

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه پزشک

مؤلفین : دکتر مهین سادات عظیمی، دکتر میترا مرادی نیا، سهیلا داوری، دکتر زهرا صلبی، دکتر شهین لدنی،
دکتر الهام کارگزار، دکتر شیما رئیسی، دکتر فریبا تیموری، دکتر آزاده سادات زنده باد

زیر نظر : دکتر سید حامد برکاتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت سالمندان

۱۳۹۶

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

تقدیر و تشکر:

با قدردانی و تشکر از مدیران دفاتر و رؤسای ادارت فنی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

ریاست محترم اداره بیماری های قلبی عروقی، جناب آقای دکتر علیرضا مهدوی، کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم دکتر طاهره سموات و کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم علیه حجت زاده
مدیر محترم گروه تغذیه سالمندان دفتر بهبود تغذیه، سرکار خانم دکتر پریسا ترابی
ریاست محترم اداره غدد، سرکار خانم دکتر شهین یاراحمدی
مدیر کل محترم دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد جناب آقای دکتر احمد حاجبی، ریاست محترم اداره سلامت روان جناب آقای علی اسدی، کارشناس محترم مسئول دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد
سرکار خانم طاهره زیادلو، کارشناس محترم مسئول دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سرکار خانم دکتر مریم عباسی نژاد،
مدیر محترم برنامه پیشگیری و کنترل استئوپروز و بیماری های استخوانی مفصلی، سرکار خانم دکتر محبوبه دینی

با قدردانی و تشکر از متخصصین و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی:

جناب آقای دکتر فریدون عزیزی: متخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
جناب آقای دکتر احمد علی اکبری کامرانی: متخصص داخلی و فلوشیپ سالمندی، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی
جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
سرکار خانم دکتر مهشید فروغان: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی
سرکار خانم دکتر پریسا طاهری تنجانی: متخصص طب سالمندان از فرانسه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سرکار خانم دکتر مریم نوروزیان: متخصص مغز و اعصاب و عضو محترم هیئت علمی و مدیر گروه محترم طب سالمندی دانشگاه تهران
جناب آقای دکتر مجید برکتین: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر حمید صانعی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر محمد حسن انتظاری: دکترای تغذیه، رئیس محترم دانشکده تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر نوشین خلیلی بروجنی: فوق تخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر ویکتوریا عمرانی فرد: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر شهلا آکوچکیان: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر علی جواد پور: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی فارس
سرکار خانم دکتر محدثه بهجتی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر ماه منیر نحوی زاده: متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر حمید محمد بیگی: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر جعفر گلشاهی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر لیلا آزاد بخت: دکترای تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر بابک تمیزی فر: متخصص داخلی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی: دکترای پرستاری سالمندان، ریاست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سرکار خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه: پزشک عمومی، MPH سالمندی، عضو محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

جناب آقای دکتر حامد مرتضوی : دکترای آموزش پرستاری، استادیار و مدیر گروه محترم پرستاری سالمندی، رئیس محترم مرکز تحقیقات مراقبت سالمندان و رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

سرکار خانم دکتر نیلوفر خدابنده لو : متخصص داخلی، مدیر گروه محترم طب سالمندی دانشگاه علوم پزشکی ایران
جناب آقای دکتر محمدرضا امامی: متخصص مغز و اعصاب، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

با قدردانی و تشکر ویژه از :

- **همکاران اسبق اداره سلامت سالمندان:** سرکار خانم خدیجه امیرحسینی، سرکار خانم دکتر سهیلاخو شبین، سرکار خانم دکتر عالیہ عزیزآبادی فراهانی، سرکار خانم دکتر مهتاب علیزاده، سرکار خانم لاله رادپویان، سرکار خانم سمیرا پورمروت
- **دانشگاه علوم پزشکی اصفهان:** جناب آقای دکتر رضا خدیوی، جناب آقای دکتر پژمان عقدک، جناب آقای دکتر غلامرضا بهرامی، سرکار خانم ناهید مرادی، سرکار خانم دکتر الهه ایزدی خواه، جناب آقای دکتر رضا فدایی، سرکار خانم دکتر رامش حسین خانی، سرکار خانم دکتر ناهید گرامیان، سرکار خانم دکتر شهره اخوان، جناب آقای دکتر جهانشاه جهانگیری پور، سرکار خانم لیلا غلامی، سرکار خانم افسانه سرتیپ زاده و سرکار خانم فاطمه جعفری

با قدردانی و تشکر از سایر همکاران دانشگاهی که با ارائه نظرات پیشنهادی ما را در تهیه این مجموعه یاری کرده اند :

۱. دانشگاه علوم پزشکی آبادان
۲. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۳. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۴. دانشگاه علوم پزشکی اسدآباد
۵. دانشگاه علوم پزشکی اسفراین
۶. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۷. دانشگاه علوم پزشکی البرز
۸. دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۹. دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۰. دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر
۱۱. دانشگاه علوم پزشکی ایلام
۱۲. دانشگاه علوم پزشکی بابل
۱۳. دانشگاه علوم پزشکی بزم
۱۴. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
۱۵. دانشگاه علوم پزشکی بهبهان
۱۶. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۱۷. دانشگاه علوم پزشکی تربت جام
۱۸. دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
۱۹. دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۰. دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۲۱. دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
۲۲. دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
۲۳. دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی
۲۴. دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲۵. دانشکده علوم پزشکی خمین
۲۶. دانشکده علوم پزشکی خوی
۲۷. دانشکده علوم پزشکی خلخال
۲۸. دانشگاه علوم پزشکی دزفول
۲۹. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۳۰. دانشگاه علوم پزشکی زابل
۳۱. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۳۲. دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۳۳. دانشگاه علوم پزشکی ساوه
۳۴. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
۳۵. دانشکده علوم پزشکی سراب
۳۶. دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۳۷. دانشکده علوم پزشکی سیرجان
۳۸. دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳۹. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴۰. دانشگاه علوم پزشکی شوشتر
۴۱. دانشگاه علوم پزشکی فارس
۴۲. دانشگاه علوم پزشکی فسا
۴۳. دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۴۴. دانشگاه علوم پزشکی قم
۴۵. دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۴۶. دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۴۷. دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴۸. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۴۹. دانشگاه علوم پزشکی کهکلوویه و بویر احمد
۵۰. دانشگاه علوم پزشکی گراش
۵۱. دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵۲. دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۵۳. دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۵۴. دانشگاه علوم پزشکی لارستان
۵۵. دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۵۶. دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵۷. دانشگاه علوم پزشکی مراغه
۵۸. دانشگاه علوم پزشکی مرکزی
۵۹. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۶۰. دانشگاه علوم پزشکی نیشابور
۶۱. دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
۶۲. دانشگاه علوم پزشکی همدان
۶۳. دانشگاه علوم پزشکی یزد

فهرست مطالب

صفحه

۶	.....پیشگفتار.....
۷	..... بخش اول : کلیات
	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان
۹	.....
	..... بخش دوم : مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان
۱۰	.....
۱۰	..... فصل اول: اختلالات فشارخون
۲۱	..... فصل دوم: اختلالات تغذیه
۲۵	..... فصل سوم: اختلالات چربی خون
۳۸	..... فصل چهارم: دیابت.....
۶۲	..... فصل پنجم : سقوط و عدم تعادل
۶۸	..... فصل ششم : افسردگی

پیشگفتار:

بند ۷ سیاست های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری

"فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب"

در سال های اخیر کشور ایران به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتر و امید به زندگی بیشتری دست یافته است . بدیهی است افزایش امید به زندگی، با افزایش درصد جمعیت سالمند همراه بوده و سالخورده‌گی جمعیت یک دست آورد مثبت و یکی از افتخارات م است . براساس سرشماری ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ما ۷ میلیون سالمند دارد که ۹/۲۸ درصد جمعیت را تشکیل می دهد و انتظار می رود تا سال ۱۴۳۰ این درصد به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد.

سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه های جسمی، روانی و اجتماعی را در بر گرفته و با تحمیل هزینه های قابل توجهی همراه است . با سالمند شدن جمعیت، برنامه ریزی و سیاست گذاری در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر، اجتناب ناپذی است.

حفظ تندرستی و سلامت سالمندان، امری امکان پذیر بوده و نباید بیماری و ناتوانی را جزء جدایی ناپذیر سالمند دانست . در این راستا مراقبت دوره ای سالمندان در کنار آموزش شیوه زندگی سالم می تواند با کاهش بار بیماری و افزایش امید به زندگی توأم با سلامت، به سالمندی سالم و فعال بدیهی است شما به عنوان پزشک مرکز ارایه خدمت جامع سلامت ، بیشترین نقش را در پیشبرد اهداف نظام سلامت خواهید داشت . امید است با تلاش شما، شاهد افزایش برخورداری سالمندان از برنامه های سلامت باشیم.

سید حامد برکاتی

مدیر کل دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

بخش اول : کلیات

تعریف

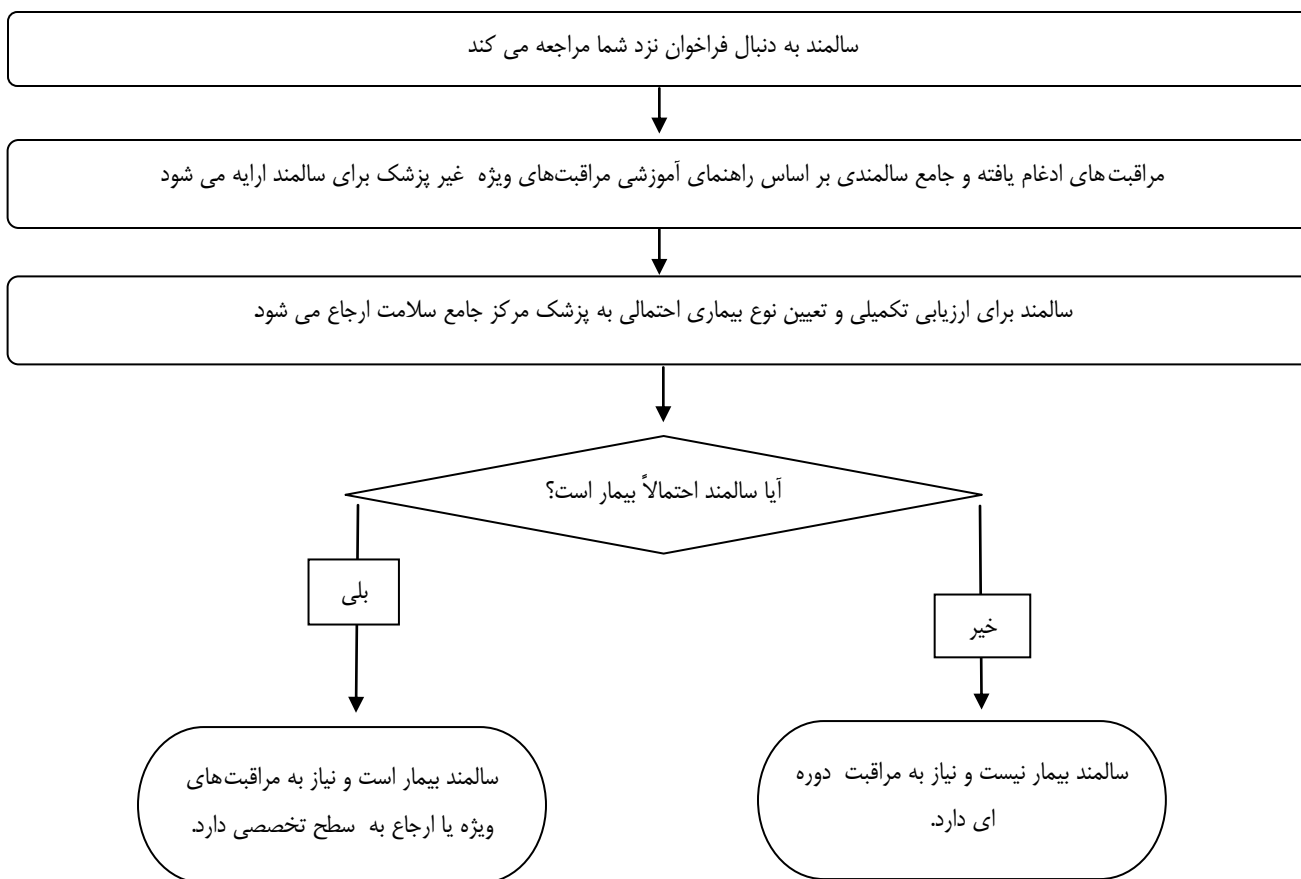
مراقبت‌های ادغام یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ساده ادغام یافته به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. لازم به ذکر است که عوامل خطر، نشانه‌ها، علائم بالینی، اقدامات تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری‌های مورد استفاده در این مدل بهره گرفته از برنامه های کشوری اداره های تخصصی و منابع تخصصی طب سالمندی است.

در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری‌های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری‌ها و اختلالات تغذیه‌ای آموزش داده می‌شود و علاوه بر روش‌های تشخیصی و درمانی ساده، راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها نیز عنوان شده است. به طور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی را فرا خواهید گرفت.

