



انجمن پرستکان کودکان ایران

سال شانزدهم / شماره شصتم / زمستان ۱۳۹۸

د

اشارات انجمن پرستکان کودکان ایران

کزین برتر اندیشه بگذرد
خداوند نام و خداوند جای
خداوند کیوان و گردان پسر
زنام و شان و همان برترست
به یزندگان آفرینده را
نیابد بدو نیز اندیشه راه
خن هرچه زین کوهران بگذرد
خرد گر خن برگزیند همی
ستودننداند کس وی را چو هست
خرد را و جان را همی سجد اوی
بدین آلت رای و جان و زبان
به هستیش باید که خسته شوی
پرستنده باشی و جوینده راه
توانا بود هر که دانا بود
از این پرده برتر خن گاه نیست

حکیم فردوسی

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



خبرنامه

سال شانزدهم / شماره شصتم / زمستان ۱۳۹۸

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 الفباء)

دکتر فرید ایمان زاده، دکتر سید محمدرضا بلورساز، 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 الفباء)

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر رامتین اجتماعی، خانم مریم ملایی

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 ۶۶۴۹۲۱۵۷، 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 دی ماه ۹۸
- جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در بهمن ماه ۹۸
- گزارش تهیه شده به مناسبت روز جهانی سلطان کودکان (۱۵ فوریه، ۲۶ بهمن)
- مصرف پروپوتوکیها برای اختلالات گوارشی، خلاصه ای از شواهد آکادمی کودکان آمریکا طی بررسی های گسترش دهنده شواهدی را مربوط به اختلال طیف اوتیسم ارایه می دهد
- نامه های رسیده به انجمن
- شناسنامه و استاندارد خدمت فتوتراپی ساده
- برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن در سال ۱۳۹۸
- سامانه جامع انجمن های علمی پزشکی
- لیست همایش های داخلی
- لیست همایش های خارجی
- فرم ثبت نام



پیام سردبیر

دoustan و همکاران ارجمند:

یکی از افتخارات انجمن پزشکان کودکان ایران برگزاری همایش سالیانه انجمن می‌باشد که در فصل بهار برگزار می‌گردد. همایش سالیانه انجمن دستآوردهای حداقل شش ماه زحمات شبانه روزی همکاران گروه علمی و اجرایی انجمن می‌باشد. در زمینه علمی که مشکل ترین قسمت کنگره است اطلاع‌رسانی، دعوت جهت ارسال مقالات علمی، بررسی مقالات توسط هیات مدیره، انتخاب مقالات برتر جهت ارایه سخنرانی و بالاخره دعوت اساتید جهت ارایه سخنرانی طبق جدول تنظیمی برنامه کنگره و نهایتاً تشکیل میزگردها که با هماهنگی اعضاهای مدیره و روسا انجمن‌های فوق تخصصی کودکان انجام می‌شود.

همکاران ارجمند غرض از مطرح نمودن مسائل و مشکلات همایش سالیانه انجمن این است که شما عزیزان در جریان حداقل فعالیت‌های انجمن آن هم تنها در زمینه فعالیت‌های علمی کنگره سالیانه قرار گرفته و ما را در این امر مهم علمی حمایت نموده و با شرکت فعال خود در این همایش در جهت هر چه پربارتر شدن کنگره سالیانه انجمن ما را یاری نمایید.

دکتر سید محمد رضا بلورساز
دبیر انجمن پزشکان کودکان ایران



جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در دی ماه ۱۳۹۸ فشار خون در کودکان

اعضای پانل: دکتر مصطفی شریفیان^۱، دکتر معصومه محکم^۲، دکتر سید محمد تقی حسینی طباطبایی^۱، دکتر نسرین اسفندیار^۳

است در شرایط فوق که ادم پایی نیز پیدا کرده است.
آنسفالوپاتی هیپرنانسیو: وقتی است که بیمار اختلال عمل منتشر مغزی (Diffuse Brain Dysfunction) و اختلال هوشیاری، استفراغ و تشنج دارد که می‌تواند برگشت پذیر باشد تشنج در کودکان شایع ترین علامت آنسفالوپاتی هیپرنانسیو است.
فشارخون را به Hypertensive Urgency و Hypertensive Emergency نیز تقسیم‌بندی می‌کنند.

در Hypertensive Urgency احتمال پیشرفته به سمت وجود دارد و نیاز است فشارخون در Hypertensive Emergency عرض ۱۲ تا ۲۴ ساعت کاهش یابد. در Hypertensive Emergency آسیب ارگان‌های هدف مانند مغز قلب و کلیه وجود دارد. شیوع: به طور کلی ۱-۵ درصد کودکان مبتلا به فشارخون می‌شوند که بسیار کمتر از بالغین است که در سنین بالای ۶۵ سال به بیش از ۶۰٪ می‌رسد.

علل فشارخون در کودکان:

در حالی که بیش از ۹۰٪ فشارخون‌های بالغین (در جمعیت عمومی) را فشارخون‌های اولیه (Essential Hypertension) تشکیل می‌دهد. بیش از ۸۰٪ فشارخون‌های کودکان ثانویه و ناشی از یک بیماری زمینه‌ای می‌باشد.

فشارخون را Silent Killer نیز نامیده‌اند، اسلحه‌ی که اعضای حیاتی بدن مانند چشم، مغز، قلب و کلیه را نشانه گرفته است و می‌تواند منجر به کوری، افزایش شیوع سکته‌های مغزی و قلبی و نارسایی کلیه شود. هر ۵ میلی‌متر جیوه افزایش فشارخون دیاستولیک احتمال بیماری‌های کرونر را ۲۰٪ و احتمال سکته‌های مغزی را ۳۵٪ افزایش می‌دهد.

براساس تعاریف جدید کودک و نوجوانی که فشارخون بالای ۱۲۰/۸۰ دارد باید از نظر فشارخون تحت مراقبت قرار گیرد. کودکی که فشارخونش بین ۹۰-۹۵٪ باشد High normal یا Pre-hypertensive کودکی که فشارخونش بیش از ۹۵٪ به اضافه ۱۱ میلی‌متر جیوه باشد Stage 1 hypertension تلقی می‌شود. جیوه باشد Stage 2 hypertension تلقی می‌شود و کودکی که فشارخونش بیش از صدک ۹۹٪ به اضافه ۱۲ میلی‌متر جیوه باشد Stage 2 hypertension تلقی می‌شود.

فشار خون شدت یافته (Accelerated Hypertension):

وقتی است که فردی فشارخون خفیف یا متوسطی داشته ولی اکنون با فشارخون بسیار بالا مراجعه نموده، تغییراتی در ته چشم دارد ولی ادم پایی ندارد.

فشار خون بد خیم (Malignant Hypertension):

^۱- فوق تخصص نفرولوژی اطفال، اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



BUN, Electrolyte و اکوکاردیوگرافی است و در کودکان بالای ۶ سال که فشارخون انسانی نیز مطرح است اسید اوریک و چربی‌های خون نیز اندازه گیری می‌شود.

- آنمی می‌تواند بیانگر CRF و اوزینوفیلی مطرح کننده نفریت انترستیسیل باشد.

- در A/U و U/C نفریت، پیلونفریت مزمن مشخص می‌شود.
- در الکتروولیت‌ها اگر هیپوکالمی و آلکالوز متابولیک داشته باشیم فشارخون ناشی از رنین و هیپرآلدوسترونیسم مطرح می‌شود. اکو و نوار قلب علاوه بر ناهنجاری‌های قلبی زمان بیماری را نیز مطرح می‌کند.

- اگر با آزمایش‌های اولیه بیشتر به علل کلیوی مشکوک شدیم آزمایش‌های کلیوی بعدی در سه مرحله انجام می‌شوند.

الف - در مرحله اول:

- ۱- تست‌های روتین که مطرح شد.
- ۲- سونوگرافی کلیه
- ۳- اندازه گیری رنین پلاسما (PRA)

ب - در مرحله دوم:

- ۱- اسکن DMSA با کاتپوپریل در صورت شک به تنگی شریان کلیوی
- ۲- بیوپسی کلیه در صورت وجود اندیکاسیون (Selective)
- ۳- آنژیوگرافی انتخابی از شریان‌های کلیوی (Angiography)

ج - در مرحله سوم:

میزان رنین و ریدهای کلیوی به طور جداگانه اندازه گیری می‌شود.

درمان پرفساری خون در کودکان (Guidelines)

- در فشارخون‌های کلیوی از آنجا که حجم داخل عروقی زیاد بوده و از طرفی مقاومت عروقی بالا است ابتدا از فوراً ساید و بعد از یک واژودیلاتاتور مثل Nifedipine یا هیدراالازین و سپس می‌توان از پروپرانولول استفاده نمود.

- در فشارخون‌های ناشی از افزایش رنین وقتی تنگی شریان

به طوری که در کودکان زیر ۶-۸ سال اغلب پرفساری خون ثانویه و جستجوی اتیولوژی امری حیاتی است.

علل فشارخون در اطفال بسیار زیاد است ولی می‌توان آنها را به ۴ گروه بزرگ تقسیم بندی کرد:

۱- فشارخون‌های کلیوی (Renal or Azotemic Hypertension) که ۷۵ تا ۸۰٪ پرفساری خون در کودکان را شامل می‌شود و تا ۵۰٪ آنها ناشی از پیلونفریت مزمن یا ریفلاکس نفروپاتی است.

۲- فشارخون‌های ناشی از افزایش رنین (Renin Mediated Renin Hypertension) که حدود ۱۵-۲۰٪ علل را تشکیل می‌دهند و شامل کاردیوواسکولار و رنوواسکولار می‌باشد.

۳- فشارخون‌های ناشی از افزایش آldosteron (Mineralocorticoid Induced Hypertension) که حدود ۳-۵٪ موارد را تشکیل می‌دهند.

۴- فشارخون ناشی از افزایش کاتکولامین‌ها (Cathecolamine Induced Hypertension) که ۲-۵٪ موارد را تشکیل می‌دهند.

تشخیص علل فشارخون:

ابتدا شرح حال دقیق و تاریخچه فامیلی و شخصی و سپس معاینه فیزیکی راه گشای تشخیص است.

در معاینه فیزیکی: وجود ادم و رنگ پریدگی، احتمال وجود پرفساری خون کلیوی را مطرح می‌کند. کوتاهی قد وجود Web در گردن سندروم ترنرو کوآرکتاویون آورت را یادآور می‌شود و لکه‌های شیر قهوه‌ای نوروفیروماتوز و سوفل شکمی نشانگر فشارخون رنوواسکولار است.

علاجمی بالینی اورژانس‌های فشارخون به طور کلی عبارتند از:
آنسفالوپاتی هیپرتانسیو، نارسایی احتقانی قلب، ادم ریه، نارسایی حاد کلیه، سکته مغزی، انفارکتوس میوکارد، کربز آدرنال، انوریسم دیسکانت آورت، اکلامپسی، ترومای مغزی، سردرد، اختلال هوشیاری، اختلال بینایی، تشنج و علایم عصبی فوکال

از نظر آزمایشگاهی:

۱- ابتدا تست‌های غربالگری (Screening Test) در همه بیماران انجام می‌شود که شامل U/C, U/A, CBC, ECG, Cr می‌باشد.



