



سلامت سالمندان

گروه هدف: پزشک

ساعت آموزش: ۲/۵ ساعت

واحد تهیه کننده: مدیریت سلامت خانواده و جمعیت (گروه سلامت سالمندان)

تاریخ تهیه: ۹۷/۳
معاونت بهداشت

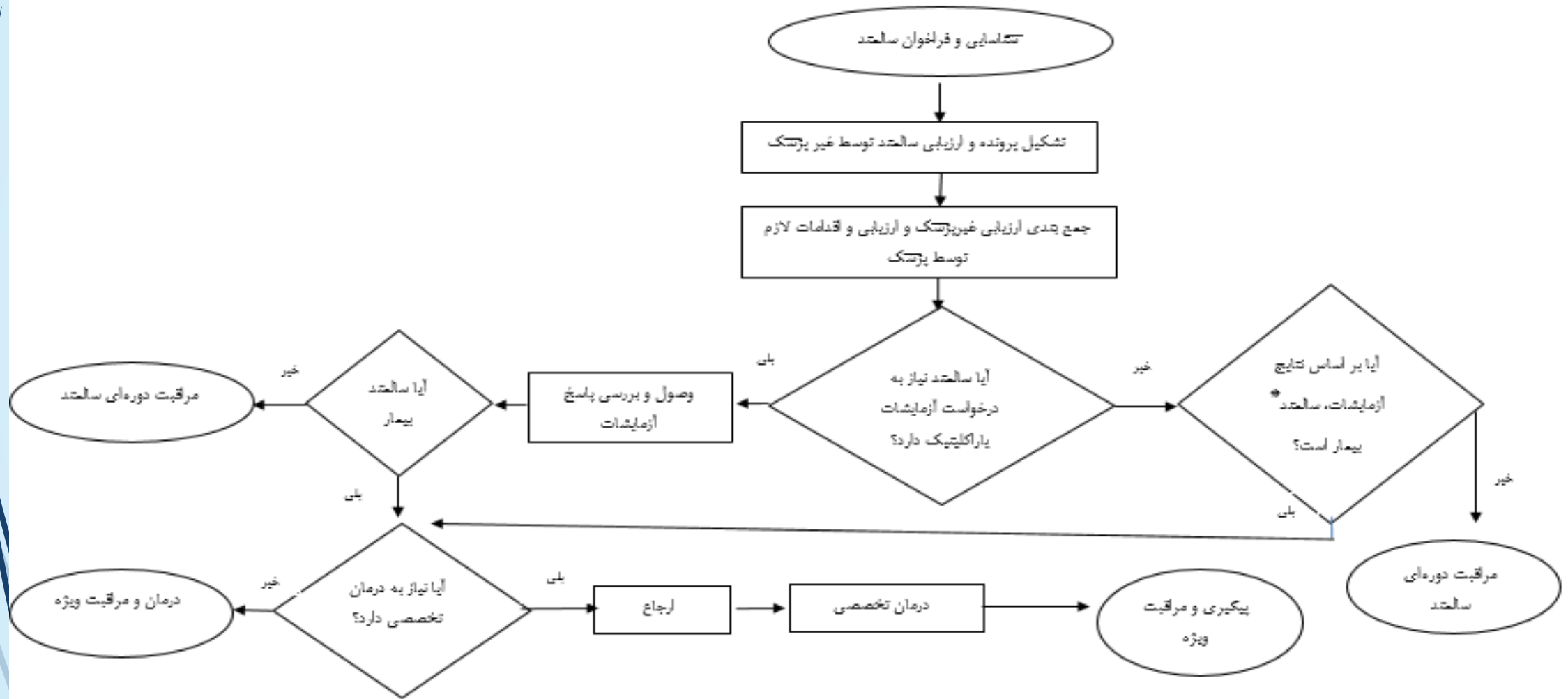
بخش اول : کلیات

مراقبت های ادغام یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر و نشانه های بالینی ساده ادغام یافته به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است.

در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری ها و اختلالات تغذیه ای و راه های پیشگیری از بیماری ها آموزش داده می شود.

در پایان ارایه مراقبت ها چنانچه برای سالمند تشخیص ابتلا به یک یا چند بیماری توسط پزشک داشته باشد، در چرخه مراقبت ویژه یا ارجاع تخصصی و سپس پیگیری قرار می گیرد و اگر سالمند مبتلا به بیماری یا اختلال نباشد، در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

نمودار کلی جریان فرایند مراقبت از سالمند



راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

جدول راهنمای مراقبت از اجزاء زیر تشکیل یافته است:



معاونت بهداشت

۱- ارزیابی

۲- طبقه بندی

۳- توصیه

در ستون مربوط به توصیه ها اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزش های لازم بر اساس طبقه بندی مشکل برای سالمند به شرح زیر ارائه می گردد:

۱- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "مشکل فوری" قرار می گیرد، ارجاع در اولین فرصت به نزدیکترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی

۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "مشکل" قرار می گیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جامع سلامت و آموزش های لازم

۳- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "در معرض مشکل" قرار می گیرد، ارائه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان غیر دارویی و آموزش

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "فاقد مشکل" قرار می گیرد، تشویق سالمند به مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های دوره ای و ارائه آموزش های لازم جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها

تذکر مهم: در اولین مراجعه سالمند حتی اگر در تمامی قسمت ها سالمند در گروه فاقد مشکل قرار گیرد، ویزیت توسط پزشک، ضروری است.

طبقه بندی مشکل فوری فقط در مبحث فشارخون بالای غیر پزشک و افسردگی پزشک وجود دارد.

کلمه "در معرض مشکل" به این مفهوم نیست که الزاماً سالمند در معرض وضعیت بدتر است، بلکه عدم درمان مناسب و به موقع می تواند سالمند را به یک فرد آسیب پذیرتر تبدیل کند.

معاونت بهداشت

فصل اول - اختلالات فشار خون

الف) اختلال فشار خون بدون مصرف دارو

بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته

فصل اول - اختلالات فشار خون - الف) اختلال فشار خون بدون مصرف دارو

ارزیابی کنید:	
ارزیابی غیر پزشکی را جمع بندی کنید	برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون اقت فشارخون وضعیتی مصرف داروی پایین آورنده فشار خون 	<ul style="list-style-type: none"> شمارش تعداد تبض سمع قلب سمع ریه معاینه اندام تحتانی درخواست آزمایش ادرار، قند خون ناشتا، پروفایل چربی الکتروکاردیوگرافی
اقدام کنید	
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است، پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. در صورت امکان برای تشخیص قطعی فشارخون، در ۳ تا ۷ ویزیت، فشارخون یا رعایت شرایط اندازه گیری چک شود. پس از آنکه سالمند به مدت ۲ تا ۵ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفته، فشار خون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید. 	
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید	
<ul style="list-style-type: none"> ابتلا به بیماری عروقی محیطی: انتهایهای سرد، لنگش متناوب (Intermittent claudication) 	

* موارد

فشار خون بالا: ۱- موارد قلبی (آسکته یا انترین قلبی، ناریدگی قلبی، اعتلالی و نشانه های ناریدگی قلبی، تنگی نفس حین فعالیت، تنگی نفس حین خواب (ارتوپنه)، ادم اندام های محیطی، سنج رال در ریه ها، سنج صدای سوم و چهارم قلب و آرتیمی به ویژه رتیم غیر ریتمیون نظیری)، بزرگی بطن چپ و آرتیمی. ۲- موارد منتری (اسکته منتری و ایسکمی گذرانی منتری). ۳- موارد کلیوی (آلبومینوری، کاهش GFR) ۴- موارد چشمی (رتینوپاتی)

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات: توصیه ها، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
<ul style="list-style-type: none"> دارای عارضه فشارخون بالا* 	فشارخون بالایی یا عارضه یا در معرض عارضه	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید و به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری کنند. تا زمان دریافت پس خوراند متخصص، درمان دارویی را طبق جدول صفحه ۱۷ شروع کنید. اگر سالمند در طی یکسال گذشته معاینه ته چشم نشده است وی را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را برای دریافت رژیم غذایی به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه در صورت فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۵۰ یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه درمان دارویی را شروع کنید. سالمند را جهت دریافت توصیه های تخصصی تغذیه ای به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را یک ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند. اگر سالمند در طی یکسال گذشته معاینه ته چشم نشده است وی را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید. 	فشارخون بالایی بدون عارضه	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را جهت دریافت توصیه های تخصصی تغذیه ای به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را هر ۳ ماه پیگیری و یک سال بعد به پزشک ارجاع دهد.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک ۱۳۶-۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه 	در معرض ابتلا به فشارخون بالا	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی توصیه های مقابله با اقت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه یا بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را هر ۳ ماه یک بار پیگیری و هر ۶ ماه به پزشک ارجاع دهند.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و دیاستولیک کمتر از ۸۰ و اقت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه 	اقت فشارخون وضعیتی	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از اقت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را یک سال بعد مراقبت دوره ای کند.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و دیاستولیک کمتر از ۸۰ و اقت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه 	فشارخون طبیعی	

ب) اختلالات فشار خون با مصرف دارو

96 10 فشارخون یزشک.docx - Word

FILE HOME INSERT DESIGN PAGE LAYOUT REFERENCES MAILINGS REVIEW VIEW EndNote X7 Sign in

B Titr 14 A Aa

Font Paragraph Styles Editing

Find Replace Select

اقدامات	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی کنید
<p>توصیه ، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید و به تیم غیر پزشک پس خوردن دهید سالمند را سه هفته بعد پیگیری کنید. • سالمند را برای دریافت رژیم غذایی به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. • هر سالمند در طی یکسال گذشته، سابقه نه خطفشارخون است وی را برای ساینه نه خطفشارخون متخصص خطفشارخون غیر فوری نمود. 	فشارخون بالای باعراضه	<ul style="list-style-type: none"> • دارای عارضه فشارخون بالا 	<p>ارزیابی غیرپزشک راجع به بندی</p> <p>ارزیابی غیرپزشک راجع به بندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشارخون • اکت فشارخون وضعیتی • مصرف داروی پایین آورنده فشارخون <p>اقدام کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. فشارخون در ۳ تا ۷ نوبت با رعایت توالی اندازه گیری چک شود.
<ul style="list-style-type: none"> • درمان دارویی سالمند را کنترل و در صورت لزوم مطابق دستورالعمل تغییر دهید. • سالمند را جهت دریافت توصیه های تخصصی تغذیه ای به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. • به تیم غیر پزشک پس خوردن دهید سالمند را یک ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند. • هر سالمند در طی یکسال گذشته، سابقه نه خطفشارخون است وی را برای ساینه نه خطفشارخون متخصص خطفشارخون غیر فوری نمود. 	فشارخون کنترل شده	<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۵۰ یا فشارخون دیاستولیک بیشتر یا مساوی ۹۰ • بدون عارضه فشارخون بالا 	<p>ارزیابی کنید</p> <p>ارزیابی غیرپزشک راجع به بندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشارخون • اکت فشارخون وضعیتی • مصرف داروی پایین آورنده فشارخون • میانگین اندام نخستی • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. فشارخون در ۳ تا ۷ نوبت با رعایت توالی اندازه گیری چک شود.
<ul style="list-style-type: none"> • درمان سالمند را ادامه دهید. • هر سه ماه یک بار سالمند را پیگیری کنید و به غیر پزشک پس خوردن دهید. • سالمند را جهت دریافت توصیه های تخصصی تغذیه ای به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. • هر سالمند در طی یکسال گذشته، سابقه نه خطفشارخون است وی را برای ساینه نه خطفشارخون متخصص خطفشارخون غیر فوری نمود. 	فشارخون کنترل شده	<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۵۰ یا فشارخون دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه • بدون عارضه فشارخون بالا 	<p>ارزیابی کنید</p> <p>ارزیابی غیرپزشک راجع به بندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشارخون • اکت فشارخون وضعیتی • مصرف داروی پایین آورنده فشارخون • میانگین اندام نخستی • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. فشارخون در ۳ تا ۷ نوبت با رعایت توالی اندازه گیری چک شود.
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با اکت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با پرورژ نشانده تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پس خوردن دهید سالمند را هر سه ماه یک بار پیگیری و هر شش ماه به پزشک ارجاع دهند. 	اکت فشارخون وضعیتی	<ul style="list-style-type: none"> • اکت فشارخون • فشارخون وضعیتی 	<p>ارزیابی کنید</p> <p>ارزیابی غیرپزشک راجع به بندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشارخون • اکت فشارخون وضعیتی • مصرف داروی پایین آورنده فشارخون • میانگین اندام نخستی • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. فشارخون در ۳ تا ۷ نوبت با رعایت توالی اندازه گیری چک شود.

