

بومی سازی راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی

فاطمه ملارحیمی ملکی: متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. fmollarahimi@gmail.com
 *مرضیه نجومی: استاد، متخصص پزشکی اجتماعی و فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
 mnojomi@iums.ac.ir

مریم بیگلری: متخصص پزشکی اجتماعی، کلینیک پیشگیری و ارتقای سلامت، بیمارستان فیروزگر، تهران، ایران. dr.maryam54@gmail.com
 خدیجه ازوجی: متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. dr.kh.ezaji@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی - عروقی بیشترین علت مرگ و میر در کشور هستند و وجود یک راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی جز نیازهای اساسی برای پیشگیری از آن‌ها می‌باشد.

روش کار: انتخاب راهنمای مناسب در چهار مرحله با تشکیل تیمی از متخصصین و پزشکان عمومی انجام شد که با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی (شامل ۱۶ پایگاه) و ارزیابی اولیه راهنماهای یافت شده که ۱۳ راهنما بود شروع و بعد از ارزیابی اولیه از لحاظ (دردسترس بودن نسخه کامل، به روز بودن و سازماندهی مناسب)، تعداد چهار راهنمای منتخب با ابزار نقادی (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation AGREEII)، مورد غربال قرار گرفتند. در ادامه، ترجمه راهنمای نهایی منتخب همراه با استخراج سوالات بالینی و توصیه‌ها (طبق توافق خبرگان) انجام و توصیه‌های مناسب با توجه به شرایط بومی کشور و هزینه‌های پیشگیری و درمان مربوطه، جایگزین شدند. در نهایت به صورت یک راهنمای بالینی مدون ارائه گردید.

یافته‌ها: توصیه‌ها در دو بخش مدیریت سبک زندگی (رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی) و توصیه‌های بالینی و درمانی (افزایش فشار خون و چربی خون) بیان شده است. به منظور کاهش فشارخون، افراد به شرکت در فعالیت‌های بدنی هوازی متوسط تا شدید، ۳ تا ۴ بار در هفته، به‌طور متوسط ۴۰ دقیقه در هر جلسه، توصیه می‌شوند. در راستای پیشگیری اولیه در افراد بدون ابتلا به دیابت با LDL-C ۱۸۹-۷۰ میلی‌گرم در لیتر توصیه به دریافت درمان با استاتین و برآورد خطر ده ساله رخداد بیماری‌های قلب و عروق، مطرح شده است. در توصیه بالینی مربوط به فشار خون، اگر $135/85\text{mmHg} < \text{ABPM}/\text{HBPM}$ (Monitoring- Home Blood Pressure Monitoring -HBPM; Ambulatory Blood Pressure) $< 150/90\text{ mmHg}$ توصیه به درمان دارویی در کنار اقدامات پیشگیرانه می‌شود. اگر سن فرد زیر ۵۵ سال باشد شروع درمان با مهارکننده آنژیوتانسین یا بلوک‌کننده گیرنده آنژیوتانسین و اگر سن بالای ۵۵ سال بود بلوک‌کننده کانال‌های کلسیم توصیه می‌گردد و در صورت عدم پاسخ درمان ترکیبی توصیه می‌گردد. **نتیجه‌گیری:** تاثیر الگوی رژیم غذایی برای کاهش فشارخون، مستقل از تغییرات در وزن و مصرف سدیم می‌باشد. بیماران باید نسبت به انطباق الگوی رژیم غذایی توصیه شده با ترجیحات شخصی و فرهنگی خود تشویق شوند. در راهنمای بالینی حاضر، سعی شده تا بهترین راهکارها و توصیه‌ها بر اساس شواهد سطح بالا، در دو بخش خدمات پیشگیرانه و اقدامات بالینی ارائه گردد.

کلیدواژه‌ها: بومی سازی، راهنمای بالینی، بیماری‌های قلبی - عروقی، پیشگیری

مقدمه

بهداشتی کشورهای درحال توسعه قرار گیرد (۱). طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علت ۴۶ درصد از موارد مرگ و میر در ایران بیماری‌های قلبی - عروقی می‌باشد. از هر سه نفر در کشور بیش از یک نفر، بیشتر از یک عامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی دارد مانند استعمال دخانیات، فشارخون بالا یا کلسترول بالا. بیش از یک سوم بالغین زندگی کم‌تحرکی دارند. نیمی از افراد دچار اضافه‌وزن یا چاقی هستند (۲).