- **Nifedipine** از داروهایی است که امروزه به طور بسیار شایع در اورژانس‌های فشارخون اطفال مورد استفاده قرار می‌گیرد. نیفیدیپین را به صورت خوارکی می‌توان با دوز ۰/۵-۰/۲۵ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و یا کمتر تکرار نمود.

از مزایای آن این است که قبل از گرفتن رگ (IV) در درمانگاه در دهان چکانده می‌شود و از دیلاتاسیون کرونرا ایجاد کرده، جریان خون کلیه را نیز افزایش می‌دهد. از عوارض آن تاکی کاردی و برافروختگی صورت است.

- **نیتروپروساید سدیم**: قوی ترین دارو در این گروه است. شروع اثرش سریع و از زمان شروع انفوژیون است و مدت اثرش تا زمانی است که دارو انفوژیون می‌شود دوز آن ۱۰ تا ۰/۵ میکروگرم به ازاء کیلوگرم در دقیقه است. دارو بایستی از نور محافظت شود و در زمان انفوژیون مراقبت دقیق در ICU لازم است زیرا ممکن است با افزایش انفوژیون فشارخون بیش از انتظار کاهش یابد.

در اورژانس‌های فشارخون بایستی فشارخون را در ۳ مرحله پایین آورد. یک سوم این مقدار ظرف ۶ ساعت اول، یک سوم در ۱۲ تا ۳۶ ساعت بعد و یک سوم بقیه در ۲ تا ۴ روز بعد بایستی کاهش یابد. تجویز این دارو به جهت امکان کنترل دقیق بسیار مناسب است اما از عوارض مهم آن مسمومیت با سیاناید و تیوسیانات است که بایستی سطح این سموم اندازه‌گیری شود عالیم مسمومیت تیوسیانات شامل میوزیس، پسیکور، تشنج و اسیدوز است و گازهای خونی در جریان درمان بایستی کنترل شده و در صورت بروز اسیدوز دارو قطع یا مقدار آن کاهش یابد.

- **هیدرالازین**: واژدیلاتاتور مستقیمی است که برخلاف اکثر داروهای دیگر مرحله حاد ادم مغزی ایجاد نمی‌کند ولی شروع اثر آن دیر و حدود ۱۰ تا ۳۰ دقیقه بعد از تزریق می‌باشد دوز آن ۰/۱ تا ۰/۸ میلی‌گرم/کیلوگرم در هر تزریق است مدت اثرش ۲ تا ۸ ساعت بوده و می‌تواند هر ۶ تا ۸ ساعت تکرار شود. از عوارض آن تاکی کاردی، تهوع و ایجاد لوپوس دارویی است. در جریان درمان اورژانس‌های فشارخون در ترومای سرو

کلیوی یک طرفه است از کاپتوپریل، انالاپریلات و لابتالول می‌توان استفاده کرد.

- در هیپرآلدوسترونیسم درمان انتخابی اسپیرونولاکتون است.

- در افزایش کاتکولامین‌ها از فنتولامین، فنوکسی بنزامین، پرازوسین، پروپرانولول و لابتالول می‌توان سود جست اما بهتر است درمان فشارخون را به درمان فاز حاد (Acute Management) و درمان مزمун فشارخون Chronic Management تقسیم نمود.

درمان مرحله حاد فشارخون:

در اورژانس‌های فشارخون، گشادکننده‌های مستقیم عروقی (Direct Vasodilators) داروهای انتخابی هستند که شامل:

۱- نیتروپروساید سدیم: ۰/۳ تا ۸ میکروگرم/کیلوگرم وریدی/ در دقیقه

۲- اسمولول: ابتدا ۱۰۰ تا ۵۰۰ میکروگرم/کیلوگرم وریدی و بعده ۵۰۰ تا ۵۰۰ میکروگرم/کیلوگرم وریدی/ در دقیقه

۳- لابتالول ۰/۲ تا ۱ میلی‌گرم/کیلوگرم وریدی ظرف ۲ دقیقه که می‌تواند هر ۵ تا ۱۰ دقیقه تکرار شود (حداکثر دوز ۶ میلی‌گرم).

۴- نیکاردیپین: ۰/۵ تا ۵ میکروگرم/کیلوگرم وریدی/ در دقیقه

۵- دیازوکساید ۱-۳ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز وریدی

۶- نیفیدیپین: ۰/۲۵ تا ۰/۵ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز خوارکی

۷- هیدرالازین ۰/۲ تا ۰/۳ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز وریدی هستند.

در این دسته دیازوکساید به علت ایجاد ایسکمی مغزی و اثر غیرقابل پیش بینی آن در کاهش فشارخون و عوارض دیگری مانند هیپرآوریسمی و هیپرگلیسمی و رتانسیون آب و نمک، جدیداً کمتر توصیه می‌شود. دوز آن ۱-۳ میلی‌گرم/کیلوگرم است که بایستی به آهستگی به داخل رگ تزریق شود. شروع اثر آن ۱-۲ دقیقه و طول اثر آن ۴ تا ۲۴ ساعت است. می‌توان هر ۱۰ الی ۳۰ دقیقه آن را تکرار نمود.

در طب اطفال به مدت طولانی مصرف نشود.

از مهارکننده‌های ACE در خانم‌های حامله باستی اجتناب شود زیرا در بررسی‌های حیوانی موجب مرگ جنین شده و در انسان گزارشاتی از نارسایی حاد کلیه در نوزادان این مادران وجود دارد.

داروهایی که در حاملگی بیشتر مصرف می‌شود عبارتند از: هیدرالازین، بتابلوکرها و آلفا و بتابلوکرهای توأم برای فشارخون‌های خفیف ابتدا کاهش وزن در افراد چاق، دادن رژیم و مصرف کم نمک و ورزش مرتب توصیه می‌شود و در صورت عدم کنترل از Nifedipine یا بتابلوکر و دیورتیک استفاده می‌شود. در جداول زیر آلگوریتم درمان فشارخون و دوز داروها در فشارخون آورده شده است.

White Coat Hypertension در خاتمه اشاره مختصراً نیز به لازم است که در کودکان بسیار شایع تراز بالغین می‌باشد به خصوص در مملکت ما که تزیقات عضلانی رایج بوده و تمھیداتی از جمله عدم مصرف کرم‌های بی‌حسکننده قبل از سوزن زدن برای خون‌گیری (مانند Emla cream)، ممکن است موجب اضطراب و بی قراری طفل شده و اندازه گیری فشار خون را دچار اشکال نماید.

به منظور جلوگیری از تشخیص‌های غلط فشارخون، امروزه در کودکان نیز Ambulatory Blood Pressure Monitoring به کار می‌رود و مشخص شده است که در مقایسه با اندازه گیری معمول فشارخون، بیشتر کارآیی دارد. (خصوصاً با Target Organ Damage بیشتر مطابقت دارد) زیرا که در ریتم سیرکادین اعمال حیاتی که در بدن انسان وجود دارد، فشارخون معمولاً حدود ساعت ۴ بعد از ظهر به حداکثر خود در طول ۲۴ ساعت می‌رسد و این زمان ساعتی است که مطب‌ها دایر هستند از این رو اگر به عنوان نمونه فردی همیشه در این زمان به مطب مراجعه و فشارخونش High normal باشد این فرد می‌تواند در Ambulatory Blood Pressure Monitoring رقم‌های طبیعی فشارخون داشته باشد.

خونریزی‌های داخل جمجمه نیتروپروساید و لاتالول بیشتر مورد استفاده است و از دیازوکساید، نیکاردیپسین و هیدرالازین باستی اجتناب شود.

قبل و بعد از جراحی از اسمولول یا بتالول، نیتروپروساید، نیکاردیپسین، دیازوکساید و فنولدوبام و هیدرالازین می‌توان استفاده نمود.

- **لاتالول:** فعالیت مهارکننده‌ی آدرنرژیک آلفا یک به طور انتخابی و بتا غیرانتخابی دارد که در درمان اورژانس فشارخون به صورت وریدی انفوژنیون می‌شود و در درمان مزمун فشارخون نیز به صورت خوراکی مصرف می‌شود. دوز آن ۱ تا ۳ میلی گرم/ کیلوگرم/ ساعت است و غیر از عوارض بلوك بتا آدرنرژیک میوپاتی توکسیک نیز ایجاد می‌کند.

درمان فشارخون مزمун (Chronic Management)

در فشارخون متوسط، بحسب مورد می‌توان از بتابلوکرها (پروپرانولول، آتنولول)، واژدیلاتاتورها (Nifedipine، هیدرالازین) و مهارکننده ACE (کاپتوپریل، انالاپریل، لیزینوپریل) و دیورتیک‌ها سود جست.

درمان با یک دارو با دوز اولیه شروع شده و سپس دوز افزایش یافته و در صورت عدم کنترل، داروی بعدی از دسته دیگر شروع می‌شود. در موارد فئوکروموموستیوم و فشارخون ناشی از کاتکولامین‌ها از پرازوسین، فنتولامین، فنوکسی بنزامین استفاده می‌شود. و در صورت مقاومت، از Minoxidil که واژدیلاتاتور قوی است استفاده می‌شود. ولی عارضه شناخته شده آن که هیرسوتیسم شدید است باستی به والدین گوشزد شود.

در مصرف بتابلوکرها به محدودیت‌های مصرف آن که شامل آسم، نارسایی احتقانی قلب است و نیز عوارض آن که ماسکه کردن عالیم هیپوگلیسمی در دیابتیک‌ها و تغییرات چربی خون است باستی توجه نمود.

- از دیورتیک‌های پرمصرف در طب اطفال: فوراسماید، تیازیدها، اسپیرونولاکتون و تریامترن و آمیلوراید قابل ذکر است. امروزه به علت عوارض تیازیدها که شامل هیپوکالمی، هیپوگلیسمی، هیپرکلسیمی و هیپراوریسمی است سعی می‌شود





جلسه علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در بهمن ماه ۱۳۹۸ بیماری کوازاکی

اعضای پانل: دکتر رضا شیاری^۱، دکتر خسرو رحمانی^۱، دکتر مهرنوش حساس یگانه^۱، دکترو دود جوادی پروانه^۱

اما به طور عمده شریان‌های با اندازه متوسط را درگیر می‌کند و تمایل ویژه‌ای به شریان‌های کرونر دارد. بررسی پاتولوژیک موارد کشنده در مراحل حاد و تحت حاد بیماری نشان دهنده ادم سلول‌های اندوتیلیوم و عضله صاف همراه با ارتضاح التهابی متراکم در جدار عروق است. در عروقی که شدیدترین درگیری را دارند، هر سه لایه دیواره عروقی ملتئب شده و لامینای الاستیک داخلی هم تخریب می‌شود. رگ، یکپارچگی و انسجام ساختاری خود را از دست داده و تضعیف می‌شود که نتیجه آن تشکیل آنوریسم دوکی شکل است. اینکه عامل اصلی درگیری شریان کرونر، عامل اتیولوژیک، پاسخ ایمنی میزبان و یا هر دو آن‌ها باشد، هنوز نامشخص است.