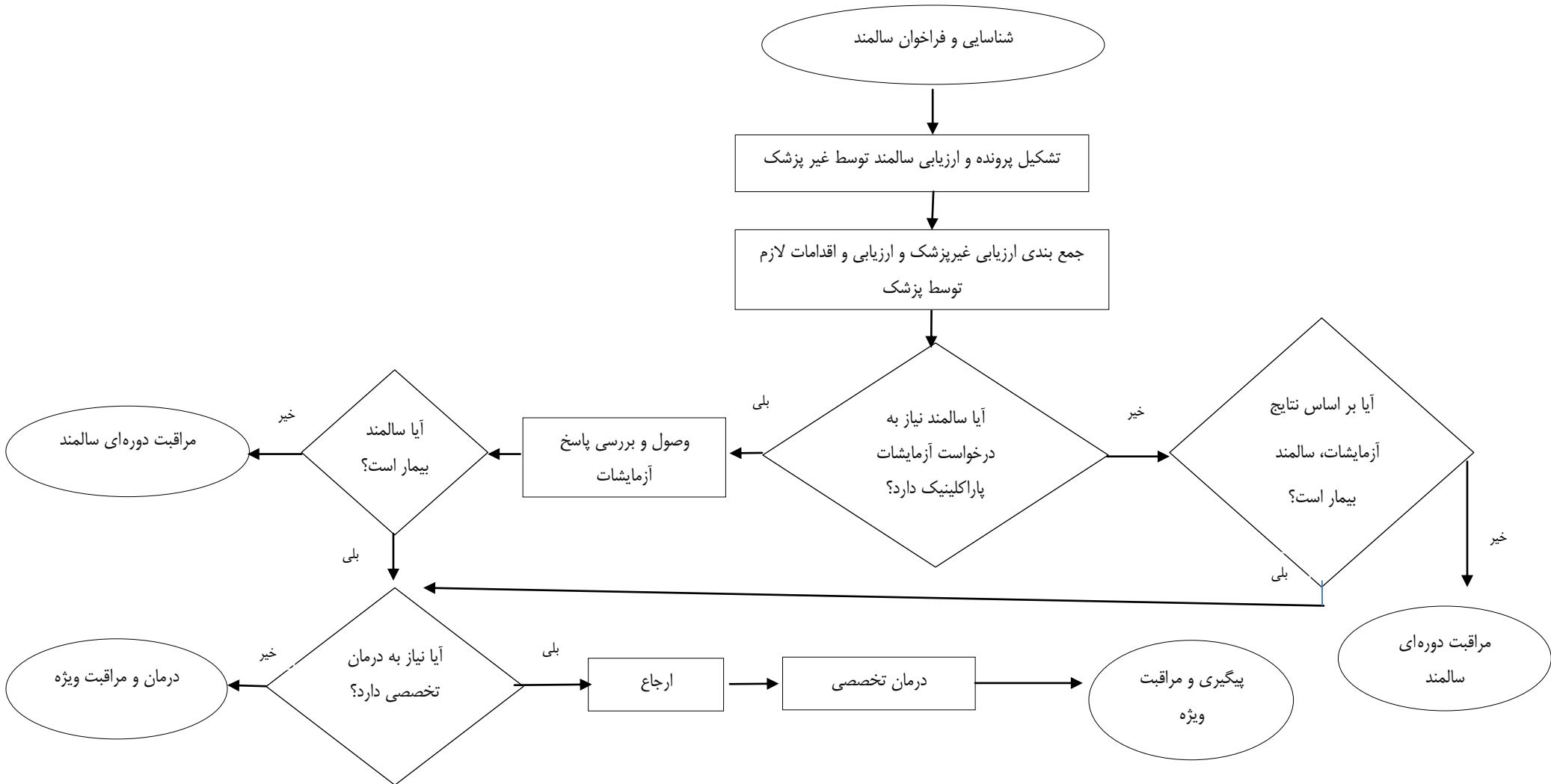
اصول کلی

برنامه مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان بسته خدمات نوین سالمندان ویژه پزشک و غیر پزشک طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان نزد شما مراجعه می‌کند، برای ارایه مراقبت‌های سالمند از بسته خدمات نوین سالمندان ویژه غیر پزشک استفاده می‌شود. در پایان ارایه مراقبت‌ها 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 می‌گیرد و اگر سالمند مبتلا به بیماری یا اختلال نباشد، در چرخه مراقبت‌های دوره ای قرار می‌گیرد.

چرخه کار کلی مراقبت از سالمند



نمودار کلی جریان فرایند مراقبت از سالمند



* منظور آزمایشات کمتر از شش ماه گذشته است.

راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

جدول راهنمای مراقبت از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

۰۱. ارزیابی

۰۲. طبقه بندی

۰۳. توصیه

در قسمت **ارزیابی**، جمع بندی عوامل خطر و نشانه های بیماری و آزمون های تشخیصی انجام شده، مورد مطالعه قرار می گیرد و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا معاینات جامع تر برای سالمند استفاده می گردد.

در بخش **طبقه بندی** موارد به دست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی بر اساس شدت بیماری طبقه بندی می شوند. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در طبقه "**مشکل فوری**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز دیده می شود. در صورتی که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در طبقه **مشکل**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ صورتی دیده می شود. چنانچه سالمند دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه "**در معرض مشکل**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است، در طبقه "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان است.

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 است.^۱*

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

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 است که به رنگ زرد دیده می شود.^۲*

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 است که به رنگ سبز مشاهده می شود.

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

انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه بهره گرفته از مطالعات کمی انجام شده در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱، مطالعه کیفی انجام شده در سال ۱۳۸۵ و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ و توصیه های ^۳ USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند، توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط از نظر اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه، اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل و افسردگی است. بنابراین شما با استفاده از این مجموعه آموزشی، مهارت های لازم در زمینه نحوه ارزیابی سالمند، انتخاب یک و یا چند توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط و مراقبت های غیر درمانی لازم را کسب خواهید کرد.

^۱ طبقه بندی مشکل فوری فقط در بحث فشارخون بالای غیر پزشک و افسردگی پزشک وجود دارد.

^۲ 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.

^۳ USPS preventative service task force

بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته

فصل اول - اختلالات فشارخون - الف) اختلال فشارخون بدون مصرف دارو

ارزیابی کنید:	
ارزیابی غیر پزشکی راجع بندی کنید	برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون افت فشارخون وضعیتی مصرف داروی پایین آورنده فشار خون 	<ul style="list-style-type: none"> شمارش تعداد نبض سمع قلب سمع ریه معاینه اندام تحتانی درخواست آزمایش ادرار، قند خون ناشتا، پروفایل چربی الکتروکاردیوگرافی
<p>اقدام کنید</p> <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 با رعایت شرایط اندازه گیری چک شود. پس از آنکه سالمند به مدت ۲ تا ۵ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت ، فشار خون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید. 	<p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید</p> <p>ابتلا به بیماری عروق محیطی: انتهای سرد، لنگش متناوب (Intermittent claudication)</p>

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات: توصیه ها، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
<ul style="list-style-type: none"> دارای عارضه فشارخون بالا* 	فشارخون بالای 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 سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه و بدون عارضه فشارخون بالا 	فشارخون بالای بدون عارضه	<ul style="list-style-type: none"> در صورت فشار خون 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.
<ul style="list-style-type: none"> اگر سالمند در طی یکسال گذشته معاینه ته چشم نشده است وی را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید. 		
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه 	در معرض ابتلا به فشارخون بالا	<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 که سالمند را هر شش ماه پیگیری و یک سال بعد به پزشک ارجاع دهد.
<ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته با کاهش حداقل ۲۰ میلی متر جیوه 	افت فشارخون وضعیتی	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه با 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.

* عوارض فشار خون بالا: ۱- عوارض قلبی [سکته یا آنژین قلبی، نارسائی قلبی، علایم و نشانه های نارسائی قلبی: تنگی نفس حین فعالیت، تنگی نفس حین خواب (ارتوپنه)، ادم اندام های محیطی، سمع رال در ریه ها، سمع صدای سوم و چهارم قلب و آریتمی به ویژه ریتم فیبریلاسیون دهلیزی]، بزرگی بطن چپ و آریتمی] ۲- عوارض مغزی (سکته مغزی و ایسکمی گذرای مغزی، ۳- عوارض کلیوی (آلبومینوری، کاهش GFR) ۴- عوارض چشمی (رتینوپاتی)

• فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و دیاستولیک کمتر از ۸۰ و
 • افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه

فشارخون طبیعی

• به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید.
 • به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را یک سال بعد مراقبت دوره ای کند.

ب) اختلالات فشار خون با مصرف دارو

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
• دارای عارضه فشارخون بالا	فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه	• توصیه ، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
• فشار خون سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۵۰ یا فشارخون دیاستولیک بیشتر یا مساوی ۹۰ و • بدون عارضه فشارخون بالا	فشارخون کنترل نشده	<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 سه هفته بعد پیگیری کنند. • سالمند را برای دریافت رژیم غذایی به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. • 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 سیستولیک کمتر از ۱۵۰ یا فشارخون دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه و • بدون عارضه فشارخون بالا	فشارخون کنترل شده	<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 خوراند دهید هر ماه سالمند را پیگیری کند. • سالمند را جهت دریافت توصیه های تخصصی تغذیه ای به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. • اگر سالمند در طی یکسال گذشته معاینه ته چشم نشده است وی را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع غیر فوری دهید.

ارزیابی کنید:	
ارزیابی غیرپزشک راجمع بندی کنید	برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون افت فشارخون وضعیتی مصرف داروی پایین آورنده فشار خون 	<ul style="list-style-type: none"> • سمع قلب • سمع ریه • شمارش تعداد نبض • معاینه اندام تحتانی
اقدام کنید	
<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید. چنانچه فشار خون سیستول مساوی یا بیش از ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا فشار خون 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. • فشار خون در ۳ تا ۷ ویزیت با رعایت شرایط اندازه گیری چک شود. • پس از آنکه سالمند به مدت ۲ تا ۵ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشارخون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایشات کامل ادرار، قند خون ناشتا، اوره، اسیداوریک، کراتینین و شمارش کامل گلبول های خونی، پروفایل چربی • الکتروکاردیوگرافی
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید	
<ul style="list-style-type: none"> • ابتلا به بیماری عروق محیطی: انتها های سرد، لنگش متناوب (Intermittent claudication) 	

- مصرف نکردن قهوه و نکشیدن سیگار نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- ناشتا نبودن طولانی (بیش از ۱۴ ساعت)؛
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و یا احساس خستگی قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- راحت بودن کامل بیمار در وضعیت نشسته و پشت وی به صندلی تکیه داشته باشد (سالمند باید حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند)؛

<ul style="list-style-type: none"> • افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته با کاهش حداقل ۲۰ میلی متر جیوه 	افت فشارخون وضعیتی
<ul style="list-style-type: none"> • افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه 	فشارخون وضعیتی طبیعی

فصل اول: اختلالات فشارخون

فشارخون بالا در سالمندان شایع بوده و توجه بیشتری را می طلبد. توصیه های درمانی برای افراد مسن مبتلا به فشارخون بالا از همان اصولی پیروی می کند که در سایر گروه های سنی وجود دارد اما از طرفی هنگام درمان افراد سالمند دچار فشارخون بالا لازم است به سایر بیماری ها که فرد ممکن است داشته باشد، توجه نمود. برخی از بیماری ها ممکن است، فرد را به ابتلا به عوارض جانبی داروها مستعد نماید. اگرچه در بیشتر این بیماران نیازمند دوزهای استاندارد و درمان چند دارویی برای رسیدن به فشارخون هدف هستیم. برای اجتناب از افت سریع و بیش از حد فشارخون توصیه می شود، داروهای ضدفشارخون با دوزهای پایین شروع شود و دوز دارو به تدریج افزایش یابد.

سالمند را از نظر ابتلا به اختلالات فشارخون ارزیابی کنید

ابتدا ارزیابی غیر پزشک شامل اندازه گیری فشارخون و افت فشارخون وضعیتی را بررسی کنید. از سالمندی که دارو مصرف می کند، درباره نوع داروی مصرفی و عوارض احتمالی آن سؤال کنید.

سپس ضمن اندازه گیری فشارخون و ثبت آن، اقدام به شمارش تعداد نبض، سمع قلب و سمع ریه نمایید. اندام تحتانی را از نظر ادم و نشانه های ایسکمی معاینه کنید. احتمال ابتلا به بیماری عروق محیطی را در سالمند بررسی کنید. برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا، آزمایش کامل ادرار از نظر وجود پروتئین درخواست کنید. در صورت وجود مشکل در آزمایش ادرار، سالمند را به متخصص ارجاع غیرفوری دهید. آزمایشات قند خون ناشتا، اوره، اسیداوریک، کراتینین، شمارش کامل سلول های خونی و پروفایل چربی را درخواست کنید. بر اساس علایم و نتایج آزمایشات، تشخیص های لازم گذاشته شود. در صورتی که آزمایشات طی ۶ ماه اخیر انجام شده و نتیجه آن طبیعی باشد نیازی به تکرار نیست. الکتروکاردیوگرافی برای سالمند درخواست دهید. در صورتی که الکتروکاردیوگرافی طی ۶ ماه اخیر انجام شده باشد نیازی به تکرار نیست. در صورت مشاهده تغییرات به نفع هایپرتروفی بطن چپ برای تأیید نارسایی قلب و انجام اکوکاردیوگرافی سالمند را به متخصص قلب ارجاع غیرفوری دهید.

سالمندان مبتلا به فشار خون باید سالی یک بار معاینه ته چشم شوند. در صورتی که سالمند در طی یک سال گذشته معاینه ته چشم نشده است، سالمند را جهت معاینه ته چشم از نظر رتینوپاتی به متخصص چشم ارجاع غیرفوری دهید.

