

الوجيز في طب العائلة

الوجيز في

طب العائلة

FAMILY MEDICINE

إعداد الدكتور

عماد محمد زوكار

دار القدس للعلوم الطبعة العربية الأولى ٢٠٠٧

الحقوق

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد:

فيسعدنا أن نقدم للقارئ الكريم هذه السلسلة الجديدة التي أسميناها (سلسلة الوجيز)، وهي سلسلة تتناول المواضيع السريرية بشكل مختصر مفيد دون الغوص بالتفاصيل.

إن الهدف الرئيس من هذه السلسلة هو تأمين مصدر سريع للمعلومات الطبية يستطيع الطالب من خلاله إجراء مراجعة سريعة لكم كبير من المعلومات خلال فترة قصيرة وتذكر النقاط الرئيسة لكل موضوع، وقد ابتعدت هذه السلسلة عن الكثير من المعلومات المفصلة التي توجد عادة في أمهات الكتب والتي يجب على القارئ الرجوع إليها للمزيد من التفاصيل.

تم تصنيف المعلومات في هذه السلسلة بطريقة مبسطة وسهلة واعتمد على تنسيق المعلومات ضمن فقرات صغيرة يسهل معها تذكر الموضوع.

إن سلسلة الوجيز تتناول مختلف مواضيع الطب الباطني وطب الأطفال والتوليد وأمراض النساء والجراحة وسيتم ترجمتها وإعدادها تبعاً.

نرجو أن نكون بعملمنا هذا قد خطونا خطوة أخرى نحو بناء مكتبة طبية عربية تساعد طلاب الطب والأطباء ونأمل أن يجد القارئ الكريم المتعة والفائدة في هذه السلسلة.

والله ولي التوفيق

د. عماد زوكار

مقدمة الناشر

الحمد لله رب العالمين وأفضل الصلاة والتسليم على محمد خير نبي أرسل للعالمين

وبعد:

انطلاقاً من سعينا المتواصل في دار القدس للعلوم لإغناء المكتبة الطبية العربية فيها

نحن نقدم هذا الجزء من سلسلة كتب الوجيز وهو:

الوجيز في طب العائلة

وهذا الكتاب يعطي مراجعة سريعة للمعلومات الطبية في طب العائلة تخدم

الطبيب وطالب الطب.

نرجو أن نكون قد وفقنا في عملنا هذا ونأمل أن يجد القارئ الكريم الفائدة

المرجوة.

ونقدم الشكر الجزيل والثناء للدكتور عماد زوكار ولكل من ساهم في إعداد هذا

العمل.

والله ولي التوفيق

د. محمود طلوزي

رئيس القسم الطبي

والمدير العام لدار القدس للعلوم

١. يجب أن يكون طبيب العائلة طبيباً ماهراً:
مهماً في تشخيص وتدبير الأمراض الشائعة عند الأشخاص الذين يخدمهم.
أهمية التشخيص والكشف الباكرين للأمراض الخطيرة المهددة للحياة التي تتظاهر وتبدو كأمراض طفيفة أو محددة لذاتها.
كفواً في الأسلوب السريري المركز على المريض.
٢. إن العلاقة بين الطبيب والمريض أساسية لدور طبيب العائلة:
متعلقة بالشخص أكثر من مجرد العناية بالمرض.
متعلقة باستمرارية العناية بالمريض.
تركز على مشاعر المريض وتوقعاته، ومخاوفه.
٣. إن طب العائلة فرع من العلم يتعلق بالمجتمع:
يتطلب معرفة جيدة لمدى واسع من الخدمات في المجتمع وطريقة الوصول إليها.
يجب أن يستجيب للمتطلبات المتغيرة وأن يتكيف مع الظروف المتبلة.
يتعاون مع الجهات الأخرى كعضو في فريق أو كقائد لها.
٤. إن طبيب العائلة يعتبر مصدراً للمرضى الذين يعتني بهم:
يلعب دوراً كمصدر للعناية الصحية، يصون صحة الأفراد المعني بهم.
يوجه توجيهاً ذاتياً المعرفة الطبية التي تؤم مدى الحياة.
يدافع عن السياسة العامة لتعزيز الصحة.

- هو دليل لاستكشاف مشاكل المريض الذي يسمح للأطباء والمرضى أن يحددوا المشاكل وأن يقرروا طريقة التبني السوية.
- يأخذ بعين الاعتبار مهام كل من الطبيب والمريض ويعد لهما أرضية مشتركة:
مهام الطبيب: القصة المرضية، الفحص السريري، الاستقصاءات.
مهام المريض: FIFE = مشاعره، أفكاره، وظيفته، توقعاته.
يطور فرضيات عاملة ويتفهم خبرة المريض بالمرض.

- إن تعزيز الصحة هو الاستراتيجية الوقائية الأكثر فعالية.
- يمكن تجنب ضياع ٤٠-٧٠% من الحياة الإنتاجية التي تفقد سنوياً.

السيطرة على التغذية / الوزن:

NUTRITION/WEIGHT CONTROL :

الوبائيات:

- ٢٥-٣٠% من الأشخاص بدينون، ٣/١ منهم يأكلون بنهم.
- ٤٠-٥٠% من الأشخاص لديهم زيادة في الكوليسترول.
- ١٠-١٥% فقط من الأشخاص يستهلكون > ٣٠% شحوم.

التشخيص:

- القصة المرضية الكاملة المتعلقة بالقوت: التي تشمل المحاولات السابقة لإنقاص الوزن، النجاحات، العقبات، الأهداف.

□ تقييم مؤشر كتلة الجسم (BMI) = كغ/م^٢:

- المدى الطبيعي: ٢٠.٧ - ٢٧.٨ للرجال، ٢٠.١ - ٢٧.٣ للنساء.
- مفرط الوزن ٢٠-٣٠%: ٢٧.٨-٣١.١ للرجال، ٢٧.٣-٣٢.٣ للنساء.
- بدن بشكل معتدل: ٣١.١-٤٥.٤ للرجال، ٣٢.٣-٤٤.٨ للنساء.
- بدن بشكل مرضي: < ٤٥.٤ للرجال، < ٤٤.٨ للنساء.

□ تقييم الصورة الذاتية للمريض:

- هل يشعر المريض بأنه مفرط الوزن، ناقص الوزن، أو طبيعي؟
- هل يشعر المريض أن وزنه يتعارض مع صحته؟ مع نشاطاته؟
- إجراء مسح عن اضطرابات الأكل.

□ القصة المرضية الشخصية/ العائلية للبدانة/ اضطرابات التغذية:

للبدانة مكون وراثي قوي.

- استعراض الأجهزة: يشمل ذلك عادات النوم، فواصل انقطاع النفس، الأدوية التي تباع دون وصفة OTC (مثال: الميلينات).

□ الفحص السريري:

- يوجه نحو الموجودات الإيجابية وثيقة الصلة بالموضوع المستخلصة من استعراض الأجهزة.
- السعة التنفسية.

المفاصل المتحملة للوزن.

□ الاستقصاءات (متروكة للتقدير):

بروفيل الشحوم بعد الصيام.

دراسة النوم.
اختبار تحمل الجهد.

التدبير:

□ النجاح في تدبير السيطرة على الوزن هو فقدان ٥٠% على الأقل من الوزن الزائد والمحافظة على ذلك خلال سنة واحدة.

□ ناقش المشاكل المتعلقة بالتغذية:

مرض القلب، البدانة، فرط التوتر الشرياني، هشاشة العظام، فقر الدم، نخر الأسنان، السرطان، الاضطرابات المعوية المعوية، النقص التنفسي، ارتفاع الشحوم، السكري، انقطاع النفس أثناء النوم، التهاب العظم والمفاصل.

□ استعمل دليل الغذاء الكندي كدليل تعليمي.

□ استشر أخصائي الحماية (عندما يكون ذلك ممكناً): المحافظة على الوزن بوقت الشدة إذا كان الشخص حالياً ضمن المدى الصحي للوزن.

لا تشجع حميات الموضحة: إذ لا تترجى منها فوائد بعيدة المدى.

لا يوجد وزن مثالي، ولكن يوجد مدى للأوزان الصحية.

□ أساليب العلاج:

تعديل السلوك:

- فعال جداً، تأثيرات جانبية قليلة.
- التسجيلات اليومية للطعام المتناول (الأكل أبطأ وأقل كمية).
- تغيير البيئة، أساليب تحضير الطعام.. إلخ.
- فقدان حوالي ٠.٥ كغ/ أسبوع.
- المكافأة عند تحقيق المراد (لا يمكن أن يكون طعاماً).
- الإثبات الذاتي الإيجابي.

التمرين:

- يترافق مع المحافظة على الوزن المدى البعيد.
- ٢٠-٣٠ دقيقة، ٣ مرات بالأسبوع.

مجموعات الدعم:

- مثل Weight watchers.
- استخدام تعديل السلوك.
- معدلات انسحاب مرتفعة (تصل حتى ٨٠%).

الجراحة:

□ القصة المرضية الطبيعية:

البدانة مشكلة مزمنة، معندة على معظم العلاجات.
يكون المرضى الذين لديهم بدانة مركزية معرضين لزيادة خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية والداء السكري.
بعد ٥ سنوات، > ٣٠% من المرضى يحافظون على < ٢٥% من الوزن المفقود.

EXERCISE التمرين:

البيانات:

- ٢٥% يتدربون بشكل منتظم، ٥٠% يتدربون أحياناً، ويبقى ٢٥% خاملين.
- ثلث الكنديين يشاهدون التلفاز < ١٥ ساعة/أسبوع.
- يتناقص النشاط الفيزيائي اليومي مع تقدم العمر حتى الوصول لمرحلة منتصف الكهولة، ثم يزداد.

القصة المرضية:

- تقييم المستوى الحالي من اللياقة، والحافز وإمكانية إجراء التمارين.
- المسح الطبي.
- العمر.

المستوى السابق للنشاط.

الأدوية الحالية:

- تؤثر المدرات على مستويات البوتاسيوم.
- تزيد الأدوية ذات التأثير المضاد لفعل الكولين درجة حرارة الجسم.
- يمكن أن يسبب الأنسولين هبوط سكر الدم.

عوامل الخطورة القلبية الوعائية:

- تعداد دم كامل، سكر الدم، كولسترول، تحليل البول، اختبار الجهد.
- مضادات الاستطباب: احتشاء عضلة قلبية حديث، اضطرابات التوصيل.

التدبير:

□ التأكيد على فوائد التمارين:

- يزيد مستوى الطاقة والقوة والليونة.
- يحسن الوظائف القلبية الوعائية والاستقلابية.
- يزيد تحمل السكر.
- يزيد الشعور بالصحة الجيدة والقوة الجنسية.
- يحسن نوعية النوم.
- يقلل الاكتئاب/القلق.

□ نماذج التمرين:

نشاطات هوائية تشمل مجموعات العضلات الكبيرة لمدة ٢٠-٣٠ دقيقة ٣-٤ مرات بالأسبوع على الأقل بحيث تصل سرعة القلب ٦٠-٨٠% من المعدل الأعظمي (المعتمد على السن).
إن إجراء ٥-١٠ دقائق من تمارين التمطيط روتينياً تنقص الأذيات العضلية الهيكلية.

تدبير الشدة STRESS MANAGEMENT:

□ خطوات تدبير الشدة:

حدد مصادر الشدة:

- خطوة هامة جداً (اعمل قائمة).
- عدل البيئة/ الحوادث المؤدية لنقص الشدة.
- طور الاستراتيجيات التي تتغلب على الشدة.
- التقييم الراجع الحيوي، التأمل، التصور الذهني للذكريات، التنويم، التنفس الحجابي، الاسترخاء العضلي المترقي، العلاج النفسي.
- ركز على إنجازات الهدف المراد والعافية الشخصية.
- أعط تقيماً راجعاً إيجابياً ومكافآت.

التدخين SMOKING:

الوبائيات:

- أشيع سبب وحيث للموت يمكن الوقاية منه.
- مسؤول عن ٨٠% من سرطانات الرئة، COPD، المرض القلبي الوعائي.
- أعلى معدل لانتشار التدخين بين عمر ٢٥-٣٤ سنة.
- يدخن ١٥% من المدخنين < ٢٥ سيجارة/ اليوم.

القصة المرضية:

- عادات التدخين: الكمية، المدة، التواتر، الوقت من اليوم.
- الكسب من التدخين (مثال، فقد الوزن، نقص القلق، العلاقات الاجتماعية).
- المخاوف الشخصية حول التدخين والتخلي عنه.
- المكاسب المنظورة من التخلي عنه.
- الاهتمام بالتخلي عنه (سيتخلى الشخص عنه فقط إذا كان راغباً بذلك).
- المحاولات السابقة والنتائج.
- الحالة الطبية: السعال، ضيق النفس SOB، الربو، COPD، فرط التوتر الشرياني HTN.
- الحالة الاجتماعية: المدخنون الآخرون في العائلة/ الشبكة الاجتماعية.
- الاعتماد على النيكوتين:

الانهماك أو القهر في استعماله.
ضعف أو فقد السيطرة على استعماله.
استمرار استعماله رغم العقابيل السلبية.
التقليل من أهمية أو إنكار المشاكل المترافقة مع استعماله.

التدبير:

- لا بد من تحديد مكونين أساسيين هامين:
 - الإدمان الجسدي/ الكيميائي: أعراض الانسحاب (الارتعاشات، الهيجية).
 - العوامل الاعتيادية/ البيئية: مكونات نفسية، اجتماعية، وروحية.
- قدم النصيحة حول المخاطر الصحية.
- سرطان الرئة، مرض الشرايين الإكليلية، COPD، PUD، نقص وزن الولادة عند الرضع، الشيخوخة المبكرة، سرطانات الطريق الهضمي العلوي/ الطريق التنفسي، الإنتانات التنفسية.
- بعد تقييم عادات التدخين:
 - انصح كل مدخن بالتخلي عن التدخين في كل زيارة.
 - قيم مرحلة التغيير.
- حرّض المدخن على أن يحاول التخلي عن التدخين:
 - الفوائد: نقص الإنتانات التنفسية، زيادة تحمل الجهد/ زيادة الطاقة، زيادة الإحساس بحاسة الشم والنوق.
 - اطلب منه أن يحدد موعداً للتخلي عنه (حدد تاريخاً).
 - ساعد المدخن بالإقلاع عن التدخين.
 - استشارة الطبيب.
- الأمور المساعدة للذات:
 - أبعد صحون السجائر، والقذاحات، قم بزيادة الوجبات الخفيفة الغنية بالألياف، العلكة، قم بزيادة التمارين الهوائية، ومكافأة النفس.
 - رقعة النيكوتين/ علكة النيكوتين.
 - برامج سحب التدخين.
- كافي المدخن على الأهداف التي أنجزها:
 - ضع خطة للعلاقات والنشاطات الاجتماعية الجديدة لتجعل من الأسهل القيام بمحاولة جدية لتغيير السلوك.
 - المتابعة: حدد مواعيد ثابتة.
 - توقع حدوث مشاكل: زيادة الوزن، أعراض السحب.
 - تابع المراقبة/ الدعم.
 - لا تيأس إذا فشلت.

