیبی (مطابق کتاب پشتیبان) - برای آموزش روانی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - در صورتی که برای اولین بار تشنج اتفاق افتاده یا به‌رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسی تشخیصی و درمان: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
وجود موارد زیر را بررسی نمایید: ۱. ناتوانی در یادگیری یا انجام کارهای شخصی ۲. ارتباطات اجتماعی کم و نامتناسب با سن	ناتوانی از درک صحیح صحبت‌های دیگران و پاسخ مناسب به آن، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتوانی در یادگیری در حد همسالان، ناتوانی در انجام کارهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن	معلولیت ذهنی	- برای کلیه موارد جدید، جهت تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در صورت بروز علائم جدید در بیماران قبلی، مثل اضطراب، تغییرات خلقی، یا اختلال رفتاری: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان - مشکلات طبی همراه شامل اختلال بینایی و شنوایی را درمان و مراقبت کنید. - نکته: در تجویز داروهای روانپزشکی به بیمارانی که اختلالات تکاملی و ناتوانی ذهنی دارند احتیاط کنید چون این افراد اغلب به عوارض این داروها حساس ترند.

ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت مداخلات مختصر در تکمیل روند درمان و یا روانپزشک بر اساس فلوجارت ارجاع ارائه خدمات سلامت روان توسط پزشک صورت می‌گیرد.

ارزیابی سوء مصرف مواد

ارزیابی سوء مصرف مواد

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد یا داروهای تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی را دارد؟ • مصرف بیش از حد مواد افیونی، داروهای آپئوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرامبخش و خواب‌آور یا سایر مواد تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با یا بدون مصرف بیش از حد الکل در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • کاهش سطح هوشیاری در حد خواب‌آلودگی عمیق، بدون پاسخ یا پاسخ اندک به تحریک دردناک • کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس • ضربان • فشار خوت • تنگ شدن مردمک (ته سنجاقی)	تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل ترسیدن اکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی: ۱. خواب‌آلودگی و اغماء ۲. کلام جویده جویده ۳. اختلال در توجه و حافظه	مسمومیت (بیش مصرفی) با مواد افیونی یا سایر داروهای تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی	• علائم حیاتی را چک کنید. • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید. چنانچه میزان تنفس کمتر از ۱۰ باشد: • نالوکسان ۰/۴ میلی گرم زیرجلدی، تزریق عضلانی یا وریدی (برای بیش مصرفی مواد افیونی)، در صورت لزوم تکرار نمایید. • نالوکسان در درمان بیش مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش مصرفی سایر داروهای آرامبخش و خواب‌آور تأثیری ندارد. • نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود. • ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور مداوم دریافت نالوکسان چنانچه به نالوکسان پاسخ نداد: • برای فرد راه هوایی و حمایت تنفسی فراهم آورید • ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت دسترسی اورژانس مسمومیت‌ها) برای تمام موارد مسمومیت مواد: • بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده • توصیه به خانواده/همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان و رفتار پس از ترخیص از بیمارستان
آیا فرد مسمومیت یا بیش مصرفی مواد محرک (متأفتماین) دارد؟ در معاینه به موارد زیر توجه کنید: • مردمک‌های متسع • برانگیختگی، افکار سریع، اختلالات تفکر، بدبینی (پارانویا) • مصرف اخیر متأفتماین (شیشه)، قرص اکستازی یا سایر مواد محرک • افزایش فشار خون و ضربان قلب (در صورت امکان و پاسخی بیمار به آرامبخشی کلامی) • رفتارهای خشن، پرخاشگرانه یا ناکهانی	دو مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد: ۱. تکیکاردی یا برادیکاردی ۲. گشادی مردمک‌ها ۳. فشار خون افزایش یا کاهش یافته ۴. تعریق یا لرز ۵. تهوع و استفراغ ۶. شواهد کاهش وزن ۷. بیقراری یا کندی روانی، حرکتی ۸. ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدری یا آریتمی قلبی ۹. تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء	مسمومیت مواد محرک	• ایمنی خود و کارکنان را در نظر بگیرید. • از نشان دادن واکنش‌های سریع و ناکهانی پرهیزد کنید. • از فنون آرامبخشی کلامی استفاده کنید به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • دیازپام خوراکی را با دوز مشخص تا زمانی که فرد آرام و مختصری خواب آلوده گردد، تجویز نمایید. برای نحوه تجویز به کتاب پشتیبان مراجعه فرمایید. • چنانچه علائم مراجع به آرامبخشی کلامی و آرامبخشی دارویی با دیازپام خوراکی مؤثر واقع نشود، ارجاع فوری را در نظر بگیرید. • چنانچه بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد، چنانچه تاکی آریتمی وجود دارد یا بیمار تهاجمی و غیرقابل کنترل است، بیمار را به صورت فوری به بیمارستان ارجاع دهید. • در جریان فاز بعد از مسمومیت، در مورد افکار یا اقدام به خودکشی توجه داشته باشید. در این ارتباط به راهنماهای مربوطه اختلالات روانپزشکی مراجعه فرمایید.

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
آیا فرد دچار محرومیت از مواد افیونی است؟ - قطع (یا کاهش) مصرف مواد افیونی در فردی با سابقه مصرف مستمر و طولانی مدت، دردهای عضلانی، کرامپ‌های شکمی - سر درد، تهوع، استفراغ، اسهال، گشادی مردمک‌ها، افزایش فشار خون و ضربان قلب، خمیازه کشیدن. - آبریزش از بینی - اشک ریزش - سیخ شدن موها - اضطراب - بی قراری سؤال کنید: - نوع ماده افیونی مصرفی، سایر مواد مصرفی، طریقه مصرف - نتایج سطح درگیری با مصرف مواد افیونی و سایر مواد را با استفاده از ابزار ASSIST مرور کنید.	وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف یا تجویز داروی آنتاگونیست اپیوئیدی رخ دهد: ۱. کج خلقی و خلق پایین ۲. تهوع و استفراغ ۳. دردهای عضلانی ۴. اشک ریزش و آب ریزش بینی ۵. گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق ۶. اسهال ۷. خمیازه کشیدن ۸. تب ۹. بی خوابی	محرومیت از مواد افیونی	چنانچه دهیدراتاسیون وجود داشته باشد: - جایگزینی مایعات وریدی را انجام دهید چنانچه اورژانس‌های روانپزشکی همبود وجود داشته باشد (راهنمای مربوط به اختلالات روانپزشکی): - ارجاع فوری به بیمارستان روانپزشکی در سایر موارد: - ارجاع به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد واجد واحد درمان با داروهای آکونیست - چنانچه دسترسی به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ممکن نباشد: - درمان علامتی با کلونیدین؛ داروی آلفا-۲ آدرنرژیک مرکزی بر اساس کتاب پشتیبان - علائم اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی خوابی) - برای درمان درد از داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی استفاده کنید. - استفاده از داروهای ضددرد اپیوئیدی مثل استامینوفن کدئین و ترامادول برای درمان توصیه نمی‌شود. - برای درمان تهوع، استفراغ و بی خوابی از داروهای آنتی‌هیستامین استفاده کنید. - در صورت لزوم (مشاهده دهیدراتاسیون) مایعات خوراکی یا وریدی تجویز کنید.

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
آیا فرد مصرف زیانبار سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) دارد؟ درباره مصرف اخیر سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) سؤال کنید. درباره میزان و الگوی مصرف مواد را سؤال بپرسید. درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. درباره آسیب‌های و مشکلات مرتبط با مصرف مواد سؤال بپرسید. نتایج غربالگری تکمیلی ASSIST انجام شده توسط کارشناس سلامت روان و رفتار را بررسی کنید. نمره خطر اختصاصی بر هر یک از مواد را ملاحظه کنید. آیا برای فرد احتمال تشخیص مصرف زیانبار (آسیب‌رسان) مواد مطرح است؟ ملاک‌های مصرف زیانبار (آسیب‌رسان) مواد را بررسی کنید: شواهد روشنی وجود دارد که مصرف مواد باعث آسیب به سلامت جسمی و روانشناختی شده است. علائم برای حداقل یک ماه یا به صورت مکرر در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته است. در دوره زمانی مورد نظر ملاک‌های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد.	الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روانشناختی فرد می‌شود	مصرف زیانبار (آسیب‌رسان)	چنانچه اورژانس‌های روانپزشکی همیود وجود داشته باشد: • ارجاع فوری به بیمارستان روانپزشکی در سایر موارد: • بر اساس نتایج حاصل از غربالگری سطح درگیری با مصرف ماده/مواد مصرفی به فرد بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. * • درباره امکان‌پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • برای دریافت مداخلات مختصر فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • به میزان مورد نیاز و با فواصل لازم پیگیری نمایید. * چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمیداند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. * • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. * • برای دریافت آموزش‌های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت‌های روانشناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟ سؤال کنید: • درباره میزان و الگوی مصرف مواد سؤال بپرسید. • درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. • از فرد در مورد میزان آمادگی برای قطع مصرف مواد سؤال کنید. موارد زیر را جستجو نمایید: ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید. موارد زیر را جستجو نمایید: • تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد • دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد • وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است، که به صورت سندرم محرومیت مشخص ظاهر می‌یابد. • شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلاً در دوزهای کمتر ایجاد شده است. • بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذت‌ها یا علایق به دلیل مصرف مواد، افزایش زمان برای به دست آوردن و تهیه یا بهبودی از علائم ناشی از مواد لازم است. • تداوم مصرف مواد علیرغم شواهد واضح مبنی بر عواقب آسیب‌رسان مصرف مواد نتیجه آزمون غربالگری مراجع با استفاده از غربالگری ASSIST را بررسی کنید. چنانچه ۳ مورد یا بیشتر از ملاک‌های بالا وجود داشته باشد، تشخیص سندرم وابستگی به مواد برای فرد مطرح می‌گردد.	نقص کنترل مصرف، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تحمل و محرومیت	وابستگی به مواد	چنانچه اورژانس‌های روانپزشکی همیود وجود داشته باشد: • ارجاع فوری به بیمارستان روانپزشکی چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد: • تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. • ارتباط بین این مقدار مصرف، مشکلات سلامتی فرد و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلی را شرح دهید. * • با استفاده از تکنیک‌های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. * • درباره امکان‌پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. • علیرغم آماده نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. • فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف یا دریافت کمک حرفه‌ای به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • فرد را برای دریافت آموزش مبتنی بر مهارت‌های روانشناختی کاهش آسیب، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. • فرد را برای دریافت وسایل کاهش آسیب به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع دهید. • در صورت سابقه مصرف تزریقی، به اقدامات مربوط به تزریق ارجاع دهید: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمیداند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. * • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقب سلامت خانواده آموزش دهید. * • برای دریافت آموزش‌های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت‌های روانشناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. چنانچه فرد وابسته به داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی داشته باشد، تمایل به مراجعه نداشته باشد و خانواده فرد مراجعه نموده باشند: • ارجاع خانواده به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برای دریافت مشاوره و نحوه برخورد با بیمار وابسته به موادی که از دریافت درمان طفره می‌رود. *