فصل اول: اختلالات فشارخون

فشارخون بالا در سالمندان شایع بوده و توجه بیشتری را می طلبد. توصیه های درمانی برای

PAGE 2 OF 10 4 OF 5592 WORDS PERSIAN 11:06 AM 6/9/2018 78%

● افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه

فشارخون
وضعیتی طبیعی

● به سالمند و همراه وی راه‌های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید
● سالمند را به مراجعه یا بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید



معاونت بهداشت

در موارد زیر با یا بدون مصرف دارو سالمند مبتلا به فشارخون بالا تعریف می گردد:

میانگین دو فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه



مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا و یا در معرض ابتلا به فشارخون بالا

۱- ترک دخانیات

۲- مصرف غذای کم نمک

۳- خودداری کردن از مصرف غذاهای نمک سود

۴- توصیه به انجام ورزشهای هوازی با شدت متوسط به مدت ۳۰-۶۰ دقیقه در روز یا ۵-۷ روز در هفته

۵- استفاده از رژیم غذایی (DASH) (Dietary Approache to Stop Hypertention) - استفاده از رژیم غذایی



مداخلات آموزشی برای کنترل افت فشارخون وضعیتی

بلند شدن آرام و چند مرحله ای از صندلی یا تخت خواب
آشامیدن دو لیوان آب یا مایعات جایگزین صبح ناشتا قبل از بلند شدن از تخت
استفاده از جوراب های ساق بلند واریس
کاهش داروهای آرام بخش
حذف داروهای پایین آورنده فشارخون با عارضه جانبی افت فشارخون وضعیتی مثل بلوکرهای آلفا یک

معاونت بهداشت

درمان فشارخون بالا

اصول کلی درمان دارویی فشارخون بالا

انتخاب اولین گروه دارویی منتخب (انتخاب دارو براساس راهنمای دارویی در سالمند بدون بیماری یا با بیماری همراه)؛

شروع با حداقل دوز دارویی و افزایش تدریجی دوز به صورت ماهانه

تغییر دارو در سالمند دچار عارضه دارویی براساس جداول موجود

اضافه کردن داروی منتخب دوم برای سالمندی که داروی اول را دریافت نموده ولی به فشارخون هدف نرسیده؛

پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل نشده

پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل شده توسط غیرپزشک و سه ماهه توسط پزشک؛

ارجاع سالمند به متخصص در صورت عدم پاسخ به درمان مراحل قبل؛

انواع داروهای حشرکشنده برای فشا خون بالا

گروه دارویی	نام دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	اشکال دارویی	شایعترین عوارض جانبی
دیورتیک های تیازیدی ^۱	هیدروکلروتیازید	۲۵-۱۲/۵ یک بار در روز	قرص ۱۲/۵، ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی	کاهش پتاسیم و سدیم، افزایش اسیداوریک
	تریامترن H (تریامترن دیورتیک نگهدارنده پتاسیم است.)	نصف یا یک قرص یک تا دو بار در روز	قرص تریامترن H به تنهایی یا به صورت ترکیبی با هیدروکلروتیازید (۵۰ میلی گرم تریامترن و ۲۵ میلی گرم هیدروکلروتیازید)	
مهارکننده های ACE	کاپتوپریل	۵۰-۶/۲۵ دو بار در روز	قرص های ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی	سرفه، هیپرکالمی
	انالاپریل	۲۰-۲/۵ یک بار در روز یا ۲۰-۱/۲۵ دو بار در روز	قرص های ۲/۵، ۵، ۱۰، ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی	
	لیزیوپریل	۴۰-۵ یک بار در روز	قرص های ۵، ۱۰، ۲۰ میلی گرمی	
بلاک کننده های رسپتور آنژیوتانسین	لوزارتان	۱۰۰-۲۵ یک بار در روز یا ۵۰-۱۲/۵ دو بار در روز	قرص های ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی	هیپرکالمی
	والسارتان	۱۶۰-۴۰ یک بار در روز	قرص های ۴۰، ۸۰، ۱۶۰ میلی گرمی	
کلسیم یلوگرهای تی هیدروژیبریدی	آملودیپین	۱۰-۲/۵ یک بار در روز	قرص ۲/۵، ۵، ۱۰ میلی گرمی	انم معج یا، بیوست، بلاک قلبی
	نیفیدپین	۲۰-۱۰ یک بار در روز	کپسول آهسته رهش ۲۰ میلی گرمی	
کلسیم یلوگرهای غیر تی هیدروژیبریدی	دیلتیازم	۳۶۰-۱۲۰ یک بار در روز	قرص آهسته رهش ۱۲۰ میلی گرمی	بلاک های دهلیزی بطنی، برادیکاردی، نارسایی قلبی، نارسایی های هدایتی، تشدید دیسفونکسیون های سیستمیک، هیپرپاتری لته، انم، سرگرد و بیوست
	وراپامیل	۶۰-۳۰ سه بار در روز	قرص تند رهش ۶۰ میلی گرمی	
		۲۴۰-۴۰ دو بار در روز	قرص ۴۰ میلی گرمی	
بتا یلوگرها	آنتولول	۱۰۰-۲۵ یک بار در روز یا ۵۰-۱۲/۵ دو بار در روز	قرص های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	برونکواسپاسم، برادیکاردی، احتمال نشان ندادن علائم هیپوگلیسمی پس از مصرف دوز بالای انسولین
	پرورناتولول	۸۰-۲۰ دو بار در روز	قرص های ۱۰، ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی	
	متوپرولول	۱۰۰-۲۵ یک تا دو بار در روز	قرص ۵۰ میلی گرمی	
آلفا یلوگرها	پرازوسین	۵-۰/۵ دو بار در روز	قرص های ۱ و ۵ میلی گرمی	افت فشارخون وضعیتی، افزایش احتمال بستری شدن به علت نارسایی احتقانی قلب
	ترازوسین	۵-۰/۵ یک تا دو بار در روز	قرص های ۲ و ۵ میلی گرمی	
آلفا و بتا یلوگرها	کارودیلول	۵۰-۱۲/۵ دو بار در روز	قرص های ۶/۲۵ و ۱۲/۵ و ۲۵ میلی گرمی	افت فشارخون وضعیتی

داروهای ضد فشار خون قابل دسترسی در ایران

دیورتیک ها

تیازیدها هنگامی که در بیماران مبتلا به فشارخون بالای اولیه و دارای عملکرد نسبتاً طبیعی کلیه استفاده می شوند، از دیورتیک های مؤثر بر قوس هنله، مؤثرتر عمل می نمایند، اما در بیماران دچار نارسایی کلیه با کراتینین سرم مساوی یا بیشتر از ۵/۲ میلی گرم در دسی لیتر، تیازیدها تأثیر کمتری دارند. تیازیدها، داروی ارجح برای شروع درمان فشارخون بالا در سالمندان هستند.

دیورتیک های تیازیدی در بیماران مبتلا به نقرس باید با احتیاط مصرف شوند و در بیماران دچار نقرس فعال، ممنوعیت مطلق دارند زیرا ممکن است حمله نقرس را تسریع نمایند. تا زمانی که دوزهای بالای دیورتیک های تیازیدی مورد استفاده قرار نگیرند، عوارض جانبی آن ها شایع نیست. این عوارض شامل بالا رفتن تری گلیسیرید، قند و اسیداوریک سرم، کاهش سطح پتاسیم، سدیم و منیزیم هستند.

دیورتیک های نگهدارنده پتاسیم مانند تریامترین اچ، در صورت مصرف همزمان با ACEI یا ARB به ویژه در مبتلایان به نارسایی کلیه ممکن است سبب هایپرکالمی شوند. دیورتیک های لوپ مانند فورسماید (لازیکس) به صورت معمول در درمان فشارخون بالا به کار نمی روند و تنها در موارد فشارخون بالای مقاوم و یا در درمان ادم مورد استفاده قرار می گیرند. مهارکننده های گیرنده ی آلدسترون مانند اسپرونولاکتون نیز می

توانند مورد استفاده قرار گیرند که داروی انتخابی نیستند

مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین ACEIs

ACEIs معمولاً به خوبی تحمل می شوند و بر متابولیسم لیپید و گلوکز اثر نامطلوبی ندارند و جزو داروهای ایمن محسوب می گردند. این داروها، در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و نیز بیمارانی که پس از سکته قلبی دچار کاهش کسر تخلیه بطن چپ شده اند، باعث کاهش مرگ و میر و ناتوانی می شوند. ACEI ها در پیشگیری از ایجاد میکروآلبومینوری و کاهش پروتئینوری مؤثر هستند. در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی تثبیت شده که عملکرد بطن چپ آنها طبیعی است، ACEI ها مرگ ومیر و سکته قلبی و مغزی را کاهش می دهند و از ایجاد نارسایی احتقانی قلب جلوگیری می کنند. این فواید جدا از اثر این داروها بر عملکرد بطن چپ و فشارخون می باشد.

عوارض جانبی:

سرفه، افت فشارخون ارتواستاتیک و ندرتاً آنژیو ادم
اختلال عملکرد کلیه ها در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کلیوی یا نقص عملکرد کلیه

کراتینین سرم باید قبل از شروع مورد آزمایش قرار گیرد. افزایش مقدار کراتینین باید فوراً تأیید و پیگیری شود. در صورتی که کراتینین سرم در عرض ۲ ماه بیش از ۳۰ درصد افزایش یابد، باید درمان را متوقف نمود

مسدودکننده های گیرنده های آنژیوتانسین (ARBs)

ARBها داروهایی هستند که به طور اختصاصی گیرنده های آنژیوتانسین ۲ را مسدود می کنند. برخلاف مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs)، سرفه خشک مداوم کمتر مشکل ساز است و به همین دلیل ARBها در بیمارانی که ACEI را به دلیل سرفه تحمل نمی کنند، توصیه می شوند. این داروها همانند ACEIها در تنگی دوطرفه عروق کلیوی نباید مصرف شوند.

ARBها در پیشگیری از پیشرفت نفروپاتی دیابتی مؤثر بوده و ممکن است از بروز حوادث مهم قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب در اثر هایپرتروفی بطن چپ ناشی از فشارخون بالا و نارسایی قلب دیاستولی بکاهند. تفاوت آشکاری بین درمان با ARBها و ACEIها از نظر کاهش خطر سکته مغزی و نارسایی قلبی وجود ندارد. مصرف همزمان ARBها و ACEIها به جز برای کاهش پروتئینوری توصیه نمی شود.

معاونت بهداشت

مسدود کننده های کانال کلسیم (CCB_s)

CCBهای طولانی اثر، چه به عنوان اولین خط درمان و چه در ترکیب با سایر داروهای ضد فشارخون در کاهش فشارخون، ایمن و مؤثر می باشند. به طور کلی همه رده های اصلی CCBها که دارای ویژگی های متفاوتی می باشند، در کاهش فشارخون مؤثرند و به جز چند مورد استثناء، اثرات متابولیک نامطلوبی ندارند. CCBهای دی هیدروپیریدین طولانی اثر به ویژه در کاهش فشارخون بالای ایزوله تأثیر زیادی دارند. CCBهای کوتاه اثر دیگر توصیه نمی شوند و امروزه مورد استفاده قرار نمی گیرند. استفاده از نیفدیپین زیرزبانی نیز توصیه نمی شود. CCBهای طولانی اثر ممکن است در درمان فشارخون بالا همراه با بیماری عروق کرونر قلب مفید باشند. عوارض جانبی شامل تاکیکاردی ابتدایی یا سردرد، گرگرفتگی، یبوست و ادم مچ پا می باشد. وراپامیل بر خلاف CCBهای دی هیدروپیریدینی ممکن است تعداد ضربان قلب را کم کند. بنابراین همراه با مسدودکننده های بتا آدرنرژیک احتیاط لازم به عمل آید.

معاونت بهداشت

مسدودکننده های گیرنده های بتا آدرنرژیک

استفاده از مسدودکننده های بتا آدرنرژیک به عنوان درمان تک دارویی در سالمندان توصیه نمی شود. در موارد خاص مانند پیشگیری ثانویه در بیماران با سابقه ی قبلی سکته قلبی، بیماری شریان های کرونری و برخی مبتلایان به اختلال عملکرد سیستم قلب، تجویز می شوند. مصرف این داروها در بیماران مبتلا به بیماری های فعال انسداد راه های هوایی و بلوک قلبی (درجه ۲ و ۳) مطلقاً ممنوع است و مصرف آن ها در بیماری های عروق محیطی و بلوک درجه یک دهلیزی به طور نسبی ممنوع می باشد. این داروها عموماً به خوبی تحمل می شوند. عوارض جانبی گزارش شده با این داروها شامل دیس لیپیدمی، مخفی کردن علائم هیپوگلیسمی، افزایش بروز دیابت شیرین و سردی انتهاها می باشد. به هر حال با کشف داروهای ضد فشارخون جدیدتر که دارای اثر بیشتر و عوارض جانبی کمتر می باشند، باید در استفاده گسترده از این داروها در درمان فشارخون بالا احتیاط بیشتری به عمل آید.

