

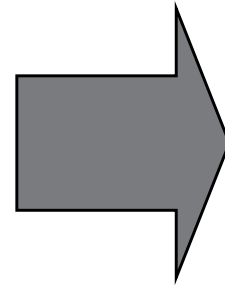
خطر سنجی قلبی عروقی

آر و ه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَوْتَى
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ
الَّذِي يُخْرِجُ الْمَوْتَىٰ
وَيُدْخِلُهُمْ فِي الْأَرْوَاقِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَوْتَى
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ
الَّذِي يُخْرِجُ الْمَوْتَىٰ
وَيُدْخِلُهُمْ فِي الْأَرْوَاقِ



From traditional to modern transportation





بیماریهای غیرواگیر: دغدغه جهانی

پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر: اولویت جهانی



سیمای مرگ ایرانیان در سال ۱۳۹۴

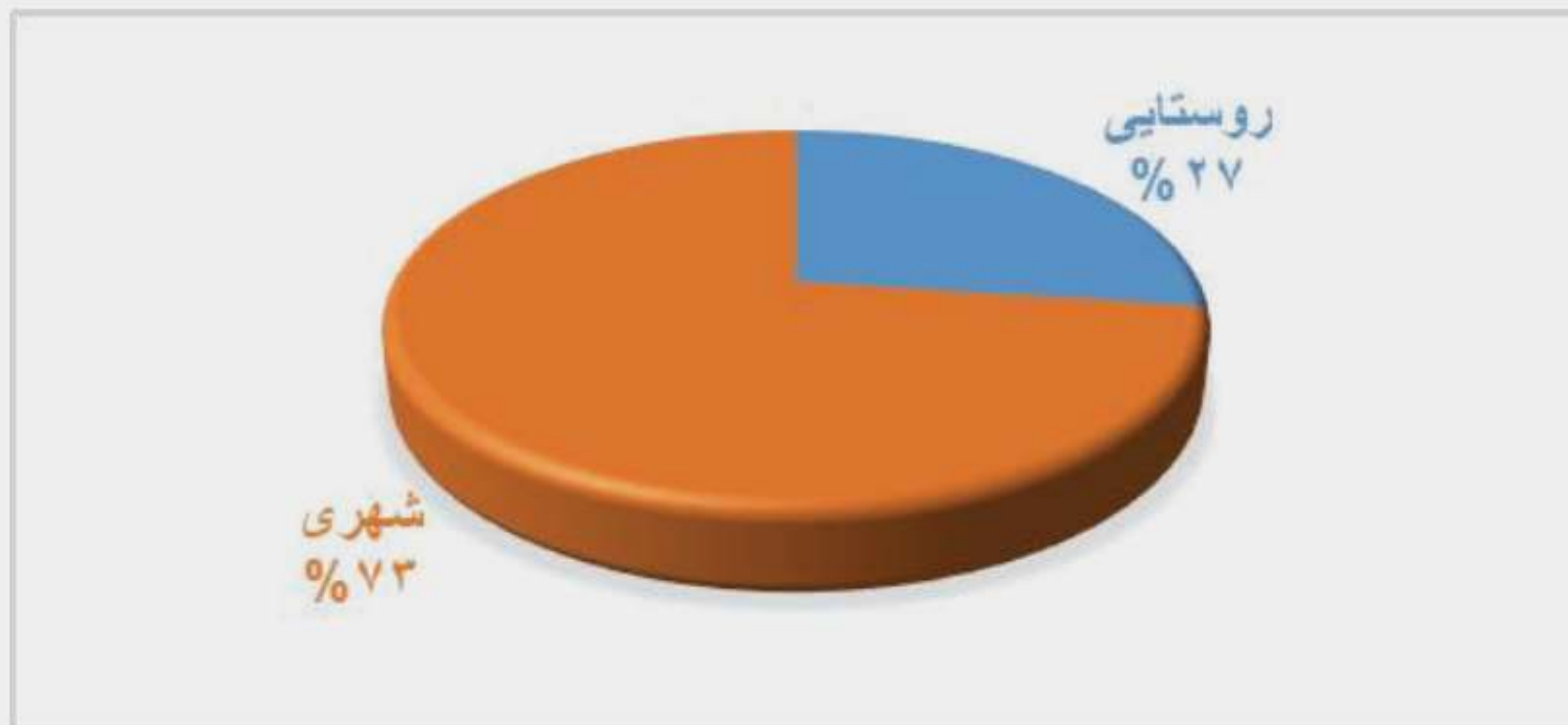
تعداد مرگ: ۳۲۷۵۲۵

بیماریهای عفونی و انگلی	۱/۶%
عوارض حاملگی و زایمان	۰/۱%
مجموع علل غیرواگیر و غیر عوارض حاملگی و زایمان:	۹۸/۳%
بیماریهای قلبی عروقی	۴۴/۱۳%
سرطان ها	۱۵/۹%
حوادث	۱۰/۲۶%
بیماریهای تنفسی	۶/۹۹%
دیابت	۵/۴%
سایر	۱۵/۶۲%

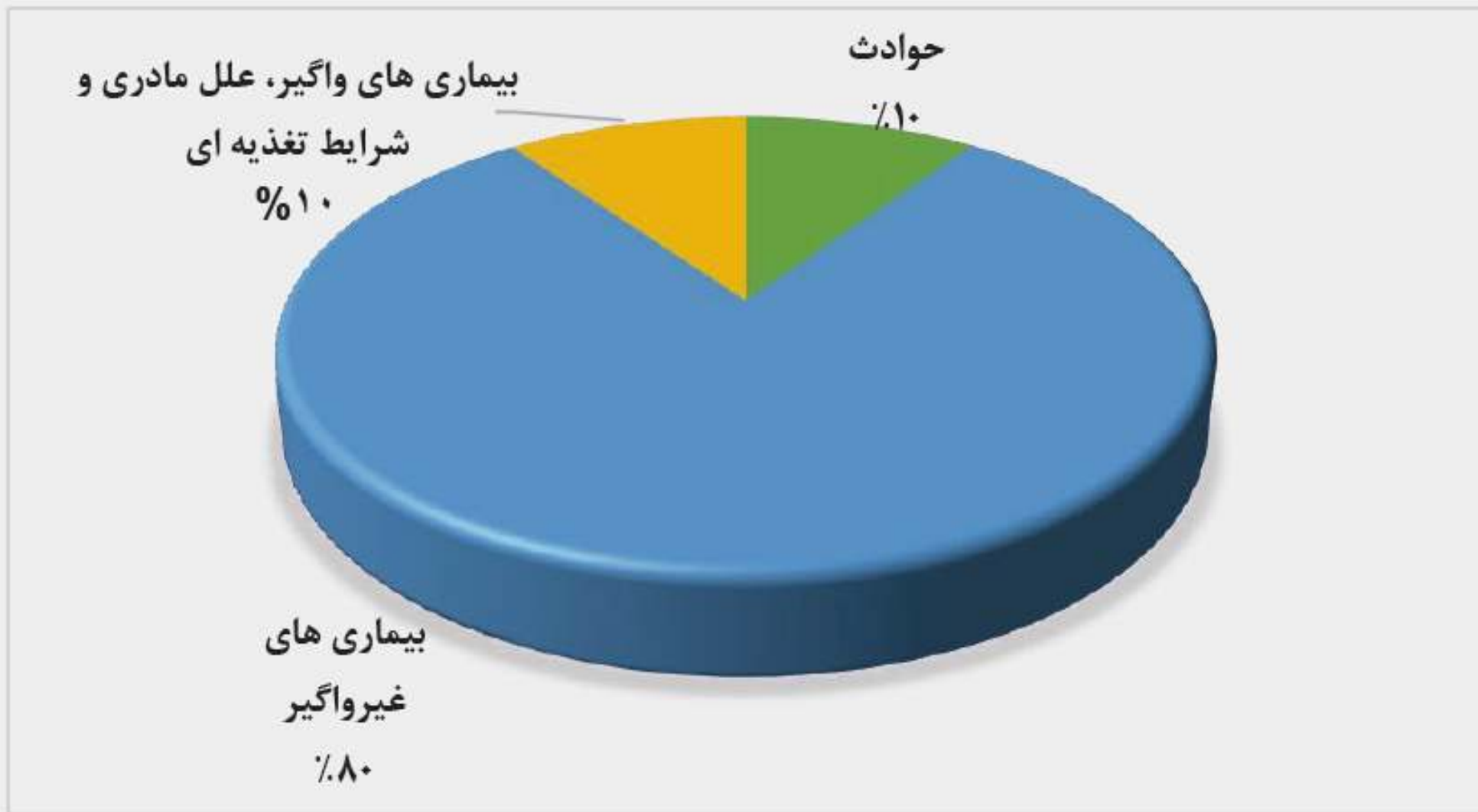


نمودار ۱۵: درصد مرگ به تفکیک زنان و مردان، سال ۱۳۹۸

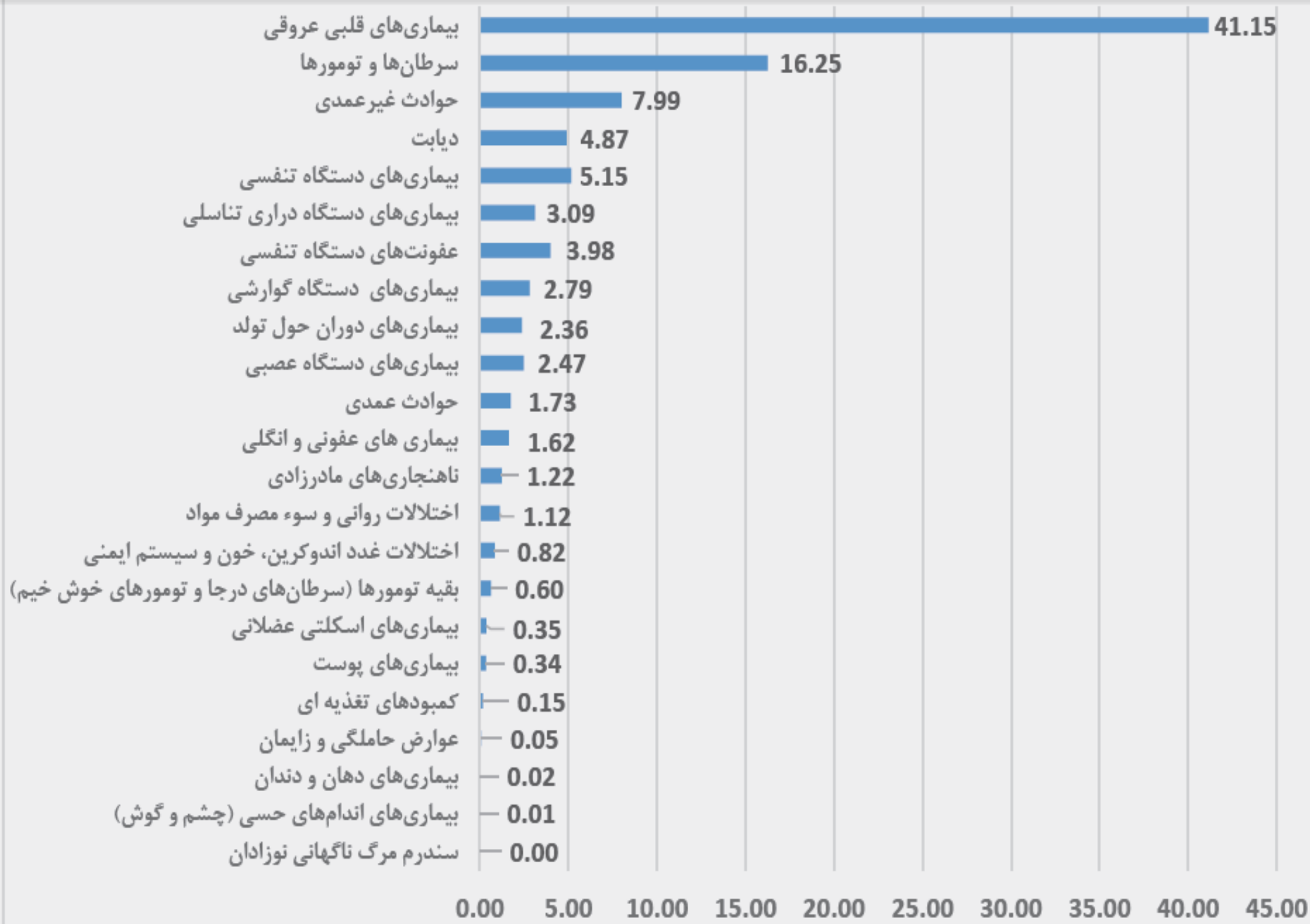
۷۳ درصد (۲۵۶،۷۶۳ نفر) افراد فوت شده ساکن مناطق شهری و ۲۷ درصد (۹۶،۸۱۸ نفر) ساکن مناطق روستایی بوده‌اند (نمودار ۱۷).