تظاهرات بالینی بیماری شامل تب ۳۹ درجه سلسیوس یا بالاتری می‌باشد که به مصرف داروهای کاهنده تب مانند استامینوفن مقاوم بوده یا به طور موقت اثرگذار است و همچنین این تب به درمان با آنتی بیوتیک‌ها جواب نمی‌دهد.

بیماری کوازاکی یک واسکولیت حاد تب دار دوران کودکی است که قبل از عنوان سندروم جلدی مخاطی غدد لنفاوی و پلی آرتیت ندوزای شیرخواران شناخته می‌شود. این بیماری اولین بار در سال ۱۹۶۷ توسط آقای دکتر تومیساکو کوازاکی در ژاپن مطرح شد. شیوع این بیماری در بین آسیایی‌ها به درجه آنوریسم درمان نشده، دچار ناهنجاری‌های شریان کرونر از جمله آنوریسم با احتمال پیدایش ترومبوуз یا تنگی شریان کرونر، انفارکتوس میوکارد، پارگی آنوریسم و گاه‌ها مرگ می‌شوند که متأسفانه به طور ناگهانی اتفاق می‌افتد و معمولاً ناشی از پارگی آنوریسم به دنبال ترومبوуз عروق کرونر می‌باشد. بیماری کوازاکی علت اصلی ایجاد بیماری اکتسابی قلبی در کودکان ژاپنی و آمریکایی است. علت این بیماری تاکنون ناشناخته است و عمده‌تاً کودکان زیر ۵ سال را گرفتار می‌نماید. بیماری کوازاکی باعث واسکولیت شدید تمام عروق خونی می‌شود

۱- روماتولوژیست کودکان، بیمارستان تخصصی، فوق تخصصی کودکان مفید



جهت بستره:

آنمی، ترموبوسيتونپنی، شمارش نوتروفیلی یا باندمی بالا، هیبوناترمی و هیپوآلبومینمی.

لازم به ذکر است که درگیری دستگاه تنفس فوقانی در یک سوم و درگیری دستگاه گوارش در بیش از ۵۰ درصد از بیماران به عنوان اولین علامت بیماری کوازاکی می‌باشد، لذا توجه به احتمال ابتلاء به بیماری کوازاکی در کودکانی که در ابتداء با این تظاهرات مراجعه نموده اند ولی کماکان تب دار هستند بسیار مهم می‌باشد.

اکوکاردیوگرافی به عنوان یکی از اقدامات پاراکلینیک، نقش بسیار مهمی در تشخیص و پیگیری و ارزیابی پیش آگهی بیماران دارد.

درمان استاندارد بیماری کوازاکی استفاده از ایمونوگلوبولین وریدی و آسپرین با دوز ضد التهابی در ابتدای بیماری و سپس استفاده از دوز ضد انعقادی آسپرین است. حداقل زمان استفاده از آسپرین با دوز ضد التهابی برای مدت ۶ تا ۸ هفته، و حداقل زمان براساس میزان درگیری عروق قلبی تعیین می‌گردد. در صورت عدم پاسخ بیمار به دوز اول ایمونوگلوبولین وریدی، استفاده از دوز بعدی با و یا بدون همراهی استروپرید توصیه می‌شود. در بیماران مقاوم به درمان استفاده از بیولوژیک‌ها راهگشاست.

علاوه برتبه، پنج تابلوی بالینی ویژه بیماری کوازاکی عبارتند از: پرخونی دو طرفه ملتجمه بولبار که معمولاً بدون اگزودا می‌باشد، زبان توت فرنگی همراه با لب‌های خشک و ترک خورده، قرمزی مخاط دهان و حلق، ادم و قرمزی دست‌ها و پاها، راش به اشکال متنوع ماکولوپاپولر، ارتیم مولتی فورم یا شبه محملکی و لنفادنوپاتی غیرچرکی یک طرفه گردنی. پوسته ریزی ناحیه پرینه یافته شایع فاز حاد بیماری است.

سایر علامت‌های بالینی این بیماری عبارتند از:

تحریک پذیری شدید خصوصاً در شیرخواران، مننزیت آسپتیک، اسهال، هپاتیت خفیف، هیدروپیس کیسه صfra، یوپیت، یورتریت و مه آتیت همراه با پیوری استریل، اوتیت مدیا و آرتیت. درگیری قلبی مهم ترین تظاهر بیماری کوازاکی است. آنوریسم‌های شریان کرونر در حدود ۲۵ درصد از بیماران درمان نشده و ظرف دومین تا سومین هفت‌هه بیماری رخ می‌دهد. بیماری کوازاکی معمولاً به سه فاز بالینی تقسیم می‌شود: فاز حاد تب دار، فاز تحت حاد و فاز نقاوت.

بعضی از یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی خاص ممکن است عاقبت شدیدتری را در کودک مبتلا به بیماری کوازاکی پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها عبارتند از: جنس مذکر، سن کمتر از یکسال، تب طول کشیده، عود تب پس از یک دوره بدون تب و مقادیر آزمایشگاهی زیر در هنگام نخستین مراجعه بیمار





گزارش تهیه شده به مناسبت روز جهانی سرطان کودکان (۱۵ فوریه، ۲۶ بهمن)

دکتر حسن ابوالقاسمی^۱

انجام شود و در طب اطفال توسعه پیدا کنند طبیعتاً احتمال این که ما بتوانیم این ۱۵٪ باقی مانده راهم درمان قطعی کنیم وجود دارد، اما به خاطر تعداد کم سرطان‌های کودکان شرکت‌های دارویی بزرگ تمایل زیادی را برای سرمایه‌گذاری برروی داروهای حیطه سرطان کودکان ندارند و طبیعتاً سرطان‌های کودکان باید منتظر بمانند تا دارویی در سرطان بزرگسالان تاثیرش ثابت شود و سپس در کودکان نیز مورد آزمایش قرار گیرد و نتایج حاصل از آن اعلام کند که آیا می‌تواند باعث بهبود سرطان‌های مقاوم به درمان کودکان شود یا نه.

امروزه آزمایشگاه خیلی به کمک طب سرطان آمده تا افراد با استفاده از داروهایی که روز به روز اختصاصی ترمی‌شوند بتوانند سلول‌های سرطانی را هدف قرار بدهند و از عوارض داروهای شیمیایی درمانی که در گذشته وجود داشتند (که هم سلول‌های طبیعی و هم سلول‌های سرطانی را از بین می‌برند) پیشگیری نمایند و خوشبختانه این علم در حال توسعه است.

در کشور ایران امتیازاتی وجود دارد که پوشش هزینه‌های درمان توسط بیمه و دولت و هزینه‌های باقی مانده توسط موسسات خیریه داخلی از قبیل موسسه خیریه محک تامین می‌شود (هزینه‌هایی از قبیل مخارج رفت و آمد و اقامت آنها و

سرطان‌های کودکان حدود ۲ درصد کل سرطان‌های بشر را تشکیل می‌دهد و ما در ایران سالی ۳۰۰۰ کودک سرطانی زیر ۱۵ سال داریم، این آمار حدوداً ۱۶ در هر ۱۰۰/۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال است، یعنی از هر ۱۰۰/۰۰۰ کودک در سال به سرطان مبتلا می‌شوند. شایع ترین سرطان‌ها در بین کودکان سرطان خون است و بعد از آن به ترتیب سرطان مغزو و سلسله اعصاب مرکزی، سرطان‌های غدد لنفاوی، سرطان‌های تیغه عصبی، سرطان‌های کلیه، سرطان‌های استخوان و سرطان بافت نرم قرار می‌گیرند.

ماهیت سرطان‌های کودکان با سرطان‌های بزرگسالان متفاوت است و پاسخ به درمان آنها خیلی بهتر از سرطان‌های بزرگسالان است به طوری که امروزه با درمان‌هایی به روز و دقیق می‌توان گفت بیش از ۸۵٪ سرطان‌های کودکان قطعی و به طور کامل درمان می‌شوند، درمان‌هایی که امروز برای سرطان کودکان انجام می‌شود، عمدتاً بر پایه داروهایی است که بیش از ۵ سال از کشف آنها می‌گذرد ولی با مطالعات بالینی و کارآزمایی‌های بالینی پرتوکل‌ها اصلاح شده و در طی ۴۰ سال گذشته میزان بهبودی قطعی سرطان کودکان از کمتر از ۲۰٪ در گذشته، به بالای ۸۵٪ در حال حاضر رسیده است. حال اگر مطالعه برروی داروهای جدید

۱- فوق تخصص خون و سرطان کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران



دارد. یکی از نکات خوبی مهم افزایش سطح آگاهی پزشکان و همچنین مردم در جهت تشخیص زود هنگام و به موقع سرطان است که اگر در طب کودکان زمان تشخیص سرطان خوبی زود (در زمان اولیه) باشد، بیش از ۹۵٪ سرطان کودکان درمان قطعی پیدا می‌کنند.

لازم است بدون ایجاد نگرانی در خانواده‌ها عالیم اختصاصی سرطان را آموزش داد که اگر مورد مشکوکی وجود داشته باشد، بتوانیم بیمار را در مراحل پایین شناسایی و درمان کنیم. یکی از مشکلاتی که در این زمینه وجود دارد، طبی به نام طب سنتی است که ادعا می‌کند می‌تواند سرطان را درمان کند و در خیلی از موارد که خانواده‌ها به آنها مراجعه می‌کنند و باعث از دست رفتن زمان طلایی درمان، بالا رفتن شدت بیماری و منجر به پایین آمدن شانس درمان قطعی می‌شود.

در مقابل برخی از سرطان‌ها در کودکان مثل رتینوبلاستوما که در ته چشم ایجاد می‌شود پدر و مادرها می‌توانند حتی با نور یک موبایل به وجود آن مشکوک شوند و با تشخیص اولیه بیمار را ارجاع دهند و همچنین اگر پزشکان کودکان به طور دقیق معاینات کودکان را انجام دهند، مشاهده بزرگی غدد لنفاوی و یا المس توده در شکم و همچنین وجود عالیم غیراختصاصی که در سایر بیماری‌ها هم وجود دارند، مثل تب بدون علت، درد، دردهای استخوانی، ضعف و کاهش اشتها در کودکان زمانی که علت واضحی برای آنها پیدا نمی‌کنند با انجام آزمایشات اختصاصی می‌توانند سرطان‌ها را در Stage‌های پایین تشخیص دهند.

