

الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:
المبادئ التوجيهية للرعاية الصحية
الأولية في ظروف شح الموارد



الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:
المبادئ التوجيهية للرعاية الصحية
الأولية في ظروف شح الموارد

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low resource settings.

1.Chronic disease – prevention and control. 2.Primary health care. 3.Diabetes mellitus, Type 2 – prevention and control. 4.Asthma – prevention and control. 5.Pulmonary disease, Chronic obstructive – prevention and control. 6.Delivery of health care. 7.Guidelines. 8.Developing countries. 1.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 654839 2

(NLM classification: W 84.6)

شكر وتقدير:

التسيق التقني والعلمي: شاني منديس؛ الإشراف: أوليغ تشيستونوف، د. بيتشر؛ فريقاً وضع المبادئ التوجيهية والمراجعة:

١) س. باهنديكا، س. كولاجيوري، ش. منديس، ف. أوتينيو، ك. رامايا، غ. روغليك، إ. سوينغوي، ف. فيسواناثان، س. والسز، أ. بازيت، ر. ماتزي، أ. موتالا، ب. رايس، س. شيرا، س. سوغونديو

٢) أ. تاترفيلد، س. غيتس، ش. منديس، ك. غوناسكيرا، أ. أدبيي، إ. مانزورانس، إ. شيلياختو، ت. سورونيبيف، ف. شوكولا، إ. زيليزنياكوف، س. لانفات، ن. خالتايف، أ. شوشالين، ك. جنكنس.

© منظمة الصحة العالمية ٢٠١٣

جميع الحقوق محفوظة. منشورات منظمة الصحة العالمية متاحة على الموقع الإلكتروني للمنظمة (www.who.int) ويمكن شراؤها من قسم الصحافة والنشر، منظمة الصحة العالمية، 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: +41 22 791 2476؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int).

وينبغي إرسال طلبات الحصول على إذن باستنساخ منشورات المنظمة أو ترجمتها – لأغراض البيع أو التوزيع غير التجاري – إلى إدارة شؤون الصحافة على الموقع الإلكتروني للمنظمة

(http://who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة بها، لا تعبر إطلافاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتمثل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد حولها بعد اتفاق كامل.

كما أن ذكر شركات أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الأولى الكبيرة في النص الإنكليزي.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذه المنشورة. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع سواء أكان بشكل صريح أم بشكل مفهوم ضمناً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

المحتويات

٧	١ - أولاً: تشخيص داء السكري من النمط الثاني وتدبيره العلاجي في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد
٨	المختصرات
٩	١- الموجز
٩	التوصيات
١٢	٢- الخلفية
١٣	٣- الأهداف والجمهور المستهدف
١٣	٤- التمويل وإعلان المصالح
١٤	٥- المنهجية والعملية
١٤	نطاق المبادئ التوجيهية
١٤	تحديد البيّنات وتوليدها
١٥	صياغة التوصيات
١٦	المخاطر والفوائد
١٦	قوة التوصيات
١٧	استعراض الأقران
١٨	٦- التكيف والتنفيذ
١٨	٧- التحديث
١٨	٨- الشكل والنشر
١٩	٩- أثر المبادئ التوجيهية وجودتها
٢٠	١٠- التوصيات والبيّنات
٢٠	أ- تشخيص داء السكري
٢١	ب - ضبط سكر الدم
٢٢	نصائح بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني
٢٤	الميتفورمين
٢٥	الميتفورمين في مقابل النظام الغذائي فقط
٢٥	الميتفورمين في مقابل العُفْل
٢٥	السولفونيلوريا
٢٧	ج- الحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية واعتلال الكلى السكري
٢٧	اعتلال الكلى السكري السكري
٢٧	الستاتينات
٢٩	علاج فرط ضغط الدم
٣١	اختيار عوامل خفض ضغط الدم
٣٢	د- الوقاية من بتر الأطراف السفلى

- ٣٣ هـ- الوقاية من العمى
- ٣٤ و- النقص الوخيم لسكر الدم
- ٣٥ ز- طوارئ ارتفاع ضغط الدم
- ١١ - قائمة المراجع (انظر القرص المضغوط)
- ١٢ - الجدول ١ المراجعات المنهجية وجدول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE) (انظر القرص المضغوط)
- ١٣ - فوائد وأضرار التوصيات (الملحق ١) (انظر القرص المضغوط)
- ١٤ - أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية (انظر القرص المضغوط)
- ٢ - ثانياً: التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد
- ٣٧ المختصرات
- ٣٨ ١- الموجز
- ٣٩ ٢- التوصيات
- ٤١ التدبير العلاجي للربو المستقر
- ٤١ التدبير العلاجي لسورات الربو
- ٤٢ التدبير العلاجي لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر
- ٤٣ التدبير العلاجي لسورات داء الانسداد الرئوي المزمن
- ٤٥ ٣- المنهجية المستخدمة في إعداد المبادئ التوجيهية
- ٥١ تحديد الحصائل المهمة
- ٥٣ استراتيجية البحث ومعايير الاختيار وجمع البيانات والآراء النهائية
- ٥٤ ٤- الملحق ٣- أسئلة الفئة السكانية/ التدخل/ أساس المقارنة/ الحصيلة/ الزمن (PICOT)
- ٥٧ الربو ٥٧
- ٦١ داء الانسداد الرئوي المزمن
- ٦٤ الملحق ٧: موجز التوصيات
- ٦٤ تشخيص الربو وتدبيره العلاجي
- ٦٧ تشخيص داء الانسداد الرئوي المزمن وتدبيره العلاجي
- ٥٥ - جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE) (الملحق ٤) (انظر القرص المضغوط)
- ٦ - استراتيجيات البحث (الملحق ٥) (انظر القرص المضغوط)
- ٧ - المراجع (الملحق ٦) (انظر القرص المضغوط)
- ٨ - أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية (انظر القرص المضغوط)

محتوى CD-ROM باللغة الإنجليزية فقط

- ١ - تشخيص السكري من النمط الثاني وتديره العلاجي في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد؛ المراجعات المنهجية وجداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE)، فوائد وأضرار التوصيات، أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية
 - ٢ - التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد؛ جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE)، استراتيجيات البحث، المراجع، أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية
 - ٣ - أدوات مبسطة لتنفيذ المبادئ التوجيهية
- ٣-١ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨. الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية. كتيب الجيب للمبادئ التوجيهية لتقدير مخاطر الأمراض القلبية الوعائية وتديرها العلاجي
 - ٣-٢ جداول توقع المخاطر لمنظمة الصحة العالمية/ الجمعية الدولية لمكافحة فرط ضغط الدم
 - ٣-٣ منظمة الصحة العالمية ٢٠١٠. مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات والبروتوكولات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية
 - ٣-٤ منظمة الصحة العالمية ٢٠١١. التوسع في التدخلات لمكافحة الأمراض غير السارية؛ كم يتكلف؟ وأداة تقدير تكلفة تنفيذ «أفضل الخيارات» (مع الكتيب)

وثائق أخرى لمنظمة الصحة العالمية عن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

أولاً:

تشخيص داء السكري من النمط الثاني
وتدبيره العلاجي في الرعاية الصحية
الأولية في ظروف شح الموارد

ثانياً:

التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد
الرئوي المزمن في الرعاية الصحية الأولية
في ظروف شح الموارد

المختصرات

الضبط الملائم لضغط الدم لدى مرضى السكري	ABCD
تدخل للسيطرة على المخاطر القلبية الوعائية للسكري	ACCORD
الإنزيم محول الأنجيوتنسين	ACE
تدخل بشأن السكري والأمراض الوعائية: تقييم مضبوط للإطلاق المعدل لعقاري البريتراكس والدياميكرون	ADVANCE
ذراع خفض الشحوم للتجربة الأنجلو اسكندنافية بشأن الحصائل المتعلقة بالقلب	LLAASCOT-
دراسة الأتورفاستاتين للوقاية من نقاط نهاية أمراض القلب التاجية في داء السكري غير المعتمد على الإنسولين	ASPEN
الدراسة التعاونية لاستخدام عقار الأتورفاستاتين في علاج السكري	CARDS
الأمراض القلبية الوعائية	CVD
تجربة ضبط السكري ومضاعفاته	DCCT
تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها	GRADE
الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي	HbA _{1c}
فيروس نقص المناعة البشرية	HIV
العلاج الأمثل لفرط ضغط الدم	HOT
دراسة حماية القلب	HPS
الاتحاد الدولي لداء السكري	IDF
اختلال سكر الدم على الريق	IFG
اختلال تحمل الغلوكوز	IGT
في الوريد	.i.v
الأمراض غير السارية	NCD
المعهد الوطني للامتياز الصحي والسريري	NICE
اختبار تحمل الغلوكوز الفموي	OGTT
خافضات سكر الدم الفموية	OHA
الرعاية الصحية الأولية	PHC
تجربة مُعشَّاة مضبوطة	RCT
دراسة المملكة المتحدة الاستشراقية لداء السكري	UKPDS
تجربة إدارة شؤون قدماء المُحاربين على داء السكري	VADT
منظمة الصحة العالمية	WHO

تشخيص داء السكري من النمط الثاني وتديره العلاجي في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد

1 - الموجز

يتمثل الهدف الرئيسي للمبادئ التوجيهية في تحسين جودة الرعاية الصحية وحصائلها فيما يتعلق بالمصابين بالسكري من النمط الثاني في ظروف شح الموارد. وتوصي هذه المبادئ بمجموعة من التدخلات الأساسية لدمج التدبير العلاجي للسكري في الرعاية الصحية الأولية. وستكون بمثابة قاعدة لوضع خوارزميات بسيطة يستخدمها موظفو الرعاية الصحية في الرعاية الأولية في ظروف شح الموارد للحد من المضاعفات الحادة والمزمنة لداء السكري.

وقد أعد المبادئ التوجيهية فريق من الخبراء الخارجيين وخبراء منظمة الصحة العالمية باتباع عملية وضع المبادئ التوجيهية التي تعتمد على المنظمة. واستخدمت منهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE) لتقييم جودة البيّنات والحكم على قوة التوصيات.

التوصيات

- يمكن استخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية لتشخيص السكري في حالة عدم توفر خدمات المختبرات.
جودة البيّنات: غير مصنفة
قوة التوصية: قوية
- انصح المرضى الذين يعانون من فرط الوزن بخفض أوزانهم عن طريق الحد من كميات الطعام التي يتناولونها.
جودة البيّنات: بالغة التدني
قوة التوصية: مشروطة
- انصح جميع المرضى بتفضيل الأغذية ذات المؤشر الغلايسيمي المنخفض (الفاصوليا والعدس والشوفان والفواكه غير المحلاة) كمصدر للكربوهيدرات في نظمهم الغذائية.
جودة البيّنات: متوسطة
قوة التوصية: مشروطة
- انصح جميع المرضى بممارسة النشاط البدني المناسب لقدراتهم الجسمية (مثل المشي) يوميا وبانتظام).
جودة البيّنات: بالغة التدني
قوة التوصية: مشروطة
- يمكن استخدام الميتفورمين كخافض فموي لسكر الدم من الخط الأول لمرضى السكري

- من النمط الثاني الذين لا يسيطرون على المرض بواسطة النظام الغذائي فقط وغير المصابين بالقصور الكلوي أو أمراض الكبد أو نقص تأكسج الدم.
- جودة البَيِّنَات: متدنية للغاية
- قوة التوصية: قوية
- أعطِ سولفونيلوريا للمرضى الذين لديهم موانع استعمال الميتفورمين أو الذين لا يُحسَّن الميتفورمين ضبط سكر الدم لديهم.
- جودة البَيِّنَات: متدنية للغاية
- قوة التوصية: قوية
- أعطِ ستاتين لجميع مرضى السكري من النمط الثاني البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر.
- جودة البَيِّنَات: متوسطة
- قوة التوصية: مشروطة
- القيمة المستهدفة لضغط الدم الانبساطي لدى مرضى السكري هي ٨٠ ملمتر زئبق أو أقل.
- جودة البَيِّنَات: متوسطة
- قوة التوصية: قوية
- القيمة المستهدفة لضغط الدم الانقباضي لدى مرضى السكري هي أقل من ١٣٠ ملمتر زئبق.
- جودة البَيِّنَات: متدنية
- قوة التوصية: ضعيفة
- يوصى بجرعات صغيرة من الثيازيدات (١٢,٥ مليغرام هيدروكلوروثيازيد أو ما يعادله) أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين كخط علاج أول لفرط ضغط الدم لدى مرضى السكري. ويمكن المزج بينهما.
- جودة البَيِّنَات: بالغة التدني بالنسبة للثيازيدات، ومتدنية بالنسبة لمثبط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين
- قوة التوصية: قوية
- لا يوصى باستعمال حاصرات بيتا كتدبير علاجي أولي لفرط ضغط الدم لدى مرضى السكري، ولكن يمكن استخدامها في حال عدم توفر الثيازيدات أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين أو في حال وجود موانع استعمالها.
- جودة البَيِّنَات: متدنية للغاية
- قوة التوصية: قوية
- قدم التوعية الصحية للمرضى بشأن النظافة الصحية للقدمين وتقليم الأظافر وعلاج الثغفات واختيار الأحذية المناسبة.
- جودة البَيِّنَات: متدنية
- قوة التوصية: قوية
- قدم التوعية للعاملين في مجال الرعاية الصحية بشأن تقييم مدى تعرض الأقدام لمخاطر القرع باستخدام أساليب بسيطة (الفحص، الإحساس بوخز الإبر).
- جودة البَيِّنَات: متدنية

- قوة التوصية: قوية
- ينبغي أن يفحص أخصائي العيون الأشخاص المصابين بالسكري من النمط الثاني للكشف عن اعتلال الشبكية السكري ما أن يتم تشخيص السكري ومرة كل عامين بعد ذلك، أو وفقاً لما يوصي به الأخصائي.
- جودة البيّنات: متدنية
- قوة التوصية: مشروطة
- مرضى السكري فاقدو الوعي ممن يتعاطون خافضات سكر الدم و/ أو الذين تبلغ نسبة سكر الدم لديهم ٢,٨ أو أقل، ينبغي إعطاؤهم غلوكوز مفرط التوتر في الوريد. وينبغي إطعام هؤلاء المرضى ما أن يصبحوا قادرين على تناول الطعام دون أن يتعرضوا للخطر.
- جودة البيّنات: قوية
- قوة التوصية: قوية
- مرضى السكري فاقدو الوعي ممن يتعاطون خافضات سكر الدم و/ أو الذين تبلغ نسبة سكر الدم لديهم ٢,٨ مليمول/ لتر أو أقل، ينبغي حقنهم في الوريد بعشرين إلى ٥٠ مليمول غلوكوز ٥٠٪ (دكستروز) لمدة دقيقة واحدة إلى ثلاث دقائق. وفي حال عدم توفره يستعاض عنه بأي محلول غلوكوز مفرط التوتر. وينبغي إطعام هؤلاء المرضى ما أن يصبحوا قادرين على تناول الطعام دون أن يتعرضوا للخطر.
- جودة البيّنات: متدنية للغاية
- قوة التوصية: قوية
- إذا بلغ سكر الدم ١٨ مليمول/ لتر أو أكثر يُحال المريض إلى المستشفى مع إعطائه المستشفى. لتر كلوريد الصوديوم ٠,٩٪ على مدى ساعتين بواسطة قثطرة وريدية، والاستمرار في إعطائه لتر واحد كل ٤ ساعات إلى أن يصل إلى المستشفى.
- جودة البيّنات: بالغة التدني
- قوة التوصية: قوية
- تُعد هذه التوصيات بمثابة قاعدة لإعداد خوارزميات علاجية بسيطة لتدريب العاملين في الرعاية الصحية على التدبير العلاجي المتكامل للأمراض غير السارية في ظروف شح الموارد.

٢- الخلفية

اعتمدت جمعية الصحة العالمية الخطة التنفيذية للاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في

أيار/ مايو ٢٠٠٨. ويسلط الهدف الثاني لهذه الخطة التنفيذية الضوء على ضرورة وضع السياسات والخطط الوطنية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (١). ويتمثل أحد العناصر الرئيسية لهذا الهدف في دعوة منظمة الصحة العالمية إلى «تقديم الإرشاد التقني للبلدان من أجل دمج التدخلات عالية المردود لمكافحة الأمراض غير السارية الرئيسية في نظمها الصحية». وفضلاً عن ذلك تقترح الخطة التنفيذية على الدول الأعضاء «تنفيذ ورصد النهج عالية المردود للكشف المبكر عن السرطانات وداء السكري وفرط ضغط الدم وغيرها من عوامل الخطر المتعلقة بالأمراض القلبية الوعائية» و«وضع معايير الرعاية الصحية للحالات الشائعة مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ودمج تدابيرها العلاجية في الرعاية الصحية الأولية حيثما أمكن ذلك».

ورغم وجود العديد من المبادئ التوجيهية الوطنية والدولية بشأن التدبير العلاجي للسكري، إلا أنه يصعب تطبيقها في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد نظراً لشدة تعقيدها. ويسلط التقرير العالمي عن وضع الأمراض غير السارية ٢٠١٠ الضوء على ضرورة دمج البلدان لتدخلات الوقاية من الأمراض غير السارية وتدابيرها العلاجية في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد (٢). وقد حددت منظمة الصحة العالمية مجموعة أساسية من التدخلات عالية المردود وشديدة التأثير وممكنة التنفيذ في ظروف شح الموارد (٣).

٣- الأهداف والجمهور المستهدف

يتمثل الهدف الرئيسي للمبادئ التوجيهية في تحسين جودة الرعاية الصحية وحصانها فيما يتعلق بالمصابين بالسكري من النمط الثاني في ظروف شح الموارد. وتوفر المبادئ التوجيهية قاعدة لوضع خوارزميات بسيطة للتدبير العلاجي لداء السكري باستخدام الأدوية والتكنولوجيات الأساسية المتاحة في مراكز الخدمات الصحية التي يلجأ إليها المرضى أولاً في ظروف شح الموارد. وتوصي هذه المبادئ بمجموعة من التدخلات الأساسية لدمج التدبير العلاجي للسكري في الرعاية الصحية الأولية. وتقتصر التوصيات على مرضى السكري من النمط الثاني، حيث إن التدبير العلاجي للسكري من النمط الأول أكثر تعقيداً ويتطلب الرعاية الصحية المتخصصة.

ويتمثل المستخدمون المستهدفون في مهنيي الرعاية الصحية المسؤولين عن وضع بروتوكولات علاج داء السكري التي سيستخدمها العاملون في وحدات الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد.

وقد أنشئ فريق لوضع المبادئ التوجيهية تضمن خبراء خارجيين وموظفي منظمة الصحة العالمية (انظر القرص المضغوط).

٤- التمويل وإعلان المصالح

تلقي هذا العمل التمويل من منظمة الصحة العالمية.

واستكمل كل عضو من أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية وفريق استعراض الأقران (انظر القرص المضغوط للاطلاع على قائمة المشاركين في استعراض الأقران)، النموذج الموحد للإعلان عن المصالح الذي تعتمده المنظمة.

٥- المنهجية والعملية

نطاق المبادئ التوجيهية

استخدم فريق إعداد المبادئ التوجيهية منهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE) لصياغة الأسئلة ذات الصلة حول تشخيص داء السكري وتدابيره العلاجي في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد، ولتحديد الحصائل المهمة ذات الصلة بتشخيص داء السكري وتدابيره العلاجي (٤). وهناك ١٢ سؤالاً لتغطية هذه المجالات، ألا وهي:

- استخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية (أدوات قياس السكر) في تحليل داء السكري
- إدارة نمط المعيشة لمرضى السكري
- استخدام الأدوية الواردة في قائمة الأدوية الأساسية في التدبير العلاجي لفرط سكر الدم
- استخدام الأدوية الواردة في قائمة الأدوية الأساسية في الحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية واعتلال الكلى السكري (أدوية خفض ضغط الدم، الستاتينات)
- الكشف عن اعتلال الشبكية السكري للوقاية من العمى
- التدخلات للوقاية من قرح/ بتر القدم
- التدخلات في الطوارئ المرتبطة بداء السكري

وخضعت الأسئلة والحصائل التي تقرر أنها حرجة أو مهمة لاستعراض الأقران والتعديل من جانب أربعة خبراء خارجيين. وتُعرض جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE) هذه الحصائل.

تحديد البيئات وتوليدها

تم البحث في قواعد البيانات التالية للاطلاع على المراجعات المنهجية المنشورة حتى كانون الأول / ديسمبر ٢٠١٠:

■ Medline/Pubmed

■ Embase

■ DARE

■ قاعدة بيانات كوكرين للمراجعات المنهجية

وقد تقرر ملاءمة المراجعات المنهجية إذا كانت قد حُدثت في ٢٠٠٨ أو بعد ذلك، وإذا كانت قد حصلت على ٨ درجات أو أكثر من النقاط الإحدى عشرة لأداة AMSTAR لتقييم جودة المراجعات المنهجية (٥).

وعندما تقرر ملاءمة أكثر من مراجعة منهجية واحدة، استُخدمت أحدثها، باستثناء في حال عدم توفر البيانات عن إحدى الحصائل المهمة أو عدد منها سوى في المراجعة التي سبقتها. وتضاهي حصائل أسئلة تحديد النطاق تلك التي حددتها المراجعات المنهجية مع وجود قلة قليلة من الاستثناءات.

وأخضعت المراجعات المنهجية ذات الجودة المقبولة التي نشرت أو حُدثت قبل عام ٢٠٠٨ للتحديث باستخدام استراتيجية البحث ومعايير إدراج الدراسات ذاتها التي طبقتها المراجعة الأصلية، وأعيد إجراء تحليل تلوي بعد إضافة الدراسة/ الدراسات الجديدة التي تم تحديدها، إن وجدت (الجدول ١).

وحيثما لم يمكن تحديد أي مراجعات منهجية ملائمة من خلال عملية البحث في المنشورات، وكلت إدارة هيوبرت للصحة العالمية، ومدرسة رولينز للصحة العمومية، وجامعة إيموري في مدينة أتلانتا بولاية جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية، وقسم إدارة وسياسة الصحة ومركز شؤون المحاربين القدامى لبحوث إدارة الممارسة المهنية وحصائل الرعاية الصحية في جامعة ميشيغان بمدينة آن آربر، ولاية ميشيغان، الولايات المتحدة الأمريكية. ولم يتم التكاليف بأي مراجعات منهجية للتدخلات التي لم تجر تجارب مُعشاة مضبوطة أو دراسات رصدية والتدخلات التي قرر الفريق بشأنها أنه لا يُتوقع الخلط بين آثار العلاج المعروفة والآثار الأخرى أو التحيزات (مثل إعطاء الغلوكوز في حالة نقص سكر الدم).

وقد استخدمت المراجعات المنهجية التي تحددت وتم التكاليف بها في تقدير جودة البيّنات وإيجاز النتائج في جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها. ولم تُعد جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها لسلاسل دراسات الحالة أو التقارير أو الدراسات حول تكافؤ التحاليل المخبرية.

وتتم مراجعة المبادئ التوجيهية القائمة المسندة بالبيّنات للوقاية من داء السكري وتشخيصه وتديره العلاجي (المعهد الوطني للامتياز الصحي والسريري (٦)، الجمعية الكندية للسكري (٧)، الجمعية الأمريكية للسكري (٨)، شبكة المبادئ التوجيهية الاسكتلندية المشتركة بين الكليات، (٩)) والمبادئ التوجيهية التي وضعها الاتحاد الدولي لداء السكري للوقاية من السكري من النمط الثاني وتديره العلاجي (١٠). وتشمل هذه المبادئ التوجيهية نطاقاً واسعاً من التدخلات، وجميعها باستثناء المبادئ التوجيهية للاتحاد الدولي لداء السكري، يناسب ظروف وفرة الموارد. بيد أن بعض التدخلات قابلة للتنفيذ في ظروف شح الموارد وقد تم النظر فيها للاستفادة منها في هذه المبادئ التوجيهية.

صياغة التوصيات

صيغت التوصيات بمعرفة أمانة منظمة الصحة العالمية ونوقشت في اجتماع للفريق. وتستند التوصيات إلى جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها الخاصة بالبيّنات والتي تتضمن تقدير مخاطر آثار العلاج الجانبية الجادة. واهتم الفريق اهتماماً خاصاً بجدوى تنفيذ المبادئ التوجيهية في ظروف شح الموارد. وتم تعريف توافق الآراء مسبقاً بموافقة أربعة من أعضاء الفريق على الأقل (الأغلبية).

وكانت هذه الوثيقة لتبلغ عن أي اختلافات مهمة في الرأي، ولكن تم التوصل إلى توافق الآراء بشأن كل توصية من التوصيات ولم تنشأ الحاجة إلى التصويت.

المخاطر والفوائد

ويتمثل البديل لكل من التوصيات في ظروف شح الموارد في الرعاية الصحية الأولية في عدم إجراء أي تدخلات في معظم الحالات. وقد تم استنتاج عواقب عدم علاج السكري من النمط الثاني من بيانات التجارب على المرضى الذين لم يشهدوا أي تحسن في عوامل الخطر المحددة فيما يتعلق بالمضاعفات، ولا شك أن داء السكري يزيد زيادة كبيرة من خطر الوفاة المبكرة وبتتر الأطراف والإصابة بالعمى والفشل الكلوي (١١).

