

हृदय रोग के लिए दिशानिर्देश



सेलो

लिडेन

अगस्त 2011

परिचय

इस दिशानिर्देश में निरीक्षण , रोकथाम और हृदय रोग का उपचार शामिल है और सेलो के सामान्य चिकित्सा पद्धति में ये हृदय रोग से संबंधित विचार-विमर्श के लिए एक उपकरण की स्थापना करने और इसके आयोजन के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है।

सेलों के काम करने के तरीकों को www.cello-hazorg.nl वेबसाइट पर हृदय रोग के अध्यास में प्राप्त किया जा सकता है। यहाँ आप अन्य दिशानिर्देश भी पढ़ने और डाउनलोड करने के लिए प्राप्त कर सकते हैं।

इस दिशानिर्देश का उद्देश्य हृदय रोग की पहचान करना और इससे जुड़े अधिक जोखिम वाले मरीजों के उपचार के लिए इष्टतम नीति को प्रोत्साहित करना है। इसका उद्देश्य रोगियों का सहायक नर्सों तक पहुँचने और इलाज प्राप्त करने में समानता बनाना भी है यह निम्नलिखित माध्यम द्वारा आयोजित किया जाता है :

- पहले से चिन्हित मरीजों का पूर्व निर्धारित निरीक्षण ,उपचार ,और जोखिम कारकों की जाँच
- सामान्य चिकित्सा अभ्यास द्वारा हृदय रोग के उच्च जोखिम वाले मरीजों की पहचान ।?

देखभाल कार्यक्रम के दौरान अभ्यास नर्स शिक्षा और सूचना के द्वारा मरीजों को अधिक जानकारी निम्नलिखित बातों को ध्यान में रखकर देती हैं।

- सामान्य भलाई
- जीवन के बेहतर ढंग, रक्त चाप और लिपिड स्तर द्वारा हृदय रोग से जुड़े जोखिम कारकों में परिवर्तन
- जटिलताओं की रोकथाम और स्थगन
- संकेत पाने पर विशेषज्ञ के पास भेजना

यह दिशानिर्देश और लक्ष्य सीमा एनएचजी (NHG) के हृदय रोग जोखिम प्रबंधन के मानक (डच सामान्य अभ्यासकर्ताओं) पर आधारित है जो कि 2006 प्रकाशित हुआ था।

परामर्श स्थापित करने के लिए शर्तें :

परामर्श जी०पी० और अभ्यास नर्सों के बीच समझौते के आधार पर स्थापित किया जाना चाहिए । प्रत्येक चिकित्सा पद्धति अलग हैं और उससे क्या सहमति जताई गयी है के कारण उसके निष्पादन में मतभेद हो सकता है। इसलिए प्रत्येक चिकित्सा पद्धति में हर सामान्य चिकित्सक, अभ्यास नर्स और सहायको के लिए विभिन्न कार्य अलग से परिभाषित हैं। हालांकि अब भी कुछ सामान्य स्थितियाँ हैं जो एक प्रभावी परामर्श को स्थापित करने के लिए ध्यान में रखना चाहिए।

लक्ष्य समूह को परिभाषित करना :

मरीजों को दो श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है:

1. हृदय रोग और डाइविटिस टाइप-2 के मरीज

इन रोगियों के लिए उपचार में बदलाव लाना है या नहीं यह निर्धारित करने के लिए एक जोखिम रूपरेखा तैयार करनी चाहिए :

- चिकित्सा पद्धति में चिन्हित हृदय रोगी
- मधुमेह रोगी (इनका जाँच मधुमेह परामर्श के दौरान होता है, www.cello-hazorg.nl देखें, मधुमेह मिलिटस)
- मरीज जिन्हें पहले ही हृदय या संवहनी समस्या हैं।