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

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام و ارجاع
			وابستگی به بنزودیازپین‌ها • شدت وابستگی را بررسی کنید. • بر حسب شدت وابستگی به سطوح دو یا سه ارجاع دهید. * چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد: • کاهش تدریجی بنزودیازپین‌ها همراه با نظارت را در نظر بگیرید. • ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته • برای استفاده از کتابچه روش‌های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد: • در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی نمیداند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را اجرا نمایید. • در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می‌دهد هر ۶ ماه آزمایش از نظر عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. • در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. • به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. برای دریافت آموزش‌های مبتنی بر مهارت روانشناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.

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

سلامت اجتماعی

ارزیابی سلامت اجتماعی

ارزیابی همسرآزاری	نشانه‌ها و علائم	طبقه‌بندی	اقدامات
- از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن‌ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می‌شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریاد زدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می‌شود. آیا تاکنون همسر شما: ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ۴. سر شما فریاد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می‌گردد.* دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از: - مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می‌کنند. - مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.	لازم است که علائم و نشانه‌های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود**.	همسرآزاری	۱) مصاحبه ** هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می‌فهم"، ... ارتباط مناسب را برقرار کنید. ۲) ارزیابی خطر ** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در ایمن نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم. ۳) ثبت موارد در پرونده پزشک ** • شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع • جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر • مشکل طبیبی حاصل از خشونت • ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار • مشخصات فرد خشونت‌کننده و شاهدان ماجرا ۴) ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع **

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری: در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می‌گیرد «هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)». بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می‌شود.

** به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی ویژه پزشک عمومی مراجعه شود

ارزیابی مصرف دخانیات

مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه‌بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا فرد مواد دخانی مصرف می‌کند؟ - آیا فرد در منزل یا اماکن عمومی در معرض مواجهه با دود مواد دخانی دیگران قرار دارد؟ - آیا فرد، دوستان سیگاری یا مصرف کننده مواد دخانی دارد؟	- مشکلات تنفسی بدلیل مصرف سیگار و قلیان و یا سایر مواد دخانی - افت فعالیت فیزیکی - زردی دندان‌ها و بوی بد دهان - کاهش وزن - سایر علائم مرتبط با مصرف سیگار، قلیان و سایر مواد دخانی	مواد دخانی مصرف می‌کند و در معرض خطرات ناشی از مصرف دخانیات قرار دارد گرایش به مواد دخانی	مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات پزشک: - آموزش مضرات استعمال دخانیات - بررسی و ارزیابی فرد برای سنجش میزان آمادگی ترک مواد دخانی - شروع مشاوره برای دوره ترک مواد دخانی (در صورت تمایل فرد به ترک مواد دخانی) - آموزش پیش بینی تعدیل و اجتناب از فعالیت‌های مرتبط با مصرف مواد دخانی - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب و ولع - انتخاب رفتارهای جایگزین مثل جویدن آدامس، خلال کردن دندان یا نوشیدن آب - تعیین و تشویق راه‌های جایگزین برای لذت بردن، مانند ورزش - پیش بینی و آمادگی برای موفقیت‌های لذت بخش و مخاطره آمیز - استفاده از نیکوتین جایگزین برای کاهش علائم ترک طبق جدول راهنما - آموزش مهارت‌های زندگی از جمله «مهارت نه گفتن»، «توانایی برقراری ارتباط»، «توانایی مقابله با هیجانات»، «توانایی تصمیم گیری»، «مقابله با استرس» - توصیه رژیم غذایی مناسب و ورزش - آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای مقابله با خلق منفی مانند روش‌های تن آرامی - آموزش نحوه مقابله با ولع مصرف بعد از پایان بردن دوره ترک و پیشگیری از لغزش و عود مصرف - پیگیری بعد از ترک تا یک سال - توجه: ضروری است، درمان‌های دارویی و جایگزین‌های نیکوتینی بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهای جایگزین انجام نشود.
	فرد مواد دخانی مصرف نمی‌کند.	فرد در معرض خطر شروع به مصرف دخانیات قرار دارد	- آموزش مضرات استعمال دخانیات - آموزش مهارت‌های زندگی از جمله «مهارت نه گفتن»، «توانایی برقراری ارتباط»، «توانایی مقابله با هیجانات»، «توانایی تصمیم گیری»، «مقابله با استرس» - توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات

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

تمام ارگان‌های بدن تحت تاثیر مصرف دخانیات قرار می‌گیرند. از میان شایع‌ترین بیماری‌هایی که با استعمال دخانیات در ارتباط هستند، می‌توان سرطان ریه، بیماری‌های آترواسکروتنیک قلبی - عروقی، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه، حملات مغزی و سایر سرطان‌ها را نام برد. استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروقی قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می‌گردد که این مسئله منجر به علائم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می‌شود. نیکوتین موجود در دود سیگار موجب افزایش واضح در ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون می‌گردد، از سوی دیگر مونوکسیدکربن موجود در دود سیگار موجب کاهش اکسیژن رسانی خون به قلب می‌شود. نیکوتین و مونوکسیدکربن دیواره شرائین باز و طبیعی را تخریب می‌کنند و به مواد چربی اجازه تراوش بداخل دیواره را می‌دهند که سبب زخمی و ضخیم شدن دیواره شریان شده و تنگی آن شده و در نهایت تقریباً به طور کامل راه عبور خون را مسدود می‌کند. استعمال دخانیات همچنین عامل مهمی در بروز بیماری‌های تنفسی می‌باشد، بطوریکه عامل اصلی تشدید بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (COPD) و سرطان ریه بوده و در کنترل آسم نیز تاثیر منفی می‌گذارد. مصرف دخانیات منجر به طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیزم و برونشیت مزمن می‌گردد، که با التهاب، انسداد تخریب مجاری هوایی همراه است. از سوی دیگر تمام مصرف کنندگان مواد دخانی در معرض خطر بیشتری برای حملات مغزی هستند. در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی فراوانی عوامل خطر بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک نشان داده شد که در سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک، هیپرتانسیون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلیپیدمی از شایع‌ترین عوامل خطر هستند، ولی مصرف سیگار در مبتلایان به سکته مغزی ایسکمیک بیشتر بود. استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‌ها پایین می‌آورد و باعث تضعیف معده در خنثی‌سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقی مانده اسید در معده و در نتیجه تخریب دیواره آن می‌شود. زخم معده افراد سیگاری به سختی درمان می‌شود و احتمال بهبودی آن تا زمانی که فرد سیگار می‌کشد، بسیار اندک است. پیری زودرس پوست و ابتلا به انواع سرطان‌های وخیم از دیگر آثار مصرف دخانیات می‌باشد. سازمان حفاظت محیط زیست آمریکا قرار گرفتن در معرض دود سیگار را در رده مواد سرطان‌زای گروه A قرار می‌دهد. مواد سرطان‌زای گروه A عوامل قطعی در ایجاد سرطان هستند. انواع سرطان‌های ایجاد شده توسط سیگار عبارتند از: سرطان ریه؛ ۹۰-۸۵ درصد تمام موارد سرطان ریه به علت سیگار می‌باشد. احتمال ابتلای سیگاری‌ها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری ۲۰-۳۰ برابر بیشتر است. خطر پیشرفت سرطان ریه تاثیر گرفته از مدت سال‌های مصرف سیگار و تعداد سیگارهای مصرفی (یا سیگار برگ و پیپ و قلیان) روزانه فرد می‌باشد. سرطان پستان در زنان؛ ترکیبات موجود در دود مواد دخانی شامل هیدروکربن‌های چند حلقه‌ای، آمین‌های معطر و نیتروزآمین‌ها هستند که می‌تواند آسیب‌های ژنتیکی قابل ملاحظه‌ای در سینه‌های زنان ایجاد کند. بررسی DNA افراد سیگاری جهش در ژن P53 و ارتباط بین سیگار کشیدن و بروز سرطان در پستان را تایید می‌کند. زمانی که افراد سیگاری اقدام به استفاده از درمان‌های جایگزین هورمونی در دوران یائسگی می‌کنند خطر ابتلا تا ۱۱۰٪ افزایش می‌یابد و سایر سرطان‌ها؛ سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها احتمال بیشتری برای ابتلا به سرطان دهان، گلو و مری دارند. خطر این سرطان‌ها برای پیپ و سیگار برگ بیشتر از سیگارهای فیلتردار است. در مورد سرطان مثانه، به نظر می‌رسد تغلیظ مواد سرطان‌زا در ادرار فاکتور ایجاد کننده باشد. سرطان‌های معده و پانکراس با شیوع بیشتری در سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها رخ می‌دهد. بروز کلیه عوارض فوق‌الذکر برای افرادی که در معرض دود دست دوم (دود محیطی) و دست سوم (اثرات باقیمانده دود روی البسه و اشیای در دسترس) مواد دخانی هستند بسته به میزان مواجهه قابل پیش بینی است.