بیماری‌های قلبی - عروقی، جزء نخستین عوامل منجر به مرگ و میر در کل دنیا می‌باشد. این در حالی است که مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای درحال توسعه، بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. با توجه به اهمیت موضوع، سازمان بهداشت جهانی از دو دهه پیش هشدار داده که بیماری‌های غیر واگیر و ازجمله بیماری‌های قلبی - عروقی جزو اولویت‌های

این راهنماها برای خدمات و مراقبت‌های سلامت در قوانین جاری کشور شده و اقدامات پراکنده ای که در بخش‌های مختلف نظام سلامت کشور صورت گرفته است، چارچوب و مجموعه مدون و مبتنی بر شواهدی جهت استفاده در کلینیک‌ها، در کشور وجود ندارد (۷).

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

روش کار

در این مطالعه، در چهار مرحله اصلی اقدام به ارائه یک راهنمای بالینی پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق کردیم. طی مرحله اول جستجوی منابع الکترونیکی و پایگاه‌های اطلاعاتی مرتبط توسط اعضای گروه بومی‌سازی راهنمای بالینی، انجام شد. جدول ۱ (شامل ۱۶ پایگاه اطلاعاتی از قبیل ۸ پایگاه تخصصی راهنماهای بالینی و ۸ پایگاه مربوط به منابع و متون پزشکی). در نهایت تعداد ۱۳ راهنمای بالینی مرتبط یافت شد.

در مرحله دوم، غربال اولیه راهنماهای بالینی صورت گرفت و تعداد ۱۳ راهنما مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند. در این ارزیابی، از نظر سه شاخص (در دسترس بودن نسخه کامل، به روز بودن و سازماندهی مناسب) هر راهنما مورد بررسی قرار گرفت و امتیازدهی شد. در نهایت با برآورد امتیازها تعداد چهار راهنما به عنوان راهنماهای منتخب، مشخص شدند.

یکی از چالش‌های مهم پزشکان و مجریان برنامه‌های سلامتی، شناسایی هرچه بیشتر جمعیت در معرض خطر این بیماری‌هاست. از استراتژی مؤثر مداخله در این حیطة، استفاده از راهنماهای بالینی می‌باشد که در مقایسه با انجام اقدامات درمانی و تهاجمی برای نجات بیماران، مقرون به صرفه تر است و نتیجه آن بهره‌مندی تعداد بیشتری از بیماران از خدمات پیشگیری اولیه می‌باشد (۳).

با پیشگیری اولیه می‌توان به میزان زیادی ابتلا به بیماری قلبی-عروقی یا دیگر بیماری‌های مزمن را کاهش داد. بسیاری از رفتارها در زندگی کنونی، سلامت قلب و عروق مردم را تهدید می‌کند. پزشک نقش مهمی در کمک به افراد دارد و می‌تواند تغییرات مؤثر و مثبتی در مدیریت خطر به وجود آورده و خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی را کاهش دهد (۴).

این مطلب نیز اثبات شده است که مشاوره‌های هدفمند جهت اصلاح سبک زندگی در کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، تأثیر مثبت قابل توجهی دارد (۵).

در همین راستا در ژوئن ۲۰۱۳، موسسه ملی قلب، ریه و خون آمریکا (National -NHLBI Heart, Lung, and Blood Institute با همکاری کالج کاردیولوژی (American College of Cardiology -ACC) و انجمن قلب (American Heart Association-AHA)، اقدام به تدوین و انتشار راهنمای بالینی در مورد موضوعاتی از قبیل بیماری‌های قلب و عروق، ریه و خون کردند (۶).