معاونت بهداشت

مسدودکننده های گیرنده های آلفا آدرنرژیک

مسدودکننده های گیرنده های آلفا یک آدرنرژیک محیطی از طریق کاهش مقاومت محیطی، فشارخون را کاهش می دهند اما در سالمندان، خط اول درمان نبوده و به عنوان درمان تک دارویی نیز استفاده نمی شود. این داروها با کاهش تون عضلات صاف پروستات و حالب سبب بهبود علامتی بیماران مبتلا به بزرگی خوش خیم پروستات (BPH) می شوند. بدین جهت به لحاظ منطقی، درمان انتخابی بیماران دچار فشارخون بالا همراه با BPH می باشند. افت فشارخون وضعیتی، به خصوص در اوایل درمان، عارضه جانبی شناخته شده مسدودکننده گیرنده های آلفا یک می باشد، بنابراین توصیه می شود اولین دوز دارو هنگام خواب مصرف شود. این داروها بر متابولیسم چربی ها دارای اثرات مطلوبی می باشند.

مقاومت بهداشت

مسدودکننده های گیرنده های آلفا- بتا آدرنرژیک

مسدودکننده های آلفا- بتا آدرنرژیک، بلوک عصبی هورمونی را تشدید می نماید. لابتالول و کارودیلول جزو این دسته می باشند. کارودیلول علاوه بر تأثیر در کاهش فشارخون بالا باعث کاهش مرگ و میر و ناتوانی در بیماران نارسایی قلب می شود. به علاوه این دارو اثرات نامطلوبی بر مقاومت به انسولین و متابولیسم چربی ها ندارد.

نکته مهم : در برخی از بیماران مبتلا به فشارخون بالا که در روز فقط یک بار دارو مصرف می کنند، اثر ضد فشارخون دارو ممکن است در انتهای فواصل دارویی کاهش پیدا کند (trough effect). فشارخون بالا باید درست قبل از موعد مصرف دارو اندازه گیری شود تا از کنترل دقیق آن اطمینان حاصل شود و در صورت لزوم دوز یا دفعات مصرف دارو افزایش یابد.

درمان فشار خون بالا (سیستولی و دیاستولی، سیستولی ایزوله، دیاستولی ایزوله)

خط اول درمان: درمان تک دارویی با دیورتیک های تیازیدی، ACEI ها و ARB ها یا مسدودکننده های کانال کلسیم طولانی اثر، به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته است و هیچ ارجحیتی برای شروع درمان وجود ندارد. استفاده از مسدودکننده های بتا آدرنرژیک تا زمانی که اندیکاسیون دیگری برای تجویز این داروها وجود ندارد، توصیه نمی شود. دارو باید با دوز پایین شروع شده و افزایش دوز به صورت تدریجی صورت گیرد و به طور همزمان، درمان غیردارویی نیز ادامه داده شود. در مواردی که فشارخون سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۶۰ میلی متر جیوه است، معمولاً به حداقل ۲ دارو برای کنترل فشارخون نیاز است و شروع درمان باید با ۲ دارو صورت گیرد

معاونت بهداشت

خط دوم درمان: در صورتی که با درمان تک دارویی موفق به رسیدن به سطوح هدف نشدیم، از سایر داروهای خط اول همراه با داروهای قبل مثلاً یک دیورتیک تیازیدی یا CCB با یک ACEI ، ARB یا مسدودکننده بتا می توان استفاده کرد. در درمان فشارخون بالا، اضافه کردن داروی دوم با دوز پایین به افزایش دوز داروی اول ارجح است.

برای انتخاب سوم (در صورت لزوم) باید حتماً یک دیورتیک جزو داروهای بیمار لحاظ شود.

استفاده هم زمان یک ACEI با یک ARB به جز در موقعیت های خاص و با صلاحدید متخصص توصیه نمی شود.

بعد از شناسایی و تثبیت بیماری فشارخون، مراقبت ممتد معمول توسط بهورز یا مراقب سلامت ماهی یک بار، توسط پزشک عمومی هر سه ماه یک بار و توسط متخصص قلب و عروق یا متخصص داخلی و متخصص چشم سالی یک بار است مگر اینکه با نظر پزشک نیاز به مراقبت در فواصل کوتاه تری باشد.

معاونت بهداشت

فصل دوم – اختلالات تغذیه ای

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی	
			برای سالمند مبتلا به سوء تغذیه، بررسی و اقدام کنید	ارزیابی غیر پزشکی را جمع بندی کنید
<p>توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> • نکات مهم تغذیه ای را یا توجه به شرایط سالمند، به سالمند یا همراه وی یادآوری کنید. • بیماری های همراه سالمند را درمان کنید • سالمند را جهت مشاوره تغذیه و رژیم درمانی به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. • در صورت نیاز برنامه مصرف مگادوز ویتامین D و مکمل کلسیم سالمند را یا دوز درمانی تغییر دهید. • به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید، سالمند را ماهانه پیگیری و به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهند. 	<p>ایتلايه سوء تغذيه لافري</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند یا نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و • امتیاز ۷- از پرسشنامه شماره یک (MNA) (*) 	<p>برای سالمند مبتلا به سوء تغذیه، بررسی و اقدام کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی بیماری های همراه: پرکاری و کم کاری غده تیروئید، کم خونی، نفروپاتی، سرطانی، مشکلات گوارشی، افسردگی • بررسی علل و زمینه های چاقی (ژنتیک، الگوی غذایی، رفتارهای تغذیه ای، بیماری زمینه ای، و مصرف دارو و ...) 	<p>سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۷-+ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش اشتهای ناخواسته • کاهش وزن ناخواسته • کم تحرکی • استرس یا بیماری حاد در سه ماه گذشته • مشکلات عصبی روانی (نوروسایکولوژیک) • اندازه دور عضله ساقی یا
<ul style="list-style-type: none"> • بیماری های همراه سالمند را درمان کنید. • نکات مهم تغذیه ای را یا توجه به شرایط سالمند، به او و همراه وی یادآوری کنید. • سالمند را جهت دریافت مشاوره تغذیه و رژیم درمانی به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. • در صورت نیاز برنامه مصرف مگادوز ویتامین D و مکمل کلسیم سالمند را یا دوز درمانی تغییر دهید. • به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید. سالمند را ماهیانه تا سه نوبت پیگیری و در صورت عدم اصلاح الگوی تغذیه یا نمایه توده بدنی به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهند. 	<p>ایتلايه سوء تغذيه چاقی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند یا نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر و • یا هر امتیاز 	<ul style="list-style-type: none"> • درخواست یا بررسی آزمایشات لازم: HCT , Hb , CBC , BUN , Cr , TG, Chol, FBS , TSH , U/A HDL , LDL 	<p>سالمند با نمایه توده بدنی ۳۰+ و بالاتر با هر امتیاز :</p>

مداخلات آموزشی در سالمند با احتمال ابتلا به اختلالات تغذیه

تغذیه درمانی

الف- راهنمای آموزشی سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱:

افزایش انرژی دریافتی

مصرف حداقل سه میان وعده غنی از پروتئین و انرژی

استفاده از انواع طعم دهنده ها

مصرف روغن های مایع نباتی

رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه

استفاده بیشتر از گروه نان و غلات به همراه مواد پروتئینی

مصرف غلات سبوس دار و کاهش مصرف کربوهیدراتهای ساده

مصرف ماهی

توجه بیشتر به وعده صبحانه

استفاده از جوانه ها، غلات و حبوبات در غذاها

استفاده از انواع حبوبات در غذاها

استفاده از هرپنج گروه مواد غذایی

تدریجی بودن افزایش وزن سالمند

مصرف چند لیوان آبمیوه به جای آب معمولی



راهنمای آموزشی سالمند با نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰:

کاهش انرژی دریافتی؛

مصرف غذاهای آب پز، بخارپز و تنوری

کاهش مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر، سوسیس و کالباس؛

مصرف میوه به جای آب میوه؛

استفاده از نان و ترجیحاً نان سبوس دار

اجتناب از مصرف نوشابه های گازدار شیرین

مصرف شیر و لبنیات کم چرب؛

استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست به جای گوشت قرمز

استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای

محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ

اجتناب از مصرف غذاهای پرکالری

استفاده از میوه و سبزیجات در میان وعده ها؛

استفاده از روغن مایع به جای روغن جامد؛

مصرف انواع سالاد بدون سس



رفتار درمانی در سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱:

کشیدن غذا در ظرف بزرگ تر؛

میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام یا خانواده؛

میل نکردن آب قبل از غذا و یا همراه آن؛

افزایش تعداد وعده های غذایی و کاهش حجم غذا در هر وعده؛

غذا خوردن در محیط آرام و شاد؛



معاونت بهداشت

رفتار درمانی در سالمند با نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰:

کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا؛
نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا و کشیدن غذا در ظرف کوچک تر؛
خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و... و نوشابه های گازدار شیرین (حتی رژیمی)؛

شرکت در کلاس های ورزش



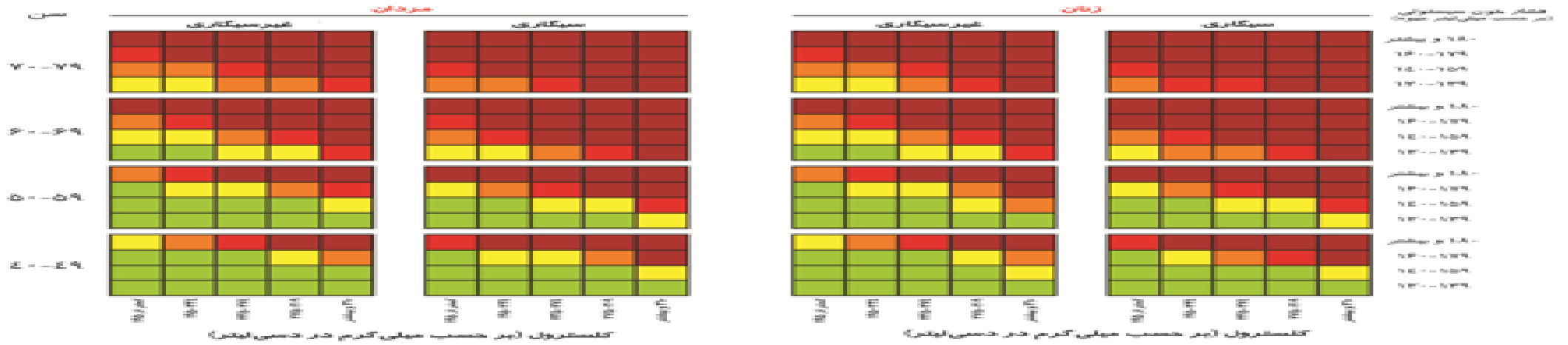
فصل سوم – اختلالات چربی خون

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
<p>توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری</p> <ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره یا انتقال اطلاعات مربوط به یافته های آزمایشگاهی ارجاع دهید. • درمان دارویی را شروع کنید و به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را هر ۳ ماه پیگیری کند. • سایر عوامل خطر از جمله تری گلیسیرید بالا را درمان کنید. • در صورت نیاز به متخصص ارجاع دهید و به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند. 	چربی خون بالای با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • خطر حوادث قلبی عروقی بیش از ۲۰ درصد
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره یا انتقال اطلاعات مربوط به یافته های آزمایشگاهی ارجاع دهید • درمان دارویی را شروع کنید و به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را هر ۳ ماه پیگیری کند. 	چربی خون بالا	<ul style="list-style-type: none"> • خطر حوادث قلبی عروقی ۱۰ تا ۲۰ درصد • خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد و • ال دی ال کلسترول ۱۹۰ و بیشتر
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز مشکل یا یک سال بعد تشویق کنید. 	چربی خون طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰٪ و • ال دی ال کلسترول بین ۱۵۵ تا ۱۸۹

