

فرایندهای جاری برنامه های غیرواگیر

1- ارزیابی خطر ده ساله بروز حوادث کشنده یا غیرکشنده قلبی و مغزی

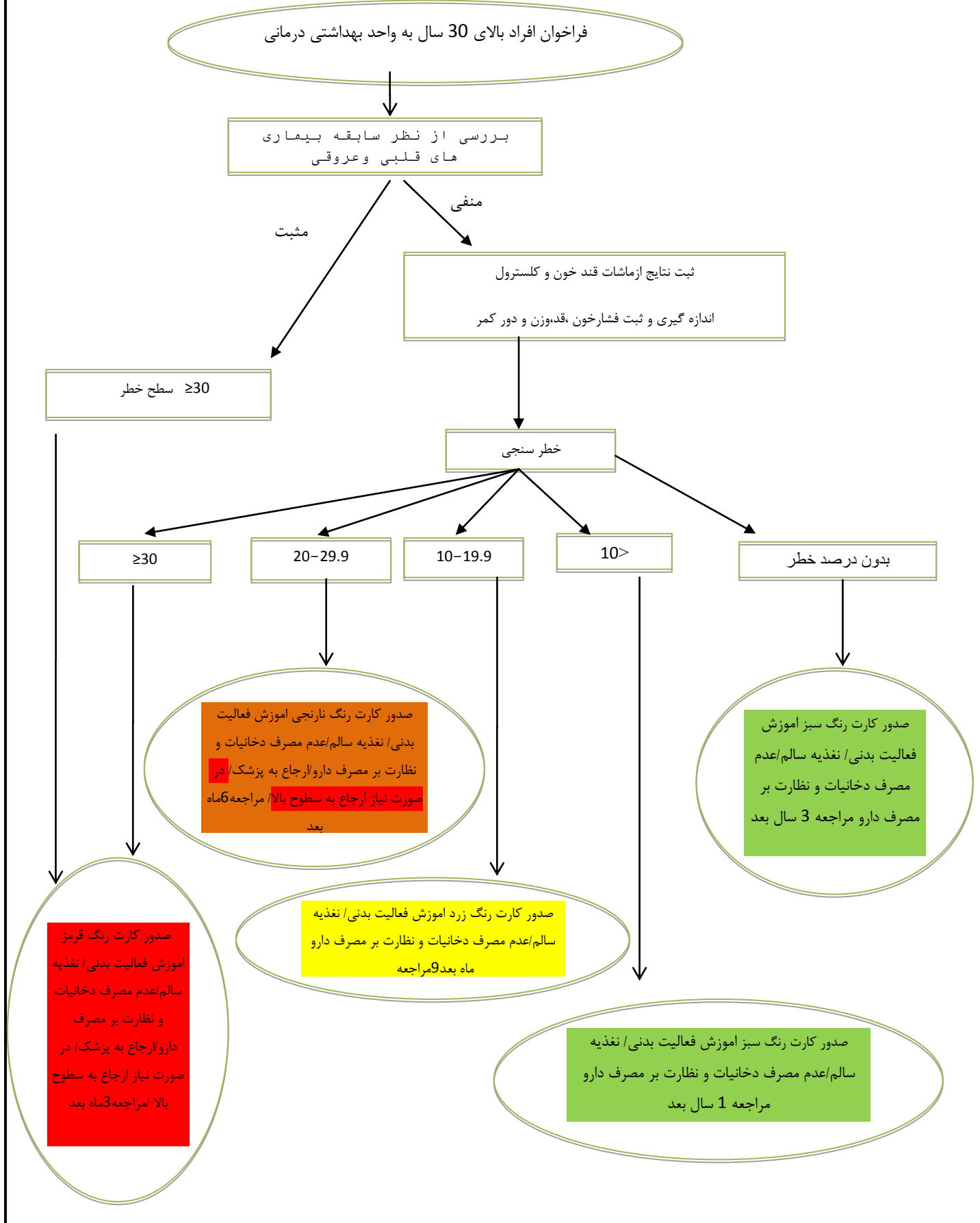
