



پیمانه

# انجمن پزشکان کودکان ایران

سال پانزدهم / شماره پنجم و پنجم / پاییز ۱۳۹۷

۵۵

انتشارات انجمن پزشکان کودکان ایران

یا تا برآریم دستی ز دل  
به فعل خزان درینی دخت  
برآرد تهی دستهای نیاز  
پسدار از آن در که هرگز نبست  
قنا خلعتی نمادارش دهد  
همه طاعت آرزو مسکین نیاز  
چ شاخ برهنه برآریم دست  
خداوندگارا نظر کن به جود  
کنای آید از بند خالکار  
کریما به رزق تو پروردہ ایم  
کدا چون کرم پیند و لطف و نز  
چ ما را به دنیا تو کردی عزیز  
عزیزی و خواری تو بخشی و بس  
خدایا به عزت که خوارم مکن  
سلط مکن چون منی بر سرم  
کرم بر سرافند ز تو سایه ای  
سعدي

که توان برآورده فردا ز گل  
که بی برک ماند ز سرمای سخت  
ز رحمت نگردد تهید است باز  
که نومید گردد برآورده دست  
قدر میوه د آستینش نمد  
یا تا به دگاه مسکین نواز  
که بی برک از این بیش توان شست  
که جرم آمد از بندگان در وجود  
به امید عفو خداوندگار  
به انعام و لطف تو خوکرده ایم  
نگردد ز دنبال بخششده باز  
به عقیبی همین پشم داریم نیز  
عزیز تو خواری نیند ز کس  
به ذل گنه شرمسارم مکن  
ز دست تو به گر عقوبت برم  
پسرم بود کمترین پایایی

# بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



## خبرنامه

سال پانزدهم / شماره پنجاه و پنجم / پاییز ۱۳۹۷

صاحب امتیاز: انجمن پزشکان کودکان ایران

مدیر مسئول: دکتر غلامرضا خاتمی

سردبیر: دکتر سید محمد رضا بلوساز

ویراستار: دکتر کتایون خاتمی

### فهرست

#### پیام سردبیر

- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در مهر ماه ۹۷
- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آبان ماه ۹۷
- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آذر ماه ۹۷
- اهمیت یک ماه اول زندگی
- درمان بیوست در شیرخواران و کودکان
- سوء مصرف داروهای درمان اختلال کاهش توجه و بیش فعالی (ADHD) در میان کودکان، یک نگرانی در حال افزایش
- درACC و ADA برای سال ۲۰۱۹ توصیه های دیابت خود را با هم هماهنگ کردند
- برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن در سال ۱۳۹۷
- سامانه جامع انجمن های علمی پژوهشی
- لیست همایش های داخلی
- لیست همایش های خارجی
- تسلیت
- فرم ثبت نام

هیئت تحریریه : (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فرید ایمان زاده، دکتر سید محمد رضا بلوساز، دکتر منصور بهرامی،  
دکتر غلامرضا خاتمی، دکتر کتایون خاتمی، دکتر شهرزاد ریاضی،  
دکتر هادی سمعانی، دکتر حامد شفق، دکتر حسین فخرایی،  
دکتر عباس مدنی

همکاران این شماره : (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر رامتین اجتماعی، دکتر حسین کریمی، مریم ملایی، دکتر ناصر هنر

طراحی و صفحه آرایی: موسسه طرح خوب (پرویز مقدم)

آدرس انجمن پزشکان کودکان ایران  
تهران- خیابان ولی عصر- خیابان بزرگمهر، شماره ۲۰- طبقه سوم،  
کد پستی ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶

تلفن انجمن ۶۶۹۶۸۳۱۷-۸

دورنگار (فاکس): ۶۶۴۶۵۸۲۸

آدرس سایت: [www.irpediatrics.com](http://www.irpediatrics.com)

آدرس ایمیل: [info@irpediatrics.com](mailto:info@irpediatrics.com)



## پیام سردبیر

### با درود فراوان و آرزوی سلامتی و موفقیت برای شما همکاران محترم

دوستان، انجمن پزشکان کودکان ایران برحسب وظایف محوله در زمینه آموزش به جز همایش سالیانه، جلسات علمی تدوین و تنظیم نموده که هرماهه در بیمارستان مفید برگزار می‌گردد.

تشکیل چنین جلساتی کارآسانی نیست چون جلسات فوق با همکاری اساتید برگزیده دانشگاه می‌باشد و سعی شده است که مطالبی مورد بحث و گفتگو قرار گیرد که جنبه کاربردی داشته باشد، لذا درخواست اینجانب و هیات محترم انجمن کودکان از شما بزرگواران این است که برای هر چه پربارتر شدن جلسات ما را یاری نموده و به صورت فعال شرکت نمایید.

دکتر سید محمد رضا بلورساز  
دبیر انجمن پزشکان کودکان ایران



## جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در مهرماه ۹۷ پاراکلینیک بیماری‌های کلیوی کودکان: تفسیر آزمایش ادرار

اعضای پانل: دکتر مصطفی شریفیان<sup>۱</sup>- دکتر حسن اتوکش<sup>۱</sup>- دکتر سید طاهر اصفهانی<sup>۱</sup>- دکتر معصومه محکم<sup>۱</sup>

در بیماری MSUD ادرار بوی شربت افرا می‌دهد که مشابه بوی قند سوخته است.

در بیماری ایزووالریک اسیدومی ادرار بوی عرق پا دارد. بوی استون یا میوه گندیده در موارد گرسنگی و کتواسیدوز دیابتی از ادرار استشمام می‌شود.

بوی کپک یا موش مرده در بیماری فنیل کتونوری وجود دارد. در هیپرمیتوئینیمی ادرار بوی ماهی می‌دهد.

رنگ: رنگ ادرار به طور طبیعی به صورت زرد کهربایی است. هر چه ادرار رقیق تر باشد رنگ آن به سوی شفافیت و بی‌رنگی شبیه آب سیر می‌کند و هر چه ادرار غلیظ تر باشد رنگ زرد پررنگ تری دارد.

در موارد مختلفی رنگ ادرار تغییر می‌نماید. در مصرف تریپتوفان ادرار آبی رنگ است. در عفونت‌های ادراری یا سپتی سمی پسودومونایی یا مصرف متوكاربامول، ادرار سبز رنگ می‌شود. ادرار پررنگ و قهوه‌ای و یا سیاه در مصرف مترونیدازول و L-Dopa می‌شود.

در هپاتیت‌ها، مصرف داروهایی مانند ریفامپین ادرار به

در آزمایش ادرار به ترتیب بو، رنگ، ظاهر، وزن مخصوص، pH، پروتئین، گلوكز، خون، کتون، بیلی رویین، اوروبیلینوژن و آزمایش میکروسکوپی لکوسیت، گلبول قرمز، سلول اپیتیال، کریستال‌ها، کاست و باکتری مورد توجه قرار می‌گیرد و به صورت کلاسه یک آزمایش ادرار از چهار قسمت تشکیل می‌شود:

۱- آزمایش ظاهری ادرار

۲- وزن مخصوص ادرار

۳- آنالیز بیوشیمیایی

۴- آزمایش سدیمان ادرار

آزمایش ظاهری ادرار: شامل بررسی بو و رنگ و نمای ظاهری ادرار است  
بوی ادرار:

در موارد و بیماری‌های مختلف بوی ادرار تغییر می‌نماید در موارد طبیعی ادرار ممکن است بوی مربوط به مواد خورده شده را بدهد (مثل ویتامین ب کمپلکس) ولی اگر ادرار به طور دائم بوی غیرطبیعی داشته باشد دو مسئله مطرح است:

۱- عفونت ۲- بیماری متابولیک

در عفونت‌های ادراری ادرار بوی آمونیاک و ناخوشایندی دارد.

۱- فوق تخصص کلیه کودکان



Protein	> ۱۰۰mg/m <sup>۲</sup>
Ca	> ۴mg/kg
P	> ۱۵mg/kg
Uric Acid	> ۱۰,۷ mg/kg
Oxalate	> ۰,۵۷mg/k or ۵۰mg / ۱,۷۳m <sup>۲</sup>
Citrate	< ۲mg/kg
Cystine	> ۷۵mg / ۱,۷۳m <sup>۲</sup>
Cystine	Hetero > ۱,۴-۲,۸
Homo	> ۵,۷mg / kg/d
Cr	Marker: ۸-۲۸mg / kg
Volume	< ۲۰ml / kg / d

مقادیر غیر طبیعی دفع مواد در ادرار را ندم کودکان (ترجیحاً دومین ادرار صبحگاهی) در جدول زیر خلاصه شده است:

مقادیر غیر طبیعی دفع ادراری مواد در یک نمونه ادرار کودکان

Spot (Random Urine) :

Protein / Cr	> ۰,۲
Infants:	> ۰,۵
Ca / Cr	> ۰,۲۱
Infants:	> ۰,۶ - ۰,۸
Uric Acid / Cr	> ۱
Oxalate / Cr	> ۰,۰۸
Infants < ۶m.	> ۰,۳
Children < ۴yr.	> ۰,۱۵
Children > ۴yr	> ۰,۱
Citrate / Cr	< ۰,۵۱ g/g

رنگ نارنجی در می‌آید. ادرار حاوی اورات آمورف، مصرف لبو و شکلات‌ها و Candy رنگ قرمز به خود می‌گیرد. ادرار قرمز همچنین وجود خون (هموگلوبین) یا میوگلوبین و RBC را بیان می‌کند که در مرحله اول با Dipsticks و در مرحله بعد با آزمایش میکروسکوپی این چهار نوع از هم افتراق داده می‌شود.