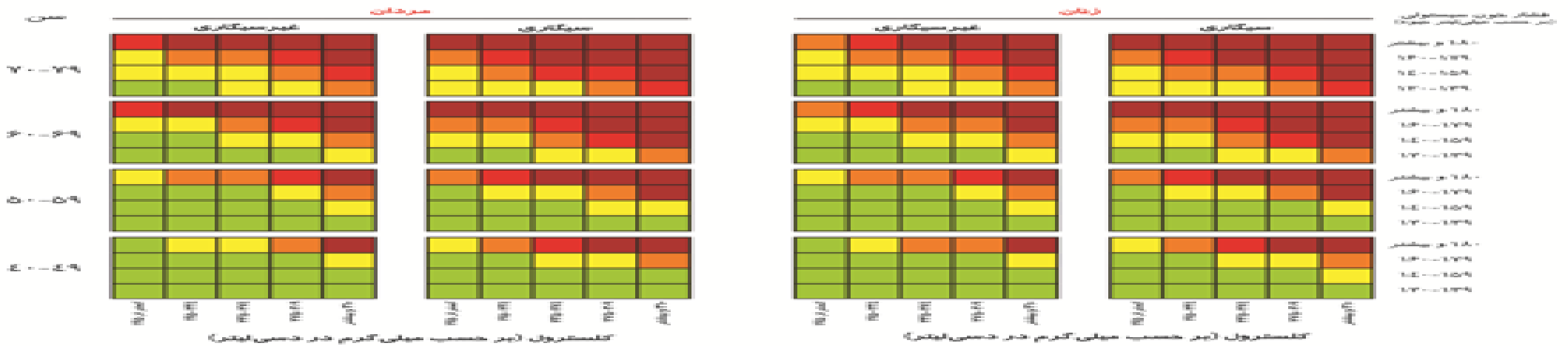
ارزیابی کنید	
<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک • دیابت • مصرف دخانیات • مقدار کلسترول تام (بر حسب میلی گرم بر دسی لیتر) • یا استفاده از نمودار ارزیابی خطر، درصد خطر بروز بیماری های قلبی عروقی را تعیین کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • درخواست آزمایش ال دی ال کلسترول، اچ دی ال کلسترول، تری گلیسیرید

نمودار ارزیابی خطر: احتمال بروز حوادث 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 (CC)

خطر بیماریان دیابت

خطر دیابت

خطر دیابت

خطر متوسط

خطر کم

اگر متابولسیم لیپید دچار اختلال شود، عملکرد لیپو پروتئین ها یا سطح آنها را غیرطبیعی می کند. این تغییرات به تنهایی یا همراه با دیگر عوامل خطر زمینه ساز بیماری قلبی عروقی، منجر به آترواسکلروز عروق خواهد شد. بنابراین دیس لیپیدمی یک طیف وسیعی از ناهنجاری ها را در بر می گیرد که کنترل آنها نقش مهمی در پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی دارند. گاهی این اختلالات ثانویه به دیگر بیماری ها (دیس لیپیدمی ثانویه) مانند هایپوتیروئیدی و گاهی حاصل تداخل بین عوامل ژنتیک و محیط است.

امروزه بالا رفتن کلسترول توتال و ال دی ال کلسترول توجه را به خود جلب کرده است به خصوص که این دسته از چربی ها می توانند با اصلاح شیوه زندگی و درمان دارویی تعدیل و کنترل شوند.

شواهد نشان می دهند با کاهش ال دی ال کلسترول و کلسترول تام، بیماری های قلبی عروقی به طور چشمگیری، کاهش می یابند، به همین دلیل اولین هدف درمانی کاهش ال دی ال کلسترول است.

نکته: در بررسی نتایج تست‌های سنجش چربی خون علاوه بر کلسترول تام، ال دی ال کلسترول، اچ دی ال کلسترول، تری گلیسیرید و وی ال دی ال کلسترول (VLDL-C) نیز اندازه گیری می‌شود (پروفایل چربی اندازه گیری می‌شود) در اندازه گیری TG سالمند باید ۱۲ ساعت ناشتا باشد. اندازه گیری TG برای محاسبه ال دی ال کلسترول از فرمول friedewal ضروری است مگر اینکه تری گلیسیرید بیش از ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، در آن صورت ال دی ال کلسترول مستقیماً اندازه گیری می‌شود.

طرز محاسبه ال دی ال کلسترول از فرمول **friedewal**:

$$LDL-C = T - \left(HDL + \frac{TG}{5} \right)$$

معاونت بهداشت

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

- ۱- برنامه ریزی جهت ترک دخانیات
- ۲- به حداقل رساندن غذاهای چرب و سرخ شده
- ۳- مصرف غذاها بصورت آب پز، تنوری و بخارپز
- ۴- خودداری از مصرف سس سالاد
- ۵- استفاده از روغنهای مایع بجای روغنهای جامد و کره و مارگارین
- ۶- جداکردن پوست مرغ قبل از طبخ
- ۷- خودداری از مصرف کله پاچه و دل و مغز
- ۸- مصرف زرده تخم مرغ به حداکثر ۳ عدد در هفته در صورت بالابودن چربی
- ۹- افزایش مصرف میوه و سبزی
- ۱۰- انجام تمرینات بدنی منظم (روزانه حداقل ۳۰ دقیقه، ۳ روز در هفته)
- ۱۱- استفاده از رژیم غذایی DASH
- ۱۲- مصرف روزانه ۶ تا ۸ لیوان مایعات



درمان * در بیمارانی که سکته قلبی (MI) کرده اند بدون در نظر گرفتن سطح ال دی ال کلسترول باید استاتین شروع کرد.



معاونت بهداشت

اهداف درمانی:

(۱) استاتین ها

از گروه‌های دارویی پرمصرف و با تأثیر زیاد در پلاک‌های آترومی جدار شریان‌ها هستند و حتی موجب پس رفت ضایعات آترواسکروتیک جدار رگ می‌شوند.

(۲) متصل شونده‌ها به اسیدهای صفراوی (رزین‌ها)

(۳) مهارکننده‌های جذب کلسترول

از تیمایب (Ezetimibe) تنها دارویی است که بدون تأثیر بر مواد محلول در چربی جذب روده‌ای کلسترول صفراوی و رژیم غذایی را مهار می‌کند و از این طریق سطح کلسترول خون را کاهش می‌دهد.

(۴) نیکوتینیک اسید (نیاسین)

این دارو تعدیل‌کننده وسیع چربی‌های خون است، براساس مقدار دارو HDL-C را تا حدود ۲۵ درصد افزایش می‌دهد و LDL-C ۱۵-۱۸ درصد و TG را تا حدود ۲۰-۴۰ درصد با مقدار دو گرم در روز کاهش می‌دهد. در کاهش LP(a) تقریباً بی‌نظیر است و می‌تواند تا ۳۰ درصد این لیپوپروتئین را کاهش دهد. این دارو در کسانی که هیپرلیپیدمی مختلط، هیپرتری‌گلیسریمی و یا هیپرکلسترولمی فامیلیال دارند، بسیار مؤثر است. نیکوتینیک اسید می‌تواند همراه با استاتین‌ها مصرف شود.

تری گلیسیرید و خطر بیماری های قلبی عروقی

اگرچه نقش TG به عنوان یک عامل خطر برای CVD مورد بحث است، اما مطالعات اخیر نشان می دهد که TG مملو از لیپوپروتئین هایی است که نقش چشمگیری در عوامل خطر CVD دارند. مقدار تری گلیسیریدی که در آزمایش غیرناشتا بدست می آید، بیشتر از TG ناشتا پیش بینی کننده حوادث قلبی عروقی است. این که ایفای نقش TG در حوادث قلبی عروقی از طریق اچ دی ال کلسترول پایین، ذرات کوچک و متراکم ال دی ال و یا مقدار ذرات باقیمانده از تجزیه TG است، مشخص نیست. اخیراً اندازه گیری non-HDL-C به عنوان یک جایگزین خوب برای TG و باقیمانده ها است و تری گلیسیرید بالا به عنوان یک عامل خطر CVD مورد توجه قرار گرفته است، زیرا یک سوم از بالغین تری گلیسیرید بالاتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر دارند. علل تری گلیسیرید بالا تنوع فراوانی دارد.

اصلاح شیوه زندگی برای کاهش TG

تأثیر اصلاح شیوه زندگی روی سطح TG به خوبی ثابت شده است. کاهش وزن و تمرینات بدنی منظم با شدت متوسط، می‌تواند TG را بین ۲۰ تا ۳۰ درصد کاهش دهد. افراد چاق، افراد با سندرم متابولیک یا دیابت نوع ۲ باید شیوه زندگی خود را اصلاح کنند.



معاونت بهداشت

درمان سالمند با HDL پایین (کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و کمتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان):

ابتدا به LDL مطلوب برسید، سپس بر کنترل وزن تاکید کرده و فعالیت فیزیکی را افزایش دهید. در مواردی که فقط HDL نامطلوب است، تنها توصیه مفید برای بالا بردن HDL، افزایش فعالیت فیزیکی است.

توجه: برای پیشگیری از پانکراتیت در سالمندان با تری گلیسرید بالاتر از ۴۰۰، حتماً باید در اسرع وقت درمان مناسب انجام گیرد.

راهنمای درمان اختلالات لیپید:

ابتدا بر اساس نمودار ارزیابی خطر، خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی را تعیین کنید. سپس با توجه به گروه خطری که فرد در آن قرار دارد و مقدار ال دی ال، برای فرد درمان را شروع می کنیم. کلیه موارد اصلاح شیوه زندگی را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره با انتقال اطلاعات مربوط به یافته های آزمایشگاهی ارجاع دهید. کارشناس تغذیه با ارزیابی سطح لیپیدهای خون، سالمند را پس از ارائه رژیم غذایی پیگیری می نماید.

معاونت بهداشت

داروهای مؤثر بر متابولیسم لیپوپروتئین

کلاس دارو	نام دارو	اشکال دارویی	دوزهای روزانه	تأثیر بر لیپیدها	عوارض جانبی	موارد منع مصرف
استاتین ها (در افراد مسن خطر ایستلا به بیماری عروق کرونر را به طور قابل ملاحظه ای کاهش می دهند)	لوواستاتین	قرص های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی	۲۰ تا ۸۰ میلی گرم	کاهش LDL ۱۸ تا ۵۵٪ افزایش HDL ۵ تا ۱۵٪ کاهش TG ۷ تا ۳۰٪	- میوپاتی - افزایش آنزیم های کبدی	منع مطلق: بیماری فعال کبدی یا افزایش غیرقابل توجه ترانس آمینازها منع نسبی: همراه یا برخی داروها (مانند سیکلوسپورین، اریتروماسین، آزیتروماسین، عوامل مختلف ضد قارچ، مهارکننده های سیتوکروم p-450، قیبرات ها و نیاسین) یا احتیاط استفاده گردند.
	آتورواستاتین	قرص های ۱۰ و ۲۰ و ۴۰ و ۸۰ میلی گرمی	۱۰ تا ۸۰ میلی گرم	کاهش LDL ۵ تا ۲۰٪ (ممکن است در بیماران با TG بالا افزایش یابد) افزایش HDL ۱۰ تا ۲۰٪ کاهش TG ۲۰ تا ۵۰٪	- دیس پیسی - سنگ های صفراوی - میوپاتی	منع مطلق: بیماری کلیوی شدید، بیماری کبدی شدید سابقه قبلی بیماری های کیسه صفرا
قیبرات ها	جم فیبروزیل	کپسول های ۳۰۰ و ۶۰۰ میلی گرمی	۶۰۰ میلی گرم دو بار در روز			
	قنوقیبرات	کپسول ۱۰۰ میلی گرمی	۱۰۰ میلی گرم			

تیگوتینیک اسید (نیاسین)	تیگوتینیک اسید	قرص های ۱۰۰، ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی گرمی	۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی گرم	کاهش LDL ۵ تا ۲۵٪ افزایش HDL ۱۵ تا ۳۵٪ کاهش TG ۲۰ تا ۵۰٪	- گرگرفتگی - هیپرگلیسمی - هیپرپوریسمی یا نقرس - هپاتوتوکسیسیته	منع مطلق: بیماری کبد، نقرس حاد منع نسبی: دیابت، هیپرپوریسمی، زخم معده
متصل شونده ها به اسیدهای صفراوی (رزین ها)	کلستیرامین	پودر ۴ گرمی	۴ تا ۱۶ گرم	کاهش LDL ۱۵ تا ۳۰٪ افزایش HDL ۳ تا ۵٪ TG بدون تغییر یا افزایش	- اختلال گوارش - یبوست - کاهش جذب سایر داروها	منع مطلق: تری گلیسیرید بیشتر از ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر منع نسبی: تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر
	کلستیپول	پودر ۵ گرمی یا قرص یک گرمی	۵ تا ۲۰ گرم			
مهار کننده جذب کلسترول	ازتیمایپ	قرص ۱۰ میلی گرمی	۱۰ میلی گرم	کاهش LDL به ویژه در همراهی با استاتین ها	- دردعضلانی - افزایش آنزیم های کبدی	در بیماری فعال یا پایدار کبدی و یا افزایش غیرقابل توجه آنزیم های کبدی، از تجویز همزمان آن یا استاتین ها خودداری شود.