راهنمای ترک سیگار

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن هستند

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

جدول شماره ۱- روش 5As برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات:

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

جدول شماره ۲- اصول مشترک و رایج در مشاوره های حمایتی:

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

جدول شماره ۳- پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:

نام دارو	احتیاط‌های دارویی/منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
بوپروپیون اِهسته رهش ۱۵۰ Bupropion SR	در موارد زیر استفاده نشود: مصرف اخیر مونوآمین اکسیداز (MAO inhibitor)، استفاده از بوپروپیون به هر شکل، سابقه تشنج، سابقه اختلالات گوارشی، توجه به احتمال خودکشی و مصرف داروهای ضدافسردگی	بی خوابی خشکی دهان	۱۵۰ میلی گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز	یک تا دو هفته قبل از ترک شروع شود ۲ تا ۶ ماه استفاده شود	• نوع ژنریک • زیبان Zyban • ولبوترین Welbutrin (فقط با نسخه پزشک)
آدامس نیکوتین ۲ میلی گرم یا ۴ میلی گرم	• توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعی (چسبیدن به دندان مصنوعی) • اجتناب از خوردن و نوشیدن ۱۵ دقیقه قبل و یا حین مصرف • مصرف اشتباهی	• مزه ترش در دهان • سوء هاضمه • سسکسه، دل درد، سوزش گلو، تهوع	• یک آدامس هر ۲ تا ۶ ساعت (۱۵ آدامس در روز) • در موارد مصرف ۱ تا ۲۴ سیگار در روز-آدامس ۲ میلی گرمی • در موارد مصرف بالای ۲۵ سیگار در روز و یا تنباکوی جویدنی-آدامس ۴ میلی گرمی	تا ۱۲ هفته یا تا هر زمان که لازم بود	• نوع ژنریک • نیکورتن Nicorette (بدون نسخه پزشک)
برچسب نیکوتین	در موارد ابتلا به به اگزمای شدید و پسوریازیس مصرف نشود	• واکنش پوستی • مو ضعی • بی خوابی	• یک برچسب در روز • مصرف ۱۰ سیگار در روز-برچسب ۲۱ میلی گرم به مدت ۴ هفته، سپس ۱۴ میلی گرم ۲ تا ۴ هفته، سپس ۷ میلی گرم ۳ تا ۴ هفته • مصرف کمتر از ۱۰ سیگار در روز -برچسب ۱۴ میلی گرم ۴ هفته، سپس ۷ میلی گرم ۴ هفته	۸ تا ۱۲ هفته	• نوع ژنریک • نیکودرم (بدون نسخه پزشک) • نیکوترول (بدون نسخه پزشک)
وارنیکلین varenicline	در بیماران زیر با احتیاط مصرف شود: نارسایی کلیه، بیماری روانی شدید، تحت دیالیز، احتیاط در مصرف: مواردی از خلق لفسرده، بی قراری، تغییرات رفتاری، گزارش افکار خودکشی و خودکشی	• تهوع • بی خوابی • خواب‌های روشن، و اضح و عجیب	• روزهای اول تا سوم: ۰/۵ میلی گرم هر صبح • روزهای ۴ تا ۷: ۰/۵ میلی گرم دوبار در روز • از روز هشتم تا پایان درمان: ۱ میلی گرم دوبار در روز	یک هفته قبل از تاریخ ترک شروع شود. ۳ تا ۶ ماه درمان	فقط با نسخه پزشک Chantix
افشانه نیکوتین	احتمال خارش دهان و گلو که با مصرف دارو بهتر می‌شود	خارش و سوزش دهان و حلق	• ۶ تا ۱۶ بار در روز • هر کارتریج برای ۸۰ بار استفاده • می توان یک کارتریج نصفه را برای روز بعد نیز استفاده کرد	تا ۶ ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (tapering)	افشانه نیکوترول Nicotrol inhaler (فقط با نسخه پزشک)

جدول شماره ۳- پیشنهاداتی در خصوص استفاده بالینی از داروهای جایگزین نیکوتین در ترک دخانیات:					
نام دارو	احتیاط‌های دارویی/منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	نوع در دسترس
اسپری بینی نیکوتین	- برای بیماران آسمی نیست - احتمال خارش و سوزش بینی (با مصرف بهتر می‌شود)، احتمال بروز وابستگی	سوزش بینی	- یک دوز معادل یک پاف در بینی ۱ تا ۲ دوز هر ساعت (۸ تا ۴۰ دوز هر روز) - آن را استنشاق نکنید	۳ تا ۶ ماه در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (Tapering)	اسپری نیکوتروئول Nicotrol NS (فقط با نسخه پزشک)
آب نبات نیکوتین	- اجتناب از خوردن و آشامیدن ۱۵ دقیقه قبل و حین مصرف - هر بار یک عدد - حداکثر ۲۰ عدد در روز	سسکه سرفه سوزش سر دل	- مصرف اولین سیگار کمتر از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۲ میلی گرم - مصرف اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۴ میلی گرم ۱ تا ۶ هفته اول: هر ۱ تا ۲ ساعت - ۷ تا ۹ هفته بعد: هر ۲ تا ۴ ساعت - ۱۰ تا ۱۲ هفته بعد: هر ۴ تا ۸ ساعت	۳ تا ۶ ماه	بدون نسخه پزشک نام ژنریک commit
درمان ترکیبی: برچسب + بوپروپیون برچسب + آدامس برچسب + آبنبات + فشانه نیکوتین	- در حال حاضر فقط ترکیب برچسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است. - به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.

برای پیگیری برنامه ریزی کنید- ARRANGE

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

جدول شماره ۴- از برقراری ارتباط برای پیگیری مطمئن شوید:

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

مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن نیستند:

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

جدول شماره ۵- افزایش انگیزه برای ترک دخانیات- 5Rs

۱- ارتباط (Relevance)	به بیمار، در خصوص آن که ترک دخانیات یک مسئله کاملاً شخصی است، تأکید نمایید. اطلاعات انگیزشی، زمانی بیشترین تأثیر خود را خواهد گذاشت که در ارتباط مستقیم با وضعیت فعلی بیماری فرد و عوامل خطر موثر بر آن، موقعیت خانوادگی و اجتماعی او (مانند وجود فرزندان در منزل)، وجود نگرانی در خصوص سلامت شخصی، سن، جنس، و سایر خصوصیات مهم بیمار (مانند تجربه قبلی ترک و موانع فردی برای ترک) باشد.
۲- خطر (Risk)	پزشک باید از بیمار بخواهد تا خطرات ناشی از مصرف سیگار را برشمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می‌شود برجسته نماید. مثال‌هایی از عوارض مصرف دخانیات: عوارض حاد: کوتاه شدن نفس- شعله ور شدن حملات آسم- خطر برای بارداری- ناتوانی جنسی، عقیم شدن عوارض دراز مدت: سکته‌های قلبی و مغزی- سرطان‌های ریه و دیگر اندام‌ها (حنجره، دهان، حلق، مری، لوزالمعده، معده، کلیه، مثانه، دهانه رحم و لوسمی حاد میلوسستیک AML)- بیماری‌های انسدادی ریه (برونشیت مزمن و آمفیزم)، پوکی استخوان، ناتوانی و نیاز به مراقبت‌های اضافی. خطرات برای محیط اطراف: افزایش خطر بروز سرطان ریه و بیماری قلبی در همسر، افزایش احتمال وزن کم موقع تولد در نوزاد، مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS)، آسم، عفونت گوش میانی و عفونت‌های تنفسی در فرزندان افراد سیگاری
۳- پاداش‌ها (Rewards)	تیم مشاوره باید از بیمار بخواهد تا فواید ترک دخانیات را برشمرده و مواردی را که بیشتر از همه به وضعیت بیمار مربوط می‌شود برجسته نماید. مثال‌هایی از منافع ترک دخانیات: ارتقای سلامت، بهتر شدن مزه غذاها، بهبود حس بویایی، از بین نرفتن پول و سرمایه، احساس رضایت از خود، بهتر شدن بوی خانه، ماشین، لباس و نفس بیمار، پایان یافتن نگرانی‌ها در خصوص ترس از ترک دخانیات، نمونه خوبی برای فرزندان بودن و کاهش احتمال سیگاری شدن فرزندان در آینده، داشتن نوزاد و بچه‌های سالم تر، ناراحت نبودن برای این که دیگران در معرض دود هستند، احساس خوبی داشتن، انجام بهتر فعالیت‌های بدنی، بهتر شدن ظاهر شامل کم شدن چروک‌های پوستی، پیری پوست و وجود دندان‌های سفیدتر
۴- موانع (Roadblocks):	پزشک باید در مورد موانعی که در ذهن بیمار است از او سووال نموده و درمان را (توانایی حل مسئله و دارو درمانی) برای او فراهم نماید. موانع شایع می‌تواند شامل موارد زیر باشد: علائم سندرم پس از ترک، ترس از شکست، افزایش وزن، نداشتن حمایت، افسردگی، لذت از مصرف دخانیات، وجود افراد سیگاری در اطراف بیمار، اطلاعات ناکافی از روش‌های مختلف موثر در درمان
۵- تکرار و بازگویی (Repetition):	مداخلات انگیزشی باید در هر بار ویزیت بیمارانی که انگیزه کافی برای ترک ندارند، تکرار شود. باید برای کسانی که در دوره ترک قبلی خود، شکست خورده اند، بگوییم که اکثر افراد بعد از چندین بار تلاش برای ترک، بالاخره موفق به ترک کامل شده اند.

