

سورة الاحقاف

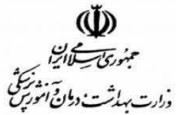
* شناسنامه و استاندارد خدمت تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه در بیماران مبتلا به بیماری های:

- مالتیپل اسکلروزیس (MS)
- پنومونی
- سلیاک
- دمانس

* بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS):

* یک التهاب مزمن سیستم عصبی مرکزی که عمدتاً افراد جوان را درگیر می کند.

* با توجه به ماهیت التهابی بیماری MS رژیم درمانی از طریق تاثیر بر مسیر سلولی متابولیک، التهابی، اکسیدانی و میکروبیوم روده منجر به تخفیف یا تشدید علائم و عوارض بیماری می شود.



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

پرومکل تغذیه درمانی پزشکی در

بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

تابستان ۱۴۰۰

مواردی که می تواند التهاب را در بدن افزایش دهد و باعث از بین رفتن تعادل میکروبیوم روده شود:

* رژیم پرکالری با مقادیر زیاد چربی حیوانی

* نمک

* گوشت قرمز

* نوشیدنی های شیرین شده با قند

* غذاهای سرخ شده

* دریافت مقادیر کم : فیبرو اسیدهای چرب امگا3 با چند

پیوند دوگانه در کنار بی تحرکی



* موارد موثر در کاهش تولید و ترشح واسطه های التهابی:

* فعالیت بدنی و ورزش

* رژیمهای کم کالری بر پایه سبزیجات، میوه ها، حبوبات، ماهی، پره بیوتیک ها و پروبیوتیک ها





عوارض داروهای مصرفی در بیماران ام اس و مشکلات سلامتی و تغذیه ای

- ❖ دریافت متوتروکسات باعث بروز بی اشتهایی و یا تهوع
- ❖ دریافت کورتیکواستروئیدها منجر به افزایش اشتها، افزایش قند خون، افزایش وزن و پوکی استخوان
- ❖ در بیماران با دریافت دوز بالای استروئیدها، امکان کاهش سطوح ویتامین B12 و فولات در سرم و مایع مغزی نخاعی

ارزیابی آزمایشگاهی:

کارشناس تغذیه موظف است نتایج آزمایشگاهی موجود بیمار را بررسی نماید و در صورت عدم وجود از پزشک معالج درخواست آزمایشات لیست زیر را نماید.

CBC, Albumin, BUN, Creatinine, Lipid profile, Na, K, Ca, P, Mg, 25 (OH) D, PTH, T3, T4, TSH, ALT, AST, B12, B9.

در صورت شک به آنمی فقر آهن
Ferritin و TIBC، Fe



* به دلیل نقش کوآنزیم Q₁₀ و L-carnitine در کنترل خستگی
بیماران ام اس و نقش آهن در افزایش التهاب بدن
در بیماران نیازمند به مصرف مکمل، بهتر است از انواع مولتی
ویتامین های حاوی کوآنزیم Q₁₀ و L-carnitine و فاقد آهن
استفاده گردد





توصیه های تغذیه ای:

مداخلات تغذیه ای : به عنوان درمان مکمل و نه جایگزین

- ✓ محدودیت کالری
- ✓ افزایش فعالیت بدنی
- ✓ توصیه به رژیمهای ضدالتهابی نظیر رژیم مدیترانه ای
- ✓ افزایش مصرف میوه، سبزیجات، ماهی و فیبر
- ✓ توصیه به مصرف مواد غذایی حاوی پلی فنل ها، نیاسین، امگا- 3
- ✓ اجتناب از مصرف رژیمهای غذایی پرکالری با چربی اشباع و ترانس بالا و الگوی رژیمی غربی
- ✓ کاهش مصرف الکل تا حد امکان
- ✓ کاهش وزن به آهستگی
- ✓ رژیم غذایی کم چرب در کنار دریافت امگا- 3 کافی باعث کاهش تعداد حملات
- ✓ در صورت عدم تامین امگا- 3 از منابع غذایی؛ توصیه به دریافت روزانه 1000 میلی گرم امگا- 3

* بیماری پنومونی:

* بیماری التهابی ریوی که در اثر آلودگی با ویروسها، باکتریها یا قارچها ایجاد می شود.