در زمان اندازه گیری فشار خون توصیه های زیر رعایت شود:

<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را هر سه ماه یک بار پیگیری و هر شش ماه به پزشک ارجاع دهند. 	افت فشارخون وضعیتی
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید. 	فشارخون وضعیتی طبیعی

- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا رفتن کاذب فشار خون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای بازو، به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالا زدن آستین ندارد)؛
- فاصله با سالمع در زمان اندازه گیری فشارخون کمتر از یک متر؛
- خارج کردن هوای داخل کیسه لاستیکی با استفاده از پیچ تنظیم؛
- بستن بازوبند به دور بازو نه خیلی شل و نه خیلی سفت؛
- قرار دادن وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند روی شریان بازویی و لبه تحتانی بازو بند، ۲ تا ۳ انگشت بالای آرنج؛
- نگاه داشتن صفحه گوشی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان، توسط سالمند؛
- حس و نگاه داشتن نبض دست راست سالمند با دست دیگر؛
- فشار دادن متوالی پمپ برای ورود هوا به داخل کیسه لاستیکی تا زمان حس نکردن نبض؛
- ادامه دادن پمپاژ هوا به داخل کیسه لاستیکی به مدت ۳۰ میلی متر جیوه پس از قطع نبض؛
- باز کردن پیچ تنظیم فشار هوا به آرامی برای خروج هوا از کیسه لاستیکی ضمن نگاه کردن به صفحه مدرج دستگاه (پایین آمدن عقربه یا جیوه به آرامی با سرعت ۲ میلی متر جیوه در ثانیه)؛
- شنیدن اولین صدای ضربان قلب به مفهوم فشارخون سیستول و از بین رفتن صدای ضربان قلب به معنای فشارخون دیاستول است؛
- برای بررسی از نظر افت فشارخون وضعیتی اگر به هر دلیلی اندازه گیری فشارخون ایستاده مشکل است، افت فشار از حالت خوابیده به نشسته را اندازه گیری نمایید . ابتدا سالمند ۵ دقیقه به پشت بخوابد سپس فشارخون را از دست راست اندازه گیری نماید. سپس از سالمند بخواهید که بنشیند به نحوی که پاها از لبه تخت آویزان باشد. پس از ۲ تا ۵ دقیقه نشستن، فشار را از دست راست اندازه گیری نمایید

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

سالمند بدون مصرف دارو را از نظر اختلالات فشارخون طبقه بندی کنید

با توجه به اندازه فشارخون، معاینات انجام شده و نتایج آزمایشات و الکتروکاردیوگرافی، سالمند را به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- سالمند با "حداقل یکی از عوارض فشارخون بالا شامل: ۱- عوارض قلبی(سکته یا آثرین قلبی، نارسایی قلبی، بزرگی بطن چپ و آریتمی) ۲- عوارض مغزی(سکته مغزی و ایسکمی گذرای مغزی) ۳- عوارض کلیوی(آلبومینوری، کاهش GFR) ۴- عوارض چشمی(رتینوپاتی) "، در طبقه مشکل "**فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه**" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید . تا زمان دریافت پس خوراند متخصص، درمان دارویی را با استفاده از جدول صفحه ۱۷ شروع کنید. سالمند را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع دهید. سالمند را برای دریافت رژیم غذایی به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید.
- سالمند با "فشار خون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۵۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیشتر ۹۰ میلی متر جیوه و بدون عارضه"، در طبقه در معرض مشکل "**فشارخون بالای بدون عارضه**" قرار می گیرد. برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید. سالمند را برای معاینه نه چشم به متخصص چشم ارجاع دهید. برای اصلاح الگوی تغذیه و دریافت مشاوره، سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید.
- سالمند با "فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۲۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه و بدون عوارض فشارخون" در طبقه در معرض مشکل "**در معرض ابتلا به فشارخون بالا**" قرار می گیرد. سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید.
- سالمند با "فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه و افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه"، در طبقه فاقد مشکل "**فشارخون طبیعی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات ورزشی مناسب را آموزش دهید.
- سالمند با " افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته ۲۰ میلی متر جیوه و بیشتر" در طبقه در معرض مشکل "**افت فشار خون وضعیتی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی، راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید.

سالمند با مصرف دارو را از نظر اختلالات فشارخون طبقه بندی کنید

با توجه به اندازه فشارخون، معاینات انجام شده و نتایج آزمایشات و الکتروکاردیوگرافی سالمند را به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- سالمند با "یکی از عوارض فشارخون بالا شامل: ۱- عوارض قلبی(سکته یا آنژین قلبی، نارسائی قلبی، بزرگی بطن چپ و آریتمی) ۲- عوارض مغزی(سکته مغزی و ایسکمی گذرای مغزی) ۳- عوارض کلیوی(آلبومینوری، کاهش GFR) ۴- عوارض چشمی(رتینوپاتی) به همراه مصرف دارو" در طبقه مشکل "**فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه**" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را برای دریافت رژیم غذایی به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. سالمند را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع دهید.
- سالمند با "فشار خون سیستولیک ۱۵۰ میلی متر جیوه و بالاتر یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر به همراه مصرف داروی پایین آورنده فشارخون"، در طبقه در معرض مشکل "**فشارخون کنترل نشده**" قرار می گیرد، درمان دارویی سالمند را کنترل و در صورت لزوم مطابق دستوالعمل تغییر دهید. سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. سالمند را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع دهید.
- سالمند با "فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۵۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه به همراه مصرف داروی پایین آورنده فشارخون"، در طبقه در معرض مشکل "**فشارخون کنترل شده**" قرار می گیرد. درمان سالمند را ادامه دهید. سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهید. سالمند را برای معاینه ته چشم به متخصص چشم ارجاع دهید.
- سالمند با "افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته ۲۰ میلی متر جیوه و بیشتر" در طبقه در معرض مشکل "**افت فشار خون وضعیتی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید.
- سالمند با "افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه" در طبقه فاقد مشکل "**فشارخون وضعیتی طبیعی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید.

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

- دخانیات را ترک نماید.
- غذای کم نمک مصرف نماید.
- از مصرف فرآورده های غذایی نمک سود مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس و خودداری نماید.
- مصرف میوه و سبزی را افزایش داده و مصرف چربی به خصوص چربی های اشباع را کم نماید.
- در سالمند مبتلا به فشارخون ورزش های هوازی با شدت متوسط به مدت ۶۰- ۳۰ دقیقه در روز و ۷-۵ روز در هفته توصیه می شود.
- استفاده از رژیم غذایی (DASH) Dietary Approache to Stop Hypertention که غنی از میوه و سبزی و لبنیات کم چرب و غلات سبوس دار می باشد. مصرف گوشت قرمز محدود شده و مصرف ماهی و ماکیان افزایش می یابد (اگر سالمندی به علت مشکلات دندانی نتواند از این رژیم استفاده کند توصیه به مصرف سبزی و میوه پخته، آش و سوپ می گردد. در این رژیم سدیم محدود و پتاسیم افزایش می یابد.

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؛

درمان فشارخون بالا

اصول کلی درمان دارویی فشارخون بالا

- ۱ - انتخاب اولین گروه دارویی منتخب (انتخاب دارو براساس راهنمای دارویی در سالمند بدون بیماری یا با بیماری همراه)؛
- ۲ - شروع با حداقل دوز دارویی و افزایش تدریجی دوز به صورت ماهانه؛
- ۳ - تغییر دارو در سالمند دچار عارضه دارویی براساس جداول موجود؛
- ۴ - اضافه کردن داروی منتخب دوم برای سالمندی که داروی اول را دریافت نهوده ولی به فشارخون هدف نرسیده؛
- ۵ - پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل نشده؛
- ۶ - پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل شده توسط غیرپزشک و سه ماهه توسط پزشک؛
- ۷ - ارجاع سالمند به متخصص درصورت عدم پاسخ به درمان مراحل قبل؛

راهنمای دارویی جهت درمان فشار خون بالا در سالمند

گروه دارویی	نام دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	اشکال دارویی	شایعترین عوارض جانبی
دیورتیک های تیازیدی ^۱ *	هیدروکلروتیازید	۱۲/۵-۲۵ 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	۶/۲۵-۵۰ دو بار در روز	قرص های ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی	سرفه، هیپرکالمی
	انالاپریل	۲/۵-۲۰ یک بار در روز یا ۱/۲۵-۲۰ دو بار در روز	قرص های ۲/۵، ۵، ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی	
	لیزینوپریل	۵-۴۰ یک بار در روز	قرص های ۵، ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی	
بلوک کننده های رسپتور آنژیوتانسین	لوزارتان	۲۵-۱۰۰ یک بار در روز یا ۱۲/۵-۵۰ دو بار در روز	قرص های ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی	هیپرکالمی
	والزارتان	۴۰-۱۶۰ یک بار در روز	قرص های ۴۰، ۸۰ و ۱۶۰ میلی گرمی	
کلسیم بلوکرهای دی هیدروپیریدینی	آملودیپین	۲/۵-۱۰ یک بار در روز	قرص ۲/۵، ۵ و ۱۰ میلی گرمی	ادم مچ پا، یبوست، بلوک قلبی
	نیفیدپین	۱۰-۲۰ یک بار در روز	کپسول آهسته رهش ۲۰ میلی گرمی	
کلسیم بلوکرهای غیردی هیدرو پیریدینی	دیلتیازم	۱۲۰-۳۶۰ یک بار در روز	قرص آهسته رهش ۱۲۰ میلی گرمی	بلوک های دهلیزی بطنی، برادیکاردی، نارسایی قلبی، نارسایی های هدایتی، تشدید دیسفونکسیون های سیستولیک، هیپرپلازی لته، ادم، سردرد و یبوست
	وراپامیل	۳۰-۶۰ سه بار در روز	قرص تند رهش ۶۰ میلی گرمی	
		۴۰-۲۴۰ دو بار در روز	قرص ۴۰ میلی گرمی	
بتا بلوکرها	آتنولول	۲۵-۱۰۰ یک بار در روز یا ۱۲/۵-۵۰ دو بار در روز	قرص های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	برونکواسپاسم، برادیکاردی، احتمال نشان ندادن علائم هیپوگلیسمی پس از مصرف دوز بالای انسولین
	پروپرانولول	۲۰-۸۰ دو بار در روز	قرص های ۱۰ و ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی	
	متوپرولول	۲۵-۱۰۰ یک تا دو بار در روز	قرص ۵۰ میلی گرمی	
آلفا بلوکرها	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	

* داروی انتخابی برای سالمندان نیستند و فقط در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و یا ادماتو (volume overload) استفاده می شوند.
 * (داروهای انتخابی برای درمان فشارخون بالا در سالمندان هستند safe efficient)

داروهای ضد فشار خون قابل دسترسی در ایران

دیورتیک ها

سودمندی دیورتیک ها در درمان فشارخون بالا ثابت شده است. دیورتیک های تیازیدی به ویژه یکی از ارزان ترین و پرمصرف ترین داروهای ضد فشارخون می باشند. 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 ۲/۵ میلی گرم در دسی لیتر، تیازیدها تأثیر کمتری دارند. تیازیدها، داروی ارجح برای شروع درمان فشارخون بالا در سالمندان هستند. این داروها همچنین در استفاده همزمان با سایر رده های دارویی ضد فشارخون، باعث افزایش اثربخشی آنها می شوند. 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 آنها 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 آلدسترون مانند اسپرونولاکتون نیز می توانند مورد استفاده قرار گیرند گرچه داروی انتخابی نیستند.

مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs)

مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs) معمولاً به خوبی تحمل می شوند و بر متابولیسم لیپید و گلوکز اثر نامطلوبی ندارند و جزو داروهای ایمن محسوب می گردند. مطالعات نشان داده است این داروها، در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و نیز بیماران 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 و میر 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 شامل سرفه، افت فشارخون ارتواستاتیک و ندرتاً آنژیوادم می باشد. مصرف این داروها در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کلیوی یا نقص عملکرد کلیه ممکن است، سبب اختلال عملکرد کلیه ها شود. 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 ARB ها در بیماران که ACEI را به دلیل سرفه تحمل نمی کنند، توصیه می شوند. این داروها همانند ACEI ها در تنگی دوطرفه عروق کلیوی نباید مصرف شوند. ARB ها در پیشگیری از پیشرفت نروپاتی 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 بکاهد. تفاوت آشکاری بین درمان با ARB ها و ACEI ها از نظر کاهش خطر سکته مغزی و نارسایی قلبی وجود ندارد. مصرف همزمان ARB ها و ACEI ها به جز برای کاهش پروتئینوری توصیه نمی شود.

مسدودکننده های کانال کلسیم (CCBs)

CCB های 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 CCB ها که دارای ویژگی های متفاوتی می باشند، در کاهش فشارخون مؤثرند و به جز چند مورد استثناء، اثرات متابولیک نامطلوبی ندارند. CCB های دی هیدروپیریدین طولانی اثر به ویژه در کاهش فشارخون بالای ایزوله تأثیر زیادی دارند. CCB های کوتاه اثر دیگر توصیه نمی شوند و امروزه مورد استفاده قرار نمی گیرند. استفاده از نیفدیپین زیربانی نیز توصیه نمی شود. CCB های 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 CCB های دی هیدروپیریدینی ممکن است تعداد ضربان قلب را کم کند. بنابراین همراه با مسدودکننده های بتا آدرنژیک احتیاط لازم به عمل آید.

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 سکتة 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 لیپیدی، مخفی کردن علائم هیپوگلیسمی، افزایش بروز دیابت شیرین و سردی انتهایان 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.

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.

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 گی رد 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.

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.

عوارض ناشی از فشار خون بالا

علائم و نشانه ها	نوع عارضه
طپش قلب، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تورم مچ پا، هیپرتروفی بطن چپ	سکته قلبی، نارسایی قلبی
پروتئینوری، هماچوری، پلی اورمی، ناکچوری، تشنگی	نارسایی کلیه
اختلالات بینایی، خونریزی و اکزودا در ته چشم، ادم پایی	رتینوپاتی
سردرد، سرگیجه، اختلالات حسی یا حرکتی، اختلالات بینایی، اختلالات تکلم، اختلالات شناختی	سکته مغزی، حملات گذرای ایسکمی مغزی
انتهاهای سرد، لنگیدن متناوب (کم شدن مسافت قابل پاده روی بدون ایجاد درد پا ناشی از هیپوکسی)	آسیب شریان های محیطی

پیگیری

پیگیری سالمند مبتلا یا در معرض ابتلا به فشار خون بالا بدون مصرف دارو

- چنانچه سالمند در طبقه " فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمندی را که به متخصص ارجاع شده است، سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند.
- چنانچه سالمند در طبقه " فشار خون بالا بدون عارضه " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را یک ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند.
- چنانچه سالمند در طبقه " در معرض ابتلا به فشارخون بالا " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را شش ماه بعد پیگیری و یک سال بعد به پزشک ارجاع دهند
- چنانچه سالمند در طبقه " فشارخون طبیعی " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد مراقبت کند.
- چنانچه سالمند در طبقه " افت فشار خون وضعیتی " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را هر سه ماه یک بار پیگیری و هر شش ماه به پزشک ارجاع دهند . سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنی.
- چنانچه سالمند در طبقه " فشار خون وضعیتی طبیعی " قرار گرفت به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را به مراجعه با بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنند

پیگیری سالمند مبتلا یا در معرض ابتلا به فشار خون بالا با مصرف دارو

- چنانچه سالمند در طبقه " فشارخون بالای با عارضه یا در معرض عارضه " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند ارجاع شده به متخصص را سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند
- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون کنترل نشده" قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را یک ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند. پس از یک ماه، در صورتی که فشارخون در سالمند با مصرف دارو به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۵۰/۹۰ نرسیده و در صورتی که سالمند عوارض دارویی ندارد، دوز داروی قبلی را اضافه کنید و در صورت عوارض دارویی، دارو را مطابق راهنمای در مان تغییر ده ید یا داروی دوم را اضافه کنید . مجدداً به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را یک ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند.
- نکته:** چنانچه در پیگیری سوم ، فشارخون سالمند به فشارخون هدف رسیده و یا نرسیده، ولی عوارض دارویی دارد، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه " فشارخون کنترل شده " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را هر ماه پیگیری و هر سه ماه یک بار به پزشک ارجاع دهند پس از سه ماه در صورتی که فشارخون در سالمند با مصرف دارو همچنان به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۵۰/۹۰ رسیده و فاقد عوارض دارویی است، درمان را ادامه دهید و پیگیری ماهانه غیر پزشک و سه ماه یک بار پزشک را ادامه دهید اما در صورتی که سالمند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای دارویی تغییر دهید و وی را تا زمان کنترل فشارخون ماهانه پیگیری کنید.