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

جدول ۶- راه کارهای مصاحبه انگیزشی

۱. استفاده از سوالات باز برای کشف: • اهمیت مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی برای فرد (به نظر تو ترک سیگار چقدر اهمیت دارد؟) • نگرانی‌ها و فواید ترک از دیدگاه فرد (اگر ترک کنی چه اتفاقی می‌افتد؟) ۲. گوش دادن فعالانه برای پیدا کردن نقاط مشترک: • تکرار کلمات و یا معانی (پس فکر می‌کنی که مصرف سیگار به تو کمک می‌کند که وزن خود را ثابت نگه داری؟) • خلاصه کردن صحبت‌های گفته شده (آن چه که من شنیدم این است که سیگار کشیدن برای تو یک تفریح است ولی دوست از سیگار کشیدن تو متنفر است و تو می‌ترسی که به بیماری جدی مبتلا شوی.) ۳. طبیعی دانستن احساسات و دل واپسی‌ها (خیلی از مردم نگران دوران بدون سیگار خود هستند) ۴. حمایت از اختیار و حق فرد برای انتخاب و یا رد کردن هر گونه تغییر در رفتار (من می‌فهمم که در حال حاضر آماده برای ترک دخانیات نیستی. من اینجا هستم تا هر زمان که کمک خواستی، به تو کمک کنم.)	بیان همدلی
۱. برجسته کردن تفاوت‌های بین رفتار فعلی فرد با اولویت‌ها، ارزش‌ها و اهدافش (به نظر می‌آید که خودت را وقف خانواده ات کرده ای. به نظرت سیگار کشیدن تو، چه تاثیری بر فرزندان و همسرت دارد؟) ۲. تغییر زبان مکالمه در صورت لزوم، (پس تشخیص دادی که سیگار چطور بر روی تنفست تاثیر می‌گذارد و بازی کردن با بچه‌هایت را مشکل می‌کند.) یا (این خیلی مهم است که با وجودی که این همه کار داری و سرت شلوغ است، تصمیم گرفتی که ترک کنی) ۳. محکم کردن توافق برای تغییر رفتار (درمان‌های موثری که ناراحتی ناشی از ترک را آسان می‌کند وجود دارد و شامل مشاوره و دارو درمانی است) یا (ما مایل به ارائه کمک به شما هستیم تا از بروز یک سکتة مغزی مثل آنچه که پدرتان تجربه کرد، جلوگیری کنیم)	بسط اختلافات و تفاوت‌ها
۱. عقب نشینی کردن در صورت مقاومت بیمار (به نظر می‌رسد که به علت مصرف سیگار تحت فشار قرار داری؟) ۲. بیان همدلی (تو از این که چگونه علایم سندرم ترک را مدیریت کنی، نگران هستی.) ۳. اجازه گرفتن برای دادن اطلاعات به بیمار (دوست داری در مورد راه‌هایی که می‌تواند در زمان ترک به تو کمک کند، بشنوی؟)	کنار آمدن با مقاومت بیمار
۱. کمک به بیمار برای شناسایی و بنیان گذاشتن بر موفقیت‌های قبلی (پس تو دفعه آخری که ترک کردی، موفق بودی) ۲. ارائه گزینه‌هایی برای برداشتن قدم‌های کوچک و موفق به سمت تغییر رفتار (تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مطالعه در خصوص فواید و شیوه‌های ترک، تغییر شیوه سیگار کشیدن به طور مثال سیگار نکشیدن در منزل، به اشتراک گذاشتن افکار و عقاید با دیگران در مورد ترک دخانیات)	حمایت از توانایی‌های فردی

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

ضمیمه و نکات آموزشی

فعالیت فیزیکی

توصیه‌های فعالیت بدنی :

(این اطلاعات توسط پزشک در اختیار اطرافیان قرار می‌گیرد)

فعالیت بدنی منظم سبب می‌گردد که فرد کم‌تر دچار بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی، هیپرتانسیون، دیابت نوع ۲، استئوپروز و..... شود. جوانان با انجام فعالیت بدنی متوسط تا شدید به مدت سی تا ۶۰ دقیقه یا بیش‌تر در روز، سالم می‌مانند. این فعالیت‌ها باید شامل فعالیت‌های آئروبیک و فعالیت‌هایی که موجب استحکام و تقویت عضله و استخوان می‌شوند، باشد.

نکته مهم: مقدار کلی فعالیت بدنی در به دست آوردن مزایای سلامتی مهم‌تر از شدت و مدت و تکرار فعالیت بدنی یا ترکیبی از فعالیت‌ها (آئروبیک-قدرتی-عضلانی و قدرتی-استخوانی) است.

فعالیت بدنی با شدت زیاد ۳ روز در هفته باید انجام شود. برای انجام فعالیت بدنی ایمن باید:

- خطرات همراه با فعالیت بدنی شناخته شود و اطمینان داشته باشیم که انجام فعالیت بدنی علیرغم احتمال این خطرات برای اغلب افراد ایمن است.
- انواعی از فعالیت‌های بدنی انتخاب شود که برای افراد با سطوح آمادگی جسمانی مختلف و اهداف سلامت مناسب باشد زیرا بعضی از فعالیت‌های بدنی ایمن‌تر از بقیه هستند.
- مقدار فعالیت بدنی، تدریجاً افزایش داده شود تا آن مقدار که برای نیل به اهداف سلامت لازم است برسند. افراد کم‌تحرك باید آهسته شروع کنند و آهسته پیش بروند.
- از لباس‌های محافظ و وسایل ورزشی مناسب استفاده شود و محیط ایمن برای فعالیت بدنی انتخاب شود.
- اگر فرد، مبتلا به بیماری است حتماً با پزشک مشورت شود تا نوع و مقدار فعالیت بدنی مناسب برای آن‌ها تعیین شود.
- افراد برای فعالیت‌های پایه‌ای تشویق شوند تا یک فرهنگ فعالیت بدنی در جامعه به صورت هنجار (norm) در آید (مثل استفاده از پدها، رفتن پیاده رفتن و پارک اتومبیل چند ایستگاه قبل از مقصد و بقیه راه را پیاده طی کردن)
- باید این نکته یادآور شود که فعالیت بدنی تنها برای سلامت مفید نیست بلکه می‌تواند سرگرمی باشد و فرد از آن لذت ببرد.

نکات کلید+۵۶۱ی راهنمای فعالیت بدنی

- باید در روز نیم تایک ساعت (۶۰ دقیقه) یا بیش‌تر فعالیت بدنی داشته باشند.
 - آئروبیک: بیش‌تر این ۶۰ دقیقه باید شامل فعالیت‌های بدنی متوسط تا شدید آئروبیک باشد و باید شامل ورزش‌های با شدت زیاد، حداقل به مدت ۳ روز در هفته باشد.
 - فعالیت‌های بدنی قدرتی-عضلانی: یک بخش از ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی را این گروه از فعالیت‌های بدنی تشکیل می‌دهد و حداقل ۳ روز در هفته باید انجام شود.
 - فعالیت‌های بدنی قدرتی-استخوانی: این نوع از فعالیت نیز بخشی از ۶۰ دقیقه فعالیت روزانه را تشکیل می‌دهد و حداقل باید ۳ روز در هفته انجام شود.
 - این مهم است که جوانان ترغیب شوند تا در فعالیت‌های بدنی که مناسب سن آن‌ها است و از آن لذت می‌برند و تنوع دارند شرکت کنند.
- فعالیت‌های آئروبیک: فعالیت‌هایی هستند که عضلات بزرگ به طور ریتمیک حرکت داده می‌شوند. مثل دو، لی لی، بالا و پایین پریدن، طناب بازی، شنا، دوچرخه سواری. فعالیت‌های بدنی آئروبیک قابلیت‌های قلبی-ریوی را افزایش می‌دهند.

فعالیت‌های قدرتی - عضلانی: موجب افزایش کار عضلات پیش از فعالیت آن‌ها (عضلات) در کارهای روزانه می‌شوند مثل وزنه برداری یا طناب کشی. فعالیت‌های قدرتی - استخوانی: این فعالیت‌ها موجب افزایش نیرو بر استخوان‌ها می‌شوند و باعث رشد و افزایش قدرت استخوان‌ها می‌گردند. این نیروها بیش تر از طریق فشار بر روی زمین ایجاد می‌شود. دویدن، پریدن، بسکتبال و تنیس مثال‌هایی از این فعالیت‌ها است.