□ رفعة النيكوتين.

كمية من النيكوتين مستمرة منظمة ذاتياً.

تنقص أعراض التوق الشديد و/ أو السحب.

سوف لن تستبدل التأثيرات الفورية للتدخين أو العادة أو المتعة.

الاستجابات: الاعتماد على النيكوتين، وجود دافع قوي للإقلاع عن التدخين.

مضادات الاستطباب: التدخين بينما تكون الرقعة موضوعة، الحساسية، MI، CVA.

مضادات الاستطباب النسبية: الحمل.

مدة العلاج: ٤-١٢ أسبوع تكون كافية عادةً.

□ بوبرييون Bupropion (دواء مضاد للاكتئاب). (زيبان Zyban):

تمت الموافقة على استخدامه في كندا في آب ١٩٩٨.

يعمل على الطرق الدوبامينية (يكافى) والنورأدرينالينية (السحب).

مضادات الاستطباب: الاختلاج، الكحولية، اضطرابات الأكل، استعمال حديث للـ MAOI، حمل حالي،

يجب أن يستعمل بحذر في حال استعمال الـ SSRI (يحدث انخفاضاً في عتبة الاختلاجات).

تختلف الجرعة باختلاف الكمية التي يدخلها المرضى.

يتابع المريض التدخين في الأسبوع الأول للعلاج ثم يتوقف بشكل تام (يتم الوصول للمستويات العلاجية

خلال أسبوع واحد).

ينصح بالإقلاع عن تناول الكحول بسبب خطورة الوصول لمستويات سمية مع عسر وظيفة الكبد.

التأثيرات الجانبية: الصداع، الأرق، جفاف الفم، كسب الوزن.

السير الطبيعي:

□ تحدث معظم حالات النكس في السنة الأولى، يحاول معظم المدخنين الإقلاع أكثر من ٥ مرات قبل إيقاف

التدخين.

الكحول ALCOHOL:

الوبائيات:

□ ١٠-١٥% من مرضى طبيب العائلة يشربون الكحول لدرجة إحداث المشاكل.

□ أكثر من ٥٠٠٠٠٠٠ كندي معتمدون على الكحول.

□ ١٠% من كل الوفيات في كندا تتعلق بالكحول.

□ الكلفة الكلية < ٥ مليار دولار في كندا.

القصة المرضية:

□ DT FATAL، BUMP، HALT.

□ قيم بروفيل الشرب:

الظروف: الوقت، المكان، المناسبة.

الشبكة الاجتماعية: شركاء الشرب.

الاستهلاك: الكمية (في الشرب القياسي: ١٢ أونصة بيرة، ٥ أونصات خمر، أونصة واحدة روح الخمر Spirits، التواتر، المعدل، الكمية الأسبوعية، الاستهلاك الأعظمي في أي مناسبة وحيدة في الشهر الماضي.

الضغوط التي تجبره ليشرب: داخلية وخارجية.

النشاطات المرافقة: الرياضات، الحفلات.

التأثير على: العائلة، العمل، الوضع الاجتماعي.

□ أسئلة التقصي عن الإدمان على الكحول:

هل تظن أن لديك مشكلة الشرب؟

CAGE (الاستجابة +): الحساسية ٨٥%، النوعية ٨٩%.

استبيان CAGE:

C — الحاجة للتخفيض Cutdown؟

A — هل تنزعج من الانتقاد بسبب الشرب؟

G — هل تشعر بالنوب بسبب الشرب؟

E — هل تشرب صباحاً علناً؟

□ كن مدركاً للمشاكل الطبية المتعلقة بالكحول:

الهضمية: النزوف، السرطان الفموي المريئي، التهاب البنكرياس، المرض الكبد.

القلبية: اعتلال العضلة القلبية الكحولي.

العصبية: اعتلال الأعصاب المحيطية لكورساكوف/ فيرنيكه.

الدموية: فقر الدم، اعتلالات التخثر.

التدبير:

□ يبدي ٢٥-٣٠% من معاقري الخمر تحسناً عفويًا خلال سنة واحدة.

□ تحسنت نوعية الحياة عند ٦٠-٧٠% من الأشخاص الذين لديهم أعمال وعائلات بعد سنة واحدة من العلاج.

□ أسأل عن الخلفية الثقافية للمريض، التفضيل الجنسي، الحاجة للعناية بالطفل.

□ المخاطر الصحية الهامة تترافق مع شرب أكثر من ٢ أونصة/يوم (عند النساء) و < ٤ أونصات/يوم (عند

الرجال).

□ استراتيجيات العلاج:

التداخل الموجز الموجه بالطبيب للشاربين ذوي المشكلة:

□ مراجعة إرشادات الشرب الآمن.

- ▣ قارن الاستهلاك مع المعايير الكندية.
 - ▣ اشرح تأثيرات شرب الكحول على الصحة.
 - ▣ احصل على التزام المريض بهدف الشرب.
 - ▣ راجع الاستراتيجيات لتجنب حدوث الانسمام (مثال: تبادل المشروبات الكحولية مع أخرى غير كحولية، تجنب الشرب على معدة فارغة).
 - ▣ احتفظ بسجل يومي عن الاستهلاك الكحولي.
 - ▣ أطلب الـ GGT والـ MCV.
 - ▣ أجر متابعة منتظمة.
- حول لمعالجة إضافية في حال استمرار المشكلة:**

- ▣ مراكز العلاج المختصة.
- ▣ برامج العلاج الخارجي/ اليومي لأولئك الذين لديهم مشاكل مزمنة عسوية.
- ▣ برنامج المريض الداخلي إذا كان عسياً على العلاج الآخر.

دوائياً:

- ▣ الـ Disulfiram (Antabuse): يحصر انقلاب الـ Acetaldehyde إلى Acetic acid (الذي يؤدي للتوهج، الصداع، الغثيان، هبوط التوتر الشرياني، فرط التهوية، القلق).
- ▣ الـ Benzodiazepine، حاصرات β من أجل أعراض السحب.

علاج العائلة:

- ▣ ابحث عن إساءة معاملة الشريك الزوجي/ الطفل.
- ▣ الدعم: الـ Al-Anon, Al-A-Teen.

□ الإنذار:

- ▣ غالباً ما يحدث النكس ويجب ألا ينظر له على أنه فشل.
- ▣ راقب بانتظام ظهور علامات النكس (مثال: تفويت المواعيد، إيقاف العلاج).

الجنون (١): تمييز الشرب الإشكالي عن الاعتماد الشديد على الكحول.

الاعتماد على الكحول.	الشرب الإشكالي	المظهر السريري
غالباً.	لا.	أعراض السحب:
أكثر من ٦٠.	أكثر من ١٢.	الكمية المستهلكة أسبوعياً:
نادراً.	غالباً.	يشرب باعتدال (> ٤ يومياً):
شديدة غالباً.	غير موجودة أو خفيفة.	العقابين الاجتماعية:
شديدة غالباً.	غير موجودة أو خفيفة.	العقابين السريرية:
لا غالباً.	عادةً.	مستقر اجتماعياً:
نعم.	لا.	يهمل المسؤوليات الكبرى:

THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION

- تأسست اللجنة الكندية حول الرعاية الصحية الوقائية عام ١٩٧٦ ونشرت لأول مرة في عام ١٩٧٩.
- مراجعة الأدب الطبي بحثاً عن إمكانية الوقاية من الأمراض.
- تساعد على تطوير الإرشادات للممارسة السريرية.
- تدمج الإجراءات الوقائية الأولية والثانوية.
- التوصية الأكثر جدارة بالاهتمام هي إلغاء الفحص السريري السنوي. ليستبدل بالتقييمات الصحية الدورية (PHA).

هدف الPHE:

- الوقائية الأولية.
- تحديد عوامل الخطورة للمرض المزمن الشائع.
- اكتشاف المرض اللاعرضي (الوقائية الثانوية).
- نصيحة المرضى لتعزيز السلوك الصحي.
- تحديث المعلومات السريرية.
- تعزيز العلاقة بين المريض والطبيب.

الجنون (٢): تصنيف التوصيات.	
A	يوجد دليل جيد لدعم التوصية بأن تؤخذ الحالة/ المناورة بعين الاعتبار في الفحص الصحي الدوري.
B	يوجد دليل مناسب Fair لدعم التوصية بأن المناورة/ الحالة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في الفحص الصحي الدوري.
C	يوجد دليل ضعيف فيما يتعلق بتضمين أو استبعاد المناورة/ الحالة في الفحص الصحي الدوري، لكن يمكن أن تعتمد التوصيات على أوضاع أخرى.
D	يوجد دليل مناسب بدعم التوصية بأن تستبعد الحالة/ المناورة من الاعتبار في الفحص الصحي الدوري.
E	يوجد دليل جيد Good لدعم التوصية باستبعاد الحالة/ المناورة من الاعتبار في الفحص الصحي الدوري.

الولادة - لعمر ١٨ شهر.

* استشارة الوالدين:	* الأسباب الرئيسة لوفاتة:
القوت:	الشذوذات الخلقية.
الإرضاع الوالدي.	مرض القلب.
تناول الأغذية، خاصة الأطعمة الغنية بالحديد.	الأدوية (عدا حوادث السيارات).
منع الأذية:	ذات الرئة/ الانفلونزا.
أحزمة الأمان للطفل.	* المسح:
كاشف الدخان.	الطول والوزن.
درجة حرارة سخان الماء.	الخصاب والهيماتوكريت (مرة واحدة في سن
بوابة السلم الخارجي، حاميات الناقدة. سياج	الرضاعة).
حمام السباحة.	المجموعات عالية الخطورة:
تخزين الأدوية والمواد الكيميائية السامة.	السمع مع الاختبار الإجمالي وتحديد الأصوات.
رقم تليفون مؤسسات السيطرة على السموم.	TORCH، تشوه الرأس/ العنق، وزن الولادة >
* النسيجات والوقائية الكيميائية:	١٥٠٠ غ، فرط بيليروبين الدم، الاختناق الشديد
DTP و Hib في الشهور ٢، ٤، ٦، و ١٨.	ما حول الولادة).
MMR بعد السنة الأولى.	بصورة عامة:
خذ بعين الاعتبار التزويد بالفلور إذا كان هذا	اضطرابات التطور.
ضرورياً.	التشوهات العضلية الهيكلية.
لقاح الحمق خلال السنة الأولى يمكن أن يؤخذ	الاضطرابات القلبية.
	التشوهات البولية التناسلية.

الاضطرابات الاستقلابية.	بعين الاعتبار.
مشاكل الكلام.	*في الأسبوع الأول:
اضطرابات السلوك.	تأكد من أن الأمور التالية قد أجريت:
المشاكل العائلية.	الصادات الحيوية العينية.
سوء الترصيف العيني.	الرحلان الكهربائي للخضاب.
نخر الأسنان.	TSH/T ₄ .
علامات سوء معاملة الطفل أو إهماله.	الفينيل ألانين.
	اختبار كلور العرق في حال وجود قصة للداء الليفي الكيسي.

العمر ٢-٦ سنوات	
* الأسباب الرئيسة لوفمة:	* استشارة المريض والوالدين:
الأذيات (غير حوادث السيارات).	القوت والتمرين:
حوادث السيارات.	الحلويات، الوجبات الخفيفة بين الوجبات. الأطعمة الغنية بالحديد، الصوديوم.
الثنوذات الخلفية.	توازن الكالوري.
القتل.	انتقاء برنامج التمرين.
مرض القلب.	منع الأذية:
* المسح:	كما هو الحال في مجموعة الولادة - إلى عمر ١٨ شهر.
الطول والوزن	أحزمة الأمان.
ضغط الدم.	

فحص العين بحثاً عن الغش والحول. خوذات الأمان للدراجة.	
تحليل البول بحثاً عن البيلة الجرثومية.	الصحة السنية:
تفريش الأسنان والزيارات السنية.	
المجموعة عالية الخطورة:	بصورة عامة:
اختبار السلين الجلدي.	
تأثيرات التدخين المنفعل.	
بصورة عامة:	
اضطرابات التطور.	حماية العين والجذ من الأشعة فوق البنفسجية.
مشاكل الكلام.	* النسيج والوقائية الكيميائية:
اضطرابات السلوك، التعلم.	MMR,DPTP بالسنوات 4-6 سنوات.
المشاكل العائلية.	التزويد بالفلور إذا كان ذلك ضرورياً.
نخر الأسنان، سوء الإطباق، الفقد الباكر للأسنان، التنفس من الفم.	
علامات سوء معاملة أو إهمال الطفل.	

العمر ٧-١٢ سنة.	
* الأسباب الرئيسية لوفاتة:	* نصيحة المريض والوالدين:
حوادث السيارات:	القوت والتمرين:
الأذيات (غير حوادث السيارات).	الشحوم المشبعة، الكولسترول، الحلويات والوجبات الخفيفة بين الوجبات.
التشوهات الخلقية.	توازن الكالوري.
ابيضاض النم.	انتقاء برنامج التمرين.

