ویرایش ۲۰۰۹

راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی ۲۰۰۹

توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)

ترجمه و تدوین دکتر اکبر نیک‌پژوه
زیر نظر و با مقدمه دکتر بهروز نبئی

بسم الله الرحمن الرحيم

راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی ۲۰۰۹

توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)

ترجمه و تدوین: دکتر اکبر نیک‌پژوه

زیر نظر و با مقدمه: دکتر بهروز نبئی

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

۱۳۸۹

سرشناسه: کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده/ U.S. Preventive Services Task Force
عنوان و نام پدیدآور: راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی/ توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)؛ ترجمه و تدوین اکبر نیک‌پژوه؛ با نظارت علمی بهروز نبئی.
مشخصات نشر: تهران: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری: ۲۱۶ ص.: جدول.
شابک: ۲-۴۶۳۶-۰۴-۹۶۴-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: عنوان اصلی:.The guide to clinical preventive services 2009
موضوع: پزشکی پیشگیری -- سلامت‌پروری -- دستنامه‌ها
شناسه افزوده: نیک‌پژوه، اکبر، ۱۳۵۱ -، مترجم
شناسه افزوده: نبئی، بهروز
رده بندی کنگره: ۱۳۸۸ ۲ر۱۶ک/RA۴۲۷/۲
رده بندی دیویی: ۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی: ۱۹۱۰۱۸۸

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی ۲۰۰۹

توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)

ترجمه و تدوین: دکتر اکبر نیک‌پژوه
زیر نظرو با مقدمه: دکتر بهروز نبئی
مدیر اجرایی : سحر نظیف کار
گرافیک، صفحه آرایی و طراحی جلد: نرجس کریمی
چاپ اول: ۱۳۸۹
شمارگان: ۱۰,۰۰۰ جلد
لیتوگرافی ، چاپ و صحافی : طیف نگار
قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال
شابک: ۲-۴۶۳۶-۰۴-۹۶۴-۹۷۸
ناشر : موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر
تلفن : ۸۸۹۹۳۴۱۹-۸۸۹۹۴۵۷۸ - ۰۲۱
www.pishgiri.ir info@pishgiri.ir
کلیهٔ حقوق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

توصیه‌های ارائه شده در این راهنما به اختصار بیان شده اند، به منظور ملاحظه توصیه‌های کامل یا توصیه‌های انتشار یافته بعد از ماه مارس ۲۰۰۹، می‌توانید به نشانی اینترنتی زیر مراجعه‌نمایید:

http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstopics.htm.

انتخاب کننده الکترونیکی خدمات پیشگیری[1](ePSS) متعلق به کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده[2](USPSTF) به کاربران اجازه می‌دهد که توصیه‌های مربوط به کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده را به دستگاههای کامپیوتر دستی خود بریزند، اطلاعات روز آمد شده را به صورت پست الکترونیک در کامپیوترها دستی خود دریافت نمایند، و یا به شکل برخط (On line) توصیه ها را مورد کاوش و یا جستجو قراردهند. کاربران می‌توانند epss را مورد کاوش قرار داده و توصیه‌ها را بر اساس سن، جنس و یا وضعیت بارداری به دست آورند. برای به دست آوردن و وارد کردن اطلاعات، آبونه شدن یا کاوش نمودن، می‌توانید به نشانی http://epss.ahrq.gov رجوع نمایید.

توصیه‌های به عمل آمده توسط کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده مستقل از دولت ایالات متحده می‌باشد. این توصیه‌ها نباید به عنوان یک موضع رسمی مربوط به سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده قلمداد گردد.

1- Electronic Preventive Services Selector

2- United State Preventive Services Task Force's

فهرست عناوین **صفحه**

مقدمه دکتر بهروز نبئی ۱۲

سخنی با خوانندگان ۱۴

پیشگفتار ۱ ..... ۱۵

پیشگفتار ۲ ..... ۱۶

بخش۱. خدمات پیشگیری توصیه شده به وسیله USPSTF ۱۹

بخش۲. توصیه ها در بزرگسالان ۲۵

کانسر ۲۶

مصرف آسپیرین و NSAIDs به منظور پیشگیری
از کانسر کولورکتال ۲۶

غربالگری کانسر مثانه در بالغین ۲۸

ارزیابی میزان خطر ژنتیکی و آزمایش جهش BRCA به منظور
بررسی از نظر استعدا ابتلا به سرطان پستان و تخمدان ۲۹

پیشگیری شیمیایی از کانسر پستان ۳۲

غربالگری کانسر پستان..... ۳۳

غربالگری کانسر سرویکس ۳۵
غربالگری کانسر کولورکتال ۳۹
غربالگری کانسر ریه ۴۲
غربالگری کانسر دهان ۴۳
غربالگری کانسر تخمدان ۴۴
غربالگری کانسر پانکراس ۴۵
غربالگری کانسر پروستات ۴۶
مشاوره پیشگیری از کانسر پوست ۴۸
غربالگری کانسر پوست ۵۰
غربالگری کانسر بیضه ۵۱
مکمل های ویتامینی به منظور پیشگیری
از کانسر و بیماری قلبی عروقی ۵۲
بیماری های قلبی و عروقی ۵۳
غربالگری آنوریسم آئورتیک شکمی ۵۳
آسپیرین به منظور پیشگیری از بیماری قلبی عروقی ۵۶
غربالگری تنگی سرخرگ کاروتید ۶۵
غربالگری بیماری انسدادی مزمن ریوی ۶۶
غربالگری بیماری کرونری قلب ۶۷
غربالگری پرفشاری خون ۶۹
غربالگری اختلالات چربی در بزرگسالان ۷۱
غربالگری بیماری سرخرگ های محیطی ۷۴
بیماری های عفونی ۷۵
غربالگری باکتریوری بدون علامت ۷۵
غربالگری عفونت کلامیدیایی ۷۷

غربالگری هرپس تناسلی ۸۰
غربالگری گونوره آ ۸۲
غربالگری هپاتیت ویروسی B ۸۵
مشاوره عفونت های منتقله از راه جنسی ۸۶
غربالگری هپاتیت C در بزرگسالان ۸۸
غربالگری HIV ۸۹
غربالگری عفونت سیفلیس ۹۲
غربالگری آسیب و خشونت های خانوادگی
و خشونت با نزدیکان ۹۴
مشاوره در مورد استفاده صحیح از امکانات محافظتی وسایل
نقلیه موتوری و اجتناب از مصرف الکل در هنگام رانندگی ۹۶
وضعیت سلامت روانی و سومصرف مواد ۹۸
غربالگری و مشاوره رفتاری در مراقبت اولیه به منظور
کاهش سو مصرف الکل ۹۸
غربالگری دمانس ۱۰۳
غربالگری افسردگی ۱۰۴
غربالگری از نظر مصرف داروهای غیرمجاز ۱۰۶
غربالگری میزان خطر خودکشی ۱۰۸
مشاوره پیشگیری از مصرف توتون و بیماری های ناشی از آن ۱۰۹
بیماری های متابولیکی، تغذیه ای و اندوکرینی ۱۱۲
مشاوره رفتاری در مراقبت اولیه به منظور دستیابی
به یک رژیم سالم غذایی ۱۱۲
غربالگری هموکروماتوزیس ۱۱۷
هورمون درمانی برای پیشگیری از بیماری های مزمن در زنان یائسه ۱۲۰

غربالگری آنمی فقر آهن ۱۲۲
غربالگری چاقی در بزرگسالان ۱۲۵
مشاوره رفتاری در مراقبت های اولیه به منظور
ارتقای فعالیت جسمانی ۱۲۸
غربالگری بیماری تیروئید ۱۳۰
غربالگری نوع ۲ دیابت ملیتوس در بزرگسالان ۱۳۲
بیماری های ماهیچه ای و استخوانی ۱۳۵
مداخلات مراقبتی اولیه جهت پیشگیری از کمردرد در بزرگسالان ۱۳۵
غربالگری استئوپروز در زنان یائسه ۱۳۷
بیماری های زنان و زایمان ۱۴۰
غربالگری واژینوز باکتریال در بارداری ۱۴۰
مداخلات رفتاری برای ترویج تغذیه با شیر مادر ۱۴۲
غربالگری دیابت ملیتوس بارداری ۱۴۳
غربالگری ناسازگاری Rh(D) ۱۴۵
اختلالات بینایی ۱۴۷
غربالگری گلوکوم ۱۴۷
بخش۳. توصیه ها در کودکان و نوجوانان ۱۴۹
غربالگری افزایش مقادیر سرب در خون کودکان و زنان باردار ۱۵۱
غربالگری هیپوتیروئیدیسم مادرزادی ۱۵۴
پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان پیش دبستانی ۱۵۶
غربالگری دیسپلازی هیپ ۱۵۸
غربالگری اسکولیوز ایدیوپاتیک در نوجوانان ۱۶۰
غربالگری افسردگی ماژور در کودکان و نوجوانان ۱۶۲
غربالگری اختلالات چربی در کودکان ۱۶۴

غربالگری شنوایی نوزادان ۱۶۶

غربالگری و مداخله از نظر اضافه وزن در کودکان و نوجوانان ۱۶۸

غربالگری فنیل کتونوری ۱۷۰

غربالگری به منظور بررسی تاخیر در زبان بازکردن
و سخن گفتن در کودکان پیش دبستانی ۱۷۱

غربالگری اختلال بینایی در کودکان زیر ۵ سال ۱۷۲

غربالگری بیماری Sickle Cell در نوزادان ۱۷۴

پیوست ها ۱۷۵

پیوست۱. نحوه درجه بندی توصیه ها توسط USPSTF ۱۷۷

پیوست۲. برنامه کشوری گسترش ایمن سازی ۱۸۳

پیوست۳. مداخلات و مشاوره های پیشگیری توصیه شده
متناسب با سن و جنس ۱۹۴

مقدمه

پیشگیری به مفهوم به کار گرفتن کلیه اقدامات ممکن برای جلوگیری از مبتلا شدن جمعیت سالم به بیماری ها است. استفاده از روش های مختلف پیشگیری نزدیکترین، با صرفه ترین و علمی ترین روش مبارزه با بیماری ها به شمار می رود. ارتقاء، حفظ و اعاده نمودن سلامت مثبت، اصول اساسی برنامه های پیشگیری را تشکیل می دهند.

برخورد با مفهوم پیشگیری در چند سطح انجام میگیرد:

۱- پیشگیری آغازین (Primordial Prevention) به مفهوم تهاجم به پدیداری یا فاکتورهای خطر بیماری زا است که بیماری را از آینده زندگی افراد حذف می کند. این مفهوم بیشتر در تغییرات روش وعادات زندگی ناسالم به سلامت مثبت صورت می گیرد. انجام ورزش منظم، پرهیز از مصرف سیگار نمونه های خوبی از این نوع پیشگیری به شمار می آیند.

۲- پیشگیری اولیه (Primary prevention) اقداماتی که برای جلوگیری از آغاز بیماری از جمله سیاست های کلان در سطح جمعیت مثل واکسیناسیون را شامل می شود.

۳- پیشگیری ثانویه (Secondary prevention) عملیاتی را که منجر به توقف بیماری آغاز شده و جلوگیری از پیشرفت آن به عمل می آید در برمی گیرد.

۴- پیشگیری ثالثیه (Tertiary prevention) دخالت در مرحله واپسین و پاتوژنیک بیماری برای کاهش فاز معلولیت و تعدیل و تطبیق دهی شرایط بیمار با بیماری جهت افزایش کیفیت زندگی و طول عمر.

پزشکان درگیر در طب بالینی معمولاً به نحو شهودی و درون یافتی به اهمیت و اولویت پیشگیری بر درمان پی می برند. برخورد روزانه با مواردی که به بیماری های سخت، خطرناک و لاعلاج مبتلا هستند و تأسف بر زمان پرارزش از دست رفته ای که هر روز آن می توانست در تغییر سیر وخیم بیماری و درمان یا کنترل آن نقش تعیین کننده داشته باشد، به حد کافی پزشکان کلینیکی را در اعتقاد به حیاتی بودن توجه به پیشگیری نوع یک و دو راسخ تر می نماید. مزایای همبند کردن و درآمیختن طب پیشگیری و بالینی در عملیات پزشکی روزمره طی سی سال گذشته به خوبی ارزش والای خود را بر دست اندرکاران ظاهر نموده است. دیگر سخن از بیماری آبله که سالانه پنجاه میلیون نفر مبتلا و یک میلیون مرگ به همراه داشت و در

راستای سیاست پیشگیری و واکسیناسیون همگانی از صحنه گیتی حذف شد، برای دانش آموزان نیز تکراری شده است. امروزه رسالت پیشگیری و حذف بیماری ها از صحنه کارزار عفونت ها فراتر رفته و با شتاب تمام به گشایش جبهه های جدید در بیماری های مزمن به ظاهر لاعلاج همچون سرطان ها پرداخته است. برنامه های پیشگیری در کشف زود هنگام بیماری های مزمن خطرناک به پیشرفت های چشمگیری نایل شده ومیزان بروز این بیماری ها از روند رو به کاهش تبعیت می نمایند. اگرچه ایمن سازی و غربال گری به عنوان دو روش اصلی خدمات پیشگیری همچنان اهمیت خود را حفظ نموده اند، پر آتیه ترین و نوید بخش ترین پدیده شناخته شده در طب پیشگیری به تغییر رفتار بهداشتی از ابتدای زندگی وسال ها قبل از اینکه علایم کلینیکی بیماری ها به ظهور برسند بر می گردد. تغییر و اصلاح روش زندگی بر اساس توصیه های سلامت جسم و روان، آینده پزشکی مدرن را به کلی دگرگون خواهد کرد و پایه و اساس آموزش نوین پزشکی را به شدت تغییر خواهد داد.

کتاب "راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی" قدم بسیار مؤثر و مفیدی در آشنا نمودن پزشکان کلینیکی با ضروریات پیشگیری در طب بالینی است. مجموعه کتاب با زحمات بسیار زیاد و کمرشکن کارشناسان بالینی و پیشگیری رشته های مختلف تهیه شده و از امتیاز روزآمد بودن به معنای کامل برخوردار است.

همکار عزیز، محقق و متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی جناب آقای دکتراکبر نیک پژوه در تلاشی قابل تقدیر اقدام به ترجمه این کتاب در زمان مناسب نمودند و اینجانب نیز افتخارنظارت و بازنگری آن را در حد بضاعت اندک خود نصیب بردم. ضمن توصیه به کلیه همکاران پزشک جهت استفاده از کتاب، امید است انتشار آن قدم کوچکی در ارتقاء سطح دانش پیشگیری در نظام ارایه خدمات پزشکی به حساب آید.

دکتر بهروز نبئی
استاد گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران
پزشک ومتخصص طب پیشگیری ، پزشکی اجتماعی و MPH از دانشگاه لندن

تکیه بر تقوی و دانش در طریقت کافریست **راهرو گر صد هنر دارد توکل بایدش**

سخنی با خوانندگان محترم

بخش عمدهٔ این کتاب ترجمه The Guide to Clinical Preventive Service ۲۰۰۹ است که توسط کارگروه خدمات پیشگیری آمریکا مبتنی بر شواهد علمی و پزشکی تهیه شده و مورد تائید بسیاری از انجمن های پزشکی آمریکا و سایر کشورها است و هم اکنون به عنوان کتاب مرجع در برخی از دانشکده های علوم پزشکی دنیا معرفی شده است.به منظور غنی تر کردن هر چه بیشتر این کتاب مطالبی از فصول پیشگیری کتابهای مرجع پزشکی خانواده تیلور و خلاصه ای از برنامه گسترش ایمن سازی ایران متعلق به مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت به آن اضافه شده است.

بر خود لازم می دانم که نهایت سپاسگزاری خودم را از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر بهروز نبئی که زحمت نظارت علمی بر این کتب را متقبل شدند ابراز بدارم و مراتب قدردانی خودم را از اساتید گرانقدر جناب آقای دکتر مجتبی صداقت و سرکار خانم دکتر مژگان کاربخش که با معرفی و ایجاد انگیزه در گردآوری این کتاب سهیم بودند بیان بدارم. از همراهی همسر بزرگوارم سپاسگزاری کرده و این کتاب را به همه پدران، مادران و فرزندان ایران تقدیم می نمایم امید که گامی کوچک در ارتقای سلامت عمومی باشد.

خدایا چنان کن سرانجام کار **تو خشنود باشی و ما رستگار**

دکتر اکبر نیک پژوه
متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی

پیش گفتار ۱

آژانس تحقیقات و ارتقا کیفیت مراقبت‌های بهداشتی از اینکه کتابچه راهنمای خدمات پیشگیری بالینی سال ۲۰۰۹ را تقدیم می‌دارد بسیار مسرور است. این یک راهنمای جیبی است که توصیه‌های استاندارد و طلایی کار گروه پیشگیری در خدمات بالینی آمریکا را که مبتنی بر شواهد موجود می‌باشند و بطور سالیانه روز آمد می‌گردد، با فشار یک دکمه دراختیار شما قرار می دهد. راهنمای ۲۰۰۹ توصیه‌هایی درباره ۶۹ نوع از خدمات پیشگیری بالینی ارائه می نماید که از سال ۲۰۰۲ تا ماه مارس ۲۰۰۹ میلادی از سوی این کارگروه آماده شده اند.

همکارانی که ما را در ارتقاء و توزیع این کتابچه راهنما یاری نموده اند به عنوان کلید موفقیت ما تا این لحظه به شمار می آیند. در سال ۲۰۰۶، بنیاد سلامت آمریکا با اعلام همکاری رسمی، فرصتی را فراهم آورد تا تعداد ۴۳۰۰۰۰ کپی از این کتابچه راهنما (ویرایش ۲۰۰۶) در بین پزشکان در سرتاسر کشور توزیع گردد. چنین مشارکتی توانست یک ابزار مراقبتی ارزشمند ویژه امور پیشگیری را در دستان ارایه دهندگان خدمات سلامت قرار دهد که شامل پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، متخصصین اطفال، فیزیوتراپ ها و پرستاران است. این افراد با استفاده از این کتابچه راهنما می‌توانند ارائه خدمات به بیماران خود را بهبود دهند.

توصیه‌های به عمل آمده از سوی کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده همه روزه در مراکز مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد و موجب ارتقای فعالیت‌های بالینی می شوند. به عنوان مثال، بیمارستان شهرستان هریس (Harris) در هوستون تگزاس که چهارمین بیمارستان بزرگ آمریکا محسوب می شود، بر اساس یک پژوهش پایلوت کاملاً موفقیّت آمیز، اقدام به استفاده از توصیه‌های موجود و مواد مرتبط با آن به عنوان بخشی از یک پروتکل ارائه خدمات پیشگیری در همه ۱۲ مرکز بهداشت اجتماعی وابسته به آن نموده است. علاوه بر مراکز بهداشت اجتماعی، این مجتمع بیمارستانی دارای یک برنامه مبتنی بر مدرسه، خدمات سیار و افراد بی خانمان می‌باشد که در برگیرنده خدماتی است که بیش از سیصد هزار نفر را در بر می گیرد. ما همچنین خرسندیم که در حال حاضر این کتابچه راهنما برای آموزش به نسل جدید پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد. دانشجویان دوره کارشناسی ارشد رشته پرستاری در دانشکده پرستاری دانشگاه ایالتی کنت (Kent)، شروع به آموزش مراحل اولیه خدمات پیشگیری بالینی نموده‌اند که این آموزش ها شامل مروری بر کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، پیشینه و آرمان‌های آن می‌باشد.

توصیه‌ها و ملاحظات بالینی موجود در این کتابچه راهنما می‌توانند به شما یاری نمایندکه به بیماران خودکمک نمایید تا تصمیمات آگاهانه‌تری را پیرامون خدمات پیشگیری اتخاذ نمایید. این یک گام اساسی است که پزشکان می توانند به وسیله آن به بیماران خود کمک کنند تا در وضعیت سالمتری باقی بمانند و همچنین کیفیت نظام مراقبت بهداشتی درمانی را بهبود بخشند.

Carolyn M. Clancy, M.D.
Director
Agency for Healthcare Research and Quality

پیش گفتار ۲

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده از ابتدای تأسیس خود در ۲۵ سال پیش، خود را وقف امور زیر نموده است:

۱) ارزیابی مزایای خدمات پیشگیری اولیه و ثانویه در اشخاص ظاهراً سالم براساس سن، جنس و عوامل خطرمرتبط با بیماری

۲) انجام توصیه‌هایی پیرامون این موضوع که کدام نوع از خدمات پیشگیری باید در درون خدمات مراقبت‌های اولیه گنجانده شوند.

در حالیکه مخاطبین این توصیه‌ها، همچنان پزشکان شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه می‌باشند، دستاوردهای این کارگروه در طول زمان افزایش یافته است، به این معنی که در حال حاضر بسیاری از صاحب نظران معتقدند که توصیه‌های به عمل آمده از سوی کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده می‌توانند:

۱) ارائه دهنده استانداردهای مشخص جهت خدمات پیشگیری باشند.

۲) توصیه‌های آگاهی دهنده توسط انجمن‌های تخصصی باشد.

۳) ارائه دهنده سیاست‌های مربوط به خیلی از برنامه های بهداشتی و بیمه ها باشد.

۴) معیارهای مربوط به کیفیت بهداشت را ارائه دهند.

۵) توصیه کننده اهداف بهداشتی کشور باشد.

روشهای کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده به منظور بهره‌گیری از شواهد حمایت کننده با کیفیت بالا از یک خدمت مشخص پیشگیری و همچنین بهره‌گیری از یک سری فواید خالص (فواید منهای عوارض) اتخاذ شده اند. هر توصیه مبتنی بر یک بررسی علمی در مورد شواهدی است که شامل چند مرحله است:

- ایجاد یک چارچوب تحلیلی و مجموعه‌ای از پرسش های کلیدی که حدود و وسعت بررسی مقالات را تعیین‌می‌نمایند.
- مرور سیستماتیک مقالات مرتبط جهت پاسخگویی به پرسش‌های کلیدی.
- درجه‌بندی کیفی بدنه مقالاتی که از هر پرسش کلیدی حمایت می نمایند و همینطورکیفیت و قطعیت مربوط به کل شواهد موجود.
- برآورد فواید و عوارض.
- تعیین توازن بین فواید و عوارض مربوط به خدمات و یا فواید خالص خدمات.

سپس، این توصیه‌ها به حروفی که نشان دهنده درجه‌بندی‌های مشخص می باشند مرتبط گشته‌اند که این حروف نشانگر مقدار فواید خالص و میزان قدرت و قطعیت شواهدی هستند که از یک خدمت پیشگیری مشخص حمایت می نمایند. درجه بندی توصیه های به عمل آمده از حرف A (یعنی اکیدا توصیه می‌شود) تا حرف D (یعنی توصیه نمی‌شود) را شامل می‌شود. کار گروه توصیه نوع I را هنگامی به عمل می‌آورد که شواهد موجود در رابطه با ارائه خدمت "ناکافی" است، یعنی فواید خالص آن مشخص نمی باشد.

uspstf واقف است که تصمیمات بالینی درباره بیماران در برگیرنده ملاحظات پیچیده‌تری نسبت به شواهد صرف می‌باشد، پزشکان همواره باید از شواهد موجود اطلاع داشته باشند، ولی کار تصمیم‌گیری را انفرادی نمایند و آن را مختصّ یک بیمار و موقعیت مشخص بدانند. بخش مربوط به ملاحظات بالینی در رابطه با هر توصیه uspstf، به پزشکان کمک می‌نماید تا توصیه‌های به عمل آمده توسط کارگروه را به کار بندند، به طوری که آنان قادر باشند که این توصیه ها را مناسب حال یک بیمار مشخص گردانند. uspstf پیشنهاد می‌نماید که پزشکان اقدامات زیر را به انجام برسانند:

- خدمات مربوط به توصیه‌های نوع A و B را با بیماران واجد شرایط مورد بحث و تبادل نظر قرار دهند و آن خدمات را به عنوان اقدامات ارجح به آن‌ها پیشنهاد نمایند.
- در رابطه با توصیه های نوع D سعی نمایند بیماران را از انجام آن خدمات منع سازند، مگر اینکه یک سری ملاحظات غیر معمول هم درکار باشند.
- برای خدمات مرتبط با توصیه نوع C ارجحیّت کمتری قائل شده و بدانند که لازم نیست چنین خدماتی ارائه گردند، مگر اینکه یک سری ملاحظات انفرادی وجود داشته باشندکه به نفع ارائه دادن آن خدمات باشد.
- در رابطه با خدمات مرتبط با توصیه نوع I، بخش "ملاحظات بالینی" باید به دقت خوانده شود تا به بیماران کمک شودکه ابهامات پیرامون این خدمات را درک نمایند.

کتابچه راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی سال ۲۰۰۹ میلادی بصورت مجموعه‌ای از توصیه‌های خلاصه شده صورت گرفته توسط کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در خلال سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۹ میلادی تهیه گردیده است، و می‌توان از آن به عنوان یک ابزار مبتنی بر شواهد در رابطه با مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای بیماران استفاده نمود. برخی توصیه‌ها با استفاده از توصیه‌های به عمل آمده توسط کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در سال ۱۹۹۶، روز آمد شده اند و برخی دیگر به خدمات پیشگیری پرداخته‌اند که قبلاً از سوی کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده مورد توجه قرار نگرفته‌بودند. عبارات کامل مربوط به توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده همراه با شواهد علمی مربوط را می‌توان در نشانی اینترنتی زیر به دست آورد:

http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstopics.htm.

بعلاوه، سیستم الکترونیکی انتخاب کننده خدمات پیشگیری (Electronic Preventive Services Selector) یا EPSS، متعلق به کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، که از طریق کامپیوتر شخصی و یا در شبکهWeb با نشانی http://epss.ahrq.gov قابل دسترس می‌باشد، به کاربران امکان می‌دهد که توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده را بر اساس سن بیمار و دیگر مشخصه‌های بالینی، کاوش نمایند. امیدوارم که این کتابچه راهنما وسیله سودمندی برای شما به هنگام توجه به بیماران تان باشد.

Ned Calonge, M.D., M.P.H.
Chair, U.S. Preventive Services Task Force

بخش ۱.

خدمات پیشگیری توصیه شده به وسیله کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)

همه توصیه های ارائه شده در این راهنما خلاصه شده اند.
به منظور ملاحظه عبارات کامل مربوط به این توصیه ها و توصیه های انتشار یافته بعد از مارس ۲۰۰۹ می توانید به نشانی اینترنتی زیر مراجعه نمایید:
http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstopics.htm.

خدمات توصیه شده توسط کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده

کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) توصیه می نماید که پزشکان این خدمات پیشگیری را با بیماران واجد شرایط در میان گذاشته و به ایشان به شکل یک اقدام دارای ارجحیت و اولویت پیشنهاد نمایند. همه این خدمات دارای درجه A (به طور اکید توصیه شده) یا درجه B (توصیه شده) از کار گروه هستند. برای ملاحظه تعاریف مربوط به درجه بندی انجام شده توسط کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، به پیوست ۱ مراجعه نمایید. لیست کامل همه توصیه های ارائه شده توسط uspstf برای بزرگسالان و بچه ها به ترتیب در بخش ۲ و بخش ۳ ارائه شده اند.

توصیه	بزرگسالان		جمعیت های خاص	
	مردان	زنان	زنان باردار	بچه ها
غربالگری آنوریسم آئورتیک شکمی[1]	√			
غربالگری سو مصرف الکل و مداخلات مشاوره ای رفتاری	√	√	√	
مصرف آسپرین به منظور پیشگیری اولیه از وقایع قلبی عروقی[2]	√	√		
غربالگری باکتریوری در افراد بدون علامت			√	
پیشگیری شیمیایی از سرطان پستان[3]		√		
غربالگری سرطان پستان[4]		√		
ارزیابی خطر ژنتیک و آزمایش جهش BRCA به منظور بررسی خطر سرطان پستان و تخمدان[5]		√		

ادامه دارد

توصیه	بزرگسالان		جمعیت های خاص	
	مردان	زنان	زنان باردار	بچه ها
مداخلات رفتاری به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر[۶]		√	√	
غربالگری سرطان گردن رحم[۷]		√		
غربالگری عفونت کلامیدیال[۸]		√	√	
غربالگری سرطان کولورکتال[۹]	√	√		
پیشگیری از پوسیدگی دندانها در بچه های پیش دبستانی[۱۰]				√
غربالگری افسردگی	√	√		
غربالگری نوع ۲ دیابت ملیتوس در بزرگسالان[۱۲]	√	√		
مشاوره رفتاری از نظر رژیم غذایی در مراقبت اولیه به منظور ارتقای سلامت[۱۳]	√	√		
غربالگری گونوره[۱۴]		√	√	
تجویز داروی پروفیلاتیک برای گونوره[۱۵]				√
غربالگری عفونت ویروسی هپاتیت B[۱۶]			√	
غربالگری پرفشاری خون	√	√		

ادامه دارد

توصیه	بزرگسالان		جمعیت های خاص	
	مردان	زنان	زنان باردار	بچه ها
غربالگری HIV [۱۷]	√	√	√	√
پیشگیری از آنمی فقر آهن [۱۸]				√
غربالگری آنمی فقر آهن [۱۹]			√	
غربالگری اختلالات چربی [۲۰]	√	√		
غربالگری چاقی در بزرگسالان [۲۱]	√	√		
غربالگری استئوپروز در زنان یائسه [۲۲]		√		
غربالگری ناسازگاری Rh (D) [۲۳]			√	
غربالگری عفونت سیفلیس [۲۴]	√	√	√	
مشاوره از نظر مصرف توتون و بیماری ایجاد شده به وسیله آن [۲۵]	√	√	√	
غربالگری آسیب بینایی در بچه های کوچکتر از ۵ سال [۲۶]				√
غربالگری هیپوتیروئیدیسم مادرزادی [۲۷]				√
غربالگری اختلال افسردگی در بچه ها و نوجوانان [۲۸]				√
غربالگری فنیل کتونوری [۲۹]				√
غربالگری بیماری سلول داسی [۳۰]				√

۱- یکبار غربالگری به وسیله سونوگرافی در مردان ۶۵ تا ۷۵ ساله ای که همیشه سیگار می کشند.

۲- بزرگسالان متعلق به گروه پرخطر از نظر بیماری کرونری قلبی.

۳- برای زنانی از گروه پرخطر سرطان پستان مطرح نمایید که خطر کمی از نظر عوارض جانبی پیشگیری شیمیایی دارند.

۴- ماموگرافی هر ۲-۱سال برای زنان ۴۰ ساله و مسن تر.

۵- زنانی را برای مشاوره ژنتیک و آزمایش BRCA ارجاع نمایید که سابقه خانوادگی افزایش خطر از نظر جهش های آسیب رسان در ژن های BRCA2 یا BRCA1 دارند.

۶- برنامه های آموزشی سازمان یافته و مشاوره رفتاری.

۷- زنان با فعالیت جنسی و دارای سرویکس

۸- زنان ۲۵ ساله یا جوانتری که فعالیت جنسی دارند و نیز سایر زنان بدون علامتی که در معرض افزایش خطر عفونت می باشند. زنان باردار بدون علامت ۲۵ ساله و جوانتر و افراد دیگری که در معرض افزایش خطر عفونت می باشند.

۹- مردان و زنان ۵۰ ساله و مسن تر.

۱۰- تجویز مکمل های خوراکی فلوراید در دوزهای معمولی توصیه شده به بچه های پیش دبستانی بزرگتر از ۶ ماه، که منبع اصلی آب آنها از نظر فلوراید کمبود دارد.

۱۱- در کار بالینی سیستماتیک برای اطمینان یافتن از تشخیص درست و همچنین درمان و پیگیری موثر.

۱۲- بزرگسالان مبتلا به پرفشاری خون یا هیپرلیپیدمی.

۱۳- بزرگسالان مبتلا به هیپرلیپیدمی و دیگر عوامل خطرزای شناخته شده بیماری های مزمن مربوط به تغذیه و بیماری های قلبی عروقی.

۱۴- همه زنان با فعالیت جنسی، از جمله افرادی که باردار بوده و یا در معرض افزایش خطر عفونت هستند (یعنی افرادی که جوان بوده یا سایر عوامل خطر فردی یا جمعیتی را دارند).

۱۵- درمان پروفیلاکتیک طبی موضعی چشمی برای همه نوزادان بر علیه افتالمی گونوکوکال نوزادی.

۱۶- زنان باردار در اولین ویزیت پره ناتال.

۱۷- همه نوجوانان و بزرگسالان متعلق به گروه پر خطر عفونت HIV و نیز همه زنان باردار.

۱۸- مکمل روتین آهن برای بچه های بدون علامت۲ تا ۶ ماهه ایکه درگروه پرخطر آنمی فقر آهن می باشند.

۱۹- غربالگری روتین در زنان باردار بدون علامت.

۲۰- مردان ۳۵ ساله ومسن تر و زنان ۴۵ ساله و مسن تر، بزرگسالان جوانتر با دیگر عوامل خطر ابتلا به بیماری کرونری. غربالگری اختلالات چربی شامل

اندازه گیری کلسترول توتال و کلسترول HDL است.

۲۱- مشاوره گسترده و متمرکز و مداخلات رفتاری به منظورکاهش وزن پایدار در بزرگسالانی که چاق می باشند.

۲۲- زنان ۶۵ ساله و مسن تر و زنان ۶۰ ساله و مسن ترکه در گروه پرخطر از نظر شکستگی های استئوپروتیک می باشند.

۲۳- تعیین گروه خونی و آزمایش آنتی بادی در اولین ویزیت مربوط به حاملگی، تکرار آزمایش آنتی بادی Rh(D) در زنان غیرحساس با آزمایش منفی در ۲۸-۲۴ هفتگی از حاملگی، مگر آنکه پدر بیولوژیک Rh(D) منفی باشد.

۲۴- افراد گروه پرخطر و همه زنان باردار.

۲۵- مداخلات ترک سیگار برای آنهایی که از سیگار استفاده می کنند. مشاوره بیشتر برای زنان بارداری که سیگار می کشند.

۲۶- به منظور پیدا کردن آمبلیوپی، استرابیسم، و نقص هایی در تیزی بینایی.

۲۷- نوزادان

۲۸- نوجوانان (۱۸-۱۲ سال)، زمانی که اطمینان حاصل شود سیستم مناسبی برای تشخیص، روان درمانی و پیشگیری وجود دارد.

۲۹- نوزادان

۳۰- نوزادان

بخش ۲.

توصیه‌ها در بزرگسالان

همه توصیه های ارائه شده در این راهنما خلاصه هستند. به منظور ملاحظه توصیه های کامل و نیز توصیه های انتشار یافته بعد از مارس ۲۰۰۹ می توانید به نشانی اینترنتی زیر مراجعه نمایید:
http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstopics.htm.

کانسر

مصرف آسپیرین و سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی(NSAIDs) به منظور پیشگیری اولیه از کانسر کولورکتال

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، مصرف روتین آسپیرین و سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی را به منظور پیشگیری از کانسر کولورکتال در افراد در معرض خطر متوسط، توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ این توصیه بزرگسالان بدون علامتی را دربرمی‌گیرد که در معرض خطر متوسط ابتلا به سرطان کولورکتال هستند، برای مثال آنهایی که سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال دارند، ولی افراد مبتلا به پولیپوزهای خانوادگی آدنوماتو، سندروم ارثی و غیرپولیپوزی سرطان کولون (Lynch I or II)، یا دارای سابقه سرطان کولورکتال یا آدنوم را دربرنمی‌گیرد.

■ پزشکان باید به گفتگو با بیماران گروه پرخطر بیماری کرونری قلب، در ارتباط با مصرف آسپیرین ادامه دهند، اما شواهد به خوبی نشان داده است که مصرف دوز پایین آسپیرین به منظور پیشگیری از بیماری کرونری قلب در گروه پرخطر ابتلا به بیماری کرونری قلب، منجر به کاهش میزان بروز سرطان کولورکتال نمی‌شود. مشخص شده است که مصرف آسپیرین در بیماران گروه پرخطر ابتلا به بیماری کرونری قلبی، موجب کاهش میزان مرگ بر اثر همه علل می‌شود.

شما می‌توانید وضعیت شواهد و توصیه های USPSTF را در ارتباط با پروفیلاکسی با آسپیرین در وب سایت زیر مشاهده نمایید :

(http://www.preventiveservices.ahrq.gov)

■ بیش از ۸۰ ٪ کانسرهای کولورکتال از پولیپ‌های آدنوماتو منشا می‌گیرند. ولی، اغلب پولیپ‌های آدنوماتو به کانسر کولورکتال تبدیل نمی‌شوند. سن یکی از عوامل مهم خطر کانسر کولورکتال است، تقریبا ۹۰ ٪ از موارد آن بعد از ۵۰ سالگی رخ می‌دهد.

_ ۳۰ تا ۵۰ درصد از آمریکایی های بالای ۵۰ سال، دچار پولیپ‌های آدنوماتو می‌شوند.

_ ۱ تا ۱۰ درصد از این پولیپ‌ها در عرض ۵ تا ۱۰ سال به کانسر تبدیل می‌شوند.

- میزان خطر تبدیل پولیپ به کانسر به ساختار ویلوس، درجه سیتولوژیک‌دیسپلازی، اندازه، و تعداد پولیپ‌ها بستگی دارد.

■ همه افراد بالای ۵۰ سال صرف نظر از مصرف آسپیرین یا NSAID، باید از نظر کانسر کولورکتال غربالگری شوند. توصیه USPSTF درباره غربالگری کانسر کولورکتال را می‌توانید در وب سایت زیر ملاحظه نمایید:

http://www.preventiveservices.ahrq.gov

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2007;146(5):361-64.

غربالگری
سرطان مثانه در بالغین

خلاصه توصیه

کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، بر علیه انجام روتین غربالگری از نظر سرطان مثانه در بزرگسالان توصیه می نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ سرطان مثانه در مردان نسبت به زنان ۲ تا ۳ برابر شایع بوده و قبل از ۵۰ سالگی شایع نیست. سرطان مثانه هتروژن بوده و طیفی از انواع مختلف دارد که بیشتر موارد آن تهدید کننده زندگی نیستند.

■ آزمایشهای غربالگری مانند تجزیه میکروسکوپی ادرار، آزمایش نواری ادرار، سیتولوژی ادرار، یا چندین آزمایش جدید مثل آنتی ژن تومور مثانه [bladder tumor antigen (BTA)] یا ایمونواسی پروتئین ماتریکس هسته ای [Nuclear matrix protein (NMP22)] ممکن است سرطان های مثانه ای که از نظر بالینی علامتی ندارند را کشف نمایند. اما به علت شیوع پایین سرطان مثانه، ارزش اخباری مثبت این آزمایش ها پایین است.

■ سیگار، خطر سرطان مثانه را افزایش می دهد، در حدود ۵۰٪ از همه موارد سرطان مثانه، در افرادی که هم اکنون سیگاری هستند یا قبلا سیگار می کشیدند، رخ می دهد. افراد سیگاری باید به منظور ترک سیگار مورد مشاوره قرار گیرند.

■ افراد شاغلی که با مواد شیمیایی در صنایع رنگ یا لاستیک مواجهه دارند، ممکن است در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان مثانه باشند. کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، غربالگری هدفمندتر در افراد با مواجهه شغلی را برای یافتن شواهد بررسی نکرده است.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. June 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/bladder/blacanrs.htm.

ارزیابی میزان خطر ژنتیکی و آزمایش جهش BRCA به منظور بررسی از نظر استعداد ابتلا به سرطان پستان و تخمدان

خلاصه توصیه ها

کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف ارجاع روتین برای مشاوره ژنتیکی، یا آزمایش روتین به منظور بررسی ژن مستعد کننده سرطان پستان (BRCA)، در زنانی است که سابقه خانوادگی افزایش خطر جهش های آسیب رسان در ژن شماره ۱ مستعد کننده سرطان پستان (BRCA1)یا ژن شماره ۲ مستعد کننده سرطان پستان (BRCA2) ندارند.

درجه بندی: توصیه نوع D

کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)،توصیه می نماید، زنانی که سابقه خانوادگی افزایش خطر جهش های آسیب رسان در ژن های BRCA1 یا BRCA2 دارند، برای مشاوره ژنتیک و آزمایش BRCA ارجاع داده شوند.

درجه بندی: توصیه نوع B

ملاحظات بالینی

■ این توصیه ها در زنانی که تشخیص سرطان پستان یا تخمدان بر روی آنها گذاشته نشده است، به کار برده می شوند. این توصیه در زنانیکه سابقه خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان را دارند (داشتن یک خویشاوند با جهش آسیب رسان شناخته شده در ژن های BRCA1 یا BRCA2 را نیز در بر می گیرد)، به کار برده نمی شوند، این زنان باید برای مشاوره ژنتیک ارجاع گردند. این توصیه ها در مردان به کار برده نمی شوند.

■ اگر چه در حال حاضر، معیارهای استانداردی برای ارجاع وجود ندارند، ولی زنانی که سابقه خانوادگی افزایش خطر را دارند، باید به منظور ارزیابی بیشتر خطرات بالقوه، مشاوره ژنتیکی شوند.

■ الگوهای قطعی و خاصی از سابقه خانوادگی، با افزایش خطر جهش های آسیب رسان در ژن های BRCA1 یا BRCA2 همراهی دارند. سابقه خانوادگی پدری و مادری، هر دو مهم هستند. برای زنان

یهودی غیر – اشکنازی، این الگوها شامل ۲ خویشاوند درجه اول با سرطان پستان، که ۱ مورد از آنها در سن ۵۰ سالگی یا پایین تر تشخیص داده شده باشد؛ ترکیبی از ۳ یا بیشتر از خویشاوندان درجه اول یا دوم مبتلا به سرطان پستان، صرف نظر از سن آنها به هنگام تشخیص؛ ترکیبی از سرطان پستان و تخمدان در میان خویشاوندان درجه اول و دوم؛ یک خویشاوند درجه – اول با سرطان پستان دو طرفه؛ ترکیبی از ۲ یا بیشتر از خویشاوندان درجه اول یا دوم با سرطان تخمدان، صرف نظر از سن به هنگام تشخیص؛ یک خویشاوند درجه اول یا دوم مبتلا به سرطان تخمدان و پستان در هر سنی؛ و سابقه ای از سرطان پستان در خویشاوند مذکر است.

■ در زنان یهودی اشکنازی، سابقه خانوادگی افزایش خطر، شامل داشتن یک خویشاوند درجه اول با سرطان پستان یا تخمدان (یا ۲ خویشاوند درجه – دوم در همان شاخه از خانواده) است.

■ در جمعیت عمومی تنها در حدود ۲٪ از زنان، سابقه خانوادگی افزایش خطر شبیه به آنچه که ذکر شد را دارند. زنانی که هیچ کدام از این الگوهای خانوادگی را ندارند، احتمال کمتری برای جهش آسیب رسان در ژن های BRCA1 یا BRCA2 خود را دارند.

■ ابزارهای محاسبه کننده ای برای پیشگویی میزان خطر جهش های BRCA پراهمیت بالینی، در دسترس هستند (یعنی، جهش های BRCA همراه با سرطان پستان، سرطان تخمدان، یا هردو)، اما این ابزارها در جمعیت عمومی بررسی نشده اند. هیچ مدرک و دلیلی در خصوص سطح خطری از جهش BRCA که درآن سطح، ارجاع برای مشاوره ژنتیک، مزیت داشته باشد، وجود ندارد.

■ همه زنانیکه جهش BRCA بالقوه آسیب رسان دارند، مبتلا به سرطان پستان یا تخمدان نخواهند شد. در زنی که یک جهش BRCA پراهمیت بالینی را دارد، تا ۷۰ سالگی، احتمال ابتلا به سرطان پستان ۳۵ تا۸۴ و احتمال ابتلا به سرطان تخمدان ۱۰ تا ۵۰ درصد، برآورد می شود.

■ مشاوره ژنتیکی مناسب به زنان کمک می کند تا آگاهانه تصمیم بگیرند، همچنین این کار دانش و درک آنها از میزان خطر خالص ابتلا به سرطان پستان و تخمدان را بهتر می نماید، و اغلب موجب کاهش اضطراب می شود. مشاوره ژنتیکی شامل اصول مشاوره، ارزیابی میزان خطر؛ تجزیه و تحلیل شجره نامه؛ و در بعضی موارد، توصیه برای آزمایش جهش های BRCA در بیمار کنونی، اعضای خانواده، یا هر دو است. مشاوره در بهترین شکل خود، توسط یک مراقب سلامتی که به طور مناسبی تربیت شده و آموزش دیده است، ارائه می گردد.

■ معمولا آزمایش BRCA توسط پزشک تجویز می شود. اگر این آزمایش همراه با مشاوره ژنتیکی انجام گردد، از پیوند آزمایش با تصمیمات مناسب مدیریتی اطمینان حاصل می شود. آزمایش ژنتیک ممکن است منجر به عوارض بالقوه اخلاقی، قانونی و پیامدهای اجتماعی، مانند ایجاد تبعیض در استخدام و بیمه بشود؛ این پیامدها باید در حین مشاوره ژنتیکی و ارزیابی برای انجام آزمایش مورد بحث و گفتگو قرارگیرند.

■ در میان زنانی که جهش های BRCA1 یا BRCA2 را دارند، ماستکتومی یا اوفورکتومی پروفیلاکتیک، میزان بروز سرطان تخمدان و پستان را کاهش می دهد؛ هم اکنون برای پاسخ به این سئوال که آیا این کار موجب کاهش میزان مرگ و میر نیز می شود، شواهد موجود ناقص و ناکافی هستند. پیشگیری شیمیایی با مودولاتورهای (تعدیل کننده های) انتخابی گیرنده استروژن، ممکن است میزان بروز سرطان پستان نوع گیرنده استروژن – مثبت را کاهش دهد، ضمن اینکه این کار همچنین با عوارض جانبی، مانند آمبولی ریوی، ترومبوزیس وریدهای عمقی، و سرطان اندومتر همراه می شود. اغلب سرطان های پستانی که همراه جهش های BRCA1 می باشند از نظر گیرنده استروژن – منفی هستند و بنابراین به وسیله تاموکسیفن پیشگیری نمی شوند. غربالگری گسترده با استفاده از ماموگرافی، حساسیت پایینی دارد، و هیچ گونه شواهدی وجود ندارد که نشان دهده فایده غربالگری گسترده در زنان دارای یک جهش ژنتیکی BRCA1 یا BRCA2 باشد. تصویر برداری با رزونانس مغناطیسی (MRI)، ممکن است بیشتر موارد سرطان را کشف کند، اما اثر آن بر روی میزان مرگ و میر روشن نشده است.

■ زنانی که سابقه خانوادگی افزایش میزان خطر را دارند، نه تنها در معرض خطر جهش های آسیب رسان BRCA1 یا BRCA2 هستند، بلکه بالقوه درمعرض خطر جهش های ناشناخته دیگر نیز هستند. زنانی که سابقه خانوادگی افزایش میزان خطر را داشته ولی نتایج آزمایش های جهش های BRCA1 یا BRCA2 در آنها منفی است، ممکن است از پروفیلاکسی جراحی فایده ببرند.

This USPSTF recommendation was first published in
Ann Intern Med. 2005;143:355-361.

پیشگیری شیمیایی از کانسر پستان

توجه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، در زمان چاپ راهنمای پیشگیری درخدمات بالینی ۲۰۰۹ در حال به روزرسانی توصیه های خود در مورد این مبحث بود. برای ملاحظه آخرین توصیه ها، لطفا از وب سایت زیر دیدن فرمایید:

http://www.preventive services.ahrq.gov

یا از انتخاب کننده الکترونیکی خدمات پیشگیری (EPSS) در وب سایت زیر استفاده نمایید:

http://www.ahrq.gov

شما می توانید در EPSS بر اساس سن، جنس و وضعیت حاملگی توصیه ها را جستجو نمایید و توصیه های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده را به کامپیوترهای دستی خود بریزید و به صورت اتوماتیک، اطلاعات روز آمد شده را دریافت دارید.

غربالگری
کانسر پستان

خلاصه توصیه‌ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری با استفاده از ماموگرافی[با یا بدون معاینه بالینی پستان (CBE) را هر ۱ تا ۲ سال در زنان ۴۰ ساله و مسن‌تر توصیه می‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام معاینه بالینی پستان (CBE) به تنهایی به‌عنوان غربالگری روتین سرطان پستان، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه آموزش یا انجام خودآزمایی پستان (BSE)، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ سن دقیقی که در آن فواید غربالگری با ماموگرافی، عوارض بالقوه آن را توجیه می‌کند، یک قضاوت ذهنی بوده و باید نظرات و اولویت‌های بیمار در نظرگرفته شوند. پزشکان باید درباره فواید بالقوه غربالگری (کاهش احتمال مرگ در اثر سرطان پستان) و زیان‌های بالقوه آن (نتایج مثبت کاذب، بیوپسی‌های غیرضروری) و محدودیت هایی که آزمایش نسبت به سن زنان دارد، به آنها آگاهی بدهند. پزشکان باید به زنان متذکر شوند که با افزایش سن در زنان ۴۰ تا ۷۰ ساله تعادل فواید و عوارض بالقوه ماموگرافی بهتر می‌شود (یعنی فایده خالص افزایش می‌یابد).

■ زنانی‌که در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان هستند، (مانند آنهایی که سابقه خانوادگی سرطان پستان در مادر یا خواهر خود را دارند، یا بیوپسی قبلی از پستان آنها، هیپرپلازی آتیپیکال را نشان داده است، یا تولد اولین بچه آنها بعد از ۳۰ سالگی بوده است) نسبت به زنانی که در معرض خطر پایین ابتلا به سرطان پستان می‌باشند، احتمالا از ماموگرافی منظم، بهره بیشتری خواهند برد. در صورت وجود سابقه خانوادگی

سرطان پستان که قبل از یائسگی تشخیص داده شده باشد، اهمیت توصیه زنان برای شروع غربالگری روتین در ۴۰ سالگی تقویت می‌شود.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، این موارد را بررسی نکرده است که آیا باید زنان از نظر جهش‌های ژنتیکی که میزان خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهند یعنی (BRCA1 و BRCA2) غربالگری شوند، یا آیا ممکن است زنانی که این جهش‌های ژنتیکی را دارند از غربالگری زودتر یا مکرر سرطان پستان سود ببرند.