ولا توجد بيانات عن القيم الشخصية للمرضى في ظروف شح الموارد وأفضليتهم، والتي قد تختلف من فئة إلى أخرى. ولكن الفريق اتفق على أن الوفاة المبكرة والنوبات والسكتات القلبية وبتتر الأطراف والعمى والفشل الكلوي، سٌتعد على وجه العموم حصائل مهمة ينبغي تجنبها. وعموماً ورغم عدم اليقين حول دقة بعض التدخلات، تُعد التدخلات التي يوصي بها قادرة على الحد من مخاطر هذه الحصائل بنسبة ١٠ إلى ٤٠٪ وهو ما اعتبر أثراً علاجياً ذا حجم كبير. وفضلاً عن ذلك، استخدمت التدخلات بالفعل على نطاق واسع ولأعوام طويلة واعتبرت الأضرار المحتملة للعلاج مقبولة عند مقارنتها بالفوائد. هذا ويمكن الاطلاع على مناقشة أكثر تفصيلاً للمخاطر والأضرار في الملحق ٢.

قوة التوصيات

فيما يتعلق بالتوصيات التي أعدت من خلال عملية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها، تستند قوة التوصيات إلى جودة البيّنات والموازنة بين الآثار المرغوب فيها والآثار غير المرغوب فيها والتكاليف. أما القيم والأفضليات فهي تلك التي يعتنقها أعضاء الفريق، حيث تندر البيانات عن الفئات المصابة بداء السكري في ظروف شح الموارد وغالباً ما ستختلف من ثقافة إلى أخرى.

قوية: هناك بيّنات عالية أو متوسطة الجودة تدل على الفعالية لتحقيق حصيلة حرجة واحدة على الأقل، وتقرر أن الآثار المرغوبة تتجاوز الآثار غير المرغوبة أو البيّنات ذات الجودة بالغة التدني الدالة على وجود آثار غير مرغوبة؛ والتكلفة منخفضة والتنفيذ في ظروف شح الموارد ذو جدوى؛ ويمكن اعتمادها كسياسات في معظم الظروف.

ضعيفة/ مشروطة: هناك بيّنات ذات جودة متدنية أو بالغة التدني فيما يتعلق بالفاعلية لتحقيق كافة الحصائل الحرجة، وتقرر أن الفوائد القليلة أو الأضرار تفوق الفوائد، وجدوى التنفيذ مشكوك فيها، وعدم وجود تدخلات المتابعة على المستويات الأعلى للرعاية الصحية.

استعراض الأقران

أُرسلت مسودة الوثيقة إلى ست جهات لإجراء استعراض الأقران (انظر القرص المضغوط). وكان هناك اتفاق عام على التوصيات ولكن اقترح بعض التعديلات. وقد أضيف العلاج بالسولفونيلوريا بناءً على طلب القائمين على عملية الاستعراض. وقد قبل فريق إعداد المبادئ التوجيهية اقتراح أحد القائمين على عملية الاستعراض بشأن استرعاء الانتباه إلى الأدوية التي ينتج عنها تفاعلات سلبية مع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، حيث ستطبق المبادئ التوجيهية في الغالب على الفئات السكانية ذات معدلات مرتفعة لانتشار العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية والعلاج

بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وأعرب اثنان من القائمين على عملية الاستعراض عن تحفظات جادة بشأن جدوى بدء العلاج بالستاتين على مستوى الرعاية الصحية الأولية، ويتجلى ذلك في ضعف هذه التوصية. واقترح بعض القائمين على عملية الاستعراض إضافة استخدام الإنسولين، ولكنه لم يضيف لعدم توفر الإنسولين عموماً في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد. وفي حين كان هناك اتفاق عام على ضرورة توفر الإنسولين في الرعاية الصحية الأولية للأشخاص الذين يتلقون بالفعل العلاج بالإنسولين، إلا أن فريق إعداد المبادئ التوجيهية اتفق على أن بدء العلاج بالإنسولين سيكون شديد التعقيد بالنسبة لمعظم مراكز الرعاية الصحية. واقترح بعض القائمين على عملية الاستعراض التوصية باستعمال الأسبرين للوقاية الأولية من الأمراض القلبية الوعائية، ولكن الفريق اتفق على أن هذه التوصية غير مسندة بالبيانات الكافية وأنه لا يمكن غض الطرف عن الأضرار المحتملة، ولذا لم يتم إضافتها.

٦- التكيف والتنفيذ

ستتولى منظمة الصحة العالمية تقديم المساعدة التقنية لفرق الخبراء الوطنية المعنية بالمبادئ التوجيهية لوضع خوارزميات التدبير العلاجي البسيطة استناداً إلى المبادئ التوجيهية (انظر البروتوكولات المتكاملة وغيرها من الأدوات الخاصة بأفضل الخيارات ومجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية في القرص المضغوط لتسهيل تنفيذ المبادئ التوجيهية في الرعاية الصحية الأولية). وسوف تقام حلقات عمل لتدريب فرق الرعاية الصحية الأولية ورسمي السياسات على استخدام بروتوكولات الإدارة في جميع البلدان منخفضة الدخل التي تقرر دمج تدخلات الوقاية من الأمراض غير السارية وتدبيرها العلاجي في خدمات الرعاية الصحية الأولية. وتمثل التدخلات المُقترحة الحد الأدنى للتدخلات اللازمة لتحسين رعاية مرضى السكري على مستوى الرعاية الصحية الأولية وينبغي أن تكون قابلة للتنفيذ في جميع البلدان. ومع ذلك فقد ينبغي أن تتقيد بروتوكولات العلاج التي تستند إلى المبادئ التوجيهية بالأوضاع المحلية المحددة، وأن تتوقف على مدى توفر التكنولوجيا والأدوية.

٧- التحديث

ستخضع المبادئ التوجيهية للتحديث في عام ٢٠١٦، إلا إذا أصبحت متقادمة قبل ذلك بسبب الإنجازات الرائدة للبحوث.

٨- الشكل والنشر

سُطِّع المبادئ التوجيهية وتتاح في شكل ملف «بي دي إف» على الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية. كما سُنشر من خلال وزارات الصحة على كافة المشاركين في حلقات العمل التي ستنظم لتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على استخدام بروتوكولات التدبير العلاجي التي تستند إلى المبادئ التوجيهية.

٩- أثر المبادئ التوجيهية وجودتها

في البداية سَيَقِيمُ أثر المبادئ التوجيهية من خلال مؤشرات العملية التي توفرها وزارات الصحة والمساعدة التقنية للمنظمة (مثل عدد البلدان منخفضة الدخل التي أدخلت التدبير العلاجي لداء السكري على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وحالات الإصابة بداء السكري التي شُخصت في الرعاية الأولية، وعدد الحالات التي أُحيلت لفحص قاع العين، ومدى توفر الأدوية الأساسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية).

وكذلك ستقدم المساعدة التقنية للبلدان لرصد حصائل المرض ومؤثراته، وفقاً لمدى توفر الموارد اللازمة لترصد الأمراض غير السارية (مثل نسبة مرضى السكري الذين نجحوا في ضبط سكر الدم على نحو كافٍ، ومعدلات حدوث المضاعفات الحادة، ومعدلات بتر الأطراف، وما إلى ذلك).

١٠ - التوصيات والبيانات

أ- تشخيص داء السكري

يشخص داء السكري عن طريق القياس المختبري لغلوكوز بلازما الدم في عينة دم. ويعرض الجدول ١ قيم عتبة التشخيص (١٢). غالباً ما يمثل قياس مستوى الغلوكوز في الدم الشعيري على الريق أجدى طريقة للقياس في ظروف شح الموارد.

واتفق فريق إعداد المبادئ التوجيهية على أن الأفراد البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر ينبغي أن يخضعوا للقياسات التالية: محيط الخصر وضغط الدم ومستوى الغلوكوز في البلازما على الريق أو العشوائياً وبروتين البول والكتيونات في البول في المرضى الذين شخصت إصابتهم بالسكري حديثاً، والكويلسترون في البلازما إن توفر هذا الاختبار، واختبار نبض القدم وقدرته على الإحساس لدى الأشخاص المعروف إصابتهم بداء السكري.

الجدول ٢ - التوصيات الحالية لمنظمة الصحة العالمية بشأن معايير تشخيص داء السكري وفراط سكر الدم المتوسط الشدة

داء السكري	
مستوى الغلوكوز في البلازما على الريق	٧ مليمول/ لتر (١٢٦ مليغرام/ ديسيلتر) أو أكثر
مستوى الغلوكوز في البلازما بعد ساعتين من تناول الطعام*	١١,١ مليمول/ لتر (٢٠٠ مليغرام/ ديسيلتر) أو أكثر
اختلال تحمل الغلوكوز	
مستوى الغلوكوز في البلازما على الريق	أقل من ٧ مليمول/ لتر (١٢٦ مليغرام/ ديسيلتر)
مستوى الغلوكوز في البلازما بعد ساعتين من تناول الطعام*	٧,٨ أو أكثر وأقل من ١١,١ مليمول/ لتر (١٤٠ مليغرام/ ديسيلتر و ٢٠٠ مليغرام/ ديسيلتر)
اختلال السكر على الريق	
مستوى الغلوكوز في البلازما على الريق	٦,١ إلى ٦,٩ مليمول/ لتر (١١٠ مليغرام/ ديسيلتر إلى ١٢٥ مليغرام/ ديسيلتر)
مستوى الغلوكوز في البلازما بعد ساعتين من تناول الطعام*#	و (في حالة قياسه) أقل من ٧,٨ مليمول/ لتر (١٤٠ مليغرام/ ديسيلتر)

* مستوى الغلوكوز في البلازما الوريدي بعد ساعتين من تناول ٧٥ غرام غلوكوز عن طريق الفم

في حالة عدم قياس مستوى الغلوكوز في البلازما بعد ساعتين من تناول الوجبة، تُعد الحالة غير أكيدة حيث لا يمكن استبعاد داء السكري أو اختلال تحمل الغلوكوز

لا يتوافر القياس المختبري لمستوى الغلوكوز في البلازما لدى خدمات الرعاية الصحية الأولية التي يلجأ إليها المرضى أولاً في ظروف شح الموارد، وينبغي تحويل المرضى إلى المستوى التالي

من الرعاية الصحية للتشخيص. وغالباً ما يكون هذا الأمر غير عملي ومكلف. وقد نظر الفريق المعني بالمبادئ التوجيهية في إمكانية استخدام الأجهزة المحمولة التي تقيس مستوى سكر الدم في عينة من الدم الشعيري.

وتستخدم هذه الأجهزة استخداماً واسعاً في الوقت الحاضر لرصد مستوى سكر الدم لدى الأشخاص الذين سبق أن شخّصت إصابتهم بداء السكري، ولكنها لا تستخدم عادة لتشخيص الإصابة بهذا المرض.

سؤال: هل يمكن استخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية لتشخيص داء السكري في غياب المرافق المخبرية؟

التوصية

١ - يمكن استخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية لتشخيص السكري في حالة عدم توافر خدمات المختبرات.
جودة البيّنات: غير مصنفة
قوة التوصية: قوية

تستند هذه التوصية إلى مراجعة منهجية لتقييم دقة التشخيص بواسطة الأجهزة المحمولة (انظر: الدراسات - دراسات الدقة التحليلية والدراسات الوبائية للأداء التشخيصي). وقد تم تحديد نوعين من التشخيص بواسطة الأجهزة المحمولة إلى حد كبير مع النتائج التي أسفرت عنها الأساليب المخبرية عند تطبيقها على العينة نفسها، بيد أن مستوى الدقة التحليلية اختلف وفقاً للمعايير التي حددها عدد من المنظمات المهنية، فليس هناك مجموعة واحدة من معايير التقييم.

لم تكن الدراسات الوبائية ملائمة للإجابة عن السؤال حول حساسية ونوعية القياس بواسطة الأجهزة المحمولة في تشخيص داء السكري، حيث لم تقارن أي من الدراسات بين قيم سكر الدم التي أسفر عنها كل من الأسلوبين بالنسبة لعينة الدم نفسها. ولذا فلم يُعد جدول لتصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها حيث لم يتم إنتاج البيّنات. وتستند التوصية إلى دراسات دقة الأساليب الكيميائية الحيوية التي تستخدمها الأجهزة المتوفرة حالياً في مراكز الرعاية الصحية.

ب - ضبط سكر الدم

خفض مستوى الغلوكوز في البلازما إلى قيمه الطبيعية من شأنه أن يقضي على أعراض فرط سكر الدم كما أن له أثراً مفيداً على مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة والدقيقة.

البيّنات حول تحسن حصائل الأمراض القلبية الوعائية مستمدة من تحليل تلوي لتجارب مُعشّاة مضبوطة صممت لتقييم آثار العلاج المكثف لضبط مستوى السكر مقارنةً بمستوى أقل من العلاج على مخاطر وقوع أحداث كبرى للقلب والشرايين لدى مرضى السكري من النمط الثاني (١٤). وقد استخدمت عوامل دوائية مختلفة لخفض مستوى الغلوكوز في البلازما في تلك الدراسات.

وهناك بيّنات متوسطة الجودة تشير إلى أن خفض مستوى سكر الدم له أثر إيجابي متواضع في الحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية (تراجعت بنسبة ٩٪).

وتدعم ذلك متابعة المشاركين في دراسة المملكة المتحدة الاستشراعية لداء السكري بعد مرور ١٠ أعوام على اختتام الدراسة (١٥). ولم يتضح أي تأثير على المعدل الإجمالي للوفيات.

البيّنات الدالة على الأثر المفيد لخفض مستوى الغلوكوز على مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة، مستمدة من عدد من التجارب المُعشّاة المضبوطة. أثبتت تجربة ضبط السكري ومضاعفاته أن الضبط الأفضل لسكر الدم يحد من مخاطر مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة في داء السكري من النمط الأول (١٦) كما أشارت المتابعة الوبائية للمجموعة التي خضعت للتجربة إلى انخفاض مخاطر مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة أيضاً نتيجة للعلاج المكثف لضبط مستوى السكر (١٧). وفي تجربة «تدخل بشأن السكري والأمراض الوعائية: تقييم مضبوط للإطلاق المعدل لعقاري البريتراكس والدياميكرون» (الإصابة باعتلال الشبكية أو اعتلال الكلى أو تفاقمه) انخفضت الحصائل الرئيسية للأوعية الدموية الدقيقة بنسبة ١٤٪ في المجموعة التي تلقت علاجاً مكثفاً (١٨).

«أما تجربة إدارة شؤون قدماء المحاربين على داء السكري» فلم تكشف عن أي انخفاض في مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة والدقيقة نتيجة للعلاج المكثف لضبط مستوى السكر، ولكنها كشفت عن إبطاء معدل ترقي البيلة الألبومينية لدى المجموعة التي تلقت علاجاً مكثفاً (١٩). وكشفت دراسة المملكة المتحدة الاستشراعية لداء السكري عن تراجع المخاطر النسبية بنسبة ٢٥٪ في نقاط النهاية المجمعة للأوعية الدموية الدقيقة لدى المجموعة التي تلقت علاجاً مكثفاً (٢٠).

وتوصل فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى توافق آراء حول وجوب إحالة المرضى الذين شخّصت إصابتهم بداء السكري حديثاً والذين تبلغ نسبة الكيتونات في البول لديهم +٢، والمرضى النحاف الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ عاماً والذين شخّصت إصابتهم بداء السكري حديثاً، إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية.

نصائح بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني

يعاني معظم الأشخاص المصابين بداء السكري من النمط الثاني من زيادة الوزن أو السمنة، مما يزيد من خطر تعرضهم لمضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة والدقيقة نتيجة لتفاقم فرط سكر الدم وفرط شحميات الدم وفرط ضغط الدم. (٢١)

أسئلة: هل إسداء النصح حول النظام الغذائي والنشاط البدني يُحسّن الحصائل بالنسبة لمرضى السكري؟

هل الأغذية ذات المؤشر الغلايسيمي المنخفض تُحسّن الحصائل بالنسبة لمرضى السكري؟

التوصيات

- ١- انصح المرضى الذين يعانون من فرط الوزن بإنقاص أوزانهم عن طريق الحد من كمية الطعام التي يتناولونها.
جودة البيّنات: بالغة التدني
قوة التوصية: مشروطة

- ٢- نصح جميع المرضى بتفضيل الأغذية ذات المؤشر الغلايسيمي المنخفض (الفاصوليا والعدس والشوفان والفاكهة غير المُحلّاة) كمصدر للكربوهيدرات في نظامهم الغذائي.
جودة البيّنات: متوسطة
قوة التوصية: مشروطة
- ٣- انصح جميع المرضى بممارسة النشاط البدني المناسب لقدراتهم الجسمانية (مثل المشي) يوميا وبانتظام.
جودة البيّنات: بالغة التدني
قوة التوصية: مشروطة

هناك بيّنات قوية تدل على إمكانية الوقاية من داء السكري من النمط الثاني أو تأخير إصابة الأشخاص المعرضين بشدة لخطر الإصابة به، عن طريق تكرار النصح بإنقاص الوزن وزيادة النشاط البدني. أما البيّنات الدالة على أي النصائح بشأن النظام الغذائي تكون فعالة بعد تشخيص الإصابة بالسكري من النمط الثاني فهي أقل وضوحاً. والبيّنات الدالة على الحصائل المهمة إما جودتها بالغة التدني (ضبط سكر الدم، إنقاص الوزن المتعمد) أو غير متوفرة (مخاطر المضاعفات المزمنة ونوعية الحياة).

والبيّنات التي تستند إليها هذه التوصيات مستمدة من إحدى مراجعات كوكرين لتجارب مُعشّاة تقارن النصائح والنهوج المختلفة التي تتعلق بالنظام الغذائي (٢٢). لم يمكن دمج سوى القليل من البيانات في التحليل التلوي، ولم تبحث أي من الدراسات الحصائل على المدى الطويل. وهناك ما يشير إلى إمكانية ضبط مستوى سكر الدم على نحو أفضل، وفقاً لقياس اختبار الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي، عند مزج النصائح حول النظام الغذائي بالنصائح حول النشاط البدني. ولم تتضمن أي من التجارب التي اشتملت عليها مراجعة كوكرين فئة شاهدة لم تتلق أي نصائح على الإطلاق، وهو الواقع الحالي في معظم الأماكن التي تعاني من شح الموارد. ورغم تدني جودة البيّنات، إلا أنه يوصى بإسداء النصح حول النظام الغذائي والنشاط البدني حيث يُعد التدخل مجدياً ومنخفض التكلفة، كما أنه ينطوي على نسبة قليلة من مخاطر الأحداث الضائرة، ولم تثبت البيّنات عالية الجودة عدم فعاليته. وتستند التوصية بشأن تفضيل الأغذية ذات المؤشر الغلايسيمي المنخفض إلى مراجعة منهجية كشفت عن الأثر الإيجابي لمثل هذا النظام الغذائي على ضبط سكر الدم (٢٣). ومع ذلك فلم تُجرى أي دراسات في ظروف شح الموارد، وقد يكون مفهوم المؤشر الغلايسيمي شديد التعقيد بحيث يصبح هذا النظام الغذائي غير ذي جدوى في المناطق التي يقل فيها الإلمام بالكتابة والقراءة وفي الخدمات الصحية الأساسية.

يُعد داء السكري من الأمراض المترقية. وعادة ما يصبح استعمال خافضات سكر الدم الفموية ضرورياً بالنسبة للمرضى الذين يعتمدون على العلاج القائم على النظام الغذائي فقط، وزيادة الجرعة لتحسين ضبط سكر الدم. ولم تنطوي الدراسات التي قارنت بين العلاج المكثف لضبط سكر الدم وبين العلاج الأقل كثافة في مرضى السكري من النمط الثاني، على عتبة تأثير ضبط سكر الدم على المضاعفات. ومع ذلك فقد اتضح أن المرضى الذين بلغت لديهم قيم الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي ٧٪ أو أقل كانوا أقل تعرضاً لمخاطر مضاعفات الأوعية الدقيقة مقارنة بالمرضى الذين خضعوا للعلاج المكثف وبلغت قيم الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي لديهم قيماً وسطية أعلى

من ذلك (٧,٩ إلى ٩,٤٪) (١٨; ١٩; ٢٤). ويقترن بلوغ الهيموغلوبين الغليكوزيلات ٧٪ تقريباً بتركيز الغلوكوز في البلازما على الريق بمقدار ٦,٥ مليمول/ لتر تقريباً (٢٥).

الميتفورمين

سؤال: هل يمكن استعمال الميتفورمين كعامل فموي خافض لسكر الدم من الخط الأول لمرضى السكري من النمط الثاني؟

التوصية

١ - يمكن استخدام الميتفورمين كخافض فموي لسكر الدم من الخط الأول لمرضى السكري من النمط الثاني الذين لا يسيطرون على المرض بواسطة النظام الغذائي فقط وغير المصابين بالقصور الكلوي أو أمراض الكبد أو نقص تأكسج الدم.
جودة البينات: بالغة التدني
قوة التوصية: قوية

البيانات التي تستند إليها هذه التوصية مستمدة من إحدى مراجعات كوكرين لتجارب مُعشاة مضبوطة (٢٦). وبلغت جرعة الميتفورمين اليومية ١ إلى ٣ غرامات وتمت معايرتها سريرياً. وجاء عرض نتائج المقارنة بين الميتفورمين والنظام الغذائي أو الميتفورمين والغُفَل وتحليلها على نحو منفصل في دراسة المملكة المتحدة الاستشرافية لداء السكري (٢٧) نظراً لطول المدة اللازمة لمتابعتها ولاختلاف عملية الإبلاغ عن الحصائل الأولية مقارنة بالتجارب الأخرى التي تقارن الميتفورمين بالنظام الغذائي أو الغُفَل التي شملها البحث.

ولم يبلغ سوى عدد قليل من الدراسات عن حصائل مهمة بالنسبة للمرضى، مثل الوفاة والأحداث المرضية الكبرى (مثل السكتة، احتشاء عضل القلب، البتر، العمى، الفشل الكلوي) ونوعية الحياة. وأبلغت معظم الدراسات عن حصائل بديلة تشير إلى زيادة مخاطر الحصائل المهمة (مثل الهيموغلوبين الغليكوزيلات، الكوليستيرول، اعتلال الشبكية، أو ترقي اعتلال الكلى) أو الحصائل المخبرية (مثل مستويات البتيد سي). والبيانات الخاصة بالمرضاة والوفيات مستمدة في المقام الأول من دراسة المملكة المتحدة الاستشرافية لداء السكري.

أما البيانات عن الحمض اللاكتيكي، الذي يُعد أثراً جانبياً جدياً لاستخدام الفينفورمين ويخشى من باب القياس أن ينشأ كذلك عن الميتفورمين، فمستمدة من إحدى مراجعات كوكرين لتجارب مُعشاة مضبوطة ودراسات رصدية (٢٨). وتقدم هذه المراجعة بيانات عالية الجودة تدل على أن مخاطر حدوث هذه المضاعفات قليلة ولا تزيد عما ستكون عليه في حال استخدام خافضات سكر الدم الأخرى. ولكن رغم أن ٩٧٪ من الدراسات التي اشتملت عليها المراجعة المنهجية تضمنت المرضى الذين لديهم مانع واحد على الأقل من موانع استعمال الميتفورمين المعيارية (القصور الكلوي، الأمراض القلبية الوعائية، أمراض الكبد، أمراض الرئة)، إلا أن المراجعة لم تتمكن من التقدير الكمي لمأمونية العلاج بالميتفورمين في وجود كل من حالات نقص تأكسج الدم المصاحبة هذه. وهناك حاجة إلى المزيد من البحث حول مخاطر الحمض اللاكتيكي الناتجة عن استخدام هذه الفئات المحددة للميتفورمين. وفي حال الشك في وجود موانع الاستعمال، ينبغي إحالة المريض إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية. وينبغي وقف استعمال الميتفورمين أثناء المرض الحاد

الوخيم مثل الالتهاب الرئوي والعدوى الوخيمة والجفاف واحتشاء عضل القلب وإحالة المريض إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

الميتفورمين في مقابل النظام الغذائي فقط

عين ذراع من دراسة المملكة المتحدة الاستشرافية لداء السكري (UKPDS 34) المرضى ممن يعانون من زيادة الوزن والسمنة للعلاج بالميتفورمين أو بالنظام الغذائي فقط (27). وكان المرضى المعينون للعلاج بالميتفورمين أقل تعرضاً بكثير للوفاة المتعلقة بداء السكري ولحصائل الأوعية الكبيرة والدقيقة (المخاطر النسبية 0,74؛ 95% فاصل الثقة 0,60 إلى 0,90). وكذلك كان معدل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب أقل بكثير بين مرضى ذراع الميتفورمين من التجربة (المخاطر النسبية 0,68، 95% فاصل الثقة 0,49 إلى 0,93). والتجربة المُعشاة المضبوطة الوحيدة الأخرى التي قارنت الميتفورمين بالنظام الغذائي فقط وأبلغت عن معدلات المرضة والوفاة، كشفت عن زيادة غير مهمة إحصائياً في مخاطر مرض القلب الإقفاري لدى المرضى الخاضعين للعلاج بالميتفورمين (المخاطر النسبية 3,0، 95% فاصل الثقة 0,13 إلى 71,92). وأبلغت ثلاث تجارب مضبوطة مُعشاة تقارن الميتفورمين بالنظام الغذائي عن الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي (30؛ 29؛ 27). سجل المرضى الذين يتلقون علاج الميتفورمين قيمة وسطية للهيموغلوبين الغليكوزيلاتي أقل (فرق المتوسط المعياري 1,06-، 95% فاصل الثقة 1,89- إلى 0,22-). لم تتوفر البيانات عن الأحداث الضائرة سوى بالنسبة لنقص سكر الدم، وقد سُجلت في اثنتين من التجارب المُعشاة المضبوطة وكشفت عن زيادة في نسبة المخاطر.