2. हृदय रोग और मधुमेह टाइप-2 से रहित रोगी

अधिक जोखिम वाले हृदय रोगियों की पहचान नियमित परामर्श के दौरान होती है।

निम्नलिखित रोगियों के लिए जोखिम की एक रूपरेखा की स्थापना पर विचार करें :

- 60 वर्ष से ज्यादा उम्र के रोगी
- रोगी, सकारात्मक पारिवारिक पूर्व इतिहास के साथ
- रोगी जो मोटापे से ग्रसित हैं
- रोगी जो हृदय रोग के बारे में खुद से पूछताछ करते हैं (यह सम्भव हो तो एक माननीकृत या मानक प्रश्नावली के माध्यम से)
- रोगी जो एक वर्ष के रक्तचाप मापन के आधार पर सक्रिय रूप से पहचाने जाते हैं।

निम्नलिखित रोगियों के लिए जोखिम रूपरेखा निश्चित रूप से स्थापित करना चाहिए :

- सिस्टोलिक रक्त दाब (एसबीपी) ≥ 140 mm Hg
- कुल कोलेस्ट्रॉल का स्तर (टीसी) ≥ 6.5 mmol/l
- पुरुष ≥ 50 वर्ष और महिलाएँ > 55 वर्ष, जो धूम्रपान करते हैं।

विचार-विमर्श क्रियावित करने के सिंद्धात :

दिशा निर्देशों पर चर्चा की जा चुकी है । मधुमेह रोगियों के लिए मानदण्ड ज्यादा सख्त है । अभ्यास नर्स और अभ्यास सहायक को कार्यों को सौपते समय एक समझौता किया जाना चाहिए ।

प्रथम परामर्श के लिए निमंत्रण :

यह निम्न तरीको से किया जा सकता है :

- एक पत्र, नियोजित भेंट (परिशिष्ट1), प्रयोगशाला प्रपत्र (लिपिड वर्णक्रम और उपवास प्लाज्मा ग्लूकोज) और प्रश्नावली (परिशिष्ट 2) के साथ भेजें
- अभ्यास नर्स या सहायक मरीजों को फोन द्वारा आमंत्रित करें,
- सामान्य चिकित्सक द्वारा बुलावा

रोगियों की समीक्षा की संभावना :

विचार-विमर्श के बाद अभ्यास नर्स सभी रोगियों को सामान्य चिकित्सक के पास रिपोर्ट करेगी । समीक्षा के दौरान ,अभ्यास नर्सों द्वारा निरीक्षण निष्कर्षों , दवा में परिवर्तन और अन्य विषयों पर विचार-विमर्श किया जा सकता है ।

मूल्यांकन :

सामान्य चिकित्सक और अभ्यास नर्सों द्वारा चिकित्सा अभ्यास के अन्दर एक साल में एक बार मूल्यांकन जरूर होना चाहिए । अभ्यास के अर्न्तगत नियमित मूल्यांकन द्वारा किसी भी विकास पर विचार-विमर्श किया जा सकता है और यदि जरूरी हो तो कुछ आवश्यक कार्यों को अपनाया भी जा सकता है ।

निरीक्षण :

एक जोखिम रूपरेखा की स्थापना :

हृदय जोखिम रूपरेखा हृदय रोगियों के लिए प्रांसगिक जोखिम कारकों का एक संक्षिप्त विवरण हैं ।

- आयु
- लिंग
- धूम्रपान
- सिस्टोलिक रक्तचाप (एसबीपी)
- उपवास प्लाज्मा ग्लूकोज
- लिपिड स्पेक्ट्रम (टीसी, एचडीएल, टीसी और एच डी एल अनुपात ,टीजी)¹

- परिवार का पूर्व इतिहास (60 साल से कम उम्र वाले पिता-माता, भाई-बहन में हृदय रोग)
- आहार (संतृप्त वसा, मछली, सब्जियाँ, फल और नमक की मात्रा)
- शराब की खपत
- शारीरिक गतिविधियां
- शरीर भार सूचकांक (बीएमआई) और पेट की परिधि