منع الأذية:	القتل.
أحزمة الأمان.	مرض القلب.
كاشف الدخان.	* المسح:
تخزين الأسلحة النارية، الأدوية، المواد الكيميائية السامة، أعواد الثقاب.	الطول والوزن.
خوذات السلامة للدراجة.	ضغط الدم.
الصحة السننية:	اختبار السلين الجلدي.
تفريش الأسنان المنتظم والزيارات السننية.	بصورة عامة:
بصورة عامة:	الاضطرابات التطورية.
وقاية العين والجك من الأشعة فوق البنفسجية.	الجنف.
التزويد بالفلور إذا كان هذا ضرورياً.	الاضطرابات السلوكية والتعليمية.
* المشيعات:	سوء وظيفة العائلة.
التهاب الكبد B بعمر ١٢ سنة.	اضطرابات الرؤية.
	نقص السمع.
	نخر الأسنان، سوء الإطباق، التنفس من القم.
	علامات سوء معاملة الطفل أو إهماله.
	الحرمان غير الطبيعي من الأم أو الأب.

العمر ١٣-١٨ سنة.

* الأسباب الرئيسة لموتها:	* الاستشارة:
حوادث السيارات.	القوت والتمرين:
القتل.	الشحوم المشبعة، الكولسترول، الصوديوم، الحديد، الكالسيوم.
الانتحار.	توازن الكالوري.
الأذيات (غير حوادث السيارات).	انتقاء برنامج التمرين.
مرض القلب.	استعمال المواد:
* المسح:	التبغ/ التوقف/ الوقاية الأولية.
القصة المرضية:	الكحول والأدوية الأخرى:
القوت المتناول.	التوقف والوقاية الأولية.
النشاط الفيزيائي.	القيادة تحت تأثير هذه المواد.
سوء استعمال التبغ/ الكحول/ النواء.	علاج الإدمان عليها.
الممارسات الجنسية.	للمجموعات عالية الخطورة:
الفحص الفيزيائي:	المشاركة بالإبر والمحاقن غير المعقمة.
الطول والوزن.	الممارسات الجنسية:
ضغط الدم.	التطور الجنسي والسلوك.
للمجموعات عالية الخطورة.	الأمراض المنقولة عن طريق الجنس: انتقاء الشريك،

الفحص الكامل للجد.	الواقى الذكري.
الفحص الخصوي.	الحمل غير المخطط له وخيارات منع الحمل.
الإجراءات المخبرية/ التشخيصية:	منع الأذية:
للمجموعات عالية الخطورة.	أحزمة الأمان.
أضداد الحصبة الألمانية.	خوذات الأمان.
RPR/ VDRL.	السلوك العنيف.
اختبار الكلاميديا.	الأسلحة النارية.
زرع المكورات البنية.	كاشفات الدخان.
الاستشارة والفحص من أجل الـ HIV.	الصحة السنية:
اختبار السلين الجدي.	تفريش الأسنان المنتظم، استعمال خيوط الأسنان، الزيارات السنية.
السمع.	بصورة عامة:
نطاخة بابا نيكولا.	وقاية العين والجدك من الأشعة فوق البنفسجية.
بصورة عامة:	فحص الخضاب في المجموعة عالية الخطورة.
أعراض الاكتئاب.	جرعة داعمة من لقاح الـ DT في الكزاز – الخناق (الدفترية).
عوامل الخطورة للانتحار.	التزويد بالفلور إذا كان هذا ضرورياً.
الأب.	الحرمات غير الطبيعي من الأم أو * النسيجات:
نخر الأسنان، سوء الإطباق، التهاب	Td + p بعمر ١٤-١٦.

الثقة.

علامات سوء معاملة الطفل.

الاضطرابات التطورية.

الجنف.

الاضطرابات السلوكية والتعليمية.

المشاكل العائلية.

العمر ١٩-٣٩ سنة

(زيارة دورية كل ١ إلى ٣ سنوات)

* الأسباب الرئيسية لوفاته: المجموعات عالية الخطورة:

نفسها بعمر ١٣-١٨. - سكر البلازما عند المريض الصائم.

*المسح: - تخطيط القلب الكهربائي.

القصة المرضية: - تصوير الثدي.

نفسها بالعمر ١٣-١٨ بالإضافة لـ: - تنظير الكولون.

.COPD. *لاستشارة:

المرض الكبدى الصفراوى. القوت والتمرين.

سرطان المثانة. نفسها عند العمر ١٣-١٨ بالإضافة لـ: مناقشة

الكاربوهيدرات المعقدة والألياف.

داء بطننة الرحم.

استعمال المواد، الممارسات الجنسية، الصحة السنية،

الإجراءات الوقائية العامة.

المرض المتعلق بالسفر.

الإدمان على الأدوية الموصوفة من

الطبيب.	نفسها في العمر ١٣-١٨.
الأمراض والأذيات المهنية.	منع الأذية:
الفحص الفيزيائي:	نفسها في العمر ١٣-١٨ بالإضافة لـ:
نفسه بالعمر ١٣-١٨ بالإضافة لـ:	للمجموعات عالية الخطورة.
الفحص الكامل للجوف الفموي.	تمارين تكييف الظهر Back-conditioning.
الجبس من أجل العقيدات الدرقية.	منع أذيات الطفولة.
فحص الثدي.	السقوط في مرحلة الكهولة.
	*للنساء:
الفحص الإصبعي للمستقيم بعد عمر الأربعين.	جرعة داعمة من لقاح الكزاز - الخناق كل ١٠ سنوات.
الفحوص الحوضية المنتظمة للنساء مع أخذ لطاخة بابا نيكولا.	للمجموعات عالية الخطورة:
الإجراءات المخبرية/ التشخيصية:	- لقاح التهاب الكبد B.
نفسها بالعمر ١٣-١٨ بالإضافة لـ:	- لقاح المكورات الرئوية.
الكولسترول الكلي بالدم عند المريض غير الصائم.	- لقاح الأنفلونزا.
	- لقاح الحصبة - النكاف - الحصبة الألمانية.

العمر ٤٠-٤٤ سنة	
(فحص دوري كل ١ إلى ٣ سنوات)	
*الأسباب الرئيسة لوثمة:	اختبار الكلاميديا.
مرض القلب.	زرع المكورات البنية.
الاستشارة والفحص من أجل	

سرطان الرئة.	الـ HIV.
المرض الدماغى الروعائى.	اختبار السلين الجلدى.
سرطان الثدي.	السمع.
السرطان الكولونى المستقيمى.	لطاخة بابا نيكولا.
مرض الرئة الانسدادى.	سكر البلازما عند المريض الصائم.
*المسح:	تخطيط القلب الكهربائى.
القصة المرضية:	الدم الخفى فى البراز/ تنظير السين/ تنظير الكولون ومحتوى العظام من المعادن.
القوت المتناول.	تصوير الثدي كل ١-٢ سنة عند النساء بدءاً من عمر ٥٠ سنة (عمر ٣٥ سنة للنساء عاليات الخطورة).
النشاط الفيزيائى.	*الاستشارة:
استعمال التبغ/ الكحول/ الدواء.	الحمية والتمرين، استعمال المواد، الممارسات الجنسية، الصحة السنية ومنع الأذية.
الممارسات الجنسية.	نفسها بالأعمار ١٣-١٨ بالإضافة لمناقشة الكاربوهيدرات المعقدة والألياف.
مرض الشرايين المحيطية.	بصورة عامة:
COPD.	حمية الجلد من الأشعة فوق البنفسجية.
المرض الكبدى الصفراوى.	- مناقشة العلاج بالأسبيرين.
سرطان المثانة.	- مناقشة العلاج بتعويض الاستروجين.
مرض بطانة الرحم.	الإدمان على الأدوية الموصوفة من قبل
المرض المتعلق بالسفر.	

الأمراض والأذيات المهنية.

نفسها بالأعمار ١٩-٣٩.

الفحص الفيزيائي:

الطول والوزن.

ضغط الدم.

فحص الجذ الكامل.

الفحص الخصوي.

الفحص الإصبعي للمستقيم.

الفحوص الحوضية المنتظمة عند النساء مع

لطاخات بابا نيكولا.

في المجموعات عالية الخطورة:

- أصغ بحثاً عن نفخة سباتية.

- الفحص الكامل للجوف الفموي.

- الجس بحثاً عن العقيدات الدرقية.

- الفحص السريري للثدي.

الإجراءات المخبرية/ التشخيصية:

كولستروال الدم الكلي عند المريض غير

الصائم.

في المجموعات عالية الخطورة:

- أزداد الحصبة الألمانية.

- RPR/ VDRL.

العمر ٦٥ سنة وما فوق (فحص دوري كل سنة)

* الأسباب الرئيسية لوثمة:	تصوير الثدي كل ١-٢ سنة حتى العمر ٧٥ سنة، ما لم يتم كشف مرض ما.
مرض القلب.	
المرض الدماغي الوعائي.	فحوص الوظيفة الدرقية عند النساء.
المرض الرئوي الانسدادي.	* الاستشارة:
ذات الرئة/ الانفلونزا.	القوت والتبرين، استعمال المواد، الصحة السنوية ومنع الأذية.
سرطان الرئة.	نفسها بالنسبة للأعمار ١٣-١٨ بالإضافة لـ:
السرطان الكولوني المستقيمي.	الكاربوهيدرات المعقدة، الألياف.
* المسح:	الوقاية من السقوط.
القصة المرضية:	درجة حرارة سخان الماء.
نفسها بالنسبة للأعمار ٤٠-٦٤ سنة بالإضافة لـ:	بصورة عامة:
الأعراض السابقة لـ TIAs.	نفسها بالنسبة للأعمار ٤٠-٦٤ بالإضافة لفحص الزرق من قبل أخصائي عينية.
الحالة الوظيفية في البيت.	* النصيحات:
تبدلات الوظيفة الإدراكية.	نفسها بالنسبة للأعمار ١٩-٣٩ بالإضافة للقاح الأنفلونزا ولقاح المكورات الرئوية.
الأدوية التي تزيد خطورة حدوث	

المستقط.

الفحص الفيزيائي:

نفسه بالنسبة للأعمار ٦٤-٤٠

بالإضافة لـ:

حدة الإبصار.

السمع ومساعدات السمع.

الإجراءات المخبرية/ التشخيصية:

نفسها بالنسبة للأعمار ٦٤-٤٠

بالإضافة لـ:

الوبائيات EPIDEMIOLOGY:

- التشخيص الأكثر شيوعاً عند المرضى الخارجيين (٢٠% من السكان).
- عوامل الخطورة: الفصاة العائلية، العمر، الجنس الذكري، العرق الأسود، البدانة، استعمال الكحول/ التبغ.

التعريف DEFEINTION:**فرط التوتر الشرياني المتسارع:**

- زيادة حديثة هامة في ضغط الدم فوق مستويات فرط التوتر الشرياني السابقة مترافقة مع وجود دليل على أذية وعائية بتنظير قعر العين ولكن دون وجود وذمة حليلة العصب البصري.

الجدول (٣): تصنيف ضغط الدم.	
ضغط الدم الانبساطي dBp (ملم زئبقي)	
BP طبيعي.	> ٩٠
فرط توتر شرياني خفيف.	٩٠-١٠٤
فرط توتر شرياني معتدل.	١٠٥-١١٤
فرط توتر شرياني شديد.	< ١١٥
ضغط الدم الانقباضي عندما يكون ضغط الدم الانبساطي > ٩٠ ملم زئبقي.	
ضغط دم طبيعي.	> ١٤٠
فرط توتر شرياني انقباضي معزول حدي.	١٤٠-١٥٩
فرط توتر شرياني انقباضي معزول.	< ١٦٠

فرط التوتر الشرياني الخبيث:

- ارتفاع في ضغط الدم كافٍ ليسبب وذمة حليلة العصب البصري ومظاهر أخرى للأذية الوعائية.
- لا يعرّف بمستوى مطلق لضغط الدم، ولكن غالباً ما يتطلب أن يكون ضغط الدم ١٤٠/٢٠٠ على الأقل.
- يتطور عند حوالي ١% من مرضى فرط التوتر الشرياني.

فرط التوتر الشرياني الانتقاضي المعزول:

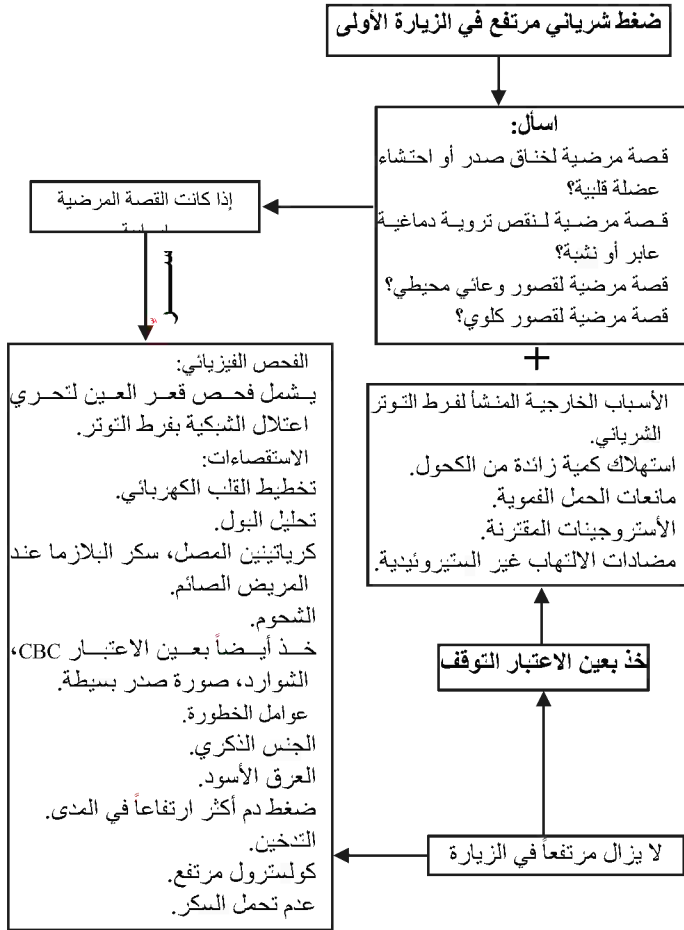
- ضغط الدم الانتقاضي < ١٦٠ مم زئبق، ضغط الدم الانبساطي > ٩٠ مم زئبق.
- يترافق مع انخفاض مترق بالمطاوعة الوعائية.
- وجود عامل خطورة لـ CVD والـ IHD.
- يبدأ عادة في العقد الخامس، تصل نسبته حتى ١١% من المرضى الذين أعمارهم ٧٥ سنة.