باقي مانده فرانشیزی که بیمه آن را پرداخت نمی‌کند) و این به والدین کمک می‌کند که حتی در مناطق دور افتاد بتوانند به درمان سرطان دسترسی داشته باشند.

از نکات منفی که می‌توان در زمینه سرطان کودکان به آن اشاره کرد وضعیت ثبت کودکان سرطانی است که خوبی جالب نیست و این ثبتی که اکنون در وزارت بهداشت کشور ایران وجود دارد، پاسخگوی نیاز کودکان و پاسخگوی نیاز محققین و انجمن‌های خون و سرطان به جهت این که بتوانند همیشه یک آمار دقیق و به روز داشته باشند نیست و لذا لازم است یک کنسرسیوم بین انجمن خون و سرطان و وزارت بهداشت و موسسه محک تشکیل شود که این کنسرسیوم بتواند سامانه خوب و دقیقی را برای ثبت بیمار در حوضه سرطان کودکان راهاندازی کند.

از نظر نیروی انسانی اکنون در کشور ایران ۱۵۰ نفر نیروی فوق‌تخصص خون و سرطان کودکان برای این کار به خوبی تربیت شده و در بین همه استان‌های کشور توزیع شده‌اند که می‌توان گفت شاید غیراز یک یا دو استان در بقیه استان‌های کشور بین یک تا چند فوق‌تخصص خون و سرطان کودکان وجود دارد، بنابراین نیاز نیست که این کودکان جهت درمان به شهرهای بزرگ مثل تهران بروند و می‌توانند در نزدیک ترین مرکز درمان شوند.

قابل ذکر است که امروزه امکاناتی از نظر امکانات مولکولی در کشور وجود دارد که با استفاده از این امکانات مولکولی می‌شود پیش‌بینی کرد که این سرطان چه اندازه شانس برای بهبودی

صرف پروبیوتیک‌ها برای اختلالات گوارشی، خلاصه‌ای از شواهد Probiotics for Gastrointestinal Conditions: A Summary of the Evidence

Thad Wilkins, MD, MBA; Jacqueline Sequoia, MD, MPH
Am Fam Physician. 2017;96(3):170–178.

ترجمه شده توسط دکتر رامتین اجتماعی^۱

- تنظیم فعالیت سیستم ایمنی، از جمله سرکوب ترشح سایتوکاین‌های پیش‌زمینه التهاب
- مهار رشد باکتری‌های پاتوژن و اتصال مستقیم به باکتری‌های گرم منفی در یک مطالعه مروری نشان داده شد که دوز روزانه حداقل ۵ میلیون واحدی از پروبیوتیک‌ها نسبت به دوزهای کمتر به طور واضحی مؤثرتر بوده است. طول مدت صرف پروبیوتیک‌ها بستگی به اندیکاسیون بالینی آن دارد. عدم وجود گایدلاین واضح در مورد اندیکاسیون صرف و نیز مؤثرترین نوع پروبیوتیک برای درمان اختلالات گوارشی همواره باعث سردگمی پژوهشکان خانواده و بیماران شان بوده است.

در این مقاله نقش پروبیوتیک‌ها را در اسهال حاد عفونی، اسهال ناشی از آنتی بیوتیک، اسهال ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل، انسفالوپاتی کبدی، کولیت اولسراتیو، سندروم روده تحریک‌پذیر،

پروبیوتیک‌ها میکروارگانیسم‌هایی هستند عمدتاً از نوع باکتری، که شباخت به باکتری‌های مفید لوله گوارشی بدن انسان دارند. نقش پروبیوتیک‌ها در طیف وسیعی از بیماری‌های گوارشی بررسی شده است. پروبیوتیک‌ها نقش مؤثری در حفظ تعادل ایمونولوژیک در لوله‌ی گوارشی از طریق تعامل فعال با سلول‌های ایمنی دارند. تاثیر پروبیوتیک‌ها به گونه، دوز آن‌ها و نوع بیماری مرتبط است. تنوع میکروبی در لوله‌ی گوارشی احتمالاً در تداوم سلامتی مؤثر است و احتمالاً استفاده از پروبیوتیک‌های وسیع الطیف باعث تاثیر پیشتر درمان می‌گردد.

مکانیسم اثر پروبیوتیک‌ها پیچیده بوده و مرتبط با گونه‌ی پروبیوتیک می‌باشد. بعضی از این مکانیسم‌ها عبارتند از:

- مهار اتصال باکتری‌های پاتوژن به اپیتلیوم جدار روده
- تقویت پاسخ ایمنی در روده
- ثبیت سطوح طبیعی اسیدهای چرب کوتاه زنجیر

۱- پژوهش عمومی



آن ۴۹۶ بیمار بالغ مبتلا به سیروز کبدی بررسی شدند نشان داده شد که مصرف پروبیوتیک به طور معناداری باعث کاهش ابتلابه آنسفالوپاتی کبدی آشکار گردید. در مطالعه مروی دیگری عنوان شد علی‌رغم موضوع فوق، پروبیوتیک‌ها در کاهش علل مرگ در این بیماران تفاوتی با گروه پلاسبو یا بدون درمان نداشتند. هرچند که احتمالاً گروه تحت درمان با پروبیوتیک ریکاوری و سطح زندگی بالاتری در مقایسه با گروه پلاسبو یا بدون درمان داشتند.

کولیت اولسراتیو

پروبیوتیک‌ها در القای بهبودی (Remission) در بالغین مبتلا به کولیت اولسراتیو مؤثرند اما در حفظ Remission نقشی ندارند. پروبیوتیک‌ها باید با شروع دوره تشید بیماری شروع گردد و تا یک تا دو هفته پس از بهبودی بیمار ادامه یابند.

سندروم روده تحریک پذیر

پروبیوتیک‌ها تا حدودی در کودکان و بزرگسالان مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مؤثر هستند. بیماران باید شروع پروبیوتیک‌ها را از شروع عالیم در نظر بگیرند و در صورت لزوم تاریخ عالیم ادامه دهند. در مطالعات صورت گرفته پروبیوتیک‌ها عالیم کلی بیماری از جمله نفخ و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. در کودکان مبتلا به درد شکمی فانکشنال پروبیوتیک‌ها درصد موفقیت درمان را در مقایسه با پلاسبو افزایش دادند اما تاثیری در تعداد دفعات درد شکمی نداشتند. اگرچه پروبیوتیک‌ها یک گزینه منطقی برای درمان کمکی سندروم روده تحریک پذیر به نظر می‌رسند اما شواهد کمی در حمایت از آن وجود دارد.

بیوست

پروبیوتیک‌ها در کودکان و بزرگسالان مبتلا به بیوست مؤثرند. در مطالعه متالانالیز صورت گرفته در ۱۷۵ فرد بالغ با بیوست مزمن ایدیوپاتیک مصرف پروبیوتیک‌ها باعث افزایش میانگین تعداد دفع مدفع در هفته نسبت به گروه پلاسبو گردید. همچنین در این گروه در موقع اجابت مراج و درد شکمی نسبت به گروه پلاسبو به طور معناداری کمتر بود.

بیوست، بیماری کرون و پانکراتیت حاد بررسی می‌کنیم.

اسهال حاد عفونی

پروبیوتیک‌ها در درمان اسهال حاد باکتریال مؤثر هستند، اما در مورد اسهال حاد ویروسی اختلاف نظرهایی وجود دارد. در مطالعه مروی از ۶۳ کارآزمایی کنترل شده رندوم (RCT) که ۸۰۱۴ کودک و بزرگسال مبتلا به اسهال حاد عفونی را مورد ارزیابی قرار داده بودند نتایج نشان داد که پروبیوتیک‌ها به طور معناداری طول دوره اسهال و خطر ادامه اسهال بیش از ۴ روز را کاهش داد. همچنین تعداد دفعات اجابت مراج در روز دوم تقریباً یک نوبت کمتر بود. برای بیماران مبتلا به اسهال حاد عفونی پروبیوتیک‌ها باید با شروع عالیم شروع گردد و توصیه می‌گردد مصرف پروبیوتیک‌ها تا یک یا دو هفته پس از بهبود عالیم ادامه یابد. همچنین برای پیشگیری از اسهال مسافرین مصرف پروبیوتیک‌ها باید از ۲ روز قبل از سفر شروع شده و ضمن سفر ادامه یابد.

اسهال ناشی از مصرف آنتی‌بیوتیک و عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل

پروبیوتیک‌ها در پیشگیری و درمان اسهال ناشی از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و نیز اسهال ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل در کودکان و بزرگسالان مؤثرند. برای پیشگیری از اسهال ناشی از آنتی‌بیوتیک‌ها، مصرف پروبیوتیک‌ها باید از روز شروع آنتی‌بیوتیک (برای سادگی مصرف همزمان با تحویز آنتی‌بیوتیک) شروع گردد و تا یک یا دو هفته پس از تکمیل دوره ی آنتی‌بیوتیک ادامه یابند. یک مطالعه مروی نشان داد که کودکانی که تحت درمان با پروبیوتیک‌ها ضمن دریافت آنتی‌بیوتیک بودند کمتر دچار اسهال ناشی از آنتی‌بیوتیک گردیدند. همچنین یک مطالعه‌ی مروی دیگر گزارش کرد که پروبیوتیک‌ها به طور معناداری ریسک ابتلابه اسهال ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل را در مقایسه با گروه پلاسبو کاهش داد. اگرچه این مطالعه اختلاف معناداری در بهبود بیماران مبتلا به اسهال ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل در صورت حضور عدم حضور پروبیوتیک‌ها گزارش نکرد.

آنسفالوپاتی کبدی

در یک متالانالیز از ۶ کارآزمایی کنترل شده رندوم (RCT) که در

القای Remission، تداوم آن و جلوگیری از عود پس از عمل جراحی را بهبود نبخشیدند.

ب) خطربودن پروبیوتیک‌ها

پروبیوتیک‌هابه صورت معمول بی خطر در نظر گرفته می‌شوند اما در بیمارانی که مستعد اختلالات ایمونولوژیک هستند بایستی با احتیاط مصرف شوند. اثرات طولانی مدت پروبیوتیک‌ها ناشناخته است و مطالعات بیشتری برای بررسی آن لازم است. در این مطالعه عوارض قابل انتساب به پروبیوتیک‌هادر کودکان، بزرگسالان و افراد مسن تحت درمان با آن‌های دیده نشد. امادریک مطالعه مروی که ۱۵۳۰ بیمار مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرارداده ۵ مورد بروز باکتری/فانگمی و مثبت شدن کشت خون مرتبط با پروبیوتیک گزارش گردید.

کولیک نوزادی

در بررسی نقش پروبیوتیک‌ها در کاهش کولیک نوزادی، شواهد کم موجود، دلالت بر موثر بودن آن در کاهش زمان گریه نوزاد نسبت به گروه پلاسبو دارد.