معاونت درمان

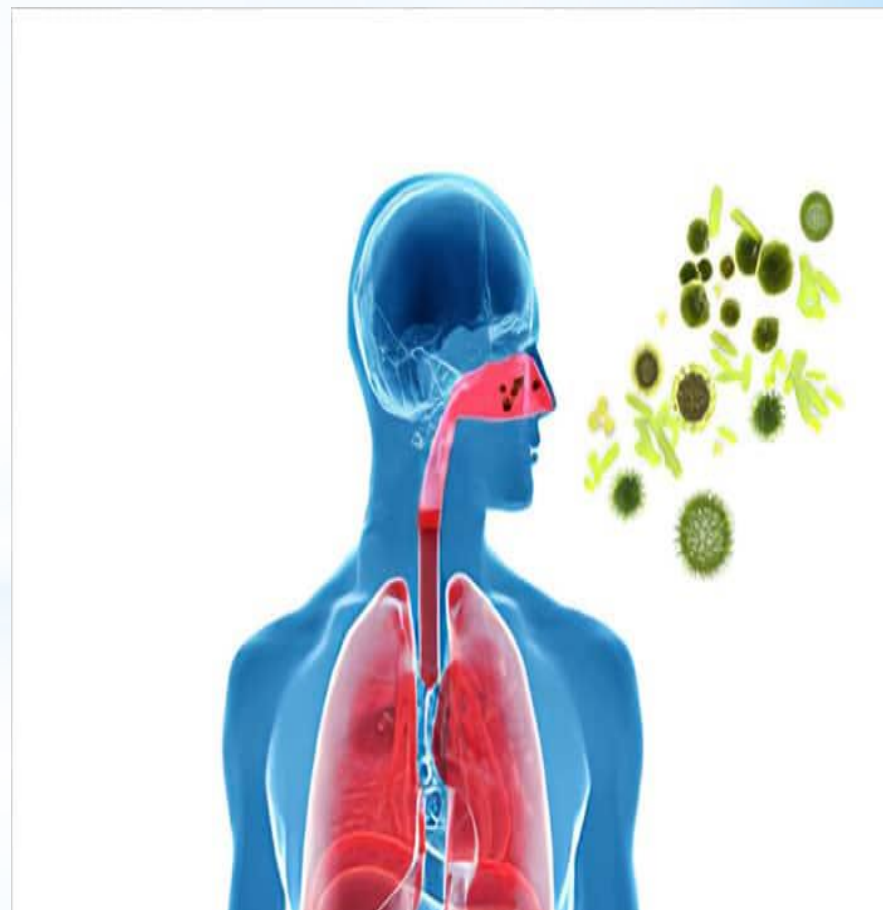
دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تفخیه درمانی و مشاوره تفخیه در بیماران بستری

بسیلاب بیماری پنومونی

تابستان ۱۴۰۰



* برآورد پروتئین انرژی و سایر مواد مغذی:

انرژی: با استفاده از کالریمتری غیرمستقیم به روش اسپرومتری در صورت امکان و یا فرمول هریس بندیکت

ضریب استرس در بیماران تنفسی ترجیحاً 1/2 و حداکثر 1/5

پروتئین: بر اساس وجود کاتابولیسم عضلانی (بر اساس معاینه بالینی، ترکیب بدنی و آزمایشات بالینی) و عفونت، میزان پروتئین مورد نیاز میتواند تا 2 برابر مقادیر توصیه شده (1.5g/kg) یا حدود 20% کل کالری) افزایش یابد

سایر مواد مغذی: نیاز به سایر مواد مغذی با توجه به ارزیابی های انجام شده و جداول DRIs_۳