الميتفورمين في مقابل العُفْل

سُجلت ست تجارب مضبوطة مُعشاة أحداثاً ضائرة (نقص سكر الدم، إسهال، اضطرابات معدية معوية). ووجد أن الإسهال يحدث أكثر عند العلاج بالميتفورمين مقارنة بالعُفْل، ولكنه لم يمثل خطراً على الحياة. ولم يتضح أن نقص سكر الدم والاضطرابات المعدية المعوية تحدث أكثر عند العلاج بالميتفورمين.

وتستند هذه التوصية عموماً إلى بيّنات متوسطة الجودة تدل على أن الميتفورمين يخفض مستوى سكر الدم وفقاً لقياس الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي. أما البيّنات الدالة على الآثار المفيدة الأخرى للميتفورمين فيما يتعلق بمضاعفات الأوعية الكبيرة والدقيقة الطويلة الأجل فهي ذات جودة متدنية أو بالغة التدني أو غير متوفرة.

السولفونيلوريا

سؤال: هل يمكن استخدام السولفونيلوريا كعامل فموي خافض لسكر الدم من الخط الأول لمرضى السكري من النمط الثاني؟

التوصية

1- أعط سولفونيلوريا للمرضى الذين لديهم موانع استعمال الميتفورمين أو الذين لا يُحسّن الميتفورمين ضبط سكر الدم لديهم.
جودة البيّنات: بالغة التدني
قوة التوصية: قوية

تستند هذه التوصية إلى مراجعات منهجية لتجارب مُعشّاة مضبوطة تقارن فعالية الميتفورمين والسولفونيلوريا ومأمونيتيها (٣١).

وكانت ١٧ تجربة قد أُجريت لمقارنة ضبط سكر الدم وأثبتت تشابه أداء الميتفورمين والسولفونيلوريا في خفض الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي. والبيّنات الدالة على تحقيق الميتفورمين والسولفونيلوريا لمستويات مماثلة من ضبط سكر الدم (الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي) عالية الجودة.

وهناك عدد أقل من التجارب التي أُجريت للمقارنة بين الميتفورمين والسولفونيلوريا وتناولت بالفحص الحصائل طويلة الأجل المهمة مثل الأمراض القلبية الوعائية ومضاعفات الأوعية الدقيقة. ولم تُجمّع المراجعة المنهجية النتائج الخاصة ببعض الحصائل نظراً للاختلافات المنهجية الكبيرة (مثل اختلاف الجرعات وتعريف الحصائل)، أو لغياب بيانات التجارب التي يمكن تجميعها. وأبلغت خمس تجارب مضبوطة مُعشّاة عن معدل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب وكشفت عن أثر محدود في صالح الميتفورمين (٣٢-٣٦)، ولكن البيّنات متدنية الجودة.

وأبلغت اثنتين من التجارب المُعشّاة المضبوطة عن حصائل الأمراض القلبية الوعائية، ولكنها لم تكن حصائل أولية في أي منها (٣٣;٣٧). ولا تدل البيّنات ذات الجودة المتدنية على تفوق أي من العقارين على الآخر. ولم تقيم أي من التجارب المضبوطة المُعشّاة ترقّي اعتلال الشبكية. وتناولت إحدى التجارب المُعشّاة المضبوطة أثر الميتفورمين والسولفونيلوريا على معدل الترشيح الكبيبي وترقي البول الزلالي الدقيق، ولكنها لم تقارن مجموعتي العلاج مقارنة مباشرة (٣٨).

وهناك بيّنات عالية الجودة صادرة عن تسع تجارب مضبوطة مُعشّاة تدل على أن مخاطر نقص سكر الدم تزيد في حالة العلاج بالسولفونيلوريا عنها في حالة العلاج بالميتفورمين (٣٢;٣٤;٣٩-٤٥).

الجدول ٢: أنواع السولفونيلوريا المستخدمة في التجارب السريرية التي شملتها المراجعة المنهجية (٣١)

سولفونيلوريا	الجرعة اليومية (مليغرام)	مدة المفعول
غليبينكلاميد (غليبوريد)	١٥-٢,٥	متوسطة إلى طويلة
غليبيزايد	٢٠-٢,٥	قصيرة إلى متوسطة
غليكيدون	١٨٠-١٥	قصيرة إلى متوسطة
غليكلازايد	٣٢٠-٤٠	متوسطة
غليمبيريد	٦-١	متوسطة

ولم تشمل المراجعة المنهجية الجيل الأول من السولفونيلوريا (تولبوتاميد، كلوربروباميد).

أما الغليبينكلاميد فينتمي إلى الجيل الثاني من السولفونيلوريا وهو النوع الوحيد من السولفونيلوريا المدرج على قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية. ولذا يرحح توافره في ظروف شح الموارد. وكإجراء للوقاية من نقص سكر الدم الوخيم ينبغي بدء العلاج بجرعة صغيرة من الغليبينكلاميد تبلغ ٢,٥ إلى ٥ مليغرامات مرة واحدة يومياً مع الإفطار، على أن تعدل وفقاً للاستجابة لتبلغ ١٥ مليغرام يومياً كحد أقصى (٤٦).

وتوصل فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى توافق آراء حول ضرورة إحالة المرضى الذين تزيد لديهم نسبة الغلوكوز في البلازما على الريق عن ١٤ مليمول/ لتر رغم تعاطيهم لجرعات الميتفورمين والسولفونيلوريا الفصوى، إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

ج- الحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية واعتلال الكلى السكري

اعتلال الكلى السكري

تزيد معدلات المراضة والوفاة الناجمتين عن الأمراض القلبية الوعائية ضعفين إلى خمسة أضعاف لدى المصابين بداء السكري مقارنة بغير المصابين به (٤٧)، كما يضاعف السكري من خطر التعرض لنطاق عريض من الأمراض الوعائية بعيداً عن تأثير عوامل الخطر التقليدية الأخرى (٤٨). وتستند التوصيات العلاجية إلى مستوى مخاطر الأمراض القلبية الوعائية وفقاً لتقدير أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم مخاطر الأمراض القلبية الوعائية (٤٩).

ويحدث اعتلال الكلى السكري لنحو ٢٥٪ من المصابين بالسكري من النمط الثاني (٥٠)، وترتقي نسبة كبيرة منهم إلى المراحل النهائية من أمراض الكلى (٥١).

الستاتينات

سؤال: هل ينبغي إعطاء الستاتينات لمرضى السكري من النمط الثاني للوقاية الأولية من الأمراض القلبية الوعائية؟

ثبت أن الستاتينات (مُثَبِّطات مُخْتَزَلَة ٣- هيدروكسي -٣- ميثيل غلوتاريل تَمِيم الإِنزِيم أ) تحد من مخاطر الأمراض القلبية الوعائية في الأشخاص شديدي التعرض لهذه الأمراض. وتوصل تحاليل تلوي أجري مؤخراً ومزج نتائج ٧٦ تجربة مُعَشَّاة على استعمال الستاتينات في الوقاية الأولية والثانوية من الأمراض القلبية الوعائية، إلى أن الستاتينات لها أثر مفيد على معدل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب وإعادة التوعي ومخاطر احتشاء عضل القلب والسكتة، وتسبب في أحداث ضائرة خفيفة الوطأة نسبياً (٥٢). ويُعتقد أن معظم الأثر العلاجي للستاتينات ينتج عن تراجع البروتين الشحومي منخفض الكثافة، ولكن هناك بيّنات تدل على آثاره الأخرى المفيدة على الأوعية الدموية فيما لا يتعلق بالشحوم (٥٣).

التوصية

- ١ - أعط ستاتين لجميع مرضى السكري من النمط الثاني البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر. جودة البيّنات: متوسطة
قوة التوصية: مشروطة

الجدول ٣- الستاتينات المستخدمة في التجارب السريرية على المرضى المصابين بداء السكري التي شملتها المراجعة المنهجية (٥٤)

الجرعة اليومية (مليغرام)	ستاتين
٤٠-٢٠	لوفاستاتين*
٤٠	سيمفاستاتين*
٤٠-١٠	برافاستاتين
١٠	أتروفاستاتين
٦-١	غليمبيريد

* يمنع استعماله من جانب المرضى حملة فيروس نقص المناعة البشرية الذين يتعاطون مثبط البروتياز أو الريتونافير (٥٦;٥٥). ورغم توفر الستاتينات الجنيصة فإن تكلفتها قد تجعل توفرها في ظروف شح الموارد أمراً غير مؤكد، كما قد يؤدي إدخالها إلى الرعاية الصحية الأولية إلى تراجع نطاق التغطية السكانية الذي يتحقق باستعمال الأدوية الأساسية ميسورة التكلفة مثل خافضات ضغط الدم والميتفورمين. ولذا فإن التوصية مشروطة بتوفر الموارد اللازمة للستاتينات بعد التغطية الشاملة بالميتفورمين والسولفونيلوريا وخافضات ضغط الدم.

والبيئات التي تستند إليها هذه التوصية مستمدة من تحليل تلوي لتجارب مُعشاة مضبوطة على الستاتينات في الوقاية الأولية من الأمراض القلبية الوعائية لدى الأشخاص الذين لم تتحدد إصابتهم بهذه الأمراض والمعرضين لمخاطر الإصابة بها والتي يُعد داء السكري من بينها (٥٤). وقد أُجري التحليل التلوي على الحصائل الرئيسية المهمة للمرضى مثل إجمالي الوفيات وأحداث أمراض القلب التاجية الرئيسية والسكتة والأحداث الضائرة الوخيمة مثل السرطان، ولم تشمل الدراسات التي تتضمن الحصائل البديلة مثل التغيرات الوعائية. وشمل التحليل التلوي تجارب واسعة تضمنت مرضى السكري فقط (الدراسة التعاونية لاستخدام عقار الأتورفاستاتين في علاج السكري) (٥٧)، ودراسة الأتورفاستاتين للوقاية من نقاط نهاية أمراض القلب التاجية في داء السكري غير المعتمد على الإنسولين (٥٨) ودراسة حماية القلب (٥٩)، والبيانات الخاصة بمجموعة فرعية من مرضى السكري في ذراع خفض الشحوم للتجربة الأنجلو اسكندنافية بشأن الحصائل المتعلقة بالقلب وهي دراسة تناول تأثير الستاتينات على الأشخاص المعرضين لمخاطر مختلفة للأمراض القلبية الوعائية مثل فرط كوليستيرول الدم وفرط ضغط الدم وانخفاض مستوى كوليستيرول البروتين الشحمي منخفض الكثافة (٦٠). وأبلغت تجربتان أُجريتتا على مرضى السكري فقط عن الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب، وأبلغت إحداهما عن تراجع مهم إحصائياً (الدراسة التعاونية لاستخدام عقار الأتورفاستاتين في علاج السكري)، في حين أبلغت الأخرى عن زيادة غير مهمة (دراسة الأتورفاستاتين للوقاية من نقاط نهاية أمراض القلب التاجية في داء السكري غير المعتمد على الإنسولين). وقد شملت كافة التجارب المرضى البالغين ٤٠ عاماً من العمر أو أكثر، وكان معظمهم من الذكور ذوي الأصول الأوروبية رغم اشتغالها على بعض الفئات الإثنية أيضاً.

وكشفت التجارب التي أبلغت عن الحصائل الرئيسية لأحداث الشرايين التاجية لدى مرضى السكري عن تراجع احتمالات حدوثها لدى الأشخاص الذين يتعاطون الستاتينات بنسبة ١٧ إلى ٣٦٪ (الدراسة

التعاونية لاستخدام عقار الأتورفاستاتين في علاج السكري، ذراع خفض الشحوم للتجربة الأنجلو اسكندنافية بشأن الحصائل المتعلقة بالقلب، دراسة حماية القلب). ولم يُعرض تجميع منفصل لمرضى السكري، ولكن تحليل التحوف التلوي لم يكشف عن تفاوت أثر الستاتين في المجموعات الفرعية التي خضعت لتقسيم ثنائي وفقاً للجنس والسن والإصابة بداء السكري (٥٤). وأكد تحليل تلوي أجري بعد ذلك لتجارب مضبوطة على استعمال الستاتينات في الوقاية الأولية والثانوية للأمراض القلبية الوعائية، النتائج التي تشير إلى فوائد استعمال الستاتينات من جانب الأشخاص شديدي التعرض للأمراض القلبية الوعائية بما في ذلك مرضى السكري، وإلى تشابه أثر عدد من الستاتينات المتوفرة في الوقت الحاضر (٦١). كما أثبت التحليل التلوي زيادة مخاطر زيادة إنزيمات الكبد وعدم زيادة مخاطر الأحداث السريرية المهمة باستثناء زيادة مخاطر السكري (٥٢). ولكن ينبغي إن توفرت الإمكانية إجراء الفحص المختبري لوظائف الكبد قبل بدء العلاج بالستاتين.

وتوفر خصائص البيئات في تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE)، البيانات المُجمعة من الدراسات التي أجريت على بعض مرضى السكري الذين لا يعانون من الأمراض القلبية الوعائية، بيئات متوسطة الجودة تدل على أن إعطاء الستاتينات لمرضى السكري يخفف معدل الوفيات ومخاطر أحداث الشرايين التاجية والسكتة وأنه من المستبعد أن يؤثر تأثيراً كبيراً على مخاطر الإصابة بالسرطان والوفاة الناجمة عن جميع الأسباب، على المدى القصير.

علاج فرط ضغط الدم

يؤدي خفض مستوى ضغط الدم لدى مرضى السكري إلى الحد من مخاطر اضطرابات الأوعية الكبيرة والأوعية الدقيقة (٦٣:٦٢:١١).

سؤال: ما هو مستوى ضغط الدم المستهدف من أجل تحسين الحصائل لدى مرضى السكري من النمط الثاني؟

التوصيات

قيم ضغط الدم المستهدفة

- ١ - القيمة المستهدفة لضغط الدم الانبساطي لدى مرضى السكري هي ٠٨ مليمتر زئبق أو أقل.
جودة البيئات: متوسطة
قوة التوصية: قوية
- ٢ - ٢ - القيمة المستهدفة لضغط الدم الانقباضي لدى مرضى السكري هي ٠٣١ مليمتر زئبق.
جودة البيئات: متدنية
قوة التوصية: ضعيفة

البيئات التي يستند إليها المستوى المستهدف لضغط الدم الانبساطي مستمدة من اثنتين من التجارب المُعشاة المضبوطة. كشف ذراع داء السكري لتجربة العلاج الأمثل لفرط ضغط الدم عن تراجع معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والأحداث المتعلقة بالقلب والشرايين تراجعاً سريرياً مهماً في المجموعة التي بلغ ضغط الدم الانبساطي لديها ٨٠ مليمتر زئبق أو أقل، مقارنة بالمجموعة التي بلغ لديها ٩٠ مليمتر زئبق أو أقل. (٦٤)

وكشفت دراسة المملكة المتحدة الاستشراعية لداء السكري عن الحد من ترقى أمراض الأوعية الدقيقة ومخاطر السكتة ومخاطر أي من نقاط النهاية التي تتعلق بداء السكري في المجموعة الخاضعة للضبط المُشدّد لضغط الدم والتي بلغ متوسط ضغط الدم الانبساطي لديها ٨٢ ملليمتر زئبق. (٦٥) ويعرض جدول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها تحليلًا تلويًا لنتائج الدراسات التي توفر بيانات عالية الجودة تدل على أن الضبط المُشدّد لضغط الدم الانبساطي يؤدي إلى خفض المعدل الإجمالي للوفيات، كما يعرض بيانات متوسطة الجودة تدل على أنه يؤدي إلى الحد من مخاطر احتشاء عضل القلب والسكتة وترقي مضاعفات الأوعية الدقيقة لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

وتستند التوصية باستهداف ضغط دم انقباضي يقل عن ١٣٠ ملليمتر زئبق إلى البيانات من اثنتين من التجارب المُعشّاة المضبوطة (٦٦؛ ٦٧) ودراسة أترابية استباقية واحدة (٦٢). وتستند التوصية إلى بيانات متوسطة الجودة تدل على أن ضغط الدم الانقباضي الذي يقل عن ١٣٠ ملليمتر زئبق يوفر بعض الحماية من السكتة. أما البيانات الدالة على الأثر المفيد لضغط دم يقل عن ١٣٠ ملليمتر زئبق على معدل الوفيات واحتشاء عضل القلب فهي متدنية الجودة. وفي تحليل وبائي لتجربة دراسة المملكة المتحدة الاستشراعية لداء السكري لوحظت أدنى نسبة من مخاطر الوفاة وأمراض القلب التاجية ومضاعفات الأوعية الدقيقة في المشاركين في الدراسة ممن يقل ضغط الدم الانقباضي لديهم عن ١٢٠ ملليمتر زئبق (٦٦). وفي تجربة «الضبط الملائم لضغط الدم لدى مرضى السكري» المُعشّاة والمضبوطة حقق المشاركون في ذراع العلاج المعتدل ضغط دم انقباضي ١٣٧ ملليمتر زئبق، وحقق المشاركون في ذراع العلاج المكثف ١٢٨ ملليمتر زئبق. وتمثلت الحصيلة المبدئية في تصفية الكرياتينين ولم يلحظ اختلاف بين ذراعي العلاج في هذه المحصلة. ولكن كان هناك تراجع مهم إحصائياً في مخاطر ترقى اعتلال الشبكية والتعرض للسكتة (٦٧). وكان «التدخل للسيطرة على المخاطر القلبية الوعائية للسكري تجربة مُعشّاة مصممة لاختبار أثر استهداف ضغط دم انقباضي يقل عن ١٢٠ ملليمتر زئبق على الأحداث القلبية الوعائية الكبرى. وبلغ متوسط ضغط الدم الانقباضي ١١٩,٣ ملليمتر زئبق في مجموعة التدخل المكثف و١٣٣,٥ ملليمتر زئبق في مجموعة العلاج المعياري. ولم يتبين وجود اختلاف واضح بين مجموعتي التدخل في معدل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب أو في الحصائل المركبة لاحتشاء عضل القلب غير المميت والسكتة غير المميتة أو الوفاة لأسباب تتعلق بالقلب والأوعية. وتعرضت مجموعة العلاج المكثف لنسبة أقل من مخاطر السكتة (٦٦). وقد سُجلت الأحداث الوخيمة التي تطلبت دخول المستشفى أو التي مثلت خطراً على الحياة أو تسببت في إعاقة مستدامة. وتعرضت مجموعة العلاج المكثف بنسبة أكبر إلى نقص ضغط الدم وبطء القلب أو اضطراب النظم وفرط بوتاسيوم الدم، ولكن المخاطر المطلقة لهذه الأحداث الضائرة كانت منخفضة (٦٨). وفي دراسة «العلاج الأمثل لفرط ضغط الدم» تعرض ضغط الدم الانقباضي إلى بخس قدره باستمرار عند القياس ما أدى إلى صعوبة استخدام البيانات. وفي دراسة المملكة المتحدة الاستشراعية لداء السكري بلغ ضغط الدم الانقباضي ١٤٤ ملليمتر زئبق في المجموعة التي خضعت للضبط المُشدّد لضغط الدم و١٥٤ ملليمتر زئبق في المجموعة التي لم تخضع للضبط المُشدّد. (٦٩)

ووصل فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى توافق آراء حول ضرورة إحالة المرضى المصابين بالبيبة البروتينية أو الذين يتجاوز ضغط الدم لديهم ٨٠/١٣٠ ملليمتر زئبق رغم تلقيهم العلاج بعاملين أو ثلاثة عوامل لخفض ضغط الدم، إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

اختيار عوامل خفض ضغط الدم

سؤال: هل يمكن استخدام جرعات الثيازيدات/ مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين/ حاصرات بيتا لتحسين الحصائل لدى مرضى السكري من النمط الثاني وفرط ضغط الدم؟

التوصيات

- ١- يوصى بجرعات صغيرة من الثيازيدات (٥,٢١ مليغرام هيدروكلوروثيازيد أو ما يعادله) أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين كخط علاج أول لفرط ضغط الدم لدى مرضى السكري. ويمكن المزج بينهما.
جودة البينات: بالغة التدني بالنسبة للثيازيدات، ومتدنية بالنسبة لمثبط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين
قوة التوصية: قوية
- ٢- لا يوصى باستعمال حاصرات بيتا كتدبير علاجي أولي لفرط ضغط الدم لدى مرضى السكري، ولكن يمكن استخدامها في حال عدم توفر الثيازيدات أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين أو في حال وجود موانع استعمالها.
جودة البينات: متدنية للغاية
قوة التوصية: قوية

الجدول ٤- عوامل خفض ضغط الدم المستخدمة في التجارب السريرية التي شملتها المراجعة المنهجية (٧٠؛٧١)

العامل	الجرعة اليومية (مليغرام)
ثيازيدات	
هيدروكلوروثيازيد	٢٥-١٢,٥
كلوروثيازيد	١٠٠٠-٥٠٠
ثلاثي كلورميثازيد	٤-١
للأنجيوتنسين	
إينالابريل	٤٠-٥
ليزينوبريل	٢٠-١٠
راميبريل	٢٠-٢,٥
كابتوبريل	١٠٠-٥٠
سيلازابريل	١٠-٢,٥
فوزينوبريل	٤٠-٢٠
تراندولابريل	٤-٢
برينودوبريل	٤-٢
حاصرات بيتا	
أتينولول	١٠٠-٥٠
بروبرانولول	٤-٢

البيّنات التي تستند إليها هذه التوصيات مستمدة من إحدى مراجعات كوكرين لتجارب مُعشّاة مضبوطة بمجموعة تتلقى العلاج الغُفّل أو لا تتلقى أي علاج، استمرت لمدة عام على الأقل (٧٠) وتدعمها نتائج تجربة مُعشّاة مضبوطة لم تشملها المراجعة (٧٢). ولم تتناول مراجعة كوكرين بيانات مرضى السكري بالتحليل المنفصل، ولكن بعض التجارب التي شملتها المراجعة أجريت على مرضى السكري فقط ولم يكن السكري يمثل أحد معايير الاستبعاد في أي من التجارب المُعشّاة المضبوطة التي اشتمل عليها التحليل التلوي. وقد صُنفت التوصيات على أنها «قوية» نظراً لأن البيّنات متوسطة الجودة مستمدة من تجربة لم تشملها المراجعة نظراً لأنها مقارنة مباشرة بين الثيازيدات ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ولم تكشف عن اختلاف كبير بين مجموعتي العقاقير هذه من حيث نسبة حدوث أمراض القلب التاجية. (٧٢) وهناك بيّنات متوسطة الجودة تدل على أن حاصرات بيتا لم تؤد إلى تراجع معدل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب أو أمراض القلب التاجية مقارنة بالغُفّل، ولكنها أدت إلى تراجع مخاطر السكتة. ولذا تعطى الأولوية للجرعات الصغيرة من الثيازيدات ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين. وفي إحدى مراجعات كوكرين التي تناولت أثر خافضات ضغط الدم على ترقى مضاعفات الكلوي، ثبت أن مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين تحدد من الترقى إلى البول الزلالي الدقيق لدى مرضى السكري ذوي زلال البول الطبيعي (٧١)، ولكن هذا الأثر لم يفحص بالنسبة للثيازيدات. ورغم أن مخاطر الأحداث الضائرة كانت أكبر بكثير عند استعمال خافضات ضغط الدم هذه مقارنة باستعمال الغُفّل، إلا أن الأحداث الضائرة اعتبرت خفيفة نسبياً. وغالباً ما يتأثر اختيار الأدوية المخفضة لضغط الدم في ظروف شح الموارد بمدى توفرها محلياً وبتكلفتها. وينبغي أن تعطى الأولوية للثيازيدات ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين.

د- الوقاية من بتر الأطراف السفلى

يُعد داء السكري السبب الأول لبتر الأطراف السفلى غير الناتج عن الحوادث (٧٣). وتبلغ نسبة مخاطر تعرض مرضى السكري للإصابة بقرح القدم على مدى حياتهم نحو ١٥٪ (٧٤). وقد تصاب هذه القروح بالتلوث وينتهي الأمر بالبتر بسبب الغنغرينة.

سؤال: هل التدخل متعدد العوامل لتوعية المرضى بشأن كيفية العناية بالقدم وتوعية العاملين في مجال الصحة بشأن تقييم مخاطر قرح القدم يحد من حدوث هذه القرح لدى مرضى السكري من النمط الثاني؟

التوصيات

- ١ - قدم التوعية الصحية للمرضى بشأن النظافة الصحية للقدمين وتقليم الأظافر وعلاج الثغرات واختيار الأحذية المناسبة.
جودة البيّنات: متدنية
قوة التوصية: قوية
- ٢ - قدم التوعية للعاملين في مجال الرعاية الصحية بشأن تقييم مدى تعرض الأقدام لمخاطر القرح باستخدام أساليب بسيطة (الفحص، الإحساس بوخز الإبر).
جودة البيّنات: متدنية
قوة التوصية: قوية

ويكتسي تجنب غغرينة الأطراف السفلى والاضطرار إلى البتر أهمية بالغة.

البيّنات المستخدمة في صياغة هذه التوصيات مستمدة من مراجعة منهجية (٧٥). وشملت المراجعة تجارب سريرية مُعشّاة فردية وعنقودية على مزيج من التدخلات التي تضمنت مستويين على الأقل من الرعاية الصحية (المريض، مقدم الخدمة الصحية، نظام الرعاية الصحية). ونظراً لاختلاف الدراسات في كل من تدخلات الدراسة وتدخلات الضبط وظروف الرعاية الصحية، لم تجر محاولة تجميع بيانات الحصائل.