فعالیت فیزیکی

- فعالیت جسمی به حرکاتی از بدن گفته می‌شود که به وسیله انقباض عضلات اسکلتی ایجاد و باعث می‌شود مصرف انرژی به بالاتر از سطح پایه برسد. همچنین فعالیت فیزیکی به هر فعالیت بدنی که با استفاده از یک گروه یا چند گروه عضلات بزرگ ایجاد و باعث افزایش ضربان قلب و افزایش میزان مصرف انرژی می‌شود اتلاق می‌گردد که در عین حال یک عامل مهم در تعادل انرژی نیز هست. برخی منابع دیگر، هر حالتی از حرکت را فعالیت فیزیکی می‌نامند. ❖ فعالیت جسمی از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET یا معادل متابولیکی تقسیم می‌شود. MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیت فیزیکی به کار برده می‌شود. 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 که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است. ❖ فعالیت با شدت کم به فعالیت جسمی با شدت کم تر از ۳ METs از قبیل نشستن، تماشای تلویزیون و کار با رایانه اطلاق می‌شود. ❖ فعالیت جسمی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل ۳-۶ METs باشد. دوچرخه سواری تفریحی، شنا با سرعت متوسط، پیاده روی کند، نظافت عمومی در خانه یا چمن زدن جزء فعالیت‌های فیزیکی با شدت متوسط است. ❖ فعالیت شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از ۶ METs دارد.

ورزش نوعی فعالیت جسمی برنامه ریزی و سازمان دهی شده است که حرکات تکراری و هدف داری آن به منظور بهبود یا نگه داری یک یا چند جزء از تناسب فیزیکی انجام می‌شود.

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

اهمیت فشار خون بالا



تعریف فشارخون

خون در داخل شریان‌ها دارای نیرویی است که فشارخون نامیده می‌شود و مولد آن قلب است. فشارخون به دو عامل مهم یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان‌ها آثورت پمپ می‌شود (حدود ۵-۶ لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ‌ها وجود دارد، بستگی دارد. فشارخون دارای دو سطح حداکثر و حداقل است. در زمانی که قلب منقبض می‌شود، خون وارد شریان‌ها می‌شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می‌رسد که به آن فشارخون سیستول می‌گویند و در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان نمی‌شود، یا خروج تدریجی خون از این شریان‌ها و جریان آن به سوی مویرگ‌ها فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود می‌رسد، که به آن فشارخون دیاستول می‌گویند.

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

طبق هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا اینچ در طبقه بندی جدید برای افراد ۱۸ سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از $120/80$ میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا $130-139/80-89$ فشارخون بالایی درجه یک $140-159/90-99$ و فشارخون بالایی درجه دو $160/100$ میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است (جدول ۱).

در این طبقه بندی مقدار فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری‌های همراه تعیین شده است.

- در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $140/80$ میلی متر جیوه که به آن فشارخون بالایی سیستولی تنها می‌گویند، فشارخون بالایی سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می‌شود
- فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $120/90$ میلیمتر جیوه که به آن فشارخون بالایی دیاستولی تنها می‌گویند.
- افرادی که فشارخون آن‌ها در محدوده پیش فشارخون بالاست، بیشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بیماری هستند.
- در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکته مغزی و دیابت فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است، اگر فشارخون این افراد در محدوده پیش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می‌شود و باید تحت درمان قرار گیرند.
- بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
- در افرادی که فشارخون طبیعی و کمتر از $120/80$ میلی متر جیوه دارند، حداکثر ۲ سال یک بار لازم است فشارخون آن‌ها اندازه گیری شود.

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7

فشارخون	فشارخون طبیعی	پیش فشارخون بالا	فشارخون بالایی درجه ۱	فشارخون بالایی درجه ۲
فشارخون سیستول بر حسب میلی متر جیوه (mm Hg)	کمتر از ۱۲۰	۱۲۰-۱۳۹	۱۴۰-۱۵۹	۱۶۰ و بیشتر
فشارخون دیاستول بر حسب میلی متر جیوه (mm Hg)	کمتر از ۸۰	۸۰-۸۹	۹۰-۹۹	۱۰۰ و بیشتر

تعریف فشارخون بالا

فشارخون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان‌ها ایجاد می‌شود. مقدار فشارخون باید بر اساس چند اندازه‌گیری که در موقعیت‌های جداگانه و در طول یک دوره زمانی اندازه‌گیری شده است، تعیین شود. اگر فشارخون بطور دائمی بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا می‌گویند.

علت فشارخون بالا

فشارخون تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد که گاهی سبب افزایش فشارخون بیش از ۲۰ میلیمتر جیوه می‌شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی، تحریکات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الکل، قهوه و دارو تغییر می‌کند.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد. در نوع اولیه که ۹۵٪ بیماران فشارخونی را شامل می‌شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا، جنس مرد، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی در بروز آن دخالت دارند. در نوع ثانویه تقریباً علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون‌ها و یا کارکرد کلیه‌ها است. این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری‌های زمینه‌ای، به مقدار طبیعی قابل برگشت است.

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

آیا می‌دانید؟

امروزه، فشار خون بالا یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا می‌باشد. این مسئله به علت افزایش طول عمر و شیوع عوامل موثر مانند چاقی، کم تحرکی و تغذیه ناصحیح یک مشکل بهداشتی شایع و فزاینده در دنیا شده است. داده‌های جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد در کل ۲۶/۴٪ افراد بزرگسال در دنیا (۲۶/۶٪ مردان و ۲۶/۱٪ زنان) فشارخون بالا داشتند و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۲۵ به ۲۹/۲٪ (۲۸/۸٪ مردان و ۲۹/۷٪ زنان) برسد. در سال ۲۰۰۴ برآورد شد، تقریباً یک میلیارد نفر بزرگسال در دنیا (۳۳۳ میلیون نفر در کشورهای اقتصادی توسعه یافته و ۶۳۹ میلیون نفر در کشورهای اقتصادی در حال توسعه) فشارخون بالا دارند و ۴ میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت می‌کنند. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰٪ افزایش یابد و به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد. سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که فشارخون بالا سبب یک مرگ از هر ۸ مرگ می‌شود و سومین عامل کشنده در دنیا است. فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکته‌های قلبی و مغزی است. در دنیا حدود ۶۲٪

بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی ناشی از فشارخون در محدوده مطلوب است (فشارخون سیستول بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه). در صورتی که فشارخون بالا کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. معمولاً مبتلایان به فشار خون بالا زودتر فوت می کنند و شایعترین علت مرگ در آنها بیماری های قلبی است. سکته مغزی و نارسایی کلیه نیز در رده های بعدی این فهرست قرار دارند. در بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور در سال ۱۳۸۸، حدود ۱۶٪ افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای فشارخون بالا بودند. فشارخون بالا یکی از مهمترین عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی و غیرواگیر است که قابل کنترل و تعدیل است. غربالگری، تشخیص زودرس و کنترل فشارخون بالا جزء ضروری برنامه های پیشگیری از بیماری های غیرواگیر مهم است. فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود غالباً بی علامت و بسیار شایع است. بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است. درمان فشارخون سیستولی و دیاستولی تا رسیدن به حد فشارخون هدف، با کاهش عوارض قلبی عروقی شامل ۴۰-۳۵٪ کاهش متوسط در سکته مغزی، ۲۵-۲۰٪ کاهش در سکته قلبی و بیش از ۵۰٪ کاهش در نارسایی قلبی همراه است. گرچه نشان داده شده است که درمان فشارخون بالا از بروز بیماری قلبی عروقی نیز پیشگیری می کند و طول عمر را افزایش می دهد.

آمار کشورهای متعدد نشان داده است که در میان افراد مبتلا به فشارخون بالا کمتر از ۶۰٪ تحت درمان هستند. اطلاع بیماران از بیماری فشارخون بالای خود از ۲۵٪ تا ۷۵٪ و پوشش درمان از ۱۰٪ تا ۶۶٪ میزان کنترل فشارخون در بیماران از ۵/۵ تا ۵۸٪ در متفاوت است.

عوارض شایع فشارخون بالا

♦ فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکته مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد. از دیگر عوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی، بیماری عروق محیطی، خونریزی ته چشم است. درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.

♦ افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتاً شدید (فشارخون ۱۸۰/۹۰-۱۴۰ میلی متر جیوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند. تقریباً ۳۰٪ آنها عوارض آترواسکلروز را بروز داده و بیش از ۵۰٪ دچار آسیب نهایی عضوی مربوط به افزایش فشارخون نظیر بزرگ شدن قلب و کاهش کارایی عضله قلب، نارسایی احتقانی قلب، ریتوپاتی و نارسایی کلیه می گردند. فشارخون بالای خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است. خطر بیماری قلبی عروقی از ۱۱۵/۷۵ میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون ۲۰/۱۰ میلی متر جیوه، خطر دو برابر می شود. افراد دیابتی که بیماری فشارخون بالا هم دارند دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی هستند. درمان فشارخون اثر مفیدی بر این عوارض دارد و هر ۱۰ میلی متر جیوه کاهش در فشارخون سیستولی منجر به ۱۵٪ کاهش در مرگ مرتبط با دیابت، ۱۲٪ کاهش عوارض دیابت و ۱۱٪ کاهش بروز سکته قلبی می شود. در افراد فشارخونی که دخانیات مصرف می کنند بروز سکته قلبی و بیماری کرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بیشتر است. ترک دخانیات به سرعت خطر را کاهش می دهد. ترک سیگار بخش مهمی از پیشگیری اولیه از بیماری قلبی عروقی است. در دنیا حدود ۶۲٪ بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی متناسب به فشارخون در محدوده مطلوب است (بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه).