علی‌رغم مزایای فراوان وجود راهنماهای طبابت بالینی و تأکید فراوانی که بر تدوین و بومی‌سازی

جدول ۱- پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو

Clinical Guideline Database	Medical Literature Database
1. National Guideline Clearinghouse	1. PubMed
2. Guidelines International Network	2. Scopus
3. National Institute for Health and Clinical Excellence	3. Up to Date
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	4. Trip Database
5. Guidelines Advisory Committee	5. DOAJ
6. New Zealand Guidelines Group	6. Google Scholar
7. National Health and Medical Research Council	7. Magiran
8. WHO World Health Organization	8. SID

قسمت رسیدیم. نتایج در دو بخش توصیه‌های مدیریت سبک زندگی (جدول ۲) و توصیه‌های بالینی و درمانی بیان شده است.

الف - توصیه‌های مدیریت سبک زندگی

ب - توصیه‌های درمانی و دارویی

سه اصل کلی را باید در نظر داشت:

۱. بر سطوح LDL-C یا غیر HDL-C به‌عنوان اهداف درمانی تمرکز نکنید.

۲. داروهایی را استفاده کنید که برای کاهش خطر ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) مورد تأیید هستند.

۳. در پیشگیری اولیه تصمیم در رابطه با خطر، مستلزم گفتگوی بین بیمار و متخصص هست تا مزایا و مضرات، ارزیابی شده و سبک زندگی بهینه برای بیمار مورد تأکید قرار گیرد.

در بخش توصیه‌های درمانی و دارویی در مواردی که عوامل خطر ایجاد و مستقر شده‌اند و یا حتی مراحل ابتدایی و کمتر پیشرفته بیماری آغاز شده است، همچنان به کار بستن توصیه‌های پیشگیرانه مؤثر و مؤکد است اما کافی نیست؛ بنابراین نیاز به مداخلات بالینی و دارویی، در این مرحله مطرح می‌شود.

ب- ۱ افزایش چربی خون (هیپرلیپیدمی)

در مواردی که با اصلاح سبک زندگی، نتوان لپیدیها را اصلاح کرد باید با توجه به میزان خطر، اهداف درمانی مشخص شده و درمان صورت گیرد.

- برای افرادی که از درمان با استاتین‌ها سود می‌برند می‌توان استاتین را شروع کرد. این افراد شامل:

۱- بیمارانی که به لحاظ بالینی مبتلا به ASCVD* هستند.

۲- افراد با $LDL-C \geq 190$ میلی‌گرم در لیتر، سن ≤ 21 سال.

۳- پیشگیری اولیه- در صورت ابتلا به دیابت: سن ۴۰ تا ۷۵ سال، $LDL-C = 70 - 189$ میلی‌گرم در لیتر.

۴- پیشگیری اولیه- در صورت عدم ابتلا به دیابت: احتمال دارا بودن خطر ASCVD ده ساله $\leq 7/5$ درصد، سن ۴۰ تا ۷۵ سال، $LDL-C = 70 - 189$ میلی‌گرم در لیتر.

در مرحله سوم نقد راهنماهای منتخب با ابزار AGREE توسط اعضای خبرگان انجام شد (۸).

و راهنمای AHA/ACC Guideline to Reduce Cardiovascular Risk 2013 به عنوان راهنمای نهایی با کسب حداکثر امتیاز از بین راهنماهای مورد ارزیابی، انتخاب شد (۹).

در مرحله چهارم، راهنمای نهایی ترجمه گردید. سؤالات پژوهشی-بالینی (شامل سؤالات کلی و اختصاصی) همراه با توصیه‌ها، استخراج شدند. در ادامه، بررسی محتوایی توصیه‌ها و شواهد پشتیبان آن‌ها توسط اعضا صورت گرفت. در مواردی که توصیه‌ها از نظر اعضای خبرگان پاسخگوی سؤالات اختصاصی نبودند توصیه‌های مناسب‌تر انتخاب و جایگزین شدند. اغلب توصیه‌ها از نظر رتبه شواهد علمی، از نوع A و یا B می‌باشند.

در نهایت، تمام توصیه‌ها از نظر (مزیت بالینی مداخلات و اقدامات) امتیازدهی شدند و جمع‌بندی نهایی صورت گرفت.

سؤالات کلی استخراج‌شده در سه قالب زیر می‌باشد:

۱- تأثیر الگوهای تغذیه‌ای و یا ترکیب درشت مغذی‌ها بر عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در افراد بزرگ سال (۸۰-۱۸ سال) نسبت به زمانی که هیچ اقدام درمانی یا انواع دیگری از مداخلات صورت نمی‌پذیرد، چگونه است؟

۲- تأثیر مصرف سدیم و پتاسیم بر عوامل خطر و پیامدهای بیماری‌های قلبی-عروقی در افراد بزرگ سال، نسبت به زمانی که هیچ اقدام درمانی یا انواع دیگری از مداخلات صورت نمی‌پذیرد، چگونه است؟

۳- تأثیر فعالیت فیزیکی بر فشارخون و چربی خون در افراد بزرگ سال، نسبت به زمانی که هیچ اقدام درمانی یا انواع دیگری از مداخلات صورت نمی‌پذیرد، چگونه است؟

یافته‌ها

ما در این مطالعه با هدف داشتن یک استراتژی مناسب برای مداخلات موثر در حیطه بیماری‌های قلبی و عروقی، راهنمای بالینی بیماری‌های قلبی-عروقی را بومی کردیم و به توصیه‌های اصلی در دو

جدول ۲- توصیه‌های مدیریت سبک زندگی

ACC/ AHA LOE	ACC/ AHA COR	NHLBI درجه‌بندی	توصیه‌ها
			رژیم
			LDL-C: به بزرگسالانی که از کاهش LDL-C سود می‌برند، مشاوره دهید که:
A	I	A (قوی)	۱. یک الگوی رژیم غذایی با تأکید بر دریافت سبزی‌ها، میوه و غلات کامل داشته باشند؛ شامل مواد غذایی کم‌چرب، ماکیان، ماهی، بقولات، روغن‌های گیاهی غیراشباع و آجیل؛ و میزان استفاده از شکر یا نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر و گوشت قرمز را محدود نمایند. الف) این الگوی غذایی را با تعدیل کالری موردنیاز، ترجیحات غذایی فرهنگی و فردی و درمان غذایی برای دیگر شرایط پزشکی (مثل دیابت شیرین) سازگار نمایند. ب) با پیروی از برنامه‌هایی نظیر رژیم DASH و یا رژیم AHA، به این الگو دست پیدا کنند.
A	I	A (قوی)	۲. به دنبال یک الگوی رژیم غذایی باشند که ۵٪ تا ۶٪ کالری روزانه را از چربی اشباع‌شده دریافت کند.
A	I	A (قوی)	۳. درصد کالری دریافتی از چربی اشباع را کاهش دهند.
A	I	A (قوی)	۴. درصد کالری دریافتی از چربی ترانس را کاهش دهند.
			فشارخون: به بزرگسالانی که از پایین آوردن فشارخون سود می‌برند، مشاوره دهید که:
A	I	A (قوی)	۱. یک الگوی رژیم غذایی با تأکید بر دریافت سبزی‌ها، میوه و غلات کامل داشته باشند؛ شامل مواد غذایی کم‌چرب، ماکیان، ماهی، بقولات، روغن‌های گیاهی غیراشباع و آجیل؛ و میزان استفاده از شکر یا نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر و گوشت قرمز را محدود نمایند. الف) این الگوی غذایی را با تنظیم کالری موردنیاز، ترجیحات غذایی فرهنگی و فردی و درمان غذایی برای دیگر شرایط پزشکی (مثل دیابت شیرین) سازگار نمایند. ب) با پیروی از برنامه‌هایی نظیر رژیم غذایی DASH یا رژیم AHA به این الگو دست یابند
A	I	A (قوی)	۲. دریافت سدیم کمتر
B	II a	B (متوسط)	الف) بیش از ۲۴۰۰ میلی‌گرم سدیم در روز مصرف نکنند. ب) کاهش بیشتر دریافت سدیم تا ۱۵۰۰ میلی‌گرم سدیم در روز به دلیل کاهش بیشتر در فشارخون؛ مطلوب است. ج) میزان دریافت را به حداقل ۱۰۰۰ میلی‌گرم در روز کاهش دهید زیرا فشارخون را پایین می‌آورد، حتی اگر میزان مطلوب دریافتی روزانه‌ی سدیم حاصل نگردد.
A	I	A (قوی)	۳. الگوی رژیم DASH را با دریافت سدیم کمتر، ترکیب کنید.
A	IIa	B متوسط	فعالیت بدنی چربی‌ها به‌طور کلی، به بزرگسالان توصیه کنید به‌منظور کاهش LDL-C و نه HDL-C، در فعالیتهای هوازی شرکت کنند: ۳ تا ۴ جلسه در هفته، هر جلسه به‌طور متوسط ۴۰ دقیقه، با فعالیت بدنی متوسط تا شدید
A	IIa	B متوسط	فشارخون به‌طور کلی، به بزرگسالان توصیه کنید به‌منظور کاهش فشارخون، در فعالیتهای هوازی شرکت کنند: ۳ تا ۴ جلسه در هفته، هر جلسه به‌طور متوسط ۴۰ دقیقه و داشتن فعالیت بدنی متوسط تا شدید

باشد توصیه به درمان دارویی در کنار اقدامات پیشگیرانه می‌شود.

اگر سن فرد زیر ۵۵ سال باشد شروع درمان با مهارکننده آنژیوتانسین یا بلوک‌کننده گیرنده آنژیوتانسین و اگر سن بالای ۵۵ سال بود بلوک‌کننده کانال‌های کلسیم توصیه می‌گردد و در

• پیشگیری اولیه و ثانویه با رویکرد سنی و غلظت LDL-C (جدول ۳).

ب- ۲ افزایش فشارخون
در صورتی که $ABPM/HBPM = 135/85$ mmHg باشد و همین‌طور اگر $mmHg < 135/85$ ABPM/HBPM $< 150/90$ mmHg

جدول ۳- پیشگیری اولیه و ثانویه

توصیه‌ها	زیرگروه سنی
افراد با $LDL-C \leq 190$ میلی‌گرم در لیتر یا تری‌گلیسیرید ≤ 500 میلی‌گرم در لیتر؛ باید برای یافتن علل ثانویه چربی بالا مورد ارزیابی قرار گیرند.	سن ≥ 21 سال با $LDL-C \leq 190$ میلی‌گرم در لیتر یا بیشتر
افراد با علل ثانویه چربی بالا در مرور کارآزمایی‌های بالینی کنار گذاشته شده‌اند. تری‌گلیسیرید ≤ 500 میلی‌گرم در لیتر تقریباً برای همه کارآزمایی‌های بالینی یک معیار خروج محسوب می‌شود؛ بنابراین، حذف علل ثانویه، برای اجتناب از درمان نامناسب با استاتین ضروری است.	
افراد با $LDL-C \leq 190$ میلی‌گرم در لیتر یا تری‌گلیسیرید ≤ 500 میلی‌گرم در لیتر؛ باید برای یافتن علل ثانویه چربی بالا مورد ارزیابی قرار گیرند.	افراد بزرگسال با سن ≤ 21 سال با $LDL-C \leq 190$ میلی‌گرم در لیتر
افراد با علل ثانویه چربی بالا در مرور کارآزمایی‌های بالینی کنار گذاشته شده‌اند. تری‌گلیسیرید ≤ 500 میلی‌گرم در لیتر تقریباً برای همه کارآزمایی‌های بالینی یک معیار خروج محسوب می‌شود؛ بنابراین، حذف علل ثانویه، برای اجتناب از درمان نامناسب با استاتین ضروری است.	
منطقی است که درمان با استاتین تشدید گردد تا کاهش در $LDL-C$ حداقل به میزان ۵۰٪ میسر گردد. برای این افراد پس از اینکه حداکثر شدت درمان با استاتین میسر شد، ممکن است داروهایی علاوه بر استاتین برای کاهش بیشتر $LDL-C$ در نظر گرفته شود. پتانسیل مزایای اثرات منفی، تداخل دو دارو باهم و ترجیحات بیمار را ارزیابی کنید.	افراد با سن ≤ 21 سال با سطح اولیه $LDL-C \leq 190$ میلی‌گرم در لیتر که تحت درمان قرار نگرفته‌اند

خطر ساز بیماری‌های عروق قلبی و سکتة مغزی و بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد انجام شد و تاثیر مداخلات جامعه نگر را در طی زمان نشان داد ولی راهنمایی که برای استفاده در تمام نقاط کشور باشد ارائه نشد (۲).

در مورد دیگری خدمات پیشگیری توصیه شده توسط کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده در ۲۰۰۹ در مورد بیماری‌ها بررسی و ترجمه شد که تمرکز مطالعه فقط روی بیماری‌های قلبی و عروقی نبود (۱۰).

با استفاده از یک راهنمای بالینی مناسب، می‌توان در سبک زندگی مردم تغییرات مثبتی ایجاد نمود، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و عوارض ناشی از آن را برآورد کرد. در نتیجه هزینه‌های اقتصادی بیماری‌های قلبی-عروقی را کاهش داد (۷).

همین طور تلاش‌های پراکنده دیگری با توجه به ایجاد ضرورت وجود راهنماهای بالینی انجام گردیده است.

از نکات مهم درباره این راهنما، قابل ذکر است که: توصیه‌ها از کارآزمایی‌های بالینی، متآنالیزها و مطالعات مشاهده‌ای که از لحاظ کیفیت مورد ارزیابی قرار گرفته و شواهد کافی را ارائه می‌کردند، استخراج شده‌اند و همچنین متن هر توصیه مختصر بوده و شواهد را برای هر سؤال، خلاصه کرده است. گزارش کامل پانل کارشناسان دارای جزئیات

صورت عدم پاسخ، درمان ترکیبی توصیه می‌گردد. با کاهش مصرف سدیم، کاهش فشارخون در بزرگسالان پیش فشارخونی و فشارخونی که رژیم غذایی (Dietary Approaches to Stop Hypertension) دارند، خصوصاً در فشارخونی‌های با فشار بالا، دیده شده است.

توصیف الگوی رژیم غذایی (DASH Dietary Approaches to Stop Hypertension)

- سبزی و میوه زیاد و لبنیات کم چرب
- مقدار زیاد غلات کامل، ماهی و دانه‌ها
- مقدار کم شیرینی و نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر و گوشت قرمز
- مقدار چربی اشباع، چربی کل و کلسترول پایین

- مقدار زیاد پتاسیم، منیزیم و کلسیم
- غنی از نظر فیبر و پروتئین

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع بالای بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران، لزوم داشتن یک استراتژی مناسب برای مداخلات موثر در این حیطه را ایجاد کرده و مطالعه حاضر، راهنمای بالینی مناسب و مقرون به صرفه و با حداکثر بهره‌مندی بیماران از اقدامات پیشگیرانه و درمانی را فراهم آورده است.

در مطالعه قلب سالم اصفهان، یک برنامه مداخلاتی جامعه نگر با هدف اصلاح عوامل

اینکه برای رویکرد مناسب به این بیماران نیاز است راهنمای بالینی بومی و مرتبط که توصیه‌های جامع دارد به کار گرفته شود.

ما در این مطالعه به این نتیجه رسیدیم که راهنمای AHA به خاطر دارا بودن توصیه‌های مبتنی بر شواهد، جامع بودن و واضح بودن توصیه‌ها هم در بخش پیشگیری و هم درمان می‌تواند برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی خصوصاً در کلینیک‌های پیشگیری به کار گرفته شود.

منابع

1. Guallar E, Banegas JR, Blasco-Colmenares E, Jiménez FJ, Dallongeville J, Halcox JP, et al. Excess risk attributable to traditional cardiovascular risk factors in clinical practice settings across Europe-The EURIKA Study. *BMC Public Health* 2011;11(1):1.
2. Mohammadifard N, et al. [Barname Modakhelaty Jameenegar Baraye Pishgiry Va Control Bimarihayeh Galbi Orogy]. Isfahan Cardiovascular Research Institute. 1384. (Persian)
3. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation* 2002;106(3):388-91.
4. Kelly BB, Fuster V. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health: National Academies Press; 2010.
5. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):568-78.
6. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ, et al. AHA dietary guidelines revision 2000: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation* 2000;102(18):2284-99.
7. Olyaemanesh A, et al. [Rahnamaye Tebabat Balini 2]. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 1392. (Persian)
8. AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013
9. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report

بیشتری برای توضیح شواهد است که به‌عنوان مبنای ارائه توصیه‌ها در نظر گرفته شده‌اند.

در توصیه‌های رژیم غذایی، بر الگوهای تغذیه‌ای با چند مؤلفه، نسبت به الگوی یک مؤلفه‌ای، تأکید بیشتری شده است.

کمبودهایی در شواهد در بحث رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی وجود دارد که نیاز به تحقیقات بیشتر مورد نیاز است. به عنوان مثال در بحث رژیم غذایی، تداخل میان رژیم غذایی و درمان با استاتین‌ها.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد، در بحث فعالیت فیزیکی، نتایج متاآنالیز و مرور نظام مند نشان داد، ورزش در صورتی که با اندازه و شدت کافی انجام شود (Low Density Lipoprotein: LDL-C) و High Density Cholesterol-LDL Lipoprotein Cholesterol-HDL) non HDL-C را کاهش خواهد داد؛ اما نیاز به تحقیقات بیشتر برای درک الگوی ورزشی و یا انواع متفاوت آن که ممکن است با کاهش LDL-C, non HDL-C همراه باشد، وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد محکمی که استخراج شدند می‌توانند در تمام کلینیک‌های پیشگیری، مراکز بهداشتی درمانی، مطب‌های خصوصی و حتی توسط کارکنان صف (اجرایی) سیستم بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار بگیرند. از آنجایی که توصیه‌ها هزینه اثربخش می‌باشند می‌توانند به سیستم بهداشتی-درمانی در کاستن از هزینه‌ها کمک کنند باشند.

استفاده از راهنما همچنین یک اتحاد و توافق را بین پزشکان ایجاد می‌کند که می‌توانند مبنی بر آن توصیه‌ها عمل کنند و از تصمیمات سلیقه‌ای کاسته می‌شود. همچنین برای سیستم‌های نظارتی امکان نظارت آسان و مبتنی بر شواهد را فراهم می‌آورد و این راهنما می‌تواند در برآورده کردن این اقدامات کمک کننده باشد.

در مطالعه حاضر سعی شده است بهترین راهنماها بر اساس شواهد در مورد پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی در دو قسمت خدمات پیشگیرانه و اقدامات بالینی ارائه شود و به جنبه کاربردی بودن راهنماها نیز توجه شده است. نتیجه

of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.

10. Nabaei B, Nikpajouh A. [Rahnamaye Pishgyri Dar Khadamate Balini 2009]. Institute of Contemporary Iranian prevention and health promotion. (Persian)

Adaptation of preventive guideline of cardiovascular disease

Fatemeh Mollarahimi-Maleki, MD, Specialist of Community Medicine. Department of Community Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. fmollarahimi@gmail.com

***Marzieh Nojomi**, MD, MPH, Professor of Community Medicine. Preventive Medicine and Public Health Research Center. Department of Community Medicine, School of Medicine. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). mnojomi@gmail.com

Maryam Biglari, MD, Specialist of Community Medicine, Tehran, Iran. dr.maryam54@gmail.com

Khadijeh Ezoji, MD, Specialist of Community Medicine. Department of Community Medicine, Babol University of Medical Sciences, Tehran, Iran. dr.kh.ezoji@gmail.com

Abstract

Background: Cardiovascular Diseases (CVD) are the leading cause of death in Iran. We need a suitable clinical guideline to prevent and control CVD.

Methods: We selected final guideline in 4 steps and started with searching electronic resources, related webs and data banks. After initial assessment, we applied Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE) appraisal instrument to appraise selected guidelines. Finally adaptation process of guideline finished with extraction of main questions and recommendations.

Results: Recommendations are provided in 2 parts: life style management and clinical-therapeutic guides for hyperlipidemia and hypertension. People are advised to have moderate to severe aerobic physical activities 3-4 times weekly for 40 minutes per session. For primary prevention, non-diabetic people with LDL-C ranges 170-189 mg/dl, should consume statins. Also we advised them to estimate cardio vascular 10 years risks with their health providers.

Conclusion: Dietary patterns reduce blood pressure independently in comparison with low diet sodium and weight reduction. We must encourage people to adjust recommended dietary plans with their cultural and personal preferences.

Keywords: Adaptation, Clinical guideline, Cardiovascular diseases, Prevention