مواردی که پروبیوتیک‌ها فاقد اثر مناسب هستند

پروبیوتیک‌ها در درمان پانکراتیت حاد و بیماری کرون قادر اثراً مناسب هستند. در متآناлиз انجام شده ببروی ۵۳۶ فرد بالغ مبتلا به پانکراتیت حاد مصرف پروبیوتیک‌ها نسبت به گروه پلاسبو میزان بروز عفونت پانکراس، تعداد کلی موارد عفونت، نیاز به جراحی، طول مدت بستری در بیمارستان و مرگ و میر را کاهش نداد. همچنین پروبیوتیک‌ها نسبت به پلاسبو در بیماران مبتلا به بیماری کرون



آکادمی کودکان آمریکا طی بررسی های گسترده شواهدی را مربوط به اختلال طیف اوتیسم ارایه می دهد:

American Academy of Pediatrics Report Provides Sweeping Review of Evidence
Concerning Autism Spectrum Disorder

2019/12/16

ترجمه شده توسط مریم ملایی^۱

اکنون پزشکان درک بیشتری از شرایط پزشکی و رفتاری که اغلب با اوتیسم همراه هستند را دارند، همچنین گزارشات بالینی به روز و شواهد و یافته های جدید، به پزشکان در شناسایی و مدیریت درمان این اختلال کمک می کند و به آن ها اجازه استفاده از تجربیات مشترک در این زمینه را می دهد.

از آنجا که شناسایی زود هنگام از اهمیت بالایی برخوردار است، AAP توصیه می کند که در هویزیت، کودکان از نظر تکاملی و رفتاری در این خصوص نیز بررسی شوند، غربالگری تکاملی در هویزیت های ۲۴، ۱۸ و ۳۰ ماهگی و غربالگری اختلال اوتیسم در سنین ۱۸ و ۲۰ ماهگی از اهمیت خاصی برخوردار است.

ما می دانیم که هرچه زودتر برای کودکانی که علایم تاخیر تکاملی در آن ها دیده می شود درمان را شروع کنیم، احتمال اینکه نتایج بهتری را کسب کنیم بیشتر است.

هیچ دلیلی وجود ندارد که برای شروع برخی خدمات مانند

آکادمی اطفال آمریکا (AAP) توصیه های بالینی خود را در مورد اختلال طیف اوتیسم بعد از ۱۲ سال برای اولین بار به روز کرده است، نتایج حاصل از آخرین تحقیقات در مورد اختلالات رشد عصبی نشان می دهد که حدوداً از هر ۵۹ کودک، یک نفر مبتلا به اوتیسم می باشد. «شناسایی، ارزیابی و مدیریت درمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم» یک گزارش بالینی است که در ژانویه سال ۲۰۲۰ در مجله Pediatrics منتشر شده و بر اهمیت شناسایی زود هنگام اوتیسم تاکید می کند که در سن ۱۸ ماهگی قابل تشخیص می باشد (این گزارش در تاریخ ۱۶ دسامبر به صورت آنلاین منتشر شد). از آنجایی که توصیه های قبلی در سال ۲۰۰۷ منتشر شده بود، اکنون تغییرات چشم گیری را در این زمینه مشاهده می کنیم. از آن زمان، پیشرفت زیادی را در زمینه ای آزمایشات تحقیقاتی درباره علل احتمالی بروز اختلال اوتیسم داشتیم و همچنین درک بیشتری را در رابطه با تاثیر متقابل آرایش ژنتیکی و محیط به دست آوردهیم.

۱- کارشناس مامایی

اطمینان حاصل کنید که به کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم خدمات مناسب با نیازهای اجتماعی، آموزشی و رفتاری آنها در خانه و مدرسه ارایه می‌شود، همچنین امکان دسترسی به متخصص کودکان و روانشناس و بعلاوه خدمات رفاهی و اوقات فراغت مناسبی را داشته باشند.

جهت انجام امور مربوط به انتقال جوانان به سیستم‌های مراقبتی پزشکی و رفتاری مخصوص بزرگسالان، با خانواده‌ها و جوانان در ارتباط باشید.

با بیماران و خانواده‌های آنها در خصوص اقدامات درمانی صورت گرفته و نتایج حاصل از آن‌ها صحبت کنید و خانواده‌ها را برای مشارکت در تحقیقات بالینی تشویق کنید و آن‌ها را به سازمان‌های حمایتی مربوطه ارجاع دهید.

در حالی که این تحقیقات باعث افزایش آگاهی و دانش بیشتری نسبت به این بیماری شده است، AAP ضمن تقدیر از این کارها اذعان می‌دارد که باید تحقیقات و کارهای بیشتری در این خصوص صورت پذیرد.

بایستی برای خانواده‌ها درمان‌های مناسب با شرایط و وضعیت اقتصادی آن‌ها صورت گیرد و همه بچه‌ها شایسته این هستند که زندگی بهتر و شادتر و پرپارتری را داشته باشند.

<https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Report-Provides-Sweeping-Review-of-Evidence-Concerning-Autism-Spectrum-Disorder.aspx>

گفتار یا رفتار درمانی منتظر تشخیص بیماری اوتیسم باشیم. این مداخلات اگر زود هنگام و کافی باشند و خانواده را هم دربرگیرند، نتیجه بهتری را می‌دهند.

بیش از ۵ میلیون آمریکایی مبتلا به اختلال اوتیسم هستند و شیوع آن از ۱ به ۱۵۵ در سال ۲۰۰۷ به ۱ در ۵۹ کودک افزایش یافته است. از خصوصیات این بیماری همراهی اختلال در ارتباطات اجتماعی و انجام رفتارهای محدود و تکراری است.

به گفته AAP، بسیاری از افراد مبتلا به اوتیسم مشکلات همزمانی دارند که هم می‌توانند و هم باید درمان شوند، که شامل: معلولیت ذهنی، اختلالات گفتاری، اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی و اضطراب، اختلالات خواب و تقدیمه و علایم گوارشی و تشنج می‌باشند. در گزارش AAP آمده است که ۴۰٪ از افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارای ناتوانی ذهنی هستند و همچنین ۴۰٪ تا ۶۰٪ درصد کودکان در سنین مدرسه و بزرگسالی دارای اختلالات اضطرابی هستند.

خانواده‌ها نقش مهمی در درمان و حمایت از کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارند همچنین آن‌ها نیاز به حمایت و کمک از سوی تیم متخصص، پزشکان، مریبان و درمانگران دارند که در کنار آنها فعالیت کنند.

توصیه‌های AAP به متخصصین کودکان:

توجه به پیشرفت تکاملی و رفتاری کودکان در تمام ویزیت‌های غربالگری تکاملی در ۱۸، ۲۴ و ۳۰ ماهگی و غربالگری استاندارد بیماران مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سن ۱۸ و ۲۴ ماهگی.



مکاتبات انجام شده با انجمن

شماره: ۲۹۸/۱۰۰/۱۵/۴۰۶۶۰

با سمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۱/۰۲



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

دفتر ریاست

رؤسای محترم انجمن‌های علمی گروه پزشکی کشور

با سلام و احترام

به پیوست متن بیانیه سازمان نظام پزشکی در خصوص تفاهم‌نامه
مالیاتی جامعه پزشکی کشور جهت استحضار و بهره‌برداری لازم
حضورتان ایفاد می‌شود.

دکتر بابک پورقلیج
مدیر کل حوزه ریاست



بسم الله الرحمن الرحيم

**بیانیه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران در خصوص تفاهم نامه
موrex ۱۳۹۸/۱۰/۲۸ با سازمان امور مالیاتی کشور**

همکاران ارجمند، اعضای محترم جامعه فرهیخته پزشکی سراسر کشور

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید در تاریخ ۹۸/۱۰/۲۸، براساس مذاکرات کارشناسی بیش از یک ماه، مشاوره و جلسات متعدد با اعضای هیات ریسیه مجمع عمومی، شورای عالی سازمان و همچنین روسای شوراهای هماهنگی سراسر کشور و بر اساس اولین مصوبه سی‌امین و سی یکمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی موrex ۹۸/۹/۲۶ و ۹۸/۱۰/۲۶، سازمان نظام پزشکی برای پیشگیری از ضرر و زیان‌های احتمالی همکاران مندرج در قوانین مالیاتی موظف به تسريع در عقد تفاهم نامه با سازمان امور مالیاتی گردید (شکل یک)

شکل یک: مصوبه اول سی و یکمین شورای عالی نظام پزشکی موrex ۹۸/۱۰/۲۸

شماره: ۱۳۹۸/۱۰/۲۰/۱۲۱۰۸	با اسمه تعالی:	
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۲۸		شورای عالی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
<p>استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمد رضا ظفر قندی دئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران</p>		
با سلام و درود		
اعتزاماً بپرو و برگزاری سی و یکمین جلسه شورای عالی در روز پنج شنبه مورسخ ۹۸/۱۰/۲۶ بدینوسیله مصوبات جلسه مذکور بشرح زیر جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی اعلام می‌گردد.		
مصطفوی (۱)		
پیرو مصوبه شماره یک سی امین جلسه شورای عالی موrex ۹۸/۹/۲۸ و مکاتبه شماره ۱۳۹۸/۱۰/۲۰/۱۱۸۲۵ موrex ۱۳۹۸/۱۰/۲۱ دیر محترم شورای عالی و به منظور استفاده حداقلی از تشریفات و تمهیلات قانونی پیش‌بینی شده و پیشگیری از تحمل ضرر و زیان به همکاران مقرر گردید سازمان نسبت به اطلاع رسانی و آموختن موارد مورد نیاز و انعقاد تفاهم نامه با سازمان امور مالیاتی تسريع نماید.		



برخی از دوستان به صورت حضوری، تلفنی و حتی در فضاهای مجازی نسبت به چگونگی عقد این تفاهم نامه و همچنین مفاد مندرج در آن ابهامات یا اشکالاتی داشتند که در بندهای ذیل به پاره ای از آنها اشاره می شود:

الف: بر اساس بند «ی» تبصره ۶ قانون بودجه ۱۳۹۸، کلیه صاحبان حرف و مشاغل پزشکی، پیراپزشکی، داروسازی و دامپزشکی که مجوز فعالیت آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی ایران و یا سازمان نظام دامپزشکی و سازمان دامپزشکی ایران صادر می شود، مکلف بودند در چهارچوب آئین نامه تبصره ۲ ماده (۱۶۹) قانون مالیات‌های مستقیم مصوب چهارم اسفند ۱۳۶۶ و اصلاحات و الحالات بعدی آن از ابتدای سال ۱۳۹۸ از پایانه فروشگاهی استفاده کنند. طی این مدت بسیاری از اعضاء و از جمله مسئولین سازمان در مصاحبه ها و نوشтар مختلف نسبت به تبعیض مشهودی که نمایندگان مجلس بر اساس اطلاعات نادرست مرکز پژوهش های مجلس در قانون بودجه ۹۸ روا داشته بودند معترض شدند و نسبت به اعمال تبعیض و «اتهام فرار مالیاتی» اعتراض همه جانبه صورت گرفت. در ادامه با اضافه شدن ۱۵ صنف و ۵۰ شغل عملاً موضوع این تبعیض منتفی گردید.