راه‌های کاهش فشارخون

تصمیمات درباره مدیریت بیماران مبتلا به فشار خون بالا نباید فقط بر مبنای مقادیر فشارخون باشد، بلکه باید حضور سایر عوامل خطر قلبی عروقی، آسیب اعضای هدف و شرایط بالینی همراه نیز در نظر گرفته شود.

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

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

تغییرات شیوه زندگی هم در پیشگیری اولیه از بیماری و هم در کنترل فشارخون در بیماران نقش مهمی دارد.

بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شیوه زندگی پاسخ نمی‌دهند، برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارویی فشارخون بالا داشته باشیم.

راهنمای ارزیابی وضعیت فشارخون

توصیه شده است فشارخون هر بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی اندازه گیری شود ولی در کشور ما توصیه می‌شود فشارخون بچه‌هایی که عوامل خطر فشارخون بالا دارند، اندازه گیری شود. این عوامل خطر عبارتند از: ۱- افرادی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند، ۲- افرادی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند، افرادی که والدین آن‌ها فشارخون بالا دارند، افرادی که والدین آن‌ها بیماری عروق کرونر زودرس دارند (در زن‌ها قبل از ۶۵ سالگی و در مرد‌ها قبل از ۵۵ سالگی).

* فردی که مشکوک به فشارخون بالا است و توسط بهورز به پزشک ارجاع می‌شود، پزشک باید در سه نوبت جداگانه فشارخون فرد مشکوک به فشارخون بالا را اندازه گیری کند.

نحوه اندازه گیری فشارخون

این اندازه گیری باید به وسیله فشارسنج جیوه ای یا یک دستگاه بادی تنظیم شده، در حالتی که فردنشسته و بازوی راست وی بر روی یک سطح سفت در حدود قلب قرار دارد صورت گیرد. در نظر داشتن اندازه کاف هنگام اندازه گیری فشارخون حائز اهمیت است. با استفاده از کاف خیلی کوچک، فشارخون به صورت کاذب بالا نشان داده می‌شود. کاف دارای اندازه مناسب (عرض کاف ۴۰٪ محیط وسط بازو به صورتی است که محفظه آن ۸۰ تا ۱۰۰٪ محیط بازو و تقریباً دو سوم طول قسمت فوقانی بازو را می‌پوشاند) را باید تا فشار ۲۰ تا ۳۰ میلی متر جیوه بالاتر از فشارخون سیستولی فشرود و خالی کردن کاف با سرعت ۲ تا ۳ میلی متر جیوه در ثانیه انجام شود. شروع مرحله پنجم کروتکف به عنوان شاخص فشارخون دیاستولی مطرح شده است. ابزارهای الکترونیک مناسبند، اما ممکن است اندازه‌هایی را نشان دهند که با فشارسنج جیوه ای سازگار نیست.

علل زمینه ای پر فشاری خون ثانویه

- بیماری‌های کلیوی، غدد مترشحه داخلی، علل عصبی، علل روحی و روانی، علل دارویی، علل سمپاتومیمتیک

تست‌های آزمایشگاهی ضروری برای فشارخون بالا		
برای شناخت علت فشارخون بالا	FBS .CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid سونوگرافی کلیه‌ها، کامل ادرار - کشت ادرار	برای رد آنمی (معمولاً با بیماری مزمن کلیه همراه است)، بیماری کلیوی، سنگ‌های کلیوی، پیلونفریت مزمن، اسکار کلیه، ناهنجاری‌های مادرزادی کلیوی، نامساوی‌بودن اندازه کلیه‌ها
برای شناخت بیماری‌های همراه	اندازه گیری چربی‌های خون، قند خون، پلی سونوگرافی	هیپرلیپیدمی، سندرم متابولیک، دیابت، اختلال در خواب (آپنه خواب)
برای تعیین آسیب‌های اعضای حیاتی	اکوکاردیوگرافی، معاینه رتین	هیپرتروفی بطن چپ، تغییرات عروقی شبکیه
آزمایشات اضافه اگر از نظر کلینیکی ضروری است	ادرار ۲۴ ساعته برای اندازه گیری پروتئین و کراتینین و کلیرنس کراتینین، اسکن کلیه MRI، داپلر شریان کلیوی، هولتر مانیتورینگ ۲۴ ساعته فشارخون، اندازه گیری سطح هورمون‌ها (تیروئید، آدرنال)، اندازه گیری سطح رنین پلاسما، اندازه گیری کاتکول آمین‌های خون و ادرار	برای رد بیماری مزمن کلیوی، برای رد فشارخون ناشی از بیماری نفرو واسکولر، رد فشارخون بالای روپوش سفید، رد بیماری تیروئید و فوق کلیه رد بیماری‌های میترالوکورتیکویید، رد بیماری فتوکروموسیتوم

درمان دارویی فشار خون بالا

درمان دارویی را برای کسانی شروع می‌کنیم که فشار خون علامت دار یا آسیب اعضای حیاتی (مثل هیپرتروفی بطن چپ، رتینوپاتی، پروتئینوری) دارند، فشار خون ثانویه، فشار خون بالای مرحله یک که به اصلاح شیوه زندگی پاسخ نداده است و فشار خون بالای مرحله دو دارند. هدف از درمان فشار خون بالا در کسانی که بیماری همراه یا آسیب اعضای حیاتی را دارند، رسیدن فشار خون به کم‌تر از ۱۴۰/۹۰ است.		
ACEI (مهارکننده آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین)	مثل اتاناپریل	دوز شروع ۰/۵ میلی گرم/کیلوگرم/در روز تا ۵ میلی گرم در روز حداکثر دوز ۰/۶ میلی گرم/کیلوگرم/در روز تا ۴۰ میلی گرم در روز
بلوک‌کننده‌های آنژیوتانسین	مثل لوزارتان	دوز شروع ۰/۷ میلی گرم/کیلوگرم/در روز ۳ تا ۵ میلی گرم در روز حداکثر دوز ۱/۴ میلی گرم/کیلوگرم/در روز ۱۰۰ میلی گرم در روز
بتابلوکرها	مثل پروپرانولول	دوز شروع ۱ تا ۲ میلی گرم/کیلوگرم/در روز حداکثر دوز ۴ میلی گرم/کیلوگرم/در روز (۶۴۰ میلی گرم در روز)
بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم	مثل آمیلودیپین	دوز شروع در ۶ تا ۱۲ ساله‌ها ۲/۵ تا ۵ میلی گرم در روز - حداکثر دوز ۱۰ میلی گرم
دیورتیک‌ها* : تمام بیمارانی که با دیورتیک درمان می‌شوند باید از نظر الکترولیت‌ها بررسی شوند.	مثل هیدروکلروتیازید	دوز شروع ۱ میلی گرم/کیلوگرم/در روز حداکثر دوز ۳ میلی گرم/کیلوگرم/در روز تا ۵۰ میلی گرم در روز
آلفا بلوکر مثل پرازوسین		شروع دارو با یک میلی گرم روزانه ۲ تا ۳ بار در روز و دوز نگهدارنده

پیام‌های مهم آموزشی

- ۱- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گیری کنید. در صورتی که مقدار آن از حد طبیعی بالاتر است به پزشک مراجعه کنید.
- ۲- در هر ملاقات با کارکنان بهداشتی و یا پزشک از آن‌ها درخواست کنید، فشارخون شما را اندازه گیری کنند.
- ۳- از مقدار فشارخون خود مطلع شوید.
- ۴- در صورتی که شیوه زندگی نا مناسب دارید، با کاهش مصرف سدیم یا نمک در رژیم غذایی، ترک مصرف دخانیات، کاهش چاقی بخصوص چاقی شکمی، حفظ وزن مطلوب، افزایش فعالیت بدنی، کنترل قند خون و کنترل اختلالات چربی خون آن را اصلاح کنید.
- ۵- با اصلاح شیوه زندگی نامناسب، فشارخون خود را کمتر از $130/90$ میلی متر جیوه و در حد طبیعی حفظ کنید.

نکات آموزشی در خصوص سل ریوی :

دقت کنید جوانی که به شما مراجعه کرده است حداقل یکی از نشانه‌های سل ریوی (سرفه طول کشیده بیش از دو هفته، سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل) را دارد. فرد با احتمال ابتلا به سل ریوی را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی جوان از نظر ابتلا به سل ریوی

در صورتی که جواب حداقل ۲ نمونه از ۳ نمونه اسمیر از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است فرد تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می‌گیرد.

در صورتی که یک نمونه از ۳ نمونه اسمیر خلط مثبت است و علائم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد جوان به عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می‌گیرد.

فرد دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید

در صورتی که هر ۳ مورد اسمیر برداری از خلط منفی است برای جوان ۱۰ تا ۱۴ روز درمان غیر اختصاصی را طبق برنامه کشوری مبارزه با سل (استفاده نکردن از ریفامپیسین، آمینوگلیکوزیدها و کینولون‌ها) تجویز کنید پس از آن در صورتی که نشانه‌های بهبودی ظاهر نشود و نشانه‌های بالینی پایدار باقی بمانند از خلط فرد در همان زمان مراجعه (بعد از ۱۴ روز)، مجدداً ۲ نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمیر تهیه شود. چنانچه از ۲ مورد اسمیر مجدد حتی یک مورد اسمیر خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می‌گیرد. چنانچه هر سه مورد اسمیر مجدد خلط منفی است در صورت وجود نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل، فرد جهت بررسی وجود **سل ریوی اسمیر منفی** به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل ارجاع می‌شود.