रक्तचाप निर्धारण :

रक्तचाप दिशानिर्देश के अनुसार (परिशिष्ट 4 देखें) मापना जाना चाहिए। रक्तचाप मापने के अन्य तरीकों में एक 24 घंटे में मापन या "सफेद स्तर" रक्तचाप बढ़ने के मामले में घर पर ही रक्तचाप मापना चाहिए जैसा कि अगर रोगी चिकित्सक द्वारा रक्तचाप मापने के लिए उत्सुक है।

परामर्श के दौरान रक्तचाप दो बार मापना चाहिए और औसत गणना कर लेनी चाहिए। यदि एसबीपी ≥ 140 mm Hg तो चौबीस घंटे के अंतराल पर रक्तचाप पुनः मापना चाहिए, आखिरी परामर्श के दो मापनों के औसत का प्रयोग करना चाहिए।

प्रयोगशाला मापन :

- **उपवास लिपिड स्पेक्ट्रम : टीसी एचडीएल ,टीजी :**

—यदि टीसी > 8 mmol/l या टीसी/एचडीएल > 8 mmol/l तो पारिवारिक हाइपरकोलेस्ट्रॉलएनेमिया का अलग कर देना चाहिए ।

—टीसी और एचडीएल अनुपात का उपयोग जोखिम के अनुमापन के लिए करना चाहिए। एलडीएल का उपयोग उपचार की निगरानी के लिए उपयोग किया जाता है।

- **उपवास प्लाज्मा ग्लूकोज :**

—यदि > 6.9 mmol/l (शिरा) मापन दोहराना चाहिए (यदि मान अधिक रहता है तो मधुमेह दिशानिर्देश शुरूकर देना चाहिए)

—उपचार शुरू करने से पहले सीरम के क्रिएटिनीन और पोटैशियम मूल्य को निर्धारित कर लेना चाहिए। एसीइ अवरोध या डाइयूरेक्स के उपयोग के लिए पता कर लेना चाहिए। इसके अलावा माइक्रोएल्बुमिनयूरिया के लिए गुर्दे का परीक्षण कर लेना चाहिए।

अंतर्निहित रोगों की वजह से रक्तचाप में वृद्धि हो सकती है। निम्नलिखित मामलों में आगे की जाँच पर विचार करें :

- ❖ निरिक्षण विकार, जैसे कुशिंग सिंड्रोम के लक्षण
- ❖ एसबीपी > 180 mmHg
- ❖ हाइपोकैल्सिमिया (<3.5 mmol/l)
- ❖ गुर्दा क्रिया विकार (बढ़ी हुई क्रिएटिनीन और ग्लोमेरुलर निस्पंदन दर <60 मिली/मिनट)
- ❖ रोगोपचार प्रतिरोधकता

पूर्व इतिहास और सहायक नर्स द्वारा जाँच :

इतिहास :

- मधुमेह मेलिटिस-2
- वसा के चयापचय विकार
- हृदशूल
- मायोकार्डिनल इंफेक्सन
- हृदय असफलता
- सीवीए
- टीआइए (ट्रांसिएंट इस्चेमिक अटैक)
- परिधिय संवहनी रोग
- महाधमनी धमनी विस्फार
- माता-पिता तथा भाई बहन में कोरोनरी हृदय रोग (60 वर्ष से कम उम्र में)

हृदय विकृति का

पूर्व इतिहास

- शूलग्रस्त लक्षण
- खंजता लक्षण
- लक्षण जो हृदय विफलता की ओर संकेत करें

जीवन शैली का

पूर्व इतिहास

- आहार
- धूम्रपान
- शारीरिक व्यायाम और खेलकूद की गतिविधियाँ
- कार्य/शौक
- दवाओं का उपयोग (उदाहरण : मौखिक, एंटीकांसेप्शन कॉर्टीकोस्टीरॉयड, एनएसएआईडी)