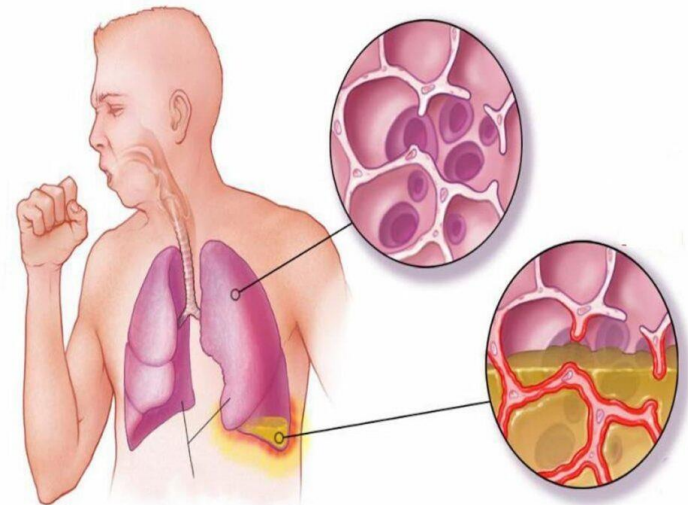
* توصیه های تغذیه ای:

- ✓ جهت جلوگیری از پنومونی مرتبط با آسپیراسیون و یا مدیریت آن، در بیماران حاد باید نکات زیر رعایت شود:
- * در صورت امکان، لوله گذاری مربوط به تغذیه ی روده ای در محل روده ی باریک و نه در معده انجام شود.
- * در صورت امکان تغذیه ی لوله ای به صورت مداوم و نه بولوس انجام گیرد.
- * سر بیمار 45 درجه بالاتر از تخت قرار بگیرد.
- * بهداشت دهان و دندان ارتقا یابد.
- ✓ در صورت عدم وجود کنتراندیکاسیون، افزایش مصرف مایعات تا 3 لیتر
- ✓ مکمل یاری N-acetyl Cysteine به میزان 400-600 mg/day به عنوان حل کننده ی خلط در عفونتهای مجاری هوایی در صورت صلاح دید پزشک
- ✓ در صورت عدم تحمل غذا، وعده های غذایی پرکالری، کم حجم و مکرر
- ✓ رژیم غذایی نرم بهتر تحمل میشود

* ارزیابیهای پاراکلینیکی

(بررسی آزمایش های موجود در پرونده ی بیمار طی یک هفته گذشته):

CBC, Serum albumin, Total protein, FBS, ALT, AST, pCO₂, pO₂, BUN, Cr, Ca, P, Mg, Na, K, Fe, Ferritin, CRP, ALKP (for children), TTR (Pre-albumin), vit D



* بیماری سلیاک

یک اختلال خود ایمنی با زمینه ژنتیکی که موجب التهاب قسمت پروگزیمال روده باریک می شود. این بیماری به دنبال پاسخ های ایمنی نامناسب به گلوتن مصرف شده از گندم (گلیادین) چاودار (سکالین) و جو (هوردئین) ایجاد می شود.



دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

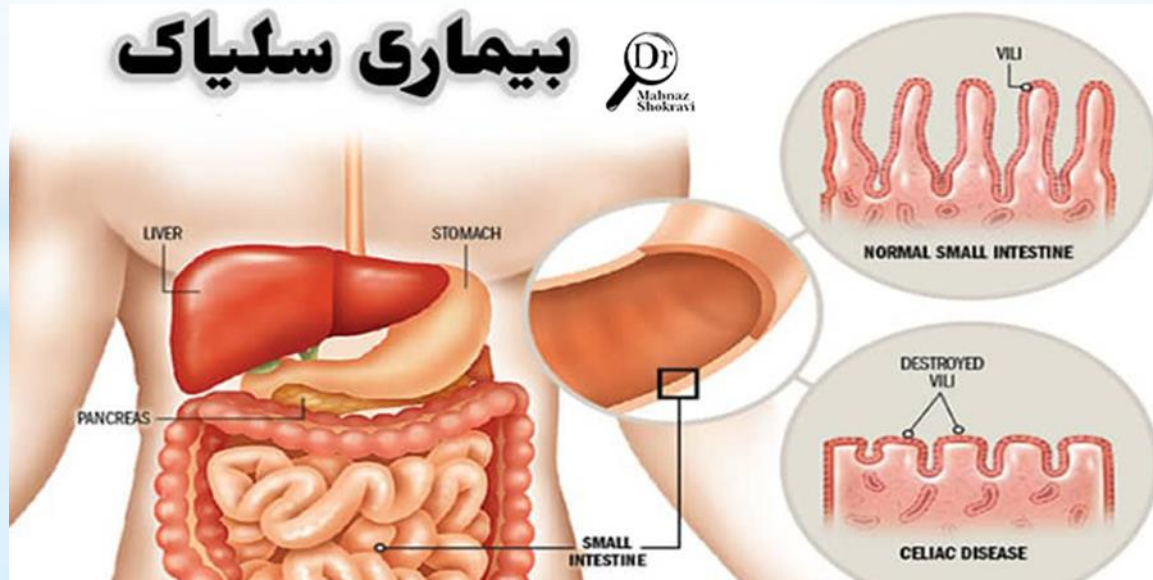
تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه در بیماران