السبببات ETIOLOGY:

- فرط التوتر الأساسي (البدني) (٩٠%)
غير محدد السبب.
- فرط التوتر الشرياني الكلوي (٥%)
مرض البارانشيم الكلوي (٣%).
فرط التوتر الشرياني الوعائي الكلوي (> ٢%).
- الغدد الصم (٤-٥%)
مانعات الحمل الفموية (٤%).
فرط الألدوسترونية البدئية (٠.٥%).
ورم القواتم (٠.٢%).
متلازمة كوشينغ (> ٠.٢%).
فرط نشاط جارات الدرق (> ٠.٢%).
تضيق برزخ الأبهر (٠.٢%).
- العيوب الأنزيمية.
- الاضطرابات العصبية.
- فرط التوتر الشرياني المحدث بالدواء:
الاستعمال المتد للستيرويدات القشرية.
- فرط كالسيوم الدم لأي سبب.
- راقب من أجل فرط التوتر الشرياني المتغير المتعلق بالرداء الأبيض (يحدث بسبب الخوف من دخول عيادة الطبيب).

التقييم التشخيصي DIAGNOSTIC EVALUATION:

□ الضغط الانقباضي < ١٤٠ و/ أو الضغط الانبساطي < ٩٠ في ثلاث قراءات منفصلة على مدى ٦ أشهر.



المخطط (١): البحث عن أذية العضو الهدف.

□ اشتبه بالأسباب الثانوية وخذ بعين الاعتبار الاستقصاءات الأكثر إذا:

بدء فرط التوتر الشرياني قبل عمر ٣٠ سنة أو بعد عمر ال ٦٠ سنة.

فرط توتر شرياني معند على العلاج.

فرط توتر شرياني متسارع أو خبيث.

حالة سريرية مشكوك فيها:

- ▣ وجود صداع عجائبي، مع الخفقان والتعرق الغزير قد يقترح وجود ورم القواتم.
- ▣ وجود نفخات كلوية قد يشير لوجود فرط توتر شرياني كلوي وعائي.
- ▣ وجود نقص بوتاسيوم الدم وفرط صوديوم الدم قد يقترح وجود فرط الألدوسترونية.

□ المتابعة:

كل ٢-١ شهر بالنسبة لفرط التوتر الشرياني الخفيف، وكل ١-٢ أسبوع بالنسبة لفرط التوتر الشرياني المعتدل.
علاج فوري لفرط التوتر الشرياني المتسارع/ الخبيث.

اعتبارات علاجية:

THERAPEUTIC CONSIDERATIONS:

اعتبارات عامة:

□ العلاج غير الدوائي (معيار التوصية):

إيقاف التدخين.

تحديد الملح (D) والكحول (C).

إنقاص تناول الدسم المشبع.

إنقاص الوزن (B) إذا كان < ١٥% من الوزن المثالي للجسم.

التمارين الهوائية المنتظمة (B).

العلاجات السلوكية (B) (راجع قسم تدبير الشدة).

التزويد بالبوتاسيوم (B) و/ أو الكالسيوم (C).

□ العلاج الدوائي:

المرضى تحت عمر ال ٦٠ سنة:

▣ لا توجد أذية في أي عضو: عالج عندما يكون الضغط الانبساطي < ١٠٠، المنطقة الرمادية بين ٩٠-١٠٠.

▣ في حال وجود أذية العضو الهدف: عالج عندما يكون الضغط الانبساطي < ٩٠.

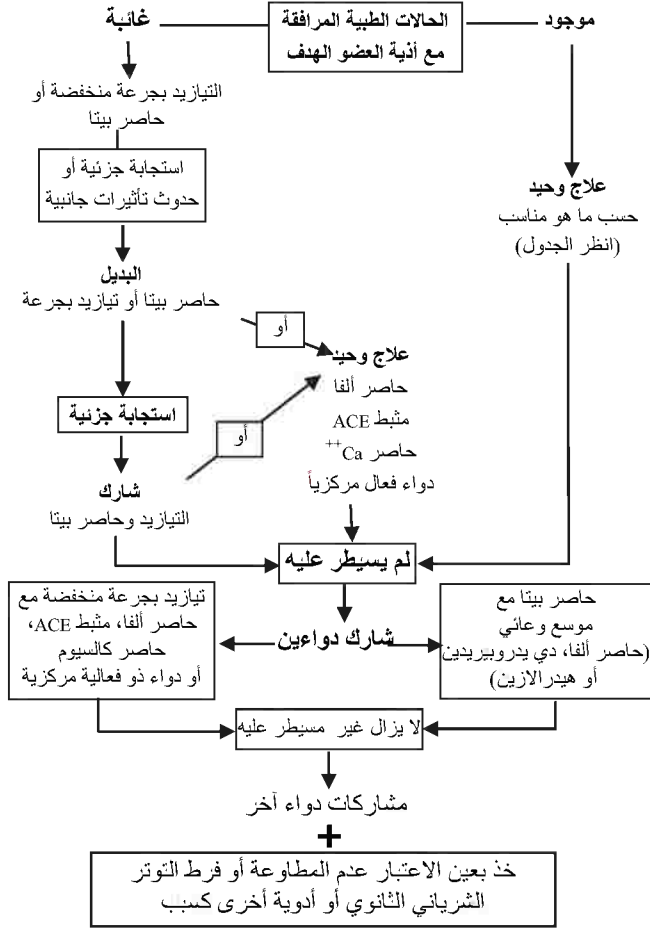
المرضى فوق ال ٦٠ سنة من العمر:

▣ عالج عندما يكون الضغط الانقباضي < ١٦٠، المنطقة الرمادية ١٤٠-١٦٠.

▣ عالج عندما يكون الضغط الانبساطي < ١٠٥، المنطقة الرمادية ٩٠-١٠٥.

اختر دواء واحداً من الأدوية المضادة للتوتر الشرياني مناسباً للمريض بشكل شخصي. (انظر الشكل ٢ و الجدول ٤).

العلاج البدئي



الشكل (٢): العلاج الدوائي لفرط التوتر الشرياني.

الجدول (٤): العلاج الدوائي لفرط التوتر الشرياني مع الحالات المرافقة.

الأدوية التي لا يوصى بها	الأدوية البديلة	الأدوية الموصى بها	الحالة أو عامل الخطر
* مرض القلب الإقفاري:			
	حاصرات Ca^{++} مثل الديلتيازيم والفيراباميل أو دي هيدروبيريدينات + حاصرات β .	حاصرات β .	خناق الصدر.
دي هيدروبيريدينات.	حاصرات Ca^{++} مثال الفيراباميل والديلتيازيم إذا لم تكن وظيفة البطين الأيسر قد تأدت بشدة.	حاصرات β .	احتشاء عضلة قلبية حديث.
حاصرات β . حاصرات Ca^{++} .	هيدرالازين + إيزوسوربيد دينترات.	المدرات، مثبطات ACE.	* قصور القلب الاحتقاني:
حاصرات β .	يمكن استعمال حاصرات β .	موسعات الأوعية.	* مرض وعائي محيطي: مرض شديد مع ظاهرة رينو. مرض خفيف.
التيازيدات بجرعة عالية. حاصرات β بدون ISA.	التيازيدات بجرعة منخفضة.	حاصرات α ، مثبطات ACE. حاصرات β مع ISA، حاصرات Ca^{++} ، الأدوية التي تؤثر مركزياً.	* شذوذات في شحوم الدم:
التيازيدات بجرعة عالية، حاصرات β بدون ISA.	حاصرات β ، ثيازيدات وأدوية فعالة مركزياً أو موسعات أوعية إذا كانت الأدوية الأخرى مضاد استطباب.	حاصرات α ، مثبطات ACE، حاصرات Ca^{++} .	* الداء السكري:
حاصرات β .		المدرات الحافظة للبيوتاسيوم.	* الربو:

		التيازيد للمرضى الموضوعين على الساليوتامول.	
	التيازيدات، ولكنه لا يعتبر مضاد استطباب عند مرضى فرط حمض البول في الدم اللاعرضيين.		* النقرس:
مثبطات ACE. حاصرات الـ Ca^{++} .		ميتيل دوبا، كلونيدين، هيدرالازين وحاصرات β .	* الحمل:
	حاصرات β ومثبطات ACE تكون أقل فعالية.	التيازيدات بجرعة منخفضة وحاصرات Ca^{++} .	* المرضى السود:
.ISA = الفعالية المقلدة للودي الداخلية			

□ يجب أن يكون ضغط الدم المستهدف > ٩٠/١٤٠:

قد يكون أخفض عند المريض السكري.

يجب ألا يكون التدبير سريعاً.

□ يستطب تحويل المرضى في حالات فرط التوتر الشرياني المعندة، أو الحالات التي يشبه أن لها سبباً ثانوياً

أو في حالة القصور الكلوي الذي يزداد سوءاً.

□ يستطب الاستشفاء لفرط التوتر الشرياني الخبيث (الضغط الدموي الانبساطي < ١٣٠، النزوف الشبكية،

تبارز القرص البصري، تبدلات الحالة الذهنية، زيادة الكرياتينين).

العوامل التي تؤثر بشكل عكسي على الإنذار:

□ وجود عوامل خطورة أخرى إضافية قابلة للتعديل.

□ وجود عوامل خطورة غير قابلة للسيطرة:

العمر الصغير للبدء، الجنس الذكري، العرق الأسود. القصة العائلية.

□ وجود دليل على أذية العضو الهدف.

□ فرط التوتر الشرياني الخبيث.

الوبائيات:

- ٥% من الأشخاص الكنديين لديهم داء سكري، ويبلغ عدد المصابين ١.٥ مليون شخص.
- توجد حالات كثيرة غير مشخصة، ومقابل كل حالة مشخصة توجد حالة غير مشخصة.
- تكون ٨٥-٩٠% من الحالات من النمط II (ذروة الحدوث بعمر ٥٠-٥٥ سنة).
- عوامل الخطورة: القصة العائلية، البدانة، قصة داء سكري حلي، العمر.
- ١٠-١٥% من الحالات من النمط I (عمر ذروة الحدوث بعمر ١٠-١٥).
- مناعة ذاتية.

التشخيص:

- أعراض الداء السكري (التعب، السهاف، البوال، فقد الوزن غير المفسر) بالإضافة لسكر البلازما الذي يتجاوز ١١.١ ميلي مول/ل.
- سكر البلازما عند المريض الصائم ($FPG < 7$) ميلي مول/ل:
- قيمة سكر البلازما في عينة بعد ساعتين من اختبار تحمل الجلوكوز الفموي $OGTT < 11.1$ ميلي مول/ل.

التدبير:

- بعد التشخيص، يجب أن تركز الزيارات الأولى على:
 - مدة الداء السكري قبل كشفه.
 - عوامل الخطورة المرافقة لمرض الأوعية الدقيقة/الكبيرة.
 - أي شكاوي حالية (القلب، العينان، الكلية، الأوعية الدموية).
 - ثقافة المريض.
- يجب العمل مع المريض للوصول إلى مستويات سكر الدم تعتبر طبيعية بقدر ما يسمح الوقت بذلك، بينما نتجنب حدوث فترات هبوط سكر الدم.

العلاج غير الدوائي:

- يتغلب التمرين على مقاومة الأنسولين باستنزاف غليكوجين العضلات وبتحريض تخزين السكر (النمط II فقط).
- الحمية.

- يجب محاولة البقاء ضمن ١٠% من الوزن المثالي للجسم.
- استمد معظم السعرات الحرارية من الكربوهيدرات المعقدة.
- تجنب السكريات البسيطة والشحوم المشبعة.

□ يجب أن تأخذ وجبات منتظمة، متزامنة مع ذروة عمل الأنسولين.

□ التدبير الدوائي:

الأدوية الخافضة للسكر الفموية (النمط II فقط) (انظر الشكل ٣).

الأنسولين (النمط I و II).

□ مبدئياً: جرعة وحيدة من الأنسولين متوسط التأثير قبل الفطور (٠.٦-٠.٣ وحدة/كغ/يوم).

□ للسيطرة الأفضل: الأنسولين ذو التأثير المتوسط أو ذو التأثير النظامي (منتظم/ NPH) يعطى مرتين

يوميًا (٢/٣ الجرعة في الصباح، ١/٣ الجرعة في المساء).

□ المراقبة للصيفة ضرورية لتعديل الجرعات.

□ راجع الوجيز في أمراض الغدد الصم.

□ المتابعة:

HbA1c، FPG، تحليل البول، BUN، كرياتينين.

BP، شحوم البلازما، تخطيط قلب كهربائي.

الفحص العيني:

□ النمط II – تجرى استشارة عينية وقت التشخيص ثم المتابعة كل سنتين.

□ النمط I – تجرى استشارة عينية خلال ٥ سنوات من التشخيص ثم المتابعة كل سنة بعد ذلك.

البييلة البروتينية:

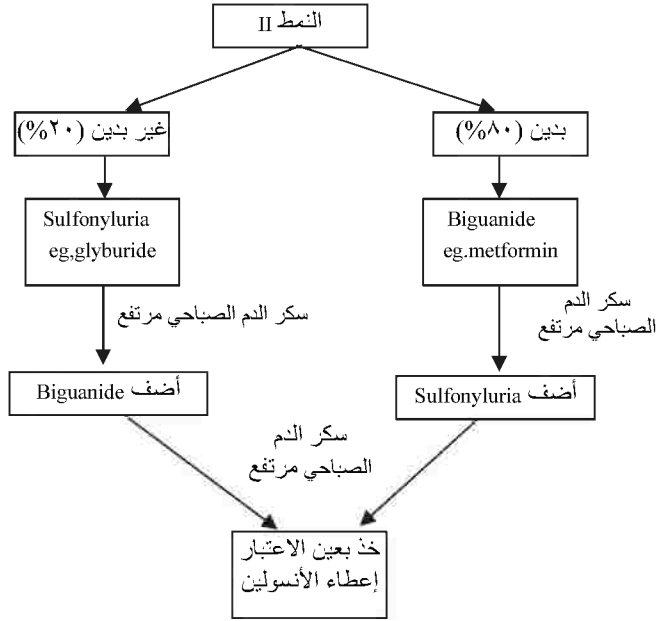
□ النمط II – يجرى التقصي عنها وقت التشخيص ثم كل سنة.