—शराब की खपत

मापन

- रक्त चाप एक परामर्श में दो बार
- लम्बाई
- भार
- पेट की परिधि
- वैकल्पिक: टखने या हाथ सूचकांक
- क्यूटेलेट सूचकांक (माप माड्यूल द्वारा स्वचालित रूप से परिकलित)

प्रयोगशाला

- प्लाज्मा ग्लूकोज का स्तर
- कोलेस्ट्रॉल, एचडीएच कोलेस्ट्रॉल
- टीसी/एचडीएल अनुपात
- ट्राइग्लिसराइड्स
- क्रिएटिनीन
- यदि लागू हो तो पोटेशियम
- एएलएटी
- होमोसिस्टीन
- मूत्र

जब सारे डेटा एकत्र हो जाए तो यदि आवश्यक हो तो सामान्य चिकित्सक से मुलाकात की व्यवस्था की जाती है। ईसीजी करना है या नहीं यह निर्णय सामान्य चिकित्सक के द्वारा अगले परामर्श के द्वारा दौरान लिया जाता है। संकेतो के आधार पर वार्षिक जाँच की जाती है।

सामान्य चिकित्सक के द्वारा पूर्व इतिहास की जाँच

सामान्य चिकित्सक के साथ विचार—विमर्श लिए गये निर्णय के आधार पर किया जाता है। सामान्य चिकित्सक एनामेंसिस के विवरण के आधार पर हृदय जोखिम रूपरेखा का निर्धारण करता है।

- हृदय रोग विकृति : मायोकार्डियल इन्फार्ट, हृदय विफलता, परिधिय संवधी रोग , सीवीए, टीआईए, या लक्षण जो एंजाइना पेक्टोरिस, डिकॉम्पेंसेसन कॉर्डिस या गुर्दी विकार कीओर संकेत करें।
- रोगियों के उनके माता—पिता भाई बहन में साठ साल से पहले कोरोनरी हृदय रोग
- दवाओं की शुरुआत या समायोजन

सामान्य चिकित्सक द्वारा शारीरिक परीक्षण

- हृदय ध्वनि सुनने की प्रक्रिया (souffle's 3rd / 4th हृदय ध्वनि);
- शीर्ष बिंदु पर ध्वनि क्रिया (हृदय आघाता)
- केन्द्रीय शिरा दबाव (सीबीपी)
- फेफडा.ा ध्वनि सुनने की क्रिया
- टखनो का सूजन
- परिधिय संचलन ,स्पंदन, नीलरोग, शरीर तापमान
- हिपैटोमिगैली
- उदर महाधमनी का प्रतिस्पर्शन

जोखिम आकलन :

हृदय रोग और मधुमेह रहित रोगियों के लिए जोखिम का आकलन किया जाता है (परिशिष्ट 5 देखें)। जोखिम क्रिया गणना करने के लिए निम्नलिखित कारकों के आधार पर दस साल के भीतर हृदय रोगियों के मृत्यु दर का अनुमान किया जाता है।

- उम्र,
- लिंग
- धूम्रपान
- एसबीपी
- टीसी/एचडीएल अनुपात

उपचार :

निरिक्षण के पश्चात् सामान्य चिकित्सक उपचार की शुरुआत करता है। उपायों का चुनाव और उपचार कार्यक्रम की स्थापना अभ्यास नर्स के सहयोग से किया जाता है और यह निम्नप्रकार का होता है :

- गैर चिकित्सकीय उपचार
- चिकित्सकीय उपचार

गैर चिकित्सा उपचार :

—जीवन शैली से जुड़े उपचार

➤ धूम्रपान छोड़ देना

➤ पर्याप्त व्यायाम

तीस मिनट का साइकिल चलाना, तेज चलना या प्रति सप्ताह 5 दिन बागवानी करना।

➤ स्वस्थ आहार

कम संतृप्त वसा, एक सप्ताह में 1–2 बार मछली, 200 ग्राम सब्जियाँ और फल के दो टुकड़े प्रतिदिन, नमक का सेवन कम से कम