ب) دیابت با مصرف دارو

توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> • سلامت را برای تشخیص قطعی یا کنترل عوارض (عارضه قلبی عروقی، کلیوی، چشمی، نوروپاتی، زخم پای دیابتی) به متخصص مربوطه ارجاع غیر فوری دهید و به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید، نتیجه را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید. • سلامت را به کارتناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. نانتش ماه اول، سلامت را ماهانه و سپس هر شش ماه تا یک سال پیگیری و مراقبت نمایید. • با توجه به وضعیت روحی سلامت، در ابتدای تشخیص به کارتناس سلامت روان مرکز ارجاع دهید، به وی پس خوراند دهید بر حسب مورد، سلامت را پیگیری و مراقبت نماید. 	دیابت یا عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • وجود عارضه دیابت
<ul style="list-style-type: none"> • سلامت را برای ماینه نه چشمی متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید. • به سلامت و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، تمرینات بدنی و مصرف دارو و علائم هیپوگلیسمی 3^4 و هیپرگلیسمی آموزش دهید. • دوز داروی مصرفی را افزایش دهید و در صورت عدم پاسخ به درمان، داروی دوم را اضافه کنید. آزمایش قندخون نانتا و دو ساعت پس از غذا را درخواست و به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید، سلامت را یک ماه بعد پیگیری و به پزشکی ارجاع دهید. • در صورت لزوم درمان فشارخون بالا، چربی خون، و تجویز آسپرین را مطابق رخصا انجام دهید و مراقب عوارض دیابت باشید. • سلامت را به کارتناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. نانتش ماه اول، سلامت را ماهانه و سپس هر شش ماه تا یک سال پیگیری و مراقبت نمایید. • با توجه به وضعیت روحی سلامت، در ابتدای تشخیص به کارتناس سلامت روان مرکز ارجاع دهید، به وی پس خوراند دهید بر حسب مورد، سلامت را پیگیری و مراقبت نماید. 	دیابت کنترل شده	<ul style="list-style-type: none"> • بدون عارضه دیابت و • عدم تطابق نتایج آزمایشات دیابت یا هدف درمان
<ul style="list-style-type: none"> • سلامت را برای ماینه نه چشمی متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید. • به سلامت و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و مصرف دارو و علائم هیپوگلیسمی 3^4 و هیپرگلیسمی آموزش دهید. • چنانچه بیمار دچار حملات هیپوگلیسمی می گردد، دوز داروهای پایین آورنده قند خون را کاهش دهید و آزمایش قندخون نانتا و دو ساعت پس از غذا و کراتینین را درخواست و به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید، سلامت را یک ماه بعد پیگیری و به پزشکی ارجاع دهید. • اگر فاقد علائم هیپوگلیسمی است دوز دارو را تغییر ندهید و آزمایش قندخون نانتا و دو ساعت پس از غذا و A_{1C} Hb را برای سه ماه بعد درخواست و به تیم غیر پزشکی پس خوراند دهید، سلامت را نانتش ماه، ماهانه پیگیری و هر سه ماه به پزشکی ارجاع دهید. پس از شش ماه، غیرپزشک سلامت را هر شش ماه مراقبت و به پزشکی ارجاع دهید. • در صورت لزوم درمان فشارخون بالا، چربی خون، و تجویز آسپرین را مطابق رخصا انجام دهید و مراقب عوارض دیابت باشید. • سلامت را به کارتناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. 	دیابت کنترل شده	<ul style="list-style-type: none"> • بدون عارضه دیابت و • تطابق نتایج آزمایشات دیابت یا هدف درمان

ارزیابی شیروزشک را جمع بندی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • ابتلا به دیابت • مصرف داروهای کنترل کننده قند خون • جواب آزمایش قند خون ناشتا طی یک سال قبل
<p>برای سالمندی که اخیراً تشخیص دیابت داده شده است اقدام کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • درخواست آزمایش قندخون نانتا و دو ساعت پس از غذا و در صورت امکان آزمایش $Hb A_{1C}$ 1^1 • درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود آلبومین یا پروتئین • درخواست پروفایل لیپید (کلسترول، تری گلیسرید، HDL و LDL) • درخواست TSH • درخواست کراتینین و پتاسیم سرم و محاسبه GFR 2^2 • درخواست آنزیم‌های کبد • تعیین اهداف درمان برای هر سلامت به طور افرادی
<p>برای سالمند مبتلا به دیابت سؤال و اقدام کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> • اندازه گیری فشارخون در حالت نشسته و ایستاده و ضربان قلب • اندازه گیری وزن • ماینه: نوروپاتی (اختلالات حسی در پاهای)، قند فشارخون وضعیتی، بررسی پاها (از نظر وجود تاول، بریدگی و یا خراش)، بیض های ضعیف در اندام های تحتانی (دورسال پدیس، تیپال خلفی، پوپلیته و فمورال)، ابتلا به اسهال، یبوست و سیری زودرس یا تهوع و استفراغ متناوب) • نروپاتی (GFR کمتر از 60 میلی لیتر در دقیقه) • پرسش درباره علائم بیماری عروقی کرونر

معیارهای تشخیص دیابت

96 10 دیابت پریشک .docx - Word

FILE HOME INSERT DESIGN PAGE LAYOUT REFERENCES MAILINGS REVIEW VIEW EndNote X7 Sign in

Arial 11 A Aa B I U abc x x² Font Paragraph Styles Editing

Find Replace Select

اختلال شناختی، بی‌اختیاری ادرار، سقوط، دردهای دایمی و مصرف همزمان چند دارو (Polypharmacy) هستند. نمی‌از افراد سالمند دیابتی، از بیماری خود اطلاعی ندارند، همچنین عالمی مانند پرادراری، پرخوری، پرپوشی و کاهش وزن در سالمندان بندرت بروز می‌کند، زیرا آستانه کلیه برای دفع گلوکز در ادرار با افزایش سن، بالا می‌رود و تا زمانی که سطح گلوکز سرم به مقادیر بالایی نرسد، گلوکز در ادرار سرریز نمی‌گردد. به علاوه چون حس تشنگی در سالمندان اختلال پیدا کرده، پرپوشی نیز در سالمندان دیابتی بروز نمی‌کند، حتی اگر هیپوسمولار هیپرگلیسمی پیدا کرده باشند، عالمی مانند گیچی، بی‌اختیاری ادرار و غیره بروز می‌کند، این علائم معمولاً غیراختصاصی هستند. گاهی سالمندان دیابتی وقتی با یک عارضه مانند سکنه قلبی یا مغزی در بیمارستان بستری می‌گردند، تشخیص دیابت برای آنها داده می‌شود. گاه کوبای هاپر اسیولار، اولین نشانه دیابت در سالمندان است که مراقب خیلی ندارند. در سالمندان چاق مبتلا به دیابت تپ، دیو، ترتج، انسولین در پاسخ به مصرف گلوکز نسبتاً طبیعی است، اما در سلیول‌ها مقاومت نسبت به انسولین وجود دارد.

معیارهای تشخیص دیابت	
گلوکز پلاسمائی ناشتا = $FBS \leq 126$ میلی گرم در دسی لیتر (۷ میلی مول در لیتر)	تشخیص دیابت نیازمند وجود ۲ آزمایش
یا گلوکز پلاسما دو ساعت بعد از خوردن ۷۵ گرم گلوکز = $OGTT \leq 200$ میلی گرم در دسی لیتر (۱۱/۱ میلی مول در لیتر)	مخل (اختلال در دو بار تکرار یک تست و یا دو تست مختلف) است.
یا هموگلوبین گلیکوزیله = $Hb A1c \leq 6.5$ درصد	توجه در سطح یک آریبه خدمت فعال از این روش برای غربالگری و تشخیص استفاده نمی‌کنیم.
یا در بیمار یا عالم کلاسیک هاپر گلیسمی یا حملات هاپر گلیسمیک یک تست گلوکز پلاسمائی راندم ≥ 200 میلی گرم در دسی لیتر	
معیارهای تشخیصی پره دیابت (افراد پرخطر برای دیابت)	
گلوکز پلاسمائی ناشتا = ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر	
یا گلوکز پلاسما دو ساعت بعد از خوردن ۷۵ گرم گلوکز = ۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر	
یا هموگلوبین گلیکوزیله = $Hb A1c = 5.7$ تا 6.4 درصد	توجه در سطح یک آریبه خدمت فعال از این روش برای غربالگری و تشخیص استفاده نمی‌کنیم.

سالمند را از نظر ابتلا به دیابت ارزیابی کنید

ابتا ارزیابی غیر پرتک شامل: شرح حال ابتلا به دیابت و مصرف داروی کاهنده قند خون و نتیجه آزمایش قندخون ناشتا طی یک سال قبل را بررسی نمایید. برای سالمندان دیابتی ارزیابی جامع را بر اساس جدول میوه انجام دهید و همچنین آزمایشات قندخون ناشتا (پس از هشت ساعت ناشتا بودن) و دو ساعت پس از غذا (OGTT) و آزمایش $Hb A1c$ درخواست کنید. از روشهای تشخیص بیماری دیابت، OGTT یا آزمایش تحمل گلوکز است. در مراکز که امکان انجام OGTT وجود ندارد از دو نوبت آزمایش قند خون ناشتا (FBS) استفاده می‌شود. بر اساس نتیجه آزمایشات و با توجه به نتیجه ارزیابی دیابت در سالمند بدین مصرف دارو یا مصرف دارو وضعیت سالمند را طبقه بندی نمایید. در صورتی که برای سالمند تشخیص ابتلا به دیابت را دادید، عوارض نوروپاتی (اختلالات حس در اندامها)، افت فشارخون وضعیتی، بررسی پاها (از نظر وجود زخم، بیهوشی و یا خراش)، نبض های ضعیف در اندام های تحتانی (دورسال پدیس)، نیبال خلفی، پیلایه و قهووال، ابتلا به اسهال، بیست، سیری ژودرس و یا تهوع و استفراغ، نتایپ و نیز نفروپاتی (با محاسبه GFR) را بررسی نمایید. برای بررسی و تشخیص سایر عوارض مانند: عوارض چشمی (اختلالات بینایی و رتینوپاتی) و عوارض قلبی عروقی از جمله: آریتمی و ایسکمی قلبی (نیش قلبه درد قفسه سینه یا تنگی نفس حین فعالیت) و برای بررسی تخصصی وضعیت قلبی عروقی، سالمند را به متخصص ارجاع دهید.

پس از بررسی عوارض، برای سالمندی که به نازگی تشخیص دیابت را داده اید، آزمایش ادرار از نظر وجود البومین یا پروتئین، درخواست الکتروکاردیوگراف، دوز صورت امکان، پروفایل لیبید (کلسترول، تری گلیسرید و HDL و LDL، TSH) و آریتم های کراتینین و پتاسیم سرم را درخواست کنید و پس از محاسبه GFR، اهداف درمان را برای هر سالمند به طور انفرادی تعیین نمایید.

بر اساس علائم و نتایج آزمایشات، تشخیص های لازم گذاشته شود.

توجه: ۱- اولین اقدام معمولی پرتک درخواست آزمایش قند خون ناشتا برای سالمند است. برای سالمندی که دارو مصرف نمی‌کند، اگر اولین آزمایش قند خون ناشتا وی حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر بود، آزمایش مذکور را با فاصله یک هفته تکرار کنید.

PAGE 3 OF 15 11248 WORDS PERSIAN 78%

12:02 PM 6/10/2018

در شرایط زیر سالمند مبتلا به دیابت تعریف می شود:

سالمند با سابقه ابتلا به دیابت و مصرف داروی پایین آورنده قند خون با هر میزانی از قند خون ناشتا (FBS) (حتی اگر کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد).

سالمند بدون سابقه ابتلا به دیابت و بدون مصرف داروی پایین آورنده قند خون، دو آزمایش متوالی قند خون ناشتای مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا یک آزمایش تست تحمل گلوکز (OGTT): گلوکز پلاسما دو ساعت بعد از خوردن ۷۵ گرم گلوکز) مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر داشته باشد.