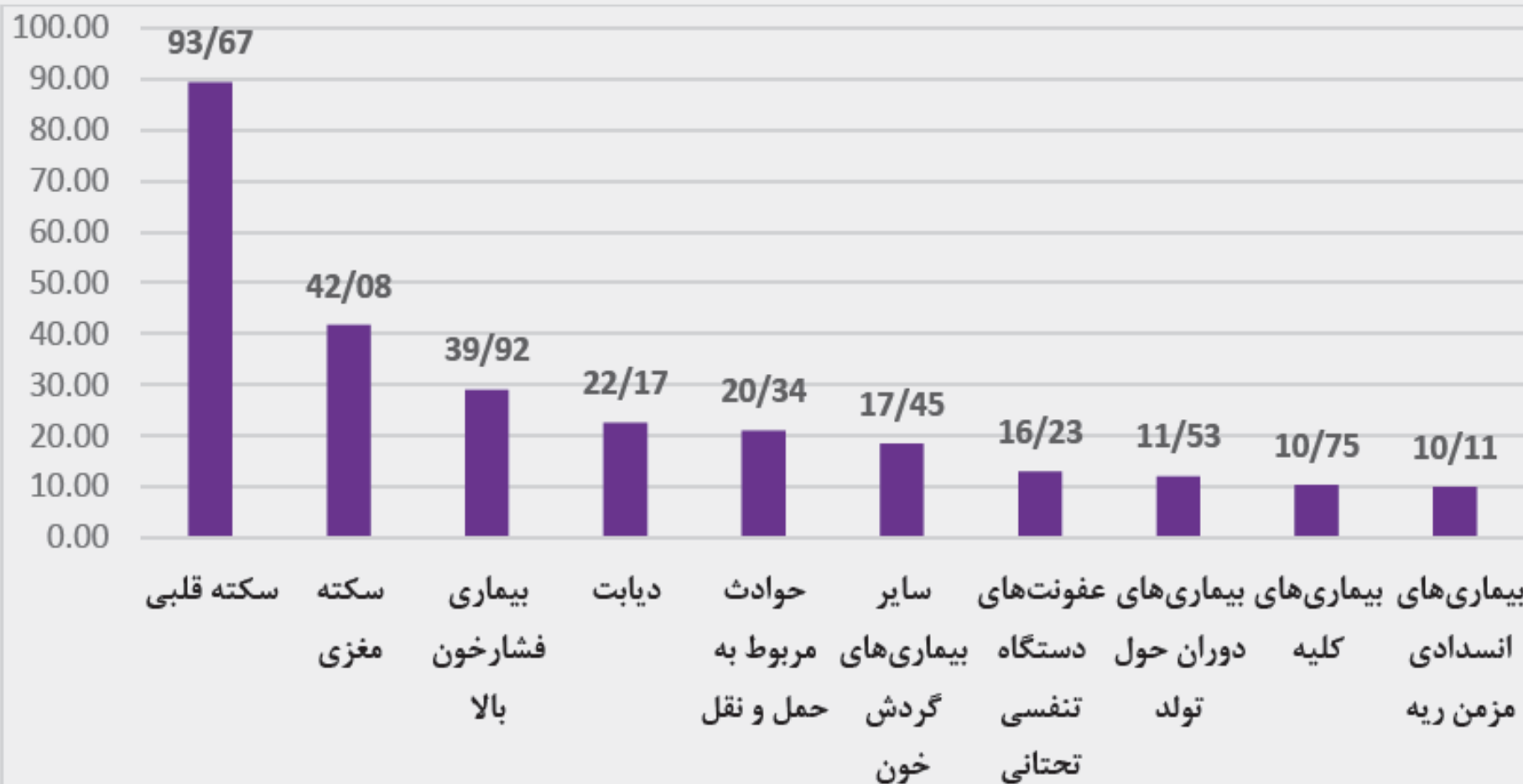


نمودار ۱۷: درصد مرگ به تفکیک محل سکونت ۱۳۹۸



نمودار ۱۸: درصد سه گروه اصلی علت مرگ، سال ۱۳۹۸





نمودار ۲۱: میزان ۱۰ علت اول مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، در سال ۱۳۹۸

میزان مرگ ۷۰-۳۰ ساله (به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر از جمعیت)

ردیف	دانشگاه / دانشکده	۱۳۹۶			۱۳۹۷			۱۳۹۸		
		زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل
۴۶	فسا	۲۵۰/۹۵	۴۴۹/۳۴	۲۵۰/۹۲	۲۶۳/۳۹	۵۰۵/۴۵	۳۸۵/۰۰	۲۵۲/۲۰	۵۱۹/۶۷	۲۸۶/۵۸
۴۷	قزوین	۲۳۲/۹۹	۳۹۴/۵۱	۳۱۵/۶۲	۲۱۶/۰۳	۳۸۵/۵۹	۳۰۲/۷۷	۲۳۵/۵۲	۴۲۳/۵۶	۳۳۱/۷۲
۴۸	قم	۲۵۰/۶۱	۳۹۹/۳۵	۳۲۶/۹۸	۲۶۴/۱۵	۴۱۲/۱۷	۳۴۰/۱۵	۲۰۶/۲۵	۵۳۰/۱۲	۴۲۱/۲۰
۴۹	کاشان	۲۱۷/۸۰	۳۵۲/۷۴	۲۸۶/۵۹	۲۲۷/۲۱	۳۸۳/۰۲	۳۰۶/۶۴	۲۷۵/۱۱	۴۲۴/۴۴	۲۵۱/۲۴
۵۰	کردستان	۲۱۸/۱۵	۳۷۶/۳۲	۲۹۷/۹۵	۲۳۹/۲۷	۴۰۲/۰۳	۳۱۶/۴۳	۲۴۰/۷۱	۴۰۰/۰۴	۳۳۱/۰۹
۵۱	کرمان	۲۶۵/۷۲	۴۵۶/۳۵	۳۶۱/۱۵	۲۶۴/۵۹	۴۸۱/۲۶	۳۷۳/۱۱	۲۹۶/۸۷	۵۵۱/۲۷	۴۲۴/۲۹
۵۲	کرمانشاه	۲۹۲/۳۴	۵۲۰/۰۱	۴۰۴/۸۸	۲۶۵/۱۴	۵۳۲/۴۷	۳۹۷/۲۹	۲۸۸/۱۳	۵۸۴/۳۳	۴۳۴/۵۵
۵۳	گراش	۱۳۷/۵۸	۳۳۰/۹۷	۲۳۶/۱۶	۱۵۳/۲۹	۱۹۶/۸۰	۱۷۵/۴۷	۱۶۸/۷۳	۲۹۲/۱۹	۲۳۱/۶۷
۵۴	گلستان	۳۳۹/۴۵	۵۰۷/۵۱	۴۲۲/۵۲	۳۳۳/۹۴	۴۹۳/۱۳	۴۱۲/۶۲	۳۹۴/۵۲	۵۷۲/۳۳	۴۸۲/۴۱
۵۵	گناباد	۲۰۷/۳۶	۳۴۳/۹۱	۲۷۴/۹۸	۲۰۴/۱۶	۳۶۵/۷۹	۲۸۴/۲۰	۱۸۲/۹۸	۳۴۳/۹۷	۲۶۲/۷۱
۵۶	کیلان	۲۷۶/۰۲	۴۵۵/۱۶	۳۶۴/۸۵	۲۹۱/۶۳	۴۵۳/۰۱	۳۷۱/۶۶	۳۳۶/۱۷	۵۴۰/۴۱	۴۳۷/۴۴
۵۷	لارستان	۲۲۷/۶۸	۴۴۲/۶۲	۳۳۷/۵۲	۱۹۹/۱۸	۳۲۸/۳۶	۲۶۴/۷۰	۲۱۱/۸۲	۳۷۱/۹۵	۲۹۳/۰۴
۵۸	لرستان	۱۸۹/۹۰	۳۶۶/۹۸	۲۷۷/۵۹	۲۱۰/۰۲	۳۷۰/۸۲	۲۸۹/۹۵	۲۳۴/۵۳	۳۸۲/۶۰	۳۰۷/۸۶
۵۹	مراغه	۲۶۵/۵۹	۴۹۷/۰۸	۳۸۰/۷۱	۲۷۶/۹۷	۵۲۷/۲۵	۴۰۱/۴۴	۲۸۱/۷۰	۵۳۴/۶۲	۴۰۷/۴۸
۶۰	مشهد	۲۸۴/۹۶	۴۵۷/۵۷	۳۷۱/۵۲	۲۷۴/۰۹	۴۳۴/۳۸	۳۵۴/۴۷	۲۹۱/۲۸	۴۴۴/۸۱	۳۶۸/۲۷
۶۱	نیشابور	۲۹۶/۰۴	۴۷۳/۴۵	۳۸۴/۳۰	۲۶۶/۶۷	۴۸۸/۳۱	۳۷۶/۹۳	۳۲۱/۶۴	۵۱۲/۷۸	۴۱۶/۷۳
۶۲	همدان	۲۳۵/۱۰	۴۸۱/۳۳	۳۵۸/۸۱	۲۴۷/۵۰	۴۹۱/۱۰	۳۶۹/۸۹	۲۵۱/۵۷	۵۳۴/۴۱	۳۹۳/۶۸
۶۳	یاسوج	۱۷۱/۱۸	۲۷۹/۰۲	۲۲۵/۳۲	۱۵۵/۶۹	۳۰۶/۴۷	۲۳۱/۲۵	۱۹۲/۷۵	۳۳۳/۵۹	۲۳۲/۳۲
۶۴	یزد	۱۹۳/۳۴	۲۸۰/۷۶	۱۹۸/۲۲	۱۹۲/۱۴	۳۰۷/۱۴	۲۵۲/۰۹	۱۹۶/۷۰	۳۳۹/۹۹	۲۷۱/۴۰
۶۵	کشور	۲۳۳/۸۶	۳۹۶/۳۸	۳۱۵/۶۶	۲۳۰/۹۵	۳۸۳/۳۸	۳۱۳/۳۲	۲۴۳/۳۱	۴۱۰/۱۳	۳۳۳/۲۷

میزان مرگ‌بالاتی - ۷ سال (به ازای ۱۰۰۰۰ نفر از جمعیت)