➤ शराब की सीमित खपत

पुरुष : अधिकतम 3 ग्लास प्रतिदिन , महिलाएँ : अधिकतम 2 ग्लास प्रतिदिन

➤ इष्टतम शरीर भार के लिए प्रयास करना

बीएमआई < 25; पेट की परिधि, पुरुषों के लिए <80 cm महिलाओं के लिए <94 cm

चिकित्सा उपचार :

दवा की शुरुआत सामान्य चिकित्सक द्वारा की जाती है। चिकित्सा उपचार शुरू करने का संकेत देने के पहले निम्न में अन्तर का निर्धारण किया जाता है :

➤ हृदय रोग और मधुमेह—2 दोनों से ग्रसित मरीज

➤ हृदय रोग और मधुमेह—2 दोनों से रहित मरीज

हृदय रोग से ग्रसित मरीज :

एसिटिलसैलिसिक एसिड देना चाहिए

—जब तक थक्कारोधी संकेत न मिलने लगे (अलिंद विकम्पन, संरचनात्मक हृदय अपरचना)

—अत्यधिक संवेदनशील मामले में क्लोपिडोग्रल शुरू करना चाहिए।

एसीई—अवरोधक प्रारम्भ करना चाहिए

—कोरोनरी हृदय रोग पर आधारित कोरोनरी रिवैसकुलराइजेसन के बाद मायोकार्डियक इनफार्कसन या हृदय विसफलता होने पर

β—अवरोधक शुरू करना चाहिए

—जब एसबीपी ≥ 140 mmHg

—एनजाइना पेक्टोरिस, पिछले मायोकार्डियल इन्फार्क्सन, दिल की विफलता के लिए ।

स्टैटिन प्रारम्भ करना चाहिए :

—यदि एलडीएल ≥ 140 mmHG

—यदि एलडीएल < 2.5 mmol/l और (रीसिडिवेटिंग मायोकार्डियल इन्फार्क्सन, परिवार का सकारात्मक पूर्व इतिहास, जोखिम कारकों को समूह बद्ध करना) का उच्च खतरा ।

पहले से मस्तिष्क इन्फार्क या टीआईए से प्रभावित रोगियों को , रक्तदाब सामान्य होने के बावजूद रक्त दबाव को कम करने का दवा देना प्रारम्भ कर देना चाहिए ।

डाइबिटिस-2 से ग्रसित मरीज :

मधुमेह-2 से ग्रसित मरीजों में ग्लूकोज नियंत्रण के लिए उपचार एनएचजी (डच सामान्य चिकित्सक संगठन) के मापन के अनुसार शुरू कर देना चाहिए ।

रक्तदाब बढ़े होने के मामलों में (एसबीपी ≥ 140 mmHg) एंटीहाइपरटेंसिव दवाओं का उपयोग हृदय रोग और तंत्रिका विकृति (न्यूरोपैथी) को रोकने के लिए शुरू कर देना चाहिए ।

स्टैटिन शुरू करना चाहिए —

—यदि एलडीएल > 2.5 mmol/l या टीसी > 4.5 mmol/l

—यदि एसबीपी ≥ 140 mmHg, (बुरा चपापचय नियंत्रण, गुर्दा क्रिया विकार, सकारात्मक पारिवारिक पूर्व इतिहास, सभी जोखिम कारकों को समूह बद्ध करना) का उच्च खतरा ।

हृदय रोग और मधुमेह-2 से रहित मरीज :

चिकित्सा उपचार हृदय रोग के जोखिम और एसबीपी और टीसी/एचडीएल के अनुपात पर निर्भर करता है (परिशिष्ट 5 देखें)। उपचार के फायदे और नुकसान दोनों को ध्यान में रखा जाना चाहिए ।