■ در کارآزمایی‌هایی که سودمندی ماموگرافی را در کاهش میزان مرگ و میر سرطان پستان نشان داده‌اند، غربالگری هر ۱۲ تا ۳۳ ماه انجام گرفته بود. در زنان ۵۰ ساله و مسن‌تر، شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد ماموگرافی سالیانه موثرتر از ماموگرافی یک سال در میان است. هم چنین کارآزمایی‌هایی که از زنان ۴۰تا ۴۹ ساله در دسترس هستند، فایده مشخص ماموگرافی سالیانه نسبت به ماموگرافی یک سال در میان را گزارش نکرده‌اند. با این حال، بعضی از کارشناسان، بر اساس این که ماموگرافی در این گروه سنی حساسیت پایین‌تری داشته و شواهدی از رشد سریع‌تر تومورها در این گروه سنی موجود هستند، ماموگرافی سالیانه را توصیه می‌کنند.

■ سن دقیقی که در آن سن باید غربالگری با ماموگرافی متوقف شود، مشخص نیست. تنها ۲ کارآزمایی تصادفی شاهددار وجود دارد که در آنها زنان مسن تر از ۶۹ سال نامنویسی کرده‌اند و هیچ کارآزمایی که در آن زنان مسن تر از ۷۴ سال نامنویسی کرده باشند، وجود ندارد. زنان مسن‌تر احتمال بیشتر ابتلا به سرطان پستان و مرگ ناشی از آن را دارند، هم‌چنین این گروه شانس بیشتری برای مرگ به علت دلایل دیگر را نیز دارند. زنانی که بیماریهای دیگری دارند که امید زندگی‌شان را کم کرده است، بعید است که از غربالگری بهره‌ای ببرند.

■ پزشکان باید بیماران خود را به آن دسته از مراکز غربالگری ماموگرافی ارجاع نمایند که اعتبارگذاری شده و از استانداردهای تضمین کیفیت برای به دست آوردن تصویر رادیوگرافیک و تفسیر صحیح آن استفاده می‌نمایند. پزشکان باید از سیستم های دفتری برای اطمینان از پیگیری کافی و به‌موقع نتایج غیرطبیعی به دست آمده، استفاده کنند. لیست وسایل مجاز و معتبر در وب سایت زیر در دسترس است:

http://www.fda.gov/cdrh/mammography/certified html.

■ پزشکانی که به‌منظور غربالگری سرطان پستان، زنان را به انجام خودآزمایی پستان (BSE) توصیه می‌کنند، یا آنها که خود معاینه بالینی پستان (CBE) انجام می‌دهند، باید به خاطر داشته باشند که در حال‌حاضر شواهد موجود برای نشان دادن این که این روش‌ها میزان مرگ و میر سرطان پستان را متاثر می‌سازند، کافی نیست و نیز باید در نظر داشته باشند که این روش‌ها ممکن است احتمال انجام دادن ارزیابی‌های بالینی و بیوپسی‌ها را افزایش دهند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2002; 137 (Part 1):344-346.

غربالگری
کانسر سرویکس

خلاصه توصیه‌ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری سرطان سرویکس را در زنانی که از نظر جنسی فعال بوده و سرویکس دارند، اکیدا توصیه می‌کند.

درجه‌بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف غربالگری روتین سرطان سرویکس در زنانی است که مسن‌تر از ۶۵ سال بوده و در غربالگری مناسب اخیر با پاپ اسمیر، نتیجه طبیعی داشته و به شکل دیگری در معرض خطر بالای سرطان سرویکس نیستند.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف غربالگری روتین با استفاده از پاپ اسمیر در زنانی است که هیسترکتومی کامل به علت بیماری خوش خیم داشته‌اند.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از تکنولوژی‌های جدید در غربالگری سرطان سرویکس، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از آزمایش پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) به عنوان یک آزمایش غربالگری اولیه سرطان سرویکس، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی : توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ هدف از غربالگری سیتولوژیک، برداشتن نمونه از ناحیه تغییر شکل یافته است (ناحیه‌ای که در آن تغییر شکل فیزیولوژیک از اپی‌تلیوم ستونی اندوسریکال به اپی‌تلیوم اسکواموس اکتوسرویکال رخ داده و این جایی

است که دیسپلازی و سرطان از آن جا برمی‌خیزد). یک متاآنالیز انجام گرفته بر روی نتایج کارآزمایی‌های تصادفی، از استفاده هم‌زمان از یک اسپاچول با نوک پهن برای نمونه‌برداری از اکتوسرویکس و یک برس سلولی برای نمونه برداری از اندوسرویکس، حمایت می کند.

■ سن ایده‌آل شروع غربالگری معلوم نشده است. بر اساس اطلاعات و داده‌های جمع‌آوری شده از سابقه طبیعی عفونت HPV و میزان بروز آسیب های درجه– بالا و سرطان سرویکال، پیشنهاد می‌شود که شروع غربالگری را می‌توان بدون داشتن خطری تا ۳ سال پس از شروع فعالیت جنسی و یا تا ۲۱ سالگی به تاخیر انداخت (هر کدام که زودتر باشد). اگر چه که غربالگری آن دسته از زنانی‌که هرگز فعالیت جنسی نداشته‌اند، ارزش کمی دارد، بسیاری ازانجمن‌های علمی ایالات متحده بر اساس شیوع عموما بالای فعالیت جنسی در این محدوده سنی در ایالات متحده و عدم اطمینان از امکان همیشگی به‌دست آوردن سابقه صحیح جنسی توسط پزشکان، غربالگری روتین در سن ۱۸ یا ۲۱ سالگی را در همه زنان توصیه کرده‌اند.

■ بهتر است که انجام غربالگری سرطان سرویکس، در زنان مسن متوقف شود، مشروط بر آن‌که این زنان در غربالگری‌های اخیر انجام گرفته به شکل مناسب، نتایج طبیعی پاپ اسمیر داشته باشند. سن ایده‌آل توقف غربالگری معلوم نیست، اما میزان خطر سرطان سرویکس و همچنین بازده غربالگری از میان‌سالگی به بعد به طور پیوسته و یکنواختی کاهش می‌یابد.
براساس شواهد uspstf بازده غربالگری در زنانی‌که قبلاً غربالگری شده‌اند، بعد از سن ۶۵ سالگی پایین است. توصیه جدید انجمن سرطان آمریکا (ACS)، توقف انجام غربالگری سرطان سرویکس در ۷۰ سالگی است. غربالگری در زنان سالمندی که قبلاً غربالگری نشده‌اند، یا با وجود انجام غربالگری قبلی، اطلاعات آن دردسترس نیست، یا درگذشته غربالگری انجام نگرفته است (مثلا زنان مهاجر کشورهایی که برنامه غربالگری ندارند) توصیه می‌شود. این شواهد به تعریف "غربالگری اخیر مناسب" محدود است.
براساس رهنمودهای انجمن سرطان آمریکا (ACS)، زنان سالمندی که ۳ یا تعداد بیشتری سیتولوژی سرویکال طبیعی یا منفی متوالی و مستند داشته اند که از نظر تکنیکی رضایتبخش بوده و آنهایی که هیچ آزمایش سیتولوژی غیرطبیعی یا مثبت در طی ۱۰ سال گذشته نداشته اند، می‌توانند بدون داشتن خطری انجام غربالگری را متوقف کنند.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده هیچ دلیل و مدرکی پیدا نکرده است که نشان بدهد انجام غربالگری سالیانه نسبت به انجام غربالگری هر۳ سال یکبار، نتایج بهتری دارد. مطالعات مدل‌سازی شده نشان داده‌اند که در اغلب زنان، غربالگری‌های مکرر، فایده اضافی اندکی دارند.
در ایالات متحده اغلب سرطان‌های سرویکس در زنانی رخ می‌دهد که هرگز و یا در عرض ۵ سال گذشته غربالگری نشده‌اند. سایر موارد در زنانی رخ می‌دهد که بعد از یک پاپ اسمیر غیرطبیعی، پیگیری مناسب نشده باشند. چون حساسیت یک آزمایش منفرد پاپ اسمیر، برای ضایعات درجه–بالا تنها ۸۰-۶۰٪ است،

بسیاری از انجمن‌های علمی در ایالات متحده، انجام پاپ اسمیرهای سالیانه را توصیه می‌کنند، تا این که تعداد معینی (معمولاً ۲ یا ۳ مورد) ازآزمایش‌های پاپ اسمیر، قبل از طولانی کردن فاصله‌های زمانی غربالگری، از نظر سیتولوژی طبیعی باشند.
رهنمود انجمن سرطان آمریکا (ACS)، منتظر شدن تا سن ۳۰ سالگی، قبل از طولانی کردن فاصله زمانی غربالگری است. کالج زنان و زایمان آمریکا (ACOG) عوامل خطر دیگری را که ممکن است غربالگری سالیانه را توجیه کنند، مشخص نموده است. این عوامل خطر عبارتند از سابقه نئوپلازی سرویکس، عفونت با HPV یا دیگر بیماری های منتقله از راه جنسی (STDs) و رفتار پرخطر جنسی. ولی اطلاعات و داده‌های موجود برای مشخص کردن فواید این راهبردها، اندک هستند.

■ بهتر است که انجام غربالگری سیتولوژیکال بعد از هیسترکتومی کاملی که به علت بیماری‌های خوش خیم روی داده است (هیچ مدرکی از نئوپلازی یا سرطان سرویکال وجود نداشته باشد) متوقف شود. این کار به علت کم بودن بازده غربالگری در این افراد و آسیب‌های بالقوه حاصل از نتایج مثبت–کاذب در این جمعیت است. پزشکان باید مطمئن شوند که هیسترکتومی کامل انجام شده است (با استفاده از اطلاعات ثبت شده از عمل جراحی یا انجام معاینه برای تایید عدم وجود سرویکس)؛ هنگامی‌که اندیکاسیون‌های انجام هیسترکتومی نامشخص هستند، ممکن است انجام غربالگری مناسب باشد.
ACOG , ACS ادامه انجام غربالگری سیتولوژیک بعد از هیسترکتومی در زنانی‌که سابقه سرطان مهاجم سرویکس یا مواجهه با DES دارند را به علت افزایش میزان خطر نئوپلاسم‌های واژینال توصیه می‌کند، اما داده‌های موجود برای نشان دادن بازده این چنین غربالگری‌هایی اندک هستند.

■ بیشتر موارد سرطان مهاجم سرویکس در زنانی رخ می‌دهد که به طورمناسب، غربالگری نشده‌اند. پزشکان، بیمارستان‌ها و برنامه‌های سلامتی باید سیستم‌هایی را برای شناسایی و غربالگری این زیرگروه از زنان که اصلا غربالگری انجام نداده‌اند، یا آنهایی‌که درگذشته غربالگری‌های کافی نداشته‌اند، ایجاد نمایند.

■ تکنولوژی‌هایی که به تازگی از سازمان غذا و دارو (FDA) مجوز گرفته‌اند، مانند سیتولوژی با پایه– مایع (مانند Thin prep) ممکن است حساسیت بهتری نسبت به انجام غربالگری با پاپ اسمیر معمولی داشته باشند، اما به شکل قابل ملاحظه‌ای هزینه بیشتر و احتمالاً ویژگی پایین‌تری دارند. با وجود حساسیت بهتری که این روش‌ها دارند، مطالعات مدل‌سازی شده، نشان داده‌اند که این روش‌ها هزینه–اثربخش نیستند، مگر آن که این روش ها با فاصله ۳ سال یا طولانی‌تر استفاده گردند.
سیتولوژی با پایه–مایع برای آزمایش نمونه‌ها از نظر HPV مجوز گرفته است که ممکن است در تشخیص زنانی مفید باشند که نتیجه آزمایش پاپ اسمیر آنها، اسکواموس سل آتیپیکال بوده است. آزمایش DNA HPV برای غربالگری اولیه سرطان سرویکال از FDA مجوز نگرفته است و نقش آن در غربالگری نامشخص است.

References

1. Martin-Hirsch P, Lilford R, Jarvis G, Kitchener HC. Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis [published erratum appears in Lancet. 2000 Jan 29;355(9201):414]. Lancet. 1999;354(9192):1763-1770.
2. Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. CA Cancer J Clin. 2002;52(1):8-22.
3. Hildesheim A, Hadjimichael O, Schwartz PE, et al. Risk factors for rapid-onset cervical cancer. Am J Obstet Gynecol. 1999;180(3 Pt 1):571-577.
4. Janerich DT, Hadjimichael O, Schwartz PE, et al. The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. Am J Public Health. 1995;85(6):791-794.
5. Hartman KE, Hall SA, Nanda K, Boggess JF, Zolnoun D. Screening for Cervical Cancer. Systematic Evidence Review. No. 25. (Prepared by the Research Triangle Institute-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-97-0011). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2002. Available on the AHRQ Web site: at: www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's Health Care. 2nd ed. Washington, DC: ACOG;2002: 121-134, 140-141.
7. Mitchell HS, Giles GG. Cancer diagnosis after a report of negative cervical cytology. Med J Aust. 1996;164(5):270-273.
8. Sigurdsson K. Trends in cervical intra-epithelial neoplasia in Iceland through 1995: evaluation of targeted age groups and screening intervals. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(6):486-492.

This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. January 2003. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm.

غربالگری
کانسر کولورکتال

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری کانسر کولورکتال را با استفاده از آزمایش خون مخفی مدفوع، سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی در بزرگسالان توصیه می‌نماید که از ۵۰ سالگی شروع شده و تا ۷۵ سالگی ادامه می‌یابد. خطرات و فواید این روش‌های غربالگری متغیر هستند.

درجه بندی: توصیه نوع A

توصیه USPSTF، بر علیه غربالگری روتین کانسر کولورکتال در افراد ۷۶ تا ۸۵ ساله است. ممکن است ملاحظاتی وجود داشته باشند که از غربالگری کانسر کولورکتال در افراد خاصی حمایت نماید.

درجه بندی: توصیه نوع C

USPSTF، برعلیه غربالگری کانسر کولورکتال درافراد بزرگتر از ۸۵ سال توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

USPSTF، نتیجه گیری نموده است که برای ارزیابی فواید و خطرات کولونوگرافی توموگرافیک کامپیوتری و آزمایش DNA مدفوع، به عنوان یکی از ابزارهای غربالگری کانسر کولورکتال، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ این توصیه‌ها افراد ۵۰ ساله و بزرگتر (البته به جز افراد مبتلا به سندرم‌های ارثی خاص مثل سندرم لینچ پولیپوز آدنوماتوز خانوادگی و یا افراد مبتلا به بیماری‌های التهابی روده) را در برمی‌گیرد. این توصیه‌ها

همچنین افرادی را که خویشاوندان درجه اول آنها آدنوما و یا کانسر کولورکتال داشته‌اند، در بر می‌گیرد، اگرچه که شروع زودهنگام غربالگری در افرادی که خویشاوندان درجه اول آنها در سنین جوانی مبتلا به کانسر شده‌اند و یا آنهایی که چندین خویشاوند درجه اول مبتلا دارند، معقول‌تر است. داده‌های موجود به بیشتر بودن میزان مرگ در آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار اشاره دارد. دلایل این تفاوت‌ها به خوبی شناخته نشده‌اند، و توصیه‌ها همه گروه‌های نژادی و قومی را در برمی‌گیرد. هنگامی که تست‌های غربالگری منجر به تشخیص آدنومای قابل توجه یا کانسر کولورکتال شود، بیمار با یک برنامه مراقبتی پیگیری خواهد شد. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، از سودمندی یک برنامه مراقبتی خاص پس از تشخیص و یا برداشتن پولیپ‌های آدنوماتو، شواهدی در اختیار ندارد.

■حساسیت‌وویژگی تست‌های گوناگون غربالگری برای ارزیابی کشف کانسر (کولونوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر، و آزمایش های مدفوع) به صورت زیر قابل توصیف است:

–**حساسیت:** خون مخفی ۲ < آزمایش‌های ایمنوشیمیایی مدفوع ≥ خون مخفی SENSA ≈ سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر < کولونوسکوپی

–**ویژگی:** خون مخفی SENSA < آزمایش های ایمنوشیمیایی مدفوع ≈ خون مخفی ۲ < سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر = کولونوسکوپی

در آزمایش‌هایی که وابستگی به فرد انجام‌دهنده آن دارند، مثل سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر، سی تی کولونوگرافی و کولونوسکوپی، آموزش بهتر فرد انجام دهنده آن و تجربه بیشتر وی، در افزایش حساسیت تست ارزش درست نمایی بسیاری دارد. ممکن است از برخی رویکردهای تاییدی، مانند استانداردهای کیفیت، برای ارتقای عملکرد کارکنان و حساسیت آزمون استفاده شود. اطمینان از انجام اندوسکوپی با کیفیت بالا، باید بخشی از تمام برنامه های غربالگری باشد.

از آنجایی که چندین استراتژی غربالگری، سودمندی مشابهی دارند، تلاش‌ها برای کاهش میزان مرگ ناشی از کانسر کولون باید متمرکز به پیاده سازی استراتژی‌هایی باشد که تعداد افراد بیشتری را با همان ابزار غربالگری تحت پوشش قرار می‌دهند . گزینه‌های مختلف تست‌های غربالگری کانسر کولون، به درجات مختلفی از سوی بیماران قابل پذیرش هستند، در نظرگرفتن ترجیحات بیمار، اولین گام در راه بهتر نمودن تبعیت بیمار است . بطور ایده‌آل، تصمیم گیری مشترک پزشکان و بیماران، اطلاعات مرتبط با کیفیت، در دسترس بودن تست‌ها و ترجیحات بیمار را با هم یکی خواهد کرد.

■ غربالگری کانسرکولورکتال با تشخیص و درمان مراحل ابتدایی کانسر و برداشتن پولیپ‌های آدنوماتوز، میزان مورتالیتی را کاهش می‌دهد . مشخص نیست که هرکدام از این مکانیسم‌ها چه سهمی در کاهش میزان مورتالیتی دارند، هرچند که به احتمال خیلی زیاد، بیشترین کاهش مورتالیتی کانسرکولورکتال در ۱۰ سال ابتدایی غربالگری ناشی از تشخیص و برداشتن مراحل ابتدایی کانسر است . کولونوسکوپی یک گام ضروری در هر برنامه غربالگری است، که میزان مورتالیتی ناشی از کانسر کولورکتال را کاهش می‌دهد . این کاهش مورتالیتی به هزینه موربیدیتی قابل توجه همراه با کولونوسکوپی روی می‌دهد . درحال حاضر، شواهد موجود

اجازه برآورد افتراقی موربیدیته وابسته به کولونوسکوپی در بین گروه‌های مختلف سنی یا گروه‌های با یا بدون انجام بیوپسی را نمی‌دهد.

دراین ارتباط، بهترین راه سنجش موربیدیته ناشی از هر برنامه غربالگری در زمینه کانسر کولورکتال، تعداد کولونوسکوپی‌هایی است که باید انجام شود تا یک کاهش در مورتالیتی رخ بدهد.

اگرچه بهبود مورتالیتی عموما با افزایش موربیدیته ناشی از برنامه غربالگری و مراقبتی همراهی دارد، هدف برنامه غربالگری باید بیشینه نمودن تعداد سال‌های افزوده شده به عمر همراه با کم کردن میزان آسیب‌ها باشد.

در یک گزارش ارایه شده به USPSTF توسط شبکه مدل سازی مداخله و مراقبت از کانسر (CISNET)، محققین یک آنالیز میکرو شبیه‌سازی شده بر روی جمعیت استاندارد بزرگسالان در ایالات متحده انجام داده بودند. این آنالیز در رابطه با مقایسه پیامدهای مورد انتظار استراتژی‌های مختلف آزمایشگاهی ازجمله آزمایش‌های مدفوع، سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر، یا کولونوسکوپی بود. در مدل ها، تعداد کل محاسبه شده کولونوسکوپی‌ها شامل کولونوسکوپی‌های مورد نیاز برای مراقبت پس از تشخیص نئوپلازی کولورکتال نیز می‌شد. مدل‌ها در طول زندگی با توجه به تعداد و اندازه آدنوماهای پیداشده، هر ۳ تا ۵ سال با کولونوسکوپی مونیتور شدند. نیت USPSTF این نبود که روی این رویکرد اختصاصی مراقبت، صحه بگذارد. اما استانداردسازی رویکرد مراقبت برای مقایسه استراتژی های غربالگری در مدل‌ها، ضروری بود.

در همه روش های غربالگری، شروع غربالگری در ۵۰ سالگی باعث تعادل مابین سال‌های اضافه شده زندگی و خطرهای کولونوسکوپی می‌شود، که در مقایسه با شروع زودتر غربالگری مطلوب‌تر است. علی رغم افزایش میزان بروز آدنوماهای کولورکتال با سن، در افرادی که قبلا غربالگری شده‌اند، سال‌های اضافه شده زندگی ناشی از غربالگری وسیع افراد سنین ۷۵ تا ۸۵ سال، در مقایسه با خطرهای غربالگری افراد این دهه سنی، اندک بود . در افرادی که قبلا غربالگری نشده‌اند، تصمیم گیری درباره غربالگری بار اول این گروه سنی باید بر اساس وضعیت سلامتی افراد و ارزیابی میزان خطر صورت بگیرد. به نظر نمی‌رسد که در کارآزمایی‌ها، حداقل تا ۷ سال بعد، فواید غربالگری ظاهر شوند. در افراد بزرگتر از ۸۵ سال، بیشتر بودن میزان مرگ به علل دیگر، مانع می‌شوند که فواید ناشی از کاهش مورتالیته، میزان خطرهای تست‌های غربالگری را توجیه نماید.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2008;149(9):627-638.

غربالگری
کانسر ریه

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری سرطان ریه در افراد بدون علامت، با استفاده از توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT),X-ray قفسه سینه (CXR)، آزمایش سیتولوژی خلط و یا ترکیبی از این آزمایش‌ها، شواهد کافی موجود نیست. **درجه بندی: توصیه نوع I**

ملاحظات بالینی

■ فایده انجام غربالگری سرطان ریه در هیچ گروهی حتی در جمعیت پرخطر بدون علامت، از جمله در سیگاری‌های مسن پرسابقه ثابت نشده است. در افراد با خطر کمتر مانند افراد غیرسیگاری تعادل بین فواید و زیان‌های غربالگری بدتر است.

■ حساسیت LDCT در کشف سرطان ریه ۴ برابر بیشتر از CXR است. اما، باید در نظر داشت که LDCT در مقایسه با CXR، مواجهه با اشعه ایکس و نتیجه مثبت کاذب بیشتری داشته و نسبت به آن هزینه‌های زیادتری نیز دارد.

■ به علت بالا بودن میزان نتایج مثبت کاذب، در بسیاری از بیماران نتایج آزمایش‌های غربالگری با روش‌های تهاجمی‌تر تشخیصی مورد بررسی قرار می‌گیرند. هر چند که میزان‌های ابتلا و مرگ و میر این روش‌ها در افراد بدون علامت در دسترس نیستند، ولی دامنه میزان مرگ و میر ناشی از عوارض مداخلات جراحی در بیماران علامت‌دار از ۳/۱ ٪ تا ۶/۱۱ ٪ بوده و دامنه میزان ابتلا نیز از ۸/۸ ٪ تا ۴۴ ٪ است که با رزکسیون‌های بزرگتر، این میزان‌ها بیشتر هم می‌شوند.

■ از دیگر زیان‌های بالقوه انجام غربالگری، اضطراب و نگرانی حاصل از آزمایش‌های مثبت کاذب و نیز اطمینان خاطر کاذب حاصل از نتایج منفی کاذب هستند. این زیان‌ها به اندازه کافی مطالعه نشده‌اند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;140:738-739.

غربالگری
کانسر دهان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا علیه غربالگری روتین بزرگسالان از نظر ابتلا به سرطان دهان، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ شایعترین روش توصیه شده برای غربالگری سرطان دهان، مشاهده و لمس مستقیم حفره دهان است، البته اطلاعات و داده‌های اندکی برای نشان دادن حساسیت و ویژگی این روش وجود دارد. تکنیک‌های غربالگری دیگری به غیر از مشاهده و لمس مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ولی هنوز هم در بوته آزمایش هستند.

■ استعمال دخانیات در همه اشکال خود، بزرگترین عامل خطر ابتلا به سرطان دهان است. سوء مصرف الکل همراه با سیگار، میزان این خطر را افزایش می‌دهد.

■ پزشکان بایدگوش به زنگ و مراقب احتمال وجود سرطان دهان در بیمارانی باشند که سیگار یا الکل مصرف می‌کنند.

■ بیماران به منظور کاهش میزان خطر ابتلا به سرطان دهان و نیز بیماری‌های قلبی، استروک، سرطان ریه و سیروز باید نسبت به ترک سیگار و مصرف نکردن مصرف الکل تشویق شوند.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/oralcan/oralcanrs.htm.

غربالگری
کانسر تخمدان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف غربالگری روتین سرطان تخمدان است.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان بدهد انجام آزمایش‌های غربالگری مانند CA – 125، سونوگرافی، و یا معاینه لگنی می‌توانند میزان‌های مرگ و میر ناشی از سرطان تخمدان را کاهش بدهند. بعلاوه در رابطه با توانایی کشف مراحل اولیه سرطان تخمدان با انجام غربالگری و اینکه این تشخیص زودهنگام، میزان مرگ و میر را کاهش خواهد داد، شواهد موجود کافی نیست.

■ به علت آن که میزان بروز سرطان تخمدان در جمعیت عمومی پایین است (میزان بروز منطبق شده با سن برابر با ۱۷ در ۱۰۰/۰۰۰ زن) انجام غربالگری در مورد ابتلا به سرطان تخمدان، احتمالا بازده نسبتاً کمی خواهد داشت. بیشتر زنانی که در آزمایش غربالگری نتیجه مثبت دارند، سرطان تخمدان ندارند (نتیجه مثبت کاذب). در زنان با میزان متوسط خطر، ارزش اخباری مثبت یک آزمایش با نتیجه غیرطبیعی غربالگری، در بهترین حالت، تقریباً ۲٪ است (یعنی ۹۸٪ از زنان با نتایج مثبت آزمایش، سرطان تخمدان نخواهند داشت).

■ ارزش اخباری مثبت آزمایش اولیه غربالگری با نتیجه مثبت، در زنانی مطلوب‌تر است که در معرض خطر بیشتری هستند. به عنوان مثال، احتمال ابتلا به سرطان تخمدان در تمام طول عمر از حدود ۱/۶٪ در یک زن ۳۵ ساله که هیچ سابقه خانوادگی از سرطان تخمدان را ندارد تا حدود ۵٪ در فردی که یک خویشاوند مبتلا به سرطان تخمدان دارد و تا حدود ۷٪ در فردی که ۲ خویشاوند مبتلا به سرطان تخمدان دارد، افزایش پیدا می‌کند. اگر کارآزمایی‌های بالینی درحال انجام، نشان بدهند که غربالگری اثر مفیدی بر روی میزان‌های مرگ و میر دارند، در آن صورت زنان درمعرض خطر بالاتر، احتمالا بیشترین فواید را از انجام غربالگری خواهند برد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Fam Med. 2004;2:260-262.

غربالگری
کانسر پانکراس

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف انجام غربالگری روتین سرطان پانکراس در بزرگسالان بدون علامت با استفاده از لمس شکمی، اولترا سونوگرافی، یا نشانگرهای سرمی است.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ به علت پیش‌آگهی ضعیف افرادی که در آنها سرطان پانکراس تشخیص داده می‌شود، نظر غالب پیشگیری اولیه از سرطان پانکراس است. مدارک و شواهد پیشگیری از سرطان پانکراس مبتنی بر تغذیه، محدود و متناقض هستند. بعضی از کارشناسان تغییرات درسبک زندگی مانند ترک استعمال دخانیات، مصرف نکردن الکل و خوردن غذاهای حاوی میوه و سبزیجات کافی را که ممکن است به پیشگیری از سرطان پانکراس کمک نمایند، توصیه می‌نمایند.

■ افراد مبتلا به پانکراتیت ارثی ممکن است در طول عمر برای ابتلا به سرطان پانکراس خطر بیشتری داشته باشند. ولی، کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده سودمندی غربالگری در این بیماران را بررسی نکرده است.

Reference

1. Lowenfels AB, Maisonneuve P, DiMagno EP, et al. Hereditary pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Hereditary Pancreatitis Study Group. J Natl Cancer Inst. 1997;89:442-446.
This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/pancreatic/pancrers.htm.

غربالگری
کانسر پروستات

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، نتیجه گیری می نماید که به منظور ارزیابی تعادل بین فواید و خطرهای غربالگری کانسر پروستات در مردان کمتر از ۷۵ سال، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، برعلیه غربالگری روتین کانسر پروستات در مردان ۷۵ سال و بالاتر توصیه می‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

- این توصیه مردان جمعیت عمومی ایالات متحده را در بر می‌گیرد.
- مردان مسن‌تر، مردان آمریکایی آفریقایی تبار، و مردانی که سابقه خانوادگی کانسر پروستات دارند در معرض افزایش خطر تشخیص و مرگ به علت کانسر پروستات هستند. متاسفانه، نقصان‌های قبلی توصیف شده در شواهد مربوط به فواید بالقوه غربالگری کانسر پروستات، در این مردان نیز به کار می رود.
- برای تشخیص کانسر پروستات، آزمایش PSA حساس‌تر از معاینه انگشتی رکتال است. آستانه قراردادی مرسوم تشخیصی درغربالگری PSA ، ۴ μg/L است که بسیاری از موارد کانسر پروستات را تشخیص می‌دهد، ولی با این آستانه قراردادی، برخی از موارد زودرس تشخیص داده نمی‌شوند. استفاده از یک آستانه تشخیصی پایین‌تر برای توصیف PSA غیرطبیعی، موارد بیشتری از کانسر را مشخص می‌کند.

نسبتی از موارد کانسر تشخیص داده شده با آستانه‌های پایین‌تر PSA، که از نظر بالینی قابل رویت خواهند شد، مشخص نیست. آستانه‌های پایین‌تر، موارد بیشتری از مردانی را که به طور بالقوه ممکن است کانسرداشته باشند، مشخص می‌کند. به عنوان مثال، پایین آوردن آستانه PSA به ۲/۵ μg/L، تعداد مردان ۴۰ تا ۶۹ ساله آمریکایی با نتایج غیرطبیعی را دو برابر می‌کند.

واریاسیون‌های غربالگری PSA، از جمله آستانه تطبیق داده شده با سن PSA، PSA آزاد، تراکم PSA، سرعت PSA (velocity)، شیب PSA (slope)، و زمان ۲ برابر شدن PSA به منظور بهبود تشخیص مواردی از کانسر پروستات که ازنظر بالینی مهم هستند، معرفی شده‌اند. اما باید توجه داشت که هیچگونه

شواهدی مبتنی بر بهبود پیامدهای سلامتی توسط هر کدام از این استراتژی‌های آزمایشگاهی وجود ندارد.

■ به علت عدم قطعیت و اختلافی که پیرامون انجام غربالگری کانسر پروستات در مردان کمتر از ۷۵ سال وجود دارد، پزشک نباید بدون مشورت اولیه با بیمار در مورد فواید بالقوه و نامشخص و خطرهای شناخته شده غربالگری و درمان کانسر پروستات، آزمایش PSA را درخواست نماید. مردان باید به نواقص موجود در شواهد آگاه شوند و پیش از تصمیم‌گیری درباره اینکه آیا مورد آزمایش قرار گیرند یا نه، ترجیحات فردی خود را در نظر بگیرند.

■ به دلیل عدم قطعیت موجود درباره فواید درمان کانسرهای پروستات شناسایی شده با استفاده از غربالگری در مردان کمتر از ۷۵ سال، هیچگونه اجماعی در مورد درمان مناسب وجود ندارد. در حال حاضر راهبردهای درمانی موجود برای کانسرهای لوکالیزه پروستات عبارتند از: مراقبت توام با انتظار(مشاهده توام با درمان تسکینی صرف برای علایم)، مراقبت فعال (مونیتور دوره‌ای بیوشیمیایی و تبدیل به درمان علاج بخش در صورت پیشرفت نشانه‌های بیماری)، پروستاتکتومی رادیکال، پرتودرمانی خارج بدنی با اشعه، براکیوتراپی (پرتودرمانی با تعبیه ماده رادیواکتیو در داخل بدن).
چنانچه درمان کانسرهای پروستات تشخیص داده شده با غربالگری باعث بهبود پیامدهای سلامتی شود، جمعیت مردان سنین ۵۰ تا ۷۴ سال بیشترین فایده را خواهند برد. حتی اگر مشخص شود که غربالگری کانسر پروستات موثر است، بیش از ۱۰ سال وقت لازم است تا فایده آن در مورتالیتی ظاهر شود. از آنجائیکه متوسط امید زندگی در مردان ۷۵ ساله درحدود ۱۰ سال است، گروه خیلی اندکی از مردان ۷۵ ساله و مسن‌تر در اثرغربالگری ازکاهش مورتالیته بهره‌مند می‌شوند. مردان کمتر از ۷۵ سالی که مبتلا به بیماری های مزمن هستند و امید زندگی کمتر از ۱۰ سال دارند نیز به طورمشابهی ازغربالگری و درمان بهره‌مند می‌شوند.

■ بازده غربالگری بر حسب موارد تشخیص داده شده کانسر، به سرعت با تکرار آزمایش‌های سالیانه کاهش می‌یابد. در صورت کاهش موارد مرگ با غربالگری، غربالگری ۴ سال یک بار PSA، به اندازه غربالگری‌های سالیانه فایده دارد.

■ منابع اختصاصی به اشتراک گذاشته شده برای تصمیم گیری در مورد غربالگری کانسر پروستات برای پزشکان و بیماران از سوی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها (CDC) در آدرس اینترنتی زیر در دسترس است:

www.cdc.gov/cancer/prostate/publications/

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2008;149:185-191.

مشاوره پیشگیری از کانسر پوست

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا علیه مشاوره روتین توسط پزشکان مراقبت اولیه برای پیشگیری از سرطان پوست، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ نشان داده شده است که مصرف کرم ضدآفتاب از سرطان پوستی نوع اسکواموس سل پیشگیری می‌نماید. اما شواهد در مورد تاثیر کرم ضد آفتاب در پیشگیری از ملانوما، مبهم است.
ضدآفتاب‌هایی که مانع هر دو نوع اشعه ماورا بنفش A و B (UV–A , UV-B) می‌شوند، در پیشگیری از سرطان اسکواموس سل و پیشروهای آن، نسبت به ضدآفتاب‌هایی که تنها مانع اشعه UV-B می‌شوند، تاثیر بیشتری دارند. ولی اگر در افرادی‌که تنها از ضدآفتاب استفاده می‌کنند، زمان در معرض قرارگرفتن در مقابل نورخورشید افزایش یابد، ممکن است میزان خطر ابتلا به ملانوما افزایش یابد.

■ مواجهه با UV میزان خطر ابتلا به سرطان پوست را در میان مردم با همه انواع پوست به خصوص در پوست‌های لطیف و حساس افزایش می‌دهد. افرادی که به آسانی دچار آفتاب سوختگی شده و به سختی برنزه می‌شوند، به عنوان مثال افرادی که موهای قرمز یا بلوند و یا پوست لطیف دارند، که به آسانی دچار سوختگی و لک می‌شوند، در معرض بیشترین خطر ابتلا به سرطان پوست بوده و بیشترین فایده را از رفتارهای محافظت کننده در مقابل نور خورشید خواهند برد.
میزان بروز ملانوما در سفید پوستان نسبت به سیاه‌پوستان ۲۰ مرتبه بیشتر است. میزان بروز ملانوما در سفیدپوستان نسبت به اسپانیولی‌ها، ۴ مرتبه بیشتر است.

■ مطالعات مشاهده‌ای نشان داده‌اند که در مورد ابتلا به ملانوما، مواجهه متناوب یا شدید با نورخورشید نسبت به مواجهه مزمن با نورخورشید، عامل خطر بزرگتری است. این مطالعات از فرضیه‌هایی حمایت می‌نمایند

که عنوان می‌کنند پیشگیری از آفتاب سوختگی، به‌خصوص در بچه‌ها، موجب کاهش میزان خطر ابتلا به ملانوما در طول عمر می‌شود.

- سایر اقدامات درمورد پیشگیری از سرطان پوست، شامل اجتناب از مواجهه مستقیم با نورخورشید به هنگام ظهر (ما بین ساعت‌های ۱۰ صبح و ۴ بعدازظهر) به منظور کاهش مواجهه با اشعه ماورابنفش (UV) و جلوگیری از تماس نورخورشید با پوست (با پوشیدن لباس‌های محافظ مانند کلاه‌های دارای لبه پهن، پیراهن با آستین‌های بلند و شلوارهای بلند و عینک‌های آفتابی) است.

- به علت محدودیتی که در طراحی مطالعات وجود داشته و نیز نتایج متضادی که از مطالعات گذشته‌نگر به‌دست آمده است، اثرات لامپ‌های خورشیدی و نیز تخت خواب‌های مخصوص برنزه شدن بر روی میزان خطر ابتلا به ملانوما مشخص نیست.

- تنها یک مطالعه مورد- شاهدی وجود دارد که میزان خطر پایین‌تر ابتلا به ملانوما را در افرادی نشان می‌دهد که هر ۵ سال یک‌بار پوست خودشان را معاینه کرده بودند. گرچه نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ممکن است معاینه پوست توسط خود فرد در پیشگیری از ابتلا به سرطان پوست موثر باشد، ولی این نتایج قاطع نیستند.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
October 2003. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/
skcacoun/skcarr.htm

غربالگری
کانسر پوست

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل بین فواید و خطرهای معاینه پوست کل بدن توسط پزشکان شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه و یا معاینه توسط خود فرد بیمار برای کشف زودرس ملانومای جلدی، کانسر بازال سل یا کانسر اسکواموس پوست، در جمعیت عمومی بزرگسالان، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ این توصیه جمعیت عمومی بزرگسالانی را در بر می گیرد که هیچ سابقه‌ای از ضایعات پیش بدخیم یا بدخیم ندارند. USPSTF پیامدهای مرتبط با مراقبت بیماران فوق العاده پرخطر(مثل افراد مبتلا به سندرم‌های خانوادگی مانند سندرم خانوادگی مول و ملانومای آتیپیک) را بررسی نکرده است.

■ پزشکان باید نسبت به ضایعات پوستی که تظاهرات بدخیم داشته و درحین معاینه بالینی برای سایر مقاصد مشاهده شده‌اند ، هوشیار باشند. عدم تقارن (آسیمتری) ، بی نظمی حاشیه ، تغییر رنگ ، قطر بیشتر از ۶ میلیمتر (معیار ABCD) ، یا ضایعاتی که به سرعت تغییر می‌کنند، تظاهراتی هستند که با افزایش میزان خطر کانسر همراهی دارند. بیوپسی ضایعات مشکوک ضروری است.

■ پزشکان باید مراقب مردان و زنان بیش از ۶۵ سالی باشند که پوست بور دارند. بیماران با مول‌های آتیپیک و آنهایی که بیش از ۵۰ مول دارند به عنوان گروه‌هایی شناخته می‌شوند که در معرض افزایش خطر ملانوما هستند. سایر عوامل خطر کانسر پوست شامل سابقه خانوادگی و سابقه مواجهه زیاد با نورخورشید و آفتاب سوختگی است. فواید غربالگری حتی در افراد پرخطر مشخص نیست.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2009;150:188-193.

غربالگری
کانسر بیضه

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری روتین سرطان بیضه در نوجوانان و بزرگسالان مذکر بدون علامت را توصیه نمی‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ به دلیل میزان بروز پایین سرطان بیضه و پیش آگهی خوب آن در غیاب انجام غربالگری، معاینات بالینی بیضه فایده بهداشتی مهمی ندارد. گزینه های موجود غربالگری سرطان بیضه عبارتند ازمعاینه بالینی توسط پزشک و معاینه توسط خود فرد. اما برای ارزیابی صحت، بازده و یا فواید انجام غربالگری سرطان بیضه، شواهد اندکی در دسترس می باشند.

■ گرچه درحال حاضر، بیشتر موارد سرطان بیضه به وسیله خود بیماران یا همسران آنها (به صورت اتفاقی در معاینه توسط خود فرد) کشف می شود، هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد آموزش به مردان جوان برای انجام معاینه خودشان از نظر سرطان بیضه (حتی در میان مردان پرخطر مثلاً مردانی که سابقه بیضه نزول نکرده یا آتروفی آن را دارند) می تواند موجب پیامدهای بهتری در سلامتی شود.

■ پزشکان در آن دسته از مردان جوانی که نشانه ها و علائم تشخیصی سرطان بیضه را نشان می‌دهند، باید سرطان بیضه را به عنوان یک تشخیص افتراقی در نظر بگیرند. بعضی از بیمارانی که اپیدیدیمیت، تروما‌ی بیضه، هیدروسل یا دیگر اختلالات خوش خیم را دارند، ممکن است مکررا به صورت اولیه علائمی از سرطان بیضه را نشان دهند. تلاش برای ارزیابی سریع و بهتر بیماری‌های بیضه، ممکن است درکشف زودرس سرطان بیضه، موثرتر از غربالگری گسترده باشد.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/testicular/testiculrs.htm.

مصرف مکمل‌های ویتامینی به منظور پیشگیری از کانسر و بیماری قلبی عروقی

توجه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، در زمان چاپ راهنمای پیشگیری درخدمات بالینی ۲۰۰۹ در حال به روز رسانی توصیه های خود در مورد این مبحث بود. برای ملاحظه آخرین توصیه ها، لطفا از وب سایت زیر دیدن فرمایید:

http://www.preventive services.ahrq.gov

یا از انتخاب کننده الکترونیکی خدمات پیشگیری (EPSS) در وب سایت زیر استفاده نمایید:

http://www.ahrq.gov

شما می توانید در EPSS بر اساس سن، جنس و وضعیت حاملگی توصیه ها را جستجو نمایید و توصیه های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده را به کامپیوترهای دستی خود بریزید و به صورت اتوماتیک، اطلاعات روز آمد شده را دریافت دارید.

بیماری‌های قلبی عروقی

غربالگری از نظر آنوریسم شکمی آئورت

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام یک بار غربالگری آنوریسم آئورت شکمی (AAA) را با استفاده از سونوگرافی در مردان ۶۵ تا ۷۵ ساله‌ای که همواره سیگاری بوده اند توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به نفع یا علیه انجام غربالگری AAA در مردان ۶۵ تا ۷۵ ساله‌ای که هرگز سیگاری نبوده اند، توصیه‌ای نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع C

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، بر علیه انجام غربالگری روتین AAA در زنان توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ عوامل خطر عمده ابتلا به آنوریسم آئورتیک شکمی (AAA) عبارتند از: سن (۶۵ سال یا بیشتر)، جنس مذکر، و سابقه مصرف مداوم دخانیات (حداقل ۱۰۰ سیگار در طول زندگی افراد). وجود سابقه‌ای از AAA که نیازمند بازسازی در خویشاوند درجه–اول باشد، میزان خطر ابتلا به AAA در افراد مذکر را بالا می‌برد، ولی شواهد کمی جهت صحت این مورد در افراد مونث وجود دارد. تنها همراهی نسبتاً اندکی مابین عوامل خطر بیماری آترواسکلروتیک و AAA وجود دارد.

■ در افرادی‌که احتمال ابتلا به AAA نسبتا بزرگ بیشتراست و یا احتمال آن می‌رود که AAA آنها به حدی بزرگ شود که از جراحی فایده ببرند، انجام غربالگری AAA فایده بیشتری دارد. به طورکلی، بزرگسالان کمتر از ۶۵ سال و یا بزرگسالانی که هرگز سیگار نکشیده‌اند (با هر سنی)، خطر اندکی برای ابتلا به AAA داشته و احتمالاً فایده‌ای از انجام غربالگری نخواهند برد. در بین مردان ۷۴-۶۵ ساله، برآورد می‌شود که باید ۵۰۰ فرد سیگاری (یا ۱۷۸۳ نفر از افردیکه هرگز سیگار نکشیده‌اند)، غربالگری شوند تا از یک مرگ وابسته به AAA در ۵ سال آینده جلوگیری شود. بسته به میزان خطری که بیمار دارد و احتمال کلی فایده‌ای که وجود دارد، پزشکان همیشه باید توصیه‌های خود را انفرادی نمایند. به عنوان مثال، ممکن است بعضی از پزشکان انجام غربالگری را به مردان غیرسیگاری ۶۵ ساله‌ای توصیه نمایند که سابقه‌ای قوی مبتنی بر AAA نیازمند جراحی در خویشاوند درجه- اول خود دارند.

■ به علت میزان کم مرگ‌های مربوط به AAA در زنان ۷۵-۶۵ ساله، فایده بالقوه انجام غربالگری AAA در این گروه اندک است. اغلب مرگ‌های ناشی از پارگی AAA در زنان ۸۰ ساله یا مسن‌تر رخ می‌دهد. چون در این گروه سنی مخاطرات زیادی برای سلامتی وجود دارند، فایده انجام غربالگری AAA اندک است. اما، انفرادی کردن مراقبت لازم است. برای مثال، ممکن است یک پزشک انجام غربالگری را به یک زن سالم سیگاری مطرح نماید که کمتر از ۷۰ سال سن داشته و سابقه‌ای ازAAA نیازمند جراحی در خویشاوند درجه- اول خود دارد.

■ مرگ و میر وابسته به عمل جراحی در ترمیم باز جراحی AAA، درحدود ۵-۴ درصد است و نزدیک به یک سوم بیمارانی که این عمل جراحی را انجام می‌دهند، عوارض مهم دیگری مثل عوارض قلبی و ریوی را نشان می‌دهند. بعلاوه مردانی که این جراحی را انجام داده‌اند درمعرض افزایش خطر ابتلا به ایمپوتانس قرار دارند.

■ ترمیم داخل عروقی (EVAR) AAAs ، به طور شایع به عنوان جایگزینی برای ترمیم باز جراحی انجام می‌شود. اگرچه که مطالعات اخیر از نظرمیزان ابتلا و مرگ، فایده کوتاه‌مدت EVAR را در مقایسه با ترمیم باز جراحی نشان داده‌اند، ولی فایده درازمدت EVAR در کاهش میزان مرگ و پارگی AAA هنوز تایید نشده است. عوارض درازمدت EVAR عبارتند از: پارگی آنوریسم و نیاز بعدی به ترمیم باز. گزارش شده است در صورتیکه EVAR با استفاده از تجهیزات نسل قدیمی انجام شود میزان سالیانه پارگی درحدود ۱ درصد و میزان نیاز به ترمیم باز جراحی درحدود ۲ درصد است. مرگ حول و حوش عمل مجدد ترمیم باز جراحی در حدود ۲۴ درصد است. عوارض درازمدت ابزار نسل جدید EVAR هنوزمورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

■ دربیشتر مردان، حد بالایی در نظر گرفته شده برای انجام غربالگری، ۷۵ سالگی است. بیماران از انجام غربالگری و جراحی متعاقب آن بهره‌ای نخواهند برد مگر آن که امید زندگی قابل قبولی داشته باشند. در صورت وجود تعداد زیادی از بیماری‌های همراه در افراد ۷۵ ساله و مسن تر، احتمال بهره بردن آنها از غربالگری کاهش خواهد یافت.

■ هنگامی که سونوگرافی در شرایطی با تضمین کافی کیفیت انجام شود، حساسیت ۹۵ درصد و ویژگی نزدیک به ۱۰۰ درصد خواهد داشت. فقدان تضمین کیفیت، باعث دقت پایین‌تر سونوگرافی خواهد شد. لمس شکم، دقت کمی دارد و روش مناسبی برای غربالگری AAA نیست.

■ یک‌بار انجام غربالگری با استفاده از سونوگرافی برای تشخیص AAA، کافی است. در افرادی که در غربالگری ابتدایی، قطر آئورت طبیعی است، انجام مجدد غربالگری فایده اندکی خواهد داشت.

■ ترمیم باز جراحی یک AAA که حداقل ۵/۵ سانتی‌متر قطر دارد منجر به کاهشی در حدود ۴۳ درصد در میزان مرگ و میر اختصاصی AAA در مردان سالمندی می‌شود که غربالگری شده‌اند. اما هیچ دلیلی وجود ندارد که نشان دهد انجام غربالگری، میزان مرگ و میر به علت تمام دلایل مرگ را در این جمعیت کاهش می‌دهد.

■ از نظر میزان مرگ و میر، انجام مراقبت دوره‌ای در مردانی که یک AAA با اندازه‌ای متوسط (۵/۴-۴ سانتی‌متر) دارند، قابل مقایسه با عمل جراحی الکتیو روتین است، با این مزیت که در مراقبت دوره‌ای، میزان انجام عمل جراحی کمتر است. گرچه هیچ دلیل حمایت کننده‌ای مبنی بر سودمندی مداخله در افرادی‌که دارای یک AAA با اندازه‌ای کوچک (۳/۹-۳ سانتی‌متر) هستند، وجود ندارد، توصیه‌های کارشناسان، انجام سونوگرافی دوره‌ای و مکرر در این افراد است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2005;142:198-202.

مصرف آسپیرین
برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، مصرف آسپیرین را برای مردان ۴۵ تا ۷۹ ساله، زمانی توصیه می‌کند که فواید بالقوه ناشی ازکاهش انفارکتوس میوکارد بیشتر از میزان خطر ناشی از افزایش خونریزی گوارشی باشد.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، مصرف آسپیرین را برای زنان ۵۵ تا ۷۹ ساله، زمانی توصیه می‌کند که فواید بالقوه ناشی از کاهش استروک ایسکمیک بیشتر از میزان خطر ناشی از افزایش خونریزی گوارشی باشد.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، نتیجه گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل مابین فواید و خطرهای آسپیرین در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی در مردان و زنان ۸۰ ساله و مسن‌تر، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، بر علیه استفاده از آسپیرین برای پیشگیری از استروک در زنان جوان تر از ۵۵ سال و پیشگیری از انفارکتوس میوکارد در مردان جوان تر از ۴۵ سال توصیه می‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ این توصیه‌ها مردان و زنان بالغی را در برمی‌گیرد که سابقه‌ای از بیماری کرونری قلب یا استروک ندارند.

■ **مردان**

فواید خالص آسپیرین وابسته به خطر ابتدایی رخ دادن بیماری‌های کرونری قلب و خونریزی‌های گوارشی

است. بنابراین، در تصمیم‌گیری برای درمان با آسپیرین باید میزان خطر کلی بیماری کرونری قلب و خونریزی گوارشی در نظر گرفته شود.