ردیف	دانشگاه	۱۳۹۸			۱۳۹۷			۱۳۹۶		
		کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۲۲	زاهدان	۲۲۸۲.۲۷	۲۱۷۵.۳۵	۲۳۷۲.۳۰	۲۲۲۷.۵۱	۲۲۲۲.۰۰	۲۱۰۵.۷۸	۲۲۲۱.۵۶	۷۱۰۵۰۱۳	۲۷۰۹.۷۲
۲۳	زنجان	۲۰۹۱.۲۵	۲۲۲۱.۳۱	۵۹۲۱.۷۶	۵۷۳۸.۱۲	۲۰۵۵.۳۶	۵۲۲۰.۲۲	۵۷۷۰.۳۱	۲۰۳۲۶۳	۵۲۹۲.۶۸
۲۴	ساری	۲۱۲۲.۳۹	۲۱۳۷.۷۶	۲۱۰۸.۷۶	۵۶۴۲.۷۸	۵۵۰۵.۳۶	۵۸۹۰.۱۲	۵۲۲۲.۲۲	۵۲۸۰۵۰	۵۲۱۰۸۷
۲۵	ساوه	۲۲۷۱.۵۲	۷۰۲۸.۱۲	۵۵۱۲.۳۳	۵۹۸۵.۹۱	۲۱۲۲.۰۳	۵۷۲۱.۲۲	۲۹۸۲.۳۱	۵۰۹۱۳۳	۲۸۸۲.۰۷
۲۶	سبزوار	۲۲۵۲.۸۵	۷۰۱۸.۸۹	۲۲۲۳.۸۰	۲۲۲۲.۲۷	۲۲۲۵.۲۰	۲۱۳۲.۰۷	۲۵۷۸.۶۵	۲۷۸۲.۲۳	۲۲۷۶.۷۳
۲۷	مراب	۷۵۲۲.۶۸	۷۷۵۸.۰۰	۷۲۵۲.۸۹	۷۷۱۱.۸۷	۷۲۲۲.۲۹	۷۷۹۷.۲۶	۲۱۷۸.۷۱	۲۸۲۲.۱۵	۷۱۲۸.۳۳
۲۸	سمنان	۲۱۸۵.۷۲	۵۸۵۲.۸۲	۲۵۱۵.۲۶	۲۱۲۹.۰۲	۲۱۰۰.۱۵	۲۱۵۷.۸۲	۲۰۱۲.۷۰	۲۰۲۹.۲۹	۵۹۹۶.۱۸
۲۹	سیرجان	۲۸۱۱.۹۷	۲۷۹۸.۵۹	۲۸۷۵.۲۱	۵۵۲۱.۸۱	۵۲۳۵.۵۹	۵۸۲۵.۰۲	۲۲۹۲.۹۳	۲۵۱۸.۶۵	۲۲۷۱.۳۵
۳۰	شاهرود	۵۸۰۲.۲۶	۲۱۰۱.۰۵	۵۵۱۷.۲۰	۵۰۲۲.۷۵	۵۱۹۷.۸۱	۲۹۲۰.۳۹	۲۸۲۵.۹۷	۲۵۲۸.۷۲	۵۱۸۶.۳۹
۳۱	شهریزک تهران	۵۱۸۱.۹۲	۵۲۲۱.۰۲	۵۰۰۲.۱۵	۲۸۲۱.۲۹	۲۹۹۸.۲۰	۲۸۸۲.۱۲	۲۸۲۲.۳۹	۲۹۲۲.۷۶	۲۷۲۲.۹۵
۳۲	شهرکرد	۵۲۲۲.۲۷	۵۸۲۲.۱۲	۵۲۲۱.۰۸	۵۲۵۲.۵۲	۵۲۲۰.۳۲	۲۸۲۷.۹۲	۵۲۲۵.۲۷	۵۲۲۲.۰۰	۵۰۱۷.۰۶
۳۳	شهید بهشتی	۵۷۲۲.۹۷	۵۲۲۲.۰۹	۵۲۳۸.۹۰	۵۹۱۷.۰۸	۵۸۱۹.۲۷	۲۰۲۱.۵۱	۵۹۵۲.۲۱	۵۶۹۶.۷۲	۲۲۳۵.۷۵
۳۴	شوشتر	۲۲۲۲.۸۵	۲۲۸۲.۲۰	۲۲۸۵.۸۶	۵۹۲۱.۲۱	۲۲۲۲.۹۲	۵۲۱۹.۵۱	۵۸۸۲.۰۰	۵۹۵۲.۰۳	۵۸۱۷.۰۸
۳۵	شیراز	۲۱۰۲.۲۲	۲۲۲۲.۹۲	۵۹۲۲.۲۲	۵۸۷۲.۱۲	۲۰۰۹.۸۲	۵۷۲۲.۸۵	۵۸۱۰.۹۲	۵۸۹۲.۰۸	۵۷۲۲.۰۱
۳۶	قبا	۲۲۰۲.۲۲	۲۵۰۲.۰۷	۲۱۱۰.۹۸	۲۰۰۲.۳۲	۲۵۷۰.۳۶	۵۲۸۲.۳۶	۲۷۲۱.۳۰	۷۲۲۲.۷۸	۲۲۲۲.۲۶
۳۷	قزوین	۲۲۸۷.۷۷	۲۲۲۲.۹۷	۲۱۷۷.۲۰	۲۲۸۲.۸۲	۲۲۲۲.۲۲	۲۱۹۲.۳۲	۵۸۷۹.۷۲	۲۱۲۰.۹۸	۵۲۲۲.۱۵
۳۸	قم	۷۵۷۸.۷۹	۷۲۲۰.۵۲	۷۵۱۲.۹۹	۲۲۵۲.۱۰	۲۷۰۲.۹۵	۲۵۹۷.۵۰	۲۲۲۲.۹۶	۲۸۲۲.۹۲	۲۲۸۸.۲۲
۳۹	کاشان	۲۲۸۲.۳۸	۷۲۸۱.۱۲	۲۲۲۲.۷۲	۵۸۱۷.۳۸	۲۰۳۵.۲۲	۵۵۸۹.۲۲	۵۷۹۰.۹۶	۵۹۰۰.۲۶	۵۲۸۱.۷۱
۴۰	کردستان	۵۸۲۹.۱۸	۲۱۲۸.۲۲	۵۵۱۱.۷۱	۵۲۲۹.۵۲	۵۹۲۲.۳۰	۵۲۱۷.۱۲	۵۲۵۱.۵۲	۵۷۹۲.۳۵	۵۵۰۰.۳۸
۴۱	کرمان	۲۲۲۲.۸۸	۲۲۲۲.۲۲	۲۵۷۵.۲۹	۲۱۸۰.۲۲	۲۲۲۲.۱۲	۲۱۳۲.۰۸	۲۲۹۸.۲۹	۲۲۲۵.۰۳	۲۲۲۹.۸۹
۴۲	کرمانشاه	۲۲۱۰.۳۹	۲۸۲۲.۲۱	۲۲۲۲.۰۹	۲۲۲۲.۲۲	۲۲۲۸.۰۲	۲۰۹۱.۲۲	۲۲۲۲.۲۲	۲۲۲۲.۲۲	۵۸۰۲.۷۲
۴۳	گواتش	۵۲۰۰.۳۲	۵۱۸۸.۰۲	۵۹۸۵.۹۷	۲۲۱۰.۹۲	۲۱۲۵.۳۵	۲۲۸۲.۲۲	۵۲۵۸.۲۱	۲۱۹۱.۵۲	۵۱۶۰.۱۲
۴۴	گلستان	۷۲۲۲.۸۲	۷۵۲۲.۰۱	۷۰۹۲.۷۶	۲۸۲۲.۹۵	۷۰۹۰.۱۲	۲۵۲۲.۳۸	۲۵۲۲.۵۲	۲۲۲۲.۰۵	۲۲۲۰.۱۰
۴۵	گناباد	۵۱۸۲.۹۹	۵۲۲۰.۲۶	۵۰۲۲.۲۰	۲۸۰۲.۵۰	۲۹۱۲.۲۲	۲۷۰۲.۲۲	۲۹۹۸.۲۰	۵۲۲۲.۳۸	۲۷۵۲.۹۹
۴۶	گیلان	۷۲۲۲.۸۹	۷۲۲۰.۰۲	۷۱۲۲.۳۹	۲۲۲۲.۱۸	۲۲۲۰.۰۹	۲۱۰۰.۳۹	۲۰۵۸.۰۸	۲۱۲۷.۷۵	۵۹۷۱.۵۷
۴۷	لارستان	۲۱۲۲.۵۲	۲۲۵۱.۸۲	۵۹۰۲.۵۲	۵۱۹۷.۵۲	۵۲۲۲.۲۱	۵۱۵۲.۲۵	۲۲۷۹.۲۱	۲۲۲۸.۱۷	۲۱۲۲.۷۹
۴۸	لرستان	۵۲۲۲.۸۲	۵۵۱۲.۰۲	۵۱۵۸.۵۲	۲۹۲۲.۵۲	۵۱۰۲.۰۹	۲۸۷۵.۰۷	۲۲۲۲.۹۹	۲۲۲۲.۵۲	۲۱۹۲.۳۱
۴۹	مراتنه	۲۲۲۰.۷۰	۲۲۲۲.۸۸	۵۹۹۹.۸۲	۲۲۷۸.۲۵	۲۵۰۷.۰۵	۲۲۵۷.۹۰	۲۲۵۵.۲۷	۲۲۷۵.۵۹	۲۰۳۲.۶۰
۵۰	مشهد	۲۲۹۵.۹۹	۲۲۲۰.۵۹	۲۱۲۲.۸۵	۲۱۸۰.۵۷	۲۲۲۲.۲۷	۲۱۲۲.۹۶	۲۵۱۲.۹۰	۲۲۸۲.۵۸	۲۲۲۱.۵۵
۵۱	تیشابور	۲۲۱۲.۲۰	۲۲۲۲.۸۸	۲۲۲۲.۲۰	۲۲۹۱.۸۲	۲۲۲۲.۵۵	۲۲۲۰.۹۲	۲۸۷۸.۱۰	۷۲۲۲.۸۲	۲۵۲۲.۰۷
۵۲	ممدان	۲۵۱۷.۰۲	۲۲۲۰.۱۵	۲۲۲۲.۰۰	۲۲۲۲.۳۸	۲۲۵۲.۲۷	۵۹۲۲.۰۲	۲۱۱۸.۵۲	۲۲۸۵.۲۲	۵۷۲۲.۵۰
۵۳	ماسوج	۲۲۵۲.۱۲	۲۸۰۲.۷۵	۲۷۰۲.۲۵	۲۲۸۰.۲۸	۲۵۲۲.۲۱	۲۱۵۲.۸۱	۲۵۲۲.۰۲	۲۲۱۲.۹۹	۲۹۲۸.۳۲
۵۴	یزد	۲۲۷۱.۹۲	۲۲۲۲.۲۰	۵۹۲۸.۲۰	۵۷۸۱.۲۲	۲۰۱۲.۸۷	۵۵۵۸.۳۸	۵۷۸۲.۱۸	۵۲۲۲.۹۸	۵۹۲۹.۲۲
۵۵	گتور	۲۲۲۰.۷۱	۲۷۰۵.۷۷	۵۸۰۸.۰۲	۵۹۱۱.۲۲	۲۲۲۸.۱۲	۵۲۰۷.۲۱	۵۸۲۸.۷۰	۲۰۳۵.۲۷	۵۲۱۲.۲۲

اهداف بیماری های غیرواگیر برای جمعیت ایران

الف) اهداف مشابه با اهداف سازمان جهانی بهداشت:

هدف ۱: ۲۵٪ کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت بیماری های مزمن ریوی

هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه

هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

هدف ۶: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا

هدف ۷: ثابت نگه داشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی

اهداف بیماری های غیرواگیر برای جمعیت ایران

(ب) اهداف متفاوت با اهداف سازمان جهانی بهداشت:

هدف ۳: ۲۰٪ (۱۰٪) کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی

هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ (۵۰٪) از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی

هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان Trans Fatty Acid در روغن ها و غذاهای فرآوری شده

اهداف اختصاصی ایران

هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری های روحی-روانی

نتایج مطالعات STEPS در کشور و در گیلان در سال ۹۵

- ۲۷٪ فشار خون بالا ($SBP > 140$ و / یا DBP بیش از ۹۰ جیوه).....در گیلان : زنان $< ۳۲,۸\%$ و مردان ۲۶%
- ۲۳٪ چاقی ($BMI > 30KG / M2$).....در گیلان : زنان $< ۳۵\%$ و مردان ۱۷%
- ۹,۵٪ دیابت.....در گیلان : زنان $< ۱۲,۷\%$ و مردان ۸%
- ۲۷٪ کلسترول بالا (سطح کلسترول < ۲۰۰ میلی گرم / دسی لیتر).....در گیلان : زنان ۳۰% و مردان $۲۲,۵\%$
- ۱۴٪ سیگار روزانه.....در گیلان : زنان کمتر از ۱% و مردان ۲۸%
- ۹۰,۲٪ عدم فعالیت فیزیکی (> ۶۰۰ MET-دقیقه / هفته).....در گیلان : زنان ۹۶% و مردان ۸۶%
- ۴۸,۵٪ رژیم غذایی ناسالم (خوردن کمتر از ۵ واحد خدمت ترکیبی از میوه ها و سبزیجات در روز).....در گیلان :
زنان ۵۵% و مردان ۵۰%

نتایج مطالعات STEPS در کشور و در گیلان در سال ۱۴۰۰

- ۳۲,۰۳٪ فشار خون بالا ($SBP > 140$ و / یا DBP بیش از ۹۰ جیوه).....در گیلان : ۴۳,۵۳٪
- ۲۴,۹۶٪ چاقی ($BMI > 30KG / M2$).....در گیلان : ۳۴,۴۲٪
- ۱۴,۱۵٪ دیابت.....در گیلان : ۱۸,۷۵٪
- ۳۰,۵۸٪ کلسترول بالا (سطح کلسترول < 200 میلی گرم / دسی لیتر).....در گیلان : ۴۱,۰۶٪
- ۹,۳۳٪ سیگار روزانه.....در گیلان : ۸,۹۸٪
- ۵۱,۳٪ فعالیت فیزیکی پایین.....در گیلان : ۴۵,۴٪
- ۶,۸۶٪ مصرف الکل.....در گیلان : ۱۰,۶۹٪







بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط

چهار بیماری غیر واگیر اصلی:

■ بیماری های قلبی عروقی

■ دیابت

■ سرطان

■ بیماری های مزمن تنفسی

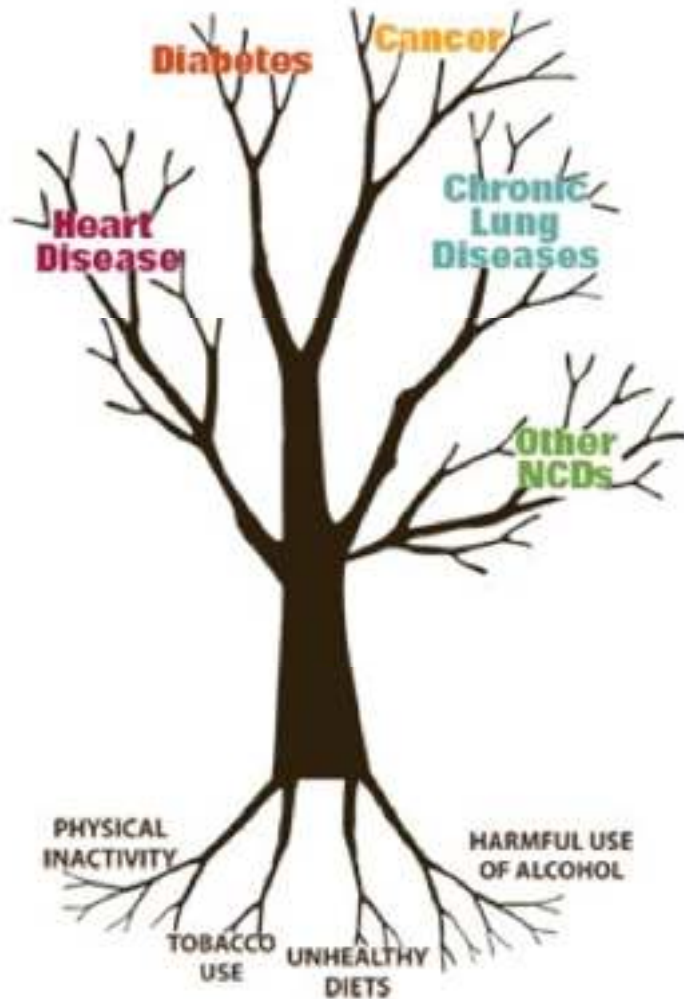
چهار عامل خطر رفتاری:

■ کم تحرکی

■ تغذیه ناسالم

■ مصرف دخانیات

■ مصرف الکل



۴ عامل خطر رفتاری

► مصرف دخانیات

► مصرف الکل

► تغذیه ناسالم

► تحرک بدنی ناکافی



۴ عامل خطر بیولوژیکی

▶ کلسترول

▶ اختلال قند خون

▶ فشار خون بالا

▶ چاقی



سازمان جهانی بهداشت

هدف اصلی:

- ✓ کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل زمینه ساز آن ها
- ✓ کاهش ۲۵٪ مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵

پیش بینی:

- ✓ در طول ۱۰ سال آینده، بیشترین افزایش در مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی، سرطان، بیماری های تنفسی و دیابت در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد.