وتستند التوصيات إلى بيّنات متدنية الجودة نتجت عن خمس تجارب مُعشّاة مضبوطة، لم تجر أي منها في ظروف شح الموارد. واعتبرت التدخلات التي يوصى بها مجدية ومنخفضة التكلفة، ويوصى بها رغم غياب البيّنات الدالة على فعاليتها، حيث إن البيّنات الدالة على غياب الأثر كانت متدنية الجودة كذلك. وقرر الفريق المعني بالمبادئ التوجيهية أن البيّنات الدالة على غياب الأثر غير كافية وأنه يوصى بالبحث لزيادة مجموعة البيّنات ولاسيما تلك التي تتعلق بظروف شح الموارد. وتوصل فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى توافق آراء حول ضرورة إحالة المرضى المصابين بتلوث وخيم و/ أو قرح في القدم إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

هـ- الوقاية من العمى

يُعد اعتلال الشبكية السكري سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالعمى على الصعيد العالمي (٧٦). ويتطور المرض عبر مراحل يمكن التعرف عليها في ترقيه نحو العمى، ويمثل مشكلة مهمة من مشاكل الصحة العمومية، والاختبارات الفعالة والمقبولة لتحريره موجودة بالفعل. ويمكن للعلاج بالتخثير الضوئي بالليزر، إذا ما تم في وقته المناسب، أن يمنع فقدان البصر التدريجي (٧٧).

سؤال: ما مدى تواتر تحري اعتلال الشبكية الذي يوصى به للحد من حدوث فقدان البصر لدى مرضى السكري من النمط الثاني بنسبة ٥٠٪ على الأقل؟

التوصية

١ - ينبغي أن يفحص أخصائي العيون الأشخاص المصابين بالسكري من النمط الثاني للكشف عن اعتلال الشبكية السكري ما أن يتم تشخيص السكري ومرة كل عامين بعد ذلك، أو وفقاً لما يوصى به الأخصائي.
جودة البيّنات: متدنية
قوة التوصية: مشروطة

تستند هذه التوصية إلى بيانات من البلدان المتقدمة تبين أن نسبة كبيرة من المرضى الذين سُخِصت إصابتهم بداء السكري حديثاً مصابون باعتلال الشبكية (٧٨). ويستند مدى تواتر التحري الذي يوصى به إلى مراجعة منهجية لدراسات أترابية وتحاليل النمذجة والمردودية (انظر المراجعة المنهجية لإشوفو تشوغي) التي تناولت بالبحث أثر الفواصل الزمنية بين فحوصات التحري على مخاطر فقدان البصر والتكاليف. وكانت الدراسات متباينة بحيث لا يمكن تجميعها كميّاً، وتراوحت الفواصل بين فحوصات التحري ما بين عام واحد وأربعة أعوام. وفي الغالب لن يكون فاصل عام واحد بين فحوصات التحري ممكناً في ظروف شح الموارد.

ويتفق مؤلفو الدراسات التي قارنت ما بين فاصل عام واحد وفاصل عامين على أن فاصل عامين يُعد مقبولاً نظراً لقلة احتمالات عدم ملاحظة اعتلال الشبكية الذي يمثل خطراً على البصر. وكشفت أكبر دراسة أترابية أجرتها المملكة المتحدة تابعت ٢٠٧٧٨ مريضاً بداء السكري على مدى ١٧ عاماً عن نسبة احتمال قدرها ٠,٩٣ (٩٥٪ فاصل الثقة ٠,٨٢ إلى ١,٠٥) عند مقارنة معدل الإصابة باعتلال الشبكية الذي يمثل خطراً على البصر في المرضى الذين يخضعون للتحري كل عام بمعدل الإصابة في المرضى الذين يخضعون للتحري كل عامين (٧٩). وربطت ما بين فاصل يتجاوز ٢٤ شهراً وبين زيادة هذا الاحتمال (نسبة الاحتمال = ١,٥٦، ٩٥٪ فاصل الثقة: ١,١٤ إلى ١,٧٥) بيد أن جميع الدراسات الأترابية قد أجريت في بلدان متقدمة.

وللأسف فإنه في العديد من الأماكن التي تفتقر إلى الموارد، لا تتوفر معدات الليزر اللازمة للتحشير الضوئي للآفات الشبكية/البقعية لعلاج اعتلال الشبكية الذي يمثل خطراً على البصر، ما يفسر ضعف التوصية أو خضوعها لشروط.

وتوصل فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى توافق آراء حول ضرورة إحالة المرضى الذين تدهور بصرهم أو الذين لم يخضعوا لفحص الشبكية على مدى عامين، إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

و- النقص الوخيم لسكر الدم

يُعد نقص سكر الدم ضمن المضاعفات التي كثيراً ما تصيب مرضى السكري الذين يتلقون علاجاً لخفض نسبة سكر الدم ولاسيما السولفونيلوريا والإنسولين. فالمخ يحتاج إلى إمدادات الغلوكوز المتواصلة ويعتمد في ذلك على تركيزات غلوكوز البلازما في الأوعية الدموية (٨٠). ويعرّف نقص سكر الدم الوخيم بأنه نقص سكر الدم إلى الحد الذي يعجز فيه المريض عن العلاج الذاتي (٨١). وقد يُسفر عن فقدان الوعي والغيبوبة، كما قد يؤدي إلى الموت العصبوني، وقد يمثل خطراً على الحياة (٨٢). ويتم تصحيح الفشل الوظيفي للمخ الناجم عن نقص سكر الدم بعد رفع تركيز سكر الدم. ويمكن تحقيق ذلك بتناول الكربوهيدرات إن أمكن، أو عن غير طريق القناة الهضمية إن لم يكن ذلك ممكناً.

سؤال: ما هو التدخل الذي يوصى به في حالة نقص سكر الدم الوخيم؟

التوصيات

- ١ - مرضى السكري فاقدو الوعي ممن يتعاطون خافضات سكر الدم و/ أو الذين تبلغ نسبة سكر الدم لديهم ٨,٢ أو أقل، ينبغي إعطاؤهم غلوكوز مفرط التوتر في الوريد. وينبغي إطعام هؤلاء المرضى ما أن يصبحوا قادرين على تناول الطعام دون أن يتعرضوا للخطر.
جودة البينات: قوية
قوة التوصية: قوية

٢- مرضى السكري فاقدو الوعي ممن يتعاطون خافضات سكر الدم و/أو الذين تبلغ نسبة سكر الدم لديهم ٨,٢ مليمول/لتر أو أقل، ينبغي حقنهم في الوريد بعشرين إلى ٥٠ مليمول غلوكوز ٥٠٪ (دكستروز) لمدة دقيقة واحدة إلى ثلاث دقائق. وفي حال عدم توفره يستعاض عنه بأي محلول غلوكوز مفرط التوتر. وينبغي إطعام هؤلاء المرضى ما أن يصبحوا قادرين على تناول الطعام دون أن يتعرضوا للخطر.
جودة البينات: متدنية للغاية
قوة التوصية: قوية

البيانات التي تستند إليها هذه التوصية مستمدة من الدراسات الحيوانية والملاحظات السريرية وتقارير الحالات (٨٣؛ ٨٤). ورغم غياب التجارب المعشاة المضبوطة والدراسات الرصدية التي تدعم هذه التوصية، إلا أن الفريق قرر أن هناك خبرة سريرية واسعة تبرهن على الأثر القوي لإعطاء الغلوكوز عن طريق الفم أو عن غير طريق القناة الهضمية، وهو ما يبرر قوة هذه التوصية (٨١). ويصح العلاج عن غير طريق القناة الهضمية ضرورياً عندما يكون المريض غير قادر أو غير راغب في تناول الغلوكوز أو السكروز عن طريق الفم. ولكن البيانات الدالة على أن الجرعة التي ينبغي تناولها بالفم أو عن غير طريق القناة الهضمية التي يوصى بها ومدى تواترها هي بيانات ذات جودة بالغة التدني، نظراً لعدم تناول آثار الجرعات المختلفة البحث المنهجي.

ز- طوارئ ارتفاع ضغط الدم

يُعد الحمض الكيتوني السكري وغيوبة فرط الأسمولية السكرية حالتين تمثلان خطراً على الحياة وتميزان بجوانب مختلفة تتطلب العلاج في المستشفى على أيدي العاملين من ذوي الخبرة. وحتى في المستشفى قد تكون معدلات الإماتة مرتفعة للغاية (٨٥). وتتميز كلتا الحالتين بفقدان الكهارل والسوائل وفرط سكر الدم. وعادة ما لا يمكن تشخيص الحمض الكيتوني السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن ينبغي الاشتباه فيه لدى المرضى الذين يعانون من فرط سكر الدم الحاد. ويؤدي فرط سكر الدم إلى إبطاء الإفراغ المعدي لذا فقد لا يكون تعويض السوائل عن طريق الفم فعالاً حتى في حالة المرضى الذين لا يتقيأون (٨٦).

سؤال: ما هو نظام تعويض السوائل الأفضل في الأشخاص المصابين بفرط سكر الدم الحاد؟
التوصية

١- إذا بلغ سكر الدم ٨١ مليمول/لتر أو أكثر يُحال المريض إلى المستشفى مع إعطائه لتر كلورايد الصوديوم ٩,٠٪ على مدى ساعتين بواسطة قثطرة وريدية، والاستمرار في إعطائه لتر واحد كل ٤ ساعات إلى أن يصل إلى المستشفى.
جودة البينات: بالغة التدني
قوة التوصية: قوية

No se preparó una tabla GRADE específica para esta التوصية. لم يُعد جدول منفصل لتصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها لهذه التوصية. وفي حين أن محاولة تعويض السوائل لمرضى فرط سكر الدم الذين يعانون من الجفاف والذين يشبه في إصابتهم

بالحماض الكيتوني السكري يُعدّ أمراً معقولاً، إلا أن نسبة السوائل وكميتها لم تبحثا على نطاق واسع في حالة فرط سكر. وتستند التوصية إلى الدراسات الفيزيولوجية المبكرة وتجربة سريرية مُعشاة قارنت بين معدلين للتسريب الملحي الفيزيولوجي على عينة مرضى صغيرة، ورجحت معدل أبطأ في التسريب لتحقيق توازن الكهارل وتعويض السوائل لدى من لا يعانون من نقص حاد في حجم السوائل (٨٧).

ثانياً:

التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد
الرئوي المزمن في الرعاية الصحية
الأولية في ظروف شح الموارد

المختصرات

أداة تقييم المراجعات المنهجية المتعددة	AMSTAR
نوعية الحياة المتعلقة بالربو تحديداً	AQoL
كلوروفلوروكربون	CFC
فاصل الثقة	CI
داء الانسداد الرئوي المزمن	COPD
أمراض الجهاز التنفسي المُزمنة	CRD
استبيان أمراض الجهاز التنفسي المزمنة	CRQ
الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة	١FEV
السعة الحيوية الزفيرية القسرية	FVC
المُبادرة العالمية للربو	GINA
تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها	GRADE
هيدروفلوروالكين	HFA
فيروس نقص المناعة البشرية	HIV
المقر الرئيسي	HQ
نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	HRQoL
الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة	IUATLD
كيلوغرام	kg
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	LMIC
متوسط الجرعة	MD
منشقة مقننة الجرعة	MDI
أداة عناوين الموضوعات الطبية	MeSH
مليغرام	mg
مليتر	ml
الأمراض غير السارية	NCD
نسبة الاحتمال	OR
ذروة التدفق الزفيري	PEF
ذروة التدفق الشهقي	PEFR
الفئة السكانية/ التدخل/ أساس المقارنة/ الحصيلة/ الزمن	PICOT
عند اللزوم	prn
نوعية الحياة	QoL
تجربة مُعشاة مضبوطة	RCT
المخاطر النسبية	RR
استبيان سان جورج بشأن أمراض الجهاز التنفسي	SGRQ
فرق المتوسط المعياري	SMD
ميكروغرام	ug
منظمة الصحة العالمية	WHO

التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد

١- الموجز

تُعد أمراض الجهاز التنفسي المزمنة ولاسيما الربو القصبي وداء الانسداد الرئوي المزمن ضمن مشكلات الصحة العمومية الرئيسية وتتسبب في جزء كبير من عبء المرض في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ففي عام ٢٠٠٤ تسببت أمراض الجهاز التنفسي المزمنة في ٦,٨٪ من وفيات النساء و٦,٩٪ من وفيات الرجال في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وفق ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية عن عبء المرض العالمي لعام ٢٠٠٤.

وينبغي تناول الوقاية من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة ومكافحتها من خلال نهج الصحة العمومية بما في ذلك تنفيذ تدخلات رئيسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ومن المهم بصفة خاصة إيلاء الاعتبار الواجب للموارد المحدودة التي تتوفر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث ينبغي إعطاء الأولوية لاستخدام الأدوية والمعدات الأساسية وتوفير العاملين الصحيين.

وبموجب خطة عمل الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها لمنظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨-٢٠١٣ (خطة عمل منظمة الصحة العالمية للأمراض غير السارية)، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في ٢٠٠٨، طُلب إلى المنظمة توفير الإرشاد التقني للبلدان من أجل دمج التدخلات عالية المردود لمكافحة الأمراض غير السارية الرئيسية في نظمها الصحية. وتُعد المبادئ التوجيهية أداة لتوفير هذه المساعدة.

فالرعاية المُقدمة في الوقت الحاضر للمصابين بأمراض الجهاز التنفسي المزمنة لا تستند دائماً إلى البيّنات أو إلى أفضل الممارسات، وتُعد هذه المرة الأولى التي تُصدر فيها المنظمة مبادئ توجيهية للتدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد. وصممت هذه المبادئ التوجيهية بحيث يسهل استخدامها وتنفيذها في العيادات المجتمعية المزدهمة والمستشفيات الصغيرة، ويتمثل الغرض منها في استكمال غيرها من المبادئ التوجيهية المُستندة بالبيّنات مثل مبادئ الاتحاد الدولي لمكافحة السُّل وأمراض الرئة والمبادرة العالمية للربو. وينبغي الرجوع إلى هذه المبادئ التوجيهية عند الحاجة إلى المزيد من المعلومات؛ على سبيل المثال عند تصنيف وخامة المرض.

ولذا فإن الغرض الرئيسي من هذه المبادئ التوجيهية هو تقديم التوصيات المُستندة بالبيّنات بشأن التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن في الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد. والمستخدمون المستهدفون هم الأطباء والعاملون الصحيون. وتتمثل الأهداف الرئيسية في الحد من الوفيات والمراضة التي يمكن تجنبها والتي تتعلق بالربو وداء الانسداد الرئوي المزمن

وتحسين الحصائل الصحية في ظروف شح الموارد حيث تكون مرافق التدابير العلاجية محدودة من حيث توفر مرافق التشخيص والأدوية.

وتهتم المبادئ التوجيهية بالتدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن عن طريق كل مما يلي:

- التركيز على مستوى الرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد؛
- مساعدة المستخدمين من أطباء وعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية وموظفين في الإدارات الحكومية المعنية بالصحة والمسؤولة عن شراء الأدوية؛
- ضمان يُسر التكلفة عن طريق تنظيم العلاج الدوائي في أربع مجموعات دوائية مدرجة على قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية (سالبوتامول وبكلوميثازون وبردنيزلون ومضادات حيوية) - أما الأدوية الأخرى فلم تذكر إلا إذا كانت فوائدها قد ثبتت وإذا كانت أحياناً ما تتوفر وتستخدم في البلدان التي تفتقر إلى الموارد مثل الثيوفيلين الفموي؛
- ضمان إحالة الحالات المعقدة أو الوخيمة إلى المستوى التالي من الرعاية الصحية.

وتعكس قوة التوصيات الخاصة بالتدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن التي تم وضعها وإيجازها وعرضها في هذه المبادئ التوجيهية درجة الثقة في أن الآثار المرغوب فيها الناتجة عن الامتثال لهذه التوصيات تفوق الآثار غير المرغوب فيها. وكما هو موضح في المبادئ التوجيهية روعيت العوامل التالية أثناء عملية إعداد التوصيات: (١) جودة البينات؛ (٢) عدم اليقين حول موازنة الآثار المرغوب فيها والآثار غير المرغوب فيها؛ (٣) تباين قيم وأفضليات الحصائل بالنسبة للأفراد المختلفين؛ (٤) المردودية العالية.

* انظر البروتوكولات المتكاملة وغيرها من الأدوات الخاصة بأفضل الخيارات ومجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية في القرص المضغوط لتسهيل تنفيذ المبادئ التوجيهية في الرعاية الصحية الأولية).

٢- التوصيات

* قوة التوصية/ جودة البينات

التدبير العلاجي للربو المستقر

التوصية ١: من أجل تحديد أفضل نهج للتدبير العلاجي ينبغي تقييم مدى السيطرة على الربو باستخدام وخامة الأعراض ومدى تواترها. (ولاسيما الأعراض الليلية، والأزيز الناجم عن ممارسة النشاط البدني، واستخدام ناهضات بيتا، والتغيب عن العمل/ الدراسة بسبب الأعراض، ومدى تواتر السورات، وذروة التدفق الزفيري (إن توافرت)).

* (توصية قوية، بينات متدنية الجودة) الملحق ٤-٤؛ ١-٤-٢

REC. ٢: التوصية ٢: ينبغي إعطاء الكورتيكوستيرويدات المستنشقة (بكلوميثازون) لجميع مرضى الربو المزمّن المستديم. وإذا وجب تحديد أولويات استخدامها في ظروف شح الموارد، ينبغي إيلاء الأولوية القصوى لفئة المرضى الذين يعانون من النوبات التي تمثل خطراً على الحياة والنوبات التي تستدعي دخول المستشفى حيث سيؤدي الاستخدام المنتظم للستيرويد المستشق في الغالب إلى توفير المال بالحد من حالات دخول المستشفى. ويُعد المرضى الذين يعانون من شدة تواتر السورات فئة ذات أولوية كبيرة أيضاً، وكذلك المرضى الذين يعانون من الأعراض المزعجة المستدامة، والذين يتعاطون جرعات كبيرة من ناهضات بيتا، والذين يضطرون إلى التغيب عن العمل والدراسة.

وقد برهنت دراسات عديدة على أن الستيرويدات المستنشقة تحد من سورات الربو وتحسن وظائف الرئتين، رغم ما بينها من اختلاف فيما يتعلق بالجرعة المستعملة ونوع الستيرويد وطريقة تعاطيه بما في ذلك استخدام المفساح. وتُعد الجرعات الصغيرة (مثل ١٠٠ ميكروغرام بكلوميثازون مرة واحدة أو مرتين يومياً للأطفال و ١٠٠ ميكروغرام أو ٢٠٠ ميكروغرام مرتين يومياً للكبار) كافية بالنسبة لمعظم المرضى المصابين بالربو الخفيف أو المعتدل؛ أما المرضى المصابون بالربو الوخيم فيحتاجون إلى جرعات أكبر.

وينبغي تحديد الجرعة الدنيا من الكلوميثازون للسيطرة على الأعراض في العلاج التحفظي. وينبغي علاج أي تراجع في السيطرة على الأعراض عن طريق زيادة الجرعة. وينبغي استخدام المفساح مع المنشقة مقننة الجرعة للحد من الإصابة بداء المبيضات ولزيادة ترسيب العقار في الرئة. وتمثل الأولوية الأولى في ضمان توفر مستحضرات الكلوميثازون المستنشقة الجينية مسورة التكلفة وعالية الجودة على الفور للمرضى الذين يعانون من الربو المستديم.

* (توصية قوية، بينات متوسطة الجودة) الملحق ٤-٤؛ ٣-٤-٤

التوصية ٣: يوصى باتباع نهج تدريجي على النحو التالي:

- الخطوة ١ - ناهضات بيتا المستنشقة (سالبوتامول) عند اللزوم
- الخطوة ٢ - استمرار السالبوتامول المستشق عند اللزوم وإضافة ١٠٠ أو ٢٠٠ ميكروغرام

- بـكلوميتازون مستنشـق مرتين يومياً، أو ١٠٠ ميكروغرام مرة أو مرتين يومياً للأطفال
 - الخطوة ٣- استمرار السالبوتامول المستنشـق عند اللزوم وزيادة جرعة البـكلوميتازون إلى ٢٠٠ إلى ٤٠٠ ميكروغرام مرتين يومياً
 - الخطوة ٤- إضافة جرعة صغيرة من الثيوفيلين الفموي (بافتراض عدم توفر ناهضات بيتا طويلة المفعول)، أو زيادة جرعة البـكلوميتازون المستنشـق.
 - الخطوة ٥- إضافة البردنيـزولون الفموي في أقل جرعة ممكنة للسيطرة على الأعراض
- ومن المهم التأكيد في كل من هذه الخطوات من امثال المرضى للعلاج بالأدوية المقررة لهم ومن سلامة تقنية الاستنشاق التي يستخدمونها. وينبغي النظر في إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى تعاطي البردنيـزولون بانتظام إلى مركز متخصص.
- * الملحق ٧

التدبير العلاجي لسورات الربو

التوصية ١: ينبغي إعطاء البردنيـزولون الفموي في كافة سورات الربو الحادة. تُعد الجرعة البالغة من ٣٠ إلى ٤٠ مليغرام يومياً مناسبة للكبار، في حين أنه بالنسبة للأطفال (أقل من ١٦ عاماً) تقل الآثار الضارة على السلوك للجرعة البالغة ١ مليغرام للكيلوغرام الواحد يومياً عن آثار الجرعة البالغة ٢ مليغرام للكيلوغرام الواحد، ولذا يوصى بجرعة قدرها ١ مليغرام للكيلوغرام الواحد (بحد أقصى ٣٠ مليغرام يومياً). وينبغي أن يسهل حصول المرضى على الكورتيكوستيرويدات الفموية لعلاج السورات. وبالنسبة للأطفال يمكن سحق أقراص البردنيـزولون وخلطها بالسكر. وتمتد فترة العلاج عادة ثلاثة أيام بالنسبة للأطفال وخمسة أيام بالنسبة للكبار، وقد تنشأ الحاجة إلى تمديدتها إذا لم يتعاف المريض تماماً.

* (توصية قوية، بينات متدنية الجودة) الملحق ٤-٦

REC. ٢: التوصية ٢: سالبوتامول مستنشـق: ينبغي إعطاء جرعات أكبر من السالبوتامول لجميع المرضى الذين يعانون من السورات الحادة الوخيمة؛ ويمكن إعطاء السالبوتامول بواسطة الرذاذات أو أجهزة المِفساح (التجارية أو المصنوعة منزلياً). ولا تشير البينات إلى أي ميزة مهمة للرذاذات مقارنة بالمِفساح بالنسبة للأطفال الذين تجاوزت أعمارهم عامين من العمر (أو الكبار) رغم أن الدراسات لم تشمل المرضى الذين تمثل إصابتهم بالربو خطراً على الحياة. وهناك اعتبارات أخرى قد تكون ذات صلة بالاختيار ما بين الرذاذات والمِفساح مثل مدى توفر الرذاذات وضرورة الوقاية من العدوى المتصالبة وما إذا كان المريض سيستخدم المِفساح في المنزل. وينبغي اتخاذ التدابير للإبقاء على الرذاذات وأجهزة المِفساح نظيفة (معقمة) ومنع انتقال العدوى.

وبعد العلاج بالسالبوتامول ينبغي إعادة التقييم السريري للمرضى على فترات (من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة مثلاً) للتأكد من استجابتهم للعلاج.

وفي حال عدم الاستجابة ينبغي إعطاء جرعات أكبر أو علاج أكثر تركيزاً.

وبعد تماثل المرضى للشفاء ينبغي مراجعة العلاج التحفظي المعتاد الذي يتلقونه وتعديله عند الضرورة للوقاية من عودة السورات.

* (توصية قوية، بيّنات متدنية الجودة) الملحق ٤-٧؛ ٤-٨؛ ٤-١٥

التوصية ٣: أكسجين: في حالة توفر الأكسجين ينبغي إعطاؤه للمرضى الذين يعانون من الربو الحاد الوخيم. ويتمشى ذلك مع الممارسات العادية في ظروف توفر الموارد حيث يتوقف قرار استخدام الأكسجين على القيم المنخفضة لتشبع الدم بالأكسجين.
* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٤: أدوية الخط الثاني: إن لم يستجب المرضى للسالبوتامول والبردينيزولون، ينبغي النظر في استعمال أدوية الخط الثاني. إذا توفرت الرذاذ وبروميدي الإبراتروبيوم وكان علاج الخط الثاني مطلوباً، يوصى برذاذ بروميدي الإبراتروبيوم للأطفال الذين يعانون من الربو الحاد.
* (توصية ضعيفة، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٥: مغنسيوم في الوريد: في الوقت الحاضر لا تتوفر البيّنات الكافية لدعم التوصية بإعطاء المغنسيوم في الوريد كدواء من أدوية الخط الثاني الروتينية.
* (توصية ضعيفة، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٦: سالبوتامول في الوريد: لا يوصى بإعطاء السالبوتامول في الوريد كدواء من أدوية الخط الثاني استناداً إلى الموازنة بين فوائده ومخاطره.
* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٧: أمينوفيلين في الوريد: لا يوصى بإعطاء الأمينوفيلين في الوريد كدواء من أدوية الخط الثاني الروتينية استناداً إلى الموازنة بين فوائده ومخاطره. فعند إعطاء هذا العقار إضافة إلى ناهضات بيتا والستيرويدات لا يسفر عن فوائد مهمة بالنسبة للكبار، أما فوائده بالنسبة للأطفال فهي هامشية. كما تشير البيّنات إلى آثاره الضارة على الأطفال والكبار. ويُعتقد أن مخاطره تفوق فوائده في ظروف عدم إمكانية الرصد.
* (توصية ضعيفة، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التدبير العلاجي لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر

REC. ١: التوصية ١: عند إعطاء ناهضات بيتا قصيرة المفعول عند اللزوم تكون فعالة في تحسين الأعراض لدى المرضى الذين يعانون من داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر. ولذا ينبغي إعطاء المرضى ناهضات بيتا عند اللزوم. وليست هناك بيّنات تقييم مدى التواتر الأمثل لتعاطيها أو أثر تعاطيها بانتظام.