□ النمط I – يجرى التقصي خلال الخمس سنوات الأولى من التشخيص ثم كل سنة.

اعتلال الأعصاب المحيطية: الفحص الصحي الدوري.

بروفيل الشحوم: كل ١-٣ سنة عند الكهول.

العناية بالقدم: فحوص القدم سنوياً على الأقل.



الاستراتيجية العلاجية البدنية في السكري نمط II.

القلق ANXIETY:

- راجع الوجدان في الأمراض النفسية.
- القصة المرضية (أسئلة المسح).
- هل كنت ولازمت قلقاً على نحو غير اعتيادي مؤخراً؟

التهاب القصبات BRONCHITIS:**الوبائيات:**

- أشيع إنتان تنفسي سفلي LRTI عند البالغين (خاصة في أشهر الشتاء).
- فيروس سي (٩٠%) : الفيروسات الأنفية، الفيروس التاجي، الفيروس الغدي، فيروس الأنفلونزا.
- جرثومي: المستدميات النزلية، المفطورة، المكورات الرئوية.

التشخيص:**الأعراض:**

- مسبوقه بـ URTI.
- مبدئياً سعال غير منتج يصبح منتجاً.
- ألم صدري تحت القص مع السعال أو التنفس العميق أو الحركة.
- حمى خفيفة أو غائبة.

العلامات:

- قد يسمع وزيز أو خراخر، أو قد يكون الصدر صافياً.
- إن الزلة والحمى والعرواءات والفرقعات، والمظهر السمي كل ذلك يقترح ذات الرئة.

الاستقصاءات:

- التشخيص سريري بشكل رئيس (عادة لا نحتاج لاستقصاءات).
- قد يستخدم مسحة أو زرع القشع، صورة صدر لنفي ذات الرئة.

التدبير:

- إيقاف التدخين بشكل كامل.
- الراحة، السوائل، مضادات السعال، مضادات الحمى.
- أظهرت الدراسات العشوائية المحكمة فائدة مقلدات الـ β_2 مقارنة مع الصادات الحيوية.
- الصادات الحيوية (إذا كان العمر < 55 سنة أو إذا وجد سعال قيحي متكرر، أو حمى مرتفعة أو كان المريض سمياً).

الخط الأول: التتراسيكلين، الإريثرومايسين.

الخط الثاني: الدوكسي سيكلين، الكلاريثرومايسين، الأزيثرومايسين.

ألم الصدر CHEST PAIN:

□ أسباب عديدة: استخدم القصة المرضية والفحص السريري والاستقصاءات لمقاربة التشخيص.

التشخيص التفريقي:

- الأسباب القلبية: خناق الصدر، احتشاء العضلة القلبية، التهاب العضلة القلبية، التهاب التامور.
- الأسباب الرئوية: استرواح الصدر، انصباب الجنب، ذات الرئة، التشو، السل.
- الأسباب الهضمية: التشنج المريئي، التهاب المري، GERD، القرحة الهضمية، الفتق، التهاب المرارة، الحصيات المرارية، التهاب البنكرياس.
- الأسباب الوعائية: أم الدم الأبهريّة المسلخة.
- MSK/ الأنسجة الرخوة: الحلا المنطقي، التهاب الثدي، التهاب الضلعي الغضروفي، الضلع المكسور، الإجهاد العضلي.
- الأسباب النفسية: القلق، الذعر.

الزكام الشائع COMMON COLD:

الوبائيات:

- الإنتان الرئيس للطريق التنفسي العلوي (URTI).
- ذروة حدوثه في أشهر الشتاء.
- معدل إصابة البالغين ٤-٢ نزلات/ السنة، معدل إصابة الأطفال ٦-١٠ نزلات/ السنة.
- الفيروسات الأنفية هي السبب الأكثر شيوعاً.
- الأسباب الأخرى: الفيروسات الغدية، RSV، الإنفلونزا، نظير الإنفلونزا.
- تحدث العدوى بشكل رئيس نتيجة التماس باليدين مع العامل المسبب الذي يستطيع أن يبقى عيوشاً على الجذ والأشياء الأخرى.
- فترة الحضانة ١-٥ أيام.

القصة المرضية:

- الأعراض الموضوعية: العطاس، الاحتقان الأنفي، سيلان الأنفي، ألم/ تخريش الحلق، سعال غير منتج.
- الأعراض البنيوية: الإعياء، الصداع، الألم العضلي، الحمى الخفيفة.
- فترات سابقة من المرض والعلاج، قصة التخين، الأوبئة.
- الاختلاط بالمرضى.
- يجب أن تشمل القصة التساؤل عن الأعراض المتعلقة بكامل الطريق التنفسي.
- ألم الأذن، الألم الوجهي، السني، بحة الصوت، القشع، الزلة، الوزيز.

الموجودات الفيزيائية:

- مخاطية أنفية مستنقعية Boggy، احمرار البلعوم الأنفي، +/- ضخامة النسيج المفاني الخفي، التستيل الأنفي الخفي، ضخامة العقد اللمفاوية.

□ علامات الإلتان الجرثومي الثانوي: زيادة الحمى، الألم الموضع، السعال المنتج.

التدبير:

□ خذ بعين الاعتبار توقعات المريض.

□ ثقافة المريض.

تبلغ الأعراض ذروتها في اليوم الثاني أو الثالث وتهتم عادةً خلال أسبوع واحد.
السعال قد يستمر لأيام/ أسابيع وهو ناجم عن الالتهاب الدقيق وتحسين مستقبلات السعال.
يمكن أن تحدث إنتانات جرثومية ثانوية خلال ٣-١٠ أيام من بدء الأعراض.

□ يكون العلاج لإراحة الأعراض:

الإماهة هي الحل الأفضل.

الاحتقان: مقلدات الودي، مضادات الاحتقان.

الأوجاع، الألم والحمى: الأستيامينوفين، الساليسيلات ASA (لا يعطى للأطفال).

المفرزات الرخوة: طاردات البلغم (ليست فعالة بشكل ثابت).

السعال: الديكستروميثورفان أو الكودئين.

الوقاية:

□ تجنب التعرض الضوئي، غسل اليدين وإبقاؤهما بعيداً عن الأغشية المخاطية.

□ تستعمل أحياناً جرعة عالية من الفيتامين C لكنها غير مثبتة.

الاكتئاب DEPRESSION:

□ راجع الوجدان في الأمراض النفسية.

□ ملاحظة: يتظاهر الاكتئاب بشكل شائع كشكوى فيزيائية (مثلاً التعب).

الدوخة DIZZINESS:

الوبائيات:

□ تشكل ١% من زيارات المرضى.

□ يرتفع تواتر الحدوث بشكل ثابت مع العمر.

□ الشكوى الأكثر شيوعاً عند المريض المتحرك < ٧٥ سنة.

التشخيص:

□ القصة المرضية:

اطلب من المريض أن يحدد الدوخة.

مدة الهجمة.

□ ومضة – نفسية.

□ دقيقة – BPV، وعائية.

□ دقائق إلى ٢٤ ساعة – داء منيير.

- ▣ أيام – دهليزي حاد.
- ▣ أشهر إلى سنوات – نفسية، الجملة العصبية المركزية، الضياع الحسي المتعدد.

الحوادث المفارقة:

- ▣ تسوء مع حركة الرأس: دهليزي.
- ▣ تسوء مع إغلاق العينين: دهليزي.
- ▣ لا تتأثر بإغلاق العينين أو حركة الرأس: ليست دهليزية.

الأعراض المرافقة:

▣ العصبية:

الشغف العابر، عسر البلع، الرنج (TIA، VBI)، اضطرابات النظم).
الخلل الحسي والحركي المستمر (CNS, CVA).

▣ السمعية:

فقدان السمع، الطنين، ألم الأذن، (التهاب التيه، السمعية الأذنية، الورم).

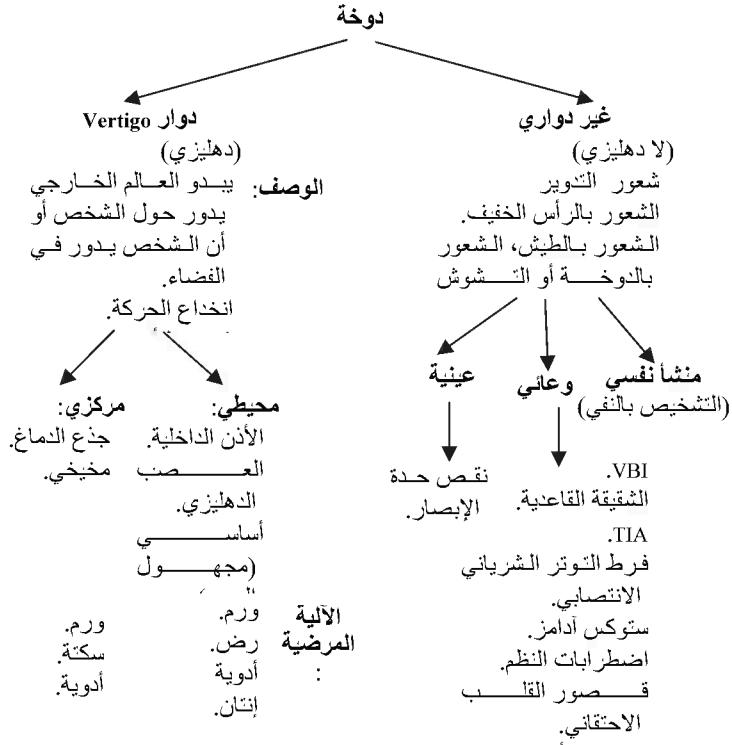
▣ غير نوعية:

غثيان، إقياء.

تكون بارزة مع الأسباب المحيطية: وليس المركزية.

التبوير: (راجع الوجيه في أمراض الأذن).

▣ الأدوية التي تباع دون وصفة OTC (مثل ديفنهدرامين).



الشكل (٤): التشخيص التفريقي للدوخة.

الزلة التنفسية DYS/PNEA:

□ راجع الوجيه في طب الأطفال والوجيه في الأمراض التنفسية.

التشخيص التفريقي:

- تنفسية: مرض الطريق الهوائي (مثال: الربو، COPD)، مرضى البارانشيم الرئوي (مثال ذات الرئة).
- المرض الوعائي الرئوي، المرض الجنبي، الاضطرابات العصبية العضلية وشذوذات جدار الصدر.
- قلبية وعائية: ارتفاع الضغط الوريدي الرئوي، نقص النتاج القلبي، فقر الدم الشديد.
- القلق/ منشأ جسمي نفسي.

الربو/ الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD/ ASTHMA:

القصة المرضية:

- زلة +/- سعال، البدء، المدة، العوامل المخففة والعوامل المفاومة.
- الأعراض المرافقة، الوجيه، القشع، الحمى، العرواءات، ألم الصدر، فقدان الوزن.
- التدخين، الكحول، التعرض للمؤرجات.
- المشاكل التنفسية الأخرى/ الحالات الطبية.
- الأدوية الحالية والعلاجات السابقة.
- هل يحتاج للأكسجين؟ أو الاستشفاء أو المكوث في العناية؟
- حدد المحددات الوظيفية.

الموجودات الفيزيائية:

- العلامات الحيوية، مستوى الوعي.
- الفحص التنفسي: الزرقة، التبقرط، علامات الشدة التنفسية، الوجيه، القرقعات، نقص دخول الهواء، زيادة الرنين.
- (النافخ الأزرق Blue bloater) و (المنفوخ الوردي Pink puffer).
- الفحص القلبي الوعائي: الوذمة المحيطية، ارتفاع ضغط الوريد الوداجي، S_3 ، S_4 (القلب الرئوي).

الاستقصاءات:

- تعداد الدم الكامل مع الصيغة، غازات الدم الشريانية، إشباع الأوكسجين، اختبارات وظائف الرئة PFT، الجريان الأعظمي، صورة صدر، تخطيط قلب كهربائي، زرع القشع.

التدبير:

- الربو:
- السيطرة البيئية (التدخين، الحيوانات الأليفة، السجاد).
- العلاج الدوائي:

- الراحة قصيرة الأمد: مقدرات - β_2 /+ - مضادات الفعل الكوليني.
- الوقاية طويلة الأمد: الستيرويدات القشرية الإنشاقية، كروموجليكات الصوديوم، مضادات مستقبلات اللوكوترين، الستيرويدات القشرية الفموية.
- خذ بعين الاعتبار دائماً الحجرة الهوائية لتحقيق الإعطاء الدوائي الأمثل.

□ المرض الرئوي الانسادي المزمن COPD:

إيقاف التدخين.

لقاحات المكورات الرئوية والانفلونزا.

التدريب على التمرين، OT/PT.

الأكسجين:

- ٢-٤ ل/ دقيقة باليوم إذا كان $PaO_2 < 55$ مم زئبق، إشباع $O_2 > 90\%$ أو PaO_2 55-59 مم زئبق مع وجود دليل على القلب الرئوي أو احمرار الدم.
- إبراتروبيوم برومايد +/- مقدرات β_2 +/- الثيوفيلين طويل الأمد +/- الستيرويدات القشرية.
- الصادات الحيوية واسعة الطيف مستطبة في التهاب القصبات الحاد.

عسر التبول DYSURIA:

الوبائيات:

- تعاني ٢٥% من النساء من فترة من عسرة التبول الحادة كل سنة.
- تكون ثانوية لـ URTI كسبب لزيارة الطبيب عند النساء بسن النشاط التناسلي.
- الأسباب غير الخمجية: سوء النظافة، الارتكاسات التحسسية، المواد الكيماوية، الأجسام الأجنبية، المرض.

الاستقصاءات:

□ فحص البول مع الزرع والتحصن.

□ التحضير الرطب.

□ المسحة المهبلية للزرع (تشمل الكلاميديا).

□ **التدبير:** (راجع الوجود في الأمراض النسائية والوجود في الأمراض البولية).

□ UTI/ التهاب المثانة: SMX-TMP جرعة مضاعفة مرتان يومياً لمدة ٣ أيام، نيتروفورانتونين، أموكسي سيلين.

□ التهاب الإحليل:

□ المكورات البنية: سيفترياكسون (٢٥٠ مغ عضلياً جرعة وحيدة) النورفلوكساسين (٨٠٠ مغ فموياً جرعة وحيدة).