جوان را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

جوان را با توجه به نشانه‌ها، نتایج اسمیر برداری‌ها و رادیوگرافی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

- فرد دارای ۲ یا ۳ اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک اسمیر مثبت از خلط به همراه نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل در طبقه بندی "**جوان مسلول اسمیر مثبت**" قرار می‌گیرد. فرد را مطابق با جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با جوان را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و فرد مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحاً بصورت **روزانه و در صورت عدم امکان**، بصورت هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. به جوان و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه‌های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.
- فرد دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل یا دارای هر ۲ اسمیر منفی از خلط است در طبقه بندی "**مشکوک به سل**" قرار می‌گیرد. پیگیری و بررسی در این زمینه در قسمت ارزیابی عنوان شده است.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل:

توصیه‌های کلی

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

درمان:

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد. بیماران جدید در گروه درمانی یک قرار گرفته و از برنامه درمانی کوتاه مدت ۶ ماهه که از دو مرحله حمله‌ای و نگهدارنده تشکیل شده بهره می‌گیرند؛ به این ترتیب که: در مرحله حمله‌ای از ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپیسین، پیرازینامید و اتامبوتول به مدت ۲ ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه بصورت روزانه استفاده می‌شود.

در مرحله نگهدارنده از ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپیسین به مدت ۴ ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه (که باید ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان بصورت هفتگی ارائه شود) استفاده می‌شود. در گروه ۲ درمانی، قبل از آغاز درمان، نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت و حساسیت دارویی ارسال و سپس درمان بیمار مطابق جدول برنامه درمانی شروع می‌شود.

برنامه درمانی جوان مبتلا به سل :

مرحله نگهدارنده درمان		مرحله حمله‌ای درمان		گروه درمانی
مدت درمان (ماه)	دارو	مدت درمان (ماه)	دارو	
۴	HR ایزونیازید+ ریفامپین	۲	HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	۱ مورد جدید سل ریوی اسمیر مثبت و اسمیر منفی (جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده) و یا (کمتر از یکماه درمان گرفته است)
۵	HRE ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول	۲	HRZES ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومایسین	۲ مورد تحت درمان مجدد (شکست درمان، عود یا غیبت از درمان)
		۱	و سپس HRZE ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول	

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

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

دارو	دوز روزانه (mg/kg)	فراورده‌های ژنریک ایران
ایزونیازید (H)	۵ (۴-۶)	قرص‌های ۱۰۰-۳۰۰ میلی گرم
ریفامپیسین (R)	۱۰ (۸-۱۲)	کپسول‌های ۱۵۰-۳۰۰ میلی گرم
پیرازینامید (Z)	۲۵ (۲۰-۳۰)	قرص ۵۰۰ میلی گرم
اتامبوتول (E)	۱۵ (۱۵-۲۰)	قرص ۴۰۰ میلی گرم
استرپتومایسین (S)	۱۵ (۱۲-۱۸) حداکثر ۷۵۰ میلی گرم	ویال یک گرمی

پیگیری

جوان مسلول اسمیر مثبت رادو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد بشرح زیر پیگیری کنید:

- از جوان در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه‌ها سؤال کنید در صورتی که فرد عملکرد صحیحی داشته است به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید. در صورت بروز عوارض شدید دارویی مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شدید دارویی (ارجاع فوری یا غیر فوری، تغییر دارو و...) عمل کنید. در صورت بروز عوارض خفیف دارویی، درمان علامتی را برای عوارض دارویی مطابق برنامه کشوری سل شروع کنید. درمان را با همان دوز اولیه ادامه دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که جوان مبتلا را تا پایان مرحله حمله ای درمان روزانه توسط غیر پزشک پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحاً بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگی توسط غیر پزشک پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد.
 - این پیگیری‌ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته یکبار و سپس بصورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.
- چنانچه جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده (و یا کمتر از یکماه درمان گرفته است)، وی را مورد جدید سل محسوب کرده و برای وی در پایان ماه دوم، چهارم و ششم درمان، هر بار دو نمونه اسمیر خلط تهیه کنید. چنانچه حداقل یکی از ۲ نمونه خلطی که ۲ ماه پس از شروع درمان (یعنی پایان مرحله حمله ای)، از فرد تهیه می‌شود مثبت باشد، نمونه خلط برای انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام ارسال و همزمان درمان مرحله حمله ای درمان را یکماه ادامه داده و سپس آزمایش اسمیر خلط برای بیمار را تکرار کنید. و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگهدارنده را برای جوان شروع کنید.
- چنانچه جوان به مدت کمتر از ۴ هفته قطع دارو داشته درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روزهایی که فرد دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه جوان بین ۴ تا ۸ هفته قطع دارو داشته از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از فرد باید نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد و طول مدت درمان بیمار کمتر از ۵ ماه باشد، رژیم درمانی مربوطه را ادامه دهید و به ازای روزهایی که مصرف نشده به مدت درمان اضافه کنید و در صورتی که طول مدت درمان بیشتر از ۵ ماه باشد بیمار را مجدداً ثبت نمائید. و رژیم درمانی قبلی را از نو شروع کنید. و اگر اسمیر خلط منفی باشد درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روزهایی که جوان دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه فرد بیش از ۸ هفته قطع دارو داشته باشد از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از جوان بر اساس برنامه کشوری نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد این فرد در گروه درمان پس از غیبت قرار گرفته و رژیم درمانی پس از غیبت برای وی آغاز می‌شود و در صورتی که مشکوک به مقاومت دارویی هستید فرد را به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید

- دقت کنید چنانچه اسمیر خلط جوان مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت در پایان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقی مانده باشد، نمونه خلط را برای انجام آزمایش کشت و آزمایش حساسیت دارویی ارسال و درمان حمله‌ای را تا پایان ماه سوم ادامه دهید. و در پایان ماه سوم آزمایش خلط را تکرار کنید و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگهدارنده را برای جوان شروع کنید.
- چنانچه فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگهدارنده یا در دو ماه پایانی درمان (پایان ماه پنجم و یا ششم درمان) اسمیر خلط وی هنوز مثبت باقی مانده است و یا در طول دوره درمان، اسمیر خلط فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت پس از منفی شدن دوباره مثبت می‌شود برای این جوان کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی انجام دهید. جوان را تحت درمان دارویی گروه "شکست درمان" قرار دهید.
- لازم است از بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر منفی نیز در پایان ماه دوم اسمیر بگیریید تا از منفی باقی ماندن آن اطمینان حاصل کنید.
- دوره درمانی مرحله حمله‌ای در مورد گروه ۲ درمانی ۳ ماهه است. چنانچه در پایان ماه سوم هنوز خلط بیمار مثبت است، نمونه خلط را برای انجام آزمایش کشت و آزمایش حساسیت دارویی ارسال و درمان مرحله حمله‌ای را تا پایان ماه چهارم بدون استرپتومایسین ادامه دهید سپس در پایان ماه چهارم آزمایش خلط را برای جوان تکرار کنید و اگر هنوز مثبت باقی مانده است کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی را برای فرد انجام دهید و درمان نگاه دارنده را نیز برای فرد آغاز کنید.
- در پایان درمان از فرد مبتلا به سل ریوی، به منظور کمک به تشخیص و تعیین سیر بهبود ضایعات رادیوگرافی قفسه سینه بعمل آورید.

عوارض دارویی سل

عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف		
بی اشتها، تهوع و درد شکم	ریفامپین	دوز دارو کنترل شود. درمان ادامه یابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	آسپیرین
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم
عوارض دارویی شدید		
لکه های پوستی به همراه ادم، زخم مخاطی و شوک	استرپتومایسین / ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	- تمام داروها متوقف شود. - داروی آنتی هیستامین و در صورت شدید بودن کورتیکواستروئید همراه مایعات داخل وریدی تجویز گردد. - از تجویز مجدد استرپتومایسین جداً خودداری کنید. - بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
خارش	استرپتومایسین	مصرف استرپتومایسین را متوقف کنید ضمن تجویز داروی آنتی هیستامین درمان ضد سل ادامه یابد.
کاهش شنوایی و یا کری	استرپتومایسین	چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی وجود ندارد استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
سرگیجه و یا نیستاکموس	استرپتومایسین	استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)	اتامبوتول	مصرف اتامبوتول را متوقف کنید. و بیمار را برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
زردی، استفراغ و کتفوزیون به علت هپاتیت دارویی	ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	مصرف تمام داروها متوقف شود. تست های کبدی و PT بطور اورژانس انجام شود. و بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. و در صورتی که هپاتیت دارویی شدید است ریفامپین و پیرازینامید را بطور کامل از برنامه درمانی حذف کنید و برنامه درمانی ۳ دارویی استرپتومایسین و ایزونیازید و اتامبوتول به مدت یک ماه و پس از آن ایزونیازید و اتامبوتول به مدت ده ماه را جایگزین کنید. و در موارد سل پیشرفته که قطع درمان سل ممکن نیست تا طبیعی شدن تست ها کبدی از استرپتومایسین و اتامبوتول استفاده کنید.
شوگ، پورپورای ترومبوسیتوپنیک و نارسایی حاد کبد	ریفامپین	ریفامپین را حذف کنید.

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

بی اشتها، تهوع و درد شکم: دوز داروها را کنترل کنید. درمان را ادامه دهید. از جوان بخواهید داروها را هر شب قبل از خواب شب مصرف کند.

درد مفاصل: از آسپیرین استفاده کنید.