معاونت بهداشت

ارزیابی جامع بیمار ان دیابتی

شرح حال پزشکی	<ul style="list-style-type: none"> ● سن و مشخصات شروع دیابت (مثلاً DKA یا یافته های آزمایشگاهی بدون علائم بالینی و ...) ● الگوهای غذا خوردن، عادات ورزشی، وضعیت تغذیه ای و سابقه وزن ● بررسی رژیم های درمانی و پاسخ به آنها (Hb A_{1c}) ● تعداد، شدت و علت حملات DKA یا هیپوگلیسمی اتفاقی افتاده ● شرح حال عوارض مرتبط با دیابت
---------------	--

	<p>میکروواسکولار: رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی (حسی شامل زخم پا و اتونومیک شامل گاستروپارزی و اختلال عملکرد جنسی)</p> <p>ماکروواسکولار: بیماری عروقی مغز، بیماری عروقی کرونری و بیماری تریان های محیطی</p> <ul style="list-style-type: none"> ● مشکلات روانی و بیماری های دهان و دندان
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> ● وزن، قد، BMI، تعیین فشار خون از جمله اندازه گیری فشار خون ارتوستاتیک ● برای معاینه ته چشم سالمند را به چشم پزشک ارجاع دهید ● لمس تیروئید ● معاینه پوست (ابتلا به آکانتوزیس نیگریکانس، یعنی پلاک های تیره رنگ ضخیم در چین های بدن ناشی از مقاومت به انسولین و بررسی محل های تزریق انسولین) ● معاینه پا، لمس نبض های دورسالیس پدیس و تیبیال خلفی، بررسی رفلکس های آشیل و پاتلار، ارزیابی حس لمس و تحریک و ارتعاش

جدول همبستگی Hb A₁C با میانگین قند پلاسما

میزان Hb A ₁ C بر حسب درصد	میانگین قند پلاسما بر حسب میلی گرام در دسی لیتر
۶	۱۲۶
۷	۱۵۴
۸	۱۸۳
۹	۲۱۲
۱۰	۲۴۰
۱۱	۲۶۹
۱۲	۲۹۸

ارزیابی کنترل قند خون

پایش گلوکز پلاسمای ناشتا و بعد از غذا

آزمایش A_1C Hb (در بیماران دیابتی که قند خون کنترل شده در محدوده هدف دارند، ۴ بار در سال و یا حداقل ۱ تا ۲ بار در سال باید A_1C Hb چک شود)

تست A_1C Hb محدودیت‌های خاصی دارد از جمله شرایطی که بر طول عمر گلبول‌های قرمز تأثیر می‌گذارد مثل همولیز، از دست دادن خون و اختلالات هموگلوبین مانند تالاسمی

در صورت عدم تطابق A_1C Hb با نتایج تست‌های قند خون، پزشک باید به فکر هموگلوبینوپاتی‌ها و تغییر طول عمر گلبول‌های قرمز و یا اختلاف زمان انجام این دو آزمایش باشد.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به دیابت یا با احتمال ابتلا به دیابت

۱- کنترل وزن در صورت داشتن اضافه وزن:

در بیماران با اختلال قند خون ناشتا، اختلال تست تحمل گلوکز و یا $A_1C Hb$ بین ۵/۷ تا ۶/۴ درصد، کاهش ۷ درصد وزن بدن و افزایش فعالیت جسمانی حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته با شدت متوسط مانند پیاده روی توصیه می شود.



معاونت بهداشت

۲- تغذیه مناسب :

-افزایش تعداد وعده های غذا و کاهش غذا در هر وعده

- متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت های بدنی

- حذف نکردن یکی از وعده های اصلی غذا

- استفاده زیاد از سبزی ها در وعده های غذایی؛

- محدود کردن مصرف میوه های شیرین

- مصرف بیشتر حبوبات

- استفاده از نان های سبوس دار؛

- محدود کردن قند، شکر و شیرینی

- استفاده مناسب از مواد نشاسته ای

- کاهش مصرف چربی ها

- مصرف کمتر گوشت های احشایی

۳- ورزش و تمرینات بدنی:



درمان دیابت

اهداف کنترل قند خون در سالنند دیابتی با سطح سلامتی خوب

نوع آزمایش	میزان مطلوب
Hb A _{1c} = هموگلوبین گلیکوزیله *	کمتر از ۷.۵ درصد
FPG = گلوکز پلاسمای ناشتا (قبل از غذا)	۹۰ تا ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر
2hpp = گلوکز پلاسمای مویرگی دو ساعت بعد از غذا	کمتر از ۱۸۰ میلی گرم در دسی لیتر

اهداف درمانی سالمندان مبتلا به دیابت *

شرایط سالمند از نظر سطح سلامتی	Hb A _{1c} مطلوب	فشارخون ناشتای مطلوب (بر حسب میلی‌گرم در دهی لیتر)	فشارخون مطلوب (بر حسب میلی‌متر جیوه)
سالمند نسبتاً سالم (وضعیت عملکردی و شناختی خوب، بیماری‌های مزمن محدود)	کمتر از ۷/۵ درصد	۱۳۰ تا ۹۰	کمتر از ۱۴۰/۹۰
سالمند با سطح سلامتی متوسط (اختلال خفیف تا متوسط شناختی و عملکردی همراه با بیماری‌های مزمن متعدد)	کمتر از ۸ درصد	۱۵۰ تا ۹۰	کمتر از ۱۴۰/۹۰
سالمند با سطح سلامتی بسیار پایین (اختلال متوسط تا شدید شناختی و عملکردی و در مراحل پایانی بیماری‌های مزمن)	کمتر از ۸/۵ درصد	۱۸۰ تا ۹۰	کمتر از ۱۵/۹۰

درمان دارویی سالمند مبتلا به دیابت

هنگام تجویز دارو به افراد سالمند اصول کلی زیر را باید در نظر گرفت:

شروع داروها با دوز پایین و افزایش آن به آهستگی

بررسی تداخلات دارویی

انجام تستهای عملکرد کبد و کلیه به طور دوره ای

گمان نکنید که وقتی کراتینین طبیعی است، کارکرد کلیه هم طبیعی است. زیرا در یک سالمند با کاهش توده عضلانی ممکن است سطوح کراتینین سرم طبیعی باشد ولی GFR به شدت کاهش یافته باشد.

GFR کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه نیازمند تعدیل دوز داروهایی است که دفع کلیوی دارند.

معاونت بهداشت

درمان دارویی برای هیپرگلیسمی در دیابت تیپ ۲

۱- داروهای خوراکی کاهنده قندخون

بیگوانیدین ها مثل مت فورمین:

سولفونیل اوره ها مثل گلی بن کلامید:

مگلتینید ها مثل ریپاگلینید:

تيازولیدین دیون ها مثل پیوگلیتازون:

مهار کننده های آلفا گلوکوزیداز مثل آکاربوز:

مهار کننده های دی پتیدیل پتیداز ۴ (DPP-4 inh) مثل سیتاگلیپتین

معاونت بهداشت

۲- داروهای تزریقی کاهنده قندخون مثل انسولین

خلاصه راهنمای دارویی کنترل قندخون در بیماران سالمند

دبالت، نه ۲

ملاحظات	منع مصرف	عوارض	کاهش قند خون غیر ناگهانی	کاهش قند خون ناگهانی	درصد کاهش HbA1c	تعداد دوز در روز	طول مدت اثر	حداکثر دوز روزانه	فواید افزایش دوز و میزان آن	دوز شروع	شکل دارویی	فرم دارویی	مکانیسم اثر	سته دارویی
قبل از شروع و سالانه، کراتینین سرم و الزیم های کبدی آزمایش و کلیترنس کراتینین محاسبه شود	تارسایی کلیه کراتینین بالای ۱/۴ $GFR < 30$ شرایط مستعدکننده اسیدوز لاکتیک، آتژین صدری تا پایدار، بیماران CHF بدحال	بی اشتهاپی، اسهال، ناراحتی شکمی، تهوع، اسیدوز لاکتیک	۲۰ درصد	۲۰ درصد	۱-۲	۲-۳ بار	۱۲-۱۸ ساعت	۲۵۰۰ mg	در صورت تحمل 500 mg با صبحانه افزوده شده در صورت نیاز هر ۲-۱ هفته 500 mg اضافه شود	500 mg یک بار در روز یا غذای شب (250 mg به صورت ۲ تا ۳ بار در روز)	1000 mg 500 Mg قرص	مت فورمین	کاهش تولید گلوکز کبدی	بیگواتیدین ها (شروع درمان در سالمندان غیر لاغر)
در کراتینین بالای ۱/۴ یا $GFR > 50$ میلی لیتر در دقیقه دوز دارو نصف شود	کراتینین بالای ۲ یا $GFR > 30$ میلی لیتر در دقیقه	هیپوگلیسمی، افزایش وزن	۲۰ درصد	۲۰ درصد	۱-۲	۱-۲ بار	۱۲-۲۴ ساعت	۲۰ mg	هر ۲-۴ هفته $2/5\text{ mg}$ افزایش دوز	$2/5\text{ mg}$ ۵ دقیقه قبل از صبحانه	قرص ۵ mg	گلی بنکلامید (گلی بورید)	تحریک ترشح انسولین	سولفوتیل اوره ها
ممکن است حساسیت به نور و تست های کبدی هم ایجاد کند.	کراتینین بالای ۲					۱-۲ بار	۱۲ ساعت	220 Mg	هر ۲-۴ هفته 5 mg افزایش دوز	40 mg ۳۰ دقیقه قبل از غذا	80 mg قرص	گلی کلایزید		
	تارسایی کبدی و کلیوی	هیپوگلیسمی، افزایش وزن (اما نه به شدت سولفوتیل اوره ها)	۲۵ درصد	-	۱-۲	۳ بار	۴-۶ ساعت	16 Mg	هر ۴ هفته 1 mg اضافه شود	$0/5\text{ mg}$ 15 دقیقه قبل از هر وعده غذا	$0/5\text{ mg}$ 1 mg 2 Mg	ریاگلیتید	تحریک ترشح انسولین	مگلیتینیدها (گلیتینیدها)

دسته دارویی	مکانیسم اثر	فرم دارویی	شکل دارویی	دوز شروع	فواصل افزایش دوز و میزان آن	حداکثر دوز روزانه	طول مدت اثر	تعداد دوز در روز	درصد کاهش HbA1c	کاهش قند خون ناشتا	کاهش قند خون غیر ناشتا	عوارض	منع مصرف	ملاحظات
تیازولیدین دیون ها	کاهش مقاومت به انسولین	بیوتلیازون	۱۵mg ۳۰mg ۴۵ mg قرص	۱۵mg روزانه با غذا یا بدون غذا	هر ۸-۶ هفته ۱۵ mg اضافه شود	۴۵mg	بیش از ۲۴ ساعت	۱ بار	۱-۱/۵	۲۰ درصد	۲۰ درصد	فارتازک، افزایش وزن، ادم، CHF، افزایش شکستگی در زنان	نارسایی قلبی پیشرفته، نارسایی کبدی	قبل از شروع دارو و سپس هر سه ماه یک بار حتماً آزمایش های کبدی آزمایش شوند
مهارکننده های آلفاگلوکوزیداز	کاهش جذب روده ای گلوکز	اکاریبوز میگلیتول	۵۰mg ۱۰۰mg قرص ۲۵ mg ۵۰mg ۱۰۰mg قرص	۲۵ mg یک بار در روز قبل از غذا	هر ۸-۴ هفته ۲۵mg در هر وعده اضافه شود	۱۵۰-۳۰۰Mg ۳۰۰Mg	۲-۳ ساعت	۳ بار	۱-۱/۵	-	نفخ، اسهال، عوارض گوارشی	سیروز	در مواردی توصیه می گردد که چندتون دو ساعت بعد از غذا بالای ۲۰۰ میلی گرم در نسی لیسر باشند	
مهارکننده های دی پپتیدیل پپتیداز ۴	مهار ترشح گلوکاگون و تحریک ترشح انسولین	سینا گلپتین	قرص ۲۵Mg ۵۰Mg ۱۰۰Mg	۲۵ mg یک بار در روز	دوز معمول ۱۰۰mg یک بار در روز	۱۰۰mg	۲۴ ساعت	۱ بار	۱	۲۰ درصد	۲۰ درصد	انزیموادم، عفونت مجاری تنفسی فوقانی	تنظیم دوز در نارسایی کلیه	

درمان فشار خون بالا در افراد دیابتی

96 10 دیابت پرشک .docx - Word

FILE HOME INSERT DESIGN PAGE LAYOUT REFERENCES MAILINGS REVIEW VIEW EndNote X7 Sign in

B Titr 12 A Aa Find Replace Select

Clipboard Font Paragraph Styles Editing

درمان فشار خون بالا در افراد دیابتی

فشارخون بالا یک عارضه شایع همراه در بسیاری از بیماران دیابتی می باشد که شیوع آن به تیب دیابت، سن فرد، چاقی و نژاد بستگی دارد. فشارخون بالا یک عامل خطر بزرگ برای بیماری های عروق کرونر و عوارض میکروواسکولار است.