2- غربالگری و مراقبت بیماران دیابتی

3- غربالگری و مراقبت بیماران فشارخونی

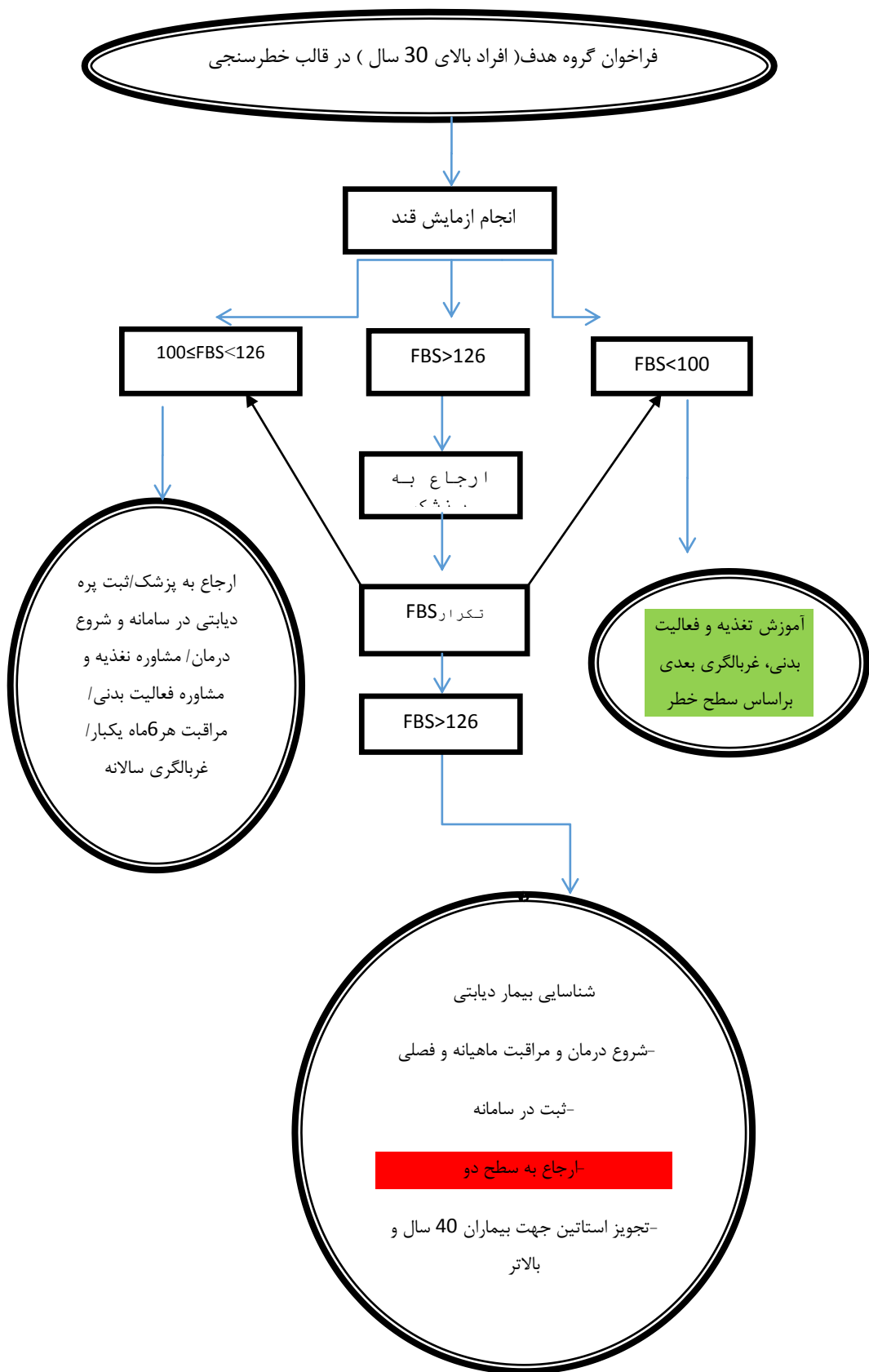
4- غربالگری و مراقبت بیماران دارای اختلال چربی