ارزیابی خطر بیماری کرونری قلب، باید شامل بررسی عوامل خطری مانند سن، دیابت، سطوح کلی کلسترول، سطوح HDL-C، فشارخون، و مصرف سیگار باشد. محاسبه‌گری که خطر بیماری کرونری قلب را برآورد می‌کند در آدرس اینترنتی زیر در دسترس است:

http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii.calculator.asp

جدول ۱ تعداد تخمینی انفارکتوس های میوکارد پیشگیری شده را براساس سطح خطر بیماری کرونری قلب در مردان ۴۵ تا ۷۹ ساله نشان می‌دهد (دراین محدوده سنی پتانسیل فایده خالص مصرف آسپیرین قابل توجه است). این شکل همچنین نشان می‌دهد که با بیشتر شدن سن، میزان خطر بیماری کرونری قلب با تعداد مطلق پیشگیری شده انفارکتوس میوکارد در اثر مصرف آسپیرین، نسبت به تعداد مطلق اپیزودهای خونریزی گوارشی و استروک‌های خونریزی دهنده افزایش بیشتری می‌یابد. تخمین‌های جدول ۳ برپایه این فرض است که مردان در حال حاضر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) مصرف نمی‌کنند و مبتلا به بیماری دیگری نیستند، که خطر خونریزی گوارشی را افزایش می‌دهند.

جدول ۱. تعداد تخمینی پیشگیری شده انفارکتوس های میوکارد (MIs) و خطرهای برآورد شده مصرف آسپیرین برای ۱۰ سال در یک گروه فرضی ۱۰۰۰ نفره از مردان

متغیر	تعداد تخمینی MIs پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ مرد)		
میزان خطر ۱۰- ساله CHD	۴۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
٪۱	۳/۲	۳/۲	۳/۲
٪۲	۶/۴	۶/۴	۶/۴
٪۳	۹/۶	۹/۶	۹/۶
٪۴	۱۲/۸	۱۲/۸	۱۲/۸
٪۵	۱۶	۱۶	۱۶
٪۶	۱۹/۲	۱۹/۲	۱۹/۲
٪۷	۲۲/۴	۲۲/۴	۲۲/۴
٪۸	۲۵/۶	۲۵/۶	۲۵/۶

متغیر	تعداد تخمینی MIs پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ مرد)		
میزان خطر ۱۰- ساله CHD	۴۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
٪۹	۲۸/۸	۲۸/۸	**۲۸/۸**
٪۱۰	۳۲	۳۲	**۳۲**
٪۱۱	۳۵/۲	۳۵/۲	**۳۵/۲**
٪۱۲	۳۸/۴	۳۸/۴	۳۸/۴
٪۱۳	۴۱/۶	۴۱/۶	۴۱/۶
٪۱۴	۴۴/۸	۴۴/۸	۴۴/۸
٪۱۵	۴۸	۴۸	۴۸
٪۱۶	۵۱/۲	۵۱/۲	۵۱/۲
٪۱۷	۵۴/۴	۵۴/۴	۵۴/۴
٪۱۸	۵۷/۶	۵۷/۶	۵۷/۶
٪۱۹	۶۰/۸	۶۰/۸	۶۰/۸
٪۲۰	۶۴	۶۴	۶۴

(ادامه دارد)

*** همچنان که اشاره شد تعداد MIsپیشگیری شده با میزان خطر ۱۰-ساله CHD تغییر می‌کند. خطرهای برآوردشده مصرف آسپیرین با سن نیز تغییر می‌کند. بنابراین میزان خطر ۱۰-ساله CHD و سن هر دو باید در هنگام ارزیابی خطرها و فواید بالقوه مصرف آسپیرین بر حسب تعداد MIs های پیشگیری شده در نظر گرفته شود. اعدادی که پر رنگ‌تر نشان داده شده‌اند به مواردی اشاره می‌نمایند که در آنها تعداد خطرها (خونریزی گوارشی و استروک‌های خونریزی دهنده) با در نظر گرفتن توام میزان خطر ۱۰- ساله CHD و سن ، در مقایسه با تعداد MIs های پیشگیری شده بیشتر بوده و یا حداقل برابر است.**

جدول ۱. تعداد تخمینی پیشگیری شده انفارکتوس‌های میوکارد (MIs) و خطرهای برآوردشده مصرف آسپیرین برای ۱۰ سال در یک گروه فرضی ۱۰۰۰ نفره از مردان (ادامه)

متغیر	تعداد تخمینی MIs پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ مرد)		
	۴۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
نوع عارضه	تعدادآسیب های برآورد شده		
خونریزی گوارشی	۸	۲۴	۳۶
استروک هموراژیک	۱	۱	۱

* محاسبه خطرها و فواید برآورد شده بر اساس برخی مفروضات بوده و طبعا تاحدی مبهم است. برآورد فواید و خطرها، به خصوص در ناحیه مرزی اعداد پررنگ و کم رنگ، باید با در نظرگرفتن مفاد کامل تصمیم‌گیری بالینی بوده و از تصمیم‌گیری مشترک انگیزشی استفاده شود. محاسبات در جدول فوق بر اساس فرضیات زیر است: اینکه ۳۲٪ کاهش خطر MIs با مصرف منظم آسپیرین روی می‌دهد و خونریزی گوارشی عبارت است از خونریزی شدید، پرفوراسیون، یا سایر عوارضی که منجر به بستری بیمارستانی یا مرگ شود. در مورد خطر خونریزی گوارشی در جدول فرض شده است که خونریزی گوارشی با افزایش سن زیاد شده و مردان داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی دریافت نمی‌کنند، درد در قسمت فوقانی دستگاه گوارشی ندارند، و سابقه‌ای از اولسر دستگاه گوارشی نیز ندارند.

تخمین‌ها بر اساس سن و میزان خطر ۱۰- ساله CHD است.

CHD = بیماری کرونری قلب

MI = انفارکتوس میوکارد

بعلاوه، تصمیم درباره سطح دقیق خطری که در آن، فواید بالقوه از میزان آسیب‌های بالقوه بیشتر می‌شود یک امر فردی است. برخی از مردان ممکن است فکر کنند که جلوگیری از انفارکتوس میوکارد ارزش بیشتری دارد و خونریزی گوارشی اهمیت عمده‌ای ندارد. این گروه برعکس افرادی که از خونریزی گوارشی می‌ترسند، ممکن است تصمیم به مصرف آسپیرین حتی با میزان خطر اندک بیماری کرونری داشته باشند. مردانی که احتمال نفع بردن آنها بیشتربوده و پتانسیل اندکی برای خطر دارند، باید تشویق به مصرف آسپیرین شوند. برعکس باید مردانی که خطر بیشتری برای خونریزی گوارشی داشته و نفع کمتری می‌برند باید از مصرف آسپیرین نهی شوند.

در مردانی که میزان فایده و خطر مصرف آسپیرین برابری می‌کند باید تصمیم گیری مشترک اتخاذ شود (جدول ۲). این بحث مشترک باید فواید، خطرها و ترجیحات بیمار را در نظر بگیرد. در صورتی که فواید بالقوه

مصرف آسپیرین از خطرهای بالقوه آن بیشتر باشد، باید توصیه اکید به مصرف آسپیرین صورت بگیرد. شواهد مبنی بر فایده مصرف آسپیرین در مردان کمتر از ۴۵ سال اندک است، و به دلیل آنکه میزان خطر انفارکتوس میوکارد در این گروه سنی خیلی پایین است، فواید بالقوه آن نیز اندک است.

جدول۲. سطوح خطر ۱۰ – ساله CHD که در آن‌ها تعداد رخدادهای پیشگیری شده بیماری‌های قلبی عروقی تقریبا برابر تعداد رخدادهای مربوط به خونریزی شدید است.

تصمیم گیری مشترک به طور اکید برای افرادی که در نزدیکی این برآوردهای خطر ۱۰ – ساله (بالا یا پایین آنها) هستند، توصیه می شود. در صورتی که میزان فواید مصرف آسپیرین بیشتر از میزان خطرهای آن باشد، مصرف آن باید اکیدا توصیه شود.

مردان		زنان	
سن	درصد خطر ۱۰–ساله CHD	سن	درصد خطر ۱۰– ساله CHD
۴۵-۵۹ سال	≥ ۴	۵۵-۵۹ سال	≥۳
۶۰-۶۹ سال	≥۹	۶۰-۶۹ سال	≥۸
۷۰-۷۹ سال	≥۱۲	۷۰-۷۹ سال	≥۱۱

CHD = coronary heart disease

■ **زنان**

فایده خالص مصرف آسپیرین وابسته به خطرهای ابتدایی آن از نظر استروک و خونریزی گوارشی است. بنابراین در تصمیم‌گیری درباره درمان با آسپیرین باید میزان خطرکلی استروک و خونریزی گوارشی در نظر گرفته شود.

عومل خطرزای استروک عبارتند از سن، فشارخون بالا، دیابت، سیگار، سابقه بیماری قلبی عروقی، فیبریلاسیون دهلیزی، و هیپرتروفی بطن چپ. محاسبه کننده‌هایی برای برآورد میزان خطر استروک از جمله در وب سایت زیر در دسترس هستند:

http://www.westernstroke.org/PersonalStrokeRisk1.xls

جدول ۳ تعداد تخمینی استروک‌های پیشگیری شده را بر طبق سطح خطر استروک در زنان ۵۵ تا ۷۹ سال نشان می‌دهد (محدوده سنی که براساس شواهد موجود در این سنین مصرف آسپیرین، فواید خالص بالقوه و قابل توجهی دارد). این شکل همچنین سطح خطر استروک را نشان می‌دهد که در آن با افزایش سن تعداد مطلق پیشگیری شده استروک‌ها نسبت به تعداد مطلق خونریزی‌های گوارشی افزایش می‌یابد. برآوردهای

جدول ۲ با این فرض تنظیم شده‌اند که این زنان NSAIDs دریافت نمی‌کنند و مبتلا به بیماری دیگری نیز نیستند. بنابراین، تصمیم‌گیری درباره سطح دقیق خطر استروکی که در آن سطح، فواید بالقوه از میزان خطرها بیشتر می‌شود، یک امر فردی است. از نظر برخی از زنان ممکن است رخ ندادن استروک ارزش زیادی داشته باشد ولی خونریزی گوارشی مسئله مهمی نباشد. این زنان در مقایسه با زنانی که از خونریزی گوارشی می ترسند، ممکن است تصمیم به مصرف آسپیرین در سطح پایین‌تر خطر استروک بگیرند. زنانی که برای بهره‌مند شدن از مصرف آسپیرین، پتانسیل اندکی دارند و یا میزان خطر بالایی از نظر خونریزی گوارشی دارند، باید از مصرف آسپیرین نهی شوند.

در مورد زنانی که در آن‌ها میزان فواید بالقوه و خطرات خونریزی شدید تقریبا برابراست، باید تصمیم‌گیری مشترک صورت بگیرد (جدول۱). این گفتگو باید شامل بررسی فواید و خطرهای بالقوه مصرف آسپیرین و ترجیحات بیمار باشد. هراندازه که میزان فواید بالقوه ناشی ازکاهش استروک از میزان خطرهای بالقوه بیشتر می‌شود، توصیه به مصرف آسپیرین باید جدی‌ترمطرح شود.

جدول ۳. تعداد تخمینی استروک‌های پیشگیری شده و خطرهای برآوردشده مصرف آسپیرین برای ۱۰ سال در یک گروه فرضی ۱۰۰۰ نفره از زنان بر اساس سن و خطر ۱۰-ساله استروک.

*** همچنان که اشاره شد تعداد استروک‌های پیشگیری شده با میزان خطر ۱۰- ساله استروک تغییر می‌کند. خطرهای برآوردشده مصرف آسپیرین نیز با سن تغییر می‌کند. بنابراین میزان خطر۱۰- ساله استروک و سن، هر دو باید در هنگام ارزیابی خطرها و فواید بالقوه مصرف آسپیرین بر حسب تعداد استروک‌های پیشگیری شده در نظر گرفته شود. اعدادی که پر رنگ‌تر نشان داده شده اند به مواردی اشاره می نمایند که در آنها تعداد خطرها (خونریزی گوارشی) با در نظر گرفتن توام میزان خطر ۱۰- ساله استروک و سن در مقایسه با تعداد استروک‌های پیشگیری شده بیشتر است.**

متغیر	تعداد تخمینی استروک های پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ زن)		
	۵۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
میزان خطر ۱۰-ساله استروک			
٪۱	۱/۷	۱/۷	۱/۷
٪۲	۳/۴	۳/۴	۳/۴
٪۳	۵/۱	۵/۱	۵/۱
٪۴	۶/۸	۶/۸	۶/۸

متغیر	تعداد تخمینی استروک های پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ زن)		
	۵۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
میزان خطر ۱۰- ساله استروک			
٪۵	۸/۵	**۸/۵**	**۸/۵**
٪۶	۱۰/۲	**۱۰/۲**	**۱۰/۲**
٪۷	۱۱/۹	**۱۱/۹**	**۱۱/۹**
٪۸	۱۳/۶	۱۳/۶	**۱۳/۶**
٪۹	۱۵/۳	۱۵/۳	**۱۵/۳**
٪۱۰	۱۷	۱۷	**۱۷**
٪۱۱	۱۸/۷	۱۸/۷	۱۸/۷
٪۱۲	۲۰/۴	۲۰/۴	۲۰/۴
٪۱۳	۲۲/۱	۲۲/۱	۲۲/۱
٪۱۴	۲۳/۸	۲۳/۸	۲۳/۸
٪۱۵	۲۵/۵	۲۵/۵	۲۵/۵
٪۱۶	۲۷/۲	۲۷/۲	۲۷/۲
٪۱۷	۲۸/۹	۲۸/۹	۲۸/۹
٪۱۸	۳۰/۶	۳۰/۶	۳۰/۶
٪۱۹	۳۲/۳	۳۲/۳	۳۲/۳
٪۲۰	۳۴	۳۴	۳۴

(ادامه دارد)

جدول ۳. تعداد تخمینی استروک‌های پیشگیری شده و خطرهای برآوردشده مصرف آسپیرین برای ۱۰ سال در یک گروه فرضی ۱۰۰۰ نفره از زنان بر اساس سن و خطر ۱۰-ساله استروک. (ادامه)

متغیر	تعداد تخمینی استروک های پیشگیری شده (در ۱۰۰۰ زن)		
	۵۵-۵۹ سال	۶۰-۶۹ سال	۷۰-۷۹ سال
	تعداد برآورد شده عوارض		
نوع عارضه			
خونریزی گوارشی	۴	۱۲	۱۸

*** محاسبه خطرها و فواید برآورد شده بر اساس برخی مفروضات بوده و طبعا تاحدی مبهم است. برآورد فواید و خطرها، به خصوص در ناحیه مرزی اعداد پررنگ و کم رنگ، باید با در نظر گرفتن مفاد کامل تصمیم‌گیری بالینی بوده و از تصمیم گیری مشترک انگیزشی استفاده شود. محاسبات در جدول فوق بر اساس فرضیات زیر است: ۱۷٪ کاهش خطر استروک با مصرف منظم آسپیرین روی می‌دهد و خونریزی گوارشی عبارت است از خونریزی شدید، پرفوراسیون، یا سایر عوارضی که منجر به بستری بیمارستانی یا مرگ شود. برای خطر خونریزی گوارشی در جدول فرض شده است که خونریزی گوارشی با افزایش سن زیاد شده و زنان داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی دریافت نمی‌کنند، دردی در قسمت فوقانی دستگاه گوارشی ندارند، و سابقه‌ای از اولسر دستگاه گوارشی نیز ندارند. "استروک های پیشگیری شده" عبارت است از کاهش خالص استروک‌ها، که شامل یک کاهش در استروک‌های ایسکمیک و یک افزایش کوچک در استروک‌های هموراژیک می‌باشد.**

شواهد دال بر فایده مصرف آسپیرین در زنان کمتر از ۵۵ سال محدود است، و فواید بالقوه مصرف آسپیرین در این گروه سنی شاید به این علت کم باشد که میزان خطر استروک در این گروه سنی خیلی پایین است.

■ شواهد نشان می‌دهند که با افزایش سن، میزان خطر خونریزی گوارشی با یا بدون مصرف آسپیرین بیشتر می‌شود. به منظور انجام این توصیه، USPSTF سن و جنس را به عنوان مهمترین عوامل خطر خونریزی گوارشی در نظر گرفت. سایر عوامل خطر خونریزی گوارشی عبارتند از درد قسمت فوقانی دستگاه گوارشی، زخم‌های گوارشی، و مصرف NSAID ها. همراهی درمان با داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی با مصرف آسپیرین، در مقایسه با مصرف تنهای آسپیرین، احتمال خطر خونریزی گوارشی را چهار برابر می‌کند. در میان مصرف کنندگان آسپیرین، درافرادی که سابقه‌ای از زخم‌های گوارشی دارند، میزان خونریزی شدید ۲ تا ۳ برابر است. در مردان خطرخونریزی‌های شدید گوارشی، ۲ برابر زنان است. در واقع این عوامل خطر میزان خطر خونریزی را افزایش می‌دهند و باید درتصمیم گیری کلی در مورد تعادل مابین فواید و خطرهای درمان با آسپیرین، مد نظر قرار گیرند. محصولات Enteric-coated یا بافر شده عوارض جانبی گوارشی آسپیرین را به طور واضحی کاهش نمی‌دهند. پرفشاری خون کنترل نشده و مصرف مداوم آنتی کوآگولان‌ها نیز میزان

خطر خونریزی شدید را افزایش می‌دهند.

■ مناسب‌ترین دوز مصرف آسپیرین برای پیشگیری از وقایع قلبی عروقی مشخص نیست. کارآزمایی‌های مربوط به پیشگیری اولیه، فایده رژیم‌های گوناگون ازجمله دوزهای ۷۵ و ۱۰۰ میلی گرم روزانه و۱۰۰ و ۳۲۵ میلی گرم یک روز در میان را نشان دادند. به نظر می‌رسد که دوز ۷۵ میلی گرمی آسپیرین به اندازه دوزهای بالاتر موثر است. خطر خونریزی‌های گوارشی، ممکن است با افزایش دوز بیشتر شود.

■ گرچه مناسب‌ترین زمان و فاصله برای بحث درباره مصرف آسپیرین مشخص نیست، انجام آن هر۵ سال یک‌بار درافراد میانسال وبزرگ‌تر و نیز هنگامی‌که سایر عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی مشخص شوند، گزینه معقولی است.

■ میزان بروز انفارکتوس میوکارد و استروک در افراد ۸۰ سال و بالاتر بیشتر است، و بنابراین فواید بالقوه آسپیرین نیز بیشتر است. احتمالا فواید خالص مصرف آسپیرین در افراد بیشتر از ۸۰ سال در کسانی بیشتر است که سایر عوامل خطر خونریزی گوارشی (به غیر از سن بالا) را ندارند و نیز آنهایی که به راحتی می‌توانند اپیزودهای خونریزی گوارشی را تحمل نمایند (برای مثال افراد با سطح طبیعی هموگلوبین، کارکرد خوب کلیه، و دسترسی آسان به مراقبت اورژانسی). پزشکان باید به بیماران خود درباره پیامدهای جانبی خونریزی گوارشی آگاهی کافی دهند، چرا که با شناسایی زودهنگام علایم و نشانه‌های خونریزی (مدفوع تیره، استفراغ خونی، خون قرمز روشن در رکتوم، سنکوپ، و احساس سبکی سر) توسط بیمار ممکن است آنها را رفع نمایند. چنانچه پزشکان تصمیم به تجویز آسپیرین به بزرگسالان بیشتر از ۸۰ سال بگیرند، این کار باید پس از گفتگو با بیمار درباره خطرهای بالقوه و فواید نامشخص مصرف آسپیرین باشد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2009;150:396-404.

غربالگری
تنگی شریان کاروتید

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری از نظر تنگی بدون علامت شریان کاروتید (CAS) را در جمعیت عمومی بزرگسالان توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ این توصیه بزرگسالانی را دربرمی‌گیرد که هیچ علامت و یا نشانه‌ای از بیماری نورولوژیک مثل استروک و یا حملات گذرای ایسکمیک (TIA) ندارند. یعنی افرادی که حملات گذرای ایسکمیک در ناحیه کاروتید داشته‌اند باید به دقت از این نظر بررسی شده و اندآرترکتومی کاروتید در آنها مدنظر باشد.

■ در مرکزی که مراقبت جراحی در آن خوب و میزان عوارض پایین است، ممکن است غربالگری استروک در افراد پرخطر سودمند باشد. ولی هنوز مشخص نشده است که چگونه باید افرادی را شناسایی نماییم که فواید غربالگری استروک در آنها از میزان عوارض بیشتر باشد. مهمترین عوامل خطر تنگی شریان کاروتید (CAS) عبارتند از سن، جنس مذکر، هیپرتانسیون، استعمال سیگار، هیپرکلسترولمی و بیماری قلبی.

■ تست‌های غربالگری و تاییدی موجود (سونوگرافی داپلر، آنژیوگرافی تفریقی دیجیتال یا DSA و آنژیوگرافی با رزونانس مغناطیسی یا MRA) حساسیت کاملی نداشته ولی در عوض عوارض محسوسی دارند. بنابراین ممکن است غربالگری به جراحی‌های بدون اندیکاسیونی منجر شود و در برخی از بیماران عوارض مهمی مانند مرگ، استروک، و انفارکتوس میوکارد داشته باشد.

■ در سایر توصیه ها، کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده توصیه نموده است که بزرگسالان از نظر هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی، و استعمال سیگار غربالگری شوند. همچنین پزشکان باید با افراد گروه پرخطر بیماری‌های قلبی‌عروقی در ارتباط با مصرف آسپیرین گفتگو نمایند. شواهد و توصیه‌های مرتبط کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در این زمینه درآدرس زیر موجود است:

http://www.preventiveservices.ahrq.gov
This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2007;147:854-859.

غربالگری بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی (COPD) با اسپیرومتری

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری بزرگسالان از نظر بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی (COPD) توسط اسپیرومتری را توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ این توصیه به بزرگسالان سالمی اشاره دارد که علایم بالینی تنفسی نداشته و یا توسط پزشک تشخیص داده نشده اند. این توصیه افراد با سابقه خانوادگی کمبود a1 آنتی تریپسین را در برنمی‌گیرد. در افرادی که شرح حالی از سرفه مزمن، افزایش تولید خلط، ویزینگ، یا دیس پنه را می‌دهند، اسپیرومتری به عنوان یک تست تشخیصی COPD، آسم، و سایر بیماری‌های ریوی اندیکاسیون دارد.

■ از نظر تئوری غربالگریCOPD در بزرگسالان با احتمال بالای انسداد شدید جریان هوا، سودمند است. ممکن است این افراد از درمان‌های استنشاقی بهره ببرند.

■ عوامل خطر COPDعبارتند از مصرف فعلی یا قبلی توتون، آلاینده‌های محیطی و شغلی، و کهولت سن. اما، حتی در گروههایی با شیوع بالای انسداد جریان هوا، ممکن است لازم باشد تا صدها بیمار با اسپیرومتری غربالگری شوند تا از تشدید ۱ مورد بیماری پیشگیری شود. به عنوان مثال در بهترین حالت پاسخ به درمان، برآورد می‌شود که ۴۵۵ فرد ۶۰ تا ۶۹ ساله باید غربالگری شوند تا از تشدید ۱ مورد بیماری جلوگیری شود.

■ اسپیرومتری را می‌توان در مطب پزشک مراقبت‌های اولیه یا در لابرتوار آزمایش‌های تنفسی انجام داد. USPSTF شواهد مربوط به دقت و صحت انجام اسپیرومتری در مراقبت اولیه را در مقایسه با مراکز ارجاعی بررسی نکرده است.

■ صرف نظر از وجود و یا عدم وجود انسداد جریان هوا، همه سیگاری‌ها باید در مورد ترک سیگار مشاوره شده و درمان دارویی ترک سیگار را برای افزایش میزان موفقیت ترک سیگار دریافت نمایند. همه بیماران ۵۰ ساله یا بیشتر، باید سالانه واکسن آنفلوآنزا دریافت نمایند. همه بیماران ۶۵ سال یا بیشتر باید واکسن پنوموکوک دریافت دارند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2008;148:529-534.

غربالگری
بیماری کرونری قلبی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، استفاده از الکتروکاردیوگرافی در حال استراحت (ECG)، تست ورزش با استفاده از تردمیل (ETT)، یا اسکن توموگرافی کامپیوتری اشعه الکترونی کلسیم کرونری (EBCT) برای غربالگری روتین از جهت تعیین وجود تنگی شدید شریان کرونری (CAS) و یا پیش بینی وقایع بیماری کرونری قلبی (CHD) در بزرگسالانی که در گروه کم خطر وقایع CHD هستند را توصیه نمی‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه گیری نموده است که برای توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین با ECG، ETT یا اسکن EBCT کلسیم کرونری جهت تعیین وجود CAS شدید یا پیش بینی وقایع CHD در بزرگسالانی که درگروه پرخطر وقایع CHD هستند، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ چندین عامل با افزایش میزان خطر وقایع CHD (مهمترین موارد عبارتند از انفارکتوس غیرکشنده میوکارد و مرگ کرونری) همراهی دارند که شامل سن بالا، جنس مذکر، پرفشاری خون، مصرف سیگار، سطوح غیرطبیعی چربی‌ها، دیابت، چاقی و سبک زندگی بدون تحرک هستند. میزان خطرانفرادی وقایع CHD بر اساس وجود این عوامل خطر، قابل تخمین و محاسبه است. ابزارهای محاسبه کننده‌ای در دسترس هستند که میزان خطر انفرادی وقایع CHD را تعیین می‌نمایند، به عنوان مثال یک محاسبه کننده و تخمین زننده میزان خطر انفرادی وقایع CHD در عرض ۱۰ سال آینده، در سایت زیر قابل دسترسی است:

http://hin.nhlbi.nih.gov/atpiii/ calculator.asp?usertype=prof.

گرچه عوامل خطر دقیقی که بتوانند هر کدام از این دسته‌ها (گروه کم خطر و یا گروه پرخطر) را معین

کنند، مشخص نشده‌اند، بزرگسالان جوان (مثلاً مردان کمتر از ۵۰ سال و زنان کمتر از ۶۰ سال) که عوامل خطر دیگر ابتلا به CHD را ندارند (خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰– ۵ درصد) به عنوان افراد درگروه کم خطر در نظرگرفته می‌شوند. بزرگسالان مسن‌تر، یا بزرگسالان جوان‌تری که یک یا تعداد بیشتری از عوامل خطر را دارند (خطر ۱۰ ساله بیشتر از ۲۰– ۱۵ درصد) به عنوان افراد گروه پرخطر در نظر گرفته می‌شوند.

■ انجام غربالگری با استفاده از ECG، ETT، EBCT به‌طور بالقوه می‌تواند از دو راه وقایع CHD را کاهش دهد: هم بوسیله شناسایی افراد پرخطر از نظر وقایع CHD که می‌توانند از اصلاح تهاجمی عوامل خطر بهره‌مند شوند، و هم بوسیله شناسایی افراد با CAS شدید که جراحی پیوند بای‌پس شریان کرونری (CABG) زندگی‌شان را طولانی‌تر می‌کند. اما شواهد کافی نیست که بتوانیم گستره افرادی را تعیین بنماییم که از طریق غربالگری شناسایی شده و در هر شرایطی از هر نوع مداخله‌ای فایده می برند.

■ ممکن است پیامدهای منفی آزمایش‌های مثبت–کاذب به طور بالقوه از میزان فواید غربالگری بیشتر باشد. آزمایش‌های مثبت–کاذب در میان بزرگسالان بدون علامت، به خصوص در زنان، شایع بوده و ممکن است به انجام آزمایش‌های تشخیصی غیرضرروی، درمان اضافی و برچسب خوردن افراد منجر شود.

■ چون حساسیت این آزمایش‌ها محدود است، غربالگری می‌تواند نتایج منفی–کاذب نیز داشته باشد. یک آزمایش منفی وجود CAS شدید یا واقعه CHD در آینده را منتفی نمی‌کند.

■ در افرادی که شغل‌های حساسی دارند از جمله خلبان‌ها و اپراتورهای تجهیزات سنگین (که ناتوانی یا مرگ ناگهانی آن‌ها، ایمنی دیگران را به خطر می‌اندازد) به غیر از فایده بهداشتی که تنها خود بیمار از آن بهره می‌برد، ملاحظات دیگری نیز در نظر گرفته می‌شود که ممکن است بر روی تصمیم‌گیری در مورد انجام یا عدم انجام غربالگری CHD در آن‌ها تأثیر بگذارند.

■ گرچه برخی از برنامه‌های ورزشی، افراد بدون علامت را به طور ابتدایی با استفاده از ETT غربالگری می‌نمایند، ولی برای تعیین نسبت فواید و عوارض این کار شواهد کافی وجود ندارد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;140:569-572.

غربالگری فشارخون بالا

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، غربالگری از نظر فشارخون بالا را در افراد ۱۸ سال و بالاتر توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ مد نظر این توصیه بزرگسالانی است که فشارخون بالای شناخته شده ندارند.

■ اندازه‌گیری فشارخون در مطب اغلب به وسیله اسفیگمومانومتر انجام می‌گیرد. پرفشاری خون (هیپرتانسیون) معمولا در بزرگسالان این چنین تعریف می‌شود: فشارخون سیستولیک ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر. از آنجا که فشارخون هر فردی در اندازه‌گیری‌های مختلف تغییر می‌کند، توصیه می‌شود تنها پس از حداقل ۲ بار اندازه‌گیری بالای فشارخون در حداقل ۲ ویزیت در یک دوره زمانی ۱ یا چند هفته‌ای، تشخیص پرفشاری خون گذاشته شود.

■ رابطه مابین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک با میزان خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی پیوسته بوده و دارای درجاتی است. سطح واقعی افزایش فشارخون، نباید تنها فاکتور تعیین کننده درمان باشد. پزشکان باید میزان خطر کلی بیماری‌های قلبی عروقی را در بیماران، به هنگام تصمیم‌گیری برای درمان در نظر بگیرند، از جمله مصرف سیگار، سطوح غیرطبیعی لیپید، سن، جنس، شیوه زندگی بدون تحرک و چاقی.

■ شواهد برای توصیه فاصله زمانی مناسب غربالگری بزرگسالان از نظر پرفشاری خون کافی نیست. گزارش شماره ۷ کمیته ملی مشترک پیشگیری، تشخیص، ارزیابی، و درمان پرفشاری خون (JNC7) توصیه می‌کند که غربالگری از نظر فشارخون بالا در افراد با فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه هر ۲ سال یکبار، در افراد با فشارخون سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۳۹ میلی‌متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۸۰ تا ۹۰

میلی‌متر جیوه سالیانه صورت بگیرد.

■ داروهای مختلفی برای درمان فشارخون بالا در دسترس هستند. دستورالعمل‌های JNC7 برای درمان فشارخون بالا را می‌توان در آدرس زیر ملاحظه نمود:

http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/j ncintro.htm

■ درمان‌های غیردارویی مانند کاهش میزان دریافت غذایی سدیم، دریافت مکمل‌های پتاسیمی، افزایش فعالیت جسمانی، کاهش وزن، کنترل استرس و مصرف نکردن الکل معمولا با کاهش پرفشاری خون همراه هستند. مطالعات نشان داده است که در افراد با میزان بالای مصرف الکل (بیش از ۲۰ واحد در هفته)، مصرف نکردن الکل باعث کاهش فشارخون می‌شود.

Reference

Joint National Committee on Prevention, Detection 1.
Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
National Heart, Lung, and Blood Institute. Seventh
report of the Joint National Committee on Prevention
Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood
Pressure. Hypertension 2003;42:1206-52..
This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2007;147:787-791.

غربالگری
اختلالات چربی در بزرگسالان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر اختلالات چربی را در مردان ۳۵ ساله و بیشتر، اکیدا توصیه می‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر اختلالات چربی را در مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله‌ای که در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری کرونری قلب هستند، توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر اختلالات چربی را در زنان ۴۵ ساله یا مسن‌تر پرخطر از نظر ابتلا به بیماری کرونری قلب، توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر اختلالات چربی را در زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله پرخطر از نظر ابتلا به بیماری کرونری قلب، توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، به نفع یا علیه غربالگری روتین از نظر اختلالات چربی در مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله یا زنان ۲۰ سال یا بالاتر کم خطر از نظر ابتلا به بیماری کرونری قلب، هیچ توصیه‌ای نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع C

ملاحظات بالینی

■ اختلالات چربی، که نام دیگر آن دیس لیپیدمی است، در واقع یک وضعیت غیرطبیعی در متابولیسم چربی است و شامل افزایش کلسترول توتال، LDL-C، و تری گلیسیرید، یا کاهش HDL-C است. این اختلالات ممکن است اکتسابی و یا خانوادگی باشد (مثل هیپرکلسترولمی فامیلی). این توصیه بزرگسالان

بزرگتر از ۲۰ سالی را در بر می‌گیرد که پیش از این دیس‌لیپیدمی در آن‌ها تشخیص داده نشده است.

■ منظور از افزایش خطر در این توصیه، وجود هر یک از عوامل خطری است که در زیر آورده شده‌اند. بیشترین میزان خطر زمانی است که چندین عامل خطر وجود داشته باشد. تا زمانی‌که USPSTF از یک جدول خطر عددی مختص خود برای این توصیه‌ها استفاده نمی‌نماید، شبکه استفاده کننده از توصیه های USPSTF از جدول محاسبه میزان خطر ۱۰ – ساله وقایع قلبی عروقی استفاده خواهد کرد:

- دیابت
- سابقه فردی قبلی CHD یا آترواسکلروز غیرکرونری (مثل آنوریسم آئورتیک شکمی، بیماری سرخرگ‌های محیطی، تنگی سرخرگ کاروتید)
- سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی قبل از ۵۰ سالگی در خویشاوندان مذکر یا ۶۰ سالگی در خویشاوندان مونث
- مصرف دخانیات
- پرفشاری خون
- چاقی (BMI ≥ ۳۰)

■ آزمایش‌های غربالگری ارجح برای دیس لیپیدمی عبارتند ازکلسترول توتال و HDL-C که بر روی نمونه‌های ناشتا و یا شتا صورت می‌گیرد. هم اکنون برای اینکه آزمایش تری گلیسیرید نیز به عنوان یک جز آزمایش ابتدایی غربالگری روتین دیس لیپیدمی شود، شواهد کافی وجود ندارد. نتایج غیرطبیعی آزمایش غربالگری باید با تکرار نمونه در روز دیگری تایید شده و میانگین هر دو نتیجه در ارزیابی میزان خطر مورد استفاده قرار گیرد.

■ در صورتی که سرویس آزمایشگاهی موجود نتواند اندازه‌گیری قابل اطمینانی از HDL-Cتهیه نماید، اندازه‌گیری کلسترول منفرد توتال به عنوان غربالگری نیز قابل قبول است، ولی باید توجه داشت که اندازه‌گیری توام کلسترول توتال و HDL-C، نسبت به اندازه‌گیری منفرد کلسترول توتال، حساسیت و ویژگی بیشتری برای ارزیابی میزان خطر بیماری کرونری قلب دارد. در ترکیب با HDL-C، اضافه نمودن آزمایش LDL-C و یا کلسترول توتال اطلاعات قابل مقایسه‌تری فراهم می‌نماید، ولی باید توجه داشت که انجام آزمایش LDL-C نیازمند نمونه‌های ناشتا بوده و گران‌بهاتر است. آزمایش مستقیم LDL-C که نیازمند اندازه‌گیری نمونه‌های ناشتا نیست، هم اکنون در دسترس است، اما LDL-C به دست آمده از محاسبه (کلسترول توتال منهای HDL-C منهای یک پنجم TG) اندازه گیری قابل اطمینانی است که در تجربه برای ارزیابی میزان خطر و تصمیم گیری درمانی استفاده می‌شود. در بیمارانی که دیس لیپیدمی آن‌ها با غربالگری مشخص شده است، کامل کردن آنالیز لیپوپروتئین مفید است.

■ فاصله زمانی مناسب غربالگری هنوز مشخص نیست. بر پایه سایر دستورالعمل و نیز نظر کارشناسان، فاصله زمانی معقول هر ۵ سال یک‌بار است، فاصله‌های زمانی کوتاه‌تر برای کسانی که سطح چربی آنها

نیازمند درمان است، و فاصله‌های زمانی طولانی‌تر برای کسانی در نظر گرفته می‌شود که پرخطر نبوده و در آزمایش‌های مکرر سطح چربی آنها طبیعی بوده است.

■ سن خاصی که در آن باید غربالگری متوقف شود، هنوز مشخص نشده است. غربالگری در سالمندانی که هرگز غربالگری نشده‌اند، ممکن است مناسب باشد، تکرار غربالگری در سالمندان کمتر اهمیت دارد چرا که کمتر احتمال دارد تا سطوح چربی پس از ۶۵ سالگی افزایش یابد. اما از آنجایی که سالمندان یک سطح خطر پایه افزایش یافته از نظر ابتلا به بیماری کرونری قلب دارند، این افراد در مقایسه با جوانان، فواید خالص بیشتری از درمان دیس‌لیپیدمی به دست می‌آورند.

■ تصمیم‌های درمانی باید براساس میزان خطر کلی افراد از نظر ابتلا به بیماری قلبی گرفته شود تا اینکه صرفا به میزان سطوح چربی توجه شود. ارزیابی میزان خطر کلی باید شامل وجود و شدت هر کدام از این عوامل خطر باشد: سن، جنس، دیابت، پرفشاری خون، سابقه خانوادگی (در جوانان)، و سیگار. محاسبه‌گرهای میزان خطری که از اطلاعات اختصاصی چندین عامل خطر استفاده می نمایند نسبت به آنهایی که صرفا تعداد عوامل خطر را در نظر می‌گیرند، برآورد دقیق‌تری از میزان خطر قلبی عروقی به دست می‌دهند.

■ درمان دارویی معمولا موثرتر از رژیم غذایی صرف، در بهبود پروفایل چربی است، اما در انتخاب نوع درمان باید میزان خطر کلی، هزینه‌های درمان، و ترجیحات بیمار در نظر گرفته شود. دستورالعمل‌های درمان اختلالات چربی از طریق برنامه ملی آموزش کلسترول متعلق به انستیتو ملی سلامت به آدرس زیر در دسترس است:

http://www.nhlbi.nih.gov/about/ncep

■ اگرچه اصلاح شیوه زندگی (رژیم غذایی و فعالیت جسمانی) به عنوان درمان ابتدایی در بیشتر بیماران مناسب است، ولی تعداد کمی از این افراد به کاهش چشم‌گیر سطح چربی با رعایت صرف رژیم غذایی دست می‌یابند و به طور مکرر استفاده از دارو برای رسیدن به اهداف درمانی ضروری است، به خصوص درافرادی که در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری کرونری قلب هستند. درمان‌های پایین آورنده چربی باید با سایر مداخله‌های عوامل خطر اصلاح‌پذیر ابتلا به بیماری قلبی از جمله قطع سیگار، درمان پرفشاری خون، دیابت، و چاقی، و نیز ارتقای سلامت رژیم غذایی و فعالیت جسمانی منظم همراه شود. تبعیت درازمدت از درمان باید مورد تاکید قرار بگیرد.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville,
MD. June 2008. http://www.preventiveservices.ahrq.gov.

غربالگری
بیماری شریانی محیطی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری روتین بیماری شریانی محیطی (PAD) را توصیه نمی‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ اندکس ankle-brachial، که نسبت فشارهای سیستولیک ثبت شده با داپلر در اندام‌های تحتانی و فوقانی است، آزمایشی ساده، دقیق، و غیر تهاجمی برای غربالگری و تشخیص PAD است. نشان داده شده است که اندکس ankle-brachial نسبت به سایر روش‌های غربالگری مانند اخذ شرح حال، تکمیل پرسشنامه و لمس نبض‌های محیطی دقت بهتری دارد. اندکس ankle-brachial کمتر از ۰/۹۰ (که برای تشخیص PAD آنژیوگرافیک، ۹۵ ٪ حساسیت و ویژگی دارد)، با محدودیت عملکرد اندام تحتانی و تحمل فعالیت بدنی، همراهی زیادی دارد.

■ ترک سیگار و مصرف داروهای کاهنده چربی، باعث بهبود علایم لنگش و نیز عملکرد اندام تحتانی در بیماران با PAD علامت‌دار می‌شود. همچنین ترک سیگار و آموزش بیماران برای انجام فعالیت بدنی، موجب افزایش حداکثر فاصله پیاده روی در مردانی می‌شود که در مراحل اولیه PAD هستند. صرف نظر از وجود PAD، مشاوره ترک سیگار باید به همه بیماران سیگاری، ارائه گردد. همچنین صرف نظر از وجود PAD، بیماران غیرفعال از نظر بدنی باید نسبت به افزایش فعالیت بدنی شان مورد مشورت قرار گیرند.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. August 2005. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/pad/padrs.htm.

بیماری‌های عفونی

غربالگری باکتریوری بدون علامت

خلاصه توصیه‌ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر باکتریوری بدون علامت توسط کشت ادرار در هفته ۱۲ تا ۱۶ بارداری یا دراولین ویزیت پیش از تولد (اگر به تاخیر افتاده باشد) را در زنان باردار توصیه می نماید.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری از نظر باکتریوری بدون علامت را در مردان و زنان غیرباردار توصیه نمی کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

- این توصیه بزرگسالان جمعیت عمومی از جمله بزرگسالان مبتلا به دیابت را دربرمی گیرد. USPSTF شواهد مربوط به غربالگری گروههای خاصی که در معرض افزایش خطرابتلا به عفونت های شدید دستگاه ادراری هستند از جمله دریافت کنندگان پیوند، بیماران مبتلا به آنمی داسی شکل، و بیماران مبتلا به عفونت های راجعه ادراری را مرور نکرده است.
- آزمایش های غربالگری که به طور رایج در مراکز مراقبت های اولیه استفاده می شوند (مثل آنالیز نوار

dipstick ادرارو آزمایش مستقیم میکروسکوپی ادرار)، برای کشف باکتریوری در افراد بدون علامت، ارزش اخباری مثبت و منفی اندکی دارند. کشت ادرار، استاندارد طلایی برای کشف باکتریوری بدون علامت است ولی به عنوان یک آزمایش غربالگری روتین درجمعیتهایی که شیوع پایینی دارند، گران بها است. ولی هم اکنون آزمایشی که به اندازه کافی حساسیت و ارزش اخباری منفی در زنان باردار داشته باشد که بتواند به عنوان آزمایش غربالگری ارجح جایگزین کشت ادرار شود، در دسترس نیست.

- زنان بارداری که باکتریوری بدون علامت دارند، باید مطابق با ارگانیسم موجود در کشت ادرار آنتی بیوتیک دریافت داشته و پیگیری شوند.
- همه زنان باردار باید یک نمونه ادرارغیرآلوده به منظور کشت غربالگری درهفته های ۱۲ تا ۱۶ بارداری و یا اولین ویزیت پیش از تولد (چنانچه به تاخیر افتاده است) بدهند. تناوب و فاصله زمانی مناسب برای آزمایشهای بعدی در طی بارداری هنوز مشخص نیست.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2008;149:43-47.

غربالگری
عفونت کلامیدیایی

خلاصه توصیه‌ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، غربالگری از نظر عفونت کلامیدیایی را در همه زنان جوان غیربارداردار با سن ۲۴ سال یا کمتر دارای فعالیت جنسی و نیز سایر زنان غیربارداردار با سن بالاتر گروه پرخطر، توصیه می‌کند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، غربالگری از نظر عفونت کلامیدیایی را در همه زنان باردار۲۴ ساله یا کمتر و زنان باردار سایر سنین گروه پرخطر، توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، غربالگری روتین از نظر عفونت کلامیدیایی در زنان ۲۵ ساله یا بالاتر (باردار یا غیرباردار) که در گروه پرخطر نیستند را توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع C

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل فواید و عوارض غربالگری عفونت کلامیدیایی در مردان، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی : توصیه نوع I

ملاحظات‌بالینی

- این توصیه‌ها همه زنان دارای فعالیت جنسی (از جمله نوجوانان و زنان حامله) را دربرمی‌گیرد.

- همه زنان ۲۴ ساله یا جوانتر دارای فعالیت جنسی از جمله نوجوانان، در معرض افزایش خطر عفونت کلامیدیایی هستند. علاوه بر فعالیت جنسی و سن، سایر عوامل خطر عفونت کلامیدیایی عبارتند از: سابقه عفونت کلامیدیایی یا سایر عفونت‌های منتقله از راه جنسی(STDs)، همسران جدید یا متعدد، استفاده نادرست از کاندوم، برقراری رابطه جنسی برای به دست آوردن پول یا موادمخدر. عوامل خطر در زنان باردار شبیه زنان غیرباردار است.

■ شیوع عفونت کلامیدیایی در جمعیت‌های مختلف بیماران به طور گسترده‌ای تغییر می‌کند. زنان آمریکایی آفریقایی‌تبار و اسپانیایی تبارها نسبت به جمعیت عمومی در بسیاری از مراکز و جوامع، شیوع بیشتری از عفونت کلامیدیایی را نشان می‌دهند. همچنین افزایش میزان شیوع در زندانی‌ها، نظامی‌ها، و بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های جنسی عمومی دیده می‌شود. تست‌های تکثیر اسیدهای نوکلئیک را می‌توان با استفاده از سواب‌های ادراری و واژینال انجام داد، این کار امکان انجام غربالگری را در غیاب معاینه لگنی فراهم می‌نماید.

■ درمان مناسب عفونت کلامیدیایی به وسیله مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) طرح ریزی شده است. بر اساس دستورالعمل‌های درمان بیماری‌های منتقله جنسی سال ۲۰۰۶ ، CDC توصیه می‌کند که عفونت کلامیدیایی به وسیله ۱ گرم آزیترومایسین به صورت تک دوز خوراکی یا با استفاده از ۱۰۰ میلی‌گرم داکسی‌سیلین خوراکی دو بار در روز به مدت ۷ روز درمان شود. زنان باردار مبتلا به عفونت کلامیدیایی ممکن است با استفاده از ۱ گرم آزیترومایسین خوراکی تک دوز یا آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز درمان شوند. از آنجا که CDC به طور مرتب این توصیه‌ها را به روز می‌کند، پزشکان می‌توانند آخرین توصیه‌ها را در وب‌سایت (http://www.cdc.gov/std/treatment) ملاحظه نمایند.

■ به منظور پیشگیری از عفونت‌های راجعه، پزشکان باید همه همسران افراد آلوده را تست کرده و در صورت ابتلا درمان نمایند، و یا اینکه بدون تست درمان نمایند.

■ غربالگری زنان بارداری که از نظر عفونت کلامیدیایی در گروه پرخطر هستند، در اولین ویزیت پره‌ناتال توصیه می‌شود. زنان بارداری که در گروه پرخطر باقی می‌مانند و نیز آنهایی که در معرض عامل خطر جدیدی قرار می‌گیرند باید در ۳ ماهه سوم بارداری، مجددا غربالگری شوند. مناسب‌ترین فاصله زمانی غربالگری در زنان غیربارداری هنوز مشخص نشده است. CDC توصیه می‌نماید که زنان گروه پرخطر حداقل سالی یک بار غربالگری شوند.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده نتیجه‌گیری می‌نماید که برای تعیین تعادل ما بین فواید و عوارض غربالگری در مردان از نظر عفونت کلامیدیایی، شواهد کافی وجود ندارد. به خصوص اینکه این کارگروه شواهدی پیدا نکرده است که نشان دهد برنامه‌های غربالگری در مردان، منجر به کاهش بروز عفونت در زنان می‌شود.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده متذکر می‌شودکه برنامه‌های غربالگری در مردان به عنوان وسیله‌ای برای کاهش انتقال عفونت به زنان، در عمل رایج نیستند، پزشکان مراقبت اولیه می‌توانند مردانی را غربالگری نمایند که هزینه آزمایش‌های غربالگری بعدی و عوارض بالقوه آن کم باشد.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده مشخص نموده است که عفونت‌های بدون علامت و درمان نشده

در مردان، باعث ایجاد مخزنی عفونی می‌شود که ممکن است بهبود پیامدهای بهداشتی را در زنان شرکت کننده در آن دسته از برنامه‌های غربالگری که تنها زنان را مد نظر قرار می‌دهند، کاهش دهد. اما به علت میزان پایین غربالگری زنان پرخطر، این کارگروه به این نتیجه رسیده است که پزشکان و سیستم مراقبت های بهداشتی باید بر روی بهبود میزان‌های غربالگری در زنان گروه پرخطر تمرکز نمایند چرا که فواید غربالگری این گروه مشخص شده است.

■ پزشکان مراقبت اولیه و سیستم‌های مراقبت سلامتی، مسئول حصول اطمینان از غربالگری زنان بدون علامت گروه پرخطر از نظر عفونت کلامیدیایی هستند. در برخی از جوامع این اقدام ممکن است شامل برنامه‌های غربالگری مبتنی بر خانه یا مدرسه باشند.

Reference

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006;55:1-94.

This USPSTF recommendation was first published in: Ann Intern Med. 2007;147:128-3.

غربالگری
هرپس تناسلی

خلاصه توصیه‌ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، در هر زمانی از بارداری، غربالگری روتین سرولوژیک از نظر ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) در زنان باردار بدون علامت را به منظور پیشگیری از انتقال عفونت HSV به نوزدان، توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری روتین سرولوژیک از نظر HSV در نوجوانان و بزرگسالان بدون علامت را توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ آزمایش‌های سرولوژیکی موجود برای انجام غربالگری هرپس تناسلی، می توانند عفونت قبلی با HSV را در افراد بدون علامت آشکار سازند و آزمایش‌های سرولوژیک جدید type-specific می‌توانند بین مواجهه انواع اختصاصی HSV-1 و HSV-2 تمییز دهند (ولی این آزمایش‌ها نمی‌توانند مواجهه دهانی یا تناسلی هرپس را از هم تمیز دهند). شواهد محدودی وجود دارد مبنی بر این که داشتن سابقه طبیعی هرپس ژنیتال می‌تواند راهنمایی برای مداخلات بالینی در افراد بدون علامت با نتایج مثبت آزمایش سرولوژیکی باشد. نتایج مثبت–کاذب آزمایش، ممکن است منجر به برچسب خوردن افراد و استرس روانی آنان بدون هیچ‌گونه فایده بالقوه‌ای برای بیماران شود. نتایج منفی آزمایش (چه نتایج منفی–کاذب و چه نتایج منفی–حقیقی) ممکن است منجر به اطمینان مجدد کاذب و ادامه رفتارهای پرخطر جنسی شوند.