بتلا به سلیاک

بهار ۱۳۹۹

هدف از ارائه رژیم غذایی مناسب:

- کمک به عملکرد بهتر دستگاه گوارش
- تصحیح اختلالات گوارشی (نفخ، اسهال، استئاتوره و استفراغ)
- کنترل عوارض کوتاه مدت و دراز مدت بیماری



* ارزیابی های پاراکلینیکی:

CBC diff, FBS, TG, TC, LDL, HDL, BUN, Cr, Na, K, ALT, AST, CRP, ESR

Anti-TTG antibodies (tTG) IgA

Ferritin، سرم Fe

فولات و B12

چربی مدفوع، آلبومین و ویتامین D، سدیم، پتاسیم، مس، فسفر، روی و منیزیم سرم



* توصیه های تغذیه ای

حذف مادام العمر گلوتن از رژیم غذایی و پیروی از رژیم ضروری می باشد.

* در صورتی که رژیم به طور کامل رعایت شود، اکثر بیماران طی دو هفته بهبود خواهند یافت.

* در صورتی که بعد از 6 تا 9 ماه رژیم درمانی نتیجه ای مشاهده نشود، باید به دنبال علل دیگر بود



* میزان نیاز به انرژی در بزرگسالان مبتلا به سلیاک:

انرژی مورد نیاز (kcal/kg)	رنج BMI
35-45	BMI <15
30-35	15-19
20-29	20-29
15-25	BMI >30

* میزان نیاز به پروتئین در سلیاک:

- ✓ در مرحله حاد، روزانه به میزان 1/5-1/2 گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن
- ✓ در موارد مزمن و بهبود شرایط حاد بیماری، 1 گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن

* در صورت بروز استئاتوره ، استفاده از محصولات حاوی MCTs

* مصرف این نوع روغن از یک قاشق غذاخوری در روز (حاوی 14 گرم چربی و 115 کیلوکالری) شروع می شود و تا میزان 4 تا 7 قاشق غذاخوری بسته به تحمل بیمار میتواند افزایش یابد

* بیماری دمانس



دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تفخیر درمانی و مشاوره تغذیه