نمای ظاهری ادرار معمولاً شفاف و روشن است ادرار کdro و ابری معمولاً حاکی از عفونت ادراری است.

آنالیز بیوشیمیایی ادرار: از طریق نوار ادرار (Dipstick) انجام می‌شود که وجود گلوکز، پروتئین، خون، کتون، بیلی‌روبین و اوروبیلینوژن را مشخص می‌نماید.

#### آزمایش میکروسکوپی ادرار:

در آزمایش میکروسکوپی ادرار سلول‌ها شامل گلبول قرمز، گلبول سفید، اپی‌تیال، کاست‌ها شامل هیالن، گلبول قرمز، گلبول سفید، گرانولر و کاست‌های پهنه (Waxy Broad cast)، کریستال‌ها شامل کریستال‌های اسیداوریک، اگزالات، کربنات کلسیم، فسفات‌ها و اورات‌های آمورف به طور طبیعی در ادرار دیده می‌شوند و کریستال‌های غیرطبیعی شامل سیستین، لوسين و استروویت و تیروزین است. دیدن بلورها یا کریستال‌های اگزالات، اسیداوریک، کربنات فسفات و اورات‌ها به طور عادی مسئله‌ی خاصی را در ذهن تداعی نمی‌کند بلکه در زمینه مشکل بیمار مفهوم پیدا می‌کند. اما دیدن کریستال سیستین، بیماری سیستینوری را مطرح می‌نماید که بررسی و پیگیری فرد را از نظر سنگ‌سازی ایجاد می‌نماید و در فردی که عفونت ادراری با جرم‌هایی مثل پروتئوس که اوره را تجزیه می‌نمایند، وجود کریستال Struvite لزوم بررسی بیمار از نظر سنگ کلیه را مطرح می‌نماید. ولی کریستال لوسين یا تیروزین: بررسی از نظر بیماری‌های کبدی و متابولیک را ایجاد می‌کند.

مقادیر غیر طبیعی دفع ادراری مواد در ادرار ۲۴ ساعته کودکان

د رجول شماره ۲ خلاصه شده است:

جدول شماره ۲: مقادیر غیر طبیعی دفع ادراری مواد در ادرار

۲۴ ساعته کودکان:





## جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آبان ماه ۹۷ مبانی روانشناسی اختلالات تغذیه ای اطفال

دکتر بهروز جلیلی<sup>۱</sup>

می باشد که با مادری ناشی یا عصبانی سرو کار داریم که گاه با خشم سر شیرخوار را به سوی سینه خود برمی گرداند و یا با خشم وی را روی رختخواب پرت می کند و اگر شیرخوار بر حسب اتفاق بتواند با مکیدن زبان شیرخورده شده را به دهان بازگرداند بعد این یک الگوی آموخته شده‌ی رفتاری گردیده و با مکیدن زبان و عقب دادن سرشیر را به دهان برگردانده و دوباره قورت می دهد (لذت دوباره خوردن شیر) و گاه مقداری از این شیرها از دهان بیرون ریخته می شود و تولید اختلال رشد جدی می کند. میزان مرگ و میر Mortality rate در این اختلال حوالی ۲۵٪ است. درمان اساسی شامل اصلاح روابط مادر و کودک و گاه تقویت منفی در طی دوره‌ها مثل شوک الکتریکی خفیف یا چکاندن آب لیمو در دهان کودک در طی حملات نشخوار است. اختلال دیگر Pica یا هرزه خواری است که طفل به خوردن مواد ناماکول پس از ۱۸ ماهگی همچنان ادامه می دهد. مقصود آن است که شیرخواران ممکن است موادی مثل گچ و نخ و مو و کاغذ را به دهان برد و بخورند ولی این مطلب باید پس از ۱۸

آیا غذا خوردن نوعی لذت است. نوعی وظیفه. وظیفه‌ای که تا به انجام نرسد رشد و تکامل امکان پذیر نخواهد بود. بی مناسبت نیست جهت درک این مطلب به مطالعات و نظریات زیگموند فروید Freud رجوع کنیم که مراحل رشد انسان را به ۵ مرحله تقسیم نمود که اولین مرحله همان مرحله دهانی Oral stage است. وی می‌گوید اولین مرحله چرخه حیات مرحله دهانی یعنی مرحله‌ای است که انسان لذائذ را از دهان خود تجربه می‌کند و دنیا را مکان قابل اعتمادی خواهد یافت. در کشور ما که کارگاه‌های متعدد ترویج تغذیه با شیر مادر تشکیل می‌شود بر همان BF و برقراری همین لذت تاکید می‌گردد. به عنوان مثال در سندرم Pierre robin که به دلیل شکاف کام مجبور می‌شویم زبان را به کف دهان ستور زده و طفل را در وضعیت Up right تقدیم کنیم این لذت یعنی لذت شیرخوردن نرمال تجربه نشده و طبق مطالعات بسیاری از مبتلایان با رسیدن به سن ۲۰-۳۰ سالگی مبتلا به اعتیاد به مواد Substance abuse خواهد شد. از اختلالات دیگر خوردن اختلال نشخواریا Ruminative disorder

۱- روانپرشن اطفال



خوردن مسهل ها و دیورتیک ها اقدام به این کار نموده و خطرات بسیاری را به جان خواهد خرید. در موارد شدید کاشکسی مورotal بروز کرده و موهای لانوگو بر بدن پیدا شده و گاه وقفه قلبی به دلیل اختلالات آب و الکتروولیت پیش می آید. درمان اساسی شناخت درمانی COGNITIVE therapy جهت تصویرتن Body image بهم خورده و سپس درمان خلقی و همزمان اصلاح وزن و اختلالات آب و الکتروولیت همراه است که معمولاً تحت شرایط بستری امکان پذیر خواهد بود. اختلال دیگر پراستهایی روانی Bulimia nervosa است که با مصرف دوره ای سریع مقادیر زیاد غذا در مدتی کوتاه Bing eating مشخص و به دنبال ان احساس گناه و بیزاری پیش آمده و شخص با ایجاد استفراغ یا استفاده از مسهل ها و مدرها سعی در تخلیه می نماید. این اختلال نیز مثل بی اشتھایی روانی در زن ها شایع تر است  $40\%$  دانشجویان کالج ها را درگیر می سازد.

درمان عمدتاً با رواندرمانی طویل المدت و گاه استفاده از داروهای آنتی دپرسان و روش های رفتاری امکان پذیری و گاه به دلیل اختلال الکتروولیتی نیاز به بستری پیش می آید.

در اختلال اوتیسم گاه مشکل زیاد نگاه داشتن غذا در دهان و جویدن مکرر آن یا امتناع از خوردن غذاهای جامد پیش می آید که با روش های کاردرمانی مثل تحريكات حسی محوطه دهانی Buccal cavity قابل رفع خواهد بود. گاه اختلالات تغذیه ای اطفال جعلی و ساختگی Factitious Disorder by proxy یا همان سندروم مونچ ها وزن وکالتی است که والدین با کم غذا دادن عمدی یا ایجاد استفراغ و دادن مسهل به طفل تولید F.T. F. نموده و به مراجع طبی مختلف با شکایت کمبود وزن طفل رجوع می نمایند. زیر بنای روانشناسی و درمان اختلال فوق مفصل و از حوصله ی این بحث خارج و فقط به عنوان توجه دادن به همکاران عزیز ذکر گردید.

در اختلالات خلق Mood disorders اطفال نیز کاهش یا افزایش وزن شایع و مسلمان ابتداً اختلال روانپردازی فوق رفع خواهد گردید.

کودکان دچار ADHD بیش فعالی کم دقتی نیز اکثر لاغر و نیز با تجویز داروهایی مثل ریتالین لاغرترشده و اصلاح تغذیه ای ایشان

ماهگی متوقف گردد. گاه این مساله ناشی از فقدان رابطه کافی بین مادر و کودک است که منجر به عدم ارضاء نیازهای دهانی و جستجوی مداوم مواد ناماکول می گردد. از عوارض جدی این اختلال مسمومیت با سرب Lead poisoning ناشی از خوردن رنگ های سربی و لارو مهاجر احسایی (V.L.M) با خوردن خاک گلدان آگشته به مدفوع حیوانات و Trichobezoar ناشی از خوردن مو و پشم پتو و امثال هم است که تابلو انسداد دستگاه گوارش Obstruction پیش می آورد. درمان باز هم افزایش توجه والدین و اصلاح روابط مادر و کودک است و نیز Aversive therapy (درمان با ایجاد بیزاری و نفرت) مثل همان شوک الکتریکی و آبلیمو است. در برخی مطالعات کمبود اسباب بازی در محیط کودک با افزایش هرزه خواری همراه بوده است.