■ شواهد جدید پرکیفیت نشان می‌دهند که درمان سیستمیک ضد ویروسی، به طور مؤثری ریزش و عفونت مجدد با ویروس هرپس تناسلی را در نوجوانان و بزرگسالانی که سابقه هرپس تناسلی عود کننده دارند، کم می‌نماید. رژیم‌های دارویی متعدد و مؤثری وجود دارند که ممکن است برای پیشگیری از عود عفونت هرپس تناسلی بالینی مورد استفاده قرار گیرند.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده شواهد مربوط به سودمندی مشاوره برای اجتناب از رفتار پرخطر جنسی به منظور پیشگیری از انتقال عفونت هرپس تناسلی به همسران، در افرادی که سابقه‌ای از هرپس تناسلی را دارند و یا برای پیشگیری اولیه از عفونت هرپس تناسلی در افرادی که هرگز با HSV عفونی نشده‌اند را مورد مطالعه قرار نداده است. فواید سلامتی شناخته شده اجتناب از رفتار پرخطر جنسی، شامل پیشگیری از عفونت‌های جنسی (STDs) و عفونت HIV است.

■ عفونت اولیه HSV در طی بارداری، بیشترین میزان خطر انتقال عفونت به نوزاد را دارد. این حقیقت که زنان مبتلا به عفونت اولیه HSV به صورت ابتدایی سرم منفی هستند، مفید بودن انجام غربالگری با استفاده از آزمایش‌های آنتی‌بادی را محدود می‌سازد.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده مطالعه‌ای را پیدا نکرد که از غربالگری آنتی بادی، برای کشف و درمان زنان باردار سرم منفی (یعنی افراد درمعرض خطر عفونت اولیه HSV) به صورت پیشگیری استفاده کرده باشد.

■ تعداد زنان باردار سرم منفی که لازم است درمان شوند تا از یک عفونت اولیه جلوگیری شود، به قدری زیاد است که فایده بالقوه این کار را کم می‌کند. در ضمن، از جمله عوارض جانبی درمان ضدویروسی، آسیب تعداد زیادی از زنان و جنین‌هایی است که خطر پایینی برای عفونت دارند و ممکن است میزان کلی این آسیب ها خیلی زیاد باشد.

■ شواهد نسبتاً خوبی وجود دارد که درمان ضد ویروسی در اواخر بارداری ممکن است عود HSV و جداسازی ویروسی در طی زایمان در زنان با عفونت مکرر HSV را کم نماید، اما در حال حاضر هیچ گونه مدرکی وجود ندارد که مصرف ضدویروس‌ها در زنان با سابقه HSV بتواند منجر به کاهش میزان عفونت در نوزادان گردد.
همچنین، در مورد فواید انجام غربالگری زنان در طی زایمان برای تشخیص نشانه‌های ضایعات فعال تناسلی HSV، و نیز انجام زایمان سزارین در افراد مبتلا به این ضایعات، اطلاعات محدودی وجود دارد.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD, March 2005. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/herpes/herpesrs.htm.

غربالگری
گونوره آ

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌کند که پزشکان همه زنان دارای فعالیت جنسی (از جمله آنهایی که باردار هستند) و در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت گونوره هستند را غربالگری نمایند (یعنی جوانان یا افراد دارای سایر عوامل خطر انفرادی یا جمعیتی؛ به توضیح بیشتر عوامل خطر در قسمت ملاحظات بالینی رجوع کنید).

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، برای توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین گونوره آ در مردانی که در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت هستند، شواهد کافی ندارد (به توضیح بیشتر عوامل خطر در قسمت ملاحظات بالینی رجوع کنید).

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف انجام غربالگری روتین عفونت گونوره آ، در مردان و زنانی است که در معرض خطر پایین عفونت هستند(به توضیح بیشتر عوامل خطر در قسمت ملاحظات بالینی رجوع کنید).

درجه بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین عفونت گنوره آ در زنان بارداری که در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت نیستند، شواهد کافی ندارد (به توضیح بیشتر عوامل خطر در قسمت ملاحظات بالینی رجوع کنید).

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)،درمان موضعی پیشگیری چشمی بر ضدافتالمی گونوکوکال نوزادی را در همه نوزادان، اکیدا توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ زنان و مردان زیر ۲۵ سال از جمله نوجوانان دارای فعالیت جنسی، در معرض بیشترین خطر ابتلا به عفونت گونوره آی تناسلی هستند. عوامل خطر گونوره آ عبارتند از سابقه قبلی عفونت گونوره آ، سایر عفونت‌های

منتقله از راه جنسی (STDs) ، همسران جدید یا متعدد، استفاده نامناسب از کاندوم، برقراری رابطه جنسی به عنوان منبع درآمد و سو مصرف داروها.
عوامل خطر در زنان باردار، همان عوامل خطر موجود در زنان غیر باردار هستند. شیوع عفونت گونوره آ به طور وسیعی در میان جوامع و جمعیت‌های بیماران تغییر می‌کند. در اکثر جوامع، آمریکایی‌های آفریقایی تبار و مردان هموسکسوال نسبت به جمعیت عمومی، شیوع بالاتری از عفونت گونوره آ را نشان می‌دهند.

■ میزان خطر انفرادی به اپیدمیولوژی محلی بیماری وابسته است. دست‌اندرکاران محلی سلامت عمومی، باید دستورالعمل ویژه‌ای برای پزشکان به منظور کمک به آنها برای شناسایی جمعیت‌های در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت گونوره آ، تهیه نمایند. در جوامع با شیوع بالای عفونت گونوره آ، به ویژه در مراکزی که به افراد گروه پرخطر ابتلا به عفونت گونوره آ خدمت ارائه می‌دهند، ممکن است انجام غربالگری گسترده در جوانان دارای فعالیت جنسی، الزامی باشد. هم چنین هنگامی که پزشکان برای انجام غربالگری تصمیم‌گیری می‌نمایند، ممکن است که بخواهند سایر عوامل خطر مبتنی بر جمعیت (از جمله زندگی در جوامع شهری و جوامع با میزان بالاتری از فقر) در نظر بگیرند. شیوع پایین‌تر عفونت گونوره آ در جوامع، ممکن است که انجام غربالگری های هدف دارتر را توجیه نماید.

■ غربالگری در زنان باردار متعلق به گروه پرخطر عفونت گونوره آ، در اولین ویزیت پره‌ناتال توصیه شده است. در بیماران بارداری که به طور پیوسته درمعرض خطر هستند و یا در افرادی که عامل خطر جدیدی را نشان می‌دهند، باید در طی سه ماهه سوم، یک غربالگری ثانویه انجام شود. فاصله زمانی مناسب برای انجام غربالگری در افراد غیرباردار، هنوزمشخص نشده است.

■ تا موقعی که شرایط نمونه‌گیری مناسب فراهم باشد، کشت واژینال به عنوان یک آزمایش غربالگری صحیح مطرح است. آزمایش‌های جدیدتر غربالگری از جمله آزمایش‌های فزون‌سازی اسیدهای نوکلئیک (nucleic acid amplification tests) و آزمایش‌های هیبریداسیون اسیدهای نوکلئیک (nucleic acid hybridization tests) نسبت به کشت‌های سرویکس حساسیت بیشتر و ویژگی قابل مقایسه‌ای دارند. بعضی از آزمایش‌های جدیدتر با استفاده از سواپ‌های ادراری و واژینال قابل انجام هستند. این آزمایش‌های جدید، امکان انجام غربالگری بدون انجام معاینه لگنی را فراهم می‌سازد.

■ درمان مناسب برای عفونت گونوره آ و نحوه تجویز درمان پیشگیری به نوزادان توسط مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC) طرح ریزی و خلاصه شده است:

(http://www.cdc.gov/std /treatment/42002TG.htm=gonococcal)

عفونت تناسلی در مردان و زنان ممکن است با یک سفالوسپورین نسل سوم یا فلوروکینولون درمان گردد، و زنان باردار ممکن است با سفالوسپورین های نسل سوم درمان شوند. به علت به وجود آمدن مقاومت به فلوروکینولون‌ها، CDC دستورالعمل‌های جدید درمان را در سال ۲۰۰۴ منتشر کرد و توصیه نمود که مردان هموسکسوال و افرادی که در کالیفرنیا، هاوایی یا آسیا مبتلا شده‌اند، با آنتی بیوتیک‌های فلوروکینولونی

درمان نشوند.
CDC توصیه کرده است در بیمارانی که هم‌زمان از نظر عفونت کلامیدیایی مورد غربالگری پزشکان قرار نگرفته‌اند، درمان تجربی هم‌زمان عفونت کلامیدیایی با درمان برای گونوره آ همراه گردد. به منظور پیشگیری از انتقال راجعه عفونت، همسران افراد آلوده باید آزمایش شده و در صورتی که آلوده باشند، تحت درمان قرار گیرند یا این که به صورت تجربی تحت درمان قرار گیرند.

■ گونوره آ از لحاظ ملی یک بیماری قابل گزارش است. گزارش کامل موارد گونوره آ به دست‌اندرکاران سلامت عمومی اجازه می‌دهد تا برآوردهای صحیح‌تری از شیوع گونوره آ داشته باشند. داشتن این اطلاعات به پزشکان اجازه می‌دهد تا روش‌هایی از غربالگری گونوره آ را انتخاب نمایند که فواید بیشتری دارند.

■ اولویت‌های پژوهشی در رابطه با غربالگری گونوره آعبارتند از درک بهتر فواید غربالگری در مردان در معرض افزایش خطر (به خصوص مردان هموسکسوال)، نقش گزارش دهی در میزان عفونت گونوره آ و همچنین برتری‌ها و اولویت آزمایش‌های مختلف.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Fam Med. 2005;3:263-267.

غربالگری
عفونت ویروسی هپاتیت B

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(uspstf)، غربالگری عفونت ویروسی هپاتیت B (HBV) را در زنان باردار و در اولین ویزیت پره‌ناتال آن‌ها، اکیدا توصیه می کند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری روتین عموم افراد بدون علامت جامعه را از نظر عفونت مزمن ویروسی هپاتیت B توصیه نمی کند.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ واکسیناسیون روتین هپاتیت، اثر قابل توجهی در کاهش تعداد عفونت‌های جدید HBV در هر سال دارد، که بیشترین میزان کاهش آن در بین بچه‌ها و نوجوانان دیده می‌شود. برنامه‌هایی که در آن کارکنان مراقبت بهداشتی واکسینه می‌شوند، موجب کاهش انتقال عفونت HBV می گردند.

■ اکثر افرادی که عفونی می‌شوند، کاملاً از عفونت HBV بهبودی یافته و ایمنی حفاظت کننده‌ای نسبت به ویروس کسب می کنند.

■ عوامل خطر اصلی عفونت HBV در ایالات متحده عبارتند از: بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STDs)، مصرف داروهای وریدی، تماس جنسی با افراد متعدد، فعالیت هموسکسوالی مردان، و تماس‌های خانگی طولانی‌مدت با افراد عفونی. به علت آن که ۴۰-۳۰ ٪ از افراد عفونی، هیچ عامل خطری که به آسانی قابل شناسایی باشد را ندارند، استراتژی‌های غربالگری مبتنی بر شناسایی افراد پرخطر، ارزش اخباری ضعیفی دارند.

■ پیشگویی کننده‌های مهم عفونت پیشرونده HBV عبارتند از: دوره طولانی مدت عفونت و وجود بیماری‌های همراه مانند سوء مصرف الکل، HIV، یا دیگر بیماری‌های مزمن کبدی. افرادی که عفونت HBV آنها از طریق غربالگری تشخیص داده شده است، ممکن است از مداخلات طراحی شده برای کاهش آسیب کبدی ناشی از سایر عوامل، همچون مشاوره برای پرهیز از سوء مصرف الکل و ایمونیزاسیون علیه هپاتیت A بهره ببرند.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hepbscr/hepbrs.htm.

مشاوره رفتاری به منظور پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF) ، مشاوره رفتاری گسترده به منظور پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی (STIs) را برای همه نوجوانان دارای فعالیت جنسی و بزرگسالان پرخطر از نظر STIs، توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل ما بین فواید و خطرهای مشاوره رفتاری به منظور پیشگیری از STIsدر نوجوانان بدون فعالیت جنسی و بزرگسالان در معرض عدم افزایش خطر STIs، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

- این توصیه همه نوجوانان و بزرگسالان دارای فعالیت جنسی را در بر می‌گیرد.

- همه نوجوانان دارای فعالیت جنسی، در معرض افزایش خطرSTIs هستند، و باید توصیه به مشاوره شوند. بزرگسالانی که در حال حاضر STIs دارند، یا در عرض سال گذشته عفونت داشته‌اند، در معرض افزایش خطر ابتلا به STIs در آینده هستند. بعلاوه، بزرگسالانی که همسران متعددی در حال حاضر دارند باید به عنوان افراد پرخطر در نظر گرفته شده و از جهت پیشگیری از STIs مورد مشاوره قرار بگیرند. نوجوانان متاهل چنانچه معیارهای مورد اشاره در بزرگسالان را داشته باشند، ممکن است برای مشاوره در نظر گرفته شوند. پزشکان همچنین باید جوامعی را که در آن کار می‌کنند در نظر بگیرند. چنانچه جمعیت تحت بررسی میزان بالایی ازSTIs داشته باشند، همه بیماران دارای فعالیت جنسی با روابط غیر تک همسری، ممکن است افراد پرخطر در نظر گرفته شوند.

- از میان مطالعات مرور شده، مداخلات موفق و با شدت زیاد معمولا از طریق جلسه‌های متعدد، اغلب گروهی، و با طول مدت کلی ۳ تا ۹ ساعت ارائه شده بود. شواهد اندکی اشاره می‌کنند که مداخلات تک جلسه‌ای و یا مداخلاتی که کمتر از ۳۰ دقیقه طول می‌کشند، در کاهش STIs موثر هستند. گرچه ۲

مطالعه، اثر مداخلات با شدت متوسط را نشان نداده است، ۳ مطالعه نشان داده است که ۲ جلسه مشاوره ۲۰ دقیقه‌ای قبل و بعد از آزمایش HIV منجر به کاهش معنی دار بالینی و آماری STIs می‌شود. USPSTF هیچ مطالعه‌ای درباره برنامه‌های مشاوره‌ای صرفا پرهیزی که در مراکز بالینی ارایه شده باشند، پیدا نکرد.

- به علت میزان بروز پایین STIs در بین بزرگسالانی که پرخطر نیستند، فایده خالص و بالقوه مشاوره رفتاری در این جمعیت در مقایسه با افراد پرخطر کمتر است. به علت فقدان شواهدی مبنی بر سودمندی، هزینه‌های قابل توجه زمانی و مالی برای پزشکان، بیماران و سیستم سلامتی، و احتمال از دست دادن فرصت برای انجام اقدامات ضروری‌تر، و در نظر گرفتن خدمات پیشگیری مبتنی بر شواهد، پزشکان شاغل در مراقبت اولیه باید در نظر داشته باشند که به منظور پیشگیری از STIs ها، به طور روتین مشاوره رفتاری را به بزرگسالانی که پرخطر نیستند، توصیه ننمایند. USPSTF در یک مطالعه کوچک شواهد محدودی درباره مشاوره با نوجوانان بدون فعالیت جنسی پیدا نموده است (بدون هیچ اثر مثبت یا زیانی از مشاوره کوتاه). اگرچه ممکن است پزشکان نتوانند همه نوجوانان دارای فعالیت جنسی را مشخص نمایند، شواهد موجود از مشاوره متمرکز با همه نوجوانان برای مشخص نمودن همه افرادی که به طور مقتضی شناسایی نشده و در معرض خطر هستند، حمایت نمی‌کنند و انجام این کار نیازمند منابع معتبرتری است. سودمندی مشاوره‌های کم شدت مشخص نشده است و فواید مشاوره‌های متمرکز در نوجوانان پرخطر قابل‌تعمیم به آنهایی نیست که فعالیت جنسی را انکار می‌کنند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2008;149(7):491-497.

غربالگری
هپاتیت C در بزرگسالان

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری روتین عفونت ویروسی هپاتیتc (HCV) را در بزرگسالان بدون علامت گروه کم خطر (جمعیت عمومی) توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به منظور توصیه به نفع یا علیه غربالگری روتین عفونت HCV در بزرگسالان گروه پرخطر، شواهد کافی ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ عوامل خطر شناخته شده عفونت HCV عبارتند از مصرف داروهای داخل وریدی در گذشته یا در حال حاضر، ترانسفوزیون خون قبل از سال ۱۹۹۰، دیالیز، و بچه مادر مبتلا به HCV. هم چنین عوامل دیگری مانند رفتارهای جنسی پرخطر (به ویژه رابطه جنسی با فرد آلوده به HCV) و مصرف داروهای غیرقانونی مانند کوکایین و یا ماری جوانا با افزایش خطر ابتلا به عفونت HCV، همراهی دارند. هم اکنون عفونت HCV بیشتر با مصرف داخل وریدی داروها و تا حدی با داشتن رفتارهای غیر ایمن جنسی همراهی داشته و نسبت افرادی که با دریافت خون یا محصولات خونی ترانسفوزیون شده قبل از سال ۱۹۹۰ دچار این عفونت شده‌اند، رو به کاهش است.

■ معمولا آزمایش اولیه عفونت HCV به وسیله ایمونواسی آنزیمی(EIA) انجام می‌شود. در جمعیت با شیوع پایین عفونت HCV (مثلاً ۲ ٪)، تقریباً ۵۹ ٪ از همه آزمایش‌های مثبتی که با استفاده از نسل سوم آزمایش‌های EIA انجام شده‌اند (با ۹۷ ٪ ویژگی)، مثبت کاذب خواهند بود. در نتیجه تایید آزمایش‌های مثبت، با استفاده از سنجش ایمونوبلات نوترکیب (نسل – سوم RIBA) توصیه می‌شود.

■ پیشگویی کننده های مهم عفونت پیشرونده HCV عبارتند از سن بالا در هنگام تشخیص عفونت، دوره طولانی‌تر عفونت، و وجود بیماری‌های همراه مانند سوء مصرف الکل، عفونت HIV و یا دیگر بیماری‌های مزمن کبدی. ممکن است افراد بدون علامتی که با استفاده از غربالگری، عفونت HCV در آنها تشخیص داده شده است، از مداخلات طراحی شده برای کاهش آسیب کبدی به علت سایر بیماری‌ها مثلاً مشاوره برای پرهیز از سوء مصرف الکل و ایمونیزاسیون بر علیه هپاتیت A و هپاتیت B، بهره ببرند، ولی شواهد محدودی برای سودمندی این نوع مداخلات وجود دارند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;140(6):462-464.

غربالگری HIV

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌نماید که پزشکان همه نوجوانان و بزرگسالان در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت HIV را از نظر ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) غربالگری نمایند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین HIV در نوجوانان و بزرگسالان گروه کم خطر ابتلا به عفونت HIV، هیچ توصیه‌ای نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع C

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌کند که پزشکان همه زنان باردار را از نظر HIV غربالگری نمایند.

درجه بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ شخصی به عنوان یک فرد با افزایش میزان خطر ابتلا به عفونت HIV در نظر گرفته می‌شود (و بدین علت باید آزمایش HIV در وی انجام گیرد) که وی یک یا تعداد بیشتری از عوامل خطر انفرادی را داشته باشد و یا این که در مراکز بالینی پر- شیوع و یا پر- خطر تحت مراقبت بهداشتی قرار بگیرد.

■ میزان خطر انفرادی ابتلا به عفونت HIV، با استفاده از سابقه دقیق بیمار ارزیابی می‌شود. افرادی که درمعرض افزایش خطر ابتلا به عفونت HIV هستند (که با میزان شیوع تعیین می‌شود) عبارتند از: مردانی که بعد از سال ۱۹۷۵ هموسکسوال بوده اند، مردان و زنانی که رابطه جنسی محافظت نشده با افراد متعدد داشته‌اند، افرادی که درگذشته یا حال داروی تزریقی مصرف کرده‌اند، مردان و زنانی که به خاطر پول یا مواد رابطه جنسی برقرار می‌کنند و یا همسران این چنینی دارند، افرادی که همسران قبلی یا فعلی آنها آلوده به HIV، یا دوجنسی یا مصرف کننده تزریقی دارو بوده‌اند؛ بیمارانی که به علت ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی تحت درمان قرار گرفته‌اند (STDs)؛ و افرادی که سابقه دریافت خون مابین سال های

۱۹۸۵–۱۹۷۸ داشته‌اند. هم چنین افرادی که هیچ عامل خطر انفرادی HIV را ذکر نکرده، ولی تمایل به انجام آزمایش HIV دارند، به عنوان افراد پرخطر در نظر گرفته می‌شوند چرا که احتمال دارد این‌ها افرادی باشند که مایل نیستند تا رفتارهای پرخطر خود را فاش نمایند.

■ در افرادی که هیچ عامل خطر انفرادی HIV را ذکر نکرده، ولی به مراکز بالینی پرخطر یا پرشیوع مراجعه می‌نمایند، شواهد خوبی از افزایش بازده غربالگری روتین HIV در این افراد وجود دارد. مراکز پرخطر عبارتند از: کلینیک‌های STD، مراکز تادیبی، پناهگاه‌های افراد بی خانمان، کلینیک‌های سل، کلینیک‌های مردان هموسکسوال، و کلینیک‌های سلامتی نوجوانان که این کلینیک‌ها شیوع بالایی ازSTDs را دارند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) مراکزی را پر شیوع تعریف می‌نماید که شیوع ۱ ٪ یا بیشتر از عفونت را درمیان جمعیت بیماران گیرنده خدمت داشته باشند. در موارد امکان پذیر، پزشکان جهت تعیین استراتژی مناسب غربالگری، باید شیوع عفونت HIV و ویژگی‌های خطر جمعیت دریافت کننده خدمت را، در نظر بگیرند. در حال حاضر اطلاعات و داده‌های لازم برای تصمیم‌گیری بالینی در مورد فاصله زمانی و تناوب ایده‌آل غربالگری HIV، وجود ندارند.

■ شواهد موجود از تشخیص و درمان افراد بدون علامت در مراحل پیشرفته ایمونولوژیکی بیماری HIV ($<200^{cells}/mm^3$ تعداد سلول های CD4) و استفاده از درمان‌های خیلی فعالانه بر ضد رترو ویروس‌ها (HAART) حمایت می‌کنند. همچنین معلوم شده است که در این افراد ایمونیزاسیون و پروفیلاکسی مناسب بر علیه عفونت‌های فرصت طلب، از جمله مداخلات مؤثر است. در افراد بدون علامتی که در مراحل اولیه بیماری هستند، ولی میزان خطر بالایی برای پیشرفت بیماری دارند ($<350^{cells}/mm^3$ شمارش سلول های CD4 یا ۱۰۰۰۰۰ copies /ml< بار ویروسی) می‌توان از HAART استفاده نمود، هر چند که در حال حاضر شواهد قاطعی از افزایش فایده قابل توجه شروع HAART در این شمارش‌ها وجود ندارد.

■ آزمایش استاندارد برای تشخیص عفونت HIV، ایمونواسی آنزیمی واکنشی پی‌درپی (repeatedly reactive enzyme immunoassay) است که بوسیله آزمایش‌های تاییدکننده "وسترن بلات" یا "ایمونوفلورسنت" دنبال می‌شود، این آزمایش‌های تایید کننده دقت زیادی دارند (حساسیت و ویژگی بالاتر از۹۹ ٪). همچنین "آزمایش سریع آنتی بادی HIV" که دقت زیادی داشته و در عرض۳۰-۱۰ دقیقه قابل انجام است برای انجام غربالگری در محل عرضه مراقبت پزشکی مفید است. این آزمایش سریع، در بیماران پرخطری که تحت مراقبت منظم پزشکی نیستند (مثل افرادی که در بخش اورژانس ویزیت شده‌اند) و هم‌چنین در زنانی‌که در حال زایمان فعال بوده و وضعیت HIV آنها مشخص نیست، مفید است.

■ شناسایی زودرس مادرانی که از نظر HIV، سرم مثبت هستند، منجر به انجام درمان زودرس ضدویروسی به منظور پیشگیری از انتقال HIV از مادر به بچه می‌شود و امکان اجتناب از اعمال زایمانی را به کادر درمانی می‌دهد که ممکن است میزان خطر انتقال HIV را افزایش بدهند، و هم‌چنین فرصت مناسبی را برای انجام

مشاوره برای مادر در عدم استفاده از تغذیه پستانی برای نوزاد (که به عنوان عامل افزایش خطر انتقال HIV شناخته شده‌است) فراهم می‌نماید.

■ شواهدی وجود دارد که (درکشورهای پیشرفته) استفاده از استراتژی OPT –OUT در غربالگری زنان باردار منجر به میزان بالاتری از انجام آزمایش HIV می‌شود (یعنی به زنان گفته می‌شود که آزمایش HIV به عنوان بخشی از مراقبت استاندارد پره ناتال انجام می‌گیرد مگر آن که زنان باردار انجام این آزمایش را نپذیرند). اما به علت آن که پذیرش آگاهانه و اختصاصی برای انجام آزمایش HIV در استراتژی OPT-OUT به دست نمی‌آید، نگرانی‌های اخلاقی و قانونی نمایان‌تر شده است. با این که کاهش چشم گیری در انتقال عفونت HIV به نوزادان به عنوان نتیجه‌ای از تشخیص و درمان زودرس پره‌ناتال صورت گرفته و مورد توجه واقع شده است، ولی وسعت بهبودی پیامدهای طولانی مدت در مادران که ناشی از تشخیص عفونت HIV و انجام مداخلات در طی بارداری باشد، هنوز مشخص نیست.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2005;143:32-37.

غربالگری
عفونت سیفلیس

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌نماید که پزشکان افراد در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت سیفلیس را غربالگری نمایند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌نمایدکه پزشکان همه زنان باردار را از نظر عفونت سیفلیس غربالگری نمایند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری روتین افراد بدون علامت گروه کم خطر از نظر ابتلا به عفونت سیفلیس را توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوعD

ملاحظات‌بالینی

■ جمعیت در معرض افزایش خطر ابتلا به عفونت سیفلیس (که با میزان‌های بروز معین می‌شوند) عبارتند از : مردان هموسکسوال که در رفتارهای پر- خطر جنسی درگیر می‌شوند، افرادی‌که به خاطر مواد رابطه جنسی برقرار می‌کنند و افرادی که در مراکز تادیبی ویژه بزرگسالان زندگی می‌کنند.

برای حمایت نمودن از یک تناوب و فاصله زمانی که برای انجام غربالگری در این جمعیت‌ها ایده‌آل و مناسب باشد، هنوز هیچ شاهد و مدرکی وجود ندارد. برای تعیین استراتژی‌های مناسب غربالگری، پزشکان باید مشخصات جوامعی را که به آنها خدمت ارائه می‌نمایند، در نظر داشته باشند. شیوع عفونت سیفلیسی به طور وسیعی در میان جوامع و جمعیت‌های بیماران تغییر می‌نماید. به عنوان مثال، شیوع عفونت سیفلیسی با توجه به منطقه سکونت (شیوع بیشتر عفونت در جنوب ایالات متحده و بعضی مناطق شهری نسبت به کل ایالات متحده) و نژاد افراد (شیوع بیشتر عفونت سیفلیسی در جوامع اسپانیایی و آمریکایی‌های آفریقایی تبار نسبت به جمعیت سفید پوست) تغییر می‌کند. افرادی که سایر بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STDs)

را دارند (یعنی کلامیدیا، گونوره آ، تبخال تناسلی، ویروس پاپیلومای انسانی و HIV) نسبت به افراد دیگر احتمال بیشتری برای داشتن رفتارهای جنسی پر- خطر دارند که موجب افزایش خطر ابتلا به سیفلیس در آنها می‌گردد، ولی هنوز هیچ‌گونه شواهدی وجود ندارد که از انجام غربالگری روتین سیفیلس در افراد مبتلا به سایر انواع STDs حمایت بکند. پزشکان باید از قضاوت بالینی خودشان بر پایه شیوع محلی و سایر عوامل خطر، برای انفرادی کردن انجام غربالگری در مورد ابتلا به عفونت سیفلیس استفاده نمایند. (مطالب بالا را ملاحظه کنید).

■ آزمایش های غیر تروپونمایی که معمولا برای غربالگری ابتدایی استفاده می‌شوند عبارتند از: Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) یا Rapid Plasma Reagin (RPR) که به وسیله آزمایش‌های تایید کننده Fluorescent Treponemal antibody absorbed (FTA-ABS) یا T. pullidum particle aqqlutinarion (TP-PA) پی‌گیری و دنبال می‌شوند. فاصله زمانی ایده‌آل برای غربالگری در افراد گروه‌های با خطر- متوسط و پر- خطر معین نشده است.

■ همه زنان باردار باید در اولین ویزیت پره ناتال تحت آزمایش قرار بگیرند. در زنانی‌که در گروه‌های پر-خطر قرار دارند، ممکن است تکرار آزمایش های سرولوژیک در سه ماهه سوم حاملگی و در طی زایمان ضروری باشد. جهت مستندسازی کاهش مقادیر آزمایشگاهی بعد از شروع درمان، آزمایش‌های پیگیری سرولوژی باید به صورت ابتدایی انجام گیرند. این آزمایش‌های پیگیری باید با استفاده از همان آزمایش غیرتروپونمایی که به صورت ابتدایی جهت تشخیص عفونت‌ها استفاده شده بودند، انجام گیرد یعنی (RPR یاVDRL) تا از امکان مقایسه اطمینان حاصل آید.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Fam Med. 2004;2(4):362-365.

غربالگری آسیب وخشونت‌های خانوادگی و خشونت با نزدیکان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به منظور توصیه به نفع یا بر علیه غربالگری روتین والدین یا کفیلان از نظر سوء استفاده فیزیکی از کودکان یا بی‌توجهی به آنان، و همین طور غربالگری زنان از نظر بررسی وجود خشونت خانوادگی و نیز غربالگری سالمندان یا مراقبین آنان از لحاظ بررسی سوء استفاده از آنان، شواهد کافی ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، شواهد موجود را از نظر میزان کارآیی ابزارهایی که برای یافتن موردها استفاده می‌شود تحت بررسی قرار نداده است. البته کلیه پزشکانی که کودکان و بزرگسالان را معاینه می‌کنند باید گوش به زنگ باشند تا هر گونه نشانه فیزیکی یا رفتاری و عوارض مربوط به سوء استفاده و بی‌توجهی (غفلت) را تشخیص دهند. در بیمارانی که نشانه‌های سوء استفاده در آنها وجود دارد، باید شواهد واقعه و نیز یافته‌های بالینی را مستند نمود (برای مثال رادیوگرافی و نیز فوتوگرافی تهیه نمود). هم‌چنین آسیب‌های فیزیکی را درمان نموده، و ترتیب انجام مشاوره با متخصصین بهداشت روان را فراهم نمود. هم‌چنین شماره تلفن‌های اورژانس های پزشکی و اجتماعی، پناهگاه‌ها و آژانس‌های ارائه خدمات حفاظتی باید به آنها داده شود.

■ اصولاً قربانیان خشونت خانوادگی عبارتند از کودکان، زنان خانواده، دوستان نزدیک و سالمندان. عوامل خطر متعددی برای خشونت خانوادگی شناسایی گردیده‌اند، برخی از این عوامل ممکن است بر اثر برخی شرایط اجتماعی و اقتصادی تشدید گردند.

- عوامل خطر مرتبط با سوء استفاده از کودکان و یا بی‌توجهی به آنان عبارتند از: میزان درآمد پایین، سطح پایین آموزشی مادر، نژاد غیر سفید پوست، خانواده پرجمعیت، سن پایین ازدواج، تک سرپرست بودن، اختلالات روحی والدین، وحضور پدر خوانده.

- عوامل مرتبط با خشونت های مربوط به دوستان نزدیک عبارتند از: سن پایین، درآمد پایین، بارداری، مشکلات سلامت روانی، استعمال الکل یا مواد دیگر توسط قربانیان یا مقصران، جدا زندگی کردن یا مطلقه

بودن و وجود سابقه ای مبنی بر سوء استفاده جنسی و یا فیزیکی در دوران کودکی.
- عوامل مرتبط با سوء استفاده از سالمندان عبارتند از: سن بالا، نژاد غیر سفید، درآمد پایین، اختلالات کارکردی، از کار افتادگی شناختی، استعمال مواد، داشتن حالت ضعیف احساسی و عاطفی، اعتماد به نفس پایین، زندگی با هم و با نامحرمان و نداشتن حمایت اجتماعی.

■ چندین ابزار برای غربالگری والدین از بابت سوء استفاده از کودکان مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند. قابلیت این ابزارها در شناسایی و پیش بینی سوء استفاده از کودک یا بی‌توجهی به کودک محدود است. ابزارهای مخصوص غربالگری جهت خشونت‌های مربوط به دوستان نزدیک نیز ایجاد و ابداع گردیده‌اند، و با این که بعضی از آنها از ثبات مناسبی دارند، ولی هیچکدام از نظر حصول نتیجه قابل اندازه‌گیری، معتبر و مورد تائید نیست. مثلWEB و HLTS :
(e.g. the HITS [Hurt,Insulted,Threatened,Screamed]instrument,the partner Abuse Interview,and the womens Experience with battering[WEB]scale).
یک سری ابزارهای مخصوص غربالگری نیز ابداع گردیده‌اند تا بتوان قربانیان سالمند را در رابطه با سوء استفاده از آنان و یا مراقبین سوء استفاده شده توسط آنان را شناسایی نمود. مثل CASE و HSEAST :
(the caregiver Abuse Screen [CASE] and the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test[HSEAST])
هر دوی این ابزارها (CASE , HSEAST) در مقایسه با ابزار تایید شده قبلی هم سنگ بودند (وقتی در جامعه مورد استفاده قرار گرفتند). لیکن در مراکز بالینی مراقبت‌های اولیه هنوز بررسی نشده اند.

■ برنامه‌های ویژه دیدار از خانه که برای مادران در معرض خطر جدی خشونت ابداع گردیده (مادران پر-خطر براساس عوامل خطر اجتماعی و جمعیتی شناسایی می‌شود)، باعث بهبود شرایط رشد و نمو در خانه گردیده و نیز باعث کاهش بروز سوء استفاده از کودک و بی‌توجهی به کودک گردیده و هم چنین موجب کاهش میزان فعالیت‌های خلاف شان مادری و استعمال مواد توسط او گردیده است.

Reference

1. Nelson HD, Nygren P, Qazi Y. Screening for Family and Intimate Partner Violence. Systematic Evidence Review No. 28. (Prepared by the Oregon Health & Science Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0018). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2004. (Available on the AHRQ Web site at: www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm). This USPSTF recommendation was first published in: Ann Intern Med. 2004;140(5):382-386.

مشاوره در مورد استفاده صحیح از امکانات محافظتی وسایل نقلیه موتوری و اجتناب از مصرف الکل در هنگام رانندگی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که صرف نظر از تاثیر قانونگذاری و مداخلات جامعه‌نگر، شواهد فعلی برای ارزیابی فواید مشاوره در مراکز مراقبتی اولیه بر افزایش میزان استفاده صحیح از امکانات محافظتی وسایل نقلیه موتوری (صندلی مخصوص کودک، کمربندهای ایمنی و.....) شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می کند که برای ارزیابی تعادل ما بین فواید و عوارض مشاوره روتین با تمام بیماران در مراکز مراقبتی اولیه به منظور عدم انجام رانندگی در صورت مصرف الکل و یا سوارشدن در اتوموبیلی که راننده آن الکل مصرف نموده است، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات‌بالینی

■ این توصیه به مداخلات مشاوره‌ای رفتار محوری اشاره دارد که در مراکز مراقبتی اولیه ارایه می‌شود و والدین، کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان را دربرمی‌گیرد.

■ فواید استفاده از صندلی‌های ویژه کودک و صندلی‌های قابل تنظیم در پیشگیری از آسیب‌ها، نیازمند استفاده صحیح از آنها است (یعنی اینکه صندلی‌ها باید مناسب سن و وزن باشند و به طور صحیحی مورد استفاده قرار بگیرند). کودکان کوچک‌تر از ۱ سال و کمتر از ۹ کیلوگرم تنها باید از صندلی‌های پشت به جلو، صندلی‌های ویژه کودک و یا صندلی‌های قابل تنظیم به این نوع صندلی‌ها که در صندلی‌های عقب اتومبیل قرار دارند، استفاده نمایند. کودکان کوچک‌تر از یک سال که ۹ تا ۱۶ کیلوگرم وزن دارند، باید از صندلی‌های

قابل تنظیم موجود در صندلی‌های عقب اتومبیل استفاده نمایند. صندلی‌های ویژه کودک پشت به جلو، نباید در صندلی‌های جلویی اتومبیل که کیسه‌های هوایی در مقابل آنها تعبیه شده است، قرار داده شوند. مرگ یا آسیب‌های شدید ممکن است در اثر بازشدن کیسه‌های هوایی و برخورد آن با صندلی‌های ویژه کودک رخ دهد. کودکان ۱ تا ۴ ساله با وزن مابین ۹ تا ۱۸ کیلوگرم باید در صندلی‌های رو به جلوی قابل تنظیم و یا صندلی‌های رو به جلوی منفرد در قسمت عقبی اتومبیل بنشینند. بچه‌های ۴ تا ۸ ساله با قد تا ۱۴۵ سانتی‌متر باید از صندلی‌های قابل تنظیم در قسمت عقبی اتومبیل استفاده نمایند. بعد از این سن (یا قد) استفاده از کمربندهای ایمنی مناسب است. بچه‌های بزرگتر از ۸ و کمتر از ۱۳ سال باید از صندلی‌های عقب اتومبیل دارای کمربندهای ایمنی استفاده نمایند.

- مداخلات مشاوره‌ای رفتارمحور که شامل یک بخش آموزشی و نیز دلایل استفاده از وسیله مورد نظر به همراه توضیح اجزا سازنده آن است، موثرتر از مشاوره‌هایی است که تنها قسمت آموزشی دارد.

- مشاوره‌های بالینی در ترکیب با مداخلات جامعه محور، در افزایش میزان استفاده صحیح از صندلی‌های ویژه کودک موثرتر است. در واقع در طی دهه گذشته، قانونگذاری و اجبار در افزایش استفاده از صندلی‌های ویژه کودک و کمربندهای ایمنی با هم مشارکت داشته‌اند. راهبردی جامع که شامل مداخلات جامعه محور، مشاوره مراقبتی اولیه در مراکز مراقبت اولیه، قانونگذاری، و اجبار است، در بهبود استفاده صحیح از وسایل ایمنی موثر است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2007;147:187-93.

وضعیت سلامت روانی و سوء مصرف مواد

غربالگری و مداخله مشاوره رفتاری در مراقبت اولیه به منظور کاهش سوء مصرف الکل

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری و مداخله مشاوره رفتاری به منظور کاهش میزان سوء مصرف الکل توسط بزرگسالان (از جمله زنان باردار) را در مراکز مراقبت اولیه، توصیه می‌نماید (به ملاحظات بالینی رجوع کنید).

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که برای توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری و مداخله مشاوره رفتاری به منظور پیشگیری یا کاهش سوء مصرف الکل توسط نوجوانان در مراکز مراقبت اولیه شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ سوء مصرف الکل از نظر پزشکی عبارت است از نوشیدن خطرناک، زیان‌آور و آسیب رسان الکل که افراد را در معرض افزایش خطر مشکلات بعدی قرار می‌دهد. نوشیدن خطرناک یا زیان‌آور الکل در ایالات متحده این چنین تعریف می‌شود: در زنان نوشیدن بیش از ۷ واحد در هفته یا بیش از ۳ واحد در هر بار، در مردان نوشیدن بیش از ۱۴ واحد در هفته و یا بیش از ۴ واحد در هر بار.

نوشیدن آسیب‌رسان از نظر پزشکی توصیف افرادی است که در حال حاضر آسیب فیزیکی، اجتماعی یا روانی حاصل از مصرف الکل را تجربه می‌کنند، ولی معیارهای لازم وابستگی به الکل را ندارند. سوء مصرف الکل و وابستگی به آن با اثرات منفی پی‌درپی فیزیکی، روانی و اجتماعی حاصل از الکل همراهی دارد. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده سودمندی مداخلات مربوط به وابستگی به الکل را ارزیابی نکرده است، چرا که فواید این مداخلات به خوبی آشکار شده و ارجاع یا درمان اختصاصی برای افرادی که معیارهای تشخیصی وابستگی به الکل را دارند، توصیه شده است.

■ مصرف الکل به میزان کم تا متوسط در میانسالگی و سالمندی، با برخی از فواید سلامتی مانند کاهش میزان خطر بیماری‌های کرونری قلبی، همراهی دارد. میزان متوسط مصرف الکل با نوشیدن روزانه۲ واحد استاندارد (برای مثال ۱۲ اونس آبجو) یا کمتر از آن در مردان و روزانه ۱ واحد یا کمتر از آن در زنان و افراد مسن‌تر از ۶۵ سال تعریف می‌شود، اما یافته‌های جدید، فواید مشابهی با نوشیدن الکل به میزان کمتر (مثلاً ۱واحد ۳ تا ۴ بار در هفته) را نشان می‌دهند.

■ آزمایش شناسایی اختلالات مصرف الکل (AUDIT) پراستفاده‌ترین ابزار غربالگری است که برای کشف مشکلات مرتبط با مصرف الکل، در مراکز مراقبت اولیه مورد مطالعه قرار گرفته است. این آزمایش برای کشف سوء مصرف، سوء استفاده و یا وابستگی به الکل حساس بوده و می‌تواند به تنهایی یا همراه با ارزیابی‌های وسیع‌تر عوامل خطر سلامتی و شیوه زندگی مورد استفاده قرار بگیرد. CAGE چهار ماده‌ای (احساس نیاز به کم کردن مصرف، رنجیدن از انتقاد، احساس گناه درباره نوشیدن الکل، نیاز به مصرف الکل به هنگام صبح) رایج‌ترین آزمایش غربالگری برای کشف سوء مصرف الکل یا وابستگی به آن، در مراکز مراقبت اولیه است.
TWEAK، یک مقیاس ۵ ماده‌ای و ACE – T برای غربالگری سوء مصرف الکل در زنان باردار طراحی شده‌اند. این موارد سطوح پایین‌تر مصرف الکل را شناسایی می‌کنند که ممکن است در طی بارداری خطرناک باشند. پزشکان می‌توانند استراتژی‌های مناسب برای انجام غربالگری در افراد تحت پوشش مربوط به مراکز بالینی خودشان را انتخاب کنند. ابزارهای غربالگری در وب سایت انستیتوی ملی الکلیسم و سوء مصرف الکل در دسترس هستند: http://www.niaaa.nih.gov

■ مداخلات موثر برای کاهش سوء مصرف الکل شامل یک جلسه مشاوره ابتدایی در حدود ۱۵ دقیقه، فیدبک، نصیحت و هدف‌گذاری است. هم چنین در اکثر موارد مراقبت و پیگیری بیشتری لازم است. نشان داده شده است که مداخلات چند تماسی (قطبی) در بیمارانی که محدوده سنی وسیعی دارند (۷۵-۱۲سال)، در کاهش ۳ تا ۹ واحد از میزان متوسط مصرف الکل در هفته موثر است که در حدود ۶ تا ۱۲ ماه بعد از مداخلات این اثرات پایدار می‌مانند.
این مداخلات به صورت جزئی یا کلی، در مراکز مراقبت اولیه به وسیله یک یا تعداد بیشتری از اعضای تیم مراقبت سلامتی از جمله پزشکان و کارمندان غیر پزشک ارائه می‌شوند.
مواردی که به پزشکان کمک می‌نمایند تا مداخلات موثرتری را انجام دهند عبارتند از آموزش کوتاه به

افراد ارائه کننده خدمت یا استفاده از کارمندان مراقبت اولیه با آموزش ویژه یا آموزش دهنده‌های سلامت و سیستم‌های دفتری و اداری حمایت کننده (مانند یادآورها، الگوریتم‌های مشاوره‌ای و وسایل آموزش به بیماران).

■ غربالگری در مراکز مراقبت اولیه و مداخلات مشاوره‌ای رفتار- محور مربوط به سوء مصرف الکل، می‌توانند با مراجعه به 5 As مربوط به چهارچوب مشاوره‌ای رفتاری توصیف شوند:
(Asses) ارزیابی مصرف الکل با استفاده از یک متد کوتاه غربالگری،که متعاقب آن در صورت نیاز ارزیابی بالینی انجام می‌گیرد.
(Advice) نصیحت به بیماران برای کاهش میزان مصرف الکل به مقادیر متوسط.
(Agree) توافق بر روی اهداف فردی کاهش مصرف الکل یا پرهیز از آن (در صورت ضرورت).
(Assist) کمک به بیماران جهت پیدا کردن انگیزه، آموزش مهارت‌های کمک خود، یا انجام حمایت‌های مورد نیاز برای تغییر رفتار.
(Arrange) یا تنظیم حمایت‌های پیگیری و مشاوره‌های مکرر (از جمله ارجاع افراد وابسته به الکل جهت درمان اختصاصی).
روش‌های معمول که این چهارچوب را کامل می‌کنند عبارتند از مصاحبه جهت ایجاد انگیزه (5Rs که برای درمان مصرف دخانیات استفاده می‌شود) و ارزیابی وجود آمادگی جهت تغییر.
فاصله زمانی ایده‌آل برای انجام غربالگری و مداخلات مشخص نیست. بیماران مبتلا به سوء مصرف قبلی الکل، جوانان و دیگر گروه‌های پرخطر (مثلاً سیگاری ها) ممکن است از غربالگری‌های مکرر، بهره بیشتری ببرند.

■ باید به همه زنانی که باردار بوده و یا قصد بارداری دارند، نسبت به اثرات زیان‌آور الکل بر روی جنین آگاهی داده شود. سطوح ایمن الکل در طی بارداری مشخص نیست، بنابراین توصیه می‌شود که زنان باردار از نوشیدن الکل خودداری کنند. برای کارآمد بودن مداخلات رفتاری و همچنین انجام غربالگری در مراقبت اولیه از نظر سوء مصرف الکل در میان زنان باردار، تحقیقات بیشتری لازم است.

■ فایده مداخلات رفتاری برای پیشگیری یا کاهش میزان سوء مصرف الکل در نوجوانان، مشخص نیست. اخیراً پرسشنامه CRAFFT جهت غربالگری نوجوانان از نظر سوء مصرف مواد در مراکز مراقبت اولیه مورد تایید قرار گرفته است.
با در دسترس قرارگرفتن مداخلات موثرتر در مراکز مراقبت اولیه، لازم است که فواید غربالگری این گروه جمعیتی مورد ارزیابی قرار گیرد.

References

1. Reid MC, Fiellin DA, O’Connor PG. Hazardous and

harmful alcohol consumption in primary care. Arch Intern Med. 1999;159(15):1681-1689.
2. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health from the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH Publication No. 00-1583; June 2000.
5. The Physician's Guide to Helping Patients with Alcohol Problems. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH Pub. No. 95-3769. Bethesda, MD; 1995.
6. Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. N Engl J Med. 2003;348(2):109-118.
7. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction. 1993;88(6):791-804.
8. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med. 2000;160(13):1977-1989.
9. Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252(14):1905-1907.
10. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant

women. Alcohol Res Health. 2001;25(3):204-209.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization; 2001.
12. Training Physicians in Techniques for Alcohol Screening and Brief Intervention. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Bethesda, MD; 1997.
13. Whaley SE, O'Conner MJ. Increasing the report of alcohol use among low-income pregnant women. American Journal of Health Promot. 2003;17(6):369-372.
14. Fleming MF. Identification of at-Risk Drinking and Intervention with Women of Childbearing Age: Guide for Primary Care Providers. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH. Bethesda, Maryland; 2000.
15. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002;22(4):267-284.
16. Miller WR, Rollnick S, Con K. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
17. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidencebased clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002;121(3):932-941.
18. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.
19. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. Alcohol Clin Exp Res. 2003;27(1):67-73.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;140:555-557.

غربالگری دمانس

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع و یا بر علیه انجام غربالگری روتین دمانس در سالمندان، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ آزمایش ویژه وضعیت روحی و روانی (MMSE)، به عنوان بهترین وسیله مطالعه شده جهت انجام غربالگری اختلالات شناختی به شمار می‌آید. هنگامی‌که آزمایش MMSE برای غربالگری بیماران غیر انتخابی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ارزش اخباری مثبت نسبتا خوب است. میزان دقت آزمایش MMSE بستگی به سن فرد و میزان تحصیلات او دارد: یعنی به کار بردن یک حد قراردادی می‌تواند به طور بالقوه موجب بروز نتایج مثبت کاذب در بین افراد سالمند دارای میزان پایین‌تر تحصیلات گردد، همینطور باعث بروز نتایج منفی کاذب در میان افراد جوان‌تر دارای میزان بالاتر تحصیلات شود. تست‌هایی که بیشتر به ارزیابی محدودیت‌های کارکردی می‌پردازند تا اختلالات شناختی، نظیر پرسشنامه مخصوص فعالیت‌های کارکردی (Functional Activities Questionnaire- FAQ)، قادر به شناسایی دمانس هستند، آن هم با چنان درجه‌ای از حساسیت و ویژگی که قابل مقایسه با روش MMSE است.

■ تشخیص زود هنگام اختلال شناختی علاوه بر کمک به اتخاذ تصمیمات مربوط به تشخیص و درمان بیماری، این امکان را به پزشکان می‌دهد تا در جریان مشکلاتی قرار بگیرند که بیماران در رابطه با درک و پای‌بندی به درمان توصیه شده دارند. چنین اطلاعاتی همچنین می‌تواند برای مراقبین بیمار و اعضای خانواده مفید واقع شود به گونه‌ای که در امر توجه و برنامه‌ریزی برای مشکلات آتی کمک نماید، مشکلاتی که ممکن است حاصل پیشرفت اختلال شناختی باشد.

■ هر چند که شواهد فعلی از انجام غربالگری روتین در بیماران مبتلا به اختلال شناختی غیر از موارد مشخص فعلی، حمایت نمی‌کند، با این وجود پزشکان باید اقدام به ارزیابی عملکرد شناختی در صورت وجود احتمال اختلال شناختی یا دمانس نمایند. این کار باید مبتنی بر مشاهده مستقیم، گزارش خود بیمار و یا بر اساس مطالب ارائه شده از سوی اعضای خانواده بیمار، دوستان و یا مراقبین او باشد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2003;138:925-926.