در بیماران بستری مبتلا به دمانس

زمستان ۱۳۹۸

سندروم بالینی است که با تخریب پیش رونده عملکردهای شناختی مشخص می شود

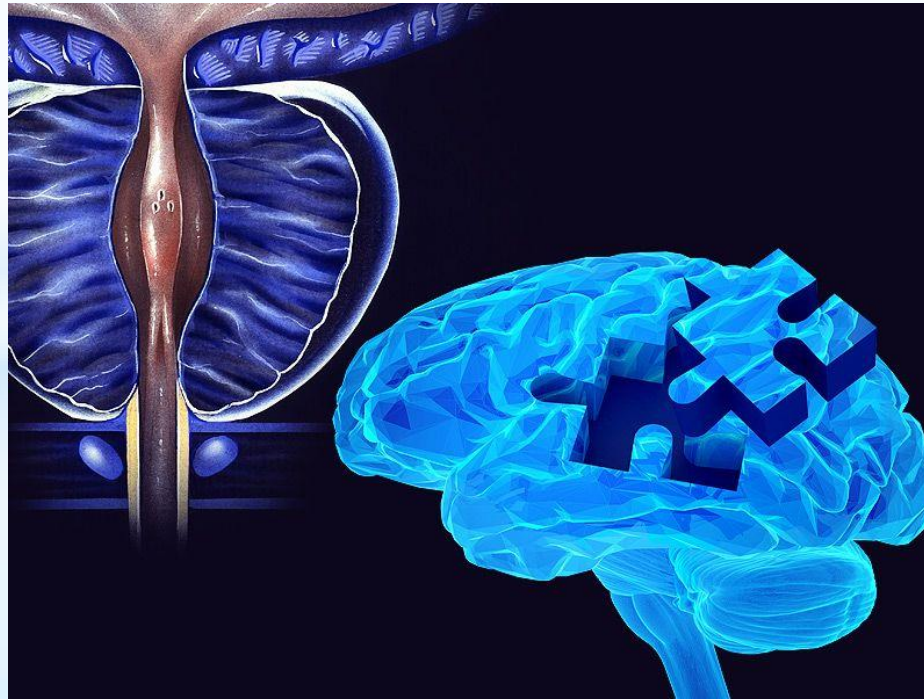
ارزیابی کامل تغذیه*

* شرح حال (ارزیابی دریافت غذا، مکمل ها، بررسی میزان تغییرات وزن، ارزیابی رفتار غذا خوردن ، Intake/Output)

* اندازه گیری تن سنجی (قد، وزن، BMI، دور ساق، دور بازو، ادم، قدرت و عملکرد عضلانی و در صورت امکان چربی زیر جلدی)

* آزمایشات بیوشیمیایی

(CBC/diff , Na, K , BUN, Creatinine, FBS, 25(OH) Vit D, Fulic Acid, Vit B12)



* در صورت تشخیص سوء تغذیه پروتئین انرژی (PEM)

□ محاسبه انرژی مورد نیاز

- BMI \leq 21 : 32-38 kcal/kg

- BMI $>$ 21 : 24-25 kcal/kg

- در صورت وجود کالریمتری غیر مستقیم: REE \times PAL

□ تعیین پروتئین مورد نیاز

- eGFR $<$ 30 : 0.8 gr/kg

- eGFR $>$ 30 : 1.2-1.5 gr/kg

□ چربی 25-35% انرژی مورد نیاز

□ کربوهیدرات: 45-65% انرژی مورد نیاز

□ مایعات: 1 ml/kcal یا 30 ml/kg



* مکمل های دریافتی

* دریافت مکمل های تغذیه ای خوراکی (فرمولاهای کامل مانند انترامیل، میلالتک، انشور، گلوسرنا و ...) حداقل 400 کیلوکالری علاوه بر دریافت های موجود

* دریافت مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ریز مغذی ها به اندازه RDA

* دریافت مکمل اسیدهای چرب امگا-3 در صورت دریافت ناکافی از طریق غذا (به میزان 500-200 میلی گرم EPA در روز)



* در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات کوبالامین و اسید فولیک

■ در صورتی که: Serum B12 < 200 pgr/mL
روزانه یک عدد قرص ویتامین B12 حاوی 1000 میکروگرم تا یک ماه تجویز شود و آزمایش مجدد انجام شود و سپس براساس اتیولوژی کمبود، اقدامات بعدی انجام شود

یا

هفته ای یک عدد آمپول ویتامین B12 حاوی 1000 میکروگرم تا چهار هفته تجویز شود و سپس براساس اتیولوژی کمبود، اقدامات بعدی انجام شود

■ در صورتی که: Serum Folate < 2 ng/mL
روزانه یک عدد قرص اسید فولیک حاوی 1000 میکروگرم یک ماه تجویز شود و آزمایش مجدد انجام شود و سپس براساس اتیولوژی کمبود اقدامات بعدی انجام شود