- چنانچه سالمند در طبقه " افت فشار خون وضعیتی " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را هر سه ماه یک بار پیگیری و هر شش ماه به پزشک ارجاع دهند . سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.

- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون وضعیتی طبیعی" قرار گرفت، سالمند را به مراجعه با بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

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

فصل دوم – اختلالات تغذیه ای

اقدام	طبقه	نتیجه ارزیابی
	بندی	
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
<ul style="list-style-type: none"> • نکات مهم تغذیه ای را با 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 با دوز درمانی تغییر دهید. • به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را ماهانه پیگیری و به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهند. 	ابتلا به سوء تغذیه لاغری	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و • امتیاز ۰-۷ از پرسشنامه شماره یک (MNA*)
<ul style="list-style-type: none"> • بیماری های همراه سالمند را درمان کنید. • نکات مهم تغذیه ای را با 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 با دوز درمانی تغییر دهید. • به تیم غیر پزشک 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. 	ابتلا به سوء تغذیه چاقی	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند با نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر و • با هر امتیاز

ارزیابی	
ارزیابی غیر پزشک را جمع بندی کنید	برای سالمند مبتلا به سوء تغذیه، بررسی و اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۰-۷: <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 ساق پا 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی بیماری های همراه: <ul style="list-style-type: none"> • پرکاری و کم کاری غده تیروئید، کم خونی، نفروپاتی، سرطان، مشکلات گوارشی، افسردگی • بررسی علل و زمینه های چاقی (ژنتیک، الگوی غذایی، رفتارهای تغذیه ای، بیماری زمینه ای، و مصرف دارو و ...) • در سالمند با نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر • درخواست یا بررسی آزمایشات لازم: <ul style="list-style-type: none"> • HCT , Hb , CBC , BUN , Cr , TG, Chol, FBS ,TSH ,U/A HDL ,LDL
سالمند با نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر با هر امتیاز:	

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای

سالمند را از نظر احتمال اختلالات تغذیه ای ارزیابی کنید

ابتدا بر اساس نمایه توده بدنی سالمند، ارزیابی غیر پزشک را بررسی کنید:

- در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند کمتر از ۲۱ و امتیاز ۷-۰ باشد، ارزیابی غیر پزشک که شامل: بررسی کاهش اشتها، ناخواسته، کاهش وزن ناخواسته، کم تحرکی، استرس روحی روانی یا بیماری حاد در سه ماه اخیر، مشکلات عصبی روانی (نوروسایکولوژیک) و امتیاز حاصل از اندازه گیری عضله ساق پای سالمند می باشد را مورد بازبینی قرار دهید.

سپس به ارزیابی بیماری های همراه احتمالی مرتبط با مشکل سوء تغذیه سالمند، از جمله: پرکاری و کم کاری غده تیروئید، کم خونی، نفروپاتی، سرطان، مشکلات گوارشی، افسردگی، فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدمی و... بپردازید. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۳۰ و بیشتر باشد، علل و زمینه های چاقی (ژنتیک، الگوی غذایی، رفتارهای تغذیه ای، بیماری زمینه ای و مصرف دارو و ...) میباید را بررسی کنید. در صورت لزوم آزمایشات لازم (Cr، BUN، CBC، Hb، HCT، U/A، TSH، FBS، Chol، TG، LDL، HDL) را برای سالمند درخواست و یا در صورت موجود بودن آزمایشات آن ها را بررسی کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به اختلالات تغذیه طبقه بندی کنید

- سالمند با " نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۷-۰ از پرسشنامه شماره یک (MNA)"، در طبقه بندی " **ابتلا به سوء تغذیه لاغری** " قرار می گیرد. نکات مهم تغذیه ای را با 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 با دوز درمانی تغییر دهید. دوز درمانی ویتامین D، هفته ای یک مگا دوز ویتامین D به مدت دو ماه است. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را ماهانه پیگیری و به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهند.
- سالمند با " نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر و امتیاز ۱۴-۰ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه بندی " **ابتلا به سوء تغذیه چاقی** " قرار می گیرد. بیماری های همراه سالمند را درمان کنید. نکات مهم تغذیه ای را با 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 با دوز درمانی تغییر دهید. به تیم غیر پزشک 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.

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 مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها (مثل بادام، پسته، گردو، فندق)، لبنیات (مثل شیر، ماست پنیر، کشک و بستنی)، حبوبات (مثل عدس) و شیربرنج و فرنی؛
- استفاده از انواع طعم دهنده ها مثل ادویه، چاشنی، آلبیمو، سس ها و ... برای افزایش اشتها سالمند به غذا؛

- مصرف روغن های مایع نباتی مثل روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا (روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن زیتون یا کانولا مصرف شود)؛
- رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه (استفاده از انواع گروه های غذایی)؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع نان سبوس دار و سنتی، برنج و ماکارونی و سیب زمینی به همراه مواد پروتئینی؛
- مصرف غلات سبوس دار و کاهش مصرف کربوهیدرات های ساده؛
- مصرف ماهی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه؛
- استفاده از جوانه ها، غلات و حبوبات در سالاد، آش و سوپ در حد متوسط؛
- استفاده از انواع حبوبات در خورش، آش، خوراک و...؛
- استفاده از پنج گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه) و (سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- تدریجی بودن افزایش وزن سالمند؛
- مصرف چند لیوان آب میوه به جای آب معمولی به خصوص بعد از غذا به طور روزانه؛

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

- کاهش انرژی دریافتی؛
- مصرف غذاهای آب پز، بخارپز و تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پر چرب؛
- کاهش مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر، سوسیس و کالباس؛
- مصرف میوه به جای آب میوه؛
- استفاده از نان و ترجیحاً نان سبوس دار به جای برنج و ماکارونی؛
- اجتناب از مصرف نوشابه های گازدار شیرین (حتی رژیمی)؛
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب؛
- استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست به جای گوشت قرمز و اجتناب از مصرف گوشت های احشایی (دل، قلوه، کله، پاچه و مغز)؛
- استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای مثل ماکارونی و سیب زمینی؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ (حداکثر ۳ عدد در هفته)؛
- اجتناب از مصرف غذاهای پرکالری حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات مثل سس مایونز، انواع شیرینی ها و شکلات؛
- استفاده از میوه و سبزیجات در میان وعده ها؛
- استفاده از روغن مایع به جای روغن جامد؛
- مصرف انواع سالاد بدون سس ترجیحاً قبل از غذا یا همراه غذا و استفاده از آب نارنج، سرکه و آلبیمو به جای سس سالاد؛

رفتار درمانی

الف- 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؛

ب- 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؛

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه " **ابتلا به سوء تغذیه لاغری** " قرار گرفت، به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید سالمند را ماهانه پیگیری و به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهد.

- چنانچه سالمند در طبقه " **ابتلا به سوء تغذیه چاقی** " قرار گرفت، به تیم غیرپزشک پسخوراند دهید سالمند را یک ماه بعد و سپس هر سه ماه یکبار تاسه نوبت پیگیری و در صورت عدم اصلاح الگوی تغذیه یا نمایه توده بدنی به کارشناس تغذیه ارجاع مجدد دهد.

فصل سوم – اختلالات چربی خون

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره با 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 شش 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 با 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 شش 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٪. • ال دی ال کلسترول بین ۱۵۵ تا ۱۸۹

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

فصل سوم – اختلالات چربی خون

اگر متابولیسیم 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.

سالمند با احتمال اختلال چربی خون را ارزیابی کنید

برای ارزیابی اختلالات چربی خون ابتدا لازم است که نکات ذیل در هر فرد مورد توجه قرار گیرد:

در شرح حال:

- آیا سالمند دیابت دارد؟
- آیا سالمند دخانیات مصرف می کند؟
- مقدار فشارسیستولیک سالمند چقدر است؟
- مقدار کلسترول تام (میلی گرم به دسی لیتر)
- میزان خطر حوادث قلبی – عروقی در طول ۱۰ سال آینده

خطر ۱۰ ساله بروز حوادث کشنده و غیر کشنده بیماری قلبی عروقی با استفاده از چارت ارزیابی خطر

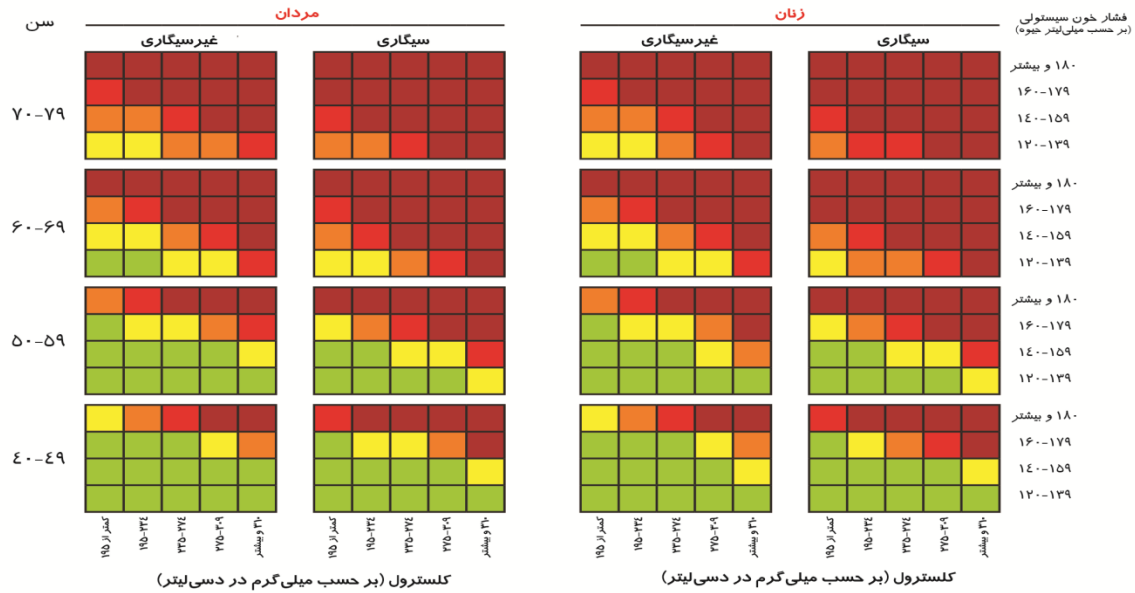
افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر حوادث قلبی و عروقی قرار گرفته اند، به چهار گروه تقسیم می شوند:

۱. خطر کمتر از ۱۰٪
۲. خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪
۳. خطر ۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪
۴. خطر ۳۰٪ و بالاتر

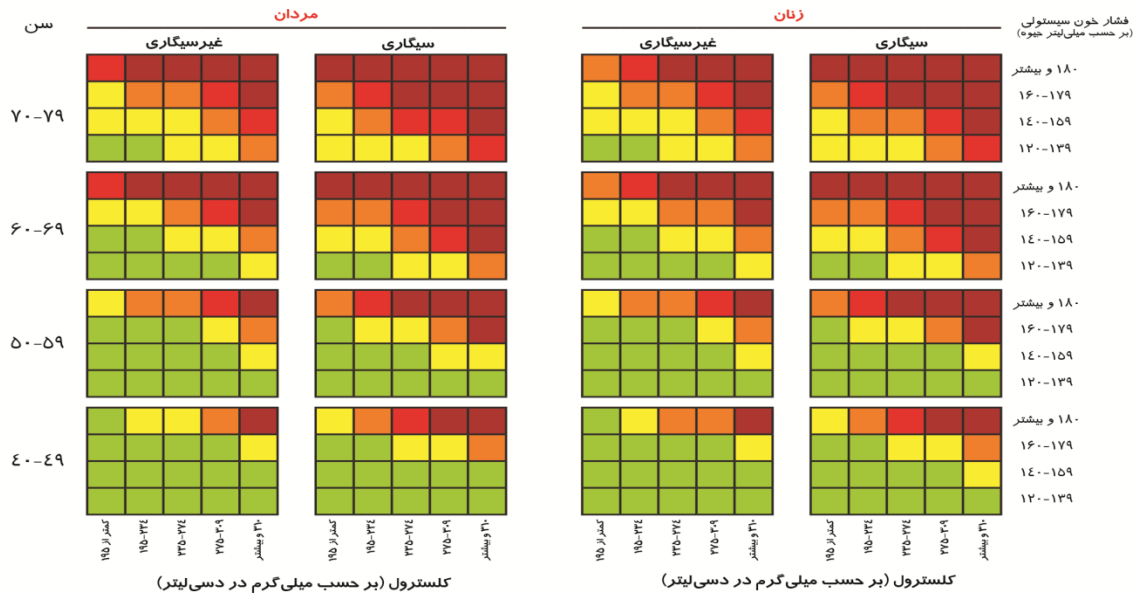
نکته مهم: به دلیل این که سن سالمندی یک ریسک فاکتور می باشد، دسته بندی در این بسته خدمتی به جای چهار گروه به سه گروه تقسیم شده است.

نمودار ارزیابی خطر: احتمال بروز حوادث کشنده و غیر کشنده قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده

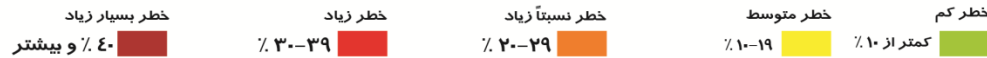
نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



خطر رویداد قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده (%)



سالمند با احتمال اختلال چربی خون را طبقه بندی کنید

- سالمند با "خطر حوادث قلبی عروقی بیش از ۲۰ درصد" در طبقه مشکل "چربی خون بالای با عارضه" قرار می گیرد. سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره با انتقال اطلاعات مربوط به یافته های آزمایشگاهی ارجاع دهید. درمان دارویی را شروع کنید. سایر عوامل خطر از جمله تری گلیسیرید بالا را درمان کنید. در صورت نیاز، سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "خطر حوادث قلبی عروقی ۱۰ تا ۲۰ درصد" یا "خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد همراه با ال دی ال کلسترول ۱۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر"، در طبقه در معرض مشکل "چربی خون بالا" قرار می گیرد. سالمند را به کارشناس تغذیه مرکز جهت اصلاح الگوی تغذیه و مشاوره با انتقال اطلاعات مربوط به یافته های آزمایشگاهی ارجاع دهید. درمان دارویی را شروع کنید.
- سالمند با "خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد همراه با ال دی ال کلسترول ۱۸۹-۱۵۵ میلی گرم در دسی لیتر"، در طبقه فاقد مشکل "چربی خون طبیعی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.