غربالگری افسردگی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، در مراکزی که مجهز به سیستم لازم برای حصول اطمینان از تشخیص دقیق بیماری، درمان مؤثر و پیگیری‌های بعدی هستند، انجام غربالگری بزرگسالان درحین معاینه بالینی از نظر افسردگی را توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین از نظر افسردگی درکودکان و نوجوانان، شواهد موجود کافی نیست.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ روش‌های متداول متعددی برای انجام غربالگری افسردگی در دسترس هستند (شامل مقیاس خود ارزیابی افسردگی زانگ Zung self-Assessment Depression، پرسشنامه افسردگی موسوم به Beck Depression Inventory، پرسشنامه سلامت عمومی General Health [GHQ] Questionnaire و مقیاس مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی center for epidemiologic study depression scale(CES-D). پرسیدن دو سؤال ساده درباره خُلق و فقدان احساس لذت (مثلاً این پرسش: آیا در دو هفته گذشته احساس حقارت یا افسردگی یا نومیدی کرده‌ای؟ و این سؤال: آیا در عرض دو هفته پیش احساس کرده‌ای که علاقه و لذت کمتری در انجام کارها داری؟) می‌تواند به همان اندازه کاربرد شیوه‌ها و روش‌های پیچیده‌تر مؤثر واقع شود. شواهد اندکی وجود دارد که بخواهیم یک روش غربالگری را نسبت به روش دیگر ارجح بدانیم، بنابراین پزشکان می‌توانند اقدام به انتخاب روشی نمایند که تناسب بهتری با ترجیح شخصی آنان، جامعه بیماران تحت بررسی و تشکیلات کاری موجود دارد.

■ کلیّه آزمون‌های مثبت غربالگری از نظر افسردگی باید منجر به انجام مصاحبه‌های کامل تشخیصی این بیماری شوند. مصاحبه‌هایی که با استفاده از معیارهای استاندارد تشخیصی (برگرفته از DSM-IV) برای تعیین وجود یا فقدان اختلال اختصاصی افسردگی، مانند افسردگی ماژور و یا دیس تایمی کاربرد دارند. شدت افسردگی و مشکلات روانی همراه (مانند اضطراب، حملات پانیک، یا سوءمصرف مواد) باید مورد توجه قرار گیرند.

■ بسیاری از عوامل خطر افسردگی (مثل جنس مونث، سابقه خانوادگی افسردگی، بیکاری، بیماری‌های مزمن) شایع هستند، لیکن صرف وجود عوامل خطر افسردگی به تنهایی نمی‌تواند متمایز کننده افراد افسرده

از افراد سالم باشد.

■ فاصله زمانی ایده‌آل برای غربالگری افسردگی مشخص نیست. انجام غربالگری‌های مکرر ممکن است بهترین شیوه در بیمارانی باشد که دارای سابقه افسردگی، علائم جسمانی نامشخص، بیماری های روانی همراه (مانند اختلال پانیک و یا اضطراب منتشر)، سوء مصرف مواد، یا دردهای مزمن هستند.

■ روشهای بالینی غربالگری افسردگی باید مجهز به سامانه ای باشند که اطمینان دهد که نتایج مثبتی که از غربالگری به دست آمده‌اند با اقدامات دقیق تشخیصی، درمان موثر، پیگیری‌های دقیق دنبال خواهند گردید. اگر چنین سامانه ای به نحو مطلوبی عمل ننماید، منافع حاصل از غربالگری واقعی نخواهد بود.

■ درمان افسردگی ممکن است شامل داروهای ضدافسردگی یا رویکردهای اختصاصی روان درمانی باشد (مثل درمان رفتاری شناختی و یا مشاوره‌های کوتاه روانی) که به صورت منفرد و یا ترکیبی انجام می‌شود.

■ مزایای غربالگری روتین افسردگی در کودکان و نوجوانان هنوز ناشناخته است. یافته‌های موجود حاکی از این است که تست‌های غربالگری افسردگی در نوجوانان دارای نتایج منطقی و مطلوبی بوده و نیز درمان‌های مربوطه مؤثر هستند، لیکن تأثیر بالینی انجام غربالگری روتین افسردگی در جمعیت‌های کودکان در مراکز مراقبت‌های اولیه، مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است. پزشکان باید گوش بزنگ باشند تا نشانه‌های احتمالی افسردگی در جوانان را مورد توجه قرار دهند. ارزش اخباری تست‌های غربالگری افسردگی در کودکان و نوجوانان کمتر از بزرگسالان است و تحقیقات پیرامون میزان کارآیی اقدامات مبتنی بر مراقبت اولیه در رابطه با افسردگی در این گروه سنی اندک است.

References

1. Williams JW, Hitchcock Noel P, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Rational clinical examination. Is this patient clinically depressed? JAMA. 2002;287:1160-1167.
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Casefinding instruments for depression: Two questions are good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-445.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2002;136:760-764.

غربالگری از نظر استفاده از داروهای غیرمجاز

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل مابین فواید و عوارض غربالگری نوجوانان، بزرگسالان، و زنان باردار از نظر مصرف داروهای غیرمجاز، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ در حالیکه میزان مصرف داروهای غیرمجاز در ایالات متحده در ۱۸ تا ۲۰ ساله‌ها در بیشترین حد خود است، مشخص شده است که بیشتر از ۱۰٪ نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله، از داروهای غیرمجاز استفاده می‌نمایند. بزرگسالانی که به طور مرتب از داروهای غیرمجاز استفاده می‌نمایند، به طور پیوسته با افزایش سن کاهش می‌یابد. در حدود ۵ ٪ از زنان، مصرف داروهای غیرمجاز در عرض ماه گذشته را تایید نموده‌اند.

■ ماری جوانا شایع‌ترین داروی غیرمجاز مورد مصرف در ایالات متحده است، در حدود ۶٪ از جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر مصرف ماری جوانا را در طی ماه قبل از پرسش تایید نمودند. در حالیکه کوکائین دومین داروی غیرمجاز مورد مصرف در ایالات متحده است، کمتر از ۱٪ جمعیت از آن استفاده می‌نمایند. تنها اقلیت کوچکی از آمریکایی‌ها از هالوسینوژن‌ها، مواد استنشاقی، هروئین، مت‌آمفتامین‌های غیرمجاز استفاده می‌نمایند، با اینکه پتانسیل سومصرف و وابستگی به این مواد بالا است. مصرف غیرمجاز (غیرطبی) داروهای پزشکی مانند ضد دردها، مسکن‌ها، محرک‌ها، سداتیوها یکی از مشکلات رو به گسترش در ایالات متحده است.

■ در حالی‌که پزشکان در رابطه با نشانه‌ها و علایم مصرف داروهای غیرمجاز در بیماران باید هوشیار باشند، فواید اضافی غربالگری در بیماران بدون علامت به هنگام دریافت مراقبت اولیه، هنوز مشخص نیست. آزمایش‌های توکسیکولوژیک ادراری یا خونی می‌توانند شواهد عینی فراهم نمایند، اما این آزمایش‌ها نمی‌توانند استفاده‌کنندگان گاه‌گاهی را از افرادی که به واسطه مصرف این مواد دچار آسیب شده‌اند، تمییز

دهند. مشخص شده است که برخی از پرسش‌نامه‌های کوتاه و استانداردشده، اعتبار و قابلیت اطمینان لازم برای غربالگری نوجوانان و بزرگسالان از نظر مصرف و سومصرف داروها را دارند. اما سودمندی بالینی این پرسش‌نامه‌ها معین نشده است. ارزش اخباری مثبت این پرسش‌نامه‌ها متغیر بوده است و در بهترین حالت در کلینیک‌های طبی عمومی ۸۳٪ بود. بعلاوه امکان‌پذیری استفاده روتین از پرسش‌نامه‌ها در مراکز مراقبت اولیه شلوغ، هنوز در حال ارزیابی است. اعتبار، قابلیت اطمینان، سودمندی بالینی پرسش‌نامه‌های استاندارد در غربالگری از نظر مصرف داروهای غیرمجاز در طی بارداری، هنوز به طورکافی ارزیابی نشده است.

■ اگرچه درمان‌های دارویی اختصاصی (مانند بوپرنورفین در سومصرف اوپیات‌ها) و یا مداخلات رفتارمحور (مثل مشاوره‌های کوتاه انگیزشی در سومصرف حشیش) درکوتاه‌مدت درکاهش مصرف داروهای غیرمجاز موثر بوده‌اند، ولی هنوز اثرات درازمدت این نوع درمان بر روی موربیدیته و مورتالیته به طورکامل ارزیابی نشده است. بعلاوه، این نوع درمان‌ها تقریبا به طور انحصاری بر روی افرادی انجام شده است که قبلا دچار مشکلات طبی، اجتماعی، یا قانونی ناشی از مصرف داروهای غیرمجاز شده‌اند، سودمندی آنها در افرادی که با استفاده از غربالگری شناسایی شده‌اند، مشخص نشده است. تنها در یکی از کارآزمایی‌ها، درمان در خارج از سیستم مراقبت‌های اولیه و در مرکز تخصصی ارایه شده بود. شواهد بیشتری لازم است تا تاثیر درمان‌های ارایه شده در مطب بر روی مصرف و وابستگی به داروهای غیرمجاز اثبات شود.

■ در حالیکه نمونه مداخلات پیشگیری و کاهش مصرف داروهای غیرمجاز، برای استفاده در مدارس و محل‌های کار ارایه شده است، ولی شواهد مربوط به خدمات پیشگیری ارایه شده در خارج از مراکز مراقبتی اولیه، خارج از حیطه بررسی USPSTF بوده است. اما کارگروه خدمات پیشگیری مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، برنامه‌هایی را برای ارزیابی سودمندی مداخلات مبتنی بر جمعیت‌های خاص بر روی پیشگیری و یا کاهش سومصرف داروها (به غیر از توتون و الکل) انتشار داده است و بر پایه این یافته‌ها، توصیه‌هایی را ارایه نموده است.

This USPSTF recommendation was first published by
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville

غربالگری
میزان خطر خودکشی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع و یا علیه انجام غربالگری روتین از نظر میزان خطر خودکشی، توسط پزشکان مراقبت اولیه درمیان جمعیت معمولی، شواهد موجود کافی نیست.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ جدّی‌ترین عوامل خطر در رابطه با اقدام به خودکشی شامل اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روانی، اختلالات همراه با سوء مصرف مواد، داشتن سابقه خودآزاری عمدی (DSH) و نیز سابقه اقدام به خودکشی است. خودآزاری عمدی (DSH) یعنی اقدامات عمدی جهت آزار رساندن به خود، که دارای پیامد غیر مهلک است (ازجمله مسموم ساختن خویش و آسیب رساندن به خود). میزان خطر مربوط به خودکشی در راستای یک پیوستار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که از مرحله پرورش افکار و ایده خودکشی (که نسبتاً یک حالت با شدت اندک است) تا مرحله‌پرورش افکار خودکشی همراه با نقشه انجام آن (که دارای شدت بیشتری است) را شامل می‌گردد. پرورش افکار خودکشی همراه با یک طرح و نقشه اختصاصی برای انجام آن، با یک خطر قابل توجه برای اقدام به خود کشی همراهی دارد.

■ امکانات و وسایل مخصوص انجام غربالگری خودکشی به طور شایع در کلینیک‌های تخصصی و مراکز سلامت روانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. ویژگی‌های اختصاصی تست در شایع‌ترین ابزارهایی که برای غربالگری خودکشی استفاده می شوند، یعنی SSI،W SSI و (Scale for Suicide Ideation-SIQ [SSI], Scalefor Suicide Ideation-Worst [SSI-W], and the Suicidal Ideation Questionnaire [SIQ)]) از بابت ارزیابی میزان خطر خودکشی در مراکز مراقبت‌های اولیه، هنوز مورد تایید قرار نگرفته‌اند. تنها یک سری آزمایشات محدود در رابطه با سیستم تشخیصی مبتنی بر علائم، جهت استفاده در غربالگری خودکشی در مراکز مراقبت‌های اولیه وجود دارند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;140:820-821.

مشاوره پیشگیری از مصرف توتون و بیماری‌های ناشی از آن

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌کند که پزشکان اقدام به غربالگری همه بزرگسالان از نظر مصرف توتون نمایند و نیز مداخلات لازم برای توقف مصرف توتون را برای افرادی فراهم سازند که از توتون استفاده می‌نمایند.

درجه‌بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌کند که پزشکان اقدام به غربالگری کلیه زنان باردار از نظر مصرف توتون نموده و نیز اقدام به ارائه کامل تر مشاوره ویژه بارداری در افراد سیگاری نمایند.

درجه بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع و یا علیه انجام غربالگری روتین از نظر مصرف توتون، و یا انجام مداخلاتی به منظور پیشگیری و درمان مصرف و وابستگی به توتون در کودکان و نوجوانان، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ اثبات شده است که اقدامات مشاوره‌ای کوتاه مدت برای ترک مصرف توتون، شامل غربالگری، مشاوره کوتاه (به مدت ۳ دقیقه یا کمتر)، یا درمان دارویی، میزان عدم تمایل و خودداری ازمصرف توتون را افزایش می‌دهند و یک رابطه دوز- پاسخ میان میزان ترک مصرف و مدت زمان مشاوره وجود دارد. از سوی پرسنل مختلف درمانگاهی که مراقبت اولیه را بر عهده دارند، انجام اقدامات مؤثر امکان پذیر است.

■ چهارچوب مشاوره رفتاری، که شامل پنج بخش (5-A) است، استراتژی مفیدی برای متعهد کردن بیماران درباره توقف استعمال دخانیات را فراهم می‌کند. این پنج بخش(5-A) عبارتند از:

۱ـ درباره مصرف توتون سؤال کنید (Ask).

۲ـ اقدام به ارائه پند و اندرز مبنی بر متوقف ساختن مصرف دخانیات از طریق پیام‌های روشن و شفاف خصوصی نمایید (Advise).

۳ـ تمایل جهت متوقف ساختن مصرف توتون را ارزیابی نمایید(Assess) .

۴ـ یاری و کمک برای متوقف ساختن مصرف را به عمل آورید (Assist).

۵ـ ترتیب لازم برای اقدامات پیگیری و پشتیبانی از بیمار را انجام دهید (Arrange).

جنبه‌های سودمند مشاوره، شامل ارائه دستورالعمل‌های مخصوص حل مسئله برای سیگاری‌ها است تا بتوانند طرح و برنامه‌ای را به وجود آورند و سیگار کشیدن را ترک نموده و بر موانع عادی موجود بر سر راه متوقف ساختن مصرف آن فائق آیند. هم‌چنین شامل تأمین حمایت‌های اجتماعی در اثنای درمان و خارج از دوره درمان است. فعالیت‌های رایجی که این چهارچوب را تکمیل می‌کنند عبارتند از: انجام مصاحبه‌های انگیزشی، 5-Rs که برای درمان مصرف توتون استفاده می‌شوند (Relevance, Risks,Rewards,Roadblocks, Repetition)، ارزیابی میزان آمادگی برای ایجاد تحوّل و انجام مشاوره‌های گسترده‌تر و/یا تأمین منابع مناسب جهت ترک کننده‌هایی که نیازمند کمک بیشتری هستند. خطوط تلفن ویژه که تحت عنوان "خطوط ترک سیگار" فعالیت می‌نمایند، به عنوان یک مکمّل کارآمد برای مشاوره و یا درمان پزشکی شناخته شده‌اند.

■ درمانگاه‌هایی که اقدام به استفاده از سیستم‌های غربالگری ویژه، شناسایی منظم مصرف توتون و تهیه مستندات مربوطه در همه بیماران می‌نمایند، باعث افزایش میزان مداخلات پزشکان شده‌اند، ولی شواهد محدودی در رابطه با تأثیر این سیستم‌های غربالگری بر روی میزان ترک مصرف توتون وجود دارد.

■ درمان دارویی مورد تصویب FDA که برای درمان وابستگی به توتون، به عنوان یک شیوه درمانی ایمن و مؤثر شناخته شده است، شامل چندین گونه درمان جایگزین سازی نیکوتینی (یعنی آدامس نیکوتینی، برچسب‌های پوستی نیکوتینی، نیکوتین استنشاقی، اسپری نیکوتینی بینی) و بوپروپیون پیوسته رهش است. مشخص شده است که داروهای دیگر شامل کلونیدین و نورتریپتلین از کارآیی خوبی برخوردارند، لذا می‌توان آنها را مورد توجه قرار داد.

■ انجام کامل‌تر مشاوره ویژه بارداری (مثلاً بین ۵ تا ۱۵ دقیقه) و مشاوره چگونگی کمک به خویشتن بدون استفاده از کمک دیگران، برای سیگاری‌های باردار توصیه می‌شود. اقدامات کوتاه مدت، کارآیی اندکی در میان زنان باردار سیگاری دارند. شواهد محدودی جهت ارزیابی ایمنی و یا کارآیی درمان دارویی زنان سیگاری در خلال دوره بارداری وجود دارد. ترک مصرف توتون در هر مرحله‌ای از دوره بارداری می‌تواند مزایای مهمی از نظر سلامتی برای مادر و نوزادش به دنبال داشته باشد، لیکن داده‌های محدودی درباره فاصله زمانی ایده‌آل و یا تناوب و فراوانی اقدامات مشاوره‌ای در خلال دوره بارداری در دسترس هستند.

■ شواهد اندکی مبنی بر پرداختن به موضوع کارآیی غربالگری و مشاوره کودکان و نوجوانان جهت جلوگیری

از آغاز مصرف توتون و نیز ترک مصرف آن، در مراکز مراقبت‌های اولیه وجود دارد، لیکن پزشکان می‌توانند از اختیارات خود در هدایت مشاوره های مربوط به توتون در رابطه با این قشر جمعیتی استفاده نمایند، چرا که اکثر سیگاری‌های بزرگسال از زمان کودکی یا نوجوانی شروع به مصرف توتون نموده‌اند.

References

1. Miller W, Rolnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford, 1991.
2. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002;121(3):932-941.
3. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.
4. CDC. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR. 2000:49(No. RR-12);1-11.
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. November 2003. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm.

بیماری‌های متابولیکی، تغذیه‌ای و اندوکرینی

انجام مشاوره رفتاری در مراقبت اولیه به منظور دستیابی به یک رژیم سالم غذایی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که برای توصیه به نفع و یا بر علیه انجام روتین مشاوره رفتاری به منظور دستیابی به یک رژیم سالم غذایی در همه بیماران در مراکز مراقبت‌های اولیه، شواهد موجود کافی نیستند.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام مشاوره رفتاری گسترده را در خصوص رژیم غذایی بزرگسالان مبتلا به هیپرلیپیدمی و سایر عوامل خطر شناخته شده بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری های مزمن مرتبط با رژیم غذایی، توصیه می‌نماید. انجام مشاوره گسترده می‌تواند از طریق پزشکان دست‌اندرکار مراقبت‌های اولیه و یا بوسیله ارجاع به سایر متخصصین، مانند متخصصان تغذیه و یا متخصصان رژیم غذایی به دست آید.

درجه بندی: توصیه نوع B

ملاحظات بالینی

■ چند پرسشنامه کوتاه مخصوص ارزیابی رژیم غذایی جهت استفاده درمراکز مراقبت‌های اولیه مورد تأیید قرار گرفته‌اند. این پرسشنامه ها می‌توانند نیازهای مربوط به مشاوره تغذیه‌ای را مشخص ساخته، اقدامات

موردنیاز را هدایت کرده و نیز هرگونه تغییرات مربوط به الگوهای غذایی بیماران را مورد نظارت قرار دهند. البته چنین پرسشنامه‌هایی در معرض تورش پاسخ‌گر هستند. بنابراین هرگاه از این پرسشنامه ها جهت ارزیابی میزان کارآیی مشاوره استفاه می‌گردد اقدام برای بررسی درستی اطلاعات گزارش شده توسط خود فرد توصیه می‌شود، چرا که بیماران دریافت کننده این گونه مداخلات تغذیه‌ای، به احتمال زیاد اقدام به ارائه موارد مثبت بیشتر در رفتار غذایی خود نسبت به بیماران گروه شاهد می‌نمایند.

■ اقدامات مؤثر به صورت آمیزه‌ای از آموزش‌های تغذیه‌ای همراه با مشاوره رفتار محور است به گونه‌ای که بیماران را کمک نماید تا مهارت، انگیزه، حمایت مورد نیاز را جهت متحوّل ساختن الگوهای غذایی روزانه و فعالیّت‌های مربوط به تهیه مواد غذایی خود را کسب نمایند. نمونه‌هایی از اقدامات مشاوره‌ای رفتار محور عبارتند از:

یاد دادن کار نظارت شخصی به بیمار، آموزش در جهت فائق آمدن بر موانع عادی بر سر راه انتخاب یک رژیم غذایی سالم، یاری رساندن به بیماران جهت تنظیم اهداف خویش، فراهم ساختن دستورالعمل های لازم برای خرید مواد غذایی و تهیه غذا، نقش گزاری، ترتیب دادن مقدمات مربوط به حمایت اجتماعی در حین انجام درمان. به طور کلی، این قبیل اقدامات را می‌توان با توجه به 5-A مربوط به چهارچوب مشاوره رفتاری این چنین توصیف نمود:

۱ـ ارزیابی فعالیت‌های مربوط به رژیم غذایی و عوامل خطر مربوط به آن (Assess).

۲ـ ارائه پند و اندرز در جهت تغییر فعالیت‌های مربوط به رژیم غذایی (Advise).

۳ـ اعلام توافق با اهداف فردی مربوط به تغییر رژیم غذایی (Agree).

۴-یاری و کمک کردن برای تغییر فعالیت‌های تغذیه‌ای یا رفع موانع انگیزشی (Assist).

۵-ترتیب دادن پیگیری‌ها و حمایت‌های منظم و یا در صورت نیاز ارجاع دادن به مشاوره گسترده رفتاری و تغذیه‌ای(Arrange).

■ به نظر می‌رسد که دو رویکرد برای جمعیت معمولی بیماران بزرگسال، در مراکز مراقبت‌های اولیه نتیجه بخش باشند:

۱ـ مشاوره غذایی چهره به چهره و با شدت متوسط (یعنی دو جلسه مشاوره گروهی یا فردی) با بیمار که توسط یک متخصص رژیم غذایی و یا تغذیه ارائه می‌گردد و یا بوسیله یک پزشک مسئول مراقبت‌های اولیه که آموزش تخصصی دیده و یا توسط کارمند پرستاری صورت می‌گیرد.

۲ـ اقدامات با شدت کمتری که شامل حداکثر ۵ دقیقه مشاوره توسط کارمند مراقبت‌های اولیه است، شامل مواردی از جمله آموزش کمک بیمار به خودش بدون استفاده ازکمک دیگران، مشاوره تلفنی، یا سایر ارتباطات تعاملی مربوط به سلامتی است. در هر حال، تحقیقات بیشتری لازم است تا میزان کارآیی درازمدت این قبیل درمان‌ها و نیز تعادل میان مزایا و زیان‌های آنها مورد ارزیابی قرار گیرد.

■ بیشترین تأثیر مشاوره رژیم غذایی در بزرگسالان بدون علایم بیماری، زمانی مشاهده می‌شود که همراه

با مداخلات گسترده بوده (مثل جلسات متعدد ۳۰ دقیقه‌ای یا بیشتر) و در بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون و نیز در میان سایر افرادی که در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن وابسته به رژیم غذایی قرار دارند، صورت می‌گیرد. مداخلات مؤثر شامل جلسات مشاوره فردی یا گروهی است که توسط متخصصان تغذیه و متخصصان رژیم غذایی یا کارمندان مراقبت اولیه دارای آموزش‌های تخصصی و یا توسط مربیان سلامت و بهداشت در مراکز مراقبت‌های اولیه و یا در سایر مراکز ارجاعی صورت می‌گیرد. بیشتر مطالعات مربوط به این قبیل مداخلات، یک سری بیماران انتخابی را ثبت نموده که بسیاری از آنان عوامل خطر شناخته شده مربوط به رژیم غذایی مثل هیپرلیپیدمی و یا هیپرتانسیون را داشته‌اند. رویکردهای مشابه دیگری وجود دارند که ممکن است در مورد بیماران بزرگسال غیرانتخابی نیز مؤثر واقع گردند، لیکن ممکن است پای‌بندی و رعایت توصیه‌های رژیم غذایی در حدّ پایینی باشد، هم‌چنین ممکن است مزایای مربوط به سلامت بیماران، در مقایسه با بیمارانی که به آنها گفته شده که در معرض خطر بیشتر ابتلا به بیماری‌های مزمن رژیم غذایی قرار دارند، کمتر باشد.

■ مشخص شده است که سیستم‌های حمایتی اداری و دفتری (مانند سیستم‌های پیام‌رسان و الگوریتم‌های مشاوره‌ای) به شکل قابل توجهی باعث بهبود ارائه مشاوره مناسب رژیمی توسط پزشکان مراقبت‌های اولیه می‌شود.

■ زیان‌های احتمالی مربوط به مشاوره رژیم غذایی به گونه مناسبی تعریف و یا اندازه‌گیری نشده‌اند. برخی از صاحب‌نظران معتقدند چنانچه بیماران صرفاً بر روی کاستن میزان کل چربی مصرفی خود تمرکز نمایند، بدون اینکه به موضوع کاهش میزان کالری ورودی به بدن خود توجه کنند، ممکن است افزایش میزان کربوهیدرات مصرفی (مثل محصولات با میزان چربی کاهش یافته یا محصولات غذایی دارای چربی پایین)، منجر به افزایش میزان وزن بدن، افزایش سطح تری گلسیرید، یا ایجاد مقاومت در برابر انسولین گردد. در سطح ملی، میزان رشد چاقی با وجود کاهش در میزان مصرف چربی، افزایش یافته است، ولی مطالعات صورت گرفته اقدام به بررسی پایدار تأثیر مشاوره بر روی پیامدهایی چون میزان مصرف کالری و یا وزن بدن ننموده‌اند.

■ اطلاعات اندکی پیرامون مشاوره مؤثر در مورد رژیم غذایی کودکان یا نوجوانان در مراکز مراقبت‌های اولیه، در دسترس است. بیشتر مطالعات مربوط به اقدامات کمکی در رابطه با تغذیه کودکان و نوجوانان، متمرکز بر مراکز غیردرمانگاهی (مثل مدارس) بوده‌اند و یا از نتایج فیزیولوژیکی نظیر کلسترول یا وزن بدن استفاده نموده‌اند به جای آن‌که از معیارهای جامع‌تر یک رژیم سالم غذایی استفاده کنند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Am J Prev Med. 2003;24(1):93-100.

References:

1. Calfas KJ, Zabinski MF, Rupp J. Practical nutrition assessment in primary care settings: a review. Am J Prev Med. 2000;18(4):289-299.
2. Rockett HR, Colditz GA. Assessing diets of children and adolescents. Am J Clin Nutr. 1997;65(4):1116-1122.
3. Beresford SA, Farmer EM, Feingold L, Graves KL, Sumner SK, Baker RM. Evaluation of a self-help dietary intervention in a primary care setting. Am J Public Health. 1992;82(1):79-84.
4. Coates RJ, Bowen DJ, Kristal AR, et al. The Women's Health Trial Feasibility Study in Minority Populations: changes in dietary intakes. Am J Epidemiol. 1999;149(12):1104-1112.
5. Kristal AR, Curry SJ, Shattuck AL, Feng Z, Li S. A randomized trial of a tailored, self-help dietary intervention: the Puget Sound Eating Patterns study. Prev Med. 2000;31(4):380-389.
6. Little P, Barnett J, Margetts B, et al. The validity of dietary assessment in general practice. J Epidemiol Commun Health. 1999;53(3):165-172.
7. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002;22(4):267-284.
8. Maskarinec G, Chan CL, Meng L, Franke AA, Cooney RV. Exploring the feasibility and effects of a high-fruit and -vegetable diet in healthy women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1999;8(10):919-924.
9. Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, Lazovich D, Feng Z, Wagner EH. A dietary intervention in primary care Healthy Diet
practice: the Eating Patterns Study. Am J Public Health. 1997;87(4):610-616.
10. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an

office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). Arch Int Med. 1999;159(7):725-731.
11. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Merriam PA, Hurley TG, Saperia GM. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). Am J Prev Med. 1996;12(4):252-258.
12. Obarzanek E, Hunsberger SA, Van Horn L, et al. Safety of a fat-reduced diet: the Dietary Intervention Study in Children (DISC). Pediatrics. 1997;100(1):51-59.
13. Obarzanek E, Kimm SY, Barton BA, et al. Long-term safety and efficacy of a cholesterol-lowering diet in children with elevated low-density lipoprotein cholesterol: seven-year results of the Dietary Intervention Study in Children (DISC). Pediatrics. 2001;107(2):256-264.
This USPSTF recommendation was first published in:
Am J Prev Med. 2003;24(1):93-100.

غربالگری
هموکروماتوزیس

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری روتین ژنتیکی از نظر هموکروماتوز ارثی، در بین جمعیت عادی فاقد علامت بیماری را توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ توصیه حاضر در مورد اشخاص بدون علائم بیماری صادق است. این توصیه مربوط به افرادی نیست که علائم و نشانه‌هایی دارند که در تشخیص افتراقی آنها هموکروماتوز ارثی مطرح است. همچنین این توصیه مربوط به افرادی نیست که سابقه خانوادگی نشانه‌های اولیه هموکروماتوز ارثی را دارند که از طریق بالینی یا غربالگری تشخیص داده شده‌اند.

■ ظاهراً هموکروماتوز ارثی بالینی، نادر است. حتی در بین اشخاصی که در آنها جهش‌هایی در ژن‌های هموکروماتوز (موسوم به ژن HFE) وجود دارد، فقط زیر مجموعه کوچکی از افراد علایم بالینی بیماری را نشان می‌دهند و تنها گروه کوچکتری از آن‌ها مراحل پیشرفته این بیماری را نشان می‌دهند.

■ هموکروماتوز ارثی که به طریق بالینی تشخیص داده می‌شود اصولاً همراه و مرتبط با جهش در ژن HFE (C282Y) است. هرچند که این جهشی رایج در جمعیت آمریکایی است ولی تفاوت‌های گسترده نژادی و قومی نیز وجود دارند. فراوانی و فرکانس مربوط به وجود ژن‌های هموزیگوت معادل ۴/۴ در ۱۰۰۰ فرد سفید پوست است، در بین افراد آمریکایی اسپانیایی تبار برابر ۰/ ۲۷ در هر ۱۰۰۰ نفر، در افراد سیاه پوست معادل ۰/ ۱۴ در هر ۱۰۰۰ نفر و در بین جامعه آمریکاییان آسیایی‌تبار کمتر از ۰/ ۰۰۱ در هر ۱۰۰۰ نفر است. غربالگری اعضای خانواده‌های دارای علائم ابتدایی، بیشترین شیوع عوامل ردیابی نشده C282Yرا نشان داده‌اند (۲۳ درصد کلیه اعضای خانواده مورد آزمایش)، که این خصوصاً در بین خواهر و برادرها به اوج می‌رسد (۳۳ درصد دارای ژن‌های هموزیگوت بودند).

■ تاریخچه طبیعی بیماری ناشی از هموکروماتوز ارثی به نحو کاملی درک نشده است ولی به نظر می‌رسدکه به شکل قابل توجهی در بین افراد متفاوت باشد. هموکروماتوز ارثی بالینی ، در مردان نسبت به زنان دو برابر شایع‌تر است. تجمع آهن در بدن و بروز بیماری به وسیله عوامل محیطی، مثل از دست دادن خون و یا اهدای خون بیمار، مصرف الکل، رژیم غذایی، عفونت‌هایی نظیر هپاتیت ویروسی اصلاح می‌شود.

■ دربین هموزیگوت‌های C282Yکه به تازگی در جمعیت معمولی از طریق غربالگری ژنوتایپ شناسایی گردیده‌اند، ۶ درصد از افرادی که تحت ارزیابی‌های بیشتر قرار گرفته بودند، سیروز کبدی داشتند (که این نشانگر ۱/۴ درصداز کل هموزیگوت‌های C282Y شناسایی شده جدید از طریق غربالگری بود). سیروز کبدی به عنوان عارضه‌ای جدّی و مربوط به مراحل پیشرفته بیماری است و کار پیشگیری از بروز و وقوع چنین عارضه‌ای به عنوان یکی از اهداف اصلی غربالگری و درمان بیماری مطرح است.

■ افرادی که یکی از اعضای خانواده آنها مبتلا به هموکروماتوز ارثی است، به خصوص برادر یا خواهر، با احتمال بیشتری ممکن است علایم بیماری را بروز دهند. این قبیل افراد باید در رابطه با انجام ژنوتایپ مورد مشاوره قرار گیرند، باید همراه با آن به عنوان قسمتی از بیماریابی، آزمایشات بیشتری جهت تشخیص بیماری صورت گیرد.

■ علاوه بر ژنوتایپ، تست‌های آزمایشگاهی متداول نیز در برخی مواقع می‌توانند اضافه بار آهن را شناسایی کنند. شواهد مرتبط با غربالگری‌های بالینی که از این تست‌های آزمایشگاهی استفاده کرده‌اند و یا شواهد مرتبط با غربالگری‌هایی که از فنوتایپ استفاده کرده‌اند درتوصیه‌های این راهنما گنجانده نشده‌اند. ژنوتایپ اساسا بر روی شناسایی جهش C282Y بر روی HFE متمرکز است. در حالیکه امکان وجود سایر جهش‌ها نیز وجود دارد، هوموزیگوت بودن C282Y شایعترین حالت همراه با تظاهرات بالینی است. شناسایی یک فرد با زمینه ژنوتیپی به صورت دقیقی خطر بعدی بروز بیماری را پیش بینی نمی‌نماید.

■ فلبوتومی درمانی، درمان اولیه هموکروماتوز ارثی است. افرادی‌که از این طریق درمان شده‌اند بهبودی متناقضی از نشانه‌ها و علایم خود را گزارش کرده‌اند. هنوز مشخص نیست که آیا سیروز کبدی در مرحله تشخیص بیماری حاکی از پیش آگهی بد بیماری به علت پتانسیل برگشت ناپذیری آسیب کبدی باشد. تحقیقات جدید میزان زنده ماندن در افراد درمان شده با یا بدون سیروز را گزارش می‌کنند که مشابه این میزان‌ها در افراد گروه کنترل سالم است.این‌که تا چه اندازه‌ای این قبیل تظاهرات بالینی پُر اهمیت، قابل اصلاح خواهند بود، موضوعی است که هنوز مشخص نشده است. هم چنین زمان ایده‌آل جهت شروع درمان اولیه نیز هنوز مشخص نشده است.

References

1. Niederau C, Fisher R, Purschel A, Stremmel W, Haussinger D, Strohmeyer G. Long-term survival in patients with hereditary hemochromatosis. Gastroenterology. 1996;110:1107-1119.
2. Powell LW, Dixon JL, Ramm GA, Purdie DM, Lincoln DJ, Anderson GJ, et al. Screening for hemochromatosis in asymptomatic subjects with or without a family history. Arch Int Med. 2006;166:294-301.
3. Adams PC, Speechley M, Kertesz AE. Long-term survival analysis in hereditary hemochromatosis. Gastroenterology. 1991;101:368-372.
4. Bomford A, Williams R. Long term results of venesection therapy in idiopathic haemochromatosis. Q J Med. 1976;45:611-623.

This USPSTF recommendation was first published in Ann Intern Med. 2006;145:204-208.

هورمون درمانی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن در زنان یائسه

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، استفاده روتین از استروژن و پروژسترون را به صورت ترکیبی، جهت پیشگیری از بیماری های مزمن در زنان یائسه، توصیه نمی‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، استفاده روتین از استروژن غیرممنوع جهت پیشگیری از بیماری‌های مزمن در زنان یائسه‌ای که قبلاً تحت هیسترکتومی قرار گرفته‌اند را توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

ملاحظات‌بالینی

■ تعادل میان مزایا و زیان‌های احتمالی در یک زن، تحت تاثیر اولویت‌های فردی، میزان خطر ابتلای وی به بیماری‌های مزمن اختصاصی و وجود علایم یائسگی بستگی دارد. یک رویکرد در زمینه تصمیم‌گیری مشترک، برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن در دوران قبل از یائسگی و بعد از یائسگی در زنان به این شکل است که عوامل خطر فردی و همین طور اولویت‌های مربوط به انتخاب اقدامات مؤثر جهت کاهش میزان خطرشکستگی، بیماری‌های قلبی و سرطان مورد ملاحظه قرار گیرند. لطفاً به سایر توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در خصوص پیشگیری از بیماری‌های مزمن رجوع نمایید (از جمله غربالگری استئوپروز، فشارخون بالا، اختلالات چربی، سرطان پستان و سرطان روده بزرگ، مشاوره پیشگیری از استعمال توتون) که در وب سایت زیر در دسترس‌اند:

www.Preventiveservices.ahrq.gov.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده استفاده از هورمون درمانی را به منظور کنترل علائم یائسگی بررسی نکرده است. همین موضوع مورد توجه توصیه‌های به عمل آمده از سوی سایر گروه‌های تخصصی قرار دارد. زنان و پزشکان آنان باید موضوع تعادل میان خطرها و مزایای مربوطه را قبل از اتخاذ تصمیم جهت شروع یا ادامه هورمون درمانی جهت درمان علایم یائسگی، مورد بحث و بررسی قرار دهند. برای مثال، در

رابطه با ترکیب هورمون‌های استروژن و پروژستین، یک سری خطرها (مثلا ترومبو آمبولی وریدی، بیماری کرونری قلبی [CHD] و استروک) در خلال یکی دو سال اول درمان ممکن است بروز نمایند، نیزبه نظر می‌رسد که خطرهای دیگری (مانند خطر ابتلا به سرطان پستان) بر اثر طولانی شدن هورمون درمانی، افزایش می‌یابند. طیف جمعیت زنان استفاده کننده از هورمون درمانی جهت تخفیف علائم بیماری، با طیف کسانی که هورمون درمانی را جهت پیشگیری از ابتلاء به بیماری مزمن مورد استفاده قرار می‌دهند، متفاوت است (مثل تفاوت های سنی). گروه‌های متخصص دیگر توصیه نموده‌اند که زنانی که تصمیم می‌گیرند از هورمون درمانی برای تخفیف علائم مربوط به یائسگی استفاده می‌نمایند، بهتر است که کمترین مقدار دارویی مؤثر را، آن هم برای کوتاهترین زمان ممکن مورد استفاده قرار دهند.

■ هر چند که هورمون استروژن به تنهایی و یا به صورت ترکیبی همراه با پرژوستین میزان خطر ابتلاء به شکستگی استخوان‌ها را در زنان کاهش می‌دهد، ولی داروهای موثر دیگری هم (مثل بی فسفونات‌ها و کلسیتونین) برای درمان زنان با تراکم استخوانی پایین به منظور پیشگیری از شکستگی استخوان در آنان در دسترس‌اند. نقش عوامل دارویی شیمیایی جهت پیشگیری ازشکستگی‌ها در زنان بدون تراکم استخوانی پایین، هنوز مشخص نیست. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده موضوع غربالگری از نظر ابتلا به استئوپروز در زنان یائسه را در سال ۲۰۰۲ میلادی مورد توجه قرار داد.

■ مصرف هورمون استروژن غیرممنوع، میزان خطر ابتلاء به سرطان اندومتر رحم را در زنانی که دارای رحم کامل می‌باشند، افزایش می‌دهد. پزشکان باید از یک رویکرد تصمیم‌گیری مشترک به هنگام بحث و تبادل نظر پیرامون کاربرد استروژن غیرممنوع در زنانی که تاکنون هیسترکتومی نشده‌اند، استفاده نمایند.

References

1. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 137(6):526-528.
2. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH, for the Shared Decisionmaking Workgroup, Third U.S. Preventive Services Task Force. Shared decision-making about screening and chemoprevention: a suggested approach from the U. S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med. 2004;26(1):56-66.
This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2005;142:855-860.

غربالگری آنمی فقر آهن و مکمل‌های آهن برای کودکان و زنان باردار

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه غربالگری روتین از نظر ابتلا به آنمی فقر آهن در کودکان بدون علایم بیماری در سن ۶ تا ۱۲ ماهگی، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری روتین آنمی فقر آهن در زنان باردار بدون علایم بیماری را توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، دادن مکمل‌های آهن به صورت روتین به کودکان سنین بین ۶ تا ۱۲ ماه بدون علایم بیماری و در معرض افزایش خطر ابتلا به آنمی فقر آهن را توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از مکمل‌های آهن جهت کودکان سنین ۶ تا ۱۲ ماهی که بدون علایم بیماری بوده و در معرض خطر متوسط ابتلا به آنمی فقر آهن قرار دارند، شواهد موجود کافی نیست.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از مکمل‌های آهن در زنان باردار بدون آنمی، شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ توصیه‌های صورت گرفته از سوی کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، غربالگری آنمی فقر آهن و مصرف مکمل‌های آهن را در کودکان سنین ۶ تا ۱۲ ماهی که در معرض خطر- بالا یا خطر- متوسط ابتلا

به این بیماری قرار دارند، نیز در زنان باردار بدون علایم بیماری ، همینطور در زنان باردار بدون آنمی، مورد توجه قرار می‌دهد. نوزادان کوچکتر از ۶ ماه، کودکان بزرگ‌تر، زنان غیرباردار، نیز آقایان مد نظر این توصیه‌ها نبوده‌اند.

■ آنمی فقر آهن را می‌توان به صورت کمبود آهن (مقادیر غیرطبیعی فریتین سرم، اشباع ترانس فرین، پروتوپورفیرین اریتروسیت آزاد) همراه با یک سطح هموگلوبین یا هماتوکریت پایین تعریف نمود. کمبود آهن به مراتب شایع‌تر از آنمی فقر آهن است و به عنوان بخشی از یک پیوستار است که از مرحله کاهش میزان آهن خون تا مرحله آنمی فقر آهن را شامل می‌شود. بسیاری از موارد مربوط به پیامدهای منفی سلامتی مرتبط با کمبود آهن در ارتباط با تظاهرات نهایی این کمبود، یعنی همان آنمی فقر آهن است. کمبودآهن، همچنین با پیامدهای منفی مربوط به رشد و تکامل عصب‌ها در کودکان در ارتباط است.

■ علل بیماری کم خونی در میان جوامع انسانی تفاوت می‌کند و شامل سایر کمبودهای تغذیه‌ای، هموگلوبین غیرطبیعی (مثل تالاسمی)، نقص‌های آنزیمی، کم خونی مرتبط با عفونت‌های حاد و مزمن است.

■ در ایالات متحده نژاد، درآمد، تحصیل و سایر عوامل اجتماعی اقتصادی در ارتباط با بیماری کمبود آهن و آنمی فقرآهن هستند. افرادی که به نظر در معرض خطر بالای کمبود آهن قرار دارند عبارتند از: زنان بزرگسال، مهاجران جدید، نوجوانان مونث مبتلا به بولیمی و یا خیلی چاق.کودکان نارس و دارای وزن خیلی کم در زمان تولد نیز در معرض افزایش خطر ابتلا به کمبود آهن قرار دارند.

■ سطح هموگلوبین وریدی دقیق‌تر از سطح هموگلوبین مویرگی موجب تشخیص آنمی می‌شود. فریتین بیشترین حساسیت و ویژگی را برای تشخیص کمبود آهن در افراد کم خون دارد.

■ آنمی فقرآهن معمولاً بوسیله داروهای خوراکی درمان می‌گردد. احتمال اینکه آنمی فقر آهن که توسط غربالگری تشخیص داده شده است، به درمان پاسخ بدهد مشخص نیست، چرا که خیلی از خانواده‌ها به درمان‌ها پای‌بند نمی‌مانند، نیز به دلیل اینکه میزان بهبود خودبخودی این بیماری بالا است. ۹۷ درصد فورمولاهای ویژه کودکان که در آمریکا به فروش می‌رسند، از نظر آهن غنی شده‌اند. کاهش قابل توجه درمیزان بروز کمبود آهن و نیز آنمی فقرآهن در نوزادان سالمی که با فورمولای غنی شده از آهن و یا مواد غذایی غنی شده از آهن تغذیه شده‌اند، در مقایسه با کودکانی که با شیر گاو یا فورمولای غیرغنی شده تغذیه شده‌اند، دیده شده است.

■ مکمّل‌های آهن، مسئول اصلی ۳۰ درصد دوزهای بیش از حد و کشنده کودکان در بین سال‌های ۱۹۸۳ و ۱۹۹۰ میلادی بوده است، مسمومیت بر اثر آهن اضافی، حتی در بطن کارآزمایی‌های کنترل شده که در آنها والدین دستورالعمل‌های مناسب در رابطه با ذخیره و مصرف ایمن محصولات آهن را دریافت داشته بودند، مشاهده شده است. یک بار کاهش در میزان مرگ و میر کودکان بر اثر استفاده بیش از حدّ آهن مشاهده

گردید و آن زمانی بود که بسته‌بندی دارو به صورت تک- دز در بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲ الزامی گشت. چنین الزامی در سال ۲۰۰۳ میلادی از سوی دادگاه‌های مسئول لغو شد.

References

1. Helfand M, Freeman M, Nygren P, Walker M. Screening for Iron Deficiency Anemia in Childhood and Pregnancy: Update of 1996 USPSTF Review. Evidence Synthesis No. 43 (prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0024). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2006. (Available on the AHRQ Web site at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm.)
2. Martins S, Logan S, Gilbert R. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001, Issue 2. Art. No.: CD001444. DOI: 10.1002/14651858.CD001444. (Available at http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001444/frame.html.)
This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. May 2006. http://www.preventiveservices.ahrq.gov

غربالگری
چاقی در بزرگسالان

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌نماید که پزشکان اقدام به غربالگری کلیه بیماران بزرگسال از نظر چاقی نمایند و نیز مشاوره گسترده و مداخلات رفتار- محور به عمل آورند تا کاهش وزن مستمر را در بزرگسالان چاق ارتقا بخشند.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده از مشاوره سطح متوسط یا پایین همراه با مداخلات رفتار- محور جهت ارتقا کاهش وزن مستمر در بزرگسالان چاق، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده از مشاوره در هر سطحی همراه با اقدامات رفتار- محور جهت ارتقا کاهش وزن مستمر در بزرگسالان دچار اضافه وزن، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ تکنیک‌هایی مانند تکنیک امپدانس بیوالکتریکی (bioelectrical impedance)، سنجش میزان جذب دو مرحله‌ای انرژی اشعه x (dual-energy x-ray absorptiometry) و تعیین میزان حجم کلی آب بدن(total body water)، می‌توانند مقدار چربی بدن را اندازه‌گیری نمایند، ولی کاربرد این تکنیک‌ها به صورت روتین در عمل چندان رایج نیستند. شاخص موسوم به شاخص توده بدنی (BMI) به عنوان یک متد عملی‌تر مطرح است که کاربرد گسترده‌ای هم دارد و از آن درغربالگری چاقی استفاده می‌شود. افزایش میزان BMI با افزایش اثرات منفی در سلامتی مرتبط است. چاقی در ناحیه مرکزی بدن میزان خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی و سایر بیماری‌های غیر وابسته به چاقی را نیز افزایش می‌دهد. پزشکان از پارامتر اندازه دور کمر به عنوان معیاری برای سنجش میزان چاقی در ناحیه مرکزی بدن استفاده می‌کنند. مردانی که اندازه دورکمر آنان بیش از ۱۰۲ سانتی‌متر(۴۰ اینچ) و زنانی که اندازه دور کمر آنان بیش از ۸۸ سانتی متر (۳۵ اینچ) باشد، در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی خواهند بود. آستانه‌های مربوط به اندازه دور کمر در مورد بیمارانی که BMI آنان بیشتر از ۳۵ است، چندان قابل اعتماد نیست.

■ کمیته‌های تخصصی اقدام به ارایه دستور العمل‌هایی نموده‌اند که اضافه وزن و چاقی را بر اساس اندازه BMI تعریف می‌نمایند. اشخاص دارای BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ دارای اضافه وزن و افراد با BMI معادل ۳۰ و یا بیشتر چاق محسوب می‌شوند. سه کلاس چاقی وجود دارد: کلاس I (با BMI معادل ۳۰ تا ۳۴/۹) کلاس II (با BMI معادل ۳۵ تا ۳۹/۹) و کلاس III (با BMI برابر با ۴۰ یا بیشتر). اندازه BMI این‌گونه محاسبه می‌شود که میزان وزن بیمار به پوند را تقسیم بر مربع اندازه قد او به اینچ می‌کنند و بعد نتیجه حاصله را در عدد ۷۰۳ ضرب می‌کنند، یا اینکه میزان وزن به کیلوگرم را تقسیم بر مربع اندازه قد در مقیاس متر می‌کنند. انستیتو ملی سلامت (NIH) اقدام به ارائه یک عامل محاسبه‌گر BMI در آدرس اینترنتی www.nhlbisupport.com/bmi/ و یک جدول مخصوص در آدرس زیر نموده است:
www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesty/bmi-tbl.htm

■ مؤثرترین اقدامات درمانی به شکل ترکیبی از آموزش‌های مربوط به تغذیه و انجام مشاوره در زمینه رژیم غذایی و تمرینات جسمانی همراه با استراتژی‌های رفتار- محور است تا به بیماران کمک شود که مهارت‌ها و حمایت‌های مورد نیاز را جهت تغییر الگوهای غذایی و نیز فعالیت جسمانی را کسب نمایند. چهارچوب مشتمل بر 5-A (یعنی Assess یا ارزیابی، Advise یا اندرز، Agree یا توافق، Assist یا یاری و کمک، Arrange یا تنظیم امور) به عنوان پنج اصل مهم در اقدامات مشاوره‌ای رفتار- محور برای ترک سیگار مورد استفاده قرارگرفته‌اند. چنین اقداماتی می‌تواند به عنوان یک ابزار سودمند جهت یاری رساندن به پزشکان در امر هدایت مداخلات کاهش وزن باشند. اقدامات اولیه وقتی با اقدامات نگهدارنده بعدی آمیخته شوند، اطمینان می‌دهد که کاهش وزن هم‌چنان برای مدت طولانی استمرار داشته باشد.

■ توصیه می‌شود که بیماران مبتلا به چاقی به سوی برنامه‌هایی هدایت شوند که ارائه دهنده مشاوره‌های گسترده و اقدامات رفتار- محور به منظور رسیدن به بهترین وضعیت کاهش وزن هستند. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده اقدام به تعریف گستردگی مشاوره با تناوب و تکرار اقدامات مشاوره‌ای نموده است. یک اقدام با سطح گستردگی بالا عبارتست از بیشتر از یک جلسه مشاوره شخص با شخص (فردی یا گروهی) در یک ماه که حداقل در سه ماه اول مداخله ادامه داشته باشد. یک مشاوره سطح متوسط هم عبارتست از یک اقدام مشاوره‌ای ماهیانه، هرگونه اقدام در سطح کوچکتر هم، تحت عنوان مشاوره سطح پایین قلمداد می‌شود. داده‌ها و اطلاعات محدودی راجع به بهترین مکان برای انجام چنین اقداماتی و نیز در رابطه با نحوه ترکیب تیم از تخصص‌های مختلف جهت انجام اقدامات مشاوره‌ای گسترده، جود دارد.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده نتیجه‌گیری می‌نماید که شواهد موجود درباره میزان کارآیی اقدامات مشاوره‌ای در افراد مبتلا به چاقی، قابل تعمیم به بزرگسالانی نیست که فقط وزنشان زیاد است ولی چاق نیستند. شواهد موجود در رابطه با کارآیی اقدامات مربوط به کاهش وزن در میان بزرگسالان دارای افزایش وزن، در مقایسه با بزرگسالان مبتلا به چاقی محدودتر است.