احساس سوزش در پاها: پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم روزانه تجویز کنید.

جوان مشکوک به سل (دارای یک اسمیر مثبت از خلط بدون نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل) را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید

جوان مشکوک به سل (۳ اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید جوان پیگیری شده دارای ۳ نمونه اسمیر منفی از خلط است و ۱۴-۱۰ روز تحت درمان غیر اختصاصی قرار گرفته است. از جوان در خصوص نشانه‌های بیماری سؤال کنید:

- چنانچه جوان دارای علایم بهبودی است این فرد مبتلا به سل نیست. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه جوان فاقد علایم بهبودی است از فرد ۳ نمونه اسمیر از خلط تهیه شود چنانچه از ۳ مورد اسمیر مجدد حتی یک مورد اسمیر خلط، مثبت است جوان تحت عنوان سل ریوی اسمیر مثبت تحت درمان سل قرار می‌گیرد. چنانچه هر سه مورد اسمیر مجدد خلط منفی است در صورت وجود نشانه‌های رادیوگرافیک مؤید سل، فرد جهت بررسی وجود سل ریوی اسمیر منفی به مرکز تخصصی/ کمیته فنی سل ارجاع می‌شود.

نکات آموزشی در خصوص ایدز و بیماری‌های آمیزشی :

ارزیابی روش‌های آزمایش تشخیص VIH :

۱. آزمون الیزا (Elisa): براساس سنجش آنتیبادی HIV بوده ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ حساسیت دارد. در صورت مثبت شدن الیزا باید آزمایش مجدد الیزا انجام شده و در صورت تکرار پاسخ مثبت، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد.
۲. تست‌های تشخیص سریع (Rapid Test): این روش نیز به سنجش آنتی‌بادی پرداخته از حساسیت مناسبی برخوردار است. انجام آزمایش با این روش ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنت از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت مثبت شدن تست سریع باید آزمایش مجدد با روش الیزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت الیزا، نتیجه با روش وسترن بلات مورد تأیید قرار گیرد. نکته مهم این است که این آزمایش باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را داشته باشند. کیت‌های بکار برده شوند باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند.
۳. آزمون وسترن بلات (Western blot): این آزمون نیز بر روی آنتی‌بادی صورت می‌گیرد، نسبت به الیزا اختصاصی‌تر است و به‌عنوان آزمون تأییدی نهایی به‌کار می‌رود.
۴. PCR: در نوزادان از آنجا که آنتی‌بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده و تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می‌ماند، بنابراین آزمایش‌های آنتی‌بادی مثبت (الیزا، وسترن بلات، تست تشخیص سریع) ارزش تشخیصی ندارد. لذا باید از روش PCR استفاده کرد که به جای آنتی‌بادی به جستجوی ژن‌های ویروس می‌پردازد. برای نوزادانی که با این روش تشخیص داده شده‌اند باید بعد از ۱۸ ماهگی سری آزمایش‌های آنتی‌بادی انجام شود.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر:

- کلیه افراد دارای عوامل خطر باید برای دریافت مشاوره و آزمایش HIV به مراکز/پایگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.
 - کلیه موارد اثبات شده ابتلا به HIV باید برای دریافت خدمات پیشگیری، مراقبت‌های دوره‌ای و درمان‌های لازم به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند.
- درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. و نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود
- خدمات سلامت باروری شامل آموزش، مشاوره، توصیه و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم به همسران بیماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بیمار و یا همسر وی باید فرد برای دریافت خدمات پیشگیری از انتقال به نوزاد شامل درمان دارویی ضد رترو ویروسی به مرکز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. برای تمام نوزادانی که از مادران در معرض خطر HIV به دنیا می‌آیند، باید وضعیت ابتلا به HIV با روش PCR حتی المقدور در چهار تا شش هفته‌گی بررسی گردد
- زنان باردار مبتلا به HIV یا دارای عوامل خطر و موارد پیشگیری پس از تماس باید هر چه سریعتر برای دریافت خدمات مراقبت و پیشگیری به مراکز مشاوره ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.

تشخیص قطعی HIV با دو نوبت الیزای مثبت (یا یک تست سریع و یک الیزا) و تأیید آن با وسترن بلات صورت می‌گیرد. با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی‌بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین دو هفته تا چند ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است، لازم است که هر سه ماه آزمایش تکرار شود.

اقدامات مورد نیاز برای افراد مبتلا:

الف- درمانی: اگرچه روش‌های درمانی موجود بدن را از ویروس پاک نمیکنند ولی تکثیر ویروس را مهار کرده، وضعیت بالینی بهتری را برای بیمار ایجاد می‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با کم کردن بار ویروسی افراد مبتلا از سرایت پذیر بیماری کاسته بر روی پیشگیری تأثیر خواهد داشت. اهداف درمان ضد‌رتروویروسی عبارتند از دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از HIV. درمان این بیماری با حداقل سه داروی ضد‌رتروویروسی (ARV^1) انجام میشود. این درمان توسط مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بصورت رایگان ارائه می‌شود.

ب- پیشگیری: باوجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای HIV/AIDS وجود ندارد. راه‌های انتقال عمدتاً با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به‌منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی دارد. برحسب راه انتقال روش‌های پیشگیری را می‌توان به صورت ذیل بیان کرد:

پیشگیری در تماس جنسی: به تعویق انداختن سن اولین رابطه جنسی، وفاداری به همسر یا شریک جنسی و داشتن تنها یک شریک جنسی، استفاده از کاندوم به طرز صحیح، درمان کامل بیماری آمیزشی، پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک (مصرف این مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصمیم‌گیری برای برقراری روابط جنسی سالم را مخدوش می‌کند).

پیشگیری در اعتیاد تزریقی: پرهیز از مصرف مواد یا اقدام برای ترک، در صورتی که امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیرتزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوپیوئیدی مانند متادون، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق و استفاده از سرنگ و سوزن استریل.

به‌طور خلاصه اساسی‌ترین روش پیشگیری در انتقال از طریق جنسی پرهیز از روابط جنسی نامطمئن و درصورت وجود این روابط، استفاده از کاندوم است

پیشگیری برای اطرافیان:

- افراد خانواده فرد مبتلا باید در زمینه راه‌های انتقال و پیشگیری، مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی و چگونگی کمک به بیماران خود آموزش‌های لازم دریافت کنند.
- شرکاء جنسی این بیماران باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. در صورت منفی بودن این آزمایش باید هر سه ماه یکبار تکرار شود.
- آموزش‌های لازم درخصوص روش‌های مناسب جلوگیری از بارداری با تأکید بر اهمیت پیشگیری دوگانه (استفاده از کاندوم به همراه یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری)

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	تزریق عضلانی	سفتریاکسون ۲۵۰mg	شانکروئید
هر ۱۲ ساعت تا ۳ روز	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۱g	
هر ۶ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	اریترومایسین ۴۰۰mg	کلامیدیا در حاملگی
تک‌دُز	تزریق عضلانی	بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴MIU	سیفیلیس اولیه، ثانویه و نهفته کمتر از یک سال
هر ۱۲ ساعت تا ۱۵ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	سیفیلیس اولیه و ثانویه (حساسیت به پنی‌سیلین)
حساسیت‌زدایی			سیفیلیس در بارداری (حساسیت به پنی‌سیلین)
هر ۸ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۴۰۰mg	تبخال تناسلی عفونت اولیه
هر ۵ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۲۰۰mg	
هر ۸ ساعت تا ۵ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۴۰۰mg	تبخال تناسلی عفونت راجعه
هر ۵ ساعت تا ۵ روز	خوراکی	آسیکلوویر ۲۰۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	تزریق عضلانی	سفتریاکسون ۱۲۵mg	گنوکوک بدون عارضه
تک‌دُز	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	سفیکسیم ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۲g	
تک‌دُز	تزریق عضلانی	اسپکتینومایسین (غیرحلق) ۲g	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	کلامیدیا تناسلی بدون عارضه
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۱g	
هر ۱۲ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	لنفوگرانولوم ونروم
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	اریترومایسین ۴۰۰mg	
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	تتراسایکلین ۵۰۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	تریکوموناس
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	واژینوز باکتریال
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	کلیندامایسین ۳۰۰mg	
۵g هر شب تا ۷ روز	واژینال	کلیندامایسین ۲٪	
هر هفته تا ۳ هفته	تزریق عضلانی	بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴MIU	
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	گرانولوم اینگوینال
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۷۵۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
هر شب تا ۷ روز	واژینال	کرم میکونازول ۲٪	کاندیدا آلبیکانس
هر شب ۷ تا ۱۴ روز	واژینال	کرم کلتریما زول ۱٪	
هر شب تا ۳ روز	واژینال	میکونازول و کلتریمازول ۲۰۰mg	
هر شب تا ۱۴ روز	واژینال	نیستاتین ۱۰۰,۰۰۰U	
تک‌دُز	واژینال	فلوکنازول ۱۵۰mg	
کرایوتراپی و درمان جراحی			زگیل تناسلی (نکته: در زگیل‌های سرویکس، پیش از شروع درمان باید از نتیجه پاپ اسمیر آگاه‌بود و نباید از پودوفیلین و TCA استفاده‌کرد)
پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵٪			
TCA ۸۰ تا ۹۰٪			
هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز (نکته: درمان گنوکوک و کلامیدیا به روش و مدت معمول)	خوراکی	درمان گنوکوک + کلامیدیا + بی‌هوازی با ۵۰۰mg مترونیدازول	PID درمان سرپایی