پس از تعیین گروه‌ها براساس میزان خطر، کاهش LDL کلسترول هدف درمانی است و متناسب با هر گروه اقدامات زیر انجام می‌گردد:

• افراد دارای خطر حوادث قلبی عروقی بالاتر از ۲۰٪:

در این بیماران هدف درمانی، کاهش سطح ال دی ال کلسترول به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است و برای رسیدن به این هدف، درمان های دارویی و غیردارویی (تغییر شیوه زندگی) توصیه می‌شود. همچنین جهت درمان سایر عوامل خطر از جمله تری گلیسیرید بالا اقدام گردد.

• افراد دارای خطر متوسط حوادث قلبی عروقی ۲۰٪-۱۰٪:

در این گروه هدف درمانی کاهش ال دی ال کلسترول بین ۱۰۰-۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است. علاوه بر درمان غیردارویی درمان دارویی نیز در نظر گرفته شود.

• افراد دارای خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰٪:

در این گروه هدف درمانی کاهش سطح ال دی ال کلسترول بین ۱۰۰ تا ۱۵۴ میلی گرم / دسی لیتر، همراه با درمان غیردارویی (تغییر شیوه زندگی) است. کسانی که احتمال خطر حوادث قلبی عروقی در آنها بسیار پایین است، ال دی ال کلسترول آنها باید کمتر از ۱۶۰ باشد. اگر ال دی ال کلسترول در این افراد بین ۱۵۵ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر باشد، درمان غیردارویی و اگر بیش از ۱۹۰ باشد درمان غیردارویی و دارویی شروع می‌شود.

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:

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

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

- جهت ترک دخانیات برنامه ریزی نماید.
- مصرف غذاهای چرب و سرخ کرده را به حداقل برساند. برای این که چربی مورد نیاز بدن سالمند تأمین شود، روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن گیاهی مانند روغن زیتون، کلزا و کانولا همراه غذا یا سالاد مصرف کند.
- مصرف غذاها به صورت آب پز، بخارپز یا تنوری باشد.
- از مصرف سس برای سالاد یا سبزیجات خودداری نماید و به جای آن از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزی‌های معطر به همراه ماست استفاده نماید.
- به جای روغن‌های جامد، کره و چربی‌های حیوانی از روغن‌های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده نماید.
- قبل از طبخ مرغ و ماکیان، پوست آن را کاملاً جدا کند.
- از مصرف کله پاچه، مغز و دل و قلوه که حاوی مقادیر بالای چربی است خودداری شود.
- بهتر است بیشتر از ۵ - ۴ عدد تخم مرغ در هفته چه به تنهایی و چه در داخل کوکو یا سایر غذاها مصرف نکنند، در صورت بالا بودن میزان چربی خون، مصرف زرده تخم مرغ به حداکثر سه عدد در هفته محدود شود.
- مصرف میوه و سبزی را افزایش داده و مصرف چربی به خصوص چربی‌های اشباع را کم نماید.
- تمرینات بدنی منظم روزانه حداقل ۳۰ دقیقه، سه روز در هفته داشته باشد.
- استفاده از رژیم غذایی DASH که غنی از میوه و سبزی و لبنیات کم چرب و غلات سبوس دار است. مصرف گوشت قرمز در آن محدود شده و مصرف ماهی و ماکیان افزایش می یابد (اگر سالمندی به علت مشکلات دندانی نتواند از این رژیم استفاده کند توصیه به مصرف سبزی و میوه پخته، آش و سوپ می‌گردد).
- مصرف روزانه ۸-۶ لیوان آب را فراموش نکند.

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

اهداف درمانی:

هدف درمان دیس لیپیدمی کاهش LDL-C است و از این طریق احتمال خطر ۱۰ ساله قلبی عروقی کم می‌شود. کاهش تقریباً ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر LDL-C، ۲۲ درصد مرگ و میر بیماری های قلبی عروقی را کم می‌کند. قبل از شروع درمان باید شرایط بالینی بیمار بررسی شود و بدین ترتیب از درمان غیرضروری لیپیدها پرهیز شود. بخش عمده درمان، اصلاح شیوه زندگی است. درمان دارویی باید با عوارض آن سنجیده شود.

(۱) استاتین ها

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

مکانیسم عملکرد:

استاتین‌ها موجب مهار آنزیم HMG (3Hydroxy-3Methy-glutaryl) – COA reductase شده و سنتز کلسترول در کبد و تراکم رسیپتورهای سطح سلول های کبدی را کاهش داده و غلظت کلسترول داخل سلولی پایین می‌آید و از طرفی برداشت LDL-C از جریان خون زیاد می‌شود و مقدار این کلسترول و آپو B ها که حاوی لیپوپروتئین هایی مثل ذرات مملو از TG است کاهش می یابد . در مطالعات انجام شده، شواهد زیادی نشان می‌دهد، استاتین ها می‌تواند مورتالیته و موربیدیتی را در پیشگیری اولیه و ثانویه کاهش دهد و علاوه بر این اثرات برجسته در پس رفت یا کاهش پیشرفت ضایعات (پلاک ها) جدار عروق کرونر دارند. استاتین ها با کاهش ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر LDL-C موجب کاهش ۱۰٪ کل مورتالیته CVD می‌شوند از ۲۰٪ مرگ های ناشی از CVD پیشگیری می‌کنند. برای شروع استاتین موارد زیر در نظر گرفته شود:

- افراد از نظر خطر CVD ارزیابی شوند.
- با در نظر گرفتن سطح خطر (Risk)، هدف درمانی از LDL-C مشخص شود.
- یک استاتین که با مقدار متوسط بتواند کاهش مورد نظر را ایجاد کند، انتخاب شود.
- پاسخ به استاتین ها متفاوت است دارو به مقدار کم شروع و تدریجاً افزایش داده شود و پاسخ به درمان به طور مرتب پیگیری و عوارض جانبی آن به دقت مراقبت شود.

- اگر با استاتین به درمان هدف نرسیدیم، ترکیبی از داروها استفاده شود.

موارد فوق راهنمای کلی است و باید شرایط بالینی فرد و درمان های دیگری که دریافت می کند و میزان تحمل به دارو ارزیابی شود.

عوارض جانبی

استاتین ها در جذب خواص بیولوژیکی، میزان اتصال به پروتئین های پلاسما، خروج دارو از بدن و حلالیت با یکدیگر تفاوت دارند.

لواستاتین و سیمواستاتین پیش دارو (prodrugs) هستند، در حالی که دیگر استاتین ها به شکل فعال عمل می کنند. جذب آنها بین ۲۰ تا ۹۸٪ متغیر است.

غالب استاتین ها به جز پراواستاتین، رزوواستاتین و پیتاواستاتین دارای متابولیسم کبدی از طریق ایزوآنزیم های سیتوکروم P۴۵۰ می باشند. این آنزیم ها در کبد و دیواره روده سنتز و تولید می شوند.

اگر چه درمان با استاتین اثر مفیدی در پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی دارد، اما میزان پاسخ به استاتین ها و عوارض جانبی آنها در افراد مختلف متفاوت است.

استاتین ها معمولاً خوب تحمل می شوند و عوارض جانبی شدید، نادر است. عواملی مانند سن بالا، بدن های با سایز کوچک، جنس زن، وجود اختلال عملکرد کبد و کلیه، حول و حوش عم ل جراحی (Perioperation)،

هیپوتیریویدی، بیماری هایی که چند سیستم را درگیر کرده است و مصرف زیاد الکل عوارض جانبی استاتین ها را افزایش می دهد.

شدیدترین عارضه جانبی درمان با استاتین، میوپاتی است که ممکن است منجر به رابدومیولیز شود. رابدومیولیز اگر شدید باشد به نارسایی کلیه و مرگ منتهی می شود.

اولین نشانه آزمایشگاهی مرگ سلول های عضلانی افزایش کراتینین فسفوکیناز (CK) است. میوگلوبین آزاد شده از سلول های عضلانی مستقیماً به کلیه ها آسیب می زند. افزایش CK اگرچه مهم ترین شاخص میوپاتی است اما نمی

تواند تنها به دلیل این عارضه باشد. افزایش ۵ برابری این آنزیم در دو آزمایش متفاوت مؤید میوپاتی است. مکانیسم اثر استاتین بر روی عضلات ناشناخته است. بروز میوپاتی در کسانی که استاتین دریافت می کنند و بیشتر افرادی

که بیماری های دیگری دارند، ۱ در ۱۰۰۰ است. در ۱۰-۵٪ خانم ها میالژی بدون افزایش CK اتفاق می افتد، بیماران باید بدانند که دردها و ضعف عضلانی را به سرعت گزارش کنند. (در این مورد در هر بار مراقبت از بیمار سؤال

شود)

در افرادی که دچار میالژی هستند ولی آنزیم CK در آنها افزایش نیافته و می توانند آن را تحمل کنند، دارو ادامه می یابد و از طرفی می توان علت میالژی را جستجو کرد و گزینه هایی مثل تقلیل دوز دارو و یا جایگزینی داروی دیگر

یا داروی ترکیبی را در نظر گرفت.

عوارض کبدی

آنزیم ALT (Alanine aminotransfrase) و AST (aspartat aminotransaminase) در خون برای بررسی آسیب به سلول های کبدی استفاده می شود. افزایش ترانس آمینازها در ۲۰-۵٪ بیماران برحسب

مقدار استاتینی که دریافت می کنند اتفاق می افتد و افزایش تا سه برابری آنزیم های کبدی در دو اندازه گیری متفاوت در عرض ۴-۳ هفته را می توان به عنوان افزایش ترانس آمینازها پذیرفت. هپاتوتوکسیستی با استاتین و نارسایی

کبدی خیلی نادر است. با کاهش دارو ترانس آمینازها کاهش می یابد. بیمارانی که دچار افزایش ترانس آمیناز می شوند، باید مراقبت شوند و عملکرد کبد تا طبیعی شدن سطح تست های کبدی یا به ثبات رسیدن آنها، بررسی شو ن.

اگر این آنزیم ها بیش از سه برابر باقی بماند، دارو باید قطع شود.

افزایش دیابت نوع ۲ با استاتین

یافته های اخیر نشان می دهد، بروز دیابت با مصرف استاتین افزایش می یابد که این یافته نباید موجب کاهش مصرف این دارو شود. کاهش مطلق خطر CVD با استاتین ها در بیشتر بیماران با احتمال عارضه بسیار کوچک افزایش

قدخون قابل مقایسه نیست و فایده مصرف این دارو بر ضرر آن غلبه دارد.

تداخلات دارویی

تعدادی از داروها با استاتین ها تداخل دارند و موجب افزایش عوارض این گروه از داروها می شوند. به غیر از رزوواستاتین، پیتاواستاتین و پلاواستاتین، متابولیسم استاتین ها در کبد و از طریق ایزوآنزیم های سیتوکروم P450 که در کبد

و دیواره روده سنتز و تولید می شوند، صورت می پذیرد. پراواستاتین از طریق سولفوناسیون (sulfation) و کونژوگ شدن (conjugation) متابولیزه می شود.

درمان با استاتین در کاتابولیسم دیگر داروها که با سیتوکروم P450 متابولیزه می شوند، تداخل دارد. تجویز استاتین و فیبرات، خطر میوپاتی را افزایش می دهد، این خطر با جم فیبروزیل بیشتر است و از مصرف این دارو با استاتین

باید اجتناب شود. خطر میوپاتی در مصرف توأم استاتین و فنوفیبرات، بزوفیبرات (bezafibrate) یا سیپروفیبرات خیلی کم است. افزایش خطر میوپاتی با مصرف نیکوتینیک اسید مورد بحث بوده است اما مطالعات اخیر نشان داده است که مصرف توأم این دارو و استاتین خطر میوپاتی را افزایش می دهد.

۲) متصل شونده ها به اسیدهای صفراوی (رزین ها)

مکانیسم عملکرد :

در کبد اسیدهای صفراوی از کلسترول ساخته می شوند و به داخل روده می ریزند. مقدار زیادی از این اسیدهای صفراوی از طریق انتهای ایلیم با جذب فعال به کبد بر می گردند. کلسترامین و کلستی پول (colestipol) دو رزینی هستند که بیشتر از مواد دیگر به اسیدهای صفراوی اتصال می یابند. کلسولام (colesevelam) رزین جدیدی است که به بازار معرفی شده است. رزین های متصل شونده به اسیدهای صفراوی از طریق گوارش جذب یا هضم نمی شوند و فواید آن ها غیرمستقیم است. اسیدهای صفراوی متصل شده به رزین ها از طریق سیستم گوارش به مقدار زیادی دفع می شوند و به کبد باز نمی گردند و با کاهش برگشت اسیدهای صفراوی، آنزیم های کلیدی مسئول سنتز اسیدهای صفراوی از کلسترول و تعداد رسپتورها در سطح سلول زیاد می شود و مقدار بیشتری LDL-C از گردش خون برداشته می شود. رزین ها موجب کاهش گلوکز خون نیز می شوند. این داروها تأثیر چندانی روی HDL-C ندارند و باعث افزایش TG در بعضی از بیماران مستعد می شوند. این گروه از داروها با پایین آوردن LDL-C حوادث قلبی عروقی را در افرادی که هیپرکلسترولمی دارند، کاهش می دهد و هرچه بیشتر LDL-C در خون کم شود، این اثر بیشتر است.

عوارض جانبی و تداخل دارویی

عوارض گوارشی مانند نفخ، یبوست و تهوع با مصرف این داروها حتی به مقدار کم دیده می شود. برای کاهش این عوارض، داروها با مقدار کم شروع و تدریجاً افزایش یابد و باید دارو حتماً با آب میوه مصرف شود . این گروه دارو سطح ویتامین های محلول در چربی را کم و سطح TG خون را زیاد می کند. داروهای متصل شونده به اسیدهای صفراوی باید ۴ ساعت قبل یا یک ساعت بعد از داروهای دیگر تجویز شود. داروی جدید کلسولام Coleserelam بهتر از دیگر داروهای این گروه تحمل می شود و LDL-C و هموگلوبین A1C (HbA1C) را کاهش می دهد و از طرفی با دیگر داروها تداخل کمتری دارد و می توان آن را با استاتین ها تجویز کرد.