□ المتدثرة: الدوكسي سيكلين (١٠٠ مغ مرتان يومياً BID × ٧ أيام). الأزيثرومايسين (١ غ فموياً PO جرعة وحيدة).

□ دوماً عالج من أجل السببين.

□ التهاب الحويضة والكلية:

المريض الداخلي: أمبيسلين وجنتاميسين.

المريض الخارجي: SMX – TMP، سيبروفلوكساسين، نورفلوكساسين أو دواء آخر من زمرة الكينولون.

الجدول (٥): أسباب وعلامات وأعراض عسر التبول.

الأعراض والعلامات	السبب	الخمج
عسرة تبول داخلية طويلة مدة التبول، تعدد البيلات، إلحاح بولي، عدم استمساك البول، بيلة دموية، بيلة ليلية، ألم الظهر، الشعور بعدم الراحة فوق العادة، حمى خفيفة (نادرة).	E.coli, S.Saprophyticus، المتقلبات الرائحة الإنتيروباكتري، الكلبسيلا، العصيات الزرق.	UTI / التهاب المثانة:
عسر تبول أولي، قصة المتدثرة أو السيلان البني إذا لم يكن هناك مفرزات مهبلية.	المتدثرة التراخومية. المكورات البنية. الهربس، المشعرات، المبيضات.	التهاب الإحليل:
مفرزات مهبلية، تحريش، عسر الجماع، عسر التبول في الخارج.	المبيضات، الغاردنيريل، المشعرات، المتدثرة التراخومية، الهربس، الضموري، الورم اللقمي المؤنف، الانحلال الخلوي لدودرلاين Doderlein's cytolysis.	التهاب المهبل:
عسرة تبول داخلية، حمى، عرواءات، ألم الخصرة، إيلام الزاوية الضلعية الفقرية.	نفس العصيات في التهاب المثانة.	التهاب الحويضة والكلية:

ألم الأذن (التهاب الأذن الوسطى):

EARACHE (Otitis Media):

□ (راجع الوجيه في أمراض الأذن).

القصة المرضية:

□ ذروة الحدوث بعمر ٣ أشهر – ٣ سنوات.

□ إنتان تنفسي علوي حديث.

- حدوث مفاجئ لألم الأذن الشديد.
- فقدان السمع، الطنين، المفرزات.
- الحمى، غثيان مرافق، إقياء، إسهال.

الموجودات السريرية:

- ارتفاع درجة الحرارة.
- غشاء الطبل: حمامي، منتج.
- سيلان الأذن: دموي، مصلي مدمى، قيحي.

الأسباب:

- المكورات الرئوية، المستميات الرئوية، الموراكسيلا الرئوية.

التدبير:

- الصادات الحيوية:

الخط الأول: أموكسي سيلين، SMX – TMP.

الخط الثاني: أموكسي سيلين/ كلافلينيت، السيفالوسبورينات.

مناقشة استعمال الصادات الحيوية:

- يوجد ميل للتقليل من استعمال الصادات الحيوية.
- تظهر الدراسات أن ٦٠% من الأطفال يتخلصون من الألم خلال ٢٤ ساعة من تظاهر المرض دون استعمال الصادات الحيوية.
- يكون عند الأطفال الذين يأخذون صادات حيوية تقريباً ضعف كمية الإقياء، الإسهال، والطفح.

التعب FATIGUE:

الوبائيات:

- يشكل ١٠-٥% من زيارات أطباء الرعاية الأولية.
- النساء < رجال، خاصة أمهات الأطفال/ حديثي الولادة.
- استخدام متكرر لنظام الرعاية الصحية.
- الأسباب نفسية المنشأ تصل حتى ٨٠%.
- متلازمة التعب المزمن > ٥% من التعب المزمن.

المقاربة:

- قيم وجود القلق أو الاكتئاب.
- قيم أزمان الحياة الحالية، الرضوض السابقة، وسوء المعاملة.

□ القصة المرضية والفحص السريري المركزان مع التأكيد على الأدوية والأمراض المزمنة الموجودة، والإنتان المحتمل.

□ الاستقصاءات المستطبة تبعاً للقصة المرضية والفحص السريري قد تشمل:

تعداد الدم الكامل مع الصيغة، سرعة التثفل، الشوارد، تحليل البول، BUN، كرياتينين، سكر البلازما، TSH، صورة صدر بسيطة، تخطيط قلب كهربائي، الفحوص المصلية (EBV، CMV، HIV، VDRL، إذا كانت مستطبة).

التدبير:

□ علاج نوعي للأسباب النوعية.

□ إذا لم يحدد السبب (في معظم الحالات):

دعم الطبيب، إعادة التطمين والمتابعة هامة جداً.

العلاج السلوكي أو العلاج الجماعي.

برنامج التمارين الهوائية Aerobic exercise.

العلاج بالأدوية (مثل الفيتامينات).

الإنذار: بعد سنة ٤٠% من المرضى يتخلصون من تعبه.

الجدول (٦): المظاهر العضوية مقابل المظاهر النفسية.

المظاهر	العضوية	النفسية
سبب قلة النشاط:	غير قادر.	غير راغب.
البداء:	غير متعلق بالشدة النفسية.	متعلق بالشدة النفسية.
المدة:	> ١-٢ شهر.	< ٣ أشهر.
يسوء:	بنهاية اليوم/ بعد التمرين.	في الصباح/ غير متأثرة بالراحة.
يرتاح بـ:	الراحة.	التمرين.
العائلة:	داعمة.	فيها مشاكل.
المرافقات:	حمى، عرواءات، خسارة وزن، تعرقات.	أعراض مبهمه.
القصة الطبية السابقة:	مرض طبي مصاحب/ أدوية.	قصة مرضية نفسية.

متلازمة التعب المزمن. (تعريف CDC).

□ المعايير الكبرى (يجب أن يتوفر كلاهما):

بدء حديث من التعب المنهك الناكس أو المستمر الذي يعوق النشاطات اليومية < ٥٠% من السويات قبل المرض لمدة ٦ أشهر على الأقل.

نفي الحالات الجسمية والنفسية الأخرى.

□ المعايير الصغرى (١١/٨ أو ١١/٦ وموجودتان سريريتان):

حمى خفيفة، ألم الحلق، عقد لمفاوية مؤلمة، ألم عضلي، ألم مفصلي، ضعف عضلي، التعب الشديد بعد التمرين، الصداع، أعراض عصبية نفسية، اضطرابات النوم، البدء السريع للأعراض الرئيسية.

□ المعايير الصغرى (الموجودات السريرية):

حمى خفيفة، التهاب بلعوم غير نتحي، العقد للمفاوية الإبطية/ الترقوية الأمامية، الخلفية مؤلمة أو مجسوسة.

□ التدبير:

علاقة قوية بين الطبيب والمريض.

برنامج تمرين لطيف (لا يتعب).

مضادات الاكتئاب بجرعة منخفضة.

مضادات الالتهاب غير الستيرويدية إذا كانت مستطبة.

الصداع HEADACHE:

الأسباب:

□ تقلص العضلات/ التوتر: ٥٠%

□ الصداع الوعائية (الشقيقة/ الصداع العنقودي): ١٠%

□ الصداع المختلطة: ١٥-٢٠%

□ الصداع ضمن التحف/ الالتهابية: > ١%

المظاهر الخطيرة للصداع:

□ الصداع الناجمة عن التهاب السحايا، الرض، النزف تحت العنكبوتي، الورم، التهاب الشريان الصدغي.

□ القصة المرضية: الصداع الذي يسوء أثناء الليل، الحمى، صلابة الرقبة، الاختلاجات، الرض، تبدلات

السلوك/ مستوى الوعي LOC، الإقياء ذو البدء الحديث، الإقياء الشديد، المرضى المسنون/ المرضى الصغار.

□ الفحص السريري: فعر العين، علامة كيرنغ، علامة برودزنسكي، موجودات عصبية بؤرية.

□ الاستقصاءات: عندما تستطب فقط.

الصداع التوترى/ تقلص العضلات:

□ المرافقات الشائعة: النساء الشابات، القصة العائلية الإيجابية (٤٠%)، الشدة.

□ الأعراض:

التوضع: ثنائي الجانب، قذالي - قمي.

النوعية: غير نابض، يدوم ساعات لأسابيع.

المرافقات: الاكتئاب، اضطرابات النوم والشهية، صعوبة بالعمل والعلاقات، متعلقة بالثدة.

□ العلامات:

الشد العضلي، النقاط المثيرة Trigger points، نقص مدى الحركة (التهاب المفاصل الرقبية، الخمج، الالتهاب).

□ التدبير:

الحاد: أسيتامينوفين ٦٥٠-١٠٠٠ مغ كل ٤-٦ ساعات.

مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، مرخيات العضلات.

الوقائي: حاصرات β ، مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة TCA، التخفيف، الاستشارة، تدبير الشدة، التمرين، تغييرات القوت.

المتابعة الباكرا لمراقبة الاستجابة.

□ راجع الوجيز في الأمراض العصبية.

صداعات الشقيقة:

□ سليمة، صداعات دورية معاودة قد تكون شديدة ونابضة.

□ ٨٥% هي الشقيقة الشائعة (بدون مرحلة النعمة aura).

□ ١٥% هي الشقيقة التقليدية (مع مرحلة النعمة): أعراض حسية أو بصرية عابرة تدوم مدة ١٠-٣٠ دقيقة بين الطور البادري والصداع.

□ الإفقار الدماغى المؤدى لأعراض بصرية تشبه طيف الستور (تعرجات)، العتمة الوامضة (بقع) والعتمة الجدارية (أضواء وامضة).

□ كذلك مشاكل حسية، حركية، لغوية، إدراكية.

الأعراض:

□ التوضع: وحيد الجانب ولكن قد يكون أحياناً ثنائى الجانب، ونادراً ما يكون خلفياً.

□ النوعية: نابض، يدم ساعات وحتى يومين.

□ المرافقات: غثيان، إقياء، قهيم، رهاب الضوء، رهاب الصوت.

□ البادرة: أى وقت من النهار أو الليل: مزاج مكتئب أو قابل للإثارة، نشاط زائد أو ناقص، رغبات ملحة للشهية، احتباس سوائل.

□ العلامات: أثناء الصداع: شحوب، تعرق غزير، تسرع القلب، فرط توتر شريانى خفيف، حدقات متوسعة، أو عية فروة متوسعة، فروة ممضة.

العوامل المثيرة:

□ الوراثة بالإضافة للبيئة: الشدة، شدة در اللبن، التعب، زيادة/ نقصان النوم، الصوم، الكافئين، الإحاضة،

الإباضة، مانعات الحمل الفموية OCP، EtOH، الأغذية الحاوية على التيرامين (الجبنة)، أو فينيل إيثيل أمين (الشوكولا)، التترات، الغلوتامات وحيدة الصوديوم MSG، الطفس.

العوامل المفاقمة:

□ الإجهاد، الكس، السعال، الانحناء، الضجة، الضوء.

التدبير:

□ إعادة التطمين، تغييرات نمط الحياة، إزالة العوامل المثيرة.

□ العلاج الدوائي (يستطب إذا كانت الصداعات تهدد بتعطيل قدرة المريض على القيام بوظائفه بشكل طبيعي).

الهجمات الخفيفة (يستطيع المريض أن يتابع نشاطاته المعتادة مع تعطل بالحدود الدنيا).

□ ASA، NSAIDs.

الهجمات المتوسطة (نشاطات المريض متأثرة بشكل معتدل):

□ NSAIDs: إيبوبروفين، نابروكسين الصوديوم، ميفيناميك أسيد.

□ المقلدات الانتقائية لمستقبل HT-5: سوماتريبتان (فمويًا أو تحت الجلد) (غير متزامن مع إعطاء

الإرغوتامين أو الDHE أو خلال ٢٤ ساعة).

□ المقلدات اللانثائية لمستقبل HT: DHE-5 (وريديًا أو عضليًا أو تحت الجلد).

الهجمات الشديدة (لا يستطيع المريض أن يتابع نشاطاته العادية ويستطيع أن يقوم بجزء من واجباته ولكن فقط مع انزعاج شديد وكفاءة متأثرة).

□ الخط الأول: DHE (وريدي أو عضلي أو تحت الجلد)، السوماتريبتان (فموي أو تحت الجلد)،

الميتوكلوبراميد (يفضل وريديًا)، الكلوبرومازين (وريدي أو عضلي)، البروكلوربيرازين (وريدي أو

عضلي).

□ البدائل إذا كانت الأدوية المذكورة أعلاه غير فعالة: كيتورولاك، ديكساميتازون.

□ الملجأ الأخير: ميبيريدين.

الجنون (٧): المظاهر السريرية المعتادة.

الصداع العنقودي	الشقيقة التقليدية	الشقيقة الشائعة	الصداع التوترى	
غير شائع	غير شائعة	شائعة	شائع جداً	الحدوث
٤٠-٢٠	٣٠-١٠		٤٠-١٥	عمر البدء:
الرجال غالباً.		النساء أكثر.	النساء أكثر.	تميز الجنس:
نادرًا.		شائعة جداً.	شائعة.	القصة العائلية للصداع:
يوميًا خلال الهجمة.	مختلف، لكن لا يكون أبداً	مختلف، قد يكون يوميًا.	مختلف، قد يكون يوميًا.	تواتر الصداع:
الكحول، فقط خلال الهجمة.	الشدة، التعب، الإحاضة، مانعات الحمل الفموية، أطعمة معينة، الكحول، تغيرات الطقس، الأضواء، الروائح.	الشدة أو التعب.		المثيرات:
نموذجي.	ليس نادرًا.	نادر جداً.		البدء أثناء النوم:
لا يوجد.	مرحلة النسمة البصرية أو الحسية.	لا يوجد.	لا يوجد.	العوامل المحذرة:
لا يوجد.	غالباً وحيد الجانب أحياناً ثنائي الجانب.	ثنائي الجانب، جبهى أو قفوي - قذالي.		التوضع:
شديد جداً.	متوسطة إلى شديدة.	خفيف إلى متوسط.		الشدة:
الصداع العنقودي	الشقيقة التقليدية	الشقيقة الشائعة	الصداع التوترى	
لا يوجد.	الحركة، هز الرأس، الوضعية المنخفضة للرأس.	الشدة أو التعب.		المفاقمات:
الدماع وحيد الجانب مع تدلي الجفن، السيلان الأنفي من المنخر في الجهة الموافقة.	الغثيان، الإقياء أحياناً، رهاب الضوء، رهاب الصوت الخ.	لا يوجد.		المرافقات:
٩٠-٢٠ دقيقة.	ساعات وحتى كامل اليوم ونادرًا أكثر من يومين.	ساعات لأيام.		مدة الصداع:
ضائقة شديدة، تبدلات العين كما أشير أعلاه.	ضائقة خفيفة إلى شديدة، مضض في شرايين الفروة.	ضائقة خفيفة، أحياناً فروة وعضلات رقبة متوترة وممضنة.		الفحص أثناء الصداع:

مشاكل النوم SLEEP PROBLEMS:

الأسباب:

- اضطراب النوم البدني.
- الثانوي – الاضطرابات النفسية، تعاطي الكحول والمخدرات، المشاكل الطبية/ الجراحية (COPD، فرط الدرقية، الهذيان، توقف التنفس أثناء النوم).