■ داروهای Orlistat و Sibutramine که از سوی اداره غذا و دارو (FDA) برای کاهش وزن بدن، تأیید

شده‌اند می‌توانند موجب یک کاهش وزن در حد متوسط (یعنی بین ۶/ ۲ تا ۸/ ۴ کیلوگرم) شوند که این حالت برای حداقل ۲ سال حفظ خواهد شد مشروط بر اینکه استعمال داروها همچنان ادامه داشته باشد. عوارض جانبی داروی Orlistat عبارتند از شتاب در دفع مدفوع، چرب بودن ترشحات و صدای ناشی از گازهای درون معده و روده و عوارض جانبی داروی Sibutramine عبارتند از افزایش فشارخون و ضربان قلبی. هیچگونه داده‌ای درباره مزایا و یا عوارض جانبی دراز مدت (بیش از ۲ سال) این داروها در دست نیست. متخصصان امر توصیه می‌نمایند که درمان دارویی چاقی، فقط به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی مورد استفاده قرار گیرد که آن برنامه در برگیرنده اقدامات مربوط به اصلاح و تغییر سبک زندگی بیماران یعنی، مواردی مانند مشاوره‌های گسترده در زمینه رژیم غذایی و/ یا فعالیت جسمانی و نیزاقدامات رفتار- محور هم باشد.

■ شواهد در حد متوسط تا خوبی موجود است که می توان ادعا نمود که اقدامات جراحی همچون بای پس معده(gastric bypass)، گاستروپلاستی باند عمودی(vertical banded gastroplasty)، باندینگ قابل انطباق معده(adjusable gastric banding)، همه می‌توانند باعث کاهش وزن قابل توجهی (در حد ۲۸ تا بیش از ۴۰ کیلوگرم) گردند، البته در بیمارانی که مبتلا به چاقی کلاس ۳ هستند. دستورالعمل‌های بالینی که توسط انستیتوی ملی قلب، ریه و خون (NHLBI) در رابطه با شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان انتشار یافته است، توصیه می‌کند که این‌گونه اعمال برای بیماران کلاس ۳ و نیز برای بیماران مبتلا به چاقی کلاس ۲ همراه با دست کم یک بیماری مرتبط با چاقی، کنار گذاشته شود. میزان مرگ و میر مربوط به دوره پس از انجام این اعمال جراحی معادل ۲/ ۰ درصد است. عوارض دیگری که پس از عمل ممکن است دیده شود عبارتند از عفونت محل زخم، عمل جراحی مجدد، کمبود ویتامین‌ها، اسهال و خونریزی. عمل جراحی مجدد ممکن است در حداکثر ۲۵ درصد بیماران جراحی شده ضروری باشد. بیماران قبل از قرار گرفتن تحت این اعمال جراحی باید مورد ارزیابی روانی قرار بگیرند. تأثیرات بهداشتی درازمدت ناشی از عمل جراحی مخصوص چاقی، به گونه مطلوبی مشخص نگردیده‌اند.

■ داده‌هایی که از کارآیی اقدامات صورت گرفته برای کاهش وزن حمایت می‌نمایند، غالباً از زنان، خصوصاً زنان سفیدپوست به دست آمده‌اند، کارآیی این اقدامات در سایر گروه‌های جمعیتی مثلا سالمندان از ثبات کمتری دارد.

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده بر این باور است که با وجود محدود بودن داده‌ها، این قبیل اقدامات را می‌توان برای آقایان مبتلا به چاقی، نوجوانان بزرگتر دارای بلوغ فیزیولوژیکی، نیز گروه‌های مختلف جمعیتی، البته با در نظر داشتن عوامل فرهنگی و انفرادی، استفاده نمود.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2003;139:930-932.

مشاوره رفتاری در مراقبت‌های اولیه به منظور ارتقای فعالیت جسمانی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا بر علیه انجام مشاوره رفتاری در مراکز مراقبت‌های اولیه، با هدف ارتقای فعالیت جسمانی بیماران، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ فعالیت جسمانی منظم به پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی، هایپرتانسیون، دیابت نوع دوم، چاقی و نیز استئوپروز کمک می‌نماید. همچنین فعالیت جسمانی همه علل ابتلا را کاهش داده و طول عمر انسان را افزایش می‌دهد.

■ مزایای فعالیت جسمانی حتی در سطوح متوسط تحرک مثل قدم زدن و یا دوچرخه‌سواری به مدت ۳۰ دقیقه در روز در اغلب روزهای هفته، قابل ملاحظه است. هر چه سطح فعالیت‌های جسمانی افزایش یابد، به همان نسبت هم سطح مزایای حاصله افزایش می‌یابد.

■ اینکه آیا انجام مشاوره و پیگیری روتین از سوی پزشکان مراقبت‌های اولیه، می‌تواند منجر به افزایش فعالیت جسمانی در بین بیماران بزرگسال گردد، هنوز مشخص نشده است. مطالعات موجود محدود به نتیجه‌گیری‌هایی است که درباره کارآیی و سودمندی مشاوره فعالیت جسمانی در مراقبت‌های اولیه است. بیشتر مطالعات صورت گرفته مداخلات مختصر، کوچک، یا در سطح پایین مراقبت‌های اولیه، مثلا جلسات مشاوره ۳ تا ۵ دقیقه‌ای که در بطن یک ویزیت درمان‌گاهی روتین انجام می‌گیرد، را بررسی نموده‌اند.

■ به نظر می‌رسد که اقدامات چندقسمتی و ترکیبی که آمیزه‌ای از پند و اندرز همراه با اقدامات رفتاری جهت هموار ساختن و تقویت سطوح سلامت مربوط به فعالیت جسمانی است، بیشترین مزایا را در برداشته باشد. چنین اقداماتی غالباً عبارتند از: تعیین هدف از سوی بیمار، توصیه مکتوب فعالیت جسمانی، تنظیم برنامه فعالیت جسمانی ویژه برای هر فرد و کمک به پیگیری از طریق پست الکترونیک یا تلفن که توسط پرسنل

متخصص ویژه صورت می‌گیرند. پیوند بیماران بخش مراقبت‌های اولیه با فعالیت‌های جسمانی در سطح جامعه و برنامه‌های مناسب می‌توانند کارآیی مشاوره صورت گرفته توسط پزشکان مراقبت اولیه را ارتقا بخشند.

■ زیان‌های احتمالی مشاوره فعالیت جسمانی به خوبی مورد مطالعه یا تعریف قرار نگرفته است. چنین عوارضی ممکن است شامل صدمات وارده به ماهیچه‌ها و صدمات ناشی از زمین خوردن‌ها و یا وقایع قلبی عروقی باشند. هنوز مشخص نیست که انجام غربالگری‌های گسترده بیماری، انواع خاصی از فعالیت جسمانی (مانند فعالیت جسمانی متوسط یا شدید)، افزایش تدریجی میزان شدت تمرینات و یا مشاوره و پیگیری نگهدارنده گسترده، آیا باعث کاهش احتمال بروز صدمات مربوط به فعالیت جسمانی خواهدگردید یا نه. مطالعات موجود درباره صدمات بالقوه مربوط به برنامه‌های گوناگون فعالیت‌های جسمانی، مثلا فعالیت‌های حد متوسط در مقایسه با فعالیت‌های شدید، شواهد کافی ارایه نمی‌نمایند.

References

1. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. Available at: http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/Volume2/22Physical.htm. Accessed May 30, 2002.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996. Available at: http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf. Accessed May 30, 2002.
3. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med. 2002;22(4S):67-72. Available at: http://www.thecommunityguide.org/. Accessed June 7, 2002.
4. The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care: The activity counseling trial: a randomized controlled trial. JAMA. 2001;286:677- 687.
This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2002;137:205-207.

غربالگری
بیماری تیروئید

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع و یا علیه انجام غربالگری روتین بیماری تیروئید در بزرگسالان، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ اختلال تحت بالینی تیروئید، به شکل مقادیر غیرطبیعی بیوشیمیایی هورمون‌های تیروئیدی تعریف می‌شود که هیچ گونه نشانه یا علامت بالینی از بیماری تیروئید نداشته و بدون وجود سابقه‌ای از اختلال یا درمان بیماری های تیروئیدی است. این تعریف همچنین در برگیرنده افرادی است که اندازه TSH آنها اندکی بالا بوده ولی سطوح تیروکسین (T۴) و تری یدوتیرونین (T۳) آنها طبیعی است (هیپوتیروئیدی تحت بالینی) و همچنین کسانی را شامل می‌شود که دارای TSH پایین و سطوح T۴ و T۳ طبیعی هستند (هیپرتیروئیدی تحت بالینی).

افراد دارای علایم مربوط به اختلال تیروئیدی یا کسانی که دارای سابقه بیماری تیروئید یا درمان بیماری تیروئیدی هستند، مشمول تعریف فوق نمی‌گردند و لذا مورد خطاب این توصیه‌ها هم نیستند.

■ TSH هنگامی که جهت تأیید بیماری تیروئید احتمالی در بیماران مراجعه کننده به یک درمانگاه تخصصی غدد مترشحه بکار برده می‌شود، حساسیتی معادل ۹۸ ٪ و ویژگی معادل ۹۲ ٪ دارد. ارزش اخباری مثبت TSH (PPV)، آنگاه که برای غربالگری افراد در مراقبت‌های اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد، پایین است. تفسیر نتیجه مثبت یک آزمایش، غالباً در اثر وجود یک بیماری زمینه‌ای و یا به علت ضعف عمومی بیمار صورت می گیرد. به طور کلی، مقادیر TSH در خون بیماران در صورت پایین‌تر بودن از ۰/۱mu /L به عنوان مقادیر پایین و در صورت بالاتر بودن از ۶/۵mu /L به عنوان مقادیر بالای طبیعی، در نظر گرفته می‌شوند.

■ پزشکان باید نسبت به نشانه‌های مبهم اختلالات تیروئید آگاه باشند، خصوصاً در مورد آن دسته از بیمارانی که میزان خطربالاتری دارند. افرادی که در معرض خطر بیشتر اختلال تیروئید هستندعبارتند از: سالمندان، زنانی که به تازگی زایمان کرده اند و افرادی که در معرض سطوح بالای تابش اشعه قرار داشته‌اند (اگر بیش از ۲۰ mGy باشد)، بیمارانی که مبتلا به سندرم داون هستند. کار ارزیابی مربوط به علائم بیماری کم کاری تیروئید در بیماران مبتلا به سندرم داون، دشوار است چرا که برخی از علائم و نشانه‌ها به صورت مشترک در هر دو بیماری وجود دارند (مثل تکلّم آرام و کند، زبان ضخیم، فعالیت روانی آرام و کند).

■ پرکاری تحت بالینی تیروئید با بیماری‌هایی همچون فیبریلاسیون دهلیزی (AF)، دمانس و به گونه‌ای غیرمشخص‌تر با استئوپروز همراهی و ارتباط دارد. در هر حال پیشرفت بیماری از مرحله تحت بالینی به مرحله بالینی در بیماران فاقد سابقه بیماری تیروئید هنوز به طور کامل، مشخص نشده است.

■ بیماری کم کاری تحت بالینی تیروئید با نتایج ضعیف زایمانی و رشد شناختی ضعیف در کودکان همراهی و ارتباط دارد. شواهد مربوط به وجود دیس لیپیدمی، آترواسکلروز، کاهش کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به کم کاری تحت بالینی تیروئید در بین جمعیت معمولی، متناقض بوده و کمتر متقاعدکننده است..

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2004;125-127.

غربالگری
دیابت ملیتوس نوع ۲ در بزرگسالان

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری دیابت نوع ۲ را در بزرگسالان بدون علامتی که فشارخون بالاتر از ۱۳۵/۸۰mmHg (با یا بدون درمان) دارند، توصیه‌می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل مابین فواید و خطرهای غربالگری تیپ ۲ در بزرگسالان بدون علامتی که فشارخون ۱۳۵/۸۰mmHg یا پایین‌تر دارند، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات‌بالینی

■ این توصیه بزرگسالان بدون علایم دیابت یا بدون شواهد احتمالی عوارض دیابت را در بر می‌گیرد. علایم دیابت عبارتند از پلی اوری، پلی دیپسی و پلی فاژی. عوارض دیابت احتمالی عبارتند از زخم‌ها و یا عفونت‌هایی که بهبود نمی‌یابند و بیماری‌های عروقی تشخیص داده شده مثل بیماری سرخرگ‌های کرونری، استروک، بیماری سرخرگ‌های محیطی. افرادی که این علایم و یا بیماری‌ها را دارند باید از نظر دیابت مورد آزمایش قرار بگیرند.

■ در افرادی که فشارخون آنها ۱۳۵/۸۰mmHg یا پایین‌تر است، چنانچه اگر اطلاع از وضعیت دیابت به نحوه تصمیم گیری درباره راهبردهای پیشگیری از بیماری کرونری قلب (CHD)، از جمله ارزیابی خطر CHDو ملاحظات بعدی درباره مصرف داروهای پایین آورنده چربی یا آسپیرین کمک نماید، ممکن است غربالگری بر پایه وضعیت فردی صورت بگیرد.

■ برای مثال، اگر میزان خطر ۱۰ – ساله یک فرد از نظر CHD ۲۰٪ یا بیشتر باشد، درمان وی با استفاده از داروهای پایین آورنده چربی توصیه می‌شود (آدرس اینترنتی نحوه محاسبه میزان خطر ۱۰ – ساله در زیر آورده شده است). بنابراین اگر میزان خطر محاسبه شده بیمار بدون در نظر گرفتن دیابت ۱۷ ٪ و با در نظر

گرفتن دیابت بیش از ۲۰ ٪ باشد، به منظور تعیین درمان ضد چربی، غربالگری دیابت مفید خواهد بود. اما اگر میزان خطر محاسبه شده بدون در نظر گرفتن دیابت ۱۰ ٪ و با در نظر گرفتن آن ۱۵ ٪ باشد، نتایج آزمایش غربالگری تاثیری بر روی تصمیم گیری مصرف داروهای پایین آورنده چربی خون نخواهد گذاشت.

■ فشارخون که یک عامل پیشگویی کننده مهم عوارض بیماری‌های قلبی عروقی (CVD) از جمله CHD و استروک در افراد مبتلا به تیپ ۲ دیابت است، در اولین مراحل به کاربستن این توصیه ها باید اندازه‌گیری شود. اندازه‌گیری میزان خطر کلی CHD و استروک به پزشک اجازه می‌دهد تا تعیین نماید که عوامل خطرزای CVD تا چه شدتی مورد نیاز است. برای انجام این ارزیابی، پزشکان می‌توانند از چند محاسبه‌گر معتبر ارزیابی کننده میزان خطر CHD، برای مثال محاسبه‌گری که بر پایه داده‌های مطالعه قلبی فرامینگهام استوار است استفاده نمایند که در آدرس اینترنتی زیر در دسترس است:

http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii.calculator.asp

■ ۳ آزمایش برای غربالگری دیابت مورد استفاده قرار می‌گیرد: گلوکز ناشتای پلاسما، گلوکز ۲ – ساعت پس از صرف غذا، هموگلوبین A۱c. هرکدام از این آزمایش‌ها مزایا و زیان‌های های خاص خود را دارند. انجمن دیابت آمریکا، انجام آزمایش گلوکز ناشتای پلاسما را برای غربالگری توصیه می‌نماید چرا که سریع‌تر و آسان‌تر انجام می‌شود، انجام آن برای بیماران قابل قبول‌تر و دم دست‌تر است و از سایر آزمایش‌ها کم هزینه تر است. آزمایش گلوکز ناشتای پلاسما نسبت به آزمایش گلوکز پلاسما ۲ – ساعت پس از غذا، نتایج قابل تکرارتری دارد، واریاسیون بین فردی کمتری داشته، ارزش اخباری مشابهی برای تعیین عوارض میکروواسکولار دیابت دارد. انجمن دیابت آمریکا، دیابت را به صورت سطح گلوکز ناشتای پلاسمای mg/dL ۱۲۶ یا بیشتر تعریف می‌کند و توصیه می‌کند نتایج غربالگری در روز دیگری با یک آزمایش دیگر تایید شود، به خصوص اگر نتایج لب مرزی باشند.

■ هدف درمانی فشارخون در افراد مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۲ نسبت به افراد غیرمبتلا به آن باید پایین‌ترباشد. اهداف درمانی پایین‌تر فشارخون در مبتلایان به دیابت و پرفشاری خون در مقایسه با اهداف بالاتر درمانی میزان وقایع مرتبط با CVD را کاهش می‌دهد. همچنین توجه به سایر عوامل خطر CVD، مثل عدم فعالیت جسمانی، سطوح چربی، تغذیه، چاقی برای کاهش میزان خطر CHD و بهبود کنترل سطح گلوکز مهم است.

■ فاصله زمانی مناسب بین غربالگری‌ها مشخص نیست. انجمن دیابت آمریکا، بر اساس توصیه صاحب نظران فاصله زمانی ۳ – ساله ما بین غربالگری‌ها را توصیه می‌نماید.

■ هیچ گونه شواهدی مبنی بر فایده غربالگری از نظر اختلال تحمل گلوکز (IGT) یا اختلال گلوکز ناشتا (IFG) بر روی پیامدهای سلامتی وجود ندارد. با این‌حال برنامه‌های فشرده اصلاح شیوه زندگی (تغذیه، ورزش، رفتار) میزان بروز دیابت را کاهش می‌دهد. صرف نظر از اینکه پزشک و بیمار تصمیم به غربالگری

دیابت داشته باشند، همه افراد باید تغذیه سالم و فعالیت جسمانی داشته باشند، وزن خود را در محدوده سالمی نگه دارند. این رفتارها علاوه بر پیشگیری و ممانعت از دیابت نوع ۲ فواید دیگری نیز دارند. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، مداخلات شدیدتر را در افراد چاقی که تمایل به کاهش وزن دارند توصیه می‌نماید. همچنین باید از رویکردهای مبتنی بر جمعیت برای افزایش فعالیت جسمانی و کاهش چاقی حمایت شود (همچنانکه از سوی کارگروه خدمات پیشگیری جامعه نگر توصیه شده است).

■ شواهد و توصیه های USPSTF در زمینه پرفشاری خون، تغذیه، فعالیت جسمانی و چاقی در آدرس اینترنتی زیر در دسترس هستند:

www.preventiveservices.ahrq.gov

منابع و توصیه های کارگروه خدمات پیشگیری جامعه نگر در آدرس اینترنتی زیر در دسترس هستند:

www.thecommunityguide.org.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2008;148:846-854.

بیماری‌های ماهیچه‌ای و استخوانی

مداخلات مراقبتی اولیه جهت پیشگیری از کمر درد در بزرگسالان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از مداخلات، به منظور پیشگیری از بروز کمر درد در بزرگسالان در مراکز مراقبت‌های اولیه، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ با اینکه شواهدی در دست نیست که نشان دهد انجام فعالیت جسمانی می‌تواند مانع از بروز کمردرد می‌گردد، با این حال ثابت شده که فعالیت جسمانی مستمر و منظم فواید دیگری برای سلامتی دارد، که شامل پیشگیری از بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت نوع دوم، چاقی و استئوپروز است.

■ مشخص شده است که وسایل نگهدارنده ناحیه کمر و یا کمربندهای مخصوص کمر، در کاهش میزان بروز کمردرد، مؤثر نیستند.

■ مداخله در محل کار از جمله اقدامات آموزشی، فواید کوتاه مدت اندکی در کاهش میزان بروز کمردرد دارد. ولی قابلیت انجام چنین اقداماتی توسط مراکز مراقبت‌های اولیه، زیاد مشخص نیست.

■ ارائه آموزش‌های رسمی مربوط به کمر درد می‌توانند از بروز صدمات بیشتر در ناحیه کمر بیماران مبتلا به کمردردهای مکرر و یا مزمن پیشگیری نماید، ولی میزان کارآیی درازمدت چنین آموزش‌هایی، هنوز به نحو مطلوبی مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است.

This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/lowback/lowbackrs.htm.

غربالگری
استئوپروز در زنان یائسه

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌نماید که زنان ۶۵ ساله و مسن‌تر باید به صورت روتین از نظر ابتلا به استئوپروز غربالگری شوند. کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده توصیه می‌نماید که غربالگری روتین در سن ۶۰ سالگی برای زنانی که در معرض افزایش خطر ابتلا به شکستگی استئوپروتیک قرار دارند، صورت بگیرد.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، به نفع و یا علیه انجام غربالگری روتین در مورد زنان یائسه‌ای که کمتر از ۶۰ سال سن دارند و یا در زنانی که در سنین بین ۶۰ تا ۶۴ سال قرار داشته و در معرض افزایش خطر شکستگی استئوپروتیک نیستند، هیچ گونه توصیه‌ای نمی کند.

درجه‌بندی: توصیه نوع C

ملاحظات بالینی

■ تجزیه و تحلیل مدل‌سازی شده حاکی از این است که فواید خالص غربالگری استئوپروز در زنان ۶۰ تا ۶۴ ساله ای که در معرض افزایش خطر ابتلا به استئوپروز و شکستگی استخوانی قرار دارند، قابل مقایسه با فواید خالص غربالگری روتین استئوپروز در زنان بالاتر از این محدوده سنی است. شناسایی مبتنی بر شواهد عوامل خطر دقیقی که بر اساس آنها بتوان شروع به انجام غربالگری در این گروه سنی نمود، دشوار است. وزن پایین بدن (یعنی کمتر از ۷۰ کیلوگرم) به عنوان یگانه عامل پیش‌بینی کننده تراکم پایین معدنی استخوان است. وزن پایین، عدم استفاده از استروژن درمانی و سن، به عنوان یک ابزار ارزیابی ۳ مرحله‌ای خطر استئوپروز مطرح هستند(ORAI). برای تایید استفاده از سایر عوامل خطر انفرادی (مثل سیگار کشیدن، از دست دادن وزن بدن، سابقه خانوادگی، کاهش فعالیت جسمانی، مصرف مواد الکلی و کافئین، کاهش میزان مصرف کلسیم و ویتامین D) به عنوان مبنای شناسایی زنان در معرض افزایش خطر استئوپروز کوچکتر از ۶۵ سال، شواهد کمتری وجود دارد. زنان آمریکایی– آفریقایی، در هر سنی در مقایسه با زنان سفیدپوست، به طور

متوسط تراکم معدنی استخوانی (BMD) بالاتری دارند و بنابراین احتمال کمتری وجود دارد که این زنان از غربالگری بهره‌ای ببرند.

■ در بین آزمایش‌های مختلفی که در ارتباط با سنجش تراکم استخوانی در قسمت‌های مختلف بدن مورد استفاده قرار می‌گیرند، تراکم استخوانی اندازه‌گیری شده گردن فمور با استفاده از سیستم duol-energy x-ray absorptiometry (DXA)، به‌عنوان بهترین عامل پیش‌بینی کننده شکستگی لگن به شمار می‌آید و قابل مقایسه با سنجش‌های صورت گرفته در ناحیه بازوان جهت پیش‌بینی شکستگی در سایر نقاط بدن است. تکنولوژی‌های دیگر برای اندازه‌گیری در نواحی محیطی عبارتند از: اولترا سونوگرافی کمی (quantitative ultrasonography[QUS])، ابسورپتومتری رادیوگرافیک (radiographic absorptiometry)، ابسورپتومتری اشعه X با انرژی منفرد، (single energy x-ray absorptiometry) ابسورپتومتری محیطی اشعه X با انرژی دوگانه (peripheral dual-energy x-ray absorptiometry) و روش توموگرافی کامپیوتری کمی محیطی(peripheral quantitative computed tomography).
اطلاعات جدید حاکی از این است که آزمایش اندازه‌گیری تراکم استخوان‌های محیطی که در مراکز مراقبت‌های اولیه انجام می‌گیرد، می‌تواند زنان یائسه‌ای را شناسایی نماید که در معرض افزایش خطر ابتلا به شکستگی استخوان در کوتاه مدت (یک سال) هستند. تحقیقات بیشتری لازم است تا معلوم گردد که میزان دقت آزمایش سنجش تراکم استخوان‌های محیطی، در مقایسه با روش ابسورپتومتری اشعه X با انرژی دوگانه (DXA) چه قدر است. احتمال اینکه فردی به عنوان بیمار مبتلا به استئوپروز تشخیص داده شود، به میزان زیادی بستگی به موضع و نوع آزمایش سنجش استخوان، تعداد موضع‌های آزمایش شده، نیز مناسب بودن دامنه مرجع دارد.

■ برآوردهای مربوط به مزایای شناسایی و درمان استئوپروز تا حد زیادی مبتنی بر مطالعات صورت گرفته بر روی بی‌فسفونات‌ها است. ولی برخی از زنان ممکن است که شیوه‌های درمانی دیگری را (مثل درمان جایگزینی هورمونی [HRT]، تعدیل کننده‌های انتخابی گیرنده استروژن، یا کلسی‌تونین) ترجیح دهندکه این بستگی به ترجیحات شخصی و عوامل خطر دارد. پزشکان باید همراه با بیماران، اقدام به بررسی مزایا و زیان‌های نسبی شیوه‌های درمانی موجود نمایند، نیز در مورد هرگونه ابهام درباره میزان کارآیی و ضریب ایمنی آنها گفتگو کنند تا بدینوسیله راه برای یک انتخاب آگاهانه هموار گردد.

■ هیچ مطالعه‌ای تاکنون اقدام به ارزیابی بهترین فاصله زمانی تکرار غربالگری استئوپروز ننموده است. به علت وجود محدودیت‌هایی در رابطه با میزان دقت آزمایش‌های موجود، حداقل ۲ سال زمان لازم است تا به گونه‌ای مناسب بتوان تغییرات مربوط به میزان تراکم استخوانی را اندازه‌گیری نمود، البته فاصله‌های زمانی طولانی‌تر شاید برای تکرار غربالگری به منظور شناسایی موارد جدید بروز استئوپروز مناسب باشد. بازده غربالگری تکرار شده در مورد زنان مسن‌تر، زنان با سطح پایه پایین‌تر BMD و زنان دارای سایر عوامل خطر شکستگی استخوان، بیشتر است.

■ هیچ داده و اطلاعاتی وجود ندارد که بتوان براساس آن تعیین نمود که در چه سنی بهتر است غربالگری استئوپروز متوقف شود، فقط اطلاعات اندکی در رابطه با درمان استئوپروز در زنان دارای سن بالاتر از ۸۵ سال وجود دارد. بیمارانی که به عنوان استئوپروز تشخیص داده شده‌اند در زمره افرادی که باید غربالگری شوند، قرار نمی‌گیرند ولی ممکن است آزمایش‌های دیگری با اهداف تشخیصی یا ارزیابی پاسخ به درمان در این افراد لازم باشد.

References

1. Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, et al. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. Can Med Assoc J. 2000;162:1289-1294.
2. Cadarette SM, Jaglal SB, Murray T, et al. Evaluation of decision rules for referring women for bone densitometry by dual-energy x-ray absorptiometry. JAMA. 2001;286(1):57-63.
This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2002;137:526-528.

بیماری‌های زنان و زایمان

غربالگری واژینوز باکتریال در بارداری

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری واژینوز باکتریال در زنان باردار بدون علامتی که درگروه کم‌خطر از نظر زایمان پره‌ترم هستند را توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور ارزیابی تعادل ما بین فواید و عوارض غربالگری واژینوز باکتریال در زنان باردار بدون علامتی که در گروه پرخطر از نظر زایمان پره‌ترم هستند، شواهد موجود کافی نیست.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات‌بالینی

■ عوامل مختلفی با افزایش خطر زایمان پره‌ترم همراهی دارند. همه این عوامل همراه، اثرات کم تا متوسطی دارند. این عوامل عبارتند از: نژاد آفریقایی- آمریکایی، BMI کمتر از $۲۰kg/m^2$ ، زایمان پره‌ترم قبلی، خونریزی واژینال، سرویکس کوتاه (<۲/۵cm)، عفونت لگنی و واژینوز باکتریال. عوامل همراه با افزایش خطر زایمان زودرس منحصر به عوامل فوق نمی‌باشند. این عوامل می‌توانند به تنهایی یا همراه با هم عمل نمایند. همچنین واژینوز باکتریال در طی بارداری در میان زنان آفریقایی-آمریکایی، زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و زنان با سابقه تولد نوزادان کم وزن شایع تر است.

براساس توصیه‌های کنونی زنانی در گروه کم‌خطر در نظرگرفته می‌شوند که سابقه زایمان پره‌ترم و یا سایرعوامل خطر زایمان پره‌ترم را ندارند (که اغلب زنان نولی‌پار هستند). زنانی درگروه پرخطر قرار دارند که سابقه زایمان پره‌ترم داشته‌اند.

■ تشخیص واژینوز باکتریال با استفاده از معیارهای بالینی Amsel و یا رنگ‌آمیزی گرم است. تشخیص واژینوز باکتریال با معیارهای بالینی Amsel در صورت وجود ۳ معیار از ۴ معیار زیر گذاشته می‌شود: pH واژن بالاتر از ۴/۷ ، وجود clue cells در گسترش مرطوب، ترشحات رقیق و هموژن، بوی آمینی ماهی در اثر اضافه شدن هیدروکسید پتاسیم به ترشحات.

■ این توصیه‌ها مربوط به غربالگری واژینوز باکتریال در زنان بدون علامت است. درمان موارد علامت‌دار باید براساس وضعیت بالینی انجام گیرد.

■ مترونیدازول و کلیندامایسین خوراکی، ژل واژینال مترونیدازول و کرم کلیندامایسین در درمان واژینوز باکتریال استفاده می‌شوند. مناسب‌ترین رژیم درمانی واژینوز باکتریال در زنان باردار مشخص نیست. برای اطلاع از آخرین دستورالعمل‌های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در این زمینه به وب سایت زیر مراجعه نمایید:

www.cdc.gov/std/treatment/2006/vaginaldischarge. htm#vagdis2

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2008 148(3):214-19.

مداخله ها در مراقبت اولیه
به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، انجام مداخله‌ها در طی بارداری و پس از تولد را به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

ملاحظات‌بالینی

■ این توصیه زنان باردار، نو مادران و بچه‌های کوچک را در بر می‌گیرد. در برخی از شرایط نادر که سلامتی مادران و یا کودکان آن‌ها تحت تاثیر قرارگرفته است، مثل عفونت HIV و یا گالاکتوزومی، ممکن است تغذیه با شیر مادرکنتراندیکه باشد و مداخله به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر مناسب نباشد. مداخله‌هایی که به منظور ترویج تغذیه با شیر مادر صورت می‌گیرد ممکن است همسر، دیگر اعضای خانواده و دوستان را در بر بگیرد.

■ مطالعات موجود امکان ارزیابی مداخلات چند جزئی یا ارزیابی مقایسه‌ای سودمندی مداخلات تک جزئی را نمی‌دهد. ترویج و پشتیبانی از تغذیه با شیر مادر با مداخله‌هایی در طی بارداری، حوالی دوره زایمان و پس از تولد صورت می‌گیرد یعنی مواقعی که تغذیه با شیر مادر در شرف وقوع است. مداخله‌ها ممکن است شامل چند استراتژی باشد، مانند آموزش نظام مند مادران و سایر اعضای خانواده، پشتیبانی مستقیم از مادران در طی مشاهده تغذیه با شیر مادر، آموزش کارکنان حرفه‌ای سلامت درباره تغذیه با شیر مادر و تکنیک‌های پشتیبانی از تغذیه با شیر مادر. شواهد پیشنهاد می‌نماید که مداخله‌هایی که شامل هر دو جز پیش از تولد و پس از تولد هستند، ممکن است در افزایش دوره تغذیه با شیر مادر موثرتر باشند. بسیاری از برنامه‌های موفق شامل پشیبانی برابر، آَموزش پیش از تولد تغذیه با شیر مادر، یا هر دو مورد هستند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med 2008;149:560-564.

غربالگری
دیابت ملیتوس بارداری

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که برای ارزیابی تعادل مابین فواید و خطرهای غربالگری دیابت ملیتوس بارداری (GDM)، قبل و یا پس از هفته ۲۴ بارداری، شواهد موجود کافی نیست.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ این توصیه زنان بارداری را در برمی‌گیرد که پیش از این دیابت در آنها تشخیص داده نشده است.

■ تا زمانی که شواهد بهتری به دست آید، پزشکان باید غربالگری GDM را با بیماران خود مطرح نمایند و مورد به مورد تصمیم گیری نمایند. این بحث باید شامل اطلاعاتی درباره عدم قطعیت بین فواید و خطرها و مقدار فراوانی نتایج مثبت تست غربالگری باشد.

■ زنان چاق، مسن تر از ۲۵ سال، دارای سابقه خانوادگی دیابت، دارای سابقه قبلی GDM، یا متعلق به گروه‌های خاص نژادی (اسپانیایی تبارها، آمریکایی‌های هندی‌تبار، آسیایی‌تبار، یا آفریقایی‌تبار)، در معرض خطر افزایش یافته ابتلا به GDM هستند.

■ در ایالات متحده، رایج‌ترین آزمایش غربالگری عبارت است از آزمایش چالشی ابتدایی ۱ ساعته با ۵۰ گرم گلوکز(GCT). اگر نتیجه GCT غیرطبیعی باشد، که به صورت مقادیر بالاتر از mg/dL ۱۳۰ یا mg/dL ۱۴۰ تعریف می‌شود، بیمار تحت آزمایش تحمل ۳ ساعته با ۱۰۰ گرم گلوکز قرار می‌گیرد (OGTT) دو یا تعداد بیشتری نتیجه غیرطبیعی در OGTTبه عنوان تشخیص GDM در نظر گرفته می‌شود.

■ بیشتر غربالگری‌ها ما بین هفته‌های ۲۴ و ۲۸ بارداری انجام می‌شود. شواهد اندکی درباره ارزش غربالگری زودهنگام وجود دارد.

■ درمان معمولا شامل توصیه‌هایی در مورد فعالیت جسمانی و اصلاح رژیم غذایی است. بعلاوه، درمان گاهی شامل استفاده از دارو (انسولین و یا داروی خوراکی) که توسط آموزش دهندگان دیابت و متخصصین تغذیه پشتیبانی می‌شود، نیز افزایش مراقبت‌های دوره بارداری است. این که این مداخله‌ها تا چه میزانی باعث بهبود پیامدهای سلامتی می شوند، مشخص نیست.

■ تقریبا همه زنان باردار باید تشویق شوند که بر اساس شاخص توده بدنی خود (BMI) در حد متوسطی در حین بارداری دچار افزایش وزن شوند و همچنین در این دوران فعالیت جسمانی داشته باشند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Intern Med. 2008;148:759-765.

غربالگری
ناسازگاری Rh(D)

خلاصه توصیه ها

کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، اکیدا توصیه می‌نماید که تعیین Rh(D)خون و آزمایش آنتی‌بادی در مورد کلیه زنان باردار، در خلال نخستین ویزیت مرتبط با بارداری، صورت پذیرد.

درجه‌بندی: توصیه نوع A

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌کند که آزمایش آنتی‌بادی Rh(D) درمورد کلیه زنان Rh(D) منفی غیرحساس در خلال هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری صورت گیرد، مگر در مواردی که مشخص شده باشد پدر بیولوژیکی بیمار، گروه خونی Rh(D) منفی دارد.

درجه بندی: توصیه نوع B

ملاحظات‌بالینی

■ تجویز یک دوز کامل ۳۰۰ میکروگرم از ایمنوگلوبین Rh(D) در کلیه زنان دارای Rh(D) منفی غیرحساس، بعد از تکرار آزمایش آنتی‌بادی در هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری توصیه می‌گردد.

■ اگر چنانچه نوزادی با Rh(D) مثبت و یا Rh(D) مثبت نسبتا ضعیف (مثلا DU مثبت) به دنیا بیاید، در آن صورت یک دوز ایمونوگلوبولین Rh(D) باید در دوره پس از زایمان ترجیحا در خلال ۷۲ ساعت بعد از زایمان تکرار شود. به کار بردن ایمونوگلوبولین Rh(D) در سایر فواصل زمانی بعد از زایمان، هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است.

■ به جز در مواردی که مشخص شده باشد که پدر بیولوژیکی دارای Rh(D) منفی است، یک دوز کامل ایمونوگلوبین برای کلیه زنان دارای Rh(D) منفی و غیرحساس بعد از آمنیوسنتز و پس از سقط القا شده یا سقط خودبه‌خودی، توصیه می‌گردد، البته اگر چنانچه مدت بارداری کمتر از ۱۳ هفته باشد، یک دوز ۵۰

میکروگرمی کافی است.

■ مزایای استفاده روتین از ایمونوگلوبولین Rh(D) پس از سایر اعمال مامایی یا پس از مواردی مانند نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی، ختم بارداری خارج رحمی، کوردوسنتز، جراحی بر روی جنین یا مانیپولاسیون، خونریزی جفتی پیش از زایمان، ترومای ناحیه شکم، مرگ جنین قبل از تولد، یا تولد نوزاد مرده، از موضوعاتی است که به دلیل شواهد ناکافی، هنوز مشخص نشده است.

This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/rh/rhrs.htm.

اختلالات بینایی

غربالگری گلوکوم

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری در بزرگسالان از نظر ابتلا به گلوکوم، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ گلوکوم اولیه زاویه باز (POAG) یک بیماری مزمن است که با فقدان آکسون‌های سلول‌های گانگلیونی شبکیه مشخص می‌گردد. این بیماری در ابتدا به صورت از دست دادن میدان دید محیطی بیمار بروز می‌نماید. درتعداد نامشخصی از بیماران، این بیماری پیشرفت می‌کند و به صورت آسیب در عمل‌کرد نواحی مربوط به دید کامل بیمار، و حتی به صورت نابینایی غیرقابل برگشت در می‌آید.

■ تشخیص POAG بر اساس یک تست منفرد صورت نمی‌گیرد، بلکه بر اساس یافتن تغییرات دژنراتیو اختصاصی در دیسک اپتیک (نقطه کور) و یک سری نواقص درمیدان بینایی بیمار، انجام می‌پذیرد. هر چند که فشار درون چشمی افزایش یافته (IOP) قبلاً به عنوان یک عامل مهم برای تعریف این وضعیت مورد توجه قرار داشت، ولی امروزه مشخص گردیده که بسیاری از افراد مبتلا به POAG دارای IOP نیستند، بنابراین، انجام تونومتری ارزش اندکی در غربالگری POAG دارد.

■ IOP افزایش یافته، سابقه خانوادگی، سن بالا و نژاد آمریکایی آفریقایی تبار، عواملی هستند که انسان را در معرض افزایش خطر ابتلا به گلوکوم قرار می‌دهند. سالمندان آمریکایی آفریقایی، شیوع بالاتری از بیماری دارند و ممکن است پیشرفت بیماری درآنان سریعتر باشد، و اگر چنانچه نشان داده شود که غربالگری گلوکوم

موجب کاهش پیشرفت آسیب بینایی می‌گردد، در آن صورت احتمالا آمریکائیان آفریقایی تبار نسبت به سفیدپوستان، فواید خالص بیشتری از این غربالگری خواهند داشت. احتمالا افراد دارای امید زندگی محدود، فواید کمتری را از انجام غربالگری به دست خواهند آورد.

■ سابقه طبیعی بیماری گلوکوم، حالتی ناهمگن دارد و خوب تعریف نشده است. در زیرگروهی از افراد مبتلا به POAG، یا پیشرفت بیماری وجود ندارد، و یا اینکه پیشرفت بیماری چنان آرام است که بیماری هرگز تأثیر مهمی را بر روی بینایی آنان نمی‌گذارد. اندازه و بزرگی این گروه از افراد مشخص نیست و ممکن است بستگی به عوامل نژادی و سن آنها داشته باشد. افراد دیگری وجود دارند که رشد بیماری در آنها سریع‌تر است، بطوریکه در عرض ۱۰ سال به کاهش و نقصان در عملکرد بینایی چشم منتهی می‌گردد. اینکه آیا گلوکوم در یک بیمار پیشرفت خواهد نمود یا نه، موضوعی است که نمی‌شود آن را به طور دقیق مشخص نمود، ولی افرادی که سطح IOP آنان بالاتر بوده و در ابتدای امر دچار اختلال میدان بینایی هستند و نیز آنهایی که سن بالایی دارند، احتمالا در معرض خطر بیشتری در رابطه با رشد سریع گلوکوم قرار دارند. اینکه آیا میزان پیشرفت نواقص میدان بینایی، در سرتاسر دوره مربوط به سیر بیماری گلوکوم، به گونه‌ای ثابت و یکنواخت خواهد بود، هنوز مشخص نیست.

■ ممکن است اندازه‌گیری میدان بینایی دشوار باشد. همچنین ممکن است قابلیت اطمینان اندازه‌گیری منفرد میدان بینایی پایین باشد، چندین اندازه‌گیری همسان میدان بینایی مورد نیاز است تا بتوان وجود نواقص میدان بینایی را تشخیص داد. افتالموسکوپی چشم گشاد شده و یا معاینه با اسلیت لامپ از جمله آزمایشاتی هستند که متخصصان چشم از آنها برای بررسی تغییرات موجود در دیسک بینایی استفاده می‌کنند. در هر حال، حتی متخصصان هم از لحاظ توانایی شناسایی پیشرفت گلوکوم در دیسک بینایی با هم فرق می‌کنند. بعلاوه، هیچ گونه استاندارد و معیار یگانه‌ای که بر روی آن توافق حاصل شده باشد برای تعریف و یا اندازه‌گیری میزان پیشرفت نقص‌های میدان بینایی وجود ندارد.

■ اقدامات اولیه درمانی برای POAG، کاهش میزان فشار داخل چشم بیمار است. این اقدامات شامل تجویز دارو، لیزر و یا انجام عمل جراحی هستند. این درمان‌ها به گونه‌ای مؤثر موجب کاهش فرآیند ایجاد و پیشرفت نقص‌های جزیی در میدان بینایی بیماران می‌گردد. اما دامنه سودمندی این درمان‌ها در رابطه با کاهش میزان اختلالات مربوط به عملکرد بینایی هنوز مشخص نیست. صدمات یا زیان‌های احتمالی ایجاد شده بر اثر این اقدامات درمانی، شامل شکل‌گیری کاتاراکت، صدمات ناشی از جراحی کاتاراکت، و نیز عوارض مربوط به تجویز داروهای موضعی چشم هستند.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD, March 2005. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsglau.htm.

بخش ۳.

توصیه‌های مربوط به کودکان

کلیه توصیه‌های به عمل آمده در این کتابچه راهنما، خلاصه هستند. به منظور مشاهده عبارات کامل مربوط به این توصیه‌ها و توصیه‌هایی که پس از ماه مارس سال ۲۰۰۹ میلادی انتشار یافته‌اند، می توانید به نشانی اینترنتی زیر مراجعه نمایید:

http://www.ahrq.gov/clinic/uspstp/uspstopics.htm.

غربالگری افزایش مقادیر سرب در خون کودکان و زنان باردار

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه غربالگری روتین از نظر افزایش مقادیر سرب خون در کودکان بدون علامت ۵-۱ ساله‌ای که در معرض افزایش خطر ابتلا به این عارضه هستند، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری روتین از نظر افزایش مقادیر سرب خون را در کودکان ۵-۱ ساله‌ای که در معرض خطر متوسط ابتلا به این عارضه هستند، توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری روتین از نظر افزایش مقادیر سرب خون در زنان باردار بدون علامت را توصیه نمی‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ این توصیه کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، انجام غربالگری از نظر افزایش مقادیر سرب خون در کودکان ۵-۱ ساله در معرض خطر متوسط یا بالای ابتلا به این عارضه، و نیز زنان باردار بدون علامت را مورد توجه قرار می‌دهد.

■ بالاترین میانگین مربوط به میزان سرب خون در کشور آمریکا، در خون کودکان ۱ تا ۵ ساله دیده می‌شود (میانگین هندسی معادل ۹ /۱ میکروگرم در دسی لیتر). کودکان زیر ۵ سال، در معرض خطر بیشتری برای افزایش میزان سرب خون و مسمومیّت در اثر آن قرار دارند. این امر به علت قرار دادن زیاد انگشت در دهان

و یا به علت جذب بیشتر سرب به وسیله دستگاه گوارشی، و یا بر اثر قابلیت آسیب‌پذیری بیشتر سیستم اعصاب مرکزی کودکان درحال رشد، حادث می‌گردد. عوامل خطر افزایش سطح سرب در خون کودکان و بزرگسالان عبارتند از: اقلیت‌های قومی و نژادی، سکونت در نواحی شهری، سطح پایین درآمد، سطح پایین تحصیلات و آموزش، سکونت در خانه‌های قدیمی (ساخته شده قبل از ۱۹۵۰ میلادی)، بازسازی و یا نوسازی اخیر خانه، پیکا، استفاده از درمان‌های محلی، یک سری لوازم خاص آرایشی، استفاده از ظروف ساخته شده از سرب، تماس و مواجهه شغلی با مواد سربی و مهاجرت اخیر. سایر عوامل خطر در زنان باردار عبارتند از: مصرف الکل، سیگار و نیز پیکا.

■ مقادیر سطح سرب در خون کودکان، که در حدود ۲ سالگی به نهایت مقدار خود می‌رسد، در خلال پیگیری‌های کوتاه‌مدت و درازمدت، بدون انجام مداخله‌ای کاهش می‌یابد. بیشتر سرب در استخوان ذخیره می‌گردد. ممکن است افزایش سطح سرب در استخوان با میزان عادی سرب درخون فرد همراه باشد، به گونه‌ای که سطح سرب در خون غالبا نشانگر مقدار کلی سرب در بدن فرد نخواهد بود. همین نکته می‌تواند عدم تأثیر اقدامات کاهش سطح سرب در خون بر روی کاهش میزان مسمومیت عصبی را توجیه نماید.

■ آزمایش‌های غربالگری مربوط به افزایش سطح سرب در خون عبارتند از: اندازه‌گیری سطح پروتوپورفیرین آزاد اریتروسیت (یا روی) و نیز سطح سرب درخون مویرگی یا خون وریدی. پروتوپوروفیرین اریتروست (یا روی) برای نشان دادن افزایش متوسط سطح سرب در خون چندان حساسیتی ندارد و فاقد ویژگی لازم است. میزان غلظت سرب خون، حساسیت بیشتری در مقایسه با پروتوپورفیرین اریتروسیت برای شناسایی مواجهه با مقادیر متوسط سرب دارد، ولی ممکن است میزان دقت و صحت و قابلیت اطمینان آن تحت تاثیر آلودگی محیطی سرب قرار گیرد.
بنابراین، انجام آزمایش تعیین سطح سرب خون وریدی نسبت به نمونه مویرگی، برتری دارد. پرسشنامه‌های غربالگری برای شناسایی کودکان در معرض خطر ابتلا به افزایش سطح سرب خون ارزشمند هستند، ولی این پرسشنامه‌ها برای کاربردهای بالینی در جوامع گوناگون، ابتدا باید اختصاصی شده و تأیید گردند.

■ گزینه‌های درمانی قابل استفاده در افزایش سطح سرب خون عبارتند از: اقدامات کنترلی از لحاظ وجود سرب در محل سکونت، (از طریق مشاوره و آموزش، حذف گردوغبار و یا رنگ از محل، و رفع موارد خاک آلودگی)، شلاتیون و اقدامات تغذیه‌ای. در بیشتر مراکز، آموزش و مشاوره برای کودکان دارای مقادیر خونی ۲۰-۱۰ میکروگرم ارائه می‌گردد. برخی از متخصصین انجام مشاوره تغذیه‌ای را در کودکانی که مقادیر سرب در خون آنها در محدوده فوق قرار دارد توصیه می‌نمایند.
عملیات کنترل خطر مربوط به میزان سرب در محل سکونت افراد به کودکانی ارائه می‌گردد که سطوح سرب در خون آنها مساوی یا بیشتر از ۲۰میکروگرم است، در حالیکه درمان با مواد شلاتیون کننده، برای کودکانی ارایه می‌شود که سطح سرب خون آنها بیشتر یا مساوی ۴۵ میکروگرم است.

■ مداخلات مبتنی بر جامعه جهت پیشگیری اولیه از مواجهه با سرب، به احتمال زیاد تأثیر بیشتری دارند،

و ممکن است هزینه- سودمندتر از غربالگری، درمان و مشاوره در سطح کلینیک باشند. تغییر دادن مکان زندگی کودکانی که هنوز دچار افزایش سطح سرب در خون نشده‌اند، ولی در اماکنی زندگی می‌کنند که امکان مواجهه با سرب زیاد است، ممکن است کاملا مفید باشد.
اقدامات مربوط به کاهش میزان خطر محیطی مربوط به سرب در سطح جامعه‌ای، منطقه‌ای و کشوری مثلا کاهش میزان سرب در خروجی‌های صنایع، گازوئیل، و قوطی‌ها، معمولا تأثیر فوق العاده مهمی در کاهش سطح سرب در خون جمعیت عادی دارد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Pediatrics. 2006;118:e2514-2518.

غربالگری
هیپوتیروئیدیسم مادرزادی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری هیپوتیروئیدیسم مادرزادی (CH) را در نوزادان توصیه می نماید.

درجه بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ این توصیه همه کودکان متولد ایالات متحده را دربرمی‌گیرد. کودکان پره ماچور، با وزن خیلی پایین موقع تولد و ناخوش، ازغربالگری اضافی فایده می‌برند چرا که این بیماری‌ها با کاهش حساسیت و ویژگی تست‌های غربالگری همراهی دارند.