بسیاری اوقات علت Anorexia در سال دوم عمر اطفال ناشی از اجرابهای اعمال شده از سوی مادر در تغذیه طفل است.

چون طفل در مرحله ای است که می خواهد خودش قاشق را به دهان برد و غذا بخورد مادری که قاشق را به زور در دهان وی می کند غذا خوردن را وظیفه ای سخت و سنگین مجسم می کند که مانع غذا خوردن نرمال طفل خواهد شد.

گاه عقاید و باورهای غلط والدین بر عکس موجب ایجاد Obesity در اطفال خواهد شد. مثلاً بچه های پیش دبستانی که والدین اصرار در خوراندن انواع غذاهای میان وعده به آنان دارند و باورشان این است که بچه خوب بچه چاق و تپل است موجب ایجاد چاقی مرضی در آنان خواهد شد. گاه کودکان دبستانی در شرایط اضطراب زا مثل مواجهه با امتحانات سخت در روزهای قبل از امتحان مکرراً غذاهایی مثل چیزی و پفک و آجیل خورده و به سوی چاقی می روند (الگوی آموخته شده مقابله با اضطراب)

اختلال روانزای دیگر تغذیه ای Anorexia nervosa یا بی اشتھایی روانی است که در دهه دوم و سوم عمر شایع و به بسیاری از عوامل خلقی و باورهای اجتماعی و عوامل بیوشیمیایی- مربوط و منجمله می توان از باورهای اجتماعی دال بر زیبایی- لاغری نام برد. شخص علی رغم کاهش واضح وزن باور دارد که چاق است و باید کاهش وزن پیدا کند که با کاهش مصرف غذا یا



اطفال NESLSON - FORFAR - OSKI بیش از ۶۵ تا ۸۵٪ موارد اطفال در گروه F.O.F.T. یا همان اختلالات غیرارگانیک (اختلالات روان زا) بوده و با تغییر نگرش والدین قابل حل خواهد بود.

مثلاً با دادن وعده‌های مکرر غذا و یا لقمه‌های کوچک و مکرر واجب است. باورهایی غلط مثل آن که شکلات و پاستیل بیش فعالی را تشدید می‌کند کاملاً مردود و باید از ذهن آنان پاک شود. در خاتمه عرض می‌کنم طبق نظر مراجع معتبر و مختلف طب





## جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آذر ماه ۹۷ نحوه برخورد با شیرخواران و کودکان مشکوک به ابتلا به آنفلوانزا

اعضای پانل: دکتر عبدالله کریمی<sup>۱</sup>- دکتر صدیقه رفیعی طباطبایی<sup>۱</sup>- دکتر رکسانا منصور قناعی<sup>۱</sup>

چهار نوع ویروس آنفلوانزا به صورت A,B,C,D شناخته شده است که در انسان انواع A و B بیماری زایی ایجاد می‌کنند.

در ایران فصل شایع آنفلوانزا در پاییز و زمستان و بیشتر از اواسط آبان ماه تا اواسط فروردین ماه می‌باشد.

علایم آنفلوانزا در کودکان براساس سن و همین‌طور بیماری‌های زمینه‌ای همراه می‌تواند متفاوت باشد.

شیرخواران زیر سه ماه ممکن است علایم شبیه سپسیس را نشان دهند و علایم؛ آپنه، سیانور، بی قراری، تاکی پنه، دهیدراتاسیون متوسط تا شدید، لتاژی، استفراغ غیرقابل کنترل، تشنج و شلی همراه بیماری باشد.

در شیرخواران و خردسالان سه ماه تا پنج سال بیماری آنفلوانزا می‌تواند خود را با این علایم نشان دهد: تب و تشنج، بیماری دوفازی، کاهش سطح هوشیاری، استفراغ غیرقابل کنترل، بی اشتہایی شدید و عدم توانایی در خوردن، تب بالای بیشتر از سه روز، درد قفسه سینه و شکم، آسمی که به درمان معمول پاسخ نمی‌دهد و تغییرات همو دینامیک.

مرکز تحقیقات عفونی اطفال براساس یافته‌ها و شواهد در اختیار نحوه برخورد با کودک مبتلا به آنفلوانزا را به صورت زیر پیشنهاد می‌کند.

آنفلوانزا یک عفونت تنفسی حاد با علایم و شدت متفاوت در کودکان می‌باشد. علایم و نشانه‌های بسیار متفاوت تشخیص و درمان را دشوار ساخته است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، آنفلوانزا فصلی می‌تواند به تنها یکی موجب ۲۹۰۰۰۰ تا ۶۵۰۰۰۰ مورد مرگ به دنبال بیماری‌های تنفسی در سال شود. در یک مطالعه در ۹۲ کشور، میزان مرگ میرسالیانه در اثر آنفلوانزا در کودکان کمتر از ۵ سال ۹۲۴۳ تا ۱۰۵۶۹ گزارش شده است. در این الگوریتم، تلاش شده راه کارهای عملی و بالینی جهت رفع مشکلات ناشی از آنفلوانزا کودکان نشان داده شود.

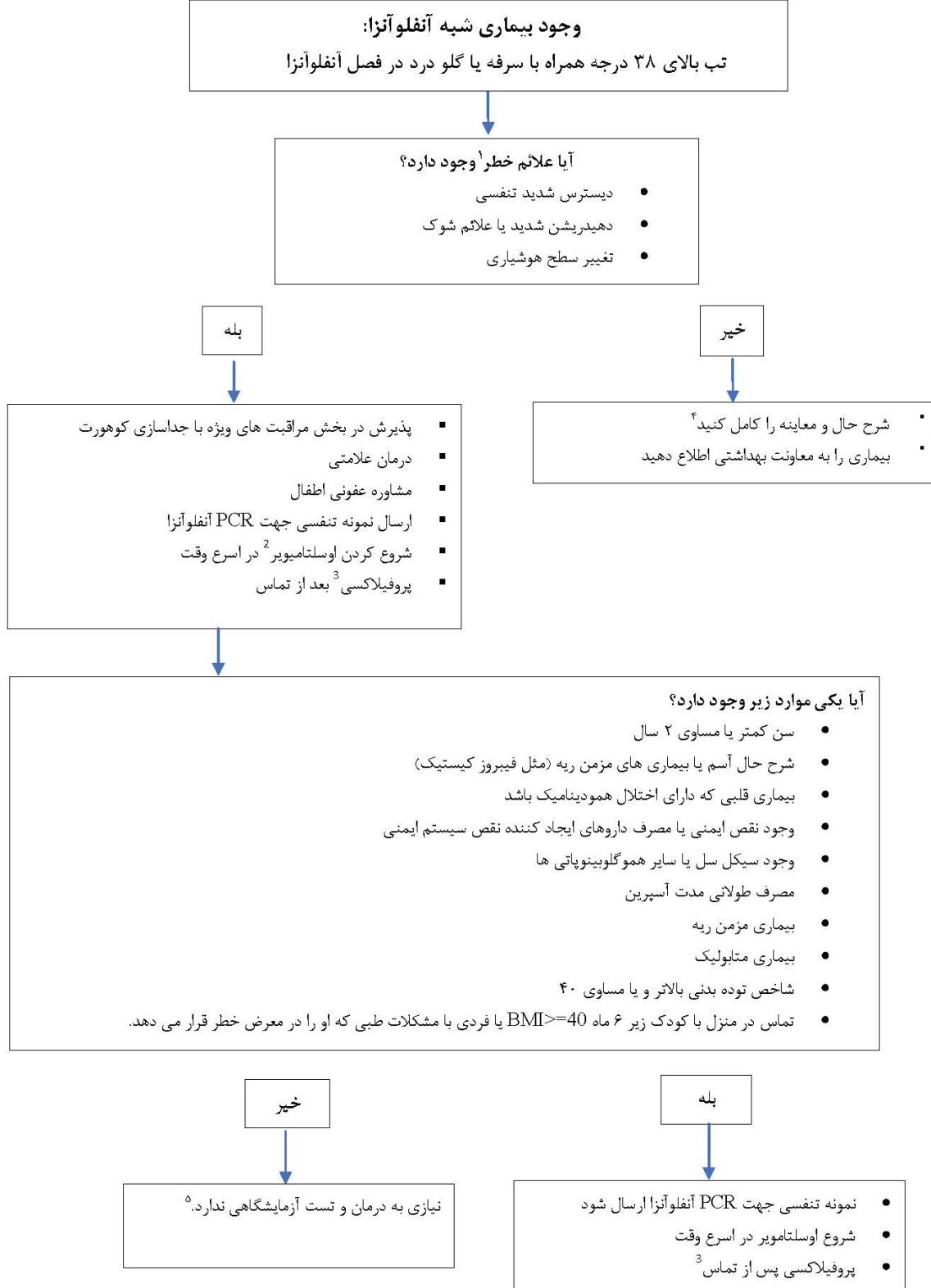
### مقدمه

عفونت تنفسی آنفلوانزا می‌تواند هم علایم عفونت تنفسی و هم علایم عفونت تنفسی تحتانی را در کودکان ایجاد کند. ویروس آنفلوانزا از طریق ذرات تنفسی در حین سرفه، عطسه و صحبت کردن می‌تواند به سایر افراد منتقل گردد که این انتقال قبل از شروع علایم تا هفت روز بعد از شروع علایم می‌تواند اتفاق بیفتد. علایم شایع آنفلوانزا می‌تواند به صورت تب، لرز، درد بدن، آبریزش از بینی، گلو درد باشد. گاهی اوقات علایم گوارشی شامل اسهال و استفراغ نیز می‌تواند وجود داشته باشد که این علایم در بچه شایع تردیده می‌شود.