القصة المرضية:

- البدء، المدة، النموذج.
- عرض النوم الرئيسي (الأرق البدني، الاستيقاظ أثناء الليل).
- الأداء أثناء النهار.
- استجابات شريك الفراش (الشخير، الحركات، فترات توقف التنفس).
- التقييم الطبي (ROS، الأدوية، المخدرات، الكحول، الكافيين، التخمين).
- التقييم النفسي (الثبات، المسح من أجل الاضطرابات النفسية).

الموجودات السريرية/ الاستقصاءات:

- حدد المشاكل الطبية الخاصة (تعداد الدم الكامل مع الصيغة، TSH).
- حول المريض إلى عيادة اضطرابات النوم في حال الشك أن السبب بدني.

التدبير:

- التدبير غير الدوائي:
- الخط الأول – تعزيز معايير صحة النوم الجيد (تجنب الكافيين، النيكوتين، الكحول، التمرين بشكل منتظم، استعمال السرير فقط للجنس، للنوم، للمرض، بيئة نوم مريحة، الذهاب للنوم عندما يكون نعساناً).
- الاسترخاء المترقى.
- العلاجات الإدراكية.

التدبير الدوائي:

- يستعمل بالمشاركة مع العلاج غير الدوائي.
- البنزوديازيبينات (لفترة قصيرة فقط).
- سايكلوبيرولون (زوبيكلون).
- مضادات الاكتئاب المهدئة (ترازودون).

ألم العضلات أو ألم المفصل MUSCLE OR JOINT PAIN:

التشخيص:

- يجب أن تشمل القصة المرضية للـ MSK بشكل عام:
- الشكوى الرئيسية: الألم، عدم الثبات، و/ أو الضعف.
- الآلية المساهمة.
- متى وأين يكون الألم بأسوأ حال؟:

- البدء والمدة.
- حالة تحمل الوزن.
- النموذج، الصلابة (الصباح أو بعد النشاط).
- الهجمات السابقة (عامل خطورة مهم).
- العوامل المفاومة والمخففة.
- العلاج السابق.
- التأثير على الوظيفة: العمل، ADLs، المحددات.
- القصة المرضية النفسية الاجتماعية.
- الأعراض المرافقة.
- أهداف العلاج.

ألم الركبة / الكاحل ANKLE/ KNEE PAIN:

- الوثي هو الأذية الأكثر شيوعاً في أذيات الـ MSK في الرياضات.
- قد يكون الألم بسبب الأذية الحادة أو أذية فرط الاستعمال، أو الحالات الأخرى.
- الألم الرضي (الوثي، الإجهاد، الكسور المخلوطة، متلازمات فرط الاستعمال).
- الألم غير الرضي (التهاب المفصل، ذات العظم والنقي، التشنج).
- المظاهر الخطيرة: تدمي المفصل، ألم الركبة/ العرج عند الطفل مع فحص طبيعى للركبة، استجابة ضعيفة للعلاج، تورم مفصلي/ عظمي، حمى، طفح.

التدبير:

- ووثي الكاحل: خذ بعين الاعتبار الـ NSAIDs، التجبير، التحريك الباكر، العلاج الفيزيائي، الثلج، تطبيق الضغط.

ألم أسفل الظهر LOW BACK PAIN:

الوبائيات:

- ٤-٥% من زيارات الرعاية الأولية (معدل الانتشار على مدى الحياة ٨٥%).
- السبب الأول للإعاقة المزمنة.
- ٨٠-٨٥% من ألم الظهر غير نوعي.
- يصنف كألم ظهري غير مختلط، ألم ظهري مختلط، ألم ناجم عن مرض جهازى أو ألم محوّل (راجع (Referred).

المظاهر الخطيرة (BACK PAIN):

B: عسر وظيفة المثانة أو الأمعاء.

A: الخدر (منطقة السرج).

C: الأعراض البنيوية/ الخبثاء.

K: المرض المزمن.

P: المنزل.

A: العمر < ٥٠.

I: استعمال الدواء وريدياً.

N: الخلل العصبي الحركي.

الفحص السريري:

- تأمل العمود الفقري: انحناءه، وضعه.
- الجس: جانب العمود الفقري، الإيلام العظمي.
- مدى حركة الظهر.
- الرفع المستقيم للطرف السفلي، تمطيط الفخذي.
- الفحص السريري لأذية الجذور العصبية.
- يجب دائماً نفي الأسباب الخطيرة الأقل شيوعاً ولكن المحتمل وجودها.

الإسعافات الجراحية:

- متلازمة ذيل الحصان: عدم استمساك الغائط، احتباس البول، الخدر في منطقة السرج، نقص مقوية الشرج.
- أم دم الأبهري البطني: كتلة بطنية نابضة.

الحالات الطبية:

- التشنجات (بنائية، نقائية).
- إبتانية (ذات عظم ونقي، السل).
- التهابية (اعتلالات الفقار سلبية المصل).
- استقلابية (هشاشة العظام مع الكسور، تلين العظام، داء باجيت).
- حشوية (التهاب البروستات، الانتباز البطاني الرحمي (الإندوميترينوز)، التهاب الحويضة والكلية، التهاب البنكرياس).

التدبير:

- إجراء صور شعاعية بسيطة والتحليل المخبرية المناسبة في حال وجود أي من المظاهر الخطيرة.
- شرح التشخيص والسير الطبيعي بمصداقية.
- ٩٠% من حالات ألم أسفل الظهر سوف تتحسن خلال ٢-٨ أسابيع.
- إعادة التطمين مهمة جداً.
- تثقيف المريض حول الوقاية مع التفكير بالعلاج الفيزيائي في الحالات المهنية.

□ التدبير الطبي:

.NSAIDs

الأسيتامينوفين.

□ التدبير الفيزيائي:

تحريك أسفل الظهر خلال الشهر الأول للأعراض.

تطبيق الحرارة أو البرودة.

□ التمرين:

التجنب المؤقت للنشاطات التي تزيد الشدة الميكانيكية على العمود الفقري.

الراحة بالفراش < ٤ أيام تعتبر مضاد استطباب.

العودة التدريجية إلى النشاطات الطبيعية.

تمارين التكيف لعضلات الجذع بعد أسبوعين.

□ في حال عدم حدوث أي تحسن بعد شهر من العلاج المحافظ خذ بعين الاعتبار إجراء استقصاءات أوسع.

□ التفكير بالجراحة في حال وجود دليل سريري على تخريش الجذور العصبية أو وجود خلل عصبي بعد

شهر من العلاج المحافظ.

□ الأمراض المنتقلة بالجنس:

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES:

□ راجع الوجيه في الأمراض النسائية.

□ القصة المرضية الجنسية:

هل أنت نشيط جنسياً؟ أنماط النشاطات؟

متى بدأت النشاط الجنسي؟

هل تمارس الجنس مع الرجال، النساء أو كليهما؟

عدد الشركاء؟ مدة الارتباط مع كل واحد منهم؟

المشاكل المتعلقة بالنشاط الجنسي (الألم، عسر الجماع، القذف، القدرة على الانتصاب والمحافظة عليه،

الوصول للنشوة، التزليق.

□ القصة المرضية للأمراض المنتقلة جنسياً:

هل أنت مدرك للأمراض المنتقلة جنسياً؟ هل سبق أن أصبت بواحد منها؟ هل فُحصت من قبل؟

القصة المتعلقة بمنع الحمل (راجع الوجيه في الأمراض النسائية).

الأعراض مثل الحرقنة التناسلية، الحكمة، المفززات، القرحات، الحويصلات.

الأعراض المرافقة مثل الحمى، ألم المفصل، اعتلال العقد اللمفاوية.

اختبار بابا نيكولا الأخير ونتائجه.

وجود قصة سفر.

كيف يؤثر كل هذا على حياتك؟ علاقاتك؟

□ التدبير المحافظ:

النصيحة حول مخاطر الHIV، التهاب الكبد، الأمراض المنتقلة بالجنس.

النصيحة حول الممارسات الجنسية ومانعات الحمل.

التبويل بعد الاتصال الجنسي.

□ التهاب الجيوب SINUSITIS:

□ راجع الوجيز في أمراض الأذن.

□ الوبائيات:

□ ٤.٦% من زيارات الأطباء من قبل الكهول الشباب.

□ خامس أشيع تشخيص يوصف له صادرات حيوية.

□ التدبير:

□ الأموكسي سيلين ٥٠٠ مغ فموياً ثلاث مرات يومياً، TMP/SMX في حالة الحساسية تجاه الأموكسي سيلين.

□ مضادات الاحتقان.

□ الجنون (٨): الترخيص السريري لالتهاب الجيوب الجرثومي الحاد.

يعتمد على ٥ علامات وأعراض:	
ألم الأسنان بالفك العلوي.	
استجابة ضعيفة لمضادات الاحتقان.	
قصة مفرزات أنفية ملونة.	
إفرازات أنفية قيحية.	
تضوء (نفوذ الضوء) شاذ.	
منهاج العمل الموصى به	عدد الأعراض والعلامات
الصور الشعاعية غير ضرورية، علاج الكل.	٥-٤
صور شعاعية للكل. علاج اعتماداً على النتائج.	٣-٢
لا ضرورة للصور الشعاعية ولا ضرورة للعلاج.	٢ >
الصورة الشعاعية بوضعية ووترز تعتبر كافية، يجب أن لا تجرى صور شعاعية عند الأطفال دون عمر السنة.	

آفات الجلد SKIN LESIONS:

□ راجع الوجيه في أمراض الجلد.

مظهر سرطانات الجلد الشائعة:

□ الورم الميلانيني الخبيث:

A: لا تناظر.

B: عدم انتظام الحواف.

C: تغير اللون.

D: القطر < ١ سم.

E: الابتعاد عن المركز Eccentricity.

□ السرطانة قاعدية الخلايا:

لؤلؤية، شافة، حواف مدورة متوسعة الشعيرات، قرحة مركزية.

□ السرطانة شائكة الخلايا:

لويحة/ عقيدة مع درجة متفاوتة من التوسف، التجاب Crust، التآكل، والتقرح.

الطفوح الجلدية SKIN RASHES:

□ الطفوح الشائعة في طب العائلة: الصدف، التهاب الجلد التأتبي، التهاب الجلد المثلي، العد الوردي، العد

الشائع، السعفة، الطفوح الظاهرة، النخالية الوردية، الطفح المتعلق بالشمس والدواء.

التهاب الحلق SORE THROAT:

الأسباب:

□ السبب الفيروسي هو السبب الأشيع وقد يقك الخمج الجرثومي.

الفيروس الغدي:

□ أشهر الصيف بشكل رئيسي، يستمر ٥ أيام.

□ التهاب الحلق، التهاب الأنف، التهاب الملتحمة، الحمى.

فيروس كوكساي:

□ أشهر الصيف بشكل رئيسي.

□ التهاب البلعوم مع نفاطات صغيرة ممضة على الحنك الزخو واللهاة واللوزتين، تتمزق هذه النفاطات وتترك قرحات حمامية.

□ قد تشاهد التقرحات على اليدين والقدمين (مرض اليد، القدم، الفم) أو أعراض هضمية (إقياء، إسهال).

فيروس الحلا البسيط:

□ مثل فيروس الكوكساي لكن تكون القرحات أقل عدداً وأكبر حجماً.

EBV (داء وحيدات النوى الخمجي):

□ التهاب البلعوم، نتحة على اللوزة، حمى، اعتلال العقد اللمفاوية، تعب، وطفح.

□ الأسباب الجرثومية:

المكورات العقدية الحالة للدم المجموعة (A) (GABHS):

□ السبب الجرثومي الأشيع إلى أبعد حد.

□ أكثر شيوعاً ما بين عمر ٥-١٧ سنة.

□ ٤ أعراض تقليدية.

الحمى.

النتحة البلعومية أو اللوزية.

العقد الرقبة الأمامية الماضية والمتورمة.

غياب السعال.

أهمية التشخيص:

□ يجب التمييز بين نوعيه الفيروسي والجرثومي لإنقاص حدوث الاختلاطات الناجمة عن GABHS.

□ هدف العلاج:

□ إنقاص حدوث الحمى الرثوية (نسبة حدوث منخفضة جداً في الدول المتقدمة).

□ إنقاص الاختلاطات القحبية (الخراجات).

□ إنقاص انتشار المرض.

□ ملاحظة: لا ينقص حدوث التهاب الحويضة والكلية بالعلاج بالصادات الحيوية.

التشخيص والعلاج:

□ المعيار الذهبي للتشخيص هو مسحة البلعوم.

□ يكون الفحص السريع لمستضد المكورات العقدية حساساً بنسبة ٨٥% فقط.

□ إذا كان الفحص السريع إيجابياً، خذ مسحة وعالج المريض فوراً بالصادات الحيوية.

□ إذا كان الفحص السريع سلبياً، خذ مسحة وإذا كانت المسحة إيجابية اطلب من المريض أن يبدأ بالصادات

الحوية.

□ لا تحدث زيادة في نسبة حدوث الحمى الرثوية إذا تأخر العلاج بالصادات الحيوية لمدة ٤٨ ساعة.