۳) مهار کننده های جذب کلسترول

از تیمایب (Ezetimibe) تنها دارویی است که بدون نئثر بر مواد محلول در چربی جذب روده ای کلسترول صفراوی و رژیم غذایی را مهار می کند و از این طریق سطح کلسترول خون را کاهش می دهد. در واکنش به این کاهش تعداد گیرنده های LDL در سطح سلول های کبدی افزایش می یابد و بدین ترتیب میزان LDL بیشتری از گردش خون برداشت می شود. از تیمایب سریع جذب و به فرم فعال تبدیل می شود. دوز مناسب ۱۰ میلی گرم در روز است، این دارو صبح یا عصر قبل یا بعد از غذا مصرف می شود. نیاز به ملاحظات خاصی در تجویز این دارو در افراد مختلف و در نارسایی خفیف یا شدید کبد نیست. می توان آن را با استاتین ها تجویز کرد و عارضه عمده ای برای آن گزارش نشده است. شایع ترین عارضه درد عضلانی و بالا رفتن آنزیم های کبدی است.

۴) نیکوتینیک اسید (نیاسین)

این دارو تعدیل کننده وسیع چربی های خون است، براساس مقدار دارو HDL-C را تا حدود ۲۵ درصد افزایش می دهد و LDL-C ۱۸-۱۵ درصد و TG را تا حدود ۴۰-۲۰ درصد با مقدار دو گرم در روز کاهش می دهد . در کاهش LP(a) تقریباً بی نظیر است و می تواند تا ۳۰ درصد این لیپوپروتئین را کاهش دهد. این دارو در کسانی که هیپرلیپیدمی مختلط، هیپرتری گلیسیرمی و یا هیپرکلسترولمی فامیلیال دارند، بسیار مؤثر است . نیکوتینیک اسید می تواند همراه با استاتین ها مصرف شود. توضیح بیشتر در مورد این دارو در ادامه آمده است.

ترکیبات دارویی

اگرچه با یک دارو می‌توان به سطح هدف درمانی LDL-C رسید ولی در افرادی که در معرض خطر بالای حوادث قلبی عروقی هستند، یا سطح LDL-C آنها بسیار بالا است، نیاز به درمان دارویی ترکیبی است. از طرفی ممکن است بعضی افراد، استاتین به خصوص دوزهای بالای آن را تحمل نکنند، بنابراین در این بیماران نیز باید ترکیبی از داروهای کاهنده چربی مصرف شود.

• مصرف استاتین و داروهایی که به اسیدهای صفراوی متصل می‌شوند:

مصرف استاتین و کلسترامین، کلستیپول، کسلولام (Colesvelam) می‌تواند برای رسیدن به سطح هدف درمانی LDL-C مؤثر باشد. افزودن داروهایی که به اسیدهای صفراوی متصل می‌شوند، به استاتین‌ها، LDL-C را ۲۰-۱۰ درصد بیشتر از زمانی که فقط استاتین‌ها مصرف می‌شوند، کاهش می‌دهد. بررسی‌هایی که با آنژیوگرافی انجام شده، نشان می‌دهد ترکیب این دو دارو پدیده آترواسکلروز را کاهش می‌دهد.

• استاتین‌ها و داروهایی که جذب کلسترول را مهار می‌کنند:

ترکیب از تیمایب (ezetimibe) با یک نوع استاتین موجب می‌شود LDL-C ۲۰-۱۵ درصد بیشتر کاهش یابد. در بیماران با خطر بالا، مانند افراد دارای سابقه ی خانوادگی مثبت یا در کسانی که استاتین را نمی‌توانند تحمل کنند، ترکیبات دیگری از داروها باید مد نظر باشد. تجویز از تیمایب و داروهایی که به اسیدهای صفراوی متصل می‌شوند، مثل کلسیترامین در مقایسه با مصرف داروی اخیر، به تنهایی موجب کاهش مقدار بیشتری از کلسترول خون می‌شود.

با تجویز همزمان از تیمایب و نیکو تینیک اسید، HDL-C بطور قابل توجهی افزایش می‌یابد. درمان اختلالات لیپید با سه دارو (متصل شونده‌ها به اسیدهای صفراوی، استاتین و از تیمایب و یا نیکوتینیک اسید)، LDL-C را بیشتر کاهش می‌دهد. پیامد این روش درمانی به خوبی روشن نیست.

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 می‌دهد که TG مملو از لیپوپروتئین‌هایی است که نقش چشمگیری در عوامل خطر CVD دارند. مقدار تری گلیسیریدی که در آزمایش غیرناشتا بدست می‌آید، 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 باقیمانده‌ها 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.

درمان‌های دارویی

اگر تری گلیسیرید ناشتا از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر باشد، خطر CVD افزایش می‌یابد. درمان دارویی برای کاهش TG تنها در کسانی استفاده می‌شود که علی‌رغم اصلاح شیوه زندگی، سطح TG از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر و فرد در معرض خطر بالای قلبی عروقی باشد. استاتین‌ها اولین داروی انتخابی برای کاهش خطر CVD همراه با سطح TG بالا است. استاتین‌های مؤثرتر مانند آتورواستاتین، رزواستاتین (rosuvastatin) و پیتاواستاتین (pitavastatin) به خصوص در دوزهای بالا می‌توانند تری گلیسیرید را کاهش دهند.

فیبرات‌ها

مکانیسم عمل این دسته از داروها

فیبرات‌ها می‌توانند با افزایش لیپولیز در محیط و کاهش تولید TG در کبد، سطح TG ناشتا و بعد از غذا را کاهش دهند. فیبرات‌ها تأثیر متوسطی بر افزایش HDL-C دارند. به طور کلی اثر فیبرات‌ها بر عوارض CVD بسیار کمتر از اثر استاتین است. براساس شواهد فیبرات‌ها ۱۳ درصد حوادث قلبی عروقی را در بیماران که TG بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر دارند، کاهش می‌دهند.

عوارض جانبی

مصرف فیبرات ها به خوبی تحمل می شود و عوارض جانبی آنها کم است. اختلال گوارشی (حدود ۱۵ درصد)، راش های پوستی (۲ درصد)، میوپاتی و افزایش آنزیم های کبدی و سنگ های کیسه صفرا از عوارض فیبرات هاست. در کمتر از ۱ درصد بیمارانی که فنوفیبرات دریافت می کنند، CK بیش از ۵ برابر و ALT بیش از ۳ برابر افزایش می یابد. میوپاتی در درمان با فیبرات ها به تنهایی ۵/۵ برابر بیشتر از استاتین است. در بیماران CKD (بیماری مزمن کلیوی)، میوپاتی بیشتر دیده می شود. بروز میوپاتی در درمان با انواع فیبرات ها و یا درمان ترکیبی با استاتین، متغیر است. جم فیروزیل از طریق مسیر گلوکورونیه شدن (Glucuronidation) متابولیسم استاتین را مهار می کند و سطح خونی این دارو را به شدت افزایش می دهد. با توجه به اینکه فیبرات ها کراتینین و هموسیستین سرم را بالای می برند، اندازه گیری سطح کراتینین به خصوص در بیماران با دیابت نوع دو ضروری است. افزایش هموسیستین با فیبرات ها روی حوادث قلبی عروقی تأثیری ندارد اما می تواند افزایش apo A1 و HDL-C را مهار کند و موجب افزایش ترومبوز شود و به همین دلیل (Deep vein Thin Thrombosis) DVT در بیمارانی که فیبرات مصرف می کنند، بیشتر است و بروز آمبولی ریه در این بیماران بیشتر دیده شده است.

اسیدنیکو تینیک (نیاسین)

این داروها مانع از ورود اسیدهای چرب به داخل کبد و کاهش ترشح VLDL-C بوسیله کبد می شوند و اثر خود را از طریق آنزیم لیپاز حساس به هورمون که در داخل بافت های چربی موجود است، اعمال می کنند. محل کلیدی عمل نیکو تینیک اسید، هم کبد و هم بافت های چربی است. نیکو تینیک اسید روی لیپولیز و جابجایی اسیدهای چرب در سلول های چربی تأثیر شناخته شده دارد. این دارو هم تری گلیسیرید و هم ال دی ال کلسترول را از طریق تأثیر روی آپولیپوپروتئین های B کاهش می دهد و با افزایش آپوپروتئین A1 می تواند اچ دی ال کلسترول را افزایش دهد. با مقدار دوگرم در روز، تری گلیسیرید را ۴۰-۲۰ درصد و ال دی ال کلسترول را ۱۵ تا ۱۸ درصد کاهش و اچ دی ال کلسترول را ۱۵ تا ۳۵ درصد افزایش می دهد.

اثرات جانبی اسید نیکو تینیک:

فلاش بگ پوستی شایع ترین عارضه آزار دهنده این نوع داروهاست. برای کاهش این عارضه، دارو به مقدار کم شروع و آهسته افزایش داده می شود تا زمانی که عارضه فلاشینگ ایجاد شود. مصرف آسپرین هم زمان با نیکو تینیک اسید می تواند از شدت عارضه هایی مانند افزایش اسیداوریک، توکسیسیتی کبد و آکانتوزیس نیگریکنس (ACANTHOSIS NIGRICA) که جزء عوارض نیکو تینیک اسید است، جلوگیری کند. کسانی که دیابت دارند و داروی کاهنده قند خون دریافت می کنند، در صورت تجویز نیاسین، باید مقدار داروی کاهنده قندخون را افزایش دهند.

ترکیبات دارویی:

ترکیب استاتین و فیبرات به خصوص فنوفیبرات، بنزوفیبرات یا سیپروفیبرات منجر به کاهش قابل توجه ال دی ال کلسترول و تری گلیسیرید می شود و اچ دی ال کلسترول را بالا می برد. استاتین ها و فیبرات ها به تنهایی میوپاتی ایجاد می کنند و اگر این دو دارو با هم مصرف شوند، خطر میوپاتی افزایش می یابد. به خصوص اگر مقدار استاتین بسیار بالا باشد. با مصرف جم فیروزیل خطر میوپاتی تا ۱۵ برابر بیشتر از زمانی است که فنوفیبرات با استاتین مصرف می شود. در افراد مبتلا به دیابت و یا سندرم متابولیک برای رسیدن به هدف درمانی لیپید می توان از استاتین ها و فنوفیبرات توأم استفاده کرد. زمانی که این داروها به بیمار تجویز می شود عارضه میالژی برای بیمار توضیح داده شود. اشاره به نادر بودن عارضه فوق ضروری است. اگر بیمار داروهایی مصرف می کند که از طریق سیتوکروم p450 متابولیزه می شود، ترکیب دارویی استاتین ها و فیبرات ها باید با احتیاط مصرف شود. فیبرات ها صبح ها و استاتین ها شب ها دریافت شود. از استفاده توأم جم فیروزیل و استاتین اجتناب شود. بیمارانی که تری گلیسرید بالا و اچ دی ال پایین دارند، از ترکیب استاتین و فنوفیبرات سود می برند.

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

داروهای مؤثر بر متابولیسم لیپوپروتئین

موارد منع مصرف	عوارض جانبی	تأثیر بر لیپیدها	دوزهای روزانه	اشکال دارویی	نام دارو	کلاس دارو
منع مطلق: بیماری فعال کبدی یا افزایش غیرقابل توجیه ترانس آمینازها منع نسبی: همراه با برخی داروها (مانند سیکلوسپورین، اریتروماسین، آزیترومایسین، عوامل مختلف ضد قارچ، مهارکننده های سیتوکروم p-450، فیبرات ها و نیاسین) با احتیاط استفاده گردند.	- میوپاتی - افزایش آنزیم های کبدی	کاهش LDL ۱۸ تا ۵۵٪	۲۰ تا ۸۰ میلی گرم	قرص های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی	لوواستاتین	استاتین ها (در افراد مسن خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر را به طور قابل ملاحظه ای کاهش می دهند).
		کاهش HDL ۵ تا ۱۵٪	۱۰ تا ۸۰ میلی گرم	قرص های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی	آتورواستاتین	
منع مطلق: بیماری کلیوی شدید، بیماری کبدی شدید سابقه قبلی بیماری های کیسه صفرا	- دیس پپسی - سنگ های صفراوی - میوپاتی	کاهش LDL ۵ تا ۲۰٪ (ممکن است در بیماران با TG بالا، افزایش یابد)	۶۰۰ میلی گرم دو بار در روز	کپسول های ۳۰۰ و ۶۰۰ میلی گرمی	جم فیروزیل	فیبرات ها
		کاهش HDL ۱۰ تا ۲۰٪ کاهش TG ۲۰ تا ۵۰٪	۱۰۰ میلی گرم	کپسول ۱۰۰ میلی گرمی	فنوفیبرات	
منع مطلق: بیماری کبد، نقرس حاد منع نسبی: دیابت، هیپریوریسمی، زخم معده	- گر گرفتگی - هیپرگلیسمی - هیپریوریسمی یا نقرس - هپاتوتوکسیسیته	کاهش LDL ۵ تا ۲۵٪ افزایش HDL ۱۵ تا ۳۵٪ کاهش TG ۲۰ تا ۵۰٪	۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی گرم	قرص های ۱۰۰، ۲۰۰، ۴۰۰ و ۱۰۰۰ میلی گرمی	نیکوتینیک اسید	نیکوتینیک اسید (نیاسین)
منع مطلق: تری گلیسیرید بیشتر از ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر منع نسبی: تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	- اختلال گوارش - یبوست - کاهش جذب سایر داروها	کاهش LDL ۱۵ تا ۳۰٪	۴ تا ۱۶ گرم	پودر ۴ گرمی	کلستیرامین	متصل شونده ها به اسیدهای صفراوی (رزین ها)
		کاهش HDL ۳ تا ۵٪ TG بدون تغییر یا افزایش	۵ تا ۲۰ گرم	پودر ۵ گرمی یا قرص یک گرمی	کلستیپول	

مهار کننده جذب کلسترول	از تیمایب	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 توجیه آنزیم های کبدی، از تجویز همزمان آن با استاتین ها خودداری شود.
------------------------	-----------	------------------	-------------	--	--	---

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه " چربی خون بالای با عارضه " قرار گرفت، در صورت ارجاع سالمند به متخصص، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند در غیر این صورت، پس خوراند دهید، تیم غیر پزشک، سالمند را شش ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند
- چنانچه سالمند در طبقه " چربی خون بالا " قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را شش ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند
- چنانچه سالمند در طبقه " چربی خون طبیعی " قرار گرفت، به تیم غیرپزشک پس خوراند دهید که سالمند را یک سال بعد مراقبت دوره ای کنند.