5- ارزیابی فعالیت بدنی

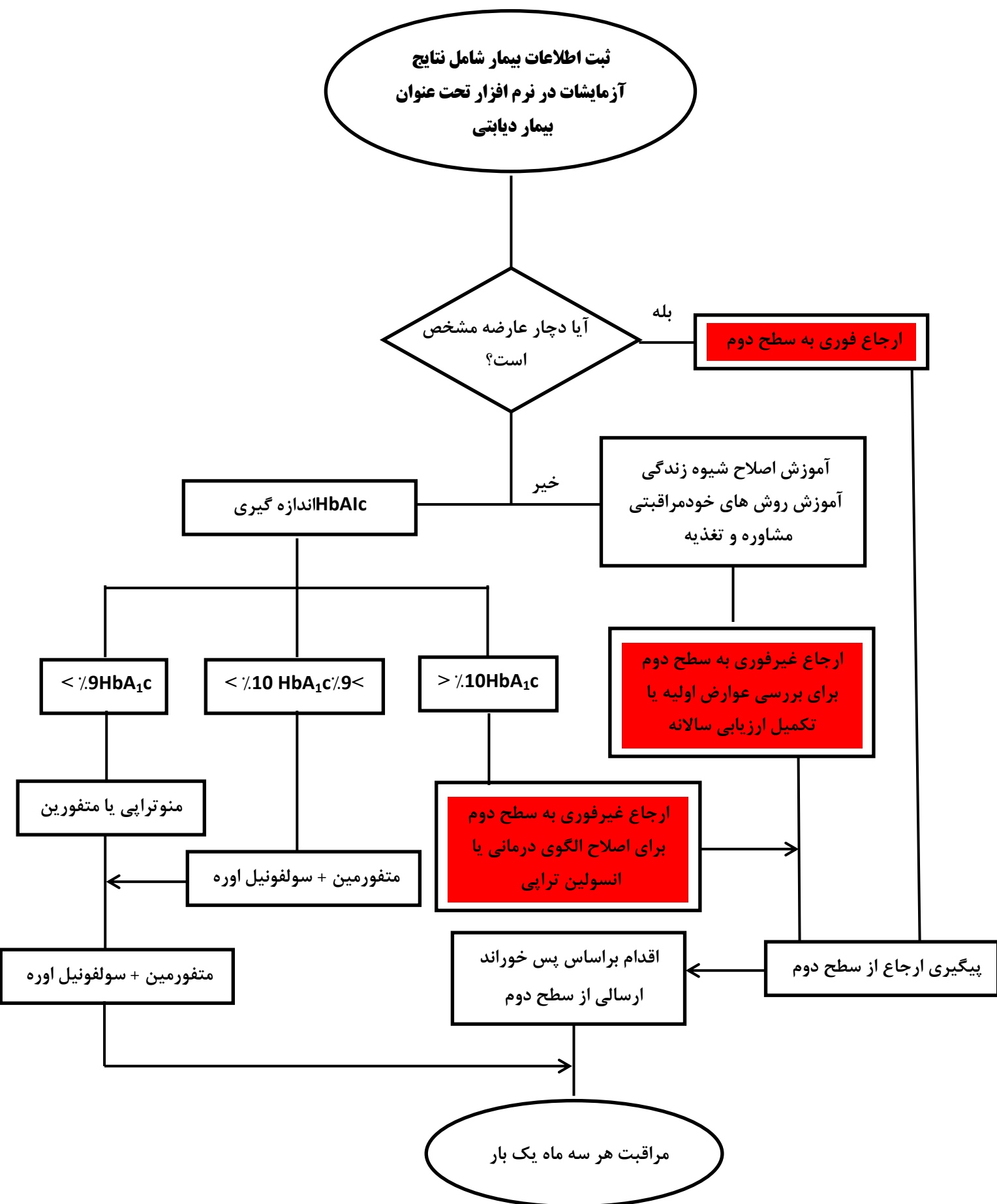
عنوان فرایند: ارزیابی خطر ده ساله بروز حوادث کشنده یا غیرکشنده قلبی و مغزی



عنوان: غربالگری و مراقبت بیماران دیابتی



نمودار جریان فرآیند ارزیابی خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت
درمان و مراقبت بیمار دیابتی



عنوان: غربالگری و مراقبت بیماران فشارخونی

فراخوان افراد بالای 30 سال در قالب خطرسنجی

سنجش فشارخون

$120/80 < BP < 140/90$

$BP \geq 140/90$

$BP < 120/80$

پیش فشار خون / مشاوره
تغذیه و مشاوره فعالیت بدنی
اندازه گیری فشارخون
حداقل سالانه / غربالگری
بعدی براساس سطح خطر

تکرار اندازه گیری
فشارخون 5 دقیقه بعد

$BP \geq 140/90$

آموزش تغذیه و
فعالیت بدنی
غربالگری بعدی
براساس سطح خطر

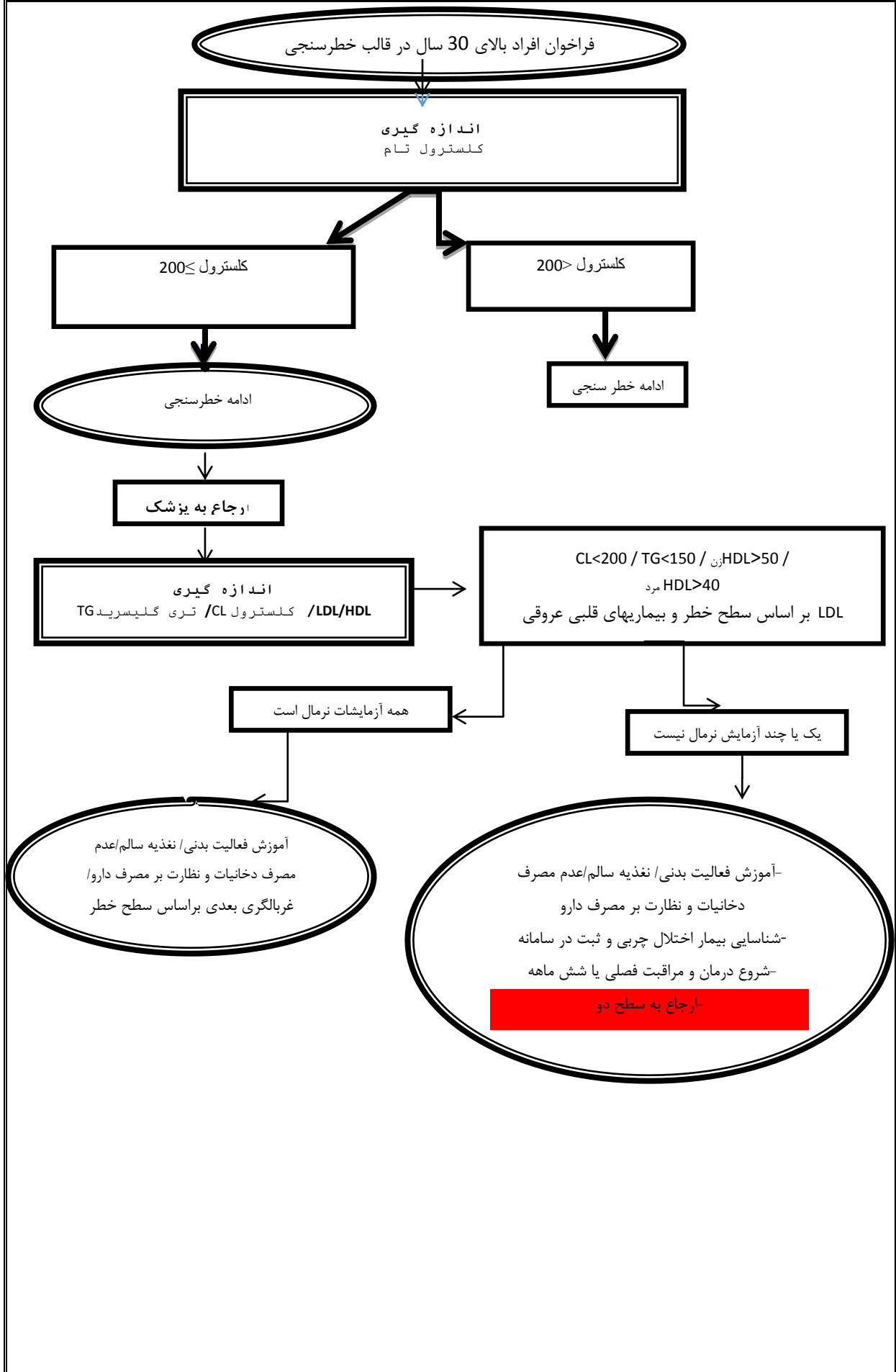
-ارجاع به پزشک

-شناسایی بیمار فشارخونی و ثبت در سامانه

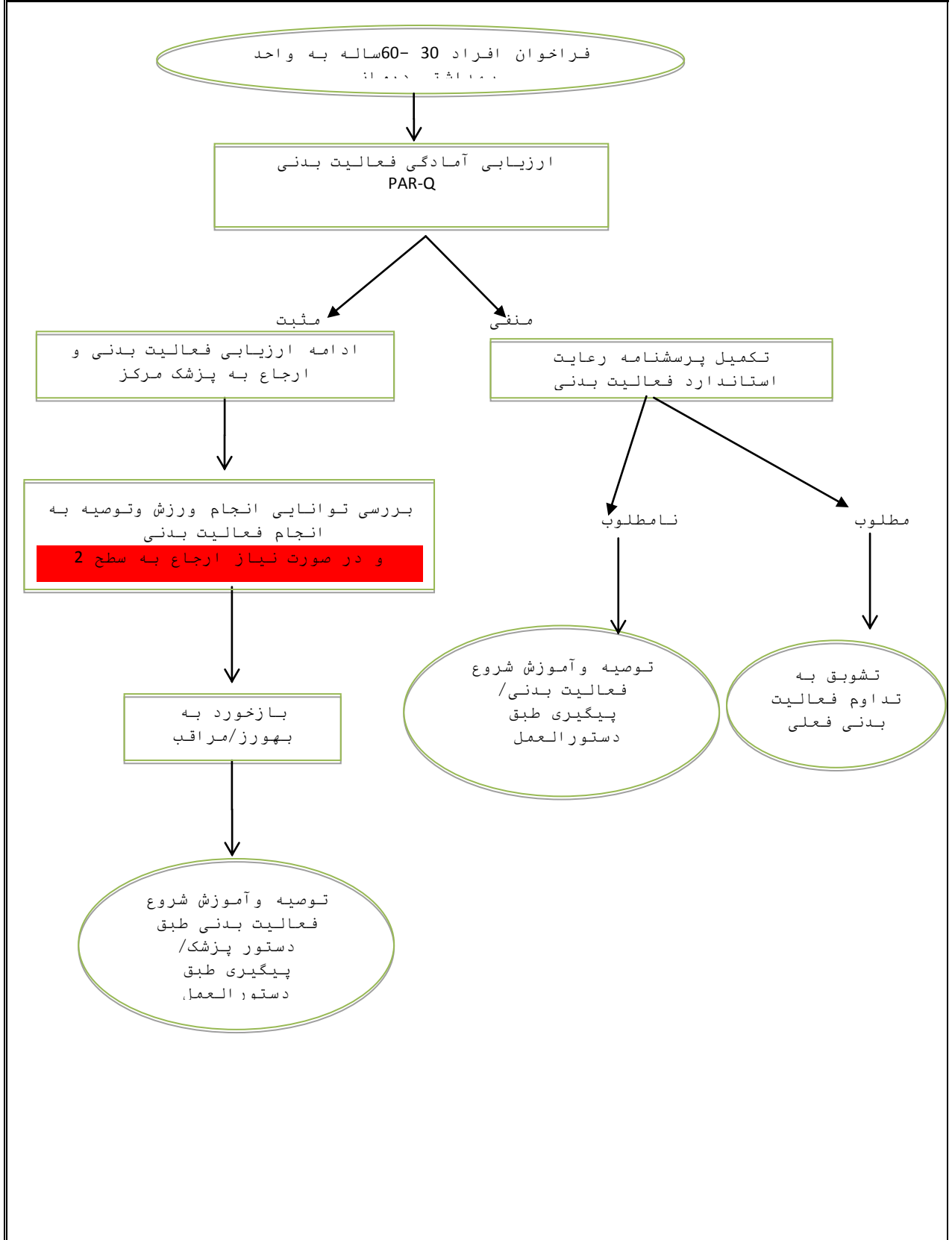
-شروع درمان و مراقبت ماهیانه و فصلی

-ارجاع به سطح دو

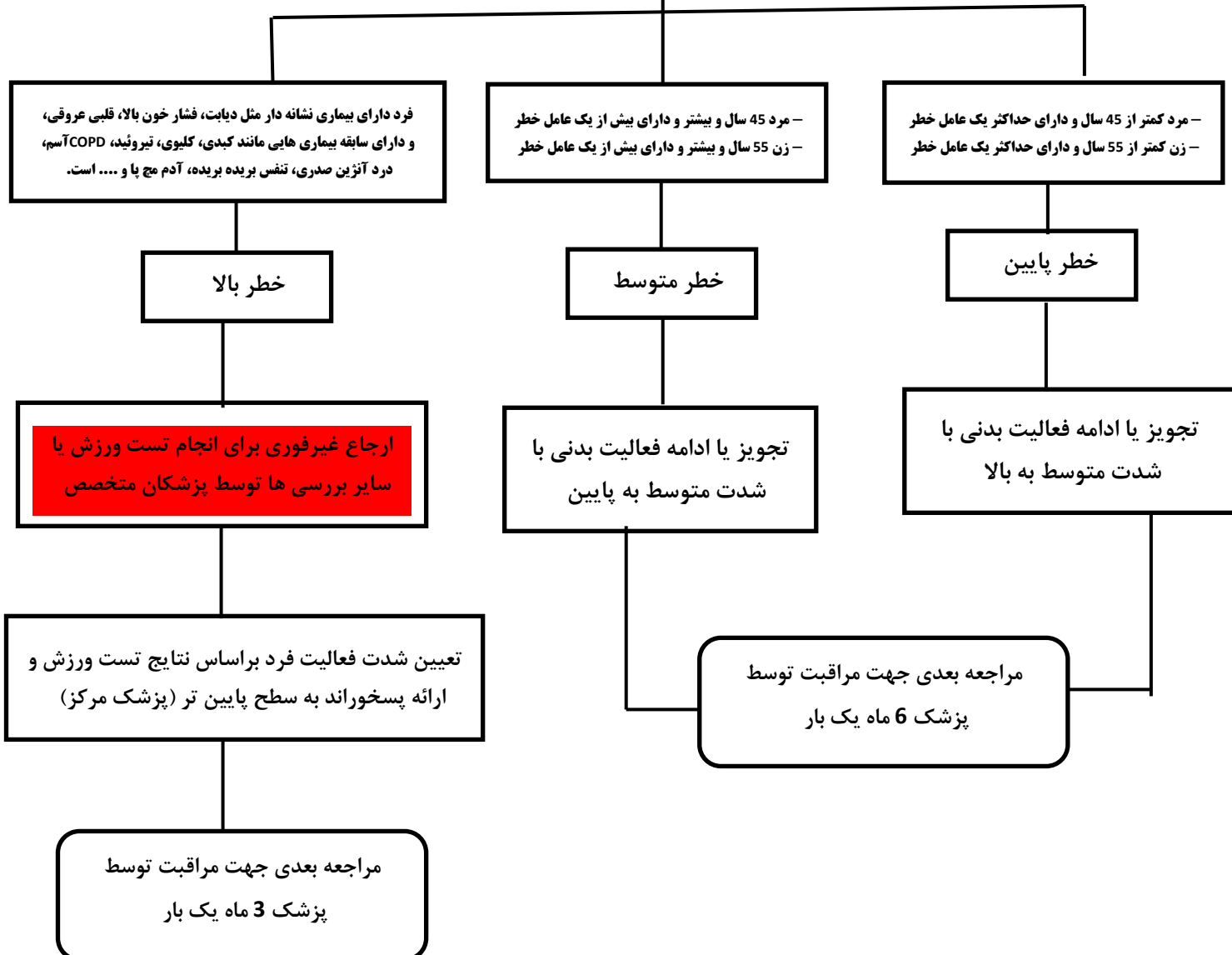
عنوان: غربالگری و مراقبت بیماران دارای اختلال چربی



عنوان فرایند: ارزیابی فعالیت بدنی



تعیین طبقه خطر فرد براساس جدول عوامل خطر و ملاک های تعیین بیماری قلبی عروقی



جدول 1. عوامل خطر

عامل خطر	تعریف عامل خطر
سن بالا	مساوی یا بیش از 45 سال در مردان، مساوی یا بیش از 55 سال در زنان
سابقه خانوادگی مثبت بیماری	انفارکتوس میوکارد، ریوسکولاریزاسیون (بازسازی عروقی)، مرگ ناگهانی پدر یا سایر اعضای مذکر درجه یک خانواده قبل از 55 سالگی و یا مرگ ناگهانی مادر یا سایر اعضای مونث درجه یک خانواده قبل از 65 سالگی
مصرف دخانیات	مصرف کنونی دخانیات، ترک دخانیات کمتر از 6 ماه، قرار گیری در معرض دود دخانیات
سبک زندگی کم تحرک	فعالیت بدنی کمتر از 50 دقیقه با شدت متوسط و حداقل 3 روز هفته به مدت حداقل 3 ماه
چاقی	شاخص توده بدنی (BMI) مساوی یا بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع یا دور کمر بیش از 90 سانتی متر
اختلال لیپید	LDL مساوی یا بیش از 130 میلی گرم در دسی لیتر یا HDL مساوی یا کمتر از 40 میلی گرم در دسی لیتر یا مصرف داروهای کاهنده لیپید. اگر تنها میزان کلسترول تام سرم در دسترس باشد، میزان مساوی یا بیش از 200 میلی گرم در دسی لیتر
پره دیابت	اختلال قند خون ناشتا (IFG) = گلوکز خون ناشتای مساوی یا بیش از 100 میلی گرم در دسی لیتر و مساوی یا کمتر از 125 میلی گرم در دسی لیتر، اختلال تحمل گلوکز (IGT) = مقادیر 2 ساعته تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) مساوی یا بیش از 140 میلی گرم در دسی لیتر که دست کم در دوبار اندازه گیری در دو زمان متفاوت تایید شده باشد
HDL	مساوی یا بیش از 60 میلی گرم در دسی لیتر (عامل خطر منفی) یک عامل خطر مثبت را از بین می برد

جدول 2. طبقه بندی خطر و توصیه های لازم

انجام تست ورزش	انجام معاینه پزشکی	طبقه بندی خطر
خیر	خیر	خطر کم (کمتر از 2 عامل خطر و بدون بیماری)
پیش از انجام فعالیت شدید	پیش از انجام فعالیت شدید	خطر متوسط (حداقل 2 عامل خطر و بدون بیماری)
پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید	پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید	خطر زیاد (مبتلا به فشار خون بالا و یا سایر بیماری های قلبی عروقی، ربوی یا متابولیک شناخته شده)

ارجاع بیماران فشارخونی به سطح 2

در صورت بروز هر یک از موارد زیر با توجه به احتمال آسیب اعضای حیاتی بیمار، به سطح بالاتر ارجاع گردد.

آسیب اعضای حیاتی در موارد زیر مشخص می شود:

- هیپروتروفی بطن چپ (که در الکتروکاردیوگرافی مشخص می شود) یا نارسایی قلبی
- تاریخچه یا علائم درد قفسه صدری
- تاریخچه یا مدرک الکتروکاردیوگرافی از انفارکتوس میوکارد
- تاریخچه یا علائم Claudication (درد اندام تحتانی به هنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)
- بالا بودن کراتینین سرم خون
- علائم و نشانه های TIA (ایسکمی گذرای مغزی)
- علائم و نشانه های آسیب چشم

اقدامات لازم برای ارزیابی آسیب ارگان های حیاتی:

- آزمایش خون برای بررسی:
Total cholesterol, FBS, Na, K, Ca, P, Cr و کلیرانس کراتینین (eGFR) و
TG, HDL, LDL, HCT, Hb, Uric acid, CBC
 - در صورت نیاز آزمایشات دیگر براساس تاریخچه بیمار، معاینات بالینی و نتایج آزمایشات اولیه درخواست می گردد.
 - آزمایش ادرار برای بررسی وجود پروتئین انجام می شود.
 - بررسی ته چشم (فوندوسکوپی) از نظر وجود رتینوپاتی
 - الکتروکاردیوگرافی برای بررسی وجود هیپرتروفی بطن چپ یا ایسکمی قلب
- * شروع ناگهانی فشار خون بالا در افراد زیر 30 سال و بالای 55 سال که فشار خون Stage I دارند از نظر علل ثانویه فشار خون بالا بررسی شوند.

ارجاع بیماران دیابتی به سطح 2

- در صورتی که قند خون بیمار با دستورات درمانی نظیر تغذیه ی صحیح، انجام فعالیت بدنی همراه با داروها (خوراکی یا انسولین) کنترل نشود و پس از 3 ماه اهداف درمانی حاصل نشود (موارد مقاوم به درمان یا کنترل نامنظم) باید به سطح 2 (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع شوند.
- تمام بیمارانی که در زمان تشخیص بیماری دچار درجه هایی از عوارض دیابت باشند، باید به سطح 2 (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع داده شوند.
- تمام افرادی که پس از تشخیص بیماری و یا در طول بیماری و درمان دچار درجه هایی از عوارض دیابت می شوند (بیماری قلبی عروقی، نوروپاتی و پای دیابتی، رتینوپاتی، عوارض حاد، ...)، باید به سطح 2 (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع شوند (فوری یا غیرفوری بر حسب مورد).
- تمام بیماران باید در بدو تشخیص و بر حسب مورد با توجه به زمان مناسب برای بیمار و هماهنگی با سطح بالاتر برای اقدام های تشخیصی بیشتر و جستجوی زودرس عوارض (در صورتی که بیمار آن عارضه را ندارد) طبق دستورالعمل ذیل به بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ارجاع داده شوند:
 - انجام آزمایش ادرار 24 ساعته برای تعیین آلبومینوری، کراتینین و محاسبه GFR (تشخیص نفروپاتی)
 - معاینه چشم پزشکی (تشخیص رتینوپاتی)

- معاینه های نورولوژیک در بدو امر و در صورت وجود علائمی در هنگام بررسی وجود نوروپاتی در پیگیری های 3 ماهه ی پزشک سطح 1 (مرکز بهداشتی درمانی)
- معاینه ی قلبی عروقی شامل نوار الکتروکاردیوگرام، معاینه ی عروقی، ارزیابی چربی های خون (کلسترول، تری گلیسرید، HDL, LDL) در بدو تشخیص و سپس سالانه.

ارجاعات به دو قسمت فوری و غیر فوری دسته بندی می گردد:

الف – غیر فوری

- کلیه بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده
- ارزیابی عوارض مطمئن بیماران دیابتی (یک بار در سال)
- عدم کنترل قند خون علی رغم مداخلات داوریی و غیردارییی و موارد مقاوم به درمان
- دیابت بارداری یا بیمار دیابتی باردار (در برنامه مادران غربالگری می شوند)
- بیمار مبتلا به هیپرتانسیون یا دیس لیپیدمی مقاوم به درمان
- بیمارانی که قبلاً ارجاع شده اند و با نظر پزشک متخصص سطح 2 برای مراجعه مجدد نوبت دهی شده اند.
- اگر $HbA_{1c} > 10\%$ ، ارجاع غیرفوری به سطح دوم برای اصلاح الگوی درمانی یا انسولین تراپی

ب – فوری

- کاهش سطح هوشیاری در بیمار دیابتی (علائم کتواسیدوز یا کومای هیپراسمولار- هیپوگلیسمی)
- بیمار دچار عارضه قلبی و عروقی
- بروز عارضه کلیوی در بیمار دیابتی
- بروز عارضه چشمی در بیمار دیابتی
- وجود عارضه نوروپاتی در بیمار دیابتی
- زخم پای دیابتی

نکته مهم: شروع تجویز انسولین به عهده پزشکان متخصص یا پزشکان عمومی دوره دیده است. (پزشک عمومی دوره دیده به فردی اطلاق می شود که موفق به اخذ گواهی قبولی در دوره کوتاه مدت دیابت مصوب دفتر مدیریت بیماری های غیرواگیر شده باشد). انسولین باید توسط پزشکانی که تجربه کافی و مهارت در تجویز این دارو را دارند، آغاز گردد.

پیگیری بیماران ارجاعی به عهده مسؤول پذیرش می باشد. در صورتی که از ارجاع غیرفوری بیش از سه ماه بگذرد و بیمار به سطح دو مراجعه نکرده باشد؛ بهورز یا مراقب سلامت، به عنوان مسوول بیماران، باید علت عدم مراجعه بیمار را پیگیری کند و بیمار مجدداً ارجاع داده شود.