اهداف درمان فشار خون در بیماران دیابتی
<ul style="list-style-type: none">• رسیدن به فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۳۰ میلی متر جیوه• رسیدن به فشارخون دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه

نحوه درمان فشار خون بالا در بیماران دیابتی : مطابق درمان فشار خون بالا در فصل یک اقدام گردد.

درمان های غیر دارویی فشار خون بالا در بیماران دیابتی
تغییر شیوه زندگی برای فشارخون بالا شامل موارد زیر می باشد:
<ul style="list-style-type: none">• کاهش وزن (در صورت وجود اضافه وزن)• رژیم غذایی مناسب برای توقف فشارخون (DASH=Dietary Approaches to Stop Hypertention) که شامل کاهش مصرف سدیم کمتر از ۱۵۰۰ میلی گرم در روز و افزایش مصرف پتاسیم، افزایش مصرف میوه و سبزیجات (۸ تا ۱۰ سهم در روز) و محصولات لبنی کم چرب (۲ تا ۳ سهم در روز) و غلات سبوس دار می باشد. مصرف گوشت قرمز محدود شده و مصرف ماهی و ماکارن افزایش می یابد.• خودداری از مصرف الکل و سیگار• افزایش فعالیت جسمانی (بر اساس شرایط فیزیکی بیمار)

رژیم غذایی DASH در بیماران غیر دیابتی اثری مشابه درمان تک دارویی در کاهش فشارخون دارد. این راهبردهای غیر دارویی ممکن است اثر مثبتی بر کنترل قند و چربی داشته باشند و کسانی که حتی فشارخون بالایی خفیف دارند باید به آن ترغیب شوند. تجربه تأثیر رژیم و ورزش برای کاهش حوادث قلبی و عروقی ثابت نشده است. در فشارخون های بالاتر یا مساوی ۱۵۰/۹۰ میلی متر جیوه نشان داده شده که کاهش فشارخون با رژیم های دارویی مختلف شامل مهارکننده های ACE ARB ها، بتا بلوکرها، دیورتیک ها و مهارکننده های کانال کلسیم، بر کاهش حوادث قلبی عروقی مؤثر بوده است.

درمان های دارویی فشارخون بالا در بیماران دیابتی

- گروه های دارویی ACEI ها یا ARB ها به دلیل اثرات مطلوب بر کلیه و کاهش پروتئینوری، انتخاب اول درمان فشارخون بالا در افراد مبتلا به دیابت هستند.
- درمان دارویی متعدد (دو دارو یا بیشتر)، عموماً برای رسیدن به فشارخون مطلوب مورد نیاز می باشد.
- باید یک یا بیشتر از داروهای ضد فشارخون، هنگام خواب تجویز گردند.
- اگر مهارکننده های ACE ARB ها یا دیورتیک ها استفاده می شوند، می بایست سطوح پتاسیم سرم و GFR، در شروع استفاده و ۴-۷ روز بعد از شروع درمان بررسی شده و در صورت طبیعی بودن هر سه ماه یک بار پایش گردند.

درمان دیسی لیپیدمی در سالمندان دیابتی

PAGE 14 OF 22 11 OF 11248 WORDS PERSIAN 78%

1:20 PM 6/10/2018

درمان های غیر دارویی فشار خون بالا در بیماران دیابتی

تغییر سبوه زندگی برای فشار خون بالا شامل موارد زیر می باشد:

- کاهش وزن (در صورت وجود اضافه وزن)
- رژیم غذایی مناسب برای توقف فشار خون (DASH=Dietary Approaches to Stop Hypertention) که شامل کاهش مصرف سدیم کمتر از ۱۵۰۰ میلی گرم در روز و افزایش مصرف پتاسیم، افزایش مصرف میوه و سبزیجات (۸ تا ۱۰ سهم در روز) و محصولات لبنی کم چرب (۲ تا ۳ سهم در روز) و غلات سیوس دار می باشد مصرف گوشت قرمز محدود شده و مصرف ماهی و ماکیان افزایش می یابد.
- خودداری از مصرف الکل و سیگار
- افزایش فعالیت جسمانی (بر اساس شرایط فیزیکی بیمار)

درمان های دارویی فشارخون بالا در بیماران دیابتی

گروه های دارویی ACEI ها یا ARB ها به دلیل اثرات مطلوب بر کلیه و کاهش پروتئینوری، انتخاب اول درمان فشارخون بالا در افراد مبتلا به دیابت هستند.

درمان دارویی متعدد (دو دارو یا بیشتر)، عموماً برای رسیدن به فشارخون مطلوب مورد نیاز می باشند .

باید یک یا بیشتر از داروهای ضد فشارخون، هنگام خواب تجویز گردند.

اگر مهار کننده های ACE، ARB ها یا دیورتیک ها استفاده می شوند، می بایست سطوح کراتینین، پتاسیم سرم و GFR، در شروع استفاده و ۴-۷ روز بعد از شروع درمان بررسی شده و در صورت طبیعی بودن هر سه ماه یک بار، پایش گردند.



درمان دیس لیپیدمی در سالمندان دیابتی

در بیشتر بیماران دیابتی باید حداقل سالانه آزمایش پروفایل لیپید انجام گردد.

سطوح سرمی HDL < ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و HDL < ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان و TG > ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر مطلوب هستند.

ممکن است در بالغین با مقادیر کم خطر لیپید (LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و HDL بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر و TG کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر) ارزیابی لیپید هر دو سال یک بار انجام گردد.

اصلاح شیوه زندگی با تکیه بر کاهش مصرف کلسترول و چربی های اشباع و ترانس و افزایش مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ و فیبرها و استرول های گیاهی، کاهش وزن اضافی و افزایش فعالیت های فیزیکی در تمام بیماران دیابتی برای بهبود پروفایل لیپید توصیه می گردد.

مصرف استاتین(در صورت نبود منع مصرف یا عدم تحمل) در همه سالمندان دیابتی توصیه میشود.

در افراد بدون بیماری قلبی عروقی بارز هدف درمان رسیدن به $LDL > 100$ میلی گرم در دسی لیتر است، ولی در بسیاری از بیماران دیابتی خیلی پرخطر با بیماری قلبی عروقی بارز، هدف درمان، کاهش LDL به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر می باشد که منجر به کاهش قابل توجه در حوادث قلبی عروقی می گردد.

در صورت عدم دستیابی به این اهداف، کاهش ۳۰ تا ۴۰٪ در LDL پایه به عنوان هدف درمان در نظر گرفته می شود.

درمان با استاتین با هدف کنترل LDL ارجح می باشد، مگر در موارد هیپرتری گلیسیریدمی شدید که خطر پانکراتیت حاد وجود داشته باشد.

تری گلیسیرید بیشتر یا مساوی ۵۰۰ میلی گرم در دسی لیتر را از نظر علل ثانویه بررسی کرده و برای جلوگیری از پانکراتیت حاد درمان کنید.

نیاسین، فنوفیرات، ازتیمایب* (ezetimibe) و تجزیه کننده های اسیدهای صفراوی به عنوان درمان های ترکیبی برای کاهش بیشتر کلسترول به کار می روند، گرچه درمان ترکیبی نسبت به درمان با استاتین به تنهایی در کاهش خطر قلبی عروقی ارجحیتی نشان نداده است.

اگر کلسترول HDL کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر و LDL بین ۱۰۰ تا ۱۲۹ میلی گرم در دسی لیتر باشد، ممکن است یک فیبرات یا نیاسین استفاده شود

تفسیر میزان آلبومین ادرار

میزان آلبومین (میکروگرم به ازای میلی گرم کراتینین) در یک نمونه ادرار	تعریف
۳.۵	نرمال
۳۰ تا ۳۹۹	میکروآلبومینوری
≥ ۳۰۰	ماکروآلبومینوری یا آلبومینوری بالینی

غربالگری و درمان بیماری عروق کرونر در سالمندان دیابتی

غربالگری روتین برای بیماری عروق کرونر در بیماران بدون علامت بالینی، توصیه نمی شود، زیرا مادامی که عوامل خطر درمان می شوند، به سمت بیماری عروق کرونر پیشرفت نمی کند.

در بیماران شناخته شده عروق کرونر، درمان با مهارکننده های ACE، آسپیرین و استاتین را (در صورتی که منع مصرف نداشته باشند)، برای کاهش خطر حوادث قلبی عروقی در نظر بگیرید.

از درمان با تiazولیدین دیون ها و مت فورمین در بیماران با نارسایی قلبی علامت دار خودداری نمایید. ولی در بیماران نارسایی قلبی پایدار (stable) اگر عملکرد کلیه طبیعی است، مت فورمین استفاده می شود.

غربالگری و درمان نروپاتی در سالمندان دیابتی

کنترل مطلوب قند و فشار خون

درخواست تست سالیانه میزان آلبومین ادرار و پتاسیم سرم

اندازه گیری کراتینین سرم را شش ماهه

محاسبه میزان GFR

تجویز مهار کننده های ACE یا ARB ها در بیماران با شدت متوسط تا شدید آلبومینوری (مساوی یا بیشتر از ۳۰ میلی گرم در روز) .

مانیتورینگ هر سه ماه یک بار سطوح کراتینین و پتاسیم سرم (وقتی بیمار مهار کننده های ACE یا ARB ها یا دیورتیک ها را استفاده می کند،)

اگر GFR به کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مکعب سطح بدن رسیده، احتمال عوارض نارسایی کلیه را در نظر بگیرید و به متخصص کلیه ارجاع دهید.

غربالگری و درمان رتینوپاتی در سالمندان دیابتی

معاینه ته چشم توسط چشم پزشک در کلیه بیماران دیابتی تیپ ۲ به محض تشخیص دیابت باید انجام گردد و سپس به طور سالیانه تکرار شود. در صورتی که رتینوپاتی در حال پیشرفت است حتی زودتر از یک سال ضروری می باشد.



برای معاینه ته چشم ، بیمار را به متخصص چشم ارجاع دهید.

معاونت بهداشت

غربالگری و درمان نوروپاتی در سالمندان دیابتی

همه بیماران دیابتی تیپ دو باید به محض تشخیص و سپس سالیانه با تست های کلینیکی ساده از نظر پلی نوروپاتی دیستال قرینه و نوروپاتی اتونوم غربالگری شوند.



معاونت بهداشت

تست های کلینیکی تشخیص پلی نوروپاتی دیستال قرینه

حس نوک سنجاق، درک ارتعاش (با یک دیپازون مرتعش با ۱۲۸ هرتز)؛

در نظر گرفتن علل دیگر نوروپاتی مثل کمبود ویتامین B12 (به خصوص در مصرف طولانی مدت مت فورمین)، عوارض داروها، مسمومیت با فلزات سنگین، بیماری کلیه، نوروپاتی دمیلینیزه التهابی مزمن، نوروپاتی های ارثی و واسکولیت ها در بیماران با نوروپاتی شدید

معاونت بهداشت

علائم و نشانه های نوروپاتی اتونوم

تاکیکاردی حین استراحت بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه

تست ورزش مختل

، هیپوتانسیون ارتوستاتیک،

حملات متناوب یبوست و اسهال،

گاستروپارزی،

اختلال عملکرد جنسی در مردان،

اختلال عملکرد مثانه (مثل عفونت های مکرر ادرار، پیلونفریت، بی اختیاری ادرار یا مثانه قابل لمس بر اثر احتباس ادرار)



معاونت بهداشت

داروهای ضد پلاکتی در سالمندان دیابتی

تجویز آسپرین با دوز ۸۰ میلی گرم در روز را به عنوان پیشگیری اولیه یا ثانویه در سالمندان

تجویز کلوپیدوگرل ۷۵ میلی گرم در روز برای بیماران با سابقه بیماری قلبی عروقی که حساسیت دارویی نسبت به آسپرین دارند.