ب- با اضافه شدن صنوف و مشاغل پنجاه گانه، سازمان امور مالیاتی به آنها فرصت داد تا پایان دیماه ۹۸ نسبت به ثبت در سامانه اقدام نمایند و این خود محملی شد تا برخی همکاران و از جمله برخی مسئولین نظام پزشکی سراسر کشور از سازمان مرکزی بخواهند در مذاکرات خود با مسئولین سازمان امور مالیاتی بخواهند فرصت ثبت کارتخوان اعضاي نظام پزشکی نيز على رغم پایان پذيرفتن در شهریورماه ۹۸ همسان با سایر مشاغل تا پایان دی ۹۸ تمدید شود. بر اساس بررسی های بعدی و با پایان یافتن فرصت جامعه پزشکی مشخص شد که طبق قانون، دادستان سازمان امور مالیاتی با تمام ادارات امور مالیاتی سراسر کشور مکاتبه و با جرم



انگاشتن عدم ثبت گروه پزشکی پس از شهریور ۹۸ و تلقی کتمان دارایی، درخواست ارسال اسمی برای اعمال قانون و وضع جرایم داشت. لذا از آنجا که مهلت ثبت در سامانه دوبار قبلاً تمدید و بخش قابل توجهی از همکاران مشمول جرایم مندرج در قانون می شدند درخواست مهلت مجدد طی یک مکاتبه معمولی میسر نبود. حفاظت از منافع صنفی بر اساس قانون سازمان نظام پزشکی حکم می کرد که مسئولین این سازمان در جایگاه حفظ شئون و حمایت از همکاران از مراجع پیگیر بخواهند رویکرد قهری که در ادبیات برخی از آنها جاری و ساری بود را تغییر دهند تا شاهد مشارکت بیشتر باشند.

ج- سازمان نظام پزشکی بر حسب وظیفه حمایت از همکاران و جلوگیری از آسیب آنها و با توجه به جرایم مندرج در قانون از قبیل جرایم مالی، ممنوع الخروجی و حتی مسدودسازی مطب ها و... بر اساس موارد پیشگفت، عافیت طلبی را وانهاده و انتقادهای تند برخی همکاران را که البته آنها هم از سردىسوzi یا عدم اطلاع کافی است به جان و دل خریده و بر اساس نص صريح مصوبه شورای عالي مورخ ۹۸/۱۰/۲۶ و بر اساس اهداف زير با سازمان امور مالياتي به امضای تفاهم نامه مبادرت گرديد:

۱- تغيير رویکرد سلبي به ايجابي: به عبارت مناسب تر به عزيزان سازمان امور مالياتي توصيه شد با توجه به اطلاعات کافي از ثبت نام شده ها، شايسته است رویکرد خود را از گفتمان قهری و قضايي به نگرشی برخواسته از فرهنگ تشويق و ترغيب تغيير دهد. آنها نيز با ديده باز پذيرفتند که اين پذيرش در مصاحبه هاي بعدی بيشتر رخ نمود. بند دوم تفاهم نامه و اشاره به حداكثر تشويق ها و بخشودگي جرایم شاهد بر اين مدعاست و انشا الله در مکاتبه با سازمان هاي نظام پزشکي سراسر كشور و در جلسات رودر رو، امتيازات و تشويق هاي مورد توافق طرفين ارائه مي گردد.

۲- درخواست مهلت جديد با عنایت به اضافه شدن مشاغل ديگر. هرچند اين مشاغل تا پيان دی مهلت داشتند اما خوشبختانه با مذاكرات جديد، مهلت ویژه اعضای نظام

پزشکی تا پایان بهمن ماه جاری تمدید گردید. پس از آن مجری موظف است بر اساس مفاد قانونی از مرحله تشویق به جرایم قانونی وارد شود.

۳- اصل هر مذاکره و مفاهeme ای انتخاب روش فعال بر روش های غیر فعال است. اساس چنین فعالیت هایی هم برای هر صنف و سازمانی رعایت اصل برد- برد خواهد بود. انتظار برد یک طرفه در یک مفاهeme معقول راه به بیراهه و محکوم به شکست است. در امضای تفاهم نامه فوق الاشاره سازمان نظام پزشکی به بند «ل» ماده سوم وظایف خود تاسی و سازمان امور مالیاتی هم به مواد پیشگفت قانونی تکیه نموده است.

۴- برای مدیریت سازمان نظام پزشکی و برخی تحلیل گران حوزه سلامت پیش بینی اینکه علی رغم همه تذکرات و اطلاع رسانی ها، برخی تعمدآ یا سهوآ به قانون تمکین ننمایند دور از ذهن نبود لذا در تفاهم نامه، بندی در نظر گرفته شد (بند ۳) تا سازمان امور مالیاتی قبل از هرگونه اعمال قانونی موضوع را از طریق سازمان نظام پزشکی پیگیری نماید. باورمن این است که این نیز فرصتی بسیار انداز خواهد بود تا سازمان نظام پزشکی آخرین تلاش های خود را برای جلوگیری از هرگونه آسیبی به همکاران بکار بندد تا مبادا در وضعیت اقتصادی موجود بر اعضای محترم فشار مضاعفی وارد آید.

نیک می دانیم که مشغله کاری فوق العاده اعضای محترم باعث می شود بسیاری از مطالب را به صورت خلاصه بخوانند حال آنکه تسلط بر قانون بخصوص قوانینی که بر حقوق افراد تکیه دارد مستلزم مطالعه دقیق و مو به موى آن خواهد بود. برای برخی این مسئله مطرح شده است که هرچه می خواهد بگوید هر که می خواهد! به این قانون نباید تمکین نمود. یا برخی نظام پزشکی ها بر این باور باشند که به قانون عمل ننمایند. گفتنی است بر اساس بند «ل» ماده ۳ قانون نظام پزشکی و نیز قانون جدید پایانه فروشگاهی مسئولیت تضامنی نظام پزشکی ها قابل کتمان نیست لذا سازمان نظام پزشکی مطالعه دقیق مفاد قانون «پایانه های فروشگاهی و سامانه مؤدیان» را که پس از تصویب در جلسه ۲۱ مهر ۱۳۹۸ مجلس شورای اسلامی و تأیید از سوی شورای نگهبان



در تاریخ یکم آبان، برای اجرا به وزارت امور اقتصادی و دارایی ابلاغ گردیده به همه افراد حقیقی و مسئولین نظام پزشکی سراسر کشور توصیه می نماید. در اینجا برای تنویر افکار عزیزان عضو و رعایت اختصار فقط به یکی از مواد آن اشاره می کنیم:

«ماده ۲۴- در صورت عدم رعایت احکام مذکور در ماده (۲) این قانون، سازمان موظف است مراقب تخلف را به وی و مرجع صادر کننده مجوز فعالیت واحد متخلص اعلام کند. مرجع مذکور مکلف است حداکثر ظرف مدت یک هفته از اعلام سازمان، نسبت به اخطار کتبی به واحد متخلص اقدام کند. چنانچه واحد مذکور ظرف مدت ده روز از تاریخ دریافت اخطار، نسبت به عضویت در سامانه مؤیدیان اقدام نکند، برای بار اول به مدت دو هفته و برای بار دوم از دو تا شش ماه با اعلام مرجع صدور مجوز، توسط نیروی انتظامی، و در مورد کسب و کارهای مجازی، توسط کارگروه تعیین مصادیق مجرمانه، تعطیل یا مسدود خواهد شد. در صورتی که پس از گذشت پانزده روز، مرجع صادر کننده مجوز تعطیلی واحد متخلص را به نیروی انتظامی یا کارگروه تعیین مصادیق مجرمانه ابلاغ نکند، سازمان موظف است رأساً تعطیلی واحد متخلص را به نیروی انتظامی یا کارگروه مذکور ابلاغ کند. در این صورت، مرجع صادر کننده مجوز، با متخلص در پرداخت مالیات و جریمه‌ها مسئولیت تضامنی خواهد داشت.

تبصره ۱- در صورت تداوم تخلف واحد کسب و کار پس از گذشت یک سال، مجوز فعالیت واحد متخلص توسط مرجع صادر کننده مجوز ابطال خواهد شد.

تبصره ۲- بانک مرکزی موظف است در گاهها و پایانه‌های پرداخت واحد متخلص را در زمان تعطیلی یا تعليق فعالیت آن واحد، مسدود کند».

در پایان بر خود فرض می دانیم از تمامی کسانی که چه در جلسات مشورتی متعدد و چه تصمیم گیری، همکاران خود را در مدیریت ارشد سازمان یاری رسانند تشکر و قدردانی نماییم

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

یکم بهمن ماه ۱۳۹۸

مقالات انجام شده با انجمن

شماره... ۷۳۵۳/۰۴.....
ماهیت... ۰۳/۰۴/۱۳۹۸.....
پوست.....

بسمه تعالیٰ

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، ران آموزشی
معاونت درمان

رسای مختارم کلیه دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی کشور

موضوع: ابلاغ استانداردهای ارائه خدمات گروه کودکان و نوزادان

با اسلام و احترام

همانگونه که مطلع می‌باشید یکی از راهکارهایی که برای پیشگیری از افزایش هزینه‌های درمان و تحمیل بار اقتصادی سنتگین به نظام سلامت و جامعه در کشورهای مختلف مورد توجه است، تدوین و نشر راهنمایی‌های مبتنی بر شواهد است که به عنوان یکی از سیاست‌های برنامه تحول نظام سلامت و یکی از محورهای بسته‌های تحول و ناآوری در آموزش علوم پزشکی نیز مورد توجه می‌باشد. در همین راستا معاونت درمان تدوین محصولات دانشی را (راهنمای بالینی، استاندارد، پروتکل و ...) با اولویت خدمات پر تواتر، دارای پوشش بیمه‌ای، هزینه (خدمات، تجهیزات) با حضور جمعی از استانی‌های حوزه‌های مختلف، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل و سیاستگذاری و برنامه‌ریزی این امر را عهده‌دار شده است. لذا در راستای پویا سازی ارائه خدمات پزشکی و اجرایی نمودن بند "ث و ج" ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور مبنی بر اجازه تجویز خدمات و انجام خرید راهبردی سازمان‌های بیمه گر بر اساس دستورالعمل ها و راهنمایی‌های بالینی توسط وزارت بهداشت، استانداردهای ارائه خدمات گروه نوزادان و کودکان به شرح ذیل به تصویب رسیده و از تاریخ ابلاغ قابل اجرا است.