فصل پنجم - سقوط و عدم تعادل

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
<ul style="list-style-type: none"> • داروهای سالمند را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید • برای سالمند مکمل ویتامین D و کلسیم تجویز کنید. • پای سالمند را معاینه و کفش سالمند را از نظر مناسب بودن بررسی کنید • در صورت وجود بیماری زمینه ای مستعد کننده برای سقوط، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • در صورت غیرطبیعی بودن معاینات نورولوژیک، سالمند را به متخصص مغز و اعصاب یا متخصص داخلی ارجاع غیرفوری دهید • سالمند را برای تجویز ورزش های بهبود راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید • در صورت ارجاع سالمند برای اختلالات فشارخون یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در خطر بالای احتمال سقوط قرار دارد. • به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، یک ماه بعد سالمند را پیگیری و برای بررسی اقدامات انجام شده به پزشک ارجاع دهد 	خطر بالای سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب شده است و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت • بیش از یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت
<ul style="list-style-type: none"> • داروهای سالمند را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید • برای سالمند مکمل ویتامین D و کلسیم تجویز کنید. • سالمند را برای تجویز ورزش های بهبود راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید • به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید تا سالمند را سه ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهد. 	خطر متوسط سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • حداکثر یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب نشده است و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت

ارزیابی کنید:
ارزیابی غیرپزشک را جمع بندی کنید:
<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 • ترس از سقوط • تست تعادل در وضعیت حرکت • تست ADL
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • مصرف کلیه داروهای تجویز شده توسط پزشک یا خودسرانه^۱* • وجود برخی اختلالات^۲*
بررسی و معاینه کنید (معاینات تکمیلی):^۳* <ul style="list-style-type: none"> • معاینه نورولوژیک • بررسی عملکرد مچچه • بررسی عملکرد مفاصل اندام تحتانی • ارزیابی تکمیلی راه رفتن (Gait) و تعادل

^۱ بر اساس جدول صفحه ۶۳

^۲ بر اساس جدول صفحه ۶۴

^۳ نحوه معاینه نورولوژیک و بررسی های عملکرد مچچه، عملکرد مفاصل اندام تحتانی در قسمت ارزیابی در صفحه ۶۴ آمده است.

فصل پنجم : سقوط و عدم تعادل

سقوط یا زمین خوردن عبارت است از حادثه ای که نتیجه آن قرار گرفتن ناخواسته فرد بر روی زمین یا بدون از دست دادن هوشیاری و با یا بدون آسیب می باشد که با وقایع مهم حاد داخلی (صرع، سکتة 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 قالیچه‌های لغزنده روی سنگ بوده که منجر به زمین خوردن می‌گردد. همچنین زمین خوردن عموماً نشانه بسیاری از بیماری‌های حاد و متابولیک در سالمندان است.

سالمند را از نظر احتمال سقوط و عدم تعادل ارزیابی کنید

ابتدا نتایج ارزیابی غیر پزشک شامل : سابقه سقوط در یک سال گذشته، صدمه به دنبال سقوط، احساس ناپایداری و عدم تعادل به دنبال راه رفتن و یا ایستادن، ترس از سقوط، تست تعادل در وض عیت حرکت و تست فعالیت های روزانه زندگی (ADL) را بررسی کرده و جمع بندی کنید.

سپس از سالمند یا همراه وی در خصوص تمامی داروهای مصرفی با تجویز پزشک یا با مصرف خودسرانه، طبق جدول شماره یک، از سالمند سؤال کنید.

همچنین داروهایی مانند آنتی آریتمی ها، آنتی هیستامین ها، دیورتیک ها، شل کننده های عضلانی، دیگوکسین ، فنوتیازین، سداتیوها، لاکساتیوها، بنزودیازپین ها، اوپیوئید، وازودیلاتورها، مهارکننده های منو آمین اسیدها و ضد افسردگی 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 داروهایی که خطر سقوط را افزایش می دهند

ردیف	نام دارو	مکانیسم اثر
۱	آمینو گلیکوزید	آسیب مستقیم و ستیبول
۲	مسکن ها(بخصوص مخدرها)	کاهش هوشیاری و یا افت عملکرد مرکزی
۳	آنتی آریتمی	کاهش خورسانی مغزی
۴	آنتی کلینرژیک	دیلیریوم و گیجی
۵	ضد فشارخون(به خصوص گشاد کننده عروقی)	کاهش خورسانی مغزی
۶	آنتی سایکوتیک ها	سندرم اکستراپیرامیدال، سایر عوارض آنتی آدرنرژیک
۷	دیورتیک ها(بخصوص در بیمار دهیدره)	کاهش خورسانی مغزی
۸	دیورتیک های مؤثر بر لوله هنله	آسیب مستقیم و ستیبول
۹	داروهای سایکو اکتیو (ب خصوص ضد افسردگی ها، آنتی سایکوتیک ها)	کاهش شناخت یا کاهش عملکرد مغزی

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

ردیف	اختلال	ایجاد اشکال در
۱	آرتمی، آریتمی ها، 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 فشار خون وضعیتی، افت فشار خون بعد از غذا، اختلالات دریچه ای قلب	تنظیم فشارخون
۲	دیلبیریوم، دمانس، سکتته مغزی	عملکرد مرکزی
۳	آرتريت، دفورمیتی های پا، ضعف عضلانی	راه رفتن
۴	آسیب های مخچه‌ای، میلوپاتی (ناشی از اسپوندیلوز مهره های گردنی و یا کمری، بیماری پارکینسون، نوروپاتی محیطی، سکتته)	عملکرد عصبی حرکتی و وضعیتی
۵	نقص ورتبروسه بازپلر، نوروپاتی محیطی(مثلا ناشی از دیابت)، کمبود ویتامین B12	حس عمقی
۶	لابیرتیت حاد، سرگیجه وضعیتی خوش خیم، کاهش شنوایی، بیماری منیر	عملکرد گوش
۷	کاتاراکت، گلوکوم، تخریب ماکولار(وابسته به سن)	بینایی

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

۱- معاینه نورولوژیک

- **ارزیابی قدرت عضلات اندام تحتانی پروگزیمال:** توانایی نشستن و بلند شدن از صندلی بدون استفاده از دست؛
- **ارزیابی قدرت عضلات اندام تحتانی دیستال:** توانایی ایستادن روی پنجه و پاشنه پاها (در حالی که رو به دیوار ایستاده و دست را به دیوار تکیه داده است بتواند روی پنجه و پاشنه پا ایستد)؛
- **معاینه حسی:** با استفاده از یک سوزن بدون اینکه سالمند ببیند، روی اندام ها، صورت و تنه با فشار ملایم گذاشته شود و از بیمار پرسیده شود که آیا تیزی آن را حس می کند یا خیر؟ حس دو طرف باید قرینه باشد سپس با استفاده از یک پنبه حس لمس سطحی نیز بررسی شود.
- **بررسی حس عمقی:** بررسی حس وضعیت مفصل. دوطرف بند دیستال انگشت شست پا را بگیرد و حرکت ظریفی به سمت بالا و پایین بدهید و از سالمند بخواهید بدون اینکه نگاه کند بگوید ب ند انگشتان وی را به کدام سمت حرکت داده اید؟
- **تست رومبرگ (Romberg Test):** ابتدا در پشت سالمند قرار گرفته و دو دست خود را به صورت حمایتی با فاصله در دو طرف سالمند نگاه دارید. به سالمند اطمینان دهید که در صورت از دست دادن تعادل، از افتادن وی جلوگیری خواهید کرد. سپس از سالمند بخواهید پاها را جفت کند. دست ها را به سمت جلو بیاورد و همزمان چشم ها را ببندد. در صورت نرمال بودن حس عمقی باید بتواند با چشم بسته تعادل خود را حفظ کند.
- **ارزیابی رفلکس های عمقی تاندونی:** بررسی رفلکس زانو و آشیل با استفاده از چکش رفلکس. در سالمندان رفلکس ها به طور طبیعی کاهش یافته اند، در نتیجه در صورت مشاهده رفلکس تند یا غیر قرینه بودن دو طرف با هم، غیر طبیعی محسوب می شود.

۲- بررسی عملکرد مخچه

- **Finger to Nose Test:** از سالمند بخواهید که نوک انگشت اشاره خود را مکرراً به نوک بینی خود و بلافاصله به نوک انگشت شها که به اندازه فاصله یک دست (اندام فوقانی) از صورت سالمند قرار دارد بزند. حین تست، مدام محل دست خود را عوض کنید. سالمند باید بتواند در هر حال نوک انگشت خود را به نوک انگشت شها بزند.

- **Heel to shin Test** : از سالمند بخواهید پاشنه یک پای خود را در طول قدام ساقی پای مخالف از زانو به سمت مچ پا بکشید. حین انجام تست باید پاشنه در مسیر مستقیم به سمت پایین حرکت کند

۳- بررسی عملکرد مفاصل اندام تحتانی

- **نگاه:** مشاهده مفاصل از نظر وجود هر گونه تورم، قرمزی، دفورمیتی، آسیب بافتی و مقایسه آن با سمت مقابل؛
- **لمس:** بررسی تندرئس، گرمی، ادم مفاصل، توده بافت نرم، هیپرتروفی سینوویال، هیپرتروفی بافت استخوانی و کریپتاسیون مفصل حین حرکت؛
- **معاینه دامنه حرکتی فعال (اکتیو) و غیرفعال (پاسیو):** از سالمند بخواهید ابتدا هر یک از مفاصل اندام تحتانی را به صورت فعال در تمام جهات حرکت دهد . سپس دامنه حرکتی تمام مفاصل به صورت غیرفعال توسط معاینه گر بررسی شود. کاهش دامنه حرکتی فعال می تواند به دلیل درد، ضعف عضلانی، خشکی مفصل باشد کاهش دامنه حرکتی غیر فعال می تواند ناشی از اختلال مکانیکی (اسکار، دفورمیتی، تورم مفصلی) باشد.

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:** هرگونه تأخیر در شروع راه رفتن بلافاصله بعد از فرمان ما برای شروع راه رفتن، می تواند نشانه ای از بیماری های نورولوژیک مانند پارکینسون، سکتة مغزی، دمانس و اختلال لوب فرونتال باشد
- **ارتفاع گام:** هر پا باید به طور کامل حین گام برداشتن از پای دیگر عبور کند و حین گام برداشتن نباید روی زمین کشیده شود اختلال در ارتفاع گام، می تواند نشانه ای از آرتريت، اختلال پا و سکتة مغزی باشد
- **طول گام:** باید حداقل به اندازه طول یک پا، بین دو پا در هر قدم فاصله باشد طول گام های هر دو پا باید مساوی باشد. اختلال در طول گام، ممکن است نشانه اختلال عضلانی اسکلتی یا نورولوژیک یک طرفه باشد.
- **به طور منظم و پشت سر هم گام بردارد.** اختلال در نظم گام ممکن است به دلیل اختلال لوب فرونتال و یا ترس از سقوط باشد
- **باید در مسیر مستقیم گام بردارد.** هرگونه انحراف از خط مستقیم می تواند غیرطبیعی باشد.

حین راه رفتن تنه نباید نوسان داشته باشد و هر گونه خم کردن تنه و یا زانوها حین راه رفتن و یا دور کردن دست ها از بدن برای حفظ تعادل حین راه رفتن، غیرطبیعی است . که می تواند نشانه اختلال مخچه، ساب کورتیکال، باز ال گانگلیون و یا آرتريت هیپ یا زانو، Antalgic gait و یا به دلیل ترس از سقوط باشد.

- **عرض گام :** عرض گام ها نیز مهم است. در صورتی که حین راه رفتن، پاشنه ها خیلی از هم فاصله داشته باشند می تواند نشانه آسیب مخچه، هیدروسفالی یا فشار نرمال و یا مشکل مفصل هیپ باشد.

۵- ارزیابی تعادل:

- **Tandem Stance Test :** توانایی ایستادن در حالی که پاشنه یک پای جلوی پنجه پای دیگر قرار بگیرد به مدت ۵ ثانیه یا بیشتر.

- **تست تعادل در وضعیت ثابت (One Leg Stance) :** توانایی ایستادن روی یک پا به مدت مساوی یا بیشتر ۵ ثانیه.

از سالمند بخواهید یک پای خود را بلند کند و بر روی یک پای بایستد چنانچه سالمند بتواند تعادل خود را به مدت ۵ ثانیه بدون تکیه گاه حفظ کند و پای خود را بر زمین نگذارد، تست را طبیعی در نظر بگیرید(اجبار نشود) ، در غیر این صورت یعنی سالمند زودتر از ۵ ثانیه پای خود را بر زمین بگذارد، تست را غیر طبیعی ثبت کنید. دقت کنید در این شرایط باید کاملاً مراقب سالمند باشید تا سقوط نکند

ارزیابی سرعت راه رفتن (تست تعادل در وضعیت حرکت): بررسی زمان راه رفتن با سرعت معمول فرد. در یک مسافت مشخص (ترجیحاً ۶ تا ۸ متر) سرعت راه رفتن طبیعی باید ۱/۱ تا ۱/۵ متر بر ثانیه باشد. (این تست را غیر پزشک انجام داده و ملاک ارزیابی قرار می دهد." از سالمند می خواهد، از روی صندلی دارای دسته بلند شود و به اندازه ۱۲ قدم یعنی ۳ متر به طرف جلو حرکت کند، سپس کاملاً دور زده (۱۸۰ درجه) و به جای اول برگردد. زمان انجام این فعالیت چنانچه حداکثر ۱۲ ثانیه به طول انجامد، تست را طبیعی، در غیر این صورت یعنی زمانی که تست بیش از ۱۲ ثانیه طول بکشد، تست را غیر طبیعی قلمداد می کند.")