مهمترین عامل مرگ و میر در دنیا و ایران:

- ✓ فشارخون بالا و سکته های قلبی و مغزی ناشی از آن

غربالگری بیماری های **دیابت** و **فشارخون بالا** از مسیر ارزیابی خطر ده ساله وقوع حوادث کشنده و غیرکشنده قلبی عروقی انجام می پذیرد.

تصمیم گیری درباره شروع مداخلات پیشگیرانه و درمان برای گروه های در معرض خطر بالا جهت پیشگیری از سکتة های قلبی و سکتة های مغزی باید بر اساس تخمین میزان خطر ده ساله وقوع سکتة های قلبی عروقی صورت گیرد.

مراقبت ادغام یافته دیابت و فشارخون بالا ، **اختلال چربی های خون** و **چاقی** و **خطرسنجی** در اولین سطح ارائه خدمت انجام می شود.



خطر سنجی سگته های قلبی عروقی بعنوان نقطه شروع غربالگری

گروه هدف در این برنامه:

افراد با سن ۳۰ سال و بالاتر دارای یکی از عوامل خطر زیر (بدون سابقه بیماری قلبی):

- ✓ ابتلا به دیابت و یا فشار خون بالا
- ✓ افراد با دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتی متر (در زنان و مردان)
- ✓ مصرف دخانیات (سیگار/ قلیان/ چپق/ ...) (اگر کمتر از یک سال است که دخانیات را ترک نموده، کماکان به عنوان مصرف کننده دخانیات محسوب می شود.)
- ✓ مصرف الکل (به هر میزان و حتی یک بار) طی ۳ ماه گذشته
- ✓ سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر)
- ✓ سابقه حوادث قلبی عروقی زودرس (در زنان کم تر از ۶۵ سال و در مردان کم تر از ۵۵ سال) در افراد درجه یک خانواده
- ✓ سابقه نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده (سابقه انجام دیالیز)

سن ۴۰ سال و بیشتر

سابقه بیماری های قلبی عروقی

ابتدا مبتلایان به بیماری های قلبی-عروقی شناسایی میشوند.

آیا فرد بیماری های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک یا سابقه سکته قلبی یا سکته مغزی یا مداخلات جراحی و یا بیماری عروق محیطی دارد؟

اگر فرد دارای سابقه بیماری قلبی عروقی باشد به عنوان فرد در معرض خطر بسیار زیاد حوادث قلبی عروقی (خطر بیش از ۳۰٪) در نظر گرفته شده و به پزشک ارجاع غیرفوری داده می شود.

برای این افراد ارزیابی خطر انجام نمی شود.



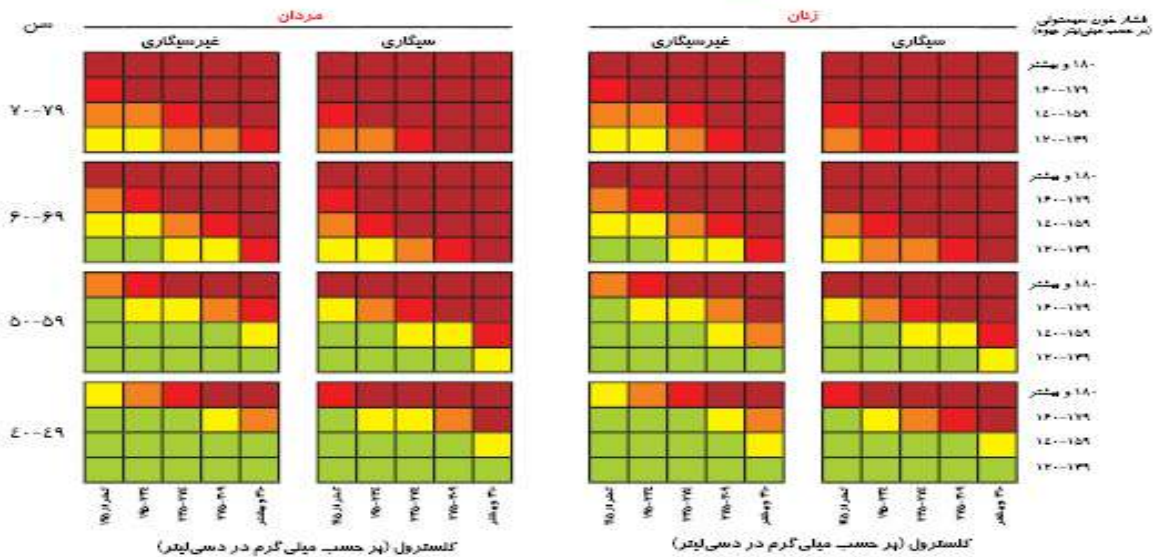
اندازه گیری فشارخون، قند و کلسترول

- ❖ افراد ۳۰ تا ۴۰ سال بدون عامل خطر (از جمله فشارخون بالا) هر سه سال بررسی میشوند.
- ❖ برای افرادی که حداقل یک عامل خطر دارند، قند و کلسترول و فشار خون اندازه گیری میشود و BMI محاسبه میگردد.
- ❖ خطر احتمال ده ساله بروز حوادث کشنده و غیر کشنده قلبی عروقی با استفاده از چارت خطرسنجی WHO محاسبه میگردد.
- ❖ میزان فشارخون سیستولیک، کلسترول، ابتلا یا عدم ابتلا به دیابت، استعمال دخانیات، سن و جنس برای محاسبه خطر مورد نیاز است.

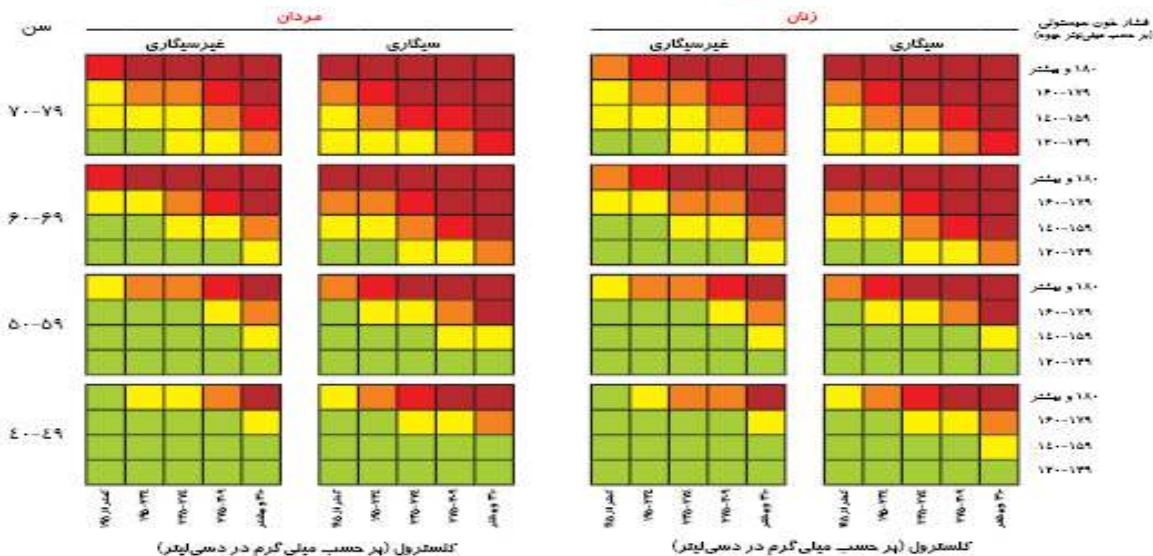


نمودار خطر سنجی: احتمال بروز سکته های کشنده و غیر کشنده قلبی - عروقی طی ۱۰ سال آینده

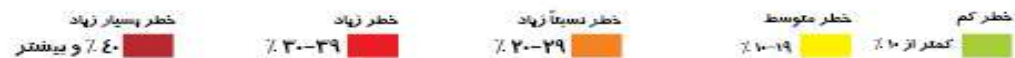
نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



خطر رویداد قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده (%)

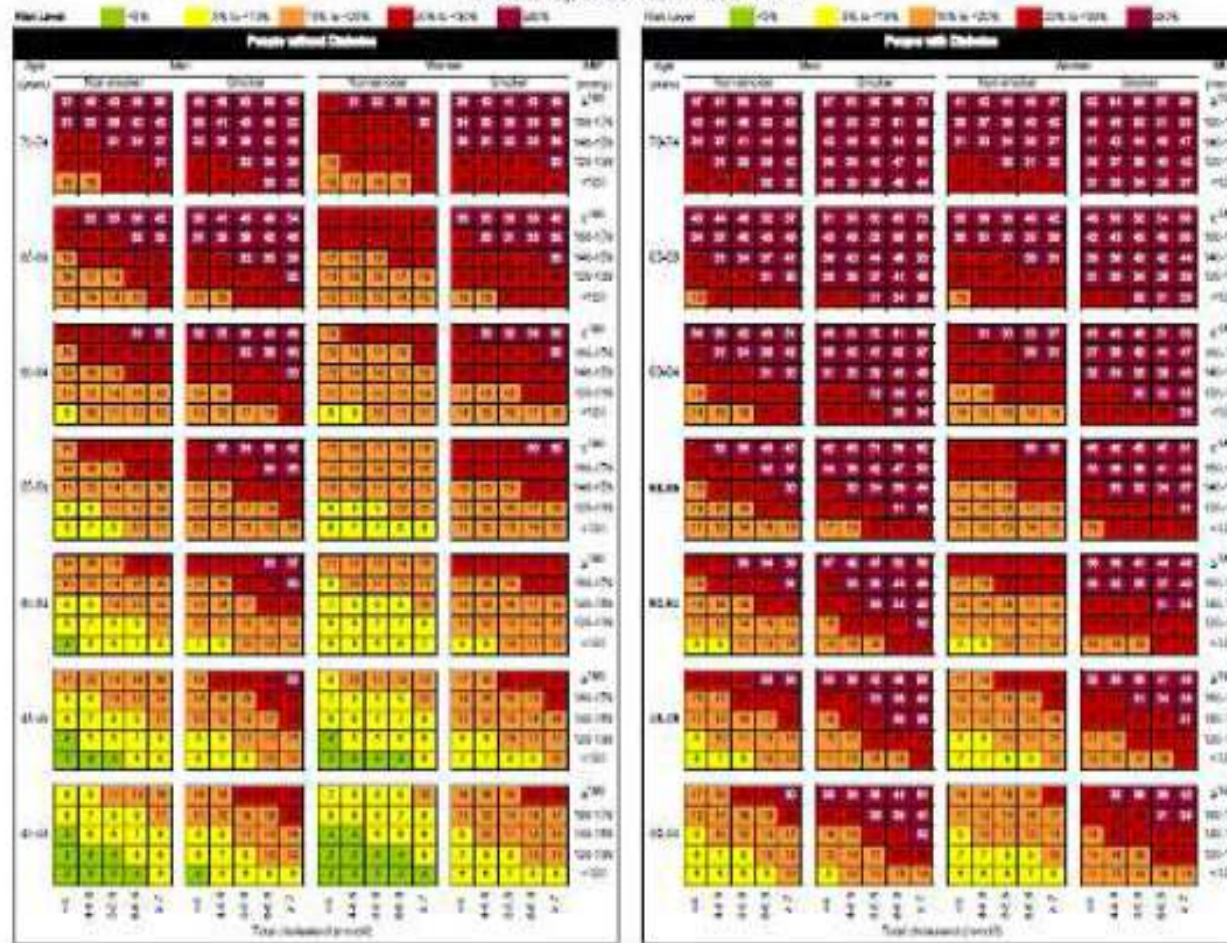


چارت های جدید تعیین خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی

WHO cardiovascular disease risk laboratory-based charts

North Africa and Middle East

Algeria, Bahrain, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, occupied Palestinian territory, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, Turkey, United Arab Emirates, Yemen



North Africa and Middle East



مراحل استفاده از چارت

گام ۱: اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده می شود.

گام ۲: بر اساس جنسیت فرد، ستون مرد یا زن انتخاب می شود.