■ غربالگری هیپوتیروئیدیسم مادرزادی در همه ۵۰ ایالت آمریکا و نیز ناحیه کلمبیا اجباری است، اگرچه روش‌های انجام غربالگری از هم متفاوت است. دو روش عمده مورد استفاده در ایالات متحده وجود دارد: آزمایش ابتدایی TSH و در صورت لزوم T۴، و آزمایش ابتدایی T۴و درصورت لزومTSH. برخی از ایالت‌ها ازهر دو آزمایش در غربالگری ابتدایی استفاده می‌نمایند. پزشکان باید با تست‌های مورد استفاده و نیز محدودیت‌های استراتژی معمول غربالگری محل طبابت خود آشنا شوند. برای مثال، روش با آزمایش ابتدایی TSH، ممکن است به دلیل تاخیر در افزایش TSHدرکودکان با وزن پایین درموقع تولد (LBW و VLBW) منفی کاذب باشد. همچنین در حال حاضر تنها برخی از ایالات از نظر هیپوتیروئیدیسم مادرزادی مرکزی، غربالگری انجام می دهند. خانواده‌ها باید اطلاعات مناسبی درباره تست‌های غربالگری نوزادان از جمله فواید و خطرهای غربالگری دریافت نمایند. آن‌ها باید از پتانسیل جواب مثبت کاذب تست‌ها و پروسه مورد نیاز برای انجام تست‌های تاییدی آگاه شوند. در سطح ملی تنها ۱ مورد از ۲۵ مورد از نوزادان با جواب مثبت در غربالگری، از نظر ابتلا به هیپوتیروئیدیسم مادرزادی تایید می‌شوند. نتایج طبیعی از نظر هیپوتیروئیدیسم مادرزادی در نوزادان نباید مانع ارزیابی مناسب کودکانی شود که نشانه‌ها و علایم بالینی هیپوتیروئیدیسم را نشان می‌دهند.

■ کودکان باید مابین ۲ تا ۴ روزگی تست شوند. کودکانی که پیش از ۴۸ ساعت از زندگی از بیمارستان ترخیص می‌شوند، باید بلافاصله قبل از ترخیص تست شوند. نمونه‌هایی که در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول زندگی به دست می‌آیند، ممکن است صرف نظر از روش غربالگری مورد استفاده، به طور کاذب افزایش TSH را نشان بدهد.

■ پزشکانی که در مراکز مراقبت اولیه کار می‌کنند، باید مطمئن شوند که کودکان با نتایج غیرطبیعی غربالگری، آزمایش‌های تاییدی را دریافت نموده و درمان مناسب را با استفاده از جایگزینی هورمون‌ها در عرض ۲ هفته پس از تولد شروع می‌کنند. بچه‌هایی که نتیجه آزمایش‌های تاییدی در آنها مثبت بوده ولی علت دایمی برای هیپوتیروئیدیسم مادرزادی ندارند (مثل فقدان بافت تیرویید در سونوگرافی و یا اسکن تیرویید)، باید در زمان‌های مشخصی پس از ۳ سالگی به مدت ۳۰ روز تحت کاهش و یا قطع جایگزینی هورمون‌های تیروییدی قرار بگیرند تا مشخص گردد که آیا هیپوتیروئیدیسم در آنها دایمی بوده و یا اینکه گذرا است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Fam Med 2008; 6(2):166.

پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان پیش‌دبستانی

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، توصیه می‌نماید که پزشکان مراقبت‌های اولیه، اقدام به تجویز مکمل‌های خوراکی فلوراید در دوزهای توصیه شده برای کودکان پیش‌دبستانی بزرگتر از ۶ ماه نمایند که منبع اولیه آب آشامیدنی آنها کمبود فلوراید دارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نمایدکه به منظور توصیه به نفع یا علیه ارزیابی روتین میزان خطر کودکان پیش‌دبستانی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های دندان، توسط پزشکان مراقبت اولیه، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ بیماری های دندان در میان کودکان کم سن و سال شایع است، خصوصاً آنهایی که از اقشار با وضعیت پایین‌تر اجتماعی اقتصادی هستند، البته فقط تعداد کمی از کودکان پیش‌دبستانی به دندان پزشک مراجعه می‌نمایند. پزشکان دست‌اندرکار مراقبت‌های اولیه غالبا اولین و تنها متخصصین بهداشتی هستد که کودکان را ویزیت می‌نمایند. بنابراین، آنها در موقعیت منحصر به فردی قرار دارند و می‌توانند بیماری‌های مربوط به دندان را در این کودکان مورد توجه قرار دهند.

■ خمیردندان ها و جلادهنده‌های دارای فلوراید، و فلورایدهای موضعی تخصصی که برای پیشگیری از پوسیدگی دندان‌ها درکودکان کم سن وسال مجوز گرفته‌اند به عنوان مکمل‌های خوراکی مطرح هستند. مزایای این مواد نسبت به سایر مواد حاوی فلوراید موضعی (مثل دهان شویه‌ها و ژل)، شامل سهولت استفاده و پذیرش ازسوی بیماران، و احتمال کمتر ایجاد مسمومیّت است.

■ فلوئوروزیس دندان، به عنوان شایع‌ترین آسیب ناشی از مصرف خوراکی فلوراید یا استفاده از خمیردندان

حاوی فلوراید است که در کودکان زیر ۲ سال در آمریکا مشاهده می‌شود. فلوئوروزیس دندان به طور تیپیک خیلی ضعیف است و تنها از جنبه زیبایی اهمیت دارد. دوز توصیه شده برای مکمل‌های فلوراید از سوی انجمن دندان آمریکا در سال ۱۹۹۴ میلادی کاهش داده شد، که این امر احتمالا موجب کاهش میزان شیوع و شدت فلوئوروزیس دندان خواهد گردید. توصیه‌های فعلی در رابطه با دوز، مبتنی بر سطح فلوراید موجود در آب آشامیدنی جامعه است و بصورت آن لاین از طریق نشانی www.ada.orgدر دسترس است. آگاهی پزشکان دست‌اندرکار مراقبت‌های اولیه نسبت به سطح فلوراید موجود درآب آشامیدنی بیمارانشان، ضامن ارائه مکمل‌های مناسب‌تر فلوراید و در نتیجه به حداقل رساندن میزان خطر ابتلا به فلوئوروزیس است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Am J Prev Med. 2004;26(4)326-329.

غربالگری دیسپلازی رشدی هیپ

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه نسبت به انجام غربالگری روتین از نظر وجود دیسپلازی رشدی هیپ در اطفال برای پیشگیری از پیامدهای ناگوار، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ این توصیه کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده فقط شامل اطفالی است که جابجایی آشکار استخوان لگن و یا سایر موارد غیرطبیعی و آشکار دیگر را قبل از انجام غربالگری ندارند. DDH معرف یک طیف از حالات غیرطبیعی آناتومیکی است که در آن سر استخوان فمور و استابولوم به گونه‌ای نامناسب بر هم منطبق شده‌اند و یا دارای رشد غیرطبیعی بوده‌اند. DDH می‌تواند منجر به بیماری دژنراتیو زودرس مفصلی، نقص در راه رفتن و احساس درد گردد. عوامل خطر مربوط به DDH عبارتند از: جنس مؤنث، سابقه خانوادگی ابتلا به DDH، وضعیت بریچ در هنگام تولد و دفورمیته‌های کیفی مربوط به قرار رفتن در داخل رحم. البته، بیشتر حالات DDH دارای عوامل خطر قابل تشخیص نیستند.

■ تست‌های مخصوص غربالگری DDH دقت عمل محدودی دارند. شایع‌ترین روش‌های غربالگری عبارتند از معاینات بالینی سریالی لگن و اندام‌های تحتانی، که با استفاده از روش‌های معاینه بارلو و اورتولانی و نیز سونوگرافی صورت می‌گیرد. معاینه بارلو با اداکشن هیپ فلکسیون شده با استفاده از اعمال آرام نیروی خلفی انجام می‌پذیرد که به منظور شناسایی هیپ دارای قابلیت دررفتگی و جابجاشدگی صورت می‌گیرد. معاینه ارتولانی هم با ابداکشن هیپ فکلسیون شده به کمک اعمال آرام نیروی قدامی انجام می‌شود که به منظور جا انداختن هیپ دررفته صورت می‌گیرد. داده‌ها و اطلاعات مربوط به ارزیابی ارزش نسبی ابداکشن محدود هیپ، به عنوان وسیله غربالگری برای DDH، اندک است. ارزش این معاینه در دوران اولیه طفولیّت اندک بوده و هر چه طفل پا به سن می‌گذارد، ارزش این معاینه بیشتر می‌شود.

■ درمان DDH شامل گزینه‌های جراحی و غیرجراحی است. درمان غیرجراحی با استفاده از وسایل ابداکشن، در مراحل درمان اولیه صورت می‌گیرند و شامل استفاده از شیوه پاولیک است که به طور شایع

استفاده می‌شود. مداخلات جراحی زمانی که DDH شدید باشد، یا اینکه در امر تشخیص آن تأخیر روی داده باشد، و یا پس از عدم موفقیت اقدامات غیرجراحی مورد استفاده قرار می‌گیرند. شواهدی که سودمندی این مداخلات درمانی را نشان می‌دهند قاطع نیستند، چرا که احتمال زیادی برای اصلاح خودبه‌خودی وجود دارد، و مطالعات مقایسه کننده دو گروه درمان شده به روش جراحی و غیرجراحی، وجود ندارد، و همچنین به علت آن که تفاوت‌هایی از نظر اندیکاسیون‌های جراحی و پروتوکل‌های مربوطه وجود دارد. نکروزآواسکولار هیپ، به عنوان شایع‌ترین و شدیدترین آسیب ناشی از انجام مداخلات جراحی و غیرجراحی به شمار می‌آید و می‌تواند منجر به عدم رشد (یا توقف رشد) هیپ گردد که به دنبال آن انهدام مفصل همراه با ناتوانی قابل توجهی به وقوع خواهد پیوست.

References

1. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. Committee on Quality Improvement, and Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Pediatrics. 2000;105(4):E57.
2. Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujov P, Wiener F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. Pediatrics. 1999;103(1):98-99.
3. Barlow T. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone and Joint Surgery. 1962;44:292-301.
4. Standing Medical Advisory Committee. Screening for the detection of congenital dislocation of the hip. Arch Dis Child. 1986;61(9):921-926.
5. Cashman JP, Round J, Taylor G, Clarke NM. The natural history of developmental dysplasia of the hip after early supervised treatment in the Pavlik harness. A prospective, longitudinal followup. J Bone Joint Surg Br. 2002;84(3):418-425.
6. Konigsberg DE, Karol LA, Colby S, O'Brien S. Results of medial open reduction of the hip in infants with developmental dislocation of the hip. J Pediatr Orthop. 2003;23(1):1-9.

This USPSTF recommendation was first published in Pediatrics. 2006;117:898-902.

غربالگری اسکولیوز ایدیوپاتیک در نوجوانان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، مخالف انجام غربالگری روتین در نوجوانان بدون علامت به منظور بررسی اسکولیوز ایدیوپاتیک است.

درجه بندی: توصیه نوع D

ملاحظات بالینی

■ غربالگری نوجوانان به منظور بررسی اسکولیوز ایدیوپاتیک معمولا با مشاهده مستقیم ستون فقرات به منظور جستجوی عدم تقارن در شانه‌ها، کتف و هیپ انجام می‌گیرد. اسکولیومتر را می‌توان مورد استفاده قرار داد و انحنای مربوط را اندازه‌گیری نمود. اگر چنانچه به اسکولیوز ایدیوپاتیک مشکوک شویم، از رادیوگرافی می‌توان استفاده نمود تا تشخیص را تایید کرده و همین طور میزان انحنای غیرطبیعی موجود را مشخص کرد.

■ نتایج و پیامدهای سلامتی حاصل از اسکولیوز ایدیوپاتیک در نوجوانان، با نتایج و پیامدهای مربوط به اسکولیوز ثانویه (یعنی اسکولیوز مادرزادی، عصبی و عضلانی یا بروز زودهنگام اسکولیوز ایدیوپاتیک) متفاوت است. اسکولیوز ایدیوپاتیک، اگر در اوان نوجوانی بروز نماید ممکن است، سیر بالینی آرام‌تری داشته باشد.

■ اقدامات درمانی کنسرواتیو به منظور درمان انحناهای تشخیص داده شده توسط غربالگری، شامل استفاده از ارتوزهای مخصوص و درمان به وسیله انجام تمرینات بدنی است، ولی این اقدامات ممکن است که درد ناحیه پشت و یا کیفیّت زندگی نوجوانان مبتلا به اسکولیوز ایدیوپاتیک را به اندازه قابل توجهی بهبود نبخشند.

■ آسیب‌های بالقوه انجام غربالگری و درمان در نوجوانان مبتلا به اسکولیوز ایدیوپاتیک، شامل ارزیابی و ویزیت‌های غیرضروری برای پیگیری نتایج مثبت کاذب و همچنین عوارض جانبی روانی خصوصا در رابطه با پوشیدن بریس‌ها است. با اینکه انجام غربالگری روتین نوجوانان از نظر اسکولیوز ایدیوپاتیک، توصیه نمی‌شود، با این حال پزشکان باید آمادگی داشته باشند تا اسکولیوز ایدیوپاتیک را هنگامی که به شکل تصادفی تشخیص داده می‌شود و یا هنگامی که نوجوان یا والدین او درباره اسکولیوز دل نگران هستند، مورد ارزیابی قرار دهند.

Reference

1. Weinstein SL, Dolan LA, Spratt KF, Peterson KK, Spoonamore MJ, Ponseti IV. Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis: a 50-year natural history study. JAMA. 2003;289(5):559-567.
This USPSTF recommendation was first published by: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. June 2004. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/scoliosis/scoliors.htm.

غربالگری و درمان
اختلال افسردگی ماژور در بچه‌ها و نوجوانان

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، غربالگری نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) را از نظر اختلال افسردگی ماژور (MDD) توصیه می‌نماید، البته به شرط آن‌که یک سیستم خوب برای حصول اطمینان از نظر تشخیص صحیح، سایکوتراپی (رفتارشناختی یا بین فردی)، و پیگیری وجود داشته باشد.

درجه بندی: توصیه نوع B

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، نتیجه گیری می نماید که برای ارزیابی تعادل مابین فواید و خطرات غربالگری بچه ها (۷ تا ۱۱ ساله ها) شواهد موجود کافی نیست.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ این توصیه USPSTF در مورد غربالگری MDD، نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) و بچه‌های (۷ تا ۱۱ سال) در جمعیت عمومی را در بر می گیرد. طیف وسیعی از اختلالات افسردگی وجود دارد. این گزارش صرفا به غربالگری از نظر MDD می‌پردازد و به اختلالات افسردگی کم شدت اشاره‌ای ندارد.

■ عوامل مختلفی در پیدایش و گسترش MDD مشارکت دارند. بسیاری از افرادی که دچار MDD می‌شوند، معمولا عوامل خطرزای متعددی دارند. ولی باید توجه داشت که ارزیابی عوامل خطرزای MDD دشوار است. در نتیجه محققین بر روی شناسایی زیرگروه‌های نوجوانی که در معرض افزایش خطر ابتلا به MDD هستند، متمرکز شده‌اند. عوامل خطرزایی را که نسبتا به طور صحیح و قابل اعتماد می‌توان ارزیابی نمود عبارتند از: افسردگی والدین، داشتن هم‌زمان اختلال روانی و یا بیماری طبی مزمن، و یا یک تجربه منفی عمده در زندگی.

■ ابزاری که برای مراقبت اولیه درست شده اند، به طور موفقیت آمیزی در نوجوانان به کار می‌رود (پرسش‌نامه سلامت بیمار–ویژه نوجوانان [PHQ-A]، پرسش‌نامه افسردگی بک – ویرایش ویژه برای مراقبت اولیه [BDI-PC]). اطلاعات محدودی در رابطه با توصیف دقت و صحت استفاده از ابزارهای غربالگری MDD

در بچه های۷ تا ۱۱ ساله وجود دارد.

■ از بین داروهای در دسترس برای درمان MDD در بچه ها و نوجوانان، SSRIs موثرتر از بقیه بوده‌اند. درمان نوجوانان افسرده با SSRIs با افزایش خطرخودکشی همراه است، بنابراین تجویز آن‌ها باید با مونیتور بالینی از نظر وجود قضاوت صحیح همراه باشد. کارآزمایی‌های سایکوتراپی مشخص نموده است که انواع متعددی از سایکوتراپی‌ها در بین نوجوانان موثراست (مثل سایکوتراپی شناختی–رفتاری و بین فردی). به نظر می‌رسد که خطرات سایکوتراپی خیلی اندک است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Pediatrics. 2009;123:1223–1228

غربالگری اختلالات چربی در کودکان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه غربالگری روتین از نظر اختلالات چربی در کودکان، نوجوانان و جوانان (تا سن ۲۰ سال) شواهد کافی وجود ندارد.

درجه بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ دیس‌لیپیدمی به معنی آبنرمالیته‌های متابولیسم لیپوپروتئین بوده و شامل افزایش توتال کلسترول (TC)، LDL-C، تری‌گلیسیرید یا کاهش HDL-C است. این اختلالات ممکن است اکتسابی یا فامیلی باشند. دیس‌لیپیدمی‌های مونوژن در برخی از افراد مربوط به اختلالات ژنتیکی مانند هیپرکلسترولمی فامیلی است. فعلا دیس‌لیپیدمی‌های مولتی فاکتوریال ناشی از عوامل خطری مانند فاکتورهای محیطی (چاقی، تغذیه) یا فاکتورهای ژنتیکی، ناشناخته اند. این توصیه همه افراد بدون علامت از زمان تولد تا ۲۰ سالگی را دربرمی‌گیرد.

■ از آنجائیکه سطح چربی به شدت با میزان خطر بیماری کرونری قلب (CHD) در بزرگسالی ارتباط دارد، و تشخیص زودهنگام و مداخله به منظورکاهش سطح چربی در جمعیت‌های خاصی می‌تواند از بیماری کرونری قلب (CHD) در بزرگسالی پیشگیری نماید، بنابراین باید توجه بیشتری نسبت به غربالگری افراد از نظر دیس‌لیپیدمی از سنین پایین (مثلا از کودکی) نمود. در بین بچه‌ها و نوجوانان با استفاده از غربالگری، ۳ گروه از هم مشخص می‌شوند:

۱- بچه‌های مبتلا به دیس‌لیپیدمی تشخیص داده نشده مثلا هیپرکلسترولمی فامیلی.

۲- بچه‌های تشخیص داده نشده مبتلا به علل ثانویه دیس‌لیپیدمی.

۳- بچه‌های مبتلا به دیس‌لیپیدمی مولتی فاکتوریال (چندژنی یا مرتبط با عوامل خطر).

چون فواید بالینی سلامتی مشخص در بزرگسالانی‌که دیس‌لیپیدمی در آنها تشخیص و درمان شده است

هنوز در کودکان مورد مطالعه قرارنگرفته است، نقش غربالگری درکودکان واضح نیست.

- به ویژه ممکن است کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت، از نظر ابتلا به دیس‌لیپیدمی و وقایع قلبی عروقی در معرض خطر باشند. غربالگری کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت از نظر دیس‌لیپیدمی به عنوان قسمتی از مراقبت مناسب پزشکی در این افراد توصیه شده است.
- اعتباراستفاده از سابقه خانوادگی به عنوان یک ابزار غربالگری دیس‌لیپیدمی به میزان زیادی به علت تعاریف متعدد سابقه خانوادگی مثبت و آستانه سطوح چربی متغیر است. مشخص شده است که استفاده از تعاریف برنامه ملی آموزش کلسترول (NCEP) و آکادمی کودکان آمریکا (AAP) در مورد سابقه خانوادگی به عنوان ابزار غربالگری، موجب میزان های بالایی از نتایج منفی کاذب می‌شود.
- اگر پزشکان بخواهند غربالگری دیس‌لیپیدمی را انجام دهند، آزمایش‌های غربالگری ارجح عبارتند از TC و HDL-C که بر روی نمونه‌های ناشتا و یا شتا انجام می‌گیرد. باید توجه داشت که محاسبه LDL-C نیازمند نمونه‌های ناشتا است.

This USPSTF recommendation was first published in:
Pediatrics. 207;120:e215-e219.

غربالگری
شنوایی نوزادان

خلاصه توصیه ها

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده(USPSTF)، غربالگری از نظر کاهش شنوایی را در همه نوزادان توصیه می‌نماید.

درجه بندی: توصیه نوع B

ملاحظات بالینی

■ جامعه بیماران مد نظر این توصیه، شامل همه نوزادان است.

■ عوامل خطری که با میزان بروز بالایی از کری مادرزادی دائمی همراهی دارند عبارتند از : حداقل ۲ روز بستری در NICU، ابتلا به چندین سندرم مادرزادی، سابقه خانوادگی کری حسی عصبی ارثی در بچگی، آبنرمالیته‌های کرانیوفاسیال، و عفونت‌های خاص مادرزادی. با این وجود تقریبا ۵۰ ٪ کودکان مبتلا به کری دو طرفه مادرزادی، هیچ عامل خطر شناخته شده‌ای ندارند.

■ برنامه‌های غربالگری باید با استفاده از یک پروتوکل ۱ یا ۲ مرحله‌ای معتبر انجام شود. پروتوکلی که به طور مکرر استفاده می‌شود یک پروسه غربالگری ۲ مرحله‌ای است که شامل otoacoustic emissions (OAEs) است که با یک auditory brainstem response (ABR) در افرادی که در تست اول نتیجه مطلوب نداشتند، پیگیری می‌شود. ابزار غربالگری باید به خوبی نگهداری شوند، کارکنان باید به طور مرتب آموزش ببینند، و برنامه‌های کنترل کیفی باید نهادینه شوند تا از نتایج مثبت کاذب تست جلوگیری شود. برنامه‌های غربالگری باید پروتوکل‌هایی داشته باشند که از دریافت ارزیابی‌های اودیولوژیک و پیگیری مناسب پس از ترخیص در کودکانی که نتیجه غربالگری مثبت دارند، اطمینان حاصل شود. برای نوزادانی که در خانه، زایشگاه و یا بیمارستان‌های بدون امکانات غربالگری شنوایی به دنیا می‌آیند، باید مکانیسم‌هایی برای ارجاع نوزادان به منظور غربالگری شنوایی و نیز پیگیری‌های لازم ایجاد نمایند.

■ باید متناسب با نیازهای فردی کودکان و اعضای خانواده آنها، خدمات مداخله‌ای زودهنگام برای کودکان

دچار آسیب شنوایی طراحی شود، از جمله کسب مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های اجتماعی، سلامت هیجانی و عزت نفس مثبت. مداخلات زودهنگام عبارتند از: ارزیابی لزوم استفاده از وسایل حسی و یا تقویتی، ارزیابی وضعیت طبی و جراحی، و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی و درمان لازم. در سال‌های اخیر کاشت حلزون برای کاندیداهای مناسب، بیشتر در دسترس قرار گرفته است. این جراحی معمولا پس از عدم پاسخ کافی به وسایل کمکی شنوایی، برای افرادی در نظر گرفته می‌شود که کاهش شنوایی شدید و قابل توجهی دارند.

■ همه کودکان باید قبل از یک ماهگی از نظر شنوایی غربالگری شوند. همه کودکانی که در غربالگری شنوایی دوره نوزادی نتایج قابل قبولی نداشته‌اند، باید قبل از۳ ماهگی با تست‌های تاییدی از نظر شنوایی و طبی مورد ارزیابی قرار بگیرند . به دلیل خطر افزایش یافته کاهش شنوایی در کودکانی که برخی از شاخص‌های خطر را دارند، برخی از کارشناسان توصیه نموده‌اند که این گروه از کودکان به مدت ۳ سال به صورت دوره‌ای تحت نظر قرار بگیرند.

This USPSTF recommendation was first published in:
Pediatrics. 2008;122:143–148.

غربالگری و مداخلات مربوط به اضافه وزن در کودکان و نوجوانان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری روتین اضافه وزن درکودکان و نوجوانان به عنوان ابزاری برای پیشگیری از پیامدهای ناگوار بهداشتی و سلامتی، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات‌بالینی

■ سنجش و نظارت همیشگی بر فرآیند رشد، در همه کودکان بسیارمهم است، این کار به عنوان شاخصی برای سلامتی و رشد در کودکان مطرح است. تعداد کودکان و نوجوانان دچار اضافه‌وزن، از اوایل دهه ۱۹۷۰ میلادی بیش از دو برابر شده است، یعنی شیوع اضافه وزن (BMI بالاتر از صدک ۹۵ برای سن و جنس) در کودکان ۶ تا ۱۹ سال، اکنون تقریبا به ۱۵ درصد رسیده است. این نتیجه‌گیری که به منظور توصیه به نفع یا علیه انجام غربالگری اضافه وزن در کودکان و نوجوانان شواهد کافی وجود ندارد، نشانگر اندک بودن شواهد با کیفیت در مورد سودمندی مداخلات برای رفع این مشکل در مراکز بالینی است. تنها شواهد اندکی در رابطه با رویکردهای موثر، مبتنی بر خانواده یا انفرادی برای درمان اضافه‌وزن درکودکان و نوجوانان در مراکز مراقبت‌های اولیه وجود دارد. نکات راهنمای منتشرشده از سوی مرکزکنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) در مراکز خدمات پیشگیری جامعه‌نگر، مداخلات مؤثر و مبتنی بر جمعیتی را که می‌توانند باعث افزایش فعالیت جسمانی و به تبع آن کاهش وزن کودکان گردند، تعیین کرده است.

■ BMI برای سن و جنس (که از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مربع قد بر حسب متر، محاسبه می‌گردد) به‌عنوان معیار مناسب جهت شناسایی اضافه وزن در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود و این به دلیل امکان‌پذیری، قابلیت اطمینان و امکان پیگیری بعدی با معیارهای اندازه‌گیری چاقی در بزرگسالان است. مقادیر BMI به عنوان رفرانس‌های مبتنی بر جمعیت CDC برای مقایسه توزیع رشد با مقادیر مربوط به کل جمعیت است. زمانی گفته می‌شود که یک شخص در معرض خطر ابتلا به اضافه وزن است که اندازه

BMI او بین صدک ۸۵ تا۹۴ نسبت به سنّ و جنس باشد و هنگامی که این مقدار برابر یا بالاتر از صدک ۹۵ برای سن وجنس باشد، می‌گوییم که او مبتلا به چاقی شده است. مشکلات استفاده از BMI عبارتند از: عدم توانایی برای افتراق افزایش توده چربی از افزایش توده غیرچربی، و تعلق وسیع جمعیت مرجع به سفیدپوستان غیراسپانیولی‌تبار که باعث محدودیت جدی کاربرد آن در جمعیت غیرسفیدپوست گردیده است. سنجش غیرمستقیم میزان چربی بدن، مانند اندازه‌گیری ضخامت لایه‌های پوستی، تجزیه و تحلیل با امپدانس بیوالکتریکی و اندازه‌گیری دور کمر و باسن، روش‌هایی هستند که قابلیت استفاده در فعالیت بالینی، درمان، تحقیقات و پیگیری‌های طولی و درازمدت را دارند، البته محدودیت‌هایی در اعتبار و قابلیت اطمینان اندازه‌گیری‌ها و امکان مقایسه میان معیارهای مختلف وجود دارد.

■ اضافه وزن در دوران کودکی با شیوع بالاتر پیامدهای حد واسط متابولیسمی و عوامل خطر سلامتی مانند مقاومت در برابر انسولین، افزایش چربی‌های خون، افزایش فشارخون و اختلال در تحمل گلوکز همراه است. اضافه وزن شدید در دوران کودکی با ابتلای زودهنگام به بیماریهایی مانند لغزش اپی‌فیز سرفمور، استئاتوهپاتیت و آپنه خواب همراه است. بیماری‌های جدید این گروه سنی مانند دیابت ملیتوس نوع دوم، بیانگر بیماریهای بزرگسالان است که در حال حاضر به کرات در بین نوجوانان دچار اضافه وزن مشاهده می‌گردد. البته ممکن است در بیشتر کودکان دارای اضافه وزن از نظر بالینی عوارض پزشکی طی چندین دهه، مشاهده‌نشود.

This recommendation was first published in:
Pediatrics.2005;116(1):205-209.

غربالگری
فنیل کتونوری

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری فنیل کتونوری (PKU) را در نوزادان توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ این توصیه نوزادان را در بر می‌گیرد.

■ غربالگری PKU در همه ۵۰ ایالت آمریکا اجباری است، هر چند که ممکن است روش‌های غربالگری در آن‌ها متفاوت باشد. در ایالات متحده از ۳ روش عمده غربالگری PKU استفاده می‌شود:

الف- Guthrie Bacterial Inhibition Assay (BIA)

ب- automated fluorometric assay

ج- tandem mass spectrometry

آزمایش‌های غربالگری زمانی بیشترین دقت را دارند که درعرض ۲۴ ساعت پس از تولد تا قبل از ۷ روزگی انجام گیرند.

■ برای پیشگیری از آسیب‌های PKU بر نمو عصبی، محدود نمودن فنیل آلانین بلافاصله پس از تولد ضروری است.

■ کودکانی که در۲۴ ساعت اول پس از تولد آزمایش شده‌اند، باید مجددا در۲ هفتگی غربالگری شوند. نوزادان زودرس و بیمار باید در ۷ روزگی یا حوالی آن غربالگری شوند، ولی در هر صورت و در همه موارد، غربالگری باید قبل از ترخیص نوزاد صورت بگیرد.

This USPSTF recommendation was first published in:
Ann Fam Med. 2008;6(2):166.

غربالگری به منظور بررسی تاخیر در زبان باز کردن و سخن گفتن در کودکان پیش دبستانی

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، نتیجه‌گیری می‌نماید که به منظور توصیه به نفع یا علیه استفاده روتین از ابزار قراردادی و خلاصه شده ویژه انجام غربالگری در بخش مراقبت‌های اولیه برای شناسایی عارضه تأخیر در زبان باز کردن و سخن گفتن در کودکان زیر ۵ سال، شواهد کافی وجود ندارد.

درجه‌بندی: توصیه نوع I

ملاحظات بالینی

■ پزشکان دست اندرکار مراقبت‌های اولیه مسئولیت دارند که به دل نگرانی‌های والدین درباره تاخیر آشکار در زبان‌بازکردن کودکان بپردازند. با اینکه شواهدی وجود ندارد که از انجام غربالگری با استفاده از ابزار قراردادی و خلاصه شده موجود حمایت نمایند، رشد و تکامل حرف زدن در کودکان، به عنوان نشانه‌ای زودهنگام و مفید از رشد کلی کودک و توانایی شناختی او است. توجه بالینی و دقت والدین، شیوه‌های مهمی در شناسایی کودکان مبتلا به عارضه تأخیر در زبان‌بازکردن مطرح هستند. شناسایی زودهنگام کودکان دچار تاخیر در رشد (تاخیر در دست‌یابی به مراحل رشد) یا نارسایی‌های رشدی (وضعیت های مزمنی که از آسیب‌های روانی یا فیزیکی ناشی می شوند)، مانند نارسایی‌های جدّی در شنوایی، ممکن است نیاز به مداخله و همکاری خانواده در سن پایین داشته باشد، یعنی زمانی که شانس بهبودی در بهترین حالت است.

■ گروه‌های خاصی از کودکان که پیشتر به عنوان افراد در معرض خطر بیش از حد متوسط ابتلا به عارضه تأخیر در زبان‌بازکردن شناسایی گردیده‌اند، از جمله کودکان مبتلا به سایر مشکلات پزشکی مثل نارسایی‌های شنوایی یا حالات غیرطبیعی درناحیه صورت و جمجمه، در زمره افرا مدنظر این توصیه پزشکی نیستند. نتایج حاصل از مطالعات صورت‌گرفته بر روی سایر عوامل خطر این بیماری، متناقص هستند، بنابراین، کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده قادر نبوده است که اقدام به ایجاد فهرستی از عوامل خطر اختصاصی، به منظور راهنمایی کارکنان ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه در غربالگری‌های انتخابی، نماید. عوامل خطر کاملاً تثبیت شده‌ای که گزارش گردیده‌اند. عبارتند از: سابقه خانوادگی تأخیر در زبان‌بازکردن، جنس مذکر، عوامل پری ناتال مثل نارس بودن و وزن پایین در هنگام تولد. عوامل خطر دیگری که گزارش گردیده ولی ثبات کمتری دارند. عبارتند از: میزان آموزش و تحصیلات والدین، بیماری‌های مشخص دوران کودکی، و بعد بزرگ خانوار.

This USPSTF recommendation was first published in:
Pediatrics. 2006;117(2):497-501.

غربالگری اختلال بینایی در کودکان زیر ۵ سال

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، انجام غربالگری به منظور شناسایی آمبلیوپی، استرابیسم و اختلال در تیزی بینایی را در کودکان زیر ۵ سال، توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع B

ملاحظات بالینی

■ شایع‌ترین علل ابتلا به اختلال بینایی در کودکان عبارتند از:

۱ـ آمبلیوپی و عوامل خطر مربوط به آن

۲ـ عیوب انکساری که ارتباط به آمبلیوپی ندارند.

آمبلیوپی به کاهش تیزی بینایی بدون آسیب عضوی قابل تشخیص در چشم اطلاق می‌گردد و معمولاً همراه با عوامل خطر مربوط به آمبلیوپی است که با بینایی طبیعی دو چشمی تداخل دارند، مثل استرابیسم (هم محور نبودن چشم‌ها)، آنیزومتروپی (اختلاف زیاد در قدرت انکساری چشم‌ها)، کاتاراکت (کدورت عدسی)، و پتوزیس (افتادگی پلک چشم). عیوب انکساری غیرمرتبط با آمبلیوپی بیشتر شامل میوپی (نزدیک‌بینی) و هیپروپی (دوربینی) هستند، که هر دو این موارد بدون توجه به سن افراد به هنگام تشخیص، اصلاح پذیرند.

■ آزمایش‌های گوناگونی وجود دارند که به طور گسترده‌ای در ایالات متحده به منظور شناسایی عیوب بینایی کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرند. انتخاب این آزمایش‌ها بستگی به سن کودک دارد. در خلال نخستین سال زندگی، استرابیسم را می‌توان به وسیله انجام آزمایش (test cover) و آزمایش بازتاب نور هیرشبرگ (Hirschberg light reflex test) مورد ارزیابی قرار داد.

■ غربالگری تیزی بینایی درکودکان زیر۳ سال در مقایسه با کودکان بزرگتر، چالش برانگیزتر است و معمولا باید توسط پرسنل دارای آموزش‌های ویژه صورت گیرد. تکنیک‌های جدیدتر اتوماتیک را می‌توان برای بررسی این قبیل کودکان مورد استفاده قرار داد. غربالگری به وسیله نور قادر به شناسایی عوامل خطر ایجاد کننده آمبلیوپی همانند استرابیسم و عیوب قابل توجه انکساری است ولی باید توجه داشت که قادر به شناسایی آمبلیوپی نیست.

■ بررسی‌های معمولی بینایی نیازمند همکاری و قدرت تکلم درکودک است و نمی‌توان این قبیل آزمایش‌ها را به طور قابل اطمینان تا سن ۳ تا ۴ سالگی انجام داد. در کودکان بالای ۳ سال سن، استروپزیس (توانایی دو چشم برای کارکردن با همدیگر) را می‌توان به کمک آزمایش موسوم به Random Dot E Test و یا بوسیله آزمایش Titmus Fly Stereotest ارزیابی نمود. تیزی بینایی را می‌توان بوسیله آزمایش‌هایی همچون نمودار HOTV، سمبل‌های Lea و یاجهت های گوناگون E مورد ارزیابی قرار داد. برخی از این آزمایش‌ها نسبت به بقیه، ویژگی های بهتری دارند.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده، با توجه به بررسی شواهد موجود، قادر نیست که آزمایش غربالگری بهینه و همینطور فاصله زمانی بین دو غربالگری، یا میزان مهارت لازم برای کادر درمانی انجام دهنده این غربالگری‌ها را تعیین کنند. آکادمی کودکان آمریکا (AAP) توصیه می‌نماید که غربالگری مندرج در زیر، برای همه کودکان در حین ویزیت‌های دوره‌ای کودک سالم از دوره نوزادی تا ۳ سالگی صورت پذیرد: بررسی سابقه چشمی، ارزیابی بینایی، معاینه پلک‌ها و چشم‌ها، ارزیابی میزان تحرک چشم‌ها، معاینه مردمک‌ها، و بررسی رفلکس قرمز. درکودکان سنین بین ۳ تا ۵ سال، AAP علاوه بر انجام غربالگری مندرج در فوق، سنجش تیزی بینایی کودکان متناسب با سن (با استفاده از تست‌های HOTV یا جهت های گوناگون E) و همچنین افتالموسکوپی را توصیه می‌نماید.

■ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده معلوم نموده است که تشخیص و درمان زودرس آمبلیوپی و عوامل خطر ایجادکننده آن، ممکن است موجب بهبود تیزی بینایی افراد گردد. این درمان‌ها شامل انجام عمل جراحی برای استرابیسم و کاتاراکت؛ استفاده از عینک، عدسی‌های تماسی، یا درمان‌های جراحی به منظور اصلاح عیوب انکساری چشم؛ و همچنین شامل تعلیم وپرورش چشم‌ها، پوشاندن چشم، یا درمان بوسیله داروی آتروپین بر روی چشم بدون آمبلیوپی به منظور درمان آمبلیوپی است.

■ این توصیه‌ها، غربالگری در مورد سایر مشکلات آناتومیکی یا پاتولوژیکی همانند بزرگی قرنیه، کاتاراکت، حالات غیرطبیعی شبکیه، یا نوروبلاستومای نوزادی و همینطور فنّ آوری‌های جدیدتر غربالگری که در حال حاضر تحت بررسی وپژوهش قرار دارند، را در برنمی گیرند.

Reference

1. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptists, American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: policy statement. Pediatrics. 2003;111(4):902-907.
This USPSTF recommendation was first published in: Ann Fam Med. 2004;2:263-266.

غربالگری بیماری Sickle Cell در نوزادان

خلاصه توصیه

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf)، غربالگری از نظر بیماری sickle cell را در نوزادان توصیه می‌نماید.

درجه‌بندی: توصیه نوع A

ملاحظات بالینی

■ غربالگری نوزادان از نظر بیماری sickle cell در ۵۰ ایالت آمریکا و برخی نواحی کلمبیا اجباری است. بیشتر ایالات از IEF (isoelectric focusing) یا HPLC (chromatography liquid high performance) به عنوان تست های ابتدایی غربالگری استفاده می‌نمایند. هر دو روش حساسیت و ویژگی زیادی برای تشخیص آنمی داسی شکل دارند. نمونه‌ها باید قبل از هرگونه تزریق خون برداشته شوند چرا که ممکن است نتایج منفی کاذب در اثر تزریق خون ایجاد شود. کودکان به شدت نارس به علت کم بودن هموگلوبولین بزرگسالان در آنها، ممکن است نتایج مثبت کاذب داشته باشند.

■ همه نوزادان باید صرف نظر از محل تولدشان غربالگری شوند. پرستاران نوزاد باید ترتیب نمونه‌گیری خون برای غربالگری را بدهند و در اولین ویزیت پزشکی در مطب، باید نتایج غربالگری معلوم باشد. آزمایش‌های تاییدی باید قبل از ۲ ماهگی انجام گیرند.

■ بچه‌های مبتلا به آنمی داسی شکل باید پنی‌سیلین پروفیلاکتیک را از ۲ ماهگی و ایمونیزاسیون پنوموکوک را در فاصله‌های زمانی توصیه شده دریافت دارند.

Reference:

1. National Institutes of Health. The Management of Sickle Cell Disease, 4th Ed. Revised June 2002. NIH National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH Publication No. 02-2117. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/blood/sickle/sc_mngt.pdf. Accessed August 2, 2007.

This USPSTF recommendation was first published by:
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. September 2007. http://www.preventiveservices.ahrq.gov.

پیوست ها.

- پیوست۱. نحوه درجه بندی توصیه ها توسط USPSTF
- پیوست۲. برنامه کشوری گسترش ایمن سازی
- پیوست۳. مداخلات و مشاوره های پیشگیری توصیه شده متناسب با سن و جنس

پیوست ۱

▪ کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، توصیه های خود را چگونه درجه بندی می کند.

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، از ۵ حرف (A, B, C, D, or I) برای هر یک از توصیه های خود استفاده می نماید. USPSTF تعریف درجه بندی های خود را به علت تغییر در روشها از ماه می ۲۰۰۷ عوض کرد.

▪ تعریف درجه بندی ها بعد از ماه می ۲۰۰۷

درجه بندی ها چه مفهومی دارند و در عمل باید چه پیشنهاداتی انجام داد؟

USPSTF تعریف خود از درجه بندی هایش را به روز کرده است و هم اکنون این درجه بندی ها با «پیشنهاداتی در عمل» همراه شده است. USPSTF همچنین سطح فایده خالص را نیز تعریف کرده است. این تعاریف برای توصیه هایی که پس از ماه می ۲۰۰۷ مصوب شده اند، به کار گرفته شده اند.

درجه	تعریف	پیشنهاداتی برای عمل
A	USPSTF این خدمت را توصیه می کند. اطمینان بالایی وجود دارد که فواید خالص آن قابل توجه است.	توصیه و یا ارایه این خدمت
B	USPSTF این خدمت را توصیه می کند. اطمینان بالایی وجود دارد که فواید خالص در حد متوسطی است و یا اطمینان متوسطی وجود دارد که فواید خالص متوسط تا قابل توجه است.	توصیه و یا ارایه این خدمت

ادامه دارد

درجه	تعریف	پیشنهاداتی برای عمل
C	USPSTF بر علیه ارایه روتین این خدمت توصیه می کند.ممکن است ملاحظاتی وجود داشته باشد که از ارایه این خدمت به یک بیمار خاص حمایت نماید . حداقل اطمینان متوسطی وجود دارد که فواید خالص اندک است.	این خدمت را تنها در صورتی توصیه و یا ارایه نمایید که سایر ملاحظات از توصیه و یا ارایه آن به یک فرد بیمار خاص حمایت نماید.
D	USPSTF بر علیه ارایه این خدمت توصیه می کند. اطمینان متوسط تا بالایی وجود دارد که ارایه این خدمت فایده خالصی ندارد و یا اینکه خطرهای آن بیشتر از فواید آن است.	توصیه بر علیه این خدمت
I	USPSTF نتیجه گیری می نماید که شواهد موجود برای ارزیابی تعادل مابین خطرها و فواید این خدمت کافی نیست. فقدان شواهد ، کیفیت پایین آنها، متضاد بودن آنها، و تعادل مابین فواید و خطرها قابل تعیین کردن نیستند.	ملاحظات بالینی توصیه های USPSTF را مطالعه نمایید، چنانچه این خدمت ارایه شود بیماران باید از عدم اطمینان موجود مابین فواید و خطرها آگاه شوند.

جدول ۲- سطوح اطمینان در خصوص فواید خالص

سطح اطمینان	تعریف
بالا	شواهد در دسترس معمولا شامل نتایج نامتناقض از مطالعاتی است که بر روی جمعیت معرف مراقبت های اولیه، خوب طراحی و اجرا شده اند. این مطالعات اثرات خدمات پیشگیری را بر روی پیامدهای سلامتی ارزیابی می کند. بنابراین غیر محتمل است که این نتایج به وسیله نتایج مطالعات بعدی خیلی تحت تاثیر قرار بگیرند.
متوسط	شواهد در دسترس برای تعیین اثرات خدمات پیشگیری بر روی پیامدهای سلامتی کافی هستند، اما اطمینان از این تخمین ها وابسته به برخی از موارد است از جمله: • تعداد ، اندازه، یا کیفیت مطالعات فردی • ناسازگاری یافته های ما بین مطالعات فردی • محدودیت تعمیم یافته ها و کاربرد آن در مراقبت اولیه • فقدان پیوستگی در زنجیره شواهد با در دسترس قرارگرفتن اطلاعات بیشتر، دامنه و جهت اثرات مشاهده شده ممکن است تغییر کند، و این تغییر ممکن است نتیجه گیری ها را عوض کند.

ادامه دارد

سطح اطمینان	تعریف
پایین	شواهد در دسترس برای ارزیابی اثرات این نوع توصیه ها بر روی پیامد های سلامتی کافی نیست. معمولا شواهد به علل زیر کافی نیست: • محدودیت تعداد و حجم مطالعات • نقص های مهم در طراحی و متد مطالعات • ناسازگاری مابین یافته های مطالعات فردی • حلقه های مفقود در زنجیره شواهد • محدودیت تعمیم یافته ها و کاربرد آن در مراقبت اولیه • فقدان اطلاعات در زمینه پیامدهای مهم سلامتی اطلاعات بیشتر ممکن است امکان برآورد اثرات بر روی پیامدهای سلامتی را فراهم نماید.

* USPSTF اطمینان را چنین تعریف می کند احتمال کلی درست بودن ارزیابی USPSTF بر روی فواید خالص خدمت پیشگیری. فایده خالص چنین تعریف می شود : فواید منهای خطرهای خدمت پیشگیری زمانی که بر روی جمعیت عمومی در مراقبت اولیه ارایه می شود. USPSTF یک سطح اطمینان کلی را بر اساس طبیعت شواهد کلی در دسترس، برای ارزیابی فواید خالص خدمت پیشگیری تعیین می کند.

تعریف درجه بندی های USPSTF قبل از ماه می سال ۲۰۰۷

درجه‌بندی کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) مبتنی برقدرت شواهد و میزان فواید خالص (فواید منهای عوارض) است.

A- کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) اکیدا توصیه می نماید که پزشکان خدمات درجه A را در دسترس بیماران واجد شرایط قرار بدهند. uspstf شواهد خوبی به دست آورده است که نشان می‌دهند ارایه این نوع خدمات موجب ارتقای سلامت می‌شوند و نتیجه‌گیری نموده است که در خدمات درجه A ، میزان فواید به شکل قابل توجهی بیشتر از میزان عوارض است.

B- کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) توصیه می نماید که پزشکان این نوع خدمت را در دسترس بیماران واجد شرایط قرار بدهند. uspstf شواهد متوسطی بدست آورده است که نشان می دهند ارایه این نوع خدمات موجب ارتقای سلامت می شوند و نتیجه‌گیری نموده است که در خدمات درجه B، میزان فواید بیشتر از عوارض است.

C- کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) به نفع یا بر علیه ارائه این نوع خدمات هیچ توصیه ای نمی نماید. uspstf شواهد متوسطی به دست آورده است که نشان می دهند خدمات گروه C می توانند پیامدهای مربوط به سلامتی را بهتر کنند ولی نتیجه گیری نموده است که میزان فواید و آسیب‌ها چنان نزدیک به هم است که امکان انجام یک توصیه کلی وجود ندارد.

D- توصیه کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) ، بر علیه انجام روتین خدمات گروه D، در بیماران بدون علامت است. uspstf شواهد متوسطی به دست آورده است که نشان می‌دهند این نوع خدمات غیرموثر بوده یا میزان عوارض بیشتر از میزان فواید آنها است.

I- کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (uspstf) ، نتیجه گیری نموده است که به منظور توصیه به نفع یا بر علیه ارایه روتین این نوع خدمات شواهد موجود کافی نیست. شواهدی که نشان می دهند این نوع خدمات موثر هستند معمولا ناقص، متضاد و یا دارای کیفیت پائینی هستند و تعادل ما بین فواید و عوارض خدمات گروه I قابل تعیین نیستند.

▪ کیفیت شواهد

کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده USPSTF، کیفیت شواهد کلی، مربوط به یک خدمت را در ۳ مقیاس امتیازی (خوب، متوسط، ضعیف) درجه‌بندی می نماید.

- **خوب:** شواهد دارای نتایج محکمی از مطالعات خوب طراحی شده و خوب انجام شده در نمونه جمعیتی است که اثرات بر روی پیامدها را به طور مستقیم ارزیابی می نمایند.
- **متوسط:** برای تعیین اثرات بر روی پیامدهای سلامتی شواهد کافی وجود دارند، اما قدرت شواهد از

لحاظ تعداد، کیفیت، یا ثبات مطالعات انفرادی، تعمیم پذیری آنها در کار بالینی متداول، یا اثر غیر مستقیم شواهد بر روی پیامدهای سلامتی محدود هستند.

• **ضعیف:** برای ارزیابی اثرات آنها بر روی پیامدهای سلامتی، به علت تعداد یا قدرت محدود مطالعات، نارسایی های مهم در طراحی و اجرای مطالعات، شکاف در زنجیره شواهد یا فقدان اطلاعات در مورد پیامدهای مهم سلامتی، شواهد کافی نیستند.

پیوست ۲

▪ برنامه گسترش ایمن سازی

اهمیت بهداشتی

بیماری‌های عفونی از دشمنان دیرباز سلامت بشری هستند که در قرن های متمادی با ایجاد همه‌گیری‌های وسیع و مرگ و میر بالا سالیان متمادی علم پزشکی را به چالش کشیده‌اند به طوری‌که بهره‌گیری از روش‌های مختلف پیشگیری از آن‌ها همواره مورد توجه نسل‌های بشری و به ویژه پزشکان و پژوهشگران بوده است.

پیشگیری اولیه از بیماری‌های عفونی با روش‌هایی مثل ایمن‌سازی و واکسیناسیون از موفقیت‌های علم پزشکی محسوب می‌شود به طوری‌که با دست‌یابی به ریشه‌کنی آبله در قرن بیستم، برنامه‌های پیشنهادی حذف و ریشه‌کنی سایر بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن به مرحله اجرا درآمد و ریشه‌کنی بیماری‌ها از مرحله رویا و ایده‌آل‌های جامعه بشری به واقعیت‌های ملموس در بسیاری از کشورها رسید. در کشورما نیز همگام و همراه با سایر کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، ایمن‌سازی کودکان بر علیه بیماری‌های دیفتری، سیاه‌سرفه، کزار، فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، سل، هپاتیت B اجرا می‌شود.

■ برنامه ایمن‌سازی روتین کشوری

برنامه روتین واکسیناسیون کشوری، با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک کشور مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱- برنامه ایمن سازی روتین کشوری

سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب. ث. ژ – فلج اطفال – هپاتیت ب
۲ ماه	سه گانه – فلج اطفال - هپاتیت ب
۴ ماه	سه گانه – فلج اطفال
۶ ماه	سه گانه – فلج اطفال - هپاتیت ب
۱۲ ماه	MMR
۱۸ ماه	سه گانه – فلج اطفال
۶-۴ سالگی	MMR - سه گانه – فلج اطفال

■ برنامه ایمن‌سازی کودکان نارس (کمتر از ۳۷ هفته) و بیش از ۲۰۰۰ گرم همانند جدول ایمن‌سازی عادی است.

■ متولدین با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم چهار نوبت واکسن "هپاتیت ب" در زمان‌های بدو تولد، یک، دو و شش ماهگی بایستی دریافت دارند. چنان چه این نوزادان بعد از یک ماهگی برای دریافت واکسن مراجعه نمایند، ایمن‌سازی آن‌ها بدون توجه به وزن تولد همانند سایر کودکان خواهد بود.

■ در کودکان زیر ۱ سال، مقدار واکسن ب. ث. ژ ۰/۰۵ میلی‌لیتر معادل نصف دوز بالغین است.

■ بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) تزریق واکسن سه‌گانه ممنوع است و باید از واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان استفاده شود.