□ إن البنسلين هو الدواء الأمثل، ويستخدم الإريثرومايسين إذا كان المريض متحسناً على البنسلين.

□ لا يوجد أي علاج لالتهاب البلعوم الفيروسي سوى العلاج العرضي.

الجدول (٩): حزر النهاب الحنى *

النقاط				
١	هل السعال غائب؟			
١	هل توجد قصة حمى تتجاوز الـ ٣٨°م؟			
١	هل يوجد نتحة على اللوزتين؟			
١	هل يوجد تورم، أو ممرض في العقد الأمامية؟			
١	العمر ٣-١٤ سنة.			
٠	العمر ١٥-٤٤ سنة.			
-١	العمر < ٤٥ سنة.			
في التجمعات التي يوجد فيها مستويات معتدلة من الإنتانات بالمكورات العقدية (١٠% إلى ٢٠% من التهابات الحلق).				
الحزر				
٤	٣	٢	١	٠
٤١-٦١%	١٩-	٨-	٣-٧%	٢-٣%
الزرع في كل الحالات، عالج بالبنسلين اعتماداً على الأضريات السريية ^(١) .	الزرع في كل الحالات، عالج فقط عندما يكون الزرع إيجابياً.	لا زرع أو صادرات	فرصة أن يكون المريض مصاباً بالتهاب البلعوم الناجم عن المكورات العقدية.	
العمل المقترح.				
^(١) تشمل الأضريات السريية الحمى المرتفعة أو المؤشرات الأخرى التي تدل أن المريض غير معافي والمتجلية بشكل باكر في سياق المرض. إذا كان المريض متحسناً على البنسلين، استعمل الإريثروميسين. * المحددات: هذا الحزر غير قابل للتطبيق عند المرضى دون الـ ١٥ سنة من العمر. في حال تفشي المرض أو حدوث وباء سببه الـ GAS في أي مجتمع، يصبح هذا الحزر غير شرعي ويجب ألا يستعمل.				

العنف الأولي DOMESTIC VIOLENCE:

□ إساءة المعاملة العاطفية أو الجسدية أو الجنسية.

الوبائيات:

□ ٢٥% من النساء عانين من العنف من الشريك الحالي أو الشريك السابق.

□ يقدر الأطباء انتشار العنف بأقل من الواقع (١-٢%).

تأثيرات العنف:

□ نفسية: الاكتئاب، PTSD، التفكير بالانتحار ومحاولة القيام به، الكحولية.

- **جسمية:** ألم حوضي، أعراض تنبّه الهلع (مثل الصداع، ألم الصدر، الخفقانات).
توصف غالباً على أنها هجمات هلع أو هجمات وظيفية.

الكشف والتدبير:

- **التقصي** عند كل المريضات: اسأل مباشرةً وليس بأسلوب المحاكمة.
- كن صبوراً ولا تكن موجهاً أو مرشداً.
- **التطمين** بأن المشكلة ليست غلطتهم.
- تذكر أن إساءة التعامل مع الشريك عمل إجرامي ولكنه لا يتطلب من الطبيب الإبلاغ عنه.
- **ملاحظة:** يجب الإبلاغ عن إساءة المعاملة ضد الأطفال.
- حدد مستوى الأمان وضع خطة للخروج.
- سهّل الاتصال مع مصادر المجتمع.
- وثّق بشكل كامل كل الأدلة التي تشير لوجود إساءة معاملة. (مثال: الصور، المخططات).

منع الحمل CONTRACEPTION:

(راجع الوجيه في الأمراض النسائية).

□ **القصة المرضية:**

- مضادات الاستطباب، العلاقات/ القصة الجنسية.
- الوسائل الحالية والسابقة لمنع الحمل، التوقعات.
- القصة المرضية التوليدية والنسائية، القصة المرضية للأمراض المنقولة بالجنس.

□ **فوائد مانعات الحمل الفموية:**

- A: نقص حدوث فقر الدم.
- B: نقص حدوث أمراض الثدي الحميدة وكيساته.
- C: السرطان (تنقص سرطان المبيض)، دورات منظمة.
- D: تنقص عسرة الطمث، تنقص الأمراض المنقولة بالجنس.

الإياس / المعالجة الهرمونية المعيّنة: HRT

(راجع الوجيه في الأمراض النسائية).

الوبائيات:

- العمر الوسطي لتوقف الطمث هو ٤٠.٤ سنة.
- العمر المتوقع للمرأة الكندية = ٨١.٢ سنة.
- ستقضي المرأة أكثر من ٣/١ حياتها في الإياس.
- يزداد خطر الـ CVD وهشاشة العظام بشكل دراماتيكي بعد الإياس.

□ مضادات استقلاب الHRT:

A: المرض الكبدي الحاد/ الكبدي المتأذي بشكل مزمن.

B: النزف (المهلي غير مشخص).

C: السرطان (الثدي أو الرحم).

D: DVT (الخثار الوعائي الحاد أو المرض الخثري الصمي).

التدبير:

□ تشجيع التمارين الجسدية وإعطاء فيتامين D/ وإضافات الكالسيوم.

□ لا يزال الاستعمال الروتيني للـ HRT موضع جدل.

تشمل الـ HRT الروتينية: الأستروجين الحلقي + البروجستيرون، الأستروجين المستمر + البروجستيرون، حلقة الأستروجين، هلام الأستروجين، والرالوكسيفين (SERM).

العلاجات المتممة COMPLEMENTARY THERAPIES:

□ إن معرفة العلاجات المتممة يمكن أن تحسن:

التواصل مع المرضى الذين اختاروا هذه العلاجات.

التعاون في العناية.

عافية المرضى عبر الاستعمال المناسب لهذه العلاجات.

□ علاجات العقل – الجسم:

تعتمد على عدم الانفصال والتفاعل المتبادل بين العمليات العاطفية والإدراكية مع أجهزة أعضاء الجسم.

التفكير الراجع الحيوي: التعلم كيف يكيف المرء وظائفه الحيوية.

أيضاً التنويم، التأمل، والتمرين الذهني مثل اليوغا والتاي شي Tai chi.

□ المعالجة اليدوية Chiropractic:

معالجة تركز بشكل رئيس على التكيف اليدوي أو المعالجة اليدوية للعمود الفقري.

□ عمل الجسم:

التدليك التقليدي.

□ علم المنعكسات Reflexology:

تطبيق الضغط على نقاط في اليدين/ القدمين يعتقد بأنها تتوافق مع التخلص من التوتر، تحريض الاسترخاء

العميق، زيادة الدوران، وتعديل دفعات العصب.

يتوفر القليل من الأبحاث.

□ علم الحركة التطبيقي Applied Kinesiology:

تحديد الضعف في عضلات معينة واستعمال تقنيات لتصحيح اضطرابات التوازن في هذه العضلات.

لمسة علاجية.

نظام شفاء يعتمد على الطاقة.

□ الوخز بالإبر الصينية Acupuncture:

تم تطويرها كجزء من الطب الصيني التقليدي.

يعتمد على أن الصحة معتمدة على الشيء (chi) (طاقة الحياة الحيوية).

□ العلاجات بالأعشاب:

يتوفر العديد منها لكن يوجد القليل من الأبحاث في وقتنا هذا.

من إصداراتنا الطبية

١. المرجع العلاجي الأول في الطب الباطني ٣١ edition
٢. دليل واشنطن الجراحي
٣. الدليل العلاجي في طب الأطفال (مانيوال واشنطن)
٤. مبادئ ممارسة الطب الباطني (موسبي - فري)
٥. طب الأطفال الإسعافي
٦. الطب الإسعافي الباطني
٧. الأمراض الداخلية NMS
٨. التقويم الذاتي في الأمراض الداخلية NMS
٩. التقويم الذاتي في الجراحة NMS
١٠. التقويم الذاتي عند الأطفال NMS
١١. رفيق الطبيب ج ١ (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
١٢. رفيق الطبيب ج ٢ (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
١٣. رفيق الطبيب ج ٣ (٥٠٠٠ س و ج في الفحص السريري)
١٤. أسرار التشخيص السريري RETSEC
١٥. الأمراض التنفسية (ديفيدسون)
١٦. الداء السكري وأمراض الغدد الصم (ديفيدسون)
١٧. أمراض جهاز الهضم والبنكرياس (ديفيدسون)
١٨. الأمراض العصبية (ديفيدسون)
١٩. الأمراض القلبية (ديفيدسون)
٢٠. أمراض الكبد والسبيل الصفراوي (ديفيدسون)
٢١. أمراض الكلية والجهاز التناسلي (ديفيدسون)
٢٢. الأمراض القلبية (كرنت)
٢٣. الأعراض والعلامات في الطب الباطني (تسامبرلين)
٢٤. التشخيص التفريقي
٢٥. علم التشريح السريري ع+E/ سنل-الطرف العلوي والسفلي

٢٦. علم التشريح السريري ع+E / سنل - الرأس والعنق
٢٧. علم التشريح السريري ع+E / الصدر والظهر
٢٨. علم التشريح السريري ع+E / سنل - البطن والحوض
٢٩. مبادئ وأساسيات علم الصيدلة
٣٠. المرجع في طب الأطفال الجزء الثاني (نلسون)
٣١. المرجع في طب الأطفال الجزء الثالث (نلسون)
٣٢. المرجع في طب الأطفال الجزء الرابع (نلسون)
٣٣. الأمراض الإنتانية عند الأطفال (نلسون)
٣٤. الأمراض الهضمية عند الأطفال (نلسون)
٣٥. الأمراض التنفسية عند الأطفال (نلسون)
٣٦. الأمراض القلبية عند الأطفال (نلسون)
٣٧. أمراض الدم والأورام عند الأطفال (نلسون)
٣٨. أمراض الجهاز التناسلي والبولي (نلسون)
٣٩. الأمراض الغدية عند الأطفال (نلسون)
٤٠. أمراض الخديج والوليد (نلسون)
٤١. الأمراض العصبية والاضطرابات العضلية (نلسون)
٤٢. الأمراض العينية والأذنية والمخاطر البيئية (نلسون)
٤٣. الأمراض الجلدية عند الأطفال (نلسون)
٤٤. اضطرابات العظام والمفاصل عند الأطفال (نلسون)
٤٥. أمراض الاستقلاب عند الأطفال (نلسون)
٤٦. اضطرابات التغذية والسوائل عند الأطفال (نلسون)
٤٧. أعراض وتشخيص الأمراض الهضمية عند الأطفال
٤٨. التغذية في طب الأطفال
٤٩. مبادئ وأساسيات التلقيح
٥٠. المرجع الشامل في اللقاحات
٥١. الرعاية المثالية للحامل والطفل
٥٢. اليرقان الوليدي

٥٣. ١٠٠٠ سؤال وجواب في طب الأطفال
٥٤. المشاكل التنفسية في الوليد
٥٥. العناية المشددة الوليدية
٥٦. الأمراض الخمجية في الجنين والوليد
٥٧. المرجع في الجراحة العامة (شوارتز)
٥٨. أسئلة الجراحة شوارتز
٥٩. أسئلة في مبادئ الجراحة الأساسية (جرين فيلد ج ١)
٦٠. أطلس الجراحة العامة (ددلي)
٦١. أطلس العمليات الأساسية في الجراحة البولية
٦٢. مبادئ وأساسيات الجراحة البولية
٦٣. الشامل في علم التخدير (لانج)
٦٤. أسس علم التخدير
٦٥. التخدير السريري (سيانوبسيسز)
٦٦. التخدير المرضي (الجزء الأول والثاني)
٦٧. مبادئ العناية بالمرضى الجراحي
٦٨. التهوية الآلية
٦٩. الاستشارات السابقة للعمل الجراحي
٧٠. التخدير العملي
٧١. مبادئ التخدير الناحي
٧٢. المرجع في طب العناية المركزة
٧٣. مبادئ المعالجة الفيزيائية العصبية
٧٤. أساسيات التوليد وأمراض النساء ج ١
٧٥. أساسيات التوليد وأمراض النساء ج ٢
٧٦. المعين في التوليد وأمراض النساء
٧٧. حالات سريرية في التوليد وأمراض النساء
٧٨. الإيكوغرافي في التوليد وأمراض النساء
٧٩. التشخيص الإيكوغرافي السريري

٨٠. مبادئ وأساسيات التصوير بالأموح فوق الصوت
٨١. البصريات والانكسار
٨٢. المعين في طب الأسنان السريري (OXFORD)
٨٣. دليل تخطيط القلب الكهربائي (عربي وإنكليزي)
٨٤. EASY MADE ECG تخطيط القلب الكهربائي ج ١
٨٥. PRACTICE IN ECG تخطيط القلب الكهربائي ج ٢
٨٦. تخطيط القلب الكاريكاتوري
٨٧. المعايير التصنيفية للأمراض الرئوية الجهازية
٨٨. تفسير النتائج المخبرية
٨٩. حالات موجزة في الأمراض العصبية
٩٠. المعالجة الدوائية للأمراض النفسية
٩١. ارتفاع ضغط الدم
٩٢. أسئلة سريرية في العلامات الحيوية والمظهر العام
٩٣. أسئلة سريرية في أمراض الجلد
٩٤. أسئلة سريرية في أمراض العين
٩٥. أسئلة سريرية في أمراض الأذن والأنف والفم
٩٦. أسئلة سريرية في أمراض العنق والدرق والثدي والعقد البلغمية
٩٧. أسئلة سريرية في الفحص القلبي الوعائي
٩٨. أسئلة سريرية في أصوات القلب الطبيعية
٩٩. أسئلة سريرية في النفخات القلبية
١٠٠. التشخيص الشعاعي للصدر
١٠١. التشخيص الشعاعي للبطن
١٠٢. ١٠٠ حالة مرضية في الأشعة الصدرية

١٠٣. أبحاث هامة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
١٠٤. الشامل في الأدوية السريرية
١٠٥. الوجيز في طب الإسعاف
١٠٦. الوجيز في طب الأطفال
١٠٧. الوجيز في طب التوليد
١٠٨. الوجيز في الأمراض النسائية
١٠٩. الوجيز في الجراحة العامة
١١٠. اليسير في الإيكو القلبي
١١١. أساسيات الجراحة (بلي آند لف)
١١٢. الطب الباطني (ميد ستدي)
١١٣. الوجيز في التشخيص المخبري للجراثيم الطبية