بدیهی است ضمن تأکید بر ارائه خدمت در چارچوب استانداردهای مورد تائید وزارت متبوع، اعلام می‌گردد دانشگاه / دانشکده، انجمن‌ها و سازمان نظام پزشکی می‌بایست از این محصولات در آموزش های بازآموزی استفاده و سازمان‌های بیمه گر نیز بر اساس محصولات دانشی اقدام به خرید راهبردی نمایند. امید است با بهره مندی از تلاش جمیع و اطلاع رسانی در این زمینه، شاهد تحولی جدی در حوزه استقرار و بکارگیری راهنمایها به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های غیر ضروری باشیم.

- تعویض خون در نوزادان - کد ملی: ۲۰۲۳۶۰
- پونکسیون مایع نخاعی، درمانی یا تشخیصی در کودکان و نوزادان - کد ملی: ۶۰۰۹۵۰
- آسپیراسیون درمانی با وارد کردن تیوب با یا بدون Water Seal در نوزادان و کودکان - کد ملی: ۳۰۰۶۲۵
- فتوترابی ساده - کد ملی: ۹۰۲۰۲۰
- فتوترابی Intensive - کد ملی: ۹۰۲۰۲۲

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان





جمهوری اسلامی ایران
آذربایجان شرقی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پرورشی

معاونت درمان

دبيرخانه شورای راهبردی تدوین راهنمایی سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

قوتراجی ساده

بهار ۱۳۹۸



تنظيم و تدوین:

جناب آقای دکتر سید علیرضا مرندی رئیس انجمن علمی پزشکان نوزادان ایران

جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری دبیر هیات متحنه رشته تخصصی کودکان

جناب آقای دکتر یدالله زاهد پاشا دبیر هیات متحنه طب نوزادان و پیرامون تولد

جناب آقای دکتر غلامرضا خاتمی رئیس انجمن پزشکان کودکان ایران

جناب آقای دکرسید ابوالفضل افجه فوق تخصص نوزادان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جناب آقای دکتر محمد حیدرزاده فوق تخصص نوزادان و رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سرکار خانم دکتر پریسا محققی فوق تخصص نوزادان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سرکار خانم دکتر نسترن خسروی فوق تخصص نوزادان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سرکار خانم دکتر زیبا مسیبی فوق تخصص نوزادان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

جناب آقای دکتر عباس حبیب الهی فوق تخصص نوزادان و کارشناس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنمای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعریفه سلامت

دکتر سید سجاد رضوی، فرانک ندرخانی،

دکتر مریم خیری، آزاده حقیقی



الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

فتوراپی ساده

کد ملی: ۹۰۲۰۳۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

فتوراپی ساده به معنی استفاده از سطح تابشی در طیف نوری مناسب با شدت $6 - 12 \mu\text{W/cm}^2/\text{nm}$ است که به سطح کل بدن نوزاد به جز چشم و ناحیه تناسلی تابانده شود که می تواند لامپ فلورسنت آبی، سفید، لامپ LED، تشکچه فایبر اپتیک (Bili Blanket) باشد.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی و اقدامات قبل از انجام فتوراپی:

- اندازه گیری سرمی بیلی روبین همراه با سایر آزمایش‌های مرتبط با زردی بر اساس جدول شماره ۱
- پوشاندن چشم توسط چشم بند و ناحیه تناسلی توسط پوشک
- تنظیم دستگاه با حداقل فاصله نزدیک یا ممکن (۱۵ تا ۲۰ سانتی متری از نوزاد)
- اطمینان از طبیعی بودن دمای بدن نوزاد(کترل علایم حیاتی)
- اطمینان از کفايت تغذیه نوزاد با شیر مادر

جدول شماره ۱- ارزیابی نوزادان با زردی

ارزیابی ها
- Rh
- آزمایش کومبیس مستقیم
- CBC (Complete Blood Count) و اسمیر خون محیطی
- بیلی روبین توتال (TB: Total Bilirubin) و کونژوگه
- اندازه گیری رتیکولوسیت
- G6PD (Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase)
- آلبومین (انتخابی)

- در صورت بروز زردی طول کشیده (بیش از دو هفته) و/ یا مشاهده بیلی روبین مستقیم بالا (کلستاز) نیاز به بررسیهای تکمیلی وجود خواهد داشت. (به گاید لاین مربوطه مراجعه شود.)

• ارزیابی و اقدامات حین انجام فتوراپی:

- برhenه بودن کامل نوزاد، پوشاندن چشم ها و اندام تناسلی با پوشش مخصوص جهت کاهش اثر نور بر این ارگانها
- اطمینان از طبیعی بودن دمای بدن نوزاد و سایر علایم حیاتی
- توزین روزانه نوزاد
- کترل دفع ادرار و مدفع



- تکرار بیلی روین، ۶ تا ۲۴ ساعت بعد بر اساس سن نوزاد و سطح بیلی روین قبلی

• کنترل عوارض جانبی حین انجام فتوترایی

- بررسی بثورات پوستی
- بررسی طبیعی بودن دمای بدن نوزاد به منظور پیشگیری از اختلالات درجه حرارت
- اطمینان از کفايت شیر و مایعات دریافتی نوزاد
- انجام درمان های لازم در صورت بروز عفونت چشم
- اندازه گیری مجدد بیلی روین توtal و مستقیم در صورت مشاهده سندروم Bronze Baby

• ارزیابی و اقدامات بعد از اتمام فتوترایی:

- اندازه گیری بیلی روین ۲۴ ساعت بعد بر حسب نظر پزشک

۵) ویژگی های فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

پزشک فوق تخصص نوزادان، دستیار فوق تخصصی نوزادان، متخصص کودکان، دستیار تخصصی کودکان سال دوم و بالاتر

۶) ویژگی های ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

پزشک فوق تخصص نوزادان، دستیار فوق تخصصی نوزادان، متخصص کودکان، دستیار تخصصی کودکان سال دوم و بالاتر

و) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر ۶-۸ خدمت	میزان تحصیلات موردنیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	پرستار	۱ نفر	کارشناس یا کارдан	حداقل ۶ ماه	کمک در مراقبت نوزاد حین فتوترایی

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

بخش NICU، نوزادان و کودکان در بیمارستان

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

- دستگاه فتوترایی ساده (Conventional)
- امکانات مانیتورینگ نوزاد (اختیاری)
- دستگاه اسپکترو فتو متر (اختیاری)
- کات، انکوباتور و وارمر



ط) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	چشم بند	به میزان مورد نیاز
۲	پوشک	به میزان مورد نیاز
۳	پروب پالس اکسی متري یکبار مصرف یا دائمي	در صورت نیاز
۴	لامپ دستگاه	بر اساس دستور مصرف کارخانه
۵	سرنگ	به میزان مورد نیاز
۶	سرم تزریقی	به میزان مورد نیاز
۷	سر سوزن	به میزان مورد نیاز
۸	اسکالپ وین	به میزان مورد نیاز
۹	چسب	به میزان مورد نیاز
۱۰	پنبه الکل	به میزان مورد نیاز
۱۱	ویال سوکروز٪۲۴	به میزان مورد نیاز

ی) استانداردهای ثبت:

شرح حال، معاینه و تشخیص های افتراقی، سیر بیماری، تعداد روزهای درمان، درجه حرارت بدن و علایم حیاتی، میزان بیلی رویین و سایر آزمایشها انجام شده، ذکر درمانهای انجام شده و عوارض در صورت بروز

ک) ان迪کاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

ان迪کاسیون فتوترایپی ساده در نوزادان رسیده و نارسن بر اساس جدول شماره ۲ و ۳ می باشد:

جدول شماره ۲ - فتوترایپی ساده در نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم / با سن بارداری کمتر از ۳۵ هفته

میزان بیلی رویین	وزن تولد (گرم)
۵ mg/dL	کمتر از ۱۰۰۰
۶ mg/dL	۱۴۹۹ تا ۱۰۰۰
۷ mg/dL	۱۹۹۹ تا ۱۵۰۰
۸ mg/dL	۲۴۹۹ تا ۲۰۰۰

- در ۴۸ ساعت اول با مقداری کمتر بیلی رویین، فتوترایپی شروع میشود.



جدول شماره ۳- فتوترایپی ساده در نوزادان با وزن تولد مساوی یا بیشتر از ۲۵۰۰ گرم/ با سن بارداری ۳۵ هفته و بیشتر

نوزاد ۳۵ تا ۳۷ هفته / نوزاد با وزن تولد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم با عامل خطر	نوزاد ترم با عامل خطر، نوزاد ۳۵ تا ۳۷ هفته / نوزاد با وزن تولد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم بدون عامل خطر	نوزاد ترم سالم بدون عامل خطر	میزان بیلی روین ساعت پس از تولد
>۶ mg/dL	>۸ mg/dL	>۱۰ mg/dL	۰ تا ۲۴ ساعت
>۸ mg/dL	>۱۰ mg/dL	>۱۲ mg/dL	۲۵ تا ۴۸ ساعت
>۱۰ mg/dL	>۱۲ mg/dL	>۱۴ mg/dL	بیشتر از ۴۸ ساعت

➤ ارقام موجود در جدول های فوق با توجه به شرایط کلان کشور بومی گردیده است.

ل) شواهد علمی در خصوص کنترالندیکاسیون های دقیق خدمت:

بیماری پورفیری

ن) مدت اقامت در بخش های مختلف بستره جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

بر حسب شرایط بیمار متفاوت است.

- قطع فتوترایپی ساده: بیلی روین به میزان ۲ تا ۳ میلی گرم کمتر از حد نیاز به درمان

س) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

- مراجعه به پزشک معالج جهت پیگیری روند بهبود بیماری
- آموزش شیردهی به مادر و افزایش دفعات شیردهی توسط مادر
- پرهیز از انجام حجامت، مصرف داروهای سنتی، فنوباریتال (به جز کریگلر نجار تیپ ۲) و سایر داروها با تاثیر نامشخص

منابع:

- 1- Kaplan M, Wong R, Sibley E, Stevenson D: Neonatal Jaundice & liver Disease. In: Martin R, Fanaroff A, Walsh M (eds) Fanaroff & Martin Neonatal-Perinatal Medicine; 10th Ed; 2015
- 2- Gomella T (ed): Neonatology; 7th Ed; 2013
- 3- Maisles M, Watchko J: Jaundice. In: Macdonald M, Seshia M (eds) Avery's Neonatology; 7th Ed; 2016
- 4- Ann R. Stark, Eric C Eichenwald, Ann R. Hansen, Camilia R. Stark: Neonatal Hyperbilirubinemia In Cloherty and Starks Manual of Neonatal Care; 8th Ed; 2016

- تاریخ اعتبار این راهنمای ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی مبایست ویرایش صورت پذیرد.