گام ۳: هر یک از ستونهای مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای افراد مصرف کننده دخانیات و دیگری برای افرادی که دخانیات مصرف نمی کنند، ستون مناسب انتخاب می شود.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی انتخاب می شود (برای مثال اگر سن ۵۰ سال باشد، گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال انتخاب می شود)

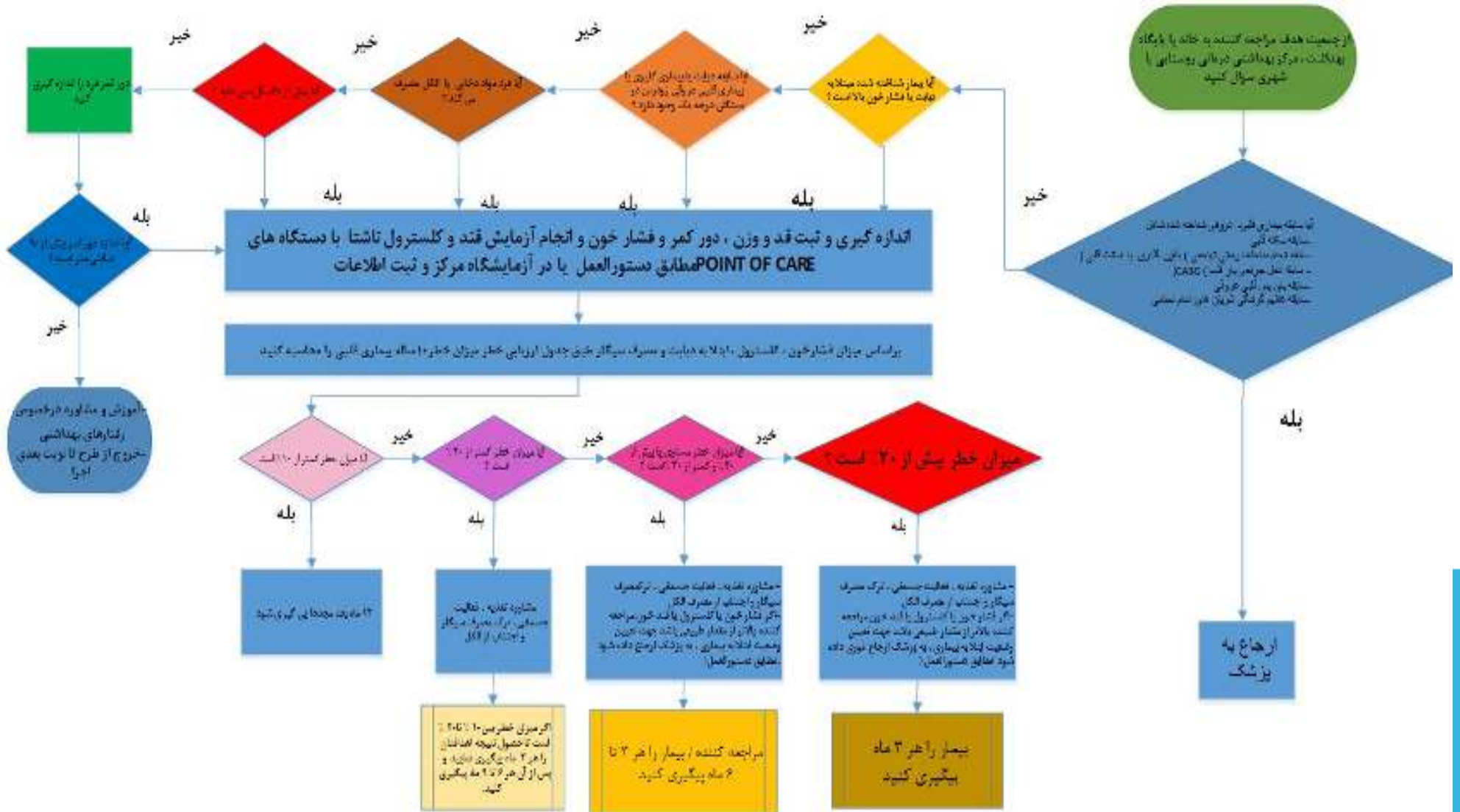
- نکته: برای ارزیابی افراد ۳۰ تا ۴۰ سال از گروه سنی ۴۹ الی ۴۰ سال استفاده می شود.

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه گیری کلسترول و فشارخون که در ارزیابی بدست آمده است، مربعی که فشارخون سیستولی و سطح کلسترول تام یکدیگر را قطع میکنند را مشخص کرده رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله قلبی عروقی را مشخص میکند.

گام ۶: فعالیتهای پیشنهاد شده به ازای هر میزان خطر، در مورد هر یک از گروههای خطر انجام شود.



چارت اجرایی کنترل ۴ بیماری غیر واگیر و ۴ عامل خطر بر اساس «ایران»



تفسیر نتیجه خطر سنجی

بر اساس مدل WHO میزان خطر بصورت کیفی محاسبه میشود:

کمتر از ۱۰ درصد = خطر کم

۱۰ تا ۱۹ درصد = خطر متوسط

۲۰ تا ۲۹ درصد = خطر زیاد

۳۰ درصد و بالاتر = خطر خیلی زیاد





کارت ارزیابی سلامت

شماره پرونده: _____
تاریخ ارزیابی: _____

نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____
تاریخ مراجعه به کلینیک: _____

نام: _____
کد ملی: _____
تاریخ ارزیابی: _____

- 1- آهسته آهسته تورم اندامها
- 2- تورم اندامها در حالت افقی
- 3- تورم اندامها در حالت عمودی
- 4- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی
- 5- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده
- 6- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده و در حالت خواب
- 7- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده
- 8- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده
- 9- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده
- 10- تورم اندامها در حالت افقی و عمودی و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده و در حالت خواب و در حالت ایستاده

سلامت

شماره پرونده: _____
تاریخ ارزیابی: _____

نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____
تاریخ مراجعه به کلینیک: _____

نوع بیماری:

- 1- دیابت
- 2- قلبی عروقی
- 3- سرطان
- 4- سوزش تنفسی

عوامل خطر:

- 1- چاقی
- 2- فشارخون
- 3- دیابت
- 4- سابقه خانوادگی
- 5- سیگار
- 6- الکل

سلامت

شماره پرونده: _____
تاریخ ارزیابی: _____

نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____
تاریخ مراجعه به کلینیک: _____

نوع بیماری:

- 1- دیابت
- 2- قلبی عروقی
- 3- سرطان
- 4- سوزش تنفسی

عوامل خطر:

- 1- چاقی
- 2- فشارخون
- 3- دیابت
- 4- سابقه خانوادگی
- 5- سیگار
- 6- الکل



موفق با انتخاب سبک زندگی سالم
و در جهت حفظ سلامتی خویش این راه را ادامه خواهیم داد.

پیگیری و مراقبت افراد بر اساس نتایج خطر سنجی

در افراد ۳۰ تا ۴۰ سال بدون عامل خطر :

✓ تکرار خطر سنجی هر **سه سال**

در افراد با خطر کمتر از ۱۰ درصد :

✓ آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایی سالم و پیگیری مطابق با دستورالعمل تغذیه، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل)

✓ توصیه به مراجعه و ارزیابی مجدد **یک سال** بعد

در افراد با خطر بین ۱۰ تا ۲۰ درصد :

✓ آموزش و پیگیری هر سه ماه تا رسیدن به اهداف آموزشی

✓ تکرار خطر سنجی هر **۹ ماه**



پیگیری و مراقبت افراد بر اساس نتایج خطر سنجی

افراد با خطر بین ۲۰ تا ۳۰ درصد:

✓ارجاع به پزشک

✓تکرار خطر سنجی هر ۶ ماه

✓پیگیری اجرای دستورات پزشک

✓مشاوره تغذیه

افراد با خطر ۳۰ درصد یا بیشتر:

✓ارجاع به پزشک

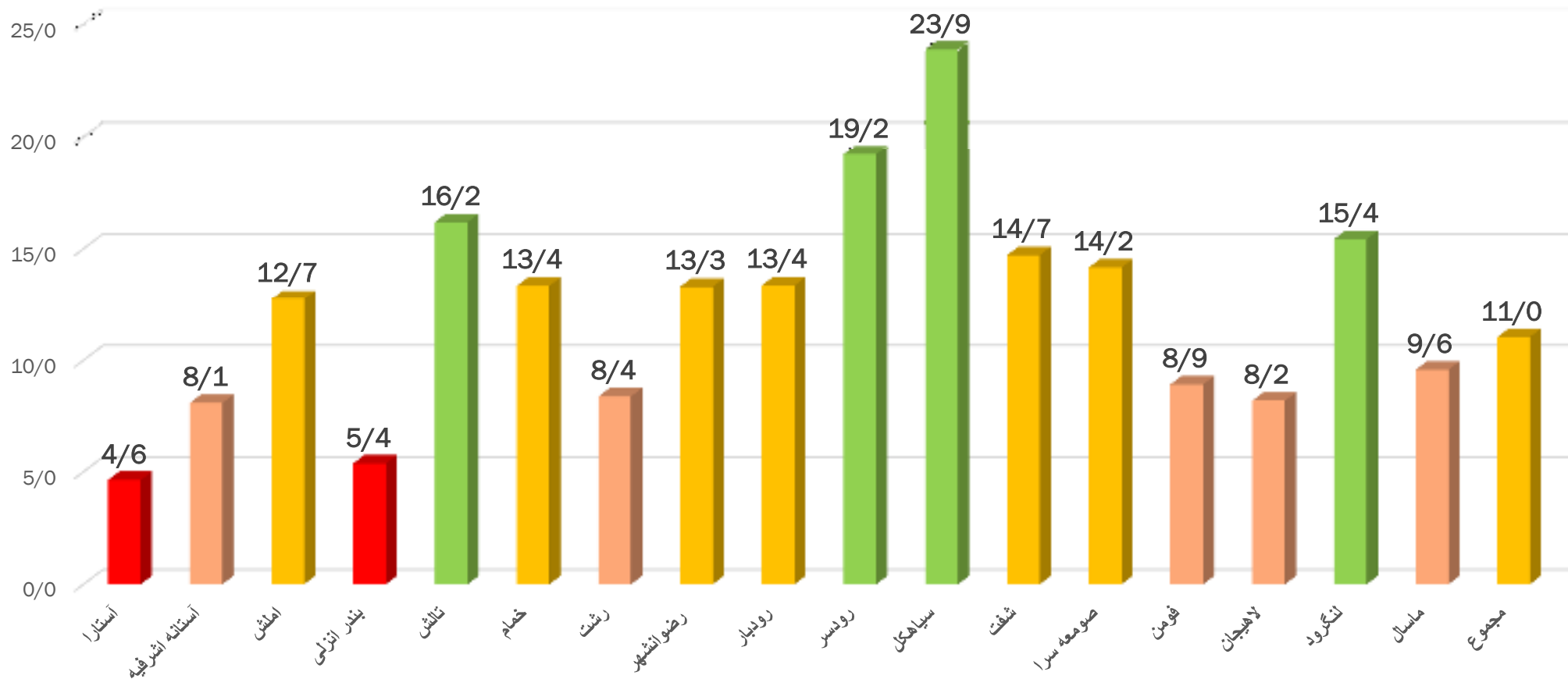
✓خطر سنجی هر سه ماه

✓مشاوره تغذیه

✓در صورت عدم کاهش میزان خطر با اقدامات فوق و پیگیری

دستورات پزشک پس از ۶ ماه ، ارجاع به پزشک سطح ۲

درصد انجام خطر سنجی قلبی عروقی به تفکیک شهرستان از ابتدای سال تا پایان ۲۶ شهریور ۱۴۰۱



نکات کلیدی در اجرای برنامه:

اقدام برای افراد بالای ۳۰ سال

خطر سنجی ده ساله حوادث قلبی عروقی کشنده و غیر کشنده

■ تجویز داروی **استاتین** برای افراد

۱. با احتمال خطر بیش از ۳۰ درصد

۲. دیابتی با سن بالای ۴۰ سال

■ تجویز داروی **آسپیرین** برای افراد با سابقه

۱. سکته های قلبی

۲. سکته های مغزی غیر خونریز (ایسکمیک)

■ تجویز داروی فشارخون برای افراد با فشارخون بالا

پیگیری دقیق تجویز و مصرف دارو توسط بهورزان و مراقبین سلامت

یک نشانه مهم موفقیت برنامه: **میزان کاهش درصد خطر** افراد در مراقبت های بعدی



پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

- افرادی که میانگین فشارخون آنان مساوی ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ باشد به عنوان «پیش فشارخون بالا» در نظر گرفته می‌شوند و ضمن آموزش اصلاح شیوه زندگی، فرد سالانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

هدف مهم پس از تعیین خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی سعی در کاهش میزان خطر است. این مهم با آموزش شیوه صحیح زندگی و در صورت لزوم تجویز دارو حاصل می‌شود.

برای کلیه افراد با هر میزان خطر سکته‌های قلبی و مغزی، ارزیابی الگوی تغذیه‌ای انجام شود و با توجه به نوع مشکل در الگوی غذایی، آموزش تغذیه در موارد مشکل دار به فرد ارائه شود و بر اساس سه شاخص نمایه توده بدنی و امتیاز کسب شده و دور کمر، به پزشک / کارشناس تغذیه مطابق جدول مربوطه ارجاع شود.



پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

برای بیماران و افراد در معرض خطر فرم مراقبت بیماری و فرم پیگیری بیماران، به شرح ذیل، تشکیل می شود یا در نرم افزار ثبت گردد:

- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون و دیابت هر ماه توسط بهورز / مراقب سلامت و هر ۳ ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربی های خون و چاقی هر ۳ ماه توسط بهورز / مراقب سلامت و هر ۶ ماه توسط پزشک انجام می گیرد.