10 प्रतिशत के बराबर या ज्यादा 10 साल के भीतर हृदय रोग से मौत का खतरा

➤ एंटीहाइपरटेंसिव दवाओं का प्रारम्भ करना चाहिए जब तक कि एसबीपी 140 mmHg से कम न हो जाए ।

➤ स्टैटिन प्रारम्भ करना चाहिए जब तक कि एलडीएल 2.5 mmol/l से कम न हो जाए ।

10 प्रतिशत से कम दस साल के भीतर हृदय रोग से मौत का खतरा

चिकित्सा उपचार पर विचार करना चाहिए यदि :

- सकारात्मक पारिवारिक पूर्व इतिहास (60 साल से कम उम्र में हृदय रोग)
- मोटापा (बीएमआई > 30) या पेट की परीधि महिलाओं के लिए 88 cm से ज्यादा और पुरुषों के लिए 102 cm से ज्यादा है।
- आखिरी अवस्था में अंग क्षति के संकेत (श्वेतकमेह, गुर्दा क्रिया विकार, बॉए निलय में अतिवृद्धि)

यदि एसबीपी 180 mmHg से ज्यादा है तो एंटीहाइपरटेंसिव दवाओं का उपयोग हृदय रोग की परवाह किये बिना शुरू कर सकते हैं।

जाँच :

जाँच सहायक नर्सों द्वारा की जाती है। जाँच की योजना व्यक्तिगत रूप से जोखिम रूपरेखा सह –रुग्णता और व्यक्तिगत वरियताओं पर स्थापित की जाती हैं। अधिक जोखिम वाले रोगियों के लिए एक वार्षिक जाँच का आधार रखा जाता है। तीन महीने और वार्षिक जाँच की योजनाए परिशिष्ट 6 और 7 में प्राप्त की जा सकती हैं।

दवा की शुरुआत :

–पहले तीन महीनों के दौरान एसबीपी प्रत्येक 2–4 हफ्तों के बीच नापना चाहिए।

–एसबीपी का लक्ष्य < 140 mm Hg होना चाहिए;

- यदि एसबीपी <140 mm Hg, तीन महीने के बाद जाँच कराना चाहिए।
- यदि एसबीपी >140 mm Hg, एक महीने बाद जाँच कराना चाहिए।

–गैर पोटेशियम अल्प डाइयूरिटिक्स के मामले में :

- तीन महीने के अंतराल पर पोटेशियम जाँच प्रति वर्ष
- यदि पोटेशियम < 3.5 mmol/l, एक थाइएजाइड/पोटेशियम अल्प डाइयूरिटिक्स की सलाह देनी चाहिए।

–छः सप्ताह के बाद स्टैटिन रोगोपचार और 3 महीने के बाद एलडीएल की जाँच करनी चाहिए।

- हृदय रोग और मधुमेह-2 रोगियों के लिए : एलडीएल < 2.5 mmol/l का लक्ष्य रखना चाहिए।

- हृदय रोग और मधुमेह-2 से रहित रोगियों के लिए : 1.0 mmol/l एलडीएल में कमी का लक्ष्य रखना चाहिए।

वार्षिक जाँच :

शुरुआत करने के बाद, पोटैशियम और क्रिएटिनीन मूल्यों की वार्षिक जाँच जरूर करनी चाहिए जब डाइयूरेटिक और एसीई अवरोधक उपयोग किया जा रहा हो । हर जाँच के दौरान रक्तदाब दो बार मापा जाना चाहिए । यदि रक्तदाब स्थिर है तो सालाना मापा जा सकता है। वार्षिक जाँच की योजना (परिशिष्ट 7 में देखें)।

बढ़े हुए ग्लूकोज स्तर के मामलों में , रोगी मधुमेह परामर्श के लिए सेलो में भेजा जा सकता है।

¹ TC= Total cholesterol, HDL= High density lipoprotein cholesterol, LDL= Low density lipoprotein cholesterol, TG= Triglycerids