سالمند را از نظر سقوط و عدم تعادل طبقه بندی کنید

- سالمند با "یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب شده است، **به همراه** اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت " یا سالمند با "بیش از یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت"، در طبقه مشکل "**خطر بالای سقوط**" قرار می گیرد. داروهای سالمند را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید. برای سالمند مکمل ویتامین D و کلسیم تجویز کنید. در صورت وجود بیماری زمینه ای مستعد کننده برای سقوط، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید . در صورت غیرطبیعی بودن معاینات نورولوژیک، سالمند را به متخصص مغز و اعصاب یا متخصص داخلی ارجاع غیر فوری دهید . سالمند را برای تجویز ورزش های بهبود راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید . در صورت ارجاع سالمند برای اختلالات فشارخون یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در خطر بالای احتمال سقوط قرار دارد.

- سالمند با "حداکثر یک بار سابقه سقوط در یک سال گذشته که منجر به آسیب نشده است و اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت "در طبقه در معرض مشکل "**خطر متوسط سقوط**" قرار می گیرد. داروهای سالمند را ارزیابی کنید و در صورت نیاز تغییر دهید. برای سالمند مکمل ویتامین D و کلسیم تجویز کنید. سالمند را برای تجویز ورزش های بهبود راه رفتن، قدرت و تعادل به فیزیوتراپیست یا کاردرمانگر ارجاع غیر فوری دهید.
- پای سالمند را معاینه و کفش سالمند را از نظر مناسب بودن بررسی کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور کنترل سقوط و حفظ تعادل

- انجام تمرینات بدنی تعادل بر اساس کتاب شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی
- آموزش نکات ایمنی برای پیشگیری از سقوط بر اساس جدول زیر:

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 پله به وسیله گیره های مخصوص	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی های غیر ابری و غیر لیز برای حمام	نصب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی	استفاده از صندلی با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
استفاده از نرده پله و یا میله نصب شده بر روی دیوار در زمان بالارفتن از پله	استفاده نکردن از واکس های براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از پادری های پ-لاستیکی مخصوص برای کف حمام	پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش	پرهیز از پوشیدن دمپایی استفاده از کفش مناسب
			دقت در گیر نکردن لبه های فرش به پا	لباس پوشیدن در حالت نشسته
روشن کردن چراغ در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها	خشک و تمی ز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله های نصب شده بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	قرار دادن وسایل خانه در مسیر عبور و مرور به خصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپزخانه	به کار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر به طور صحیح
عاری کردن راه پله ها از هر گونه وسایل اضافی		استفاده از یک صندلی یا چهارپایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	رد کردن سیم وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار	نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن به ویژه در فضای باز
چسباندن نوار رنگی یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر			استفاده از نور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب	استفاده از عینک با نمره مناسب برای اصلاح بینایی خود
			استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (هر دو پای سالمند به زمین برسد)	خودداری از حمل بسته های زیاد به طور همزمان
			قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن	پرهیز از پوشیدن لباس های بلند
			عدم پوشش کف ساختمان با سرامیک های لغزنده	خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن روی چهارپایه

پیگیری

- چنانچه سالمند که در طبقه "**خطر بالای سقوط**" قرار گرفت، در صورت ارجاع سالمند به سطوح تخصصی به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید. سالمند را سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند، در غیر این صورت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، یک ماه بعد سالمند را پیگیری و برای بررسی اقدامات انجام شده به پزشک ارجاع دهد
- چنانچه سالمند در طبقه "**خطر متوسط سقوط**" قرار گرفت. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید تا سالمند را سه ماه بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهد
- کند.

توجه: ارزیابی غیر پزشک (بررسی پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان و امتیاز حاصله در صورت غربال مثبت) را با توجه به علائم و نشانه های حاصل از مصاحبه تشخیصی جمع بندی کنید.

علائم و نشانه‌های حاصل از مصاحبه تشخیصی*	معیارهای طبقه بندی / تشخیص	تشخیص	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> • انرژی کم، خستگی، مشکلات خواب یا اشتها • خلق افسرده و مضطرب، تحریک پذیری • علاقه یا لذت کم در فعالیت‌هایی که عموماً جالب و لذت بخش هستند • وجود نشانگان جسمی چندگانه بدون وجود هیچ علت جسمی واضح در سالمند: ماند درد و ناراحتی، تپش قلب و بی‌حسی • مشکل در انجام کارهای روزمره‌ی زندگی، مدرسه، مسئولیت‌های درون خانه و وظایف اجتماعی 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود دوعلامت از علائم زیر به مدت حداقل دوهفته: خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، از دست دادن احساس لذت و علاقه در فعالیت‌های لذت بخش، کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن • وجود حداقل ۳ مورد از سایر جنبه‌های افسردگی در طی دو هفته گذشته: کاهش تمرکز و توجه، کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، احساس گناه و بی‌ارزش بودن، بدبینی نسبت به آینده، افکار آسیب و خودکشی، اختلال خواب، اختلال اشتها • مشکل در انجام وظایف روزمره، خانوادگی یا فعالیت اجتماعی <p>پاسخ مثبت به هر یک از موارد فوق</p>	<p>افسردگی</p>	<p>موارد ذیل بررسی شود و در صورت پاسخ مثبت به هر کدام از پرسش‌ها به DEP 1.1 مراجعه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا بیمار در ۲ ماه اخیر داغ دیده و یا چیز مهمی از دست داده است؟ ○ آیا فرد افسردگی دوقطبی دارد؟ ○ آیا فرد افسردگی با جنبه‌های سایکوز (هذیان، توهم، کاتاتونیا) دارد؟ ○ آیا فرد همراه با افسردگی مواد یا الکل مصرف می‌کند؟ <p>در صورت پاسخ منفی به تمام موارد فوق درمان را شروع کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهای ضد افسردگی (مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین SSRIها) تجویز کنید و به DEP 3 مراجعه شود. • بیمار را برای آموزش روانشناختی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید. • پیگیری بیمار به صورت منظم انجام شود.
<p>در سالمند با تشخیص افسردگی علائم خطر فوری را چک کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم مسمومیت • علائم و شکایاتی که درمان فوری ایجاد می‌کند مانند خونریزی، از دست رفتن هوشیاری، خواب آلودگی شدید. • امتناع از خوردن آب و غذا • فکر و قصد آسیب به دیگران • پرخاشگری شدید لفظی و فیزیکی • اقدام به خودکشی 	<p>در ارزیابی بیمار موارد ذیل بررسی شود:</p> <p>علائم مسمومیت، علائم و شکایاتی که درمان فوری ایجاد می‌کند مانند خونریزی، از دست رفتن هوشیاری، خواب آلودگی شدید.</p>	<p>اورژانس روان پزشکی (خودکشی)</p>	<p>در صورت نیاز فرد به اقدام و درمان اورژانس:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اقدامات اولیه متناسب با شرایط بیمار برای تثبیت وضعیت وی به عمل آورید. • به منظور پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی، بیمار را در یک محیط امن و حمایت‌گر قرار دهید و از تنها گذاشتن او خودداری کنید • بعد از تثبیت اولیه وضعیت بیمار ارجاع فوری به بیمارستان (عمومی یا مسمومیت) در صورت عدم وجود علائم اورژانس: • به منظور پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی، بیمار را در یک محیط امن و حمایت‌گر قرار دهید و از تنها گذاشتن او خودداری کنید • اقدامات مرتبط با مراقبت فردی مسیر شروع درمان بر اساس نمودار ارزیابی و اقدام (SUI 1.2) ارجاع به روانپزشک
<ul style="list-style-type: none"> • به گفته‌های سالمند در مورد افکار جدی خودکشی و برنامه‌ریزی برای آن توجه کنید. • سابقه افکار، برنامه‌ریزی یا اقدام به آسیب خود یا خودکشی در سالمندان را بررسی کنید. 	<p>الف – وجود فکر یا نقشه برای آسیب به خود / خودکشی در حال حاضر</p> <p>ب – سابقه فکر و نقشه برای آسیب به خود طی ماه گذشته و یا سابقه اقدام طی سال گذشته</p> <p>ج – دسترسی به ابزارهای آسیب به خود</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت پاسخ مثبت به سوال الف یا ب مشاهده هر کدام از موارد را بررسی کنید: (دبسترس شدید هیجانی، ناامیدی، بی‌قراری شدید، خشونت، عدم ارتباط و همکاری، انزوای اجتماعی) 		<ul style="list-style-type: none"> • احتیاط‌های ذیل به عمل آید ✓ ابزارهای آسیب رسان را از دسترس دور کنید ✓ محیط، امن و حمایتگر ایجاد کنید. ✓ فرد را تنها نگذارید ✓ به منظور تضمین ایمنی یکی از پرسنل مورد وثوق و آموزش دیده یا یکی از اعضای خانواده برای مراقبت بیمار همکاری کند. • حمایت روانی – اجتماعی را فعال کنید به (SUI 2.2) مراجعه شود. • ارجاع فوری به روانپزشک در بیمارستان • بیمار تحت پیگیری منظم قرار گیرد به (SUI 2.3) مراجعه کنید.
<p>در سالمند با تشخیص افسردگی سوابق یا علائم بیماری را بررسی کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • رفتار و تکلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صحبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) • واقعیت‌سنجی مختل و توهم یا هذیان (مثلاً صداهایی می‌شنود یا چیزهایی می‌بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) • سرخوشی زیاد، پرحرفی و پرفعالیتی 	<p>وجود چند مورد از علائم و موارد ذیل در سالمند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گفتار گسته و نامربوط • هذیان (گزند و آسیب، خودبزرگ بینی، انتساب به خود و ...) • توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی) • گوشه‌گیری بی‌قراری رفتار درهم ریخته • باور به این موضع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود. <p>سابقه تشخیص اختلالات سایکوز / دوقطبی</p>	<p>سایکوز / اختلال دوقطبی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های اولیه در مورد سایکوز یا اختلال دو قطبی و همچنین درمان آنها به بیمار و خانواده‌ی سالمند داده شود. • بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید. <p>در مواردی که تشخیص قبلی توسط روان‌پزشک وجود دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های اولیه در مورد سایکوز یا اختلال دو قطبی و همچنین درمان آنها به بیمار و خانواده‌ی سالمند داده شود. • بیمار را به روانپزشک برای شروع کننده درمان ارجاع دهید. • هر سه ماه ماندگاری سالمند در درمان مصرف منظم دارو کنترل نمایید.
<ul style="list-style-type: none"> • سلامت روان سالمند بررسی شده 	<p>بدون نشانه و علائم یاد شده</p>	<p>عدم ابتلا به هر یک از اختلالات</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را برای دریافت آموزش‌های گروهی به روانشناس ارجاع دهید. • حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.

فصل ششم : افسردگی

افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده می باشد که فرد احساس ناراحتی و ناامیدی داشته و از نظر شدت از خفیف تا تهدید کننده حیات، متغیر است در چنین شرایطی یکی از شایع ترین عوامل خطر خودکشی می باشد که می بایست مورد توجه قرار گیرد. تابلوی بالینی افسردگی سالمندان ممکن است با علایمی که در جوان ترها دیده می شود، متفاوت باشد و تشخیص های همبود مانند بیماریهای مزمن پیشرفته و دمانس همراه است . علائم جسمی در افسردگی سالمندان شایع اند و در صورتی که برای بیمار گفت و گو درباره خلقت دشوار باشد، ممکن است به تشخیص کمک کنند.

شیوع نسبتاً بالاتر افسردگی در سالمندان نسبت به جوان ترها تا حدود زیادی با فراوانی بیماری های جسمی خصوصاً بیماری های مزمن در این دوره توجیه می شود. بالاتر بودن بار مشکلات پزشکی با افزایش میزان بروز افسردگی در سالمندان همبستگی دارد. هر بیماری جسمی ممکن است، عامل آغاز کننده ای برای افسردگی باشد. از طرفی افسردگی نیز ممکن است، احتمال سرانجام های منفی (شامل مرگ و میر) را در بیماری جسمی افزایش دهد . ناتوانی جسمی همراه با یک بیماری مزمن، تاریخچه افسردگی، فوت فرد مراقب، فوت همسر، فوت دوست نزدیک، عدم وجود رفاه اجتماعی مناسب، انزوای اجتماعی، وضعیت استرس آور، اختلال شناختی و اعتیاد نیز از دیگر عوامل خطر می باشند.

در مواجهه با سالمند پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پایش کنید، چراکه ابتلا به افسردگی می تواند همکاری در مصرف دارو را کاهش دهد . یک سوم سالمندانی که داغ همسر دیده اند در نخستین سال داغدگی واجد معیارهای تشخیصی افسردگی هستند ؛ پروتکل درمان افسردگی با رد تشخیص های افتراقی در کتاب مرجع «راهنمای بالینی و درمان اختلالات سلامت روان» ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت و مطابق موارد آموزشی در کارگاه های حضوری (ویژه پزشکان شاغل در فیلد)، قید شده است.

همکاران محترم با مراجعه به کتاب مرجع مسیر درمان دارویی و توصیه های لازم را پیگیری نمایند.

پرسشنامه غربالگری اولیه سالمند که قبل از ارجاع به پزشک توسط مراقب سلامت تکمیل می شود:

- موارد ارجاع به پزشک از مسیر ارزیابی ماما/ مراقب سلامت و یا بهورز بر اساس پرسشنامه مقیاس افسردگی در سالمندان با 11 سؤال خواهد بود می توانید قبل از شروع شرح حال امتیازات را جمع بندی و بررسی کنید. به هر سؤال یک امتیاز داده می شود و نمره برش غربال مثبت کسب امتیاز 6 و یا بالاتر است.

پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان

ردیف	سوال	تفسیر پاسخ	نمره
۱	آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۲	آیا احساس می کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۳	آیا اغلب کسل هستید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۴	آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۵	آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۶	آیا در اغلب مواقع احساس سر حالی می کنید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۷	آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۸	آیا فکر می کنید زنده بودن لذت بخش است؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۹	آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۱۰	آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۱۱	آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
	نمره کل		<input type="checkbox"/>

- پس از بررسی ارزیابی غیر پزشکی، برای سالمند شرح حال روانپزشکی تکمیل گردد همچنین علایم خطر فوری افسردگی شامل: امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، فکر آسیب به خود یا اقدام به خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید، پرخاشگری، رفتارهای ناشایست و مهار گسیخته را در سالمند بررسی کنید.

- پس از ارزیابی علایم خطر فوری، به بررسی علایم یا سوابق بیماری ها از جمله: سابقه دوره های مانیا، هیپو مانیا و علایم پسیکوتیک در سالمندان بپردازید . همچنین از سالمند و همراه وی در خصوص عدم پاسخ به درمان دارویی یا عوارض جدی دارویی سؤال کنید.