۱- فوق تخصص عفونی کودکان



## آنفلوآنزا





- گرم در هر دز ۲ بار در روز
- شیرخواران پره ترم (سن حاملگی + سن پس از حاملگی به هفته):
  - بیشتر از ۴۰ هفته: ۳ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم در هر دز ۲ بار در روز
  - ۳۸ تا ۴۰ هفته: ۱/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم در هر دز ۲ بار در روز
  - کمتر از ۳۸ هفته: ۱ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم در هر دز ۲ بار در روز
  - کمتر از ۲۸ هفته: (با فوق تخصص عفونی مشورت شود)
  - بزرگسالان: ۷۵ میلی گرم ۲ بار در روز

#### ۳- اندیکاسیون‌های پروفیلاکسی

- به صورت کلی درمان ضد ویروسی قبل از تماس پیشنهاد نمی‌گردد ولی پیشگیری دارویی در برخی شرایط از جمله موارد زیر پیشنهاد می‌شود:
- فردی که مستعد عوارض آنفلوآنزا می‌باشد و در ۲ هفته اول پس از واکسیناسیون با فرد مبتلا با آنفلوآنزا برخورد داشته است
  - فردی که مستعد عوارض آنفلوآنزا می‌باشد ولی تزریق واکسن در روی ممنوع است، پس از تماس با فرد مبتلا به آنفلوآنزا
  - نقص اینمی شدید یا دریافت داروهای اینتوسوسپرسیو، پس از تماس با فرد مبتلا به آنفلوآنزا
  - افراد خانواده فردی که احتمال عوارض آنفلوآنزا را دارد و با فرد دارای آنفلوآنزا برخورد داشته است.
  - برای بچه‌هایی که در ریسک عوارض آنفلوآنزا می‌باشند و همین طور افراد خانواده آن‌ها، زمانی که سوش واکسن آنفلوآنزا با سوش در گردش یکسان نباشد.

نکته:

- اگر از زمان تماس با فرد دچار آنفلوآنزا بیشتر از ۴۸ ساعت

#### ۱- علایم خطر:

##### علایم دیسترس تنفسی شدید:

- رترکسیون بین دنده‌ای، کشیده شدن عضلات پایین دنده‌ها به داخل، ناله کردن، تنفس صدادار بدون فعالیت

- تاکی پنه، از زمان تولد تا ۳ ماه بالای ۶۰ در دقیقه، از ۳ ماه تا یک سال بالای ۵۰ در دقیقه، بین ۱ تا ۳ سال بالای ۴۰ در دقیقه، بین ۳ تا ۶ سال بالای ۳۵ در دقیقه، بین ۶ تا ۱۲ سال بالای ۳۰ در دقیقه و بین ۱۲ تا ۱۸ سال بالای ۲۰ در دقیقه.

- اشباع اکسیژن کمtro یا مساوی ۹۲، هنگامی که تنفس در هوای اتاق انجام شود، خستگی و یا آپنه (نبود سیانوز همراه با وقفه تنفسی بالاتر) یا مساوی ۲۰ ثانیه)

- نسبت اکسیژن خون شربانی به اکسیژن دریافتی کمتر و یا مساوی ۳۰۰ (در آسیب حاد ریه) و کمtro یا مساوی ۲۰۰ (در سندروم حاد تنفسی ARDS)

##### ۲- علایم دهیدراتاسیون شدید یا شوک:

- بارگشت مویرگی بالاتر از ۲ ثانیه، کاهش توگور پوستی، چشمان فرورفته یا فونتال فرورفته

##### ۳- تغییر سطح هوشیاری:

- بی قراری، پرخاشگری، تشنج یا شل بودن بیش از اندازه

#### ۴- دوز اوسلتامیویر

- بیشتریا مساوی ۱۵ کیلوگرم: ۳۰ میلی گرم دو بار در روز
- ۱۵ تا ۲۳ کیلوگرم: ۴۵ میلی گرم دو بار در روز
- ۲۳ تا ۴۰ کیلوگرم: ۶۰ میلی گرم ۲ بار در روز
- بالای ۴۰ کیلوگرم: ۷۵ میلی گرم ۲ بار در روز
- شیرخواران ۹ تا ۱۱ ماه: ۳/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم در هر دز ۲ بار در روز

- شیرخواران ترم ۰ تا ۸ ماه: ۳ میلی گرم به ازاء هر کیلو



دریافت مایعات، درد شکم و قفسه سینه، آسمی که به درمان معمول جواب ندهد، و همودینامیک غیرپایدار

- در هر کودکی با علایم غیر طبیعی مغزی، قلبی-ریوی، علایم گوارشی و کلیوی

۵- در هر کودکی (از زمان تولد تا ۱۸ سال) در فصل آنفلوآنزا باید علایم خطر به خانواده هشدار داده شود تا بدانند در صورت وجود چه علایم و نشانه های باید با پزشک تماس بگیرند یا مراجعه مجدد داشته باشند.

#### References

1. Alimi Y, Lim WS, Lansbury L, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam JS. Systematic review of respiratory viral patho-gens identified in adults with community-acquired pneumonia in Europe. *J Clin Virol.* 2017;95:26–35.
2. Johnson KEE, Song T, Greenbaum B, Ghedin E. Getting the flu: 5 key facts about influenza virus evolution. *PLoS Pathog.* 2017;13(8):e1006450
3. Liao LE, Kowal S, Cardenas DA, Beauchemin CAA. Exploring virus release as a bottleneck for the spread of influenza A virus infection in vitro and the implications for antiviral therapy with neuraminidase inhibitors. *PLoS One.* 2017;12(8):e0183621.
4. Gubareva LV, Besselaar TG, Daniels RS, Fry A, Gregory V, Huang W, et al. Global update on the susceptibility of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors, 2015–2016. *Antiviral Res.* 2017;146:12–20.
5. Blanton L, Alabi N, Mustaquim D, Taylor C, Kniss K, Kramer N, et al. Update: Influenza activity in the United States during the 2016–17 season and composition of the 2017–18 influenza vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(25):668–676
6. Iuliano AD, Jang Y, Jones J, Davis CT, Wentworth DE, Uyeki TM, et al. Increase in human infections with avian influenza A(H7N9) virus during the fifth epidemic – China, October 2016–February 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(9):254–255.
7. Hsieh YH, Huang HM, Lan YC. On temporal patterns and circulation of influenza virus strains in Taiwan, 2008–2014: Implications of 2009 pH1N1 Pandemic. *PLoS One.* 2016;11(5):e0154695.
8. Committee on infectious diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2017 – 2018. *Pediatrics.* 2017;140(4):pii:e20172550.

گذشته باشد، درمان پیشگیری توصیه نمی شود.

- در کسانی که پیشگیری دارویی دریافت کرده اند، در صورت بروز تب و علایم تنفسی به نفع آنفلوآنزا باید بلا فاصله به پزشک مراجعه کنند.

دز پروفیلاکسی اولستامویر در کودکان برای ۷ روز

- بیشتر و مساوی ۱۲ ماه:
- مساوی و کمتر از ۱۵ کیلو گرم ۳۰ میلی گرم روزانه
- ۱۵ تا ۲۳ کیلو گرم ۴۵ میلی گرم روزانه
- بین ۲۳ تا ۴۰ کیلو گرم ۶۰ میلی گرم روزانه
- بالای ۴۰ کیلو گرم ۷۵ میلی گرم روزانه
- شیرخواران ۹ تا ۱۱ ماه: ۳ میلی گرم به ازاء هر کیلو گرم روزانه در هر دز روزانه
- شیرخواران ترم ۰ تا ۸ ماه: ۳ میلی گرم به ازاء هر کیلو گرم روزانه

#### علایم و نشانه های آنفلوآنزا:

- علایم سیستمیک: تب، سردرد، انورکسی، میالتی
- علایم تنفسی: سرفه، رینوره، گلودرد، گرفتگی بینی، خشونت صدا
- علایم گوارشی: درد شکم، اسهال، واستفراغ
- نشانه ها: تب، کثیرنکتیویت، لنفادنوپاتی

این علایم و نشانه های آنفلوآنزا را در گروه های سنی خاص در نظر بگیرید:

- شیرخواران کمتر و مساوی ۳ ماه: علایم شبیه سپسیسیس، آپنه و سیانور، برقراری شدید، تاکی پنه، دهیدراتاسیون متواتر تا شدید، لتهازی، استفراغ، اسهال شدید، شلی، تشنج
- شیرخواران و خردسالان بین ۳ ماه تا پنج سال: کاهش هوشیاری، رفتار غیر طبیعی، بدتر شدن شرایط بیمار، استفراغ غیرقابل کنترل، بی اشتھایی ناگهانی، سرگیجه، ناتوانی در خوردن، تب بیش تراز سه روز، کاهش اشتھا، لرز، کاهش

- Circulation of Influenza Virus Strains in Taiwan, 2008–2014: Implications of 2009 pH1N1 Pandemic. *PLoS One.* 2016 May;11(5):e0154695.
8. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2017 – 2018. *Pediatrics.* 2017 Oct;140(4).
9. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017–2018 northern hemisphere influenza season. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017 Mar 17;92(11):117–28.
10. Fiore AE, Fry A, Shay D, Gubareva L, Bresee JS, Uyeki TM; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2011 Jan 21;60(1):1–24.
11. Influenza (Seasonal). last updated Jan 2018. available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>
12. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018 southern hemisphere influenza season. last updated at sep 2017. availacle at [http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018\\_south/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_south/en/)
13. WHO Consultation and Information Meeting on the Composition of Influenza Virus Vaccines for Use in the 2018–2019 Northern Hemisphere Influenza Season. Last updated Feb 2018.  
<http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/consultation201802/en/index1.html>
14. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines, 2017–18. available at: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/index.htm>
15. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study, available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33293-2](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33293-2)
16. Influenza Burden of disease, available at: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/bod/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/bod/en/)
9. No authors listed. [Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017–2018 northern hemisphere influenza season]. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017;92(11):117–128. English, French
- فرنس‌ها:**
1. Alimi Y, Lim WS, Lansbury L, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam JS. Systematic review of respiratory viral pathogens identified in adults with community-acquired pneumonia in Europe. *J. Clin. Virol.* 2017 Oct;95:26–35.
  2. Johnson KEE, Song T, Greenbaum B, Ghedin E. Getting the flu: 5 key facts about influenza virus evolution. *PLoS Pathog.* 2017 Aug;13(8):e1006450.
  3. Liao LE, Kowal S, Cardenas DA, Beauchemin CAA. Exploring virus release as a bottleneck for the spread of influenza A virus infection in vitro and the implications for antiviral therapy with neuraminidase inhibitors. *PLoS ONE.* 2017;12(8):e0183621.
  4. Gubareva LV, Besselaar TG, Daniels RS, Fry A, Gregory V, Huang W, Hurt AC, Jorquera PA, Lackenby A, Leang SK, Lo J, Pereyaslov D, Rebelo-de-Andrade H, Siqueira MM, Takashita E, Odagiri T, Wang D, Zhang W, Meijer A. Global update on the susceptibility of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors, 2015–2016. *Antiviral Res.* 2017 Oct;146:12–20.
  5. Blanton L, Alabi N, Mustaquim D, Taylor C, Kniss K, Kramer N, Budd A, Garg S, Cummings CN, Chung J, Flannery B, Fry AM, Sessions W, Garten R, Xu X, Elal AIA, Gubareva L, Barnes J, Dugan V, Wentworth DE, Burns E, Katz J, Jernigan D, Brammer L. Update: Influenza Activity in the United States During the 2016–17 Season and Composition of the 2017–18 Influenza Vaccine. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2017 Jun 30;66(25):668–676.
  6. Iuliano AD, Jang Y, Jones J, Davis CT, Wentworth DE, Uyeki TM, Roguski K, Thompson MG, Gubareva L, Fry AM, Burns E, Trock S, Zhou S, Katz JM, Jernigan DB. Increase in Human Infections with Avian Influenza A(H7N9) Virus During the Fifth Epidemic – China, October 2016–February 2017. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2017 Mar 10;66(9):254–255.
  7. Hsieh YH, Huang HM, Lan YC. On Temporal Patterns and





## اهمیت یک ماه اول زندگی

دکتر حسین کریمی<sup>۱</sup>

۴۵ درصد آدمک مغزی می‌گردد. بغل گرفتن نوزاد به وسیله مادر حین شیردادن و ماساژ دادن و ناز کردن او که به وسیله مادر صورت می‌پذیرد باعث تحریک سیستم Extractive و در راستای این تحریک حسی سوماتیک به کارگیری رفلکس‌های اولیه نوزاد باعث تحریک زودرس سیستم حسی Proprioceptive می‌گردد.

همچنین لالایی خواندن برای کودک در صورتی که سازمان یافته و علمی انجام گیرد، باعث بازسازی و رشد سیستم Language در یک ماه اول تولد خواهد شد. به همین ترتیب اگر ما بتوانیم وسیعی کنیم به تمام پارامترهای Neurodevelopmental دقیقاً بنگریم ملاحظه خواهیم کرد که تمام لحظات زندگی کودک اهمیت زمانی و مکانی آغاز را داشته باشد.

همانطوری که دادن و یا ندادن آگوzaشکال حیاتی ندارد ولی فایده‌ی آن به حدی است که توصیه می‌گردد حتماً نوزاد از این آگوza استفاده کند. چگونگی به کارگیری حرکات حسی هم همین اهمیت را برای کلیه سیستم‌های حسی داشته و ضروری است.

مدتی بود توصیه به مکیدن آگوza نمی‌شد (شیری که در روزهای اول زندگی کودک تولید می‌شود) حتی بعضی از پزشکان به علت غلیظ بودن و دلایل دیگر مکیدن آن را منع می‌کردند. از وقتی به خواص آن در طول زندگی پی برده شده، مکیدن شیر را بلافضله بعد از تولد توصیه نموده‌اند. چه زمانی که توصیه نمی‌شد و چه حال که موکدا توصیه می‌گردد مرا به فکر انداخت به عنوان متخصص اطفال به سایر موارد حرکات حسی پی ببرم.

چشم اولین و تقریباً قویترین سیستم حسی انسان می‌باشد. چگونگی تحریک درست آن باعث رشد بسیار مغز می‌گردد. به خصوص اگر تمام موارد تکامل سیستم بینایی رعایت گردد. مکیدن پستان مادر علاوه بر تاثیر تغذیه‌ای که تاکنون شناخته شده است وقتی اهمیت آن را در آدمک حسی حرکتی مغز می‌بینیم، مشاهده می‌کنیم که کلیه اعصاب ۱۲ گانه می‌تواند به وسیله مکیدن شیر در ماه اول زندگی مورد تحلیل قرار گیرد. بنابراین با یک مکیدن کلیه اعصاب ۱۲ گانه سرو صورت به فعالیت و ادار می‌شود. این اعصاب باعث آماده‌سازی بیش از

۱- متخصص کودکان، توانبخشی مغز



## درمان بیوست در شیرخواران و کودکان

دکتر ناصر هنر<sup>۱</sup>

در صورتی که این حالت یک وضعیت طبیعی در شیرخوار است و در صورتی که قوام مدفعه طبیعی باشد، نیاز به کار خاصی نیست. همچنین ممکن است شیرخوار دیس شری (Infant dyschezia) داشته باشد. در صورتی که در این گونه موارد تشخیص بیوست مطرح شود، ممکن است یک سری آزمایشات و بررسی‌های غیر ضروری از قبیل انماهی باریم، مانومنتری آنورکتال و یا نمونه برداری از روده انجام شود. در صورتی که شیرخواری بیوست عملکردی داشته باشد، معمولاً آب میوه‌های حاوی سوربیتول (از قبیل آب سیب، گلابی و یا هلو) مفیده بوده و باعث کاهش عالیم می‌شود. معمولاً تعداد زیادی از شیرخواران به این نوع رژیم درمانی جواب می‌دهند ولی در صورت عدم جواب کافی و مناسب، داروهای اسموتیک و گاهی اوقات شیاف گلسرین مفید خواهد بود. البته باید توجه داشت که توشه رکتال و یا استفاده از شیاف می‌تواند باعث تشدید درد ناحیه مقعد و تشدید عالیم ناشی از (Withholding) شود. بنابراین در این موارد در حد امکان از شیاف استفاده نشود.

### درمان دارویی در شیرخواران:

در صورت نیاز به استفاده از دارو در این گروه سنی، استفاده از داروهای مسهل و اسموتیک از قبیل لاكتولوز، سوربیتول و

بیوست یکی از مشکلات شایع دوران کودکی است که در بسیاری از موارد با درمان به موقع کاملاً برطرف می‌شود. از طرف دیگر عدم توجه والدین و درمان مناسب باعث عوارض متعددی از قبیل شقاق مقعد، دردهای مزمن شکم و در مواردی باعث عدم کنترل مدفعه (Fecal incontinence) خواهد شد. بنابراین تشخیص صحیح و درمان مناسب و طولانی بیوست در شیرخواران و کودکان اهمیت زیادی دارد.

درمان صحیح بیوست به سن کودک و مدت زمان عالیم بستگی دارد و شامل آموزش، رژیم غذایی مناسب، تغییرات رفتاری (Behavior changes) و درمان دارویی می‌باشد.

### درمان در شیرخواران:

باید توجه داشت که بیوست در دوران شیرخوارگی (به خصوص در شش ماه اول زندگی) یک عالیم خطراست و پزشک معالج باید علل ارگانیک از قبیل هیرشپرونگ و بیماری فیبروز سیستیک (CF) را در نظر داشته باشد.

البته باید این نکته را نیز در نظر داشته باشیم که در شیرخواران پس از یک تا دو ماه اول زندگی به مرور، دفعات دفع مدفعه کاهش می‌یابد و این مسئله باعث نگرانی والدین می‌شود و چون از دیدگاه مادر بیوست معادل کاهش دفعات مدفعه است با شکایت بیوست به پزشک مراجعه می‌کند.

۱- فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد کودکان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز



عدم کنترل مدفوع (Fecal incontinence)، توده مدفوع در معاینه رکتوم یا معاینه شکم و یا رادیوگرافی شکم، تاریخچه دفع ناکامل مدفوع. درمان در این گروه از بیماران شامل داروهای خوارکی (با دوز بالاتر از درمان نگهدارنده) و در مواردی استفاده از داروهای رکتال می‌باشد. عمولاً در اکثر کودکان نیاز به بستری نیست و درمان مناسب باعث خواهد شد. البته در صورتی که بیمار به درمان دارویی جواب ندهد، ممکن است نیاز به بستری باشد. همانطور که اشاره شد، اولین مرحله درمان در استفاده از داروهای خوارکی از قبیل داروهای اسموتیک و یا روغن مینرال می‌باشد. داروهای پلی اتیلن گلیکول با دوز ۱-۱.۵ gr/kg/day - ۱ برای شش روز می‌تواند در تعداد قابل توجهی از موارد باعث Disimpaction شود. در صورت عدم جواب به درمان فوق می‌توان از داروهای دیگر از قبیل روغن مینرال، لاکتولوز، سوربیتول، سنا و بیزاکودیل استفاده کرد. البته در مواردی که توده مدفوع بزرگ و کاملاً سفت می‌باشد، درمان به صورت هم زمان (خوارکی و رکتال) توصیه می‌شود، چون در این گونه موارد استفاده از داروهای خوارکی محرک (مثل بیزاکودیل و سنا) می‌تواند باعث تشدید درد بیمار شود و از طرف دیگر داروهای رکتالی اثر سریع تری دارند و باعث تخلیه سریع تر می‌شوند.

همچنین در تمام کودکان با یبوست عملکردی، رژیم غذایی مناسب در بهبود عالیم و کاهش نیاز به درمان دارویی کمک‌کننده است. البته باید این نکته را به والدین یادآوری کنیم که چون دوره درمان طولانی مدت است، اقدامات فوق را باید برای حداقل یک سال ادامه داد و در صورت قطع آن‌ها احتمال برگشت یبوست وجود دارد. علاوه بر آن، تغییرات رفتاری (Behavior change) از قبیل عدم نگه داشتن مدفوع و تشویق کودک به دستشویی رفتن در تحریک رفلکس گاستروکولیک و افزایش دفع مدفوع بسیار کمک کننده می‌باشد. در نهایت تمام کودکان با یبوست عملکردی نیاز به پیگیری منظم و طولانی مدت دارند.

پلی اتیلن گلیکول می‌تواند مفید و کمک کننده باشد. دوز دارو در این گروه سنی در حدود ۸/۰ گرم به ازای هر یک کیلوگرم می‌باشد که باید برای چند ماه استفاده شود. البته استفاده از داروی روغن پارافین (Mineral oil) در شیرخواران زیردو سال، کودکان با بیماری ریفلکس توصیه نمی‌شود، چون در این دو گروه احتمال پنومونیت ناشی از آسپیراسیون وجود دارد. همچنین داروهای محرک از قبیل بیزاکودیل و سنا (Senna) و تنقیه (Enema) نیز در شیرخواران تا دو سال اول زندگی توصیه نمی‌شود.

#### درمان در کودکان:

درمان یبوست عملکردی در کودکان شامل آموزش به والدین، تخلیه توده مدفوع (Disimpaction)، درمان نگهدارنده، تغییرات رفتاری، رژیم غذایی و در نهایت پیگیری منظم و در صورت امکان کاهش تدریجی و قطع دارو می‌باشد.

#### آموزش به والدین (Parent education):

یکی از مهم ترین قسمت‌های درمان یبوست عملکردی است. والدین باید بدانند که عامل اصلی ایجاد یبوست عملکردی در کودکان، نگه داشتن مدفوع به علت درد (Withholding) می‌باشد و درمان کامل زمانی ایجاد می‌شود که درد و ترس کودک ناشی از دفع مدفوع کاملاً از بین برود و عموماً این دوره حداقل شش ماه طول می‌کشد. عدم آگاهی والدین از این موضوع، می‌تواند باعث قطع سریع دارو و در نهایت برگشت عالیم شود. همچنین باید این نکته را به والدین گوشزد کرد که عدم کنترل مدفوع (Fecal incontinence) در کودک به صورت غیرارادی بوده و نباید این موضوع باعث تنبیه کودک شود چون ترس کودک باعث نگه داشتن بیشتر و تشدید عالیم خواهد شد.

#### Disimpaction

در کودکانی که حداقل یکی از عالیم زیررا داشته باشند، باید به توده مدفوع (Impaction) در رکتوم شک کرد.



## ADHD Drug Misuse in Kids a Growing Problem

### سوء مصرف داروهای درمان اختلال کاهش توجه و بیش فعالی (ADHD) در میان کودکان، یک نگرانی در حال افزایش

Megan Brooks

May 23, 2018

Medscape Medical News – 2018

ترجمه شده توسط دکتر رامتین اجتماعی<sup>۱</sup>

متیل فنیدات و مشتقه امفتامین هر کدام ۴۵٪ موارد واجهه را شامل می‌شوند.

#### ۵۰ درصد مواجهه نوجوانان تعاملی بوده است

دکتر اسمیت اضافه کرد «بیشترین مواجهه در میان پسرهای ۱۲ ساله و کمتر رخ داده است (در حدود ۷۶٪). در کودکان کمتر از ۶ سال مواجهه عمدهاً غیرعمدی و از طریق رفتار کاوش گرانهای آنها که در این سنین شایع است رخ داده است که به دنبال عدم نگهداری مناسب داروها از دسترس کودکان اتفاق افتد».»

صرف در کودکان ۱۲-۱۶ ساله عمدهاً به علت اشتباهات درمانی صورت گرفته است، مثلاً مصرف اشتباه و بیش از حد دارو یا مصرف دوز بعدی به فاصله‌ی کم از دوز قبلی دارو. بیشترین میزان مواجهه با داروها به صورت تعاملی (که شامل مصرف به منظور خودکشی یا سومصرف می‌باشد) در میان نوجوانان ۱۳-۱۹ ساله گزارش گردیده است. دکتر اسمیت اضافه کرد «در واقع نیمی از موارد گزارش شده در نوجوانان تعاملی بوده است. همچنین مواجهه با این داروها

مطالعات جدید نشان می‌دهد مواجهه عمده یا غیرعمدی کودکان با داروهای محركی که برای درمان اختلال کاهش توجه و بیش فعالی (ADHD) در آمریکا استفاده می‌شوند، یک مشکل رو به رشد می‌باشد و کودکان در تمام سنین راحت تاثیر قرار می‌دهند.

بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ حدود ۳۶۵ تا ۱۵۶ میلیون مراکز کنترل مسمومیت آمریکا در خصوص مواجهه کودکان و نوجوانان کمتر از ۱۹ سال با داروهای ADHD گرفته شد. سپریست بیمارستان کودکان شهر کلمبوس در ایالت اوهايو، دکتر گری اسمیت گفت «به طور میانگین حدود ۲۰۰ تماس در هفته و یک تماس هر ۵۰ دقیقه با این مراکز در آمریکا در این خصوص گرفته می‌شود»

او اضافه کرد «مواجهه‌های توأم با اقدام احتمالی به خودکشی یا سوء مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان باعث نگرانی است، به خصوص که در این گروه مواجهه با این داروها پیامدهای طبی جدی نری دارد.»

میزان کلی مواجهه با داروهای محرك ADHD در بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۰۰ در حدود ۷۱٪ افزایش داشته است.

۱- پژوهش عمومی



عمدی با داروهای ADHD وجود دارد شامل آموزش پدر و مادر، نوجوانان و مراقبین کودک، نگهداری امن داروها دوراز دسترس Unit-Dose کودکان و دفع مطمئن آن، استفاده از بسته‌بندی (Packaging) و استفاده بیشتر از روش‌های غیردارویی در درمان ADHD می‌باشد.

او اضافه کرد «همچنین مطالعاتی نیاز است تا میزان مؤثر بودن برنامه‌های جلوگیری از مواجهه با داروهای ADHD در کودکان را ارزیابی کند.»

محققان همچنین اشاره کردند که احتمال دارد که مطالعه صورت گرفته تعداد کودکانی را که با داروهای ADHD مواجهه داشته اند را کمتر از میزان واقعی برآورد کرده باشد، زیرا موارد مواجهه با کلونیدین و گوانفسین از مطالعه حذف شده بود و نیز احتمالاً تمام موارد مواجهه به مراکز کنترل مسمومیت گزارش نمی‌شوند.

در نوجوانان با پیامدهای طبی جدی تری همراه بوده است.» بخش عمدۀ مواجهه عمدی یا غیرعمدی کودکان با داروهای ADHD در منزل صورت گرفته است. عمدۀ کودکانی که مواجهه داشتند (۶۰٪) تحت درمان در یک مرکز درمانی بهداشتی قرار نگرفتند. در عین حال که ۶٪ افراد در یک بیمارستان برای درمان بستری شدند و سه مورد مرگ ناشی از این مواجهه گزارش گردید.

تأثیر بالینی مصرف داروهای ADHD در سیستم قلبی عروقی و نورولوژیک بیماران دیده شد و عمدتاً شامل آریتاسیون، تحریک پذیری، تپش قلب، افزایش فشارخون بوده است که این تأثیرات با مکانیسم شناخته شده‌ی داروهای محرک قابل توجیه است.

دکتر اسمیت گفت «افزایش میزان بروز و گزارش مواجهه با داروهای ADHD در طول مدت مطالعه با افزایش میزان تشخیص ADHD و تجویز دارو برای آن همخوانی دارد.» برنامه‌هایی که برای جلوگیری از مواجهه عمدی و غیر



## برای سال ۲۰۱۹ توصیه‌های دیابت خود را با هم هماهنگ کردند: ADA و ACC For 2019, ADA and ACC Align Their Diabetes Recommendations:

Miriam E. Tucker

Medscape - Dec 18, 2018.

ترجمه شده توسط مریم ملایی<sup>۱</sup>

تشخیص دیابت، معاینات پا، مدیریت افراد مسن و جوان مبتلا به دیابت، استفاده از تکنولوژی‌هایی که برای افراد دیابتی ساخته شده است، و تأکید بیشتر به درنظر گرفتن هزینه‌ی دارویی بعنوان عامل اصلی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی. نئومیلر متخصصان را تشویق می‌کند که مراقبت‌های او لیه‌ی پزشکی را، به ویژه مشاوره‌ها را، با نسخه‌های کوتاه از استانداردهایی، که در حال حاضر به صورت آنلاین در قابل دانلود کردن می‌باشد Standards app و Clinical Diabetes و شامل الگوریتم‌های کلیدی و مسیرهای درست تصمیم‌گیری می‌باشند، درمان کنند.

او تأکید دارد برخی از این فردی‌نگری‌ها می‌تواند واقعاً کمک کننده باشد.

### هماهنگی با ACC:

راهکارهای تصمیم‌گیری کلی متخصصین: استانداردهای جدید ADA با دستورالعمل‌های ACC در بخش مدیریت بیماری‌های قلبی عروقی بیماران دیابتی مطابقت پیدا کرد، با هدف آموزش دادن به متخصصان قلب و عروق در استفاده از دسته داروهای جدید دیابتی:

Sodium-Glucose cotransporter type 2 (SGLT2) Inhibitors و Glucagon-Like peptide 1 receptor (GLP-1) Agonists که هر دو این داروها پیامدهای قلبی و عروقی در بیماران مبتلا به دیابت با زمینه‌ی قلبی-عروقی را کاهش می‌دهد.

انجمن دیابت آمریکا (ADA) برای اولین بار دستورالعمل‌های مدیریتی دیابت سالانه خود را، با توصیه‌های کالج قلب شناسی آمریکا (ACC) برای کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ هماهنگ کرده است. استانداردهای مراقبت پزشکی دیابت سال ۲۰۱۹، در ۱۷ دسامبر با موضوع مراقبت‌های دیابتی به صورت آنلاین منتشر شد (به طور همزمان به روزرسانی هم شد). همچنین دستورالعمل‌های مشترکی اخیراً توسط ADA و انجمن اروپایی دیابت منتشر شده است، که تأکید بر تصمیم‌گیری بیمار محور در درمان هیپرگلیسمی در دیابت نوع ۲ دارد.

جاشوا جی نئومیلر، رئیس کمیته‌ی حرفه‌ای ADA به Medscap گفت: در استانداردهای ۲۰۱۹ در همه‌ی زمینه‌های مدیریت درمان دیابتی‌ها، تأکید ADA بر تقویت مراقبت‌های بیمار محور و دخالت دادن شخص بیمار در تصمیم‌گیری برای مدیریت درمان و کنترل بیماری است.

طبق گفته‌ی نئومیلر، و آن ای وايت، معاون رئیس و استاد ممتاز گروه فارماکوتراپی در دانشگاه ایالت واشنگتن، اسپکین، یک روش مناسب نمی‌تواند برای همه افراد مبتلا به دیابت جوابگو باشد.

ما سعی داریم برخی از الگوریتم‌ها و روش‌های تصمیم‌گیری مناسب برای درمان خاص هر فرد دیابتی را، به متخصصان جهت راهنمایی آن‌ها آموزش دهیم.

سایر تغییرات قابل توجه در استانداردهای ۲۰۱۹ عبارتند از:

۱-کارشناس مامایی



## برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در سال ۹۷

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان	نام و نام خانوادگی سخنران
۹۷/۵/۷	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	ترومبوسیتوپنی	دکتر محمد تقی ارزانیان
۹۷/۶/۴	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	اپیلپتیک اسپاسم	دکتر محمد غفرانی
۹۷/۷/۸	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	پاراکلینیک در بیماری‌های کلیوی کودکان	دکتر مصطفی شریفیان
۹۷/۸/۶	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	مشکلات روانی در تغذیه‌ی کودکان	دکتر بهروز جلیلی
۹۷/۹/۱۱	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	آنفلوانزا	دکتر عبدالله کریمی
۹۷/۱۰/۲	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	مشکلات تنفسی در کودکان	دکتر احمد طباطبایی
۹۷/۱۱/۷	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	خطاهای پزشکی	دکتر محمد کاظمیان

گردهمایی علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در روزهای یکشنبه مطابق برنامه فوق در بیمارستان مفید راس ساعت ۱۱:۳۰ صبح برگزار می‌شود. لازم به ذکر است جلسات دارای امتیاز بازآموزی می‌باشد.

از کلیه متخصصین کودکان تقاضا می‌شود تا در سامانه جامع انجمن‌های علمی پزشکی ایران به آدرس: [www.ima-net.ir](http://www.ima-net.ir) در قسمت ثبت نام اعضاء وارد شوند و فرم مربوطه را تکمیل نموده تا به صورت عضور رسمی انجمن پزشکان کودکان درآیند.



## لیست همایش‌های داخلی

عنوان همایش	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
کنگره نوزادان ایران	۱۳۹۷ مهر ماه ۱۱-۱۳	اصفهان، مرکز همایش‌های بین المللی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سی امین همایش بین المللی بیماری‌های کودکان و شانزدهمین همایش ملی پرستاری کودکان	۱۳۹۷ مهر ماه ۲۶-۲۹	تهران، سالن همایش مرکز طبی کودکان
پنجمین کنگره سلامت نوزادان ایران	۱۳۹۷ آذر ماه ۱-۳	تهران، مرکز همایش‌های رازی
چهاردهمین همایش سالیانه انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران	۱۳۹۷ آذر ماه ۹-۷	تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دومین کنگره بین المللی مداخلات تهاجمی غیر جراحی در بیماری‌های مادرزادی و ساختمانی قلب ایران	۱۳۹۷ آذر ماه ۱۷-۱۵	مشهد، بیمارستان رضوی
چهاردهمین کنگره اورژانس‌ها و بیماری‌های شایع طب کودکان	۱۳۹۷ آذر ماه ۳۰-۲۷	تهران، بیمارستان کودکان مفید
سمینار علمی یک روزه اورژانس‌های اطفال	۱۳۹۷ دی ماه ۱۵	تهران، مرکز بین المللی همایش‌های رازی
چهاردهمین کنگره انجمن علمی تغذیه‌ی کودکان ایران	۱۳۹۷ بهمن ماه ۵-۳	تهران، انتستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور

## لیست همایش‌های بین‌المللی

عنوان کنگره	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
27 <sup>th</sup> International Conference on Pediatrics, Neonatology and Pediatric Nursing	24–25 September, 2018	Tokyo, Japan
2 <sup>nd</sup> Congress of Ukrainian Academy of Paediatrics	27–29 September, 2018	Lviv, Ukraine
Post Pediatric & Adolescent Medicine for Primary Care	5–7 October, 2018	California, USA
Pediatric Days 2018	7–9 October, 2018	Chicago, USA
12 <sup>th</sup> Annual Pediatric Review and Sleep Medicine Update	12–14 October, 2018	Portland, USA
Society for Pediatric Interventional Radiology (SPIR) 6 <sup>th</sup> International Meeting	23–26 October, 2018	Wailea, Hawaii, USA
International Conference on Pediatrics, Neonatology and Geriatrics	26–27 October, 2018	Osaka, Japan
Global Pediatric Clinical Skills Week	October 29 – November 2, 2018	Boston, US
The 7 <sup>th</sup> Congress of the European Academy of Paediatric Societies (EAPS 2018)	October 30 – November 3, 2018	Paris, France
Meetings 2018 American Academy of Pediatrics National	2–6 November, 2018	Orlando, FL
2018 Clinical Vaccinology Course	9–10 November, 2018	Bethesda, Maryland, USA
22 <sup>nd</sup> World Congress on Pediatrics, Neonatology & Primary Care	12–13 November, 2018	Dubai, UAE
Global Summit on Maternal and Child	26–28 November, 2018	Bangkok, Thailand
15 <sup>th</sup> Annual Congress on Pediatrics 2018 with a theme of “Implementing Advances in Pediatrics for Better Child Health”	28–29 November, 2018	Barcelona, Spain