آموزش و مشاوره در خصوص رفتارهای بهداشتی

- فعالیت بدنی منظم و کنترل وزن
- رژیم غذایی سالم
- ترک مصرف دخانیات و الکل
- رعایت دستورات و پیگیری منظم درمان

فعالیت بدنی منظم و کنترل وزن

افزایش فعالیت بدنی به تدریج تا سطوح متوسط (مانند پیاده روی سریع) حداقل ۵ روز در هفته روزانه ۳۰ دقیقه

کنترل وزن بدن و جلوگیری از اضافه وزن با کاهش مصرف مواد غذایی با کالری بالا و داشتن فعالیت بدنی کافی و رژیم غذایی سالم

رژیم غذایی سالم

نمک (سدیم کلراید)

✓ محدود کردن مصرف نمک به کمتر از ۵ گرم در روز (یک

قاشق چای خوری)

✓ کاهش مصرف نمک هنگام پخت و پز، محدود کردن مصرف

غذاهای فرآوری شده و فست فودها

میوه و سبزی

✓ پنج واحد (۴۰۰-۵۰۰ گرم) میوه و سبزی در روز

✓ یک واحد معادل یک عدد پرتقال، سیب، انبه، موز یا سه

قاشق سوپ خوری سبزیجات پخته

رژیم غذایی سالم

غذای چرب

- ✓ محدود کردن مصرف گوشت چرب، چربی لبنیات و روغن پخت و پز (کمتر از دو قاشق سوپ خوری در روز)
- ✓ جایگزین کردن روغن پالم و روغن نارگیل با روغن زیتون، سویا، ذرت، کلزا یا آفتاب گردان
- ✓ جایگزین کردن گوشت های دیگر با گوشت سفید (بدون پوست)

ماهی

- ✓ خوردن ماهی حداقل سه بار در هفته، ترجیحاً ماهی روغنی مانند ماهی تن، ماهی سالمون

ترک مصرف دخانیات

- تشویق همه غیر سیگاری ها به هرگز سیگار نکشیدن
- توصیه قوی به همه سیگاری ها به توقف مصرف سیگار و حمایت از تلاش آنها در این امر
- توصیه به ترک به افرادی که اشکال دیگری از دخانیات را مصرف می کنند

شرح وظایف پزشک در برنامه ایراپن (خدمات نوین سلامت)

- تأیید وضعیت ابتلا به بیماری های فشار خون بالا و دیابت و چربی خون بالا در کسانی که نتیجه اندازه گیری فشارخون یا آزمایش قند و کلسترول غیرطبیعی دارند.
- درمان غیر دارویی و دارویی بیماران و پیگیری مصرف منظم و دائمی داروها و توصیه و پیگیری انجام فعالیت بدنی
- آموزش بیماران به منظور کاهش میزان خطر قلبی عروقی
- تجویز آسپیرین، برای بیمارانی که سابقه سکته قلبی و مغزی ایسکمیک دارند و تأکید بر مصرف منظم و پیوسته دارو توسط بیمار
- تجویز داروی مناسب کاهنده فشارخون برای افراد با خطر ۲۰٪ و بالاتر که فشارخون پایدار مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ دارند و تأکید بر مصرف منظم و پیوسته دارو توسط بیمار
- تجویز استاتین برای افراد با خطر ۳۰٪ و بالاتر و تأکید بر مصرف منظم و پیوسته دارو توسط بیمار



گزارش وضعیت بیماری دیابت در کشور (steps 2020)

کل	روستایی	شهری	زن	مرد	STEPS 2020	
۱۴.۱۵	۱۰.۹۶	۱۵.۱۹	۱۴.۷۱	۱۳.۴۴	FBS	شیوع دیابت
۱۷.۵۲	۱۴.۲۹	۱۸.۵۸	۱۸.۳۵	۱۶.۴۸	HbA1c	
۲۴.۷۹	۲۲.۸۵	۲۵.۴۲	۲۳.۵۴	۲۶.۳۵	FBS	شیوع پره دیابت
۳۹.۳۴	۴۳.۲	۳۸.۰۸	۳۷.۵۵	۴۱.۶	HbA1c	
۷۳.۲۹	۷۰.۶۲	۷۳.۹۳	۷۶.۴۴	۶۸.۹۸	آگاهی از بیماری دیابت	
۶۵.۰۵	۶۲.۷۷	۶۵.۵۹	۶۸.۴۳	۶۰.۴۲	پوشش درمان دیابت	
۳۱.۰۶	۲۶.۳۷	۳۲.۱۲	۳۲.۸۶	۲۸.۲۶	درمان موثر دیابت (کنترل مطلوب FBS با مصرف دارو)	
۲۷.۳۶	۲۴.۵۵	۲۷.۹۹	۲۸.۵۲	۲۵.۵۵	پوشش موثر بر اساس HbA1c	

گزارش مقایسه وضعیت بیماری دیابت در سالهای ۲۰۱۵ و ۲۰۲۰

۲۰۲۰	۲۰۱۵	مقایسه steps سال 2020 و 2015	
۱۴.۱۵	۱۰.۸۵	FBS	شیوع دیابت
۱۷.۵۲	۱۱.۹۲	HbA1c	
۲۴.۷۹	۱۸.۱۱	FBS	شیوع پره دیابت
۳۹.۳۴	۲۲.۸۱	HbA1c	
۷۳.۲۹	۷۴.۶۳	آگاهی از بیماری دیابت	
۶۵.۰۵	۵۶.۸۷	پوشش درمان دیابت	
۳۱.۰۶	۳۵.۹۸	درمان موثر دیابت (کنترل مطلوب FBS با مصرف دارو)	
۲۷.۳۶		پوشش موثر بر اساس HbA1c	

STEPS SURVEY Reports 2015 & 2020

Diabetes based on FPG – ALL Ages

Diabetes based on FPG - ALL		
PROVINCE	steps 2015	steps 2020
Mazandaran	12.94	19.84
Khuzestan	14.01	18.95
Gilan	12.94	18.75
Yazd	16.2	18.06
Tehran	12.8	16.25
Markazi	11.31	14.63
Semnan	16.14	14.55
Qom		14.54
Fars	9.95	14.53
Ardabil	9.39	14.22
National	10.85	14.15
Qazvin	6.78	13.94
Sistan and Baluchistan	8.64	13.8
Bushehr	9.26	13.79
Isfahan	11.69	13.68
Lorestan	7.8	13.61
Kurdistan	8.91	13.38
Golestan	13.64	13.25
Alborz	13.2	13.21
Khorasan, Razavi	9.42	12.69
Hormozgan	7.65	12.09
Khorasan, South	4.88	11.88
Zanjan	7.15	11.72
Azerbaijan, West	10.17	11.7
Kerman	11.53	11.48
Ilam	7.61	11.04
Hamadan	7.06	10.04
Khorasan, North	5.56	9.61
Azerbaijan, East	8.78	9.56
Chahar Mahaal and Bakhtiari	8.41	9.36
Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad	6.02	9.03
Kermanshah	12.44	8.37

بیشترین و کمترین شیوع دیابت (steps 2020)

مازندران : ۱۹,۸۴
 کرمانشاه : ۸,۳۷
 ملی : ۱۴,۱۵

بیشترین و کمترین شیوع دیابت (steps 2015)

یزد : ۱۶,۲
 بیرجند : ۴,۸۸
 ملی : ۱۰,۸۵

خدمات مراقبت دیابت

ارزیابی اولیه بیماری دیابت از طریق خدمت خطرسنجی انجام میشود و در ادامه جهت بررسی های بیشتر در قسمت ویزیت پزشک پیگیری شده و در نهایت پس از تشخیص قطعی در قسمت ثبت وقایع، ثبت بیماری توسط پزشک انجام خواهد شد. پس از آن در مراجعات بعدی بیمار، می بایست خدمات مراقبت دیابت به صورت ماهانه توسط مراقب سلامت/بهورز و به صورت سه ماه توسط پزشک ارایه شود.

۱. مراقبت ماهانه فرد مبتلا به دیابت (غیرپزشک) : کد خدمت ۸۳۲۶

۲. مراقبت افراد پره دیابتیک (غیرپزشک) : کد ۸۳۲۷

۳. مراقبت سه ماهه فرد مبتلا به دیابت (پزشک) : کد ۸۳۵۴

خدمات تشخیص و مراقبت فشارخون بالا

خدمات فعلی فشارخون بالا با کدهای ۷۱۷۹ و ۷۹۷۴ و ۸۰۴۷ که در حال حاضر در سامانه موجود می باشد به دلیل اصلاحات کلی به زودی با خدمات جدید فشارخون بالا به شرح ذیل جایگزین می گردد:

۱. تشخیص فشارخون بالا- پزشک (نوبت اول) : کد ۸۵۲۱

به تمامی افرادی که از مسیر ارجاع از خدمت خطرسنجی در طبقه بندی «مشکوک به فشارخون بالا» لحاظ شده اند و یا با علائم فشارخون بالا بدون وجود سابقه، مراجعه مستقیم به پزشک داشته اند، رایه میشود.

۲. تشخیص فشارخون بالا- پزشک (موارد مشکوک از نوبت اول) : کد ۸۵۲۰

خدمت تشخیص قطعی فشارخون بالا (موارد مشکوک از نوبت اول) (کد ۸۵۲۰) فقط به افرادی که در خدمت تشخیص فشارخون بالا (نوبت اول) دارای فشارخون ۹۰/۱۴۰ تا ۱۰۰/۱۶۰ بودند (مشکوک به فشارخون بالا) رایه میشود.

۳. مراقبت بیمار مبتلا به فشارخون بالا- پزشک: کد ۸۵۲۲

در صورت رسیدن به تشخیص فشارخون بالا برای فرد و ثبت کد بیماری توسط پزشک، برای مراجعات بعدی بیمار، خدمت مراقبت فشارخون بالا (کد ۸۵۲۲) به صورت سه ماهه توسط پزشک رایه می گردد.

۴. مراقبت بیمار مبتلا به فشارخون بالا- غیر پزشک: کد ۸۵۲۸

در صورت رسیدن به تشخیص فشارخون بالا برای فرد و ثبت کد بیماری توسط پزشک، به تمامی افراد مبتلا به فشارخون بالا به صورت ماهانه می بایست رایه شود.

کدهای ثبت بیماری

ICD10 Code	بیماری
E10	دیابت تیپ یک
E11	دیابت تیپ دو
O24	دیابت بارداری
R73.03	پره دیابت
I10	فشار خون اولیه
I15	فشار خون ثانویه
E78	اختلال چربی خون
E66	چاقی

مسیرهای گزارش گیری

- **گزارش های دوره ای (نقش پزشک و مراقب سلامت/بهورز و کاربر ستاد دانشگاه)**

این گزارش بر اساس کد ملی تکرارگیری شده است.

- **گزارش تشخیص ها (نقش پزشک و مراقب سلامت/بهورز و کاربر ستاد دانشگاه)**

این گزارش به تعداد دفعات ارایه خدمت دارای تکرار است. جزییات طبقه بندی های موجود در خدمت از طریق آن قابل مشاهده است. مسیر دسترسی به آن در نقش کاربر ستاد دانشگاه از قسمت خدمات- گزارش مراقبت ها- گزارش تشخیص ها است و در نقش پزشک و مراقب سلامت/بهورز از قسمت گزارش ها- گزارش مراقبت ها است.

- **گزارش فعالیت کاربران (کاربر ستاد دانشگاه)**

این گزارش برای مقایسه تعداد تکرار خدمت و تعداد نفرات گیرنده خدمت مناسب می باشد.

- **ساخت گزارش افراد تحت پوشش (نقش پزشک و مراقب سلامت/بهورز و کاربر ستاد دانشگاه)**

این گزارش برای ساخت گزارش لیست بیماران مناسب می باشد. با این تفاوت که کاربر ستاد به نام و مشخصات فرد دسترسی ندارد.

- **ماژول گزارش ساز**

این گزارش بر اساس کد ملی تکرارگیری شده است.

شماره	شرح مصوبه	مسئول اجرا	زمان اجرا
۱	مقرر گردید آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول تام برای افراد ۳۰ سال و بالاتر هر سال فقط یکبار بمنظور انجام خطر سنجی قلبی عروقی در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) با هر نوع بیمه بصورت رایگان انجام شود	گسترش	از اول مهر ۱۴۰۱
۲	مقرر گردید آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول تام برای افراد ۳۰ سال و بالاتر هر سال فقط یکبار بمنظور انجام خطر سنجی قلبی عروقی در جمعیت ۵۰ هزار نفری پایلوت ابراین انزلی بصورت رایگان انجام شود	گسترش	از اول مهر ۱۴۰۱
۳	مقرر گردید آزمایش غربالگری نوزادان برای بیماریهای پی کی یو و هیپوتیروئیدی نوزادان در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) با هر نوع بیمه بصورت رایگان انجام شود	گسترش	از اول مهر ۱۴۰۱



شرح وظایف پزشک در برنامه ایراین (خدمات نوین سلامت)

- ارجاع بیماران با خطر قلبی عروقی بیش از ۳۰٪ که علی رغم توصیه های آموزشی و دارویی پس از ۶ ماه کماکان بیش از ۳۰ درصد در معرض خطر هستند، به سطوح تخصصی
- کنترل نمایه توده بدنی و دور کمر (چاقی شکمی)
- ارائه توصیه های کلی تغذیه ای به بیمار، متناسب با بیماری
- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت مشاوره و دریافت رژیم غذایی مناسب
- پیگیری موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه
- ارجاع به سطوح تخصصی در موارد عدم نتیجه گیری مطلوب کارشناس تغذیه پس از ۳ دوره مراقبت



ترک مصرف الکل

توصیه به عدم مصرف الکل به دلیل مضرات آن مخصوصاً در زمانی که احتمال خطرات افزوده وجود دارد مانند:

- رانندگی یا کار با ماشین آلات
- بارداری یا شیردهی
- مصرف داروهایی که با الکل اثر متقابل دارد
- داشتن شرایط پزشکی که الکل آن را وخیم تر می سازد
- عدم توانایی در کنترل میزان مصرف مشروبات الکلی