بسمه تعالیٰ

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و امنیت امور پسندیدگی

عنوان	کد RVU	خدمت	کاربرد	افراد	ارائه کنندگان	شرط تحویز	شروع	
						تجویز	جهت	اصلی
استاندارد	عند	خدمت	خدمت	تجویز	جهت	اصلی	صاحب صلاحیت	شروع
ازیابی و اقدامات بعد از انعام فتورابی		محل ارائه خدمت	کنترل اندیکاسیون	کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون	شروع	کنندگان	ارائه
برهنه بودن کامل								
نوزاد، پوشاندن								
چشم ها و اندام								
تاسالی با پوشش								
مخصوص جهت								
کاهش اثر نور بر								
این ارگانها								
اطمینان از طبیعی								
بودن دمای بدن								
نوزاد و سایر علامتیں								
حياتی								
نوزاد روانه نوزاد								
کنترل دفع ادرار و								
مدفع								
نوزاد								
بعد بر اساس سن								
نوزاد و سطح پیلی								
روبین قبلي								
بیمارستان	فتورابی ساده در نوزادان با وزن تولد مساوی یا بیشتر از ۲۵۰۰ گرم / با سن بارداری کمتر از ۳۵ هفته	پزشک	پزشک					
	وزن تولد (گرم) میزان پیلی روین	فروق						
	۵ mg/dL	تفصیل						
	کمتر از ۱۰۰۰	نوزادان،						
	۶ mg/dL	نوزادان،						
	۱۴۹۹ تا ۱۰۰۰	نوزادان،						
	۷ mg/dL	نوزادان،						
	۱۹۹۹ تا ۱۵۰۰	نوزادان،						
	۸ mg/dL	نوزادان،						
	۲۴۹۹ تا ۲۰۰۰	نوزادان،						
		بستری	بستری					
		فتورابی ساده در نوزادان با وزن تولد مساوی یا بیشتر از ۲۵۰۰ گرم / با سن بارداری ۳۵ هفته و بیشتر	فتورابی ساده	۹۰۲۰۳۰				
		نوزاد ترم با عامل خطر،						
		نوزاد ترم سالم						
		بدون عامل خطر						
		ساعت پس از تولد						
		دستیار	دستیار					
		تفصیل	تفصیل					
		کودکان،	کودکان،					
		منفصل	منفصل					
		نوزادان،	نوزادان،					
		بیشتر از ۲۴ ساعت	بیشتر از ۲۴ ساعت					
		۰ تا ۲۴ ساعت	۰ تا ۲۴ ساعت					
		سال دوم	سال دوم					
		و بالاتر	و بالاتر					

• تاریخ اعتبار این راهنمای ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی مبایست ویرایش صورت پذیرد.

برنامه جلسات علمی ماهیانه انجمن پزشکان کودکان ایران در سال ۹۸

تاریخ برنامه	ساعت	عنوان	نام و نام خانوادگی سخنران
۹۸/۶/۰۳	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	مراقبت‌های نوزادی در زایشگاه و بعد از ترخیص	دکتر حسین فخرایی
۹۸/۷/۰۷	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	تزریق خون و فرآورده‌های خونی در کودکان و نوزادان	دکتر حسن ابوالقاسمی
۹۸/۸/۱۲	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	درمان‌های غیر ضروری در مشکلات تنفسی کودکان	دکتر احمد طباطبایی
۹۸/۹/۰۳	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	نحوه پرونده نویسی و مسایل قانونی مرتبط	دکتر محمد کاظمیان
۹۸/۱۰/۰۱	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	بررسی و درمان فشار خون در کودکان	دکتر مصطفی شریفیان
۹۸/۱۱/۰۶	۱۱/۳۰-۱۳/۳۰	بیماری کاوازاکی	دکتر رضا شیاری

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 و فوق تخصص‌های کودکان تقاضا می‌شود تا در سامانه جامع انجمن‌های علمی پزشکی ایران به آدرس: www.ima-net.ir در قسمت ثبت نام عضو جدید در سامانه وارد شوند و فرم مربوطه را تکمیل نموده تا به صورت عضو رسمی انجمن پزشکان کودکان ایران درآیند. خواهشمند است که جهت ثبت نام دقیق و بدون اشکال ابتدا راهنمای ثبت نام در سامانه مذکور را مطالعه و از آن در جهت ثبت نام صحیح خود استفاده فرمایند.



لیست همایش‌های داخلی

عنوان همایش	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
سمینار ارتقاء سلامت مادر و کودک	۴-۳ بهمن ماه ۱۳۹۸	بیمارستان قلب شهید رجایی، سالن همایش‌های هتل قلب
کنگره تغذیه کودکان و نوجوانان	۱۶-۱۸ بهمن ماه ۱۳۹۸	انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور
نوزدهمین کنگره سالانه اعصاب کودکان ایران	۳۰ بهمن لغایت ۱۳۹۸	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
ششمین همایش کشوری رتبینوپاتی در نوزادان نارس	۸ اسفند ماه ۱۳۹۸	سالن اصلی همایش دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیزدهمین همایش سراسری انجمن خون و سلطان کودکان ایران و دومین کنگره بین المللی مشترک ایران و انجمن هماتولوژی اروپا	۱۴-۱۶ اسفند ماه ۱۳۹۸	تهران، هتل استقلال
سومین کنگره دوسالانه کودکان استاد امیر حکیمی	۲۶-۲۹ فروردین ۱۳۹۹	شیراز، خیابان ساحلی غربی، مجتمع فرهنگی رفاهی دانشگاه شیراز
بیست و هشتمین کنگره انجمن جراحان کودکان ایران	۱-۴ اردیبهشت ماه ۱۳۹۹	تهران، مرکز همایش‌های بین المللی رازی
دومین کنگره بین المللی آموزش و سلامت کودکان پیش از دبستان (با تأکید بر خانواده)	۲۰-۲۳ خرداد ۱۳۹۹	تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سی و یکمین کنگره سالیانه جامعه پژوهشگان متخصص داخلی ایران	۲۷-۳۰ خرداد ۱۳۹۹	تهران، مرکز همایش‌های بین المللی رازی
پنجمین کنگره بین المللی، تغذیه، رشد و تکامل در نوزادان	۴-۵ تیر ماه ۱۳۹۹	مشهد، هتل پردیسان
هفتمین کنگره کودک بد حال	۵-۶ تیر ماه ۱۳۹۹	دانشگاه علوم پزشکی گیلان



لیست همایش‌های بین‌المللی

عنوان کنگره	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
42 nd Annual Pulmonary and Allergy Update at Keystone	5–8 February 2020	Colorado, United States
Pediatric Dermatology and Ophthalmology 2020	7–8 February 2020	California, United States
Respiratory and Critical Care Workshop	8–9 February 2020	Shatin-Hong Kong
7 th Annual Arab International Paediatric Medical Congress	13–15 February 2020	Dubai, Dubai
Pediatric and Adult Infectious Diseases for Primary Care	14–16 February 2020	Whistler, Canada
Infectious Diseases in Clinical Practice: Update on Inpatient and Outpatient Infectious Diseases	16–21 February 2020	Hawaii, United States
Global Summit on Advances in Pediatrics and Pediatric Neurology	19–20 February 2020	Noisy Le Grand, France
Global Pediatrics and Child Health Conference	22–23 February 2020	Dubai, UAE
13 th Annual UCLA Sleep Medicine Course	29 February 2020	California, United States
13 th International Conference Neonatal & Childhood Pulmonary Vascular Disease	5–7 March 2020	California, United States
5 th International Conference on Pediatrics and Pediatric Surgery	11–12 March 2020	Rome, Italy
11 th Annual Scientific Conference of the African Society for Pediatric and Adolescent Endocrinology	11–13 March 2020	Gaborone, Botswana
3 rd International Growth and Development Conference2020	11–13 March 2020	Dubai, Dubayy
17 th Update in Nephrology and Transplantation	13 March 2020	RAK-UAE

2 nd Annual Oman International Paediatric Congress	19–21 March 2020	Muscat, Oman
2020 Annual Conference on Vaccinology Research (ACVR)	23 –25 March 2020	Washington, United States
23 rd Annual Conference on Vaccine Research (ACVR 2020)	23 –25 March 2020	North Bethesda, Maryland, United States
6 th International Conference on Healthcare Associated Infections (Decennial 2020)	26 –30 March 2020	Atlanta, United States
The American Academy of Pediatrics (AAP) 2020 Legislative Conference	5 –7 April 2020	Washington, United States
World Vaccine Congress Washington 2020	6 –9 April 2020	Washington, United States
123 rd Annual Meeting of the Japan Pediatric Society	10 –12 April 2020	Kobe Convention Center , Japan
2 nd European Pediatrics & Neonatology	16 –17 April 2020	Prague, Czech Republic
30 th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID 2020)	18 –20 April 2020	Paris, France
The 57 th Annual Philippine Pediatric Society (PPS) Convention	21 –24 April 2020	Manila, Philippine
The 10 th International Conference on Children's Health and the Environment	22 –24 April 2020	Amsterdam, The Netherlands
22 nd Annual Update in Infectious Diseases	24 April 2020	Gaborone, Botswana
Pediatric Academic Societies (PAS) 2020 Meeting	29 April – 6 May, 2020	Philadelphia, United States
20 th Congress of NEPAS "NEPCON 2020"	30 April – 2 May, 2020	Kathmandu, Nepal
The Royal Australasian College of Physicians (RACP) Congress 2020	5 –6 May 2020	Malbourne, Australia
The 10 th European Conference on Rare Diseases & Orphan Products (ECRD2020)	15 –16 May 2020	Stockholm, Sweden
European and International Congress on Obesity	17 –20 May 2020	Dublin, Ireland



38th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID 2020)	25–30 May 2020	Rotterdam, Netherlands
15th European Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology (EURAPAG 2020)	3–6 June 2020	Rotterdam, Netherlands
6th World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (WCPGHAN–ESPGHAN 2020)	3–6 June 2020	Copenhagen, Denmark
The 10th Congress of the World Federation of Pediatric Intensive & Critical Care Societies	14–17 June 2020	Mexico City, Mexico
Innovations in Maternal, Neonatal, and Early Infancy Vaccines	23 June 2020	New York, United States
11th International Pediatric Intestinal Failure and Rehabilitation Symposium (PIFRS 2020)	26–28 June 2020	Toronto, Canada
INAC 2020 – the 6th International Neonatology Association Conference	24–26 July 2020	Budapest, Hungary
10th Europaediatrics Congress	3–5 September 2020	Zagreb, Croatia
2020 World Pediatrics Conference (2020WPC)	08–09 September 2020	Bangkok, Thailand
Myanmar Pediatric Conference	19–20 September 2020	Yangon, Myanmar
2020 AAP National Conference & Exhibition	2–6 October 2020	California, USA
8th Congress of the European Academy of Paediatrics Societies	16–20 October 2020	Barcelona, Spain



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>۳- فتوکپی آخرین مدرک تخصصی، شناسنامه، کارت نظام پزشکی، کارت ملی) از هر کدام ۱ برگ (برای اعضای جدید)</p> <p>۴- تکمیل فرم ثبت نام، نام و نام خانوادگی به لاتین نیز نوشته شود. (خوانا)</p> <p>۵- لطفاً آدرس کامل را موقم فرمایید.</p> <p>۶- 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>			