الزامی بودن درمان ترکیبی با آسپرین و کلوپیدوگرل بعد از بروز بیماری کرونری حاد به مدت یک سال با نظر متخصص قلب

معاونت بهداشت

بعد از شناسایی و تثبیت بیماری دیابت،
مراقبت ممتد معمول توسط بهورز یا مراقب سلامت ماهی یک بار،
توسط پزشک عمومی هر سه ماه یک بار
و توسط متخصص برای بررسی عوارض سالی یک بار است، مگر این که با نظر پزشک
نیاز به مراقبت در فواصل کوتاه تری باشد.
در بیماران دیابتی که تحت کنترل مطلوب باشند با نظر پزشک فواصل مراقبت توسط
بهورز یا مراقب سلامت به هر سه ماه یکبار و فواصل مراقبت توسط پزشک به هر ۶ ماه
یکبار می تواند کاهش پیدا کند.

فصل پنجم – سقوط و عدم تعادل

96 سقوط پریشک 10.docx - Word

FILE HOME INSERT DESIGN PAGE LAYOUT REFERENCES MAILINGS REVIEW VIEW EndNote X7 Sign in

B Titr 14 A Aa Find Replace Select

Clipboard Font Paragraph Styles Editing

فصل پنجم – سقوط و عدم تعادل

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی کنید:
<p>توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری</p> <p>• داروهای ساده را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید.</p> <p>• برای ساده مگنل وکسین D و کلسیم تجویز کنید.</p> <p>• برای ساده راسانه و گنشی ساده را از نظر مناسب بودن بررسی کنید.</p> <p>• در صورت وجود بیماری ارجاع ای مستعد کننده برای سقوط، ساده را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.</p> <p>• در صورت فیزیکی بودن سبب تروماژنیک، ساده را به متخصص منز و اعصاب یا متخصص داخلی ارجاع غیر فوری دهید.</p> <p>• ساده را برای تجویز ویتن های پیچیده راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید.</p> <p>• در صورت ارجاع ساده برای اختلالات قدرتی با نوبت یا اختلالات شناختی، قبل از شروع که ساده در خطر بالای احتمال سقوط قرار دارد.</p> <p>• به تیم غیر پریشک پس خوردن، یک ماه بعد ساده را پیگیری و برای بررسی اقدامات انجام شده به پریشک ارجاع دهد.</p>	<p>خطر متوسط سقوط</p>	<p>• یک بار ساده سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب شده است و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت</p> <p>• بیش از یک بار ساده سقوط در یک سال گذشته و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت</p>	<p>ارزیابی کنید:</p> <p>ارزیابی غیر پریشک را جمع بندی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه سقوط در یک سال گذشته • صدمه به دنبال سقوط • احساس ناپایداری و عدم تعادل هنگام راه رفتن یا ایستادن • تریس از سقوط • تست تعادل در وضعیت حرکت • تست ADL <p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صرف کلیه داروهای تجویز شده توسط پریشک یا خودسرانه^{۱۳} • وجود برخی اختلالات^{۱۴} • بررسی و معاینه کنید (معاینات تکمیلی)^{۱۵} • معاینه تروماژنیک • بررسی عملکرد منجمه • بررسی عملکرد معامل انانم تحصالی • ارزیابی تکمیلی راه رفتن (Gait) و تعادل
<p>• داروهای ساده را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید.</p> <p>• برای ساده مگنل وکسین D و کلسیم تجویز کنید.</p> <p>• ساده را برای تجویز ویتن های پیچیده راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید.</p> <p>• به تیم غیر پریشک پس خوردن، یک ماه بعد ساده را پیگیری و به پریشک ارجاع دهد.</p>	<p>خطر متوسط سقوط</p>	<p>• حداقل یک بار ساده سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب شده است و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت</p>	<p>^{۱۳} بر اساس جدول ضمیمه ۳۳</p> <p>^{۱۴} بر اساس جدول ضمیمه ۳۴</p> <p>^{۱۵} نحوه معاینه تروماژنیک و بررسی های عملکرد منجمه، عملکرد معامل انانم تحصالی ترسیم ارزیابی در ضمیمه ۳۴ آمده است.</p>

PAGE 1 OF 6 2731 WORDS PERSIAN 77%

1:33 PM 6/11/2018

سقوط یا زمین خوردن عبارت است از حادثه ای که نتیجه آن قرار گرفتن ناخواسته فرد بر روی زمین با یا بدون از دست دادن هوشیاری و با یا بدون آسیب می باشد که با وقایع مهم حاد داخلی (صرع، سکته مغزی و سنکوپ) و تصادفات مانند تصادف ماشین تفاوت دارد. سقوط علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی از **علل داخلی** مانند ضعف در تعادل، اختلالات بینایی یا شناختی و **علل خارجی** مانند مصرف چند دارو و **علل محیطی** مانند روشنایی ضعیف، عدم وجود امکانات ایمنی، وجود قالیچه های لغزنده روی سنگ بوده که منجر به زمین خوردن می گردد. همچنین زمین خوردن عموماً نشانه بسیاری از بیماری های حاد و متابولیک در سالمندان است

معاونت بهداشت

جدول شماره ۱ : مکانیسم اثر برخی از داروهایی که خطر سقوط، افتادگی، مسدود شدن دهند

96 10 سقوط پرتفک.docx - Word

FILE HOME INSERT DESIGN PAGE LAYOUT REFERENCES MAILINGS REVIEW VIEW EndNote X7 Sign in

B Mitra A Aa Font Paragraph Styles Editing

Find Replace Select

بسی از ساقط یا هواره وی در خصوص تمامی داروهای مصرفی یا تجویز پرتفک یا با مصرف خودسرانه، طبق جدول شماره یک، از ساقط سؤل کنید. همچنین داروهای مانند قتی آنیمی ها، قتی هسنامین ها، دیورتیک ها، شل کننده های عضلانی، دیگوکسین، فلوئوتازین، سالتیوهاده، لاکتاتوهاده، بنزودیازپین ها، ایبوپروفن، وازودیلاهورهاده، چهارکننده های منو آمین اسیدها و ضد الفسردگی های سه حلقه ای که احتمال سقوط را افزایش می دهند، بررسی کنید و در صورت لزوم دوز یا نوع داروی مصرفی را تغییر دهید.

جدول شماره ۱: مکانیسم اثر برخی از داروهای که خطر سقوط را افزایش می دهند

ردیف	نام دارو	مکانیسم اثر
۱	آیپتو گلیکوزید	آسیب مستقیم وستیبول
۲	مسکن های بخصوص مخدرها	کاهش هوشیاری و یا افت عملکرد مرکزی
۳	آنتی آنیمی	کاهش خورسانی مغزی
۴	آنتی کالیتریک	دیلیریوم و گیچی
۵	سد فشارخون (به خصوص گشاد کننده عروقی)	کاهش خورسانی مغزی
۶	آنتی سایکوتیک ها	سدتریم اکسترپیرامیدال، سایر نورارشی آنتی آدرنرژیک
۷	دیورتیک های بخصوص در بیمار دهنده	کاهش خورسانی مغزی
۸	دیورتیک های موثر بر لوله حلقه	آسیب مستقیم وستیبول
۹	داروهای سایکوتروپیک (به خصوص ضد الفسردگی ها، آنتی سایکوتیک ها)	کاهش شتاخت یا کاهش عملکرد مغزی

جدول شماره ۲: اختلالاتی که خطر سقوط را افزایش می دهند

ردیف	اختلال	ایجاد مشکل در
۱	آنتی آنیمی ها، افزایش حساسیت سینیوس کاروتید، COPD، جدیدتاسیون، عقوبتیا (نوبوتی سسپس یا اختلالات متابولیک (دیابت، اختلالات تیروئید، هایپرگلیسمی)، وضعیت هایپر اسمولار، افت عملکرد عضلی قلبی بعد از ازدار کردن، افت فشارخون وضعیتی، افت فشارخون بعد از غذا، اختلالات دیچه ای قلب	تنظیم فشارخون
۲	دیلیریوم، دانگی، سکت مغزی	عملکرد مرکزی
۳	آرتیت، دیورمیتی های پا ضعف عضلانی	راه رفتن

PAGE 2 OF 6 116 OF 2731 WORDS PERSIAN 1:37 PM 6/11/2018 77%

جدول شماره ۲: اختلالاتی که خطر سقوط را افزایش می دهند

ایجاد اشکال در	اختلال	رشد
تنظیم فشارخون	آسمی، آریتمی‌ها، افزایش حساسیت سینوس کاروتید، COPD، دهیدراتاسیون، عفونت‌ها (پنومونی-سپسیس) اختلالات متابولیک (دیابت، اختلالات تیروئید، هایپوگلیسمی، وضعیت هایپر اسمولار)، افت عملکرد عصبی قلبی بعد از ادرار کردن، افت فشارخون وضعیتی، افت فشارخون بعد از غذا، اختلالات درپجه ای قلب	۱
عملکرد مرکزی	دیلیریوم، دمانس، سکته مغزی	۲
راه رفتن	آرتروز، دفرمیتهای پای، ضعف عضلانی	۳
عملکرد عصبی حرکتی و وضعیتی	آسیب های منحنی ای، میلوپاتی (ناشی از اسپوندیلوز مهره های گردنی و یا کمری، بیماری پارکینسون، تورویاتی محیطی، سکته)	۴
حس عمقی	نقص ویتامین B12، تورویاتی محیطی (مثلاً ناشی از دیابت)، کمبود ویتامین B12	۵
عملکرد گوش	لایبرتیته حاد، سرگیجه وضعیتی خوش خیم، کاهش شنوایی، بیماری منیر	۶
بینایی	کاتاراکت، گلوکوم، تخریب ماکولار (وابسته به سن)	۷

در ادامه معاینات تکمیلی زیر را برای سالمند با احتیاط انجام دهید :

۱- معاینه نورولوژیک



ارزیابی قدرت عضلات اندام تحتانی پروگزیمال

ارزیابی قدرت عضلات اندام تحتانی دیستال

معاینه حسی:

بررسی حس عمقی

تست رومبرگ (Romberg Test)

معاونت بهداشت

ارزیابی رفلکس های عمقی تاندونی

۲- بررسی عملکرد مخچه

Finger to Nose Test

Heel to shin Test



۳- بررسی عملکرد مفاصل اندام تحتانی

نگاه

لمس

معاینه دامنه حرکتی فعال (اکتیو) و غیرفعال (پاسیو)



۴- ارزیابی راه رفتن gait

از سالمند بخواهید در یک مسیر مستقیم راه برود. در صورتی که امکان دارد بهتر است وسیله کمکی مانند عصا و واکر را کنار بگذارد ولی مراقب باشید. به موارد زیر حین مشاهده gait سالمند توجه کنید:

شروع به راه رفتن

ارتفاع گام

طول گام

به طور منظم و پشت سر هم گام بردارد

باید در مسیر مستقیم گام بردارد.

عرض گام



معاونت بهداشت

۵- ارزیابی تعادل:

Tandem Stance Test

تست تعادل در وضعیت ثابت (One Leg Stance)
ارزیابی سرعت راه رفتن (تست تعادل در وضعیت حرکت)

معاونت بهداشت

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور کنترل سقوط و

پیشگیری

پیشگیری از سقوط در راه پله	پیشگیری از زمین خوردن در آشپزخانه	پیشگیری از زمین خوردن در حمام	پیشگیری از زمین خوردن در اتاق	اصول کلی پیشگیری از زمین خوردن و سقوط
ثابت کردن کف پوش پله ها به وسیله گیره های مخصوص	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی های غیر ابری و غیر لیز برای حمام	تصیب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی	استفاده از صندلی یا پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
استفاده از ترمه پله و یا میله تصب شده بر روی دیوار در زمان بالا رفتن از پله	استفاده تکریدن از واکس های براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از بادری های پلاستیکی مخصوص برای کف حمام	پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش	پرهیز از پوشیدن دمپایی استفاده از کفش مناسب
روشن کردن چراغ در راه پله و یا گرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها	خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله های تصب شده بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	دقت در گیر تکریدن لبه های فرش به پا	لباس پوشیدن در حالت تشسته
عاری کردن راه پله ها از هر گونه وسایل اضافی	جستادن توار رنگی یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر	قرار دادن وسایل خائنه در مسیر عبور و مرور به خصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپزخانه	رد کردن سیم وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار	به کار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر به طور صحیح
		استفاده از یک صندلی یا چهارپایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت تشستن در حمام	استفاده از تور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب	تزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن به ویژه در فضای باز
		استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (هر دو پای سالمند به زمین برسد)	استفاده از عینک با ترمه مناسب برای اصلاح بینایی خود	خودداری از حمل بسته های زیاد به طور همزمان
		قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و تشستن	عدم پوشش کف ساختمان یا سرامیک های لغزنده	پرهیز از پوشیدن لباس های بلند
				خودداری از بالا رفتن از تردبان یا ایستادن روی چهارپایه

منابع

راهنمای آموزشی مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان

