



به نام خدا

بومی‌سازی راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی

گروه پزشکی اجتماعی دانشکده علوم پزشکی ایران

دکتر مرضیه نجومی: استاد، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی

دکتر فاطمه ملارحیمی ملکی: دستیار پزشکی اجتماعی

دکتر مریم بیگلری ابهری: متخصص پزشکی اجتماعی



فانوس

سرشناسه	: نجمی، مرضیه
عنوان و نام پدیدآور	: بومی‌سازی راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی/ مرضیه نجمی، فاطمه ملارحیمی‌ملکی، مریم بیگلری‌ابهری؛ [برای] دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
مشخصات نشر	: تهران: رهیویان خرد، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۷۶ ص.: جدول (بخشی رنگی).
شابک	: 978-600-7719-01-5
وضعیت فهرست نویسی	: ف
یادداشت	: یوان دی. راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی.
یادداشت	: کتاب.
عنوان دیگر	: راهنما، لینک پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی.
موضوع	: دستگاه گردن خون - بیماری‌ها - پیشگیری
موضوع	: قلب - بیماری‌ها - پیشگیری
شناسه افزوده	: ملارحیمی‌ملکی، فاطمه، ۱۳۵۲ -
شناسه افزوده	: بیگلری‌ابهری، مریم، ۱۳۵۲ -
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
رده بندی کنگره	: RC۶۶۹/ن۳پ۹ ۱۳۹۴
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۱
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۱۶۹۵۱۶

همه حقوق محفوظ و متعلق به ناشر است

نشانی انتشارات: سهروردی شمالی خیابان زینالی غربی پلاک ۱۴۴ طبقه ۴ واحد ۱۴

تلفن: 88172454



ایمیل مولف: Dr.maryam54@gmail.com

سایت انتشارات: www.fanouse.net

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

پیشگفتار.....	۵
مقدمه.....	۱۰
بخش اول: توصیه‌های مدیریت سبک زندگی.....	۱۶
مقدمه و جدول خلاصه توصیه‌های مربوط به اصلاح سبک زندگی.....	۱۷
قسمت اول-الگوهای رژیم غذایی.....	۱۹
۱-۱- الگوی غذایی ME.....	۱۹
۲-۱- الگوی غذایی DAS.....	۲۰
۳-۱- چربی و کلسترول رژیم غذایی.....	۲۲
توصیه شماره ۱-۱.....	۲۴
توصیه شماره ۱-۲.....	۲۴
توصیه شماره ۱-۳.....	۲۵
توصیه شماره ۱-۴.....	۲۵
قسمت دوم- سدیم و پتاسیم: پیامدهای فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی.....	۲۶
جدول ۷- شواهد سدیم و پتاسیم و پیامدهای فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی.....	۲۶
توصیه شماره ۲-۱.....	۲۸
توصیه شماره ۲-۲.....	۲۹
توصیه شماره ۲-۳.....	۲۹
توصیه شماره ۲-۴.....	۳۰
قسمت سوم- فعالیت فیزیکی: چربی‌ها و فشارخون.....	۳۱
جدول ۸- شواهد مربوط به فعالیت فیزیکی و چربی‌ها.....	۳۲
جدول ۹- شواهد مربوط به فعالیت فیزیکی و فشارخون.....	۳۲
توصیه ۳-۱.....	۳۳
توصیه ۳-۲.....	۳۳
قسمت چهارم- فعالیت فیزیکی و تغذیه سالم قلبی.....	۳۴

۳۴	توصیه‌های کلی.....
۳۵	بخش دوم: توصیه‌های بالینی و درمانی.....
۳۶	مقدمه.....
۳۶	قسمت اول- افزایش چربی خون (هیپرلیپیدمی).....
۳۶	جدول ۱۰- افرادی که از مصرف استاتین نفع می‌برند.....
۳۷	فلوچارت شماره ۱- مداخلات دارویی در چربی خون.....
۳۹	جدول تکمیلی الف- استاتین درمانی.....
۴۰	جدول تکمیلی ب- غلظت سرمی لیپید مناسب / نزدیک به مناسب، بینایی و پرخطر.....
۴۱	جدول تکمیلی ج- گروه بی‌سطوح تری‌گلیسرید بالا.....
۴۱	جدول تکمیلی د- ارزیابی خطر (گروه‌بندی خطر بیماری شریان کرونری) و اهداف درمان LDL.....
۴۲	فلوچارت شماره ۲: ارزیابی‌های آمایشگانی و رویکرد به آن‌ها.....
۴۳	فلوچارت شماره ۳: پایش پاسخ درمانی و تغییر بیمه از درمان.....
۴۴	جدول تکمیلی ه- سطح لیپید هدف در سرم برای بیماران با خطر بیماری عروق کرونر.....
۴۵	جدول تکمیلی و- عوامل زمینه‌ای مسبب اختلال مقاوم به درمان در سطح خونی لیپیدها.....
۴۵	جدول تکمیلی ز- توصیه‌های پایه برای درمان بیماران با HDL ۱۰٪ از نهایی (Isolated low HDL).....
۴۶	پیشگیری اولیه و ثانویه: با رویکرد سنی و غلظت LDL-C.....
۴۶	قسمت دوم- افزایش فشارخون.....
۴۷	فلوچارت شماره ۴: بررسی وضعیت فشارخون.....
۴۸	فلوچارت شماره ۵: گام‌های مهم درمان فشارخون.....
۴۹	سخن پایانی: کمبودها در شواهد و نیازهای تحقیقاتی آینده.....
۵۱	پیوست‌ها.....
۵۲	پیوست A: جدول ۱. استفاده از ساختار گروه‌بندی توصیه‌ها در سطوح مختلف شواهد.....
۵۵	پیوست B: جدول ۲. رتبه‌بندی قدرت توصیه‌ها توسط NHLBI.....
۵۶	پیوست C: جدول ۳. رتبه‌بندی قدرت توصیه‌ها بر اساس کیفیت.....
۵۸	پیوست D- برآورد کننده خطر قلبی-عروقی (Omnibus Risk-Estimator).....
۵۹	پیوست E: دیاگرام فرایند انتخاب راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی.....
۶۰	پیوست F: جدول لیست مشخصات ۱۳ راهنمای بازبایی شده و امتیازات تخصیص یافته.....

پیوست G: مشخصات ۴ راهنمای بالینی منتخب برای بومی سازی راهنما در مرحله اول.....	۶۲
پیوست H: مشخصات ۳ راهنمای بالینی منتخب برای بومی سازی راهنما مرحله دوم.....	۶۳
پیوست I: ابزار AGREE II (نسخه ۲۰۰۹) که برای نقد ۳ راهنمای انتخابی نهایی مورد استفاده قرار گرفت.....	۶۴
پیوست J: پرسشنامه قضاوت نهایی اعضای پانل برای قابلیت بومی سازی هر یک از توصیه ها.....	۶۵
پیوست K: جداول هزینه ی مداخلات.....	۶۶
جدول الف- هزینه مشاوره تغذیه.....	۶۷
جدول ب- هزینه ویزیت در مراجعه کنندگان به مراکز ارائه خدمات و مشاوره سلامت.....	۶۷
جدول ج- هزینه آزمایش های مربوط به عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی.....	۶۸
جدول د- هزینه حداقل مربی آموزش و انجام فعالیت های فیزیکی (ورزشی).....	۶۹
پیوست M: شرح اختصارات.....	۷۰
فهرست منابع: منابع فارسی.....	۷۱
منابع انگلیسی.....	۷۲

www.ketab.ir

پیشگفتار

ضرورت بومی سازی راهنمای پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی

بیماری های قلبی عروقی (Cardiovascular Diseases (CVD)، جزء نخستین عوامل منجر به مرگ و میر در کل دنیا می باشد. این در حالی است که مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه، بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. با توجه به این موارد، سازمان بهداشت جهانی از دو دهه پیش هشدار داده که بیماری های غیر واگیر و از جمله بیماری های قلبی عروقی جزو اولویت های بهداشتی کشورهای در حال توسعه قرار گیرد (جوپ و همکاران ۲۰۱۲).

طبق گزارش معاونت بهداشتی، و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علت ۴۶ درصد از موارد مرگ و میر در ایران بیماری های قلبی عروقی می باشد. از هر سه نفر در کشور بیش از یک نفر، بیشتر از یک عامل خطر بیماری های قلبی عروقی دارد مانند استعمال دخانیات، فشارخون بالا، چربی بالا، ... و بیش از یک سوم بالغین زندگی کم تحرکی دارند. نیمی از افراد دچار اضافه وزن یا چاقی هستند (محمدی فرد و همکاران ۱۳۹۴).

بیماری های قلبی عروقی همچنان علت اصلی ناتوانی در بین جمعیت های تمام دنیا است. اکثر افراد از ابتلای خود به بیماری قلبی عروقی آگاه نیستند که این فرآیند با اضافه شدن دیگر عوامل خطر، دیابت و چربی خون غیرطبیعی تشدید شده در نهایت منجر به افزایش اثر و ایجاد هم افزایی عوامل خطر و بروز حوادث و عوارض شدید قلب عروقی می گردد. (دان فیلد و همکاران ۲۰۱۴).

یکی از چالش های مهم پزشکان و مجریان برنامه های سلامتی، شناسایی هرچه بیشتر جمعیت در معرض خطر این بیماری هاست. یک استراتژی برای مداخلات موثر در این حیطه، استفاده از راهنماهای بالینی می باشد که در مقایسه با انجام اقدامات درمانی و تهاجمی برای نجات بیماران بسیار مقرون به صرفه تر است و نتیجه آن بهره مندی تعداد بیشتری از بیماران از خدمات پیشگیری اولیه می باشد (پیرسون ۲۰۰۲).

با پیشگیری اولیه می توان به میزان زیادی ابتلا به بیماری قلبی عروقی یا دیگر بیماری های مزمن را کاهش داد. بسیاری از رفتارها در زندگی کنونی، سلامت قلب و عروق مردم را تهدید می کند. پزشک نقش مهمی در کمک به افراد دارد که می تواند تغییرات مؤثر و مثبتی در مدیریت خطر افراد به وجود بیاورد و خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی را کاهش دهد (کلی ۲۰۱۰).

این مطلب نیز اثبات شده است که مشاوره های هدفمند جهت اصلاح سبک زندگی در کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، تأثیر مثبت قابل توجهی دارد (لین و همکاران ۲۰۱۴).

با استفاده از یک راهنمای بالینی مناسب، می توان در سبک زندگی مردم تغییرات مثبتی ایجاد نموده، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی و عوارض ناشی از آن را برآورد کرده و در نتیجه هزینه های اقتصادی بیماری های قلبی عروقی را کاهش داد. (اولیایی منش و همکاران ۱۳۹۲)

در ژوئن ۲۰۱۳، NHLBI (موسسه ملی قلب، ریه و خون) با همکاری کالج کاردیولوژی آمریکا ACC و انجمن قلب آمریکا AHA برای تکمیل و انتشار چهار راهنمای بالینی در مورد موضوعاتی که در بالا به آن‌ها اشاره شد، کار با سایر سازمان‌ها را شروع کردند تا این راهنماهای بالینی را تدوین نموده و در دسترس بزرگ‌ترین هیئت قانونی ممکن، قرار دهند (اکل و همکاران ۲۰۱۳).

در کلینیک پیشگیری کشور استرالیا نیز، راهنمای بالینی با عنوان راهنمای عمومی پیشگیری از بیماری‌ها، تدوین و بومی‌سازی شده که در حال حاضر مورد استفاده پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد (کالج سلطنتی استرالیا ۲۰۱۲).

همچنین در مطالعات و اقدامات مشابه می‌توان به راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق انگلستان اشاره کرد که در موسسه ملی سلامت انگلستان NICE، تدوین و به‌روزرسانی می‌شود (انستیتی ملی سلامت و مراقبت برتر ۲۰۱۳).

علی‌رغم مزایای فراوان وجود راهنماهای طبابت بالینی و تأکید فراوانی که بر تدوین و بومی‌سازی این راهنماها برای خدمات و مراقبت‌های سلامت در این جاری کشور شده و اقدامات پراکنده‌ای که در بخش‌های مختلف نظام سلامت کشور صورت گرفته است، چارچوب و مجموعه مدون و مبتنی بر شواهدی جهت استفاده در کلینیک‌ها، در کشور وجود ندارد. (اولیایی منش و همکاران ۱۳۹۲).

در مطالعه‌ای که توسط دکتر بنی و همکاران در کشور انجام شده، راهنمای بالینی ای، تدوین و بومی‌سازی شده که بیشتر تأکید بر موارد و عوارض استفاده از آسپرین را افزوده و در این مطالعه بیماری‌های قلبی عروقی دارد و ازدید پیشگیری در سطح جمعیت عمومی کاربردی نیست (بنی و همکاران ۱۳۸۹).

لذا، با درک این موضوع که وجود یک راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق، نیاز اساسی کلینیک‌های پیشگیری می‌باشد ما قصد داریم با تکیه بر طبابت مبتنی بر شواهد، یک راهنمای مناسب جهت استفاده در کلینیک‌های پیشگیری تدوین و بومی‌سازی نماییم.

مراحل انتخاب و بومی‌سازی راهنما

به‌منظور تدوین و بومی‌سازی راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، در این مرحله، کار جستجوی منابع الکترونیک و بانک‌های اطلاعاتی معروف پزشکی و پایگاه‌های اختصاصی راهنماهای بالینی سایر کشورها با استفاده از کلیدواژه‌های موضوع آغاز شد. پس از جمع‌آوری تمام نتایج جستجو ۱۳ راهنمای بالینی از نظر ارتباط موضوعی مناسب تشخیص داده شدند. آنگاه توسط خبرگان چهار راهنمای اساسی عامل در دسترس بودن، به‌روز بودن و سازمان‌دهی مناسب در فاز اول و سپس سه راهنما در فاز دوم انتخاب گردید. در نهایت این سه راهنما توسط ۸ نفر از اعضای خبرگان با ابزار AGREE II مورد نقد قرار گرفت و بعد از محاسبه امتیازات، یک راهنما به‌عنوان راهنمای نهایی برای فاز به‌روزرسانی و بومی‌سازی برگزیده شد.

مرحله اول: جستجوی منابع الکترونیکی و پایگاه‌های اطلاعاتی

در این مرحله ۱۶ پایگاه اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفتند که ۸ پایگاه مربوط به بانک‌های اطلاعاتی تخصصی راهنماهای بالینی و ۸ پایگاه نیز مربوط به منابع متون پزشکی بودند. بعد از جستجو در ۱۶ پایگاه اطلاعاتی منطبق بر لیست ذیل، تعداد ۱۳ راهنمای بالینی انتخاب شدند.

Clinical Guideline Database

- ۱- National Guideline Clearinghouse
- ۲- Guidelines International Network
- ۳- National Institute for Health and Clinical Excellence
- ۴- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- ۵- New Zealand Guidelines Group
- ۶- National Health and Medical Research Council
- ۷- Guidelines Advisory Committee
- ۸- WHO World Health Organization

Medical Literature Database

- ۱- PubMed
- ۲- Scopus
- ۳- Up to Date
- ۴- Trip Database
- ۵- Doaj
- ۶- Google Scholar
- ۷- Magiran
- ۸- SID

مرحله دوم: غربال اولیه راهنماهای بالینی (فاز اول)

در فاز اول ۱۳ راهنمای بالینی مربوط به پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی در دو مرحله، در دو سال اولیه قرار گرفتند. در این ارزیابی، سه عامل در دسترس بودن نسخه کامل، به‌روز بودن و سازمان‌دهی مناسب هر راهنما در دو فاز موردنقد قرار گرفتند و هر راهنما بر اساس این سه فاکتور امتیازدهی شد و در نهایت با برآورد امتیازات هر راهنما بر اساس سه فاکتور مذکور، از بین ۱۳ راهنمای بالینی در ارزیابی اولیه، تعداد ۴ راهنما به‌عنوان راهنماهای منتخب مشخص شدند. در این مرحله، راهنماهای بالینی که بعد از سال ۲۰۱۰ بودند امتیاز بالاتری از نظر به‌روز بودن کسب کردند. از سوی دیگر راهنماهایی که تنها نسخه خلاصه آن‌ها موجود بود از فاکتور در دسترس بودن نسخه کامل، امتیاز لازم را کسب نکردند. همچنین در مورد فاکتور سازمان‌دهی مناسب نیز مواردی مانند بدون بودن توصیه‌ها و مستندات مربوط به هر یک از توصیه‌ها بیشتر موردتوجه قرار گرفت. لیست مشخصات ۱۳ راهنمای موردنظر و امتیازات مربوط به هر کدام و همچنین مشخصات چهار راهنمای منتخب به شرح جداول پیوست، ارائه شده است.

مرحله سوم: غربال اولیه راهنماهای بالینی (فاز دوم)

پس از تعیین چهار راهنمای منتخب در فاز اول، در فاز دوم غربال اولیه راهنماهای بالینی از بین چهار راهنما، تعداد سه راهنما به عنوان راهنماهای منتخب برای نقد با ابزار AGREE II انتخاب شدند. در این مرحله به اعضای پانل کارشناسان مدت دو هفته فرصت داده شد تا چهار راهنمای منتخب را مورد بررسی قرار دهند. سپس در جلسه‌ای با حضور مجری طرح و اعضای پانل، بررسی چهار راهنمای مزبور به بحث و گفتگو گذاشته شد. سرانجام با توجه به معیارهای تاریخ انتشار، جامعیت گروه هدف و سازمان‌دهی مناسب، سه راهنما از نظر اعضا، واجد شرایط و دارای اولویت بیشتری تشخیص داده شد. سه راهنمای منتخب عبارت‌اند از:

- AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: US/AHA: ۲۰۱۳
- Heart/ Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice: UK/JBS: ۲۰۱۴
- Prevention of cardiovascular disease: UK /NICE: ۲۰۱۰

مرحله چهارم: نقد راهنماهای منتخب با ابزار AGREE II

در این مرحله بعد از تشکیل جلسه همکاران طرح و خبرگان، مقرر گردید اعضای جلسه، ظرف مدت یک هفته، هر سه راهنمای منتخب را با ابزار AGREE II مورد نقد قرار دهند. امتیازات مربوط به هر کدام ارزیابی و تجمیع گردد. فرم مربوط به ابزار AGREE II که در این مراحل مورد استفاده قرار گرفت، در پیوست آمده است.

مرحله پنجم: انتخاب راهنمای نهایی برای به‌روزرسانی و به‌ی‌سازی

پس از جمع‌آوری امتیازات مربوط به هر سه راهنما با ابزار AGREE II که توسط شش نفر به‌طور مستقل انجام گرفته است؛ راهنمای AHA/ACC Guideline to Reduce Cardiovascular Risk (۱) به عنوان راهنمای نهایی انتخاب شد. دیاگرام انتخاب راهنماهای بالینی، در پیوست‌ها آمده است.

مرحله ششم

بلافاصله پس از انتخاب راهنمای نهایی، مرحله استخراج توصیه‌ها، در قالب ICO توسط همکاران طرح انجام شد. سپس شواهد پشتیبان هر توصیه استخراج، ارزیابی و تکمیل گردید. هزینه مداخلات مربوط به هر توصیه از مزایای درمانی مربوطه استعلام و ثبت شد. توصیه‌ها ترجمه و بر اساس موضوع دسته‌بندی شدند. در انتها فرم ارزیابی مزایا و معایب بالینی مداخلات و نیز امکان‌سنجی اجرای آنان تهیه شده و در کنار شواهد، هزینه‌ها و... جهت بررسی، تصحیح یا تکمیل به اعضای پانل ارائه شد.

مرحله هفتم

در این مرحله، جلساتی با حضور اعضا پانل برگزار شده، اهداف راهنما و نحوه بررسی توصیه‌های آن برای اعضا تشریح گردید. سپس پرسشنامه نظرسنجی و برگه‌های مربوط به بررسی و اظهارنظر در مورد توصیه‌ها و شواهد پشتیبان آن‌ها، در اختیار اعضا پانل خبرگان

قرار گرفت. پس از اتمام مهلت تعیین شده، نظرات و قضاوت نهایی اعضای پانل در مورد مزیت و محدودیت بالینی و قابلیت بومی سازی هر توصیه و مداخله جمع آوری شد. بر اساس نظرات و پیشنهادات اعضای پانل، توصیه های نهایی مشخص و ارائه شدند. در پایان، نظرات خبرگان محترم و اصلاحات مورد نیاز در راهنمای بالینی و توصیه های آن اعمال و کلیه فصول در چارچوب یکسان و مشخصی تنظیم و مستند نهایی به صورت کنونی ارائه گردید.

www.ketab.ir