ويوصى بناهضات بيتا المستنشقة وليس بالمستحضرات الفموية نظراً لأن الآثار غير المرغوب فيها لهذه المستحضرات أشد وطأة، وقد تتسم بأهمية خاصة نظراً لحالات المراضة الشائعة المصاحبة لداء الانسداد الرئوي المزمن مثل اضطراب النظم في المرضى الذين يعانون من أمراض القلب التاجية.

* (توصية ضعيفة، بيّنات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١١؛ ٤-١٢

التوصية ٢: الثيوفيلين: غالباً ما لا يتاح رصد مستويات الدم في ظروف شح الموارد، ولذا لا يوصى سوى بجرعات صغيرة من الثيوفيلين. وينبغي نصح المرضى بوقف العلاج واستشارة الطبيب عند حدوث الآثار الضارة.

* (توصية ضعيفة، بينات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٤

التوصية ٣: تُعد الكورتيكوستيرويدات (البردنيولون) غير فعالة بالنسبة لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر باستثناء في الجرعات الكبيرة التي تسفر عن أعراض جانبية مهمة. ولا يوصى بإعطاء الستيرويدات الفموية في حالة داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر، وذلك استناداً إلى الموازنة بين فوائدها ومخاطرها.

* (توصية قوية، بينات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٣

التوصية ٤: الستيرويدات المستنشقة (بكلوميثازون): عند إعطاء جرعات كبيرة من الستيرويدات المستنشقة قد تسفر عن فوائد قليلة؛ ولكن الجرعات الكبيرة تُعد باهظة التكلفة بالنسبة للبلدان التي تعوزها الموارد، كما أن آثار الجرعات الكبيرة أشد ضرراً وتشمل الالتهاب الرئوي. والمخاطر غير معروفة بالنسبة للمناطق ذات معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والسل المرتفعة. ونظراً لأن الفائدة متواضعة، فإن نسبة المخاطر إلى الفوائد أكبر بكثير مقارنة بنسبتها في حالة الربو. ولذا فإن استعمال المرضى المصابين بداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر للستيرويدات المستنشقة يُعد غير مبرر. لا يوصى به.

* (توصية قوية، بينات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٥: بروميد الإبراتروبيوم: تُعد فوائد بروميد الإبراتروبيوم المستنشق على المدى القصير قليلة فيما يتعلق بالحد من الأعراض وتحسين وظائف الرئة، مقارنة بناهضات بيتا قصيرة المفعول المستعملة بانتظام. وفي الوقت الحالي تُعد مستحضرات بروميد الإبراتروبيوم أغلى ثمناً من ناهضات بيتا، ولا توجد بيانات لتقييم مخاطر وفوائد استعمالها المنتظم لفترات طويلة حتى يمكن التوصية بالاستعمال طويل الأجل والمنتظم لهذه المستحضرات. لا يوصى به.

* (توصية ضعيفة، بينات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٢

التدبير العلاجي لسوراء داء الانسداد الرئوي المزمن

التوصية ١: المضادات الحيوية ينبغي أن تعطى في سوراء داء الانسداد الرئوي المزمن.

* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٠

التوصية ٢: الستيرويدات الفموية: يوصى بدورة علاج قصيرة بالبردينزولون في حالة السوراء الحادة الوخيمة لداء الانسداد الرئوي المزمن (مثلاً من ٣٠ إلى ٤٠ مليغرام بردينزولون لمدة سبعة أيام تقريباً).

* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٤

التوصية ٣: ناهضات بيتا المستنشقة: ينبغي إعطاء جرعات أكبر من السالبوتامول بواسطة الرذاذة أو المفساح.

* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني) الملحق ٤-١٢

التوصية ٤: أكسجين: في حالة توفر الأكسجين ينبغي إعطاؤه بواسطة جهاز يتحكم في نسبة تركيزه لتكون ٢٤ إلى ٢٨٪.

* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

التوصية ٥: الأمينوفيلين في الوريد: استناداً إلى البيّنات المتاحة، لا يوصى بالاستعمال الروتيني للأمينوفيلين في الوريد في حالة السوراء الحادة لداء الانسداد الرئوي المزمن. ولا تتوفر البيانات سوى من خلال أربع دراسات تنطوي على القليل من البيّنات الدالة على الفائدة؛ وأي أثر مفيد سيكون في الغالب محدوداً بحيث تفوقه الآثار الضارة المحتملة.

* (توصية قوية، بيّنات ذات جودة بالغة التدني)

وقد ناقش فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية موجز مناقشات الفوائد/ المخاطر والقيم والتكلفة والجدوى فيما يتعلق بالتوصيات المدرجة في الجدول التالي، وذلك استناداً إلى خبرات الأعضاء ومناقشة المراجعات المنهجية والمناقشة المنسقة وتوافق الآراء.

التوصية	الفوائد/ المخاطر؛ القيم والمقبولية؛ التكلفة؛ الجدوى
التدبير العلاجي للربو المستقر	
التوصية ١	ينبغي استخدام توصيات التشخيص المعياري لتقييم السيطرة على الربو، بما يتماشى مع الممارسات السريرية المعيارية، بموجب اتفاق أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية.
التوصية ٢	<p>الفوائد: العلاج شديد الفعالية للسيطرة على الربو المستقر والحد بقدر كبير من السورات وتحسين وظائف الرئتين.</p> <p>المخاطر: عد نسبة مخاطر الآثار الجانبية متدنية نظراً لأنه لا يوصى في العلاج التحفظي سوى بأصغر جرعة ممكنة للتحكم في الأعراض. وينبغي استخدام مفساح مع المنشقة المقتنة الجرعة للحد من الإصابة ببدء المبيضات الناتج عن استعمال البكلوميثازون ولزيادة ترسيب العقار في الرئة.</p> <p>القيم والمقبولية: وقد برهنت دراسات عديدة على أن الستيرويدات المستنشقة تحدد من سورات الربو وتحسن وظائف الرئتين، رغم ما بينها من اختلاف فيما يتعلق بالجرعة المستعملة ونوع الستيرويد وطريقة تعاطيه بما في ذلك استخدام المفساح.</p> <p>التكلفة: غالباً ما سيؤدي الاستعمال المنتظم للستيرويدات المستنشقة إلى توفير المال بالحد من حالات دخول المرضى المصابين بنوبات تمثل خطراً على الحياة والسورات شديدة التواتر إلى المستشفى. يوصى بالمستحضرات الجنيسة من الستيرويدات المستنشقة ذات التكلفة المنخفضة والجودة العالية.</p> <p>الجدوى: يوصى به على وجه الخصوص في ظروف شح الموارد حيث تكون إمكانية الحصول على الرعاية الصحية محدودة.</p>
التوصية ٣	يُعد النهج التدريجي طريقة شائعة القبول في التدبير العلاجي لمرضى الربو ويتضمن في الأساس كافة التوصيات العلاجية الأخرى، وفقاً لاتفاق أعضاء الفريق المعني بالمبادئ التوجيهية.
التدبير العلاجي لسورات الربو	
التوصية ١	<p>الفوائد/ المخاطر: الفوائد تفوق المخاطر بكثير. فيما يتعلق بكافة سورات الربو الحادة، تُعد دورات العلاج القصيرة بجرعات الستيرويدات الفموية التي يوصى بها فعالة ولا تنطوي سوى على نسبة دنيا من مخاطر الآثار الجانبية، مثل زيادة الوزن واحتجاز السوائل وارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة سكر الدم.</p> <p>القيم والمقبولية: أثبتت عدة دراسات فعاليتها في سورات الربو الحادة. وتسفر الجرعات الموصى بها عن فوائد كبيرة، أما مخاطر الآثار الجانبية فهي قليلة.</p> <p>التكلفة: ميسور التكلفة في ظروف شح الموارد.</p> <p>الجدوى: يُعد حصول المرضى عليه لعلاج سورات داء الانسداد الرئوي المزمن سهلاً.</p>

التوصية	الفوائد/ المخاطر؛ القيم والمقبولية؛ التكلفة؛ الجدوى
التوصية ٢	<p>الفوائد/ المخاطر: فعال في تحسين وظائف الرئتين لدى المرضى الذين يعانون من سورات الربو الحادة. وفيما يتعلق بالعلاج قصير الأجل بجرعات كبيرة في حالات الطوارئ، تفوق الفوائد مخاطر الآثار الجانبية المحتملة. وفي العموم لا تشير البيانات إلى أن مزايا الرذاذ تفوق مزايا المِفَساح.</p> <p>القيم والمقبولية: قد يتسم العلاج الفوري بالأهمية الحيوية، وفقاً لمدى وخامة سورات الربو. بعد العلاج بالسالبوتامول ينبغي إعادة التقييم السريري للمرضى على فترات (من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة مثلاً) للتأكد من إستجابتهم للعلاج. وفي حال عدم الاستجابة ينبغي إعطاء جرعات أكبر أو علاج أكثر تركيزاً.</p> <p>التكلفة: لا تتوفر البيانات التي تقيم مردودية التكلفة تقيماً مباشراً، رغم أن التكلفة تكون أقل حيثما تتوفر المستحضرات الجينية جيدة النوعية.</p> <p>الجدوى: الجرعات الكبيرة من ناهضات بيتا المستنشقة ينبغي أن تعطى لجميع المرضى المصابين بالسورات الحادة الوخيمة حيثما تتوفر.</p>
التوصية ٣	<p>الفوائد/ المخاطر: في غياب البيانات الناتجة عن التجارب المُعشَّاة المضبوطة على مرضى الربو، تستند التوصية إلى البيانات الرصدية وتوافق الآراء القوي حول الاعتقاد القائل بفائدة الأكسجين.</p> <p>القيم والمقبولية: في حال توفر الأكسجين، ينبغي إعطاؤه لجميع المرضى المصابين بالربو الحاد الوخيم، بما يتماشى مع الممارسات العادية في ظروف توفر الموارد حيث يتوقف قرار استخدام الأكسجين على القياسات المنخفضة لتشبع الدم بالأكسجين (قياس التأكسج النبضي).</p> <p>التكلفة: الاستعمال قصير الأجل في السورات على النحو الموصى به يُعد ميسور التكلفة.</p>
التوصية ٤	<p>إذا توفرت رذاذ وبروميدي الإبراتروبيوم وكان علاج الخط الثاني مطلوباً، قد يكون إضافة بروميد الإبراتروبيوم مما ينصح به بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الربو الحاد، ولكن فقط كعلاج من الخط الثاني. تُعد الآثار الجانبية نادرة الحدوث؛ ويُعد التضيق القصبي التناقضي مشكلة معروفة وإن كانت نادرة الحدوث</p> <p>التكلفة: لا تتوفر البيانات التي تقيم مردودية التكلفة تقيماً مباشراً، رغم أن التكلفة تكون أقل حيثما تتوفر المستحضرات الجينية جيدة النوعية.</p>
التوصية ٥	<p>توصية سلبية. في الوقت الحاضر ليست هناك بيانات كافية للتوصية بإعطاء المغنسيوم في الوريد كدواء من أدوية الخط الثاني الروتينية ولا يوصى به. ولكن في حالة توفره، قد يكون من الجدير تجربته إذا استمرت حالة المريض في التدهور رغم العلاجات الأخرى الموصى بها.</p>
التوصية ٦	<p>توصية سلبية. لا يوصى بإعطاء السالبوتامول في الوريد كدواء من أدوية الخط الثاني استناداً إلى الموازنة بين فوائده</p>
التوصية ٧	<p>توصية سلبية. استناداً إلى موازنة الفوائد والمخاطر ونظراً لأن المخاطر تفوق الفوائد حيثما لا تتوفر إمكانية رصد مستويات الدواء في الدم، لا يوصى بإعطاء الأمينوفيلين في الوريد كدواء روتيني من أدوية الخط الثاني.</p>

التوصية	الفوائد/ المخاطر؛ القيم والمقبولية؛ التكلفة؛ الجدوى
	التدبير العلاجي لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر
التوصية ١	<p>الفوائد/ المخاطر: عند إعطاء ناهضات بيتا قصيرة المفعول عند اللزوم تكون فعالة في تحسين الأعراض لدى المرضى الذين يعانون من داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر. أثر التعاطي المنتظم غير معروف.</p> <p>القيم والمقبولية: ويوصى بناهضات بيتا المستنشقة وليس بالمستحضرات الفموية نظراً لأن الآثار غير المرغوب فيها لهذه المستحضرات أشد وطأة، وقد تتسم بأهمية خاصة نظراً لحالات المراضة الشائعة المصاحبة لداء الانسداد الرئوي المزمن مثل اضطراب النظم في المرضى الذين يعانون من أمراض القلب التاجية.</p> <p>التكلفة: لا تتوفر البيانات التي تقيم مردودية التكلفة تقيماً مباشراً، رغم أن التكلفة تكون أقل حيثما تتوفر المستحضرات الجينية جيدة النوعية. وهو ما تتحقق جدواه في وجود المنشقات المقننة الجرعة.</p>
التوصية ٢	<p>الفوائد/ المخاطر: قد يسبب الثيوفيلين الآثار الضارة الجادة، ولاسيما في حال تجاوز تركيزات الدم العلاجية. ليس في الإمكان التوصية سوى بأن الجرعات الصغيرة من الثيوفيلين بطيء الإطلاق تُعد آمنة وتتنم ببعض الفعالية.</p> <p>القيم والمقبولية: قد تكون الجرعات الصغيرة من الثيوفيلين الفموي بطيء الإطلاق فعالة ويتحملها المريض جيداً في العلاج طويل الأجل لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر، رغم أنها لا تحسن وظائف الرئتين بعد إعطاء موسع القصبات.</p> <p>التكلفة: لا تتوفر البيانات.</p> <p>الجدوى: غالباً ما لا يتاح رصد مستويات الدم في ظروف شح الموارد، ولذا لا يوصى سوى بجرعات صغيرة من الثيوفيلين وينبغي نصح المرضى بوقف العلاج واستشارة الطبيب عند حدوث الآثار الضارة.</p>
التوصية ٣	<p>توصية سلبية. تُعد الكورتيكوستيرويدات (البردينيزولون) غير فعالة بالنسبة لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر باستثناء في الجرعات الكبيرة التي تسفر عن أعراض جانبية مهمة. ولا يوصى بإعطاء الستيرويدات الفموية في حالة داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر، وذلك استناداً إلى الموازنة بين فوائدها ومخاطرها.</p>
التوصية ٤	<p>توصية سلبية. قد تؤدي الستيرويدات المستنشقة عند إعطاء جرعات كبيرة منها إلى فوائد قليلة. ولكن الجرعات الكبيرة تسبب المزيد من الآثار الضارة وهي أعلى تكلفة في حين أن فوائدها قليلة. وليس هناك ما يبرر استعمالها مع المرضى المصابين بداء الانسداد الرئوي المزمن إذا كانت الموارد محدودة ولا يوصى بذلك.</p>

التوصية	الفوائد/ المخاطر؛ القيم والمقبولية؛ التكلفة؛ الجدوى
التوصية ٥	<p>توصية سلبية. مقارنة بالناهضات بيتا قصيرة المفعول المنتظمة، بروميد الإبراتروبيوم المستشق له فوائد قليلة فيما يتعلق بالحد من الأعراض وتحسين وظائف الرئة. وفي الوقت الحالي تُعد مستحضرات بروميد الإبراتروبيوم أعلى ثمناً من ناهضات بيتا، كما أنه ليس هناك بيانات لتقييم مخاطر استعمالها المنتظم لفترات طويلة مقارنة بفوائده، حتى يمكن التوصية بالاستعمال طويل الأجل والمنتظم لهذه المستحضرات، لذا لا يوصى بها.</p>
التدبير العلاجي لسورات داء الانسداد الرئوي المزمن	
التوصية ١	<p>الفوائد/ المخاطر: نظراً لأن فوائدها تفوق آثارها الجانبية بكثير، ينبغي إعطاء المضادات الحيوية في كافة حالات سوروات داء الانسداد الرئوي المزمن مع البلغم القيحي وعلامات العدوى المجموعية.</p> <p>القيم والمقبولية: يوصف استعمال المضادات الحيوية عادة استناداً إلى الخبرة العملية. وينبغي تحديد أي المضادات الحيوية ينبغي وصفه محلياً وفقاً للكائنات المحتملة والتكلفة ومدى التوافر.</p> <p>التكلفة: تتوقف التكلفة على المضاد الحيوي المستعمل.</p>
التوصية ٢	<p>الفوائد/ المخاطر: الفوائد عادة ما تفوق المخاطر. تُعد دورات العلاج قصيرة الأجل بالستيرويدات الفموية بالجرعات التي يوصى بها مفيدة في سوروات داء الانسداد الرئوي المزمن وأثارها الجانبية قليلة، ومنها زيادة الوزن واحتجاز السوائل وارتفاع ضغط الدم وفرط سكر الدم المحتمل لدى مرضى السكري.</p> <p>القيم والمقبولية: تُعد الدورة العلاجية القصيرة بالستيرويدات الفموية مفيدة كما ترتبط الجرعات التي يوصى بها بحد أدنى من المخاطر. ولكن من المهم موازنة الفوائد المحتملة في مقابل الآثار الجانبية بالنسبة لكل مريض.</p> <p>التكلفة: ميسور التكلفة في ظروف شح الموارد.</p> <p>الجدوى: يُعد حصول المرضى عليه لعلاج سوروات داء الانسداد الرئوي المزمن سهلاً.</p>
التوصية ٣	<p>الفوائد/ المخاطر: فعال في تحسين وظائف الرئتين لدى المرضى الذين يعانون من سوروات داء الانسداد الرئوي المزمن الحادة. وفيما يتعلق بالعلاج قصير الأجل للسوروات تفوق فوائد الجرعات الكبيرة مخاطر الآثار الجانبية المحتملة. لا تشير البَيِّنَات إلى أن مزايا الرذاذات تفوق مزايا المفاصح.</p> <p>التكلفة: لا تتوفر البيانات التي تقيم مردودية التكلفة تقيماً مباشراً، رغم أن التكلفة تكون أقل حينما تتوفر مستحضرات الجنيسة جيدة النوعية.</p> <p>الجدوى: ينبغي إعطاء الجرعات الكبيرة من ناهضات بيتا المستنشقة لجميع المرضى المصابين بالسوروات الحادة الوخيمة لداء الانسداد الرئوي المزمن حينما توفرت. ويُعد إعطاؤها بواسطة منشفة مقننة الجرعة ومفصاح أو عن طريق الإرداذ مقبولاً.</p>

الفوائد/ المخاطر؛ القيم والمقبولية؛ التكلفة؛ الجدوى	التوصية
<p>الفوائد/ المخاطر: تستند هذه التوصية إلى البيّنات القائمة على الملاحظة وتوافق الآراء القوي حول فائدة الأكسجين. وقد يتسبب التركيز العالي للأكسجين الإضافي إلى تراكم ثنائي أكسيد الكربون والحمض التنفسي لدى بعض المصابين بداء الانسداد الرئوي المزمن الوخيم. ولذا فمن المهم إعطاء الأكسجين بتركيز منخفض (٢٤٪ إلى ٢٨٪) باستخدام جهاز أكسجين خاضع للتحكم. وبالطبع ينبغي امتناع المرضى عن التدخين عند استخدام إمدادات الأكسجين أو الاقتراب منها.</p> <p>القيم والمقبولية: في حال توفر الأكسجين ينبغي إعطاؤه في سورات داء الانسداد الرئوي المزمن طالما أمكن إعطاؤه بالتركيز المنخفض الموصوف.</p> <p>التكلفة: الاستعمال قصير الأجل في السورات على النحو الموصى به يُعد ميسور التكلفة.</p>	التوصية ٤
<p>توصية سلبية. استناداً إلى البيّنات المتاحة، لا يوصى بالاستعمال الروتيني للأمينوفيلين في الوريد في السورات الحادة لداء الانسداد الرئوي المزمن. ولا تتوفر البيانات سوى من خلال أربع دراسات تَطَوِي على القليل من البيّنات الدالة على الفائدة؛ وأي أثر مفيد سيكون في الغالب محدوداً بحيث تفوقه الآثار الضارة المحتملة.</p>	التوصية ٥

٣- المنهجية المستخدمة في إعداد المبادئ التوجيهية

أعدت المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية في ظروف ضيق الموارد، وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية. وحددت المنظمة النطاق في شكل أسئلة الفئة السكانية/ التدخل/ أساس المقارنة/ الحصلة/ الزمن (PICOT) وقدمتها إلى أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية للتعليق عليها قبل انعقاد اجتماع الفريق (الملحق ٣).

وطلب إلى مجموعة كوكرين للمسالك التنفسية تصميم استراتيجية البحث للأسئلة النهائية لتحديد النطاق. كما تم التعاقد مع خبير منهجيات لتقييم جودة البينات باستخدام أداة تقييم المراجعات المنهجية المتعددة (AMSTAR) ولإعداد موجز البينات وفقاً لمنهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE). أما أداة تقييم المراجعات المتعددة فهي أداة ثابتة علمياً للتقييم النقدي لجودة منهجية المراجعات المنهجية. وتشمل استبياناً يتألف من ١١ عنصراً يُمنح كل منها درجة واحدة في حال استيفاء المعيار المحدد ولا يُمنح أي درجة في حال عدم الإبلاغ عن المعلومة أو عدم وضوحها أو عدم انطباق المعيار. وبعد تطبيق أداة تقييم المراجعات المنهجية المتعددة اختيرت المراجعة التي حصلت على أعلى درجات. وقد تم تقييم المراجعات المنهجية لا الدراسات الفردية.

وتم تقييم البينات وفقاً لمنهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها. وفي هذه المنهجية تصنف البينات وفقاً للجودة العالية أو المتوسطة أو المتدنية، وتُعرّف على النحو التالي:

- عالية: من المستبعد جداً أن يؤدي المزيد من البحث إلى تغيير مدى ثقتنا في تقدير الأثر.
- متوسطة: يحتمل أن يؤدي المزيد من البحث إلى إحداث أثر مهم على ثقتنا في تقدير الأثر وقد يغير هذا التقدير.
- متدنية: غالباً ما سيؤدي المزيد من البحث إلى إحداث أثر مهم على ثقتنا في تقدير الأثر وغالباً ما سيغير هذا التقدير.
- بالغة التدني: يُعد أي تقدير للأثر غير مؤكد بالمرة.

وفيما يلي العوامل التي تم النظر فيها عند تصنيف البينات: (١) تصميم الدراسة وصرامة تنفيذها؛ (٢) اتساق النتائج ومدى إمكانية تطبيق البينات تطبيقاً مباشراً على المرضى؛ (٣) التدخلات؛ (٤) الحصائل؛ (٥) أساس المقارنة. وتمثل عاملان مهمان آخران في ما إذا كانت البيانات قليلة أو غير دقيقة، ومدى احتمال تحيز الإبلاغ.

وقد صيغت التوصيات وفقاً لمنهجية GRADE لتقييم جودة البينات وقوة التوصيات. وقد اجتمع فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية والذي يضم خبراء سريريين وعلماء في مجال أمراض الجهاز التنفسي المُزمنة، والمبادئ التوجيهية، والبحث والصيدلة، ورسم السياسات، في ٢٠ و ٢١ كانون الأول / ديسمبر ٢٠١٠ في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية بجنيف (انظر الملحق ١ للاطلاع على قائمة المشاركين). وسبق الاجتماع عدد من مناقشات المؤتمرات التي عُقدت

عن بعد والمشاورات التي جرت عبر البريد الإلكتروني. ونوقشت أسئلة المبادئ التوجيهية ذات الأولوية ونطاقها وتم استكمالها استناداً إلى التعليقات التي أدلى بها أعضاء فريق الخبراء أثناء تلك المناقشات السابقة للاجتماع.

وقد شارك أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية فيما يلي:

- إسداء المشورة حول أولويات أسئلة المبادئ التوجيهية ونطاقها؛
- إسداء المشورة حول اختيار الحصائل المهمة لاتخاذ القرار؛
- التعليق على البيّنات المستخدمة لتوفير المعلومات اللازمة للمبادئ التوجيهية؛
- إسداء المشورة حول تفسير البيّنات مع المراعاة الواضحة للموازنة الإجمالية للمخاطر والفوائد لكل تدخل من التدخلات الخاصة بمرضى الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن.
- صياغة التوصيات مع مراعاة نطاق المبادئ التوجيهية والجمهور المستهدف وظروف شح الموارد.

وطُلب إلى أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية أثناء اجتماعهم تعريف الحصائل السريرية الحاسمة الأهمية لأغراض وضع التوصيات. واستعرض فريق الخبراء موجزات البيّنات المتاحة ووضع التوصيات. واستندت كافة التوصيات إلى توافق الآراء وفقاً للبيّنات التي تم تناولها بالتقييم.