■ پس از آخرین نوبت واکسن سه‌گانه، بایستی واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان هر ۱۰ سال یک بارتکرار شود.

■ بعد از ۱ سالگی قبل از تلقیح ب. ث. ژ بایستی تست مانتو انجام شود و در صورت منفی بودن ب. ث. ژ تلقیح شود.

■ کودکانی که به دنبال تزریق ب. ث. ژ اسکار نداشته باشند به تزریق مجدد ب. ث. ژ نیاز ندارند.

■ ادامه واکسیناسیون برای زنان سنین باروری دارای سابقه ایمن سازی، باید با احتساب واکسن‌های قبلی طبق جدول فوق، ادامه یابد.

جدول۲- ایمن‌سازی زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله) بدون سابقه ایمن‌سازی با واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان

نوبت	حداقل فاصله	درصد محافظت	طول دوره ایمنی
اول	-	۰	.
دوم	یک ماه	٪ ۸۰	سه سال
سوم	شش ماه	٪ ۹۵	پنج سال
چهارم	یک سال	٪ ۹۹	ده سال
پنجم	یک سال	٪ ۹۹	تا پایان سن باروری

■ برای افردی که سابقه واکسیناسیون ناقص دارند، باید واکسیناسیون با توجه به سابقه قبلی و مطابق برنامه ایمن سازی زنان ۴۹- ۱۵ سال تکمیل شود.

■ درخانم‌های باردار، اگرسابقه ایمن‌سازی وجود نداشته باشد لازم است در طول دوران بارداری حداقل دو نوبت واکسن کزاز تزریق شود وحداقل فاصله نوبت دوم واکسن با زایمان نباید کمتر از ۱۵روز باشد.

جدول۳- ایمن سازی زنان باردار بدون سابقه ایمن سازی یا واکسیناسیون ناقص

تاریخ مراجعه	نوع واکسن	دفعات
اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت اول
یک ماه بعد	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت دوم

■ کسانی‌که سابقه واکسیناسیون ناقص دارند باید واکسیناسیون آنها با توجه به سابقه قبلی و مطابق برنامه ایمن‌سازی زنان باردار ۴۹-۱۵ سال تکمیل شود.

■ ادامه ایمن‌سازی طبق جدول ایمن‌سازی زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله (جدول۲) انجام می‌شود.

■ روش‌های نگهداری واکسن: زمان نگهداری واکسن پس از باز شدن ویال در مراکز ارائه خدمات ایمن‌سازی به این صورت است که واکسن‌های فلج اطفال، ثلاث، توام، کزار و هپاتیت ب پس از بازشدن ویال در مراکز ارائه خدمات ایمن سازی، درصورتی که شرایط زنجیره سرما و سترونی حفظ شود، تا پایان تاریخ انقضا به شرطی که بیش از ۱ ماه از زمان بازشدن ویال نگذشته باشد، قابل مصرف است. ویال‌های آماده شده واکسن MMR و ب.ث.ژ که مصرف نشده است باید ۶ ساعت بعد از آماده‌سازی دور ریخته شوند. دمای حلال این واکسن‌ها می‌بایست به هنگام مصرف مناسب باشد (دمای ذکر شده برای نگهداری واکسن ها). هر یک از ویال‌های باز شده در شرایط زیر باید بلافاصله دور ریخته شوند:

■ اگر شرایط سترونی به طور کامل رعایت نشده باشد.

■ اگر شواهدی دال بر احتمال وجود آلودگی واکسن مانند غوطه ور شدن ویال محتوی واکسن پس از باز شدن در یخ آب شده داخل یخدان، وجود ذرات قابل رویت در ویال واکسن و یا ترک خوردگی ویال واکسن دیده شود. چنان چه این تغییرات در ویال‌های باز نشده مشاهده شود، باید واکسن مورد نظر با رعایت کامل زنجیره سرما به رده بالاتر توزیع برگشت داده شود.

جدول۴- ماهیت، مقدار، راه تجویز و شرایط نگهداری واکسن ها

نام واکسن	ماهیت	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری در یخچال
سه‌گانه	توکسوئیدکزاز، توکسوئیددیفتری،باکتری کشته شده سیاه‌سرفه	۰/۵ml، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
دوگانه	توکسوئیدکزاز،توکسوئید دیفتری (خردسالان، بزرگسالان)	۰/۵ml، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
کزار	توکسوئید کزاز	۰/۵ml، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه ی میانی یا پایینی یخچال)
ب. ث. ژ	باسیل کالمت و گرن	زیریک‌سال ۰/۰۵ml داخل جلدی- بالاتر از یکسال ۰/۱ml داخل جلدی	۸-۲درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
MMR	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخجه	۰/۵ml، تزریق زیر جلدی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
فلج اطفال	ویروس سه‌گانه زنده ضعیف شده OPV	قطره خوراکی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
	ویروس کشته شده IPV	۰/۵ml، تزریق زیر جلدی یا عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)

نام واکسن	ماهیت	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری در یخچال
هپاتیت B	آنتی ژن سطحی ویروس	کودکان زیر ۱۰ سال ۰/۵ml ده سال و بالاتر ۱ml در عضله (برای بیماران دیالیزی و تالاسمی دو برابر مقدار)	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)

■ ارزیابی واکسن از نظر قرار گرفتن در معرض یخ زدگی: اگر واکسن‌های ثلاث، توام، کزاز، هپاتیت B و هموفیلوس آنفلوانزا مظنون به یخ زدگی باشند باید دور ریخته شوند. برای بررسی یخ‌زدگی می‌توان از Shake test استفاده نمود.

نکات مهم

■ واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده، خون و فرآورده های خونی دریافت کرده و یا دچار زردی شده‌اند، باید مطابق جدول ایمن سازی (جدول ۱) انجام شود.

■ سوء تغذیه نه تنها مانعی برای ایمن سازی نیست، بلکه ایمن‌سازی به موقع کودکان مبتلا به سوء تغذیه لازم است.

■ شل بودن مدفوع و یا سرماخوردگی و تب مختصر مانع ایمن سازی نیست.

■ برنامه زمانبندی دریافت واکسن در افرادی که تزریق مکرر خون دارند (بیماران مبتلا به تالاسمی) مطابق جدول روتین است.

■ در صورتی‌که واکسن‌های زنده ویروسی تزریقی به طور هم زمان مورد استفاده قرار نگیرند، باید بین آنها حداقل یک ماه فاصله باشد.

■ در صورت تزریق گاماگلوبولین عضلانی به کودکان، فاصله تجویز واکسن های ویروسی زنده ضعیف شده (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب زرد) با گاماگلوبولین و فرآورده‌های خونی حداقل ۳ ماه و در مورد گاماگلوبولین وریدی حداقل ۶ ماه خواهد بود.

■ چنان چه طی دو هفته بعد از تلقیح واکسن‌های زنده ویروسی (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب‌زرد) به هر علت گاماگلوبولین عضلانی و فرآورده‌های خونی تزریق شود، باید پس از سه ماه و در صورت دریافت گاماگلوبولین وریدی پس از شش ماه این واکسن‌ها تکرار شود. (در مورد تزریق حجم‌های زیاد گاماگلوبولین ممکن است با نظر پزشک این حداقل زمان افزایش یابد).

■ در زنان باردار استفاده از واکسن‌های ویروسی زنده (به جز پولیو و تب زرد) ممنوع است. (به جز مواردی

که خطر ابتلا به بیماری بر عوارض آن غالب باشد). در صورتی که ما بین دزهای یک واکسن فاصله‌ای بیش از مقدار توصیه شده باشد نیازی به شروع مجدد سری واکسیناسیون از ابتدا یا تجویز دوز اضافی نیست و بایستی برنامه ایمن‌سازی را در هر زمان ادامه داد.

■ از تزریق واکسن‌ها در سرین به دلیل احتمال آسیب عصب سیاتیک و یا کاهش اثربخشی واکسن به علت بافت چربی زیاد آن ناحیه بایستی خودداری نمود.

■ در کودکان کوچک‌تر از دو سال تزریق واکسن در ناحیه قدامی خارج ران و در افراد بالاتر از دو سال تزریق در عضله دلتوئید صورت می‌گیرد. اما اگر حجم عضله دلتوئید کم باشد تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران انجام می‌شود.

■ اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون بیش از یک نوع واکسن تزریق شود باید در محل‌های جداگانه (حداقل به فاصله ۲/۵ سانتیمتر) و یا در دو سمت انجام شود.

■ واکسن ب. ث. ژ باید در حد فاصل یک سوم فوقانی و دو سوم تحتانی بازو تزریق شود.

■ کسانی که در سن سه ماهگی و بالاتر واکسن ب. ث. ژ دریافت نموده‌اند و در عرض ۷۲ ساعت در محل تزریق واکنش نشان داده‌اند، بایستی توسط پزشک از نظر سل بررسی شوند.

■ اگر کودکی در هنگام دریافت قطره فلج اطفال مبتلا به اسهال شدید باشد و همزمان قطره به او خورانده شود بایستی یک دوز اضافی واکسن با فاصله حداقل یک ماه دریافت کند.

■ تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر، با خوراندن قطره فلج اطفال مغایرتی ندارد و لازم نیست که قبل و یا بعد از خوراندن قطره شیر قطع شود. در صورت استفراغ درکمتر از ۱۰ دقیقه پس از دریافت قطره فلج اطفال، بایستی تجویز قطره تکرار شود.

■ پولیو صفردر بدو تولد و هنگام خروج از زایشگاه تجویز شود، اما اگر به هر دلیل تجویز واکسن در آن زمان مقدور نباشد، در اولین فرصت ممکن تا روز سی‌ام تولد بایستی تجویز شود و بعد از آن تجویز پولیو صفر ضرورتی ندارد.

■ قطره فلج اطفال برای افراد بالای ۱۸ سال توصیه نمی‌شود.

■ توصیه می‌شود هم زمان با تزریق واکسن ثلاث یک دوز قطره استامینوفن تجویز و به والدین آموزش داده شود تا در صورت تب یا بی‌قراری هر ۴ ساعت آن را تکرار کنند.

■ اگر پس از تزریق واکسن سه گانه، تب بالاتر از ۴۰ درجه سانتی‌گراد (زیر بغل) گریه مداوم بیش از ۳ ساعت که قابل آرام کردن نباشد و یا تشنج ظرف ۷۲ ساعت رخ دهد در نوبت‌های بعدی به جای واکسن ثلاث باید واکسن توام خردسال تزریق شود.

■ تزریق واکسن ثلاث درکودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع است و باید به آنها واکسن توام خردسال تزریق کرد. کسانی که سابقه تشنج دارند و با مصرف دارو تحت کنترل هستند تزریق واکسن توام DTP بلامانع است.

■ فاصله بین نوبت سوم و چهارم واکسن ثلاث نباید از شش ماه کمتر باشد.

■ برای حفظ ایمنی، پس از پنج نوبت تلقیح واکسن سه گانه یا دو گانه، واکسن دوگانه ویژه بزرگسال باید هر

ده سال یکبار تکرار شود.

■ واکسن‌های ثلاث و توام را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق کرد. (تزریق این نوع واکسن‌ها در زیر جلد یا داخل جلد می‌تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه استریل شود).

■ پس از پایان سن ۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تلقیح واکسن سه‌گانه مجاز نیست و باید به جای آن، واکسن دوگانه بزرگسالان را تزریق کرد.

■ در کودکان دارای نقص اولیه سیستم ایمنی و کودکان تحت درمان با داروهای پایین آورنده قدرت دفاعی بدن (کورتیکوستروئیدها) و یا کودکان تحت درمان با اشعه، مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سرطان‌ها، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و باید از واکسن کشته شده تزریقی استفاده کرد.

■ در حال حاضر دوز یادآور واکسیناسیون هپاتیت B توصیه نمی‌شود.

■ اگر پس از تولد و تزریق واکسن هپاتیت B مشخص شود که نوزاد از مادر HBsAg مثبت به دنیا آمده است، حداکثر زمان دریافت ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B یک هفته بعد از تولد است.

■ درصورتی که نوزاد از مادر HBsAg مثبت متولد شده باشد باید به طور هم‌زمان نیم میلی لیتر ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B در عضله یک ران و واکسن هپاتیت B در عضله ران دیگر در اسرع وقت و ترجیحاً ظرف ۱۲ ساعت پس از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به ایمونوگلوبولین اختصاصی، تزریق واکسن هپاتیت B به تنهایی نیز در ساعات اولیه پس از تولد حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد ایمنی ایجاد می‌کند.

■ نوزادانی که از مادران HBsAg مثبت متولد شده‌اند و علاوه بر دریافت نوبت اول واکسن ایمونوگلوبولین نیز دریافت داشته‌اند در سن ۱۵ـ۹ ماهگی باید از نظر HBsAg و HBsAb کنترل شوند. در صورت منفی بودن تیتر آنتی‌بادی سه نوبت دیگر واکسن هپاتیت طبق برنامه واکسیناسیون هپاتیت افراد پرخطر واکسینه خواهند شد.

■ واکسیناسیون هپاتیت B هیچ گونه مورد منع تلقیح ندارد، حتی اگر فرد HBsAg مثبت باشد.

■ ویال‌های آماده شده واکسن MMR و BCG، ۶ ساعت پس از آماده‌سازی دور ریخته شوند. درصورتی‌که زنان باردار قبلا علیه کزاز طبق برنامه ایمن‌سازی زنان در سنین باروری، واکسینه شده‌اند، نیاز به انجام واکسیناسیون نیست، و اگر یک نوبت از واکسیناسیون وی در دوران بارداری باشد. می‌توان نسبت به واکسیناسیون زن باردار اقدام نمود.

افراد واجد شرایط دریافت واکسن هپاتیت B (گروه پر خطر)

مطابق توصیه کمیته کشوری ایمن سازی، افراد گروه پرخطر بر اساس فهرست زیر مطابق جدول ۵ واکسینه می‌شوند:

■ کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین‌های آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی.

■ کودکانی که در کانون اصلاح و تربیت نگه داری می‌شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگه‌داری این کودکان و خانه سالمندان.

■ بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی‌که به طور مکرر خون و یا فرآورده‌های خونی دریافت می‌کنند (تالاسمی، هموفیلی و ....).

■ اعضاء خانواده فرد HBs-Ag مثبت ساکن در یک واحد مسکونی

■ آتش‌نشان‌ها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه‌های تحقیقات جنایی و صحنه جرم.

■ افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.

■ زندانیانی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و دارای محکومیت بیش از ۶ ماه هستند.

■ رفتگران شهرداری‌ها

جدول۵- ایمن سازی علیه هپاتیت B برای گروه های پرخطر

نوبت	زمان تزریق
اول	در اولین مراجعه
دوم	یک ماه بعد از نوبت اول
سوم	شش ماه بعد از نوبت اول

ایمنی تزریقات

تزریقات غیرایمن هر ساله موجب حدود ۱۶-۸ میلیون ابتلا به هپاتیت B، ۵-۲ میلیون ابتلا به هپاتیت C و ۱۶۰-۸۰ هزار مورد HIV می‌شود. هم چنین بیماری های انگلی مانند مالاریا، عفونت‌های باکتریال

نظیر آبسه و عفونت‌های قارچی نیز در اثر تزریقات غیرایمن منتقل می‌شوند. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در دنیا ۱۲ میلیارد تزریق در سال انجام می‌شود که ۵۰ ٪ آن غیرایمن است. به منظور انجام تزریقات ایمن می‌بایست از تجهیزات مناسب برای تزریق استفاده کرد.

■ **مشخصات سرسوزن (Needle):** برای تزریقات زیرجلدی و داخل جلدی و واکسیناسیون نوزادان نارس، سوزن با طول ۱/۵cm و gauge ۲۷-۲۶ استفاده می‌شود. و برای تزریقات عضلانی سوزن با طول ۲/۵ cm و gauge ۲۳ .

■ **سرنگ‌های AD:** با استفاده از سرنگ‌های AD (Auto disable syringes) ریسک و خطر عفونت کاهش خواهد یافت. در خدمات ایمن‌سازی کشوری توصیه می‌شود فقط از سرنگ‌های AD استفاده شود و در Safety Box جمع‌آوری و به‌طور مناسب امحا شود. سرنگ‌های AD، خودبه‌خود قفل می‌شود و فقط یک بار می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. بیشتر این سرنگ‌ها دارای سرسوزن ثابت هستند. سایر انواع دارای سرسوزن‌های جداشدنی هستند که تنها به سرنگ‌های AD خاص خودشان متصل می‌شوند. پیستون را فقط یک بار می‌توانید به عقب کشیده و بازگردانید، بنابراین نباید پیستون را بی‌مورد حرکت داد و یا هوا را به داخل ویال تزریق کرد چون این کار موجب غیرقابل استفاده‌شدن سرنگ می‌شود.

■ سرنگ و سرسوزن‌های استفاده شده را در داخل جعبه ایمن غیرقابل نفوذ و مقاوم نسبت به سوراخ شدگی که برای جمع‌آوری ضایعات تعیین شده است بیاندازید.

■ در تزریقات مربوط به واکسیناسیون نیازی به آسپیراسیون ندارید.

■ تنها سرنگ را هنگامی پر کنید که آمادهٔ تزریق باشید.

■ هیچ گاه ویال‌های خالی را با هم مخلوط نکنید.

■ بعد از استفاده از سرنگ آن را مجدداً سرپوش گذاری نکنید.

■ **اگر شما در بخش خصوصی فعالیت می‌کنید:**

۱. در صورت انجام واکسیناسیون در مطب، به منظورتعیین دقیق پوشش واکسیناسیون منطقه و کشور، آمار واکسیناسیون را ماهیانه به مراکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت اعلام نمایید.

۲. ویال‌های واکسن MMR و BCG را شش ساعت بعداز باز نمودن و سایر ویال‌های باز شده را در پایان ماه دور بریزید.

۳. از سرنگ‌های AD به منظور واکسیناسیون استفاده نمایید.

۴. از سرپوش‌گذاری مجدد سرنگ پس از تزریق اجتناب نمایید.

۵. برای واکسیناسیون هپاتیت رایگان برای گروه‌های پرخطر با مرکز بهداشت شهرستان تماس بگیرید.

۶. از Safety Box برای معدوم کردن سرنگ‌ها استفاده کنید.

۷. در صورت تمایل می‌توانید آخرین اطلاعات مربوط به واکسیناسیون را از طریق تماس با مراکز بهداشتی یا مرکز بهداشت شهرستان دریافت کنید.

۸. می‌توانید در برنامه‌های بازآموزی ویژهٔ مراکز بهداشت شرکت کنید.

جدول۶- ایمن سازی کودکانی که از ۱ سالگی تا ۶ سالگی در وقت مقرر مراجعه ننموده‌اند.

اولین مراجعه	سه‌گانه- فلج اطفال- ب. ث. ژ- MMR و هپاتیت B
یک ماه بعد از اولین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال - هپاتیت B
یک ماه بعد از دومین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال
۶ ماه تا یک سال بعد از سومین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال - هپاتیت B
۴-۶ سالگی	سه‌گانه (حداقل یکسال فاصله با نوبت قبلی) – MMR- فلج اطفال

۱- بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) تزریق واکسن سه‌گانه ممنوع است و باید از واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان استفاده شود.
۲- درصورتی‌که سن کودک هنگام تزریق یادآور اول سه گانه و فلج اطفال، چهار سال یا بیشتر باشد، یادآور دوم لزومی ندارد.
۳- پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه بایستی واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان هر ده سال یکبار تکرار شود.
۴- چنان چه سن کودک هنگام تزریق نوبت اول MMR بین ۶-۴ سالگی باشد، نوبت دوم بایستی ۶ ماه تا یک سال بعد از نوبت اول تزریق گردد.
۵- بعد از یک سالگی قبل از تلقیح ب. ث. ژ بایستی تست مانتو انجام شود و در صورت منفی بودن، ب. ث. ژ تلقیح گردد.
۶- کسانی که به دنبال تزریق ب. ث. ژ اسکار نداشته اند، نیاز به تزریق مجدد ب. ث. ژ ندارند.

جدول۷- ایمن سازی افراد ۷ تا ۱۸ ساله که در وقت مقرر مراجعه نکرده‌اند

اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال-MMR- هپاتیت B
یک ماه بعد از اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال- هپاتیت B
یک ماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال
۶ ماه تا یک سال بعد از سومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال- هپاتیت MMR-B
۱۰ سال بعد از چهارمین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان و هر ده سال یکبار تکرار شود

منابع

۱. برنامه و راهنمای ایمن سازی: مصوب کمیتهٔ کشوری ایمن‌سازی مرکز مدیریت بیماری‌ها چاپ ششم ۱۳۸۳

۲. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران (۱۳۸۱ـ۱۳۵۶) مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۳

۳. دستورالعمل تزریقات ایمن مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۴

4. http://www.who.int/vaccines/casecount/

5. http://www.polioeradication.org/

6. http:// www. Who. int/entity/immunization

پیوست ۳

مداخلات و مشاوره‌های پیشگیری توصیه‌شده متناسب با سن و جنس

■ **مداخلاتی که به منظور پیشگیری، از تولد تا ۱۰ سالگی در نظر گرفته شده و توصیه شده‌اند:**

(شایع‌ترین عوامل مرگ در این گروه سنی عبارتند از: بیماری‌های پری‌ناتال، آنومالی‌های مادرزادی، سندرم مرگ ناگهانی کودکان [SIDS]، آسیب و تروما).

■ **مداخلات در جمعیت عمومی**

● **غربالگری:**

- قد و وزن
- فشار خون
- غربالگری بینایی (در ۴-۳ سالگی)
- غربالگری هموگلوبینوپاتی (در موقع تولد): وابسته به نسبت افراد پرخطر در ناحیه‌ای که غربالگری انجام می‌شود و سایر ملاحظات مربوط به غربالگری، به شکل عمومی و یا در سطح گروه‌های پرخطر انجام خواهد گرفت.

• سطح فنیل‌آلانین (در موقع تولد): اگر در۲۴ ساعت اول زندگی انجام شود، در ۲ هفتگی تکرار خواهد شد.

• T4 و یا TSH (در موقع تولد): بهترین زمان انجام آن، ما بین روزهای ۶-۲ زندگی است اما همیشه قبل از ترخیص نوزادان از شیرخوارگاه انجام خواهد شد.

- **پیشگیری از آسیب ها:**
  - صندلی برای ایمنی کودک در اتومبیل (۵ سال > سن)
  - کمربند ایمنی اتومبیل (۵ سال < سن)
  - استفاده از کلاه ایمنی در دوچرخه‌سواری، پرهیز از دوچرخه سواری در ترافیک.
  - آشکارساز دود، لباس خوابی که از برافروختگی جلوگیری می‌کند.
  - ۵۴°C – ۴۸ > درجه حرارت آب گرم
  - نرده و محافظ برای پنجره/ پله، نرده و حفاظ استخر
  - نگهداری ایمن داروها، مواد سمی، اسلحه و مواد آتش زا
  - شربت ایپکاک، شماره تلفن مرکز کنترل مسمومیت
  - آموزش CPR برای والدین / مراقبین
- **تغذیه و فعالیت**
  - تغذیه با شیر مادر، فورمولای غنی شده با آهن، و غذاها (شیرخواران و کودکان نوپا)
  - محدودکردن چربی و کلسترول، نگهداری تعادل کالری، اهمیت دادن به حبوبات، میوه ها و سبزیجات در رژیم غذایی.
  - فعالیت بدنی منظم

- **مصرف مواد**
  - اثرات سیگار کشیدن غیر فعال (پاسیو)*
  - پیغام‌های ضد سیگار*

- **بهداشت دندان**
  - ویزیت‌های منظم توسط مراقبت دهان و دندان*
  - نخ دندان، مسواک زدن با خمیر دندان فلوراید دار به صورت روزانه*
  - آگاهی دادن درباره پوسیدگی دندان در صورت استفاده از بطری بچه*
- **ایمونیزاسیون**

  به بخش واکسیناسیون مراجعه نمایید.

- **شیمیو پروفیلاکسی**
  - پروفیلاکسی چشمی (در موقع تولد)

جدول۸- مداخلات در جمعیت‌های پرخطر (جزئیات مربوط به تعاریف پرخطر (HR) را در صفحه ۲۰۷ ملاحظه بفرمایید.)

جمعیت	مداخلات بالقوه	گروه پرخطر
پره ترم یا با وزن کم تولد (LBW)	هموگلوبین /هماتوکریت	$HR_{۱}$
کودک مادرانی که در خطر HIV هستند	آزمایش HIV	$HR_{۲}$
افراد با سطح درآمد پایین، مهاجرین	هموگلوبین /هماتوکریت	$HR_{۱}$
	PPD	$HR_{۳}$
افراد در تماس با سل	PPD	$HR_{۳}$
بومیان آمریکا/ آلاسکا	هموگلوبین /هماتوکریت	$HR_{۱}$
	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
مسافرین به کشورهای در حال توسعه	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
ساکنین در محل های مراقبتی طولانی مدت	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
بیماری های طبی مزمن و خاص	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
افزایش مواجهه فردی یا اجتماعی با سرب	سطح سرب خون	$HR_{۷}$

جمعیت	مداخلات بالقوه	گروه پرخطر
فلوراید ناکافی آب	مکمل فلوراید به صورت روزانه	$HR_{۸}$
سابقه خانوادگی سرطان پوست، خال	اجتناب بیشتر از آفتاب ظهر	$HR_{۹}$
چشم و پوست و موی حساس	استفاده از لباس‌های محافظ	

■ مداخلاتی که به منظور پیشگیری از ۱۱ تا ۲۴ سالگی در نظر گرفته شده و توصیه شده اند:

(شایع‌ترین عوامل مرگ در این گروه سنی عبارتند از: آسیب‌ها، قتل، خودکشی، بدخیمی، بیماری‌های قلبی)

■ مداخلات در جمعیت عمومی

● **غربالگری**

- قد و وزن
- فشار خون: فشار خون دوره‌ای در اشخاص ۲۱ ساله و بالاتر
- تست پاپا نیکولوآ pap (درزنان): اگر فعالیت جنسی در حال یا گذشته وجود داشته باشد، این تست در هر ۳ سال یا کمتر از آن انجام می‌گیرد و اگر سابقه جنسی غیر قابل اعتماد باشد، شروع آزمایش پاپانیکولوآ در ۱۸ سالگی خواهد بود.
- غربالگری کلامیدیا: اگر فعالیت جنسی وجود داشته باشد.
- سرولوژی سرخجه با سابقه واکسیناسیون (در دختران بزرگتر از ۱۲ سال): آزمایش‌های سرولوژیک، سابقه مستند واکسیناسیون و واکسیناسیون روتین بر علیه سرخجه (ترجیحاً با MMR) ارزش یکسانی دارند.
- ارزیابی سوء مصرف الکل

■ مشاوره

● **مشاوره پیشگیری از آسیب**

- کمربند ایمنی اتومبیل
- کلاه ایمنی درهنگام دوچرخه‌سواری، و سوارشدن بر موتور سیکلت*
- آشکار ساز دود*
- نگهداری ایمن سلاح‌های گرم*

- **مشاوره مصرف مواد**
  - پرهیز از مصرف دخانیات
  - پرهیز از نوشیدن الکل و استفاده غیر مجاز از دارو*
  - پرهیز از مصرف الکل / دارو در هنگام رانندگی، شنا، قایقرانی و غیره*
- **مشاوره رفتار جنسی**
  - پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STD)*
  - اجتناب و پرهیز از رفتار پر خطر*
  - کاندوم‌ها/ سد کننده‌های زنانه همراه با اسپرم کش*
- **مشاوره تغذیه و فعالیت**
  - محدود کردن مصرف چربی و کلسترول، نگهداشتن تعادل کالری، با تاکید بر مصرف حبوبات، میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی.
  - دریافت کافی کلسیم (درزنان)
  - فعالیت بدنی منظم*
- **مشاوره سلامت دهان و دندان**
  - ویزیت‌های منظم توسط مراقبین دندانی
  - نخ دندان، مسواک روزانه با خمیردندان حاوی فلوراید*.
- **ایمونیزاسیون**
  - بخش واکسیناسیون را ملاحظه بفرمایید.
  - سرخجه (در زنان بالاتر از ۱۲ سال): آزمایش‌های سرولوژیک، سابقه مستند واکسیناسیون و واکسیناسیون روتین بر علیه سرخجه (ترجیحاً MMR) ارزش یکسانی دارند.
- **پروفیلاکسی شیمیایی**
  - مولتی ویتامین یا اسید فولیک (زنانی که برای حاملگی برنامه‌ریزی کرده و استعداد حاملگی را دارند)

جدول ۹- مداخلات در جمعیت‌های پرخطر (جزئیات تعاریف پر خطر (HR) را در صفحه ۲۰۷ ملاحظه بفرمایید)

جمعیت	مداخلات بالقوه	گروه پرخطری
رفتار جنسی پر خطر	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	غربالگری گنوره (زنان)	$HR_{۱۱}$
	HIV	$HR_{۲}$
	کلامیدیا (زنان)	$HR_{۱۲}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
تزریق یا مصرف داروهای خیابانی	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
	توصیه جهت کاهش خطر عفونت	$HR_{۱۳}$
تماس با سل (مهاجرین، افراد با درآمد کم)	PPD	$HR_{۳}$
بومیان آمریکا/آلاسکا	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
مسافرین به کشورهای در حال توسعه	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
بیماری‌های طبی مزمن خاص	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
موقعیت‌هایی که در آنها تجمع نوجوانان و جوانان وجود دارد	MMR دوم	$HR_{۱۴}$

جمعیت	مداخلات بالقوه	گروه پرخطری
قرارگرفتن در معرض آبله مرغان، سرخک و اوریون	واکسن آبله مرغان	$HR_{۱۵}$
	MMR	$HR_{۱۶}$
دریافت خون مابین سالهای۱۹۸۵-۱۹۷۵	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
کادر درمانی، مراقبین بهداشتی و کارکنان آزمایشگاه	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
سابقه خانوادگی سرطان پوست و خال چشم و پوست و موی حساس	اجتناب از آفتاب دم ظهر	$HR_{۹}$
	استفاده از لباس های محافظ	
سابقه حاملگی قبلی همراه با نقص لوله عصبی	اسید فولیک ۴mg	$HR_{۱۷}$
فلوراید ناکافی در آب	مکمل فلوراید به صورت روزانه	$HR_{۸}$

■ مداخلاتی که به منظور پیشگیری از ۲۵ تا ۶۴ سالگی در نظر گرفته شده و توصیه شده اند:
(شایع‌ترین عوامل مرگ در این گروه سنی عبارتند از: بدخیمی، بیماری قلبی، آسیب‌ها،HIV، خودکشی، دیگرکشی یا قتل)

■ مداخلات در جمعیت عمومی

- **غربالگری**
  - فشارخون
  - قد و وزن
  - کلسترول توتال خون (در مردان شروع از ۳۵ سالگی و در زنان شروع از ۴۵ سالگی)
  - آزمایش پاپانیکولوآ pap (درزنان): هر ۳ سال یا کمتر در زنانی که سرویکس داشته و درگذشته و یا در حال حاضر فعالیت جنسی داشته‌اند.

• آزمایش خون مخفی مدفوع (سالیانه) یا سیگموئید وسکوپی (در افراد ۵۰ ساله یا مسن تر):
• ماموگرافی ± معاینه بالینی پستان (درزنان ۶۹-۵۰ ساله): ماموگرافی هر۲-۱سال یا ماموگرافی هر۲-۱ سال همراه با معاینه سالیانه بالینی پستان
• ارزیابی سوء مصرف الکل
• سرولوژی سرخجه یا تاریخچه واکسیناسیون (در زنان در سن بچه‌دار شدن): آزمایش‌های سرولوژیک، سابقه مستند واکسیناسیون و واکسیناسیون روتین برعلیه سرخجه (ترجیحاً با MMR) ارزش یکسانی دارند.

■ **مشاوره**

● **مشاوره مصرف مواد**

• ترک استعمال دخانیات
• پرهیز از مصرف الکل/ دارو به هنگام رانندگی، شنا، قایقرانی و غیره.*

● **مشاوره تغذیه و ورزش**

• محدودکردن مصرف چربی و کلسترول، نگهداشتن تعادل کالری، با تاکید بر مصرف حبوبات، میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی.
• دریافت کافی کلسیم (درزنان)
• فعالیت بدنی منظم.*

● **مشاوره پیشگیری از آسیب‌ها**

• کمربندهای ایمنی
• کلاه‌های ایمنی در هنگام دوچرخه‌سواری و سوار شدن بر موتورسیکلت.*
• آشکارساز دود*
• نگهداری ایمن سلاح های گرم*

● **مشاوره رفتار جنسی**

• پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسیSTDs
• پرهیز از رفتار پرخطر*
• کاندوم ها/ سدکننده‌های زنانه همراه با اسپرم کش*
• جلوگیری از حاملگی بدون انجام برنامه‌ریزی قبلی*

● **مشاوره سلامت دهان و دندان**

• ویزیت‌های منظم توسط مراقبین دندانی*
• نخ دندان، مسواک روزانه با خمیردندان حاوی فلوراید*.

- **ایمونیزاسیون**
  - یادآورهای دیفتری- کزاز (Td)
  - سرخجه (زنان در سن بچه دار شدن): آزمایش‌های سرولوژیک، سابقه مستند واکسیناسیون و واکسیناسیون روتین بر علیه سرخجه (ترجیحاً با MMR) ارزش یکسانی دارند.

- **پروفیلاکسی شیمیایی**
  - مولتی ویتامین یا اسید فولیک (در زنانی که برای حاملگی برنامه ریزی کرده و استعداد حاملگی را دارند)
  - مطرح کردن پروفیلاکسی هورمونی (در زنان پری و پست منوپوزال)

جدول ۱۰- مداخلات در جمعیت‌های پرخطر (جزئیات تعاریف پرخطر (HR) را در صفحه ۲۰۷ ملاحظه بفرمایید)

جمعیت	مداخلات	گروه پر خطر
رفتار جنسی پر خطر	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	غربالگری گنوره آ (درزنان)	$HR_{۱۱}$
	HIV	$HR_{۲}$
	کلامیدیا (درزنان)	$HR_{۱۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
تزریق یا مصرف داروهای خیابانی	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
	توصیه جهت کاهش خطر عفونت	$HR_{۱۳}$
افراد بادرآمد کم، تماس با سل، مهاجرین، الکلی‌ها	PPD	$HR_{۳}$
بومیان آمریکا / آلاسکا	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$

جمعیت	مداخلات	گروه پر خطر
بومیان آمریکا / آلاسکا	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
مسافرین به کشورهای در حال توسعه	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
بیماری‌های طبی مزمن خاص	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
دریافت کنندگان محصولات خونی	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
قرارگرفتن در معرض سرخک، اوریون	MMR	$HR_{۱۶}$
سرخجه و آبله مرغان	واکسن آبله مرغان	$HR_{۱۵}$
افراد بستری شده	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن پنوموکوک	$HR_{۵}$
	واکسن آنفولانزا	$HR_{۶}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
مراقبین بهداشتی / کارکنان آزمایشگاه	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	PPD	$HR_{۳}$
سابقه خانوادگی سرطان پوست	اجتناب از آفتاب دم ظهر	$HR_{۹}$
چشم، پوست و موی حساس	استفاده از لباس‌های محافظ	
سابقه حاملگی قبلی با نقص لوله عصبی	اسید فولیک ۰/۴ mg	$HR_{۱۷}$

■ مداخلاتی که به منظور پیشگیری در افراد ۶۵ ساله و بزرگتر در نظر گرفته شده و توصیه شده‌اند:

(شایع‌ترین عوامل مرگ در این گروه سنی عبارتند از: بدخیمی (ریه، کولورکتال، پستان)، بیماری قلبی، بیماری عروقی مغز، بیماری مزمن انسدادی ریوی، پنومونی، آنفولانزا)

■ **مداخلات در جمعیت عمومی**

● **غربالگری**

- فشارخون
- قد و وزن
- کلسترول توتال خون
- آزمایش خون مخفی مدفوع (سالیانه) و / یا سیگموئید وسکوپی
- ماموگرافی ± معاینه بالینی پستان (درزنان ۶۹ساله و کمتر): ماموگرافی هر۲-۱ سال یا ماموگرافی هر ۲-۱ سال همراه با معاینه سالیانه بالینی پستان
- آزمایش پاپانیکولوآ pap (درزنان): در همه زنانی که سرویکس داشته و از نظر جنسی فعال می‌باشند. اگر غربالگری‌های منظم قبلی به طور مداوم نتایج طبیعی داشته باشند، بعد از ۶۵ سالگی متوقف کردن این آزمایش را در نظر بگیرید.
- غربالگری بینایی
- ارزیابی آسیب‌های شنوایی
- ارزیابی مصرف الکل

■ **مشاوره**

● **مشاوره مصرف مواد**

- ترک استعمال دخانیات
- پرهیز از مصرف الکل / دارو به هنگام رانندگی، شنا، قایقرانی و غیره*

● **مشاوره تغذیه و ورزش**

- محدودکردن مصرف چربی و کلسترول، نگهداشتن تعادل کالری، با تاکید بر مصرف حبوبات، میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی
- دریافت کافی کلسیم (درزنان)
- فعالیت بدنی منظم*

● **مشاوره پیشگیری از آسیب‌ها**

- کمربندهای ایمنی

- کلاه‌های ایمنی در هنگام دوچرخه سواری و سوار شدن بر موتورسیکلت*
- پیشگیری از افتادن*
- آشکارساز دود*
- نگهداری ایمن سلاح‌های گرم
- تنظیم درجه حرارت آب گرم در زیر درجه فارنهایت ۱۳۰-۱۲۰
- آموزش CPR به اعضای خانواده

- **مشاوره رفتار جنسی**
  - پیشگیری از بیماری‌های منتقله جنسی STDs
  - پرهیز از رفتار پرخطر جنسی
  - استفاده از کاندوم

- **مشاوره سلامت دهان و دندان**
  - ویزیت‌های منظم توسط مراقبین دندانی
  - نخ دندان، مسواک روزانه با خمیردندان حاوی فلوراید.

- **ایمونیزاسیون**
  - واکسن پنوموکوک
  - واکسن آنفولانزا (سالیانه)
  - یادآور های دیفتری- کزار (Td)

- **پروفیلاکسی شیمیایی**
  - مطرح کردن پیشگیری هورمونی (درزنان پری و پست منوپوزال)

جدول ۱۱- مداخلات در جمعیت های پرخطر (جزئیات تعاریف پر خطر (HR) را در صفحه ۲۰۷ ملاحظه فرمایید)

جمعیت	مداخلات	گروه پرخطر
اشخاص بستری	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	آمانتادین/ریمانتادین	$HR_{۱۹}$
بیماری طبی مزمن، تماس با سل، افراد با درآمد پایین، مهاجرین، افراد الکلی	PPD	$HR_{۳}$

جمعیت	مداخلات	گروه پرخطر
افراد ۷۵ساله و مسن‌ترافراد ۷۰ساله و مسن‌تری که برای افتادن و سقوط عامل خطر دیگری نیز دارند	مداخلات جهت پیشگیری از افتادن	$HR_{۲۰}$
سابقه خانوادگی سرطان پوست، خال، چشم و پوست و موی حساس	اجتناب از آفتاب ظهر و استفاده از لباس‌های محافظ	$HR_{۹}$
بومیان آمریکا/ آلاسکا	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
مسافرین به کشورهای در حال توسعه	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
دریافت کنندگان محصولات خونی	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
رفتارهای جنسی پر- خطر	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	توصیه به کاهش خطر عفونت	$HR_{۱۳}$
تزریق یا مصرف داروهای خیابانی	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$
	غربالگری HIV	$HR_{۲}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
	RPR /VDRL	$HR_{۱۰}$
	توصیه به کاهش خطر عفونت	$HR_{۱۳}$
مراقبین بهداشتی/ کارکنان آزمایشگاه	PPD	$HR_{۳}$
	واکسن هپاتیت A	$HR_{۴}$

جمعیت	مداخلات	گروه پرخطر
مراقبین بهداشتی/کارکنان آزمایشگاه	آمانتادین /ریمانتادین	$HR_{۱۹}$
	واکسن هپاتیت B	$HR_{۱۸}$
افراد در معرض آبله مرغان	واکسن آبله مرغان	$HR_{۱۵}$

■ HR۱ = (هموگلوبین / هماتوکریت): کودکان ۱۲-۶ ماهه‌ای که در فقر زندگی می‌کنند، سیاهان، بومیان آمریکا و آلاسکا، مهاجرینی که از کشورهای در حال توسعه مهاجرت کرده‌اند، کودکان پره‌ترم و LBW، کودکانی که غذای اصلی آنها شیر گاو غنی نشده است.

■ HR۲ = (آزمایش HIV): کودکان متولد شده از مادران پرخطری که وضعیت HIV در آنها نامشخص است. زنان پرخطر شامل افراد مصرف کننده تزریقی دارو در گذشته یا حال؛ افرادی که به خاطر پول یا دارو سکس می‌کنند و همسران آن ها؛ مصرف کنندگان تزریقی دارو، دو جنسی‌ها، یا همسران HIV مثبت در گذشته یا حال حاضر؛ افراد طالب درمان برای STDs ها؛ دریافت خون ما بین سال‌های ۱۹۸۵-۱۹۷۸؛ مردانی که بعد از ۱۹۷۵ هموسکسوال بوده اند؛ پزشکان باید اپیدمیولوژی محلی را در نظر بگیرند.

■ HR۳ = (PPD): افراد آلوده به HIV، تماس نزدیک با افرادی که TB شناخته شده داشته یا مشکوک به برداشتن آن هستند، افرادی که عوامل خطر طبی همراه TB را دارند، مهاجرین کشورهایی که شیوع بالای TB را دارند، جمعیت‌هایی که درآمد پایین و رفاه کمتری دارند (مثل بی‌خانمان‌ها)، افرادی که در مراکز مراقبتی طولانی مدت ساکن هستند، افراد الکلی، مصرف کنندگان داروهای تزریقی.

■ HR۴ = (واکسن هپاتیت A) : افراد بزرگتر از ۲ سالی که در نواحی اندمیک بیماری و جاهایی که طغیان دوره‌ای بیماری رخ می‌دهد، زندگی می‌کنند، یا کار می‌کنند و یا به آن نواحی مسافرت می‌نمایند (بعضی از کشورهای با اندمیسیته متوسط یا بالا، بومیان آلاسکا و آمریکا و ...)، برای کودکان ۲ ساله و بزرگتر که در آسایشگاه ها زندگی می‌کنند، در نظر گرفته شوند، مردان هموسکسوال، مصرف کنندگان داروهای تزریقی یا خیابانی، واکسن ممکن است برای کادردرمانی، کارکنان سازمان‌ها، کارکنان نظامی و مکان‌های مراقبت روزانه، کارکنان بیمارستان و آزمایشگاه در نظر گرفته شود، پزشکان هم چنین باید اپیدمیولوژی محلی را در نظر بگیرند.

■ HR۵ = (واکسن پنوموکوک): افراد بزرگتر از ۲ سالی که ایمنی طبیعی با بعضی بیماری‌های طبی خاص مانند بیماری مزمن قلبی یا ریوی، دیابت، عدم وجود آناتومیک طحال دارند. افراد ۲ ساله و بزرگتری که ایمنی طبیعی داشته و در یک محیط یا اجتماع پرخطر (مانند جمعیت های بومی آمریکا یا آلاسکا) زندگی می‌کنند.

■ HR۶ = (واکسن آنفولانزا): واکسیناسیون سالیانه کودکان ۶ ماهه و بزرگتری که در مراکز نگهداری طولانی‌مدت بوده یا بیماری‌های مزمن قلبی، ریوی، متابولیک (مثل دیابت ملیتوس)، هموگلوبینوپاتی، ایمونوساپرسیون، و یا بیماری کلیوی دارند. هم چنین مراقبین بیماران پرخطر نیز باید واکسینه شوند.

■ HR۷ = (سطح سرب خون): بچه‌هایی که در محدوده سنی ۱۲ ماه بوده و آنها:
۱- در جوامعی زندگی می‌کنند که شیوع سطوح سرب در آن جوامع بالا بوده یا نامشخص بوده و یا اینکه مستلزم مداخلات انفرادی (شامل کنترل خطر آسیب سرب باقی مانده) می‌باشد.
۲- زندگی یا رفت و آمد زیاد به خانه‌ای دارند که قبل از سال ۱۹۵۰ ساخته شده و اخیراً رنگ آن تخریب شده یا نوسازی و تعمیر اخیر بر آن صورت می‌گیرد.
۳- تماس نزدیک با فردی دارد که سطح سرب خون وی بالا می‌باشد.
۴- زندگی در نزدیکی کارخانه سرب یا محلی که ترافیک سنگین دارد.
۵- زندگی با شخصی که شغل یا تفریح وی مستلزم مواجهه با سرب است.
۶- استفاده از ظروف سفالی که پایه سربی دارند.
۷- استفاده از داروهای سنتی محلی که حاوی سرب می‌باشند.

■ HR۸ = (مکمل‌های روزانه فلوراید): افراد با سن کمتر از ۱۷ سال که در نواحی با فلوراید ناکافی آب زندگی می‌کنند.

■ HR۹ = (اجتناب از آفتاب دم ظهر، استفاده از لباس‌های محافظ): افراد با سابقه خانوادگی سرطان پوست، تعداد زیاد خال، خال‌های غیرمعمولی، توانایی ضعیف ترمیم پوست و یا رنگ روشن پوست، مو و چشم

■ HR۱۰ = (RPR /VDRL): افرادی که برای پول یا مواد سکس می‌کنند و نیز همسران آنها، افرادی‌که سایر STDs ها را دارند (مانند HIV)، افرادی‌که با اشخاص دارای سیفلیس فعال رابطه جنسی داشته‌اند، پزشکان باید اپیدمیولوژی محلی را در نظر بگیرند.

■ HR۱۱ = (غربالگری گنوره آ در زنان): زنانی که در سال گذشته ۲ یا بیشتراز آن همسر داشته‌اند، سکس برای پول یا مواد، یا تاریخچه‌ای از دوره‌های گنوره‌آ، پزشکان باید اپیدمیولوژی محلی را در نظر بگیرند.

■ HR۱۲ = (کلامیدیا در زنان): زنانی که فعالیت جنسی داشته و عوامل خطر متعدد مانند سابقه STDs قبلی، همسران جدید یا متعدد، سن زیر ۲۵ سال، عدم استفاده یا استفاده نامناسب از عوامل سد کننده پیشگیری کننده از حاملگی و یا اکتوپی سرویکس را دارند. پزشکان باید اپیدمیولوژی محلی را در نظر بگیرند.

■ HR۱۳ = (توصیه جهت کاهش خطر عفونت): افرادی‌که به تزریق بعضی داروها ادامه می‌دهند.

■ HR۱۴ =(MMR دوم): نوجوانان و جوانانی که در اجتماعاتی مانند دبیرستان‌ها و کالج‌ها زندگی می‌نمایند و قبلاً یک دوز ثانویه MMR را دریافت نکرده‌اند.

■ HR۱۵ = (واکسن آبله مرغان): افراد۱۳ساله و بزرگتری که سابقه آبله مرغان یا واکسیناسیون قبلی آن را نداشته‌اند. باید آزمایشهای سرولوژیک را برای افراد ۱۳ ساله و بزرگتری که در معرض خطر می‌باشند، در نظر گرفت.

■ HR۱۶ = (MMR) : افرادی که بعد از سال ۱۹۵۶ متولد شده و شواهدی از ایمنی بر ضد سرخک یا اوریون را مثل موارد ثبت شده در دفاتر، شواهد آزمایشگاهی ایمنی یا سابقه ی سرخک یا اوریون که به تشخیص پزشک رسیده باشد را ندارند.

■ HR۱۷ = (اسید فولیک ۰/۴ mg): زنانی که در حاملگی های قبلی، جنین با نقص در لوله عصبی داشته اند و برای حاملگی برنامه ریزی کرده اند.

■ HR۱۸ =(واکسن هپاتیت B): افرادی که فراورده های خونی دریافت کرده اند (شامل بیماران همودیالیزی)، افرادی که در مواجهه ی شغلی مکرر با خون و فرآورده های خونی بوده اند، مردان هموسکسوال، افرادی که داروهای تزریقی مصرف کرده اند و نیز همسران آنها، افرادی که همسران متعدد دارند، افرادی که دیگر STDs ها را دارند مانند HIV، افرادی که به کشورهای با هپاتیت B اندمیک مسافرت می کنند.

■ HR۱۹ = (آمانتادین/ ریمانتادین): افرادی که واکسن آنفولانزا را دریافت نکرده اند یا دیرتر واکسینه شده اند، زمانی که واکسن به علت تغییرات آنتی ژنیک عمده ی ویروس غیر موثر شده است، افراد غیر واکسینه ای که مراقبت از افراد پر خطر را در منزل به عهده دارند، به عنوان مکمل واکسن در افرادی که ممکن است نسبت به واکسن، پاسخ آنتی بادی ضعیفی داشته باشند و افراد پرخطری که در آنها واکسن آنفولانزاکنتر اندیکه است.

■ HR۲۰ = (مداخلات جهت پیشگیری از افتادن): افراد ۷۵ ساله و بزرگتر ؛ افراد ۷۴-۷۰ ساله ای که حداقل یک عامل خطر مانند استفاده از داروهای سایکواکتیو ویا قلبی مثل بنزودیازپین ها و ضد فشار خون ها را دارند؛ مصرف ۴ نوع یا بیشتر از داروهای ذکر شده؛ آسیب شناختی،اسیب در توانایی نگهداشتن تعادل یا راه رفتن؛ مداخلات پیشگیری بر پایه منزل محل سکونت فرد توصیه می شود.

Design: Narges Karimi - 09125719349

• در این کتاب راهنما می خوانید:

بخش۱. خدمات پیشگیری توصیه شده به وسیله USPSTF صفحه ۱۹

بخش۲. توصیه ها در بزرگسالان صفحه ۲۵

کانسر صفحه ۲۶

بیماری های قلبی و عروقی صفحه ۵۳

بیماری های عفونی صفحه ۷۵

آسیب و خشونت صفحه ۹۴

وضعیت سلامت روانی و سومصرف مواد صفحه ۹۸

بیماری های متابولیکی، تغذیه ای و اندوکرینی صفحه ۱۱۲

بیماری های ماهیچه ای و استخوانی صفحه ۱۳۵

بیماری های زنان و زایمان صفحه ۱۴۰

اختلالات بینایی صفحه ۱۴۷

بخش۳. توصیه ها در کودکان و نوجوانان صفحه ۱۴۹

پیوست ها صفحه ۱۷۵

ISBN:978-964-04-4636-2

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر