



پیمانه ایرانیان
کودکان

انجمن پزشکان کودکان ایران

سال چهاردهم اشماره پنجاه و یکم اپریل ۱۳۹۶

۱۵

انتشارات انجمن پزشکان کودکان ایران

کقتم غم تو دارم کفتا غمت سرآید
کقتم ز مهرورزان رسم وفا یاموز
کقتم که بر خیالت راه نظر بندم
کقتم که بوی زلفت گمراه عالم کرد
کقتم خوشا هوايی کز باد صح خنید
کقتم که نوش لعنت مارابه آرزوکشت
کقتم دل رحیمت کی غرم صلح دارد
کقتم زمان عشرت دیدی که چون سرآمد

کقتم که ما من شوکفتا اگر برآید
کفتا ز خوب رویان این کار کمتر آید
کفتا که شب رو است او، از راه دیگر آید
کفتا اگر بداني هم او ت رهبر آید
کفتا خنگ نیسی کز کوی دلبر آید
کفتا تو بندکی کن کو بنده پرور آید
کفتا مکوی باکس تا وقت آن درآید
کفتا خوش حافظ کاین غصه هم سرآید

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



خبرنامه

سال چهاردهم / شماره پنجاه و یکم / پاییز ۱۳۹۶

صاحب امتیاز: انجمن پزشکان کودکان ایران

مدیر مسئول: دکتر غلامرضا خاتمی

سردبیر: دکتر سید محمدرضا بلورساز

ویراستار: دکتر کتایون خاتمی

هیئت تحریریه: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فرید ایمان زاده، دکتر سید محمدرضا بلورساز، دکتر منصور بهرامی،

دکتر غلامرضا خاتمی، دکتر کتایون خاتمی، دکتر شهرزاد ریاضی،

دکتر هادی سمعاعی، دکتر حامد شفق، دکتر حسین فخرایی،

دکتر عباس مدنی

همکاران این شماره: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر نرگس غلامی، دکتر محمد کاظمیان

طراحی و صفحه‌آرایی: موسسه طرح خوب (پرویز مقدم)

آدرس انجمن پزشکان کودکان ایران

تهران- خیابان ولی‌عصر- خیابان بزرگمهر، شماره ۲۰- طبقه سوم،

کد پستی ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶

تلفن انجمن ۶۶۹۶۸۳۱۷-۸

دورنگار (فاکس): ۶۶۴۶۵۸۲۸

آدرس سایت: www.irpediatrics.com

آدرس ایمیل: info@irpediatrics.com

فهرست

شعر

پیام سردبیر

- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در مهرماه ۱۳۹۶
- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آبان ماه ۱۳۹۶
- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آذرماه ۱۳۹۶
- تاخیر در کلام پ بند ناف نوزادان بعد از تولد

تشنج

مکاتبات انجام شده با انجمن

برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن در سال ۱۳۹۶

لیست همایش‌های داخلی

لیست همایش‌های خارجی

تسليیت

فرم ثبت نام



پیام سردبیر

با سلام و درود خدمت شما اساتید و همکاران محترم که جزء نخبگان عالم پزشکی بوده و بهترین دوران طلابی عمر خود را در راه کسب علم و خدمت به خلق گذرانده اید.

به خصوص خدمت به کودکان که آینده سازان این مژ و بوم می باشند و نقش حفظ سلامتی، رشد و نمو و تغذیه کودکان که بسیار مهم است به عهده شما عزیزان و بزرگواران می باشد.

دوستان قطع یقین زحمات شما عزیزان در پیشگاه حضرت باری تعالی محفوظ خواهد ماند. امیدوارم در رسالتی که خداوند متعال به عهده شما دوستان گذارده موفق بوده و همیشه از بهترین نعمات خداوند که سلامتی می باشد برخوردار باشید.

دکتر سید محمد رضا بلورساز
دبیر انجمن پزشکان کودکان ایران



جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در مهرماه ۱۳۹۶ تغذیه نوزادان

اعضای پانل: دکتر محمد کاظمیان^۱، دکتر مهتا فاطمه بصیر^۱، دکتر میترا رادفر^۲

ارزیابی‌های آزمایشگاهی:

ارزیابی‌های آزمایشگاهی این نوزادان نیز تا زمانی که بتوانند به طور کامل از راه دهان تغذیه شوند باید به طور هفتگی یا دوبار در هفته انجام شود. این ارزیابی‌های شامل میزان کلسیم، فسفر، آکالین فسفاتاز، کنترل اوره، پره آلبومین، هموگلوبین و هماتوکریت می‌باشد. در موارد خاص این آزمایشات از تنوع و تنابع بیشتری برخوردار خواهد بود.

در نوزادان نارس با وزن کمتر از ۱۸۰۰ گرم (سن حاملگی مساوی یا کمتر از ۳۲ هفته) ممکن است نیاز به تغذیه با لوله معده داشته باشند که براساس رشد و تکامل، شرایط بالینی و آمادگی بتدریج به تغذیه دهانی تبدیل می‌شوند.

به طور کلی در همه نوزادان هر چقدر تغذیه زودتر آغاز شود بهتر است و به دلیل عدم تحمل در نوزادان نارس، بررسی‌ها نشان داده است که تغذیه با شیرمادر حتی با مقادیر بسیار کم تاثیر مهمی در رشد و تکامل دستگاه گوارش داشته است. لذا در این گروه از نوزادان به تدریج و برحسب تحمل بر مقدار شیرافزوده می‌شود. همچنین می‌توان پس از تحمل مناسب شیرمادر مقادیر مشخصی از غنی‌کننده به شیرمادر برای رشد و تکامل نوزاد در دوران بستره افزود.

اگر نوزادی بصورت گاواز تغذیه می‌شود بطور مکرر از جهت تحمل تغذیه دهانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، زیرا که در حدود ۳۲ تا ۳۴ هفتگی سن داخل رحمی ممکن است بتدریج توانایی تحمل از راه دهانی را داشته باشد. بعد از تخریص هم ضروری

تغذیه نوزادان نارس:

بیشترین احتیاج تغذیه‌ای در دوران نوزادی، مربوط به نوزادان نارس می‌باشد. مناسب ترین مقدار تغذیه حدی است که این نوزادان در داخل رحم دریافت می‌کردند. علاوه بر نارس بودن دستگاه گوارش (شامل عدم تکامل فیزیولوژیک و کمبود آنزیم‌ها)، ممکن است مشکلاتی مانند هیپوکسی، اسیدوز، عفونت و... نیز وجود داشته باشند. برای تامین کالری مورد نیاز از دو طریق تغذیه وریدی و تغذیه بصورت دهانی (گاهی بالolle معده) باید اقدام شود.

میزان انرژی مورد نیاز یک نوزاد نارس برای رشد مناسب با تغذیه دهانی ۱۲۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن می‌باشد. در صورتی که دچار بیماری مزمن هم باشد این میزان به ۱۵۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن در شبانه روز افزایش می‌یابد. ارزیابی رشد در نوزادان نارس: برا ساس اندازه‌گیری میزان افزایش وزن، قد و دور سر می‌باشد.

وزن: حداقل ۱۵ تا ۱۸ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن در روز و هرگاه به وزن ۲ کیلوگرم رسید روزانه ۲۰ تا ۳۰ گرم باید افزایش یابد.

قد: به طور متوسط ۱ سانتی متر در هفته

دور سر: یک سانتی متر در هفته

بهتر است که این مقادیر روی چارت‌های مخصوصی (منحنی رشد نوزادان نارس)رسم شود تا بطور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد.



بعد از ترجیح از بیمارستان بررسی مکرر رشد در سال اول تولد اهمیت ویژه‌ای دارد. این ارزیابی بخصوص در ۴ تا ۶ هفته اول بصورت هفتگی یا دو هفته‌یکبار باید انجام شود. از منحنی‌های رشد مخصوص نوزادان نارس و سپس از منحنی‌های رشد معمولی جهت ارزیابی بهتر می‌توان استفاده نمود. بدیهی است اگر رشد مناسب وجود نداشته باشد، این مراقبت‌ها باید در فواصل کمتری انجام گیرد. تاخیر در ارزیابی و تشخیص رشد مناسب سبب افزایش مشکلات و عدم رشد جبرانی این گروه می‌شود. در مورد رشد نا مناسب دور سرنیز باید به دقت پیگیری و در صورت نیاز مشاوره‌های لازم انجام گیرد. بررسی‌های آزمایشگاهی ممکن است در مواردی کمک کننده باشد. در شیرخوارانی که بطور انحصاری از شیرمادر استفاده می‌کنند مشخص شده که بعد از ترجیح استفاده از غنی‌کننده‌های شیرمادر اثر چندانی در دراز مدت نداشته است ولی علاوه بر ویتامین D (۴۰۰ تا ۸۰۰ واحد روزانه یا یک تا دو سی سی از قطره ویتامین A+D) این نوزادان نیاز به استفاده از آهن (۲ تا ۳ میلی گرم به ازاء هر کیلو گرم وزن یا ۲ تا ۳ قطره به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن)، ویتامین E (۱۰ تا ۲۵ واحد روزانه که بصورت قطره، ۱ تا ۲ سی سی روزانه یا یک چهارم قرص ۱۰۰ واحدی در روز) و اسید فولیک (۵۰) واحد روزانه که بصورت قرص ۱ میلی گرمی در بازار وجود دارد) دارند. اگر چنانچه نوزاد نارسی از شیرمادر محروم است می‌توان از شیرخشک‌های مخصوص نوزادان نارس که علاوه بر کالری بیشتر از پروتئین، ویتامین و املاح بیشتری برخوردار است استفاده نمود. در بعضی از نوزادان بدبانی مشکلاتی مانند استفاده از لوله تراشه بصورت دراز مدت، مشکلاتی در تغذیه دهانی دارند. که بصورت اشکال در مکیدن و بلع می‌باشد. برای این گروه از بیماران مشاوره با همکاران گفتار درمانی بسیار سودمند می‌باشد. بندرت نیاز به لوله معده می‌شود که بصورت سریاپی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد که بدلیل مشکلات و خطرات همراه با آن، با احتیاط زیاد و تنها در شرایط خاصی انجام می‌شود.

است که این نوزادان از نظر رشد و نمو مناسب مورد پیگیری قرار گیرند.

رشد در نوزادان نارس:

در طی اقامت نوزادان در بخش‌های ویژه ممکن است نوزاد بدلیل بیماری و عدم تحمل تغذیه، ابتدا وزن کم نماید و سپس به وزن او افزوده شود. منحنی‌های رشد مخصوص نوزادان نارس بطور کلی ایده‌آل نیستند.

در نوزادانی که وزن گیری آهسته‌ای دارند بهتر است دو روز در هفت‌هه و تازمانی که به سن جنینی ۴۰ هفتگی برسند مورد ارزیابی قرار گیرند. بررسی مکرر از نظر تکامل عصبی و عضلانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. درمان مشکلات در زمینه تکاملی بستگی زیادی به تشخیص به موقع و شروع درمان دارد.

این مسئله که تا چه حد غنی‌سازی شیرمادر و تغذیه تکمیلی می‌تواند در رشد و تکامل کودک در آینده موثر باشد، در تحقیقات اخیر مورد سوال و شک قرار گرفته است. حتی در نوزادانی که فقط از شیرمادر پس از ترجیح بهره می‌برند، علیرغم کم بودن بعضی از املاح و مینرال‌ها در شیر مادر مشخص شده تفاوتی در دو سالگی وجود نداشته است.

نوزادان بستری بعد از ترجیح رشد بیشتر و سریعتری دارند و در حقیقت بصورت جبرانی می‌باشد. در بسیاری از موارد بدون غنی‌سازی نیز نوزاد نارس رشد مناسبی از خود نشان می‌دهد. نوزادان نارسی که از شیرمادر تغذیه می‌شوند علاوه بر ویتامین D باقیستی آهن نیز دریافت نمایند.

در نوزادانی که از بیمارهای مزمن، مانند بیماری مزمن ریوی رنج می‌برند، همانگونه که بیان شد، برای تامین رشد مناسب نیاز به کالری بیشتری دارند که با افزایش کالری شیرمادر و در صورت استفاده از فورمول، از شیرهای پرکالری باید استفاده نمود. در زمان ترجیح نوزاد باید شرایط مناسب ترجیح را داشته باشد که از جمله آن تغذیه و رشد مناسب و همچنین محیط مناسب منزل است.



جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آبان ماه ۱۳۹۶

تشخیص، درمان و پیگیری و مراقبت از کودک بیمار دچار آسم

اعضای پانل: دکتر مصطفی معین^۱، دکتر محمد رضا فضل‌الهی^۱، دکتر مریم محلوجی راد^۱، دکتر دل آرا بابایی^۱

یادآوری: خس خس در هنگام سرماخوردگی شایع است ولی اهمیتی از نظر تشخیصی ندارد.

۳- معاينه بالينی- وجود علائم بالينی نشان‌دهنده انسداد راه‌های هوایی مانند افزایش تعداد تنفس، خس خس بازدمی، سرفه و تنگی نفس و تغییر شکل قفسه صدری، تشخیص آسم را مطرح می‌کند.

یادآوری: ممکن است معاينه بالينی در بیمار مبتلا به آسم طبیعی باشد.

یادآوری: در معاينه کودک بیمار، وجود علائم بالينی آلرژی بینی، اگزما اتوپیک، آدنوئید و یا سینوزیت به نفع تشخیص آسم است.

یادآوری: کاهش رشد (FTT)، سرفه با خلط فراوان، چمامی شدن انگشتان (Clubbing)، خس خس در هنگام دم، مدفعه چرب و علائم رفلاکس، فقدان علائم بالينی آسم در ساعات شب و عدم پاسخ به درمان مناسب، تشخیص بیماری دیگری غیر از آسم را مطرح می‌کند.

۴- تائید تشخیص اولیه آسم- که با انجام آزمون تنفسی اسپیرومتری است. با آموزش به بیمار می‌توان از پیک فلومتری برای تشخیص و بویژه ارزیابی چگونگی پاسخ به درمان و کنترل علائم بالينی آسم استفاده کرد.

یادآوری: طبیعی بودن نتیجه اسپیرومتری دلیل بر نبود بیماری نیست و باید آزمون‌های چالشی اسپیرومتری را انجام داد.

رویکردهای تشخیصی در آسم (دکتر مصطفی معین)

تشخیص کمتر از حد و یا دیرهنگام به دلیل علائم و نشانه‌های بالینی غیر اختصاصی آسم و نیز تشخیص بیش از حد این بیماری به دلیل تغییر پذیری چهره بالینی و تعدد تشخیص‌های افتراقی آسم، از چالش‌های مهم در مدیریت بیماری آسم در کودکان است.

رویکرد تشخیصی آسم را می‌توان در ۶ مرحله خلاصه کرد:

۱- شک به آسم: تشخیص آسم در کودکان یک تشخیص بالینی است و در کودکانی که بطور مکرر با تشخیص افزایش تحریک‌پذیری راه‌های هوایی ریه، برونشیت، خرسک، ذات‌الریه و یا برونشیولیت درمان شده‌اند باید تشخیص آسم را مورد توجه قرار داد. بنابراین بررسی سوابق پزشکی و دارویی بیمار (نسخه‌های قبلی) ضروری است.

۲- شرح حال و تاریخچه بیماری- گزارش سرفه (عموماً سرفه خشک)، خس خس سینه و تنگی نفس (باهم و یا جدا از هم) بطور مکرر بویژه در هنگام شب و یا اول صبح، در هنگام ورزش، در هنگام هیجان، در برخورد با تغییر دمای هوای یا تماس با عوامل آلرژی زادر فصل‌های خاص (گرده گل و گیاه، حیوانات اهلی، سوسک و...) و یا با مواد تحریک کننده (گرد و غبار، دود، بوی تن و ...)، تشخیص آسم را مطرح می‌کند. سابقه آلرژی در انداختهای دیگر کودک و یا سابقه آلرژی در خانواده او به نفع تشخیص آسم است.

یادآوری: هر خس خسی آسم نیست و هر بیمار مبتلا به آسم لزوماً خس خس ندارد.

۱- فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی بالینی

نحو مناسب درمان نگردد، امکان کنترل علائم آسم دشوار و یا ناممکن می‌شود.

- رینیت - سینوزیت - آرژی بینی (GERD)
- ریفلاکس معده به مری (NSAID)
- حساسیت به آسپرین و ABPA -
- اضطراب / افسردگی
- چاقی و اضافه وزن
- عدم تمکن مالی و نخربیدن دارو؟!!
- عدم همکاری بیمار در مصرف داروها و یا عدم مصرف درست دارو

درمان نگهدارنده آسم (دکتر محمد رضا فضل الهی)

آسم بیماری مزمون التهابی ریه است و هدف اصلی درمان آن کنترل روند التهابی این بیماری در دراز مدت است. رویکردهای نوین درمانی براساس چرخه ارزیابی، درمان و مراور پاسخ درمانی تنظیم می‌شوند. اصل مشترک درمان آسم در همه پروتکل‌ها، درمان بصورت پلکانی یا مرحله‌ای است به گونه‌ای که نه تنها بهبود عملکرد ریوی مدنظر است بلکه به معیارهایی چون بهبود سریع علائم، ارتقای کیفیت زندگی، پیشگیری و درمان حملات آسم و عوارض داروها باید توجه داشت. تعیین برنامه درمانی در اولین ویزیت برحسب آن که بیمار قبل از تحت درمان دارویی مناسب قرار داشته یا خیر متفاوت است:

الف: چنانچه بیماری برای اولین بار تشخیص داده شده و یا بیمار تحت درمان دارویی مناسب نبوده است باید با توجه به شدت علائم بالینی براساس دستورالعمل زیر درمان انجام گیرد: در صورتی که علائم بیماری خفیف و متنابع باشد (علائم روزانه ۲ بار یا کمتر در هفته و شب‌ها یک بار یا کمتر در ماه) بیمار نیاز به درمان منظم نگهدارنده نداشته و برحسب نیاز میتوان از داروهای زود اثر نظیر سالبوتامول استفاده نمود (پله اول یا Step ۱). در بیشتر بیماران باید درمان از پله دوم (Step ۲) آغاز شود. در این مرحله مطابق جدول درمان انتخابی نگهدارنده، استروپید استنشاقی با دوز کم است. در مواردی که شدت علائم بالینی بیمار بیشتر است (علائم بیماری هر روز وجود داشته و یا شب‌ها بیش از یکبار

۵- آزمون‌های آرژی (پوستی و سرمی)- برای تشخیص آرژن‌هایی که بیمار نسبت به آنها حساسیت دارد انجام می‌شود و برای نتایج حاصله، آموزش‌های ضروری برای پرهیز از آنها به بیمار و خانواده‌اش داده می‌شود.

- افزایش تعداد اوزیزوفیل‌های خون (۴۰۰-۶۰۰/ml) و یا مخاط بینی نیز نشان‌دهنده اتوپیک بودن بیمار است.
- انجام رادیوگرافی ریه و مشاهده پر هوایی (در اولین مراجعه) و یا در صورت لزوم سینوس‌ها نیز می‌تواند کمک‌دهنده باشد.
- یادآوری: نیازی به انجام رادیوگرافی ریه در هر بار مراجعه بیمار و یا در هر حمله آسم نیست، مگر اینکه به عفونت ریه (ذات الریه) و یا عوارض حمله آسم (پنوموتوراکس) و یا جسم خارجی مشکوک باشیم.

۶- چگونگی پاسخ به درمان - کاهش و یا رفع علائم بالینی بیمار با مصرف داروهای آسم (گشاد کننده نایزه‌ها و / یا کورتیکواستروئید استنشاقی)، به نفع تشخیص آسم خواهد بود.

* شایع ترین تشخیص‌های افتراقی آسم کودکان در سنین کمتر از ۵ سال:

کودکان زیر ۶ ماه: برونشیولیت، ریفلاکس معده به مری (GERD)، سینوزیت کودکان ۶ ماه تا ۲ سال: برونشیولیت، جسم خارجی در ریه، آسپیره کردن

کودکان ۲ تا ۵ سال: آسم، جسم خارجی، آسپیره کردن

* شایع ترین تشخیص‌های افتراقی آسم کودکان در سنین بیشتر از ۵ سال:

- سندروم افزایش دم (هستیری)
- انسداد راه‌های هوایی فوقانی و جسم خارجی
- عملکرد نادرست طناب‌های صوتی (Vocal cord dysfunction)
- بیماری انسدادی ریوی مزمون (COPD)
- بیماری های بافت ریه (Paranchymal lung disease)
- نارسایی بطن چپ قلب (نارسایی حاد ریوی)

* تشخیص بیماری‌های همزمان با آسم (Co-morbid)

چنانچه بیماری‌ها همزمان با آسم تشخیص داده نشود و به



جهت درمان ممکن است داروهای دیگر نظیر بتا آگونیستهای استنشاقی طولانی اثر مورد نیاز باشد. اگرآسم بیمار تا حدی کنترل شده باشد (کنترل نسبی) ضمن توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر، با توجه به در دسترس بودن امکانات درمانی و هزینه درمان میتوان افزایش پلکانی درمان را نجام داد و برای درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود. اگر بیماری به طور کامل کنترل شده باشد درمان را مطابق گذشته ادامه داده و بیمار باید دو ماه بعد مجدداً ویزیت گردد. پس از آن که کنترل کامل بیماری حاصل شد و برای حداقل ۳ ماه متولی پایدار ماند، کاهش پلکانی برای رسیدن به حداقل داروی مصرفی باید انجام گیرد. داروهای کنترل کننده را در کودکان زمانی می‌توان قطع کرد که بیمار با دوز کم هیچ عودی در مدت یک سال نداشته باشد.

در هفته به دلیل بیماری از خواب بیدار می‌شود) درمان از مرحله سوم و یا بالاتر باید آغاز شود.

در مورد بیماران شناخته شده قبلی که تحت درمان دارویی مناسب قرار دارند انتخاب درمان، براساس سطح کنترل بیماری است، ارزیابی سطح کنترل آسم برای تغییر برنامه درمانی ضروری است. بدین منظور کلیه بیماران باید یک ماه پس از شروع درمان مجدداً ویزیت شده و سطح کنترل بیماری تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان براساس سطح کنترل بیماری (کنترل کامل، نسبی یا کنترل نشده) وجود عوامل خطر همراه تصمیم‌گیری شود. بنابراین در کلیه بیماران ادامه روند درمان به شرح زیر است: چنانچه آسم کنترل نشده باشد علاوه بر توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر باید افزایش پلکانی مقدار مصرف داروها نیز صورت گیرد و

درمان نگهدارنده (پلکانی) توصیه شده برای بزرگسالان و کودکان بزرگتر از ۵ سال

مرحله درمان	درمان انتخابی نگهدارنده	درمان جایگزین
پله اول Step 1	لازم نیست	----
پله دوم Step 2	استروئید استنشاقی با دوز کم	Leukotriene Modifiers
پله سوم Step 3	استروئید استنشاقی با دوز کم علاوه بتا آگونیست استنشاقی طولانی اثر	استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا اضافه Leukotriene Modifiers یا استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه تئوفیلین پیوسته رهش
پله چهارم Step 4	استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا زیاد علاوه بتا آگونیست استنشاقی طولانی اثر علاوه یکی از موارد زیر اگر نیاز باشد: - تئوفیلین پیوسته رهش - Leukotriene Modifiers	
پله پنجم Step 5	یکی از موارد زیر را به درمانهای قبلی اضافه کنید: - استروئید خوراکی (کمترین دوز) - *Anti-IgE - درمان با	

نکته: علاوه بر درمان‌های کنترل کننده فوق، درمان زود اثر بتا آگونیست استنشاقی برای کاستن علائم و درمان حمله آسم باید در همه مراحل در دسترس باشد. همچنین توصیه می‌شود که داروهای بتا آگونیست طولانی اثر (LABA) در سنین کمتر از ۱۲ سال استفاده نگردد.



کننده تصمیم‌گیری‌های بعدی برای مرخص کردن بیمار، یا بسترهای شدن او در بخش یا واحد مراقبت‌های ویژه خواهد بود.

شرایط ترجیحی بیمار مبتلا به آسم از اورژانس (خانم دکتر دلارا بابابی)

بیمار از مرکز اورژانس کرایتربیاها ترجیح کرده است که شامل $\text{FEV}_1 > 70\%$ باشد. پایداری حال بیمار تا ۱ ساعت پس از آخرین دارو، معاینه فیزیکی نرمال و عدم وجود دسیترس تنفسی می‌باشد. با توجه به اهمیت مراقبتهای پس از ترجیح در کنترل آسم و نیز اهمیت آن در پیشگیری از حملات بعدی، نسخه ترجیح بیماران باید کامل و دقیق باشد. بر اهمیت شروع کوتاه استنشاقی و نیز شروع کوتاه خوارکی به مدت ۳-۵ روز در کودکان همراه با سالبوتامول استنشاقی تاکید می‌شود.

در اینجا نکته بسیار مهم دادن دستورالعمل (Action plan) و آموزش تکنیک صحیح مصرف دارو در بیماران مبتلا به آسم است. Action plan که خوشبختانه نسخه فارسی آن توسط انجمن آسم و آلرژی ایران تهیه گردیده شامل دستورالعمل داروهای بیمار در حالت عادی، علایم هشدار در زمان حمله و معیارهای تشخیص حمله و دستورالعمل داروها در زمان حمله می‌باشد. ثابت شده که Action plan تا ۷۰٪ از مورتالیتی آسم می‌کاهد. از سوی دیگر ویزیت با فاصله ۲ تا ۴ هفته پس از ترجیح از بیمارستان به کنترل صحیح بیماری کمک می‌کند. شناسایی آلرژن نیز بسیار حائز اهمیت است و بیماران دچار آسم آلرژیک پایدار باید برای این کار به آلرژیست ارجاع شوند.

درمان حمله حاد آسم (خانم دکتر مریم محلوجی‌راد) بروز یا تشدید سرفه، خرخر و تنگی نفس نسبت به وضعیت طبیعی بیماری راحمله حاد آسم می‌گویند.

درابتدا حمله آسم باید مشخص گردد آیا بیمار عوامل خطرزاوی که احتمال مرگ و میرا افزایش می‌دهد دارا می‌باشد، این عوامل عبارتند از: ۱) وجود حمله آسم مرگ بار یا شدید که نیاز به لوله گذاری و تسویه مکانیکی داشته باشد. ۲) وجود سابقه بسترهای بدیهی آسم در بیمارستان یا اورژانس در طی سال گذشته. ۳) بیماری که در حال مصرف کورتون خوارکی بوده و اخیرا قطع مصرف نموده است. ۴) بیماری که اخیرا کورتون استنشاقی راقطع کرده است. ۵) بیماری که مصرف بتا-آگونیست کوتاه اثر (سالبوتامول) بالایی دارد. ۶) وجود سابقه بیماری‌های روانی و مشکلات خانوادگی از خود بیمار یا خانواده وی درمان حمله حاد آسم از منزل شروع می‌گردد و بیمار بر اساس Action plan که در اختیار دارد درمان خود را به اسپری سالبوتامول ۲-۶ پاف در دقیقه تا سه نوبت شروع نموده و در صورت عدم بقیه دیگر به مرکز درمان مراجعه می‌نماید. در مرکز درمانی ابتدا بیمار مورد ارزیابی شدت حمله قرار گرفته و براساس شدت حمله درمان شروع می‌گردد.

درمان شامل: اکسیزن، داروهای بتا-آگونیست استنشاقی کوتاه اثر، کورتیکواستروئید خوارکی یا تزریقی و آنتی کولینرژیک استنشاقی و در صورت لزوم در مراحل بعد سولفات منیزیم می‌باشد.

ازیابی میزان پاسخ بیمار به درمان‌های انجام گرفته تعیین





جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در آذر ماه ۱۳۹۶ بیماری هیرشپرونگ

اعضاي پانل: دکترا حمید خالق نژاد^۱، دکترا لیلی مهاجرزاده^۱، دکترا مهرداد ایزدی^۱، دکترا محسن روزرخ^۱، دکترا جواد غروبی^۱

گرافی تاخیری باریم باقی مانده است بیمار کاندید برسی از نظر هیرشپرونگ است. تست تشخیصی قطعی بیوپسی رکتوم است.

که البته در موارد اولترا شورت ممکن است در بیوپسی گانگلیون محل دیده نشود لذا کودک کاندید مانومتری می باشد. مانومتری در موارد سن کمتر از ۱۲ روز یا وزن کمتر از ۲۶۰۰ گرم و یا موارد هیپوتیروئیدی قابل اعتماد نیست. درمان

بیماری هیرشپرونگ به صورت عمل پولترو می باشد. درمان این بیماری هنگامی نتایج بهتری دارد که تشخیص در سنین پایین تر صورت پذیرد. در سنین پایین امکان جراحی پولتروی یک مرحله ترنس آنال وجود دارد. در مواردی هم ابتدا بیمار کولستومی شده و با بررسی فوری فروزن ساکشن حین عمل محل کولستومی مناسب مشخص می شود. در مرحله بعدی پولترو انجام می شود.

ناهنجاری های رکتوم و آنوس

ناهنجاری آنورکتال طیف وسیعی از اختلالات را شامل می شود. در ناهنجاری های بالای عضلات لواتورانی پس از تولد ابتدا کولستومی ایجاد می شود و ترمیم نهایی ناهنجاری پس از بررسی های مختلف ارگان های هم جوار صورت می گیرد. فیستول رکتویورترال شایع ترین فرم مالفورماتیون کانزیتال در پسرهاست و در دخترها شایع ترین فرم فیستول رکتووستیبلور است.

بیماری هیرشپرونگ به علت نبود سلول های گانگلیونی در شبکه عصبی بین عضلانی شبکه میانتریک (اوبریاخ) و زیر مخاطی مایسner روده رخ می دهد. محل شایع گرفتاری رکتوسیگمومیؤید است اما تمام کولون و گاهی قسمت هایی از روده کوچک یا تمام دستگاه گوارش می تواند گرفتار باشد. شیوع این بیماری ۱ در ۵۰۰ تولد زنده است و این بیماری در پسرها بیشتر از دخترها می باشد.

علایم بالینی بیماران گوناگون است. در نوزاد به صورت عدم دفع مکونیوم در ۴۸ ساعت اول است. البته این شرح حال ممکن است در ۶ تا ۴۲ درصد بیماران وجود نداشته باشد. ۹۰ درصد موارد هیرشپرونگ باید در نوزادی مشخص شود. علایم در نوزادی به صورت اتساع شکمی، استفراغ صفراءوی است. در چه های بزرگتر به صورت یبوست مشخص می شود. در بیمار نوزاد مشکوک به هیرشپرونگ بعد از گرفتن گرافی ساده شکم اگر علایم پرفوراسیون روده وجود نداشت و در معاینه بیمار علایم پریتونیت نداشته باشد کاندید برسی با کنتراست محلول در آب می باشد. باریم انما در نوزاد کنتراالندیکه می باشد چون در کودک زیر یک ماه خطر میکروپرفوریشن در انما وجود دارد و پریتونیت با باریم کاتاستروفیک است. بعد از نوزادی در کودک مشکوک به هیرشپرونگ باریم انما حتما بایستی همراه با گرافی تاخیری ۲۴ ساعت بعد گرفته شود. ترنسیشن زون ممکن است در موارد نوزاد، درگیری کولون به صورت کامل و در موارد اولترا شورت دیده نشود. اگردر

۱- فوق تخصص جراحی کودکان

اول بدو تولد تنها اقدامات حمایتی صورت گیرد و سپس بعد از ۲۴ ساعت در مورد جراحی کولستومی یا آنوبلاستی اولیه در آنها تصمیم‌گیری شود.

در آنها یی که شواهدی از فیستول به پوست یا مجاری ادراری وجود ندارد لازم است تا گرافی لترال کراس تیبل در پوزیشن پرون با مارکر روی محل احتمالی مقعد گرفته شود تا براساس فاصله هوای انتهای رکتوم تا مارکر نوع جراحی مشخص شود.

شایع‌ترین آنومالی همراه در کودکان با ناهنجاری کانژتیال آنورکتال مشکلات مهره‌ای است. استخوان‌های ساکروم و کوکسیس در این کودکان به صورت ناقص تشکیل شده است و مشکلات متعدد مثانه نوروپاتیک و اختلال دفع در این بیماران می‌تواند ثانویه به مشکلات مهره‌ای و تترکورد در این کودکان باشد. لذا در ۲۴ ساعت اول بدو تولد این کودکان باید بررسی کامل از نظر مهره‌ها، قلب، کلیه و مری شوند و در روز





تاخیر در کلامپ بند ناف نوزادان بعد از تولد

Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>

Number 684, January 2017

ترجمه شده توسط دکتر نرگس غلامی^۱

مقدمه:

در دهه ۱۹۵۰ کلامپ زودرس بندناف به بسته شدن کمتر از یک دقیقه بندناف بعد از تولد و کلامپ دیررس به بسته شدن بندناف بعد از ۵ دقیقه اطلاق می‌شد. براساس مطالعات کمی که در گذشته انجام شده بود، میزان ۸۰-۱۰۰ سی سی خون از جفت به نوزاد طی سه دقیقه بعد از تولد انتقال می‌یابد. ۹۰٪ از انتقال حجم خون در تنفس‌های اولیه در نوزاد ترم صورت می‌گیرد. با توجه به این یافته‌ها و عدم توصیه مراکز، زمان کلامپ بندناف کوتاه‌تر بوده و در حد ۲۰-۲۵ ثانیه بعد از تولد توصیه می‌شد.

در حالی که مطالعات اخیر در نوزادان ترم و پره ترم و همچنین بررسی فیزیولوژیکی میزان حجم خون، اکسیژن رسانی و فشار شریانی، تأثیر مثبت کلامپ تاخیری بندناف بسته شدن بندناف حداقل ۳۰-۶۰ ثانیه پس از تولد) را یافته‌اند. کلامپ تاخیری بندناف به میزان ۳۰-۶۰ ثانیه بعد از تولد باعث افزایش میزان حجم خون و هموگلوبولین و بهبود ذخایر آهن در ماههای اولیه تولد و کاهش میزان ترانسفیوژن خون، انتروکولیت نکروزان (NEC) و خونریزی داخل بطن‌های مغز (IVH) در نوزادان ترم و پره ترم سالم می‌شود.

با توجه به این مزایا بیشتر مطالعات و مراکز توصیه به تاخیر در کلامپ بندناف کرده‌اند. به عنوان مثال WHO توصیه کرده است که کلامپ بندناف در نوزادان ترم و پره ترم که نیاز به

کلامپ تاخیری بندناف بعد از تولد در نوزادان ترم و پره ترم سودمند است. تاخیر در کلامپ بندناف در نوزادان ترم باعث افزایش هموگلوبولین و ذخایر آهن برای ماههای اول تولد می‌شود که تاثیر مطلوبی بر تکامل آنها دارد. تنها افزایش خفیفی در نیاز به فتوترپی در درمان ایکتردر این گروه وجود دارد. از این رو پزشکان باید کلامپ تاخیری را به عنوان یک عامل مؤثر بر فتوترپی مدنظر داشته باشند.

در نوزادان پره ترم این روش مزایای قابل توجهی دارد که شامل بهبود وضعیت سیستم گردش خون گذرا، افزایش حجم گلبول‌های قرمز و از طرفی باعث کاهش نیاز به ترانسفیوژن خون و کاهش بروز (خون ریزی داخل بطنی مغز) IVH و (انتروکولیت نکروزان) NEC می‌شود.

تاخیر در کلامپ بندناف باعث افزایش خونریزی‌های بعد از زایمان و افزایش از دست دادن خون و کاهش میزان هموگلوبولین مادر بعد از زایمان و افزایش نیاز به ترانسفیوژن خون نمی‌شود. با توجه به مزایای بسیاری که برای نوزادان وجود دارد و طبق نظر سازمان‌های حرفه‌ای مربوطه، كالج آمریکایی زنان و مامایی در حال حاضر، بستن تاخیری بندناف در نوزادان سرhal ترم و نارس برای حداقل ۳۰-۶۰ ثانیه پس از تولد توصیه می‌شود. توافقی تاخیر در کلامپ بندناف در مراکز مختلف متفاوت می‌باشد؛ تصمیم‌گیری در این شرایط بهتر است توسط تیم مراقبت از فرزند و مادر گرفته شود.

۱- متخصص کودکان



باعث اختلال در تکامل شناختی، رفتاری و حرکتی می‌شود که ممکن است غیرقابل برگشت نیز باشد. شیوع آنمی فقرآهن در کشورهای در حال توسعه بیشتر است ولی در کشورهای توسعه یافته نیز وجود دارد و میزان شیوع این نوع آنمی ۲۵٪-۵٪ می‌باشد.

مطالعات در نوزادان نارس:

در یک مطالعه بررسی سیستماتیک که در سال ۲۰۱۲ انجام شد، ۷۳۸ نوزاد با سن جنینی ۲۸-۳۶ هفته در نظر گرفته شدند. در این بررسی کلامپ بندناف بین ۳۰-۱۸ ثانیه انجام می‌شد و در بعضی از نوزادان دوشیدن بندناف نیز صورت گرفت. در این بررسی میزان نیاز به انتقال خون، بروز IVH و NEC در مقایسه با نوزادانی که کلامپ زودرس داشتند کمتر گزارش شد. میزان بیلی رویین در این نوزادان بالاتر بود ولی میزان نیاز به فتوترپی در آنها نسبت به گروه مقایسه از نظر آماری معنادار نبود. میزان مرگ و میر، IVH درجه بالا، لکومالاسی اطراف بطنی در دو گروه معنادار نبود. همچنین نتایج بعد از ترخیص این نوزادان در سن هفت ماهگی در ۵۸ شیرخوار اختلاف معناداری را بین دو گروه کلامپ تاخیری و زودرس نشان نداد ولی کلامپ تاخیری باعث بهبود تکامل حرکتی در نوزادان کمتر از ۳۲ هفته جنینی در سن ۱۸-۲۲ ماهگی را نشان داد.

نتایج نوزادان ترم:

در مطالعه بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۱۳ در نوزادان ترم نشان داد که در بین ۳۹۱۱ نوزاد ترم، میزان هموگلوبولین بعد از تولد و همچنین ۴۸-۲۴ ساعت بعد از تولد در نوزادانی که کلامپ زودرس بندناف (کلامپ کمتر از یک دقیقه) داشتند در مقایسه با نوزادانی که کلامپ دیررس (کلامپ بیش از یک دقیقه) داشتند کمتر است و همچنین میزان آنمی فقرآهن در این گروه در سن ۳-۶ ماهگی بیشتر گزارش شده است همچنین میزان پلی سیتمی و ایکتر در دو گروه تفاوت معناداری نداشت ولی میزان نیاز به فتوترپی در ایکتر در گروه کلامپ زودرس کمتر بود.

تهویه مکانیکی ندارند زودتر از یک دقیقه انجام نشود. برنامه راهنمای احیای نوزادان در آکادمی آمریکایی کودکان (NRP) توصیه کرده است که در تمام نوزادان سالم بعد از ۶-۵ ثانیه کلامپ بندناف صورت گیرد و همچنین آکادمی زنان و مامایی کلامپ بندناف را طی ۲ دقیقه بعد از تولد توصیه کرده است. به علاوه کالج آمریکایی پرستاران بستن بندناف را طی ۵-۲ دقیقه بعد از تولد را در نوزادان سالم توصیه کرده است.

امروزه بعضی از نگرانی‌ها از اجرای برنامه کلامپ بندناف تاخیری وجود دارد چون کلامپ تاخیری باعث از دست دادن زمان در نوزادانی که به احیانیاز دارند به خصوص در نوزادان نارس می‌شود و همچنین باعث انتقال میزان زیادی حجم خون به نوزاد می‌شود ولی با وجود این که تبادل اکسیژن در خون انتقالی از جفت همچنان وجود دارد و مطالعات حاضر یافته‌ای به نفع افزایش میزان پلی سیتمی یا زردی را در این نوزادان نشان نداده اند و فقط بعضی از مطالعات افزایش خفیفی در نیاز به فتوترپی در درمان ایکتر این نوزادان گزارش کرده اند و درنهایت با وجود مزایای بسیار بعضی از مراکز معتبر علمی از جمله آکادمی آمریکایی زنان و مامایی کلامپ تاخیری بندناف در ۶-۳۰ ثانیه بعد از تولد در تمام نوزادان سالم ترم و پره ترم را توصیه می‌کند.

نتایج نوزادی:

مطالعات نشان داده اند که ۸۰ سی سی از خون طی یک دقیقه بعد از تنفس اولیه و میزان ۱۰۰ سی سی خون طی سه دقیقه بعد از تنفس از جفت به نوزاد انتقال می‌یابد. در واقع تنفس‌های اولیه باعث انتقال بهتر خون از جفت می‌شوند. یک مطالعه اخیر نشان داده است که جریان خون انتقالی از جفت به نوزاد در سونوگرافی داپلر به علت تنفس‌های اولیه نوزاد است در حالی که قبال فکری شد به علت فشار منفی قفسه سینه ناشی از بازشدن قفسه سینه است.

در این روش میزان $50-40 \text{ mg/kg}$ آهن در بدن نوزاد ذخیره می‌شود که این میزان ذخیره آهن باعث کاهش احتمال آنمی در سال اول زندگی می‌شود. آنمی فقرآهن در کودکان

شکم مادر یا پای وی قرارداده شده است وجود ندارد. بنابراین با وجود اهمیت تماس زودرس پوستی مادر و نوزاد این روش نیز توصیه می‌شود. در روش سازارین نوزاد می‌تواند روی شکم یا پاهای مادر قرار گیرد و یا توسط جراح در محافظات یا کمی پایین تراز سطح جفت قرار گیرد.

در طی زمان کلامپ بندناف که ۳۰-۶۰ ثانیه طول می‌کشد باید اقدامات اولیه نوزاد مانند گرم نگه داشتن (تماس پوستی)، خشک کردن، تحریک کردن انجام شود و ساکشن ترشحات در صورتی که انسداد نداشته باشد تاخیری یافتد. در نوزادان مکونیومی و سرحال می‌توان کلامپ تاخیری انجام شود. بررسی آپیکار و وضعیت بالینی نوزاد معیارهای مناسبی در جهت تصمیم‌گیری شروع و ادامه کلامپ تاخیری می‌باشد. توجه داشته باشیم که در طی زمان کلامپ باید داروهایی که باعث کاهش خونریزی در مادر می‌شود نیز تجویز شود و توجه به وضعیت بالینی مادر نیز اهمیت دارد. در زنانی که مشکلاتی مانند خونریزی وسیع، جفت سرراهی، کندگی زودرس جفت و یا وضعیت ناپایدار از نظر همودینامیک دارند باید کلامپ زودرس انجام شود.

چند مطالعه محدود نشان داده اند که در کلامپ تاخیری میزان PH خون بندناف گرچه به میزان کم یعنی $0^{\circ}3$ ولی به صورت معنادار کاهش می‌یابد ولی در چند مطالعه میزان PO_2 در خون نوزادان افزایش یافته است. با توجه به این نتایج، مطالعات بعدی و بیشتر در آینده قطعاً کمک‌کننده خواهد بود.

در چند مطالعه محدود کوهورت، نتایج طولانی مدت بررسی شده است. در این مطالعه تعدادی از نوزادان در سن ۴ ماهگی تا ۴ سالگی از نظر تکاملی بررسی شدند و از نظر تکاملی تفاوتی بین دو گروه در سن ۴-۱۲ ماهگی نبود ولی در سن ۴ سالگی کودکانی که سابقه کلامپ زودرس بندناف داشتند در مقایسه با گروه کلامپ دیررس از نظر تکامل حرکات ظرفی و اجتماعی امتیاز کمتری داشتند.

نتایج مادری:

گرچه به صورت سنتی این باور وجود دارد که کلامپ زودرس بندناف باعث کاهش خونریزی بعد از زایمان در مادر می‌شود ولی مطالعات اخیر نشان می‌دهد که در بین ۲۰۰ زن از نظر میزان خونریزی بعد از زایمان و نیاز به ترانسفیوژن خون و میزان هموگلوبولین تفاوتی بین دو گروه کلامپ دیررس و زودرس وجود ندارد. با این وجود کلامپ دیررس در زنانی که دارای جفت سرراهی یا کندگی زودرس جفت هستند باید با توجه به وضعیت همودینامیک آنها تصمیم‌گیری شود.

روش کلامپ تاخیری:

کلامپ تاخیری روشی است که باعث می‌شود خون گرم و اکسیژنه و تازه از جفت به نوزاد منتقل شود که برای این کار باید نوزاد در محافظات یا کمی پایین تراز سطح جفت قرار گیرد. با وجود این بعضی مطالعات نشان داده اند که تفاوتی در میزان انتقال خون به نوزاد از طریق جفت وقتی که نوزاد روی

جدول ۱- مواردی که کلامپ زودرس باید انجام شود

عوامل مادری	خونریزی، ناپایداری همودینامیک، آنومالی‌های جفتی
عوامل نوزادی	نیاز به احیا، اختلال در انتقال خون از جفت مانند آنومالی‌ها و وضعیت‌های غیرطبیعی جفت، اختلالات بندناف مانند کندگی بندناف، IUGR، همراه با اختلال جریان خون جفتی در بررسی داپلر

یک مطالعه محدود کوهروت نشان داده شد که از نظر تکاملی در سن دو سالگی و سه و نیم سالگی تفاوتی بین کودکانی که هنگام تولد روش دوشیدن بندناf و کلامپ تاخیری داشتند تفاوتی وجود نداشت.

در مطالعات محدودی نشان داده است که روش دوشیدن بندناf دارای مزایایی در نوزاد بسیار کم وزن است و نیاز به مطالعات بیشتری در این مورد در نوزادان ترم و نارس نیاز است.

انجام یا عدم انجام روش کلامپ تاخیری در چند قلوزایی نیاز به مطالعات بیشتر دارد و بر حسب مورد تصمیم‌گیری توسط مراقب مادر و نوزاد صورت خواهد گرفت.

تأثیر کلامپ تاخیری بر اهدای سلول‌های بندناf:
در واقع کلامپ تاخیری به صورت معناداری باعث کاهش سلول‌های اهدایی بندناf می‌شود و در مواردی که اهدای بندناf برای مورد خاصی در آینده ضرورتی ندارد با توجه به مزایای کنونی برای نوزاد کلامپ تاخیری توصیه می‌شود.

دوشیدن بندناf:
دوشیدن خون بندناf باعث افزایش سرعت انتقال خون حفتی به نوزاد تازه متولد شده است که معمولاً طی ۱۵-۲۰ ثانیه طول می‌کشد. این روش در مواردی که کلامپ تاخیری ۳۰-۶۰ ثانیه ممکن نیست مانند موارد نیاز نوزاد به احیا و یا نایابی داری همودینامیک مادر کمک کننده است. در یک مطالعه متاناالیز که شامل ۵۰۱ نوزاد پره ترم بود، روش دوشیدن بندناf در مقایسه با روش کلامپ زودرس میزان هموگلوبولین بالاتر و میزان IVH کمتر گزارش شد.

در یک مطالعه اخیر هردو روش دوشیدن بندناf و کلامپ تاخیری تاثیر یکسانی بر میزان هموگلوبولین و ذخایر فرتین در نوزادان ترم داشت.

همچنین در یک بررسی در روش دوشیدن بندناf، میزان هموگلوبولین و فشارخون در نوزادان کمتر از ۳۲ هفته جنینی که به روش سزارین متولد شده‌اند نسبت به روش کلامپ تاخیری بیشتر بوده ولی در نوزادانی که به روش واژینال متولد شده بودند تفاوت معناداری وجود نداشت.



تشنج

دکتر حسین فخرایی^۱- دکتر محمد کاظمیان^۲

۱- گرفتن شرح حال:

در شرح حال نوزادی که مبتلا به تشنج است توجه به موارد زیر از اهمیت ویژه‌ای برخودار است:

- تاریخچه خانوادگی

• تاریخچه پری ناتال، حاملگی و زایمان مادر و شرایط تولد (نمره آپگار، نیاز به احیاء و)

• مصرف دارو به وسیله مادر در دوران بارداری و شیردهی

۲- معاینه فیزیکی

• تعیین سن حاملگی (داخل رحمی)

• اندازه گیری دور سرو وضعیت فونتانل ها

• فشارخون

• توجه به وجود ضایعات جلدی و آنومالی های مادرزادی

• توجه به وجود هپاتوسیلنومگالی، پتسی و پورپورا

• توجه از نظر وجود قیافه سندرومیک

۳- معاینه عصبی:

• سطح هوشیاری

• وضعیت حرکتی اندام ها

• رفلکس های نوزادی

• وضعیت حسی

• خون ریزی داخل شبکیه

• اندازه مردمک ها و پاسخ آنها به نور

• نحوه حرکات عضلات چشم

• تغییر در تonusیته عضلانی

۴- بررسی های آزمایشگاهی:

• آزمایش هماتولوژیک شامل CBC، شمارش پلاکت ها، CRP

• آزمایش های بیوشیمیایی شامل قند، کلسیم، سدیم،

پتاسیم، BUN، کراتینین، منیزیم و گازهای خون

• انجام کشت های خون و ادرار و مایع نخاع (در صورت لزوم)

• آزمایش کامل ادرار

• بررسی از نظر بیماری های متابولیکی (بر حسب مورد)

- اندازه گیری سطح سرمی آمونیاک، لاکتات و پیرووات

- کرماتوگرافی اسیدهای آمینه خون و ادرار

- اندازه گیری سطح اسیدهای اورگانیک

- بررسی ادرار از نظر مواد احیاء کننده

• بررسی از نظر عفونت های داخل رحمی TORCH (بر حسب

(مورد)

۱- فوق تخصص نوزادان، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- فوق تخصص نوزادان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در شبانه روز قرار می‌گیرد (در دو دوز منقسم).

- **فنی تؤین:** در صورت عدم پاسخ به دوز Loading فنوباربیتال از فنی تؤین استفاده می‌شود.

دوز Loading این دارو ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه می‌باشد.

دوز نگهدارنده دارو حدود ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در شبانه روز خوراکی و یا داخل وریدی (هر ۱۲ ساعت به صورت ۲ دوز منقسم) توصیه می‌شود. چون این دارو در صورت رقیق شدن در سرم ممکن است رسوب نماید پس از این که مقداری نرمال سالین جریان یافتد دارو به آهستگی به صورت وریدی تزریق شود.

در صورت عدم پاسخ به داروهای ضد تشنج Pyridoxine به مقدار ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم داخل وریدی و یا عضلانی داده می‌شود (در صورت امکان با کنترل الکتروانسفالوگرام).

داروهای دیگر ضد تشنج:

لوازپام: (در صورت دسترسی) به صورت تزریق آهسته داخل وریدی به میزان ۵/۰ تا ۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و در صورت لزوم هر ۵ تا ۱۰ دقیقه همین دوز تکرار شود (تا حداقل ۲۰ دقیقه).

دیازپام: به مقدار ۱/۰ تا ۳/۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن داخل وریدی در مدت ۵ دقیقه و تکرار آن هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تا حداقل ۲ میلی گرم و یا ۲/۰ تا ۸/۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت به صورت انفuzion داخل وریدی.

میدازولام (Midazolam): به میزان ۱۵/۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در مدت ۵ دقیقه و ادامه آن به صورت تزریق ممتد داخل وریدی به میزان ۶/۰ تا ۴/۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت.

مدت زمان درمان با داروهای ضد تشنج:

- در بیشتر موارد چنانچه نوزاد روی درمان فنوباربیتال و فنی تؤین است می‌توان فنی تؤین را قبل از ترخیص از

۵- مطالعات رادیولوژیک:

- سونوگرافی مغز (بر حسب مورد)

- سی تی اسکن و یا MRI مغز (بر حسب مورد)

۶- مطالعات متفرقه:

- الکتروآنسفالوگرام (بر حسب مورد)

دومن:

۱- اقدامات حمایتی اورژانس شامل بازنگهداشتن راههای هوایی، ساکشن ترشحات، تجویز اکسیژن و تهییه مناسب تزریق محلول قندی ۱۰ درصد به میزان ۲ میلی لیتر (۲۰۰ میلی گرم) به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در مدت یک دقیقه و سپس ادامه درمان با محلول سرم قندی به میزان ۶ تا ۸ میلی گرم به ازای هر کیلو وزن بدن در دقیقه (برای ادامه درمان هیپوگلیسمی به دستورالعمل مربوطه مراجعه شود).

۲- تزریق آهسته داخل وریدی محلول گلوکونات کلسیم ۱۰ درصد (رقیق شده با هم حجم خود) به میزان ۲ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (۴ میلی لیتر از محلول رقیق شده) با کنترل ضربان قلب. در صورتی که هیپوکلسیمی عامل ایجاد تشنج باشد این مقدار هر ۶ ساعت یک بار ادامه می‌یابد. در صورت عدم پاسخ به کلسیم و تداوم هیپوکلسیمی تجویز سولفات منیزیم به میزان ۲/۰ میلی لیتر از محلول ۵ درصد باید در نظر گرفته شود (برای ادامه درمان هیپوکلسیمی به دستورالعمل مربوطه مراجعه شود).

داروهای ضد تشنج:

- **فنوباربیتال:** با دوز اولیه ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن داخل وریدی (در مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه) و یا عضلانی (در صورت عدم دسترسی به نوع وریدی) و در صورت عدم پاسخ در مدت ۱۵ دقیقه مجدداً به مقدار ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۵ دقیقه داده می‌شود تا تشنج به طور کامل متوقف شده و یا دوز Loading نهایی ۴۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن داده شود. در صورت کنترل تشنج نوزاد روی دوز نگهدارنده ۳ تا ۵



(معمولًاً حدود ۲ تا ۳ ماه پس از ترخیص).

- توضیحات:
- توصیه می‌شود نوزادان مبتلا به تشنج در صورت امکان در بخش NICU بستری و درمان شوند.
- دوز Loading نهایی فنوباریتال در نوزادان مبتلا به آسفیکسی نبایستی بیش از ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن باشد.
- واکسیناسیون نوزادان مبتلا به تشنج نوزادی در صورت عدم پیشرفت مشکلات عصبی و کنترل کامل تشنج طبق برنامه روتین بلامانع است.
- انجام مشاوره با فوق تخصص مغزو اعصاب اطفال، در مواردی که تشنج مقاوم به درمان و یا احتمال مسایل پیشرفتی عصبی وجود داشته باشد توصیه می‌شود.
- جدول زیر مربوط به نحوه افتراق jitteriness و تشنج می‌باشد:

- بیمارستان قطع کرد.
- درصورتی که نوزاد به دلیل مسایلی از قبیل هیپوکلسمی و یا هیپوگلیسمی موقت و گذرا دچار تشنج شده است می‌توان داروهای ضد تشنج را قبل از ترخیص از بیمارستان قطع نمود.
- درصورت طبیعی بودن وضعیت عصبی نوزاد در بیشتر موارد می‌توان داروی ضد تشنج را در دوره نوزادی قطع کرد.
- درصورت ترخیص بیمار با داروی ضد تشنج بررسی بیمار از نظر بالینی و الکتروانسفالوگرافی و تصویربرداری (برحسب مورد) توصیه می‌شود.
- درصورت غیرطبیعی بودن وضعیت عصبی نوزاد لازم است تا انجام الکترو انسفالوگرام و حصول اطمینان از طبیعی بودن آن، طبیعی بودن سونوگرافی یا سی‌تی اسکن مغز و نیز روند طبیعی تکامل و وضعیت عصبی بیمار، داروی ضد تشنج را که معمولًاً فقط فنوباریتال است، ادامه داد

تشنج	jitteriness	علایم بالینی
+	-	حرکات غیرطبیعی چشم‌ها
-	+	به تحیرکات احساس دارد
پرشهای کلونیک	ترمور	حرکات اصلی
-	+	حرکات با فلکسیون اندام متوقف می‌شود.
+	-	تغییرات اتونومیک



مکاتبات انجام شده با انجمن

شماره: ۶۵۵/۸۲۶۴۰
تاریخ: ۱۳۹۶/۰۷/۰۲
پیوست: ندارد

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی



جناب آفای دکتر ابرج فاضل

رئیس محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

موضوع: عدم تجویز داروهای خارج از فهرست

با سلام و احترام

جنابعالی مستحضر هستید فهرست داروهای ایران مبنای تولید، واردات، عرضه و توزیع داروها در بازار داروئی کشور است. از آنجا که شرکت های داروئی و داروخانه های کشور طبق قانون مجاز به توزیع و عرضه داروهای خارج از این فهرست نیستند تجویز داروهای خارج از فهرست توسط بعضی از همکاران پژوهش باعث سرگردانی بیماران در تهیه این نوع داروها و همچنین بروز کمبودهای غیر واقعی در بازار داروئی کشور خواهد شد. علاوه بر این طبق بند پ ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران تجویز داروهای خارج از فهرست تخلف محسوب می گردد. به همین دلیل از جنبالی درخواست می گردد دستور فرمائید به نحو مقتضی به کلیه همکاران پژوهش و انجمن های علمی و تخصصی پژوهشی اطلاع رسانی گردد که به منظور جلوگیری از سرگردانی بیماران، از تجویز هر گونه داروی خارج از فهرست داروهای ایران خودداری نمایند. لازم به ذکر است که فهرست روزآمد داروهای ایران از طریق صفحه رسمی سازمان غذا و دارو به آدرس www.fda.gov.ir/item/463 قابل دسترسی است. همچنین دبیرخانه شورای بررسی و تدوین داروهای ایران آمادگی دارد پیشنهادات کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی را در مورد حذف داروهای موجود و یا اضافه کردن داروهای جدید به فهرست دریافت و بررسی نماید.

دکتر غلامرضا اصغری
معاون وزیر و نیس سازمان غذا و دارو

بند پ ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه- فهرست رسمی داروهای ایران بر اساس نظام داروئی ملی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداقل هر ۳ ماه یکبار تدوین و منتشر می گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یاد شده تخلف محسوب شده و متخلف با توجه به شدت و ضعف عمل ارتکابی و تعدد و تکرار آن حسب مورد به مجازات های مندرج در تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۸/۱۶ محاکوم می شود.

برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در سال ۹۶

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان	نام و نام خانوادگی سخنران
۹۶/۴/۱۱	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	سنگ‌های کلیوی در کودکان	دکتر عباس مدنی
۹۶/۵/۱	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	اختلال افسردگی عمده (MDD) در کودک و نوجوان	دکتر بهروز جلیلی
۹۶/۷/۲	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	تعذیه‌ی نوزادان و شیرخواران	دکتر حسین فخرایی
۹۶/۸/۱۴	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	آسم کودکان	دکتر مصطفی معین
۹۶/۹/۵	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	بیماری هیرشپرونگ	دکتر احمد خالق نژاد
۹۶/۱۰/۳	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	پرولایپس دریچه میترال	دکتر علی اکبر زینالو
۹۶/۱۱/۱	۱۱/۳۰-۱۳۰۰	چگونگی برخورد با کودکان مبتلا به عفونت‌های مکرر	دکتر اصغر آقامحمدی
۹۶/۱۲/۶	۱۱/۳۰-۱۳/۰۰	سرفه‌ی حاد و مزمن	دکتر احمد طباطبایی

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 در قسمت ثبت نام اعضاء وارد شوند و فرم مربوطه را تکمیل نموده تا به صورت عضو رسمی انجمن پزشکان کودکان درآیند.



لیست همایش‌های داخلی

عنوان همایش	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
هفتمین کنگره هیپوسپادیاس و اختلالات تکاملی جنسیتی در نوزادان و اطفال	۱۳۹۶-۵-۳ آبان ماه	مشهد
بیست و نهمین همایش بین المللی بیماری‌های کودکان	۱۳۹۶-۷-۴ آبان ماه	سالن همایش‌های مرکز طبی کودکان
اولین همایش بین المللی بهداشت سلامت و تکامل کودکان	۱۳۹۶-۷-۴-۷ آبان ماه	تهران، سالن همایش‌های مرکز طبی کودکان
سیزدهمین همایش سالیانه انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران	۱۳۹۶-۱۱-۱۳ آبان ماه	تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
چهارمین کنگره سلامت نوزادان ایران	۱۳۹۶-۲۴-۲۶ آبان ماه	تهران، مرکز همایش‌های رازی
هشتمین کنگره بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان	۱۳۹۶-۷-۹ آذر ماه	تهران، تالار امام خمینی مجتمع بیمارستانی امام خمینی
سیزدهمین کنگره اورژانس‌ها و بیماری‌های شایع طب کودکان	۱۳۹۶-۱-۲۸ آذر ماه	تهران، بیمارستان کودکان مفید
اولین کنگره سراسری بیماری‌های تنفسی کودکان	۱۳۹۶-۲۸-۲۹ دی ماه	اهواز
سیزدهمین کنگره انجمن علمی تغذیه کودکان	۱۳۹۶-۲۵-۲۶ بهمن ماه	تهران، انتستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور
چهارمین همایش کشوری رتینوپاتی در نوزادان نارس	۱۳۹۶-۱۰ اسفند ماه	مشهد

لیست همایش‌های بین‌المللی

عنوان کنگره	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
13 th Annual Meeting German Society for Pediatrics and Adolescent Medicine	20–23 Sept 2017	Koln, Germany
55 th Annual Meeting Austrian Society for Pediatrics and Adolescent Medicine	21–23 Sept 2017	Graz, Austria
14 th World Congress on General Pediatrics & Adolescent Medicine (10Plenary Forums – 1Event)	25–27 Sept 2017	Chicago, USA
38 th Argentine Congress of Pediatrics	26–29 Sept 2017	Cordoba, Argentina
10 th World Pediatric Congress	28–29 Sept 2017	Dubai, UAE
2 nd International Conference on Pediatric Oncology and Pediatric Medicine	05–06 Oct 2017	Las Vegas, USA
13 th Asicen Society for Pediatrics Research Congress	6–8 Oct 2017	Hong kong, China
European Academy of Pediatrics Congress and Mastercourse	12–15 Oct 2017	Lyabljana, Slovenia
Annual Meeting Society for Developmental and Behavioral Pediatrics (SDBP)	13 – 16 Oct 2017	Ohio, U S A
3 rd Annual Summit on Clinical Pediatrics and Cardiology	16–18 Oct 2017	New York, USA
3 rd Annual Summit on Infancy, Child Nutrition & Development (ICND)	16–18 Oct 2017	New York, USA
Canadian Association of Pediatrics Health Centres Annual Conference	15–17 Oct 2017	Quebec, Canada
14 th Annual Pediatrics Emergency Medicine Conference	26–27 Oct 2017	Toronto, Ontario Canada
3 rd Annual World Congress of Pediatrics	1 – 3 Nov 2017	Taiyuan, China
EuroSciCon Conference on Pediatrics	13 – 14 Nov 2017	London, UK
20 th International Conference on Neonatology and Perinatology	04–06 Dec 2017	Madrid, Spain
2 nd International Developmental Pediatrics Association (IDPA)	7 – 10 Dec 2017	Mumbai, India

Pediatric Infectious Diseases: A Primary Care and Hospitalist Approach	15–19 Jan 2018	Sarasota, FL, USA
5 th Annual Arab International Paediatric Medical Congress	1–4 February 2018	Dubai, UAE
1 st Annual Congress for Trauma-Informed Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn & Infant – The Science & The Soul	09–10 Feb 2018	Bruges, Belgium
International Congress of Hypertension in Children and Adolescents (ICHCA)	9–11 Feb 2018	Valencia, Spain
15 th International Conference on Pediatrics and Pediatric Cardiology	19–20 Feb 2018	Paris, France
International Pediatric Summit (IPS)	22–24 Feb 2018	Dubai, UAE.
Live Critical Care Ultrasound: Pediatric and Neonatal	28 Feb – 01 March 2018	San Antonio, TX, United States
6 th International Child & Adult Behavioral Health Conference	01–03 March 2018	Abu Dhabi, UAE
16 th Annual World Congress on Pediatrics (14 Forums, 2 Days, 1 Event)	21–22 March 2018	New York, USA
3 rd Annual World Congress on Pediatric Gastroenterology and Nutrition	21–22 March 2018	New York, USA



تسلیت

به کلیه همکاران محترم درگذشت فرزند جناب آقای دکتر صلاح الدین دلشداد را تسلیت عرض نموده، برای آن استاد فقید غفران الهی و برای خانواده محترم‌شان سلامتی و صبر جمیل را از درگاه حق تعالی آرزومندیم.

انجمن پزشکان کودکان ایران

همکاران محترم درگذشت همسر جناب آقای دکتر فرشاد افتاده که همواره در جهت اعتلای فرهنگی انجمن در تلاش بوده اند را به اطلاع شما می‌رسانیم و به خانواده آن مرحوم تسلیت گفته و برای آن بزرگوار آرامش الهی را مسئلت داریم.

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 موسسه 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 ۱,۰۰۰,۰۰۰ 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

سی و نهمین برگزداشت استاد دکتر محمد قریب

39

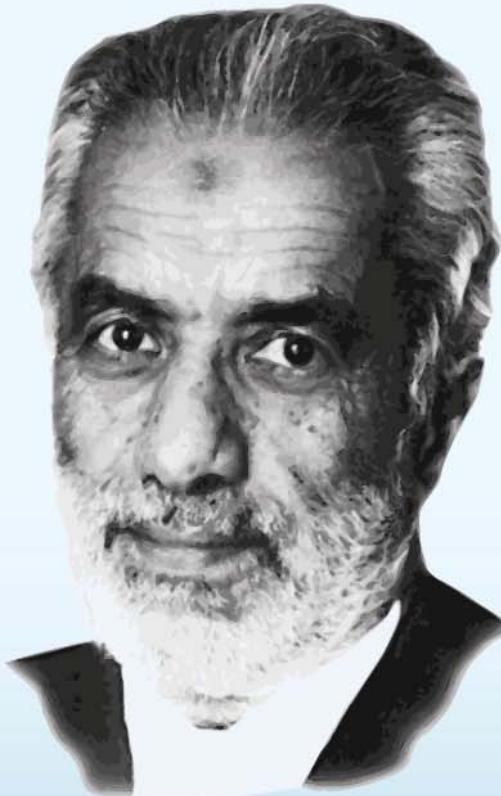
Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics

&

39th Memorial Congress of Professor Mohammad Gharib

۱۳۹۷ اردیبهشت ۲۷ لغایت

24-27 April 2018



برگزار کننده: 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 ۱۳۹۶

Deadline For Online Abstract Submission: 4 February 2018

محل برگزاری: تهران، انتهای بلوار کشاورز، خیابان دکتر قریب، بیمارستان مرکز طبی کودکان

دبیرخانه کنگره: خیابان ولی عصر، خیابان بزرگمهر، شماره ۲۰ کدپستی: ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶ تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۶۸۳۱۷ فاکس: ۰۲۱-۶۶۴۶۵۸۲۸

Website: www.irpediatrics.com **Email:** info@irpediatrics.com