وتم استعراض كافة إعلانات المصالح الصادرة عن أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية قبل اجتماع الفريق (الملحق ٢). ولم يصرح أي من الأعضاء باحتمال وجود تضارب في المصالح فيما يتعلق بالمناقشة والتوصيات، سواء كان شخصياً أو مؤسسياً. وأعدت جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (الملحق ٤) بمعرفة فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية وخبير المنهجيات.

وتضمنت صياغة التوصيات المراعاة الواضحة لجودة البيّنات والفوائد والأضرار والأعباء والتكاليف والقيم والأفضليات. وصنفت التوصيات إلى توصيات قوية وتوصيات ضعيفة، وفقاً لما جاء في

واستند الاتفاق النهائي فيما يتعلق بكل توصية من التوصيات إلى توافق آراء أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية باستخدام مزيج من العوامل التالية:

- موازنة البيّنات الخاصة بفوائد/مخاطر التدخل؛
- تكاليف وقيم وجدوى كل تدخل من التدخلات في ظروف شح الموارد؛
- جودة البيّنات نفسها (عالية، متوسطة، متدنية، باللغة التدني)؛
- أفضليات فريق الخبراء استناداً إلى الخبرات السريرية لأعضائه.

ولم تصغ أي توصية من التوصيات إلا بعد التوصل إلى توافق الآراء التام لأعضاء فريق الخبراء استناداً إلى كافة النقاط المذكورة أعلاه. ونتيجة لذلك صنفت كل توصية كتوصية قوية أو ضعيفة وفقاً لمنهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها.

يمكن تفسير التوصيات القوية على النحو التالي:

- معظم الأفراد ينبغي أن يتلقوا التدخل؛
- معظم الأفراد المطلعين كانوا ليختارون مسار العمل الذي يوصى به ونسبة قليلة لم تكن

لتختاره؛

- يمكن استخدامه دون لبس في رسم السياسات. يمكن تفسير التوصيات الضعيفة على النحو التالي:
- معظم الأفراد المطلعين كانوا ليختارون مسار العمل الذي يوصى به ولكن نسبة لا يستهان بها لم تكن لتختاره؛
- تنوع القيم والأفضليات تنوعاً كبيراً؛
- سيتطلب رسم السياسات مناقشات موسعة ومشاركة العديد من أصحاب المصلحة.

وفي أعقاب اجتماع فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية نقحت أمانة منظمة الصحة العالمية مسودة المبادئ التوجيهية وفقاً لتوصيات الفريق. وتجري الآن أمانة المنظمة استعراض التعليقات ودمجها في النسخة النهائية.

تحديد الحصائل المهمة

أعدت موجزات أفضل البينات المتاحة لتوفير المعلومات اللازمة لوضع أسئلة تحديد النطاق. ووضعت قائمة الحصائل المحتملة التي ينبغي على فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية النظر فيها فيما يتعلق بأسئلة تحديد نطاق الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن. وحدد أعضاء الفريق ترتيب تلك الحصائل وطلب إليهم تحديد أي حصائل حاسمة الأهمية ذات صلة لا تشمل عليها القائمة. وكذلك طلب إلى أعضاء الفريق تحديد الحصائل التي يرونها حاسمة الأهمية والتي يرونها مهمة ولكن غير حاسمة الأهمية والتي يرونها غير مهمة.

ثم طلب إلى أعضاء الفريق منح الدرجات للحصائل باستخدام الأرقام التي تشير إلى أهمية الحصائل وفقاً لنهج تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (GRADE)، حيث تشير الأرقام من ٧ إلى ٩ إلى أن الحصائل حاسمة الأهمية لاتخاذ القرار، وتشير الأرقام ٤ إلى ٦ إلى أنها مهمة، وتشير الأرقام ١ إلى ٣ إلى أنها غير مهمة. وقد نُظر في كل من متوسط الدرجات ونطاق الدرجات لكل حصيلة من الحصائل. وتمت مناقشة فرادى الدرجات وحل الخلافات من خلال التوصل إلى توافق آراء. وأدرجت الحصائل وفقاً لأهميتها النسبية على نحو تقريبي في جداول تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (الملحق ٤).

الحصائل (الربو)	الحصائل (داء الانسداد الرئوي المزمن)
الوفيات	الوفيات
نوعية الحياة	نوعية الحياة
التنفس الاصطناعي	عسر التنفس
السعال	السعال
الأزيز	الأزيز
الرُّلة	إفراز البلغم
مسافة السير	مسافة السير
التخلي	التخلي
الأحداث الضائرة	الأحداث الضائرة الوخيمة
ذروة التدفق الشهقي	ذروة التدفق الشهقي
الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة	الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة
السعة الحيوية الزفيرية القسرية	السعة الحيوية الزفيرية القسرية

استراتيجية البحث ومعايير الاختيار وجمع البيانات والآراء النهائية

تمثلت استراتيجية البحث في تحديد المراجعات المنهجية ذات الصلة بأسئلة تحديد النطاق. وبعد تحديد المراجعات المنهجية، جرى البحث على التجارب المُعشَّاة المضبوطة لتحديد أي تجارب إضافية لم تشملها المراجعات. وتم إطلاع أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية على موجزات كافة المراجعات المنهجية قبل الاجتماع الذي انعقد في كانون الأول / ديسمبر ٢٠١١.

وفيما يتعلق بالمراجعات المنهجية، أُجري بحث متقدم باستخدام أداة عناوين الموضوعات الطبية (MeSH). ويوضح الملحق ٥ استراتيجيات البحث الشاملة التي صممتها مجموعة كوكرين للمسالك التنفسية استناداً إلى أسئلة الفئة السكانية/ التدخل/ أساس المقارنة/ الحصلة/ الزمن المعتمدة (كما جرى البحث في سجلات التجارب المُعشَّاة المضبوطة الخاصة بالربو وداء الانسداد الرئوي المزمن لمجموعة كوكرين للمسالك التنفسية). وتمثل الحدود التي طبقت على البحث فيما يلي: نشرت خلال الأعوام العشرة الأخيرة؛ أُجريت على البشر فقط؛ اللغة الإنكليزية؛ مراجعات منهجية.

وبناءً على تقييم جودة المراجعات المنهجية التي عُثر عليها، وهي تسع مراجعات منهجية للربو و١٤ مراجعة منهجية لداء الانسداد الرئوي المزمن، وذلك باستخدام أداة تقييم المراجعات المنهجية المتعددة، اختيرت أسئلة الفئة السكانية/ التدخل/ أساس المقارنة/ الحصلة/ الزمن (الملحق ٦).

ووضعت خصائص البيّنات استناداً إلى المراجعات المنهجية باستخدام منهجية تصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها (الملحق ٤). وعند استخدام هذه النهج، روعي في تقييم جودة البيّنات لكل حصيلة من الحصائل المهمة تصميم الدراسات، وجوانب القصور، واتساق البيّنات على صعيد الدراسات، ومدى مباشرة البيّنات فيما يتعلق بالفئات والتدخلات والظروف، ودقة موجز تقدير الأثر. في حال وجود عدد من المراجعات المنهجية ذات الصلة، استخدمت أحدث المراجعات الأعلى جودة. وأعدت خصائص البيّنات لتصنيف التوصيات وقياسها وتطويرها وتقييمها وزودت بمراجع حاشية توضح الآراء النهائية التي صدرت.

وفي معظم الحالات تراوحت جودة البيّنات بالنسبة للحصائل المختلفة ما بين جودة باللغة التدني وجودة متوسطة. والسبب الأول في ذلك هو عدم توفر البيّنات الخاصة بالظروف التي توضع التوصيات من أجلها، أي فئات المرضى من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي كافة الحالات تم خفض درجة تقييم جودة البيّنات نظراً لكونها غير مباشرة.

وأرسلت مسودة التوصيات لاستعراض الأقران الخارجي، وتولت المنظمة مراجعة ذلك. وطلب إلى القائمين على عملية استعراض الأقران التعليق في المقام الأول على مدى شمول ودقة تفسير قاعدة البيّنات التي تدعم توصيات المبادئ التوجيهية. وقُيِّمت الوثيقة تقيماً إيجابياً، ولكن تعليقات القائمين على عملية استعراض الأقران أرسلت بعد ذلك إلى أعضاء فريق الخبراء المعني بالمبادئ التوجيهية للنظر فيها ومناقشتها. واستناداً إلى التعليقات الصادرة، سيتولى فريق التحرير في منظمة الصحة العالمية إعداد الوثيقة النهائية. وسوف توجه التعليقات والاقتراحات الصادرة عن القائمين على عملية استعراض الأقران إلى الموظف المسؤول للرد عليها. وسوف توثق الردود وتتاح عند الطلب. وفيما يلي موجز لتعليقات القائمين على عملية استعراض الأقران والصادرة عن أربعة خبراء مستقلين لا يوجد لديهم تضارب في المصالح؛ والنص الكامل متاح عند الطلب. وقد طلب إلى كافة القائمين على عملية استعراض الأقران تقديم نموذج موقع من إعلان المصالح الخاص بمنظمة الصحة العالمية. وحيثما أعلن أحد الخبراء عن وجود مصلحة ما، تم الحصول على المشورة القانونية حول مدى تأهل هذا الخبير لاستعراض الوثيقة (الملحق ٢). ويعرب فريق إعداد المبادئ التوجيهية عن امتنانه للقائمين على عملية الاستعراض لمساهماتهم في هذه المبادئ التوجيهية.

التعليقات الرئيسية للقائمين على عملية استعراض الأقران:

- تركز المبادئ التوجيهية في المقام الأول على العلاج ولا تتناول مسألة الوقاية من الجوانب غير الدوائية مثل التبغ ومكافحة زيادة الوزن.
- على أن إسداء المشورة فيما يتعلق بعوامل الخطر هذه من شأنه أن يعود بالفائدة. (الاستجابة: مدرجة في مخططات سير إجراءات العلاج.)
- تُعد المشورة حول توعية المرضى وإرساء الشراكة بين الطبيب والمريض جديدة بالذكر. (الاستجابة: مدرجة في مخططات سير إجراءات العلاج.)
- ينبغي أن تشمل الكورتيكوستيرويدات المستنشقة أنواعها الأخرى وألا تقتصر على البكلوميثازون فحسب. (الاستجابة: انظر جداول اتخاذ القرار الموجزة.)
- فيما يتعلق بالتوصيتين رقم ١ و٤ لداء الانسداد الرئوي المزمن المستقر: يبدو أن السبب وراء

عدم إمكانية التوصية باستعمال ناهضات بيتا قصيرة المفعول بانتظام هو غياب الدراسات حول استعمالها لمدة تزيد عن ٨ أسابيع. وينبغي التصريح بعدم وجود مثل هذه التجارب، ونفي وجود أي تجارب تثبت عدم حدوث الأثر. ولما كان البحث قد استمر حتى عام ٢٠٠٢ فقط، ونظراً لأهمية ذلك ولاحتمال وجود فوائد طويلة الأجل كما اتضح بالنسبة للتجارب التي تتجاوز ٨ أسابيع، ينبغي أن تتضمن المبادئ التوجيهية ملاحظة تفسيرية واضحة حول الفوائد طويلة الأجل المحتملة بالنسبة للأعراض ولوظائف الرئتين. (الاستجابة: انظر جداول اتخاذ القرار الموجزة.)

تتمثل الخطة في البدء بتقديم المبادئ التوجيهية (النسخة المطبوعة باللغة الإنكليزية ونسخة إلكترونية على موقع منظمة الصحة العالمية) في حلقات عمل إقليمية ودون إقليمية تُنظم بدعم من البلدان وبالتشاور الوثيق مع الممثلين الإقليميين للمنظمة. وسيدعى الشركاء المنفذون لحضور هذه الحلقات لإدراج المبادئ على نطاق أوسع. وستجري مناقشة واختيار المؤشرات المستخدمة لتقييم أثر التدخلات في حلقات العمل. وسيقدم المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية المساعدة التقنية على المستوى القطري من أجل تطويع المبادئ التوجيهية للاحتياجات المحلية. وسيتم تعريف العاملين في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والقطرية بالمبادئ التوجيهية لمساعدة البلدان. من المتوقع إخضاع هذه المبادئ التوجيهية للمراجعة في ٢٠١٦.

٤- الملحق ٣- أسئلة الفئة السكانية/ التدخل / أساس المقارنة/ الحصيلة/ الزمن (PICOT)

الربو

١- ما الفرق بين رصد ذروة التدفق الزفيري ورصد الأعراض فقط؟

الفئة	المؤشر/ التدخل
الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً المصابون بالربو	رصد ذروة التدفق الزفيري
	رصد الأعراض
الحصائل	التوصيات
الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة (مستوى التغير ومعدله) أو التفاوت في ذروة التدفق الزفيري، الأعراض التي تحسنت، السورات، المراضة (دخول المستشفى، زيارة قسم الطوارئ، زيارات الطبيب في غير المواعيد المحددة، أيام التغيب عن العمل أو الدراسة)	ليست هناك اختلافات مهمة بين رصد ذروة التدفق الزفيري ورصد الأعراض.

٢- ما هي البيّنات الدالة على الفرق بين إعطاء سالبوتامول عند اللزوم وبين إعطاء الغفل في حالات الربو الخفيفة؟

الفئة	المؤشر/ التدخل
الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الذين يعانون من أعراض الربو والذين لا يتلقون أي علاج الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً	العلاج بالسالبوتامول عند اللزوم
	غياب العلاج أو العلاج بالغفل
الحصائل	الزمن
الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة (مستوى التغير ومعدله) أو التفاوت في ذروة التدفق الزفيري، الأعراض التي تحسنت، السورات، المراضة (دخول المستشفى، زيارة قسم الطوارئ، زيارات الطبيب في غير المواعيد المحددة، أيام التغيب عن العمل أو الدراسة)	قصير الأجل
التوصيات	استخدامه عند اللزوم لجميع المرضى الذين يعانون من أعراض الربو بدءاً من الربو الخفيف المتقطع كعلاج مهدئ قصير الأجل. عدم تجاوز ١٠ إلى ١٢ نشقة في اليوم.

٣- ما هي اليّنات التي تحدد متى ينبغي إضافة البكلوميثازون؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً المصابون بالربو ويعالجون بالبوتامول فقط عند اللزوم أو لا يتلقون العلاج
المؤشر/ التدخل	العلاج المنتظم بالبكلوميثازون بأي جرعة مرتين يومياً
أساس المقارنة	العُغل بانتظام مرتين يومياً
الخصائل	الحجم الزفيرى القسري في ثانية واحدة (مستوى التغير ومعدله) أو التفاوت في ذروة التدفق الزفيرى، الأعراض التي تحسنت، السورات، المراضة (دخول المستشفى، زيارة قسم الطوارئ، زيارات الطبيب في غير المواعيد المحددة، أيام التغيب عن العمل أو الدراسة، استخدام الدواء المهدئ)
الزمن	أكثر من ١٢ أسبوعاً ويفضل ستة أشهر على الأقل
التوصيات	استخدامه بانتظام كعقار للعلاج الوقائي للمرضى الذين يتحقق لديهم أي مما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ■ حدوث سورات الربو التي تتطلب تناول الكورتيكوستيرويدات الفموية خلال العامين الأخيرين؛ ■ استخدام ناهضات بيتا المستنشقة ثلاث مرات أسبوعياً أو أكثر؛ ■ حدوث الأعراض ثلاث مرات أسبوعياً أو أكثر؛ ■ الاستيقاظ ليلاً مرة واحدة أسبوعياً (أو أكثر)؛ الجرعة اليومية المبدئية المعقولة هي ٤٠٠ ميكروغرام يومياً (٢٠٠ ميكروغرام للأطفال). ضبط الجرعة لتكون أقل جرعة تمكن من الحفاظ على السيطرة الفعالة على الربو.

٤- ما هي البيّنات الدالة على أنه ينبغي إعطاء بردينزولون فموي في جميع حالات الربو الحادة؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً ممن يعانون من سورة الربو الحادة
المؤشر/ التدخل	استعمال البردينزولون الفموي
أساس المقارنة	عدم استعمال البردينزولون الفموي
الحصائل	الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة أو ذروة التدفق الزفيري، الأعراض (من اليوميات)، المراضة (دخول المستشفى، مدة زيارات قسم الطوارئ، أيام التغيب عن العمل والدراسة)، الوفيات الناتجة عن السورات
الزمن	قصير الأجل
التوصيات	ينبغي إعطاء ٤٠ إلى ٥٠ مليغرام بردينزولون فموي يومياً في جميع حالات الربو الحادة. الاستمرار في إعطاء ٤٠ إلى ٥٠ مليغرام بردينزولون فموي يومياً لمدة خمسة أيام على الأقل أو حتى تمام الشفاء.

٥- ما هي البيّنات الدالة على أنه ينبغي إعطاء أكسجين إضافي لجميع المرضى الذين يعانون من نقص تأكسج الدم في حالات الربو الحادة الوحيدة؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً ممن يعانون من الربو الحاد الوحيد
المؤشر/ التدخل	استخدام الأكسجين
أساس المقارنة	عدم استخدام الأكسجين
الحصائل	الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة أو ذروة التدفق الزفيري، الأعراض (من اليوميات)، المراضة (دخول المستشفى، مدة زيارات قسم الطوارئ، أيام التغيب عن العمل والدراسة)، الوفيات الناتجة عن السورات
الزمن	قصير الأجل
التوصيات	في حالة توفره ينبغي إعطاء الأكسجين الإضافي لجميع مرضى الربو الحاد الوحيد الذين يعانون من نقص تأكسج الدم (للحفاظ على مستوى تشبع الدم بالأكسجين بنسبة ٩٤٪ إلى ٩٨٪). لا يمنع عدم إمكانية قياس التأكسج النبضي من استخدام الأكسجين.

٦ - ما هي البيّنات الدالة على أن السالبوتامول الذي يعطى بواسطة الرذاذات أكثر فعالية من السالبوتامول الذي يعطى بواسطة المِفساح والمنشقات المقننة الجرعة في حالات الربو الحادة؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل ممن يعانون من سورة الربو الحادة الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً ممن يعانون من سورة الربو الحادة
المؤشر/ التدخل	استعمال أجهزة المِفساح والمنشقات المقننة الجرعة التجارية لإعطاء السالبوتامول
أساس المقارنة	استعمال أجهزة المِفساح والمنشقات المقننة الجرعة المصنعة منزلياً لإعطاء السالبوتامول
الحصائل	الحجم الزفيرى القسري في ثانية واحدة أو ذروة التدفق الزفيرى، الأعراض (من اليوميات)، المراضة (دخول المستشفى، مدة زيارات قسم الطوارئ، أيام التغيب عن العمل والدراسة)، الوفيات الناتجة عن السورات
الزمن	قصير الأجل

٧ - ما هي البيّنات الدالة على أن السالبوتامول الذي يعطى بواسطة أجهزة المِفساح التجارية أكثر فعالية من السالبوتامول الذي يعطى بواسطة أجهزة المِفساح المصنعة منزلياً في حالات الربو الحادة؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل ممن يعانون من سورة الربو الحادة الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً ممن يعانون من سورة الربو الحادة
المؤشر/ التدخل	استعمال أجهزة المِفساح والمنشقات المقننة الجرعة التجارية لإعطاء السالبوتامول
أساس المقارنة	استعمال أجهزة المِفساح والمنشقات المقننة الجرعة المصنعة منزلياً لإعطاء السالبوتامول
الحصائل	الحجم الزفيرى القسري في ثانية واحدة أو ذروة التدفق الزفيرى، الأعراض (من اليوميات)، المراضة (دخول المستشفى، مدة زيارات قسم الطوارئ، أيام التغيب عن العمل والدراسة)، الوفيات الناتجة عن السورات
الزمن	قصير الأجل

٨- ما هي البيّنات الدالة على أنه ينبغي إضافة بروميد الإبراتروبيوم المرذد للسالبوتامول للمرضى الذين يعانون من حالات الربو الحادة الوخيمة أو التي تمثل خطراً على الحياة؟

الفئة	الأطفال البالغون من العمر ١٦ عاماً أو أقل الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٦ عاماً ممن يعانون من سورة الربو الحادة
المؤشر/ التدخل	العلاج بروميد الإبراتروبيوم المرذد إضافة إلى السالبوتامول
أساس المقارنة	السالبوتامول المرذد فقط
الحصائل	الحجم الزفيري القسري في ثانية واحدة أو ذروة التدفق الزفيري، الأعراض (من اليوميات)، المراضة (دخول المستشفى، زيارات قسم الطوارئ، أيام التغيب عن العمل والدراسة)، الوفيات الناتجة عن السورات
الزمن	قصير إلى طويل الأجل
التوصيات	إضافة ٠,٥ ملليغرام بروميد الإبراتروبيوم المرذد كل ٤ إلى ٦ ساعات إلى العلاج بالسالبوتامول لمرضى الربو الحاد الوخيم أو الذي يمثل خطراً على الحياة، أو المرضى الذين كانت استجابتهم المبدئية للعلاج بناهضات بيتا ٢ ضعيفة.

داء الانسداد الرئوي المزمن

١- ما هي البيّنات الدالة على فائدة السالبوتامول في علاج داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر؟

الفئة	الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٨ عاماً المصابون بداء الانسداد الرئوي المزمن
المؤشر/ التدخل	العلاج بالسالبوتامول بحد أقصى نشقتين أربع مرات يومياً بواسطة منشقة مقننة الجرعة (باستخدام المِفْساح أو بدونه)
أساس المقارنة	الغُفْل
الحصائل	نوعية الحياة (استبيان سان جورج بشأن أمراض الجهاز التنفسي)، السورات (دخول المستشفى، دورات العلاج بالكورتيكوستيرويدات، أيام التغيب عن العمل)
الزمن	١٢ أسبوعاً على الأقل

٢- ما هي البيّنات الدالة على فائدة الإبراتروييوم في علاج داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر؟

الفئة	الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٨ عاماً المصابون بداء الانسداد الرئوي المزمن
المؤشر/ التدخل	العلاج بالإبراتروييوم بحد أقصى نشقتين أربع مرات يومياً بواسطة منشفة مقننة الجرعة (باستخدام المِفساح أو بدونه)، إضافة إلى السالبوتامول المستنشق أو بمفرده
أساس المقارنة	الغُفْل (عند استخدامه إضافة إلى السالبوتامول المستنشق في كلا المجموعتين) أو السالبوتامول المستنشق بمفرده (عند مقارنته بالسالبوتامول المستنشق)
الحصائل	نوعية الحياة، السورات (دخول المستشفى، دورات العلاج بالكورتيكوستيرويدات، أيام التغيب عن العمل)
الزمن	١٢ أسبوعاً على الأقل

٣- ما هي البيّنات التي تشير إلى متى ينبغي إضافة الثيوفيلين؟

الفئة	الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٨ عاماً المصابون بداء الانسداد الرئوي المزمن
المؤشر/ التدخل	العلاج بالثيوفيلين إضافة إلى السالبوتامول والإبراتروييوم
أساس المقارنة	سالبوتامول أو إبراتروييوم فقط
الحصائل	نوعية الحياة (استبيان سان جورج بشأن أمراض الجهاز التنفسي)، السورات (دخول المستشفى، دورات العلاج بالكورتيكوستيرويدات، أيام التغيب عن العمل)
الزمن	١٢ أسبوعاً على الأقل

٤- ما هي البينات التي تشير إلى متى ينبغي إضافة البكلوميثازون (الكورتيكوستيرويدات المستنشقة) وبأي جرعة؟

الفئة	الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٨ عاماً المصابون بداء الانسداد الرئوي المزمن
المؤشر/ التدخل	العلاج بالبكلوميثازون بواسطة منشقة مقننة الجرعة (باستخدام المفسح أو بدون)، إضافة إلى السالبوتامول أو الإبراتروبيوم المستنشق (ولكن بدون ناهضات بيتا ٢ طويلة المفعول أو التيوتروبيوم)
أساس المقارنة	سالبوتامول أو إبراتروبيوم فقط
الخصائل	نوعية الحياة (استبيان سان جورج بشأن أمراض الجهاز التنفسي)، السورات (دخول المستشفى، دورات العلاج بالكورتيكوستيرويدات، أيام التغيب عن العمل)
الزمن	١٢ أسبوعاً على الأقل

٥- ما هي البينات الدالة على فائدة البردنيزلون الفموي في سورات داء الانسداد الرئوي المزمن؟

الفئة	الكبار البالغون من العمر أكثر من ١٨ عاماً ممن يعانون من سورات داء الانسداد الرئوي المزمن الحادة
المؤشر/ التدخل	علاج السورات بالبردنيزلون الفموي
أساس المقارنة	الغفل
الخصائل	معدلات وفترات دخول المستشفى، الوفيات الناجمة عن السورات والمضاعفات، معدلات اكتمال النقاهاة
الزمن	قصير إلى متوسط الأجل

٦- ما هي دواعي وصف العلاج بالمضادات الحيوية في سورات داء الانسداد الرئوي المزمن؟

الفئة	الكبار البالغون أكثر من ١٨ عاماً من العمر المصابون بداء الانسداد الرئوي المزمن
المؤشر/ التدخل	العلاج بالمضادات الحيوية
أساس المقارنة	الغفل
الخصائل	معدلات وفترات دخول المستشفى، الوفيات الناجمة عن السورات والمضاعفات، معدلات اكتمال النقاهاة
الزمن	قصير إلى متوسط الأجل

الملحق ٧: موجز التوصيات

تشخيص الربو وتدبيره العلاجي

الربو المستقر

التشخيص

الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن كلاهما ينطوي على السعال و/ أو صعوبة التنفس و/ أو ضيق الصدر و/ أو الأزيز. في حال عدم اليقين فإن تحقق ما يلي يبرِّج تشخيص الربو:

- وجود تشخيص سابق للربو
- بدء الأعراض منذ الطفولة أو في وقت مبكر بعد البلوغ؛
- وجود تاريخ لحَمَى الكَلَأ أو الإكزيما؛
- الظهور المتقطع للأعراض مع وجود فترات غياب الأعراض؛
- اشتداد الأعراض أثناء الليل أو الصباح الباكر؛
- حدوث الأعراض نتيجة للعدوى التنفسية أو النشاط البدني أو تغير الجو أو الضغط العصبي؛
- استجابة الأعراض لسالبوتامول.

وقد يفيد أيضاً قياس ذروة التدفق الزفيري قبل تعاطي نشقتين سالبوتامول وبعد ذلك بخمس عشرة دقيقة. إن تحسنت ذروة التدفق الزفيري بنسبة ٢٠٪ يصبح تشخيص الربو محتملاً جداً. ولكن من الناحية العملية يستجيب معظم مرضى الربو استجابة ضعيفة للسالبوتامول.

تقييم السيطرة على الربو

تُعد السيطرة على الربو جيدة إذا تحقق ما يلي:

- لا تحدث أعراض الربو وتتطلب العلاج بناهضات بيتا أكثر من مرتين أسبوعياً
 - لا تحدث أعراض الربو أكثر من ليلتين شهرياً؛
 - لا تحد الأعراض من الأنشطة اليومية أو تحد منها بقدر قليل؛
 - لا تحدث سورات وخيمة (أي التي تتطلب استعمال الستيرويدات الفموية أو دخول المستشفى) خلال الشهر؛
 - ذروة التدفق الزفيري، إن توفرت، تزيد عن نسبة ٨٠٪ المتوقعة.
- في حال تجاوز أي من هذه المؤشرات يُعتبر المريض مصاباً بالربو غير المُسيطر عليه.

العلاج

ينبغي زيادة العلاج أو الحد منه وفقاً لمدى السيطرة على الربو وباستخدام النهج التدريجي الموضح أدناه. من المفيد البدء من درجة أعلى لتحقيق السيطرة وإثبات للمريض أن العلاج قادر على مساعدته، ثم بعد ذلك خفض الجرعة إلى أقل جرعة ممكنة للحفاظ على السيطرة. تشير جرعات البكلوميثازون إلى جرعات منسقة الجرعات الدقيقة للهيدروفلورالكان؛ أما بالنسبة للجرعات المعادلة للمنشقات الأخرى فقد ينبغي مضاعفة الجرعة.

النهج التدريجي

- الخطوة ١ - سالبوتامول مُستنشق عند اللزوم
 - الخطوة ٢ - سالبوتامول مُستنشق عند اللزوم إضافة إلى جرعة صغيرة من البكلوميثازون المستنشق، بدءاً من ١٠٠ ميكروغرام مرتين يومياً، و ١٠٠ ميكروغرام مرة أو مرتين يومياً للأطفال
 - الخطوة ٣ - تكرار الخطوة ٢ مع إعطاء جرعات أكبر من البكلوميثازون المُستنشق بمقدار ٢٠٠ ميكروغرام أو ٤٠٠ ميكروغرام مرتين يومياً
 - الخطوة ٤ - إضافة جرعة صغيرة من الثيوفيلين الفموي إلى علاج الخطوة ٣ (بافتراض عدم توفر ناهضات بيتا وناهضات لوكوترين طويلة المفعول)
 - الخطوة ٥ - إضافة البردنيذولون الفموي في أقل جرعة ممكنة للسيطرة على الأعراض (غالباً ما تقل الجرعة عن ١٠ مليغرامات يومياً)
- تحقق في كل خطوة من امثال المريض للعلاج وراقب تقنية استخدامه للمنشقة. عادة ما ينبغي استخدام مفساح مع المنشقات المقننة الجرعة نظراً لأنها تزيد من ترسيب الدواء وتحد من داء المبيضات الفموي الناجم عن الستيرويدات المستنشقة.
- ينبغي توفير البكلوميثازون المُستنشق لجميع المرضى الذين يعانون من الربو المستديم، ولكن في حال نقص الإمدادات تُمنح الأولوية للمرضى الذين يعانون من النوبات التي تمثل خطراً على الحياة و/ أو السوروات شديدة التواتر التي تتطلب دخول المستشفى والمرضى الذين يتغيبون عن العمل والدراسة.

مراجعة السيطرة على الربو

ينبغي خضوع المرضى المصابين بالربو باستثناء الربو الخفيف جداً، للمراجعة المنتظمة كل ثلاثة أو ستة أشهر أو أقل من ذلك عند تغيير العلاج أو عدم السيطرة الجيدة على الربو. وينبغي أن تتضمن المراجعة مراقبة تقنية استخدام المنشقة.

وينبغي النظر في إحالة المريض إلى المشورة المتخصصة، وفقاً للمرافق المتاحة، في الحالات التالية:

- عندما تظل السيطرة على الربو ضعيفة؛
- عندما يكون تشخيص الربو غير أكيد؛
- عندما يكون تناول البردنيذولون الفموي بانتظام مطلوباً للحفاظ على السيطرة.

نصائح للمرضى وأسرهم

فيما يتعلق بالوقاية:

- تجنب دخان السجائر والعوامل المسببة لأزمات الربو إن كانت معروفة؛
 - تجنب الغرف المليئة بالغبار والدخان؛
 - الحد من الغبار على قدر الإمكان باستخدام قطعة قماش رطبة لتنظيف الأثاث، ورش الأرضيات بالماء قبل الكنس، وتنظيف ريش المراوح بانتظام، والحد من وجود اللعب المصنوعة من القماش في مكان النوم؛
 - وقد يكون من المفيد إبادة الصراصير من المنزل (في عدم وجود المريض) ونفض المراتب والوسادات والأغطية وما إلى ذلك وتعرضها إلى أشعة الشمس.
- فيما يتعلق بالعلاج، ضمان أن المريض أو الوالد على دراية بما يلي:
- ما الذي ينبغي عمله إذا تفاقم الربو؛
 - فوائد استخدام المنشقة مقارنة بالأقراص، ولم يُعد استخدام المِفساح مفيداً؛
 - أن الستيرويدات المستنشقة تستلزم عدة أيام أو حتى أسابيع لتحقيق كامل فعاليتها.

التدبير العلاجي لسورات الربو

تقييم الوخامة

قيم حدة الربو بتحليل الأعراض (القدرة على استكمال الجمل)، والعلامات (مثل معدل ضربات القلب) وذروة التدفق الزفيري وتشبع الدم بالأكسجين، إن توفرت المعدات اللازمة.

العلاج

خط العلاج الأول

- إلى ٤٠ مليغرام بردينزولون لمدة خمسة أيام للكبار و ١٠ مليغرام للكليوغرام الواحد لمدة ثلاثة أيام للأطفال، أو لمدة أطول عند الضرورة وحتى تمام الشفاء؛
- جرعات كبيرة من السالبوتامول بواسطة منشقة مقننة الجرعة ومِفساح (أربع نشقات كل ٢٠ دقيقة لمدة ساعة على سبيل المثال) أو باستخدام رذاذ.
- الأكسجين إن توفر وكانت نسبة تشبع الدم بالأكسجين منخفضة (أقل من ٩٠٪). أعد التقييم على فترات وفقاً للوخامة.

خط العلاج الثاني - ينبغي النظر فيه إن لم يستجب المريض لخط العلاج الأول:

- زيادة تواتر الجرعات باستخدام منشقة مقننة الجرعة ومِفساح أو باستخدام رذاذ، أو إعطاء سالبوتامول بالإرذاذ المستمر بمقدار ٥ إلى ١٠ مليغرامات في الساعة، إن توفرت الرذاذ المناسبة؛

- للأطفال يمكن إضافة الإبراتروبيوم المرذذ إلى السالبوتامول المرذذ، إن توفر.

رغم ضعف البيّنات الدالة على فوائد إعطاء كل من المغنسيوم والسالبوتامول والأمينوفيلين في الوريد، إلا أنه قد يجدر تجربة هذا العلاج إن توفر، عندما لا يستجيب المريض للعلاج المعياري ويتعرض لخطر الموت بسبب الربو.

تشخيص داء الانسداد الرئوي المزمن وتديره العلاجي

داء الانسداد الرئوي المزمن المستقر

التشخيص

الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن كلاهما ينطوي على السعال و/ أو صعوبة التنفس و/ أو ضيق الصدر و/ أو الأزيز.

في حال التشخيص غير المؤكد فإن تحقق ما يلي يبرِّج الإصابة بداء الانسداد الرئوي المزمن:

- وجود تشخيص سابق لداء الانسداد الرئوي المزمن
- وجود تاريخ من التدخين الكثيف، أي يزيد عن ٢٠ سيجارة في اليوم لأكثر من ١٥ عاماً؛
- وجود تاريخ من التعرض للكثيف والممتد لاحتراق الوقود الأحفوري في مكان مغلق، أو التعرض الكبير للغبار في أماكن العمل؛
- بدء الأعراض في منتصف العمر أو بعد ذلك (عادة بعد الأربعين)؛
- تفاقم الأعراض تدريجياً على مدى فترة طويلة من الزمن؛
- وجود تاريخ طويل من السعال اليومي أو شديد التواتر وإفراز البلغم في كثير من الأحيان
- يبدأ قبل ضيق النفس؛
- وجود الأعراض المستدامة والتي لا تكاد تختلف من يوم إلى آخر.

وقد يفيد أيضاً قياس ذروة التدفق الزفيري قبل تعاطي نشقتين سالبوتامول وبعد ذلك بخمس عشرة دقيقة. إن تحسنت ذروة التدفق الزفيري بنسبة ٢٠٪ يصبح تشخيص الربو محتملاً جداً. وتشير الاستجابة الضعيفة في الغالب إلى الإصابة بداء الانسداد الرئوي المزمن رغم ضعف استجابة مرضى الربو في بعض الأحيان.

تقييم الوخامة

تقييم درجة وخامة المرض من خلال الأعراض (أي متوسطة إذا كان عسر التنفس ينجم عن النشاط العادي ووخيمة إذا كان يحدث عند الراحة) ومن خلال ذروة التدفق الزفيري ونسبة تشبع الدم بالأكسجين إن أمكن.

العلاج

- سالبوتامول مستنشق عند اللزوم، نشقتان بحد أقصى أربع مرات يومياً؛
- إذا كانت الأعراض ما زالت مزعجة، انظر في إعطاء ثيوفيلين فموي بجرعة صغيرة؛
- إن توفرت منشقات الإبراتروبيوم يمكن استخدامها بدلاً من السالبوتامول أو إضافة إليه ولكنها أغلى ثمناً.

نصائح للمريض وأسرته

- التأكد من إدراكهم أن التدخين وتلوث الهواء الداخلي يمثلان عاملي الخطر الرئيسيين بالنسبة لداء الانسداد الرئوي المزمن؛ ينبغي أن يتوقف مرضى داء الانسداد الرئوي المزمن عن التدخين وأن يتجنبوا الغبار ودخان التبغ؛

- حافظ على التهوية الجيدة في أماكن طهي الطعام عن طريق فتح النوافذ والأبواب؛
- استخدم الخشب والفحم في الطبخ خارج المنزل إن أمكن، أو شيد في المطبخ فرناً مزوداً بمدخنة لطرد الدخان إلى الخارج؛
- توقف عن العمل في مناطق العمل التي ينتج عنها الغبار أو تلوث الهواء الشديد، وقد يكون من المفيد استعمال قناع على أن يكون تصميمه مناسباً وأن يكفل الحماية الكافية للتنفس.

سورات داء الانسداد الرئوي المزمن

التدبير العلاجي

- ينبغي إعطاء البردنيذولون الفموي في كافة السورات التي تبدو عليها مظاهر العدوى.
- في حالة السورات الوخيمة ينبغي إعطى من ٣٠ إلى ٤٠ مليغرام بردنيذولون لمدة سبعة أيام تقريباً.
- أعط جرعة كبيرة من السالبوتامول المستنشق بواسطة رذاذ أو منشقة مقننة الجرعة مزودة بمفّساح.
- في حالة توفر الأكسجين ينبغي إعطاؤه بواسطة قناع يحد من نسبة تركيزه لتكون ٢٤ أو ٢٨٪.

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتد- الوقاية من النوبات القلبية والسكتات وأمراض الكلى من خلال الت-

متى يمكن استخدام هذا البروتوكول؟

- الغرض من البروتوكول هو تقييم المخاطر القلبية الوعائية وتدابيرها العلاجي باستخ-
- ويمكن استخدامه للتدبير العلاجي الروتيني لفرط ضغط الدم وداء السكري ولفرز ا
- تزيد أعمارهم عن ٤٠ عاماً
- مدخنون
- محيط الخصر (٩٠ سنتيمتر أو أكثر للنساء و١٠٠ سنتيمتر أو أكثر للرجال
- معروف إصابتهم بفرط ضغط الدم
- معروف إصابتهم بداء السكري
- وجود تاريخ للأمراض القلبية الوعائية بين الأقارب من الدرجة الأولى
- وجود تاريخ لداء السكري بين الأقارب من الدرجة الأولى

اتبع التعليمات التي ينص عليها الإجراء ١ إلى الإجراء ٤ خطوة

الإجراء ١ أسأل عن:

- تشخيص مرض القلب، السكتة، النوبة الإقفارية العابرة، داء السكري، أم
- ذبحة، ضيق نفس عند الإجهاد والاضجاع، خدر أو ضعف في الأطراف
- وجود الدم في البول، وما إلى ذلك
- الأدوية التي يتعاطاها المريض
- الاستعمال الحالي للتبغ (نعم/ لا) (الإجابة بنعم في حال استعمال التبغ
- استهلاك الكحول (نعم/ لا) (إذا كانت الإجابة بنعم ذكر مدى التواتر و
- المهنة (آبدة أم نشطة)
- ممارسة النشاط البدني لأكثر من ٣٠ دقيقة لخمسة أيام أسبوعياً (نعم/ لا
- وجود تاريخ عائلي للأمراض القلبية أو السكتة المبكرة بين الأقارب من

الزيارة الأولى

المراجع

خوات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ١ بببر العلاجي لءاء السكري وفرط ضغط الدم (أفضل الخيارات)

بءام فرط ضغط الدم وءاء السكري واستعمال التبغ كنقاط ءءول
لفئات التالية واستهءافها:

بخطوة

براض الكلى
ب، فقءان الوزن، زيادة الشعور بالعطش، البوال، انتفاخ الوجه والقدمين،

ءلال الأشهر الاثنى عشر الأخيرة)
الكمية)

(
الءرءة الأولى

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدقيق الوقاية من النوبات القلبية والسكتات وأمراض الكلى من خلال التدقيق

الإجراء ٢ قيم (الفحص الطبي واختبار الدم والبول):

- محيط الخصر
- قياس ضغط الدم، وتحري الوذمة الانطباعية
- جس ضربة القمة لتحري الاشتداد أو الإزاحة
- تسمع القلب (النظم والنفخات)
- تسمع الرئتين (الفرقات القاعدية الثنائية الجانب)
- افحص البطن (ضخامة الكبد)
- في مرضى داء السكري افحص القدمين والحس والنبضات والقرح
- الكيتونات في البول
- الكوليستيرول الكلي
- سكر الدم على الريق أو العشوائي (داء السكري ٧ مليمول (١٢٦ مليغرام/مليغرام/ديسيلتر) أو أكثر أو سكر الدم العشوائي ١١,١ مليمول/ لتر (٢٠٠ مليغرام/ديسيلتر) أو أكثر
- (يمكن استخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية لاختبار سكر الدم في حالة عدم توفر خدمات المختبرات)

الإجراء ٤: معايير الإحالة لكافة الزيارات:

- ضغط الدم أكثر من ٢٠٠/١٢٠ مليمتر زئبق (إحالة عاجلة)
- ضغط الدم ١٤٠/٩٠ مليمتر زئبق أو أكثر أو أكثر في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٤٠ عاماً (لاستبعاد فرط ضغط الدم الثانوي)
- أمراض القلب المعروفة، السكتة، النوبة الإقفارية العابرة، داء السكري، أمراض الكلى (للتقييم إن لم يكن ذلك قد تم)
- ألم جديد في الصدر أو تغير في وخامة الذبحة أو أعراض النوبة الإقفارية العابرة أو السكتة
- تلف الأعضاء (مثل الذبحة، العرج، اشتداد ضربة القمة، قصور القلب)
- نفخات قلبية
- ارتفاع ضغط الدم إلى ١٤٠/٩٠ أو أكثر (في مرضى السكري أكثر من ١٣٠/٨٠ مليمتر زئبق) مع العلاج بعاملين أو ثلاثة عوامل

خالات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ١

دبير العلاجي لداء السكري وفرط ضغط الدم (أفضل الخيارات)

الإجراء ٣ قدر المخاطر القلبية الوعائية (في المرضى الذين لم يحالوا)

- استخدم جداول مخاطر الأمراض القلبية الوعائية، التي اشتركت الأمانة في وضعها مع الجمعية الدولية لمكافحة فرط ضغط الدم، ذات الصلة بإقليم المنظمة الفرعي (الملحق والقرص المضغوط)
- استخدم السن والجنس وحالة التدخين وضغط الدم الانقباضي وداء السكري وكوليستيرول البلازما إن توفر
- إذا كان السن من ٥٠ إلى ٥٩ عاماً اختر مربع الفئة العمرية ٥٠، وإذا كان ٦٠ إلى ٦٩ عاماً اختر مربع الفئة العمرية ٦٠ إلخ، وبالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٤٠ عاماً اختر مربع الفئة العمرية ٤٠
- إن لم يمكن قياس الكوليستيرول ممكناً استخدم متوسط مستوى الكوليستيرول للفئة أو قيمة ٥,٢ مليمول/ لتر لحساب المخاطر القلبية الوعائية
- إذا كان الشخص يتلقى العلاج بالفعل، استخدم مستويات عوامل الخطر السابقة للعلاج (إن توفرت المعلومات لتقييم وتسجيل مخاطر قبل العلاج. وكذلك قيم المخاطر الحالية باستخدام مستويات عوامل الخطر الحالية)
- تقلل جداول المخاطر من شأن المخاطر التي يتعرض لها الأفراد ممن لديهم تاريخ عائلي للأمراض الوعائية المبكرة والسمنة ومستويات ثلاثي الغليسريد المرتفعة

- أي بيبة بروتينية
- داء السكري المشخص حديثاً مع الكيتونات في البول +٢ أو في الأشخاص النحاف الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ عاماً
- الكوليستيرول الكلي أكثر من ٨ مليمول/ لتر
- داء السكري غير الخاضع للسيطرة الجيدة رغم تعاطي الجرعة العسوى من الميتفورمين مع السولفونيلوريا أو بدونه
- داء السكري مع العدوى الحادة و/ أو قرح القدم
- داء السكري مع تدهور حديث في النظر أو دون فحص العينين خلال عامين
- مخاطر قلبية وعائية شديدة

الإحالة اذهب إلى الإجراء ٥

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتد- الوقاية من النوبات القلبية والسكتات وأمراض الكلى من خلال الت-

الإجراء ٥ إسداء المشورة للجميع وعالج على النحو المبين أدناه

<ul style="list-style-type: none"> ■ قدم المشورة حول النظام الغذائي والنشاط البدني والتوقف عن التدخ- ■ إذا كانت نسبة المخاطر تقل عن ١٠٪ تابع بعد ١٢ شهراً ■ إذا بلغت نسبة المخاطر من ١٠٪ إلى أقل من ٢٠٪ تابع كل ٣ أشهر 	<p>نسبة المخاطر أقل من ٢٠٪</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ قدم المشورة حول النظام الغذائي والنشاط البدني والتوقف عن التدخ- ■ ضغط ٩٠/١٤٠ مليمتر زئبق أو أكثر مستديم انظر في إعطاء الأدوية ■ تابع كل ٣ إلى ٦ أشهر 	<p>نسبة المخاطر ٢٠٪</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ قدم المشورة حول النظام الغذائي والنشاط البدني والتوقف عن التدخ- ■ ضغط ٨٠/١٣٠ أو أكثر مستديم انظر في إعطاء الأدوية (انظر أدناه ■ أعط ستاتين ■ تابع كل ٣ أشهر، إن لم تتراجع المخاطر القلبية الوعائية بعد ستة أشهر 	<p>إلى أقل من ٣٠٪</p>
<p>انظر في العلاج بالأدوية للفئات التالية</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ جميع المرضى المعروف إصابتهم بداء السكري والأمراض القلبية الو- ■ عضل القلب أو النوبة الإقفارية العابرة أو الأمراض الدماغية الوعائية ■ ينبغي استمرار العلاج الموصوف واعتبار نسبة المخاطر أكثر من ٣٠ ■ المصابون البيلة الألبومينية، اعتلال الشبكية، تضخم البطين الأيسر ■ جميع المصابين بفرط ضغط الدم المستدام البالغ ١٦٠/١٠٠ مليمتر ■ جميع المرضى ممن يبلغ الكوليستيرول الكلي لديهم ٨ مليمول/ لتر (٢٠ 	<p>نقاط الممارسة الهامة</p>
<p>**الأدوية الخافضة لضغط الدم</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ إذا كان المريض دون الخامسة والخمسين من العمر إعطاء جرعة ص- ■ إذا كان المريض فوق الخامسة والخمسين من العمر إعطاء محصرات ■ إذا كان المريض لا يتحمل مُثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين و ■ الثيازيدات المدرة للبول و/ أو محصرات قنوات الكالسيوم طويلة المفع- ■ لدواعي الاستعمال الملحة بغض النظر عن الجنس/ الإثنية ■ اختبار كرياتينين وبوتاسيوم مصل الدم قبل وصف مُثبط الإنزيم الم- 	

خلاات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ١

دبير العلاجي لداء السكري وفرط ضغط الدم (أفضل الخيارات)

إجراءات إضافية للمصابين بداء السكري:

- أعط خافضات ضغط الدم للمرضى ممن يبلغ ضغط الدم لديهم ١٣٠ / ٨٠ ملميمتر زئبق أو أكثر
- أعط ستاتين لجميع مرضى داء السكري من النمط الثاني البالغين من العمر ٤٠ عاماً أو أكثر.
- أعط ميتفورمين لداء السكري من النمط الثاني إن لم يكن مضبوطاً من خلال النظام الغذائي فقط (سكر الدم على الريق أكثر من ٧ مليمول/ لتر، وفي عدم وجود قصور كلوي أو أمراض كبد أو نقص تأكسج الدم.
- اضبط جرعة الميتفورمين لاستهداف قيمة الغلوكوز
- أعط سولفونيلوريا للمرضى الذين لديهم موانع استعمال الميتفورمين أو في حال عدم نجاح الميتفورمين في تحسين ضبط سكر الدم.
- قدم التوعية الصحية للمرضى بشأن النظافة الصحية للقدمين وتقليم الأظافر وعلاج الثغفات والأحذية المناسبة، وقيم تعرض الأقدام لخطر القرع باستخدام أساليب بسيطة (الفحص، الإحساس بوخز الإبر)
- يوصى بناهضات الإنزيم محول الأنجيوتنسين و/ أو جرعات صغيرة من الثيازيدات كخط علاج أول لفرط ضغط الدم. لا يوصى باستعمال حاصرات بيتا كدبير علاجي أولي ولكن يمكن استخدامها في حال وجود موانع لاستعمال الثيازيدات أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين.
- تابع كل ٣ أشهر

تين وتجنب الاستعمال الضار للكحول

حتى تحقيق النتائج المستهدفة ثم تابع كل ٦ إلى ٩ أشهر

تين وتجنب الاستعمال الضار للكحول
(انظر أدناه **أدوية خافضة لضغط الدم)

تين وتجنب الاستعمال الضار للكحول
(**أدوية خافضة لضغط الدم)

ر من المتابعة أحل إلى المستوى التالي

عائية (أمراض القلب التاجية أو احتشاء
ة أو أمراض الأوعية المحيطة)، أمراض الكلى. إذا كانت الحالة مستقرة
%

زئبق أو أكثر؛ العلاج بخافضات ضغط الدم
٣ م مليغرام/ديسيلتر) أو أكثر؛ إسداء المشورة حول نمط المعيشة وستاتينات

غيرية من الثيازيد المدر للبول و/ أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين
ت قنوات الكالسيوم و/ أو جرعات صغيرة من الثيازيد المدر للبول
ي بالنسبة للنساء في سن الإنجاب انظر في إعطاء إحدى ناهضات بيتا
محل أنسب كعلاج مبدئي لبعض المجموعات الإثنية. وينبغي وصف الأدوية

محول للأنجيوتنسين

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتد- الوقاية من النوبات القلبية والسكتات وأمراض الكلى من خلال الت-

نصائح للمرضى وأسرتهم

- تجنب ملح الطعام وقلل من استهلاكك للأغذية المملحة مثل المخللات والسّمك المملح والوجبات
- اخضع لاختبار مستوى سكر الدم وضغط الدم والبول بانتظام

النصائح الخاصة بداء السكري

- نصح المرضى الذين يعانون من فرط الوزن بخفض أوزانهم عن طريق الحد من كميات الطعام التي ي
- نصح جميع المرضى بتفضيل الأغذية ذات المؤشر الغلايسيمي المنخفض (الفاصوليا والعدس والشو
- إذا كنت تتعاطى أدوية داء السكري التي قد تسبب تراجع سكر الدم إلى مستوى شديد الانخفاض فاح
- إذا كنت مصاباً بداء السكري ينبغي عليك الخضوع لفحص العينين للكشف عن أمراض العينين (اء
- وفقاً لما ينصح به الأخصائي.
- تجنب المشي حافي القدمين أو بدون جوارب
- اغسل القدمين بماء فاتر وجففهما جيداً ولاسيما ما بين الأصابع
- لا تقطع الثغرات أو المسامير، ولا تستخدم العوامل الكيميائية لعلاجها
- افحص قدميك كل يوم وإذا اكتشفت مشكلة أو أذى اذهب إلى العامل الصحي الذي تتبعه

الزيارة الأولى

كرر

- اسأل عن: الأعراض الجديدة، الامتثال للنصائح بشأن استعمال التبغ والكحول والنشاط البدني والنظا
- الإجراء ٢ قيم (الفحص الطبي)
- الإجراء ٣ قيم المخاطر القلبية الوعائية
- الإجراء ٤ أحل المريض عند الضرورة
- الإجراء ٥ قدم المشورة للجميع وعالج على النحو المبين في البروتوكول

الزيارة الثانية

خلالات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ١ دبير العلاجي لداء السكري وفرط ضغط الدم (أفضل الخيارات)

السريعة والأغذية المجهزة والأغذية المحفوظة ومكعبات المرق

تناولونها.