Use of 2ndary CVD prevention therapy in Iran after hospital discharge

- ▣ Antihypertensive use 65%
- ▣ Lipid-lowering use 30%
- ▣ Antiplatelet use 50%

رعایت دستورات و پیگیری منظم درمان

اگر دارویی برای بیمار تجویز شده است:

- آموزش به بیمار در مورد چگونگی مصرف آن در منزل
- توضیح دادن تفاوت بین داروهای کنترل بلند مدت (به عنوان مثال فشارخون) و داروهایی برای تسکین سریع (به عنوان مثال خس خس سینه)
- بیان دلیل تجویز دارو / داروها به بیمار
- نشان دادن مقدار (dose) مناسب دارو به بیمار
- توضیح دادن تعداد دفعات مصرف دارو در روز



رعایت دستورات و پیگیری منظم درمان

توضیح دادن در خصوص برچسب و بسته بندی قرص ها
■ بررسی درک بیمار از مصرف داروی تجویز شده قبل از اینکه
بیمار مرکز سلامت را ترک کند

توضیح اهمیت:

- ✓ نگهداری ذخیره کافی از داروها
- ✓ ادامه مصرف داروهای تجویز شده به طور منظم حتی اگر هیچ علامتی وجود ندارد
- ✓ مراقبت ممتد و مراجعه منظم در زمان مراقبت های بعدی



خلاصه پروتکل درمانی بیماری های قلبی عروقی، فشار خون بالا، دیابت و دیس لیپیدمی

- جهت افرادی که سابقه سکته قلبی یا سکته ایسکمیک مغزی داشته اند و همچنین برای افرادی که **مساوی یا بیش از ۲۰٪** در معرض خطر وقوع سکته قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده در ده سال آینده هستند، درمان دارویی باید انجام شود:
- ✓ تجویز اسید استیل سالیسیلیک ASA (روزانه ۸۰ میلی گرم) برای افرادی که سابقه سکته قلبی دارند
- ✓ تجویز ضد انعقاد برای مبتلایان به تنگی دریچه میترا و فیبریلاسیون دهلیزی
- ✓ تجویز اسید استیل سالیسیلیک ASA با دوز پایین برای سکته ایسکمیک مغزی
- برای افراد با میزان **خطر ۳۰٪ و بالاتر:**
- ✓ تجویز داروی کاهنده چربی خون همچون استاتین
- ✓ تجویز داروهای کاهنده فشارخون، مانند تیازیدها (در افرادی که فشارخون پایدار مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ دارند)



درمان و کنترل فشار خون بالا

□ در افرادی که **مساوی یا بیش از ۲۰ درصد** در معرض خطر ده ساله حملات قلبی و مغزی هستند و فشارخون پایدار مساوی یا بیش از **۱۴۰ روی ۹۰** سیستولیک دارند، داروهای کاهنده فشارخون تجویز می شود.

□ داروهای اصلی شامل موارد ذیل می باشد: داروهای مدر (تیازیدی)، بلوک کننده های کانال کلسیمی (CCB)، بلوک کننده های گیرنده آنژیوتانسین (ARB)، مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)

✓ جهت کمک به کنترل فشار خون بالا آموزش تغذیه مناسب داده می شود.

✓ جهت دریافت رژیم غذایی درمانی به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود.





درمان دارویی بیماران فشارخون بالا همراه با سکته قلبی و مغزی حاد طی ۷۲ ساعت اخیر

سکته مغزی حاد از نوع ایسکمیک:

- در صورتی که فشار سیستولیک بالای ۲۲۰ و فشار دیاستولیک بالای ۱۲۰ باشد ظرف ۲۴ ساعت این فشار کاهش داده شود.
- ۲۰٪ کاهش فشارخون ظرف ۲ ساعت و ۸۰٪ آن ظرف شش ساعت باشد.
- هدف رسیدن به فشارخون ۱۶۰ سیستولیک و ۱۰۰ دیاستولیک می باشد.
- از پایین آوردن سریع فشار خون اجتناب گردد.

ایسکمی مغزی گذرا TIA:

- هدف رساندن فشار خون به کمتر از ۱۴۰/۹۰ است.
- ترکیبی از مهارکننده های آنژیوتانسین و دیورتیک استفاده می شود.

درمان فشار خون بالا در بیماران با STEMI و NSTEMI:

- از بتابلوکر و ACEI و ARB استفاده می شود.
- منع مصرف بتابلوکر بدون نارسایی قلبی..... کلسیم بلوکر طولانی اثر دی هیدرو پیریدینی
- منع مصرف بتابلوکر با نارسایی قلبی..... کلسیم بلوکر طولانی اثر

درمان فشارخون در بیماران با هیپرتروفی بطن چپ:

- از ACEI و ARB و دیورتیک تiazیدی و بتابلوکر استفاده می شود.
- وازودیلاتورها و هیدرالازین و مینوکسیدیل هیپرتروفی بطن چپ را افزایش میدهد.



درمان فشارخون بالا در بیماران مزمن کلیوی بدون ابتلا به دیابت:

- از ARB و ACEI استفاده می شود. از تیازید نیز می توان استفاده کرد.
- اگر نسبت آلبومین به کراتی نین بیش از ۳۰ میلی گرم بر میلی مول یا پروتئین ادرار بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت باشد از ARB و ACEI نمی توان استفاده کرد.
- در زمان استفاده از ARB و ACEI باید کراتی نین سرم و پتاسیم به دقت پیگیری شود.

فشارخون بالای سیستولیک ایزوله بدون عامل خطر و بیماری های همراه:

- هدف فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ در افراد کمتر از ۶۰ و فشار کمتر از ۱۵۰/۹۰ در افراد بالاتر از ۶۰ سال
- درمان شامل : اصلاح شیوه زندگی، تیازیدها، ARB و کلسیم بلوکرهای دی هیدروپیریدینی طولانی اثر مثل آملودیپین
- اگر فشارخون بالا با دو یا سه دارو کنترل نشود یا عارضه دارویی داشتیم از گروه های دیگر دارویی دیگر مثل ACEI یا آلفابلوکرها یا داروهایی که روی سیستم مرکزی اثر می گذارند یا کلسیم بلوکرهای غیردی هیدروپیریدینی استفاده می شود.



درمان فشارخون بالا در بیمار مبتلا به ایسکمی قلبی:

- آنژین پایدار و فشارخون بالا..... بتابلوکر و کلسیم بلوکر های طولانی اثر
- بیماری عروق کرونر ثابت شده ACEI.....
- در استفاده همزمان و توام از بتابلوکر و کلسیم بلوکرهای غیردی هیدروپیریدینی باید محتاط بود.
- در اختلال فانکشن سیستول بطن چپ باید از مصرف کلسیم بلوکرهای غیر دی هیدروپیریدینی خودداری شود (مثل دیلتیازم و وراپامیل)
- درمان دو دارویی با ACEI و ARB در غیاب نارسایی قلب مقاوم به درمان توصیه نمی شود.
- ترکیبی از ACEI و کلسیم بلوکر ترجیح دارد.
- از مصرف نیفدیپین کوتاه اثر باید اجتناب کرد.
- افراد با خطر پایین (Low risk)، که عوامل خطر در آن ها بخوبی کنترل شده است، از درمان با ACEI سود نمی برند.



درمان فشارخون بالا در بیماران با اختلال عملکرد سیستولیک بطن چپ:

- از ACEI و بتابلوکرها استفاده کنید و در صورت حساسیت به ACEI می توان ARB را جایگزین کرد.
- اگر داروی دیگری برای کنترل فشارخون مورد نیاز است از دیورتیک تیازیدی و اگر حجم اضافی وجود داشت از لوپ دیورتیک ها استفاده شود.
- اگر ACEI و ARB منع مصرف دارند از ترکیب هیدرالازین و ایزوسوباید دی نترات استفاده شود.
- اگر داروهای کاهنده فشارخون لازم است از ACEI و ARB و کلسیم بلوکرهای دی هیدروپیریدینی مثل آملودیپین استفاده شود.
- از تجویز کلسیم بلوکرهای غیر دی هیدروپیریدینی خودداری شود.

درمان فشارخون بالا در بیماران مبتلا به رنواسکولار:

- باید در مصرف ACEI و ARB در تنگی های دو طرفه شریان کلیوی احتیاط کرد.
- اگر علیرغم دریافت سه دارو، فشارخون کنترل نشده یا عملکرد کلیه دچار اختلال شده یا ضایعات آترواسکلروز دو طرفه شریان های کلیوی وجود دارد (با یک ضایعه قابل توجه در یک شریان) یا دچار حملات مکرر ادم پولمونر می شوند باید مواردی چون آنژیوپلاستی یا استنت گذاری و یا جراحی شریان های کلیه را مد نظر قرار داد.



درمان فشارخون بالا در بیماران با نفروپاتی دیابتی:

- در این بیماران از ACEI و ARB استفاده می شود.
- در صورت منع مصرف این دو دارو از کلسیم بلوکرهای طولانی اثر یا دیورتیک های تیازیدی استفاده می شود.
- اگر کراتی نین از ۱۵۰ میکرومول در لیتر یا کلیرنس کراتی نین زیر ۳۰ دقیقه (۰,۵ میلی لیتر) ، دیورتیک لوپ اضافه می شود.
- در صورت مصرف ACEI و ARB در بیماران کلیوی ، کراتی نین و پتاسیم سرم به دقت پایش شود.

درمان فشارخون بالای سیستولی و دیاستولی در بیماران دیابتی بدون نفروپاتی:

- از داروهای ACEI و ARB ، کلسیم بلوکر در هیدرو پیریدینی، دیورتیک تیازیدی استفاده می شود.
- در صورت منع مصرف ACEI و ARB یا عدم تحمل این داروها، از بتابلوکرهای کاردیو سلکتیو (آتنولول) و کلسیم بلوکرهای غیر دی هیدرو پیریدینی طولانی اثر استفاده می شود.
- استفاده توام از ACEI و ARB بطور همزمان اگر پروتئینوری وجود نداشته باشد توصیه می شود.



درمان دارویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا همراه با اختلال عملکرد سیستم:

- استفاده از بتابلوکر و ACEI
- اگر ACEI تحمل نشد از ARB استفاده شود.
- در صورت نیاز به داروی دیگر از دیورتیک تیازیدی برای کنترل فشارخون بالا استفاده می شود ولی اگر حجم اضافی وجود نداشت از دیورتیک های لوپ مثل فورسماید استفاده می شود.



مراقبت و پیشگیری از فشارخون بالا

- افزایش آگاهی مردم در مورد پیشگیری از فشارخون بالا و عوارض آن
- تشویق به اندازه گیری فشارخون و اجرای پیشنهادهای اعضای تیم سلامت
- آموزش خودمراقبتی و گسترش آن برای پیشگیری از فشارخون بالا
- فراهم کردن محیط برای رفتارهای سالم
- ارائه آموزش های تغذیه ای مناسب بر اساس محتوای آموزشی تغذیه در فشارخون بالا
- ترک مصرف الکل
- مصرف نکردن دخانیات
- فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط حداقل نیم ساعت در اکثر روزهای هفته (یا ۱۵۰ دقیقه در هفته)
- کنترل قد ، وزن و نمایه توده بدنی
- تشخیص زودرس از طریق غربالگری (پیدا کردن افراد مبتلا و پیگیری و درمان آن)
- سازگاری با فشارهای روحی روانی relaxation
- احتیاط در تجویز و کنترل مصرف مکمل هایی مانند کلسیم، منیزیم یا پتاسیم



ارجاع بیماران

➤ پزشک باید بعد از تکمیل اقدامات درمانی مورد نیاز و ارده توصیه های کلی تغذیه ای به بیمار، فرد را جهت مشاوره و دریافت رژیم غذایی مناسب به **کارشناس تغذیه** ارجاع داده و پیگیری نماید.

➤ ارجاع سالانه در مراقبت روتین بیماران فشارخونی به سطوح تخصصی **داخلی و چشم**

➤ در صورت تشخیص آسیب اعضای حیاتی مانند: نارسایی قلبی یا هیپرتروفی بطن چپ یا سکته و علائم و نشانه های آسیب چشم یا TIA، بالا بودن کراتی نین و ... ارجاع به متخصص یا فوق تخصص **قلب یا چشم یا نفرولوژیست یا نورولوژیست** و ...

حساسیت به نمک

بعضی از مردم نسبت به نمک حساسیت بیشتری دارند و با مصرف مقداری نمک فشارشان به طور چشمگیر افزایش می یابد، در حالی که در افراد دیگر تغییرات به این شدت نیست. در حدود نیمی از مردم نسبت به سدیم(نمک) حساسند. افراد سالمند، بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از بقیه به نمک حساسند. اگر مبتلا به فشارخون بالا هستید با کاهش نمک غذا می توانید فشارخون بالا را کنترل کنید.

همانطور که اشاره شد عده ای به نمک حساسند و عده ای به اثرات منفی نمک مقاومند. اما از آن جا که نمی توان افراد حساس به نمک را تشخیص داد محدودیت نمک بخشی از درمان تمام بیماران مبتلا به فشارخون بالا است.



درمان و کنترل دیابت

مداخلات شیوه زندگی برای پیشگیری از دیابت نوع دو

- توصیه به همه بیماران جهت در اولویت قرار دادن مواد غذایی با اندکس گلیسمیک پایین (مانند لوبیا، عدس، جو و میوه های کم شیرین) به عنوان منبع کربوهیدرات ها در رژیم غذایی
- توصیه به همه بیماران جهت انجام فعالیت بدنی منظم روزانه متناسب با توانایی جسمی بیمار
- برای بیماران دیابتی نوع ۲ که قند خون آنها با رژیم غذایی کنترل نمی شود، چنانچه نارسایی کلیه یا بیماری کبد یا هیپوکسی ندارند، متفورمین تجویز شود و مقدار متفورمین به منظور کنترل مطلوب قند خون، تنظیم گردد.
- در کسانی که منع مصرف متفورمین دارند از یک سولفونیل اوره استفاده گردد.
- در بیمارانی که با حداکثر دوز متفورمین، قند خون آنها کنترل نمی شود، یک سولفونیل اوره اضافه شود،

--	--

کراتینین بالای ۱/۴ ، $GFR < 30$
شرایط مستعدکننده اسیدوز لاکتیک

متفورمین

سولفونیل اوره‌ها (مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین)

$Creat > 2$

گلی بن کلامید

$Creat > 2$

گلیکلایزید

مهارکننده آلفاگلوکوزیداز (مکانسیم اثر: کاهش جذب روده‌ای گلوکز)

$Creat > 2$

آکاربوز

--	--

نارسایی قلبی، نارسایی کبدی

پیوگلیتازون

مگلیتینیدها (مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین)

بیماری کبدی

رپاگلینید

DPP-4 inhibitors

بیماری قلبی

زیپتین، سیتاویکس

درمان و کنترل دیابت

- برای بیماران دیابتی که فشارخون مساوی یا بیش از $140/90$ mm/Hg دارند، یک داروی کاهنده فشار خون تجویز شود.
- برای کلیه بیماران دیابتی ۴۰ ساله و بالاتر یک استاتین همچون آتورواستاتین تجویز شود.
- برای کلیه بیماران دیابتی بالای ۵۰ سال که حداقل یک عامل خطر بیماری های قلبی عروقی (سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، فشارخون بالا، دیس لیپیدمی، مصرف دخانیات و سابقه بیماری کلیوی مزمن با یا بدون میکروآلبومینوری) را دارند، اسید استیل سالیسیلیک ASA (روزانه ۸۰ میلی گرم) تجویز گردد.
- توصیه های لازم در مورد بهداشت پا، کوتاه نمودن ناخن ها، درمان پینه و پوشش مناسب برای پاها انجام شده و میزان خطر ایجاد زخم پا به کمک روش های ساده ای چون مشاهده و تست حس توسط مونوفیلان یا نوک سوزن، سنجیده شود.
- مراقبت قبل و حین بارداری (دیابت بارداری و خانم های باردار دیابتی) از جمله آموزش بیمار و کنترل جدی تر قند خون



درمان و کنترل دیابت

- غربالگری رتینوپاتی با معاینه سالانه چشم بیماران (ارجاع به سطح (۲
- دارو درمانی با مهارکننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتاسین برای جلوگیری از پیشرفت بیماری های کلیوی آموزش تغذیه مناسب به بیمار جهت کمک به کنترل و تثبیت قند خون
- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت دریافت رژیم غذایی درمانی



درمان و کنترل دیس لیپیدمی

- جهت کلیه افراد با احتمال خطر ده ساله سکتته های قلبی و مغزی مساوی یا بیش از ۳۰٪ تجویز یک استاتین (آتورواستاتین) ضروری است.
- بررسی لیپید پروفایل
- در صورت اختلال پروفایل لیپید، مطابق دستورالعمل پزشک برنامه ایراپن و دستورالعمل دیس لیپیدمی اقدام گردد.
- آموزش تغذیه مناسب به بیمار جهت کمک به کنترل لیپیدهای خون
- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت دریافت رژیم غذایی مناسب



سطوح گوناگون پیشگیری



سطح صفر؛

از بین بردن
منبع خطر



سطح ۱؛

دوری از
مواجهه



سطح ۲؛

تشخیص
زودهنگام



سطح ۳؛

درمان و
بازتوانی



تشخیص زودهنگام و غربالگری

تشخیص

زودهنگام؛

اقدام برای تشخیص

زودتر بیماری در

افراد علامتدار

غربالگری؛

اقدام برای تشخیص

زودتر بیماری در

افراد بی علامت



تشخیص زودهنگام سرطان (اجزا و الزامات برنامه)



○ مشخصات بیماری:

- سریع نبودن سیر پیشرفت بیماری
- وجود تست تشخیصی مناسب برای آن بیماری
- درمان پذیری بیماری

○ الزامات اجرایی:

- در اختیار داشتن تست های تشخیصی
- آموزش عمومی در مورد علایم و نشانه های سرطان
- آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت در مورد علایم و نشانه های سرطان
- تشخیص و ارجاع به موقع
- انجام همه مراحل در زمان مناسب و عدم تاخیر

تشخیص زودهنگام سرطان (مهمترین راهبردها)



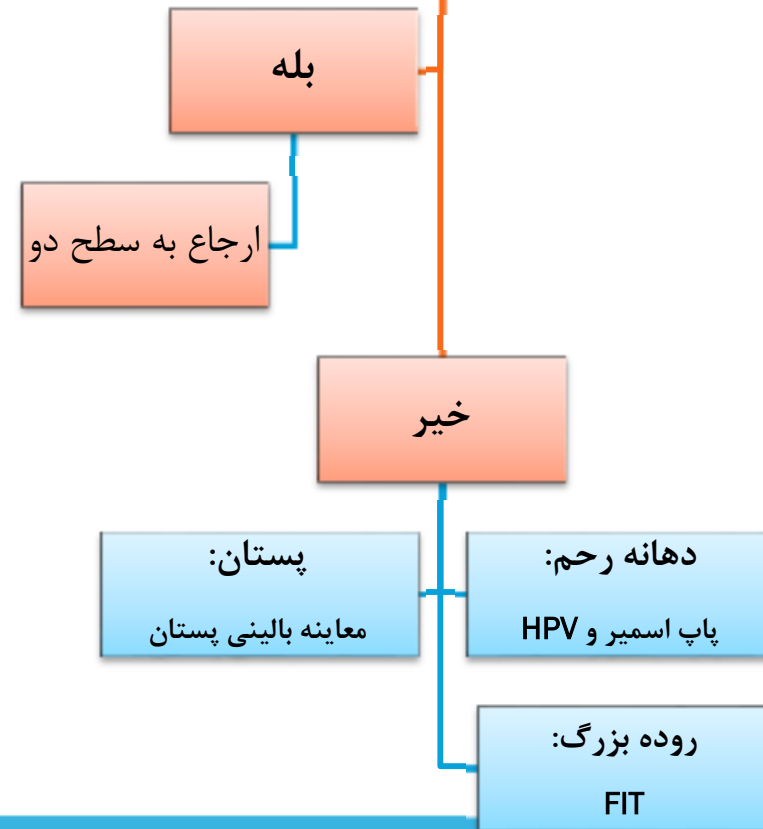
- ارزیابی های افراد برای سه سرطان، با رویکرد دو مرحله ای به ترتیب شامل اقدامات تشخیص زودهنگام و غربالگری انجام می شود.
- بررسی های ابتدایی که در طی پایلوت نیز تایید شد، نشان می دهد که حدود ۱۰ درصد جمعیت ارزیابی شده برای سه سرطان، ممکن است نیازمند ارزیابی های کامل تر در سطح دو باشند.
- سطح دو خدمت در قالب مراکز تیپ یک سرطان در حال ساخت و تجهیز هستند.
- مراقبت های سطح دو نیز، طبق دستورالعمل مشخص در مراکز تیپ یک سرطان ارائه می شود.

تشخیص زودهنگام سرطان (رویکردهای اصلی)



آیا علائم مشکوک سرطان وجود دارد؟

(پستان / دهانه رحم / روده بزرگ)



راه های پیشگیری از سرطان

- به طور کلی باید به افراد آموزش داده شود که سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که **بیش از ۴۰ درصد سرطان ها قابل پیشگیری اند.**
- برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ باید بدانیم که **علل ایجاد کننده سرطان و راه های دوری کردن از آن کدامند** همچنین چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند.

راه های تشخیص زودهنگام سرطان

- با **شناخت علایم هشداردهنده سرطان روده بزرگ** و مراجعه به موقع به خانه ها و پایگاه های بهداشتی می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد.
- باید به **مشارکت در برنامه های غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ** ترغیب شوند و به شبکه بهداشتی مراجعه کنند.



علل غیر قابل اصلاح سرطان

علل قابل اصلاح

- بیماری التهابی روده (IBD)
- سابقه **فردی** پولیپ‌های آدنوماتوز
- فعالیت بدنی ناکافی
- افزایش وزن
- الکل و دخانیات
- مصرف گوشت قرمز
- مصرف کم میوه و سبزیجات

- افزایش سن
- سابقه **خانوادگی** پولیپ یا سرطان روده بزرگ
- بیماری‌های ارثی



اصول خودمراقبتی سرطان روده بزرگ

(علایم سرطان روده بزرگ و راه های تشخیص زودهنگام)

علایم

- باید افراد تشویق شوند **دست کم هر دو سال** در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می کنند
- باید به افراد آموزش داد **علایم هشداردهنده** سرطان روده بزرگ را بشناسند
- باید به افراد آموزش داد که اگر در **فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری** نیز، این علایم را داشتند زودتر مراجعه کنند.
- البته در عین حال باید به افراد آموزش داد که **بیشتر افرادی که این علایم را دارند سرطان ندارند** ولی باید بررسی های بیشتری انجام دهند.

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
- یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)
- کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه همراه با یکی از علایم فوق



تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ

(رئوس برنامه // پزشکی)

تصمیم‌گیری	طبقه‌بندی
<ul style="list-style-type: none">○ اگر پولیپ بیمار هیپرپلاستیک و سمت چپ کولون و غیر پایه دار (SSP) و کمتر از ۱ سانتیمتر بوده است، به فاصله ۱۰ سال از کولونوسکوپی قبلی، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع داده شود.○ اگر پولیپ بیمار هیپرپلاستیک و سمت راست و غیر پایه دار (SSP) و کمتر از ۱ سانتیمتر بوده است، به فاصله ۵ سال از کولونوسکوپی قبلی، برای کولونوسکوپی به سطح دو ارجاع شود.○ اگر پولیپ آدنوماتوز یا پایه دار (SSP) بوده است، بیمار به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود و زمان ویزیت بعدی توسط سطح دو مشخص می‌گردد.○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)	<ul style="list-style-type: none">● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه فردی پولیپ یا آدنوم روده بزرگ دارد

تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ

(رئوس برنامه // پزشکی)

- فرد علامت دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) دارد
- در سن ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن ابتلای فامیل درجه یک، برای انجام کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود، که هر ۵ سال تکرار می‌شود.
- اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)

تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ

(رئوس برنامه // پزشکی)

<ul style="list-style-type: none">○ در سن ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن ابتلای فامیل درجه یک، برای انجام کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود، که هر ۵ سال تکرار می‌شود.○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)	<ul style="list-style-type: none">● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) دارد
<ul style="list-style-type: none">○ در سن ۵۰ سالگی برای انجام کولونوسکوپی به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع و بر اساس یافته‌های کولونوسکوپی، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)	<ul style="list-style-type: none">● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو (عمه، عمو خاله، دایی) در سن زیر پنجاه سال دارد
<ul style="list-style-type: none">○ پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به سطح دو (پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع داده شود.○ اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود (لازم است در مورد روش انجام کولونوسکوپی توضیحات لازم به فرد داده شود)	<ul style="list-style-type: none">● فرد علامت‌دار نیست، تست FIT منفی است و مورد شناخته شده FAP یا HNPCC در خانواده دارد

تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ (سطح دو)

اقدامات سطح دو

▪ ترسیم شجره نامه برای افراد دارای سابقه خانوادگی

▪ ویزیت متخصص

▪ انجام کولونوسکوپی و بیوپس



ارجاع به سطح ۲

▪ افرادی که دارای علائم مشکوک سرطان روده بزرگ هستند و در ارزیابی‌های اولیه در سطح یک مشکوک تشخیص داده شده‌اند.

▪ افرادی که سابقه شخصی پولیپ، سرطان یا بیماری التهابی روده بزرگ دارند.

▪ افرادی که سابقه خانوادگی سرطان یا پولیپ روده بزرگ دارند.

▪ افرادی که تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمنولوژیک (IFOBT) آنها مثبت است.

تشخیص زودهنگام سرطان پستان

(رئوس برنامه // ماما)

- ارجاع (به سطح دو):
 - شرح حال مثبت (سابقه فردی یا خانوادگی / سابقه بیوپسی / سابقه رادیوتراپی قفسه سینه بر اساس زمانبندی مناسب)
 - علایم مثبت (توده / تغییر شکل / تغییرات پوستی / ترشح نوک پستان)
- پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ثبت در سامانه سیب

○ آموزش خود مراقبتی:

- پیشگیری (اصول / آموزش علل سرطان)
- تشخیص زودهنگام (جلب مشارکت / آموزش علایم مشکوک سرطان / آموزش نحوه انجام خودآزمایی پستان (SBE))

○ پذیرش افراد ارجاع شده

○ ارائه خدمت:

- شرح حال
- معاینه
- تصمیم گیری



A photograph of a dirt path in a forest, viewed from a low angle. The path is reddish-brown and leads into the distance. The forest is dense with green trees and ferns. The text is overlaid in a bold, yellow, sans-serif font. The text reads: "Success is not possible without U".

**S...ccess is not
possible without U**



با آرزوی سلامتی و توفیق روز افزون