10 <sup>th</sup> Annual Excellence in Pediatrics	6–8 December, 2018	Praha, Czech Republic
2 <sup>nd</sup> Emirates Family Medicine Society Congress	10 –12 January, 2019	Dubai, UAE
2019 Pediatric Sports Medicine Conference	12 January, 2019	Berkeley, California, USA
Pediatric Infectious Diseases: A Primary Care And Hospitalist Approach	21 – 25 January, 2019	Sarasota, Florida, USA
15 <sup>th</sup> Annual Pediatric Specialty Update for Primary Care Physicians	25 January, 2019	Seattle, Washington, USA
Pediatric Psychopharmacology Update Institute	25 – 26 January, 2019	Brooklyn, New York, USA
ESPGHAN Monothematic Conference Hepatology: Infections of the Liver at Paediatric Age	January 31 – February 2, 2019	Florence, Italy
7 <sup>th</sup> Pediatric & Neonatal International Conference UHS	7 – 8 February, 2019	Dubai, UAE
First Annual Conference in Pediatric Emergency Medicine	8 February, 2019	Winfield, Illinois, USA
Pediatric Epilepsy Surgery Symposium	9 February, 2019	Indianapolis, Indiana, USA
The 6 <sup>th</sup> Annual Charleston Pediatric ENT Update	9 February, 2019	Charleston, South Carolina, USA
Arab International Paediatric Medical Congress	14–16 February, 2019	Dubai, UAE
International Pediatric Summit	14 –16 February, 2019	Dubai, UAE
Topics in Allergy, Immunology, and Pediatric Ear, Nose and Throat Disorders – Western Caribbean Cruise Conference	17 – 24 February, 2019	Lauderdale, Florida, USA
7 <sup>th</sup> Annual Practical Topics in Pediatric Emergency Medicine	22 – 24 February, 2019	Saint Petersburg, Florida, USA
Pediatric Neurology and Developmental Medicine Update Course: Focus on Patient Management	2 February, 2019	Durham, NorthCarolina, USA
Cool Topics in Neonatology 25 <sup>th</sup> Annual Conference	1 – 3 March, 2019	Coronado, California, USA

Pediatric Neurology and Developmental Medicine Update Course: Focus on Patient Management	2 March, 2019	Durham, North Carolina, USA
12 <sup>th</sup> International Conference Neonatal & Childhood Pulmonary Vascular Disease	7 – 9 March, 2019	San Francisco, California, USA
2 <sup>nd</sup> Annual Pediatric Mental Health Update: Equipping the Primary Care Provider	8 March, 2019	Portland, Oregon, USA
Pediatric CNS Tumors in the Molecular Era	8 March, 2019	New York, New York
Pediatric Rheumatology: An Update for Clinicians	13 March, 2019	New York, New York
Pediatric Asthma and Allergy Updates for Primary Care Providers	15 March 2019	Boston, Massachusetts, USA
Pediatric Anesthesiology 2019	15 – 17 March, 2019	Houston, Texas, USA
29 <sup>th</sup> International Pediatric Association (IPA) Congress	17–21 March, 2019	Panama – Panama
4 <sup>th</sup> Annual World Congress on Pediatric Nutrition, Gastroenterology and Child Development	18–19 March, 2019	Chicago, USA
28 <sup>th</sup> World Neonatal, Pediatrics and Family Medicine Conference	21–22 March, 2019	Dubai, UAE
Pediatric Gastrointestinal Update for the Primary Care Clinician 2019	22 March, 2019	Carmel, Indiana, USA



تسلیت

به کلیه ی همکاران محترم درگذشت جناب آقای دکتر بیژن حاتمیان متخصص کودکان را  
تسلیت عرض نموده، برای آن استاد فقید غفران الهی و برای خانواده محترم شان سلامتی و صبر  
جمیل را از درگاه ایزد منان آرزومندیم.

انجمن پزشکان کودکان ایران



## فرم ثبت نام اعضای انجمن پزشکان کودکان ایران

شماره شناسنامه:	نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:		last Name:	Name:
محل تولد:	تاریخ تولد:	شماره نظام پزشکی:	
	سال اخذ دکترا:	فارغ التحصیل دانشکده پزشکی:	
دانشگاه:	سال اخذ تخصص:	متخصص رشته:	
رتبه دانشگاهی:	نام مؤسسه مربوطه:	دولتی:	آزاد:
تلفن:	نوع کار:		
	آدرس مطب:		
تلفن:	آدرس محل کار:		
تلفن:	آدرس منزل:		
تلفن همراه:	آدرس پست الکترونیک:		
محل مهر و امضاء			
تاریخ:			
<p>مدارک مورد نیاز:</p> <p>۲- قطعه عکس ۴ × ۳ (برای اعضای جدید)</p> <p>- فتوکپی (آخرین مدرک تخصصی، شناسنامه، کارت نظام پزشکی، کارت ملی) از هر کدام ۱ برگ (برای اعضای جدید)</p> <p>- تکمیل فرم ثبت نام، نام و نام خانوادگی به لاتین نیز نوشته شود. (خوانا)</p> <p>- لطفاً آدرس کامل را موقم فرمایید.</p> <p>۵- پرداخت حق عضویت به مبلغ ۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال به حساب جاری شماره ۴۵۰۶۰۷۲۱ بانک تجارت، شعبه مرکزی (کد ۴۵۰). مدارک فوق همراه با اصل فیش حق عضویت پرداختی به نشانی انجمن ارسال گردد.</p>			
<p>تهران: خیابان ولیعصر، خیابان بزرگمهر، تقاطع فلسطین، شماره ۲۰، کد پستی ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶</p> <p>IRANIAN SOCIETY OF PEDIATRICS</p> <p>No:20, Bozorgmehr Street, Valiasr avenue, Tehran, Iran Zip code 1416934896</p>			

# همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان ایران

و

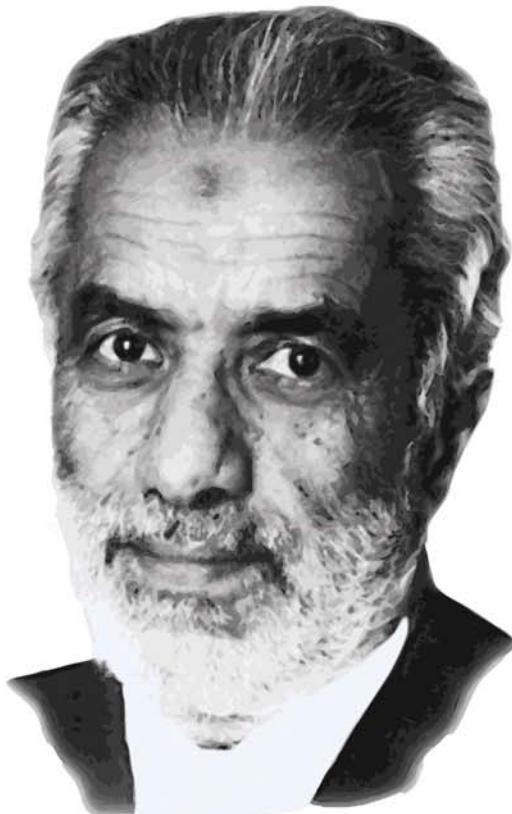
## چهلمین بزرگداشت استاد دکتر محمد غریب

40

Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics  
&  
40<sup>th</sup> Memorial Congress of Professor Mohammad Gharib

۱۳۹۸ اردیبهشت ۶

23-26 April 2019



برگزارکننده: انجمن پزشکان کودکان ایران با همکاری بیمارستان مرکز طبی کودکان  
دریافت مقالات به صورت **online** و **فقط** از طریق سایت همایش خواهد بود  
آخرین مهلت ارسال مقالات: ۱۵ بهمن ماه ۱۳۹۷

**Deadline For Online Abstract Submission: 4 February 2019**

محل برگزاری: تهران، انتهای بلوار کشاورز، خیابان دکتر قریب، بیمارستان مرکز طبی کودکان  
دبيرخانه کنگره: خیابان ولی عصر، خیابان بزرگمهر شماره ۲۰، کد پستی: ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶، تلفن: ۰۲۱-۸۶۹۶۸۳۱۷-۸، فاکس: ۰۲۱-۶۶۴۶۵۸۲۸  
**Website:** [www.irpediatrics.com](http://www.irpediatrics.com) **Email:** [info@irpediatrics.com](mailto:info@irpediatrics.com)