فان والفواكه غير المحلاة) كمصدر للكربوهيدرات في نظامهم الغذائي.

حمل باستمرار السكر أو الحلوى معك

اعتلال الشبكية السكري) بمعرفة أخصائي العيون عند تشخيص المرض ثم كل عامين بعد ذلك، أو

م الغذائي والأدوية وما إلى ذلك

مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات التوعوية الصحية وإسداء المشورة حول

علم المريض

- المداومة على ممارسة النشاط البدني
- اتباع نظام غذائي صحي بالنسبة للقلب
- التوقف عن التدخين وتجنب الاستعمال الضار للكحول
- الحرص على زيارات المتابعة الطبية

داوم على ممارسة النشاط البدني اليومي

- زد من النشاط البدني على نحو تدريجي حتى تبلغ المستويات المتوسطة (مثل المشي السريع)؛ لمدة لا تقل عن ٣٠ دقيقة يومياً خمسة أيام أسبوعياً
- تحكم في وزنك وتجنب زيادة الوزن بأن تحد من تناول الأغذية ذات السعرات الحرارية المرتفعة وبأن تمارس القدر الكافي من النشاط البدني

توقف عن التدخين وتجنب الاستعمال الضار للكحول

- شجع جميع غير المدخنين على عدم بدء التدخين
- انصح جميع المدخنين بالتوقف عن التدخين وادعم جهودهم في سبيل تحقيق ذلك
- ينبغي نصح الأشخاص الذين يستعملون أنواع التبغ الأخرى بالتوقف عن ذلك
- ينبغي التشجيع على الامتناع عن تناول الكحول
- ينبغي عدم نصح الأشخاص بالبدء في تناول الكحول لأسباب صحية
- انصح المرضى بعدم استعمال الكحول عندما تكون هناك مخاطر إضافية مثل ما يلي:
 - القيادة أو تشغيل الآلات
 - الحمل والإرضاع
 - تناول الأدوية التي تتفاعل مع الكحول
 - الإصابة بحالات طبية يؤدي تناول الكحول إلى تفاقمها
 - صعوبة السيطرة على عادة شرب الكحول

ت الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٢ السلوك الصحي (يطبق على الجميع)

اتبع نظاماً غذائياً صحياً بالنسبة للقلب

الملح (صوديوم كورايد)

- اقتصر على أقل من ٥ غرامات (ملعقة شاي) يومياً
- قلل الملح عند الطبخ، وحد من تناول الأغذية المجهزة والوجبات السريعة

الفاكهة والخضر

- خمس حصص (٤٠٠-٥٠٠ غرام) من الفاكهة والخضر يومياً
- الحصة الواحدة تعادل ثمرة برتقال أو تفاح أو مانجو أو موز واحدة أو ٣ ملاعق شاي من الخضروات المطبوخة

الأطعمة الدهنية

- تناول كمية محدودة من اللحوم الدهنية ودهون الألبان وزيت الطهي (أقل من ملعقتي أكل يومياً)
- استعمل زيت الزيتون أو الصويا أو الذرة أو السلجم أو العصفر بدلاً من زيت النخيل وزيت جوز الهند
- تناول لحوم الدجاج بدلاً من اللحوم الأخرى (بدون الجلد)

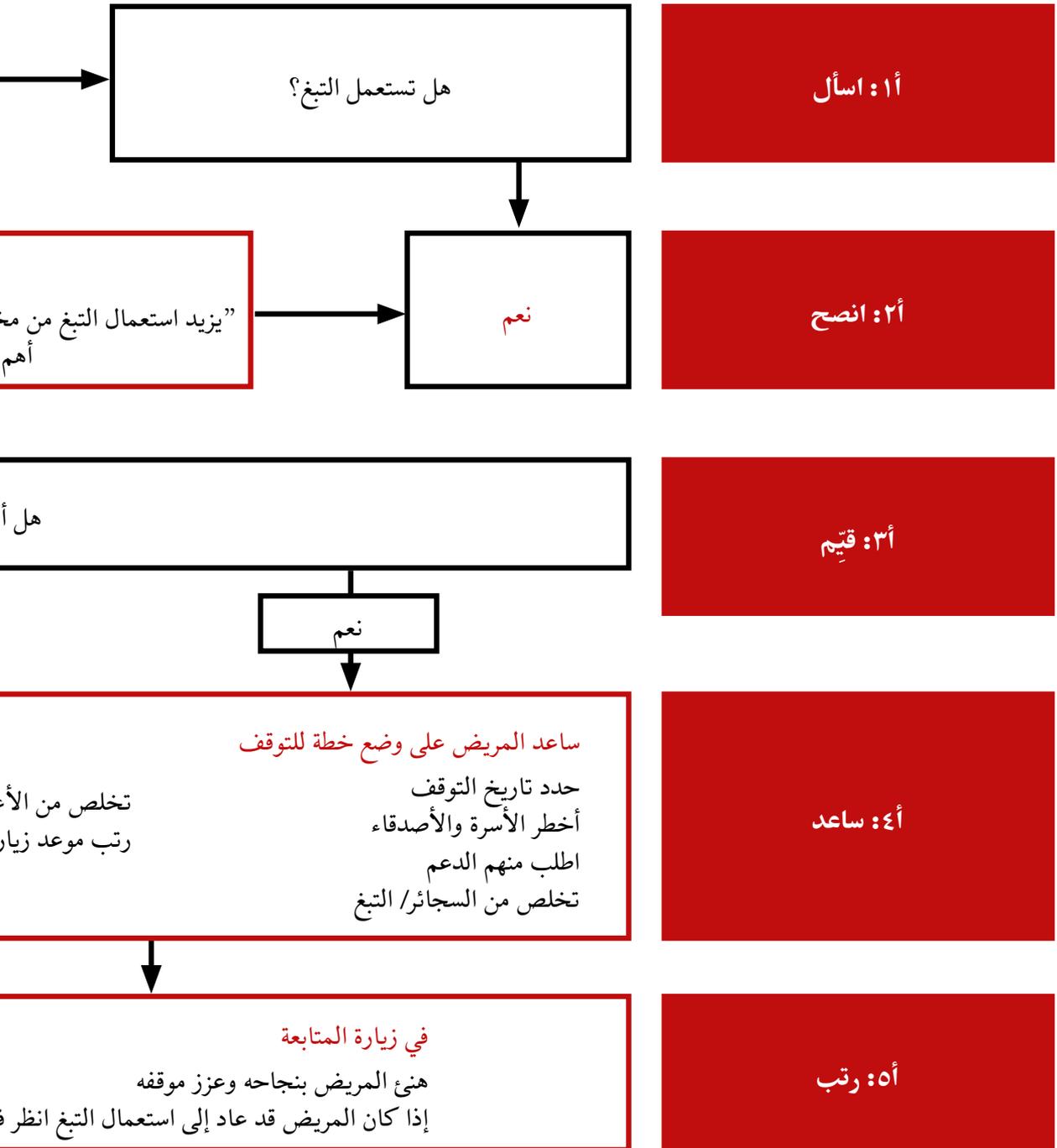
السّمك

- تناول السمك ٣ مرات على الأقل أسبوعياً، وتفضل الأسماك الدهنية من

الامتثال للعلاج

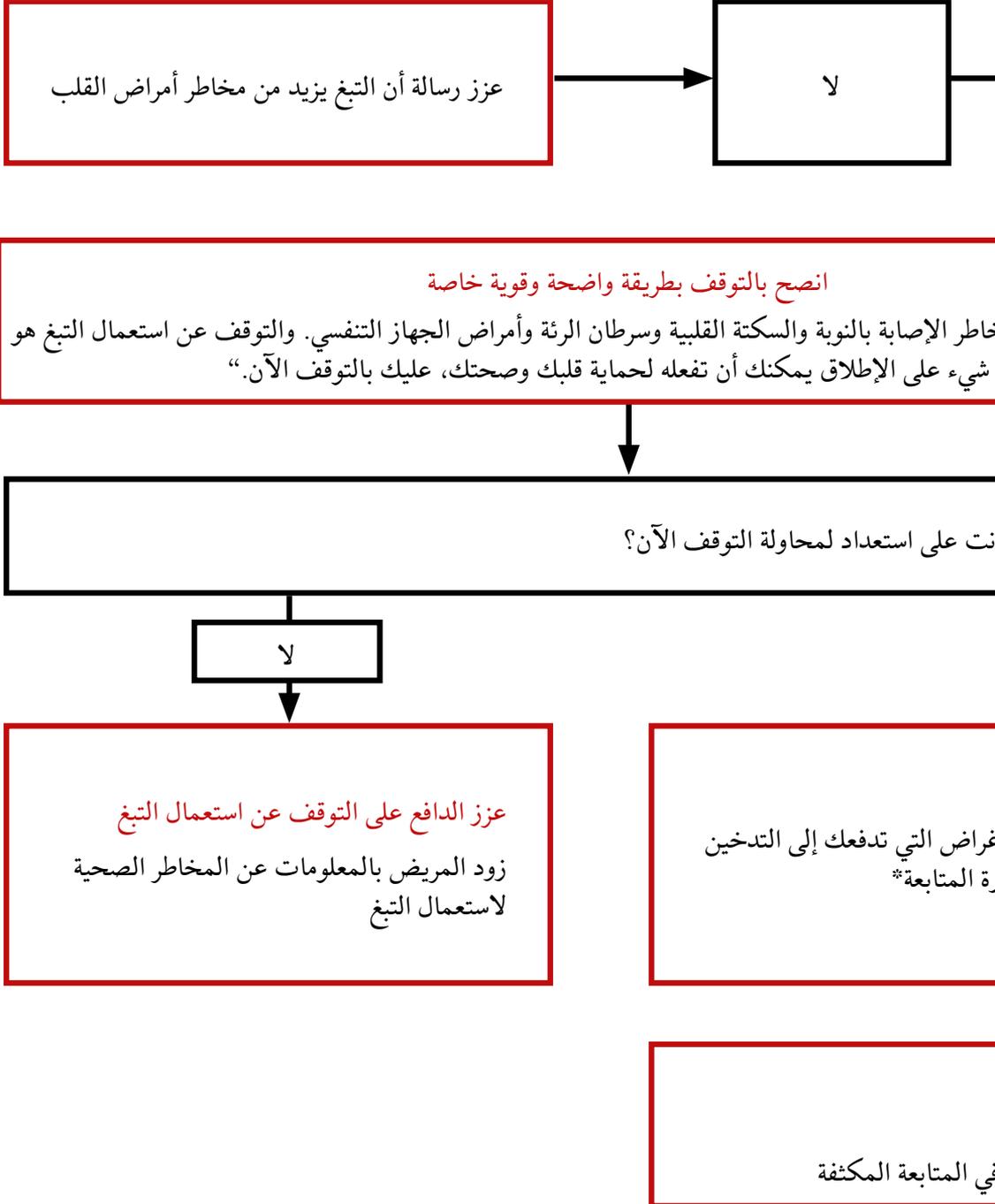
- إذا كان المريض قد وُصف له الدواء/ الأدوية:
- علم المريض كيفية تناوله في المنزل
- اشرح الفارق بين أدوية السيطرة طويلة الأجل (مثل ضغط الدم) وأدوية التهدئة السريعة (مثل تلك التي تعالج الأزيز)
- اخبر المريض عن سبب وصف الدواء/ الأدوية له
- وضح للمريض الجرعة المناسبة
- وضح كم مرة يومياً ينبغي على المريض تناول الأدوية
- ضع التوسيم المناسب على الأقراص وغلفها
- تأكد من فهم المريض قبل مغادرته لمركز الرعاية الصحية
- وضح أهمية كل مما يلي:
- الاحتفاظ بالإمدادات الكافية من الأدوية
- ضرورة تعاطي الأدوية بانتظام وفقاً لمشورة الطبيب حتى في عدم وجود الأعراض

مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات التوعوية الصحية وإسداء المشورة حول السلوك الك



*حيذا لو كانت الزيارة الثانية للمتابعة خلال الشهر نفسه ثم تكون الزيارات بعد ذلك شهرياً

الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٢ صحي؛ المشورة حول التوقف عن استعمال التبغ





بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدبير

١-٣ التدبير

٢-٣ التدبير العلاجي لداء

الربو وداء الانسداد الرئوي المزمن كلاهما

أسأل

السمات التالية تجعل تشخيص داء الانسداد الرئوي المزمن أرجح

- وجود تشخيص سابق لداء الانسداد الرئوي المزمن؛
- وجود تاريخ من التدخين الكثيف، أكثر من ٢٠ سيجارة في اليوم لأكثر من ١٥ عام
- وجود تاريخ من التعرض الممتد لاحتراق الوقود الأحفوري في مكان مغلق، أو التعرض الشديد للأتربة في مكان العمل؛
- بدء الأعراض في منتصف العمر أو بعد ذلك (عادة بعد سن الأربعين)؛
- تسوء الأعراض تدريجياً على مدى فترة طويلة من الزمن.
- وجود تاريخ طويل من السعال اليومي أو شديد التواتر وإفراز البلغم
- يبدأ عادة قبل ضيق النفس؛
- استدامة الأعراض وعدم وجود اختلاف كبير يوم بعد يوم.

شخص

قس ذروة التدفق الزفيري

- أعطِ نشقتين سالبوتامول ثم أعد القياس
- إن تحسنت ذروة التدفق الزفيري بنسبة ٠
- أما في حالة ضعف الاستجابة يصبح تشخيص

اختبر

المرجع: منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية للرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد، التدبير العلاجي للربو وداء الانسداد الرئوي المزمن. ٢٠١٢

خلالات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٣ لعلاجي للربو الانسداد الرئوي المزمن)

ينطوي على السعال و/ أو صعوبة التنفس و/ أو ضيق الصدر و/ أو الأزيز

السمات التالية تجعل تشخيص الربو أرجح

- وجود تشخيص سابق للربو
- بدء الأعراض منذ الطفولة أو في وقت مبكر بعد البلوغ؛
- وجود تاريخ حُمى الكَلأ و/ أو الإكزيما و/ أو الأرجيات؛
- الظهور المتقطع للأعراض مع وجود فترات غياب الأعراض؛
- اشتداد الأعراض عادة أثناء الليل أو الساعات المبكرة من الصباح؛
- حدوث الأعراض نتيجة للعدوى التنفسية أو النشاط البدني أو تغيُّر الجو أو الضغط العصبي؛
- استجابة الأعراض للسالبوتامول

بعد ١٥ دقيقة

٢٠٪ يصبح تشخيص الربو أكثر احتمالاً
فيص داء الانسداد الرئوي المزمن أكثر احتمالاً

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخل التدبير العلا

هل الربو تحت السيطرة أم غير مسيطر عليه؟

اسأل

تعد السيطرة على الربو جيدة إذا تحقق ما يلي:

- حدوث أعراض الربو أثناء النهار واستعمال ناهضات بيتا المستنشقة مرتين أسبوعياً أو
- حدوث أعراض الربو أثناء الليل مرتين شهرياً أو أقل؛
- الأعراض لا تحد من الأنشطة اليومية أو تحد منها بقدر بسيط؛
- لم تحدث سورات وخيمة (تتطلب الكورتيكوستيرويدات المجموعية و/أو دخول المستشفى)
- ذروة التدفق الزفيري (إن توفرت) تزيد على ٨٠٪ من المتوقع.

في حالة تجاوز أي من هذه العلامات تُعد حالة الربو لدى المريض غير مُسيطر على

زيادة العلاج أو الحد منه وفقاً لمدى السيطرة على الربو وباستخدام النهج

عالج

الخطوة - 1 سالبوتامول مُستنشق عند اللزوم

الخطوة - 2 سالبوتامول مُستنشق عند اللزوم إضافة إلى جرعة صغيرة من البكلوميثازون

الخطوة - 3 تكرار الخطوة 2 مع إعطاء جرعات أكبر من البكلوميثازون المُستنشق بمقد

الخطوة - 4 إضافة جرعة صغيرة من الثيوفيلين الفموي إلى علاج الخطوة 3 (بافتراض

الخطوة - 5 إضافة البردنيذولون الفموي في أقل جرعة ممكنة للسيطرة على الأعراض (

تحقق في كل خطوة من امتثال المريض للعلاج وراقب تقنية استخدامه للمنشقة.

استعراض مدى السيطرة على الربو كل ٣-٦ أشهر أو أقل من ذلك عند تغير

أحل

إحالة المريض إلى المشورة المتخصصة:

- عندما تظل السيطرة على الربو ضعيفة؛
- عندما يكون تشخيص الربو غير أكيد؛
- عندما يكون تناول البردنيذولون الفموي بانتظام مطلوباً للحفاظ على السيطرة.

مبادئ العلاج الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٣ - ١ الربو

أقل؛

مستشفى) خلال الشهر الأخير؛

بيها.

التدريجي الموضح أدناه

المستنشق، بدءاً من 100 ميكروغرام مرتين يومياً للبالغين، و100 ميكروغرام مرة أو مرتين يومياً للأطفال؛
200 ميكروغرام أو 400 ميكروغرام مرتين يومياً؛
عدم توفر ناهضات بيتا وناهضات لوكوترين طويلة المفعول)
غالباً ما تقل الجرعة عن 10 مليغرامات يومياً)

مبدأ العلاج أو عدم السيطرة الجيدة على الربو.

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخل التدبير العلاجي

قيم مدى الوخامة

قيم

وخيمة

- ذروة التدفق الشهقي ٣٣٪ - ٥٠٪ من القياس الأفضل أو المتوقع.
- معدل التنفس يزيد على ٢٥ نفس/ دقيقة في البالغين).
- معدل ضربات القلب يبلغ ١١٠ ضربة/ دقيقة أو أكثر (في البالغين).
- عدم القدرة على استكمال الجملة في نفس واحد.

خط العلاج الأول

علاج

- ٣٠ إلى ٤٠ مليغرام بردينزولون لمدة خمسة أيام للكبار و ١ مليغرام للكيلوغرام الواحد أيام للأطفال، أو لمدة أطول عند الضرورة وحتى تمام الشفاء؛
 - جرعات كبيرة من السالبتامول باستخدام منشقة مقننة الجرعة ومفساح (أربع نشقات دقيقة لمدة ساعة على سبيل المثال) أو باستخدام رذاذ؛
 - الأكسجين إن توفر وكانت نسبة تشبع الدم بالأكسجين منخفضة (أقل من ٩٠٪).
- إعادة التقييم على فترات وفقاً لمدى الوخامة.

الربو - نصائح للمرضى وأسرهم

انصح

فيما يتعلق بالوقاية:

- تجنب دخان السجائر والعوامل المسببة لأزمات الربو إن كانت معروفة؛
- تجنب الغرف المليئة بالغبار والدخان؛
- تجنب المهن التي تشتمل على عوامل قادرة على التسبب في الربو المهني؛
- الحد من الغبار على قدر الإمكان باستخدام قطعة قماش رطبة لتنظيف الأثاث، ورش الأرضيات بالماء قبل الكنس، وتنظيف ريش المراوح بانتظام، والحد من وجود العمد المصنوعة من القماش في مكان النوم؛
- وقد يكون من المفيد إبادة الصراصير من المنزل (في عدم وجود المريض) ونفض الـ والوسادات والأغطية وما إلى ذلك وتعرضها إلى أشعة الشمس.

ملات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٣ - ١ لسورات الربو

شديدة الوخامة

تغير مستوى الوعي، والإنهاك، واضطراب النظم، وانخفاض ضغط الدم، والزراق، والصدر الصامت، وضعف الجهد التنفسي.
■ مستوى تشبع الدم بالأكسجين أقل من ٩٢٪.

خط العلاج الثاني

ينظر في استخدامه في حالة عدم استجابة المريض لخط العلاج الأول

- زيادة تواتر الجرعات باستخدام منشقة مقننة الجرعة ومفساح أو باستخدام رذاذ، أو إعطاء سالبوتامول بالإرذاذ المستمر بمقدار ٥ إلى ١٠ مليغرامات في الساعة، إن توفرت الرذاذ المناسبة؛
- للأطفال يمكن إضافة الإبراتروبيوم المرذذ إلى السالبوتامول المرذذ، إن توفر.

لمدة ثلاثة

ت كل ٢٠

فيما يتعلق بالعلاج، ضمان أن المريض أو الوالد على دراية بما يلي:

- ما الذي ينبغي عمله إذا تفاقم الربو؛
- فوائد استخدام المنشقة مقارنة بالأقراص، ولم يُعد استخدام المفساح مفيداً؛
- أن الستيرويدات المستنشقة تستلزم عدة أيام أو حتى أسابيع لتحقيق كامل فعاليتها.

بروتوكول مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخين التدبير العلاجي لداء الا

قيم مدى الوخامة

قيم

متوسطة - في حالة ضيق النفس عند مزاوله النشاط العادي
وخيمة - في حالة ضيق النفس عند الراحة
قس ذروة التدفق الزفيري ونسبة تشبع الدم بالأكسجين إن أمكن.

عالج

- سالبوتامول مستنشق عند اللزوم، نشقتان بحد أقصى أربع مرات يومياً؛
- إذا كانت الأعراض مازالت مزعجة، انظر في إعطاء ثيوفيلين فموي بجرعة صغيرة؛
- إن توفرت منشقات الإبراتروبيوم يمكن استخدامها بدلاً من السالبوتامول أو إضافة إليها

انصح

داء الانسداد الرئوي المزمن - نصائح للمرضى وأسرهم

- تأكد من إدراكهم أن التدخين وتلوث الهواء الداخلي يمثلان عاملي الخطر الرئيسيين بال
- الحفاظ على التهوية الجيدة في أماكن طهي الطعام عن طريق فتح النوافذ والأبواب؛
- استخدام الخشب والفحم في الطبخ خارج المنزل إن أمكن، أو تشييد فرن مزود بمدخ
- التوقف عن العمل في مناطق العمل التي ينتج عنها الغبار أو تلوث الهواء الشديد، وقد

التدبير العلاجي لسورة داء

عالج

- ينبغي إعطاء المضادات الحيوية في جميع السورات؛
- في حالة السورات الوخيمة أعط من ٣٠ إلى ٤٠ مليغرام بردنيزولون لمدة سبعة أيام تق
- أعط جرعة كبيرة من السالبوتامول المستنشق بواسطة منشفة مقننة الجرعة مزودة بمفس
- في حالة توفر الأكسجين ينبغي إعطاؤه بواسطة قناع يحد من نسبة تركيزه لتكون ٢٤

الأساسية بشأن الأمراض غير السارية ٣ - ٢ انسداد الرئوي المزمن

ولكنها أعلى ثمناً.

نسبة لداء الانسداد الرئوي المزمن، ولذا فعلى المصابين بهذا المرض التوقف عن التدخين وتجنب الغبار ودخان التبغ؛
منه لطرده الدخان إلى الخارج في المطبخ؛
يكون من المفيد استعمال قناع على أن يكون تصميمه مناسباً وأن يكفل الحماية الكافية للتنفس.

الانسداد الرئوي المزمن

تريباً؛
ساح (أربع نشقات كل ٢٠ دقيقة لمدة ساعة على سبيل المثال) أو باستخدام رذاذ؛
أو ٢٨٪.

الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: المبادئ التوجيهية للرعاية الصحية الأولية في ظروف شح الموارد

لم نحتاج إلى هذه المبادئ التوجيهية؟

- تصيب الأمراض غير السارية الفقراء كما تصيب الأغنياء.
- وتعمّق الإصابة بالسكتات والنوبات القلبية ومضاعفات السكري وأمراض الرئة المزمنة أوضاع الفقر نتيجة للنفقات الصحية الباهظة ولفقدان فرص العمل المدر للدخل. وقد يؤدي الاكتشاف والعلاج المبكران إلى تجنب مضاعفات الأمراض غير السارية هذه.
- وتعدّ التغطية الشاملة ضرورية بالنسبة للتدخلات الأساسية الخاصة بالأمراض السارية التي يمكن تقديمها من خلال الرعاية الصحية الأولية حتى في ظروف شح الموارد.
- وتسهل هذه المبادئ التوجيهية والأدوات القائمة على البيّنات تطبيق مجموعة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الأساسية بشأن الأمراض غير السارية وأفضل الخيارات لمنظمة الصحة العالمية.



ISBN 978 92 4 654839 2



9 789246 548392

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/